

入院・外来医療等の調査・評価分科会
これまでの検討結果
【別添】資料編⑤

令和5年10月12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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. 横断的個別事項について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価(概要)

診調組 入-1
5.9.29

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

- 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。

現行

【入退院支援加算】
【施設基準】

- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること



改定後

【入退院支援加算】
【施設基準】

- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしているとみなすことができる。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

- 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】
[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講していること。(2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。



改定後

【超急性期脳卒中加算】
[施設基準]

- (1) 次のいずれかを満たしていること。
ア 略
イ 次のいずれも満たしていること。
(イ) **「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築**されていること。
(ロ) 日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
(ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置**されていること。

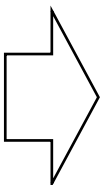
施設基準の見直し

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

[施設基準] (抜粋)
乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。



改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

[施設基準] (抜粋)
乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。**ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。**
ア 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
イ 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
ウ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のMRI装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してMRI撮影ができる等、乳房MRI撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

医療資源の少ない地域 算定状況①

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
特定一般病棟入院料 1	124	1520	192	2549	194	2352	169	2058	170	2217	153	1832
特定一般病棟入院料 2	190	3061	119	1680	60	1025	68	1286	57	974	60	953
特定一般病棟入院期間加算（14日以内）	227	1767	237	1879	185	1410	170	1418	167	1310	163	1152
特定一般病棟入院期間加算（15日以上30日以内）	73	639	116	831	81	710	89	797	82	725	59	469
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	62	527	131	1156	116	970	97	834	119	935	109	730
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	-	-	91	1446	66	854	56	871	62	871	64	884
特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）	-	-	-	-	7	86	4	81	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（A）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（B）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（C）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（D）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（E）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（F）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（G）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（H）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（I）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域 算定状況②

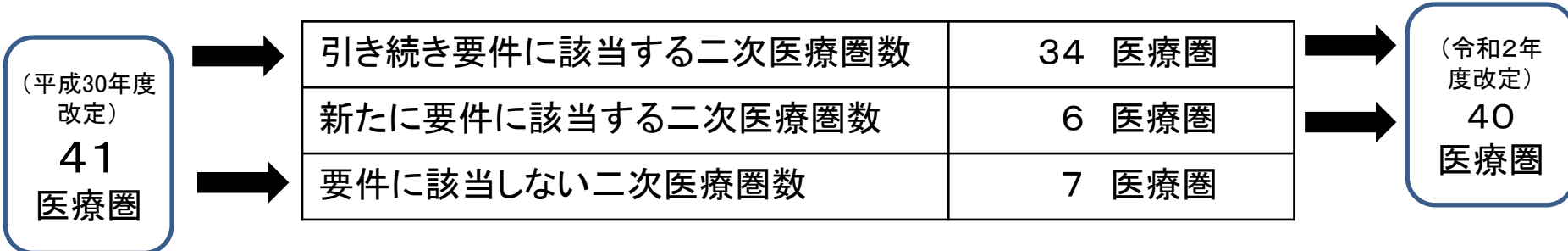
○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	20	42	3	7	15	43	-	-	-	-	11	18
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	1	-	-	-	-	4	4	6	7	-	-
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	-	-	5	5	16	16	2	2	37	38	18	18
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	9	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	22	562	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域の考え方

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。

平成30年度改定時	令和2年度改定後
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	「人口当たり医師数が下位1/2」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	



※: 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

診調組 入-1
5.9.29

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	<p>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し</u></p> <p>＜対象地域に関する要件＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 <p>○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ②</p> <ul style="list-style-type: none"> ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15% </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加(特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く) ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <p>＜対象＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和(※)</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。 ○ 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。

医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

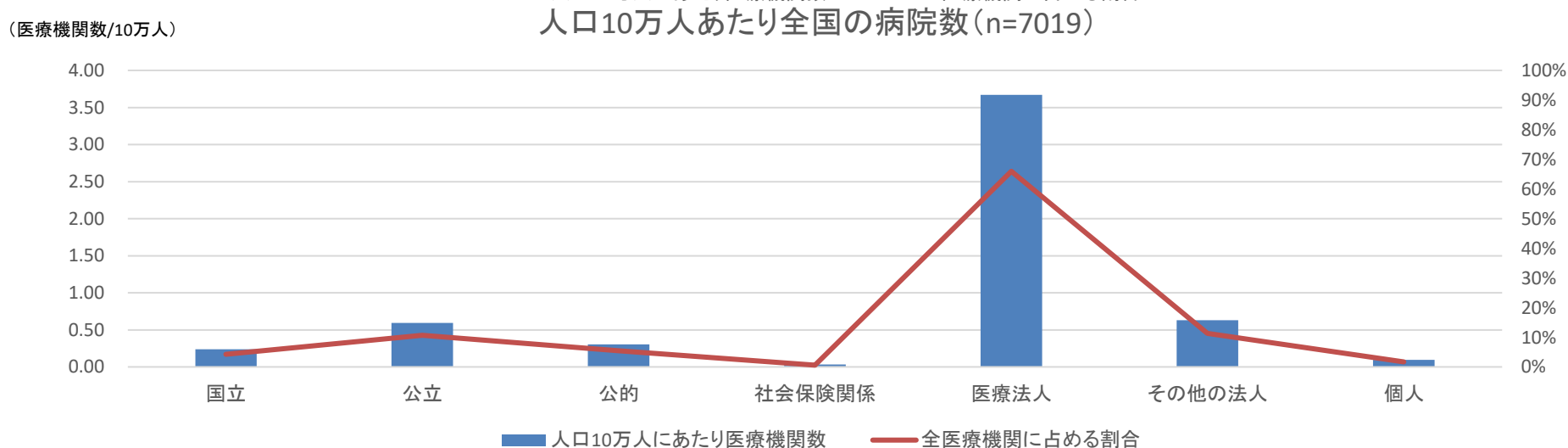
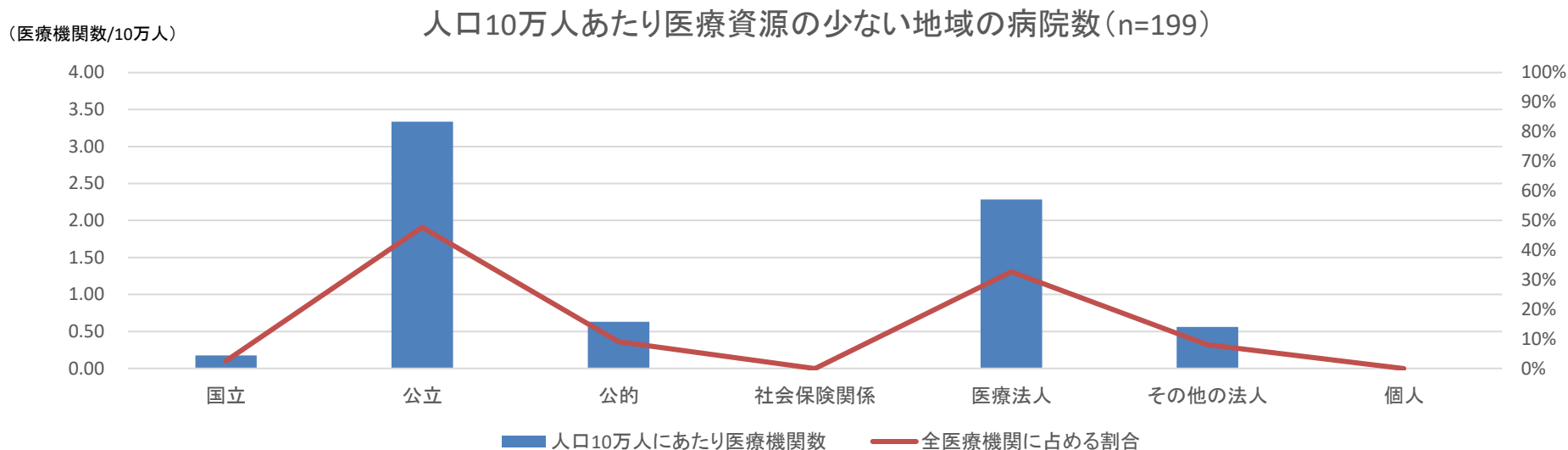
中医協 総-2
3. 8. 25

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

- 全国の病院と医療資源の少ない地域に存在する人口10万人あたりの病院の設置主体は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域においては設置主体が公立の医療機関が最も多く、全国でみると医療法人が最も多かった。

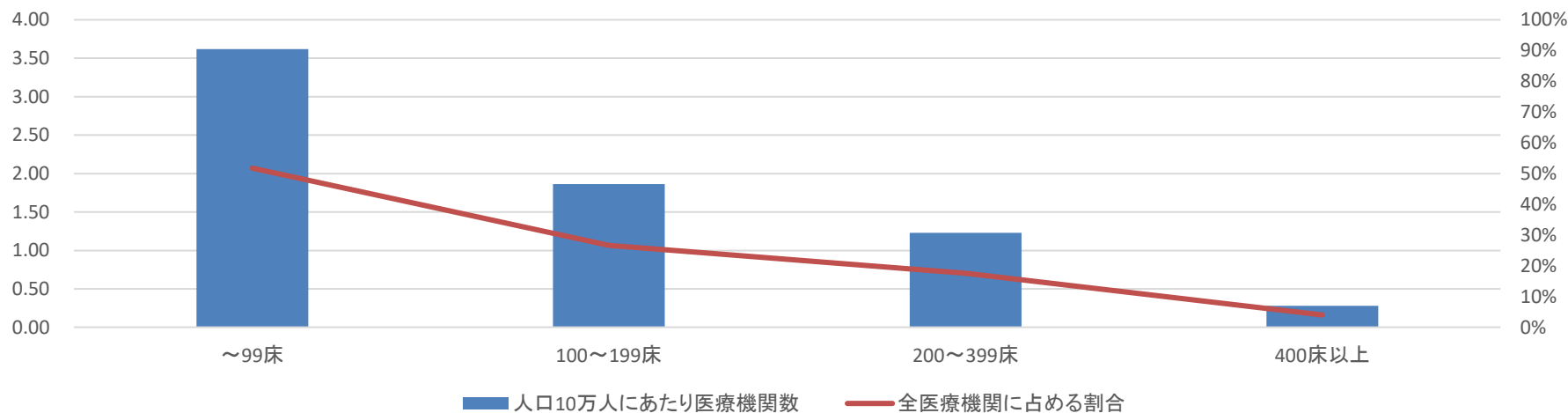


全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

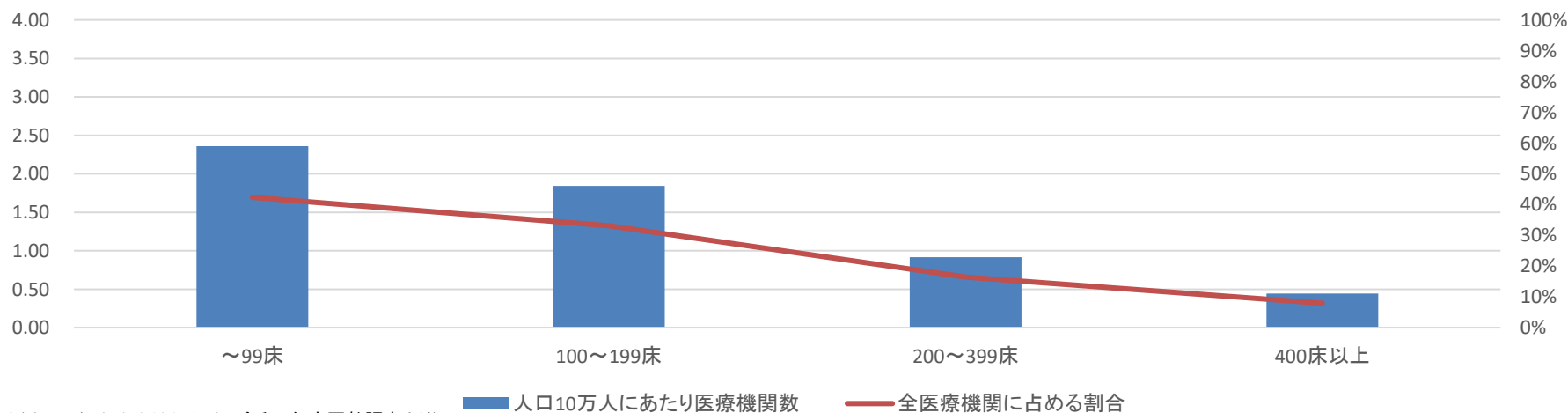
診調組 入-1
5.9.29

- 医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり許可病床数は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域に存在する病院の許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多く、全体の約50%を占めていた。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の許可病床数(n=199)



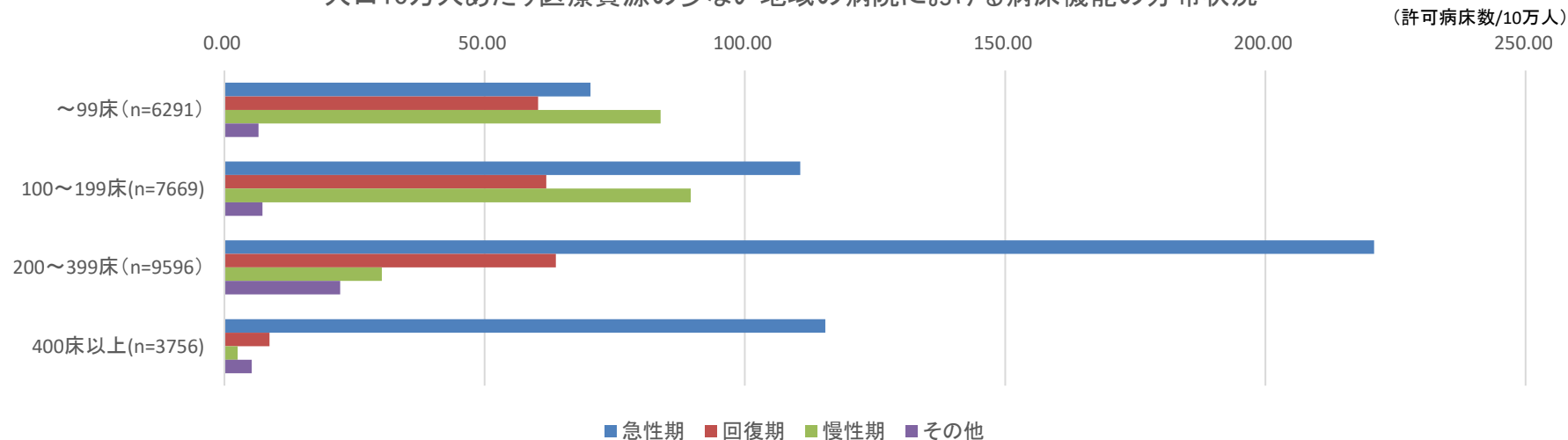
人口10万人あたり全国の病院における許可病床数(n=7019)



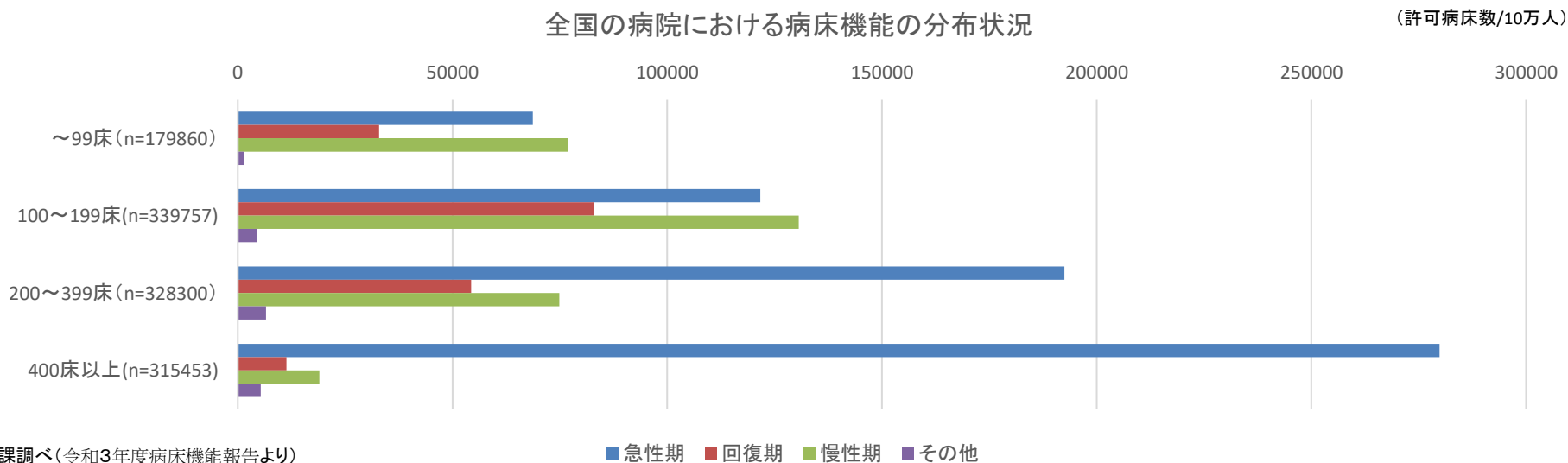
全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について③

○ 医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり病床機能の分布状況は以下のとおりであった。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の病院における病床機能の分布状況



全国の病院における病床機能の分布状況



令和5年度 令和5年度入院・外来医療等における実態調査 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について(ヒアリング調査)

【附帯意見(抜粋)】

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【調査の概要】

1. 調査対象

医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関 12施設

2. 調査日

7月24日(月)～8月18日(金)の期間に適宜ヒアリングを実施

3. 調査内容

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況等

	医療機関の主な意見等
入院について	<p>○急性期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急患者は受け入れるが、十分な医師の確保が困難なため、手術を必要とする患者や高度急性期の患者はほとんど転院となる。 ・ 周囲の医療機関と輪番制を構築していたが、医師の高齢化により輪番制が廃止となって継続困難となり廃止となった。 ・ 地域連携ネットワークを導入したおかげで急性期疾患の患者の経過を確認できるようになり、回復期に移行し地域に戻ってくる時の計画を立てやすくなった。 <p>○回復期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域に回復期リハビリテーション病棟が少なく、遠方にあるため患者や家族に負担がかかる。 ・ 自院で回復期リハビリテーション病棟を届出できるほど周辺地域に対象となる患者がいらないため、回復期に集中的なリハビリテーションを必要とする場合、地域包括ケア病棟に入院となる場合があり、包括評価のため経営上の負担になる。 ・ 周辺に医療機関がなく機能分化ができないため、急性期も回復期も担う医療機関は地域包括ケア病棟の自院からの転棟割合の要件を満たすのが難しい。

	医療機関の主な意見等
外来・在宅について	<p>○ 在宅医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の数が少ないため、在宅療養支援診療所を維持していくための医師の24時間対応体制の構築が負担になっている。 ・ 在宅のニーズの増加に合わせて、訪問診療や往診の体制を整えていきたいが、そもそも医師の数等が不足しており難しい。 ・ 施設に入所する患者が増加しており、看取りの件数自体は減ってきている。 ・ 自宅までの距離が遠く離れており、自施設から20km離れた訪問看護ステーションの方が近いような患者の場合は、一旦その看護師に依頼して様子を見てもらうことがある。 <p>○ 情報通信機器を用いた診療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な患者に往診を提供できる様に努力しているが、遠方の患者は移動時間もかかり医師の負担になる。患家の近くの訪問看護ステーションから看護師が向かい、D to P with Nでの診療体制ができれば良い。 ・ オンライン診療での費用が低く、患者の指導や医療機関内での体制の整備に時間がかかるのに対して、採算がとれない。 ・ 普及を目指しているが、患者は高齢者が多く、デバイスをうまく扱えないため、中々オンライン診療を希望する患者がいらない。 ・ D to P with Nの取組を進めたいが、そもそも看護師の数が足りない。 ・ オンライン診療導入の意向はあるが、ソフトや機器の値段が高く購入が困難。

設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従の要件を満たす医療従事者の確保が困難である。 ・ 連携を要件としている加算はそもそも周辺に連携のとれる医療機関が少なく、要件を満たすのが困難。 ○ 入退院支援加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入退院支援部門に配置する人材の確保が困難。 ・ 家族が遠方にいると退院支援計画書の同意がもらえない場合がある。 ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 当直日数の基準を満たすのが困難。 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 全身麻酔の手術件数の要件を満たせない。 ○ 遠隔画像診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ ソフト・ハード共に費用負担が大きい。 ○ 医師事務作業補助体制加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務負荷の軽減に寄与しているが、医師の減少の負担の増加の方が大きい。 ○ 超急性期脳卒中加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 対応できる医師を確保できず、施設基準が満たせない。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ コロナの影響で講習会やカンファレンスのオンラインでの開催が増えたことで、移動時間も減り、業務の負担が軽減された。 ○ 地域に急性期の病院がなく、自院で急性期の患者を多く受け入れているので、宿日直許可の取得が困難。 ○ 医療従事者の人材不足や患者の減少もあり、医療機関の努力で採算を合わせることに限界が来ている。

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。

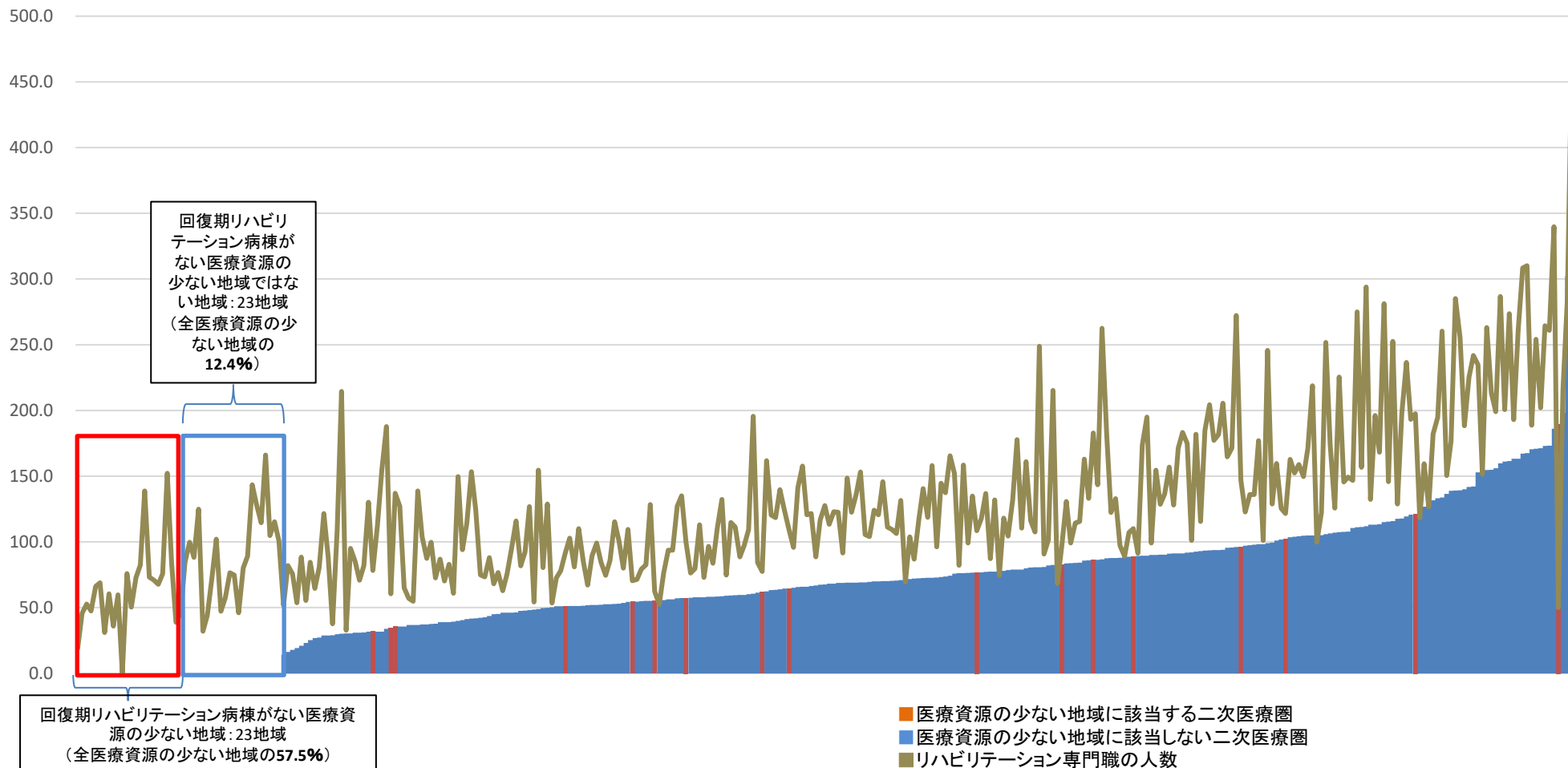
なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

医療資源の少ない地域におけるリハビリテーション

○ 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域はリハビリテーション専門職の人数については配置が少ないが一定数は存在する。

(縦棒: 病床/10万人、折れ線: 人/10万人)

回復期リハビリテーション病棟の病床数とリハビリテーション専門職の人数
(人口10万人対)



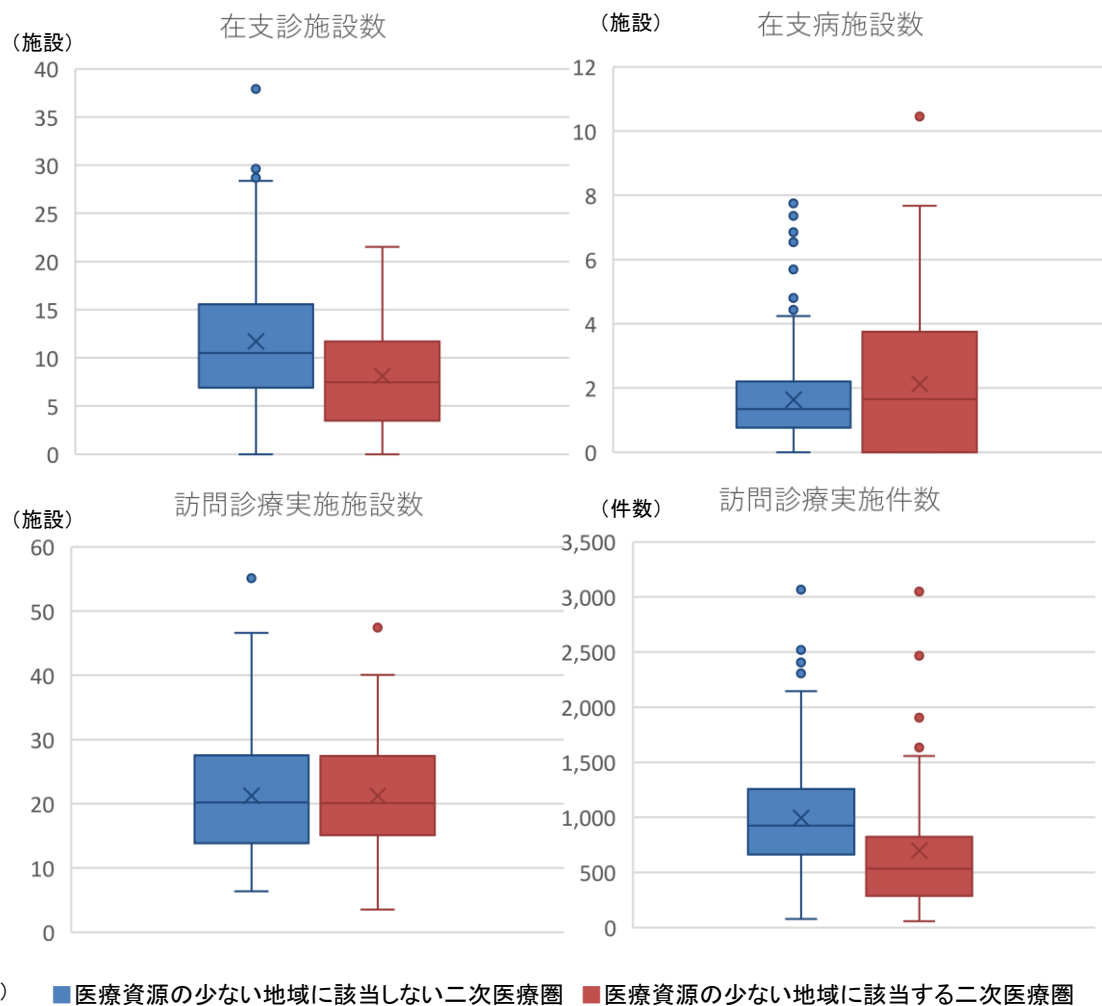
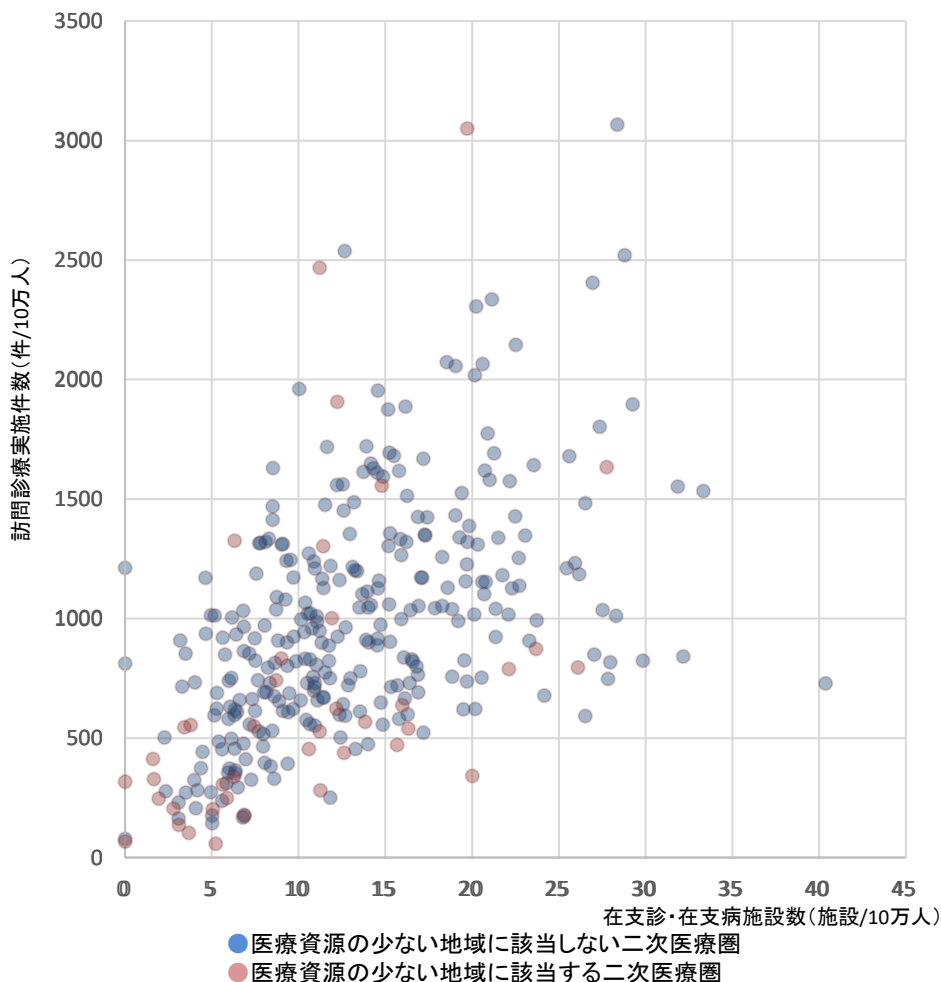
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

在宅療養支援病院・診療所について

- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差がなかった。
- 訪問診療の実施件数は医療資源の少ない地域の方が少なかった。

訪問診療実施件数と在支診・在支病の施設数
(人口10万人対)



0. 調査概要

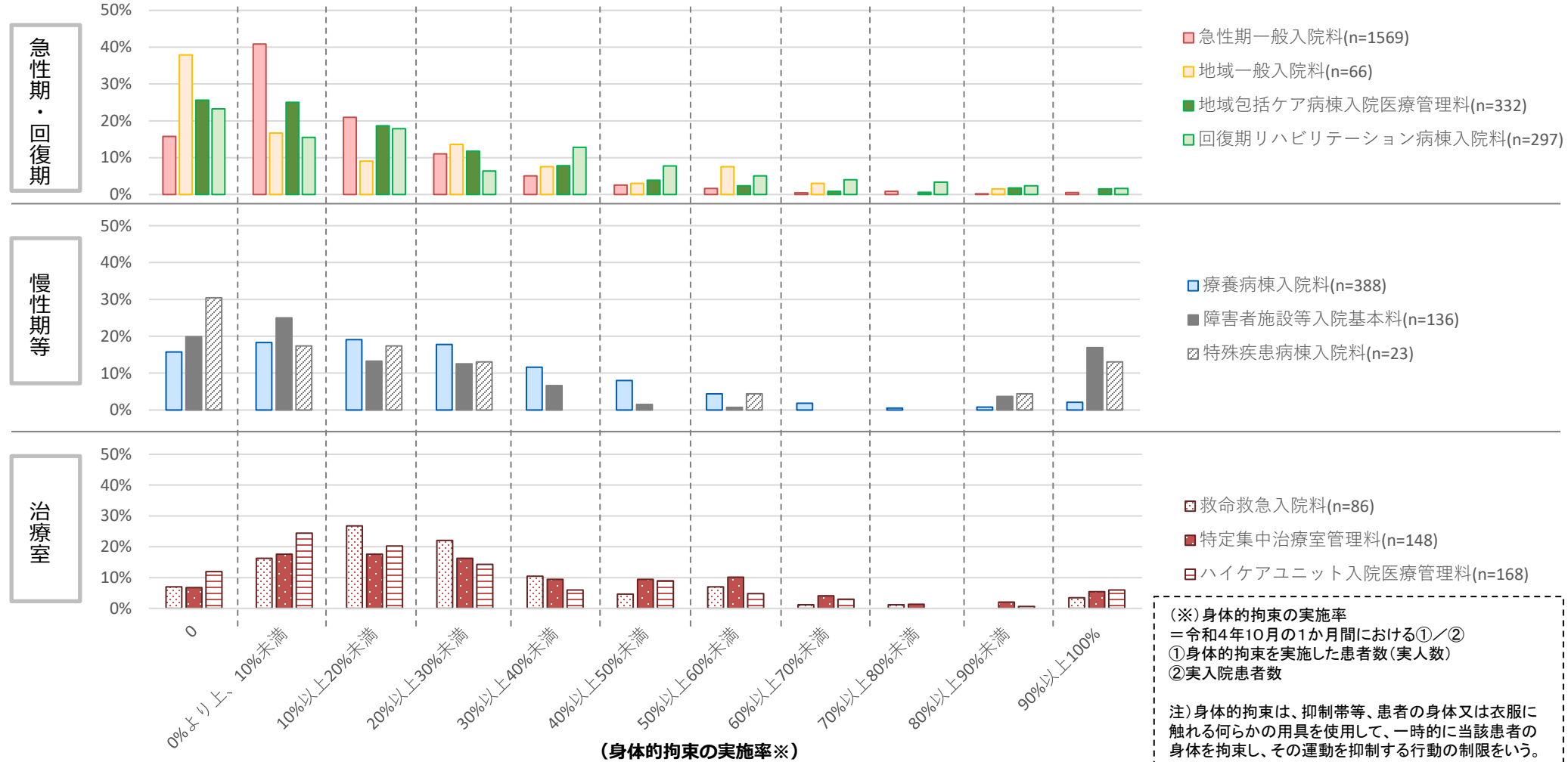
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. 入退院支援について
 - 13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
 - 13-4. 救急医療管理加算について
 - 13-5. 短期滞在手術等基本料について
 - 13-6. データ提出加算について
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

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(※)

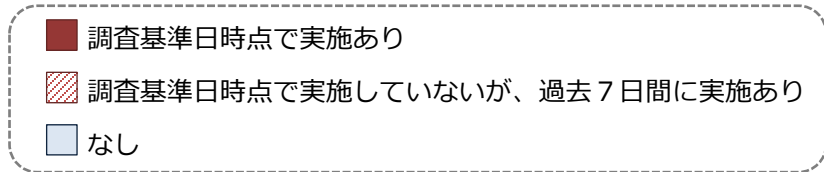
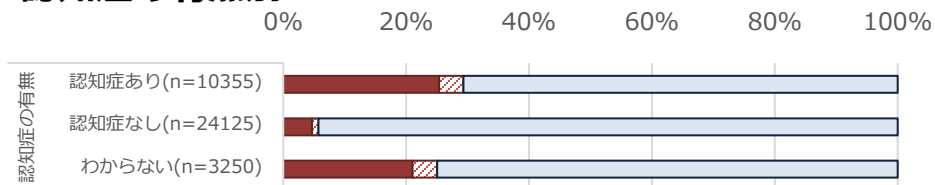
(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



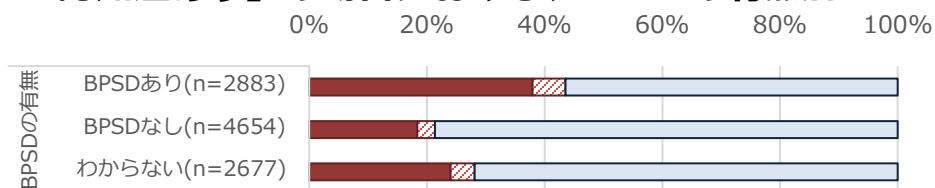
患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

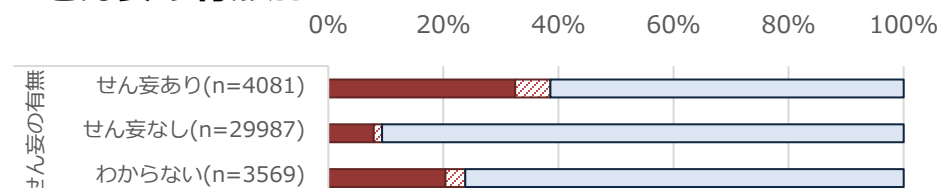
■ 認知症の有無別



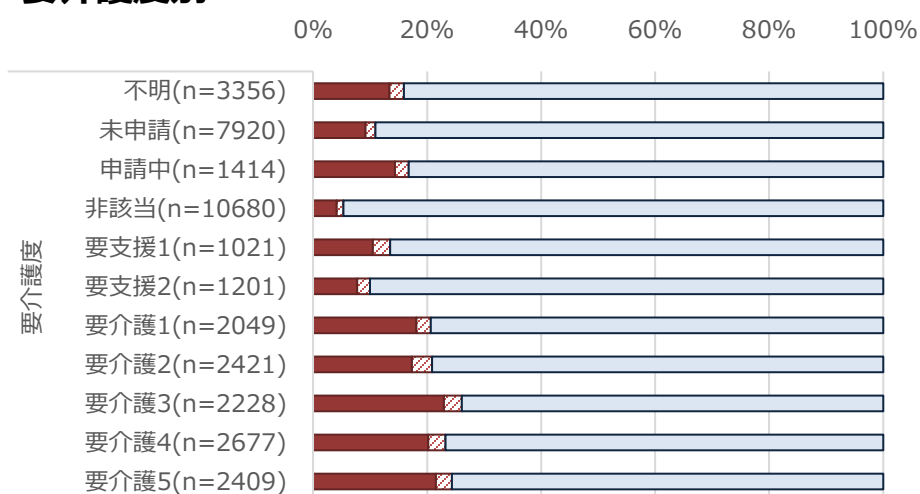
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



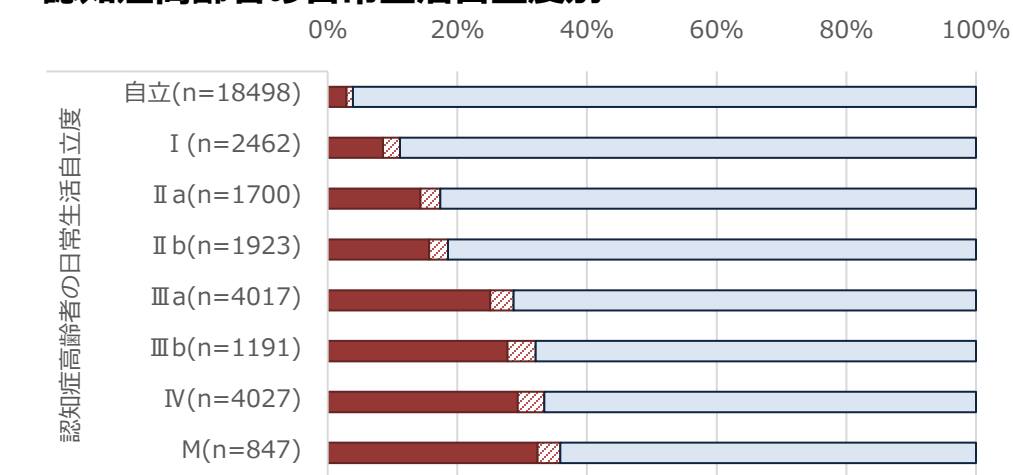
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



