

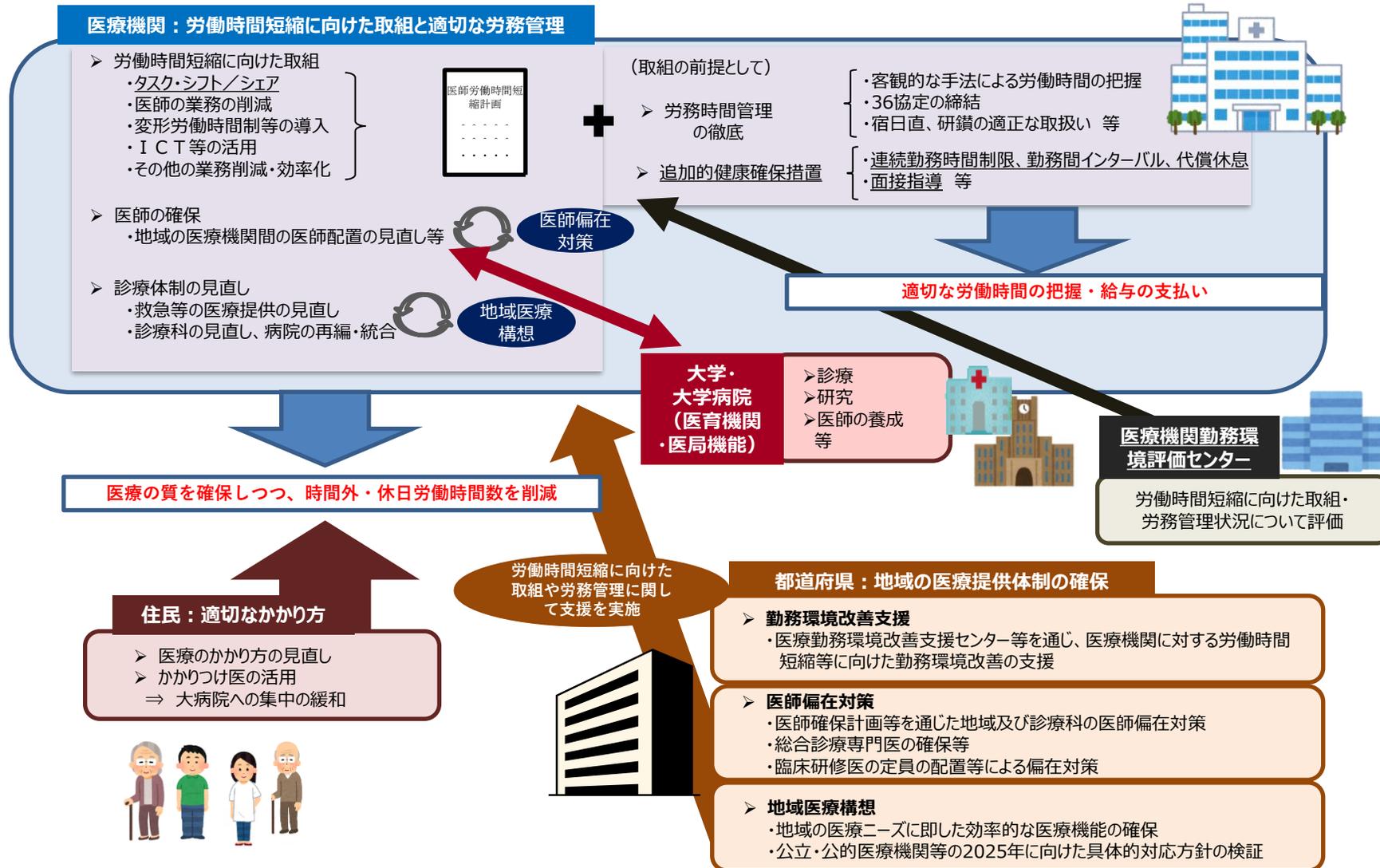
(令和5年度第8回)
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和5年9月29日(金)

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
2. 地域包括ケア病棟について(その3)
3. 慢性期入院医療について(その3)
4. 横断的事項について

医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正事項



時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)

年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036			
地域医療計画 ・ 地域医療構想	第7次医療計画					第8次医療計画					第9次医療計画										
医師養成				（医師確保計画に基 づく地域枠・地元枠 の増員開始）	<p>医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。</p>														（達成目標年）		
時間外労働上限規制	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証 					<p>施行</p> <p>（B）水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討</p> <p>（C）水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証</p>														<p>2036.3</p> <p>2035年度末を 目標に終了年限</p>	（この後も引き続き）
									（中間見直し）			（見直し）			（中間見直し）						
									（実態調査・検討）			（実態調査・検討）			（実態調査・検討）						

医師の時間外労働規制について

一般則

- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
 - 年間6か月まで

【時間外労働の上限】

(原則)
1か月45時間
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末を目標)
後) 将来に向けて
縮減方向

年960時間／
月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

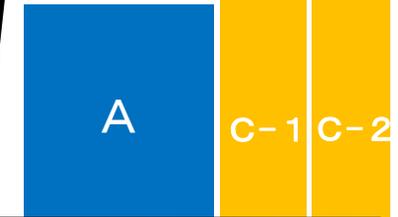
C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択

C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／
月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む



※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (義務)

勤務間インターバルの確保

始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (義務)

注) 臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、始業から
①24時間以内に9時間
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

<A水準> 勤務間インターバルの確保

始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (努力義務)

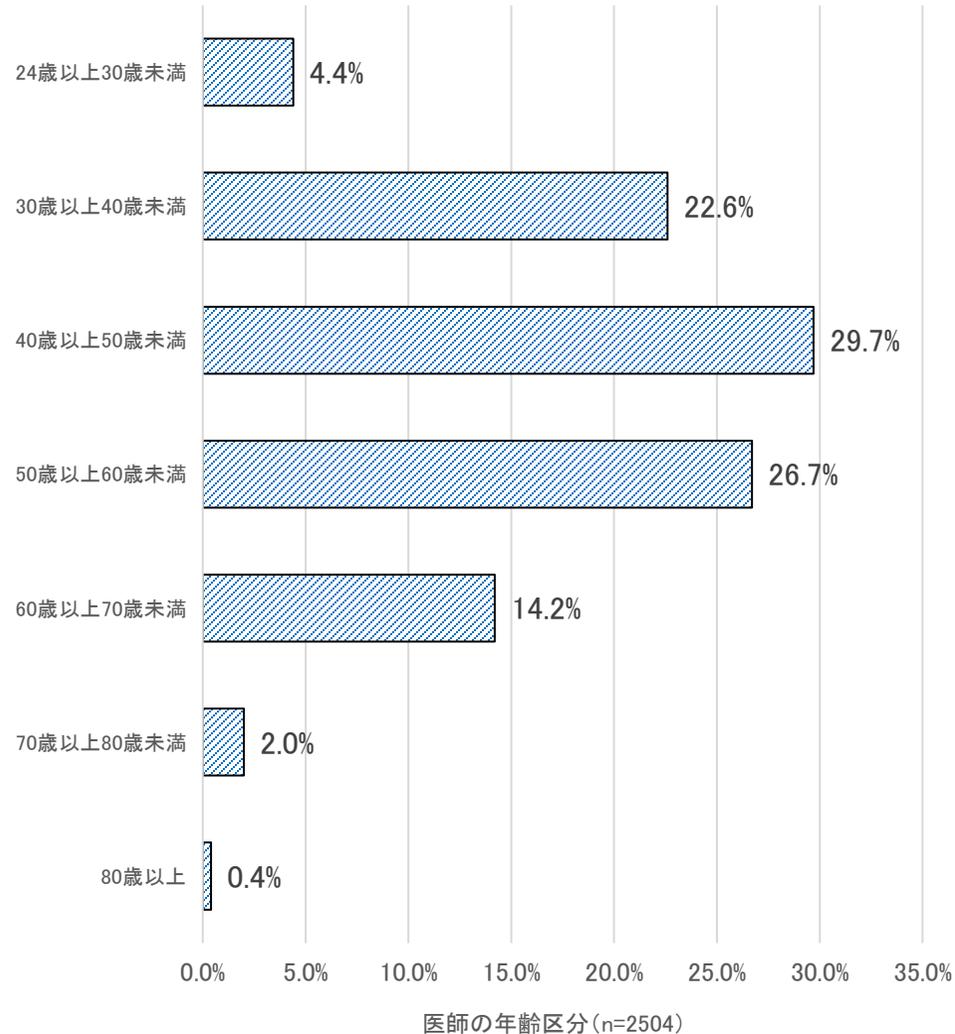
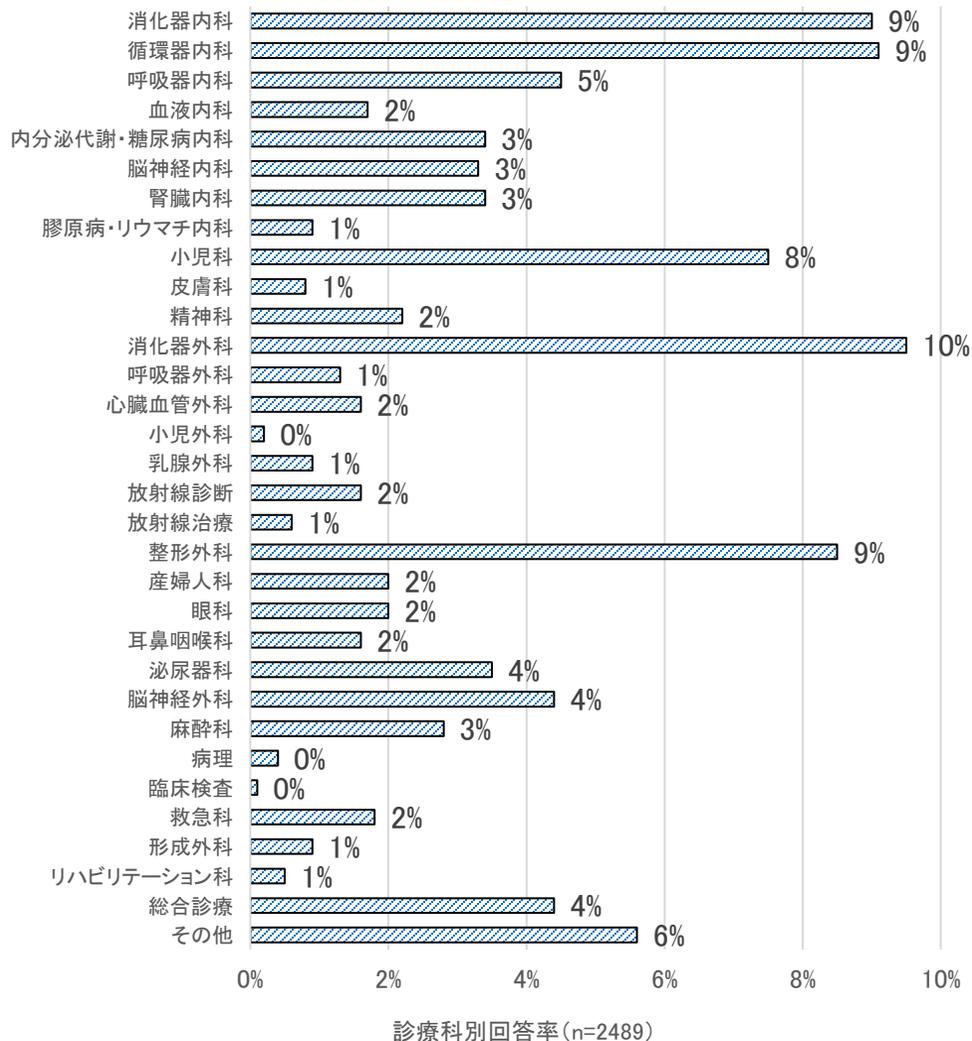
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

<C水準> 上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)

臨床研修医の勤務間インターバルは、始業から
①24時間以内に9時間
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

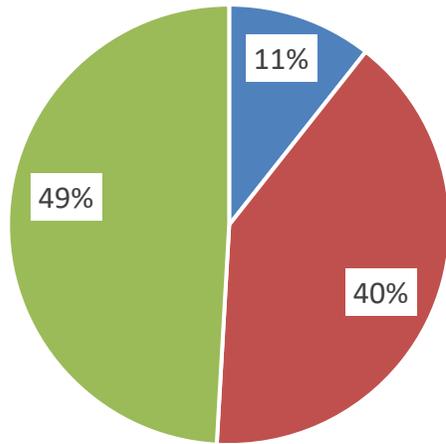
○ 令和4年度入院・外来医療等における実態調査の医師票の回答者における、診療科及び年齢区分は以下のとおり。



医師の勤務状況の改善の必要性

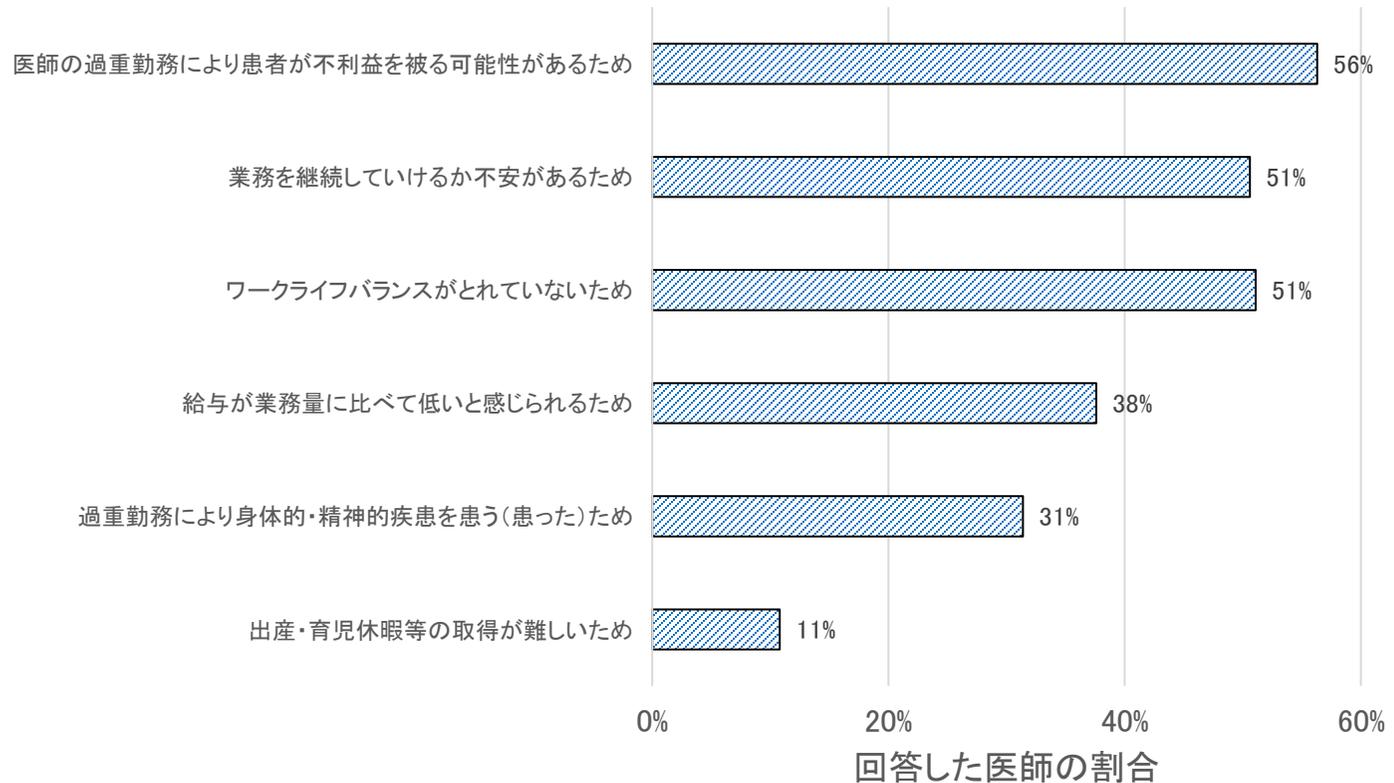
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況 (n数=2505) (令和4年11月1日時点)



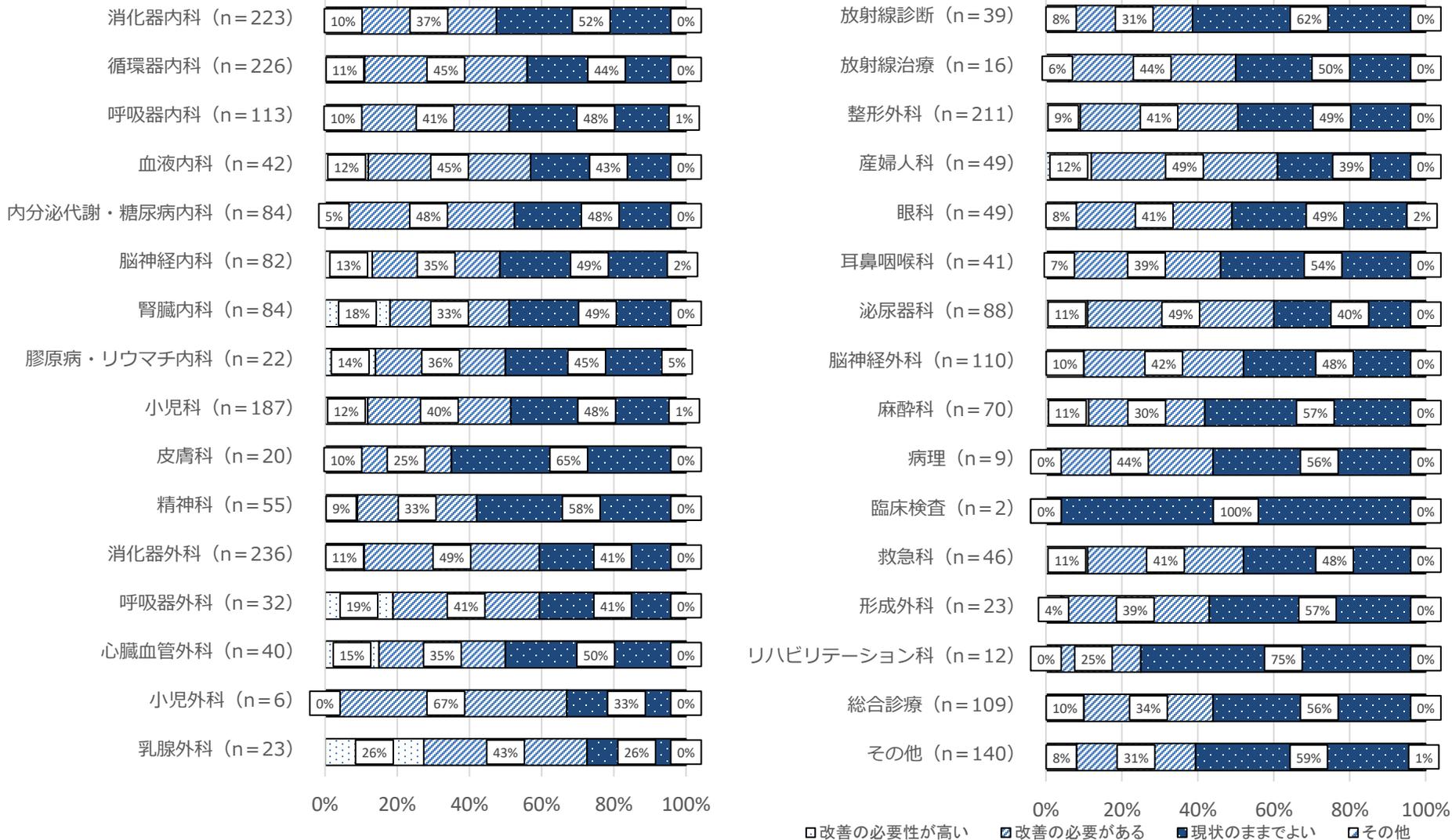
- 改善の必要性が高い
- 改善の必要がある
- 現状のままでよい

②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



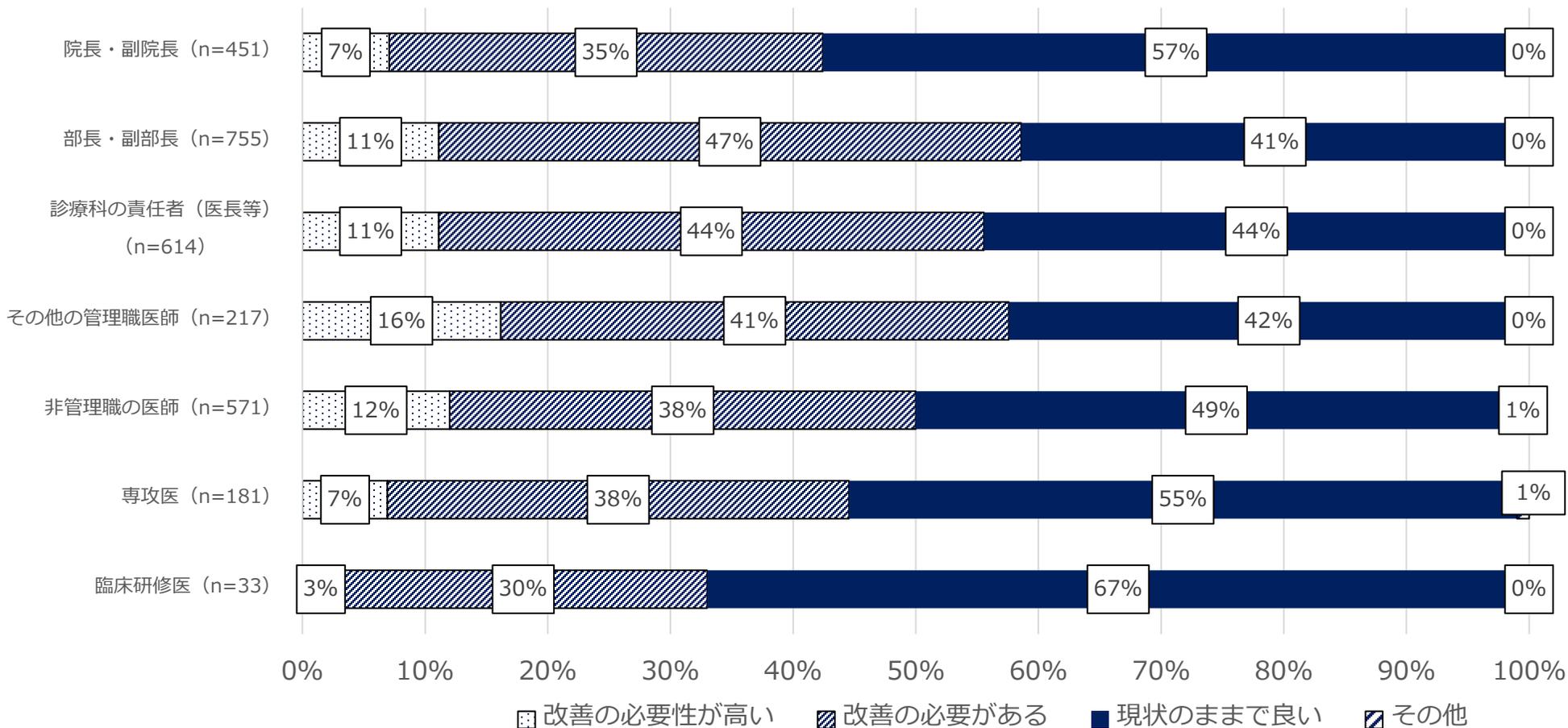
診療科別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 診療科別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、以下のとおりであった。



職位別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 職位別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、部長・副部長、診療科の責任者、その他の管理職医師、非管理職医師においては、「改善の必要性が高い」、「改善の必要がある」を合わせると50%以上となる。一方で、院長・副院長、専攻医、臨床研修医は、「現状のままで良い」との回答が55%以上となった。

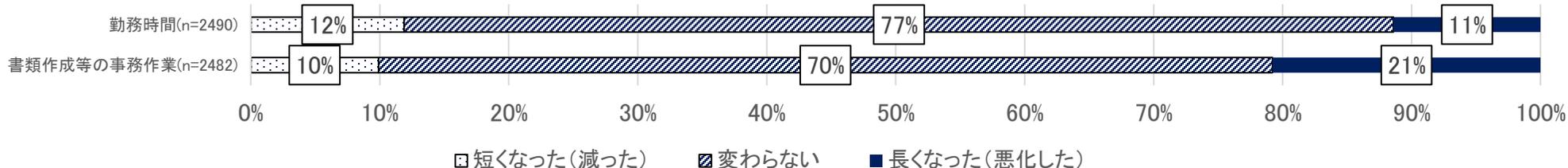


回答した職位別の医師の割合

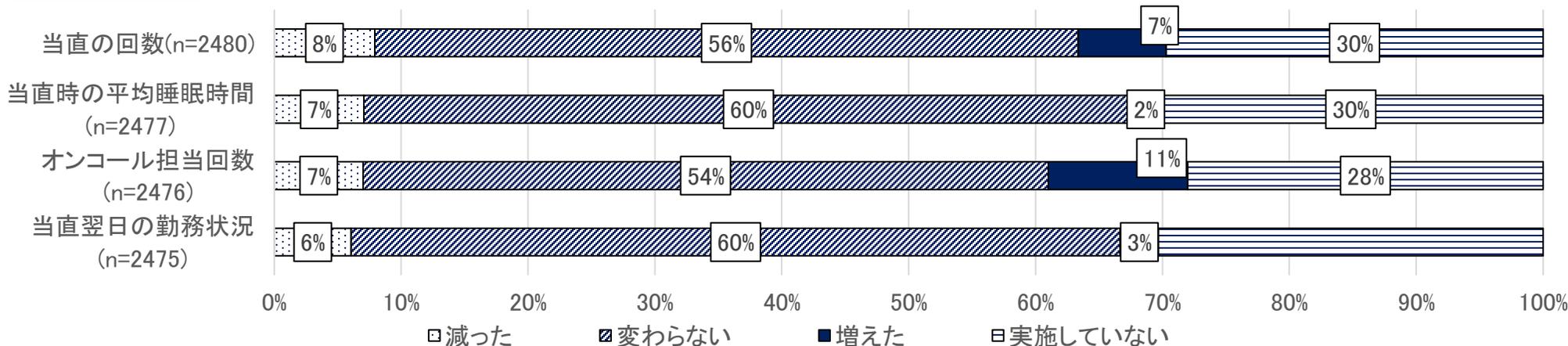
医師の勤務状況の以前との比較

- 勤務医への調査において、1年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は12%、長くなったと回答した医師は11%であり、変わらないと回答した医師が77%を占めた。
- 当直回数、当直時の睡眠時間等について、例えば当直翌日の勤務状況は、変わらないと回答した医師が60%を占めた。

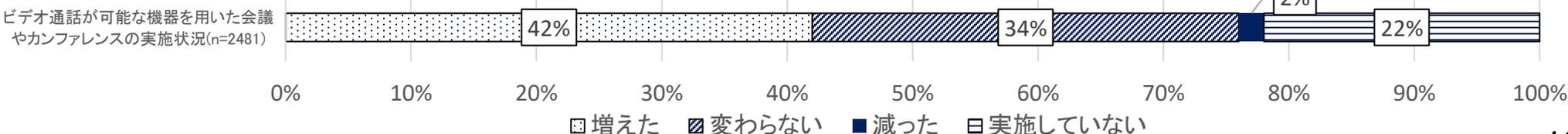
1. 勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



2. 当直の状況

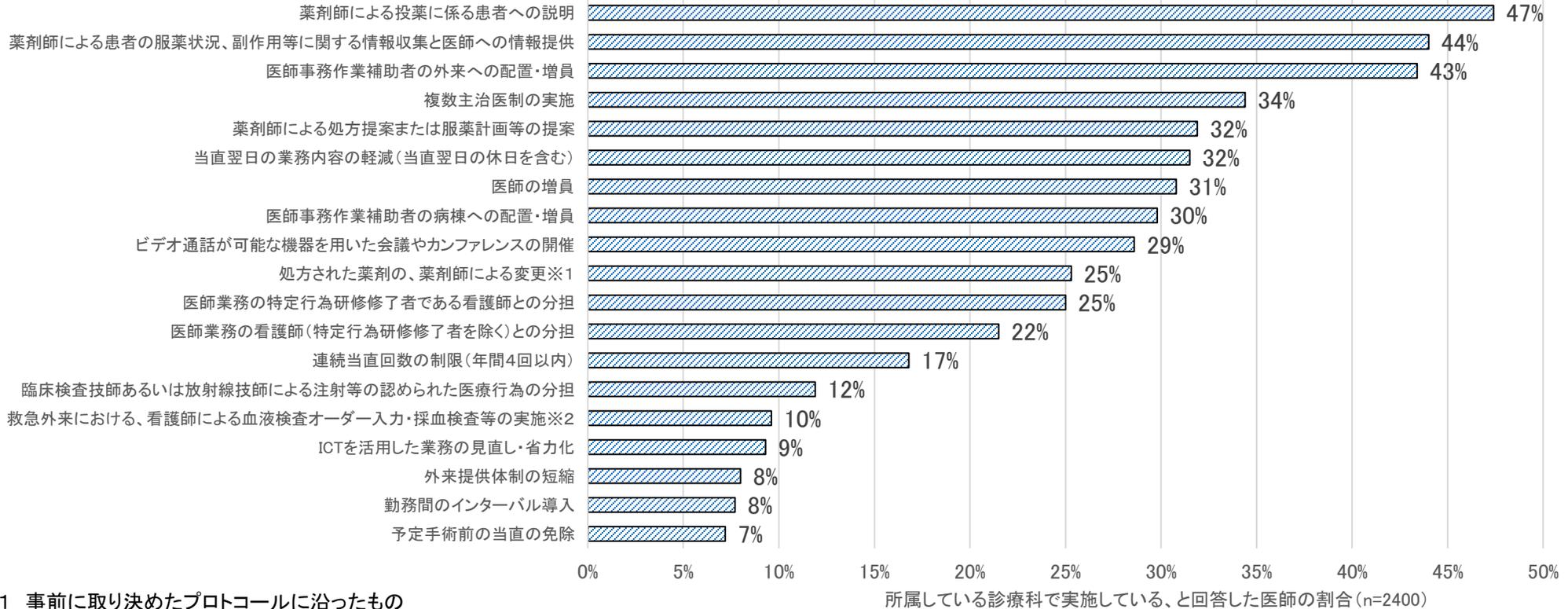


3. ICTを活用した取組みの状況



○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

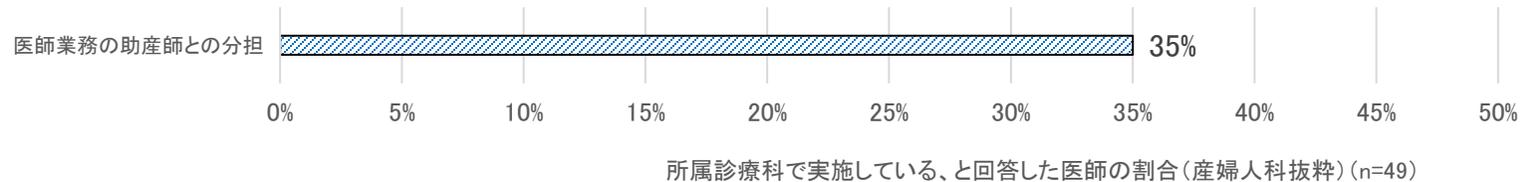
1. 全診療科を対象とした結果



※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」に取り組んでいると回答した医師の割合



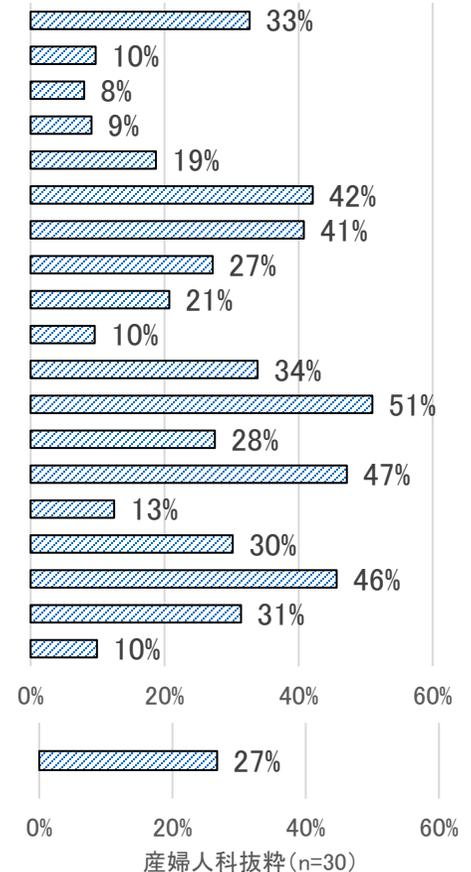
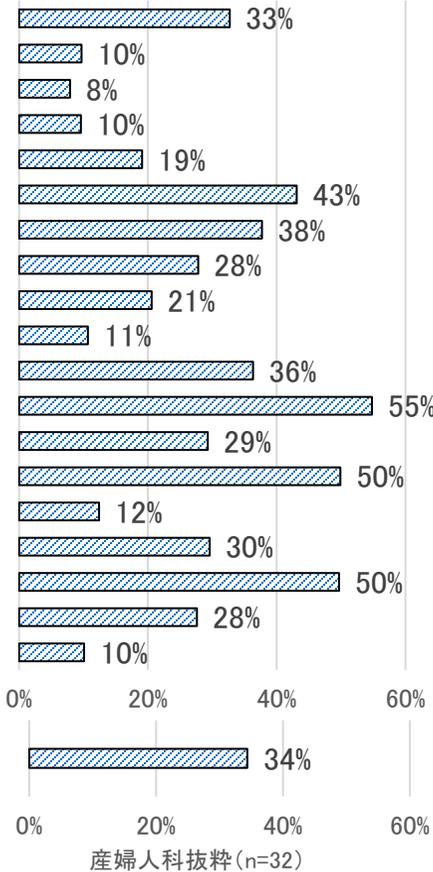
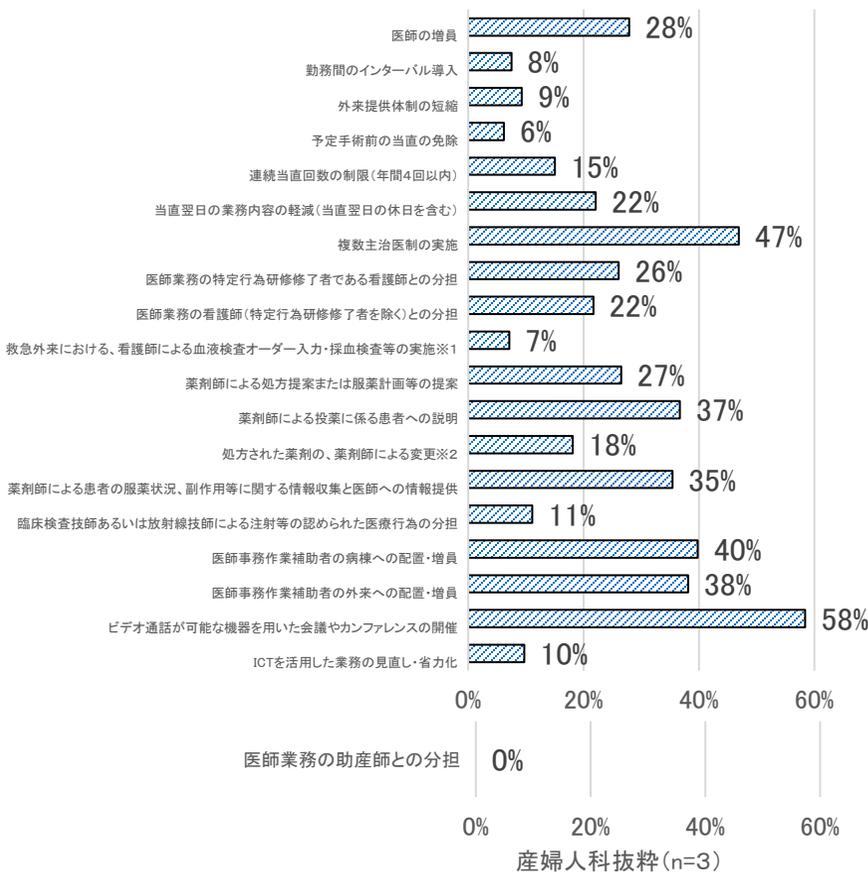
医師の負担軽減策の実施状況

○ 施設基準の届出種別による医師の負担軽減策の実施状況を見ると、急性期一般入院基本料1、地域医療体制確保加算と届出施設は、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」、「薬剤師による医師への情報提供」の割合が多かった。特定機能病院は「ビデオ通話が可能な機器を用いた会議等の開催」の割合が多かった。

特定機能病院入院基本料 (n=226)

急性期一般入院基本料1 (n=1370)

地域医療体制確保加算届出施設 (n=1421)

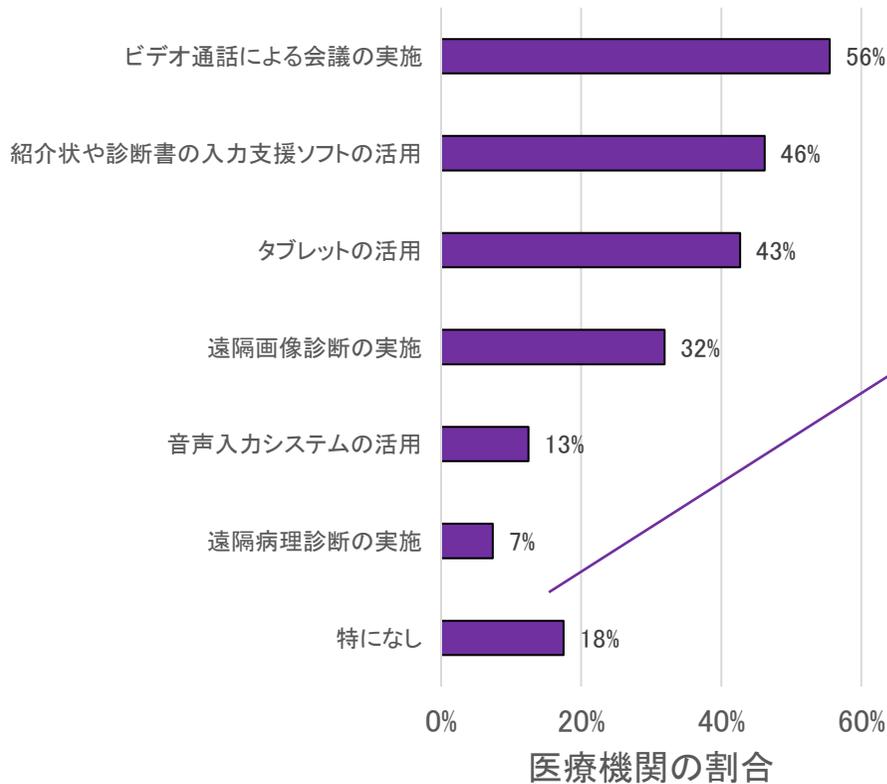


※1 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

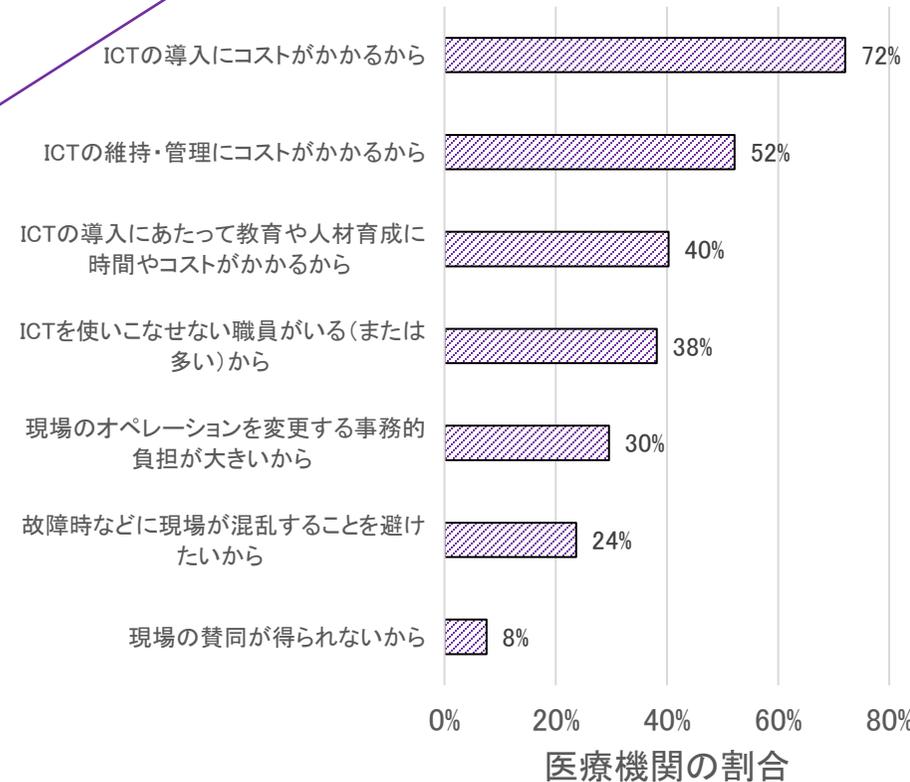
※2 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

- 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」(56%)等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- ICTを活用していない理由としては「ICTの導入にコストがかかるから」(72%)、「ICTの維持・管理にコストがかかるから」(52%)等が挙げられた。

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況 (n=1,094)



② ICTを活用していない理由 (n=186)



地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、**年間で2,000件以上**である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、**以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。**

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、**連続当直を行わない勤務体制の実施**
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ **予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮**
- オ **当直翌日の業務内容に対する配慮**
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- ▶ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

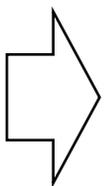
【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

【施設基準】

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

【施設基準】

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

- 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めるとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞ 現行の要件
(地域医療体制確保加算)

- | |
|--|
| ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。 |
| ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。 |
| ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 |
| ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。 |
| ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、 必要な事項を記載 すること。(※例示は省略) |
| ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 |

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

(1) 労働時間数

以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載

- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数960時間超～1,860時間の人数・割合
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数1,860時間超の人数・割合

(2) 労務管理・健康管理

以下の全ての項目について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載

- ・ 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- ・ 労使の話し合い、36協定の締結
- ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- ・ 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

(3) 意識改革・啓発

以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載

- ・ 管理者マネジメント研修
- ・ 働き方改革に関する医師の意識改革
- ・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）

(1)～(5)それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載

(1) タスク・シフト/シェア

(2) 医師の業務の見直し

(3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

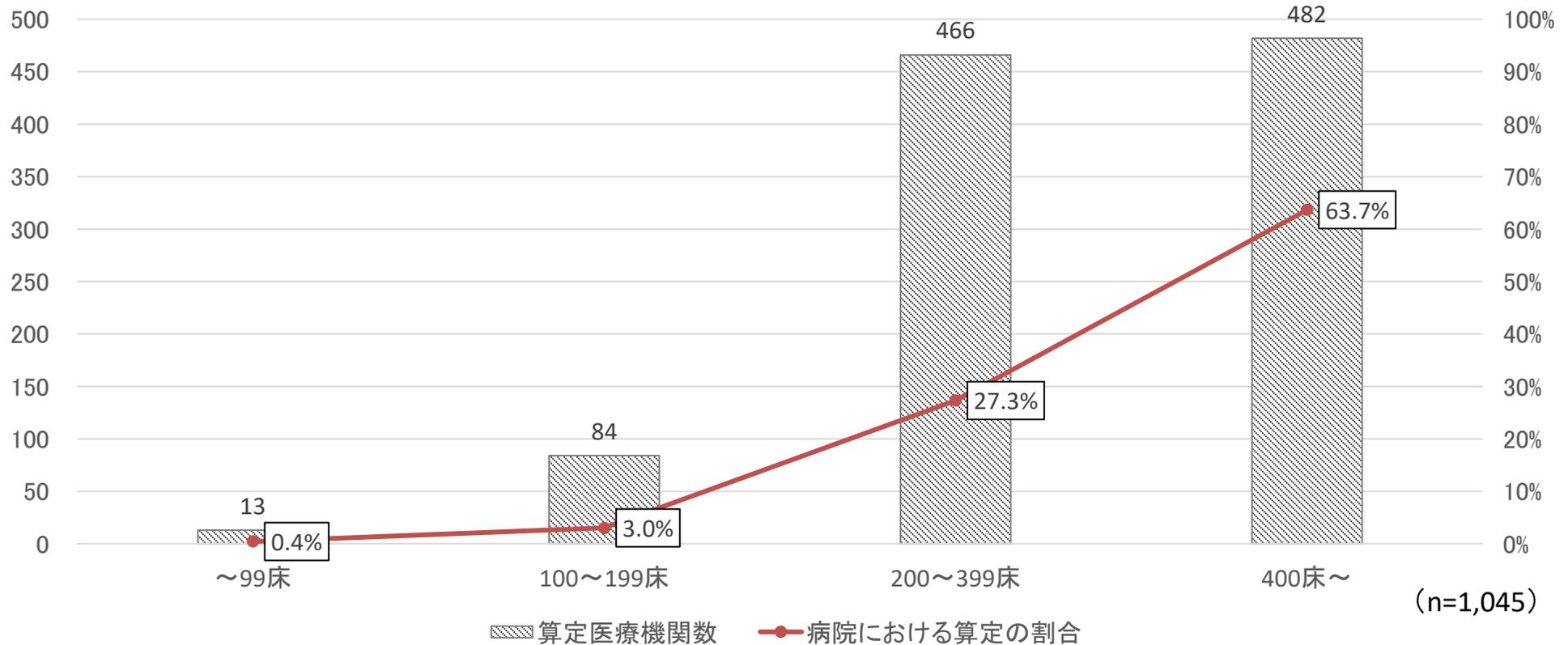
(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

(5) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

地域医療体制確保加算の算定状況

- 地域医療体制確保加算の算定医療機関は直近で1,045医療機関(※)であった。
※ 2022年9月、2020年7月は944医療機関、2021年7月は972医療機関

病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況

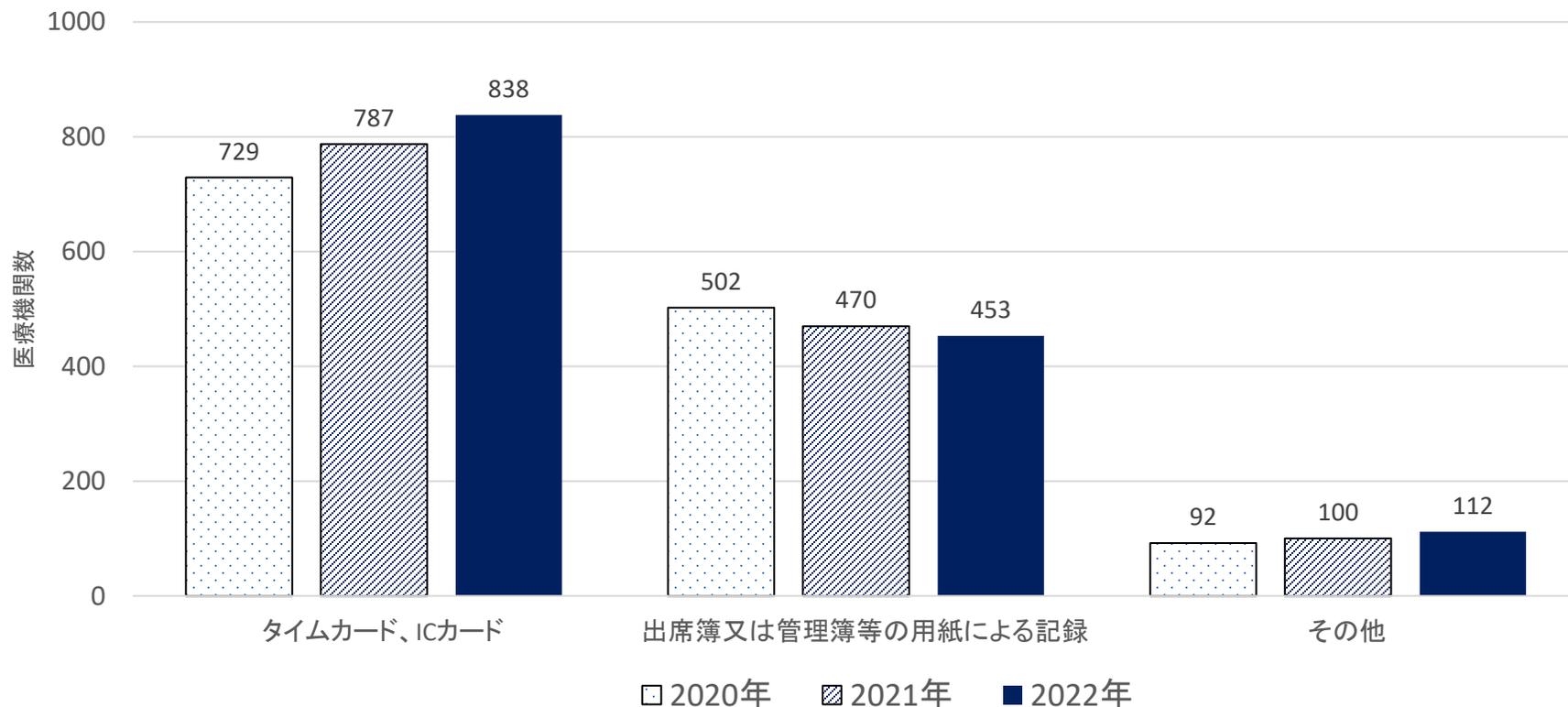


地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況① 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、勤務時間の具体的な把握方法として、タイムカード、ICカードによる勤務状況の把握が増加している。

勤務時間の具体的な把握方法

(n=1,037)



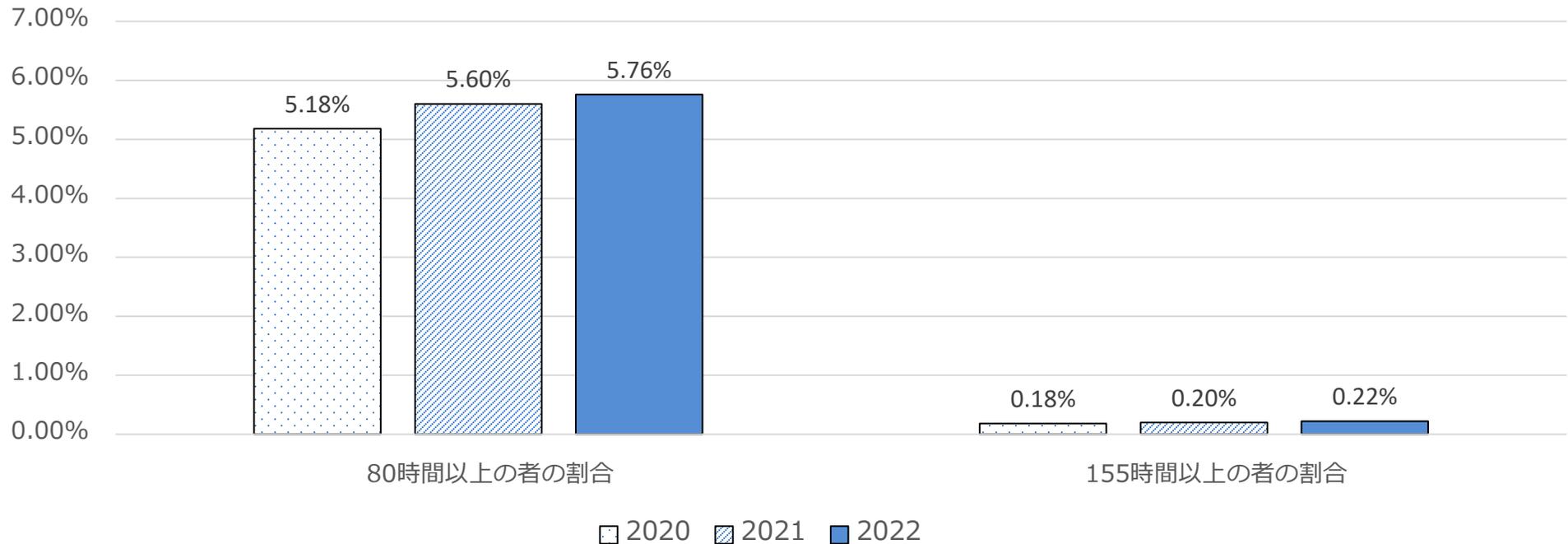
※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況②

長時間労働している勤務医数の推移

○ 時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。

常勤の医師のうち、超過勤務時間が80時間以上、155時間以上の者の割合

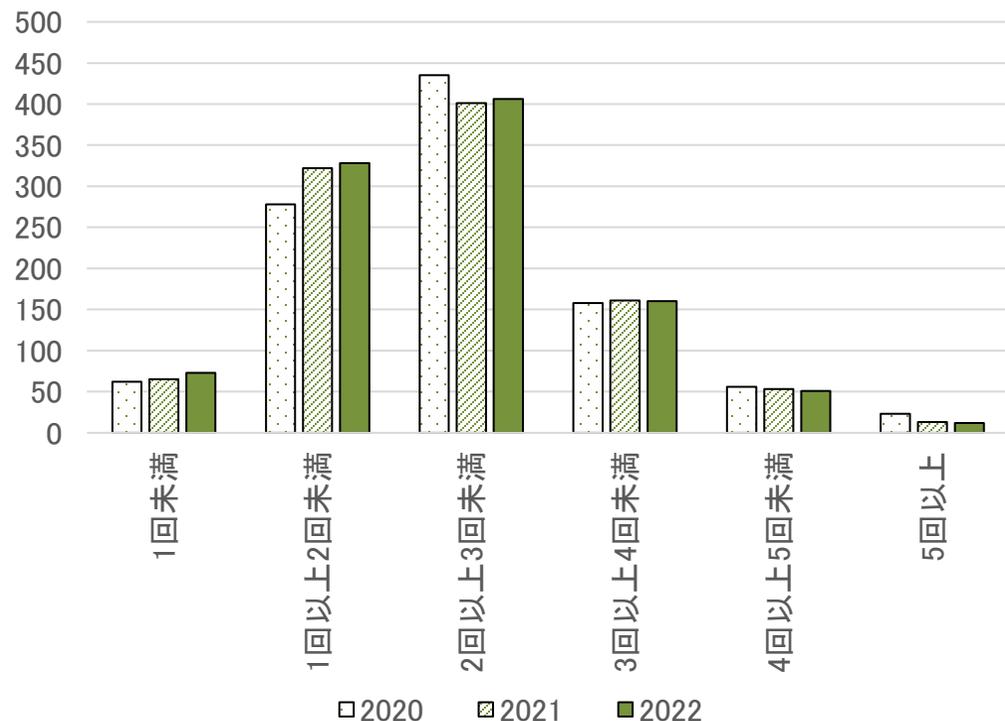


	2020		2021		2022	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
80時間以上の者の人数	6,275	5.18%	6,978	5.60%	7,371	5.76%
155時間以上の者の人数	218	0.18%	251	0.20%	280	0.22%
1037医療機関における常勤医師数合計	121,111	100%	124,651	100%	127,982	100%

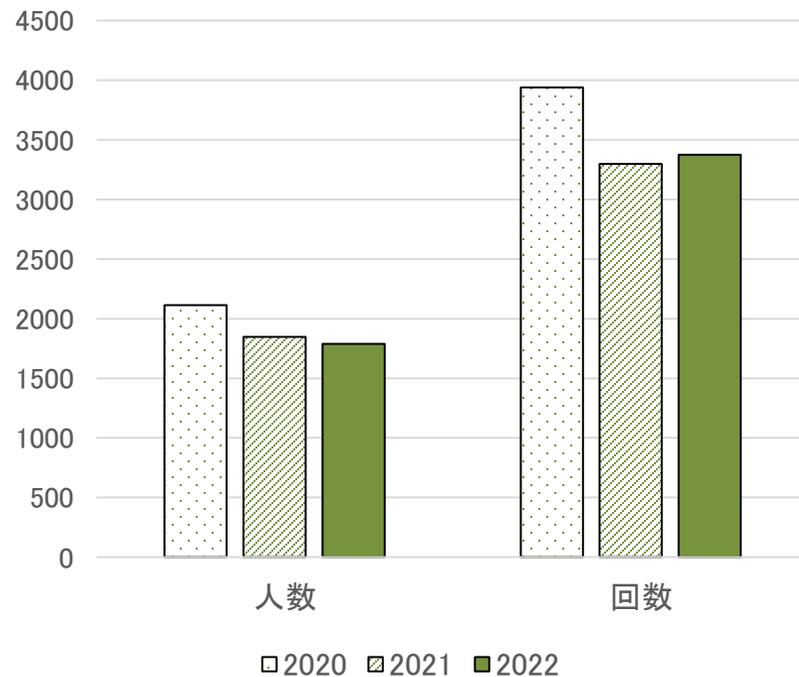
地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況③ 宿日直及び連日当直の状況

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、宿日直(月平均)の回数は、2回未満が増加し、4回以上が減少している。連日当直を実施した者の人数は減少しているが、回数は、2021年から2022年にかけてわずかに増加している。

① 宿日直回数の平均(回/月)
(n=1,037)



② 連日当直を実施した者の人数及び回数
(n=1,037)



