

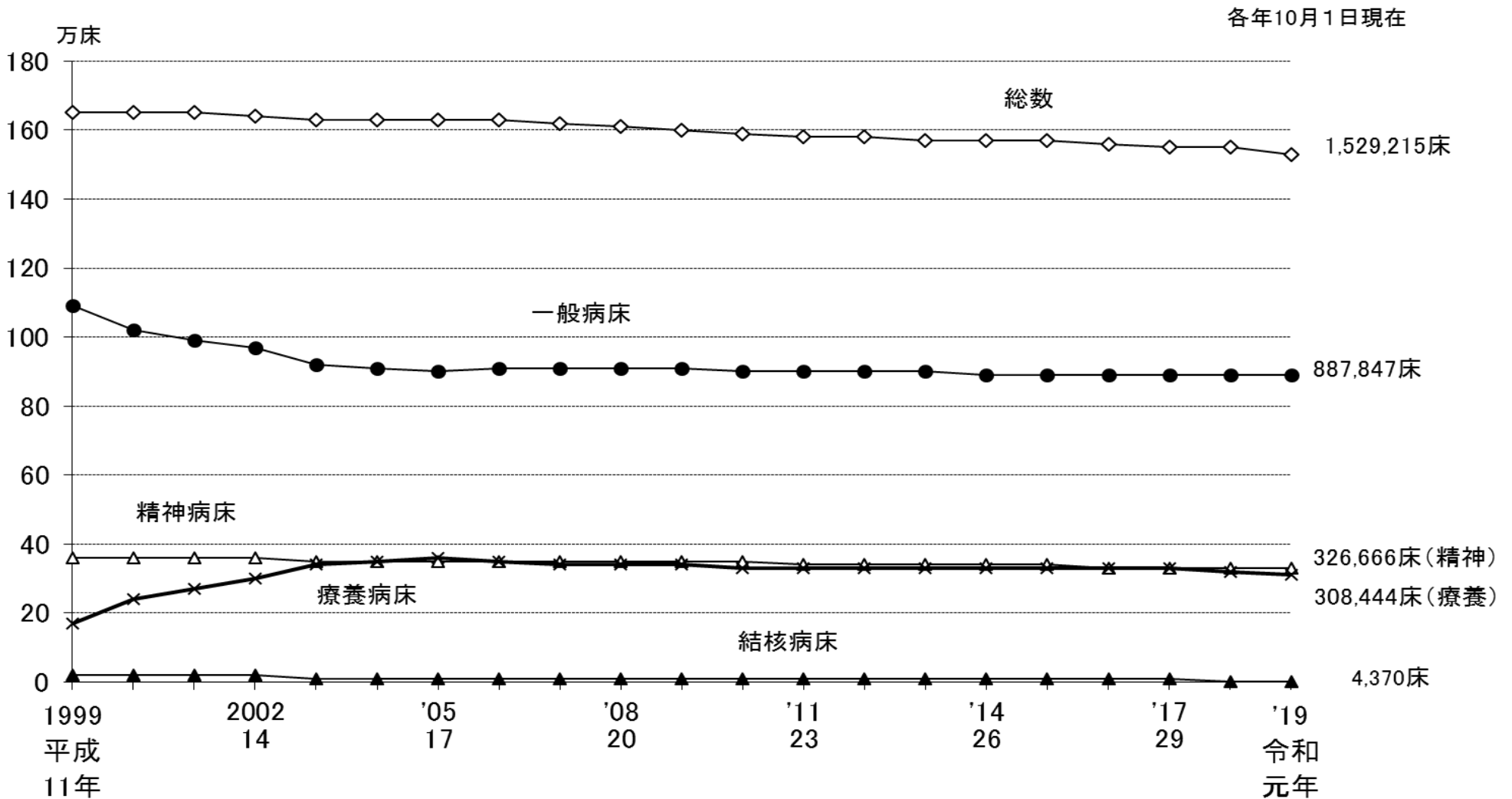
入院(その2)

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

病床の種類別に見た病床数の年次推移

○ 総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。



注:1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。

2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

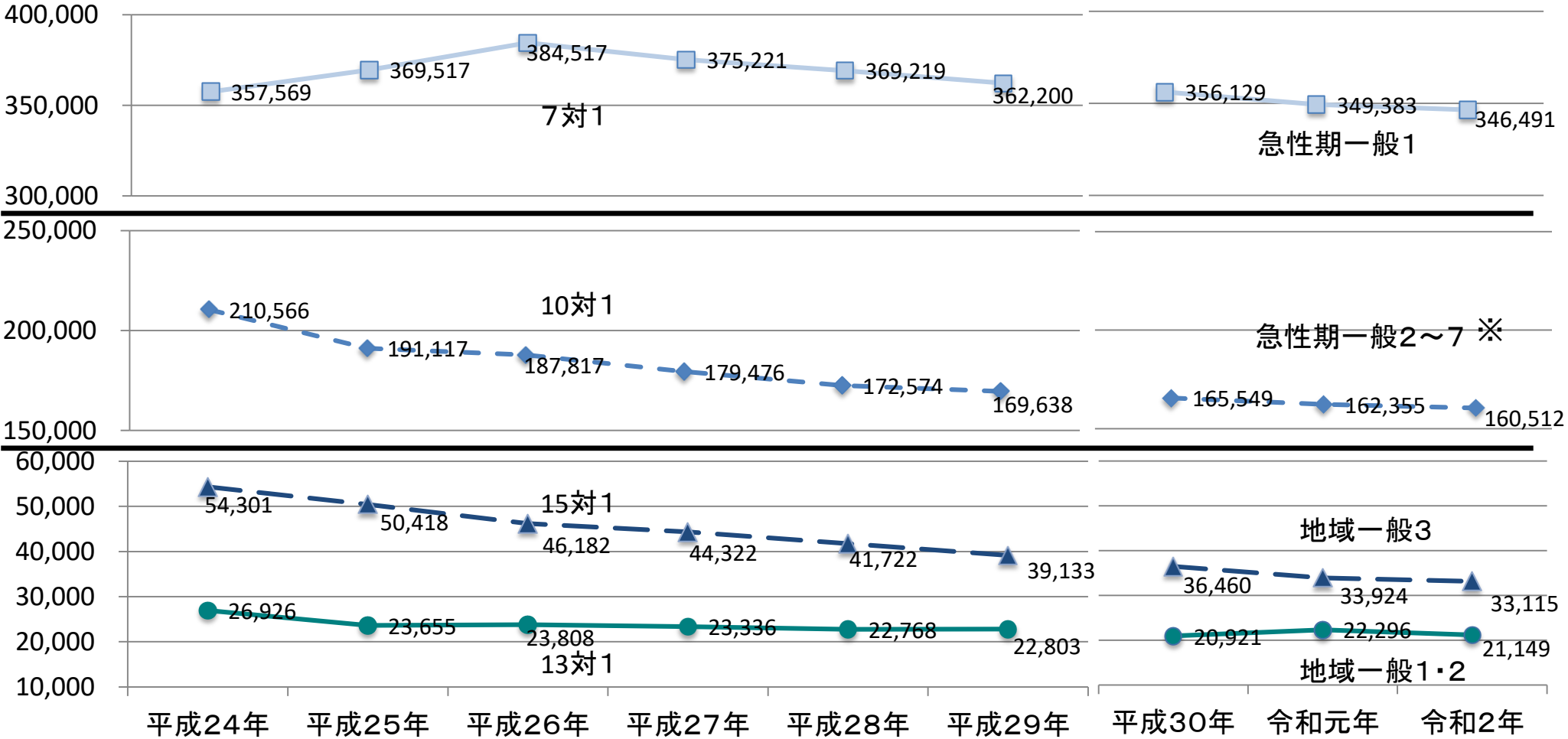
出典：医療施設調査

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が最も多いが、平成26年以降、減少傾向。その他の入院料は横ばい。

（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

	平成30年	令和元年	令和2年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896
急性期4~7	160,150	151,651	145,616

出典：各年7/1の届出状況。保険局医療課調べ

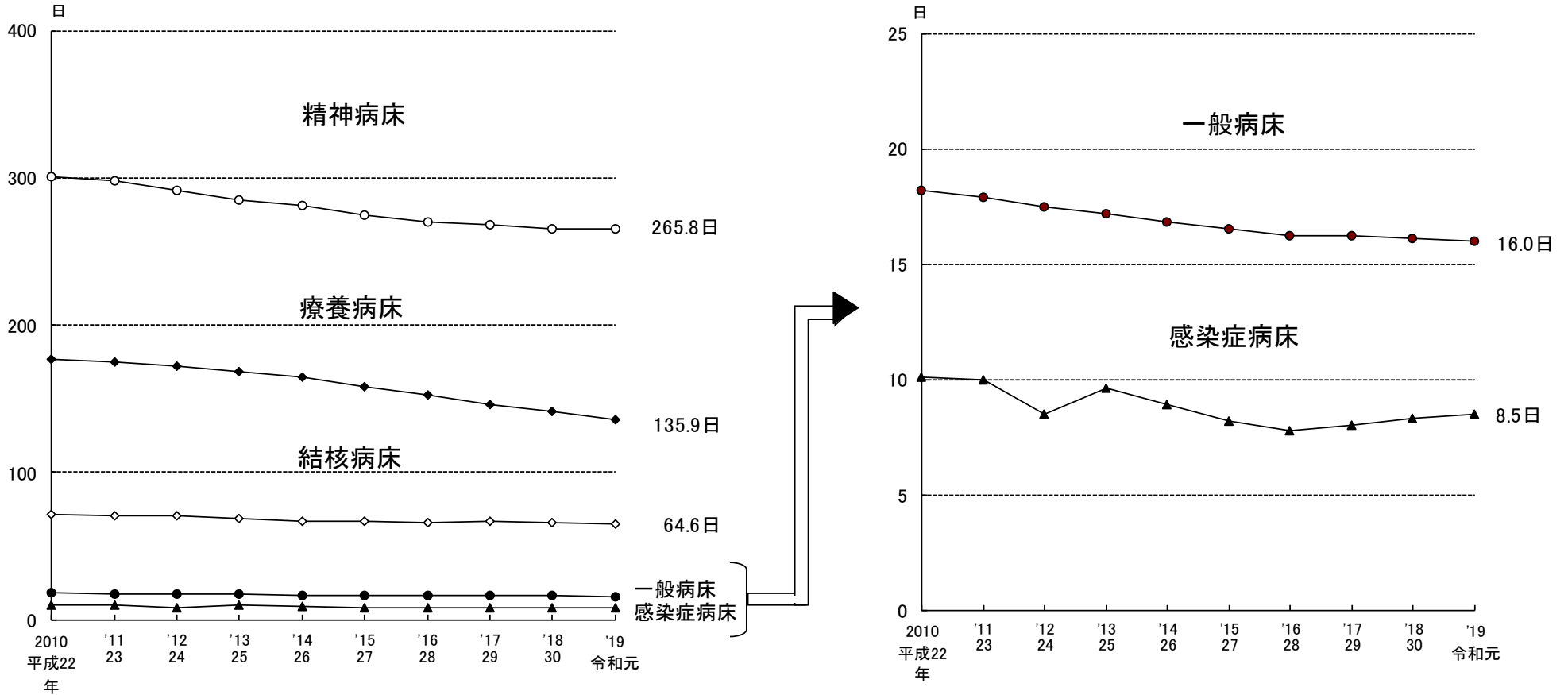
病床種類別の平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、いずれの病床の種類においても減少している。

図4 病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移

病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移

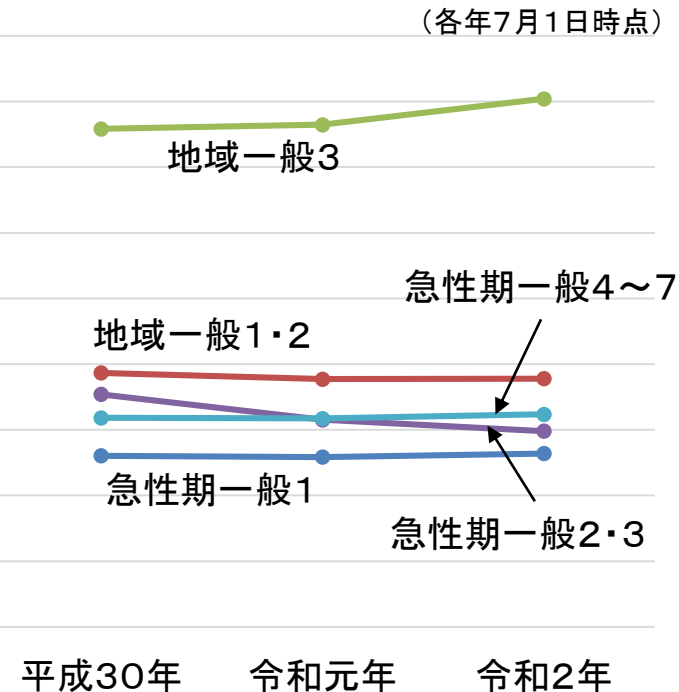
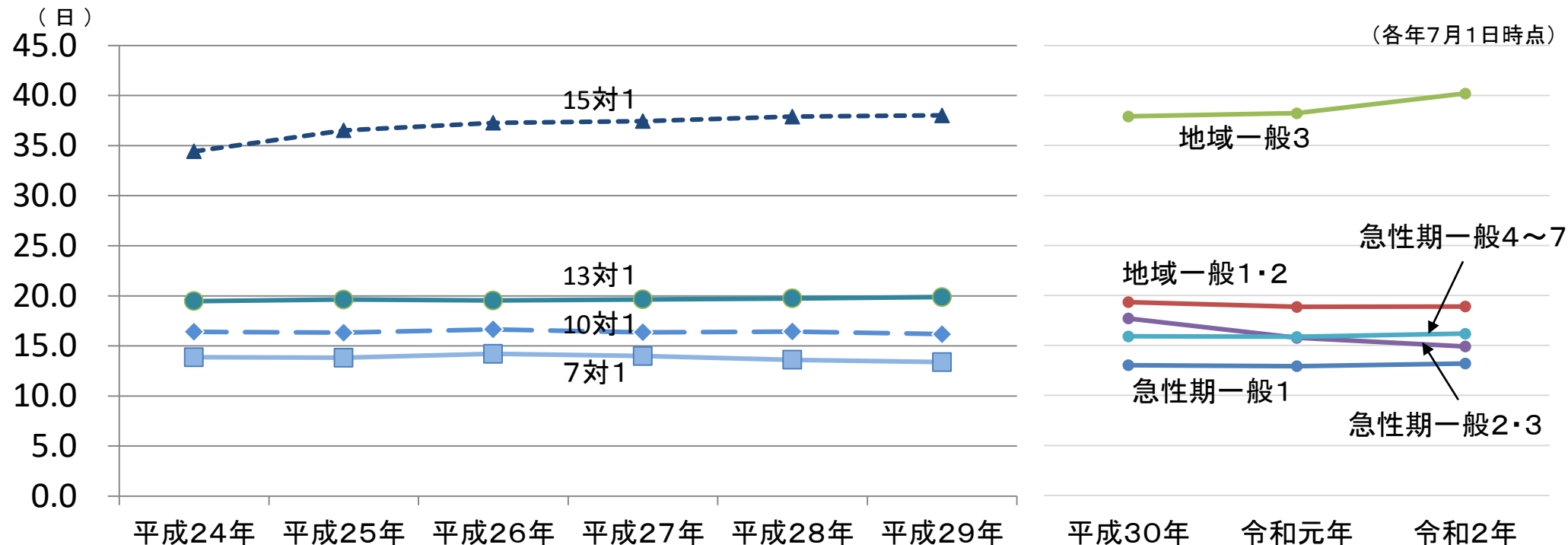
各年間



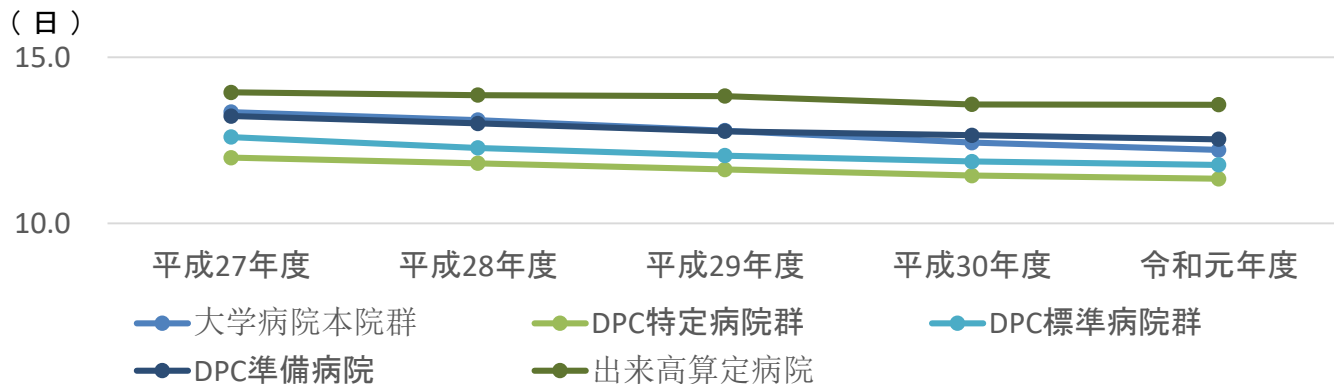
注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

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。

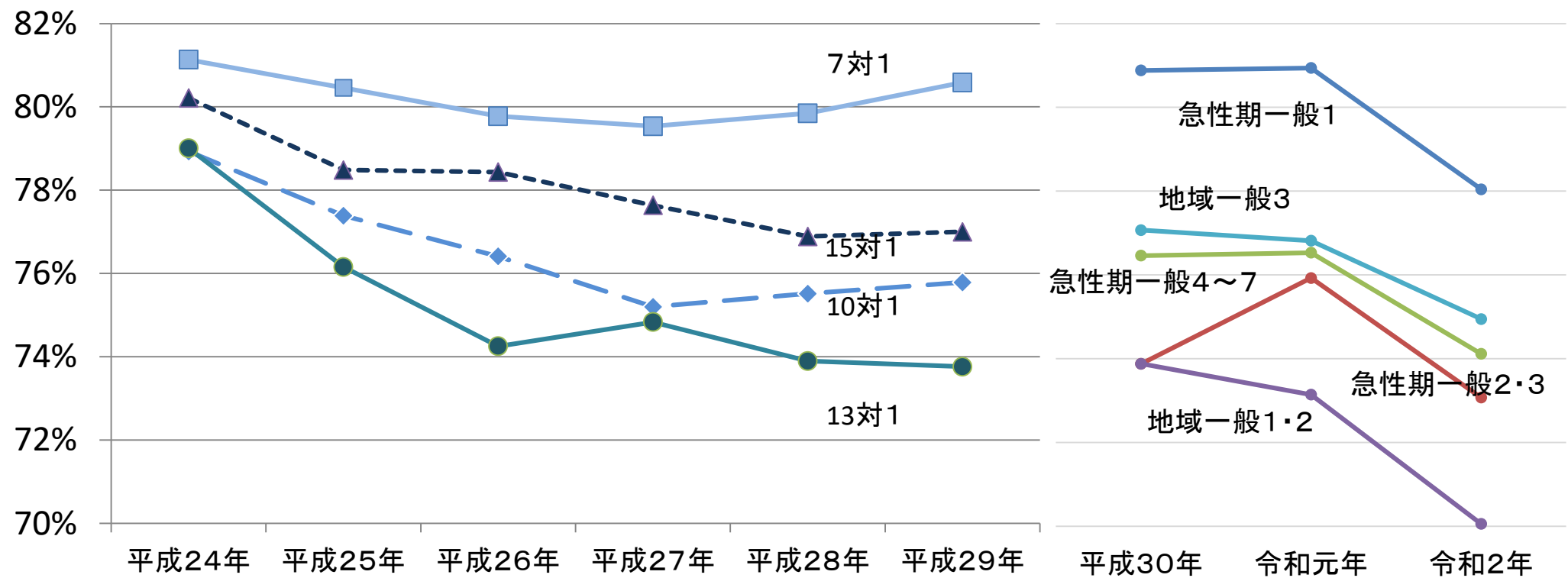


(参考)施設類型毎の在院日数の平均



入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年はいずれの入院料においても、病床稼働率が大きく減少した。



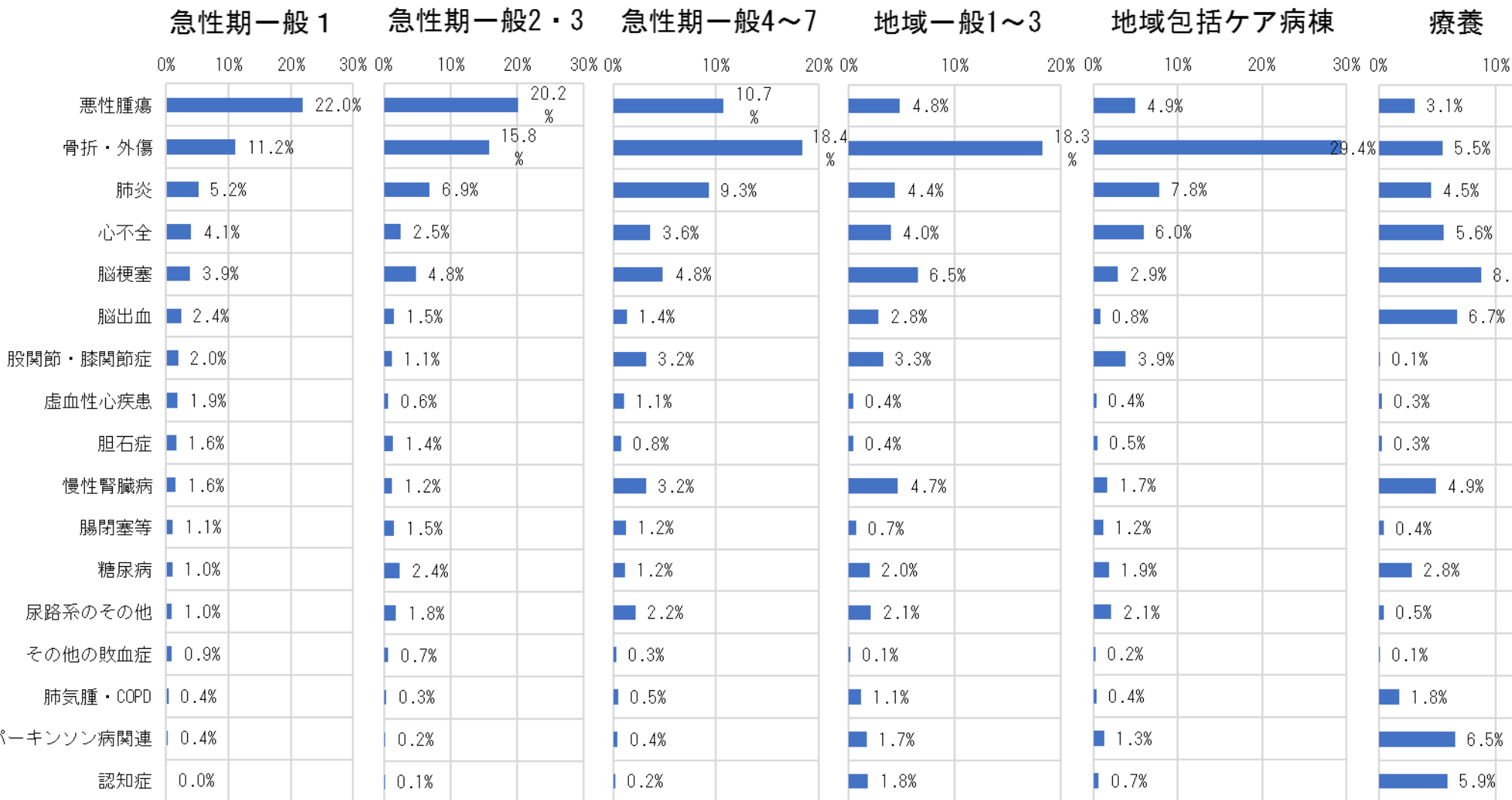
※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したのもの
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料ごとの入院患者の主な傷病

中医協 総-2
3. 8. 25

○ 急性期一般入院料1や2・3では悪性腫瘍が最も多く、急性期一般入院料4～7や地域一般入院料、地ケア病棟は骨折・外傷が最も多かった。療養病棟では疾患のバラツキが大きかった。

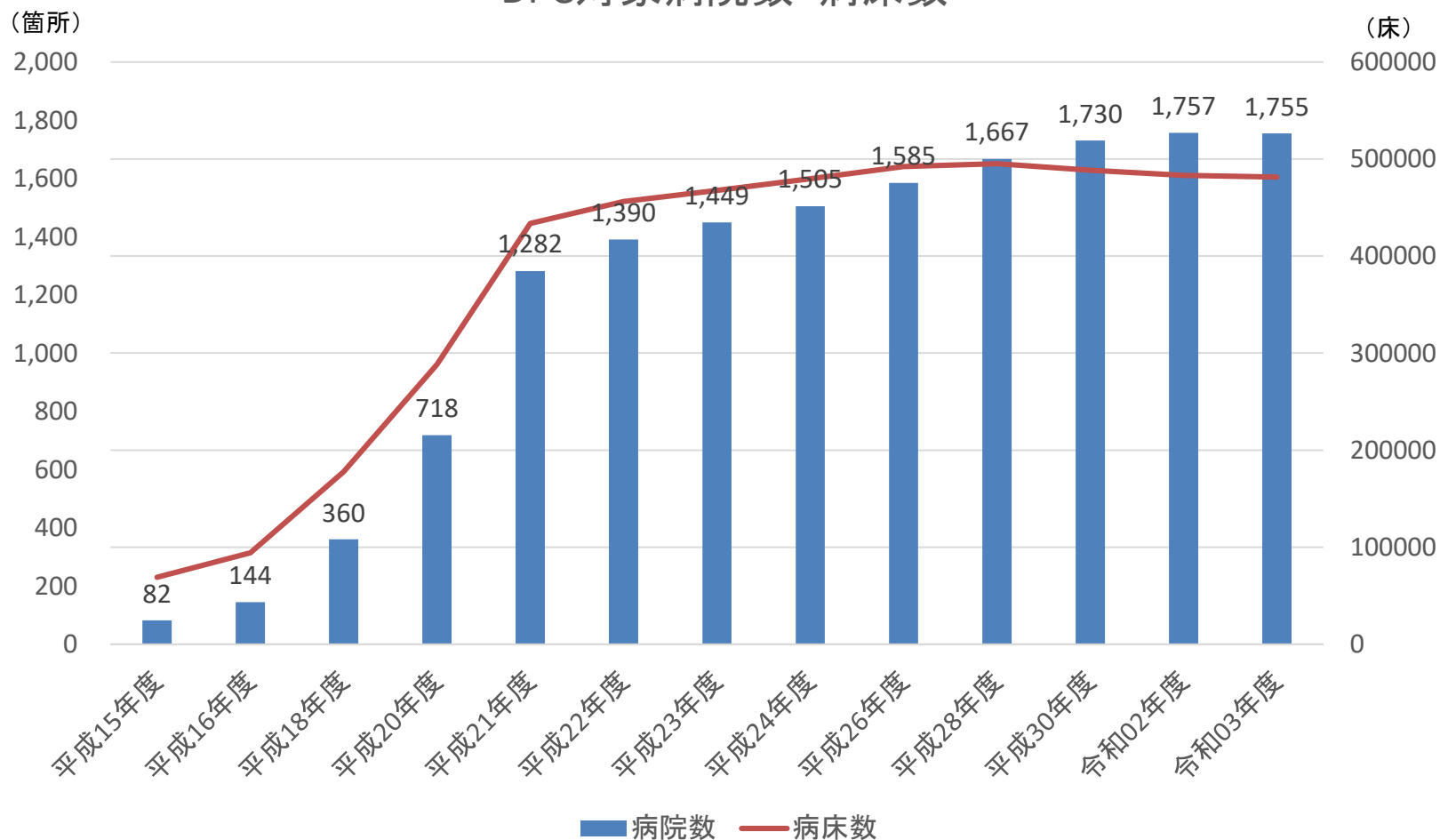
入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



DPC対象病院

- DPC対象病院は、令和3年4月1日時点で1755病院となった。

DPC対象病院数・病床数



診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院

入院基本料

86施設
58,175床※1
(▲395床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料
19施設 6,133床 (▲182床)

救命救急入院料

入院料1 183施設 3,528床
入院料2 25施設 196床
入院料3 80施設 1,666床
入院料4 82施設 902床
合計 370施設 6,292床 (▲68床)

特定集中治療室管理料

管理料1 140施設 1,397床
管理料2 70施設 797床
管理料3 349施設 2,390床
管理料4 64施設 618床
合計 623施設 5,202床 (▲33床)

ハイクアユニット入院医療管理料

管理料1 582施設 5,779床
管理料2 30施設 305床
合計 612施設 6,084床 (+328床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

180施設 1,479床 (+79床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 116床 (+8床)

新生児特定集中治療室管理料

229施設 1,629床 (▲23床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 851床 (+36床)
新生児 1,720床 (+67床)

新生児治療回復室入院医療管理料

202施設 2,899床 (+59床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (+2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,438床 (+75床)	管理料2 183施設 6,158床 (▲114床)	管理料3 97施設 2,267床 (▲4床)	管理料4 379施設 8,044床 (+73床)	管理料5 154施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

584,162床 (▲8,178床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
813施設 53,511床 (+4,960床)	179施設 9,478床	407施設 18,812床 (▲1,524床)	71施設 3,323床 (▲397床)	56施設 2,184床 (▲88床)	45施設 1,876床 (▲808床)	1,571施設 89,184床 (+1,930床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
1,203施設 38,981床 (+7,532床)	1,315施設 43,803床 (▲1,564床)	49施設 1,329床 (▲69床)	83施設 1,792床 (▲499床)	2,650施設 85,905床 (+5,400床)

障害者施設等入院基本料

882施設
70,269床 (▲35床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (±0床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
103施設 5,431床 (▲178床)	106施設 7,539床 (+328床)	32施設 444床 (▲3床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 209施設 4,245床
入院料2 246施設 4,684床
合計455施設 8,929床 (+283床)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和2年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,770施設 64,209床 (▲2,297床)

有床診療所 (療養) 475施設 4,706床 (+644床)

精神科救急入院料

入院料1 163施設 10,586床 (+709床)
入院料2 4施設 127床 (▲94床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 360施設 16,280床 (+260床)
入院料2 13施設 508床 (▲343床)

精神病棟 1,179施設 143,543床 (▲3,343床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 376床 (+2床)
児童・思春期精神科入院 46施設 1,491床 (+83床)

精神療養病棟入院料

819施設 90,266床 (▲943床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 536施設 37,322床 (+804床)
入院料2 4施設 296床 (▲364床)

地域移行機能強化病棟入院料

38施設 1,435床 (+58床)

結核病棟 168施設 3,905床 (+5床)

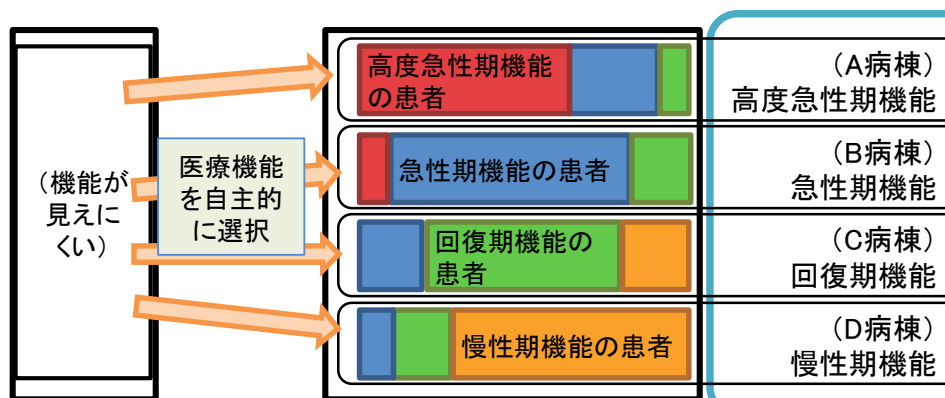
地域医療構想について

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月) **病床機能報告**

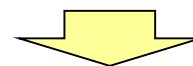
「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

都道府県 医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告制度

- 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。

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

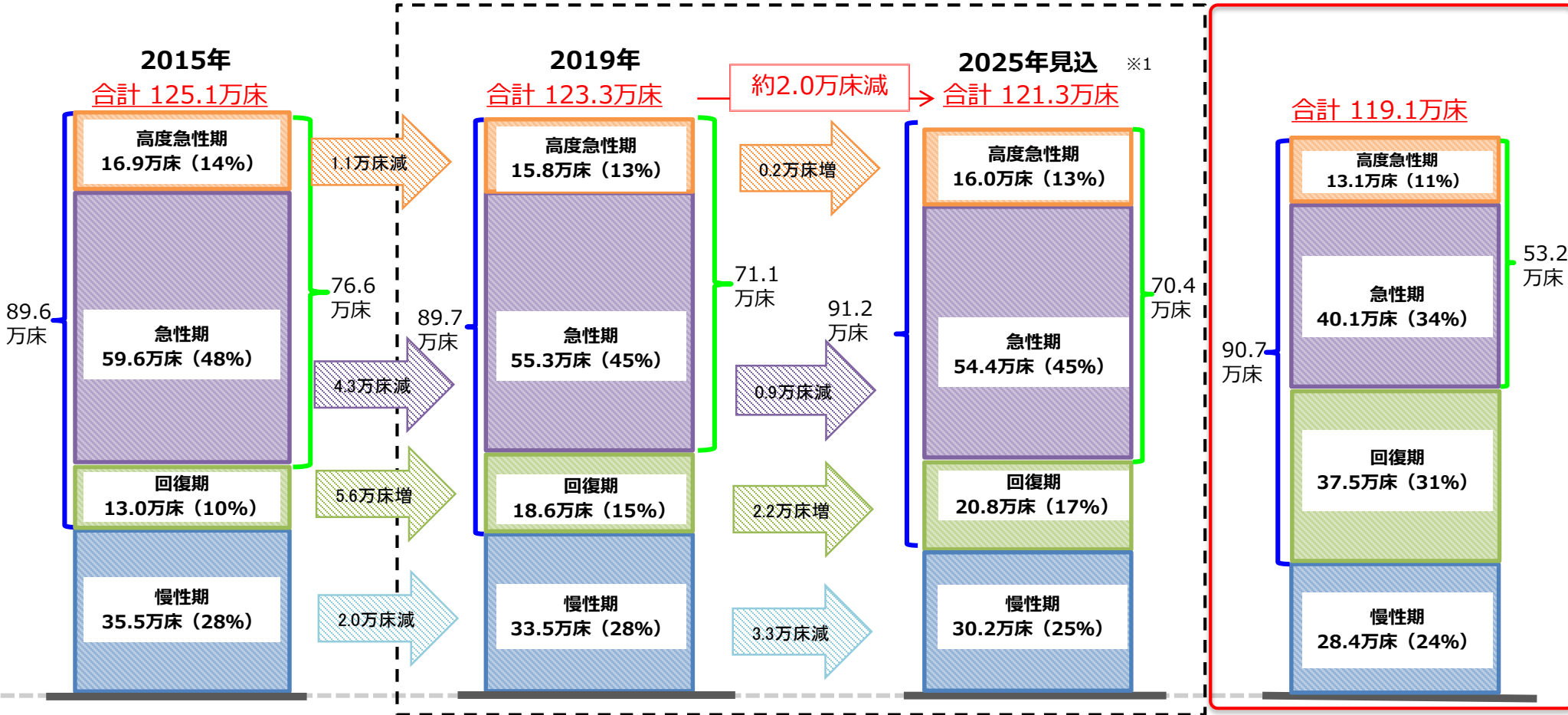
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではな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

2019年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・ 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・ 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・ 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持**しつつ、着実に取組を進めていく。

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組**を実施するとともに、**民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め**、地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

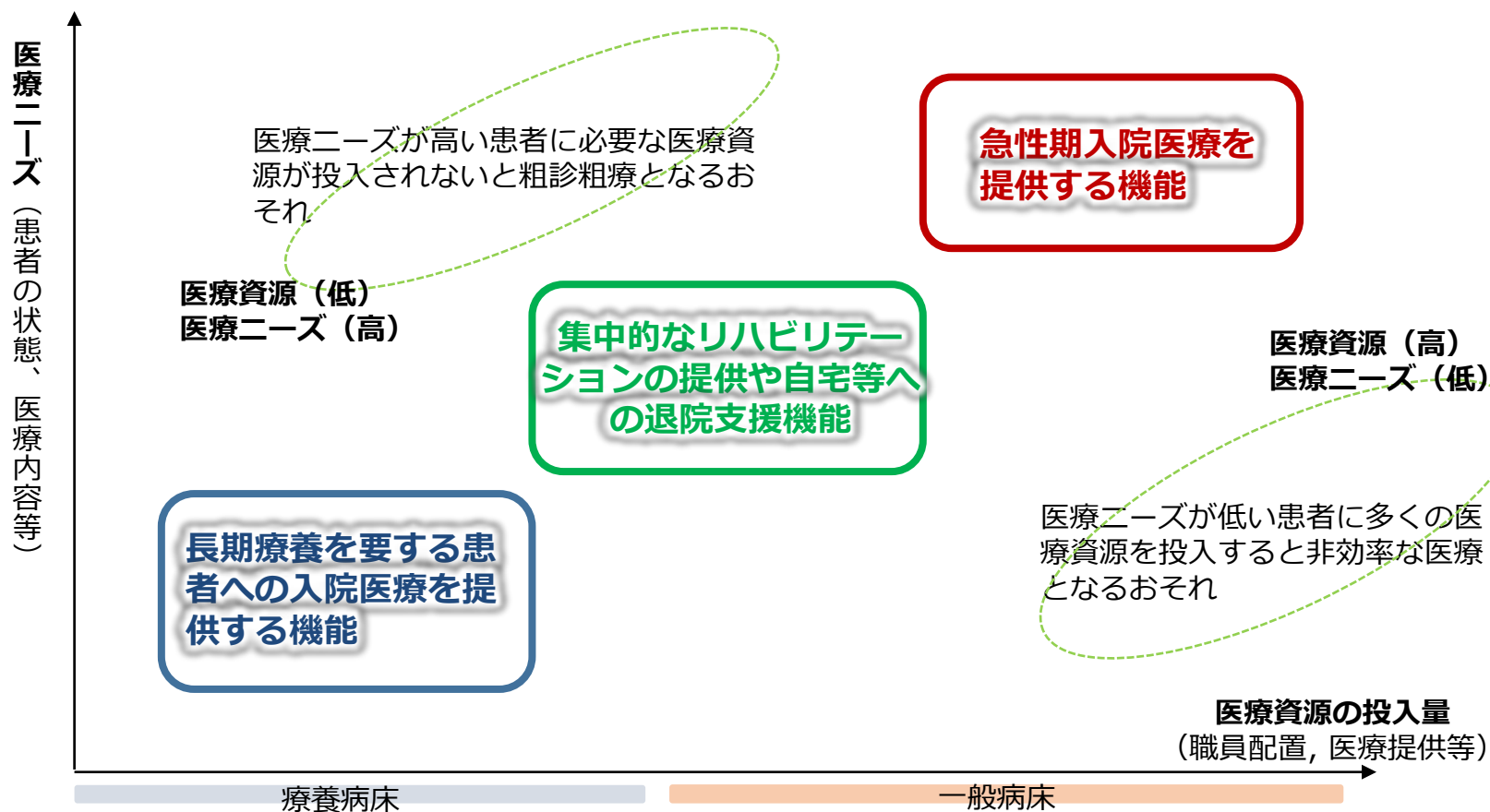
- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定（※）について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

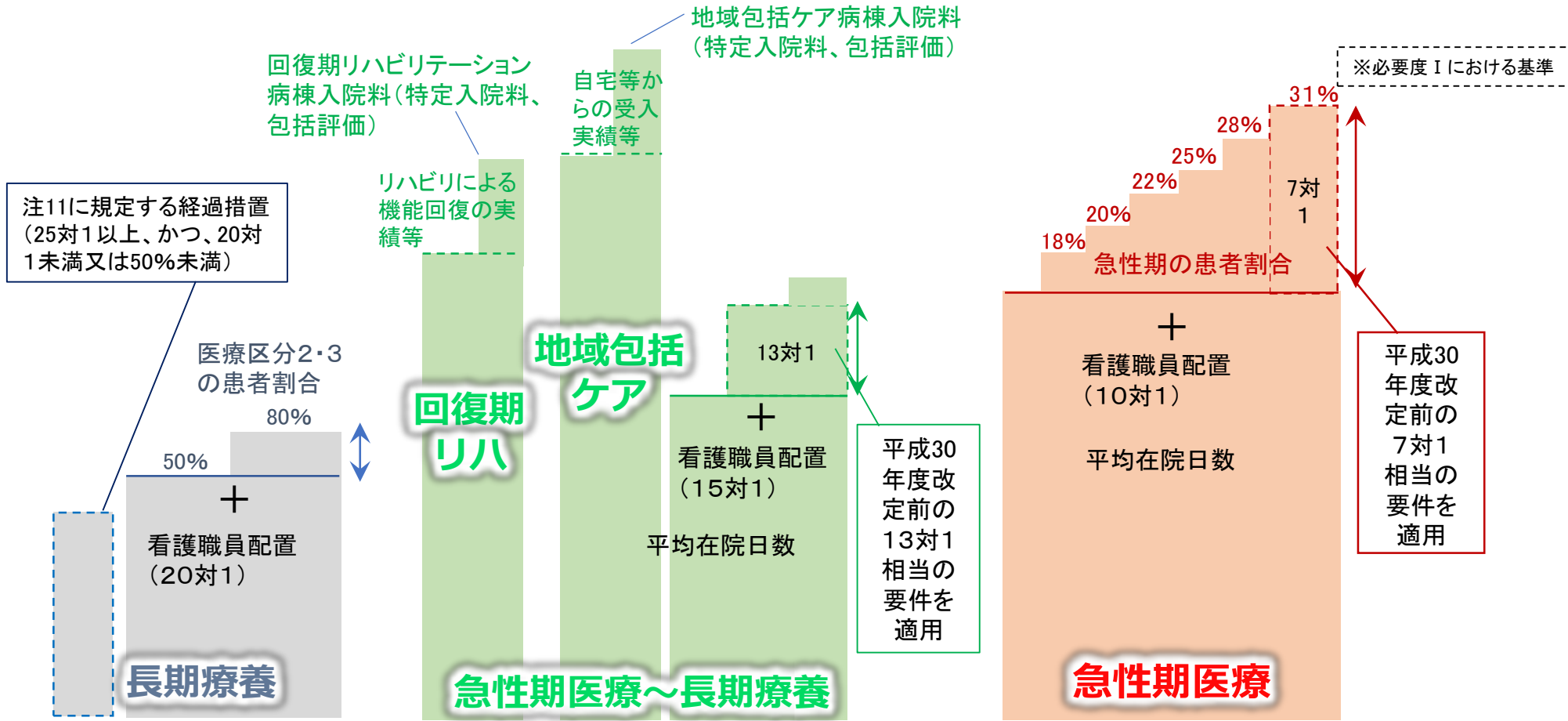
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



入院医療の評価体系（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、平成30年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料（20対1、25対1）を再編・統合

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

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>

(参考) 平成14年 特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入
平成16年 ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入

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、A項目3点以上又はC項目1点以上」 ・「該当患者割合を15%以上→25%以上」 ○ <u>在宅復帰率の見直し</u> ・「75%以上→80%以上」
平成30年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟入院基本料の見直し</u> ・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 ○ <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</u> ・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 ○ <u>在宅復帰率の見直し</u> ・「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	<u>急性期一般入院料1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> ・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

急性期一般入院料1～7の内容

- 平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編した。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上]※3	25%以上 [23%以上]※2	28%以上 [26%以上]※1	31%以上
	[]内は 200床未満の 経過措置	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上]※3	23%以上 [21%以上]※2	26%以上 [24%以上]※1	29%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・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	医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上	
データ提出加算		○(要件)						
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

<全体>

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒令和3年9月30日まで基準を満たしているものとする。

<200床未満>

許可病床数200床未満の病院

⇒令和4年3月31日まで割合の基準値を緩和する。

※[]内は許可病床数200床未満の病院の経過措置

- ※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
 ※2現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
 ※3現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

地域一般入院料1～3の内容

平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とした。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—	○	
データ提出加算	—(要件なし)		
点数	988点	1,153点	1,159点

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	/	/
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/
15	危険行動	ない	/	ある		/	/

7対1入院基本料に係る建議書

○ 平成19年の中央社会保険医療協議会において、7対1入院基本料に係る建議書が提出された。

平成19年 1月31日 中央社会保険医療協議会 建議書

平成19年 1月31日

厚生労働大臣 柳澤伯夫 殿

中央社会保険医療協議会 会長 土田武史

建議書

当協議会においては、昨年4月の平成18年度診療報酬改定実施以後、看護の問題に関して、経過措置の在り方などを慎重に検討してきた。特に同改定において導入した「7対1入院基本料」については、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価する目的で導入したものであるが、制度導入後、短期間に数多くの届出が行われるとともに、一部の大病院が平成19年度新卒者を大量に採用しようとしたことにより、地域医療に深刻な影響を与える懸念が示されてきた。このような状況を踏まえ、当協議会においては、昨年11月29日の第95回総会以降、この問題について取り上げ、実情の把握に努めるとともに、対応について審議を重ねてきたところである。

その結果、今春に向け国立大学病院等を中心として積極的な採用活動が行われていることが明らかとなった。しかし、一方で、今回の診療報酬改定の趣旨に必ずしも合致しているか疑問なしとしない病院においても7対1入院基本料の届出が行われているとの指摘がなされているところである。看護職員という貴重な医療資源が限られていることを考慮すると、このような状況に対して、当協議会としては深い憂慮を示さざるを得ない。

これを踏まえ、7対1入院基本料の取扱いについて今般結論を得るに至ったので、社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第2条第1項の規定に基づき、下記のとおり建議する。

なお、各保険医療機関におかれては、看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい。

記

- 1 看護職員の配置数等を満たした病院について届出を認めるという現行の7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする。
- 2 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準の在り方について、必要な研究に早急に着手し、その結果を踏まえて、平成20年度の診療報酬改定において対応すること。
- 3 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

平成26年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 平成26年度改定において、急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図る観点から、急性期患者の特性を評価する項目へ変更するとともに、名称を「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に変更した。

平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶ 急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について、**急性期患者の特性を評価する項目**とし、「**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度**」に名称を変更する。

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
(削除)	
(削除)	
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

平成28年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 平成28年度改定においては、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、手術等の実施を評価するC項目を追加した。

平成28年度診療報酬改定

医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	
[A項目]	
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	
4 心電図モニターの管理	
5 シリンジポンプの管理	
6 輸血や血液製剤の管理	
7 専門的な治療・処置	
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 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、⑩ ドレナージの管理	
[B項目]	
8 寝返り	9 起き上がり
10 座位保持	11 移乗
12 口腔清潔	13 食事摂取
14 衣服の着脱	



改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、 A項目3点以上又はC項目1点以上	
[A項目]	
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。), ②褥瘡の処置)	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	
4 心電図モニターの管理	
5 シリンジポンプの管理	
6 輸血や血液製剤の管理	
7 専門的な治療・処置	
① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、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、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療	
8 救急搬送後の入院	
[B項目]	
9 寝返り	(削除)
(削除)	10 移乗
11 口腔清潔	12 食事摂取
13 衣服の着脱	14 診療・療養上の指示が通じる
	15 危険行動
[C項目]	
16 開頭手術	17 開胸手術
18 開腹手術	19 骨の手術
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術
22 救命等に係る内科的治療	
① 経皮的血管内治療 ② 経皮的筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療	