■ 認知症高齢者の日常生活自立度別

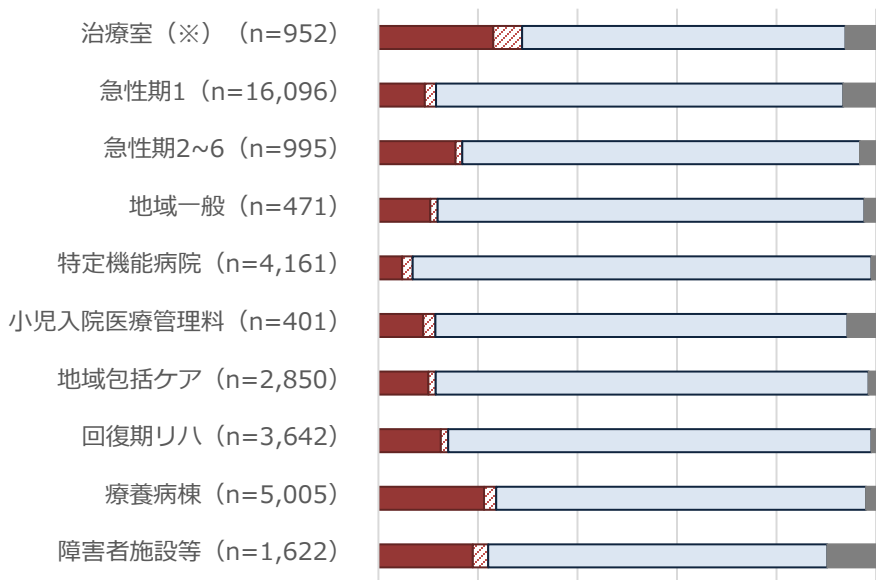


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- 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%



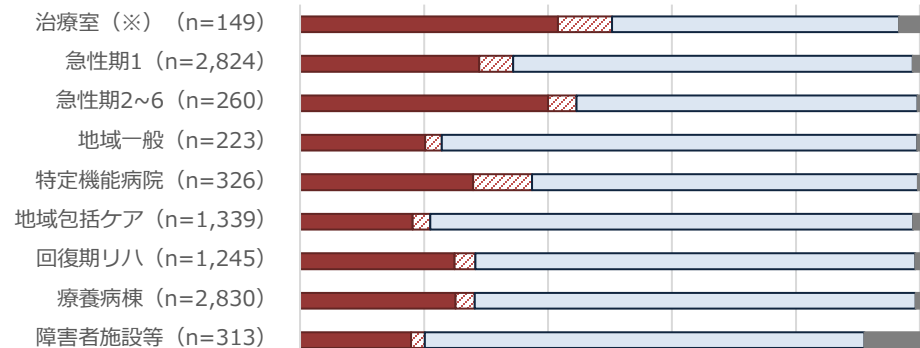
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 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

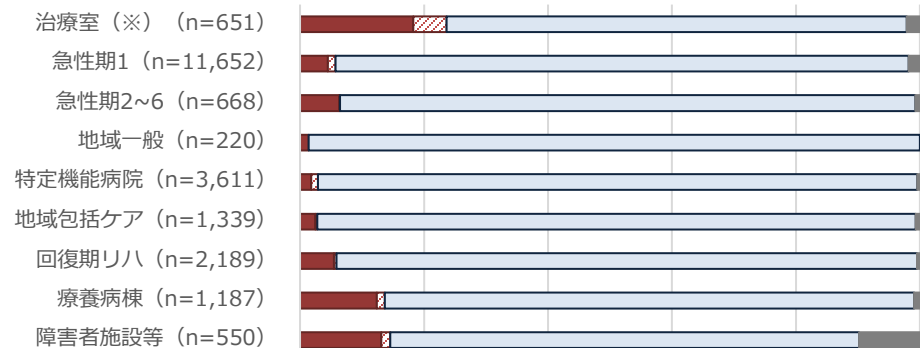
認知症ありの患者

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

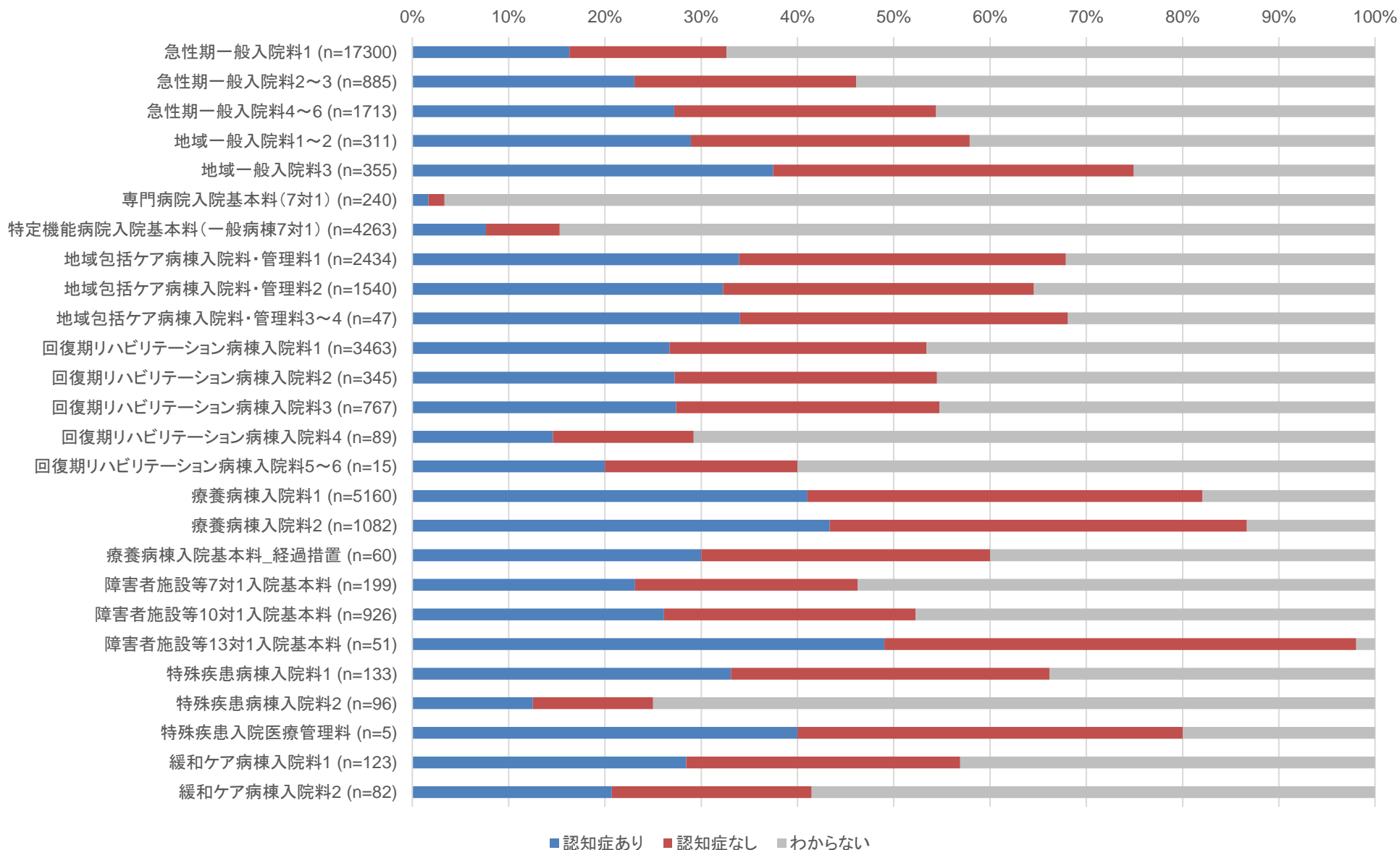


認知症なしの患者

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



入院料ごとの認知症の有無

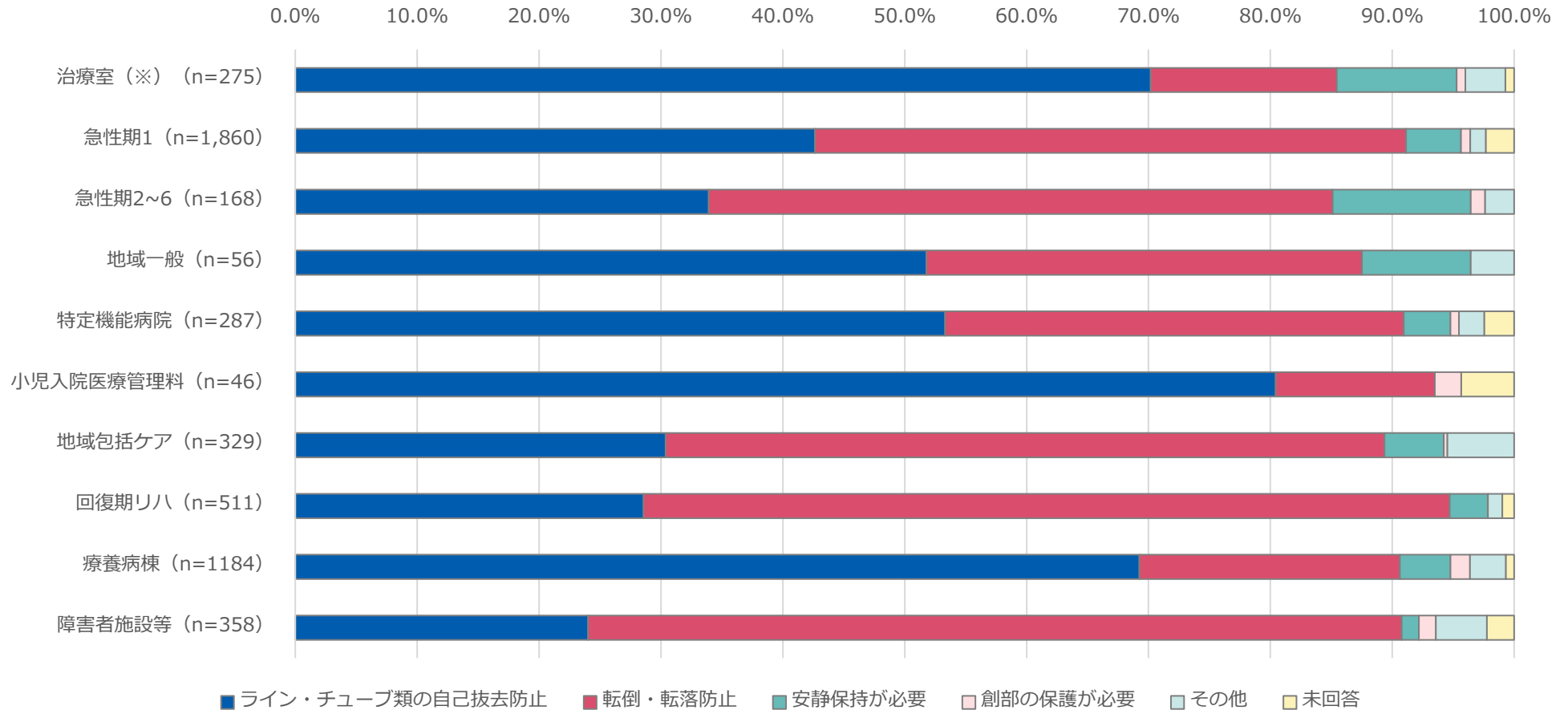


■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

入院料別の身体的拘束の実施理由

- 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）



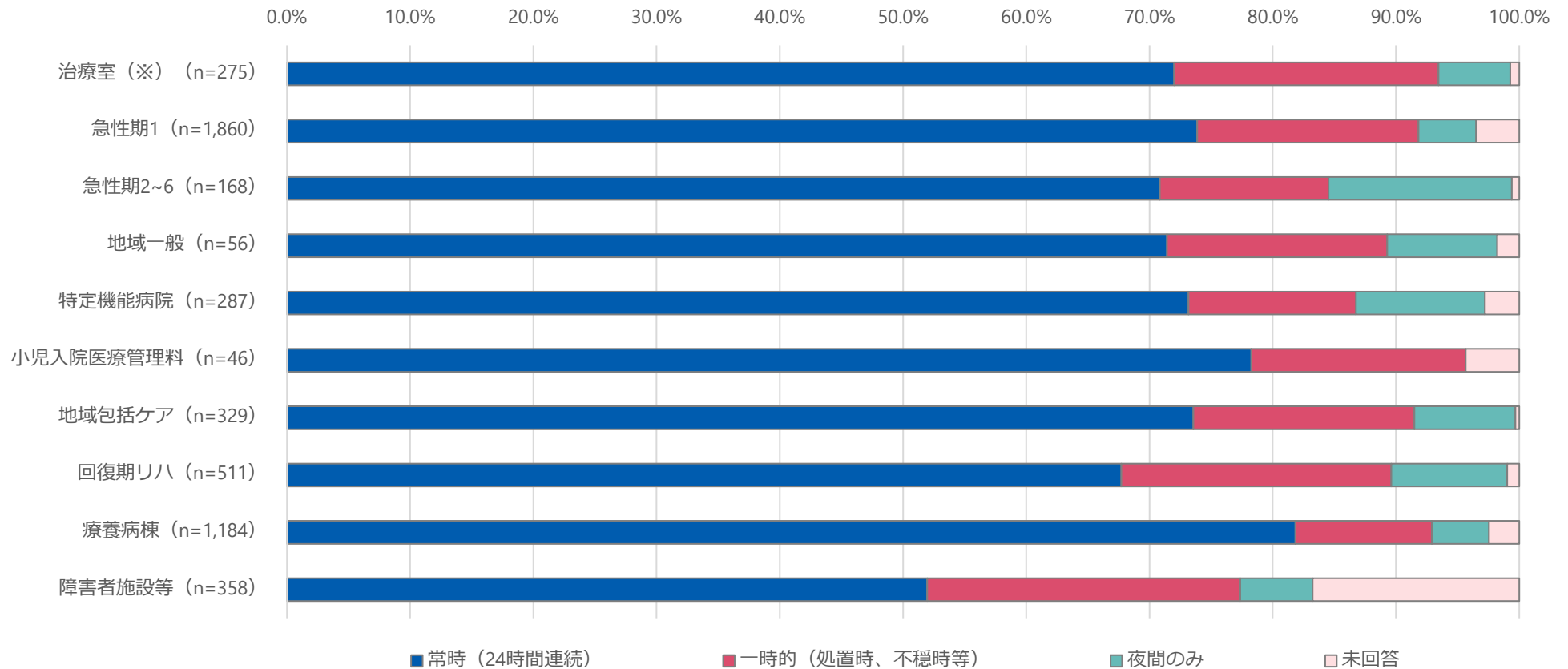
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

入院料別の拘束時間

- 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。

認知症ケア加算(1日につき)

- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 150点 口 15日以上期間 30点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点 口 15日以上期間 25点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点 口 15日以上期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3	
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価	
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）			
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をすることがどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等			
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施	
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言 ・病棟職員へ助言	
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	—	
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）		
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアル*を作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*を作成	マニュアル*を作成	
		(*) マニュアル：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			
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	

認知症ケア加算で求める身体的拘束に関する対応

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。

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。

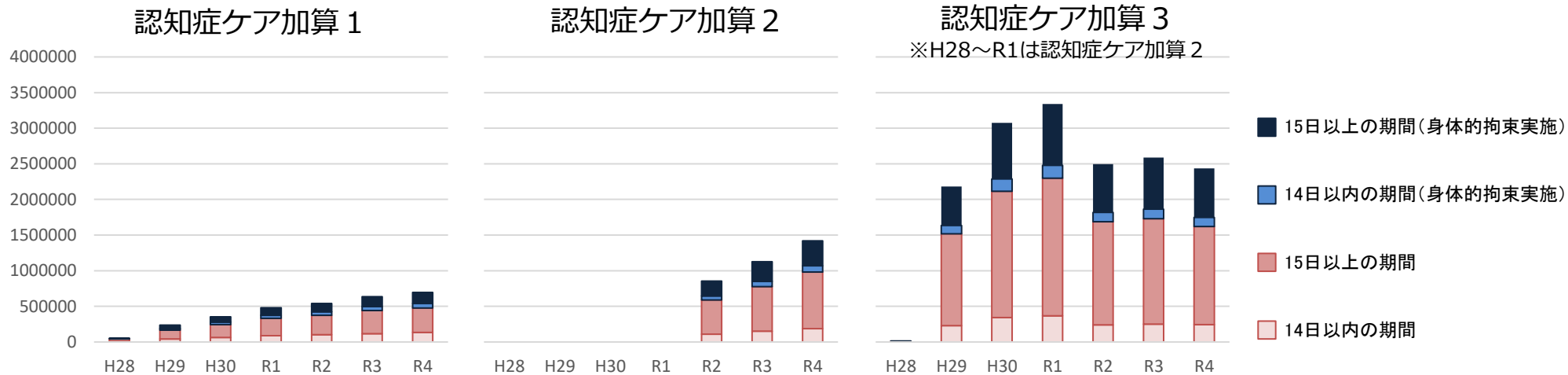
認知症ケア加算3

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。

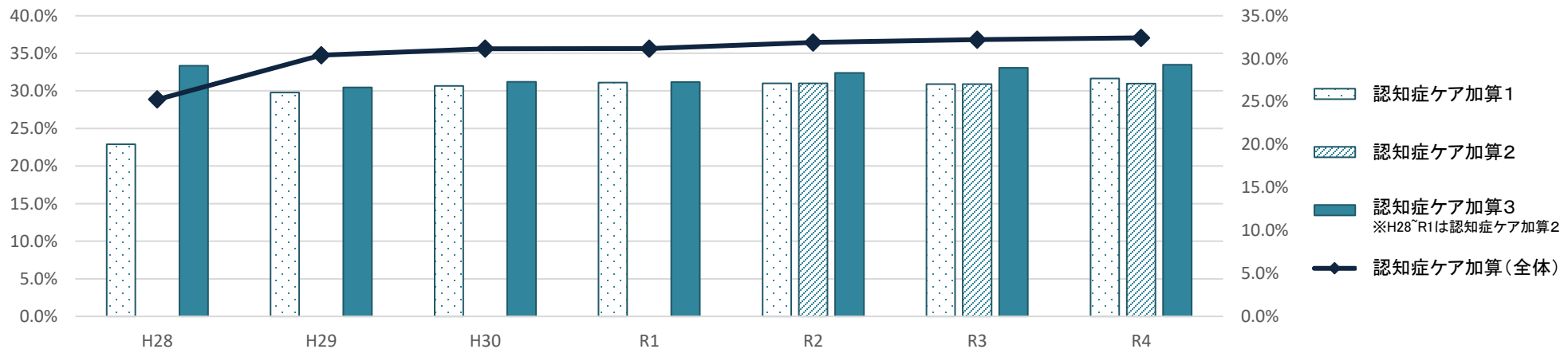
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。
- 認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約3割であり、やや増加傾向である。

■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）



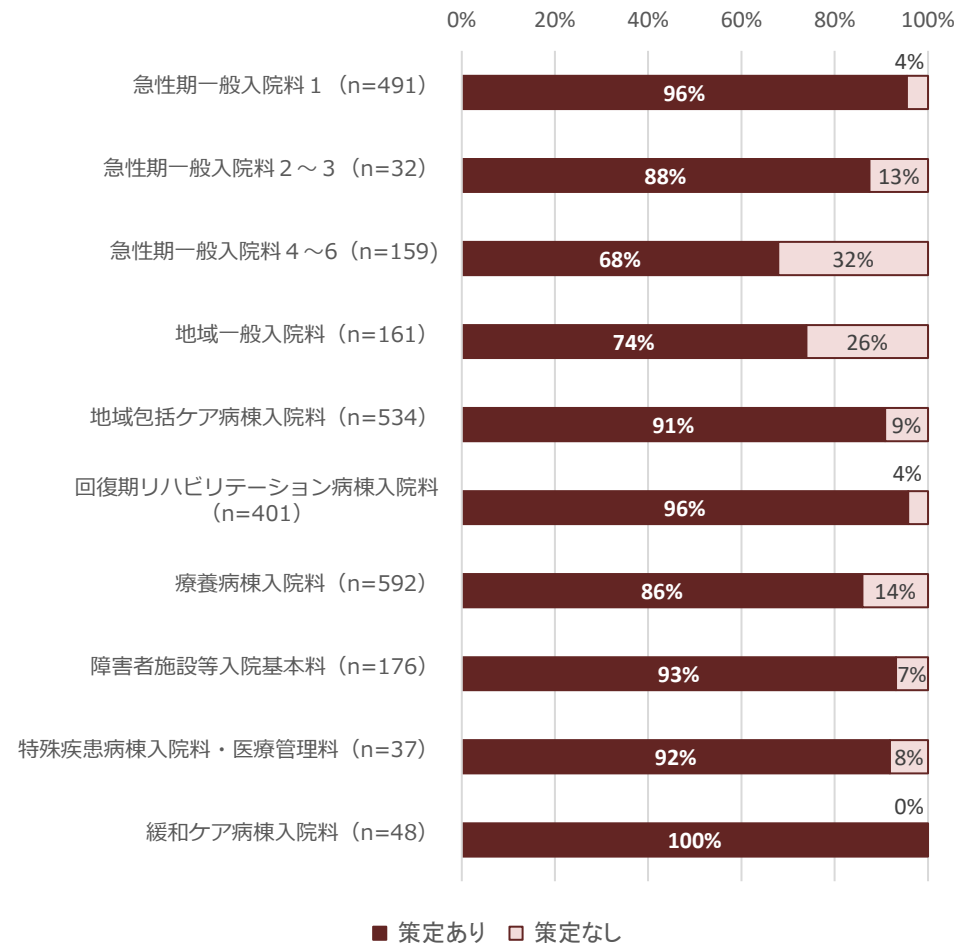
■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）



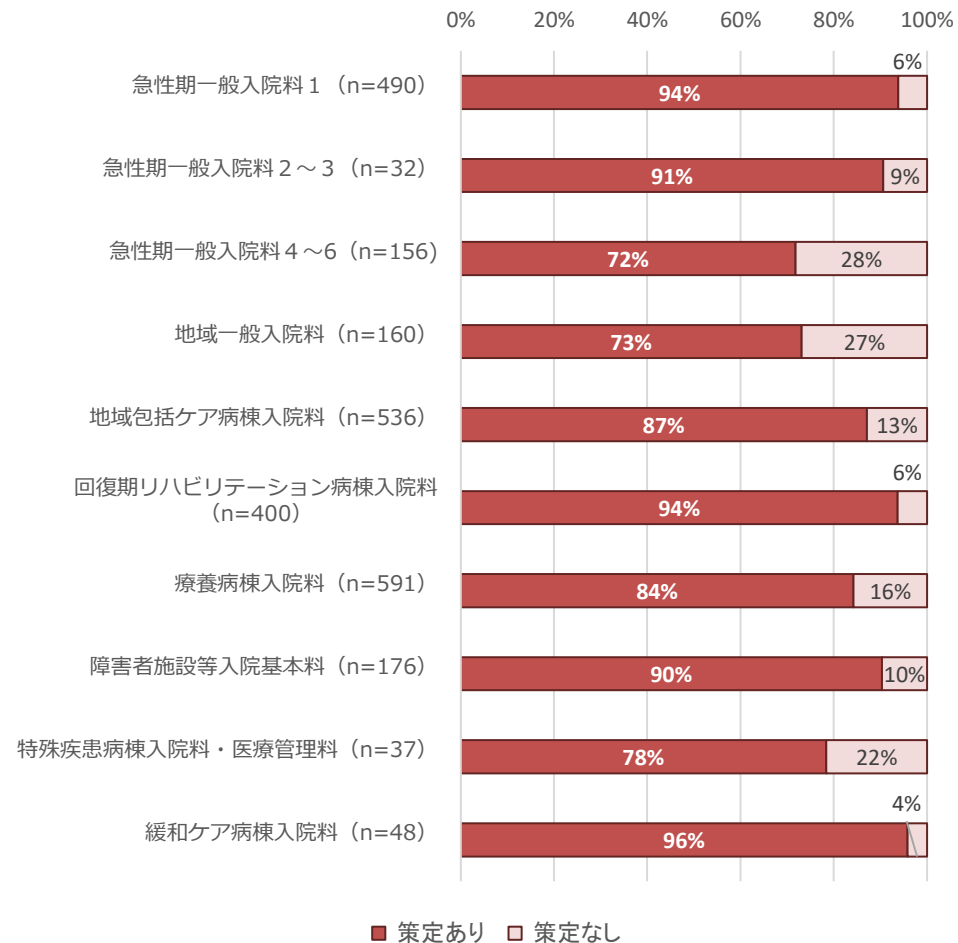
身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



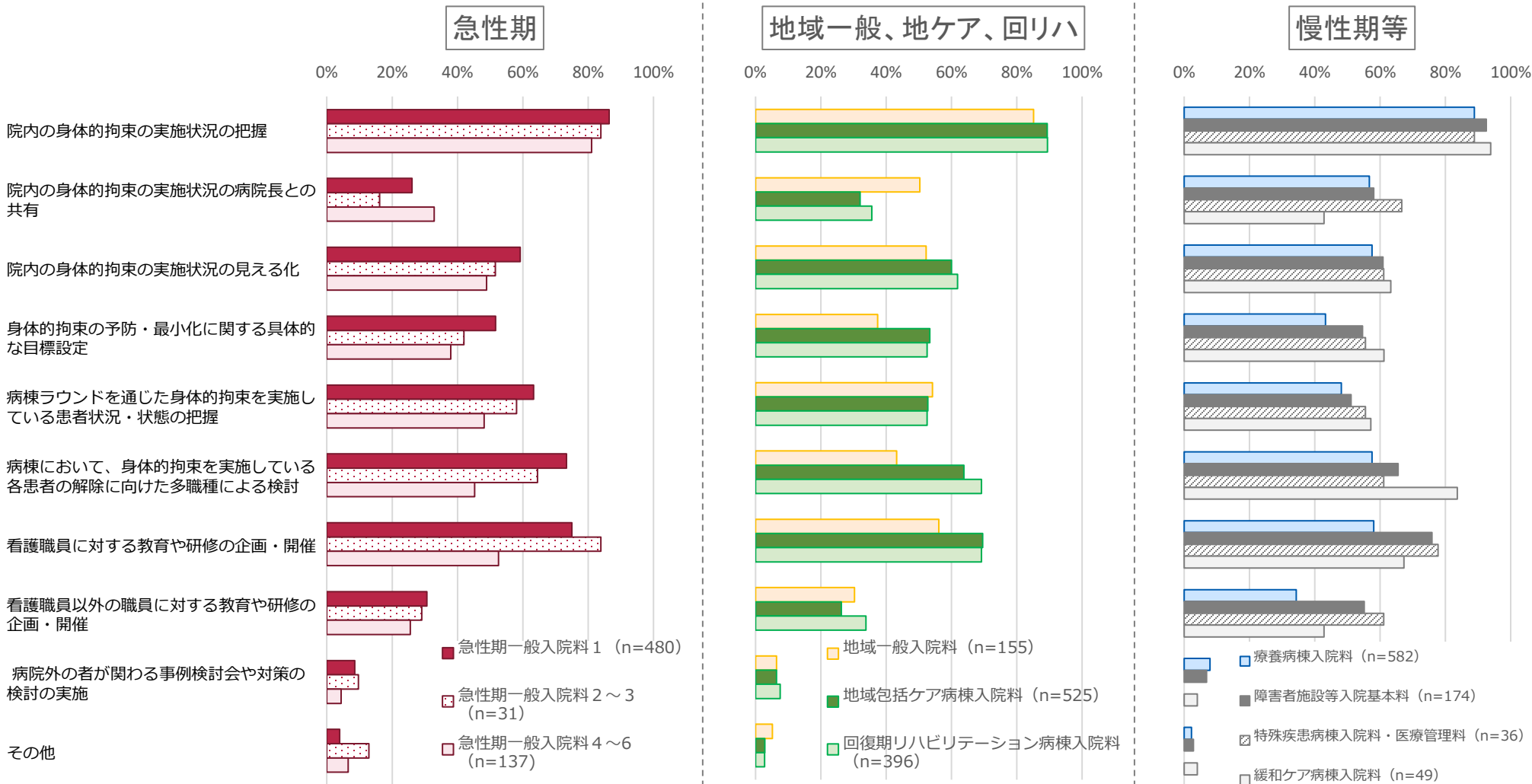
■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



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。

一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 ・ CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） ・ 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 ・ 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 ・ 身体拘束解除カンファレンス ・ 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 ・ インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- ・ 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- ・ さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- ・ 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組


【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- ・ 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- ・ 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見せもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。
ここからくすりや栄養が入っています。
大事にしましょう。



(参考) 身体拘束予防ガイドライン

身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
 - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
 - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
 - ・ 不安や孤独を感じている場合
 - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
 - ・ 身の危険を感じている場合
 - ・ 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. **入退院支援について**
 - 13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
 - 13-4. 救急医療管理加算について
 - 13-5. 短期滞在手術等基本料について
 - 13-6. データ提出加算について
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

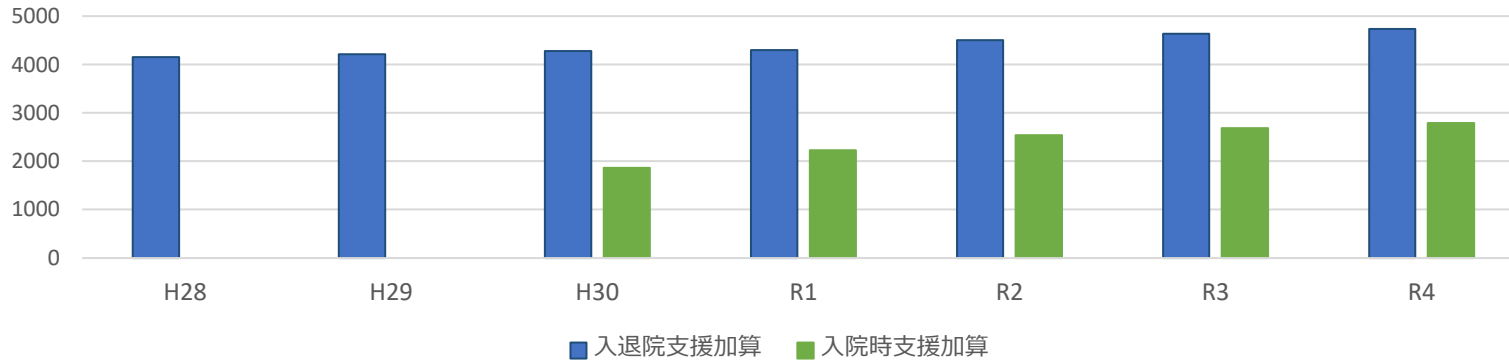
入退院支援加算の届出・算定状況

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

入退院支援加算届出施設数

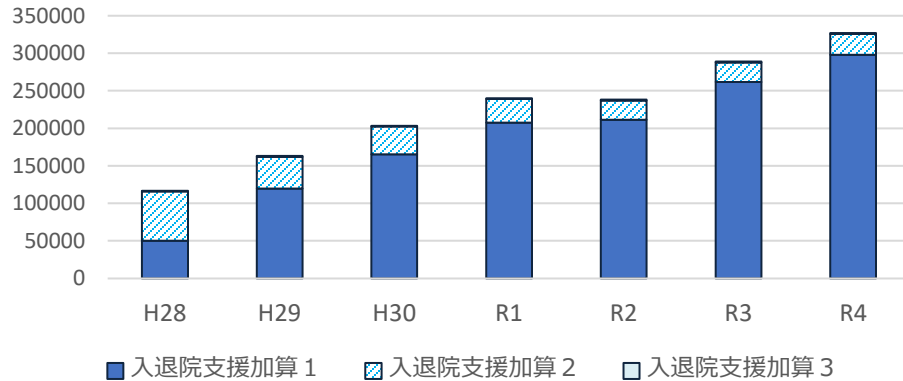
(※)
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

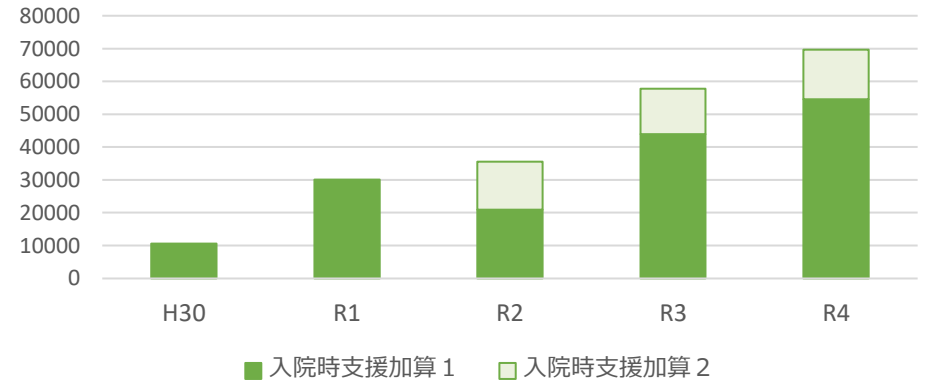
■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

入退院支援加算（算定回数）



■入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算（算定回数）

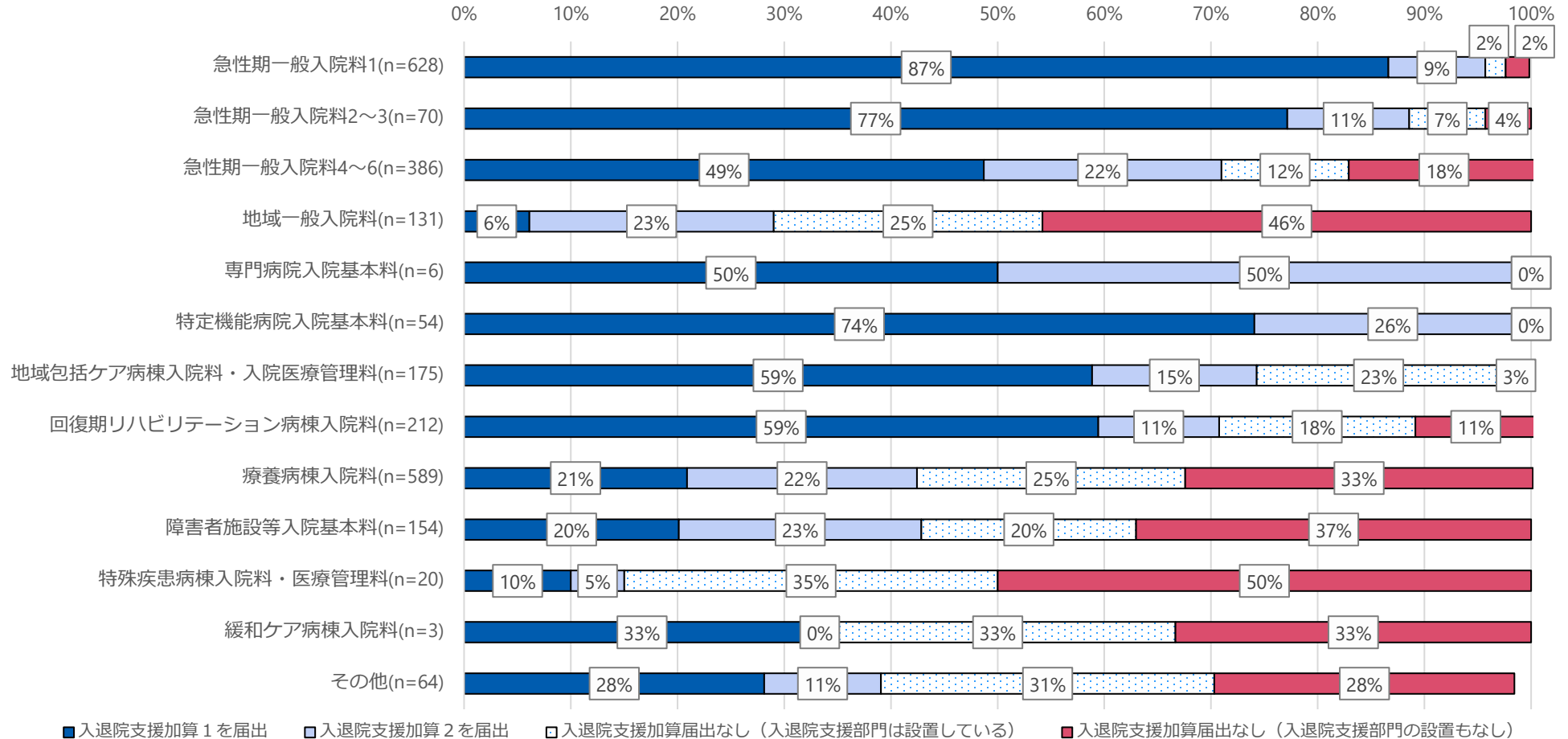


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

入退院支援加算 1・2 の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■ 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



入院料別の入院患者の特徴

○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

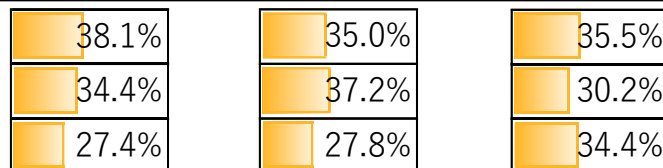
急性期一般入院料

急性期1 急性期2・3 急性期4～6

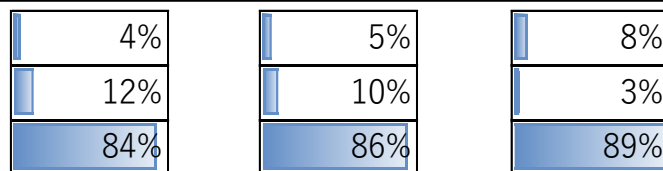
平均在院日数

11.7日 14.9日 13.8日

予定・緊急入院区分
 予定
 緊急（救急車等）
 緊急（外来初再診後）



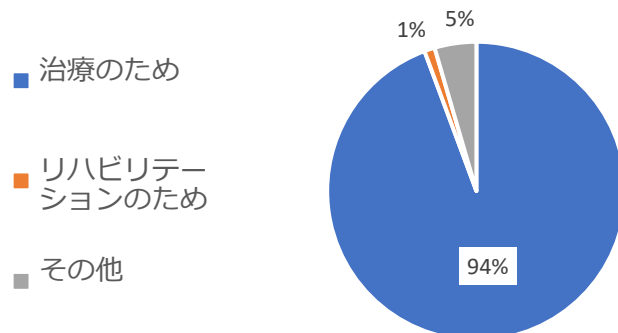
入棟前の場所
 他院（有床診含む）
 自院の他病棟
 その他



入院中の手術の実施

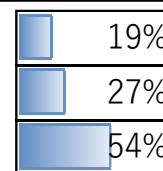
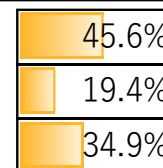
43.4% 42.8% 38.8%

入院の理由

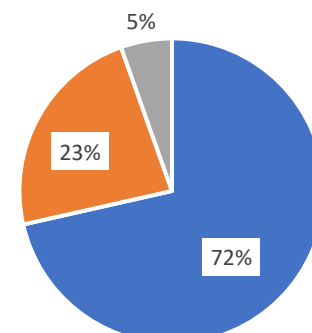


地域包括ケア病棟

26.9日

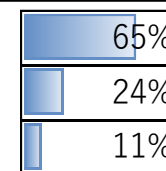
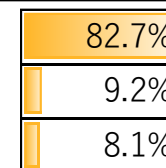


17.9%

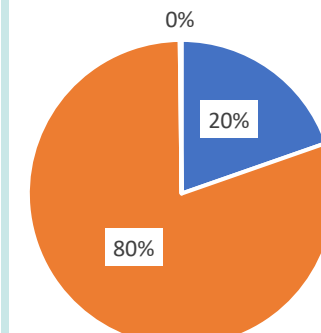


回復期リハビリテーション病棟

66.0日



10.5%



出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）
 その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2～ 3(n=46)	急性期一般入院料4～ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■ 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値	
急性期一般病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
	② うち、病院	8	2	17	0	14.3
	③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
	⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9
地域包括ケア病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
	② うち、病院	4	1	11	0	8.5
	③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
	② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
	③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
	④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

(※)連携機関

- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

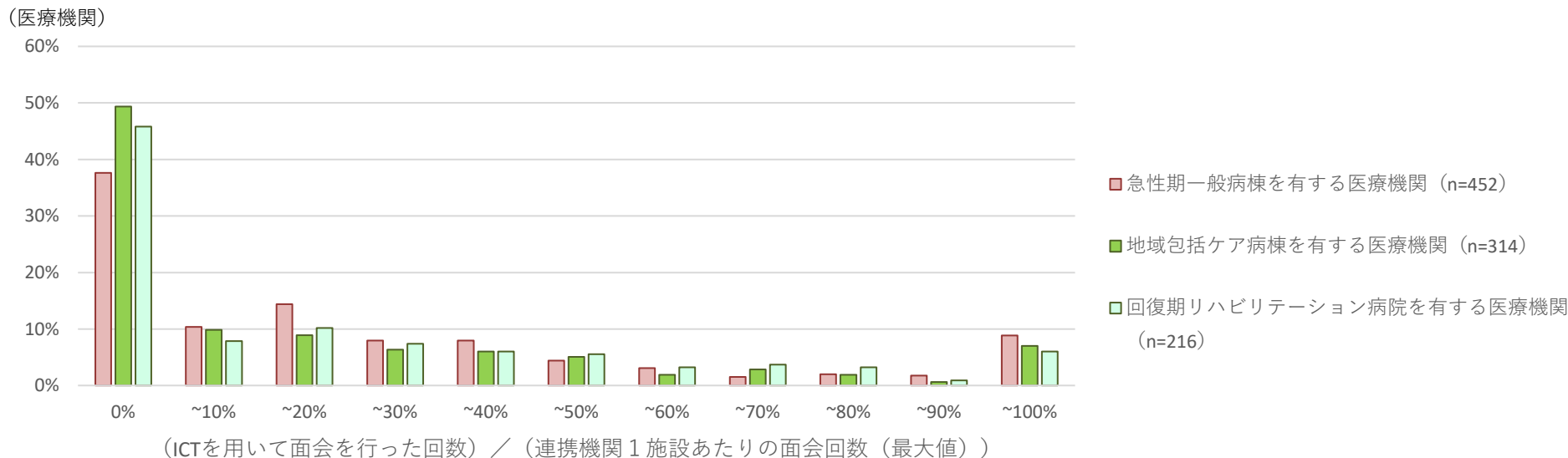
入退院支援加算1届出医療機関における連携機関との面会回数

- 入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数の最大値は、入院料別に大きな差はない。
- 連携機関1施設あたりの面会回数(最大値)のうちICTを用いた面会回数の割合をみると、0%の医療機関が約4~5割であるが、9割以上の医療機関も一定程度ある。

