

令和6年度第1回県地域医療構想調整会議 資料 1 -病床機能報告及び定量的基準について-

令和6年9月3日



1

目次【記載のページ番号は、右下に記載のあるページ番号になります】

| | |
|--------------------------|----------|
| 1 病床機能報告における医療機能について | ・・・ p 3 |
| 2 鹿児島県定量的基準の位置づけについて | ・・・ p 7 |
| 3 鹿児島県の定量的基準（令和4年10月改訂版） | ・・・ p 13 |
| 4 これまでの定量的基準の改訂 | ・・・ p 21 |
| 5 令和5年度の病床機能報告結果について | ・・・ p 26 |

2

1 病床機能報告における医療機能について

3

病床機能報告における医療機能の考え①

- 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

厚労省資料

| 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、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

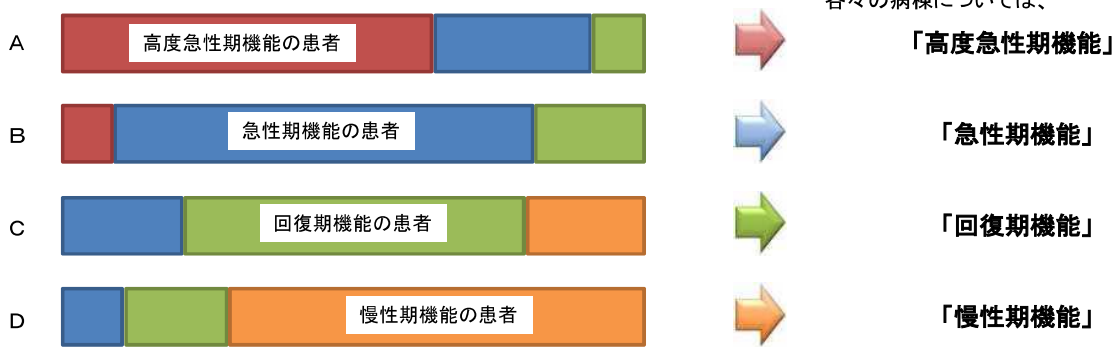
4

病床機能報告における医療機能の考え②

厚労省資料

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

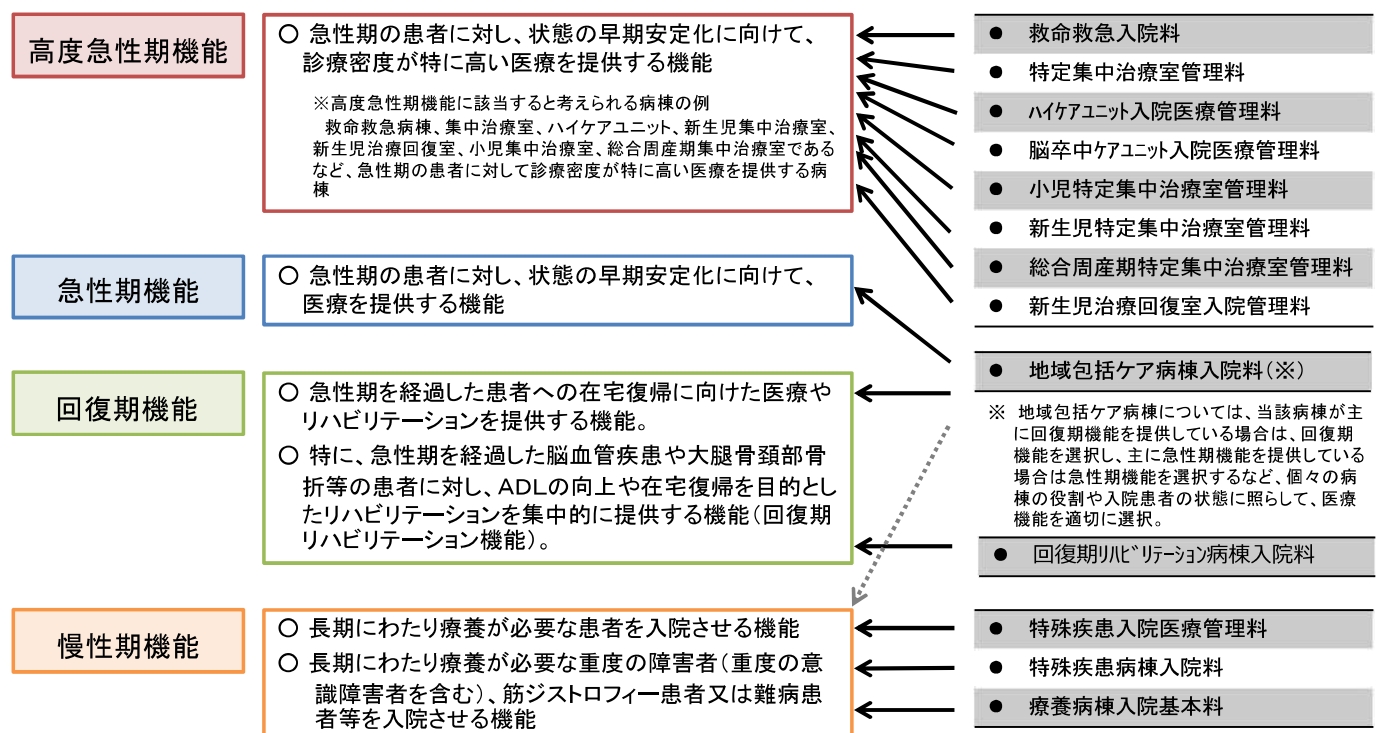
として報告することを基本とする。

5

病床機能報告における医療機能の考え③

厚労省資料

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



6

2 鹿児島県定量的基準の位置づけについて

7

定量的な基準の導入に係る国の通知

平成30年8月16日厚労省地域医療計画課長発医政地発0816第1号

(前略)