平成30年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

○ 平成30年度改定においては、実績に応じた評価体系を導入して入院料を再編するとともに、実態を踏まえた基準の見直しを行った。

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

➢ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 []内は 200床未満の経過 措置	重症度、 医療・看護必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・病床機能連携率		—						8割以上
その他		—						・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 医師の員数が入院患者数の100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価 []内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

➢ 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	改定後
C18 開腹手術(5日間)	C18 開腹手術(4日間)

➢ 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行	改定後
・A得点2点以上かつB得点3点以上	・A得点2点以上かつB得点3点以上
・A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
・C得点1点以上	・A得点3点以上
	・C得点1点以上

※ B14・診療・療養上の指示が通じる
B15・危険行動

令和2年度改定における「重症度、医療・看護必要度」への対応

- 令和2年度改定においても、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、重症度、医療・看護必要度の評価項目や判定基準の見直しを行った。

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（概要）

- 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

急性期一般入院基本料

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。

地域包括ケア病棟入院料

- 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。

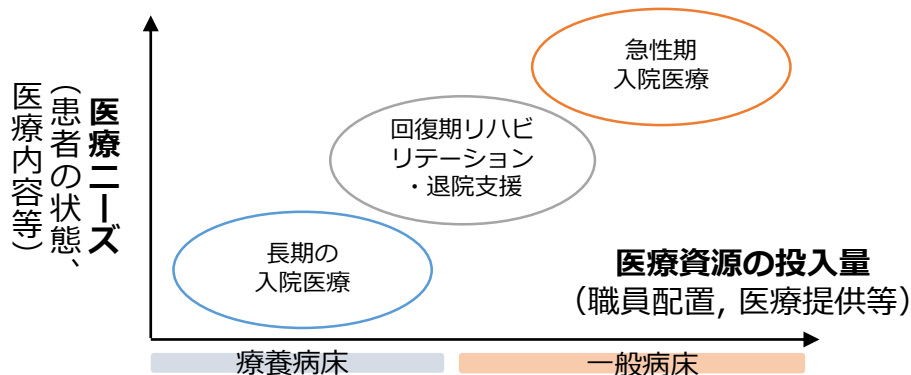
回復期リハビリテーション病棟入院料

- リハビリテーションの実績を適切に評価に反映する観点から、実績指数等に係る要件を見直すとともに、日常生活動作の評価に関する取扱いを見直す。

療養病棟入院基本料

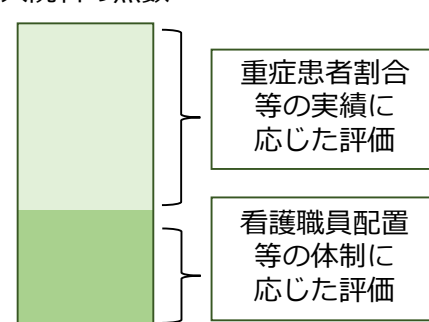
- 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。また、中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直す。

医療ニーズと医療資源投入量（イメージ）



医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院料の点数



入院料	実績指標
急性期一般入院基本料	重症度、医療・看護必要度
地域包括ケア病棟入院料	在宅医療等の提供実績
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリ実績指数、重症者の割合
療養病棟入院基本料	医療区分・ADL区分

重症度、医療・看護必要度(A項目)の変遷

A項目 治療等のモニタリング、処置、入院時の状況等について、実施や管理したことを測定

平成20年：導入

9項目

「創傷処置」、「血圧測定」、「時間尿測定」、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター」「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」
「専門的な治療・処置」（「専門的な治療・処置」は7種類）

平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）

→7項目

- ・「血圧測定」、「時間尿測定」を削除
- ・「創傷処置」は、「創傷処置 褥瘡処置 いずれか一つ以上該当する場合」に変更
- ・「呼吸ケア」は、「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」に変更
- ・「専門的な治療・処置」に、「抗悪性腫瘍剤の内服」、「麻薬の内服・貼付」、「抗血栓塞栓薬の持続点滴」を追加（10種類）

平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加

→8項目

- ・「救急搬送後の入院」を追加
- ・「専門的な治療・処置」に、「無菌治療室での治療」を追加（11種類）

平成30年：一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入（必要度Ⅰと選択可能）

- ・必要度Ⅱのみ、「救急搬送後の入院（2日間）」は対象外とする

令和2年：入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

- ・「専門的な治療・処置」の「免疫抑制剤の管理」は、「免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）」に変更
- ・「救急搬送後の入院（必要度Ⅰのみ／2日間）」は、「必要度Ⅰ：救急搬送後の入院（5日間） 必要度Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（5日間）（入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者）」に変更

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
行為の実施	1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
	2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
	3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
	4 心電図モニターの管理	なし	あり	—
	5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
	6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
行為の実施及び管理	7 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレーナの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
入院受入(実施)	8 I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

重症度、医療・看護必要度(B項目、C項目)の変遷

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入

7項目

「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「移乗」、「口腔清潔」、「食事摂取」
「衣服の着脱」

平成28年：

→7項目

・他の項目と類似する2項目（「起き上がり」、「座位保持」）を削除
・認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目（「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」）を追加

令和2年：

・「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とした

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

C項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

平成28年：導入

A項目では評価されない医療の必要性の高い項目を創設
→7項目（うち、「救命等に係る内科的治療」は3種類）

平成30年：

・実態を踏まえ、該当日数を短縮「開腹手術」5日間→4日間

令和2年：

・入院で実施される割合が高い検査・手術を追加
→9項目「別に定める検査（2日間）」、「別に定める手術（6日間）」を追加
・実態を踏まえて手術の該当日数を延長
「開腹手術」7日間→13日間 / 「開胸手術」7日間→12日間
「開腹手術」4日間→7日間 / 「骨の手術」5日間→11日間
「胸腔鏡・腹腔鏡手術」3日間→5日間 / 「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」2日間→5日間
「救命等に係る内科的治療」2日間→5日間

	C 手術等の医学的状況	0点	1点
手術	16 開頭手術(13日間)	なし	あり
	17 開胸手術(12日間)	なし	あり
	18 開腹手術(7日間)	なし	あり
	19 骨の手術(11日間)	なし	あり
	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
内科的治療	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
	22		
検査・手術	23 別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
	24 別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24% (22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23% (21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定)	28%	23%
7対1入院基本料(専門)	28%	23%
看護必要度加算1 (特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2 (特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3 (特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	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	6%	5%
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%



改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28% (26%) ^{※1}	26% (24%) ^{※1}
急性期一般入院料3	25% (23%) ^{※2}	23% (21%) ^{※2}
急性期一般入院料4	22% (20%) ^{※3}	20% (18%) ^{※3}
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	—	28%
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%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
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	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

（カッコ内は許可病床数
200床未満の経過措置）

【経過措置】

<全体>
令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和3年9月30日まで**
基準を満たしているものとする。

<200床未満>
許可病床数200床未満の病院
⇒ **令和4年3月31日まで**
割合の基準値を緩和する。
(※1～3)

※1
現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
※2
現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
※3
現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし		あり

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

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

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。

4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC/PDPS)

5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。

8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。

9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。

10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

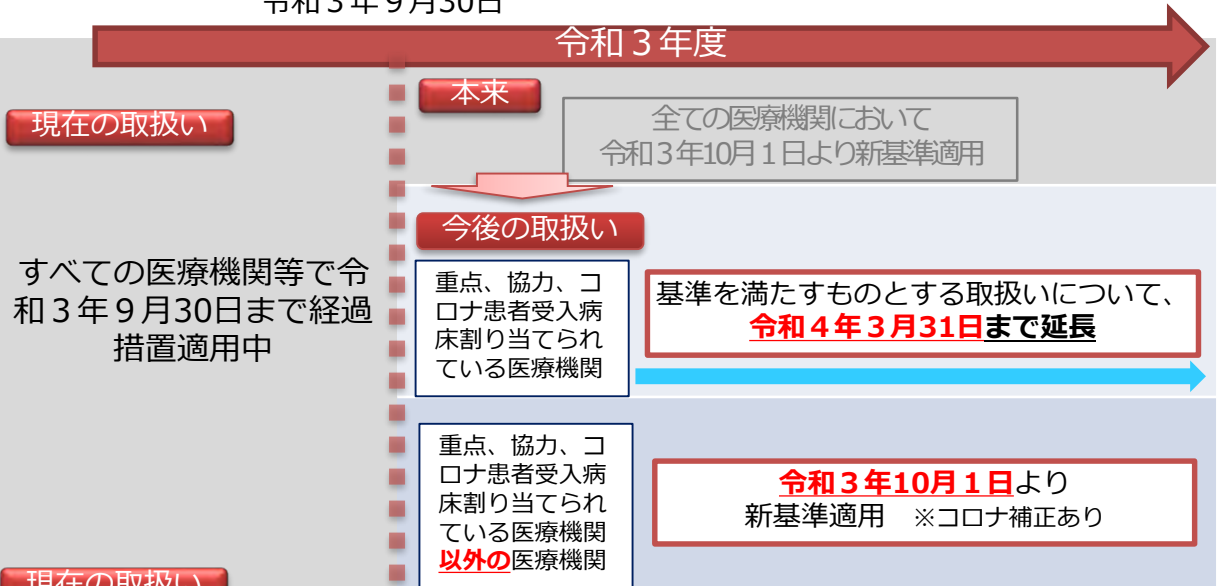
11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

○ 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年10月以降の取扱いを以下のとおりとする。

令和3年9月30日

1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等



現在の取扱い

重点、協力、コロナ患者受入病床割り当てられている医療機関

令和4年3月31日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

2. 施設基準等において年間実績を使用

例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）

現在の取扱い

重点、協力、コロナ患者受入病床割り当てられている医療機関
以外の医療機関

令和3年9月30日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

本来

令和3年10月1日より特例廃止

今後の取扱い

令和3年10月1日より、特例は終了し、令和2年実績を使用して判定 ※コロナ補正あり

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

中医協 総 - 9
3 . 9 . 1 5

急性期一般入院料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
急性期一般入院料 1 (34施設)	急性期一般入院料 2	22施設	8	6	3	2	3
	急性期一般入院料 3	6施設	2	1	2	1	-
	急性期一般入院料 4	5施設	1	1	1	1	1
	急性期一般入院料 6	1施設	-	-	-	1	-
急性期一般入院料 2 (7施設)	急性期一般入院料 3	2施設	-	2	-	-	-
	急性期一般入院料 4	1施設	-	-	-	1	-
	急性期一般入院料 5	1施設	-	-	1	-	-
	急性期一般入院料 6	1施設	-	-	-	1	-
	急性期一般入院料 7	2施設	1	-	-	-	1
急性期一般入院料 4 (22施設)	急性期一般入院料 5	2施設	2	-	-	-	-
	急性期一般入院料 6	2施設	-	1	-	1	-
	急性期一般入院料 7	18施設	-	2	2	5	9
急性期一般入院料 5 (27施設)	急性期一般入院料 6	9施設	-	2	-	4	3
	急性期一般入院料 7	18施設	4	4	1	2	7
急性期一般入院料 6 (18施設)	急性期一般入院料 7	18施設	1	2	1	6	8

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

中医協 総 - 9
3 . 9 . 1 5

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
地域包括ケア病棟入院料 1	地域包括ケア病棟入院料 2	4施設	2	2	-	-	-
	地域包括ケア病棟入院料 3	1施設	-	-	-	1	-
	-	2施設	-	-	1	1	-
地域包括ケア病棟入院料 2	-	12施設	8	2	1	-	1
地域包括ケア入院医療管理料 1	地域包括ケア入院医療管理料 2	8施設	-	-	2	3	3
	地域包括ケア入院医療管理料 4	1施設	-	1	-	-	-
	-	4施設	-	1	-	2	1
地域包括ケア入院医療管理料 2	-	9施設	1	1	2	3	2

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

中医協 総 - 9
3 . 9 . 1 5

回復期リハビリテーション病棟入院料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	7施設	-	1	1	3	2
	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1施設	-	-	-	-	1
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	4施設	1	2	-	-	1
	-	1施設	1	-	-	-	-

経過措置終了に伴う急性期一般入院料等の届出状況

○ 新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れていない医療機関において、令和3年9月30日に入院料に係る経過措置が終了したことによる、影響は以下のとおりだった。

新型コロナウイルス感染症に係る対応として
重点医療機関、協力医療機関、新型コロナ患者受入病床割り当て医療機関、
のいずれにも該当していなかった医療機関について、
入院料に係る経過措置が令和3年9月30日で終了したことにより、入院料を変更した医療機関の状況

変更前	変更後	医療機関数
急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 3	1
急性期一般入院料 2	急性期一般入院料 5	1
	急性期一般入院料 7	1
急性期一般入院料 4	急性期一般入院料 7	8
急性期一般入院料 5	急性期一般入院料 6	1
	急性期一般入院料 7	10
急性期一般入院料 6	急性期一般入院料 7	8
地域包括ケア病棟入院料 2 及び／又は地域包括ケア入院医療管理料 2	—	3
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院基本料 2	4
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1 重症度、医療・看護必要度について
 - 2-2 急性期入院医療の評価について
 - 2-3 重症患者対応について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

入院分科会のとりまとめ及びとりまとめにおける指摘事項①

(必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について)

○ 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では7割程度であった。

(必要度の該当患者割合について)

○ 令和2年度改定後の必要度の該当患者割合の変化は、令和2年度の見直しにおける、どの内容が最も影響しているのか分析してはどうかという指摘を踏まえ、令和2年度における必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合を令和2年度改定前と比較したところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに基準③(令和2年度改定前の基準④)の割合が高くなっていた。

○ 新型コロナウイルス感染症の影響が少ないと考えられる医療機関に着目した分析をさらに行うことで、令和2年度改定による必要度への影響を検討できるのではないかと指摘を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行った。

入院分科会のとりまとめ及びとりまとめにおける指摘事項②

(評価項目)

○ 「心電図モニター管理」

- ・「心電図モニター管理」については、医師が医学的必要性から装着の必要性を判断している医療機関がある一方で、心電図モニターの保有台数等、医学的必要性以外の理由で装着を決定している医療機関もあるのではないかと指摘があった。こういった背景については、単に「心電図モニター管理」に該当しているという結果のみから分析を進めても、議論を進めることが難しいのではないかと指摘があった。
- ・これらの実態や指摘も踏まえると、「心電図モニター管理」は、純粋に患者の状態を反映しているとは必ずしも言えない、との指摘があった。
- ・急性期における評価指標として適切かという観点から検討する余地があり、今回示された他の項目の該当割合との掛け合わせの結果や、本項目を除外した場合の影響も見ながら、検討することがよいのではないかと指摘があった。
- ・医学的必要性がない項目である場合、看護師の手間が不必要に増えてしまう観点も踏まえて検討することが必要、との指摘があった。

○ 「点滴ライン同時3本以上の管理」

- ・「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤の種類数について分析すると、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上という要件でありながらも2種類以下という患者が存在し、評価指標として適切か検討が必要との指摘があった。
- ・必要度Ⅱでは、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価であるため、コードによっては使用薬剤が2種類以下となる場合もあることも踏まえる必要があるのではないかと指摘があった。

○ 「輸血や血液製剤の管理」

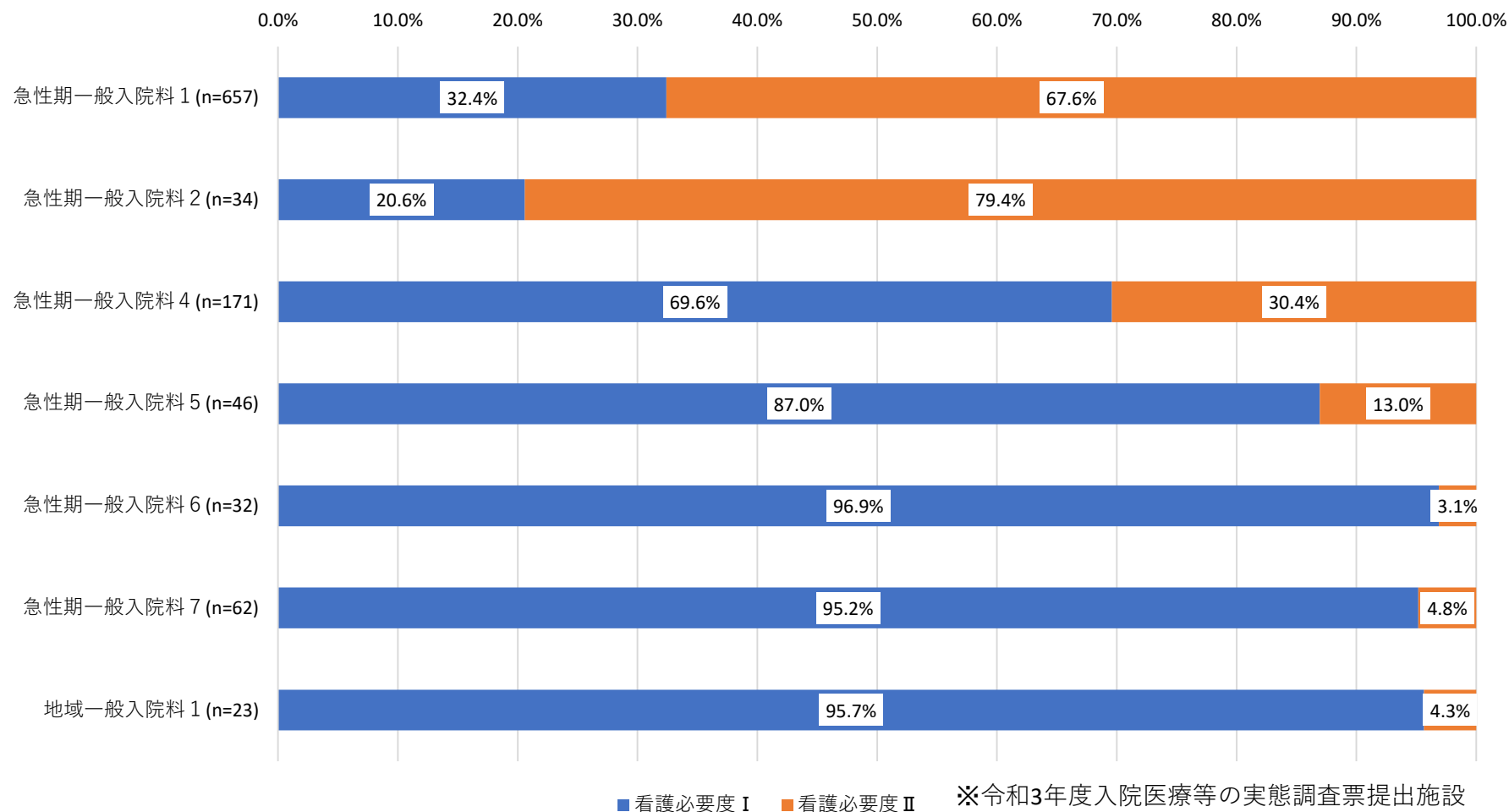
- ・「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみると、「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向であったことを踏まえ、評価を見直してはどうかという指摘があった。

○ B項目について、「口腔清潔」と「衣服の着脱」や「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、高い正の相関がみられた。

○ 令和2年度診療報酬改定におけるC項目の該当日数の見直しの影響について、今後も注視していく必要があるとの指摘があった。

○ 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では7割程度であった。

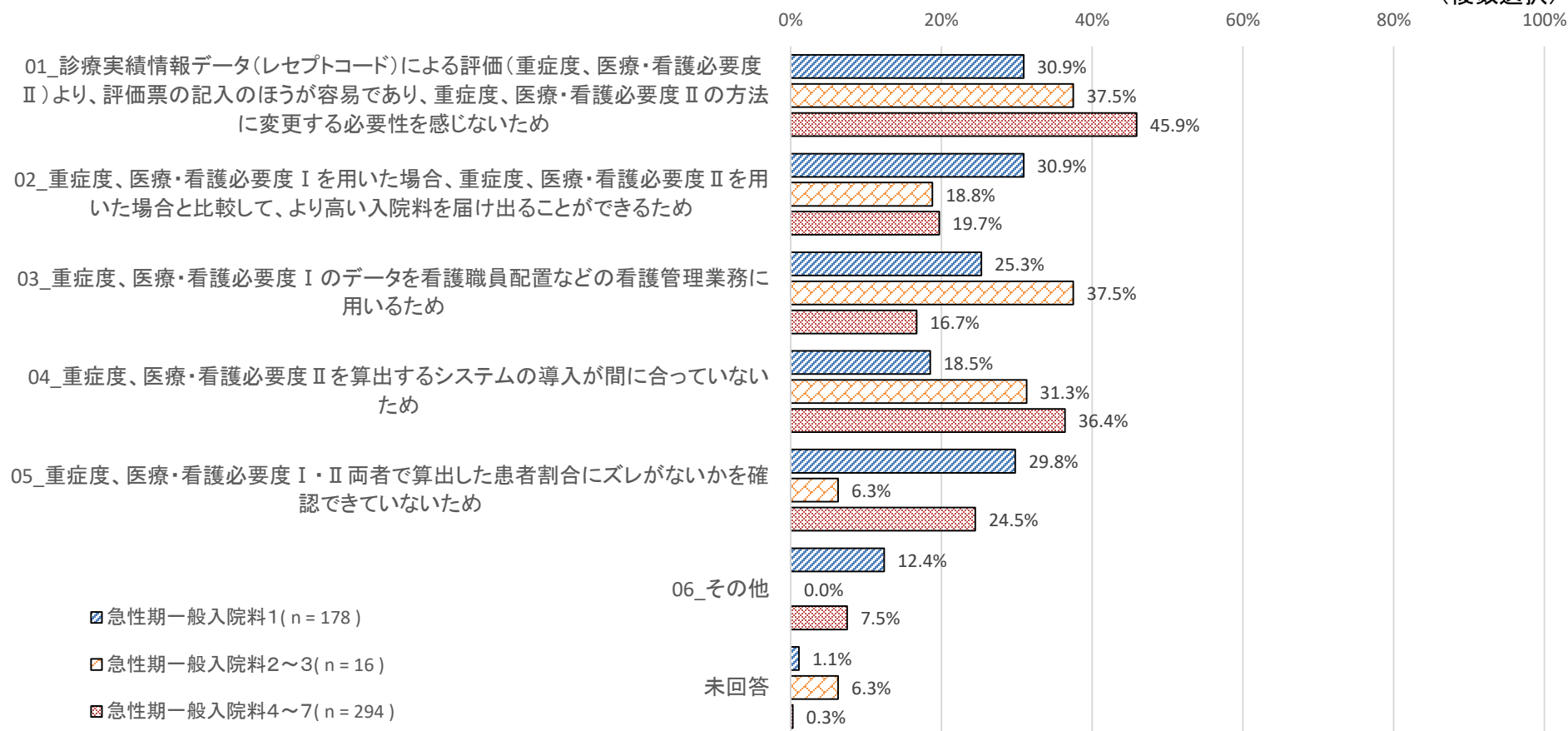
届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和3年6月時点）



重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由

- 重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由をみると、「診療実績データによる評価より、評価票の記入のほうが容易であり、IIに変更する必要性を感じないため」が多かった。
- 急性期一般入院料 2～3、急性期一般入院料 4～7については、「看護職員配置などの看護管理業務に用いるため」や「重症度、医療・看護必要度 II を算出するためのシステムの導入が間に合っていないため」も多かった。

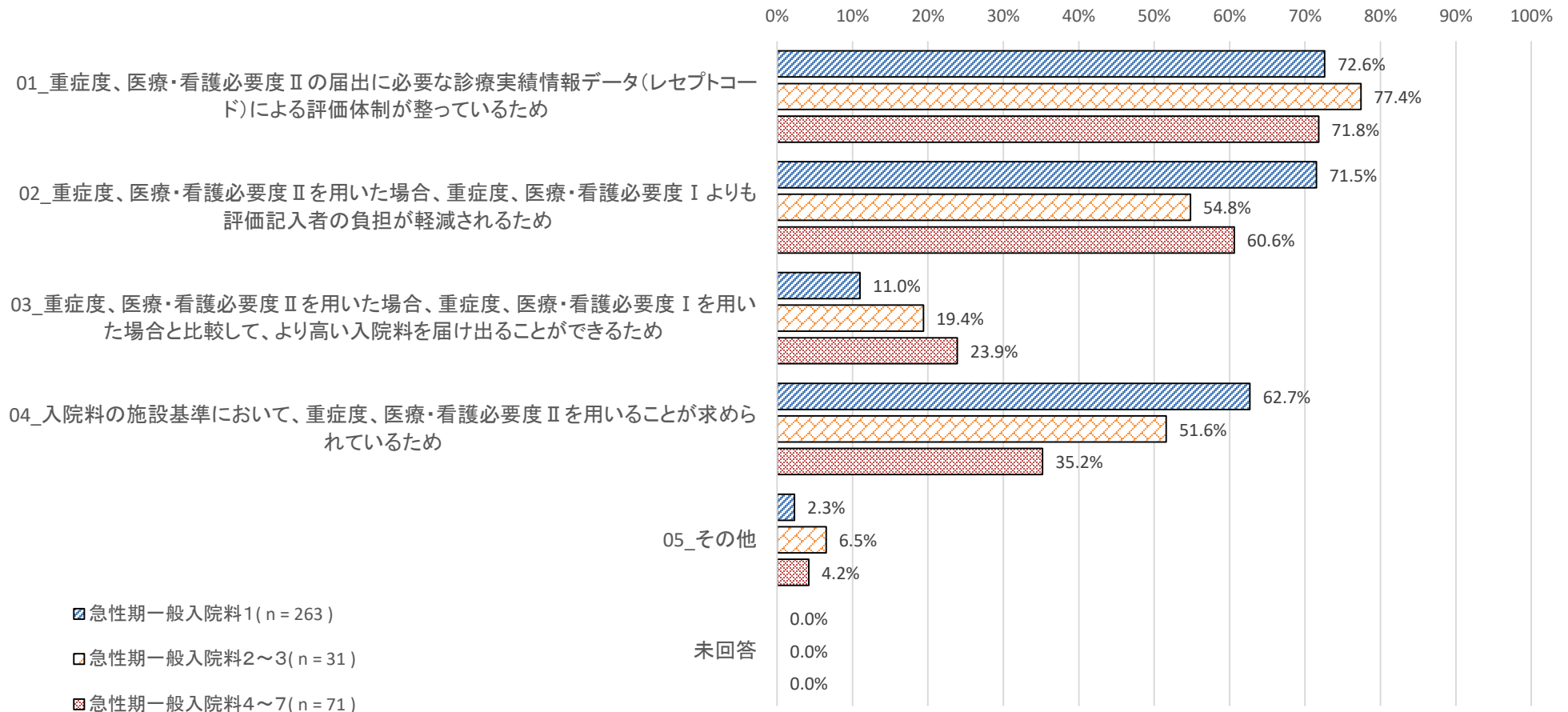
重症度、医療・看護必要度 I の届出を行っている理由(該当するもの複数選択)



○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」「重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、Ⅰよりも評価記入者の負担が軽減されるため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行っている理由(該当するもの複数選択)

(複数選択)



重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへ移行した施設についての分析

- 令和2年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関のうち、令和元年度の届出が必要度Ⅰであった医療機関は96施設だった。
- 96施設について開設者別にみたところ、医療法人、公立が多かった。
- 病床規模についてみたところ、200床未満と400床以上が多かった。

必要度Ⅰから必要度Ⅱに移行した医療機関（96施設）

開設者別	1) 国立	7	R2	急性期一般入院料 1	52
	2) 公立	22		急性期一般入院料 2	1
	3) 公的	10		急性期一般入院料 3	0
	4) 社会保険関係	0		急性期一般入院料 4	22
	5) 医療法人	27		急性期一般入院料 5	7
	6) その他の法人	19		急性期一般入院料 6	2
	7) 個人	1		急性期一般入院料 7	6
	不明	10		特定機能病院 7 : 1	6
	合計	96		合計	96
病床規模別	～199床	35			
	200～399床	16			
	400床～	34			
	不明	11			
	合計	96			

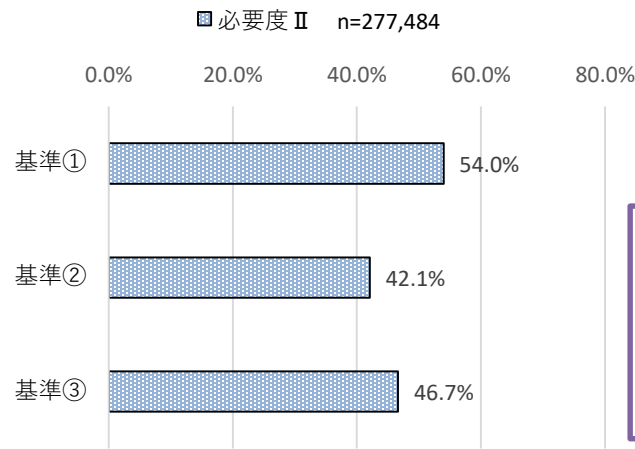
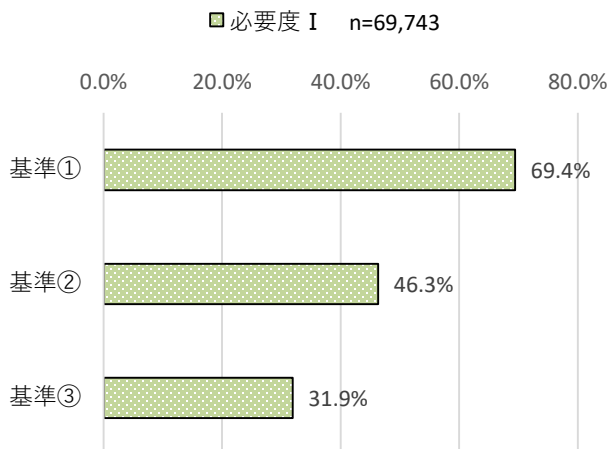
※R2年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関:419施設

各基準を満たす患者の割合

○ 令和2年度における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合をみると、令和2年度改定前と比較し、必要度Ⅰ・Ⅱともに、基準③（令和2年度改定前の基準④）の割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者における各基準の割合

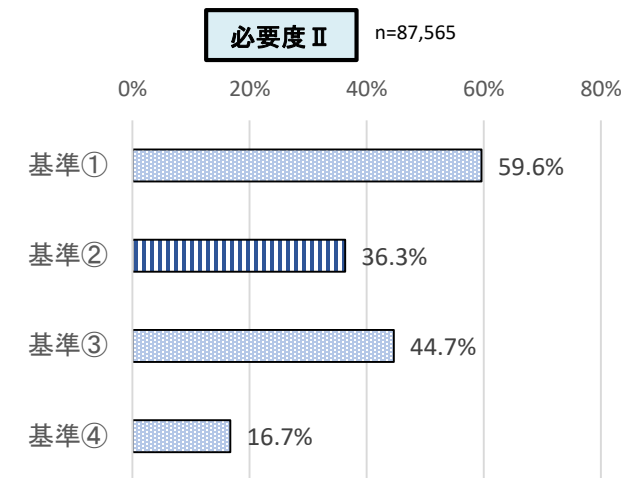
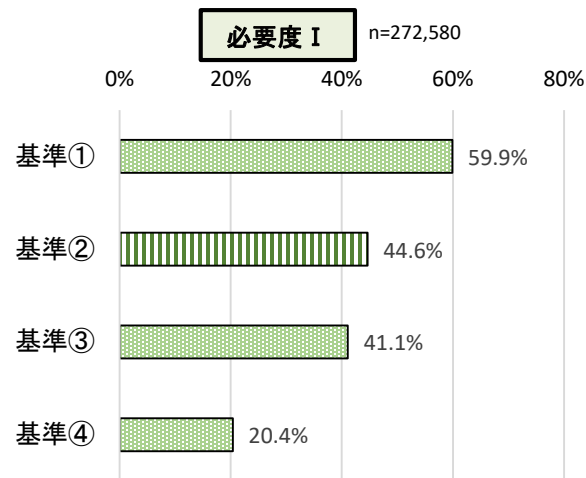
R 2



基準①:
A2点以上かつB3点以上
基準②:
A3点以上
基準③:
C1点以上

出典：令和2年度入院医療等の調査 ※nは患者数×日数(人・日) 新型コロナウイルス感染症患者は除く

H 30



基準①:
A2点かつB3点以上
基準②:
B14又はB15に該当し
A1点かつB3点以上
基準③:
A3点以上
基準④:
C1点以上

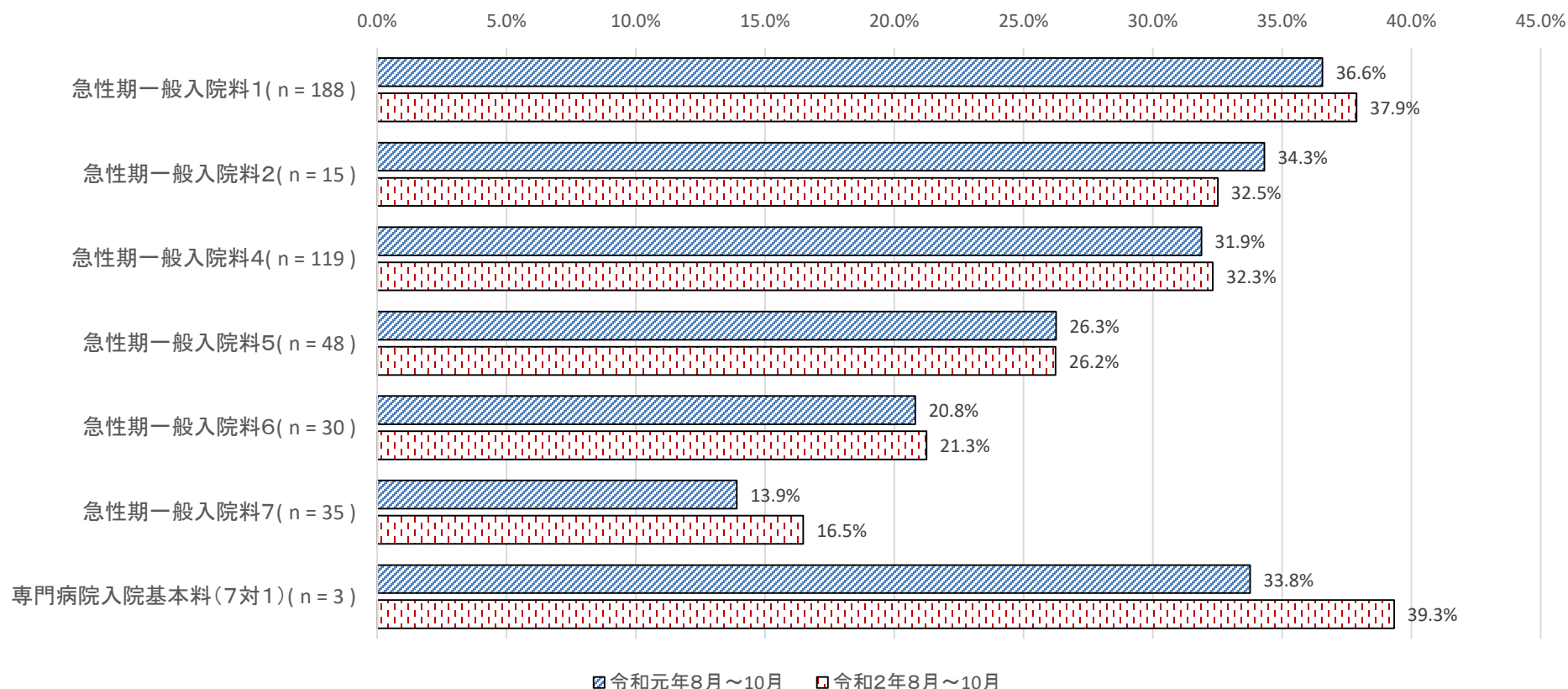
出典：平成30年度入院医療等の調査 ※nは患者数×日数(人・日) ※届出区分無回答のものは除く

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合の比較 (R1/R2)

中医協 総-2
3.8.25

○ 重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなかった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度 I の判定基準を満たす患者割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)

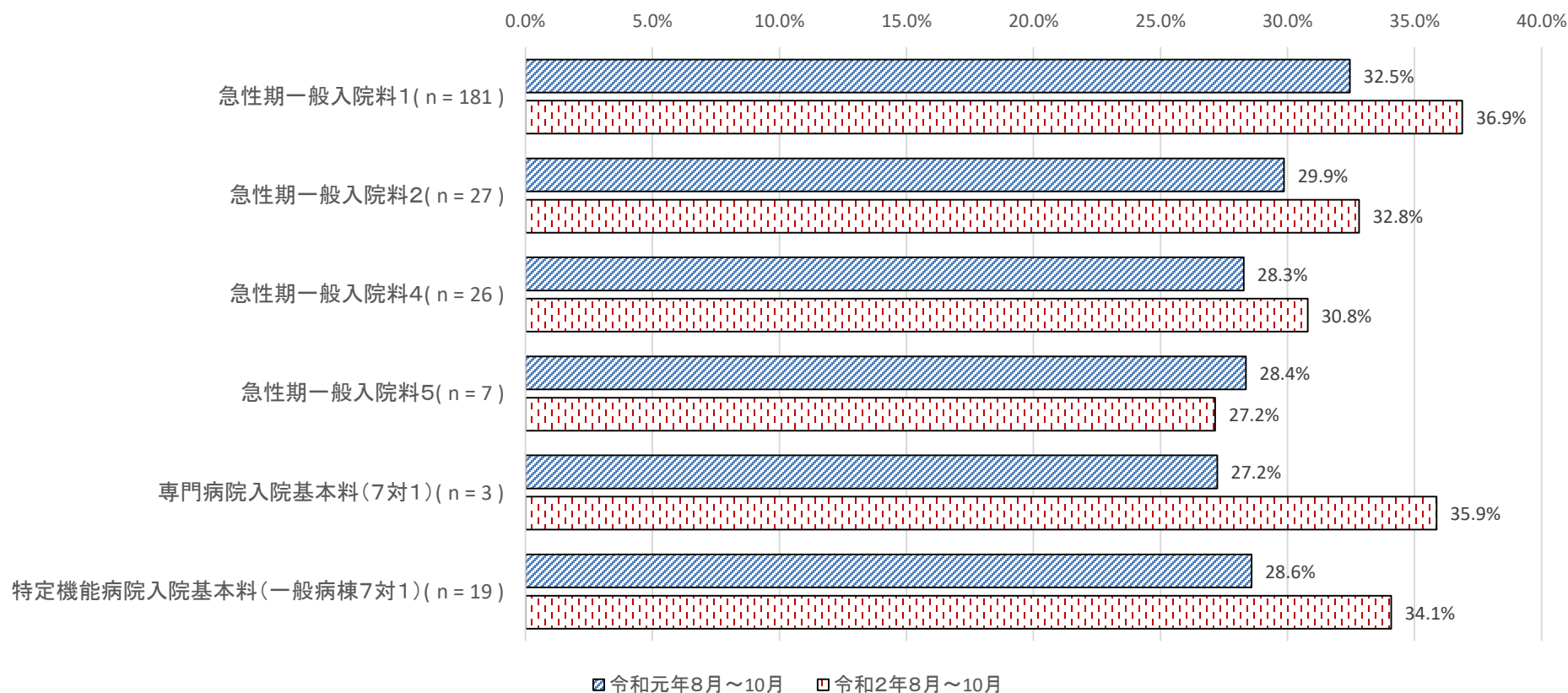


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の比較（R1/R2）

中医協 総-2
3.8.25

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が割合が高い傾向にあった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



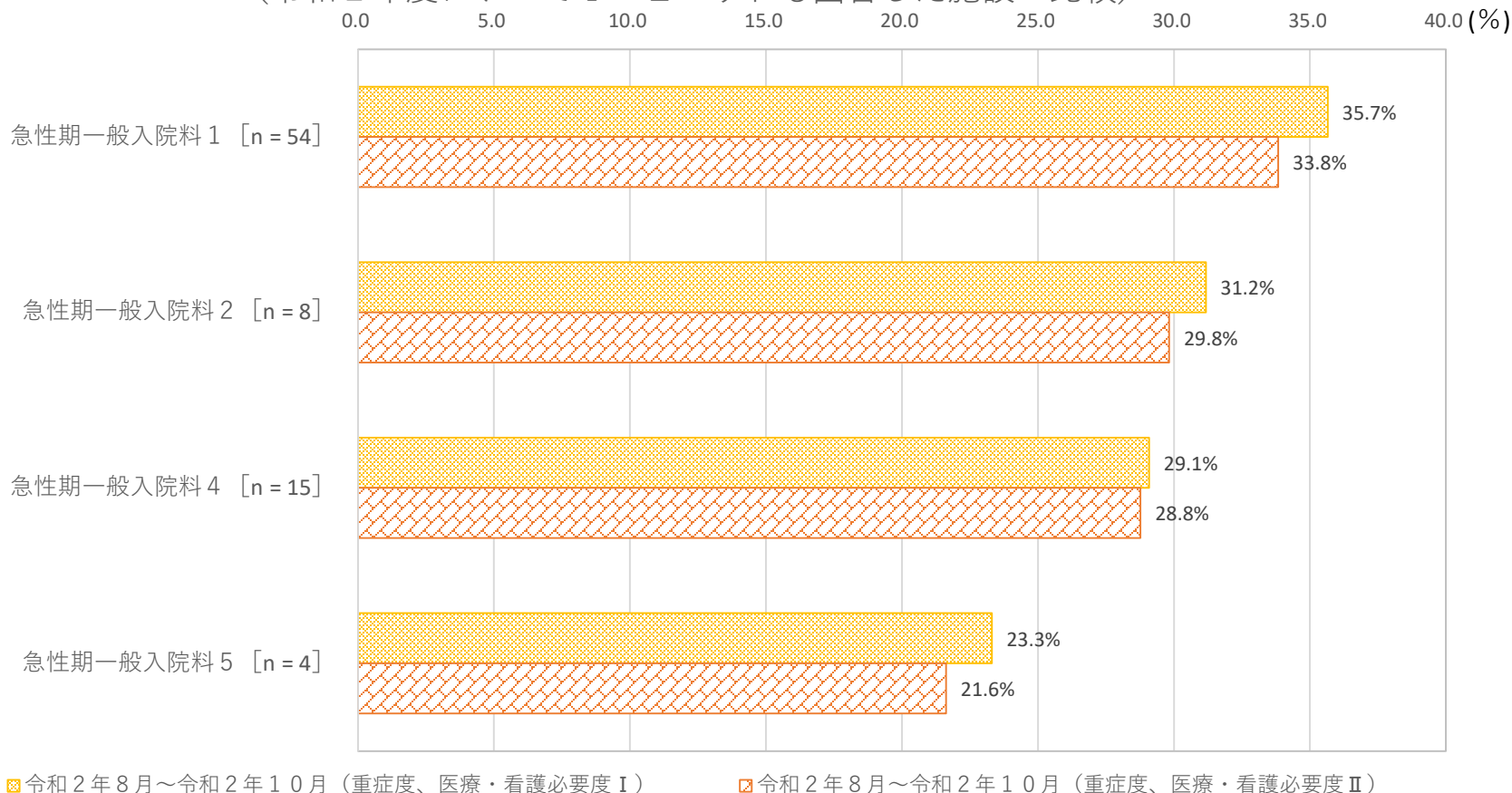
■ 令和元年8月～10月 □ 令和2年8月～10月

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、令和2年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合

（令和2年度においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票） ※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

- 医療機関のコロナ患者受け入れに関する分析では、次の分類を用いた。

新型コロナ患者受入等

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

A票：問1-4
B～D票：問1-5

※ 上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

コロナ患者受入医療機関／非受入医療機関の分析においては、「コロナ受入あり」「コロナ受入なし」を以下のとおり分類した。

「コロナ受入あり」

A票～D票：コロナ受入分析期間で、アに一度でも該当している医療機関

「コロナ受入なし」

A票～D票：コロナ受入分析期間で、アに該当していない医療機関

※コロナ受入分析期間

令和2年4～6月、令和2年4～9月、令和2年8～10月

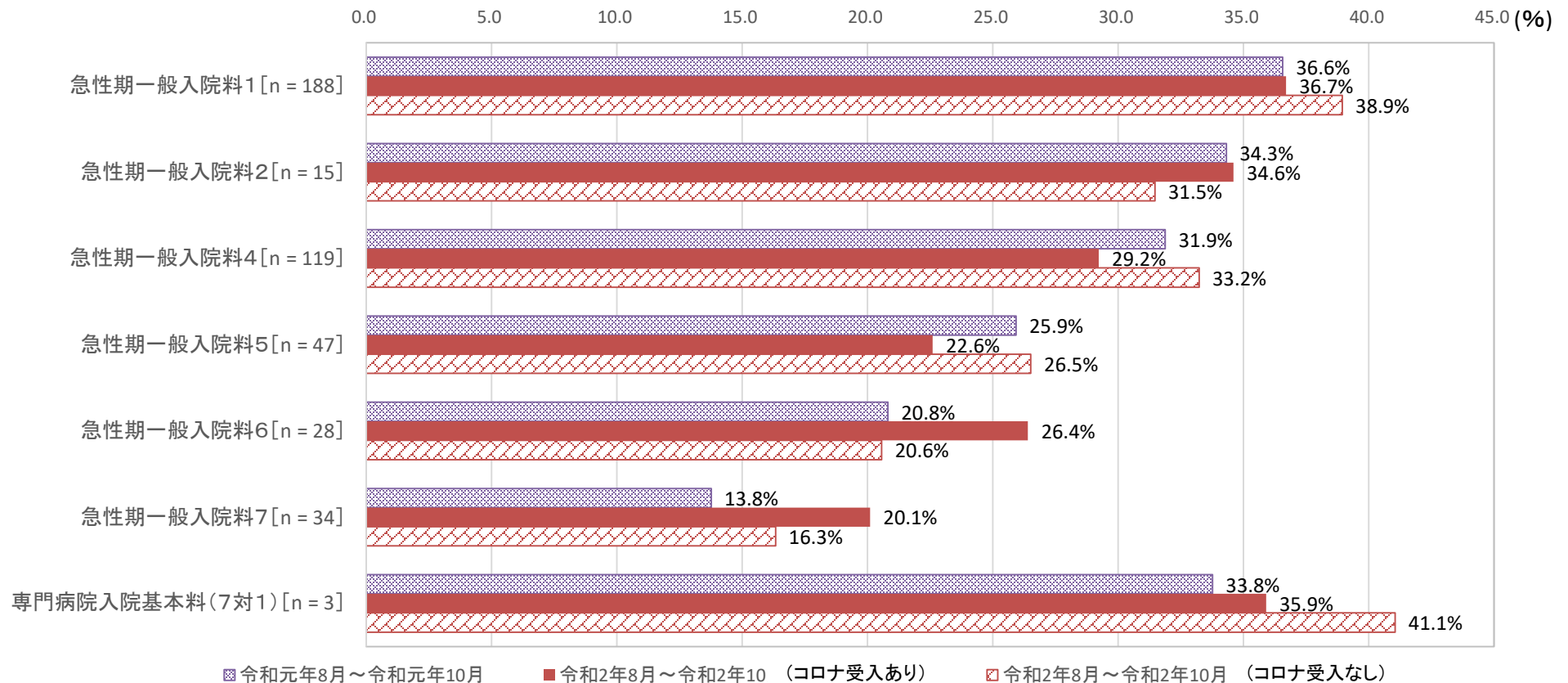
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合 (R1/R2コロナ有無)

