

(令和7年度第2回)

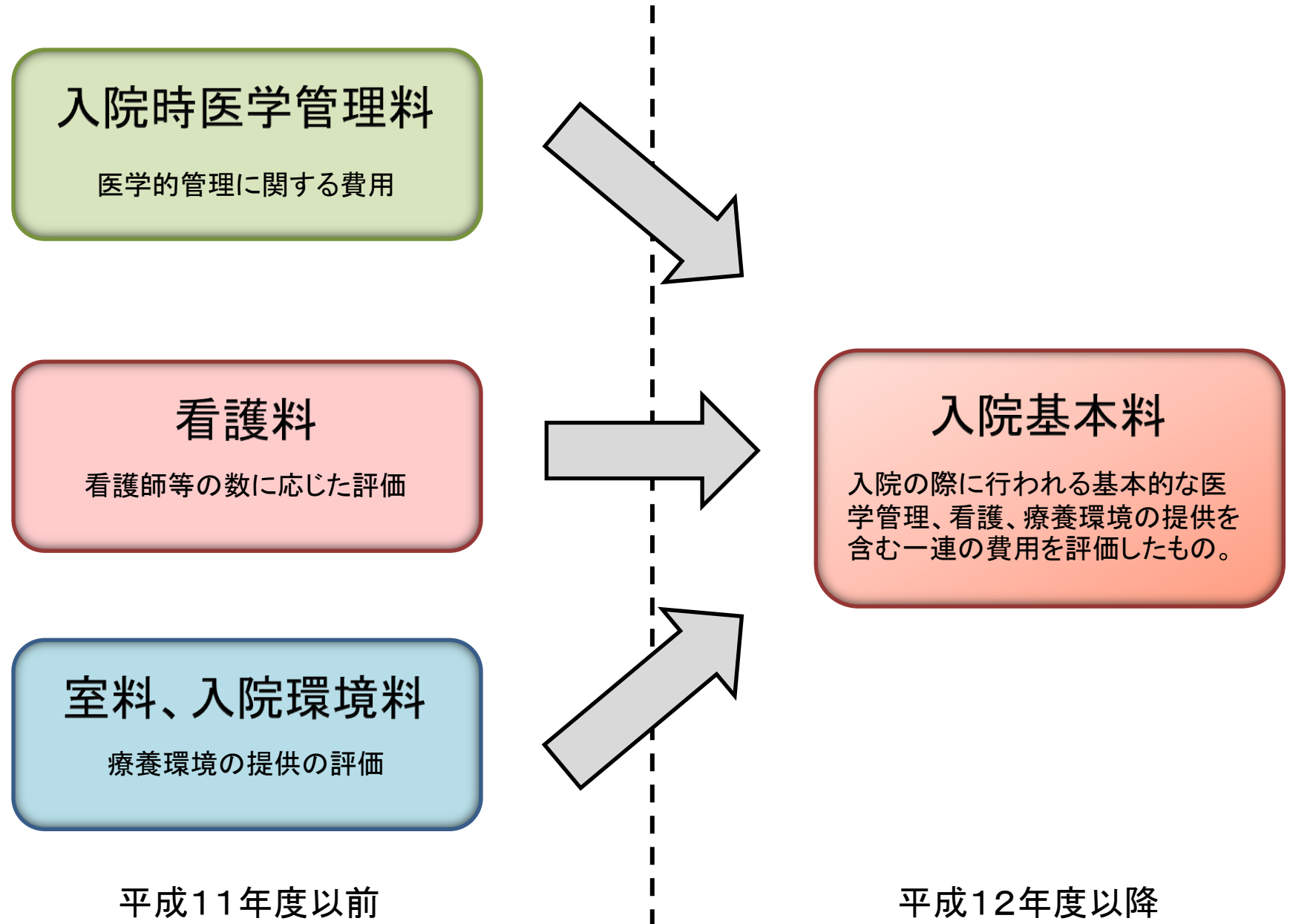
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年5月22日(木)

1. 急性期入院医療について(その1)
2. 高度急性期入院医療について(その1)

1.急性期入院医療について(その1)

- ① 急性期病床の評価に関する経緯
- ② 急性期病床における評価のあり方
- ③ 地域における急性期病院の現状
- ④ DPC制度について(その1)



7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	○ 医療制度改革大綱 ・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	<u>7対1入院基本料創設</u>
平成19年	○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 ・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
平成20年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入</u> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</u> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ <u>平均在院日数要件の見直し</u> ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</u> ・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 ○ <u>データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入</u>
平成28年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</u> ・「A項目の一部追加、B項目の評価項目の見直し、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」 ・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、<u>A項目3点以上又はC項目1点以上</u>」 ・「該当患者割合を15%以上→25%以上」 ○ <u>在宅復帰率の見直し</u> ・「75%以上→80%以上」

7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成30年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟入院基本料の見直し ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・C項目の評価項目の見直し ・該当患者の判定基準に「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加） ・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合（30%/25%）を設定 ○ 在宅復帰率の見直し ・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更 ・指標の定義等の見直し
令和2年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・該当患者の判定基準から「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を削除 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→（31%/29%）以上へ見直し ・A・C項目の評価項目の見直し
令和4年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止 ・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更 ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価を2点に変更 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→200床以上：（31%/28%），200床未満：（28%/25%）に変更
令和6年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 平均在院日数要件の見直し ・「平均在院日数が18日→16日以下」 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・必要度Ⅱを用いる対象医療機関：許可病床数200床以上 →すべての保険医療機関（許可病床数200床未満で、必要度Ⅱによる評価が困難であるものを除く） ・判定基準として「A得点2点以上かつB得点3点以上」、「A得点3点以上」、又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 →「A得点3点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上、かつ、 「A得点2点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 ・A項目の評価項目の見直し ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

急性期一般入院料 1 等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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

現行

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

改定後

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

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

現行

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

別表 1

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

改定後

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

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

(改定内容)

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

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

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

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

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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



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

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

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】
令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。 9

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

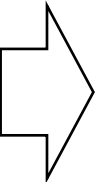
重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

現行

【急性期一般入院料】
[施設基準]

許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。



改定後

【急性期一般入院料】
[施設基準]

急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料2又は3に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

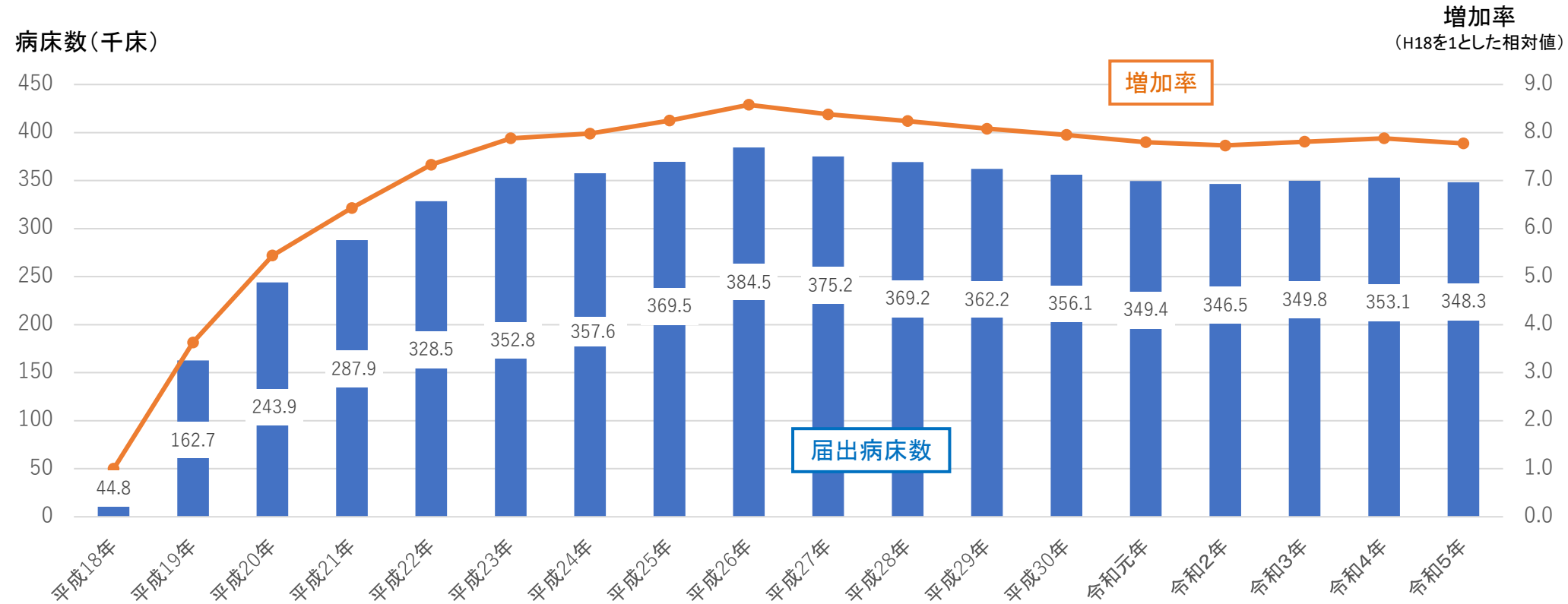
※救命救急入院料2及び4並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

[経過措置]

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

急性期一般入院料 1 の届出病床数の動向

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成26年以降減少傾向であったが、近年横ばいである。



【H18. 4】
7対1入院
基本料創
設

【H20. 4】
重症度・
看護
必要度の
導入

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

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

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

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

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

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

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

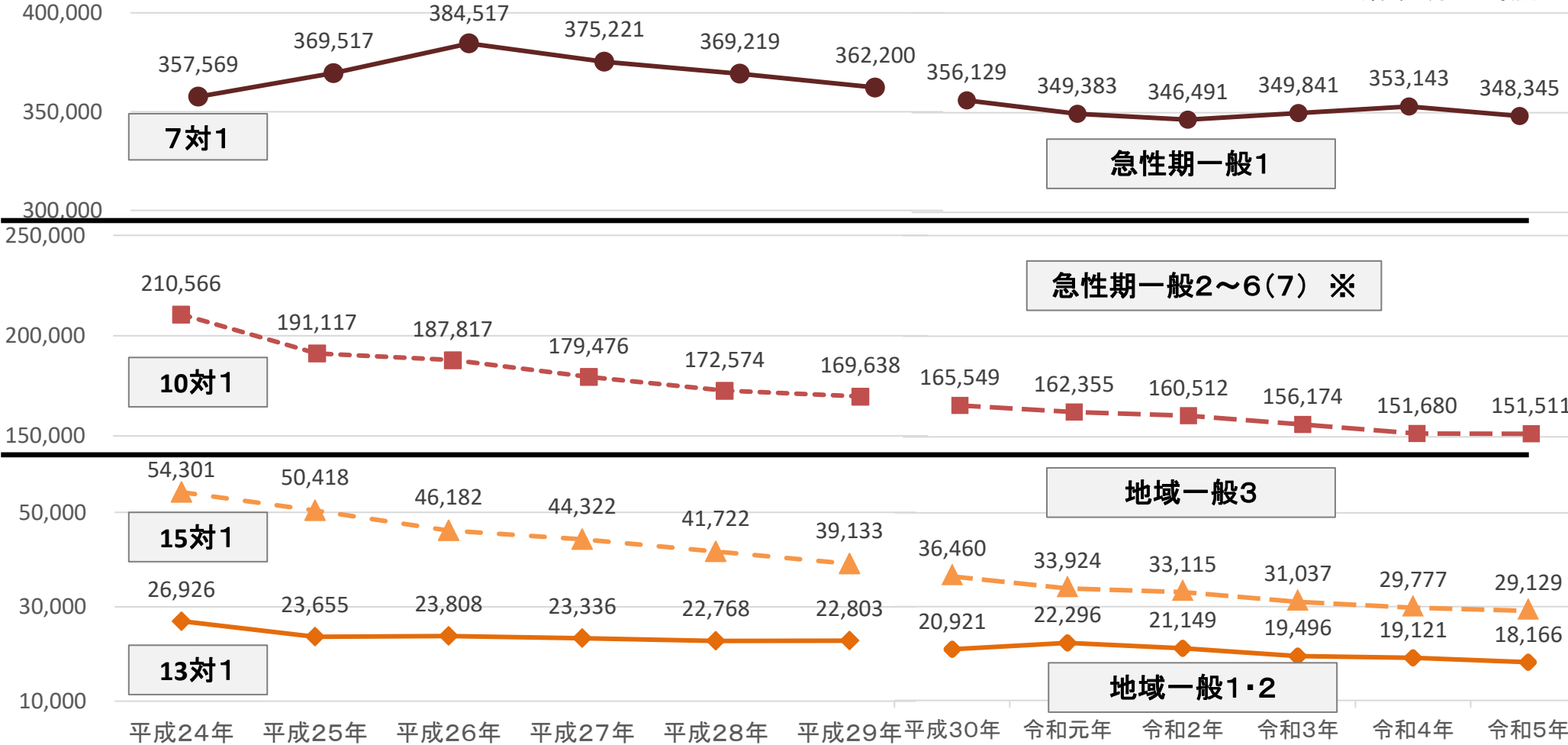
※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和元年以降は横ばい。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



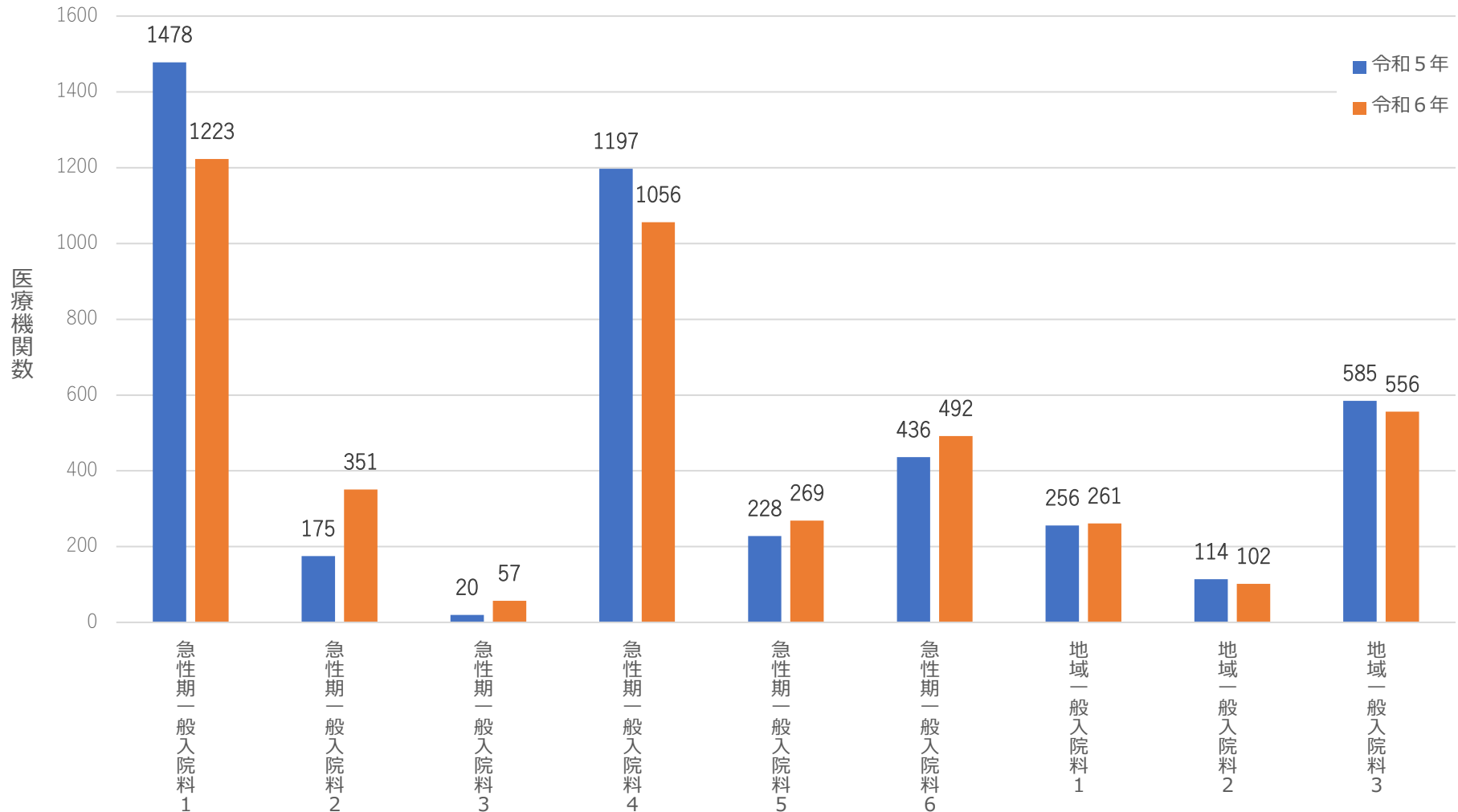
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

	平成30年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
急性期一般 2 ・ 3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,751	19,909
急性期 4 ～ 6	160,150	151,651	145,616	140,423	140,423	131,602

一般病棟入院基本料の届出医療機関数

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



1. 急性期入院医療について(その1)

- ① 急性期病床の評価に関する経緯
- ② 急性期病床における評価のあり方
- ③ 地域における急性期病院の現状
- ④ DPC制度について(その1)

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1～6）の評価

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

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員		7 対 1 以上 (7 割以上が 看護師)	10対 1 以上 (7 割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準※	必要度Ⅰ	割合①: <u>21%</u> 割合②: <u>28%</u>	<u>22%</u>	<u>19%</u>	<u>16%</u>	<u>12%</u>	測定している こと
	必要度Ⅱ	割合①: <u>20%</u> 割合②: <u>27%</u>	<u>21%</u>	<u>18%</u>	<u>15%</u>	<u>11%</u>	
平均在院日数		<u>16</u> 日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8 割以上	－				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	・ 入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・ 届出にあたり入院料 1 の届出 実績が必要		－		
データ提出加算		○（要件）					
点数		<u>1,688</u> 点	<u>1,644</u> 点	<u>1,569</u> 点	<u>1,462</u> 点	<u>1,451</u> 点	<u>1,404</u> 点

※該当患者割合の基準

入院料 1 : 割合①A得点 3 点以上、又はC得点 1 点以上

割合②A得点 2 点以上、又はC得点 1 点以上

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

指標等作業G資料1
7 1 2 8

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

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

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

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

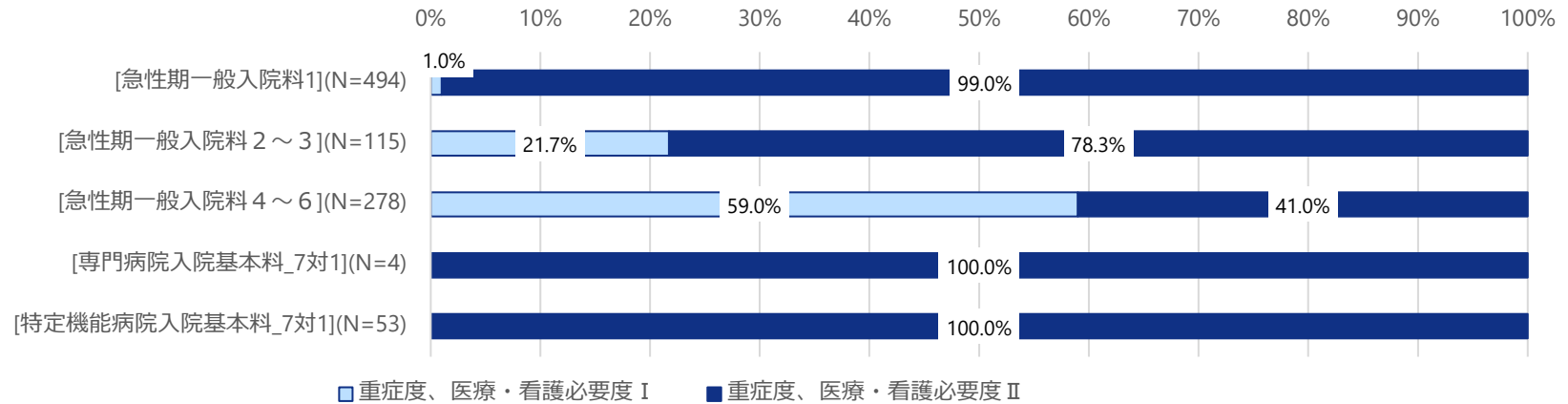
（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

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

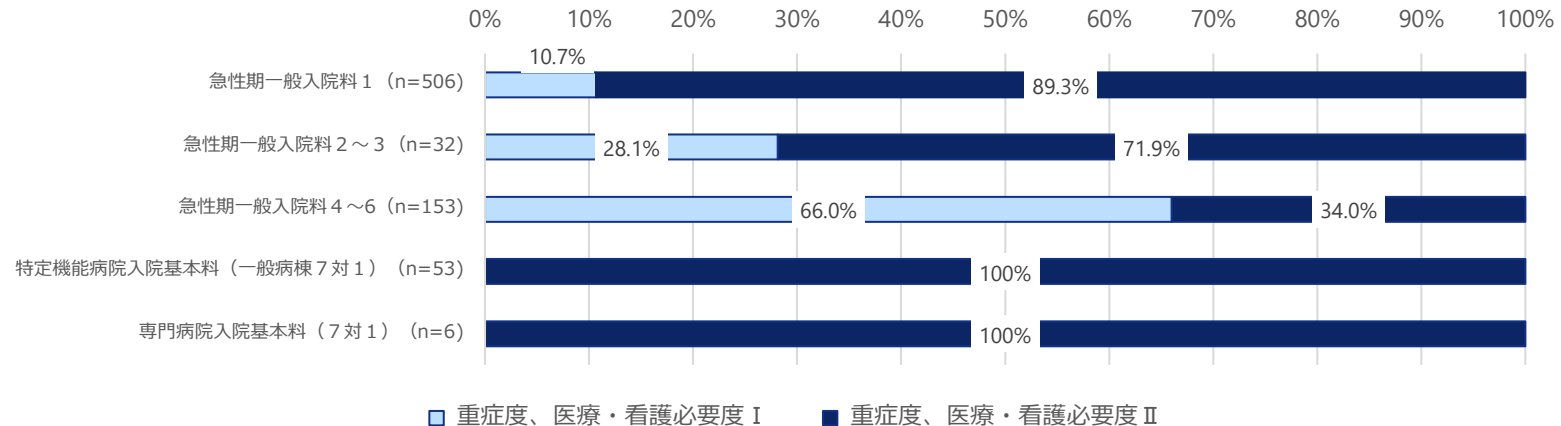
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1は99.0%、急性期一般入院料2～3は78.3%、急性期一般入院料4～6では41.0%であり、令和4年より増加していた。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和6年11月1日時点）

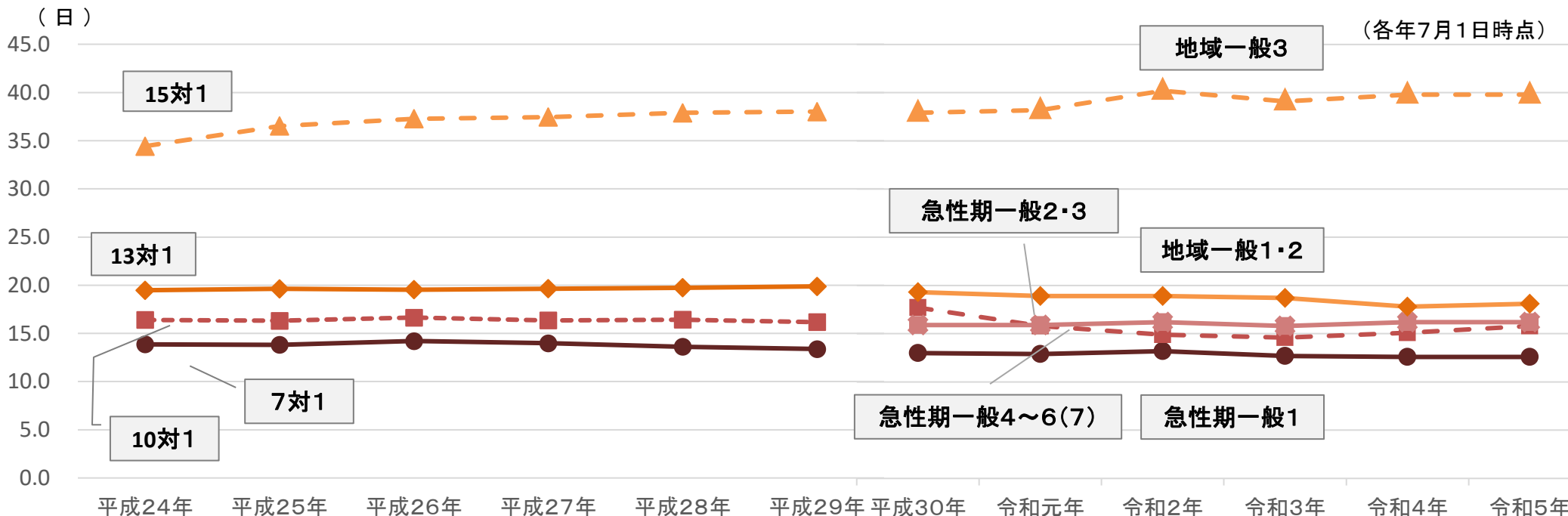


(参考) ■ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和4年11月1日時点）

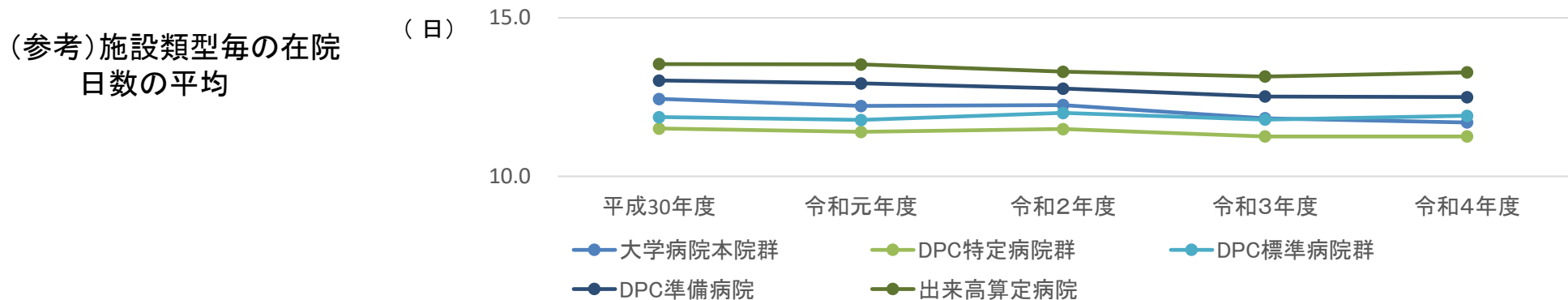


入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

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



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。



出典：保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

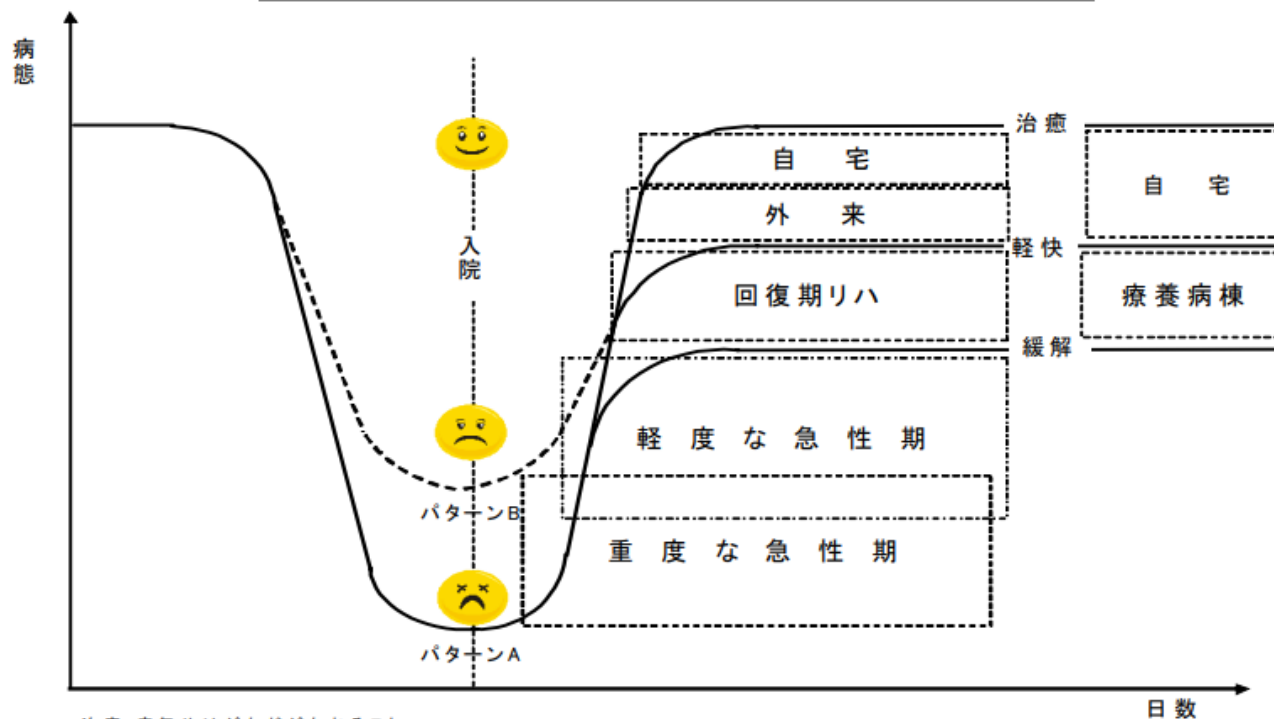
1.急性期入院医療について(その1)

- ① 急性期病床の評価に関する経緯
- ② 急性期病床における評価のあり方
- ③ 地域における急性期病院の現状
- ④ DPC制度について(その1)

急性期の定義

「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とする。

患者の病態に応じた医療の内容



治癒: 病気やけがなどがなおること。

軽快: 症状が軽くなること。

緩解: 病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

病床機能報告における急性期機能について

令和6年9月30日第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

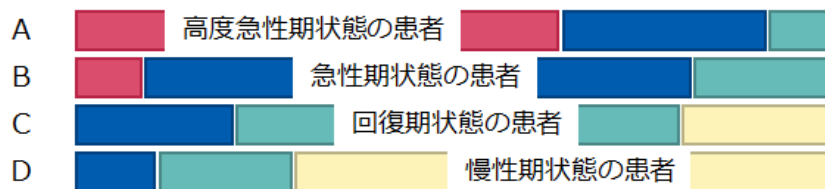
病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