一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

8

本県の定量的基準の検討に関する基本的方針

本県の定量的基準については、以下の内容を基本として、検討・策定された。

(1) 入院料をベースとした基準

- ・ 医療機関の負担が少なく、現状の報告内容（医療機関の認識）に近い。

(2) 専門部会及び県地域医療構想調整会議による協議

- ・ 「データ分析検討部会」を設置の上、意見を踏まえながら検討。
- ・ 最終的には、県調整会議の了承を得た上で策定。

(3) 病床機能報告や調整会議における「目安」として活用

- ・ 病床機能報告において、医療機関は定量的基準を参考に、病床機能を判断し報告する。
- ・ 調整会議において、病床機能報告結果及び定量的基準による仕分け結果により、地域の医療提供体制の現状を確認し、将来の方向性について協議する。

9

本県の定量的基準の位置づけ①

本県の定量的基準の位置づけについては、以下のとおり。

対象とする地域

- ・ 構想区域ごとに異なる基準ではなく、県全体での基準とする。

基準の性格

- ・ 基準は、病床機能報告において、医療機関が自院の病床機能を判断する際に参考として活用する。
- ・ 基準は、地域医療構想における2025年の機能別分類の境界点を再定義するものではない。
- ・ 基準は、診療報酬改定等に応じて、適宜変更する可能性がある。
- ・ 基準は、不足もしくは過剰と思われる医療機能について今後どのように対応していくかを考えていくための目安であり、病床数の削減を意味するものではない。

地域医療構想調整会議における活用

- ・ 各地域の調整会議において、病床機能報告結果と基準による仕分け結果を比較し、基準と異なる機能を報告した医療機関については、その理由を確認する。
- ・ その理由について、調整会議が必要と認める場合は、当該医療機関に対し、調整会議での説明を求める。

10

本県の定量的基準の位置づけ②

本県の定量的基準の位置づけについては、以下のとおり。

地域医療構想調整会議における活用

① 調整会議における「病床機能の過不足」の基準について

知事権限行使の前提となる医療法上の「病床数の必要量に既に達している」（第7条の3）や「将来の病床数の必要量に達していないもの」（第30条第16）という表現は、「病床機能報告」と「病床の必要量」の単純比較の結果を指すもの。

知事権限行使の際に必要とされる調整会議の意見は、「病床機能報告の結果」によるものであって、「定量的基準」によるものではない。

従って、従来通り、調整会議における過不足の議論は、「各年度の病床機能報告結果に基づいて協議するもの」とする。

11

本県の定量的基準の位置づけ③

本県の定量的基準の位置づけについては、以下のとおり。

地域医療構想調整会議における活用

② 定量的基準の役割

定量的基準は、基準が曖昧な現行の病床機能報告制度において、1つの客観的な目安として、病床機能報告の捉え方を県として示すもの。

一方で、あくまでも入院料をベースとした基準であるため、実際に提供している医療内容によっては、目安によらない報告が行われることが考えられる。

そのような場合は、調整会議での説明・議論を行うことで、

(1) 調整会議の了解が得られた場合

医療機関独自の主観ではない、協議による客観的な病床機能の判断となる。

(2) 調整会議の了解が得られない場合

定量的基準による報告を求めることとなる。

これを繰り返すことで、病床機能報告が、（定量的基準若しくは調整会議での協議を経た）客観的な結果となり、基準として機能し得ると考えられる。

12

令和6年度第1回県地域医療構想調整会議 資料2 -令和6年度定量的基準改訂案について-

令和6年9月3日



1

令和6年度定量的基準改訂案に係る論点について

令和6年度定量的基準改訂に係る論点は下記3点

1 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る見直しについて

- (1) 特定集中治療室管理料
- (2) 地域包括医療病棟入院料
- (3) 療養病棟特別入院基本料
- (4) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

※改訂案記載ページ：5ページ, 23ページ, 25ページ, 27ページ

2 高度急性期の取扱いに係る見直しについて

- (1) 特定入院料による分類
- (2) 「重傷度, 医療・看護必要度」による分類

※改訂案・対応案記載ページ：29ページ, 32ページ

3 高度急性期及び急性期に関連する医療行為に係る見直し

※改訂案記載ページ：34ページ

2

1 令和6年度診療報酬改定内容について（特定集中治療室管理料）①

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

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

改定後

【特定集中治療室管理料 1・2】

【施設基準】

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

【特定集中治療室管理料 3・4】

【施設基準】

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

【特定集中治療室管理料 5・6】（新設）

【施設基準】

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

現行

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

改定後

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

※ 治療室については、以下を明確化。

- ・ 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行っていない医師であること（救命救急入院科、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。

