

入院（その2）

1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について

1. 急性期入院医療について

1 - 1. 現在の評価等の概要

1 - 2. 入院基本料と医療機関の機能について

1 - 3. 重症度、医療・看護必要度について

1 - 4. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

1 - 5. DPC制度について

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"> ○ 医療制度改革大綱 <ul style="list-style-type: none"> ・「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」
平成18年	7対1入院基本料創設
平成19年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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"> ・「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」
平成20年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ 平均在院日数要件の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「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」 ○ データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入
平成28年	7対1入院基本料の基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「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」 ・「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」 ・「該当患者割合を15%以上→25%以上」 ○ 在宅復帰率の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「75%以上→80%以上」

7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成30年	<p>7対1入院基本料の基準の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・C項目の評価項目の見直し ・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） ・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 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合（30%/25%）を設定 ○ 在宅復帰率の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更 ・指標の定義等の見直し
令和2年	<p>急性期一般入院料1の基準の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→（31%/29%）以上へ見直し ・A・C項目の評価項目の見直し
令和4年	<p>急性期一般入院料1の基準の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止 ・「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 ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価を2点に変更 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・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
令和6年	<p>急性期一般入院料1の基準の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平均在院日数要件の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「平均在院日数が18日→16日以下」 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度Ⅱを用いる対象医療機関：許可病床数200床以上 →すべての保険医療機関（許可病床数200床未満で、必要度Ⅱによる評価が困難であるものを除く） ・判定基準として「A得点2点以上かつB得点3点以上」、「A得点3点以上」、又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 →「A得点3点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上、かつ、 「A得点2点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 ・A項目の評価項目の見直し ・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

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

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の評価

診調組 入-2
7.5.22改

○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した。

		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※	必要度I	割合①:21% 割合②:28%	22%	19%	16%	12%	測定している こと
	必要度II	割合①:20% 割合②:27%	21%	18%	15%	11%	
平均在院日数		16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"> 入院医療等に関する調査への適切な参加 届出にあたり入院料1の届出実績が必要 		-		
データ提出加算		○（要件）					
点数		1,688点	1,644点	1,569点	1,462点	1,451点	1,404点

※該当患者割合の基準

入院料1 : 割合①A得点3点以上、又はC得点1点以上

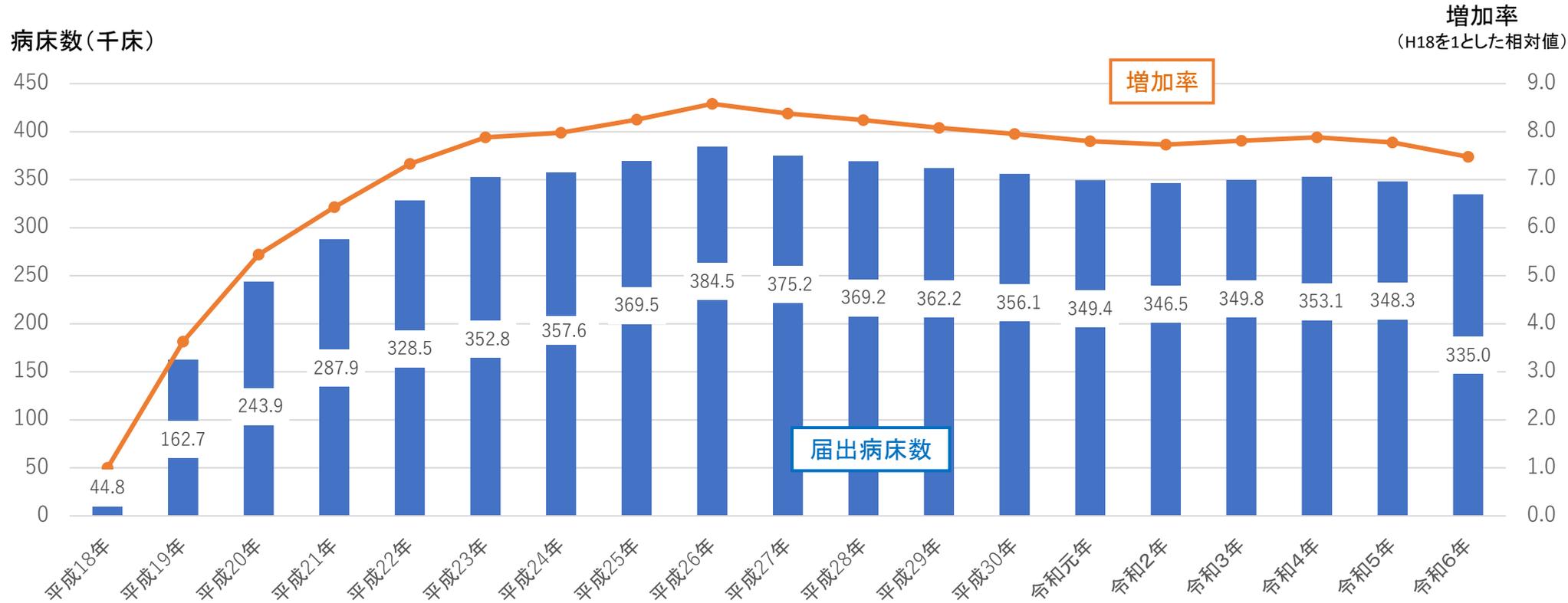
割合②A得点2点以上、又はC得点1点以上

B項目は、基準からは除外するが、評価を行っていること

入院料2～5 : A得点2点以上かつB得点3点以上、又はA得点3点以上、又はC得点1点以上

急性期一般入院料 1 の届出病床数の動向

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成26年以降減少傾向となり、その後横ばいであったが、令和5年から再び減少傾向となり、令和6年に大きく減少した。



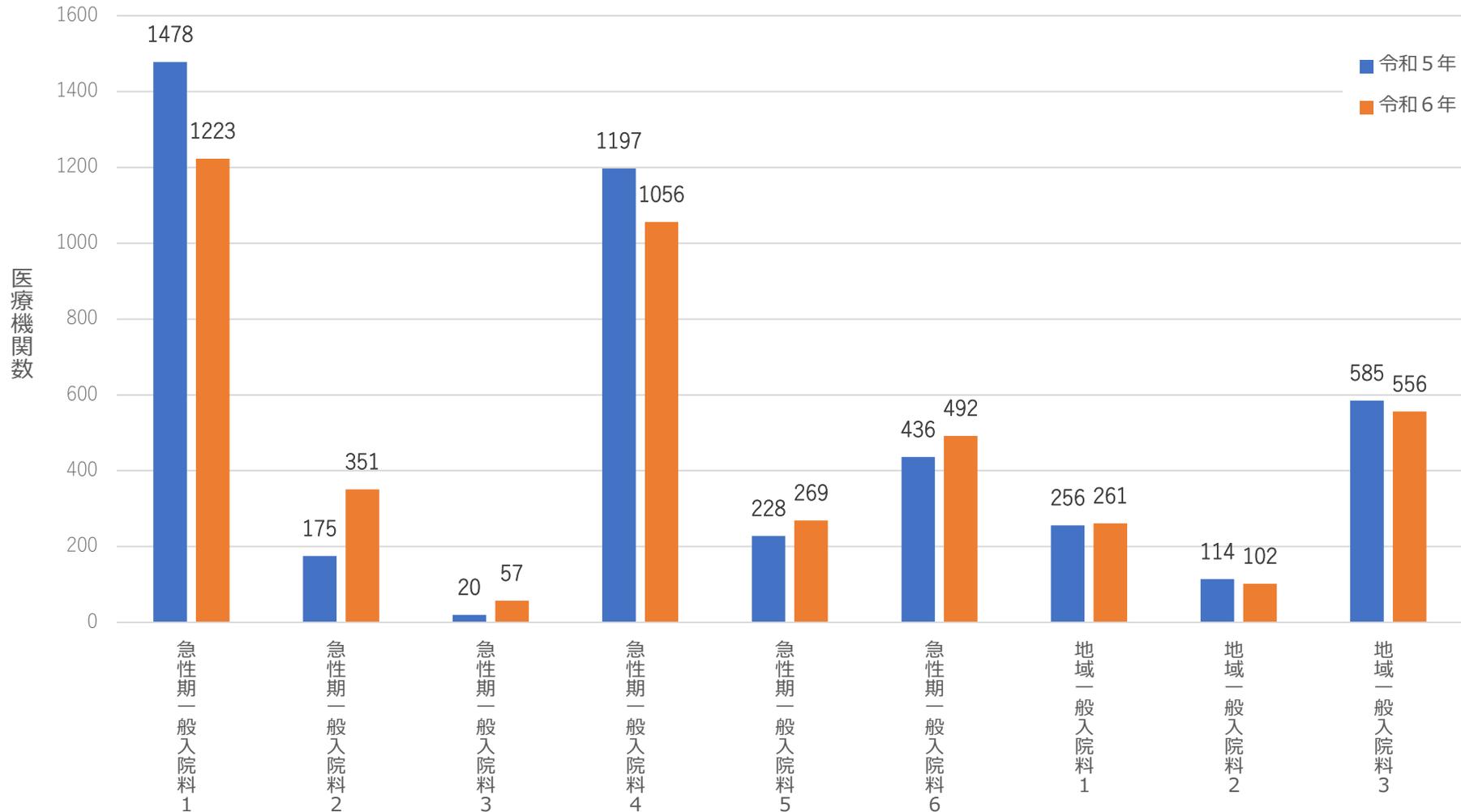
<p>[H18. 4] 7対1入院基本料創設</p>	<p>[H20. 4] 重症度・看護必要度の導入</p>	<p>[H24. 4] 重症度・看護必要度 該当患者割合基準の見直し (10%→15%) 平均在院日数要件の見直し (19日→18日)</p>	<p>[H26. 4] 重症度、医療・看護必要度 A項目の見直し 在宅復帰率要件の導入</p>	<p>[H28. 4] 重症度、医療・看護必要度 A・B項目の見直し／ C項目の追加 該当患者割合基準の見直し (15%→25%) 在宅復帰率の見直し (75%→80%)</p>	<p>[H30. 4] 重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設 該当患者割合基準の見直し (25%→30%) 判定基準の追加 C項目の評価の見直し</p>	<p>[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%)</p>	<p>[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%)</p>	<p>[R6. 4] A、C項目の見直し B項目を基準から除外 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 (許可病床数に応じた区分けの廃止、割合①割合②区分の導入)</p>
---------------------------------------	---	--	--	--	---	--	---	--

出典：各年7月1日(令和6年度は8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の届出医療機関数

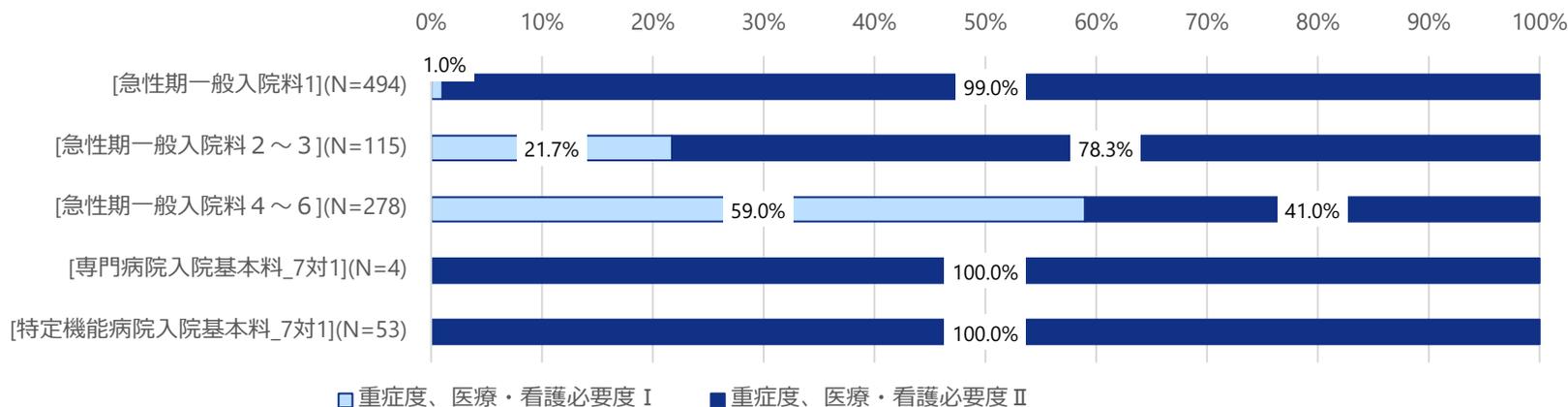
○ 一般病棟入院基本料に係る届出医療機関数は、令和6年度に、急性期一般入院料1と4が減少し、その他の急性期一般入院基本料が増加した。



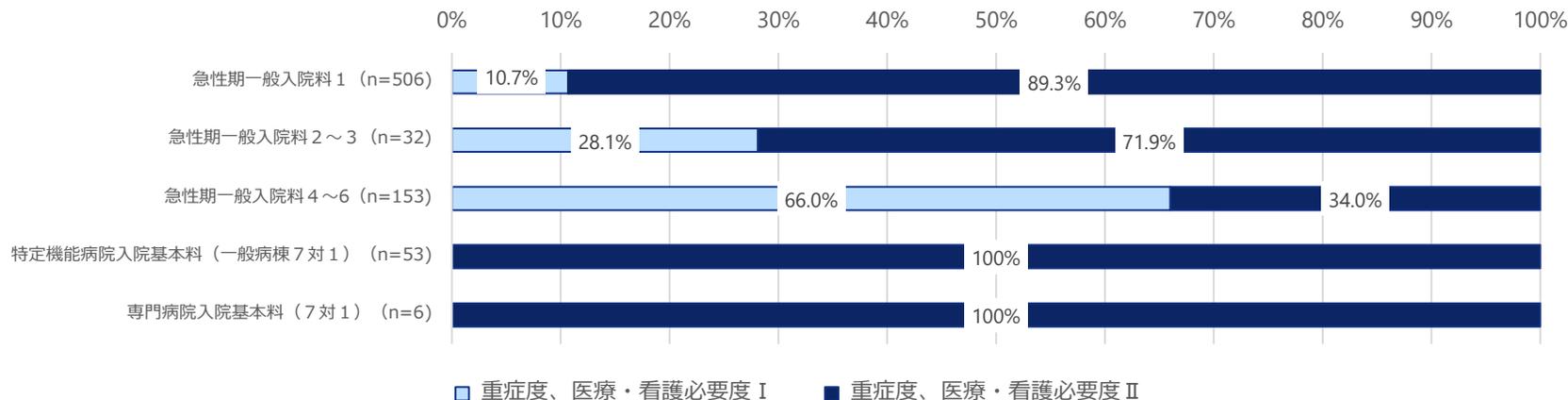
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

○ 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99.0%、急性期一般入院料 2～3 は78.3%、急性期一般入院料 4～6 では41.0%であり、令和 4 年より増加していた。

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況（令和 6 年11月1日時点）



(参考) 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）



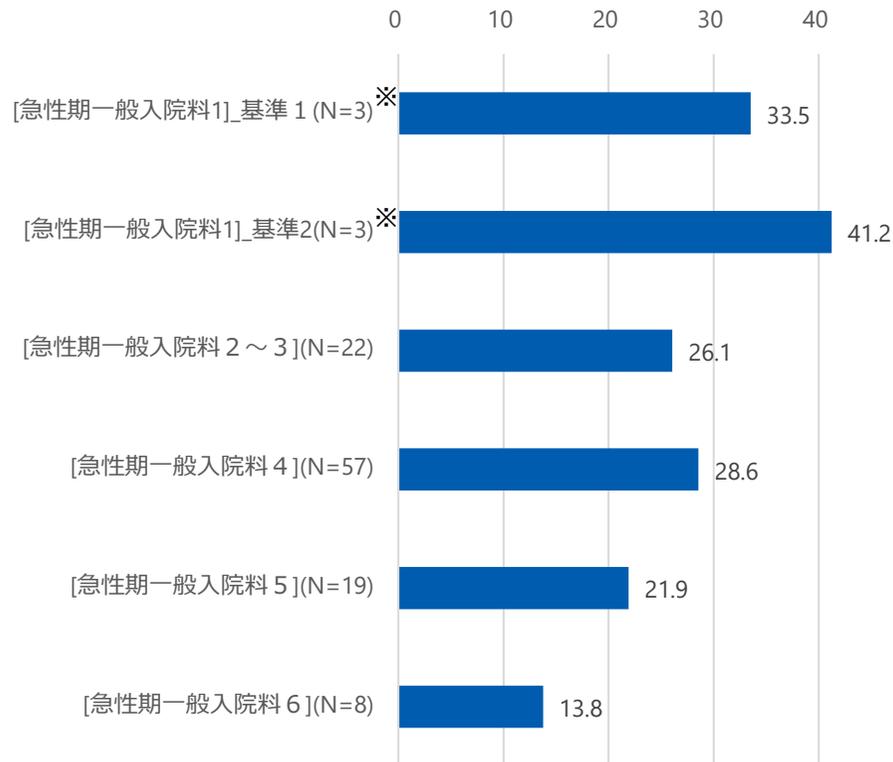
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、以下のとおり。

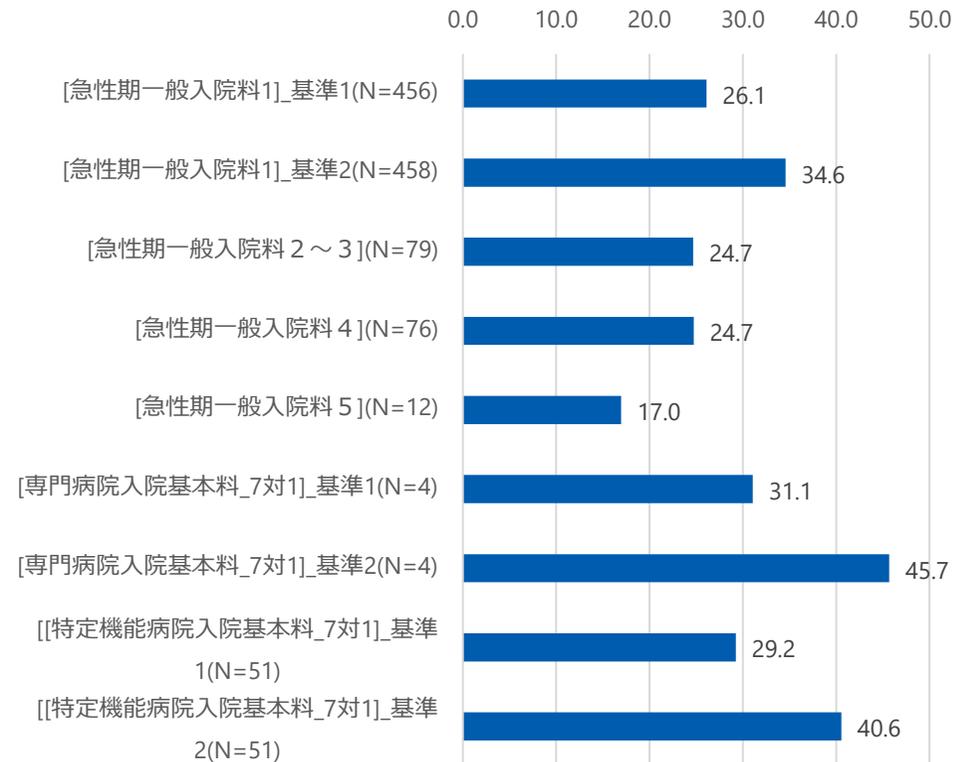
R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

<医療機関機能の名称と定義>

・高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

・在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。

・急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が必要である。

・医育及び広域診療機能

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

1. 急性期入院医療について

(1) 現在の評価等の概要

(2) 入院基本料と医療機関の機能について

(3) 重症度、医療・看護必要度について

(4) 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

(5) DPC制度について

急性期一般入院基本料における病院の機能に関する課題

【参考】入院・外来医療等の調査・評価分科会とりまとめ(抜粋・要約)

1-1. 一般的な急性期機能について

- 急性期一般入院料1を算定している病院について、同様の規模の許可病床数の医療機関であっても、救急搬送受入件数や手術実施件数にばらつきが見られた。
- 急性期一般入院料1算定病院では、救急搬送受入件数が多くなるほど、医業収益、医業費用ともに大きくなっており、医業利益率については、救急搬送受入件数が多い病院では低い傾向にあった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態に応じた診療報酬上の評価を行うということも重要との意見があった。
- 救急搬送件数が増加するほど、医業費用が増加し、医業利益や経常利益が悪化するため、抜本的な見直しや、こうした施設を維持するための評価が必要との意見があった。

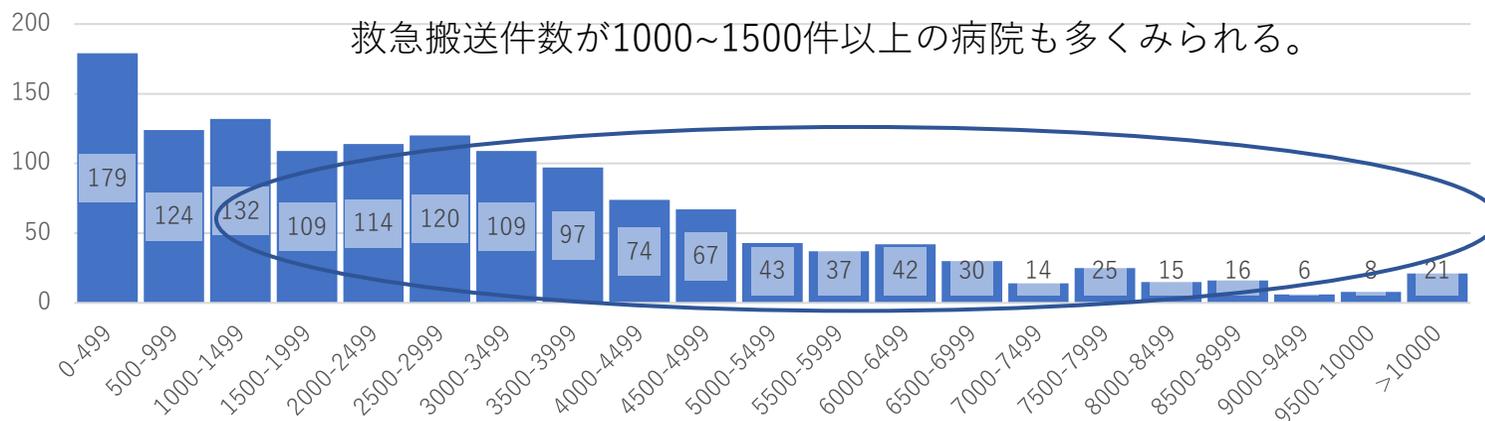
課題

- 急性期一般入院基本料を算定している病院では、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度等により病棟機能が評価されているが、同じ急性期一般入院を算定している病院でも、救急搬送受入件数や手術実施件数のほか、医業収益や医業費用が異なっていることを踏まえ、救急搬送受入や全身麻酔手術の観点から、急性期を担う病院が果たす役割をどのように考えるか。

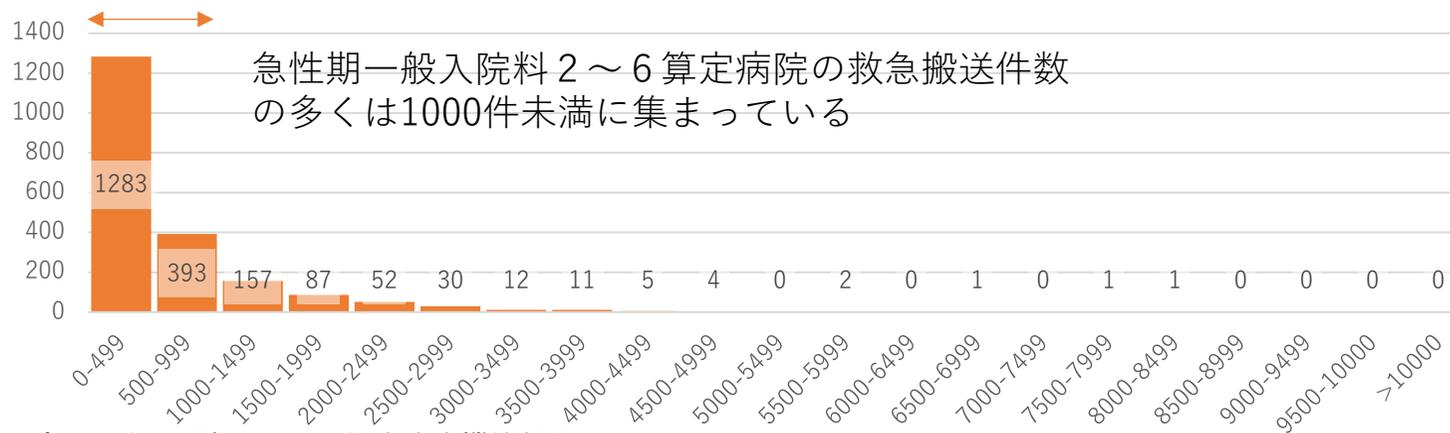
急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1における救急搬送受入件数別施設数

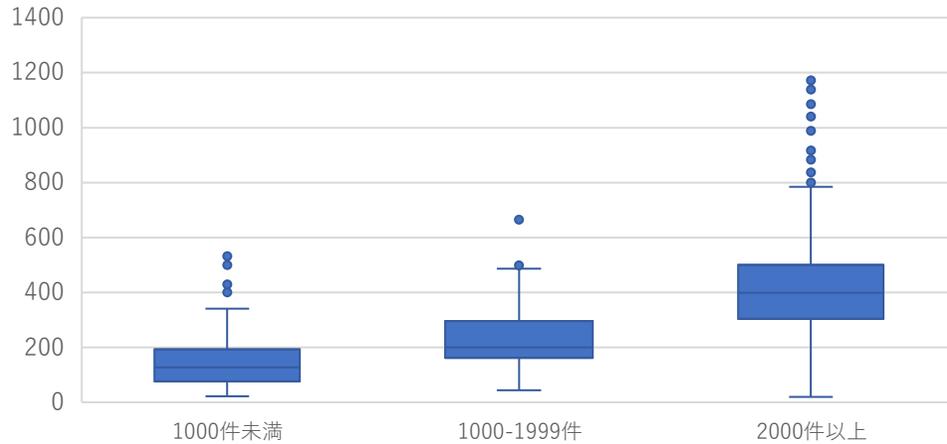


急性期一般入院料2～6における救急搬送受入件数別施設数

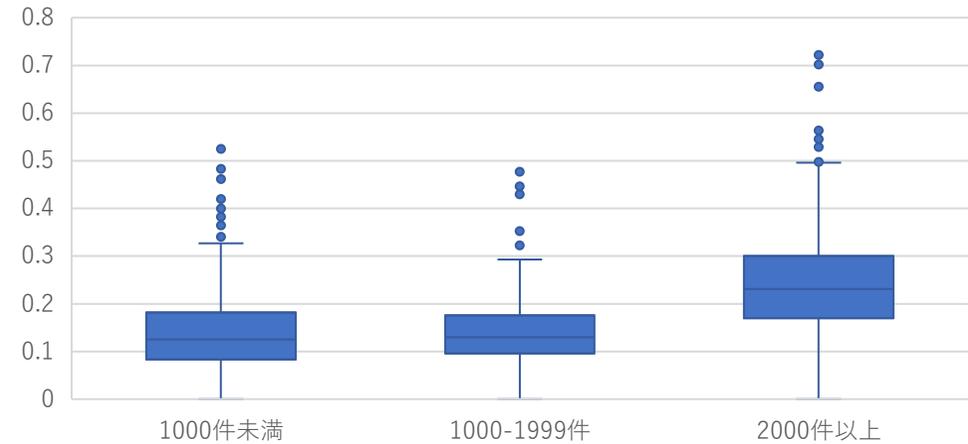


○急性期一般入院料 1 算定病院では、救急搬送件受件数が増えると、許可病床数や、病床当たり医師数、全身麻酔手術件数や夜間・時間外救急患者数が増加する傾向があり、一般的な急性期機能や拠点的な急性期機能など、急性期としての医療機関機能が異なることで、病院の規模、人員配置、実績等も異なる傾向にある。

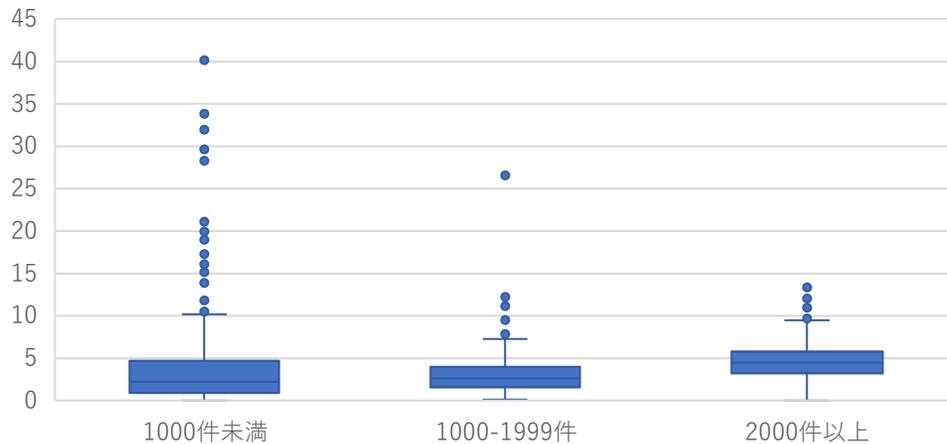
病院の許可病床数



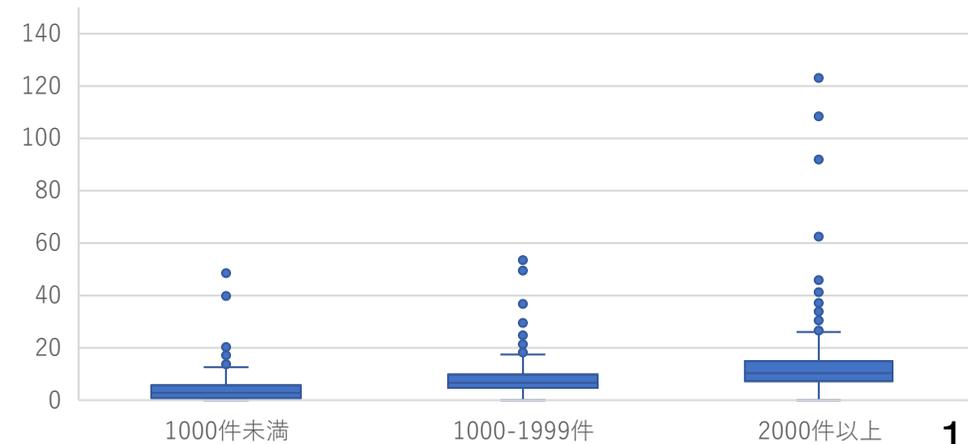
許可病床数あたり常勤医師数



許可病床数あたり全身麻酔手術件数



許可病床数あたり夜間時間救急数



急性期一般入院料 1 算定病院における病床当たり収支状況

- 急性期一般入院料 1 算定病院では、救急搬送受入件数が多くなるほど、病床当たり医業収益、医業費用ともに大きくなっている。
- 病床当たり材料費についても、救急搬送受入件数が多くなるほど、大きくなっている。
- 病床あたり医業利益率については、いずれの救急搬送受入件数区分の病院もマイナスとなっており、その程度は救急搬送受入件数によって様々である。

単位：円	1~1,199件	1,200~1,999件	2,000~3,999件	4,000件以上
	許可病床1床当たり	許可病床1床当たり	許可病床1床当たり	許可病床1床当たり
医業収益	21,286,009	22,697,958	25,630,312	32,346,197
うち入院診療収益	14,116,693	15,655,603	17,414,120	23,317,498
うち室料差額収益	210,657	259,263	371,439	343,828
うち外来診療収益	5,589,675	5,814,400	6,434,531	7,328,237
うちその他の医業収益	1,368,983	968,691	1,410,222	1,356,634
医業費用	21,440,760	23,150,556	26,118,631	33,102,058
うち材料費	4,488,203	4,871,243	6,418,133	8,890,093
うち給与費	12,032,533	12,856,622	13,741,105	16,533,545
うち委託費	1,294,775	1,476,641	1,691,596	1,995,446
うち給食委託費	235,581	290,768	270,624	268,427
うち設備関係費	1,950,122	2,147,626	2,402,573	3,296,559
うち減価償却費	865,559	1,058,489	1,186,242	1,770,698
うち研究研修費	43,481	54,866	60,718	83,151
うち経費	1,519,345	1,593,280	1,630,751	1,960,689
医業利益	△154,751	△452,599	△488,319	△755,861

※うち数として記載している勘定科目の「1床当たりの」の金額は、当該科目の回答があった施設における許可病床1床当たり平均を示している。
 なお、急性期一般入院料 1 以外の病床における収益・費用等を含む収益・費用等を許可病床数で平均したものとなっている。

急性期一般入院料 1 算定病院における施設当たり収支状況

- 急性期一般入院料 1 算定病院では、救急搬送受入件数が多くなるほど、施設当たり医業収益、医業費用ともに大きくなっている。
- 材料費についても、救急搬送受入件数が多くなるほど、大きくなっている。
- 医業利益率については、いずれの救急搬送受入件数区分の病院もマイナスとなっており、その程度は救急搬送受入件数によって様々である。

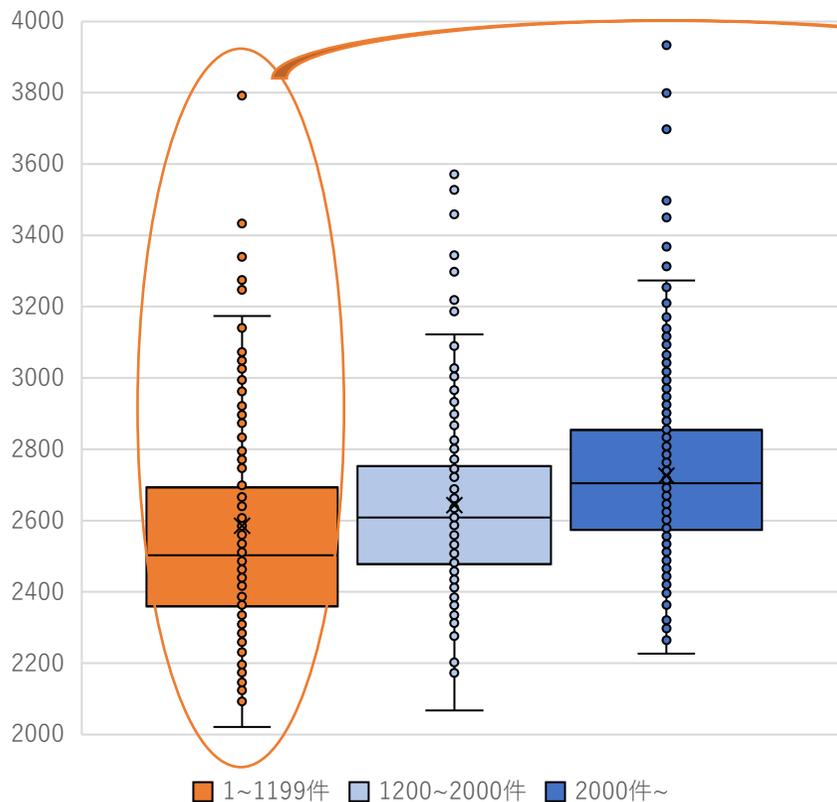
単位：円	1~1,199件		1,200~1,999件		2,000~3,999件		4,000件以上	
	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
平均病床数	157.19		207.77		282.64		394.51	
医業収益	3,346,015,407		4,716,016,623		7,244,177,584		12,760,868,610	
入院診療収益	2,219,047,931	66.3%	3,252,807,391	69.0%	4,921,944,646	67.9%	9,198,964,764	72.1%
室料差額収益	33,113,885	1.0%	53,867,849	1.1%	104,983,894	1.4%	135,643,248	1.1%
外来診療収益	878,658,744	26.3%	1,208,073,840	25.6%	1,818,662,445	25.1%	2,891,056,304	22.7%
その他の医業収益	215,194,847	6.4%	201,267,542	4.3%	398,586,599	5.5%	535,204,294	4.2%
医業費用	3,370,341,241		4,810,054,254		7,382,196,677		13,059,062,641	
材料費	705,514,847	21.1%	1,012,111,545	21.5%	1,814,027,635	25.0%	3,507,222,581	27.5%
給与費	1,891,432,150	56.5%	2,671,255,372	56.6%	3,883,800,103	53.6%	6,522,633,986	51.1%
委託費	203,529,777	6.1%	306,805,829	6.5%	478,114,522	6.6%	787,221,478	6.2%
給食委託費	38,880,618	1.1%	58,311,361	1.3%	75,380,329	1.1%	106,939,107	0.9%
設備関係費	306,545,943	9.2%	446,218,187	9.5%	679,065,767	9.4%	1,300,522,339	10.2%
研究研修費	6,834,868	0.2%	11,399,705	0.2%	17,161,319	0.2%	32,803,649	0.3%
経費	238,830,709	7.1%	331,040,096	7.0%	460,917,072	6.4%	773,509,797	6.1%
控除対象外消費税等	46,925,270	2.9%	86,644,179	2.8%	195,284,394	3.6%	315,975,192	4.0%
本部費配賦額	19,185,900	0.6%	35,329,400	0.8%	46,039,575	0.6%	145,728,634	1.1%
医業利益	-24,325,834		-94,037,631		-138,019,094		-298,194,030	
医業外収益	82,165,671		151,648,083		174,949,446		270,987,481	
受取利息及び配当金	875,896	0.0%	272,431	0.0%	2,784,257	0.0%	1,864,830	0.0%
運営費補助金収益	25,974,688	0.8%	81,038,090	1.7%	48,542,931	0.7%	86,764,012	0.7%
施設設備補助金収益	9,546,759	0.3%	8,402,242	0.2%	8,802,158	0.1%	2,458,662	0.0%
医業外費用	31,969,743		30,364,621		87,174,646		144,802,648	
支払利息	11,423,890	0.3%	11,546,551	0.3%	28,018,590	0.4%	57,444,993	0.5%
経常利益	25,870,094		27,245,831		-50,244,293		-172,009,197	

※うち数として記載している勘定科目の「1施設当たりの」の金額は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示している。
また、「対医業収益比」は該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

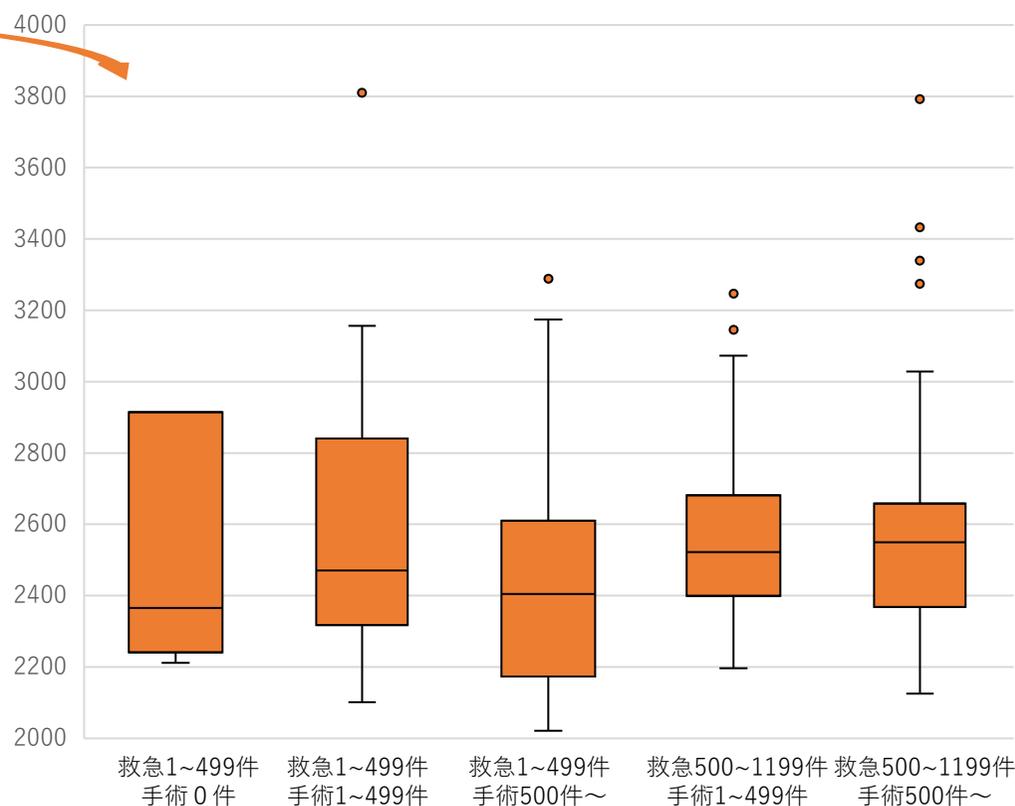
急性期一般入院料 1 算定病床における1患者 1 日当たり包括範囲出来高点数

- 急性期一般入院料 1 算定病床（DPC対象病院に限る）における 1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数は、救急搬送受入件数が多くなるにつれて、高くなる傾向にあった。
- 一定の救急搬送受入件数の病院を見ると、救急搬送受入件数、全身麻酔手術がいずれも多い病院で、包括範囲出来高点数の中央値が高かった。