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

（病棟の患者構成イメージ）



「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

5. 新たな地域医療構想（抄）

（1）基本的な考え方

- 2040 年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要である。このため、新たな地域医療構想を通じて、病床の機能分化・連携に加え、**地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）**及び広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）**の確保に向けた取組を推進すべき**である。

（3）医療機関機能・病床機能

②医療機関機能報告

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能に着目して地域医療構想を策定・推進することに伴い、新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、**二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付ける**とともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

また、高齢者救急に係る報告にあたっては、救急搬送だけではなく、医療機関と介護施設等の連携の推進等による、救急搬送ではない緊急入院の評価等の観点にも留意することが重要である。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

<医療機関機能の名称と定義>

・ 高齢者救急・地域急性期機能

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

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ 在宅医療等連携機能 （略）

・ 急性期拠点機能

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

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

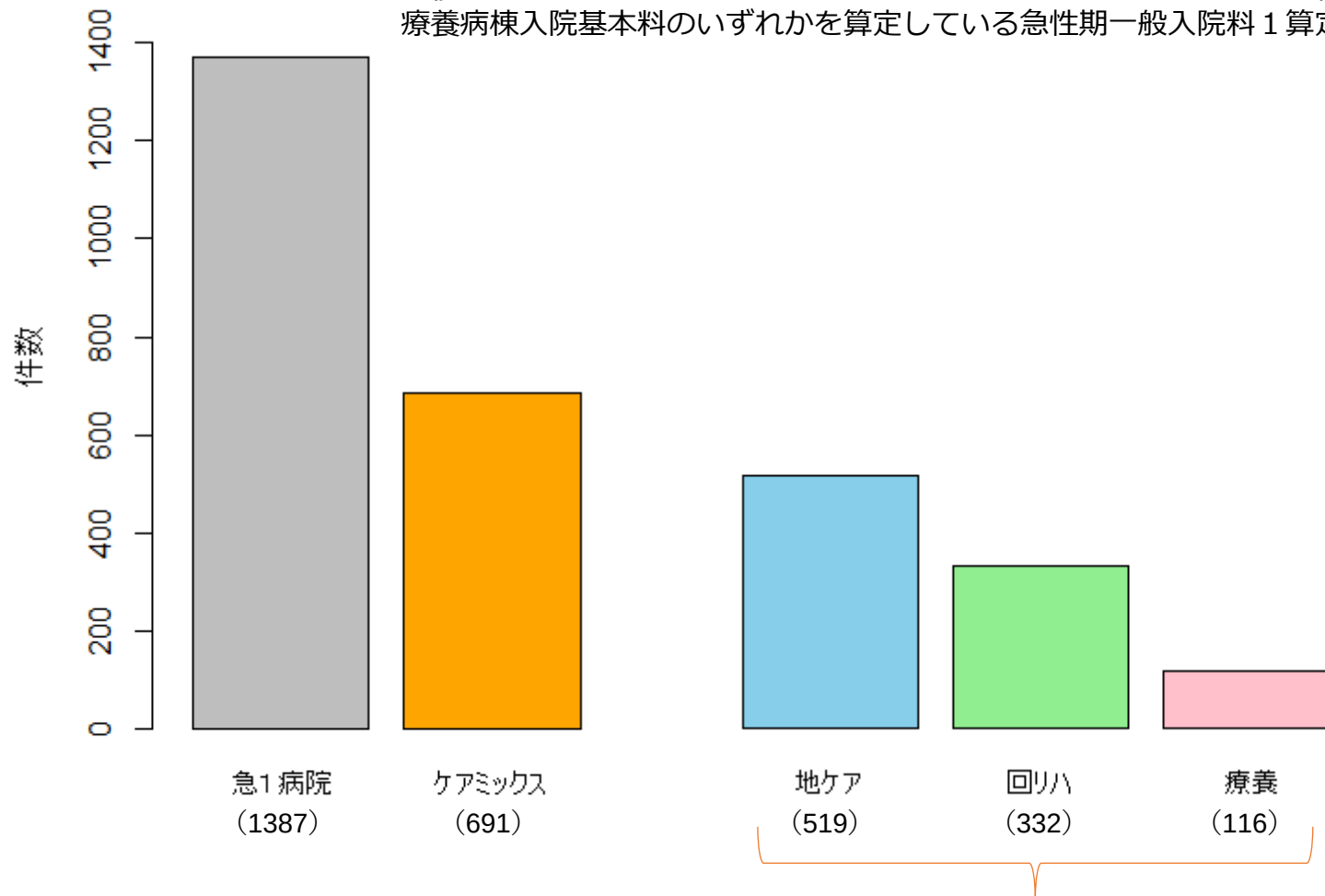
・ 専門等機能 （略）

・ 医育及び広域診療機能 （略）

急性期一般入院料 1 届出病院の現状①

○急性期一般入院料 1 を算定している病院のうち、約半数は地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、又は療養病棟を届け出ているケアミックス病院※となっている。

※回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院（医療管理）料、療養病棟入院基本料のいずれかを算定している急性期一般入院料 1 算定病院（以降、同様）



ケアミックスの内訳

急性期一般入院料 1 届出病院の現状②

	一般病院※ ¹ (696)	ケアミックス病院(691)	全体 (1387)
許可病床数			
～199	168 (24.1%)	268 (38.8%)	436 (31.4%)
200～399	189 (27.2%)	321 (46.5%)	510 (36.8%)
400～	339 (48.7%)	102 (14.8%)	441 (31.8%)
平均在院日数			
平均値 (標準偏差)	11.0(2.1)	12.2(2.0)	11.6(2.1)
中央値 [最小, 最大]	11.1 [4.1, 17.2]	12.3[6.1, 20.1]	11.6[4.1, 20.1]
全身麻酔の手術件数			
平均値 (標準偏差)	1931(1316)	880(740)	1407(1191)
中央値 [最小, 最大]	1861[0, 7020]	758[0, 5449]	1120[0, 7020]
救急搬送件数			
平均値 (標準偏差)	3889(2852)	2256(1750)	3074(2503)
中央値 [最小, 最大]	3656[0, 22343]	1914[0, 10897]	2634[0, 22343]
救急搬送の地域シェア率※ ²			
平均値 (標準偏差)	0.147(0.162)	0.130(0.168)	0.139(0.165)
中央値 [最小, 最大]	0.091[0, 0.969]	0.065 [0, 0.998]	0.077[0, 0.998]

※¹ 急性期一般入院料 1 を算定している病院のうち、ケアミックス病院以外の病院

※² 当該医療機関の年間救急搬送受入件数／所属二次医療圏内全医療機関の合計救急搬送受入件数

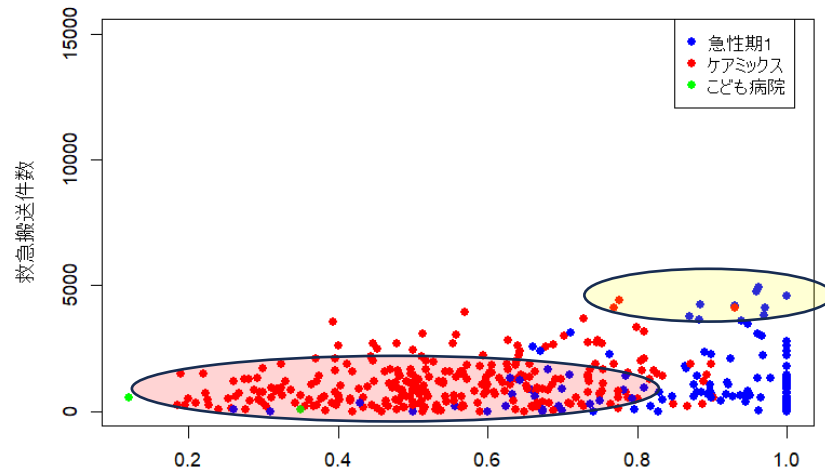
急性期一般入院料 1 届出病院の現状③

	一般病院（696）	ケアミックス病院（691）	全体（1387）
総合入院体制加算 1			
無	686 (98.6%)	691 (100%)	1377 (99.3%)
有	10 (1.4%)	0 (0%)	10 (0.7%)
総合入院体制加算 2			
無	628 (90.2%)	685 (99.1%)	1313 (94.7%)
有	68 (9.8%)	6 (0.9%)	74 (5.3%)
総合入院体制加算 3			
無	610 (87.6%)	648 (93.8%)	1258 (90.7%)
有	86 (12.4%)	43 (6.2%)	129 (9.3%)
急性期充実体制加算 1			
無	500 (71.8%)	677 (98.0%)	1177 (84.9%)
有	196 (28.2%)	14 (2.0%)	210 (15.1%)
急性期充実体制加算 2			
無	657 (94.4%)	688 (99.6%)	1345 (97.0%)
有	39 (5.6%)	3 (0.4%)	42 (3.0%)
上記加算の有無			
無	297 (42.7%)	625 (90.4%)	922 (66.5%)
有	399 (57.3%)	66 (9.6%)	465 (33.5%)

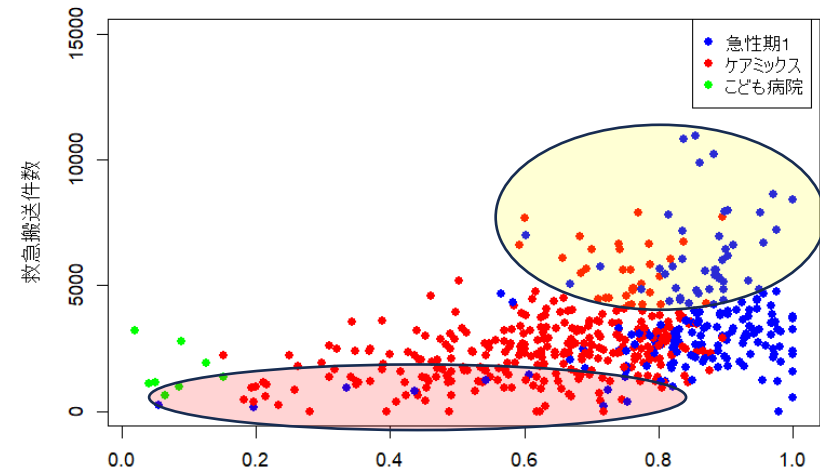
急性期一般入院料 1 算定病院における救急搬送件数

- 急性期一般入院料 1 を算定している病院について、許可病床数が多くなると、救急搬送受入件数のより多い病院が存在する傾向が見られた。
- 同じ規模の許可病床数の病院において、急性期一般入院料 1 の病床割合が同様であっても、救急搬送件数にはばらつきが見られた。

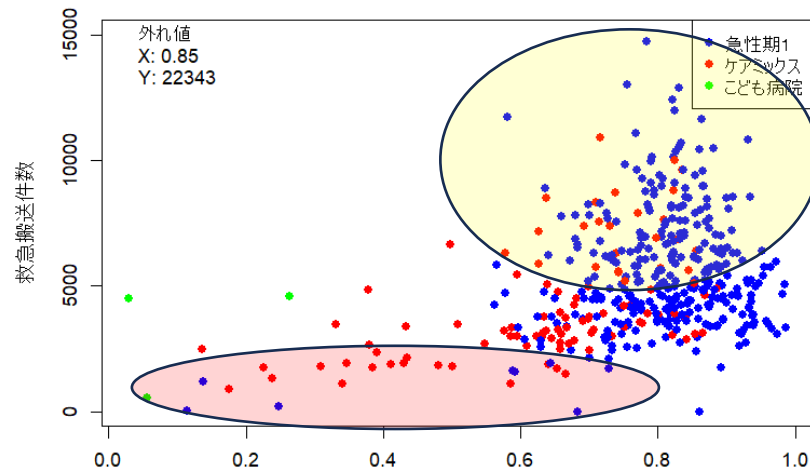
急性期一般入院料1の病床割合と救急搬送の関係(許可病床<200)



急性期一般入院料1の病床割合と救急搬送の関係(許可病床200~399)



急性期一般入院料1の病床割合と救急搬送の関係(許可病床≥400)



急性期一般入院料1の病床割合

急性期一般入院料 1 の病床割合が高く、
多数の救急搬送受入がある医療機関

ケアミックスを中心に、比較的、救急
搬送受入は多くない医療機関

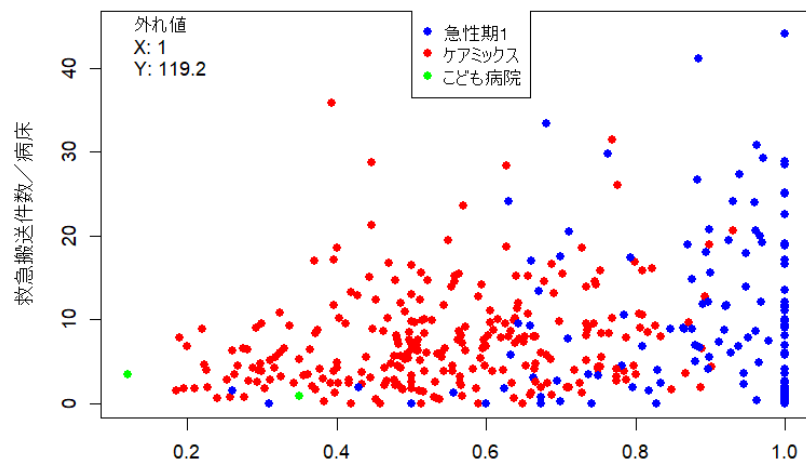
※急性期 1：ケアミックス病院、こども病院以外の施設

※こども病院：小児入院医療管理料 1～4、NICU、PICU、MFICU、
GCUの 届出病床数が許可病床数の 5 割以上ある施設

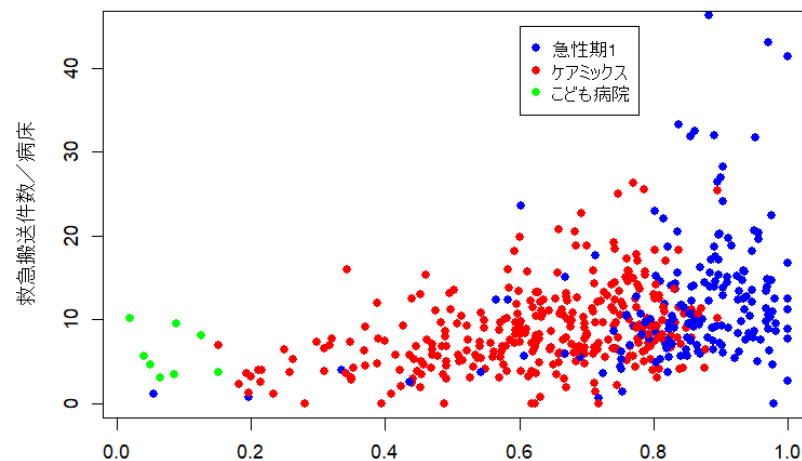
急性期一般入院料 1 算定病院における病床あたり救急搬送件数

- 急性期一般入院料 1 を算定している病院について、許可病床数の多寡によって、許可病床数あたりの救急搬送受入件数に大きな違いは見られなかった。
- 急性期一般入院料 1 の病床割合が同様であっても、病床あたりの救急搬送受入件数にはばらつきが見られた。

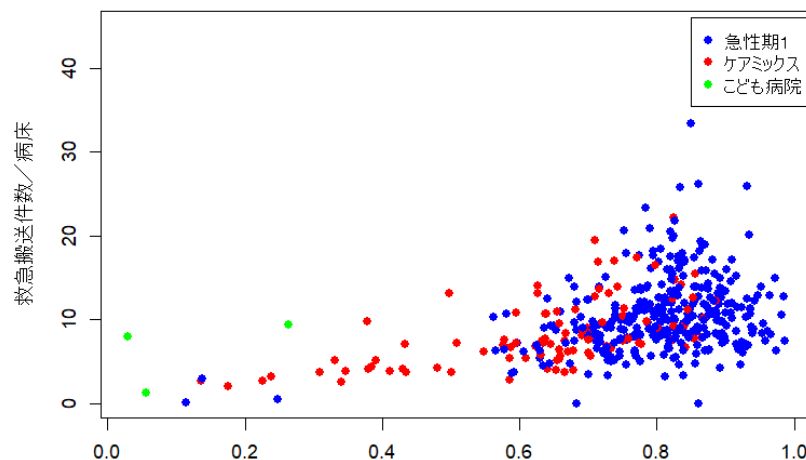
急性期一般入院料1の病床割合と救急搬送の関係(許可病床<200)



急性期一般入院料1の病床割合と救急搬送の関係(許可病床200~399)



急性期一般入院料1の病床割合と救急搬送の関係(許可病床≥400)



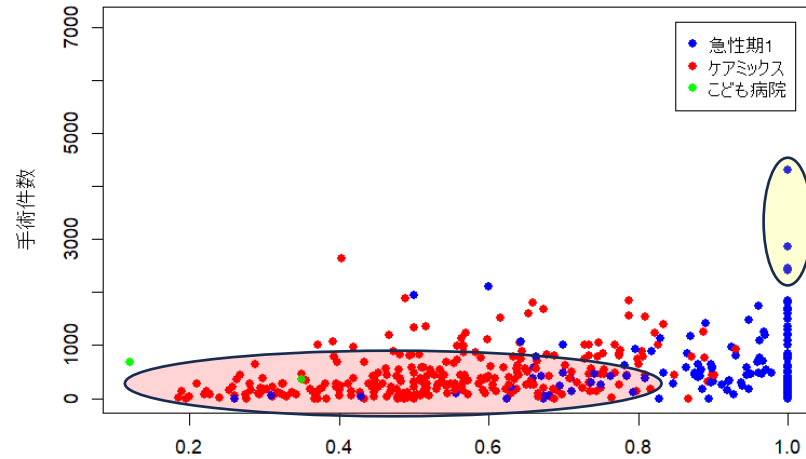
急性期一般入院料1の病床割合

急性期一般入院料1の病床割合

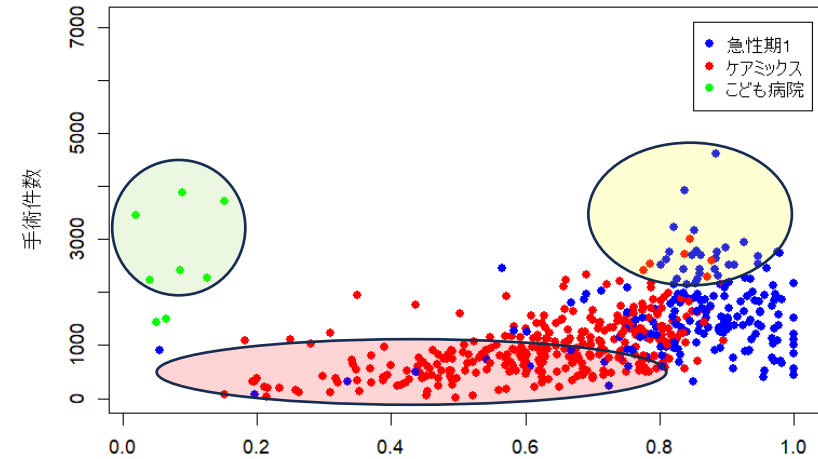
急性期一般入院料 1 算定病院における手術件数

- 急性期一般入院料 1 を算定している病院について、許可病床数が多くなると、全身麻酔手術件数のより多い病院が存在する傾向がみられた。
- 同じ規模の許可病床数の病院において、急性期一般入院料 1 の病床割合が同様であっても、全身麻酔手術件数にはばらつきが見られた。
- こども病院では、急性期一般入院料 1 の病床割合は低いが、全身麻酔手術件数の多い病院が存在する。

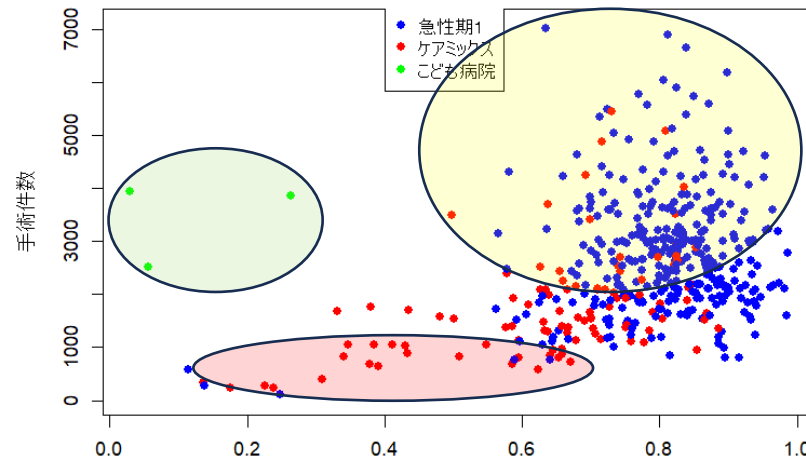
急性期一般入院料1の病床割合と手術件数の関係(許可病床<200)



急性期一般入院料1の病床割合と手術件数の関係(許可病床200~399)



急性期一般入院料1の病床割合と手術件数の関係(許可病床≥400)



急性期一般入院料 1 の病床割合が高く、
多数の手術件数がある医療機関

急性期一般入院料 1 の病床割合は低いもの、
多数の手術件数があるこども病院

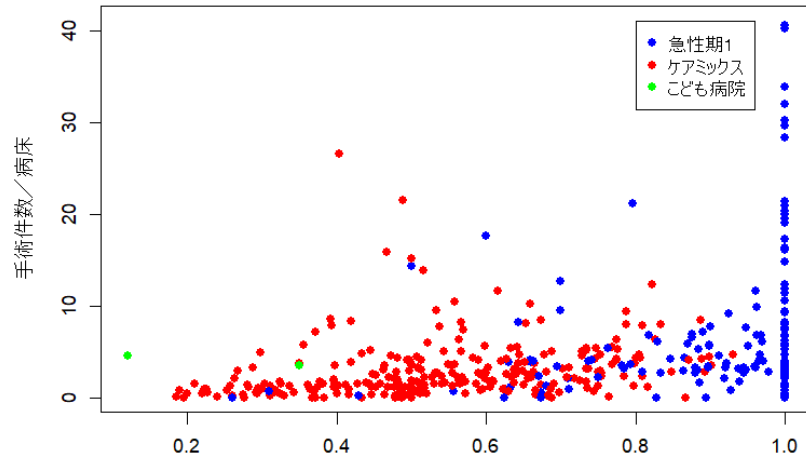
ケアミックスを中心に、比較的、手術
件数は多くない医療機関

※手術件数：年間の全身麻酔手術件数

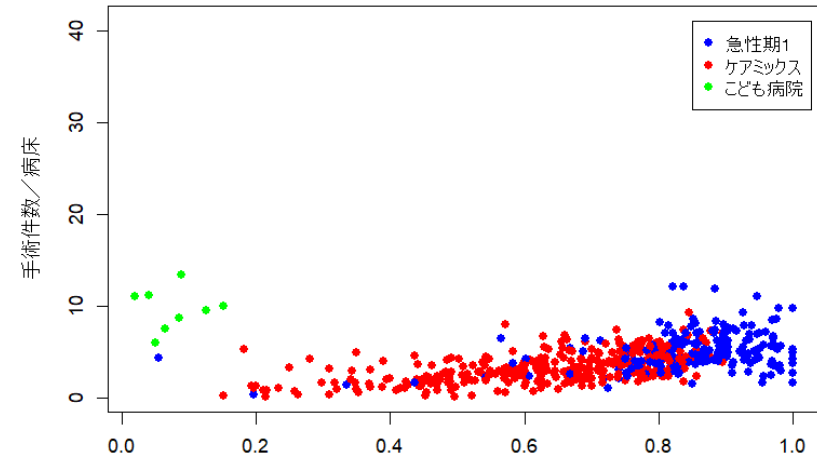
急性期一般入院料 1 算定病院における病床あたり手術件数

- 急性期一般入院料 1 を算定している病院について、許可病床数が少ない病院において、許可病床数あたりの全身麻酔手術件数がより多い病院が存在する傾向がみられた。
- 同じ規模の許可病床数の病院において、急性期一般入院料 1 の病床割合が同様であっても、病床あたり全身麻酔手術件数にはばらつきが見られた。

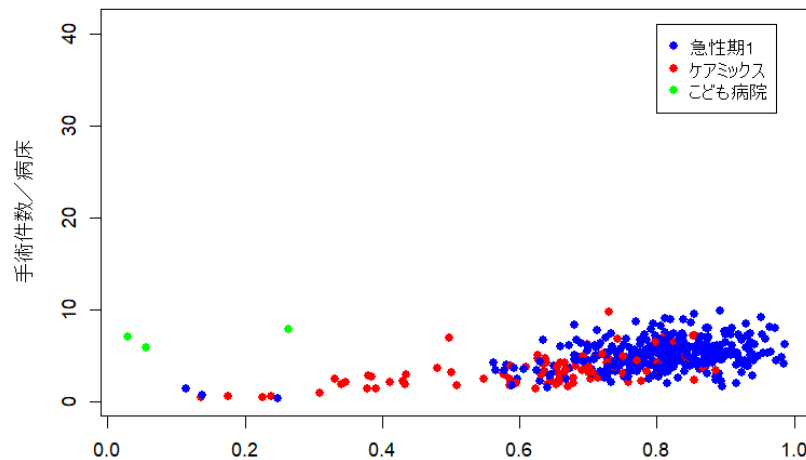
急性期一般入院料1の病床割合と手術件数の関係(許可病床<200)



急性期一般入院料1の病床割合と手術件数の関係(許可病床200~399)



急性期一般入院料1の病床割合と手術件数の関係(許可病床≥400)



急性期一般入院料1の病床割合

総合入院体制加算の見直し②

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編、平成26年、28年に改定。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	- 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 - 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合でも良い。） - 外来を縮小する体制を有すること。（右記） - 次のいずれにも該当すること。 - ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 - イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 - 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 （共通要件）全身麻酔による手術件数が年800件以上 ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
実績要件	上記の全てを満たす 上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 上記のうち少なくとも2つ以上を満たす		
救急自動車等による搬送件数	-	年間2,000件以上	-
精神科要件	（共通要件）精神科につき24時間対応できる体制があること 精神患者の入院受入体制がある 以下のいずれも満たす - イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 - ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 以下のいずれかを満たす - イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 - ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（A2点以上又はC1点以上）	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>		必要度Ⅰ： <u>3割以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

総合入院体制加算の見直し

総合入院体制加算の見直し

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

現行

【総合入院体制加算 1】 240点

【施設基準】

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

【総合入院体制加算 2】 180点

【施設基準】

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

【総合入院体制加算 3】 120点

【施設基準】

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

（新設）

改定後

【総合入院体制加算 1】 260点

【施設基準】

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

【総合入院体制加算 2】 200点

【施設基準】

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

【総合入院体制加算 3】 120点

【施設基準】

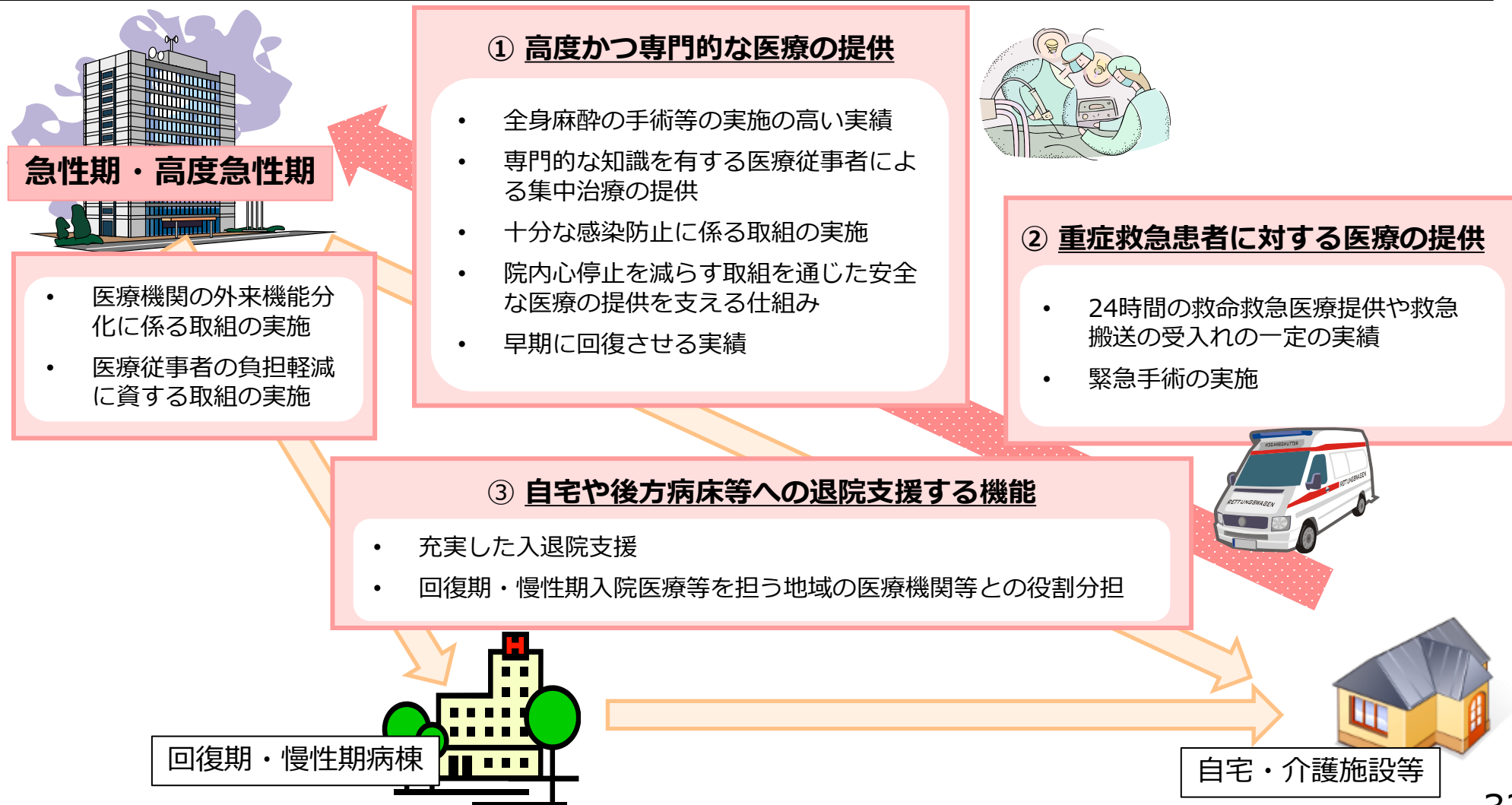
- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。
ア～カ（略）