3

1 令和6年度診療報酬改定内容について（特定集中治療室管理料）②

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

（参考）特定集中治療室管理料の施設基準概要

| | ICU1 | ICU2 | ICU3 | ICU4 | ICU5 | ICU6 |
|--------------|---|--|--|---|---|---|
| | 7日以内 14,406点 8日以上 12,828点 | 7日以内 14,406点 8日以上 12,828点 <small>※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで13,028点</small> | 7日以内 9,890点 8日以上 8,307点 | 7日以内 9,890点 8日以上 8,307点 <small>※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで8,507点</small> | 7日以内 8,890点 8日以上 7,307点 | 7日以内 8,890点 8日以上 7,307点 <small>※新生児用は1床あたり9点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで7,507点</small> |
| 医師の配置 | ・ 専任の医師が常時治療室内に勤務（特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む） ・ 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない | ・ 専任の医師が常時治療室内に勤務 ・ 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない | ・ 専任の医師が常時治療室内に勤務 ・ 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない | ・ 専任の医師が常時治療室内に勤務 ・ 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない | ・ 専任の医師（宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時保険医療機関内に勤務 | ・ 専任の医師（宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時保険医療機関内に勤務 |
| 看護師の配置 | ・ 集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置 | ・ 集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置 | 常時 2 : 1 | 常時 2 : 1 | ・ 集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置 | ・ 集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置 |
| 臨床工学技士の配置 | 専任の臨床工学技士が常時院内勤務 | 専任の臨床工学技士が常時院内勤務 | - | - | - | - |
| 治療室の面積 | 1床あたり20㎡ <small>※新生児用は1床あたり9㎡</small> | 1床あたり20㎡ | 1床あたり15㎡ <small>※新生児用は1床あたり9㎡</small> | 1床あたり15㎡ | 1床あたり15㎡ <small>※新生児用は1床あたり9㎡</small> | 1床あたり15㎡ |
| 必要な装置・器具等 | ・ 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルX線撮影装置、呼吸循環監視装置 （新生児用の治療室の場合：経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器） ・ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること ・ 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい | | | | | |
| 重症度、医療・看護必要度 | ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：8割以上 | ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：8割以上 | ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上 | ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上 | ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上 | ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上 |
| 重症患者の受入 | 入室日のS O F Aスコア5以上の患者：1割以上 | 入室日のS O F Aスコア5以上の患者：1割以上 | 入室日のS O F Aスコア3以上の患者：1割以上 | 入室日のS O F Aスコア3以上の患者：1割以上 | - | - |

4

2 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（1）

（1）特定集中治療室管理料

診療報酬改定により特定集中治療室管理料5及び6が新設されたことに伴い、定量的基準についても特定集中治療室管理料に係る入院基本料・特定入院料の項目数を4から6に再編し、「高度急性期」とする。

<現行>

<改訂案>

| 医療機能 | R3病床機能報告での番号 | 入院基本料・特定入院料 | 医療機能 | R5病床機能報告での番号 | 入院基本料・特定入院料 |
|-------|--------------|-------------|-------|--------------|-------------|
| 高度急性期 | 27 | 特定集中治療室管理料1 | 高度急性期 | 27 | 特定集中治療室管理料1 |
| 高度急性期 | 28 | 特定集中治療室管理料2 | 高度急性期 | 28 | 特定集中治療室管理料2 |
| 高度急性期 | 29 | 特定集中治療室管理料3 | 高度急性期 | 29 | 特定集中治療室管理料3 |
| 高度急性期 | 30 | 特定集中治療室管理料4 | 高度急性期 | 30 | 特定集中治療室管理料4 |
| | | | 高度急性期 | R6新設 | 特定集中治療室管理料5 |
| | | | 高度急性期 | R6新設 | 特定集中治療室管理料6 |

5

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）①

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

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

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



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

包括的に提供

6

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）②

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

〔算定要件〕

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



〔施設基準〕（抜粋）

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

7

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）③

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算（1日につき） 150点

〔算定要件〕

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 看護補助体制加算（1日につき）

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

〔算定要件〕

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算（1日につき） 71点

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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

(新) 看護職員夜間12対1配置加算（1日につき）

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

〔算定要件〕

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（1日につき） 80点

〔算定要件・施設基準〕

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

(新) 夜間看護補助体制加算（1日につき）

| | |
|-----------------|------|
| 夜間30対1看護補助体制加算 | 125点 |
| 夜間50対1看護補助体制加算 | 120点 |
| 夜間100対1看護補助体制加算 | 105点 |

〔算定要件〕

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

(新) 看護補助体制充実加算（1日につき）

| | |
|-------------|-----|
| 看護補助体制充実加算1 | 25点 |
| 看護補助体制充実加算2 | 15点 |
| 看護補助体制充実加算3 | 5点 |

〔算定要件〕

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

(新) 看護職員夜間16対1配置加算（1日につき）

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

8

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）④

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれる。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○入院基本料

