

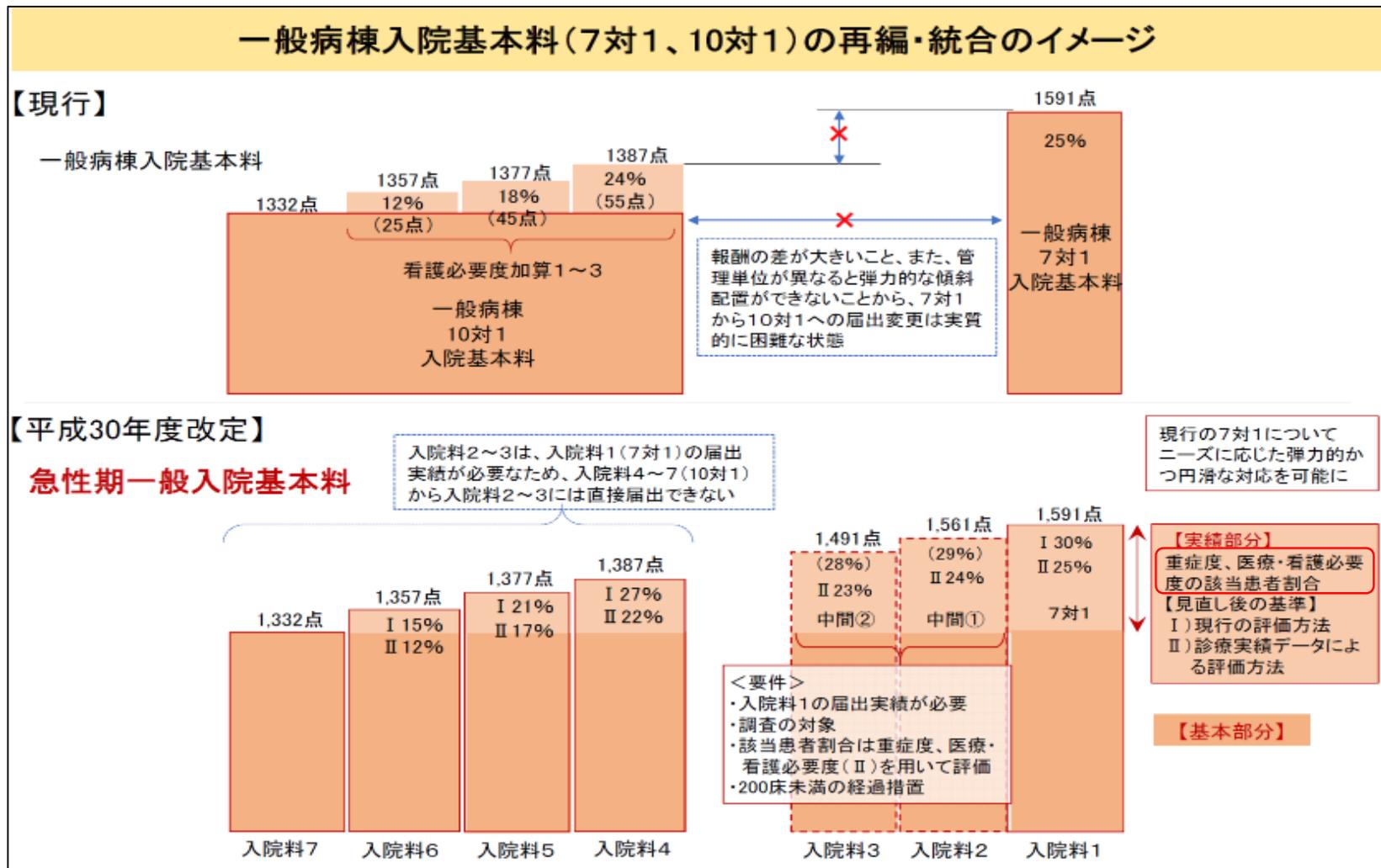
病院は「求められる機能の評価」がより鮮明に



入院料再編・統合のポイント

項目	ポイント
急性期入院基本料の評価	基本的な評価部分と診療実績に応じた評価の2段階評価へ再編・統合
地域包括ケア病棟入院料等	基本的な評価部分とサブアキュート機能の実績を組み合わせた評価体系へ
回復期リハ病棟入院料	基本的な評価部分とアウトカム評価の実績を組み合わせた評価体系へ
療養病棟入院基本料	看護配置を20対1へ一本化。診療実績部分は医療区分23の割合に応じて2段階の評価へ再編。200床以上の病院はデータ提出が義務化