【施設基準（総合入院体制加算 1、2 及び 3）】

- 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制として、以下のような取組が考えられる。



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算		
入院料等	- 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） - 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である - 総合入院体制加算の届出を行っていない	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 - 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 - 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上	
手術等の実績	いずれかを満たす - ア 右のうち、4つ以上満たす - イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上	◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
高度急性期医療の提供	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている	
感染防止に係る取組	感染対策向上加算1を届け出ている	
医療の提供に係る要件	- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している - 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている	
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている	
早期に回復させる取組	- 一般病棟における平均在院日数が14日以内 - 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす ◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆ 紹介受診重点医療機関	
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい	
充実した入退院支援	入退院支援加算1又は2の届出を行っている	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	- 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない - 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 - 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない	

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

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

現行

【急性期充実体制加算】

(新設)

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

(新設)

(新設)

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

[施設基準]

(急性期充実体制加算 1)

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

(急性期充実体制加算 2)

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

改定後

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算 1

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

2 急性期充実体制加算 2

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

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

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

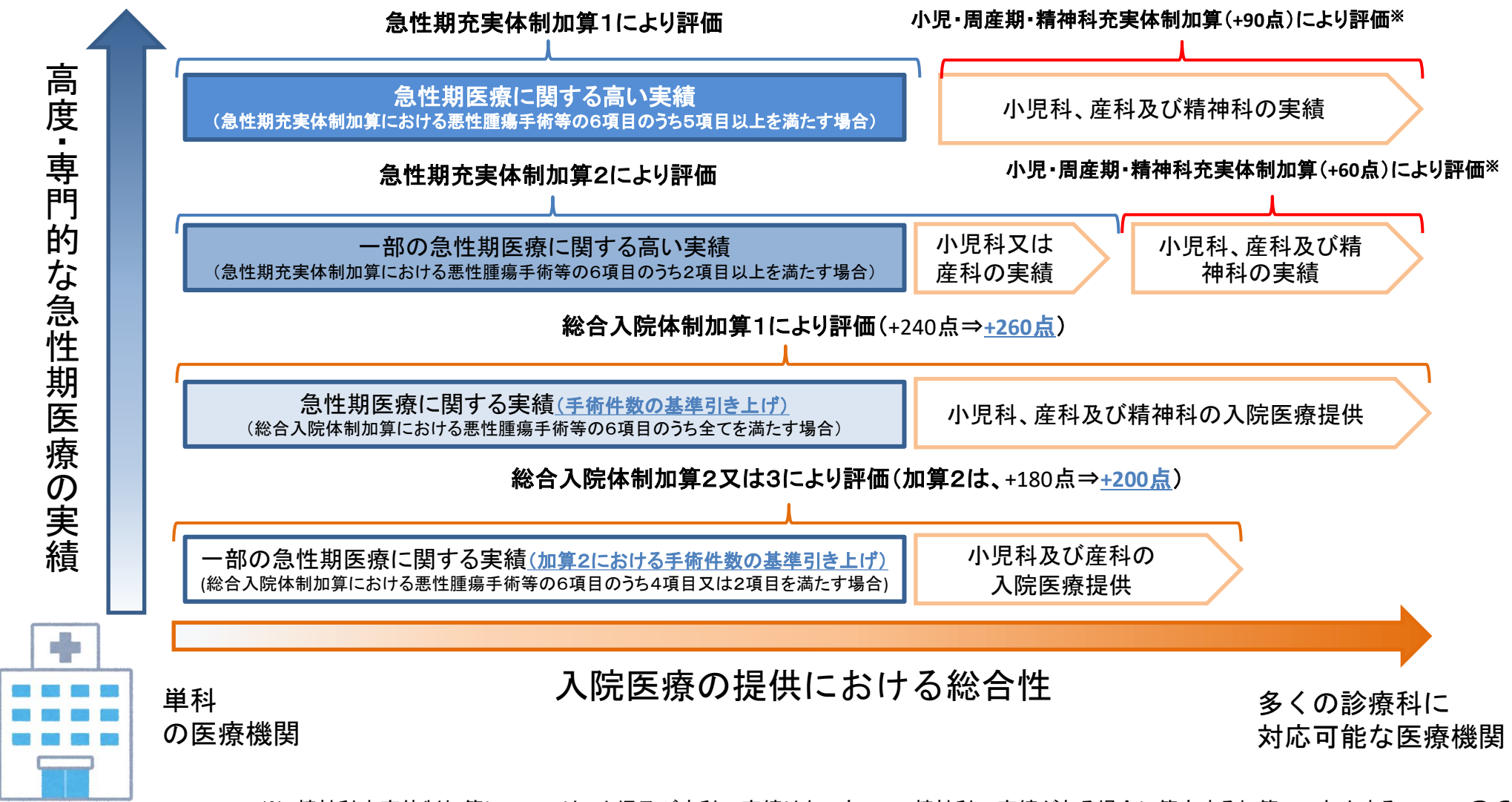
注 3 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

<手術等に係る実績の要件>

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

急性期充実体制加算等の見直し

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

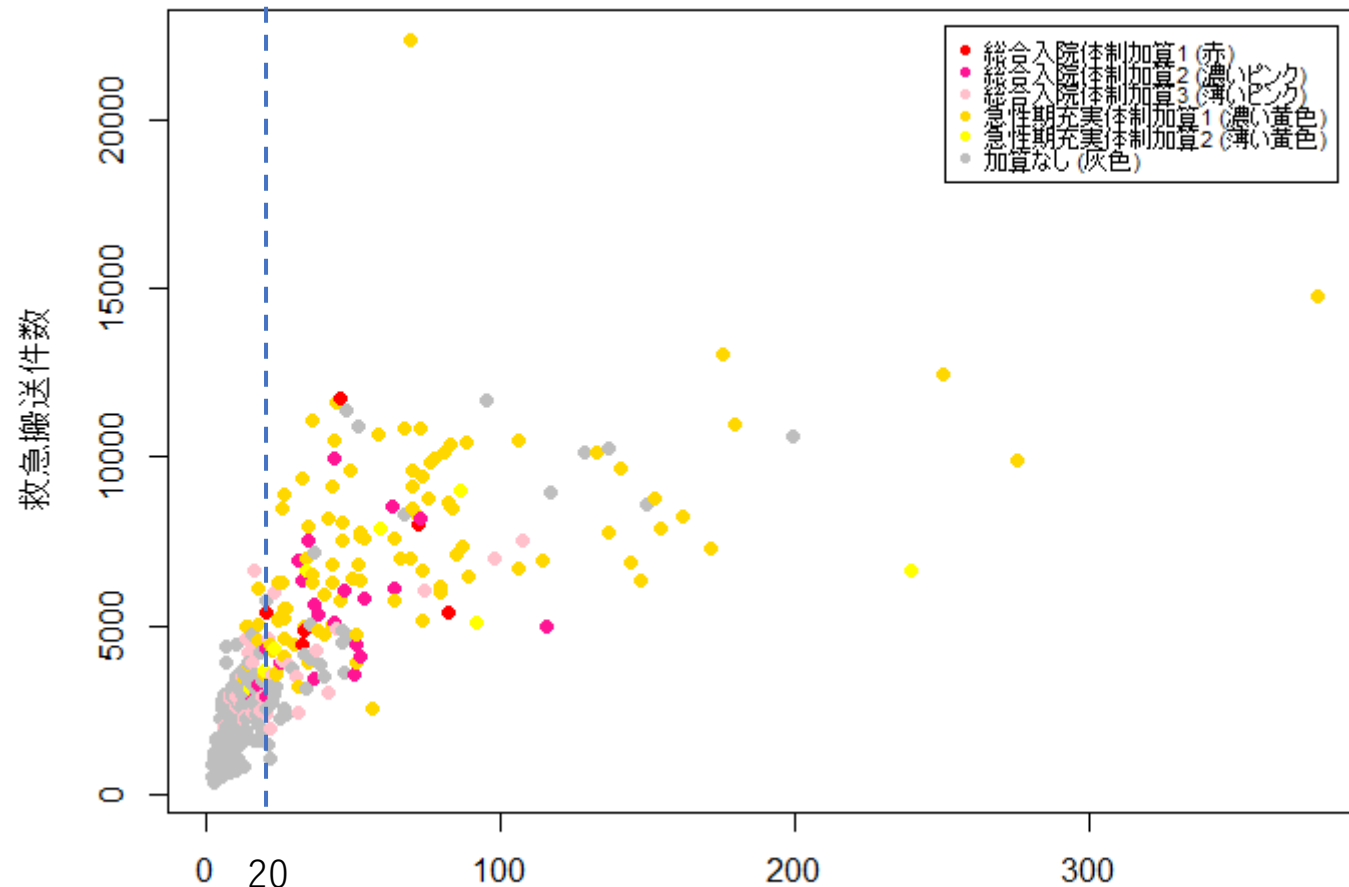


※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

二次医療圏における救急搬送件数

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

各二次医療圏における最大救急搬送件数 (n=335)

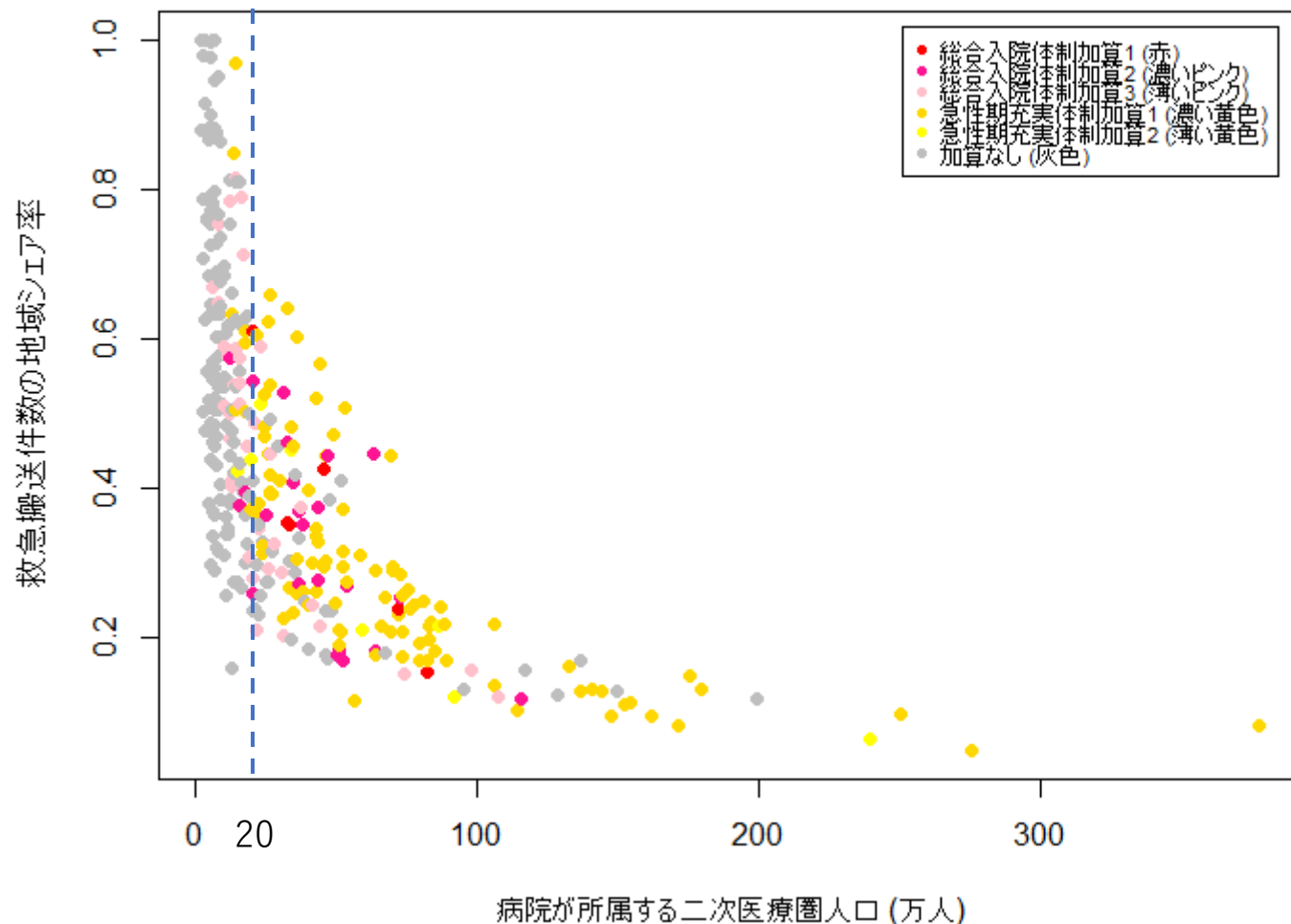


病院が所属する二次医療圏人口 (万人) ※各点は二次医療圏内で最大の救急搬送を受けている病院の救急搬送件数と所属二次医療圏人口を示す

二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

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

各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)



病院が所属する二次医療圏人口 (万人)

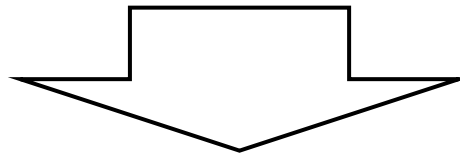
現状と課題

（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料1については、平成18年に7対1入院基本料が創設されて以降、届出病床数は増加し、平成26年以降は減少傾向であったが、近年は横ばいである。
- 急性期一般入院料は、看護職員配置、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数等で評価されている。

（急性期機能）

- 急性期機能については、新たな地域医療構想における検討において、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能が二次医療圏等における確保すべき医療機関機能とされた。
- 急性期一般入院料1を算定している病院について、同様の規模の許可病床数の医療機関であっても、救急搬送受入件数や手術件数にばらつきが見られた。
- 人口規模の大きな二次医療圏で救急搬送件数も多くなる傾向があり、急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されている。
- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数は比較的多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。



【課題】

○急性期一般入院料を算定している病院において、その規模や地域等によって果たしている役割が異なることや、新たな地域医療構想に関するとりまとめにおいて、病院としての機能がより重視されていることも踏まえ、今後の急性期における入院基本料について、どのように考えるか。

○これまで急性期の拠点的な機能として、総合入院体制加算や急性期充実体制加算としての評価がなされてきたが、人口規模が小さな医療圏においても、地域の救急搬送の受入等の拠点として不可欠な機能を発揮している病院があることも踏まえ、急性期の拠点的な機能に対する評価のあり方をどのように考えるか。

1.急性期入院医療について(その1)

- ① 急性期病床の評価に関する経緯
- ② 急性期病床における評価のあり方
- ③ 地域における急性期病院の現状
- ④ DPC制度について(その1)

DPC/PDPSの基本事項

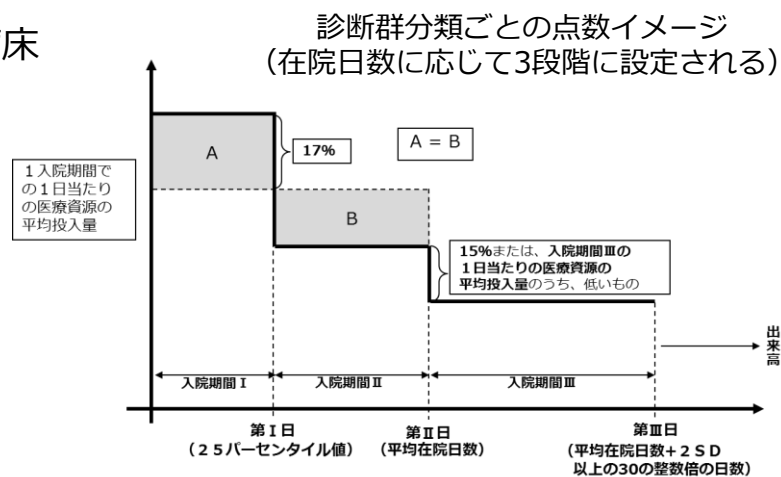
- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
- ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和6年6月1日時点見込みで1,786病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。

※ 令和4年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

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



DPC対象病院の基準

- DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- 調査期間1月当たりのデータ数が90以上（※）
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす（※）
 - ・ 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - ・ 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ・ 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

（※）令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる
「DPC算定病床」

- ・ A100 一般病棟入院基本料
- ・ A104 特定機能病院入院基本料
- ・ A105 専門病院入院基本料
- ・ A300 救命救急入院料
- ・ A301 特定集中治療室管理料
- ・ A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-4 小児特定集中治療室管理料
- ・ A302 新生児特定集中治療室管理料
- ・ A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
- ・ A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- ・ A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ A305 一類感染症患者入院医療管理料
- ・ A307 小児入院医療管理料

- 以下の患者は出来高算定
- ・ 出来高算定の診断群分類に該当する患者
 - ・ 特殊な病態の患者
 - －入院後 2 4 時間以内に死亡した患者
 - －生後 7 日以内の新生児の死亡
 - －臓器移植患者の一部
 - －評価療養/患者申出療養を受ける患者 等
 - ・ 新たに保険収載された手術等を受ける患者
 - ・ 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

- A106 障害者施設等入院基本料
- A304 地域包括医療病棟入院料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料 等

DPC算定
対象外の病床

精神病棟

結核病棟

療養病棟

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

（包括評価の基本原則）

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

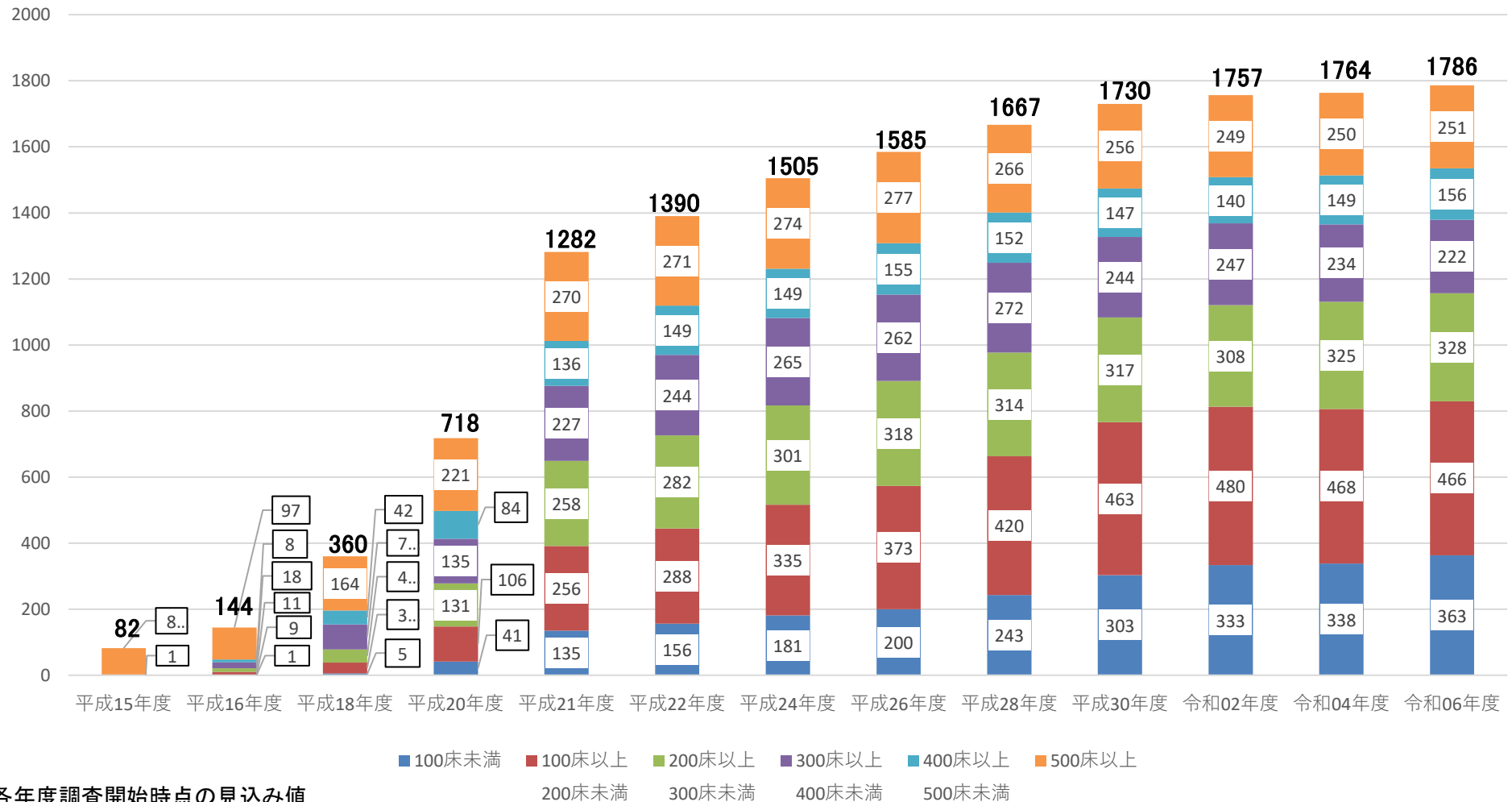
- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが個別的には許容する必要がある（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー（外れ値）処理として除外等の対応を行う。

前提② 包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、包括評価（定額点数）の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

DPC対象病院数の推移

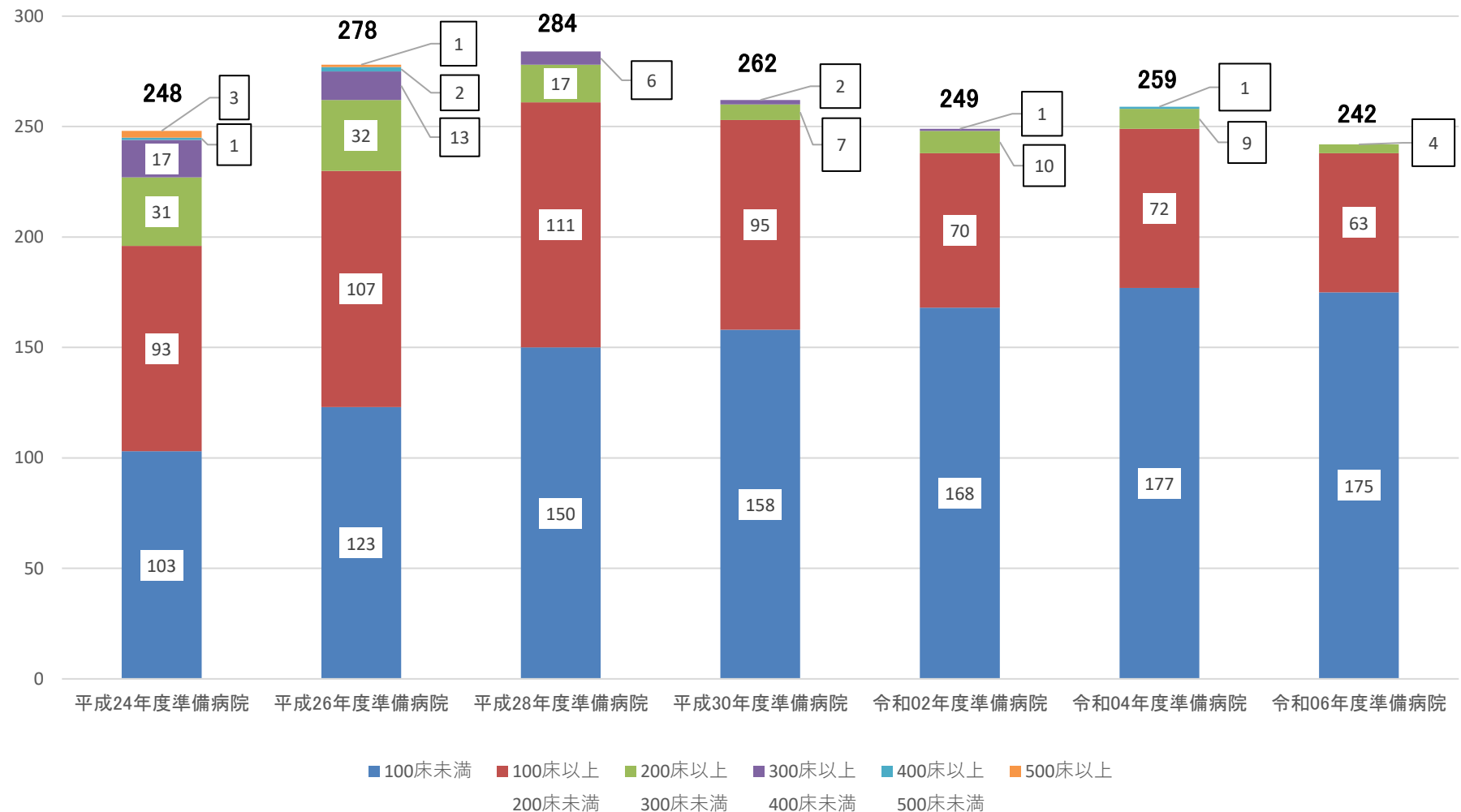
○ DPC対象病院数は制度開始以降経時的に増加し、現在は高い水準で推移している。



※各年度調査開始時点の見込み値
 ※病床数区分は、DPC算定病床数による

DPC準備病院数の推移

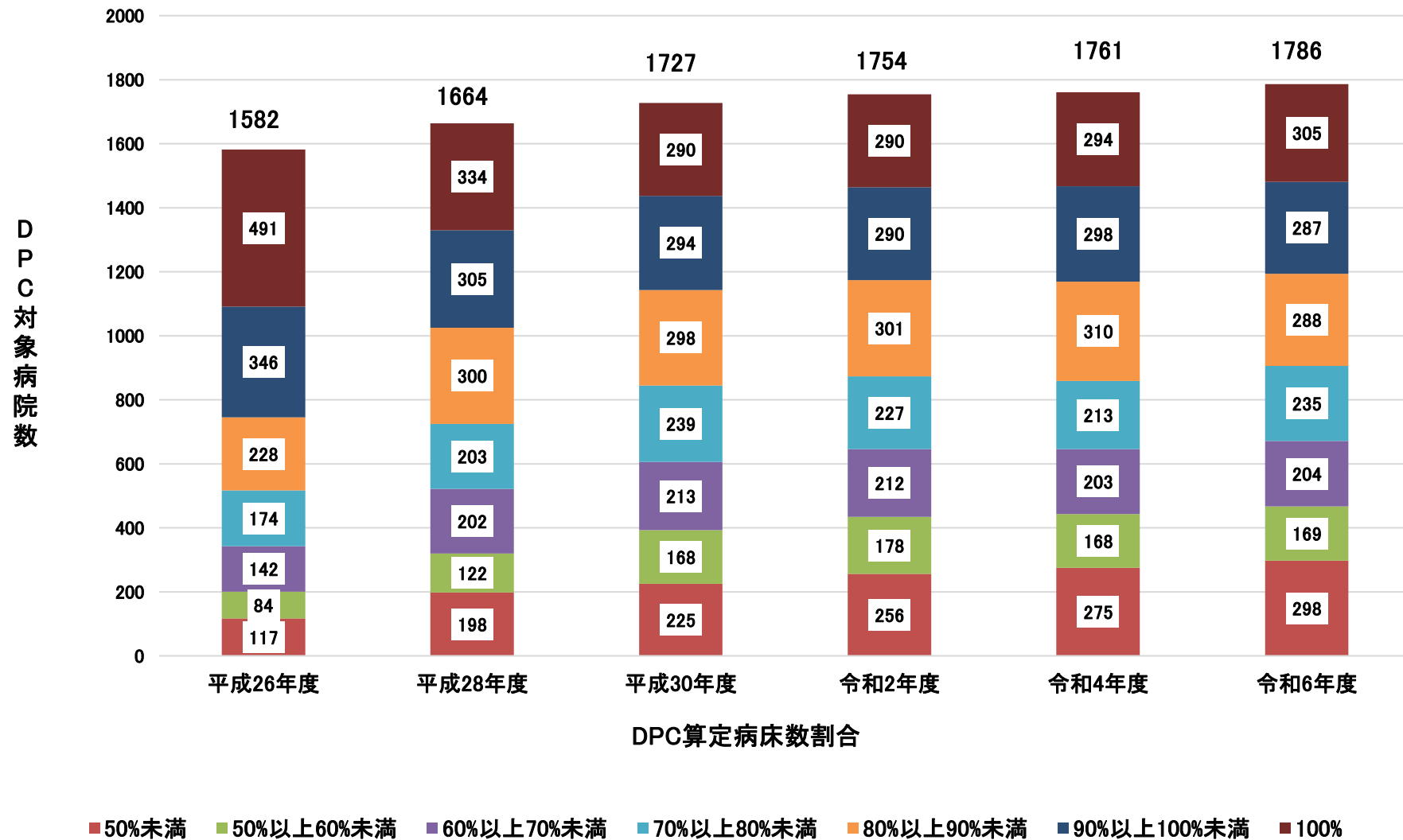
- DPC準備病院数は近年250前後で推移しており、令和6年度DPC準備病院においては、一般病床数が100床未満である病院が半数以上を占める。



※各年度調査開始時点の見込み値
※病床数区分は、一般病床数による

DPC対象病院におけるDPC算定病床割合の内訳

- DPC対象病院のうち、全許可病床に占めるDPC算定病床の割合（以下、「DPC算定病床割合」）が50%未満の病院は増加傾向にある。

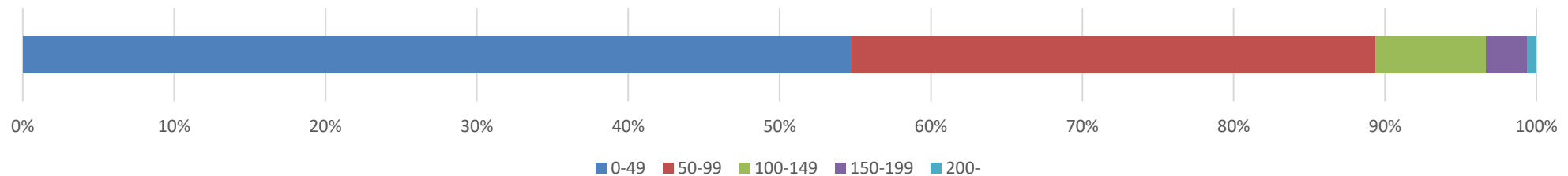


※各年DPCデータ(各年度末時点、令和6年度のみ5月時点)