1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数



救急搬送受入件数1200件未満の医療機関における
1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数

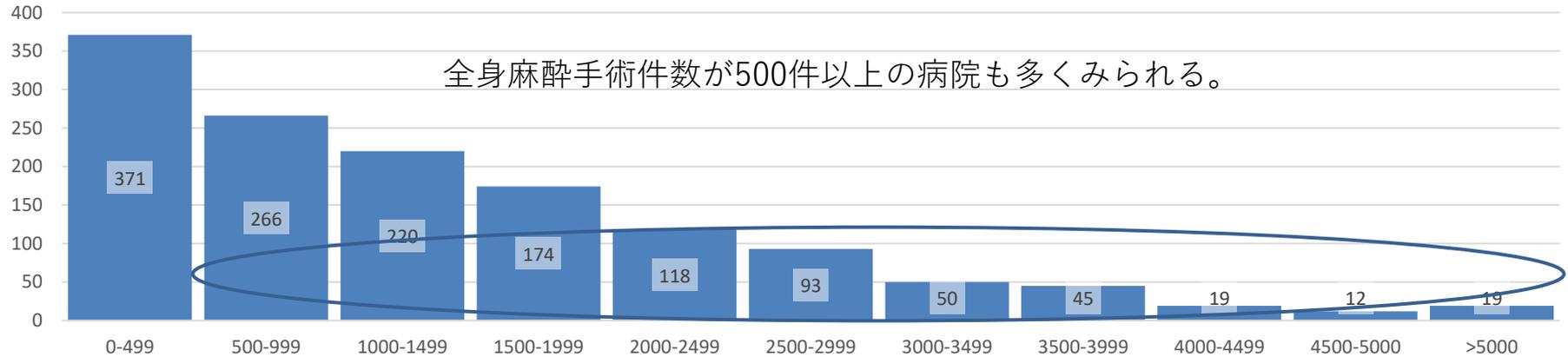


※包括範囲出来高点数4000を超える外れ値はグラフ上割愛

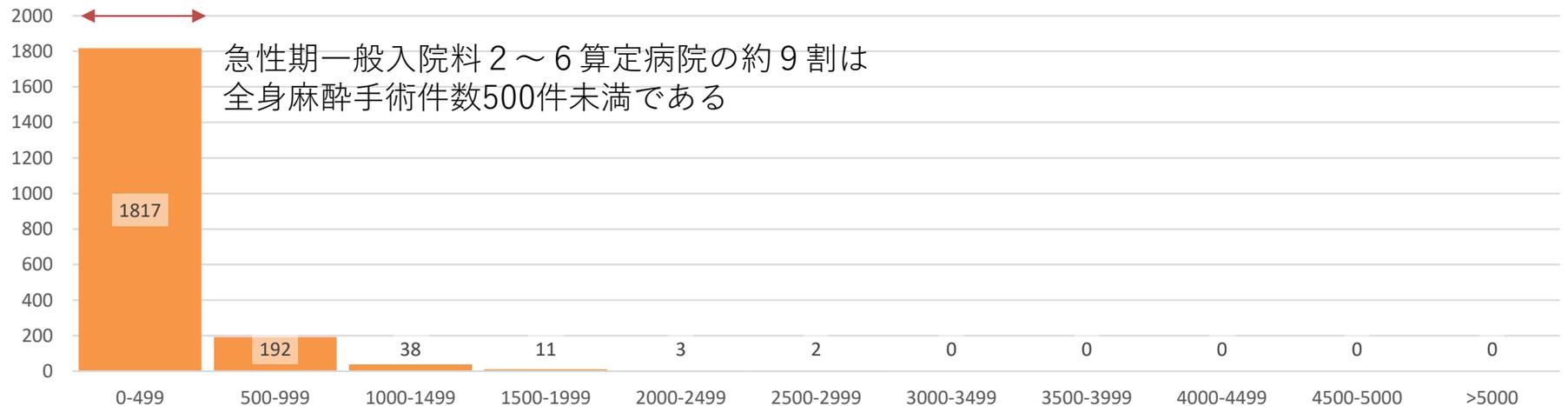
全身麻酔手術件数別の病院数

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1にける全身麻酔手術件数別施設数



急性期一般入院料2～6における全身麻酔手術件数別施設数



急性期一般入院基本料における課題と論点

(救急搬送件数等について)

- 急性期一般入院料1算定病院では、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。
- 急性期一般入院料1算定病院では、救急搬送件受件数が増えると、許可病床数や、病床当たり医師数、全身麻酔手術件数や夜間・時間外救急患者数が増加する傾向があり、一般的な急性期機能や拠点的な急性期機能など、急性期としての医療機関機能が異なることで、病院の規模、人員配置、実績等も異なる傾向にある。

(医業収益等について)

- 急性期一般入院料1算定病院では、救急搬送受入件数が多くなるほど、施設当たり医業収益、医業費用、病床あたり医業収益、医業費用のいずれも大きくなった。また、材料費についても同様であった。医業利益については、いずれの救急搬送受入件数であってもマイナスであった。
- 急性期一般入院料1算定病床（DPC対象病院に限る）における1患者1日当たり包括範囲出来高点数は、救急搬送受入件数が多くなるにつれて、高くなる傾向にあった。
- 救急搬送受入1200件未満の病院を見ると、救急搬送受入件数、全身麻酔手術がいずれも多い病院で、包括範囲出来高点数の中央値が高かった。

(全身麻酔手術件数について)

- 急性期一般入院料1算定病院では、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

【論点】

- 急性期一般入院料では、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度等により、病棟の機能を評価しているが、同じ急性期一般入院料を算定している病院でも、許可病床数あたりの救急搬送件数や手術件数、医師数、収支構造等が病院の機能によって異なっている。こうした病院の機能や特性を踏まえ、急性期における病院機能を踏まえた評価のあり方について、どのように考えるか。

1. 急性期入院医療について

1 - 1. 現在の評価等の概要

1 - 2. 入院基本料と医療機関の機能について

1 - 3. 重症度、医療・看護必要度について

1 - 4. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

1 - 5. DPC制度について

【参考】入院・外来医療等の調査・評価分科会とりまとめ(抜粋・要約)

7-2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について

- 救急搬送により入院した内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合は、救急搬送ではない外科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合と比較して低かった。
- 内科系症例の入院4日目以降、手術実施症例の入院7日目以降は、A項目が変化しない場合にはB項目も変化しない患者の割合が多く、A項目が3点以上変化した場合、B得点もA得点と同じ方向の変化を示す患者の割合が多かった。
- 重症度、医療・看護必要度の記録で、病棟看護管理者が課題に感じていることとして、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」、「必要度の記録により、時間外勤務が発生している」等の回答がみられた。令和2年度改定における記録簡素化について再度周知すべきとの意見があった。
- 必要なケアを評価していくためのリアルワールドデータとしてB項目の有用性があり、B項目に代わる指標がないのであれば、引き続きB項目の測定が必要であるとの意見があった。

課題

- 手術なし症例では、手術あり症例と比較してA、C項目の点数が低い傾向にあり、適切な評価項目等の設定をどのように考えるか。
- 入院もしくは術後一定期間経過した後は、7割程度の症例でB得点が一定であることや、前日からのA得点の変化と連動してB得点が増加する傾向があることを踏まえ、B項目測定の負担軽減の観点から、測定・評価すべき時期や頻度をどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1では、B項目は評価基準から削除され、測定のみ継続することとなっているが、測定に係る負担を踏まえ、B項目の測定を継続することについてどのように考えるか。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	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。

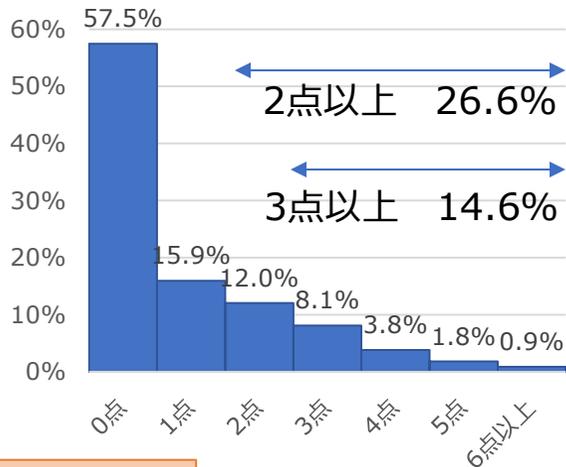
B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		-	-
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	-	x	実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
14	危険行動	ない	-	ある		-	-

手術の有無による重症度、医療・看護必要度の得点分布

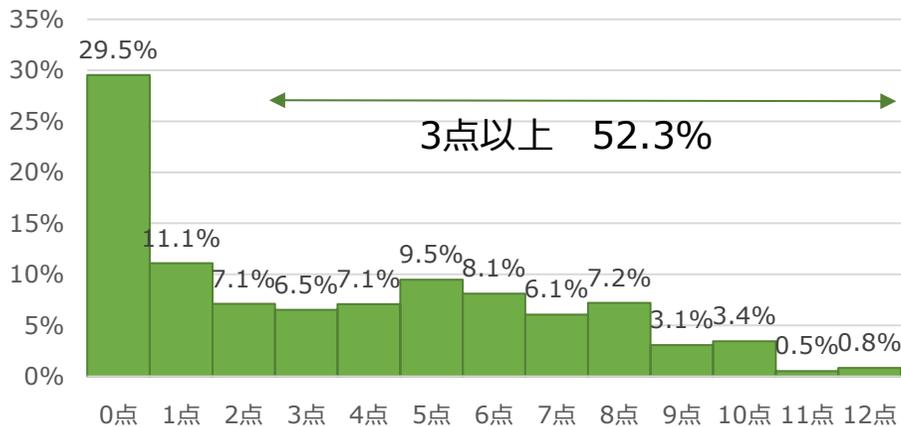
○ 手術なし症例は、手術あり症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上のいずれの割合も低く、B点数3点以上の割合は高かった。

手術なし症例
(n=811,521)

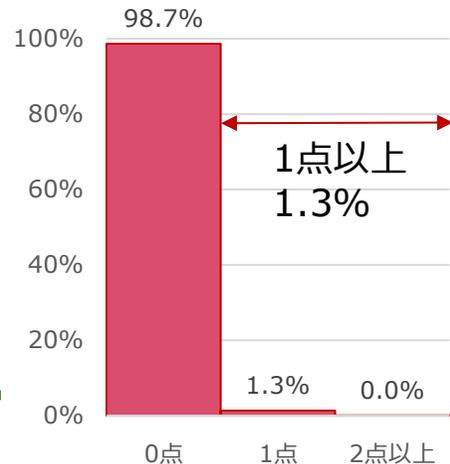
A点数の分布



B点数の分布

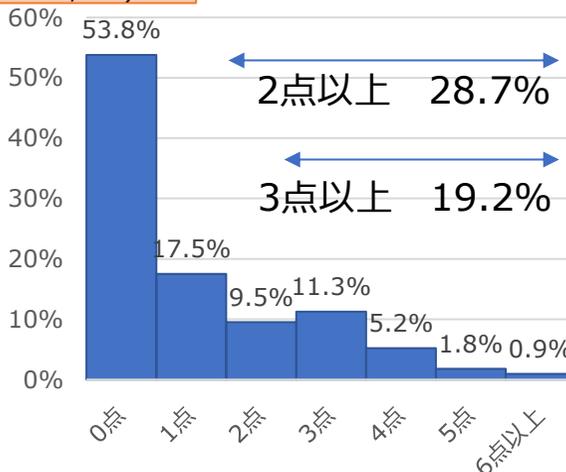


C点数の分布

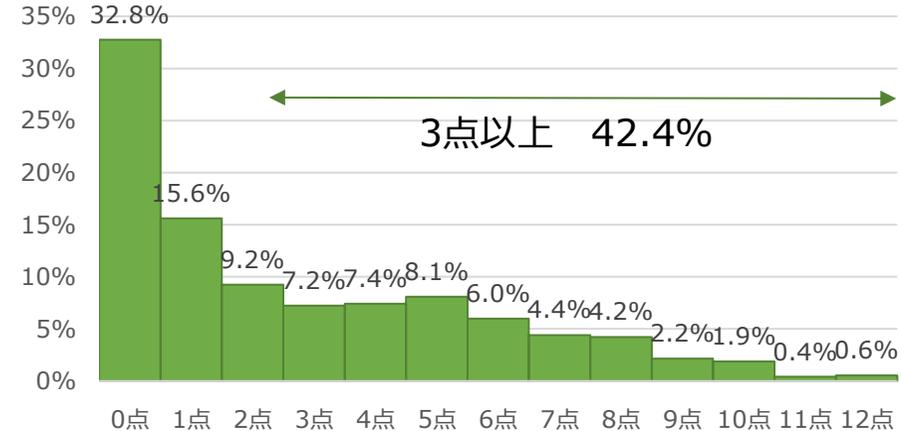


手術あり症例
(n=831,418)

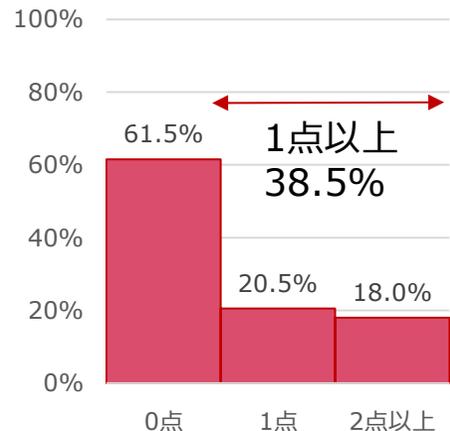
A点数の分布



B点数の分布



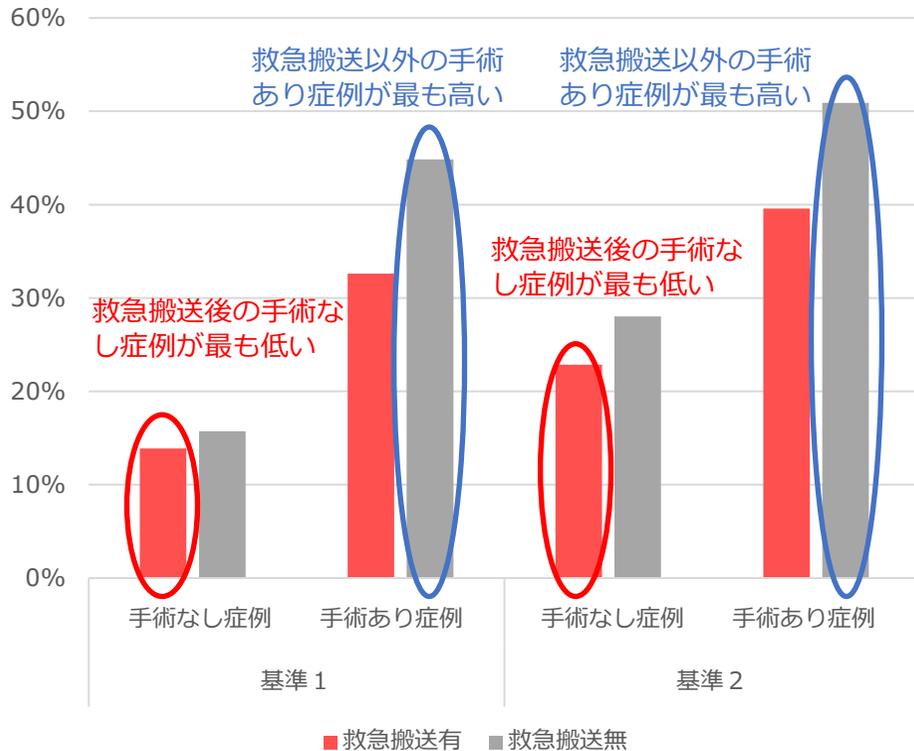
C点数の分布



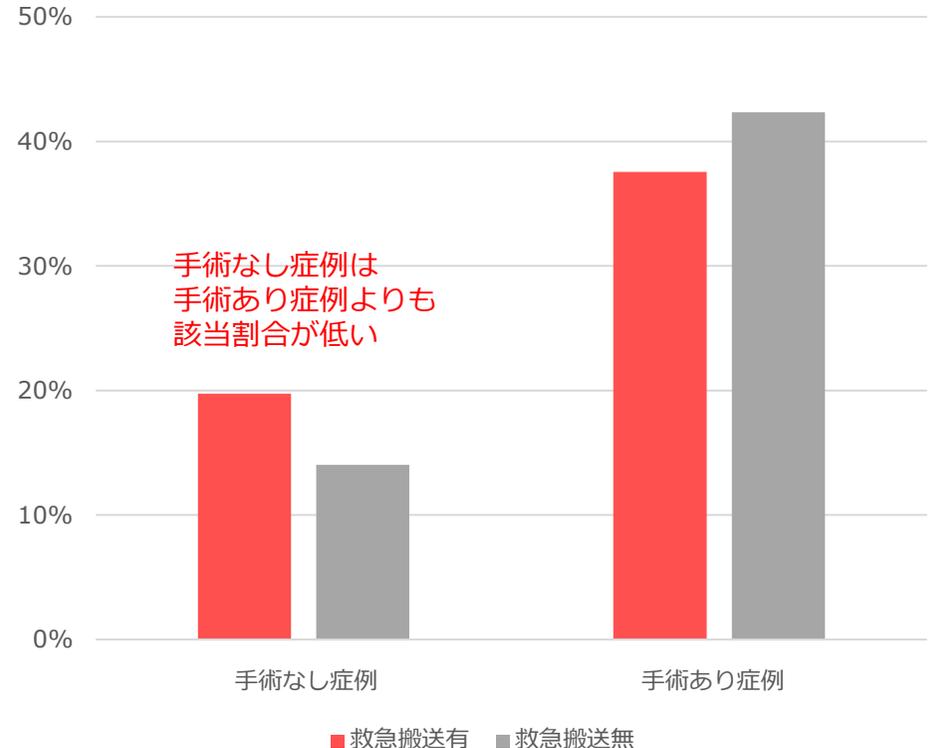
救急搬送別・手術の有無別重症度、医療・看護必要度該当割合

- 急性期一般入院料 1 において、救急搬送入院の有無別、手術の有無別に重症度、医療・看護必要度基準該当割合をみると、救急搬送後の入院の手術なし症例が最も低く、救急搬送以外の入院の手術あり症例が最も高かった。
- 急性期一般入院料 4 においても、救急搬送入院の手術なし症例であっても、手術あり症例より該当割合が低かった。

急性期一般入院料 1 の重症度該当割合



急性期一般入院料 4 の重症度該当割合

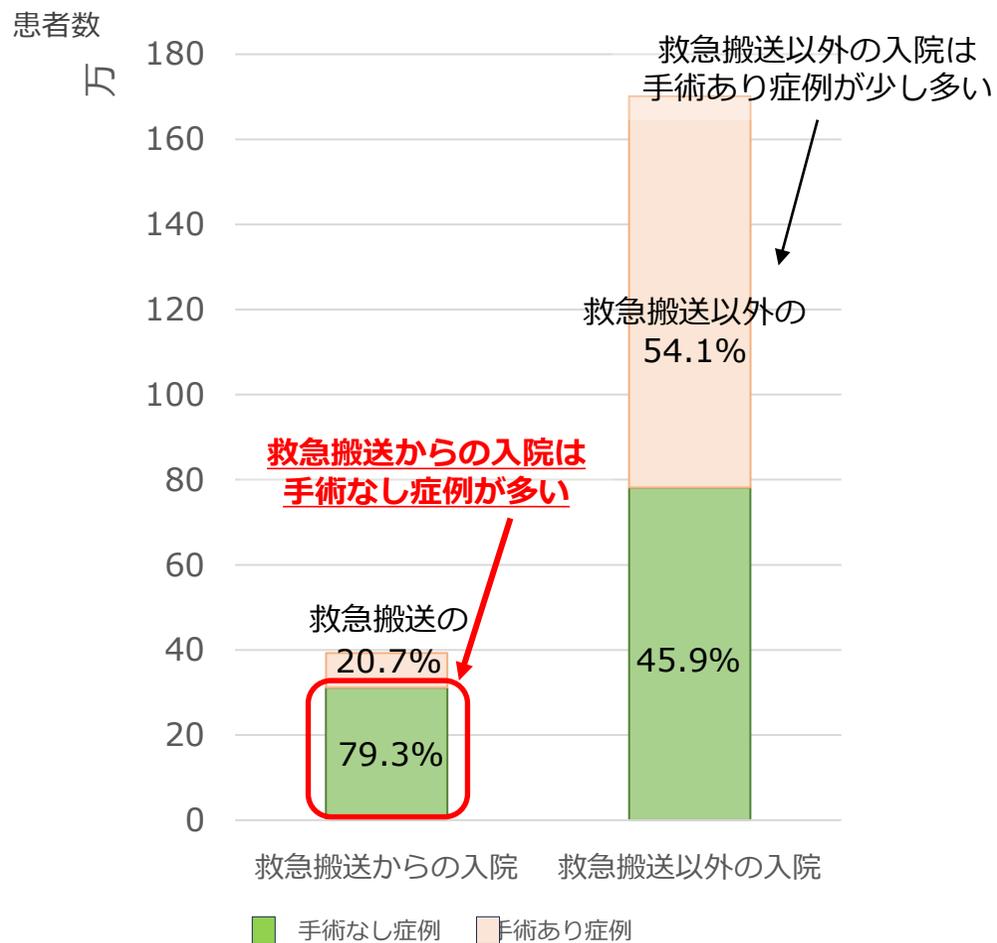


・基準該当割合：当該群の在院日数の合計に対する、各入院料の重症度基準を満たす日数の割合
 ・手術に係るKコードを算定された症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例として集計

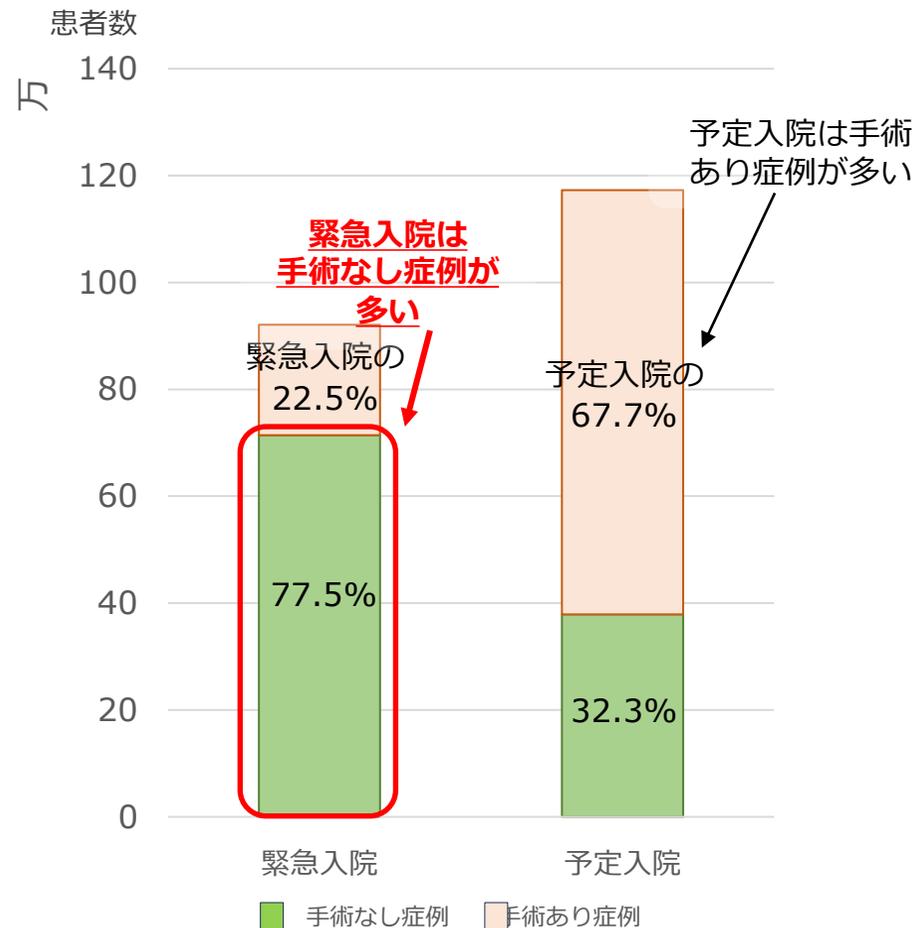
救急搬送からの入院や緊急入院に占める手術なし症例の割合

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約 8 割を手術なし症例が占める。

救急搬送からの入院と手術の有無



緊急入院と手術の有無



令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

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

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

（A100 一般病棟入院基本料）

手術なし症例をより反映する指標についての検討

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

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA・C項目の修正		<ul style="list-style-type: none"> 緊急入院の該当日数を伸ばす A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に 負荷の高い内科疾患に行われる処置等を追加 	<ul style="list-style-type: none"> 影響を試算しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 大きな変化は生まれにくい。 個々の症例の評価を精緻化することには限界があるのではないか。
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）を評価	<ul style="list-style-type: none"> 検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点 	<ul style="list-style-type: none"> データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない 	<ul style="list-style-type: none"> 不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に応じて評価	<ul style="list-style-type: none"> 内科系救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院○日目まで加点 	<ul style="list-style-type: none"> C項目では評価されづらい内科系症例のみにダイレクトに加点される 	<ul style="list-style-type: none"> 病名のアップコーディングが生じないか。 入院時には診断がつかないことも多い。
	救急応需や緊急入院など病院として負荷の高い項目を評価	<ul style="list-style-type: none"> 病床数あたりの救急応需件数や緊急入院件数に応じた一定の割合を、基準該当割合に加算 	<ul style="list-style-type: none"> 病院の取組そのものを評価することにつながる 	<ul style="list-style-type: none"> 軽症の患者であっても、救急車利用が促されたり、緊急入院が装われたりすることはないか。

内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

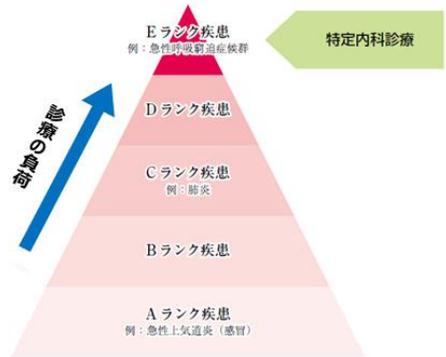
【概要】

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

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

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

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



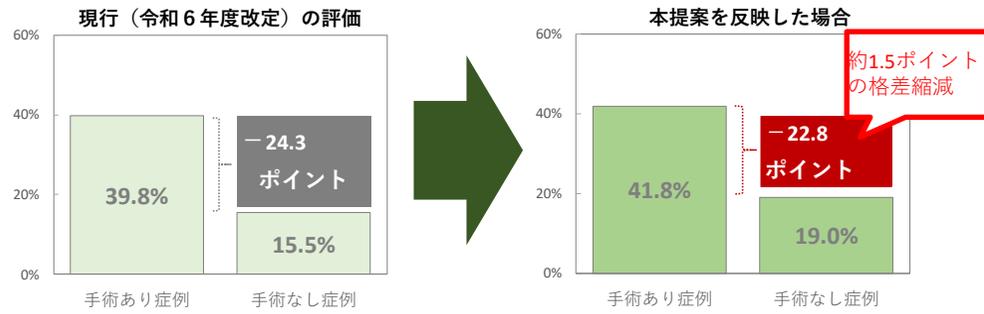
【対象疾患】

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

【既存の制度との比較、有効性】

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

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1:内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A~Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。
 ※2:内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。(対象期間:平成30年4~9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む)。

内科学会が提案するA・C項目への追加候補リスト

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

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

医薬品

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

※外来で主に実施される投薬等については、A・C項目に追加することで入院に移行することが懸念されるため、入院外来実施比率については留意が必要。

救急搬送後の患者の評価に関する経緯と課題

- 重症度、医療・看護必要度における救急搬送後の患者の評価について、入院が必要な密度の高い医学管理の必要な患者を評価する考え方から導入されたもの。
- 該当期間を長く設定した場合には入院日数の延長の誘引となり得るとの課題がある一方、令和6年度診療報酬改定により該当期間を短縮した後は、手術なし症例が評価されにくいとの課題が指摘されている。

救急搬送を重く評価することの メリット

- 入院が必要な密度の高い医学管理を要する患者を評価できる。
- 医療機関にとって救急患者を積極的に受け入れるインセンティブとなる。
- 内科患者を受け入れる医療機関への評価が低い課題が解消できる。

該当期間を5日間とすることの 課題

- 速やかに医学的管理の密度が低くなる患者を含めて、5日間にわたり該当患者として評価することが、入院日数の延長の誘引となりうる。



課題を解消した上で、メリットを維持することのできる評価指標を設けることは可能か？

(参考) これまでの経緯

- ◆ **H28改定** 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう検討され、「救急搬送後の患者」が入院から2日間、評価されることとなった。
- ◆ **R2改定** 救急患者の評価を充実する観点から、必要度Ⅰでは、「救急搬送後の入院」の評価が5日間に延長され、必要度Ⅱでは、「緊急に入院を必要とする状態」が新たに評価されることとなった。
- ◆ **R6改定** 「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、3日目以降に医療資源投入量が低下していること等から、評価日数を2日間に変更された。

→R6改定の議論において、救急入院によるA得点の5日間の日数の短縮は、内科系の評価が十分検討されていない中、バランスを欠いた評価体系となる可能性が懸念されており、R6改定後に、手術なし症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合の低下が指摘されている。

救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないよう、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

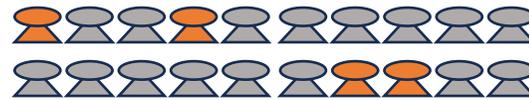
現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送(※)の受け入れによる入院後の該当日数を増やす
→該当患者割合が増える

(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないかと。

②救急搬送(※)の受け入れを指数化して該当患者割合に合算
→合算した値が増える

(例)



+

前年の病床あたり
救急搬送件数を
指数化
5%分

入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれにくい。

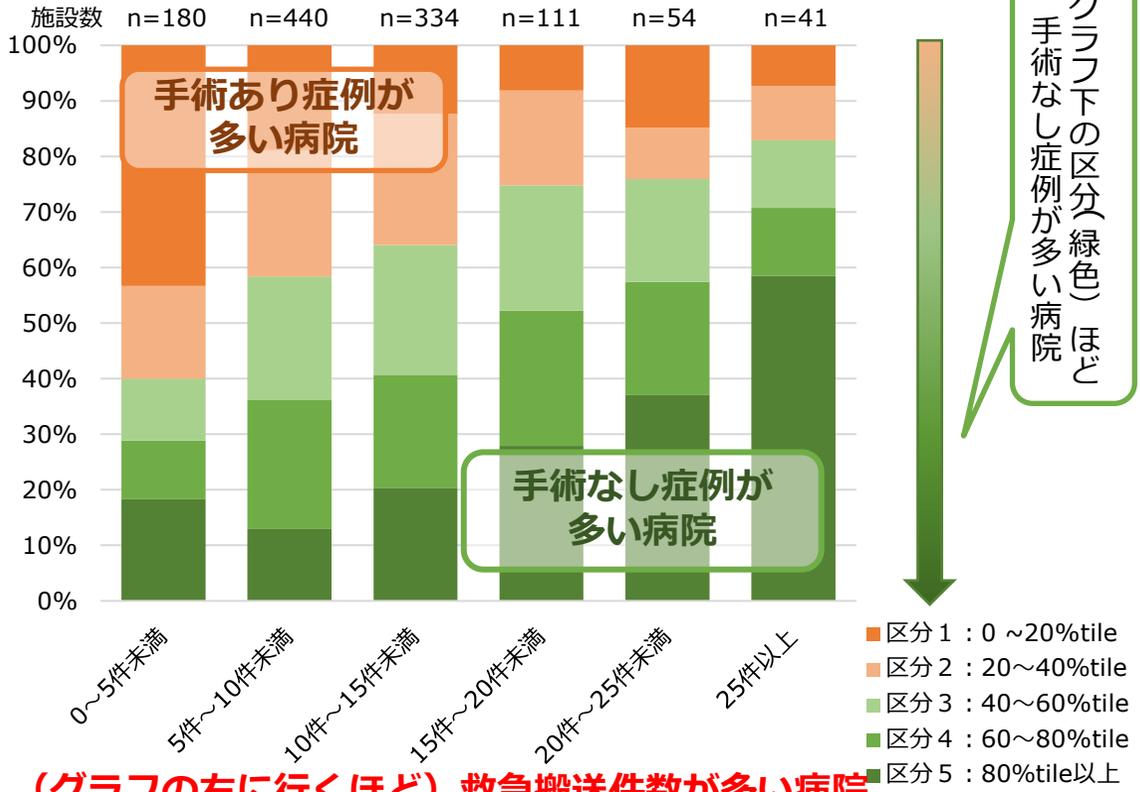
(※) 更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないかと。

1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の分布

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

1床あたり救急搬送件数+協力対象施設入所者

入院加算算定回数ごとの手術非実施症例割合区分の分布



(グラフの右に行くほど) 救急搬送件数が多い病院

1床当たり救急搬送件数+協力対象施設入所者入院加算算定回数：

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

手術あり症例と手術なし症例：

入院期間中に手術に係るKコードを算定されている症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例とした。

手術なし症例の割合区分：

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

令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

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

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

（A100 一般病棟入院基本料）

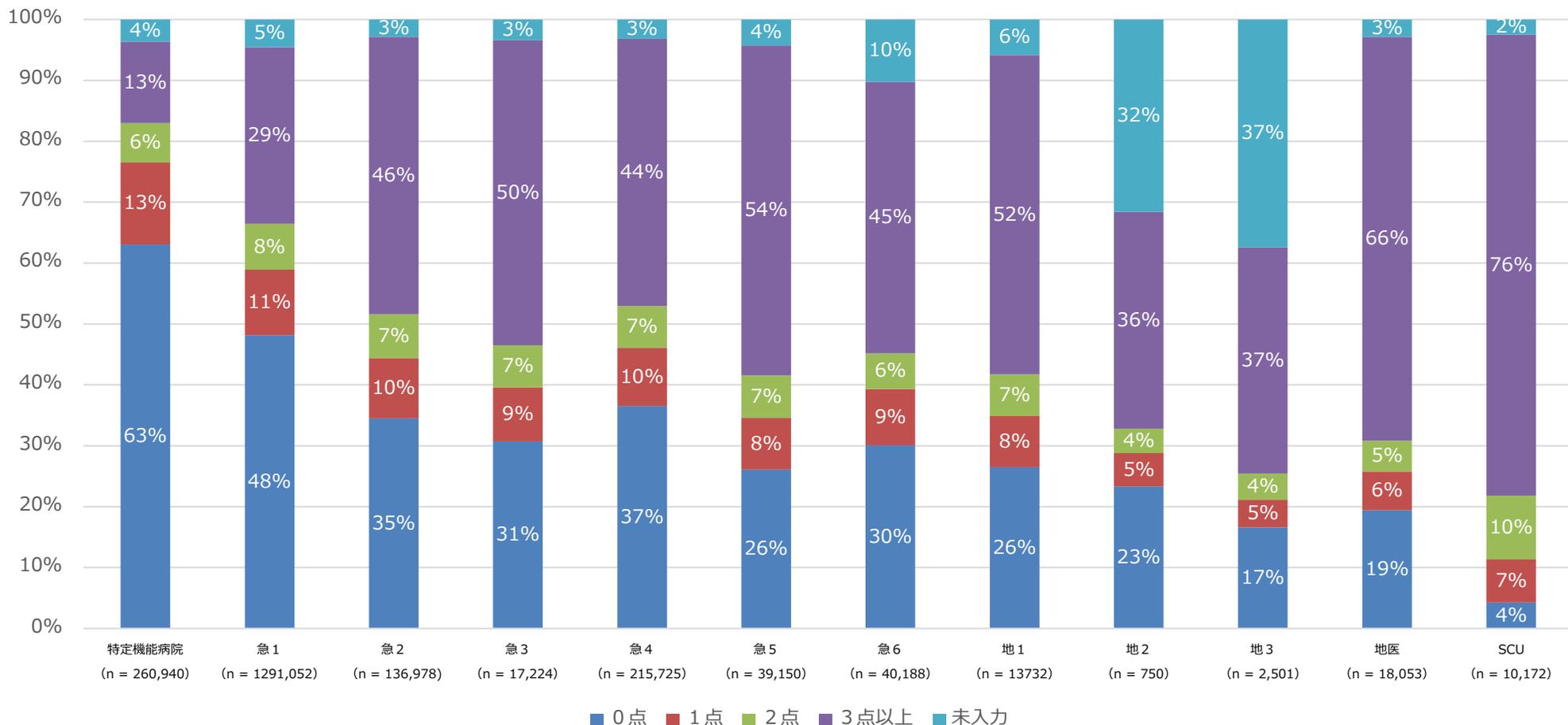
<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

- 外来での実施率が高い化学療法について外来での実施を推進する観点から、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について必要な見直しを行うべきではないか。
- 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1において、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「専門的な治療・処置」によりA得点2点となっていることが多いことも踏まえ、こうした患者のうち急性期医療が必要な患者がB項目の状況によらず必要度基準に該当するよう、「専門的な治療・処置」の各項目について重みづけを見直すことが考えられるのではないか。
- B項目は介護業務を評価している性質があり、急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないか。一方で、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないか。
- ADLが低下した患者や認知症・せん妄状態の患者等への医療・看護に対する評価のためにB項目を評価基準に残す場合においても、疾病や治療に伴って一時的に低下したADL等の改善等が適切に評価できるよう、項目の追加や評価方法の見直しについて今後検討すべきではないか。
- 急性期医療における評価としては、B項目に基づく状況よりも、ADLが低下しないための取組を評価することが重要ではないか。
- C項目の対象となる手術等については、年度によって入院での実施率にばらつきがある可能性も踏まえ、検討すべきではないか。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術の一部について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう必要度の評価対象に加えるべきではないか。

入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-6や地域一般入院料1、地域包括医療病棟で高い。
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、地域包括医療病棟では66%、脳卒中ケアユニット(SCU)では76%と高い割合を占めていた。

3日以上入院している患者における入院初日のB得点の割合



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。
- 急性期一般入院料1、7対1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）の基準からB項目を除外。

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

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

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

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

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

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

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

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

A・C項目の評価方法の見直し

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

必要度IIの要件化

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

院外研修の見直し

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

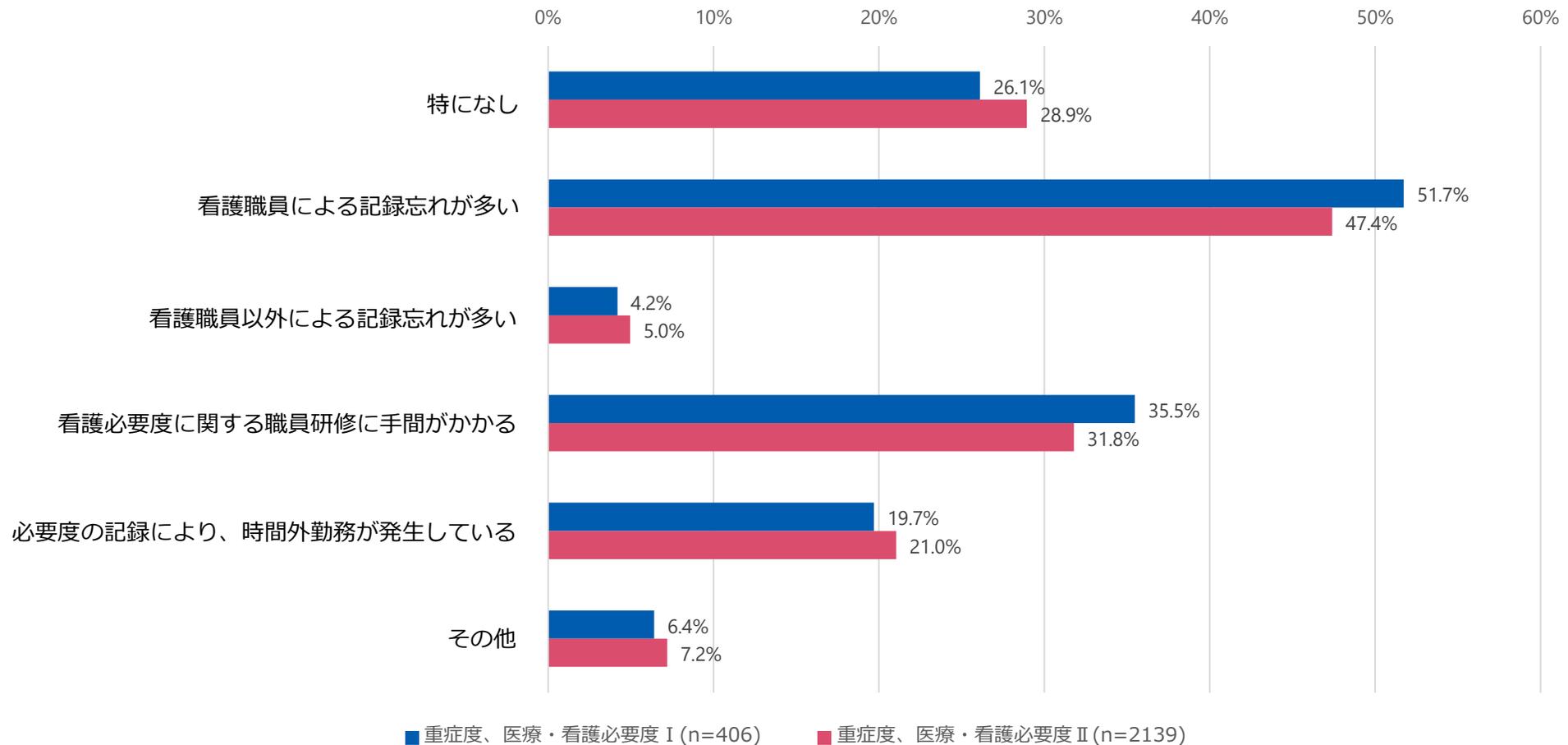
[経過措置]

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

重症度、医療・看護必要度の記録について（Ⅰ・Ⅱ別）

○ 重症度、医療・看護必要度（Ⅰ・Ⅱ）の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていることについて、「特になし」は約3割、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」「必要度の記録により、時間外勤務が発生している」の回答がそれぞれ約3割と2割あった。