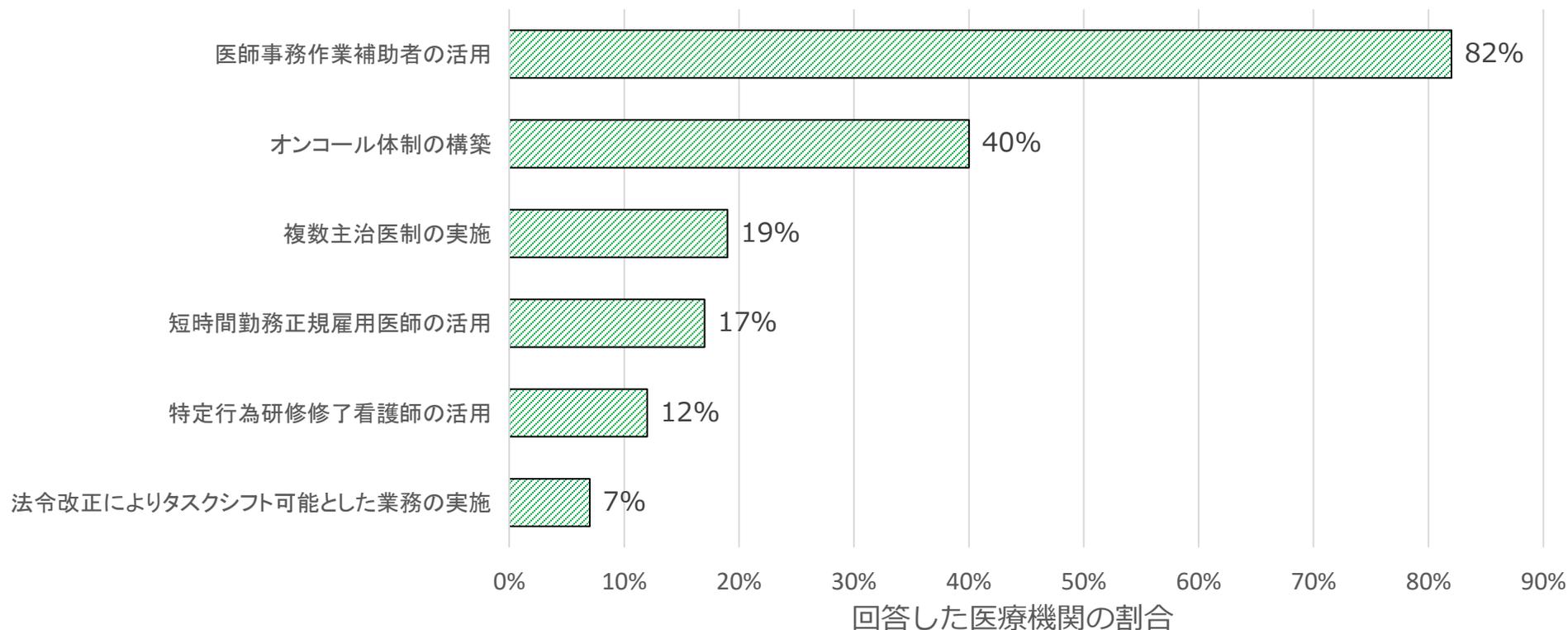
※ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関の2020年、2021年の人数を示しているため、医療機関数は2020年～2022年で同一となっている。

地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況④ B水準・C水準等に相当する医師の、働き方改革に向けた具体的な取組

○ 2022年に地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、2022年における働き方改革に向けた具体的な取組については、以下の通りであった。

医師の働き方改革に向けた具体的な取り組み

(n=1,037)



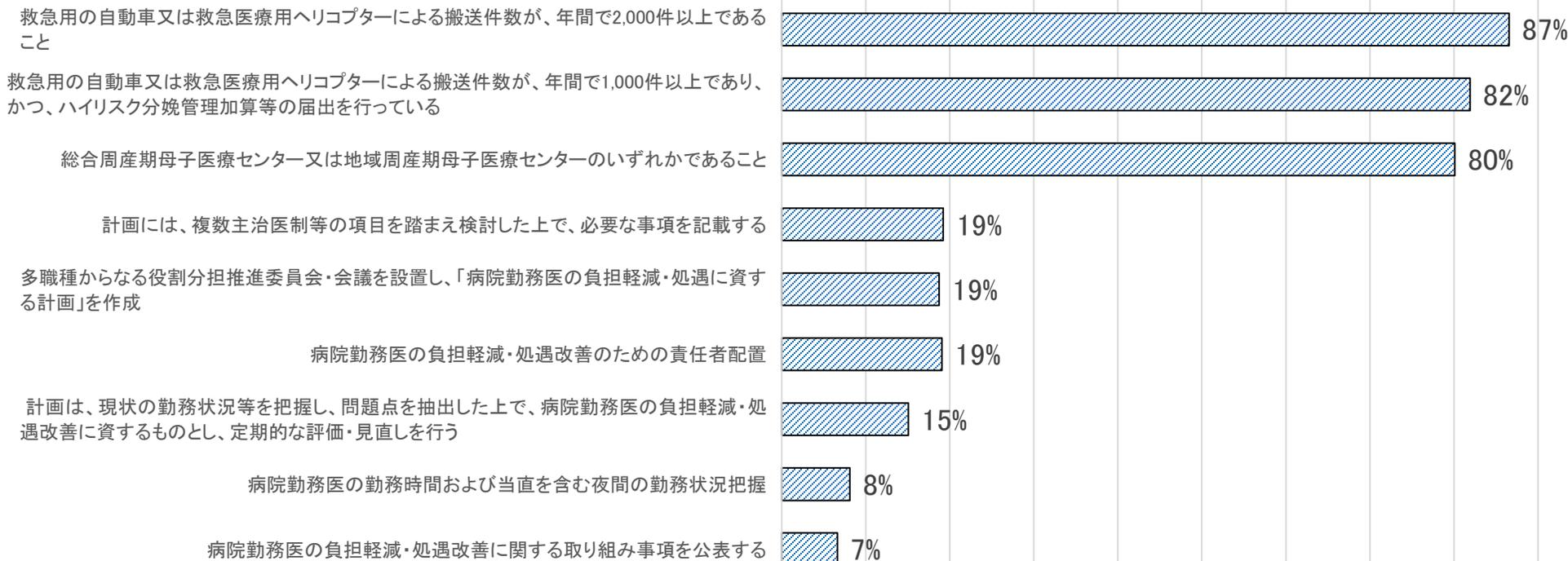
- 地域医療体制確保加算を届け出していた医療機関は41%であった。
- 地域医療体制確保加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算の届出有無 (n=1,095)

	医療機関数	(割合)
届出:無	650	59%
届出:有	445	41%

届出:無

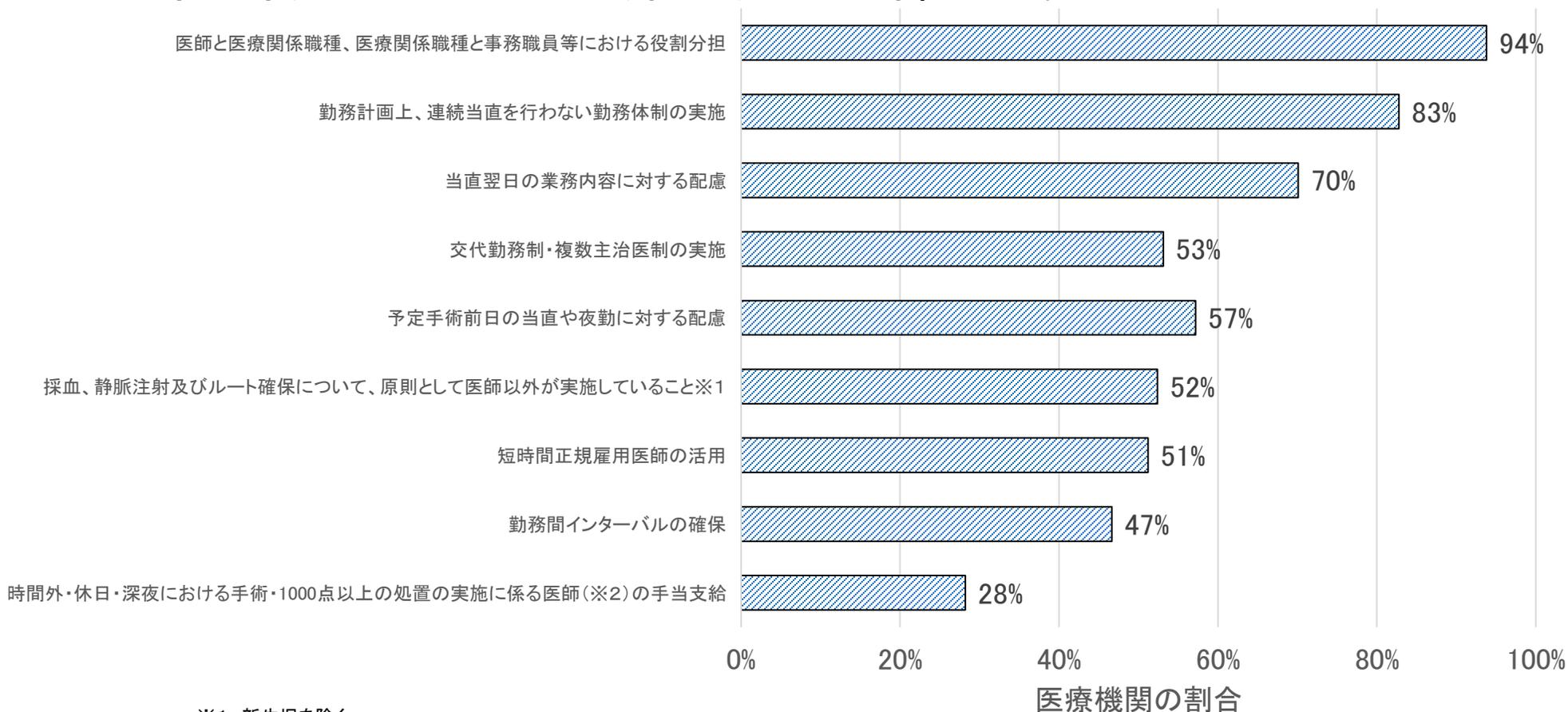
■ 満たせない要件 (n=603)



「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組

○ 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担（94%）、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組 (n=413)



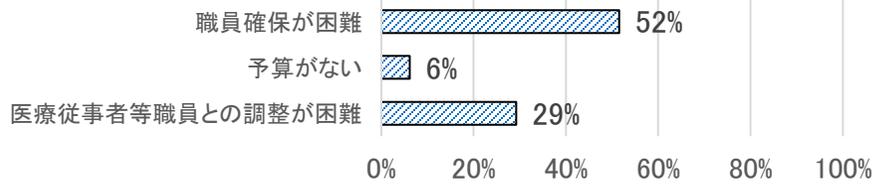
※1 新生児を除く
※2 術者又は第一助手

医療機関の割合

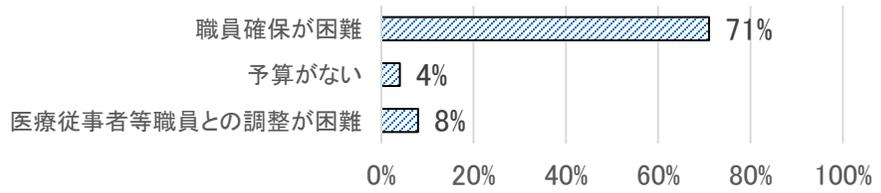
「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施しない理由

○ 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。

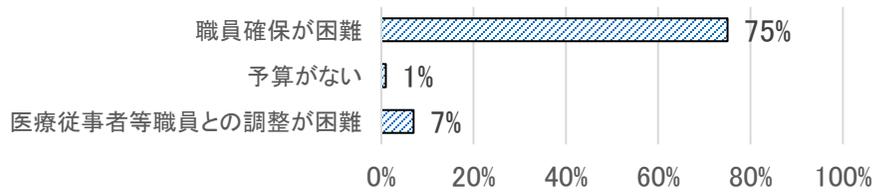
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担



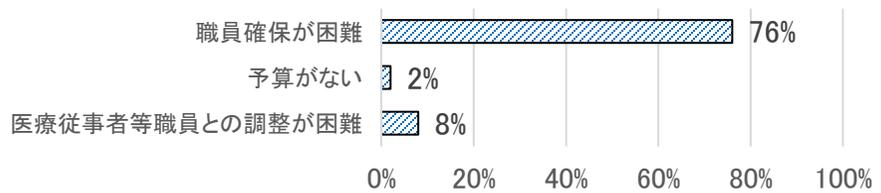
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務



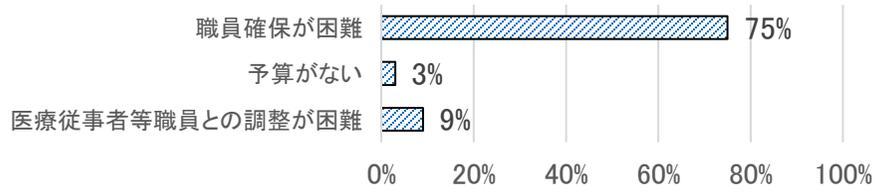
③ 勤務間インターバルの確保



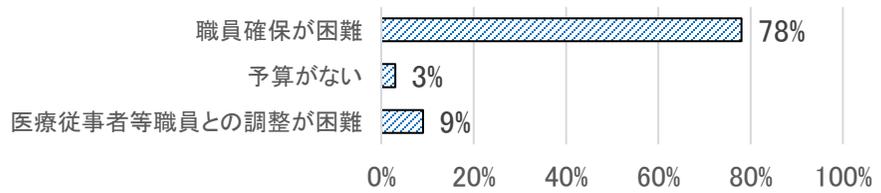
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮



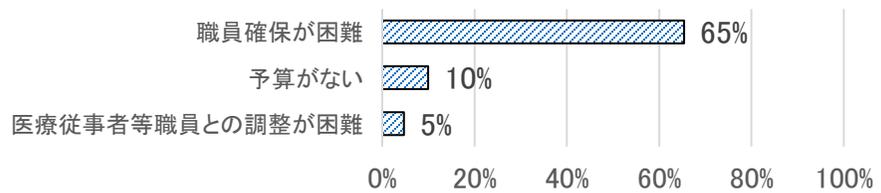
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮



⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施



⑦ 短時間正規雇用医師の活用



病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

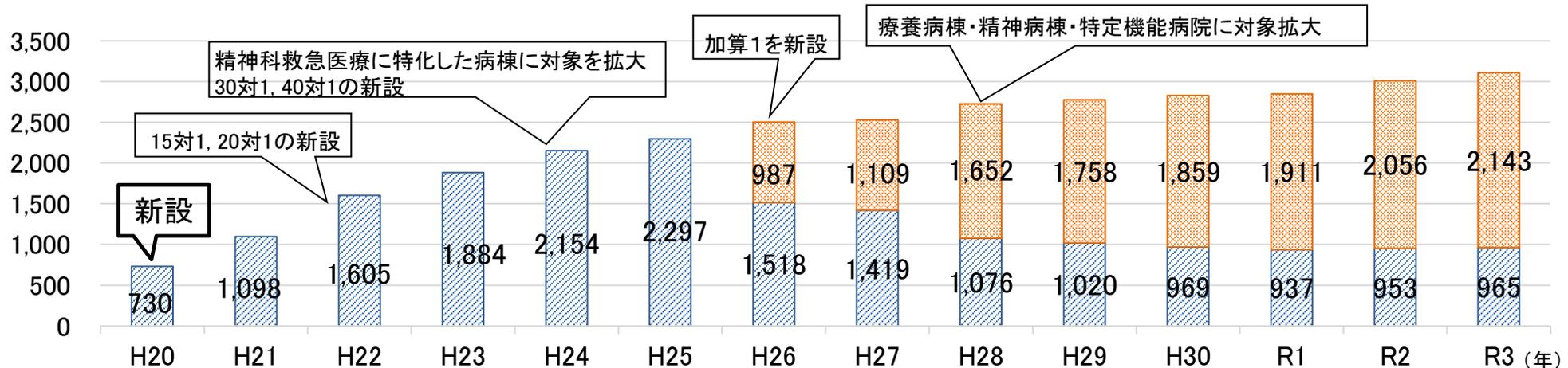
※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	1,050点/975点
20対1	835点/770点
25対1	705点/645点
30対1	610点/560点
40対1	510点/475点
50対1	430点/395点
75対1	350点/315点
100対1	300点/260点

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

(医療機関数)



■ 医師事務作業補助体制加算2(平成25年以前の医師事務作業補助体制加算)

■ 医師事務作業補助体制加算1

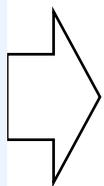
医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

- 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

現行

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。
 (新設)



改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
(削除)

当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

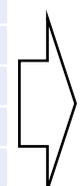
(※) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	970点	910点
2.0対1	758点	710点
2.5対1	630点	590点
3.0対1	545点	510点
4.0対1	455点	430点
5.0対1	375点	355点
7.5対1	295点	280点
10.0対1	248点	238点



改定後

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
2.0対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
2.5対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
3.0対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
4.0対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
5.0対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
7.5対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
10.0対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>

医師事務作業補助体制加算

- 医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関は68%であった。
- 医師事務作業補助体制加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出有無 (n=1086)

	医療機関数	(割合)
届出:無	346	32%
届出:有	740	68%

届出:無

■ 届出が困難な理由 (n=340)

0% 20% 40% 60% 80%

第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期医療センターのいずれでもないため

83%

全身麻酔手術件数が年間800件以上の実績を満たさないため

76%

緊急入院患者数が年間50名以上の実績を満たさないため

55%

医師事務作業補助者をそれぞれの配置区分ごとに配置することが困難

49%

人材の確保が困難

46%

その他 5%

■ 医師事務作業補助者の効果 (n=725)

0% 50%

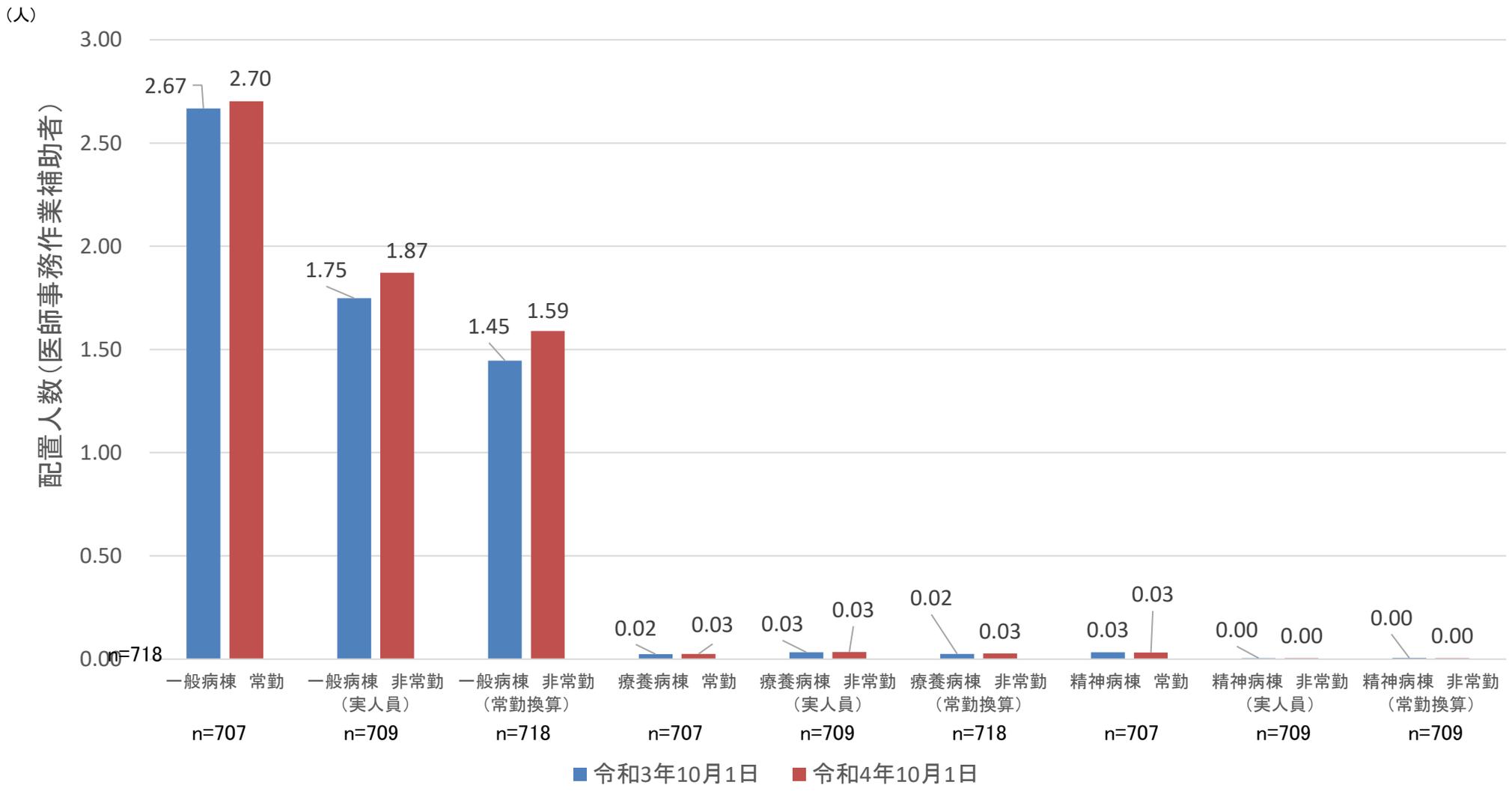
医師の働きやすさ 89%

医師の残業時間短縮 78%

外来における患者の待ち時間の短縮 60%

その他 8%

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和4年10月1日時点で、令和3年10月1日時点より多い傾向が見られた。

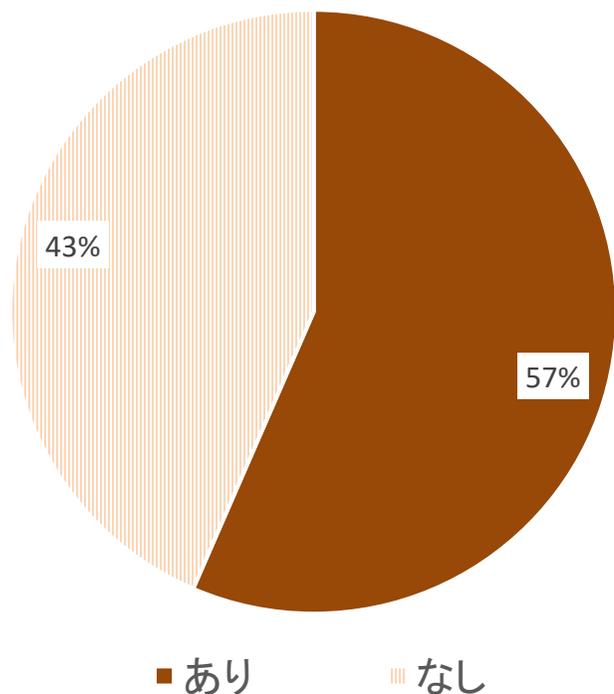


出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票、D票))

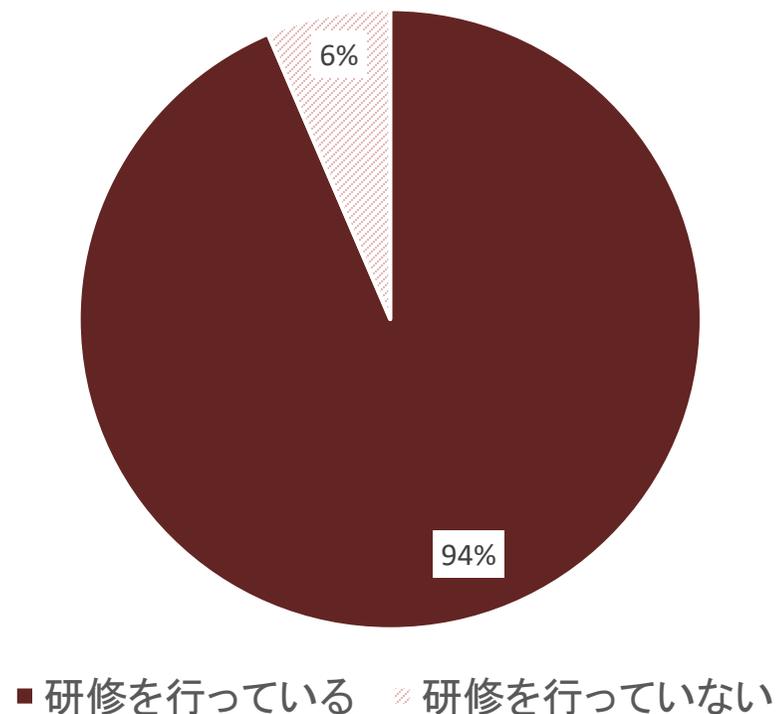
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における 医師事務作業補助者の人事

- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。

■ 医師事務作業補助者の人事考課の有無
(n=722)



■ 医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修の実施状況について (n=732)



断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

○断続的な宿日直の許可基準（一般的許可基準） ※S22発基17号

・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。

1. 勤務の態様

- ① 常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

2. 宿日直手当

宿直勤務 1 回についての宿直手当又は日直勤務 1 回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人 1 日平均額の $1 / 3$ 以上であること。

3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週 1 回、日直勤務については月 1 回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する 18 歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週 1 回を超える宿直、月 1 回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
(通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

○宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行なった場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		その他
救命救急 入院料	入院 料1	~3日 10,223点 ~7日 9,250点 ~14日 7,897点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・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 ※「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
	入院 料2	~3日 11,802点 ~7日 10,686点 ~14日 9,371点	26 200床	・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	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I : 8・7 II : 7・6 割	
	入院 料3	イ・ロ:~3日 10,223点 イ・ロ:~7日 9,250点 イ:~14日 7,897点 ロ:~60日 8,318点	80 1,639床	・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	・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	
	入院 料4	イ・ロ:~3日 11,802点 イ・ロ:~7日 10,686点 イ・ロ:~14日 9,371点 ロ:~60日 8,318点	80 891床	・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	・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 (I・II)	I : 8・7 II : 7・6 割	
特定集中 治療室 管理料 (ICU)	管理 料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	141 1,487床	・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 ・バイオクリーンルームであること	・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 (I・II)	I : 8割 II : 7割	※「イ」は 特定集中治 療室管理料 「ロ」は 広範囲熱傷 特定集中 治療管理料 を指す
	管理 料2	イ・ロ:~7日 14,211点 イ:~14日 12,633点 ロ:~60日 12,833点	76 867床	・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	・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)				
	管理 料3	~7日 9,697点 ~14日 8,118点	349 2,365床	・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)			I : 7割 II : 6割	
	管理 料4	イ・ロ:~7日 9,697点 イ:~14日 8,118点 ロ:~60日 8,318点	62 565床	・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	・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)				
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理 料1	6,855点	621 6,153床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる (医療機関内)	4対1	HCU用	8割	
	管理 料2	4,224点	30 309床			5対1		6割	
脳卒中ケア ユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	194 1,592床	・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

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護 配置	その他
小児特定集中 治療室 管理料 (PICU)		~7日 16,317点	9 100床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の 対象であれば20歳未満)であって、定められ た状態にあり、医師が必要と認めたものが 対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイ リスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫 症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、 ECMOを必要とする状態の患者にあっては 35日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8床以上設置 ・ 以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期 治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が 直近1年間で50名以上(そのうち、入院後 24時間以内に人工呼吸を実施した患者 が30名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が 常時勤務(うち2名 以上がPICU勤務 経験を5年以上) (治療室内) 	2対1	小児入院 医療管理料1 の医療機関で あること
		8日~ 14,211点						
新生児 特定集中 治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	80 751床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた 患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で 厚生労働大臣が定める疾患で入院している 児は35日、出生時体重1000g未満の児は 90日、出生体重1000~1500gの児は60日)を 限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・ 以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の 患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が 常時勤務 (治療室内) 	3対1	/
	管理料 2	8,434点	149 885床					
総合周産 期特定 集中 治療室 管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	134 857床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの 高い妊娠と認められる妊産婦であって、定め られた状態にあり、医師が必要であると認め た者に対して算定する。算定は14日を限度と する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・ 帝王切開が必要な場合、30分以内に児の 娩出が可能となるよう医療機関内に各職員 を配置 ・ 3床以上設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が 常時勤務 (治療室内) 	3対1	総合/地域周 産期母子医療 センターであ ること
	管理料 2	10,539点	134 1,755床					
新生児治療 回復室 入院医療 管理料 (GCU)		5,697点	200 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた 患者が対象。算定は30日(出生時体重が 1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で 入院している児は50日、出生体重が1000g 未満の児は120日、出生体重が1000~1500g の児は90日)を限度とする。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の小児科 医師の常勤医師 (医療機関内) ※ 週3日以上勤務して おり、かつ、22時間 以上の勤務を行って いる専任の小児科の 非常勤医師でも可 	6対1	/

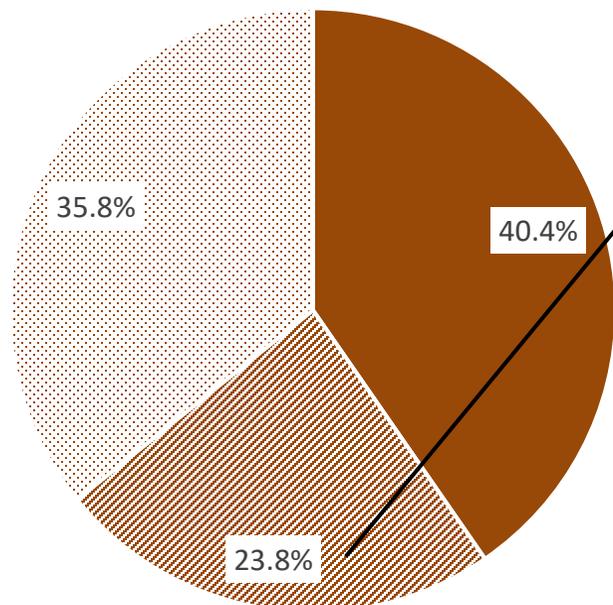
※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可の取得状況（速報）

- 6割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していた。
- 許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容は、救急外来業務、一般病棟業務を挙げる医療機関が多かった。

■ 宿日直許可の取得状況

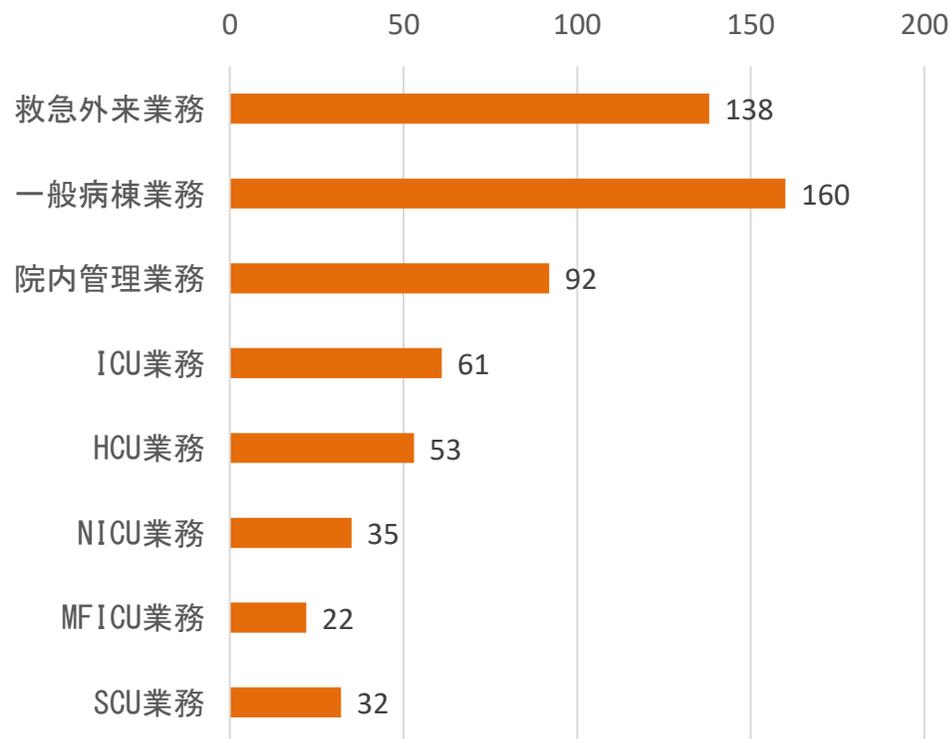
(n=1,295)



- 全ての業務について許可を受けている
- ▨ 許可を受けている業務と受けていない業務がある
- ◻ 許可を受けている業務はない

■ 許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容

(n=464)

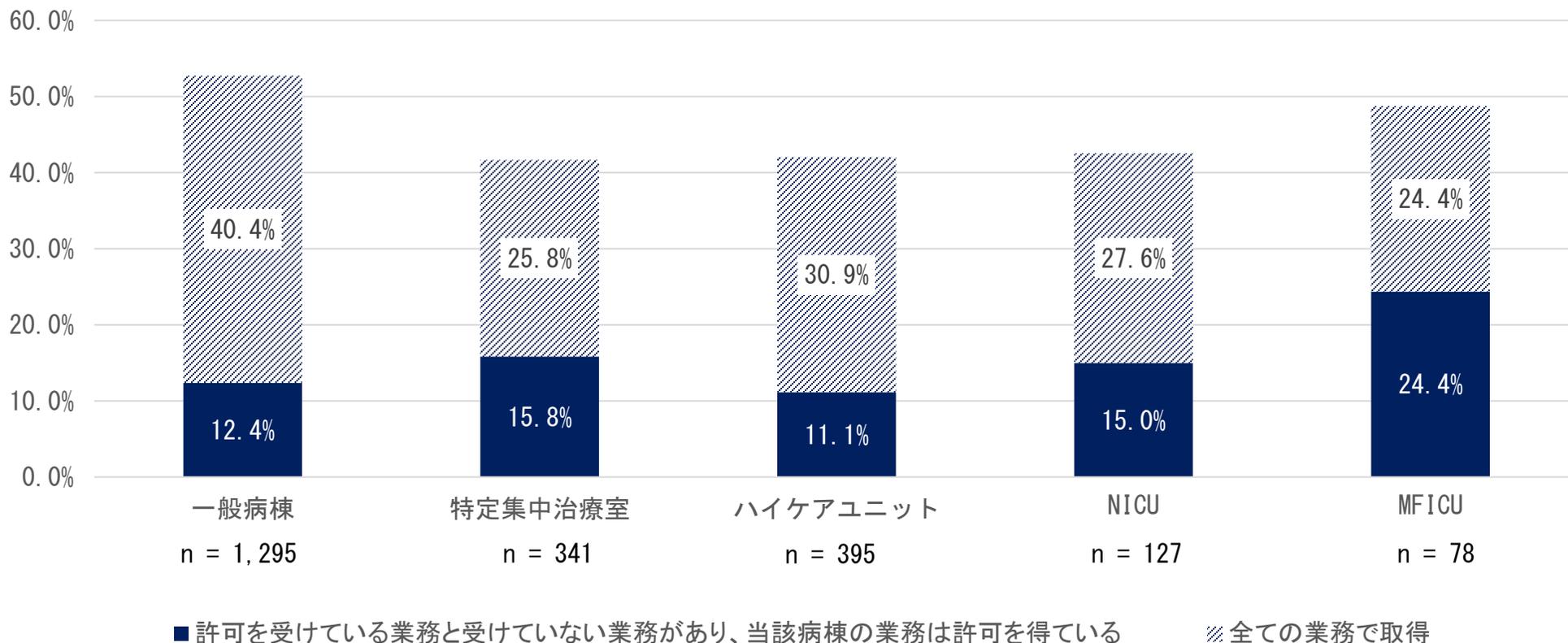


※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

病棟の種類別の宿日直許可の取得状況（速報）

○ 一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。

■ 病棟の種類別の宿日直許可の取得状況



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

※ 医療機関単位で、医師の業務に係る宿日直許可が取得されている割合を集計。

※ 医療機関単位での調査であり、特定集中治療室等において、施設基準で求める専従の医師が宿日直許可を受けているか、当該専従の医師以外で勤務している医師が宿日直許可を受けているかは区別できない。

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1)交替勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

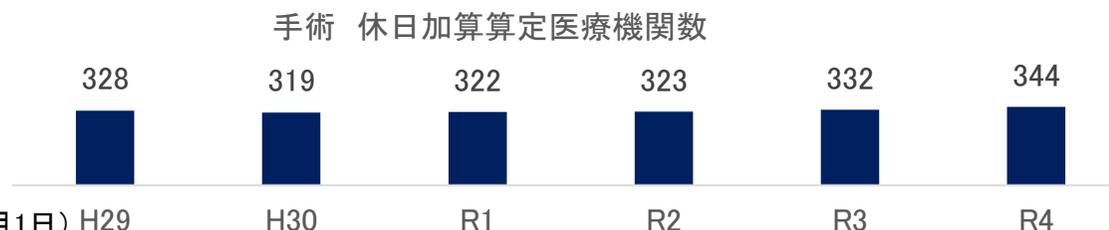
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下の又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

8~9(略)



勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算 1 等に係る要件の見直し

- 手術及び処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の要件について、医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師 1 人当たりの当直回数に要件を変更する。

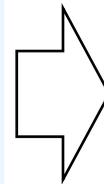
現行

【時間外加算 1 ・ 休日加算 1 ・ 深夜加算 1】

[施設基準]

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数

届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。



改定後

【時間外加算 1 ・ 休日加算 1 ・ 深夜加算 1】

[施設基準]

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数 **及び 2 日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数**

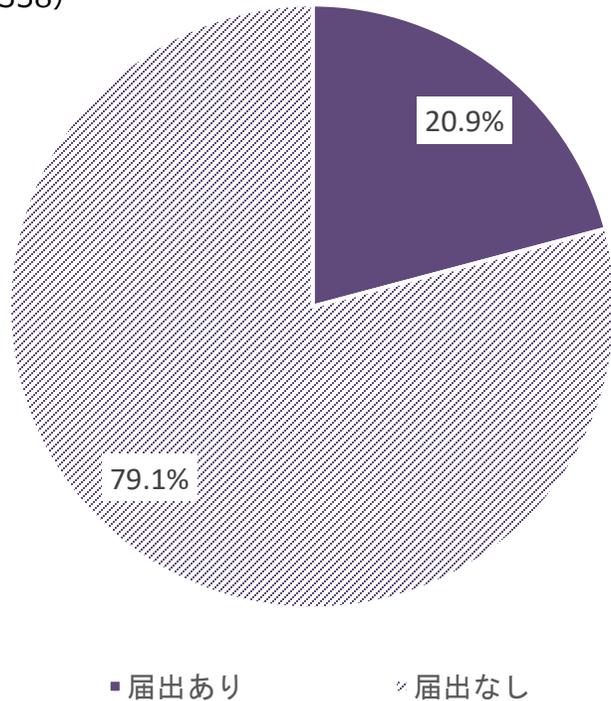
(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の **各医師について年間 4 日以内** であり、 **かつ、(2)のイの 2 日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間 4 回以内** であること。

手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出状況（速報）

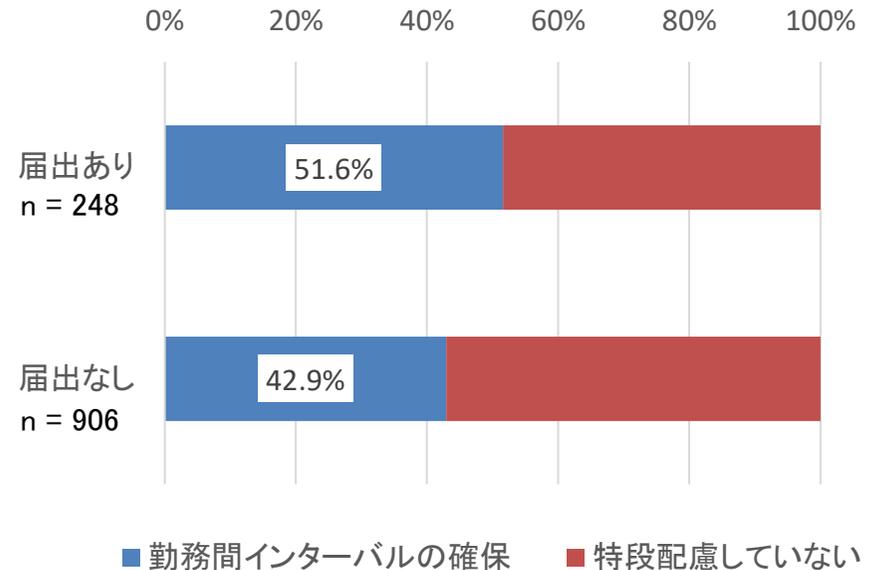
- 急性期一般入院料等を届け出ている医療機関において、20.9%の医療機関が、手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている。
- 手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている医療機関は、届け出していない医療機関に比較し、当直明けの医師の勤務について、勤務間インターバルの配慮をしている割合に大きな差はない。

■手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出状況

(n=1,338)



■手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出の有無別の自院での当直明けの医師の勤務に対する対応



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

※義務対象はB・連携B・C水準の適用となる医師。A水準の適用となる医師については努力義務。
※C-1水準が適用される臨床研修医については次頁参照。

(1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。

①始業から**24時間以内**に**9時間の連続した休息时间**を確保
を基本とし、

②始業から**46時間以内**に**18時間の連続した休息时间**を確保(宿日直許可のない宿日直に従事させる場合)

* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。

(2) 代償休息を付与することを前提として勤務シフト等を組むことは、原則として認められない。

* 個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合は、代償休息の付与を前提とした運用を認める。ただし、当該業務の終了後すぐに代償休息を付与すること。

代償休息の基本ルール

(3) 予定された9時間又は18時間の連続した休息时间中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与する。(翌月末までに付与する。)

* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合に、当該連続した9時間の間に通常の勤務時間と同態様の労働が発生し十分な睡眠が確保できなかった場合は、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う。

勤務シフト等を組むに当たっての基本ルール

(1) 勤務間インターバルを次の2種類の方法により確保する。

① 始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保
を原則とし、

② 始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間を確保
(臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務時間とする必要がある場合)

* 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなす。

代償休息の基本ルール

(2) 代償休息の必要がないように勤務間インターバルの確保を徹底することを原則とする。

* ただし、以下を要件として代償休息の付与を認める。

① 臨床研修における必要性から、オンコール又は宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。

② 臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する。

③ 代償休息を付与する期限は、以下のとおりとする。

・「当該診療科の研修期間の末日」又は「翌月末」までのいずれか早い日までの間に付与する。

・「翌月末」より前に「当該診療科の研修期間の末日」を迎える場合は、「当該診療科の研修期間の末日」までに代償休息を付与することが困難である場合に限り、「翌月末」までに付与するものとする。

看護職員の負担軽減策の全体像

○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	回復期・慢性期
看護補助者との役割分担の推進		【急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 	【看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※1 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 特定一般病棟入院料 【看護補助者配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算
看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進		【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算等※2
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 	【夜間看護加算】 <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 精神科救急急性期医療入院料の注加算 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【夜間75対1看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※1のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ） 	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 専門病院入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 <ul style="list-style-type: none"> 病院の入院基本料等の施設基準 	

※1 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

※2 看護補助加算に加え、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）及び看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）にも加算あり

看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷

	急性期		回復期・慢性期	
	急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算	看護補助加算等	看護職員夜間配置加算等
H22 改定	<ul style="list-style-type: none"> 急性期における医師や看護職員の負担軽減、業務分担推進のために加算を新設 	-	<ul style="list-style-type: none"> (H12新設) (加算1は15~20対1、加算2・3は13~20対1入院基本料が対象) 	<ul style="list-style-type: none"> (夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料の注加算)はH20新設)
H24 改定	<ul style="list-style-type: none"> 25対1、夜間50対1、夜間100対1、看護職員夜間配置加算を新設 負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化 	-	<ul style="list-style-type: none"> 加算1の対象施設に13対1入院基本料も追加(必要度10%以上が要件) 	
H26 改定	<ul style="list-style-type: none"> 夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ 夜間25対1を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の看護職員夜間配置加算を独立 	<ul style="list-style-type: none"> 必要度の要件を5%以上に変更 負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)を新設 	
H28 改定	<ul style="list-style-type: none"> 夜間25対1を30対1に変更 夜間30対1、夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした夜間看護体制加算を新設 定期的な業務範囲の見直しを要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 12対1加算2の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした12対1加算1と16対1を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間75対1、夜間看護体制加算を新設 定期的な業務範囲見直しを要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料の注加算)の評価引上げ
H30 改定	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 定期的な業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)の注加算として看護補助加算を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 16対1加算2を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 定期的な業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)を新設 看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の注加算)を新設
R02 改定	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ
R04 改定	<ul style="list-style-type: none"> 夜間急性期看護補助体制加算の評価引上げ 看護補助体制充実加算を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間75対1看護補助加算の評価引上げ 看護補助体制充実加算を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員夜間配置加算の評価引上げ

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

➤ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

現行		改定後	
看護職員 の配置に 係る加算	【看護職員夜間配置加算】 看護職員夜間12対1配置加算1 105点 看護職員夜間12対1配置加算2 85点 看護職員夜間16対1配置加算1 65点 看護職員夜間16対1配置加算2 40点	看護職員 の配置に 係る加算	【看護職員夜間配置加算】 看護職員夜間12対1配置加算1 <u>110点</u> 看護職員夜間12対1配置加算2 <u>90点</u> 看護職員夜間16対1配置加算1 <u>70点</u> 看護職員夜間16対1配置加算2 <u>45点</u>
	【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 65点 精神科救急入院料 65点 精神科救急・合併症入院料 65点		【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 <u>70点</u> 精神科救急急性期医療入院料 <u>70点</u> 精神科救急・合併症入院料 <u>70点</u>
看護補助者 の配置に 係る加算	【急性期看護補助体制加算】 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点	看護補助者 の配置に 係る加算	【急性期看護補助体制加算】 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>125点</u> 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>120点</u> 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>105点</u>
	【看護補助加算】 夜間75対1看護補助加算 50点		【看護補助加算】 夜間75対1看護補助加算 <u>55点</u>
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 45点		夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） <u>50点</u>
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算） イ 14日以内の期間 141点 ロ 15日以上30日以内の期間 116点		看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算） イ（1）14日以内の期間 <u>146点</u> （2）15日以上30日以内の期間 <u>121点</u>
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算） 八 夜間看護配置加算1 100点 二 夜間看護配置加算2 50点		夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算） 八 夜間看護配置加算1 <u>105点</u> 二 夜間看護配置加算2 <u>55点</u>

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

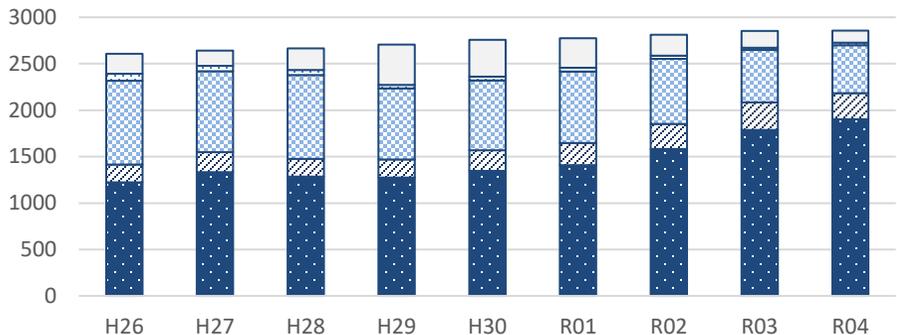
- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。
 - ① 「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
 - ② 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急急性期医療入院料、 精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	/				
ク 看護補助者の夜間配置（※2）	○	/			○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

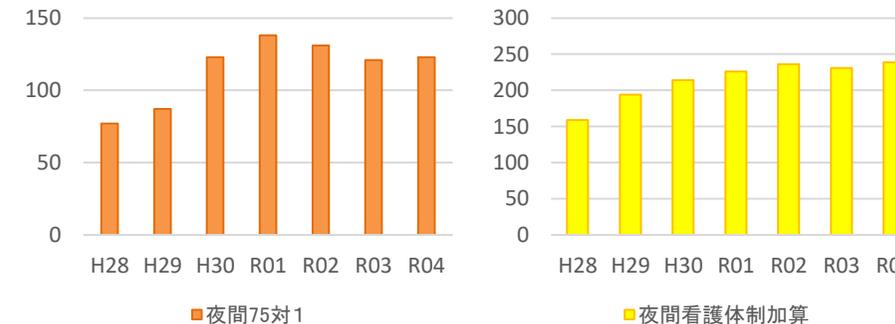
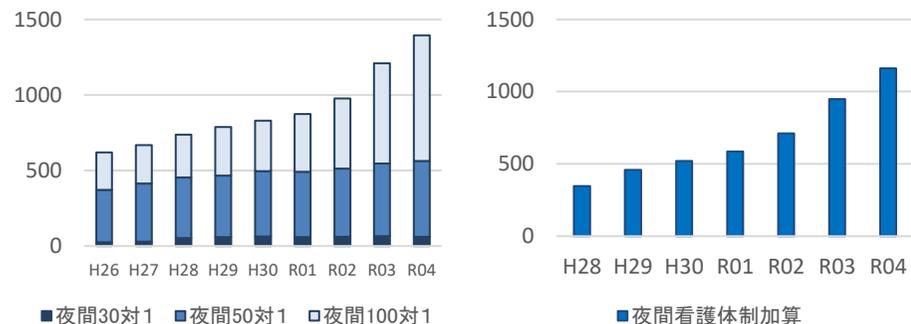
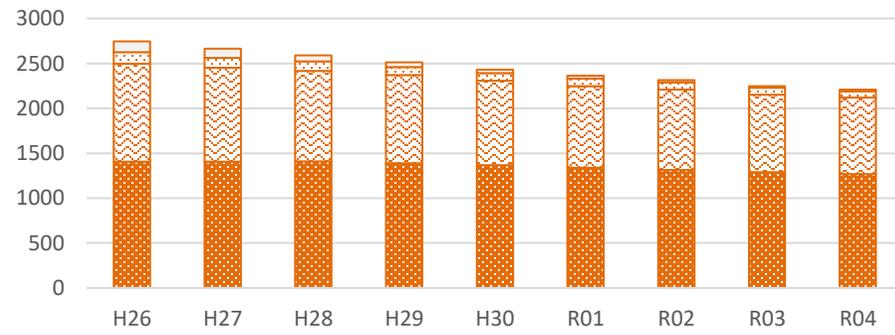
急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

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

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



■ 看護補助加算の届出医療機関数



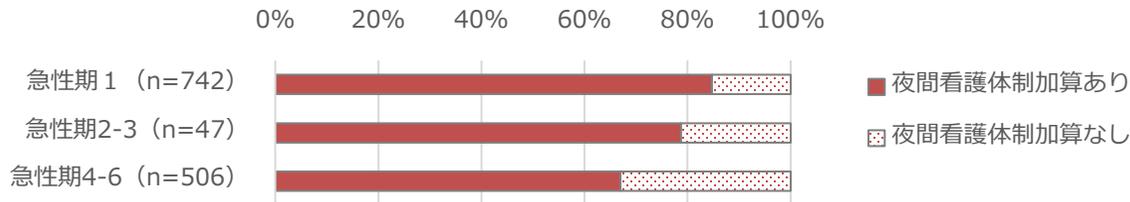
参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

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

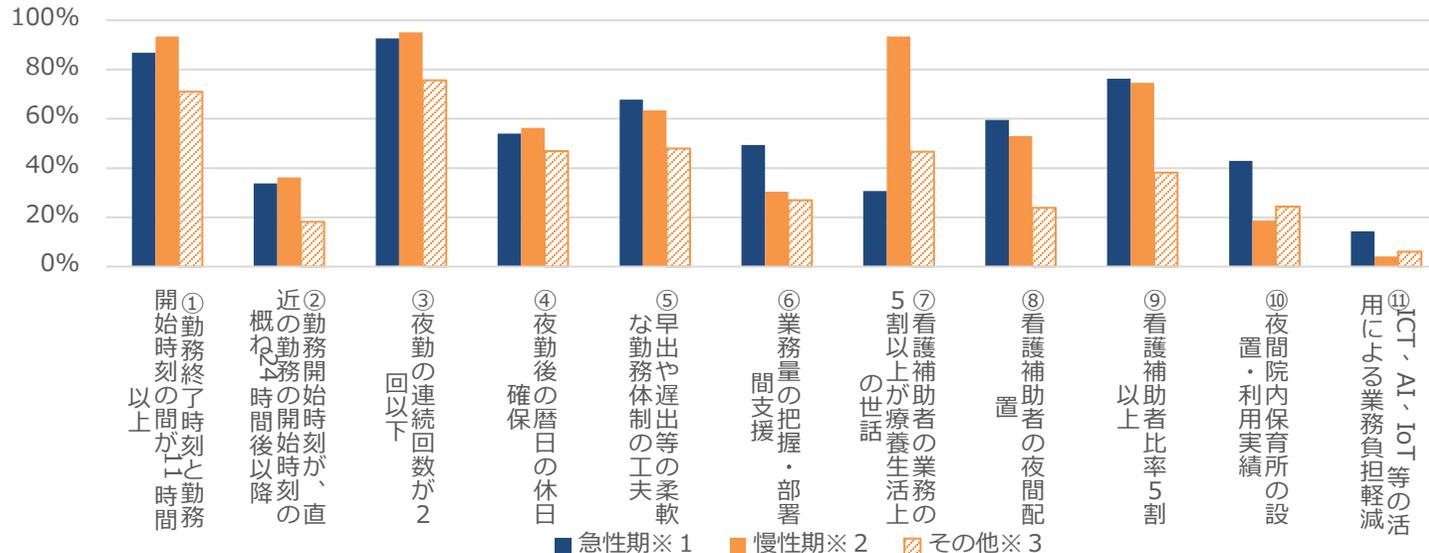
夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況

- 急性期看護補助体制加算届出施設のうち約8割は、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の評価である「夜間看護体制加算」を届け出ている。
- 負担軽減に資する取組として、「勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上」や「夜勤の連続回数が2回以下」は約8割の施設が実施していた。
- 急性期の医療機関は、慢性期等の医療機関に比べ「看護補助者の業務の5割以上が療養生活上の世話」である割合が低く、約3割であった。

■急性期看護補助体制加算届出施設における、夜間看護体制加算の届出状況



■夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況



(※1)急性期:看護職員夜間配置加算(12対1加算1、16対1加算1)、急性期看護補助体制加算の夜間夜間看護体制加算届出施設

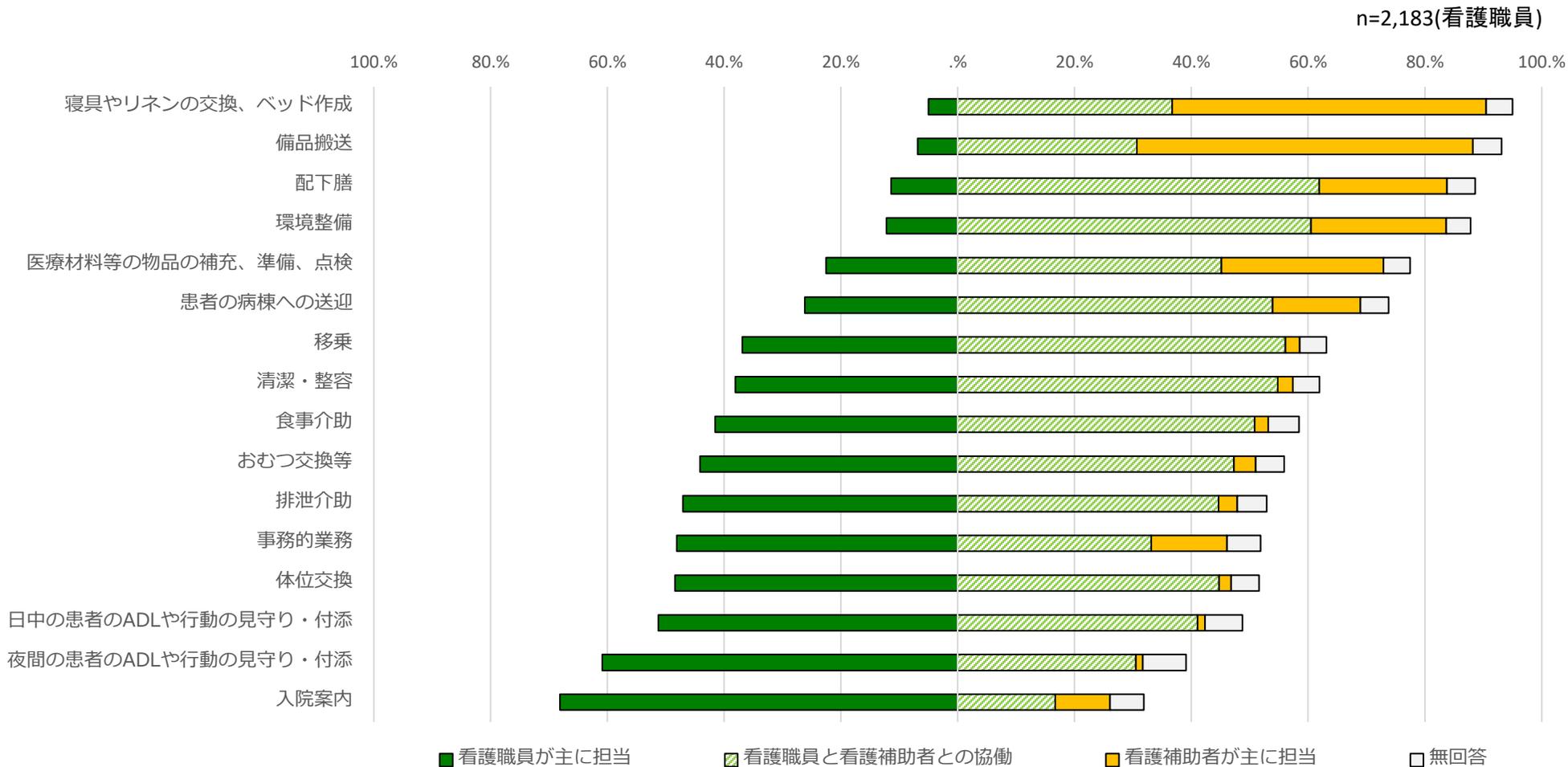
(※2)慢性期:看護補助加算の夜間看護体制加算届出施設

(※3)その他:障害者施設等入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の夜間看護体制加算届出施設