○入院基本料等加算

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

○医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料

○検査

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

○画像診断

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

○投薬、注射

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。

○リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。（※1）

○処置

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

○病理標本作製料

術中迅速病理組織標本作成を除く。

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

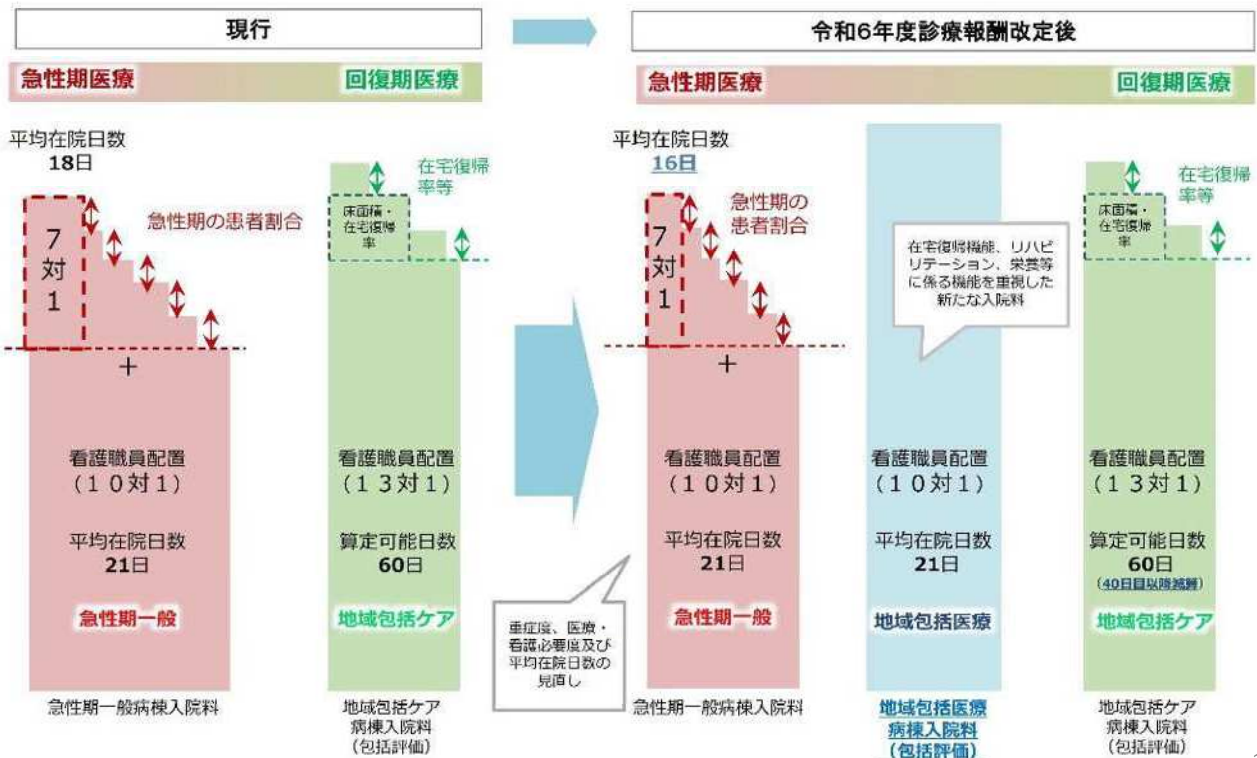
※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

9

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）⑤

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



10

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）⑥

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

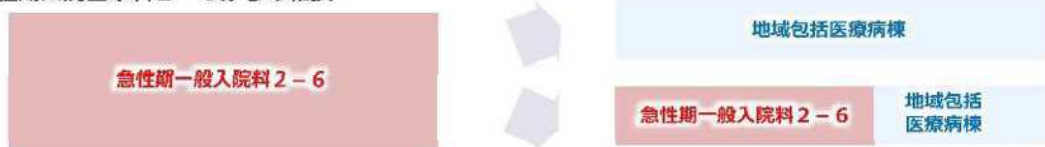
▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



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

②急性期入院基本料2-6からの転換



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

③地域包括ケア病棟からの転換



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

11

3 令和6年度診療報酬改定内容について（地域包括医療病棟入院料）⑦

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

| | 急性期一般病棟入院料1 | 地域包括医療病棟 | 地域包括ケア病棟入院料1 |
|-----------------|--|--|---|
| 病棟の趣旨 | 急性期医療を行う | 高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。 | ① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援 |
| 看護配置 | 7対1以上 | 10対1以上 | 13対1以上 |
| 重症度、医療・看護必要度の基準 | <ul style="list-style-type: none"> 「A3点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A2点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が27%以上 | <ul style="list-style-type: none"> 「A2点以上かつB3点以上」、「A3点以上」、「C1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB3点以上の患者割合が50%以上 | <ul style="list-style-type: none"> 「A1点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ） |
| 在院日数 | 平均在院日数 16日以内 | 平均在院日数 21日以内 | 60日まで算定可能 |
| 救急医療体制 | - (救急医療管理加算等で評価) | 24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価 | 二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病棟の場合 |
| 救急実績 | (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価) | 緊急入院割合:緊急入院直接入棟1割5分以上 | 自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上 |
| リハビリ | - | PT、OT又はST2名以上の配置、ADLに係る実績要件 | PT、OT又はST1名以上の配置 |
| 在宅復帰率 | 80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む) | 80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む) | 72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない) |

12

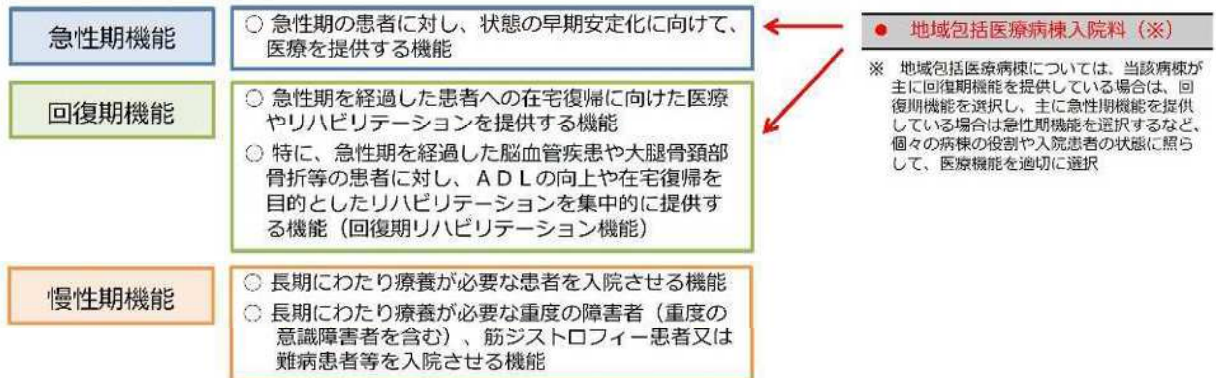
4 地域包括医療病棟入院料の国における取扱い

厚生労働省「第15回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」資料2抜粋

地域包括医療病棟入院料の取扱いについて (案)