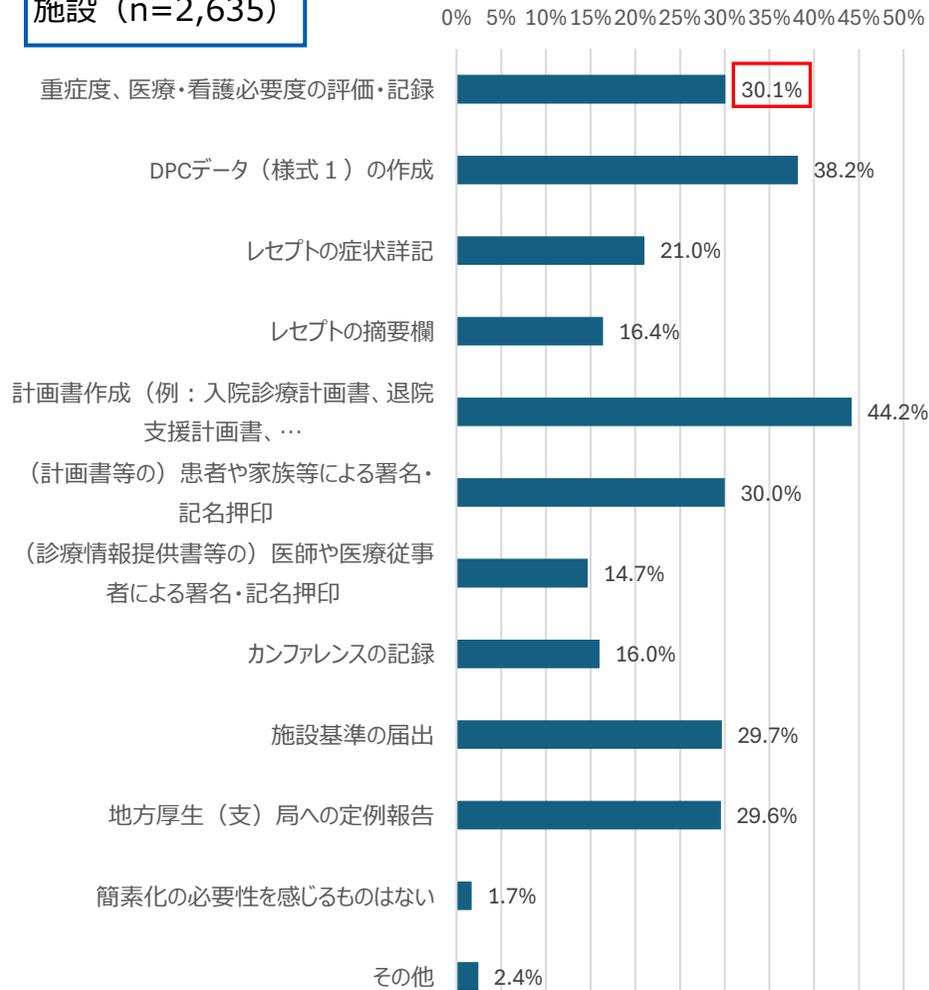
看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていること（複数回答あり）



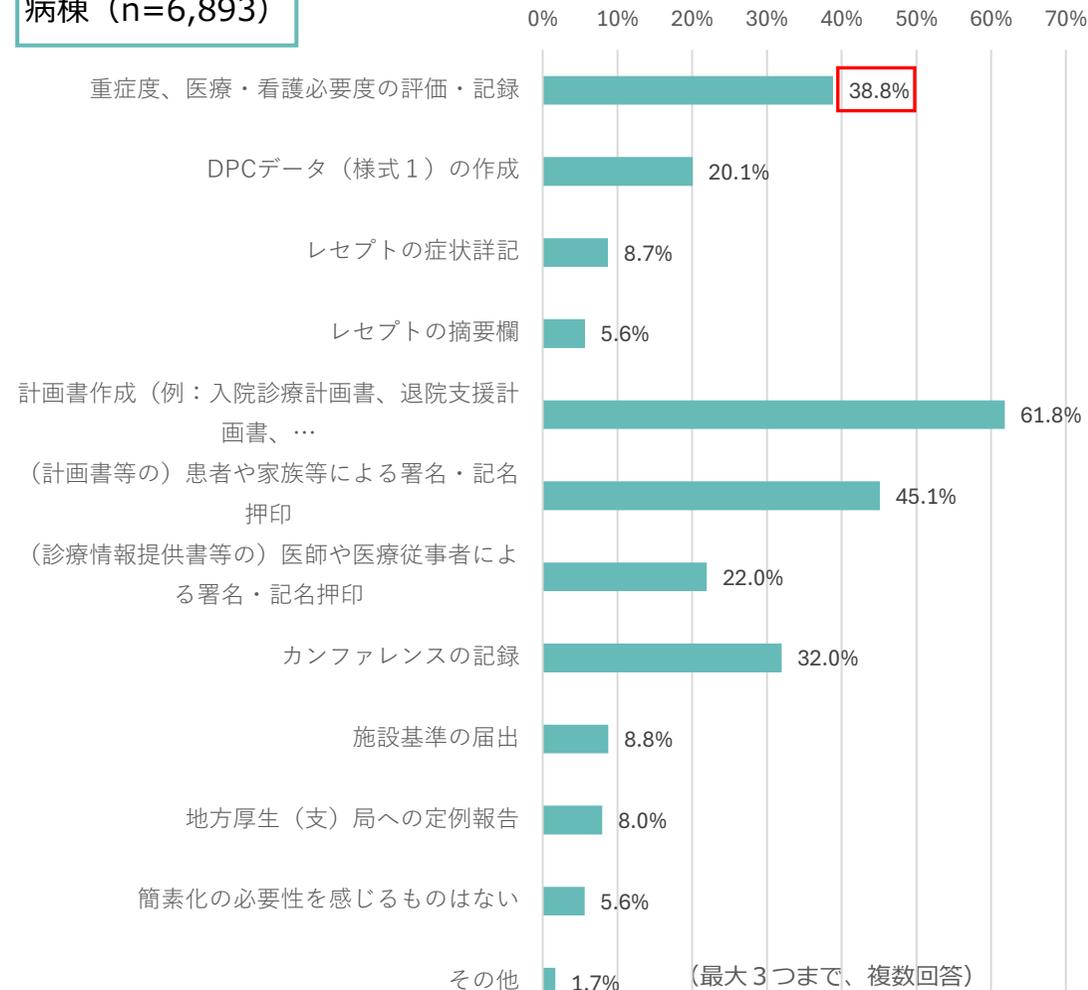
記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの

- 診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものについて、施設と病棟のいずれも、「計画書作成」が最も多く、「重症度、医療・看護必要の評価・記録」が3番目に多かった。

施設 (n=2,635)



病棟 (n=6,893)



○入院患者の「重症度、医療・看護必要度を把握し、適正な職員の配置数を実現・看護の必要性及び看護の量（療養上の世話）を測る指標としての位置づけ。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第5号）（抄）

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（4）看護の勤務体制は、次の点に留意する。

- ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。
- イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

- 重症度、看護必要度導入開始の平成20年度当初から活用。
- 重症度、医療・看護必要度から把握する患者状況で、病院全体のベッドコントロール、看護職員配置、夜勤職員数の調整、夜勤に係る加算等を計算する際に活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した入退院支援共通ツール）

- 重症度、医療・介護必要度のB得点で評価されるADL関連の情報を用いて、患者の療養上の世話に関わる負荷を評価し、それを病棟等のケアの単位で集計することで、その負荷量に応じた看護配置を柔軟に行うために活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置、病床配分、退院支援、入院病棟決定判断、転倒・転落判断等）

- 看護職員の応援体制、配置数の検討、超過勤務と人員配置の検討に活用。
- 転倒・転落発生の経過と原因の探索。
- 入退院支援における退院支援のタイミング、退院場所の選択の根拠として活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

- 重症度、看護必要度導入開始後、B項目をもとに、配置係数を算出。病棟毎の看護職員配置の決定に活用。
- 配置係数をもとに病棟管理者会で説明し、各病棟の配置数に了解が得られやすい。

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の回復期における転院可否の予測因子としての活用)

- 脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入の最適なタイミングを検討。
- 看護必要度B項目, リハ介入時BI, National Institutes of Health Stroke Scale(NIHSS)の変化と回復期転院に関連する要因、退院時の必要度を比較。
- 退院時の必要度B項目、7日目NIHSSは入院時と比べ有意に低下し、5日目必要度B項目、BI、NIHSSは回復期リハビリテーションへの転院に有意に関連していた。
- 脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入における最適なタイミングを把握するために重症度、医療・看護必要度B得点の活用が可能。

(出典：日本クリニカルパス学会誌, 26(2), pp.71-75, 2024.)

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の転倒リスク予測因子としての活用)

- 重症度、医療・看護必要度B項目を用いた転倒リスクアセスメントは、院内の既存のリスクアセスメントと比較しても感度が高く、転倒リスクアセスメントの代替手段としての活用が可能。業務の効率化の観点からも活用が可能。

(出典：せいい看護学会誌, 14(2), pp.1-8, 2024.)

(重症度、医療・看護必要度の病棟マネジメント指標としての活用)

- 新型コロナウイルス感染拡大時の一般病棟では、不慣れ感（通常受け入れのない診療科が多い、重症患者の該当者割合が高い）、重症病棟のケア必要患者（ICU,HCU看護必要度を満たす割合）が高いという特徴があった。
- 病棟の忙しさの要因として、「不慣れ」と「業務量の増大」に注目。診療科の混成度と、重症度、医療・看護必要度から算出される医療資源投入量並びに患者の重症度を使用。
- 不慣れ感が高い病棟は、医療資源投入量は少ない一方、日常生活支援などの介護的な援助が必要な患者が多い傾向があった。

(出典：日本医療マネジメント学会雑誌, 24(1), pp.31-38, 2023.)

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の活用：入院中の高齢者の近位大腿骨骨折に関連する要因分析)

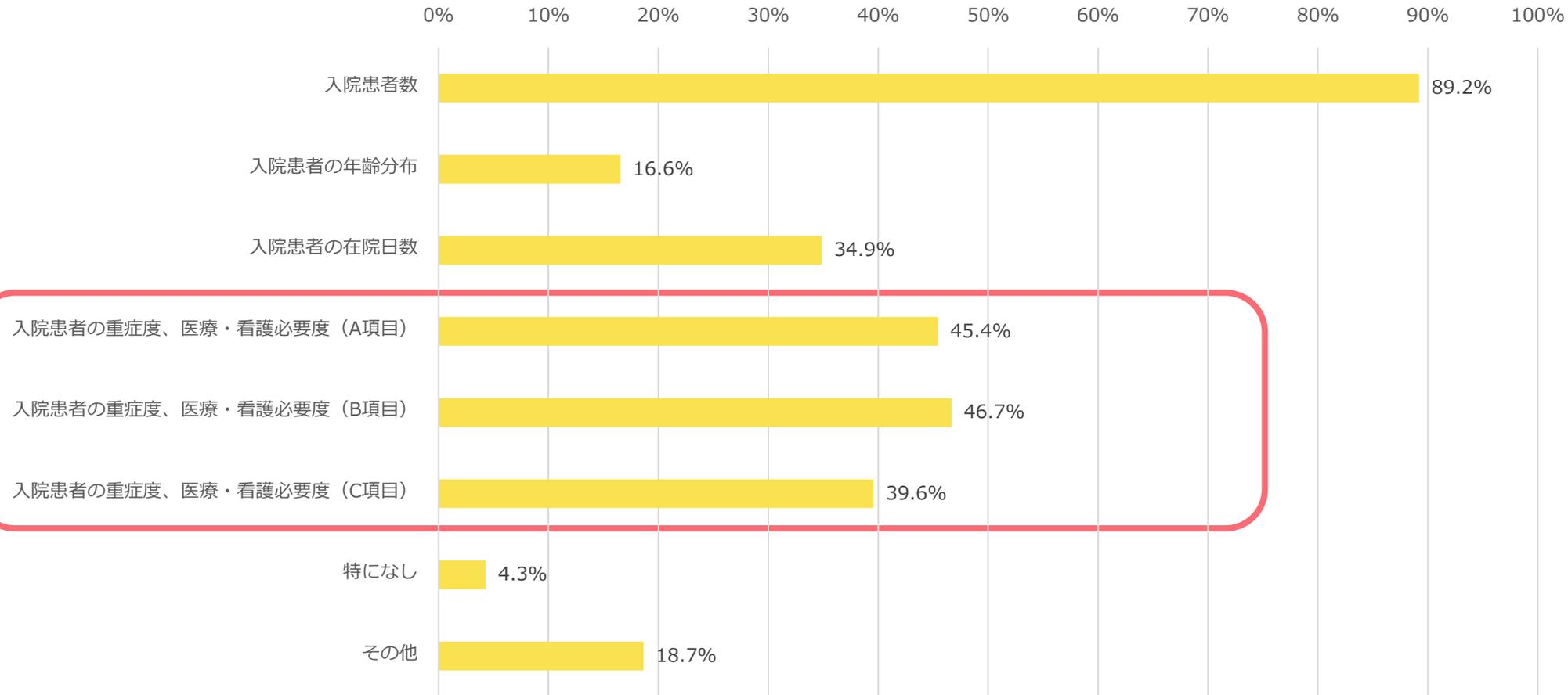
- 患者の日常生活状況と医療処置状況を考慮し、正確な骨折予測モデルの開発を目的とした。さらに、入院中の骨折に関連する患者の状態の変化を調査。
- 入院時と比較して入院中に歩行安定性が改善した場合に患者の転倒リスクが高まることが明らかになった。
- 毎日の看護記録データ (B得点) を用いて入院中に骨折リスクの高い患者の特定が可能であり、転倒リスクを低減するための対策が有効な患者を特定するために役立つ可能性がある。

(出典：BMJ Quality Safety,34,pp234-243,2025.)

看護職員の配置数を決めるに当たって参考になっている指標

- 看護職員の配置数を決めるに当たって参考になっている指標は、入院患者数が89.2%、重症度、医療・看護必要度（B項目）が46.7%、重症度、医療・看護必要度（A項目）が45.4%、重症度、医療・看護必要度（C項目）が39.6%であった。

看護職員の配置数を決めるに当たって参考になっている指標（複数回答あり）（n=4670）

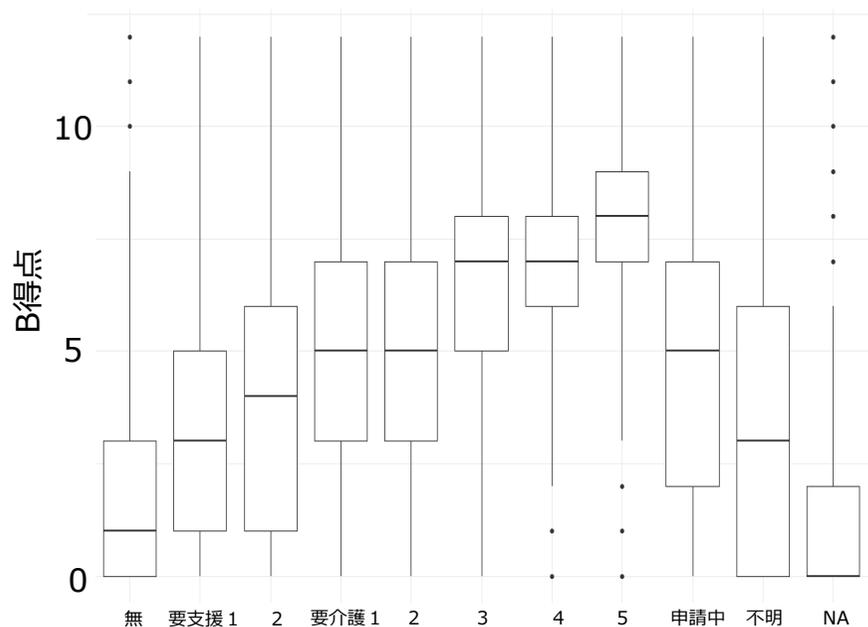


その他（自由記載内容）：病床稼働率、手術件数、検査件数、入退院患者数、緊急入院患者数、認知症・せん妄患者数、夜勤可能看護職員数等

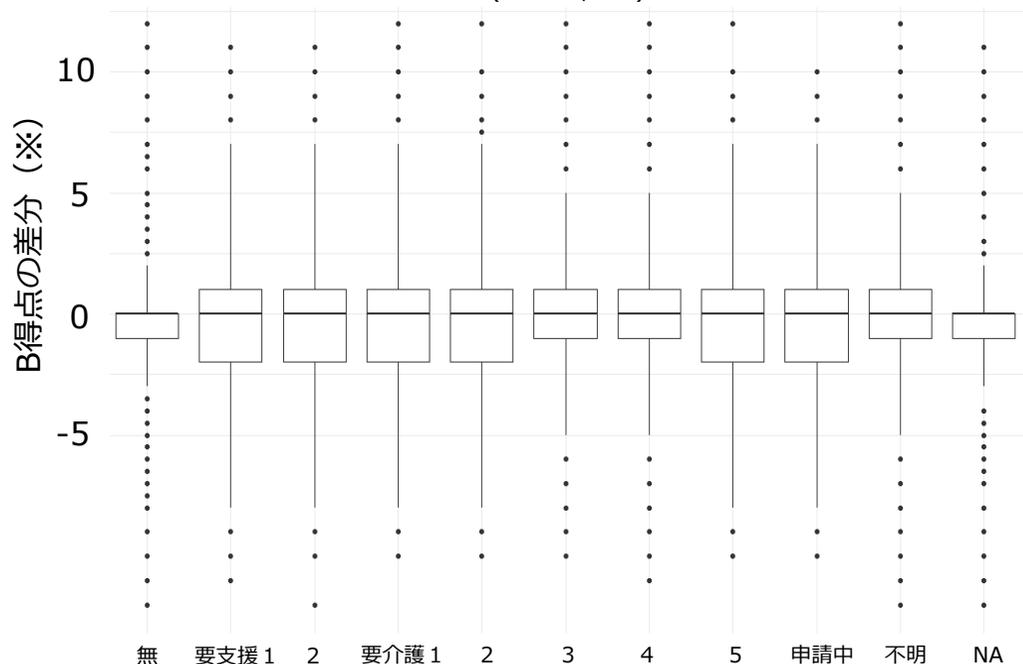
要介護度別入院時と退院時のB得点の差分

- 入院時のB得点は要介護度が高いほど高かった。
- 入院時と退院時のB得点の差分の中央値は、要介護度によらず0であり、入院時と退院時でB得点が変わらない患者が多いことが示唆された。

急性期一般入院料 2 - 6 入院時B得点
(n=435,887)



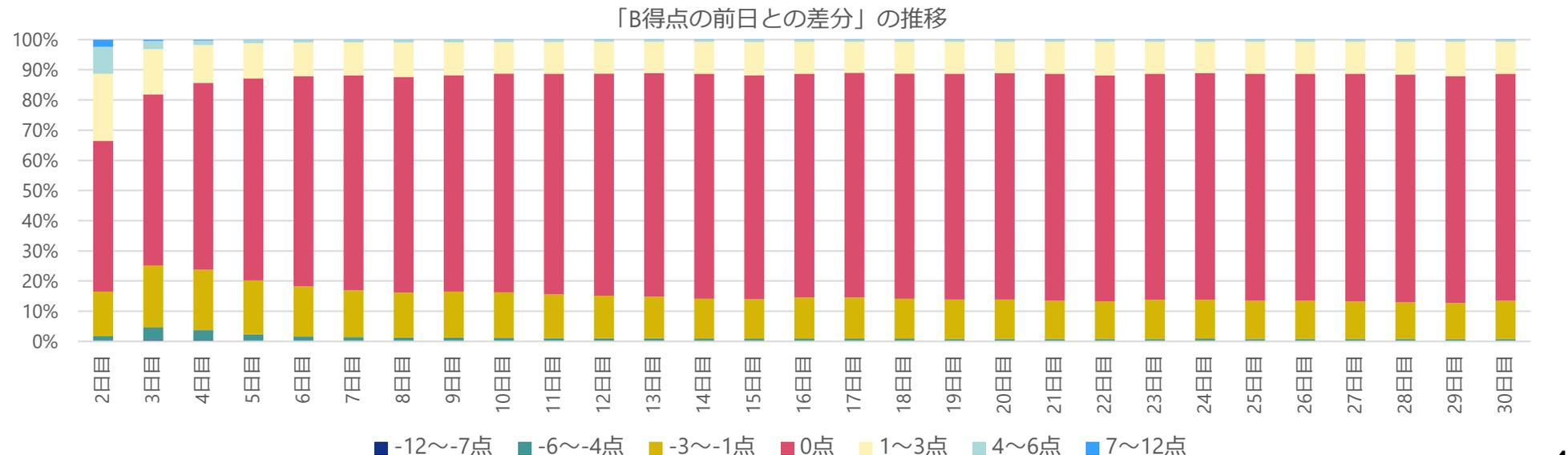
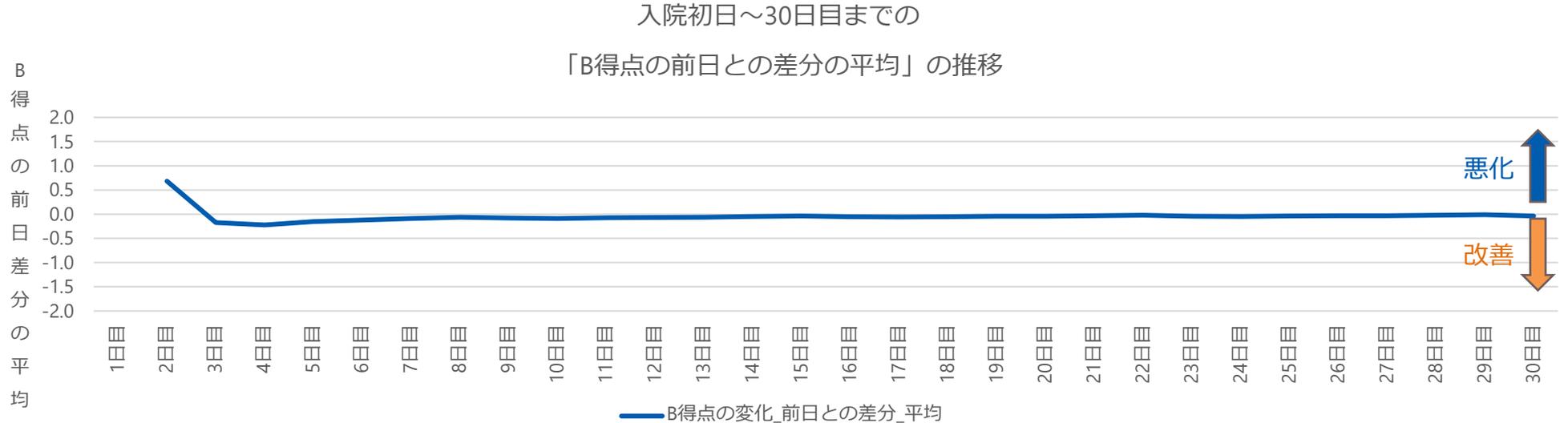
急性期一般入院料 2 - 6 入院時と退院時のB得点差分
(n=435,887)



※ 退院時B得点 - 入院時のB得点
(退院時にB得点が入院時より改善した場合、値はマイナスとなる。)

B得点の前日との差分の推移

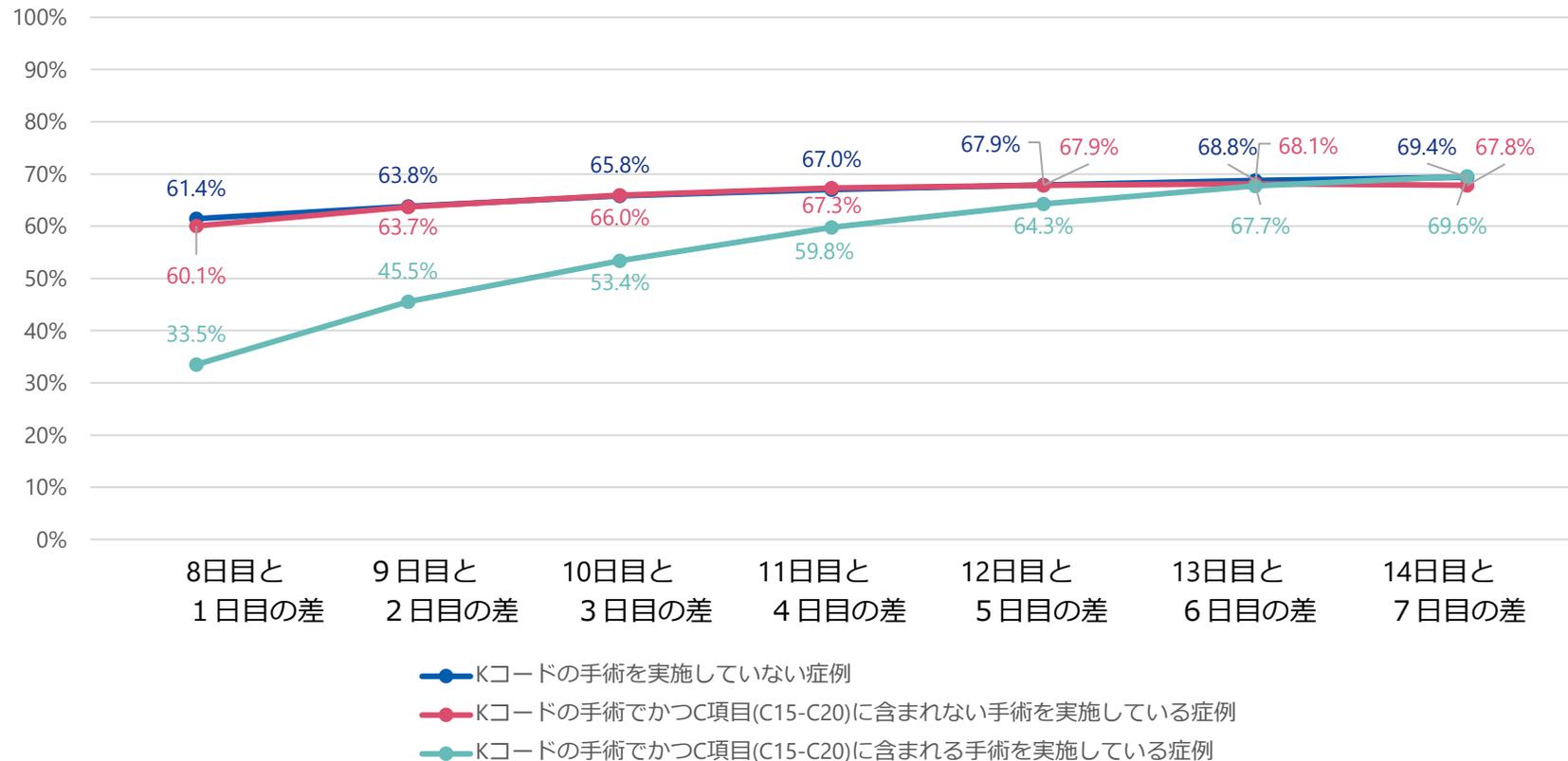
- B得点の前日との差分の平均は、入院2日目に悪化した後、3日目から改善傾向となり、7日目以降は概ね前日と同じB点数（差分0点）となる。
- 前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで示すと、全経過にわたり、前日と同じB点数（差分0点）の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が7割程度で安定している。



7日後にB得点と同程度である患者の割合

- 重症度、医療・看護必要度のB得点が7日後に±1点以内でほぼ変わらない患者の割合を、手術なし症例は入院からの日数、手術あり症例は術後日数に応じて経時的に観察した。
- C15~20の対象手術（比較的侵襲の大きい手術）の実施症例では、B得点が7日後も同程度（±1点以内）の患者の割合は、術後4日目までは6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。これらの手術を実施されていない症例では、入院1日目は約6割であり、その後漸増し、入院4日目頃から安定していた。
- いずれの症例も、B得点が7日後も同程度（±1点以内）の割合は、入院／術後7日目には約7割となっていた。

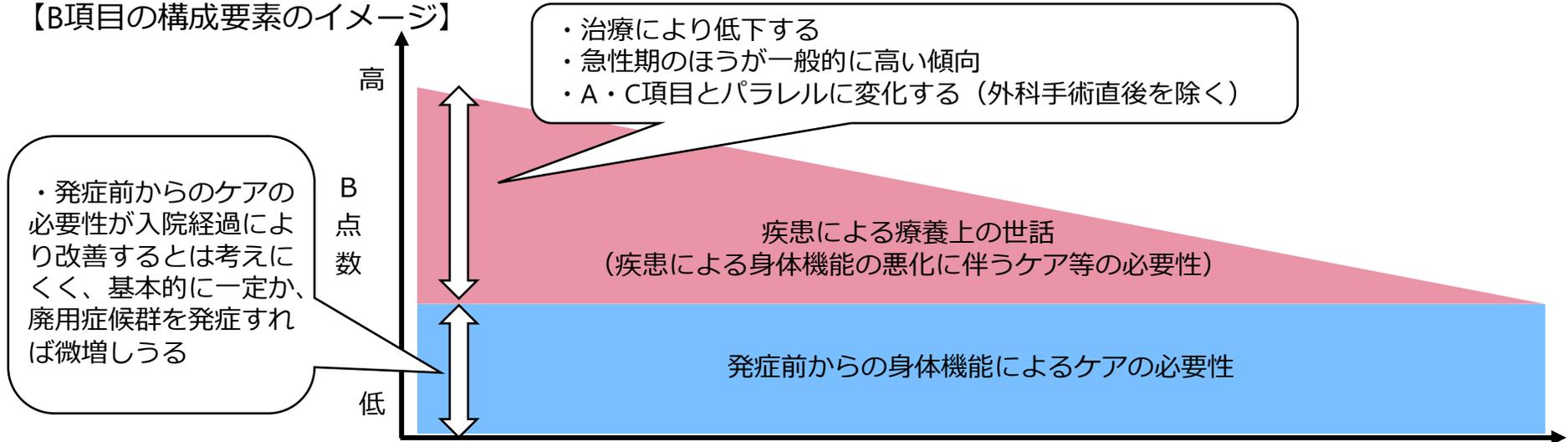
7日後にB得点が±1点である患者の割合



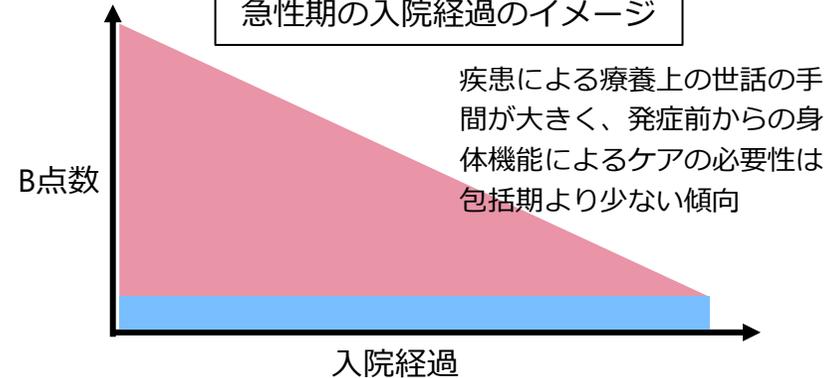
分析結果に基づく B 点数のイメージ

- B項目について入院患者全体の傾向をみた場合、①入院時と退院時で点数の変化があまり見られない②入院4日目、術後7日目以降は変化が少ない患者の割合が約7割に収束する、といった傾向がみられた。
- B項目は、疾患によって悪化した身体機能によるケアの必要性和、発症前からの身体機能によるケアの必要性の双方を反映した指標であると考えられる。

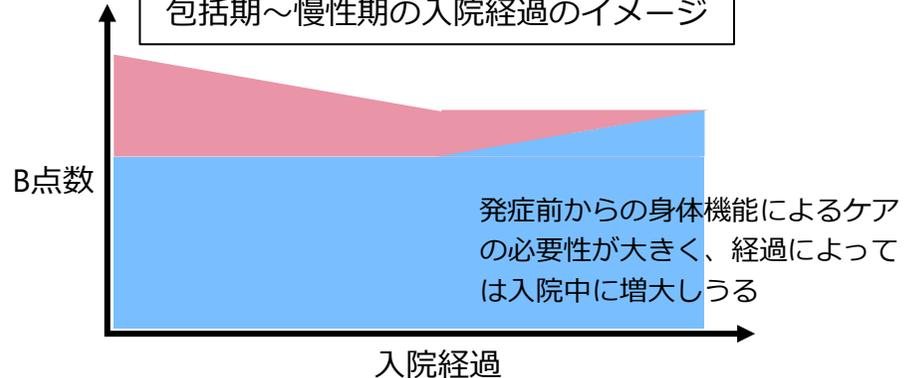
【B項目の構成要素のイメージ】



急性期の入院経過のイメージ



包括期～慢性期の入院経過のイメージ

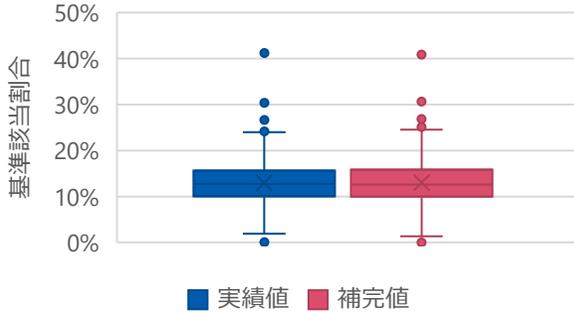


B得点を補完した場合の重症度該当割合の変化

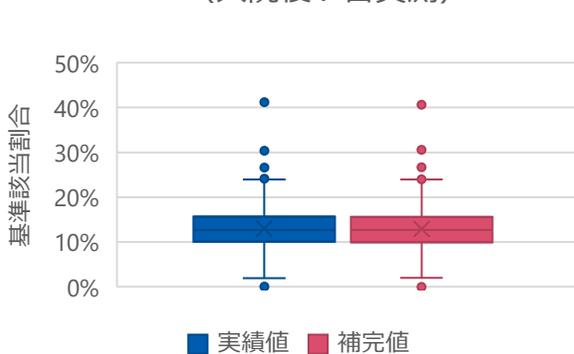
- 急性期一般入院料2～6算定病院における、当該病床の入院患者のB得点について、入院後一定期間（4日間あるいは7日間）と、以降7日ごとに実測し、その他は直前のB得点で補完した場合と、全入院期間で毎日実測した場合の、重症度・医療・看護必要度の「A2点以上かつB3点以上」の基準を満たす該当患者割合を比較すると、実測値と補完値で、施設の分布はほぼ同じであった。
- また、各施設の、補完値における基準該当割合と実測値における基準該当割合の差分を見ると、いずれの測定日数であっても、ほとんどの施設が±1%以内であった。
- 入院後4日間と、以降7日ごとに実測した場合と、入院後7日間と、以降7日ごとに測定した場合の、入院日数に占める測定日の割合はそれぞれ55%と40%であった。

(n=1047施設)

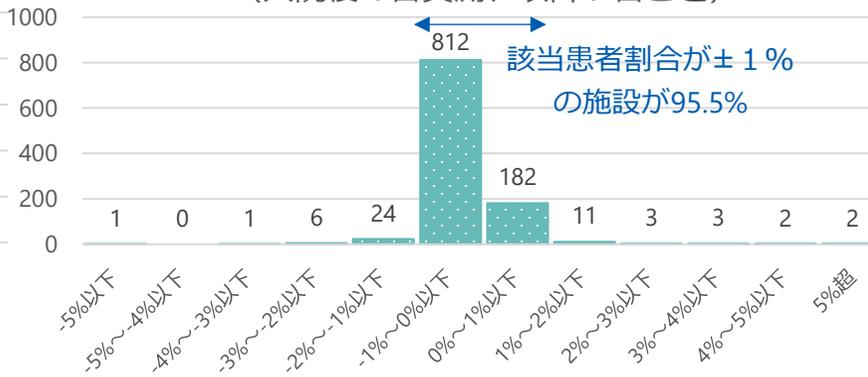
各施設の実測値及び補完値による基準該当割合（入院後4日実測）



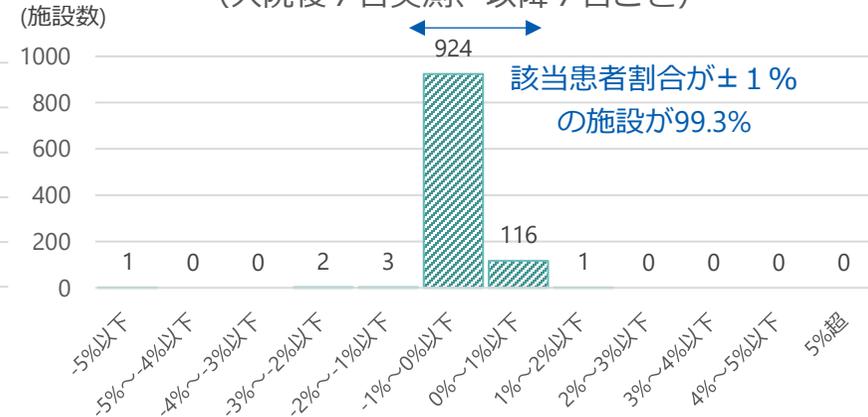
（入院後7日実測）



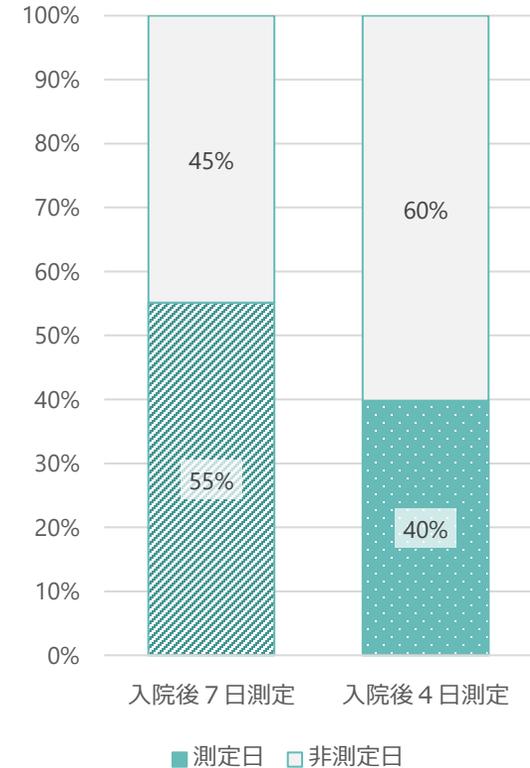
測定頻度を減らした場合と、現行の測定を行った場合の、A2点以上かつB3点以上割合の差（入院後4日実測、以降7日ごと）



（入院後7日実測、以降7日ごと）



測定頻度を減らした場合の入院全体に占める測定日割合



重症度、医療・看護必要度についての現状と課題

(手術なし症例と手術あり症例の評価について)

- 手術なし症例は、手術あり症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上の割合が低く、B点数3点以上の割合は高かった。
- 急性期一般入院料1における重症度、医療・看護必要度基準該当割合をみると、救急搬送入院の手術なし症例が最も低く、非救急搬送入院の手術あり症例が最も高かった。
- 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を手術なし症例が占めていた。
- 重症度、医療・看護必要度における救急搬送後の患者の評価については、該当期間を長く設定した場合には入院日数の延長の誘引となり得る課題がある一方、令和6年度診療報酬改定により該当期間を短縮した後は、手術なし症例が評価されにくいとの課題が指摘されている。
- 1床当たり救急搬送件数や、協力対象施設入所者入院加算の算定回数との合算件数が多いほど、手術なし症例を比較的多く受け入れている病院の割合が高かった。

(B項目について)

- B項目は、これまでの改定で記録の負担の軽減や、急性期度合いを示す指標としての位置づけについて議論されてきた。現在、急性期一般入院料1では測定・記録のみ行われており、重症度、医療・看護必要度の基準には含まれていない。
- 重症度、医療・看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていることについてI・II別に分析したところ、「特になし」はIが26.1%、IIが28.9%である一方、「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」はそれぞれIが51.7%と35.5%、IIが47.4%と31.8%であった。
- B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4-5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられなかった。
- 7日後にB得点と同程度である患者の割合は、対象手術なし症例では入院4日目に約7割、対象手術実施症例では術後7日目に同様に約7割であった。
- 手術なし症例の入院4日目以降、また手術あり症例の入院7日目以降は、重症度、医療・看護必要度について、B点数が変わらない患者の割合は6~7割程度であった。

重症度、医療・看護必要度における論点

【論点】

- 重症度、医療・看護必要度について、手術なし症例が救急搬送による入院の多くを占めること、手術なし症例は、救急搬送入院した場合であっても、A・C項目の基準該当割合が手術あり症例と比較して低いこと等を踏まえ、手術なし症例や救急搬送後の症例における、密度の高い医学的管理の適切な評価を図る観点から、重症度、医療・看護必要度の評価について、どのように考えるか。
- B項目は、主に医学的管理の必要性を示すA、C項目とは異なり、主に療養上の世話に関する必要性を測るための指標であり、個人ごとに毎日測定されているが、報酬算定上は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で、月ごとに用いられている。こうしたことを踏まえ、診療報酬評価における有用性や、B項目測定に係る負担軽減の観点について、どのように考えるか。
- 急性期一般入院料1や7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟）等）では、重症度、医療・看護必要度のB項目が評価基準の対象から削除されたものの、ADLの改善状況等の把握のために、引き続き測定を継続することとなっている。測定の意義や負担を踏まえ、施設基準において求める測定のあり方をどのように考えるか。

1. 急性期入院医療について

1 - 1. 現在の評価等の概要

1 - 2. 入院基本料と医療機関の機能について

1 - 3. 重症度、医療・看護必要度について

1 - 4. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

1 - 5. DPC制度について

総合入院体制加算と急性期充実体制加算に関する課題

【参考】入院・外来医療等の調査・評価分科会とりまとめ(抜粋・要約)