看護職員と看護補助者の業務分担状況

○ 看護職員と看護補助者の業務分担状況として、備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い。

■ 看護職員と看護補助者の業務分担状況

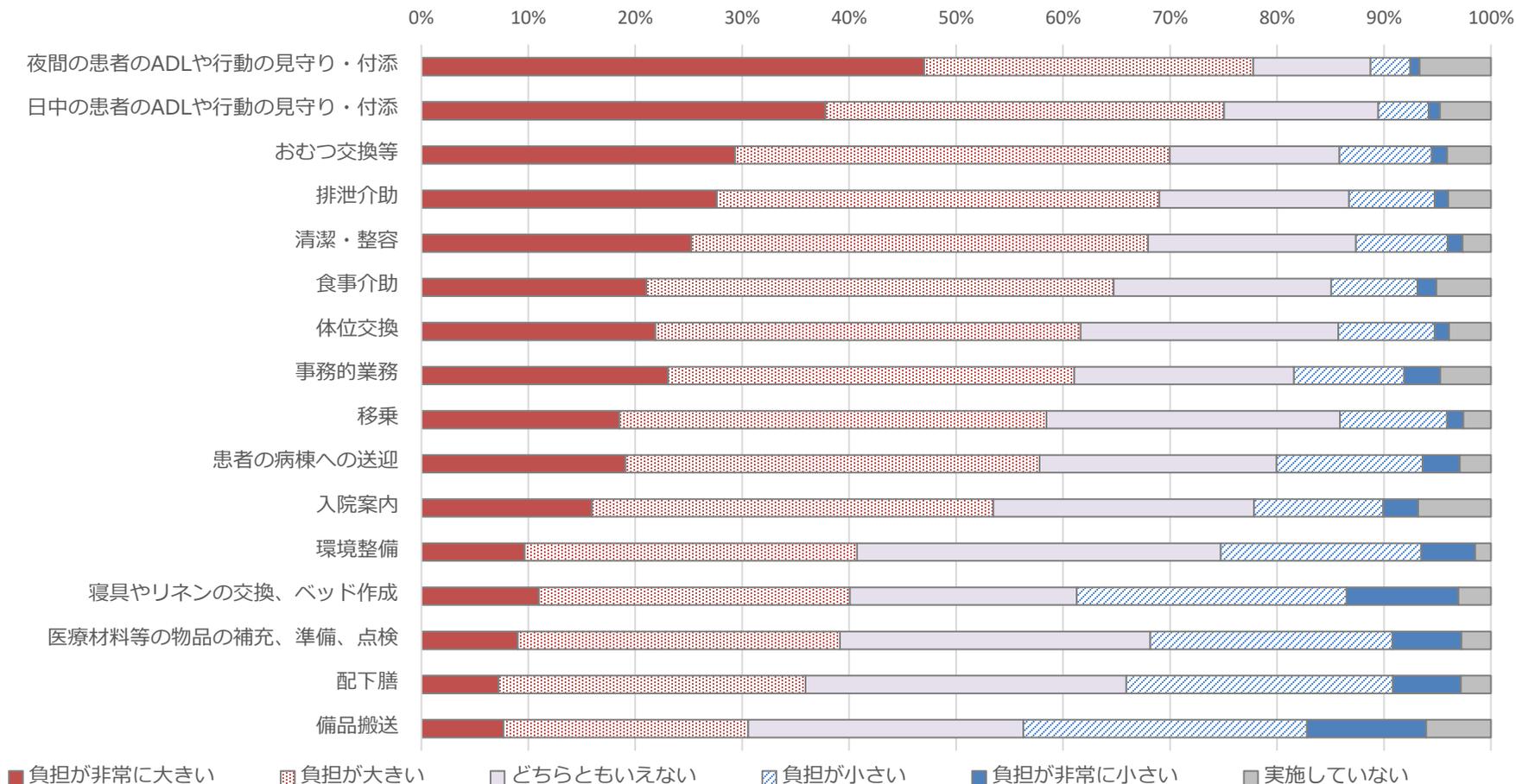


看護職員の業務負担感

○ 看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助が挙げられた。

■ 看護職員の業務負担感

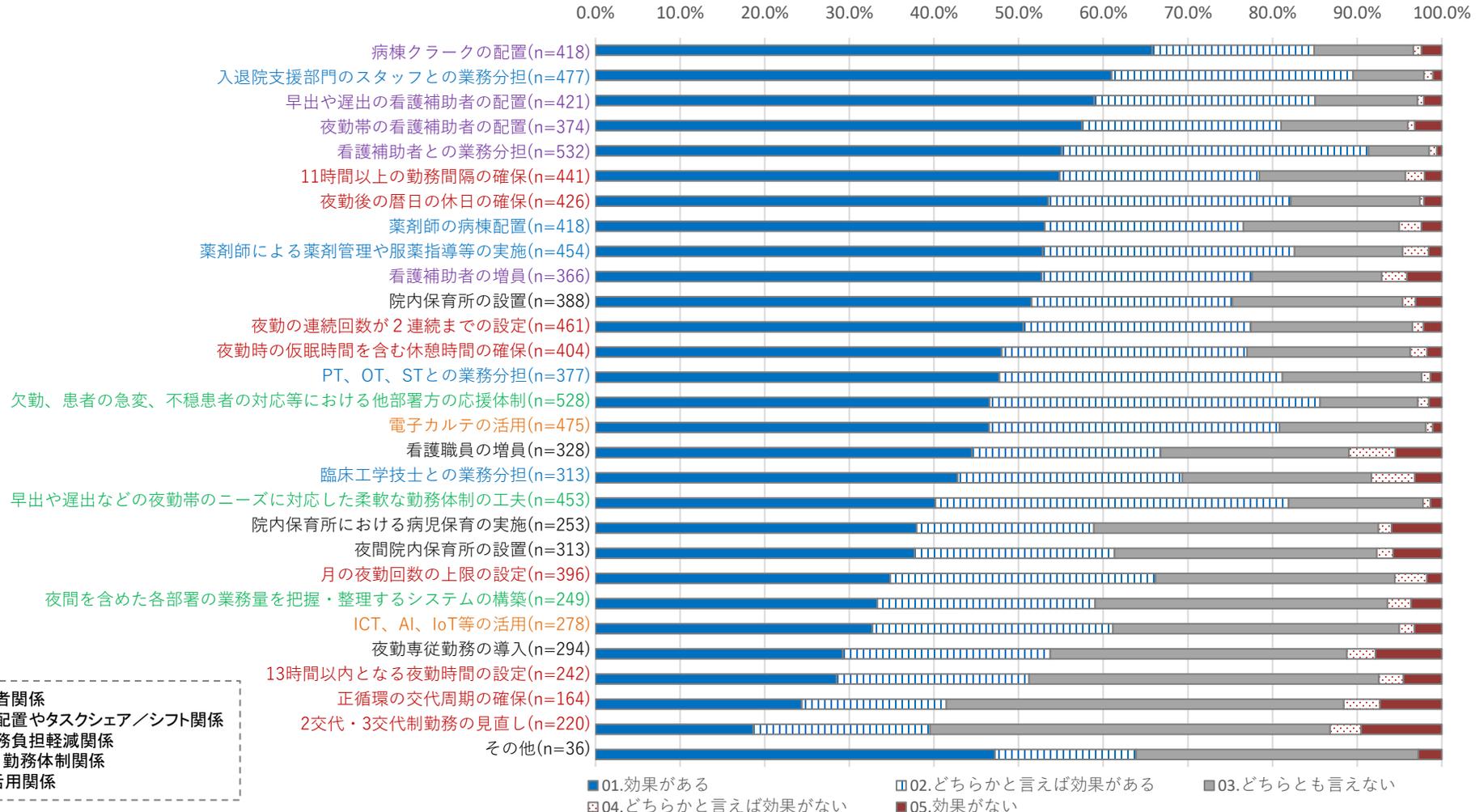
(n=2,183人)



看護職員の業務負担軽減策に対しての効果

○ 看護職員の業務負担軽減策について、他職種の配置やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クラークの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜間の勤務負担軽減に関するものとしては「11時間以上の勤務間隔の確保」等が、効果があるものとして挙げられた。

■ 看護補助者を配置している病棟における、看護職員の業務負担軽減策に対しての効果（無回答を除く）

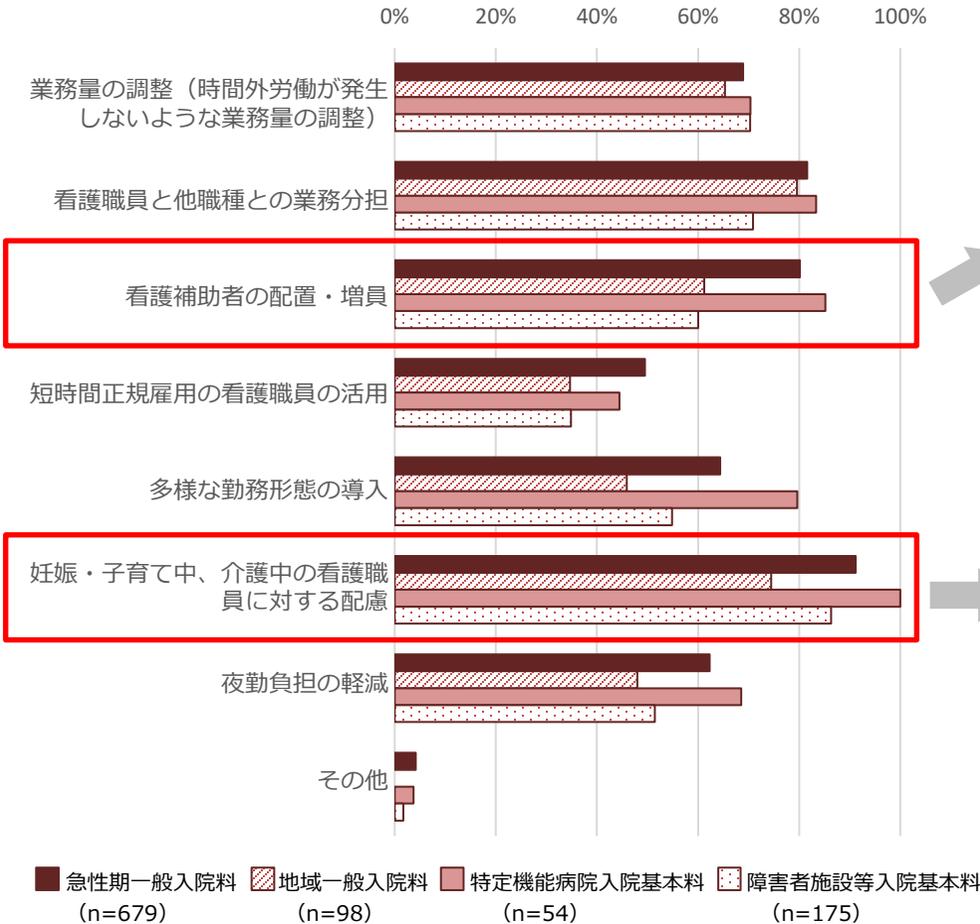


紫: 看護補助者関係
 青: 他職種の配置やタスクシェア/シフト関係
 赤: 夜間の勤務負担軽減関係
 緑: 応援体制・勤務体制関係
 橙: ICT等の活用関係

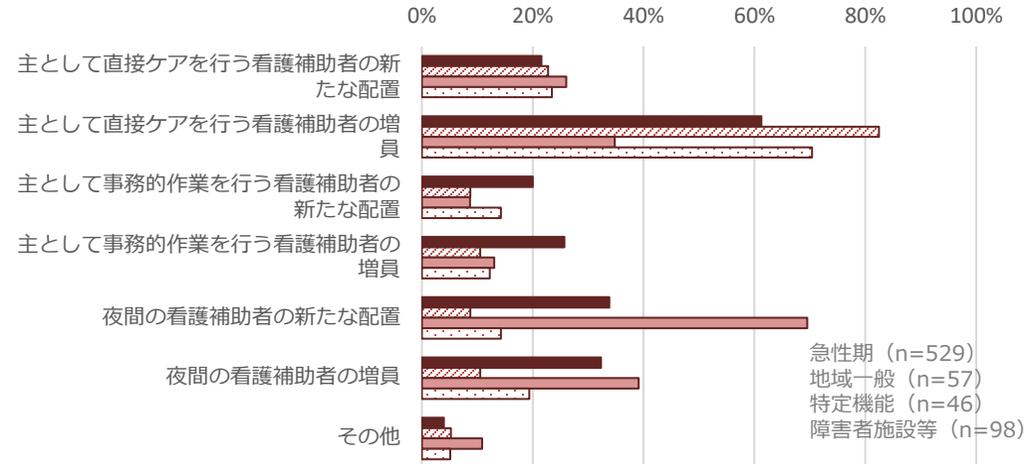
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)

○ 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る具体的な取組状況としては、約8割の病院で「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」、「看護職員と他職種との業務分担」、「看護補助者の配置・増員」を実施していた。

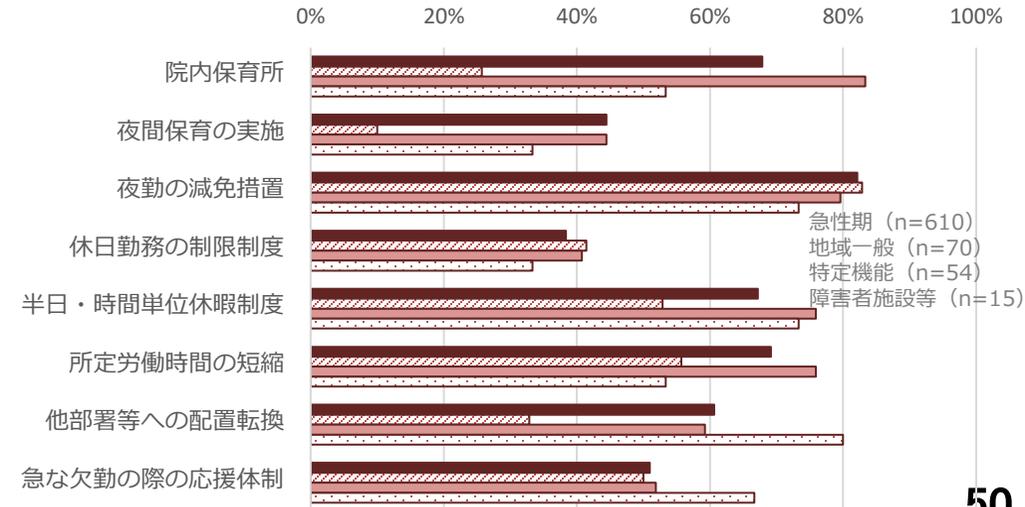
■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に関する具体的な取組状況（複数回答）



■ 看護補助者の配置・増員の状況（複数回答）



■ 妊娠・子育て中、介護中の者に対する具体的な配慮（複数回答）

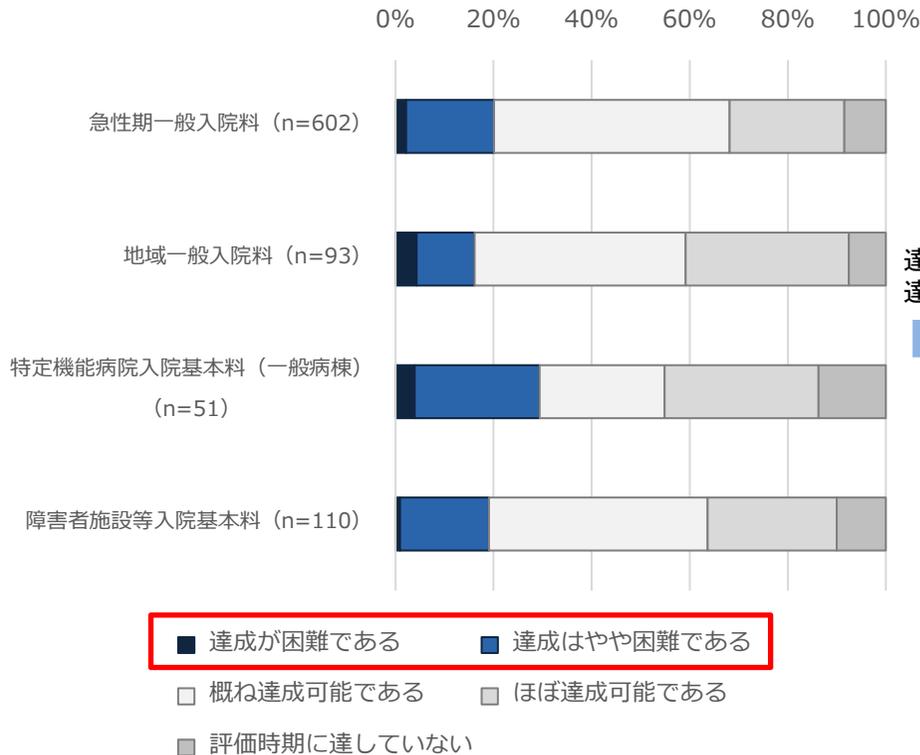


看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

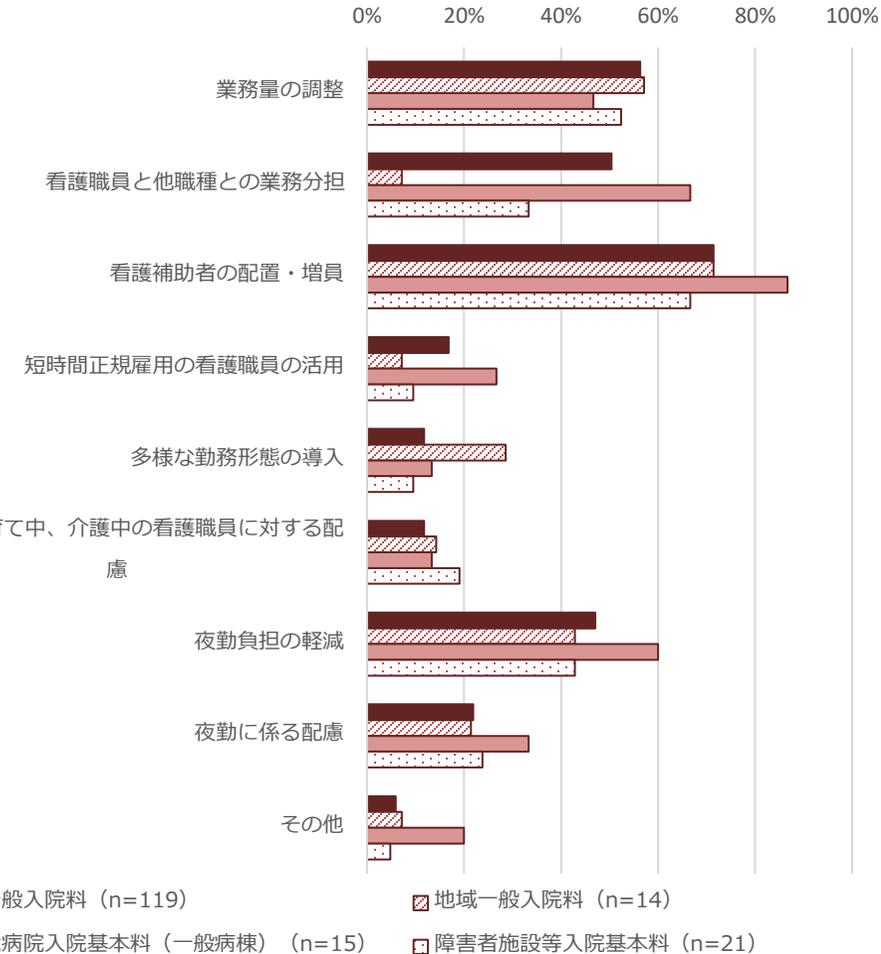
- 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の状況としては、約2割の病院が「達成困難」、「達成はやや困難」としていた。
- 達成が困難な項目としては、「看護補助者の配置・増員」、「業務量の調整」の割合が高かった。

■ 加算※算定病院における看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

■ 達成が困難である項目



達成が困難
達成はやや困難



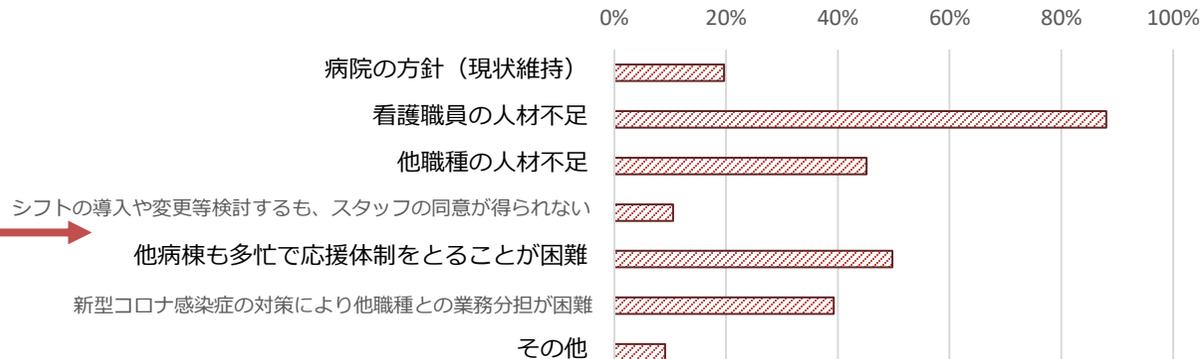
(※)以下の「看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画策定を求めている加算を算定している施設」
 ・夜間看護加算／看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料の注12)
 ・看護補助加算／看護補助体制充実加算(障害者施設等入院基本料の注9)
 ・急性期看護補助体制加算・看護職員夜間配置加算・看護補助加算
 ・看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)
 ・看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算(地域包括ケア病棟入院料の注4)
 ・看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注7)
 ・看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5)
 ・看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料の注5)

- 病棟看護管理者において、病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
- 病棟の看護職員の勤務状況は、約4割の病棟で悪化傾向であった。

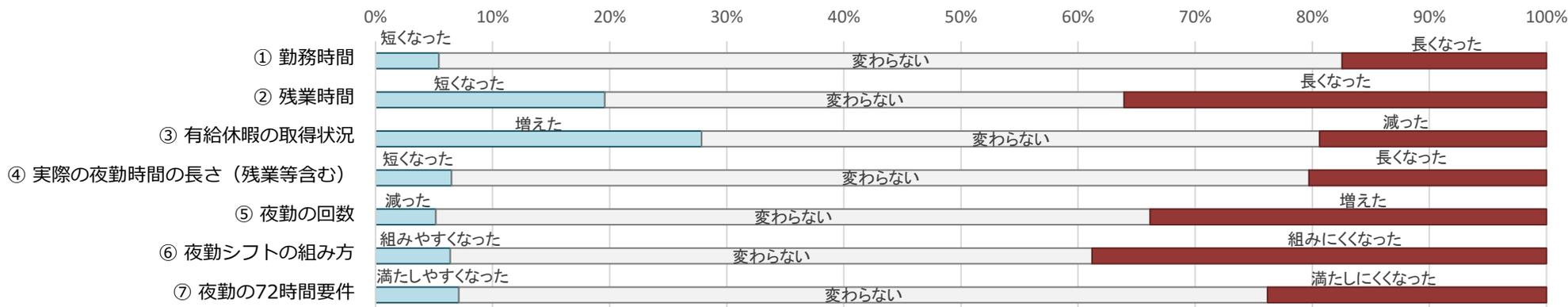
■ 病棟の業務負担軽減の取組

	病棟数	(割合)
取り組みを行っている	1,658	73%
現状で問題がないため新たな取り組みは行っていない	113	5%
取り組みたいが困難	495	22%

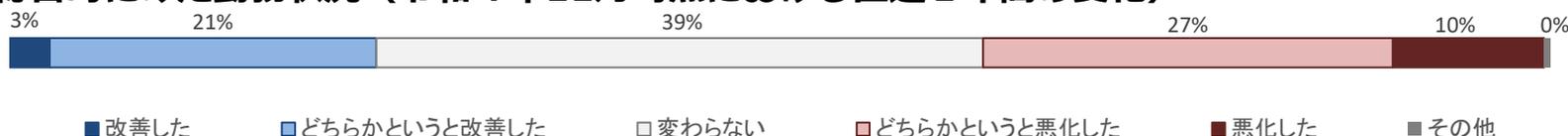
■ 「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）



■ 病棟の看護職員の勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



■ 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行	改定後
<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) 240点</p> <p>25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) 220点</p> <p>50対1急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>75対1急性期看護補助体制加算 160点</p> <p>(新設)</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) 240点</p> <p>25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) 220点</p> <p>50対1急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>75対1急性期看護補助体制加算 160点</p> <p><u>(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u></p>
<p>【看護補助加算】</p> <p>看護補助加算1 141点</p> <p>看護補助加算2 116点</p> <p>看護補助加算3 88点</p> <p>(新設)</p>	<p>【看護補助加算】</p> <p>看護補助加算1 141点</p> <p>看護補助加算2 116点</p> <p>看護補助加算3 88点</p> <p><u>(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u></p>
<p>夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 45点</p> <p>看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)</p> <p>(1) 14日以内の期間 141点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 116点</p> <p>看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点</p>	<p>イ 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) <u>50点</u></p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u> <u>55点</u></p> <p>イ 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)</p> <p>(1) 14日以内の期間 <u>146点</u></p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 <u>121点</u></p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u></p> <p><u>(1) 14日以内の期間</u> <u>151点</u></p> <p><u>(2) 15日以上30日以内の期間</u> <u>126点</u></p> <p>イ 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点</p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u> <u>165点</u></p>

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

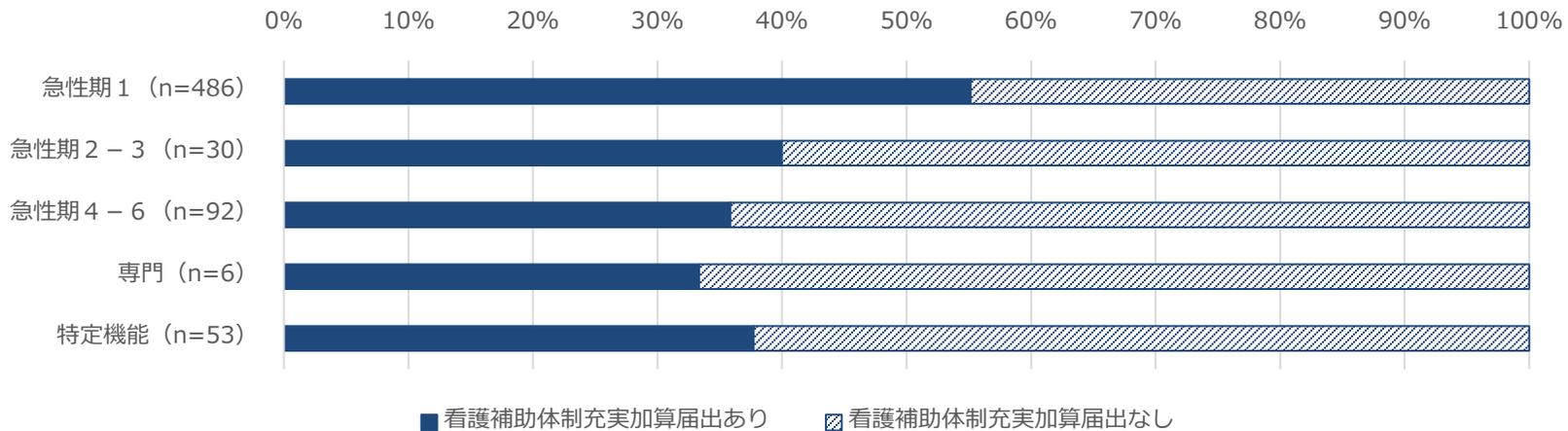
研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	<p><u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u></p> <p>イ(イ)看護補助者との協働の必要性 (ロ)看護補助者の制度的な位置づけ (ハ)看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 (ニ)看護補助者との協働のためのコミュニケーション (ホ)自施設における看護補助者に係る規定及び運用</p>
看護補助者	<p>現行の研修内容※2のうち、エ(日常生活にかかわる業務)について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。</p>

- ※1 (イ) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）
 (ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - ② 看護職員との連携と業務整理
 - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
 - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
 イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
 ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
 エ 日常生活にかかわる業務
 オ 守秘義務、個人情報情報の保護
 カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

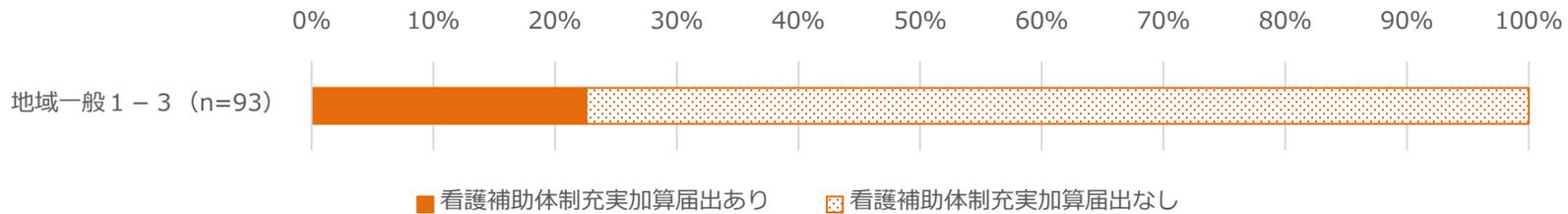
看護補助体制充実加算の届出状況

○ 看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合の評価である看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ている。

■ 急性期看護補助体制加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）



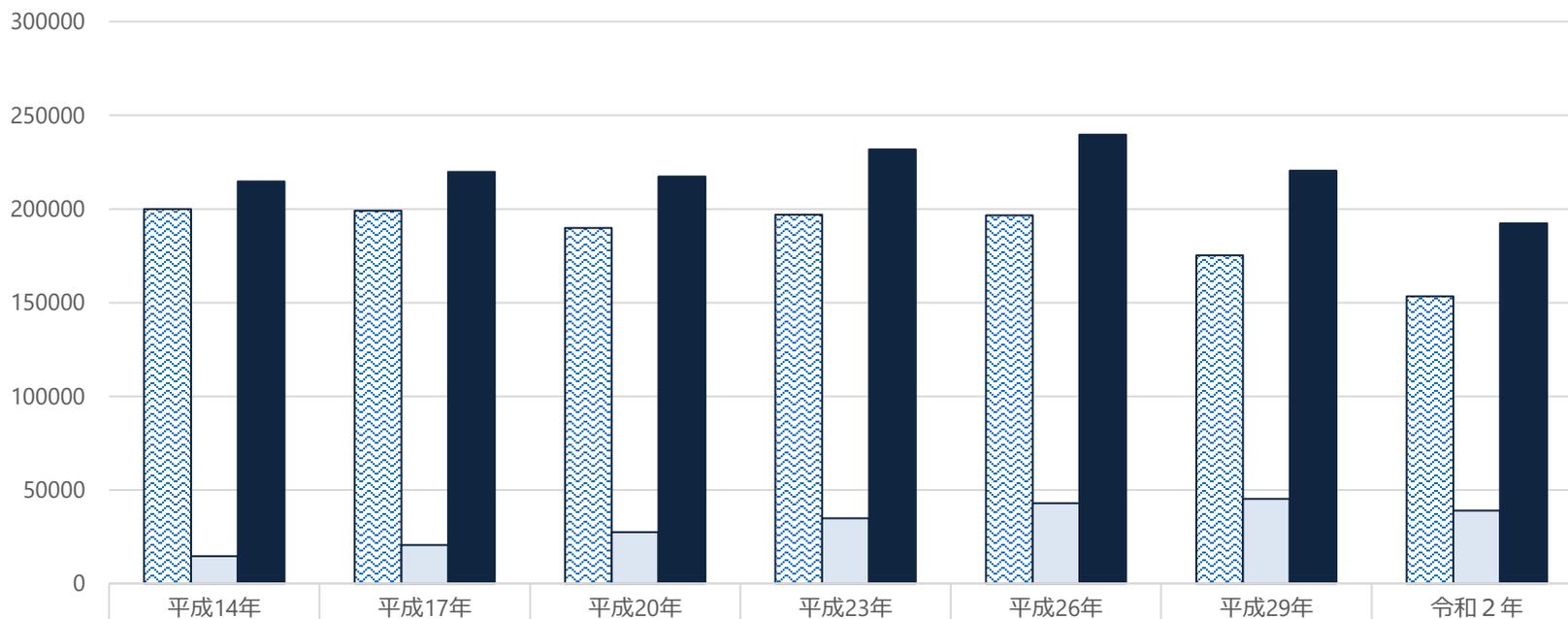
■ 看護補助加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）



看護業務補助者等の従事者数

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

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



■ 看護業務補助者	199977.6	199141.8	189838.3	196894.2	196696	175234.8	153382.3
□ 介護福祉士	14690.7	20600.5	27481	34942.4	42987.9	45197.1	38965.7
■ 看護業務補助者+介護福祉士	214668.3	219742.3	217319.3	231836.6	239683.9	220431.9	192348

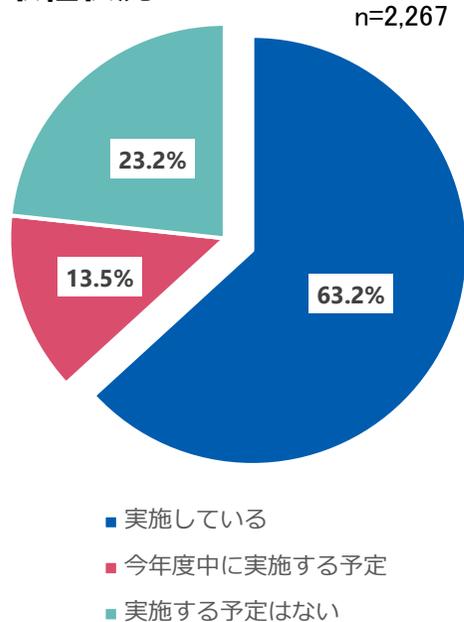
○ 看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

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

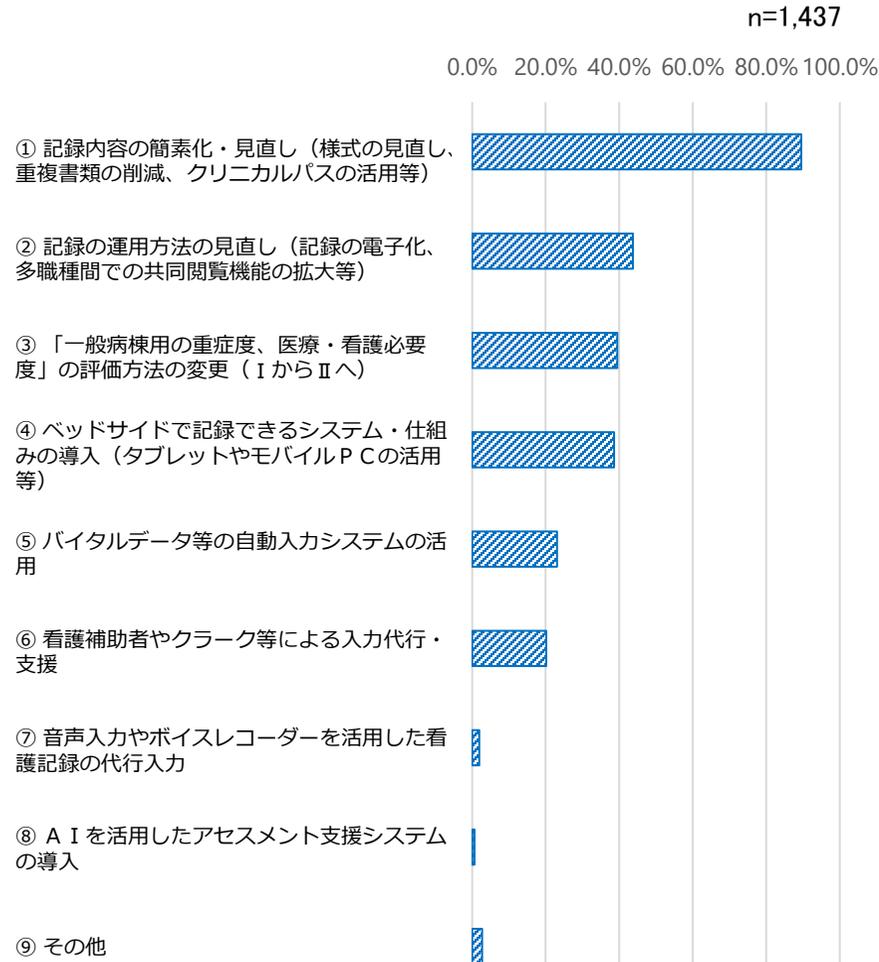
注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

○ 看護記録に係る負担軽減のため実施している取組は「記録内容の簡素化・見直し」が最も多く、最も負担軽減に寄与している取組も同様に「記録内容の簡素化・見直し」が最も多かった。

① 看護記録に係る負担軽減の取組状況



② 看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容 (複数回答)



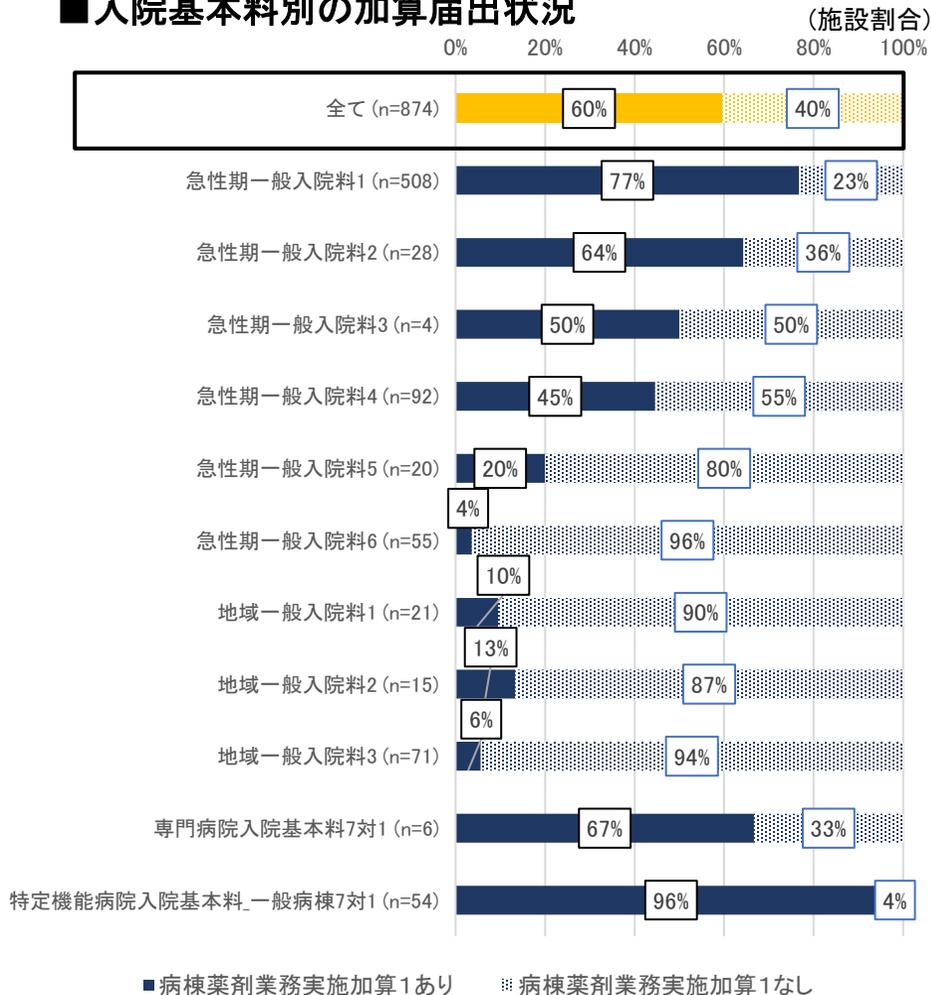
③ ②のうち最も負担軽減に寄与している取組



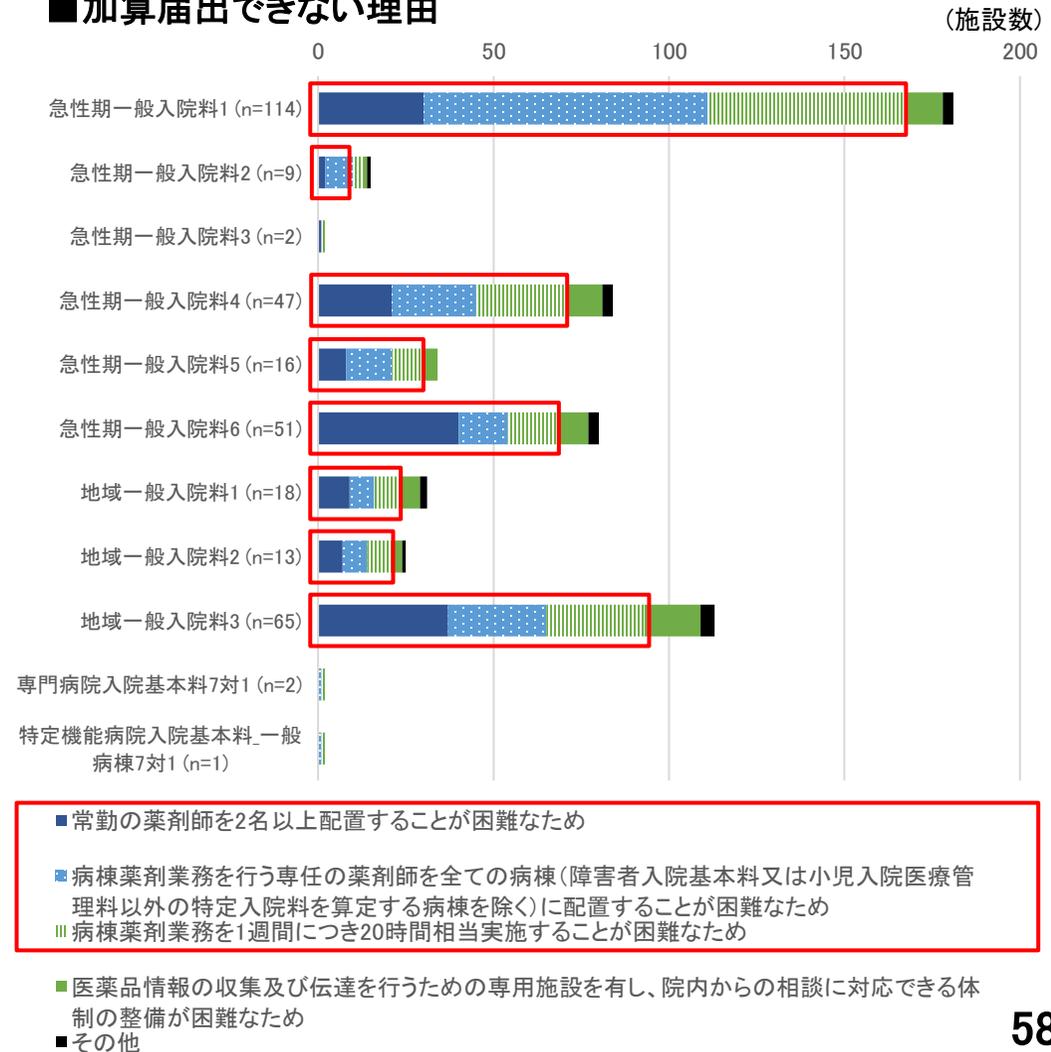
病棟薬剤業務実施加算 1 の届出状況等

- 病棟業務実施加算1が届出されているのは、全体の約6割であった(874施設中、521施設)。
- 急性期一般入院料の届出施設では、当該入院料が6から1となるにつれて、病棟薬剤業務実施加算の届出割合が増加する傾向が見られた。
- 届出できない理由としては、薬剤師の配置が困難であることの回答が多かった。

■入院基本料別の加算届出状況



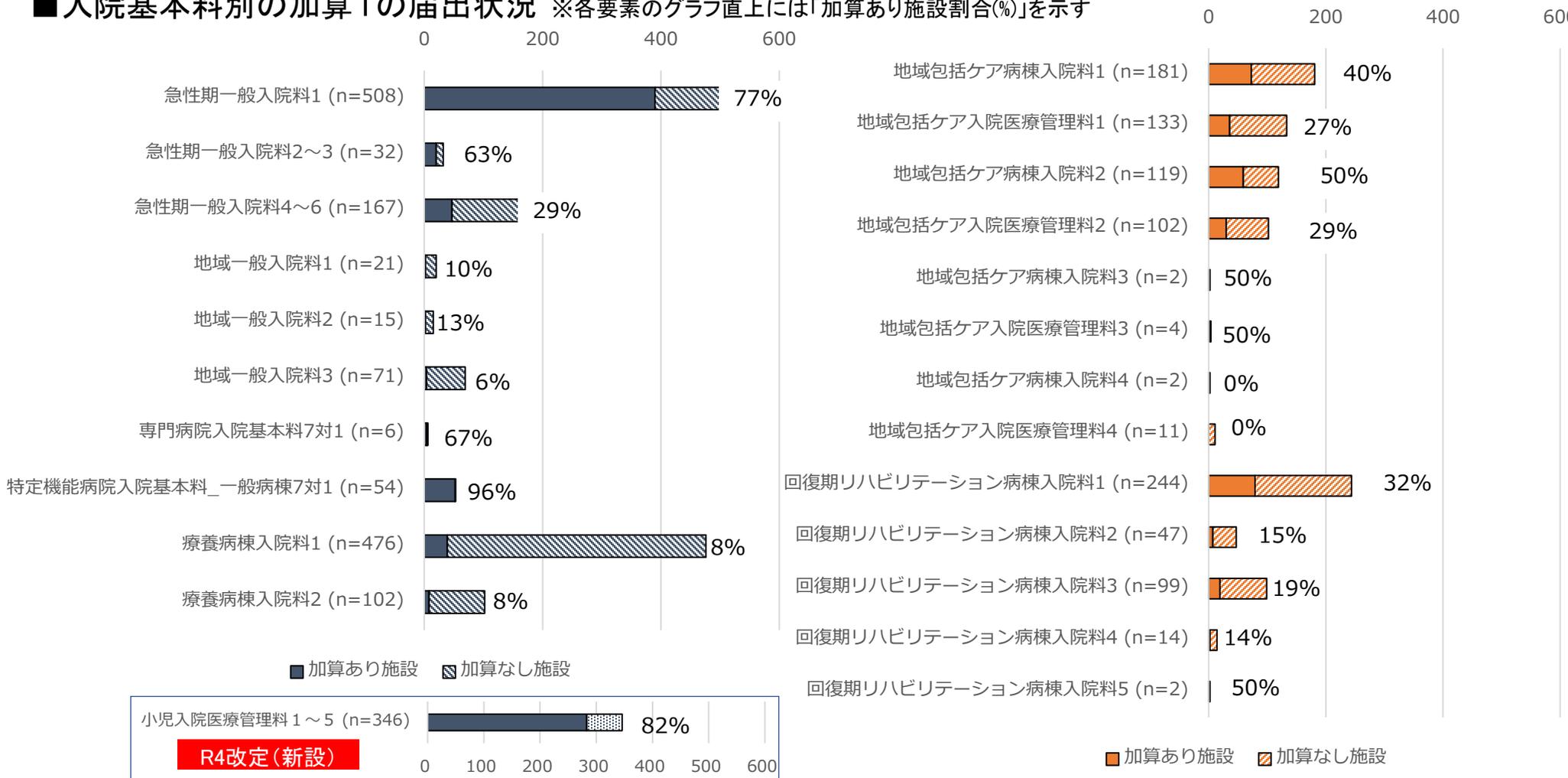
■加算届出できない理由



施設調査における病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について

- 急性期一般入院料1～3や特定機能病院入院基本料を算定する医療機関以外では、全般的に病棟薬剤業務実施加算1の届出割合が低い。
- 小児入院医療管理料を算定する医療機関における同加算1の届出割合は高い。

■ 入院基本料別の加算1の届出状況 ※各要素のグラフ直上には「加算あり施設割合(%)」を示す



病棟に勤務する薬剤師数について

○ 40床あたりの病棟に勤務する平均薬剤師数は急性期病棟で1.05人、回復期病棟で0.67人。

急性期病棟

入院料	病棟数	平均病床数	40床あたり 平均薬剤師数
急性期一般入院料 1	1804	43.7	1.15
急性期一般入院料 2～3	72	46.7	0.63
急性期一般入院料 4～6	150	46.0	0.52
地域一般入院料 1～2	39	43.2	0.56
地域一般入院料 3	45	44.8	0.71
専門病院入院基本料（7対1）	25	44.9	0.60
特定機能病院入院基本料（一般 7対1）	453	43.3	0.92
小児入院医療管理料	86	32.6	1.06
（小計）急性期病棟	2742	42.5	1.05

回復期病棟

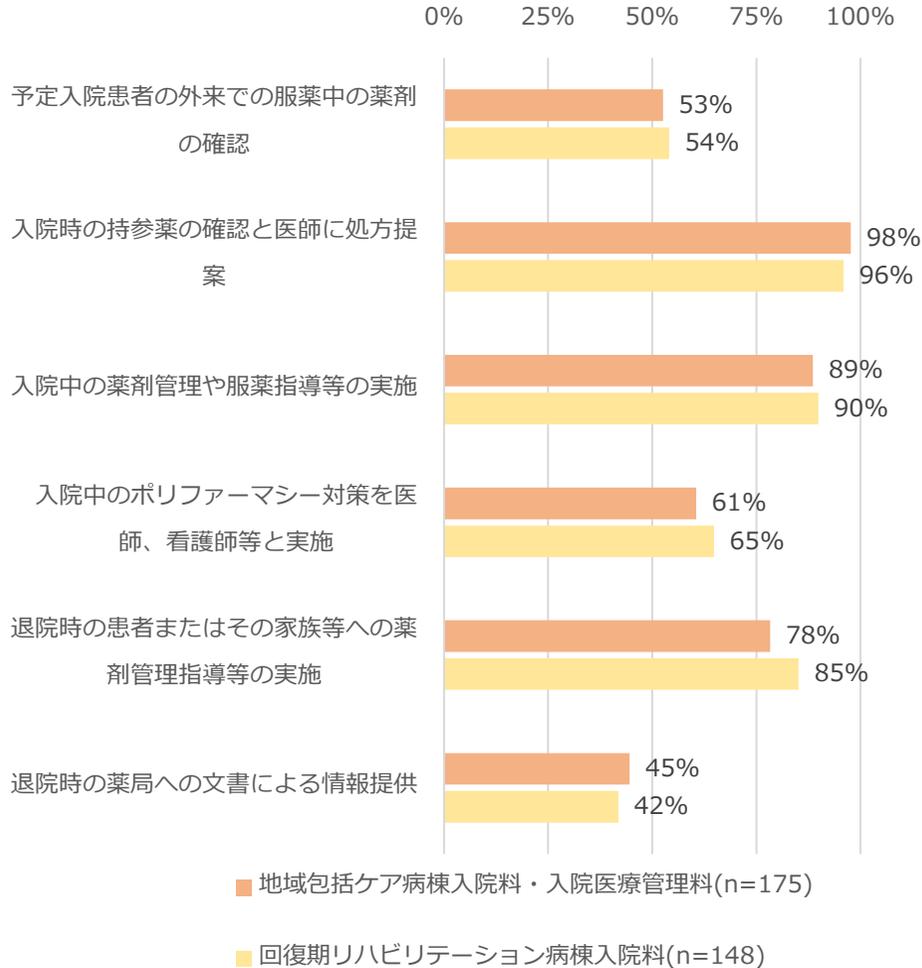
入院料	病棟数	平均病床数	40床あたり 平均薬剤師数
地域包括ケア病棟入院料・ 管理料 1	139	39.2	0.84
地域包括ケア病棟入院料・ 管理料 2	148	38.2	0.83
地域包括ケア病棟入院料・ 管理料 3	4	37.5	0.68
回復期リハビリテーション 病棟 1	238	48.3	0.51
回復期リハビリテーション 病棟 2	34	44.8	0.28
回復期リハビリテーション 病棟 3	71	38.3	0.58
回復期リハビリテーション 病棟 4	8	45.3	0.72
（小計）回復期病棟	717	42.1	0.67

※薬剤師数について回答のあった施設のみを集計
地域一般入院料はA票およびB票からの回答を集計

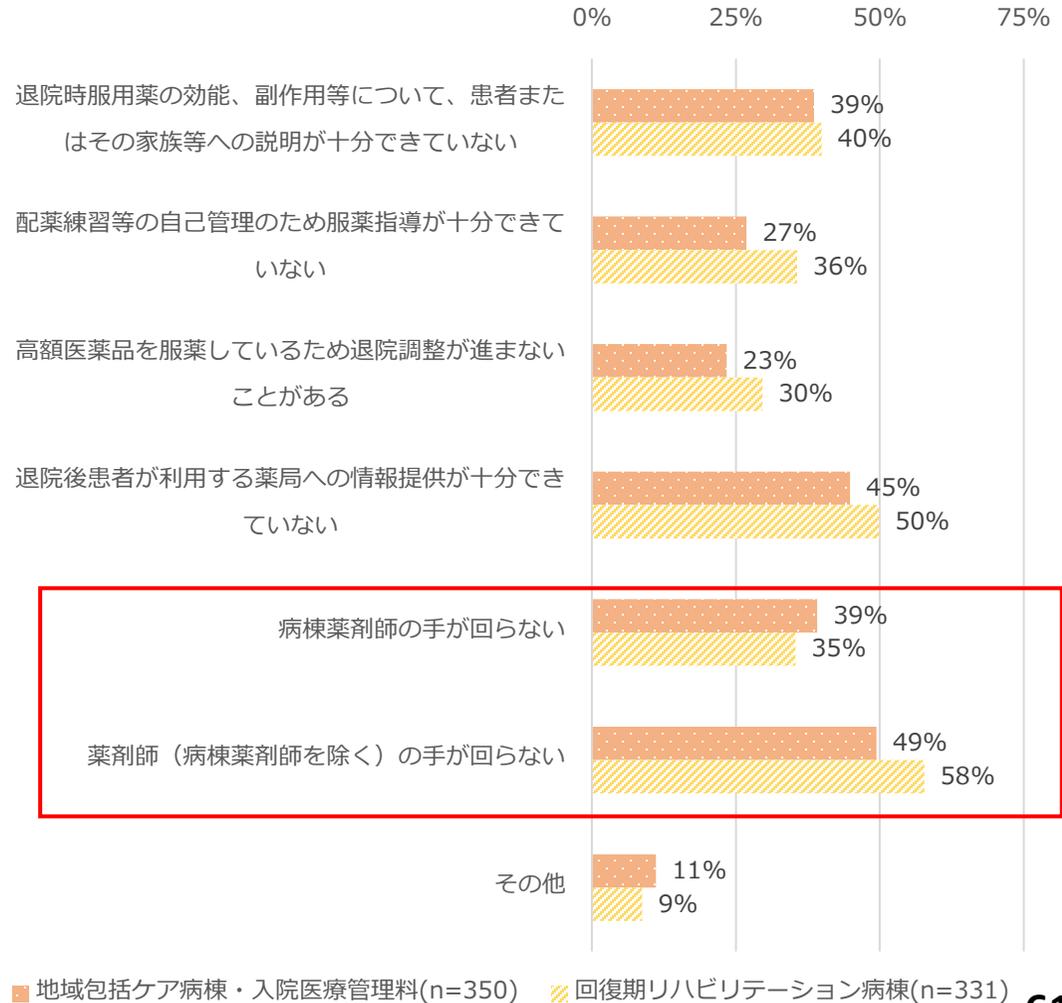
回復期病棟における薬剤師の業務の状況等

- 回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟・入院医療管理料の病棟では、全般的に薬学的管理が行われているが、項目によって差がある。
- これらの病棟において困っていることの回答が多かったのは、薬剤師の手がまわらないことであり、具体的業務としては、退院時の服用薬の説明や退院後の薬局への情報提供が十分できていないことであった。