- 令和6年度診療報酬改定において、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな特定入院料として「地域包括医療病棟入院料」が創設された。
- 当該入院料については、病棟が主に回復期機能を提供している場合は回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択することとしてはどうか。

<対応案 (イメージ) >



13

14

6 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（2）①

（2）地域包括医療病棟入院料

検討

これまで、本県の定量的基準では、1つの入院基本料・特定入院料に対し1つの医療機能を割り当てていたが、「地域包括医療病棟入院料」は、「急性期」と「回復期」の医療を包括的に提供する病棟に係る入院料であり、1つの医療機能を割り当てることは困難。



医療機能分類案

- ① 「急性期または回復期」として位置づけ、「急性期」及び「回復期」のどちらを選択しても定量的基準上は問題ないとする。
- ② 急性期において多く提供されている医療行為を実施した回数等による基準（しきい値）を設け、「地域包括医療病棟入院料」を選択した病棟のうち、**基準を満たす診療実績のある病棟を「急性期」、満たさない病棟を「回復期」と分類**することで整理（参考：埼玉県定量的基準）。
- ③ **令和6年度改訂では①とし、令和7年度病床機能報告の結果を踏まえ、令和8年度以降に②の考え方で整理。**

17

6 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（2）②

埼玉県「令和3年度病床機能報告の定量基準分析結果について」抜粋

埼玉県病床機能報告定量基準分析の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期」/病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、**どの医療機能と見なすのかが明らかな入院料の病棟**は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない**一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）**を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した**区分線1・区分線2**によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

| 4機能 | 大区分 | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------------|----------------------|--|------------|---------------------|
| | 主に成人 | | 周産期 | 小児 | | 緩和ケア |
| 高度急性期 | 救命救急 ICU SCU HCU | 有床診療所の一般病床 地域包括ケア病棟 | MFICU NICU GCU | PICU | 小児入院医療管理料1 | |
| 急性期 | | | 産科の一般病棟 産科の有床診療所 | 小児入院医療管理料2,3 小児科の急性期一般入院料1 小児科の一般病棟7:1 | | 緩和ケア病棟 (放射線治療あり) |
| 回復期 | 回復期 リハビリ病棟 | | | 小児入院医療管理料4,5 小児科の急性期一般入院料1、 一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所 | | |
| 慢性期 | 療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等 | | | | | 緩和ケア病棟 (放射線治療なし) |

具体的な機能に応じて区分線を引く

2 18

6 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（2）③

埼玉県「令和3年度病床機能報告の定量基準分析結果について」抜粋

急性期・回復期の区分（区分線2）の指標

○急性期一般入院料1（従前の一般病棟7:1）にて多く提供されている医療

- K：【手術】手術
- L：【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- M：【がん】放射線治療
- N：【がん】化学療法
- O：【救急】救急搬送による予定外の入院

○一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標

- P：【重症度、医療・看護必要度】
基準（「A得点2点以上かつB得点3点以上」「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」「A得点3点以上」「C得点1点以上」）を満たす患者割合

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

19

6 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（2）④

埼玉県「令和3年度病床機能報告の定量基準分析結果について」抜粋

区分線2で急性期に分類される病棟の割合（令和3年度報告）

| 区分線2で急性期に分類する要件 | | しきい値 | | 該当する病棟の割合 | | | | |
|-----------------|------------------------------|---------------------|---------------|---------------------|------------------------|------------|-------------|----------|
| | | 最大使用病床1床当たりの月間の回数 | 40床の病棟に換算した場合 | 急性期一般病棟1,一般病棟7:1(※) | 急性期一般病棟2-7,一般病棟10:1(※) | その他一般病棟(※) | 有床診の一般病床(※) | 地域包括ケア病棟 |
| 手術 | K 手術 | 2.0回/月・床以上 | 80回/月以上 | 8.5% | 3.5% | 3.5% | 23.5% | 0.0% |
| | L 胸腔鏡・腹腔鏡下手術 | 0.1回/月・床以上 | 4回/月以上 | 21.0% | 14.2% | 0.0% | 0.8% | 0.0% |
| がん | M 放射線治療（レセプト枚数） | 0.1枚/月・床以上 | 4枚/月以上 | 11.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| | N 化学療法（日数） | 1.0日/月・床以上 | 40日/月以上 | 15.2% | 1.8% | 0.0% | 0.8% | 0.0% |
| 救急 | O 予定外の救急医療入院の人数 | 10人/年・床以上 | 33.3人/月以上 | 17.8% | 10.6% | 1.8% | 0.0% | 3.1% |
| 重症度等 | P 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合 | I:31%以上 II:29%以上 | | 68.9% | 38.1% | 7.0% | 0.0% | 6.3% |
| | | 上記K～Pのうち1つ以上を満たす | | 79.8% | 47.8% | 12.3% | 23.5% | 9.4% |