■ 入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数(最大値) (令和3年11月1月~令和4年10月31日)

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
急性期一般病棟を有する医療機関(n=455)	10	6	18	5	17.0
地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=316)	10	6	23.3	6	19.3
回復期リハビリテーション病院を有する医療機関(n=218)	9	5	20	3	16.1

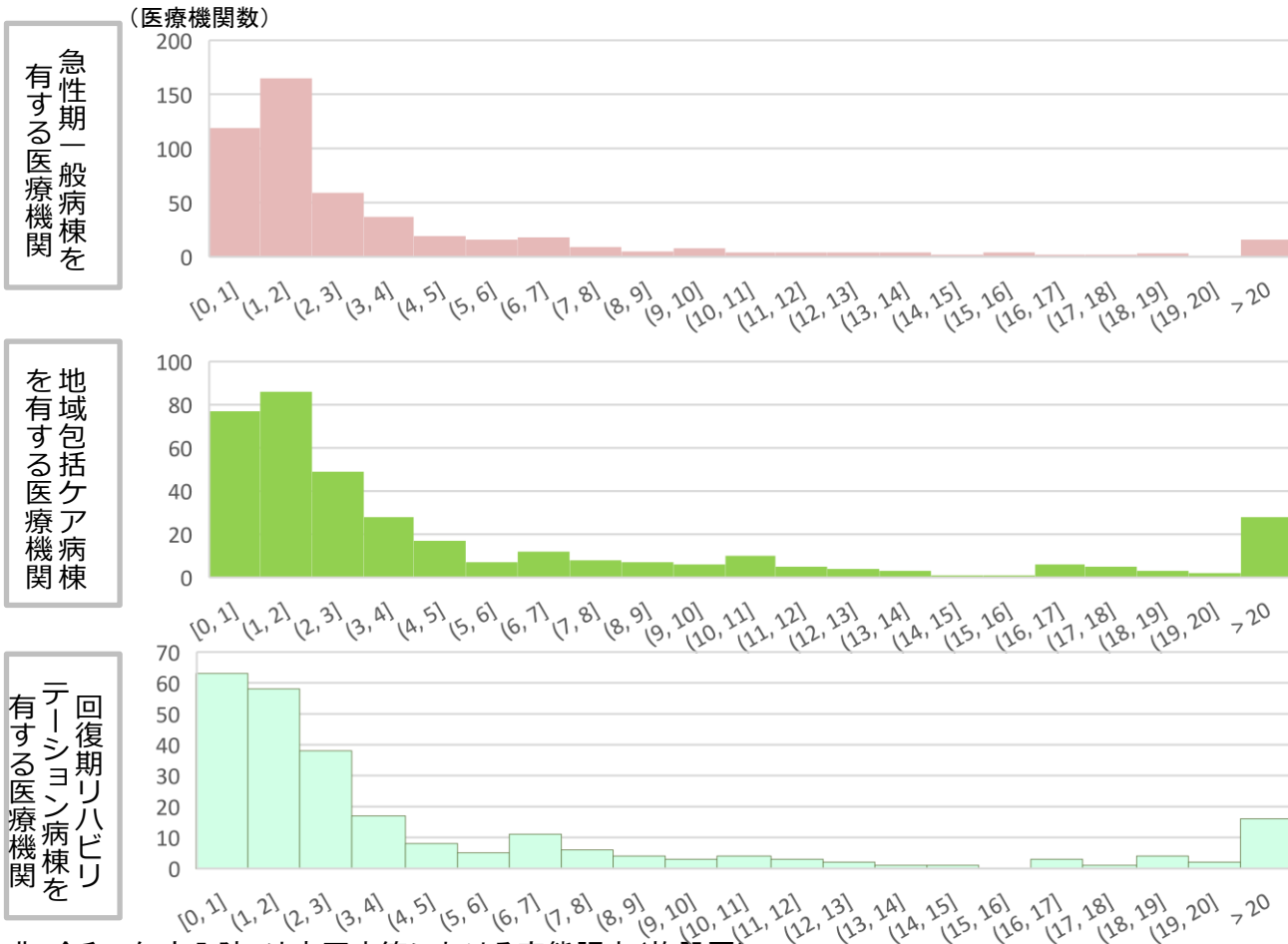
■ 入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数(最大値)のうち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会を行った回数の割合の分布



入退院支援加算1届出医療機関における介護支援等連携指導料の算定回数

- 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布は、以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、算定対象病床数に対して介護支援等連携指導料の算定回数が多い医療機関が一定数ある。

■ (介護支援等連携指導料の算定回数) / (「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.1 を乗じた数の合計) (令和3年11月1日～令和4年10月31日)



(※)入退院支援加算1における介護支援等連携指導料に係る施設基準

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。
 ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計
 イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数

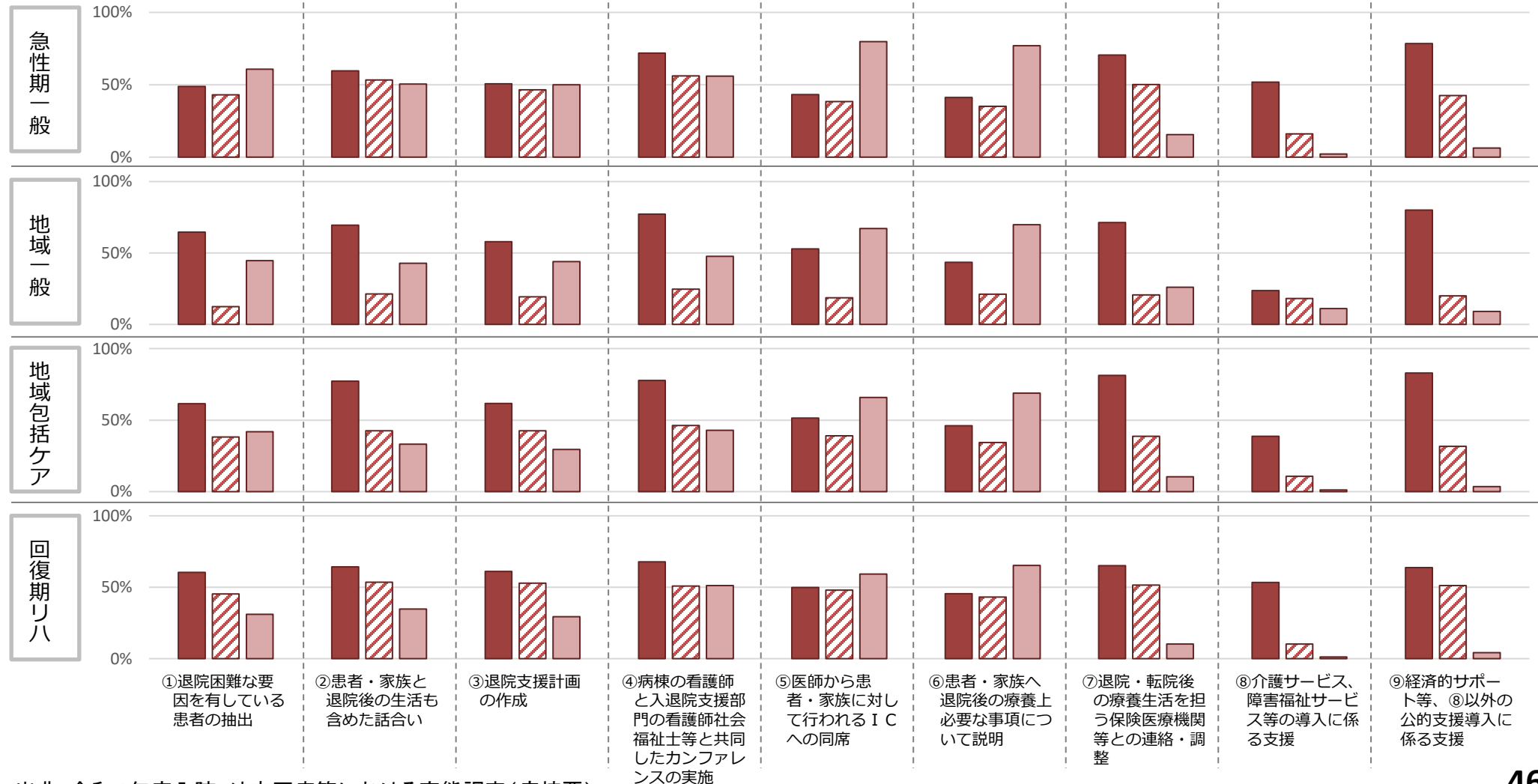
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

○ 退院支援に関する各取組のうち、「医師から行われるICへの同席」、「患者・家族への退院後の療養上必要な事項の説明」は病棟の看護師等が実施していることが多く、「退院・転院先との連絡調整」、「介護サービス等の導入に係る支援」、「経済的サポート等、公的支援導入に係る支援」は入退院支援部門の看護師・社会福祉士等が実施していることが多かった。

■退院支援に関する各取組の実施者別実施状況

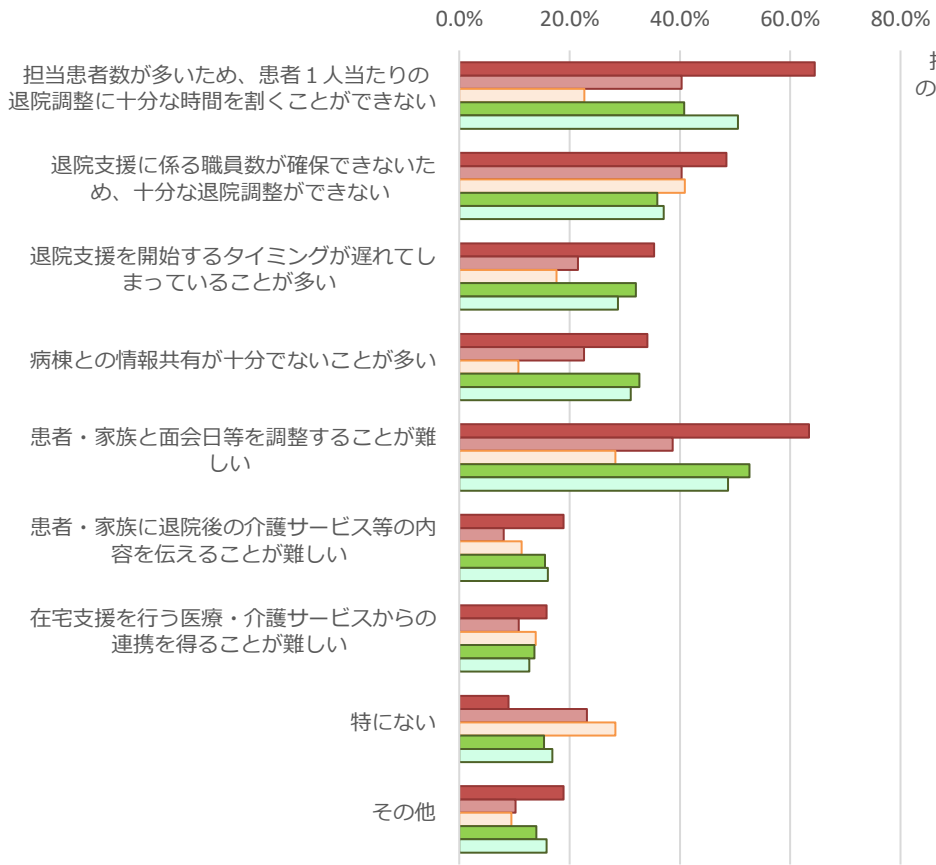
■ ① 入退院支援部門の看護師・社会福祉士等 ■ ② 病棟専任の入退院支援職員 ■ ③ ①、②以外の病棟の看護師等



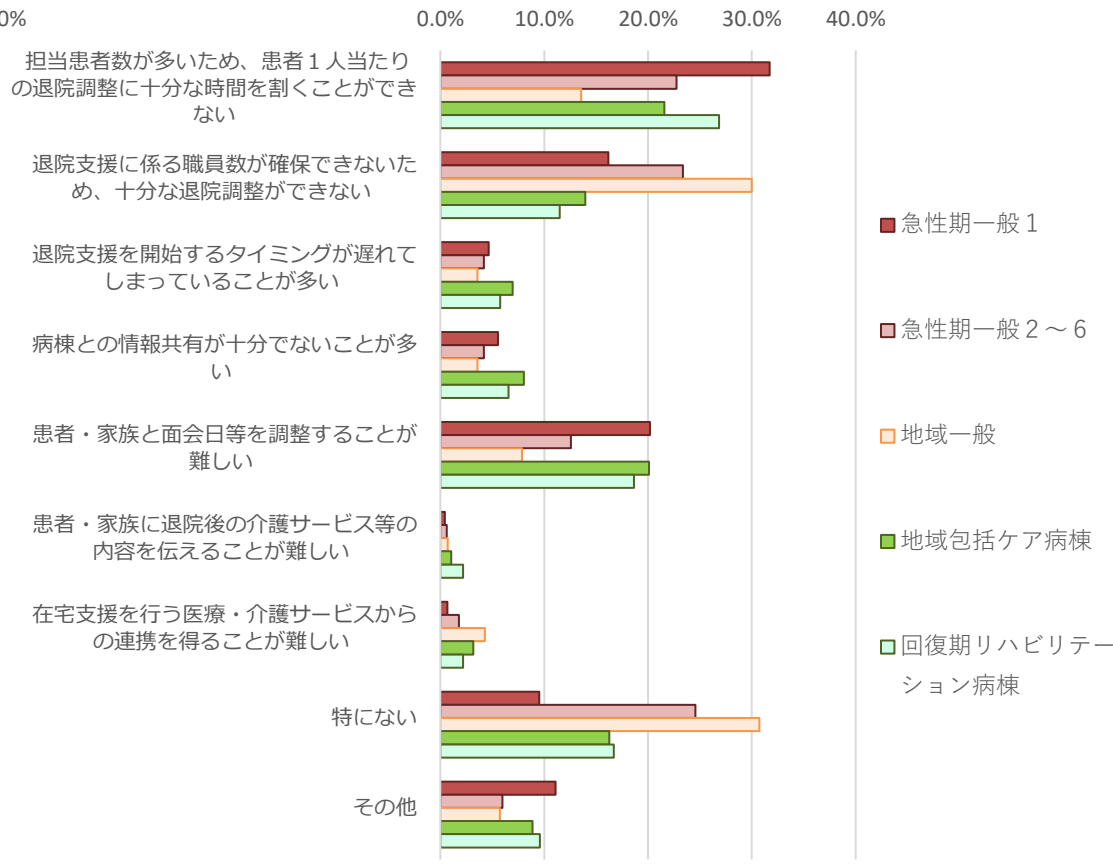
入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



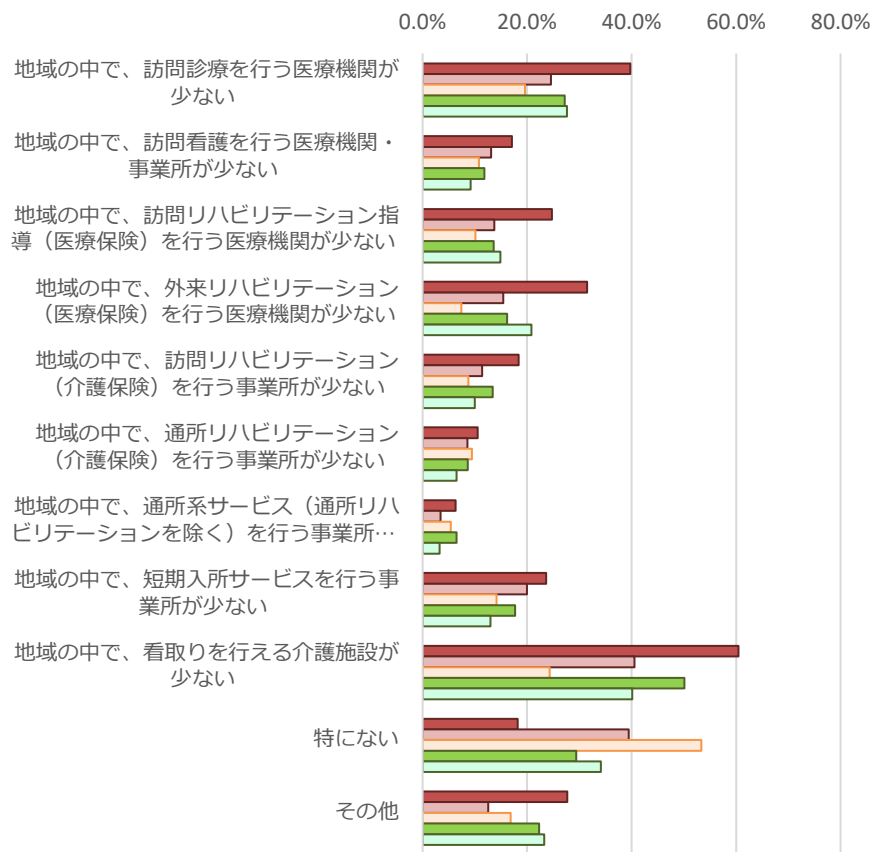
■ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）



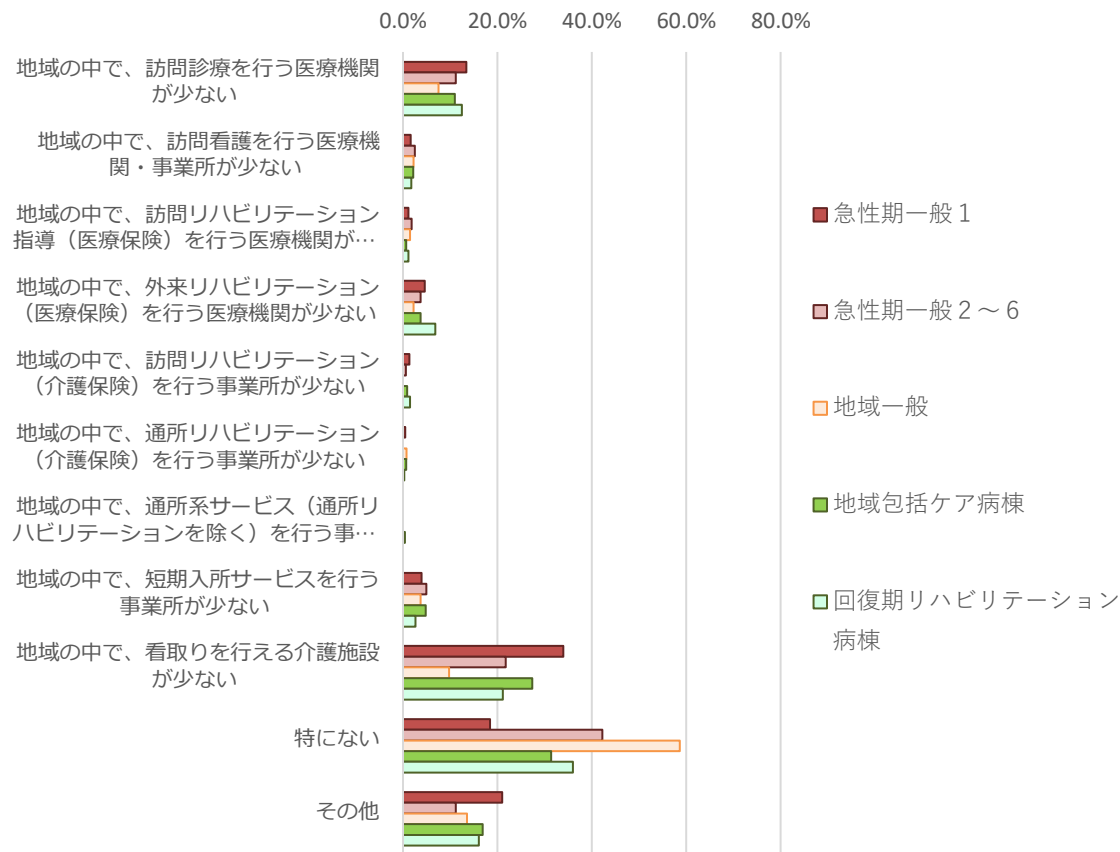
入院料別の退院を困難にしている事項

○ その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

■ その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



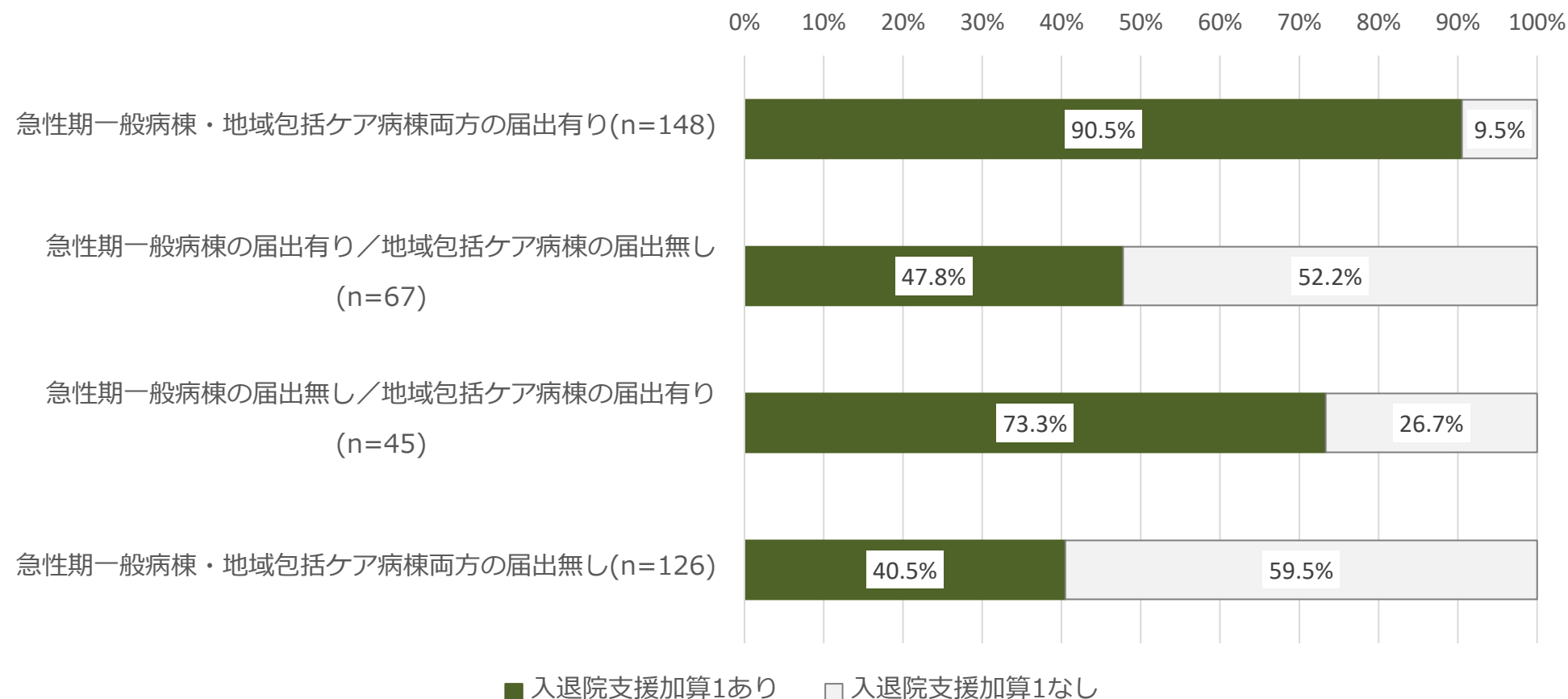
■ その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）



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の届出状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関において、急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟の届出有無別に入退院支援加算1の届出状況を見ると、急性期一般病棟・地域包括ケア病棟の届出がない医療機関において、入退院支援加算1の届出割合が低い。

■ 他の入院料の届出別、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の届出状況



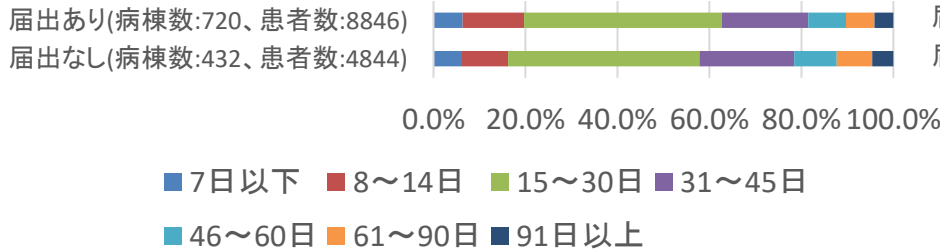
入退院支援加算1の届出別の他院からの患者の受け入れについて（回りハ）

○ 入退院支援加算1の届出有無別に、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数を見ると、入退院支援加算1の届出を行っている医療機関において、入退院支援加算1の届出を行っていない医療機関と比較して早期から転院患者の受け入れを行っている。

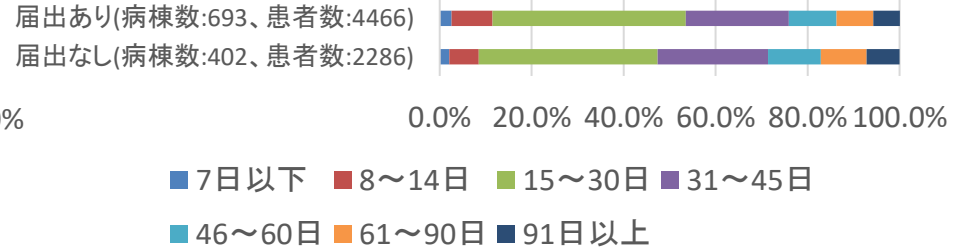
■回復期リハビリテーション病棟における、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数

他院から転院した患者の発症から入棟までの平均日数	入退院支援加算1	
	届出あり	届出なし
脳血管	37.9	43.4
運動器	28.2	29.9
廃用	29.9	43.9
全体	33.3	37.9

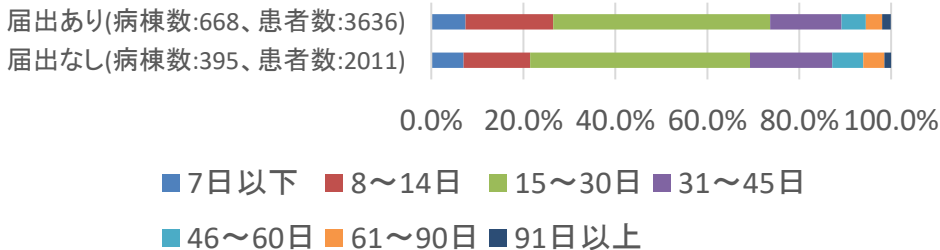
全体



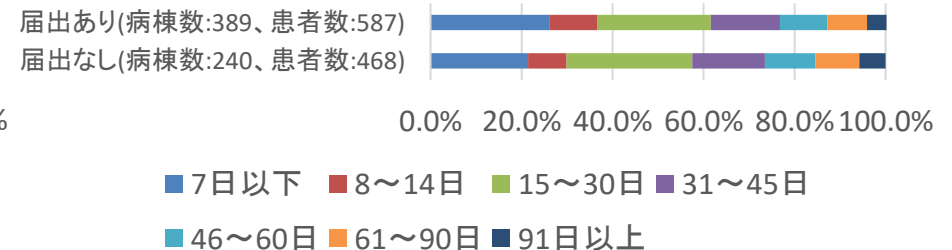
脳血管疾患



運動器疾患



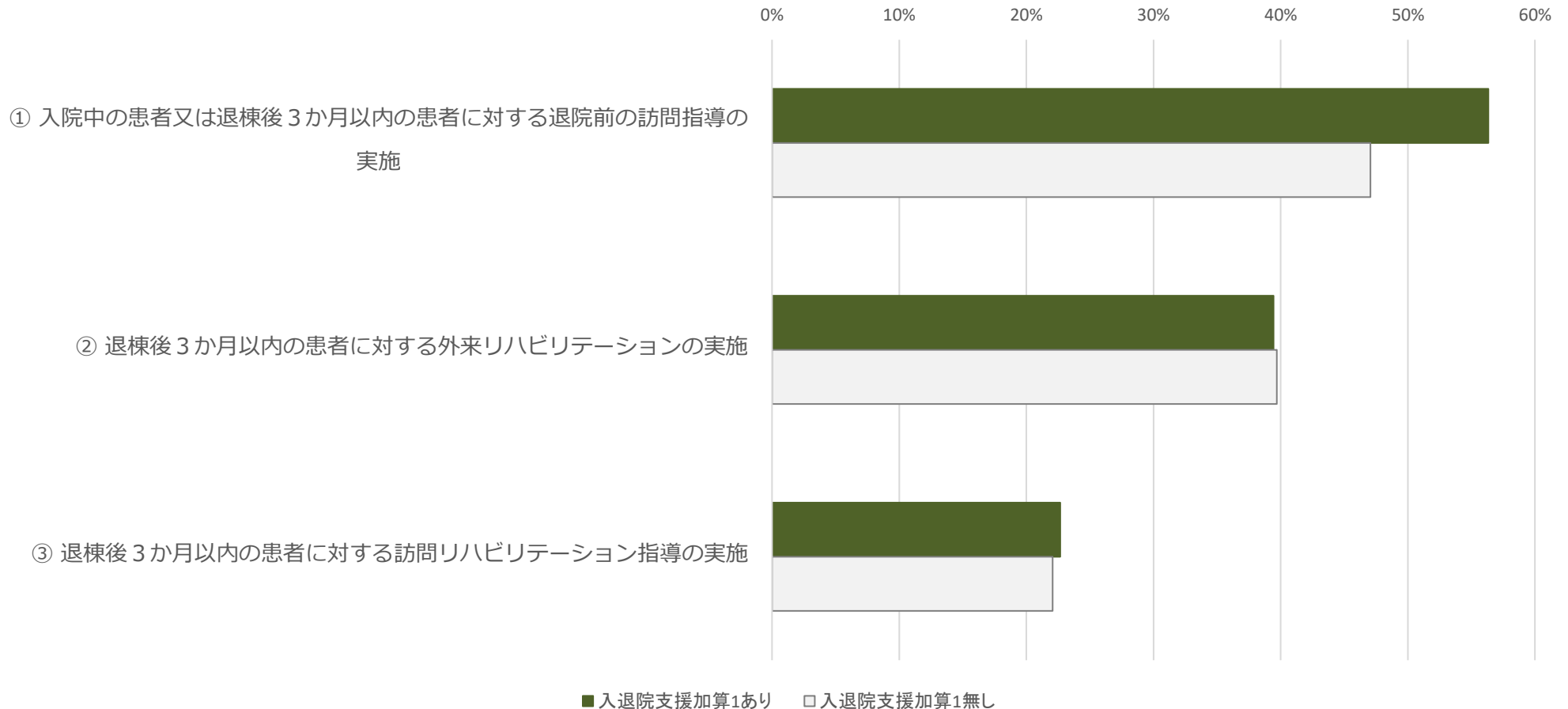
廃用症候群



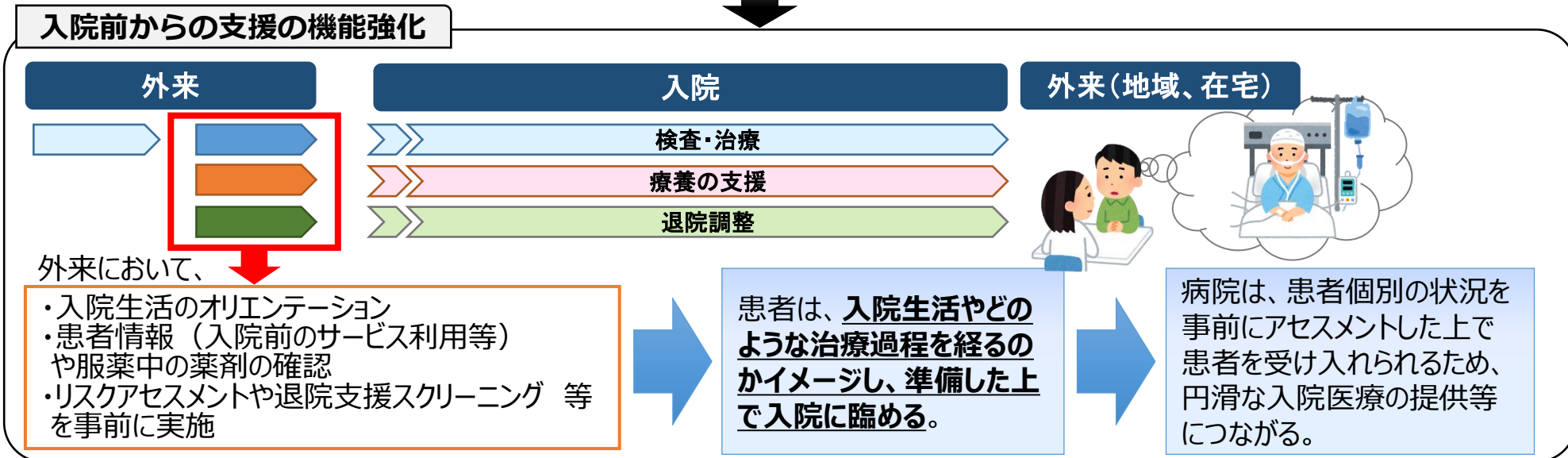
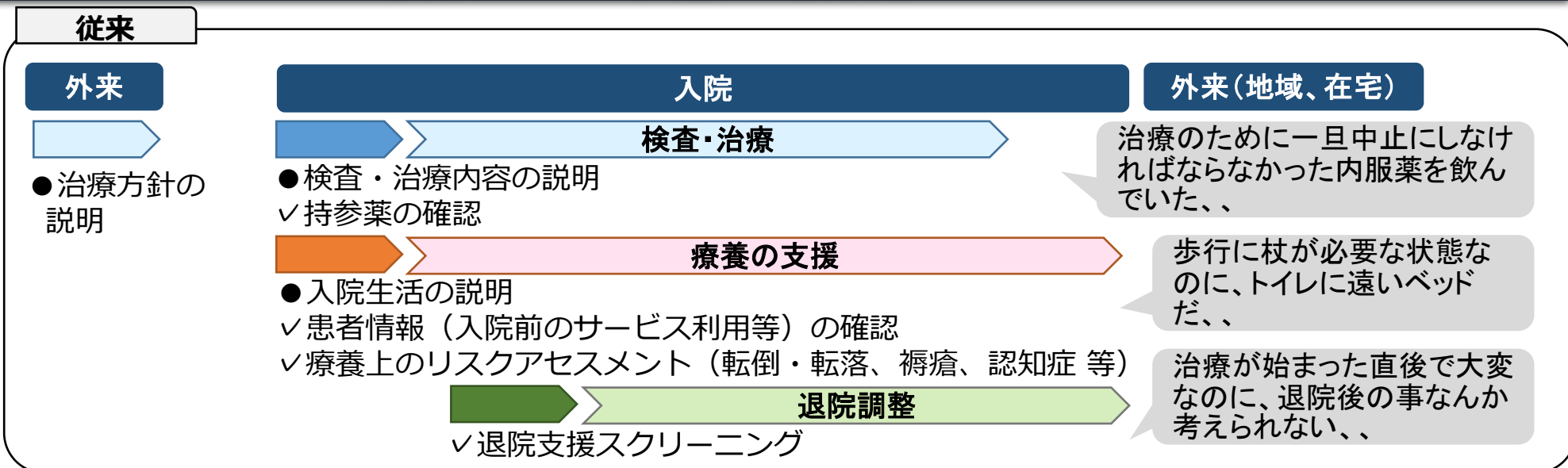
入退院支援加算1の届出別の退院前後の指導・リハビリについて（回リハ）

○ 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の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



入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院時支援加算の概要

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算1 230点

【算定対象】

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

【施設基準】

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上「許可病床数200床未満」
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算2 200点（退院時1回）

【算定要件】

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア) からク) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア) 、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認
- カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入院時支援加算の届出状況

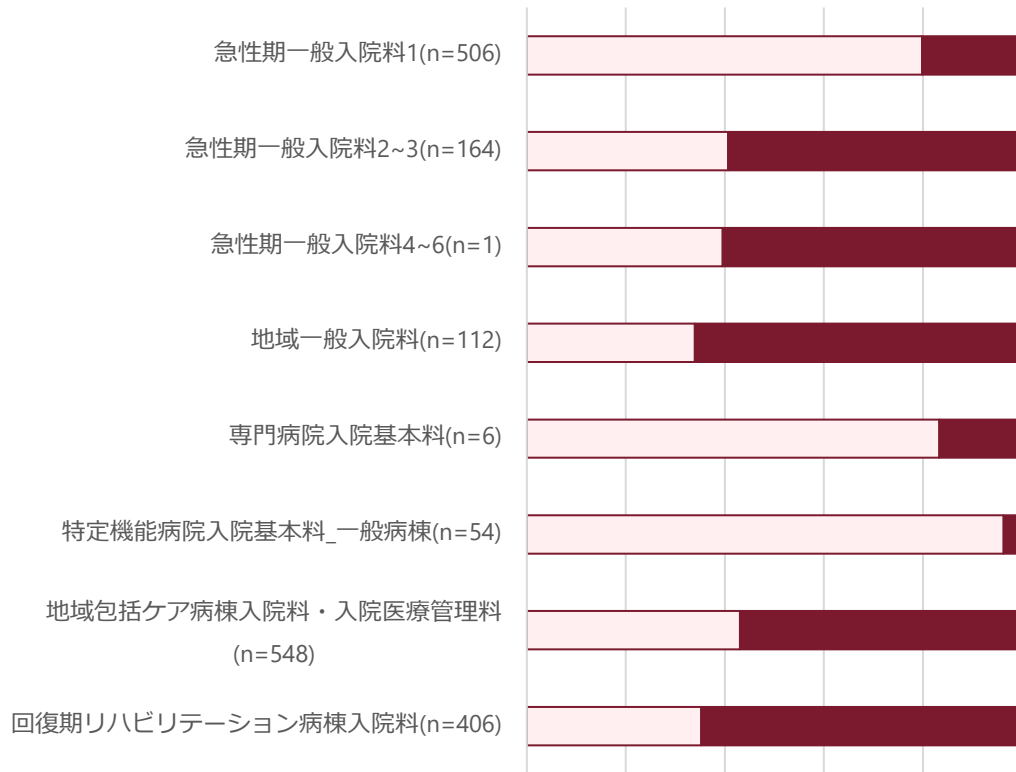
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■ 入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況

■ 急性期医療機関(※)において入院時支援加算を届け出していない理由(複数回答) (n=112)

(※) 急性期一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院

0% 20% 40% 60% 80% 100%



□ 入院時支援加算：届出あり ■ 入院時支援加算：届出なし

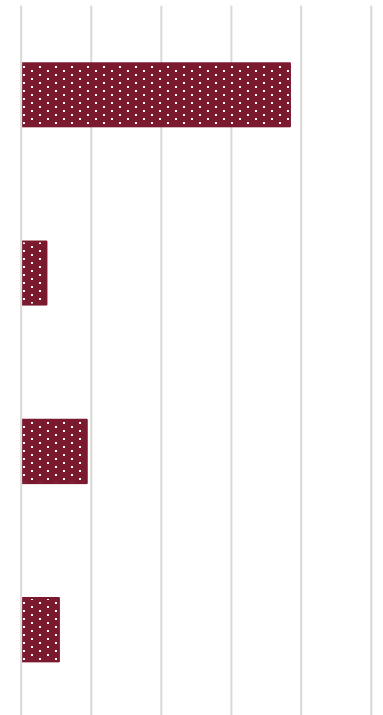
0% 20% 40% 60% 80% 100%

入退院支援部門に入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師またはMSWの配置が困難なため

転院または退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため

地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため

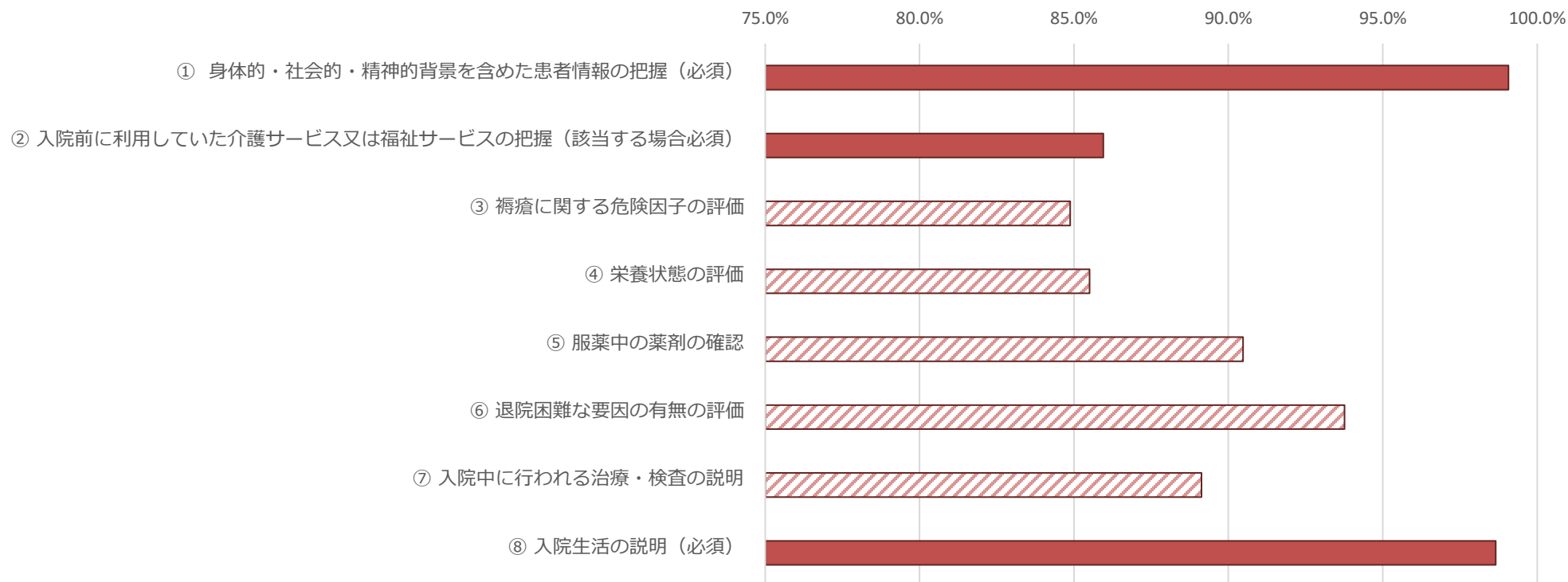
その他



入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率が高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■ 入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



