

中医協 総－1参考3
5 . 9 . 2 7

中医協 診－1参考3
5 . 9 . 2 7

診調組 入－1参考3
5 . 9 . 1 4 改

(令和5年度第7回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編③

令和5年9月14日(木)

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

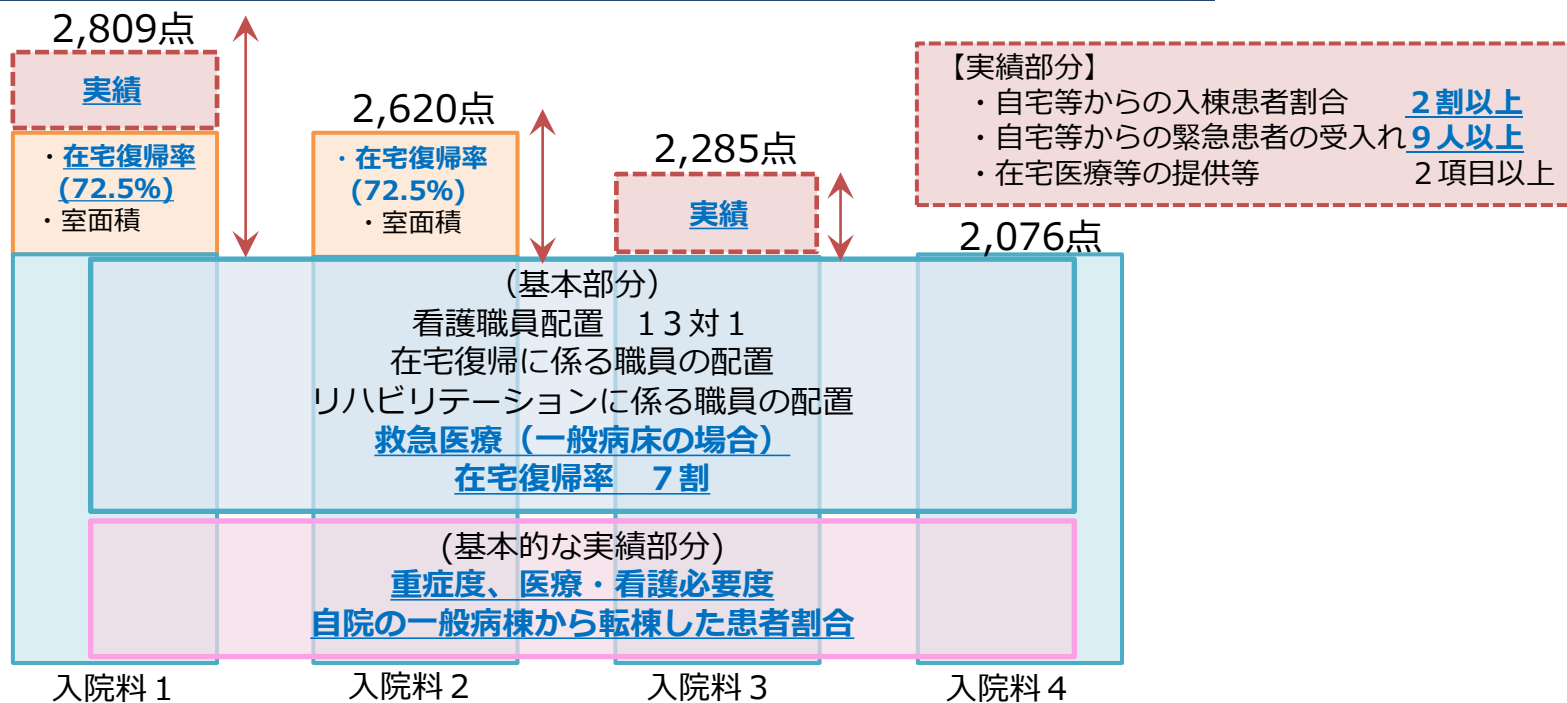
7. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

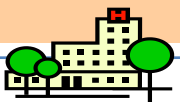
9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 横断的個別事項について

地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
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							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割 以上（満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④ 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び**外来在宅共同指導料1**の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

経過措置について（入院Ⅱ）①

	区分番号	項目	経過措置
1	A101	療養病棟入院基本料	令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
2	A101	療養病棟入院基本料（注11）	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
3	A101	療養病棟入院基本料（注11）	令和4年3月31日において、現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。
4	A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。
5	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
6	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5・6	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。
7	A308-3	地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
8	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
9	A308-3	地域包括ケア病棟入院料（100床以上の医療機関）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。

経過措置について（入院Ⅱ）②

	区分番号	項目	経過措置
10	A308-3	地域包括ケア病棟入院料 （一般病床に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院に該当するものとみなす。
11	A308-3	地域包括ケア病棟入院料 （療養病床に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が6割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、33.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、48.2%であった。

【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	17.3%
	他院の一般病床以外	1.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	27.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	自院の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を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	0.5%
有床診療所	0.0%	
その他	0.1%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	48.2%
介護施設等	介護老人保健施設	6.5%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.5%
	他院の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を届け出ている病床	0.7%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	2.7%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.2%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
特別の関係にある医療機関	0.1%	
有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	
有床診療所(上記以外)	0.0%	
死亡退院	7.2%	
その他	0.4%	

参考: 令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.6%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
他院	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
	他院の一般病床	12.0%
	他院の一般病床以外	1.5%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	40.8%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.9%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
特別の関係にある医療機関	0.0%	
有床診療所	0.1%	
その他	1.1%	

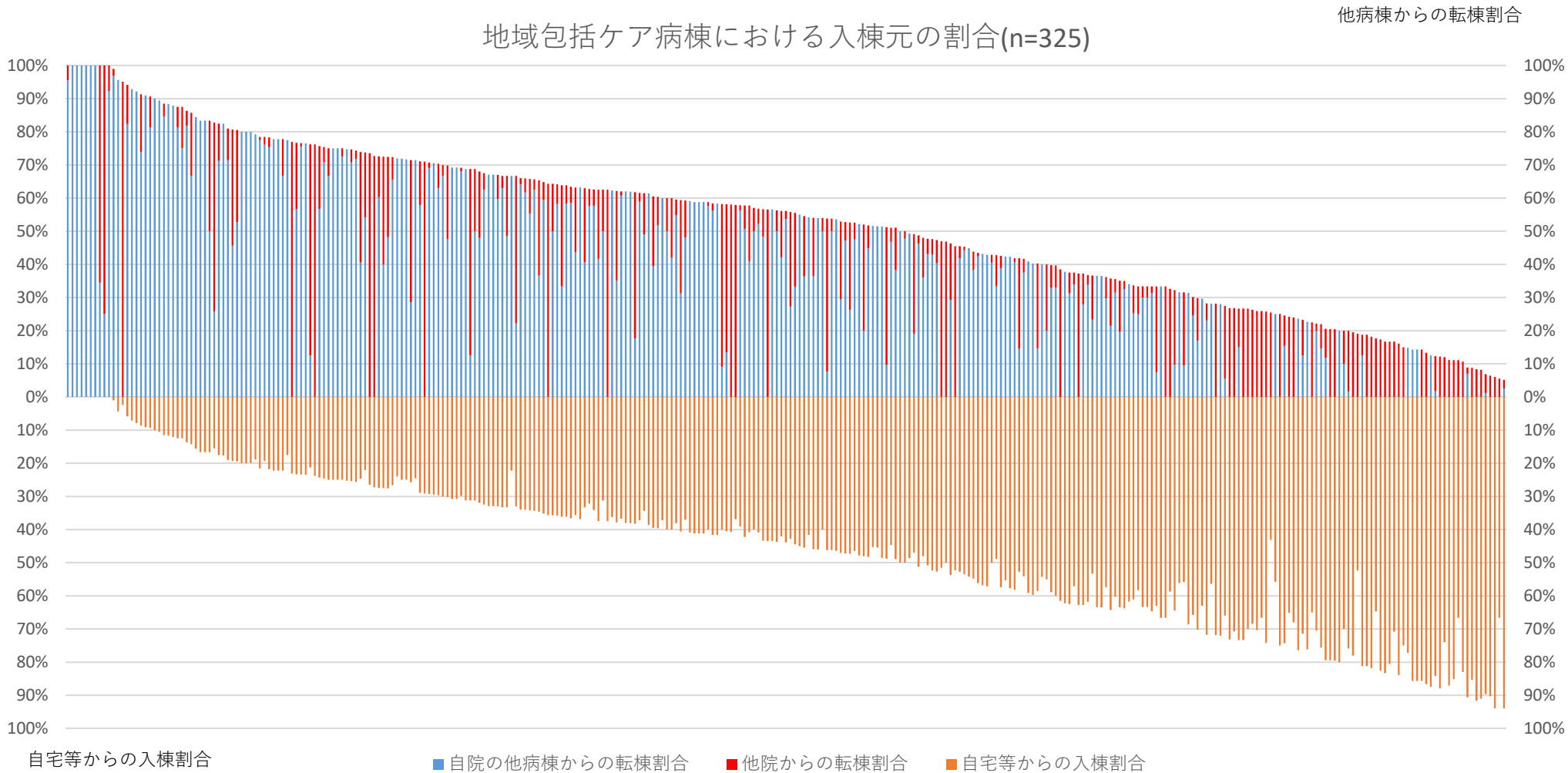
【退棟先】(n=546)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の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を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.6%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の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を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
特別の関係にある医療機関	0.0%	
有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	
有床診療所(上記以外)	0.4%	
死亡退院	4.9%	
その他	0.0%	
無回答	5.9%	

地域包括ケア病棟・病室

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

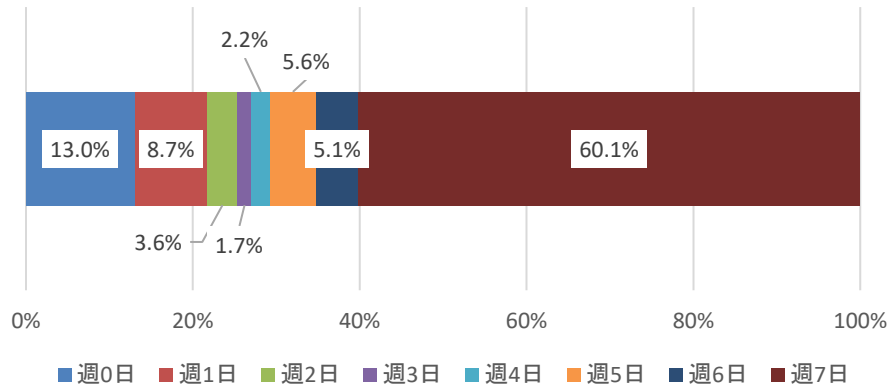
○ 地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。



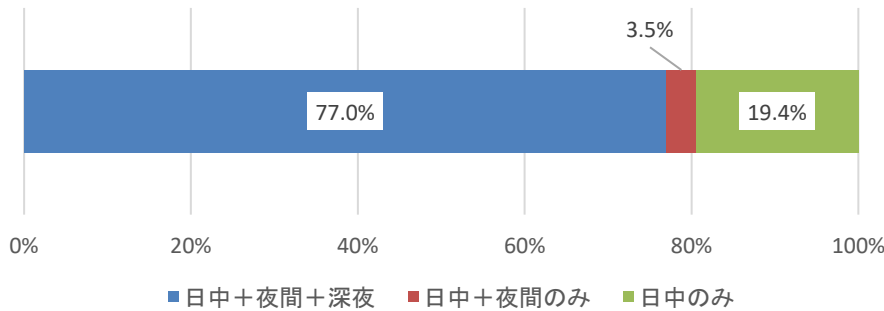
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

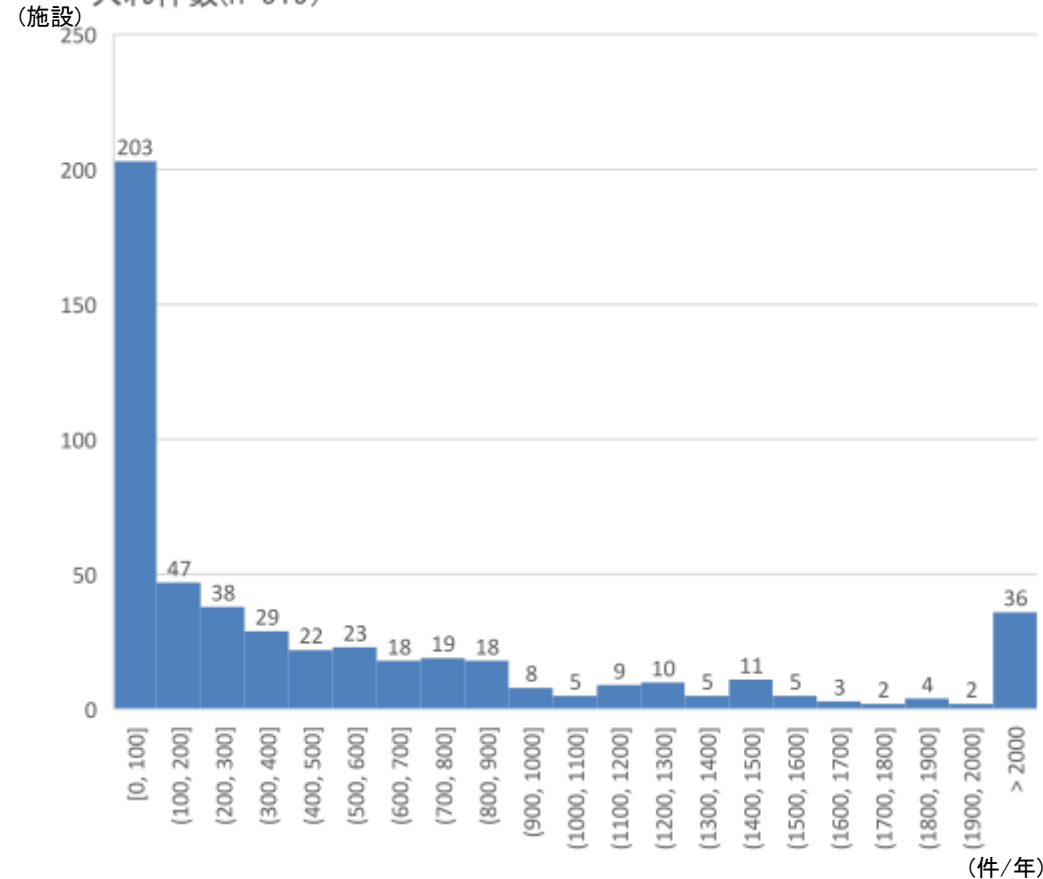
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



(件/年)

地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料 1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料 2 (n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料 3 (n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料 4 (n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料 4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

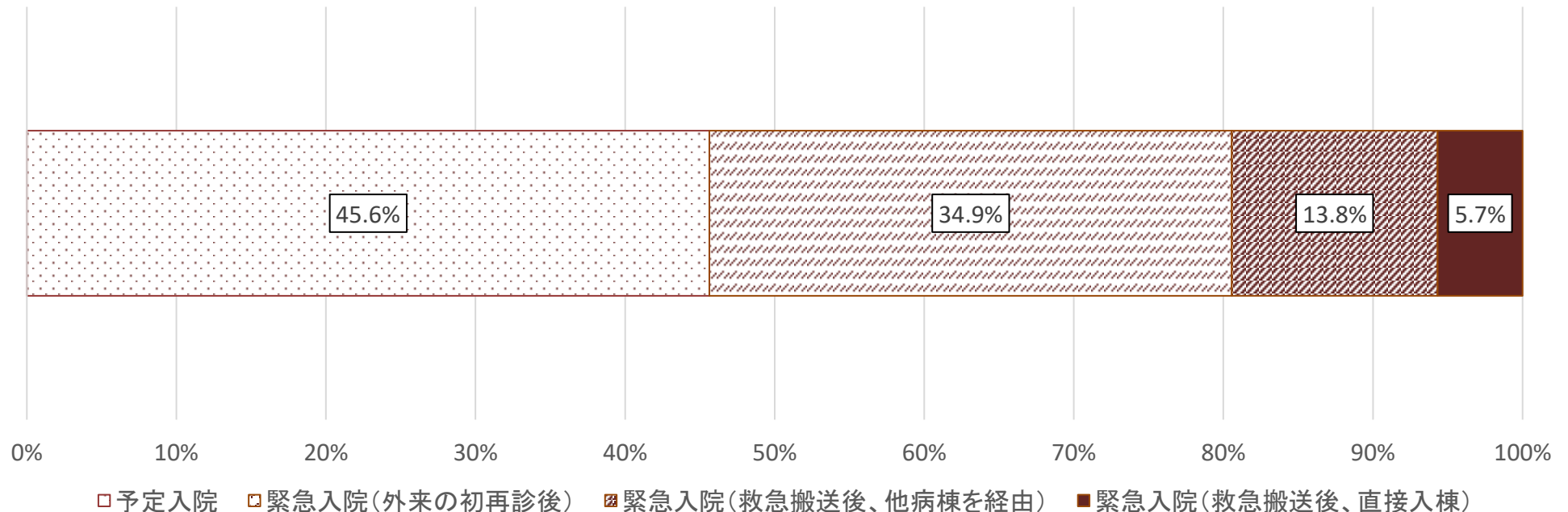
地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

n = 2,835



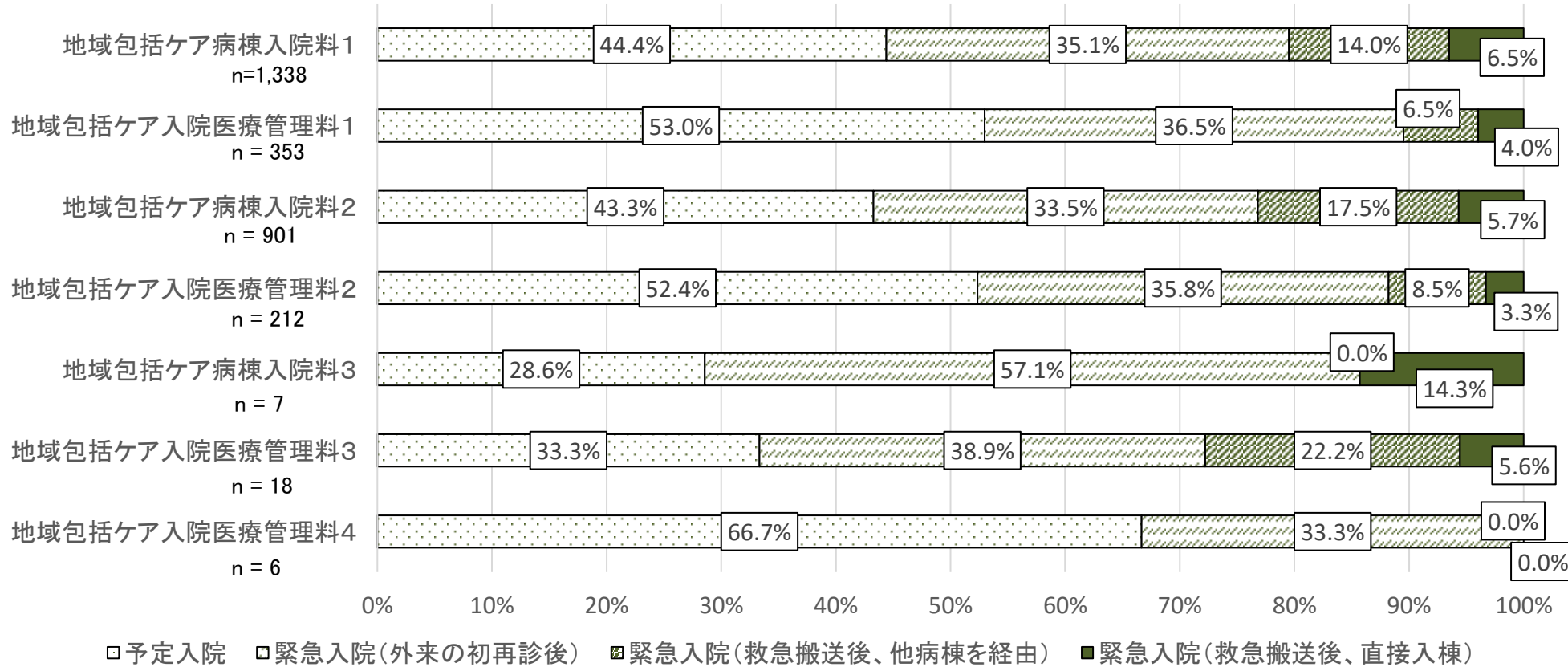
※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、入院料、管理料ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、入院料、管理料ごとに比較したが、大きな差はない。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



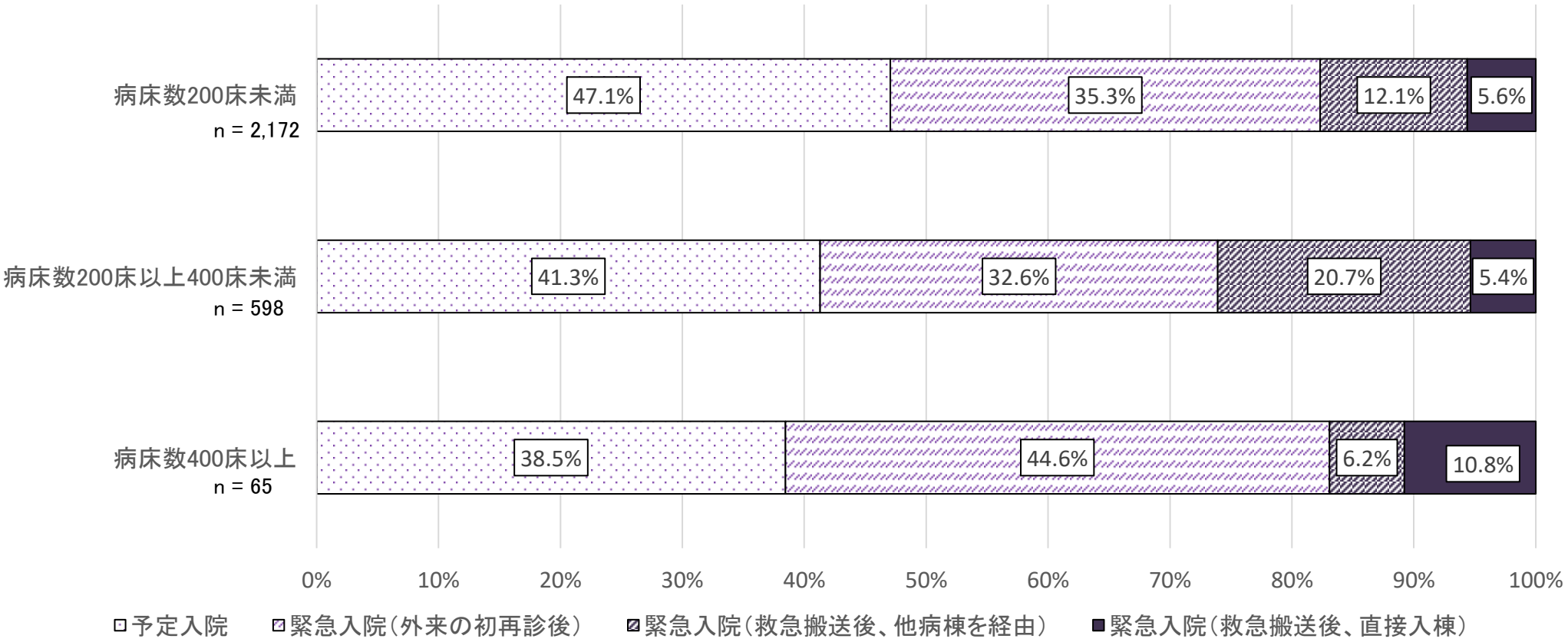
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、病院の病床数ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の病床数ごとに比較すると、病床数200床以上400床未満の病院の地域包括ケア病棟で、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合が大きい。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



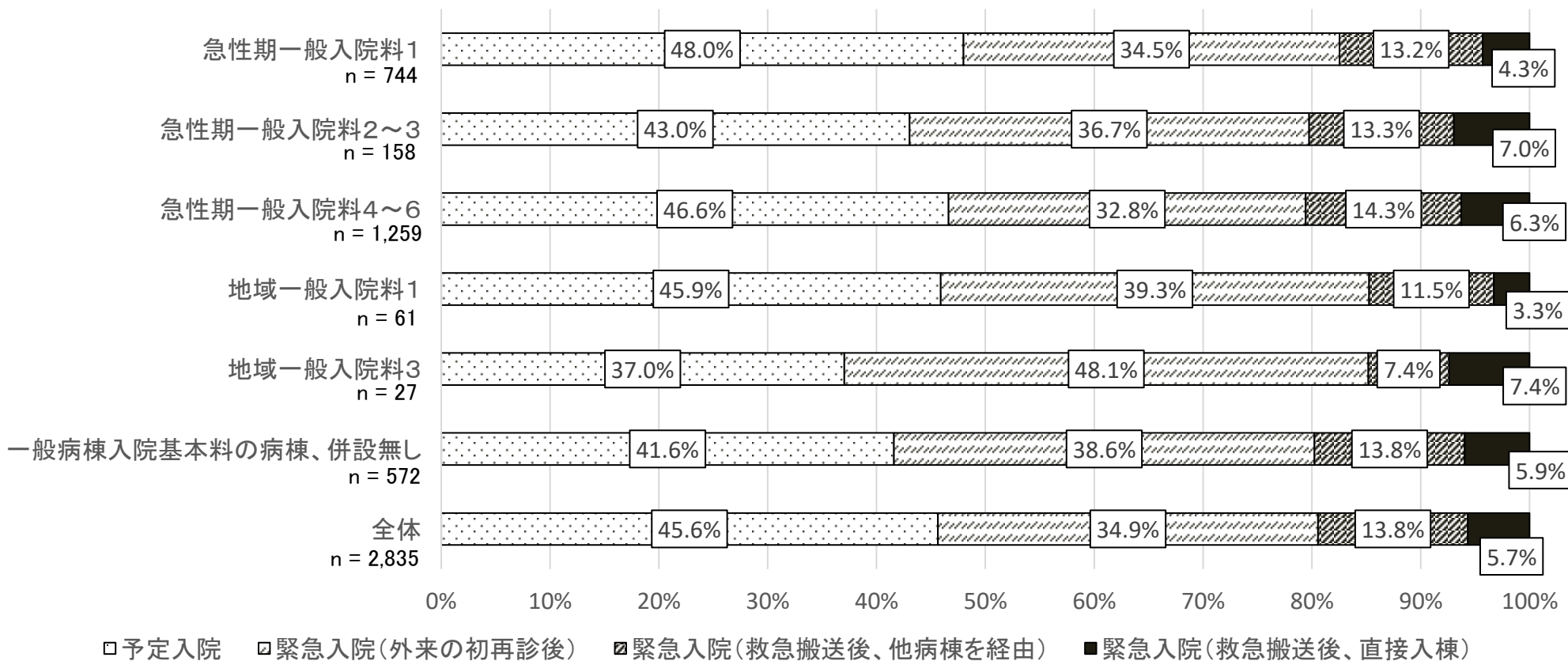
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、併設する病棟ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、併設する病棟ごとに比較すると、大きな差はない。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



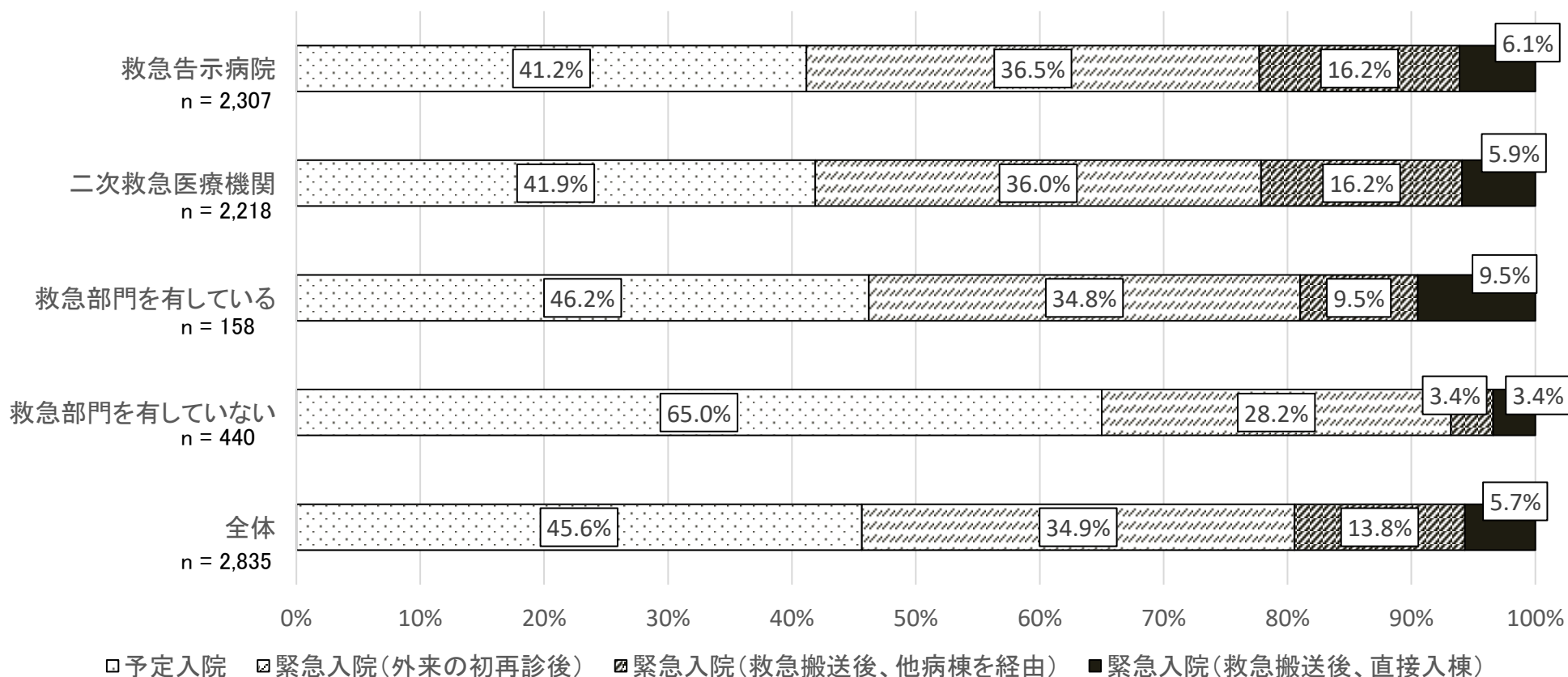
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、救急医療における位置づけごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の救急医療の位置づけごとに比較した。救急告示病院、二次救急医療機関の地域包括ケア病棟では、地域包括ケア病棟全体と比較して、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合はやや高いが、救急搬送後、直接入棟する患者の割合に大きな差はない。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後) (n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

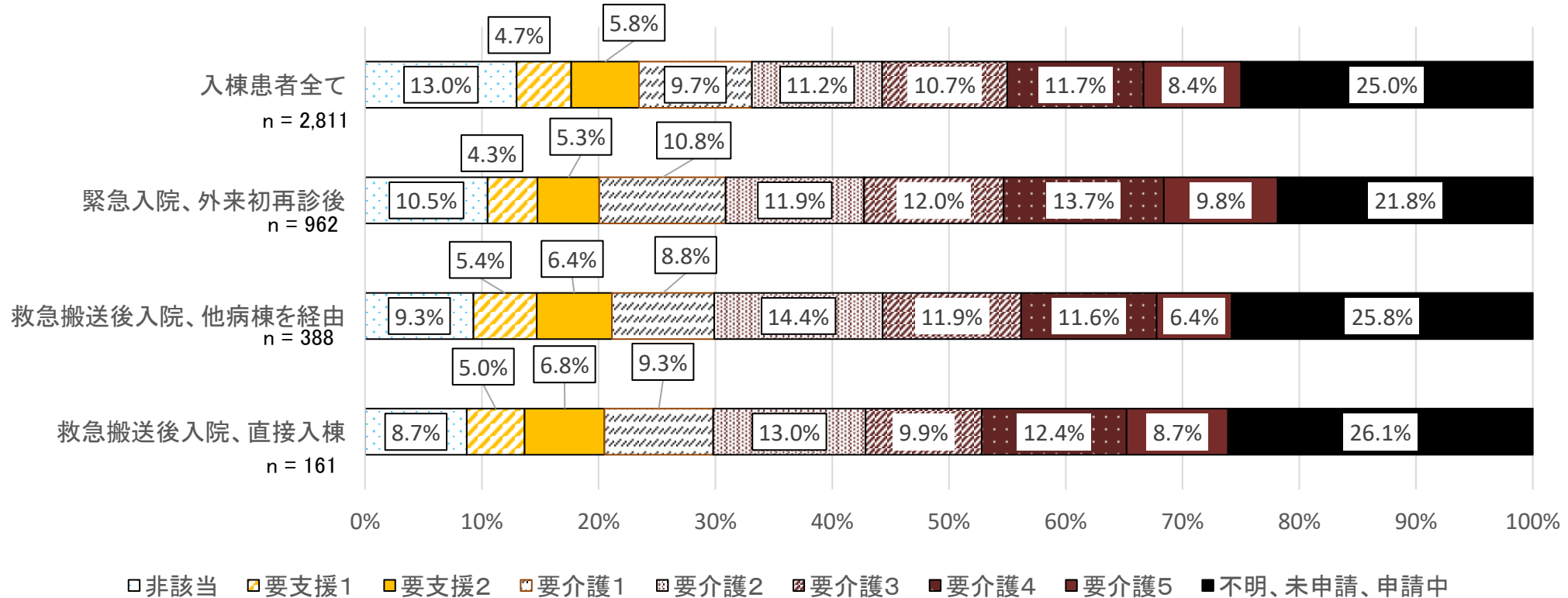
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟に入棟した患者の要介護度

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、要介護度が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

地域包括ケア病棟に入棟する患者の要介護度

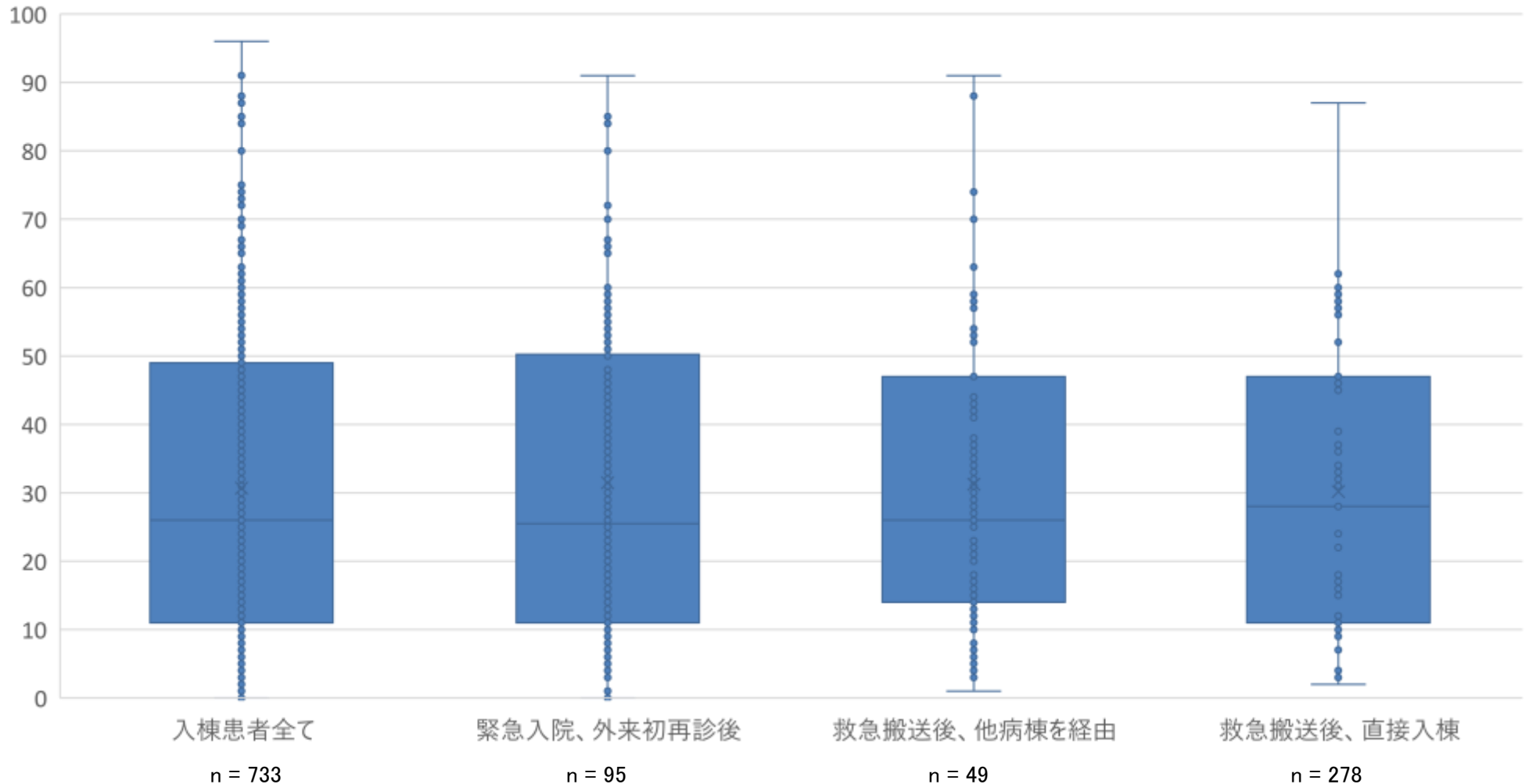


地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟期間

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

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

患者の入棟期間の分布

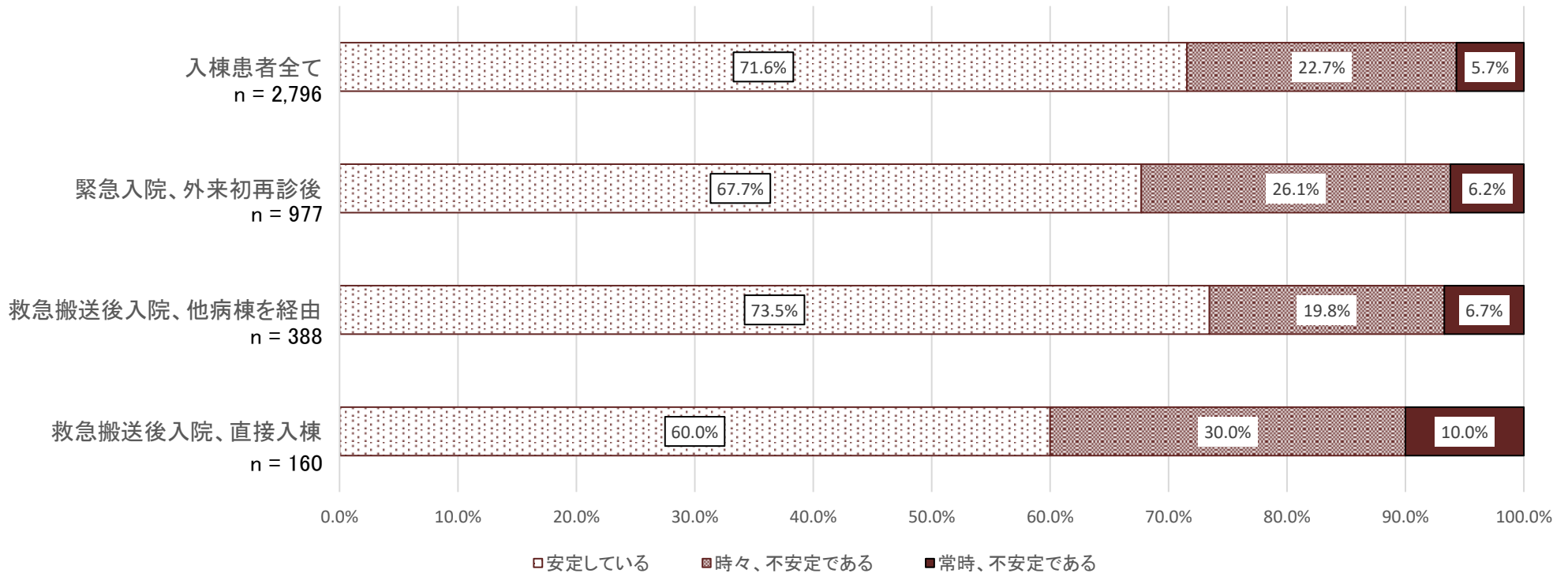


地域包括ケア病棟に入棟した患者の医療の必要性

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医療的に不安定である傾向であった。

医療的監視の必要性の観点からの患者の状態

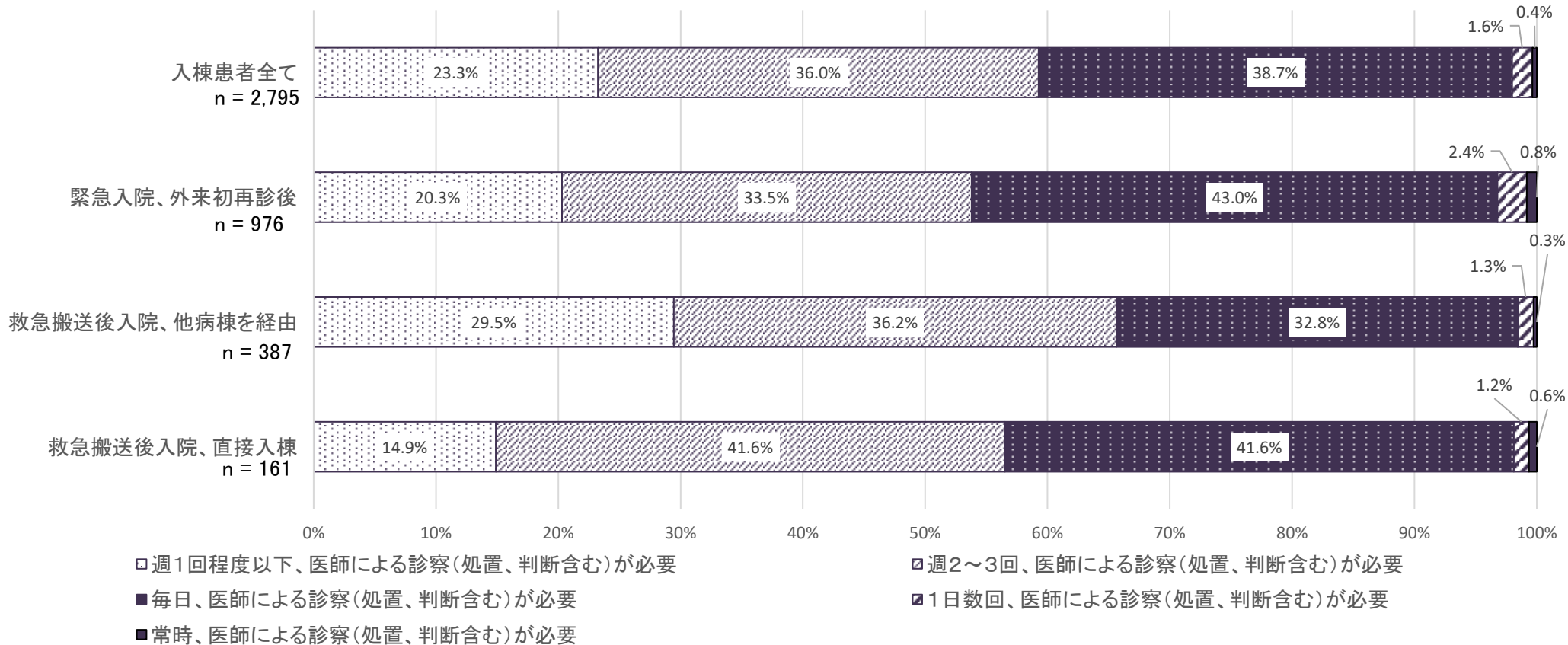


地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。

診調組 入-1
5.8.10

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

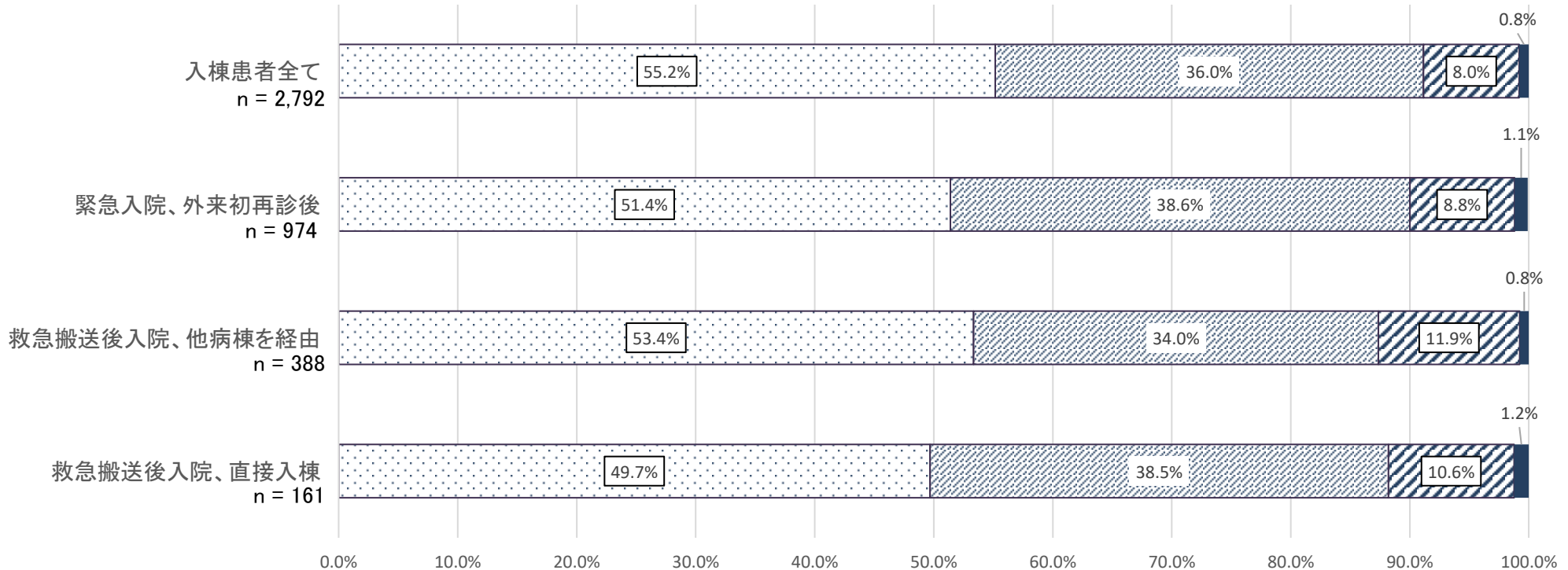


地域包括ケア病棟に入棟した患者の看護師による直接の看護提供の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

地域包括ケア病棟に入棟した患者の看護師による直接の看護提供の頻度・必要性



□01 1日1~3回の観察および管理が必要

▨02 1日4~8回の観察および管理が必要

▨03 02を超えた頻繁な観察および管理が必要

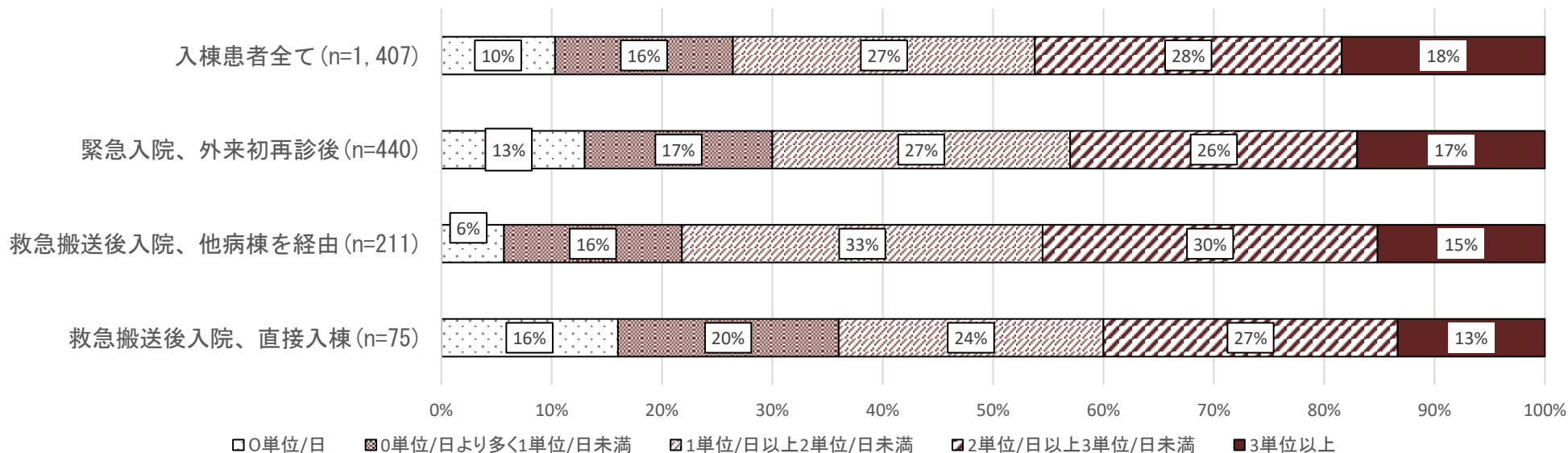
■04 03を超えた常時の観察および管理が必要※

地域包括ケア病棟に入棟した患者のリハビリ実施状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

リハビリ実施単位数



地域包括ケア病棟、DPCデータ解析① 入棟経路別の主傷病名

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折 閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

①算定患者全て (n=731,936)

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折 閉鎖性	3.0%
4	大腸<結腸>のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少(症)	2.1%
8	肺炎, 詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	2.0%
10	尿路感染症, 部位不明	2.0%

②緊急入院後 (n=178,017)

1	腰椎骨折 閉鎖性	4.6%
2	体液量減少(症)	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎, 詳細不明	3.8%
5	尿路感染症, 部位不明	3.4%
6	大腸<結腸>のポリープ	2.3%
7	心不全, 詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折 閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟 (n=39,757)

1	腰椎骨折 閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少(症)	4.8%
4	尿路感染症, 部位不明	3.1%
5	肺炎, 詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい <眩暈(症)>	2.8%
7	胸椎骨折 閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛 腰部	1.9%

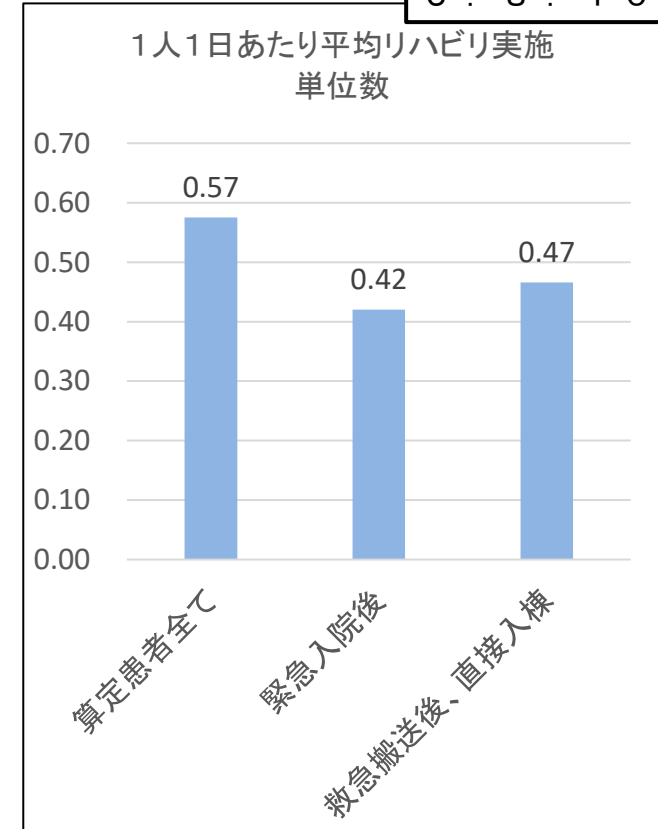
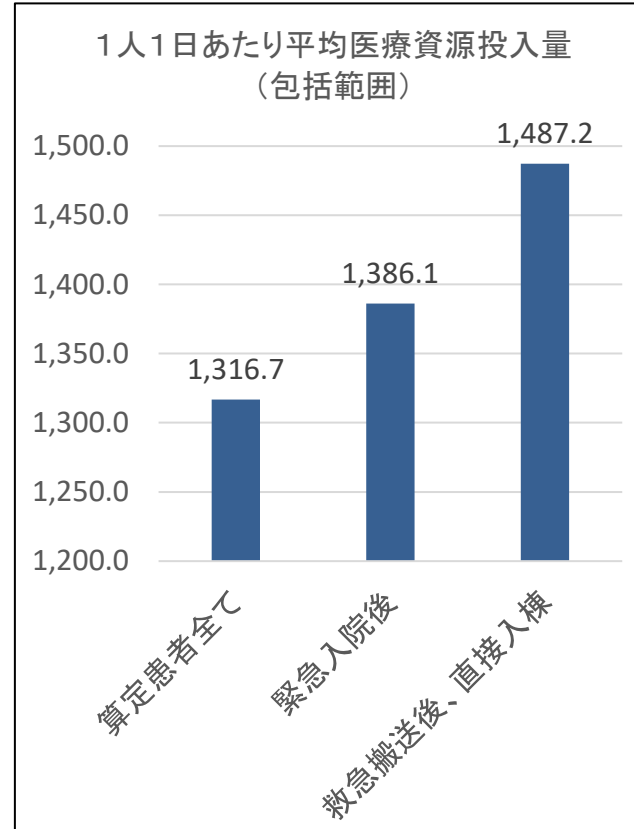
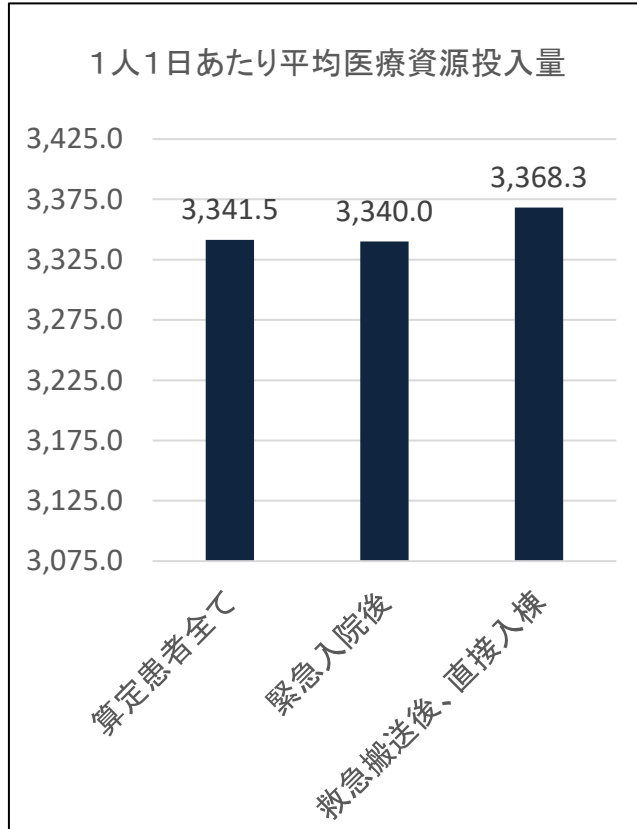
DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析② 入棟経路別の医療資源投入量等

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者の、入棟経路別の医療資源投入量等においては、緊急搬送、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。

診調組 入-1
5.8.10



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 731,936)
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者 (n = 178,017)
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 39,757)

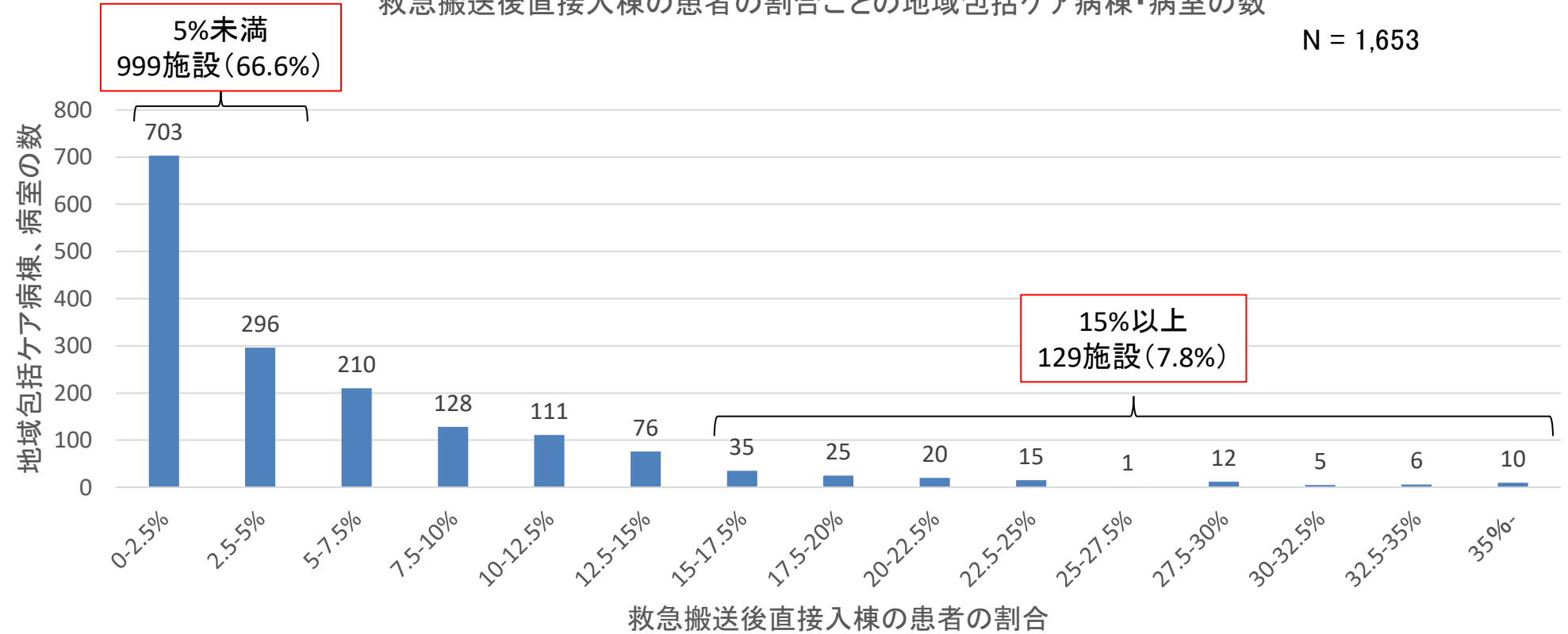
地域包括ケア病棟、DPCデータ解析③

病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。

救急搬送後直接入棟の患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数

N = 1,653



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)

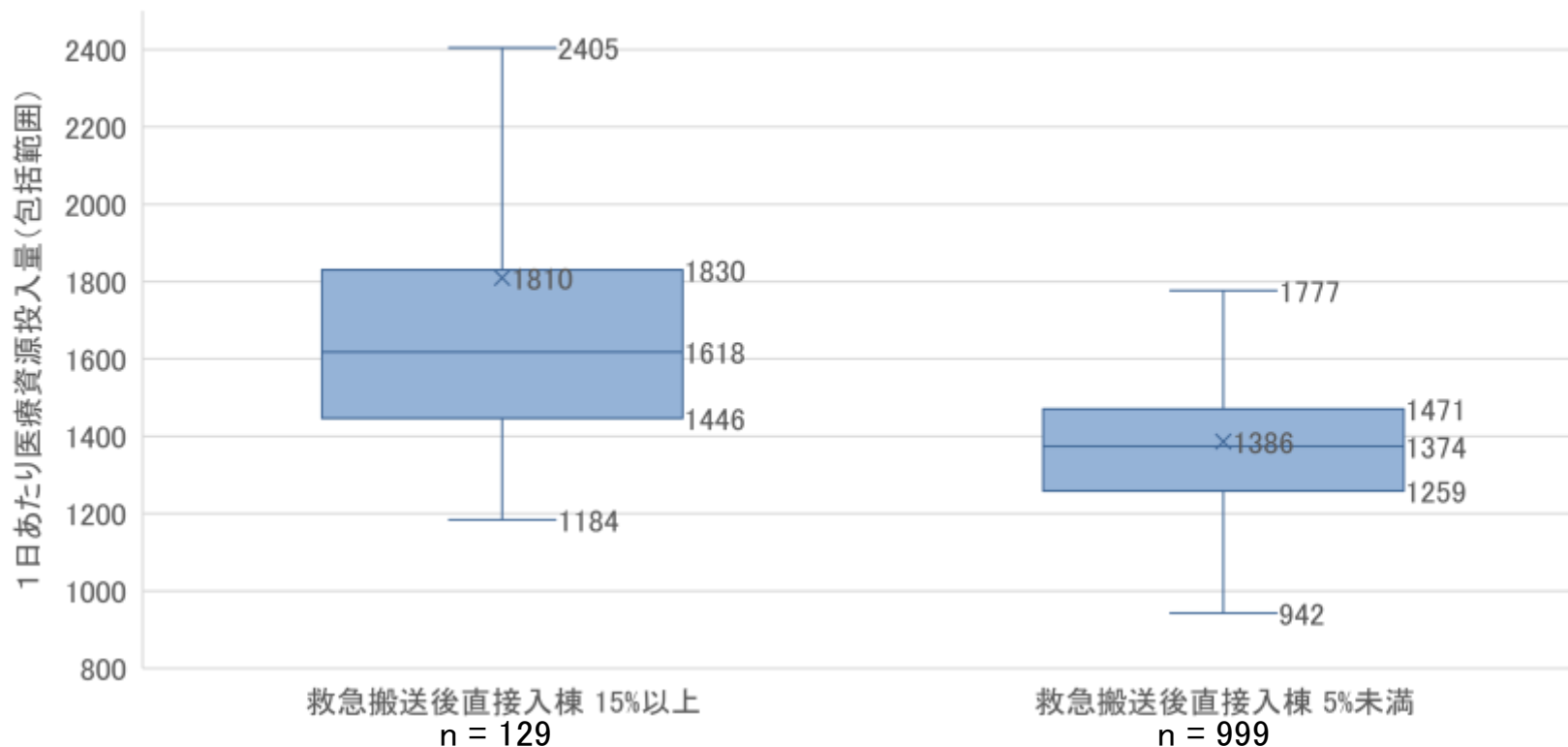
地域包括ケア病棟、DPCデータ解析④

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が5%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の1日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）



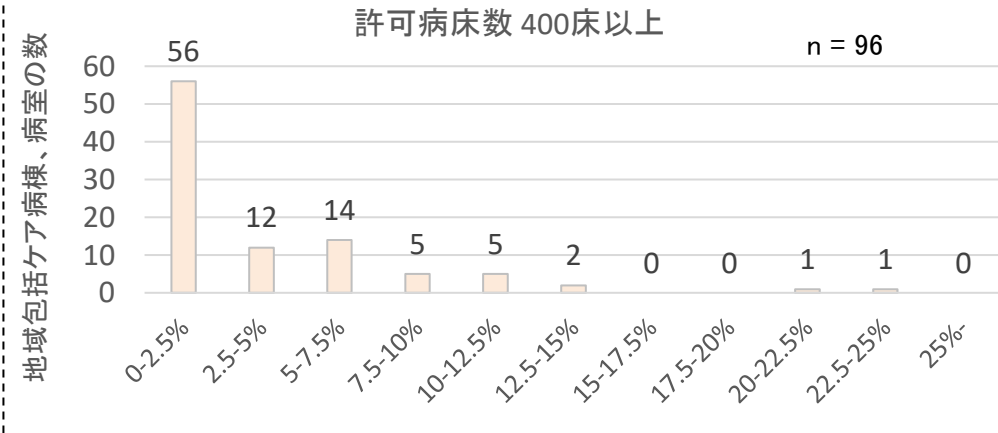
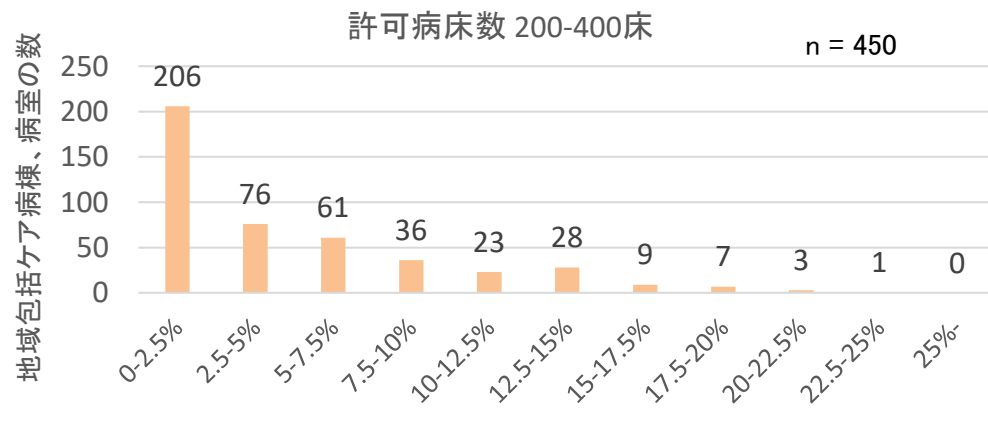
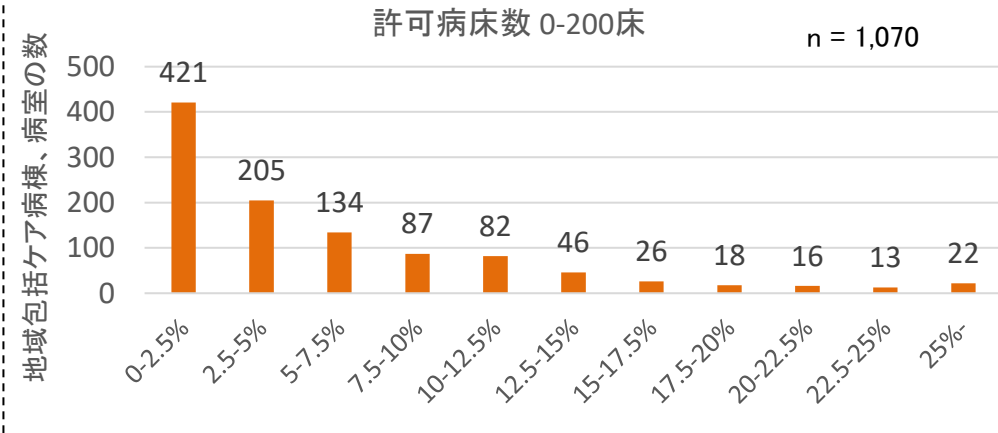
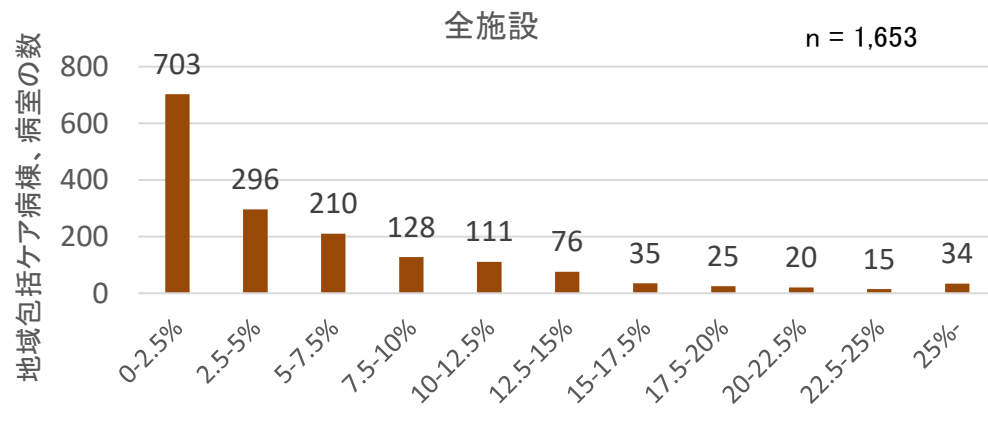
DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析⑤