■病棟において実施している薬学的管理の状況



■病棟において薬剤管理や服薬指導で困っていること

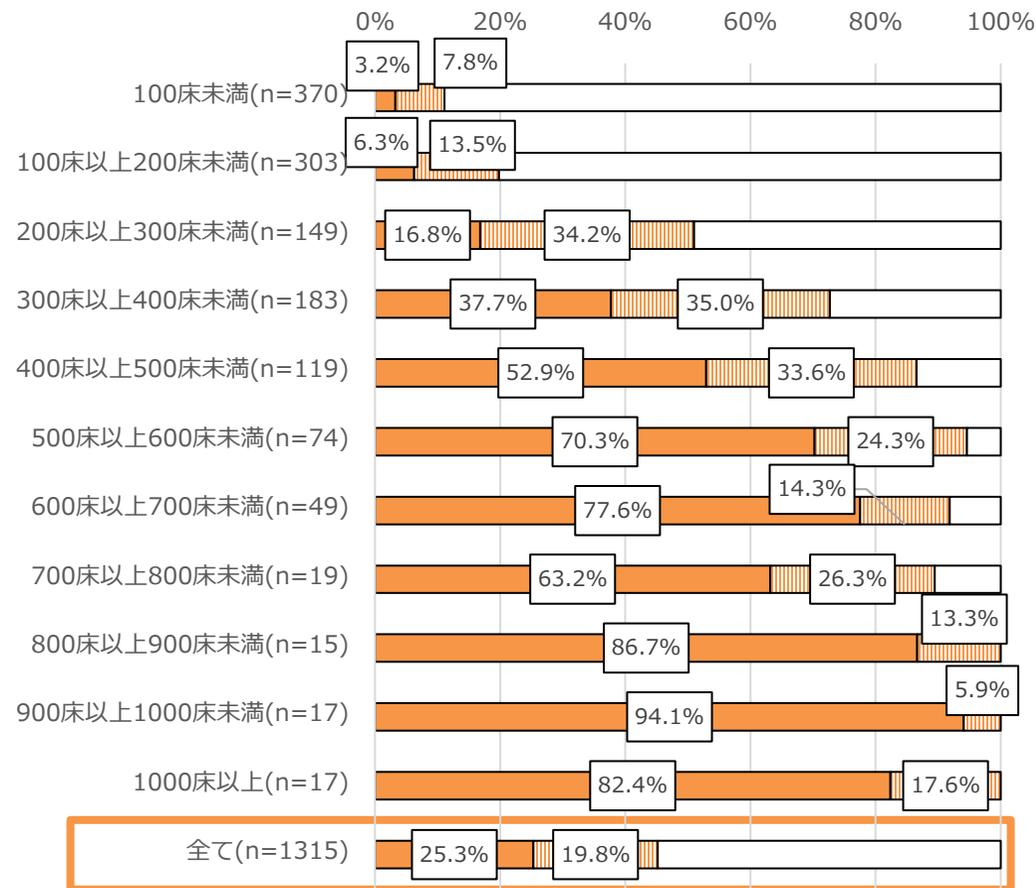
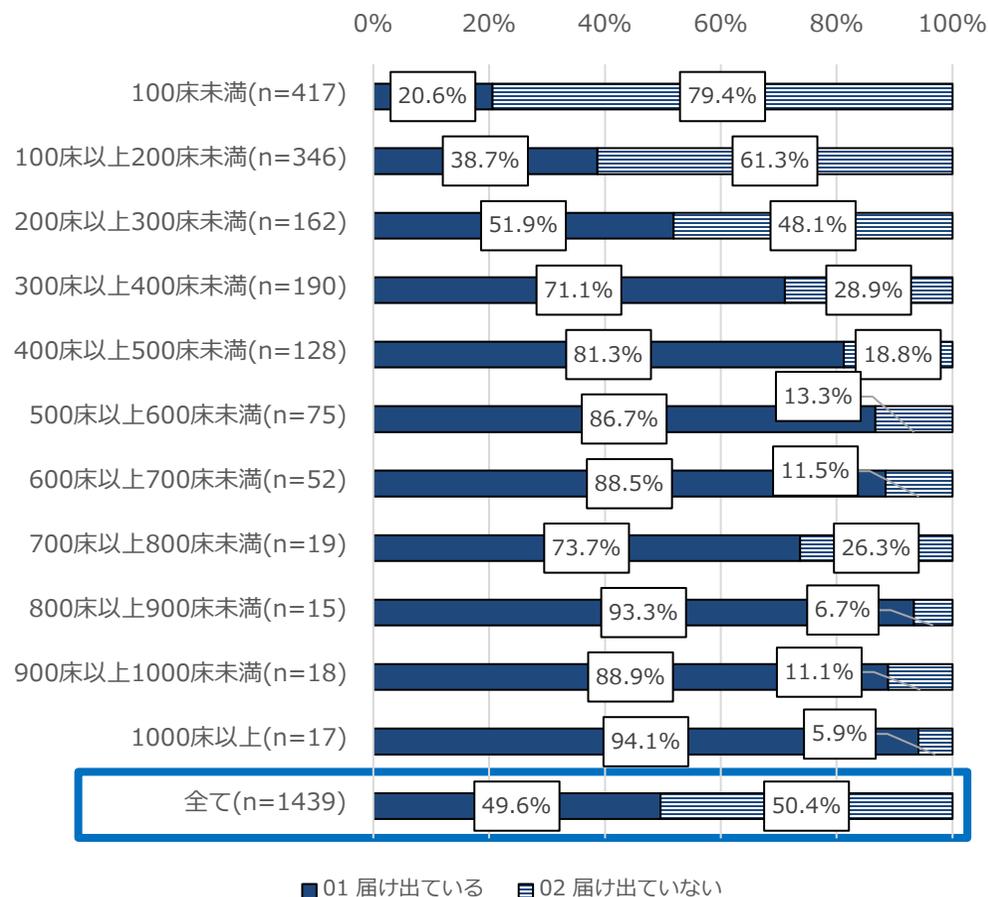


病棟薬剤業務実施加算の届出状況

- 病棟薬剤業務実施加算1を届出している施設は49.6%、加算2は25.3%の施設であった。
- 病床規模が大きくなるにつれて、届出率が高い。
- 加算2について200床から500床の施設では「治療室があるが届け出ていない」の割合が多かった。

■ 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況 (n=1439)

■ 病棟薬剤業務実施加算2の届出状況 (n=1315)



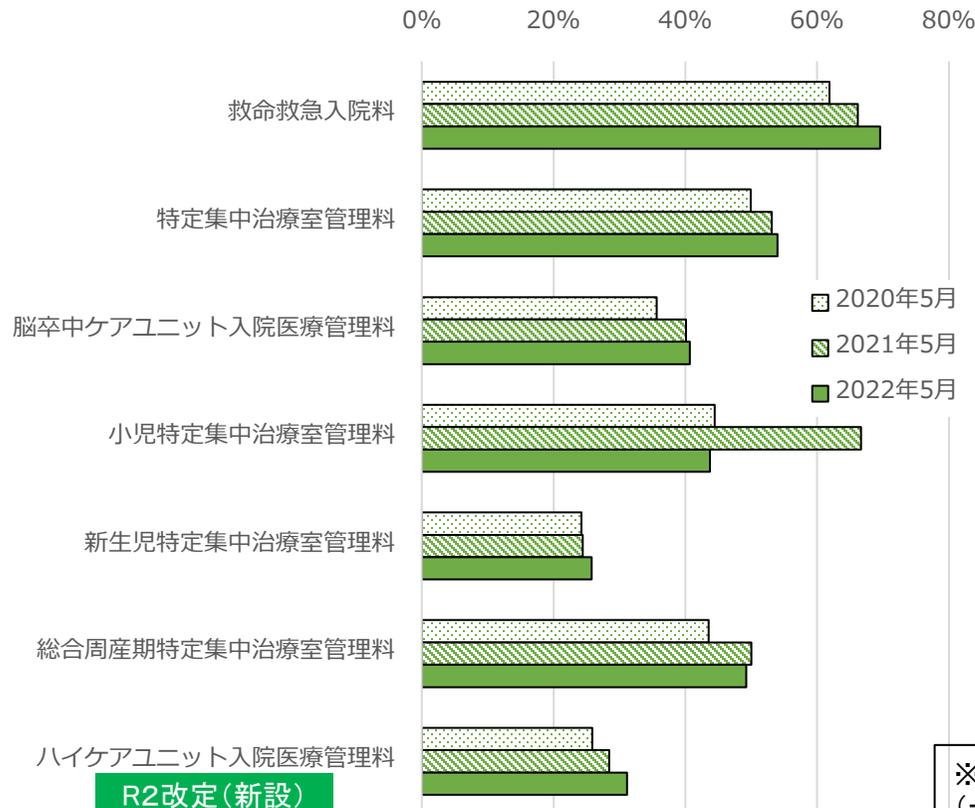
※病棟薬剤業務実施加算2(治療室等における薬剤師業務の評価)は同加算1(一般病棟等における薬剤師業務の評価)を算定していることが算定要件となっている。

■ 01 届け出ている
 ■ 02 治療室があるが届け出ていない
 □ 03 治療室がないため届け出ていない

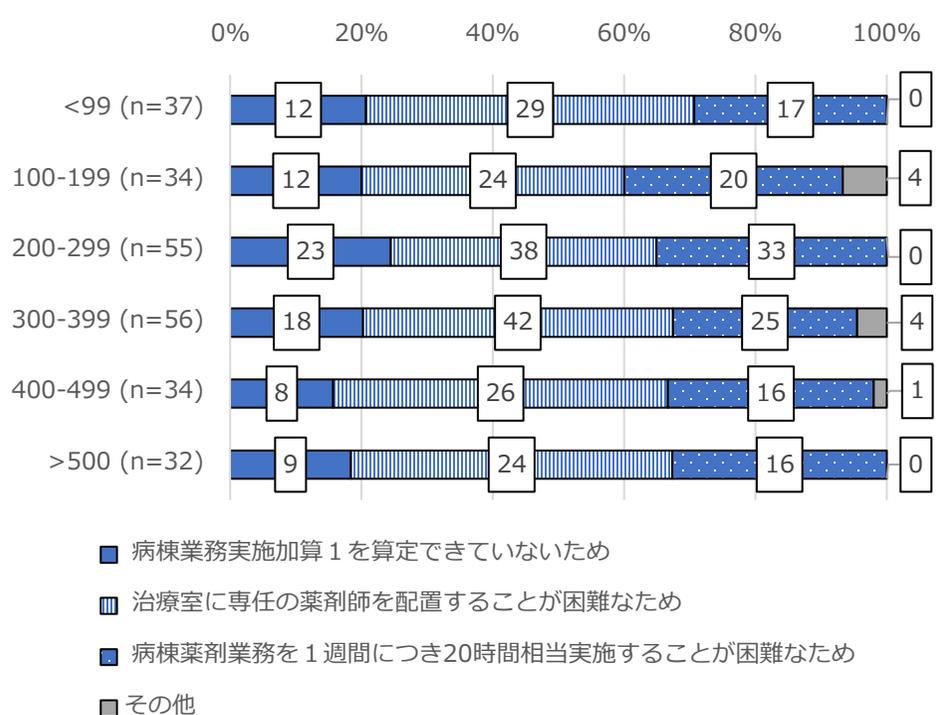
集中治療室等における病棟薬剤業務の実施状況等

- 病棟薬剤業務実施加算2を算定している治療室は増加傾向にあり、救命救急入院料を算定する治療室のうち約7割が算定している。
- R2改定において、同加算2が算定可能となったハイ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算定は、増加傾向にある。
- 同加算2が届出できない理由としては、治療室へ配置する薬剤師が不足しているほか、同加算1を算定できていないため(全対象病棟に薬剤師を配置する必要がある)が、いずれの病床規模においても約2割を占めていた。

■ 治療室別の病棟薬剤業務実施加算2の算定状況



■ 病棟薬剤業務実施加算2が届出できない理由



※病棟薬剤業務実施加算2(治療室等における薬剤師業務の評価)は同加算1(一般病棟等における薬剤師業務の評価)を算定していることが算定要件となっている。

課題と論点

(医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進)

- 働き方改革推進の中で、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年960時間の上限規制が適用されるが、地域量確保暫定特例水準(B水準)及び集中的技能向上水準(C水準)の医療機関においては、特例的に年1,860時間の上限規制が適用される。
- 年1,860時間の特例的な時間外労働時間の上限も、将来的には縮減方向であり、特に地域医療確保暫定特例水準(B水準)は2035年度末の終了が目標とされている。
- また、勤務医への意識調査において、一定の医師が勤務状況の改善の必要性を指摘している。
- 令和2年度改定において、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供を評価した地域医療体制確保加算が新設され、令和4年度改定においては施設基準の見直しが行われている。
- 地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価するため、平成20年度改定において、医師事務作業補助体制加算が新設され、その後順次評価の拡大・充実が図られてきた。
- 特定集中治療室等においては、常時、専従の医師が配置されることが要件とされている。また、医師等の宿日直勤務については、一般的な許可基準に加え、より具体的な判断基準が示されている。
- 一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。
- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施

課題と論点

(看護職員の負担軽減)

- 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では主に、夜間の看護体制の充実及び看護補助者の業務分担・協働に対して評価が行われている。
- 夜間の看護体制については、看護職員や看護補助者の加配に関する評価に加え、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組状況を評価している。看護職員と看護補助者との業務分担・協働の状況としては、以下の特徴があった。
 - 備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い
 - 一方で、看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助である
 - 看護職員の業務負担軽減策としては、他職種の設定やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クレーンの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜勤・交代勤務の改善に関するものとしては「11時間以上の勤務間隔の確保」等が効果がある
- 令和4年度報酬改定で新設した看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ている。

(病院の薬剤師)

- チーム医療やタスク・シフト/シェアの推進の中で、医療機関における薬剤師の業務は集中治療室を含めた様々な病棟薬剤業務や周術期における薬学管理にも広がってきており、医師の負担軽減及び医療の質向上への貢献の観点からも評価されている。
- 診療報酬で評価されている業務が実施できない理由として薬剤師が不足していることが多く挙げられており、このため必要な業務を十分実施することができない状況がある。

【論点】

- 働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる中、これまでの医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取組や、これまでの診療報酬上の対応を踏まえ、働き方改革の推進に対する診療報酬の評価の在り方について、どのように考えるか。

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
2. **地域包括ケア病棟について(その3)**
3. 慢性期入院医療について(その3)
4. 横断的事項について

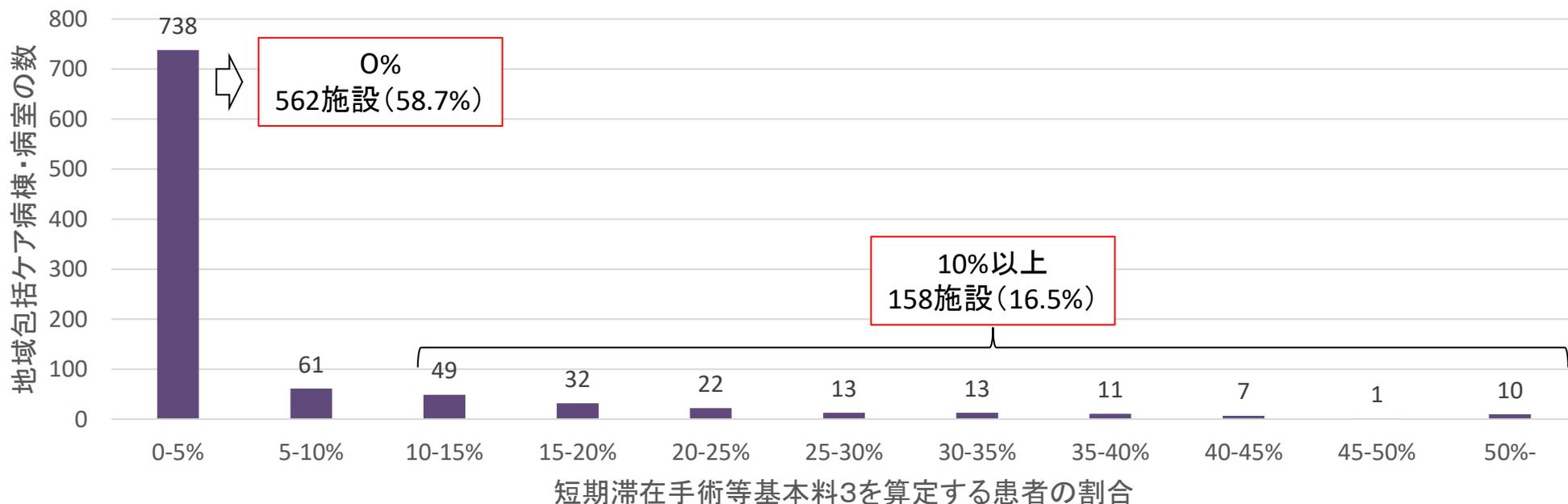
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（16.5%）は10%以上であった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

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



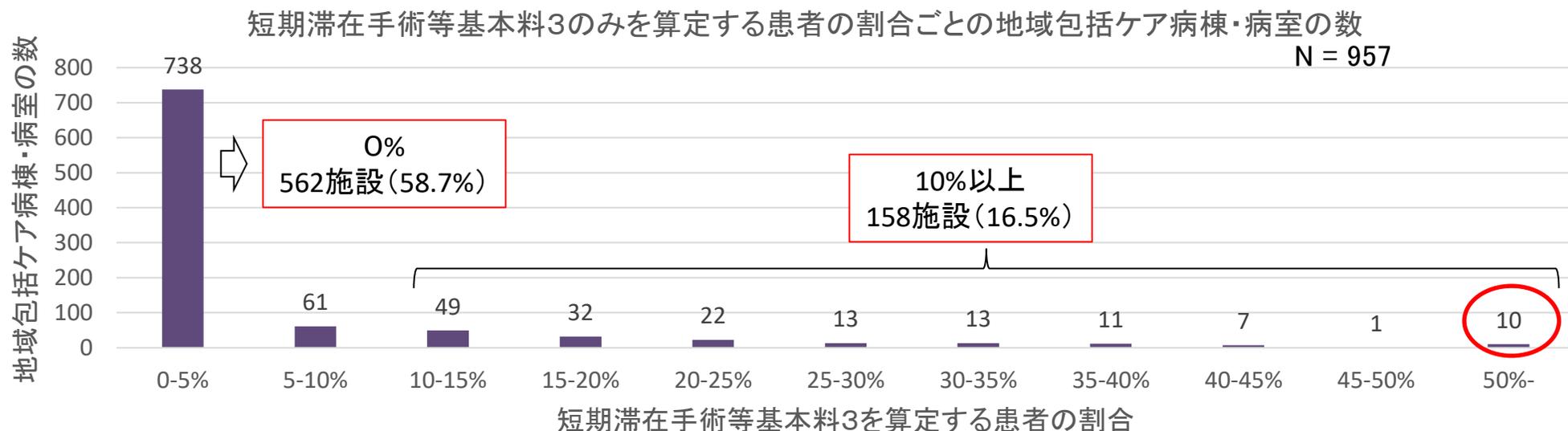
$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

- 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（16.5%）は10%以上であった。



短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が50%を超えている地域包括ケア病棟・病室のうち、分母(地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定している患者)が50以上である、8施設の概要

	施設全体の許可病床数	病棟・病室の病床数	併設する病棟
A	281	47	急性期一般4, 療養1, 回リハ3
B	102	20	急性期一般1
C	197	34	急性期一般6, 療養1, 回リハ1
D	64	34	結核病棟7対1

	施設全体の許可病床数	病棟・病室の病床数	併設する病棟
E	110	55	急性期一般1
F	327	40	急性期一般4, 精神15対1, 障害者施設等10対1, 回リハ3
G	121	41	急性期一般1
H	100	46	回リハ2

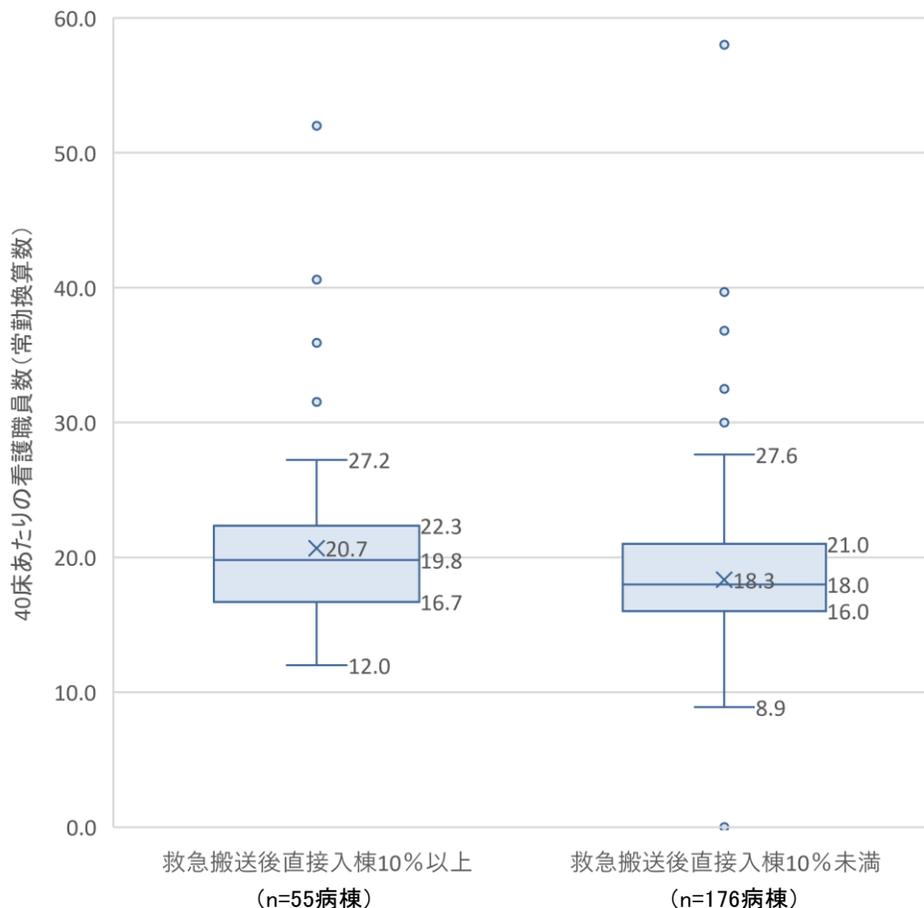
$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

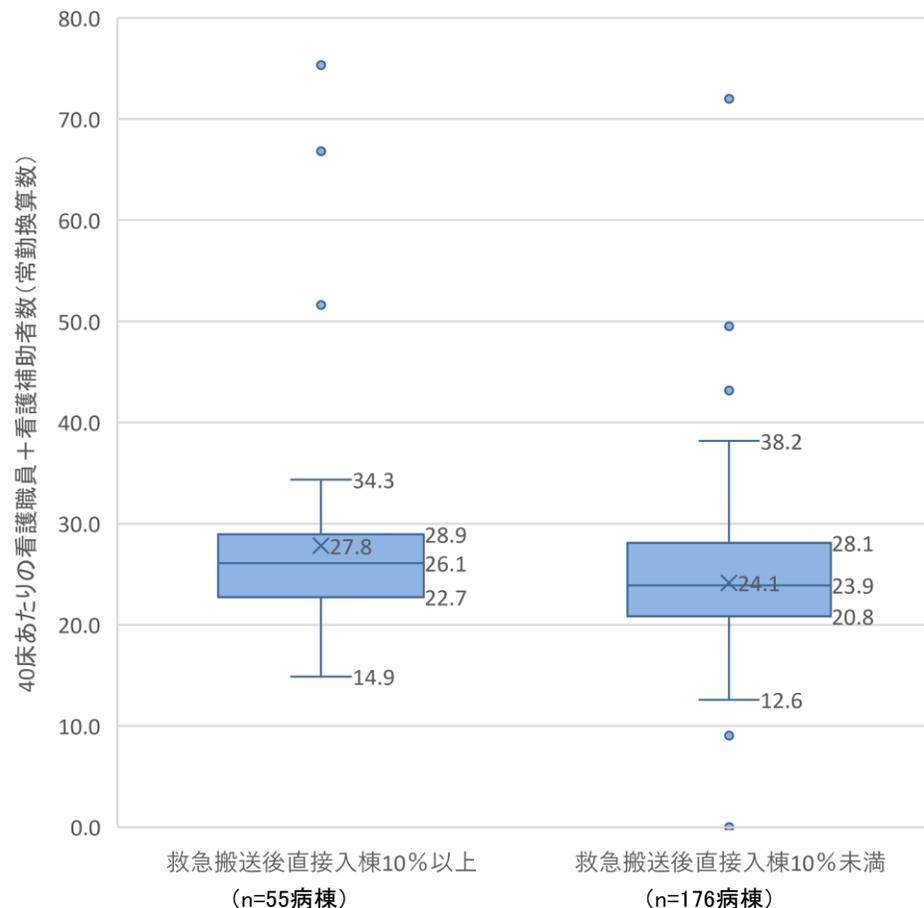
地域包括ケア病棟における救急搬送後直接入棟の患者の割合と看護職員配置数

○ 救急搬送直接入棟の患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が10%未満である地域包括ケア病棟と比較して、看護職員数及び看護要員数はやや多い傾向にあった。

■ 救急搬送直接入棟の患者の割合と、40床あたりの看護職員数



■ 救急搬送直接入棟の患者の割合と、40床あたりの看護要員（看護職員+看護補助者）数



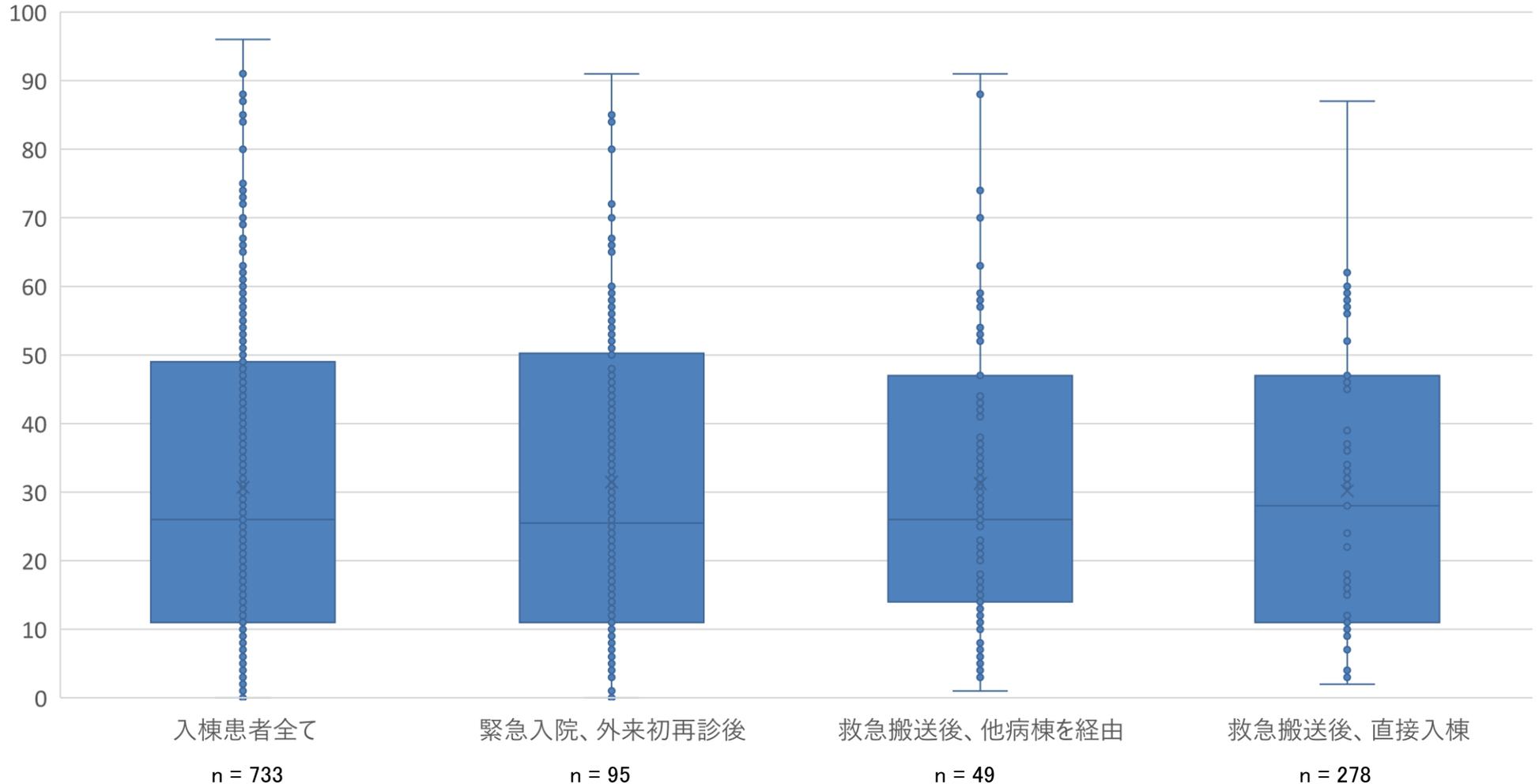
※医療保険届出病数が20床未満の病棟は集計から除外している。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟期間

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。

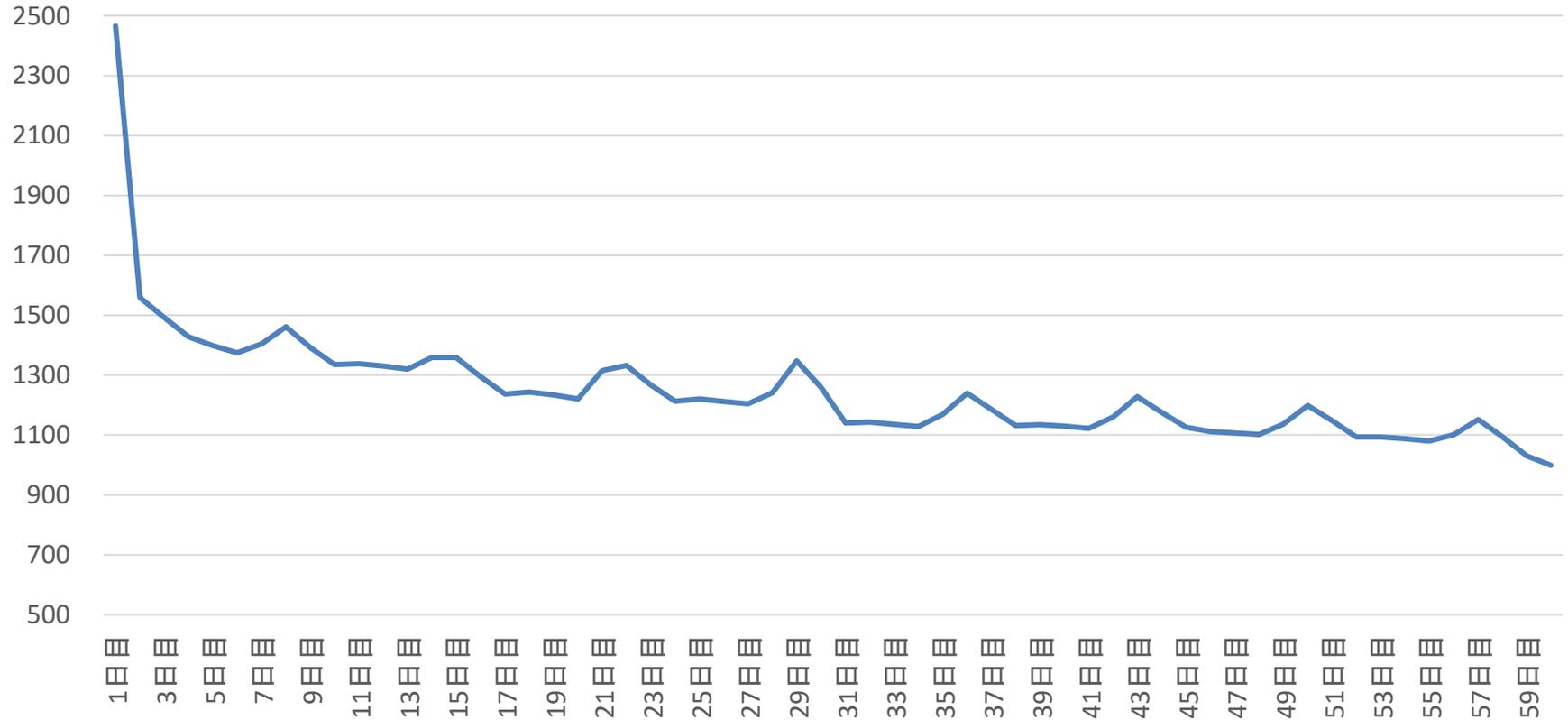
患者の入棟期間の分布



入院日数に応じた医療資源投入量

○ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。

1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)



課題と論点

(地域包括ケア病棟)

- 地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。
- 救急搬送直接入棟の患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が10%未満である地域包括ケア病棟と比較して、看護職員数及び看護要員数はやや多い傾向にあった。

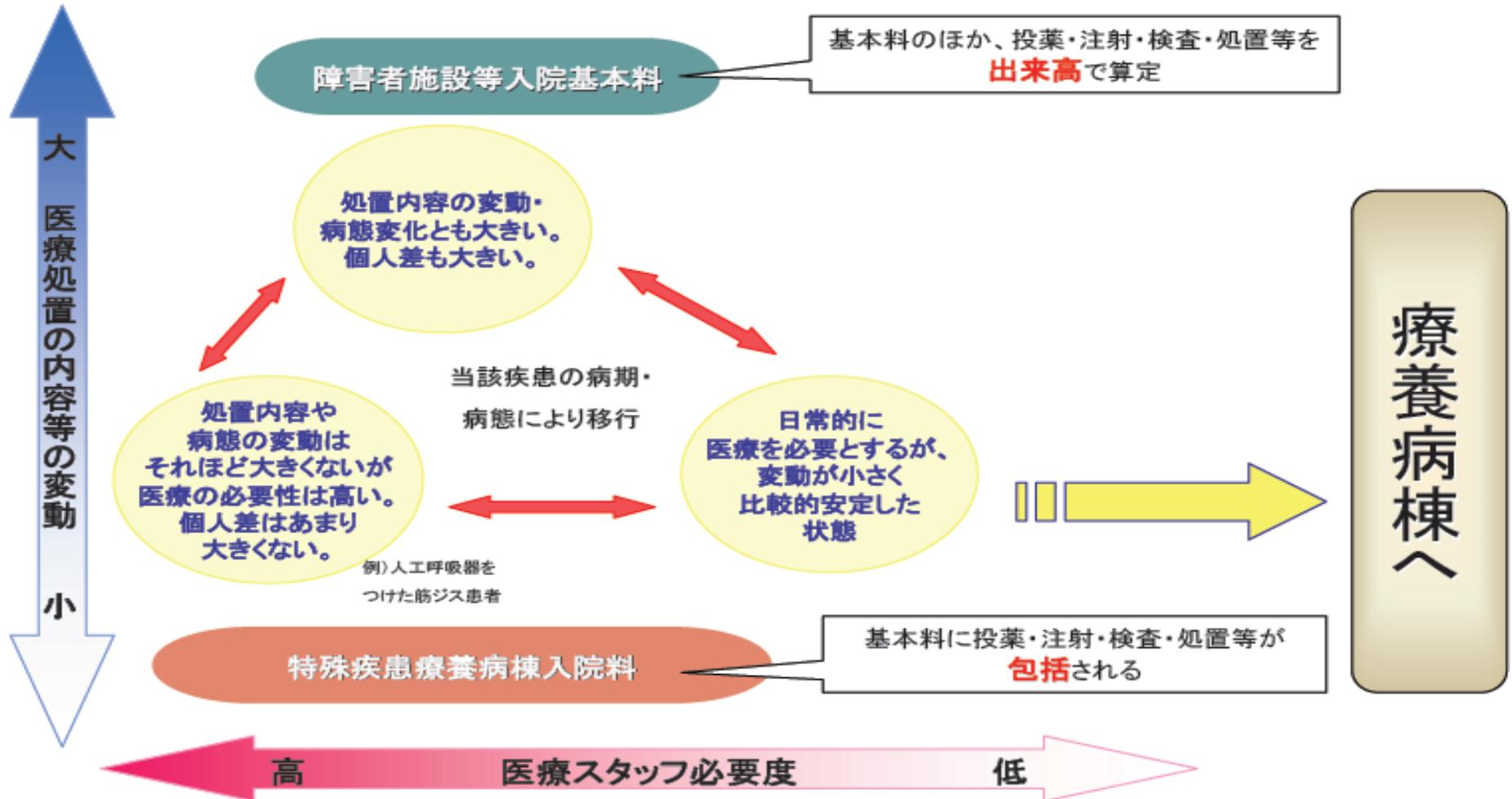


【論点】

- 地域包括ケア病棟で行われている医療の入院後の推移等から、地域包括ケア病棟に入院する患者の評価についてどのように考えるか。

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
2. 地域包括ケア病棟について(その3)
3. 慢性期入院医療について(その3)
4. 横断的事項について

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

H12 障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

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

【上記施設以外における要件】

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

<障害者施設等入院基本料の特徴>

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

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19実態調査

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

H19

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

R4

令和4年度診療報酬改定

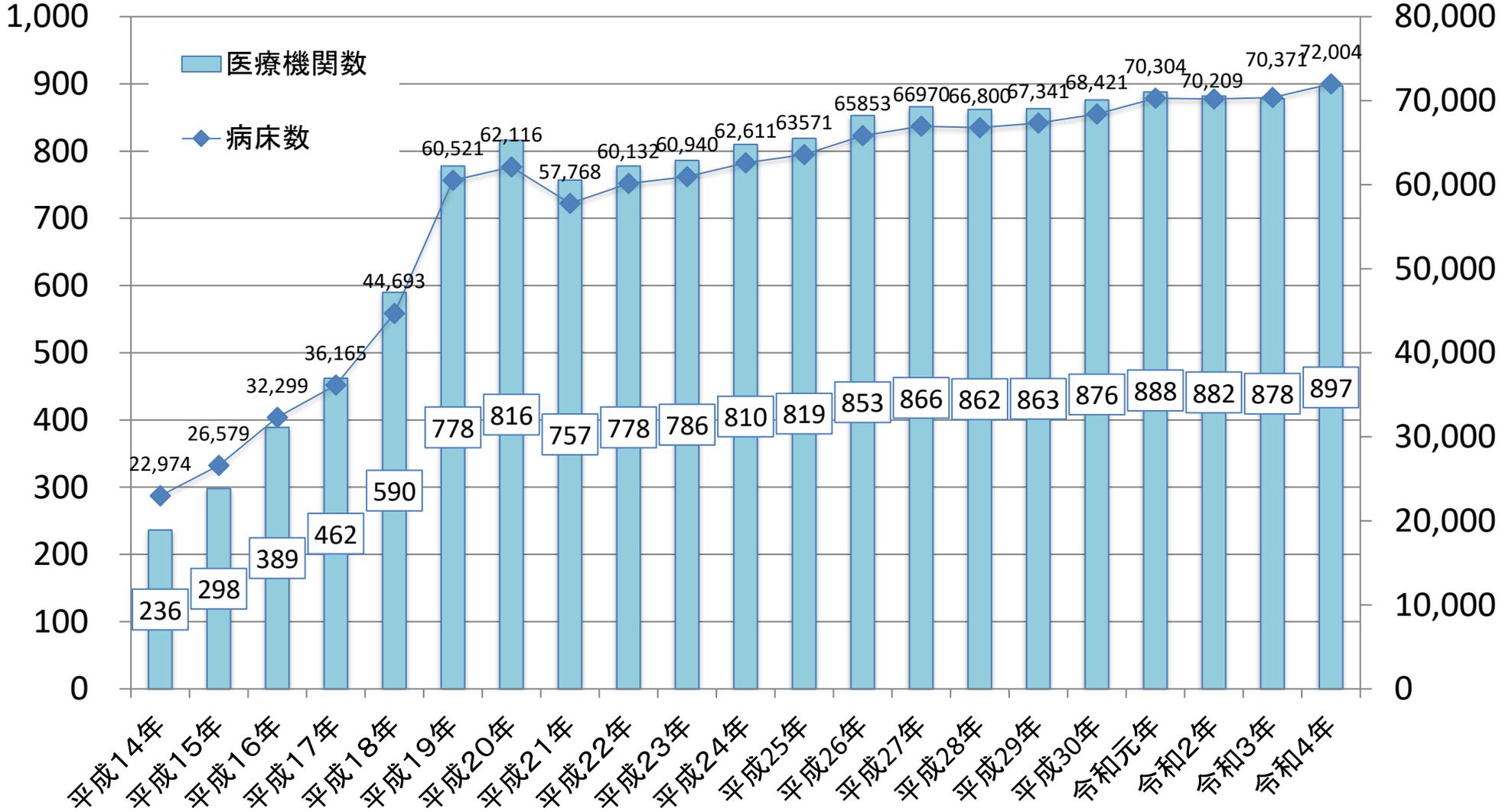
(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

障害者施設等入院基本料 届出医療機関数・病床数

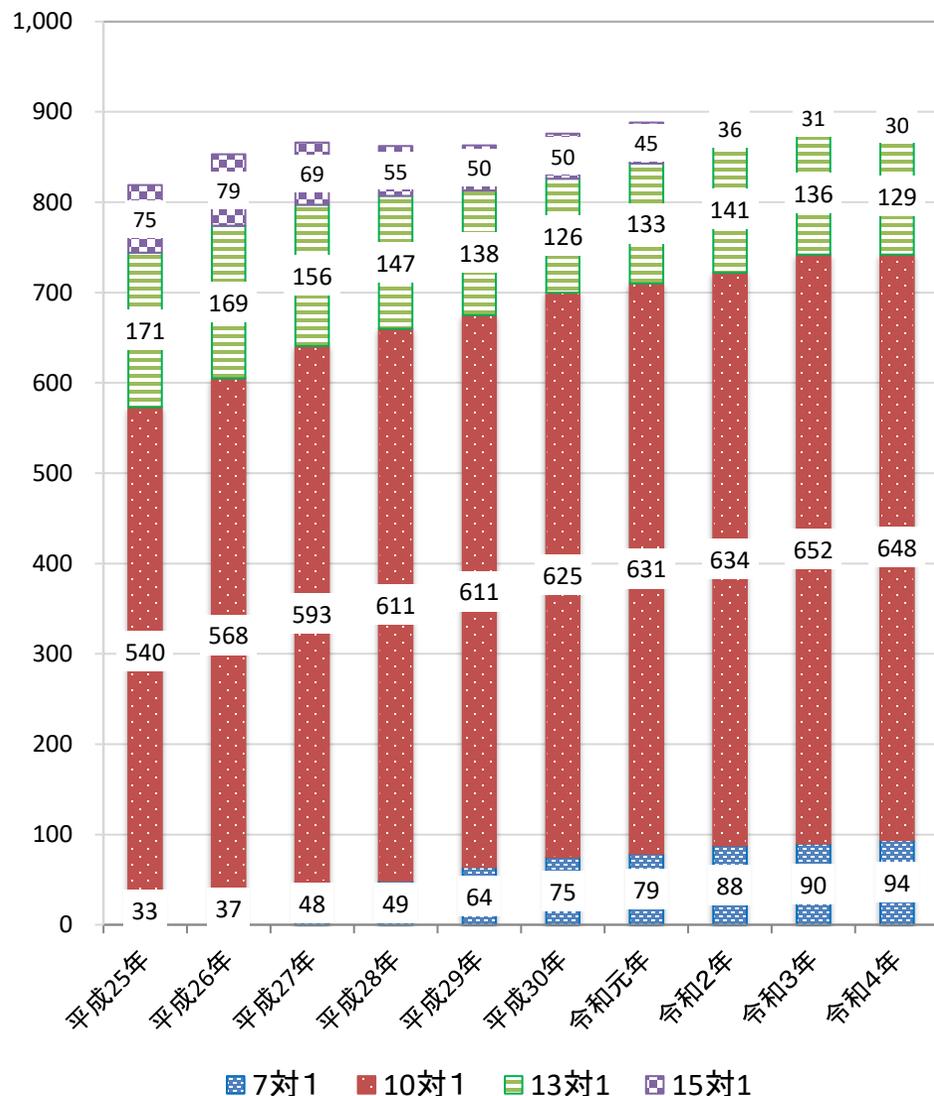
医療機関数

病床数

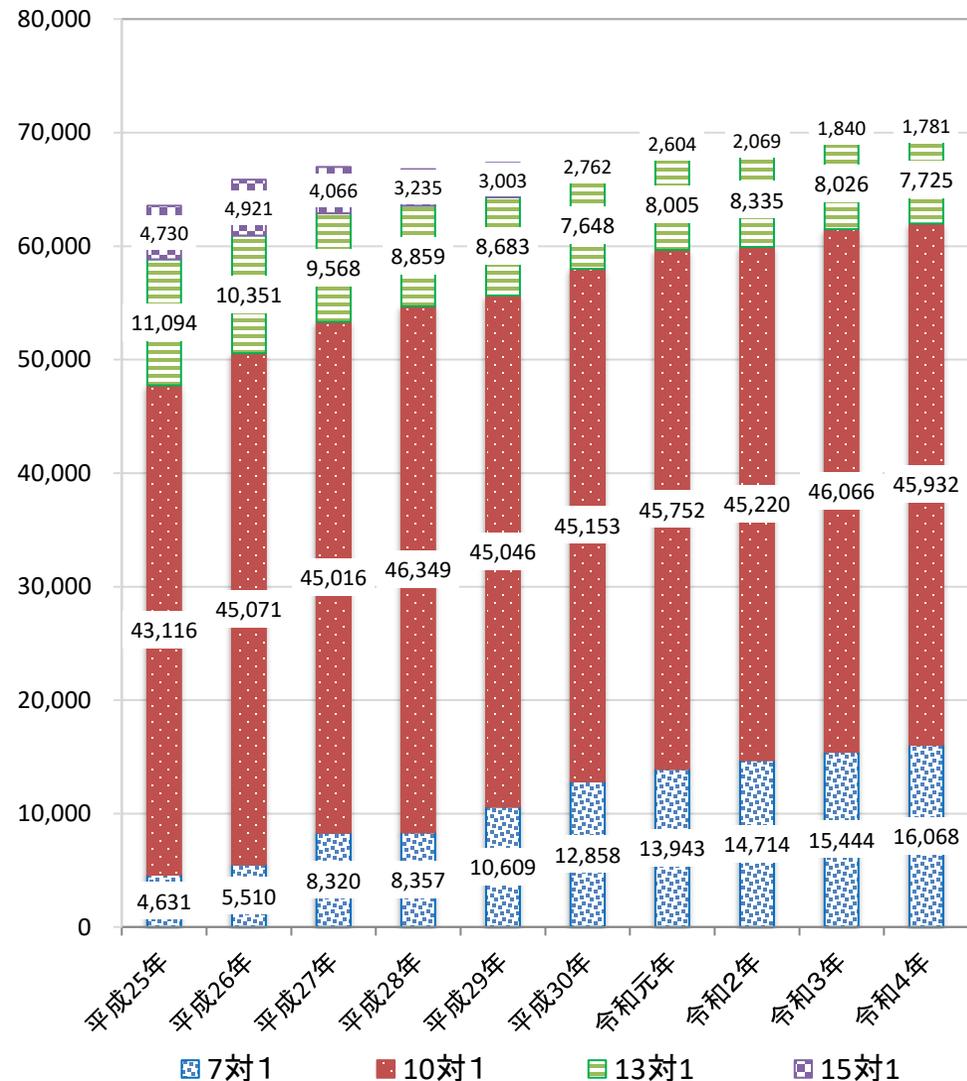


障害者施設等入院基本料 届出医療機関・病床数(入院料別)

医療機関数



病床数



H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設
(病室単位で算定可能に)

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

H18 平成18年度診療報酬改定
特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

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

H20 平成20年度診療報酬改定

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

H28 平成28年度診療報酬改定

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

R4 令和4年度診療報酬改定

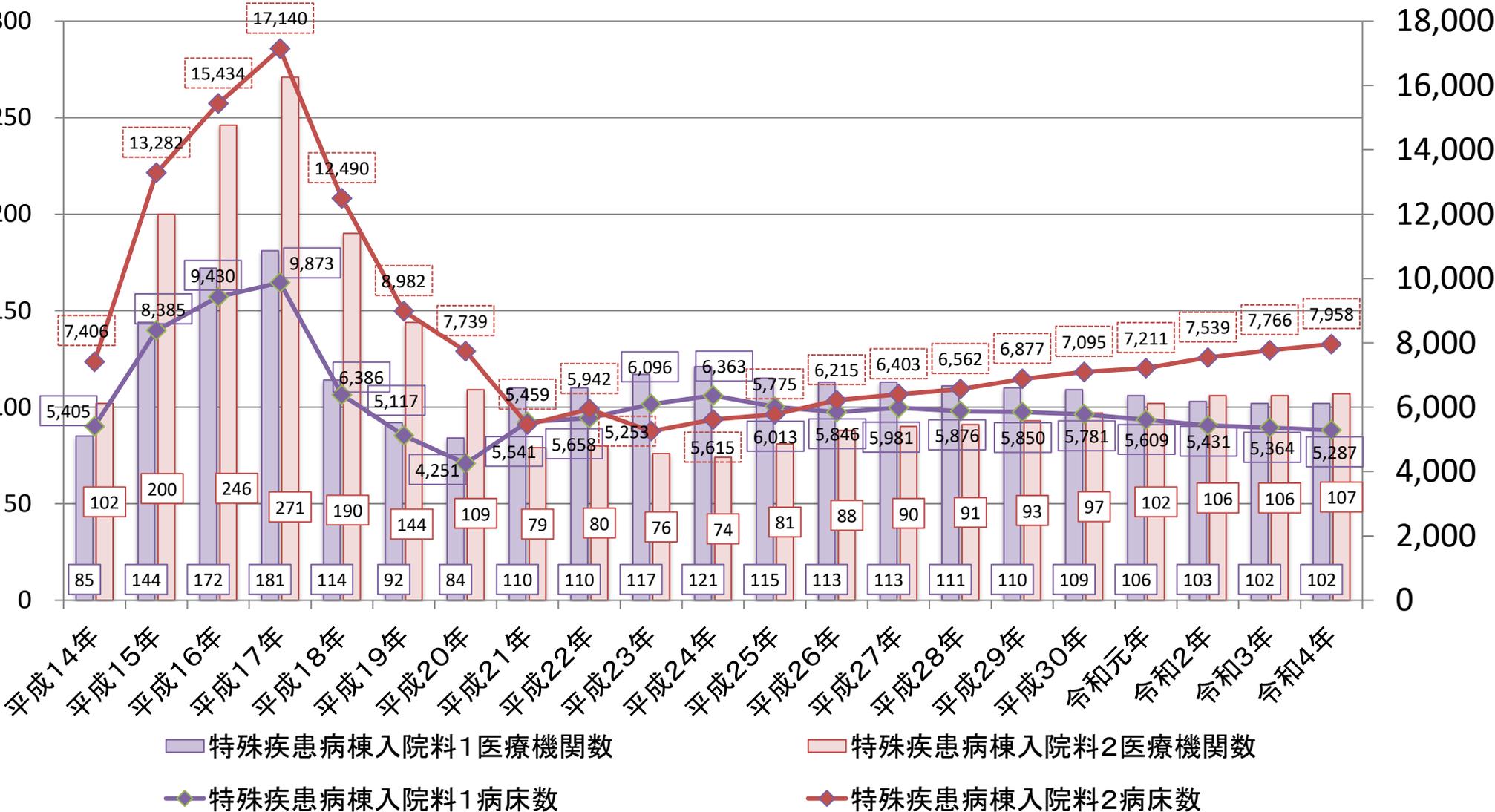
- ・特殊疾患病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とした。

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

特殊疾患棟入院料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数

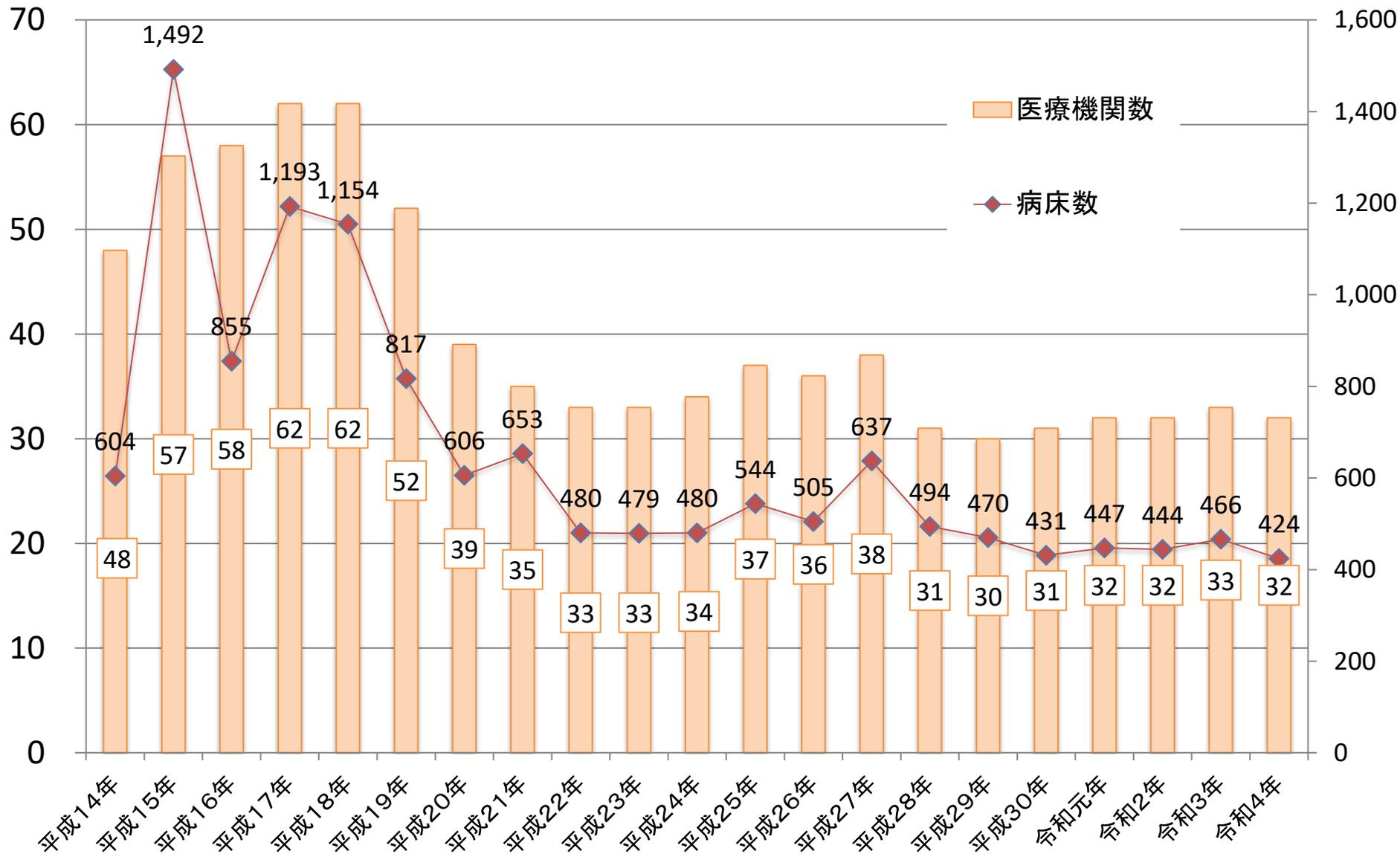


※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料

特殊疾患入院医療管理料 届出医療機関数・病床数

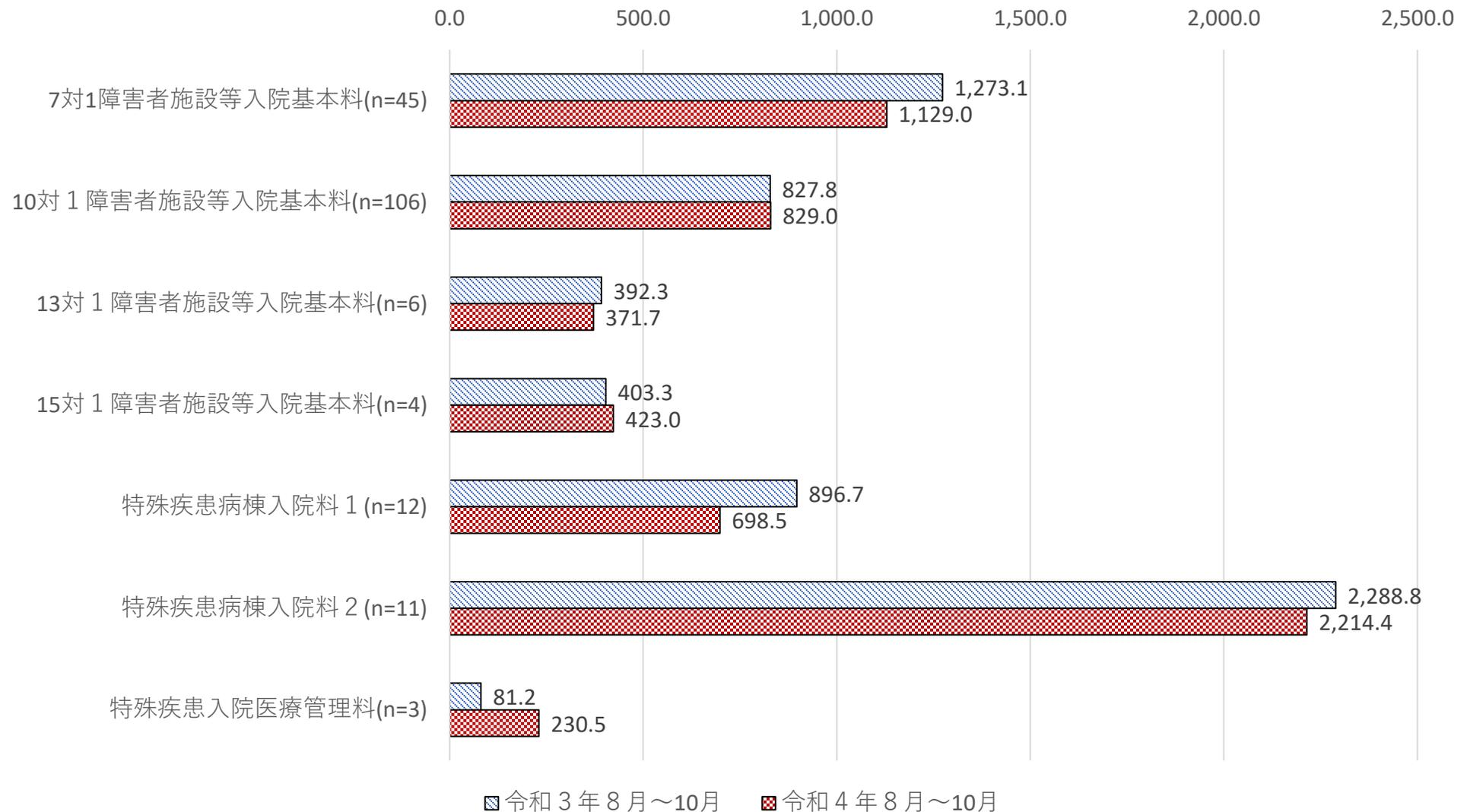
医療機関数

病床数



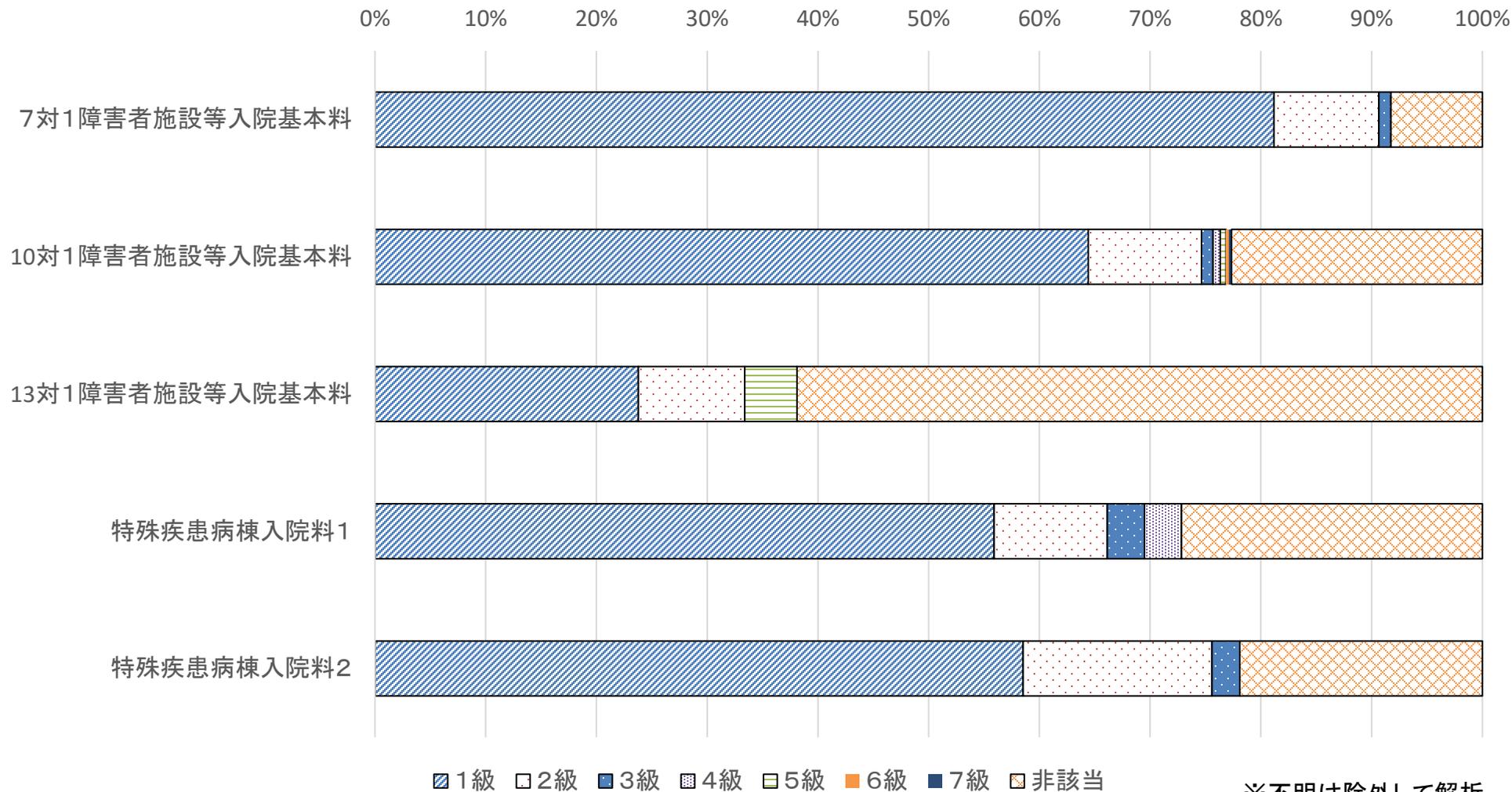
障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数