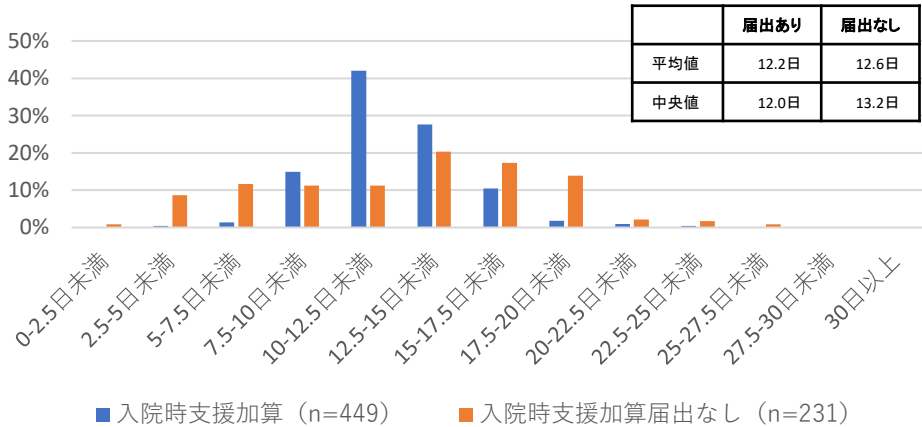
※
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

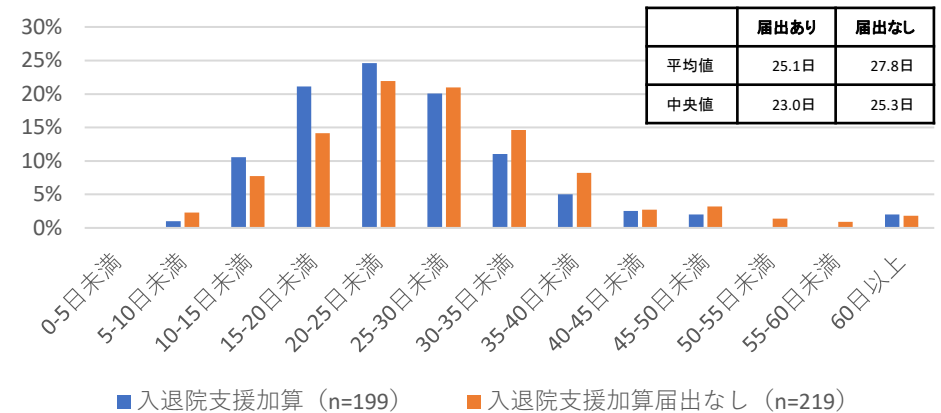
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出が無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

■ 入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

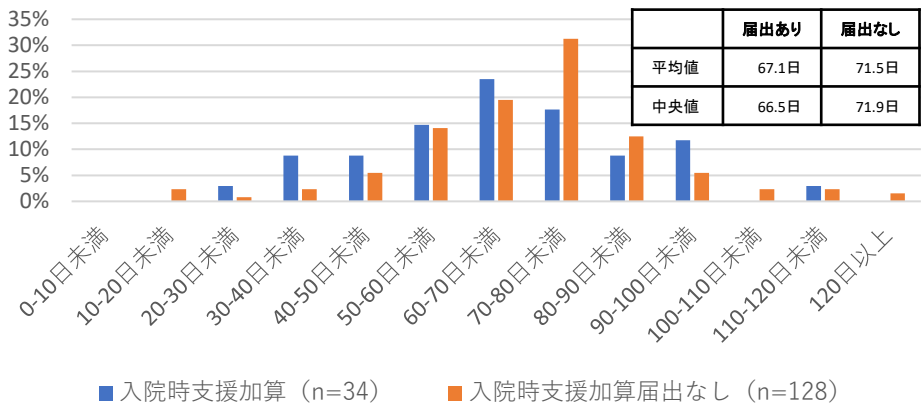
急性期一般入院基本料



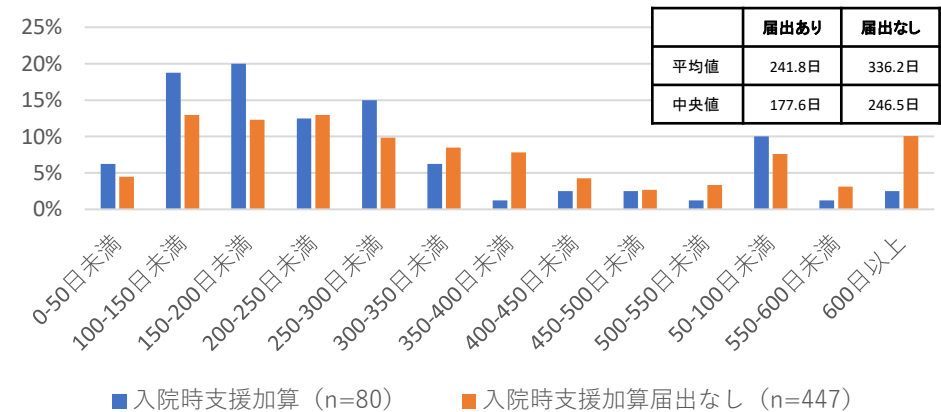
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



療養病棟入院基本料



テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価

入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に報酬上評価を行っている。

入院時

相談支援

退院時

○入院時情報連携加算

入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
（Ⅰ）訪問 （Ⅱ）文書等

○介護支援等連携指導料

患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○診療情報提供料（Ⅰ）

患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合（退院日の前後2週間）
介護支援等連携指導料を算定した場合は算定不可。

○入退院支援加算1 ○入退院支援加算2

退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

○医療・保育・教育機関等連携加算

【計画作成時】
障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○退院・退所加算 【計画作成時】

退院退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○集中支援加算 ※R3年度報酬改定で新設

【計画作成時・モニタリング時以外】
障害福祉サービス等の利用に関して、以下の支援を行った場合（①～③について各々月1回算定可）

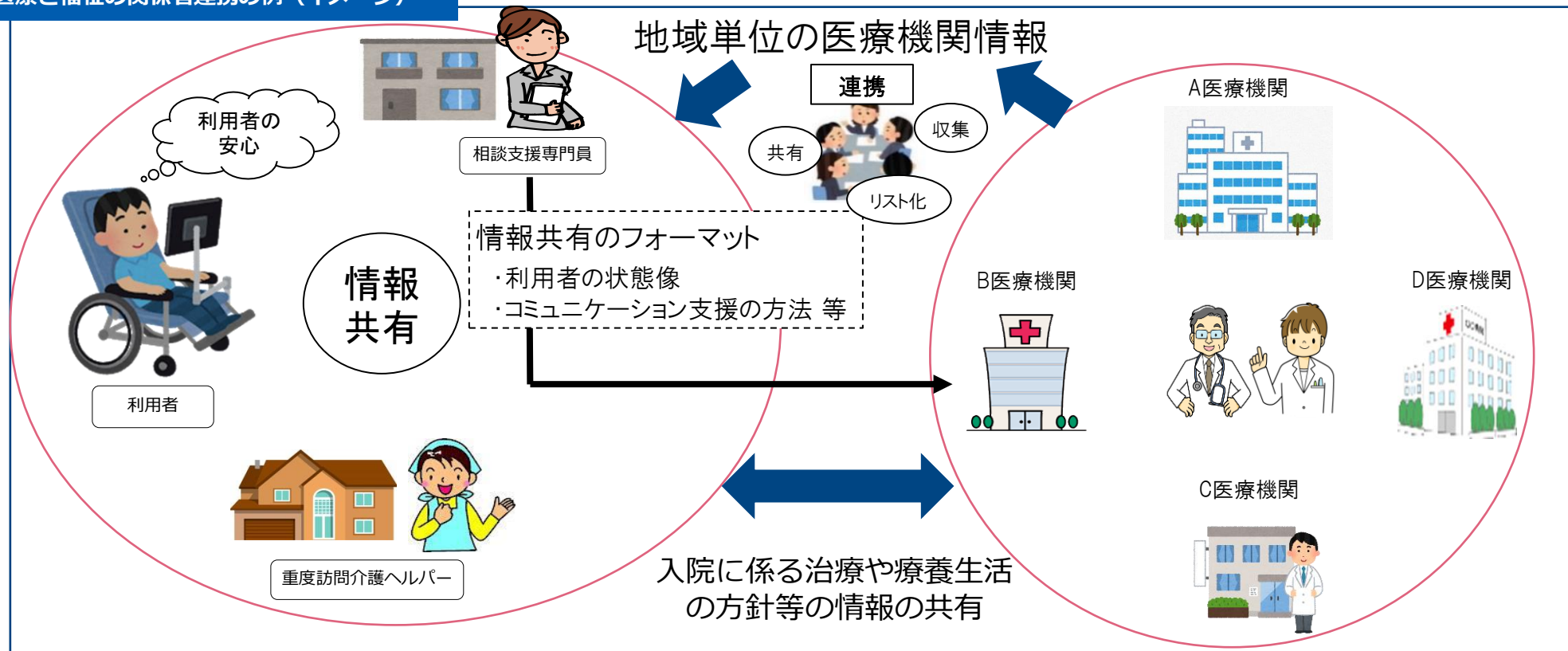
- ①月2回以上の居宅等への訪問による面談
- ②サービス担当者会議の開催
- ③他機関の主催する利用者の支援についての検討を行う会議への参加

診療報酬（医療機関）

障害福祉サービス等報酬
（計画相談支援・障害児相談支援）

- 入院中の重度障害者のコミュニケーション支援等が行われる場合には、医療機関と支援者は当該入院に係る治療や療養生活の方針等の情報を共有するなど十分に連携することが必要である。このため、利用者の普段の状態像・支援ニーズや入院中の個々の利用者の症状に応じたコミュニケーション支援の方針・方法等について、関係者間で情報を共有するためのフォーマットの作成など、より円滑な連携に向けての検討が必要である。
- また、入院時に重度訪問介護を利用する者にとって地域の医療機関における重度障害者の受入等に関する情報があれば有用である。このため、医療と福祉の関係者が連携して、地域の医療機関情報をリスト化し、共有を図ること等の検討も必要である。

医療と福祉の関係者連携の例（イメージ）



障害者への医療・介護サービス提供に当たって求められる対応

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。

医療機関 介護サービス施設・事業所

障害福祉サービス事業所

- **障害特性に応じた受け入れ体制**
 - ・ 様々な障害特性に応じた支援を受けながら医療を受けられる体制（特に、特別なコミュニケーション支援を要する障害者、強度行動障害を有する者等が医療を受ける場合の受け入れ体制）
 - ・ 高齢化した障害者が、介護施設への入所を希望する場合等に、精神障害、知的障害などの障害特性に応じた支援を受けられる体制

- **障害者入所施設における医療ニーズへの対応**
 - ・ 医療ニーズのある施設入所者が医療を受けられる体制（必要に応じ、施設外からの訪問により医療を受けられる体制を含む）

- **障害特性に応じた医療・介護サービスの提供体制**
 - ・ 精神疾患の患者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者などが、訪問医療を必要とする場合等に障害特性に応じて訪問診療・看護等を受けられる体制

- **通所サービス等における医療ニーズへの対応**
 - ・ 通所などの障害福祉サービス等を受けている医療的ケア児などが、必要な医療等を受けられる体制

- **医療・介護・障害福祉サービスの連携体制**
 - ・ 精神障害者の地域移行など、病院からの退院時における介護・障害福祉サービスとの連携体制
 - ・ 地域生活において必要な医療や通所・訪問サービス、ケアマネジメント等を障害福祉サービスなどとともに切れ目なく受けられるための連携体制

入院
入所

訪問

通院
通所

ケアマネ
ジャ

入所

訪問

通所

相談支援

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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. 入退院支援について
 - 13-3. **急性期におけるリハビリテーション・栄養等について**
 - 13-4. 救急医療管理加算について
 - 13-5. 短期滞在手術等基本料について
 - 13-6. データ提出加算について
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

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

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchear ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

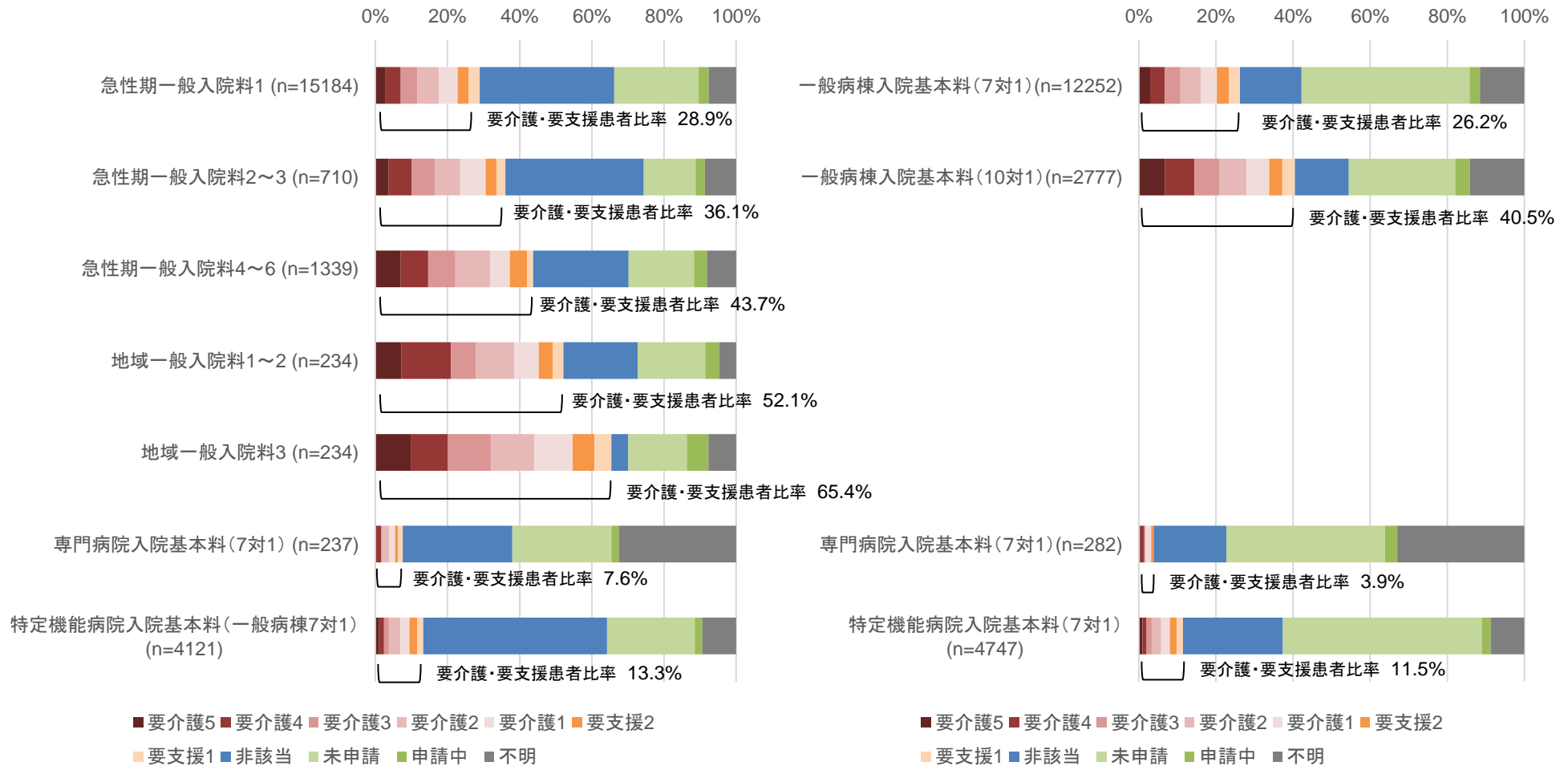
出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

入院料ごとの要介護度別の患者割合（対平成28年度）

○ 平成28年度と令和4年度調査を比較すると、急性期一般入院料1（一般病棟入院基本料（7対1）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。

令和4(2022)年

平成28(2016)年



早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に**言語聴覚士を追加**する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

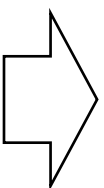
【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。



改定後

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

【施設基準】

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

- **当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。**また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

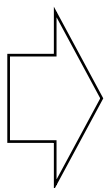
早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- 早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- 早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）

現行

特定集中治療室管理料1～4



改定後

特定集中治療室管理料1～4
救命救急入院料1～4
ハイケアユニット入院医療管理料1、2
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

早期離床・リハビリテーション加算の概要

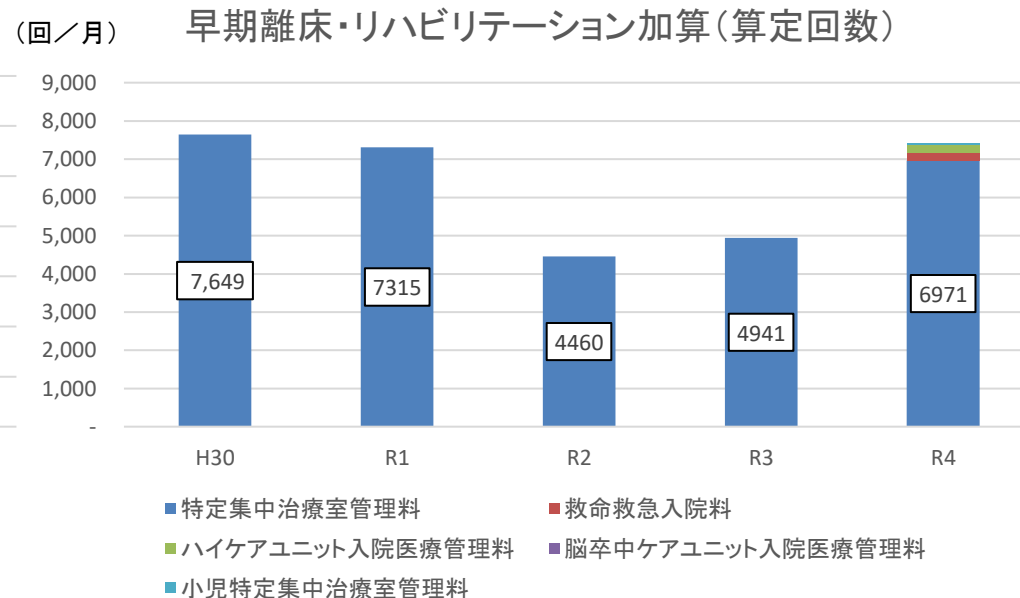
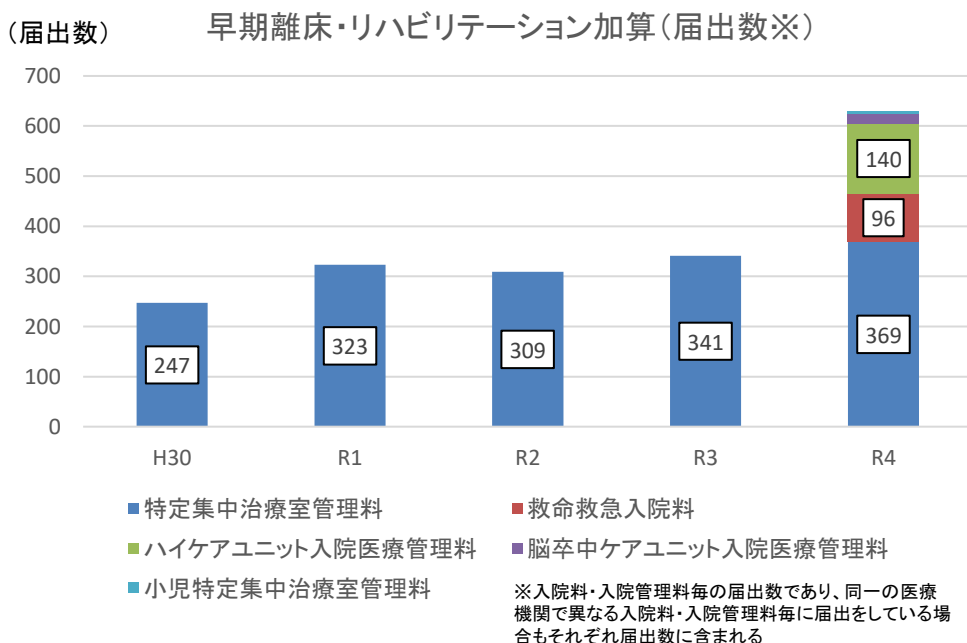
【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

早期離床・リハビリテーション加算 500点/日 ※入室した日から起算して14日を限度

特定集中治療室等入室後早期から多職種による離床に向けた取組が行われた場合に加算する。

【算定要件(抜粋)】

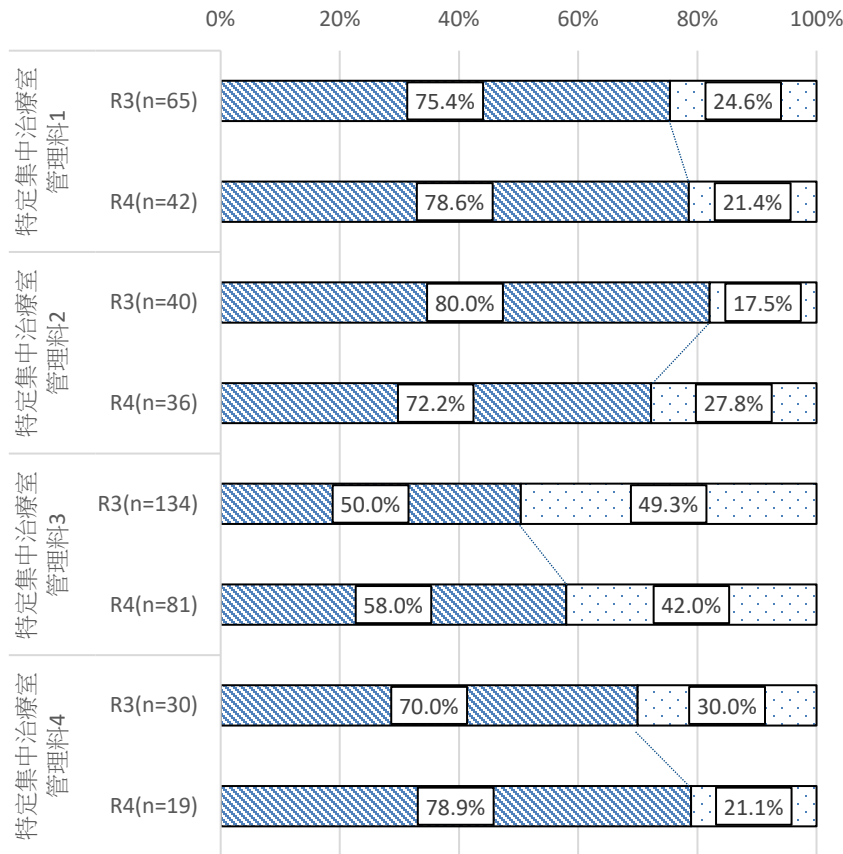
- 早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価
- ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
- イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
- ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。
- エ アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。



早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

- 特定集中治療室管理料1及び3～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
- 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、救命救急入院料4における届出割合が最も高く、70.0%であった。

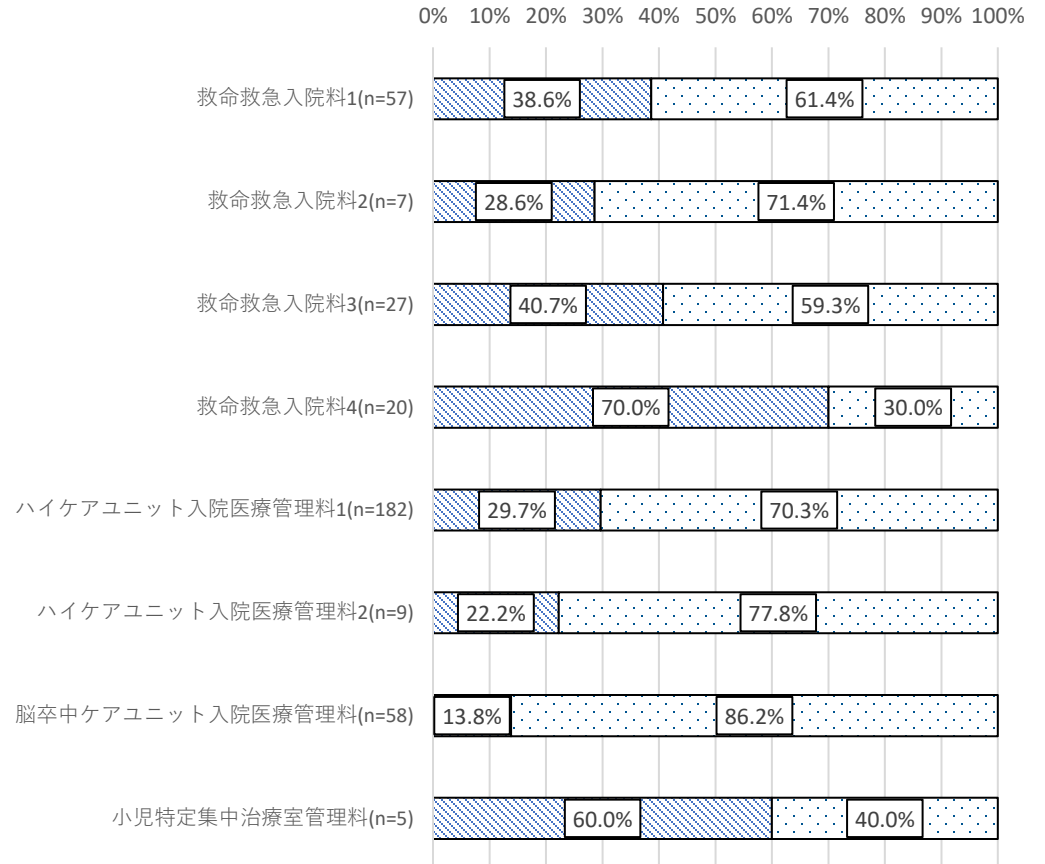
■ 届出状況(特定集中治療室)R3/R4



- 01.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている
- 02.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている

■ 届出状況(特定集中治療室以外)

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等

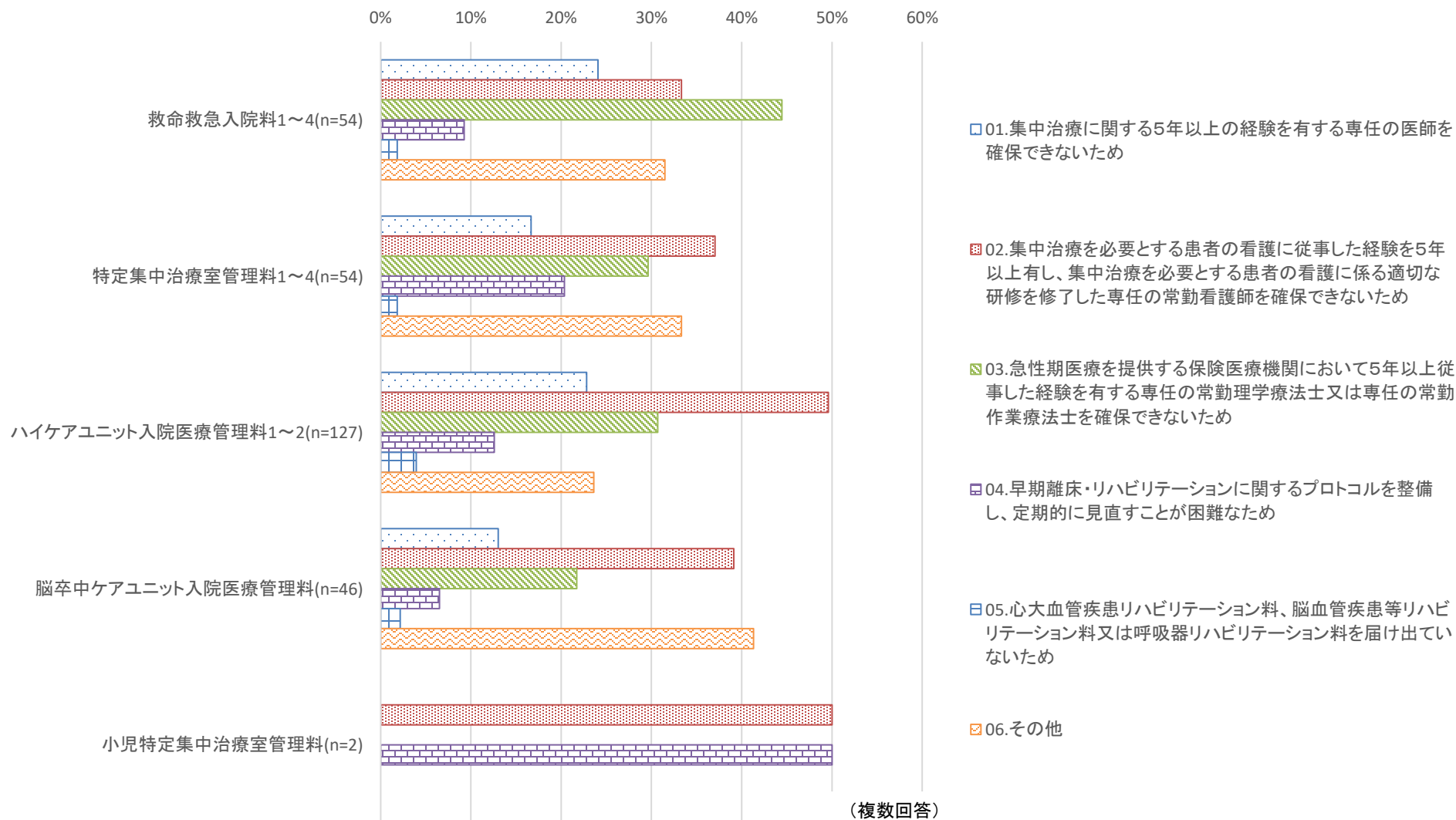


- 01.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている
- 02.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている

早期離床・リハビリテーション加算の届出をしていない理由

診調組 入-1
5 . 9 . 6

○ 届出をしていない理由として、救命救急入院料においては「経験を有する専任・常勤のPT・OTの確保」、その他の治療室では「経験を有し研修を修了した専任・常勤看護師の確保」が最も多かった。



早期栄養介入管理加算の概要

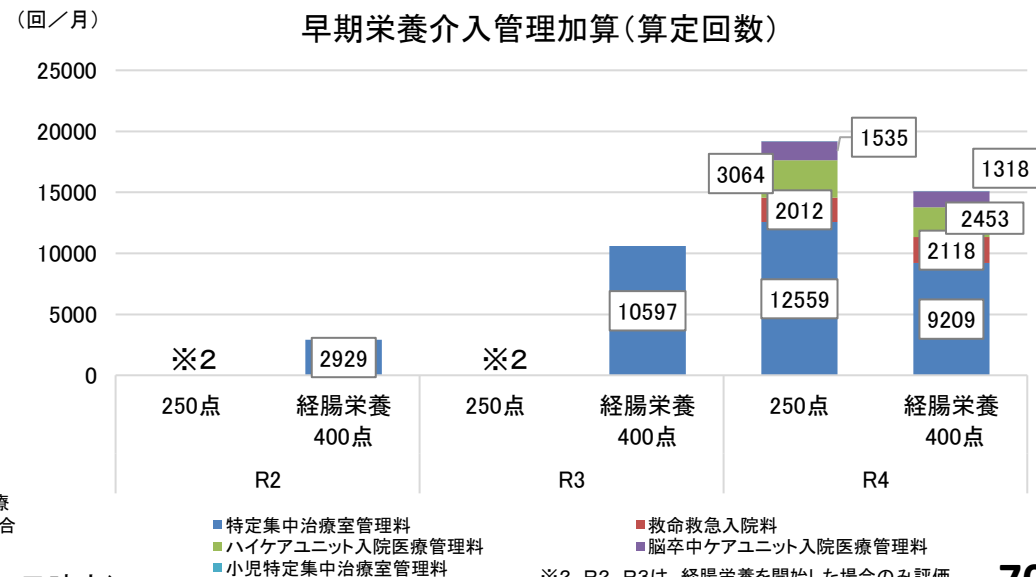
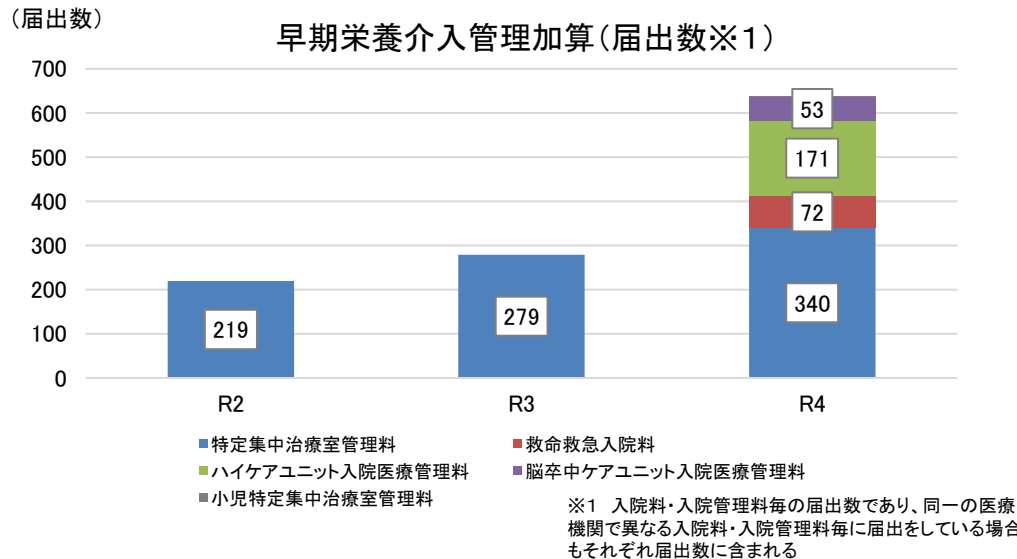
【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

早期栄養介入管理加算 250点/日 ※入室した日から起算して7日を限度
(早期から経腸栄養を開始した場合、当該開始日以降 400点/日)

特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

【算定要件(抜粋)】

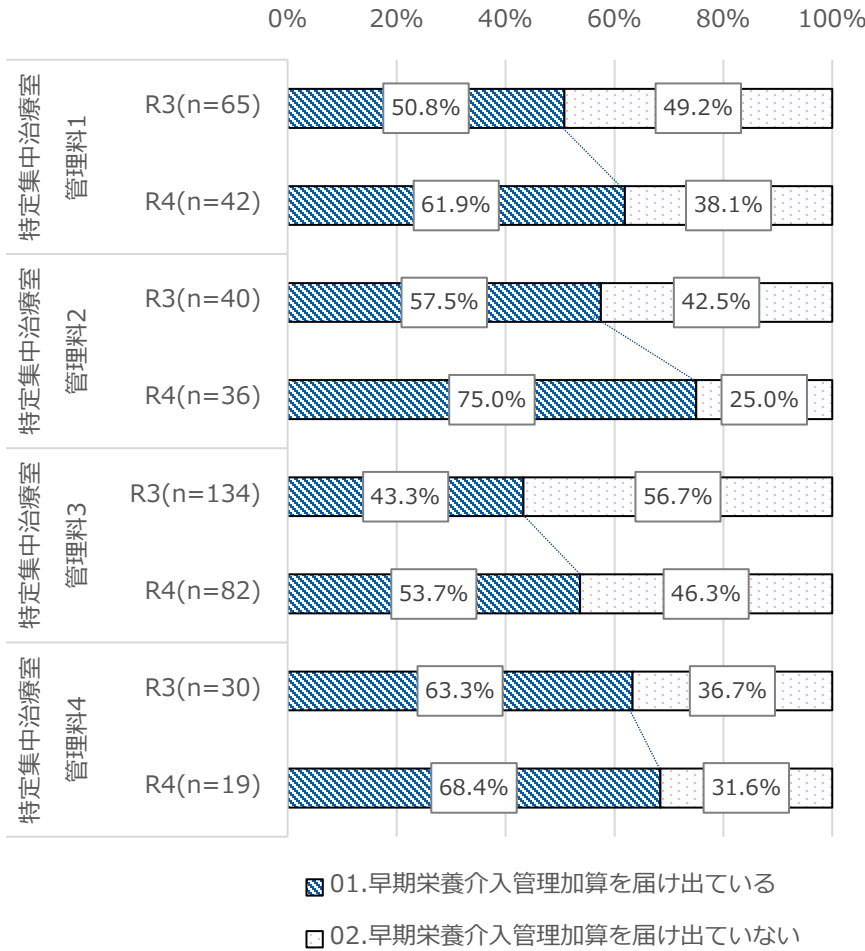
- 日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- 入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ(「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」)の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまでは入室後 48 時間以内に実施すること。
 ア) 栄養アセスメント、イ) 栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施、ウ) 腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養等を開始、エ) 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施、オ) 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認、カ) アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること
- 上記項目を実施する場合、治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。



早期栄養介入管理加算の届出状況

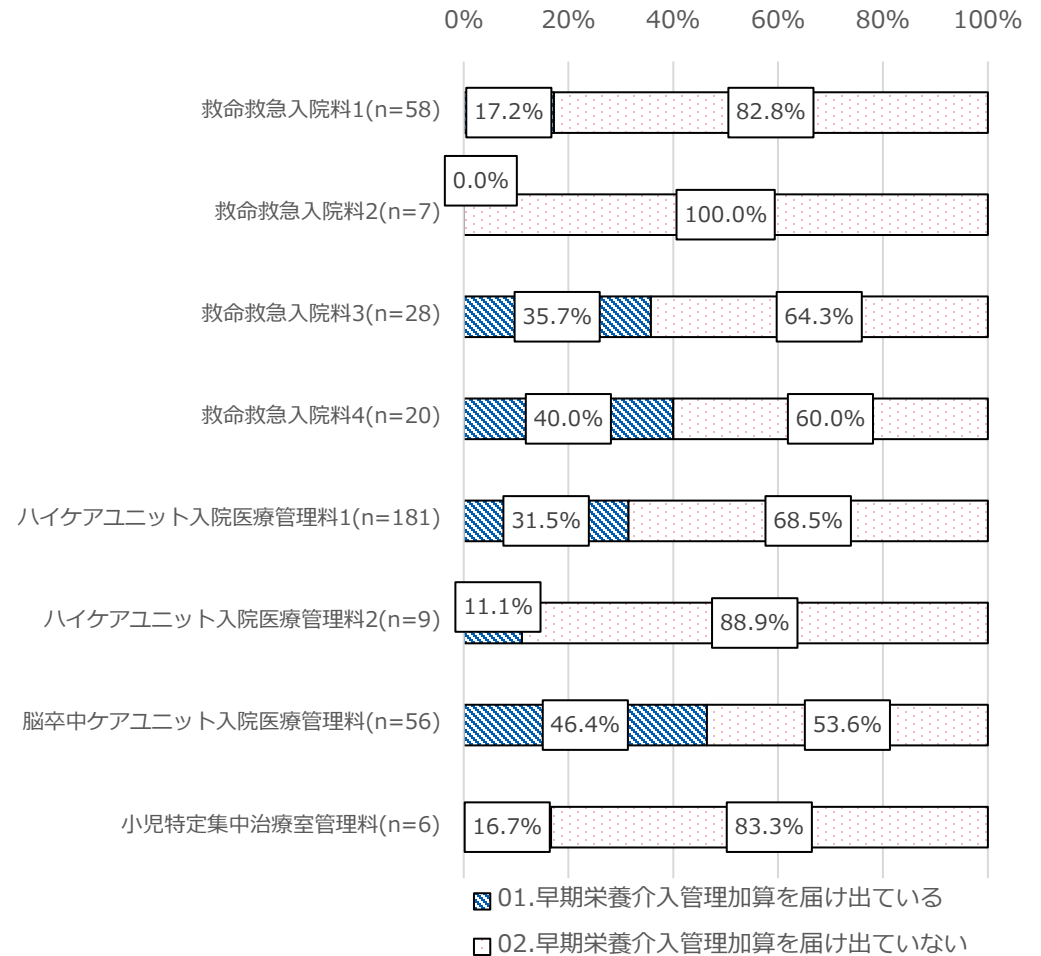
- 特定集中治療室管理料1～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
- 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、脳卒中ケアユニット入院医療管理料における届出割合が最も高く、46.4%であった。