中医協 総-1-2
3.10.27

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの患者割合は、急性期一般入院料1、4、5、専門病院入院基本料（7：1）において、令和2年度コロナ受入ありの施設の割合が低くなる傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したのもののみ集計

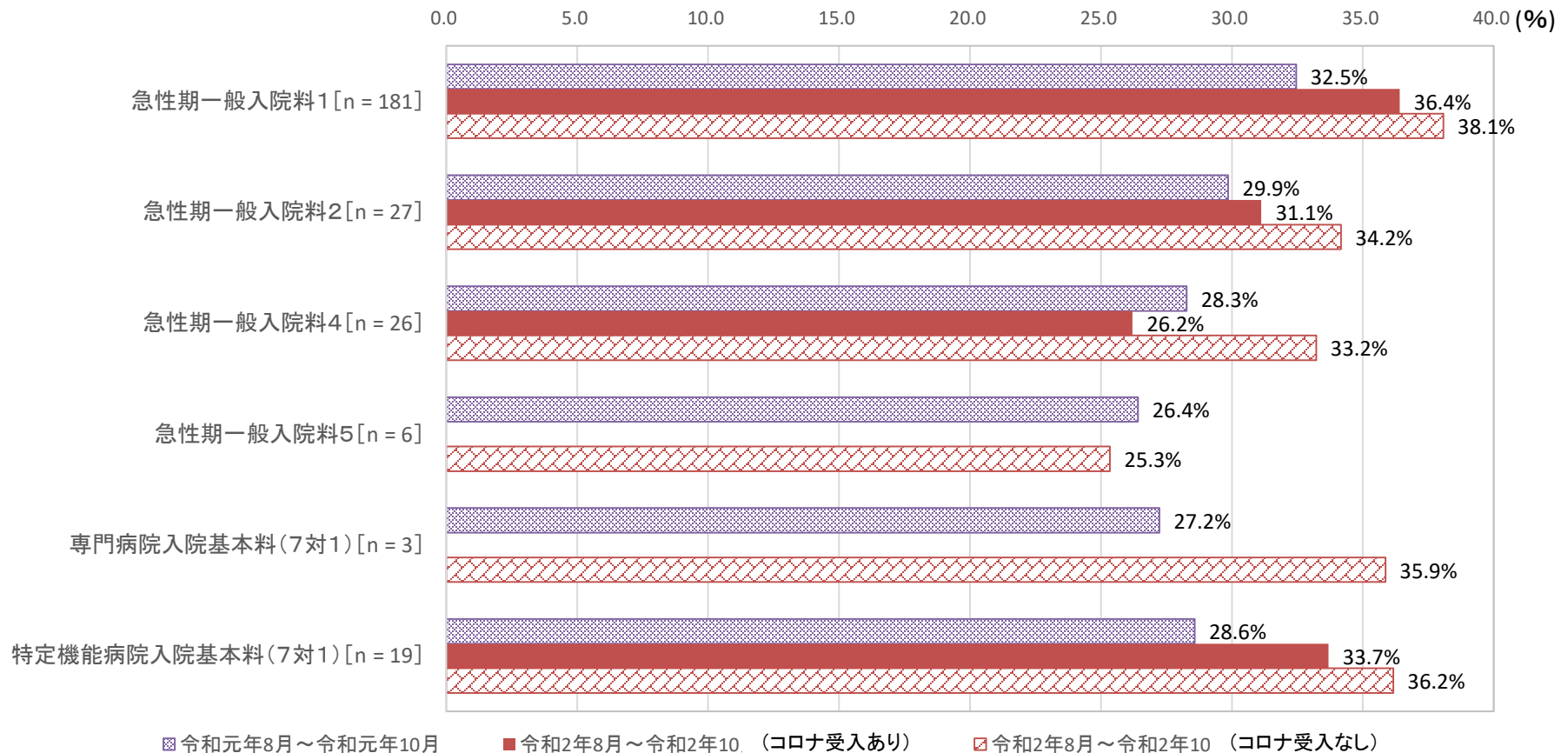
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合 (R1/R2コロナ有無)

中医協 総-1-2
3.10.27

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合は、全体的に令和2年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合
(R1・R2いずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

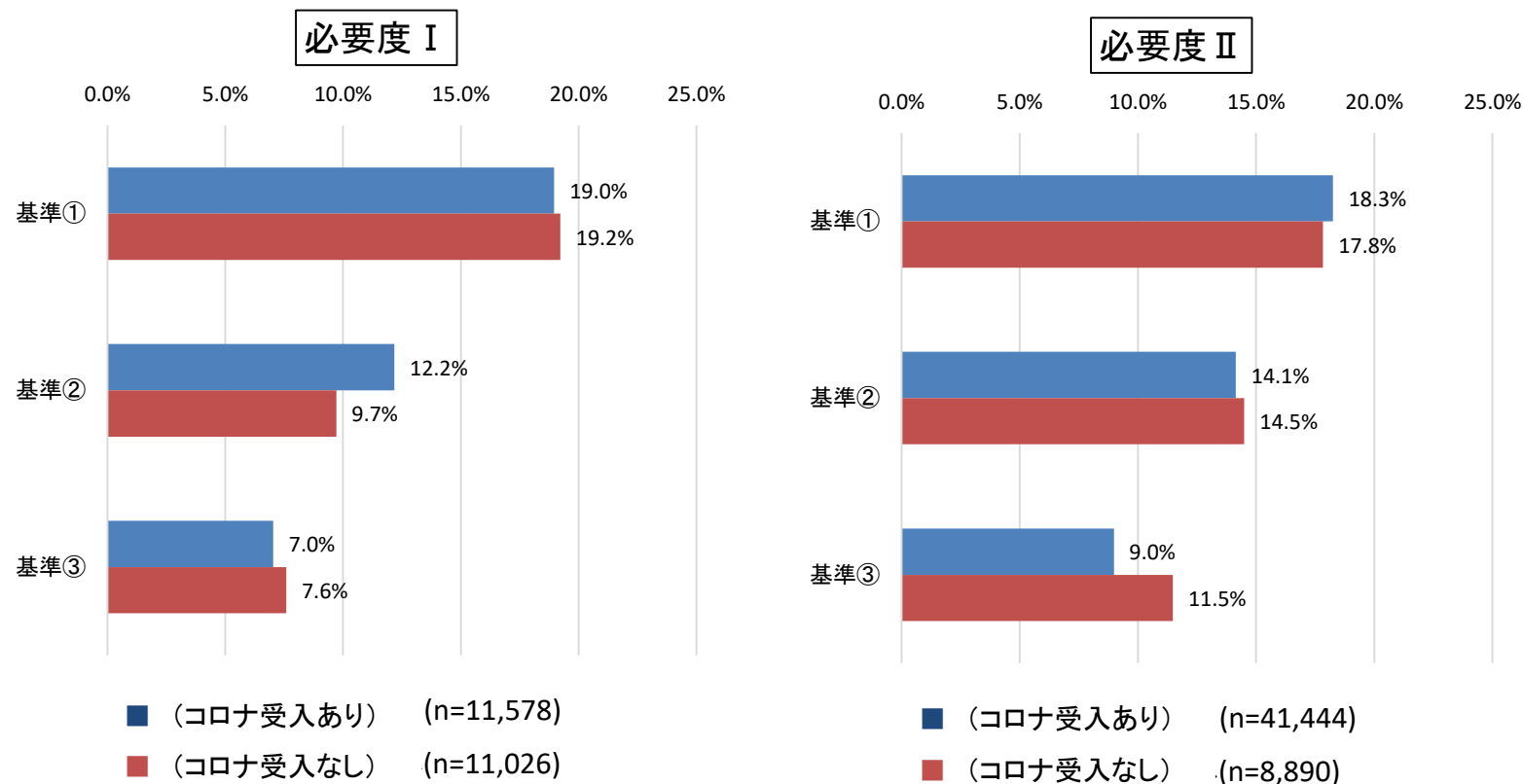
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合

中医協 総-1-2
3.10.27

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみると、基準③については、必要度Ⅰ・Ⅱともに「コロナ受入あり」の方が基準を満たす患者の割合が低かった。



基準①:
A2点以上かつB3点以上
基準②:
A3点以上
基準③:
C1点以上

- コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について抽出条件を変更し、対象数を増やしたところ、以下のとおりだった。
- 影響が少ないと考えられるA区分の施設を病床規模別にみたところ、以下の通りであった。

1. コロナ分受入分析期間中、施設票問1-4の(ア)に一度も該当しない施設数

A区分	510
B区分	650
C区分	510
D区分	290
合計	1,960

2. 1かつ、施設票問2-3の「①外来」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」または「04」に該当する施設数

A区分	285
B区分	398
C区分	327
D区分	129
合計	1,139

3. 1かつ、施設票問2-3の「③入院」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」または「04」に該当する施設数

A区分	307
B区分	446
C区分	368
D区分	175
合計	1,296

* 2-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。(該当する番号それぞれ1つに○)

	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
①外来(平日)				
②外来(土日)				
③入院				
④救急				
⑤化学療法				
⑥手術				
⑦緊急手術				

病床規模区分	施設数
～199床	241
200～399床	26
400床～	10
不明	30
合計	307

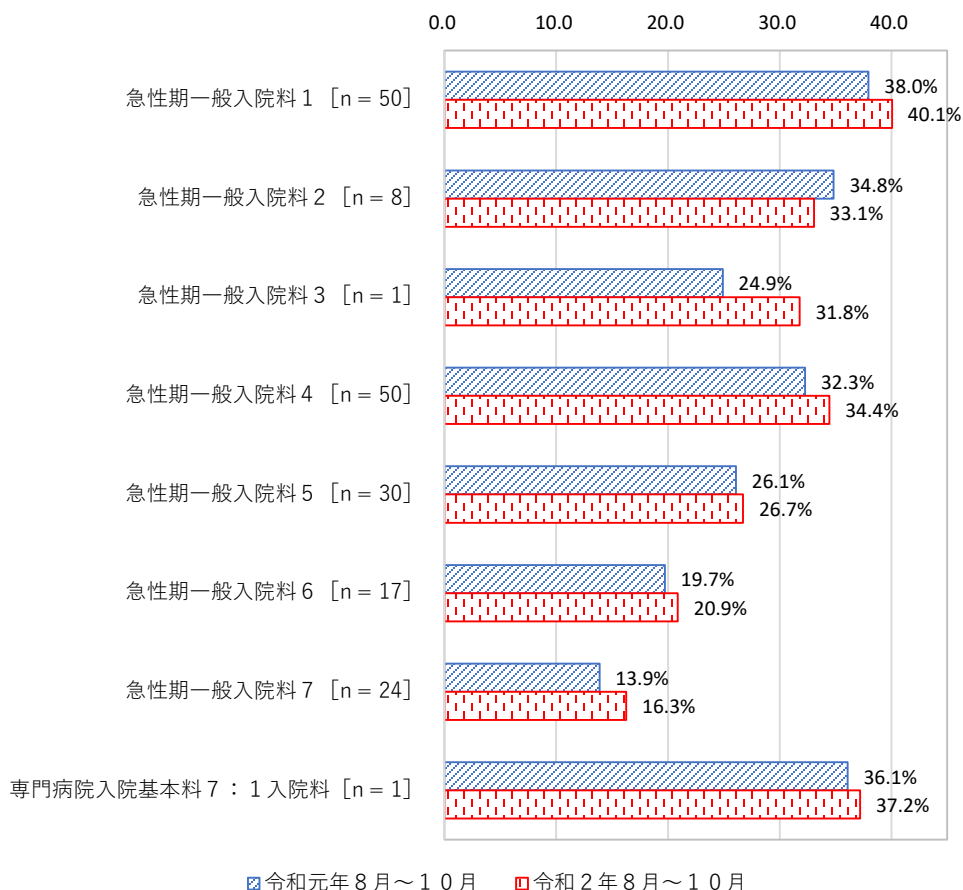
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較 (R1/R2)

○ コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について抽出条件を変更し、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、令和元年より令和2年の方が高い傾向にあった。

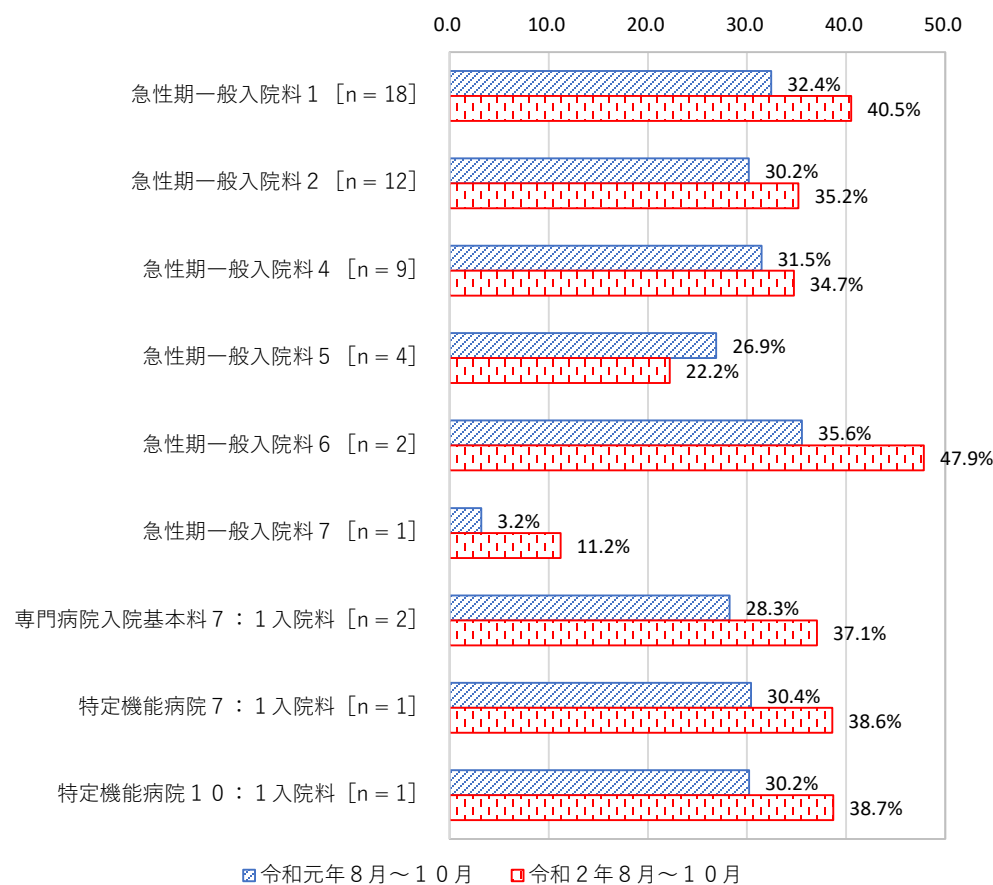
中医協 総-1-2
3. 10. 27

▶ 3で集計した307施設にしぼり、R1・R2のいずれも回答した施設を対象に集計

重症度、医療・看護必要度Ⅰの判定基準を満たす患者割合
(R1・R2いずれも回答した施設の比較)



重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合
(R1・R2いずれも回答した施設の比較)



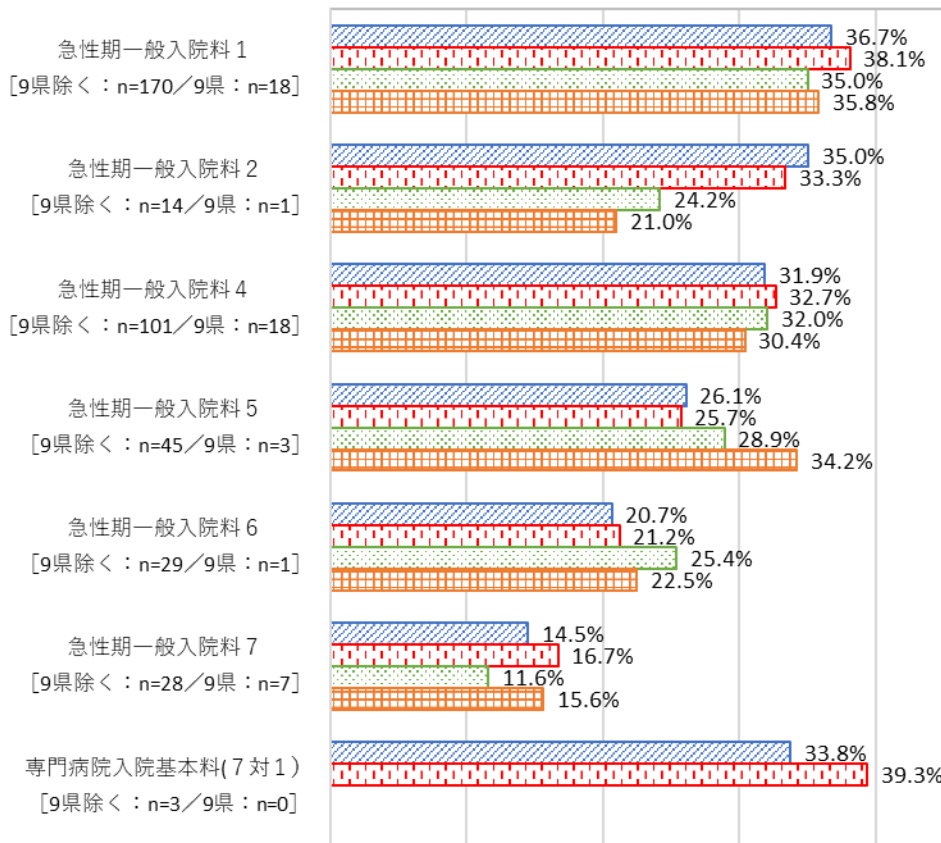
新型コロナウイルス感染症に係る影響を踏まえた分析 (R1/R2)

○ 令和2年8月～10月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者100人未満の県(9県)と100人以上の県(38都道府県)で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析したところ、急性期一般入院料1では、9県・38都道府県ともに令和2年度の方が高かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰの判定基準を満たす患者割合

(R1・R2いずれも回答した施設の比較)

0 10 20 30 40

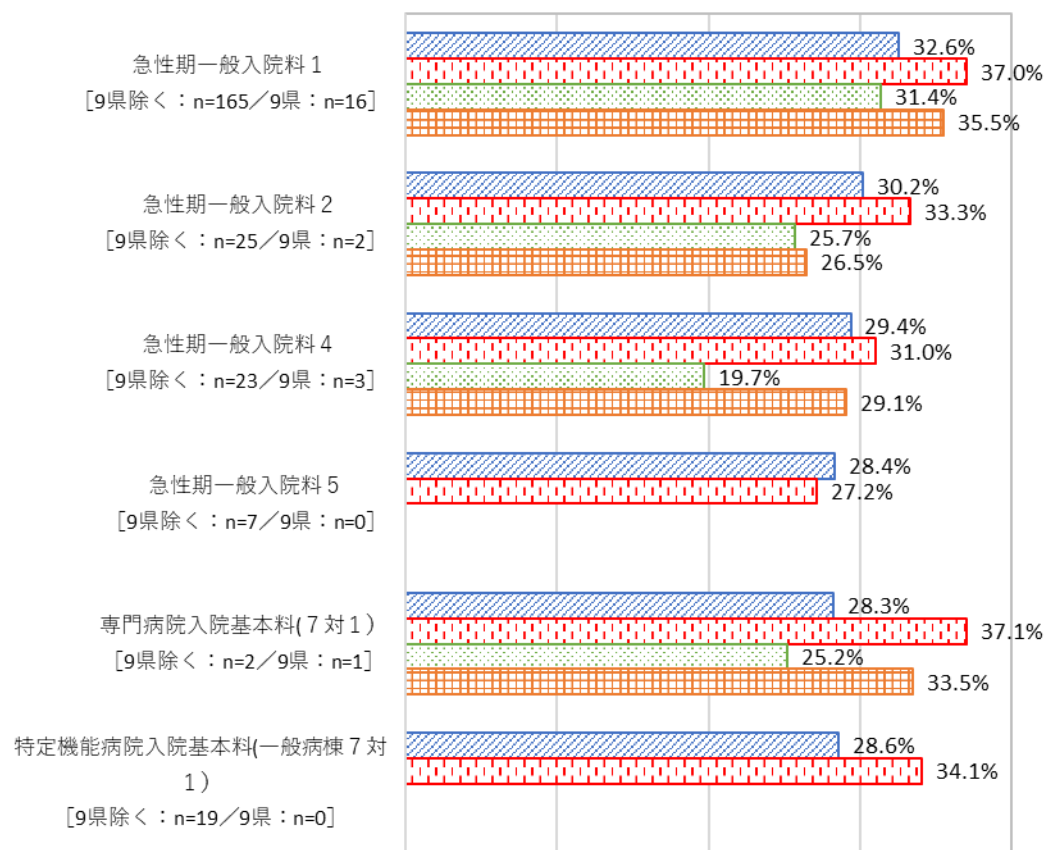


■ 9県除く 令和元年8月～10月
■ 9県除く 令和2年8月～10月
■ 9県 令和元年8月～10月
■ 9県 令和2年8月～10月

重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合

(R1・R2いずれも回答した施設の比較)

0 10 20 30 40



■ 9県除く 令和元年8月～10月
■ 9県除く 令和2年8月～10月
■ 9県 令和元年8月～10月
■ 9県 令和2年8月～10月

重症度、医療・看護必要度についての課題（小括）

（必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について）

- ・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では7割程度であった。

（必要度の該当患者割合について）

- ・令和2年度における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合をみると、令和2年度改定前と比較し、必要度Ⅰ・Ⅱともに、基準③（令和2年度改定前の基準④）の割合が高かった。
- ・必要度Ⅰの該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなく、必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が割合が高い傾向にあった。
- ・必要度の基準を満たす患者の割合について、令和2年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。
- ・必要度Ⅰと比較して、必要度Ⅱの該当患者割合は、令和2年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。
- ・全患者に対する必要度の各基準の該当患者割合については、基準③（C1点以上）で、必要度Ⅰ・Ⅱともにコロナ受入ありの方が、該当患者割合が低かった。
- ・新型コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行ったところ、令和元年度より令和2年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。
- ・令和2年8月～10月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者100人未満の県（9県）と100人以上の県（9県を除く38都道府県）で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析を行ったところ、急性期一般入院料1では、9県・38都道府県ともに令和2年度の方が高かった。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

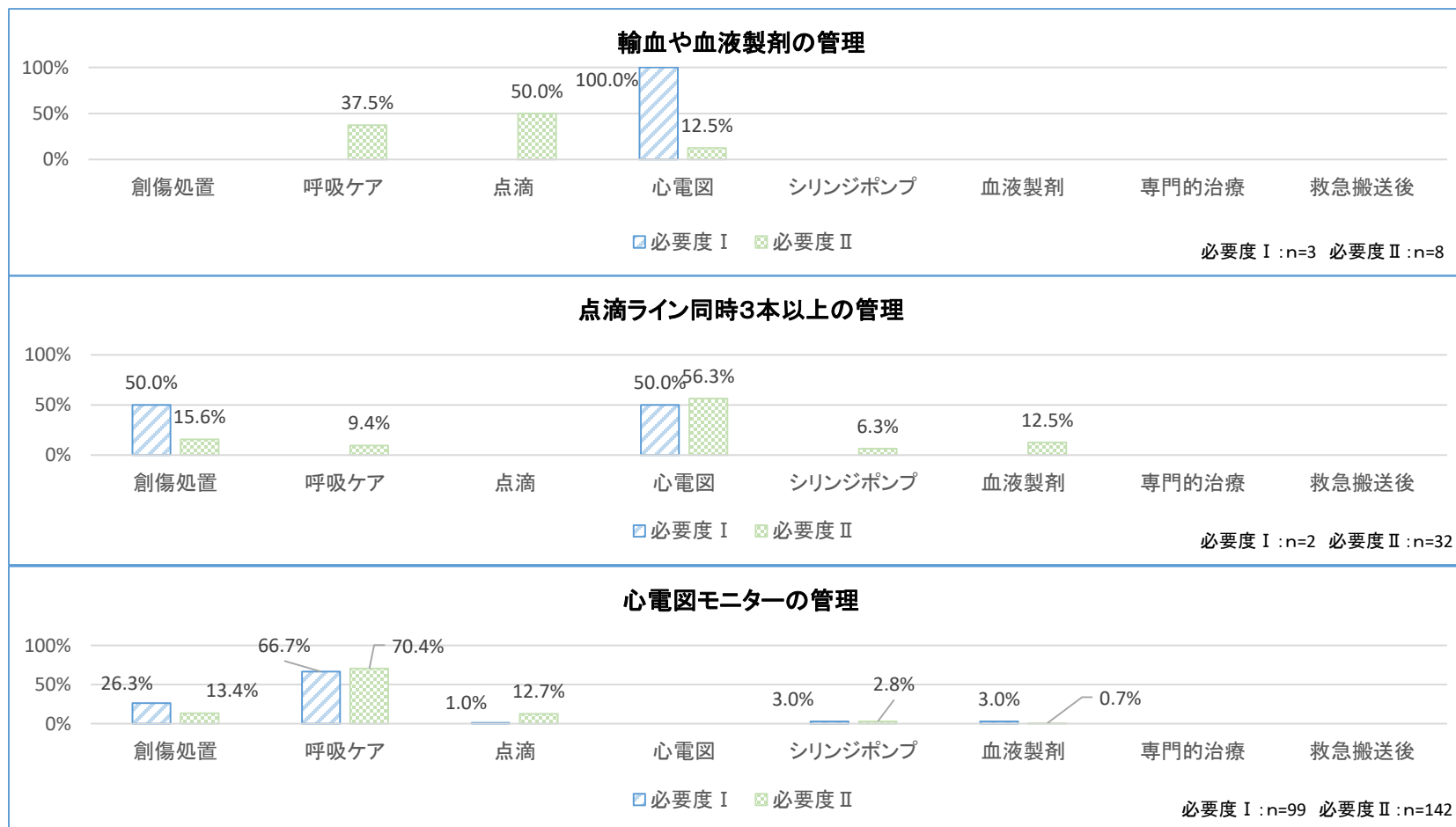
A項目	点滴ライン同時3本以上の管理	心電図モニターの管理	輸血や血液製剤の管理
項目の定義	点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。	心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。	輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。
選択肢の判断基準	「なし」 同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。 「あり」 同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。	「なし」 持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。 「あり」 持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。	「なし」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。 「あり」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。
判断に際しての留意点	施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。 2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。 スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。	心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。 機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。 心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。	輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

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

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A3点滴ライン同時3本以上の管理	130004410	中心静脈注射
	130010670	血漿成分製剤加算（中心静脈注射）
	150247310	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
	150255670	精密持続注入加算（硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入）

A2点+B3点のみに該当している患者（必要度 I / II）

- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「輸血や血液製剤の管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、必要度 I では「心電図モニターの管理」との組み合わせが100%であった。
- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、「創傷処置」または「心電図」との組み合わせが多かった。
- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「心電図モニターの管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。

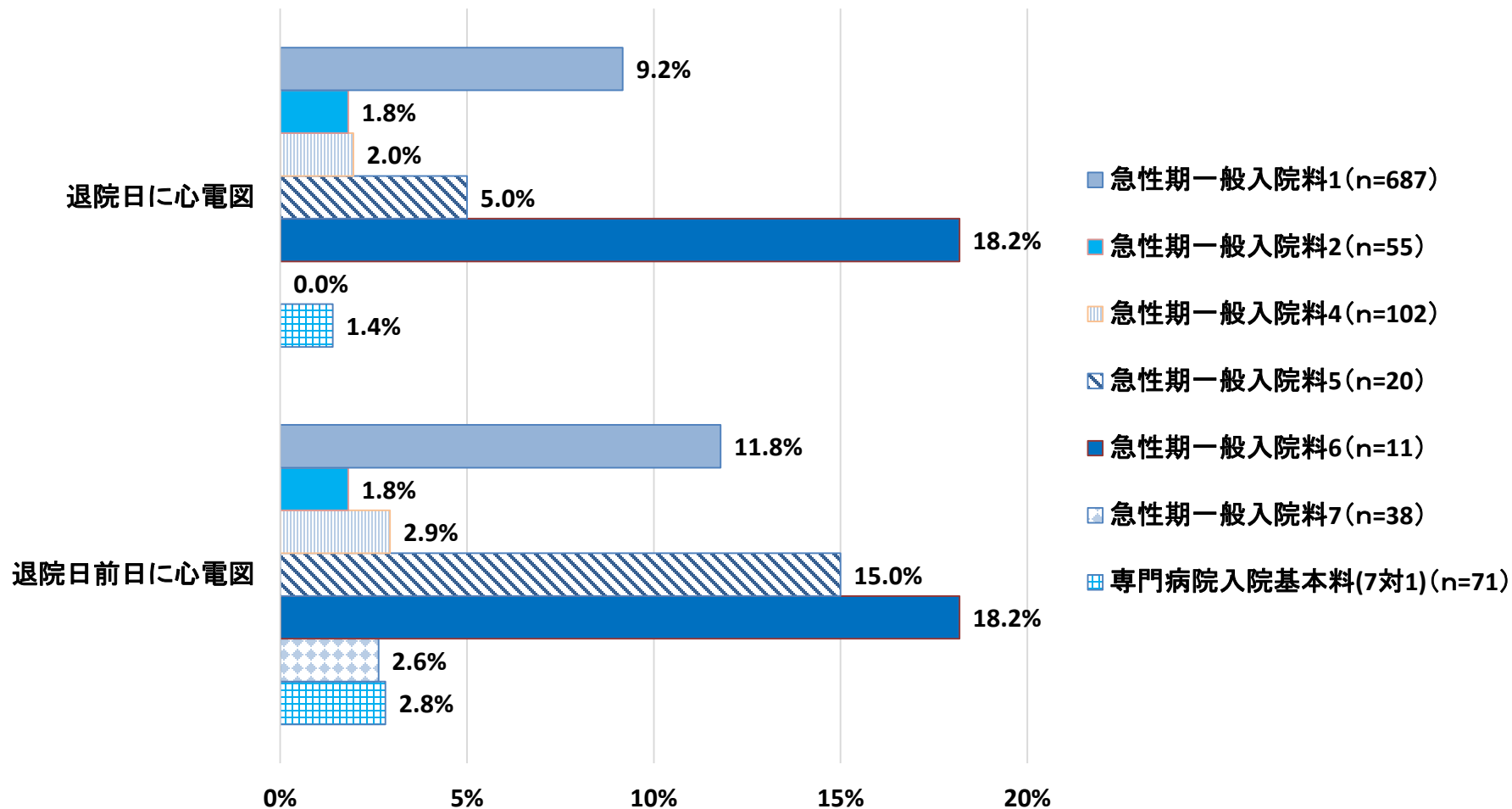


退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）

○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。

中医協 総-1-2
3.10.27

心電図モニターの管理

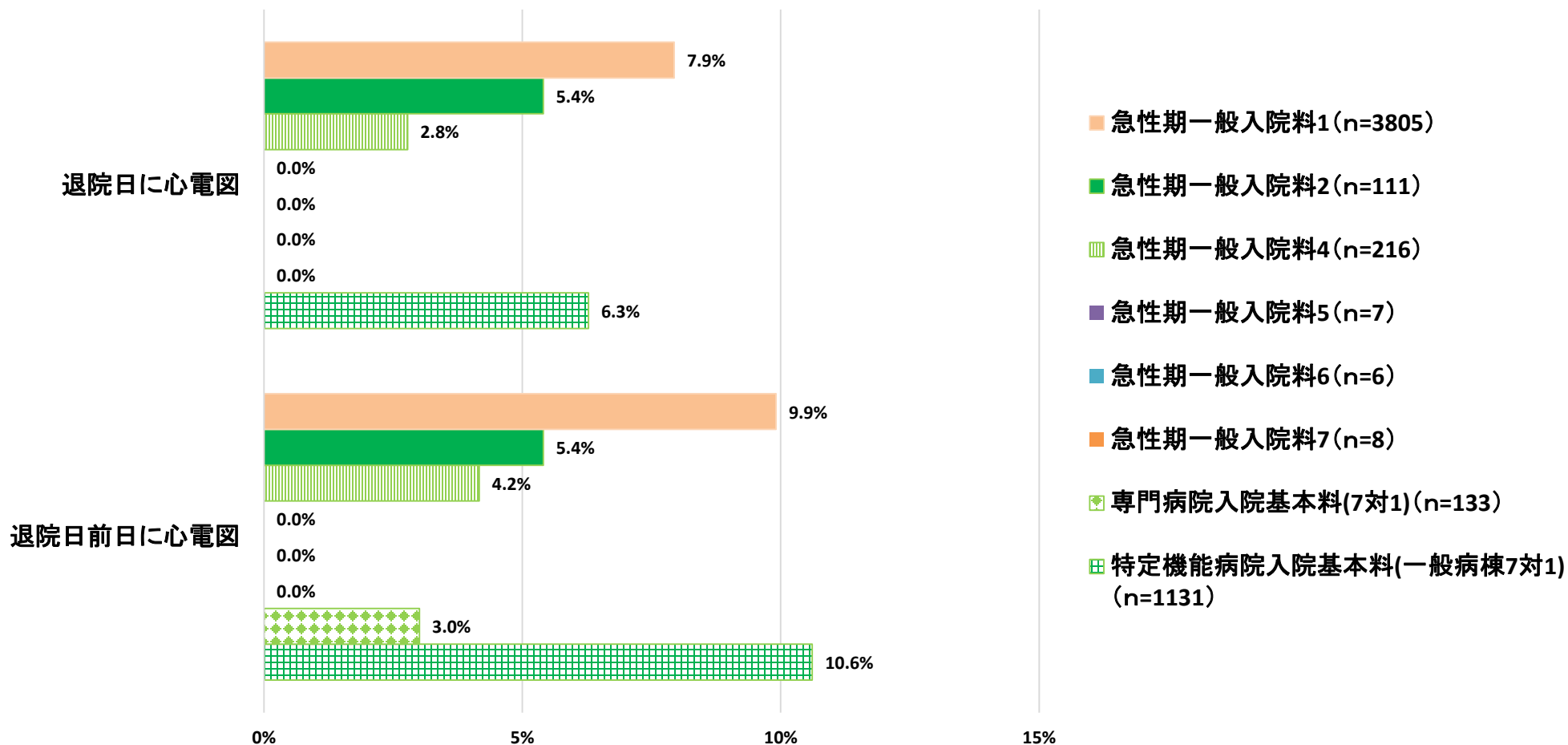


退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅱ）

○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

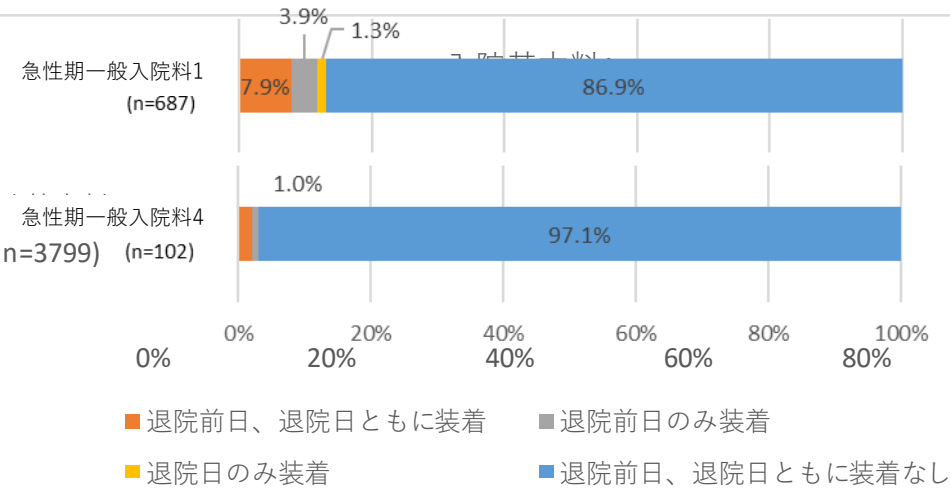
心電図モニターの管理



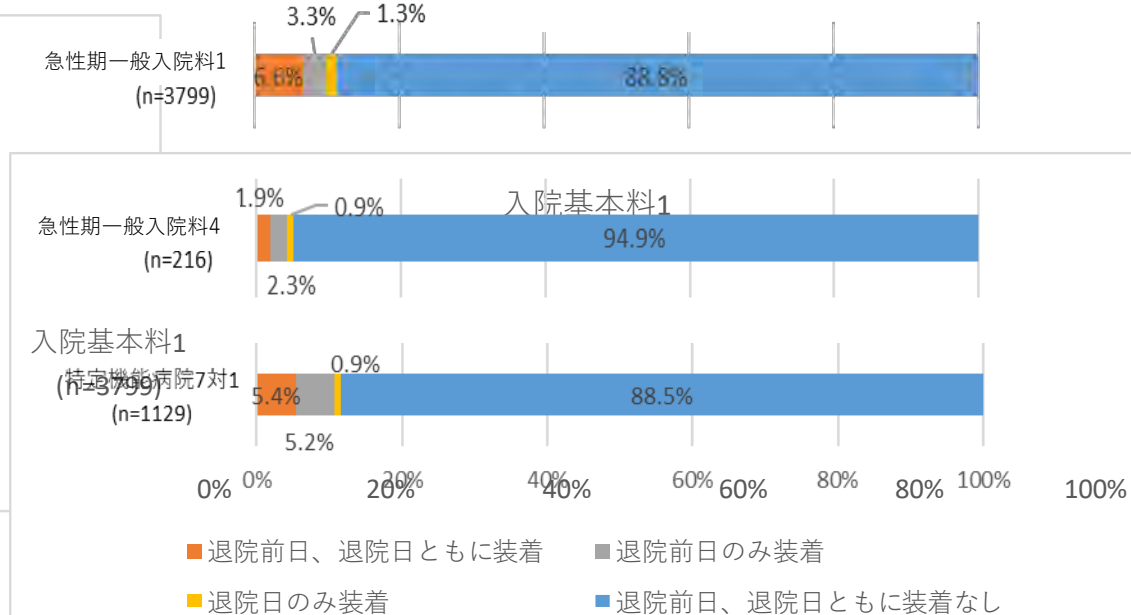
退院日及び退院前日の「心電図モニター」の管理（必要度Ⅰ・Ⅱ）

○ 自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、③退院日のみ装着が最も低かった。

該当患者割合
(必要度Ⅰ)



該当患者割合
(必要度Ⅱ)



- 基準①又は②に該当し、かつ「心電図モニターへの管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは4割、必要度Ⅱでは5割を超えていた。
- 基準①又は②を満たし、かつ「心電図モニターへの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは1.5割、必要度Ⅱでは約2割であった。

基準①②を満たし「心電図モニターへの管理」に該当する患者のうち、
専門的な治療・処置に該当する患者

基準①②を満たし「心電図モニターへの管理」に該当する患者のうち、
C項目に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
16,144	40,363	40.0%

●看護必要度Ⅰ

C_件数	心電図全件数	C_割合
6,150	40,363	15.2%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
59,210	105,122	56.3%

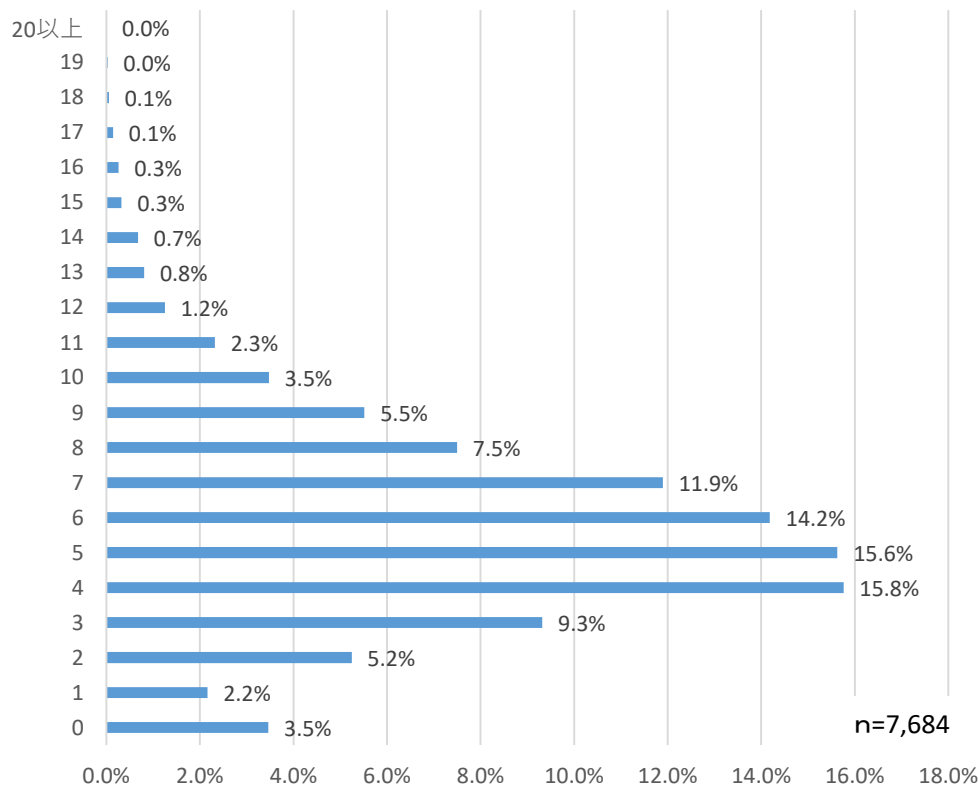
●看護必要度Ⅱ

C_件数	心電図全件数	C_割合
20,455	105,122	19.5%

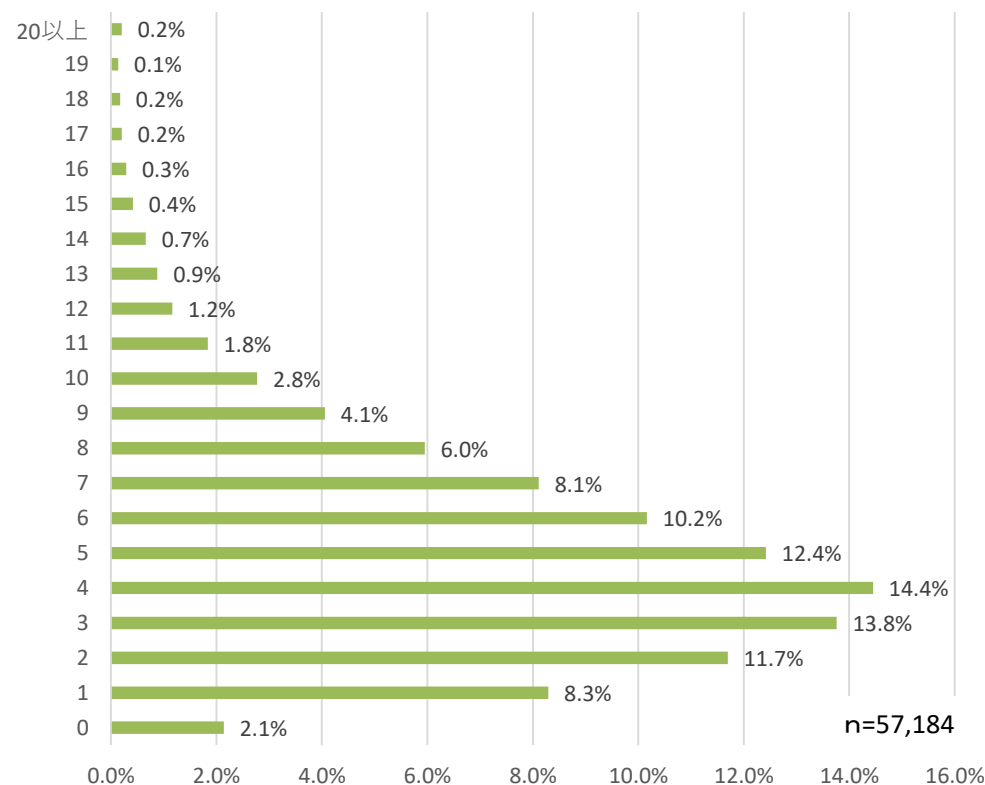
使用した薬剤数毎の該当患者割合（「点滴同時3本以上」）

○ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、薬剤の使用数（成分名の種類数）毎に割合の分布を見たところ、4種類が最も高く、2種類以下も存在した。

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）



使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



<集計方法>

- 1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6から始まる9桁の薬剤を抽出
- 2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
- 3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

- 基準①又は②に該当し、かつ「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であった。
- 基準①又は②に該当し、かつ「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約2割であった。

基準①②を満たし「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、専門的な治療・処置に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
4,941	6,974	70.8%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
31,056	42,740	72.7%

基準①②を満たし「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

C_件数	点滴全件数	C_割合
1,653	6,974	23.7%

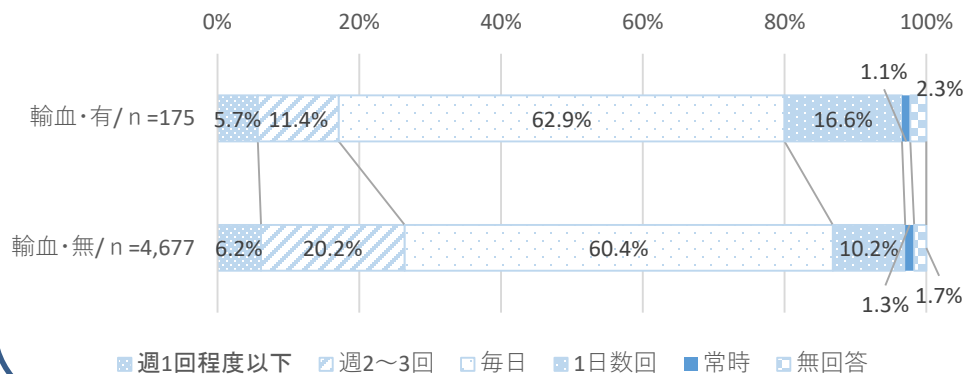
●看護必要度Ⅱ

C_件数	点滴全件数	C_割合
9,123	42,740	21.3%

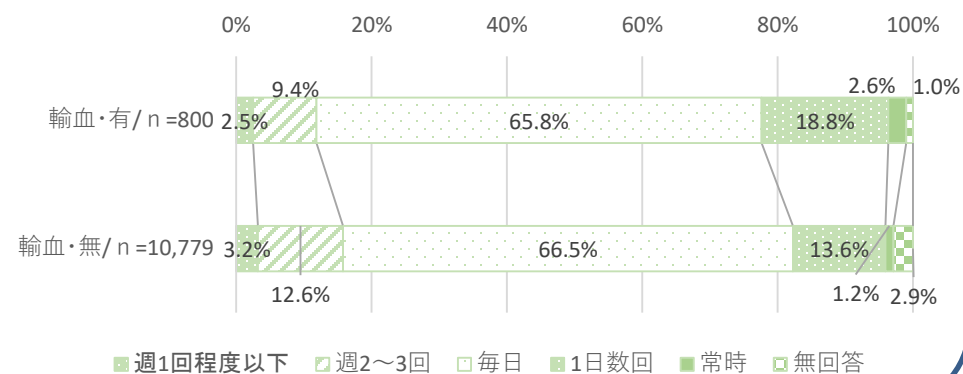
「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者

- 「A2点以上かつB3点以上」または「A3点以上」の基準を満たす患者について「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみたところ「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高かった。
- 看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向だった。