救急搬送後直接入棟の患者の割合、病院の病床規模別

○ 病院の許可病床ごとに救急搬送後直接入棟の患者の割合の分布を比較したが、明確な差は見られない。



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

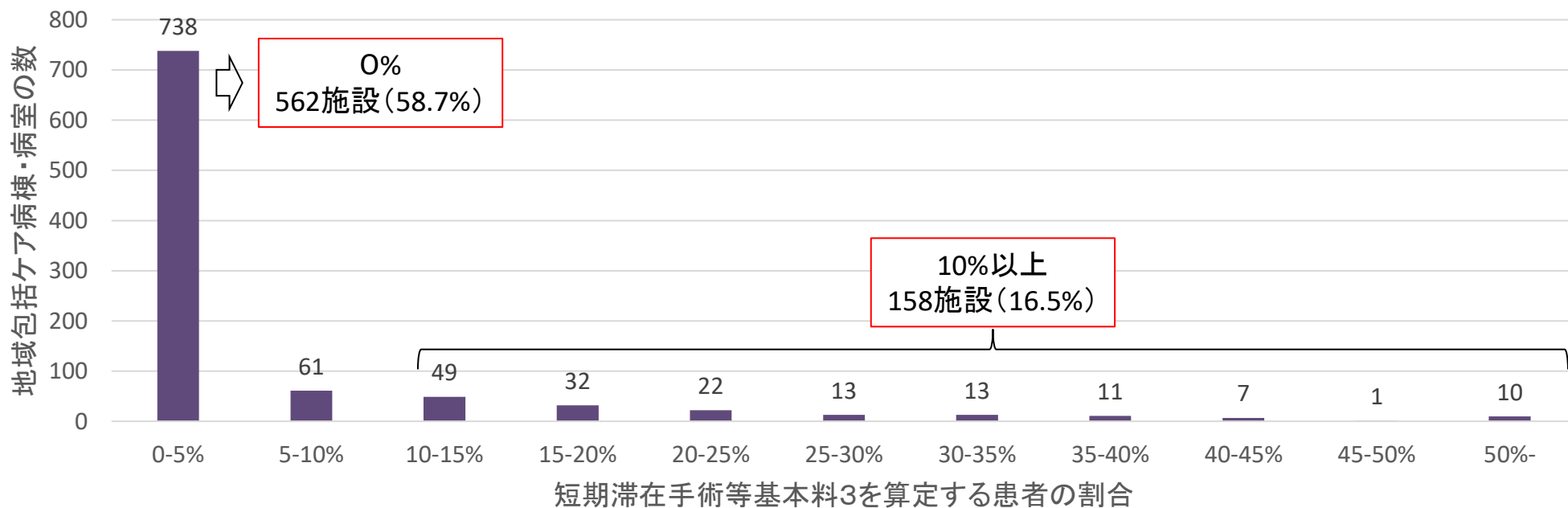
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

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



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

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

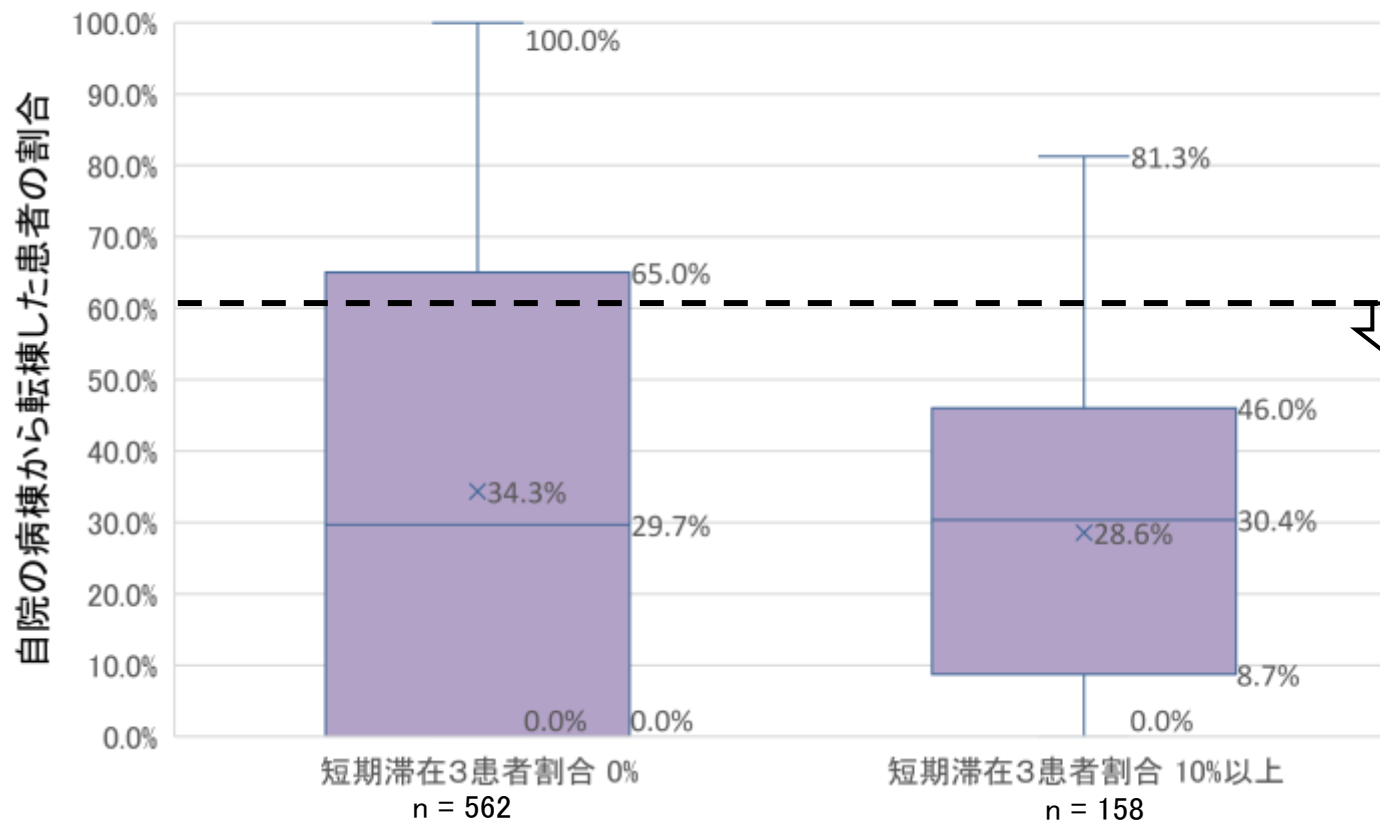
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析②

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自院の病棟から転棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟と、割合が0%である地域包括ケア病棟とで、自院の病棟から転棟した患者割合に大きな差はなかった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自院の病棟から転棟した患者の割合



(参考)
地域包括ケア病棟入院料2・4の基準
自院の一般病棟から転棟した患者割合
6割未満

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

※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

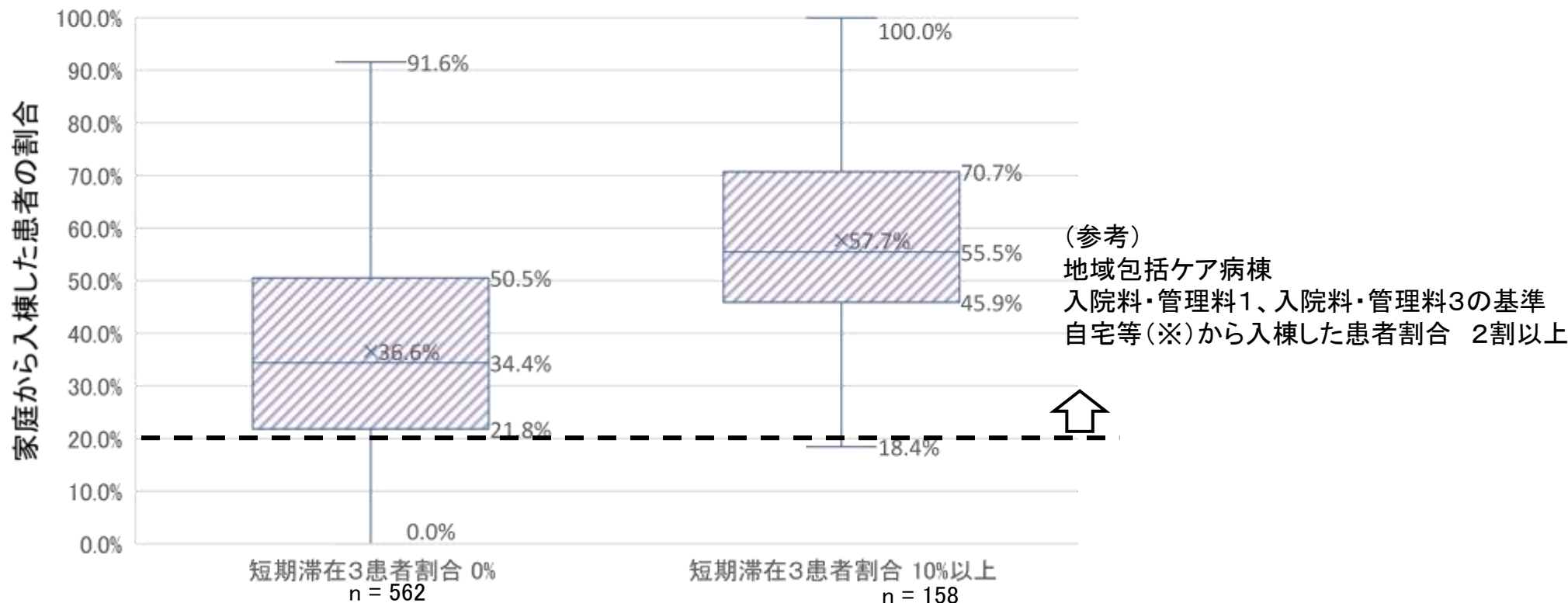
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析③

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、家庭から入棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、家庭から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅から入棟した患者の割合



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

- ※ 施設規程における自宅等: 自宅又は有料老人ホーム等(介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等)
- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

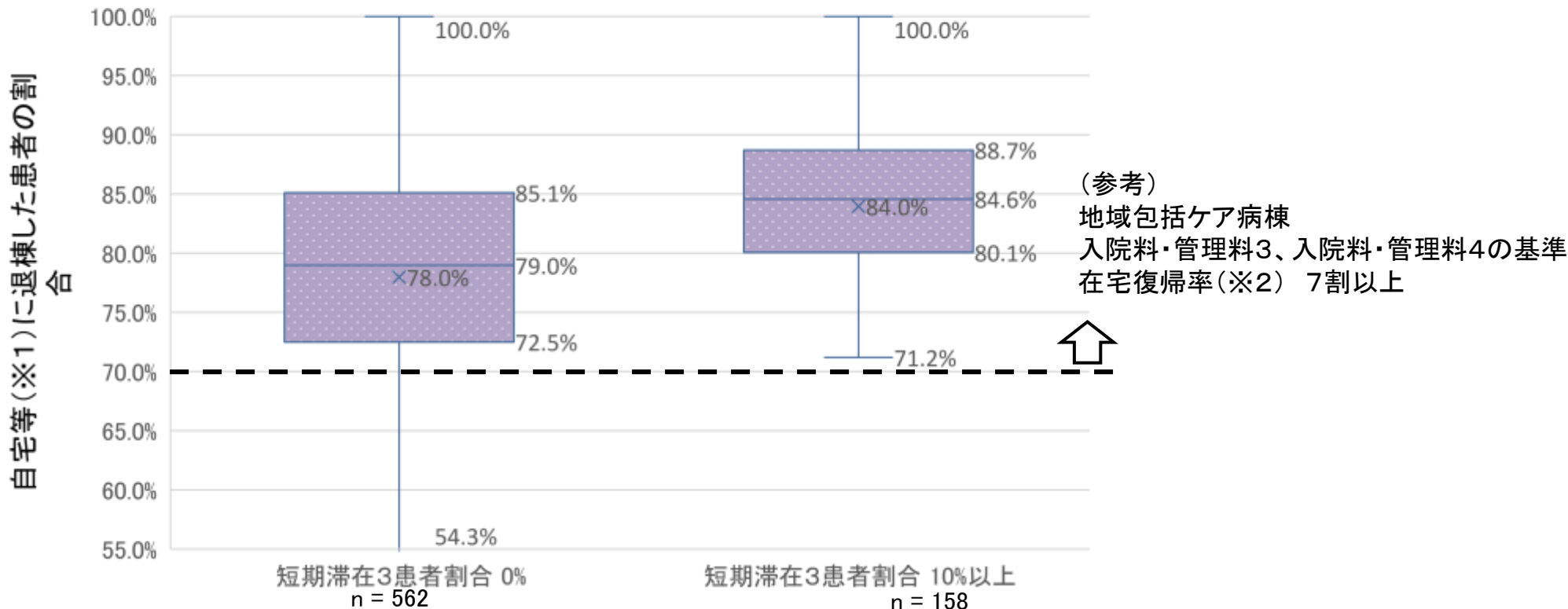
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析④

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自宅等に退棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、自宅等（※1）に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅等に退棟した患者の割合



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

- ※1 集計における自宅等 : 家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
- ※2 施設基準における在宅復帰率における分子 : 他の保険医療機関(有床診療所を除く)に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

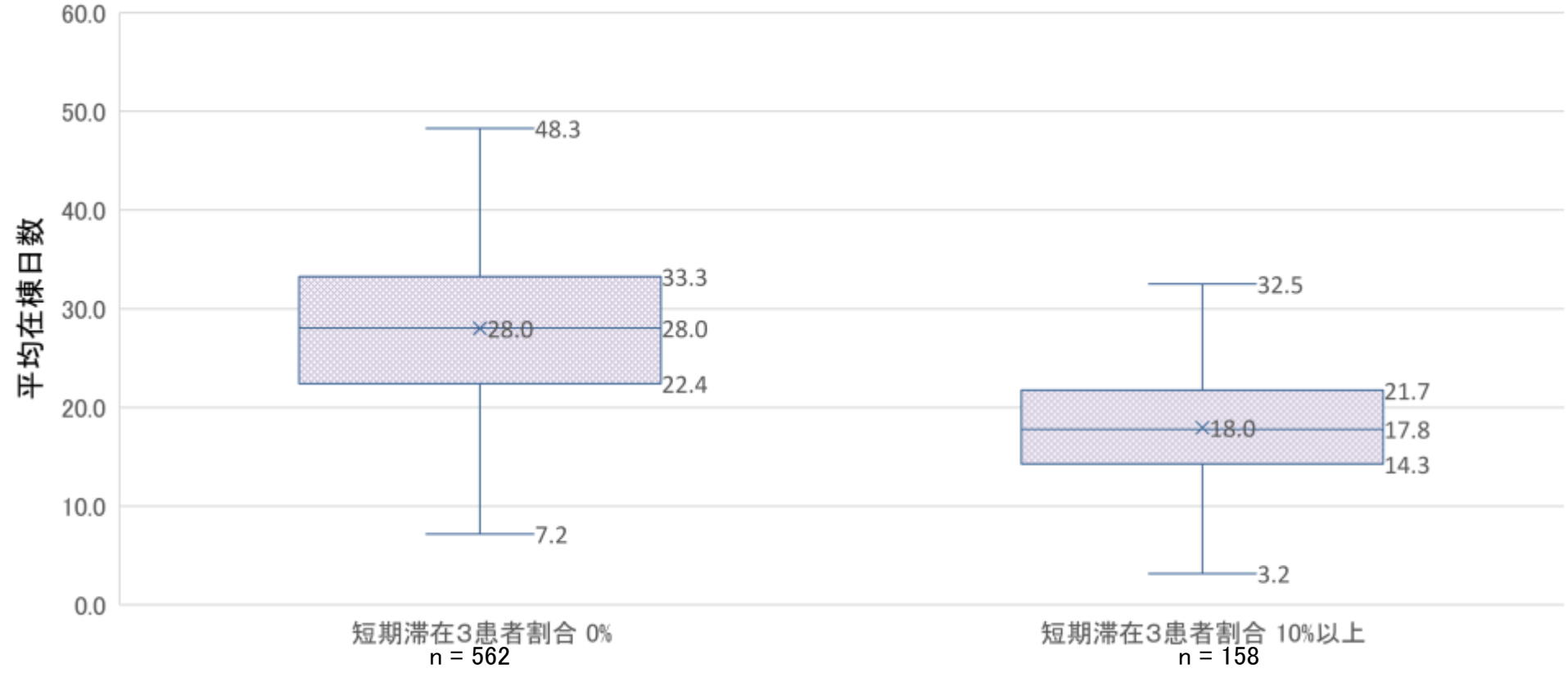
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析⑤

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、平均在棟日数

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、平均在棟日数が短い傾向にあった。

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、平均在棟日数



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

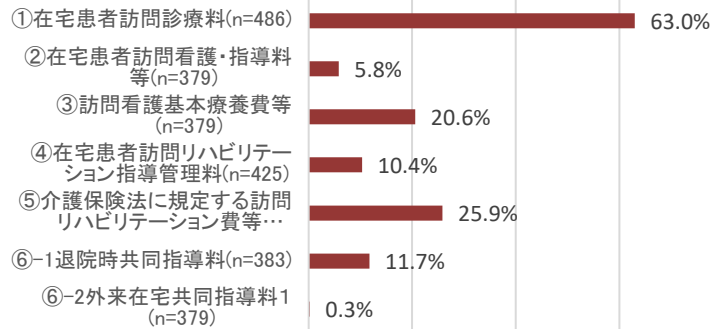
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

在宅医療等の提供状況①

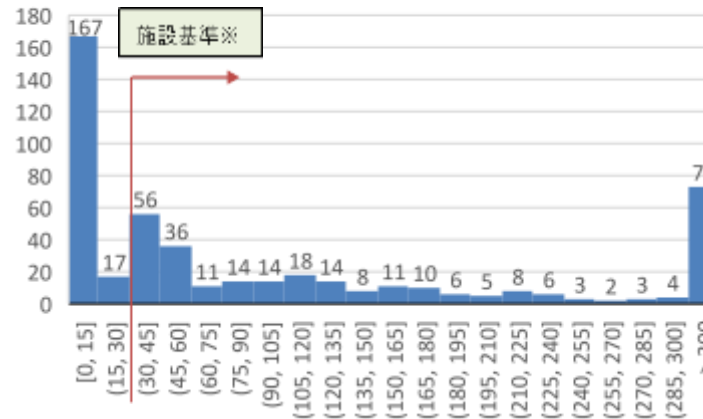
○ 地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

在宅の実績に係る施設基準要件を満たしている割合

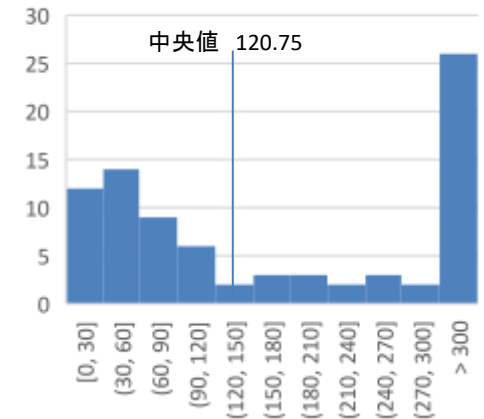
0.0% 割合 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%



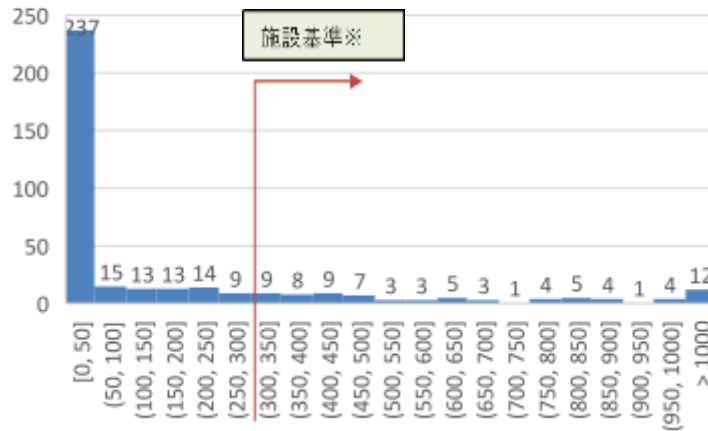
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=486)



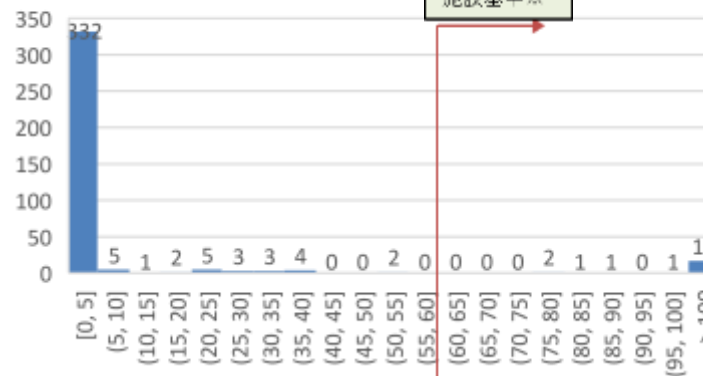
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問診療の算定回数 (n=82)



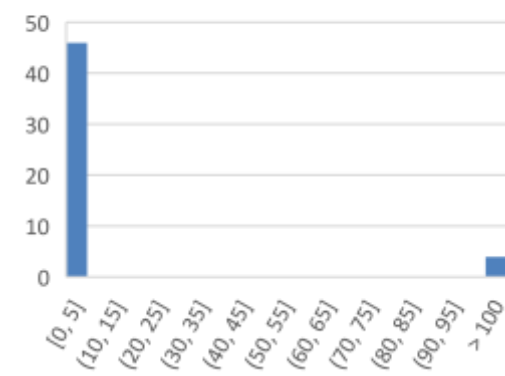
③訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



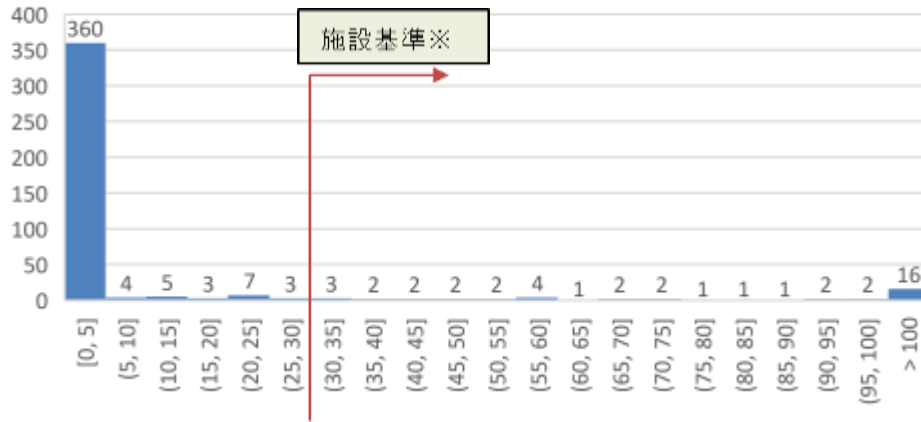
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料の算定回数 (n=50)



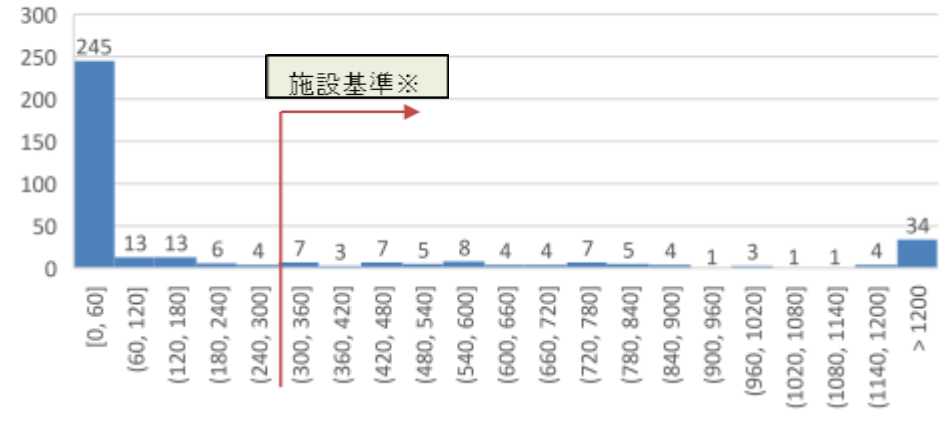
※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)

○ 地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。

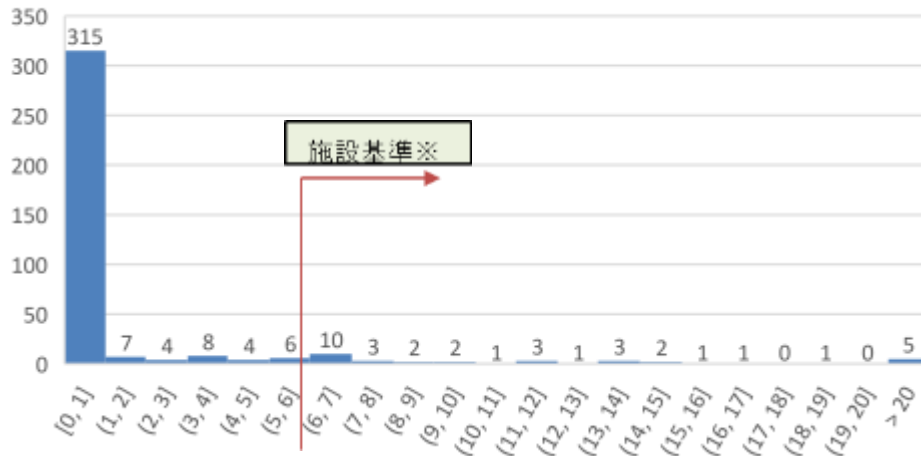
④区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=425)



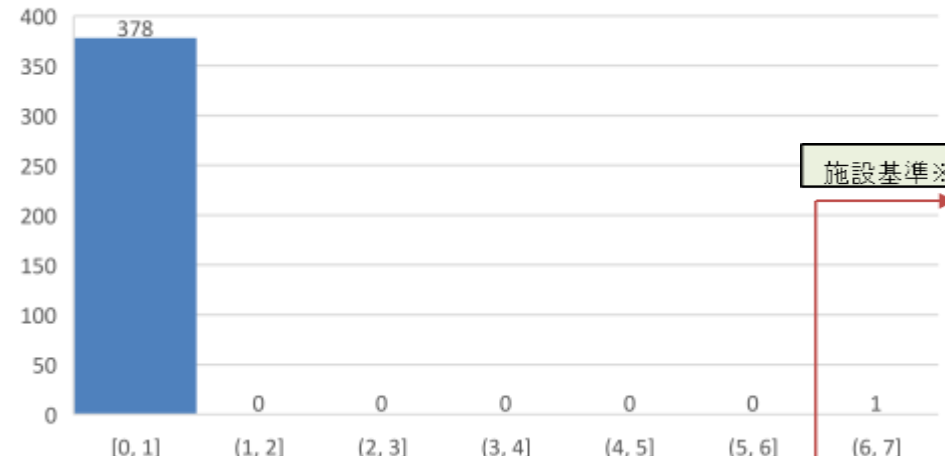
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



⑥-1退院時共同指導料2の算定回数(n=383)



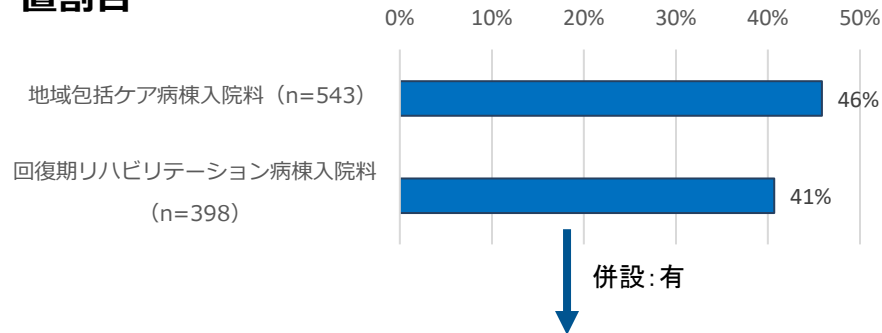
⑥-2外来在宅共同指導料1の算定回数(n=379)



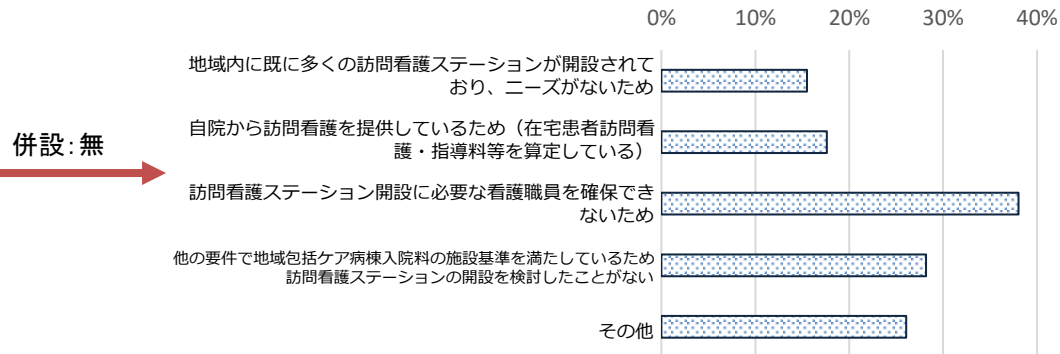
※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)

○ 地域包括ケア病棟を有する病院に併設する訪問看護ステーションでは、「24時間対応体制加算の届出」や「併設医療機関以外の主治医の利用者が1割以上」が約9割以上である一方、地域における人材育成等の実施割合は低い。

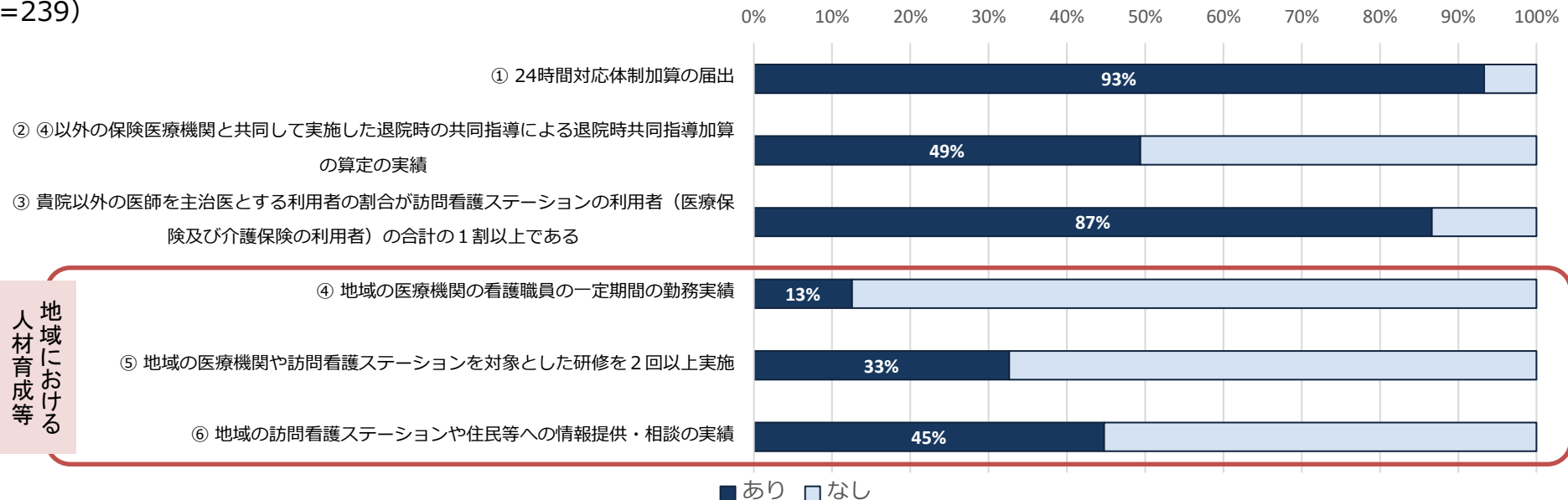
■ 同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



■ 訪問看護ステーションを併設しない理由 (n=284)



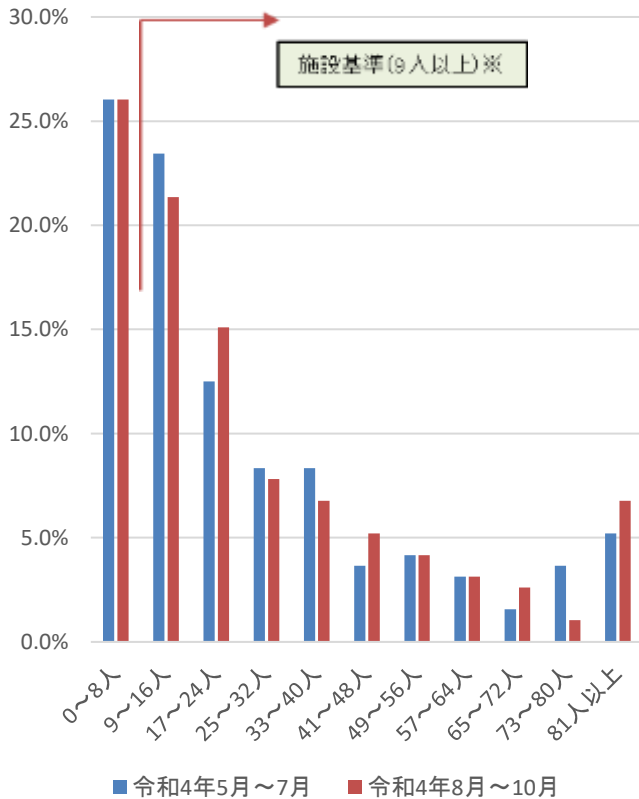
■ 地域包括ケア病棟を有する医療機関における併設訪問看護ステーションの訪問看護療養費（医療保険）の届出状況等 (n=239)



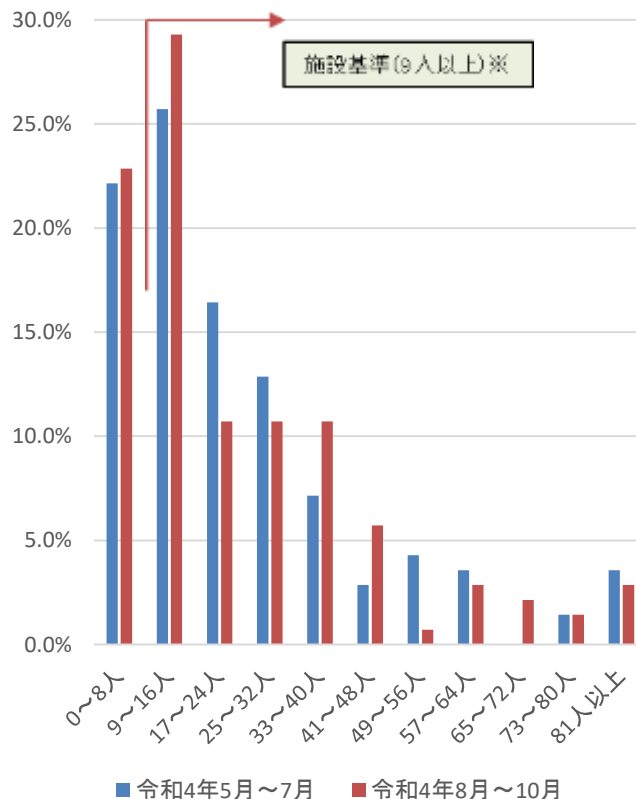
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

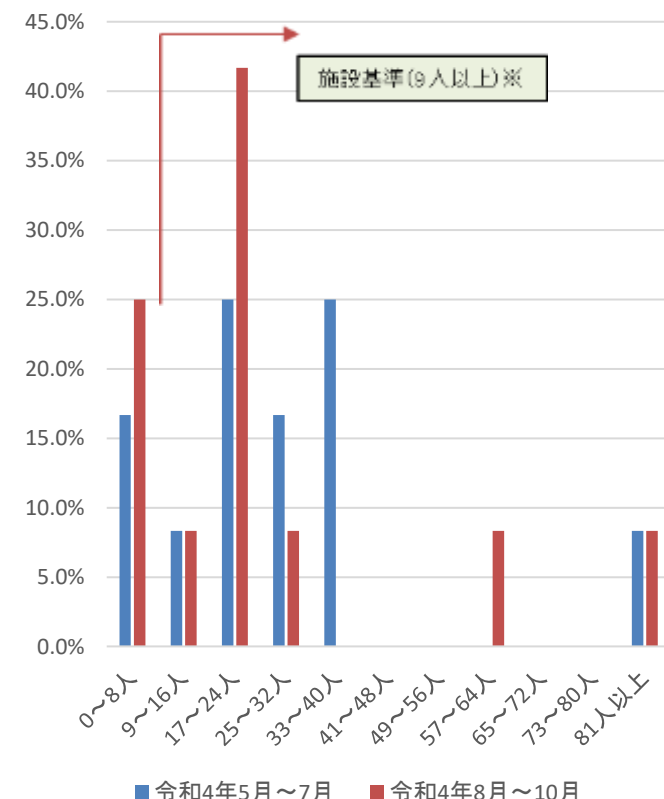
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2(n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4(n=12)

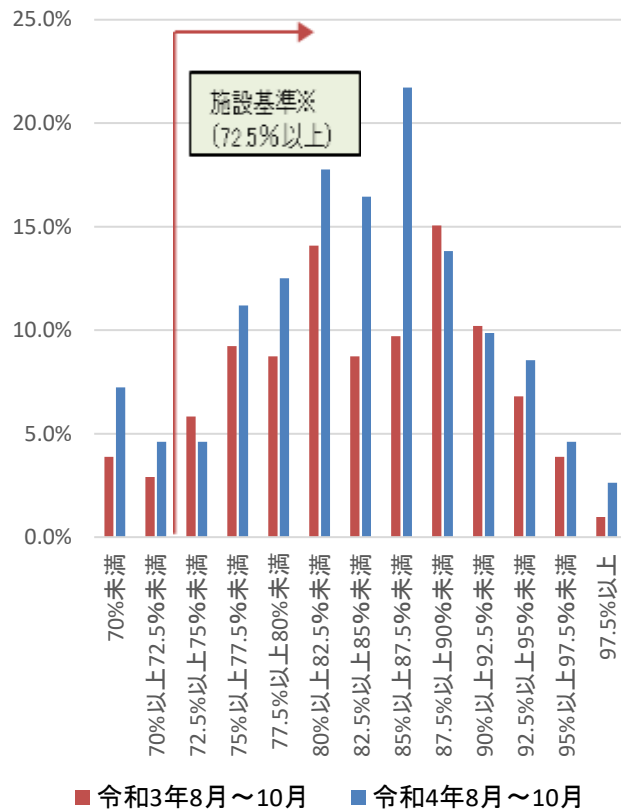


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

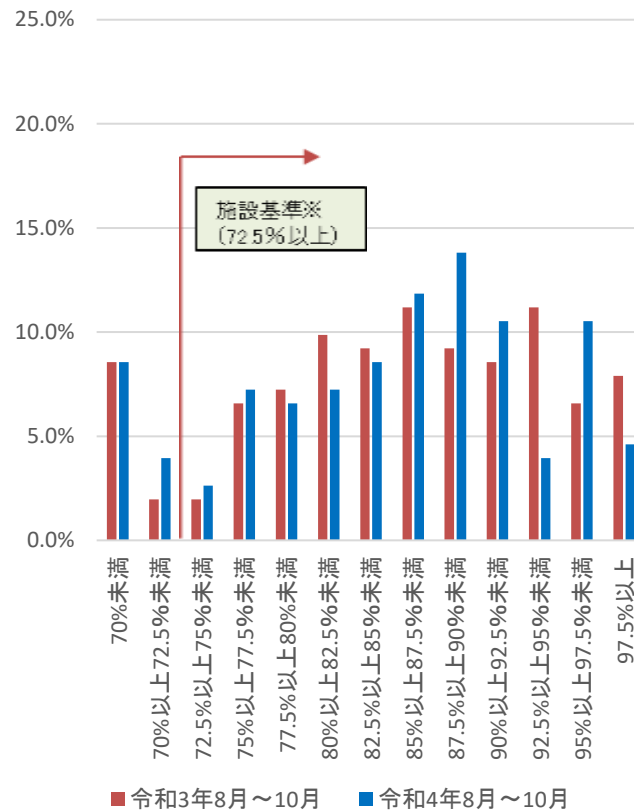
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料を届け出ている病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2において、令和3年と比較して令和4年では、在宅復帰率が高い傾向にある。

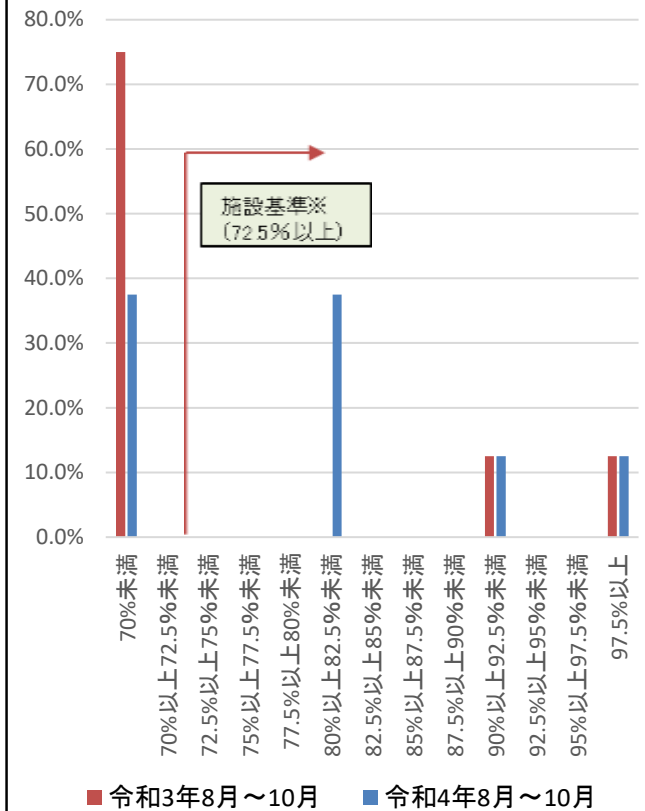
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1 (n=206)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料2 (n=152)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4 (n=8)

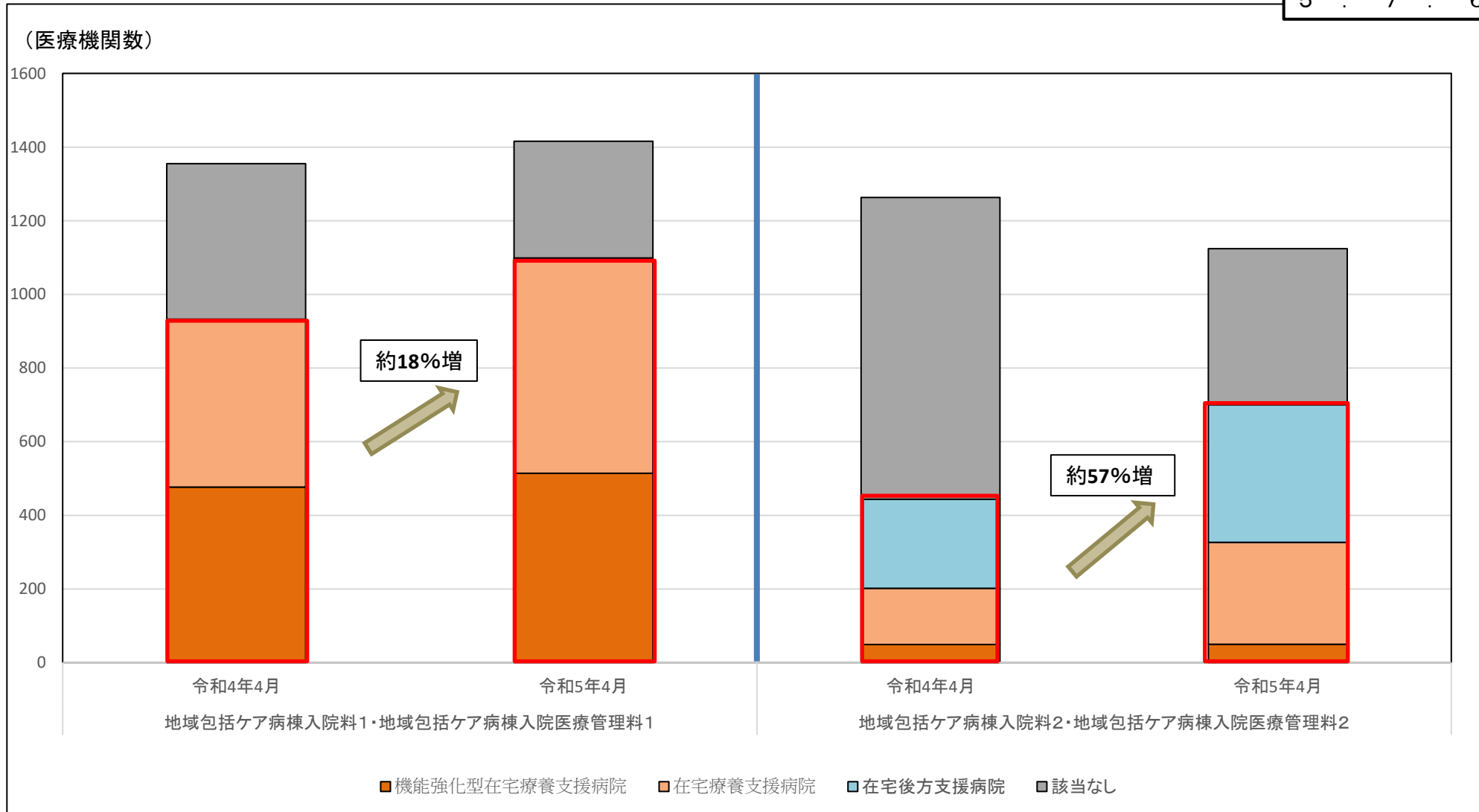


※令和4年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

地域包括ケア病棟における在宅療養支援病院等の届け出状況について

○ 地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後
方支援病院の届け出状況の推移は以下のとおり。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6



地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➤ 救急体制に係る評価の見直し

- **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合には、**第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件**とする。

※ ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす**こととする。

実績要件の見直し①

➤ 重症患者割合の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は1割2分以上、必要度Ⅱの割合は0割8分以上へ見直す。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 **1割2分以上**
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 **0割8分以上**

➤ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

- 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

200床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度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	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (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
7	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
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[重症患者割合の基準]

対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が1点以上又はC得点が1点以上

[評価の対象]

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に内科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。

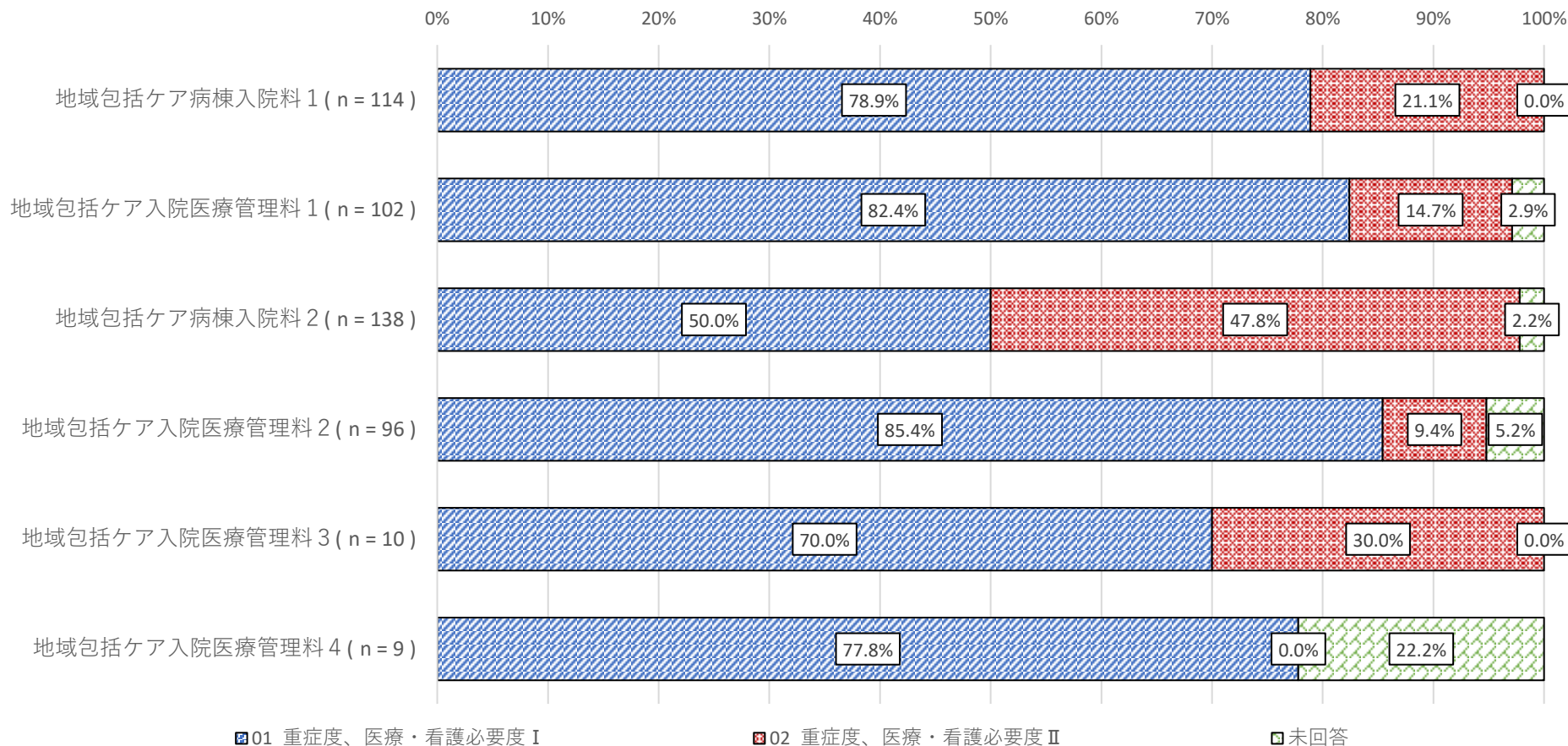
注)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者: DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者(入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者: 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

- 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料ともに、重症度、医療・看護必要度 I を届出ている施設が多くみられた。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2年11月1日時点）

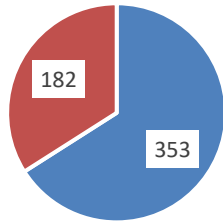


地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度①

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

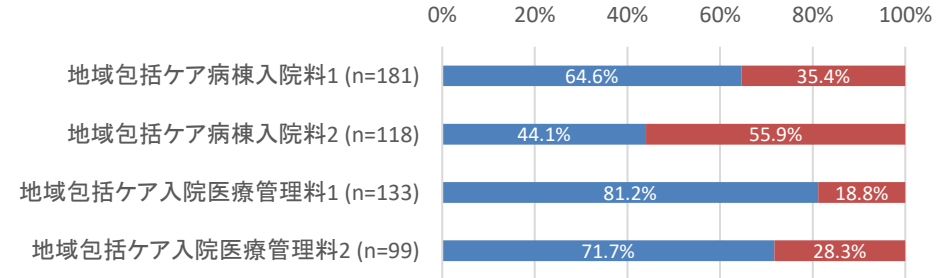
○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の状況は以下のとおり。

必要度 I / II の届出状況
(令和4年11月時点、n=535)



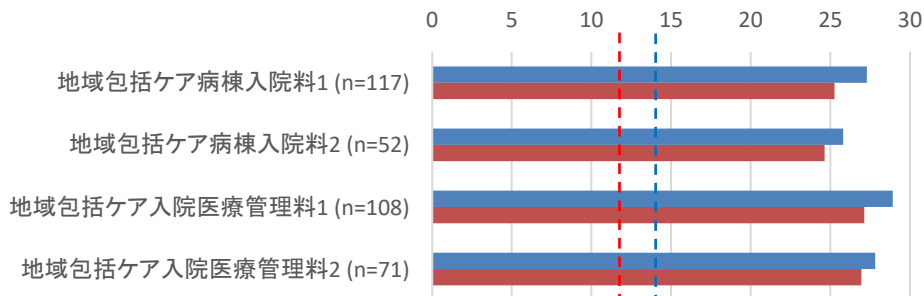
■ 必要度 I ■ 必要度 II

入院料の届出種類別の必要度 I / II の届出状況
(令和4年11月時点)



■ 必要度 I ■ 必要度 II

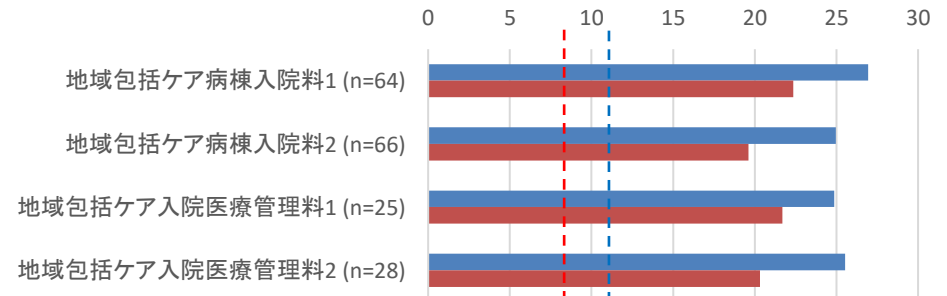
必要度 I の届出施設*における該当患者割合(%)
※令和4年11月時点



■ R3 ■ R4

R3施設基準: 14%以上
R4施設基準: 12%以上

必要度 II の届出施設*における該当患者割合(%)
※令和4年11月時点



■ R3 ■ R4

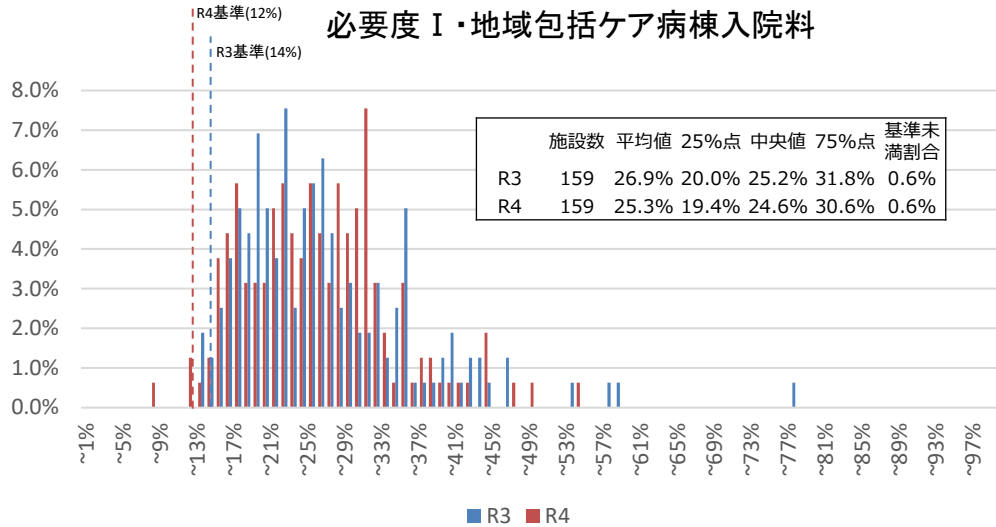
R3施設基準: 11%以上
R4施設基準: 8%以上

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度②

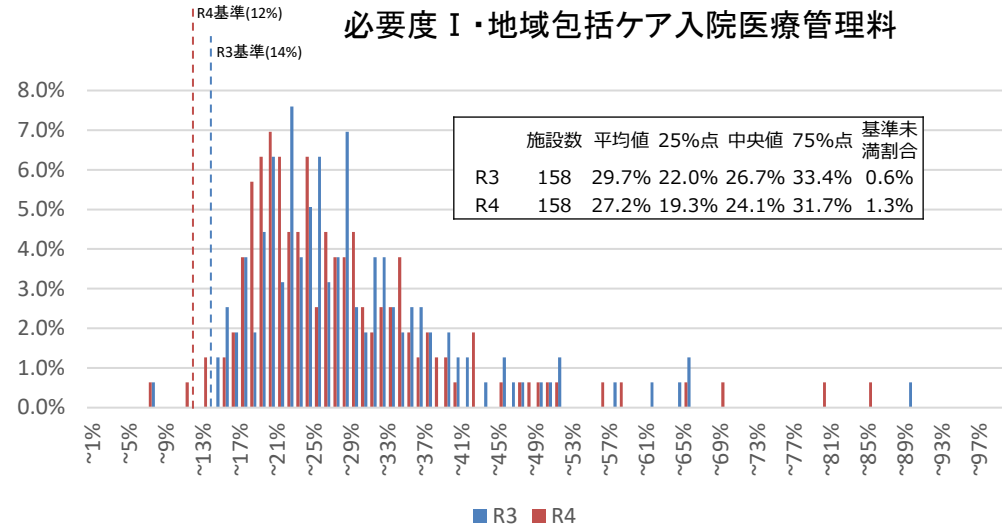
診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

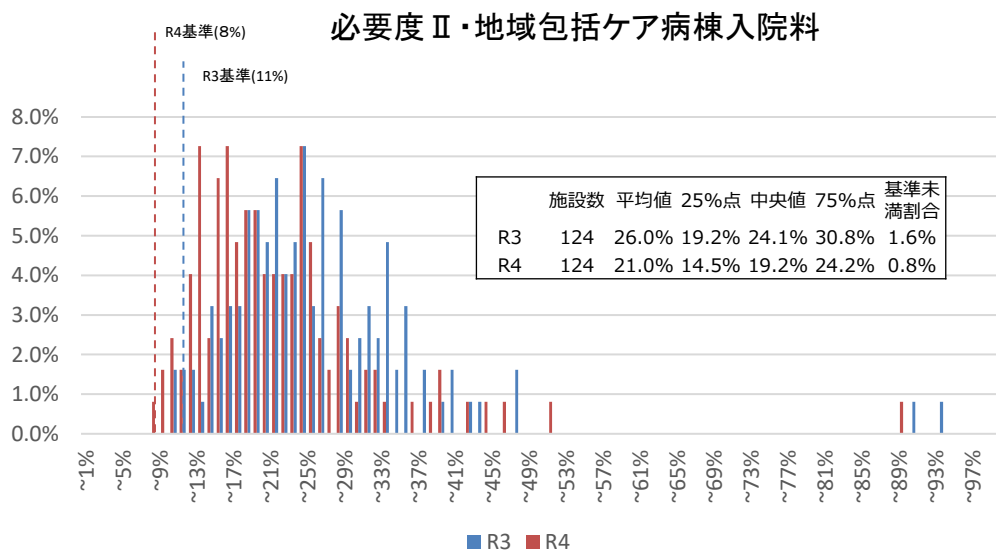
必要度Ⅰ・地域包括ケア病棟入院料



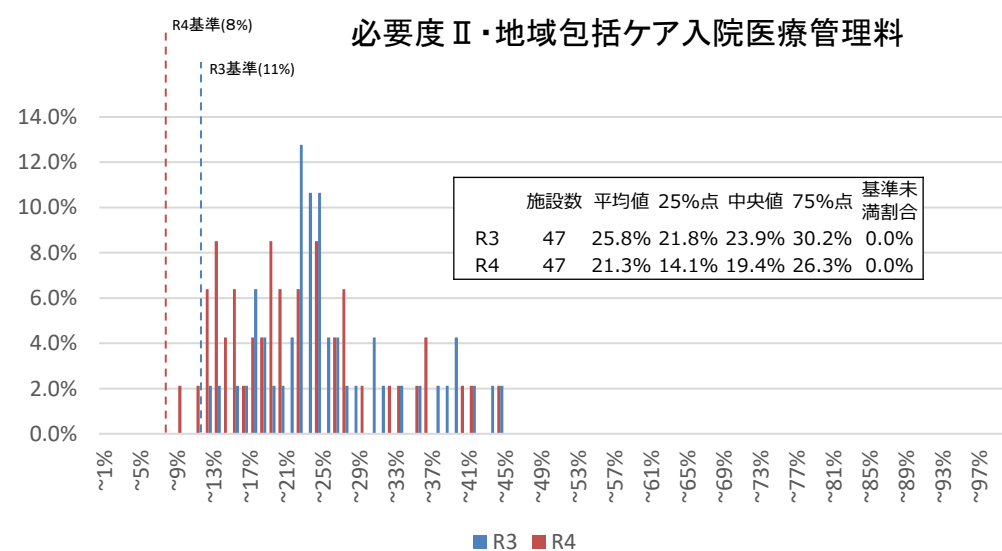
必要度Ⅰ・地域包括ケア入院医療管理料



必要度Ⅱ・地域包括ケア病棟入院料



必要度Ⅱ・地域包括ケア入院医療管理料



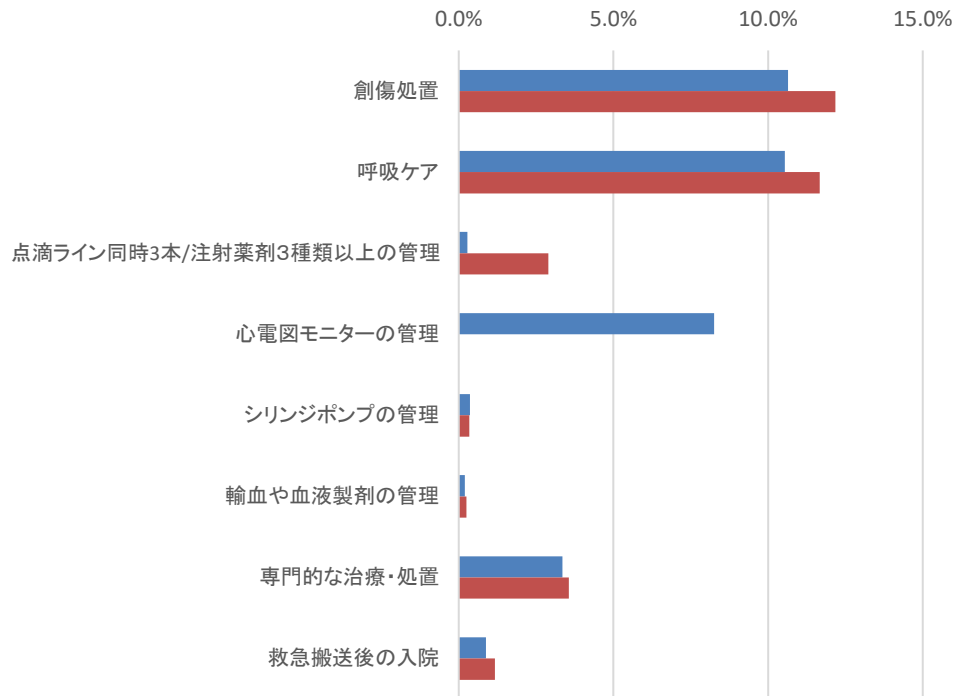
地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度^③

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度のA各項目の該当患者割合は以下のとおり。

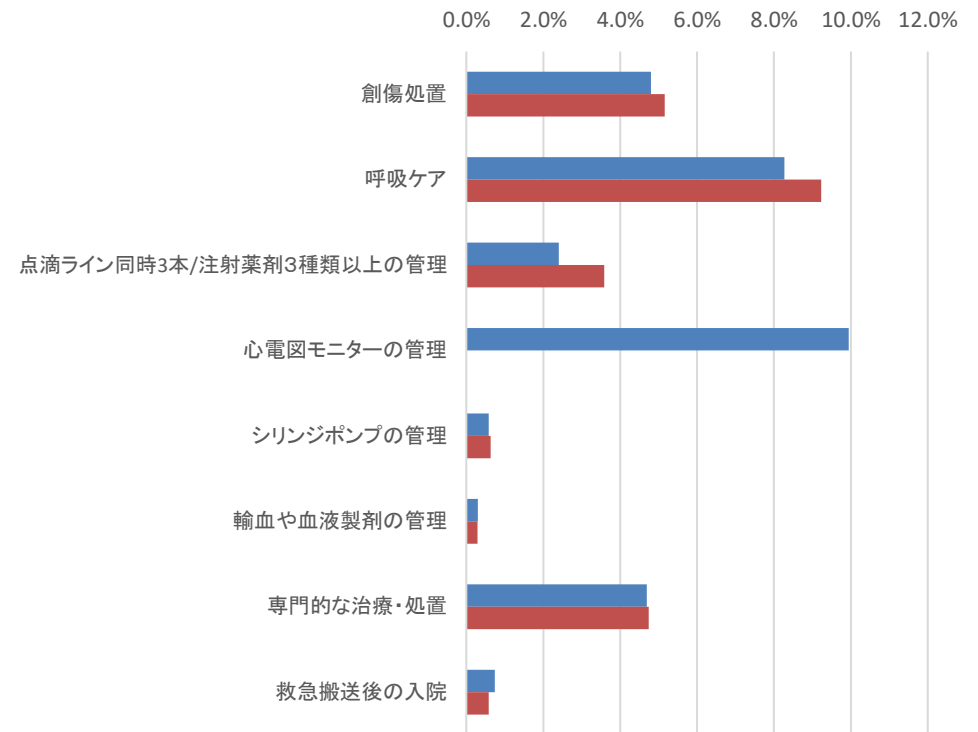
<重症度、医療・看護必要度 I >

■ R3 (n=621,184人・日) ■ R4 (n=381,297人・日)



<重症度、医療・看護必要度 II >

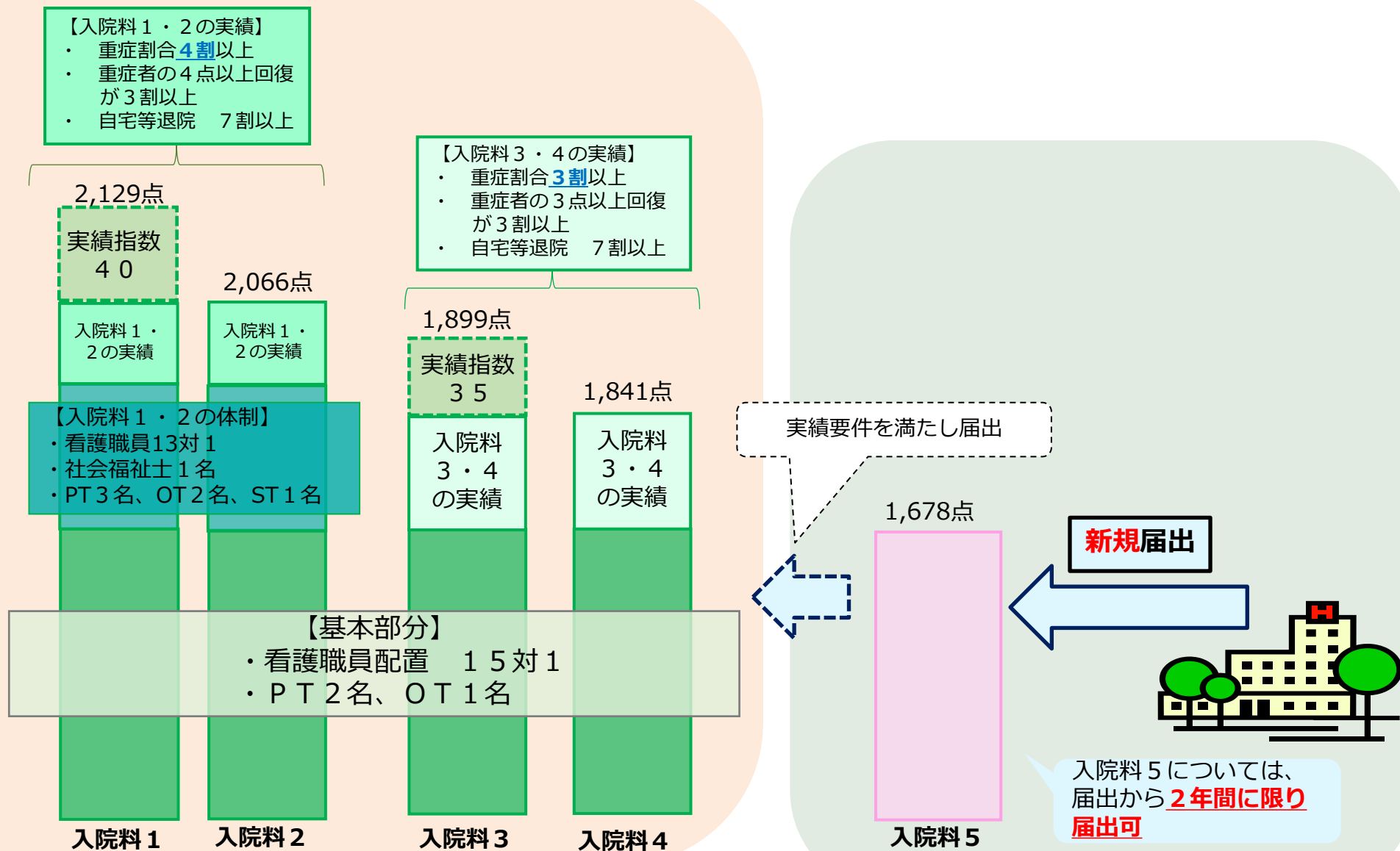
■ R3 (n=199,590人・日) ■ R4 (n=215,660人・日)