急性期一般入院料の再編・統合イメージ



急性期一般入院料は、7対1と10対1の中間評価を設けた7段階の設定に

入院料2~3は7対1の届け出実績が必要であり、現行の10対1からの移行は不可

重症度、医療・看護必要度の評価は2区分に区分け

新区分IIはEFファイルによるデータ提出が要件に

重症度、医療・看護必要度の判定基準見直しの影響は？

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

現行

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	C	手術等の医学的状況	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	—	16	開頭手術(7日間)	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	—	17	開胸手術(7日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18	開腹手術(5日間)	なし	あり
4	心電図モニター管理	なし	あり	—	19	骨の手術(5日間)	なし	あり
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—	21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	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管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 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ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的な心筋焼灼等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり				
B	患者の状況等	0点	1点	2点				
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	介助なし	一部介助	全介助				
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—				
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助				
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助				
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				

該当患者の基準

以下のいずれかを満たすこと

- 1) A得点2点以上かつB得点3点以上
- 2) A得点3点以上
- 3) C得点1点以上

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

見直し

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	C	手術等の医学的状況	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	—	16	開頭手術(7日間)	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	—	17	開胸手術(7日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18	開腹手術(5日間)	なし	あり
4	心電図モニター管理	なし	あり	—	19	骨の手術(5日間)	なし	あり
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—	21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	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管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 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ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的な心筋焼灼等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり				
B	患者の状況等	0点	1点	2点				
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	介助なし	一部介助	全介助				
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—				
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助				
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助				
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				

4日(短縮)

該当患者の基準

以下のいずれかを満たすこと

- 1) A得点2点以上かつB得点3点以上
- 2) A得点3点以上
- 3) C得点1点以上

A得点1点以上かつB得点3点以上かつB14又はB15が1点以上(追加)

今改定では見直し項目が少ない(C項目の18)一方で、該当患者の基準が追加(A得点1点以上かつB得点3点以上かつB14又はB15が1点以上)されたことで、結果として看護必要度Ⅰの30%又は新基準の看護必要度Ⅱの25%を下回るところは少ないとも言われている

「急性期一般入院料1～7」の概要

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	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	(28%以上) ※	(29%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 ※	24%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
医師の員数		-							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:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

(※200床未満は、経過措置あり)