■ 届出状況(特定集中治療室)R3/R4



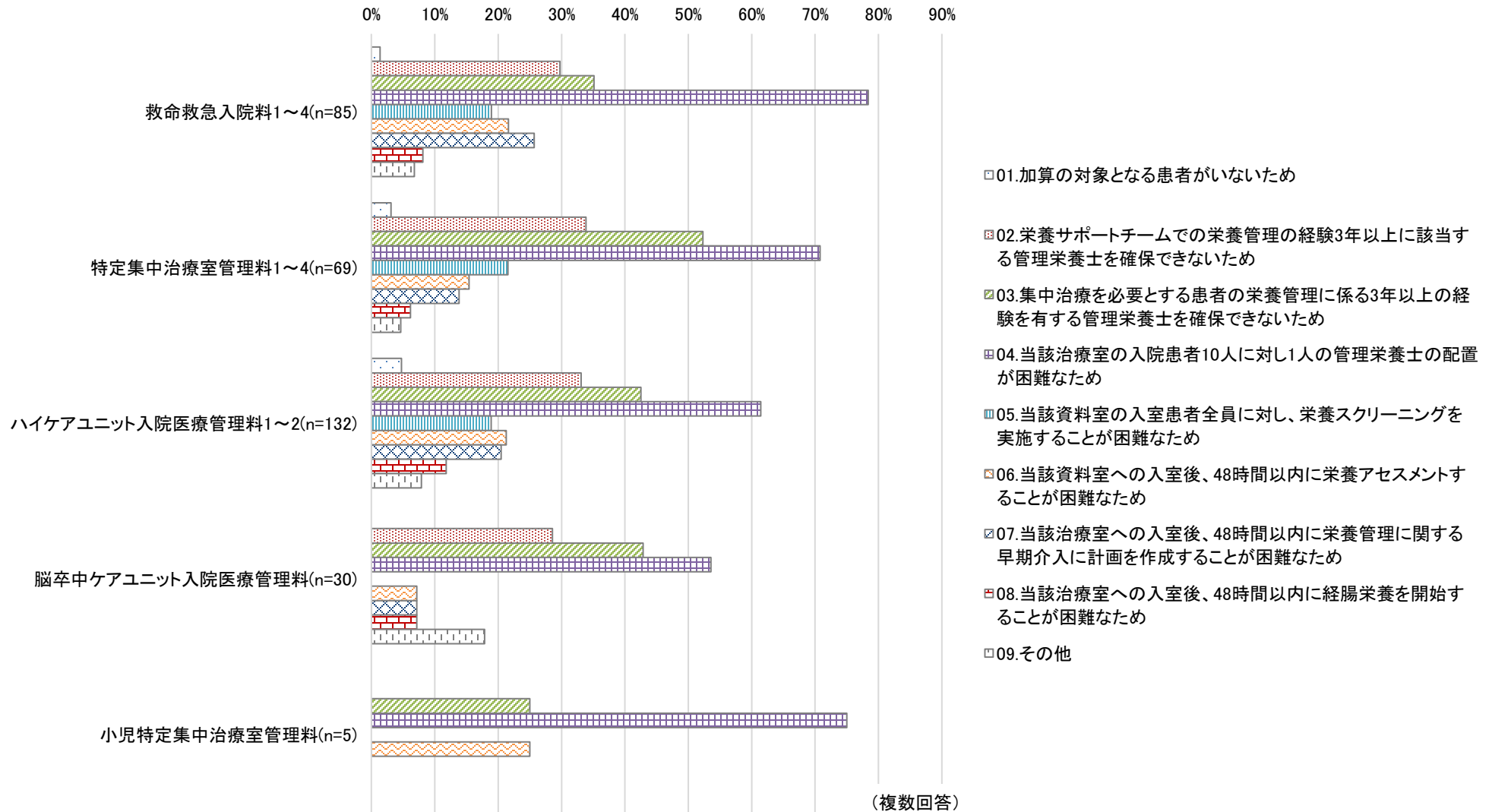
■ 届出状況(特定集中治療室以外)

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等



早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

○ 届出をしていない理由として、いずれの治療室においても、「当該治療室の入院患者10人に対し1人の管理栄養士の配置が困難なため」が最も多かった。



- 急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

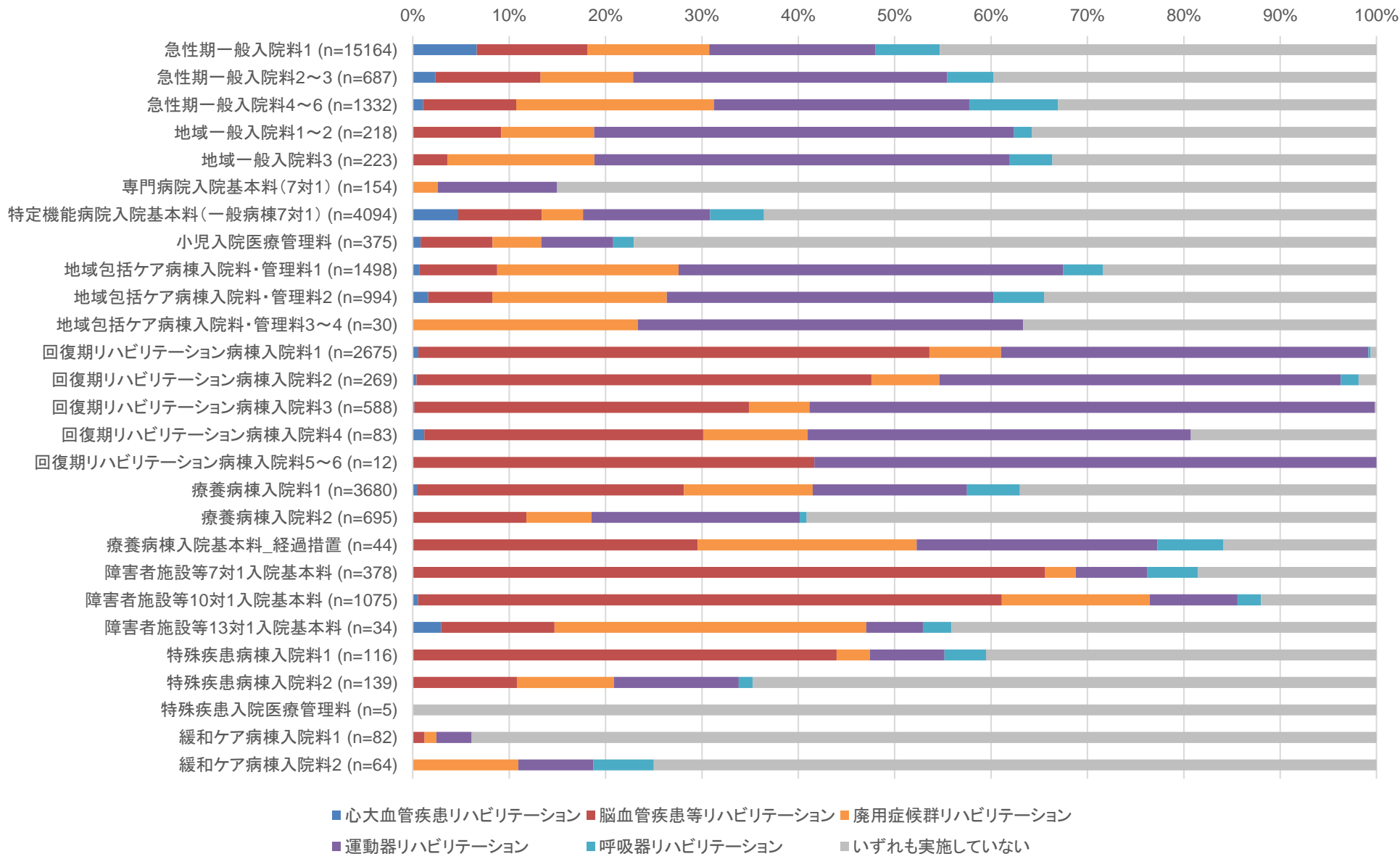
Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

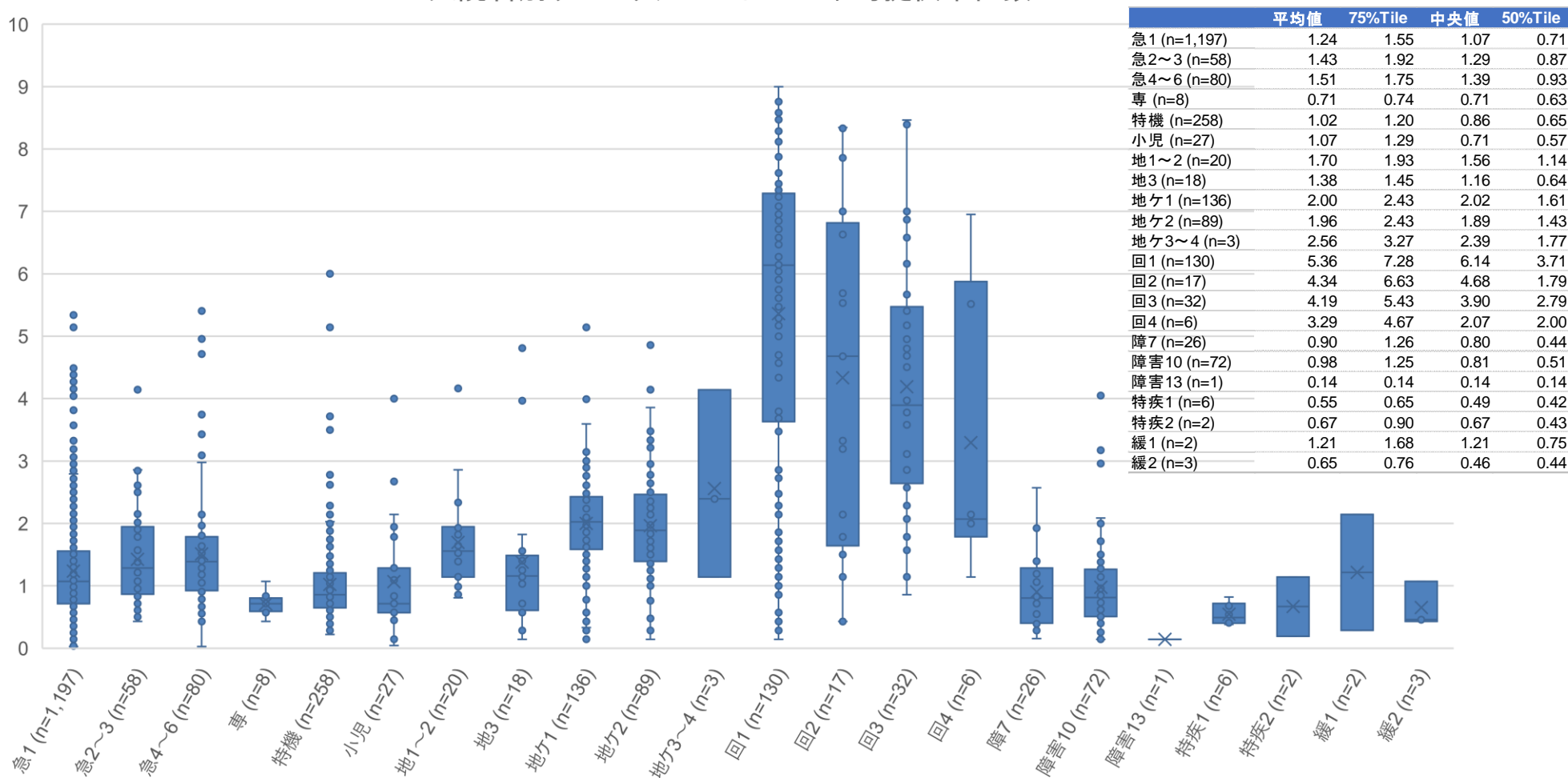
入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況



入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。

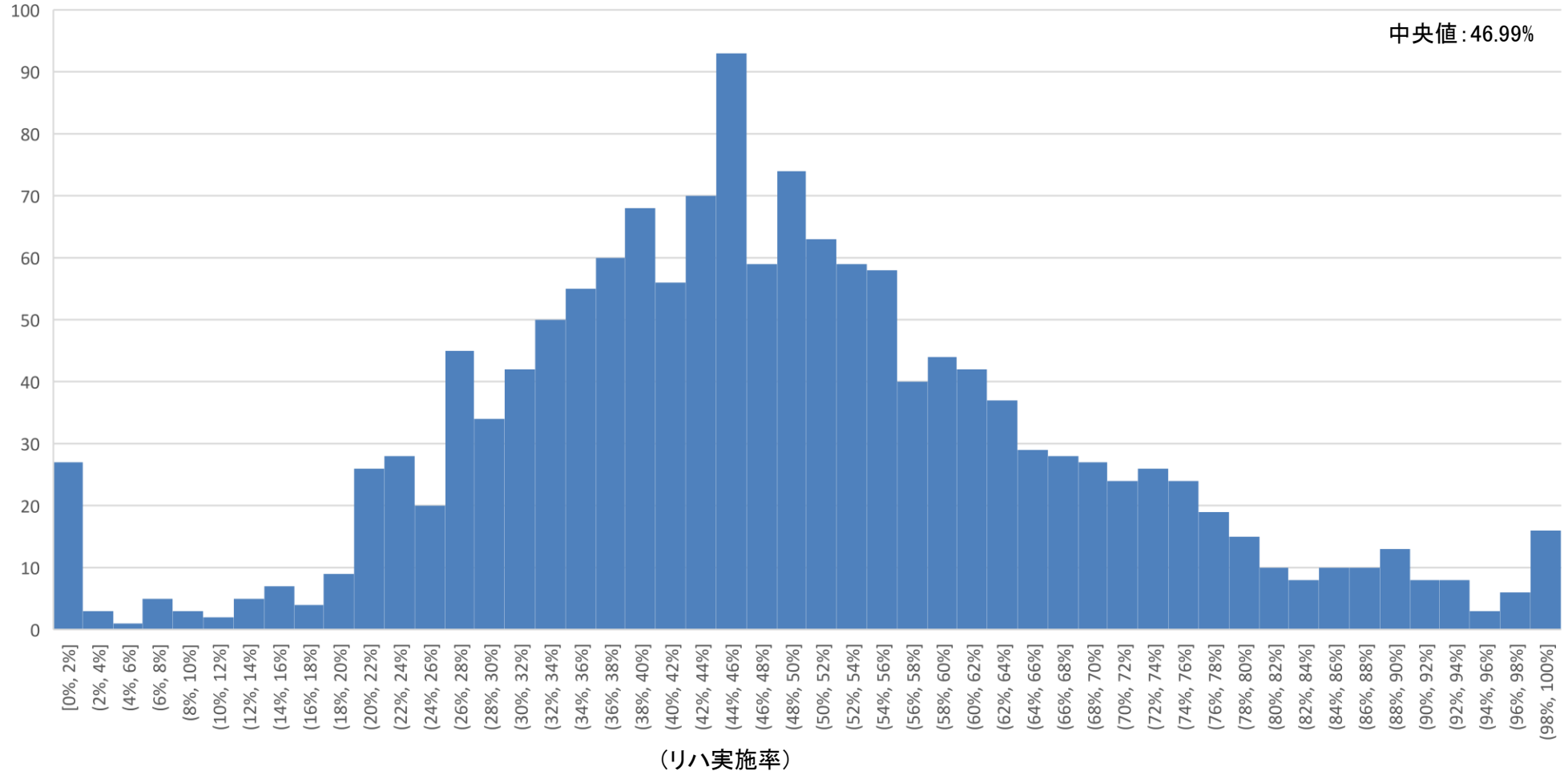
入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数



急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 1 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

(医療機関数)



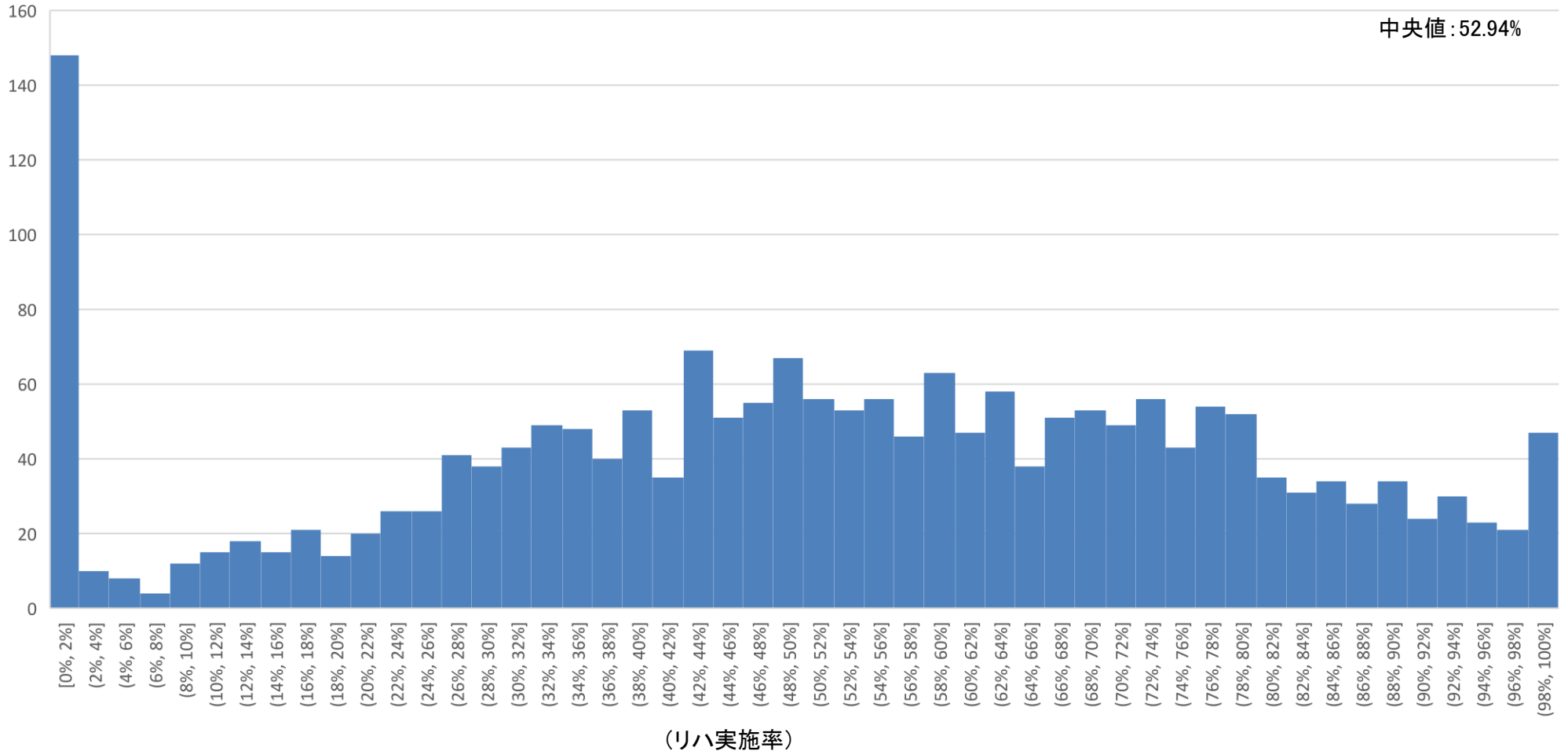
抽出条件: 令和4年4月1日~6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

急性期一般入院料 2～6 におけるリハ実施率

診調組 入-1
5 . 9 . 6

○ 急性期一般入院料 2～6 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

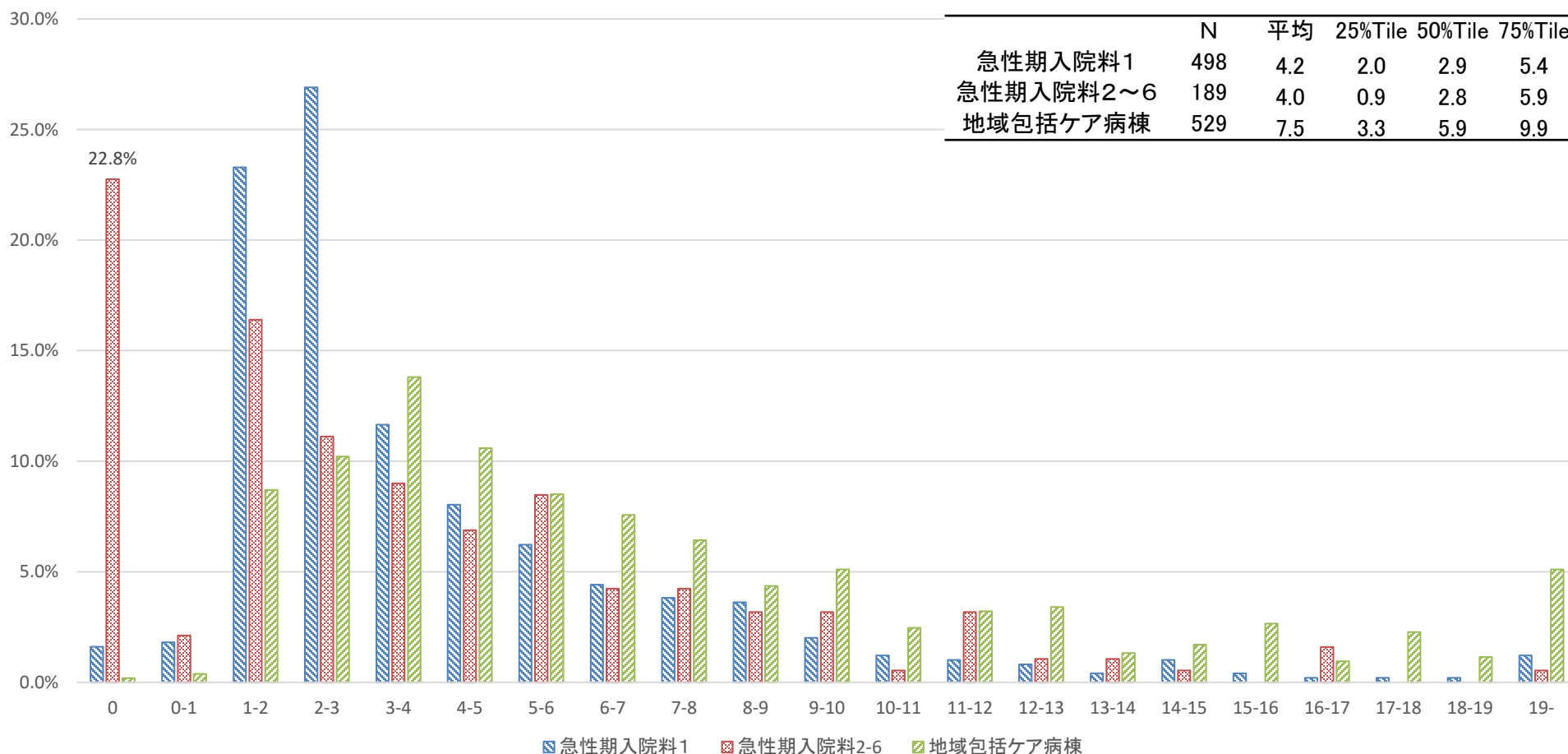
(医療機関数)



抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

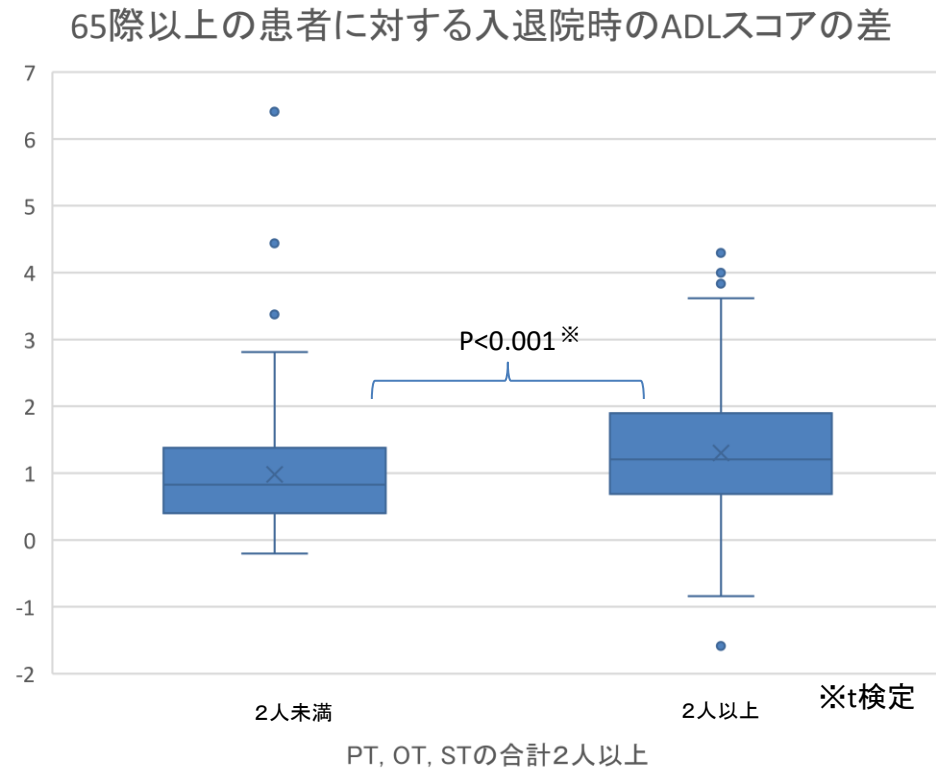
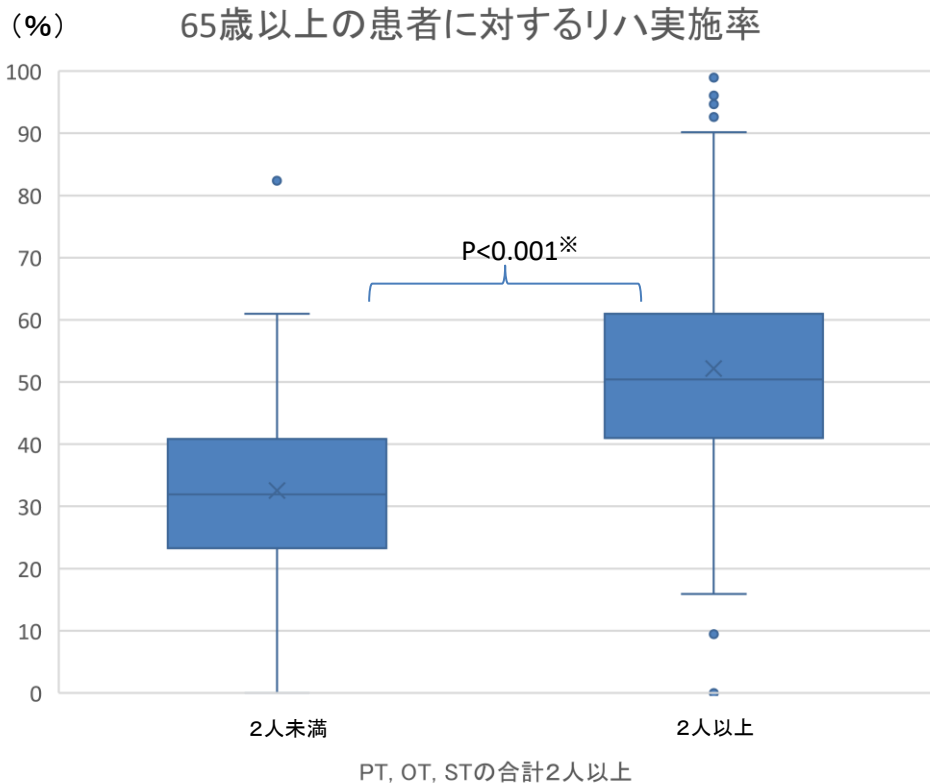
40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

- 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2~3人が最多であった。急性期一般入院料2~6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関の方が急性期一般入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。



リハビリテーション専門職の配置とADL改善（急1）

○ 急性期一般入院料1における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



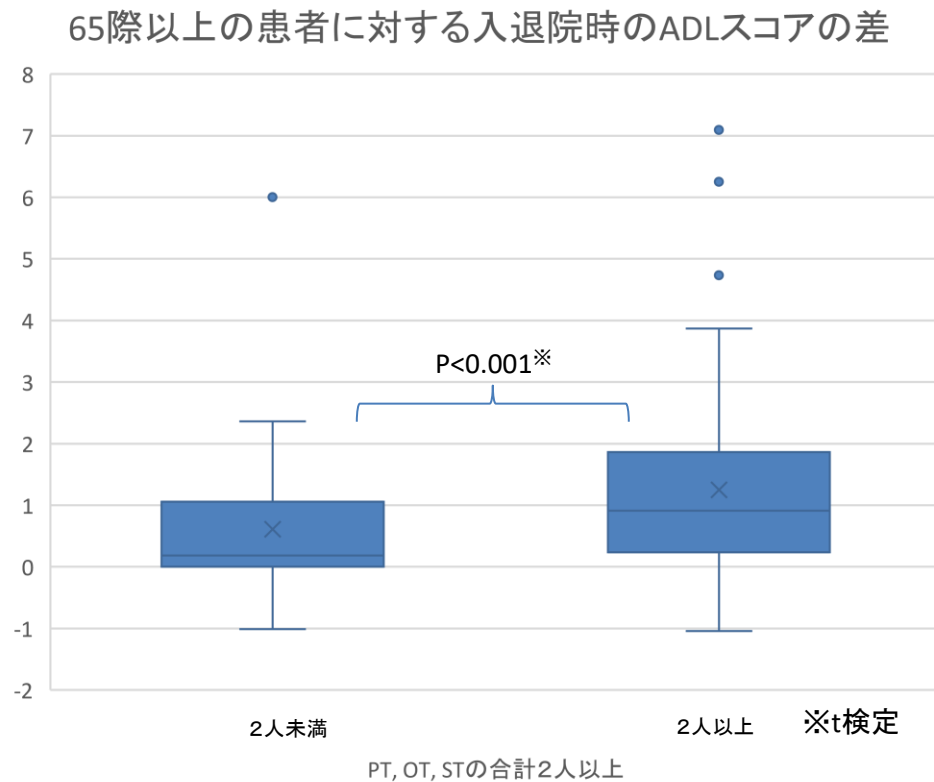
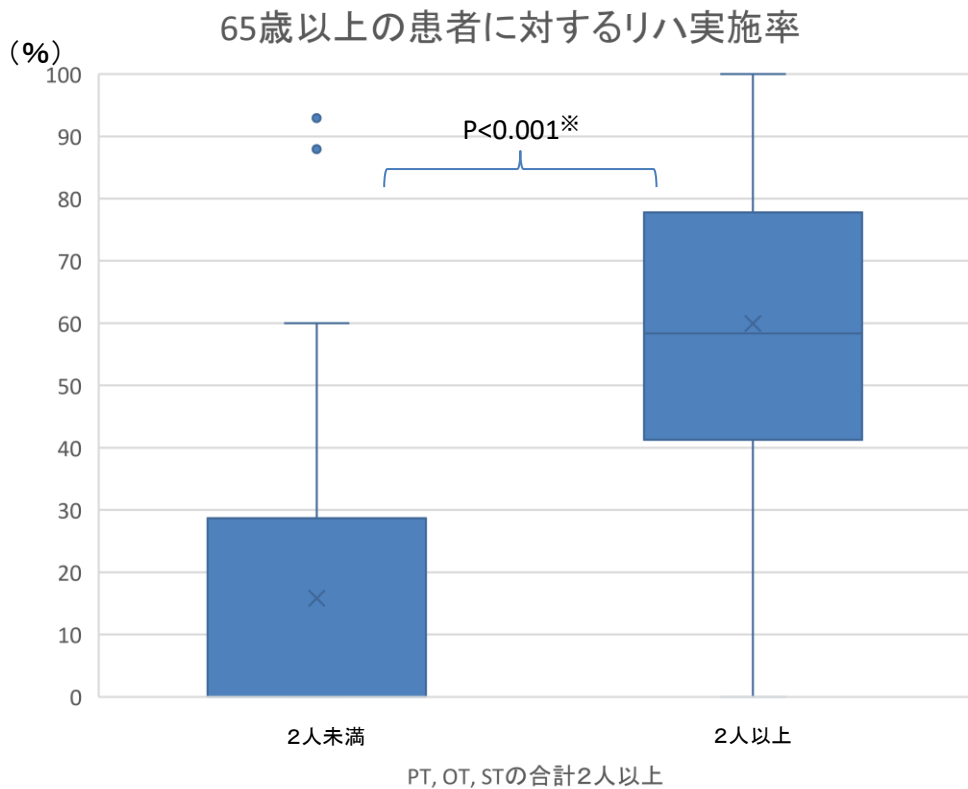
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

リハビリテーション専門職の配置とADL改善（急2～6）

○ 急性期一般入院料2～6における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

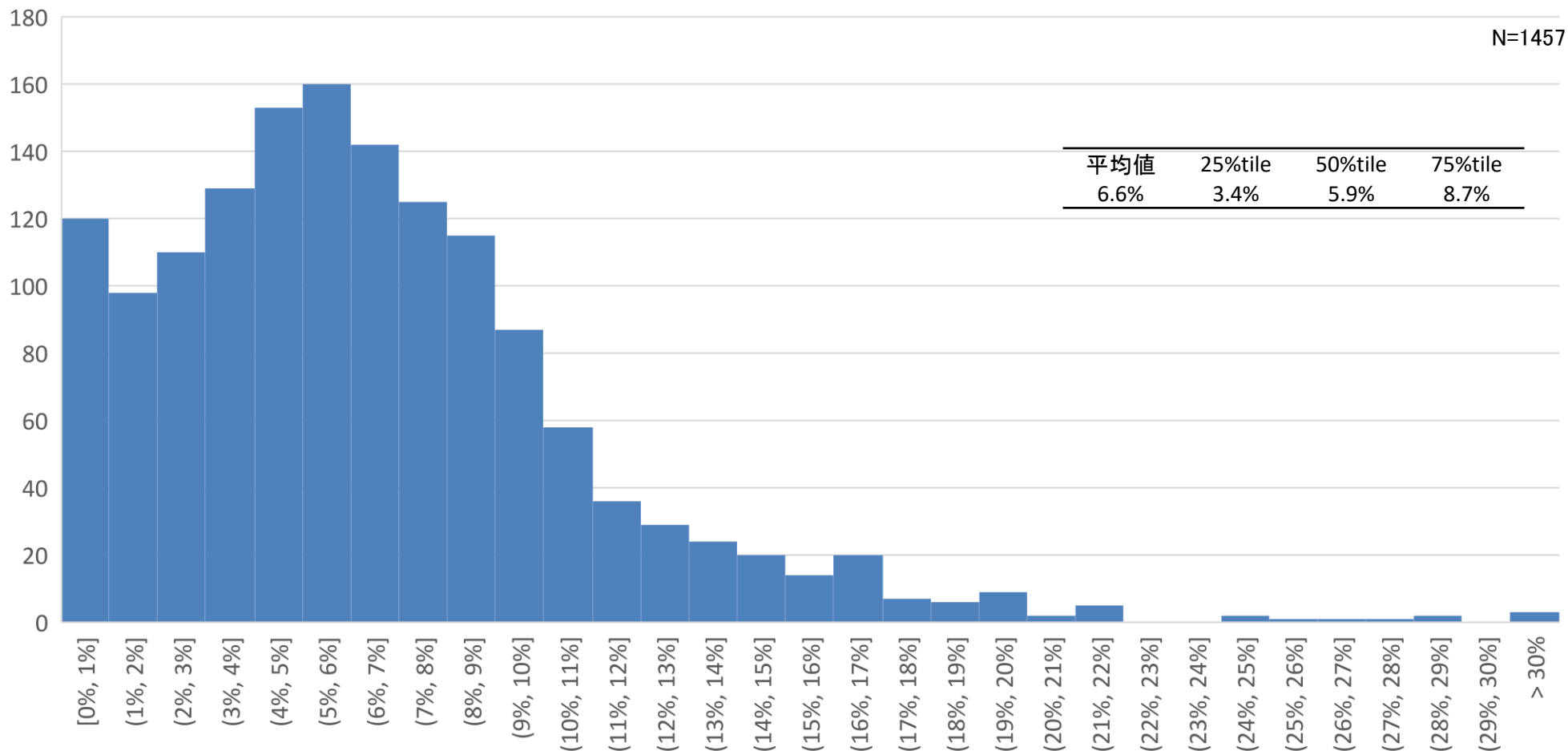
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

ADL悪化患者（65歳以上）割合の分布（急1）

○ 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

65歳以上の高齢者

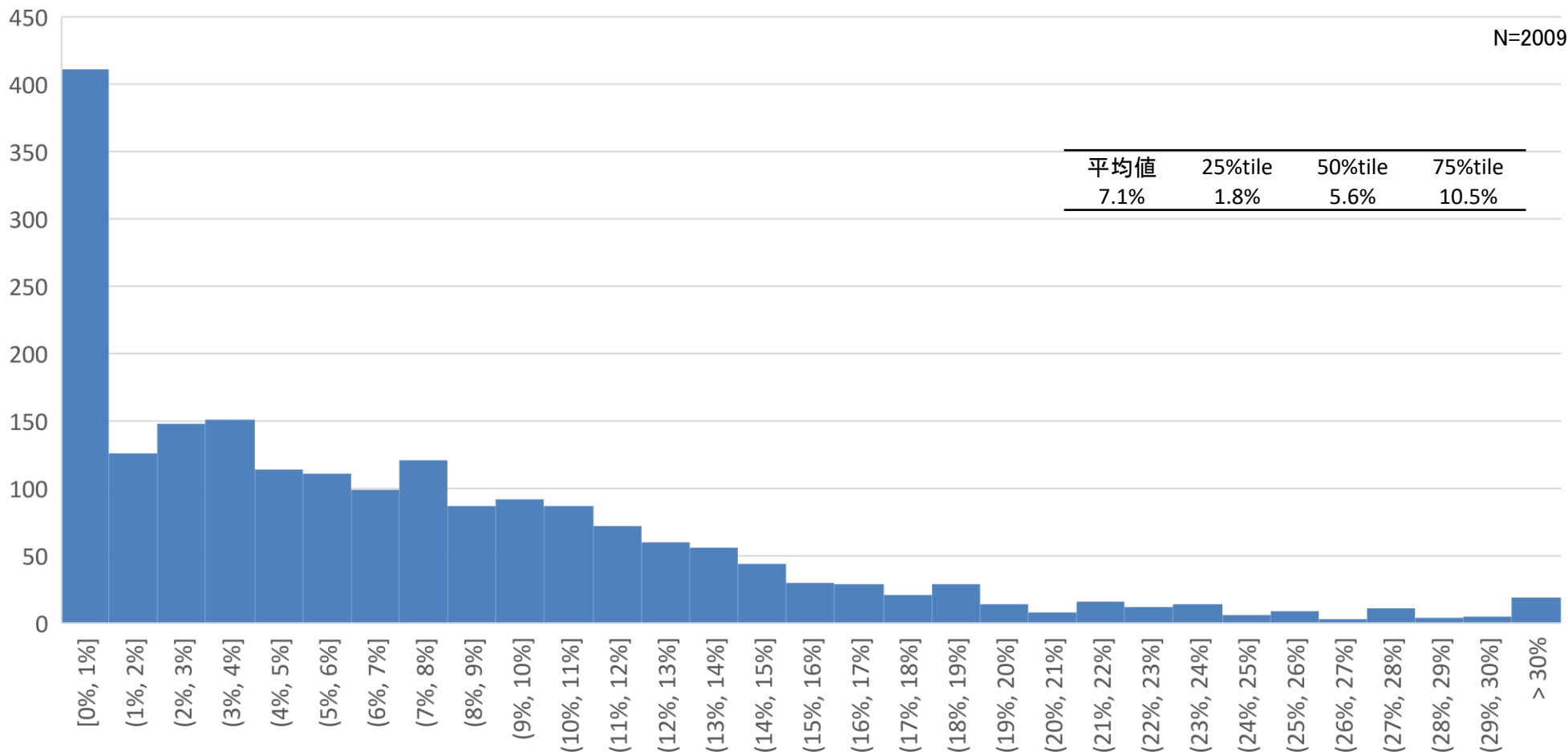


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

ADL悪化患者（65歳以上）割合の分布（急2～6）

○ 急性期一般入院料2～6を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

65歳以上の高齢者

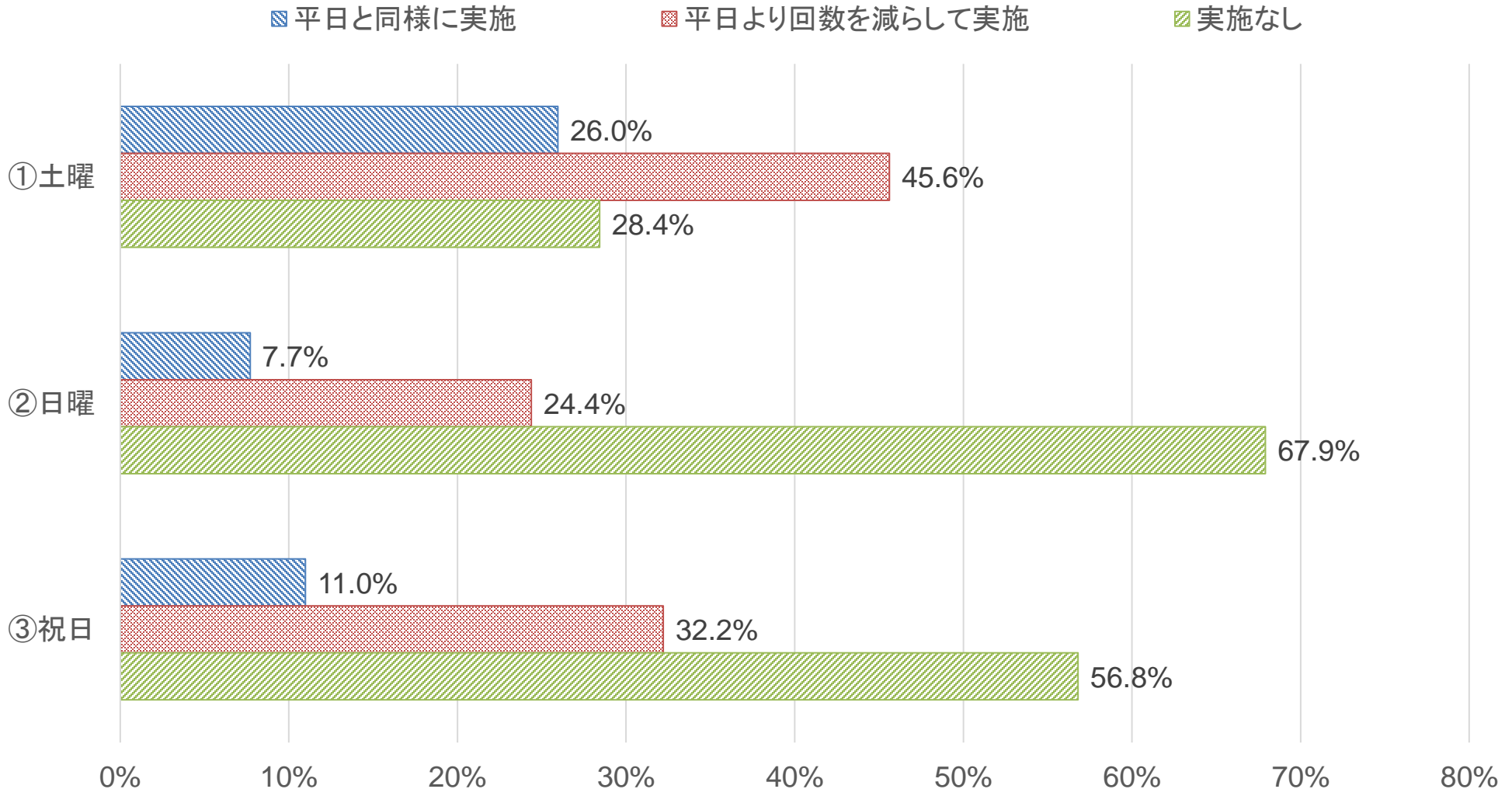


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

土日祝日のリハビリテーションの実施状況

診調組 入-1
5 . 9 . 6

○ 土日祝日のリハビリテーションの実施状況は、以下のとおり。リハビリテーションを実施していない施設は、土曜日は28.4%、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。