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 横断的個別事項について

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準 (イメージ)



回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

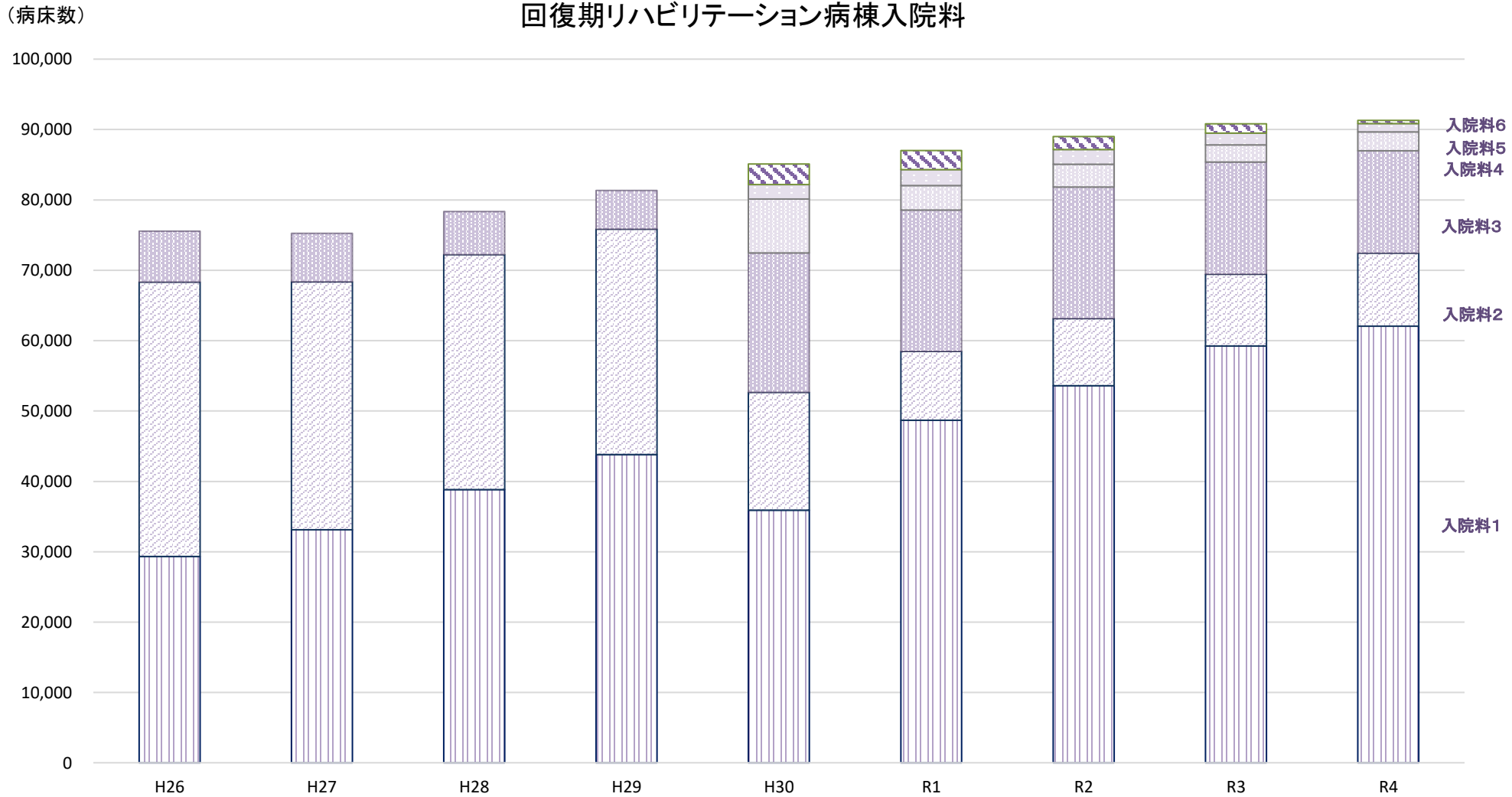
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○			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

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

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

入院料別の届出病床数の推移

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

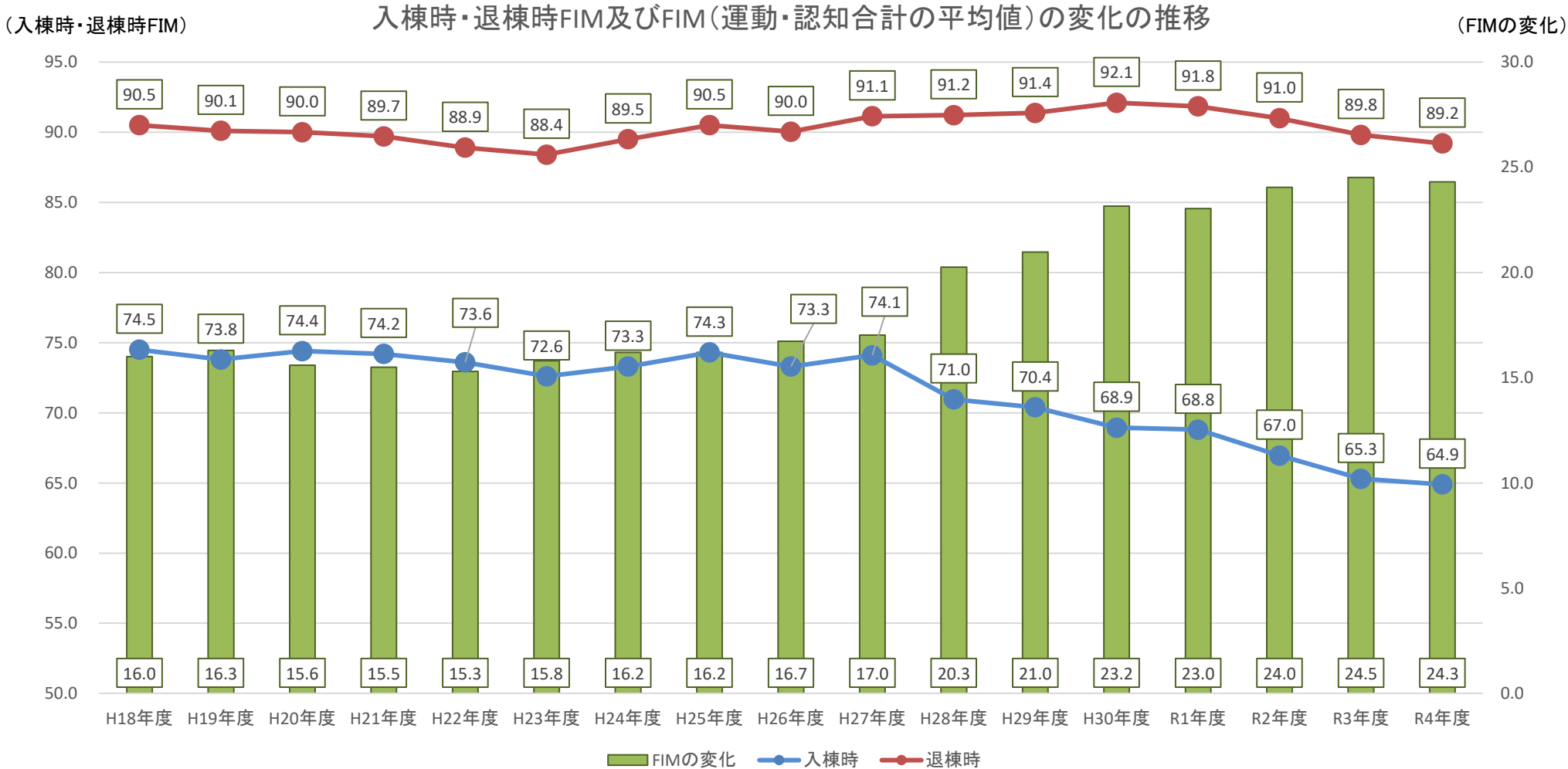
Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗			移動		コミュニケーション		社会認識			
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM(運動・認知合計の平均値)及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。



参考：BIとADLスコアについて

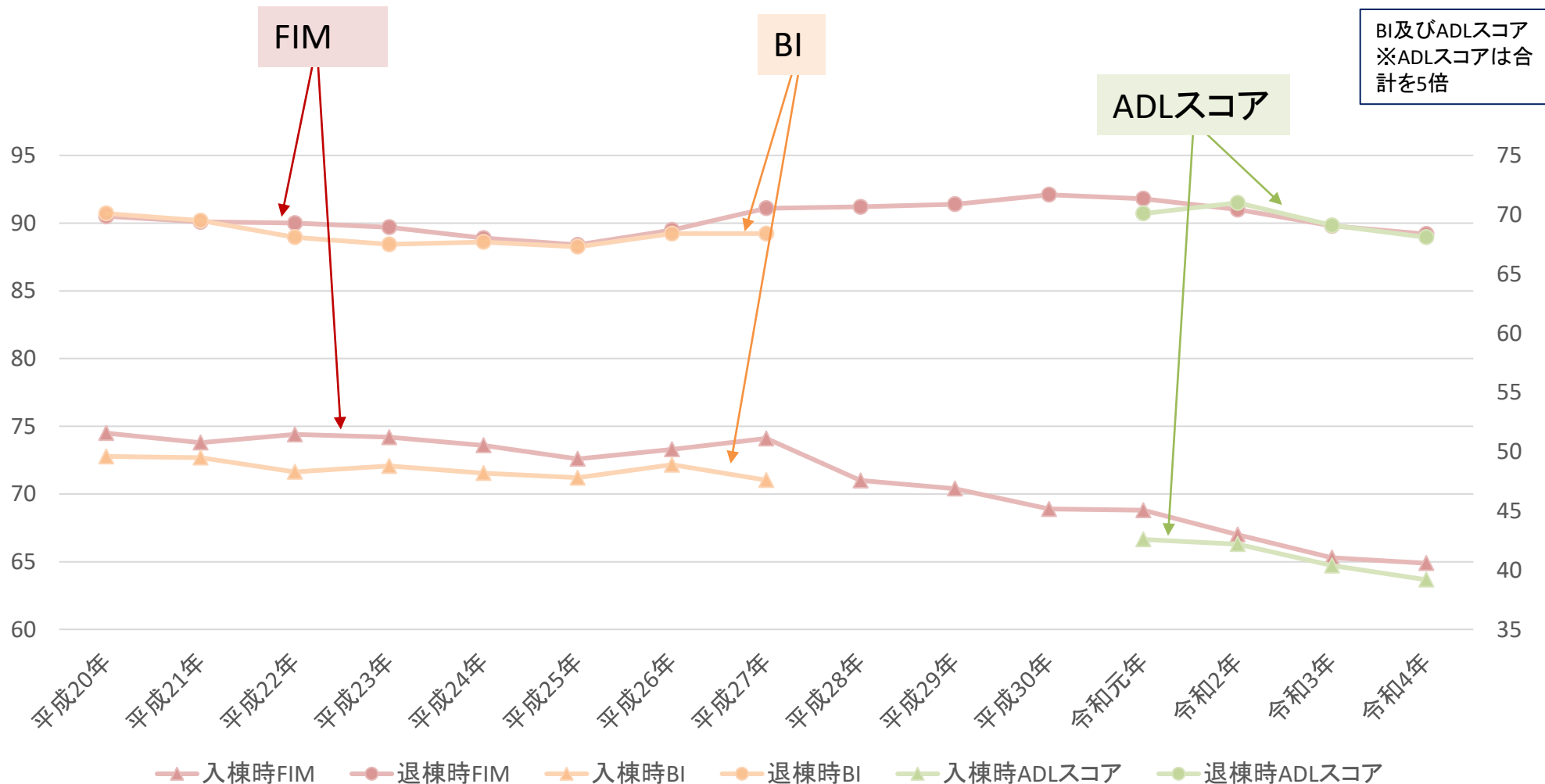
BI（バーセルインデックス）の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	0点	全介助
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレットペーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立（浴槽につかる、シャワーを使う）
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分で行える。適切な時間内にできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

ADLスコアの概要

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

入棟時FIMと入棟時BI及びADLスコアの年次推移について

- 入退棟時FIMと入退棟時BI及び入退棟時ADLスコアの年次推移は以下のとおり。
- BI及びADLスコアでも同様の低下傾向を認めた。

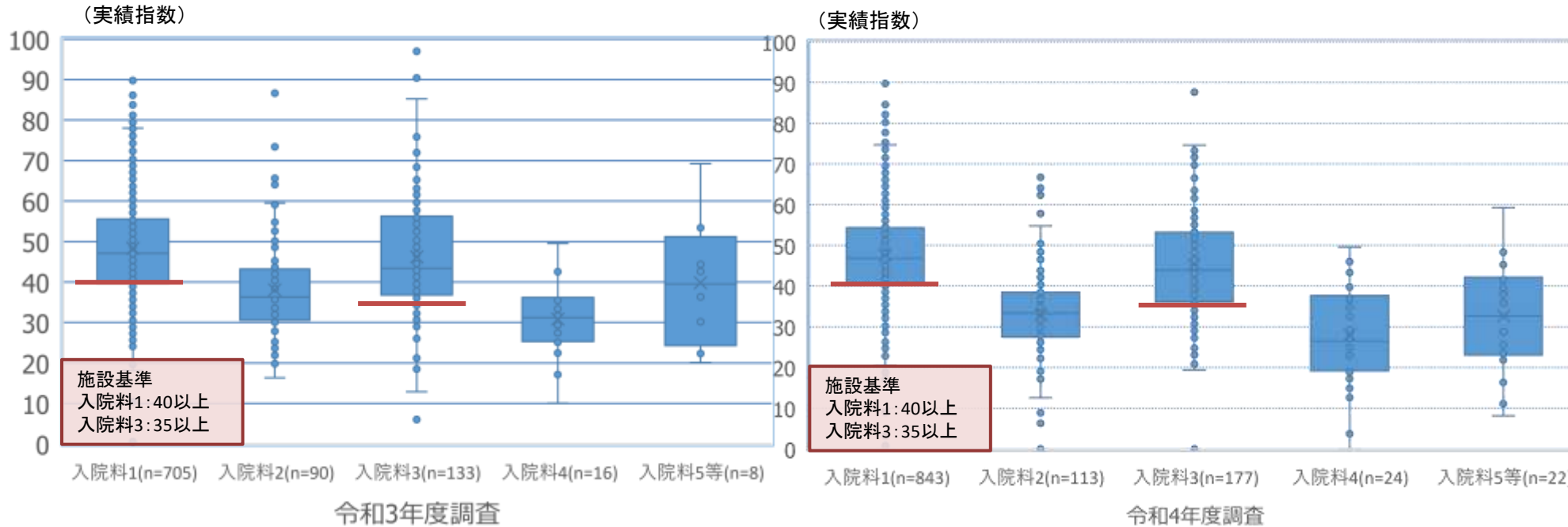


出典：FIM及び2015年までのBIについては一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供

(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

令和元年以降のADLスコアについてはDPCデータより(令和4年度診療分のみ4~6月、令和元年~3年診療分は当年4月~翌年3月まで)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料別の実績指数について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、入院料1及び3においては、施設基準を下回る施設も存在する。



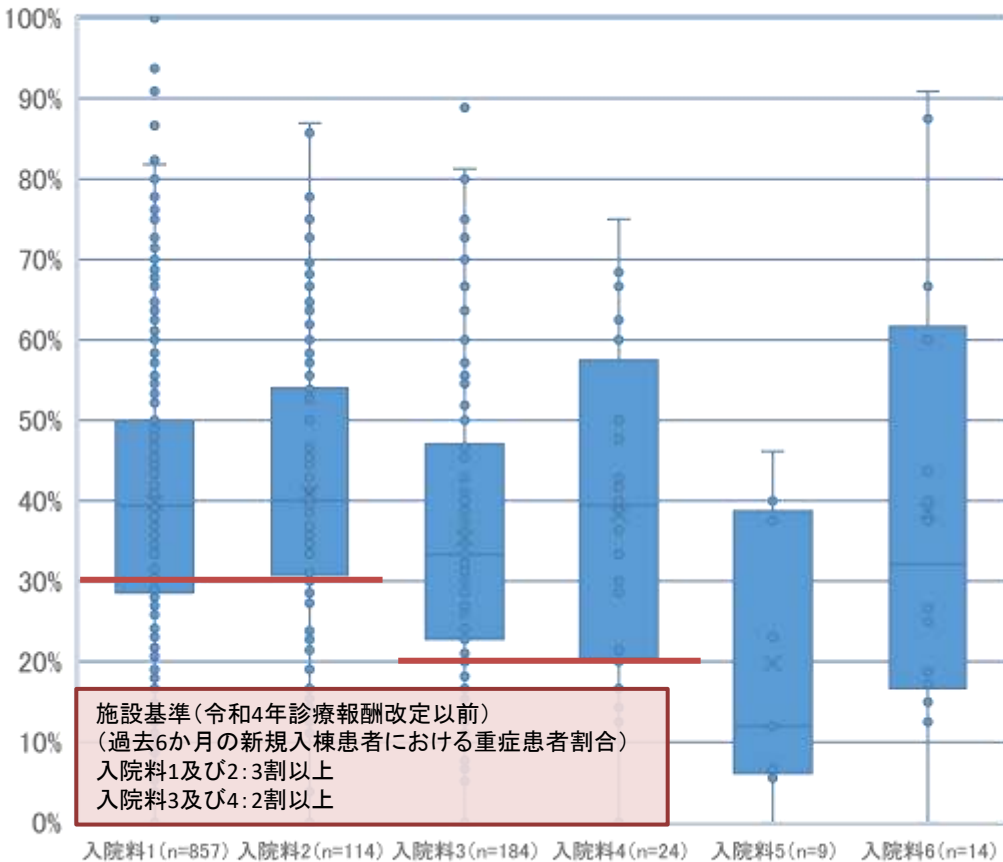
実績指数について

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

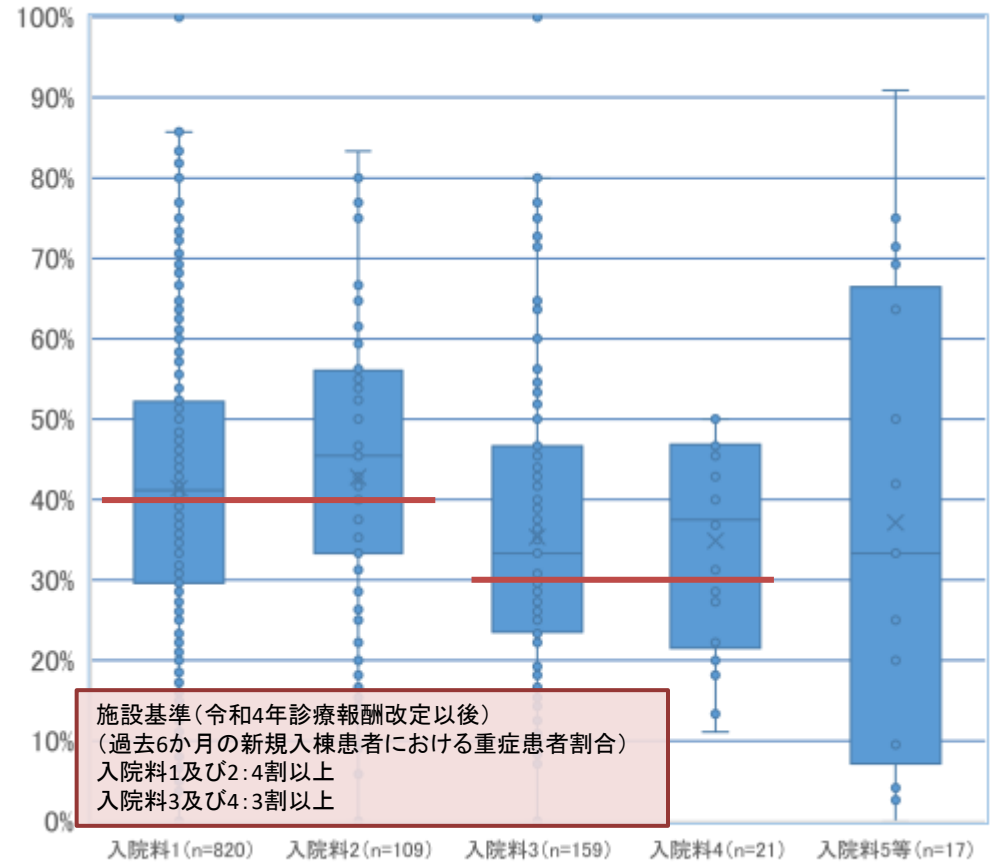
$$\text{実績指数} = \frac{\text{(FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差)}}{\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

FIMによる重症患者の割合について

- 入院料別のFIMによる重症患者の割合について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、令和4年度調査においても重症の患者の割合が入院料1及び2で4割未満、入院料3及び4で3割未満の医療機関が存在する。



令和3年度調査

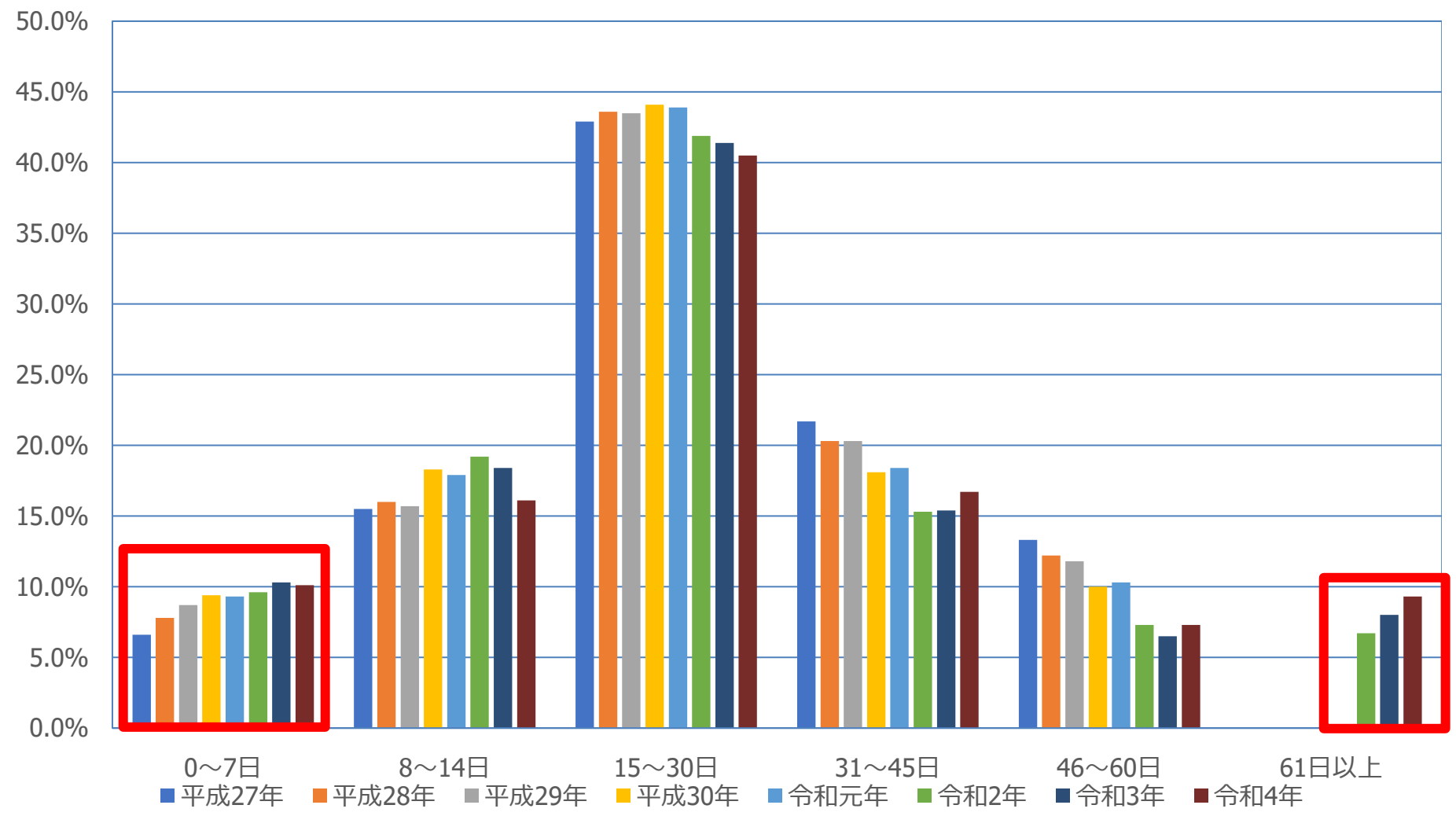


令和4年度調査

※FIMによる重症患者: FIMが55点以下の患者

発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移について

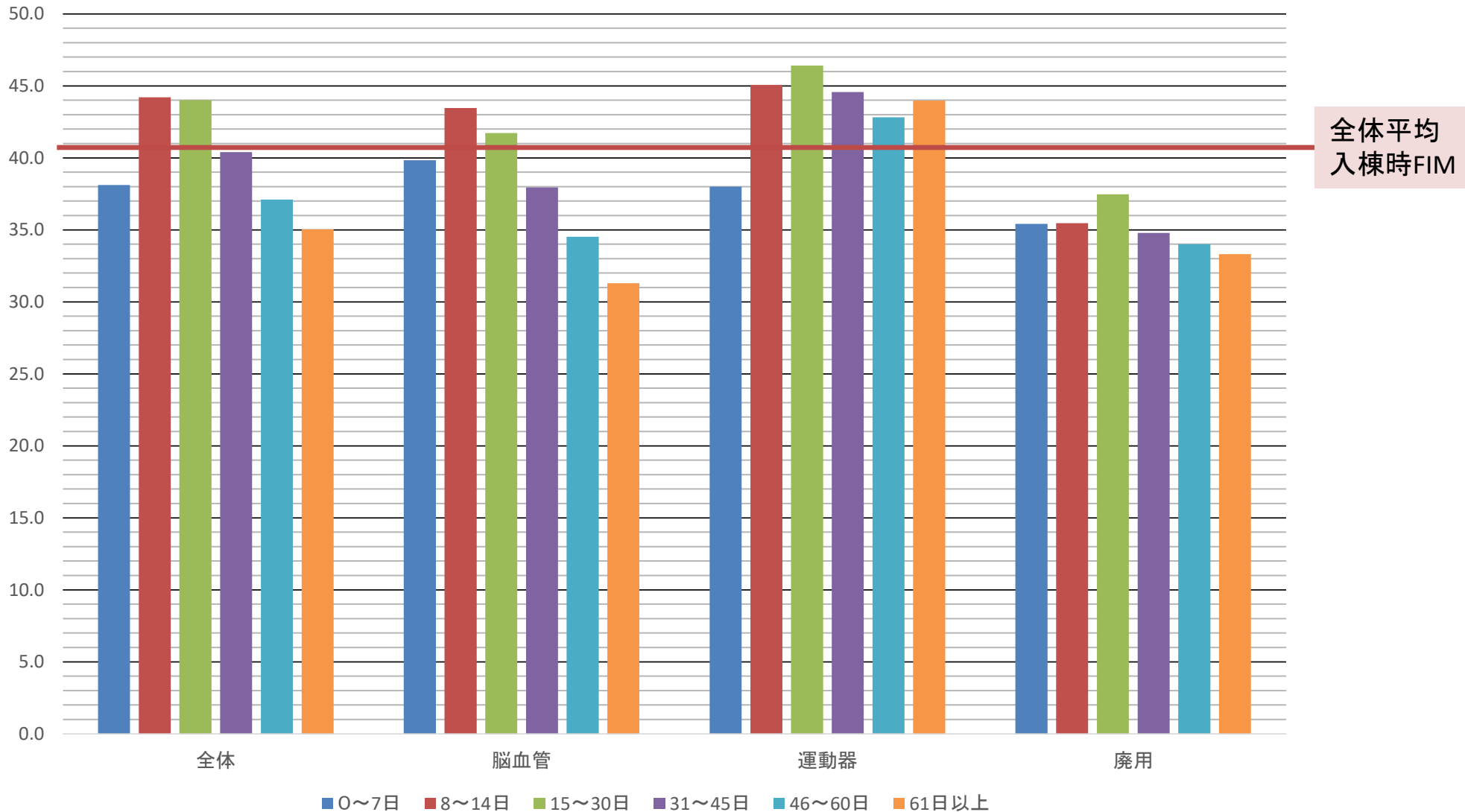
- 発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移は以下のとおり。
- 発症早期の患者と発症後61日以上の患者が増加傾向であった。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

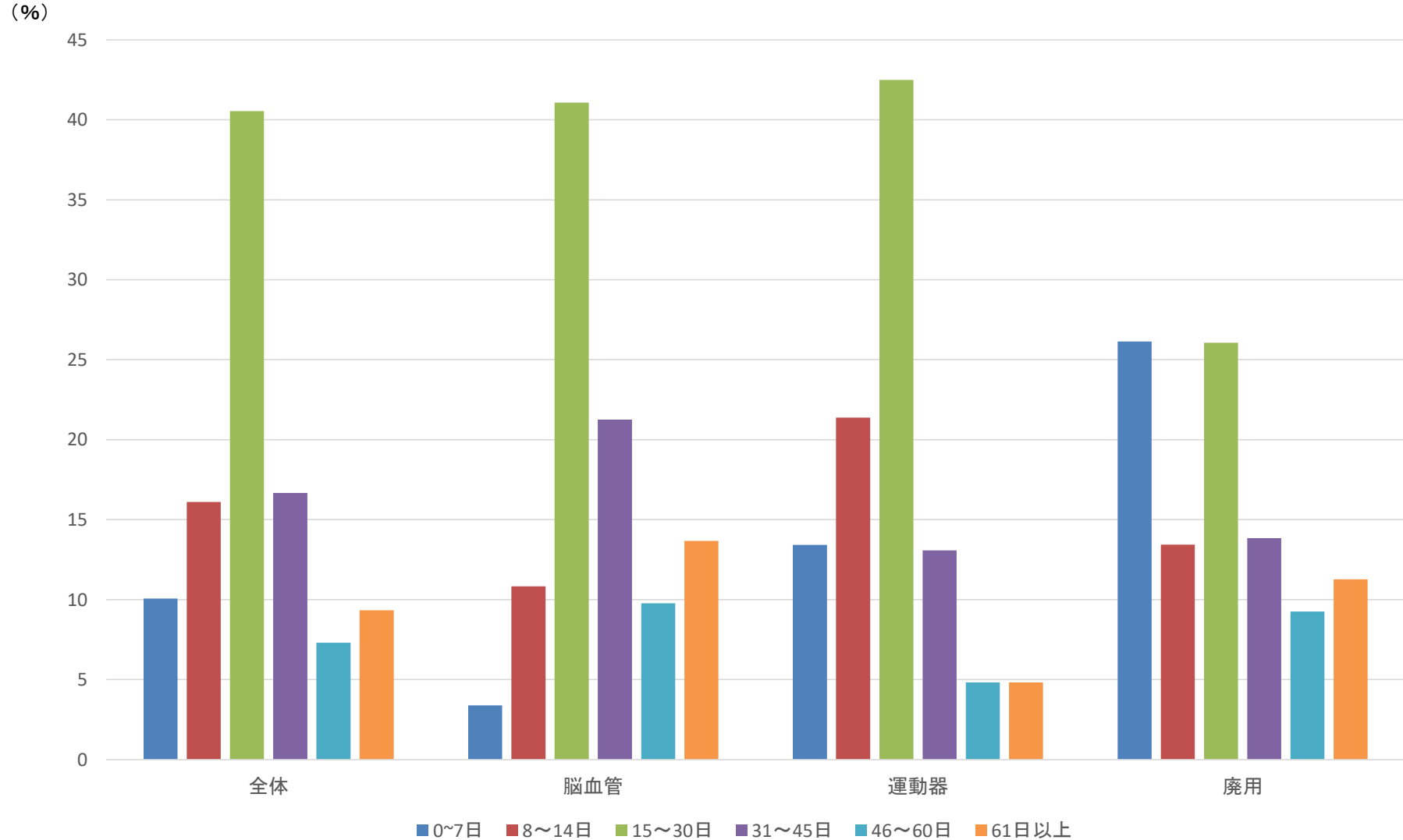
疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMについて

- 疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMの差異は以下の通り。
- 全体的に早期患者と61日以上の患者の入棟時FIMは低下している。



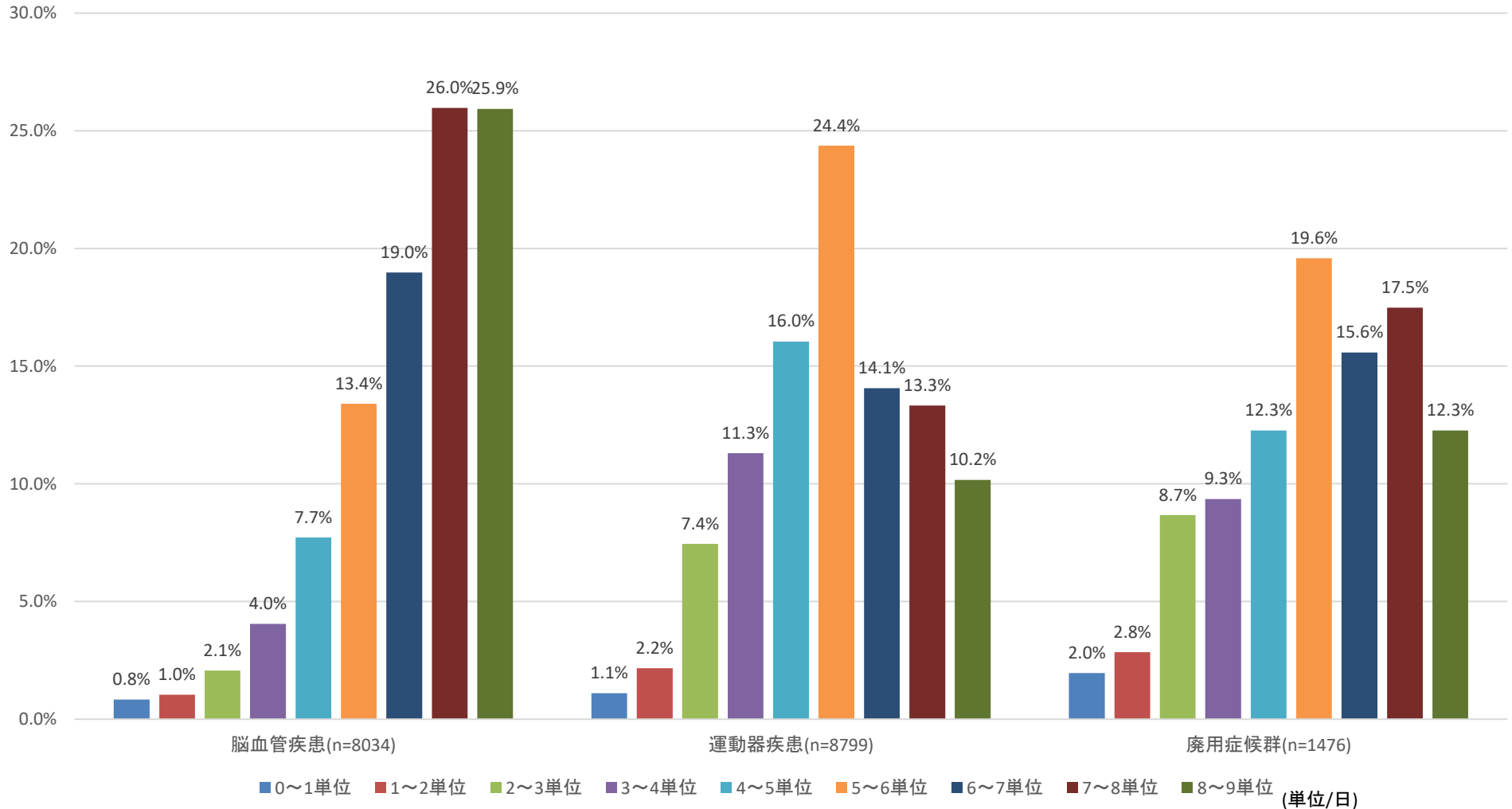
発症から入棟までの日数と患者割合について

- 疾患毎の発症から入棟までの日数で区別した患者割合は以下のとおり。
- 脳血管疾患の患者は運動器疾患と比較して発症から入棟までの日数が長い患者が多かった。



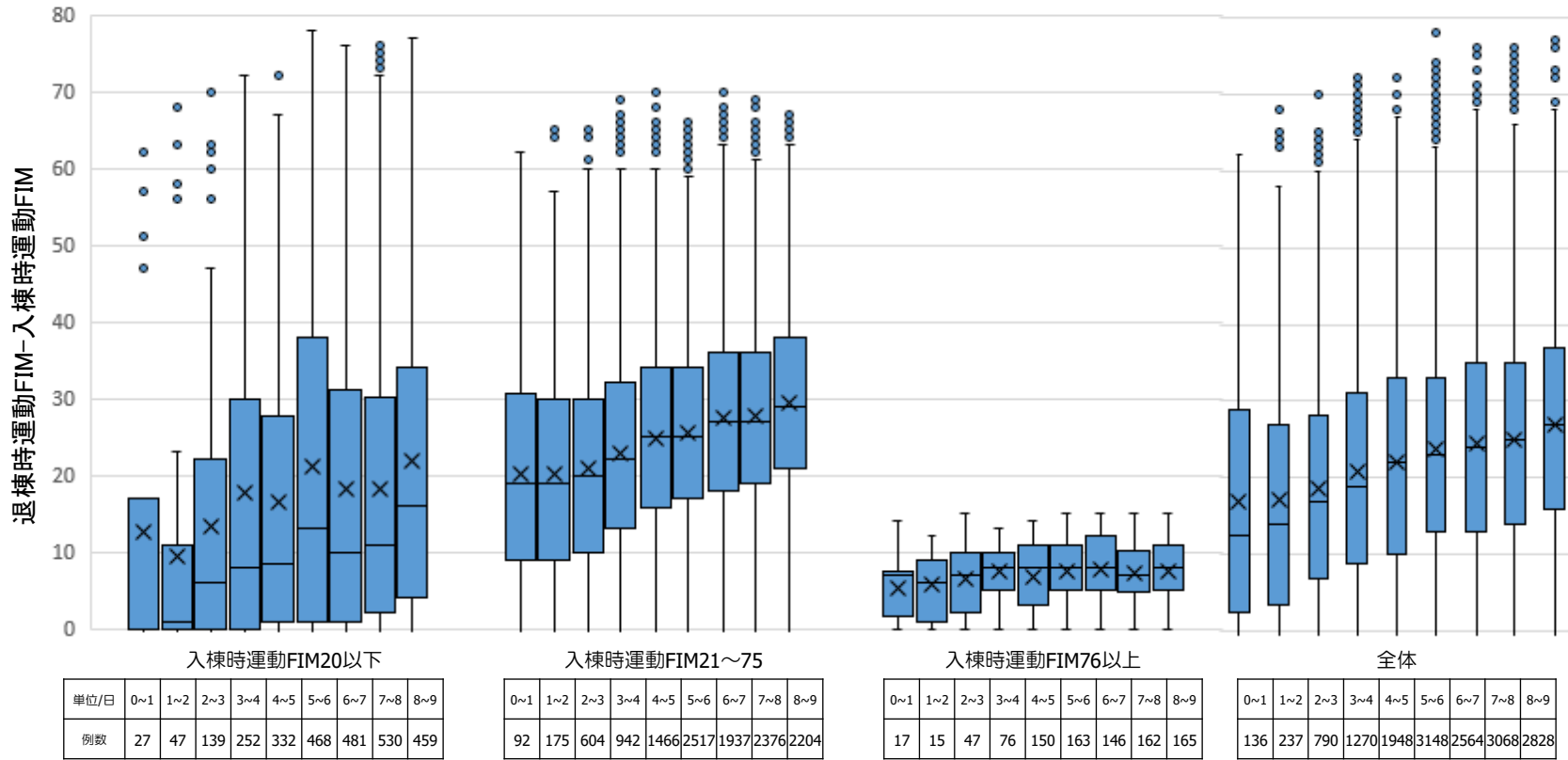
リハ提供単位毎の分布

- 疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の患者分布については以下のとおり。
- 脳血管疾患については8~9単位/日に、運動器疾患と廃用症候群については5~6単位/日にピークが認められた。



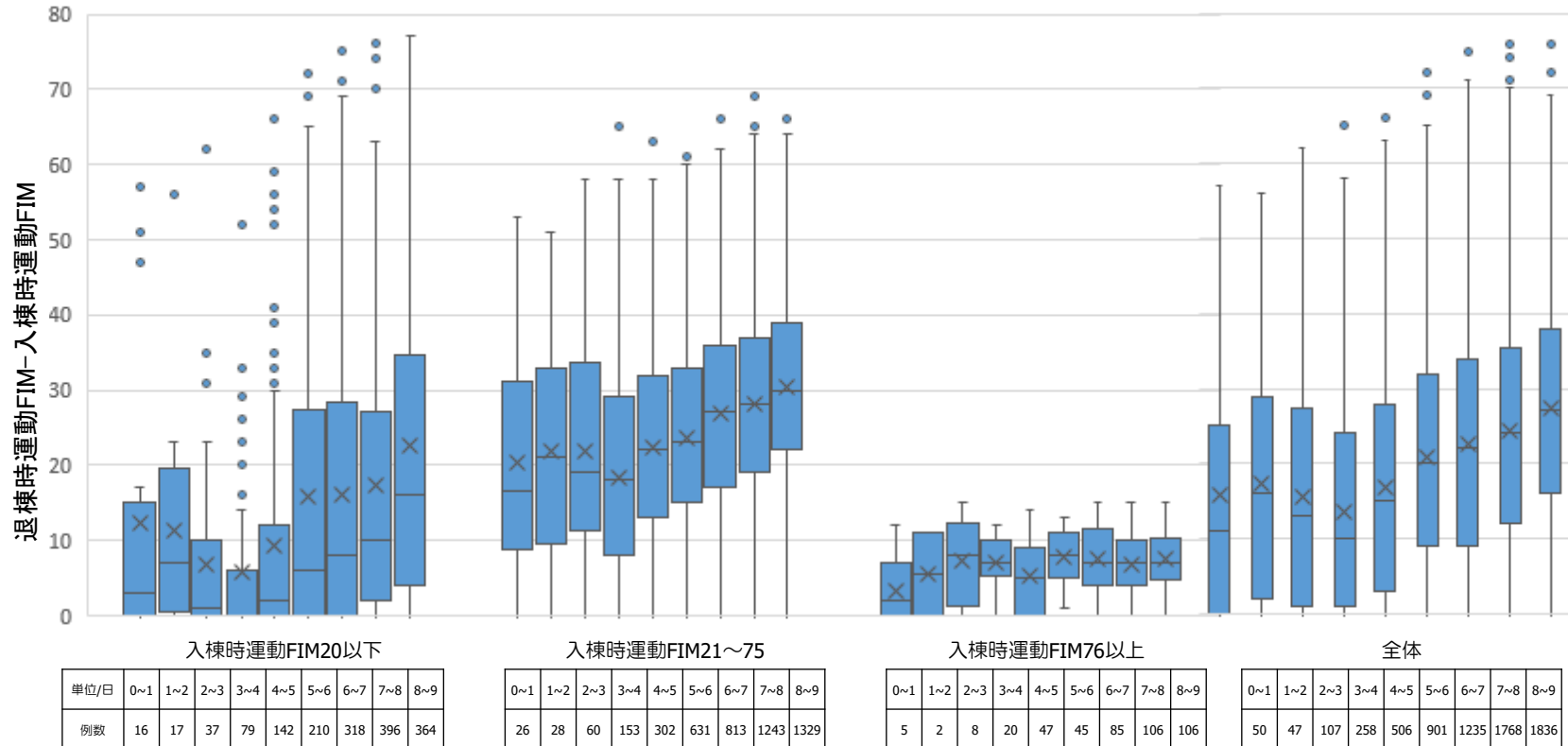
重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（全疾患）

○ 疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が高くなる傾向にあった。



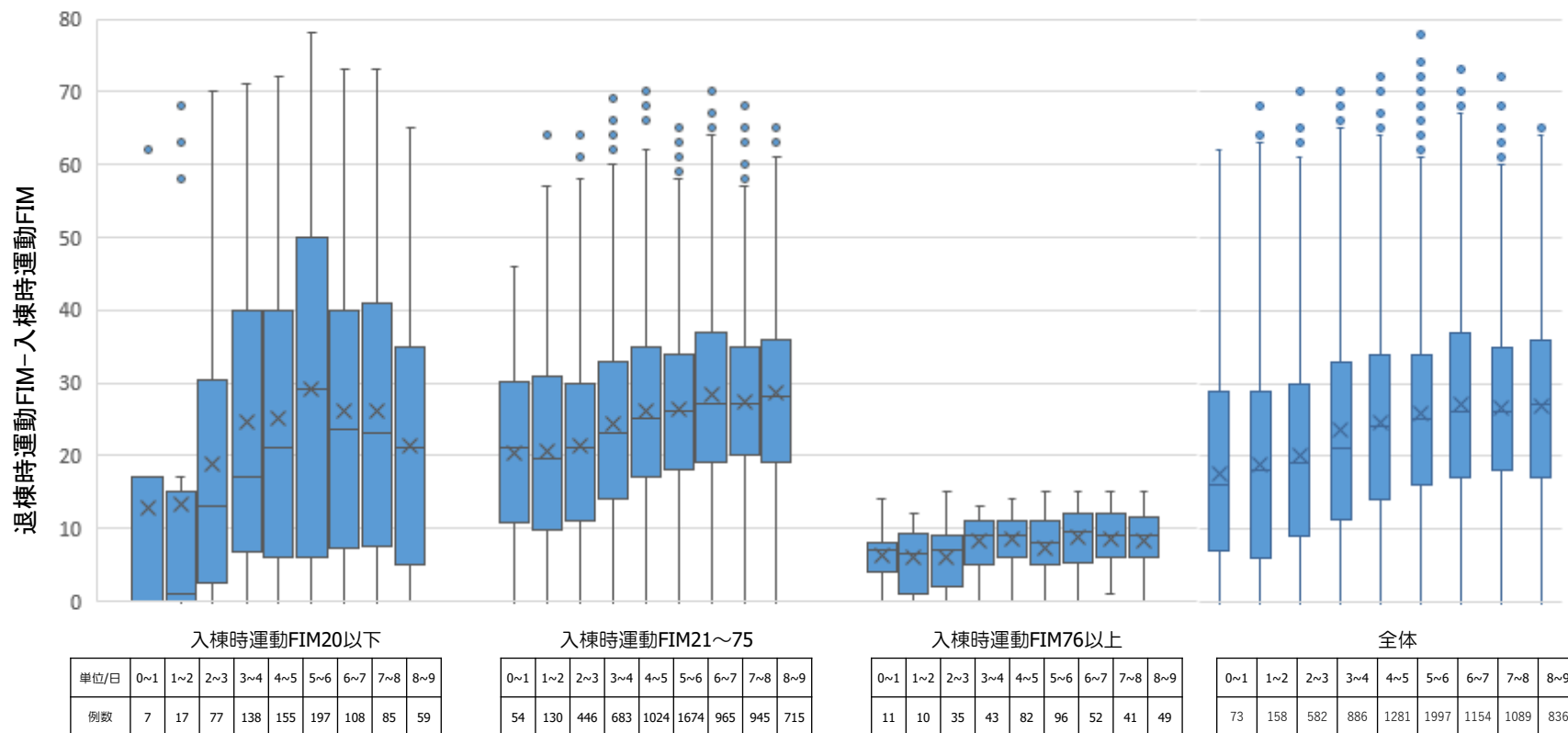
重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（脳血管疾患）

○ 脳血管疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が大きくなる傾向にあった。



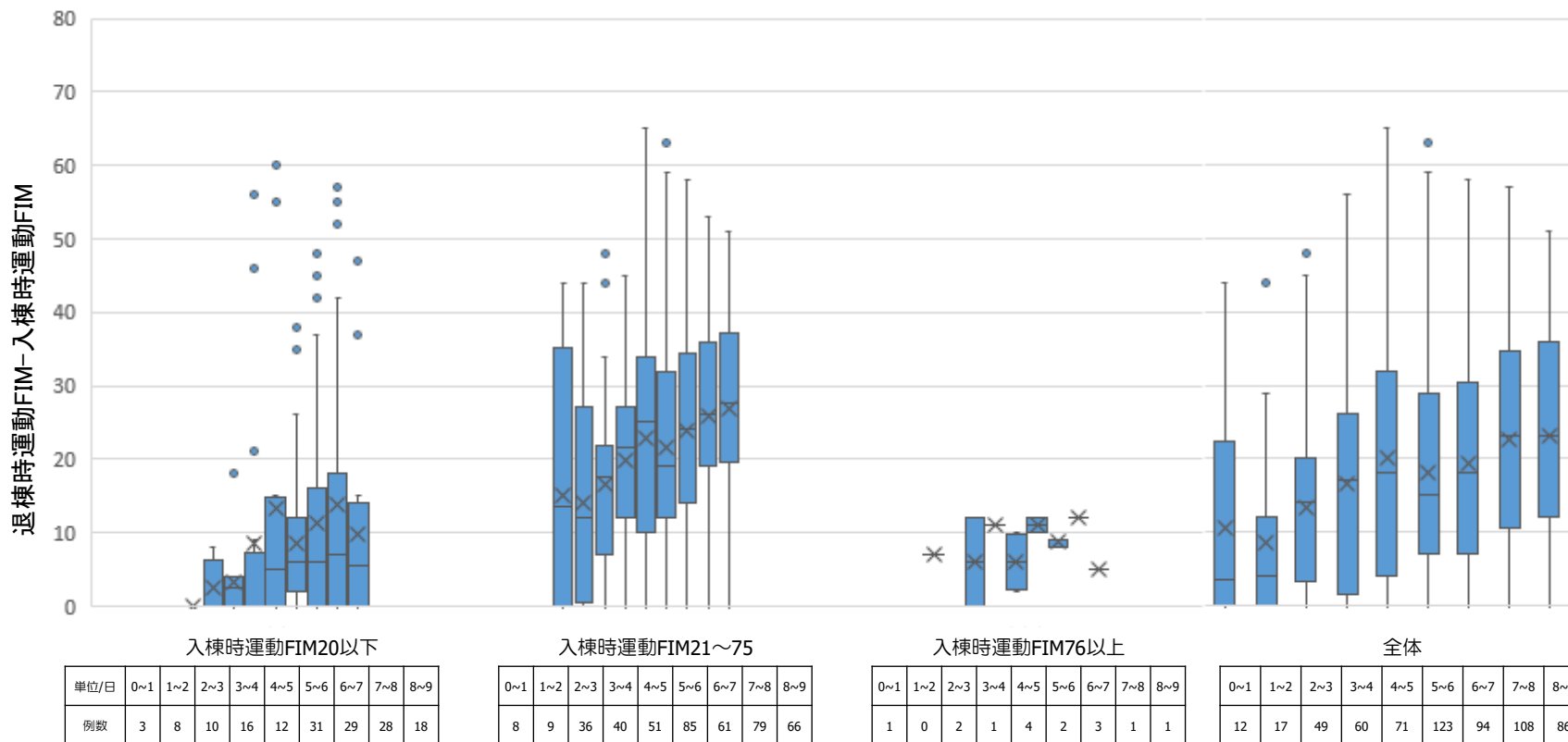
重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

○ 運動器疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。



重症度毎のリハ提供単位/日とFIMの変化（廃用症候群）

○ 廃用症候群の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の実績については以下のとおり。入棟時運動FIMが21～75の患者では、実施単位数に応じて増加が見られた。



DPCデータ(様式1)のその他の項目について

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

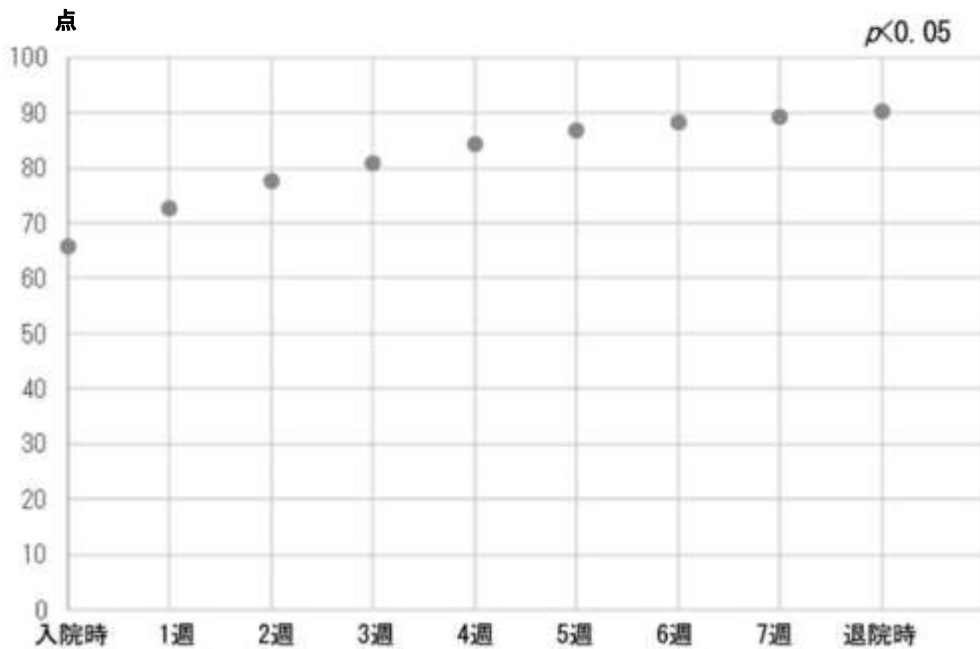
様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

性別	ADL(入院時、退院時)
郵便番号	FIM(回りハ病棟で、入退棟時)
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS(入院時、退院時)
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の
診療科	急性期重症度分類
病棟	自傷行為・自殺企図の有無
身長	産科患者情報
	等

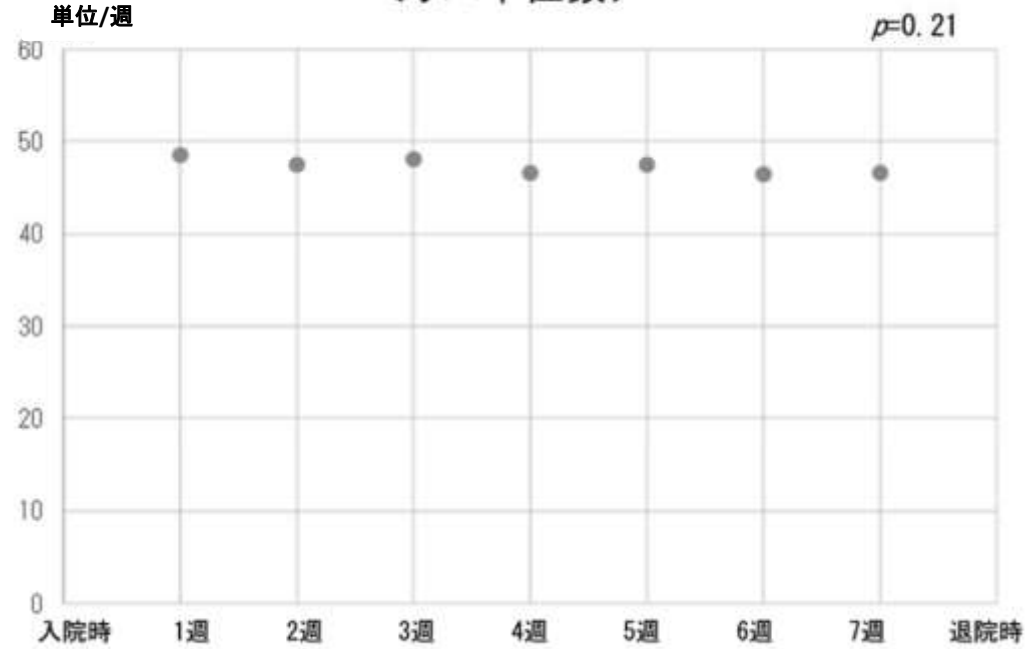
- 脳血管疾患後の患者における、入院後のFIMの推移に関する以下の報告では、週数が経過するにつれFIMの改善が小さくなる傾向にある。

脳卒中患者※におけるFIM合計点数とリハ単位数の推移
(n=752)

<FIM合計点数>



<リハ単位数>



※対象: 令和2年4月以降に当該報告医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院し、令和4年3月までに退院した脳卒中患者752名

体制強化加算の概要

A308 注4 体制強化加算1(1日につき)	200点
体制強化加算2(1日につき)	120点

【施設基準】

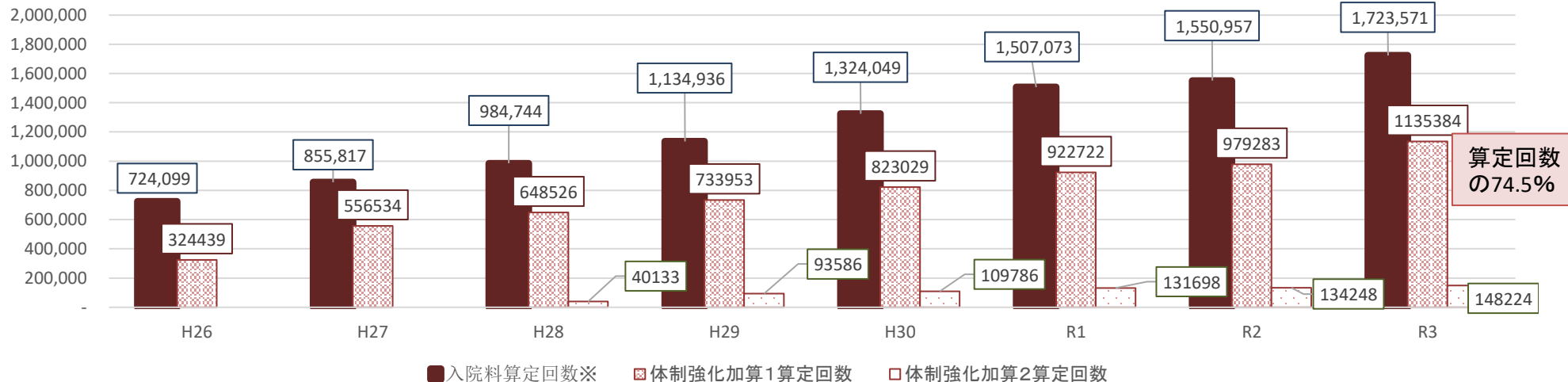
体制強化加算 1

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の届出を行っていること
- ② 当該病棟に専従の常勤医師 1 名以上（※）及び専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。
- ③ 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する 3 年以上の経験を有する者であること。

※ 体制強化加算 2 については専従の常勤医師を 2 名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。

- ①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- ②病棟外業務をする 2 名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ③週のうち 32 時間以上において、当該 2 名の医師のうち少なくともいずれか 1 名が当該病棟業務に従事していること。
- ④当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。

体制強化加算 算定回数



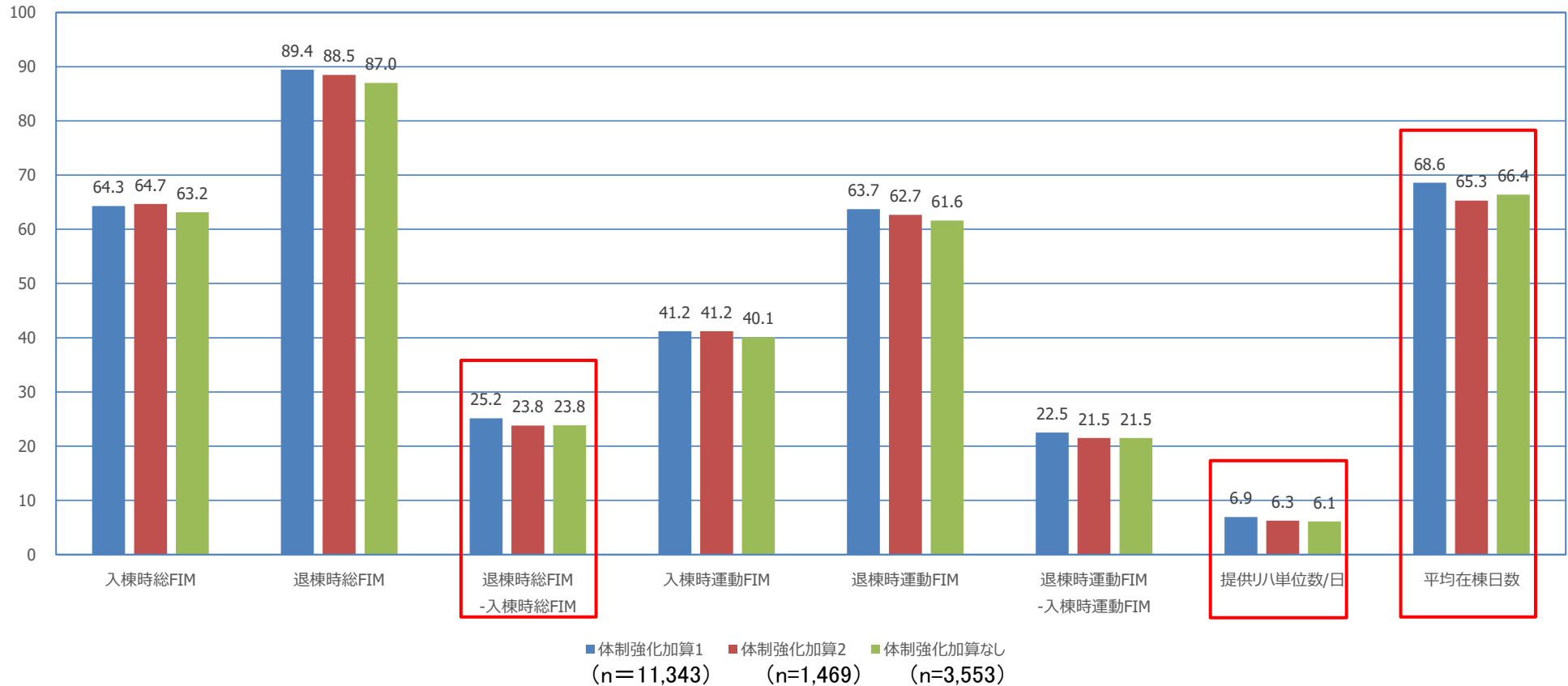
※平成29年までの期間は回復期リハビリテーション病棟入院料 1、平成30年以降は回復期リハビリテーション病棟入院料1.2

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

体制強化加算の届出有無別の比較

- 体制強化加算の有無によるアウトカム指標の比較は以下のとおり。
- 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。
- 体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差が無かった。

体制強化加算の有無別の比較



第三者機能評価について

- 公益財団法人日本医療機能評価機構により、病院機能評価が行われている。
- 本体審査機能種別のうち、「主として、リハビリテーション医療を担う病院」として、リハビリテーション病院が設定されている。

病院機能評価本体審査機能種別の設定 (機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0) R5年4月現在

機能種別名	種別の説明
一般病院1	■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院3	■ 主として、高度な医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	■ 主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

機能種別の決定 (主たる機能種別と副機能)

- 主たる機能種別の決定
病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する
最も病床が多い機能に基づくことを原則とする (医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断)
- 副機能について (任意)
主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる
副機能は、主たる機能種別と同時にあるいは後日 (主たる機能種別の認定後)、受審することができる

ケース1: 全ての病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合

ケース2: 最も多い病床が急性期病床で、他に回復期リハビリテーション病棟がある場合



(主たる機能種別) リハビリテーション病院 ■

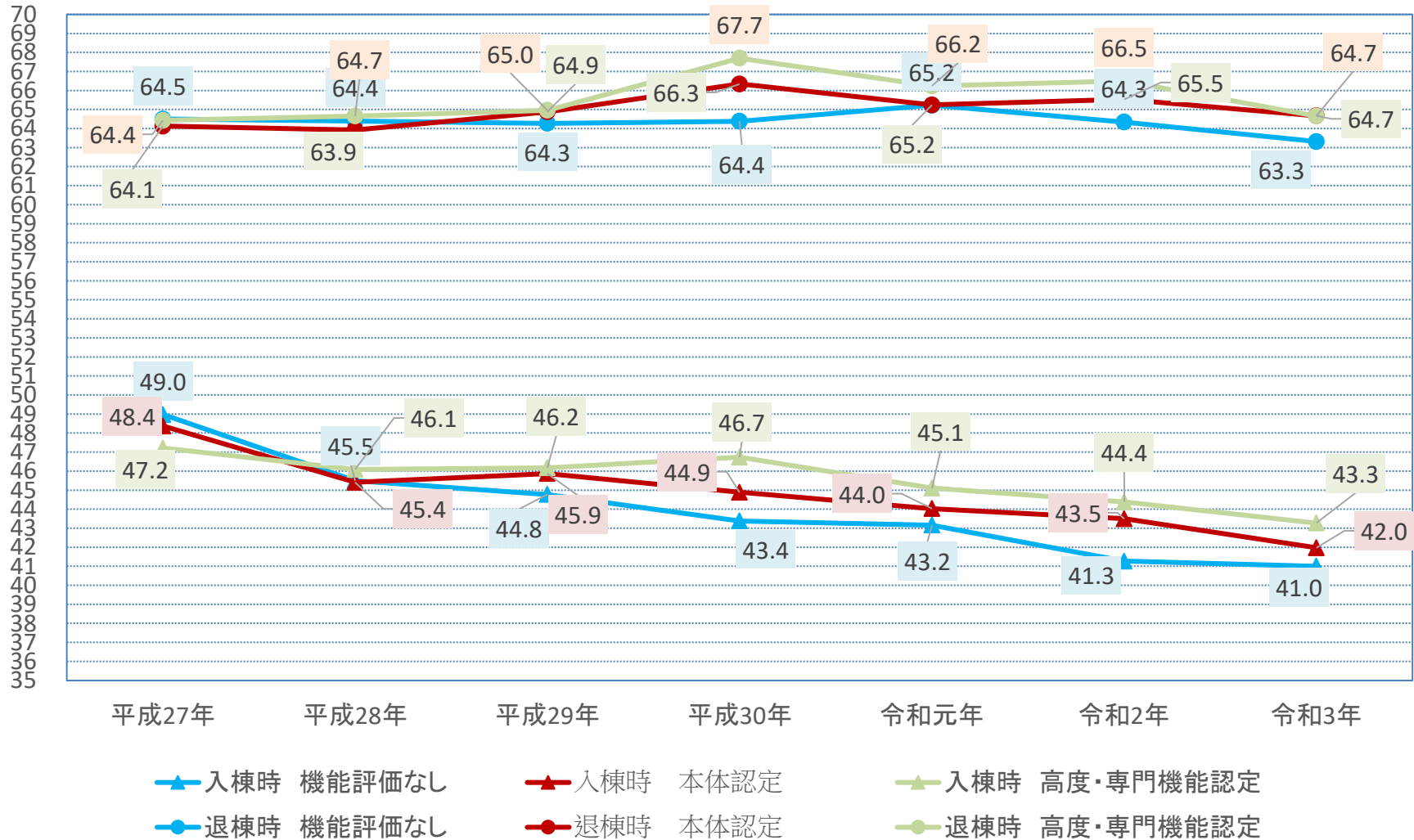


(主たる機能種別) 一般病院1 ■
(副機能) リハビリテーション病院 ■

第三者機能評価の認定有無別の入棟時運動FIMの年次推移

- 日本医療機能評価機構の受審別の入棟時運動FIMの年次推移は以下のとおり。
- 2017年以降、入棟時運動FIMは低下傾向であるが、第三者機能評価の認定を受けている医療機関は認定のない医療機関と比較して入棟時のFIMが高い。