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

20

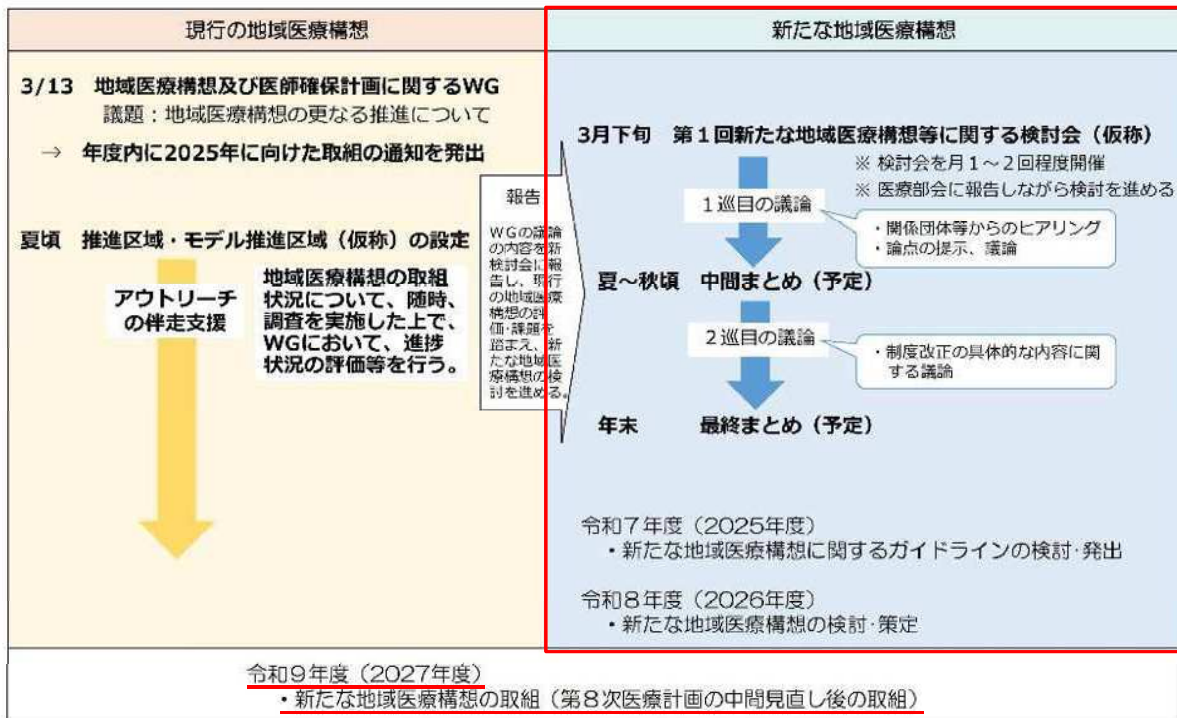
6 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（2）⑤

令和6年3月21日

第107回社会保険審議会医療部会

資料1

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）



21

6 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（2）⑥

厚生労働省「第6回新たな地域医療構想等に関する検討会」資料1 抜粋

新たな地域医療構想の論点（案）③

（5）医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル

- 2040年頃を見据えて、医療人材の確保が困難になる中で、医療需要の質・量の変化に対応できるよう、医療の質、救急等の受入体制、人材確保等の観点から、医療機関機能に着目して、医療機関の役割分担・連携を推進することについて、どのように考えるか。その際、身近な地域における高齢者等の外来・在宅・救急・入院・介護連携等の包括的な支援機能、二次救急等を受け入れる機能、三次救急や人材確保等の拠点となる機能など、医療機関機能の機能区分、報告や協定等の手法のあり方について、どのように考えるか。
- 二次医療圏をベースとする現行の構想区域について、人口動態、医療資源、移動・搬送時間等を踏まえ、構想区域の見直し（合併、分割等）や、複数の構想区域での合同協議等の弾力的な運用を行うことについて、どのように考えるか。また、協議するテーマに応じて、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携等は市町村単位等で設定するなど、重層的に構想区域を設定することについて、どのように考えるか。
- 地域の実情に応じた医療提供体制の協議に資するよう、人口動態等により構想区域を類型化し、類型ごとに、求められる医療機関の機能や配置のあり方を含む医療提供体制のモデルを示すことについて、どのように考えるか。 など

（6）地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等

- 新たな地域医療構想においては、病床だけではなく、外来、在宅医療、医療・介護連携等を対象にすることを踏まえ、調整会議の実効性を確保するため、協議する内容に応じた市町村単位等での開催、市町村や介護関係団体の参画など、どのような対応が考えられるか。協議の場や協議すべき課題の増加に伴い、効果的かつ効率的に会議を開催するために、どのような対応が考えられるか。
- 調整会議における協議の活性化に向けたデータ分析・活用、地域診断等のあり方について、どのように考えるか。
- 調整会議の議論等、地域医療構想に関する内容の周知を進めるため、どのように対応するか。
- 地域医療介護総合確保基金について、これまでの活用状況、都道府県や医療機関のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが見られるか。
- 都道府県知事の権限について、権限行使の状況、都道府県のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが見られるか。
- PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進のあり方について、どのように考えるか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

22

8 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（3）

（3）療養病棟特別入院基本料

療養病棟特別入院基本料が病床機能報告様式の届出入院料等の
選択肢一覧から削除されたことに伴い、定量的基準についても当
該入院基本料に係る入院基本料・特定入院料を削除する。