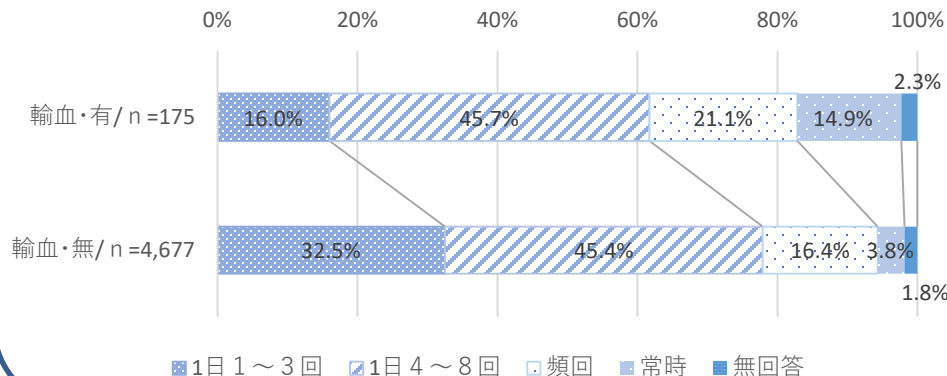
医師による診察の頻度（必要度Ⅰ）



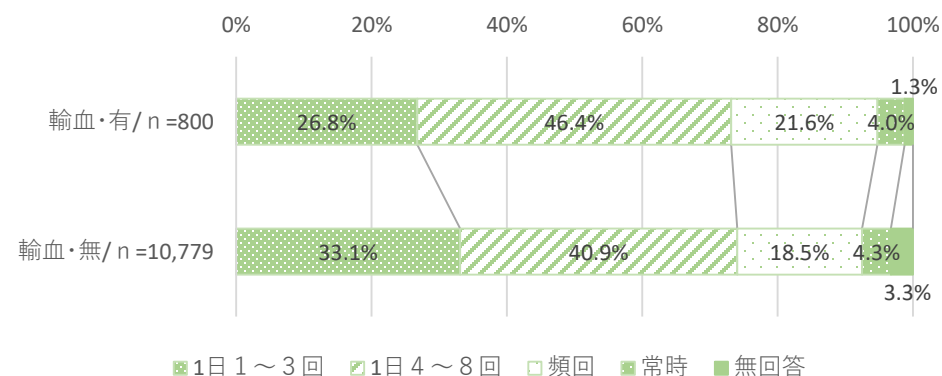
医師による診察の頻度（必要度Ⅱ）



看護師による直接の看護提供の頻度（必要度Ⅰ）



看護師による直接の看護提供の頻度（必要度Ⅱ）



- 「口腔清潔」と「衣服の着脱」の相関をみたところ、以下のとおりであった。
- 「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、以下のとおりであった。

必要度Ⅰ

入院基本料		口腔清潔	衣装着脱	食事摂取
急性期一般入院料 1	口腔清潔	1.00	0.72	0.62
	衣装着脱	0.72	1.00	0.60
	食事摂取	0.62	0.60	1.00
急性期一般入院料 2	口腔清潔	1.00	0.57	0.55
	衣装着脱	0.57	1.00	0.65
	食事摂取	0.55	0.65	1.00
急性期一般入院料 4	口腔清潔	1.00	0.75	0.57
	衣装着脱	0.75	1.00	0.57
	食事摂取	0.57	0.57	1.00
急性期一般入院料 5	口腔清潔	1.00	0.71	0.55
	衣装着脱	0.71	1.00	0.48
	食事摂取	0.55	0.48	1.00
急性期一般入院料 6	口腔清潔	1.00	0.68	0.44
	衣装着脱	0.68	1.00	0.40
	食事摂取	0.44	0.40	1.00
急性期一般入院料 7	口腔清潔	1.00	0.67	0.57
	衣装着脱	0.67	1.00	0.50
	食事摂取	0.57	0.50	1.00
専門病院入院基本料（7対1）	口腔清潔	1.00	0.65	0.50
	衣装着脱	0.65	1.00	0.49
	食事摂取	0.50	0.49	1.00
合計	口腔清潔	1.00	0.73	0.60
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.60	0.59	1.00

必要度Ⅱ

相関係数が0.7以上

入院基本料		口腔清潔	衣装着脱	食事摂取
急性期一般入院料 1	口腔清潔	1.00	0.70	0.64
	衣装着脱	0.70	1.00	0.60
	食事摂取	0.64	0.60	1.00
急性期一般入院料 2	口腔清潔	1.00	0.73	0.58
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.58	0.59	1.00
急性期一般入院料 4	口腔清潔	1.00	0.73	0.65
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.65	0.59	1.00
急性期一般入院料 5	口腔清潔	1.00	0.84	0.68
	衣装着脱	0.84	1.00	0.65
	食事摂取	0.68	0.65	1.00
急性期一般入院料 6	口腔清潔	1.00	0.60	0.56
	衣装着脱	0.60	1.00	0.59
	食事摂取	0.56	0.59	1.00
急性期一般入院料 7	口腔清潔	1.00	0.92	0.87
	衣装着脱	0.92	1.00	0.92
	食事摂取	0.87	0.92	1.00
専門病院入院基本料（7対1）	口腔清潔	1.00	0.28	0.32
	衣装着脱	0.28	1.00	0.41
	食事摂取	0.32	0.41	1.00
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	口腔清潔	1.00	0.63	0.58
	衣装着脱	0.63	1.00	0.57
	食事摂取	0.58	0.57	1.00
合計	口腔清潔	1.00	0.70	0.63
	衣装着脱	0.70	1.00	0.60
	食事摂取	0.63	0.60	1.00

重症度、医療・看護必要度についての課題（小括）

（評価項目について）

○「心電図モニター管理」

- ・ 自宅に退院した患者について、退院日や退院前日に「心電図モニター管理」に該当する患者が、必要度Ⅰ・Ⅱともに、一定程度存在した。
- ・ 自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、③退院日のみ装着が最も低かった。
- ・ 「心電図モニター管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者について分析すると、必要度Ⅰでは4割であり、必要度Ⅱでは5割を超えていた。また、「心電図モニター管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰでは1.5割であり、必要度Ⅱでは2割だった。

○「点滴ライン同時3本以上の管理」

- ・ 「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤の種類数について分析すると、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上という要件でありながらも2種類以下という患者が存在した。
- ・ 「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者を分析すると、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であり、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱとともに約2割だった。

○「輸血や血液製剤の管理」

- ・ 「A 2点以上かつB 3点以上」又は「A 3点以上」の基準を満たす患者について、「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみると、「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向であった。

- B項目について、「口腔清潔」と「衣服の着脱」や「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、高い正の相関がみられた。

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1 重症度、医療・看護必要度について
 - 2-2 急性期入院医療の評価について
 - 2-3 重症患者対応について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

入院分科会のとりまとめにおける指摘事項

(10月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果(とりまとめ))

【急性期入院医療の評価について】

- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室の有無により手術等の実績に違いがあったが、急性期入院医療を担っている医療機関の中でも、中小病院では手術等の件数が少なくても地域で役割を果たしている場合もある、との指摘や、
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の中でも手術等の実績に違いが出ていることからすれば、実績に応じた評価を行うべきではないか、との指摘があった。
- 人工心肺を用いた手術については、オフポンプ冠動脈バイパス術が主流となるなど、人工心肺を用いた手術を実施できる体制・能力と、実績とは、必ずしも合わない可能性もあるのではないかと指摘があった。

急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3(改)
25.11.13

高度急性期・
急性期

高度急性期・急性期
(ICU, NICU, HCU等)

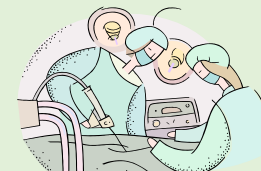
急性期医療の役割

① **重症救急**患者に対する
医療の提供

救急搬送
(24時間)

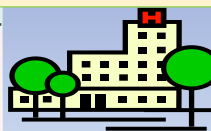


② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の**総合的かつ専門的な医療**の提供



③ 急性期後の患者を自宅や後方病床等に**退院支援する機能**

亜急性期・回復期等



長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点	183 3,528床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急センターを有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	25 196床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
	入院料3	イ・ロ：～3日 10,223点 イ・ロ：～7日 9,250点 イ：～14日 7,897点 ロ：～60日 8,318点	80 1,666床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点	82 902床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
特定集中治療室管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	140 1,397床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日 14,211点 イ：～14日 12,633点 ロ：～60日 12,833点	70 797床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	349 2,390床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ：～7日 9,697点 イ：～14日 8,118点 ロ：～60日 8,318点	64 618床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
ハイケアユニット入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	582 5,779床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	/
	管理料2	4,224点	30 305床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (SCU)		6,013点	180 1,479床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・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 ・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	3対1	一般病棟用(I) 測定評価	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

※医療機関数及び病床数は令和3年9月15日中医協総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		~7日 16,317点	9 116床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日)を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日~ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	84 797床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000~1500gの児は60日)を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	/
		管理料 2	8,434点				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	133 851床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/ 地域周産期母子医療センターであること
		管理料 2	10,539点	133 1,720床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000~1500gの児は60日)を限度とする。		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	202 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000~1500gの児は90日)を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	/

総合入院体制加算の概要①

○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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 <u>※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていても良い。</u> 次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 全身麻酔による手術件数が年800件以上 		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術: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 		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	<p>(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</p> <ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれも満たす <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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(A得点2点以上又はC得点1点以上)	必要度Ⅰ:3割5分以上 必要度Ⅱ:3割3分以上		必要度Ⅰ:3割2分以上 必要度Ⅱ:3割以上

総合入院体制加算の概要②

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

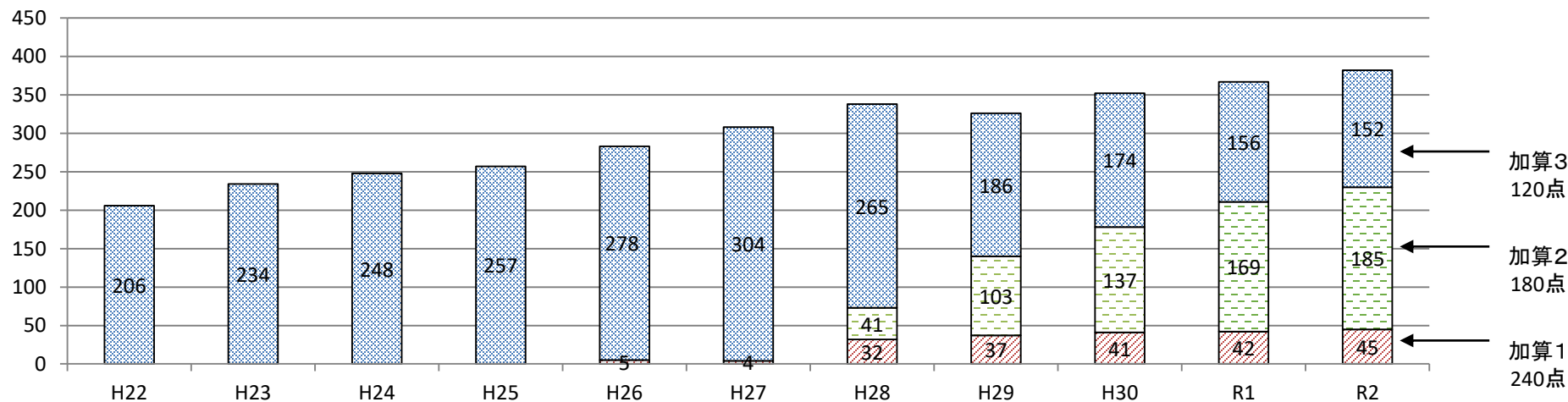
(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
<p>共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等)</p>	<p>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略)</p> <p>ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議(以下この項において「委員会等」という。)を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p>ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。</p> <p>エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。</p> <p>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。)</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</p> <p>(ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p>(ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</p> <p>(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</p> <p>(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p> <p>オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。</p>		

総合入院体制加算の概要③

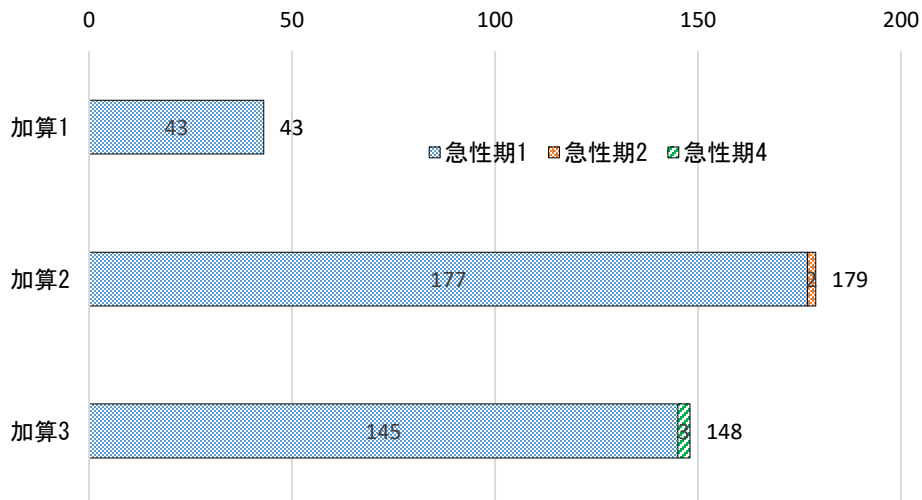
○ 総合入院体制加算の届出医療機関数の推移は以下のとおり。

総合入院体制加算の届出医療機関数の推移

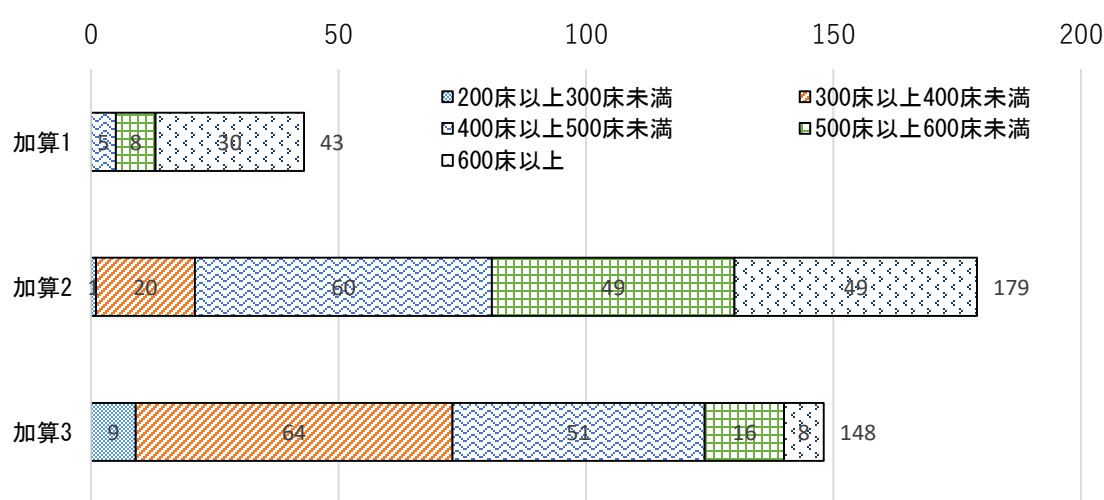
(医療機関数)



総合入院体制加算の加算別、届け出ている入院料



総合入院体制加算の加算別、一般病床許可病床数の届出状況



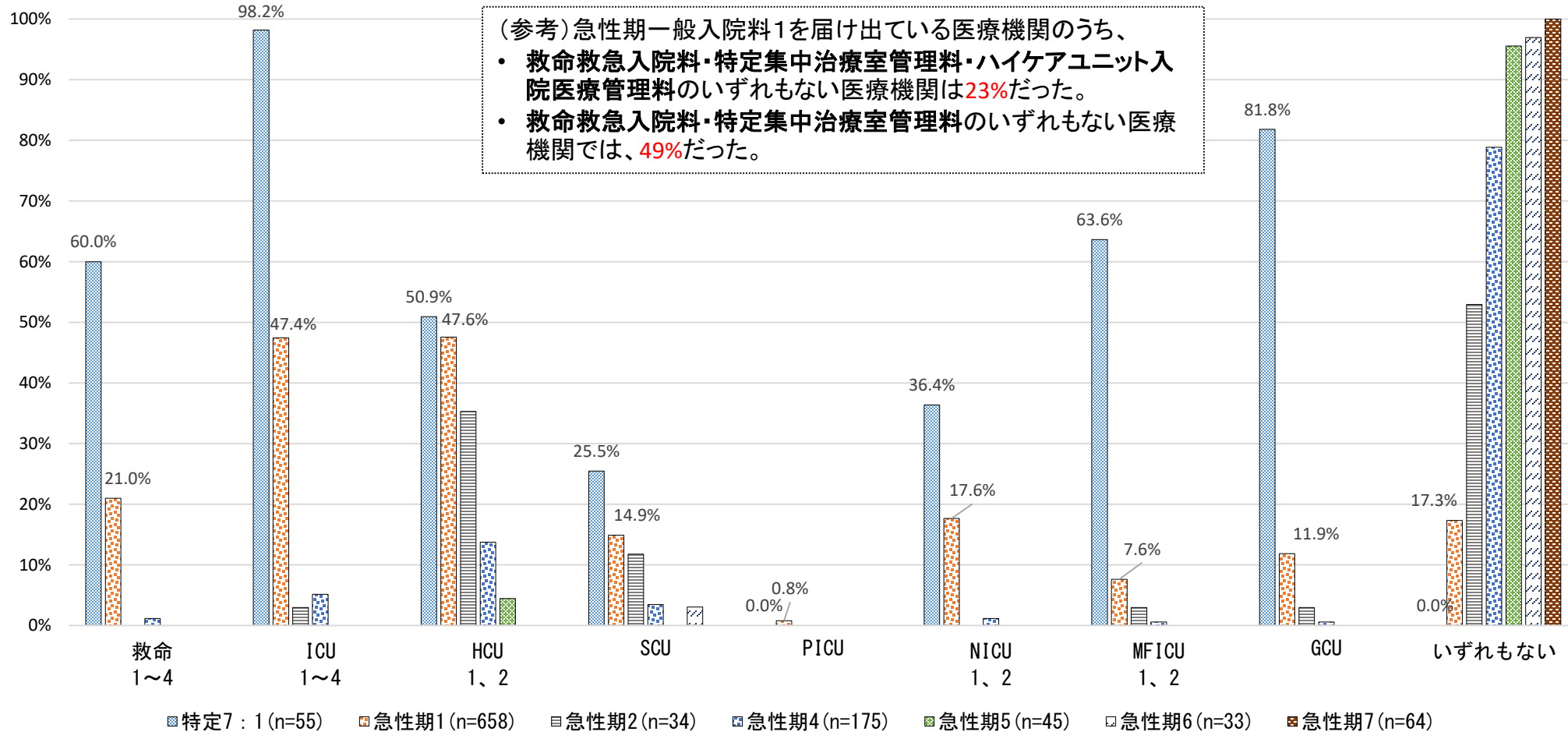
入院基本料別・届け出ている治療室の種類

- 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の8割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

- (参考)急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、
- ・ 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のいずれもない医療機関は23%だった。
 - ・ 救命救急入院料・特定集中治療室管理料のいずれもない医療機関では、49%だった。

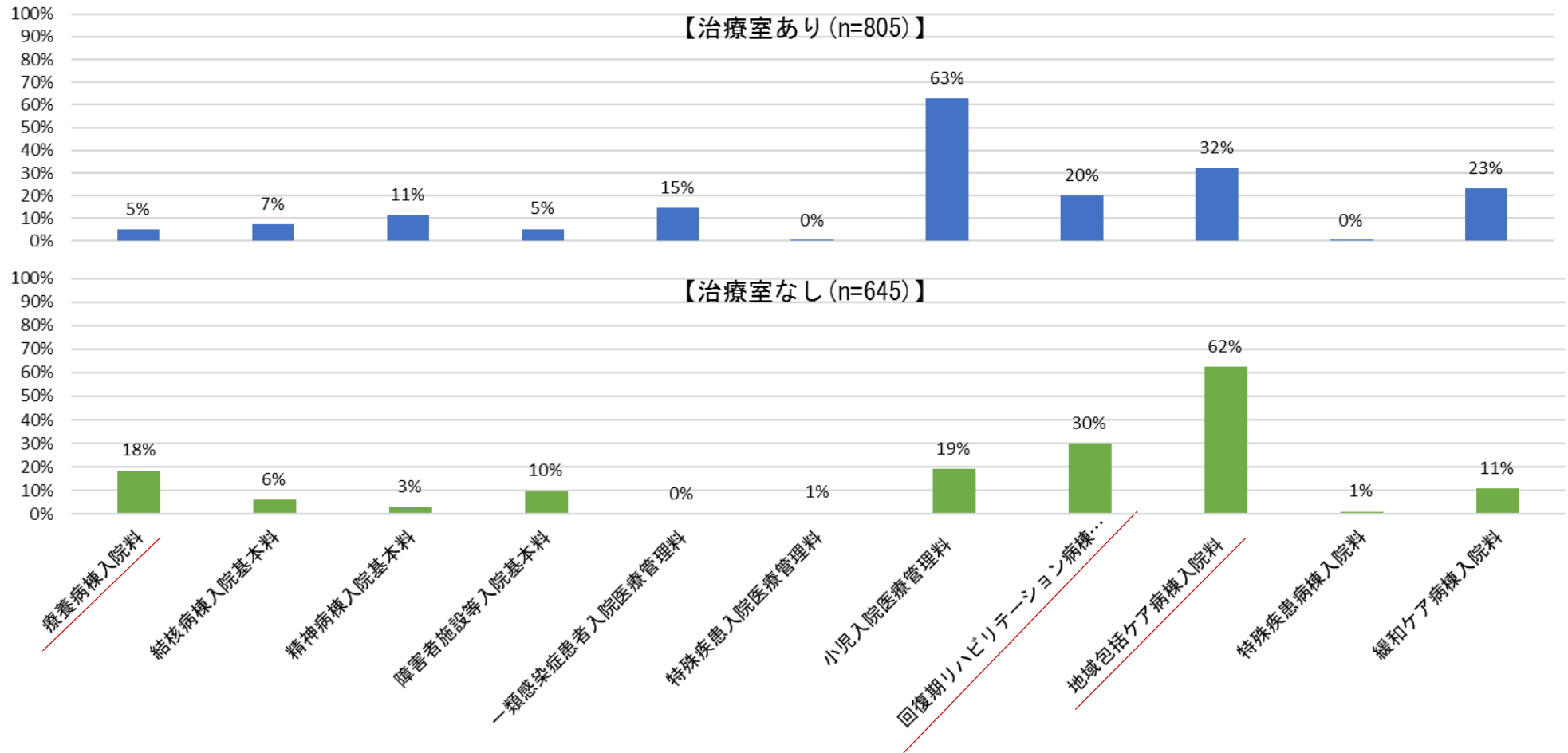
(治療室を届け出ている医療機関の割合)



急性期 1 における治療室の有無別・届出病棟の状況

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか)の有無別に、他に届け出ている病棟の状況を集計したところ、治療室の届出なしの医療機関の方が届出ありの医療機関より、療養、回りハ、地ケアを届け出ている割合が高かった。

急性期一般入院料1における、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか)の有無別、届出病棟の状況

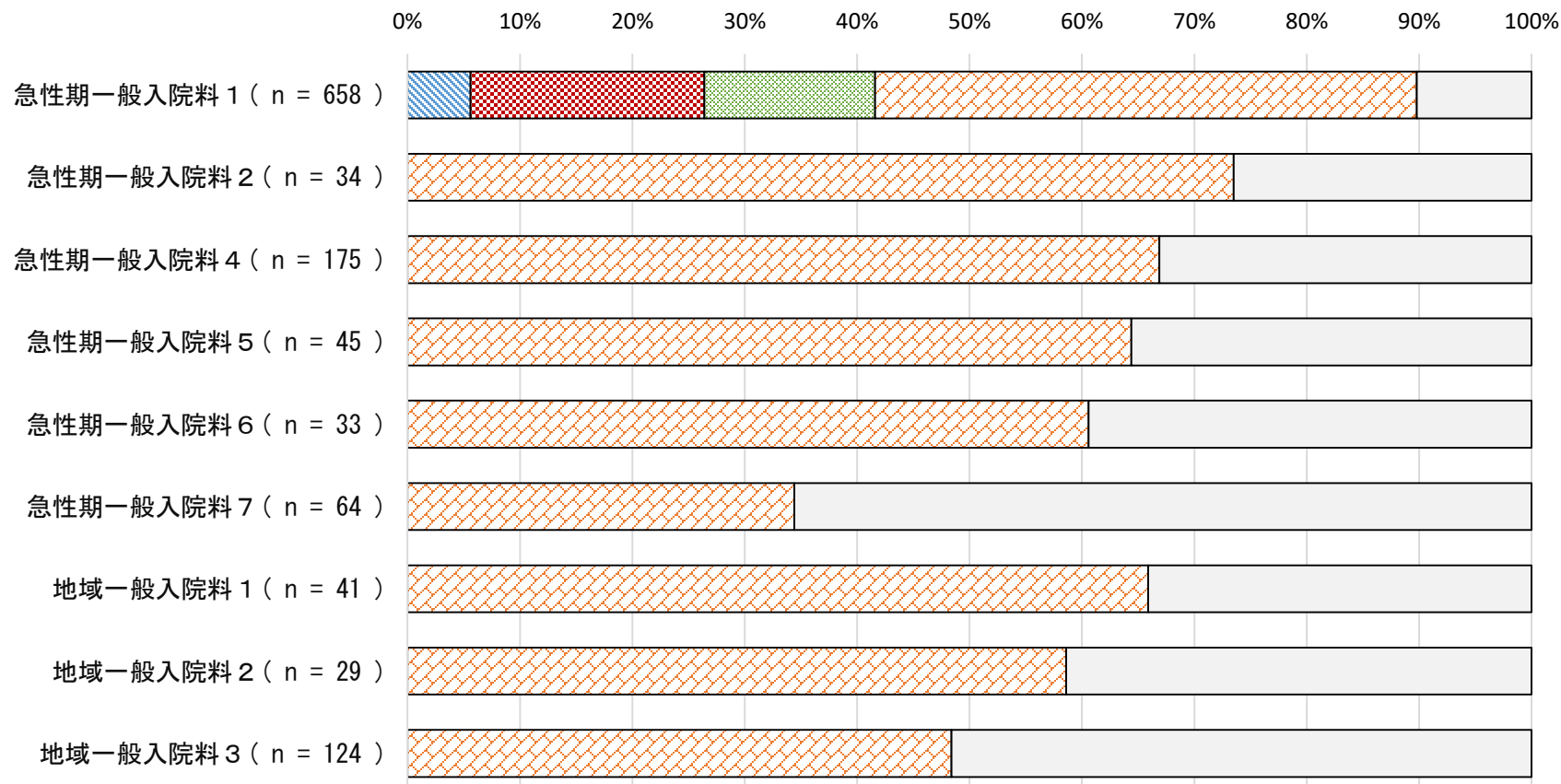


出典：DPCデータ（令和元年3月時点）

総合入院体制加算の届出状況

○ 急性期一般入院料1のうち4割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。

「総合入院体制加算」の届出状況
(令和3年6月1日時点)

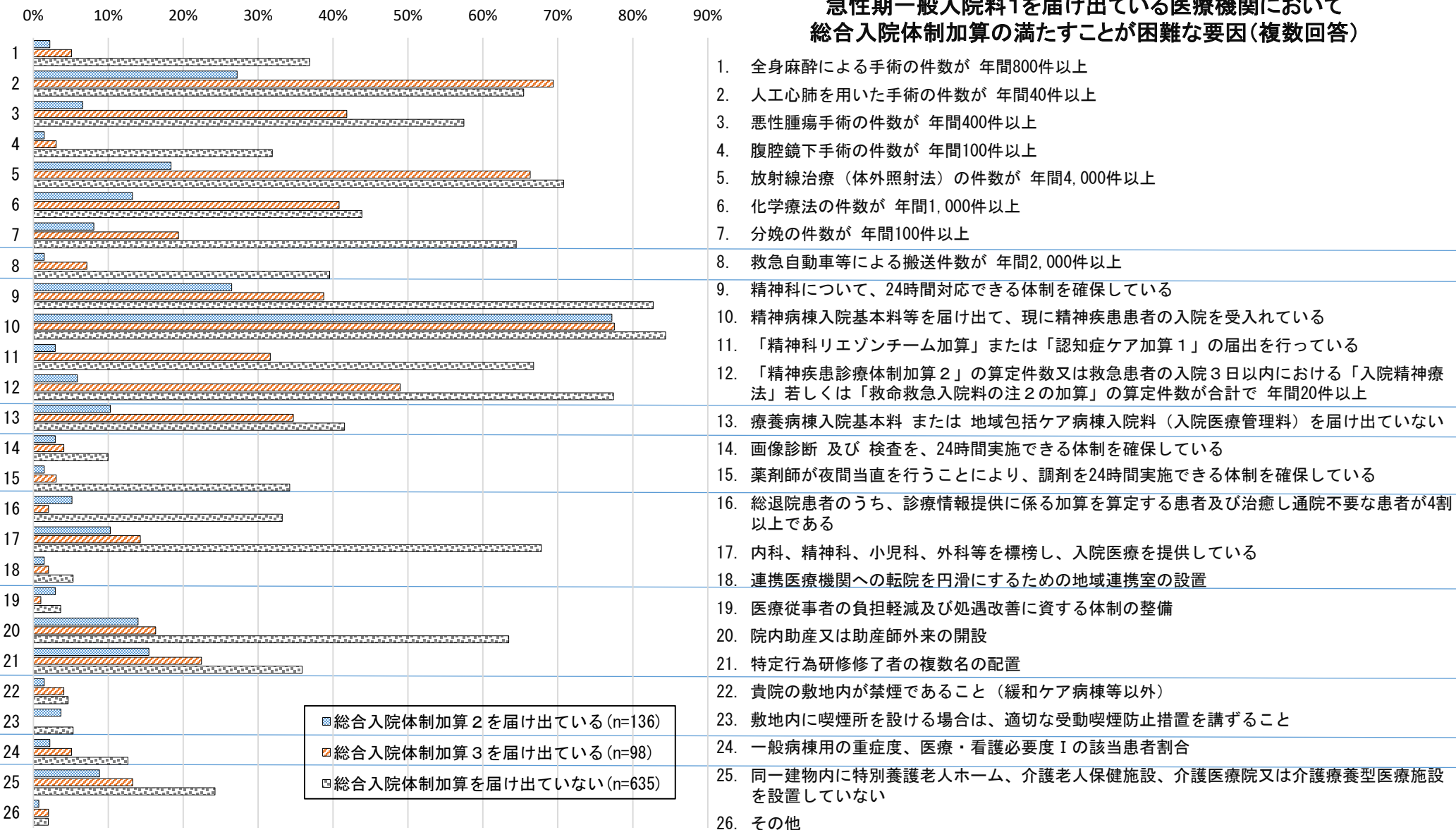


01_総合入院体制加算1 02_総合入院体制加算2 03_総合入院体制加算3 04_総合入院体制加算を届け出していない 未回答

総合入院体制加算の満たすことが困難な要因

○ 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因については、以下のとおりであった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因(複数回答)



- 全身麻酔による手術の件数が 年間800件以上
- 人工心肺を用いた手術の件数が 年間40件以上
- 悪性腫瘍手術の件数が 年間400件以上
- 腹腔鏡下手術の件数が 年間100件以上
- 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間4,000件以上
- 化学療法の件数が 年間1,000件以上
- 分娩の件数が 年間100件以上
- 救急自動車等による搬送件数が 年間2,000件以上
- 精神科について、24時間対応できる体制を確保している
- 精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている
- 「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算1」の届出を行っている
- 「精神疾患診療体制加算2」の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「入院精神療法」若しくは「救命救急入院料の注2の加算」の算定件数が合計で 年間20件以上
- 療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出していない
- 画像診断 及び 検査を、24時間実施できる体制を確保している
- 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している
- 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が4割以上である
- 内科、精神科、小児科、外科等を標榜し、入院医療を提供している
- 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置
- 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備
- 院内助産又は助産師外来の開設
- 特定行為研修修了者の複数名の配置
- 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外）
- 敷地内に喫煙所を設ける場合は、適切な受動喫煙防止措置を講ずること
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合
- 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
- その他

総合入院体制加算の実績の状況

中医協 総-1-2 (改)

3 . 1 0 . 2 7

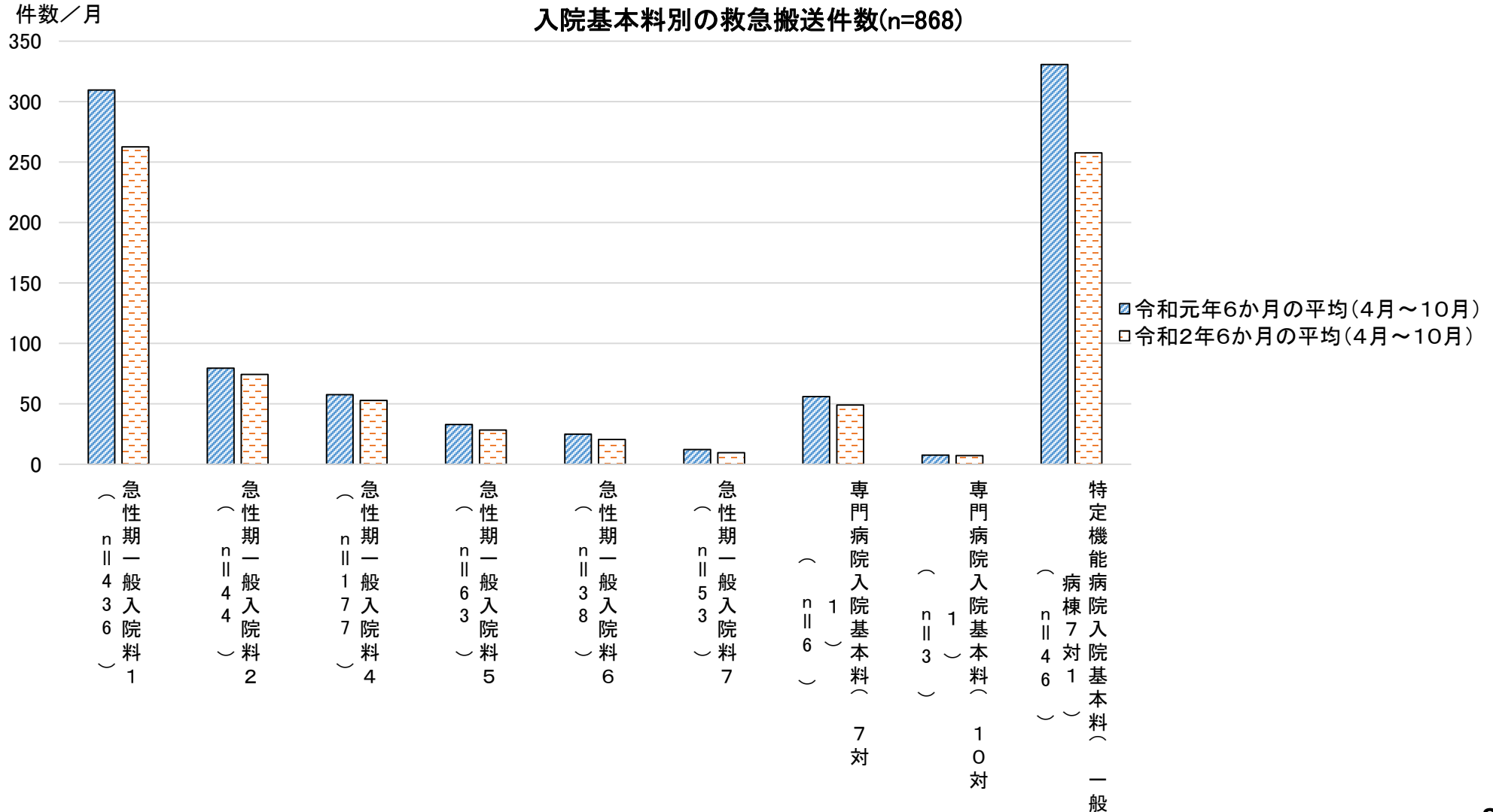
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関における手術等の年間実施件数は以下のとおり。
- 加算1を届け出ている医療機関においては、要件の基準をいずれも大きく上回っていた。

総合入院体制加算の届出状況別
手術等の年間実施件数(各施設の平均)(n=265)

	要件の 基準	R元. 4. 1~R2. 3. 31			R2. 6. 1~R3. 5. 31		
		加算 1	加算 2	加算 3	加算 1	加算 2	加算 3
①全身麻酔による手術件数	800	4,200.4	3,315.9	1,918.2	3,865.6	3,148.4	1,800.6
①-i うち 緊急手術件数		592.8	430.4	246.9	577.5	463.3	245.9
①-ii うち 休日加算等を算定している件数		184.4	144.0	69.9	161.4	136.6	65.9
②人工心肺を用いた手術件数	40	121.4	75.3	25.6	115.0	74.4	23.7
②-i うち 緊急手術件数		18.5	12.9	4.0	19.7	13.2	3.0
②-ii うち 休日加算等を算定している件数		8.8	5.9	1.7	7.4	5.8	1.5
③悪性腫瘍手術件数	400	1,046.1	825.2	428.9	967.3	772.3	404.4
③-i うち 緊急手術件数		43.0	21.0	11.3	30.8	16.9	9.4
③-ii うち 休日加算等を算定している件数		19.8	5.1	2.3	16.9	3.7	2.9
④腹腔鏡下手術件数	100	741.5	695.7	413.0	726.6	691.2	400.9
④-i うち 緊急手術件数		87.5	90.1	52.5	91.4	93.3	53.4
④-ii うち 休日加算等を算定している件数		35.9	32.7	17.8	35.7	32.8	18.0
⑤放射線治療(体外照射法)の件数	4,000	8,175.0	6,426.2	2,466.3	7,616.5	6,080.1	2,286.0
⑥化学療法の件数	1,000	4,649.6	3,526.0	1,891.9	4,629.3	3,748.2	1,959.9
⑦分娩の件数	100	621.8	515.1	333.5	553.6	487.9	303.2
⑧救急自動車等による搬送件数	2,000	6,156.0	5,549.3	3,923.5	5,589.3	5,009.0	3,543.4

入院基本料別の救急搬送件数

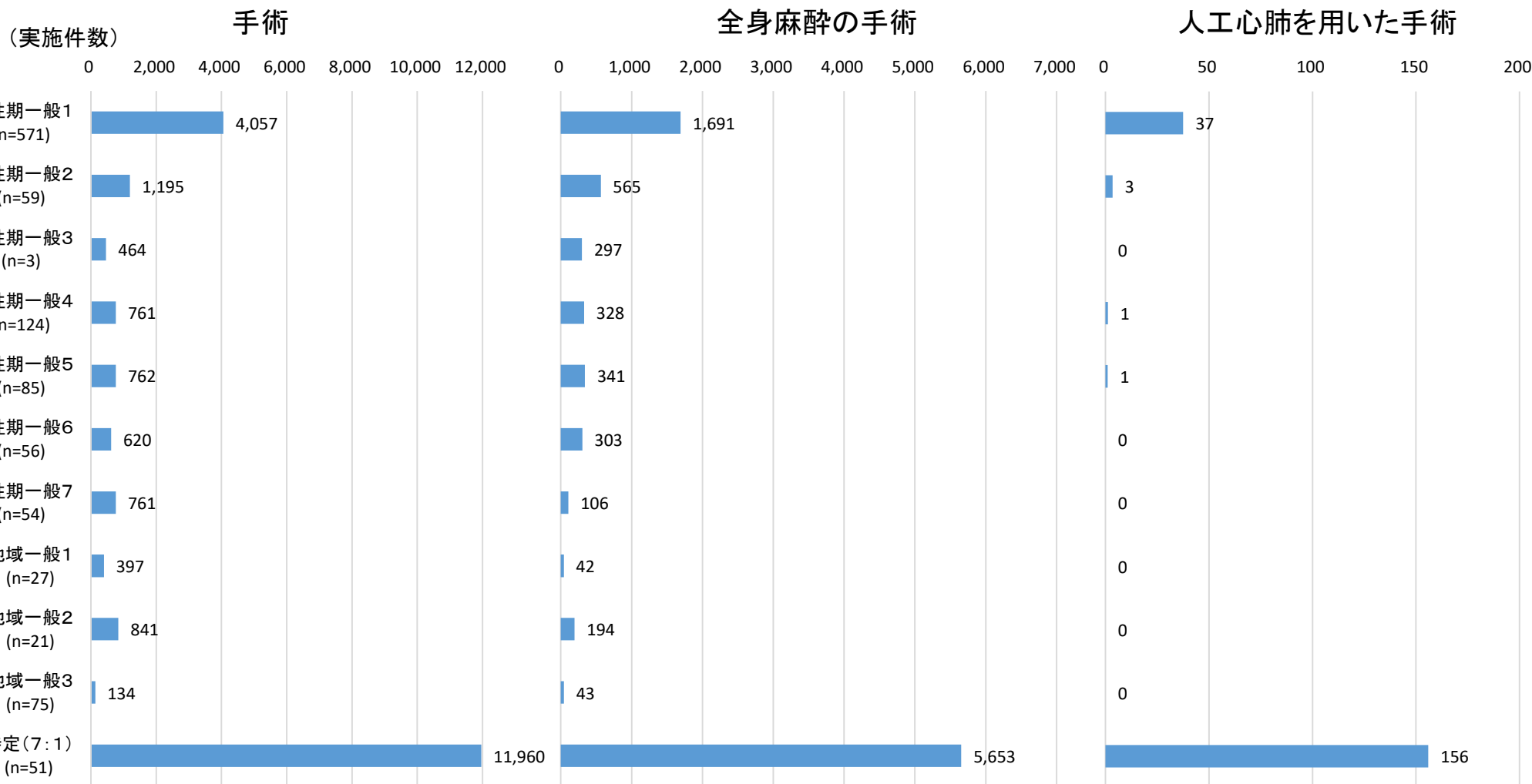
○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関では特定機能病院と同程度の救急搬送者の受入件数があり、急性期一般入院料2～7より多かった。



入院料毎の手術等の状況①

○ 入院料毎の手術等の年間実施件数を比較したところ、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7で大きく異なっていた。

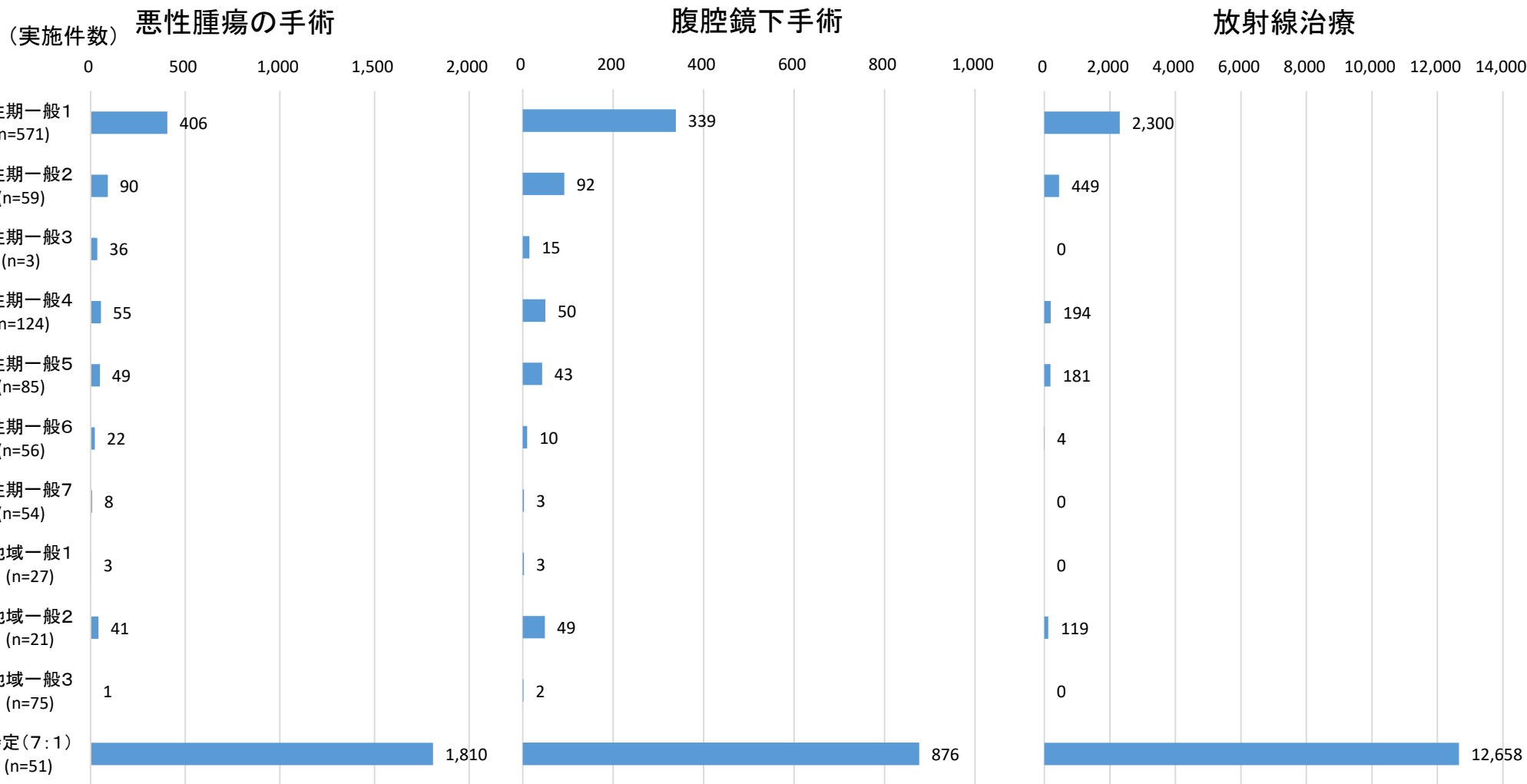
入院料毎の手術等の年間実施件数



入院料毎の手術等の状況②

○ 悪性腫瘍の手術や腹腔鏡下手術、放射線治療は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1では多く実施されているが、急性期一般入院料2～7では実施件数が少なかった。