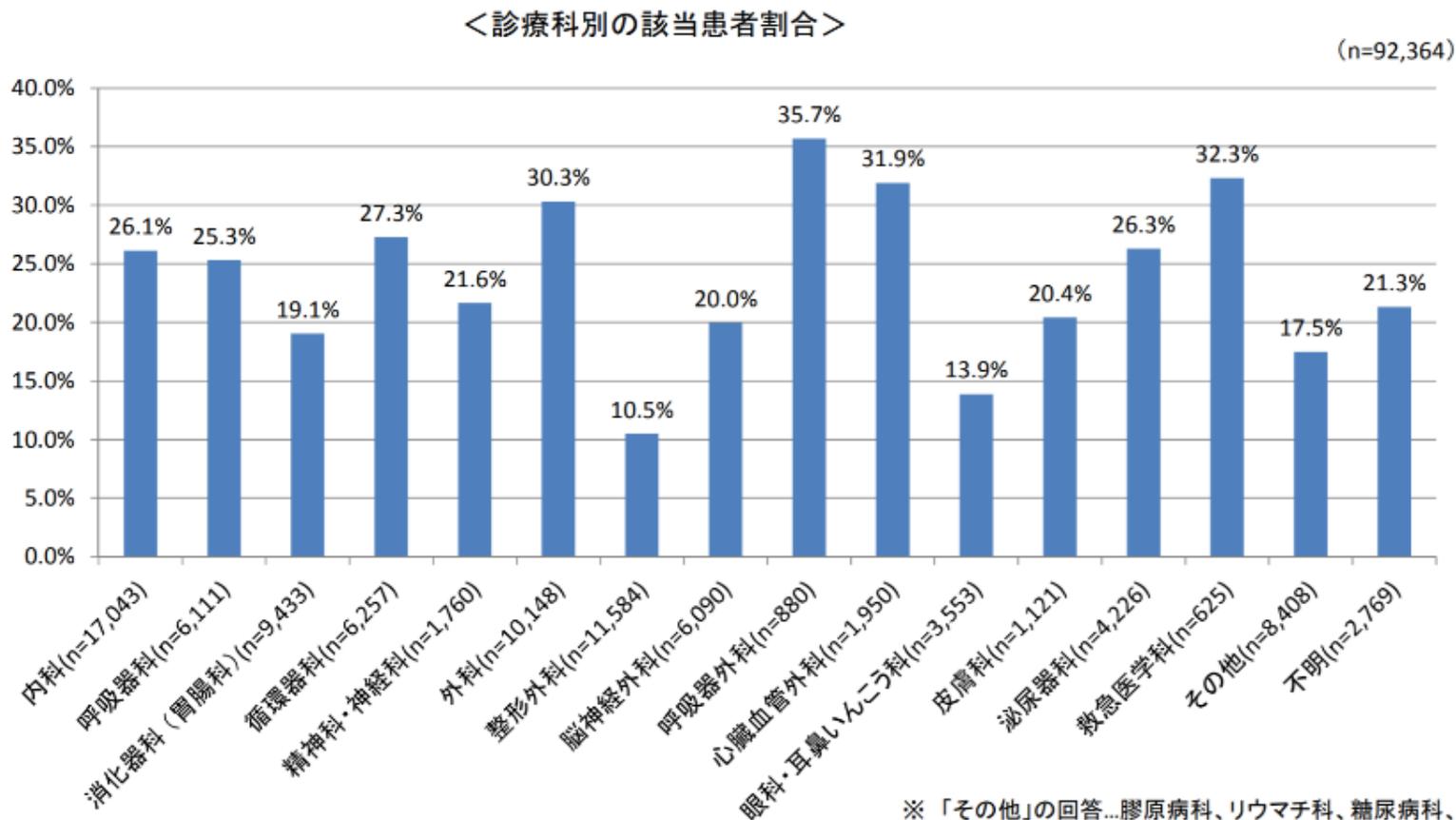
急性期入院料1～3は、7対1の届け出実績が必要

現行7対1を届け出ている医療機関が入院料4以下に下がった場合、減算幅は△204点と大幅減算に

入院料1以下の入院料を算定することになった場合、看護要員の緩和分をどこへ振り向けるかなどの検討が必須

参考：診療科毎にみた重症度、医療・看護必要度の分布

○ 重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合は、「呼吸器外科」が35.7%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合である。