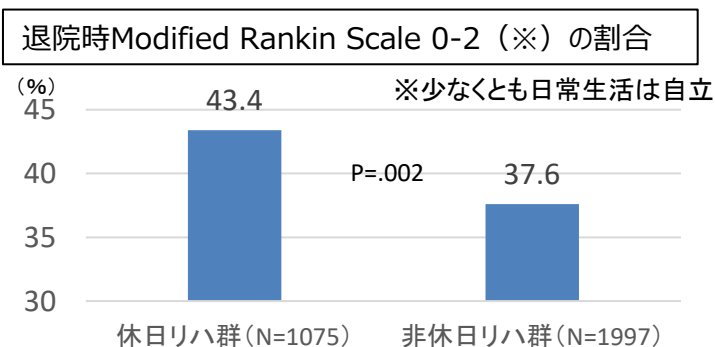


急性期における休日リハビリテーションについて

- 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
- 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

- 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

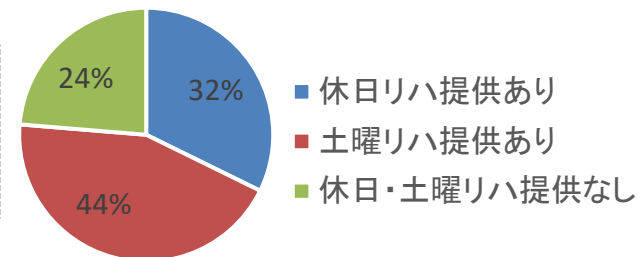
出典: Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜はリハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

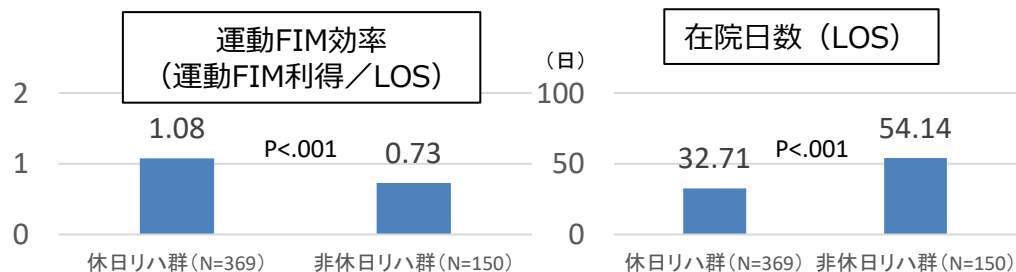
出典: 角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター
959施設に対するア
ンケート調査結果(有
効回答数595施設)。



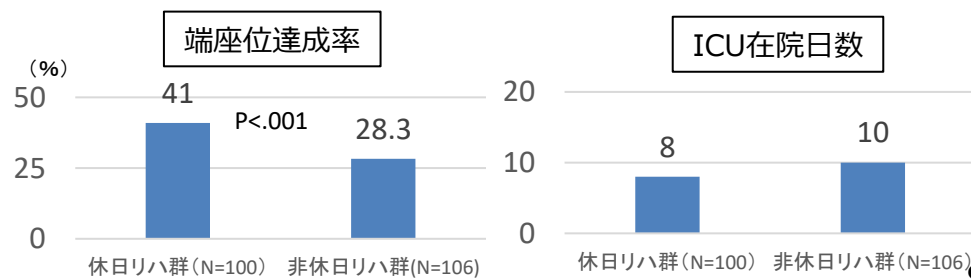
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典: Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



- ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典: 森田ら. 日集中医誌.2020;27:395-402.

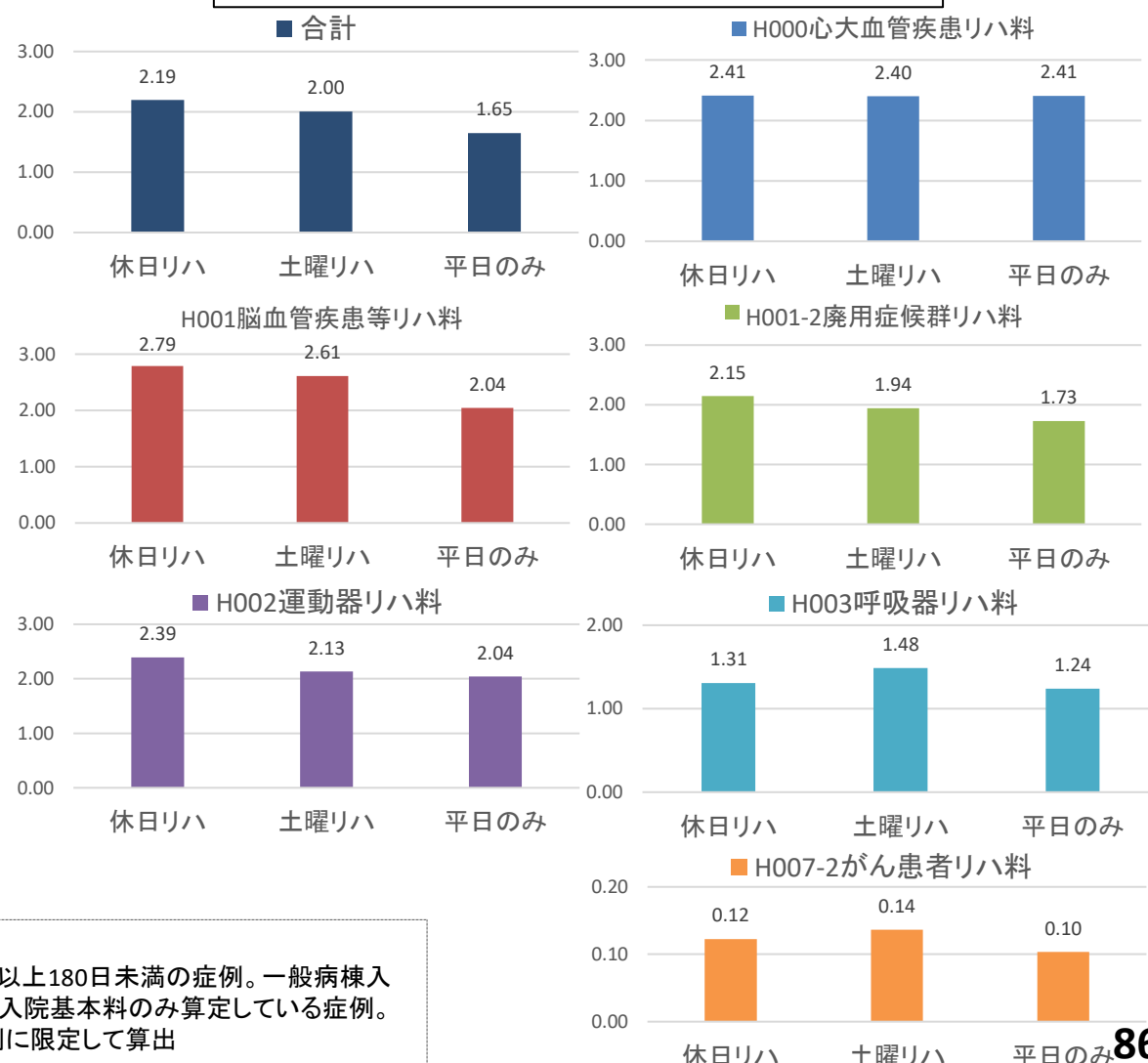


急性期における休日リハビリテーションについて

- 急性期における休日リハビリテーションについてのDPCデータの解析結果は以下のとおり。
- 休日リハが提供される方が平日のみと比較しADL利得(※)が高い。疾患別リハの種類毎に分析すると、脳血管・運動器・廃用において休日リハが提供されることが平日と比較してADL利得が高かった。

		症例数	
		すべて	入院時・退院時ADLに 入力あり・不明なし
令和3年4月1日～4月23日に入院した患者のうち、入院期間が7日以上180日未満		150,867	120,564
4月に土日祝日を含めてリハ実施あり (土曜のみにリハを実施した症例は除く)	H000心大血管疾患リハビリテーション料	1,550	1,237
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	6,518	5,221
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	7,569	5,908
	H002運動器リハビリテーション料	13,992	11,793
	H003呼吸器リハビリテーション料	3,408	2,614
	H007-2がん患者リハビリテーション料	1,715	1,467
	上記いずれかのリハを4月の土日祝に実施	34,752	28,240
4月の土曜にリハ実施あり。4月の日曜・祝日リハ実施なし。	H000心大血管疾患リハビリテーション料	2,770	2,233
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	6,677	5,120
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	7,926	6,150
	H002運動器リハビリテーション料	16,299	13,425
	H003呼吸器リハビリテーション料	3,961	3,034
	H007-2がん患者リハビリテーション料	2,416	2,029
	上記いずれかのリハを4月の土曜に実施	40,049	31,991
4月の土日祝日にリハ実施なし	H000心大血管疾患リハビリテーション料	6,973	5,584
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	10,896	8,670
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	17,236	13,001
	H002運動器リハビリテーション料	21,403	17,525
	H003呼吸器リハビリテーション料	9,829	7,403
	H007-2がん患者リハビリテーション料	9,729	8,150
	上記いずれかのリハを4月の平日または5月に実施	76,066	60,333

退院時ADLスコア合計-入院時ADLスコア合計(※)の平均



出典：DPCデータ
 集計データ：令和3年4月1日～令和3年4月23日に入院し、入院期間が7日以上180日未満の症例。一般病棟入院基本料(特別入院基本料は除く)・特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ算定している症例。
 (※)入退院時のADLスコアが両方が入力されており、かつ不明のない症例に限定して算出

A100 一般病棟入院基本料

注12 ADL維持向上等体制加算

80点(1日につき)

※ 一般病棟入院基本料のほか、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟で算定可能

【算定要件(抜粋)】

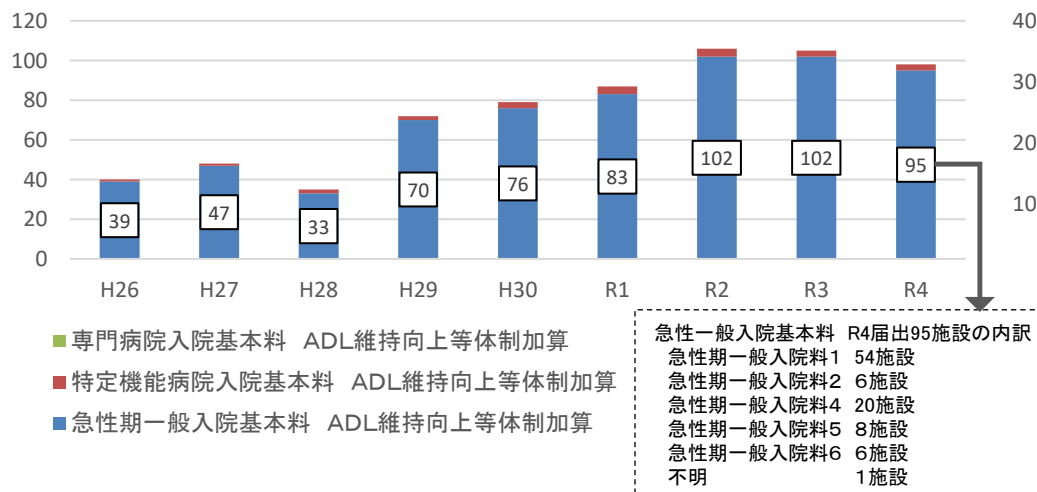
○ 急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

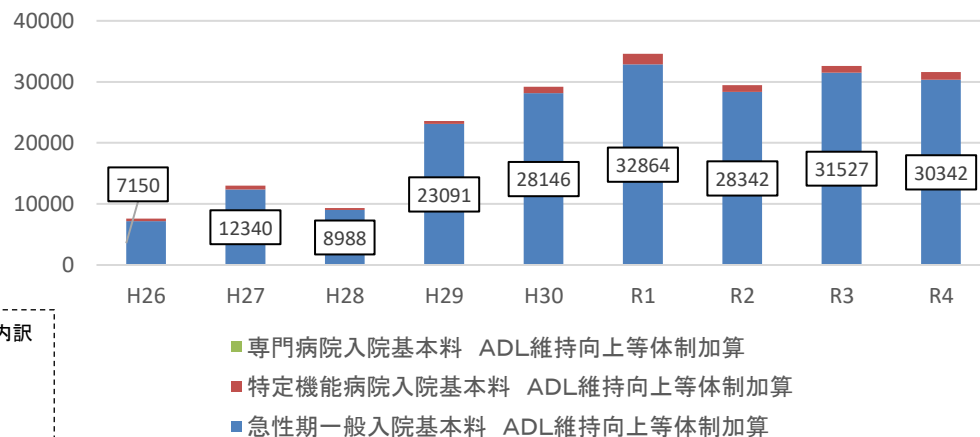
【施設基準(抜粋)】

- 当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが2名以上配置。又は当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが1名以上配置され、かつ、当該病棟に専任常勤のPT、OT若しくはSTが1名以上配置。
- 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
 - 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。
- 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- アウトカム評価としてBarthel Indexで評価されたADLが入院時として比較して低下した患者の割合が3%未満であること等。

(施設) ADL維持向上等体制加算(届出医療機関数)



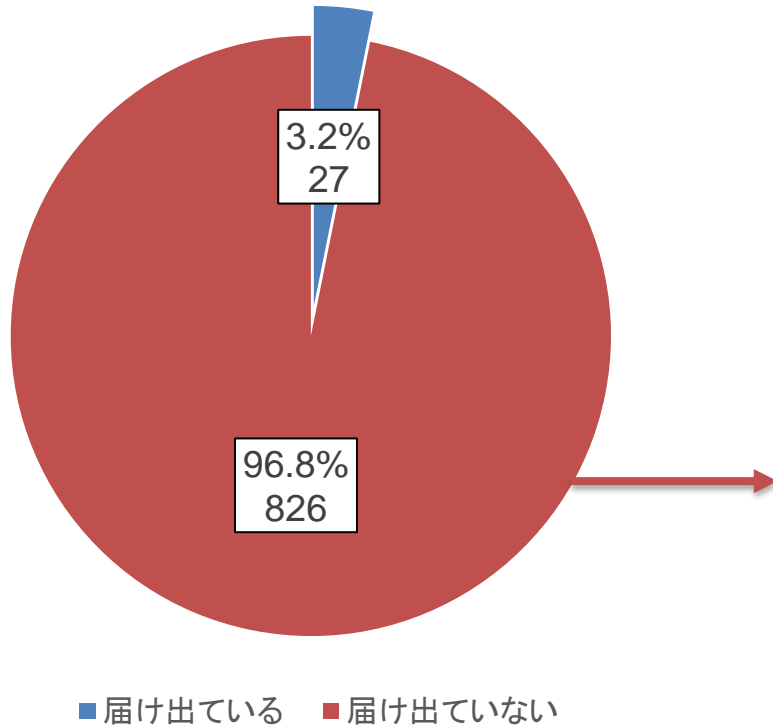
(回) ADL維持向上等体制加算(算定回数)



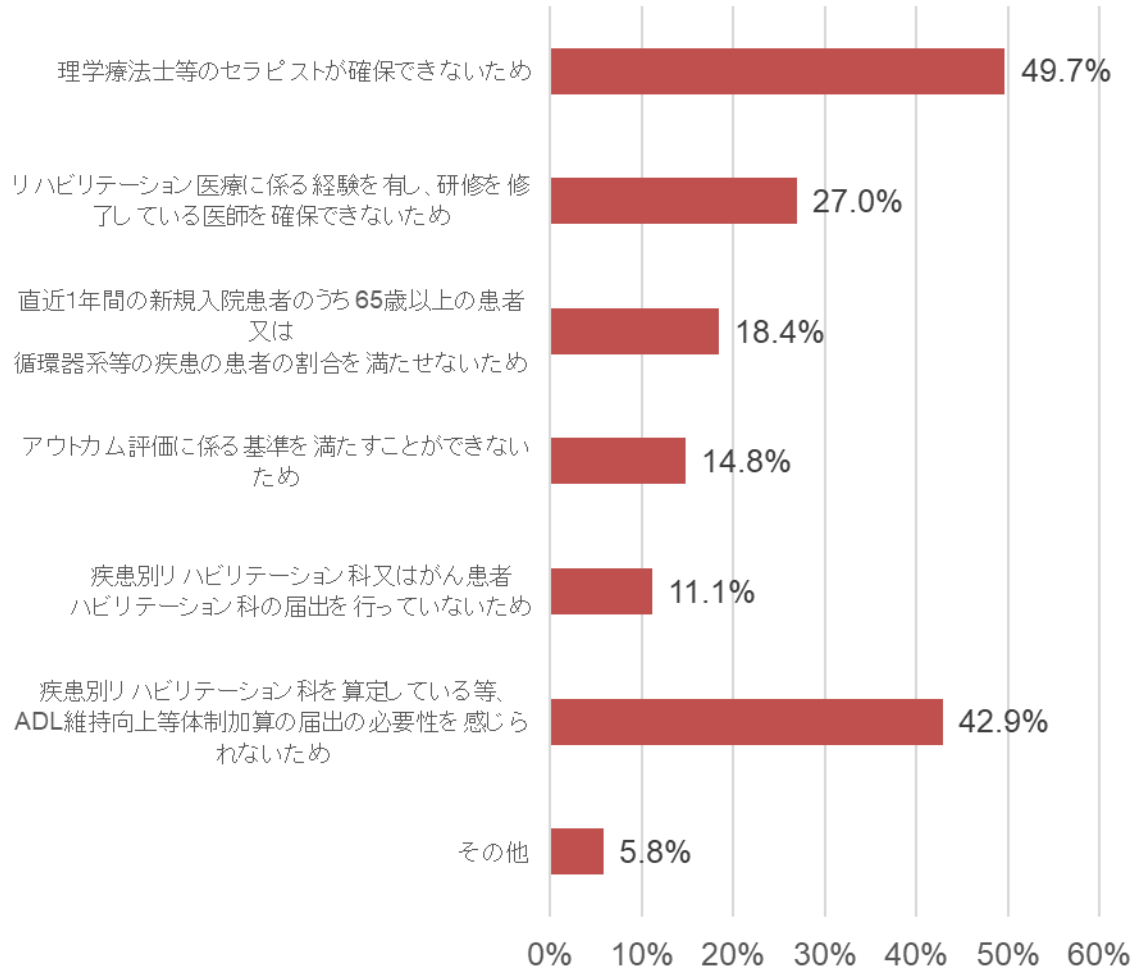
ADL維持向上等体制加算の届出状況

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2% (27施設)であった。
- 同加算を届け出していない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。

ADL維持向上等体制加算の届出状況



ADL維持向上等体制加算を届け出していない理由

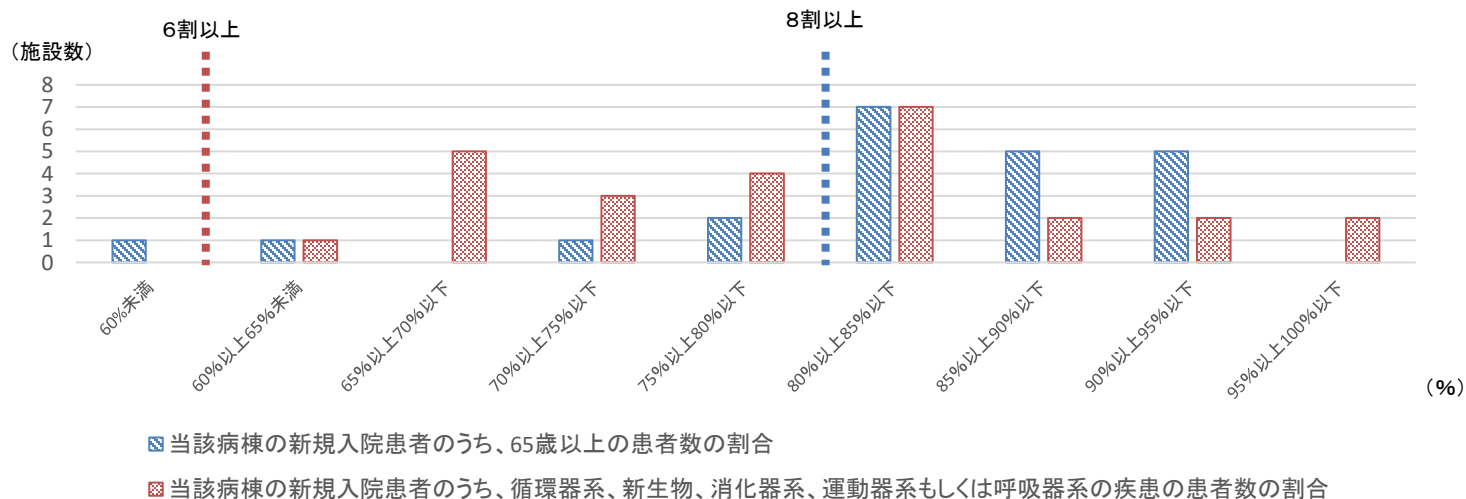


ADL維持向上等体制加算の実績

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている病棟における実績は以下の通り。
- 患者割合の要件のうち、年齢及び疾患の要件ともに、80%以上85%未満の回答が最多であった。

N=41	平均	25パーセンタイル	中央値	75パーセンタイル
1. 当該病棟の新規入院患者のうち、65歳以上の患者数の割合（8割以上）	82.5	79.7	84.3	88.3
2. 当該病棟の新規入院患者のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系もしくは呼吸器系の疾患の患者数の割合（6割以上）	79.3	71.9	80.2	85.4
3. 当該病棟を退院または転棟した患者数（死亡退院を除く）のうち、退院または転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数の割合（3%未満）	1.26	0.64	1.09	1.91
4. 当該病棟の入院患者数のうち、褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上）を保有する患者（入院時すでに褥瘡保有が記録された患者を除く）の割合（2.5%未満）	0.06	0.00	0.00	0.03

(※) 1と2の基準はいずれかを満たせばよい



診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷

診調組 入-1
5 . 9 . 6

平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	令和4年
入院栄養食事指導料							栄養情報提供加算	
栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料への要件化					
		栄養サポートチーム加算 ※(H24,R2,R4)対象拡大						
		摂食障害入院医療管理加算						
		回復期リハ病棟入院料における栄養管理の充実 ※(H30)入院料1:努力義務 ※(R2)入院料1:必須、1以外:努力義務						
		(入退院支援加算)入院時支援加算/退院時共同指導料※管理栄養士追加						
		(緩和ケア診療加算)個別栄養食事管理加算						
							(摂食機能療法) 摂食嚥下支援加算	(摂食機能療法) 摂食嚥下機能回復体制加算
							早期栄養介入管理加算	※(R4)対象拡大
							周術期栄養管理実施加算	
							入院栄養管理体制加算 (特定機能病院)	
外来栄養食事指導料							※(R2)情報通信機器の活用 ※外来化学療法での評価 ※(R2)外部管理栄養士の評価 (R2:要件見直し、R4:専門管理栄養士の評価)	
在宅患者訪問栄養食事指導料							※(R2)外部管理栄養士の評価	
		糖尿病透析予防指導管理料						
		在宅患者訪問褥瘡管理指導料						
		(外来腫瘍化学療法診療料)連携充実加算						

入院での評価

主に入院以外での評価

栄養食事指導

チーム医療

高度な栄養管理

診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）

診療組 入-1
5 . 9 . 6



入院料

急性期

回復期

慢性期

栄養管理体制（通則）

- ・ 常勤管理栄養士1名以上を配置 ・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成 ・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
- ・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

回復期リハビリテーション病棟入院料

管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

チーム医療

（入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点、2：200点/退院時1回）

入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）

患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

（摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点、2：190点、3：120点/週1回）

専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点、31日以上60日以内：100点/日）

摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

栄養サポートチーム加算（200点/週1回）

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

栄養サポートチーム加算【再掲】

入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）

特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

（緩和ケア診療加算）

個別栄養食事管理加算（70点/日）

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

加算

高度な栄養管理

早期栄養介入管理加算

（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）

特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）

全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導料（初回1：260点、2：250点、2回目1：200点、2：190点/週1回・入院中2回） 栄養情報提供加算（50点/入院中1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、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、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

集団栄養食事指導料（80点/月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価
** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

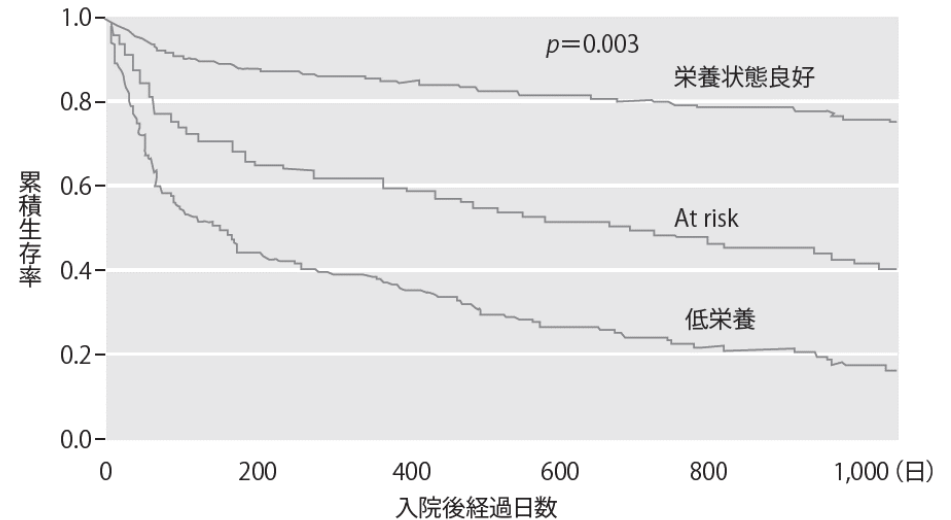
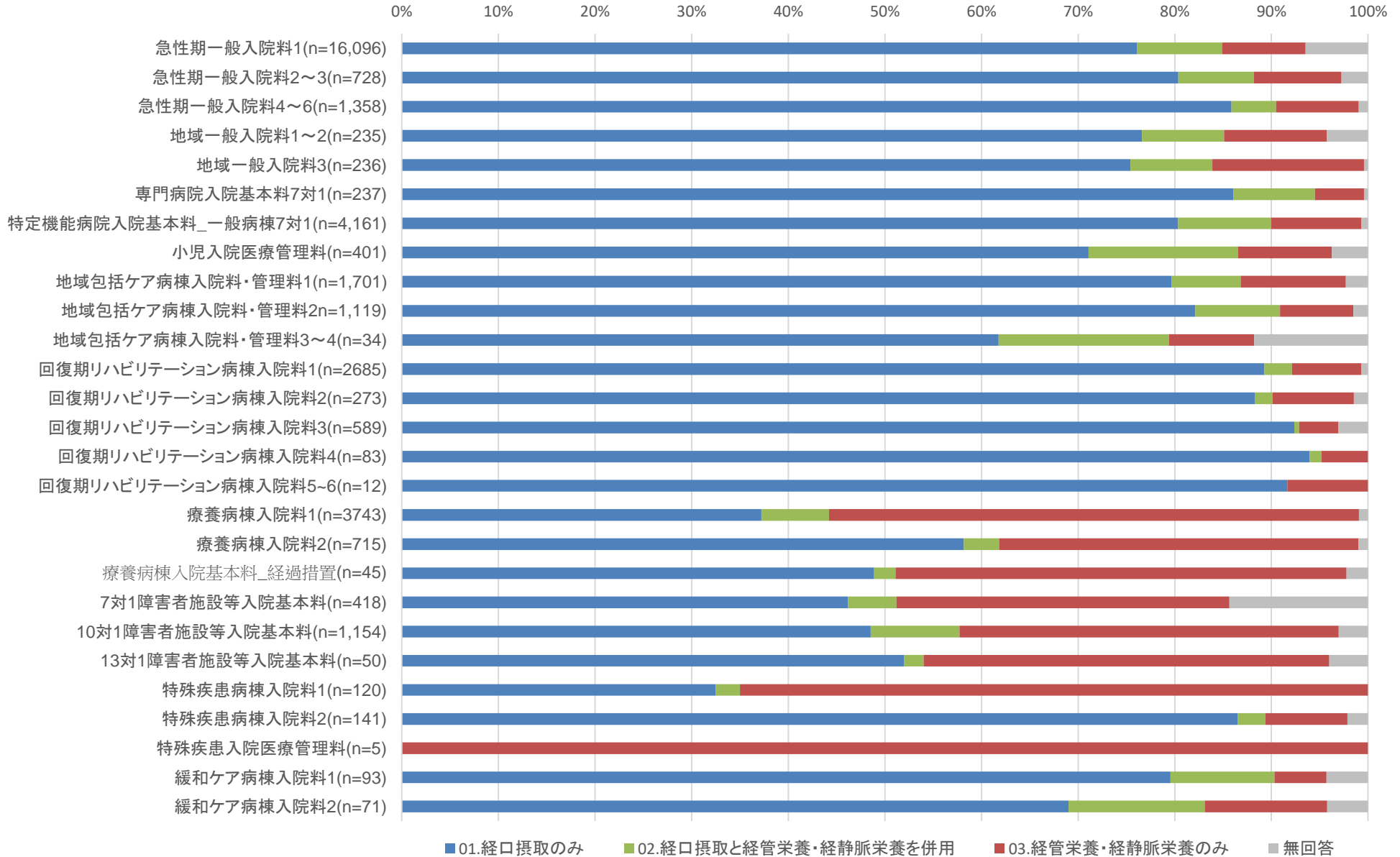


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

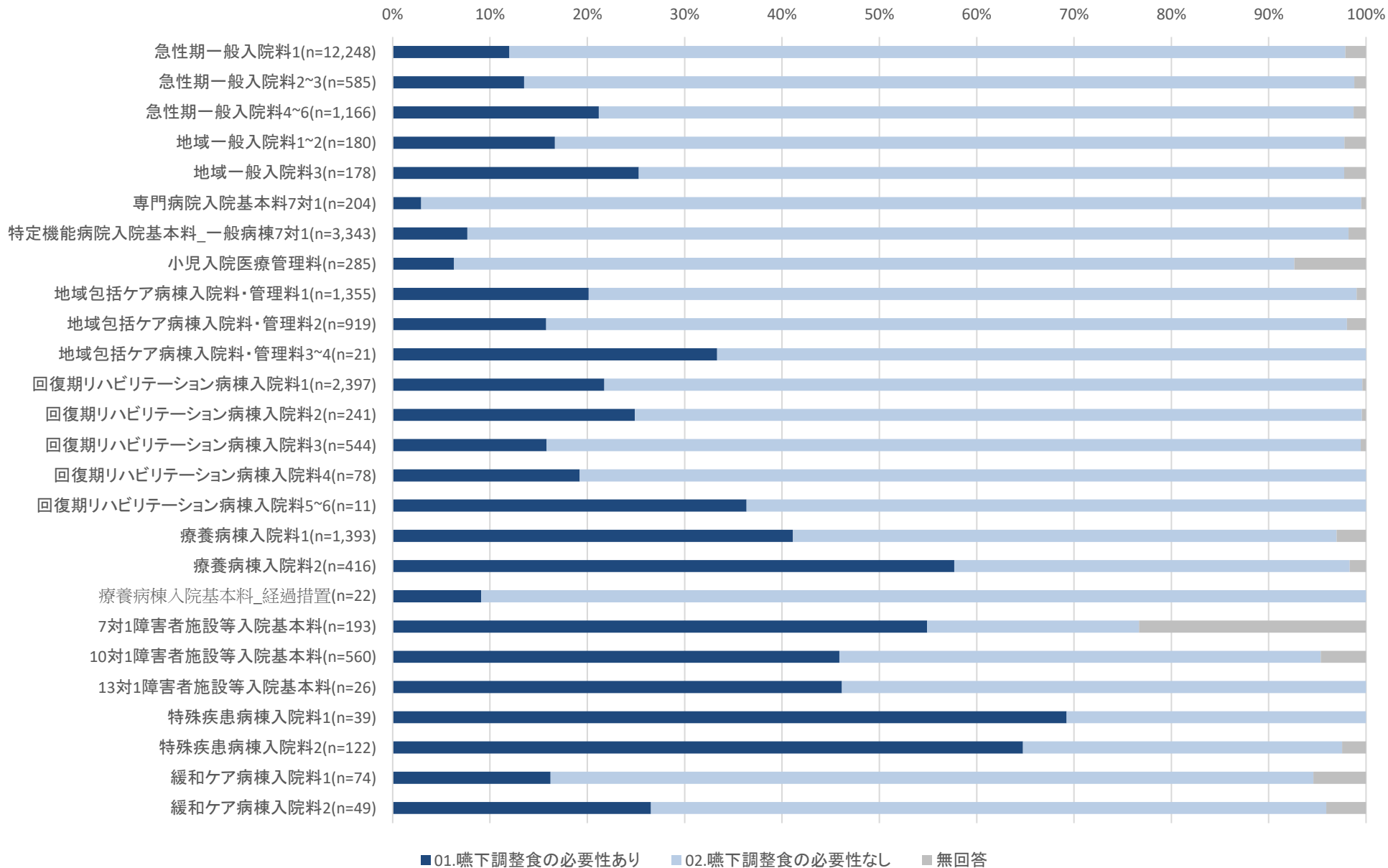
出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021
(文献1)Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

入院料ごとの栄養摂取の状況



入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組 入-1
5 . 9 . 6



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

- 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準（施設基準）】

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

○ 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

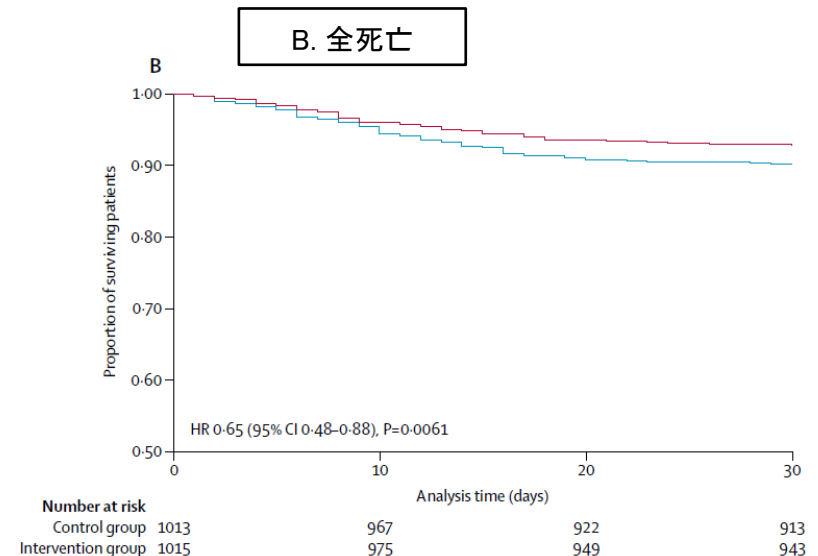
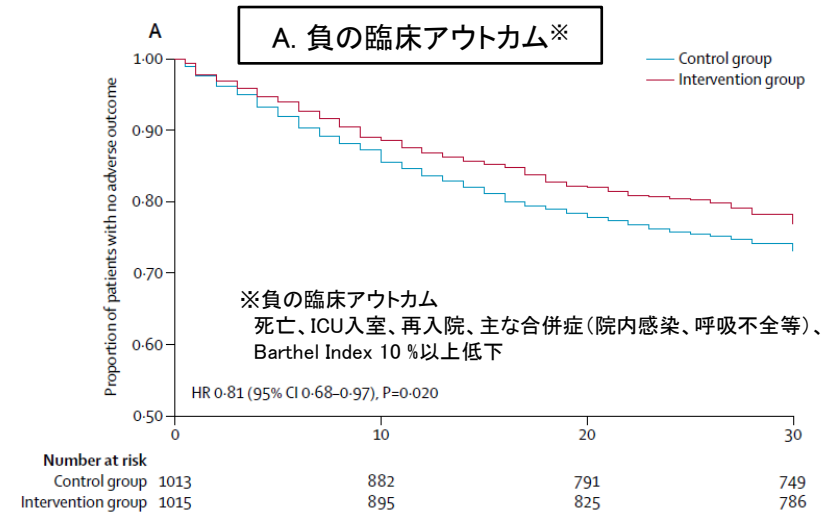
【対象・方法】

対象: 入院時の栄養スクリーニング (NRS2002) で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法: 8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

個別的な栄養管理

- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施



○ 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ(様式1)において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■ 患者プロフィール

- 身長(入院時のみ)
- 体重(入院時のみ) ※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無(入棟時・退棟時) ※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■ 要介護情報

➤ 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

➤ 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。)

➤ 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

栄養管理計画書における栄養補給に関する事項

- 特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者に対して作成する栄養管理計画書の項目として、「栄養補給量(エネルギー、たんぱく質、水分等)、栄養補給方法(経口、経腸栄養、静脈栄養)、嚥下調整食の必要性の有無(有の場合は、学会分類コード)がある。

<入院診療計画書>

別紙 2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 院 _____ 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療	
検査内容	
手術内容	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

入院時に患者の栄養状態を
医師、看護師、管理栄養士が共同して
確認し、特別な栄養管理の必要性の
有無について入院診療計画書に記載

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。
 注3) *印は、地域包括ケア病棟入院科(入院医療管理科)を算定する患者者については必ず記入すること。
 注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
 注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印
(本人・家族) _____

特別な栄養管理が
必要と医学的に
判断される患者



<栄養管理計画書>

別紙 23

栄養管理計画書

計画作成日 _____

別紙
氏名 _____ 院 (男・女) _____ 病棟 _____
年 月 日生 (歳) _____ 担当医師名 _____
入院日: _____ 担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード: _____)
食事内容	
留意事項	

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____)	実施予定日: _____ 月 _____ 日
栄養食事相談の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____)	実施予定日: _____ 月 _____ 日
退院時の指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____)	実施予定日: _____ 月 _____ 日

備考

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の再評価の時期 実施予定日: _____ 月 _____ 日
退院時及び終了時の総合的評価

○ 日本摂食嚥下リハビリテーション学会により、嚥下調整食分類が示されている。

コード	名称	形態	目的・特色	主食の例
0	j 嚥下訓練食品 Oj	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない	
	t 嚥下訓練食品 Ot	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*の どちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない	
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある Oj に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など
2	1 嚥下調整食 2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥
	2 嚥下調整食 2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだものの歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など