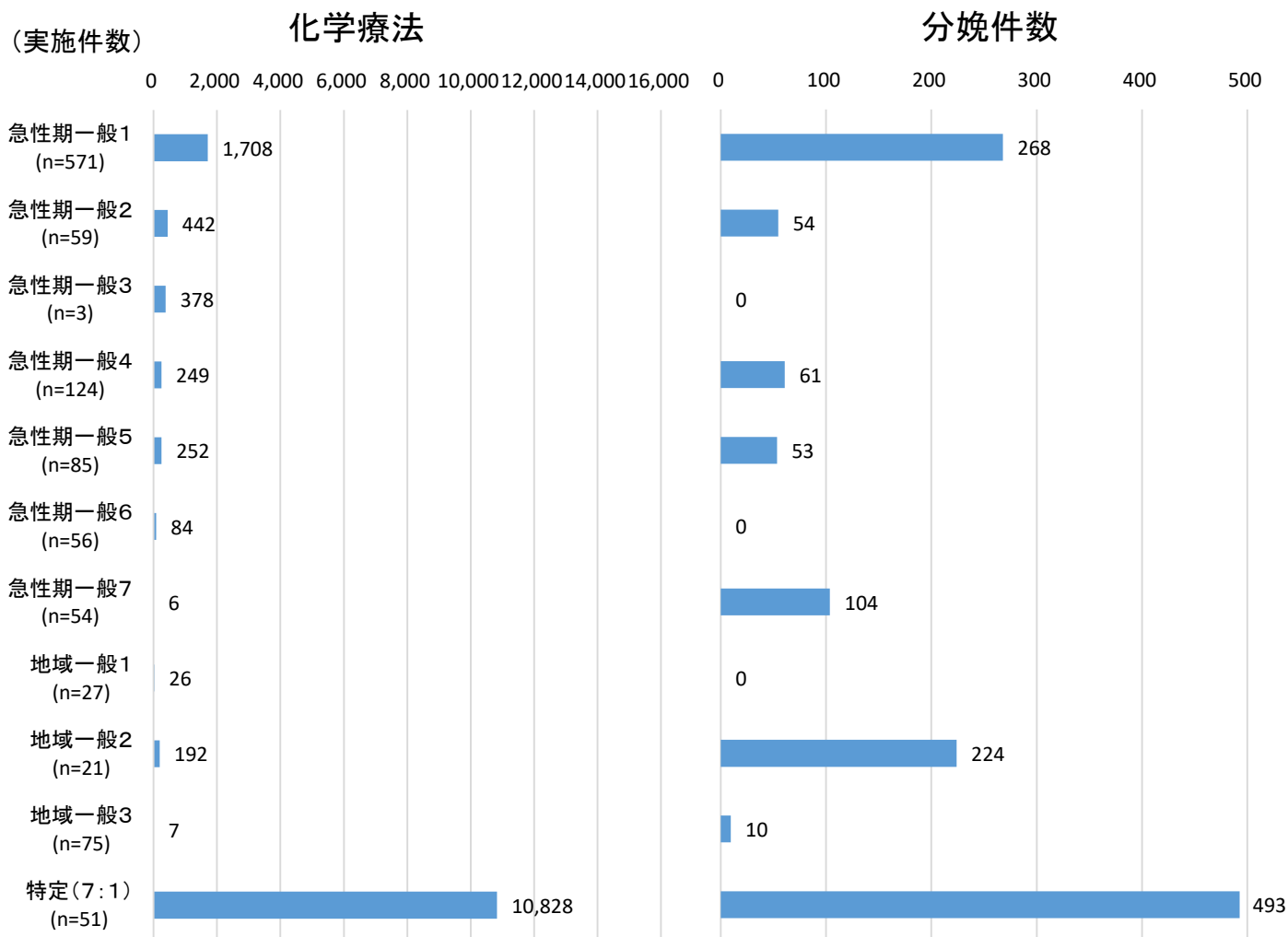
入院料毎の手術等の年間実施件数



入院料毎の手術等の状況③

○ 化学療法の実施件数は他の手術と傾向は同じだったが、分娩件数は特定機能病院、急性期一般入院料1以外の入院料でも多く実施されていた。

入院料毎の手術等の年間実施件数



急性期一般入院料 1 の手術等の状況①

中医協 総-1-2 (改)
3 . 1 0 . 2 7

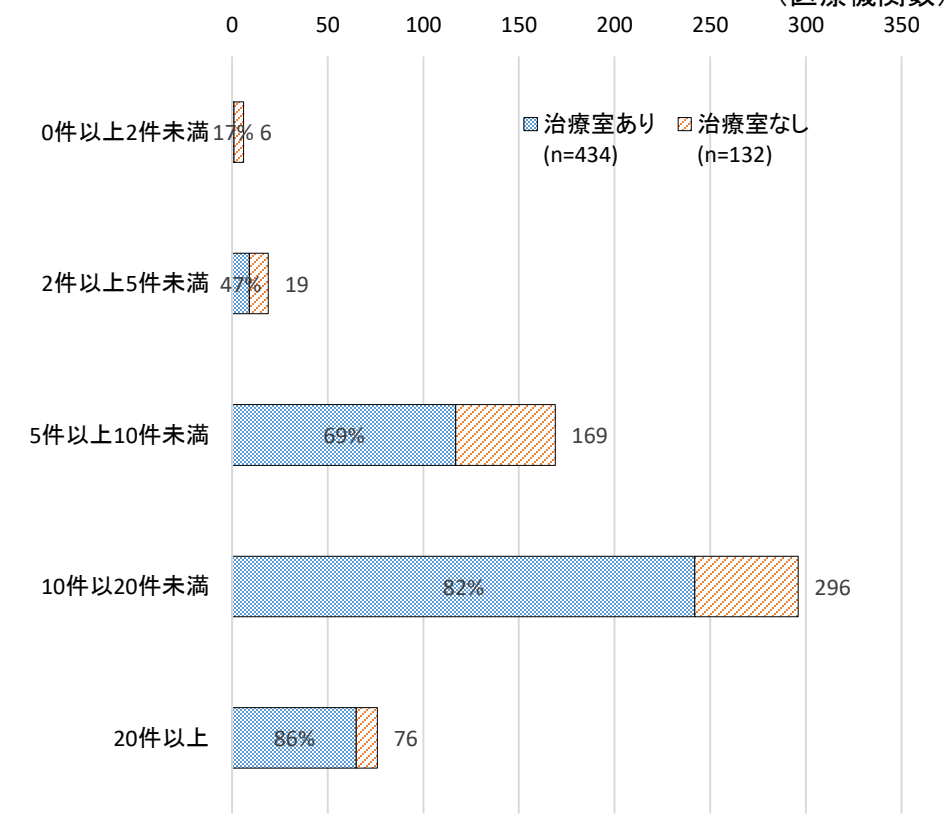
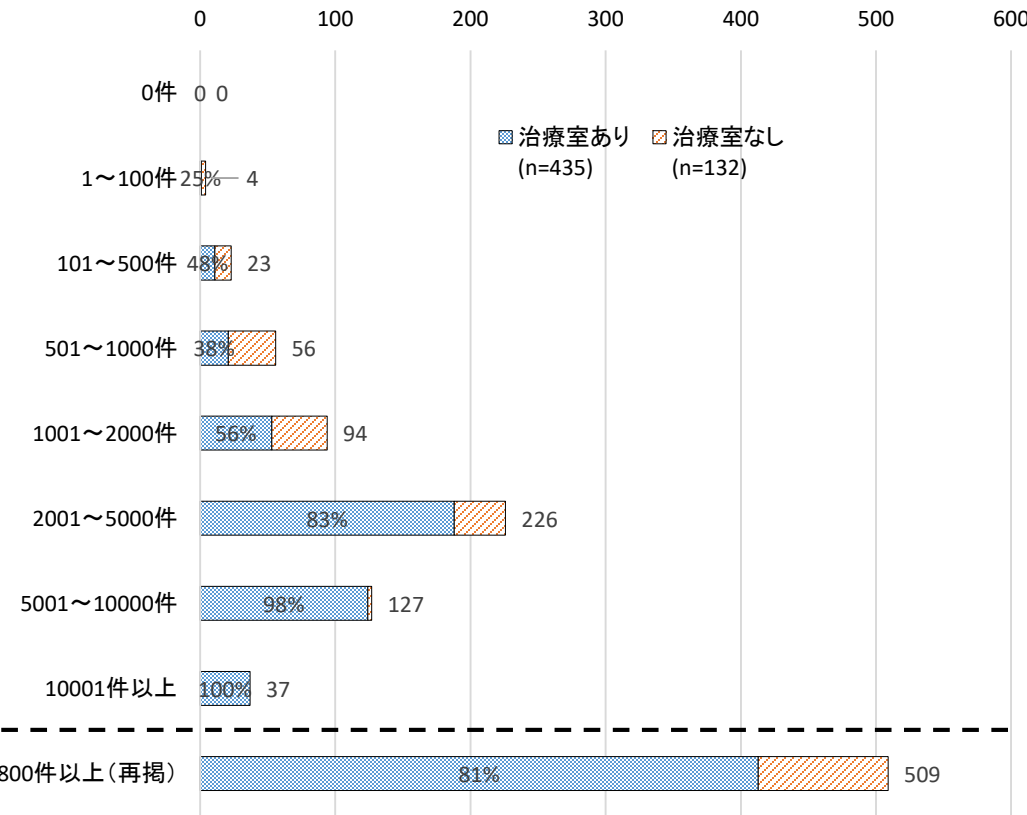
○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における手術の年間実施件数の分布を見たところ、約9割の医療機関では800件以上実施されていた。また、実施件数が多いと、治療室を届け出ている医療機関の割合は高くなる傾向にあった。

急性期一般1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの手術の年間実施件数の分布 (n=567)

急性期一般1を届け出ている医療機関における
病床1床あたりの年間手術件数の分布 (n=566)

(医療機関数)

(医療機関数)



(年間手術件数)

(病床1床あたり年間手術件数)

※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
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

※病床数は急性期一般入院料1の届出病床数

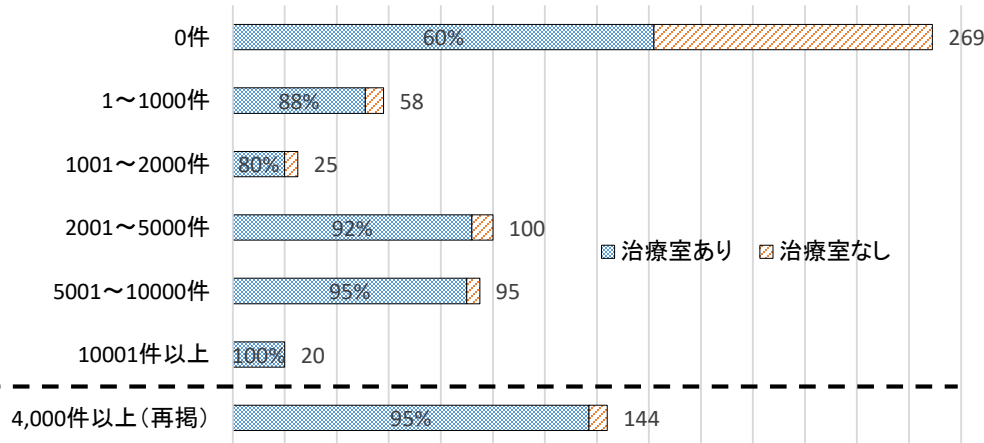
手術・放射線療法・化学療法の年間実施件数

中医協 総-1-2 (改)
3 . 1 0 . 2 7

○ 放射線療法、化学療法、分娩について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布を見ると、実施件数が多いと、治療室を届け出ている医療機関の割合が高くなる傾向にあった。

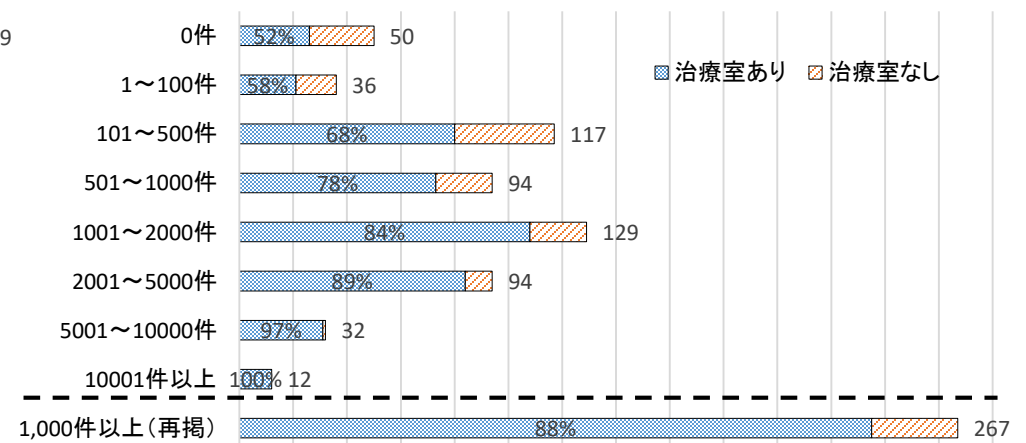
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの放射線療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280



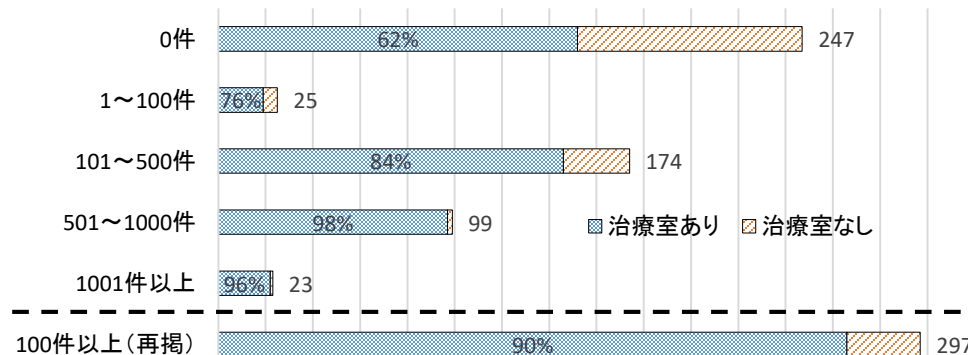
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの化学療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280



急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの分娩の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
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

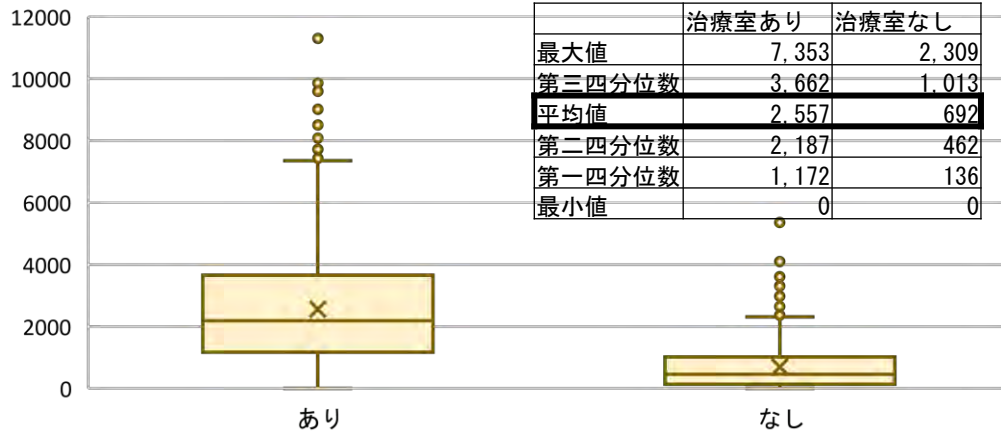
急性期1における治療室の有無別、手術等の状況①

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術については、いずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

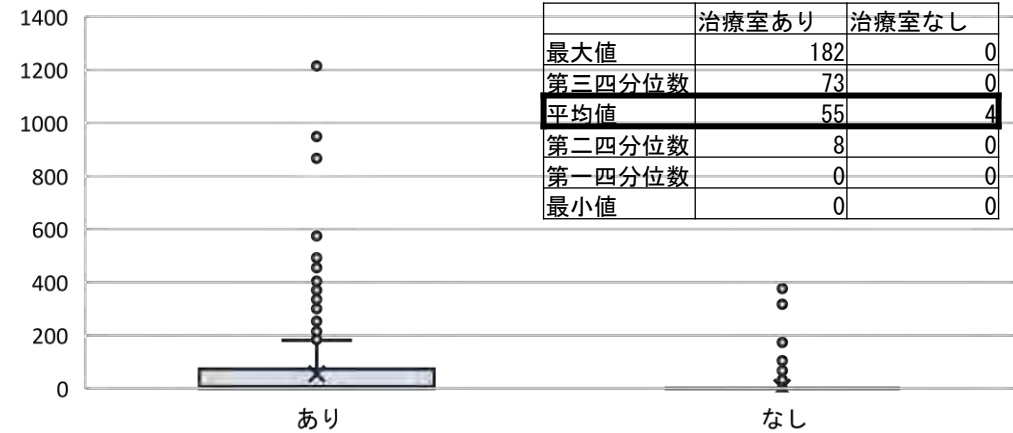
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

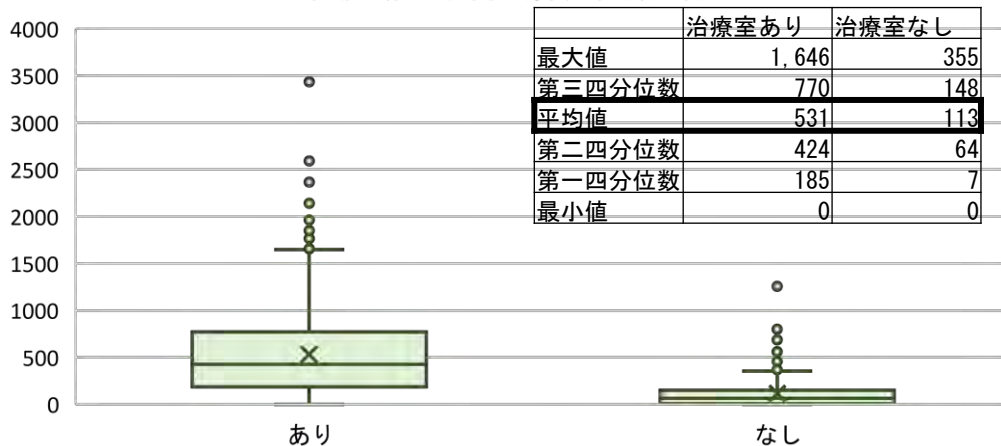
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



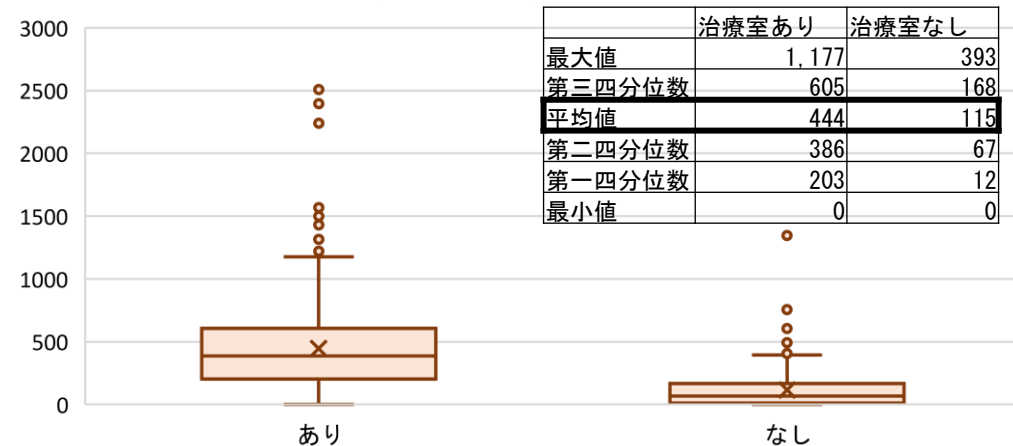
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。

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

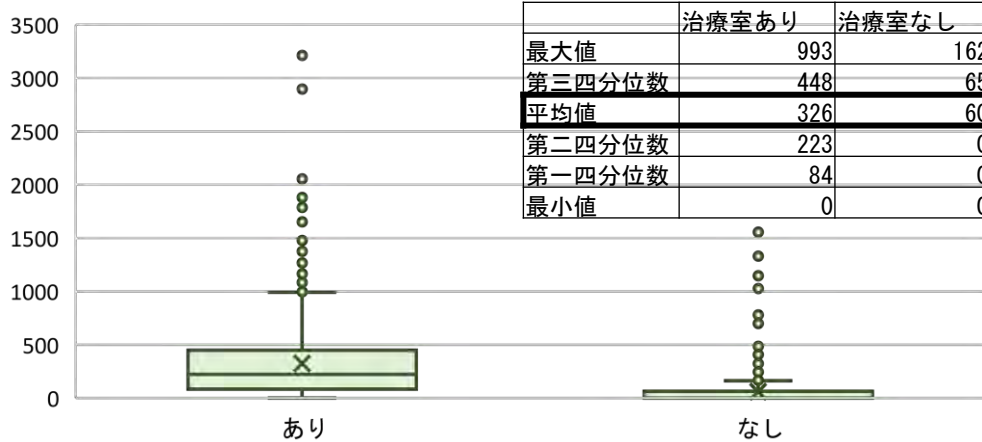
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

○ 心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術について、いずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

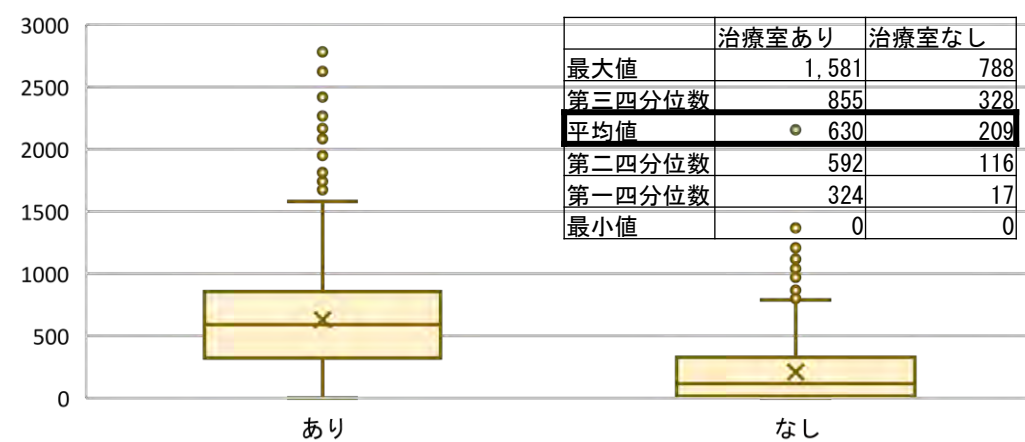
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

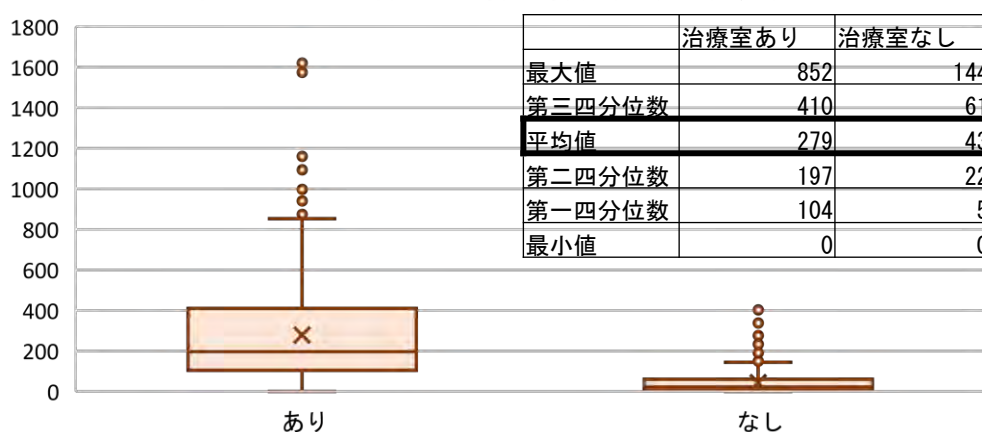
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



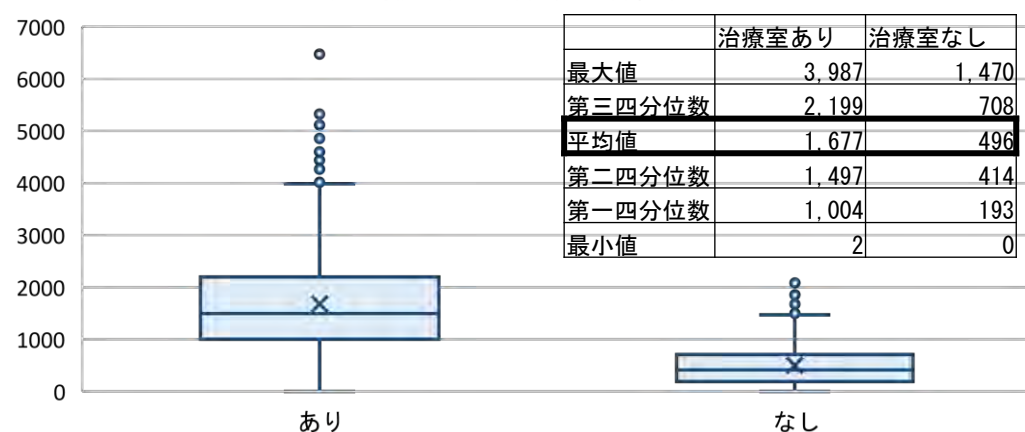
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



救急搬送受入件数 (件/年)

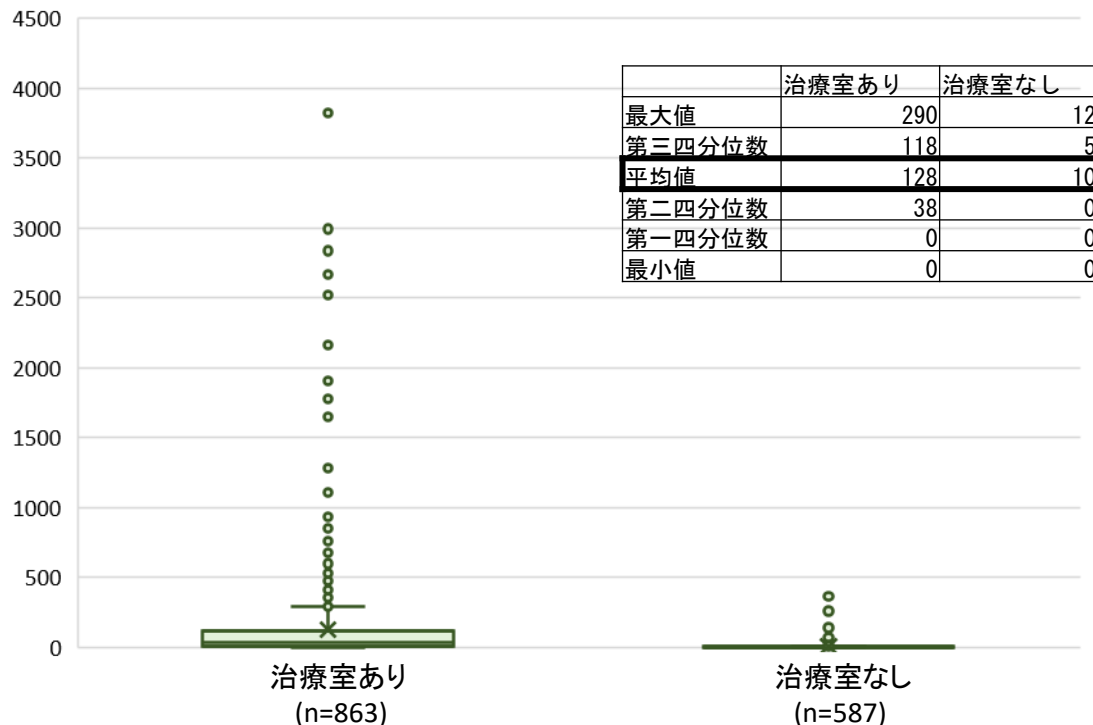


※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

急性期 1 における 6 歳未満の手術の実施状況

○ 6歳未満における手術の実施状況(手術における6歳未満に係る加算の算定回数)を集計したところ、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

急性期一般入院料 1 における、治療室の有無別、手術における 6 歳未満の患者に係る加算 (算定回数/年)



※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。
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

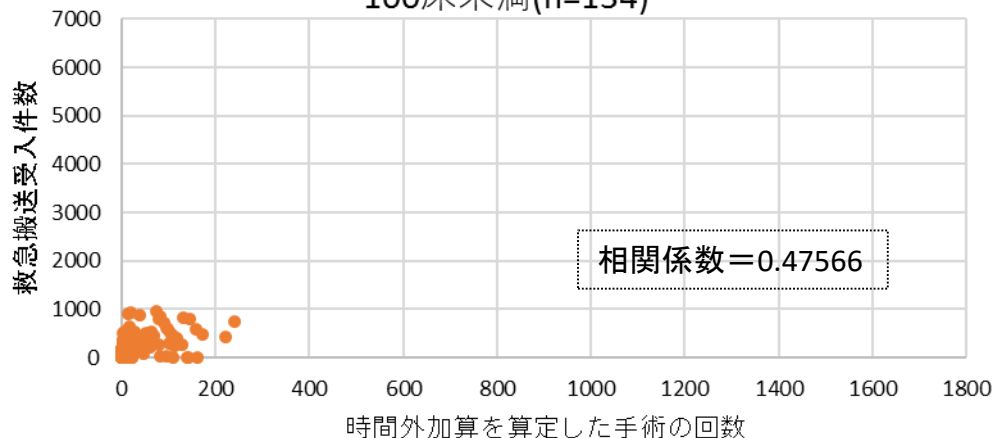
急性期 1 における時間外の手術と救急搬送件数の関係

○ 救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数との相関を、病床規模別に分析した結果は以下のとおり。

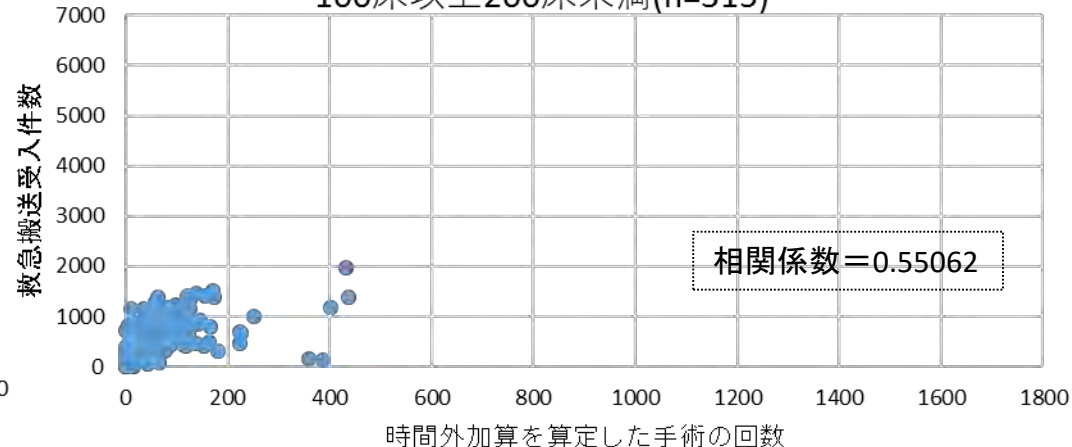
急性期一般入院料1における、医療保険届出病床数の規模別の、救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数の相関

中医協 総-1-2 (改)
3 . 1 0 . 2 7

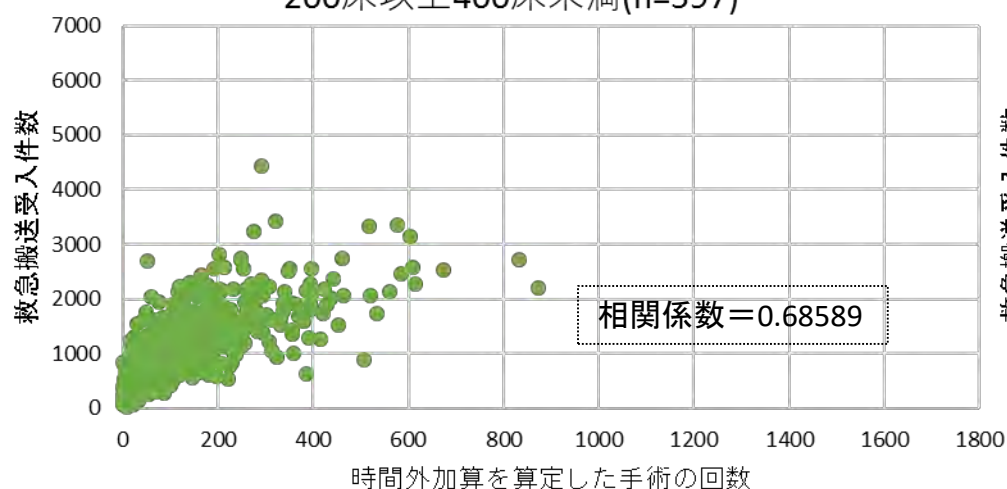
100床未満(n=134)



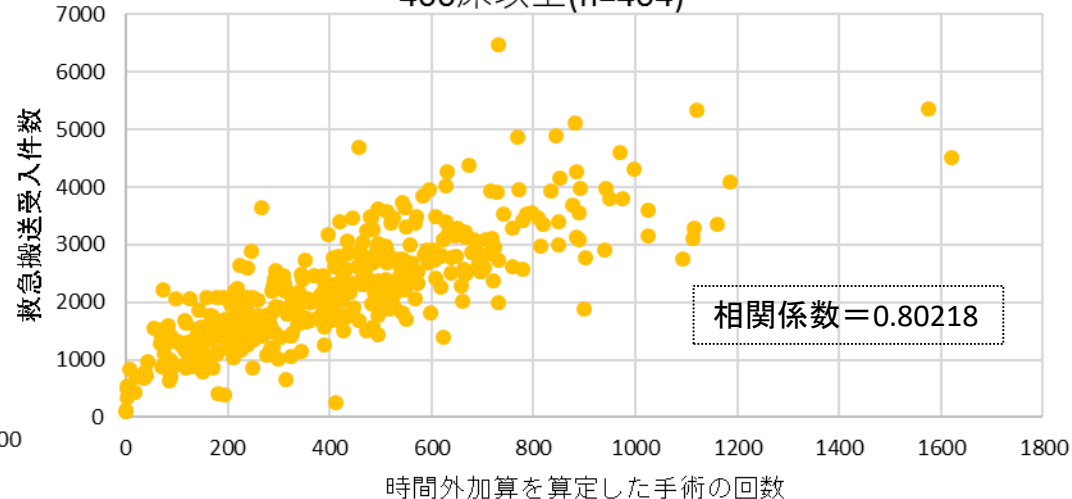
100床以上200床未満(n=315)



200床以上400床未満(n=597)



400床以上(n=404)



入院料別、新型コロナの診療状況①

○ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、簡易な報告による治療室のいずれかを届け出ている医療機関が多かった。

新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

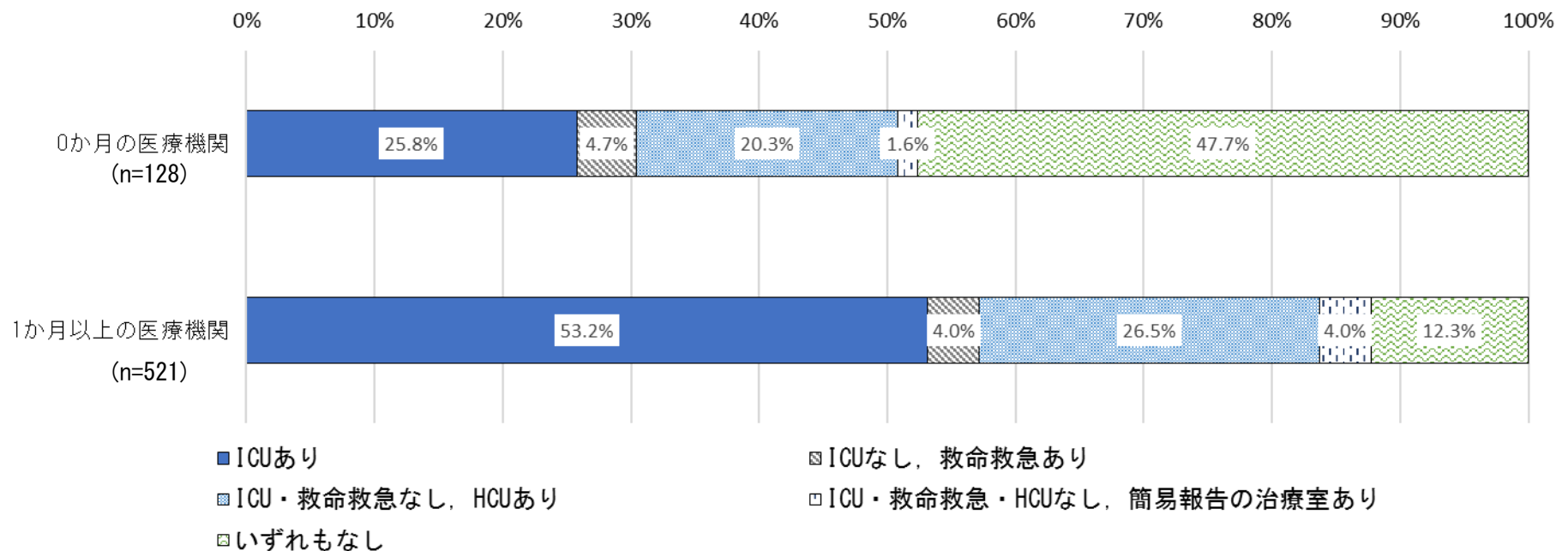
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

※ 上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

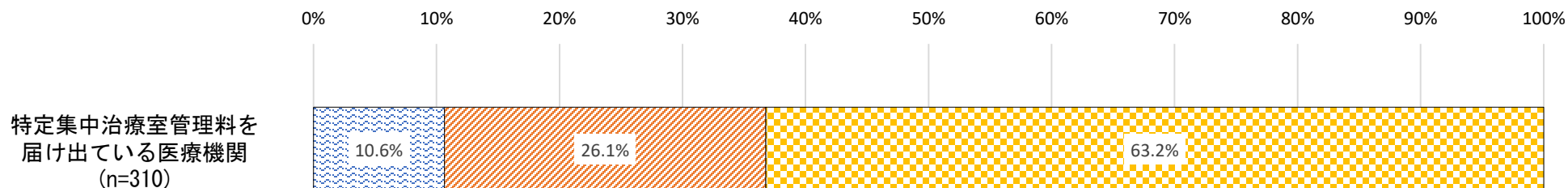
急性期一般入院料1において、アの該当月数が0ヶ月の医療機関の治療室の保有状況



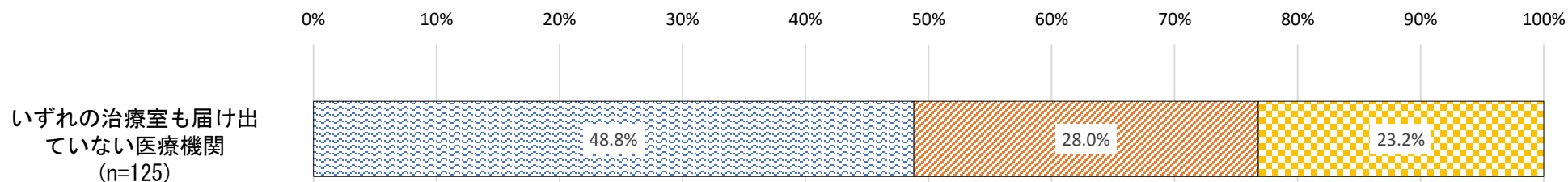
入院料別、新型コロナの診療状況②

○ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関と、簡易な報告を含めいずれの治療室も届け出していない医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数の状況を比較したところ、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関の方が、該当月数が0か月である割合が低く、1か月以上、特に、14か月以上の医療機関が多かった。

急性期一般入院料1において、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関におけるアの該当月数の状況



急性期一般入院料1において、簡易な報告も含め、いずれの治療室も届け出していない医療機関におけるアの該当月数の状況



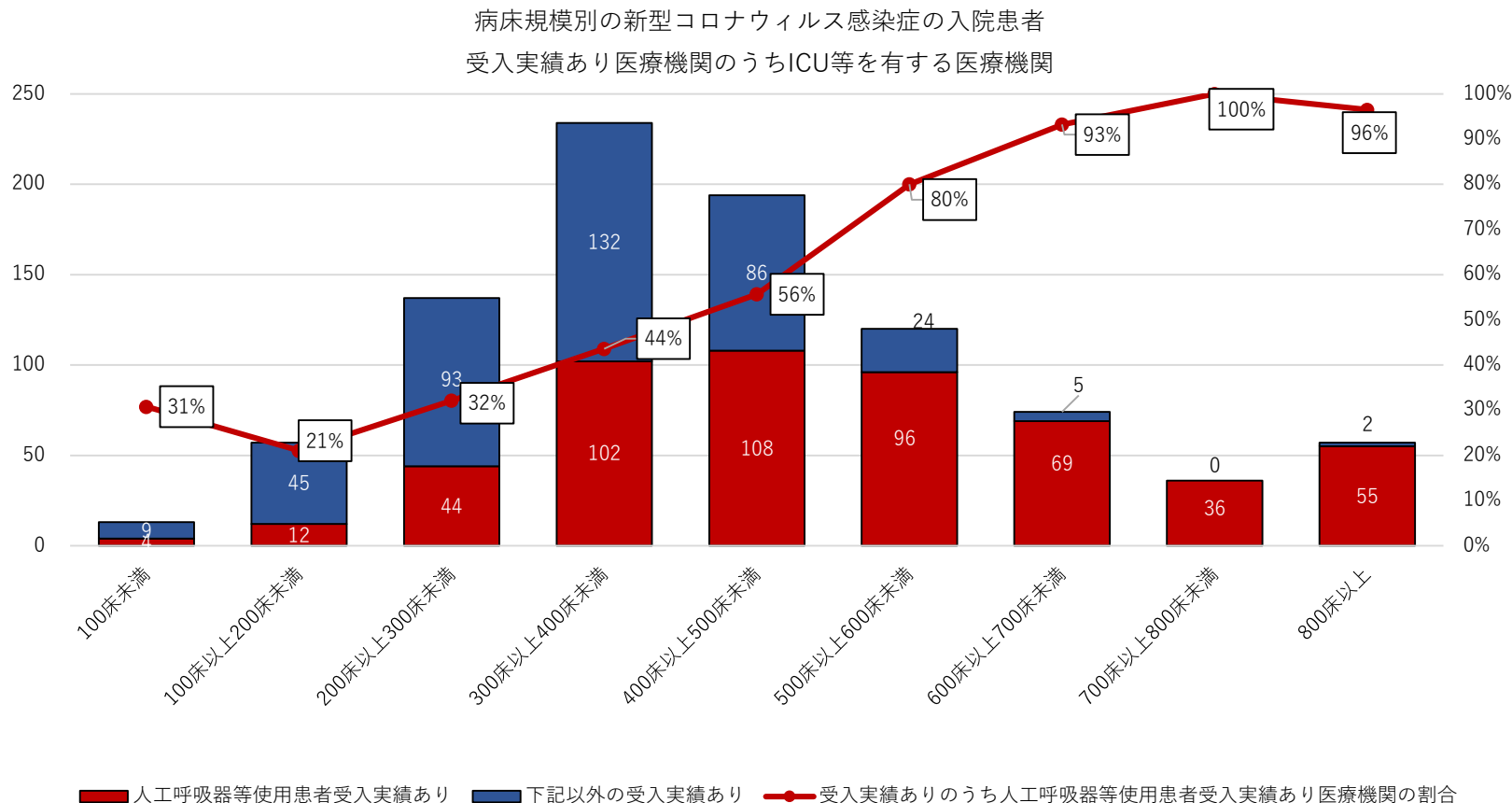
□ 0か月の医療機関 ▨ 1か月以上13か月以下の医療機関 ▩ 14か月以上の医療機関

病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり 医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合

厚生労働省ホームページ
公表資料を一部抜粋

○ 病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）

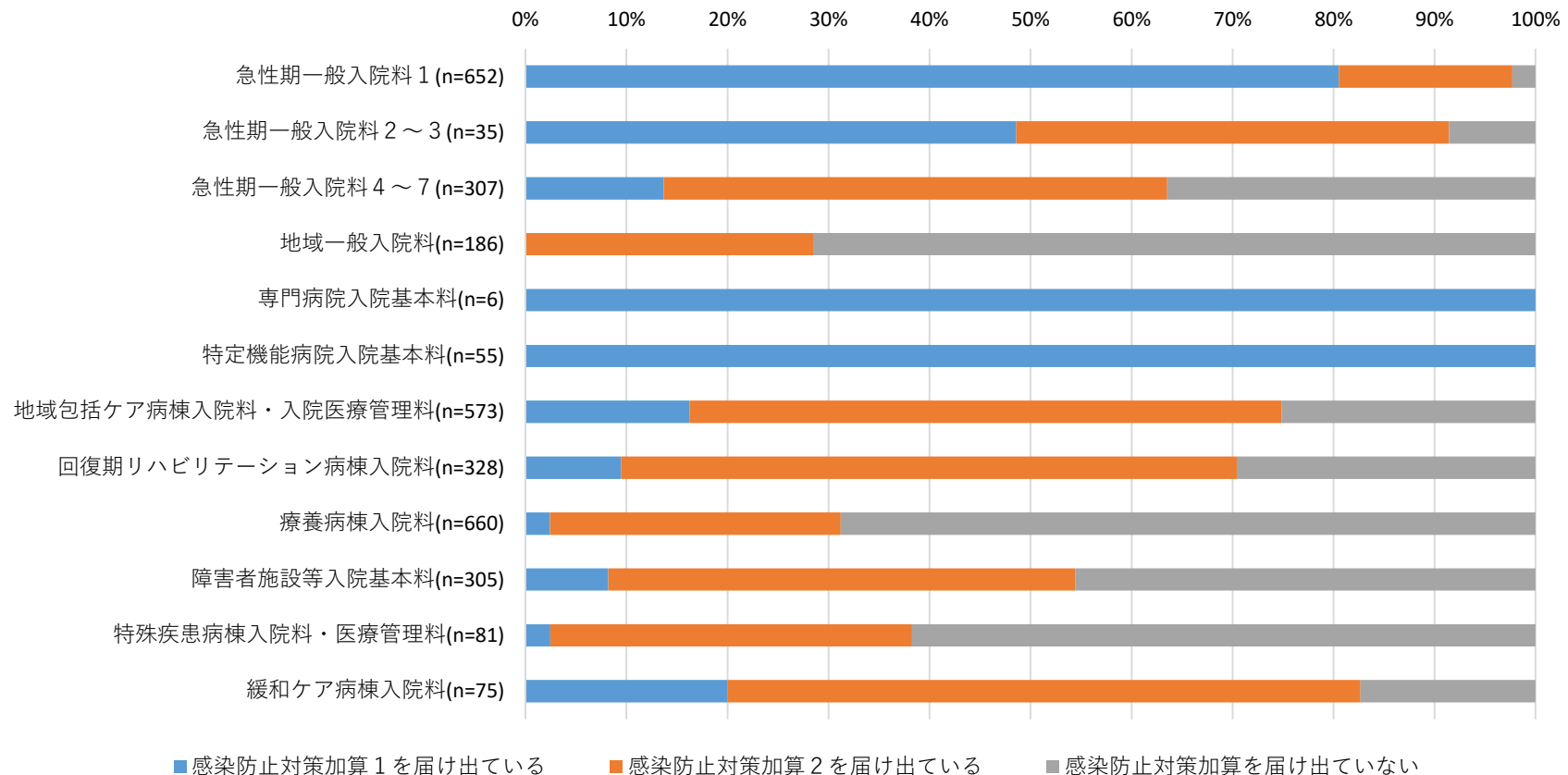


※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
 ※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの
 ※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことのある受入医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・2、小児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1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定した実績がある医療機関（平成30年度病床機能報告）n=1,040医療機関
 ※ 病床規模：平成30年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