<現行>

<改訂案>

| 医療機能 | R3病床 機能報 告での番 号 | 入院基本料・特定入院料 | 医療機能 | R5病床 機能報 告での番 号 | 入院基本料・特定入院料 |
|------|--------------------------|---------------------|------|--------------------------|------------------------|
| 慢性期 | 11 | 療養病棟入院料1 | 慢性期 | 11 | 療養病棟入院料1 |
| 慢性期 | 12 | 療養病棟入院料2 | 慢性期 | 12 | 療養病棟入院料2 |
| 慢性期 | 13 | 療養病棟特別入院基本料 | 慢性期 | 13 | 療養病棟特別入院基本料 |
| 急性期 | 14 | 特定機能病院一般病棟7対1入院基本料 | 急性期 | 13 | 特定機能病院一般病棟7対1入院基本料 |
| 急性期 | 15 | 特定機能病院一般病棟10対1入院基本料 | 急性期 | 14 | 特定機能病院一般病棟10対1入院基本料 |

25

9 令和6年度診療報酬改定内容について（特定機能病院リハビリテーション病棟入院料）

厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」抜粋

特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

➤ 令和4年3月31日をもって廃止予定であった特定機能病院における回復期リハビリテーション病棟入院料について、現に届出がなされている特定機能病院の病棟において一定程度の役割を果たしていることが確認されることから、特定機能病院におけるリハビリテーションに係る役割を明確化することとし、「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と位置付け、当該入院料に係る施設基準を見直す。

（新） 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,129点 （生活療養を受ける場合にあっては2,115点）

〔算定要件〕（概要）

主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する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保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。

〔施設基準〕（概要・一部抜粋）

- ・ **心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- ・ **専従の常勤医師が1名以上配置**されていること。
- ・ 1日に看護を行う看護職員の数は、常時、**当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上**であること。
- ・ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ・ 当該病棟に**専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置**されていること。
- ・ 特定機能病院であること。**（当分の間は、令和4年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）**
- ・ **休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制**を有していること。
- ・ 当該病棟において、**新規入院患者のうち5割以上が重症の患者**であること。
- ・ 当該病棟において、**退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上**であること。
- ・ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が**40以上**であること。
- ・ **他の保険医療機関との連携体制が確保**されていること。
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ 1病棟に限り届出を行うことができること。

60
26

10 入院基本料・特定入院料による医療機能の分類に係る 定量的基準の改訂案（4）

（4）特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

令和4年度診療報酬改定により、特定機能病院が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出ができなくなると共に、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料が新設されたことに伴い、定量的基準についても当該入院料に係る入院基本料・特定入院料を新設し、医療機能については回復期とする。

<現行>

| 医療機能 | R3病床機能報告での番号 | 入院基本料・特定入院料 |
|------|--------------|---------------|
| 急性期 | 16 | 専門病院7対1入院基本料 |
| 急性期 | 17 | 専門病院10対1入院基本料 |
| 回復期 | 18 | 専門病院13対1入院基本料 |

<改訂案>

| 医療機能 | R5病床機能報告での番号 | 入院基本料・特定入院料 |
|------|--------------|----------------------|
| 回復期 | 15 | 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 |
| 急性期 | 16 | 専門病院7対1入院基本料 |
| 急性期 | 17 | 専門病院10対1入院基本料 |
| 回復期 | 18 | 専門病院13対1入院基本料 |

27

11 令和6年度診療報酬改定内容について（特定集中治療室管理料）【再掲】

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

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

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

改定後

| 項目 | 点数 |
|----------------------------|---------|
| （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（救命救急入院科、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。

28

12 高度急性期の取扱い（特定入院料による分類）に係る 定量的基準の改訂案（再掲）

診療報酬改定により特定集中治療室管理料5及び6が新設されたことに伴い、定量的基準についても特定集中治療室管理料に係る特定入院料を4から6に再編する。

<現行>

| 病床機能 | 特定入院料 | | |
|-------|------------------|-----------------|--------------------|
| 高度急性期 | 救命救急入院料1～4 | 特定集中治療室管理料1～4 | ハイケアユニット入院医療管理料1～2 |
| | 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1～2 |
| | 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 | |

<改訂案>

| 病床機能 | 特定入院料 | | |
|-------|------------------|-----------------|--------------------|
| 高度急性期 | 救命救急入院料1～4 | 特定集中治療室管理料1～6 | ハイケアユニット入院医療管理料1～2 |
| | 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1～2 |
| | 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 | |

29

13 令和6年度診療報酬改定内容について（重症度、医療・看護必要度）①

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

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（最大7日間）」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）」、「抗血栓検査薬の使用」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感を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

| A モニタリング及び処置等 | | | | | C 手術等の医学的状況 | | | | |
|--------------------------|----|----|----|----|-----------------------------|----|----|----|--|
| | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 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 | - | - | 15 開頭手術（11日間） | 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 | - | - | 16 開胸手術（9日間） | 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 | - | - | 17 開腹手術（6日間） | なし | あり | | |
| 4 シリンジポンプの管理 | なし | あり | - | - | 18 骨の手術（10日間） | なし | あり | | |
| 5 輸血や血液製剤の管理 | なし | - | あり | - | 19 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間） | なし | あり | | |
| 6 専門的な治療・処置（※2） | - | - | | | 20 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間） | なし | あり | | |
| ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり | 救命等に係る内科的治療（4日間） | | | | |
| ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 | | あり | | | ①経皮的血管内治療、 | | | | |
| ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 | | | あり | あり | ②経皮的な心筋焼灼術等の治療、 | | | | |
| ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 | | | あり | | ③侵襲的な消化器治療 | | | | |
| ⑤ 放射線治療、 | | | 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 | | |
| ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 | | | あり | | 23 別に定める手術（5日間）（例：眼高内異物除去術） | なし | 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 抗血栓検査薬の持続点滴の使用、 | | | | あり | | | | | |
| ⑩ ドレーナージの管理、 | | | 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 | - | | | | | |