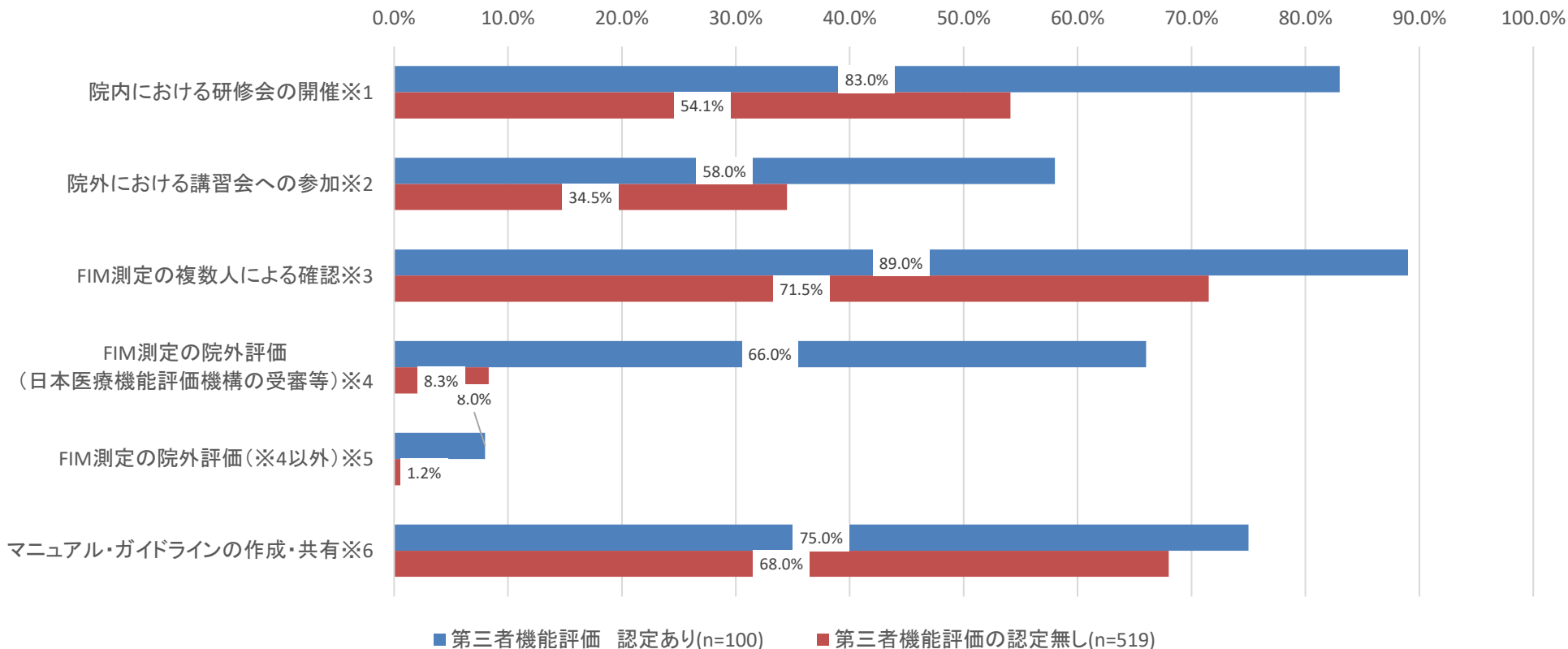
(入棟時・退棟時FIM)



第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

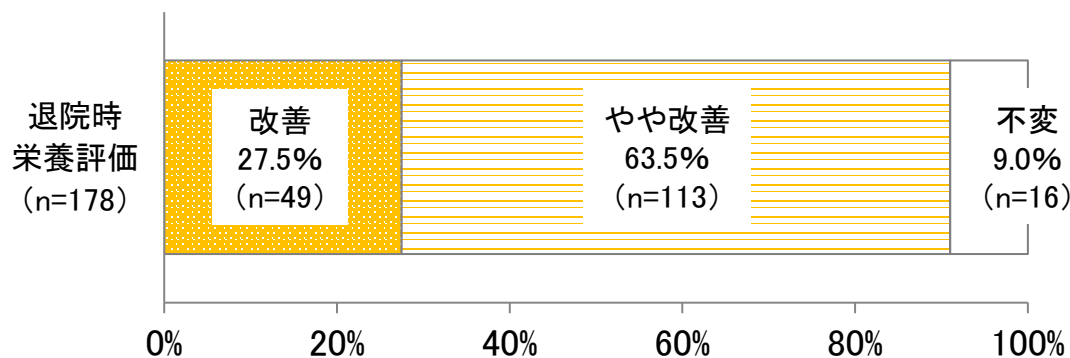
○第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。

FIMの測定に関する取組について



- ※1 院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的を開催している。
- ※2 院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
- ※3 FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
- ※4 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている(日本医療機能評価機構の受審などによるもの)。
- ※5 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている(※4以外)。
- ※6 FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

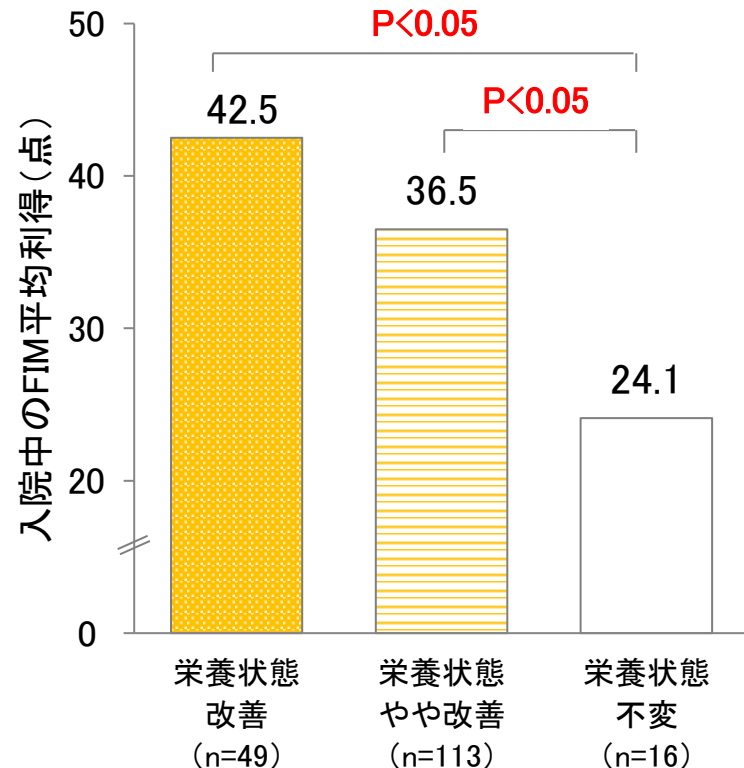
- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：栄養状態は管理栄養士がMNA[®]-SF[※]を用いて評価。
 (退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
 対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA[®]-SF: 0-7点)で入院し、
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

- 回復期リハビリテーション病棟に配置されている管理栄養士は、入院料1で0.9人(常勤換算)であった。
- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養情報提供書の作成以外は8割以上実施されていた。

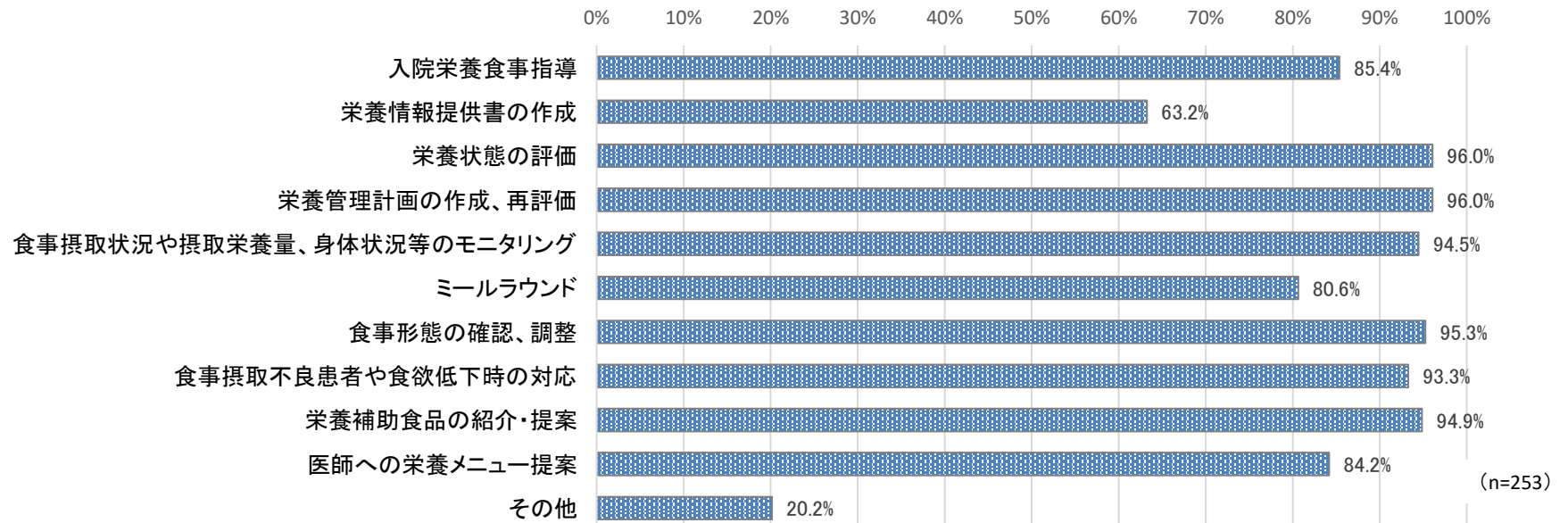
■ 回復期リハビリテーション病棟 職員数

	入院料1 (n=241)	入院料2 (n=34)	入院料3 (n=72)	入院料4 (n=8)	入院料 5~6 (n=2)
管理栄養士 (常勤換算)	<u>0.9</u>	0.5	0.5	0.1	0.0

<参考> 施設基準等

	入院料1	入院料2~5
管理栄養士配置	専任常勤1名以上	専任常勤1名の配置が望ましい
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	配置されている場合：実施が望ましい
入院栄養食事指導料	包括範囲外	包括範囲

■ 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施状況



B001・10 入院栄養食事指導料（入院中2回に限る）

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって、初回にあたっては概ね30分以上、2回目にあたっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定

イ 入院栄養食事指導料1

※回復期リハビリテーション病棟入院料1で算定可

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 260点 (2) 2回目 200点

ロ 入院栄養食事指導料2

有床診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 250点 (2) 2回目 190点

栄養情報提供加算（入院中1回） 50点

栄養食事指導に加え、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設等の医師又は管理栄養士と共有した場合に算定

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

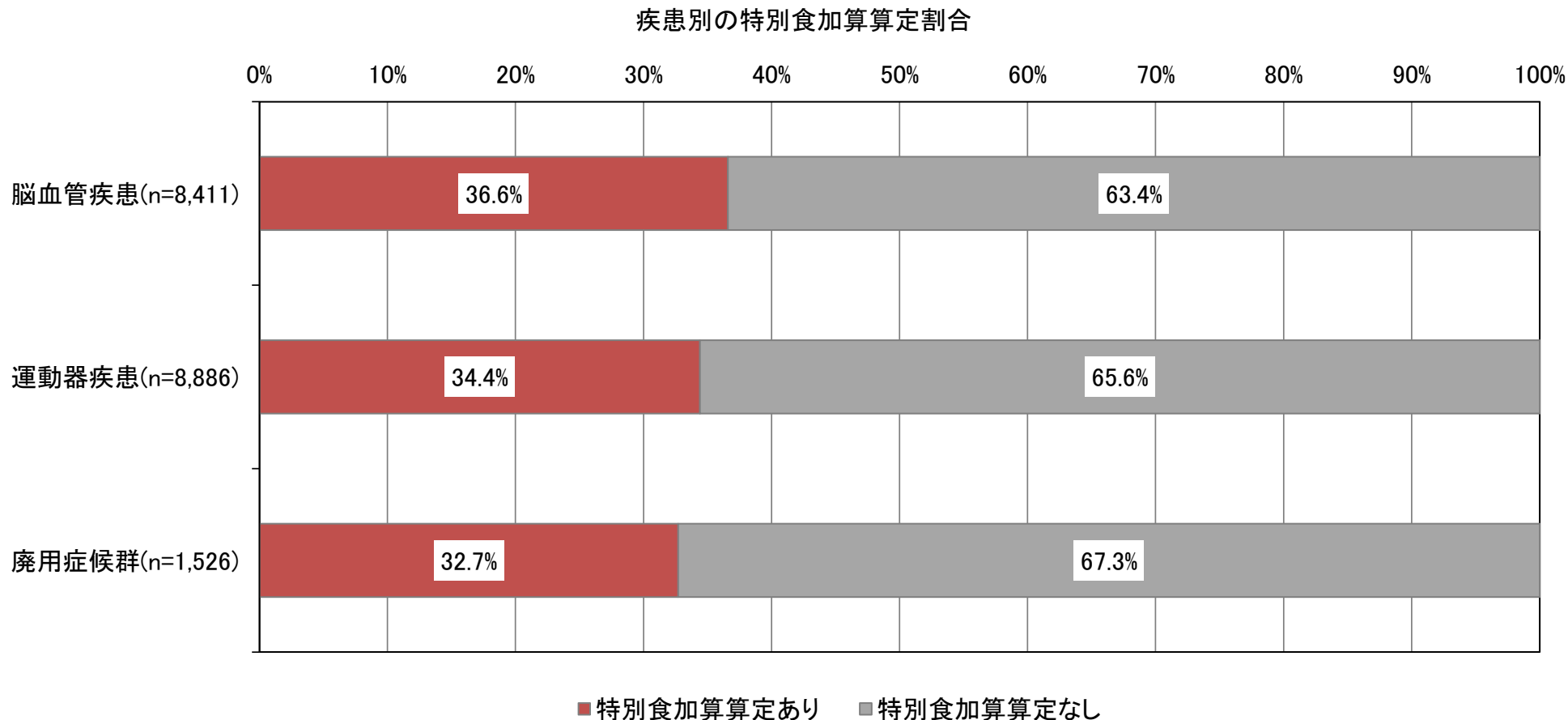
※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

回復期リハビリテーション病棟における疾患別の特別食加算算定状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 各疾患においても、3人に1人程度は特別食加算を算定している。

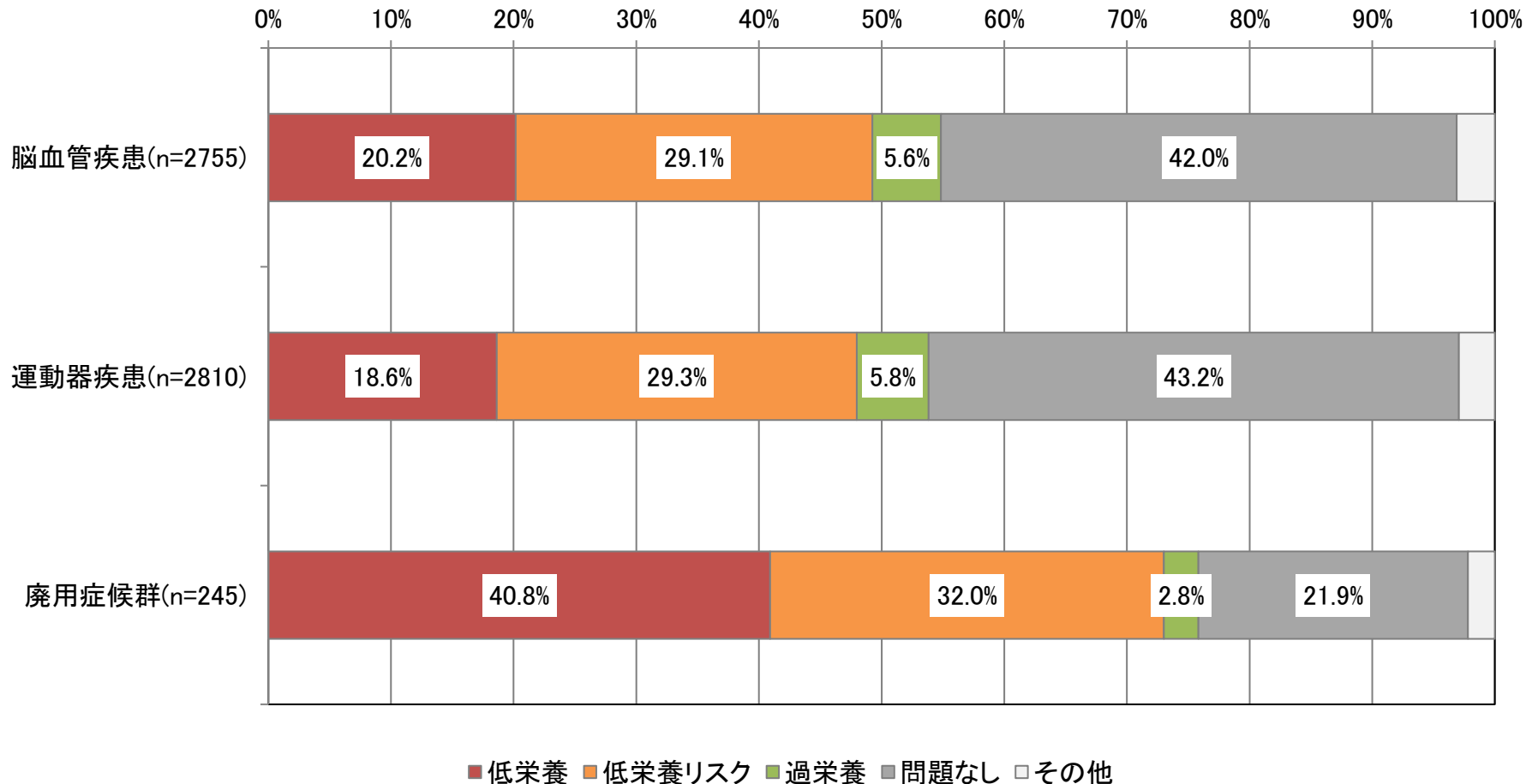


※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
- 脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

疾患別の栄養評価

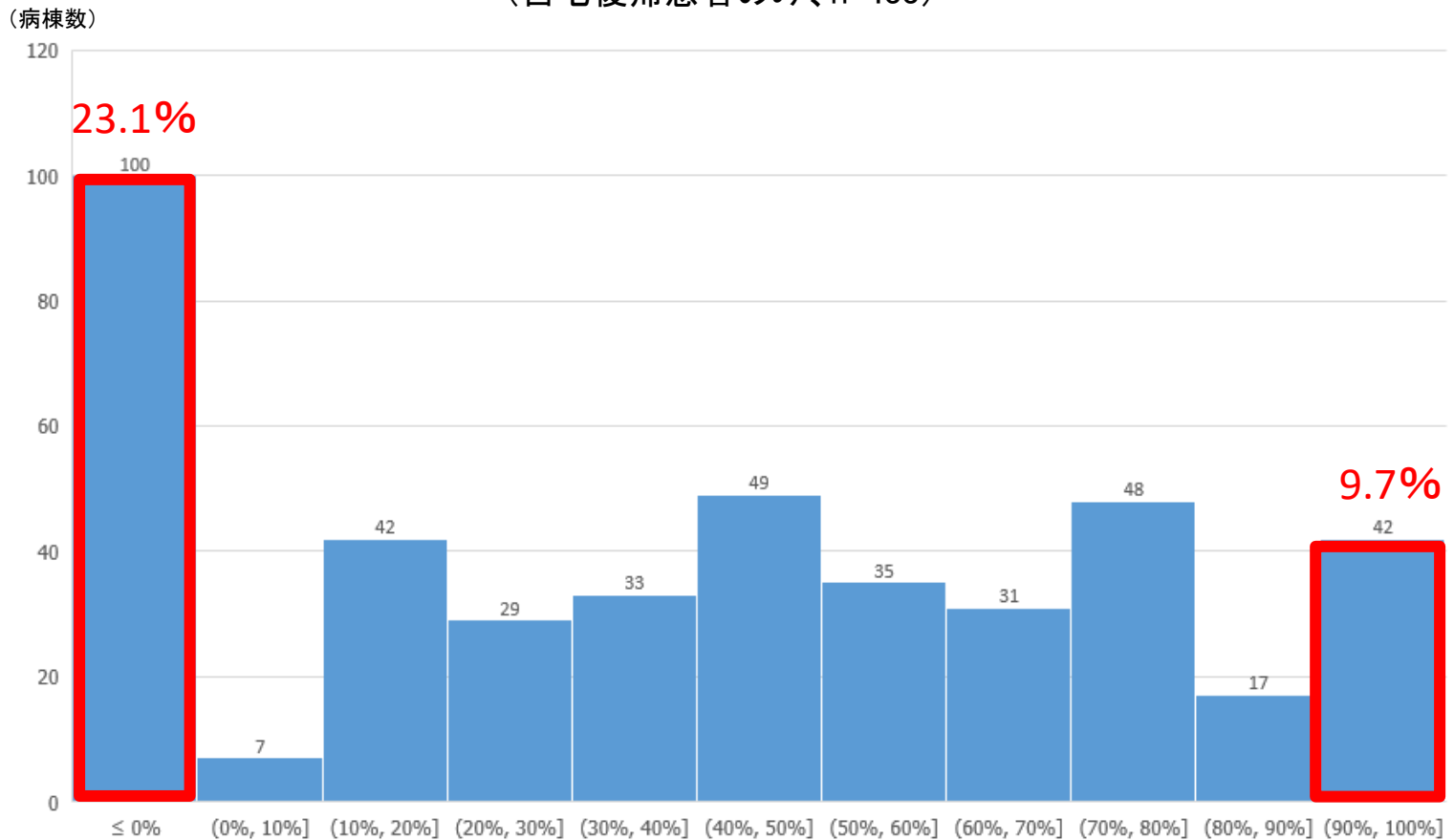


回復期リハビリテーション入院料1における入院栄養食事指導料の算定状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 入院栄養食事指導料の主な対象者である特別食が必要(特別食加算算定者)又は低栄養に該当し、自宅に復帰する患者に対する入院栄養食事指導料の算定割合の分布は、以下のとおり。
- 約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における $\frac{\text{入院栄養食事指導料算定患者数}}{\text{特別食加算算定又は低栄養に該当する患者数}}$ (%) の分布
(自宅復帰患者のみ、n=433)



摂食嚥下支援加算の見直し②

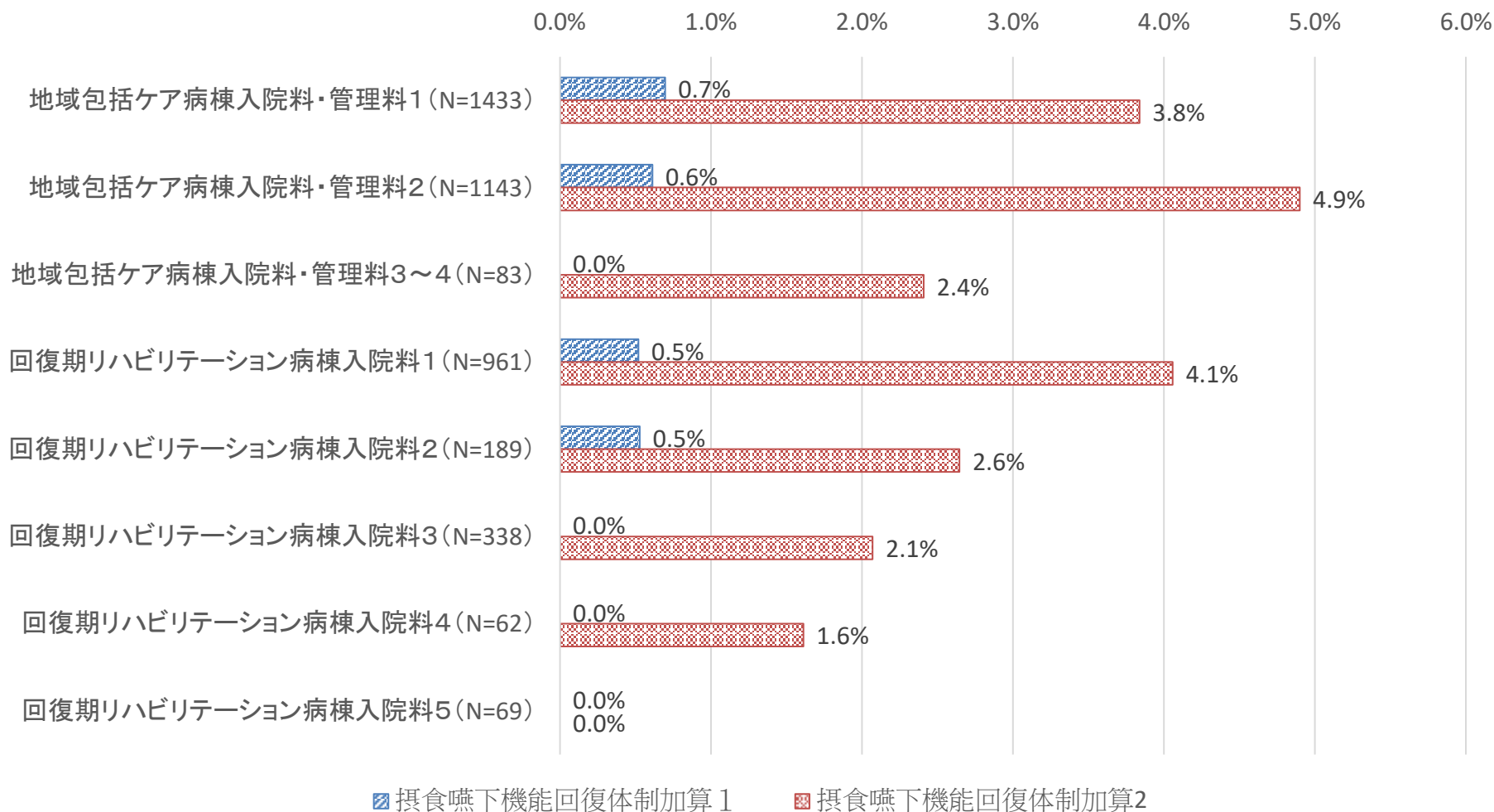
- 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

		摂食嚥下機能回復体制加算1	摂食嚥下機能回復体制加算2	摂食嚥下機能回復体制加算3
算定要件	対象患者	摂食嚥下支援チームによる摂食・嚥下機能回復に係る取組によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者		
	算定可能な従事者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師又は歯科医師 ・ 適切な研修を修了した看護師※又は専従の言語聴覚士（※摂食嚥下障害看護認定看護師、脳卒中看護認定看護師） ・ 管理栄養士 ◆ カンファレンスに参加：その他職種も 		◆ 専任の医師、看護師又は言語聴覚士
	算定対象とする医療サービスの内容	①内視鏡下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食 の見直し等を実施		
	日数・回数の要件	1回/週		
施設基準	対象病棟・病床	摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病床入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病床
	実績等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率35%以上 ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上 ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）
経過措置		現に摂食嚥下支援加算を算定している医療機関については、半年間に限り、引き続き加算1を算定できる。		

摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況

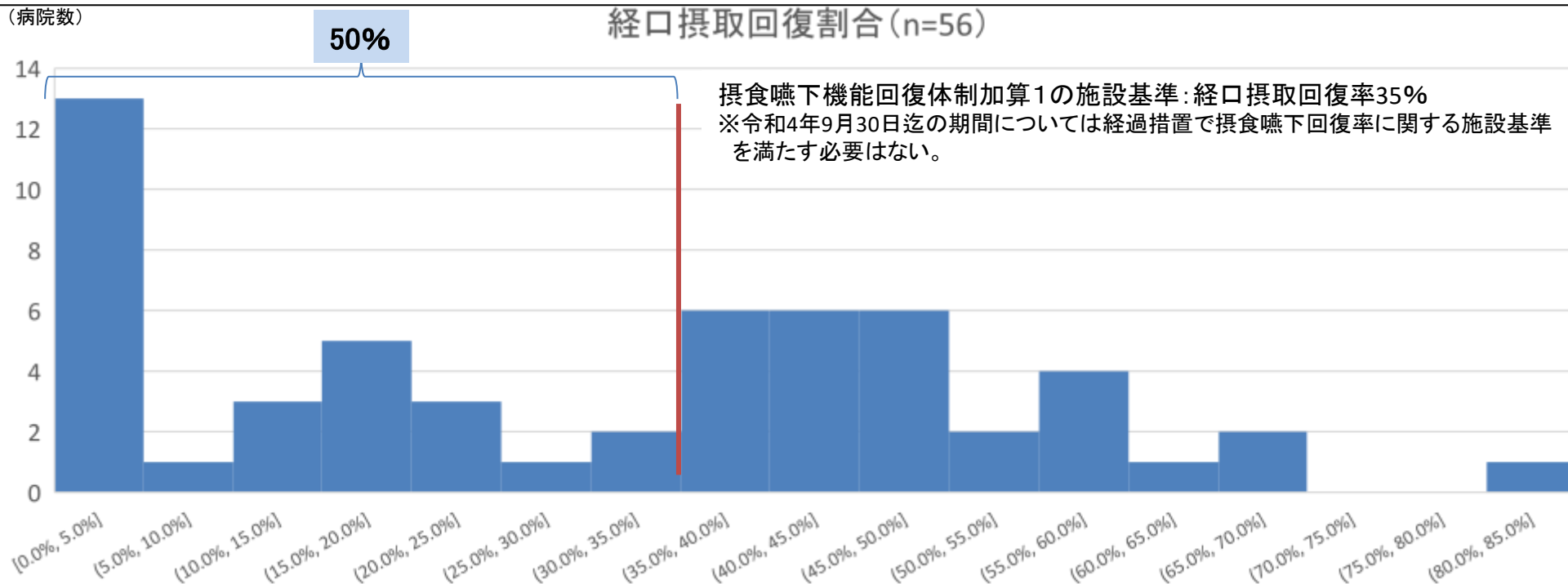
- 地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟における摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況は以下のとおり
- 回復期リハ病棟入院料1においては、加算1は0.5%、加算2は4.1%が届け出していた。



摂食嚥下機能回復体制加算1届出の回りハにおける経口摂取回復割合

診調組 入 - 3
5 . 9 . 6

○ 令和4年7月1日提出の定例報告における回復期リハビリテーション病棟を有し、摂食嚥下機能回復体制加算1の届出をしている病院での経口摂取回復割合の分布は以下のとおり、施設基準に満たない医療機関が50%存在する。

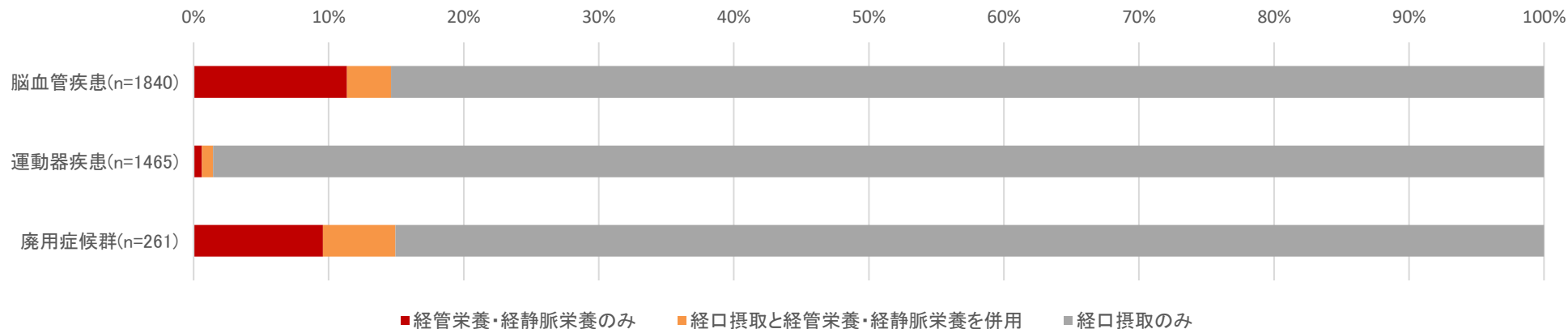


経口摂取回復割合の算出方法

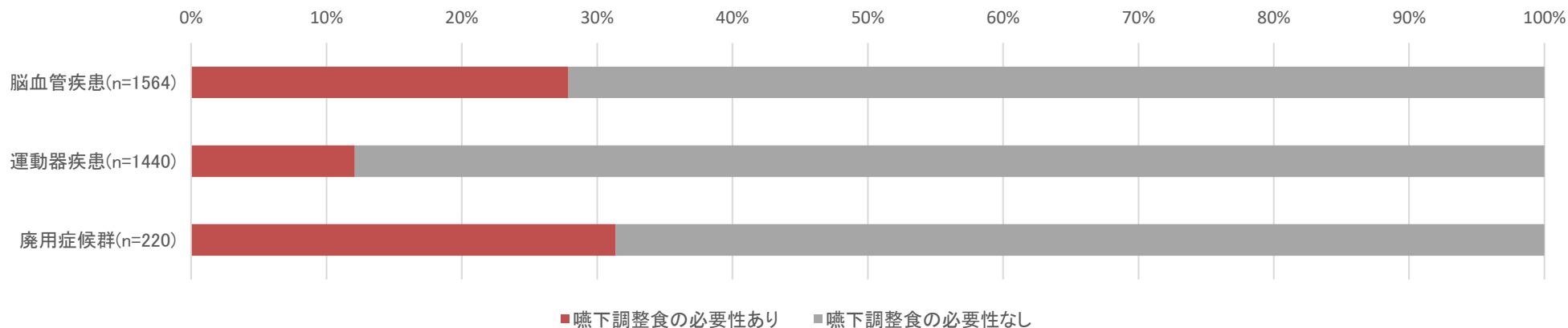
経口摂取に回復した患者数	=	栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者 (1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者) [1年以内注]
自院導入患者数 + 紹介患者数	=	自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」 + 紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」、「中心静脈栄養」の患者 (「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)
注) 回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設の日又は中心静脈栄養を開始した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。		
分子及び分母から除くもの		
① 1年以内に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)		
② 1か月以内に経口摂取に回復した患者		
③ 1年以上経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者	※ 鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算	
④ 減圧ドレナージ目的 (消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に属する。)		
⑤ 成分栄養剤の経路目的 (※慢性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に属する。)		
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等		

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、疾患別に摂食嚥下の状態を見ると、どの状態においても嚥下調整食を必要とする患者が一定程度存在する。

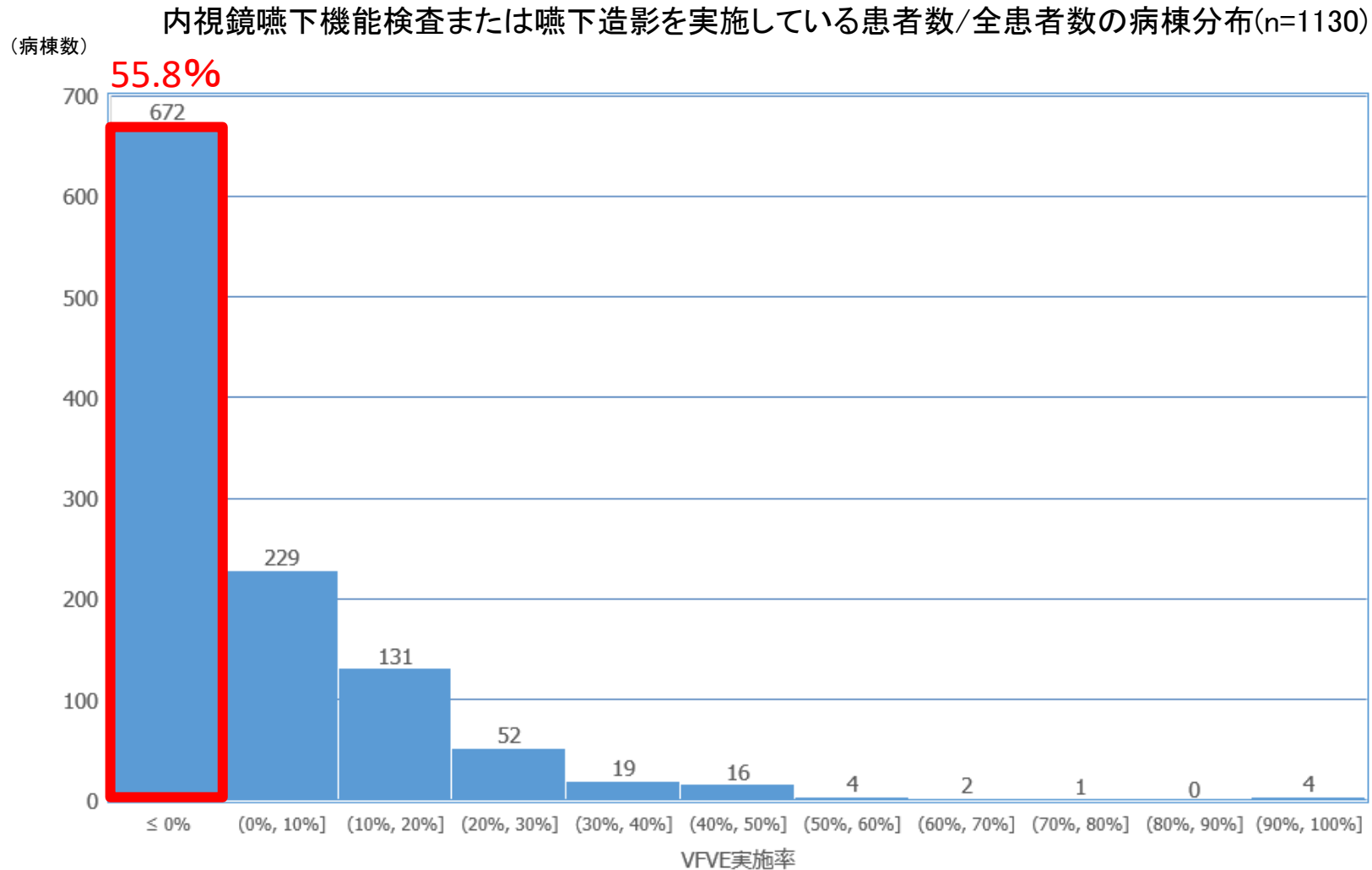
経管栄養・頸静脈栄養の有無



嚥下調整食の必要性

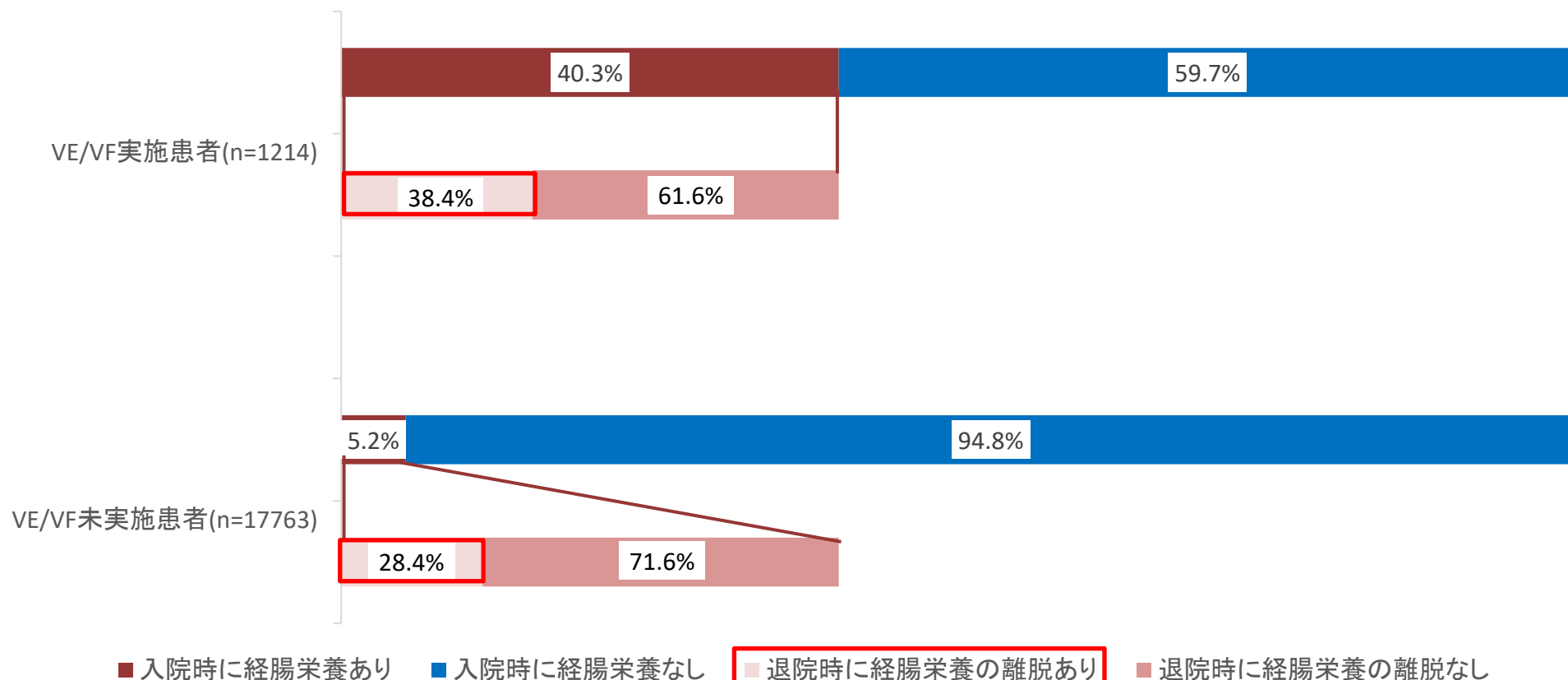


○ 回復期リハビリテーション病棟において、嚥下機能の検査が行われていない病棟が55.8%存在する。

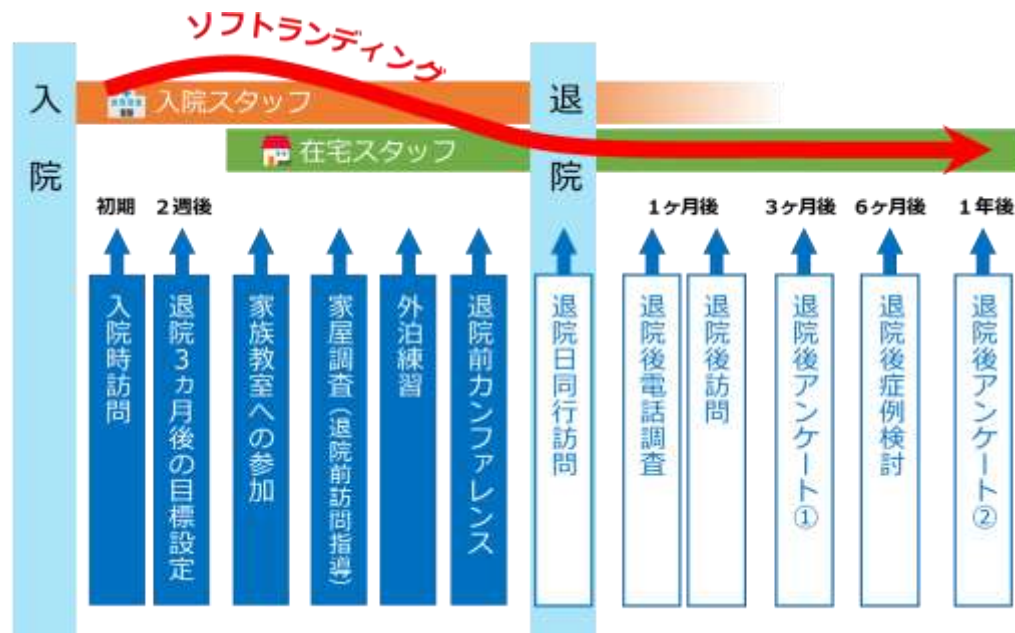


- 入院時に経腸栄養であった患者について、嚥下機能の検査の実施の有無で比較すると嚥下機能の検査を実施していた患者は経腸栄養の離脱割合が高い。

VE/VFの実施別の入院時の経腸栄養患者割合と経腸栄養の離脱割合



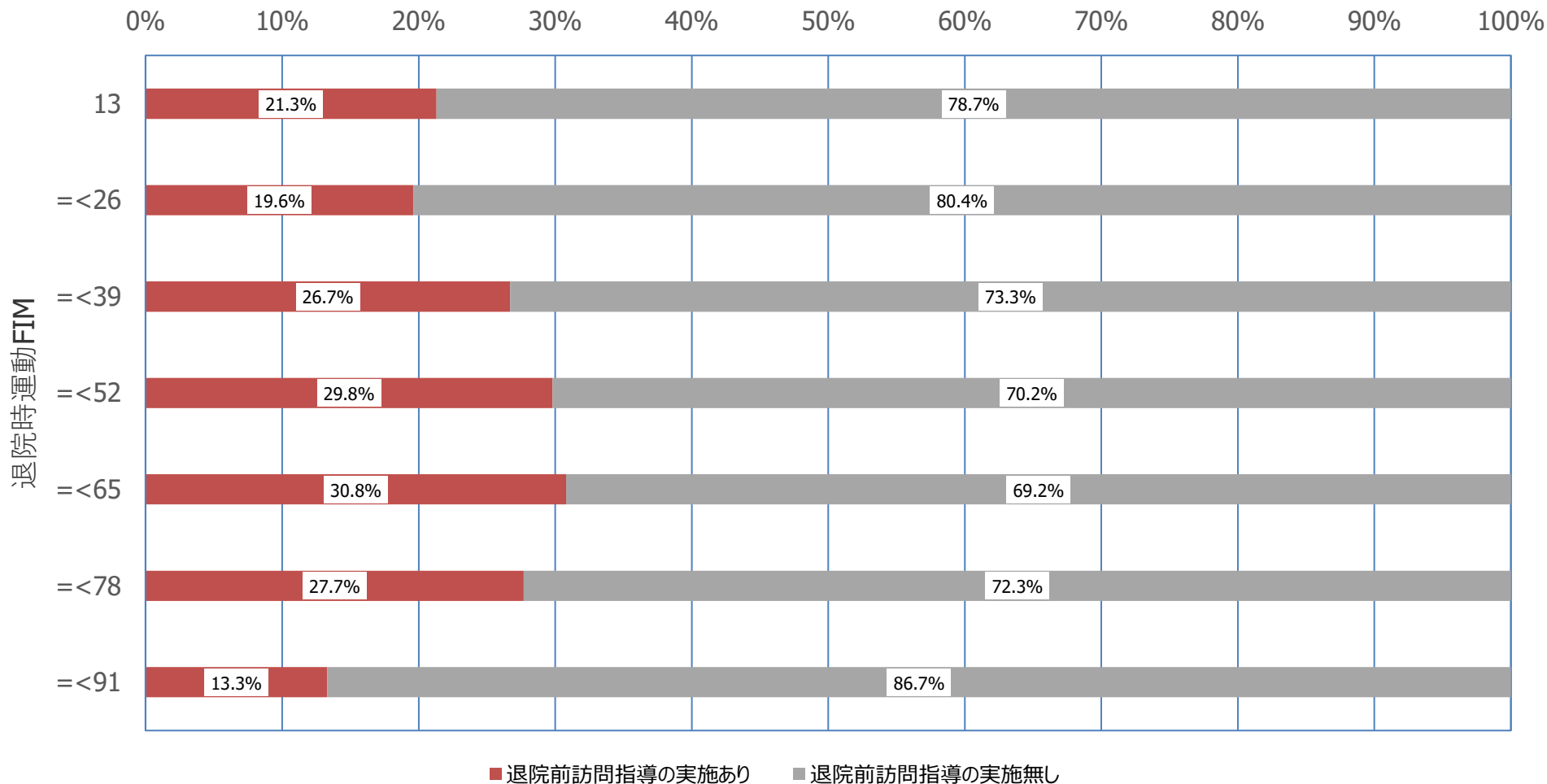
- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
 - 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。
- Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。
- Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021



退院時運動FIMと退院前訪問指導実施割合の関係

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟し、在宅に退棟した患者の訪問指導実施割合は、退院時運動FIMが79以上91以下の患者では13.3%だったが、退院時運動FIMが78以下の患者では約2～3割だった。

在宅復帰患者のうち退院前訪問指導を実施した割合

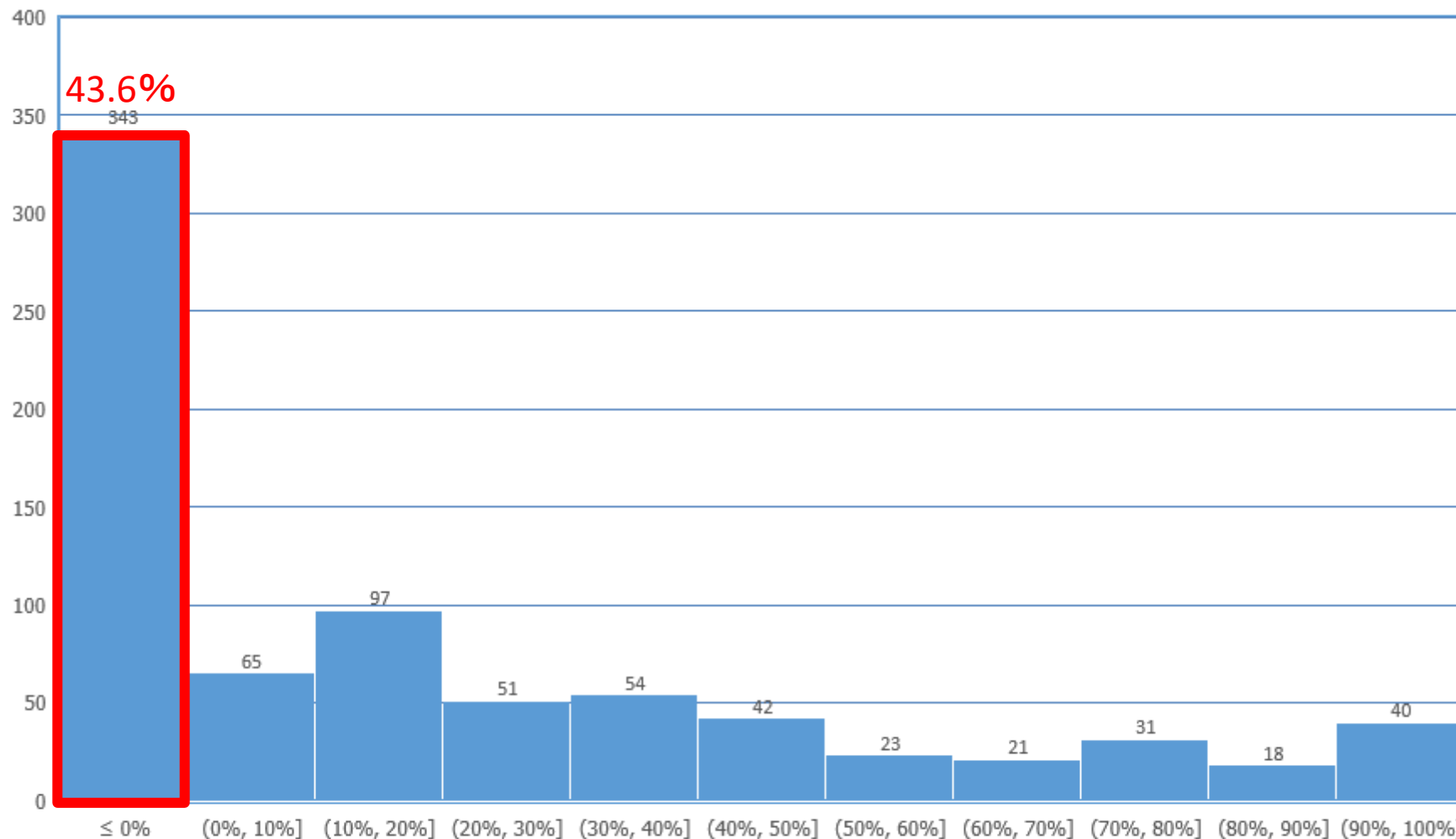


回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実施割合

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院予定患者に対する退院前訪問指導実施割合は、0%の病院が最も多い。

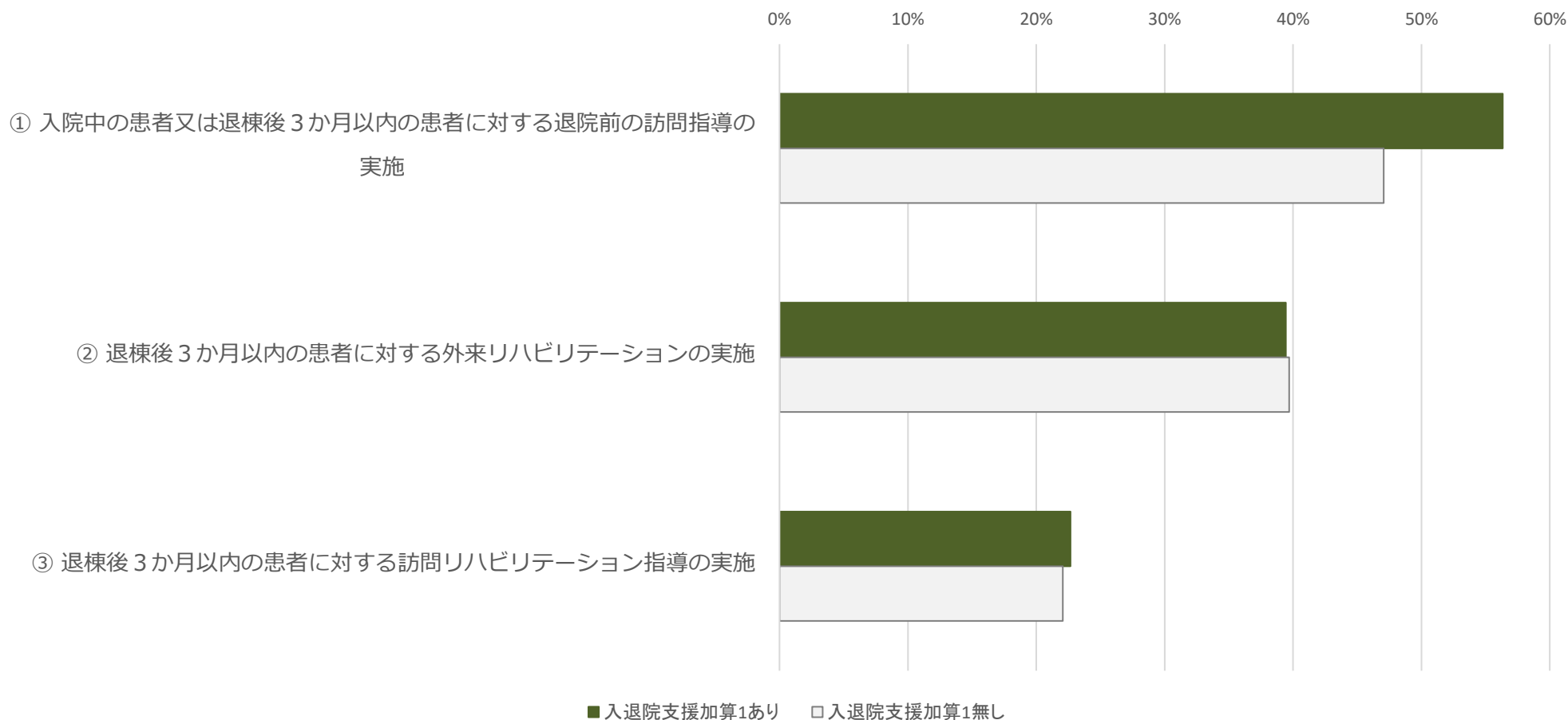
(病院数) 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合(n=785)



※退院前訪問指導: 入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

○ 回復期リハビリテーション病棟における入退院支援1の届出別の病棟専従のリハビリ専門職の退院後のフォローアップについて、入退院支援加算1を届出がある医療機関の方が、届出がない場合と比較して病棟専従のリハビリ専門職による退院前の訪問指導の実施があると回答した割合が高かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟における、入退院支援加算1届出別の病棟専従のリハビリ職による退院前後の指導・リハビリの実施状況



回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件

(回復期リハビリテーション病棟入院料について)

(1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、**ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟**であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。

(2)～(18) (略)

安静臥床が及ぼす全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

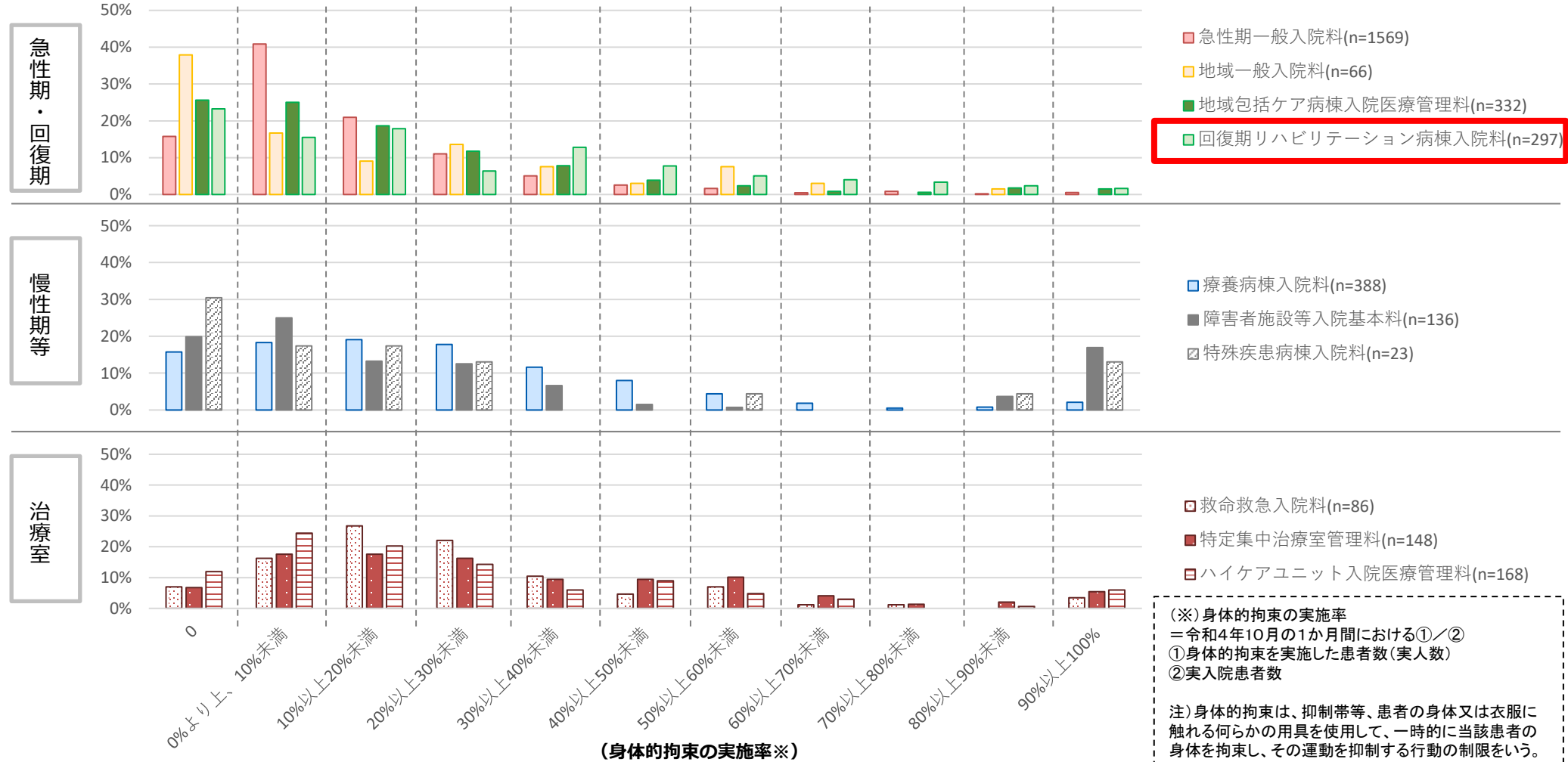
- 1) せん妄等

身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■ 入院料別の身体的拘束の実施率(※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)

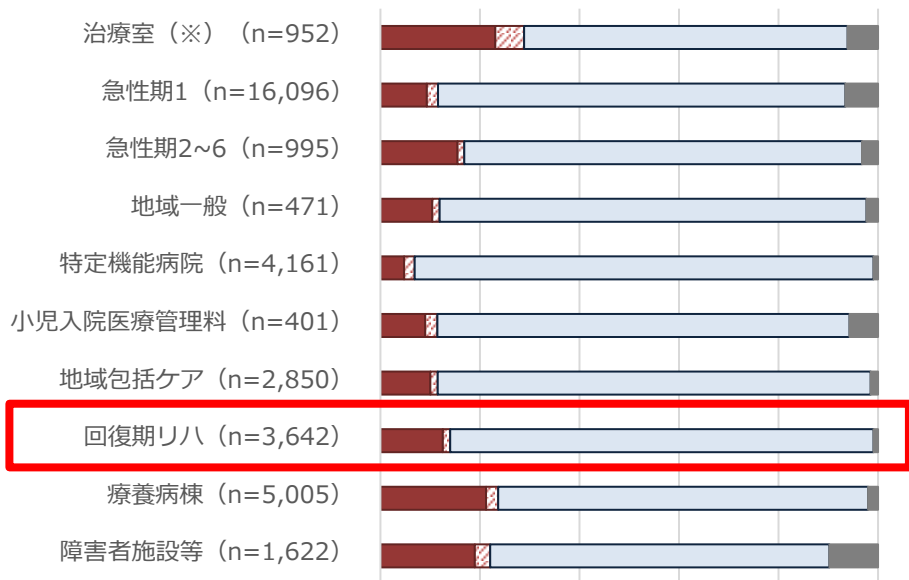


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



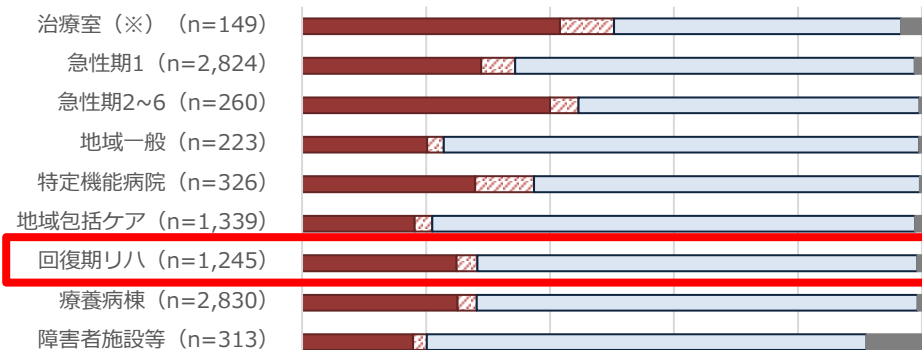
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

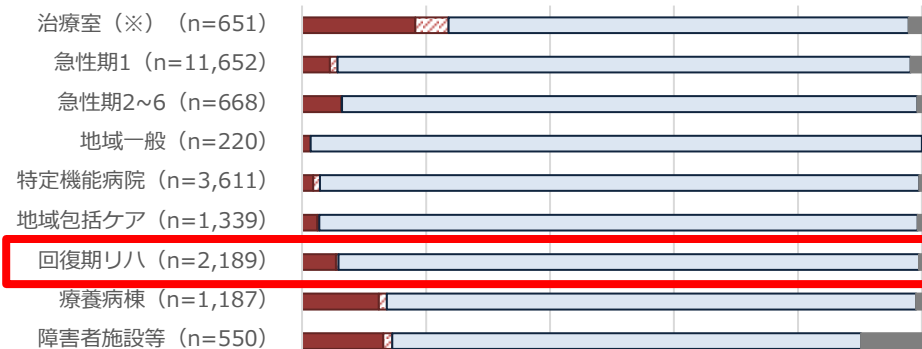
認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



認知症なしの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

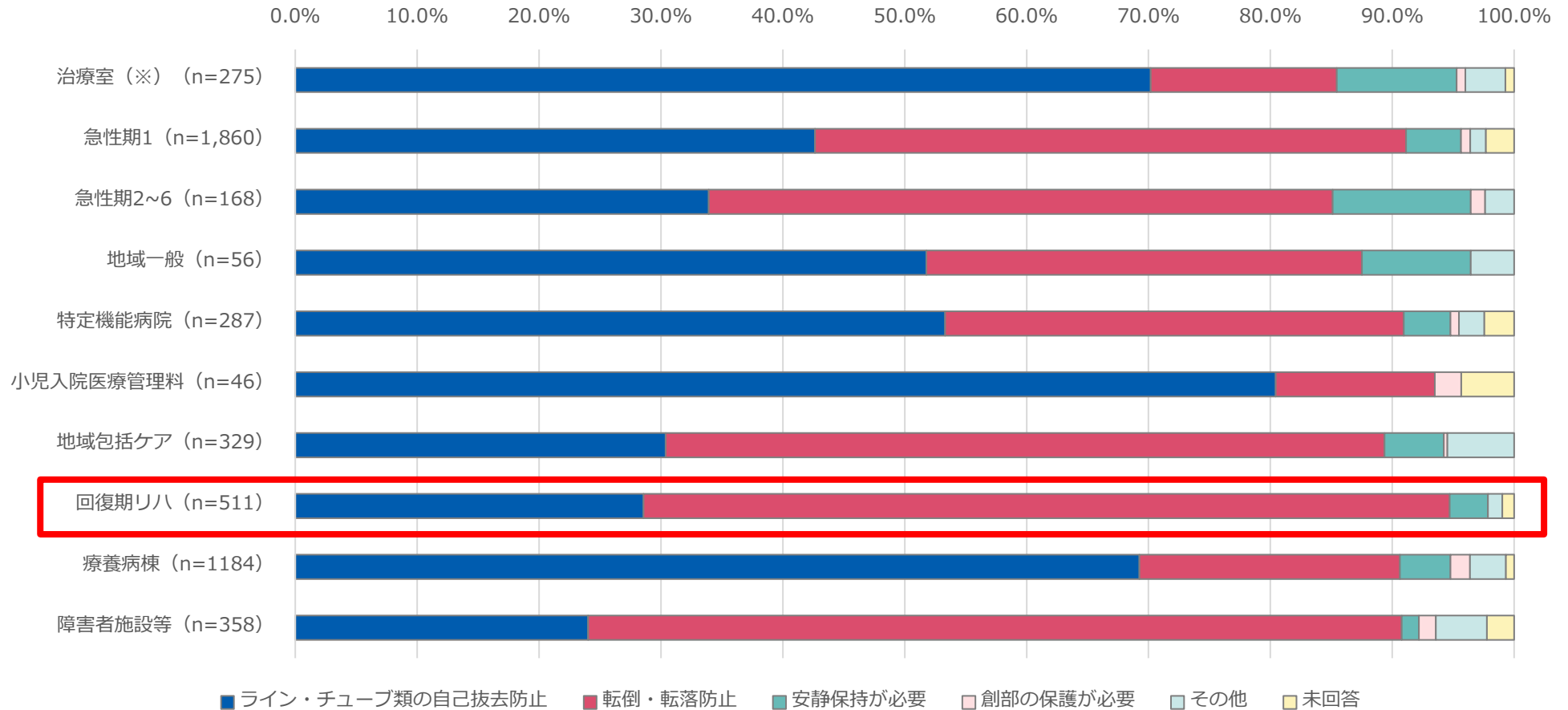


入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1
5. 7. 8 改

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



(※) 治療室は、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

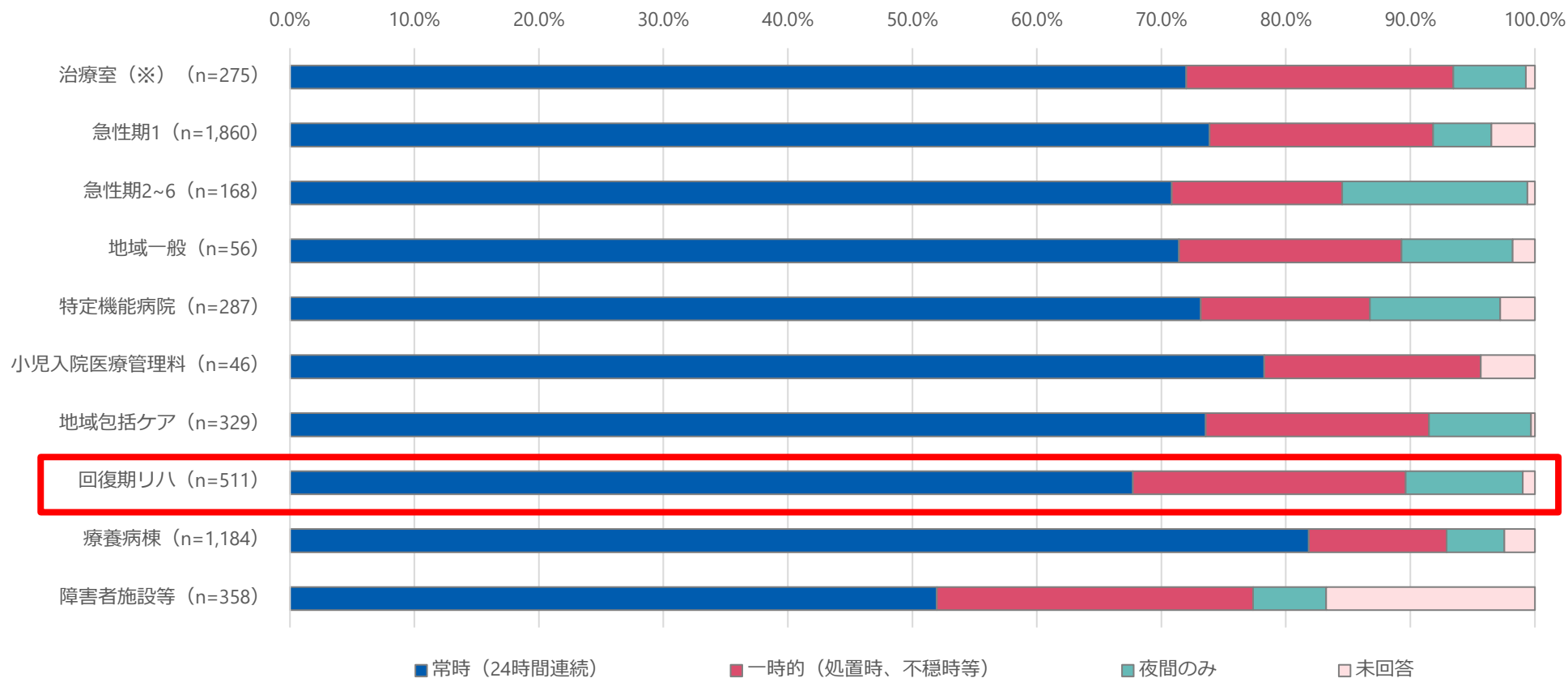
入院料別の拘束時間

診調組 入-1
5. 7. 8 改

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間 (調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る)