感染防止対策加算の届出状況

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

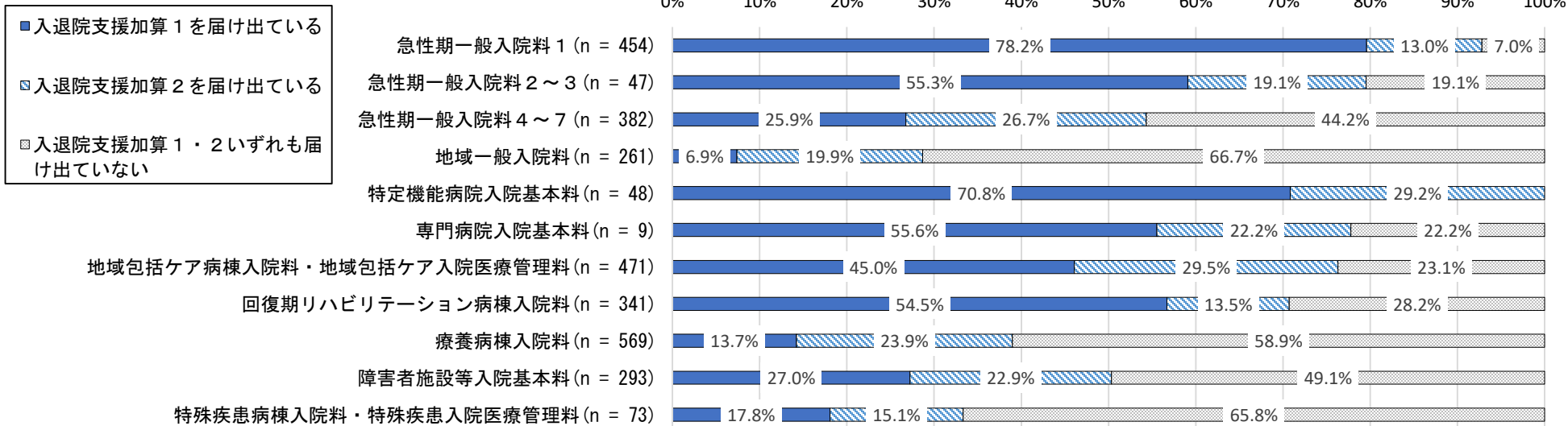
感染防止対策加算の届出有無



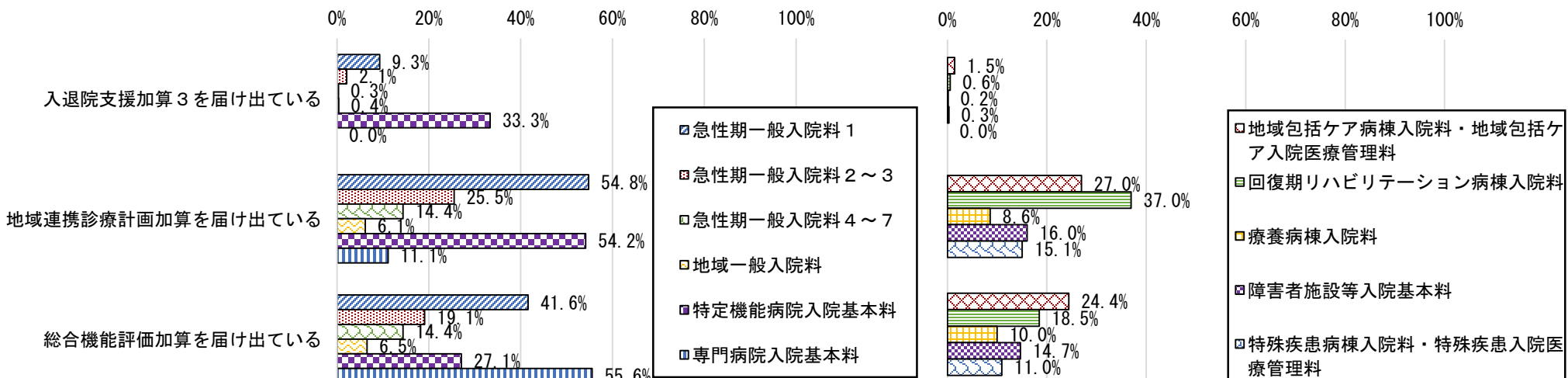
入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



急性期入院医療の評価についての課題（小括）

（急性期入院医療の評価について）

- ・ 急性期医療を担う医療機関の役割として、重症救急患者への対応、総合的かつ専門的な医療の提供、退院支援する機能が重要であり、この観点に基づいた評価を行っている。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、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のいずれもない医療機関は23%、また、救命救急入院料・特定集中治療室管理料のいずれもない医療機関は49%だった。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関について、他に届け出ている病床の状況を集計したところ、治療室（救命救急入院料/ハイケアユニット入院医療管理料/特定集中治療室のいずれか）の届出なしの医療機関の方が、届出ありの医療機関より、療養病棟入院基本料、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料・入院医療管理料を届け出ている割合が高かった。
- ・ 急性期一般入院料1のうち4割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。加算1を届け出ている医療機関においては、手術等の実績が、総合入院体制加算の実績要件を大きく上回っていた。
- ・ 入院料毎に、手術等の年間実施件数を比較したところ、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7で大きく異なっていた。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関について、全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術、救急搬送受入件数のいずれにおいても、治療室（特定集中治療室管理料等）を届け出ている医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の6歳未満における手術の実施状況（手術における6歳未満に係る加算の算定回数）についても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- ・ 救急搬送受入件数は、手術における時間外加算の算定回数と、病床規模が大きくなると、高い相関が見られた。
- ・ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料等を届け出ている医療機関が多かった。また、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関と、いずれの治療室も届け出していない医療機関を比較すると、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が大きく異なっていた。

急性期入院医療について

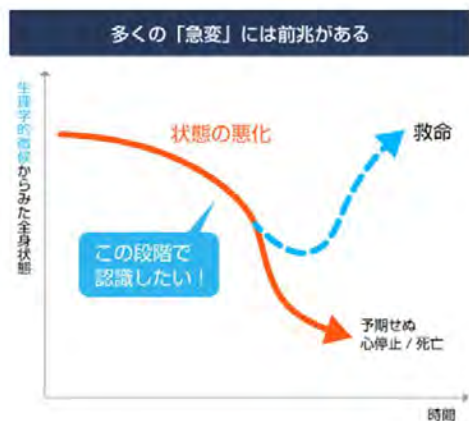
1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1 重症度、医療・看護必要度について
 - 2-2 急性期入院医療の評価について
 - 2-3 重症患者対応について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. 論点

重症患者対応について①

- 院内心停止の発生前には、平均動脈圧や脈拍数、呼吸数、意識状態の変化等の前兆が現れる場合があるとされている。

院内心停止の発生頻度、発生前の前兆

- 米国の疫学研究では大人1000人の入院にあたり6.65人の院内心停止が生じるとされる。(Circulation Laurie J. Morrison et al. 2013;127:1538-1563)
- 心停止に陥った患者は事前に何らかの異常な症状や兆候を示すとされる。(arrest. Chest. 1990;98:1388-1392.、Med. 1994;22(2):244-247.)
- 心停止前の6時間以内に現れる警告的サインとして、平均動脈圧や意識状態の変化等が挙げられている。(Franklin C et al. Crit Care Med 22 : 244-247, 1994)



■表3 心停止6時間以内に現れる警告的サイン

- 平均動脈圧：70mmHg以下もしくは130mmHg以上
- 脈拍数：45回/分以下もしくは125回/分以上
- 呼吸数：10回/分以下もしくは30回/分以上
- 胸痛
- 意識の変容

Franklin C, Mathew J : Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest : analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Crit Care Med 22 : 244-247, 1994.から引用，邦訳および改変

出典：日本院内救急検討委員会ホームページ

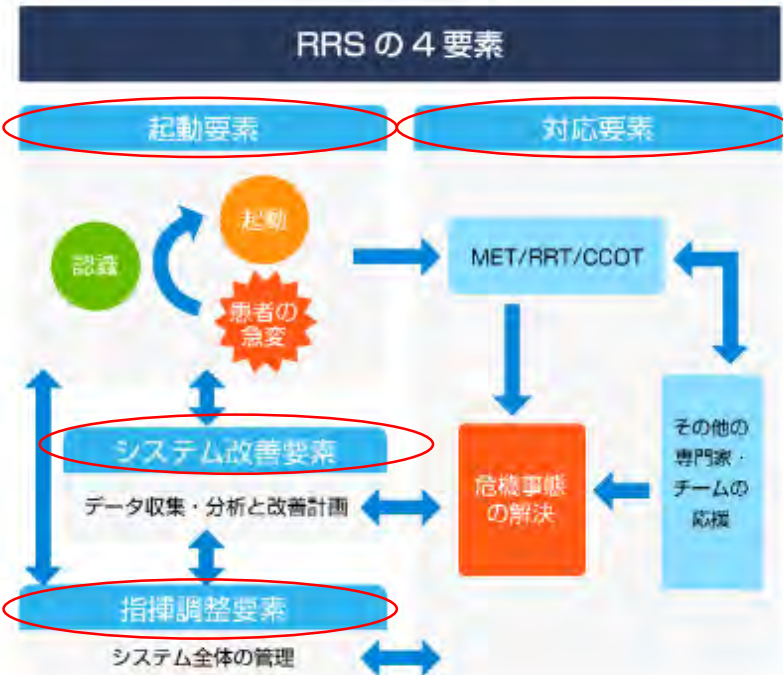
院内迅速対応システム(RRS)の概要

○ 患者の急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことで、院内心停止を減らす取組として、「院内迅速対応システム(RRS)」がある。

院内迅速対応システム(Rapid Response System(以下、RRSと略す))とは、患者の急変の前兆を捉えるために予め起動基準を定め、院内の患者が当該基準を満たした場合には医師、看護師等からなるチームが要請され、速やかに患者の安定化と管理を行うことで、致死性の急変に至るのを未然に防ごうとするシステムである。また、本システムにおいては、発生した事案のデータを収集し、将来同様の事案を回避できるようフィードバックを行うことや、RRSのチームの設置やスタッフへの教育を行う指揮調整を行う組織を含む。

RRSに必要な4つの要素

2005年に行われたICMET (International Conference on Medical Emergency Teams、患者安全、急性期治療、METの専門家による国際会議)において、RRSに含めるべき以下の4つの要素が定められた。



出典：日本院内救急検討委員会ホームページ

コードブルーとRRSの違い

表2 コードブルーとRRSの違い

	コードブルー	RRS
チーム起動	意識なく、脈・呼吸なし	血圧低下、頻脈、呼吸数増加、意識変容
対象疾患	心停止、呼吸停止、気道閉塞	敗血症、肺水腫、不整脈、呼吸不全、アナフィラキシー
チーム構成	麻酔科、救急部、ICU、内科 医師・看護師	ICU医師・看護師、呼吸療法士、 内科医
呼び出し回数 (回/1000入院患者)	0.5~5	20~40
対応時間(分)	>30	20~30
院内死亡率(%)	70~90	0~20

出典：日臨麻会誌Vol35 No4. 507-511,2015

公益財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価「一般病院3」における、RRSの評価

- 2 良質な医療の実践 1
 - 2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保
 - 2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している

【評価の要素】

 - 院内緊急コードの設定
 - 急変の兆候を捉えて対応する仕組み
 - 救急カートや蘇生装置の整備・配置状況
 - 定期的な訓練

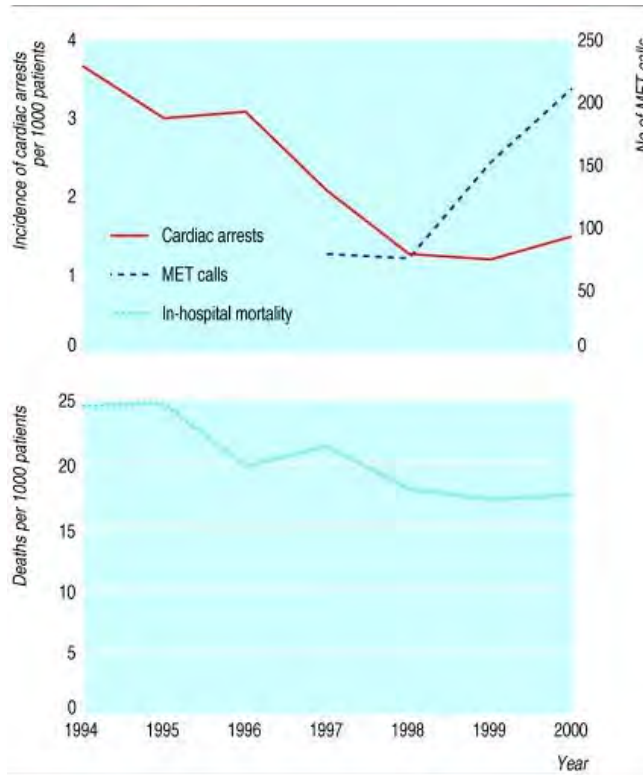
出典：公益財団法人日本医療機能評価機構HP

RRSの効果と日本における現状

- RRSが院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。
- 日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。

RRSの効果

●MET(院内急変対応チーム、RRSの一部)のコール件数が上昇してから心停止の件数と院内死亡件数が減少している。



出典: Michael D Buist et al. BMJ. 2002;324:387-390

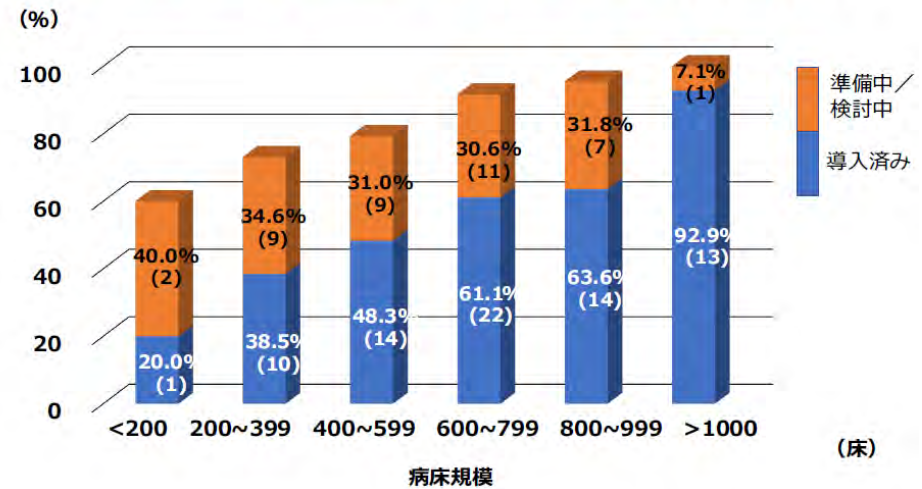
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるRRSの現状

●市中病院や大学病院等を対象として実施されたアンケートでは、特に病床規模の大きい医療機関では、RRSを導入している割合が高いという結果だった。

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



出典: 日本集中治療医学会Rapid Response System検討委員会、日本臨床救急医学会患者安全検討委員会RRTワーキンググループにより実施されたアンケート調査

RRSの運用及び研修の例

○ RRSの運用例、及び、日本集中治療医学会等により開催されている研修の例は、以下のとおり。

RRSの運用の例

例) 島根県立中央病院

RRSの4つの要素について以下のとおり対応；

- ①起動要素: 患者の状態変化に対して、緊急コールの必要性を認識していない等の問題点を明らかにし、RRS推進メンバーを病棟から36名の看護師を選出し、研修会を重ねた。
- ②対応要素: 救命救急医師をコールする基準が決められRRTをコールするためのPHSを開設した。
- ③システム改善要素: 院内の医療事故防止・医療安全管理委員会からの指示で症例検討会を開催し、その結果を病院全体に周知するシステムを構築した。
- ④指揮調整要素: RRSに関する教育年間計画を作成し、院内の医療安全委員会でRRSに対する認識と活動に対するサポートを再確認した。

→これらを行った結果、島根県立中央病院では、年間187件のRRS要請があった。RRS要請時CPAであった件数は前期に15件、後期に3件と有意に減少した。

出典: 日臨救医誌2017; 20: 608-15

表1 当院のRRS要請基準

RRS要請基準	
PHS: 7119 同時に担当医をcall	
全般事項	・患者に関する何らかの懸念（心配なこと）
呼吸器系	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸数: 8回未満 30回以上 ・新たな呼吸困難の出現 ・5分以上にわたる新たな SpO₂: 85%以下 ・気道内出血、もしくは気道内出血に伴う誤嚥
循環器系	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな症状を伴った脈拍 40回以下、130回以上 ・収縮期血圧: 90未満、200以上 ・新たな胸痛 ・ニトログリセリンに反応しない胸痛 ・医師の指示が仰げない胸痛
尿路系	・新たに発生した尿量: 50ml / 4時間以下
神経系	<ul style="list-style-type: none"> ・急激な意識消失 ・新たな意識状態の変化、歩行障害 ・新たな脳卒中、虚脱 ・新たな顔面や四肢の麻痺
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急に医師の処置が必要だが、医師に迅速に連絡がとれないとき ・チアノーゼなど皮膚色の急激な変化 ・10分以上の異常な興奮 ・自殺企図 ・制動不能な出血 ・麻薬拮抗薬に反応しない意識障害 ・制動不能な疼痛 ・制動不能な 30分以上にわたる悪心・嘔吐

日本集中治療医学会、日本臨床救急医学会等の学会や団体から成る日本院内救急検討委員会が実施している、RRSのハンズオン研修の例

コース名: MET/RRTスタッフ育成セミナー (第1回)



◎ 日程

2016/03/12

☆ 主催

Critical Care Patient Safety Network (CCPAT)

♀ 場所

北里大学病院

■ 内容

【対象】 MET・RRTとして対応するメンバー

【到達目標】 対応者として知るべき概念、すべき基本的な流れを学ぶ・チーム内の連携、ノンテクニカルスキルを学ぶ・対応する中で起こりうる問題点について検討する

■ レポート

出典: 日本院内救急検討委員会ホームページ

重症患者対応について②

- 救急・集中治療領域の重症患者の家族は、治療について代理意思決定という大きな負担を強いられているが、家族に対する支援体制は十分ではないとされている。

救急・集中治療領域における重症患者の家族に対する支援の実態

集中治療領域では、患者は生命の危機状態にあり、急激な変化で亡くなる場合もあれば、脳死などのように数時間後または数日中に亡くなるなど、懸命な医療を行っても死にいたることがある。(略)また、患者自身の意識が低下、もしくは消失している状態では、患者は治療選択の意思決定ができず、家族が代理意思決定をしなければならない状況が存在する。(略)しかし、家族にとっては、生死にかかわる治療の代理意思決定自体が、大きな負担を強いられる深刻な問題となる。

(略)しかし、現実的には組織的な家族支援体制は存在せず、医師や看護師を中心とした自発的、個人的努力で家族の支援が行われている。常に、死と直面している患者をケアする集中治療領域において、こころのケアに関して専門教育を受けた医療者は少なく、家族への支援体制が十分でないという現状は、大きな課題である。

(出典：日本集中治療医学会「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」)

ICUにおいて、家族が代理意思決定者となる場合が多いが、家族にかかっている精神的負荷は、適切な判断に影響を与える場合があることから、家族に対する精神的負荷は患者の治療の妨げにもなり得る。

(出典：Practical guidance for evidence -based ICU Family Conferences.
Chest. 2008 October ; 134(4) : 835-843.)

救急・集中治療領域の終末期にある患者の家族支援の方法

- 日本集中治療学会より、集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法について指針が示されている。

集中治療領域における終末期患者の家族支援の方法

- ・ 集中治療領域における終末期にある家族へのこころのケアの具体的方略として、5つの中核的要素を主軸とした直接的アプローチ、管理的アプローチからなるアプローチを複合的に実践することが必要である。
- ・ これらのケアの提供にあたっては、施設ごと、症例ごとの振り返りや教育体制を構築し、医療者の倫理的感性を高めるような取り組みがなされることが望ましい。(出典より)

こころのケアにおける「5つの中核的要素」

1. 家族の権利擁護

- ＜直接的アプローチ＞・家族の代理意思決定を支援する
- ＜管理的アプローチ＞・社会資源などの情報を提供する
・思いを表出できる環境を整える

2. 家族の苦痛を緩和する

- ＜直接的アプローチ＞・苦痛の緩和を図る
・情緒的に安定が得られるように支援する
・患者に主にかかわる家族への関わり
- ＜管理的アプローチ＞・個人的な時間と空間を確保する

3. 家族との信頼関係を維持する

- ＜直接的アプローチ＞・医療者の姿勢
・感情・意思の疎通を図る
- ＜管理的アプローチ＞・チーム医療の提供

4. 家族に十分な情報を提供する

- ＜直接的アプローチ＞・家族が患者の状況を理解できる情報提供を行う
・状況に応じて家族も含めたカンファレンスを開催する
- ＜管理的アプローチ＞・多職種を含めたカンファレンスを開催する

5. 家族のケア提供場面への参加を促す

- ＜直接的アプローチ＞・ケアへの参加を促す
- ＜管理的アプローチ＞・環境を調整する

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

○ 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

入院時重症患者対応メディエーター

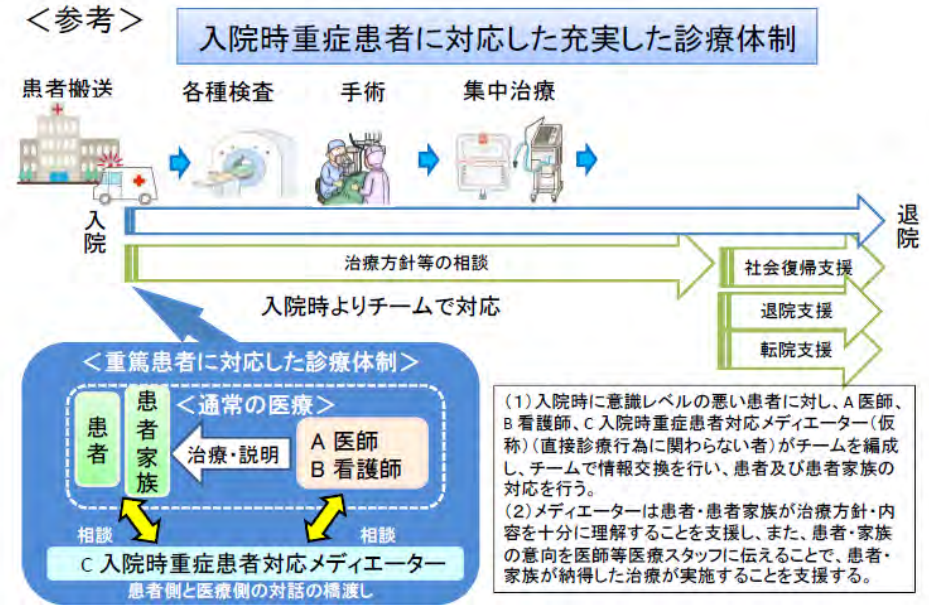
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会
(令和元年6月21日) 資料2

治療に直接関与しない職員の必要性

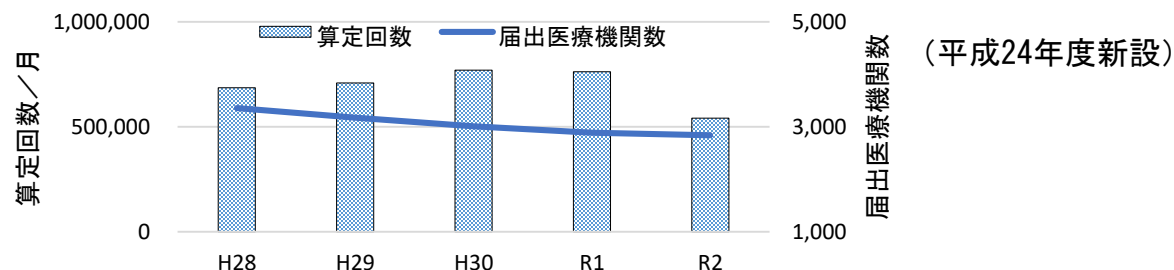
- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

(出典：名取良弘、「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業. 令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」. 横田裕行.)

患者またはその家族等に対する支援体制の評価

- 医療従事者と患者の対話を促進するため、患者又はその家族等（以下「患者等」という。）に対する支援体制を評価。

患者サポート体制充実加算 70点（入院初日）



【算定要件】

- 施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者（特別入院基本料等を除く入院基本料、特定入院料。）について、入院初日に限り所定点数を算定する。
- 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応する。
- 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されている。

【施設基準】

- 患者等からの疾病に関する医学的な質問、生活上・入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口はA234医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (1)における相談窓口配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- 患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは、
 - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されていること。
 - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備していること。
 - オ 対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。
 - カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。
- 当該保険医療機関内の見やすい場所に、相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、入院時に文書等を用いて相談窓口について説明を行っていること。
- 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

重症患者対応についての課題（小括）

（重症患者対応について①）

- ・ 院内心停止の発生前には、平均動脈圧や脈拍数、呼吸数、意識状態の変化等の前兆が現れる場合があるとされている。
- ・ 患者の急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことで、院内心停止を減らす取組として、「院内迅速対応システム（RRS）」があるが、院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。また、日本集中治療医学会等により研修が開催されている。

（重症患者対応について②）

- ・ 救急・集中治療領域の重症患者の家族は、治療について代理意思決定という大きな負担を強いられているが、家族に対する支援体制は十分ではないとされている。
- ・ 日本集中治療学会より、集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法について指針が示されており、家族の権利擁護、苦痛の緩和、信頼関係の維持、十分な情報提供、ケア提供場面への参加、の5つの中核的要素を主軸としたアプローチの必要性が示されている。
- ・ 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。
- ・ 医療従事者と患者の対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制の評価として、患者サポート体制充実加算を平成24年より設けている。

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 3－1 重症度、医療・看護必要度等について
 - 3－2 人員配置等について
4. 論点

入院分科会のとりにまとめにおける指摘事項

(重症度、医療・看護必要度について)

- 必要度のB項目については、早期のリハビリテーションの介入等が有用であるとのエビデンスを踏まえ、患者の状態を改善させる取組が進められている中、必要度の基準に組み入れられていることで、負のインセンティブになっていないか等の視点もあることから、特定集中治療室における適切な評価指標であるかは検討が必要である、との指摘があった。
- 一方、ADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために、B項目を必要度の基準から外したとしても、測定自体は継続すべきではないかとの指摘があった。
- A項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同様に、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とすることで、必要度の測定に係る看護職員の負荷を軽減できるのではないか、という指摘があった。

(生理学的スコアについて)

- 大学病院等ではSOFAスコアの入力が自動化されているが、このシステムの導入には多額の費用がかかるため全ての治療室に導入することは難しいとの指摘があった。

(専門性の高い看護師)

- 人工呼吸器を装着する患者に対して自立したケアを行える看護師は少なく、今般のコロナ禍において、ICUで重症患者をケアできるような専門性の高い看護師の確保の重要性がみられたことから、専門性の高い看護師の配置をより強化していくべきとの指摘があった。

(バイオクリーンルームについて)

- 日本集中治療医学会の策定した指針も踏まえ、バイオクリーンルームの在り方については検討が必要、との指摘があった。

救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点	183 3,528床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急センターを有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	25 196床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
	入院料3	イ・ロ：～3日 10,223点 イ・ロ：～7日 9,250点 イ：～14日 7,897点 ロ：～60日 8,318点	80 1,666床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点	82 902床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
特定集中治療室管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	140 1,397床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日 14,211点 イ：～14日 12,633点 ロ：～60日 12,833点	70 797床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	349 2,390床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ：～7日 9,697点 イ：～14日 8,118点 ロ：～60日 8,318点	64 618床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
ハイケアユニット入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	582 5,779床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,224点	30 305床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (SCU)		6,013点	180 1,479床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・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 ・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	3対1	一般病棟用(I) 測定評価	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

※医療機関数及び病床数は令和3年9月15日中医協総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点	9 116床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日)を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日～ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	84 797床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	/
	管理料 2	8,434点	145 832床				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	133 851床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/ 地域周産期母子医療センターであること
	管理料 2	10,539点	133 1,720床				
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	202 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日)を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	/

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし		あり

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

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

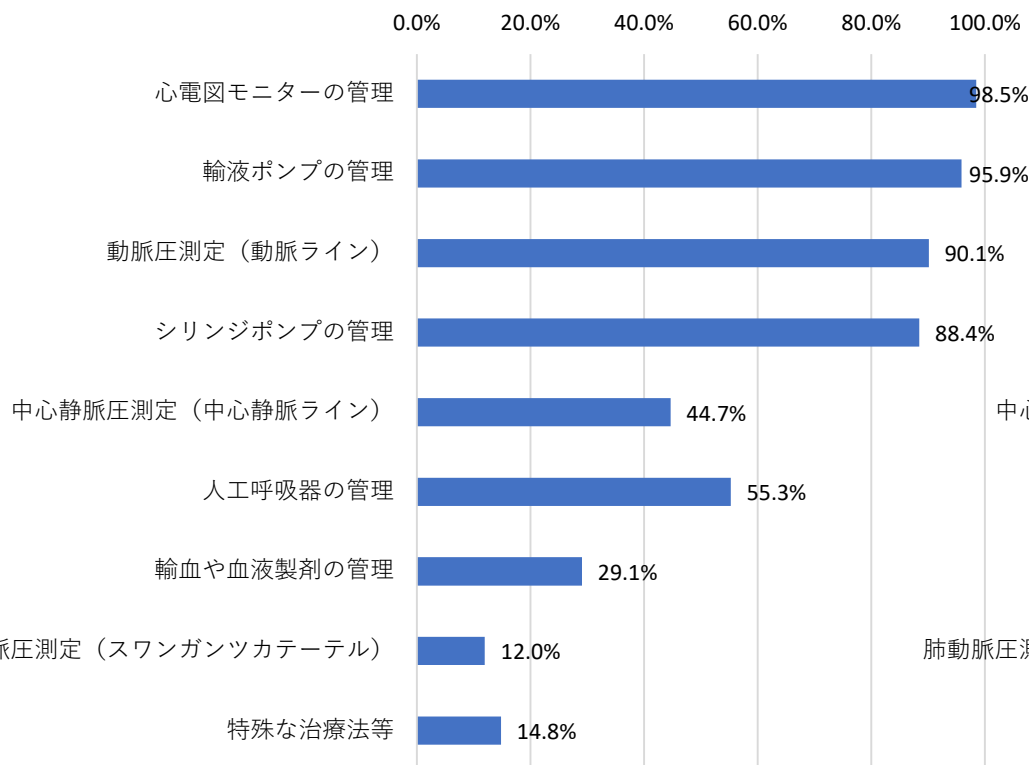
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

中医協 総-1-2

3.10.27

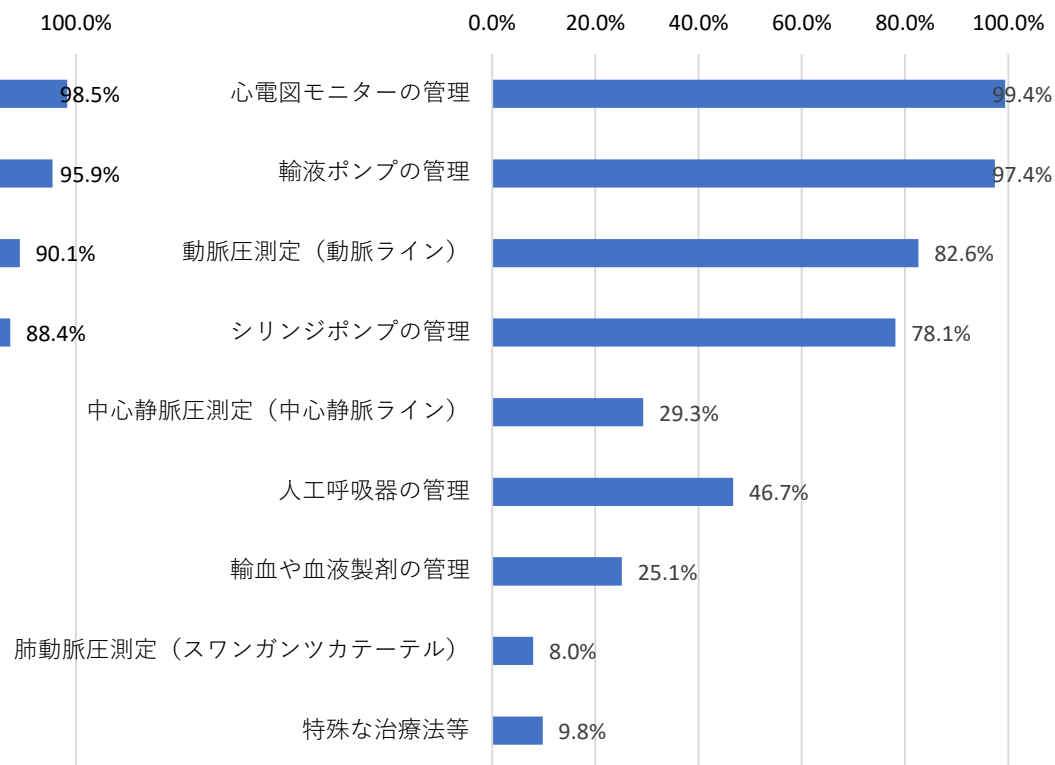
○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」は9割を越えるが、他の項目には違いがみられた。

特定集中治療室1・2の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=6,523

特定集中治療室3・4の項目別の該当患者割合 (A項目)

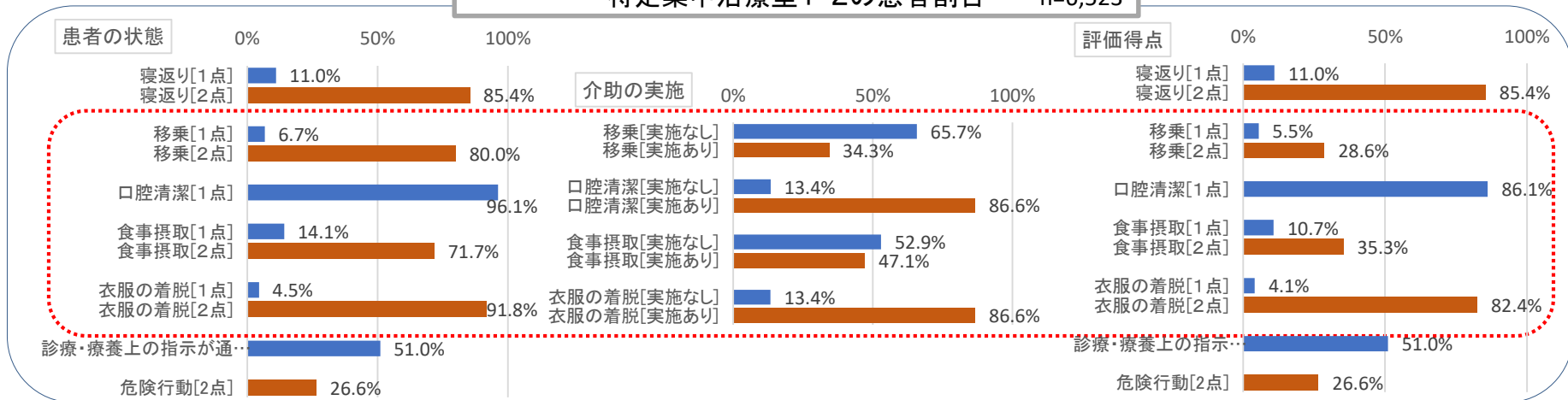


n=7,151

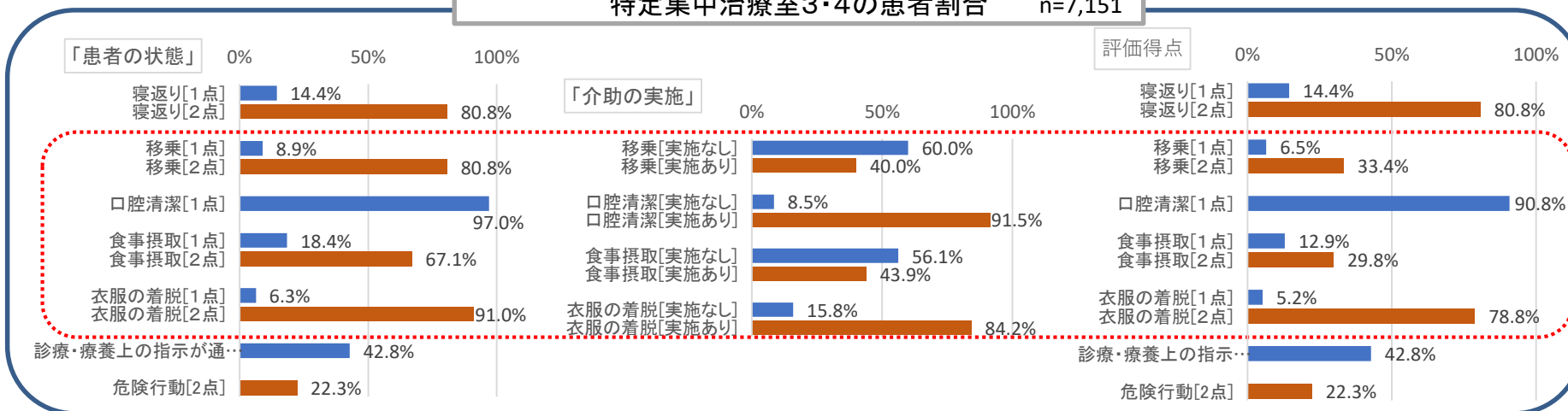
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、以下の通りであった。

特定集中治療室1・2の患者割合 n=6,523



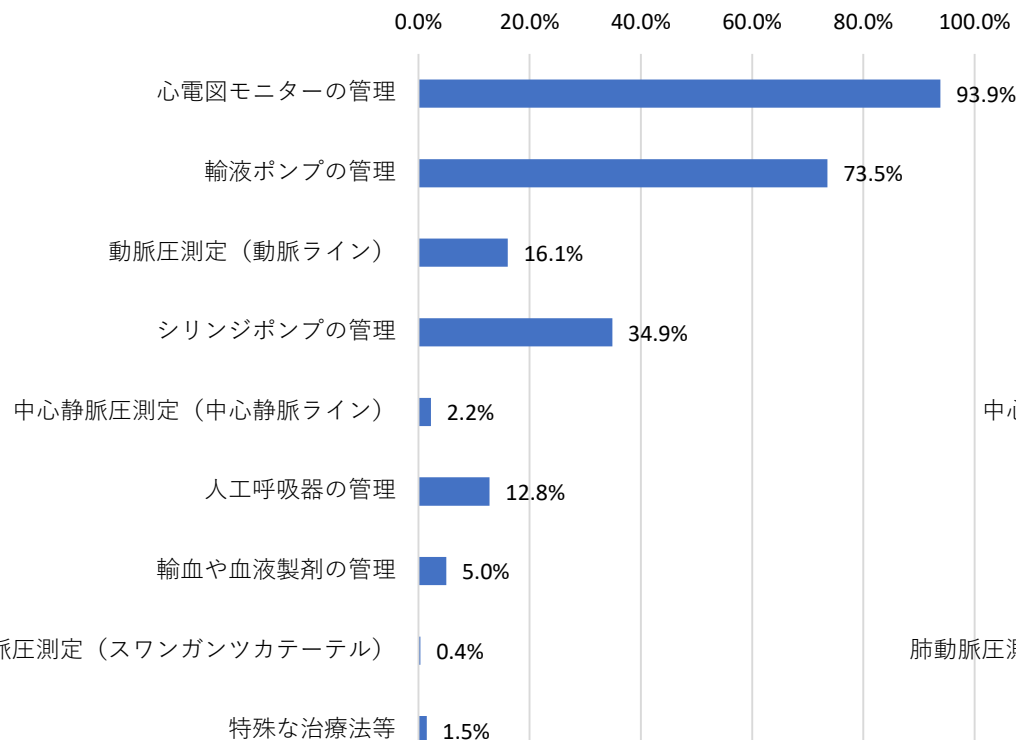
特定集中治療室3・4の患者割合 n=7,151



救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

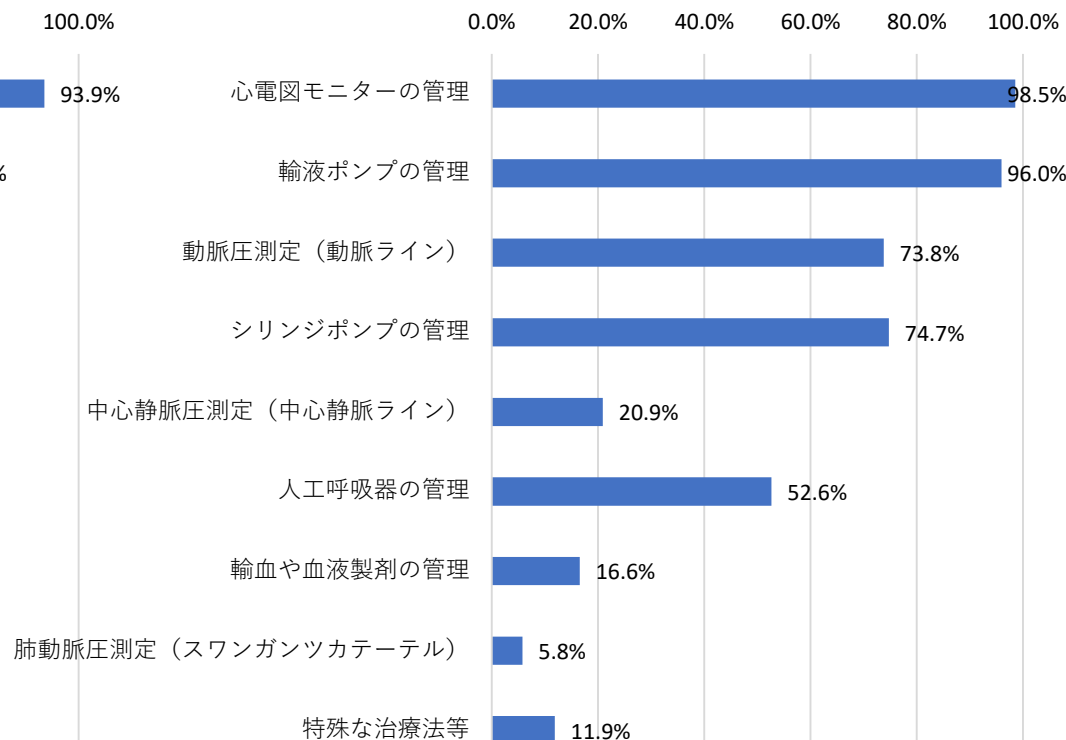
○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニターの管理」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3にくらべて2・4の方が該当割合が高かった。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=9,437

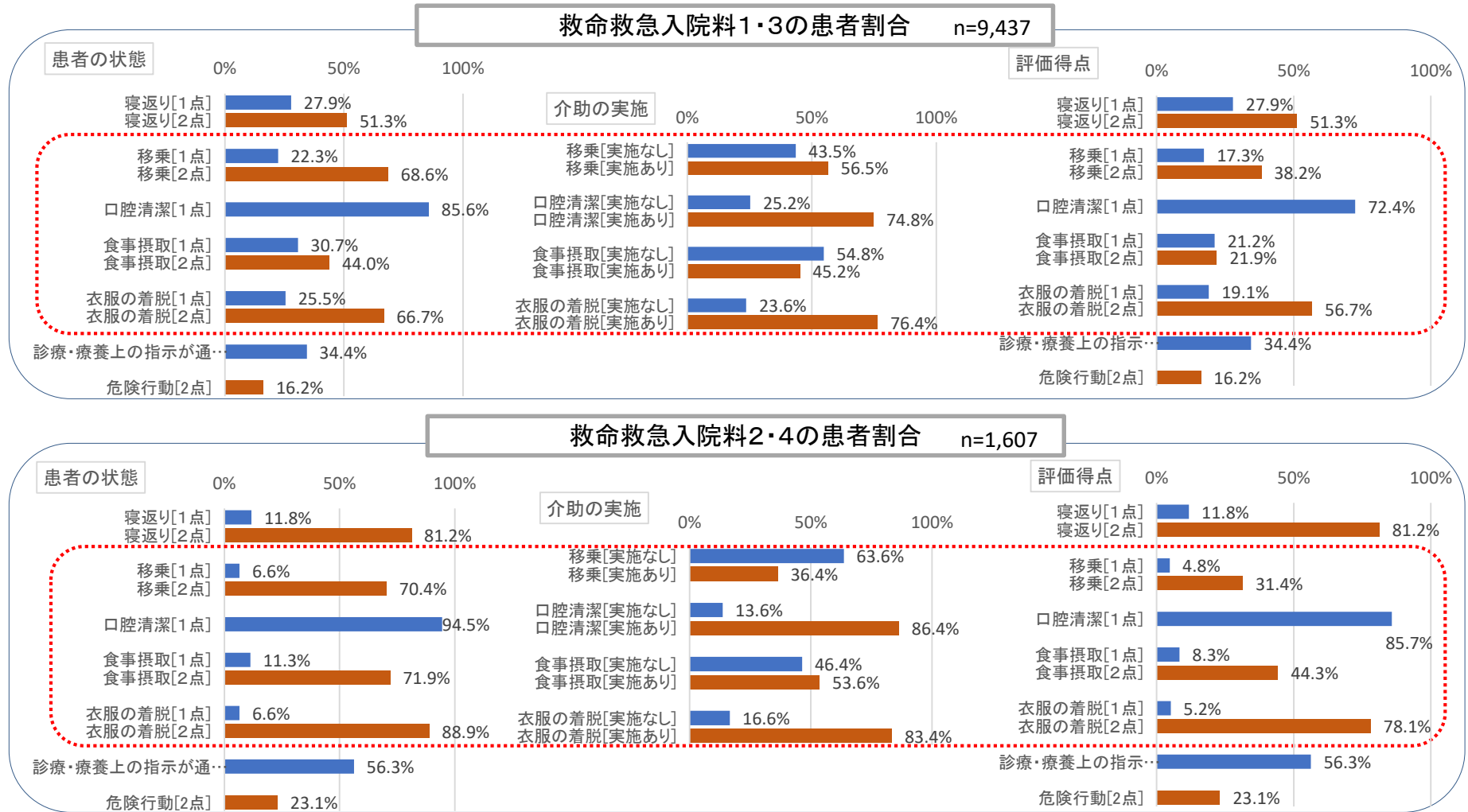
救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=1,607

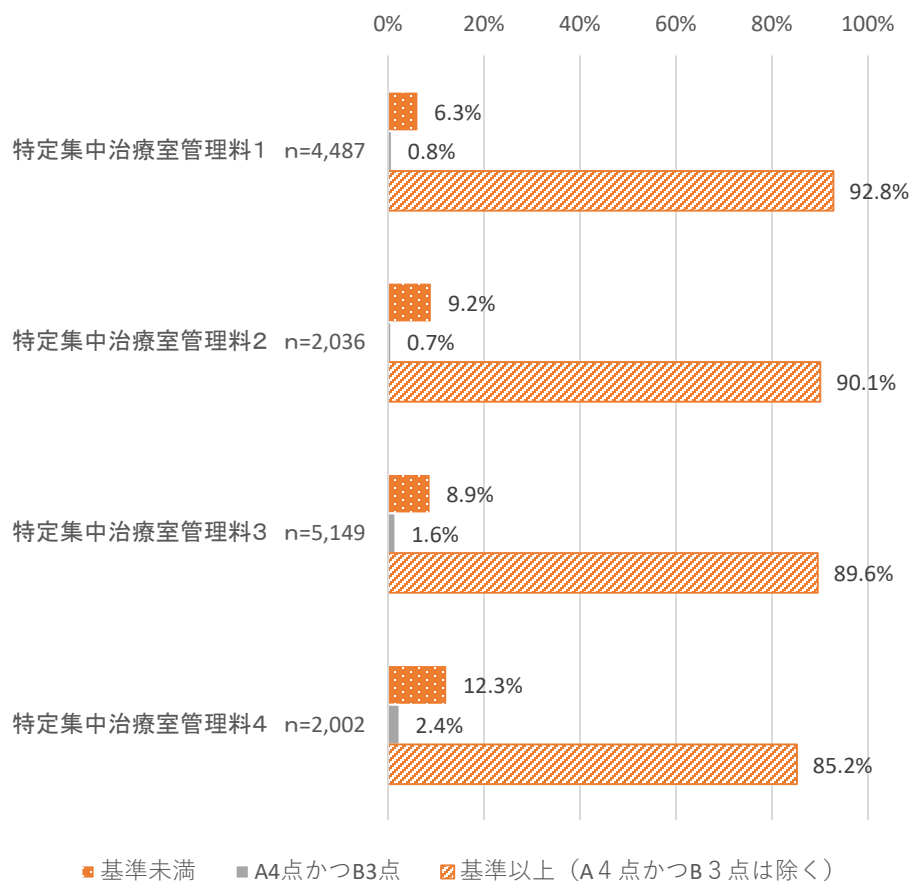
救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