- 障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数は以下のとおり。
- 7対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患入院料1・2では平均在院日数が短縮していた。



身体障害者（肢体不自由）の等級（管理料別）

- 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の身体障害者（肢体不自由）の等級は以下のとおり。
- 7対1及び10対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料においては、1級の患者が最も多い。



※不明は除外して解析

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (抜粋・例)

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

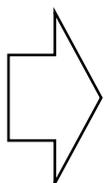
[算定要件] (抜粋・例)

特殊疾患入院医療管理料	2,070点
-------------	--------

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件] (抜粋・例)

1	特殊疾患病棟入院料1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料2	1,675点



改定後

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,345点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,221点

□ 13対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,207点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,084点

ハ 15対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,118点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6	イ 医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	□ 医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6 イ 特殊疾患病棟入院料1

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

□ 特殊疾患病棟入院料2

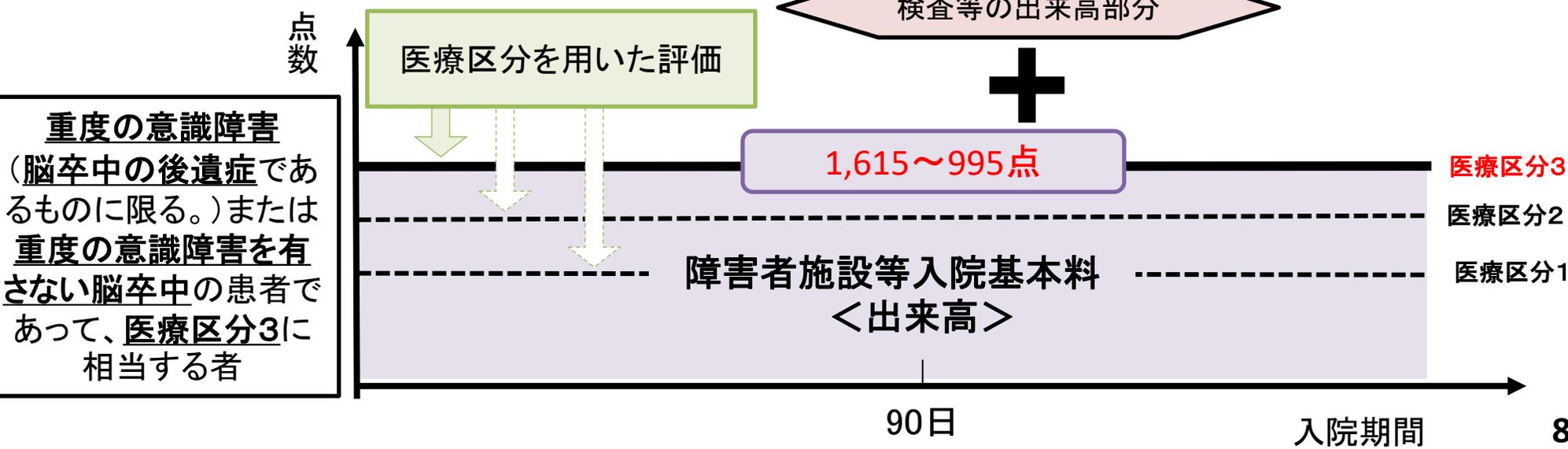
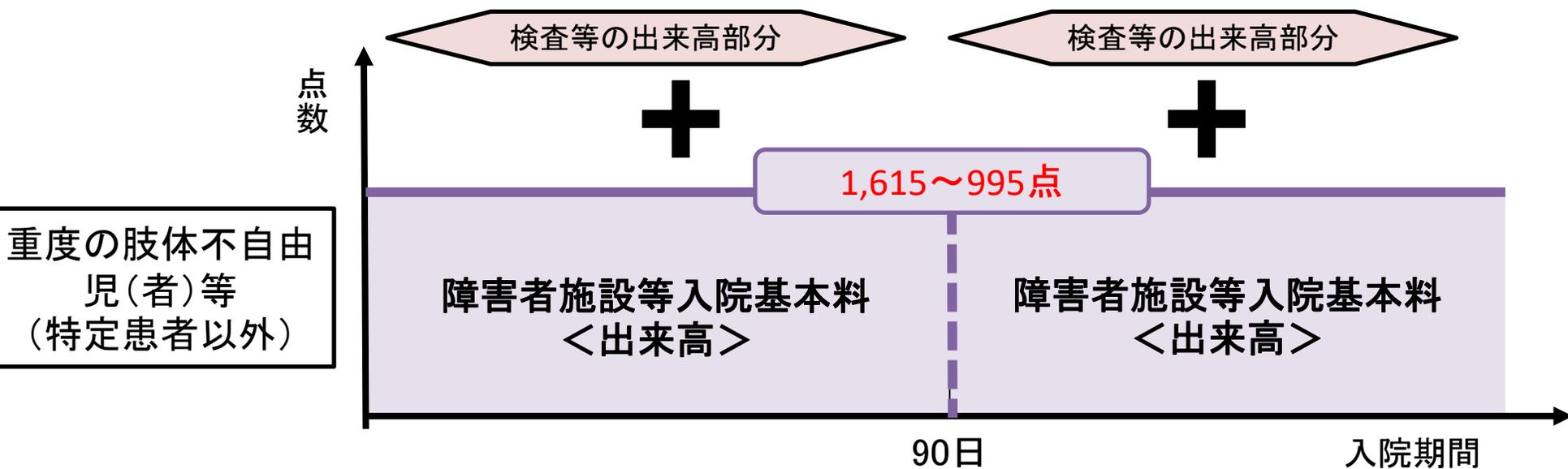
(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

- 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

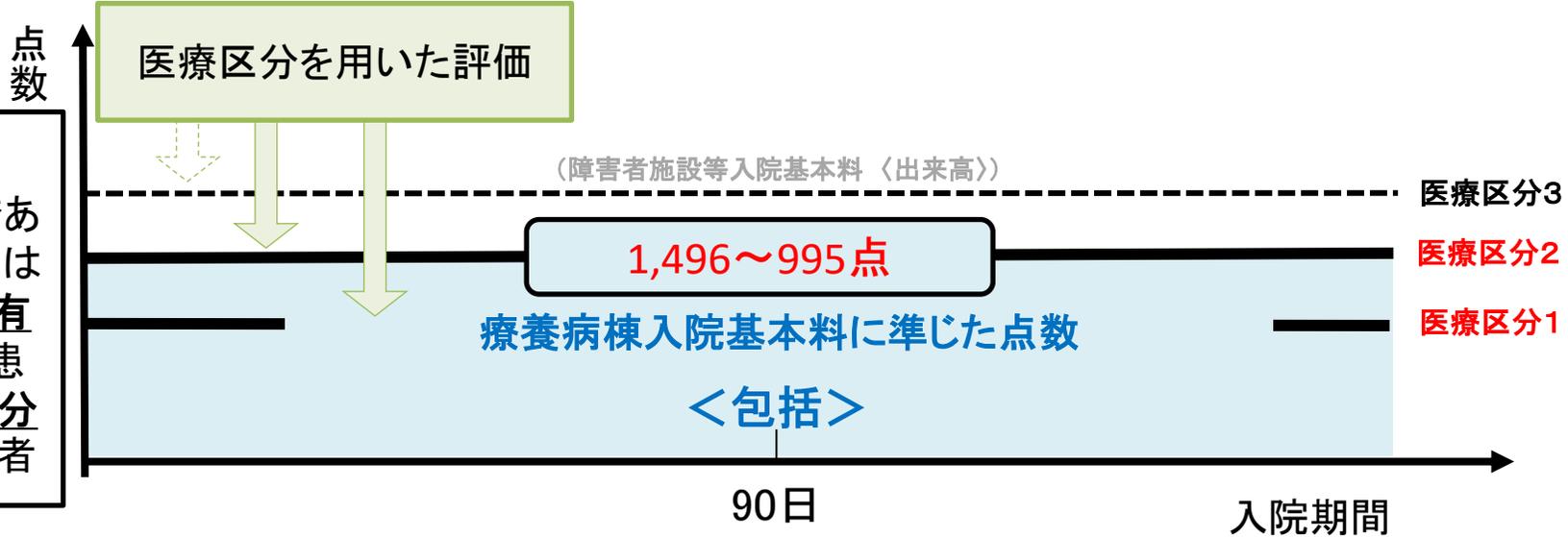
○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。



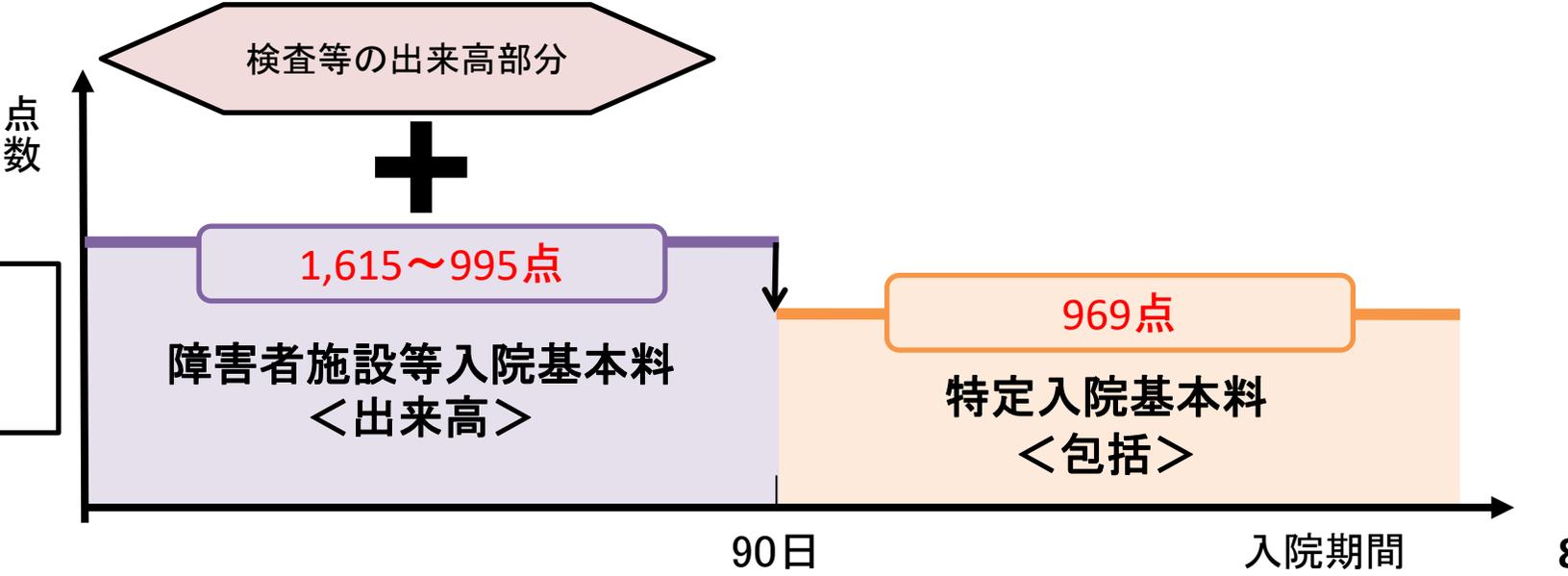
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。

重度の意識障害
 (脳卒中の後遺症であるものに限る。)または
重度の意識障害を有さない脳卒中の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者

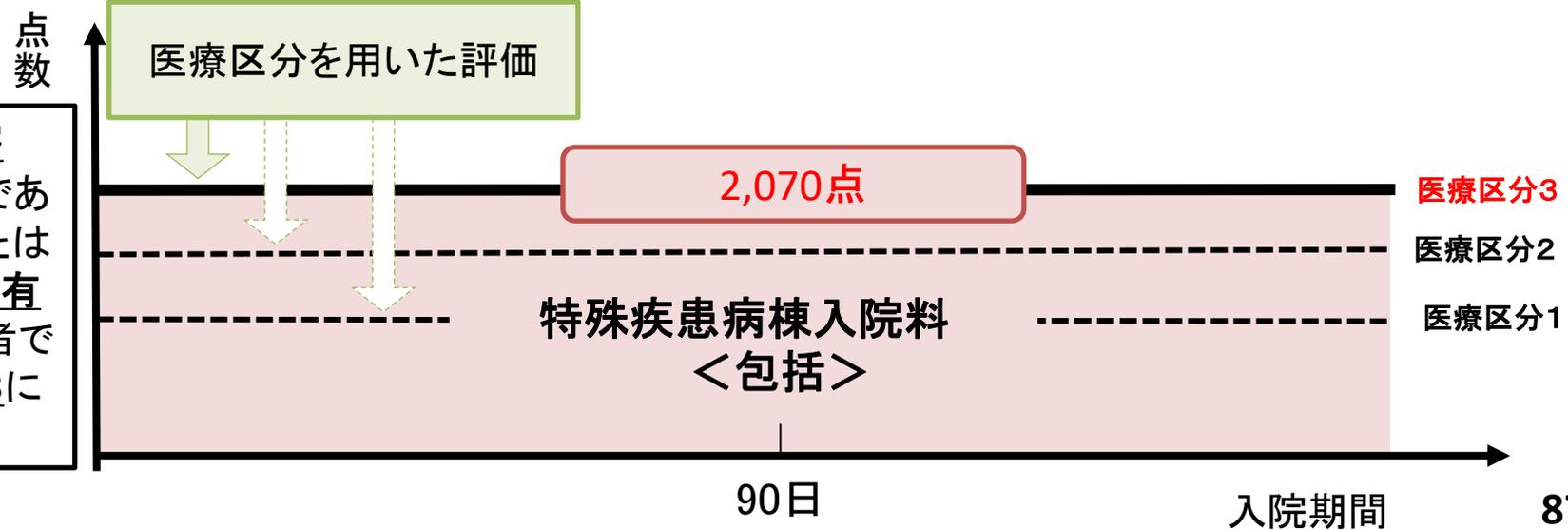


特定患者



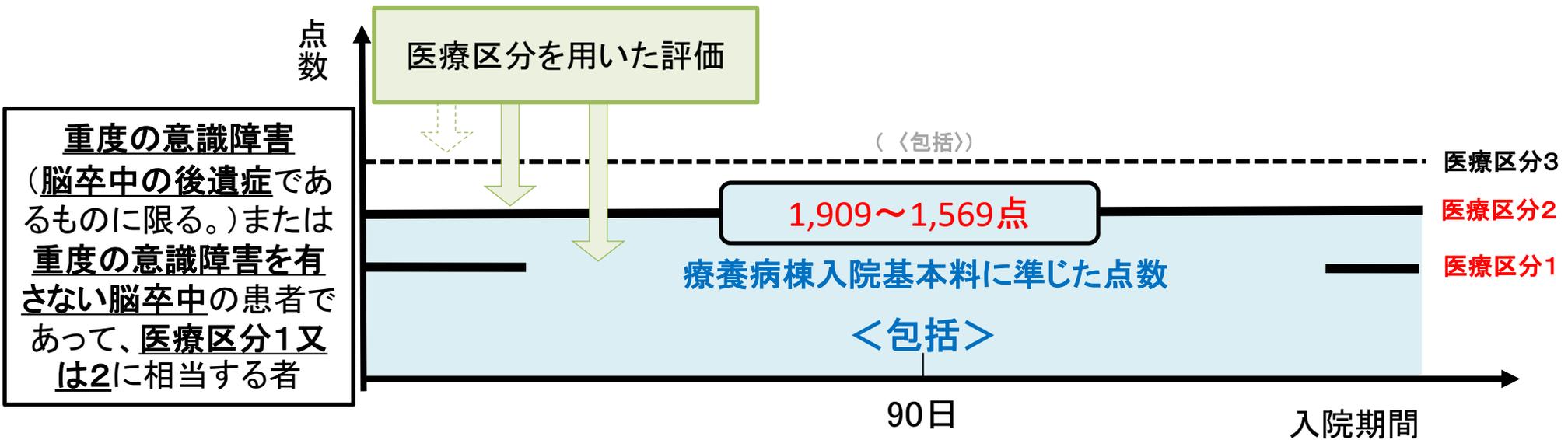
特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ①

○ 特殊疾患棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。



特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ②

○ 特殊疾患棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。



障害者施設等入院基本料における脳卒中患者の評価

- 障害者施設等入院基本料の算定回数（病日）は以下のとおり。
- 障害者施設等7：1入院基本料における脳卒中患者に係る算定回数は0.2%であったが、10：1入院基本料等の算定回数のうち約2%は脳卒中患者であった。

名称	点数等	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	(%)
障害者施設等7対1入院基本料	1615	206826	244479	333312	359643	376849	388919	388921	99.8%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1496	103	137	62	31	31	31	54	0.0%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1358	124	0	0	0	0	0	31	0.0%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1345	-	-	-	-	-	-	428	0.1%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	1221	-	-	-	-	-	-	346	0.1%
障害者施設等10対1入院基本料	1356	1133082	1113687	1094450	1108433	1080081	1097275	1065237	98.3%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1496	5788	6855	7067	8149	11342	10006	9234	0.9%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1358	3206	3974	3519	4034	3905	3280	3200	0.3%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1345	-	-	-	-	-	-	2525	0.2%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	1221	-	-	-	-	-	-	3526	0.3%
障害者施設等13対1入院基本料	1138	207154	201203	187212	182717	183416	179082	165999	95.6%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1343	2574	2711	2441	2587	3444	3089	3791	2.2%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1206	1709	2239	1682	1655	1957	1980	1807	1.0%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1207	-	-	-	-	-	-	815	0.5%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	1084	-	-	-	-	-	-	1230	0.7%
障害者施設等15対1入院基本料	995	75368	67432	54586	52989	48306	39590	37685	96.9%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1118	-	-	-	-	-	-	183	0.5%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	995	-	-	-	-	-	-	90	0.2%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1244	1038	1006	1161	1138	849	1014	786	2.0%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1107	798	777	509	348	275	34	127	0.3%

※最右列は令和4年の入院基本料に占める割合

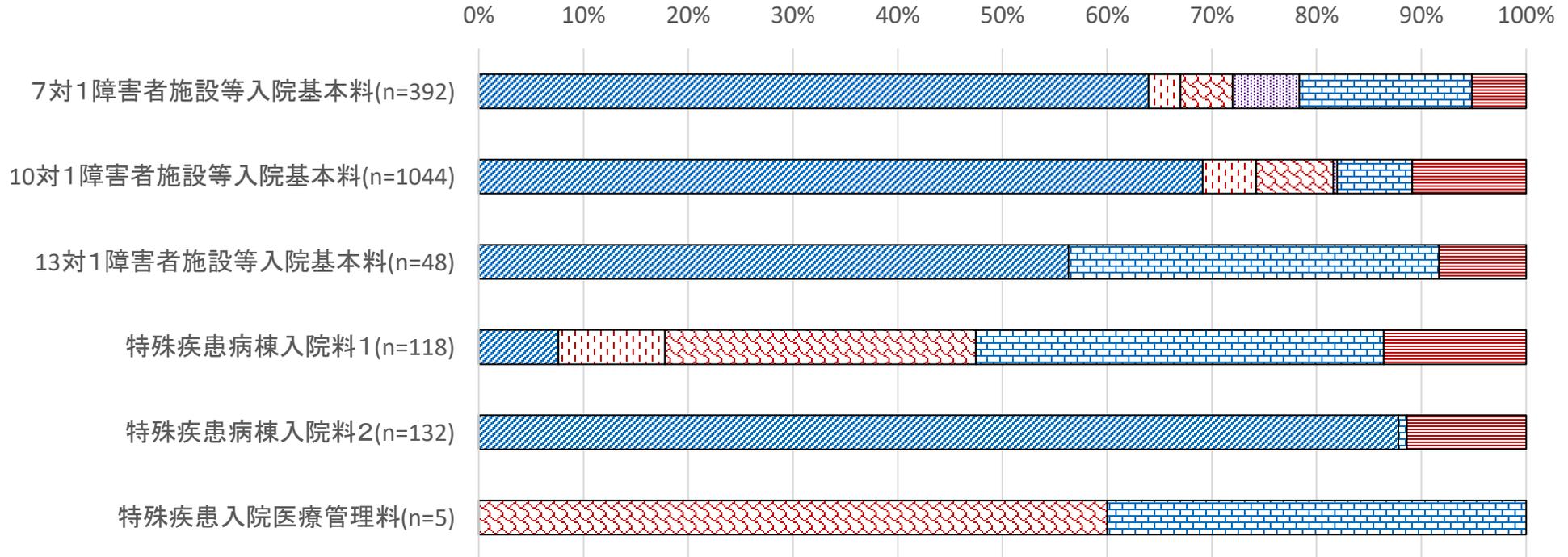
特殊疾患入院管理料等における脳卒中患者の評価

- 特殊疾患入院管理料及び特殊疾患病棟入院料の算定回数（病日）は以下のとおり。
- 特殊疾患入院管理料の算定回数のうち約10%、特殊疾患病棟入院料1の算定回数のうち約14%が脳卒中患者であった。

名称	点数等	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	(%)
特殊疾患入院医療管理料	2070	11025	9153	7971	8178	8407	9487	7729	90.1%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分2の患者に相当するもの）	1909	240	157	284	364	236	424	277	3.2%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分1の患者に相当するもの）	1743	241	515	498	599	746	635	497	5.8%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1717	-	-	-	-	-	-	31	0.4%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1569	-	-	-	-	-	-	42	0.5%
特殊疾患病棟入院料1	2070	145709	141484	132555	130083	124929	120679	114501	86.1%
特殊疾患病棟入院料2	1675	168487	180818	180976	184977	193520	200027	198394	99.7%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分2）（重度意識障害）	1910	4118	8061	9384	10103	10373	12148	11995	9.0%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分1）（重度意識障害）	1745	2061	3569	4949	5021	5970	6511	5171	3.9%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分2）（重度意識障害）	1657	65	90	0	48	0	30	105	0.1%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分1）（重度意識障害）	1491	114	213	408	254	423	386	279	0.1%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1717	-	-	-	-	-	-	422	0.3%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1569	-	-	-	-	-	-	828	0.6%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1490	-	-	-	-	-	-	31	0.0%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1341	-	-	-	-	-	-	278	0.1%

※最右列は令和4年の入院管理料・基本料に占める割合

○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況は、障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料においては重度の肢体不自由児・者が最も多い。



- 重度の肢体不自由児・者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者
- その他

患者の状態毎の在院日数

- 障害者施設等入院基本料を算定している医療機関における、患者の状態毎の在院日数は以下のとおり。重度の肢体不自由児・者の在院日数が最長であった。

	回答数	平均値	25%Tile	中央値	75%Tile
①重度の肢体不自由児・者	93	5478	619	3208	9545.5
②脊髄損傷等の重度障害者	38	1850	233.75	737.5	1542.5
③重度の意識障害者	51	4737	263	1810	6904
④筋ジストロフィー患者	25	2382	43.5	114	606
⑤難病患者	68	3159	181	806	4230.5
①～⑤以外の患者	80	2527	180.75	1129.5	2563.5

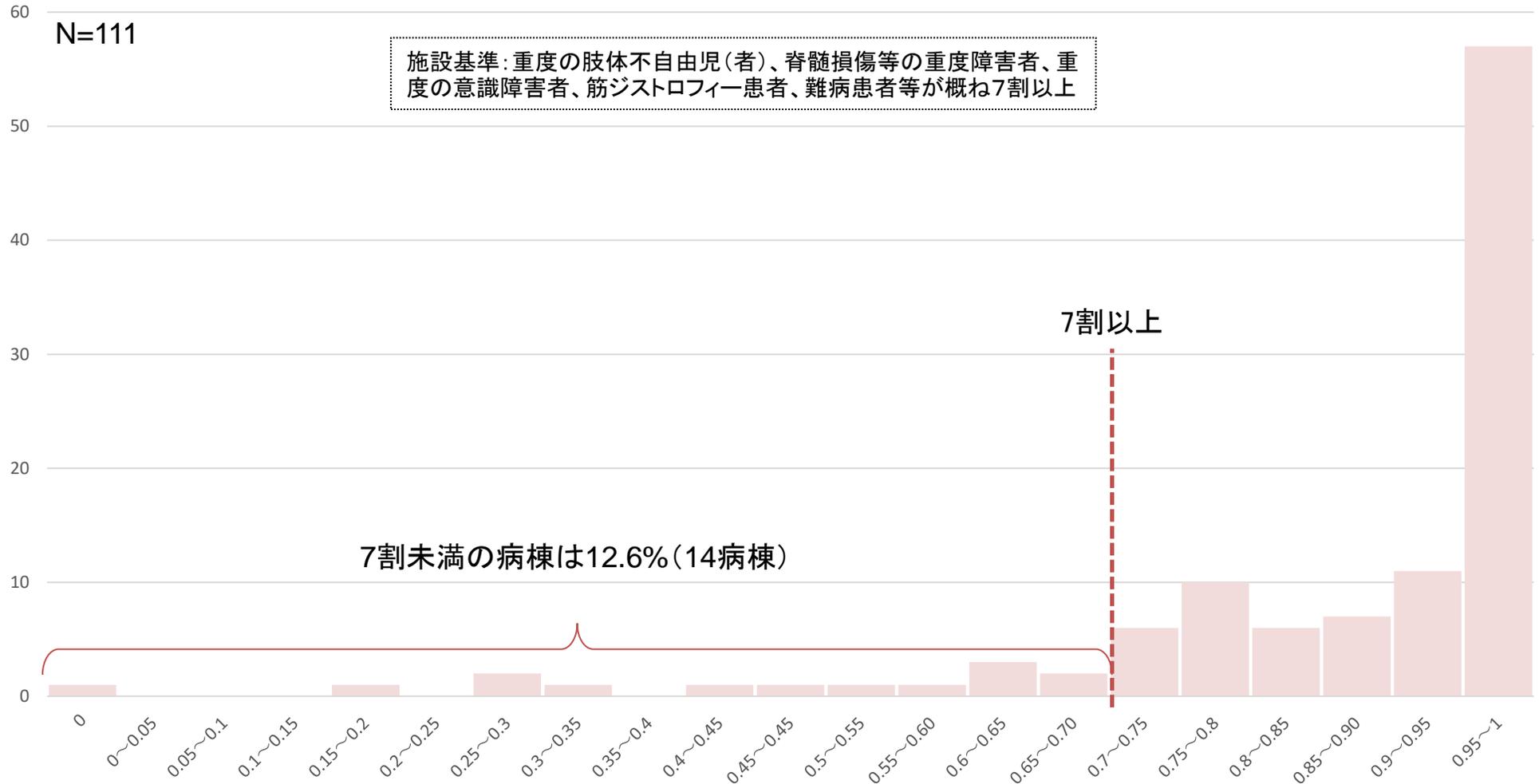
障害者施設等・特殊疾患病棟の患者構成①

○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者構成は、以下のとおり。

入院基本料	入院基本料名称	対象区分	平均値	第3四分位点	中央値	第1四分位点	病棟数
1	障害者施設等入院基本料1	① 重度の肢体不自由児・者	69.4%	100.0%	94.9%	8.7%	39
1	障害者施設等入院基本料1	② 脊髄損傷等の重度障害者	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	③ 重度の意識障害者	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	④ 筋ジストロフィー患者	5.0%	2.7%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	⑤ 難病患者	13.1%	9.2%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	⑥ その他	10.6%	14.7%	0.0%	0.0%	39
2	障害者施設等入院基本料2-4	① 重度の肢体不自由児・者	69.9%	98.9%	77.8%	48.7%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	② 脊髄損傷等の重度障害者	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	③ 重度の意識障害者	6.3%	3.5%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	④ 筋ジストロフィー患者	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	⑤ 難病患者	7.7%	6.9%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	⑥ その他	13.0%	20.5%	3.6%	0.0%	111
3	特殊疾患病棟入院料1	① 重度の肢体不自由児・者	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	② 脊髄損傷等の重度障害者	22.2%	18.6%	2.1%	0.0%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	③ 重度の意識障害者	28.6%	50.0%	18.2%	6.9%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	④ 筋ジストロフィー患者	0.7%	1.8%	0.0%	0.0%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	⑤ 難病患者	33.5%	55.8%	29.2%	13.8%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	⑥ その他	13.3%	17.0%	13.1%	10.5%	13
4	特殊疾患病棟入院料2	① 重度の肢体不自由児・者	84.6%	100.0%	92.9%	82.2%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	② 脊髄損傷等の重度障害者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	③ 重度の意識障害者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	④ 筋ジストロフィー患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	⑤ 難病患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	⑥ その他	15.4%	17.8%	7.1%	0.0%	12
5	特殊疾患医療管理料	① 重度の肢体不自由児・者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	② 脊髄損傷等の重度障害者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	③ 重度の意識障害者	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	④ 筋ジストロフィー患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	⑤ 難病患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	⑥ その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2

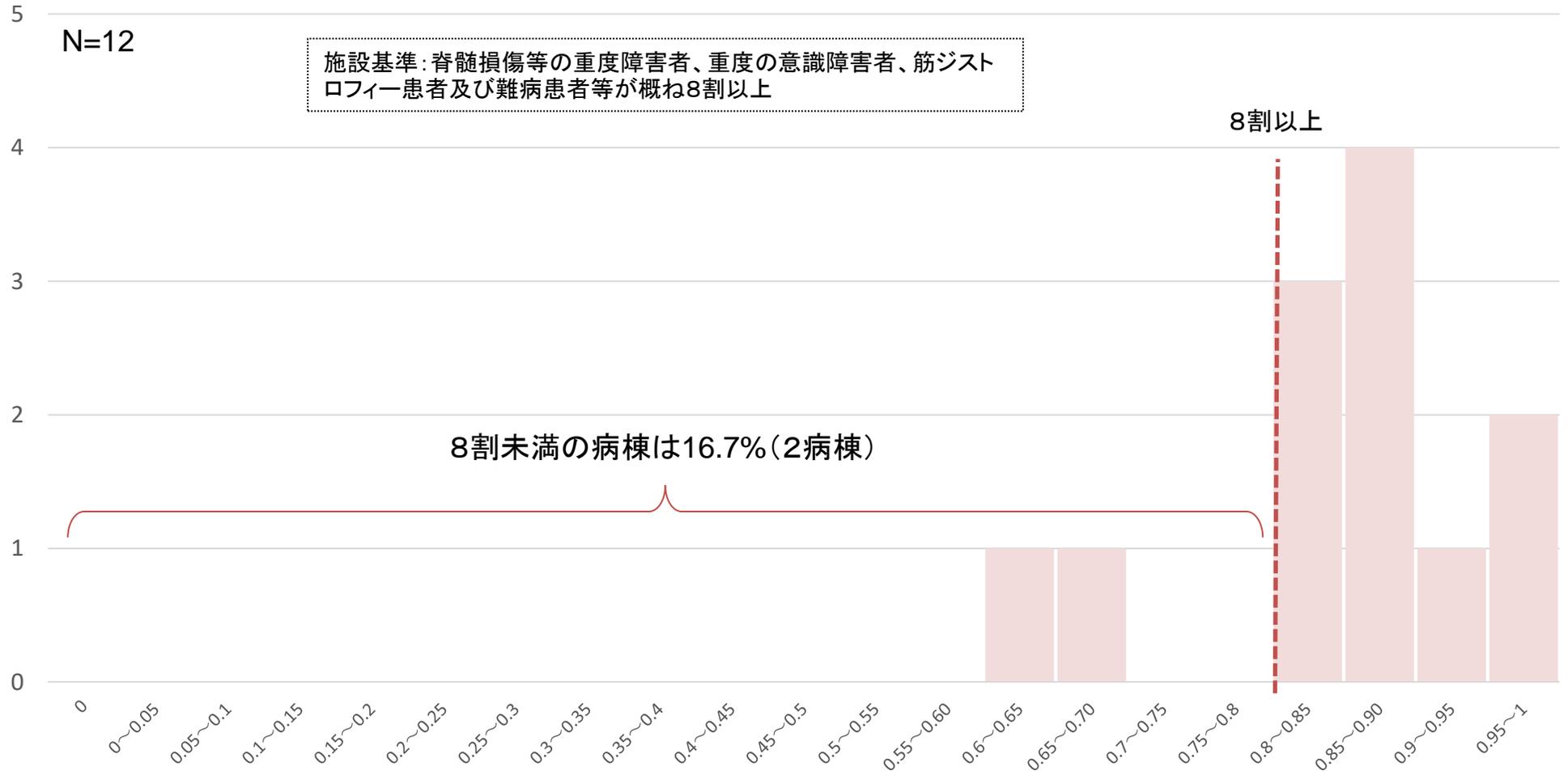
障害者施設等入院基本料 2～4 の患者構成

○ 障害者施設等入院基本料2～4を算定する病棟における、全入院患者に占める、重度の肢体不自由児・者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が7割未満の病棟は12.6%であった。



特殊疾患病棟入院料 1 の患者構成

○ 特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟における、全入院患者に占める、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が8割未満の病棟は16.7%であった。



特殊疾患病棟入院料2の患者構成

○ 特殊疾患病棟入院料2を算定する病棟における、全入院患者に占める、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクB以上に限る）などの重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く）の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が8割未満の病棟は8.3%であった。



障害者施設等入院基本料 2～4 の患者傷病名

- 障害者施設等入院基本料 2～4 を算定する病棟における患者の主たる傷病名は以下のとおり。
- 施設基準の該当患者割合が 7 割以上の病棟における傷病名は脳性麻痺が 23.9%、該当患者割合が 7 割未満の病棟における傷病名は慢性腎不全が 16.3% と最多であった。

No.	該当患者割合 7 割以上の病棟 主たる傷病名	回数	構成比%
1	脳性麻痺	167	23.9%
2	廃用症候群	40	5.7%
3	頭部外傷後遺症	37	5.3%
4	パーキンソン病	22	3.1%
5	低酸素性脳症	19	2.7%
6	末期腎不全	17	2.4%
7	水俣病	16	2.3%
8	脳外傷後遺症	13	1.9%
9	うっ血性心不全	10	1.4%
10	多系統萎縮症	10	1.4%
11	慢性腎不全	9	1.3%
12	染色体異常	7	1.0%
13	麻痺性内反足	6	0.9%
14	脳性両麻痺	6	0.9%
15	脳梗塞後遺症	6	0.9%
16	誤嚥性肺炎	6	0.9%
17	パーキンソン病 Y a h r 3	6	0.9%
18	心不全	5	0.7%
19	高次脳機能障害	5	0.7%
20	心原性脳塞栓症	5	0.7%

No.	該当患者割合 7 割未満の病棟 主たる傷病名	回数	構成比%
1	慢性腎不全	14	16.3%
2	脳性麻痺	9	10.5%
3	廃用症候群	6	7.0%
4	アテーシス型脳性麻痺	4	4.7%
5	尿路感染症	3	3.5%
6	誤嚥性肺炎	3	3.5%
7	脳出血後遺症	3	3.5%
8	慢性閉塞性肺疾患	2	2.3%
9	大腿骨頸部骨折	2	2.3%
10	パーキンソン病 Y a h r 5	2	2.3%
11	多系統萎縮症	1	1.2%
12	尿管結石症	1	1.2%
13	大脳皮質基底核変性症	1	1.2%
14	急性肺炎	1	1.2%
15	嚥下障害	1	1.2%
16	橋本脳症	1	1.2%
17	大腿骨転子部骨折	1	1.2%
18	結石性腎盂腎炎	1	1.2%
19	頭部外傷後遺症	1	1.2%
20	原発性股関節症	1	1.2%

障害者施設等入院基本料 2～4 における慢性腎臓病

- 障害者施設等入院基本料 2～4 の施設基準にある該当患者 7 割未満の病棟における、慢性腎臓病の患者割合は以下のとおり。
- 全例の主傷病名が慢性腎臓病であるとともに、症例の全てが施設基準にある該当患者以外である施設が見受けられた。

14施設のうち患者票の回答があった8施設について分析

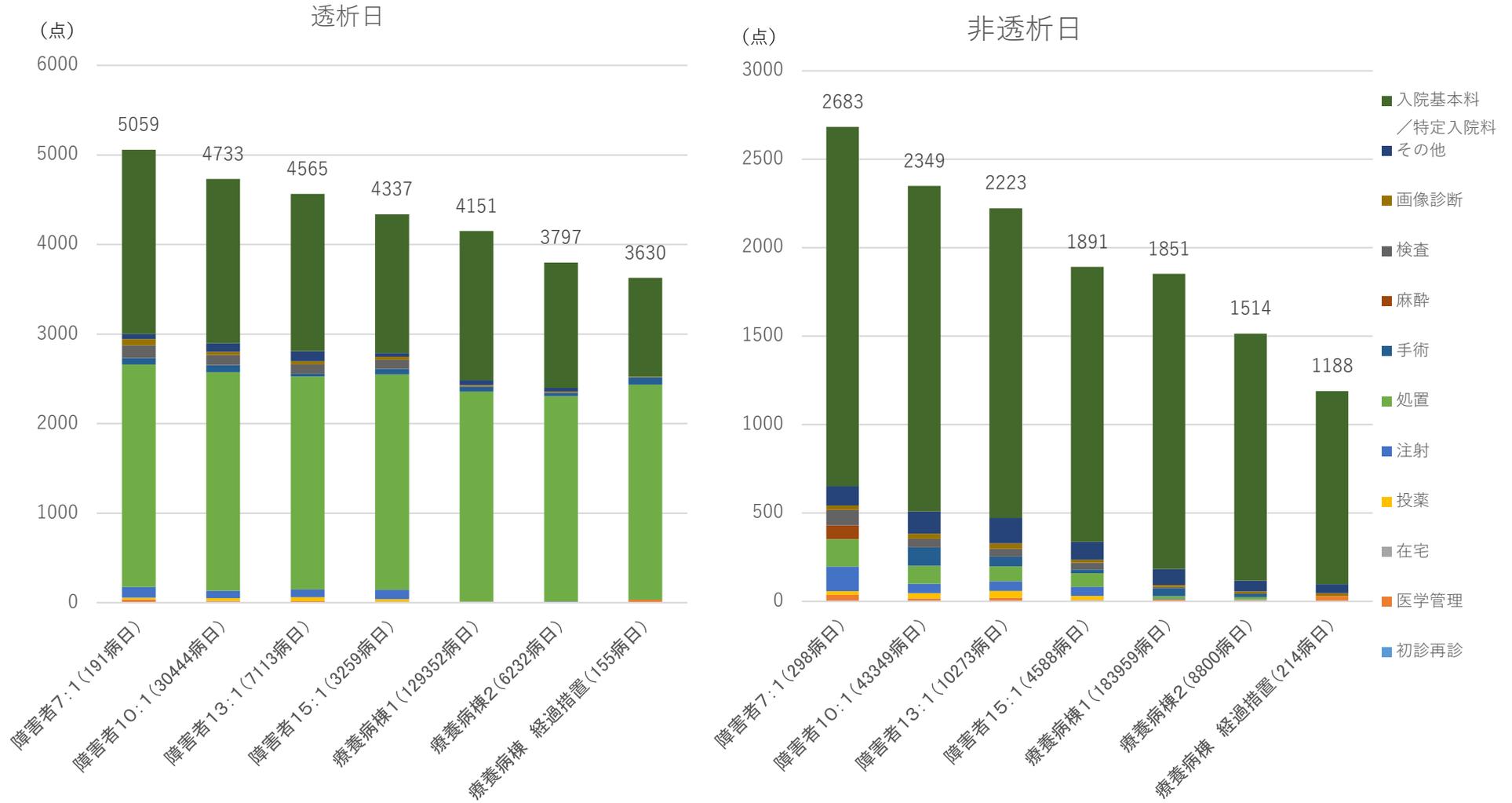
No	症例数	慢性腎臓病が 主傷病名の患者数(割合)	症例のうち 該当患者数(割合)
1	11人	11名(100%)(※)	0人(0%)
2	12人	0人(0%)	7人(58%)
3	8人	3人(38%)(※)	4人(50%)(※)
4	7人	0人(0%)	5人(71%)
5	41人	0人(0%)	3人(7%)
6	7人	0人(0%)	1人(14%)
7	12人	0人(0%)	7人(58%)
8	47人	0人(0%)	33人(70%)

(※)慢性腎臓病患者は全例非該当患者

施設基準: 重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上

透析患者に係る診療費

- 透析患者に対する障害者施設等入院基本料等の入院料毎のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。
- 療養病棟入院基本料より、障害者施設等入院基本料の方がレセプト請求点数が高い。



(参考)療養病棟入院基本料の包括範囲について

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	—
B 医学管理等	—
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○ ※一部を除く。
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	○ ※一部に限る。
I 精神科専門療法	—
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○

- 療養病棟入院基本料について、当該基本料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。
- 例として、手術や麻酔に係る費用は出来高で算定することができる。

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

注) 疾患別リハビリテーションについて1日につき2単位を超えるもの(療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIM(機能的自立度評価法)の測定を月に1回以上行っていない場合に限る)。

注) 例えば、J038人工腎臓は出来高算定。

課題と論点

(障害者施設等入院基本料等について)

- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。
- 平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者については、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- 令和4年度診療報酬改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- 障害者施設等7:1入院基本料における脳卒中患者に係る算定回数は0.2%であったが、10:1入院基本料等の算定回数のうち約2%は脳卒中患者であった。また、特殊疾患入院管理料の算定回数のうち約10%、特殊疾患病棟入院料1の算定回数のうち約14%が脳卒中患者であった。
- 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況は、障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料においては重度の肢体不自由児・者が最も多かった。
- 施設基準に定める該当患者の基準をを満たさない病棟の割合は、障害者施設等入院基本料2～4では12.6%、特殊疾患病棟入院料1では16.7%、特殊疾患病棟入院料2では8.3%であった。
- 障害者施設等入院基本料2～4を算定する病棟における患者の主たる傷病名について、施設基準の該当患者割合が7割以上の病棟における傷病名は脳性麻痺が23.9%と最多であり、該当患者割合が7割未満の病棟における傷病名は慢性腎不全が16.3%と最多であった。
- 透析患者に対する障害者施設等入院基本料等の入院料毎の診療費の内訳は、療養病棟入院基本料より、障害者施設等入院基本料の方が診療費が高かった。

【論点】



- 障害者施設等入院基本料等の施設基準に定める該当患者割合を満たさない病棟を一定程度認めることから、該当患者割合についての取扱いを明確化することについてどのように考えるか。
- 障害者施設等入院基本料2～4を届出する病棟において慢性腎不全患者を多く受け入れている施設があること及び透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価についてどのように考えるか。

1. 働き方改革と医療従事者の勤務環境について
2. 地域包括ケア病棟について(その3)
3. 慢性期入院医療について(その3)

4. 横断的事項について

- ① 救急医療管理加算について
- ② 短期滞在手術等基本料について
- ③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- ④ データ提出加算について

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
- 2 救急医療管理加算2 420点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからサのうち該当する状態(加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷	シ その他の重症な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態	
オ ショック	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	

【施設基準】(抜粋)

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 施設基準に係る届出を行うこと。

近年における救急医療管理加算の改定①

- 平成26年度改定において、救急医療管理加算を「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」により算定する場合について、単なる予定外入院等で算定されている場合があること及び別の項目で入院する患者よりも1入院当たりの医療資源投入量が少ないことから、救急医療管理加算2を新設し、「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」は加算2で算定することとされた。
- その後、平成28年度改定においては、救急医療管理加算2を算定した患者のうち脳梗塞でt-PAを投与された患者や、虚血性心疾患で緊急のカテーテル治療等を行われた患者が存在し、これらは入院後の医療資源投入量が比較的高い傾向にあったことから、「緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が加算1の対象として追加された。

平成26年度診療報酬改定

救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

現行

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 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 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 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 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

平成28年度診療報酬改定

小児医療・周産期医療・救急医療の充実④

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

現行

救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点（1日につき、7日まで）

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 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 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

改定後

救急医療管理加算1 **900点**
救急医療管理加算2 **300点**（1日につき、7日まで）

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 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 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態**

近年における救急医療管理加算の改定②

- 令和2年度改定においては、加算2を算定する患者の実態の把握のため、加算2の対象患者を細分化するとともに、入院時の状態に応じた重症度に係る指標及び入院後3日以内に実施した処置、手術等について摘要欄に記載することとされた。
- 令和4年度改定においては、加算1の算定対象として「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」、「蘇生術を必要とする重篤な状態」及び「顔面熱傷又は気道熱傷」（「広範囲熱傷」への追加）を追加した。また、入院時の患者の重症度をより適切に把握するため、意識障害患者、心疾患患者又は呼吸不全の患者においては重症度に関する記載を救急受診時及び治療室又は病棟入室時に記載することとし、さらに、JCS 0で「意識障害又は昏睡の状態」に該当する場合、NYHA I度又はP/F比400以上で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合及びBurn Index 0で広範囲熱傷に該当する場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠についても摘要欄に記載することとされた。

令和2年度診療報酬改定 II-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 -⑩

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算1 900点 2 救急医療管理加算2 300点	【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算1 950点 2 救急医療管理加算2 350点
【算定要件】 (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。 (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のあからけまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。	【算定要件】 (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態の うちあからけのいずれかの状態 にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。 (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のあからけまでに準ずる 重篤な状態又はコの状態 にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。
【届出について】 施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。	【届出について】 施設基準の 届出を行う こと。(※施設基準は従来と変更なし)

算定対象となる状態

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
オ ショック	コ その他の重篤な状態 （加算2のみ）

- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ あからけのうち該当する状態（加算2の場合は、あからけのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

令和4年度診療報酬改定 III-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 -⑪

救急医療管理加算の見直し

患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

➤ 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行	改定後
【救急医療管理加算】 （1日につき）（7日まで） 1 救急医療管理加算1 950点 2 救急医療管理加算2 350点	【救急医療管理加算】 （1日につき）（7日まで） 1 救急医療管理加算1 1,050点 2 救急医療管理加算2 420点
【対象患者】 ・救急医療管理加算1の対象となる患者は、 ア～サのいずれかの状態 にあって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。 ・救急医療管理加算2の対象となる患者は、 ア～サまでに準ずる状態 又は シ の状態にあって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 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、 顔面熱傷又は気道熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 サ 蘇生術を必要とする重篤な状態 シ その他の重篤な状態（加算2のみ）

算定要件の見直し

➤ 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。

➤ DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

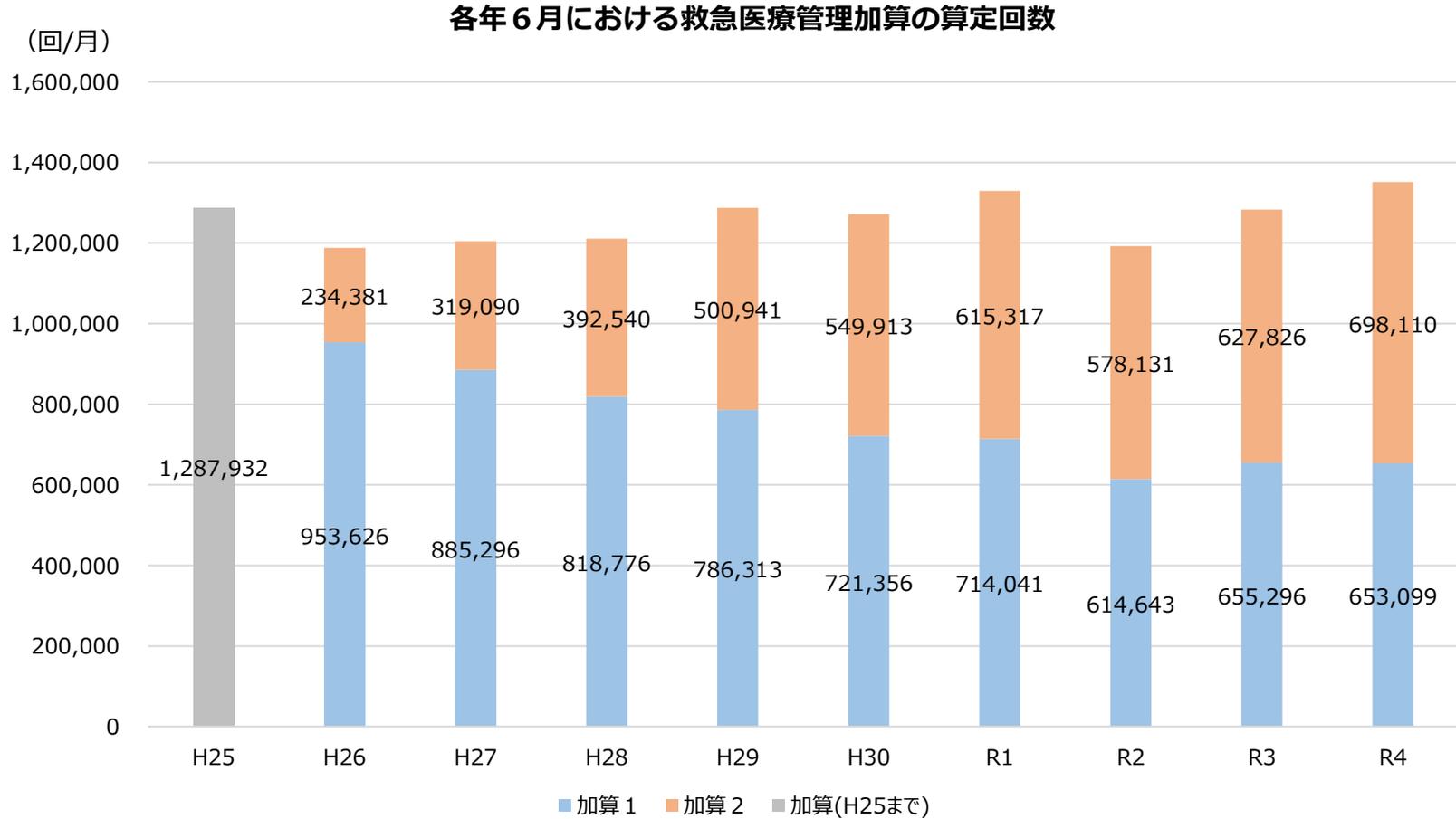
患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害/意識/JCS	- 救急受診時 - 治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	- 救急受診時 - 治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	- 救急受診時 - 治療室又は病棟入室時
診療室/Burn Index	- 治療室若しくは病棟入室時又は発症した時点

【摘要欄記載事項】

- ◆ あからけのうち該当する状態
- ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ **イの状態に該当する場合はJCS0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA I又はP/F比400以上の状態及びサの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Indexの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算2においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）**
- ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

救急医療管理加算の算定回数

○ 平成25年以降の救急医療管理加算の算定回数の推移は以下のとおり。

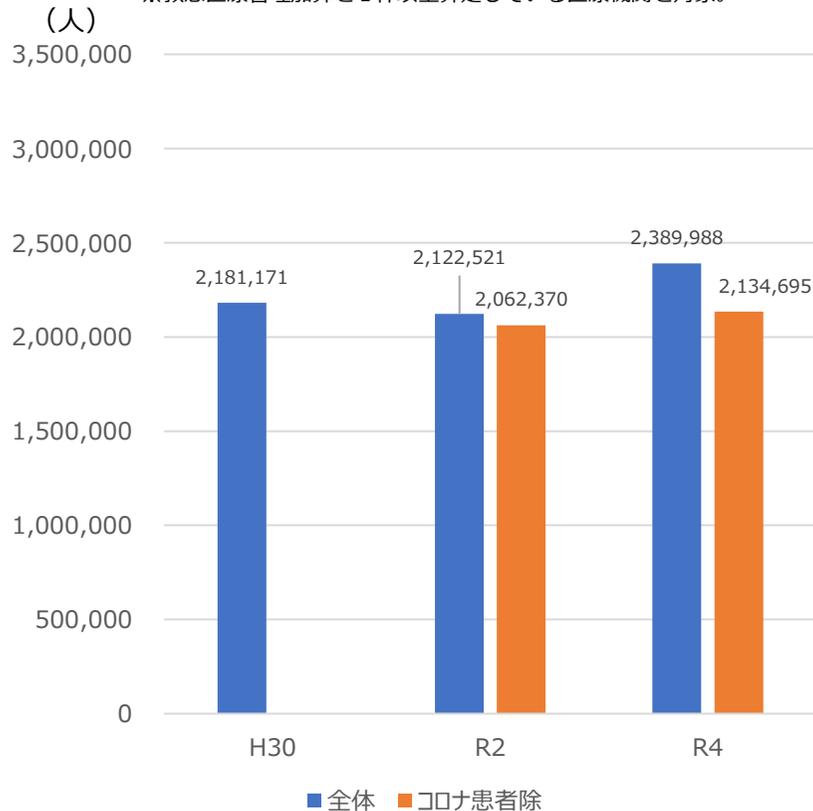


救急搬送されて入院した患者数の推移

- 救急医療管理加算を算定する医療機関における、救急搬送されて入院した患者の数は、新型コロナ患者を除けば令和2年度から4年度にかけて3.5%程度増加していた。
- 平成30年度から令和4年度の推移では、救急医療管理加算1を算定する患者数は減少傾向、救急医療管理加算2を算定する患者数は増加傾向にあった。