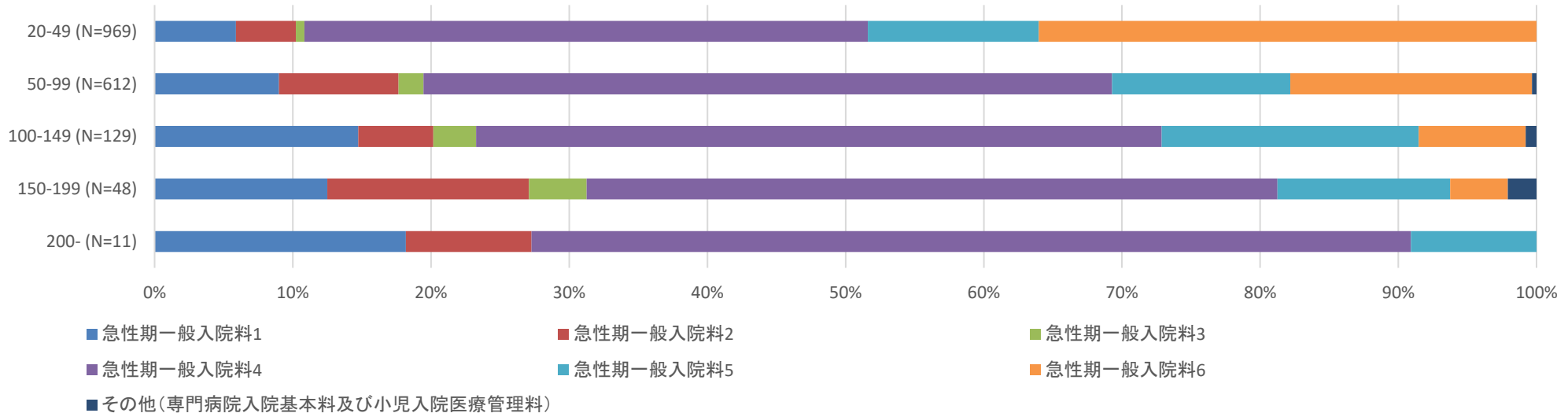
DPC算定可能病床を有する出来高算定病院

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

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



DPC算定可能病床を有する出来高病院における届出入院料



出典: 令和6年12月DPCデータ

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

※² DPC算定病床のうち、届出病床数が最も多いものを集計している

医療機関別係数

1. 基礎係数

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

2. 機能評価係数Ⅰ

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

3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

5. 激変緩和係数

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

(参考) 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

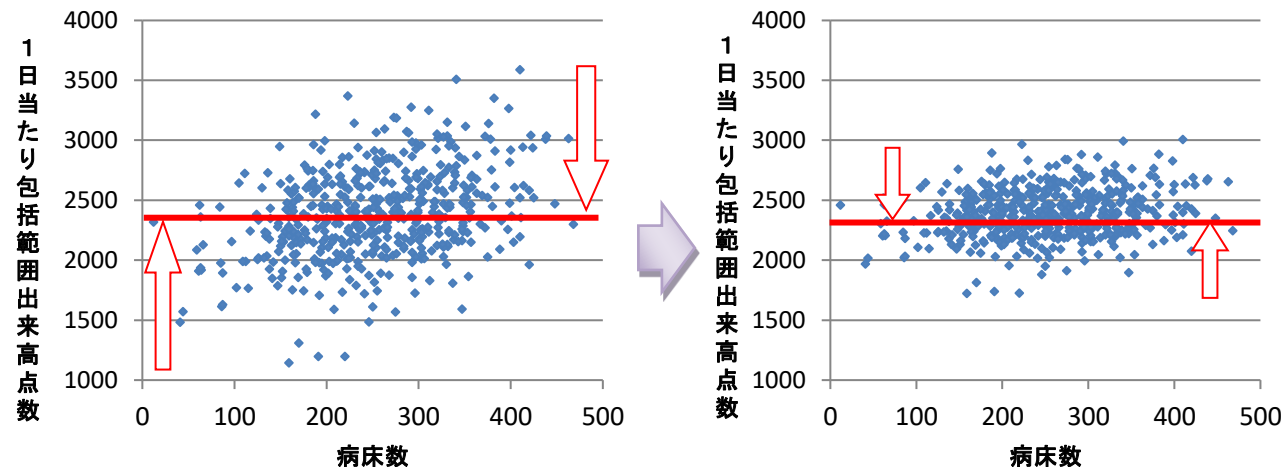
中医協 総-2-2
2 3 . 1 1 . 1 8

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

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

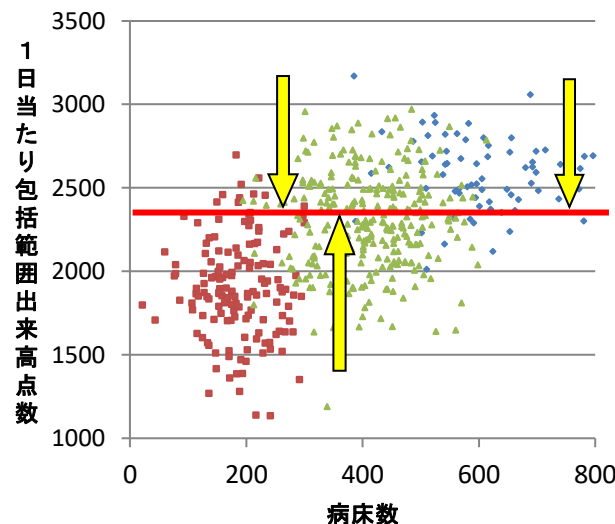
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

<効率化・標準化の進展のイメージ>

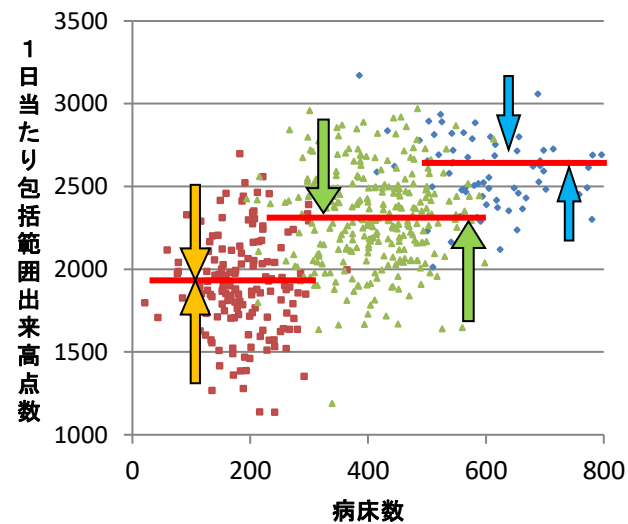


<基礎係数設定のイメージ>

【単一医療機関群】



【医療機関群ごと】



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

DPC制度におけるDPC特定病院群の定義

- DPC特定病院群は、実績要件1から4までの全て(実績要件3については、6つのうち5つ)について、各要件の基準値を満たした医療機関とされている。※1
- また、各要件の基準値は、大学病院の最低値(外れ値を除く。)とされている。

実績要件

【実績要件1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数

【実績要件2】：許可病床1床あたりの臨床研修医師数

【実績要件3】：医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）

外保連試案

(3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数

(3c)：手術実施症例件数

特定内科診療

(3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数 (3C)：対象症例件数

(3C)：対象症例件数

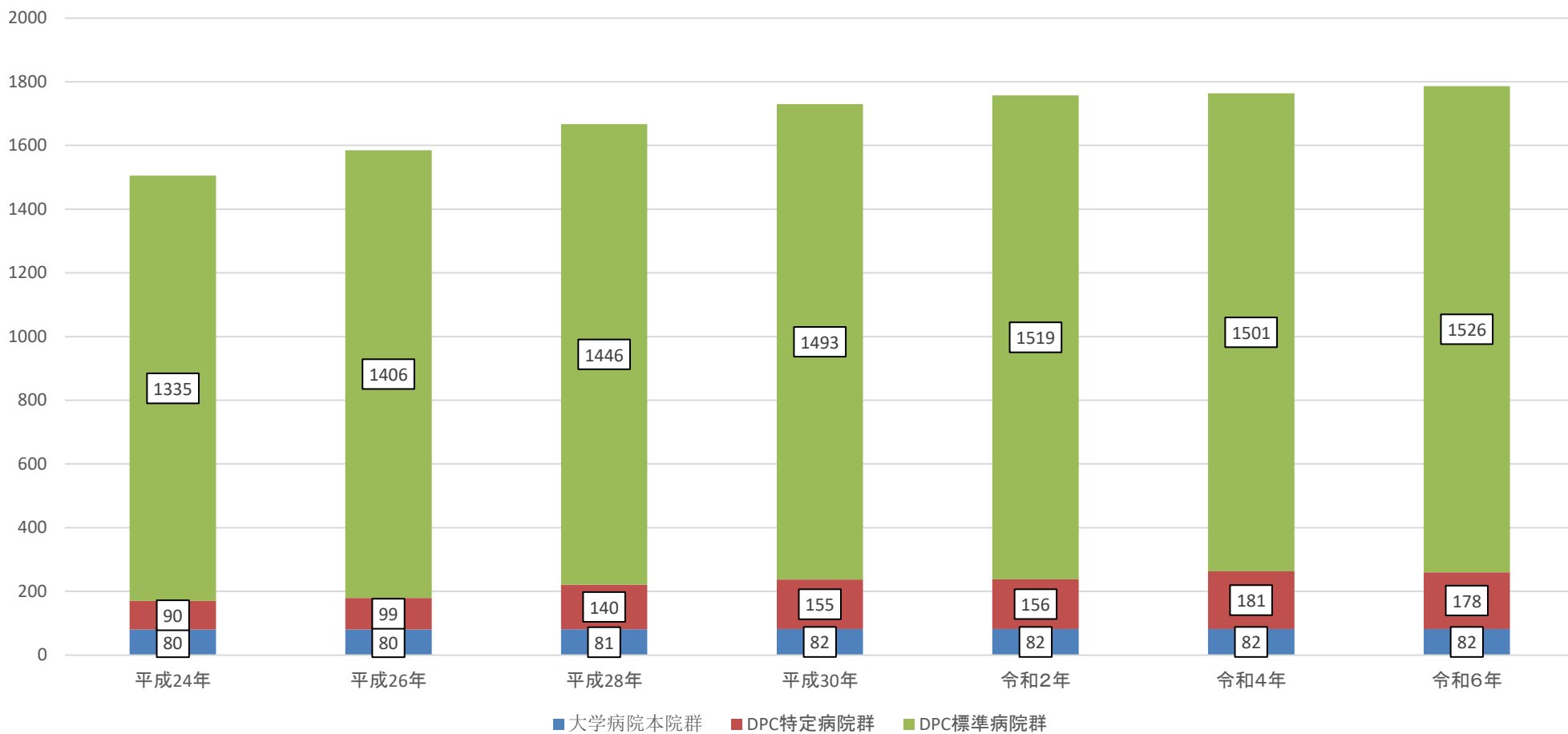
【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後）※2

※1 各医療機関の実績値は、令和4年10月から令和5年9月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出。

※2 全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数。

医療機関群毎のDPC対象病院数の推移

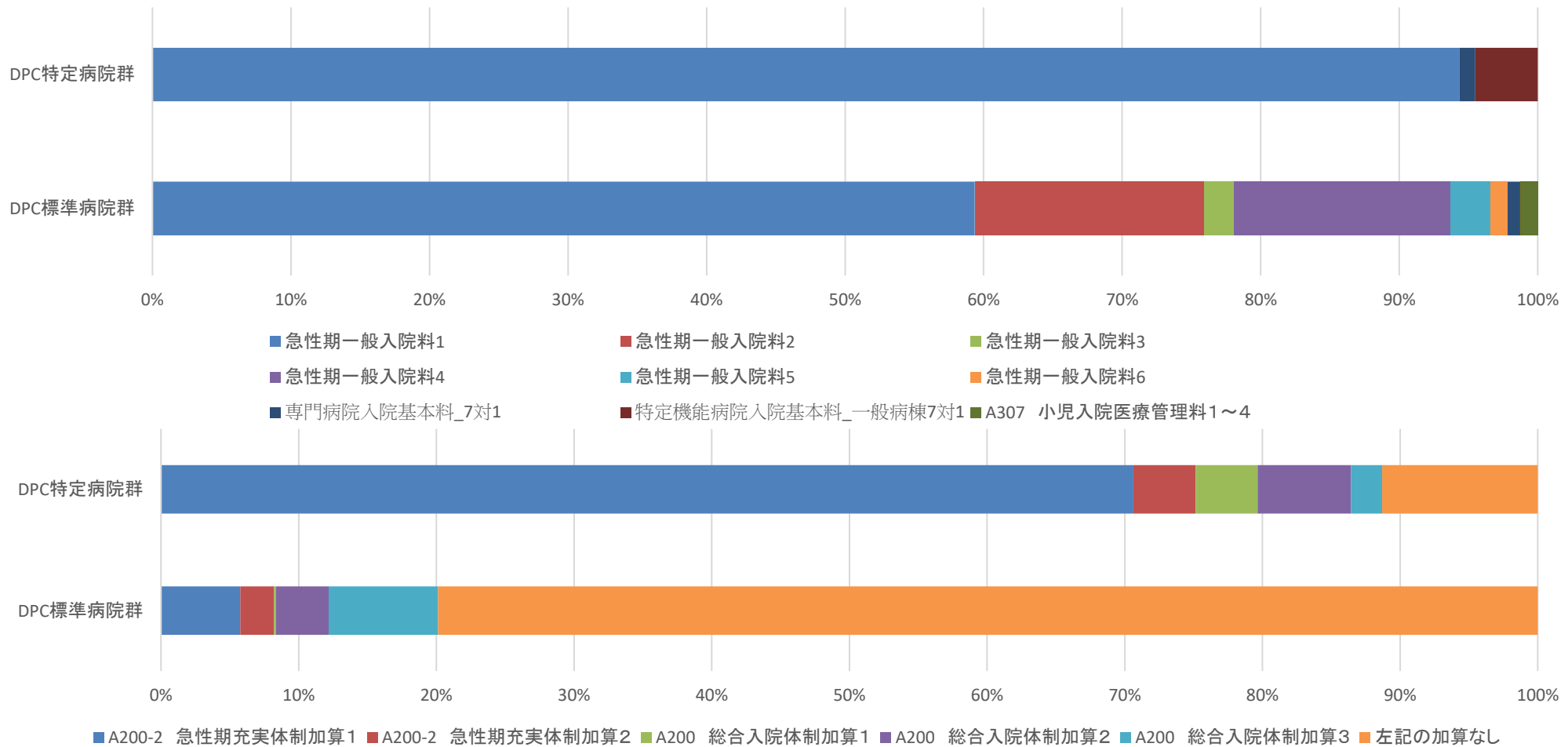
- 医療機関群毎のDPC対象病院数の推移は以下のとおり。
- DPC標準病院群が全体的に増加傾向にあり、8割以上を占める一方で、DPC特定病院群等は概ね横ばいである。



出典: 各年係数改定データ

D P C 特定病院群の特徴

○ DPC標準病院群及びDPC特定病院群における、DPC算定病床のうち届出病床数が最も大きい入院料、及び急性期充実体制加算等の届出状況は以下のとおり。



出典: 令和6年12月DPCデータ

※当該医療機関の有するDPC算定病床のうち、最も届出病床数が大きい入院料に基づいて集計している。

※合併病院等は除く。

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

- DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

現行

【D P C 対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上

(新設)

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

改定後

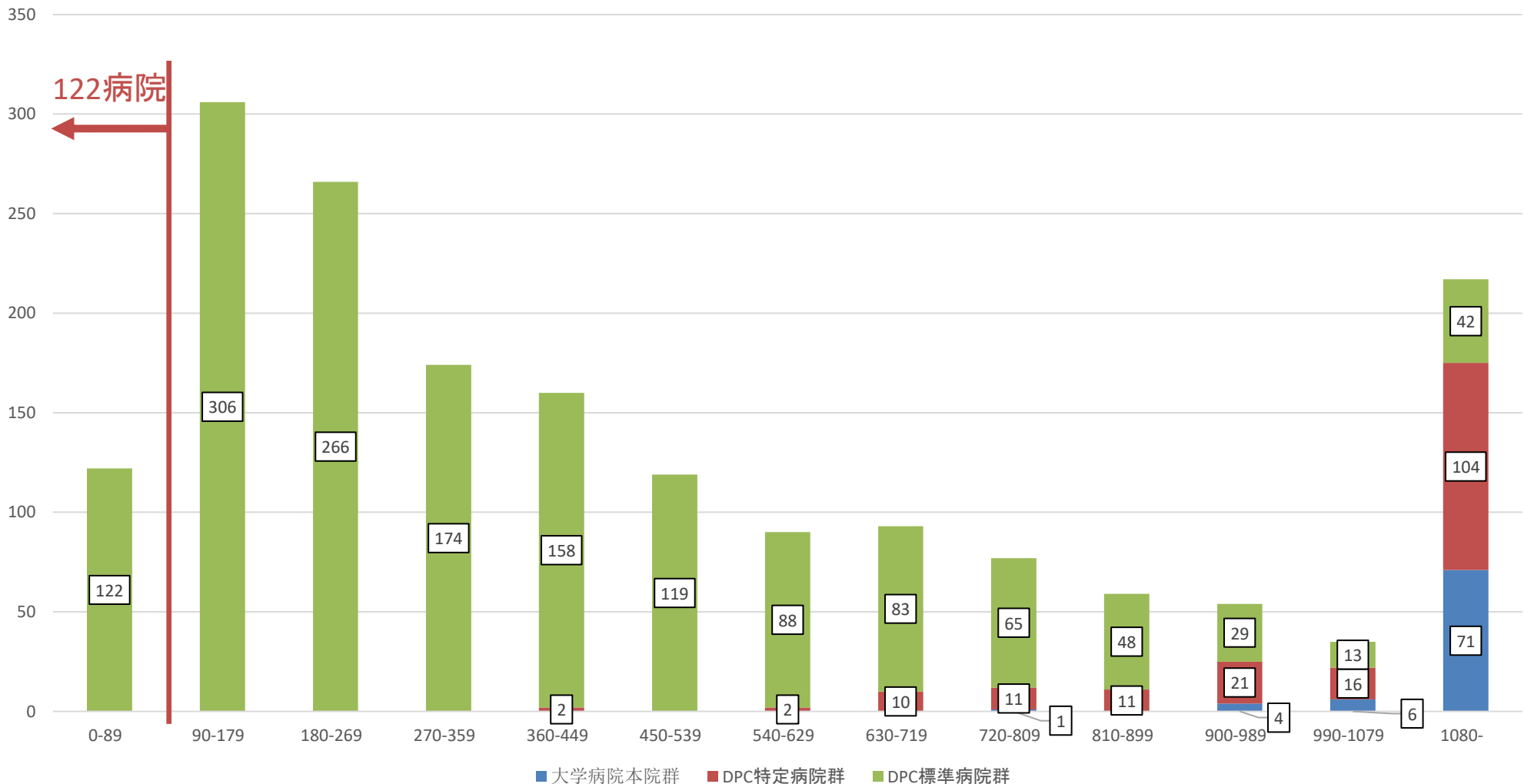
【D P C 対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上**
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす**
 - 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

- データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和 8 年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

DPC対象病院における1月当たりのデータ数

- DPC対象病院における1月当たりのデータ数は以下のとおり。
- 122の医療機関において、1月当たりのデータ数は90未満であった。



出典: 令和5年10月～令和6年9月DPCデータ

※令和7年2月時点でDPC制度に参加している医療機関に限り、合併病院等は除く。

現状と課題

(DPC/PDPSについて)

- DPC制度は、急性期入院医療を対象とする、診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度であり、急性期入院医療の標準化等を促している。
- DPC制度により算定する病床は、急性期一般入院基本料等に該当する病床の約85%を占める一方で、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関のうち、約1,800の医療機関は、DPC制度に参加しておらず、出来高による算定を行っている。
- また、DPC制度においては、大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価する観点から、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。
- このうち、DPC特定病院群については、大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有すると考えられる医療機関として、一定の要件を定めている。
- DPC特定病院群のうち、殆どの医療機関は、急性期一般入院基本料1の届出を行っており、また、約7割の医療機関は、急性期充実体制加算1の届出を行っている。
- さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPC制度の安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、1月当たりのデータ数が90以上であることを、新たにDPC制度への参加基準として定めたところ。
- DPC制度は急性期病院入院医療を対象とする包括払い制度であることから、急性期の入院料基本料と、DPC制度における上記の各種要件等は、整合的なものとする必要がある。

【課題】

- 急性期の入院料基本料と、DPC制度における医療機関群の定義やDPC制度への参加基準等の整合性について、どう考えるか。

2.高度急性期入院医療について(その1)

- ① ICU・HCU・SCUを有する病院
- ② 特定集中治療室管理料の医師配置要件
- ③ 特定集中治療室遠隔支援加算

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

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

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

（1）新たな地域医療構想における基本的な方向性

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

（中略）

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

（中略）

（4）救急・急性期医療

（中略）

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

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」

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

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」令和5年3月31日

救急医療の体制構築に係る指針（抜粋）

第1 救急医療の現状

(5) 救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター・高度救命救急センター

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

脳卒中の医療体制構築に係る指針（抜粋）

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

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

救命救急入院料等の主な施設基準

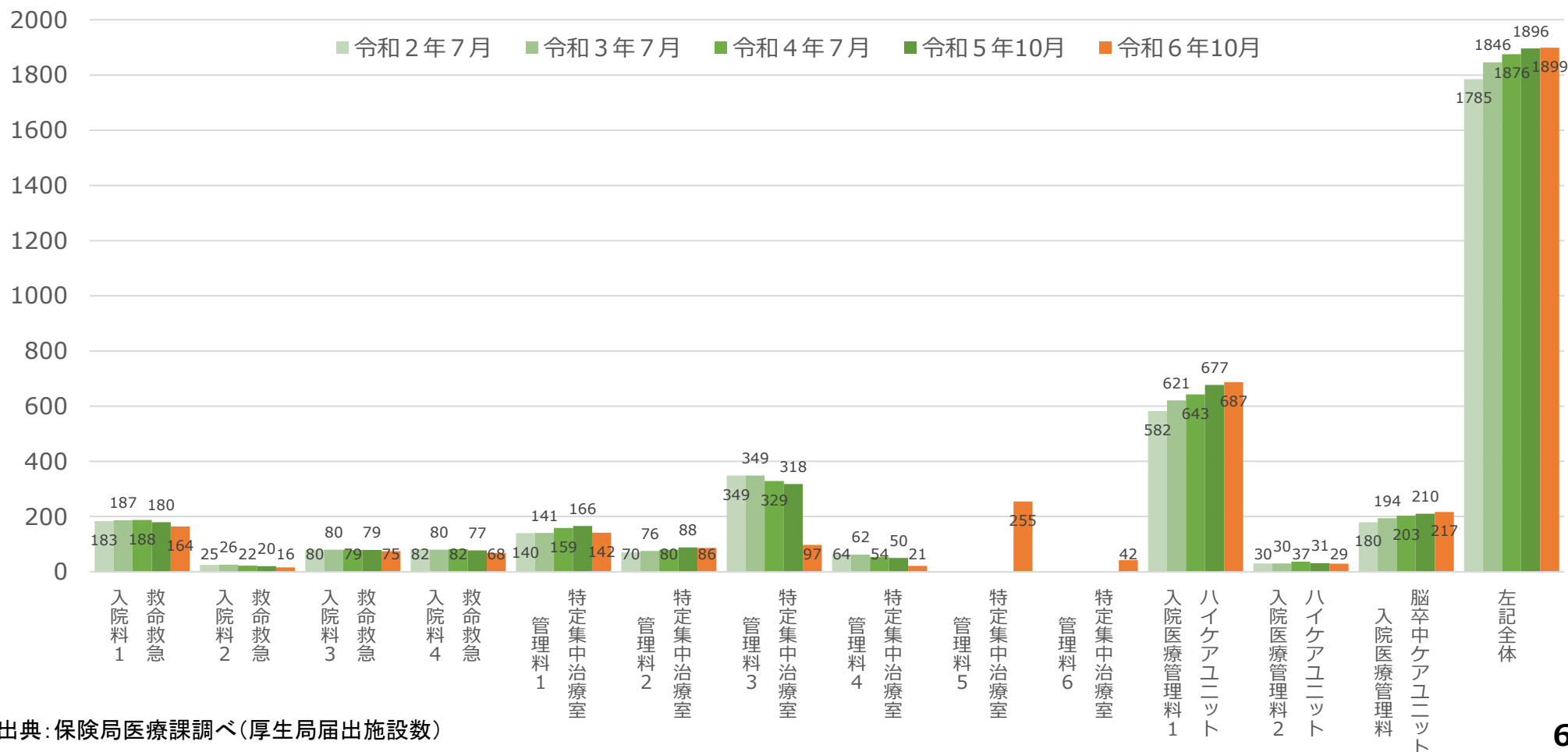
		点数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		入室日 SOFA	その他
救命救急 入院料	入院 料1	～3日 10,268点	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	-	・救命救急 センターを 有している こと ・医療安全 対策加算1を 届出ていること ・救急時 医療情報 閲覧機能を有し ていること ※「イ」は救命 救急入院料 「ロ」は広範囲 熱傷特定集中 治療管理料を 指す
		～7日 9,292点							
		～14日 7,934点							
	入院 料2	～3日 11,847点	・救命救急入院料1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

6

特定集中治療室管理料等の届出医療機関数推移

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

(医療機関数)

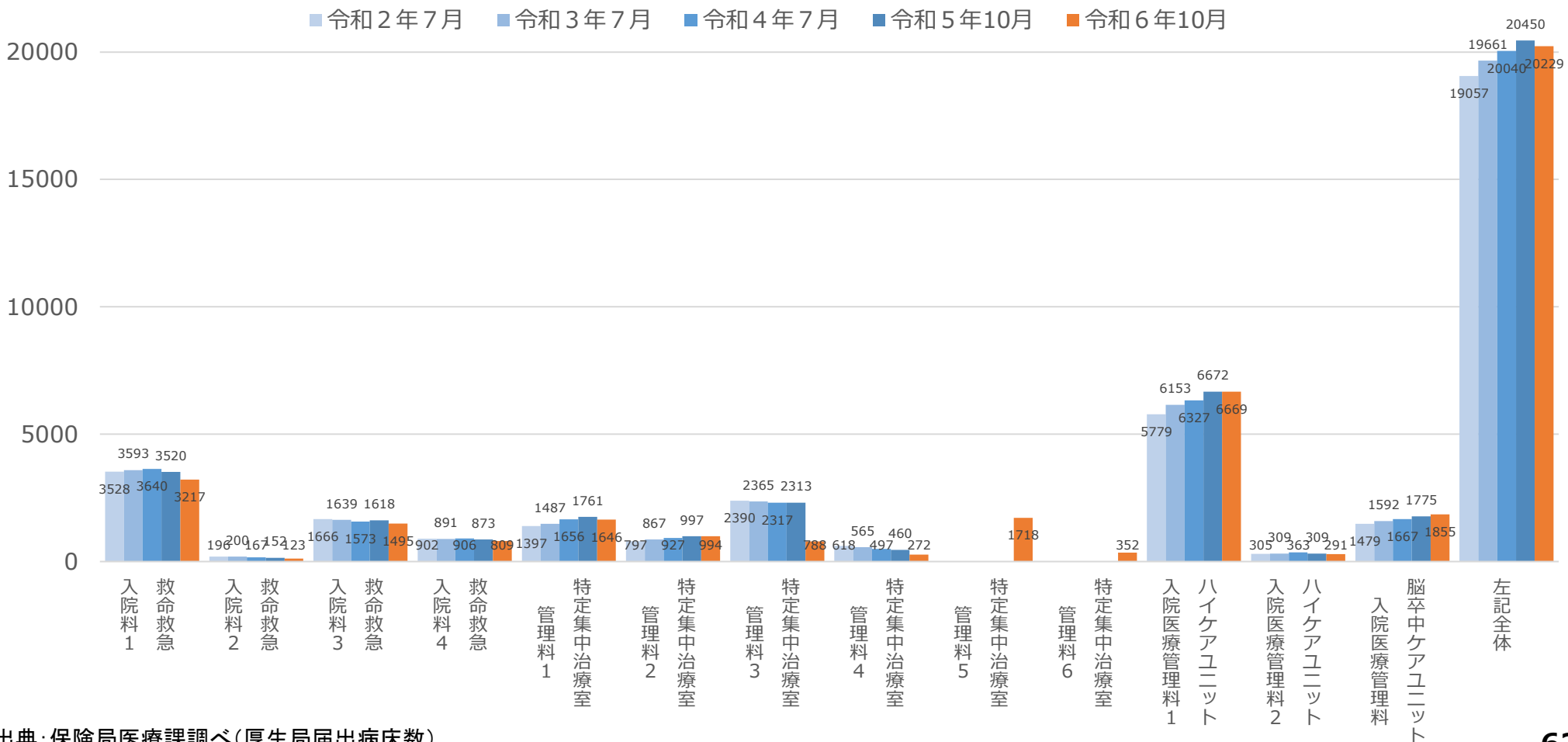


出典：保険局医療課調べ(厚生局届出施設数)

特定集中治療室管理料等の届出病床数推移

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

(病床数)