7-3. 拠点的な急性期機能について

- 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1は救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算1でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算1でのみ求められる施設基準がある。
- 14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算1は急性期充実体制加算1と比較して低くなっている。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地域の症例や医療従事者を集約してもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられ、総合入院体制加算3を届け出ている病院の約15%は人口の少ない地域に属していた。
- 同一の病院で比較すると、特に急性期充実体制加算を届け出た病院で、精神病床届出施設数がやや減少する傾向がみられる。

課題

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算で、実績要件の評価が異なる等、拠点的な病院の評価が複雑になっており、また、総合的な診療体制の評価が手術の評価と比較して相対的に低くなっていること等を踏まえ、評価体系の一体的な見直しについてどのように考えるか。
- 人口規模の小さな医療圏にある病院では、実績要件が満たしづらいことについて、どのように考えるか。
- 総合病院の精神科病床数が減少しているなか、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の評価をどのように考えるか。

総合入院体制加算

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 260点	総合入院体制加算2 200点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていても良い。） 外来を縮小する体制を有すること。（右記） 次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 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。 救急時医療情報閲覧機能を有していること。 		
実績要件	<p>全身麻酔手術件数年2000件以上 全身麻酔手術件数が年1200件以上 全身麻酔手術件数が年800件以上</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上</p> </div>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
精神科要件	精神患者の入院受入体制がある	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること 以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A2点以上又はC1点以上)	必要度Ⅰ： 3割3分以上 必要度Ⅱ： 3割2分以上	必要度Ⅰ： 3割1分以上 必要度Ⅱ： 3割以上	必要度Ⅰ： 2割8分以上 必要度Ⅱ： 2割7分以上

急性期充実体制加算

(1-7日/8-11日/12-14日)	急性期充実体制加算1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算2 (360点/150点/90点)
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている(急性期一般入院料1の病棟では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている) 敷地内禁煙に係る取組を行っている・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に準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 	
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 救急時医療情報閲覧機能を有していること 	
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上(緊急手術 350件/年以上) <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆心臓胸部大血管手術 100件/年以上 ◆化学療法 1,000件/年以上(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上であること。) </div> <p>上記のうち5つ以上を満たす</p> <p>上記のうち2つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす ◆異常分娩 50件/年以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上</p>	
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、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のいずれかを届け出ている 	
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 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 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を届け出ている 	
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者(退院患者を含む)に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 	
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 	
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 	
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 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 	

総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 と比較して低くなっている。

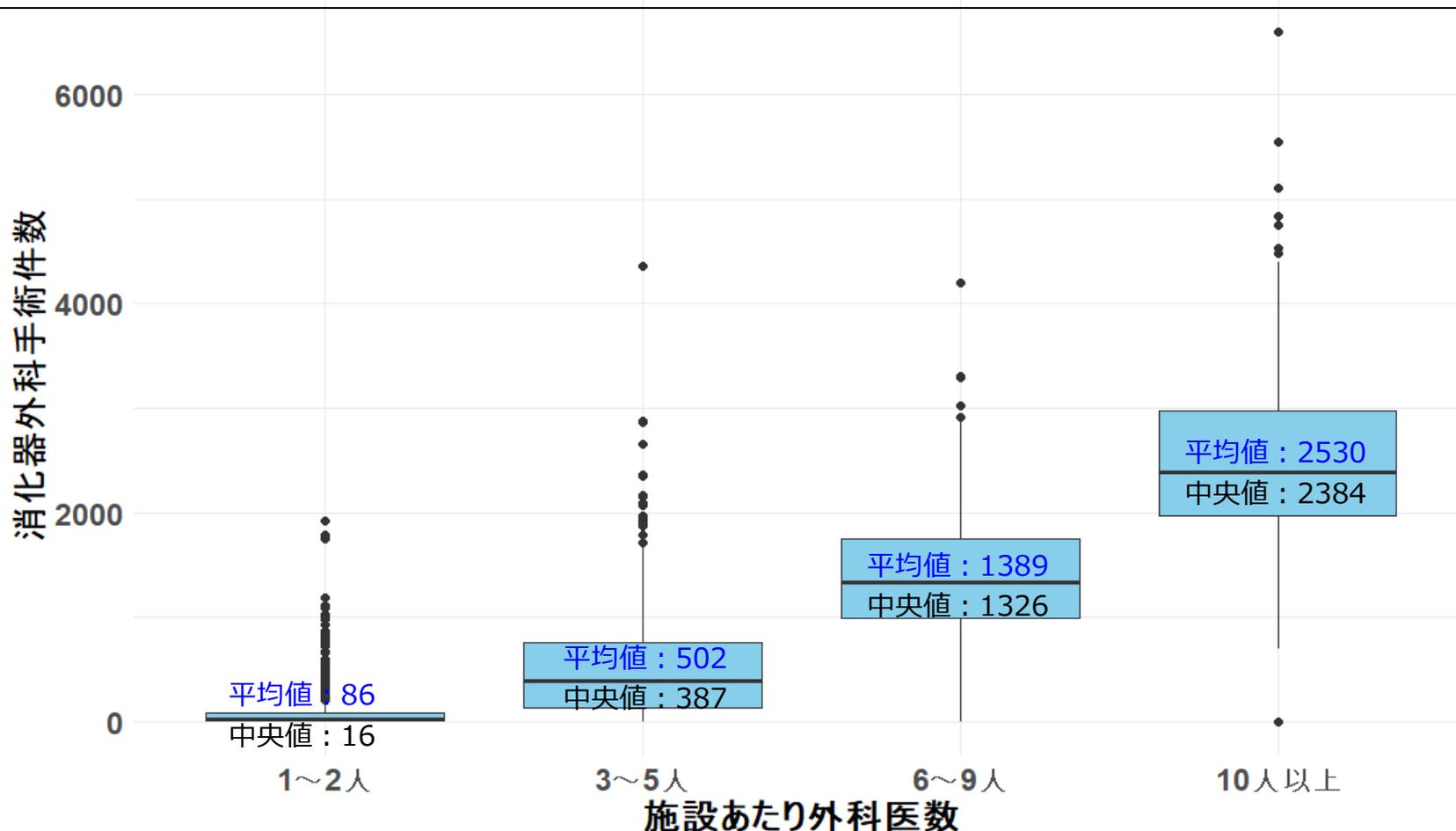
	総合入院体制加算 1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算 1 14日間 計4240点	
	総合入院体制加算 1 のみの施設基準	急性期充実体制加算 1 のみの施設基準	
救急・手術	<ul style="list-style-type: none"> 腹腔鏡下手術：100件/年以上 心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救命センター又は高度救命救急センター(急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可) 全身麻酔手術件数2000件/年以上 悪性腫瘍手術400件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急手術350件/以上 消化管内視鏡手術 600件/年以上 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 心臓カテーテル法手術 200件/年以上 心臓胸部大血管手術(※) 100件/年以上
総合的な診療体制等	<ul style="list-style-type: none"> 内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科(産婦人科)の標榜と入院医療の提供 分娩件数 100件/年以上 放射線治療 4000件/年以上 精神科の24時間対応体制+入院受入体制 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上) 	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制 感染対策向上加算 1 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
その他の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している 重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(I：3割3分以上) 	<ul style="list-style-type: none"> 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 救急時医療情報閲覧機能を有している 外来を縮小する体制を有する 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない 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 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1の届出 特定集中治療室管理料等の届出 敷地内禁煙に係る取組 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者の一般病棟以外への転棟が1割未満 入退院支援加算 1 又は2の届出 一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 院内迅速対応チームの設置等

注 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

※ 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 では対象となる手術等が異なっている。

医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

- 医療機関の所属消化器外科医師数が多くなると、消化器外科手術件数※が多くなる傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。

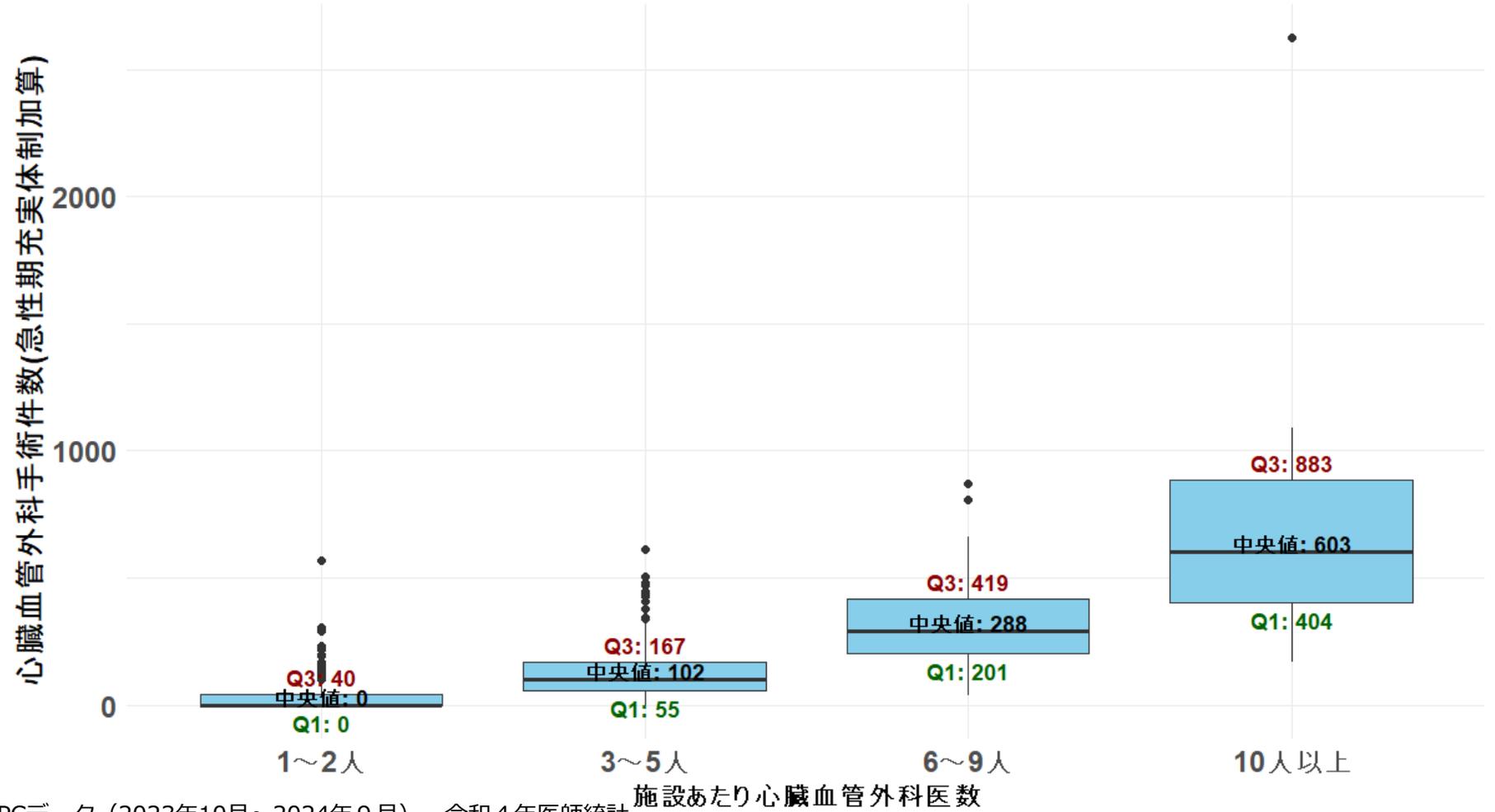


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

心臓血管外科医数別 心臓血管外科手術（急性期充実体制加算対象）実施件数

- 常勤の心臓血管外科医が1～2人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術の中央値が0件/年とほとんどの施設で実施されておらず、第3四分位点も40件/年となる。
- 常勤の心臓血管外科医が3～5人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術は第1四分位点でも55件/年実施されている。

心臓血管外科手術件数の分布



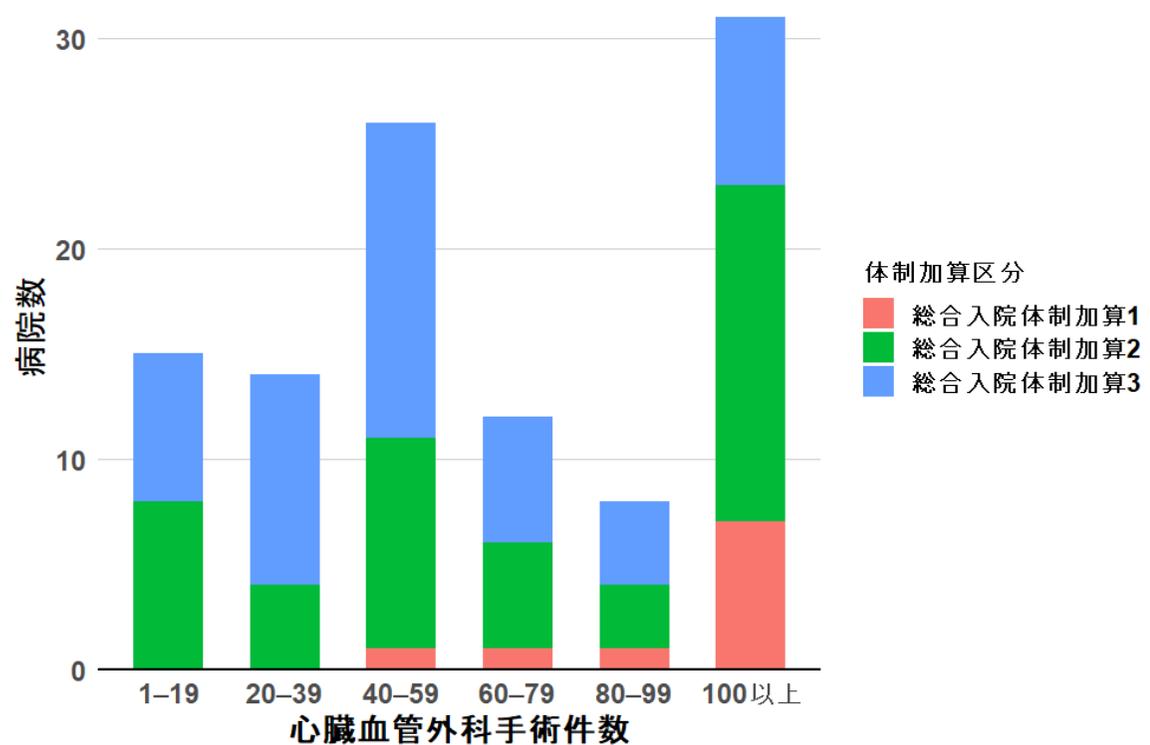
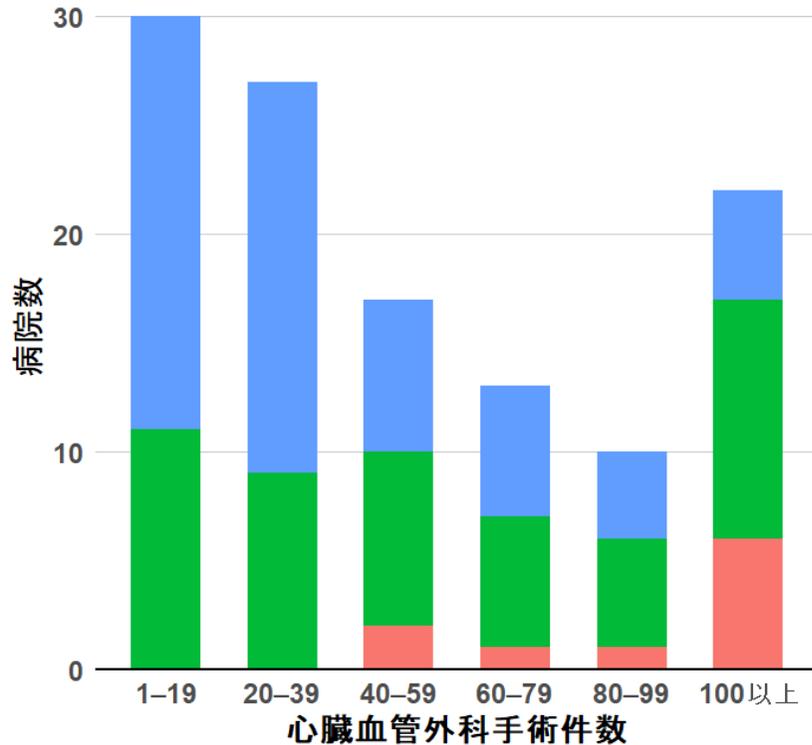
出典：DPCデータ（2023年10月～2024年9月）、令和4年医師統計

総合入院体制加算・急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術について

- 手術実績要件のうち、心臓血管外科手術については、総合入院体制加算と急性期充実体制加算において、対象となる手術等の要件が異なっている。具体的には、総合入院体制加算の対象手術には、急性期充実体制加算において対象となっている人工心肺を使用する冠動脈、大動脈バイパス手術等が入っていない。
- 総合入院体制加算届出病院における、各加算対象手術の実施件数の分布は以下の通りであり、総合入院体制加算対象手術については、40件未満の病院が多いものの、急性期充実体制加算の対象手術については、40件以上の病院が多い。

総合入院体制加算の対象となる心臓血管外科手術数別病院数

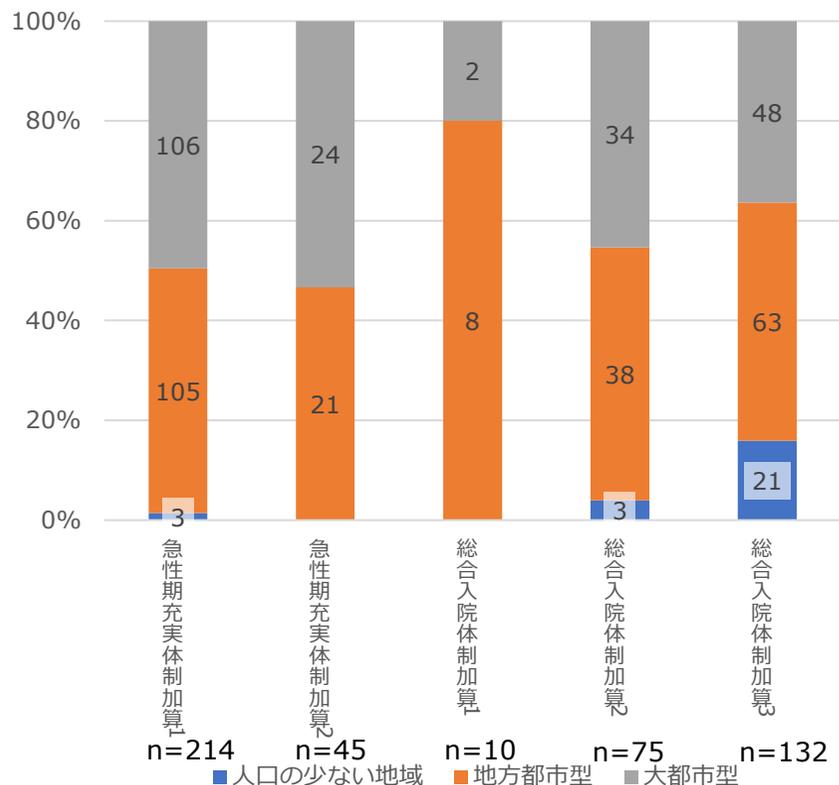
急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術数別病院数



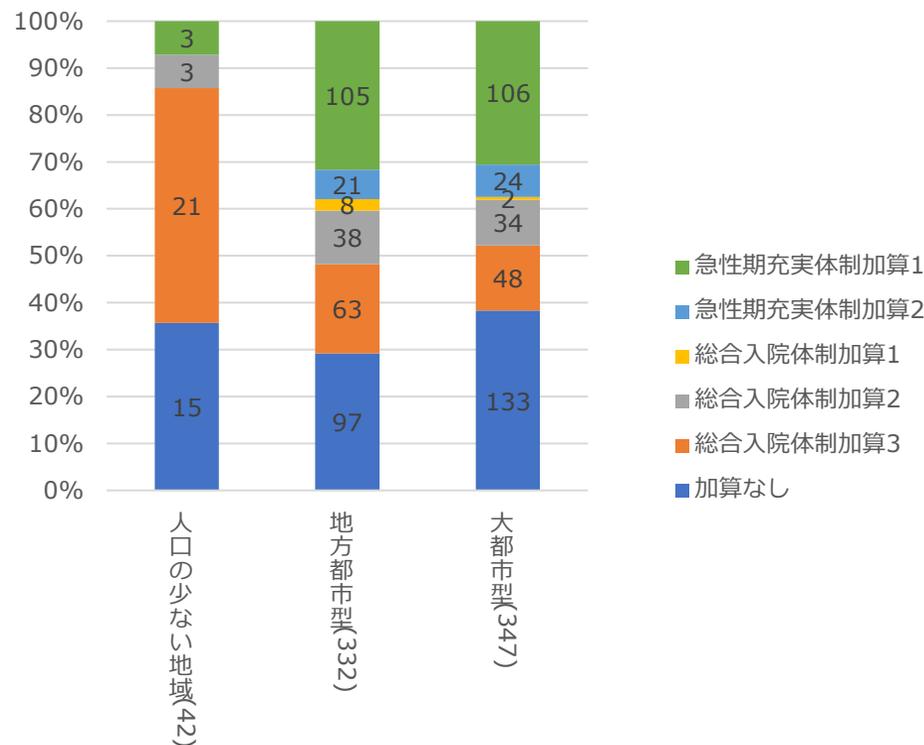
体制加算区分
■ 総合入院体制加算1
■ 総合入院体制加算2
■ 総合入院体制加算3

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の多くは地方都市型や大都市型の二次医療圏に属しているが、総合入院体制加算3を届け出ている病院の約15%は人口の少ない地域に属していた。
- 人口の少ない地域では、実績要件等の基準が厳しい総合入院体制加算1や急性期充実体制加算1を届出ている病院が少なく、加算算定病院の多くは、総合入院体制加算3を届け出ていた。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地理的な事情から、地域の症例や医療従事者を集約してもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられる。

加算算定病院の所属二次医療圏区分割合



各地域における加算の算定状況*



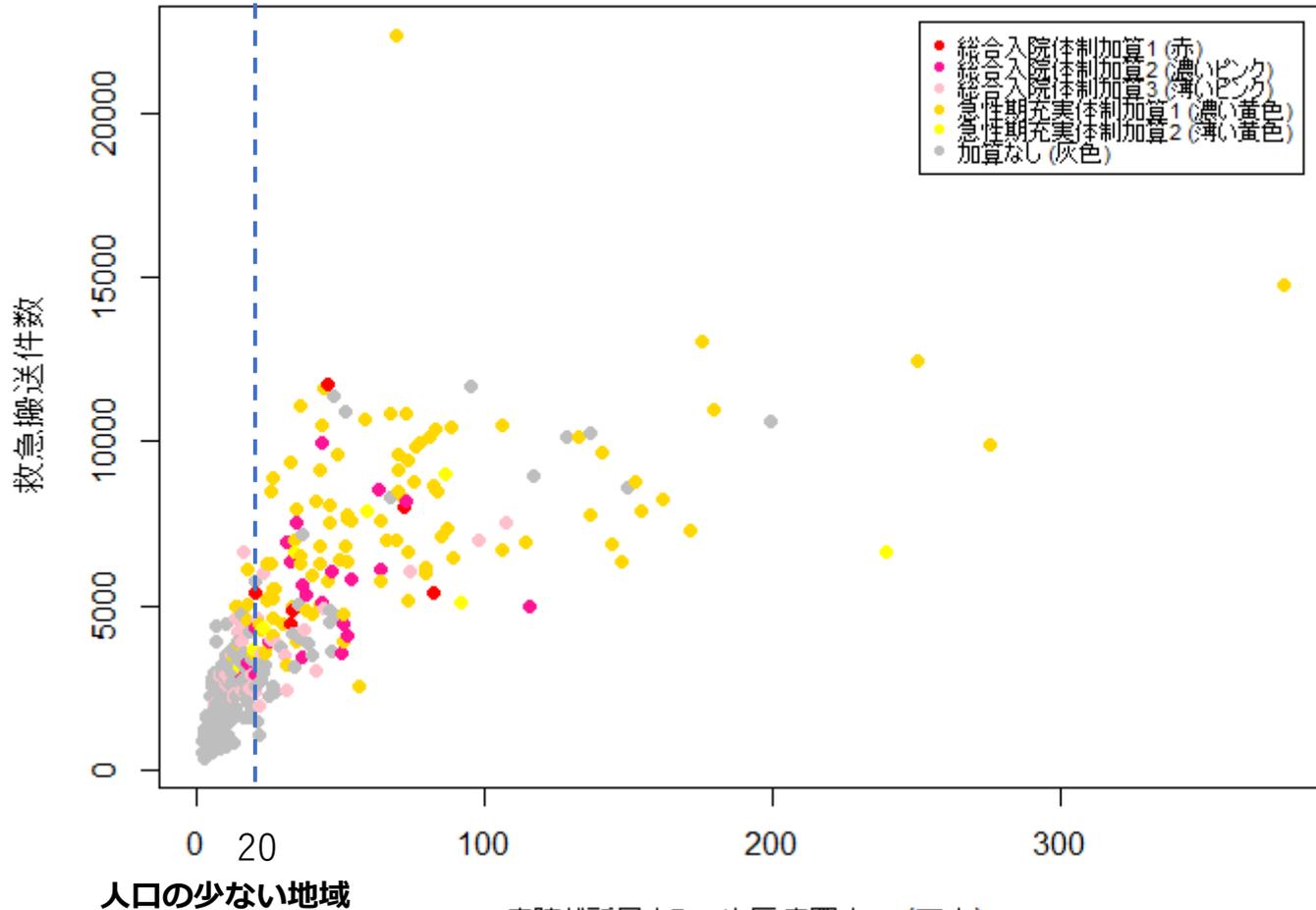
大都市型：48二次医療圏 人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：156二次医療圏 人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
人口の少ない地域：131二次医療圏 上記以外

* 救急搬送件数2000件かつ全身麻酔手術1200件以上の病院を対象とした

二次医療圏における救急搬送件数

- 人口規模の大きな二次医療圏ほど、当該医療圏で最大の救急搬送を受けている病院における救急搬送件数も多くなる傾向がある。
- 急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されている。

各二次医療圏における最大救急搬送件数 (n=335)

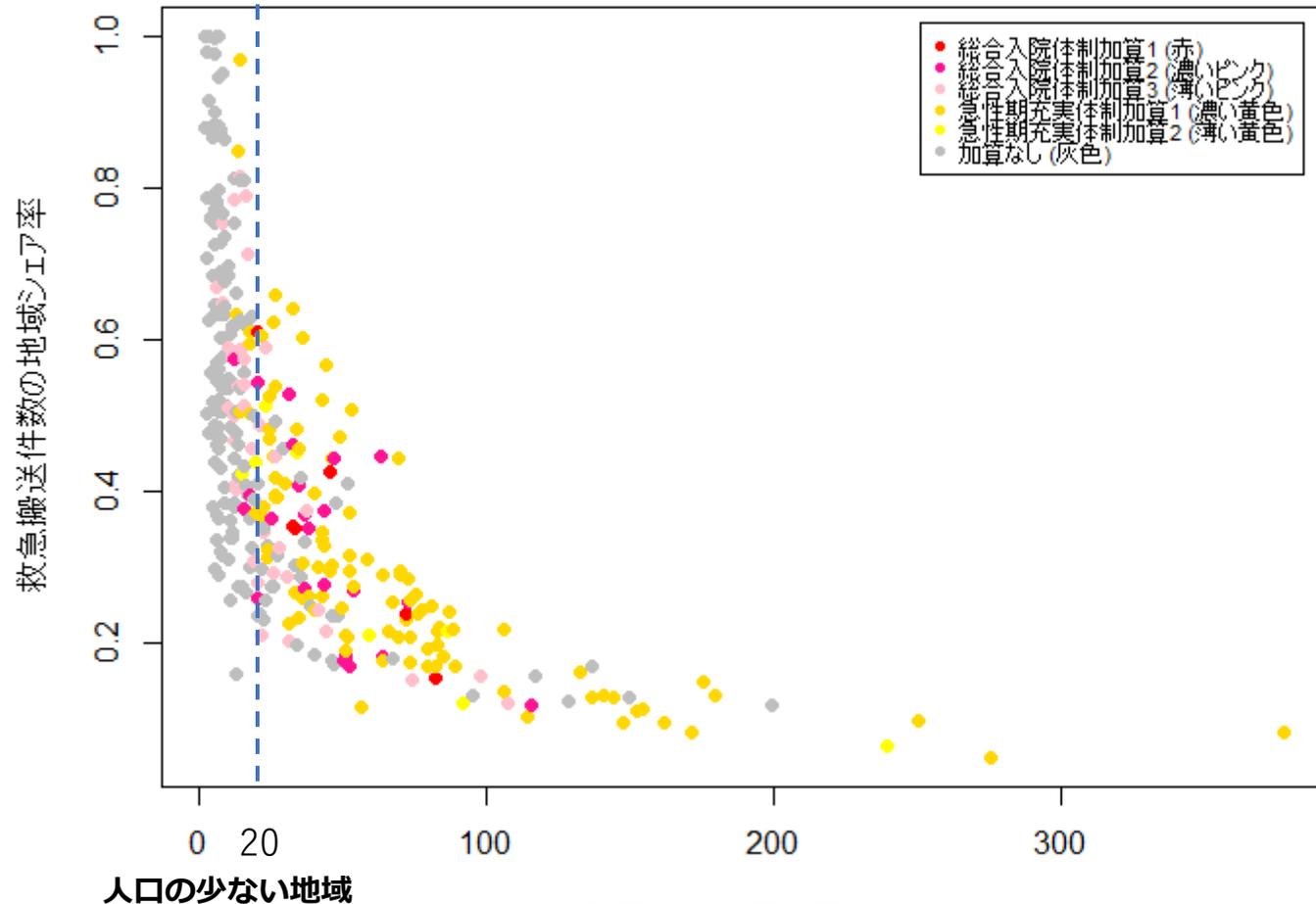


二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない。

各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)



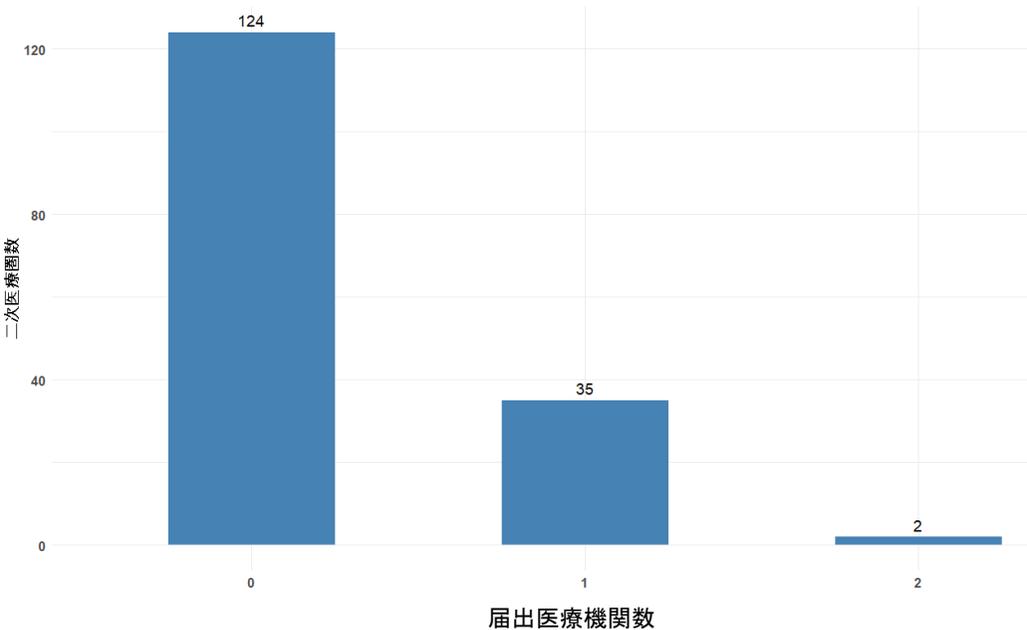
出典: 保険局医療課調べ(令和5年10月~令和6年9月DPCデータ、令和5年病床機能報告)

各医療圏における加算届出病院数

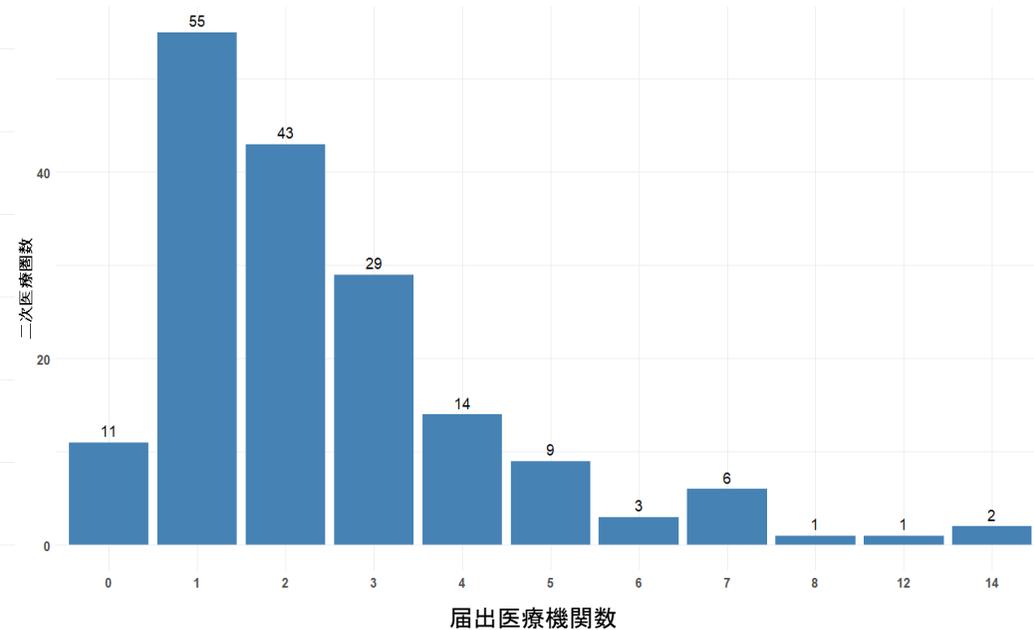
診調組 入 - 3
7 . 7 . 3

- 20万人未満の二次医療圏では、約8割の医療圏で急性期充実体制加算、総合入院体制加算のいずれも届出していなかった。
- 20万人以上の二次医療圏では、9割以上の医療圏で、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算のいずれかを届出している病院があった。

人口20万人未満の二次医療圏ごとの加算届出医療機関数の分布(n=161)



人口20万人以上の二次医療圏ごとの加算届出医療機関数の分布(n=174)



※加算届出医療機関数：急性期充実体制加算1,2、総合入院体制加算1～3のいずれかを届出している病院数 65

小規模な二次医療圏

① へき地診療所等



- 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供

② へき地診療所等への支援を実施する病院



- 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

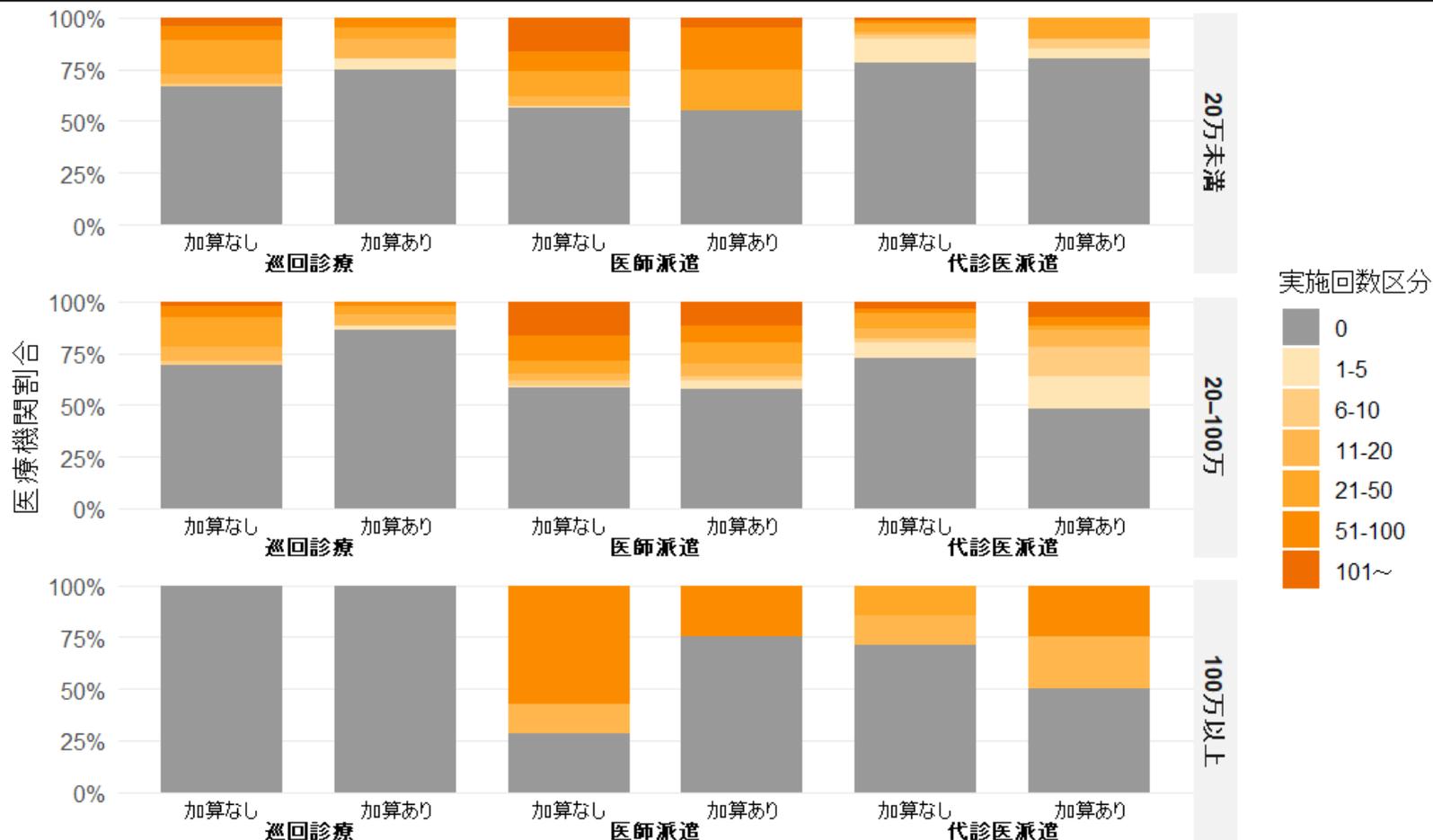
③ 拠点的功能を有する病院



- 急性期の拠点的功能を担う病院
- オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

二次医療圏別へき地医療拠点病院における主要3事業の実施状況について

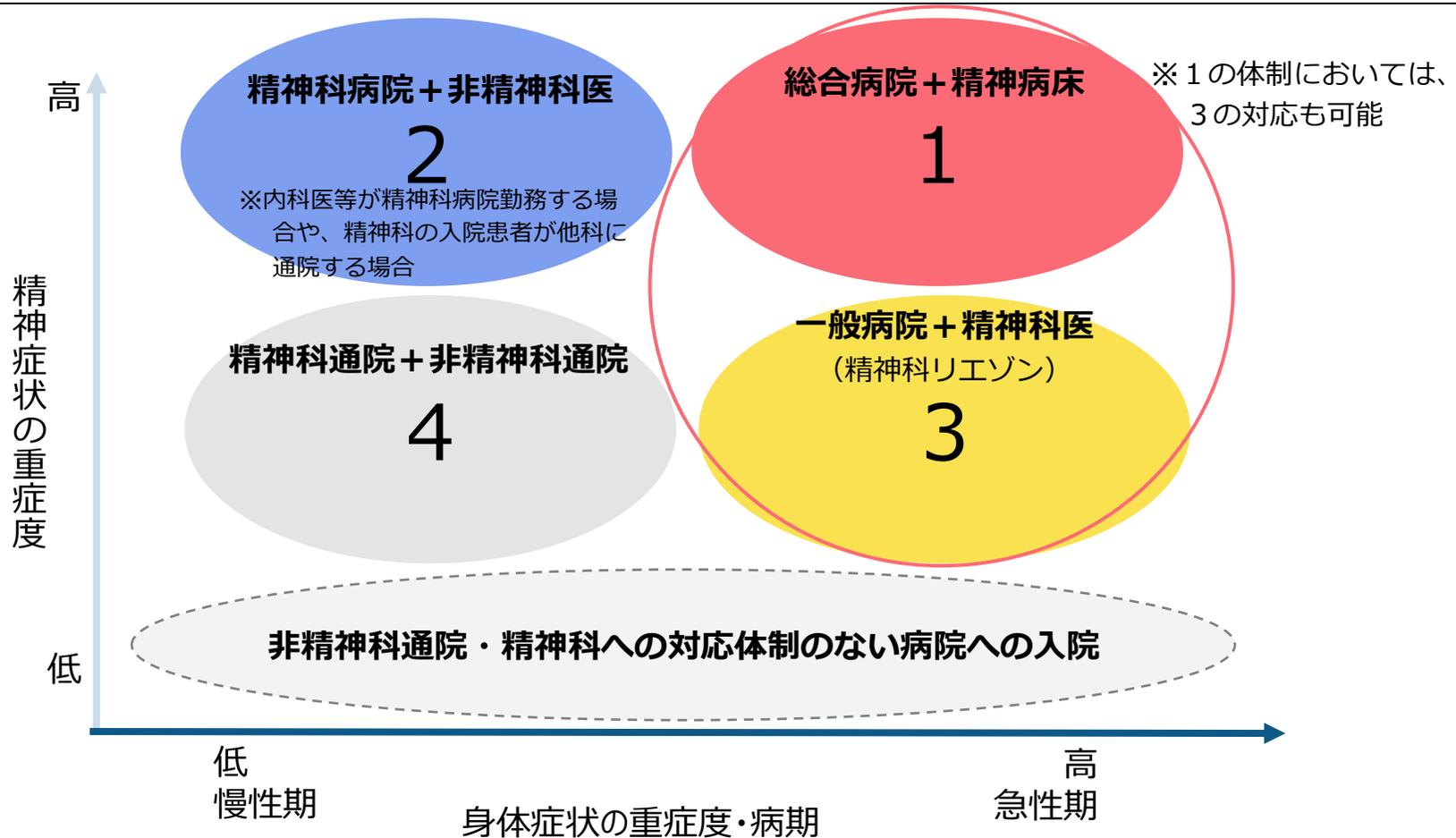
- 20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、主要3事業を一定程度実施しており、総合入院体制加算や急性期充実体制加の届出の有無と実施状況に大きな違いは見られなかった。
- 20万-100万人医療圏では、加算を届け出ている病院では届出のない病院と比較して、巡回診療を実施している割合が少ない一方で、へき地等に代診医派遣を実施している割合が高かった。
- 100万人以上医療圏では、巡回診療を実施していない一方で、加算を届け出ている病院で、へき地等に医師派遣を実施している割合が高かった。