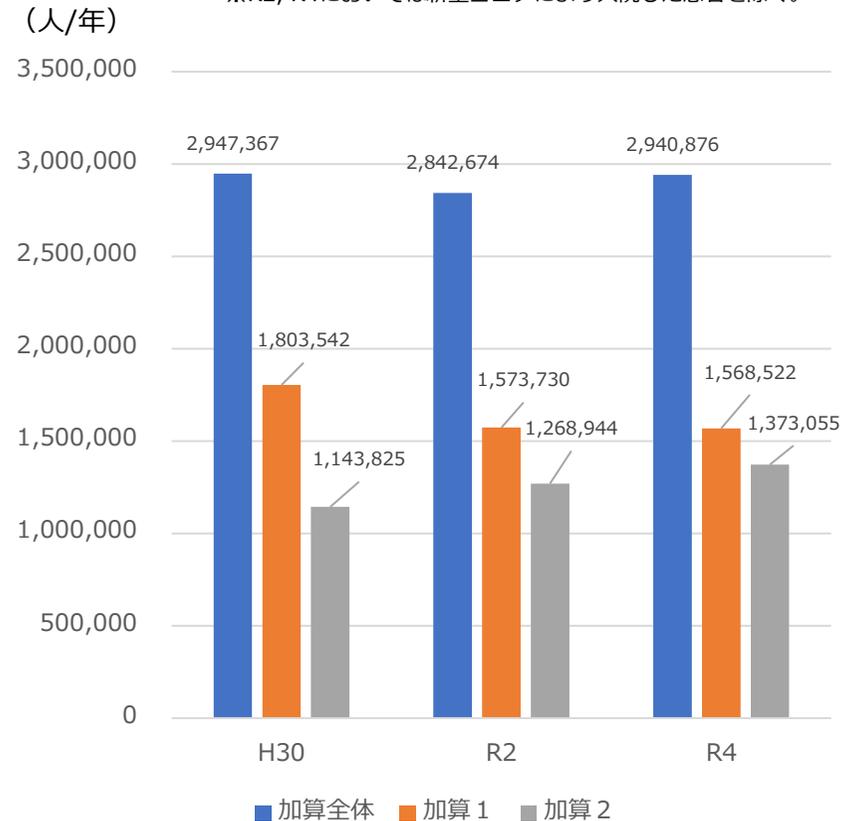
救急搬送されて入院した患者数

※救急医療管理加算を1件以上算定している医療機関を対象。



各年度における救急医療管理加算を算定する患者数

※R2, R4においては新型コロナにより入院した患者を除く。

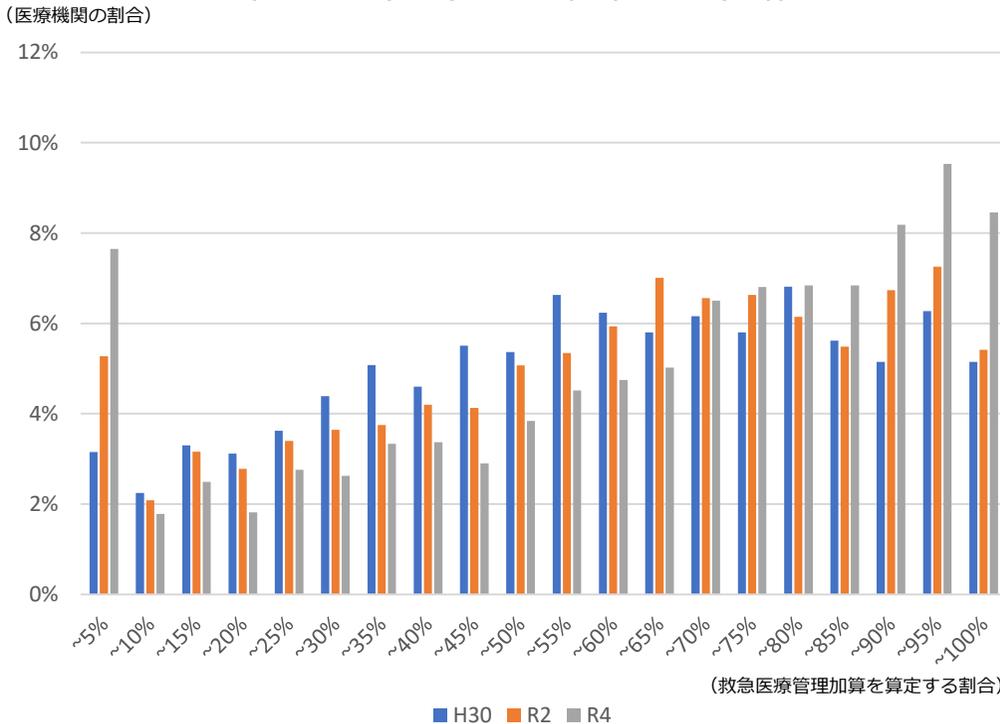


救急医療管理加算の算定の状況①

- 医療機関ごとの、救急搬送され入院した患者のうち救急医療管理加算を算定した割合の分布は、平成30年度から令和4年度にかけて増加する方向に変化していた。
- 医療機関ごとの、救急医療管理加算を算定する患者のうち救急医療管理加算2を算定している割合の分布についても、増加する方向に変化していた。

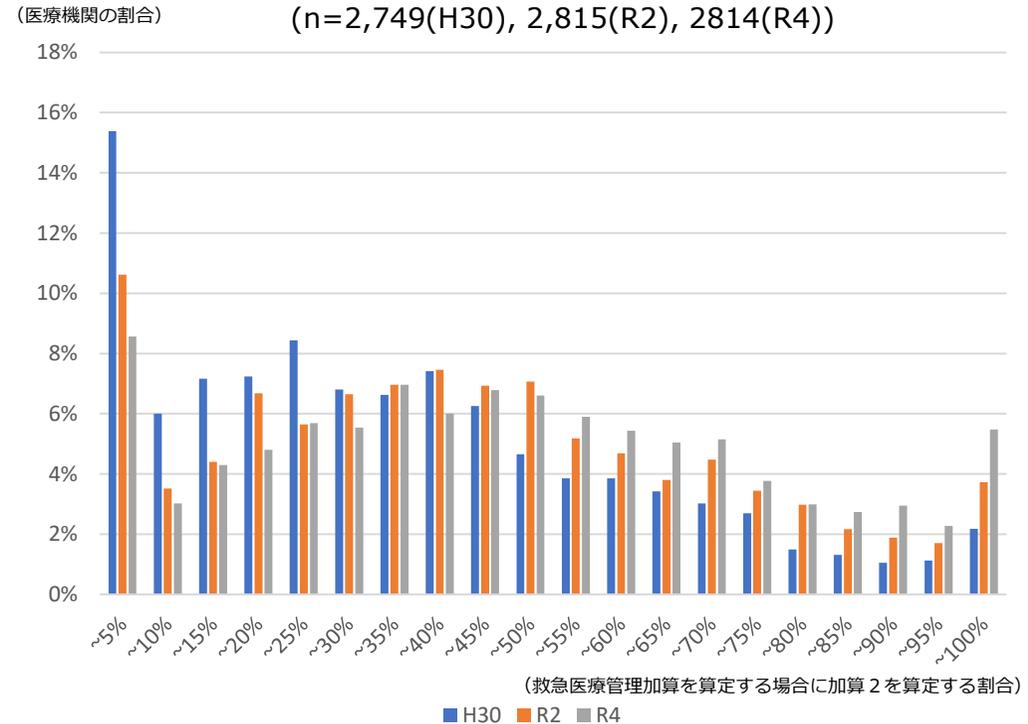
医療機関ごとの救急搬送され入院した患者において救急医療管理加算を算定した患者の割合の分布

※救急搬送され入院した患者が50例以上の医療機関に限る。
(n=2,759(H30), 2,881(R2), 2969(R4))



医療機関ごとの救急医療管理加算を算定した患者において加算2を算定している割合の分布

※救急搬送され入院した患者が50例以上かつ救急医療管理加算を1例以上算定している医療機関に限る。
(n=2,749(H30), 2,815(R2), 2814(R4))



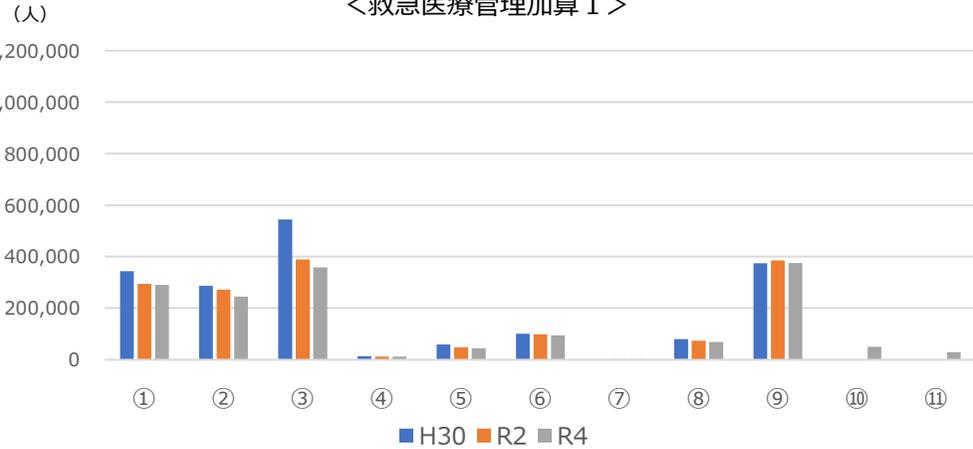
救急医療管理加算の算定の状況②

- 令和2年度から4年度にかけて、対象となる状態に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が追加されたが、加算2のうち「その他の重症な状態」の算定患者数は増加していた。
- 「意識障害又は昏睡」及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する算定患者の人数は、加算1で減少し、加算2で増加していた。

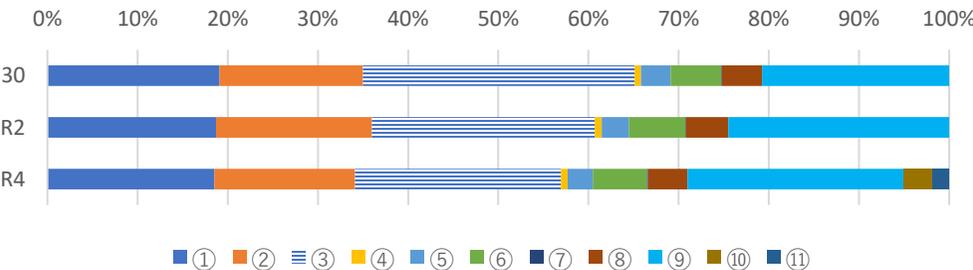
救急医療管理加算の対象となる状態ごとの算定人数

①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態
 ※加算2は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

＜救急医療管理加算1＞



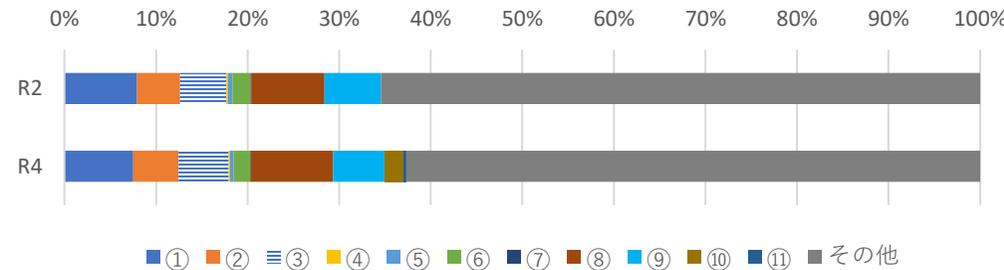
(加算1の内訳)



＜救急医療管理加算2＞



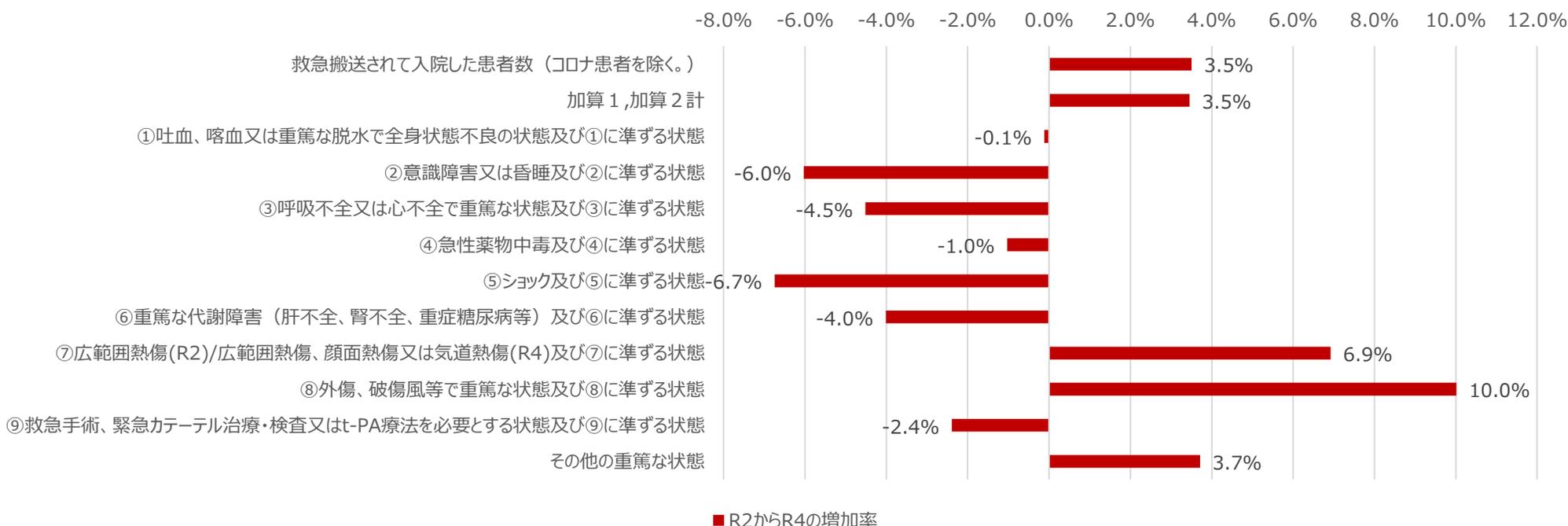
(加算2の内訳)



救急医療管理加算 1 又は 2 を算定する患者数の変化

○令和4年度に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が新設されているが、「その他の重症な状態」によって救急医療管理加算が算定される患者数は、加算1及び加算2の合計よりも増加率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



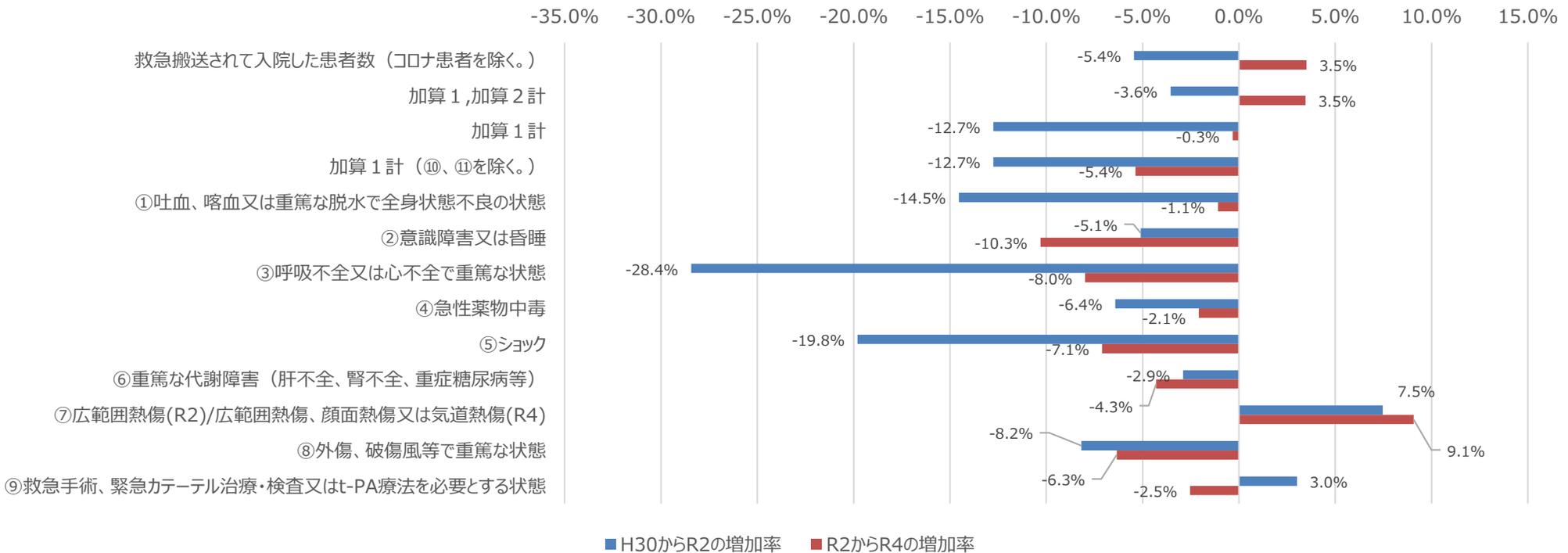
＜救急医療管理加算1の算定対象＞

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算2の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算 1 を算定する患者数の変化

○ 救急医療管理加算1については、令和4年度に新設された「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を除くと、「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」以外の状態は、令和2年度から4年度にかけて算定患者数が減少していた。

救急医療管理加算 1 を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率

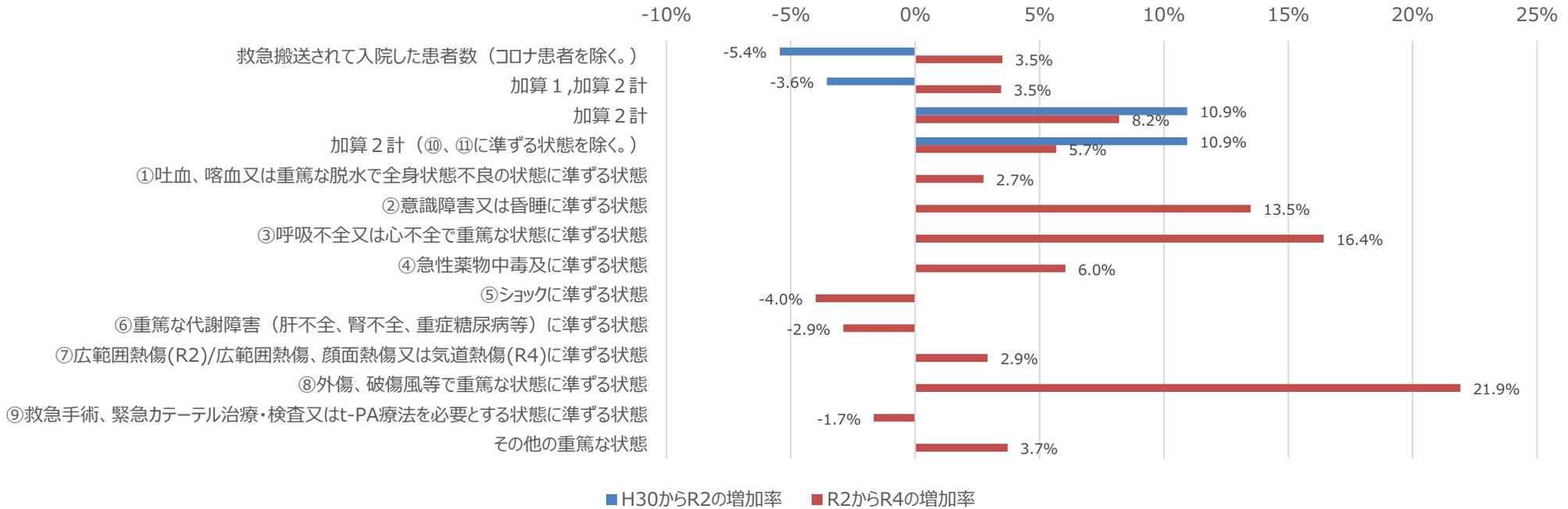


＜救急医療管理加算 1 の算定対象＞
 ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
 ※加算 2 の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算2を算定する患者数の変化

○ 救急医療管理加算2のうち多くの状態は、令和2年度と比較し令和4年度で算定患者数が増加していた。

救急医療管理加算2を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



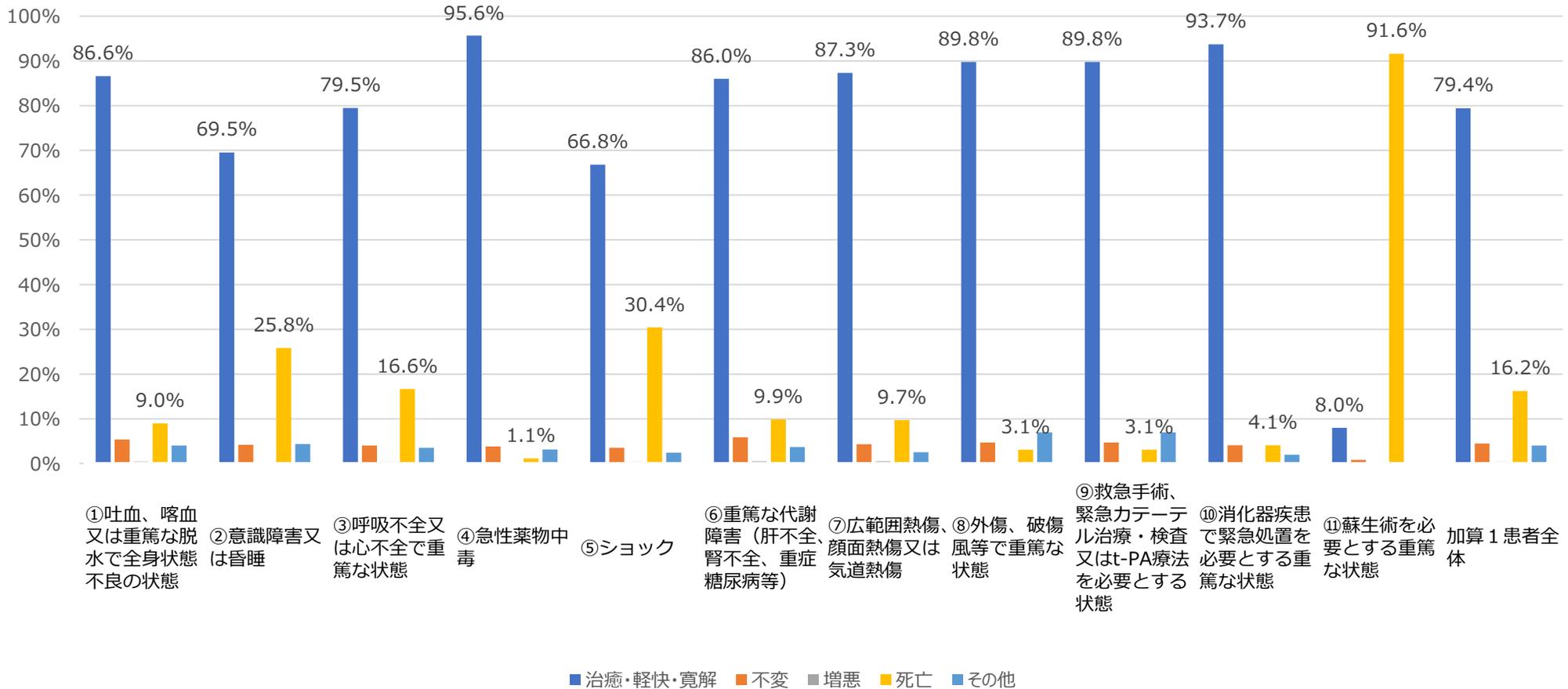
＜救急医療管理加算1の算定対象＞

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算2の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算 1 を算定する患者の転帰

○ 救急医療管理加算1を算定する患者においては、「蘇生術を必要とする重篤な状態」、「ショック」、「意識障害又は昏睡」の状態で死亡率が特に高かった。

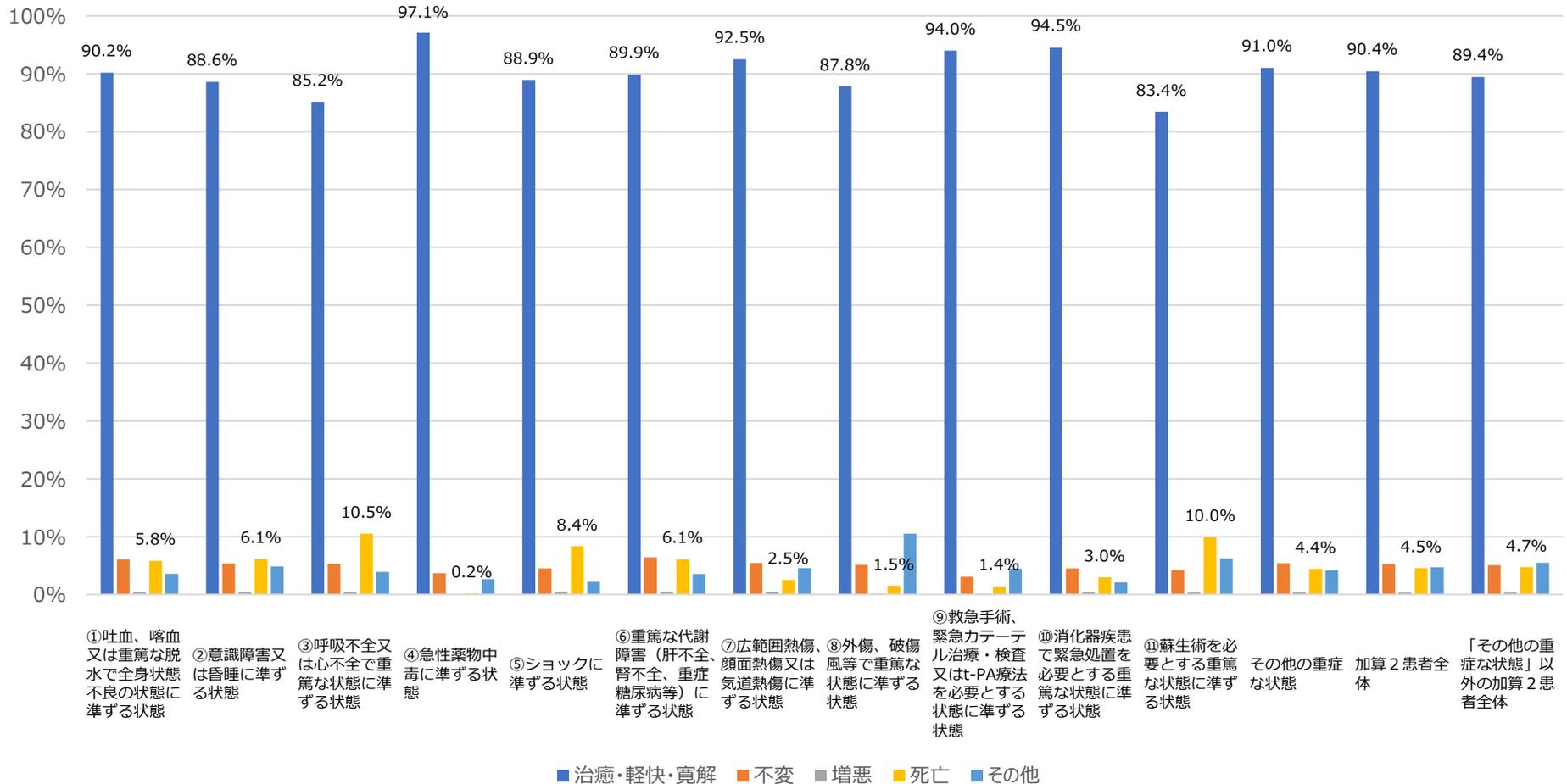
救急医療管理加算 1 を算定する患者における状態別の転帰



救急医療管理加算2を算定する患者の転帰

○ 救急医療管理加算2を算定する患者においては、救急医療管理加算1を算定する患者よりも死亡率が低い傾向にあった。

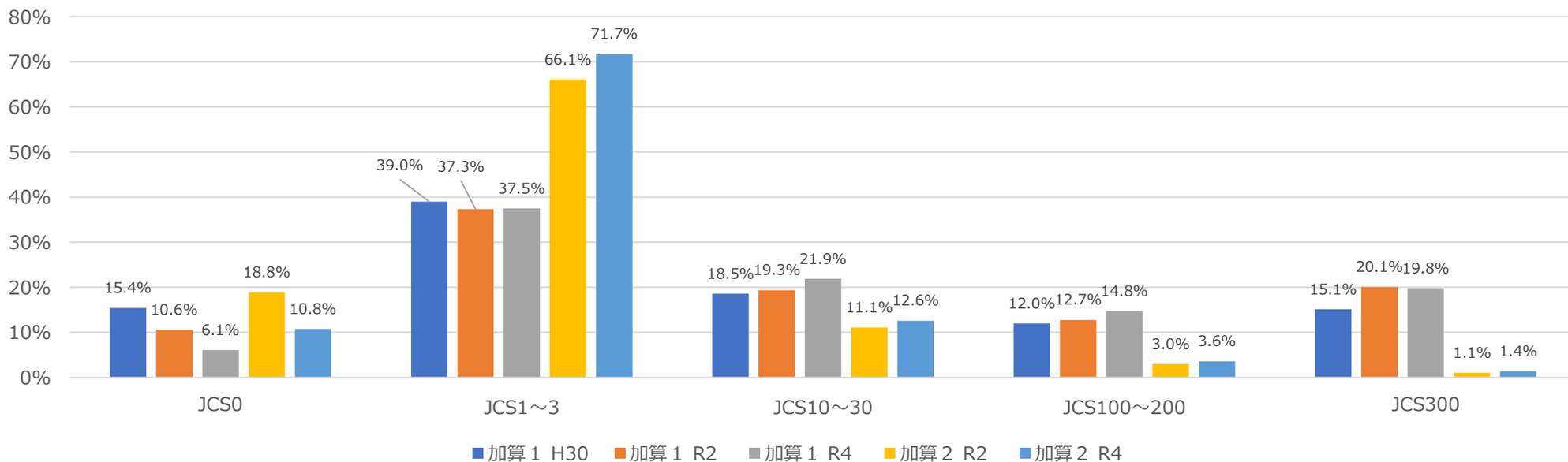
救急医療管理加算2を算定する患者における状態別の転帰



「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況①

○ 各年度の基準によるJCSの分類では、「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS 0である割合は減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCSスコアの分布



※JCSは、平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典: 脳卒中ガイドライン2009

I. 刺激しないで覚醒している状態 (1桁の点数で表現)

- 0 意識清明
- 1 意識清明とはいえない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激をすると覚醒する状態 (2桁の点数で表現)

- 10 普通の呼びかけで容易に開眼する
- 20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない状態 (3桁の点数で表現)

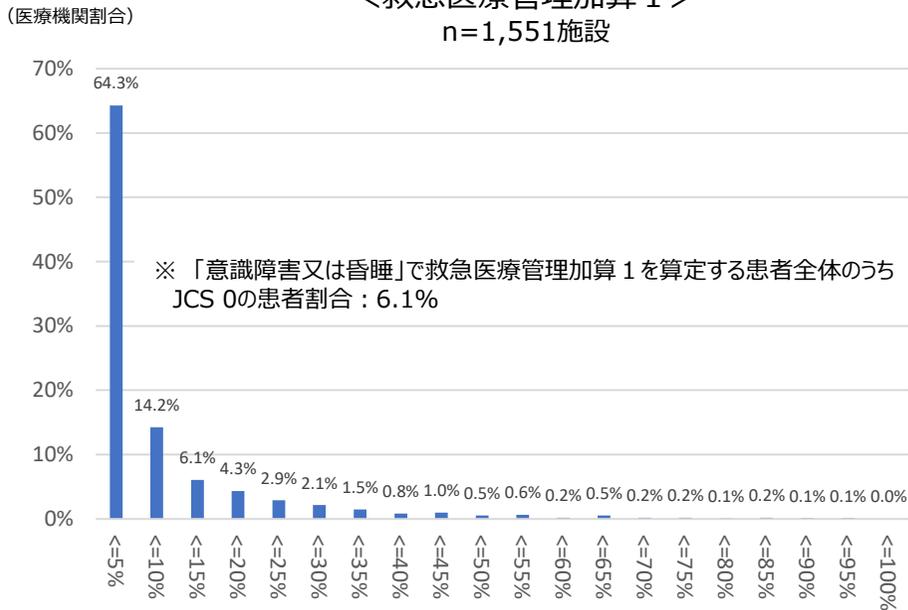
- 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
- 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
- 300 痛み刺激に全く反応しない

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況②

- 「意識障害又は昏睡」の状態での救急医療管理加算を算定する患者のうちJCS 0の割合は、
 - ・ 加算1においては、64%の医療機関で5%以下である一方、11%の医療機関で20%以上
 - ・ 加算2においては、46%の医療機関で5%以下である一方、8%の医療機関で40%以上
 であり、ばらつきがみられた。

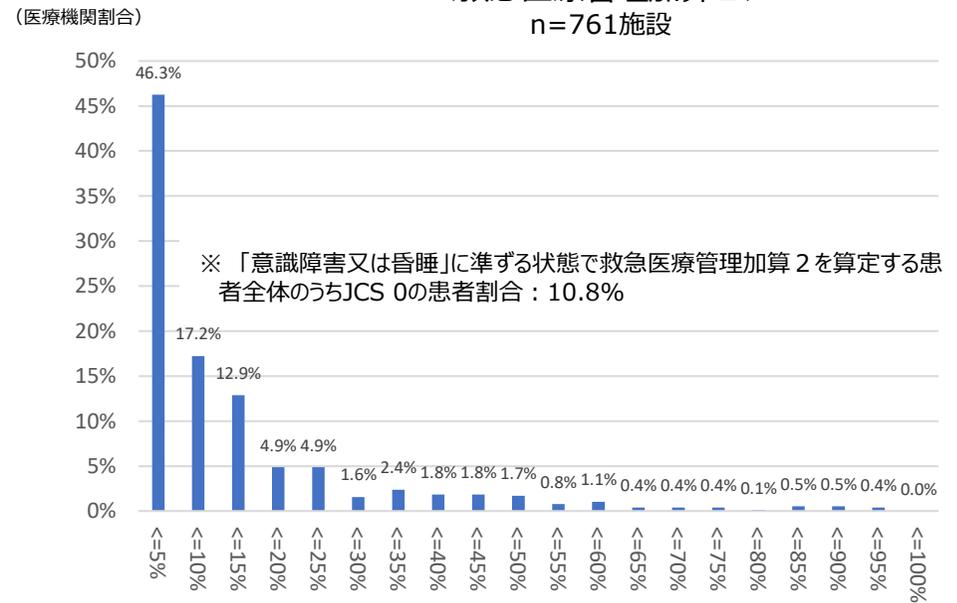
救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCS 0の患者が占める割合ごとの医療機関の分布 (それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)

＜救急医療管理加算 1＞
n=1,551施設



(「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算 1を算定する患者のうち、JCS 0の割合)

＜救急医療管理加算 2＞
n=761施設



(「意識障害又は昏睡」に準ずる状態で救急医療管理加算 2を算定する患者のうち、JCS 0の割合)

※令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況③

○「意識障害又は昏睡」又は「意識障害または昏睡に準ずる状態」に該当する患者について、JCS0及びJCS1以上それぞれに多い傷病名は以下のとおり。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い傷病名

<救急医療管理加算 1 >

JCS0		JCS1以上	
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1153 7.8%	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	20533 9.0%
食物及び吐物による肺臓炎	654 4.4%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16983 7.4%
その他の脳梗塞	534 3.6%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	15995 7.0%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	466 3.1%	食物及び吐物による肺臓炎	10872 4.7%
その他のてんかん	418 2.8%	その他のてんかん	10733 4.7%
(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	402 2.7%	心停止, 詳細不明	10396 4.5%
尿路感染症, 部位不明	392 2.6%	外傷性硬膜下出血	7131 3.1%
外傷性硬膜下出血	322 2.2%	その他の脳梗塞	6500 2.8%
脳梗塞, 詳細不明	310 2.1%	尿路感染症, 部位不明	3650 1.6%
熱性けいれん<痙攣>	263 1.8%	外傷性くも膜下出血	3077 1.3%
体液量減少(症)	242 1.6%	敗血症, 詳細不明	3069 1.3%
肺炎, 詳細不明	225 1.5%	脳梗塞, 詳細不明	2908 1.3%
てんかん, 詳細不明	206 1.4%	心臓性突然死<急死>と記載されたもの	2734 1.2%
心停止, 詳細不明	199 1.3%	肺炎, 詳細不明	2552 1.1%
うつ血性心不全	187 1.3%	脳幹の脳内出血	2527 1.1%
外傷性くも膜下出血	184 1.2%	蘇生に成功した心停止	2388 1.0%
低血糖症, 詳細不明	181 1.2%	小脳の脳内出血	2082 0.9%
急性尿管細管間質性腎炎	173 1.2%	うつ血性心不全	2013 0.9%
敗血症, 詳細不明	162 1.1%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害, 急性中毒	1895 0.8%
低浸透圧及び低ナトリウム血症	161 1.1%	急性尿管細管間質性腎炎	1803 0.8%

<救急医療管理加算 2 >

JCS0		JCS1以上	
脳動脈の血栓症による脳梗塞	589 8.1%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	7,198 11.9%
その他の脳梗塞	321 4.4%	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	4,539 7.5%
その他のてんかん	226 3.1%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	4,438 7.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	226 3.1%	その他のてんかん	3,230 5.3%
食物及び吐物による肺臓炎	189 2.6%	その他の脳梗塞	3,172 5.3%
熱性けいれん<痙攣>	185 2.5%	食物及び吐物による肺臓炎	2,124 3.5%
尿路感染症, 部位不明	182 2.5%	外傷性硬膜下出血	1,971 3.3%
脳梗塞, 詳細不明	174 2.4%	尿路感染症, 部位不明	1,197 2.0%
(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	146 2.0%	外傷性くも膜下出血	1,159 1.9%
外傷性硬膜下出血	140 1.9%	脳梗塞, 詳細不明	1,122 1.9%
一過性脳虚血発作, 詳細不明	139 1.9%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害, 急性中毒	723 1.2%
急性尿管細管間質性腎炎	114 1.6%	一過性脳虚血発作, 詳細不明	720 1.2%
体液量減少(症)	113 1.6%	てんかん, 詳細不明	672 1.1%
外傷性くも膜下出血	106 1.5%	急性尿管細管間質性腎炎	672 1.1%
てんかん, 詳細不明	104 1.4%	脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	656 1.1%
その他の末梢性めまい<眩暈(症)>	87 1.2%	振とう<暈>(症)	620 1.0%
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	85 1.2%	体液量減少(症)	611 1.0%
肺炎, 詳細不明	79 1.1%	肺炎, 詳細不明	522 0.9%
振とう<暈>(症)	78 1.1%	低浸透圧及び低ナトリウム血症	509 0.8%
うつ血性心不全	76 1.0%	硬膜下出血(急性)(非外傷性)	489 0.8%

※ 令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCS0の患者とJCS1以上の患者の処置・手術を比較すると以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算1を算定する患者については、JCS0の患者の一部において、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった、緊急性が高いと思われる処置が行われていた。

救急医療管理加算1(令和2年度)				救急医療管理加算2(令和2年度)			
JCS0(n=28326)		JCS1以上(n=239982)		JCS0(n=10925)		JCS1以上(n=46980)	
処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数
酸素吸入	8533(30.1%)	酸素吸入	89880(37.5%)	酸素吸入	2080(19.0%)	酸素吸入	12036(25.6%)
留置カテーテル設置	5978(21.1%)	留置カテーテル設置	75610(31.5%)	留置カテーテル設置	1364(12.5%)	留置カテーテル設置	9737(20.7%)
喀痰吸引	3185(11.2%)	喀痰吸引	52997(22.1%)	喀痰吸引	641(5.9%)	喀痰吸引	6114(13.0%)
非開胸的心 マッサージ	2352(8.3%)	非開胸的心 マッサージ	30378(12.7%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	325(3.0%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	1926(4.1%)
人工呼吸(30分 までの場合)	2078(7.3%)	救命のための 気管挿管	28244(11.8%)	創傷処置(100 平方センチメー トル未満)	214(2.0%)	鼻腔栄養	1780(3.8%)

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況④

○ 令和4年度において、「意識障害又は昏睡」の状態での救急医療管理加算1を算定する患者であってJCS0の患者に対して人工呼吸や非開胸的心マッサージが実施される割合は令和2年度と比較して低下しており、JCS1以上とは大きな差がみられた。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い入院3日以内に実施される処置及び手術

<救急医療管理加算1>

<救急医療管理加算2>

JCS 0	JCS 1以上	
	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	3867	26.0%
留置カテーテル設置	2716	18.3%
喀痰吸引	1336	9.0%
導尿（尿道拡張）	518	3.5%
輸血 2 保存血液輸血（200mLごとに）	410	2.8%
救命のための気管内挿管	382	2.6%
人工呼吸（30分までの場合）	352	2.4%
非開胸的心マッサージ	344	2.3%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	323	2.2%
人工呼吸（5時間を超えた場合）	323	2.2%

JCS 0	JCS 1以上	
	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	87326	38.1%
留置カテーテル設置	70809	30.9%
喀痰吸引	51496	22.4%
救命のための気管内挿管	21335	9.3%
非開胸的心マッサージ	21267	9.3%
人工呼吸（30分までの場合）	20946	9.1%
鼻腔栄養	17114	7.5%
胃持続ドレナージ	16334	7.1%
人工呼吸（5時間を超えた場合）	14742	6.4%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	12363	5.4%

※令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

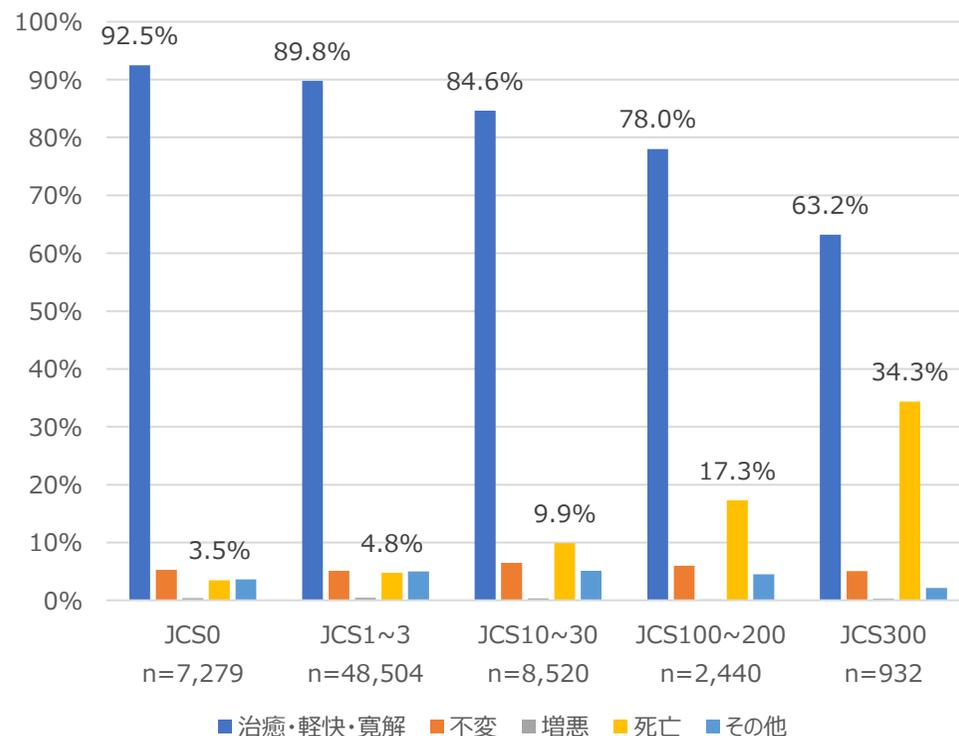
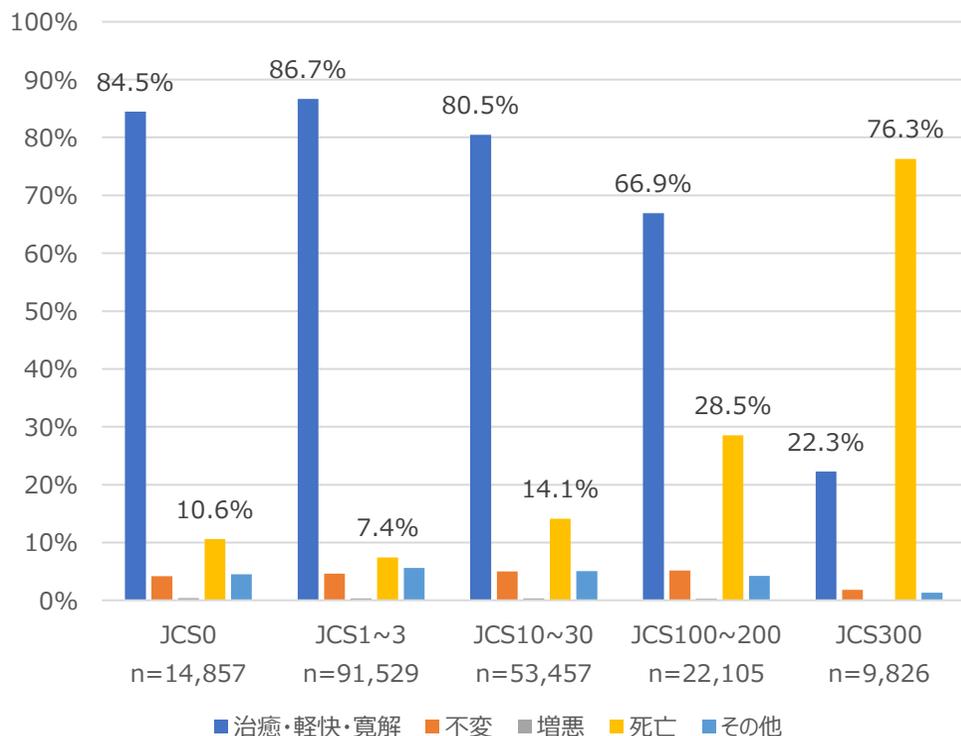
「意識障害又は昏睡」の状態の患者の転帰

○ 令和4年度に「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS100～200やJCS300で加算2を算定する患者は、JCS 0～30で加算1を算定する患者よりも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者における入院時のJCSごとの転帰

<加算1を算定する患者>
n=244,259

<加算2を算定する患者>
n=67,675

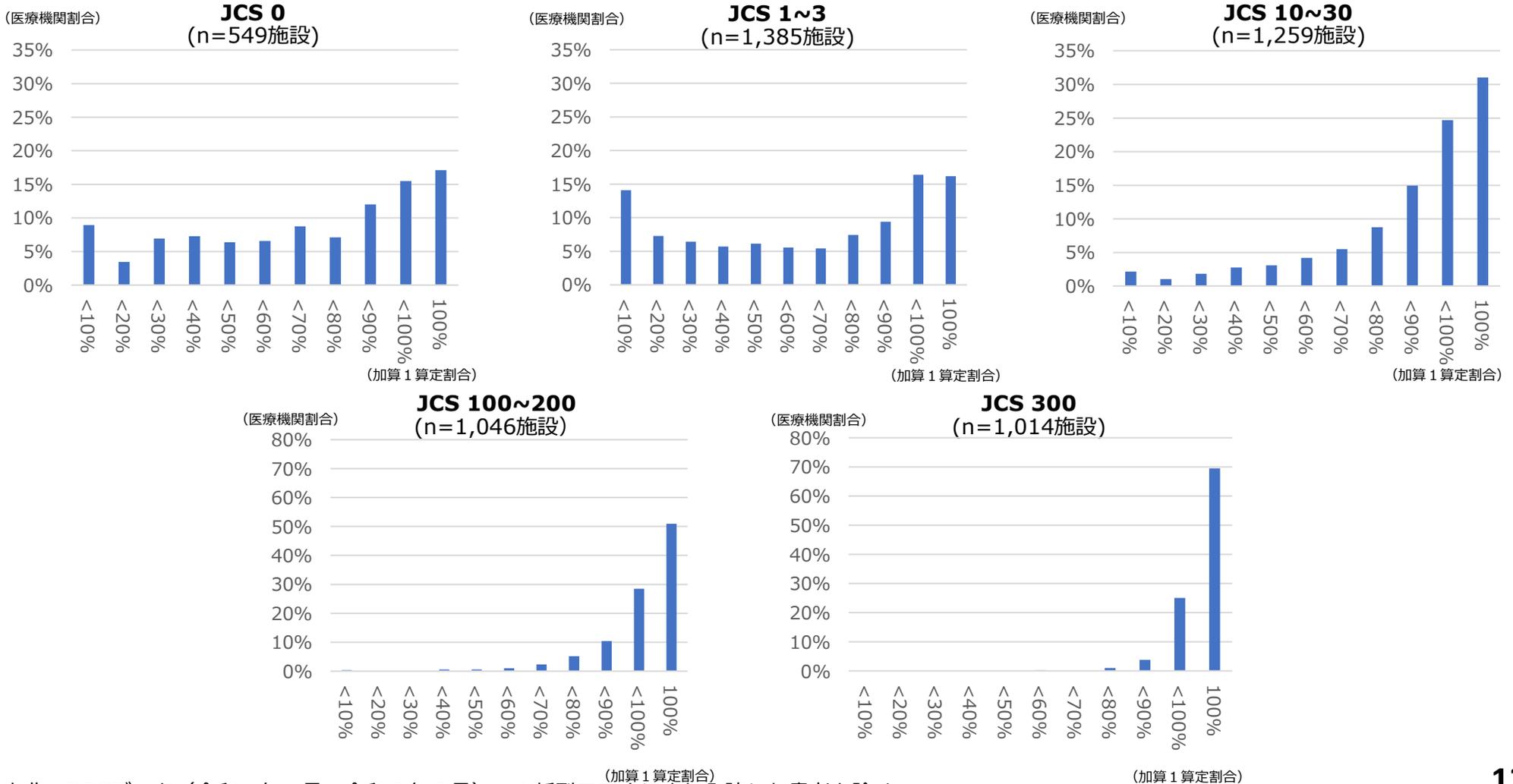


※JCSスコアは、入院時、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いもの。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況⑤

○ JCSごとの「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合は、特にJCS 0~200では、医療機関間のばらつきが大きかった。

医療機関ごとの、「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ

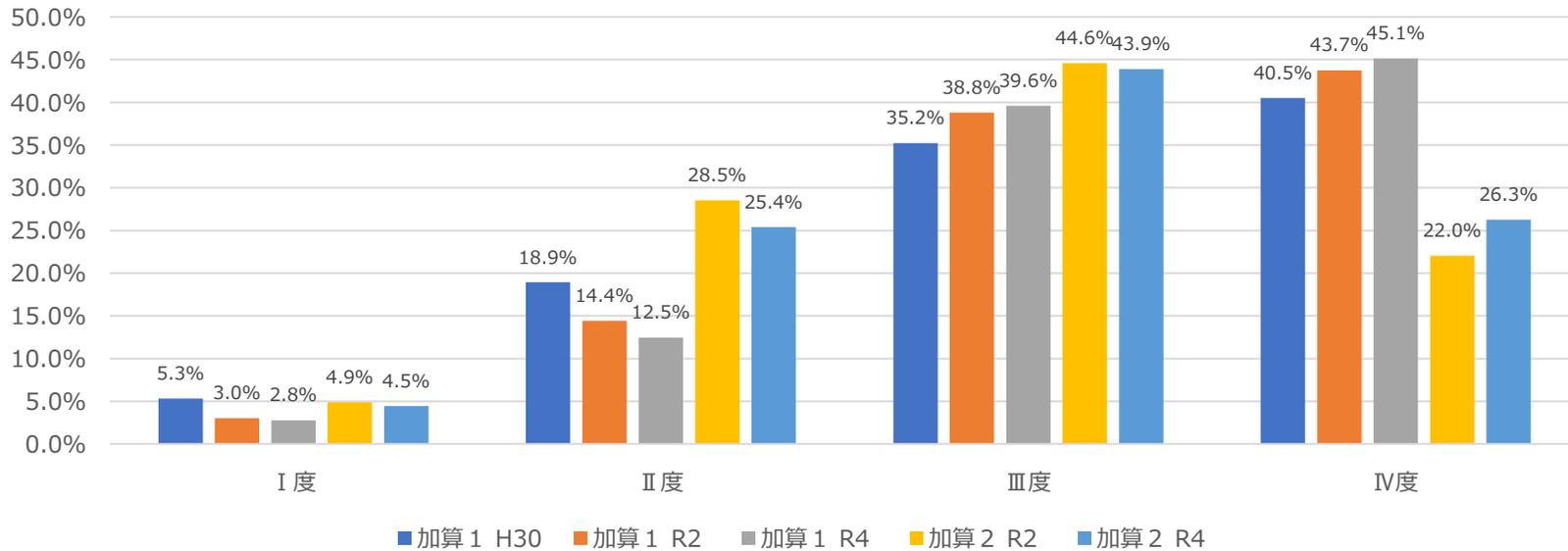


出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況①

○ 令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者では、NYHA分類 I 度の割合が減少しており、加算1で2.8%、加算2で4.5%の患者がNYHA分類 I 度の状態だった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類の分布



※ 平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

(参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

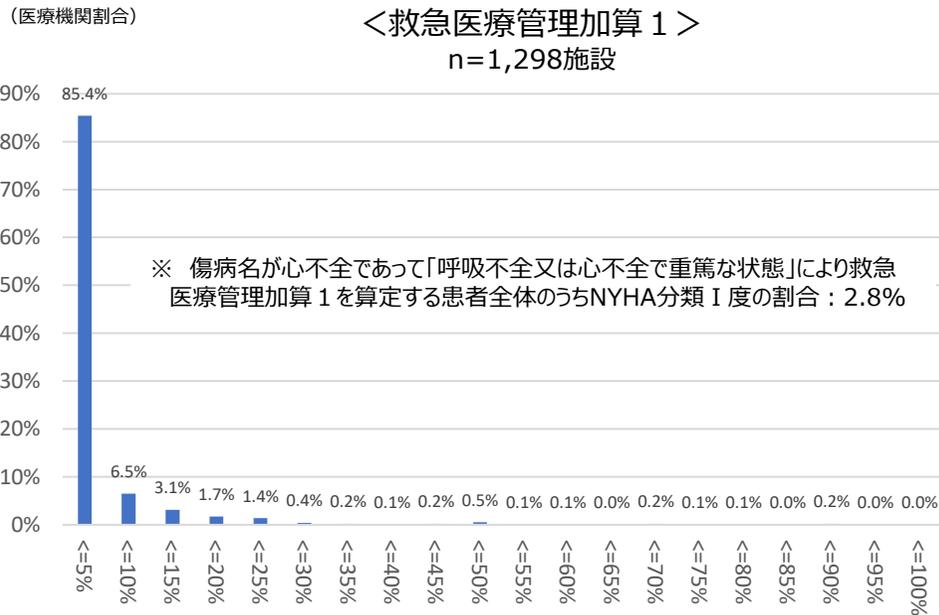
I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

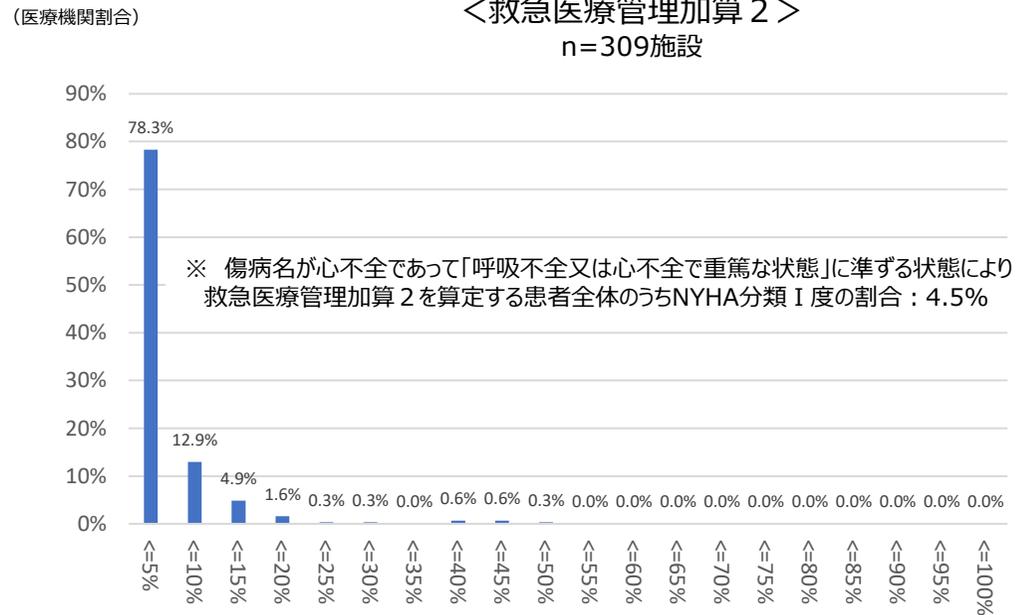
○ 傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、NYHA分類 I 度の割合は、