（※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集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、②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）、④昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑤抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑥抗血栓検査薬の持続点滴の使用又は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。

30

13 令和6年度診療報酬改定内容について（重症度、医療・看護必要度）②

厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」抜粋

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

【該当患者の基準】

| | |
|------------------------------------|--|
| 急性期1、7対1入院基本料(特定、専門) ^{※1} | 割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 |
| 急性期2～5等 ^{※2} | 割合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 31

14 高度急性期の取扱い（重症度、医療・看護必要度）に係る定量的基準の改訂について

対応案

令和6年度診療報酬改定に伴う、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目や該当患者割合の見直しによる影響が考えられるのは、令和7年度報告以降（＝令和6年度病床機能報告における「重症度、医療・看護必要度」の報告対象期間は、令和5年4月から令和6年3月まで）であることから、**高度急性期の取扱い（重症度、医療・看護必要度）について今年度は改訂せず、現行のままとする。**

（なお、「急性期一般入院料1」等の重症度、医療看護必要度については、令和7年度に検討する必要がある。）

<現行>

(2) 「重症度、医療・看護必要度」による分類

1の特入院料に該当しない入院料を届け出ている病棟であっても、以下の要件に該当する場合は、「高度急性期」として報告する。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」が、
 「Ⅰ: 56%以上」, 「Ⅱ: 40%以上」

15 病床機能報告 報告マニュアル改定内容について (高度急性期及び急性期に関連する医療行為)

厚生労働省「病床機能報告 報告マニュアル(①基本編)」より抜粋

令和3年度マニュアル

高度急性期・急性期に関連する医療行為は、以下に掲げるもの。

| カテゴリ | 具体的な項目名 | | |
|------------------|-------------------------|---------------|----------------|
| 分娩 | 分娩(正産分娩、帝王切開を含む、分娩不全除く) | | |
| 幅広い手術 | 手術(入院外の手術、輸血、輸血管理料は除く) | 全身麻酔の手術 | 人工心臓を用いた手術 |
| | 腹腔鏡下手術 | 腹腔鏡下手術 | |
| がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 | 化学療法手術 | 化学療法手術 | 化学療法手術 |
| | 放射線治療 | 化学療法 | がん患者治療管理料 イ及びロ |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| 重症患者への対応 | バイパスの設置管理加算 | バイパスの設置管理加算 | バイパスの設置管理加算 |
| | 血液透析の管理加算 | 血液透析の管理加算 | 血液透析の管理加算 |
| | 呼吸器補助装置の管理加算 | 呼吸器補助装置の管理加算 | 呼吸器補助装置の管理加算 |
| | 人工心臓 | 人工心臓 | 人工心臓 |
| 救急医療の実施 | 院内トリアージ実施料 | 院内トリアージ実施料 | 院内トリアージ実施料 |
| | 在宅患者緊急入院診療加算 | 在宅患者緊急入院診療加算 | 在宅患者緊急入院診療加算 |
| | 非開胸的心臓マッサージ | 非開胸的心臓マッサージ | 非開胸的心臓マッサージ |
| 全身管理 | 心臓マッサージ | 心臓マッサージ | 心臓マッサージ |
| | 人工呼吸器・気管挿入 | 人工呼吸器・気管挿入 | 人工呼吸器・気管挿入 |

令和5年度マニュアル

高度急性期・急性期に関連する医療行為は、以下に掲げるもの。

| カテゴリ | 具体的な項目名 | | |
|------------------|-------------------------|---------------|----------------|
| 分娩 | 分娩(正産分娩、帝王切開を含む、分娩不全除く) | | |
| 幅広い手術 | 手術(入院外の手術、輸血、輸血管理料は除く) | 全身麻酔の手術 | 人工心臓を用いた手術 |
| | 腹腔鏡下手術 | 腹腔鏡下手術 | 内視鏡手術用支援機器手術 |
| がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 | 化学療法手術 | 化学療法手術 | 化学療法手術 |
| | 放射線治療 | 化学療法 | がん患者治療管理料 イ及びロ |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 | 抗がん剤投与剤の持続的注入 |
| 重症患者への対応 | バイパスの設置管理加算 | バイパスの設置管理加算 | バイパスの設置管理加算 |
| | 血液透析の管理加算 | 血液透析の管理加算 | 血液透析の管理加算 |
| | 呼吸器補助装置の管理加算 | 呼吸器補助装置の管理加算 | 呼吸器補助装置の管理加算 |
| | 人工心臓 | 人工心臓 | 人工心臓 |
| 救急医療の実施 | 院内トリアージ実施料 | 院内トリアージ実施料 | 院内トリアージ実施料 |
| | 在宅患者緊急入院診療加算 | 在宅患者緊急入院診療加算 | 在宅患者緊急入院診療加算 |
| | 非開胸的心臓マッサージ | 非開胸的心臓マッサージ | 非開胸的心臓マッサージ |
| 全身管理 | 心臓マッサージ | 心臓マッサージ | 心臓マッサージ |
| | 人工呼吸器・気管挿入 | 人工呼吸器・気管挿入 | 人工呼吸器・気管挿入 |

33

16 高度急性期及び急性期に関連する医療行為に係る 定量的基準の改訂案

改訂案

厚生労働省「病床機能報告 報告マニュアル」の高度急性期・急性期に関連する医療行為一覧に「内視鏡手術用支援機器手術」、「地域連携分娩管理加算」、「急性期充実体制加算」、「早期栄養介入管理加算」の4項目が追加されたことに伴い、定量的基準の高度急性期及び急性期に関連する医療行為についても同項目を追加する。

34