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



(※) 治療室は、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性①

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症である患者が多かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟の患者における身体的拘束の実施有無別の主傷病

基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=458)

調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=53)

身体的拘束の実施なし (n=3,099)

	主傷病	n数	割合
1	脳梗塞	39	8.5%
2	心原性脳塞栓症	37	8.1%
3	大腿骨頸部骨折	34	7.4%
4	大腿骨転子部骨折	30	6.6%
5	アテローム血栓性脳梗塞	24	5.2%
6	視床出血	23	5.0%
7	廃用症候群	22	4.8%
8	脳皮質下出血	17	3.7%
9	被殻出血	16	3.5%
10	脳出血	13	2.8%

	主傷病	n数	割合
	脳梗塞	7	13.2%
	大腿骨転子部骨折	6	11.3%
	腰椎圧迫骨折	4	7.5%
	廃用症候群	4	7.5%
	心原性脳塞栓症	4	7.5%
	脳出血	3	5.7%
	大腿骨頸部骨折	3	5.7%
	脱水症	3	5.7%
	被殻出血	2	3.8%
	外傷性慢性硬膜下血腫	2	3.8%

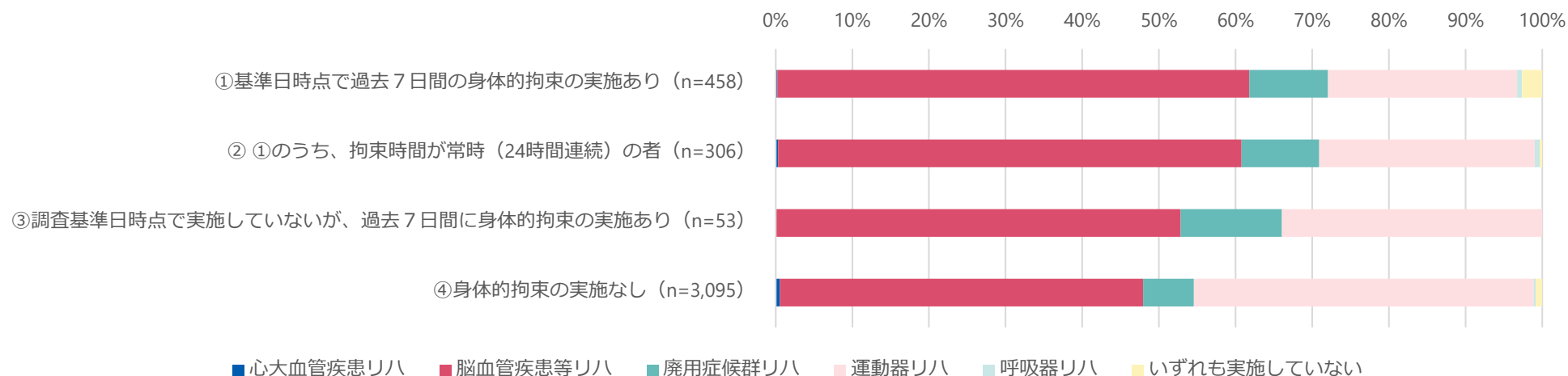
	主傷病	n数	割合
	大腿骨転子部骨折	246	7.9%
	大腿骨頸部骨折	231	7.5%
	脳梗塞	187	6.0%
	アテローム血栓性脳梗塞	187	6.0%
	腰椎圧迫骨折	125	4.0%
	心原性脳塞栓症	118	3.8%
	廃用症候群	89	2.9%
	視床出血	83	2.7%
	被殻出血	75	2.4%
	ラクナ梗塞	62	2.0%

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
- 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約6単位実施されていた。

■ 身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



■ 身体的拘束の実施有無別、1日あたりのリハビリテーション実施単位数 (未回答を除く)

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
① 基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
② ①のうち、拘束時間が常時(24時間連続)の者 (n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④ 身体的拘束の実施なし (n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

算定要件

(4) 身体的拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合には、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進

地域ケア会議への参画等



自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上を目指す

訪問・通所介護職員等への助言

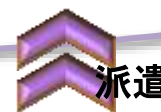


介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問介護における自立支援に資する取組を促進

住民運営の通いの場への支援



介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援



地域包括支援センター



医療機関・
介護サービス事業所等

連携

リハビリテーションに関連する専門職等



企画調整を
連携し実施

郡市区等医師会等
関係団体



市町村

市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

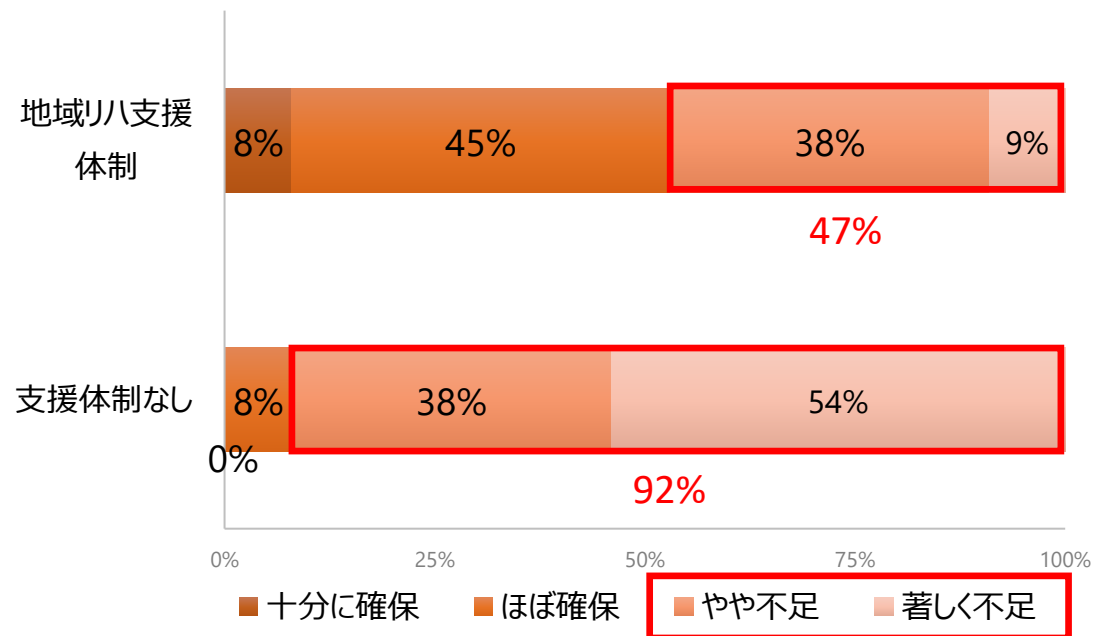
- 地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
- 総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数(市町村)	1,292	449	1,741
割合[%]	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業、全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

○ 回復期リハ病棟を有する施設の地域貢献活動の状況は以下のとおり。実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

施設として実施している又は関与している取り組みについて（令和5年6月1日時点）	地域ケア会議への参加	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	住民主体の通いの場への支援	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	上記のいずれも実施又は関与していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=265)	61.5%	49.4%	42.3%	51.3%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=59)	52.5%	30.5%	27.1%	39.0%	30.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=88)	55.7%	33.0%	36.4%	45.5%	20.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=10)	50.0%	0.0%	30.0%	10.0%	40.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=13)	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	53.8%

上記取り組みに派遣している職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=223)	35.4%	3.1%	10.3%	51.6%	79.8%	59.2%	39.0%	23.3%	6.3%	27.8%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=38)	26.3%	0.0%	7.9%	50.0%	81.6%	71.1%	34.2%	23.7%	7.9%	42.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=68)	38.2%	1.5%	5.9%	41.2%	85.3%	52.9%	27.9%	27.9%	2.9%	26.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=6)	50.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=6)	33.3%	0.0%	16.7%	66.7%	83.3%	50.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 横断的個別事項について

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟 入院基本料1	療養病棟 入院基本料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の <u>75</u> /100を算定

* : 生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3： 23点以上
ADL区分2： 11点以上～23点未満
ADL区分1： 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
C 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

療養病棟入院基本料の包括範囲について

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

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

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

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

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

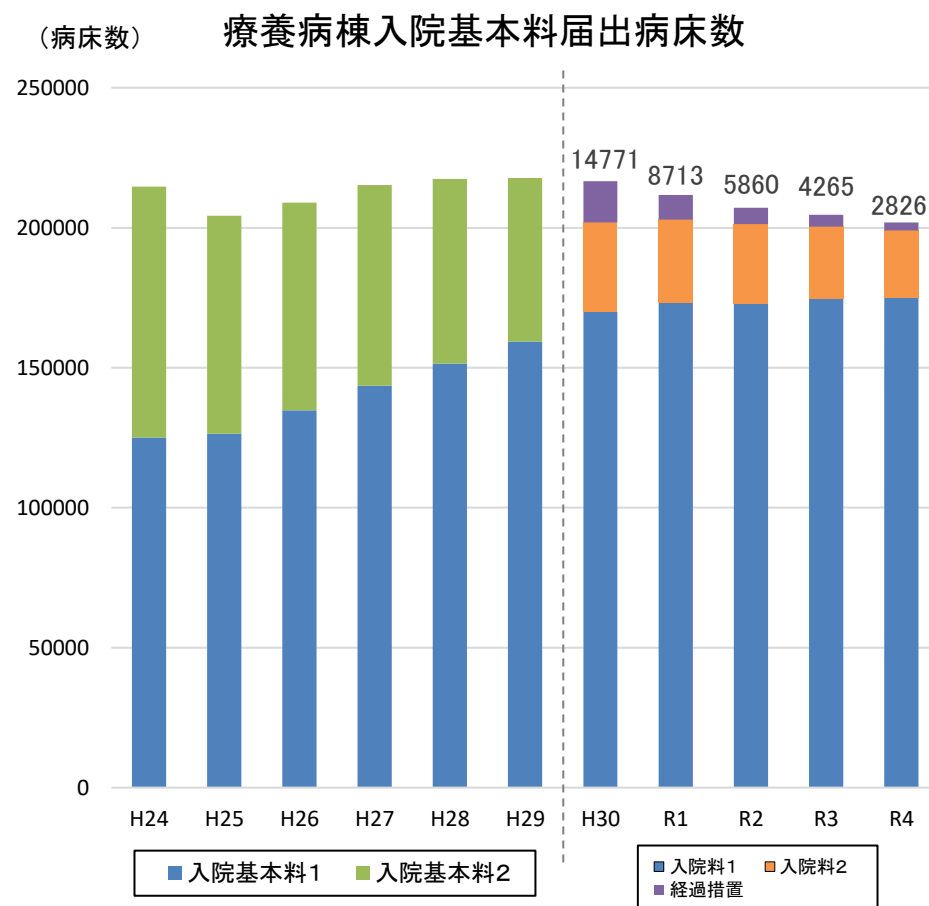
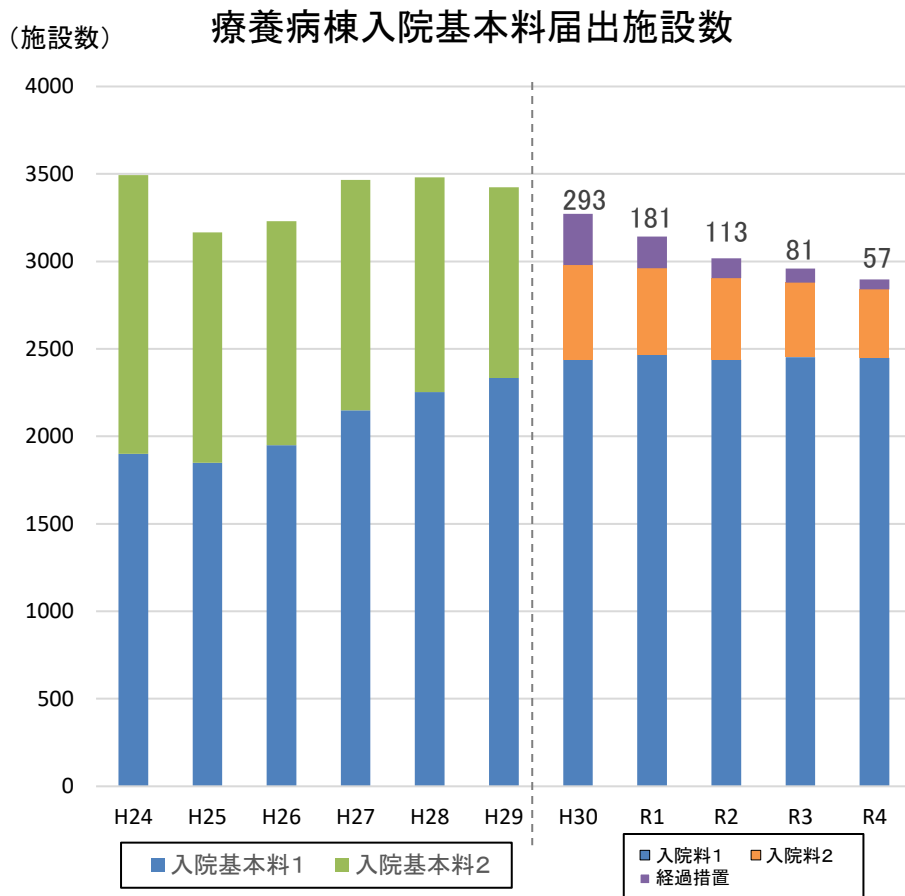
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> ・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> ・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点 ・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止。
平成16年	<ul style="list-style-type: none"> ・大きな変更なし
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点 ※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き ・「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする等医療区分の評価項目を見直し。
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。 ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点 ・入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とした。

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ・消費税の増税に伴い評価を見直し。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料2について、医療区分に関する要件を追加。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点 ・医療区分のうち、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直し。
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～800点 療養病棟入院基本料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～735点 ・25:1、30:1看護職員配置を経過措置として再編。 (注11に規定する経過措置)看護職員配置25:1で20:1を満たさない 又は 医療区分2・3の患者割合5割以上を満たさない場合 療養病棟入院料2の90/100に相当する点数 (注12に規定する経過措置)看護職員配置30:1で25:1を満たさない場合 療養病棟入院料2の80/100に相当する点数 ・療養病棟入院基本料(200床未満を除く。)について、データ提出を入院料の算定要件化。
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ・注11に規定する経過措置評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の85/100に相当する点数 ・上記注12に規定する経過措置を令和2年3月31日限りで終了。 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化。 ・データ提出加算が要件となる入院料を、療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大。
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置について、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の75/100に相当する点数 ・中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直し。

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院料経過措置（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和4年7月1日時点で57施設、2,826床であった。



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）

※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く ※H30-R1の経過措置1・2は合算

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

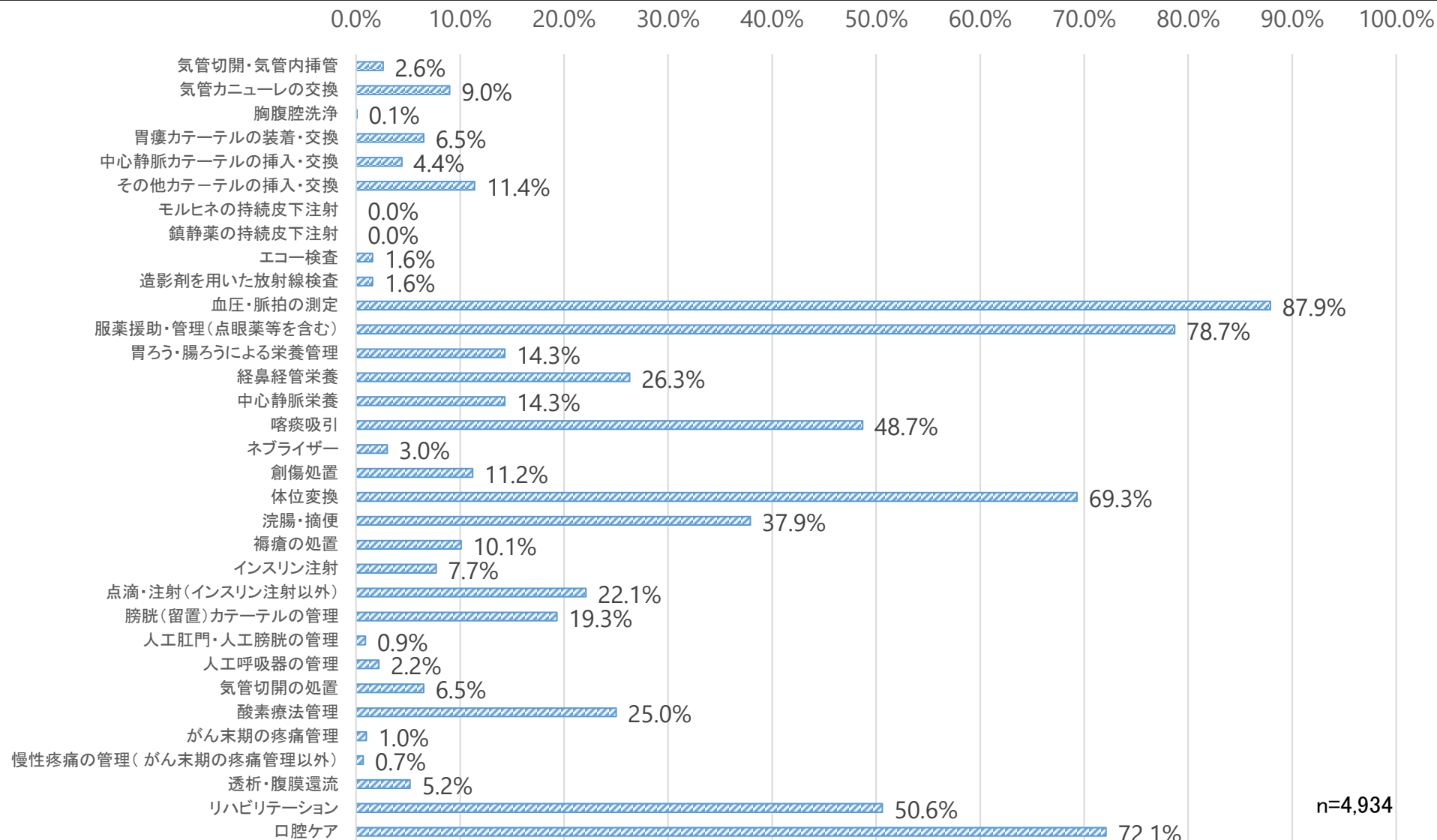
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療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

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては**令和5年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては**令和6年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

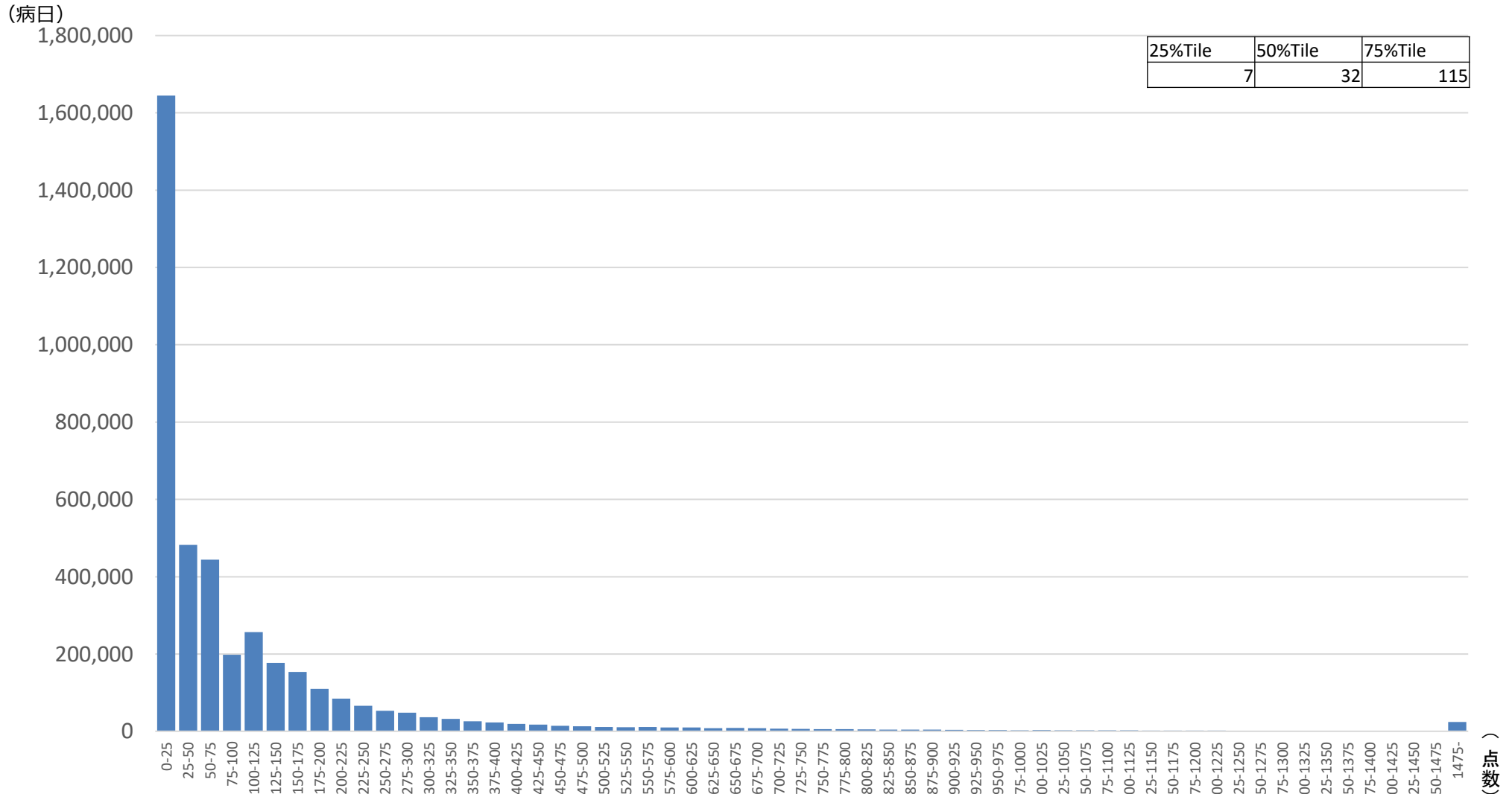
療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



医療区分1に係る医療資源投入量

○ 医療区分1(療養病棟入院基本料G・H・I)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



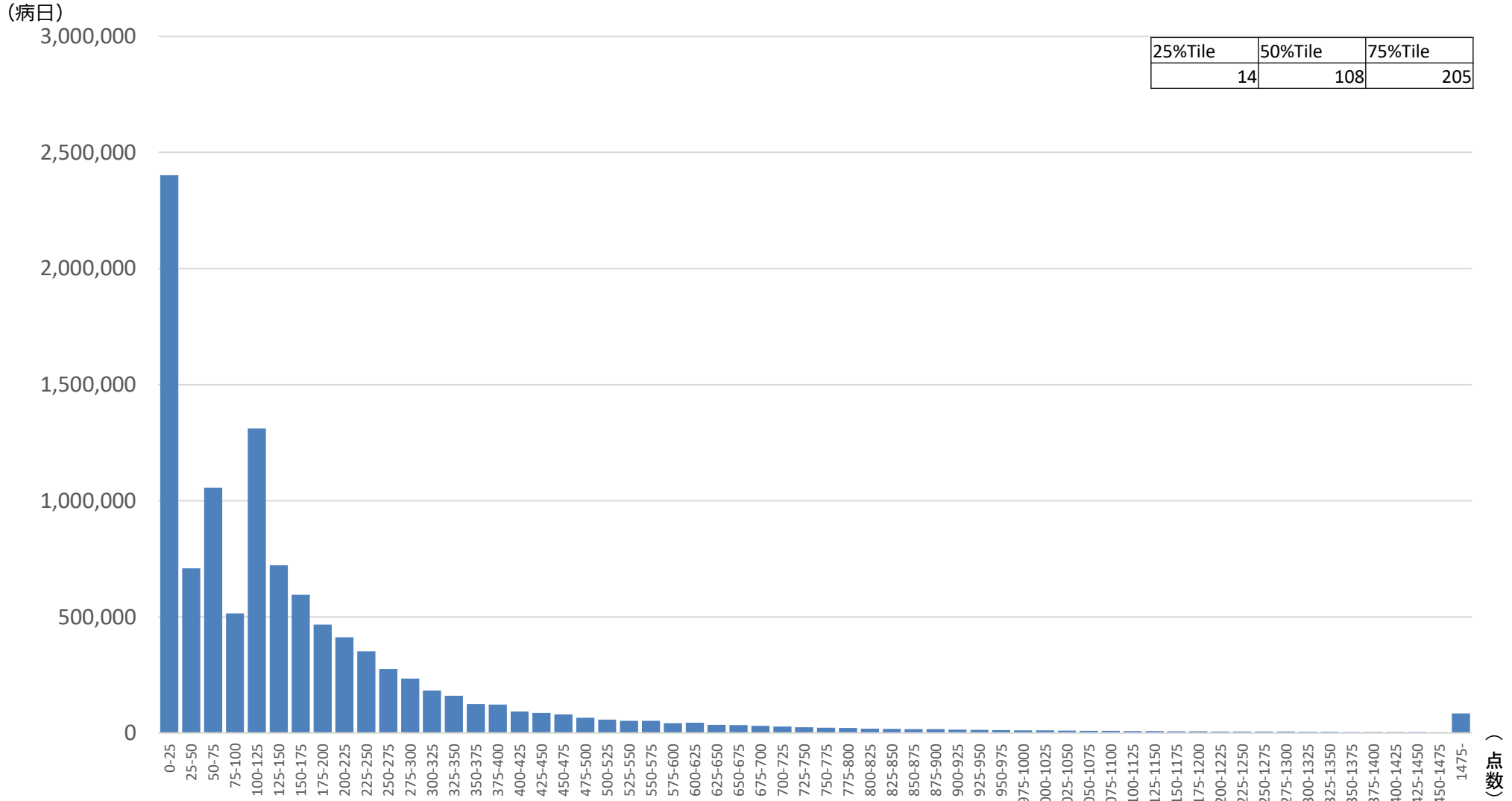
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード(入院料に包括される診療項目)を使用。

医療区分2に係る医療資源投入量

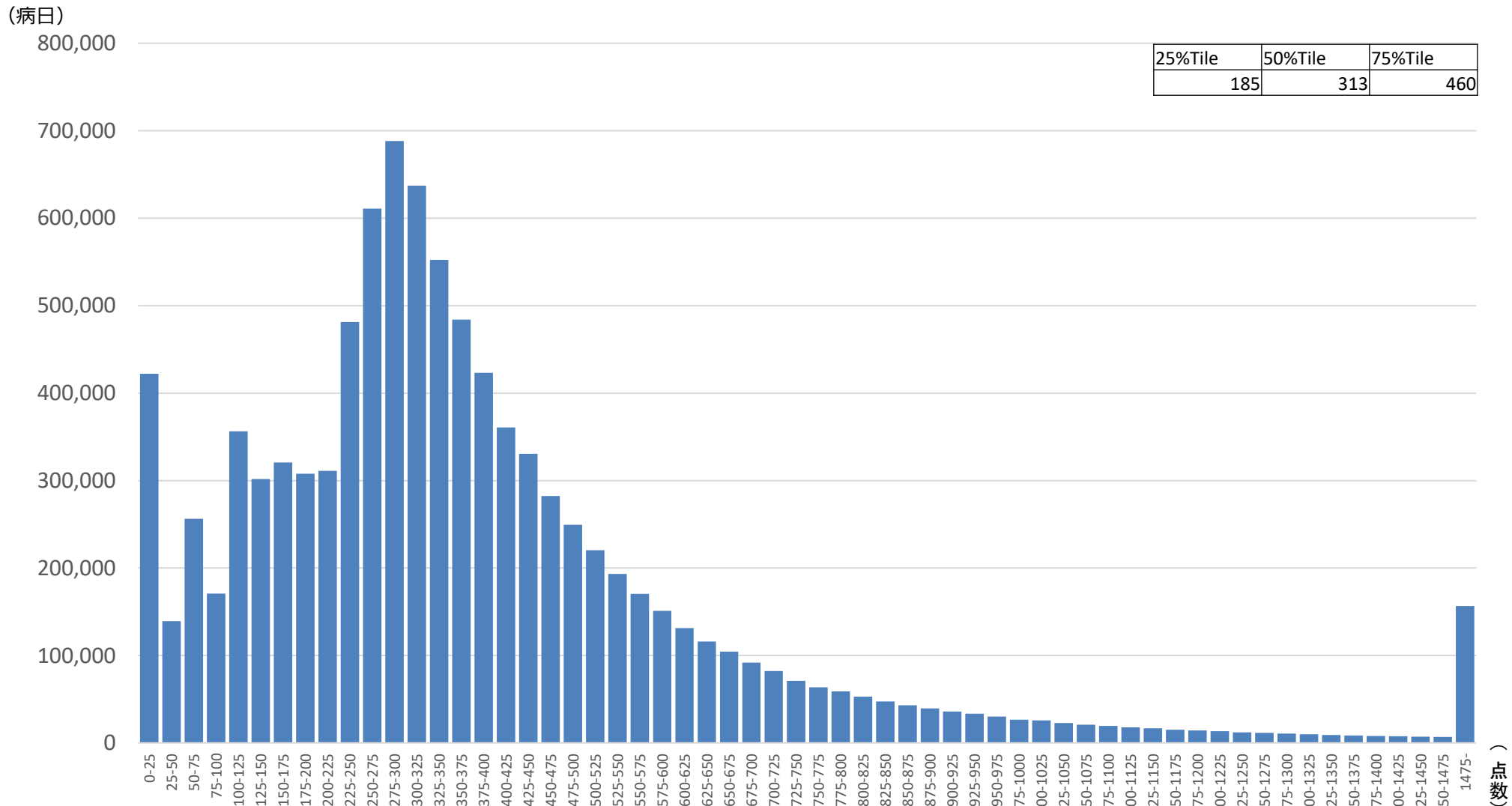
○ 医療区分2(療養病棟入院基本料D・E・F)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3に係る医療資源投入量

○ 医療区分3(療養病棟入院基本料A・B・C)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

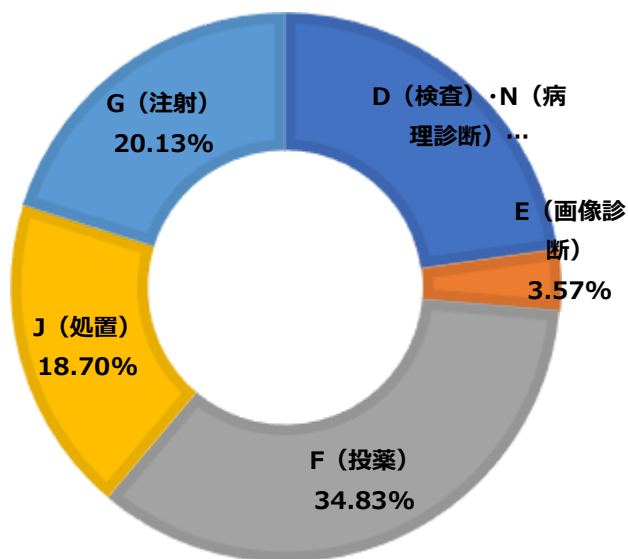
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

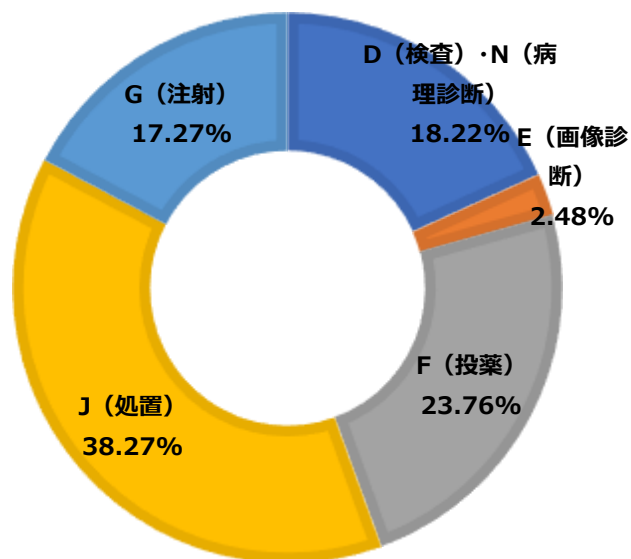
医療区分毎の医療資源投入量の内訳

○ 医療区分1・2・3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

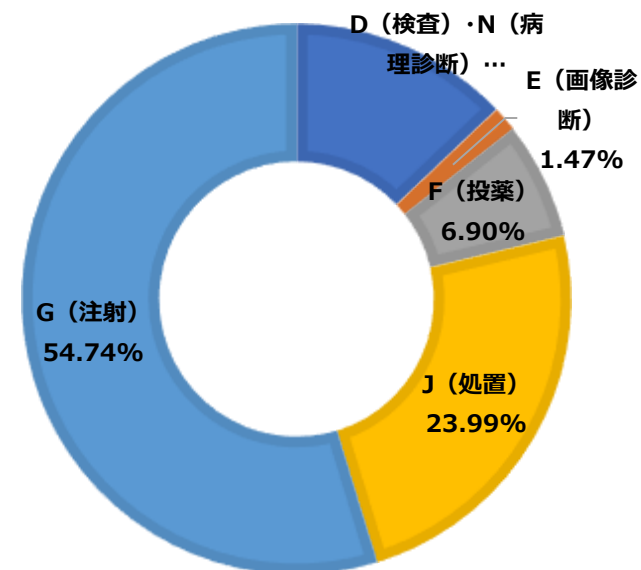
現行の医療区分 1 における割合



現行の医療区分 2 における割合



現行の医療区分 3 における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3

【対象となる疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

【対象となる処置等】

- ・中心静脈注射を実施している状態 ・二十四時間持続して点滴を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）
- ・感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

医療区分2

【対象となる疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー症
- ・多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）
- ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）
- ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）
- ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
- ・他者に対する暴行が毎日認められる状態

【対象となる処置等】

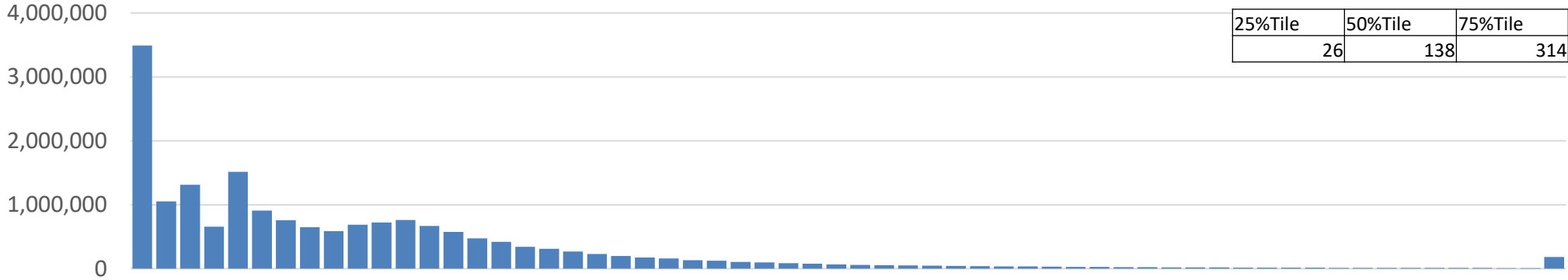
- ・肺炎に対する治療を実施している状態 ・尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
- ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態 ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
- ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 ・せん妄に対する治療を実施している状態
- ・うつ症状に対する治療を実施している状態 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） ・頻回の血糖検査を実施している状態
- ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を実施している状態
- ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量

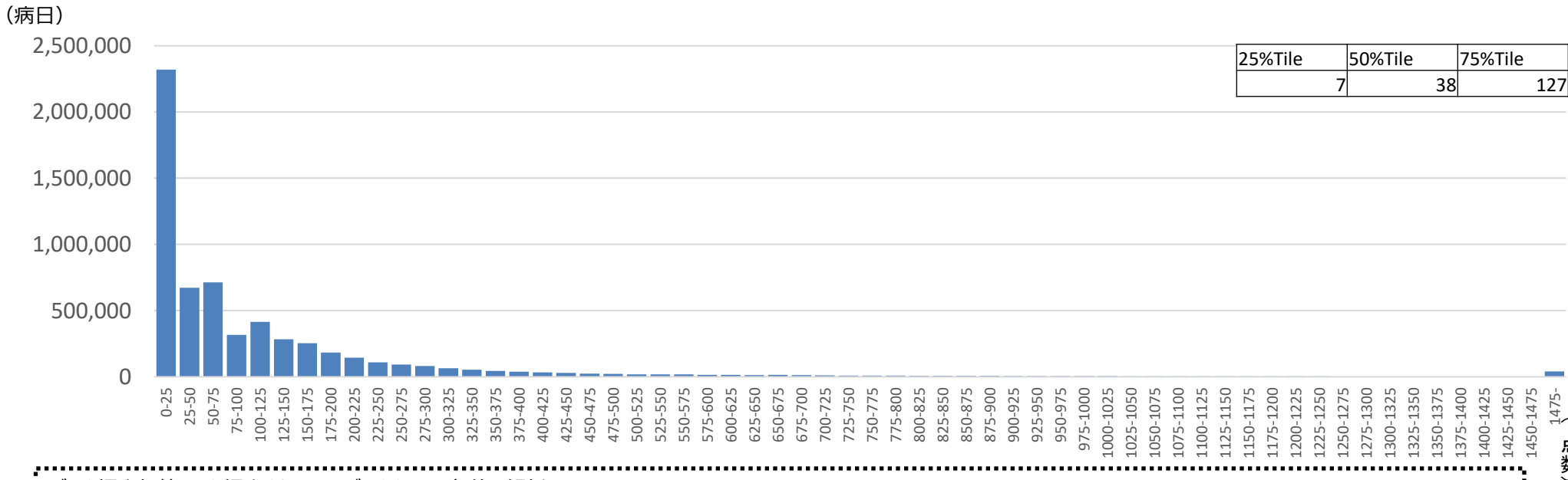
診調組 入-1
5. 8. 10

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

(病日) 疾患・状態としての医療区分1



処置等としての医療区分1



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

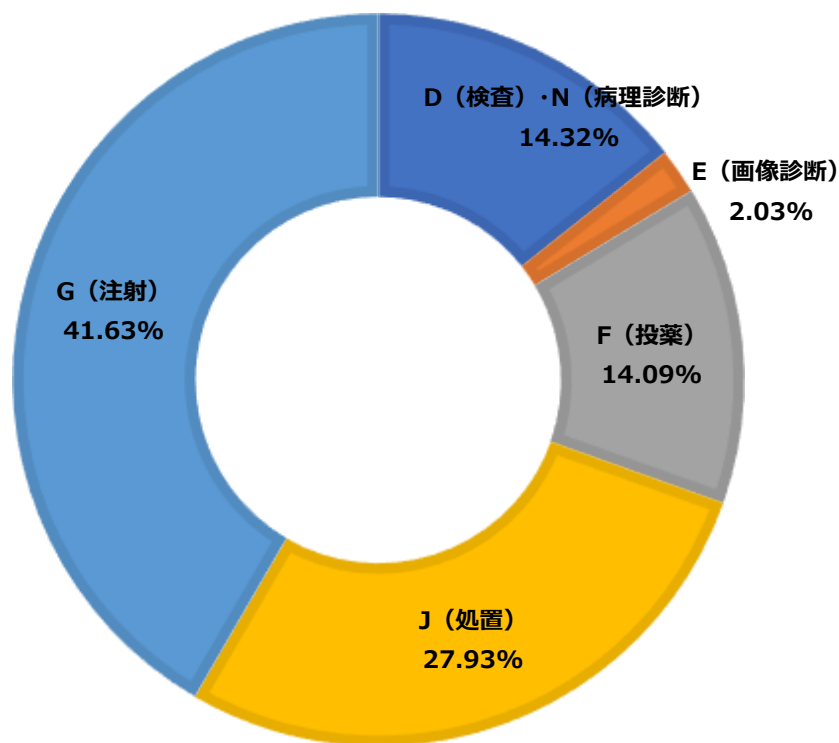
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

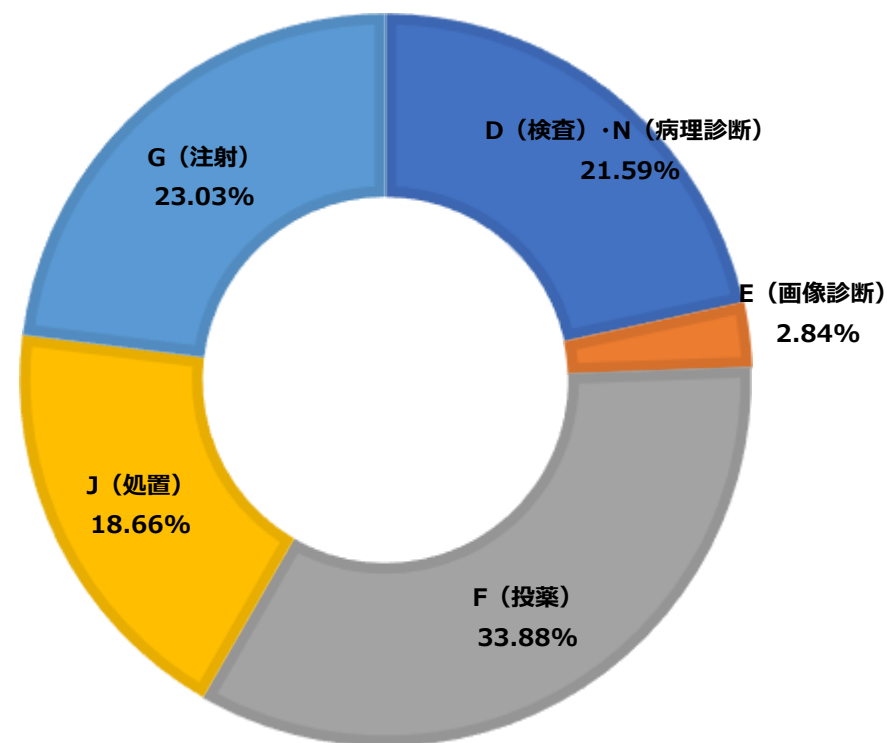
医療区分 1 に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分 1 全体における割合



処置の医療区分 1 全体における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

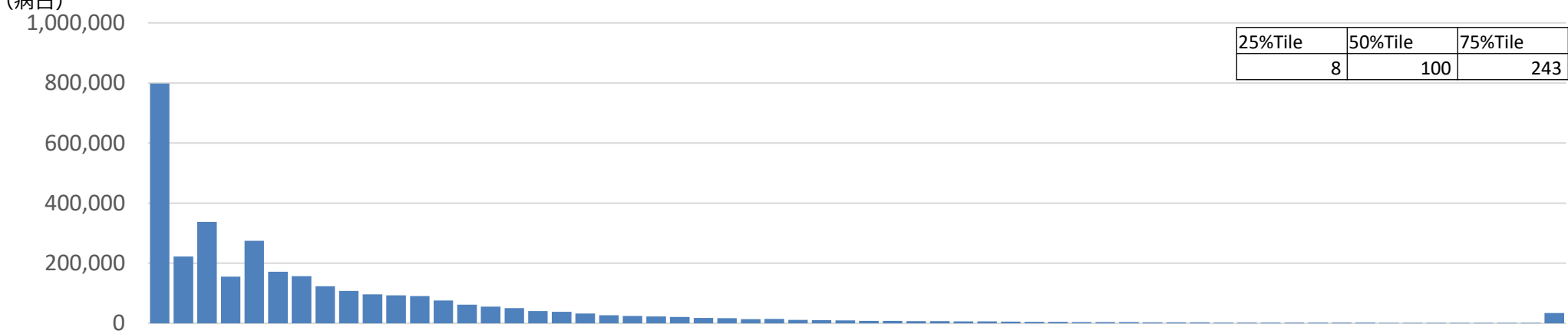
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

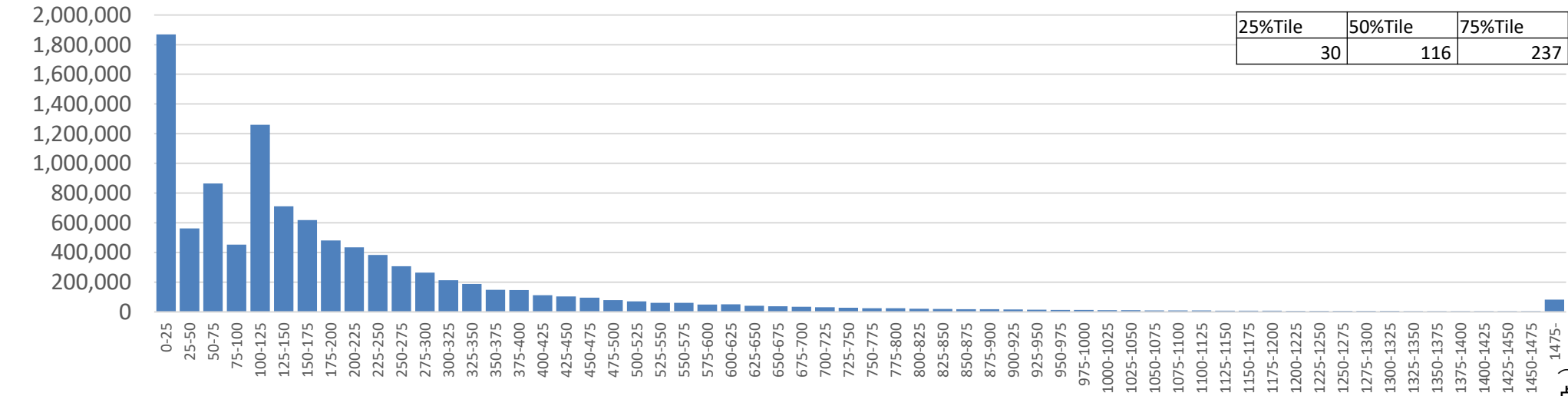
疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

疾患・状態としての医療区分2



処置等としての医療区分2



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

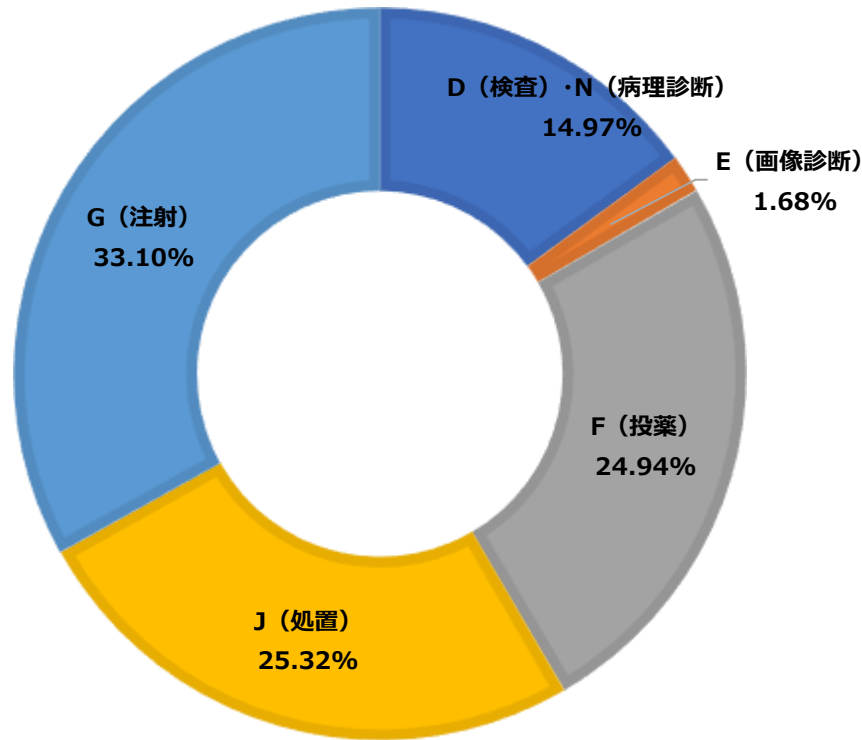
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

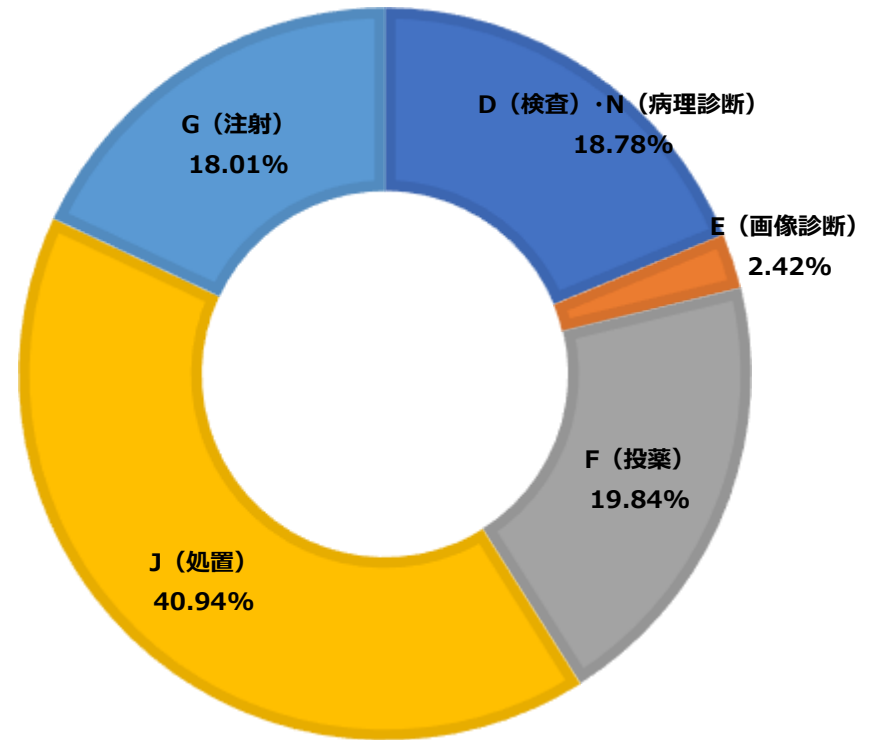
医療区分2に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分2全体における割合



処置の医療区分2全体における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

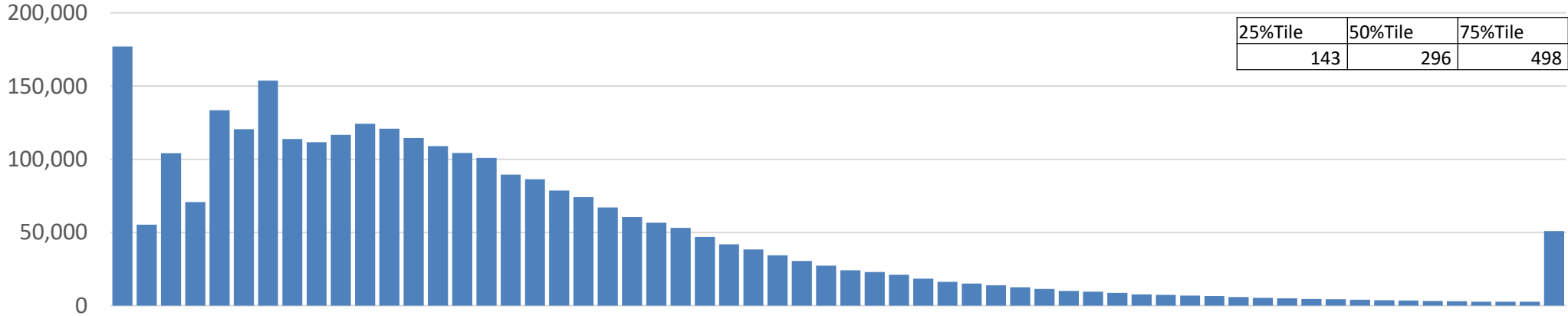
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

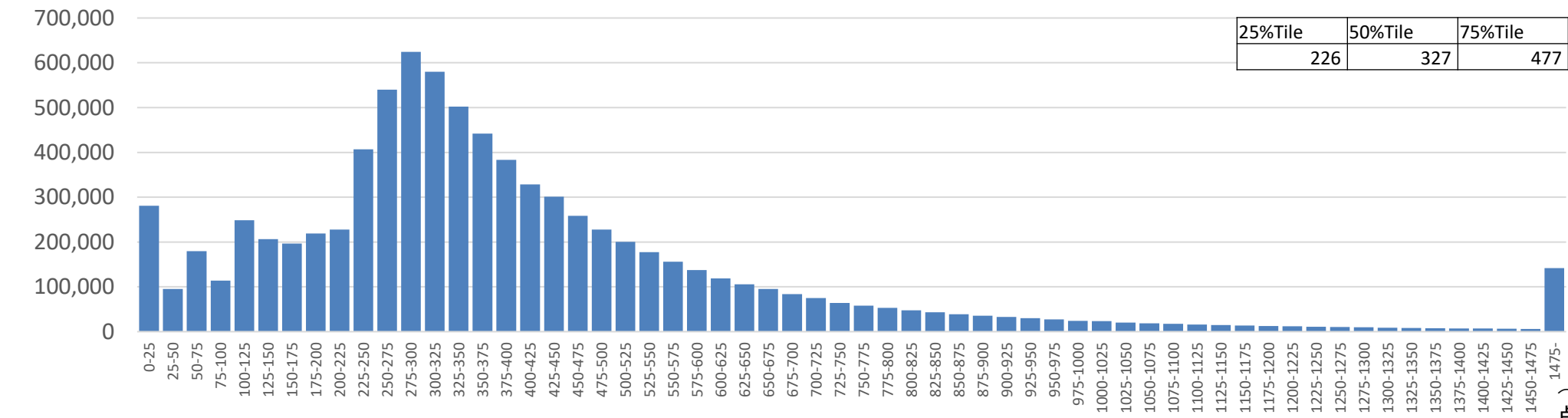
疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

(病日) 疾患・状態としての医療区分3



(病日) 処置等としての医療区分3



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

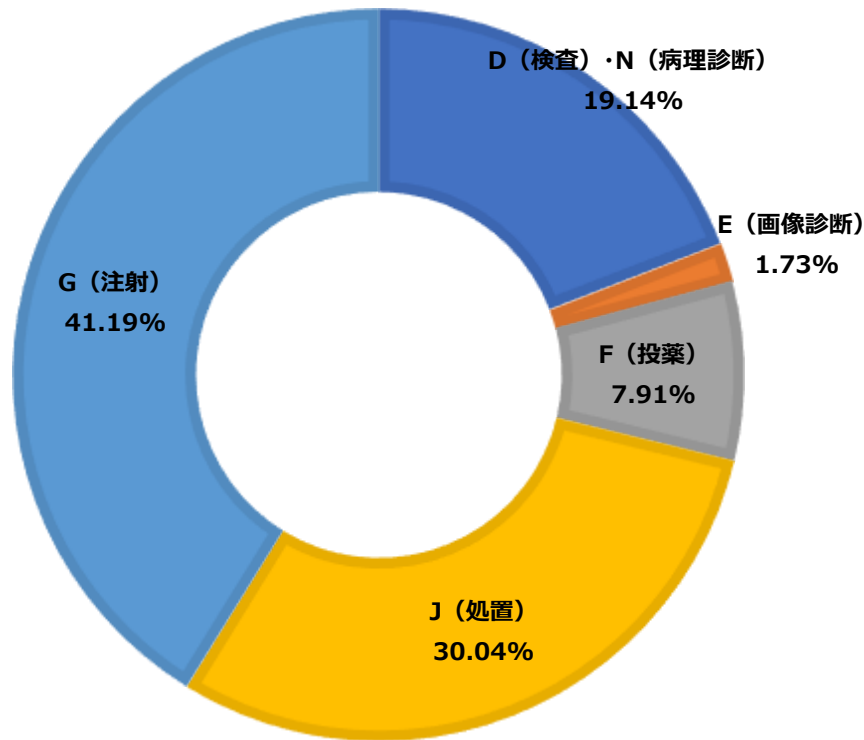
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

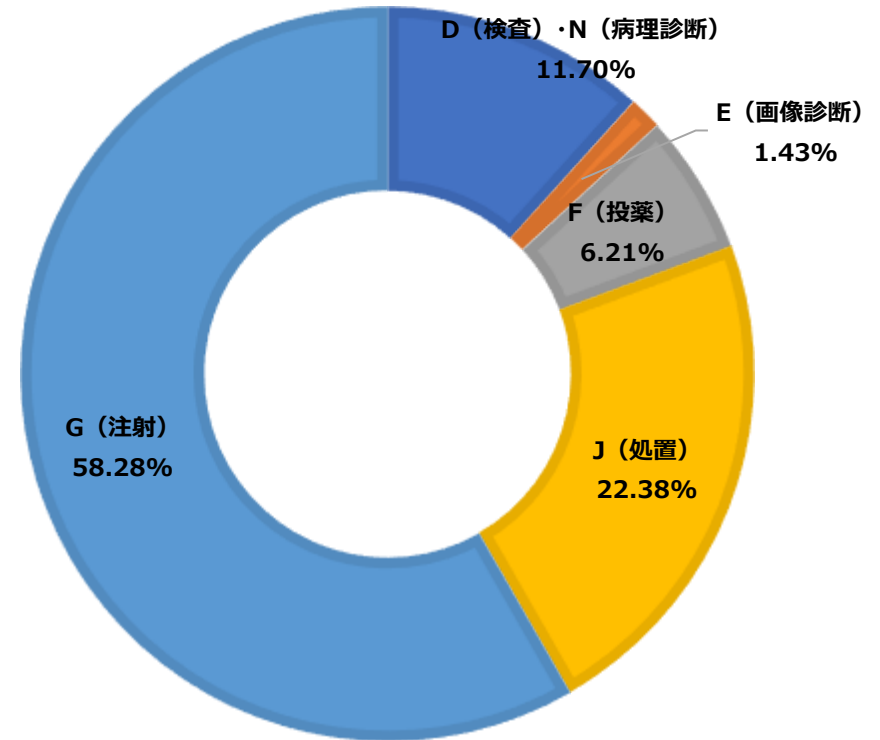
医療区分3に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分3全体における割合



処置の医療区分3全体における割合



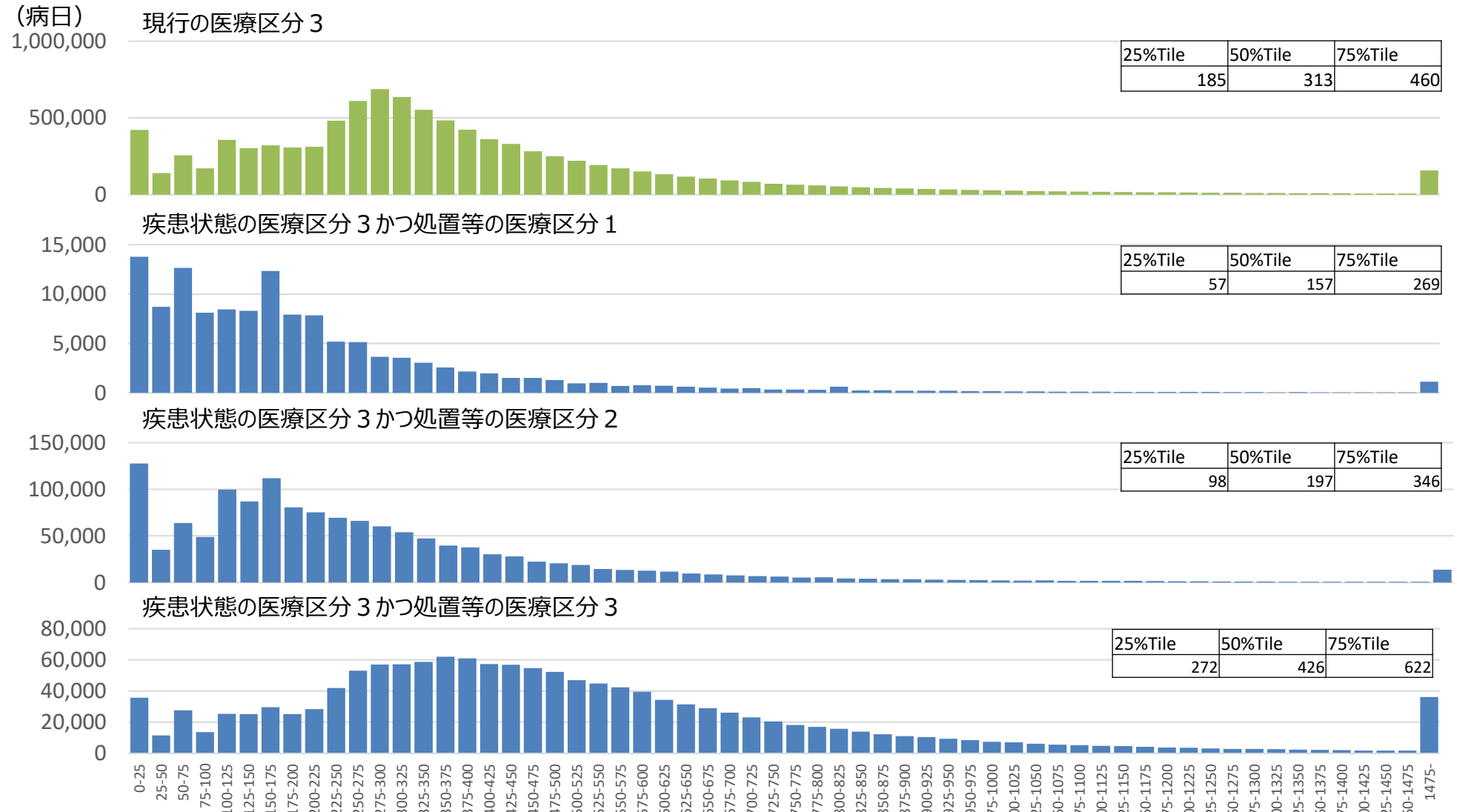
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせ①

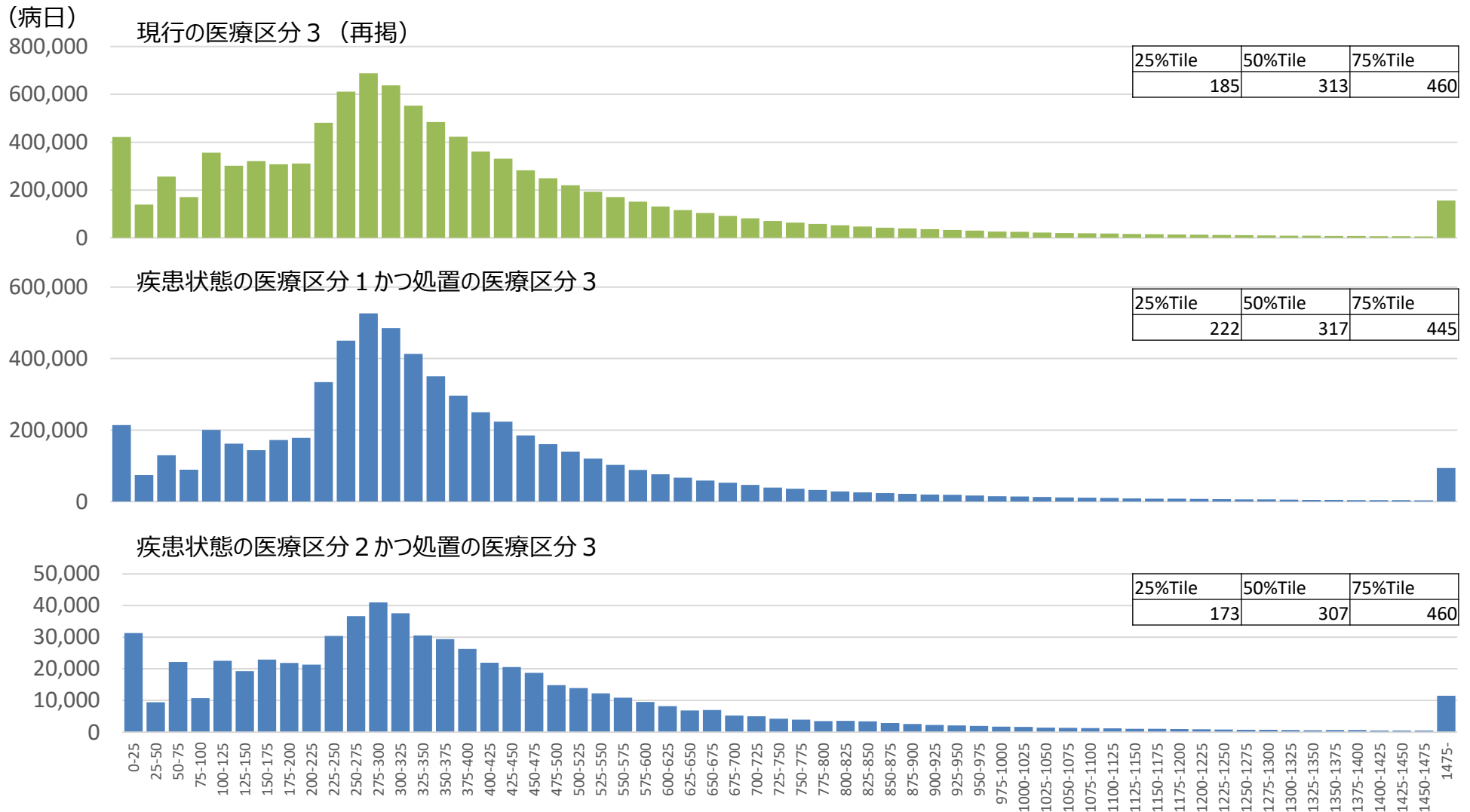
○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせ②