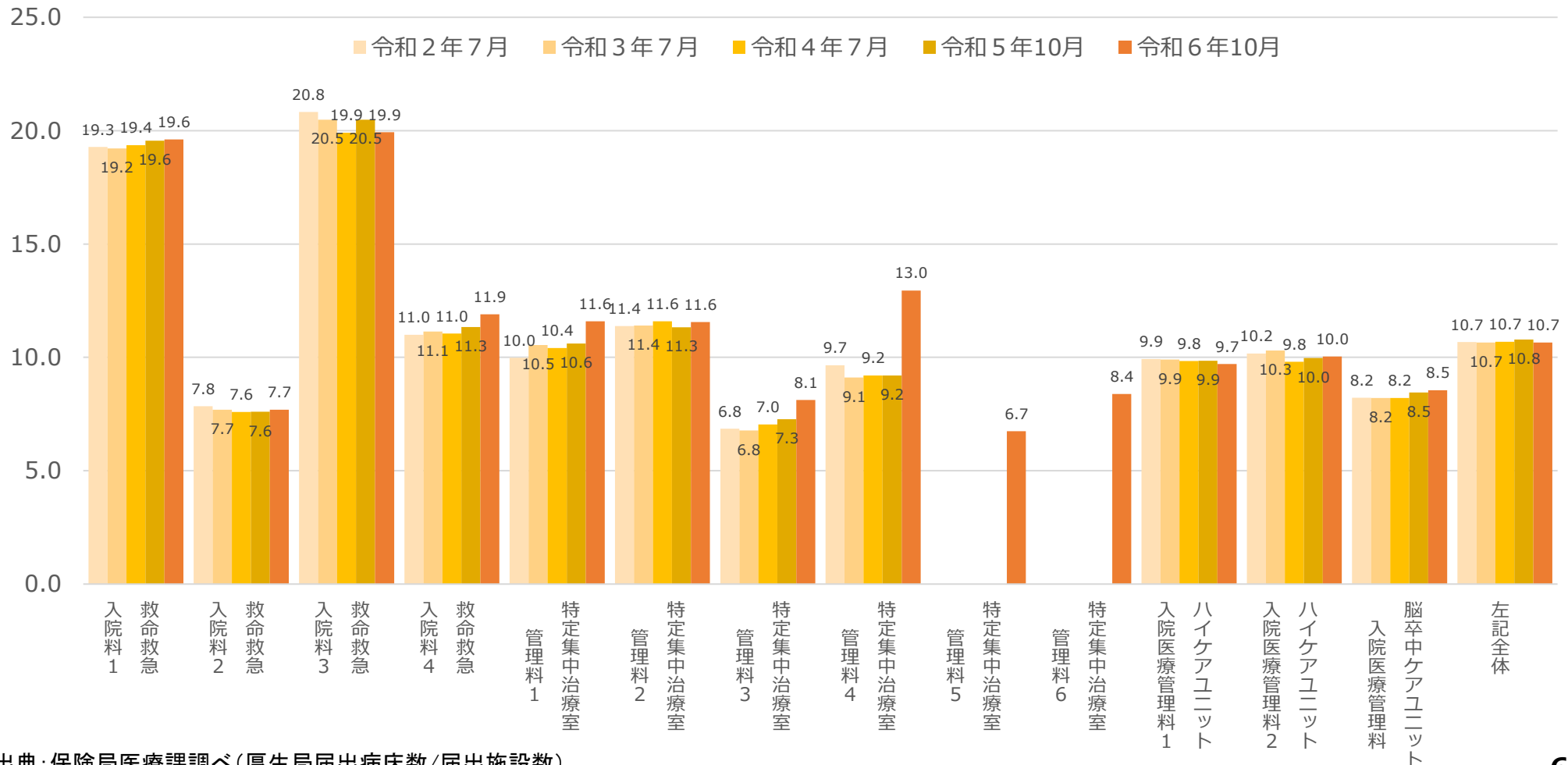


出典: 保険局医療課調べ(厚生局届出病床数)

特定集中治療室管理料等を算定する治療室の平均病床数推移

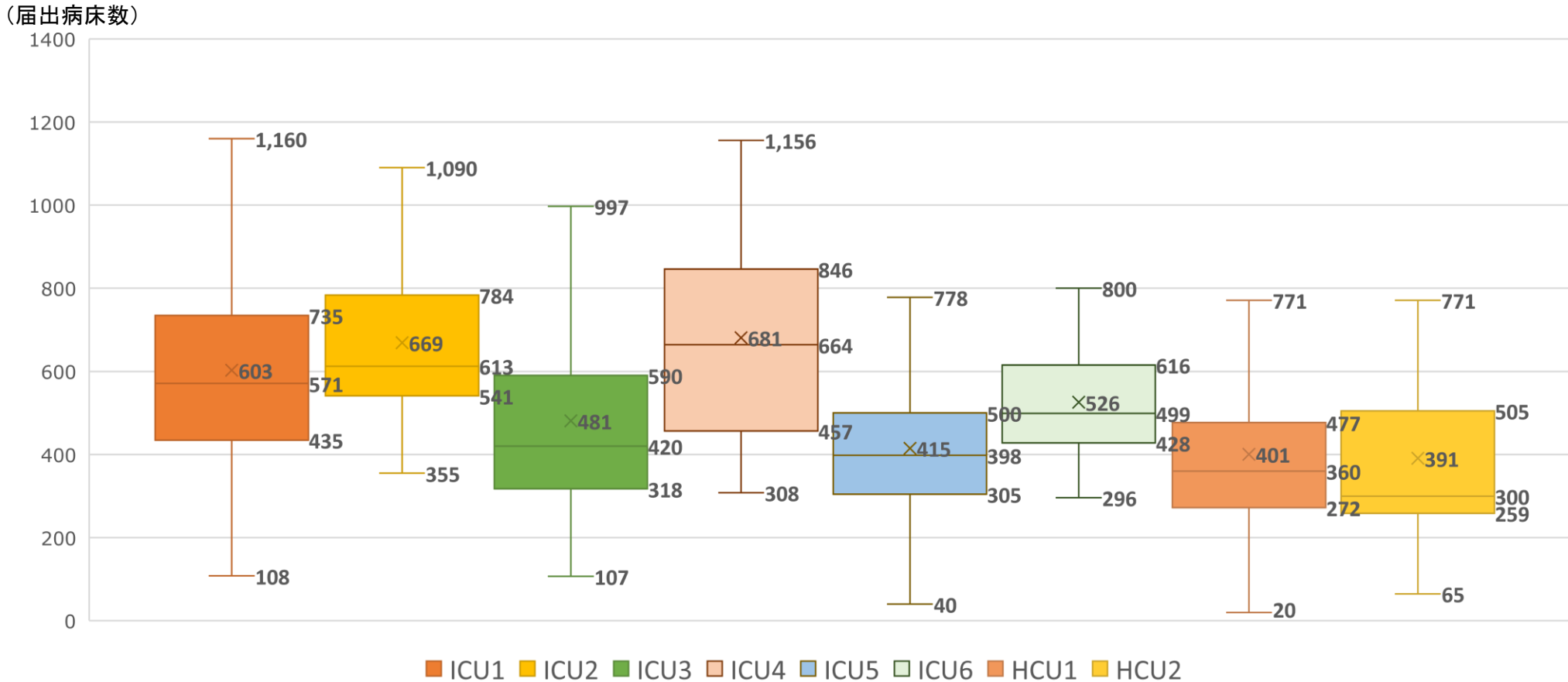
- 「特定集中治療室管理料 5、6」を算定する集中治療室は、平均病床数が少ない傾向がある。
- 届出医療機関数が増加傾向である「ハイケアユニット入院医療管理料」は、算定する治療室の平均病床数が横ばいとなっている。

(病床数 / 医療機関数)



特定集中治療室管理料等を算定する病院全体の届出病床数

- 「特定集中治療室管理料 1～4」を算定する病院と比較して、「特定集中治療室管理料 5」及び「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院では、病院全体の届出病床数が少ない傾向がある。

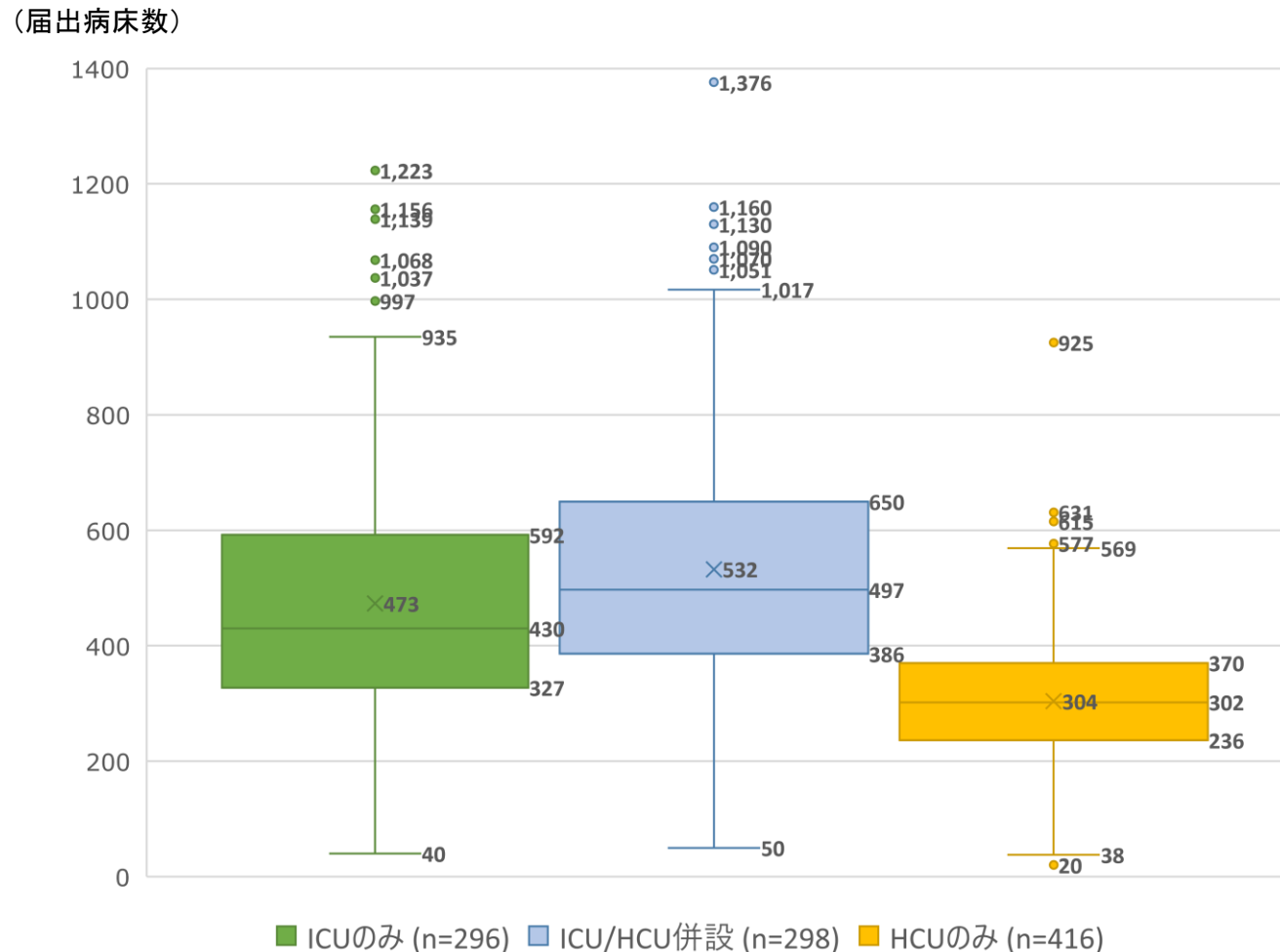


出典: 保険局医療課調べ

- ・令和6年6～12月のDPCデータにおいて、「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関の届出病床数を抽出
- ・四分位範囲の1.5倍を超える外れ値は除外
- ・複数の管理料を算定する医療機関は両方に算入(異なるICU管理料を算定する35医療機関、異なるHCU管理料を複数算定する4医療機関等)

ICU・HCUを併設する病院の届出病床数

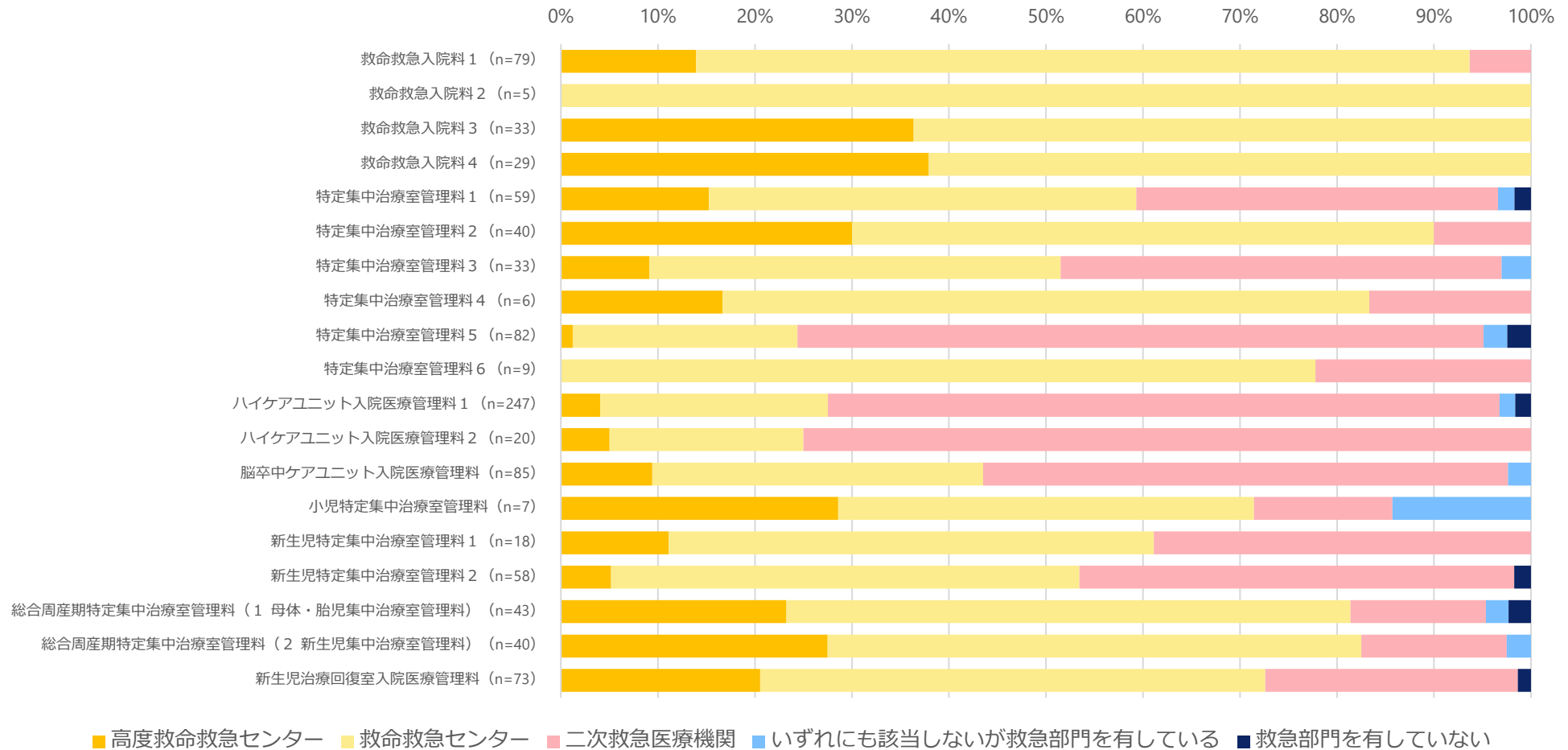
- 「特定集中治療室管理料」と「ハイケアユニット入院医療管理料」を両方算定する病院は、それぞれを単独で算定する病院と比較して、病院全体の届出病床数が多い傾向がある。



高度急性期病棟を有する病院の救急医療体制

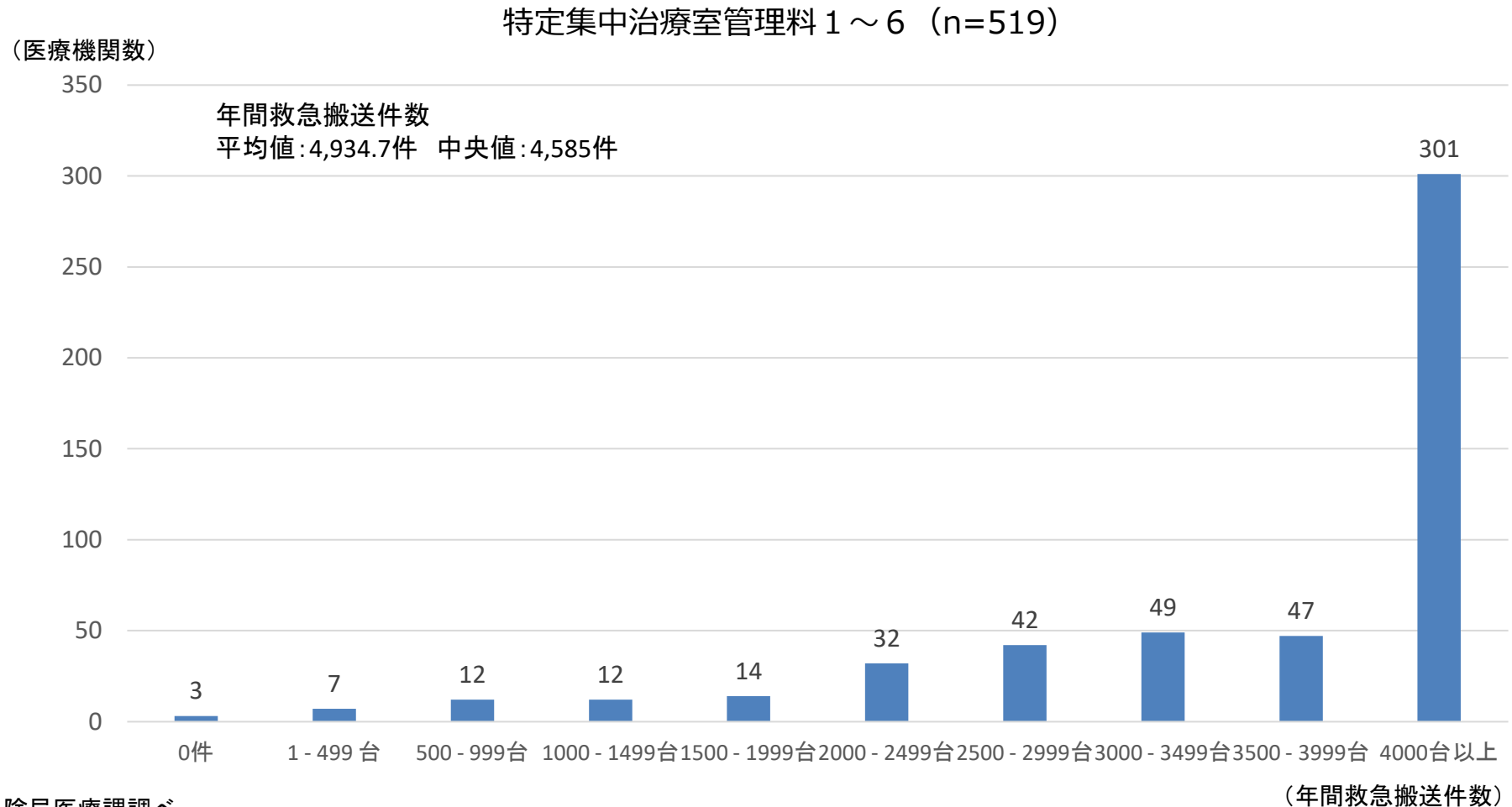
- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「二次救急医療施設」「三次救急医療施設」であったが、一部には救急部門を有していない病院もあった。

高度急性期病棟を有する病院の救急医療体制



集中治療室を有する病院の年間救急搬送件数

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

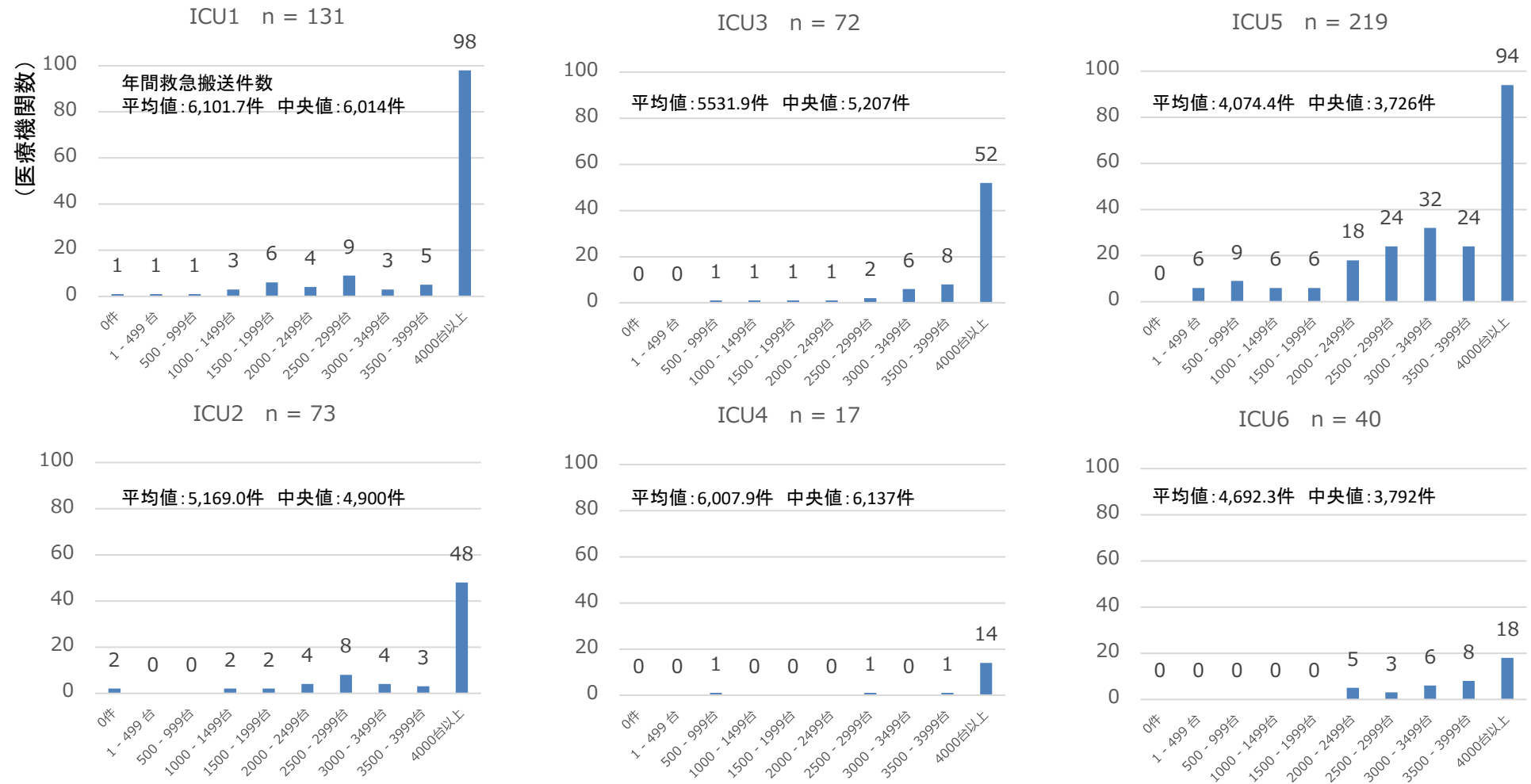


出典: 保険局医療課調べ

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

集中治療室を有する病院の年間救急搬送件数

- 「特定集中治療室管理料 1、2」を算定する病院の年間救急搬送件数は、「特定集中治療室管理料 5、6」を算定する病院の年間救急搬送件数と比較して、多い傾向にあった。

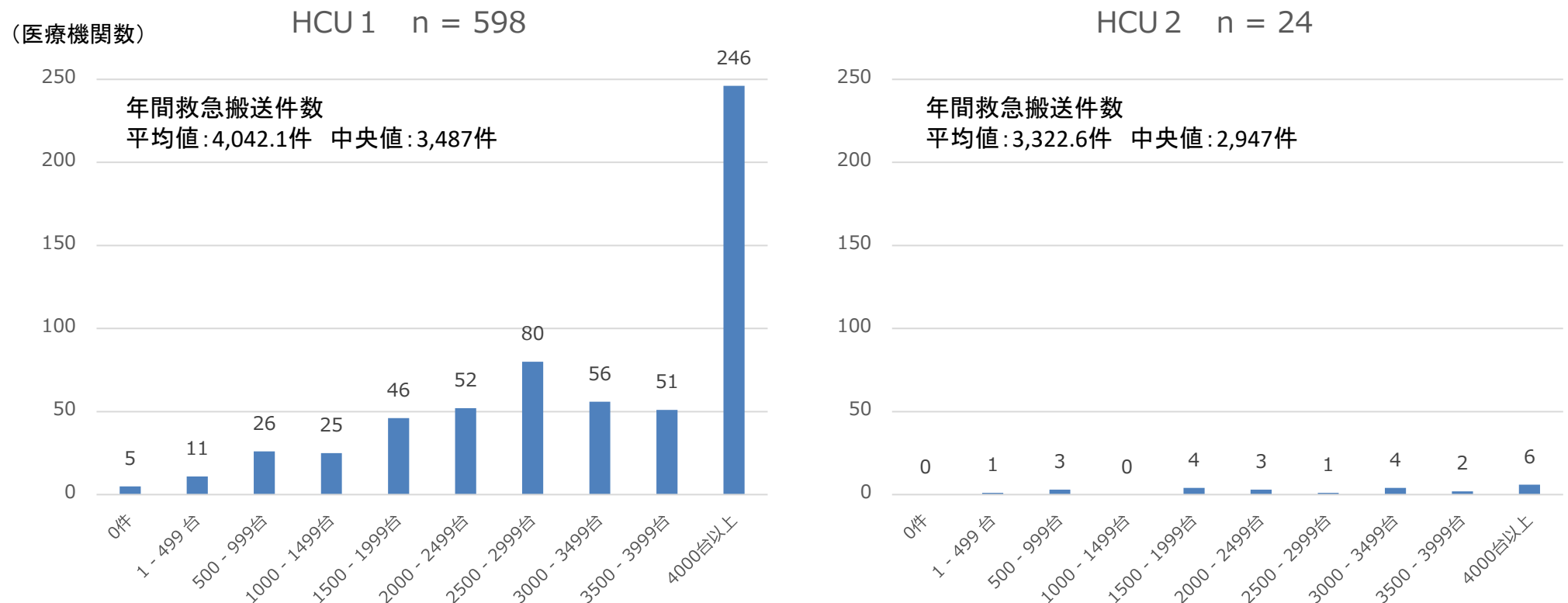


出典: 保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。複数の管理料を算定する35医療機関は両方に算入。
- ・年間救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。

ハイケアユニットを有する病院の年間救急搬送件数

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

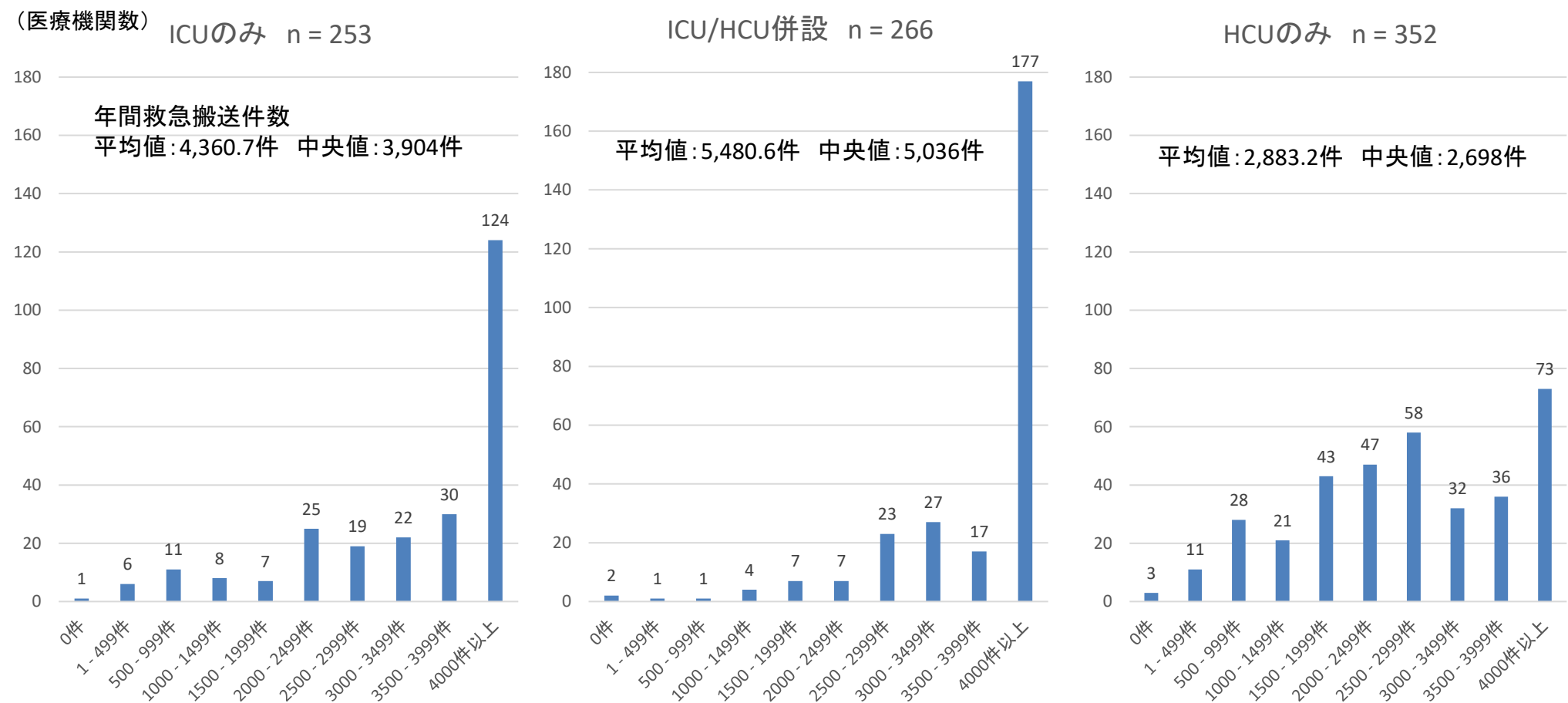


出典: 保険局医療課調べ

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

ICU・HCU併設の有無と年間救急搬送件数

- 「特定集中治療室管理料」と「ハイケアユニット入院医療管理料」を両方算定する病院は、それぞれを単独で算定する病院と比較して、年間救急搬送件数が多い傾向があった。