精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

診調組 入-1
7. 7. 17

- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。



総合病院精神科に係る主な診療報酬上の評価について

診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

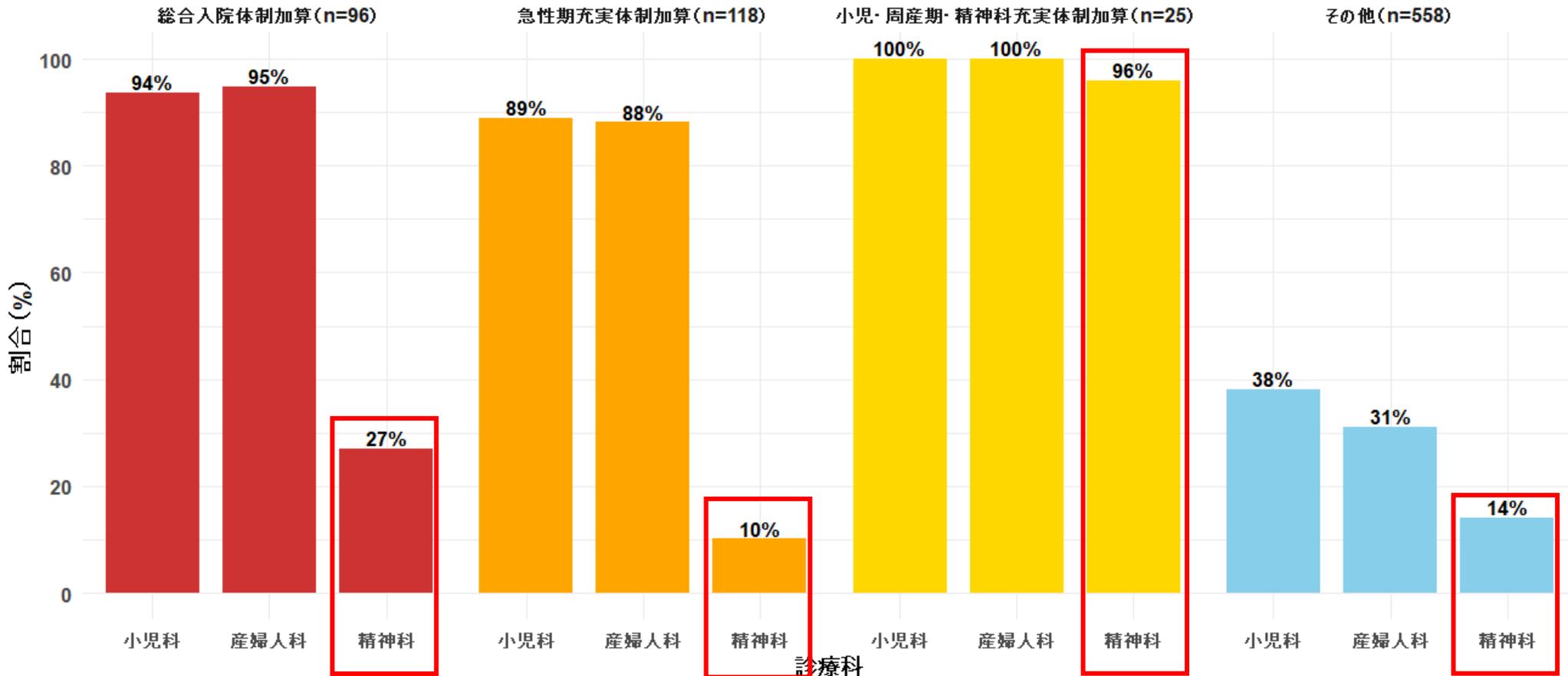
評価	算定病床	評価の趣旨及び主な要件
総合病院の精神科に対する評価		
総合入院体制加算 1	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等評価するもの。 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法に規定する精神病床を有し、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
急性期充実体制加算 注2 小児・周産期・精神科充実体制加算 注3 精神科充実体制加算	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している体制を評価するもの。 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法に規定する精神病床を有し、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
精神科急性期医師配置加算 2 イ	精神病床	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価するもの。 100床以上かつ内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜すること。 精神病床が許可病床数の50%未満かつ精神病棟が2病棟以下であること。
総合入院体制加算 2・3	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等評価したもの。 精神科については、24時間対応できる体制（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含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。
精神科リエゾンチーム加算	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したもの
救命救急入院料 注2 精神疾患診断治療初回加算	救命救急入院料算定病棟	<ul style="list-style-type: none"> 自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、精神科の医師が精神疾患にかかわる診断治療等を行うことを評価したもの。
DPC機能評価係数Ⅱ	DPC算定病床	<ul style="list-style-type: none"> 「精神科身体合併症管理加算」、「精神科救急・合併症入院料」の算定実績を用いて、精神科入院医療を評価したもの。

各診療科の入院医療を提供している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

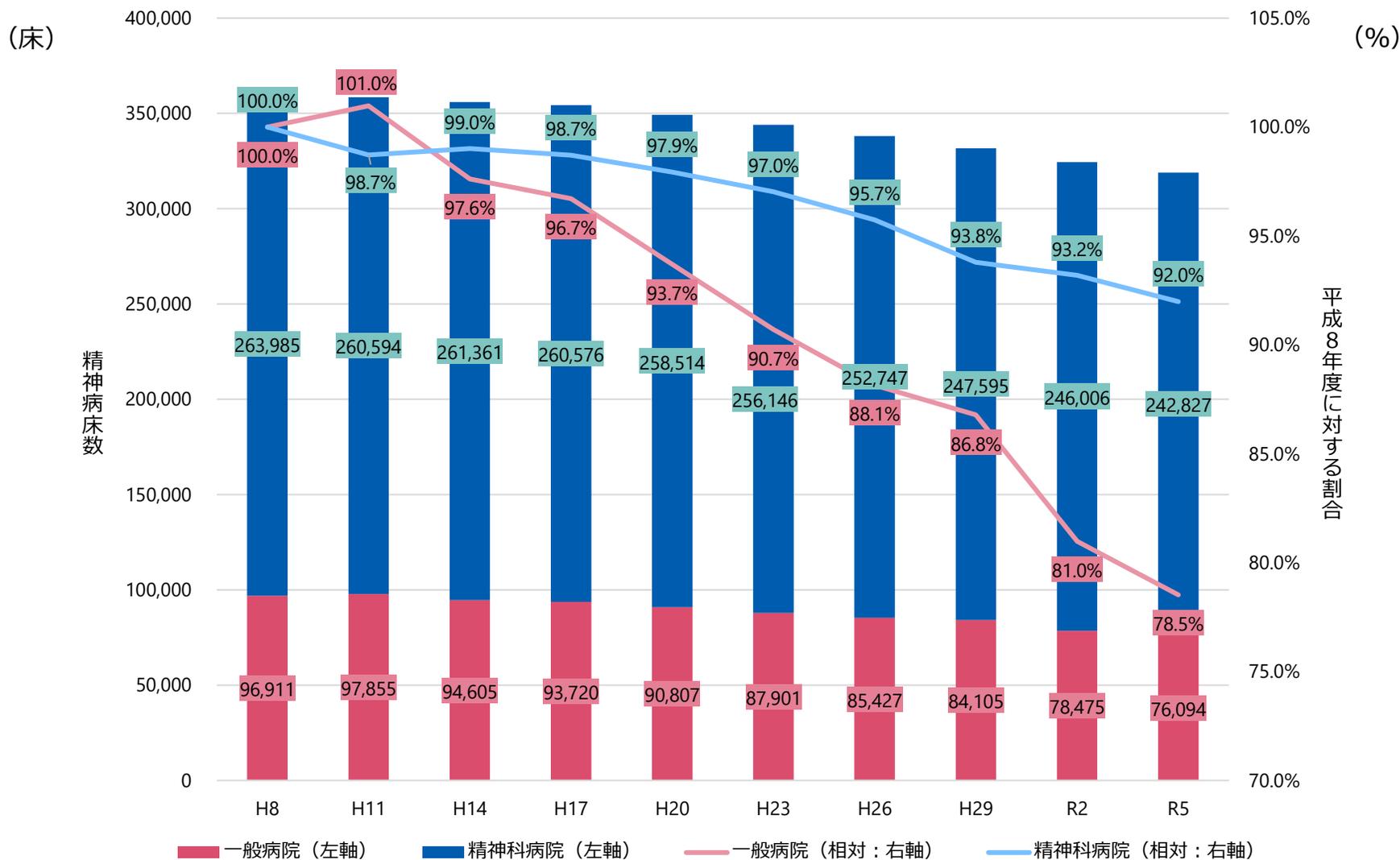
- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定している病院では、その他の病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の各診療科について、入院医療を提供している病院の割合が高かった。
- 小児・周産期・精神科充実体制加算を算定している病院は、総合入院体制加算や急性期充実体制加算のみを算定している病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の入院医療を提供している病院の割合が高かった。

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

○ 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。



拠点的な病院での精神病床数の変化

- 令和2年1月以降、総合入院体制加算と急性期充実体制加算の算定病院における精神病床届出数は、加算算定病院数の増加に伴い、増加傾向にある。
- 一方で、同一の病院で比較すると、特に急性期充実体制加算を届け出た病院で、精神病床届出施設数がやや減少する傾向がみられる。

■各年度の総合入院体制加算・急性期充実体制加算算定施設における精神病床の届出数（集計対象施設は各年度毎に異なる）

年度	総合入院体制加算 1		総合入院体制加算 2		総合入院体制加算 3		急性期充実体制加算 1		急性期充実体制加算 2		合計	
	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数
R2	1749	43	1126	23	1071	18	—	—	—	—	3946	84
R3	1932	46	1124	24	989	16	—	—	—	—	4045	86
R4	1935	47	1103	23	989	16	—	—	—	—	4027	86
R5	515	12	530	14	1081	17	2105	49	—	—	4231	93
R6	319	8	500	12	1224	24	2210	55	—	—	4253	99
R7	275	8	424	10	966	18	2224	55	302	5	4191	96

■加算対象施設のうち、同一の施設群における各年度の精神病床の届出数（集計対象施設は各年度で同一）

	R4~R7総合入院体制加算 (施設数：146)		R5から急性期充実体制加算 (施設数：167)		R6から急性期充実体制加算 (施設数：44)		R7急性期充実体制加算 (施設数：32)	
	精神病床届出数	精神病床届出施設数	精神病床届出数	精神病床届出施設数	精神病床届出数	精神病床届出施設数	精神病床届出数	精神病床届出施設数
R4	1045	21	2079	47	234	7	574	9
R5	993	21	2055	48	254	8	559	8
R6	993	21	1913	47	234	7	525	9
R7	1021	21	1899	45	212	7	517	9

※各年1月の届出状況

R4~R7総合入院体制加算：R4~7年でいずれも総合入院体制加算を算定していた病院を対象に集計

R5~急性期充実体制加算：R4年は総合入院体制加算、R5年以降は急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

R6~急性期充実体制加算：R4, 5年は総合入院体制加算、R6年以降は急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

R7急性期充実体制加算：R4~6年は総合入院体制加算、R7年に急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

総合入院体制加算等についての現状と課題

(総合入院体制加算と急性期充実体制加算の施設基準について)

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 と比較して低くなっている。

(人口の少ない地域における加算の算定状況等について)

- 人口の少ない地域では、実績要件等の基準が厳しい総合入院体制加算 1 や急性期充実体制加算 1 を届出ている病院が少なく、加算算定病院の多くは、総合入院体制加算 3 を届け出ている。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地理的な事情から、地域の症例や医療従事者を集約してもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられる。
- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関があり、そういった病院であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない。
- 拠点的な機能を有する病院では、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定していない病院であっても、オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等により、小規模な二次医療圏において診療支援を実施している。

(総合病院における精神科について)

- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。
- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算の算定病院における精神病床届出数は、加算算定病院数の増加に伴い、増加傾向にある一方で、同一の病院で比較すると、特に急性期充実体制加算を届け出た病院で、精神病床届出施設数がやや減少する傾向がみられる。

総合入院体制加算等における論点

【論点】

- 急性期の拠点的な機能を評価している総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、類似しているが異なる施設基準が設定されている等、複雑な評価となっているが、それらの評価の趣旨や地域医療における意義を踏まえ、類似した二つの評価体系がある現状と、その評価のあり方についてどう考えるか。
- 人口規模の少ない医療圏等で拠点的な機能を果たしている病院では、都市部にある病院と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算の実績要件を満たすことが困難である一方で、そうした地域で救急医療や総合的な診療体制を確保するために不可欠な病院もあることを踏まえ、そうした地域の拠点的な機能を果たす病院に求められる機能やその評価のあり方についてどう考えるか。
- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算に移行した病院では、精神病床数の減少がみられているが、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の確保を図る観点から、総合入院体制加算と急性期充実体制加算における精神科の入院医療に係る評価のあり方について、どのように考えるか。

1. 急性期入院医療について

1 - 1. 現在の評価等の概要

1 - 2. 入院基本料と医療機関の機能について

1 - 3. 重症度、医療・看護必要度について

1 - 4. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

1 - 5. DPC制度について

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。

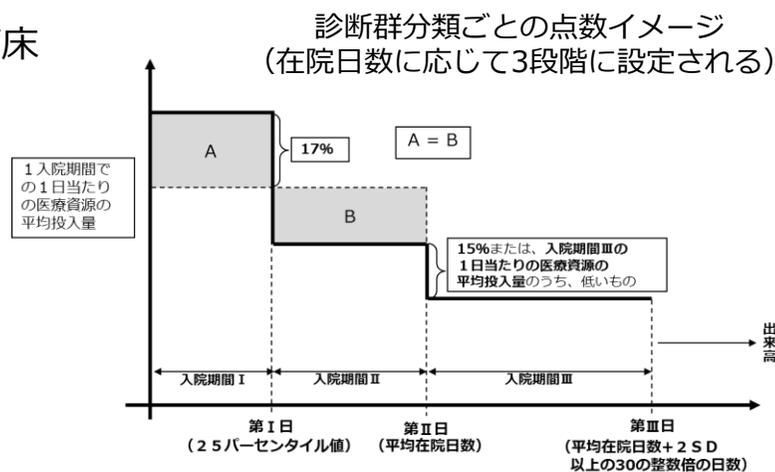
※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ 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6年6月1日時点見込みで1,786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4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。

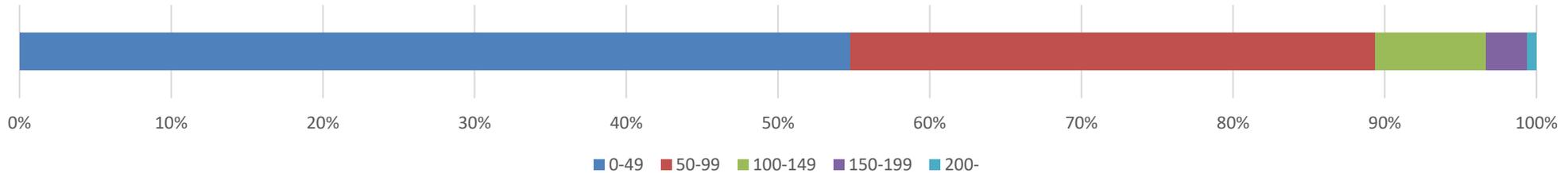


DPC算定可能病床を有する出来高算定病院

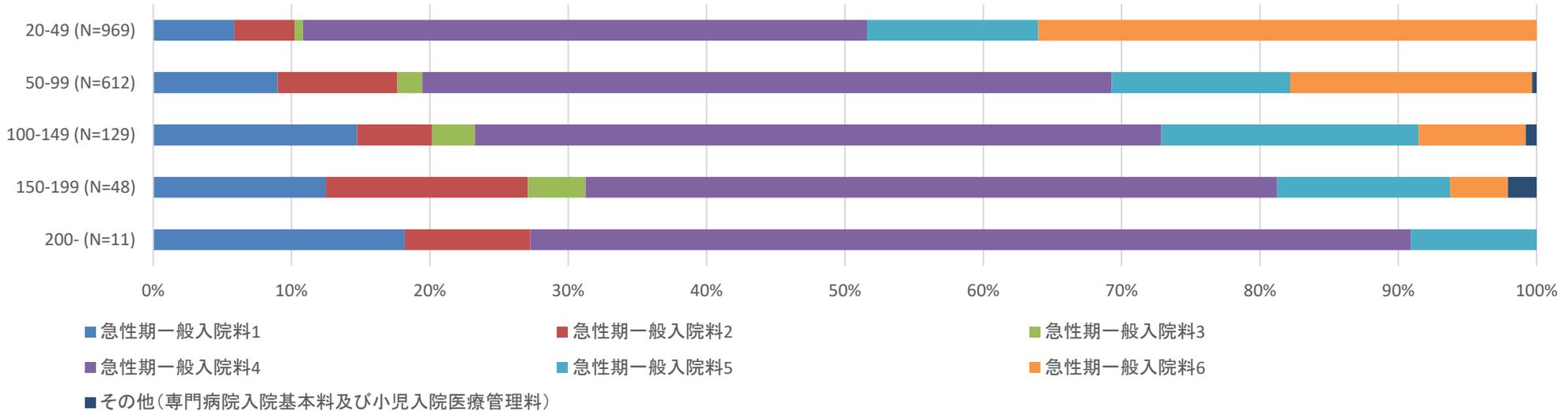
診調組 入 - 2
7 . 5 . 2 2

- DPC算定を行いうる病床(以下「DPC算定可能病床」)を有する医療機関※1のうち、約1,800の医療機関は、DPC制度に参加していない。
- また、DPC制度に参加していない医療機関の大半は、DPC算定可能病床数が100床未満の医療機関である。

DPC算定可能病床を有する出来高病院におけるDPC算定可能病床数 (N=1,769)



DPC算定可能病床を有する出来高病院における届出入院料



出典: 令和6年12月DPCデータ

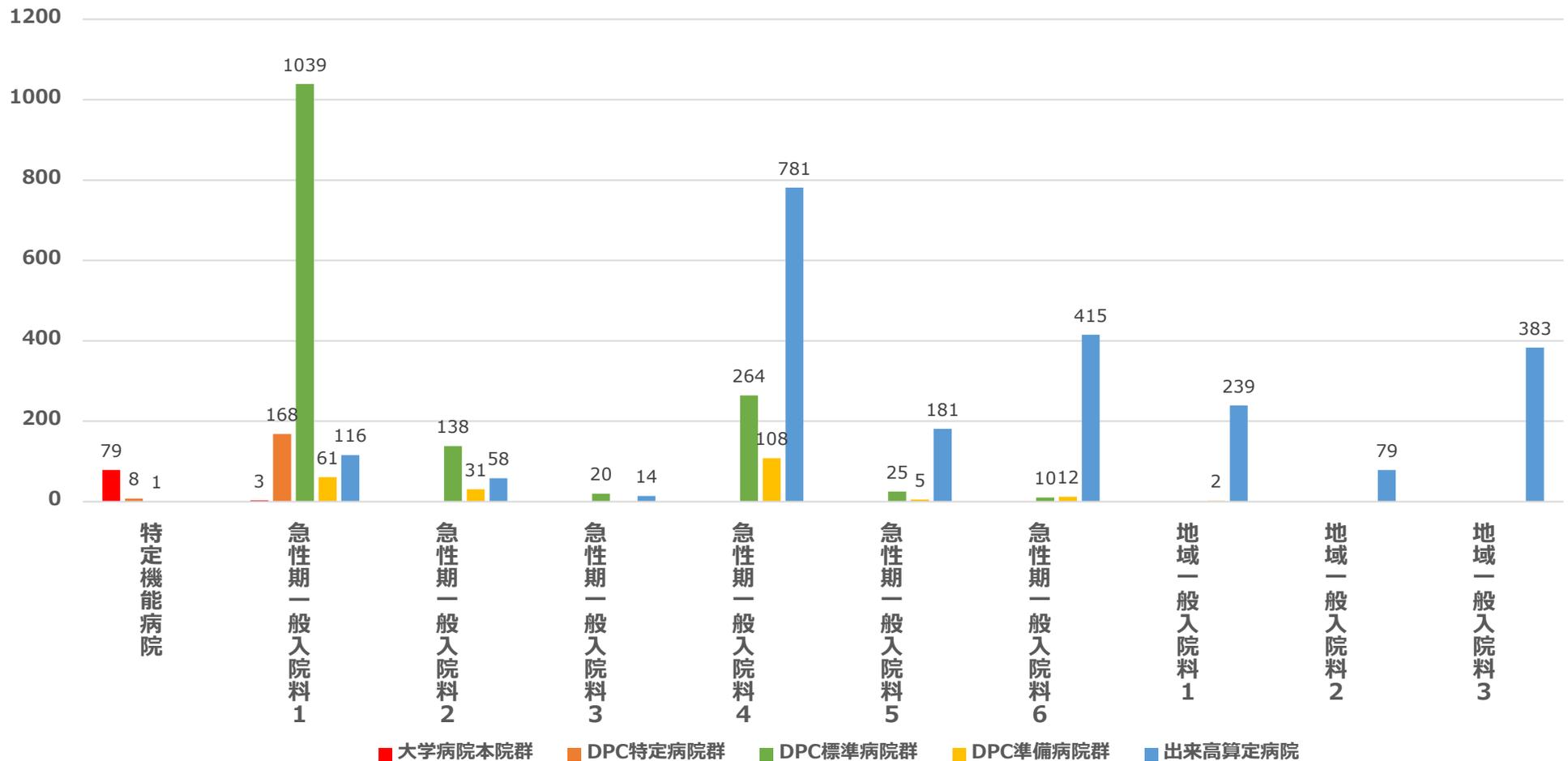
※1 DPC制度への参加要件とされている、急性期一般入院基本料又はA104特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)若しくはA105 専門病院入院基本料のうち7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料の届出を行う医療機関に限る

※2 DPC算定病床のうち、届出病床数が最も多いものを集計している

一般病棟入院基本料とDPC算定病院について

- 急性期一般入院料1を算定する医療機関の約9割は、DPC算定病院である。
- DPC算定病院の約9割は、急性期一般入院料1～4を算定する医療機関であり、約7割は急性期一般入院料1を算定する医療機関である。

一般病棟入院基本料等を算定する医療機関数（DPC区分別）



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、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、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. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

5. 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の評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と 定量評価指数で (評価シェアは、 7:5) 構成	体制評価指数： 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績 を評価。 定量評価指数：〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 1) 小児 (15歳未満) と2) それ以外 (15歳以上) に分けてそれぞれ評価 (1:1)。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12症例 (1症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数 (1入院当たり) を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕 / 〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例 (1症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数 / 〔全DPC数〕〕 ※ 当該医療機関において、12症例 (1症例/月) 以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 全て (包括評価の対象・対象外の両方を含む) の支払分類を計算対象とする。

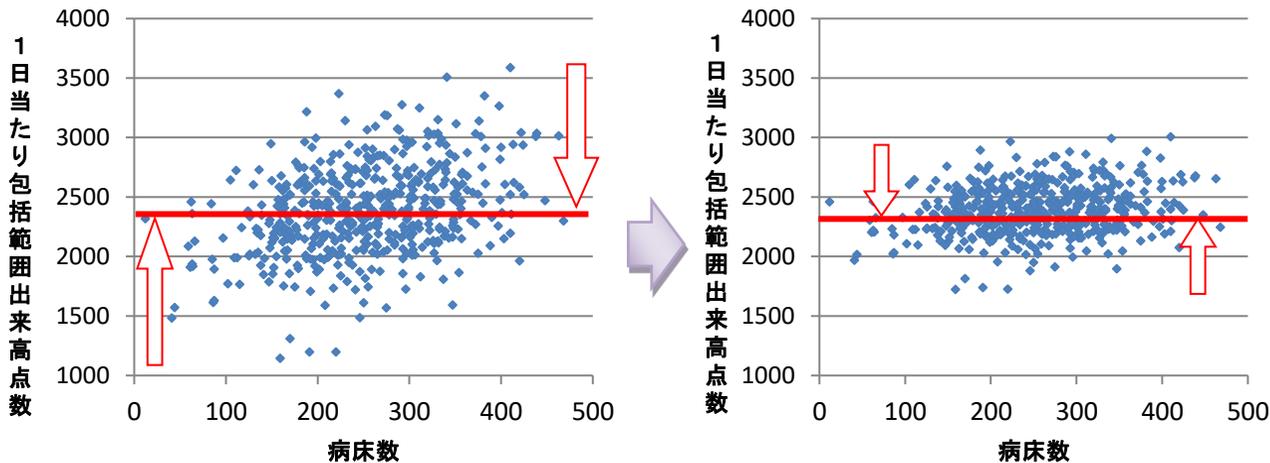
(参考) 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

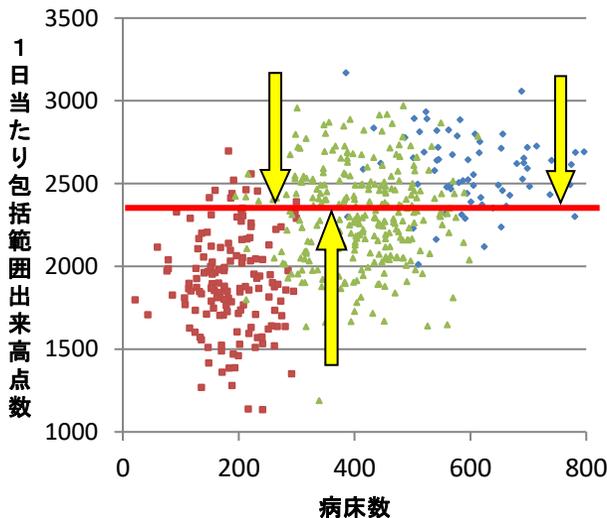
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

<効率化・標準化の進展のイメージ>

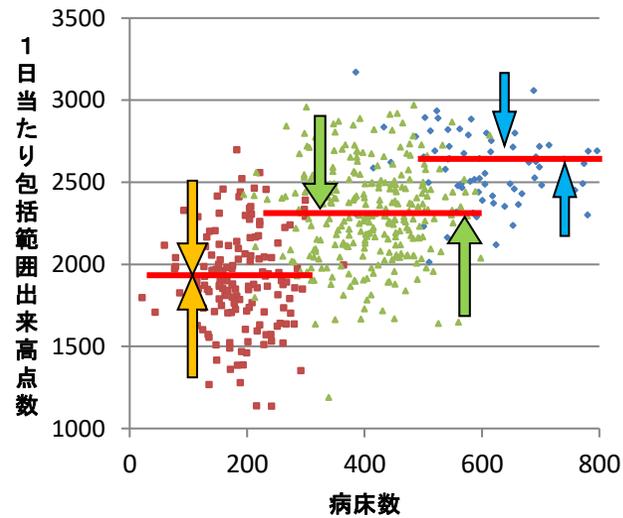


<基礎係数設定のイメージ>

【単一医療機関群】



【医療機関群ごと】



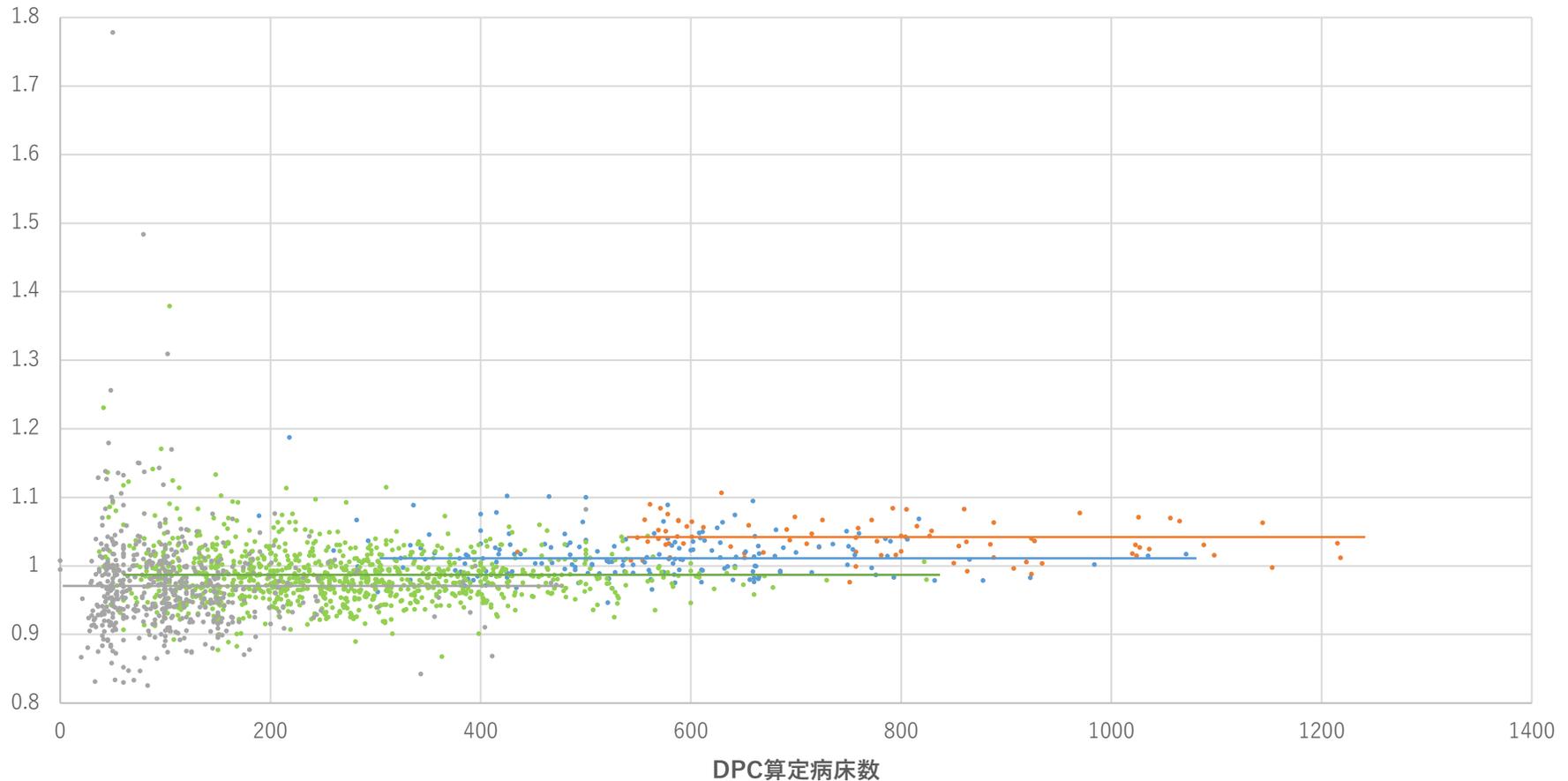
● 医療機関タイプA ■ 医療機関タイプB ▲ 医療機関タイプC ● 医療機関タイプA ■ 医療機関タイプB ▲ 医療機関タイプC

DPC病院群別包括点数に対する包括範囲出来高点数の比

診調組 入-1
7.9.18

○DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

DPC算定病床数-包括点数に対する包括範囲出来高点数の比
(直接法による補正)



■ 大学病院本院群 ■ DPC特定病院群 ■ DPC標準病院群（救急搬送件数1,200件以上） ■ DPC標準病院群（救急搬送件数1,200件未満）

出典：「令和6年度係数設定データ」（2022年10月～2023年9月DPCデータ）

DPC制度における課題と論点

(一般病棟入院基本料とDPC算定病院について)

- DPC算定を行いうる病床（以下「DPC算定可能病床」）を有する医療機関のうち、約1,800の医療機関は、DPC制度に参加しておらず、これらの医療機関の大半は、DPC算定可能病床数が100床未満の医療機関である。
- 急性期一般入院料1を算定する医療機関の約9割は、DPC算定病院である。また、DPC算定病院の約9割は、急性期一般入院料1～4を算定する医療機関であり、約7割は急性期一般入院料1を算定する医療機関である。

(DPC病院群における基礎係数について)

- 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おり、同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。
- DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

【論点】

- DPC制度では、診断群分類に基づく1日あたり包括払いによって、急性期入院医療の標準化等を促すとともに、機能評価係数IIによって、各病院が目指すべき医療や地域の実情に応じて求められる機能を評価してきたことを踏まえ、急性期一般入院料の評価方法とDPC制度の対象範囲の関係性の観点から、急性期における病院の機能や特性を踏まえた急性期入院医療の評価のあり方について、どのように考えるか。
- DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にあり、こうした傾向を踏まえた基礎係数の設定の在り方について、どのように考えるか。

2. 高度急性期入院医療について

2-1. 特定集中治療室管理料について

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料について

2-3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

- 救急・急性期医療については、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関の確保が求められている。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

(1) 新たな地域医療構想における基本的な方向性

○ 医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む 2040 年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築する必要がある。このため、新たな地域医療構想において、以下の4点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある。

(中略)

○ 3点目は、医療の質や医療従事者の確保である。地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要である。また、今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築することが求められる。

(中略)

(4) 救急・急性期医療

(中略)

○ こうした状況を踏まえ、緊急対応を含む救急・急性期医療については、地域の医療需要や医療資源等を踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関を確保することが求められる。

- 救命救急センターは、人口100万人に1か所を目途として整備されてきた（現在、全国に300か所）。集中治療室、ハイケアユニットについては、整備に関する目安が示されていない。
- 脳卒中の医療体制を構築するにあたっては、「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の恩恵を住民ができる限り公平に享受できるように圏域を設定することとされている。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」令和5年3月31日

救急医療の体制構築に係る指針（抜粋）

第1 救急医療の現状

(5) 救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター・高度救命救急センター

救命救急医療を担う救命救急センターは、当初100万人に1か所を目途（全国100か所程度）に、このうち、特に高度な救急医療を提供する施設が高度救命救急センターとして整備してきたが、現在、全国に300か所（うち高度救命救急センター46か所）の施設が指定されている（令和4年7月現在）。

脳卒中の医療体制構築に係る指針（抜粋）

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

(3) 圏域を設定するにあたっては、脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

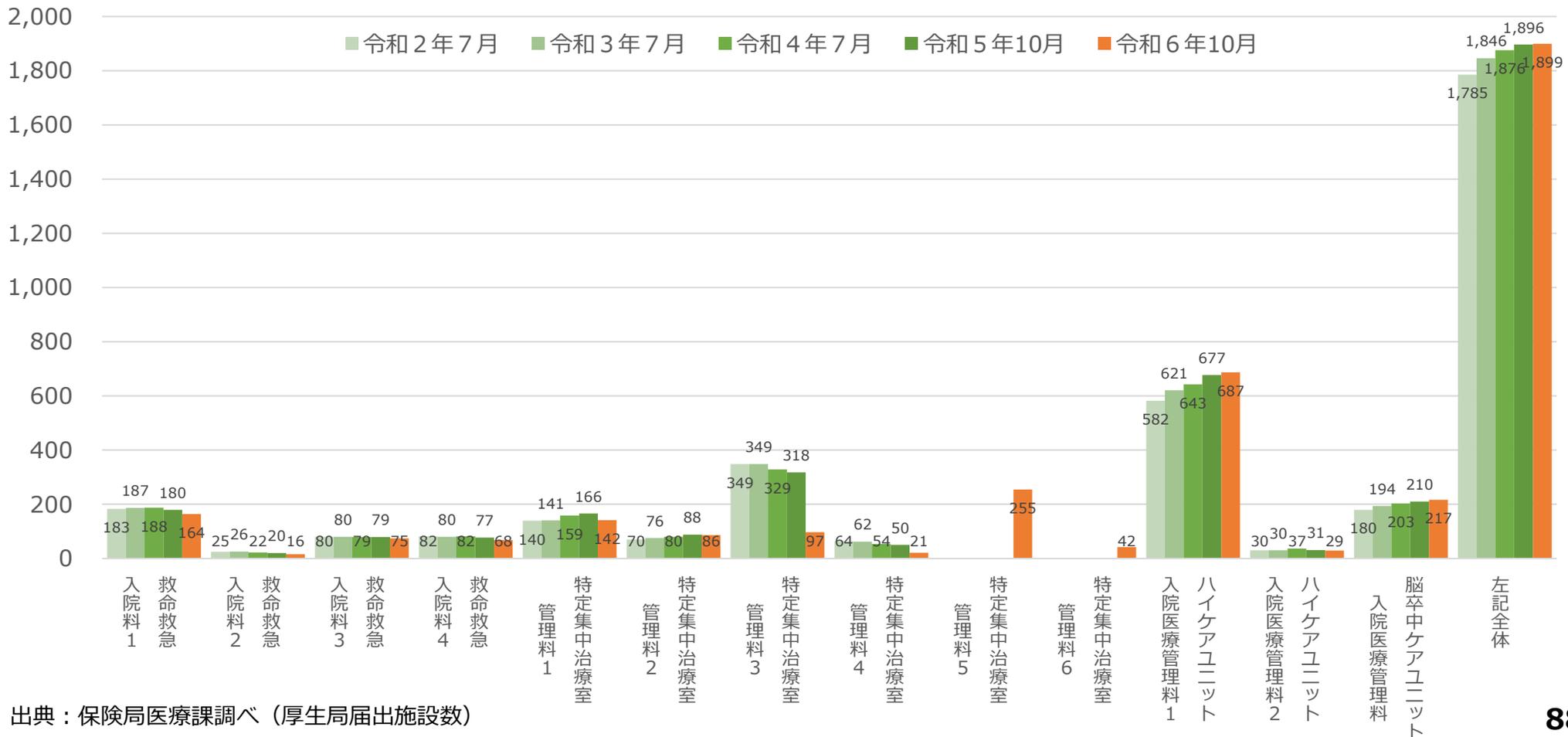
救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		入室日 SOFA	その他
救命救急 入院料	入院 料1	～3日 10,268点	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	-	・救命救急 センターを 有している こと ・医療安全 対策加算1を 届出ていること ・救急時 医療情報 閲覧機能を有し ていること ※「イ」は救命 救急入院料 「ロ」は広範囲 熱傷特定集中 治療管理料を 指す
		～7日 9,292点							
		～14日 7,934点							
	入院 料2	～3日 11,847点	・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治 療室内)	2対1	ICU用 (Ⅱ)	Ⅱ:7割 以上	-	
		～7日 10,731点							
		～14日 9,413点							
	入院 料3	イ・ロ:～3日 10,268点	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治 療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)	4対1	HCU用	測定評価	-	
		イ・ロ:～7日 9,292点							
イ:～14日 7,934点 ロ:～60日 8,356点									
入院 料4	イ・ロ:～3日 11,847点	・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)	2対1	ICU用 (Ⅱ)	Ⅱ:7割 以上	-		
	イ・ロ:～7日 10,731点								
	イ・ロ:～14日 9,413点 ロ:～60日 8,356点								
特定集中 治療室 管理料 (ICU)	管理 料1	～7日 14,406点	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室 内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(う ち2人がICU経験5年以上)(治療室内)	2対1	ICU用 (Ⅱ)	Ⅱ:8割 以上	5以上 (直近1年の 入室患者の 1割以上)	
		～14日 12,828点							
	管理 料2	イ・ロ:～7日 14,406点	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(う ち2人がICU経験5年以上)(治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)					
		イ:～14日 12,828点 ロ:～60日 13,028点							
	管理 料3	～7日 9,890点	-	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内)					
		～14日 8,307点							
	管理 料4	イ・ロ:～7日 9,890点	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)					
イ:～14日 8,307点 ロ:～60日 8,507点									
管理 料5	～7日 8,890点	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室 内に週20時間以上 ・継続して3月以上、特定集中治療室管理料1 ～4又は救命救急入院料を算定している	・専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療 機関内)						
	～14日 7,307点								
管理 料6	イ・ロ:～7日 8,890点	・特定集中治療室管理料5の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療 機関内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)						
	イ:～14日 7,307点 ロ:～60日 7,507点								
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理 料1	～21日 6,889点	・病床数30床以下	・専任の常勤医師(宿日直可)が常時医療機 関内にいる	4対1	HCU用	基準①15%以上 基準②80%以上	-	
		管理 料2			～21日 4,250点		5対1	基準①15%以上 基準②65%以上	-
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		～14日 6,045点	・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法 士が配置 ・病床数30床以下	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師 (宿日直可)が常時勤務(医療機関内) ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外 科の経験を3年以上有する専任の医師が常 時勤務すれば可	3対1	一般病 棟用 (Ⅰ・Ⅱ)	測定評価	-	・脳梗塞、 脳出血、くも膜 下出血が8割以 上