再上位ランクの30%以上を満たす診療科は限られている

いくつかの病院へのヒアリングでは、早い段階で入院料1を諦め、2あるいは3への移行を決めた病院もあった

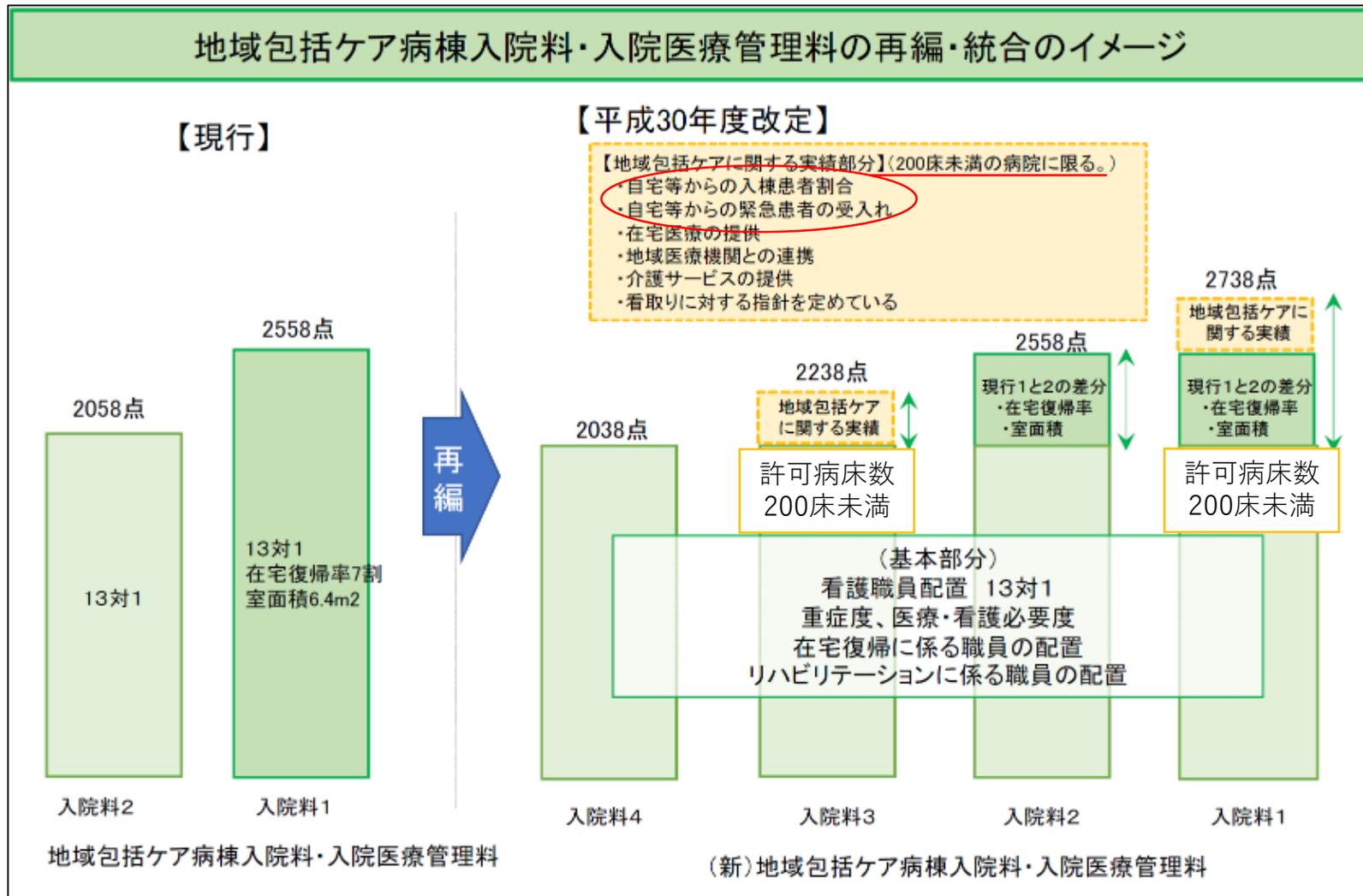
また400床超の大規模病院でも、地域包括ケア病棟の一部開設の実績を取り始めたところも

紹介を多く受けることで入院患者を確保している医療機関は近隣の動向を注視し、早めの対策をとっていくが有効

入院料再編・統合のポイント

項目	ポイント
急性期入院基本料の評価	基本的な評価部分と診療実績に応じた評価の2段階評価へ再編・統合
地域包括ケア病棟入院料等	基本的な評価部分とサブアキュート機能の実績を組み合わせた評価体系へ
回復期リハ病棟入院料	基本的な評価部分とアウトカム評価の実績を組み合わせた評価体系へ
療養病棟入院基本料	看護配置を20対1へ一本化。診療実績部分は医療区分23の割合に応じて2段階の評価へ再編。200床以上の病院はデータ提出が義務化

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合イメージ



地域包括ケア病棟入院料は1～4段階の評価へ

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	-				7割以上			
室面積	-				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	-		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上	-		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	-		3月で3人以上		-		3月で3人以上	
在宅医療等の提供	-		○		-		○	
看取りに対する指針	-		○		-		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満	○	-	○	○	○	-	○	○
点数 (生活療養を受ける場合)	2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