- ・ 加算1においては、85%の医療機関で5%以下である一方、5%の医療機関で10%以上
 - ・ 加算2においては、78%の医療機関で5%以下である一方、4%の医療機関で15%以上
- であり、NYHA分類 I 度の割合が大きい医療機関が一部にみられた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類 I 度の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)



(傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうち、NYHA I の割合)



(傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうち、NYHA I の割合)

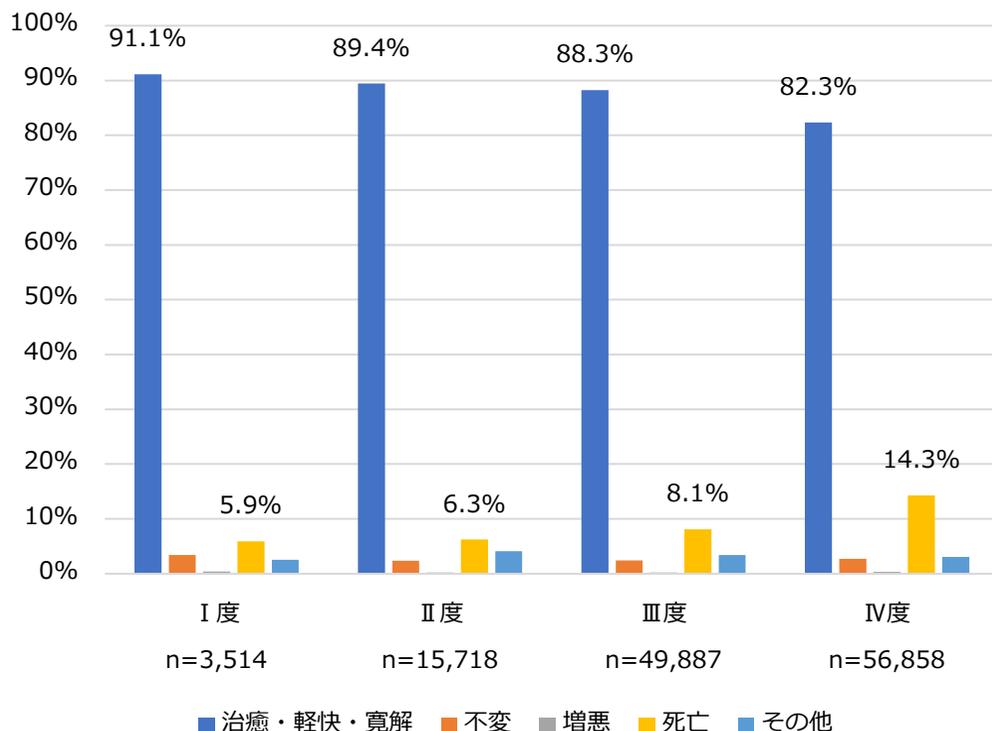
※令和4年度のNYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者の転帰

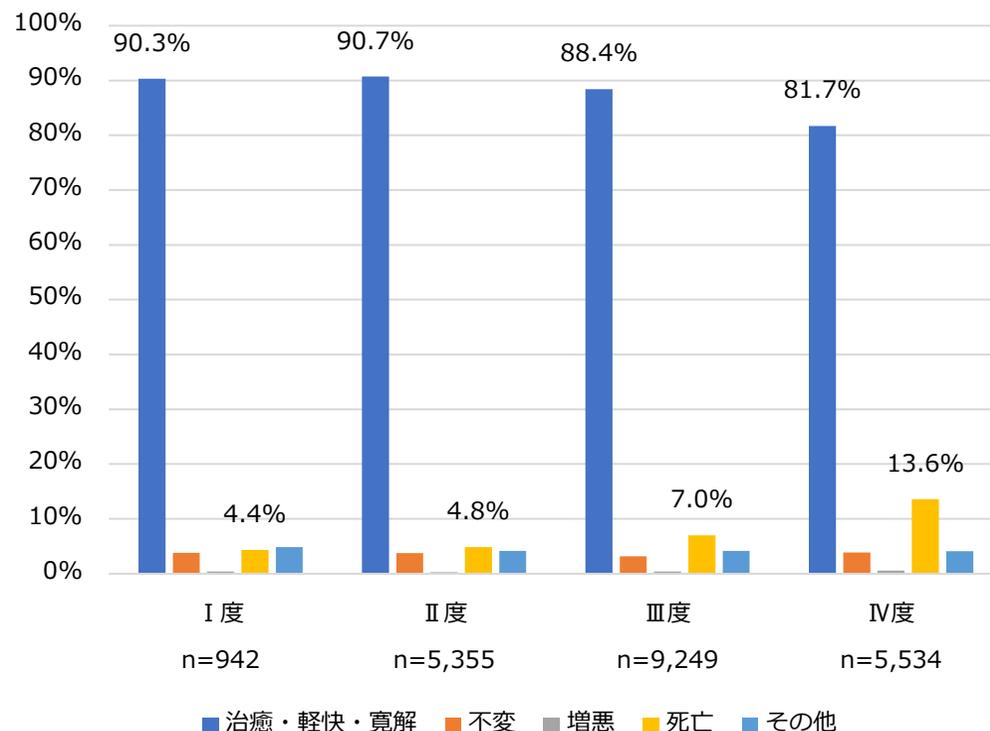
○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者においては、入院時のNYHA分類で死亡率に差がみられるものの、NYHA分類ごとの加算1を算定する場合と加算2を算定する場合とでは、大きな差がみられなかった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者における入院時のNYHA分類ごとの転帰

＜加算1を算定する患者＞
n=125,977



＜加算2を算定する患者＞
n=21,080

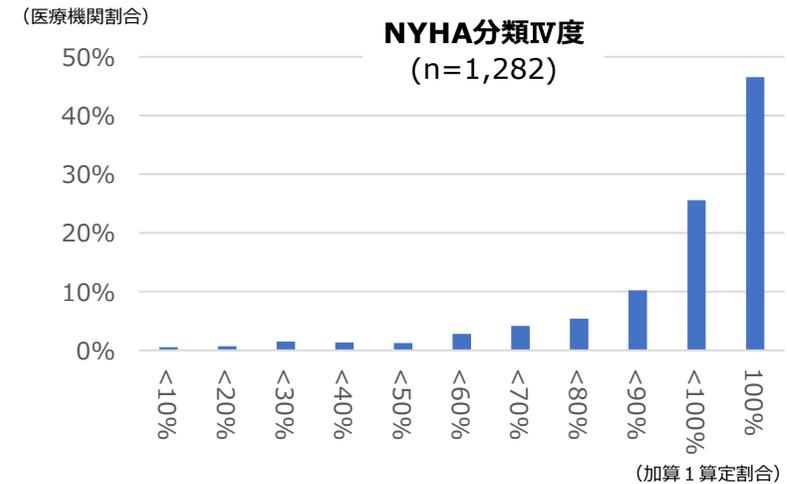
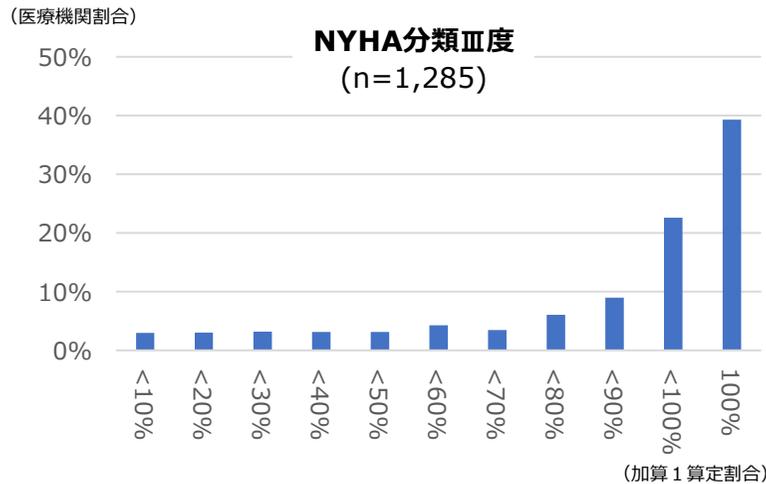
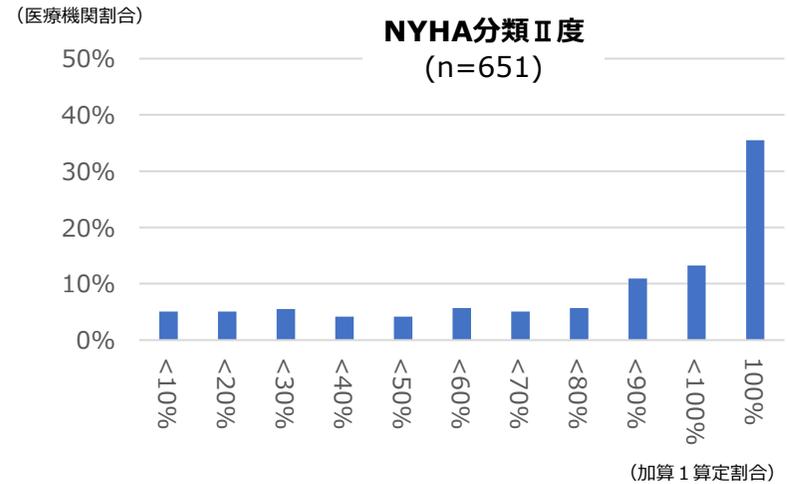
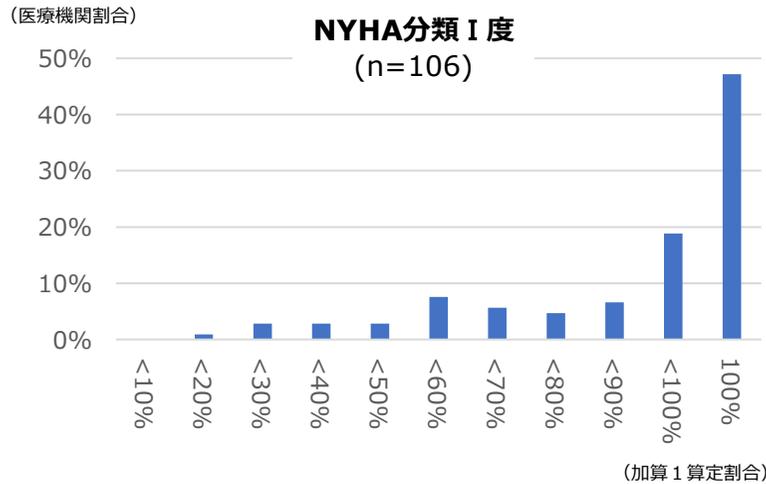


※ NYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況③

○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者においては、いずれのNYHA分類でも加算1を算定する割合が高い医療機関が多いが、医療機関間のばらつきがあった。

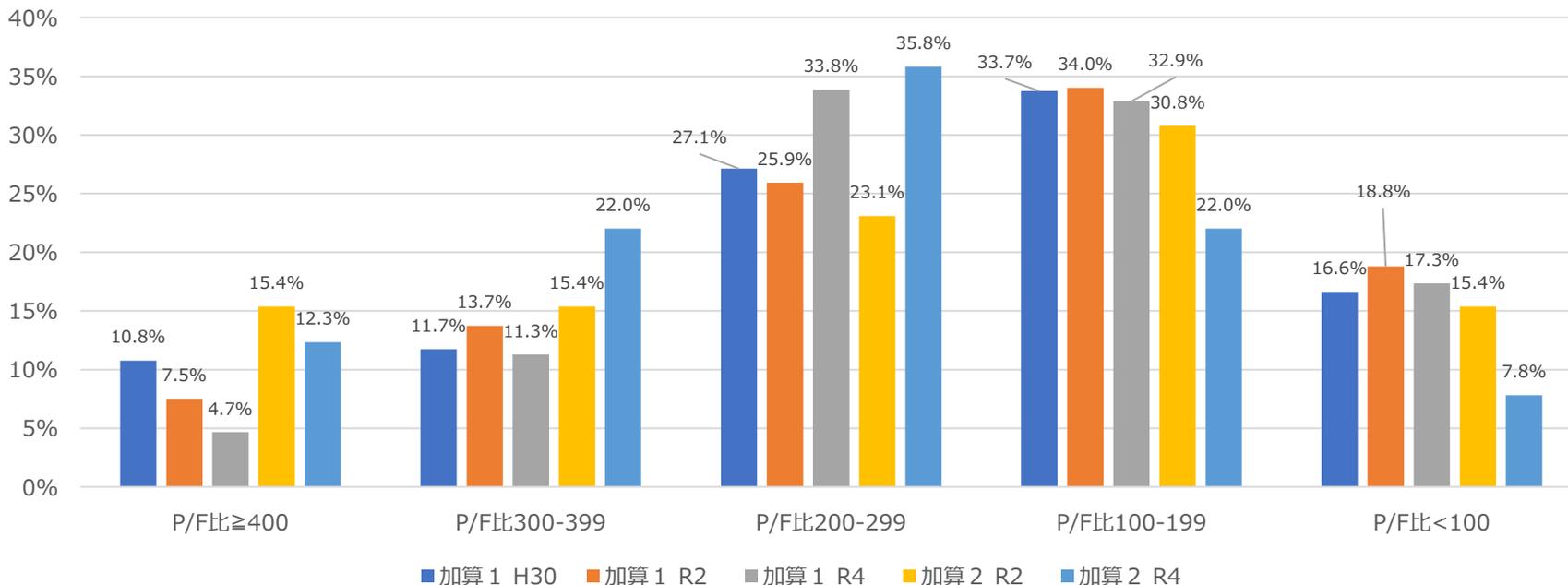
医療機関ごとの、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者のうち加算1を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況①

○ 令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の割合は、特に加算1において平成30年度以降大きく減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比の分布



※ P/F比は平成30年度及び令和2年度は入院時、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いものによる。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{\text{PaO}_2 \text{ (動脈血酸素分圧)}}{\text{FIO}_2 \text{ (吸入気酸素)}}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考: SOFAスコア(呼吸の評価)

SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

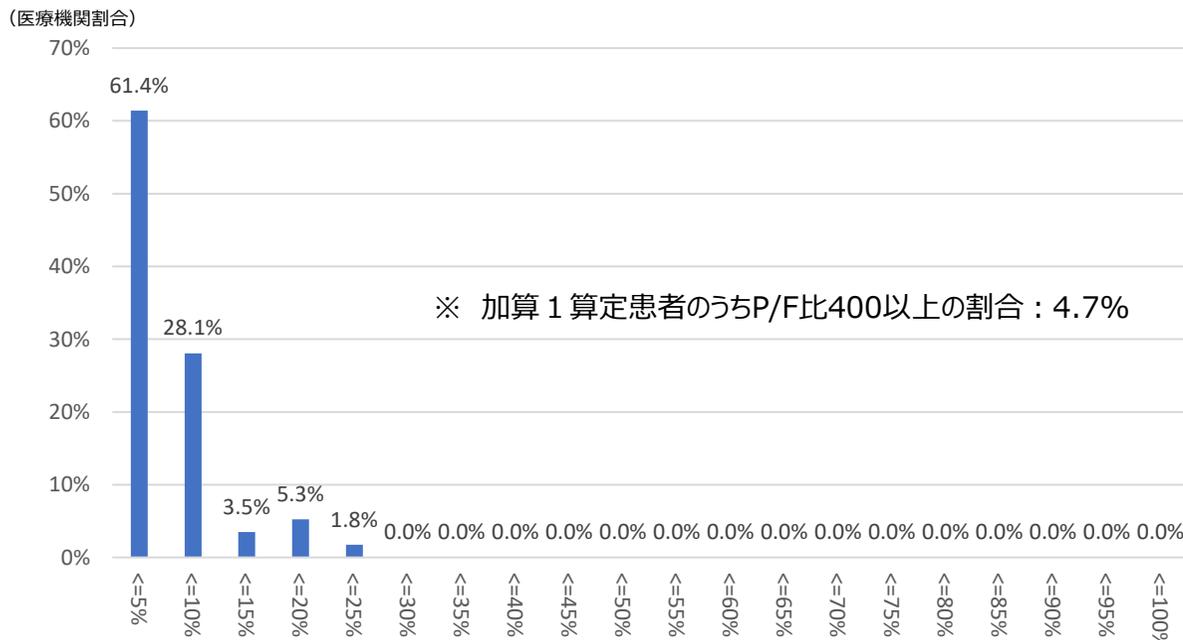
※出典: 日本版敗血症診療ガイドライン2016

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

○ 傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算1を算定する患者のうち、P/F比が400以上の割合は、61%の医療機関で5%以下である一方、2%の医療機関で20%以上であり、P/F比400以上の割合が大きい医療機関が一部にみられた。

救急医療管理加算1を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(加算1を10人以上算定する医療機関のみ, n=57)

※令和4年度のP/F比は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。



(傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算1を算定する患者のうち、P/F比400以上の割合)

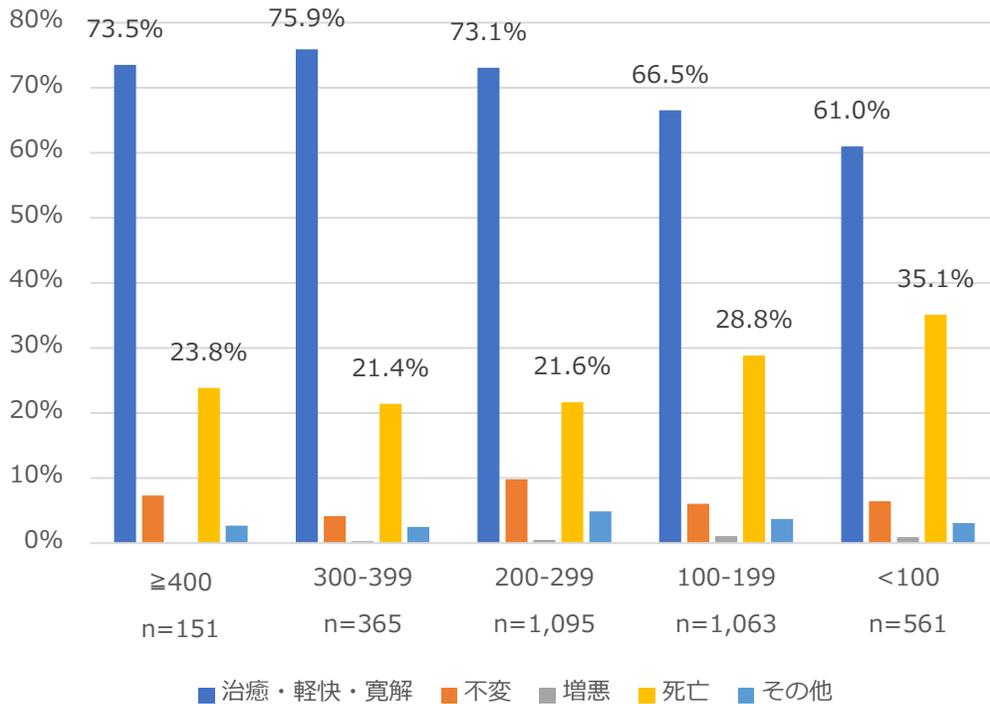
※傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態より加算2を算定する患者数が10人以上の医療機関が少数であるため加算1のみ集計

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者の転帰

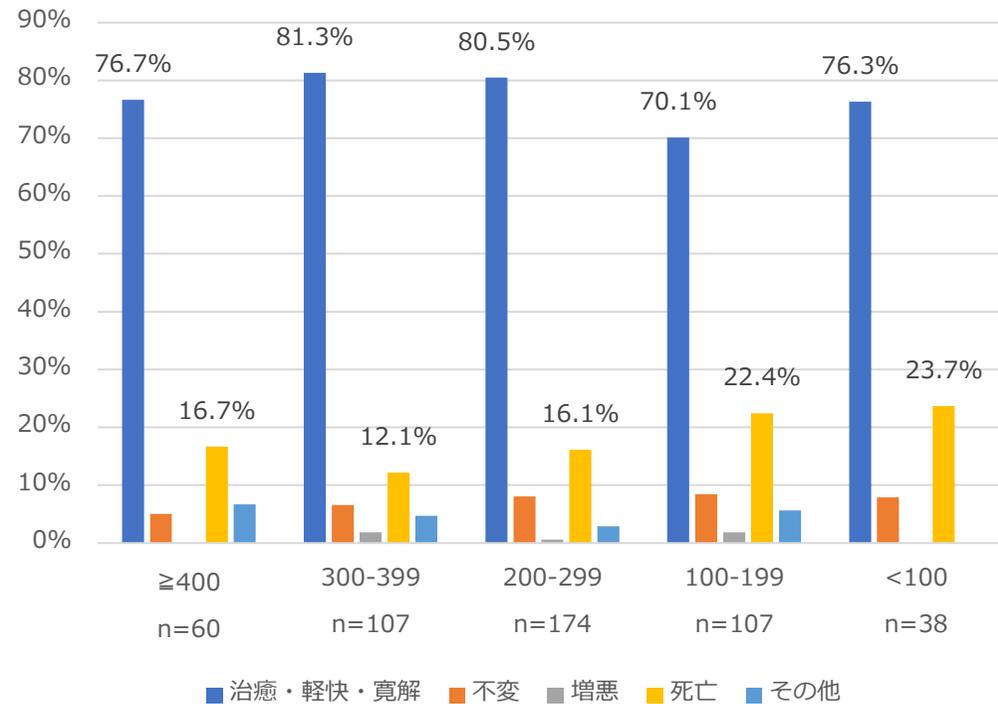
○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F比が高いほど死亡率が高かったが、P/F比が400以上の場合でも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者における入院時のP/F比ごとの転帰

＜加算1を算定する患者＞
n=3,235



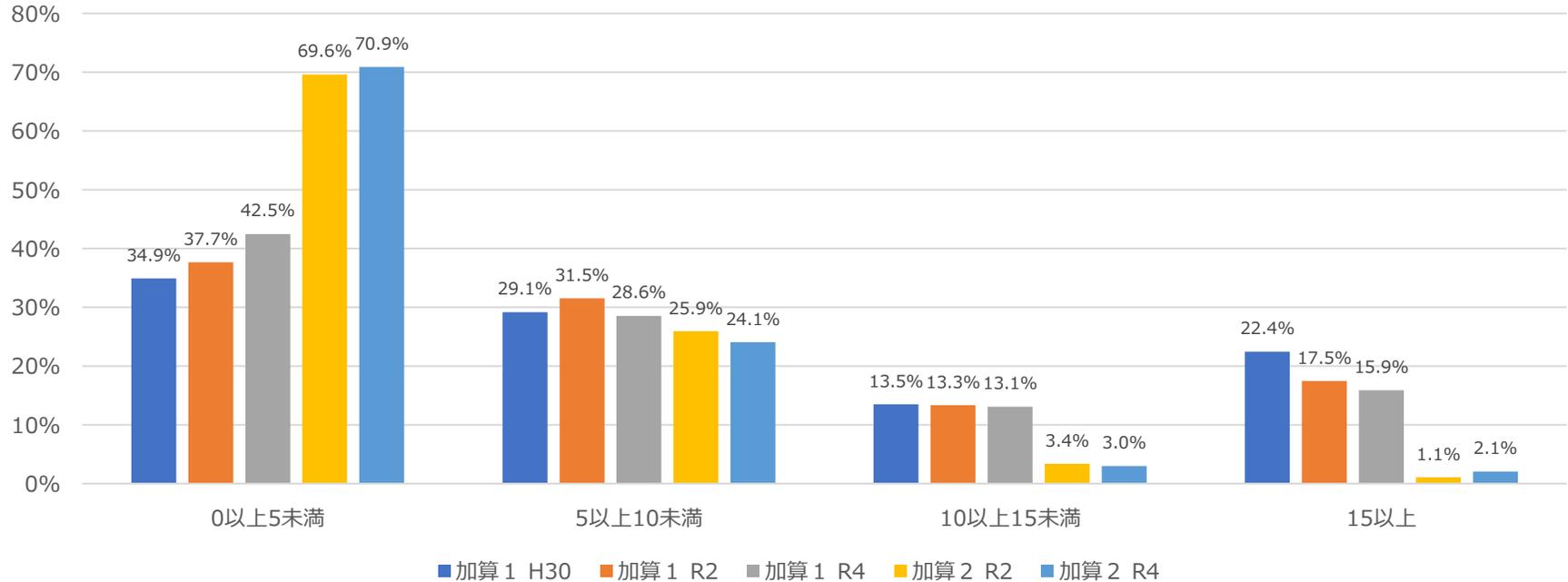
＜加算2を算定する患者＞
n=486



「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」による救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算を算定する患者のうち広範囲熱傷等の患者においては、Burn Index 0以上5未満の割合が増加していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷※」の患者におけるBurn Indexの分布
※H30, R2は広範囲熱傷のみ



(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積}(\%) + \text{Ⅱ度熱傷面積}(\%) \times 1/2$$

※Burn Index 10~15以上が重症とされる

出典：日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

I度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
Ⅱ度熱傷	浅達性：水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1~2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性：水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3~4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1~3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況①

○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者で多い傷病名は以下のとおりであり、これらの疾患により重篤な状態であれば、「意識障害又は昏睡」、「救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA両方を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」等、算定対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。

「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者に多い傷病

(最も医療資源を投入した傷病)

脳動脈の血栓症による脳梗塞	34826	4.0%
食物及び吐物による肺臓炎	27860	3.2%
尿路感染症, 部位不明	21552	2.5%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	20535	2.4%
急性尿細管間質性腎炎	20183	2.3%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17806	2.1%
その他の脳梗塞	17455	2.0%
肺炎, 詳細不明	15308	1.8%
転子貫通骨折 閉鎖性	14898	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13319	1.5%
細菌性肺炎, 詳細不明	11483	1.3%
腰椎骨折 閉鎖性	11076	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	9948	1.2%
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	9208	1.1%
閉塞を伴う腸癒着〔索条物〕	9167	1.1%

(入院の契機となった病名)

脳動脈の血栓症による脳梗塞	32662	3.8%
食物及び吐物による肺臓炎	25348	2.9%
尿路感染症, 部位不明	23388	2.7%
急性尿細管間質性腎炎	20353	2.4%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	18657	2.2%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	18179	2.1%
肺炎, 詳細不明	16833	2.0%
その他の脳梗塞	16159	1.9%
転子貫通骨折 閉鎖性	15049	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	12156	1.4%
細菌性肺炎, 詳細不明	11845	1.4%
腰椎骨折 閉鎖性	11382	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	10623	1.2%
胆管炎	10101	1.2%
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	9737	1.1%

<救急医療管理加算1の算定対象>

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
 ※加算2の対象は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況②

○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち「その他の重症な状態」の患者において、入院3日以内に実施した処置及び手術で多いものは以下のとおり。

「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者における
入院3日以内に多く実施されている処置及び手術
(「その他の重症な状態」の患者に多い傷病ごと)

	脳動脈の血栓症による脳梗塞		食物及び吐物による肺臓炎		尿路感染症, 部位不明		穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患		急性尿細管間質性腎炎						
	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合					
1	酸素吸入(1日につき)	2881	8.3%	酸素吸入(1日につき)	15676	56.3%	留置カテーテル設置	4994	23.2%	輸血 2 保存血液輸血	3234	15.1%	留置カテーテル設置	4591	22.4%
2	留置カテーテル設置	2657	7.6%	喀痰吸引	12737	45.7%	酸素吸入(1日につき)	4193	19.5%	酸素吸入	1353	6.3%	酸素吸入	3124	15.2%
3	喀痰吸引	1055	3.0%	留置カテーテル設置	4571	16.4%	導尿(尿道拡張)	2223	10.3%	小腸結腸内視鏡的止血術	1287	6.0%	導尿(尿道拡張)	1442	7.0%
4	導尿(尿道拡張)	563	1.6%	導尿(尿道拡張)	2545	9.1%	喀痰吸引	1991	9.2%	留置カテーテル設置	419	2.0%	喀痰吸引	1100	5.4%
5	高気圧酸素治療(1日につき) 2 その他のもの	553	1.6%	排便	900	3.2%	排便	575	2.7%	人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合 1	206	1.0%	経尿道的尿管ステント留置術	632	3.1%
6	鼻腔栄養	528	1.5%	鼻腔栄養	788	2.8%	膀胱洗浄(1日につき)	418	1.9%	内視鏡的大腸ポリープ・ 粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満	170	0.8%	膀胱洗浄	442	2.2%
7	人工腎臓(1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 1	507	1.5%	超音波ネブライザ	663	2.4%	輸血 2 保存血液輸血(200mLごとに)	318	1.5%	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	169	0.8%	排便	359	1.8%
8	排便	292	0.8%	胃持続ドレナージ	457	1.6%	創傷処置(100平方センチメートル未満)	254	1.2%	導尿(尿道拡張)	89	0.4%	輸血 2 保存血液輸血	261	1.3%
9	胃持続ドレナージ	203	0.6%	創傷処置(100平方センチメートル未満)	428	1.5%	鼻腔栄養	228	1.1%	喀痰吸引	85	0.4%	尿路ストーマカテーテル交換法	163	0.8%
10	創傷処置(100平方センチメートル未満)	188	0.5%	ドレーン法(ドレナージ)(その他のもの)	406	1.5%	創傷処置(100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満)	218	1.0%	人工腎臓 4 その他の場合	76	0.4%	人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合 1	157	0.8%

課題と論点

(救急医療管理加算について)

- 救急医療管理加算については、令和4年度改定において、入院時の患者の重症度をより適切に把握するため、意識障害、心疾患又は呼吸不全の患者においては重症度に関する記載を救急受診時及び治療室又は病棟入室時に記載することとし、また、JCSOで「意識障害又は昏睡の状態」に該当する場合、NYHA分類Ⅰ度又はP/F比400以上で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合及びBurn Index 0で広範囲熱傷に該当する場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠についても摘要欄に記載することとしている。
- 「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS 0の割合は減少しており、JCS 0の患者に対して人工呼吸や非開胸的新マッサージなどの緊急性が特に高い処置が実施される割合は低下していた。一方で、JCS 0～30の患者は、加算1を算定する場合でも、加算2を算定するJCS 100～300の患者と比較し死亡率が低い、JCS 0～30の患者に対して加算1を算定する医療機関が多く存在した。
- 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者においては、NYHA分類Ⅰ度の患者の割合が減少していた。また、これらの患者の死亡率はNYHA分類によって差がみられ、加算1と加算2のいずれを算定しているかによって死亡率は大きく変わらなかったが、NYHA分類Ⅰ度やNYHA分類Ⅱ度でも加算1を高い割合で算定する医療機関がみられた。
- 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F比400以上の割合が減少していたが、P/F比400以上の患者においても死亡率が高い傾向にあった。
- 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」の患者においては、令和4年度改定により顔面熱傷及び気道熱傷の患者が対象として追加され、Burn Indexが0以上5未満の患者の割合が増加していた。
- 「その他の重症な状態」により加算2を算定している患者で多い傷病においては、重篤な状態であれば救急医療管理加算の対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。

【論点】



- JCSやNYHA等による重症度分類が転帰と関連しているものの、こうした重症度に関わらず加算1又は加算2が選択されていると考えられる場合があることを踏まえ、重症度分類と加算の算定対象との関係についてどのように考えるか。
- 「その他の重症な状態」の算定患者数が増加する一方で、これらの患者において多い傷病名は、重篤な状態であれば他の算定対象である状態に該当すると考えられることを踏まえ、「その他重篤な状態」の取扱いについてどのように考えるか。

1. 働き方改革と医療従事者の勤務環境について
2. 地域包括ケア病棟について(その3)
3. 慢性期入院医療について(その3)

4. 横断的事項について

- ① 救急医療管理加算について
- ② **短期滞在手術等基本料について**
- ③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- ④ データ提出加算について

短期滞在手術等基本料の概要

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

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

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像(イメージ)

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

手術

日帰り

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術
等基本料1

短期滞在手術等基本料3

入院外(出来高)

【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

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

○:算定可能、×:算定不可

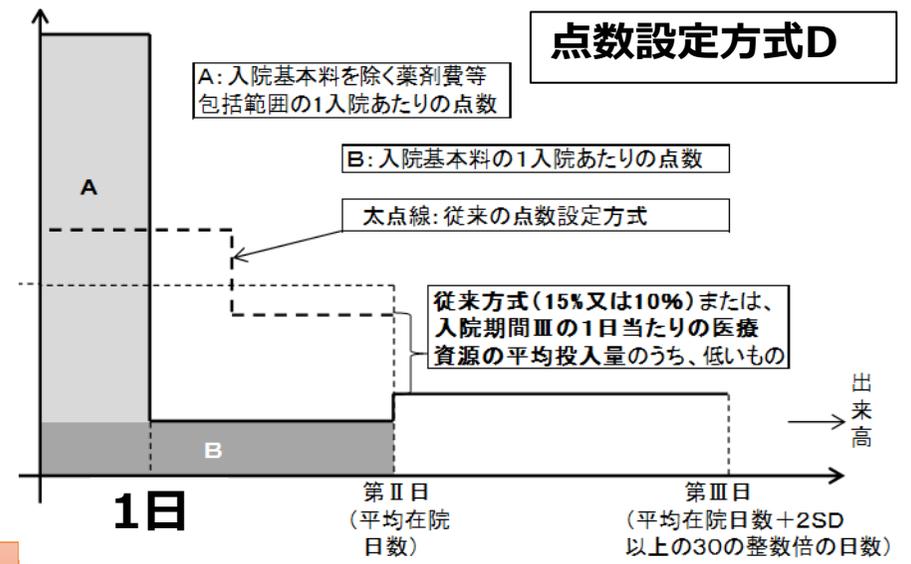
短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

➤ DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。

➤ DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。

➤ ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

➤ 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

➤ 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料1の見直し

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

現行

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点

【施設基準】

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

改定後

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

(改)イ 麻酔を伴う手術を行った場合

2,947点

(改)ロ イ以外の場合

2,718点

【施設基準】

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

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

短期滞在手術等基本料2の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料2について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行

【短期滞在手術等基本料2】

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

改定後

(削除)

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
 K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 2 その他のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

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

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

[D291-2 小児食物アレルギー負荷検査](#)

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

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

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

K008 腋臭症手術 1 皮弁法

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

K008 腋臭症手術 3 その他のもの

[K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足\(手に限る。\)](#)

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

K068 半月板切除術

K068-2 関節鏡下半月板切除術

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

K093 手根管開放手術

[K093-2 関節鏡下手根管開放手術](#)

[K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの](#)

[K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの](#)

[K224 翼状片手術\(弁の移植を要するもの\)](#)

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

[K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術](#)

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

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

[K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合](#)

K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合

[K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満](#)

[K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上](#)

K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)

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

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回](#)

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

[K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法\(一連として\)](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術](#)

[K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術](#)

[K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術](#)

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

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

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

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

[K823-6 尿失禁手術\(ボツリヌス毒素によるもの\)](#)

[K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術](#)

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

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

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

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

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

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)

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

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術

K030 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)

K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)

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

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

K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

K093-2 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)

K242 斜視手術 2 後転法

K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施

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

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

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

K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)

K318 鼓膜形成手術

K333 鼻骨骨折整復固定術

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

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回

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

K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

K617-2 大伏在静脈抜去術

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

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

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

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)

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

K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K867 子宮頸部(腔部)切除術

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

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

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

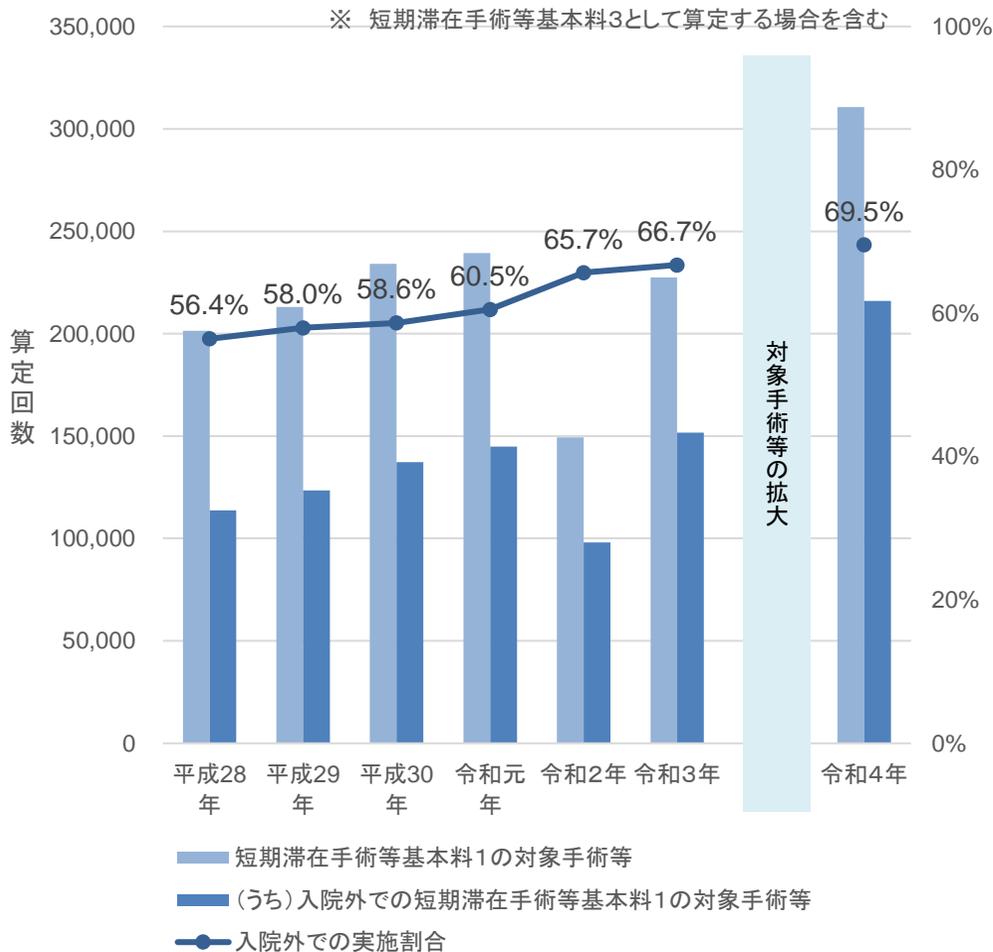
K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

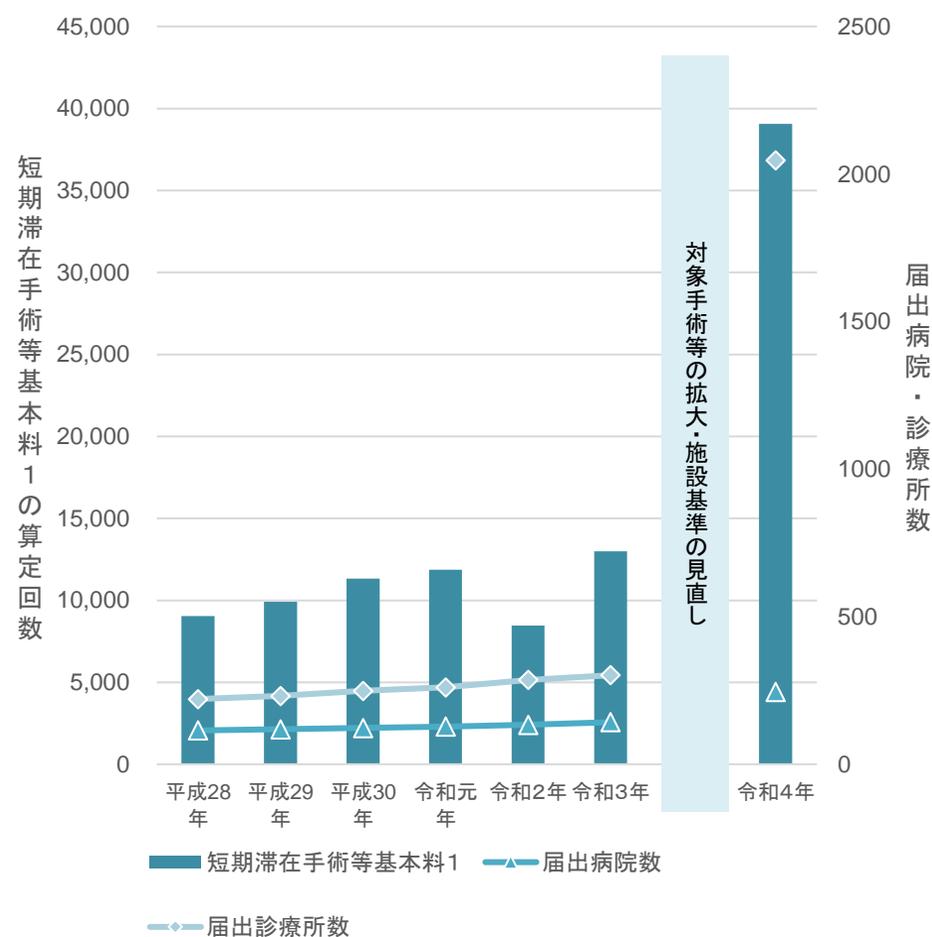
短期滞在手術等基本料1の年次推移

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

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の算定実績



短期滞在手術等基本料1の算定実績

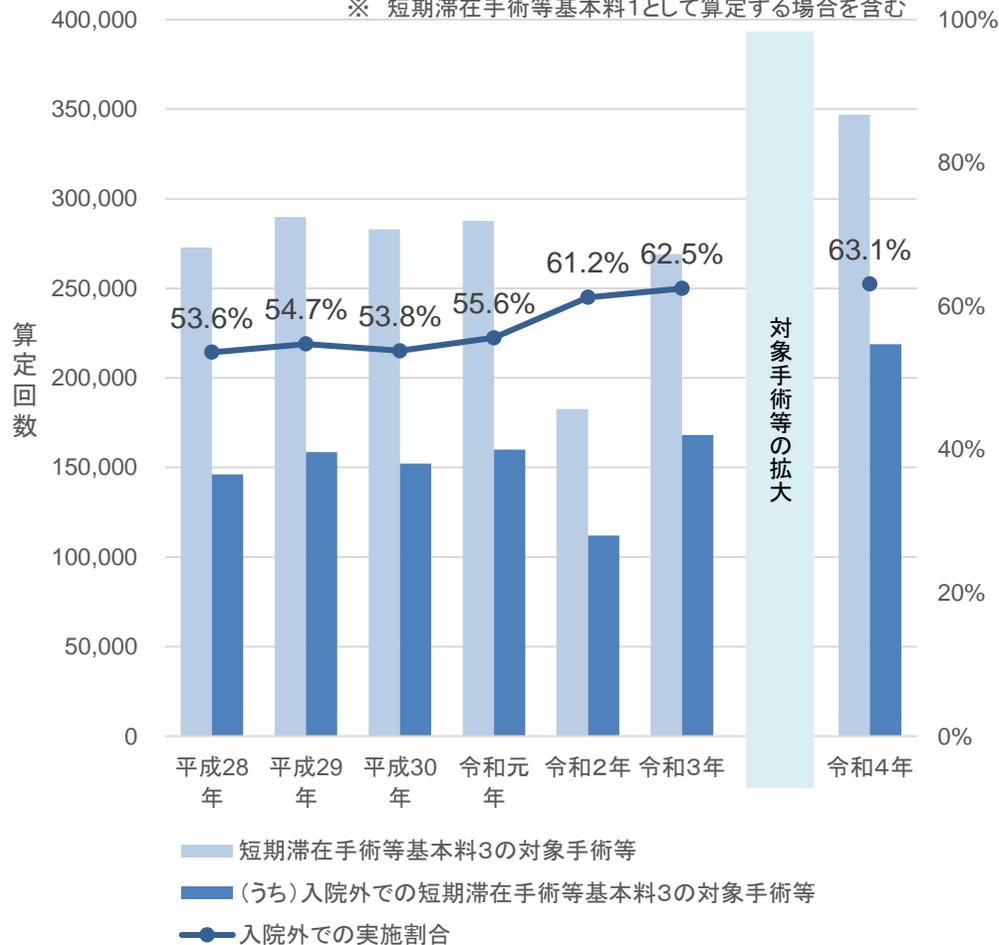


短期滞在手術等基本料3の年次推移

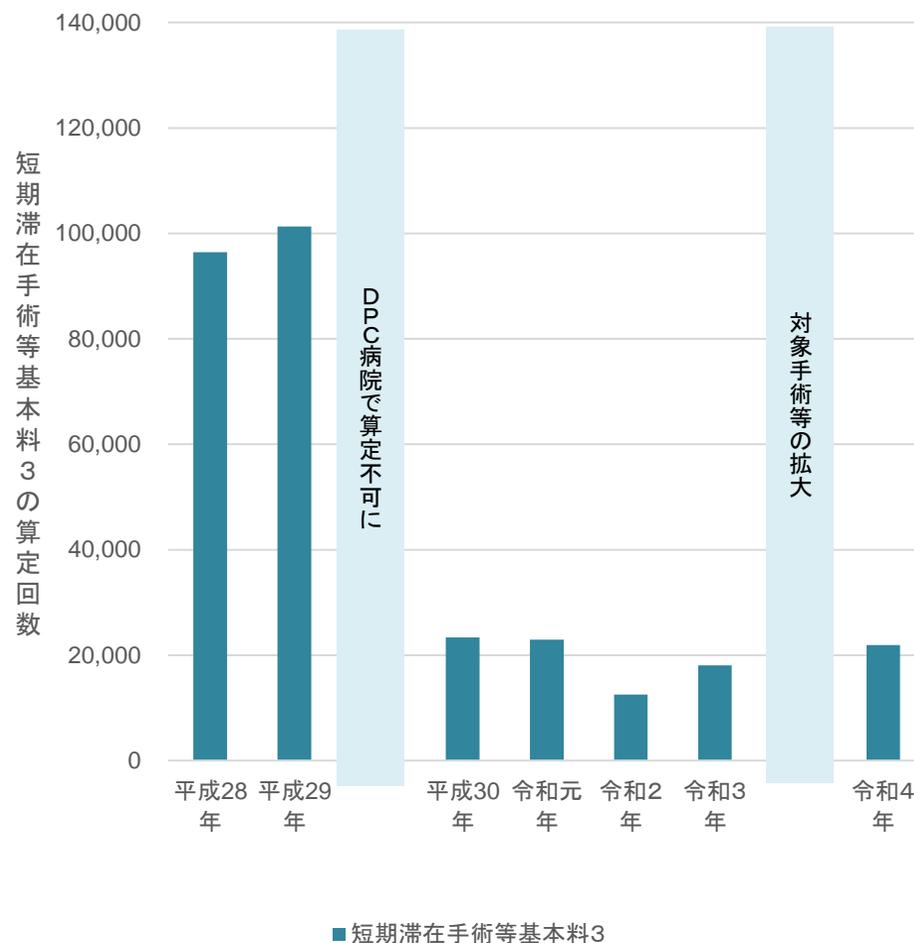
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定実績

※ 短期滞在手術等基本料1として算定する場合を含む



短期滞在手術等基本料3の算定実績



DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の実施について(令和5年6月21日中医協総会了承)

1. 概要

- 令和6年度診療報酬改定に向け、DPC/PDPSについては、令和4年度特別調査の結果等も踏まえ、令和5年度特別調査の実施に向けた調査設計等を行うこととされている(令和5年5月10日中医協総会了承)。
- 令和5年度特別調査の具体的な調査内容等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2. 背景・目的

(1)適切なコーディングについて

- 機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数においては、適切なコーディングを評価する観点から、様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」のICDコードとして、「部位不明・詳細不明コード」(※1)を使用した割合について評価を行っている。
※1 部位や病態等を確認することにより、他のコードに分類される可能性が高いICDコードのうち一部を、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料において指定している。
- 現在は10%以上を減点対象としており、ほとんどの病院で基準値を下回っている一方で、令和5年度において減点対象となっている病院も23病院存在する。
- 適切なコーディングはDPC/PDPSの安定的な運用の前提であり、令和4年度特別調査を踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要であると考えられたことから、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高い理由や背景を把握するため、特別調査を実施することとする。

(2)短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

- DPC/PDPSにおいては、短期滞在手術等基本料3の対象手術等(以下、「短在3対象手術等」という。)は、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。
- 短在3対象手術等には、全国での外来実施割合が高い短期滞在手術等基本料1の対象手術等(以下、「短在1対象手術等」という。)も含まれるが、そのうち、DPC対象病院における外来実施割合が低い手術等も存在する。
- 令和4年度特別調査において、外来で診療可能な症例を入院で診療している等の意見もみられたこと等も踏まえ、DPC/PDPSにおける短期滞在手術等の評価のあり方を検討するにあたり、入院／入院外での実施状況等を把握するため特別調査を実施することとする。

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 患者数に比して、外来や日帰りに対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急に対応する体制が整っていない。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

- 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
- 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の1日入院での実施割合

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院症例のうち、1日入院(同一の日に入院及び退院した場合(※))の割合は、DPC対象病院で4.5%、出来高病院では10.8%であった。
(※) 短期滞在手術等基本料1を算定する場合は含まれない。

	DPC対象病院	出来高病院
短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院数	763,658	246,528
うち、短在1対象手術等を実施した1日入院数 (割合)	34,354 (4.5%)	26,711 (10.8%)

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の在院日数別の実施割合

- 短期滞在手術等基本料1の主な対象手術等について、入院から5日以内に当該手術等を実施した入院症例に占める1日入院、1泊2日入院、2泊以上入院の割合はそれぞれ以下のとおりであった。
- 手術等によりバラツキはあるものの、1日入院で実施される症例が一定程度存在する。

対象手術等	DPC対象病院				出来高病院			
	5日以内の入院症例数	割合			5日以内の入院症例数	割合		
		1日	1泊2日	2泊以上		1日	1泊2日	2泊以上
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	309,512	6.6%	41.2%	52.1%	91,468	15.5%	48.7%	35.8%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	2,995	1.0%	21.3%	77.7%	319	8.5%	49.8%	41.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	21,226	19.3%	53.4%	27.4%	7,893	33.1%	51.1%	15.8%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	1,297	3.0%	36.4%	60.6%	389	19.8%	42.2%	38.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	224,012	0.9%	67.8%	31.3%	81,111	3.6%	74.7%	21.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,350	17.2%	56.3%	26.4%	2,137	14.8%	60.9%	24.3%

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況①

- 令和4年度改定以前より短期滞在手術等基本料3の対象となっていた手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。)

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	短期滞在手術等基本料3		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
小児食物アレルギー負荷検査	3,187	1.04	2,727	1.10
前立腺針生検法 その他のもの	8,171	2.51	9,550	2.43
関節鏡下手根管開放手術	975	3.19	1,035	3.69
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	107	2.01	108	2.02
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	77,058	2.60	83,975	2.47
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	5,765	4.92	7,493	4.76
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	400	3.21	319	2.88
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	8,115	2.75	7,893	2.76
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	1,535	3.21	1,602	3.05
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	580	3.06	389	2.99
下肢静脈瘤手術 硬化療法	153	2.14	139	1.34
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	162	1.89	180	1.89
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	125	3.00	59	2.49
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	62	2.24	40	2.20
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	64	2.50	40	2.60
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	9,266	5.60	9,245	5.42
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	27	2.74	30	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	45	2.64	44	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	27	2.81	21	2.24
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	5,619	4.97	7,418	4.76
内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	79,045	2.44	81,111	2.40
内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	5,839	3.21	6,115	3.11
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,119	2.38	2,137	2.31
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	4,897	2.28	3,892	2.16
子宮頸部(腔部)切除術	1,181	3.02	1,027	3.05
ガンマナイフによる定位放射線治療	1,521	3.19	1,561	3.47

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況②

- 令和4年度改定より新たに短期滞在手術等基本料3の対象となった手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その1

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 安全精度管理下で行うもの	345	2.14	724	2.09
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 その他のもの	11,478	2.38	10,703	2.07
反復睡眠潜時試験(MSLT)	227	2.03	213	2.08
内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験 成長ホルモン(GH)(一連につき)	394	3.09	180	2.51
経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術	585	3.20	729	3.02
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手)	319	3.41	263	3.26
骨折観血的手術(手舟状骨)	291	3.74	250	4.49
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(前腕)	4,734	4.34	3,680	3.57
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(鎖骨)	1,835	4.28	1,350	3.69
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	331	3.43	255	2.93
ガングリオン摘出術(手)	178	3.61	131	2.78
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	191	2.13	314	2.08
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	391	2.52	315	2.27
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,437	2.95	1,485	2.59
眼瞼下垂症手術 その他のもの	768	2.67	884	2.33
翼状片手術 弁の移植を要するもの	771	2.93	948	2.84
斜視手術 後転法	533	3.53	467	2.80
斜視手術 前転法及び後転法の併施	504	2.83	581	2.61
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	106	3.78	146	3.60
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	539	2.62	1,017	2.15
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(片側)	177	2.99	163	2.99
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(両側)	3	15.33	1	6.00

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況③

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その2

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
鼓膜形成手術	110	3.01	65	2.92
鼻骨骨折整復固定術	127	3.86	136	2.95
喉頭・声帯ポリープ切除術 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	326	3.72	101	5.50
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	253	4.75	199	3.69
大伏在静脈抜去術	339	4.38	279	2.37
下肢静脈瘤血管内焼灼術	3,056	2.22	1,743	2.09
下肢静脈瘤血管内塞栓術	270	1.77	663	1.46
肛門ポリープ切除術	218	3.61	269	2.81
肛門尖圭コンジローム切除術	216	1.92	161	2.14
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	191	2.38	212	2.11
顕微鏡下精索静脈瘤手術	140	2.05	73	2.00
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 電解質溶液利用のもの	400	2.81	559	2.43
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 その他のもの	834	2.51	701	2.37
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 電解質溶液利用のもの	373	2.90	408	2.84
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 その他のもの	316	2.79	283	2.51
腹腔鏡下卵管形成術	115	4.32	92	4.14

出典:DPCデータ(各年度1年分)

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
 ※ 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

課題と論点

(短期滞在手術等基本料1)

- 令和4年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価及び麻酔科医の配置に係る要件の見直しを行うとともに、短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とすることとした。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数は令和4年度改定を経て増加しているが、届出病院数は届出診療所数に比して増加幅が少ない。
- DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査においては、短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、術後に外来で経過観察するスペースがないため、1日入院として当日に入退院させている実態を聴取した。
- DPCデータによる分析においても、短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、1日入院で実施される例が一定程度存在することが確認された。

(短期滞在手術等基本料3)

- 令和4年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象手術等に加えることとした。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加しており、平成30年度以降も一定程度算定されている。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等については、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。
- これまでの診療報酬改定においては、診療実態等に合わせ、対象手術等及びその評価について、見直しを実施している。



【論点】

- 一定程度治療法が標準化され、入院外での実施が期待される手術等の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 一定程度治療法が標準化され、短期間で退院が可能となる手術等の評価の在り方についてどのように考えるか。

1. 働き方改革と医療従事者の勤務環境について
2. 地域包括ケア病棟について(その3)
3. 慢性期入院医療について(その3)

4. 横断的事項について

- ① 救急医療管理加算について
- ② 短期滞在手術等基本料について
- ③ **医療資源の少ない地域に配慮した評価について**
- ④ データ提出加算について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価(概要)

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

- 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。

現行

【入退院支援加算】

【施設基準】

- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること



改定後

【入退院支援加算】

【施設基準】

- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしているとみなすことができる。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

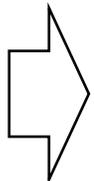
施設基準の見直し

- 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】
[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講していること。(2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。



改定後

【超急性期脳卒中加算】
[施設基準]

- (1) 次のいずれかを満たしていること。
ア 略
イ 次のいずれも満たしていること。
(イ) **「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築**されていること。
(ロ) 日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
(ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置**されていること。

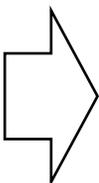
施設基準の見直し

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

[施設基準] (抜粋)
乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。



改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

[施設基準] (抜粋)
乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。**ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。**
ア 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
イ 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
ウ **遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のMRI装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してMRI撮影ができる等、乳房MRI撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。**

医療資源の少ない地域 算定状況①

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
特定一般病棟入院料 1	124	1520	192	2549	194	2352	169	2058	170	2217	153	1832
特定一般病棟入院料 2	190	3061	119	1680	60	1025	68	1286	57	974	60	953
特定一般病棟入院期間加算（14日以内）	227	1767	237	1879	185	1410	170	1418	167	1310	163	1152
特定一般病棟入院期間加算（15日以上30日以内）	73	639	116	831	81	710	89	797	82	725	59	469
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	62	527	131	1156	116	970	97	834	119	935	109	730
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	-	-	91	1446	66	854	56	871	62	871	64	884
特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）	-	-	-	-	7	86	4	81	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（A）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（B）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（C）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（D）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（E）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（F）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（G）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（H）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（I）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域 算定状況②

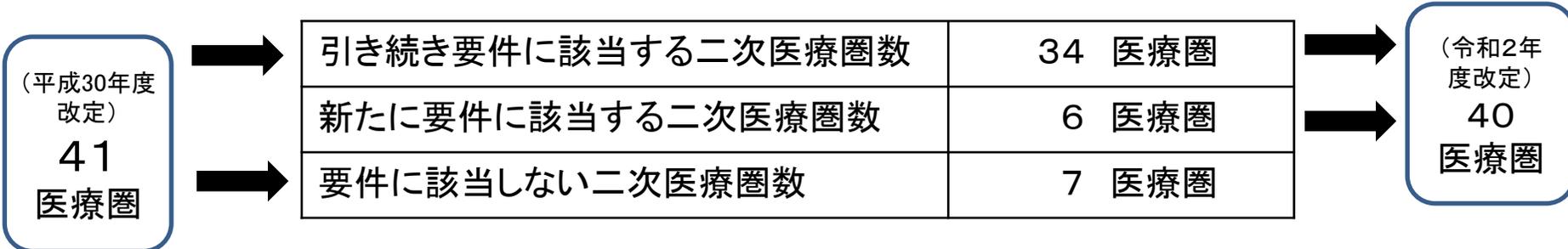
○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	20	42	3	7	15	43	-	-	-	-	11	18
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	1	-	-	-	-	4	4	6	7	-	-
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	-	-	5	5	16	16	2	2	37	38	18	18
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	9	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	22	562	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域の考え方