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

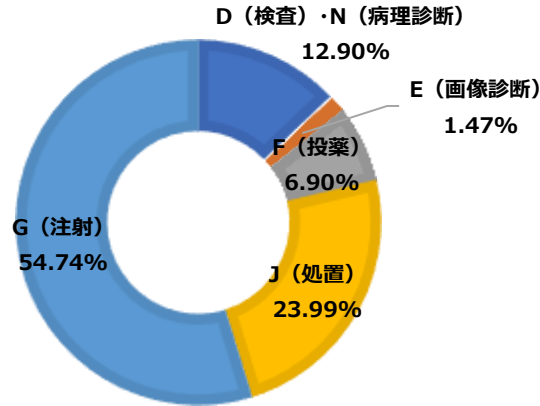
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

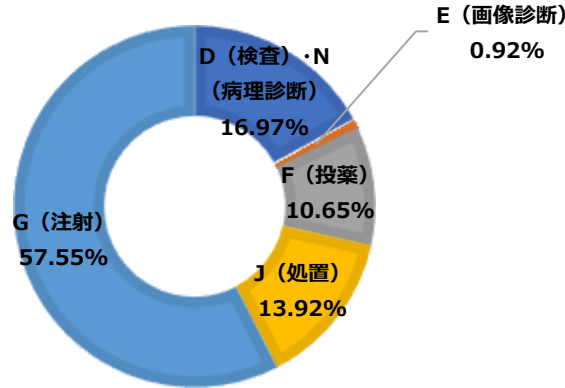
医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせの内訳

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

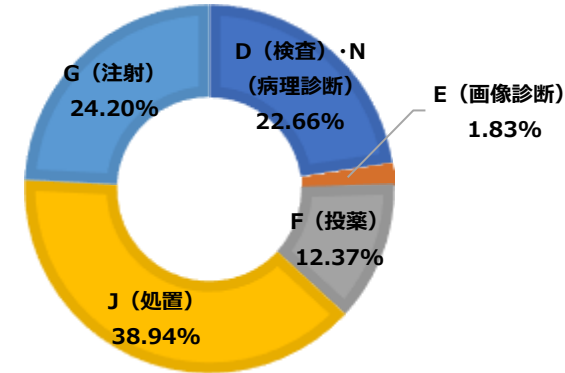
現行の医療区分3全体における割合（再掲）



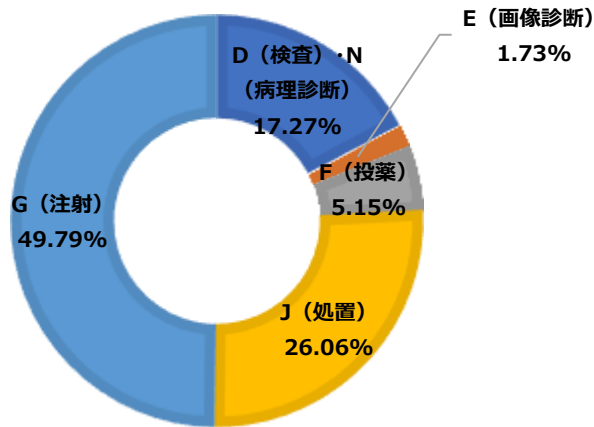
【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分1全体における割合



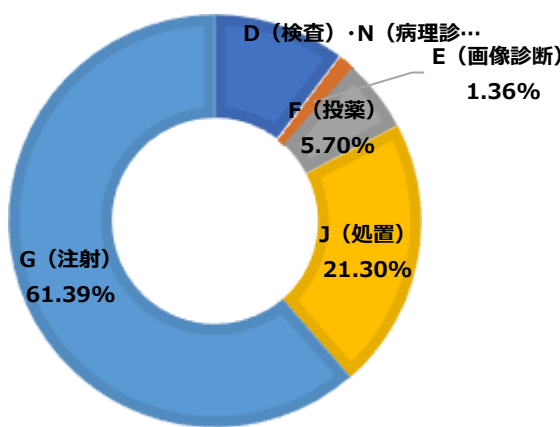
【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分2全体における割合



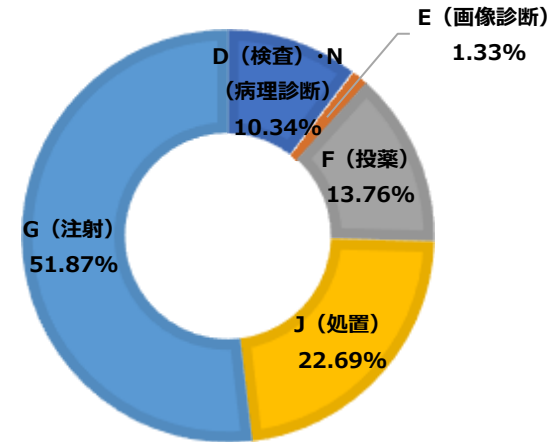
【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分3全体における割合



【疾患状態】医療区分1かつ【処置】医療区分3全体における割合



【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分3全体における割合



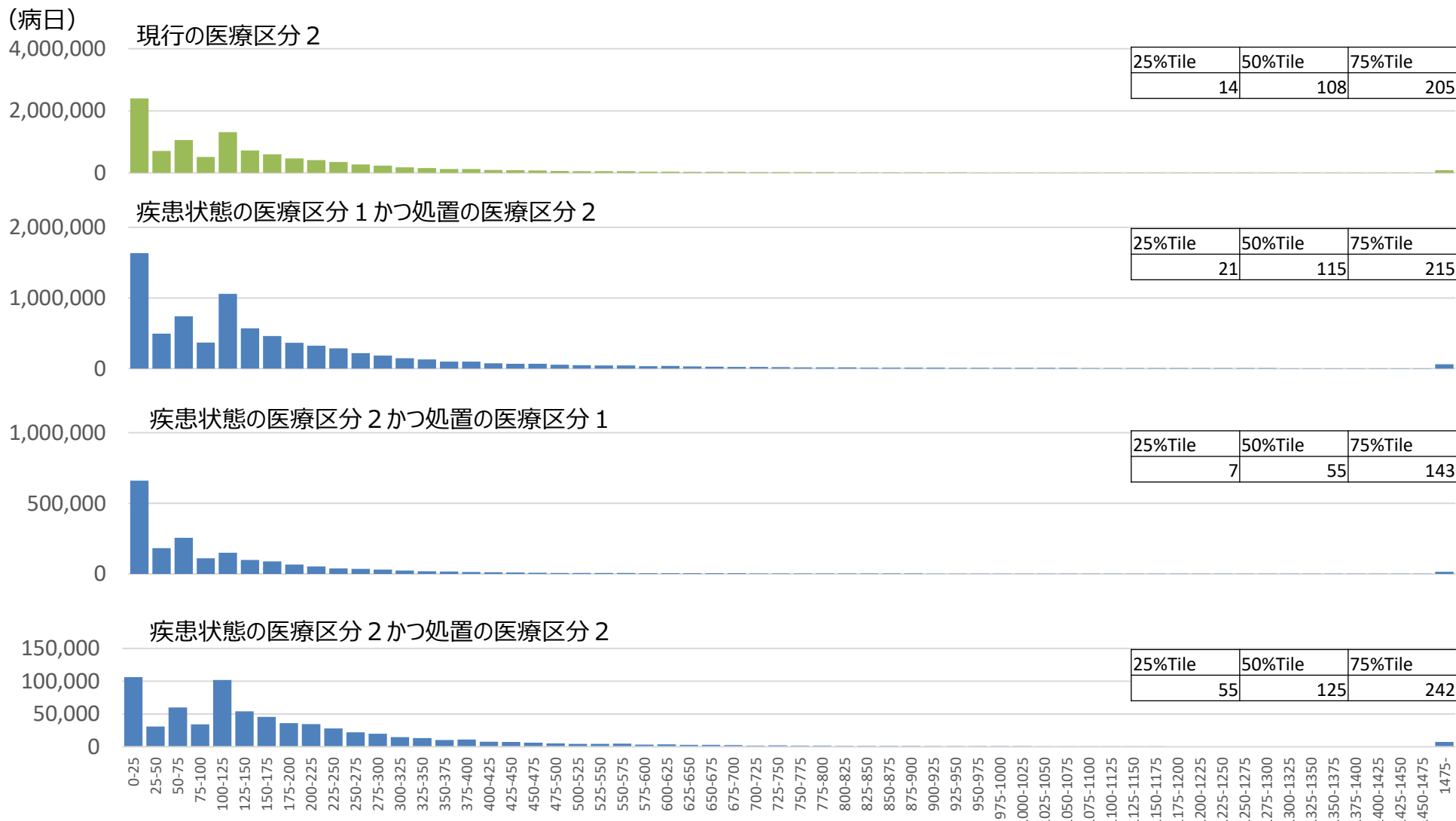
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分2と疾患・状態と処置等の組み合わせ

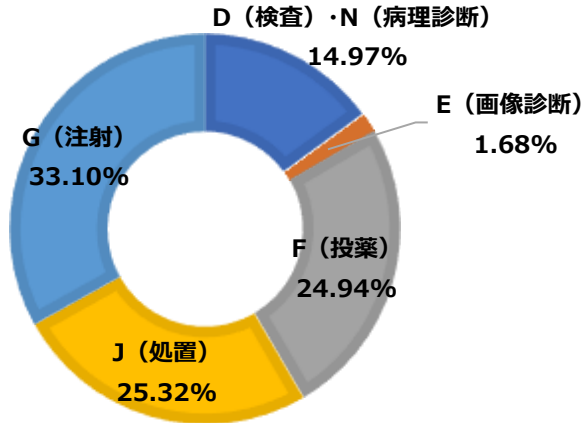
○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



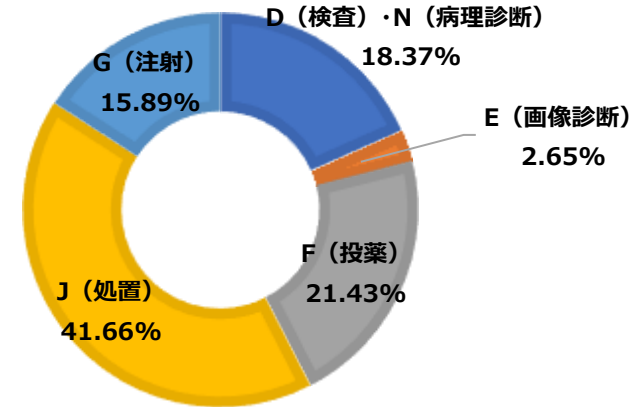
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

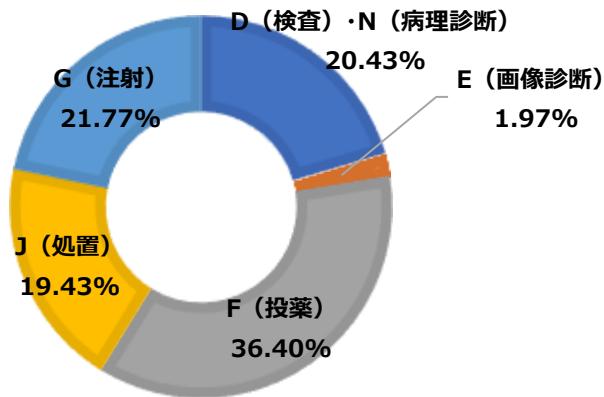
疾患・状態の医療区分2全体における割合



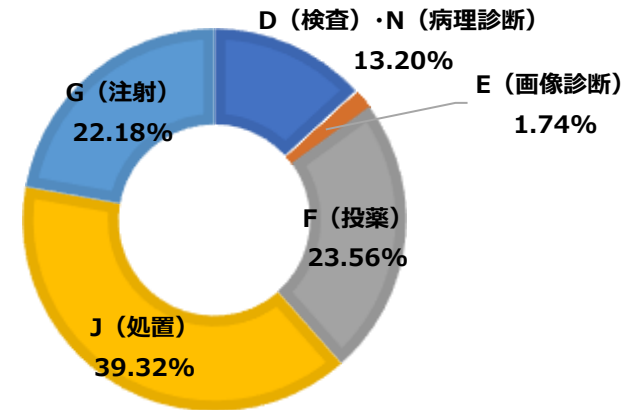
【疾患状態】医療区分1かつ【処置】医療区分2全体における割合



【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分1全体における割合



【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分2全体における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

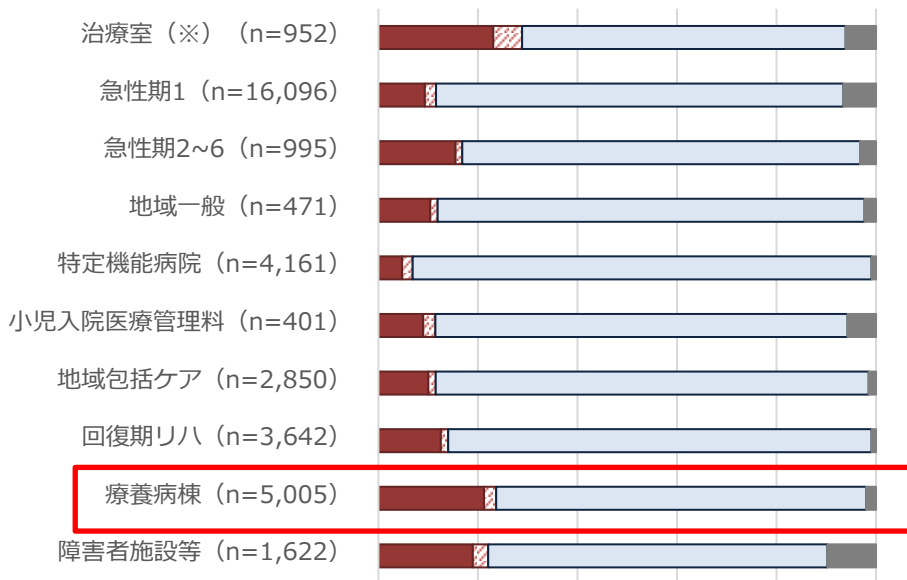
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



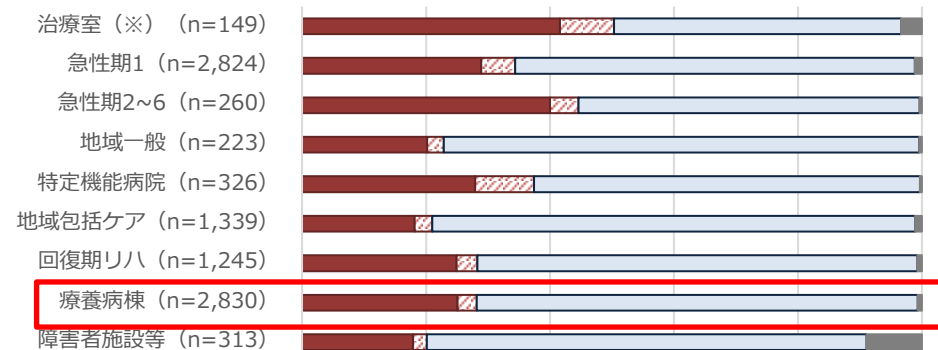
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

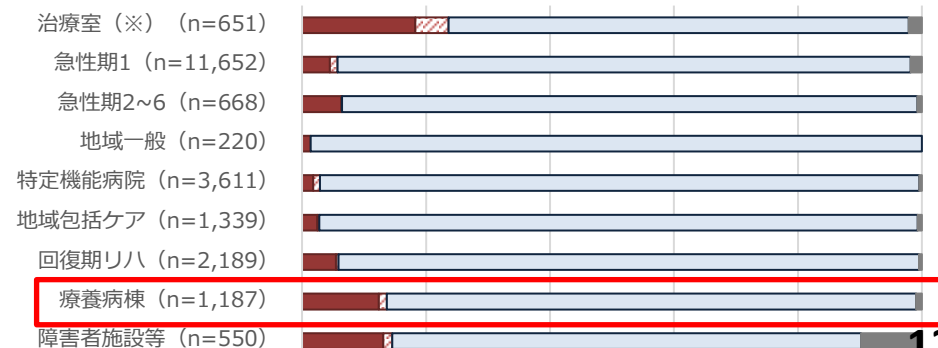
認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



認知症なしの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

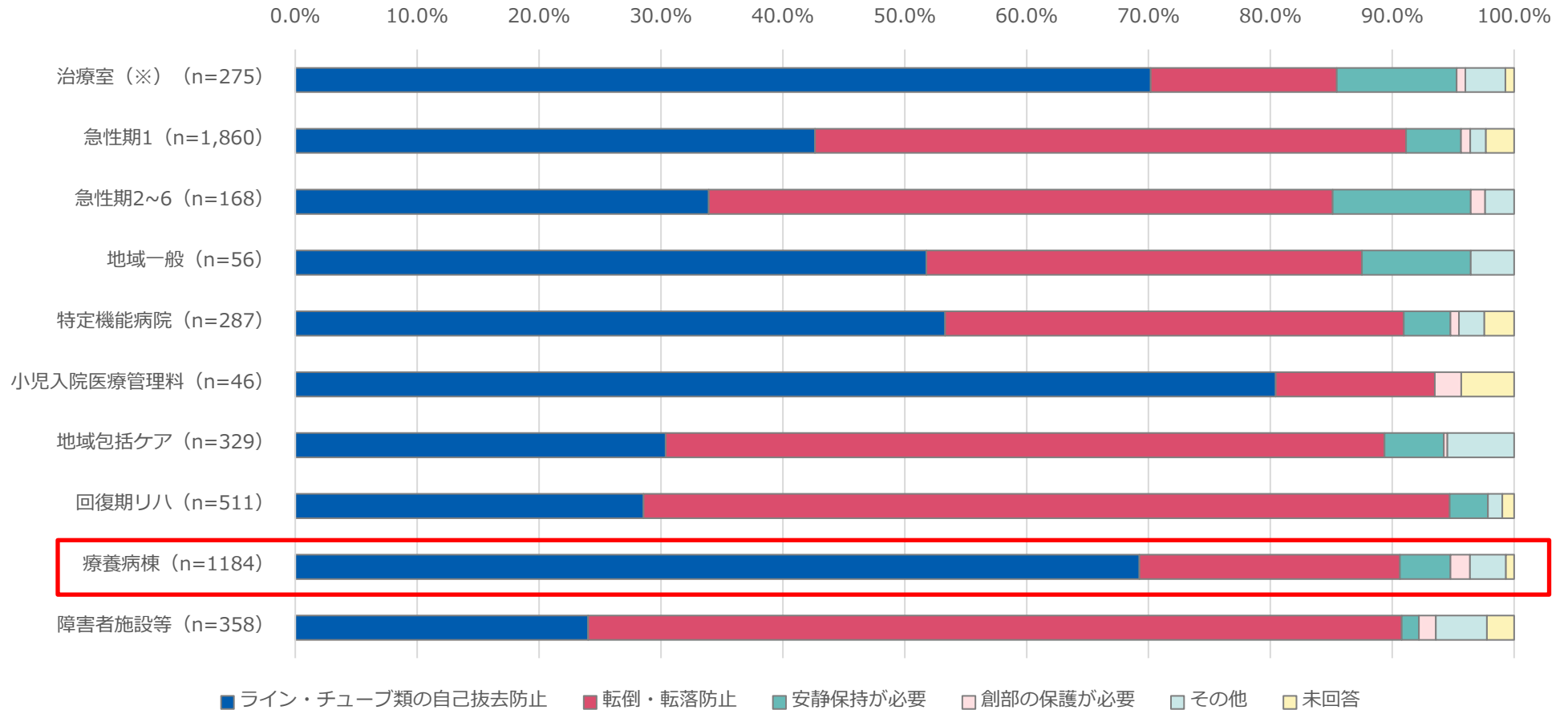


入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1
5. 7. 6 改

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

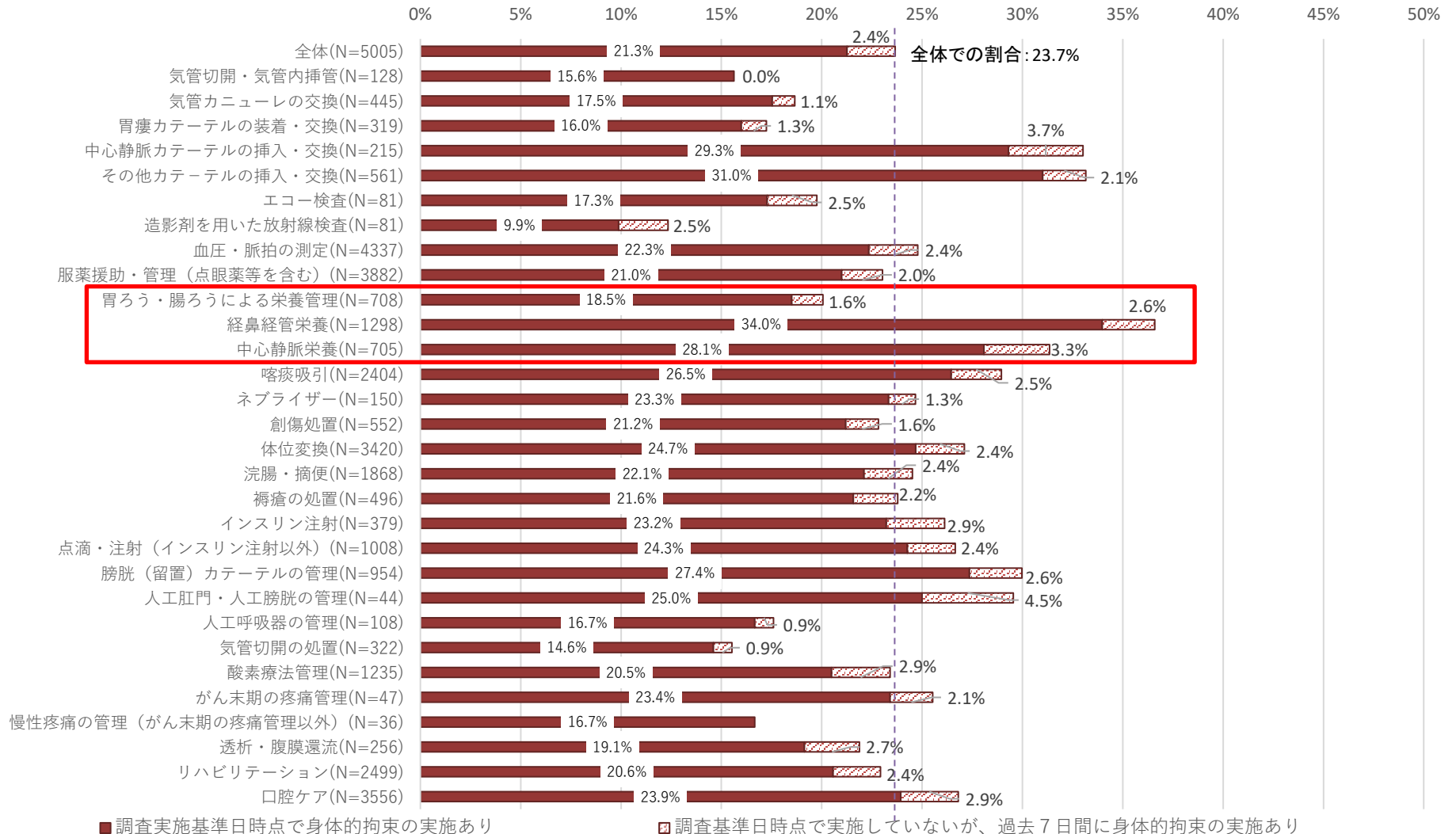
■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施有無

○ 療養病棟における患者が受ける医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施状況は以下のとおり。身体的拘束の実施割合は、中心静脈栄養で31.4%、経鼻経管栄養で36.6%、胃ろう・腸ろうによる栄養管理では20.1%であった。



■ 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり

▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。

- 医療機関では、やむを得ないとの理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、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及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。

現行

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、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及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

介護医療院 基本報酬及び算定要件

		Ⅰ型介護医療院			Ⅱ型介護医療院		
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（認知症であって、悪性腫瘍と診断された者、パーキンソン病関連疾患等と診断された者、認知症の日常生活自立度Ⅲb以上）の占める割合が50%以上。 ・入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%（注1）以上。 ・入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%（注2）以上。 <ul style="list-style-type: none"> ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。 ③医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。 ・生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。 ・地域に貢献する活動を行っていること。 			<ul style="list-style-type: none"> ・下記のいずれかを満たすこと <ul style="list-style-type: none"> ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上 ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（認知症の日常生活自立度M）の占める割合が20%以上 ③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（認知症の日常生活自立度Ⅳ以上）の占める割合が25%以上 ・ターミナルケアを行う体制があること 			
	サービス費（Ⅰ） （強化型A相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（Ⅱ） （強化型B相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（Ⅲ） （強化型B相当） 看護6：1 介護5：1	サービス費（Ⅰ） （転換老健相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（Ⅱ） （転換老健相当） 看護6：1 介護5：1	サービス費（Ⅲ） （転換老健相当） 看護6：1 介護6：1	
要介護1	825	813	797	779	763	752	
要介護2	934	921	905	875	859	847	
要介護3	1,171	1,154	1,137	1,082	1,065	1,054	
要介護4	1,271	1,252	1,236	1,170	1,154	1,143	
要介護5	1,362	1,342	1,326	1,249	1,233	1,222	

（注1）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では、30% （注2）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では、5%

入所者の医療区分・ADL区分

【医療区分及びADL区分(介護老人保健施設票問16、介護医療院票問16、介護老人福祉施設票問12、医療療養病床票問11)】

- 老健では「医療区分1」が42.5%、「ADL区分1」が23.2%であった。
- 介護医療院では「医療区分1」が38.3%、「ADL区分3」が30.2%であった。
- 特養では「医療区分1」が42.6%、「ADL区分2」が24.9%であった。
- 医療区分について平成26年度調査と比べると、医療療養病床、老健、特養では区分1の割合が低下し、区分2又は3の割合が増加していた。

n=19,747 図表8 医療区分及びADL区分(老健) 単位: %

医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	17.6	1.6	0.8	3.2	23.2
ADL区分2	14.5	2.8	0.6	4.2	22.1
ADL区分3	7.6	2.1	1.0	2.7	13.4
不明、未実施	2.9	0.8	0.8	36.8	41.3
合計	42.5	7.3	3.2	46.9	100.0

n=11,134 図表9 医療区分及びADL区分(介護医療院) 単位: %

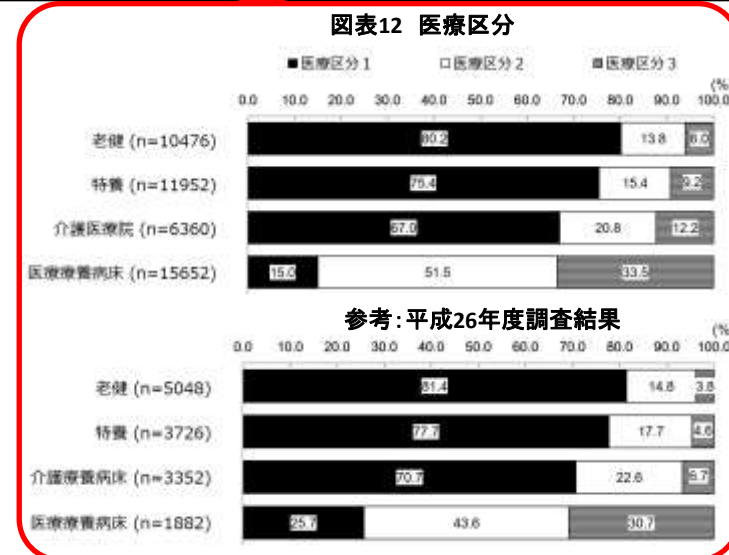
医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	5.0	1.5	0.7	2.9	10.1
ADL区分2	10.8	2.4	0.7	2.5	16.5
ADL区分3	17.8	5.8	3.2	3.4	30.2
不明、未実施	4.6	2.1	2.4	34.1	43.2
合計	38.3	11.9	7.0	42.9	100.0

n=21,165 図表10 医療区分及びADL区分(特養) 単位: %

医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	8.7	1.9	1.1	1.7	13.4
ADL区分2	17.5	3.0	1.7	2.7	24.9
ADL区分3	11.4	2.7	1.4	1.8	17.4
不明、未実施	5.0	1.0	0.9	37.3	44.3
合計	42.6	8.7	5.2	43.5	100.0

n=16,428 図表11 医療区分及びADL区分(医療療養病床) 単位: %

医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	3.9	6.5	2.5	0.5	13.5
ADL区分2	4.1	12.4	5.2	0.2	21.8
ADL区分3	5.0	24.5	23.5	0.4	53.4
不明、未実施	1.3	5.7	0.7	3.7	11.3
合計	14.3	49.1	31.9	4.7	100.0



注) エラー・無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

出典: 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

図表22 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理(麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引(1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理(麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引(1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法(酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カスラ	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式(NPPV等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射(点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

療養病棟におけるリハビリテーション

- 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数(単位数)は以下の通り。
- 特に入院料I(医療区分1・ADL区分1)において医療資源投入量が高く、算定件数(単位数)が多い。

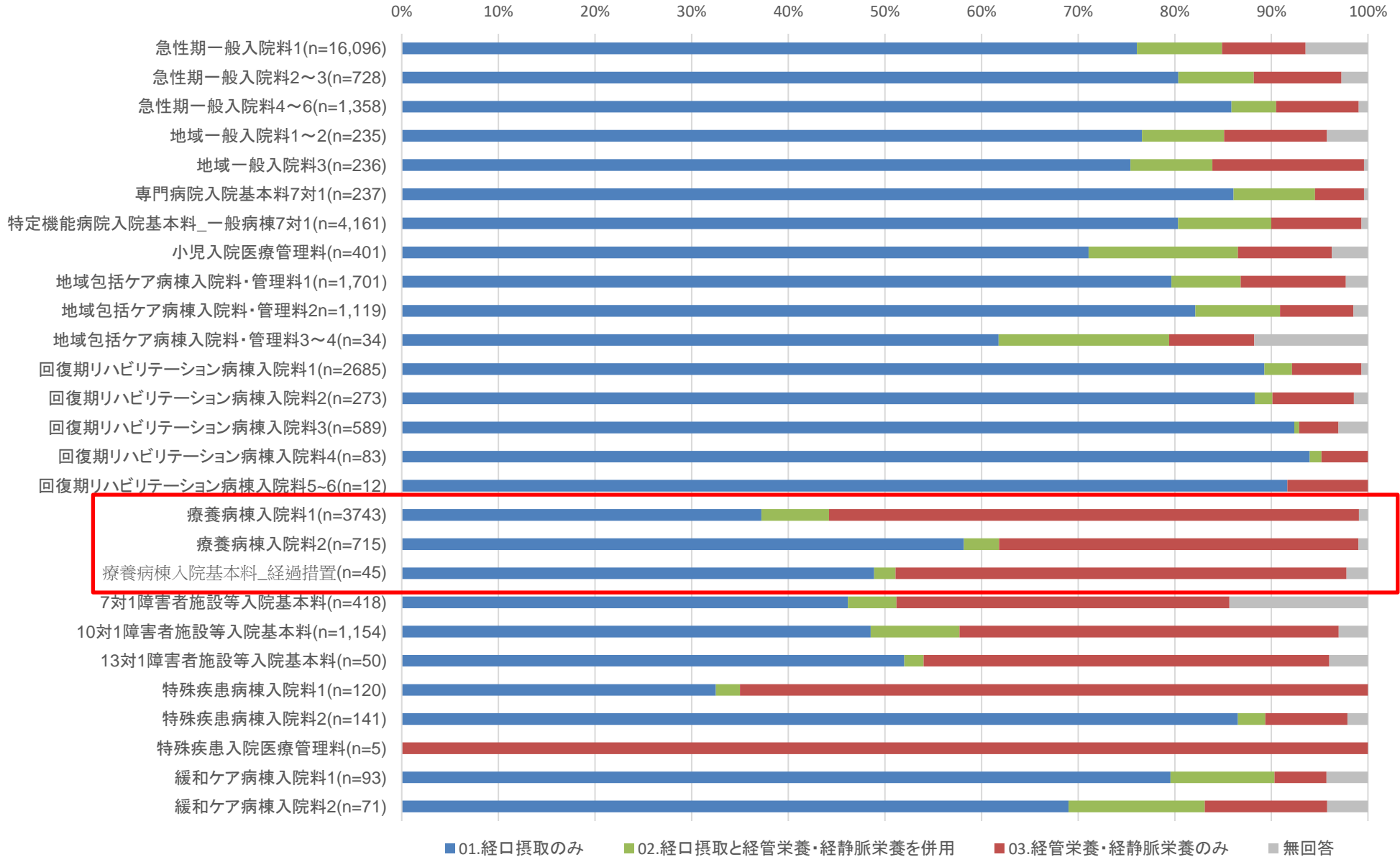
区分	1日あたりコスト(点数)				1日あたり算定件数(単位数)			
	平均値	パーセンタイル			平均値	パーセンタイル		
		25	50	75		25	50	75
療養病棟入院料1(入院料A)	309.34	162.00	200.00	370.00	1.66	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料B)	342.51	175.00	200.00	442.00	1.92	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料C)	365.16	175.00	245.00	501.00	2.04	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料D)	352.50	175.00	245.00	490.00	1.79	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料E)	414.76	180.00	324.00	540.00	2.19	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料F)	447.38	185.00	360.00	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料G)	350.22	147.00	221.00	490.00	1.87	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料H)	411.44	180.00	334.00	555.00	2.26	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料I)	616.53	205.00	525.00	980.00	3.22	1.00	3.00	5.00
療養病棟入院料2(入院料A)	309.38	132.00	200.00	400.00	1.71	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料B)	327.41	170.00	200.00	370.00	1.81	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料C)	466.76	176.00	360.00	700.00	2.53	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料D)	360.68	162.00	245.00	490.00	1.88	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料E)	425.44	170.00	292.00	555.00	2.27	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料F)	503.88	185.00	370.00	735.00	2.65	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料G)	335.55	147.00	200.00	442.00	1.83	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料H)	436.97	180.00	344.50	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料I)	550.39	185.00	438.00	740.00	2.91	1.00	2.00	4.00

データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和4年6月の1か月間。心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の1日あたりコストと算定件数(単位数)

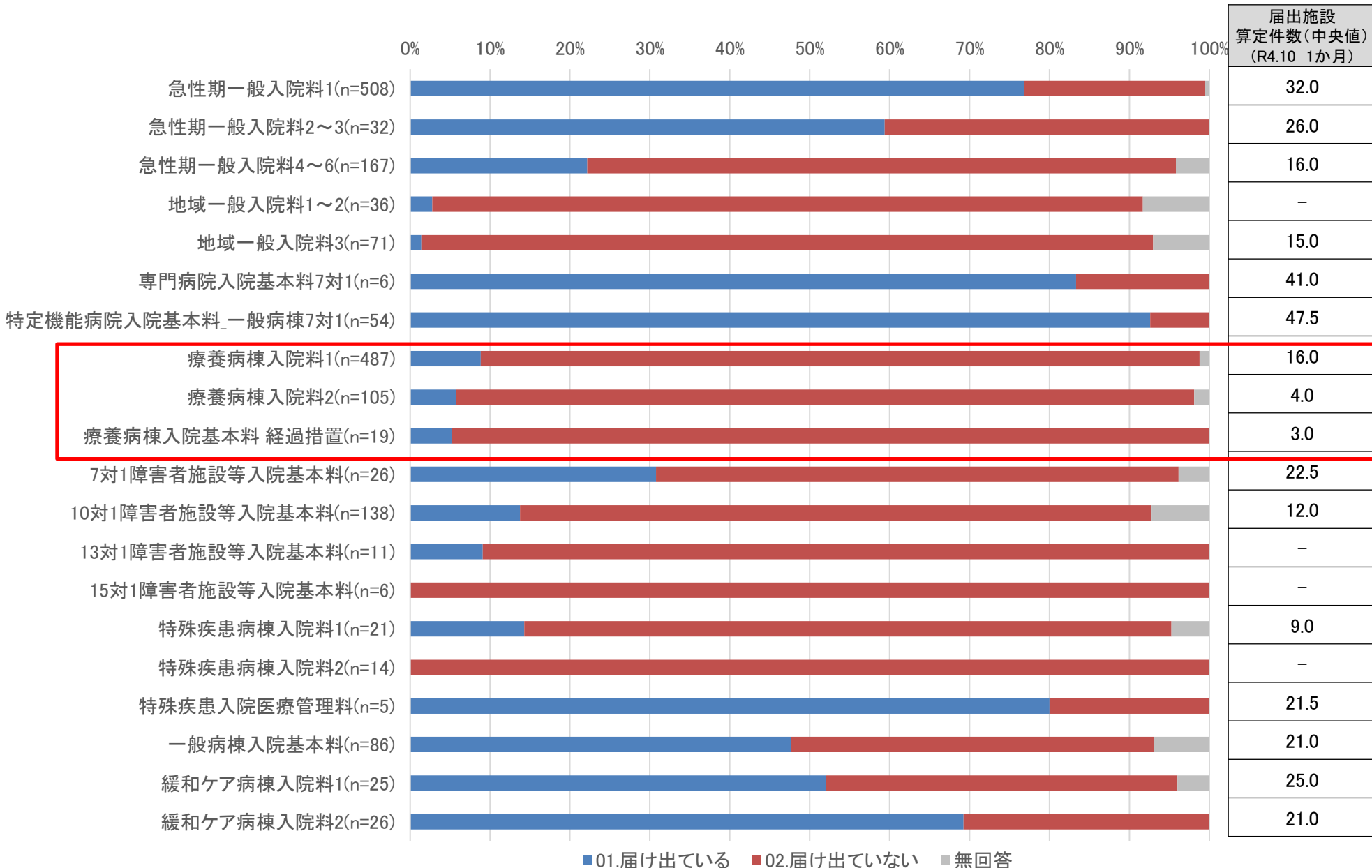
入院料ごとの栄養摂取の状況

診調組 入-1
 5. 6. 8 改



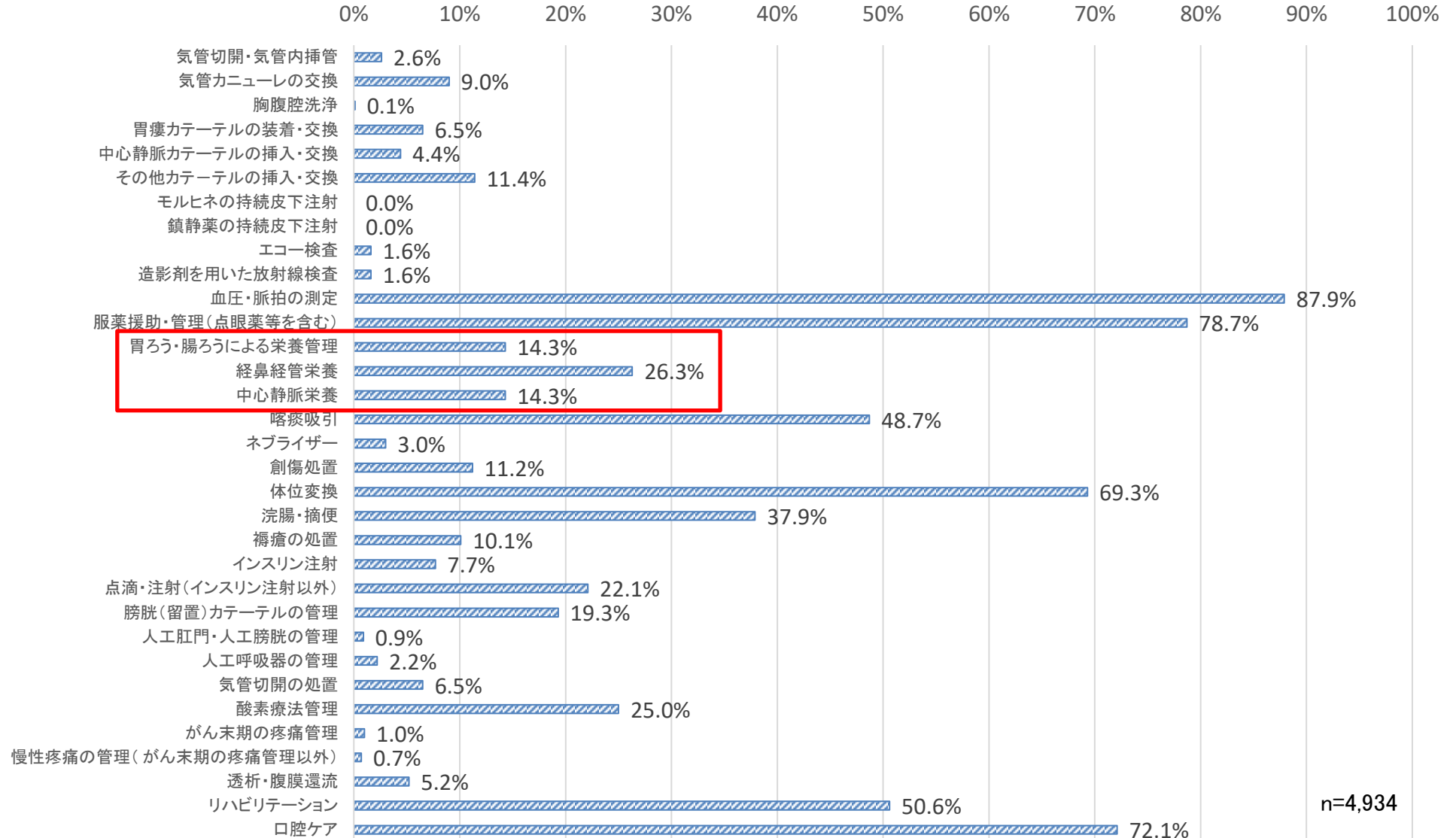
入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

診調組 入-1
5. 6. 8 改



療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

[算定要件]

- (1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、**当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。**
- (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、**他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供**すること。



- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

- ア 中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。
- イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。



【経過措置】

令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。

- 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

- ▶ 療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとする。

改定後

【療養病棟入院基本料】

〔算定要件〕（概要・抜粋）

注1 1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、**当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定**

【経過措置】

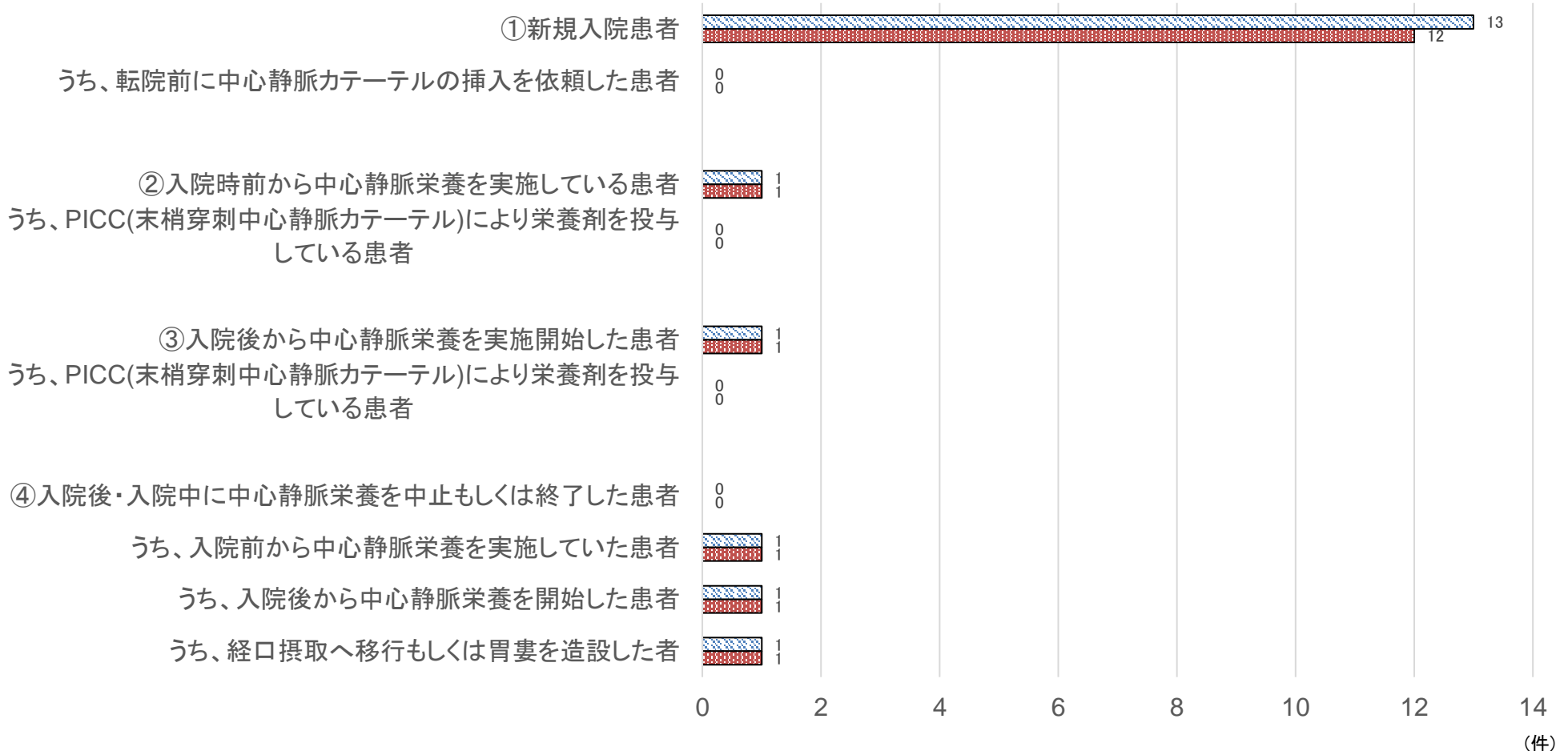
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

療養病棟における中心静脈栄養の実施状況

○ 各調査対象施設(597施設)における3か月間の中心静脈栄養の実施患者数の中央値は、以下のとおりであり、令和4年度診療報酬改定前後で大きな変化は見られなかった。

調査対象施設の中心静脈栄養実施件数の中央値

■ a. 令和3年8月～10月 ■ b. 令和4年8月～10月

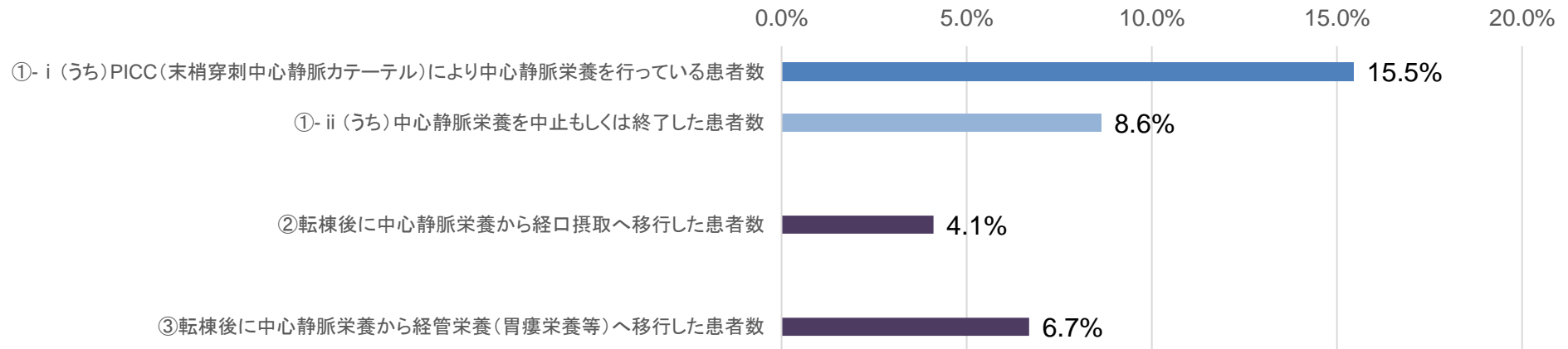


(件)

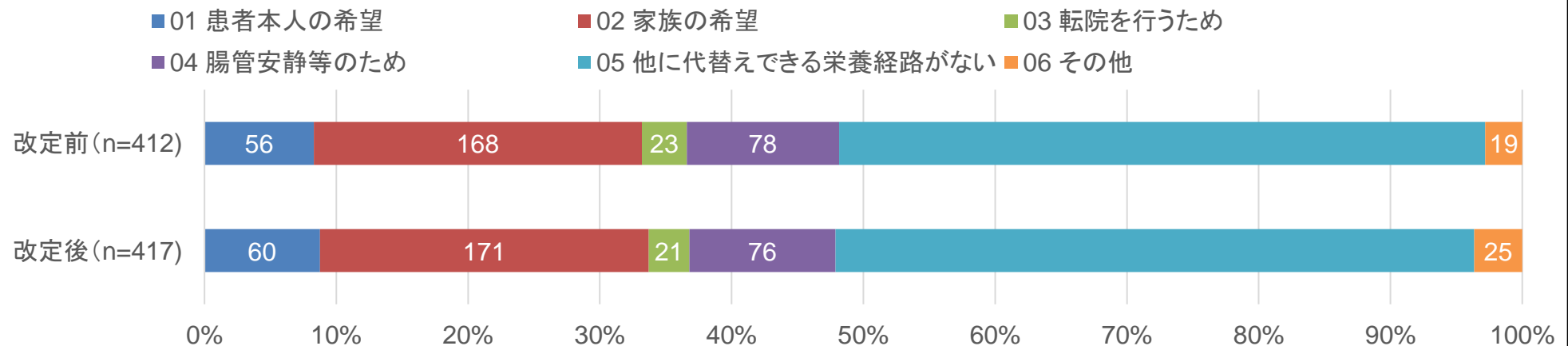
療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況

○ 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況は以下のとおり。中心静脈カテーテルを挿入して病棟に転棟した患者のうち、中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者は4.1%であった。

中心静脈カテーテルに関連した患者の状況(令和4年11月1日時点)
中心静脈カテーテルを挿入して病棟へ転棟した患者(n=1391)



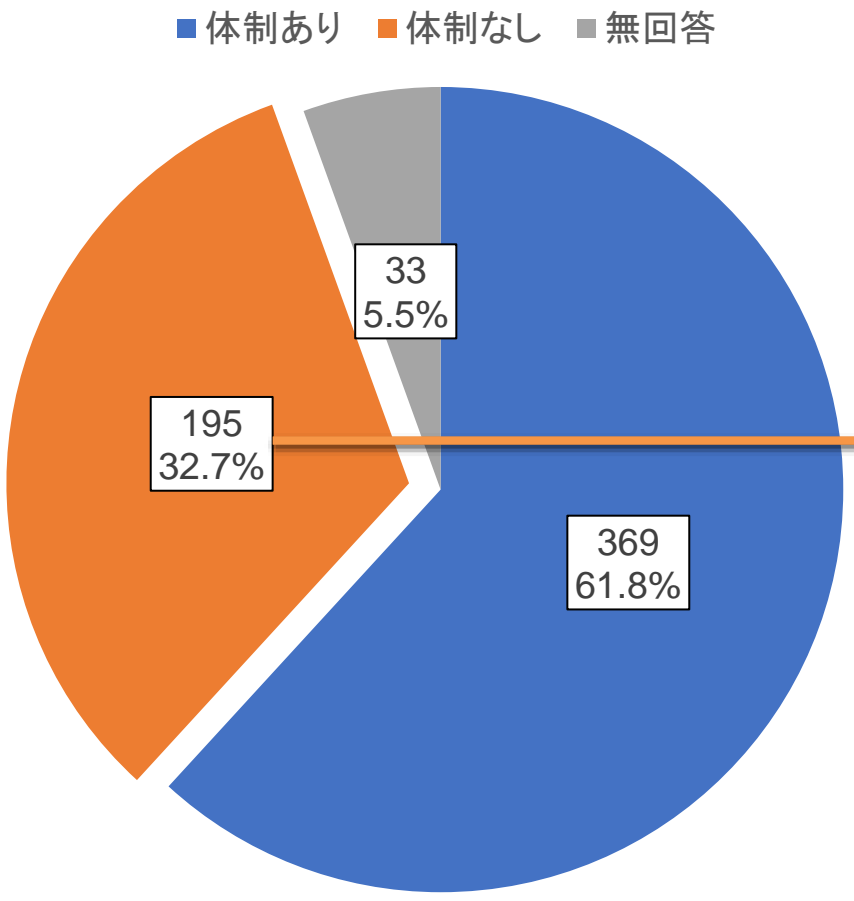
中心静脈栄養の適応理由について



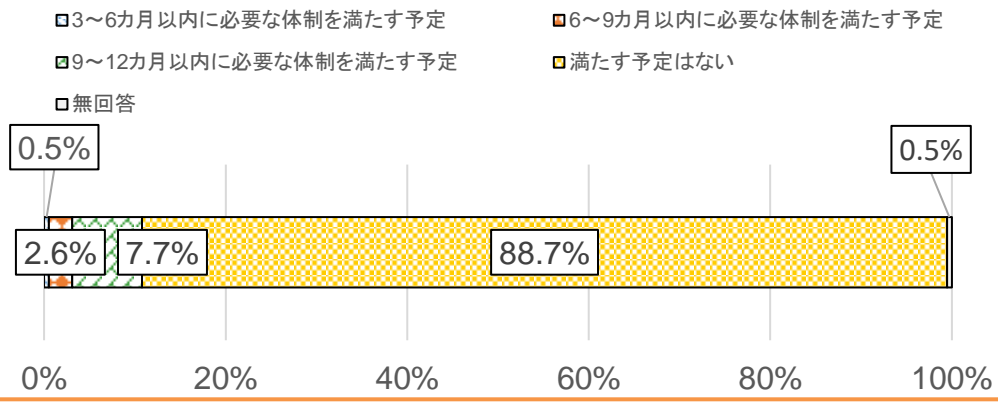
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○ 中心静脈栄養を実施している状態にある者に対する摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況について、体制がない医療機関は32.7%であった。

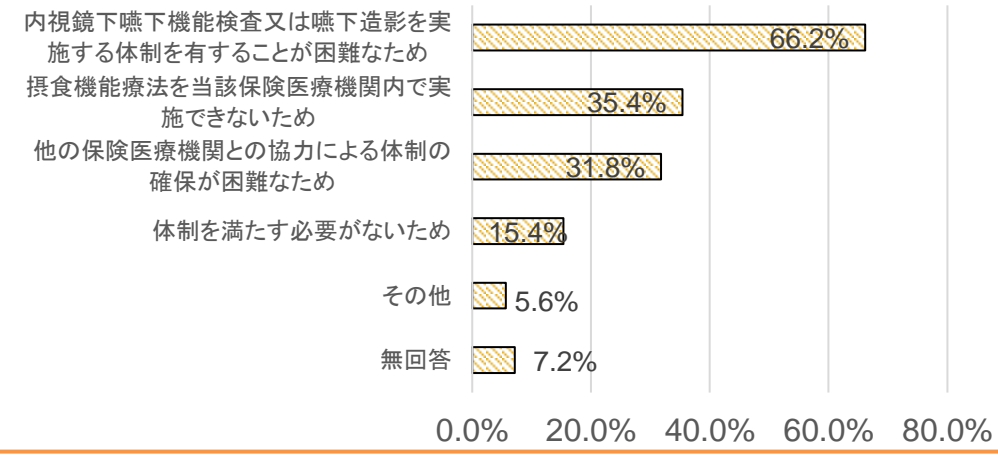
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無 (n=597)



摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定 (令和4年11月1日時点)



施設基準を満たせない理由 (令和4年11月1日時点)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査 (施設票)

- 療養病棟における摂食機能または嚥下機能の回復の実績については以下の通り。
- 内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が1件でもある施設のほうが、全く実施のない施設より、中心静脈栄養を実施した患者が経口摂取等へ移行する割合が高い傾向があった。

N=873	平均	25パーセンタイル値	中央値	75パーセンタイル値
1. 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数	4.0	0	0	0
2. 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数	4.1	0	0	0
3. 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数	2.6	0	0	0
4. 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数	1.0	0	0	0
5. 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数	39.7	0.5	12	46
6. うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数	1.4	0	0	1
7. 5のうち6の割合 (%)	6.1%	0.0%	0.0%	6.3%

過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数のうち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数の割合	平均	25パーセンタイル	中央値	75パーセンタイル
内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が0件(※)の施設 (N=392)	5.2%	0.0%	0.0%	4.3%
内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が1件(※)以上の施設 (N=263)	7.5%	0.0%	2.1%	9.6%

(※) 自施設内あるいは連携施設における内視鏡的嚥下機能検査及び嚥下造影検査の年間実施症例数

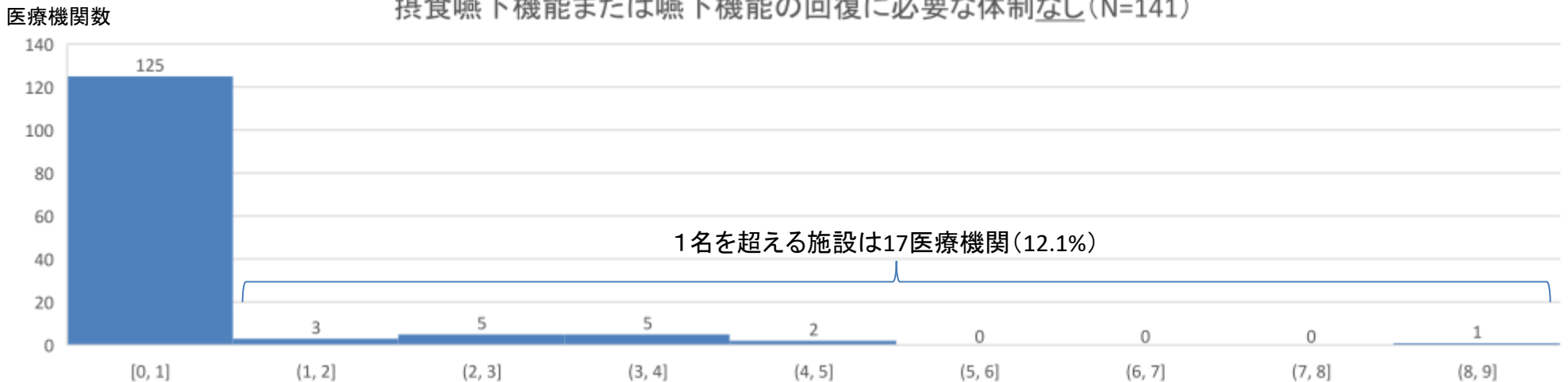
中心静脈栄養を中止・終了した患者数

○ 入院後・入院中に中心静脈栄養を中止・終了した患者数が40床あたり1名を超える施設の割合は、摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制がある施設では23.2%、体制がない施設では12.1%だった。

入院後・入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数(40床あたり、令和4年8~10月)
摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制あり(N=293)



入院後・入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数(40床あたり、令和4年8~10月)
摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制なし(N=141)

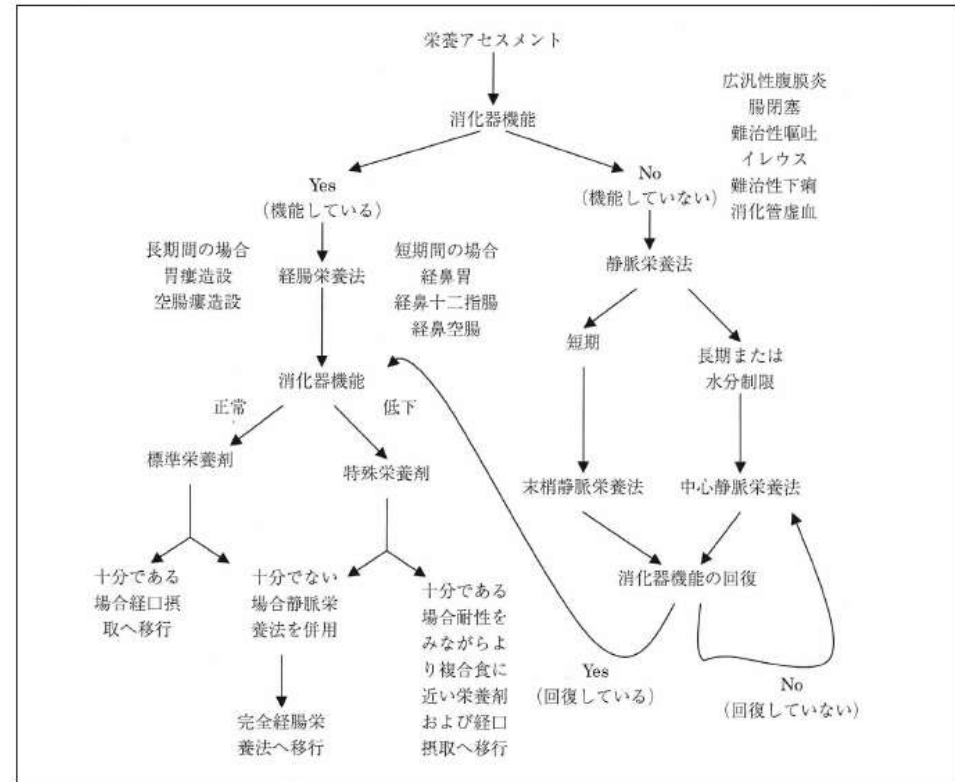


- 消化管が機能している場合は、経腸栄養を選択することを基本である。
- 経腸栄養が禁忌となるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版より抜粋 (日本静脈経腸栄養学会編集)

- 腸が機能している場合は、経腸栄養を選択することを基本とする(推奨度Aエビデンスレベル2)。
- 経腸栄養が不可能な場合や、経腸栄養のみでは必要な栄養量を投与できない場合には、静脈栄養の適応となる(推奨度Aエビデンスレベル2)。
- 大原則は、「腸が機能している場合は腸を使う」である。その理由として、経腸栄養は静脈栄養に比べて生理的であり、消化管本来の機能である消化吸収、あるいは腸管免疫系の機能が維持されることが挙げられる。
- 臨床における静脈栄養と経腸栄養の比較では、静脈栄養に比べて経腸栄養の方が感染性合併症発生頻度が低いことも事実である。
- 経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の絶対適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

静脈栄養と経腸栄養の選択基準

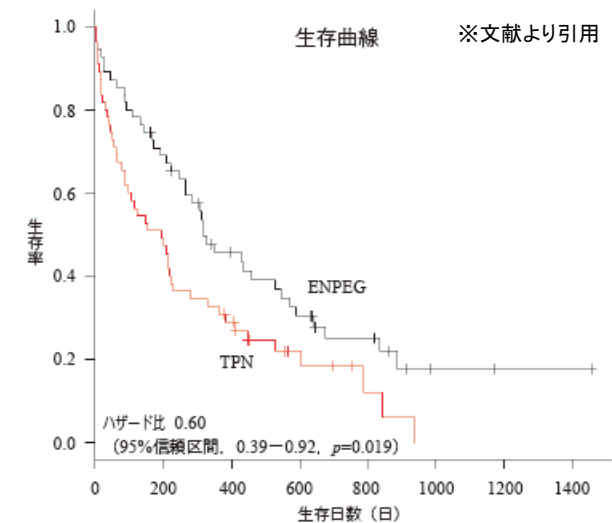


宮澤靖. 静脈経腸栄養(1344-4980)22巻4号 Page455-463(2007.12)

- 療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ない。
- 医療区分の導入に伴い、中心静脈栄養の患者が増加したとの報告がある。

- 胃瘻からの経管栄養 (n = 180) または中心静脈栄養 (n = 73) を提供された高齢の嚥下障害患者である単施設コホート研究によると、高齢の患者、低栄養状態の患者、重度の認知症患者は、TPNを受ける可能性が高かった。傾向スコア マッチング後の生存期間は胃瘻からの経管栄養グループの方が有意に長かった(中央値、317日対195日、 $P=0.017$)。

Masaki S, et al. PLoS One. 2019 Oct 2;14(10):e0217120.
真崎 茂法ほか 学会誌JSPEN. 2020 Oct; 2巻4号: Page252-261.