本表は学会分類2021(食事)の早見表 抜粋

* 上記Otの「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類2021(とろみ)を参照

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

● 表現型

- 体重減少
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- 低BMI

<20kg/m ² 70歳未満	アジア	<18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上		<20kg/m ² 70歳以上
- 筋肉量減少

● 病因(※)

- 食事摂取量減少 / 吸収障害
- 疾病負荷 / 炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%: 過去6か月以内 10~20%: 過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%: 過去6か月以内 >20%: 過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 病因に基づく診断分類

慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

A233-2 栄養サポートチーム加算 200点（週1回※）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回※に限り、所定の点数を算定する。

※ ①療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る）を算定している患者で入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間の場合、②障害者施設等入院基本料を算定している患者は、月1回

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

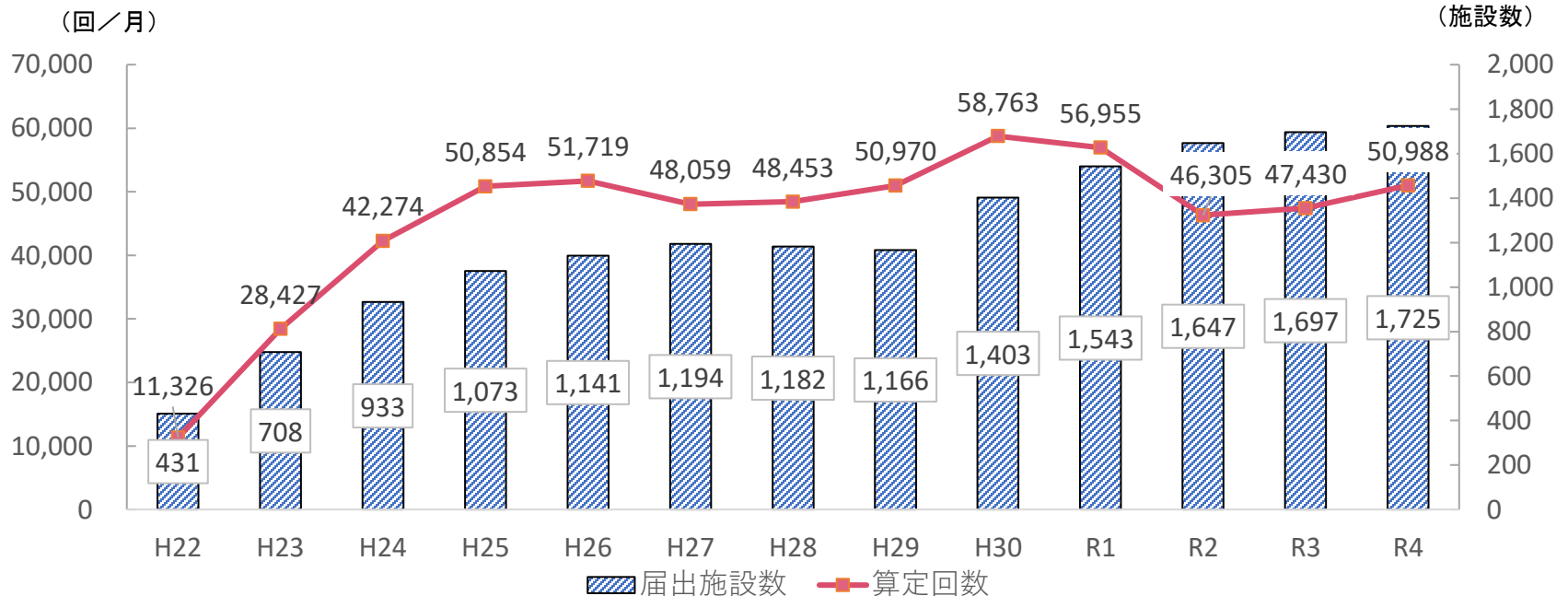


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (抜粋・例)

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

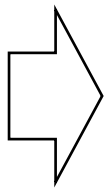
[算定要件] (抜粋・例)

特殊疾患入院医療管理料	2,070点
-------------	--------

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件] (抜粋・例)

1	特殊疾患病棟入院料 1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料 2	1,675点



改定後

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,345点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,221点

□ 13対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,207点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,084点

ハ 15対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,118点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6 イ	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
□	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6 イ 特殊疾患病棟入院料 1

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

□ 特殊疾患病棟入院料 2

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

- 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。 102

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟、令和4年度改定において、障害者施設等入院基本料も算定可能となった。

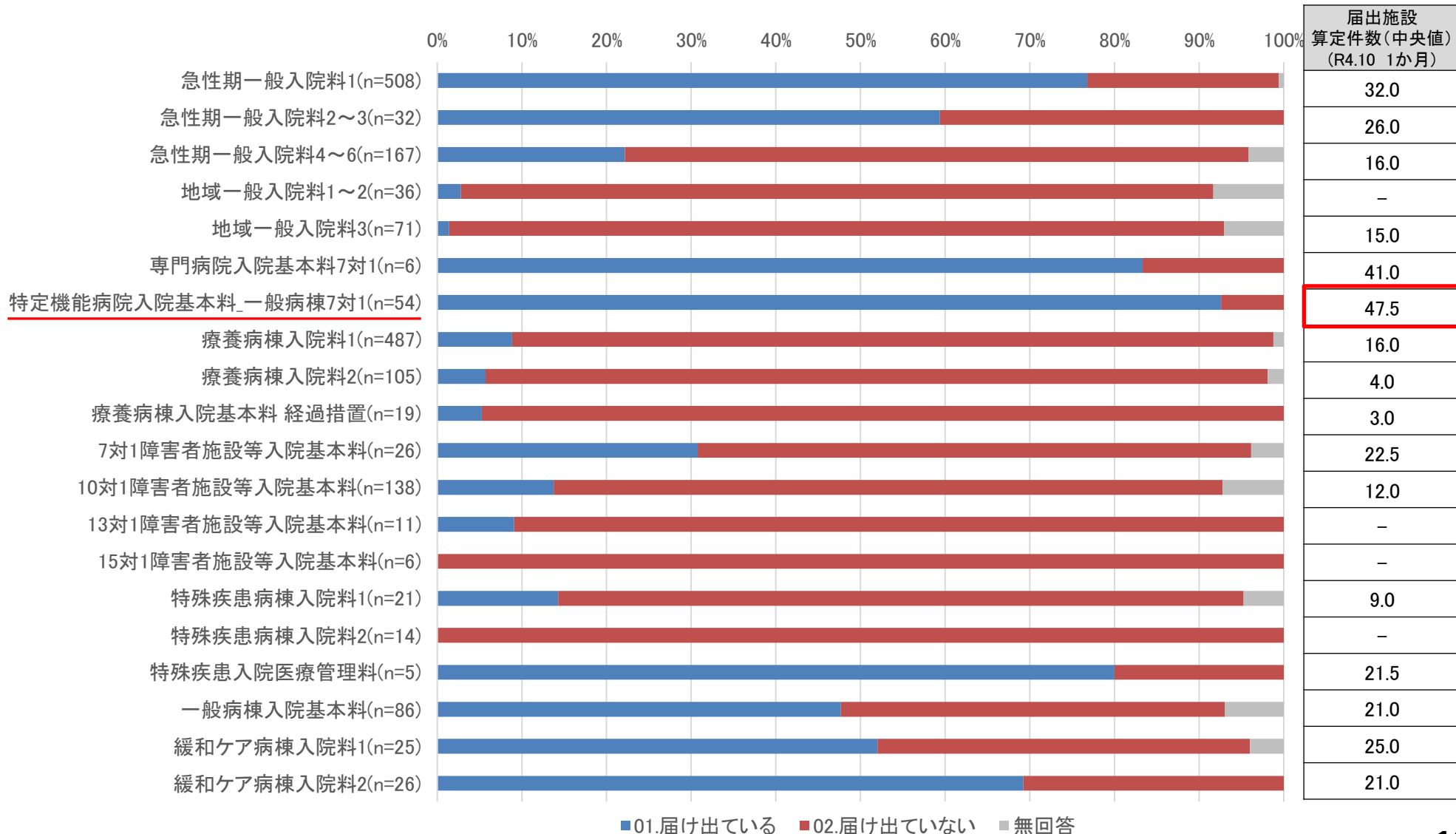
○:算定可、×:算定不可

	基本入院料								特定入院料		
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ <small>(7対1、10対1のみ)</small>	×	×	×	○	×	×	○ <small>(7対1、10対1のみ)</small>	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
令和4年	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

備考
平成26年度改定から医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加
平成30年度改定から専従要件を緩和

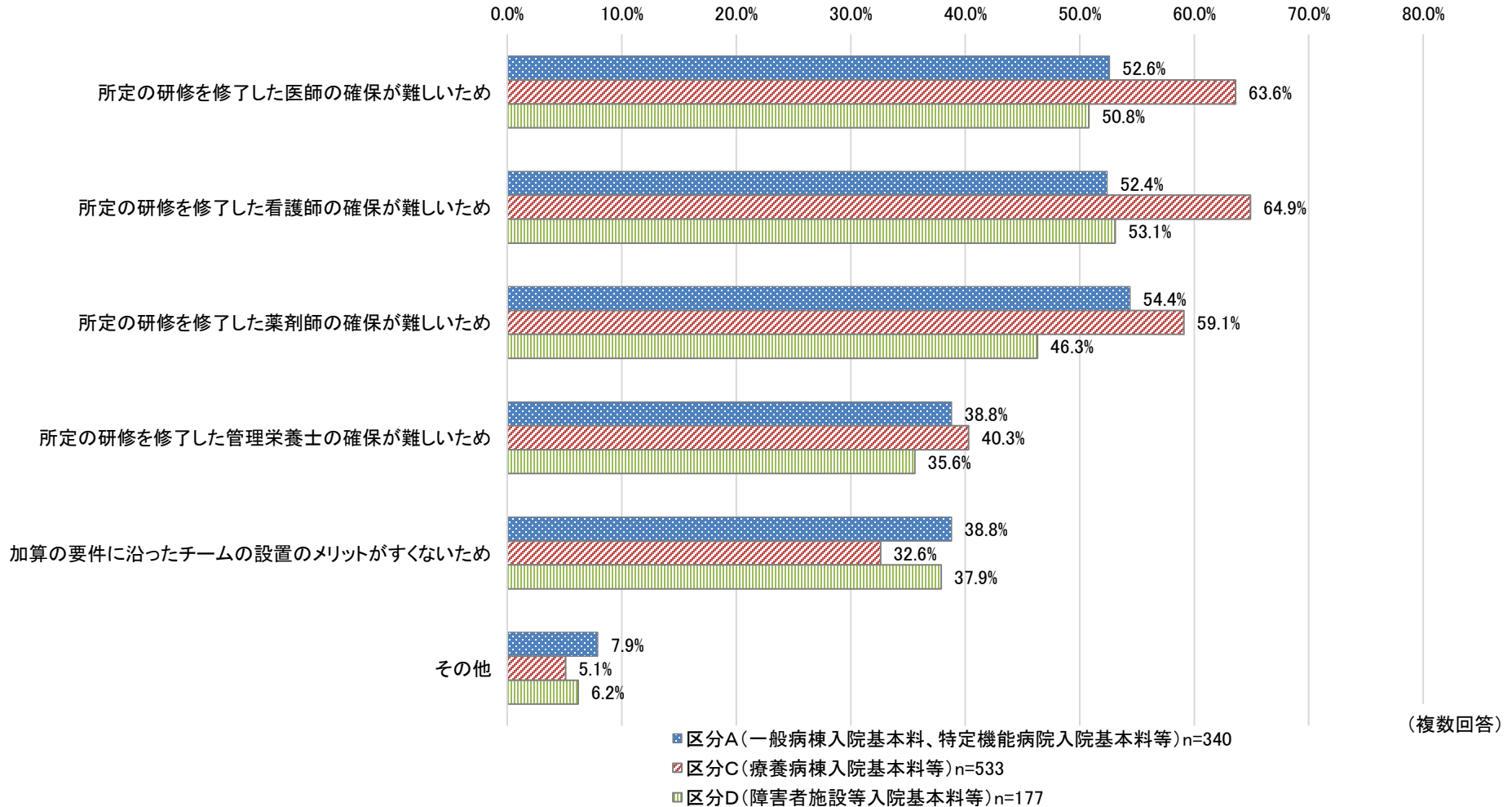
入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

- 栄養サポートチーム加算の届出状況は、入院料によって様々である。
- 届出割合が最も高い特定機能病院入院基本料における算定件数は月50件程度である。



栄養サポートチーム加算の届出をしていない理由

- 栄養サポートチーム加算を届け出していない理由として、所定の研修を修了した医師・看護師・薬剤師の確保が難しいことが上位を占めていた。
- また、「加算の要件に沿ったチームの設置のメリットがすくないため」と回答した施設が、3割を超えていた。



病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算 270点 (入院初日及び退院時)

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

(1) 特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

- ア **入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。
- イ 当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。
- ウ **医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、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、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

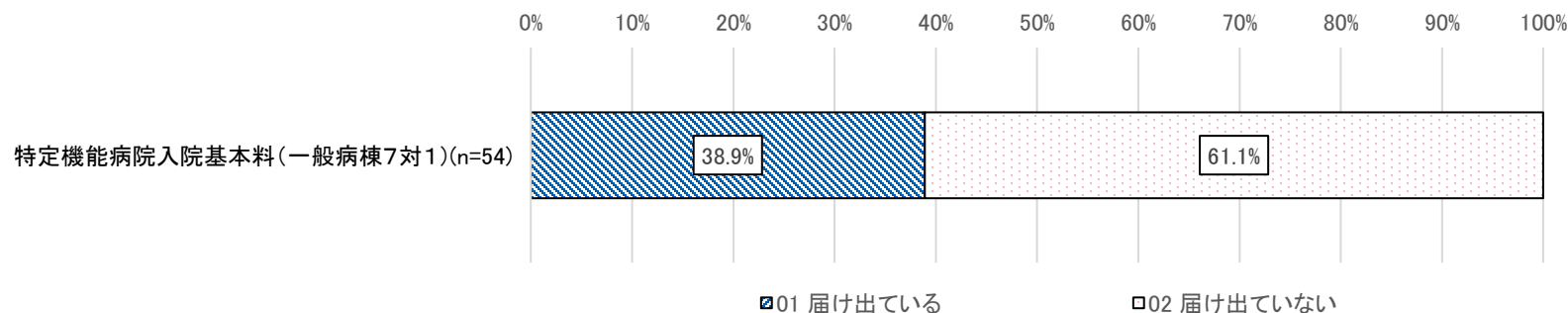
[施設基準]

- (1) 当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (2) **入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (3) 栄養情報提供加算の対象患者は、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特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

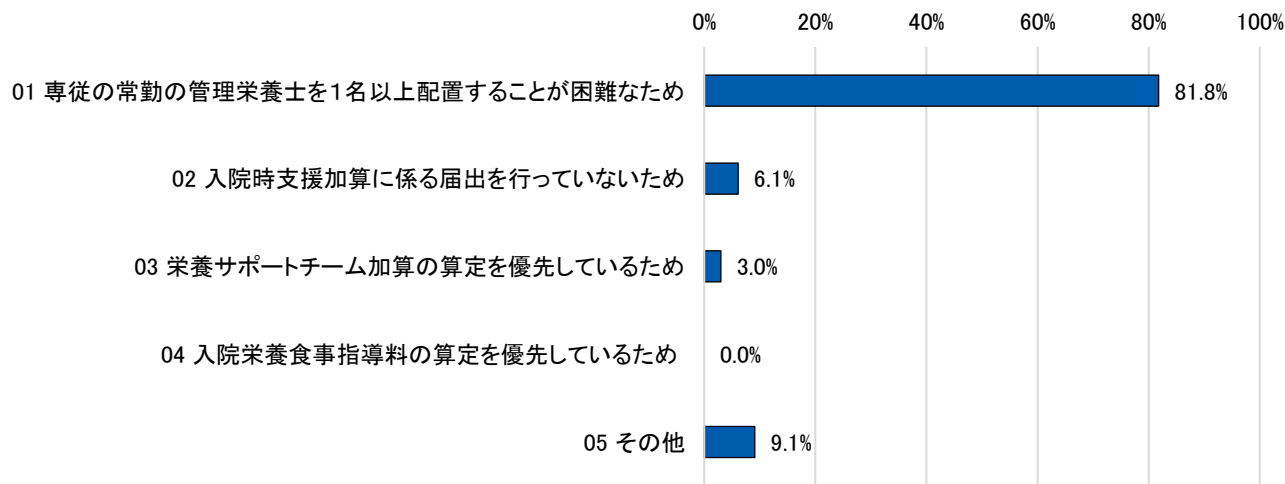
入院栄養管理体制加算の届出状況・届出をしていない理由

- 入院栄養管理体制加算の届出割合は、38.9%。
- 届出をしていない理由は、「専従の常勤の管理栄養士を1名以上配置することが困難なため」が最も多かった。
- 届出をしていない特定機能病院の約3割は、「届出の意向があり、今後届出をする予定」と回答。

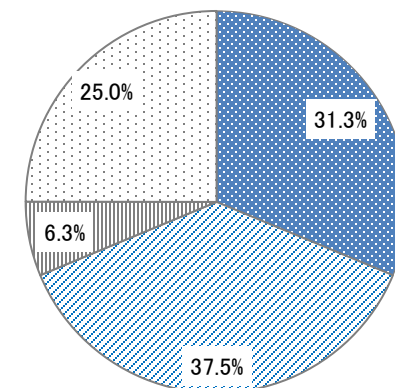
■ 届出状況(特定機能病院入院基本料)



■ 届出をしていない理由(特定機能病院入院基本料) (n=33)



■ 今後の意向(特定機能病院入院基本料) (n=32)



- 01 届出の意向があり、今後届出をする予定
- ▨ 02 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない
- ▩ 03 届出の意向はない
- 04 未定

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

○ 施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料1以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2~3 (n=72)	急性期一般入院料4~6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1~2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3~4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5~6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料2~4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容

- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。
- 一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。

区分A (一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料等)	配置あり (n=720)	専任	
		専従 (n=91)	専任 (n=629)
入院栄養食事指導	89.3%	90.1%	89.2%
栄養情報提供書の作成	57.4%	54.9%	57.7%
栄養状態の評価	95.8%	94.5%	96.0%
栄養管理計画の作成、再評価	96.5%	95.6%	96.7%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	94.0%	89.0%	94.8%
ミールラウンド	71.8%	64.8%	72.8%
食事形態の確認、調整	95.8%	94.5%	96.0%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.5%	93.4%	93.5%
栄養補助食品の紹介・提案	93.5%	87.9%	94.3%
医師への栄養メニュー提案	85.3%	69.2%	87.6%
その他	20.0%	15.4%	20.7%

区分B (地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ病棟入院料等)	配置あり (n=378)	専任	
		専従 (n=93)	専任 (n=285)
入院栄養食事指導	84.7%	80.6%	86.0%
栄養情報提供書の作成	61.1%	54.8%	63.2%
栄養状態の評価	95.8%	88.2%	98.2%
栄養管理計画の作成、再評価	96.0%	88.2%	98.6%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	95.5%	90.3%	97.2%
ミールラウンド	82.5%	73.1%	85.6%
食事形態の確認、調整	96.6%	91.4%	98.2%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.9%	84.9%	96.8%
栄養補助食品の紹介・提案	95.0%	90.3%	96.5%
医師への栄養メニュー提案	83.3%	76.3%	85.6%
その他	18.8%	7.5%	22.5%

区分C (療養病棟入院基本料等)	配置あり (n=160)	専任	
		専従 (n=66)	専任 (n=94)
入院栄養食事指導	55.0%	45.5%	61.7%
栄養情報提供書の作成	35.6%	24.2%	43.6%
栄養状態の評価	92.5%	92.4%	92.6%
栄養管理計画の作成、再評価	94.4%	98.5%	91.5%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	85.0%	78.8%	89.4%
ミールラウンド	65.0%	57.6%	70.2%
食事形態の確認、調整	91.3%	90.9%	91.5%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	83.1%	81.8%	84.0%
栄養補助食品の紹介・提案	78.1%	71.2%	83.0%
医師への栄養メニュー提案	60.0%	53.0%	64.9%
その他	4.4%	1.5%	6.4%

区分D (障害者施設等入院基本料等)	配置あり (n=53)	専任	
		専従 (n=18)	専任 (n=35)
入院栄養食事指導	43.4%	27.8%	51.4%
栄養情報提供書の作成	26.4%	11.1%	34.3%
栄養状態の評価	96.2%	94.4%	97.1%
栄養管理計画の作成、再評価	94.3%	94.4%	94.3%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	83.0%	77.8%	85.7%
ミールラウンド	58.5%	61.1%	57.1%
食事形態の確認、調整	94.3%	88.9%	97.1%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	79.2%	83.3%	77.1%
栄養補助食品の紹介・提案	75.5%	77.8%	74.3%
医師への栄養メニュー提案	66.0%	66.7%	65.7%
その他	11.3%	5.6%	14.3%

- 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■ 病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
管理栄養士訪問までの日数	(日)	1.0 (1.0 - 1.5)	5.0 (2.0 - 9.8)	<0.001
食事箋の変更回数	(回)	4.0 (1.0 - 7.8)	5.0 (2.0 - 8.0)	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	(回)	1.0 (1.0 - 2.0)	1.0 (1.0 - 1.5)	0.526

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
体重減少量	(kg)	1.1 (0.5 - 2.8)	3.5 (1.0 - 4.8)	0.002
体重減少率	(%)	3.1 (1.1 - 4.0)	5.9 (2.2 - 7.6)	0.002

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出
(体重記録なし、BMI25以上等を除外)

調査項目：診療録調査(入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等)、栄養科アンケート調査(常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等)

周術期の栄養管理の推進

- 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点 (1手術に1回)

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[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、**手術の前後に必要な栄養管理を行った場合**であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式**全身麻酔を伴う手術を行った**場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、**専任の管理栄養士が医師と連携**し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、**術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合**に算定する。
- (2) 栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
- (3) (2) の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する**入院栄養管理体制加算**並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する**早期栄養介入管理加算は別に算定できない**。

[施設基準]

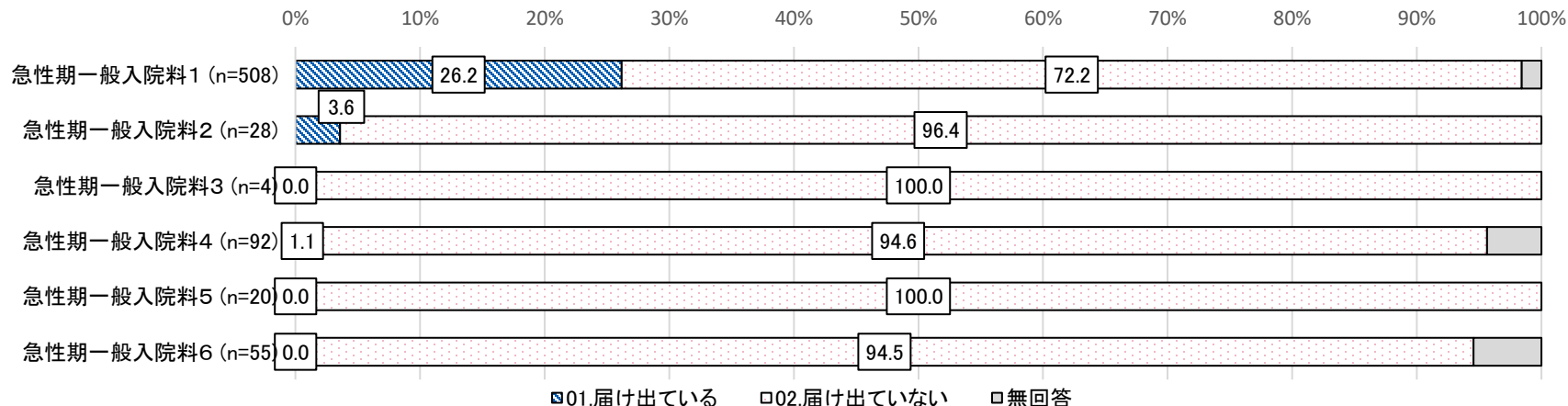
- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置**されていること。
- (2) **総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

周術期栄養管理実施加算の届出状況・届出をしていない理由

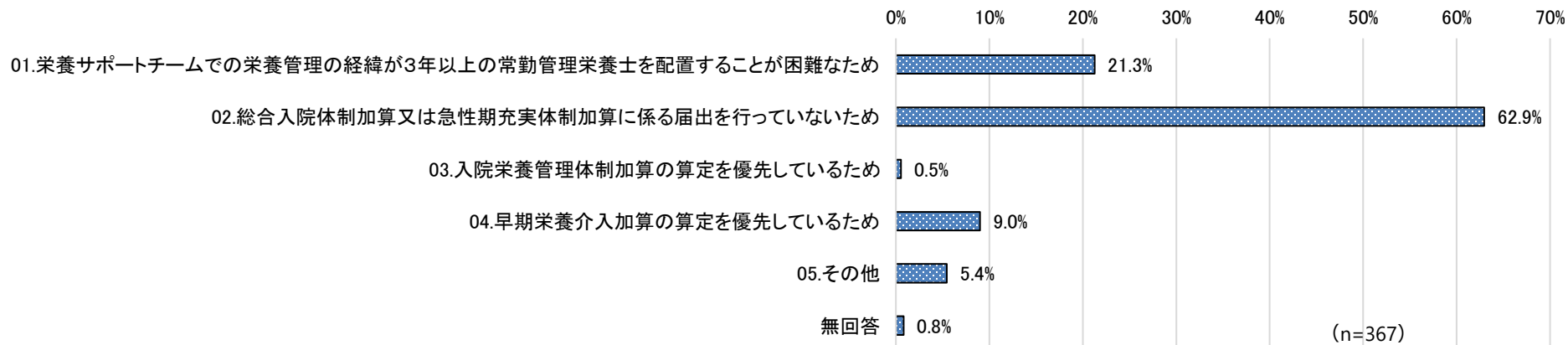
診調組 入-1
5 . 9 . 6

- 周術期栄養管理実施加算の届出割合は、急性期一般入院料1で26.2%であった。
- 届出をしていない理由としては、「総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っていないため」が最も多かった。

■ 届出状況（急性期一般入院料1～6）



■ 届出をしていない理由（急性期一般入院料1）



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

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。）

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



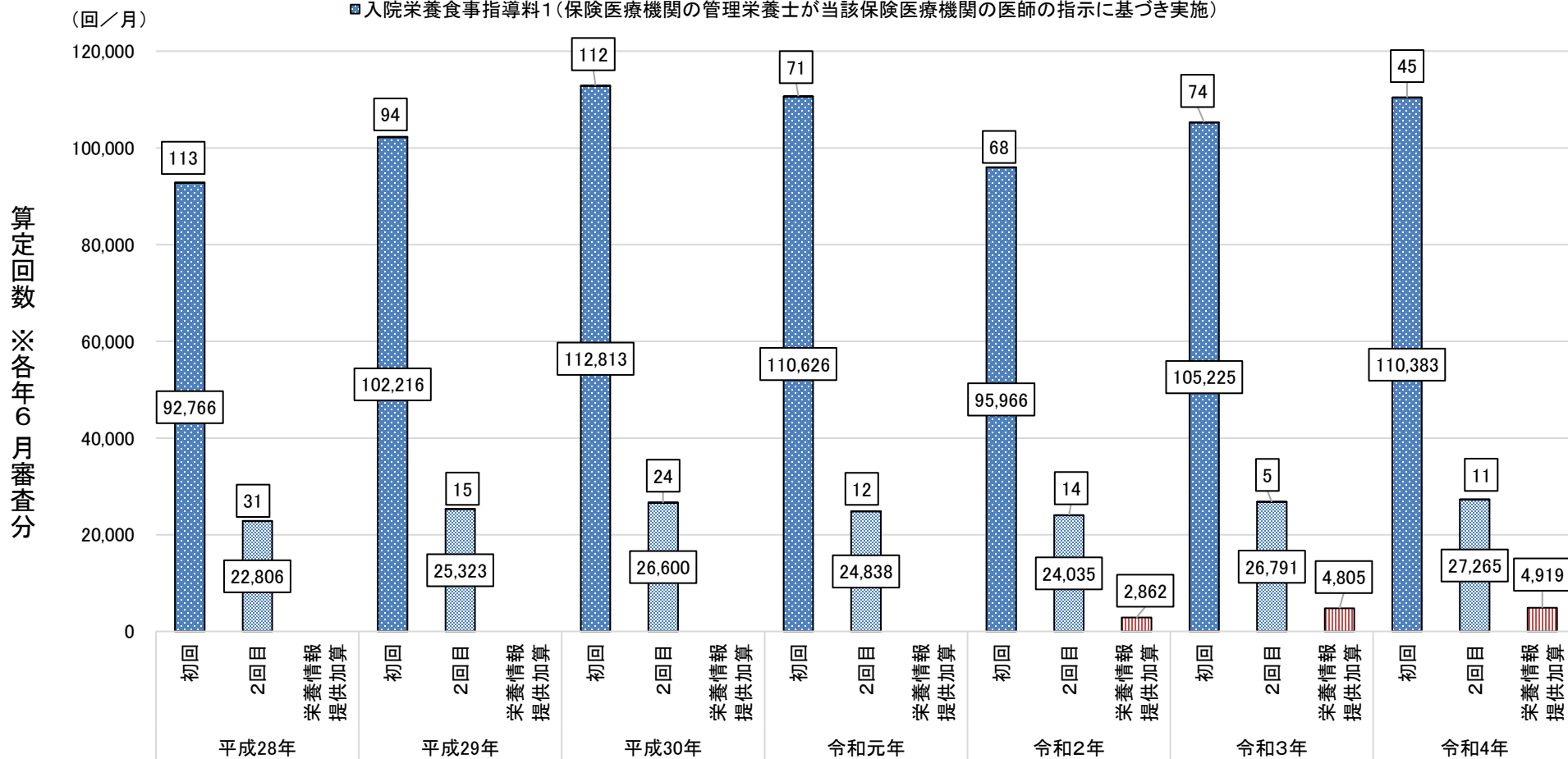
在宅担当医療機関等

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の算定状況

診調組 入-1
5 . 9 . 6

- 入院栄養食事指導料の算定回数は、令和2年に減少したものの、近年は概ね横ばいである。
- 栄養情報提供加算の算定回数は、入院栄養食事指導料の算定回数に対して少ない。

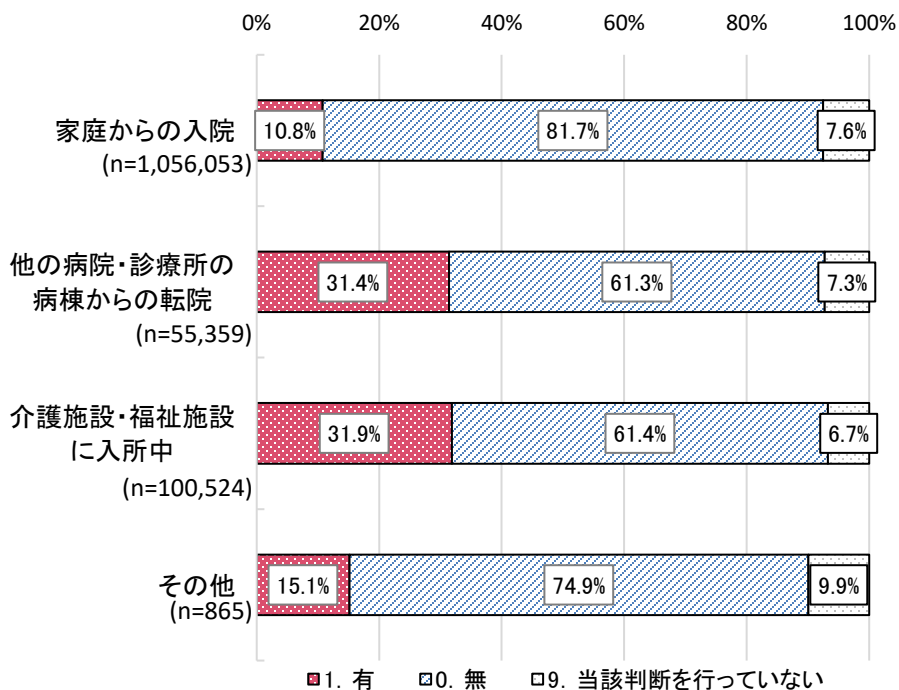
□入院栄養食事指導料2(有床診療所において、当該診療所以外の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施)
■入院栄養食事指導料1(保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施)



※令和2年度診療報酬改定において、栄養情報提供加算を新設

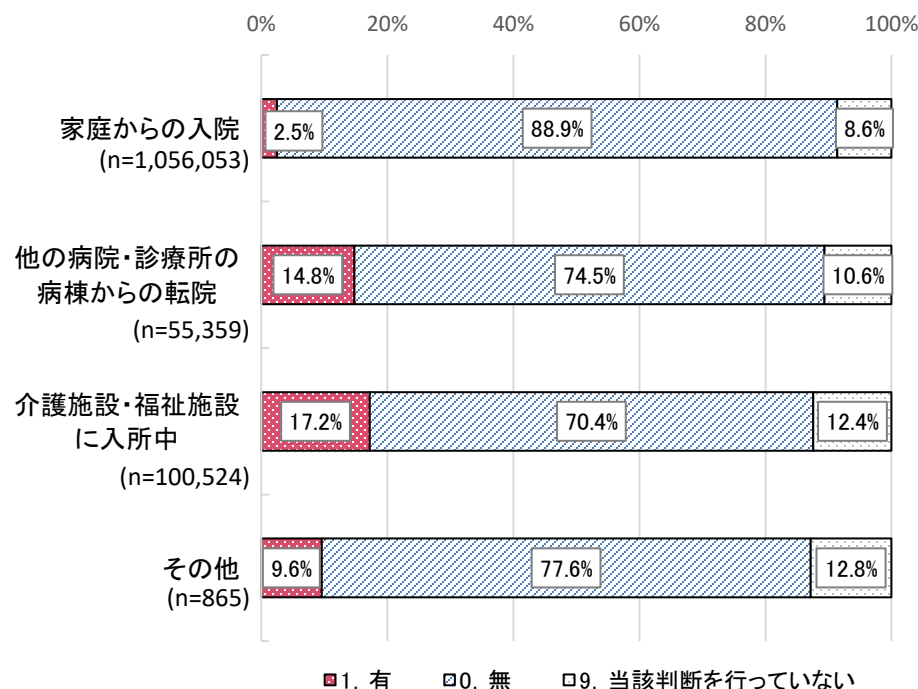
○ 入院経路が「他の病院・診療所の病棟から転院」・「介護施設・福祉施設に入所中」の患者は、入院時に低栄養の割合が約3割、摂食・嚥下機能障害を有する割合が2割弱だった。

■ 入院時の低栄養の有無（入院経路別）



※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
 イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

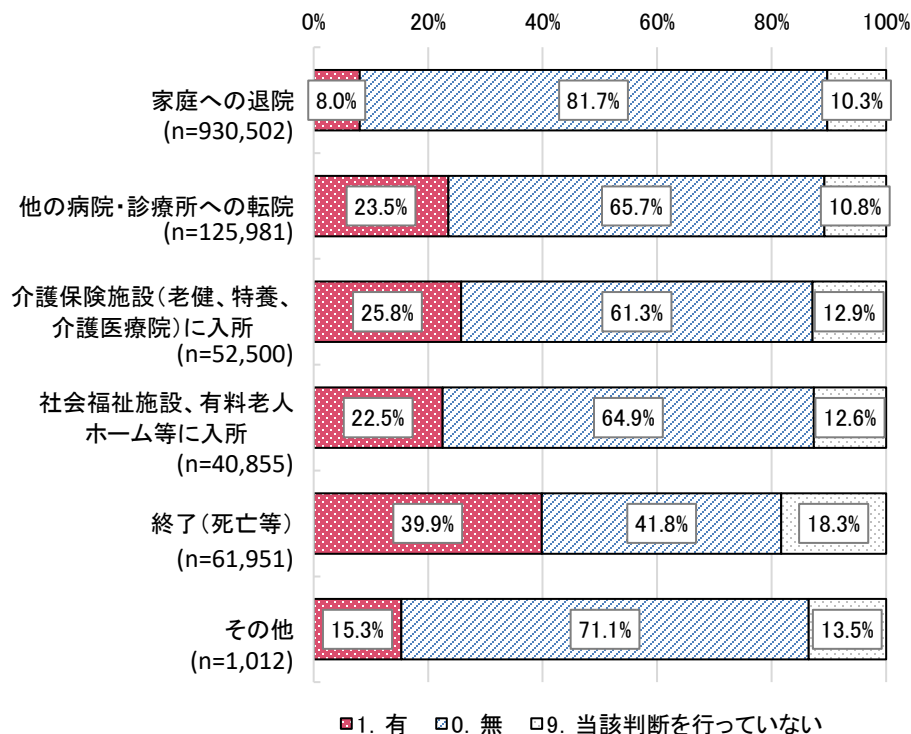
■ 入院時の摂食・嚥下機能障害の有無（入院経路別）



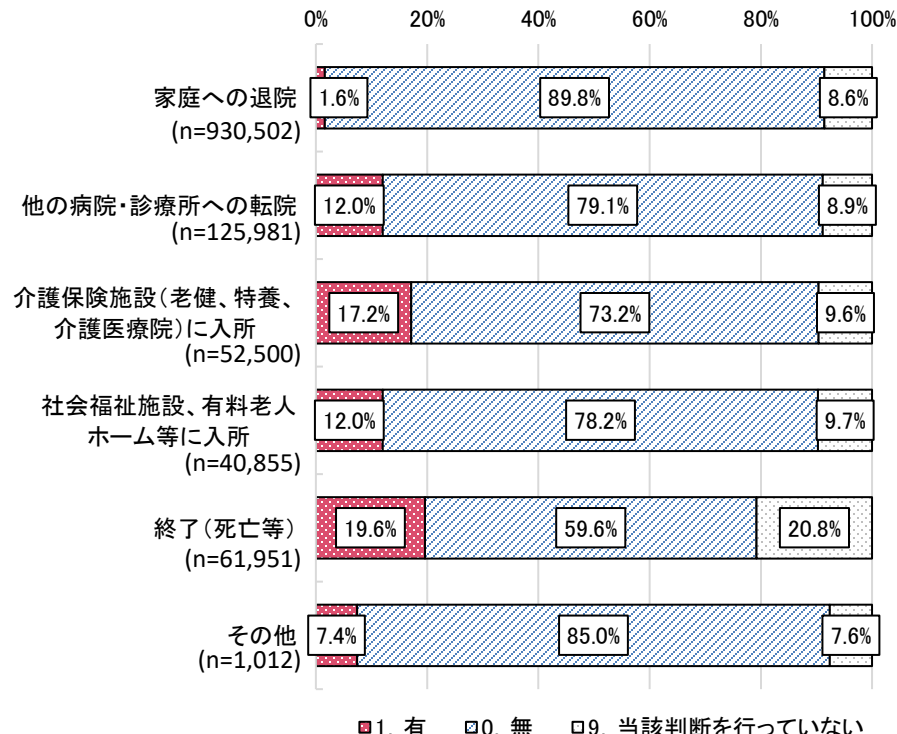
※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
 イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。）

- 退院後、介護保険施設に入所する高齢患者の約4人に1人は退院時に低栄養であり、約5人に1人は摂食・嚥下機能障害を有する。
- 低栄養及び摂食・嚥下機能障害を有する者の割合は、終了(死亡等)の場合が最も高い。