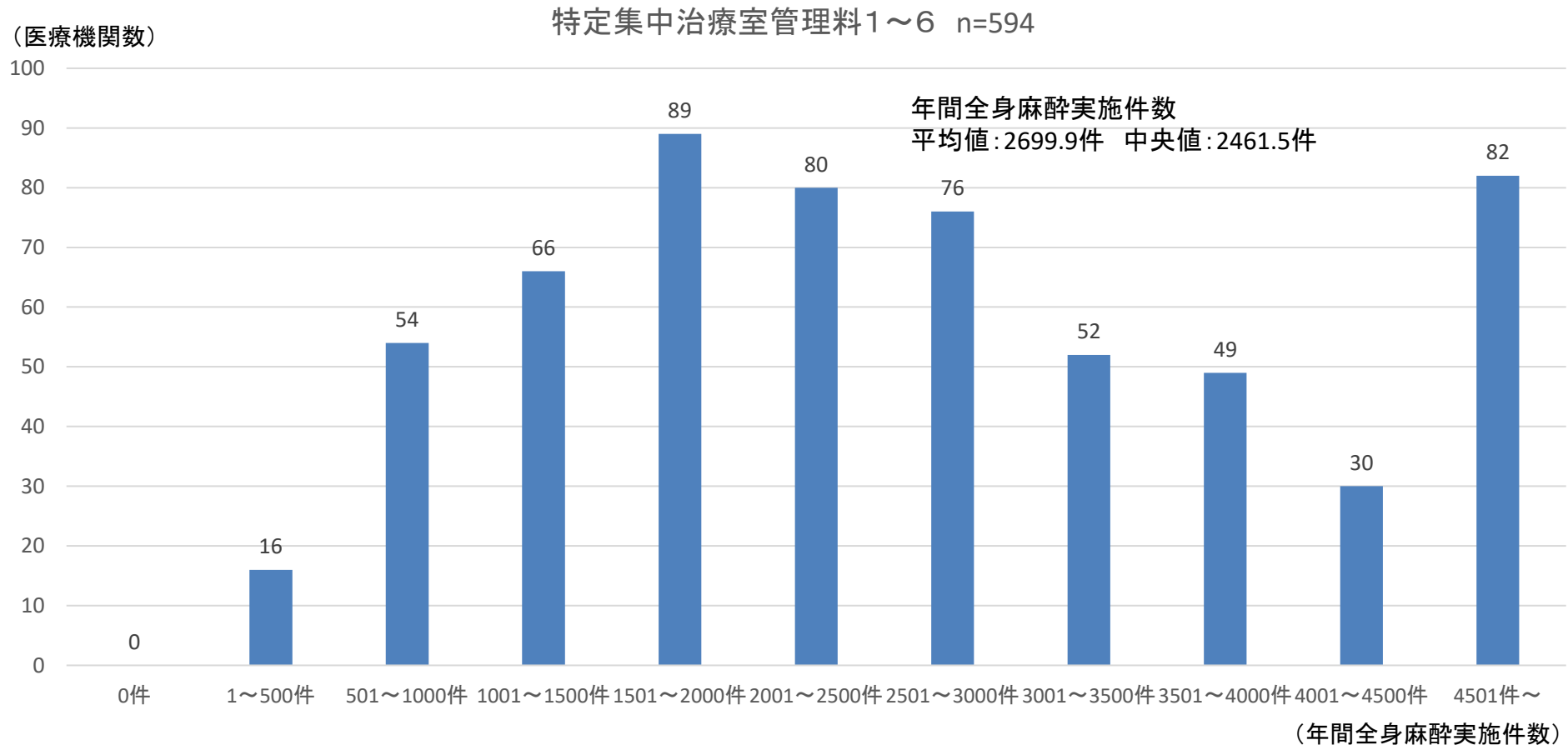


出典: 保険局医療課調べ

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

集中治療室を有する病院の年間全身麻酔実施件数

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



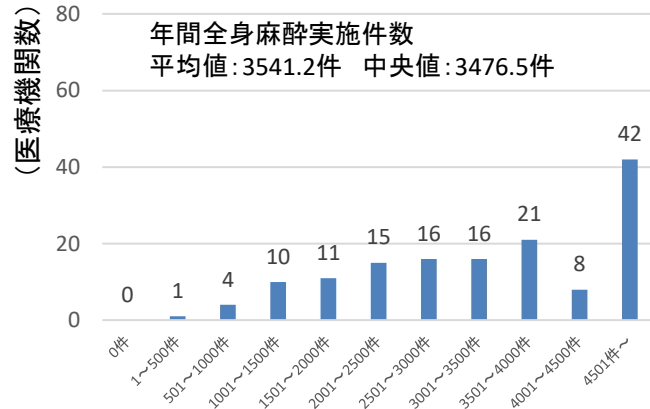
出典: 保険局医療課調べ

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

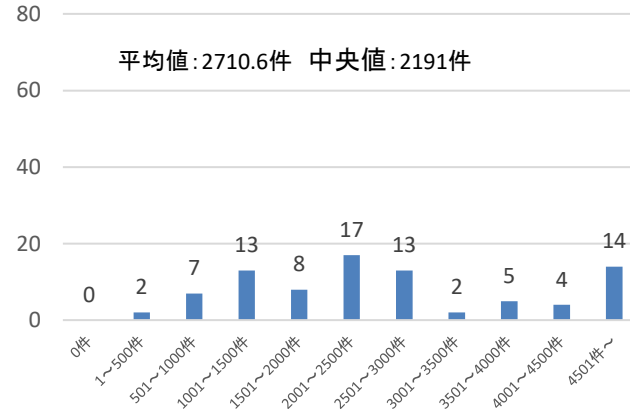
集中治療室を有する病院の年間全身麻酔実施件数

- 「特定集中治療室管理料 1、2、4」を算定する病院の年間全身麻酔実施件数は、「特定集中治療室管理料 3、5、6」を算定する病院の年間全身麻酔実施件数と比較して、多い傾向にあった。

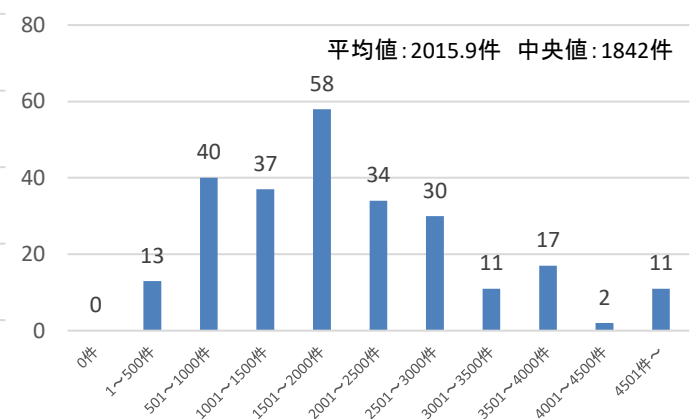
ICU1 n=144



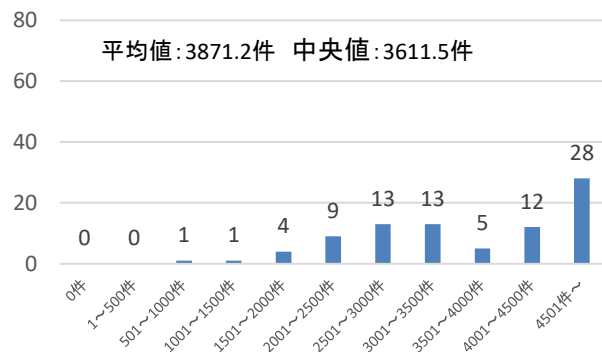
ICU3 n=85



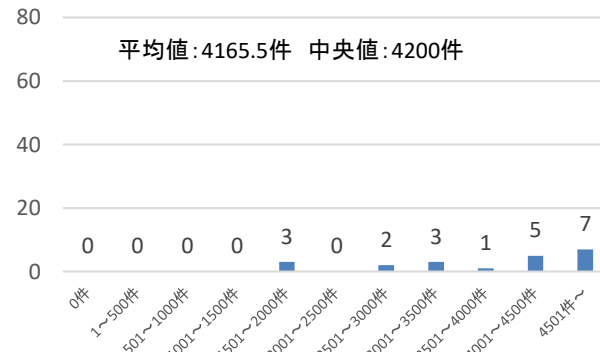
ICU5 n=253



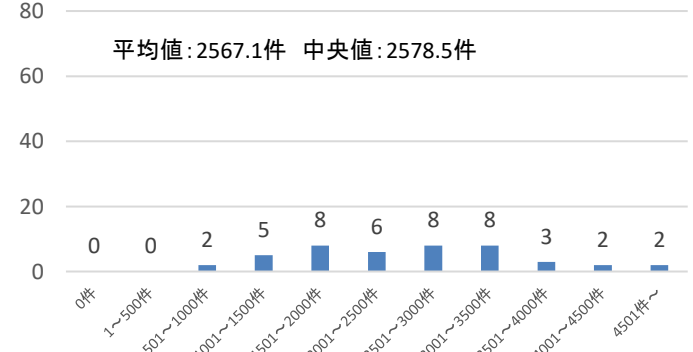
ICU2 n=86



ICU4 n=21



ICU6 n=44

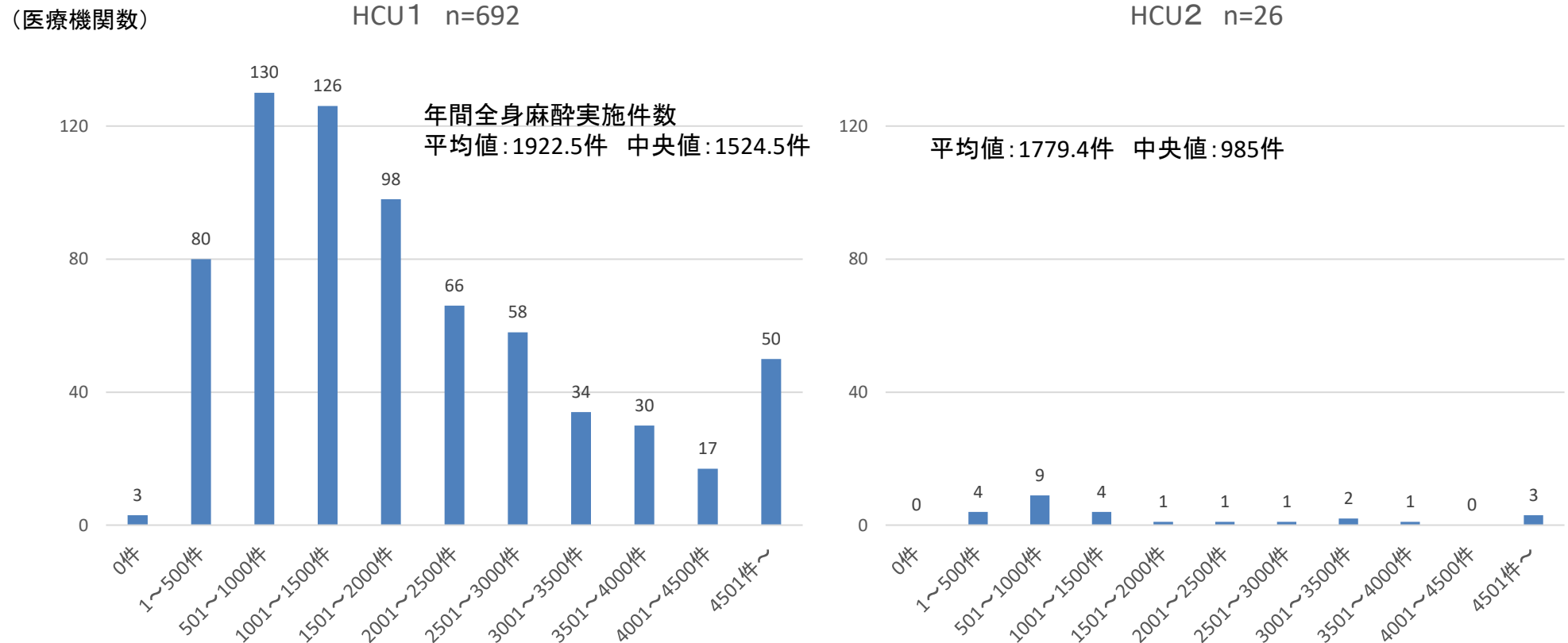


出典: 保険局医療課調べ

- ・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。複数の管理料を算定する35医療機関は両方に算入。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

ハイケアユニットを有する病院の年間全身麻酔実施件数

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

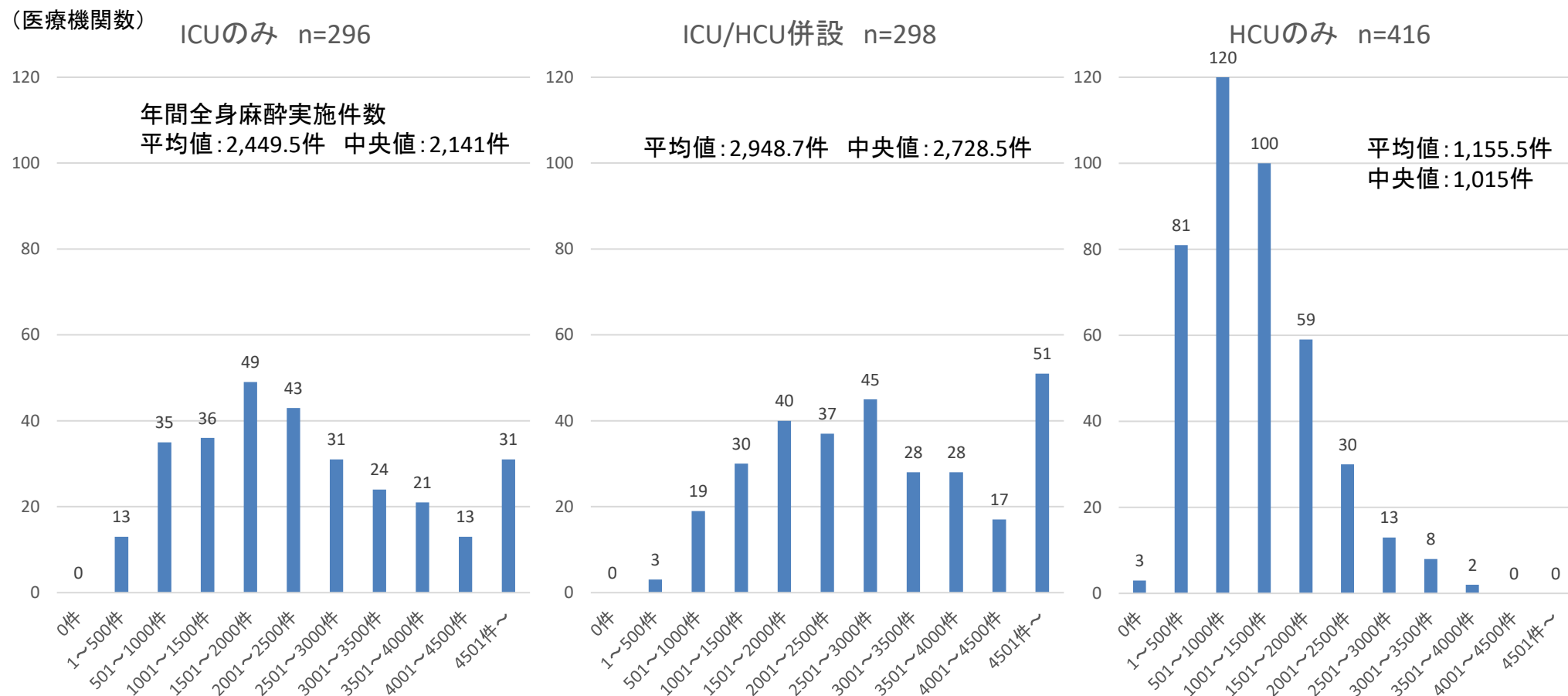


出典: 保険局医療課調べ

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

ICU・HCU併設の有無と年間全身麻酔実施件数

- 「特定集中治療室管理料」と「ハイケアユニット入院医療管理料」を両方算定する病院は、それぞれを単独で算定する病院と比較して、年間全身麻酔実施件数が多い傾向があった。



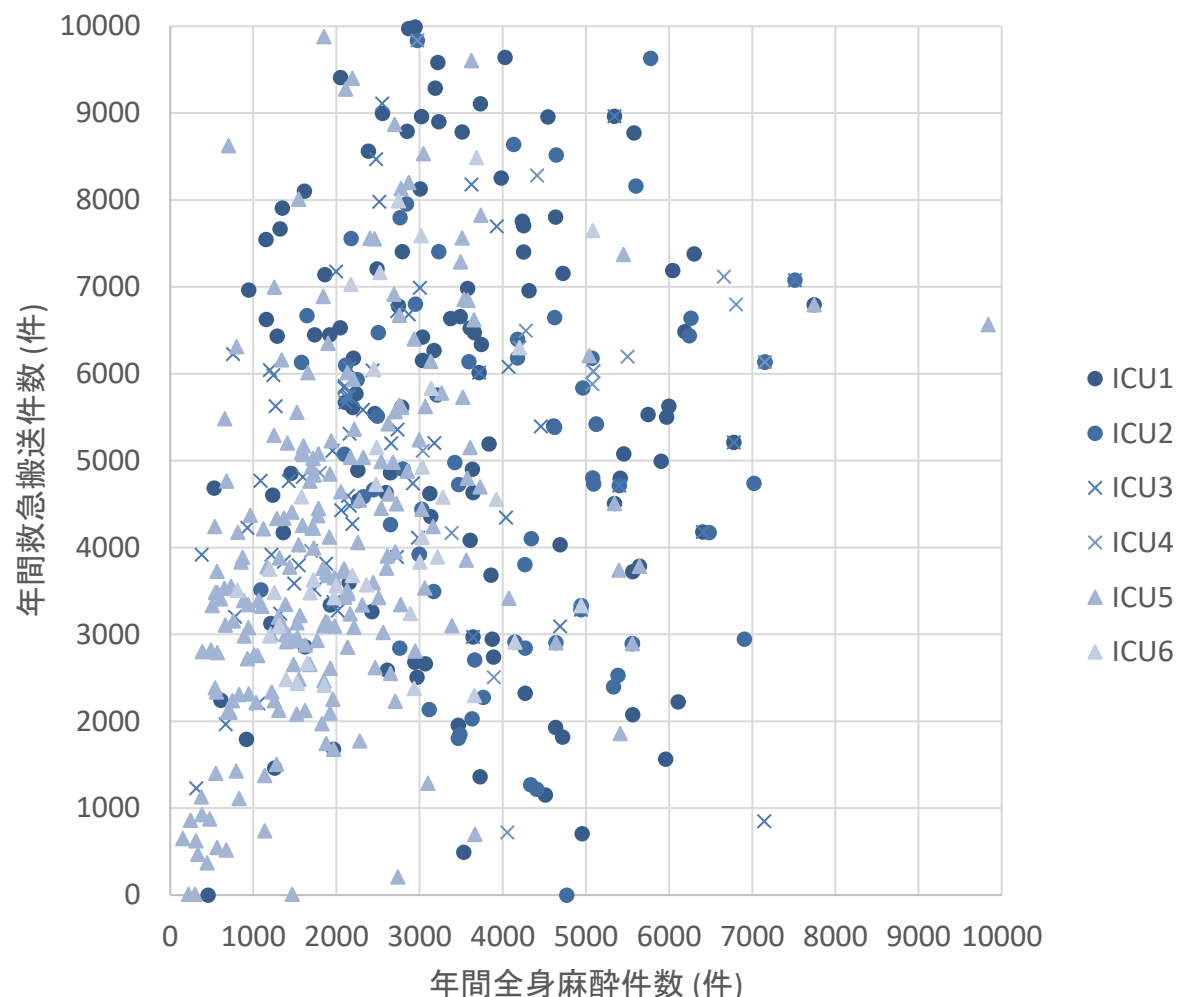
出典: 保険局医療課調べ

・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。

・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

集中治療室を有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも1,000件未満である病院が一定数あった。



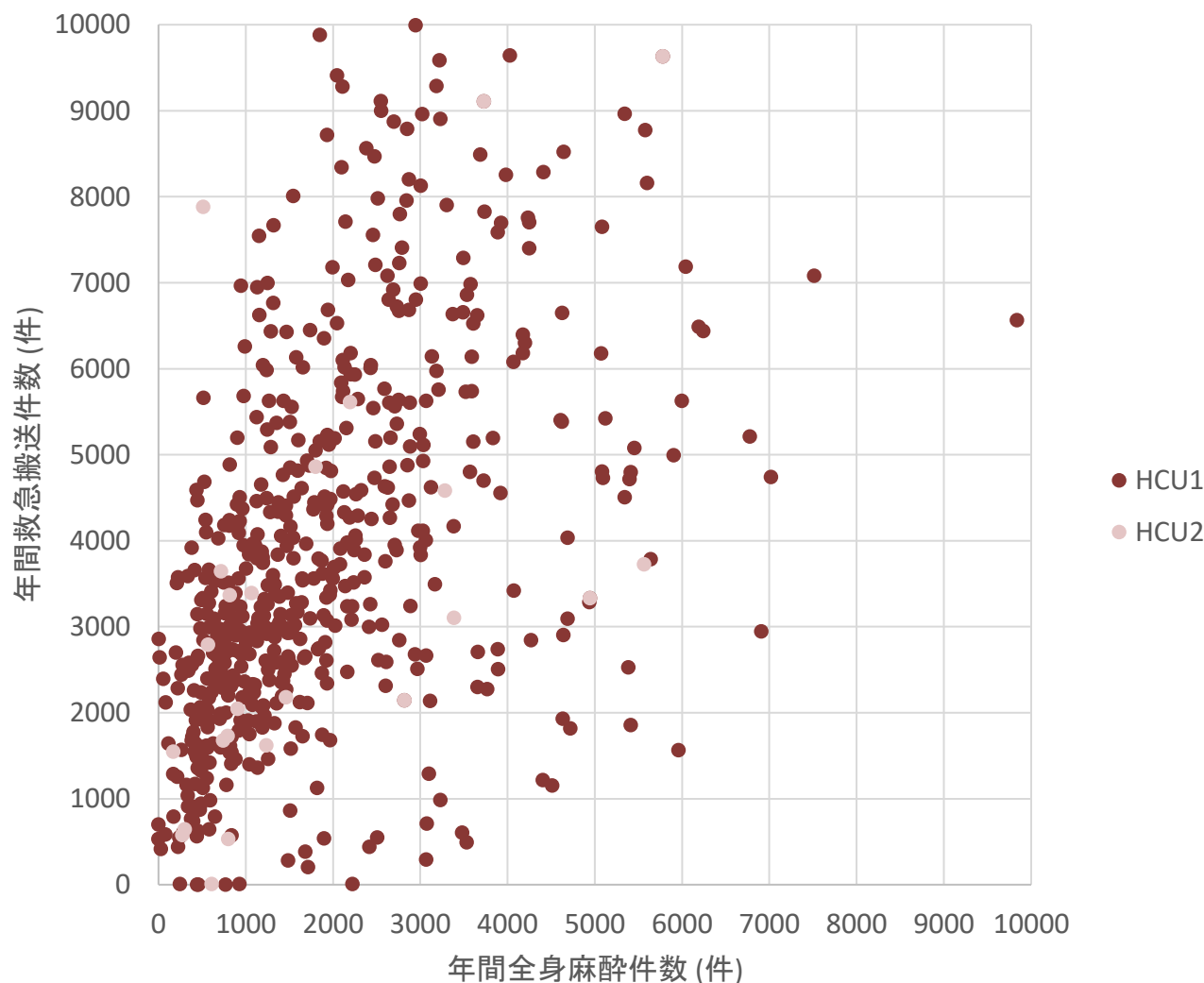
出典: 保険局医療課調べ

・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。

・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

ハイケアユニットを有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも1,000件未満である病院が一定数あった。

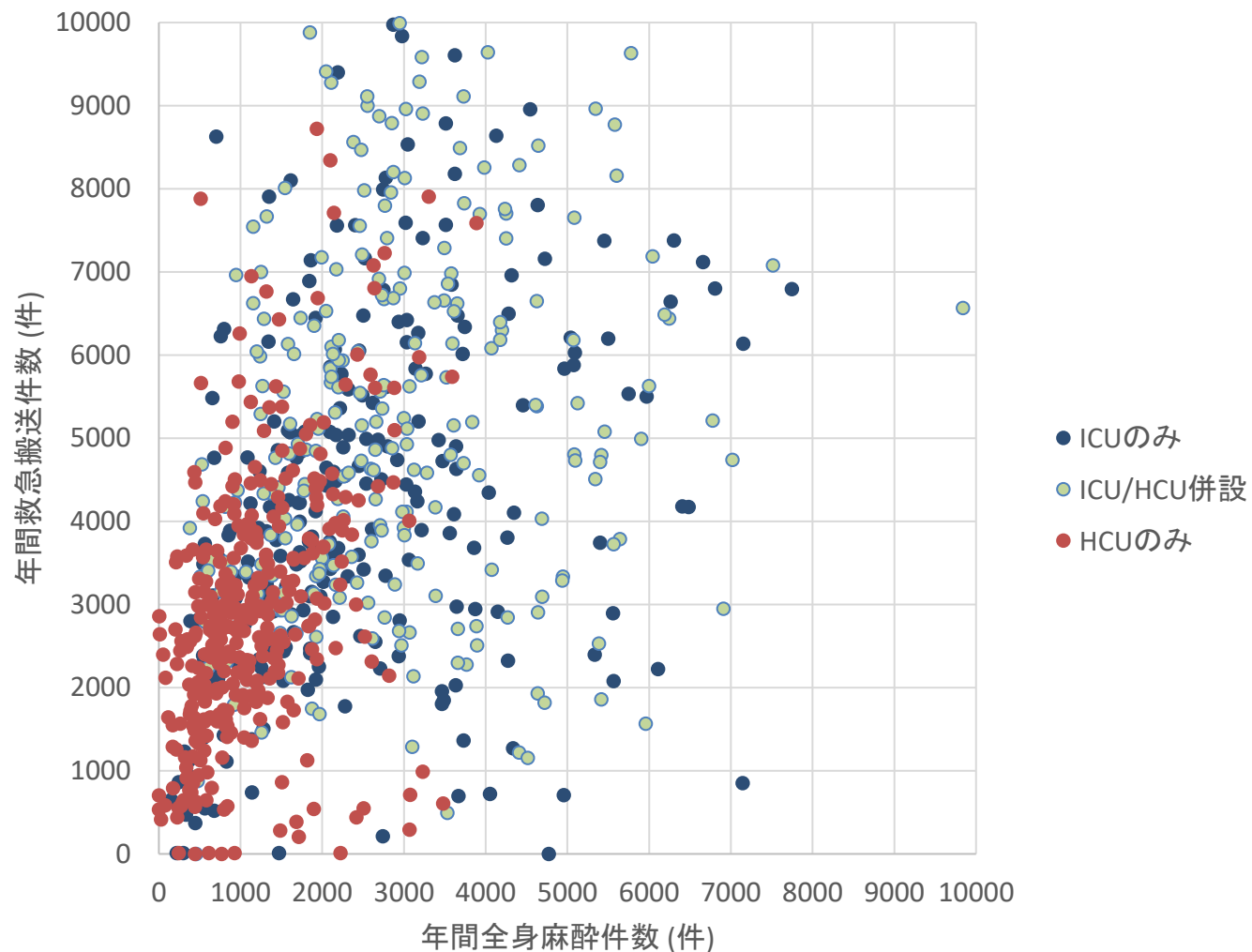


出典: 保険局医療課調べ

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

ICU・HCUを有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

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



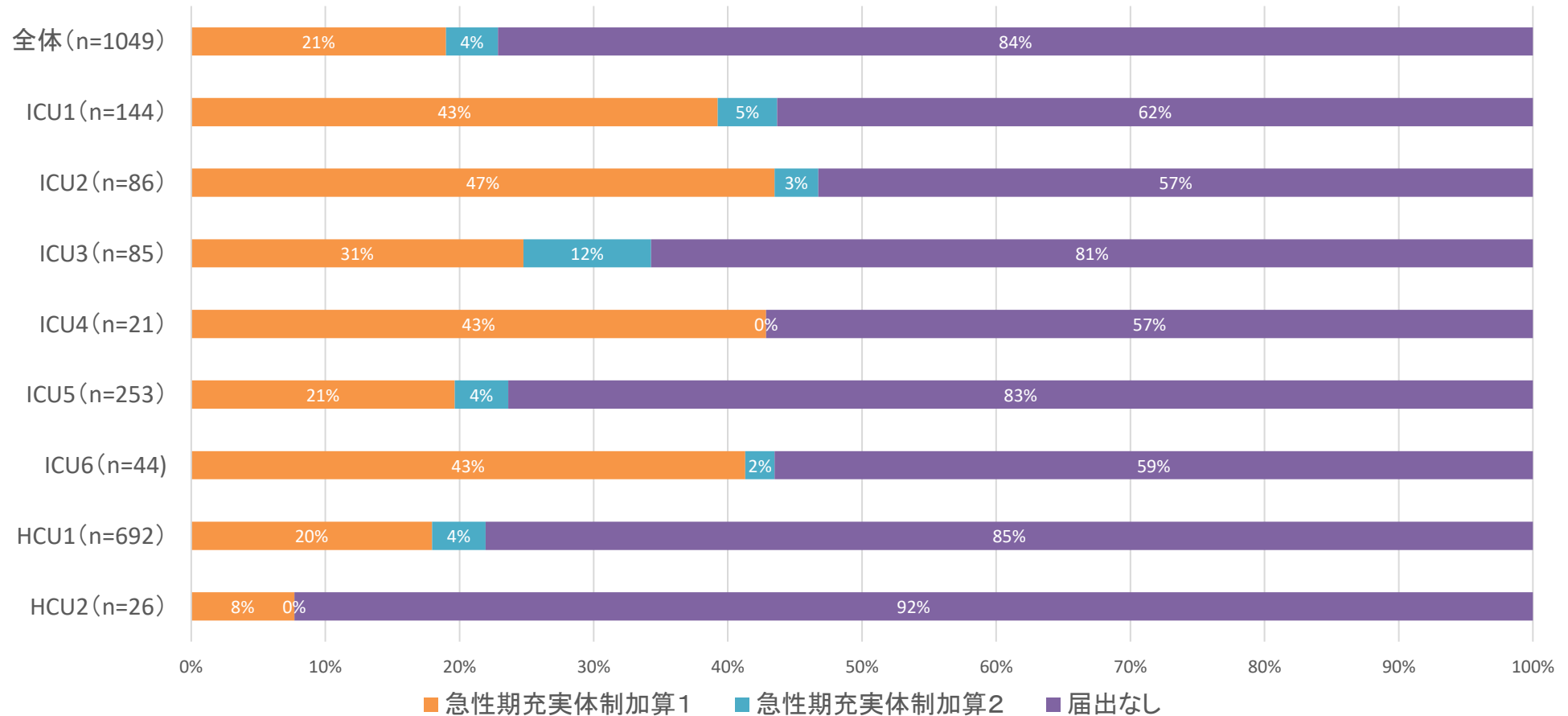
出典: 保険局医療課調べ

・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。

・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

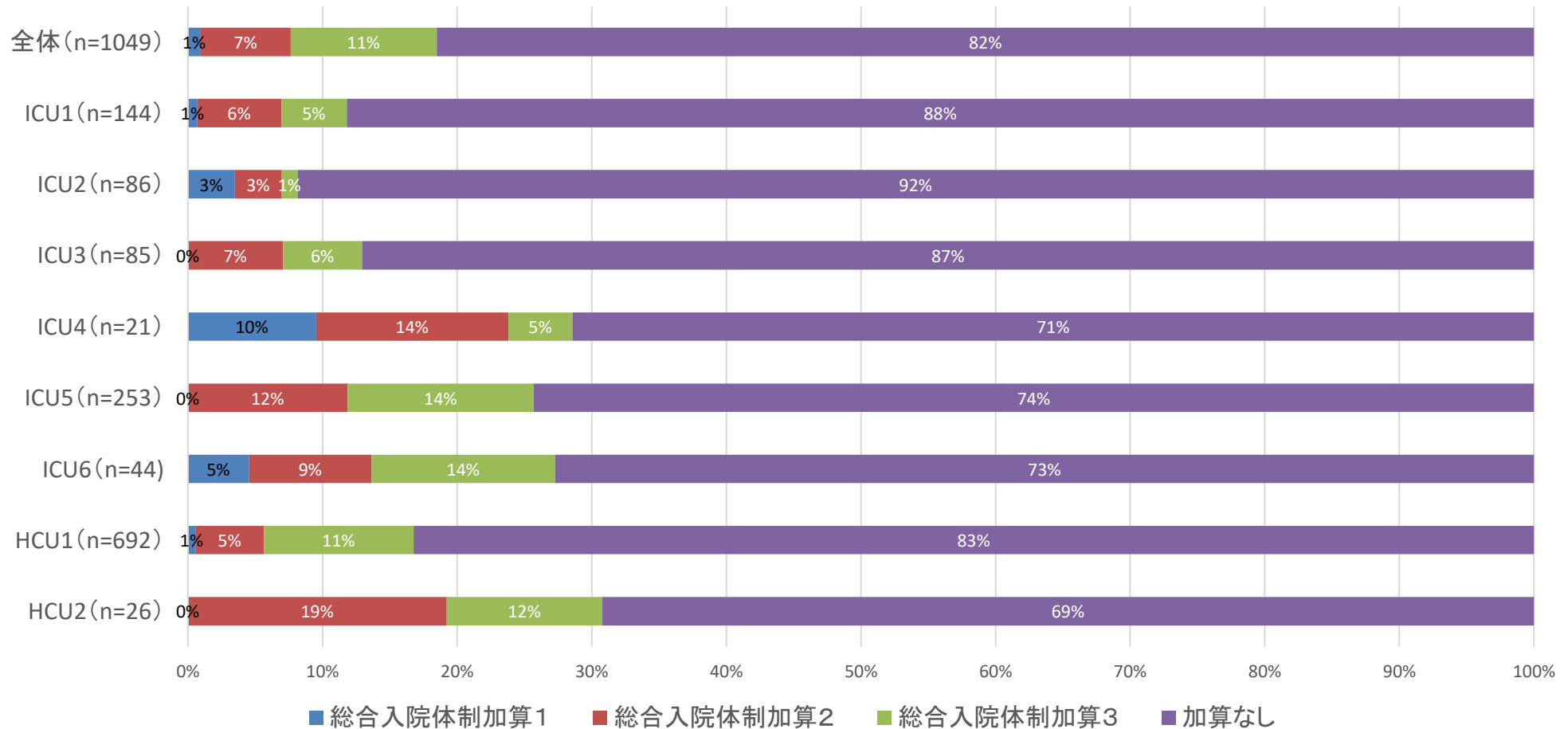
集中治療室等を有する病院の急性期充実体制加算の届出状況

- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院における、急性期充実体制加算の届出状況は以下のとおり。
- 「特定集中治療室管理料1、2、4、6」を算定する病院においては、急性期充実体制加算の届出が比較的多い傾向にあったが、その届出割合は4～5割程度であった。