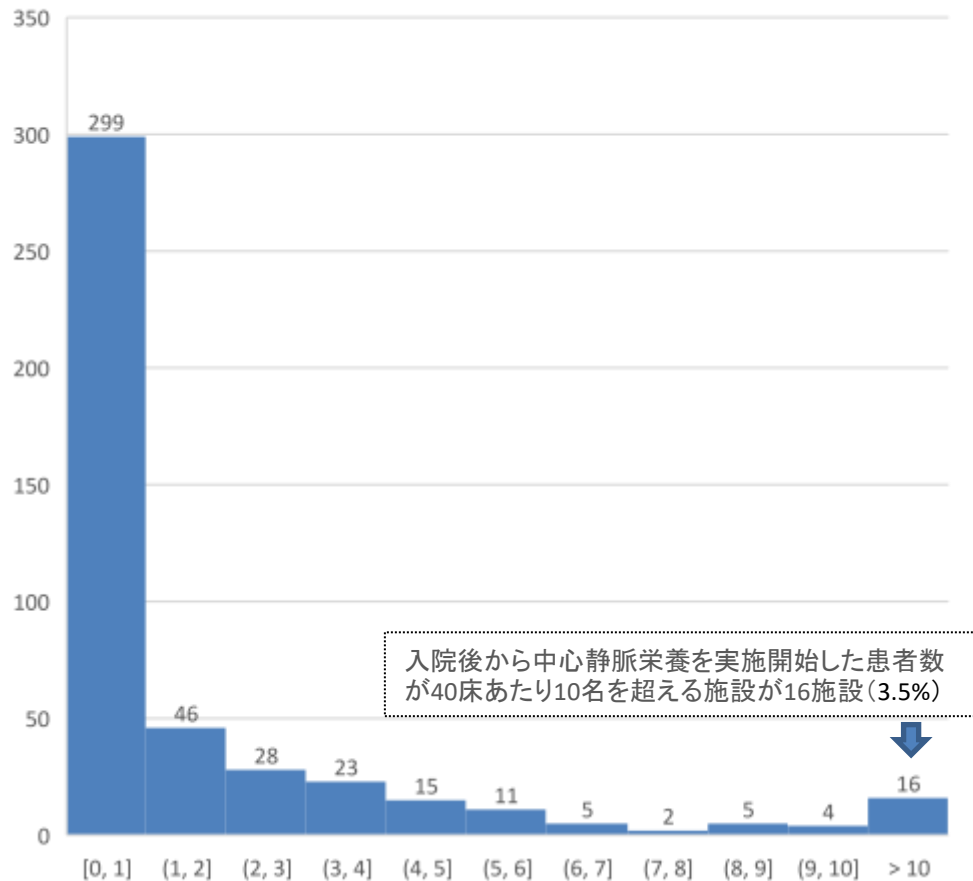


- 療養病床における嚥下障害を有する長期療養患者を対象とした研究において、経管栄養群(60例)は中心静脈栄養群(51例)に比べ、抗菌薬使用の月平均使用日数が短く、入院生存期間が長かった。
森藤 雅彦 消化と吸収(0389-3626)44巻2号 Page98-102(2022.07)
- 平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。
近藤由利ほか 日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)

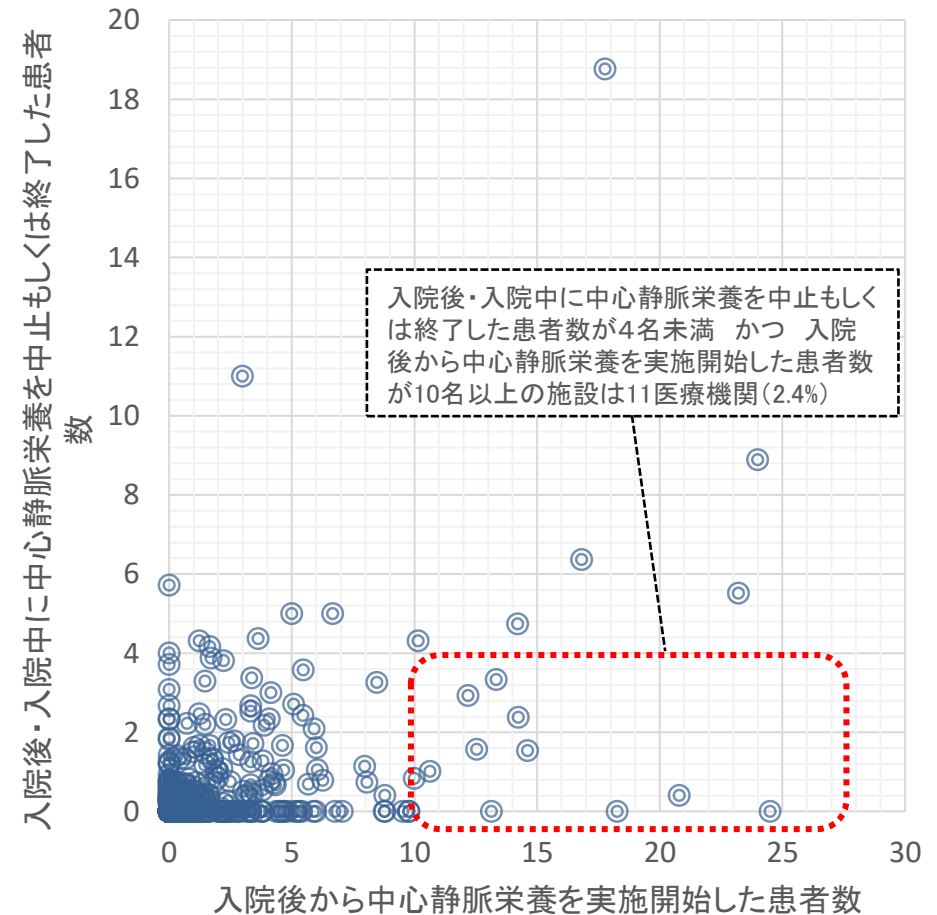
中心静脈栄養を実施開始した患者数

- 入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数が40床あたり10名を超える施設は16施設(3.5%)。
- 入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数が10名以上いるものの、中心静脈栄養を中止・終了した患者数が4名未満の施設は11医療機関(2.4%)。

入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数
(40床あたり、令和4年8~10月、N=454)



40床あたり、令和4年8~10月、N=454



- 中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる。

安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のためのプラクティカルガイド2017(2017年6月改訂)(抜粋)
公益社団法人 日本麻酔科学会 安全委員会 安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のため手引き改訂 WG作成

XI.中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策

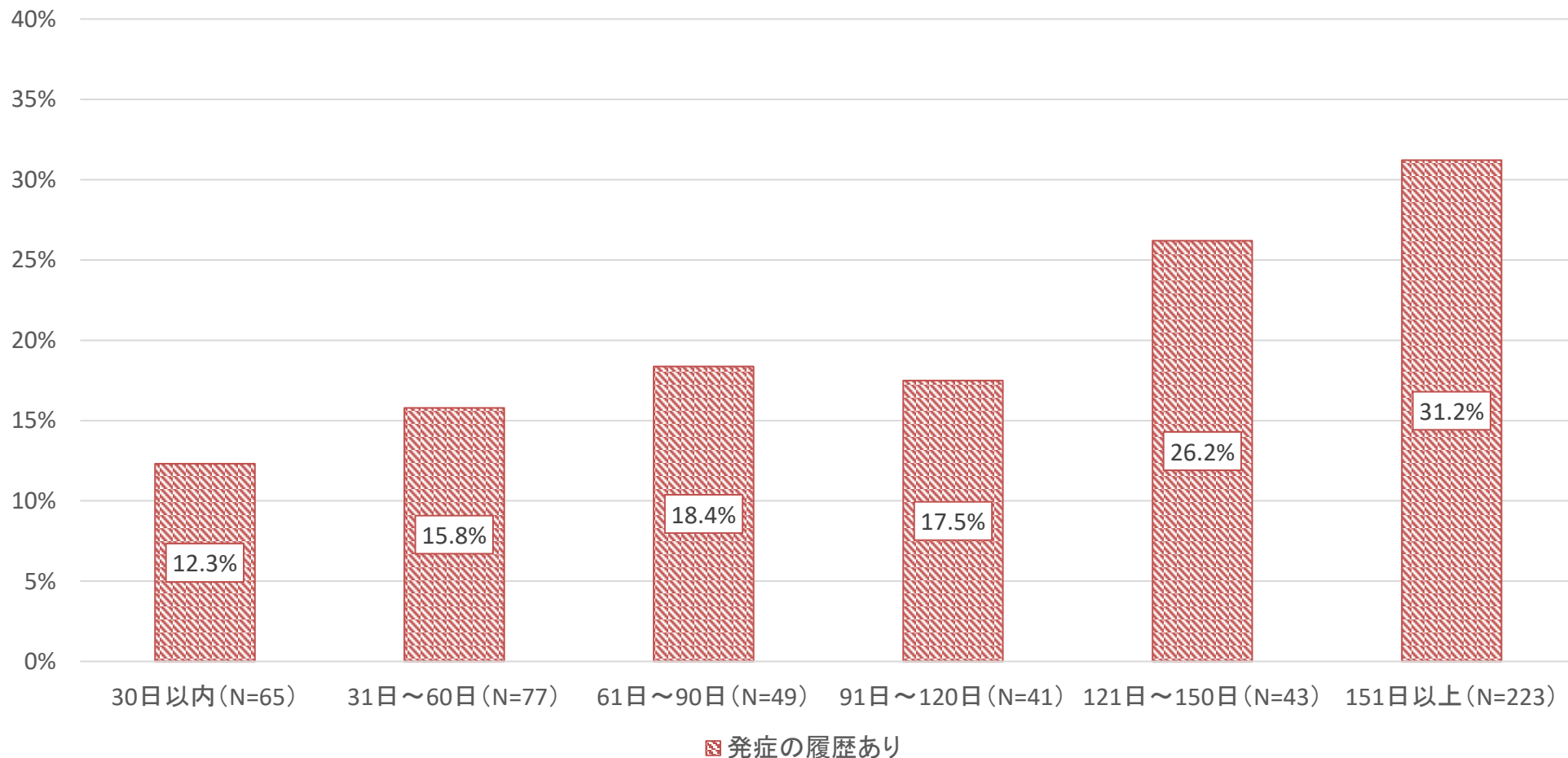
感染予防に関する推奨

⑧留置期間

中心静脈カテーテルの留置期間は、臨床的必要性に基づいて決めればよい。カテーテル留置期間が長いほど感染のリスクは高まるが、留置期間の目安はない。使用継続の必要性を毎日評価し、不要になったらカテーテルを抜去する。留置したまま、使用しないとカテーテル関連血流感染の原因となる。定期的に中心静脈カテーテルを入れ替えても、カテーテル関連血流感染の頻度は低下しない。ガイドワイヤーを用いて中心静脈カテーテルを交換する場合も新しく穿刺しなおして交換する場合も、感染率に差はない。ガイドワイヤーを使ったカテーテル入れ替えを3日毎の交換と7日毎の交換で比較した場合で、カテーテル先端のコロニー形成に有意差は認められていない。カテーテル穿刺部位は毎日、感染徴候がないか確認し、感染徴候がある場合はカテーテルを抜去し、留置部位を変更する。カテーテル関連感染症が疑われた場合は、ガイドワイヤーを使ってカテーテルを交換するより、穿刺部位を変更したほうがよい。

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、中心静脈栄養開始からの日数と、カテーテル関連血流感染症発症（CRBSI）の履歴の有無についてみると、開始からの日数が長期になるほど、発症の履歴のある患者割合は高くなり、151日以上では31.2%となる。

中心静脈開始からの経過日数と、カテーテル関連血流感染症発症の有無の関係 (N=498)



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 外来医療について

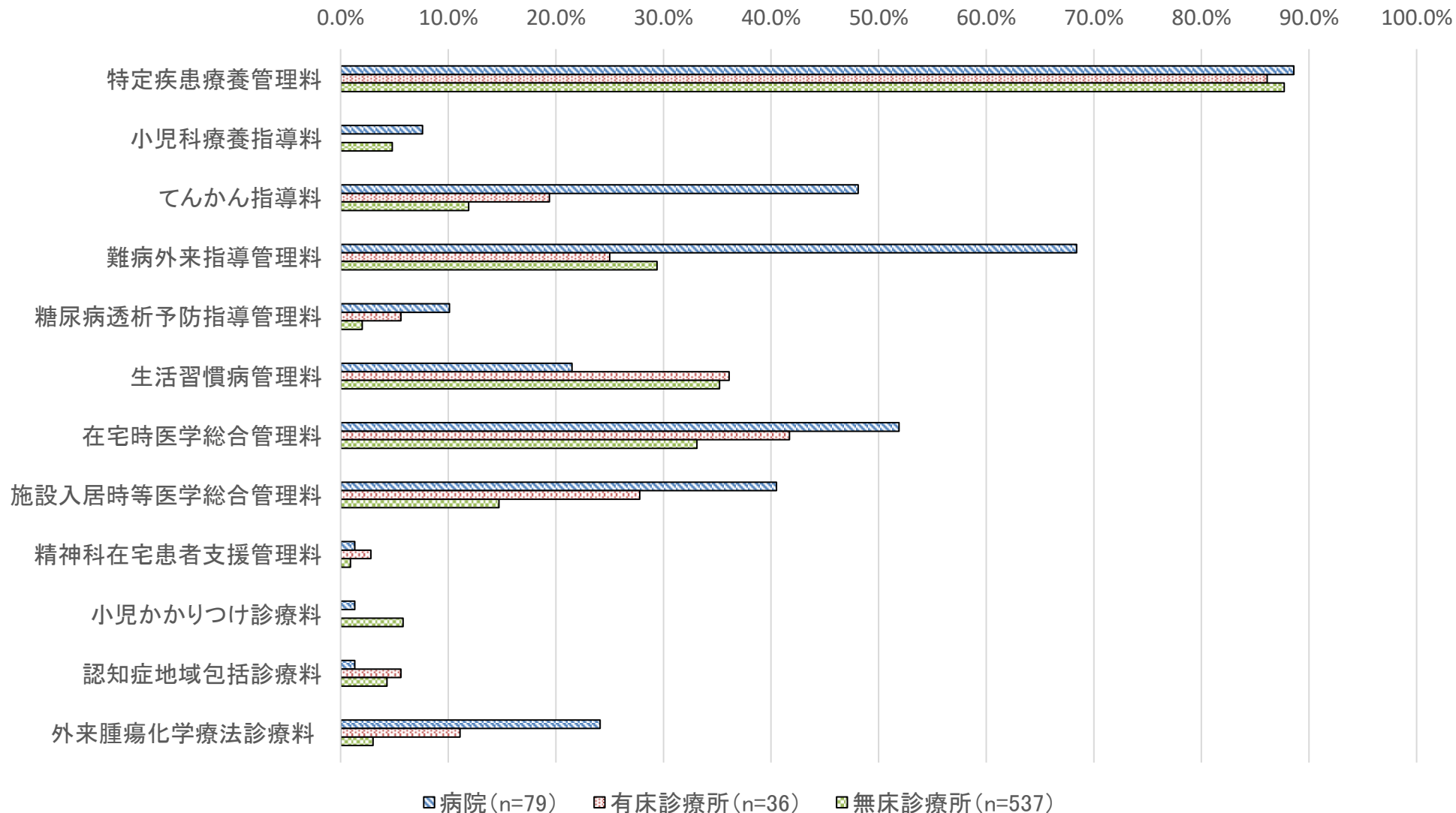
8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 横断的個別事項について

特掲診療料の届出又は算定状況

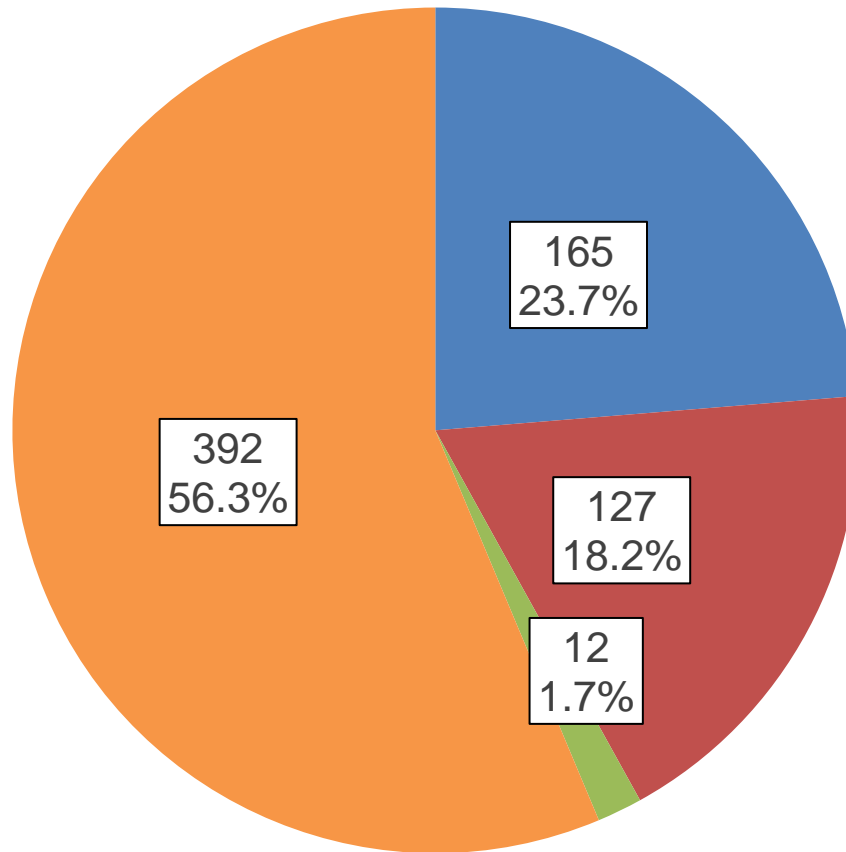
- 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。



時間外対応加算の種類

- 時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
- 届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算1が23.7%と多かった。

n=696(診療所のみ)



時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

■ 時間外対応加算1 ■ 時間外対応加算2 ■ 時間外対応加算3 ■ 届け出していない

地域包括診療料・加算について

中医協 総-8
5. 6. 21改

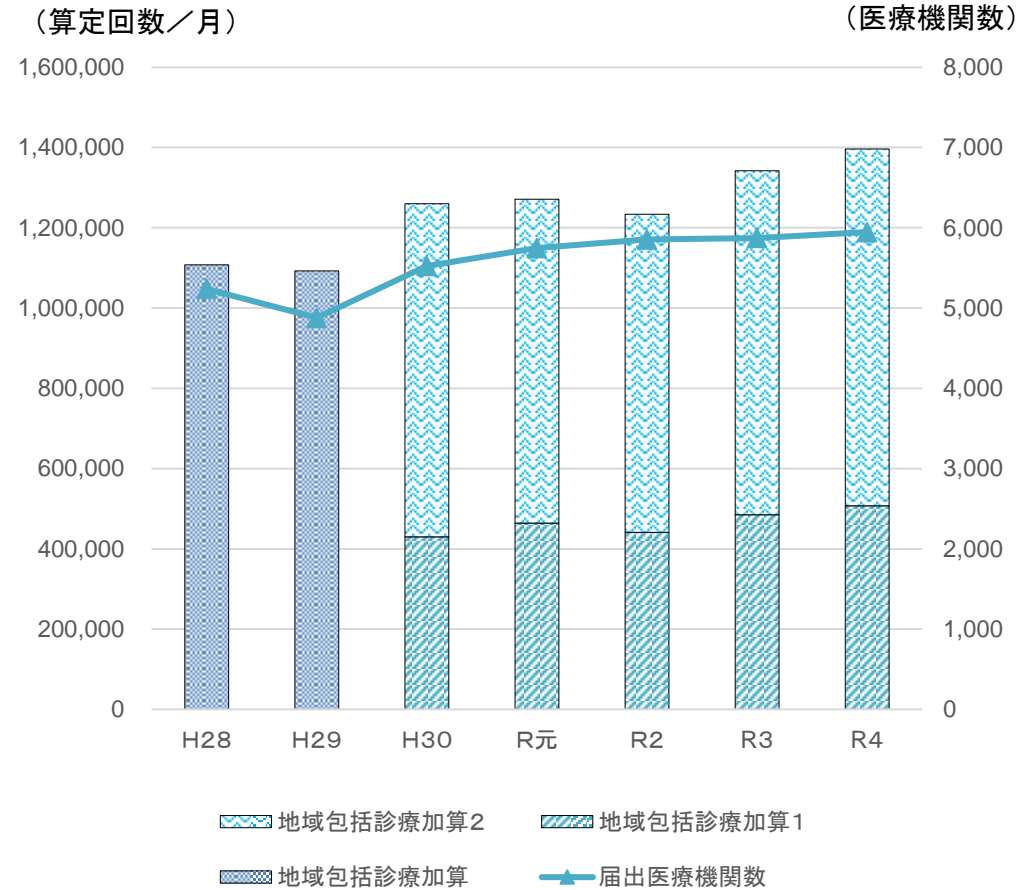
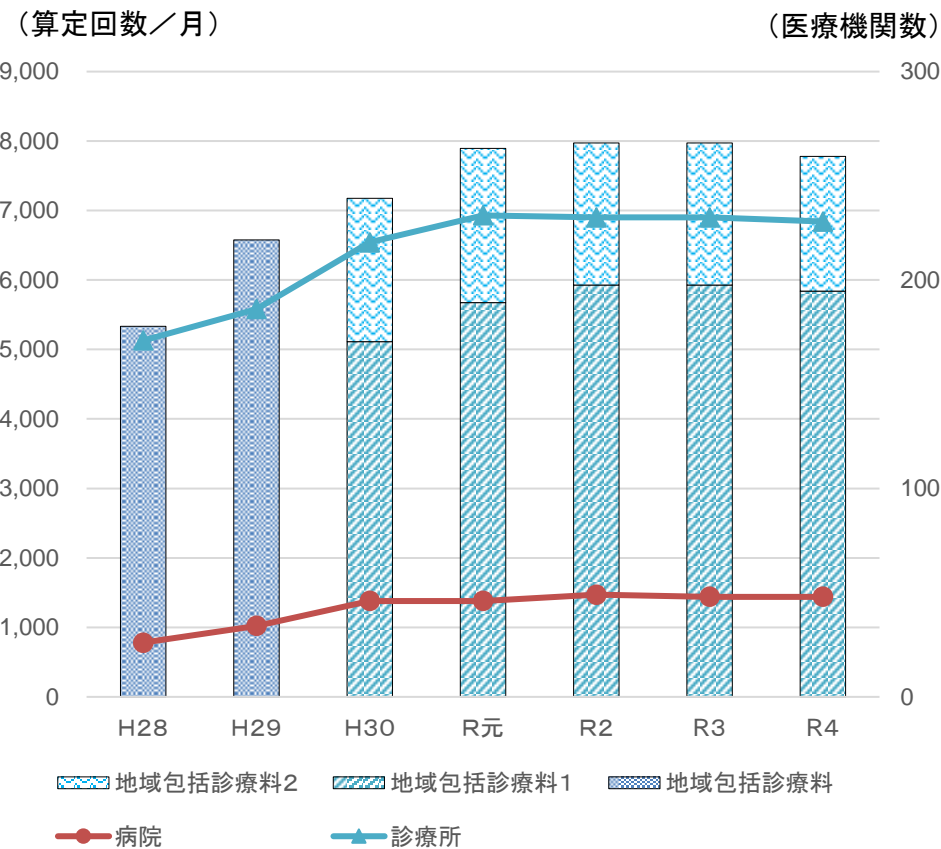
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の 6 疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算2については在宅医療の提供及び当該患者に対し、24時間の連絡体制の確保していること。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数

地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出状況

- 地域包括診療診療料・地域包括診療加算の届出状況は以下のとおり。
- 病院では「地域包括診療料2」の届出施設が2.3%(2件)であった。
- 診療所では「地域包括診療料1」の届出施設が1.6%(11件)、「地域包括診療料2」の届出施設が1.0%(7件)、「地域包括診療加算1」の届出施設が4.1%(29件)、「地域包括診療加算2」の届出施設が5.5%(39件)であった。

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2	
病院	施設数	87	0	2	0	0	85
	構成比	100%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	97.7%
診療所	施設数	705	11	7	29	39	619
	構成比	100%	1.6%	1.0%	4.1%	5.5%	87.8%

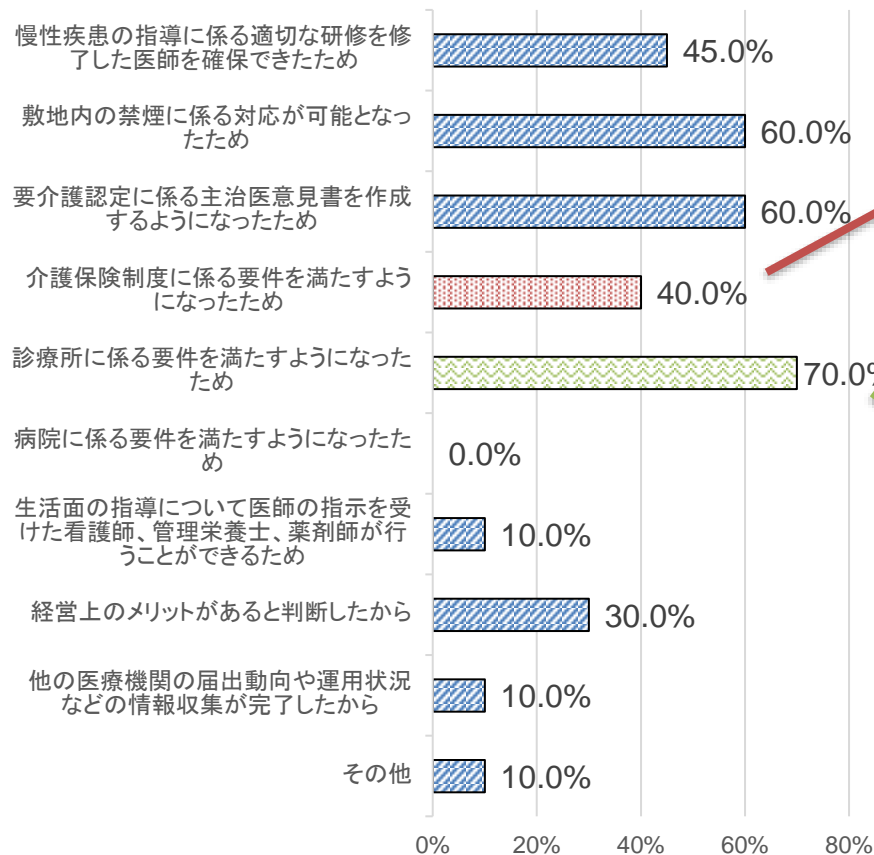
<参考> 令和3年度調査

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

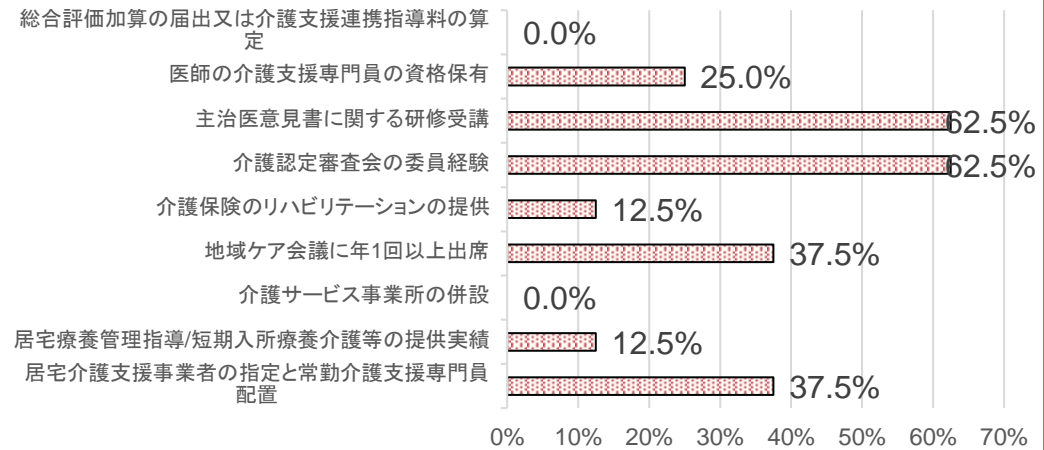
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○ 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であった。

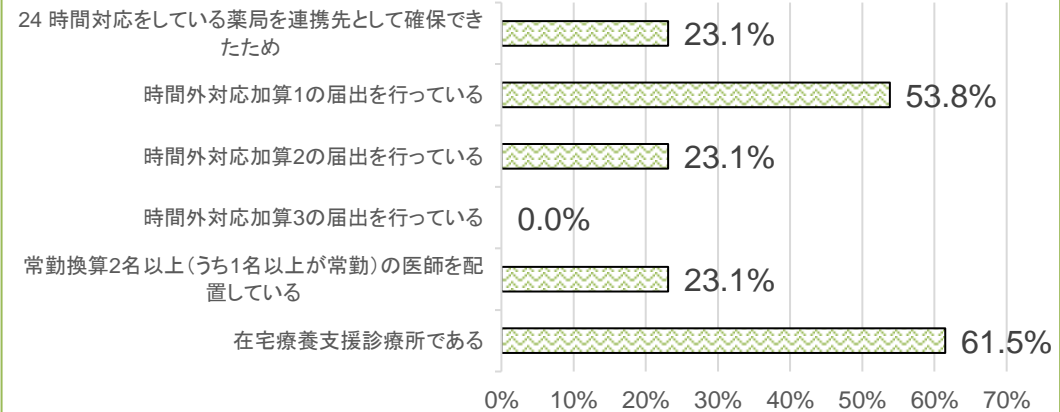
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料
／地域包括診療加算の届出を行った理由
(n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件

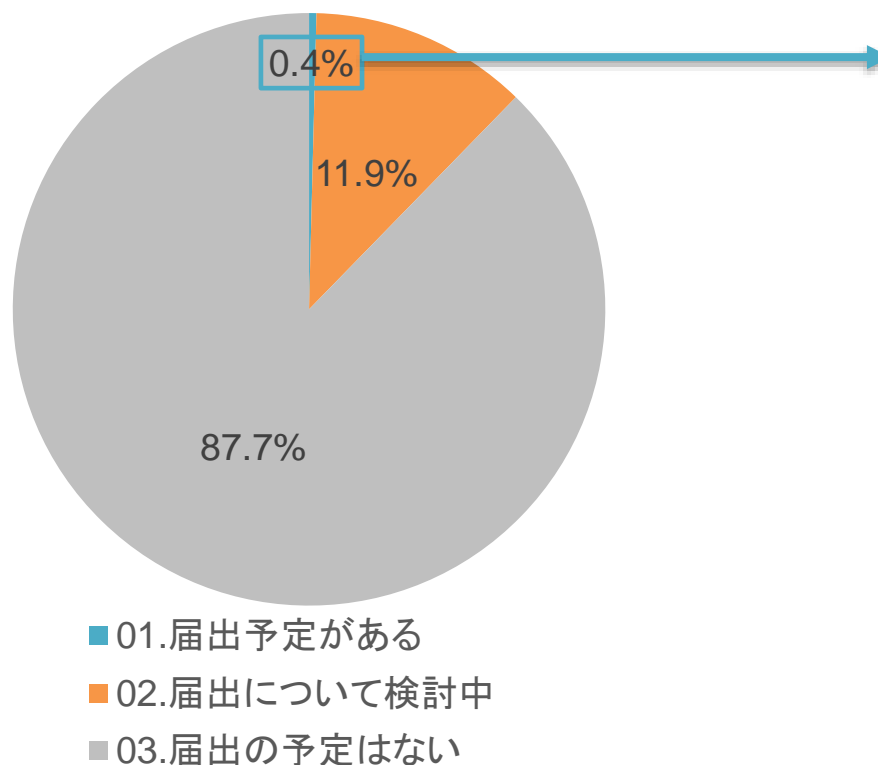


満たすことができた診療所に関する要件

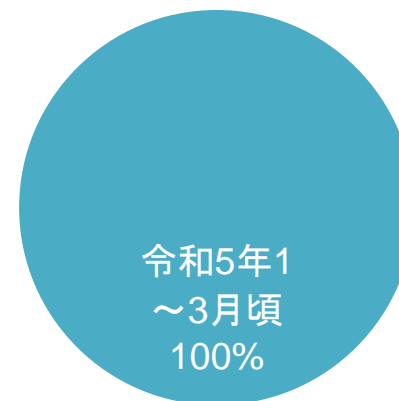


○ 地域包括診療料／地域包括診療加算の未届出施設のうち、届出の予定があるのは0.4%であり、11.9%は検討中、残りの87.7%は届出の予定はないとしていた。

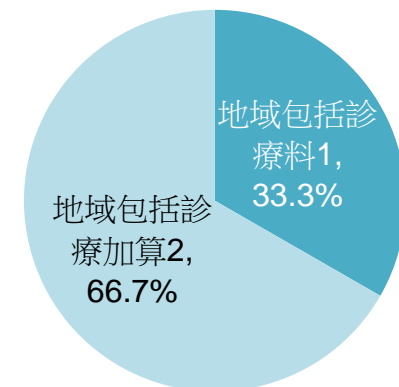
今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向について
(n=699)



届出予定時期 (n=2)



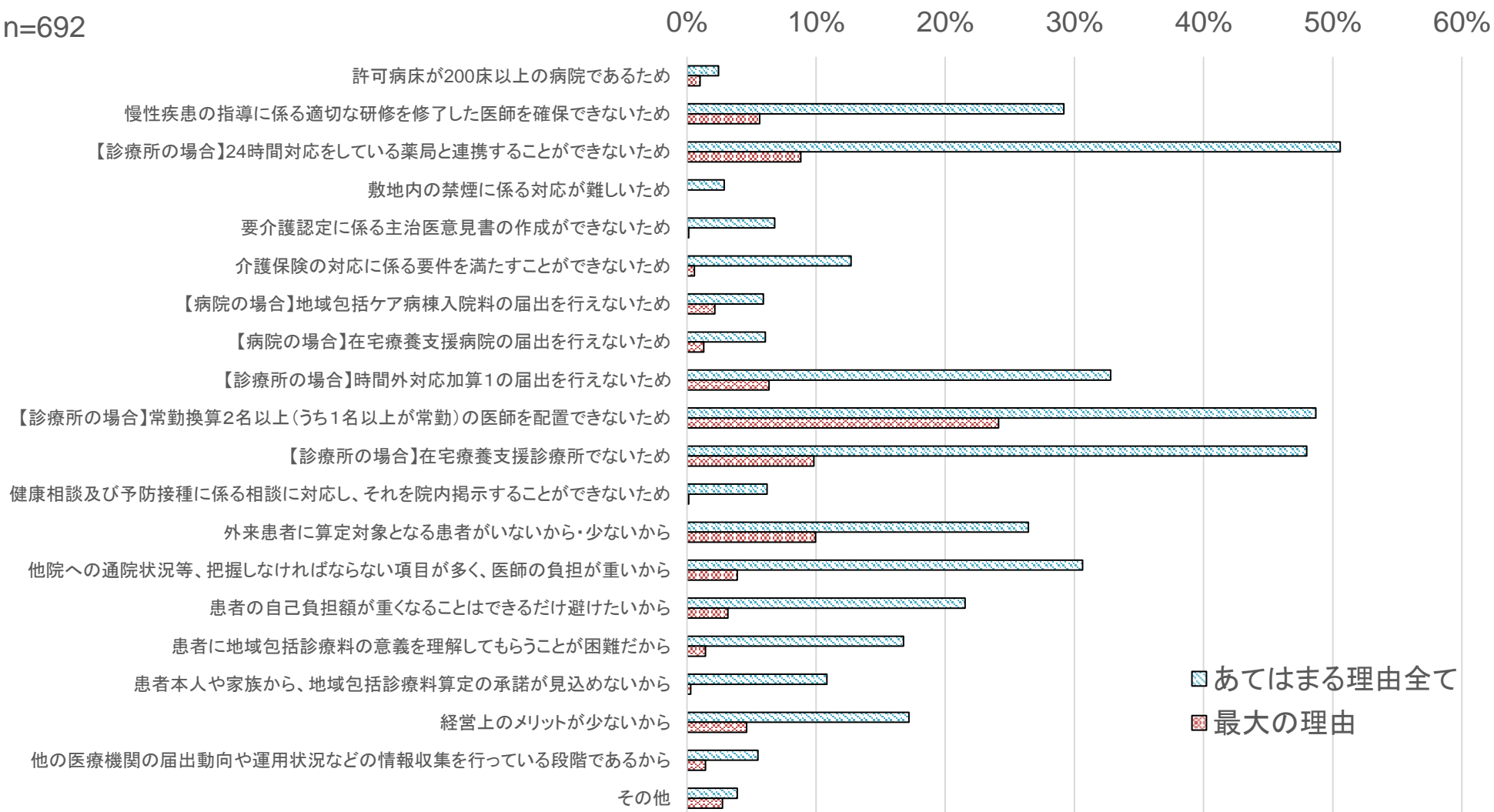
届け出予定の項目について (n=3)



地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。

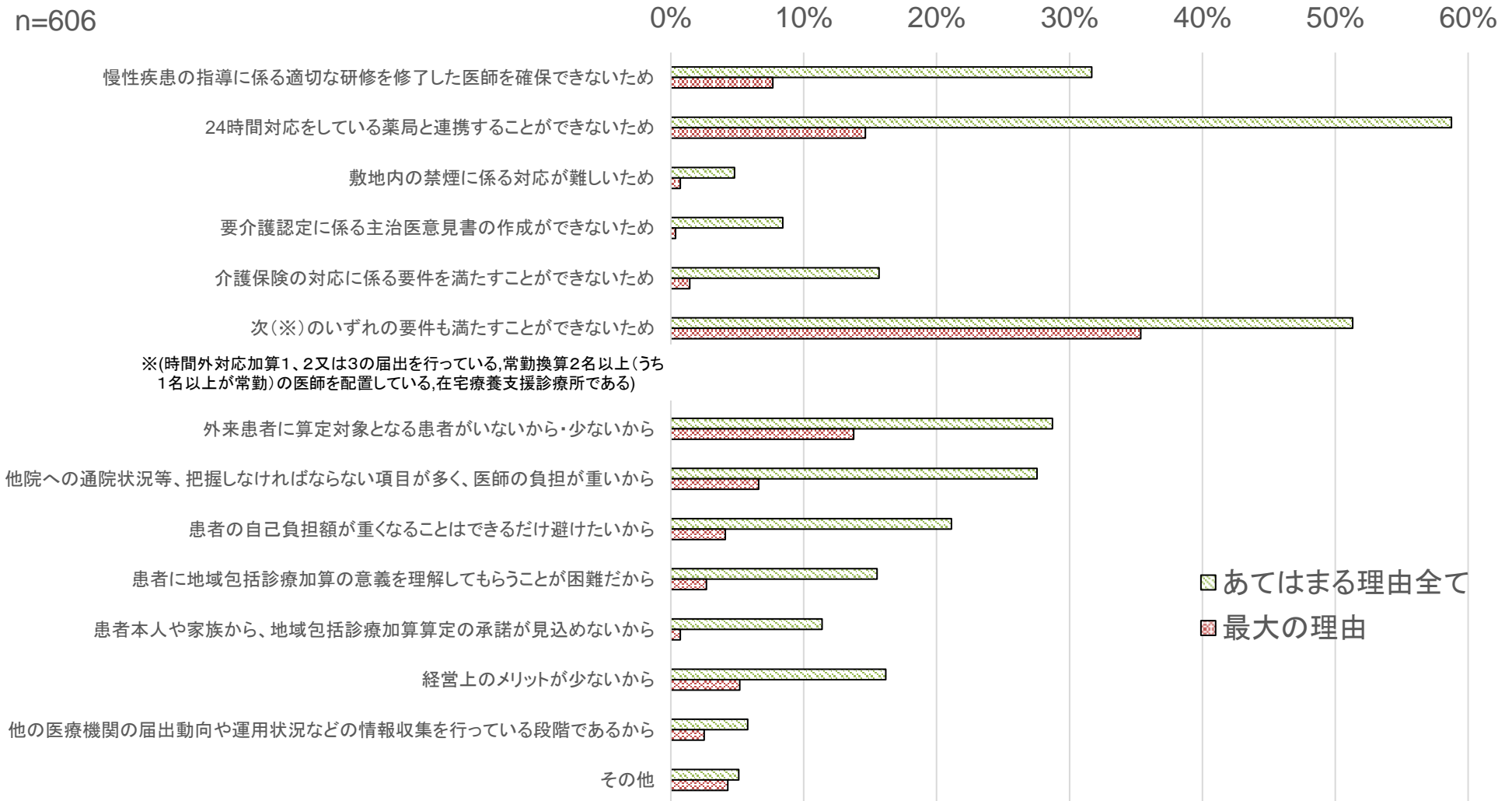
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



日常的に連携している医療機関等の数

- 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数は以下のとおり。
- 専門医療提供を目的に連携している医療機関数が3.9施設と最多であった。

	回答数		平均		四分位数					
	25%Tile	中央値	75%Tile							
算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数	74	件	3.9	施設	1.0	施設	3.0	施設	5.0	施設
算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数	72	件	1.3	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	63	件	1.0	施設	0.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	68	件	2.1	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数	62	件	0.9	施設	0.0	施設	0.0	施設	1.0	施設
算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数	65	件	2.7	事業所	0.0	事業所	2.0	事業所	3.0	事業所

○ 令和4年10月の1か月間における地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数等は以下のとおり。高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。

地域包括診療料1・2（認知症含む）、地域包括診療加算1・2（認知症含む）を算定している患者の対象疾病別患者数

	回答数		平均	四分位数						
				25%Tile		中央値		75%Tile		
高血圧症を有する患者	70	件	201.2	人	31.5	人	129.0	人	290.0	人
糖尿病を有する患者	70	件	133.3	人	12.0	人	58.5	人	123.0	人
脂質異常症を有する患者	70	件	159.4	人	12.3	人	82.0	人	237.8	人
慢性心不全を有する患者	70	件	31.7	人	0.3	人	8.5	人	26.0	人
慢性腎臓病を有する患者	70	件	19.5	人	0.0	人	2.5	人	18.5	人
認知症を有する患者	70	件	26.7	人	1.3	人	9.5	人	30.0	人

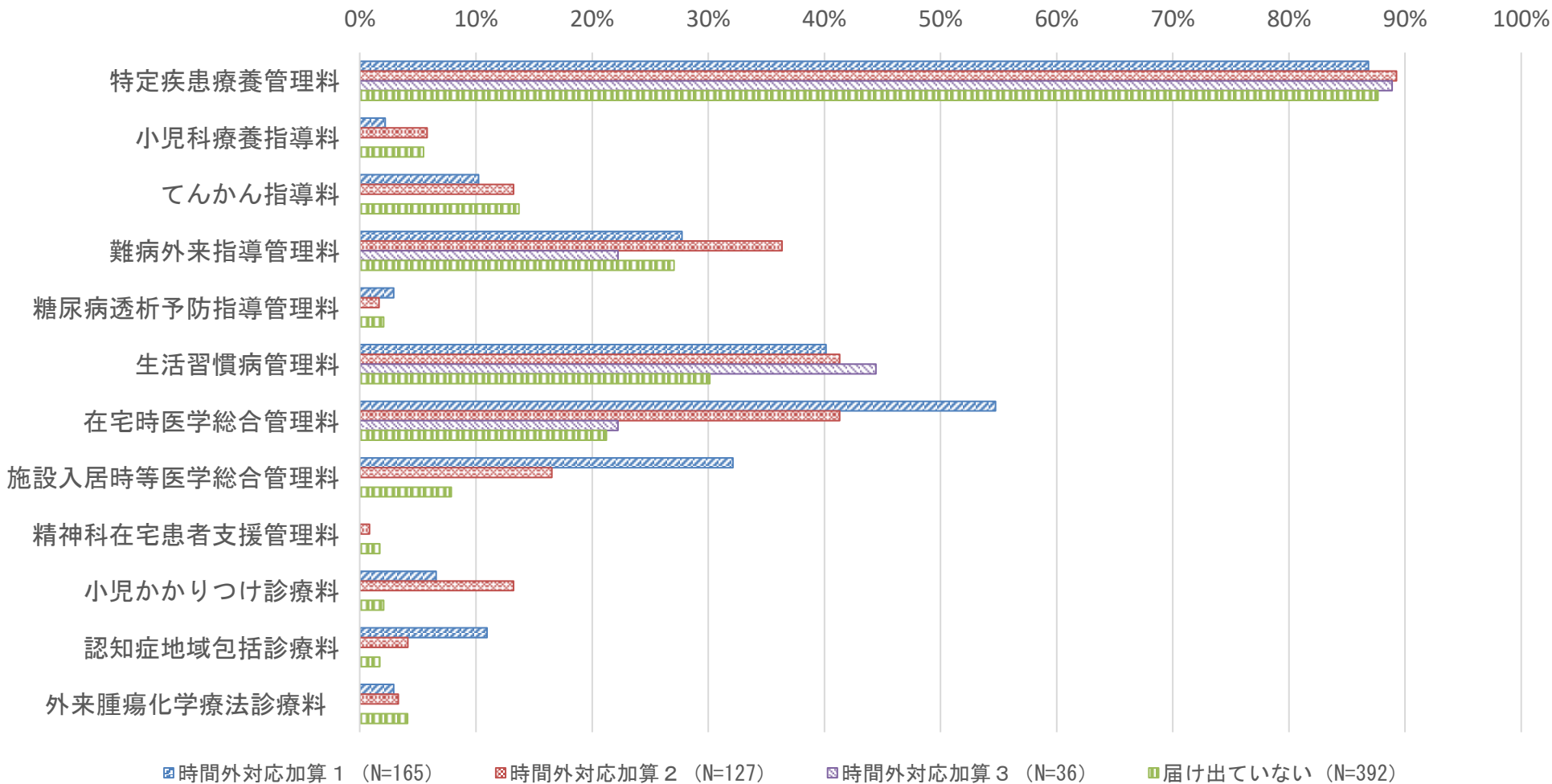
継続的かつ全人的に診療を行っている患者の疾患別患者数

	回答数		平均	四分位数						
				25%Tile		中央値		75%Tile		
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD(慢性閉塞性肺疾患)を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0	人	84.0	人
その他	21	件	48.9	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

特掲診療料の届出又は算定状況（時間対応加算の届出別）

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 対象施設の時間対応加算の届出別の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。



認知症地域包括診療料・加算について

認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)		認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 	
対象患者	<p>以下の全ての要件を満たす認知症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する 	
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 	
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 	
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) 	
施設基準	<p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2</p>	<p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2</p> <p style="text-align: right;">160</p>

認知症地域包括診療料・加算の算定状況

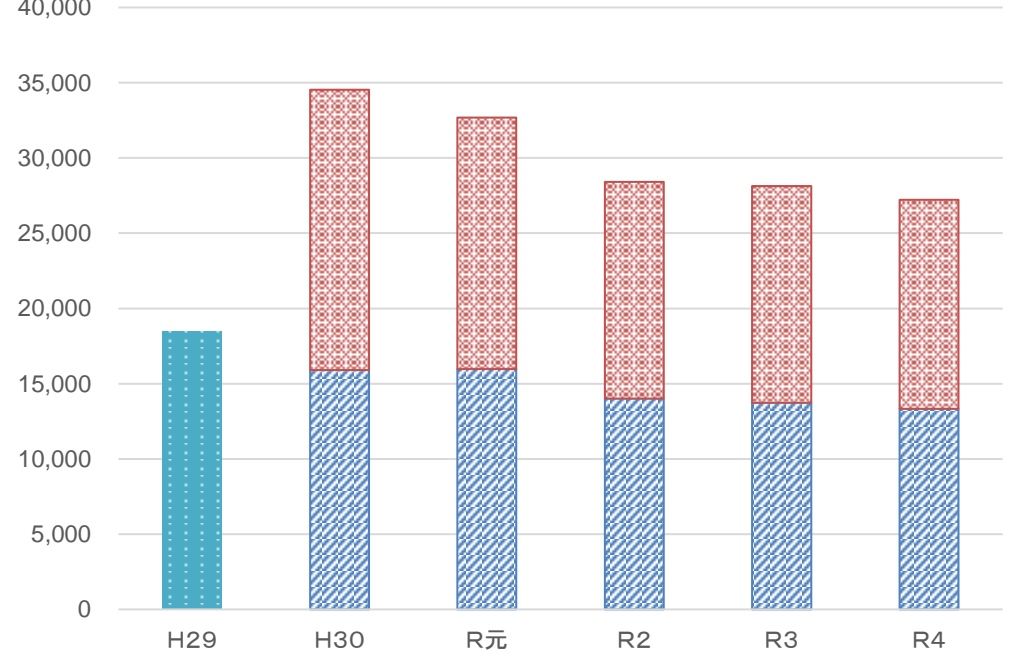
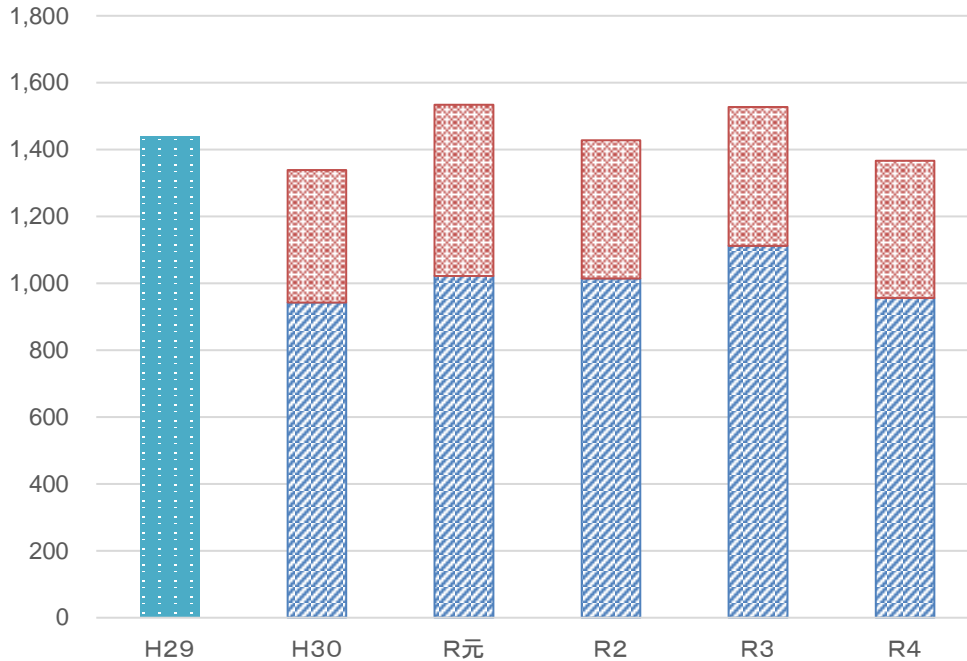
- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

(算定回数/月)



■ 認知症地域包括診療料2
■ 認知症地域包括診療料1
■ 認知症地域包括診療料

■ 認知症地域包括診療加算2
■ 認知症地域包括診療加算1
■ 認知症地域包括診療加算

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

- 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。



改定後

【生活習慣病管理料】

- (改)** 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

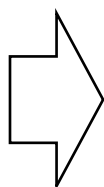
算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
(削除)

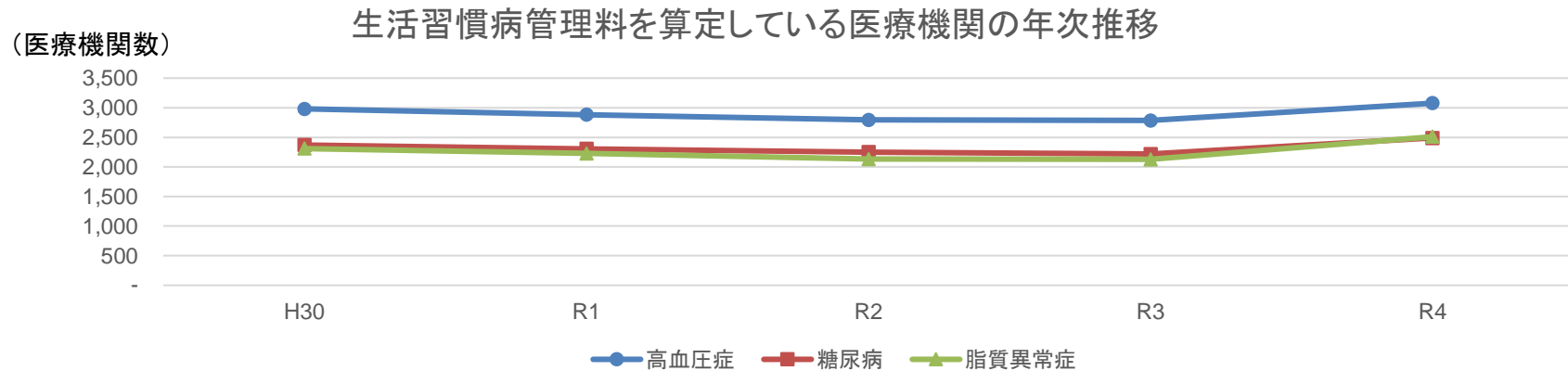
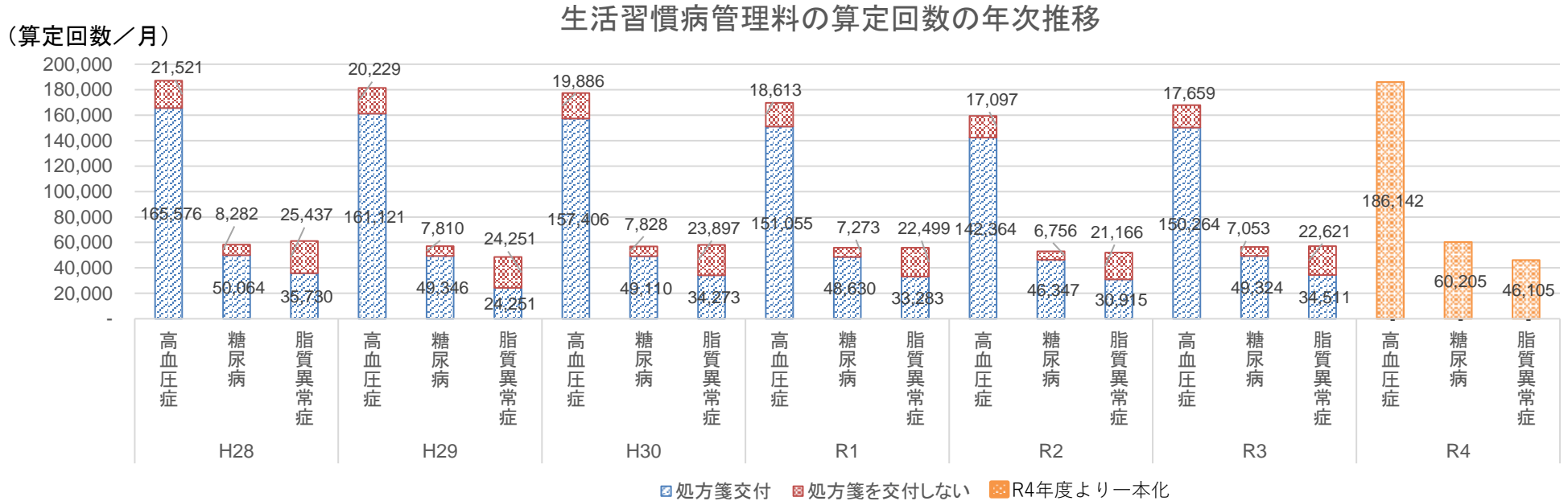
生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8
5. 6. 21

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570～720点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たった問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を作成。 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。<u>この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。</u> 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導計画を作成。 ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 指導計画を作成する。 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院及び診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 薬剤師、理学療法士が配置されることが望ましい。 糖尿病教室を定期的実施している。 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。 	<p>次の②の①に対する割合が5割以上。</p> <p>① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者</p> <p>② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者</p>
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、 <u>医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、注射、病理診断</u>		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病管理料の算定状況

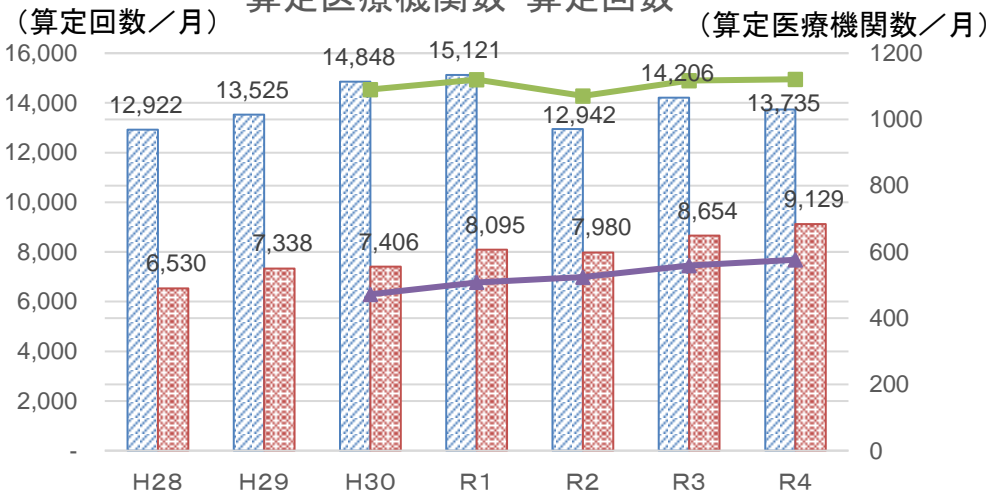
○ 生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。



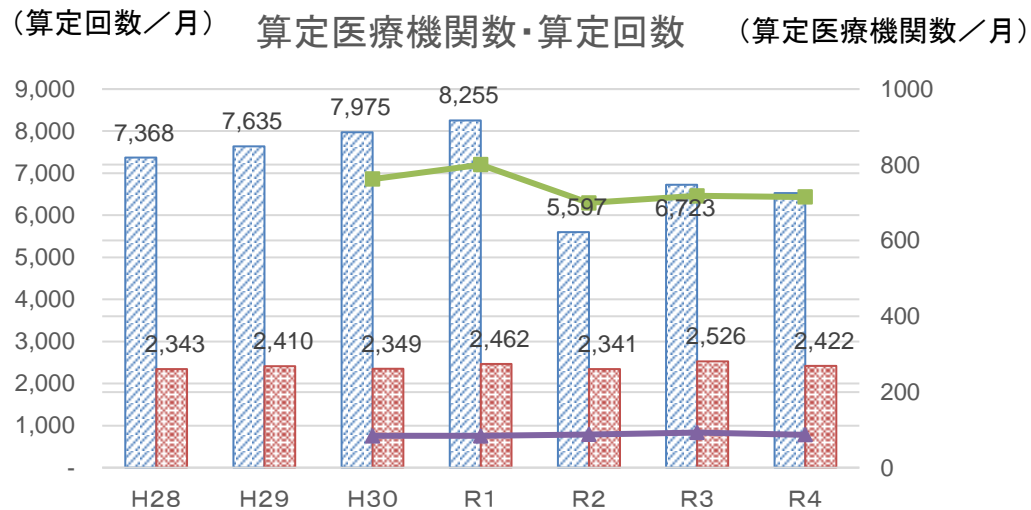
生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

○ 生活習慣病の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

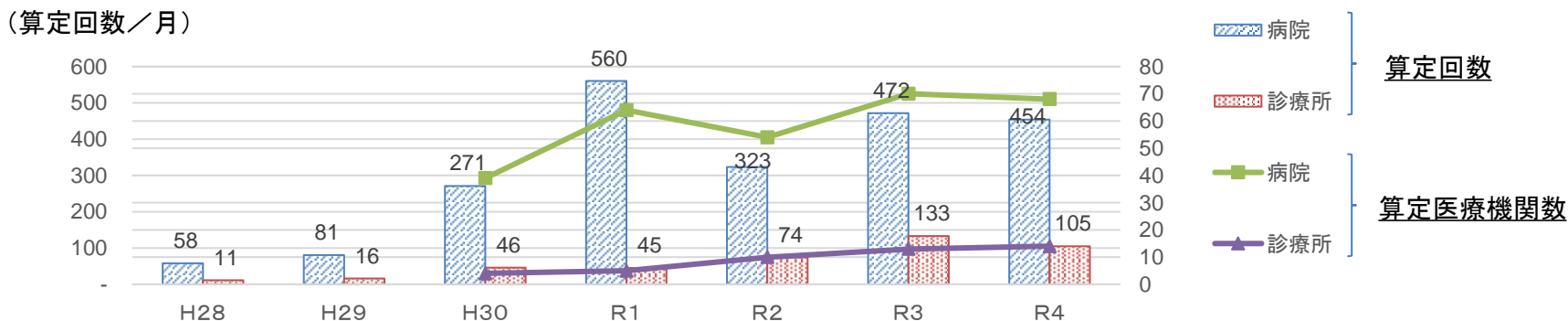
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

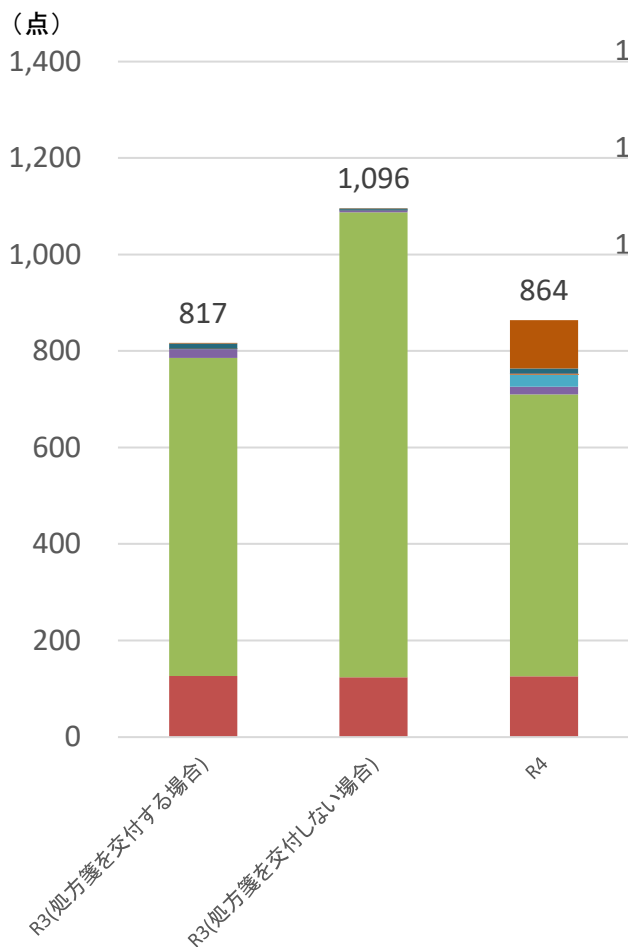


生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

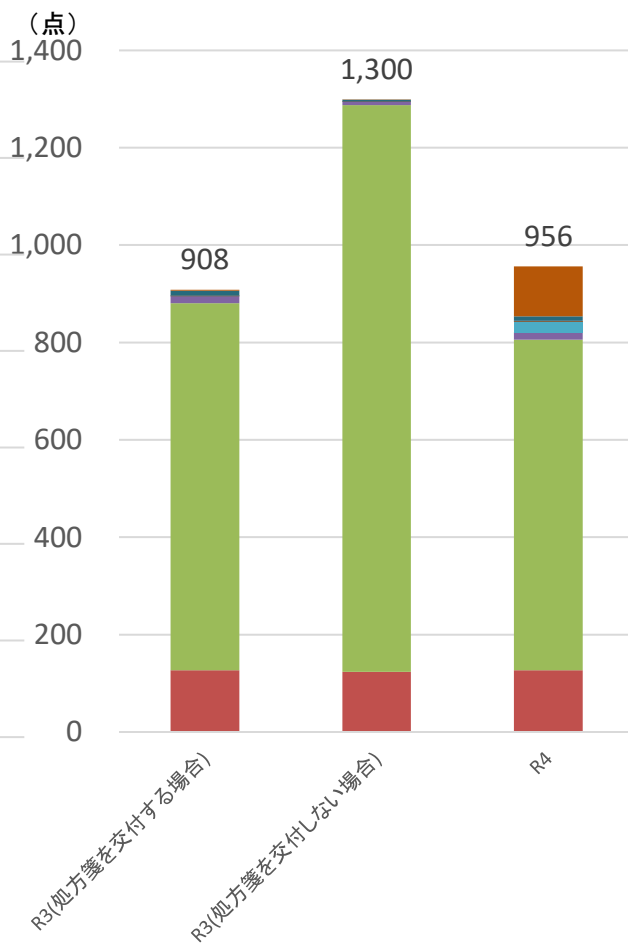
診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 生活習慣病管理料の算定日における診療費(平均)の内訳は以下のとおり。
- 令和4年度診療報酬改定後において、「投薬」に係る費用が増加している。

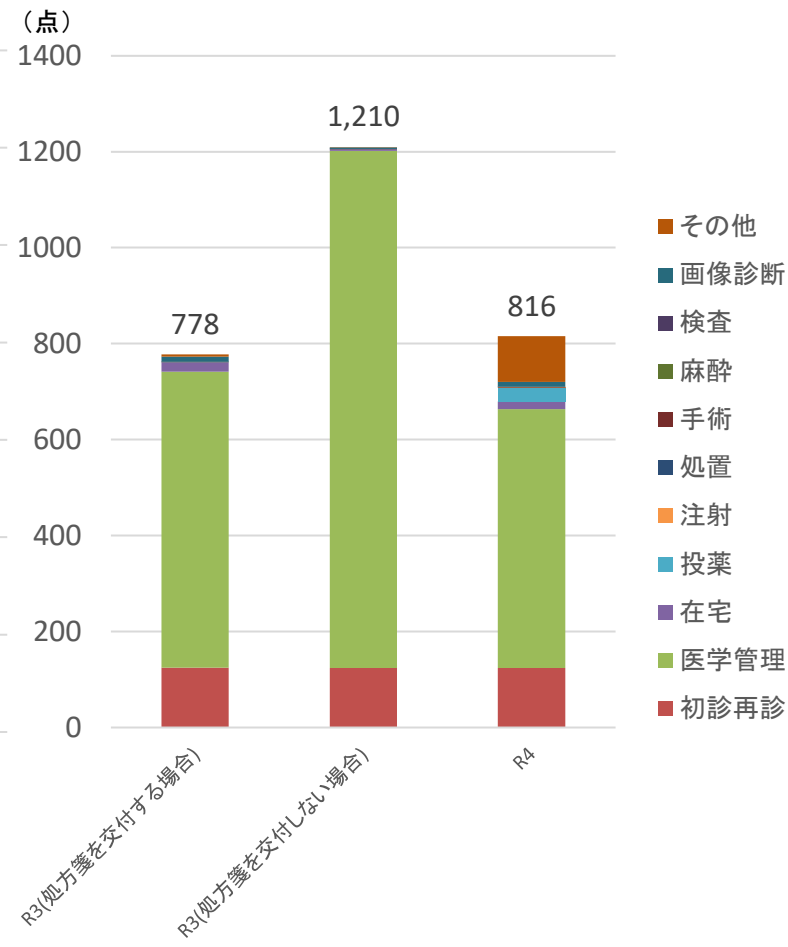
高血圧を主病とするもの



糖尿病を主病とするもの



脂質異常症を主病とするもの

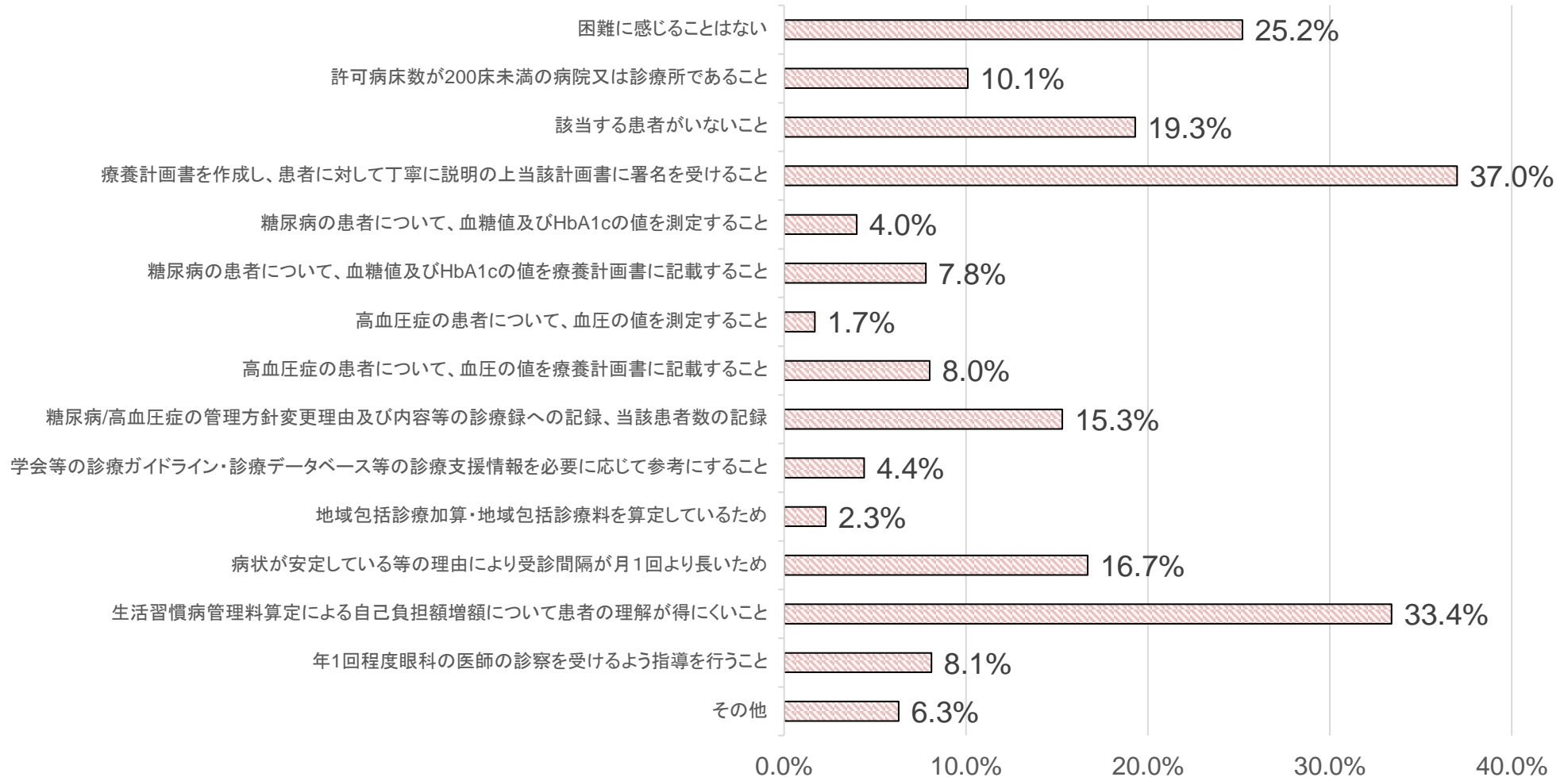


- その他
- 画像診断
- 検査
- 麻酔
- 手術
- 処置
- 注射
- 投薬
- 在宅
- 医学管理
- 初診再診

生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

○ 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。

n=652



生活習慣病管理料の療養計画書

○ 生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

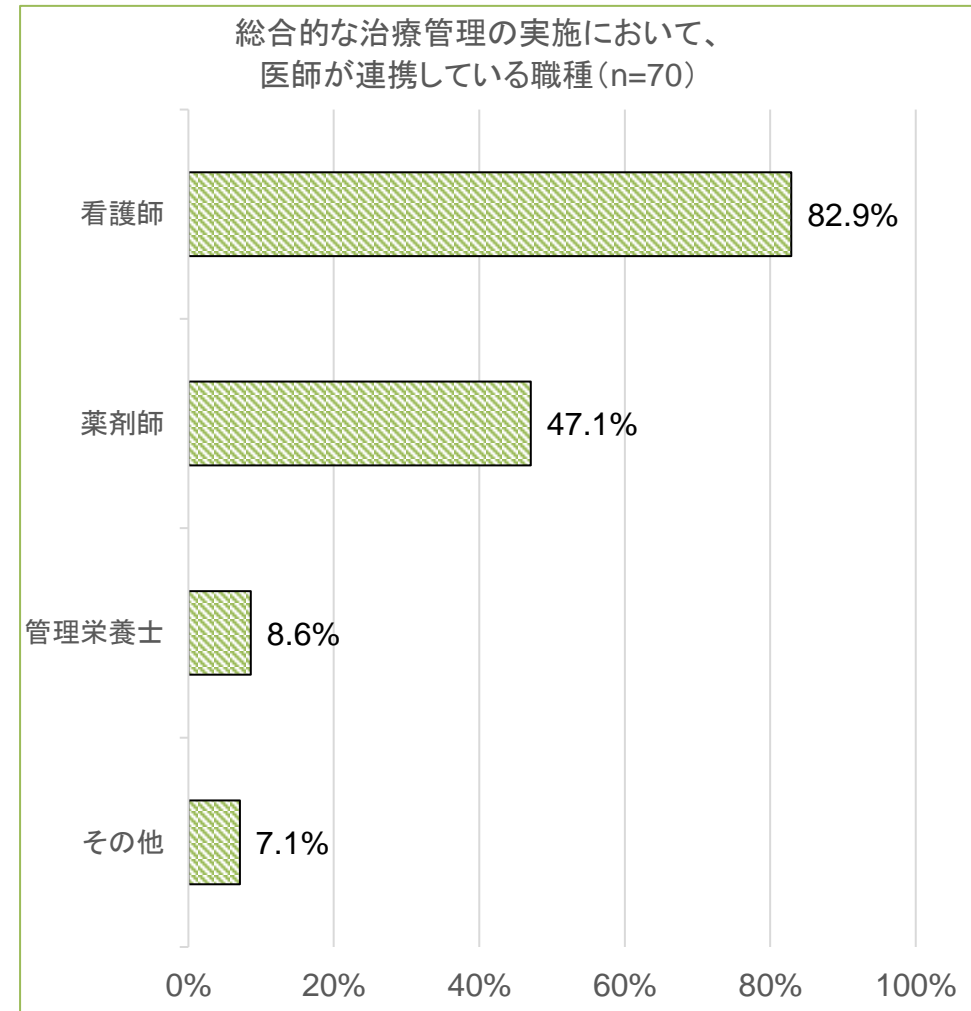
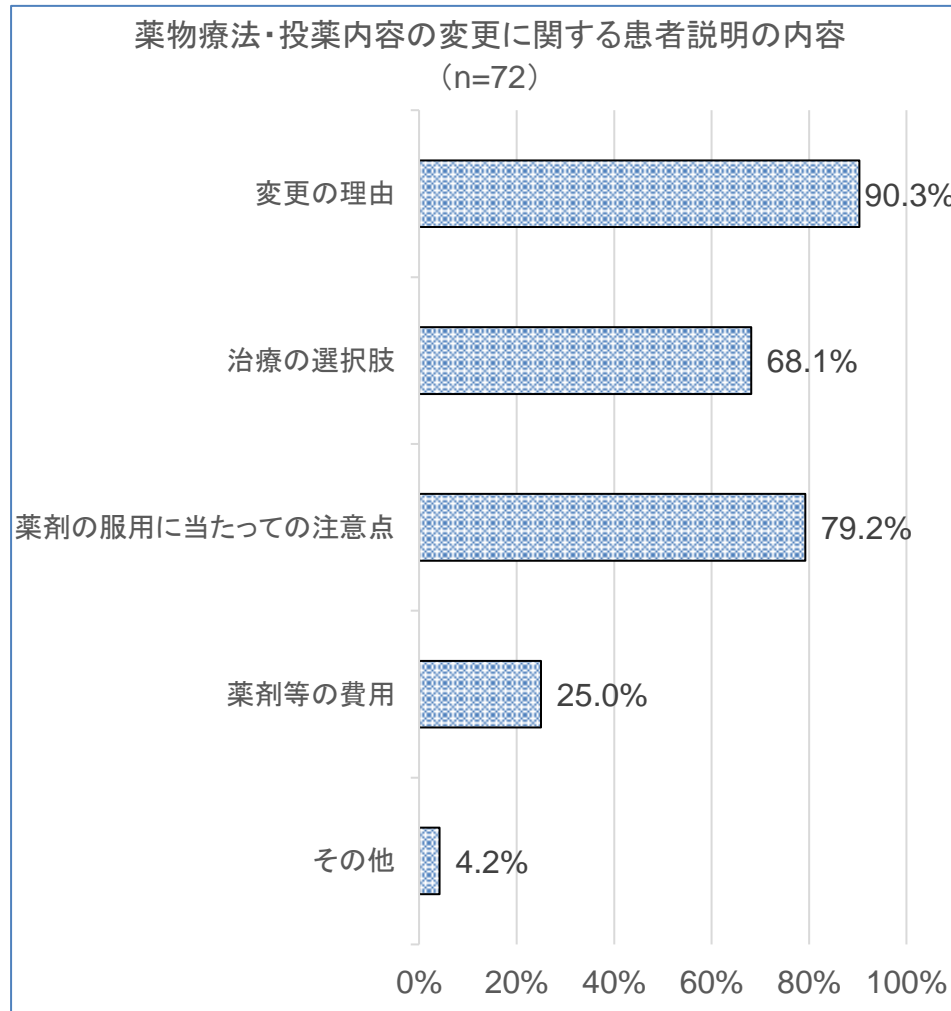
(別紙様式D)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
<p>おたが、検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること</p>			
検査・問診	<p>【検査項目】</p> <p>□身長 () cm</p> <p>□体重:現在 () kg →目標 () kg</p> <p>□BMI ()</p> <p>□腹囲:現在 () cm →目標 () cm</p> <p>□栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 肥満)</p> <p>□収縮期/拡張期血圧:現在 () mmHg →目標 () mmHg</p> <p>□運動負荷心電図</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【血液検査項目】 (採血日 月 日)</p> <p>□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)</p> <p>□HbA1c:現在 () % →目標 () %</p> <p>□総コレステロール () mg/dl</p> <p>□中性脂肪 () mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□LDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □薬剤の受診状況 □その他の生活</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標</p>
	<p>【医師氏名】 (印)</p>		
重点を置く領域と指導項目	<p>□食事摂取量を適正にする</p> <p>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</p> <p>□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()</p> <p>□食事: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□間食: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())</p> <p>□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくする</p>	<p>□食塩・調味料を控える</p> <p>□外食の際の注意事項()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□運動処方:種類(ウォーキング・時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週)回)</p> <p>□運動強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)</p> <p>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)</p> <p>□運動時の注意事項など()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□たばこ □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量</p> <p>□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)</p> <p>□その他()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明		担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【特定保健指導の利用の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険者からの情報提供の求めに対する患方の同意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