特定集中治療室管理料等の届出医療機関数推移

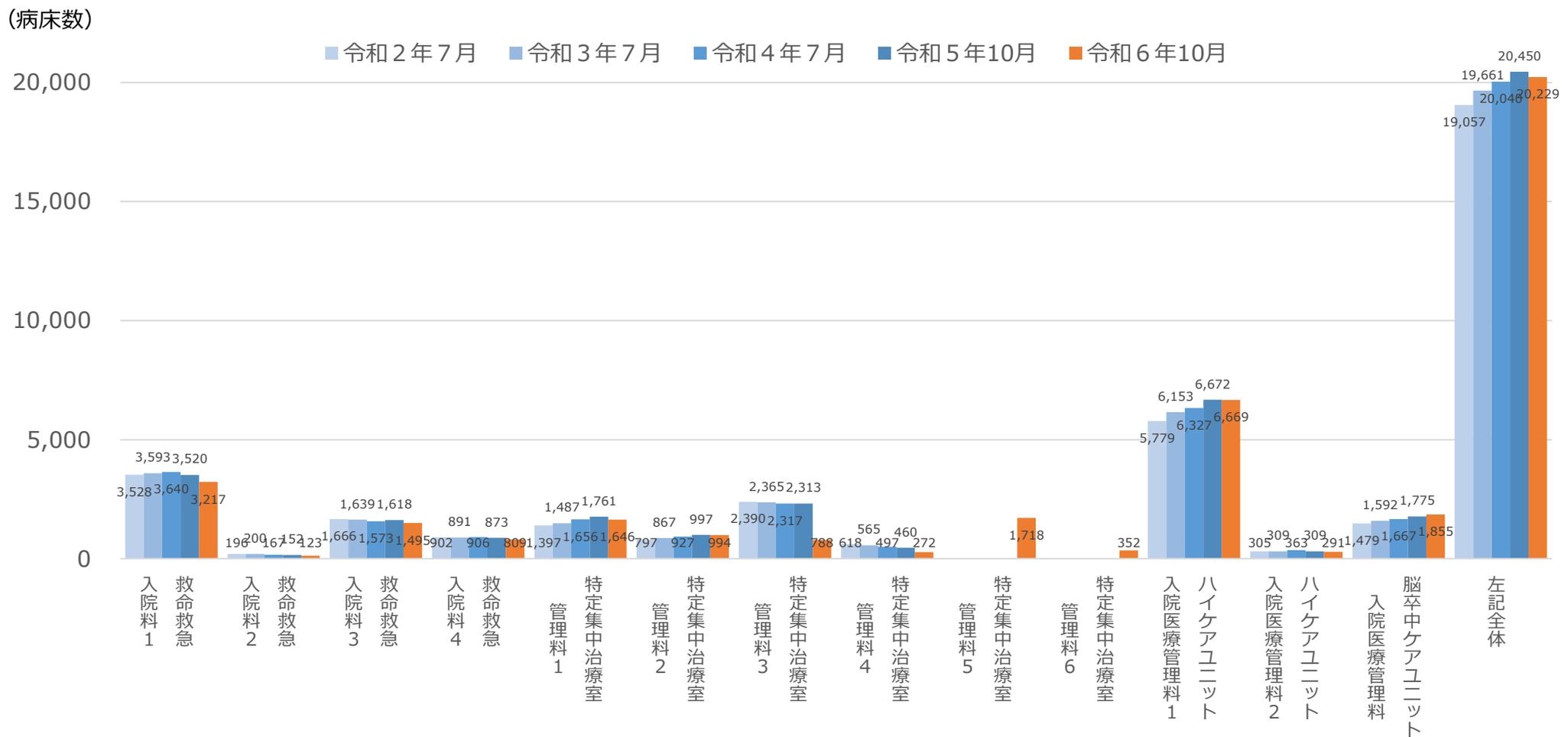
- 令和6年度診療報酬改定において新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関数が増加した一方、「救命救急入院料1～4」、「特定集中治療室管理料1～4」の届出施設数は減少し、特に「特定集中治療室管理料3、4」においてその傾向が強かった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」の傾向に大きな変化はなかった。

(医療機関数)



特定集中治療室管理料等の届出病床数推移

- 令和6年度診療報酬改定において新設した「特定集中治療室管理料5、6」の病床数は増加した一方、「救命救急入院料1～4」、「特定集中治療室管理料1～4」の病床数は減少し、特に「特定集中治療室管理料3、4」においてその傾向が強かった。
- 近年増加傾向であった「ハイケアユニット入院医療管理料」の病床数が減少した。

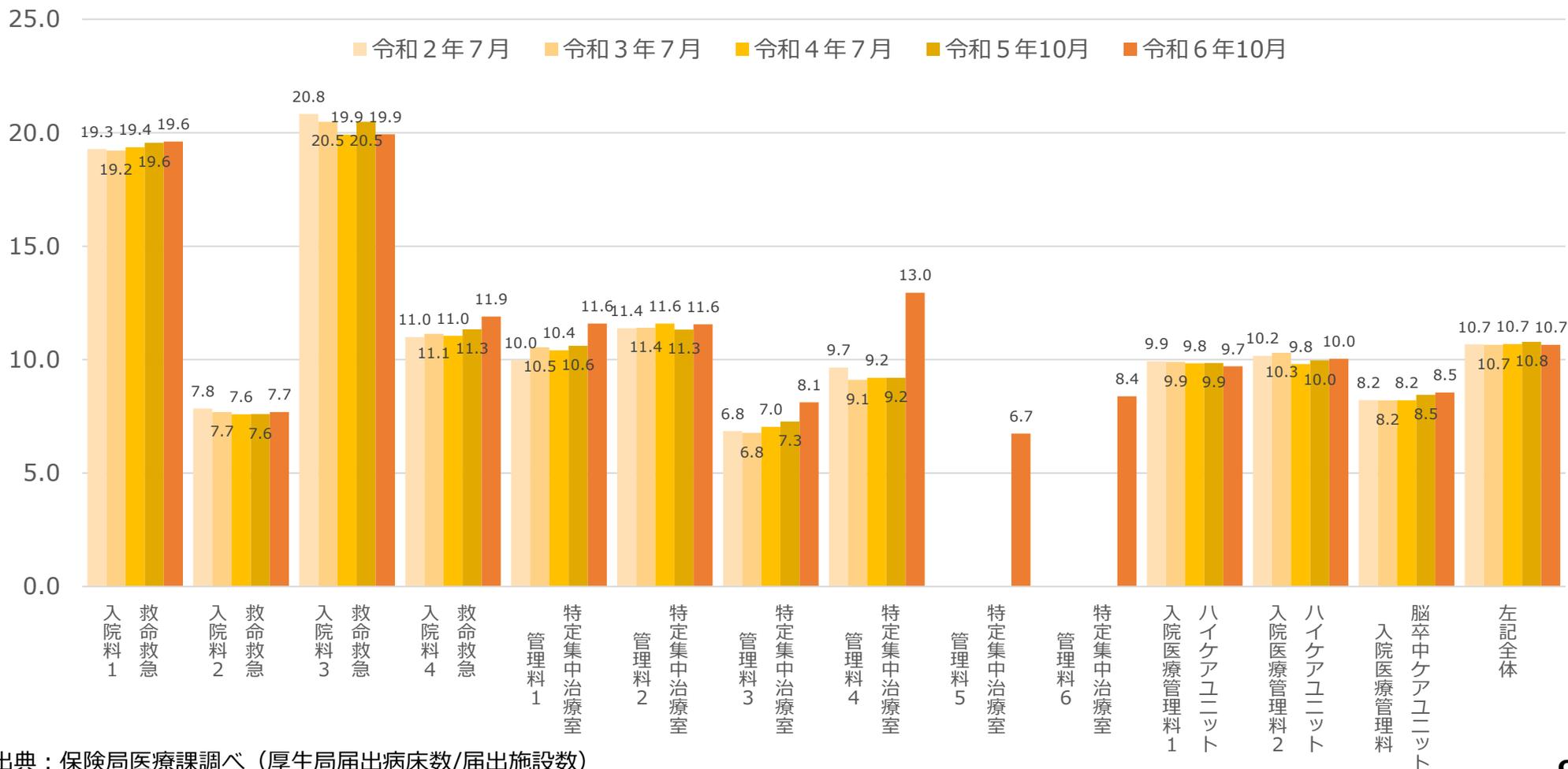


出典：保険局医療課調べ（厚生局届出病床数）

特定集中治療室管理料等を算定する治療室の平均病床数推移

- 「特定集中治療室管理料5、6」を算定する集中治療室は、平均病床数が少ない傾向がある。
- 届出医療機関数が増加傾向である「ハイケアユニット入院医療管理料」は、算定する治療室の平均病床数が横ばいとなっている。

(病床数 / 医療機関数)



出典：保険局医療課調べ（厚生局届出病床数/届出施設数）

2. 高度急性期入院医療について

2-1. 特定集中治療室管理料について

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料について

2-3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

2. 高度急性期入院医療について

2 - 1. 特定集中治療室管理料について

- ① 特定集中治療室を有する病院
- ② 特定集中治療室の医師配置
- ③ 特定集中治療室用重症度、医療・看護必要度
- ④ 個別の加算

これまでの特定集中治療室管理料に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

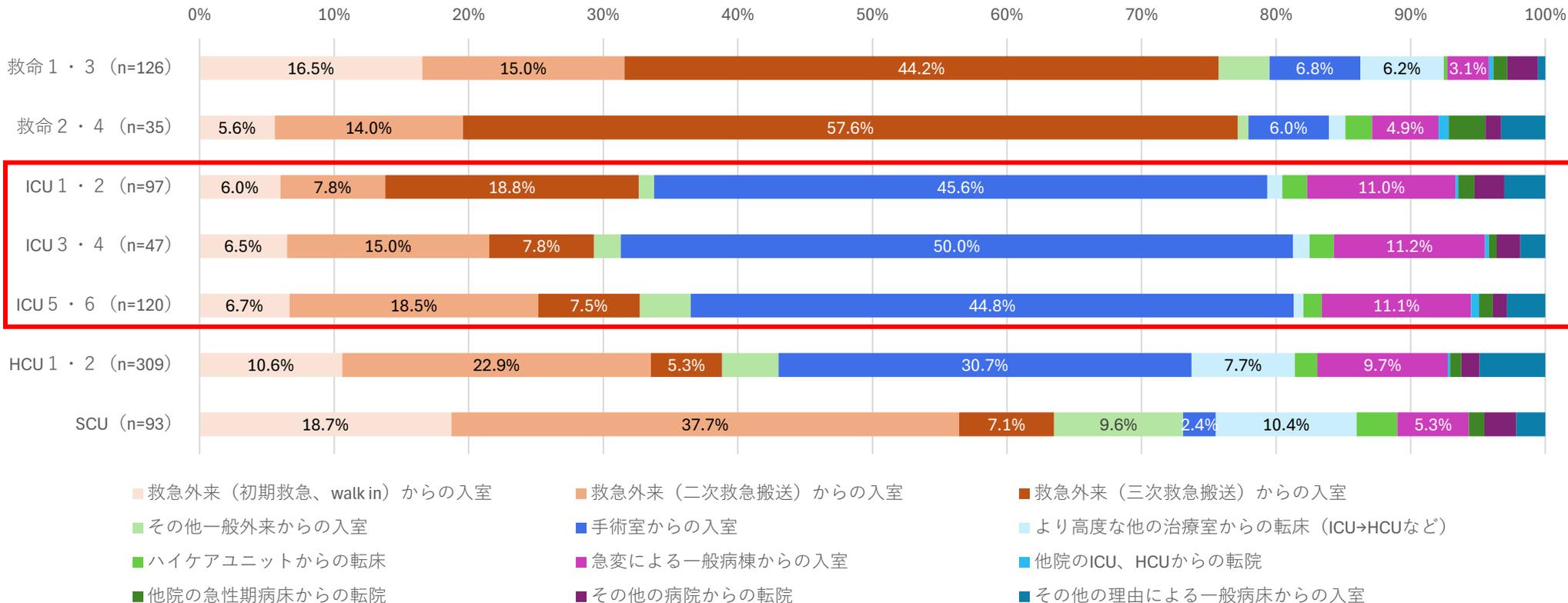
（特定集中治療室等を有する病院について）

- 集中治療室等の役割は、救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかとの意見があった。
- 救急搬送件数が多い病院では、特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量が多くなる傾向がある一方で、全身麻酔実施件数は、ハイケアユニットにおける医療資源投入量と逆比例している。全身麻酔実施件数が多い施設では、各手術において安定した治療・術後管理が行われている結果として、個々の症例に対する医療資源投入量が抑制されているのではないかとの意見があった。
- 年間救急搬送件数・全身麻酔実施件数と特定集中治療室・ハイケアユニットにおける医療資源投入量の関係は、例えば年間全身麻酔実施件数が2,000件以上の病院に絞って特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量を見ていくと、年間救急搬送件数が多いほど医療資源投入量が少ない患者割合が低く、医療資源投入量が多い患者割合が高くなる傾向がある。特定集中治療室・ハイケアユニットを有する病院の在り方については、年間救急搬送件数・年間全身麻酔実施件数の実績を指標として整理できるのではないかとの意見があった。

治療室への入室経路

- 「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している各治療室において、患者の入室経路ごとの割合を治療室単位で算出し、その平均を各区分ごとに示したものは以下のとおり。
- 「救命救急入院料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」では救急外来からの入室が多く、「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」では救急外来に加えて手術室からの入室が多かった。また、いずれの区分においても、急変による入室が一定割合存在した。

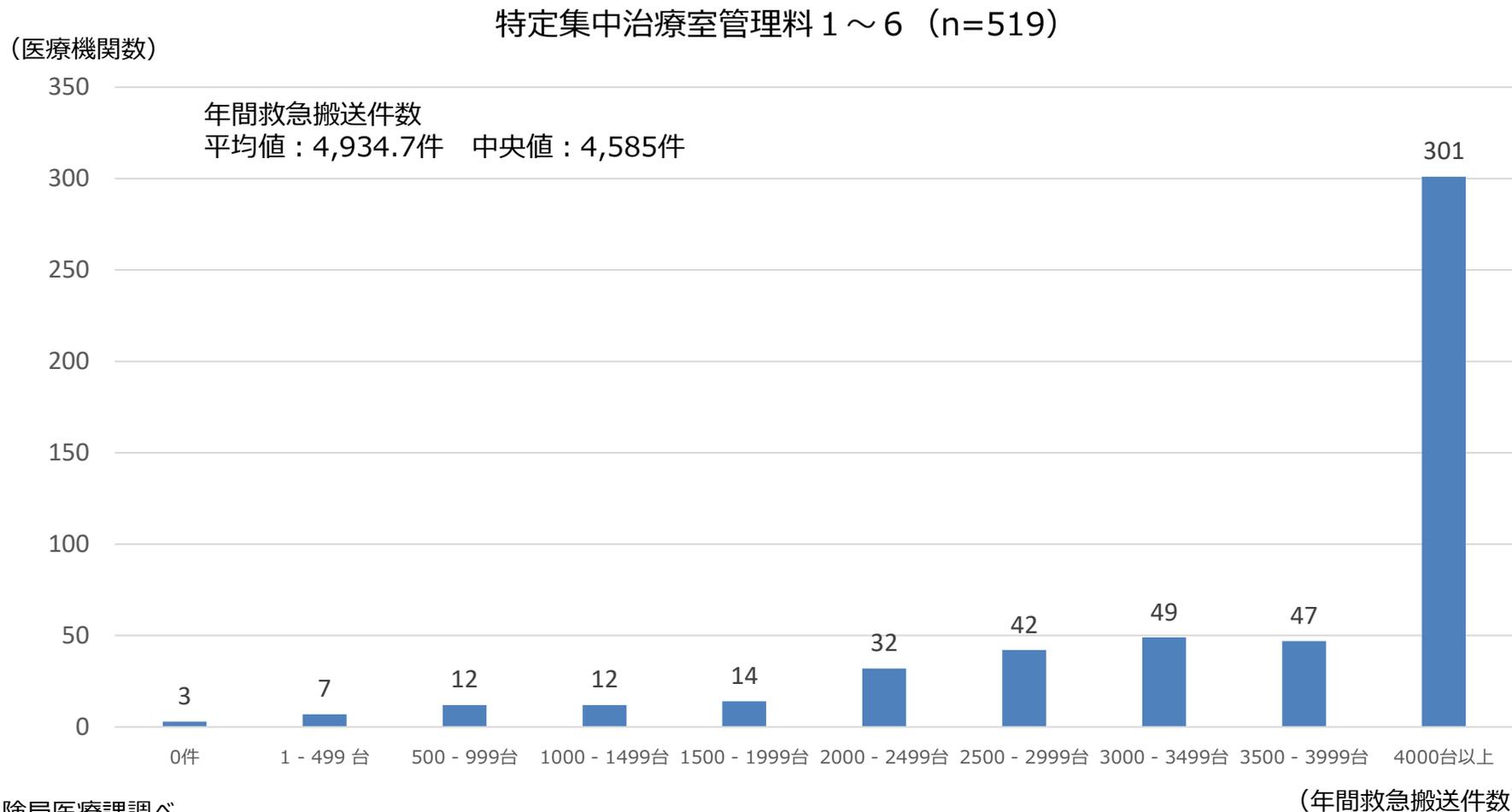
治療室入室患者の入室経路



集中治療室を有する病院の年間救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「特定集中治療室管理料 1～6」を算定する病院の約6割は、年間救急搬送件数が4,000件以上であった。一方、年間救急搬送件数1,000件未満の病院が22病院あった。



出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。

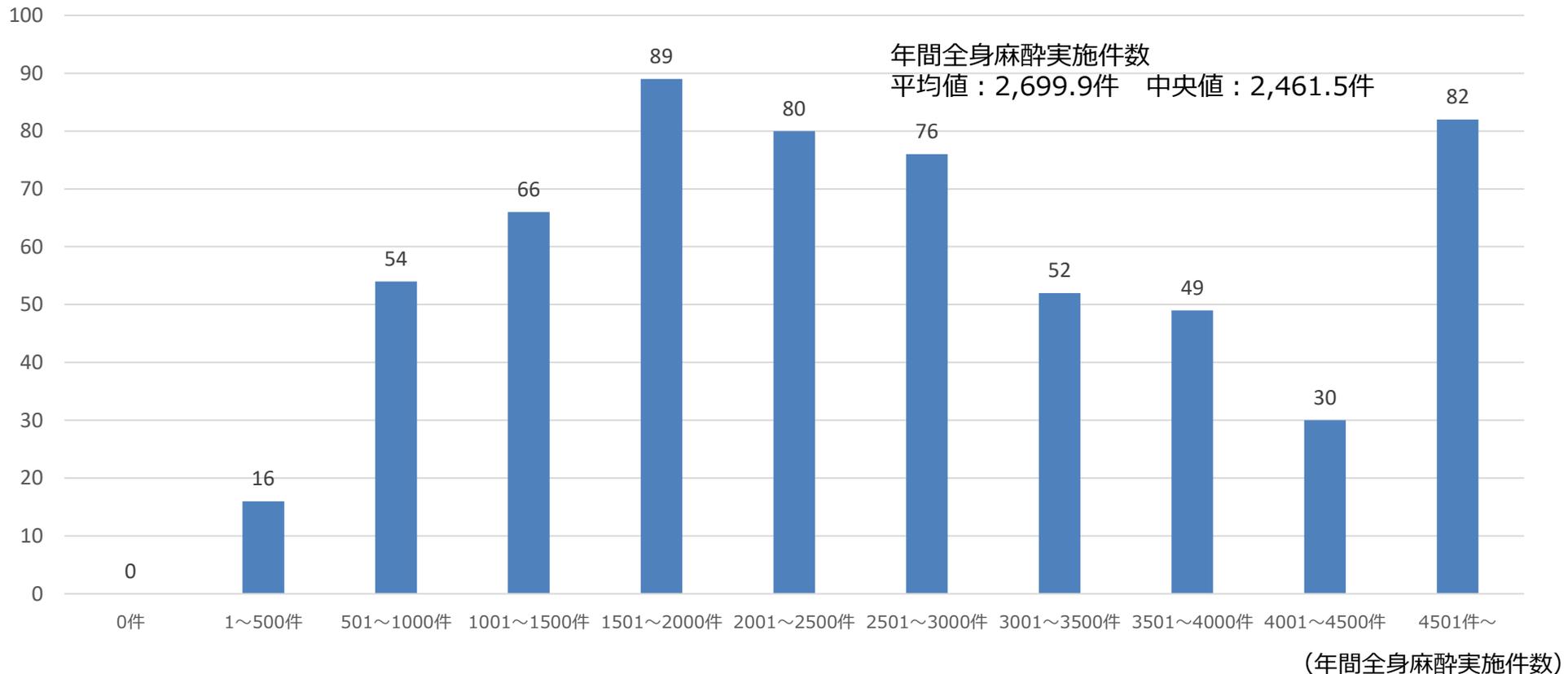
集中治療室を有する病院の年間全身麻酔実施件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「特定集中治療室管理料1～6」を算定する病院について、年間全身麻酔実施件数の平均は2699.9件であった。年間全身麻酔実施件数1,000件未満の病院が70病院あった。

(医療機関数)

特定集中治療室管理料1～6 (n=594)



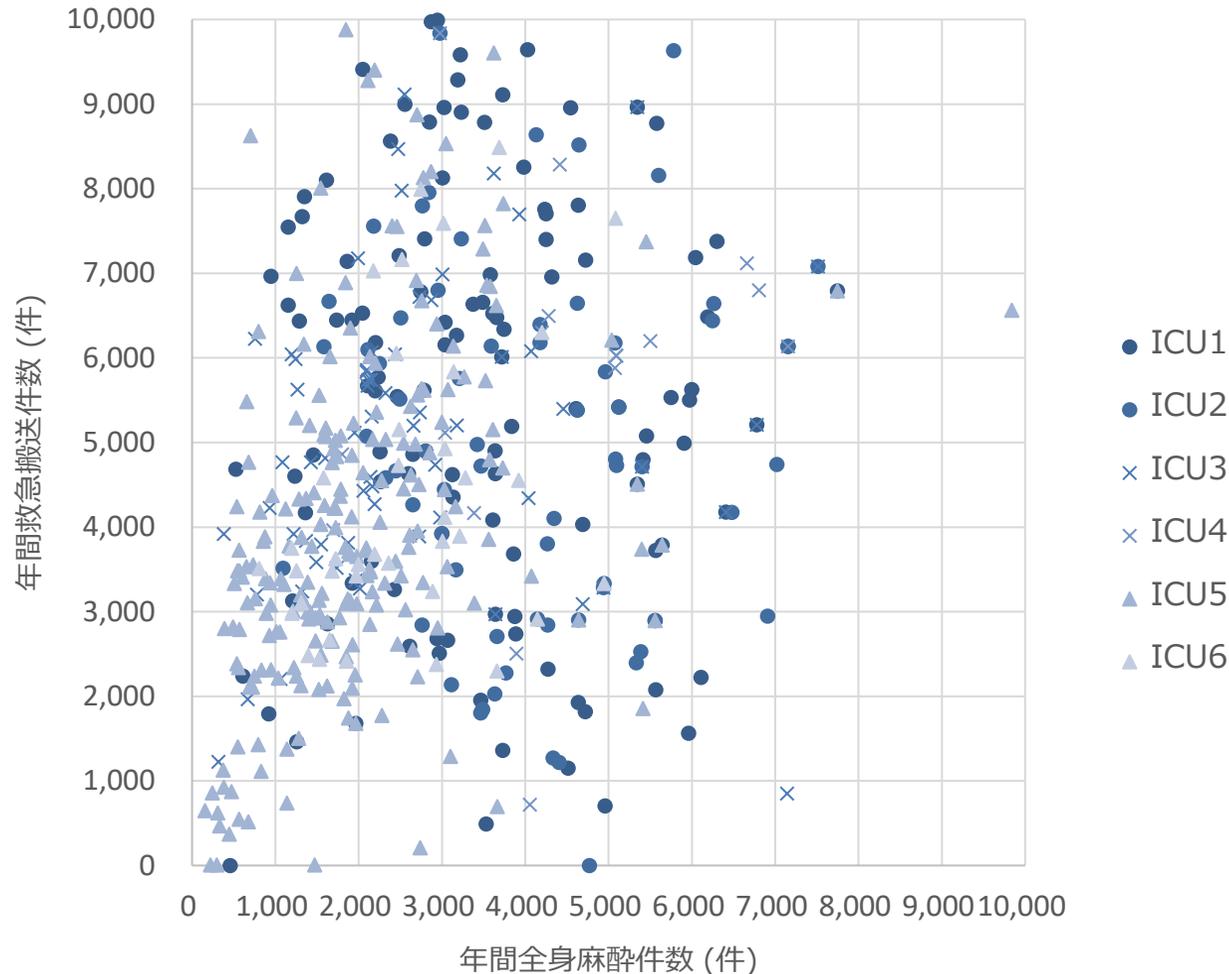
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

集中治療室を有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院が一定数あった。



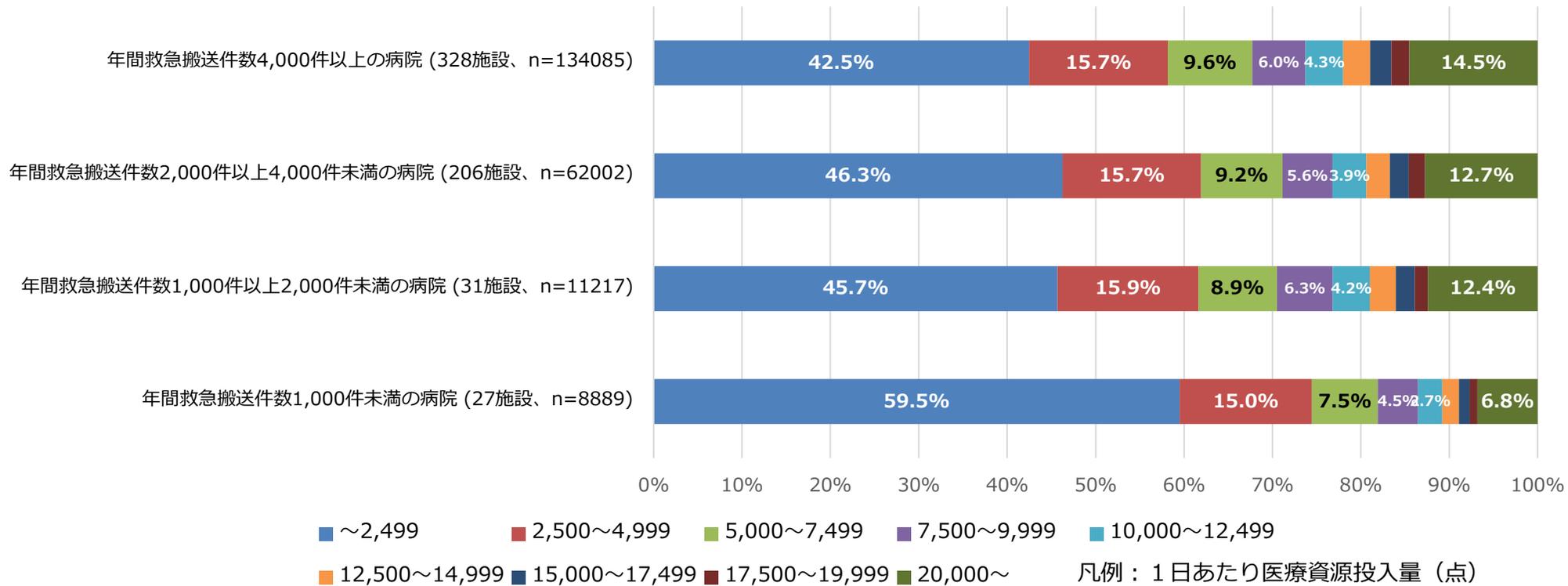
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

救急搬送件数とICUの医療資源投入量

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

特定集中治療室管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。

2. 高度急性期入院医療について

2 - 1. 特定集中治療室管理料について

- ① 特定集中治療室を有する病院
- ② 特定集中治療室の医師配置
- ③ 特定集中治療室用重症度、医療・看護必要度
- ④ 個別の加算

これまでの特定集中治療室管理料に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（特定集中治療室管理料の医師配置要件について）

- 特定集中治療室には、医師が常時配置されている体制が、まずあるべき姿ではないかとの意見があった。
- 今後、救急医師の確保が一層困難となることを見込まれる状況を踏まえると、特定集中治療室の医師配置要件は緩和する方向での検討が必要ではないかとの意見があった。
- 現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。
- 医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿日直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき姿について検討を進める必要があるのではないかとの意見があった。
- 「特定集中治療室管理料5、6」とそれ以外の区分において、処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目に関する患者受入方針に大きな差を認めなかったことを踏まえると、特定集中治療室の区分によって、機能的な点では大きな差異はないのではないか。一方で、救急患者の受け入れ状況は各区分に差があり、これは病院の規模が小さい等の理由から受け入れができない救急重症患者がいることを示しているのではないかとの意見があった。

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	14,406点
特定集中治療室管理料3・4	9,890点
特定集中治療室管理料5・6	8,890点

※ 治療室については、以下を明確化。

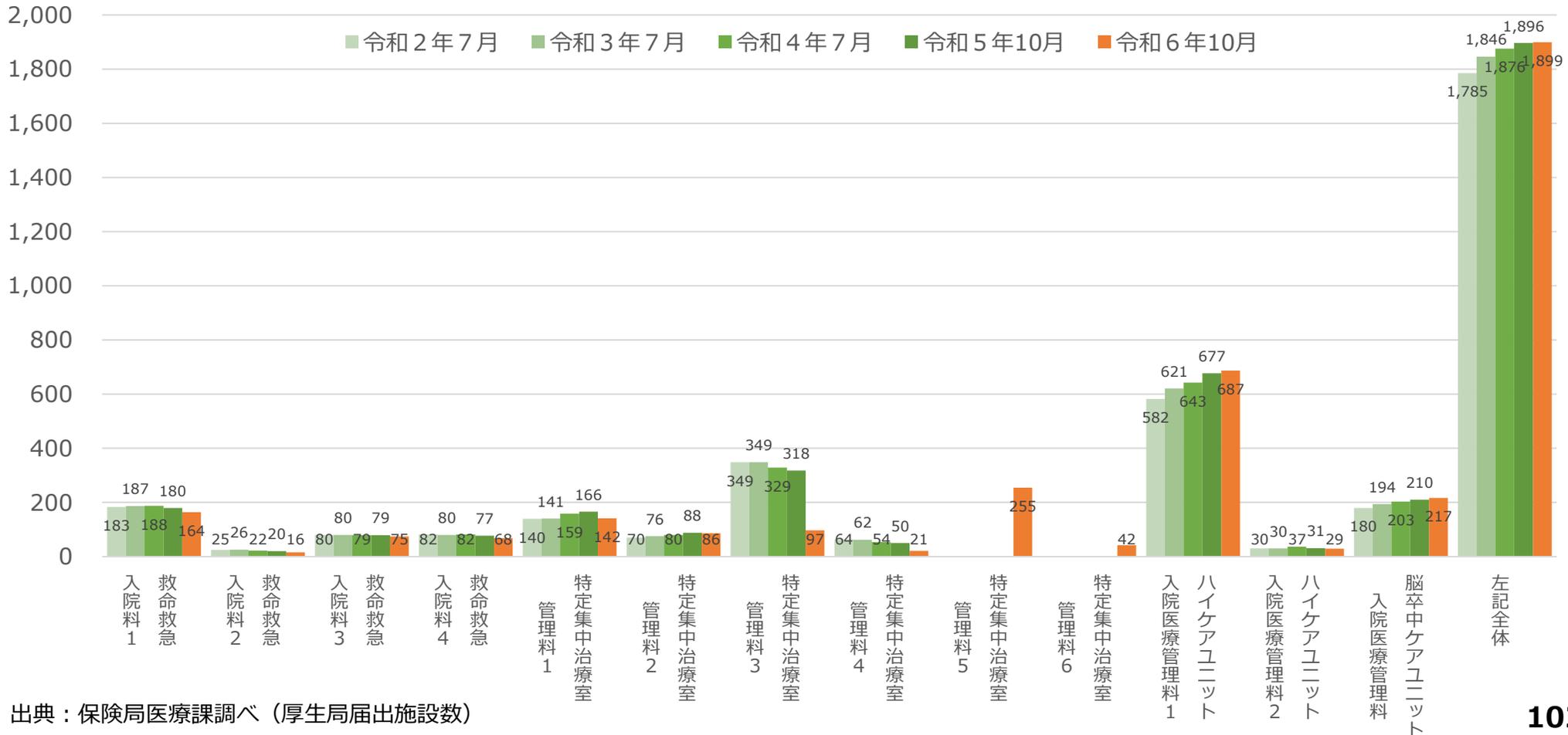
- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1）
- 保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むこと（ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料2及び新生児治療回復室入院医療管理料）

※ 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。

特定集中治療室管理料等の届出医療機関数推移（再掲）

- 令和6年度診療報酬改定において新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関数が増加した一方、「救命救急入院料1～4」、「特定集中治療室管理料1～4」の届出施設数は減少し、特に「特定集中治療室管理料3、4」においてその傾向が強かった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」の傾向に大きな変化はなかった。

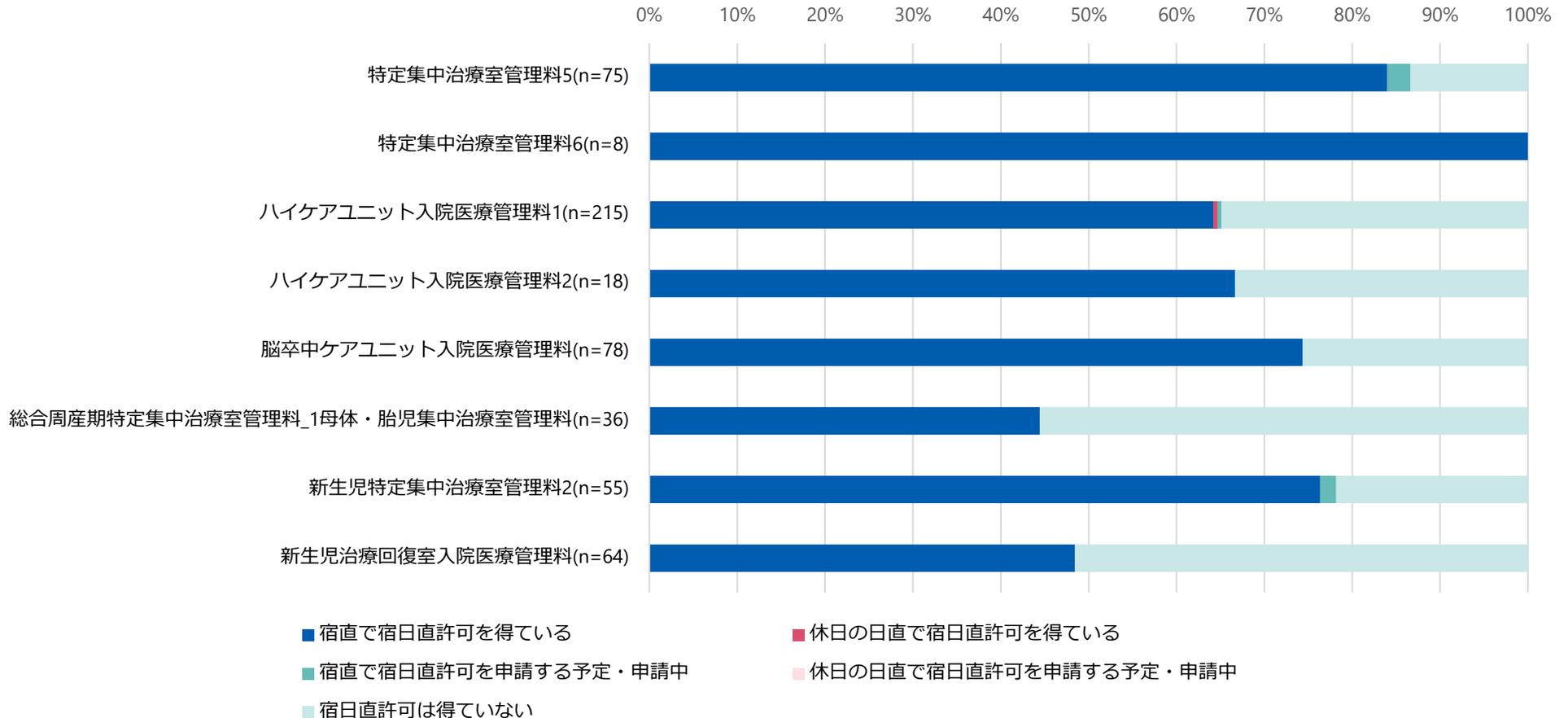
(医療機関数)



特定入院料を算定する治療室における宿日直許可の取得状況

- 専任の医師が宿日直を行う医師でもよい治療室における宿日直許可取得状況は以下のとおり。
- 多くの治療室において、宿直での宿日直許可を得ており、特に「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室で多い傾向があった。

宿日直許可の取得状況

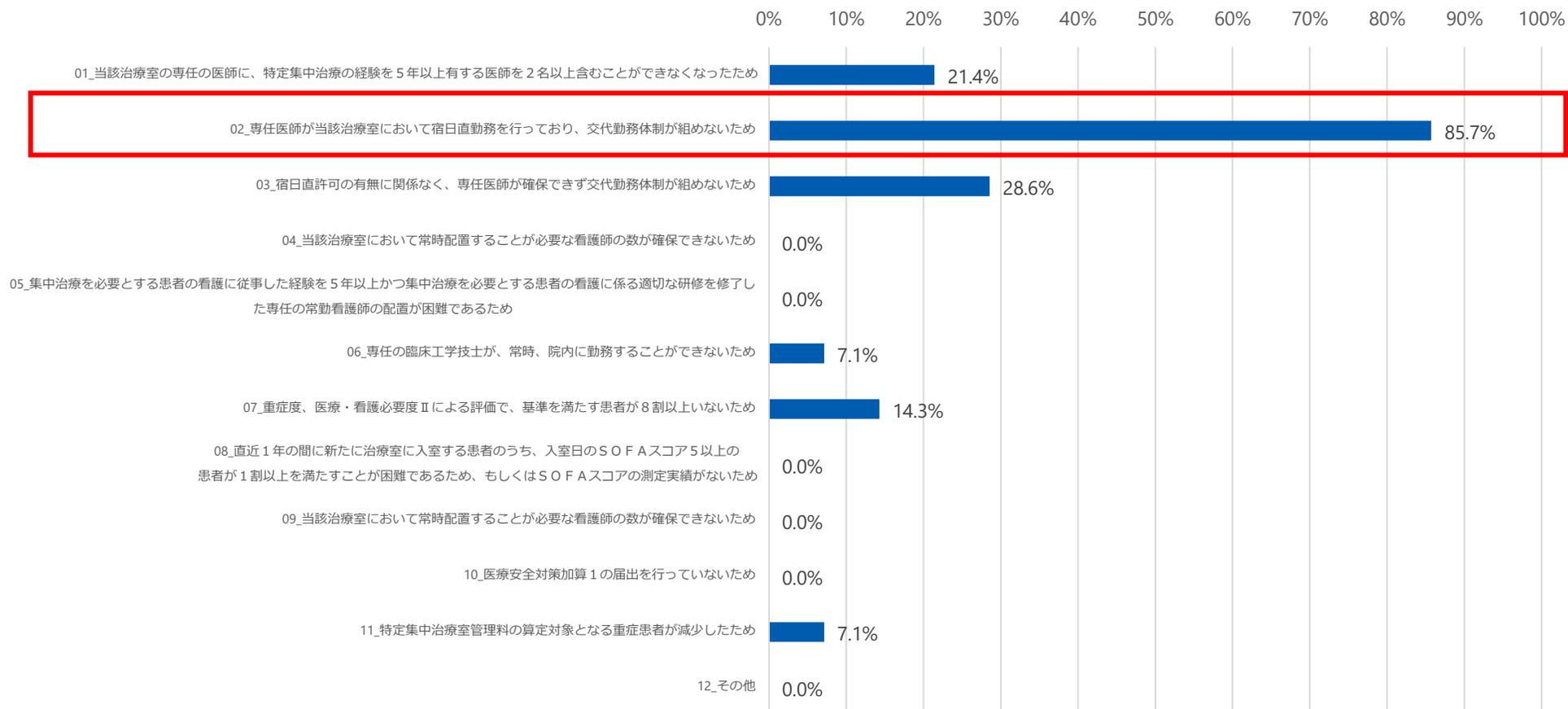


特定集中治療室管理料 1、2 の届出変更理由

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「特定集中治療室管理料 1、2」から「特定集中治療室管理料 5、6」へ届出を変更した理由としては、「専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため」が最も多かった。

「特定集中治療室管理料 1、2」から
「特定集中治療室管理料 5、6」へ届出変更した医療機関(n=14)