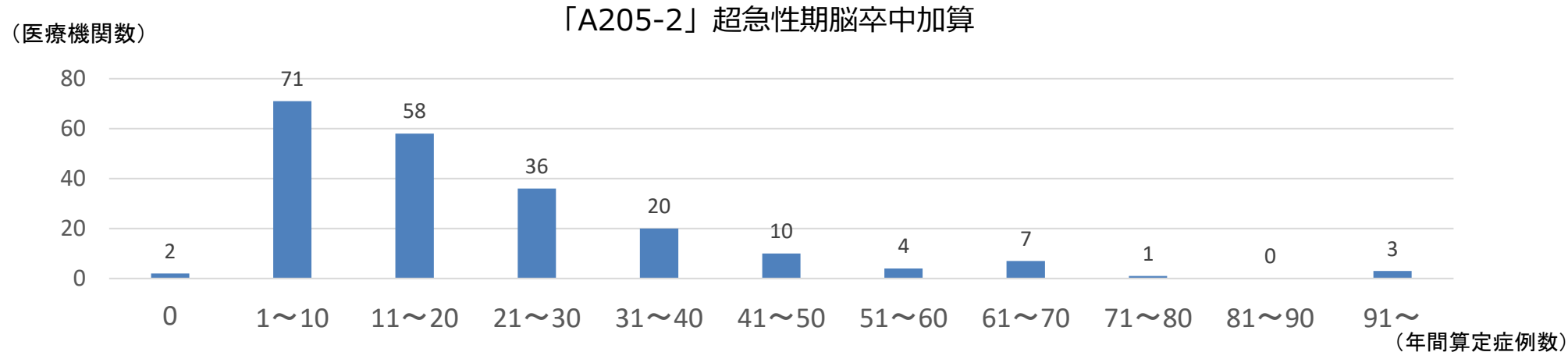
集中治療室等を有する病院の総合入院体制加算の届出状況

- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室を有する病院における、総合入院体制加算の届出状況は以下のとおり。
- 「特定集中治療室管理料4～6」「ハイケアユニット入院医療管理料2」を算定する治療室を有する病院においては、総合入院体制加算の届出が比較的多い傾向にあったが、その届出割合は3割程度であった。

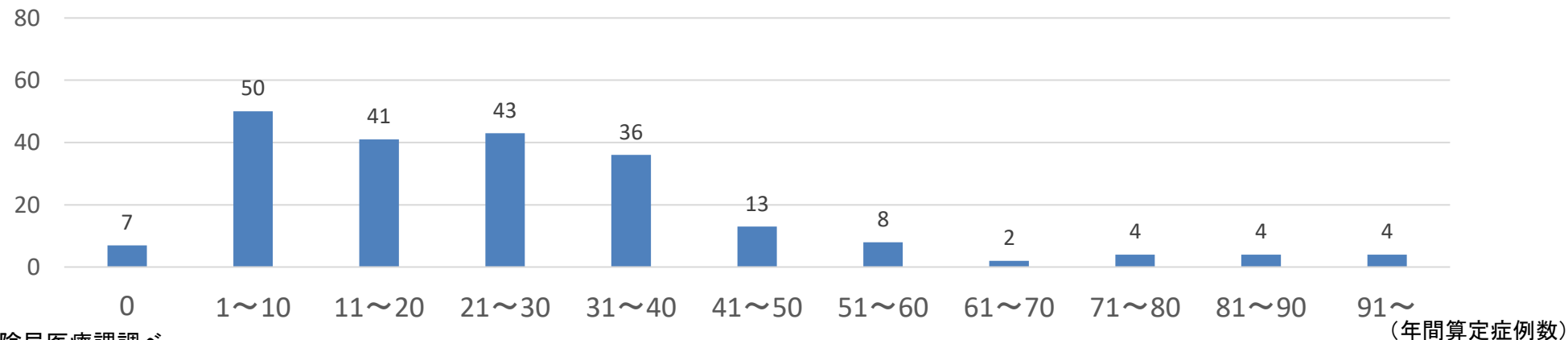


脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院

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



「K178-4」経皮的脳血栓回収術



出典: 保険局医療課調べ

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

特定集中治療室管理料等を要する状態

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

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

A301 特定集中治療室管理料

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

A301－2 ハイケアユニット入院医療管理料

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

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

ICU 入退室指針(2023年11月24日)

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

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

集中治療室へ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

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

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

ハイケアユニットへ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

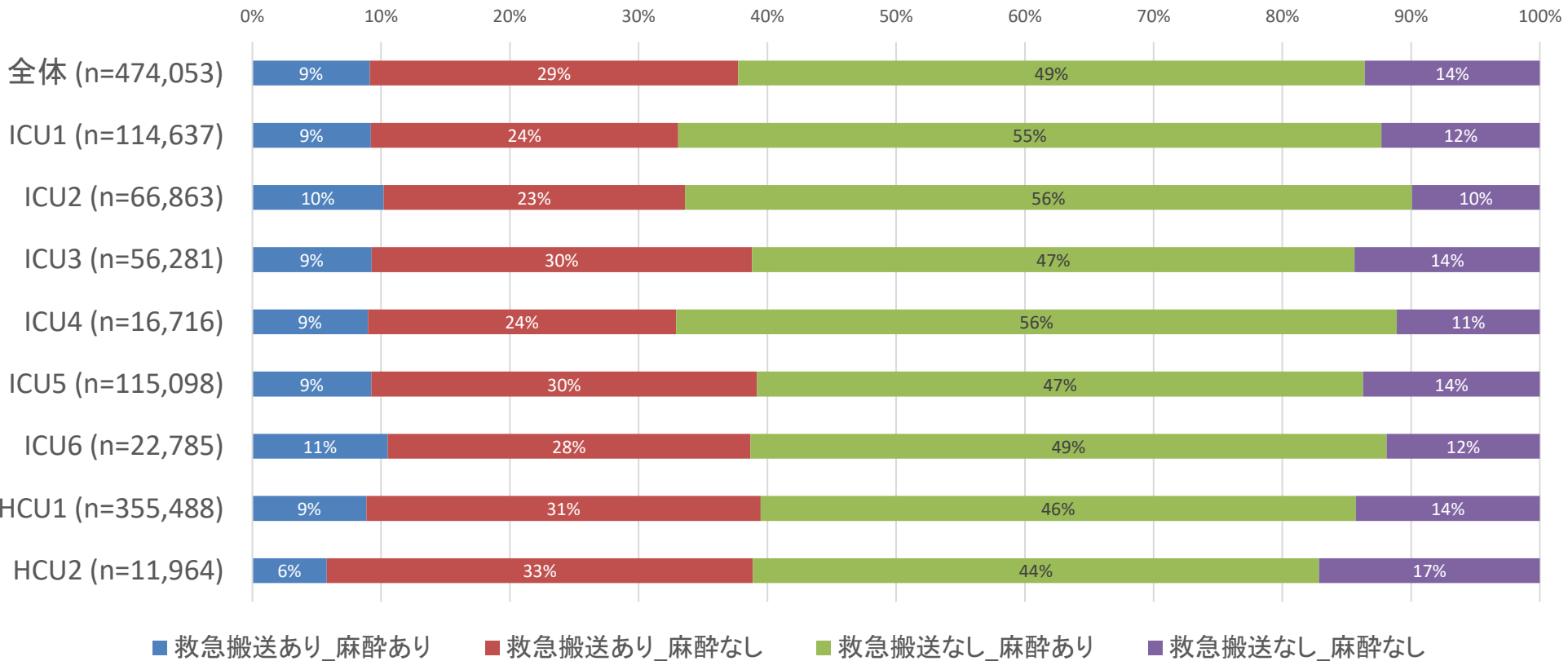
- 「ハイケアユニット入院医療管理料 1、2」を算定した患者について、入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」は多様であった。

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

集中治療室等へ入室した患者の救急搬送及び全身麻酔手術の実施状況

○ 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者のうち、救急搬送され入院した患者は約38%であり、全身麻酔手術を受けた患者は約58%であった。いずれも受けていない患者は、約14%であった。

救急搬送及び全身麻酔の実施状況



※グラフ上の「麻酔あり」は全身麻酔手術を受けた患者を指す。

出典: 保険局医療課調べ

・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
・同一入院期間中に複数の管理料を算定した患者は、それぞれに算入しているため、「全体」に記載したnは、各項目のnを合計した値と一致しない。

現状と課題

(ICU・HCU・SCUを有する病院)

- 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」(令和6年12月18日 新たな地域医療構想等に関する検討会)では、救急・急性期医療については、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関の確保が求められている。
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」(令和5年3月31日)によれば、
 - 救命救急センターは、人口100万人に1か所を目途として整備してきた(現在、全国に300か所)。集中治療室、ハイケアユニットについては、整備に関する目安が示されていない。
 - 脳卒中の医療体制を構築するにあたっては、「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の恩恵を住民ができる限り公平に享受できるように圏域を設定することとされている。
- 「救命救急入院料」は、都道府県が指定する救命救急センターを有している病院であることが要件となっている一方で、「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」については、病院機能を踏まえた要件がない。
- 特定集中治療室管理料等の届出医療機関数と治療室の届出病床数は、長期的にはやや増加傾向である。
- 「特定集中治療室管理料1～4」を算定する病院と比較して「特定集中治療室管理料5」及び「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院では、病院全体の届出病床数が少ない傾向があった。
- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、
 - その多くが、「二次救急医療施設」「三次救急医療施設」であり、約6割の病院が年間救急搬送件数4,000件以上であったが、一部には年間救急搬送件数が1,000件未満である病院や、救急部門を有していない病院もあった。
 - 年間全身麻酔件数は、多くの病院で1,000件以上であったが、一部には500件未満の病院もあった。
 - 年間全身麻酔件数、救急搬送件数のいずれも少ない病院が一定数あった。
 - 「ハイケアユニット入院医療管理料」のみを算定し「特定集中治療室管理料」を算定しない病院は、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数の両方が比較的少ない傾向があった。
- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。

現状と課題

- ・ 「特定集中治療管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者の「医療資源を最も投入した傷病名」には、ばらつきがあった。
- ・ 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者のうち、救急搬送され入院した患者は約38%であり、全身麻酔を受けた患者は約58%であった。いずれも受けていない患者は、約14%であった。



【課題】

- 「特定集中治療管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」により評価される治療室の入室対象となる患者について、どのように考えるか。
- 「特定集中治療管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」により評価される治療室が必要となる病院について、どのように考えるか。

2.高度急性期入院医療について(その1)

- ① ICU・HCU・SCUを有する病院
- ② 特定集中治療室管理料の医師配置要件
- ③ 特定集中治療室遠隔支援加算

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

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

改定後

【特定集中治療室管理料1・2】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料3・4】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

[施設基準]

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

現行

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料1・2	14,211点
特定集中治療室管理料3・4	9,697点
（新設）	



改定後

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料1・2	14,406点
特定集中治療室管理料3・4	9,890点
特定集中治療室管理料5・6	8,890点

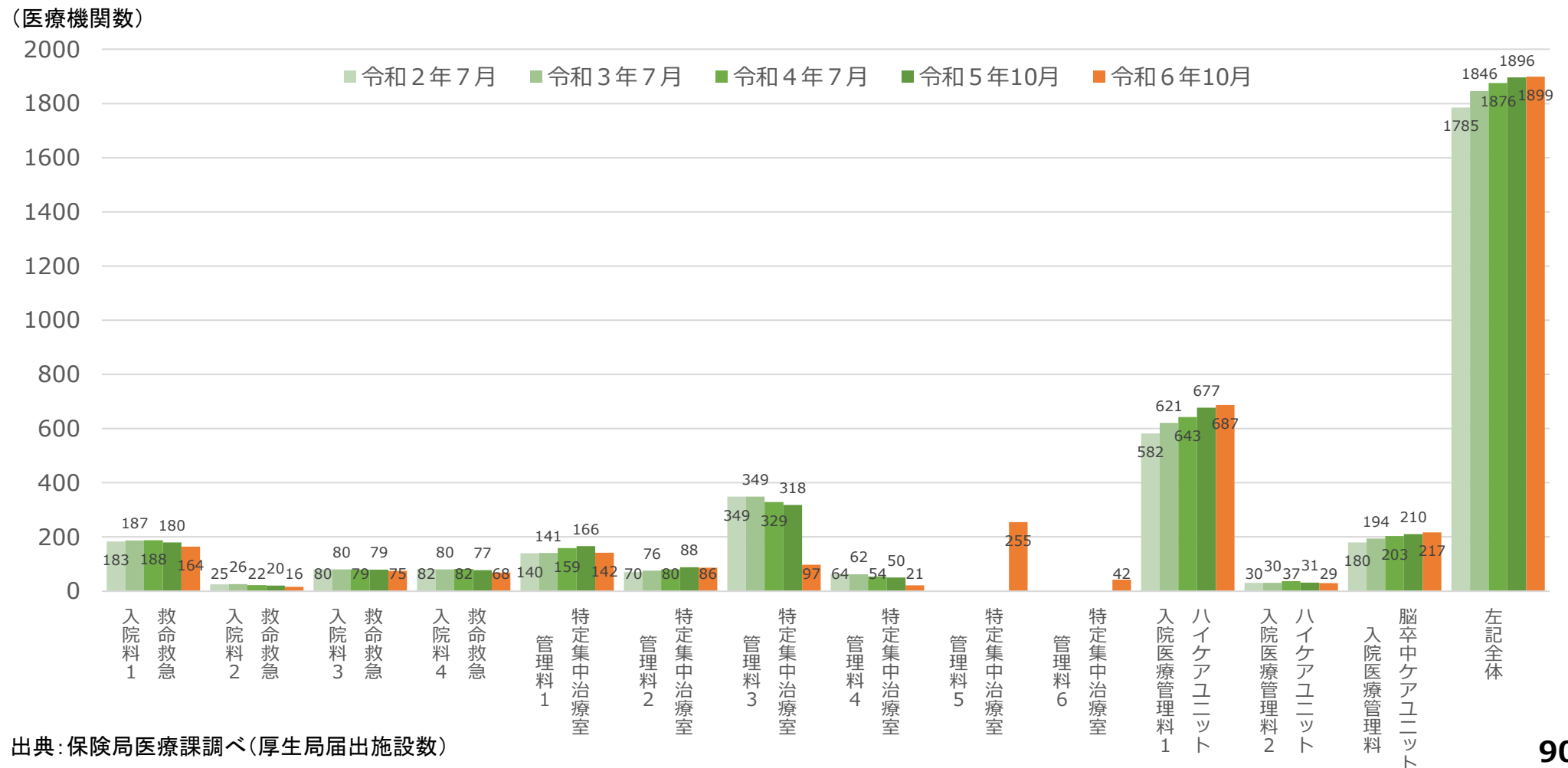
※ 治療室については、以下を明確化。

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

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

特定集中治療室管理料等の届出医療機関数推移（再掲）

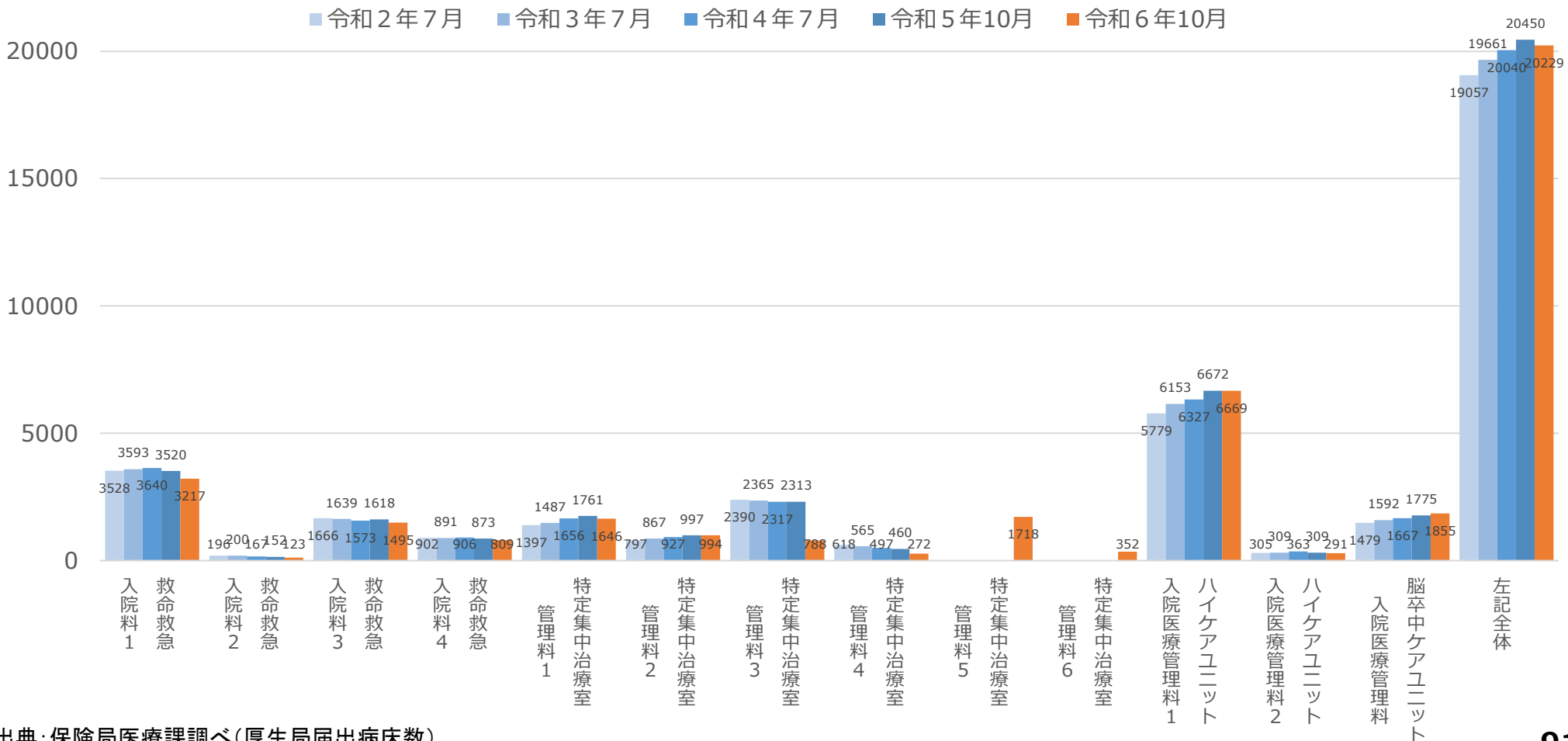
- 令和6年度診療報酬改定において新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関数が増加した一方、「救命救急入院料1～4」、「特定集中治療室管理料1～4」の届出施設数は減少し、特に「特定集中治療室管理料3、4」においてその傾向が強かった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」の傾向に大きな変化はなかった。



特定集中治療室管理料等の届出病床数推移（再掲）

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

（病床数）

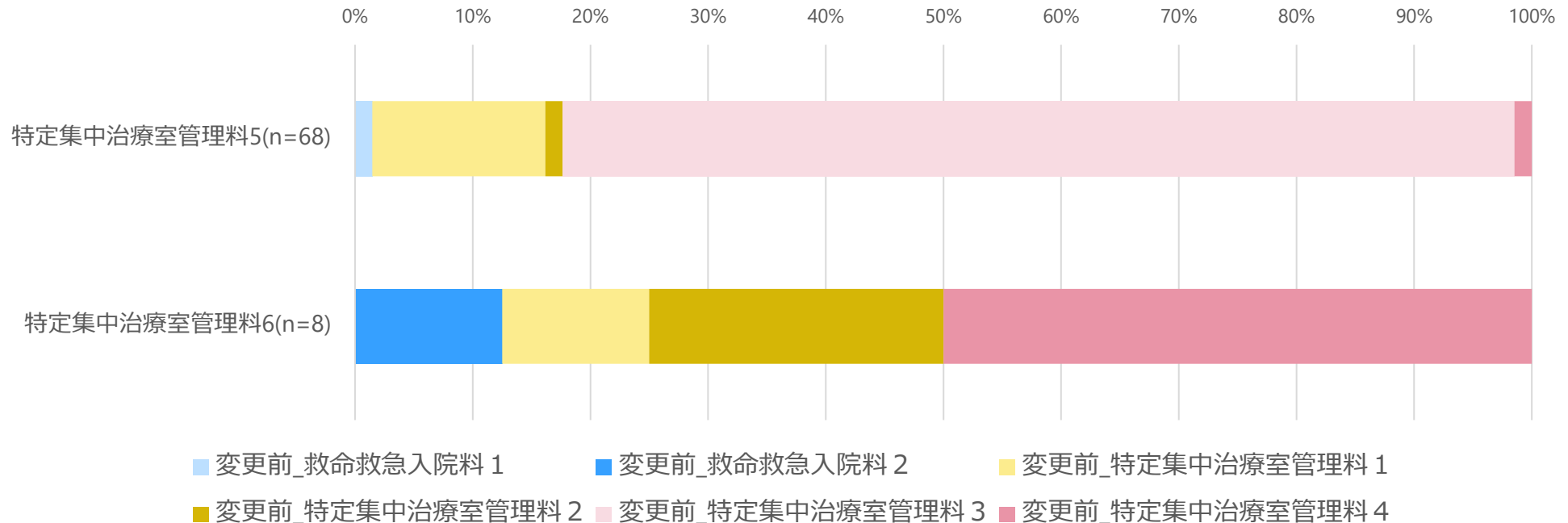


出典：保険局医療課調べ（厚生局届出病床数）

特定集中治療室管理料 5、6 への変更前に算定していた特定入院料

- 「特定集中治療室管理料 5、6」を届け出た治療室のうち、令和 6 年 6 月 1 日以前に算定していた特定入院料の割合は以下のとおり。
- 多くの治療室において、変更前には「特定集中治療室管理料 1～4」が算定されていた。

特定集中治療室管理料 5、6 への変更前に算定していた特定入院料

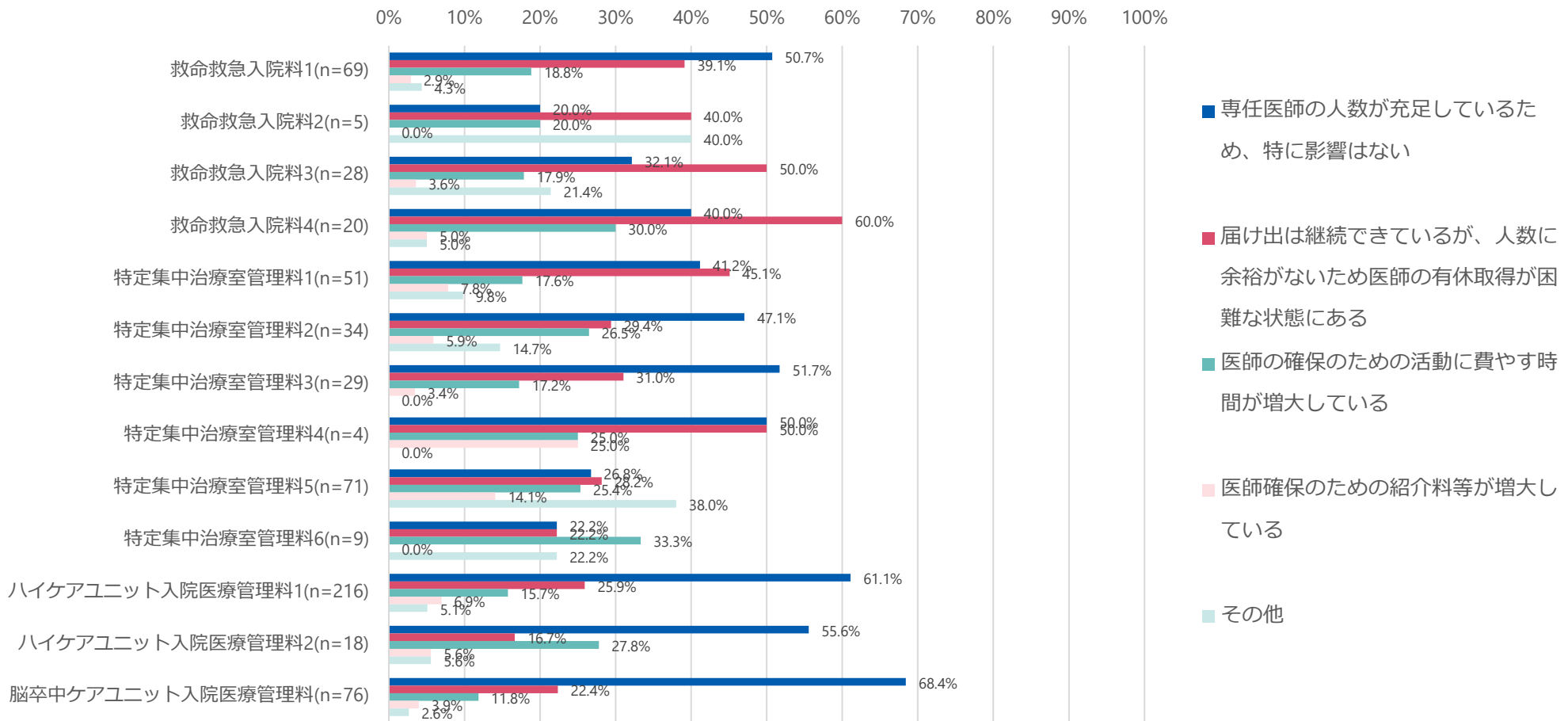


※「特定集中治療室管理料 5、6」を届け出するためには、継続して 3 月以上、「特定集中治療室管理料 1～4」又は「救命救急入院料」を算定している必要がある。

特定入院料を算定する治療室における専任医師要件改定の影響

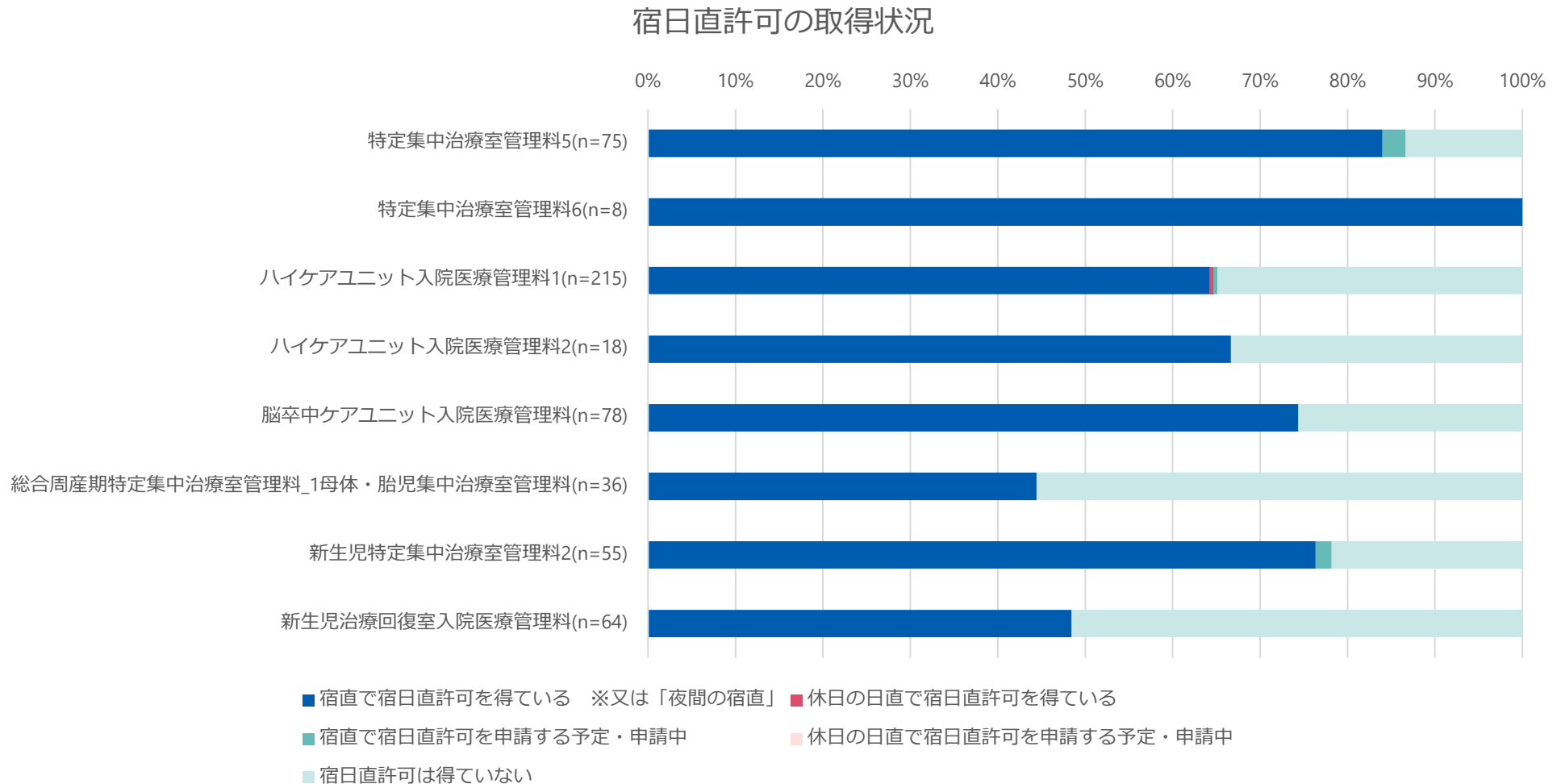
- 救命救急入院料等を算定する治療室における専任医師要件改定の影響は以下のとおり。
- 「特定集中治療室管理料 1～4」の届出を継続している治療室においては、「特に影響はない」との回答が約 5 割程度であり、次いで「人数に余裕がないため医師の有休取得が困難な状態にある」との回答が約 3～5 割を占めていた。