(別紙様式Dの2)

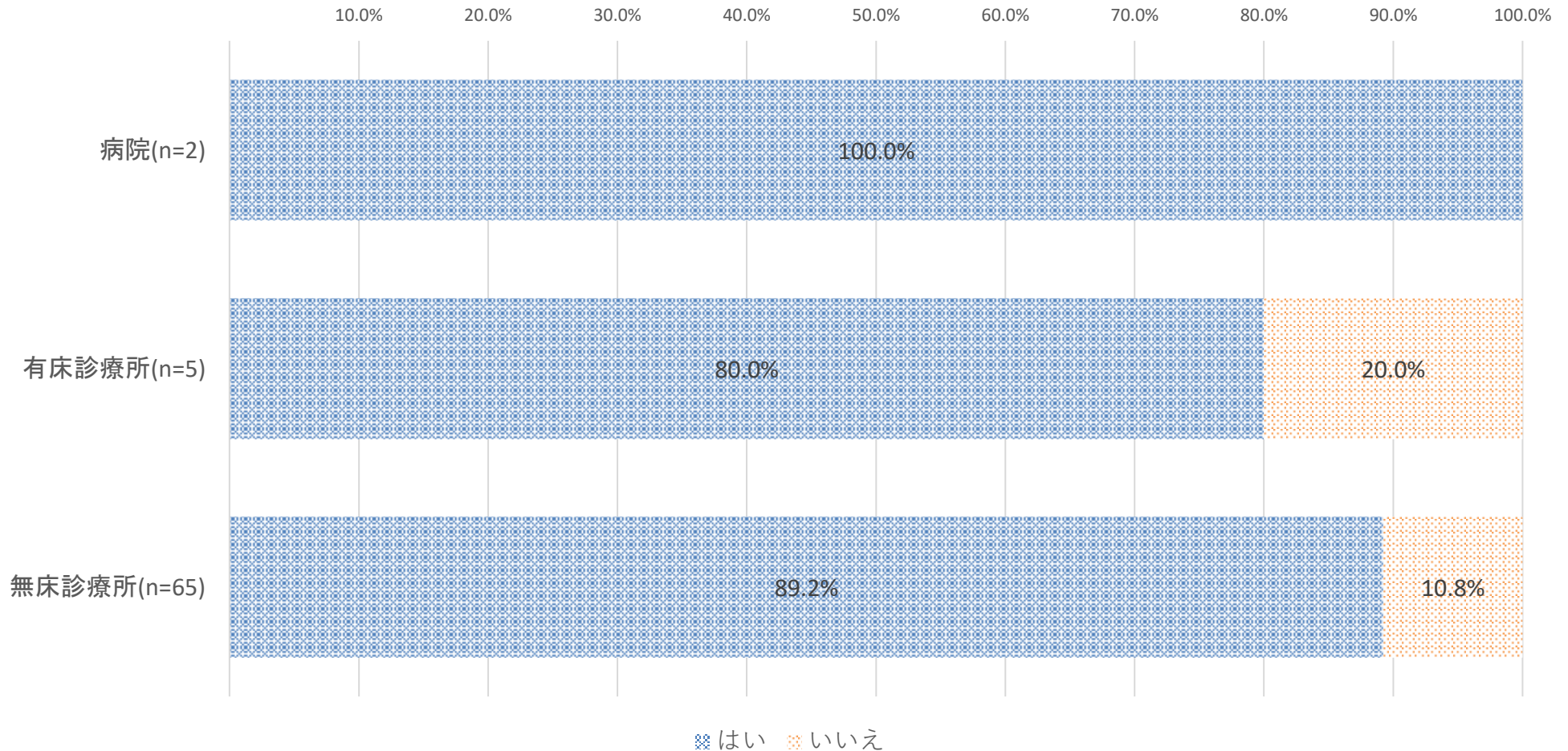
生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日) ()回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
<p>おたが、重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組みること</p>			
検査・問診	<p>【検査項目】</p> <p>□体重:現在 () kg →目標 () kg</p> <p>□BMI ()</p> <p>□腹囲:現在 () cm →目標 () cm</p> <p>□栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 肥満)</p> <p>□収縮期/拡張期血圧:現在 () mmHg →目標 () mmHg</p> <p>□運動負荷心電図</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【血液検査項目】 (採血日 月 日)</p> <p>□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)</p> <p>□HbA1c:現在 () % →目標 () %</p> <p>□総コレステロール () mg/dl</p> <p>□中性脂肪 () mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□LDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標</p>
	<p>【医師氏名】 (印)</p>		
重点を置く領域と指導項目	<p>□食事摂取量を適正にする</p> <p>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</p> <p>□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()</p> <p>□食事: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□間食: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())</p> <p>□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくする</p>	<p>□食塩・調味料を控える</p> <p>□外食の際の注意事項()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□運動処方:種類(ウォーキング・時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週)回)</p> <p>□運動強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)</p> <p>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)</p> <p>□運動時の注意事項など()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□たばこ □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量</p> <p>□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)</p> <p>□その他()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明		担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【特定保健指導の利用の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険者からの情報提供の求めに対する患方の同意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

- 令和4年10月1ヶ月間に糖尿病または高血圧症の患者で管理方針を変更した患者がいた施設において、薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明の内容、職種間連携の状況について、内容としては「変更の理由」「薬剤の服用に当たっての注意点」が多く、連携している職種としては看護師が最多であった。



○ 多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。

糖尿病を主病としている患者である患者に定期的な眼科受診を勧めているか(n=72)



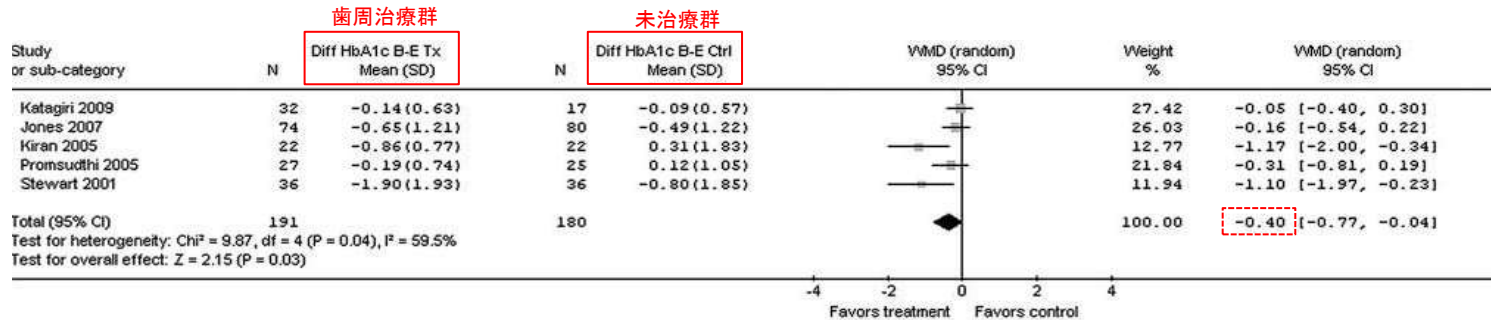
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが-0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

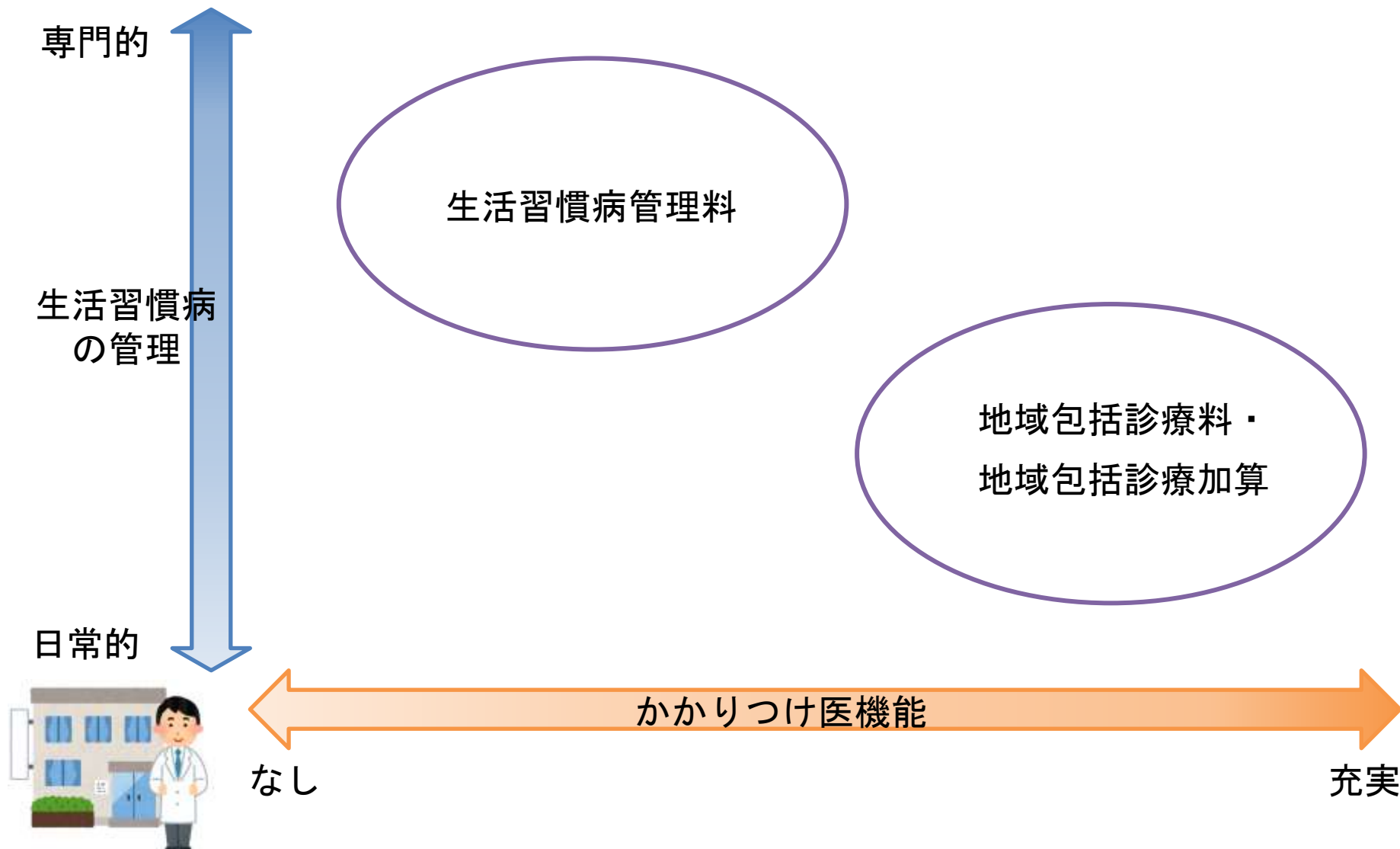
○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p-value	Relative Risk	95%CI	p-value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319	1			1		
22-25	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005			
25-30	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001			
> 30	140	1.41	1.16-1.70	0.001			
Smoking status							
Never smoked	2,484	1			1		
Former smoker	1,360	1.12	1.02-1.24	0.022			
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.66	0.001			
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,245	0.90	0.81-1.00	0.044			
Age, yrs							
		1.03	1.02-1.03	0.001			

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



○ 生活習慣病を主病とする患者の概数および特定疾患療養管理料算定患者の概数(令和4年10月の受診患者数)は以下のとおり。

令和4年10月の受診患者数

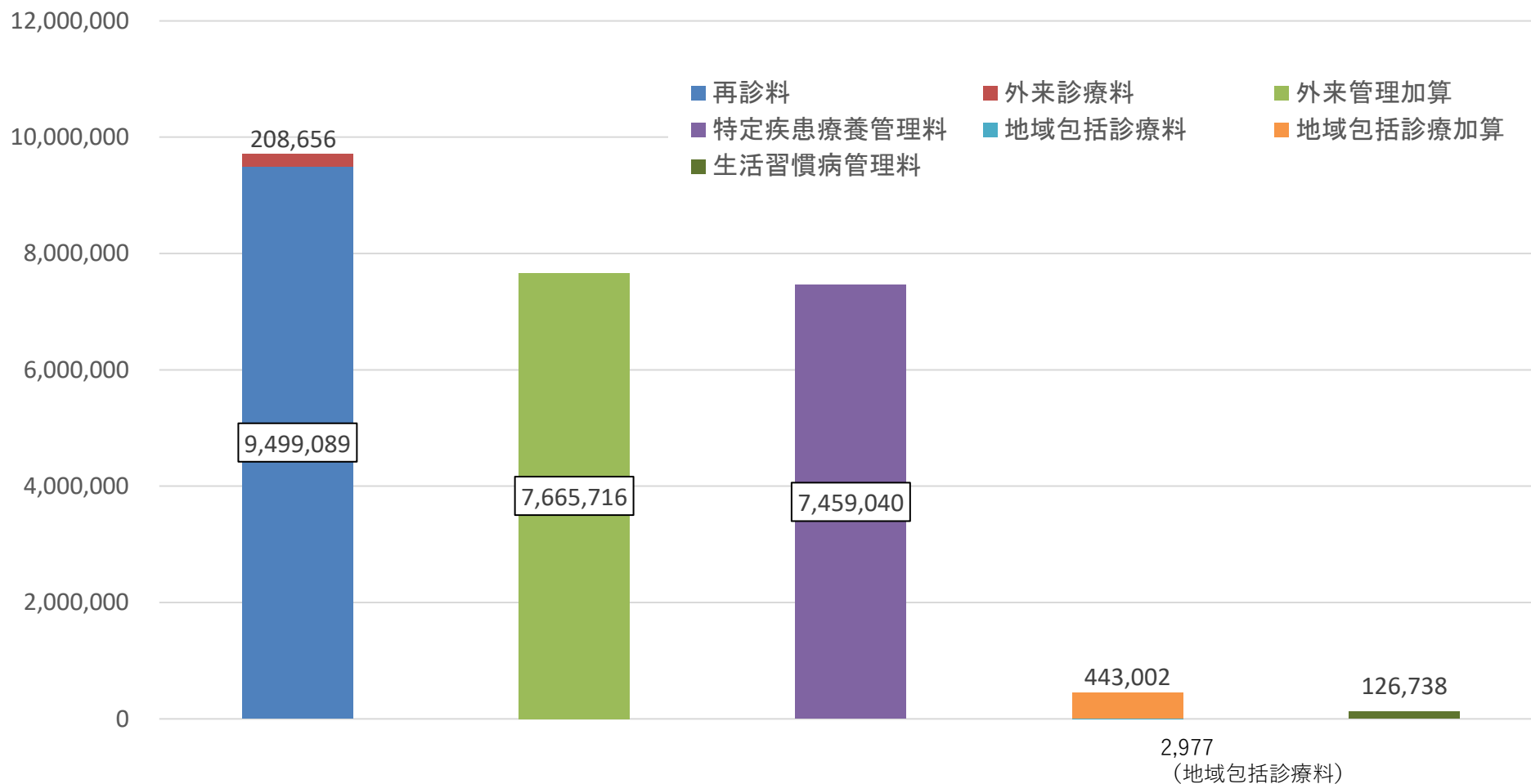
	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない)	690	件	316.0	人	0.0	人	121.0	人	438.3	人
② 特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	690	件	288.6	人	0.0	人	129.0	人	450.0	人

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

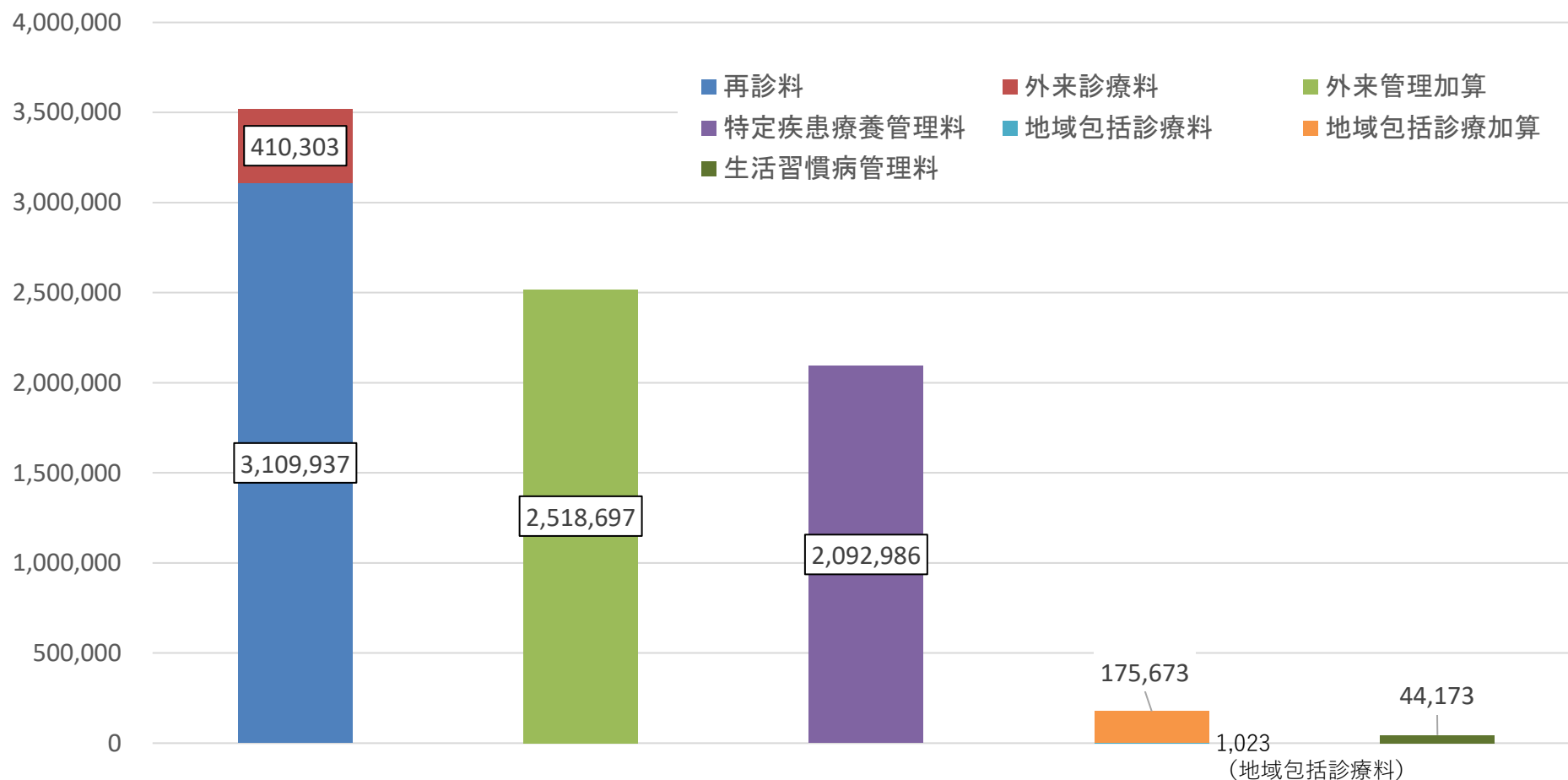


糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

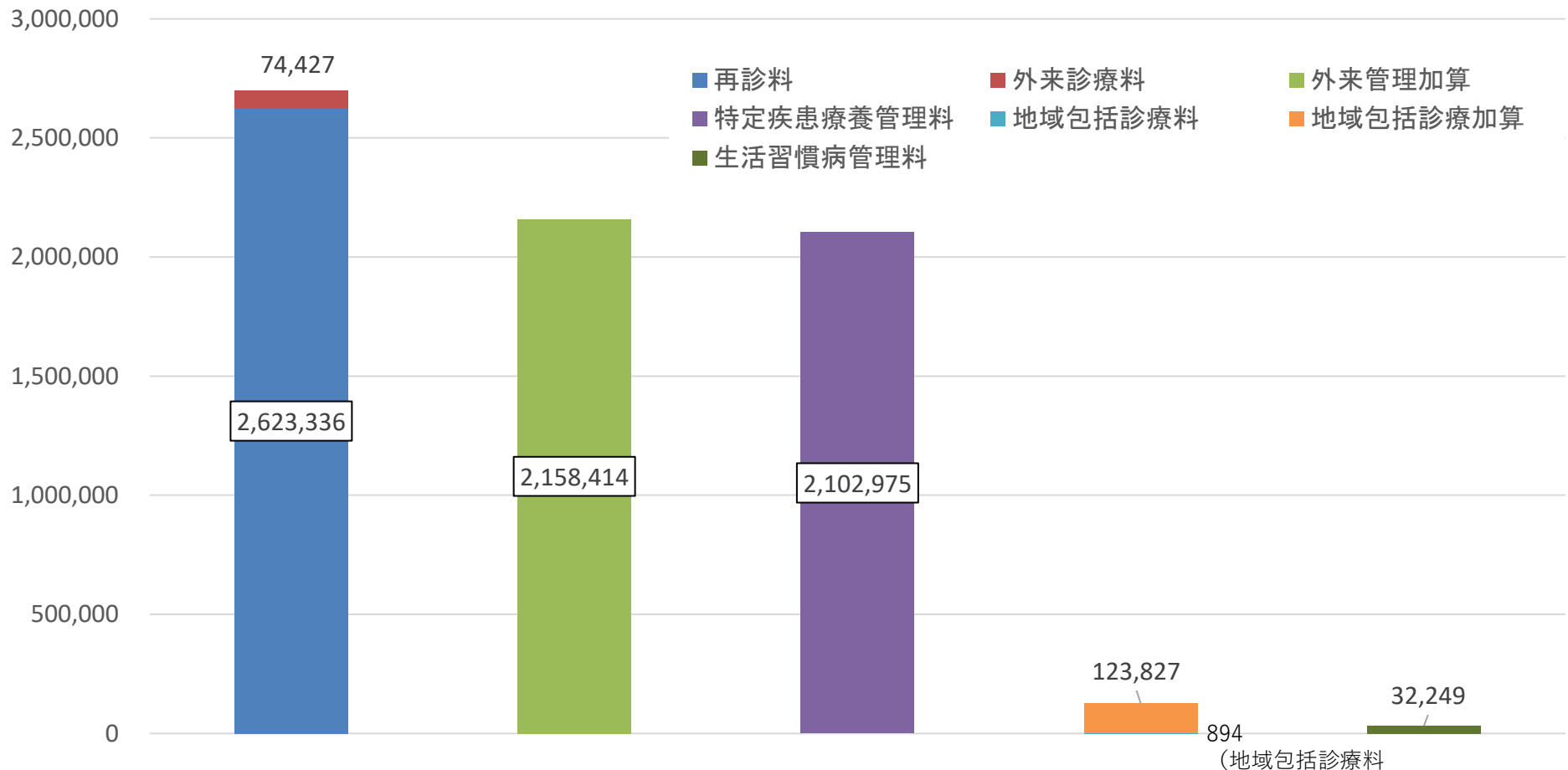


脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組 入-1
5.7.20

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。

No.	傷病名 ICDコード	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数	12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病(計)	2,092,986	16.2%
	脂質異常症(計)	3,092,941	23.9%
	高血圧症(計)	7,459,040	57.7%
	心不全(計)	292,875	2.3%
1	高血圧症 I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症 E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病 E14	1,081,173	8.4%
4	2型糖尿病 E11	994,862	7.7%
5	高脂血症 E785	989,977	7.7%
6	気管支喘息 J459	925,271	7.2%
7	慢性胃炎 K295	742,738	5.7%
8	脂質異常症 E785	629,425	4.9%
9	本態性高血圧症 I10	429,611	3.3%
10	狭心症 I209	295,917	2.3%
11	アレルギー性鼻炎 J304	256,012	2.0%
12	胃潰瘍 K259	209,380	1.6%
13	脳梗塞 I639	197,959	1.5%
14	便秘症 K590	171,476	1.3%
15	胃炎 K297	170,414	1.3%
16	腰痛症 M5456	159,965	1.2%
17	慢性腎不全 N189	151,821	1.2%
18	逆流性食道炎 K210	147,866	1.1%
19	甲状腺機能低下症 E039	147,114	1.1%
20	慢性心不全 I509	136,812	1.1%
21	高尿酸血症 E790	135,955	1.1%
22	不眠症 G470	131,632	1.0%
23	肝機能障害 K769	109,162	0.8%

No. (続き)	傷病名 ICDコード	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
24	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎 K210	108,900	0.8%
25	前立腺癌 C61	107,572	0.8%
26	変形性膝関節症 M171	105,192	0.8%
27	慢性気管支炎 J42	104,927	0.8%
28	湿疹 L309	103,063	0.8%
29	脂肪肝 K760	102,149	0.8%
30	骨粗鬆症 M8199	98,959	0.8%
31	非弁膜症性心房細動 I489	92,547	0.7%
32	心房細動 I489	92,171	0.7%
33	心不全 I509	90,796	0.7%
34	脳梗塞後遺症 I693	80,414	0.6%
35	乳癌 C509	75,967	0.6%
36	アレルギー性結膜炎 H101	74,012	0.6%
37	慢性肝炎 K739	72,277	0.6%
38	鉄欠乏性貧血 D509	71,524	0.6%
39	頭痛 R51	69,632	0.5%
40	バセドウ病 E050	66,639	0.5%
41	急性気管支炎 J209	65,314	0.5%
42	前立腺肥大症 N40	64,057	0.5%
43	萎縮性胃炎 K294	62,497	0.5%
44	不整脈 I499	62,298	0.5%
45	アルツハイマー型認知症 G309	61,009	0.5%
46	肩関節周囲炎 M750	61,001	0.5%
47	急性上気道炎 J069	58,753	0.5%
48	うつ血性心不全 I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱 N328	56,043	0.4%
50	胃癌 C169	55,021	0.4%

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 <u>慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っているものに限る。）</u> 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 **50点 (月1回)**

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) **外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

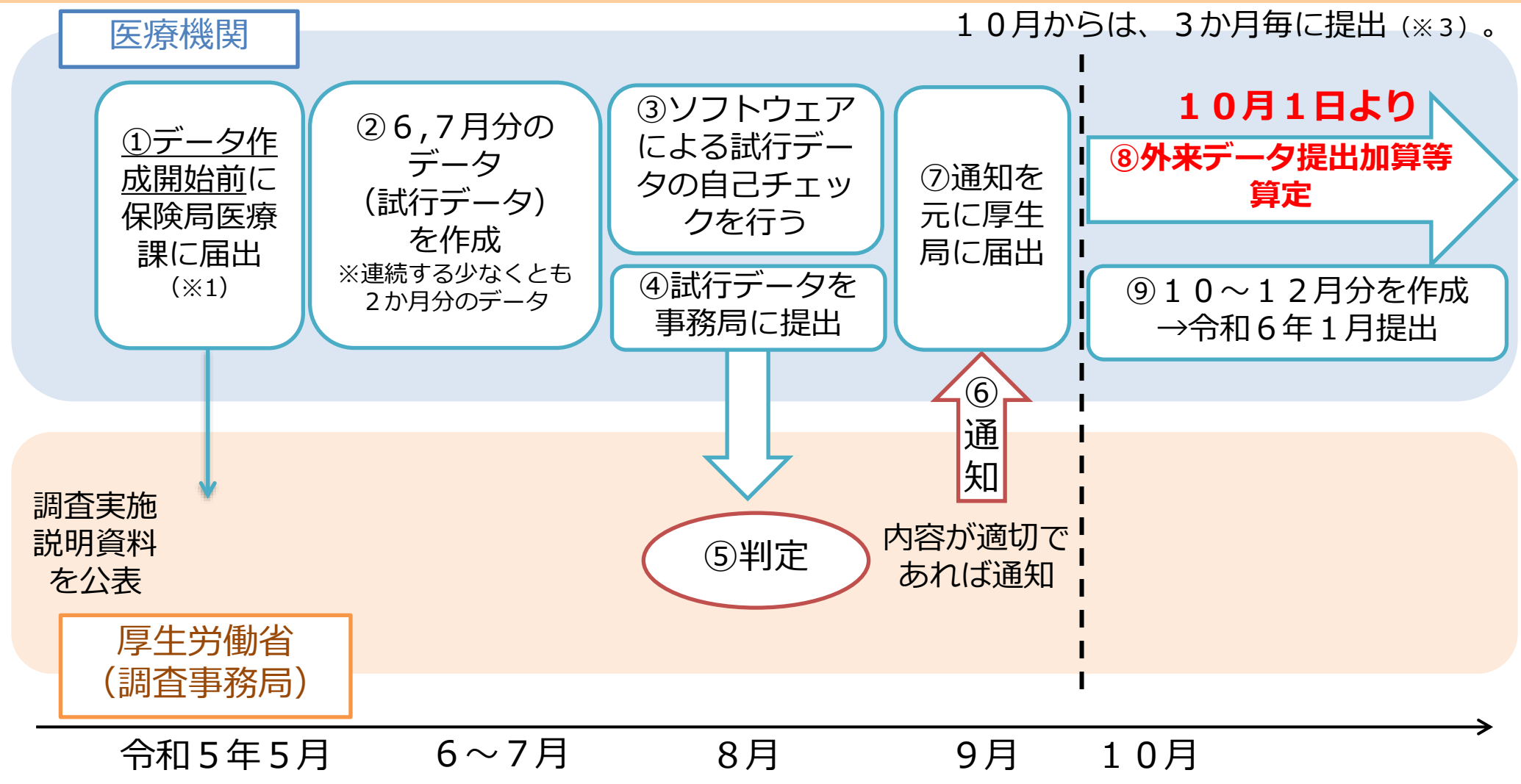
(新) 在宅データ提出加算 **50点 (月1回)**

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 **50点 (月1回)**

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。180

外来データ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈外来データ提出加算〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55点

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

病院区分別の紹介・逆紹介割合

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合				紹介割合			
		50%以上		50%未満		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30%以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30%未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20%以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20%未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

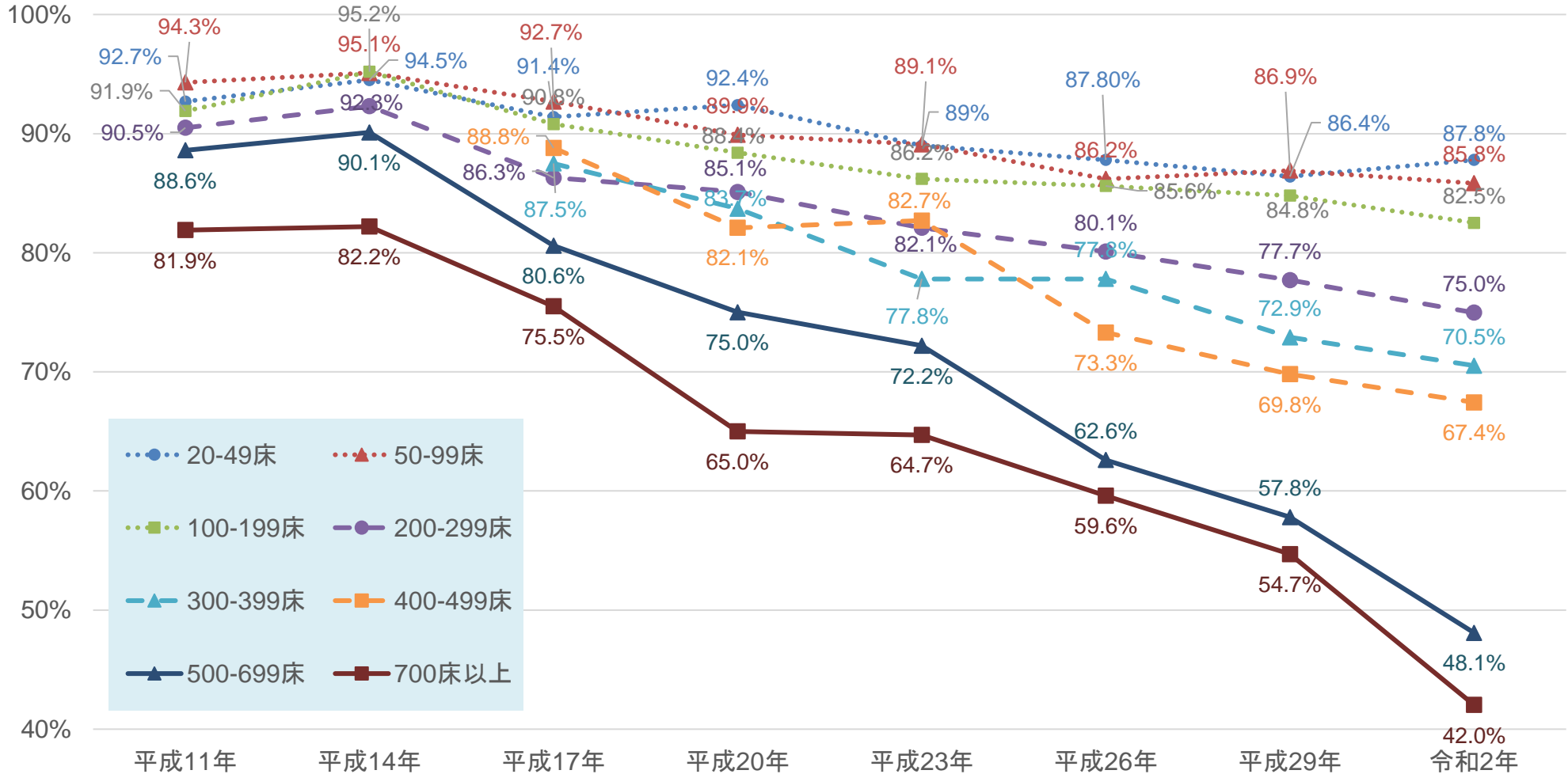
	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和2年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



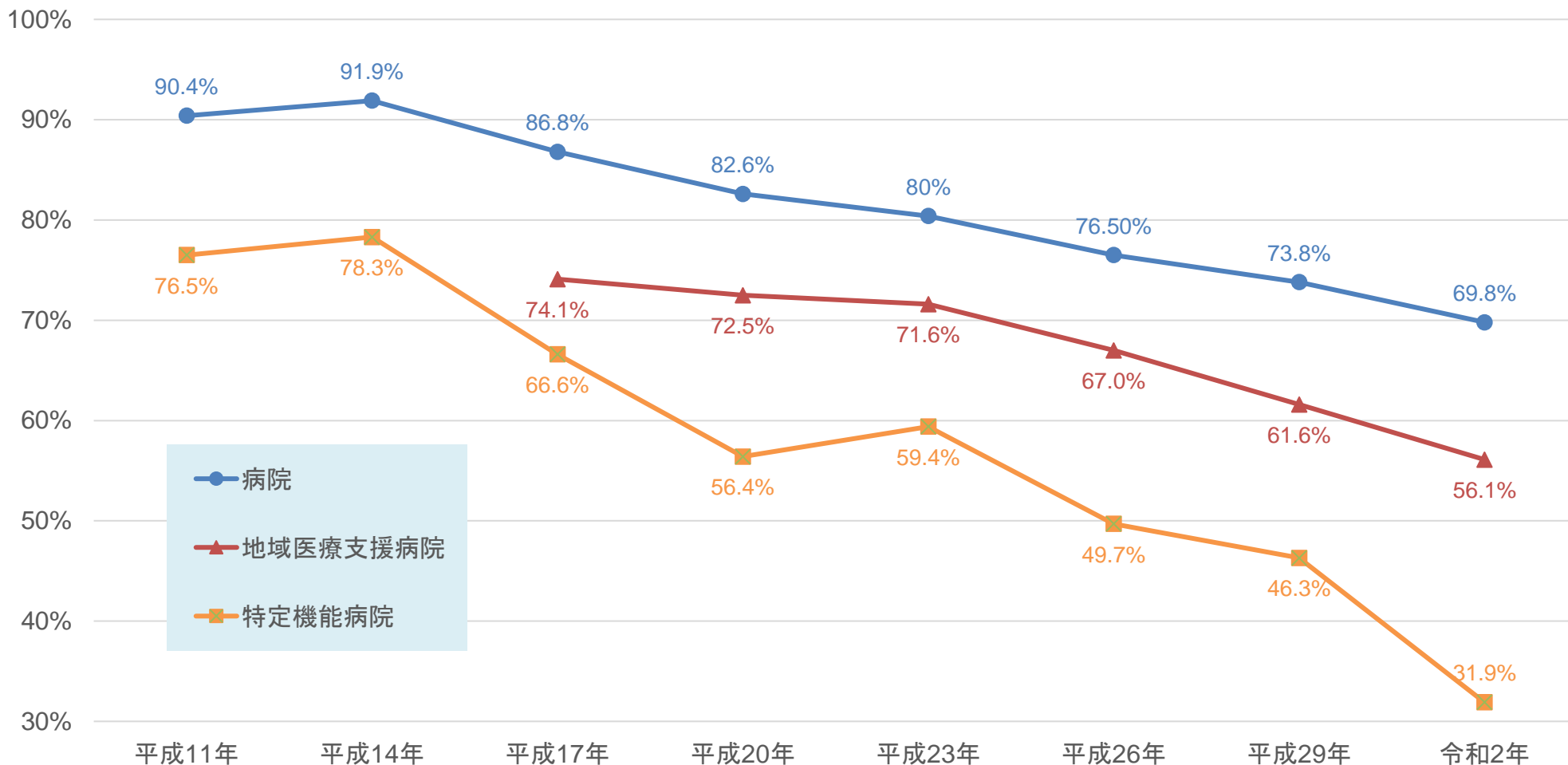
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注1：平成11年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和2年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



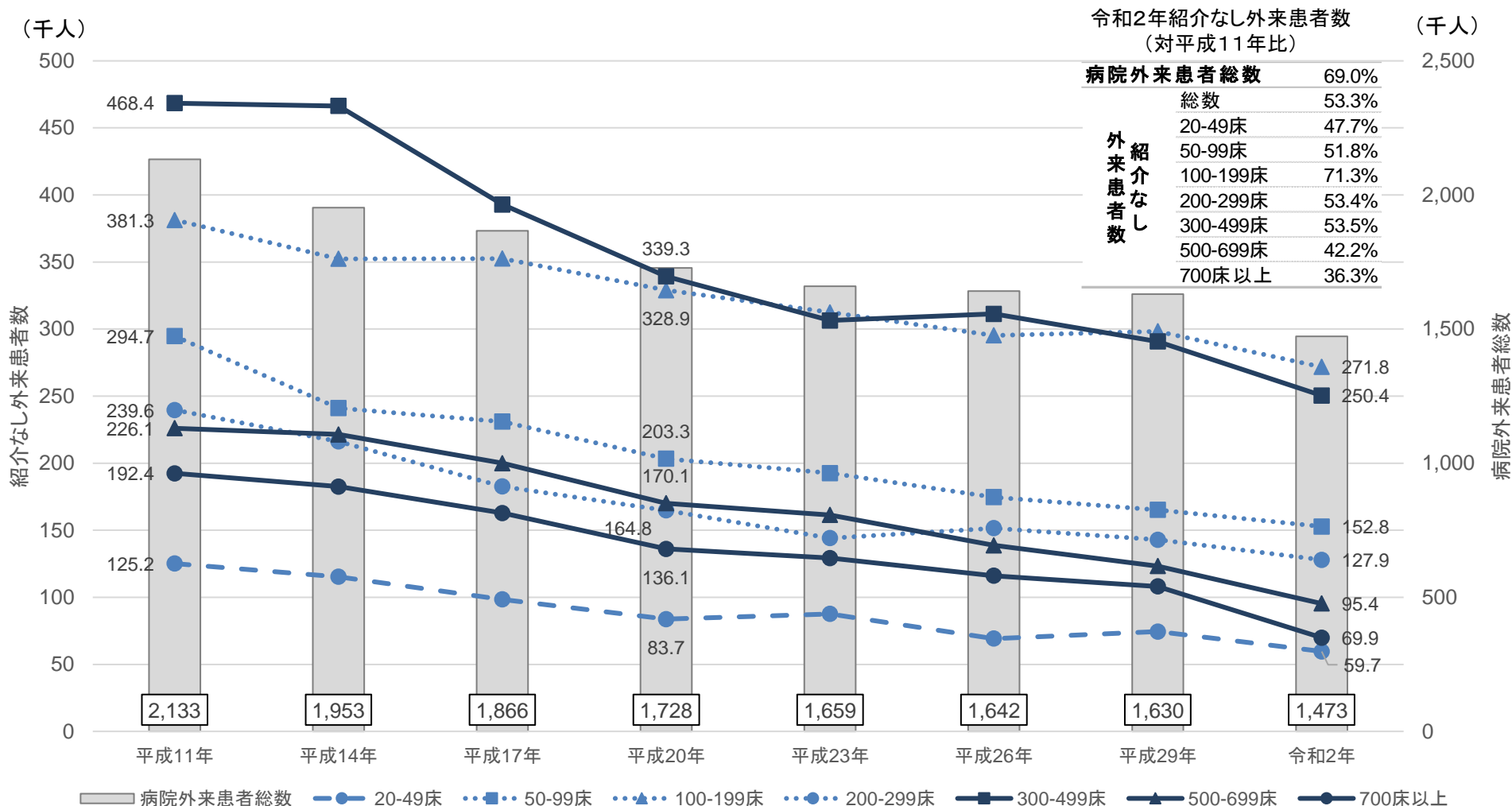
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 病院の外来患者総数が減少していることに伴い、全ての病床規模で紹介無しで外来受診した患者数が減少しているが、とりわけ300床以上の病院での減少が目立つ。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

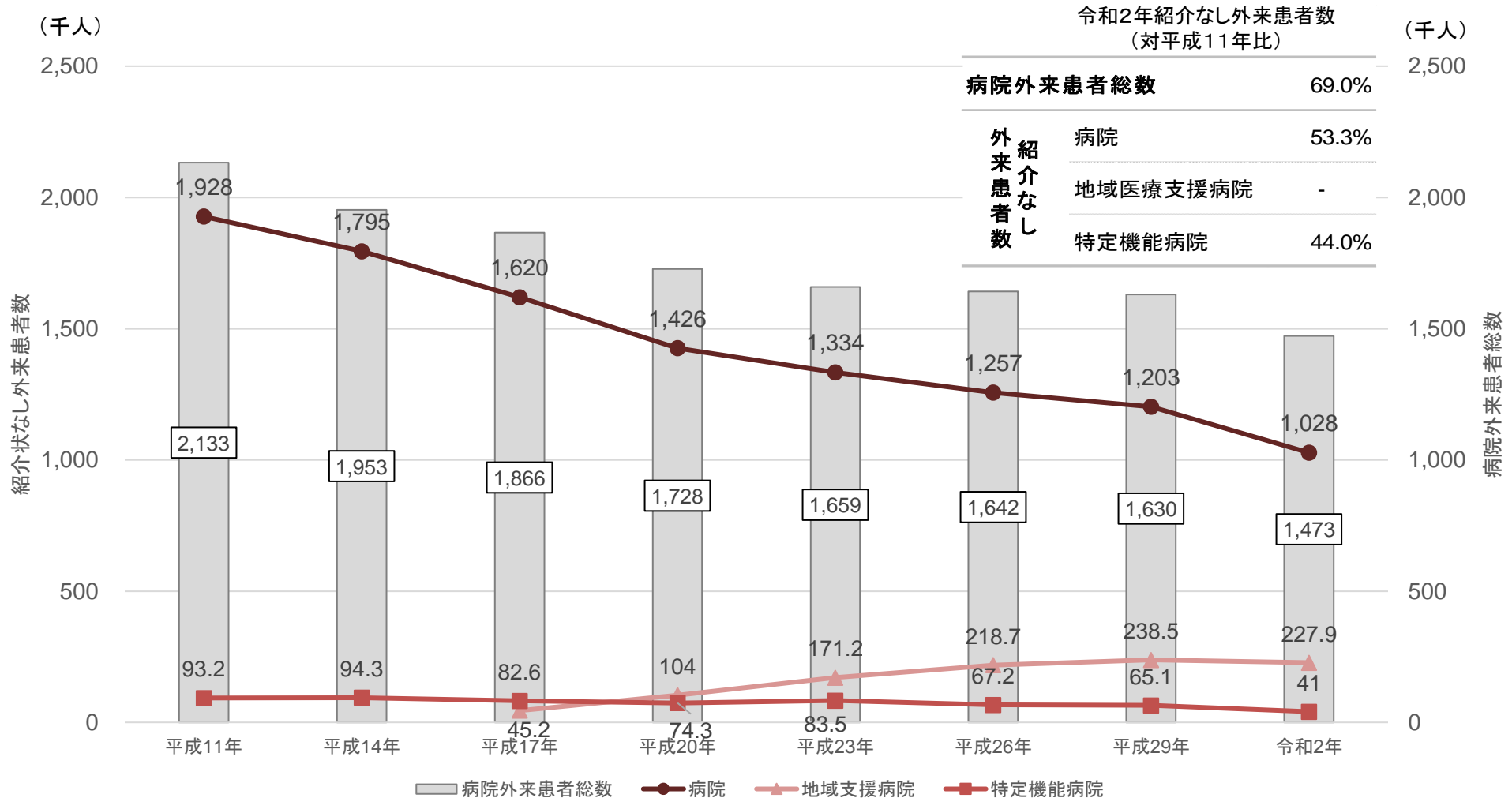
注1：当グラフでは「300～499床」をまとめて集計している。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者数の推移（機能別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和2年の特定機能病院の紹介無し外来受診患者数は平成11年の約44%まで減少している。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

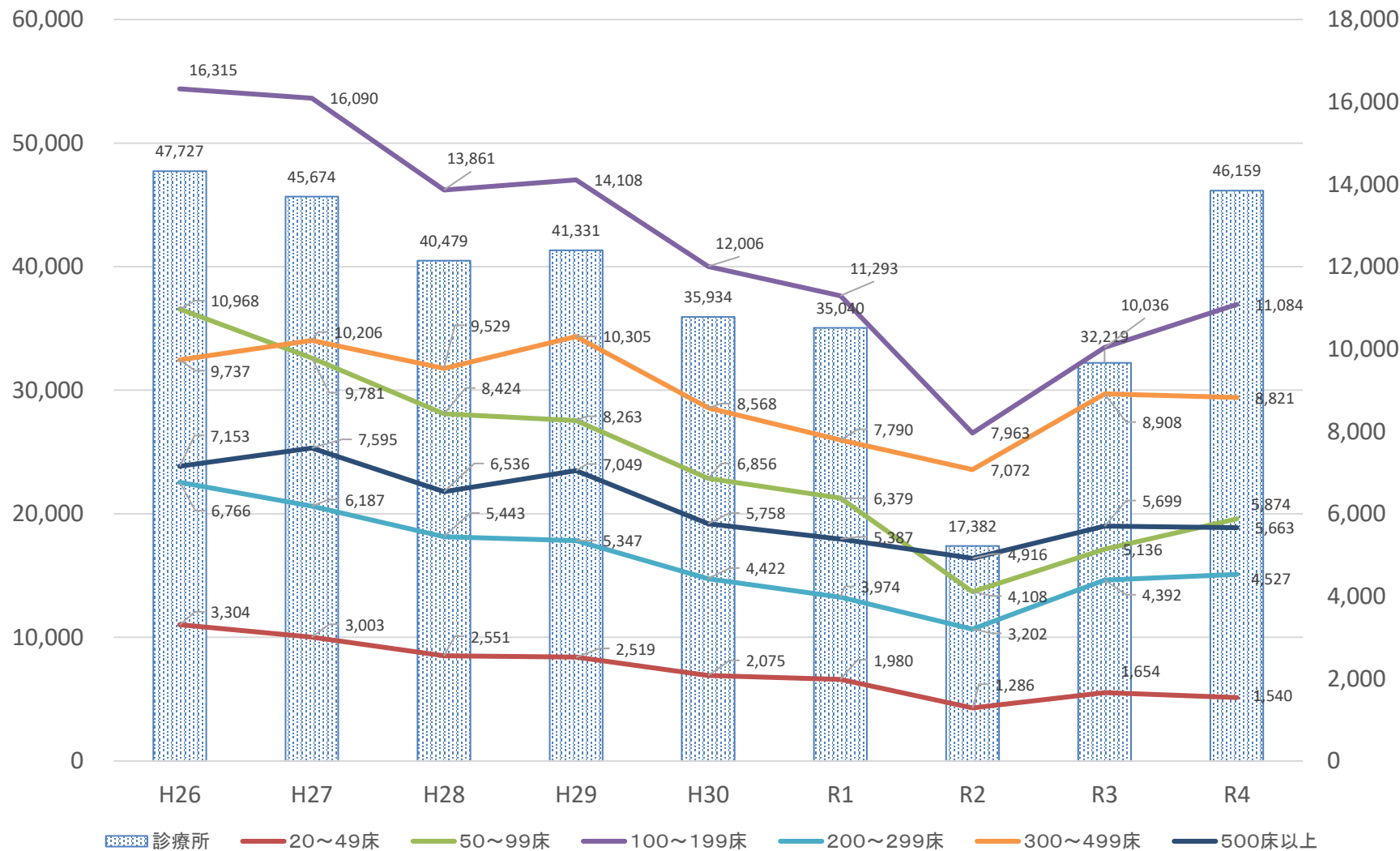
時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の時間外加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。

(算定回数:診療所)

(算定回数:病院)

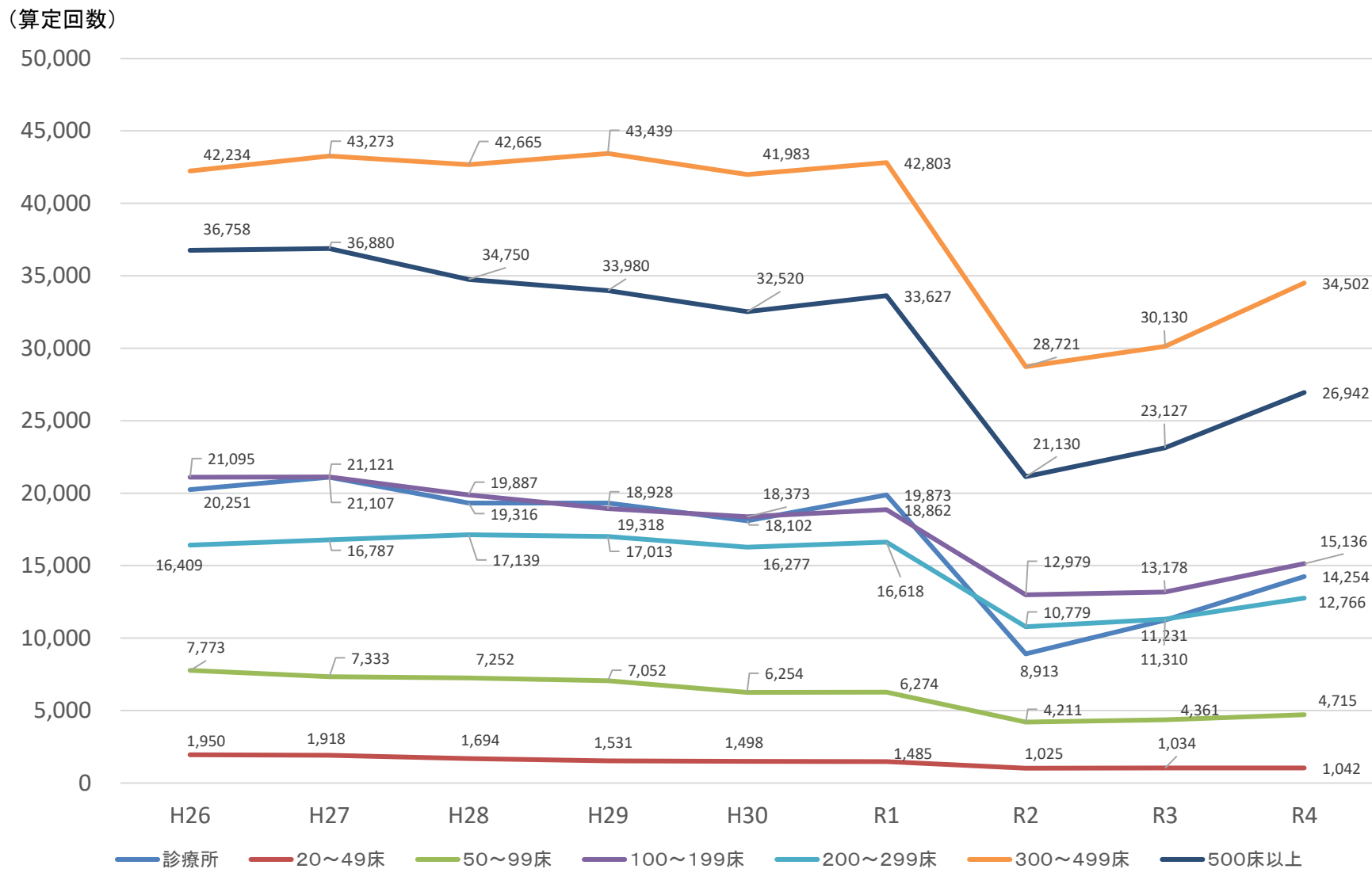


比率	R4/H26 (%)
診療所	96.7%
20~49床	46.6%
50~99床	53.6%
100~199床	67.9%
200~299床	66.9%
300~499床	90.6%
500床以上	79.2%

深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の深夜加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。



乳幼児時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

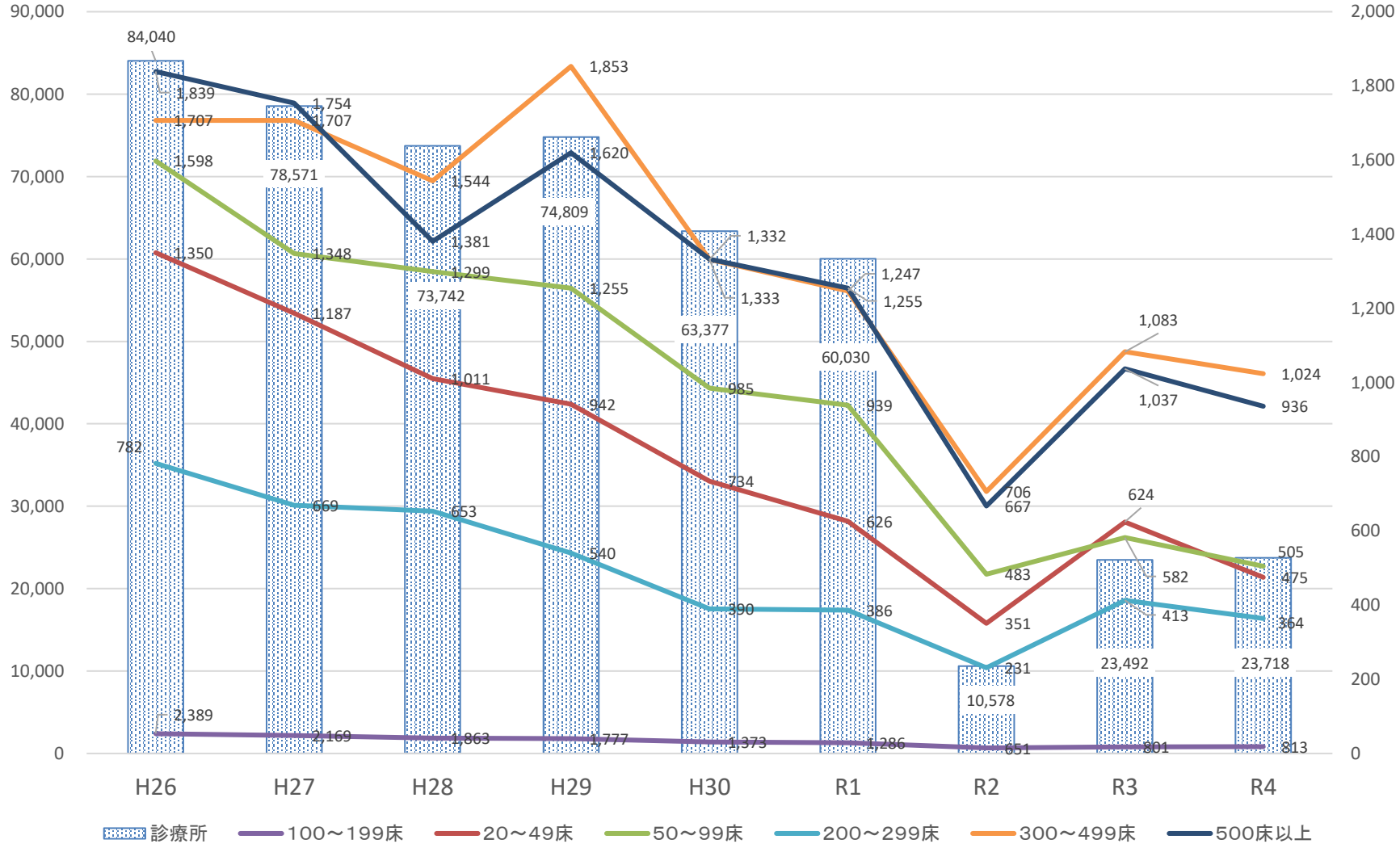
診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の乳幼児時間外加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※ 乳幼児時間外加算と小児科乳幼児夜間加算の積算

(算定回数:診療所)

(算定回数:病院)



比率	R4/H26 (%)
診療所	28.2%
20~49床	35.2%
50~99床	31.6%
100~199床	34.0%
200~299床	46.5%
300~499床	60.0%
500床以上	50.9%

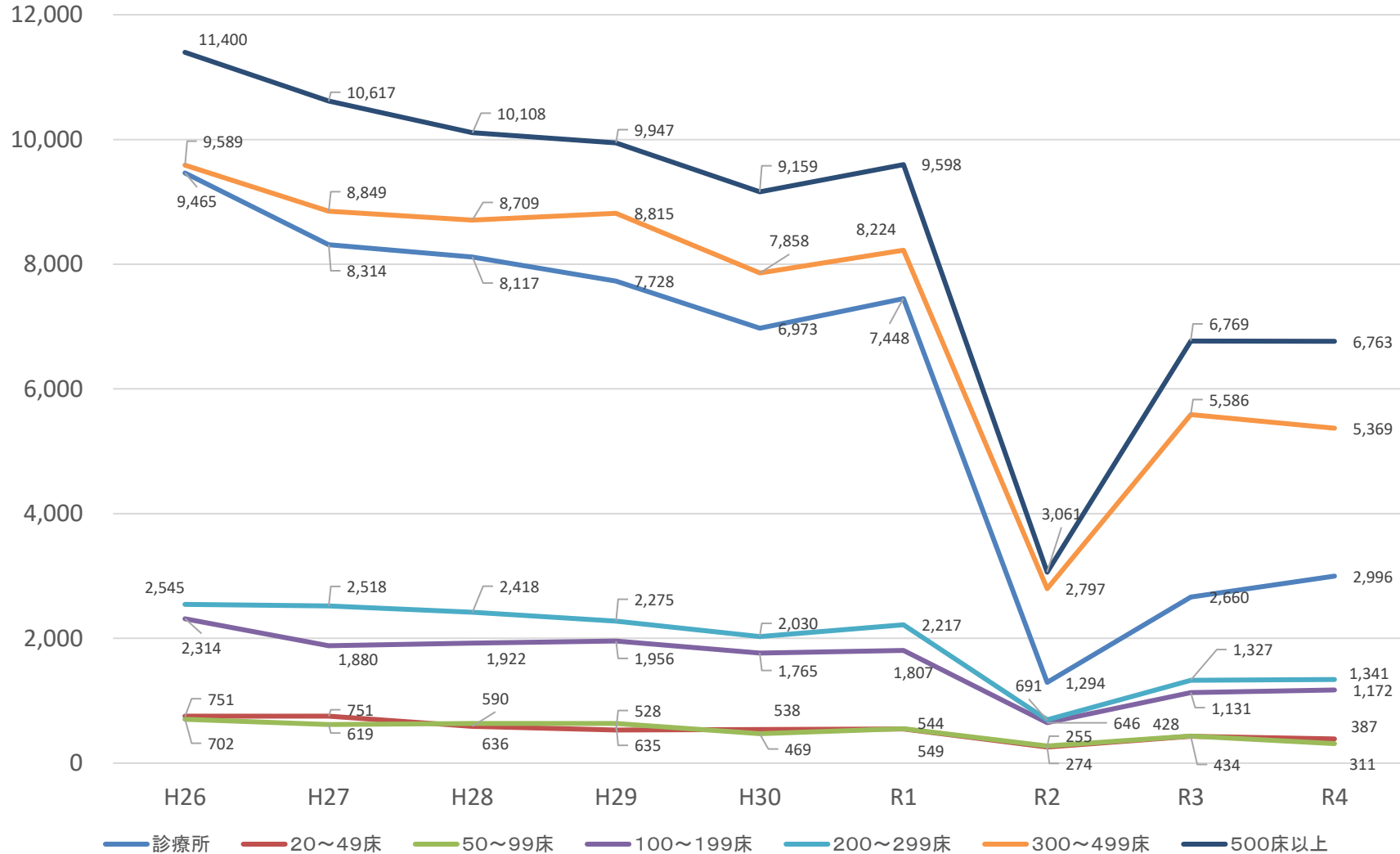
乳幼児深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の乳幼児深夜加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※ 乳幼児深夜加算と小児科乳幼児深夜加算の積算

(算定回数)



比率	R4/H26 (%)
診療所	31.7%
20~49床	51.5%
50~99床	44.3%
100~199床	50.6%
200~299床	52.7%
300~499床	56.0%
500床以上	59.3%