○救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、以下の通りであった。

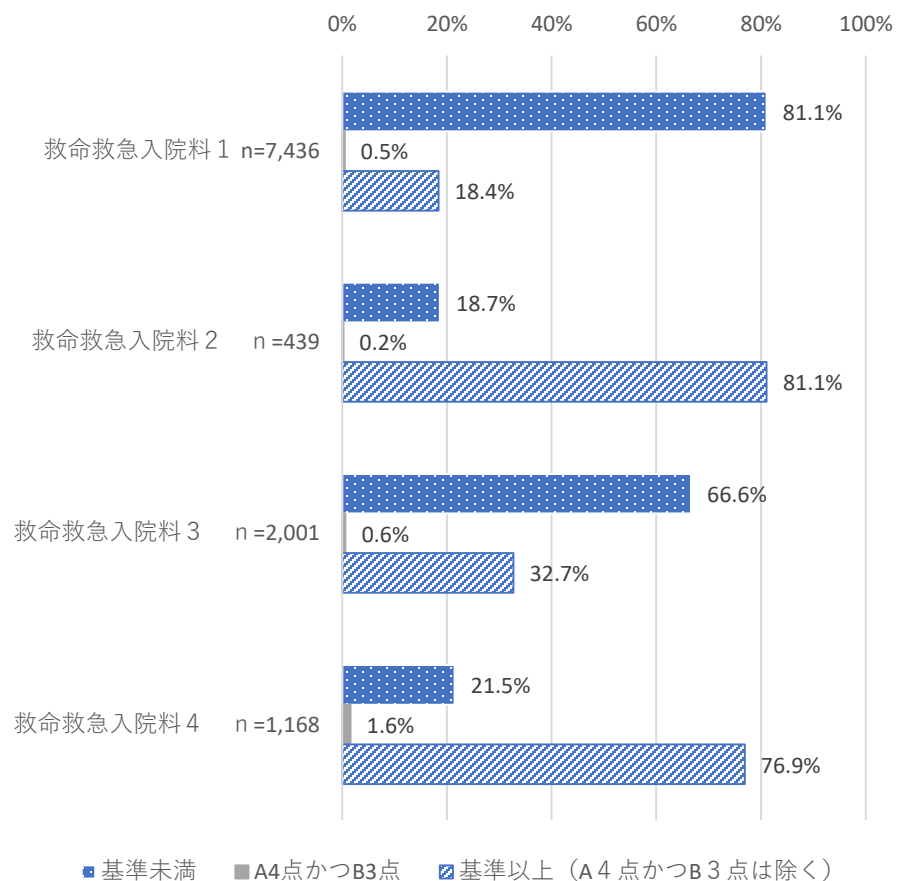


○ 特定集中治療室、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。

点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度B項目の該当状況

- 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
- 上記の患者について、最も医療資源を投入した疾患を見たところ、上位10疾患は以下のとおりだった。

必要度の該当状況

	A項目4点未満 (基準未満)	A項目4点以上 (基準以上)	全体
B項目3点未満 (基準未満)	14,887 (1.4%)	★ 18,773 (1.7%)	33,660 (3.1%)
B項目3点以上 (基準以上)	75,214 (7.0%)	967,945 (89.9%)	1,043,159 (96.9%)
全体	90,101 (8.4%)	986,718 (91.6%)	1,076,819 (100%)

★ 疾患別患者数

医療資源最傷病 ICD10	資源病名	患者数
I710	大動脈の解離 [各部位]	625
I210	前壁の急性貫壁性心筋梗塞	601
I714	腹部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	571
C341	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	523
I211	下壁の急性貫壁性心筋梗塞	469
I350	大動脈弁狭窄 (症)	419
I500	うっ血性心不全	409
C343	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	378
I671	脳動脈瘤, 非<未>破裂性	315
I712	胸部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	315

○ 救命救急入院料1及び3を算定する患者について、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、基準を満たす患者割合は以下のとおりだった。

ICU評価票

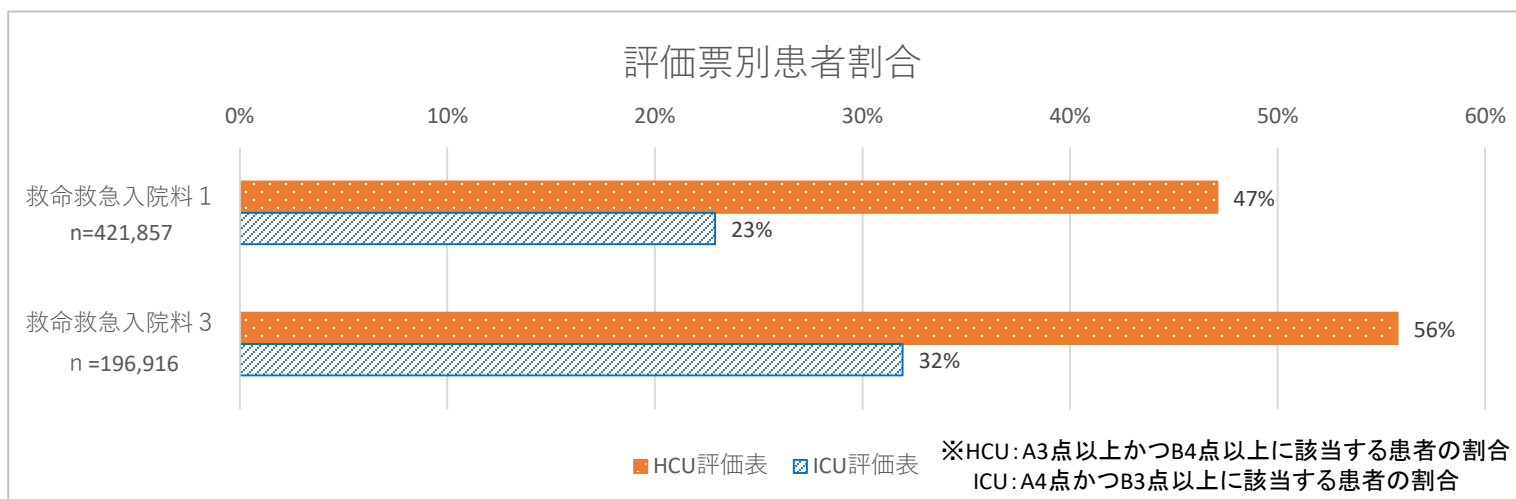
	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料1	421,857	96,615	22.9%
救命救急入院料3	196,916	62,890	31.9%

※A得点4点以上かつB得点3点以上

HCU評価票

	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料1	421,857	198,699	47.1%
救命救急入院料3	196,916	109,845	55.8%

※A得点3点以上かつB得点4点以上
※蘇生術の施行は除く



令和2年度改定における特定集中治療室管理料の見直し

- 令和2年度の診療報酬改定においては、SOFAスコアについて、重症度、医療・看護必要度の該当項目の状況等との比較も含め、引き続き分析を行う観点から、測定対象を特定集中治療室管理料3・4についても要件とした。

令和2年度診療報酬改定 I-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 -⑥

特定集中治療室管理料の見直し

生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。 ※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

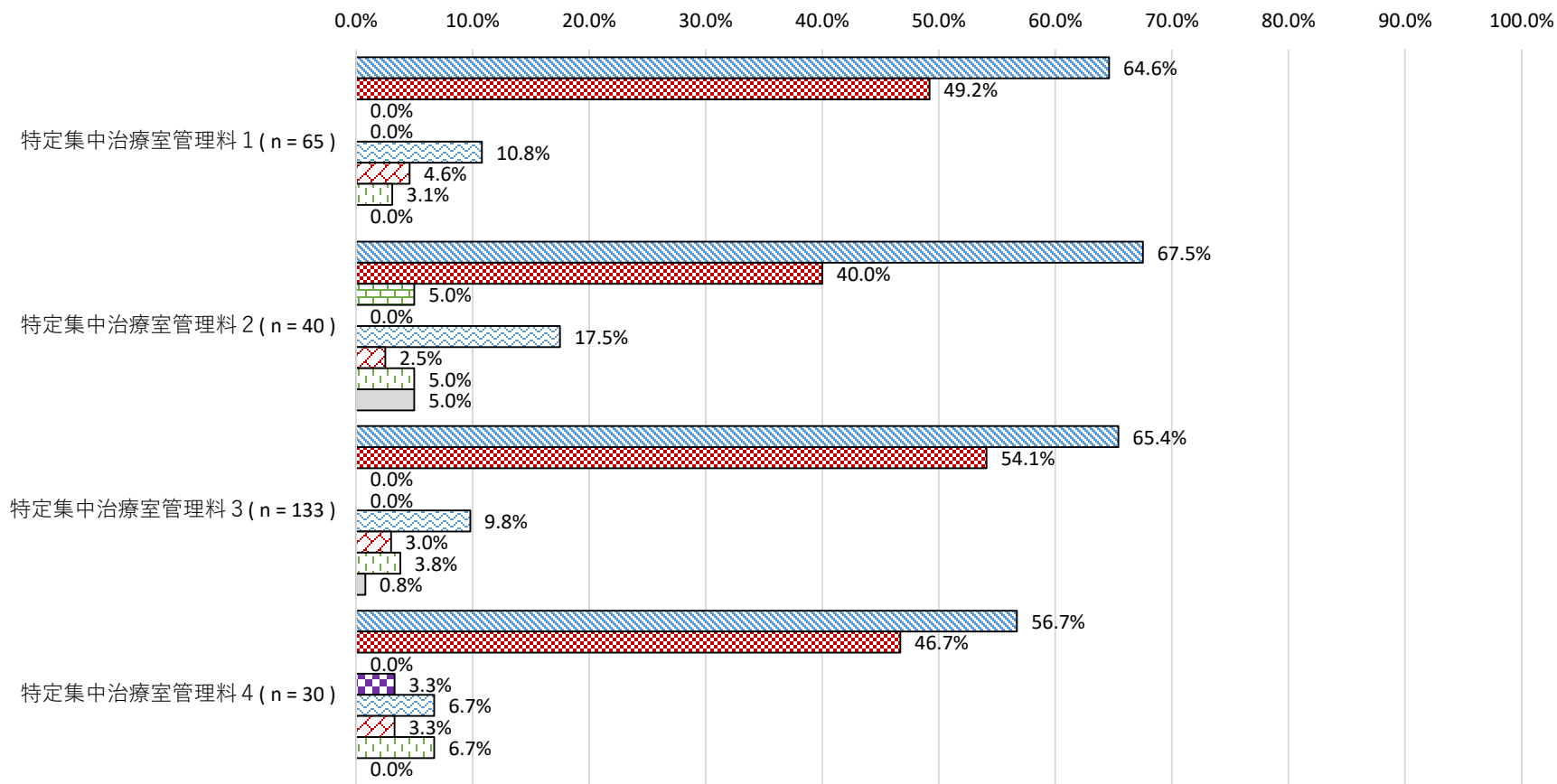
		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血压低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

※ DPCデータにおいて、SOFAスコアは「入室日当日」、「入室日翌日」及び「退室日」に測定することを求めている。

SOFAスコアの入力状況

○ SOFAスコアの入力を行う職種は、特定集中治療室管理料1～4の全てにおいて「医師」が行っている割合が最も高かった。

生理学的スコア（SOFAスコア）の入力を行う職種



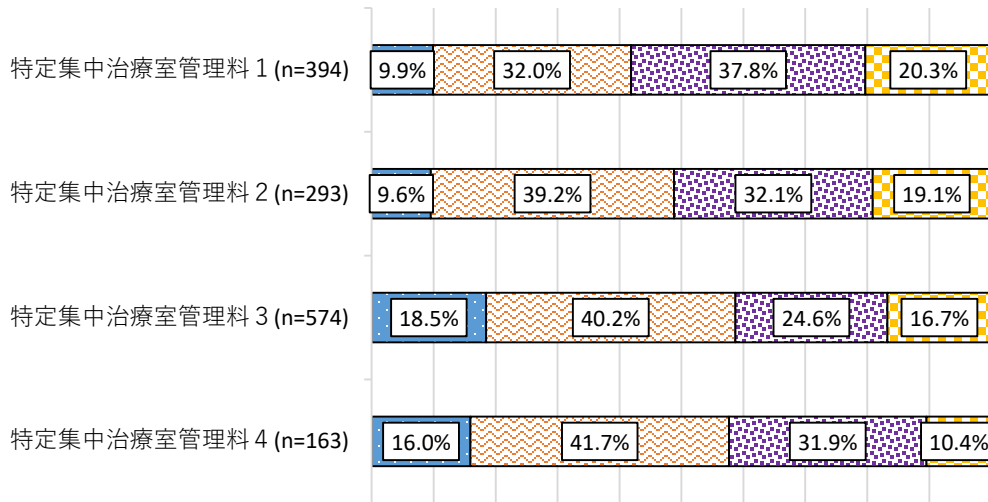
■01_医師 ■02_看護師 ■03_理学療法士・作業療法士 ■04_臨床検査技師 ■05_医師事務作業補助者 ■06_入力自動化されている ■07_その他 □すべて未回答

特定集中治療室ごとのSOFAスコア

- 特定集中治療室管理料1～4について、治療室入室時のSOFAスコア別の患者割合を比較すると、特定集中治療室管理料3・4については、SOFAスコア0～5点の患者割合が高かった。
- 特定集中治療室管理料1～4について、治療室退室時のSOFAスコア別の患者割合を比較すると、以下のとおりであった。

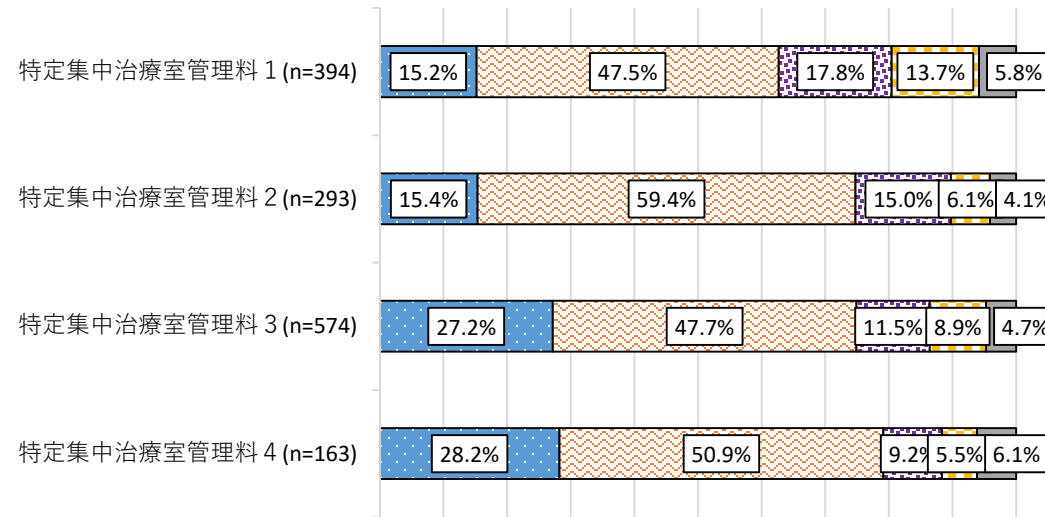
SOFAスコア別の患者割合（入室時）

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



SOFAスコア別の患者割合（退室時）

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

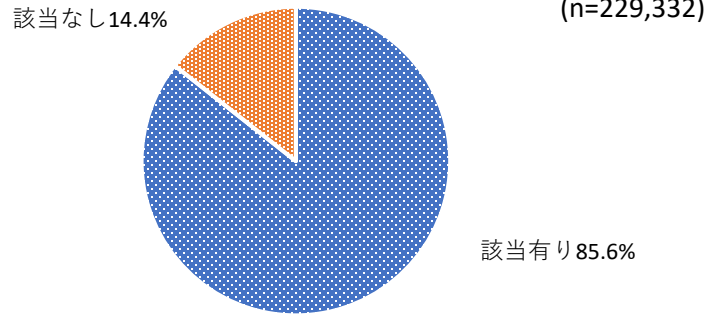


■ 0点 ■ 1～5点 ■ 6～10点 ■ 11点以上 ■ 死亡

入室日の重症度、医療・看護必要度・SOFAスコア

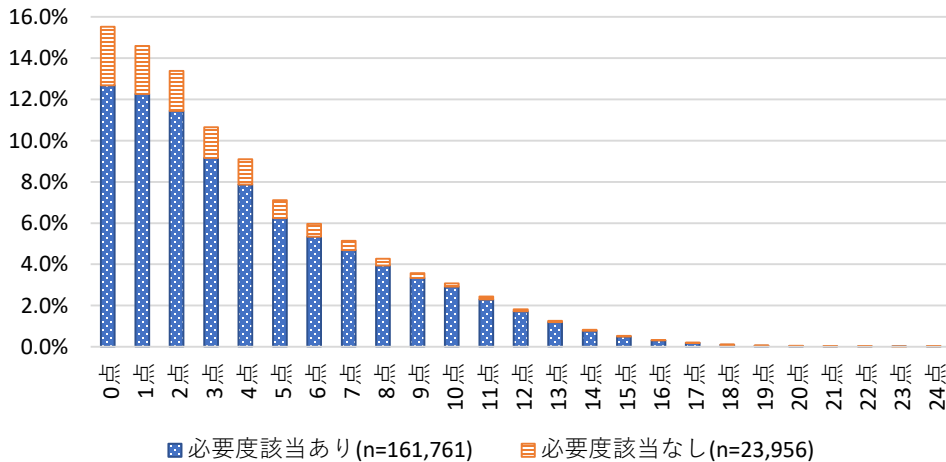
- 必要度の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
- 必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。

必要度（入室日・全患者）

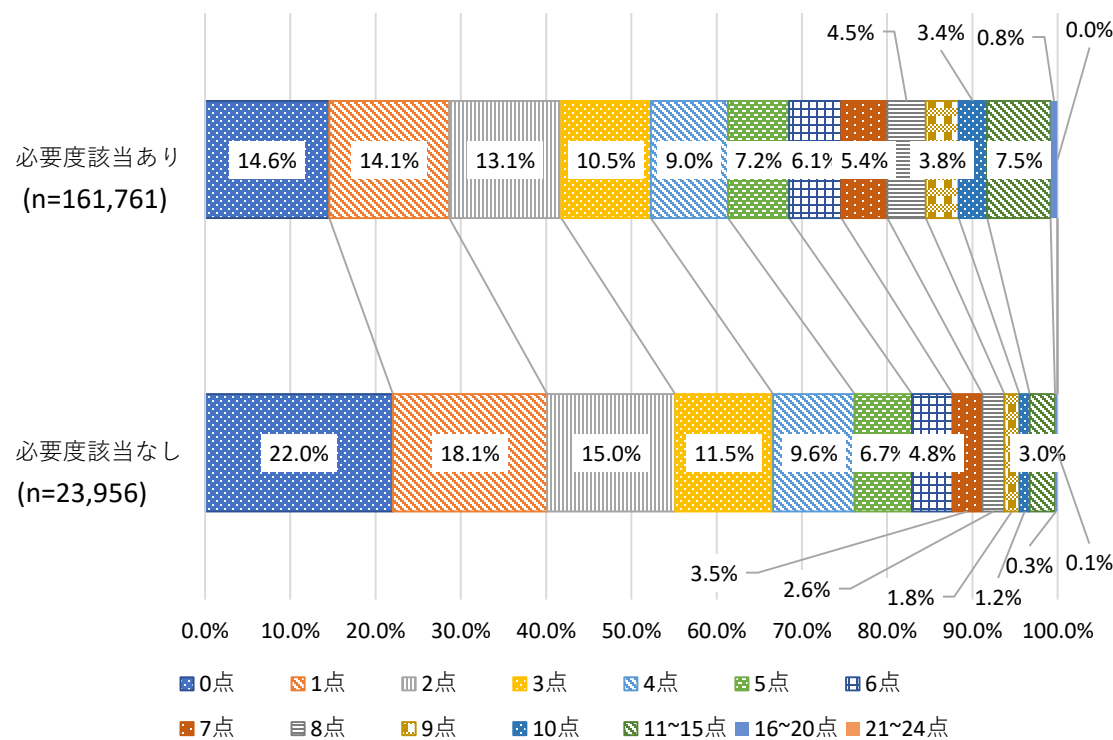


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFA×必要度（入室日）



SOFAスコア（入室日）



※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

特定集中治療室のA項目・B項目とSOFAスコアの分布

○ 必要度のA項目、B項目において、各項目に該当している患者のSOFAスコアの分布をみたところ、以下のとおりだった。

A項目	件数	得点0点	得点1から5点	得点6から10点	得点11から15点	得点16点以上	SOFAスコア
心電図モニター管理	184,536	15.6%	54.8%	22.0%	6.9%	0.8%	
輸液ポンプ管理	182,366	15.7%	54.8%	21.9%	6.9%	0.8%	
動脈圧測定（動脈ライン）	164,681	14.9%	54.3%	22.7%	7.3%	0.8%	
シリンジポンプ管理	136,028	12.0%	51.4%	26.7%	8.9%	1.0%	
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	49,575	4.9%	37.7%	40.6%	15.3%	1.4%	
人工呼吸器管理	61,070	2.8%	31.0%	46.0%	18.2%	2.0%	
輸血や血液製剤管理	42,803	4.9%	35.5%	40.5%	17.2%	2.0%	
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	19,257	2.8%	25.5%	49.7%	20.6%	1.4%	
特殊な治療法等	10,248	3.8%	25.8%	39.8%	25.3%	5.3%	

B項目	件数	得点0点	得点1から5点	得点6から10点	得点11から15点	得点16点以上	SOFAスコア
寝返り1点	17,938	23.5%	63.6%	11.4%	1.3%	0.2%	
寝返り2点	162,209	14.4%	53.7%	23.4%	7.6%	0.9%	
移乗1点	4,439	22.9%	59.5%	14.5%	2.8%	0.2%	
移乗2点	82,385	14.0%	52.5%	24.1%	8.2%	1.1%	
口腔清潔1点	135,670	16.2%	55.5%	21.1%	6.6%	0.7%	
食事摂取1点	9,758	24.3%	60.0%	13.5%	2.0%	0.2%	
食事摂取2点	11,807	16.0%	53.1%	23.1%	7.1%	0.7%	
衣服の着脱1点	6,447	23.6%	61.1%	12.7%	2.4%	0.1%	
衣服の着脱2点	113,042	14.1%	54.0%	23.3%	7.7%	0.9%	
診療・療養上の指示が通じる1点	59,710	4.0%	37.5%	40.2%	16.3%	1.9%	
危険行動2点	21,233	5.8%	47.1%	33.9%	12.0%	1.2%	

必要度の基準該当別のSOFAスコアとA項目の該当

○ 必要度の該当別にSOFAスコアごとにA項目の該当状況をみると、以下のとおりであった。

必要度該当あり n = 151,891						SOFAスコア
A項目 \ SOFA	0点	1~5点	6~10点	11~15点	16点以上	
該当患者数	(n=22194)	(n=82055)	(n=35183)	(n=11172)	(n=1287)	
心電図モニターの管理	99.9%	99.8%	99.8%	99.7%	99.5%	
輸液ポンプの管理	99.5%	99.1%	98.8%	99.0%	98.4%	
動脈圧測定（動脈ライン）	96.5%	96.0%	95.2%	95.7%	93.6%	
シリンジポンプの管理	58.1%	71.4%	91.2%	96.1%	94.3%	
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	9.6%	19.9%	50.5%	59.4%	48.0%	
人工呼吸器の管理	6.7%	20.7%	72.3%	88.6%	88.3%	
輸血や血液製剤の管理	8.0%	16.0%	43.1%	56.9%	59.3%	
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	1.9%	5.1%	23.7%	30.2%	19.3%	
特殊な治療法等	1.5%	2.8%	10.5%	21.1%	37.8%	
必要度該当なし n = 23,567						SOFAスコア
A項目 \ SOFA	0点	1~5点	6~10点	11~15点	16点以上	
該当患者数	(n=5212)	(n=14346)	(n=3226)	(n=703)	(n=80)	
心電図モニターの管理	92.6%	86.8%	67.1%	48.9%	57.5%	
輸液ポンプの管理	89.0%	83.2%	60.7%	38.4%	36.3%	
動脈圧測定（動脈ライン）	28.5%	31.4%	27.0%	23.0%	17.5%	
シリンジポンプの管理	43.2%	45.8%	40.6%	33.1%	21.3%	
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	1.8%	4.3%	12.2%	15.2%	7.5%	
人工呼吸器の管理	0.9%	2.8%	13.7%	20.8%	25.0%	
輸血や血液製剤の管理	2.6%	4.3%	10.6%	14.8%	11.3%	
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	0.3%	0.9%	5.6%	8.5%	2.5%	
特殊な治療法等	0.3%	0.7%	2.8%	3.6%	5.0%	

最も医療資源を投入した傷病名とSOFAスコア

- 特定集中治療室の患者について、最も医療資源を投入した傷病名で多かったものから順列し、それぞれのSOFAスコアの分布を比較すると、「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「肺の悪性腫瘍」、「結腸の悪性腫瘍」及び「脳腫瘍」についてはSOFAスコアが0点の患者割合が高かった。
- 「弁膜症」及び「狭心症、慢性虚血性心疾患」については、SOFAスコアが6～10点の患者割合が高かった。

傷病名 \ SOFA		0点	1～5点	6～10点	11～15点	16点以上
弁膜症（連合弁膜症を含む。）	(n=14862)	4.4%	38.4%	41.7%	14.8%	0.7%
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	(n=12737)	26.5%	50.7%	15.7%	6.4%	0.7%
非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	(n=10204)	8.2%	59.0%	26.3%	6.2%	0.3%
肺の悪性腫瘍	(n=9910)	25.5%	69.8%	4.2%	0.5%	0.0%
狭心症、慢性虚血性心疾患	(n=8293)	11.8%	34.4%	40.3%	13.0%	0.5%
解離性大動脈瘤	(n=6957)	9.8%	50.8%	28.4%	10.5%	0.5%
心不全	(n=6939)	5.3%	54.6%	31.9%	7.3%	0.8%
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	(n=4972)	25.9%	66.5%	6.5%	1.0%	0.1%
肝・肝内胆管の悪性腫瘍	(n=4887)	15.3%	72.1%	11.3%	1.1%	0.2%
脳腫瘍	(n=4084)	26.8%	66.9%	6.0%	0.3%	0.0%

※急性心筋梗塞は続発性合併症を含む。
 ※肝・肝内胆管の悪性腫瘍は続発性を含む。

重症度、医療・看護必要度等についての課題（小括）

（重症度、医療・看護必要度について）

- ・特定集中治療室管理料におけるA項目の該当患者割合を項目別にみると、特定集中治療室1・2と3・4のいずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」が9割を超えるが、他の項目には違いが見られた。
- ・特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4のB項目の該当患者割合について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。
- ・救命救急入院料におけるA項目の該当患者割合を項目別にみると、救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4のいずれも「心電図モニターの管理」は9割を越えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3にくらべて2・4の方が、該当割合が高かった。
- ・救命救急入院料1・3救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が、割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。
- ・特定集中治療室管理料、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。
- ・特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
- ・救命救急入院料1及び3を算定する患者について、特定集中治療室用の評価票を用いて測定すると、救命救急入院料1は22.9%、救命救急入院料3は31.9%であったが、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、救命救急入院料1は47.1%、救命救急入院料3は55.8%であった。

（生理学的スコアについて）

- ・SOFAのスコアを入力する職種は、特定集中治療室管理料1～4いずれにおいても医師及び看護師の割合が高かった。
- ・特定集中治療室管理料1～4について、SOFAスコア別の患者割合を比較すると、特定集中治療室管理料3・4においてはSOFAスコア0点である患者割合が高い傾向であった。
- ・最も医療資源を投入した傷病名で頻度が高かったものについて、SOFAスコアの分布を比較すると、傷病名とSOFAスコアの分布には一定の傾向がみられた。
- ・必要度の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めており、必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 3-1 重症度、医療・看護必要度等について
 - 3-2 人員配置等について
4. 論点

特定集中治療室管理料の見直し

専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

現行

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 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常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。



改定後

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 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常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

治療室における適切な研修を修了した看護師に係る施設基準

中医協 総-1-2

3. 10. 27

特定集中治療室管理料1・2の施設基準

- ・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
- ・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常勤看護師
- ・当該治療室内に週20時間以上配置

※専任の常勤看護師2名組み合わせることにより、週20時間以上配置しても差し支えない(重複する時間帯については1名についてのみ計上)

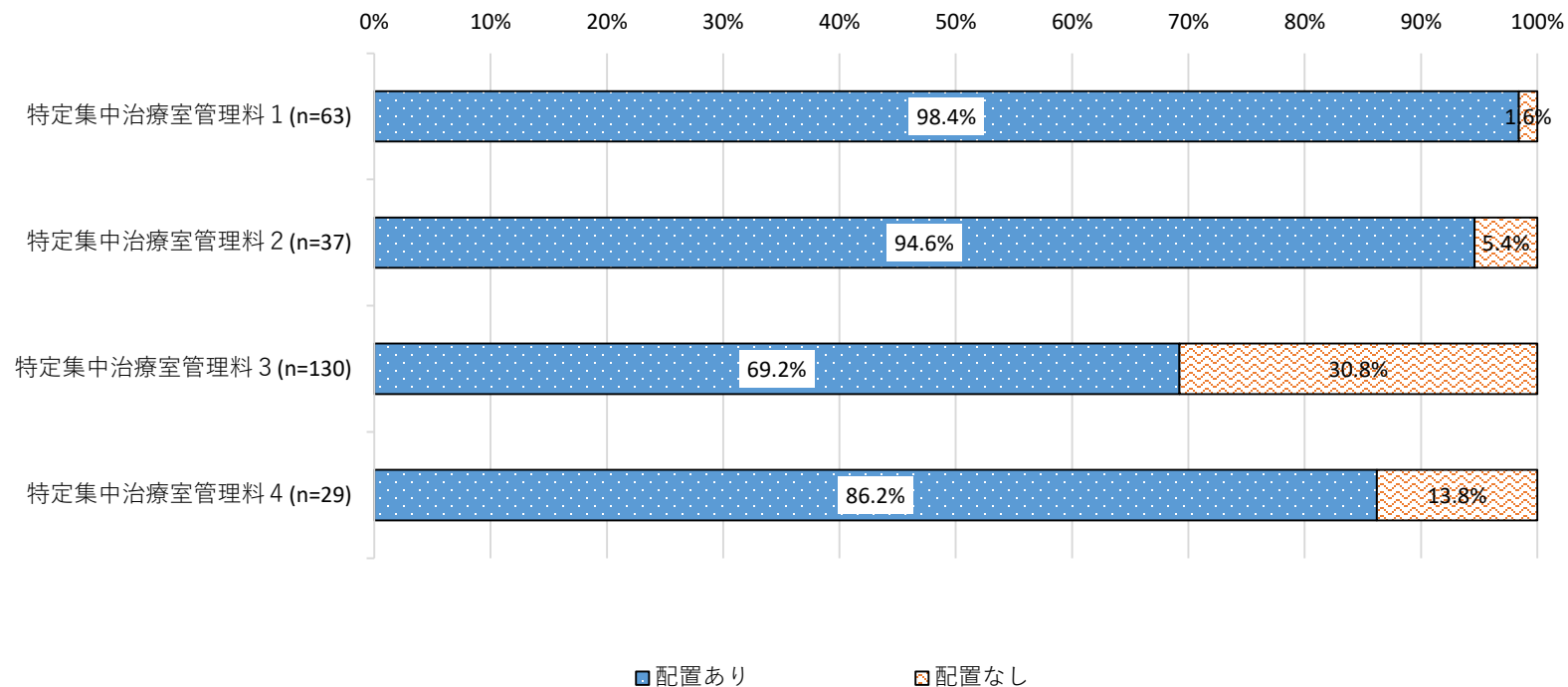
「適切な研修」とは、
国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること

「適切な研修」の内容

		認定・専門・特定行為 における分野	2021年度～ 新たな認定看護分野
<ul style="list-style-type: none"> ■ A301 特定集中治療室管理料1 ■ A301 特定集中治療室管理料2 	14,211点 (7日以内) 12,633点 (8日以上 14日以内)	認定看護師の分野 ・救急看護 } ・集中ケア } ・新生児集中ケア ・小児救急看護 }	認定看護師の分野 ・クリティカルケア ・新生児集中ケア ・小児プライマリケア
		専門看護師の分野 ・急性・重症患者看護	
		特定行為研修において該当する区分 以下の8区分全てを研修が修了した場合 ・呼吸器(気道確保に係るもの)関連 ・呼吸器(人口呼吸療法に係るもの)関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	

- 適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。

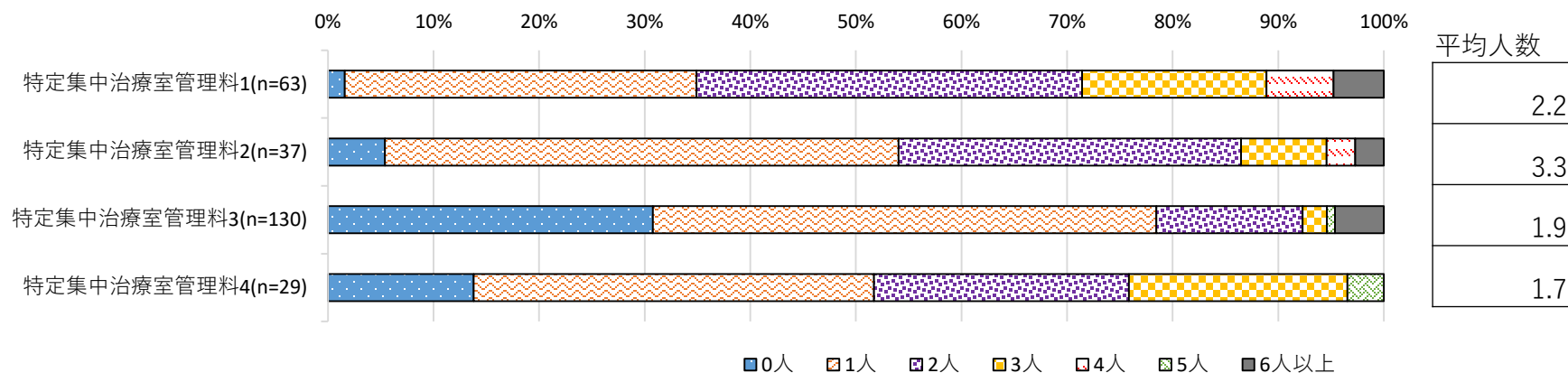
適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置有無



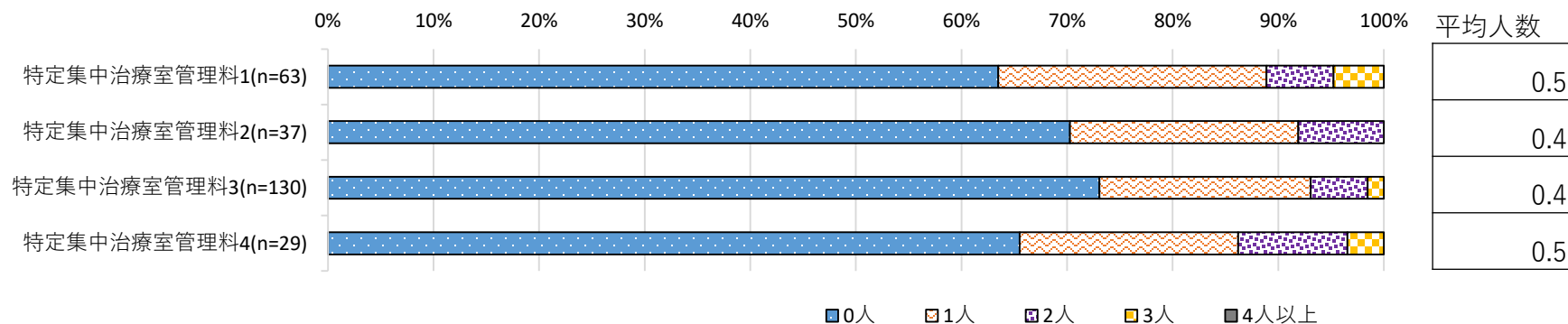
適切な研修を修了した看護師の配置人数

- 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室1では平均2人を超えており、特定集中治療室2では3人を超えていた。
- 適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1人以上配置している割合が、3割前後であった。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置状況



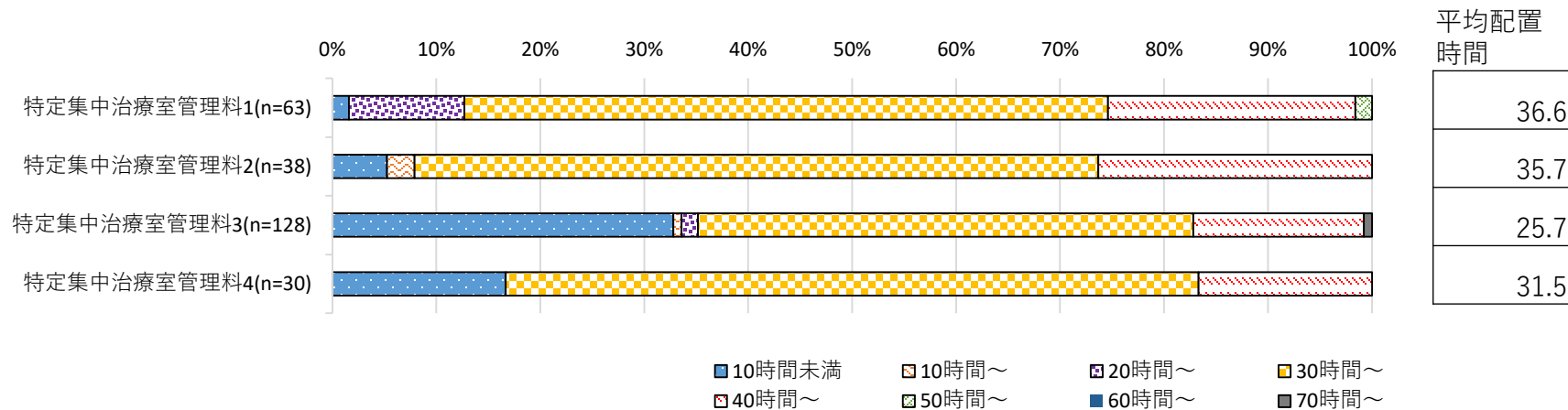
適切な研修を修了した専任の常勤看護師のうち、
特定行為研修修了者の配置状況



適切な研修を修了した看護師の配置時間数

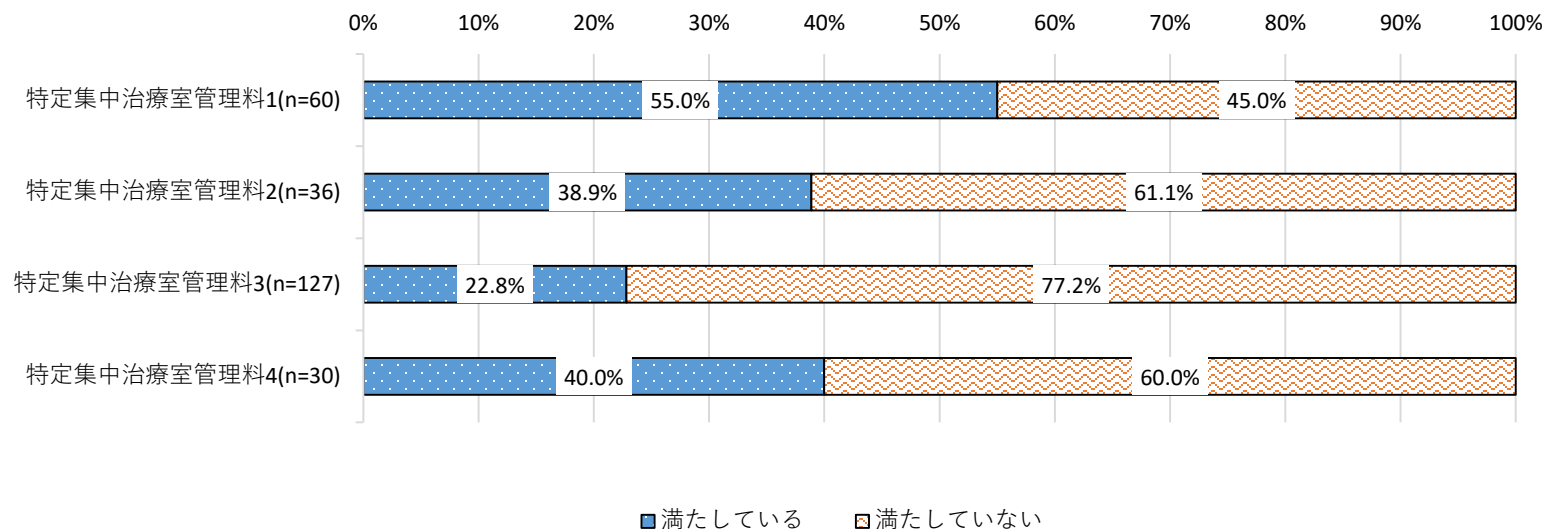
○ 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置時間数をみると、看護師1名あたりの配置時間は、特定集中治療室1・2・4では、1週間あたり30時間を超えていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師一人当たり配置時間平均配置時間
(1週間の延べ配置時間数)



- 特定集中治療室管理料における看護師配置要件について、常勤看護師を2名組み合わせることにより配置要件を満たしているのは、特定集中治療室1では5割を超えていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより
20時間の配置要件を満たしているか



特定行為研修制度における領域別パッケージ研修

平成31年4月26日に保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の一部を改正する省令が公布された。本改正により、領域別に特定行為をパッケージ化し研修することが可能となった。

領域別パッケージ研修とは

- 特定行為研修は区分毎に受講するよう定められているところ、領域別パッケージ研修では、各領域において一般的な患者の状態を想定し、特定の領域において実施頻度が高い特定行為をまとめた。
- 厚生労働大臣が適当と認める場合において、当該特定行為研修に係る特定行為の一部を免除した研修を行うことができる。
- 領域別パッケージ研修の修了者について、免除された特定行為については、修了したことにはならない。

領域とは

- 区分や特定行為をまとめて研修した方が現場での活用に資すると考えられる領域。
- 領域は、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、救急領域、外科系基本領域、**集中治療領域**の6領域。(2020年10月時点)

想定する患者像：様々な臓器が障害を受け集中治療を要する重症な患者や心臓手術等の術後の患者

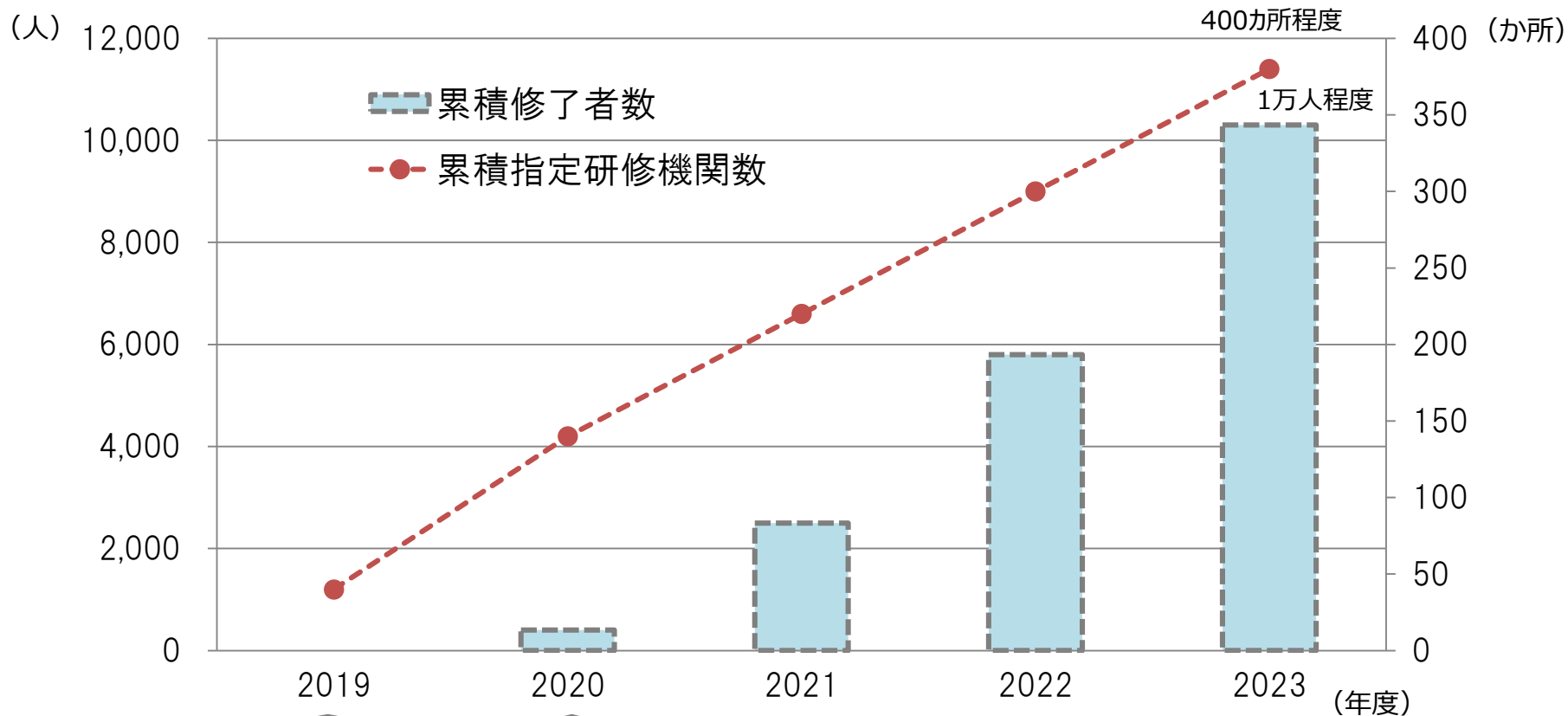
特定行為区分	特定行為	現行の時間数	改正後時間数※
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	9	9 + 5症例
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	29	23 + (5症例×3)
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	人工呼吸器からの離脱		
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	20	8 + 5症例
	一時的ペースメーカーリードの抜去		
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理		
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整		
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去	7	7 + 5症例
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	13	9 + 5症例
	橈骨動脈ラインの確保		
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	28	20 + (5症例×3)
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整		
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整		
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整		
区分別科目 合計		106時間	76時間
合計時間（共通科目+区分別科目）		356時間 (100%)	326時間（92%） + 各5症例

※区分別科目の実習は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正（パッケージ研修創設）
パッケージ研修を実施する指定研修機関の申請開始

パッケージ研修開始

集中治療において必要となる看護師の能力・研修について

- 「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」（日本集中治療医学会）が示されており、施設に応じた形で研修が実施されている。
- クリティカルケア（集中治療分野）における認定看護師に必要な知識と技術には、侵襲的・非侵襲的陽圧換気の設定の変更、人工呼吸器からの離脱等に関する知識・技術が挙げられている。