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。

平成30年度改定時	令和2年度改定後
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	「人口当たり医師数が下位1/2」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	



※: 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	<p>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し</u></p> <p>＜対象地域に関する要件＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 <p>○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ②</p> <p>①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2</p> <p>②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%</p> </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加(特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く) ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <p>＜対象＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和(※)</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。 ○ 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。

医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

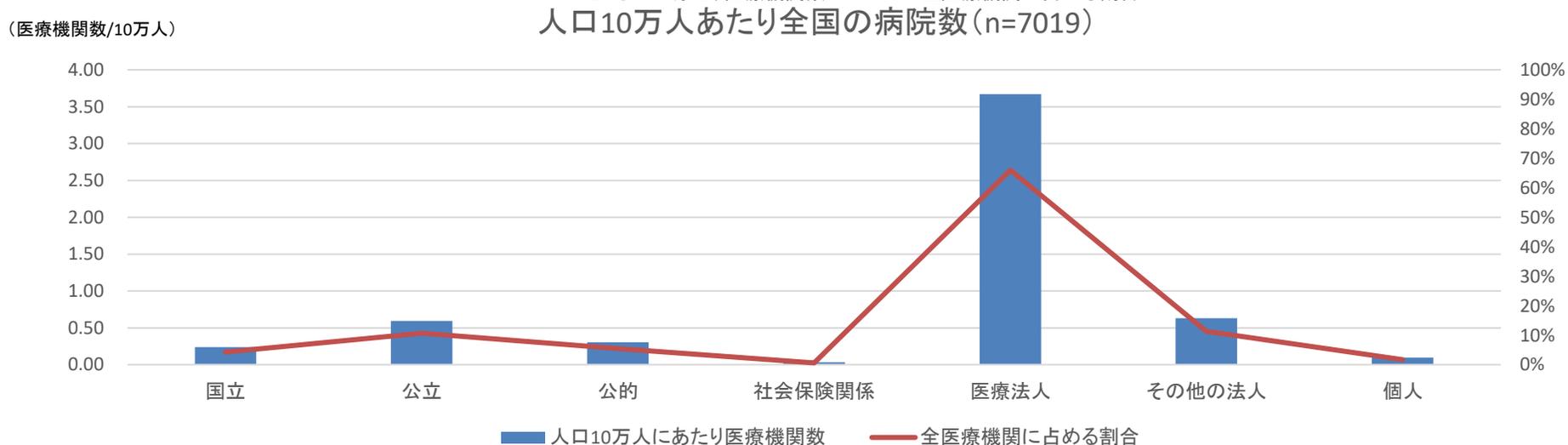
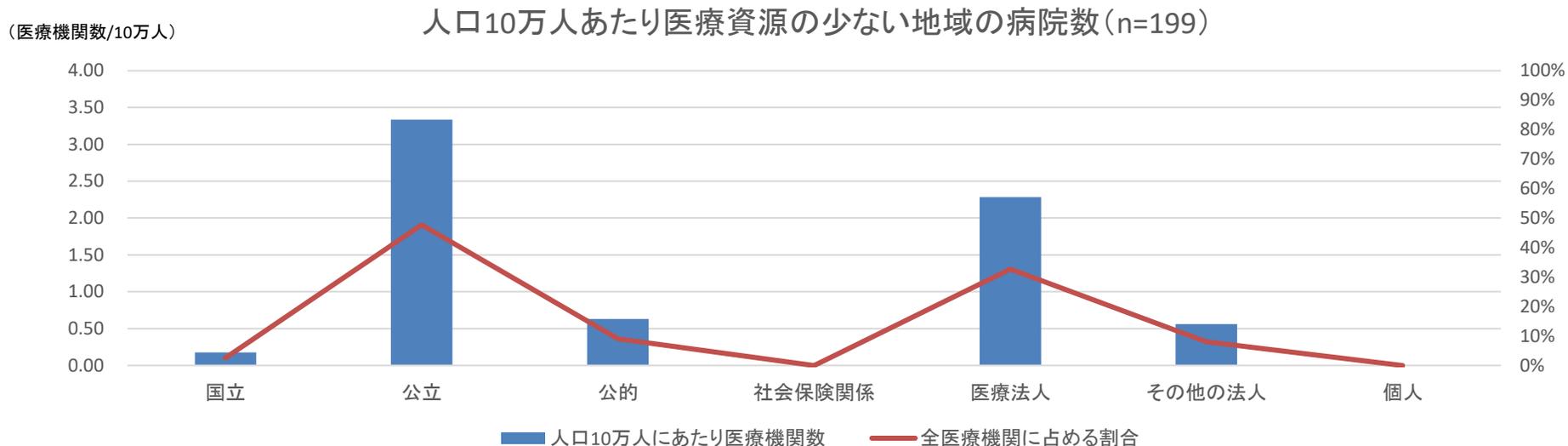
中医協 総-2
3. 8. 25

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

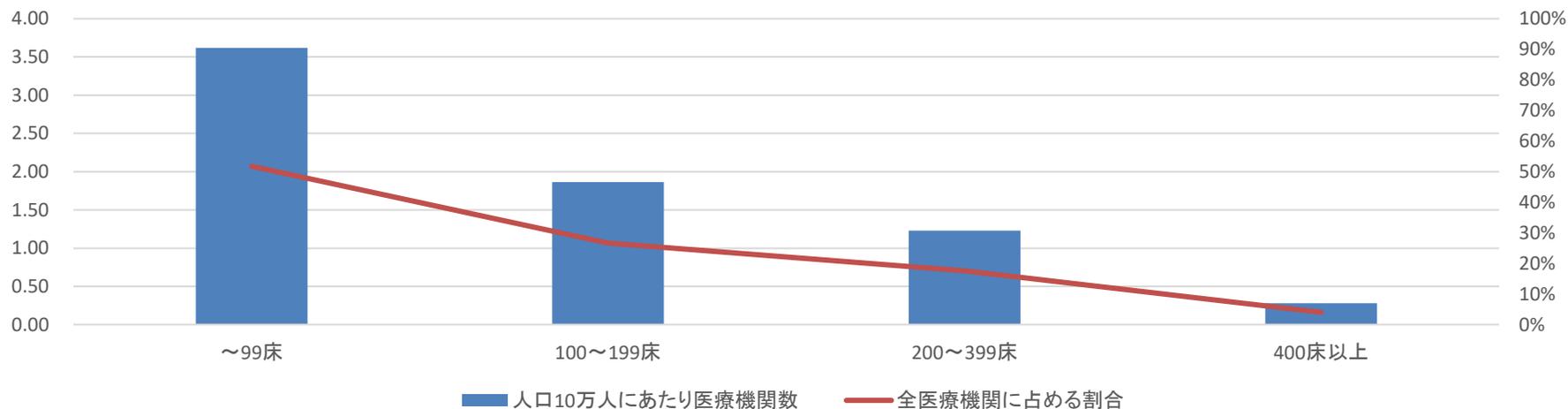
- 全国の病院と医療資源の少ない地域に存在する人口10万人あたりの病院の設置主体は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域においては設置主体が公立の医療機関が最も多く、全国でみると医療法人が最も多かった。



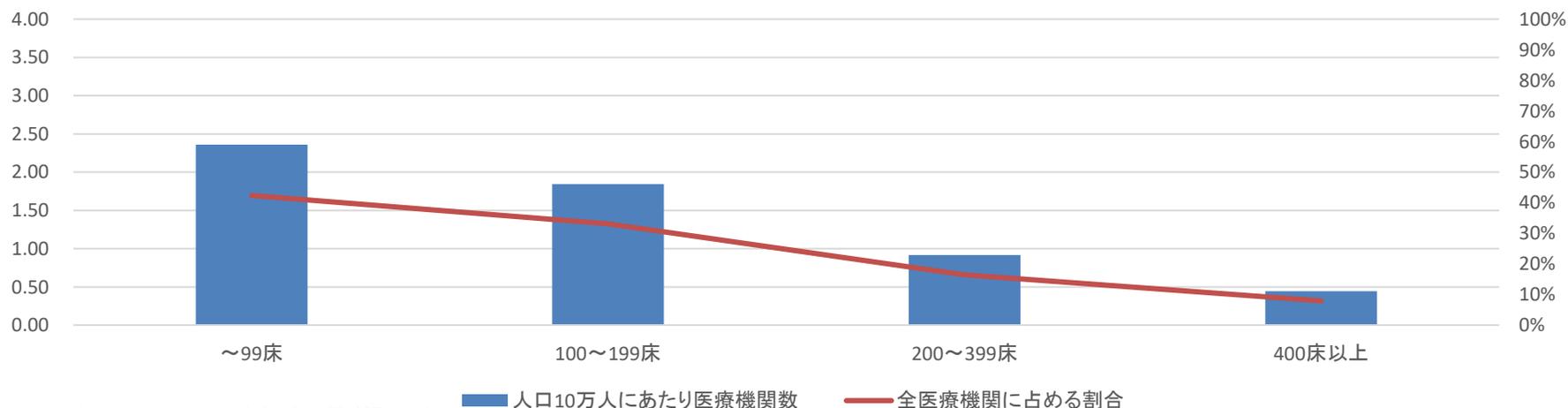
全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

- 医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり許可病床数は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域に存在する病院の許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多く、全体の約50%を占めていた。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の許可病床数(n=199)



人口10万人あたり全国の病院における許可病床数(n=7019)

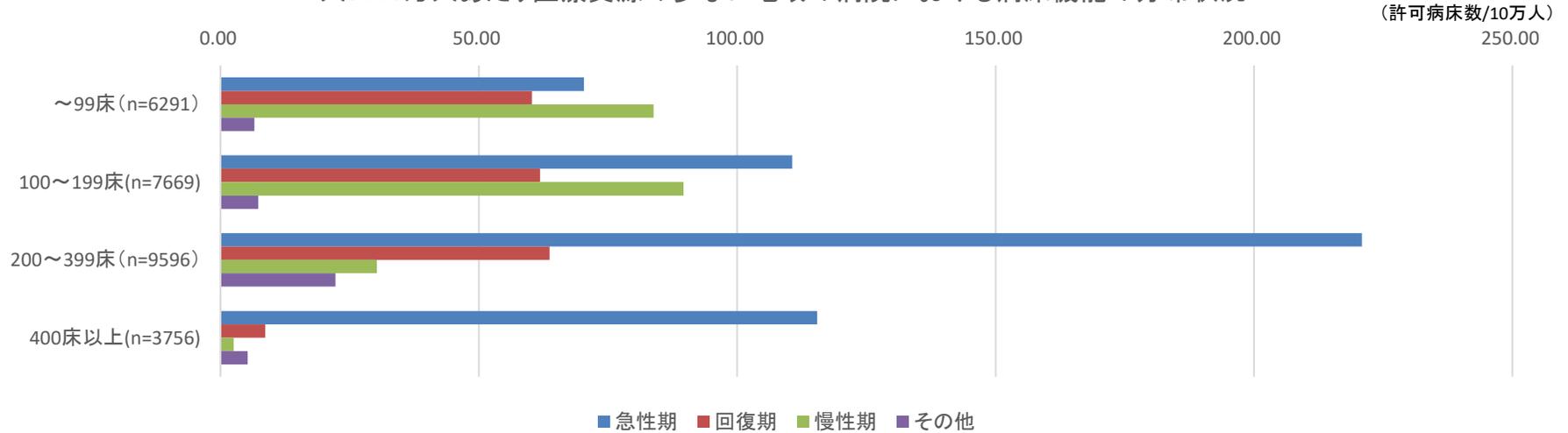


全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について③

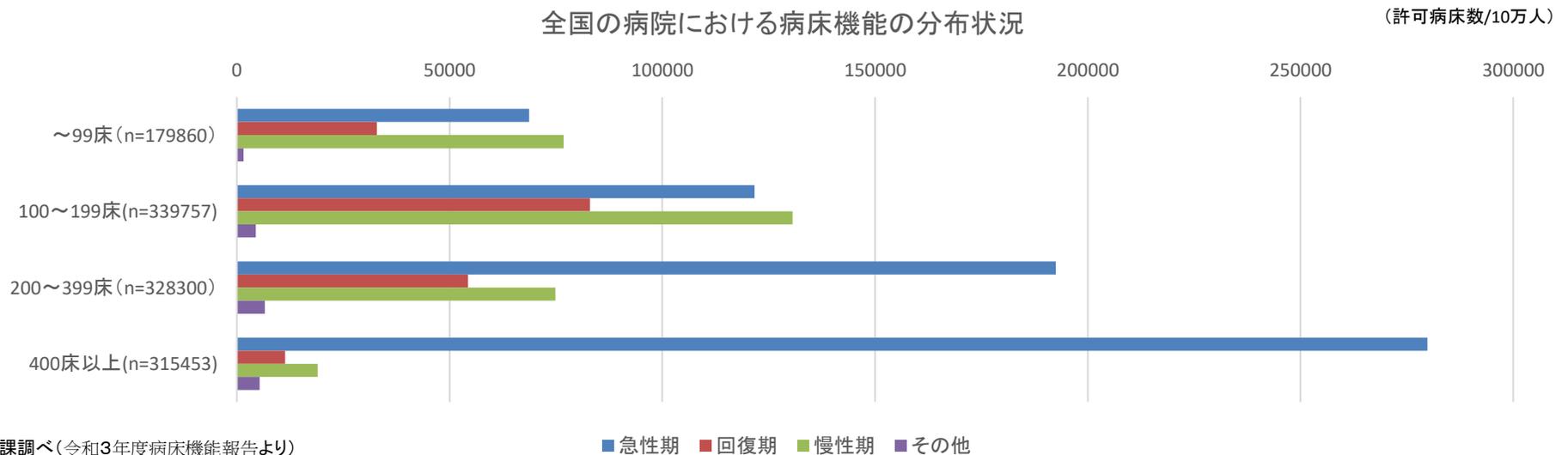
○ 医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり病床機能の分布状況は以下のとおりであった。

○

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の病院における病床機能の分布状況



全国の病院における病床機能の分布状況



医療資源の少ない地域でのヒアリング調査について

令和5年度 令和5年度入院・外来医療等における実態調査 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について(ヒアリング調査)

【附帯意見(抜粋)】

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【調査の概要】

1. 調査対象

医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関 12施設

2. 調査日

7月24日(月)～8月18日(金)の期間に適宜ヒアリングを実施

3. 調査内容

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況等

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果①

	医療機関の主な意見等
入院について	<p>○急性期</p> <ul style="list-style-type: none">・ 救急患者は受け入れるが、十分な医師の確保が困難なため、手術を必要とする患者や高度急性期の患者はほとんど転院となる。・ 周囲の医療機関と輪番制を構築していたが、医師の高齢化により輪番制が廃止となって継続困難となり廃止となった。・ 地域連携ネットワークを導入したおかげで急性期疾患の患者の経過を確認できるようになり、回復期に移行し地域に戻ってくる時の計画を立てやすくなった。 <p>○回復期</p> <ul style="list-style-type: none">・ 地域に回復期リハビリテーション病棟が少なく、遠方にあるため患者や家族に負担がかかる。・ 自院で回復期リハビリテーション病棟を届出できるほど周辺地域に対象となる患者がいなかったため、回復期に集中的なリハビリテーションを必要とする場合、地域包括ケア病棟に入院となる場合があり、包括評価のため経営上の負担になる。・ 周辺に医療機関がなく機能分化ができないため、急性期も回復期も担う医療機関は地域包括ケア病棟の自院からの転棟割合の要件を満たすのが難しい。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果②

	医療機関の主な意見等
外来・在宅について	<p>○ 在宅医療</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医師の数が少ないため、在宅療養支援診療所を維持していくための医師の24時間対応体制の構築が負担になっている。・ 在宅のニーズの増加に合わせて、訪問診療や往診の体制を整えていきたいが、そもそも医師の数等が不足しており難しい。・ 施設に入所する患者が増加しており、看取りの件数自体は減ってきている。・ 自宅までの距離が遠く離れており、自施設から20km離れた訪問看護ステーションの方が近いような患者の場合は、一旦その看護師に依頼して様子を見てもらうことがある。 <p>○ 情報通信機器を用いた診療</p> <ul style="list-style-type: none">・ 必要な患者に往診を提供できる様に努力しているが、遠方の患者は移動時間もかかり医師の負担になる。患家の近くの訪問看護ステーションから看護師が向かい、D to P with Nでの診療体制ができれば良い。・ オンライン診療での費用が低く、患者の指導や医療機関内での体制の整備に時間がかかるのに対して、採算がとれない。・ 普及を目指しているが、患者は高齢者が多く、デバイスをうまく扱えないため、中々オンライン診療を希望する患者がいらない。・ D to P with Nの取組を進めたいが、そもそも看護師の数が足りない。・ オンライン診療導入の意向はあるが、ソフトや機器の値段が高く購入が困難。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果③

設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従の要件を満たす医療従事者の確保が困難である。 ・ 連携を要件としている加算はそもそも周辺に連携のとれる医療機関が少なく、要件を満たすのが困難。 ○ 入退院支援加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入退院支援部門に配置する人材の確保が困難。 ・ 家族が遠方にいると退院支援計画書の同意がもらえない場合がある。 ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 当直日数の基準を満たすのが困難。 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 全身麻酔の手術件数の要件を満たせない。 ○ 遠隔画像診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ ソフト・ハード共に費用負担が大きい。 ○ 医師事務作業補助体制加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務負荷の軽減に寄与しているが、医師の減少の負担の増加の方が大きい。 ○ 超急性期脳卒中加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 対応できる医師を確保できず、施設基準が満たせない。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ コロナの影響で講習会やカンファレンスのオンラインでの開催が増えたことで、移動時間も減り、業務の負担が軽減された。 ○ 地域に急性期の病院がなく、自院で急性期の患者を多く受け入れているので、宿日直許可の取得が困難。 ○ 医療従事者の人材不足や患者の減少もあり、医療機関の努力で採算を合わせることに限界が来ている。

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

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

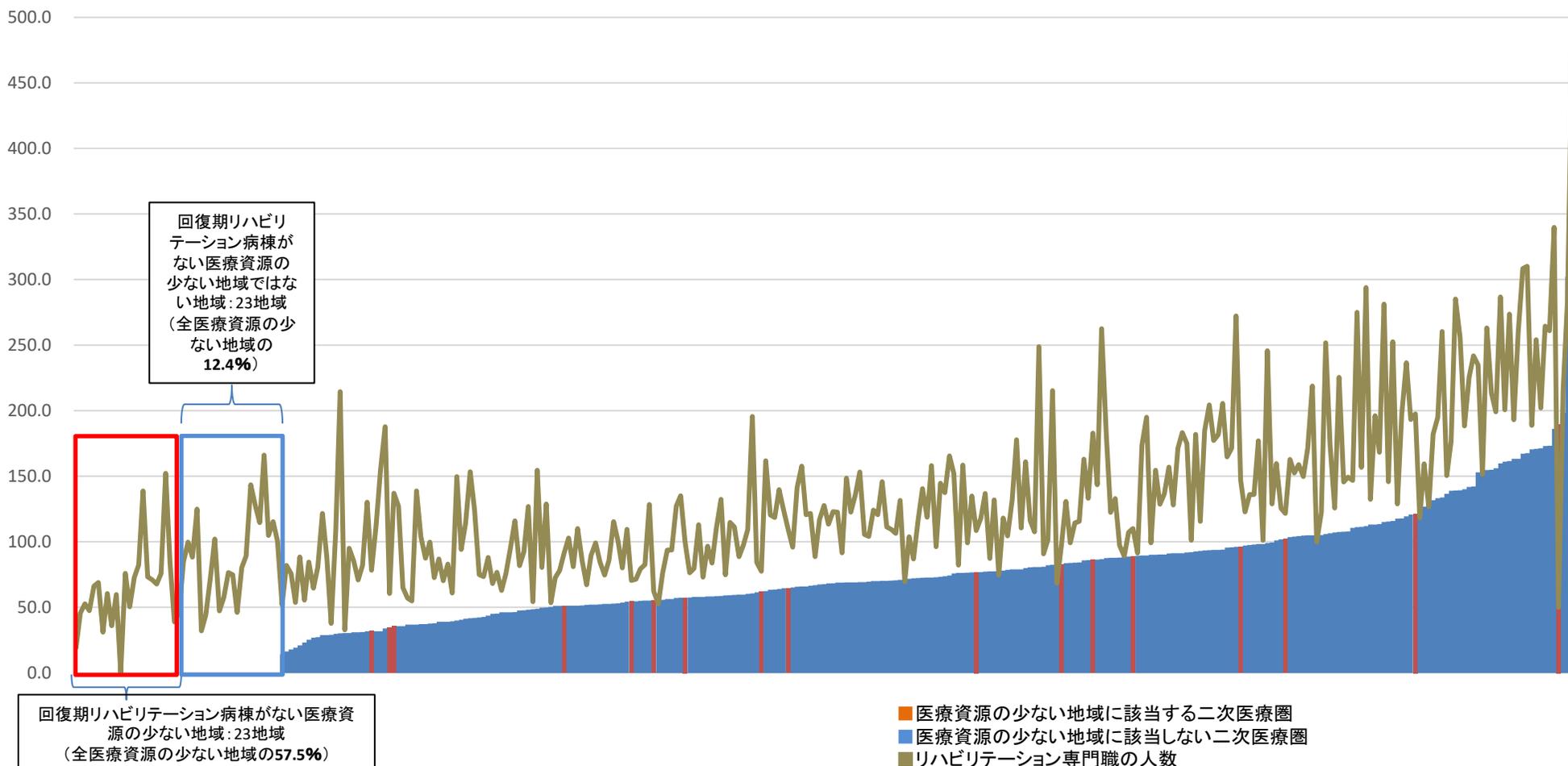
※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

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

医療資源の少ない地域におけるリハビリテーション

○ 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域はリハビリテーション専門職の人数については配置が少ないが一定数は存在する。

回復期リハビリテーション病棟の病床数とリハビリテーション専門職の人数
(人口10万人対)



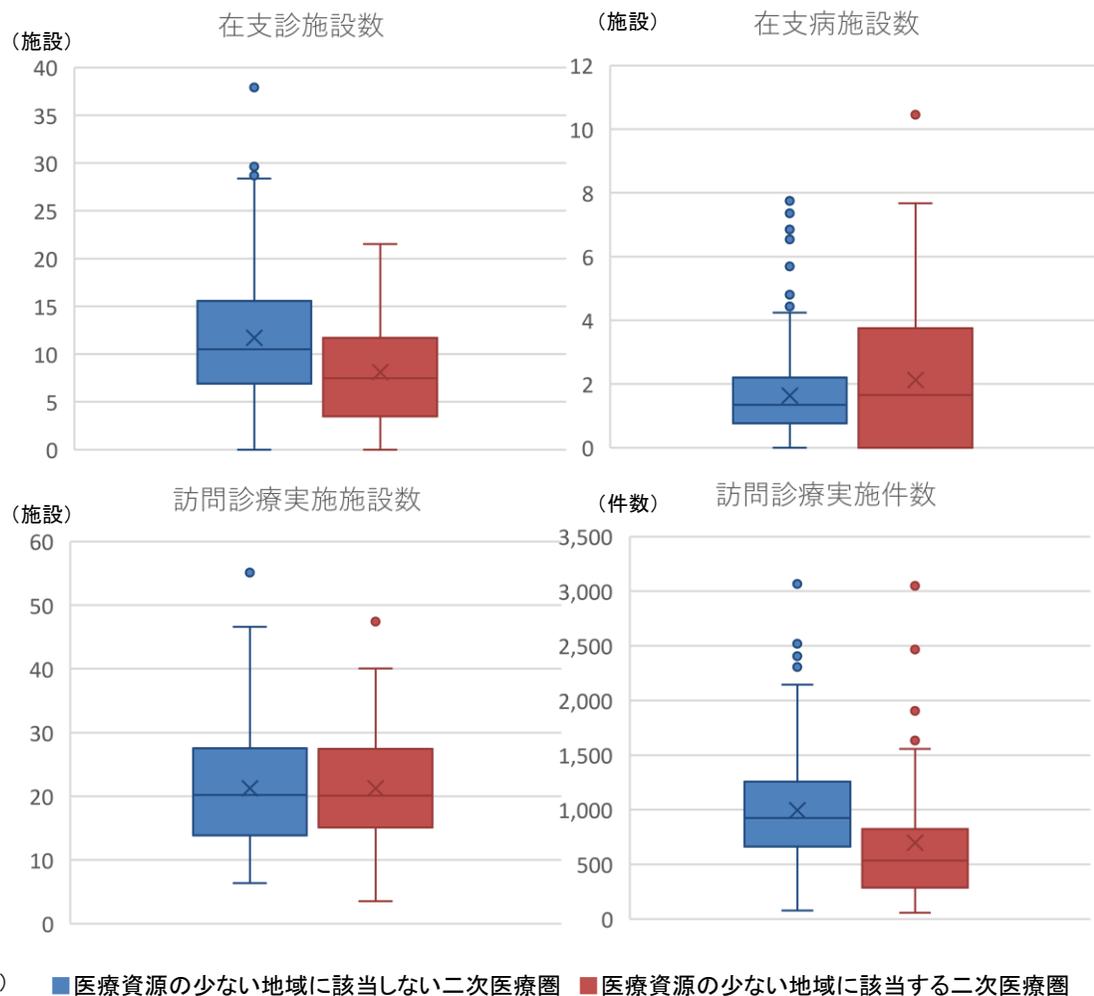
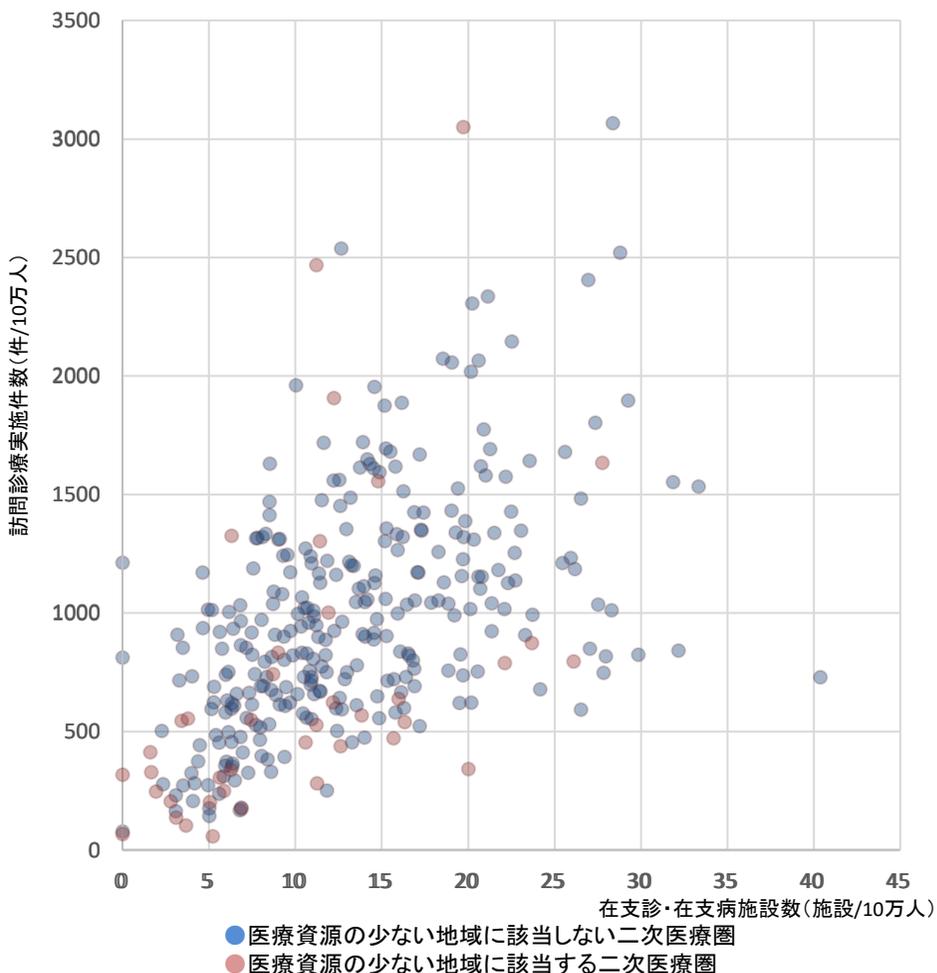
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診察が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

在宅療養支援病院・診療所について

- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差が無かった。
- 訪問診療の実施件数は医療資源の少ない地域の方が少なかった。

訪問診療実施件数と在支診・在支病の施設数
(人口10万人対)



課題と論点

(医療資源の少ない地域)

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、医療資源の少ない地域において、入退院支援加算における看護師・社会福祉士の配置に係る要件の緩和、超急性期脳卒中加算における遠隔医療を用いた脳卒中診療に関する施設基準の見直しを行った。
- 医療資源の少ない地域に係るヒアリング調査では回復期患者のリハビリテーション提供体制に関する意見や、D to P with N等も活用した在宅医療・オンライン診療の提供体制の構築に関する意見があった。
- 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。
- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差がなかった。



【論点】

- 医療資源の少ない地域における回復期患者に対する現状を踏まえ、回復期患者のリハビリテーションの提供体制についてどのように考えるか。
- 医療資源の少ない地域における現状を踏まえ、在宅医療及びオンライン診療の提供体制についてどのように考えるか。

1. 働き方改革と医療従事者の勤務環境について
2. 慢性期入院医療について(その3)
- 3. 横断的事項について**
 - ① 救急医療管理加算について
 - ② 短期滞在手術等基本料について
 - ③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
 - ④ データ提出加算について**

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ただし、特定入院料(区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。)のみの届出を行う保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

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

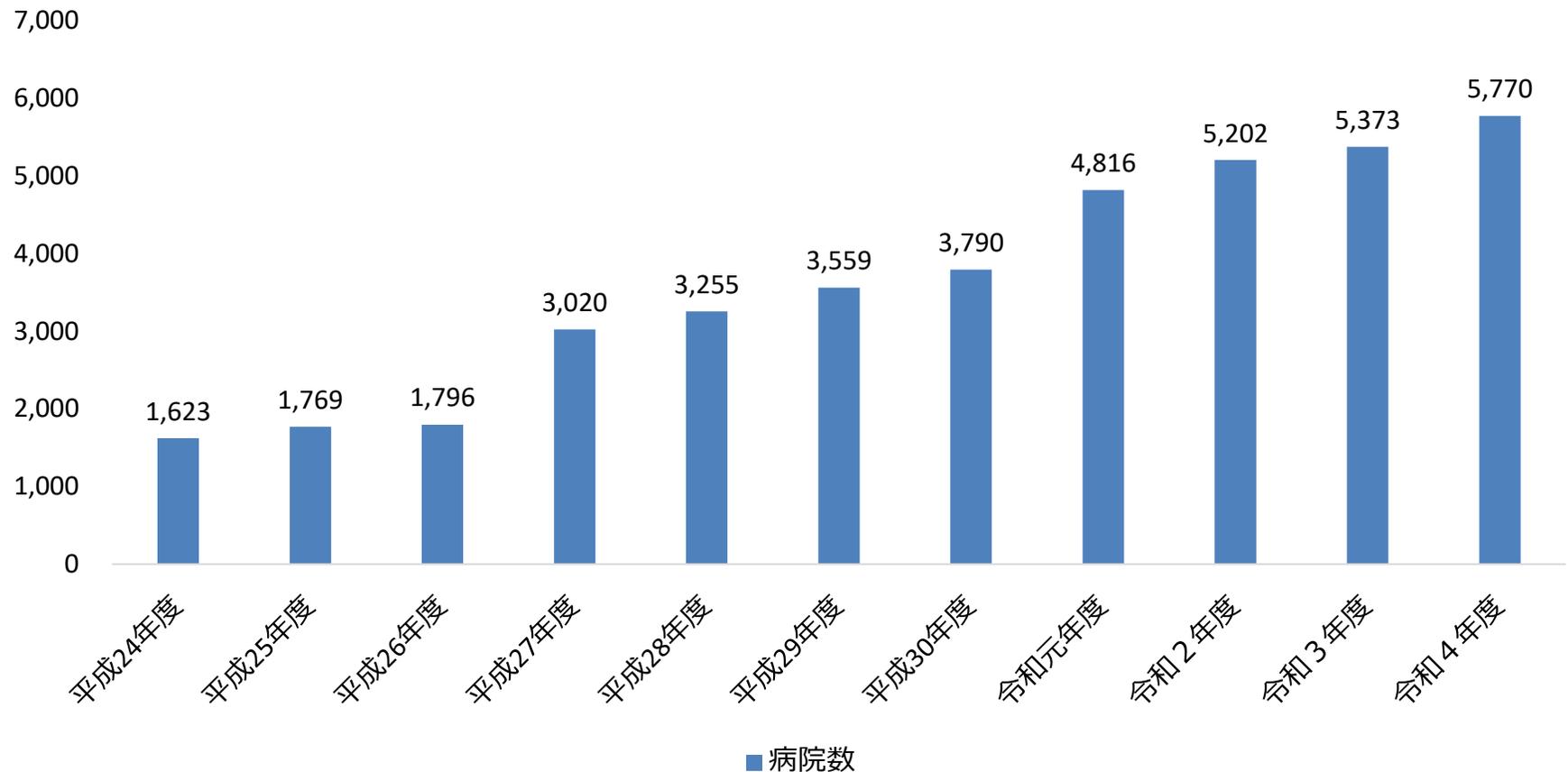
[経過措置]

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

データ提出加算の届出医療機関数の推移

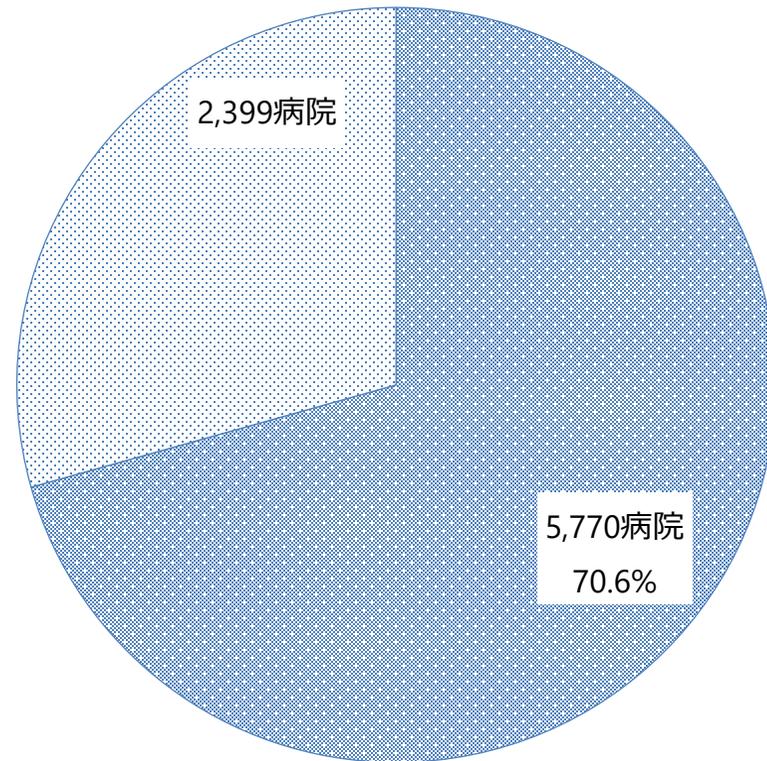
○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

- 令和4年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届け出ている病院の割合は、70.6%であった。（令和2年7月時点は63.0%）

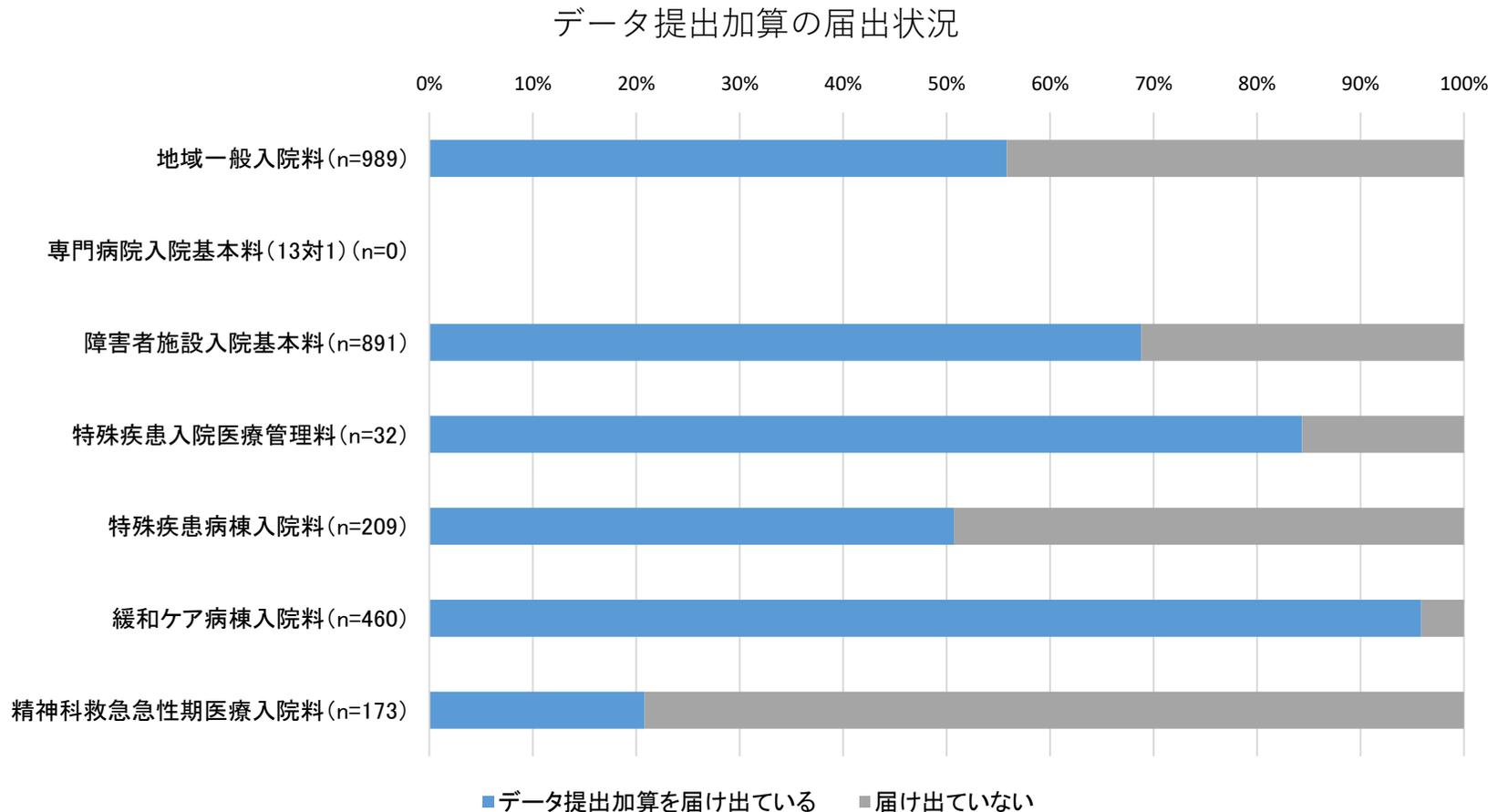


■ データ提出加算を届け出ている病院

■ データ提出加算を届け出していない病院

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

- 令和4年度診療報酬改定で新たにデータ提出加算の届出が要件となった各入院料の届け出をしている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。



診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		120点
ロ 200床未満の病院の場合		170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		130点
ロ 200床未満の病院の場合		180点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

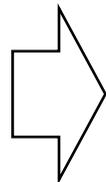
提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

- 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関(入院及び外来データを提出する場合に限る)において算定可能とする。

現行

提出データ評価加算 20点
 [算定要件]
 イ データ提出加算2を算定する医療機関であること
 ロ 未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。



改定後

提出データ評価加算 **40点**
 [算定要件]
 イ データ提出加算**2口**を算定する病院であること
 ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて**2%未満**、診療報酬明細書において**10%未満**であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行(例)

D413 前立腺生検法
11,736点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場
合 ロ その他のもの
22,411点

改定後(例)

D413 前立腺生検法
10,309点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場
合 ロ その他のもの
19,873点

(平均在院日数の検討例)

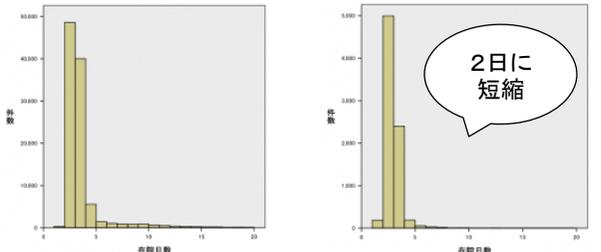
前立腺生検法

短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

○ 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

・平成25年※1
データ数：103,873例
平均在院日数：3.61日
在院日数の中央値：3日

・平成30年※2
データ数：7,947例
平均在院日数：2.55日
在院日数の中央値：2日



※1 平成25年4月から平成28年3月までの期間で、入院中に当該検査を実施した症例
 ※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該検査で短期滞在手術等基本料3を算定した症例
 出典：DPCデータ

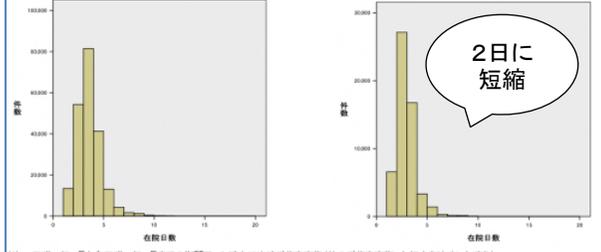
水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの 其他)は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

・平成25年※1
データ数：212,341例
平均在院日数：3.16日
在院日数の中央値：3日

・平成30年※2
データ数：55,873例
平均在院日数：2.45日
在院日数の中央値：2日



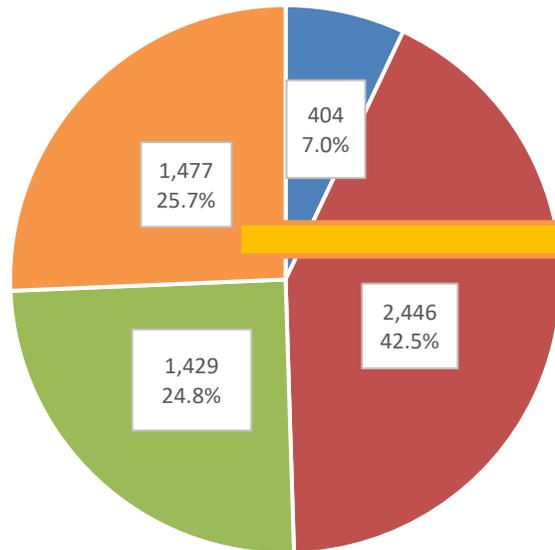
※1 平成25年4月から平成28年3月までの期間で、入院中に当該手術を実施(他の手術を実施した場合は除く)した症例
 ※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該手術で短期滞在手術等基本料3を算定した症例
 出典：DPCデータ

- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

提出データ評価加算の算定状況

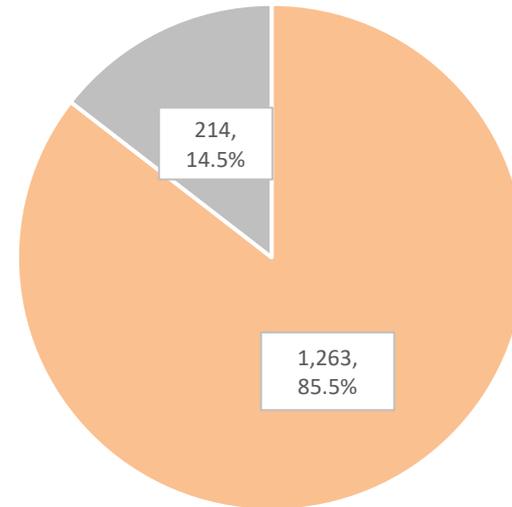
- 令和5年3月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、提出データ評価加算の算定が可能なデータ提出加算2口を算定する医療機関は1,477施設(25.7%)であった。
- 提出データ評価加算を算定する医療機関は1,263施設であり、データ提出加算2口を算定する医療機関の85.5%を占めている。

データ提出加算の算定種別施設数 (n=5,756)



- 1イ(入院データのみ、200床以上)
- 1ロ(入院データのみ、200床未満)
- 2イ(入院+外来データ、200床以上)
- 2ロ(入院+外来データ、200床未満)

データ提出加算2口の算定施設数 (n=1,477)



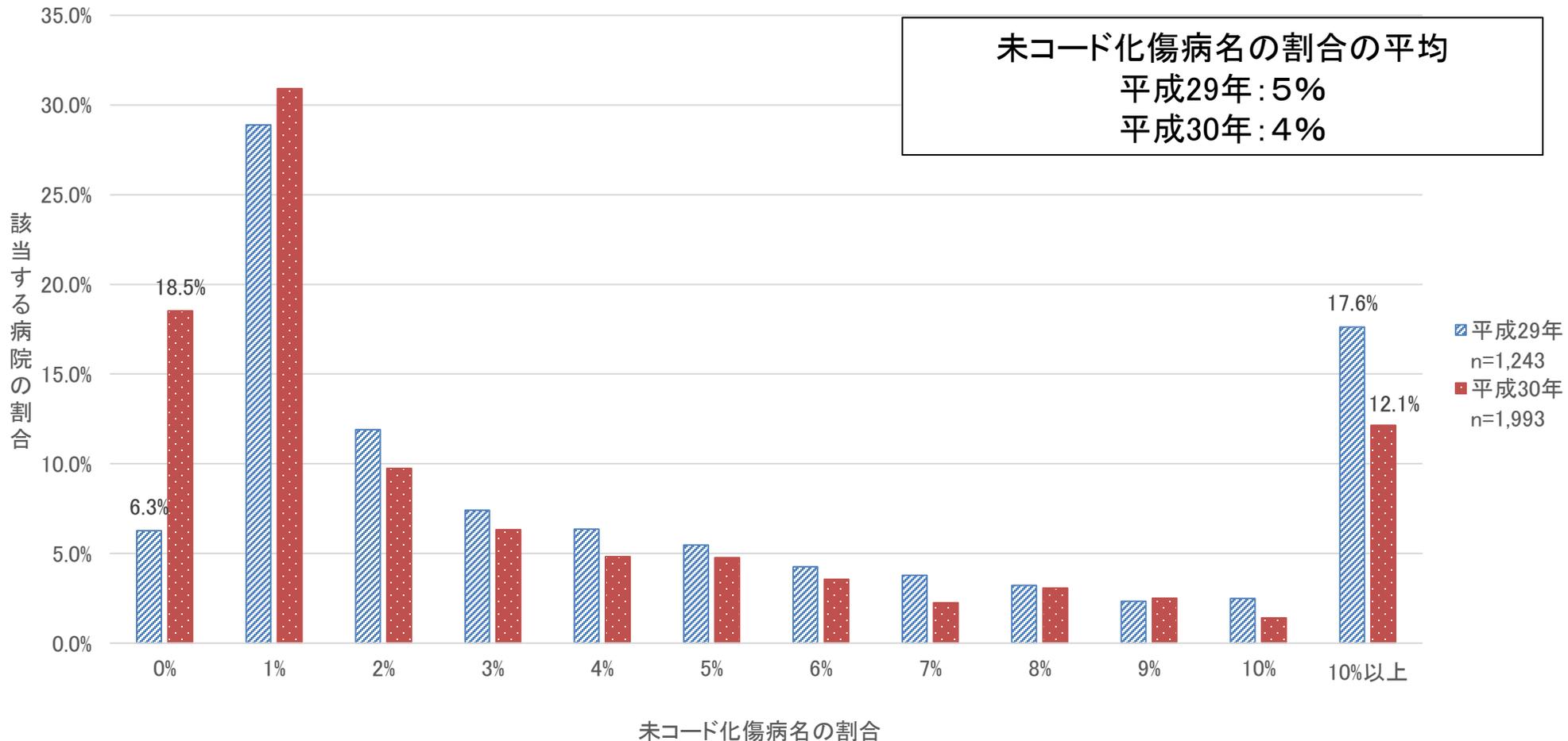
- 提出データ評価加算算定有
- 提出データ評価加算算定無

未コード化傷病名の割合(医科の診療報酬明細書)

中医協 総-2
元. 11. 22

- 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。
- 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

未コード化傷病名の割合別の出現頻度

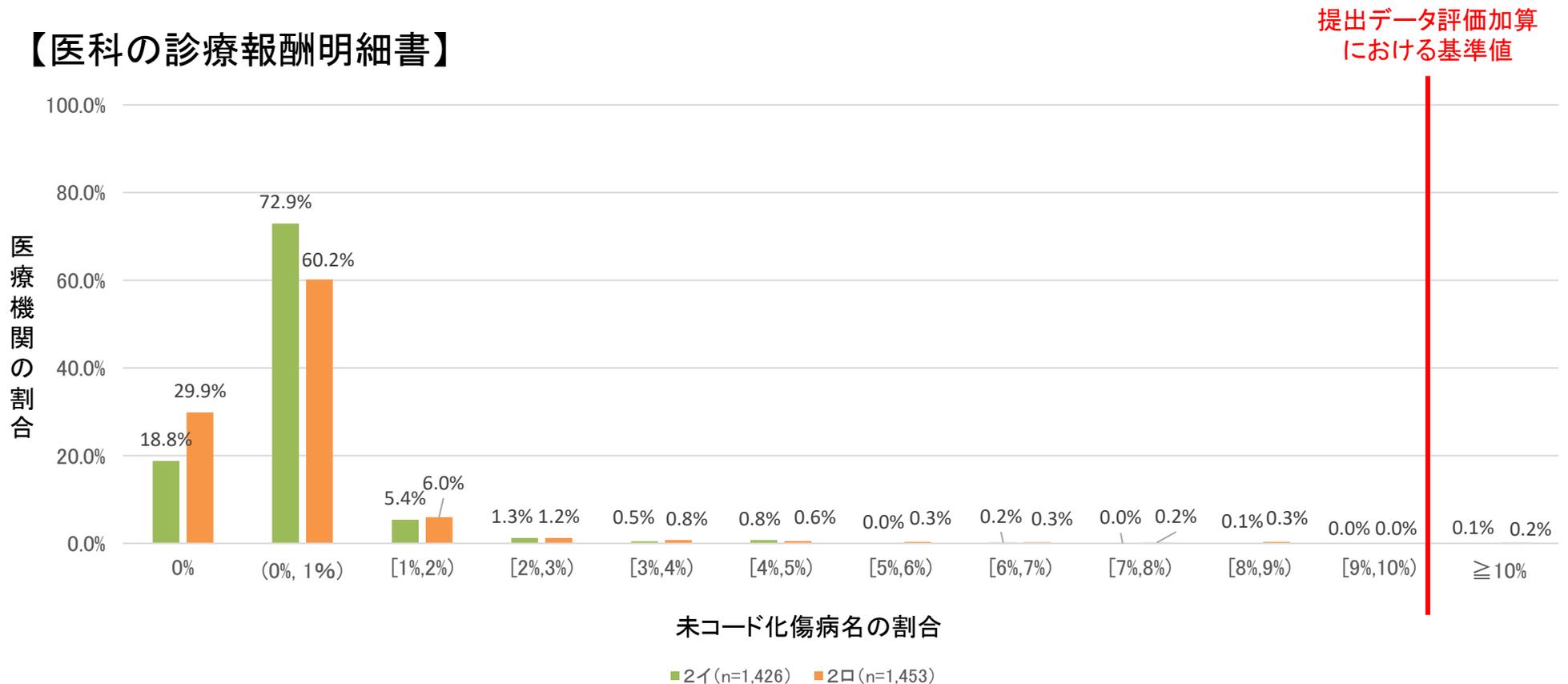


未コード化傷病名の割合

未コード化傷病名の割合(医科診療報酬明細書)

○ 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.9%、99.8%が、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合に係る基準(10%未満)を満たしていた。

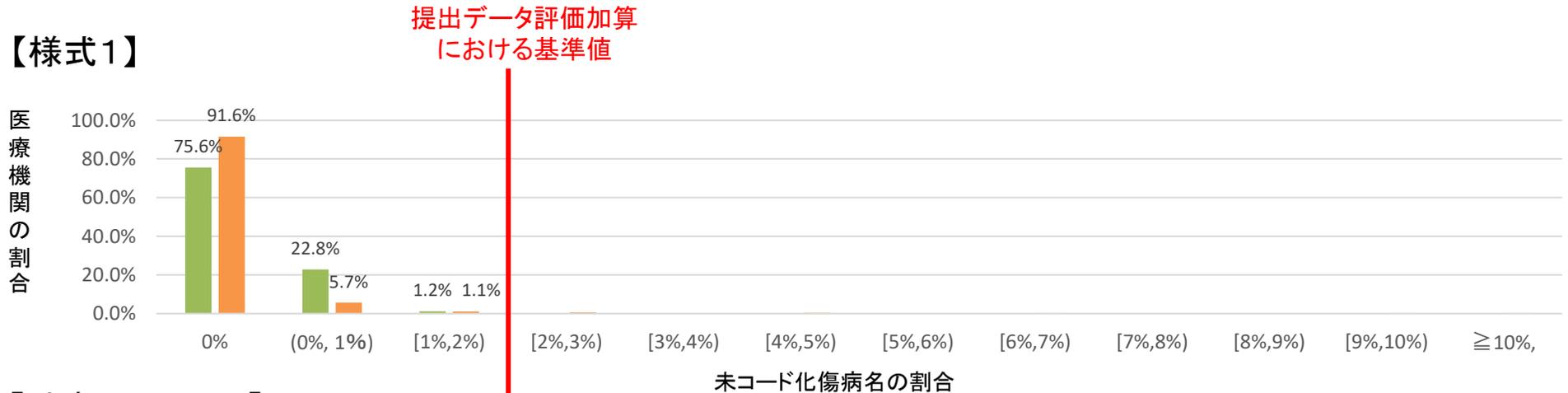
【医科の診療報酬明細書】



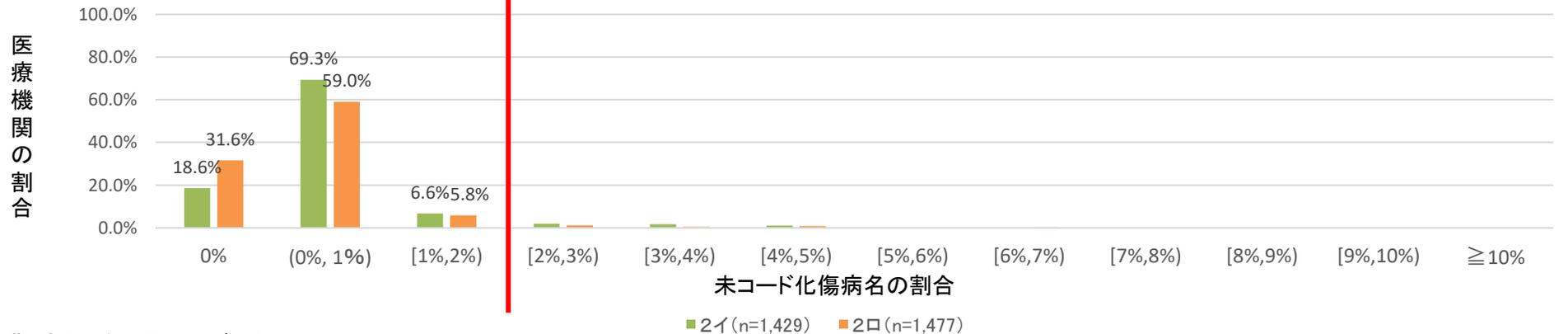
未コード化傷病名の割合(様式1、外来EFファイル)

- 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.6%、98.4%が、様式1における未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。
- また、令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ94.5%、96.4%が、外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。

【様式1】



【外来EFファイル】



課題と論点

(データ提出加算)

- データを用いた診療実績の適切な評価のため、累次の診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲を拡大してきている。
- データ提出加算を届け出ている医療機関数は経年的に増加傾向であり、令和4年7月1日時点で全ての病院の約7割がデータ提出加算を届け出ていた。

(提出データ評価加算)

- 提出データ評価加算は、未コード化傷病名の割合の観点から一定の質が確保されたデータの提出を評価するものとして、平成30年度診療報酬改定に新設され、令和2年度診療報酬改定において、実態を踏まえ許可病床数200床未満の医療機関に限り算定可能とすることとした。
- 令和5年3月時点で、許可病床数の区分によらず、データ提出加算2を算定するほぼ全て医療機関において、医科診療報酬明細書及びDPCデータの様式1・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準を満たしていた。



【論点】

- データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出に係る評価の在り方やデータ提出を要件とする範囲についてどのように考えるか。
- 現状の未コード化傷病名に係る基準を満たす医療機関の割合を踏まえ、提出データの質に係る評価のあり方についてどのように考えるか。