入院料1と3は200床未満の医療機関が対象。200床を少し超えるベッド数を有する病院は、稼働率次第で移行を検討する視野も必要か（ベッド数削減効果も狙っている？）

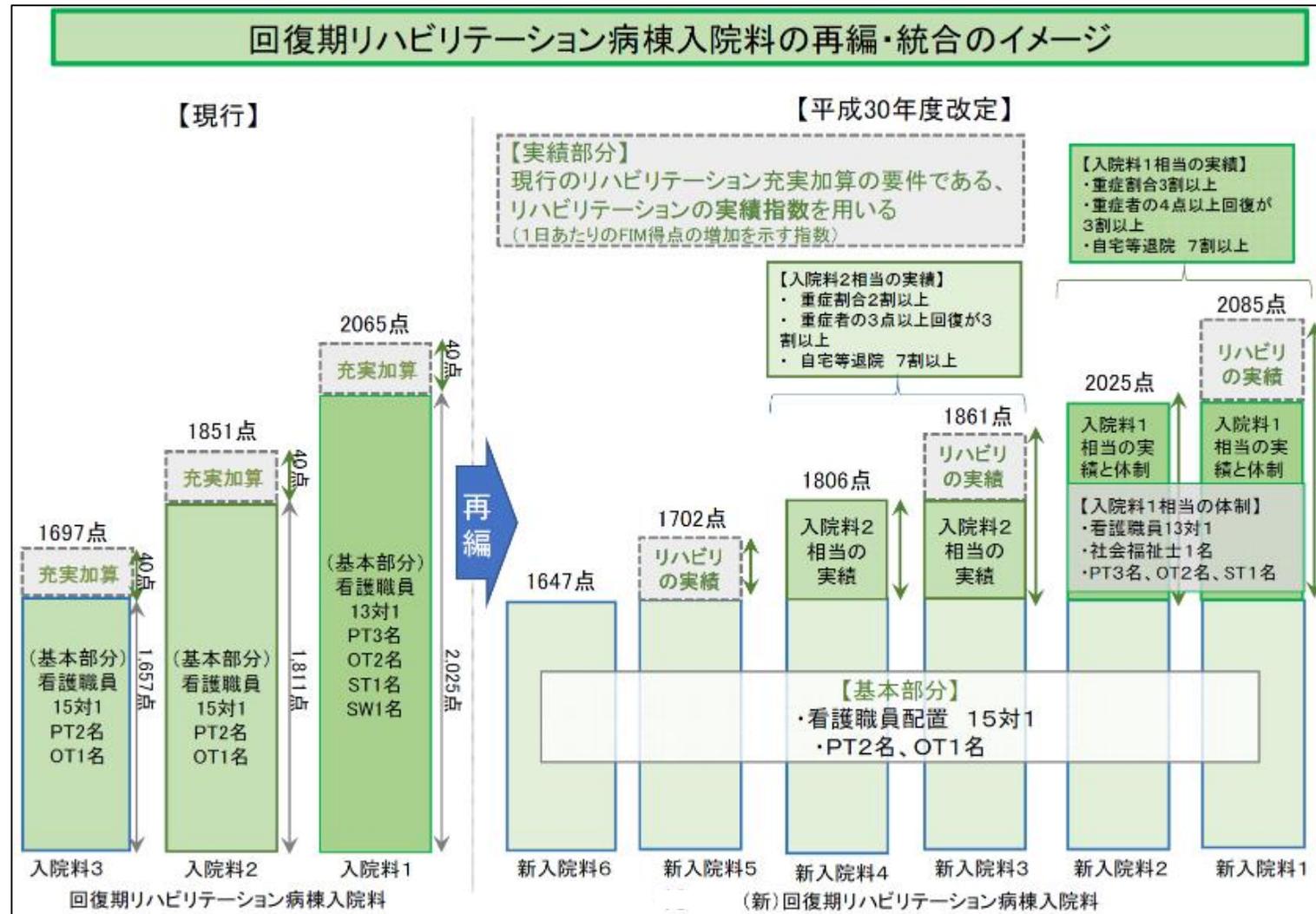
在宅からの受入れ（サブアキュート機能）や、在宅復帰率をクリアできれば、高ランクの点数が算定可能に