集中治療に携わる看護師のクリニカルラダーと実践例

（「ニーズを捉える力」のみ抜粋）

レベル	I	II	III	IV	V	
[JNA] レベル毎の定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する	
[JSICM] レベル毎の定義と解釈	集中治療領域の基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する (例えば、開心術、開頭術、開腹術の患者に対する看護実践)	集中治療領域の標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する (例えば、開心術、開頭術、開腹術の患者に対する看護実践)	患者の病態を把握し、患者・家族に合う個別的な看護を実践する (例えば、敗血症、循環不全、呼吸不全、多臓器不全の患者に対する看護実践)	幅広い視野で予測的な判断をもち看護を実践する (例えば、エンドオブライフケア、臓器移植患者・家族に対する看護実践)	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する (例えば、PICSケア)	
ニーズをとらえる力	[JNA] レベル毎の目標	助言を得てケアの受け手や状況（場）のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況（場）の特性をふまえたニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）の関連や意味をふまえてニーズをとらえる
	[JSICM] レベル毎の目標	助言を得て集中治療にある患者・家族や状況（場）のニーズをとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）のニーズを自らとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）の特性をふまえたニーズをとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）を統合しニーズをとらえる	集中治療にある患者・家族や状況（場）の関連や意味をふまえてニーズをとらえる
	[JNA] 【行動目標】	□助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	□自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	□ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる □得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	□予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	□複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる □ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	実践例	助言を受けながら患者の術前から術式をふまえた疾患・病態の情報収集ができる	患者の術前から術式をふまえた疾患・病態の理解に必要な情報収集ができる	臓器障害にある患者の個別性を踏まえて重要臓器の評価を通じて、合併症予防と早期回復に向けたニーズを把握できる	全人的看護の視点に基づき、生命の危機にある患者・家族に対して、予測的な状況判断のもと意図的にニーズを把握できる	患者・家族の長期にわたるQOLの高い生活を考慮した視点でニーズを把握できる
		助言を受けながら患者の術後の呼吸、循環、代謝の状態に関する情報収集ができる	患者の術後の呼吸、循環、代謝の状態に関する情報収集ができる	臓器障害での生命維持に必要な医療機器を使用している患者のフィジカルアセスメントができる	生命の危機にある患者の全体像を把握し、時間の経過とともに推移する状況を予測性をもってとらえることができる	高齢者・活動耐性の低下・過大侵襲により脆弱性が高まった状態の患者・家族にとっての最善、QOLの維持・向上のためのニーズを把握できる
助言を受けながら生命維持装置（人工呼吸器・ペースメーカー・CRRT）が必要な患者のフィジカルアセスメントができる		生命維持装置（人工呼吸器・ペースメーカー・CRRT）が必要な患者のフィジカルアセスメントができる	複雑な病態にある患者・家族に必要な精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ情報収集ができる	高度なコミュニケーションスキルを駆使し、患者・家族の価値観に基づくニーズをとらえることができる		
助言を受けながら患者・家族に対しガイドラインに基づいた早期回復のための情報収集ができる		患者・家族に対しガイドラインに基づいた早期回復のための情報収集ができる	臓器障害にある患者の臓器評価を踏まえて、優先度の高いニーズをとらえることができる	生命維持に関わる医療機器管理を受けている患者・家族の治療継続・中断に関するニーズを把握できる		
助言を受けながら患者・家族の痛み、精神症状に関する情報収集ができる		患者・家族の痛み、精神症状に関する情報収集ができる				
	助言を受けながら患者の生体モニターやフィジカルアセスメントを通して急変が認識できる	患者の生体モニターやフィジカルアセスメントを通して急変が認識できる				

出典：日本集中治療医学会 看護卒後教育検討委員会 改訂版集中治療に携わる看護師のクリニカル・ラダー作成ワーキンググループ 日本集中治療医学会HPより一部抜粋 <https://www.jsicm.org/news/upload/icmnn12019002.pdf>

（抜粋）新たな認定看護分野一覧（19分野：2020年度から教育開始）

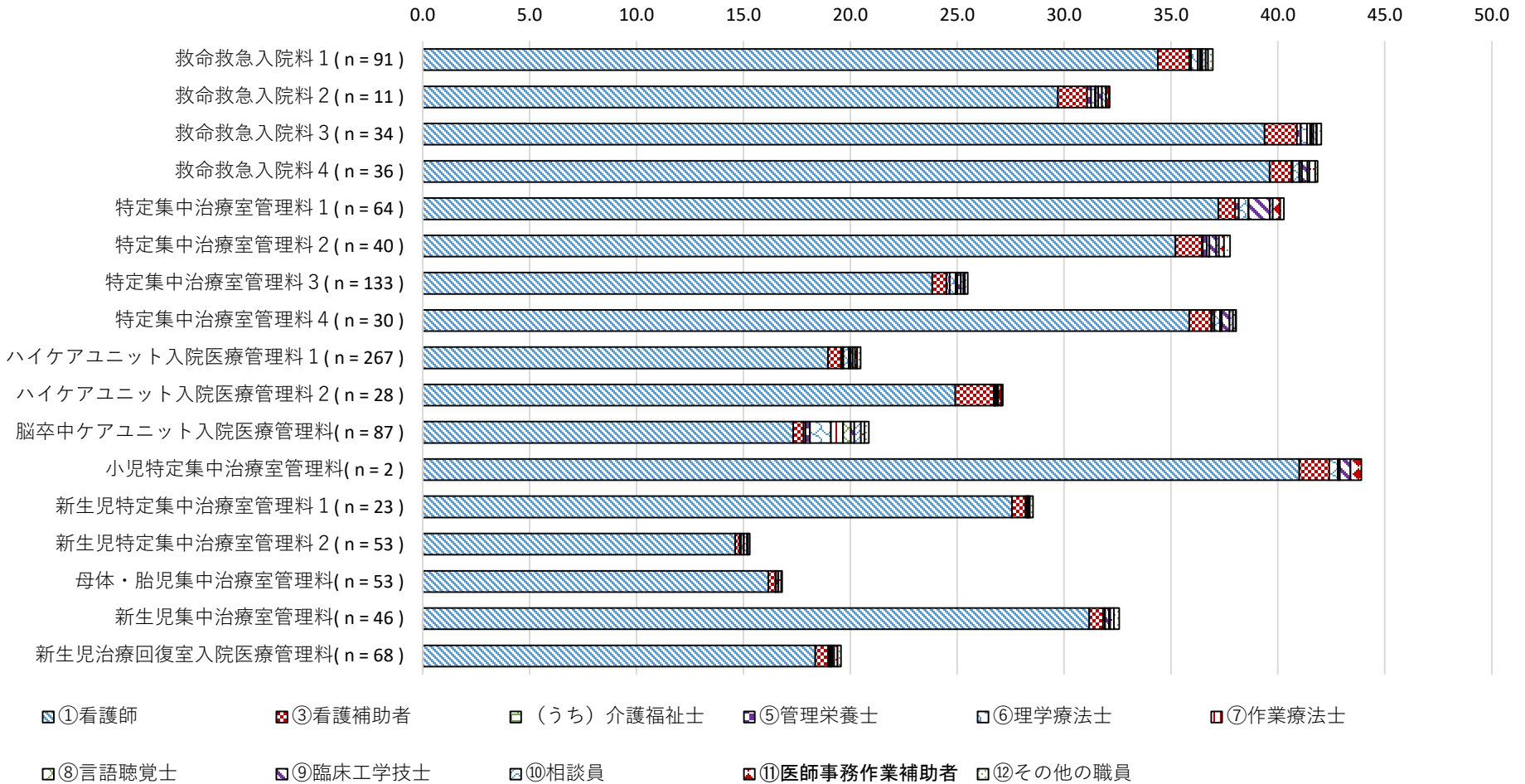
分野名	特定年月	認定開始年月	知識と技術（一部）
クリティカルケア	2019. 2	2021. 5	<ul style="list-style-type: none"> ・急性かつ重篤な患者の重篤化回避と合併症予防に向けた全身管理 ・安全・安楽に配慮した早期回復支援 ・身体所見から病態を判断し、侵襲的陽圧換気・非侵襲的陽圧換気の設定の変更、人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整、人工呼吸器からの離脱ができる知識・技術 ・身体所見から病態を判断し、持続点滴中の薬剤（カテコラミン、ナトリウム、カリウム又はクロール、降圧剤、糖質輸液又は電解質輸液、利尿剤）の投与量の調整を安全・確実にできる知識・技術

（出典：日本看護協会HPより作成）

治療室ごとの多職種配置状況

○ 各治療室の職員配置状況は以下のとおりであった。

病棟に配置されている職員数（常勤換算）（令和3年6月1日時点）
（一治療室あたり）



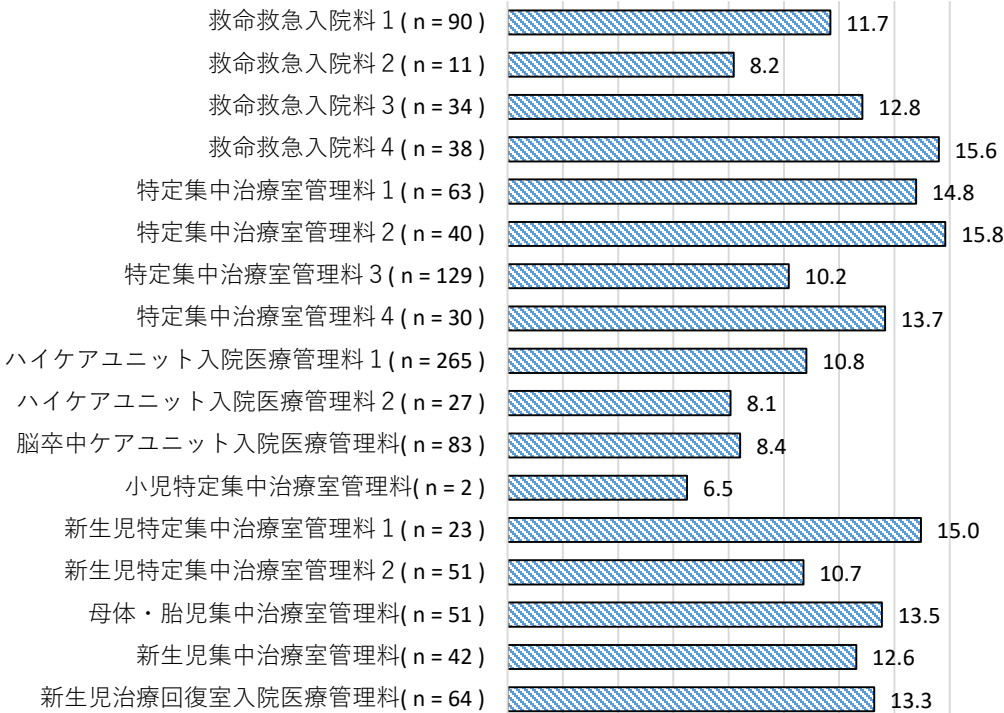
治療室ごとの臨床工学技士の配置状況

○ 常時、院内又は特定集中治療室内に勤務している臨床工学技士数を、治療室ごとに比較すると、以下のとおりであった。

臨床工学技士の配置状況

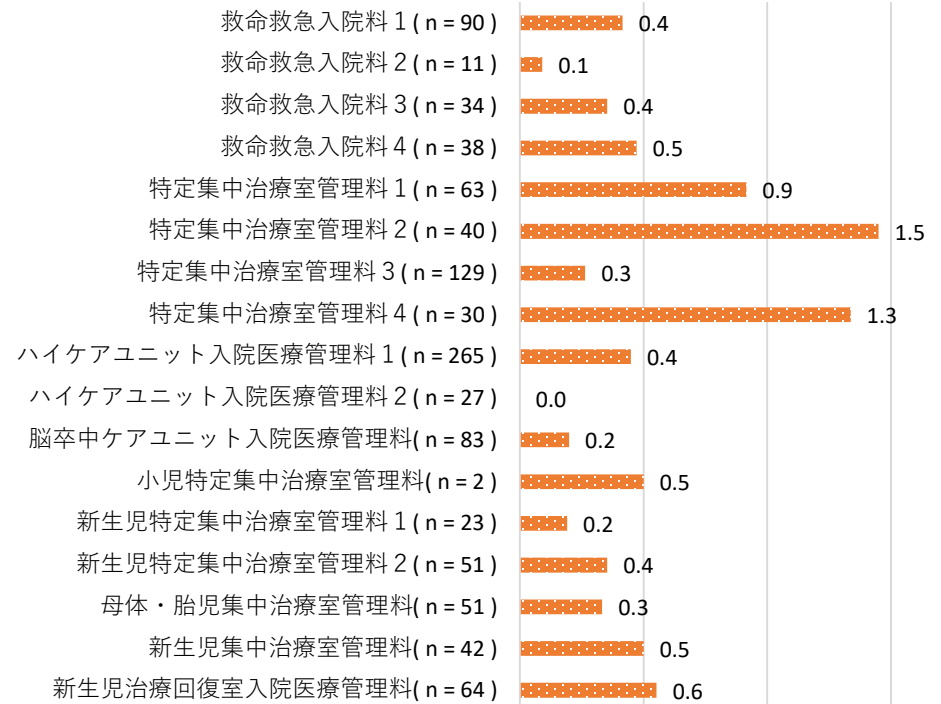
常時、院内に勤務している臨床工学技士数 (人)

0.0 2.0 4.0 6.0 8.0 10.0 12.0 14.0 16.0 18.0



常時、治療室内に勤務している臨床工学技士数 (人)

0.0 0.5 1.0 1.5 2.0



特定集中治療室等における人工呼吸管理およびECMO管理等に必要な看護師数

- ひとつのICUあたり、人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師数の中央値は、17であり、常勤看護師数に占める割合の中央値は60%であった。(表2)
- 症例経験のあったICUにおいて、V-V ECMOの患者を自立して担当できる看護師数の中央値は15であり、常勤看護師に占める割合の中央値は46.9%であった。(表2)
- V-V ECMOを装着した重症COVID-19患者1名に要する看護師数の中央値は、V-V ECMO導入時などを含む急変時や回路交換等では4名、急変時等を除く日勤帯は2名、急変時等を除く夜勤帯は2名であった。(表5)

表2. 人工呼吸管理およびECMO管理を自立して行える看護師数 (2020年1月時点)

項目	中央値 [IQR]
人工呼吸管理	
人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師数の中央値 [IQR], n=259	17 [12-23]
人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師の割合, 中央値 [IQR], n=259	60 [42.3-77.3]
VV-ECMOの管理	
VV-ECMOの管理を行っている施設の背景, n(%), n=133	
大学病院	48 (36%)
国公立・公的病院 (大学病院を除く)	56 (42%)
その他 (大学病院を除く)	25 (19%)
欠損	4 (3%)
年間のVV-ECMO患者の症例数, 中央値 [IQR], n=133	2 [1-5]
VV-ECMOの患者を自立して担当できる看護師数, 中央値 [IQR], n=117	15 [11-21]
VV-ECMOの患者を自立して担当できる看護師の割合, 中央値 [IQR], n=117	46.9 [35.7-63.6]

表5. COVID-19患者一人に対する看護師の必要人数

項目	中央値 [IQR]
人工呼吸管理を要する重症呼吸不全患者 (ECMOは除く), n=133	
気管挿管時などを含む急変時、最大で何人の看護師を必要としたか, n=126	3 [2-4]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (日勤), n=128	2 [2-2]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (夜勤), n=128	2 [1.75-2.00]
V-V ECMO 管理を要する重症呼吸不全患者, 中央値 [IQR], n=61	
V-V ECMO 導入時などを含む急変時や回路交換等、最大で何人の看護師を必要としたか?, n=54	4 [3-4]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (日勤), n=54	2 [2-3]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (夜勤), n=54	2 [2-2]

表3. COVID-19受け入れのための対策について

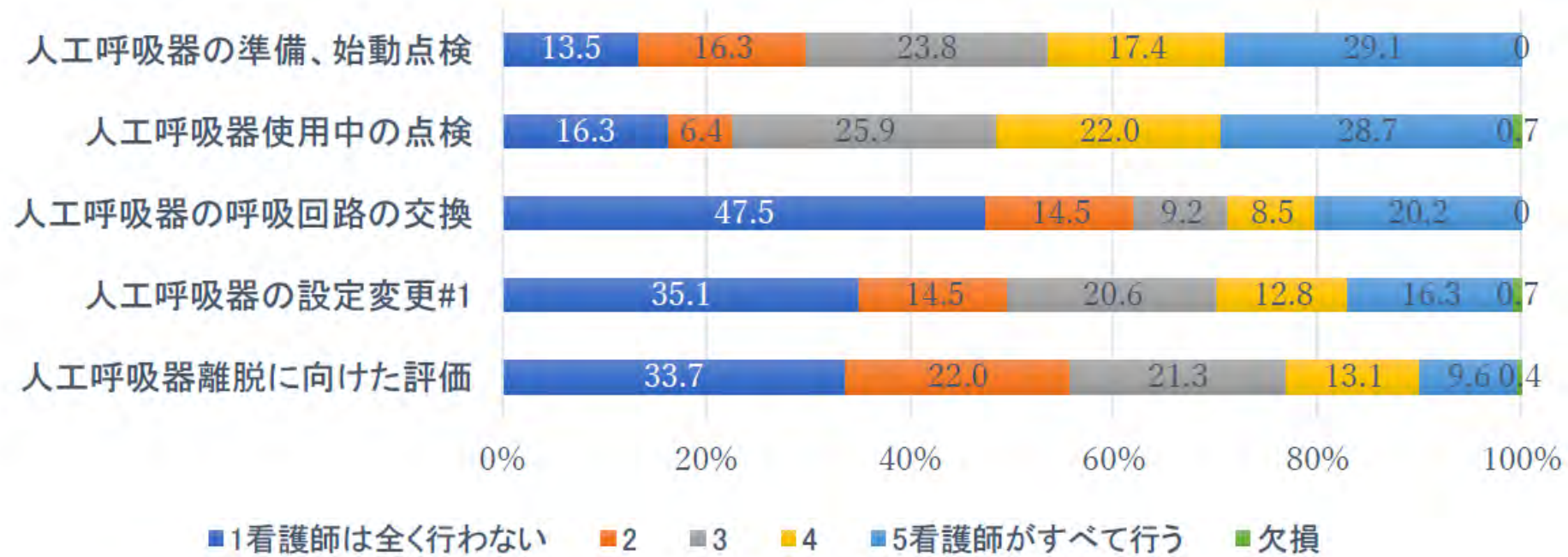
項目	中央値 [IQR]
病床の確保やPPE着脱場所の設置など構造上の対策, n(%), n=282	
ICUに入室するようなCOVID-19重症患者の受け入れ予定はなかった。(対策は行っていない)	31 (11%)
既存の集中治療室 (自部署) においてCOVID-19重症患者受け入れのための対策を行った。(COVID-19以外の患者も入室する)	162 (57.4%)
既存の集中治療室 (自部署) をCOVID-19重症患者専用に変更した。(COVID-19患者のみが入室する)	25 (8.9%)
自部署とは別の病棟等をCOVID-19重症患者専用 (もしくは一部使用) に変更または新設し、自部署の看護師が主に関わった	23 (8.2%)
自部署とは別の病棟等をCOVID-19重症患者専用 (もしくは一部使用) に変更または新設したが、自部署の看護師はあまり関わらなかった	38 (13.5%)
欠損	3 (1.1%)
COVID-19患者受け入れのための最大病床確保数, 中央値 [IQR], n=247	
最も多くCOVID-19患者の対応をした月の平均病床利用率 (入室が無い場合は5月における利用率), n(%), n=282	2 [1-4]
減った	111 (39.4%)
やや減った	60 (21.3%)
変わらなかった	47 (16.7%)
やや増えた	15 (5.3%)
増えた	8 (2.8%)
欠損	41 (14.5%)
人工呼吸器やECMOを装着しているCOVID-19患者を受け入れるために行った集中治療室全体の人的資源に対する対策, n(%), n=282	
集中治療の経験がある看護師のみを増員した	30 (10.6%)
集中治療の経験を問わず看護師を増員した	28 (9.9%)
増員していない	176 (62.4%)
減員した	8 (2.8%)
欠損	40 (14.2%)
集中治療室Iに増員した看護師の主な業務内容について, n(%), n=58	
COVID-19以外の集中治療室の患者の担当	16 (27.6%)
COVID-19以外の集中治療室の患者の手伝い	6 (10.3%)
人工呼吸器やECMO管理中のCOVID-19患者の担当	18 (31.0%)
人工呼吸器やECMO管理中のCOVID-19患者の手伝い	5 (8.6%)
人工呼吸器を離脱し退室予定のCOVID-19患者の担当	1 (1.7%)
人工呼吸器を離脱し退室予定のCOVID-19患者の手伝い	11 (19.0%)
欠損	1 (1.7%)

特定集中治療室等における人工呼吸管理及びECMO管理における業務

○ 人工呼吸管理に関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図1. 人工呼吸器に関して(n=282)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施



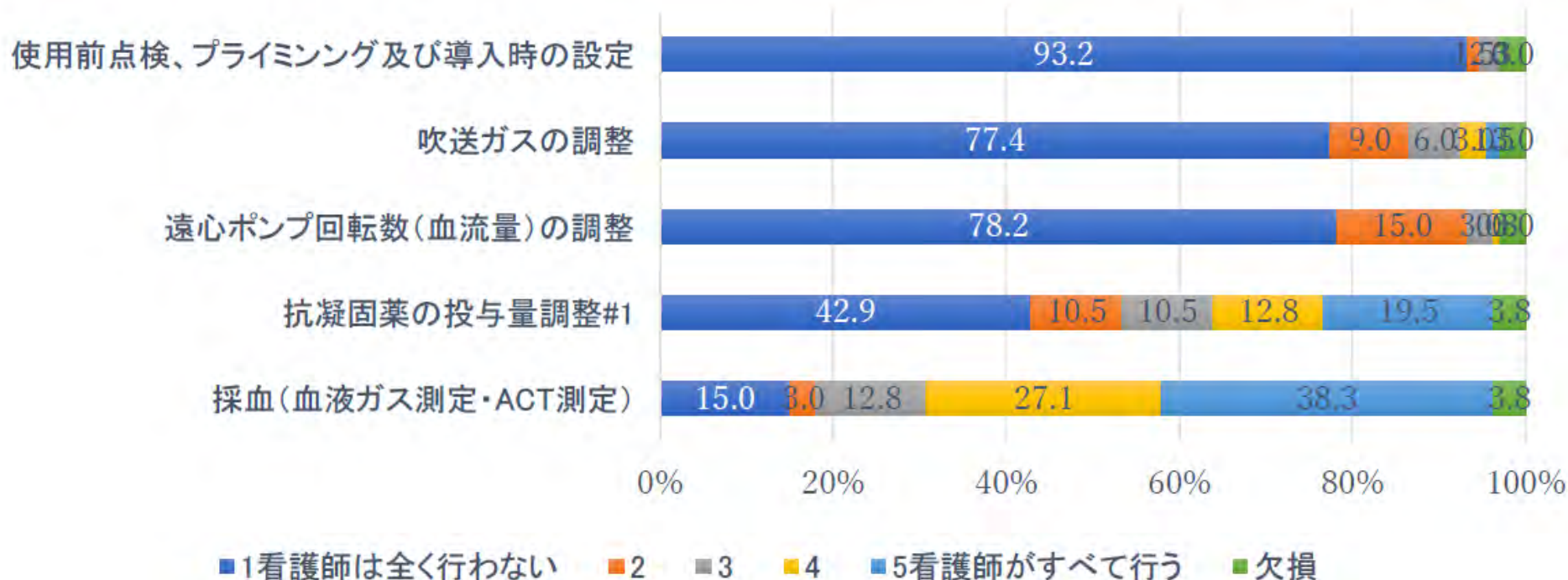
出典：(令和2年度厚生労働科学特別研究)『新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究』統括報告書(研究代表者：小池創一)
 分担研究報告書第2章「新型コロナウイルス感染症対応に求められる専門的スキル(人工呼吸器・ECMOの管理等)を有する看護職の活動状況把握のための質問紙調査」(卯野木健)

特定集中治療室等における人工呼吸管理及びECMO管理における業務

○ V-V ECMOの症例経験のあったICUにおけるV-V ECMO関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図2. V-V ECMOに関して(n=133)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施

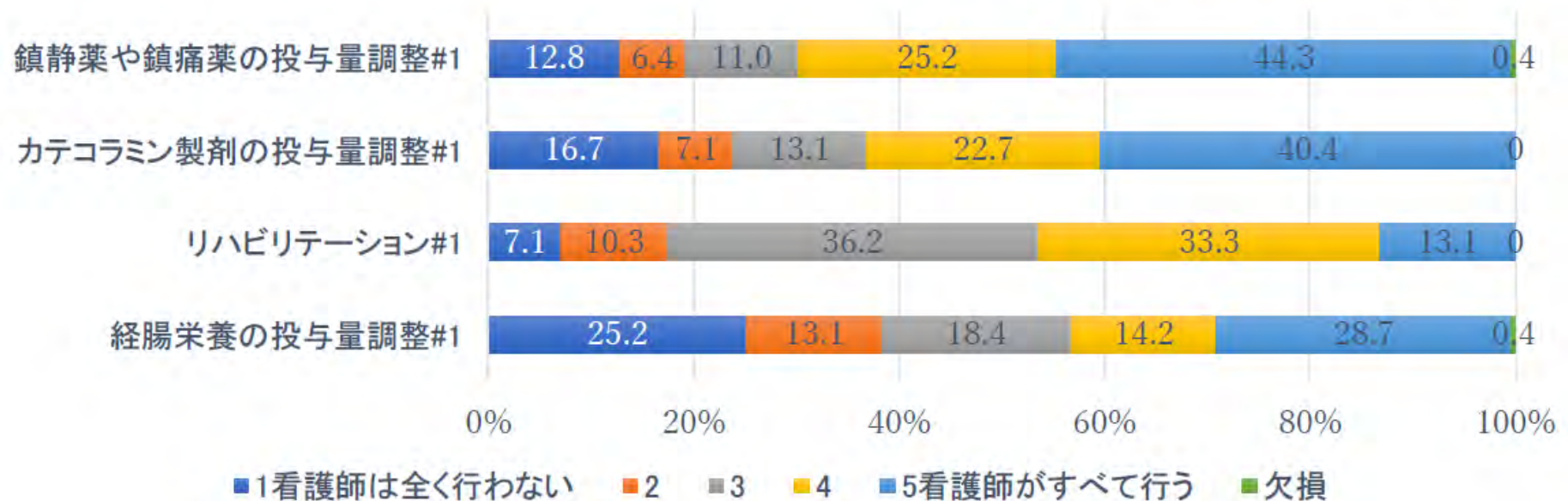


特定集中治療室等における集中治療関連の業務

○ その他の集中治療に関する24時間を通じた各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の割合は以下のとおりであった。

図3.集中治療関連の業務について(n=282)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施



臨床工学技士の概要

業務等 ※臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）

- 医師の指示の下に、生命維持管理装置（※1）の操作（※2）及び保守点検を行うことを業とする。（法第2条第2項）

※1 人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替し、又は補助することが目的とされている装置をいう。

※2 生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であって政令で定めるものを含む。

【生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であって政令で定めるもの（施行令第1条）】

1. 人工呼吸装置のマウスピース、鼻カニューレその他の先端部の身体への接続又は身体からの除去（気管への接続又は気管からの除去にあつては、あらかじめ接続用に形成された気管の部分への接続又は当該部分からの除去に限る。）
2. 血液浄化装置の穿せん刺針その他の先端部のシャント、表在化された動脈若しくは表在静脈への接続又はシャント、表在化された動脈若しくは表在静脈からの除去
3. 生命維持管理装置の導出電極の皮膚への接続又は皮膚からの除去

- 臨床工学技士は、診療の補助として生命維持管理装置の操作及び生命維持管理装置を用いた治療において当該治療に関連する医療用の装置（生命維持管理装置を除く。）の操作（当該医療用の装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去を含む。）として厚生労働省令で定めるもの（医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を行うことを業とすることができる。（法第31条の2）

【厚生労働省令で定める医療用の装置の操作（法37条第1項）】

1. 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血
2. 生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作
3. 手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作

- 臨床工学技士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める生命維持管理装置の操作を行ってはならない。（法第38条）

【厚生労働省令で定める生命維持管理装置の操作（施行規則32条）】

1. 身体への血液、気体又は薬剤の注入
2. 身体からの血液又は気体の抜き取り（採血を含む。）
3. 身体への電氣的刺激の負荷

現況

(1) 免許取得者数（令和2年12月31日現在）

47,792名

(2) 医療従事者数（平成29年10月1日 医療施設調査・病院報告より）

病院： 21,184名（常勤換算数）

診療所： 6,859名（常勤換算数）

(3) 学校養成所数（令和3年4月1日現在）

50校 定員2,314名

臨床工学技士の配置状況①

- 臨床工学技士の配置について、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設及び調査施設全体とで「医療施設全体での在籍数」及び「100床あたりの在籍数」をみると、いずれも最大値・最小値には大きな開きがみられた。
- また、日勤・夜勤におけるICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合を、特定集中治療室1, 2を算定する医療施設と調査施設全体とで比較すると、日勤・夜勤ともに、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設のほうがICU専従臨床工学技士を配置している施設割合が高かった。

臨床工学技士の在籍状況

《医療施設全体での在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	20.6名	70名	2名
管理料1, 2算定施設	21.7名	58名	8名

《100床あたりの在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	3.1名	8.5名	0.6名
管理料1, 2算定施設	3.1名	6.9名	1.5名

《ICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合》

	配置なし	1名	2名	3名以上
日勤（調査施設全体）	39.4%	40.9%	12.9%	6.8%
日勤（管理料1, 2）	23.9%	50.7%	16.9%	8.5%

	配置なし	1名	2名	3名以上
夜勤（全体）	60.6%	35.6%	3.0%	0%
夜勤（管理料1, 2）	47.9%	47.9%	4.2%	0%

※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

臨床工学技士の配置状況②

- 臨床工学技士の配置状況を入院料別に比較すると、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設においては、他の入院料を算定する医療機関と比較して専従を日勤+夜勤で配置している割合が高く、専従配置をしていない施設の割合が低かった。
- 一方で臨床工学技士の配置が要件となっていない入院料を算定する病床においても臨床工学技士を専従で配置している医療施設は一定数存在した。

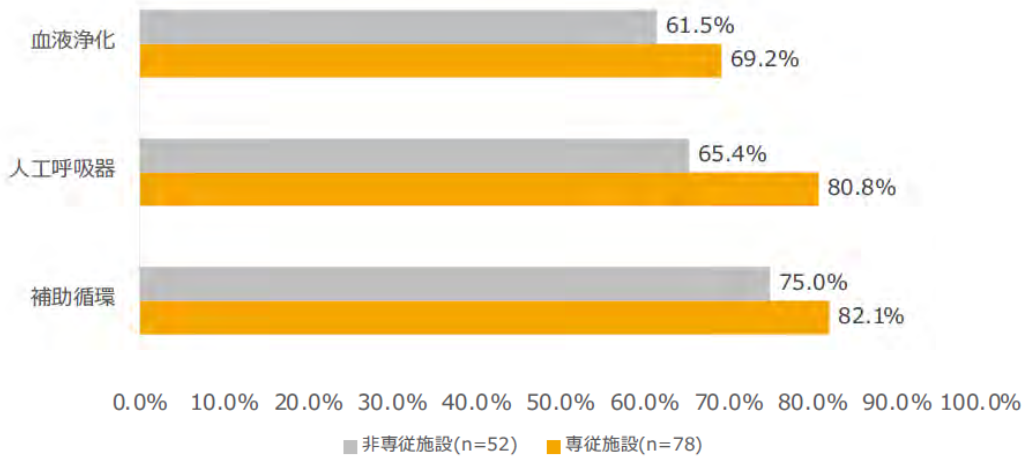
臨床工学技士の専従体制

	日勤+夜勤	日勤のみ	専従なし	その他
特定集中治療室管理料1または2 (160施設)	90施設 (56.3%)	20施設 (12.5%)	48施設 (30%)	2施設 (1.3%)
特定集中治療室管理料3または4 (106施設)	16施設 (15.1%)	27施設 (25.5%)	58施設 (54.7%)	5施設 (4.7%)
救命救急入院料2または4 (67施設)	15施設 (22.4%)	15施設 (22.4%)	37施設 (55.2%)	0施設 (0.0%)
小児特定集中治療室管理料 (7施設)	1施設 (14.3%)	0施設 (0.0%)	5施設 (71.4%)	1施設 (14.3%)

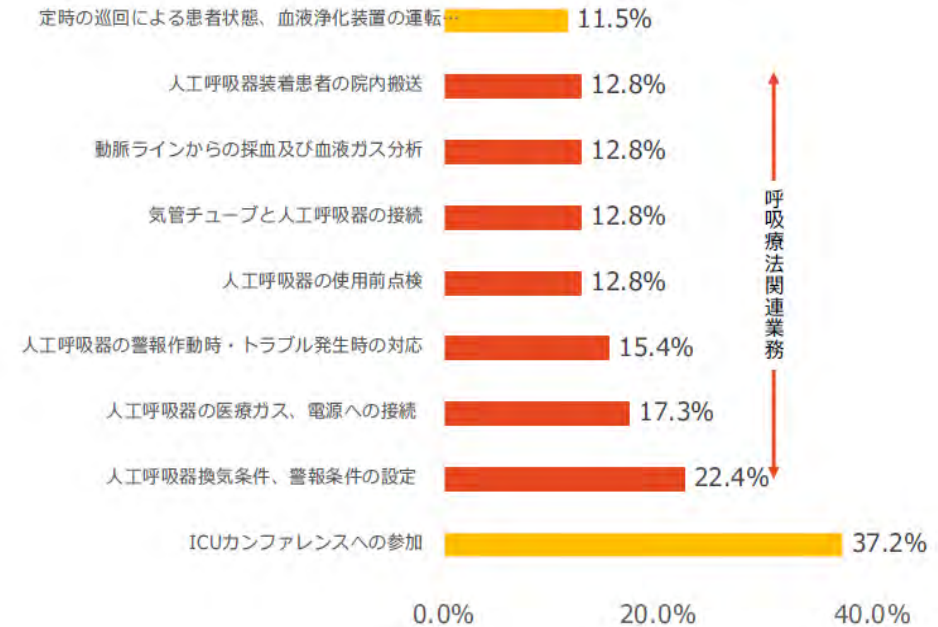
臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

警報作動時の初期対応率



専従施設と非専従施設の実施率の差異



対象：日本集中治療専門医研修施設343施設の代表者
 調査実施期間：2019年11月26日～12月25日
 回答数：132件（医療機関数130施設）

特定集中治療室等における治療の実施状況

- 特定集中治療室管理料等における治療の実施状況について、まとめたものは以下のとおり。
- 人工呼吸器使用患者の割合、血液浄化療法実施患者の割合はいずれも第1四分位数-第3四分位数で約2倍の開きがみられた。ECMO実施患者数はさらに大きくばらついていた。

	中央値 (第1四分位数-第3四分位数)
人工呼吸器使用患者の割合 (NPPVは含めない) (287施設)	38.1% (24.9-50.1)
血液浄化療法実施患者の割合 (CHDF、HD、PMX-HP、PEなど) (290施設)	8.2% (5.0-12.4)
ECMO実施患者数 (V-A、V-V) (300施設)	8 症例 (3-18)

バイオクリーンルーム要件について

- 特定集中治療室管理料等においては、「原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること」を施設基準において求めており、届出様式においてはバイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等の記載を求めている。確認できる限り、昭和53年以降、バイオクリーンルームを原則として設置することを、要件として定めている。
- 日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドラインでは、集中治療室の空気清浄度は清浄度クラスⅢ (ISO清浄度クラス7相当) が望ましいとされている。

バイオクリーンルームが要件となっている治療室	
A300	救命救急入院料2・4
A301	特定集中治療室管理料1～4
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1・2
A303	総合周産期特定集中治療室管理料1・2

届出様式内、「バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等」の記載を求めている。

様式42 [] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室の従事者	専任医師	日勤	名	当直	名	その他	名
	当該病院に勤務する麻酔医						名
当該治療室の概要	看護師	日勤	名	準夜勤	名	その他	名
	病床面積	病床数	1床当たりの床面積		1日平均取扱患者数		
	平方メートル	床	平方メートル		名		
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等							
装置・器具		配置場所		装置・器具の名称・台数等			
救急蘇生装置		治療室内	病院内				
除細動器		治療室内	病院内				

ISO清浄度クラス	上限濃度(個/m³)					
	測定粒径					
	0.1 μm	0.2 μm	0.3 μm	0.5 μm	1 μm	5 μm
1	10					
2	100	24	10			
3	1,000	237	102	35		
4	10,000	2,370	1,020	352	83	
5	100,000	23,700	10,200	3,520	832	
6	1,000,000	237,000	102,000	35,200	8,320	293
7				352,000	83,200	2,930
8				3,520,000	832,000	29,300
9				35,200,000	8,320,000	293,000

(左図) ISO清浄度クラス表
(下図) 病院設備設計ガイドラインの清浄度分類

クラス	名称	該当室
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など
II	清潔区域	手術室
III	準清潔区域	集中治療室など
IV	一般清潔区域	一般病室など
V	汚染管理区域 拡散防止区域	細菌検査室など

- 日本集中治療医学会が2002年に策定した「集中治療部設置のための指針」においては、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、ISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨していた。
- 「集中治療部設置のための指針」の改訂にあたって、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠がないことから、空気清浄度の規定を当該指針から削除し、手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室を適正数配備することが望ましいとした。

《集中治療部設置のための指針 -2002年3月-》

日本集中治療医学会集中治療部設置基準検討委員会

6.設備

(2) 空調設備

集中治療部は、適切で安全な空気質条件を常時維持しなければならない。空調能力は基本的には部屋の容積と施設の要求仕様、換気回数によって定められる。空気感染防止を目的とした隔離のための個室は別空調を設置しなければならない。

a.空気清浄度

集中治療部にはISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する。

9.感染防止対策

(3) 空調設備

病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はないが、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、前述の空気清浄度を保つことを推奨する。



《集中治療部設置のための指針:2021年改訂について 空調設備に関する改訂方針と提言》

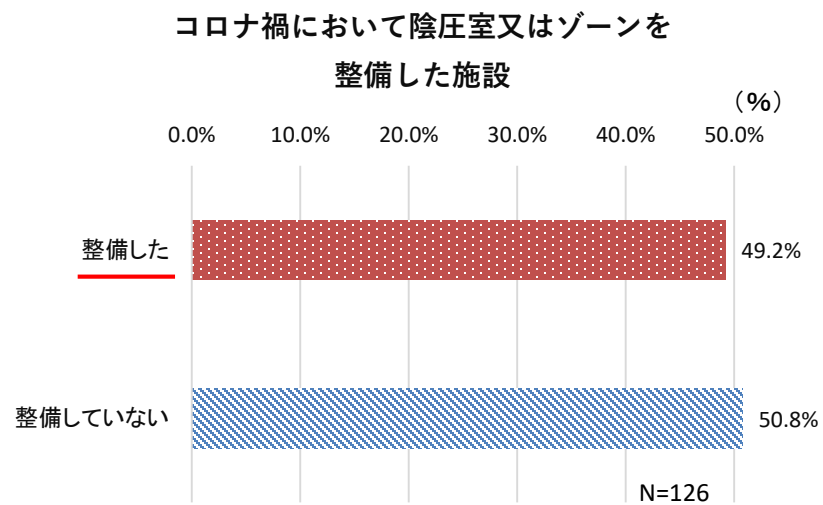
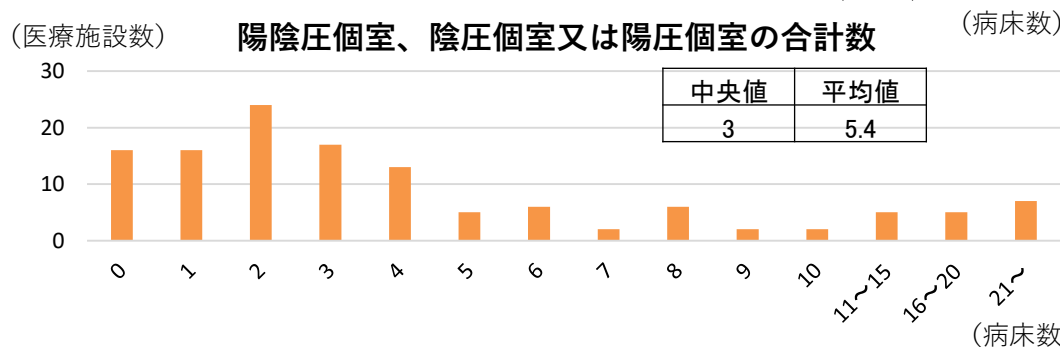
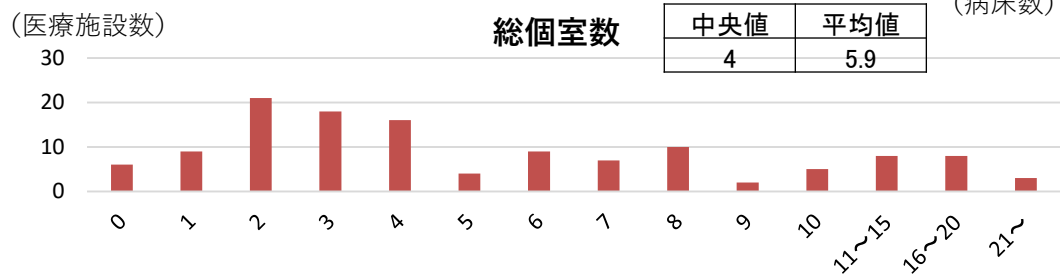
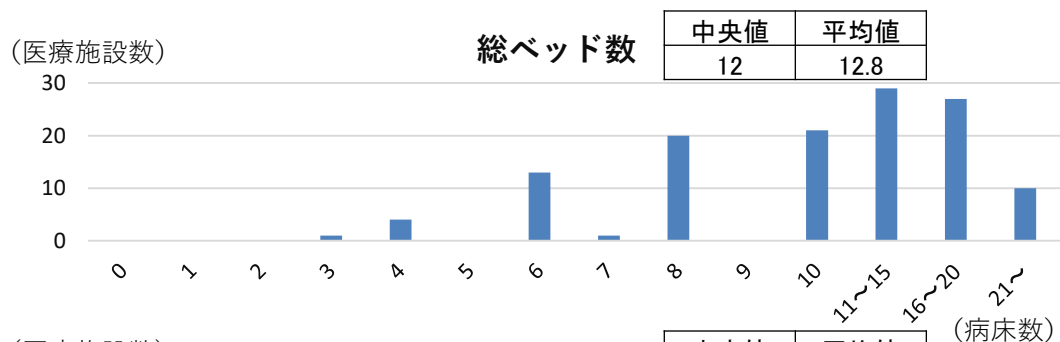
日本集中治療医学会理事会集中治療部設置指針改訂タスクフォース

(中略)しかし、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はない。

(中略)したがって、本改訂では“指針”において、“集中治療部にはISO基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する”の記載は削除し、“HEPAフィルター設置により手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室をユニット内に適正数配備することが望ましい”とする文言に置き換える。

治療室における個室設置状況

- 特定集中治療室管理料1~4、救命救急入院料2・4及び小児特定集中治療室を対象とした調査結果では、ほとんどの治療室において個室及び陽陰圧個室・陰圧個室・陽圧個室のいずれかの個室を設置していたが、一部治療室においては、設置がされていなかった。
- 新型コロナウイルス感染症の流行により、陰圧室又はゾーンの整備を行った医療機関が約半数存在した。



出典：日本集中治療医学会 特定集中治療室の要件にかかる見直しについての調査結果（提供データを元に医療課で分析）

調査実施期間：2021年3月14日～3月16日

人員配置等についての課題（小括）

（人員配置について）

- ・ 特定集中治療室管理料において、適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。
- ・ 特定集中治療室管理料1・2における、適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1人以上配置している割合が3割前後であった。
- ・ 特定行為研修は、各領域における一般的な患者の状態を想定し、実施頻度が高い特定行為をまとめた領域別パッケージ研修の受講が可能であり、集中治療領域においてもパッケージ研修が可能となっている。
- ・ 特定集中治療室においては、例えば「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」などを参考に、施設に応じた形で看護師に対する研修が実施されている。
- ・ 治療室における、血液浄化療法やECMO等の実施状況は医療施設によってばらつきがみられた。
- ・ 治療室における、臨床工学技士の配置状況は医療施設によってばらつきがみられた。
- ・ 臨床工学技士が専従配置されることにより、警報作動時の臨床工学技士による初期対応率の向上や、トラブル回避のための業務実施率が向上した。

（バイオクリーンルームについて）

- ・ 特定集中治療室管理料等においては、「原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること」を施設基準において求めている。
- ・ バイオクリーンルームが集中治療部内における感染症発生頻度を減少させるという直接的な根拠は示されていない。

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療の現状等について
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 高度急性期入院医療に係る評価について
4. **論点**

急性期入院医療についての論点①

【急性期入院医療について】

(重症度、医療・看護必要度について)

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点からも、必要度Ⅱの届出をさらに進めることについて、どのように考えるか。
- 入院患者における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、A項目の「心電図モニターの管理」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「輸血や血液製剤の管理」について、どのように考えるか。
- B項目については、項目間の相関が高い場合があること、C項目については、術後経過日数の実態を踏まえ、どのように考えるか。
- 入院患者における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、一般病棟入院基本料等の該当患者割合について、どのように考えるか。

(急性期入院医療の評価について)

- 急性期入院医療を担う医療機関の役割として、重症救急患者への対応や手術等の総合的かつ専門的な医療の提供、退院支援が重要であることから、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室のほかの入院料の届出状況や、救急搬送受入件数、手術（緊急手術等を含む）等の実績に差がある実態を踏まえ、充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。

(重症患者対応について)

- 院内において、状態が不安定な患者の急変の兆候を捉え、急変を未然に防ぐ取組として「院内迅速対応システム（RRS）」が実施され、院内死亡を減少させるエビデンスが報告されていることを踏まえ、このような患者を多く扱うこととなる充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。
- 救急・集中治療領域において、重症患者の家族が代理意思決定の負担を強いられ、その支援が必要とされることから、「入院時重症患者対応メディエーター」の養成が行われていること等を踏まえ、重症患者対応に係る取組への評価の在り方について、どのように考えるか。

急性期入院医療についての論点②

【高度急性期入院医療について】

(重症度、医療・看護必要度について)

- 特定集中治療室管理料、救命救急入院料2・4におけるA項目の該当患者割合の実態を踏まえ、特定集中治療室用の評価票における「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」についてどのように考えるか。
- A項目の基準は満たしているがB項目の基準を満たしていない患者割合の実態や、早期のリハビリテーションの介入等が有用であり、患者の状態を改善させる取組が進められている実態も踏まえ、特定集中治療室におけるB項目の測定についてどのように考えるか。
- 救命救急入院料1・3及び2・4については、看護師配置及び患者の状態像が異なっている実態を踏まえ、用いる評価票についてどのように考えるか。
- A項目については、看護必要度の測定にかかる負担に配慮しつつ、レセプト電算処理システムコードを用いた測定方法を導入することについてどのように考えるか。
- 重症度、医療・看護必要度とSOFAスコアに係る分析を踏まえ、特定集中治療室におけるSOFAスコアに係る取扱い等についてどのように考えるか。

(人員配置等について)

- 特定集中治療室管理料1・2の施設基準に係る適切な研修については、特定行為研修におけるパッケージ研修が受講可能となっている状況を踏まえ、適切な研修の具体的な範囲について、どのように考えるか。
- 人工呼吸器やECMO等を実施する場合に、専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置された上で、専門的なケア・技術を実施している実態があり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、重要な役割を担ったことを踏まえ、こういった対応に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 特定集中治療室等の構造・設備の実態等も踏まえつつ、高度急性期の患者を治療する治療室の適正な評価を行う観点から、構造・設備に係る評価のあり方について、どのように考えるか。