治療室における専任医師要件改定の影響



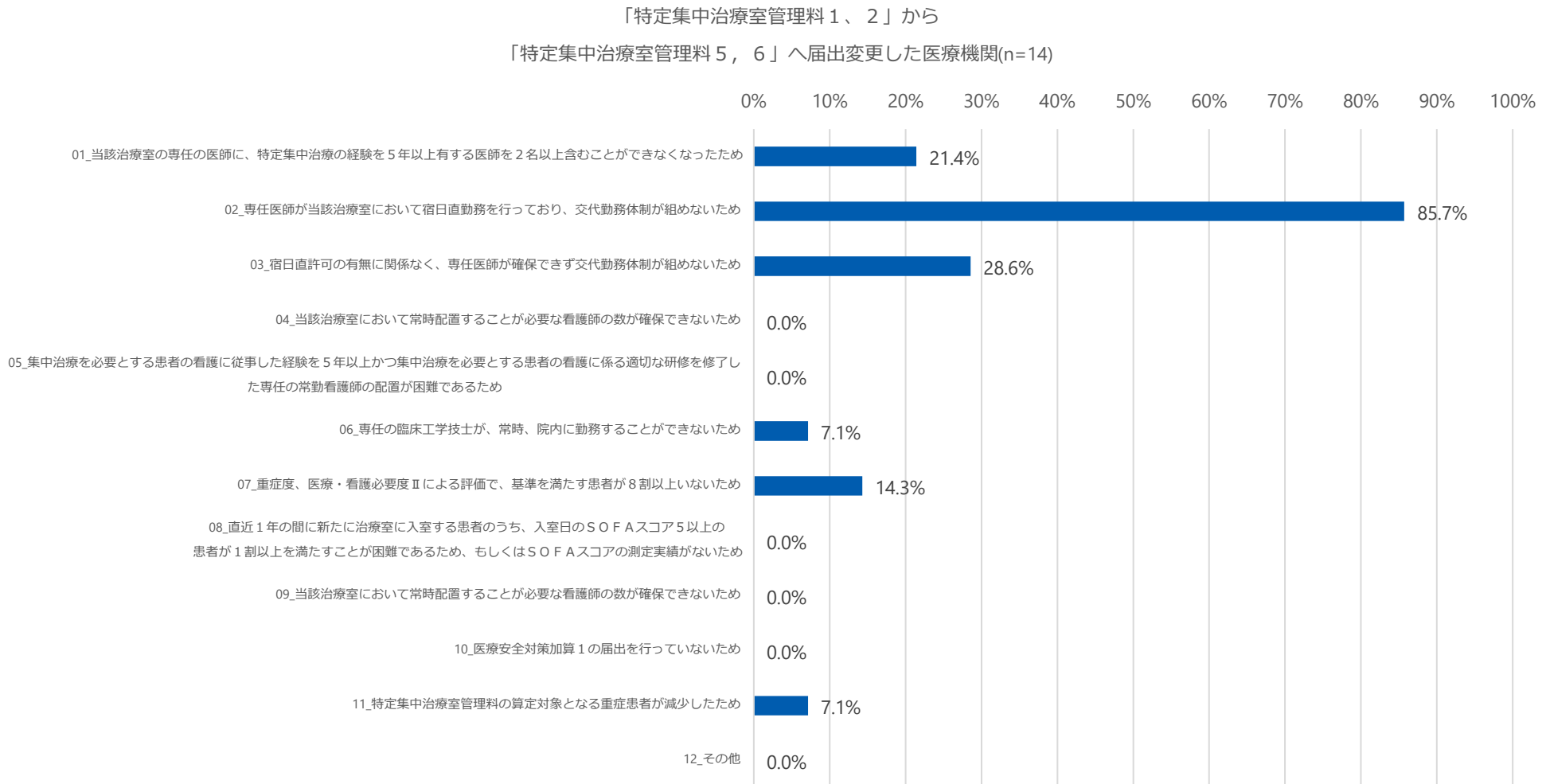
特定入院料を算定する治療室における宿日直許可の取得状況

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



特定集中治療室管理料 1、2 の届出変更理由

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

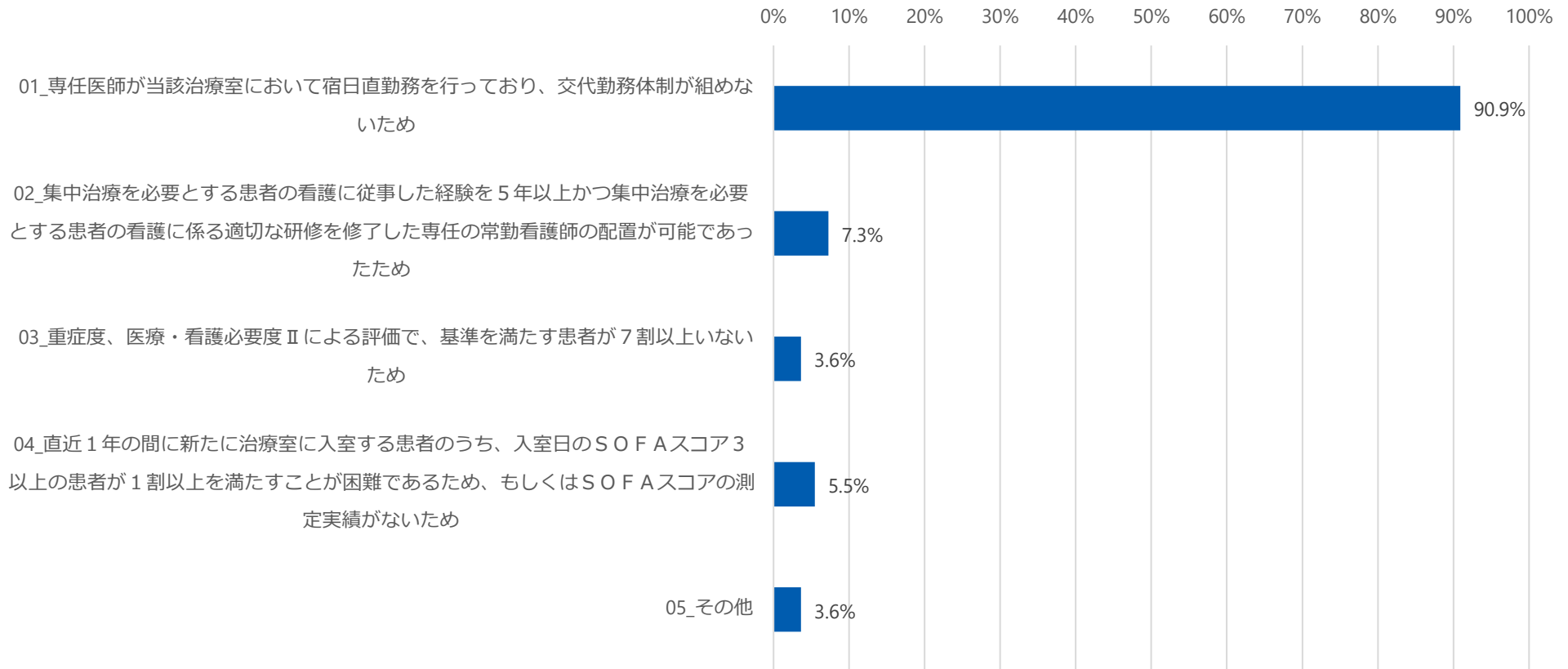


特定集中治療室管理料 3、4 の届出変更理由

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

「特定集中治療室管理料 3、4」から

「特定集中治療室管理料 5、6」へ届出変更した医療機関(n=55)



現状と課題

(医師配置要件)

- 令和6年度診療報酬改定において、専任の医師を治療室へ常時配置することが要件となっている入院料については、その専任医師について宿日直を行う医師ではないことを明確化し、専任の医師を治療室へ常時配置する必要のない「特定集中治療室管理料5、6」を新設した。
- 令和6年度診療報酬改定以降、新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関・病床数が大幅に増加した一方、「救命救急入院料1～4」、「特定集中治療室管理料1～4」の届出医療機関数・病床数は減少しており、特に「特定集中治療室管理料3、4」においてその傾向が強かった。
- 新設した「特定集中治療室管理料5、6」の病床数は増加した一方、近年増加傾向であったハイケアユニット入院医療管理料の病床数が減少した。
- 「特定集中治療室管理料5、6」については、届出時点で、継続して3月以上、「特定集中治療室管理料1～4」又は「救命救急入院料」を算定している必要があるが、多くの治療室において、変更前には特定集中治療室管理料1～4が算定されていた。
- 「特定集中治療室管理料1～4」から「特定集中治療室管理料5、6」へ届出を変更した理由としては、「専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため」が最も多かった。



【課題】

- 集中治療室に求められる機能に応じた、医師配置要件のあり方について、どのように考えるか。
- 特に、宿日直ではない専任の医師を、治療室内に常時配置する必要のある管理料の範囲について、どのように考えるか。

2.高度急性期入院医療について(その1)

- ① ICU・HCU・SCUを有する病院
- ② 特定集中治療室管理料の医師配置要件
- ③ 特定集中治療室遠隔支援加算

特定集中治療室遠隔支援加算の概要

治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料 1 及び 2 の届出を行う施設から支援を受けることを評価するもの。（令和 6 年度診療報酬改定において新設）

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

【算定対象医療機関】

特定集中治療室管理料 5 又は 6 を算定する保険医療機関

【算定要件】

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

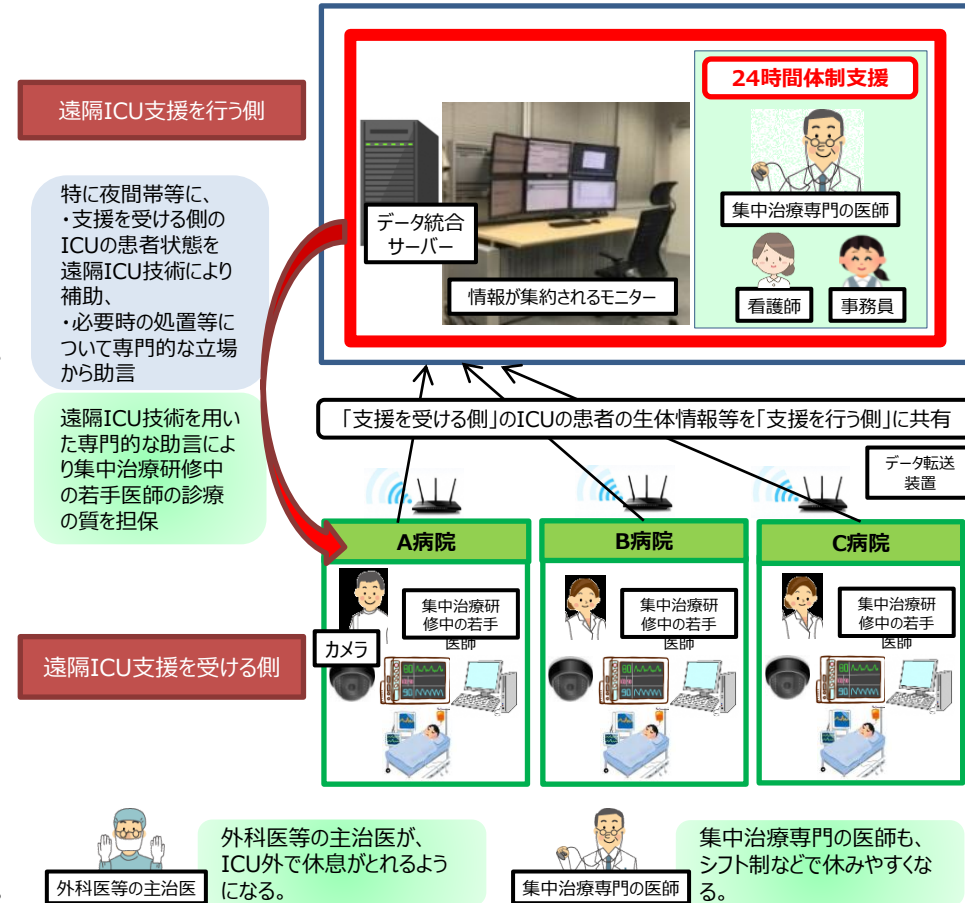
【主な施設基準】

（被支援側医療機関）

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

（支援側医療機関）

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



特定集中治療室遠隔支援加算の届出医療機関の状況

- 令和7年3月1日時点での「特定集中治療室遠隔支援加算」の届出医療機関（計5施設）の状況と、それぞれの支援側医療機関の概要は以下のとおり。

特定集中治療室遠隔支援加算を算定する被支援側医療機関				支援側医療機関	
管理料の区分	所在地	二次医療圏		管理料の区分	所在地
特定集中治療室管理料 5	神奈川県小田原市	神奈川県県西	医師少数区域	特定集中治療室管理料 1	東京都品川区
特定集中治療室管理料 5	神奈川県横浜市	神奈川県横浜		特定集中治療室管理料 1	東京都品川区
特定集中治療室管理料 5	神奈川県横浜市	神奈川県横浜		特定集中治療室管理料 1	東京都品川区
特定集中治療室管理料 5	神奈川県横浜市	神奈川県横浜		特定集中治療室管理料 1	神奈川県横浜市
特定集中治療室管理料 6	埼玉県戸田市	埼玉県南部		特定集中治療室管理料 1	埼玉県さいたま市

※ 特定集中治療室遠隔支援加算の届出医療施設は、保険局医療課調べ（令和7年3月1日時点厚生局届出情報）

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

※ 特定集中治療室遠隔支援加算は、被支援側への支援を行う医療機関について、その支援する医療機関に医療資源の少ない地域（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域）又は医師少数区域（医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域）に所在する医療機関が含まれていることを要件としているが、令和7年5月31日まで緩和措置を設けている。

医師少数区域等に所在する特定集中治療室管理料 5、 6

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

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

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

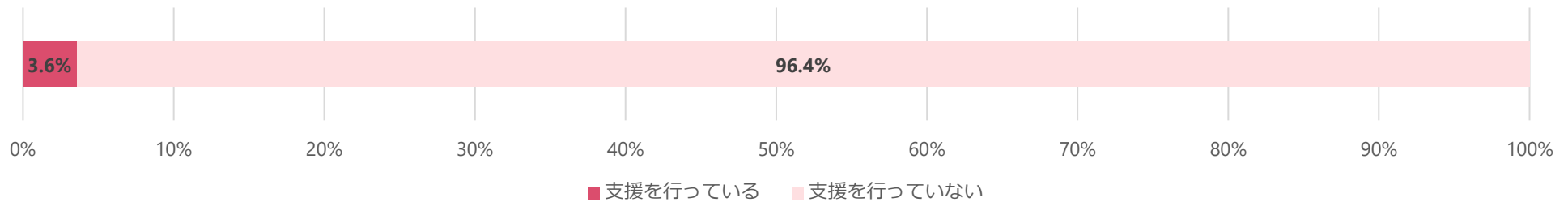
※ 医師少数区域(医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域)は、令和6年4月1日時点。

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

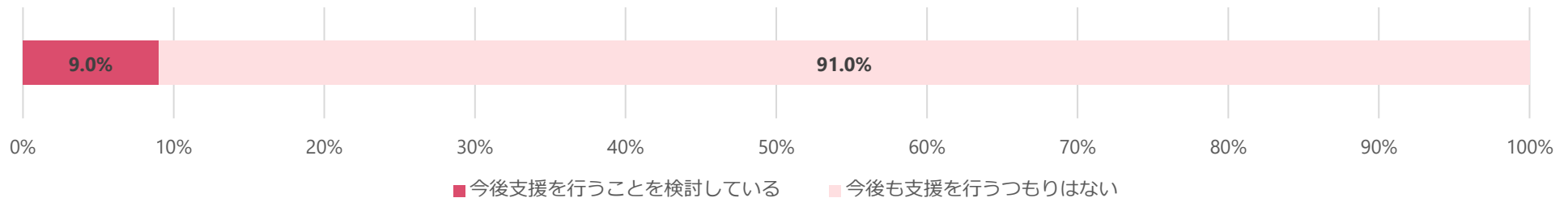
特定集中治療室における情報通信機器を用いた遠隔支援(支援側)

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室において情報通信機器を用いた遠隔支援を実施していると回答した医療機関の割合は3.6%（6医療機関）であった。また、今後支援を行うことを検討していると回答した医療機関は、9.0%（13医療機関）であった。

情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を行っているか（自院が支援側医療機関）（n=168）



（現在支援を受けている又は受けることを検討している医療機関、現在支援を行っている医療機関を除く医療機関を対象）
情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を行うことに関して、今後の考え（n=144）

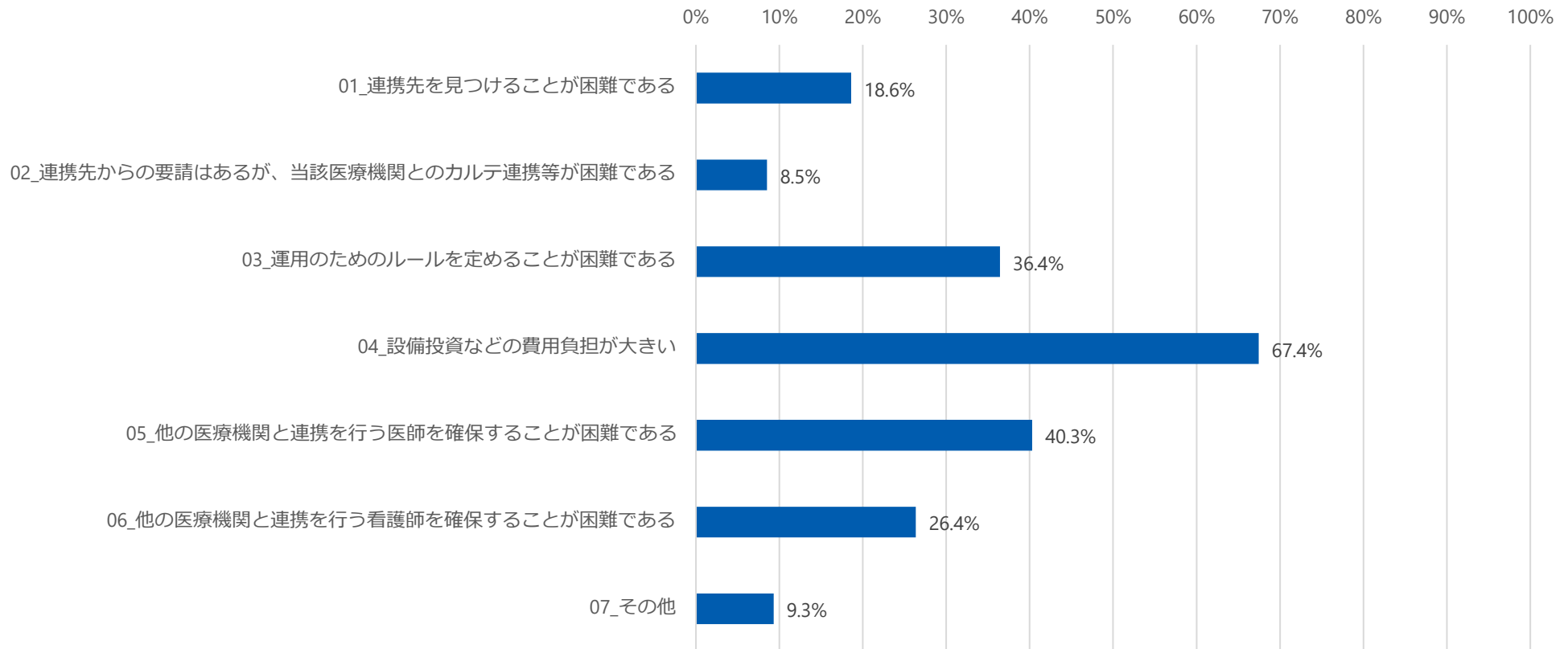


情報通信機器を用いた遠隔支援を開始する上での課題

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における、新たに情報通信機器を用いた遠隔支援を開始する上での課題としては、「設備投資などの費用負担が大きい」が67.4%と最も多く、次いで「他の医療機関と連携を行う医師を確保することが困難である」が40.3%であった。

新たに支援を開始する上での課題(n=129)

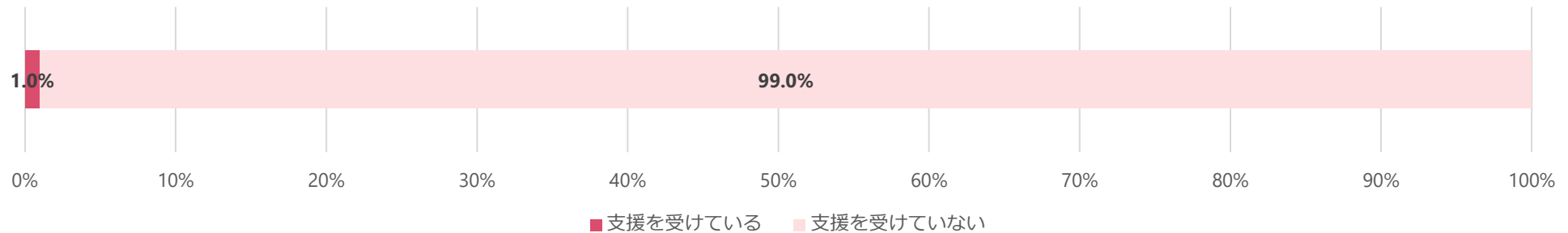
(現在支援を受けている又は受けることを検討している医療機関、現在支援を行っている医療機関を除く医療機関を対象)



特定集中治療室における情報通信機器を用いた遠隔支援(被支援側)

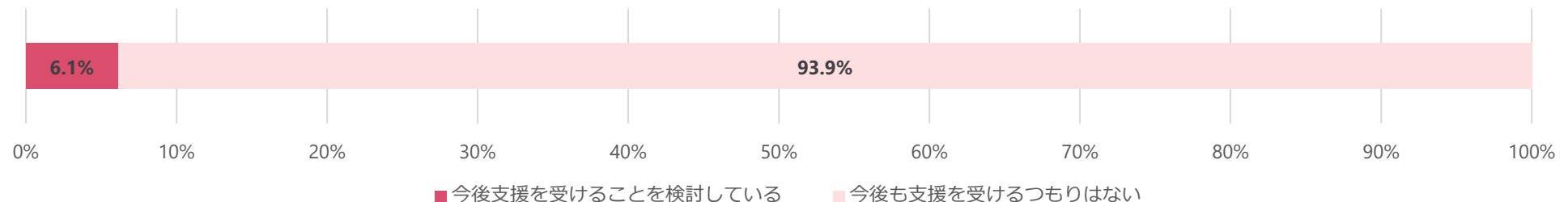
- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室において情報通信機器を用いた遠隔支援を受けていると回答した医療機関の割合は1.0%（2医療機関）であった。また、今後支援を受けることを検討していると回答した医療機関は、6.1%（12医療機関）であった。

情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けているか（自院が被支援側医療機関）（n=202）



（現在支援を受けていない医療機関を対象）

情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けることに関する今後の考え(n=196)

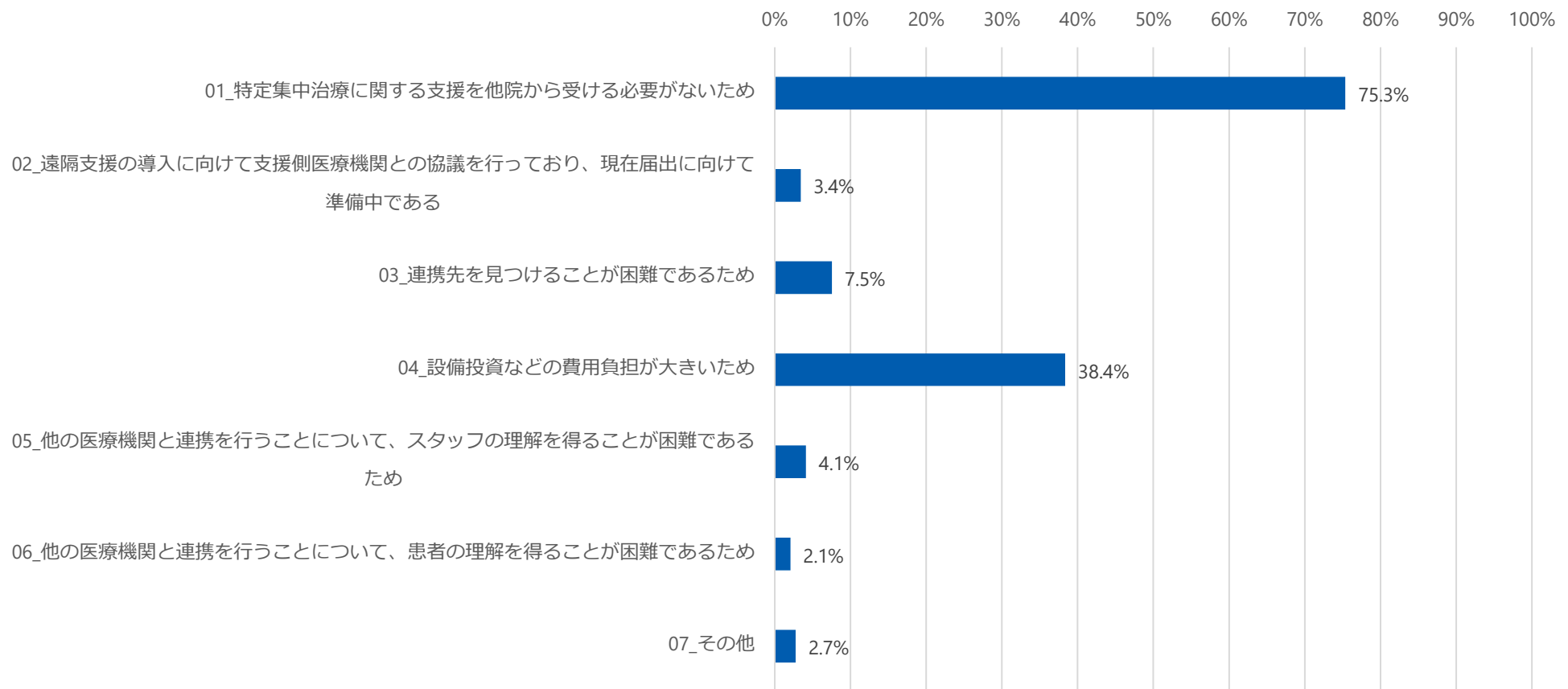


特定集中治療室管理遠隔支援加算を算定していない理由

- 「特定集中治療室管理遠隔支援加算」を算定していない理由としては、「特定集中治療に関する支援を他院から受ける必要がないため」が75.3%と最も多く、次いで「設備投資などの費用負担が大きい」が38.4%であった。

(特定集中治療室遠隔支援加算を届け出ておらず、自院が支援側医療機関ではない場合)

特定集中治療室遠隔支援加算の届出を行っていない理由（令和6年11月1日時点）(n=146)



現状と課題

(特定集中治療室遠隔支援加算)

- 令和6年度診療報酬改定において、「特定集中治療室管理料5、6」において、遠隔モニタリングにより「特定集中治療室管理料1、2」の届出を行う施設から支援を受けることを評価する「特定集中治療室遠隔支援加算」を新設した。
- 「特定集中治療室遠隔支援加算」は、被支援側の医療機関の所在について直接的な要件はないものの、被支援側への支援を行う医療機関について、その支援する医療機関に、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が含まれていることを要件としている。
- 「特定集中治療室遠隔支援加算」を算定する医療機関について、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に立地する医療機関は1施設のみであり、それ以外の医療機関は4施設であった。
- 「特定集中治療室管理料5、6」を算定する医療機関のうち、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在するものは、全国に25箇所であった。
- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室において、今後支援を受けることを検討していると回答した医療機関は、6.1%(12医療機関)であった。
- 「特定集中治療室管理遠隔支援加算」を算定していない理由としては、「特定集中治療に関する支援を他院から受ける必要がないため」が最も多く、次いで「設備投資などの費用負担が大きい」が多かった。
- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室において、今後支援を行うことを検討していると回答した医療機関は、9.0%(13医療機関)であった。
- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における、新たに情報通信機器を用いた遠隔支援を開始する上での課題としては、「設備投資などの費用負担が大きい」が最も多く、次いで「他の医療機関と連携を行う医師を確保することが困難である」が多かった。



【課題】

- 現在の「特定集中治療室遠隔支援加算」の算定実績を踏まえ、遠隔支援を行う医療機関及び支援を受ける医療機関のあり方について、それぞれどのように考えるか。