従来の下位ランクの届け出をしていた医療機関は、在宅復帰や在宅からの受入れがないと減収（2058点→2038点）へ

入院料再編・統合のポイント

項目	ポイント
急性期入院基本料の評価	基本的な評価部分と診療実績に応じた評価の2段階評価へ再編・統合
地域包括ケア病棟入院料等	基本的な評価部分とサブアキュート機能の実績を組み合わせた評価体系へ
回復期リハ病棟入院料	基本的な評価部分とアウトカム評価の実績を組み合わせた評価体系へ
療養病棟入院基本料	看護配置を20対1へ一本化。診療実績部分は医療区分23の割合に応じて2段階の評価へ再編。200床以上の病院はデータ提出が義務化

回復期リハ病棟入院料の再編・統合イメージ



回復期リハ病棟は6段階の評価へ再編

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
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)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上					
管理栄養士	-					専任常勤1名(努力義務)
リハビリ計画書の栄養項目記載	-					必須
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハ	-					○
	※休日リハビリテーション提供体制加算あり					
「重症者」の割合(日常生活機能評価10点以上)	-	-	2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	-	-	3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
在宅復帰率	-	-	7割以上			
実績指数	-	30以上	30以上		-	37以上
点数(生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

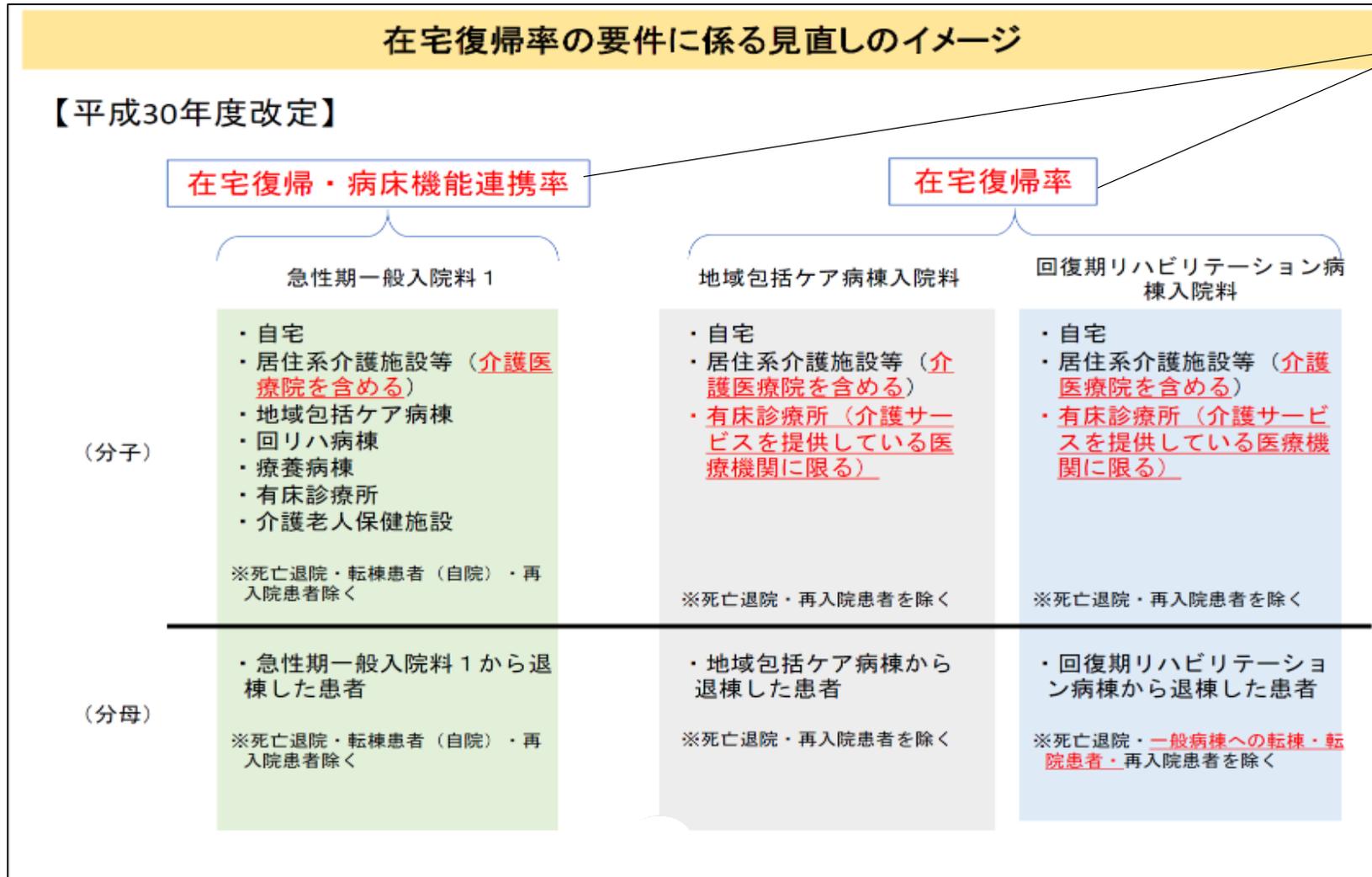
実績部分

実績指数とは、1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの

回復期リハ病棟が主に「ADL向上による寝たきりの防止や、在宅復帰を目的としたリハビリテーションを提供するための病棟である」という定義に沿った評価内容となっている

従来の下位ランクの届け出をしていた医療機関は、アウトカム評価を得られない場合、△50点の減算へ

急性期入院料1と地域包括ケア、回復期の在宅復帰に関する対象を見直し



在宅復帰に係る指標の名称変更

地域包括の分子から、（療養病棟「加算+」）と（有床診療所「加算+」）が削除された。

このことで、医療療養病床等においては「在宅復帰機能強化加算」を取ることで紹介を受けていたインセンティブは実質消滅

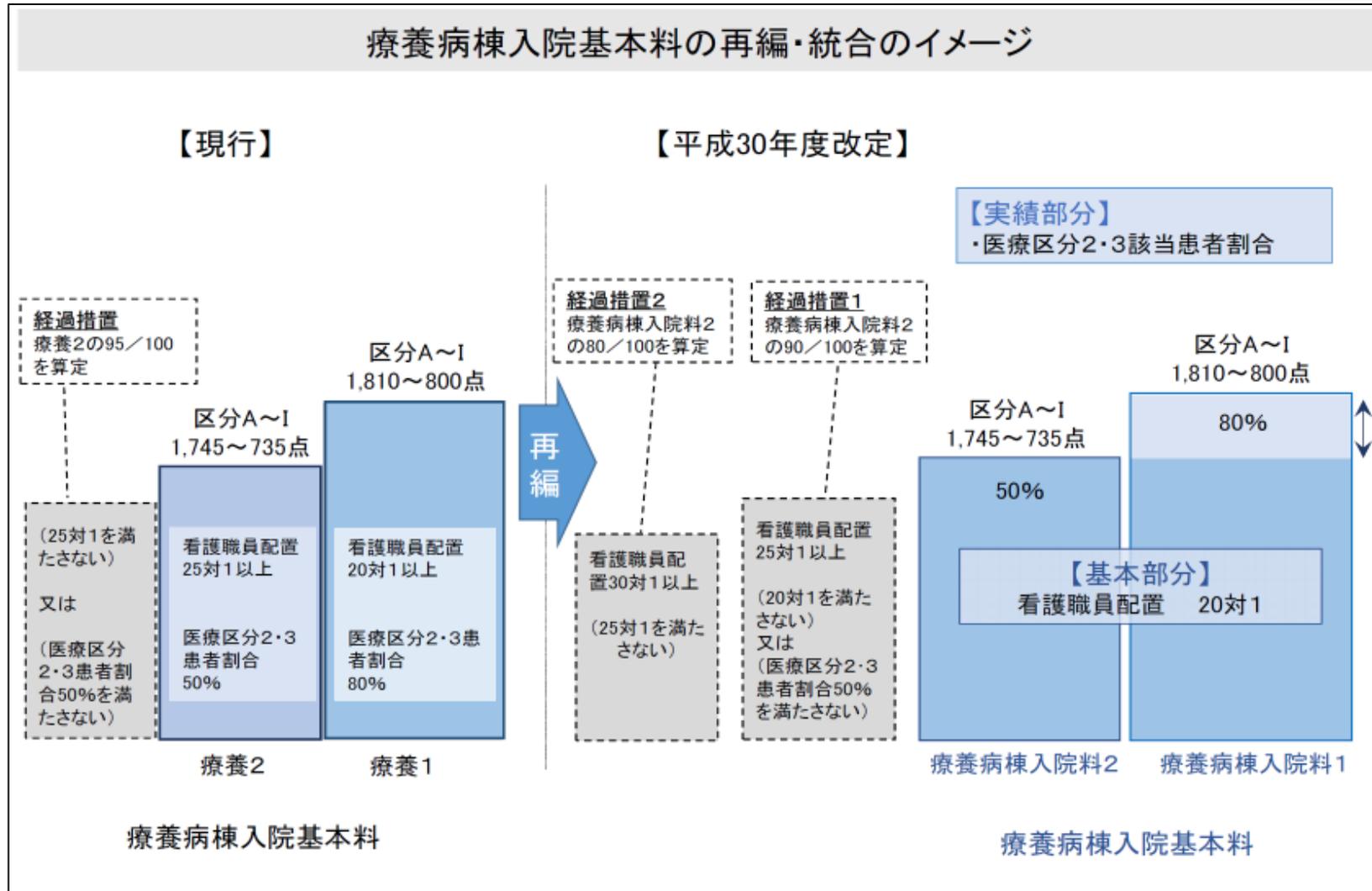
有床診療所については、介護サービスを提供している医療機関に限り含めることができるとされた