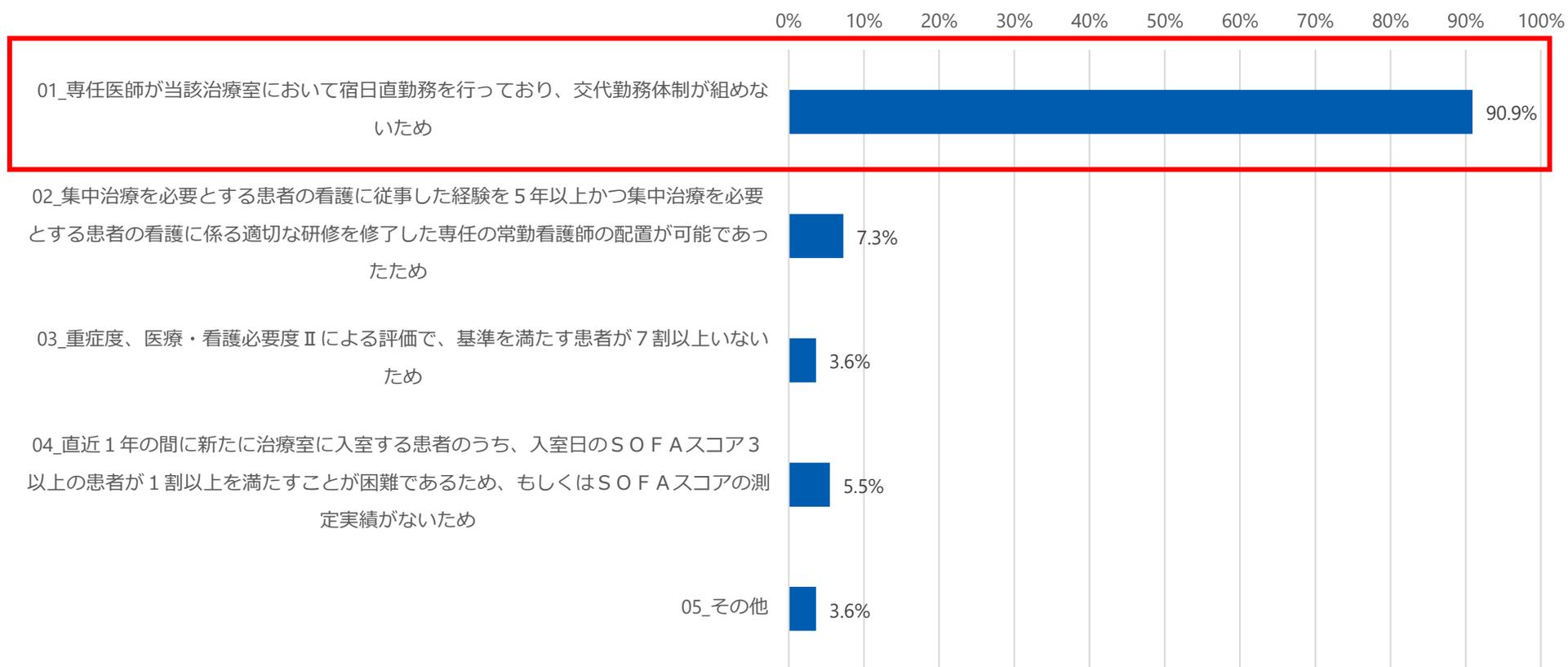
特定集中治療室管理料3、4の届出変更理由

診調組 入-2
7.5.22

- 「特定集中治療室管理料3、4」から「特定集中治療室管理料5、6」へ届出を変更した理由としては、「専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため」が最も多かった。

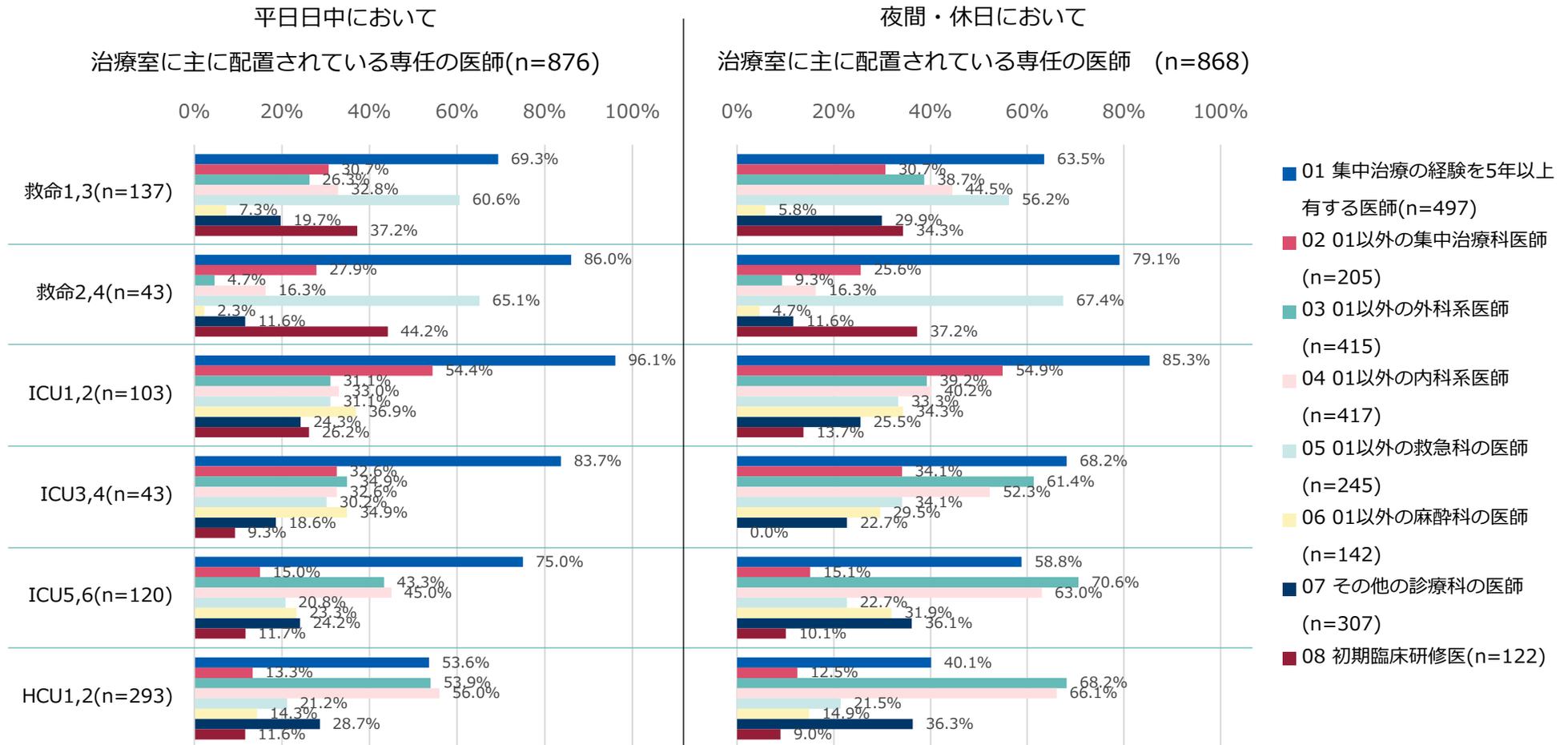
「特定集中治療室管理料3、4」から

「特定集中治療室管理料5、6」へ届出変更した医療機関(n=55)



治療室に配置されている専任の医師

- 平日日中及び夜間・休日において、治療室に配置されている専任の医師の状況は以下のとおり。
- 集中治療の経験を5年以上有する医師は、当該医師の配置が要件とされていない区分 (ICU1,2以外) においても、一定の配置が行われていた。
- 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる区分 (ICU5,6、HCU1,2) では、その他の区分と比較して、夜間・休日に「その他の診療科の医師」を配置している割合が多かった。



特定集中治療室管理料を算定する治療室の患者受入方針

診調組 入-2
7. 8. 2 8改

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目では、「特定集中治療室管理料 3、4」と「特定集中治療室管理料 5、6」に大きな差を認めなかった。救急外来受診に関する項目では、三次救急で搬送された患者を受け入れている割合が異なる傾向があった。

特定集中治療室管理料 1、2 (n=107)

特定集中治療室管理料 3、4 (n=47)

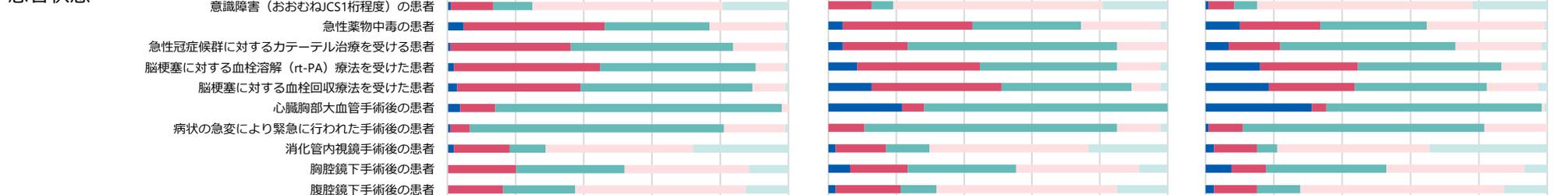
特定集中治療室管理料 5、6 (n=119)

0% 20% 40% 60% 80% 100% 0% 20% 40% 60% 80% 100% 0% 20% 40% 60% 80% 100%

処置・モニタリング



患者状態



救急外来受診



■ 原則として、自院では受け入れない又は転院搬送を行う
 ■ 原則として、自院の他の治療室に入室する
 ■ 原則として、自治療室に入室する
■ 一般病棟での管理も行うが、必要に応じて治療室に入室する
 ■ 原則として、一般病棟に入棟する

2. 高度急性期入院医療について

2-1. 特定集中治療室管理料について

- ① 特定集中治療室を有する病院
- ② 特定集中治療室の医師配置
- ③ 特定集中治療室用重症度、医療・看護必要度
- ④ 個別の加算

これまでの特定集中治療室管理料に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者は、人工呼吸器の管理等を要さない場合であっても、I C UやH C Uにおいて厳格な不整脈のモニタリングを要する場合があるが、このような患者は、現行の評価体系では「特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」で該当する項目がないとの意見があった。
- 致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、I C UやH C Uの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の処置について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない「動脈圧測定」「中心静脈圧測定」は、中間ユニットがない医療機関においては集中治療室で行うことがあるのではないかと意見があった。
- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準は、該当する患者や施設の割合を踏まえて検討すべきではないかと意見があった。

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

【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 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 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
基準	A得点2点以上		

【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	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 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	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 人工呼吸器の管理	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
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要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準

基準に該当する患者割合の要件	
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
救命救急入院料 1、3	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

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	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

特定集中治療室管理料等を要する状態

- 「特定集中治療室管理料」及び「ハイケアユニット入院医療管理料」の算定対象となる患者は以下のとおり。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）令和6年3月5日保医発0305第4号（抜粋）

A301 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあって、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 大手術後
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

○ 日本集中治療医学会による「ICU 入退室指針（2023年11月24日）」において掲げられている「提供する治療・ケアの因子」は以下のとおり。

1. IABP、ECMO、補助循環用ポンプカテーテル（IMPELLA）、VAD などの重症心不全に対する循環サポートを必要とする患者は、原則的に ICU で管理すべきである。
2. ARDS（Acute Respiratory Distress Syndrome）をはじめとした重症呼吸不全に対して人工呼吸を受ける患者は、少なくとも急性期には ICU で管理すべきである。
3. 人工呼吸器や血液浄化療法といった単一臓器のみのサポートが長期間必要な患者は、ICU から退室し中間ユニットや一般病棟での管理を考慮する。
4. 昇圧薬や強心薬などの薬剤持続投与による循環サポートを必要とする患者は、原則的に ICU で管理すべきである。
5. 肺動脈圧、心拍出量、頭蓋内圧等の測定や体温管理療法など、嚴重なモニタリングを要する患者は原則的に ICU で管理すべきである。
6. 人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない動脈圧、中心静脈圧のモニタリング患者、脳神経所見や電解質・血糖など短期間に頻回の観察を要する患者等については、中間ユニットで管理することも考慮する。

集中治療室へ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

- 「特定集中治療室管理料 1～6」を算定した患者について、入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」は多様であった。

	「医療資源を最も投入した傷病名」DPC6桁傷病名	件数 (n=555,617)	割合
1	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞	26862	4.83%
2	心不全	24245	4.36%
3	徐脈性不整脈	23079	4.15%
4	弁膜症（連合弁膜症を含む。)	20517	3.69%
5	肺の悪性腫瘍	20012	3.60%
6	脳梗塞	19362	3.48%
7	頭蓋・頭蓋内損傷	14457	2.60%
8	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	14010	2.52%
9	狭心症、慢性虚血性心疾患	13350	2.40%
10	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	13266	2.39%
11	敗血症	13229	2.38%
12	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	12045	2.17%
13	大動脈解離	10311	1.86%
14	肺炎等	10233	1.84%
15	誤嚥性肺炎	9928	1.79%
16	頻脈性不整脈	8903	1.60%
17	薬物中毒（その他の中毒）	8713	1.57%
18	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	8566	1.54%
19	胃の悪性腫瘍	8488	1.53%
20	肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。)	7871	1.42%

- 急性冠症候群ガイドラインでは、急性心筋梗塞発症直後は、致死性不整脈の管理等を目的として、CCU (cardiac care unit) での管理が推奨されている。致死性不整脈が確認された場合には直ちに除細動を行うことが推奨されている。また、必要に応じて、抗不整脈薬の投与を考慮することとされている。

急性冠症候群ガイドライン (2018年改訂版) (抜粋)

第6章 入院中の評価・管理

1. 冠動脈疾患集中治療室 (CCU) の役割

(創設当時の) CCU の目的は心筋梗塞発症直後の致死性不整脈の治療にあり、心電図モニタリング、電気的除細動、心臓ペーシングなどにより心筋梗塞患者の死亡率を著しく低下させた。

(中略)

ACSに対する現在のCCUの役割として、致死性不整脈の管理だけでなく、不安定な血行動態や心不全、虚血再灌流療法後の新たな合併症の監視や治療も担っているといえる。

(中略)

5. 不整脈の評価と治療

(中略)

VFまたは無脈性VTが確認された場合は、除細動器を準備してただちに除細動を行う。2回目の除細動にも反応しない場合、抗不整脈薬 (アミオダロン) の投与を考慮する。

(中略)

徐脈や徐脈に伴う症状がなくとも、今後の完全房室ブロックへの移行が強く疑われる場合には、一時的ペーシングが必要となる場合がある。症候性房室ブロックの治療として、経皮的ペーシングまたはアトロピン投与が推奨される。

表 41 CCU入院に関する推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル
発症直後のAMI患者をCCUで包括的に治療し、心電図および生命兆候のモニタリングを行う ⁴⁹⁰⁾	I	B
Swan-Ganzカテーテルを挿入したポンプ失調合併患者の治療・管理をCCUで行う ⁴⁹¹⁾	I	B

表 52 心室不整脈治療に関する推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル
持続性VT、VF患者に対して電気的除細動を行う。血行動態が安定しているVTに対しては鎮静下で行う ^{607, 608)}	I	B
再発性、難治性の血行動態不安定なVTや、多形性持続性VT、VF患者に対して、静注アミオダロンまたはニフェカレントを投与する ⁶⁰⁹⁻⁶¹⁵⁾	I	B
緊急PCI、CABGを施行し、積極的に心筋虚血を解除する ^{277, 616)}	I	C
電解質 (血清カリウム、血清マグネシウム)、酸塩基平衡を是正する ^{100, 617)}	I	C

表 58 徐脈性不整脈に対する一時的ペーシング適用の推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル
以下の徐脈性不整脈に対して一時的ペーシングを行う ⁵⁹⁴⁾ ①完全房室ブロック ②薬物治療に反応しない症候性徐脈 ③Mobitz II型第2度房室ブロックに2枝ブロックまたは新規脚ブロックを合併	I	C

特定集中治療室管理料等の算定患者における該当割合

- 現行の基準を満たす患者は、全体の約92%であった。現行の評価項目には検査で2点となる項目があるが、特に「動脈圧測定」は該当患者割合が高く、平均で約84%であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約12%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約1%であった。

	患者総数 (人日)	基準（2 点以上） を 満たす患 者割合	現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の評価項目							現行の評価項目でないもの		
			動脈圧 測定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工呼吸 器の管理	輸血や血 液製剤の 管理	肺動脈圧 測定	特殊な治 療法等	蘇生術の 施行	抗不整脈 剤の使用 (注射 剤)	一時的 ペーシ ング
			2点	1点	2点	2点	2点	2点	2点			
全体	352,656	92.4%	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%	5.4%	12.2%	0.5%
特定集中治療室管理料 1	90,323	94.9%	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%	4.3%	14.1%	0.4%
特定集中治療室管理料 2	59,582	95.0%	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%	5.9%	13.2%	0.8%
特定集中治療室管理料 3	39,853	90.5%	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%	4.1%	12.9%	0.4%
特定集中治療室管理料 4	13,535	89.2%	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%	3.7%	12.1%	0.3%
特定集中治療室管理料 5	87,758	89.9%	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%	3.6%	11.6%	0.5%
特定集中治療室管理料 6	18,110	93.7%	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%	5.3%	10.5%	0.4%
救命救急入院料 2	6,974	87.3%	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%	10.3%	7.7%	1.4%
救命救急入院料 4	36,521	92.0%	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%	12.4%	7.8%	0.6%

※「蘇生術の施行」は「ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度」の「蘇生術の施行」に準ずる。
 ※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に準ずる。
 ※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

2. 高度急性期入院医療について

2-1. 特定集中治療室管理料について

- ① 特定集中治療室を有する病院
- ② 特定集中治療室の医師配置
- ③ 特定集中治療室用重症度、医療・看護必要度
- ④ 個別の加算

④ 個別の加算

- 特定集中治療室遠隔支援加算
- 重症患者対応体制強化加算
- 広範囲熱傷特定集中治療管理料

これまでの特定集中治療室管理料に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（特定集中治療室遠隔支援加算について）

- 地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提として、集中治療を専門とする医師等の不足が見込まれる地域に対しては、遠隔支援を活用することが有効であると考えられるとの意見があった。
- 集中治療を専門とする医師の確保が困難な状況であり、医師少数区域以外にもこのような医師が不足している地域があることが予想されるとの意見があった。

特定集中治療室遠隔支援加算の概要

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もの。（令和 6 年度診療報酬改定において新設）

A301 特定集中治療室管理料 「注 7」 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

【算定対象医療機関】

特定集中治療室管理料 5 又は 6 を算定する保険医療機関

【算定要件】

情報通信機器を用いて支援側の保険医療機関と連携して特定集中治療室管理を行った場合に、被支援側の保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

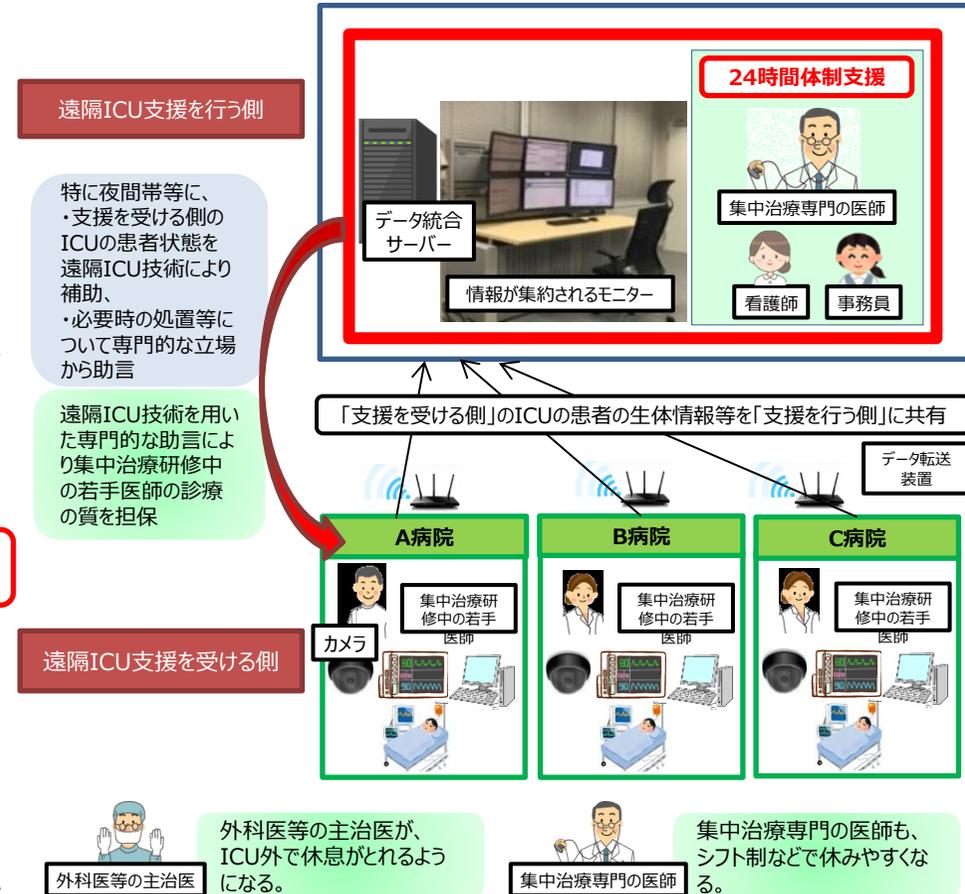
【主な施設基準】

（被支援側医療機関）

- ア 特定集中治療室管理料 5 又は 6 の届出を行っていること。
- イ 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。
- ウ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。

（支援側医療機関）

- ア 特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行っていること。
- イ 支援する被支援側医療機関に「医療資源の少ない地域」又は「医師少数区域」に所在する医療機関が含まれること。
- ロ 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。
- ハ 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。
- ニ ウの職員数は、被支援側医療機関の治療室における入院患者数が 30 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。
- ホ 被支援側医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。
- ヘ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。



特定集中治療室遠隔支援加算の届出医療機関の状況

- 令和7年7月1日時点での「特定集中治療室遠隔支援加算」の届出医療機関（計5施設）の状況と、それぞれの支援側医療機関の概要は、以下のとおり。

特定集中治療室遠隔支援加算を算定する被支援側医療機関				支援側医療機関	
管理料の区分	所在地	二次医療圏		管理料の区分	所在地
特定集中治療室管理料 5	栃木県那須塩原市	栃木県県北	医師少数区域	特定集中治療室管理料 1	神奈川県横浜市
特定集中治療室管理料 5	神奈川県横浜市	神奈川県横浜			
特定集中治療室管理料 5	神奈川県小田原市	神奈川県県西	医師少数区域	特定集中治療室管理料 1	東京都品川区
特定集中治療室管理料 5	神奈川県横浜市	神奈川県横浜			
特定集中治療室管理料 5	神奈川県横浜市	神奈川県横浜			

※ 特定集中治療室遠隔支援加算の届出医療機関は、保険局医療課調べ（令和7年7月1日時点厚生局届出情報）

※ 二次医療圏は、令和6年12月1日時点。医師少数区域は、令和6年4月1日時点。

※ 特定集中治療室遠隔支援加算は、被支援側への支援を行う医療機関について、その支援する医療機関に医療資源の少ない地域（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域）又は医師少数区域（医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域）に所在する医療機関が含まれていることを要件としている。

医師少数区域等に所在する特定集中治療室管理料 5、6

- 令和7年3月1日時点で、「特定集中治療室管理料5、6」を算定する病院は308病院であり、そのうち、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在するのは、25病院であった。

	特定集中治療室管理料5	特定集中治療室管理料6	合計
総数	262	46	308
医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在	22	3	25
(医師少数区域に所在)	(21)	(3)	(24)
(医療資源の少ない地域に所在)	(2)	(0)	(2)

※ 「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療施設は、保険局医療課調べ（令和7年3月1日時点厚生局届出情報）

※ 医師少数区域（医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域）は、令和6年4月1日時点。

※ 医療資源の少ない地域（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域）は、令和6年度診療報酬改定後。

④ 個別の加算

- 特定集中治療室遠隔支援加算
- 重症患者対応体制強化加算
- 広範囲熱傷特定集中治療管理料

これまでの特定集中治療室管理料に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

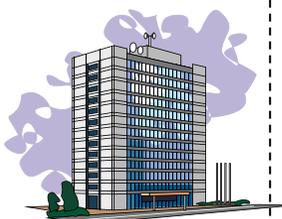
（重症患者対応体制強化加算について）

- 「重症患者対応体制強化加算」の施設基準において、「急性期充実体制加算」の届出医療機関であることが要件となっていることにより、特定機能病院が当該加算を算定できない。特定機能病院が算定対象外となる理由や意義について見直すべきではないかとの意見があった。

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室管理料の対象患者

- ・意識障害又は昏睡
- ・急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
- ・急性薬物中毒
- ・ショック
- ・重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- ・広範囲熱傷
- ・大手術後
- ・救急蘇生後
- ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態

特定集中治療室

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

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 **1割5分**以上

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

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看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の常勤看護師 1名以上）

➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

救命救急入院料又は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（専従の常勤臨床工学技士 1名以上）

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

集中治療を必要とする患者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（2名以上）

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、他の医療機関等の支援を行う。（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）

③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

➤ 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院内研修を、年1回以上実施。

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。

- ・重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- ・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

- 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。



特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準の概要]

専従の常勤看護師 1名 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 1名 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	<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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院内研修を、年1回以上実施。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 2名 以上 ※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。 ※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。	・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。		<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、他の医療機関等の支援を行う。（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） ・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。

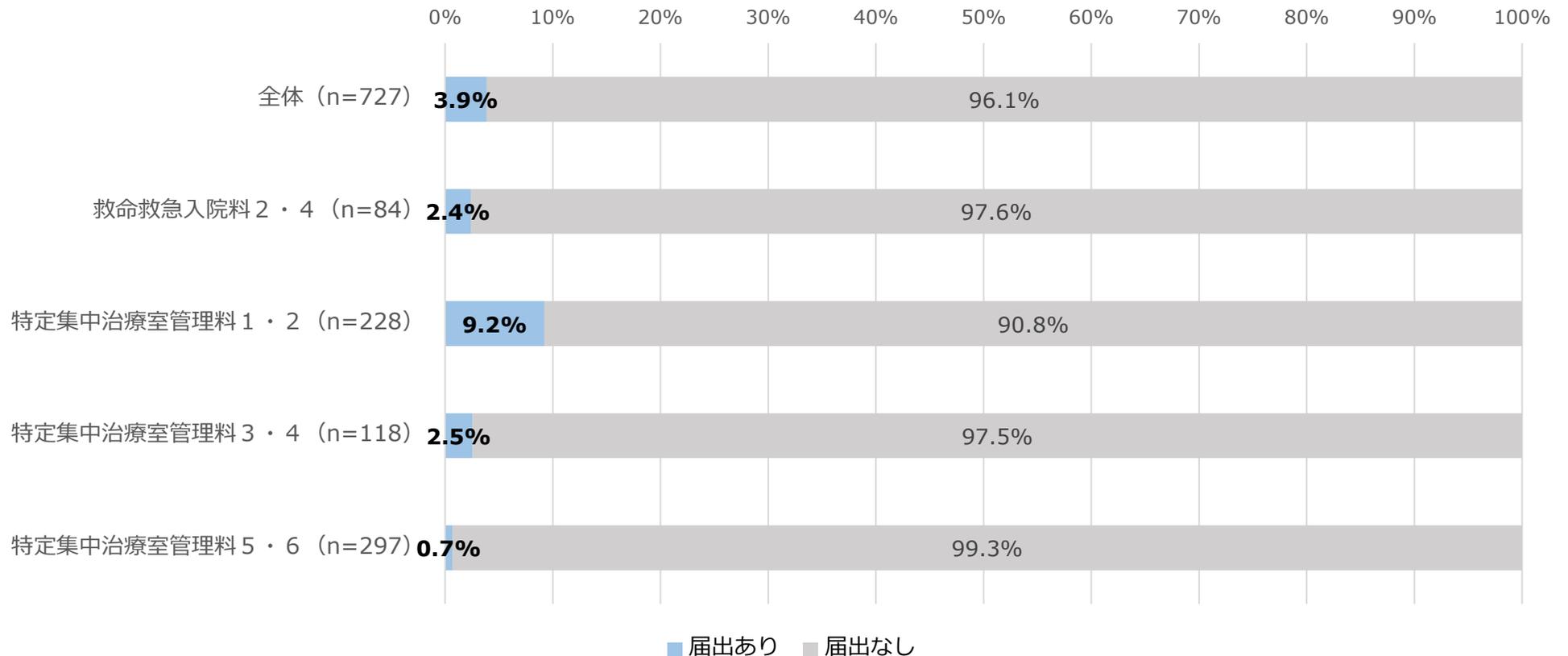
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上

重症患者対応体制強化加算の届出状況

診調組 入-2
7. 8. 28

- 重症患者対応体制強化加算を届け出ている治療室は、「特定集中治療室管理料」「救命救急入院料2、4」全体の約3.9%であり、「特定集中治療室管理料1、2」を算定する治療室の約9.2%であった。

重症患者対応体制強化加算の届出状況（令和6年10月1日時点）

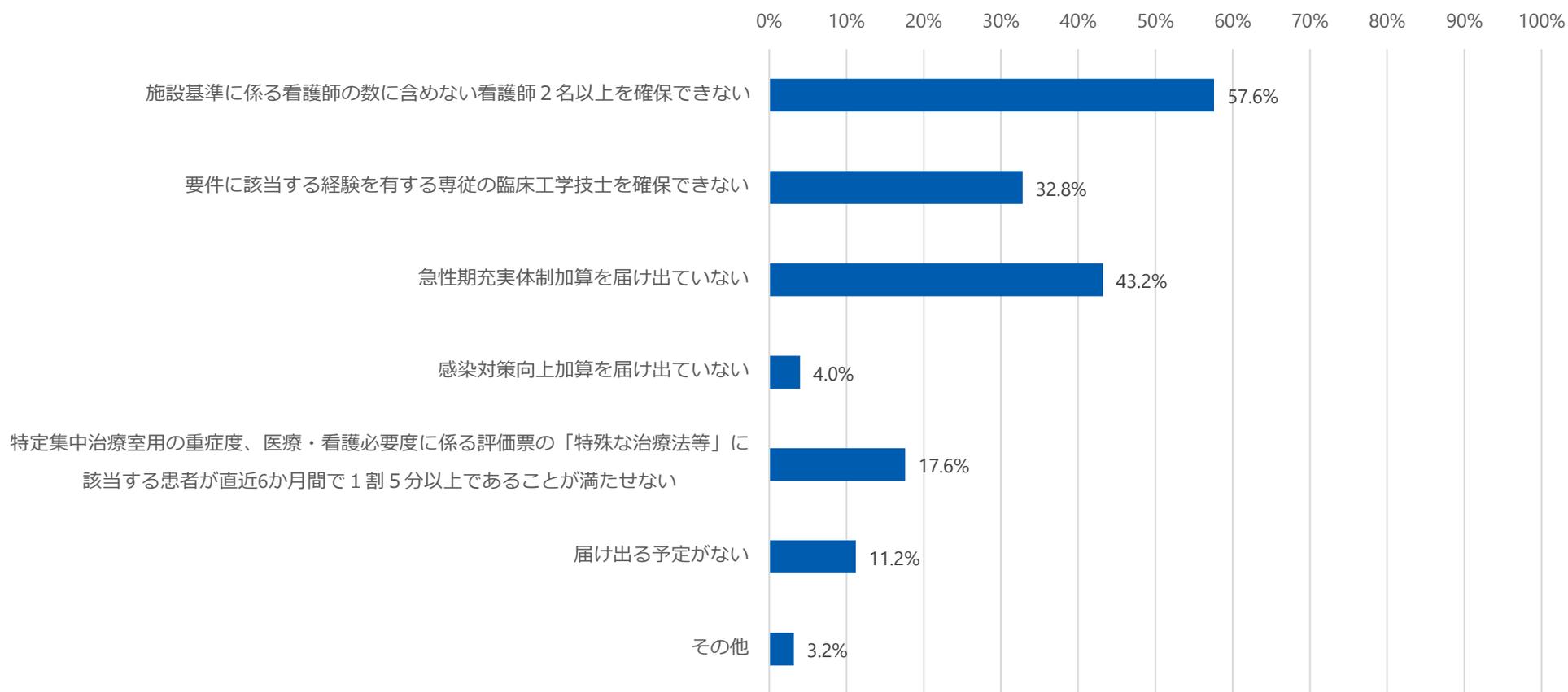


重症患者対応体制強化加算を届け出していない理由

診調組 入-1
7. 5. 22

- 「救命救急入院料 2, 4」又は「特定集中治療室管理料 1～4」のいずれかを算定している治療室であって、重症患者対応体制強化加算を届け出していない治療室に対してその理由を聞いたところ、「施設基準に係る看護師の数に含めない看護師 2 名以上を確保できない」が最も多く、次いで「急性期充実体制加算を届け出していない」が多かった。

重症患者対応体制強化加算を届け出していない理由(n=125)

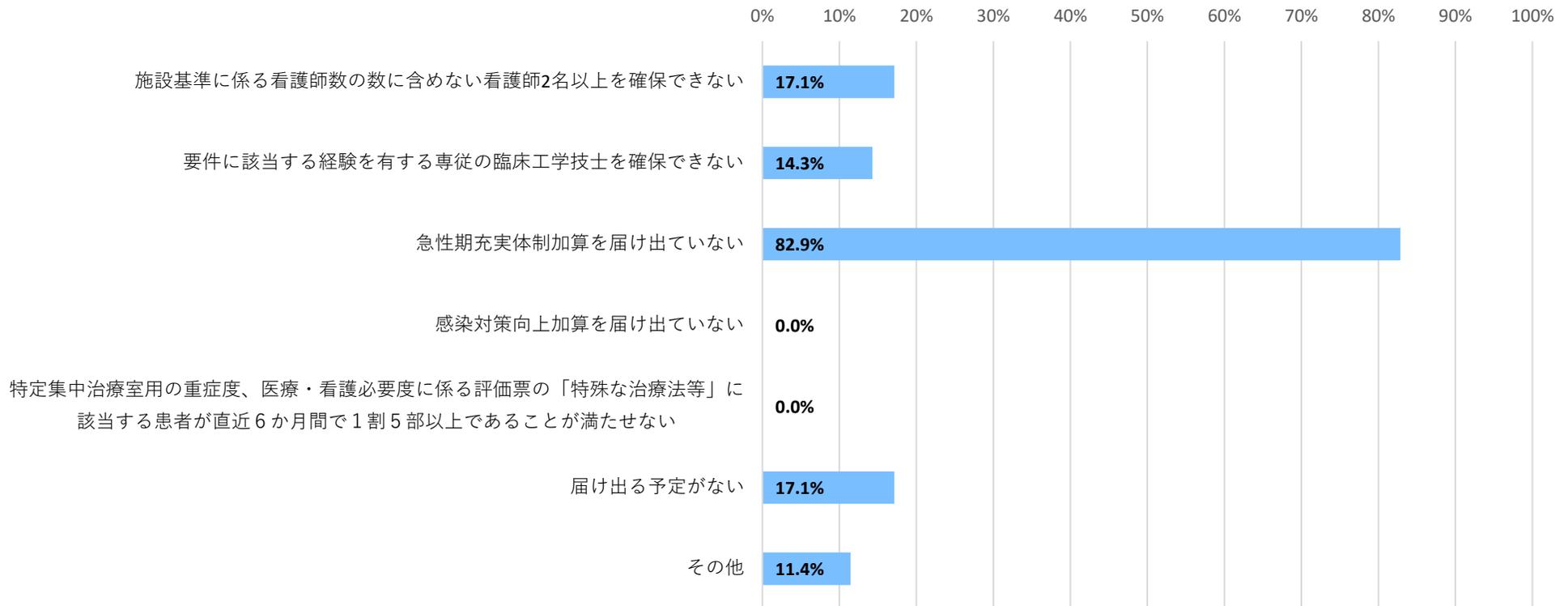


特定機能病院の治療室における重症患者対応体制強化加算

診調組 入-2
7. 8. 28

- 特定機能病院において、「救命救急入院料 2、4」「特定集中治療室管理料 1～4」のいずれかを算定している治療室に対して、「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算を届け出していない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

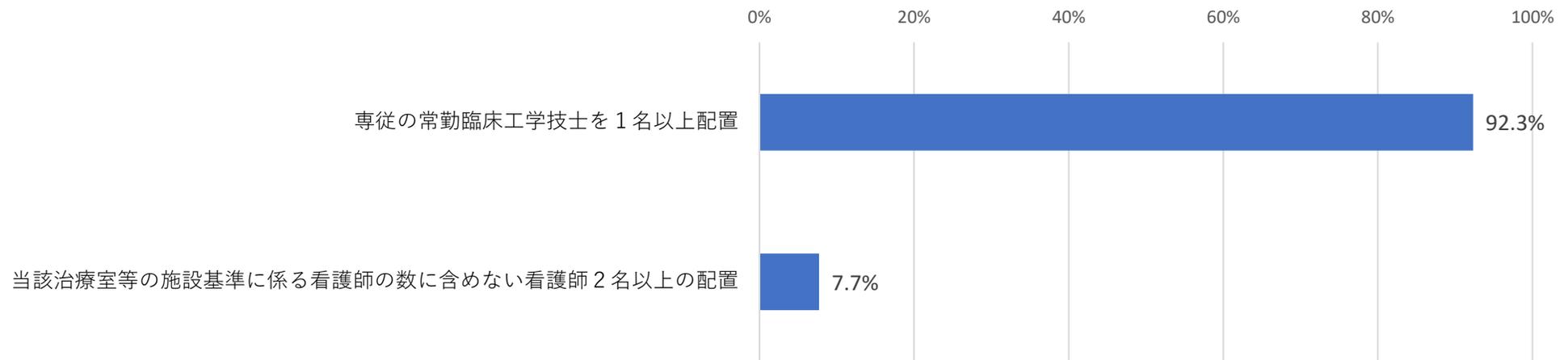
特定機能病院の治療室において重症患者対応体制強化加算を届出できない理由 (n=35)



※特定機能病院は、急性期充実体制加算を届け出ることができないため、急性期充実体制加算の届出が要件となっている重症患者対応体制強化加算の届出ができない。

- 特定機能病院において、「救命救急入院料 2、4」「特定集中治療室管理料 1～4」のいずれかを算定している治療室に対して、「重症患者対応体制強化加算」の要件に関する職員の配置状況について聞いたところ、「専従の常勤臨床工学技士を 1 名以上の配置」を実施する治療室は 92.3% であり、「当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師 2 名以上の配置」を実施する治療室は 7.7% であった。

特定機能病院の治療室における職員の配置状況 (n=13)



④ 個別の加算

- 特定集中治療室遠隔支援加算
- 重症患者対応体制強化加算
- 広範囲熱傷特定集中治療管理料

広範囲熱傷特定集中治療管理料

- 平成22年度診療報酬改定以前には、「A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料」として独立した特定入院料とされていたもの。平成22年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目としての評価に見直し。

広範囲熱傷特定集中治療管理料（60日以内）

算定可能な入院料	<ul style="list-style-type: none">救命救急入院料 3、4特定集中治療室管理料 2、4、6
対象患者	<ul style="list-style-type: none">第2度熱傷 30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者であること。（熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。）
主な施設基準	救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の施設基準のほか、 <ul style="list-style-type: none">広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有していること。当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度	入室日 SOFA	その他	
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,268点	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	-	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有していること 医療安全対策加算1を届出ていること 救急時医療情報閲覧機能を有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
		～7日 9,292点							
		～14日 7,934点							
	入院料2	～3日 11,847点	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料1の基準 特定集中治療室管理料1又は3の基準 	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治療室内) 	2対1	ICU用(Ⅱ)	Ⅱ:7割以上	-	
		～7日 10,731点							
		～14日 9,413点							
	入院料3	イ・ロ:～3日 10,268点	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料1の基準 広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治療室内) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) 	4対1	HCU用	測定評価	-	
		イ・ロ:～7日 9,292点							
イ:～14日 7,934点 ロ:～60日 8,356点									
入院料4	イ・ロ:～3日 11,847点	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料2の基準 広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備 	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治療室内) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) 	2対1	ICU用(Ⅱ)	Ⅱ:7割以上	-		
	イ・ロ:～7日 10,731点								
	イ・ロ:～14日 9,413点 ロ:～60日 8,356点								
特定集中治療室管理料(ICU)	管理料1	～7日 14,406点	<ul style="list-style-type: none"> 専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 専任の臨床工学士が常時院内に勤務 	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内) 	2対1	ICU用(Ⅱ)	Ⅱ:8割以上	5以上(直近1年の入室患者の1割以上)	
		～14日 12,828点							
	管理料2	イ・ロ:～7日 14,406点	<ul style="list-style-type: none"> 特定集中治療室管理料1の基準 広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) 			Ⅱ:7割以上	3以上(直近1年の入室患者の1割以上)	
		イ:～14日 12,828点 ロ:～60日 13,028点							
	管理料3	～7日 9,890点	-	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治療室内) 			Ⅱ:7割以上	-	
		～14日 8,307点							
管理料4	イ・ロ:～7日 9,890点	<ul style="list-style-type: none"> 特定集中治療室管理料3の基準 広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	<ul style="list-style-type: none"> 宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治療室内) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) 	-	-				
	イ:～14日 8,307点 ロ:～60日 8,507点								
管理料5	～7日 8,890点	<ul style="list-style-type: none"> 専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 継続して3月以上、特定集中治療室管理料1～4又は救命救急入院料を算定している 	<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療機関内) 	-	-				
	～14日 7,307点								
管理料6	イ・ロ:～7日 8,890点	<ul style="list-style-type: none"> 特定集中治療室管理料5の基準 広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療機関内) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内) 	-	-				
	イ:～14日 7,307点 ロ:～60日 7,507点								
ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)	管理料1	～21日 6,889点	・病床数30床以下	・専任の常勤医師(宿日直可)が常時医療機関内にいる	4対1	HCU用	基準①15%以上 基準②80%以上	-	
	管理料2	～21日 4,250点			5対1		基準①15%以上 基準②65%以上	-	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)		～14日 6,045点	<ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 病床数30床以下 	<ul style="list-style-type: none"> 神経内科・脳外科5年以上の専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療機関内) 所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 	3対1	一般病棟用(Ⅰ・Ⅱ)	測定評価	-	<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

特定集中治療室管理料についての現状と課題

(特定集中治療室を有する病院)

- 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和6年12月18日 新たな地域医療構想等に関する検討会）では、救急・急性期医療については、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関の確保が求められている。
- 特定集中治療室管理料等の届出医療機関数と治療室の届出病床数は、長期的にはやや増加傾向である。
- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室の患者入室経路として、「救急外来からの入室」「手術室からの入室」が占める割合が多かった。
- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院が一定数あった。
- 年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日当たり医療資源投入量が高い傾向があった。

(特定集中治療室の医師配置)

- 令和6年度診療報酬改定において、専任の医師を治療室へ常時配置することが要件となっている入院料については、その専任医師について宿日直を行う医師ではないことを明確化し、専任の医師を治療室へ常時配置する必要のない「特定集中治療室管理料5、6」を新設した。
- 令和6年度診療報酬改定以降、新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関・病床数が大幅に増加した一方、「特定集中治療室管理料3、4」の届出医療機関数・病床数は減少した。
- 「特定集中治療室管理料1～4」から「特定集中治療室管理料5、6」へ届出を変更した理由としては、「専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため」が最も多かった。
- 「特定集中治療室管理料3、4」と「特定集中治療室管理料5、6」について、処置・モニタリング、患者状態に関する項目による患者受入方針に大きな差がなかった。

特定集中治療室管理料についての現状と課題

(特定集中治療室用重症度、医療・看護必要度)

- 日本集中治療医学会による「ICU 入退室指針（2023年11月24日）」において掲げられている「提供する治療・ケアの因子」においては、「人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない動脈圧、中心静脈圧のモニタリング患者等については、中間ユニットで管理することも考慮する」とされている。一方、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」において、「動脈圧測定（動脈ライン）」「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」の配点は2点となっており、単にこれらを単独で実施しているのみであっても、基準を満たすこととなる。
- 特定集中治療室（ICU）の入室患者の傷病名のうち上位を占める急性心筋梗塞後の患者では、致死性不整脈の管理が重要であり、電氣的除細動の実施や、必要に応じた抗不整脈薬の投与が診療ガイドライン等で推奨されている。また、病態に応じて、一時的ペーシングが必要となる場合がある。
- 現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」では、基準に該当する患者割合の要件は7割又は8割である一方で、実際に基準を満たす患者は、全体の約92%であった。該当患者割合が最も高い項目は「動脈圧測定」の約84%であった。
- 特定集中治療室管理料の算定患者のうち、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」は約12%、「一時的ペーシング」は約1%であった。

特定集中治療室管理料についての現状と課題

(個別の加算)

① 特定集中治療室遠隔支援加算

- 令和6年度診療報酬改定において、「特定集中治療室管理料5、6」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、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」を新設した。
- 「特定集中治療室遠隔支援加算」は、被支援側の医療機関の所在について直接的な要件はないものの、被支援側への支援を行う医療機関について、その支援する医療機関に、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が含まれていることを要件としている。
- 「特定集中治療室管理料5、6」を算定する医療機関のうち、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在するものは、全国に25箇所であった。「特定集中治療室遠隔支援加算」を算定する医療機関について、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に立地する医療機関は2施設であり、それ以外の医療機関は3施設であった。

② 重症患者対応体制強化加算

- 重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価する「重症患者対応体制強化加算」がある。
- 特定機能病院は、急性期充実体制加算を届け出ることができないため、急性期充実体制加算の届出が要件となっている重症患者対応体制強化加算の届出ができない。
- 特定機能病院において「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算を届け出していない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

③ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

- 「救命救急入院料1～4」「特定集中治療室管理料1～6」は、「広範囲熱傷特定集中治療管理料」の有無によって区分が分かれており、「救命救急入院料3、4」「特定集中治療室管理料2、4、6」の届出治療室に入室した重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者に対しては、「広範囲熱傷特定集中治療管理料」を算定する。

特定集中治療室管理料についての論点

【論点】

（特定集中治療室管理料について）

- 次のような点等を踏まえ、特定集中治療室管理料の評価のあり方について、どのように考えるか。
 - ・ 重症な救急搬送患者や全身麻酔手術後患者の管理を行うことが特定集中治療室を有する病院の重要な役割であることや、救急搬送件数に応じて、特定集中治療室入室患者の医療資源投入量に差があったこと。
 - ・ 特定集中治療室管理料 1～4 においては、宿日直ではない専任の医師を治療室内に常時配置する必要があるが、「特定集中治療室管理料 3、4」と「特定集中治療室管理料 5、6」について、処置・モニタリング、患者状態に関する項目による患者受入方針に大きな差がなかったこと。
 - ・ 現在の「特定集中治療室管理料 5、6」においては「届出時点で、継続して3月以上、特定集中治療室管理料 1、2、3若しくは4又は救命救急入院料を算定していること」とされており、今後新たに特定集中治療室管理料を届け出る場合には対象とならないこと。
 - ・ 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」について、測定で基準を満たす項目がある一方、「蘇生術の施行」「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」など、重症者に行われるが現在は評価されにくい処置等があること。
 - ・ 「特定集中治療室遠隔支援加算」について、被支援側医療機関に「医療資源の少ない地域」又は「医師少数区域」に所在する医療機関が含まれる場合に限られていること。
 - ・ 「重症患者対応体制強化加算」について、特定機能病院は対象とされていないが、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を行う特定機能病院が一定程度存在すること。
- 「救命救急入院料 1～4」「特定集中治療室管理料 1～6」が「広範囲熱傷特定集中治療管理料」の有無によって区分が分かれているが、簡素化の観点からどのように考えるか。

2. 高度急性期入院医療について

2-1. 特定集中治療室管理料について

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料について

2-3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

2. 高度急性期入院医療について

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料について

① ハイケアユニットを有する病院

② ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度

これまでのハイケアユニット入院医療管理料に関する主な意見

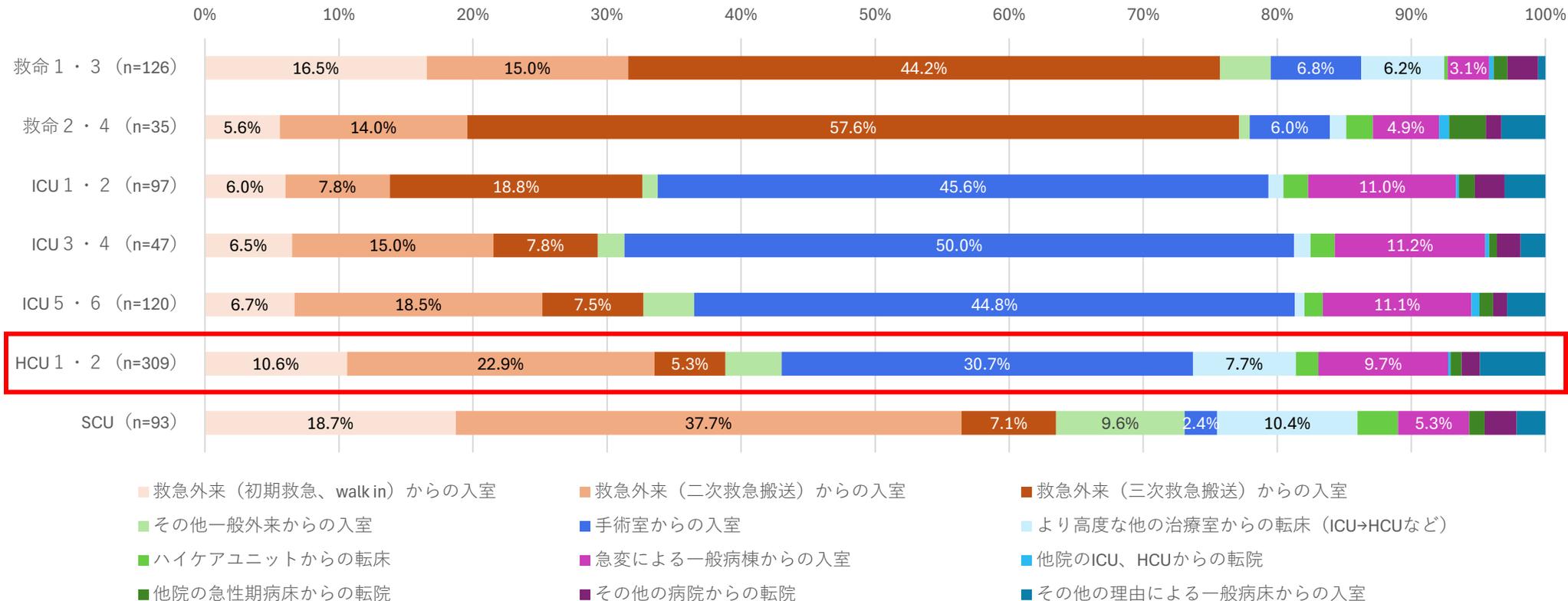
＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

- 集中治療室等の役割は、救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかとこの意見があった。
- 救急搬送件数が多い病院では、特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量が多くなる傾向がある一方で、全身麻酔実施件数は、ハイケアユニットにおける医療資源投入量と逆比例している。全身麻酔実施件数が多い施設では、各手術において安定した治療・術後管理が行われている結果として、個々の症例に対する医療資源投入量が抑制されているのではないかとこの意見があった。
- 年間救急搬送件数・全身麻酔実施件数と特定集中治療室・ハイケアユニットにおける医療資源投入量の関係は、例えば年間全身麻酔実施件数が2,000件以上の病院に絞って特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量を見ていくと、年間救急搬送件数が多いほど医療資源投入量が少ない患者割合が低く、医療資源投入量が多い患者割合が高くなる傾向がある。特定集中治療室・ハイケアユニットを有する病院の在り方については、年間救急搬送件数・年間全身麻酔実施件数の実績を指標として整理できるのではないかとこの意見があった。

治療室への入室経路（再掲）

- 「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している各治療室において、患者の入室経路ごとの割合を治療室単位で算出し、その平均を各区分ごとに示したものは以下のとおり。
- 「救命救急入院料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」では救急外来からの入室が多く、「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」では救急外来に加えて手術室からの入室が多かった。また、いずれの区分においても、急変による入室が一定割合存在した。

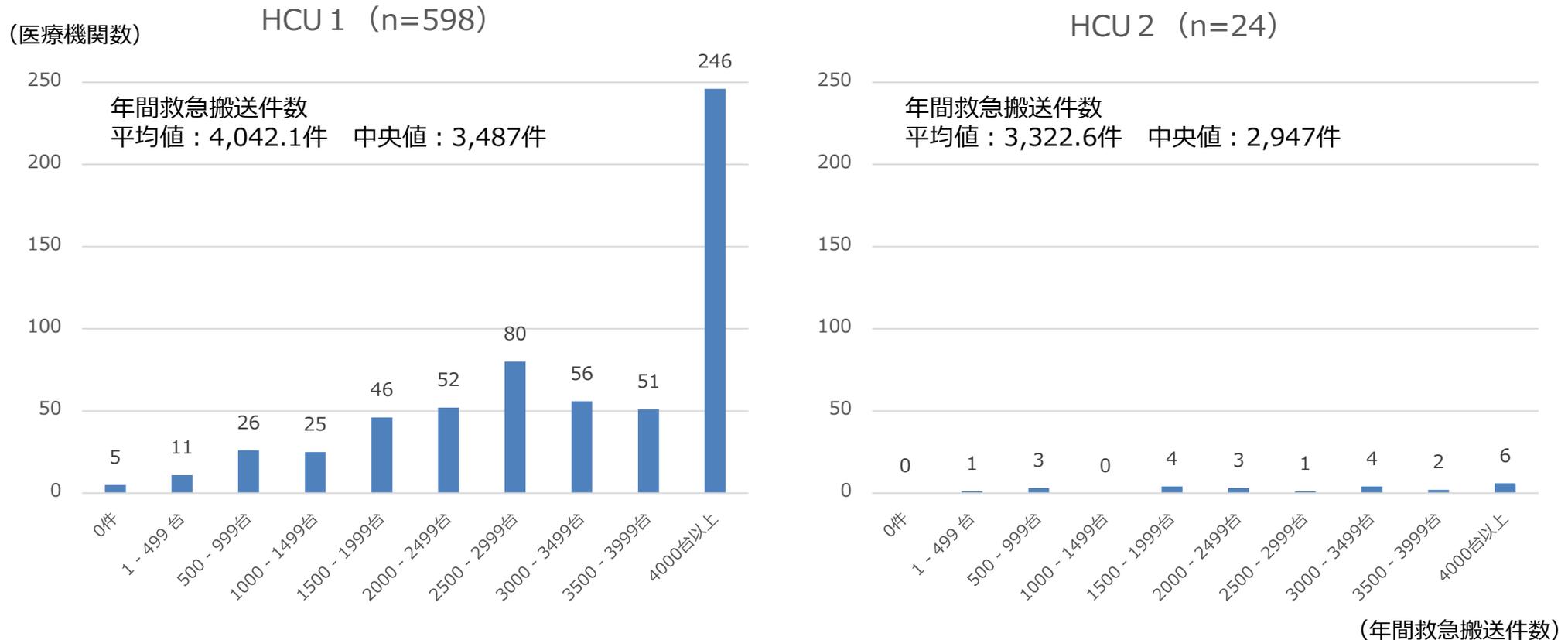
治療室入室患者の入室経路



ハイケアユニットを有する病院の年間救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが年間救急搬送件数4,000件以上であった。一方、年間救急搬送件数1,000件未満の病院が46病院あった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料1」を算定する病院の年間救急搬送件数は、「ハイケアユニット入院医療管理料2」を算定する病院の年間救急搬送件数と比較して多い傾向があった。



出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。複数の管理料を算定する4医療機関は両方に算入。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。

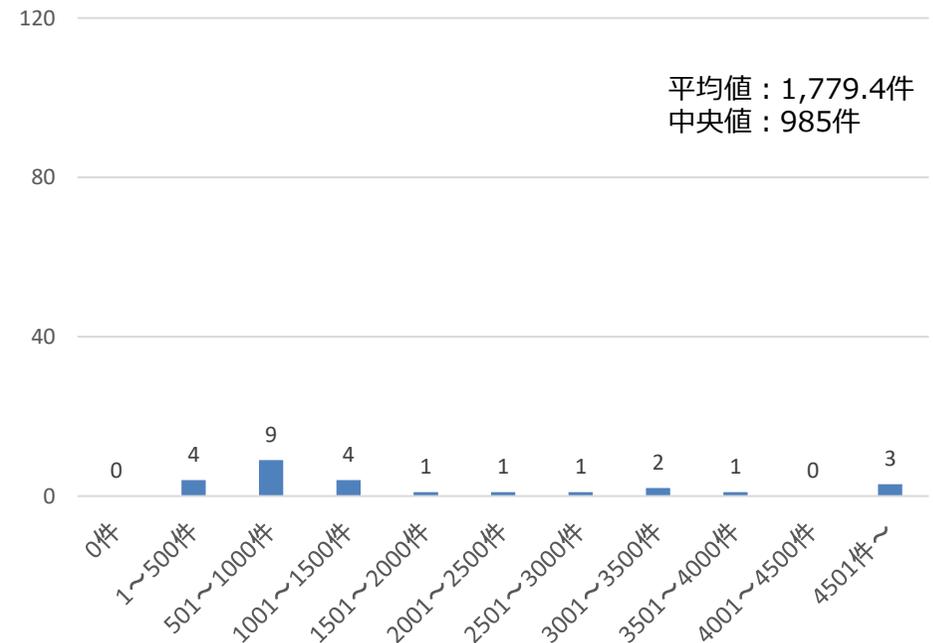
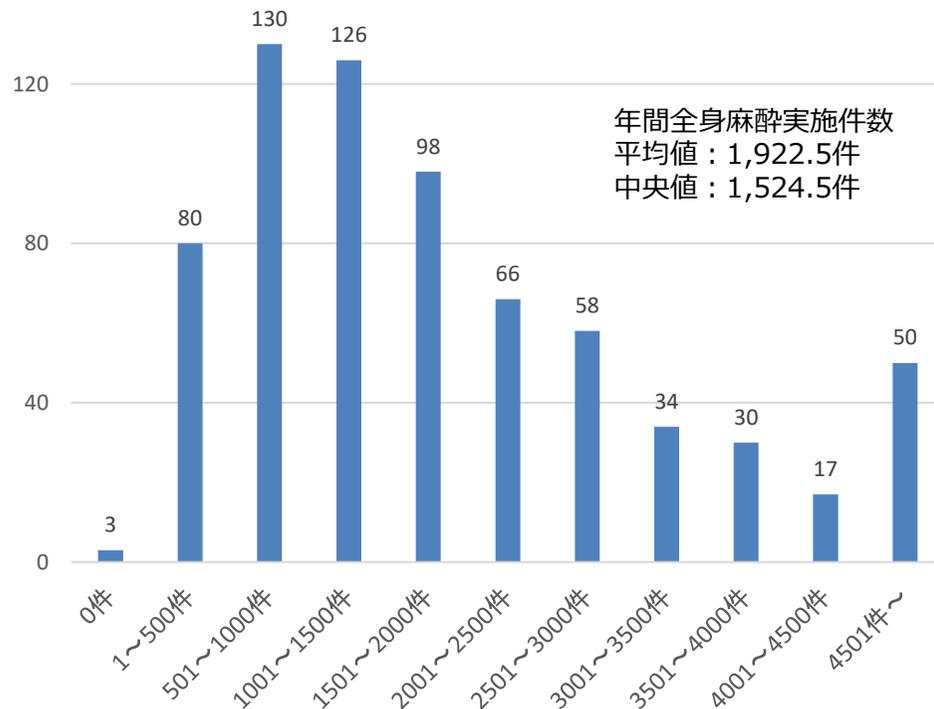
ハイケアユニットを有する病院の年間全身麻酔実施件数

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、年間全身麻酔実施件数500件未満の病院が87病院あった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料1」を算定する病院の年間全身麻酔実施件数は、「ハイケアユニット入院医療管理料2」を算定する病院の年間全身麻酔実施件数と比較して多い傾向があった。

(医療機関数)

HCU 1 (n=692)

HCU 2 (n=26)



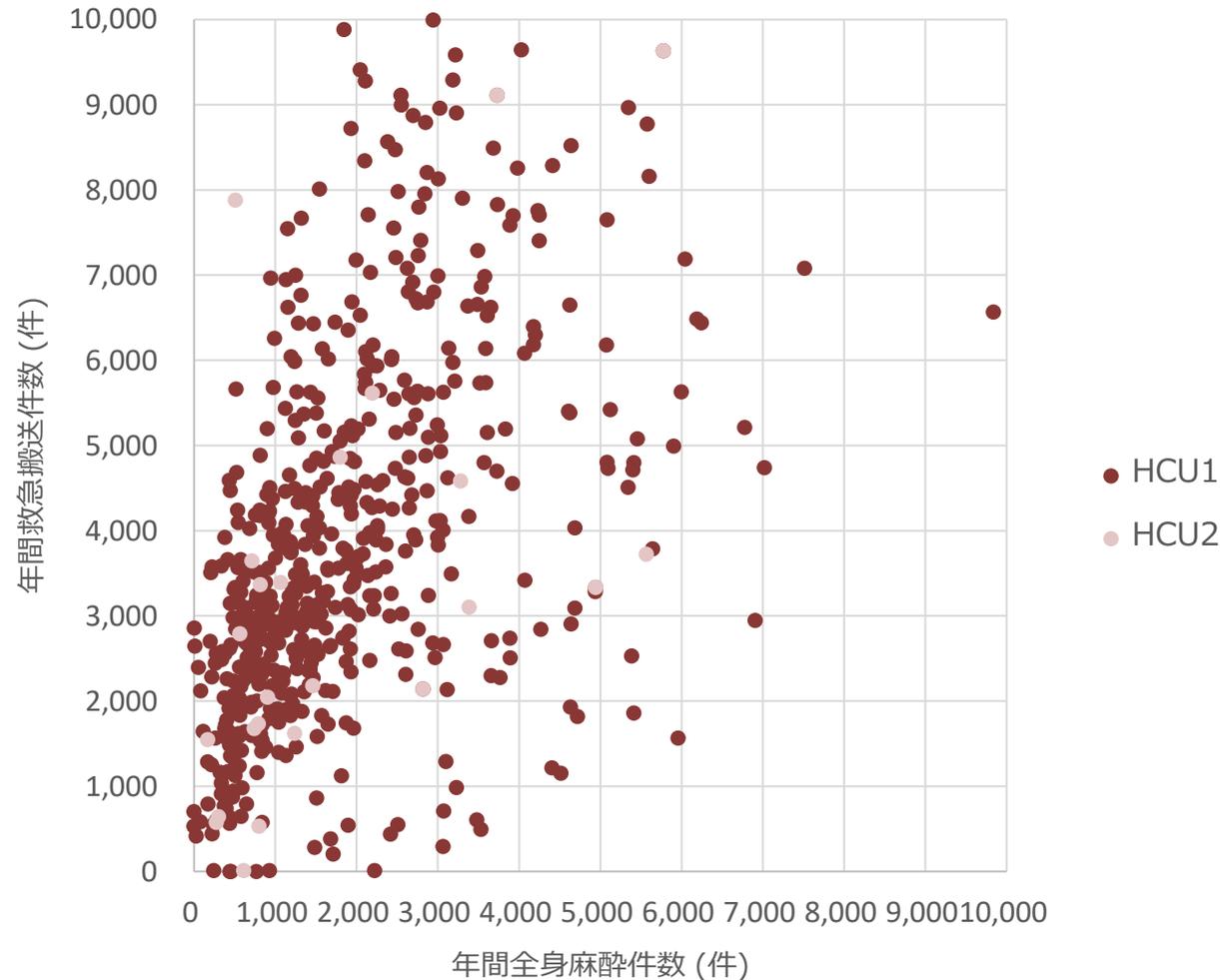
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。複数の管理料を算定する4医療機関は両方に算入。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

ハイケアユニットを有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院があった。



出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

ICU・HCUを有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」のみを算定し「特定集中治療室管理料」を算定しない病院は、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数の両方が比較的少ない傾向があった。

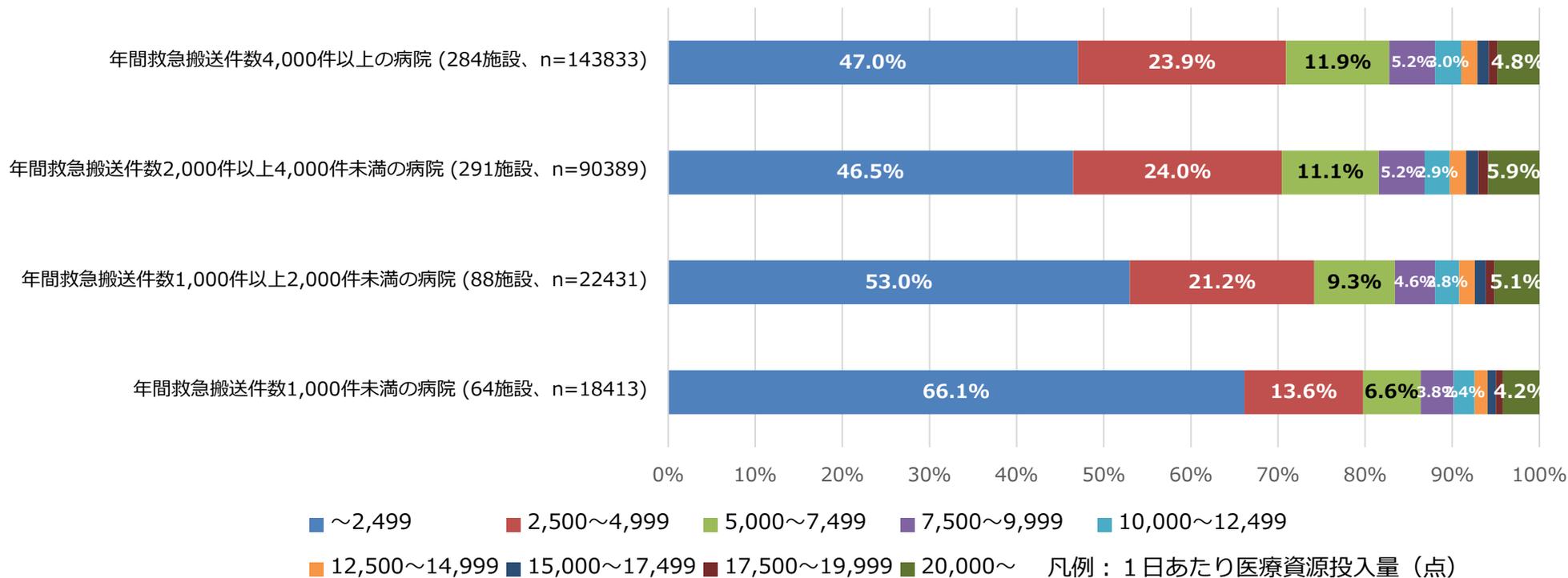


出典：保険局医療課調べ

・令和6年12月において「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」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日当たり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日当たり医療資源投入量が高い傾向があった。

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の1日当たり医療資源投入量



出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月~12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「ハイケアユニット入院医療管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。

2. 高度急性期入院医療について

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料について

① ハイケアユニットを有する病院

② ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度

これまでのハイケアユニット入院医療管理料に関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者は、人工呼吸器の管理等を要さない場合であっても、I C UやH C Uにおいて厳格な不整脈のモニタリングを要する場合があるが、このような患者は、現行の評価体系では「特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」で該当する項目がないとの意見があった。
- 致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、I C UやH C Uの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の処置について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない「動脈圧測定」「中心静脈圧測定」は、中間ユニットがない医療機関においては集中治療室で行うことがあるのではないかと意見があった。
- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準は、該当する患者や施設の割合を踏まえて検討すべきではないかと意見があった。

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

【特定集中治療室用】

【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 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
基準	A得点2点以上		

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	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 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	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 人工呼吸器の管理	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
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要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準

基準に該当する患者割合の要件	
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
救命救急入院料 1、3	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

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	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

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 心電図モニターの装着	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

- ・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」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 創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	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 注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	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B4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

- 「ハイケアユニット入院医療管理料1、2」を算定した患者について、入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」は多様であった。

	「医療資源を最も投入した傷病名」DPC6桁傷病名	件数(n=443,219)	割合
1	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞	21911	4.94%
2	心不全	20971	4.73%
3	肺の悪性腫瘍	16701	3.77%
4	脳梗塞	16545	3.73%
5	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	14605	3.30%
6	徐脈性不整脈	13351	3.01%
7	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	13300	3.00%
8	頭蓋・頭蓋内損傷	11320	2.55%
9	狭心症、慢性虚血性心疾患	10778	2.43%
10	敗血症	10348	2.33%
11	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	9667	2.18%
12	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	9065	2.05%
13	肺炎等	8726	1.97%
14	胃の悪性腫瘍	8581	1.94%
15	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	8579	1.94%
16	誤嚥性肺炎	8369	1.89%
17	頻脈性不整脈	7606	1.72%
18	大動脈解離	6673	1.51%
19	ヘルニアの記載のない腸閉塞	6504	1.47%
20	股関節・大腿近位の骨折	6359	1.43%

- 急性冠症候群ガイドラインでは、急性心筋梗塞発症直後は、致死性不整脈の管理等を目的として、CCU (cardiac care unit) での管理が推奨されている。致死性不整脈が確認された場合には直ちに除細動を行うことが推奨されている。また、必要に応じて、抗不整脈薬の投与を考慮することとされている。

急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）（抜粋）

第6章 入院中の評価・管理

1. 冠動脈疾患集中治療室（CCU）の役割

（創設当時の）CCUの目的は心筋梗塞発症直後の致死性不整脈の治療にあり、心電図モニタリング、電気的除細動、心臓ペーシングなどにより心筋梗塞患者の死亡率を著しく低下させた。

（中略）

ACSに対する現在のCCUの役割として、致死性不整脈の管理だけでなく、不安定な血行動態や心不全、虚血再灌流療法後の新たな合併症の監視や治療も担っているといえる。

（中略）

5. 不整脈の評価と治療

（中略）

VFまたは無脈性VTが確認された場合は、除細動器を準備してただちに除細動を行う。2回目の除細動にも反応しない場合、抗不整脈薬（アミオダロン）の投与を考慮する。

（中略）

徐脈や徐脈に伴う症状がなくとも、今後の完全房室ブロックへの移行が強く疑われる場合には、一時的ペーシングが必要となる場合がある。症候性房室ブロックの治療として、経皮的ペーシングまたはアトロピン投与が推奨される。

表 41 CCU入院に関する推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル
発症直後のAMI患者をCCUで包括的に治療し、心電図および生命兆候のモニタリングを行う ⁴⁹⁰⁾	I	B
Swan-Ganzカテーテルを挿入したポンプ失調合併患者の治療・管理をCCUで行う ⁴⁹¹⁾	I	B

表 52 心室不整脈治療に関する推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル
持続性VT、VF患者に対して電気的除細動を行う。血行動態が安定しているVTに対しては鎮静下で行う ^{607, 608)}	I	B
再発性、難治性の血行動態不安定なVTや、多形性持続性VT、VF患者に対して、静注アミオダロンまたはニフェカレントを投与する ⁶⁰⁹⁻⁶¹⁵⁾	I	B
緊急PCI、CABGを施行し、積極的に心筋虚血を解除する ^{277, 616)}	I	C
電解質（血清カリウム、血清マグネシウム）、酸塩基平衡を是正する ^{100, 617)}	I	C

表 58 徐脈性不整脈に対する一時的ペーシング適用の推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル
以下の徐脈性不整脈に対して一時的ペーシングを行う ⁵⁹⁴⁾ ①完全房室ブロック ②薬物治療に反応しない症候性徐脈 ③Mobitz II型第2度房室ブロックに2枝ブロックまたは新規脚ブロックを合併	I	C

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者における該当割合

診療組 入 - 1 参考
7 . 9 . 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、基準①では概ね3割であり、基準②では概ね9割であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約4～6%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約0.1～0.3%であった。

	患者総数 (人日)	基準① (1項目以上) を満たす患者 割合	基準② (1項目以上) を満たす患者 割合	現行「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」評価項目												現行の評価項目でないもの	
				創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理 (最大7日間)	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等	抗不整脈剤の使用	一時的ペーシング	
				基準②	基準①②	基準②	基準②	基準②	基準②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②			
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料 1	64,027	34.7%	92.0%	9.1%	0.4%	55.1%	32.4%	29.7%	48.5%	10.2%	21.6%	8.7%	0.5%	2.5%	5.6%	0.3%	
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料 2	852	30.8%	90.6%	10.2%	0.9%	58.3%	28.4%	49.1%	44.8%	1.4%	22.3%	9.0%	0.2%	3.4%	4.2%	0.1%	
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料 1	313,690	36.9%	91.3%	8.3%	1.5%	44.8%	38.5%	30.0%	32.8%	7.8%	23.9%	10.0%	0.6%	2.4%	5.0%	0.3%	
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料 2	10,894	29.7%	77.5%	3.8%	0.8%	35.5%	30.8%	16.3%	22.0%	3.8%	20.9%	7.0%	0.0%	1.0%	4.2%	0.3%	

※必要度Ⅱは、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行うもの。

※「抗不整脈薬の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」）に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

ハイケアユニット入院医療管理料についての現状と課題

(ハイケアユニット入院医療管理料を有する病院)

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室の患者入室経路として、「救急外来からの入室」「手術室からの入室」が占める割合が多かった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院が一定数あった。
- 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日当たり医療資源投入量が高い傾向があった。

(ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度)

- ハイケアユニットの入室患者の傷病名のうち上位を占める急性心筋梗塞後の患者では、致死性不整脈の管理が重要であり、電氣的除細動の実施や、必要に応じた抗不整脈薬の投与が診療ガイドライン等で推奨されている。また、病態に応じて、一時的ペーシングが必要となる場合がある。
- 現行の「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する患者割合の要件は、基準①で1割5分、基準②で6割5分又は8割である一方で、実際に基準①を満たす患者は概ね3割であり、基準②を満たす患者は概ね9割であった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の算定患者のうち、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約4～6%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約0.1～0.3%であった。

ハイケアユニット入院医療管理料についての論点

【論点】

(ハイケアユニット入院医療管理料について)

- 次のような点等を踏まえ、ハイケアユニット入院医療管理料の評価のあり方について、どのように考えるか。
 - ・ 重症な救急搬送患者や全身麻酔手術後患者の管理を行うことがハイケアユニットを有する病院の重要な役割であることや、救急搬送件数に応じて、ハイケアユニット入室患者の医療資源投入量に差があったこと。
 - ・ 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」において、「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」など、重症者に行われるが現在は評価されにくい処置等があること。
- 現行の「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する患者割合の現状を踏まえ、要件割合の適切な水準について、どのように考えるか。

2. 高度急性期入院医療について

2-1. 特定集中治療室管理料について

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料について

2-3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

これまでの脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、超急性期脳卒中加算、経皮的血栓回収術の実績がゼロないし少ない病院が一定数存在している。脳卒中ケアユニットは、rt-PAの投与、血栓回収術の実績が一定程度ある病院が設置すべきという点について検討すべきではないかとの意見があった。

- 救命救急センターは、人口100万人に1か所を目途として整備されてきた(現在、全国に300か所)。集中治療室、ハイケアユニットについては、整備に関する目安が示されていない。
- 脳卒中の医療体制を構築するにあたっては、「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の恩恵を住民ができる限り公平に享受できるように圏域を設定することとされている。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」令和5年3月31日

救急医療の体制構築に係る指針(抜粋)

第1 救急医療の現状

(5) 救命救急医療機関(第三次救急医療機関)

① 救命救急センター・高度救命救急センター

救命救急医療を担う救命救急センターは、当初100万人に1か所を目途(全国100か所程度)に、このうち、特に高度な救急医療を提供する施設が高度救命救急センターとして整備してきたが、現在、全国に300か所(うち高度救命救急センター46か所)の施設が指定されている(令和4年7月現在)。

脳卒中の医療体制構築に係る指針(抜粋)

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

(3) 圏域を設定するに当たっては、脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

➤ 急性期の脳卒中患者に対して、専門的な施設で専門的な医学管理を行うことを評価したもの。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料 6,045点（1日につき、発症後14日を限度）

対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血
要件	上記の疾患の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師（宿日直可）が常時1名以上いること。（夜間休日においては、当該医療機関外にいる神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が迅速に診療上の判断ができる等の一定の条件を満たす場合には、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師の常時配置でも可。）
	<ul style="list-style-type: none"> 当該治療室の病床数は、30床以下であること。 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者に対して3：1以上であること。 当該治療室において、常勤の理学療法士又は作業療法士が1名以上配置されていること。（疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務不可。） 脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者をおおむね8割以上入院させる治療室であること。
	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 CT撮影、MRI撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制である。 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）の届出を行っていること。 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて測定し評価すること。 医療安全対策加算1を届け出ている。
	<ul style="list-style-type: none"> 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 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、心電計、呼吸循環監視装置

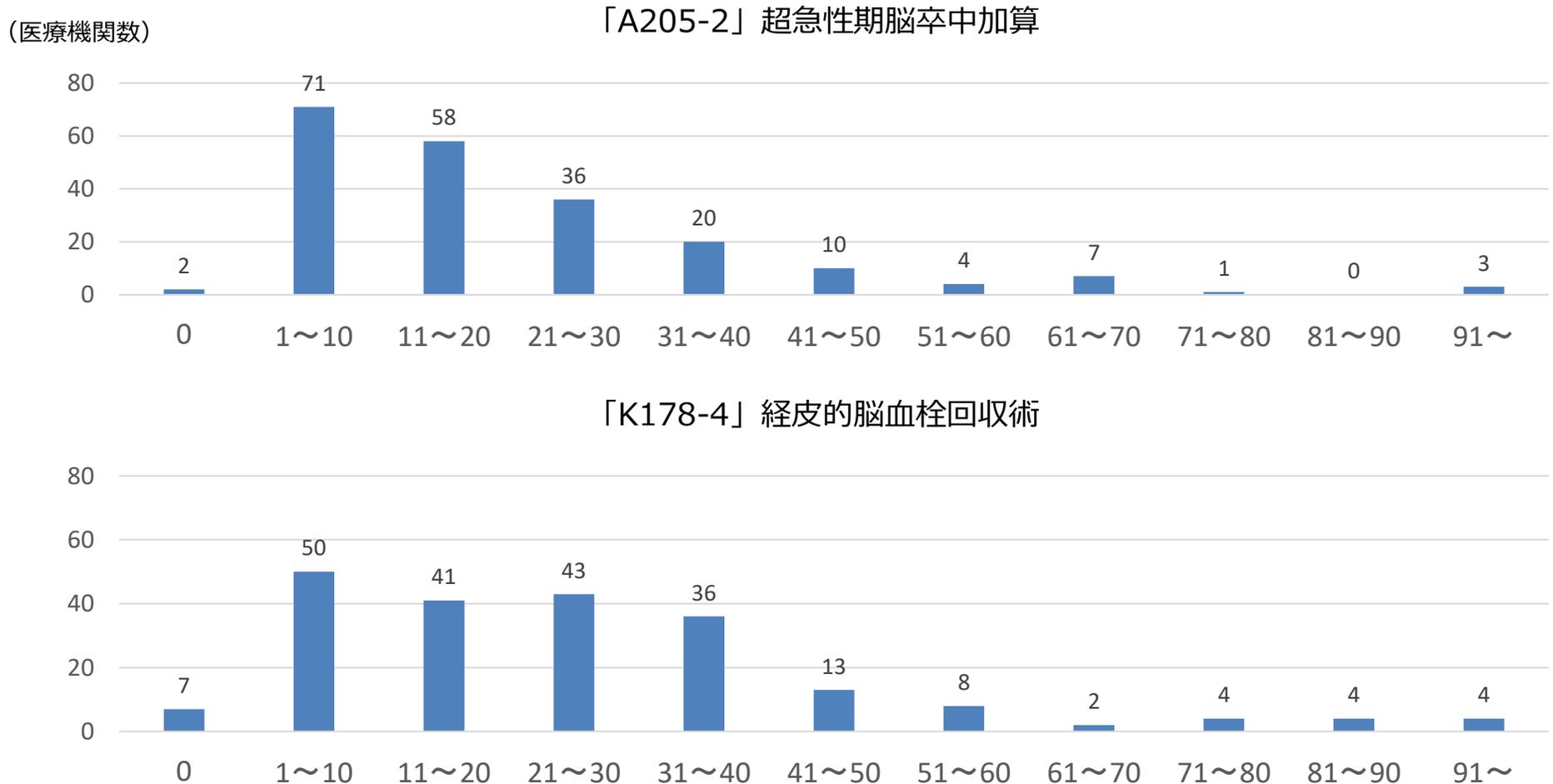
これまでの主な改定内容

平成18年	急性期の脳卒中患者に対して、専門的な施設で専門的な医学管理を行う評価として新設
平成26年	消費税率8%への引上げに伴う対応として点数の引き上げ
平成28年	夜間休日に当該保険医療機関の外にいる医師が迅速に診療上の判断ができる場合には、経験年数を一定程度緩和する見直し
平成30年	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定評価を要件化
令和元年	消費税率10%への引上げに伴う対応として点数の引き上げ
令和4年	「早期離床・リハビリテーション加算」「早期栄養介入管理加算」の算定対象に追加
令和6年	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点数の引き上げ、専任医師は宿日直を行う医師を含むことを明確化

脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。



出典：保険局医療課調べ

(年間算定症例数)

・令和5年4月～令和6年3月のDPCデータから、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関を抽出。

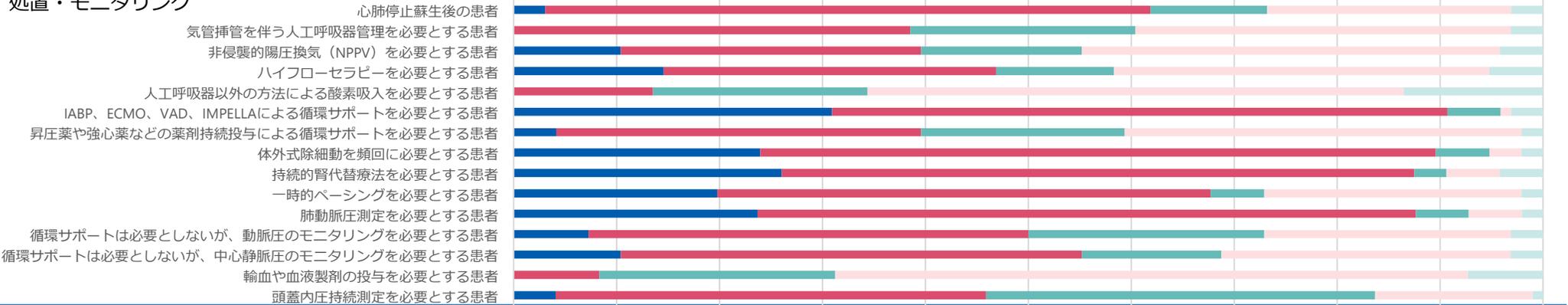
脳卒中ケアユニットの患者受入方針

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約5割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約8割であった。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (n=97)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

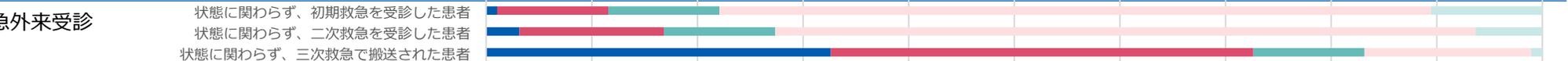
処置・モニタリング



患者状態



救急外来受診



■ 原則として、自院では受け入れない又は転院搬送を行う ■ 原則として、自院の他の治療室に入室する ■ 原則として、自治療室に入室する

■ 一般病棟での管理も行うが、必要に応じて治療室に入室する ■ 原則として、一般病棟に入棟する

脳卒中ケアユニット入院医療管理料についての現状と課題

(脳卒中ケアユニット入院医療管理料を有する病院)

- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」（令和5年3月31日）によれば、脳卒中の医療体制を構築するにあたっては、「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の恩恵を住民ができる限り公平に享受できるように圏域を設定することとされている。
- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。
- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室のうち、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約8割であった。

【論点】

(脳卒中ケアユニット入院医療管理料について)

- 次のような点等を踏まえ、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の評価のあり方について、どのように考えるか。
 - ・脳卒中の医療体制を構築するにあたっては、「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」が重要であるが、「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する実績について病院間で大きな差があること。