住宅型有料などは、「介護医療院」という競合の出現にどういふ特色を打ち出せるかが鍵

入院料再編・統合のポイント

項目	ポイント
急性期入院基本料の評価	基本的な評価部分と診療実績に応じた評価の2段階評価へ再編・統合
地域包括ケア病棟入院料等	基本的な評価部分とサブアキュート機能の実績を組み合わせた評価体系へ
回復期リハ病棟入院料	基本的な評価部分とアウトカム評価の実績を組み合わせた評価体系へ
療養病棟入院基本料	看護配置を20対1へ一本化。診療実績部分は医療区分23の割合に応じて2段階の評価へ再編。200床以上の病院はデータ提出が義務化

療養病棟入院基本料の再編・統合イメージ



入院料1と2の両方を同一の医療機関で届け出ることにはできないとされた

入院料の基本点数は変わらず。

一方で、従来の褥瘡評価実施加算が「褥瘡対策加算」と名称を変え、アウトカム評価が導入されたことで、ケアの成果を出せなければ実質減算となる厳しい内容といえる

在宅からの入院を評価した「在宅患者支援療養病床初期加算」からも分かるように、サブアキュート機能の強化が今後の鍵といえる

医療区分23割合の実績により、2段階の評価へ

療養病棟入院料1～2の内容

- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	経過措置	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1を満たさない かつ、25対1以上	20対1 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1 (医療法上の4:1)		
医療区分2・3 該当患者割合	5割未満(満たさない)	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須		
点数	(療養病棟入院料2)の 90/100に相当する点数	医療区分1 735点～902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

※ 療養病棟入院料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

従来の20対1の評価は変わらず

人員基準は満たすものの、区分23の患者割合が8割未満の場合は、従来の25対1の評価を算定

経過措置は現行の25対1の点数の1割減へ

業態別戦略

すべての業態において増患＋可視化による生産性向上

加算取得及び医師確保、看護師確保のための政策、
適正な評価（＋データ）

業態	内外戦略	主な診療報酬アプローチ
急性期	管理会計の徹底導入、評価及び教育強化、 自院の情報開示	【10対1・7対1→7】特徴づくり、重症者の確保、出来 高算定項目増、（復帰先＋療養＋老健＋介護医療院）
一般	外来強化、連携強化、在宅への展開	【15対1・13対1→3】重症者の確保
地域包括	連携強化、在宅（訪看含む）への展開	【2→4】参入検討、重症者の確保、サブアキュート への対応、在宅復帰（復帰先▲療養▲老健＋介医療 院）
回復期	評価及び教育の徹底、連携強化、在宅へ の展開	【3→6】FIM（実績指数）、栄養指導、在宅復帰 強化（＋有診＋介医療院）、（外来）退院患者確保
慢性期	外来強化、連携強化＋営業強化、在宅へ の展開	【25対1→20対1→2】（夜勤）看護師増、重症者と 軽症者バランス、区分管理、アウトカム評価（褥瘡）、 入退院支援、200以上データ提出、在宅復帰