■ 退院時の低栄養の有無（退院先別）



■ 退院時の摂食・嚥下機能障害の有無（退院先別）



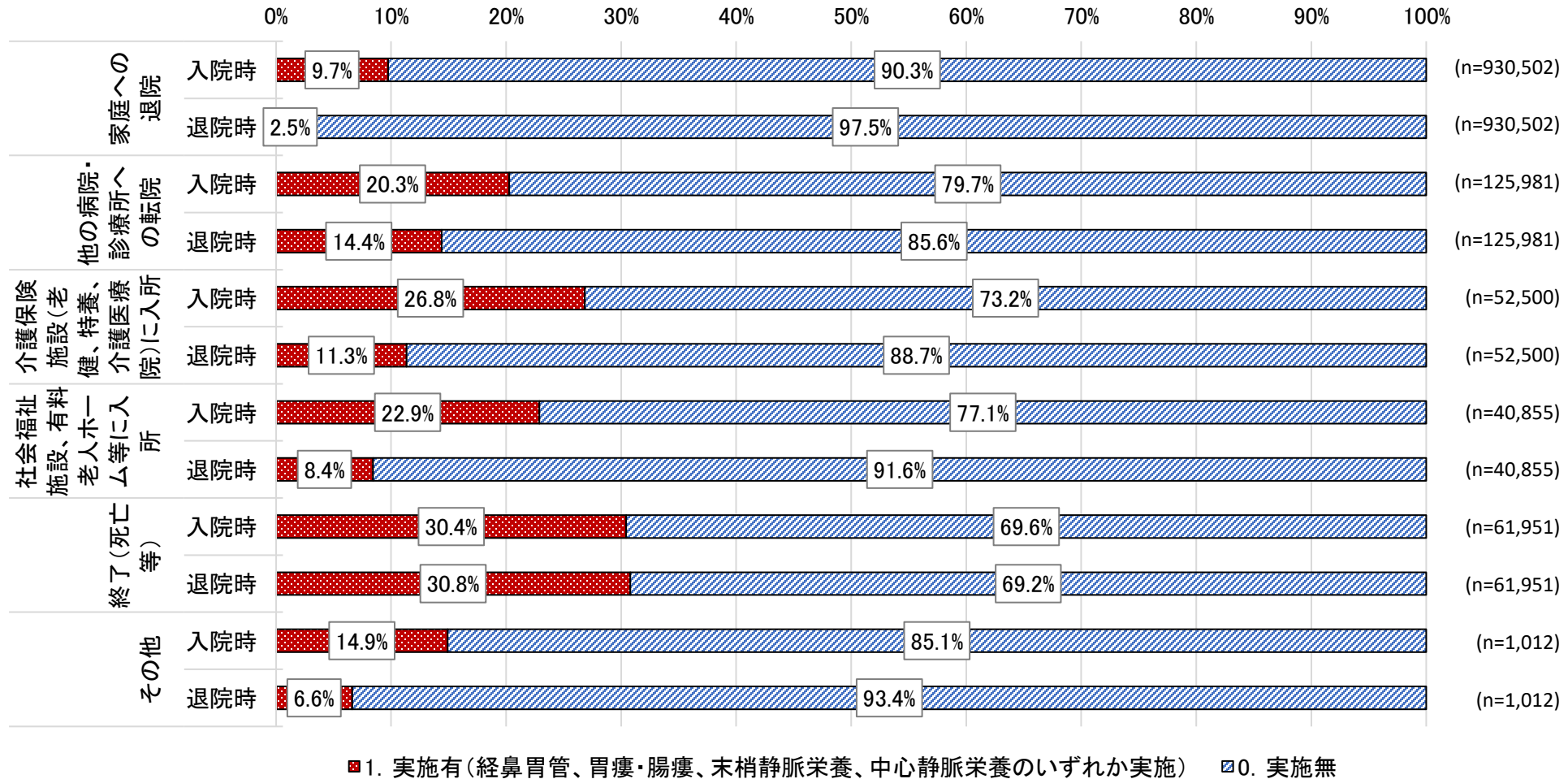
※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
 イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
 イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。)

高齢入院患者の経管・経静脈栄養の状況（入院時・退院時）

- 退院先が「終了(死亡等)」以外の場合は、入院時と比べ退院時は経管・経静脈栄養の実施割合が減少。
- 一方で、他の医療機関への転院や介護保険施設に入所する場合は、退院時も1割強が経管・経静脈栄養を実施。

■ 入・退院時の経管・経静脈栄養の状況（退院先別）



誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

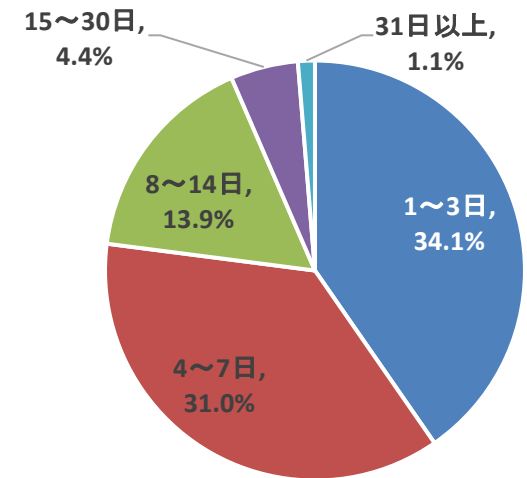


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

病棟における多職種連携の取組状況

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■ 各取組の実施割合及び関与している職種

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	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
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14 経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15 退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. 入退院支援について
 - 13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
 - 13-4. **救急医療管理加算について**
 - 13-5. 短期滞在手術等基本料について
 - 13-6. データ提出加算について
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
- 2 救急医療管理加算2 420点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからサのうち該当する状態(加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷	シ その他の重症な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態	
オ ショック	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	

【施設基準】(抜粋)

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 施設基準に係る届出を行うこと。

近年における救急医療管理加算の改定①

- 平成26年度改定において、救急医療管理加算を「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」により算定する場合について、単なる予定外入院等で算定されている場合があること及び別の項目で入院する患者よりも1入院当たりの医療資源投入量が少ないことから、救急医療管理加算2を新設し、「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」は加算2で算定することとされた。
- その後、平成28年度改定においては、救急医療管理加算2を算定した患者のうち脳梗塞でt-PAを投与された患者や、虚血性心疾患で緊急のカテーテル治療等を行われた患者が存在し、これらは入院後の医療資源投入量が比較的高い傾向にあったことから、「緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が加算1の対象として追加された。

平成26年度診療報酬改定

救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

- ▶ 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

現行

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

平成28年度診療報酬改定

小児医療・周産期医療・救急医療の充実④

救急医療管理加算の見直し

- ▶ 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

現行

救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

改定後

救急医療管理加算1 900点
救急医療管理加算2 300点 (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

近年における救急医療管理加算の改定②

- 令和2年度改定においては、加算2を算定する患者の実態の把握のため、加算2の対象患者を細分化するとともに、入院時の状態に応じた重症度に係る指標及び入院後3日以内に実施した処置、手術等について摘要欄に記載することとされた。
- 令和4年度改定においては、加算1の算定対象として「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」、「蘇生術を必要とする重篤な状態」及び「顔面熱傷又は気道熱傷」（「広範囲熱傷」への追加）を追加した。また、入院時の患者の重症度をより適切に把握するため、意識障害患者、心疾患患者又は呼吸不全の患者においては重症度に関する記載を救急受診時及び治療室又は病棟入室時に記載することとし、さらに、JCS 0で「意識障害又は昏睡の状態」に該当する場合、NYHA I度又はP/F比400以上で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合及びBurn Index 0で広範囲熱傷に該当する場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠についても摘要欄に記載することとされた。

令和2年度診療報酬改定 II-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 -⑩

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算1 900点 2 救急医療管理加算2 300点	【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算1 950点 2 救急医療管理加算2 350点
【算定要件】 (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。 (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のあからけまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。	【算定要件】 (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態の うちあからけのいずれかの状態 にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。 (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のあからけまでに準ずる 重篤な状態又はこの状態 にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。
【届出について】 施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。	【届出について】 施設基準の 届出を行う こと。(※施設基準は従来と変更なし)

算定対象となる状態

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
オ ショック	コ その他の重篤な状態 （加算2のみ）

- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ **あからけのうち該当する状態**（加算2の場合は、あからけのうち準ずる状態又はこの状態のうち該当するもの）
 - ◆ **い、う、お、か又はき**を選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ **当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの**

令和4年度診療報酬改定 III-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 -⑪

救急医療管理加算の見直し

患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

➢ 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行	改定後
【救急医療管理加算】 （1日につき）（7日まで） 1 救急医療管理加算1 950点 2 救急医療管理加算2 350点	【救急医療管理加算】 （1日につき）（7日まで） 1 救急医療管理加算1 1,050点 2 救急医療管理加算2 420点
【対象患者】 ・救急医療管理加算1の対象となる患者は、 ア～サのいずれかの状態 にあって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。 ・救急医療管理加算2の対象となる患者は、 ア～サまでに準ずる状態 又は シ の状態にあって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。	ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 サ 蘇生術を必要とする重篤な状態 シ その他の重篤な状態（加算2のみ）

算定要件の見直し

- 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。
- DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

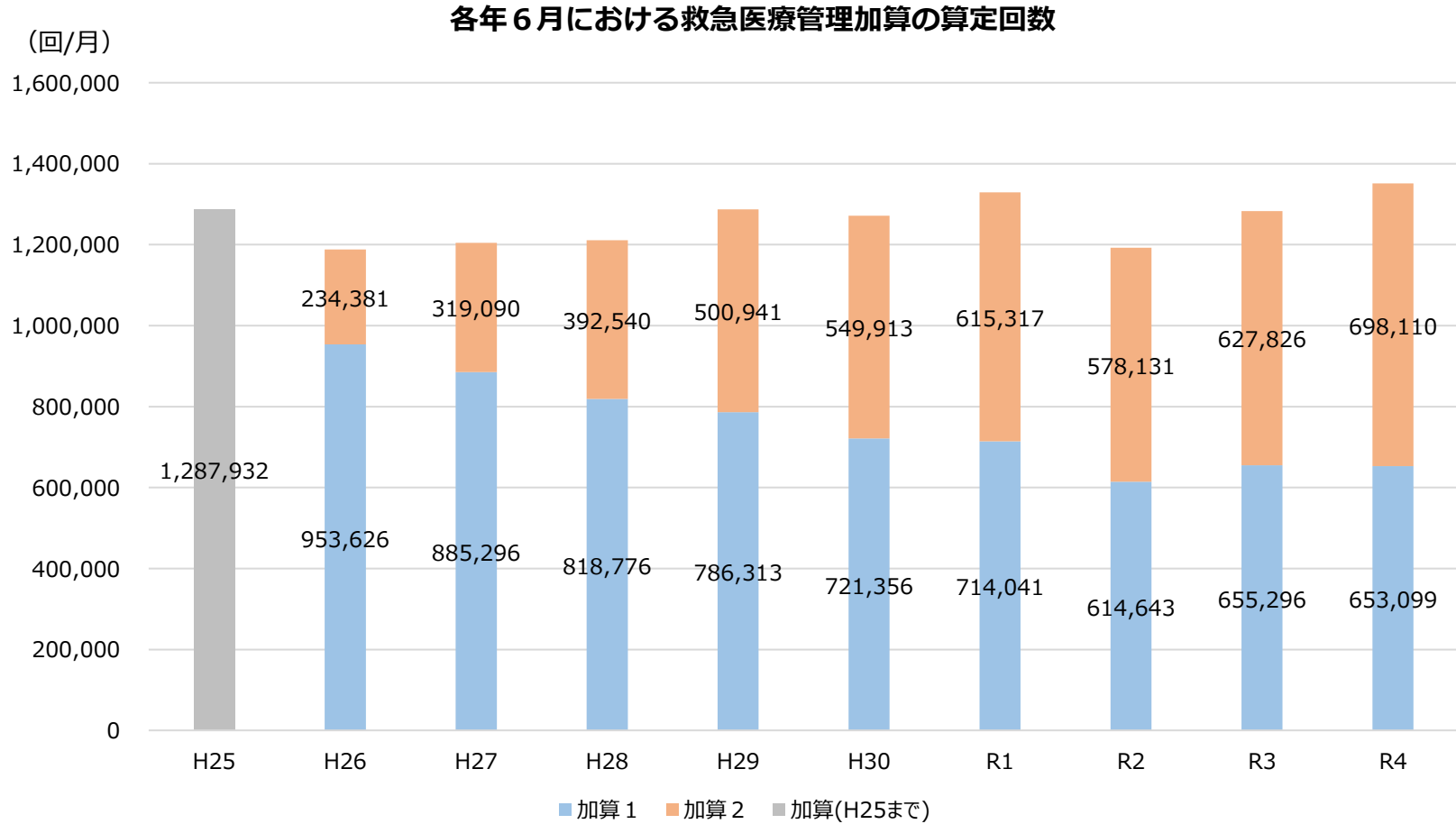
患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害/意識/ JCS	- 救急受診時 - 治療室又は病棟入室時
心疾患患者/ NYHA	- 救急受診時 - 治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/ P/F	- 救急受診時 - 治療室又は病棟入室時
診療録書/ Burn Index	- 治療室若しくは病棟入室時又は発症した時点

【摘要欄記載事項】

- ◆ あからけのうち該当する状態
- ◆ い、う、お、か又はきを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ **この状態に該当する場合はJCS0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA I又はP/F比400以上の状態及びサの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Indexの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算2においても、い、う及びきに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）**
- ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

救急医療管理加算の算定回数

○ 平成25年以降の救急医療管理加算の算定回数の推移は以下のとおり。

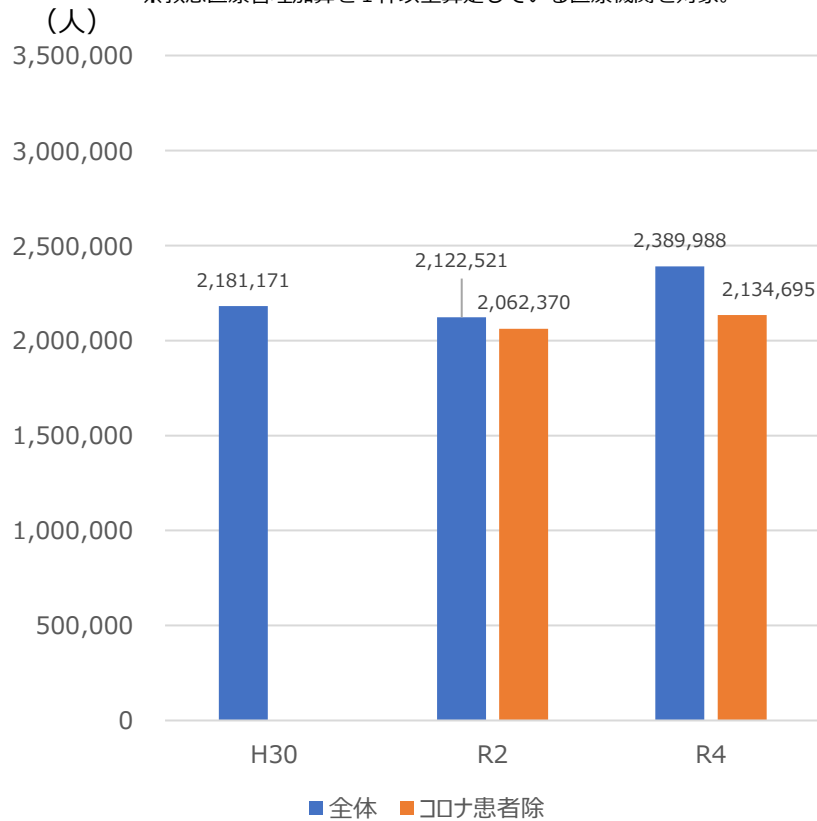


救急搬送されて入院した患者数の推移

- 救急医療管理加算を算定する医療機関における、救急搬送されて入院した患者の数は、新型コロナ患者を除けば令和2年度から4年度にかけて3.5%程度増加していた。
- 平成30年度から令和4年度の推移では、救急医療管理加算1を算定する患者数は減少傾向、救急医療管理加算2を算定する患者数は増加傾向にあった。

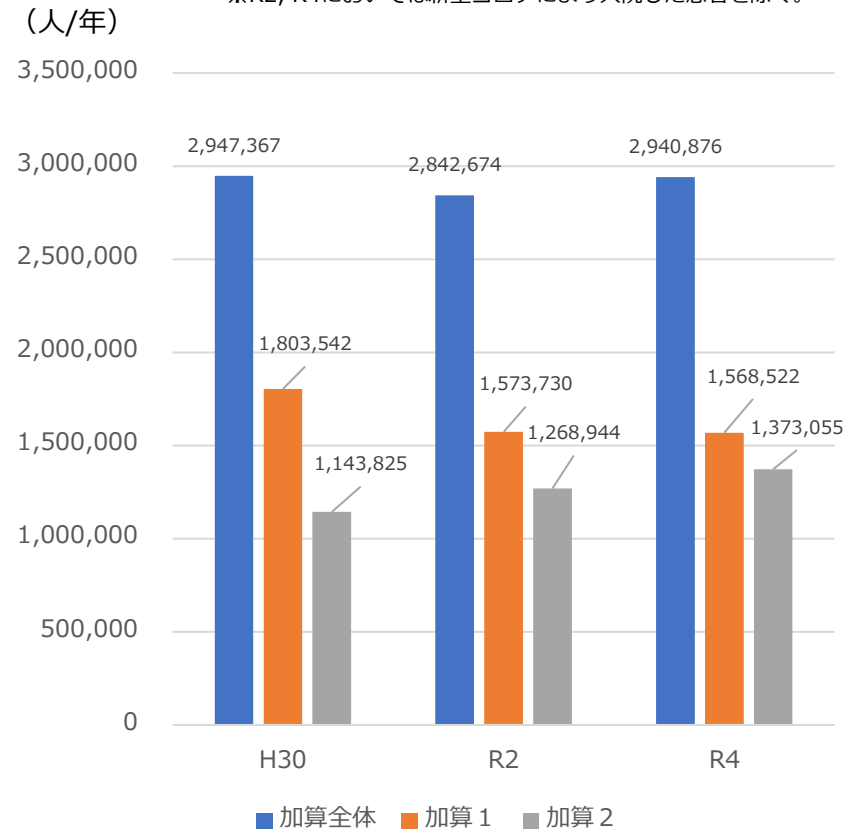
救急搬送されて入院した患者数

※救急医療管理加算を1件以上算定している医療機関を対象。



各年度における救急医療管理加算を算定する患者数

※R2, R4においては新型コロナにより入院した患者を除く。

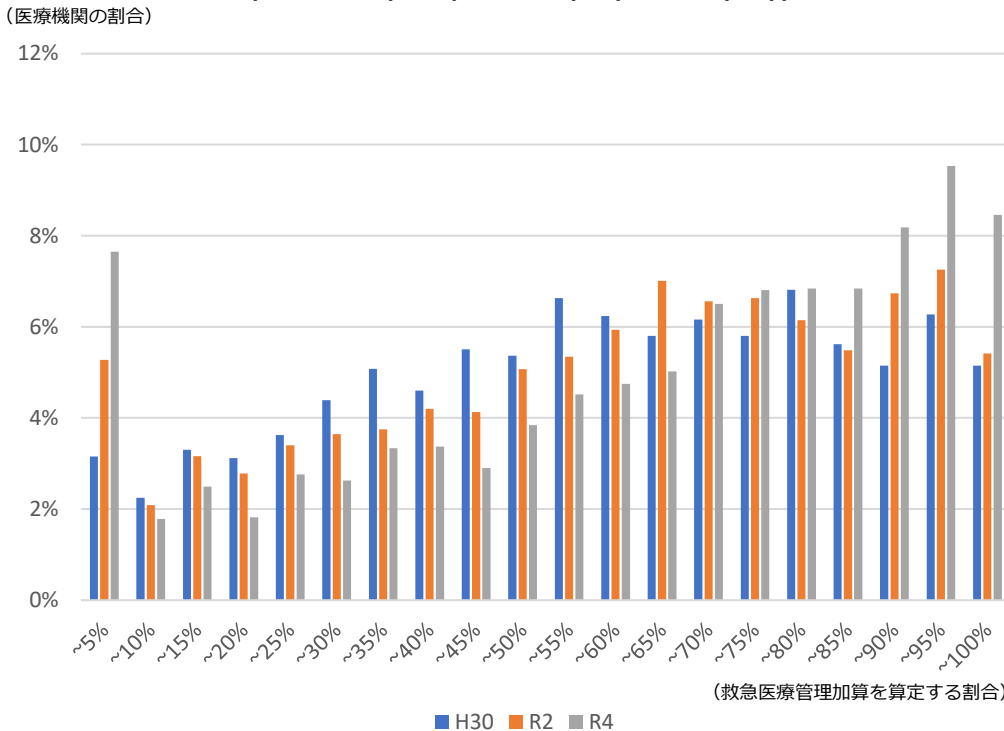


救急医療管理加算の算定の状況

- 医療機関ごとの、救急搬送され入院した患者のうち救急医療管理加算を算定した割合の分布は、平成30年度から令和4年度にかけて増加する方向に変化していた。
- 医療機関ごとの、救急医療管理加算を算定する患者のうち救急医療管理加算2を算定している割合の分布についても、増加する方向に変化していた。

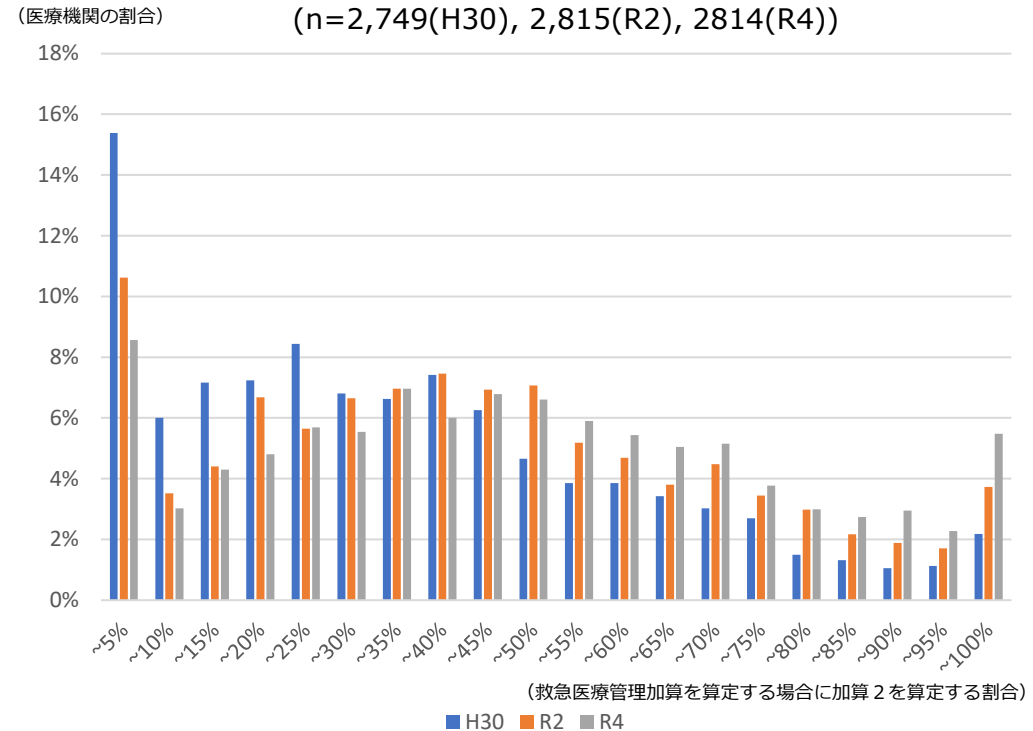
医療機関ごとの救急搬送され入院した患者において 救急医療管理加算を算定した患者の割合の分布

※救急搬送され入院した患者が50例以上の医療機関に限る。
(n=2,759(H30), 2,881(R2), 2969(R4))



医療機関ごとの救急医療管理加算を算定した患者において 加算2を算定している割合の分布

※救急搬送され入院した患者が50例以上かつ
救急医療管理加算を1例以上算定している医療機関に限る。
(n=2,749(H30), 2,815(R2), 2814(R4))

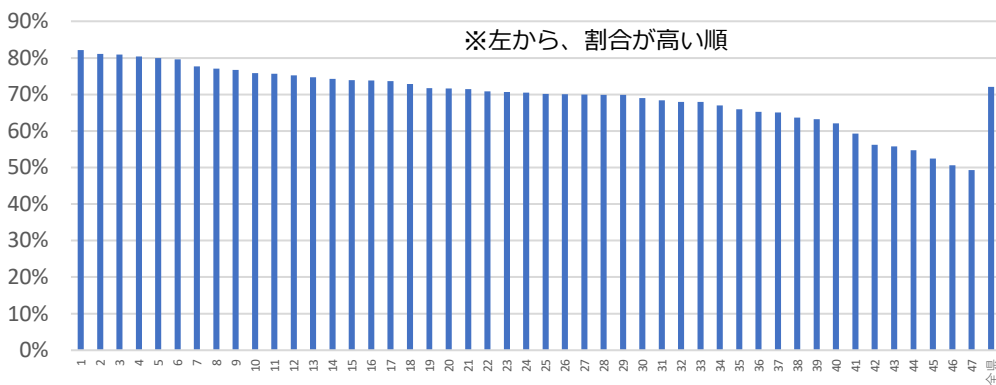


都道府県別の救急管理加算の算定状況

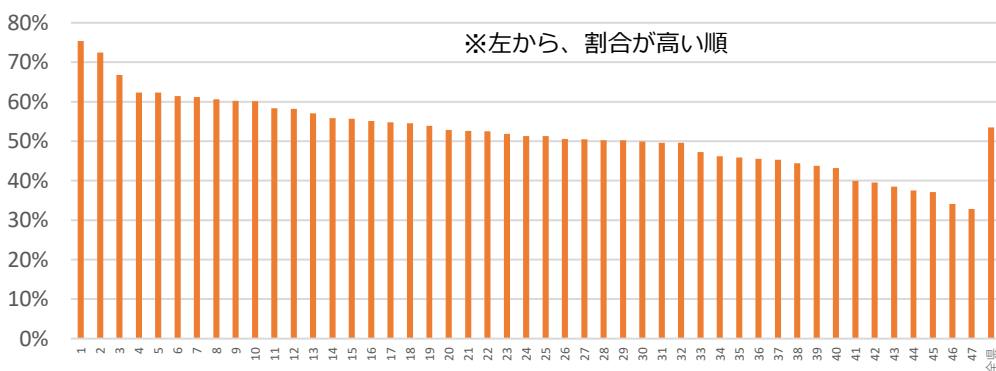
- 救急搬送され救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合よりも、救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合のほうが、都道府県間のばらつきがやや大きかった。
- 各都道府県における救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合及び救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合には、明らかな相関は認められなかった。

救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合及び救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合（都道府県別）

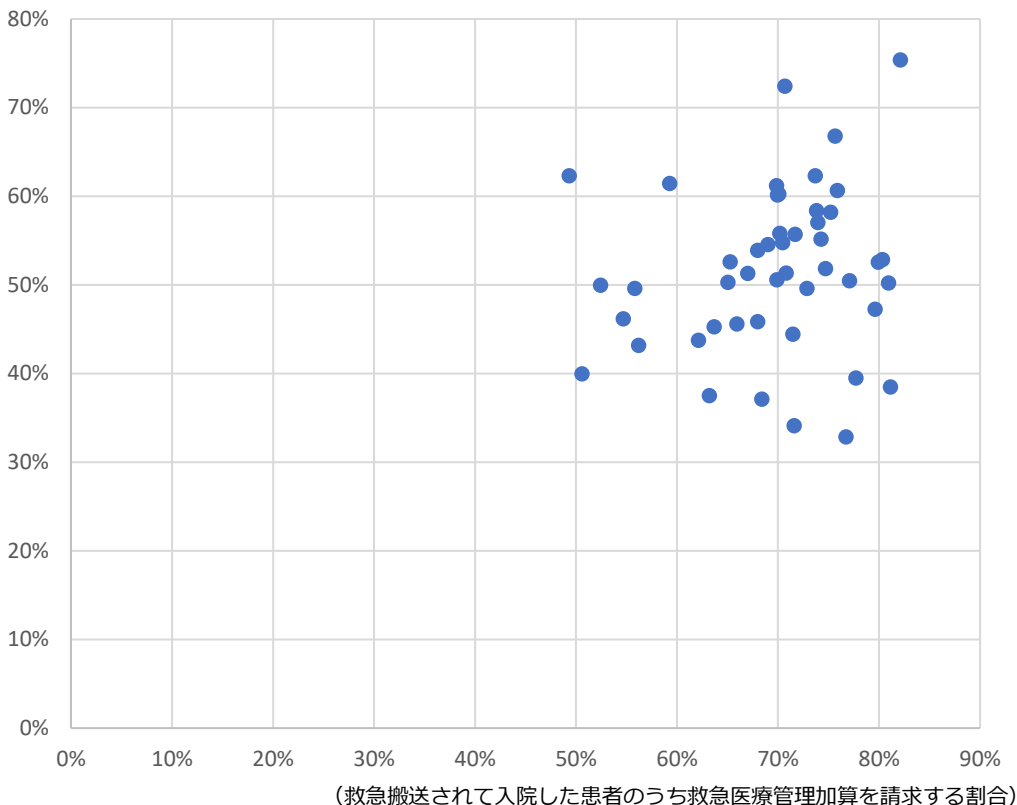
(割合) (救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合)



(割合) (救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合)



(救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合)



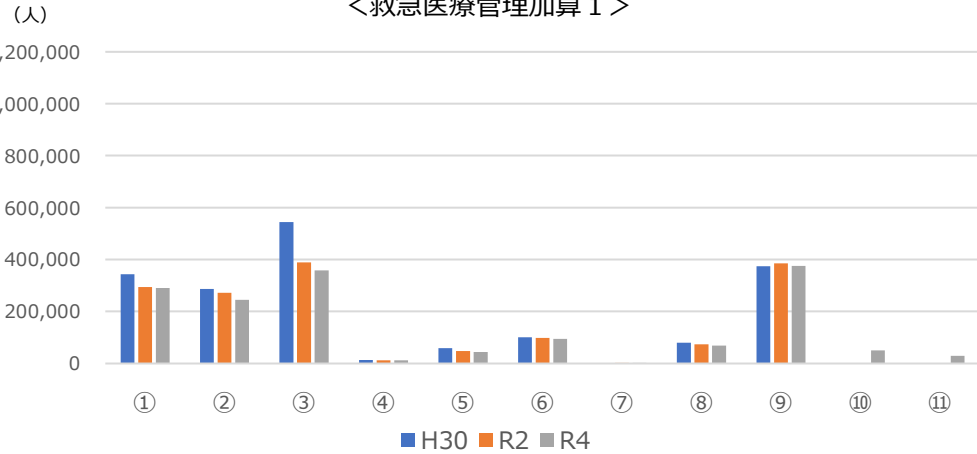
救急医療管理加算の算定の状況（状態別）

- 令和2年度から4年度にかけて、対象となる状態に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が追加されたが、加算2のうち「その他の重症な状態」の算定患者数は増加していた。
- 「意識障害又は昏睡」及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する算定患者の人数は、加算1で減少し、加算2で増加していた。

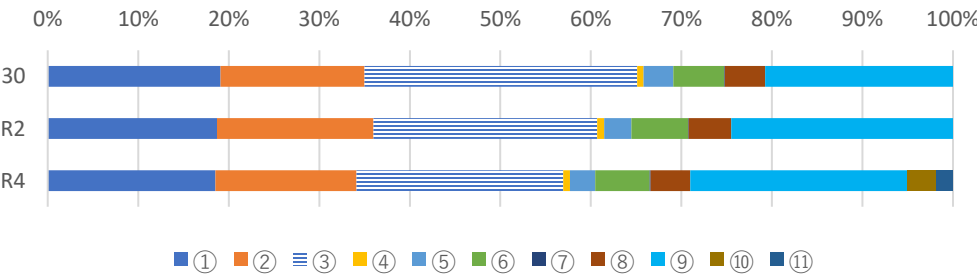
救急医療管理加算の対象となる状態ごとの算定人数

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態
 ※加算2は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

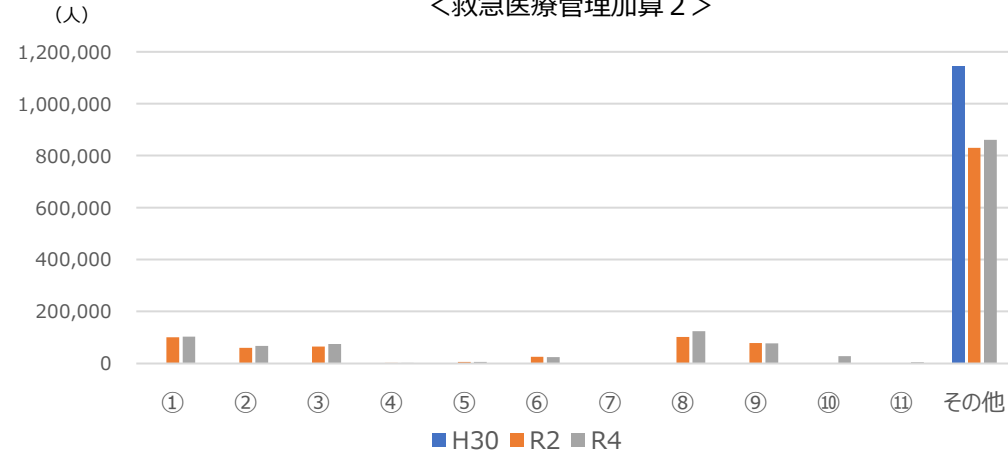
＜救急医療管理加算1＞



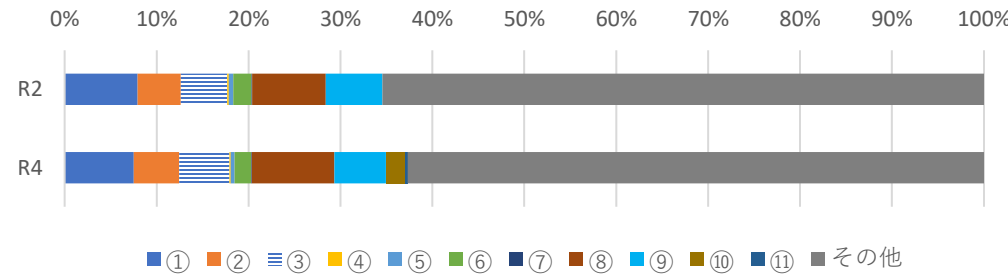
(加算1の内訳)



＜救急医療管理加算2＞



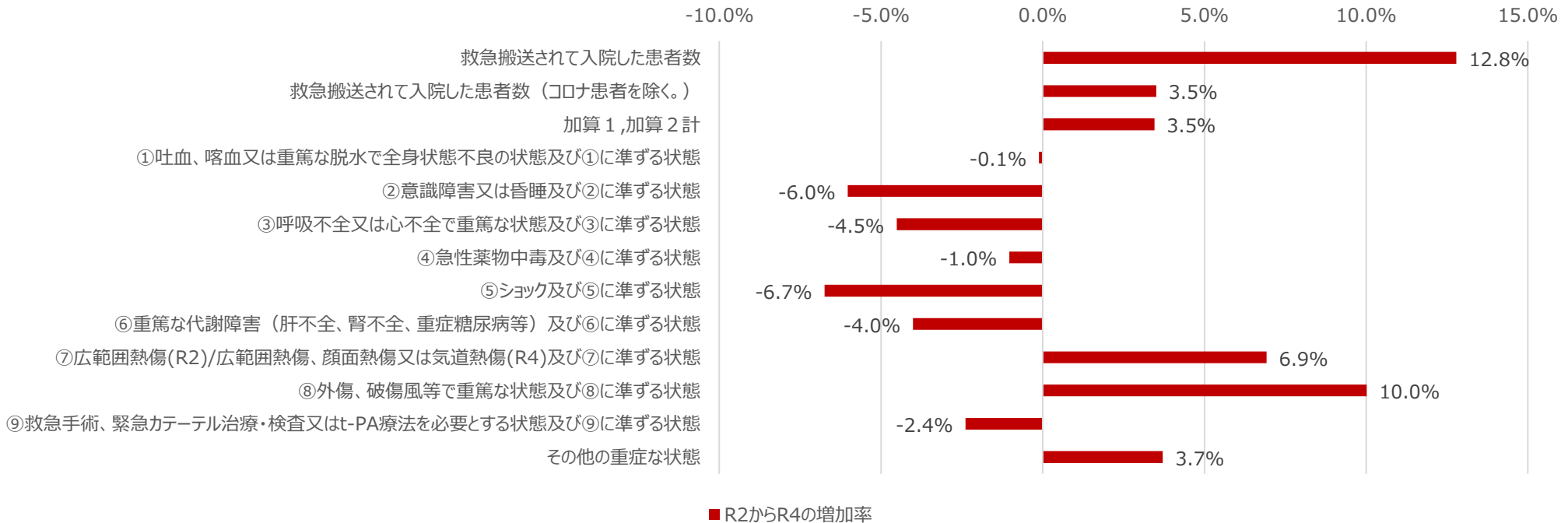
(加算2の内訳)



救急医療管理加算 1 又は 2 を算定する患者数の変化

○令和4年度に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が新設されているが、「その他の重症な状態」によって救急医療管理加算が算定される患者数は、加算1及び加算2の合計よりも増加率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



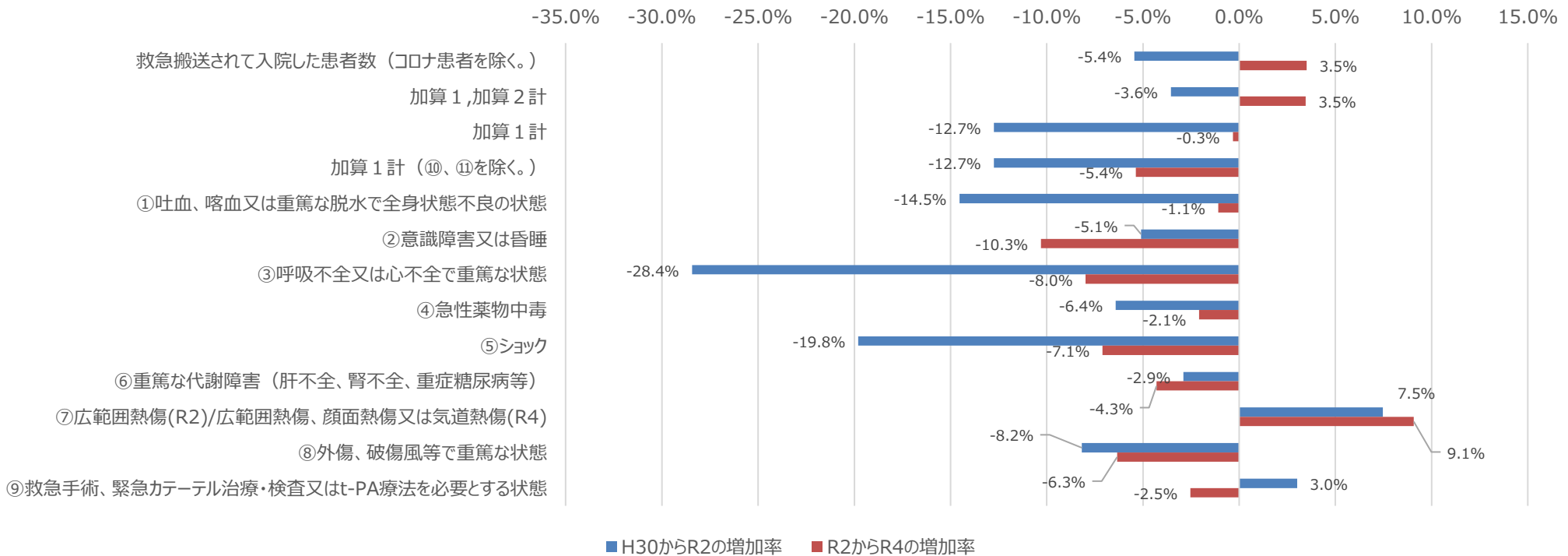
＜救急医療管理加算1の算定対象＞

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算2の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算 1 を算定する患者数の変化

○ 救急医療管理加算1については、令和4年度に新設された「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を除くと、「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」以外の状態は、令和2年度から4年度にかけて算定患者数が減少していた。

救急医療管理加算 1 を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



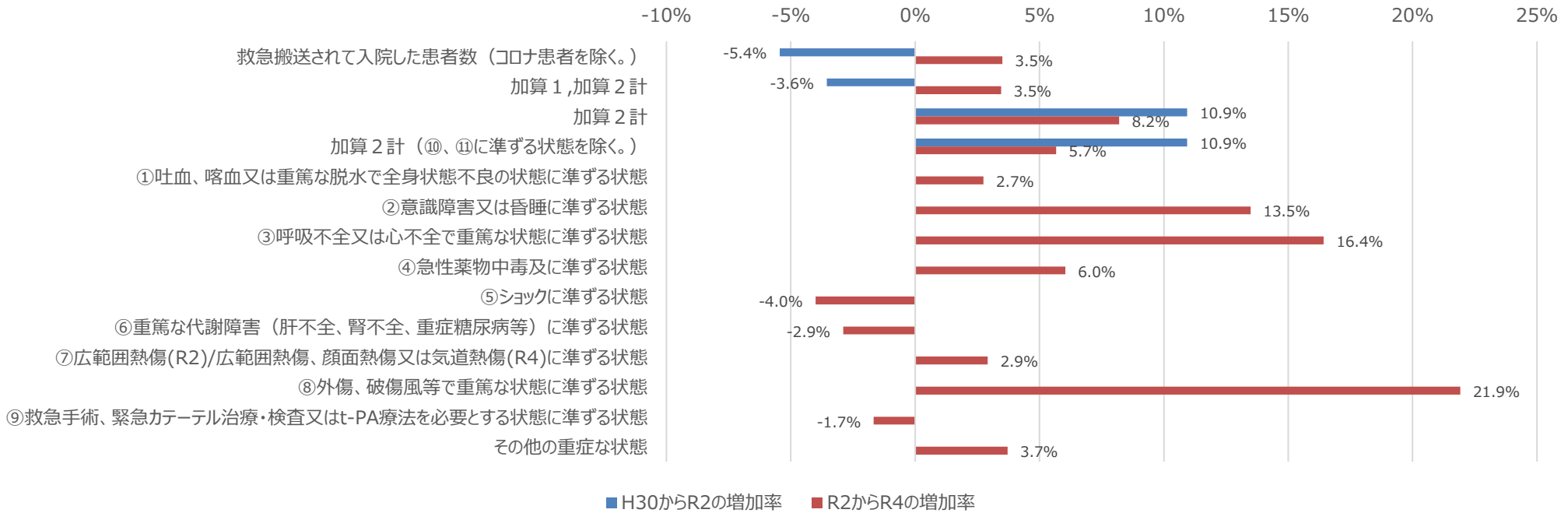
＜救急医療管理加算 1 の算定対象＞

①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算 2 の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算2を算定する患者数の変化

○ 救急医療管理加算2のうち多くの状態は、令和2年度と比較し令和4年度で算定患者数が増加していた。

救急医療管理加算2を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



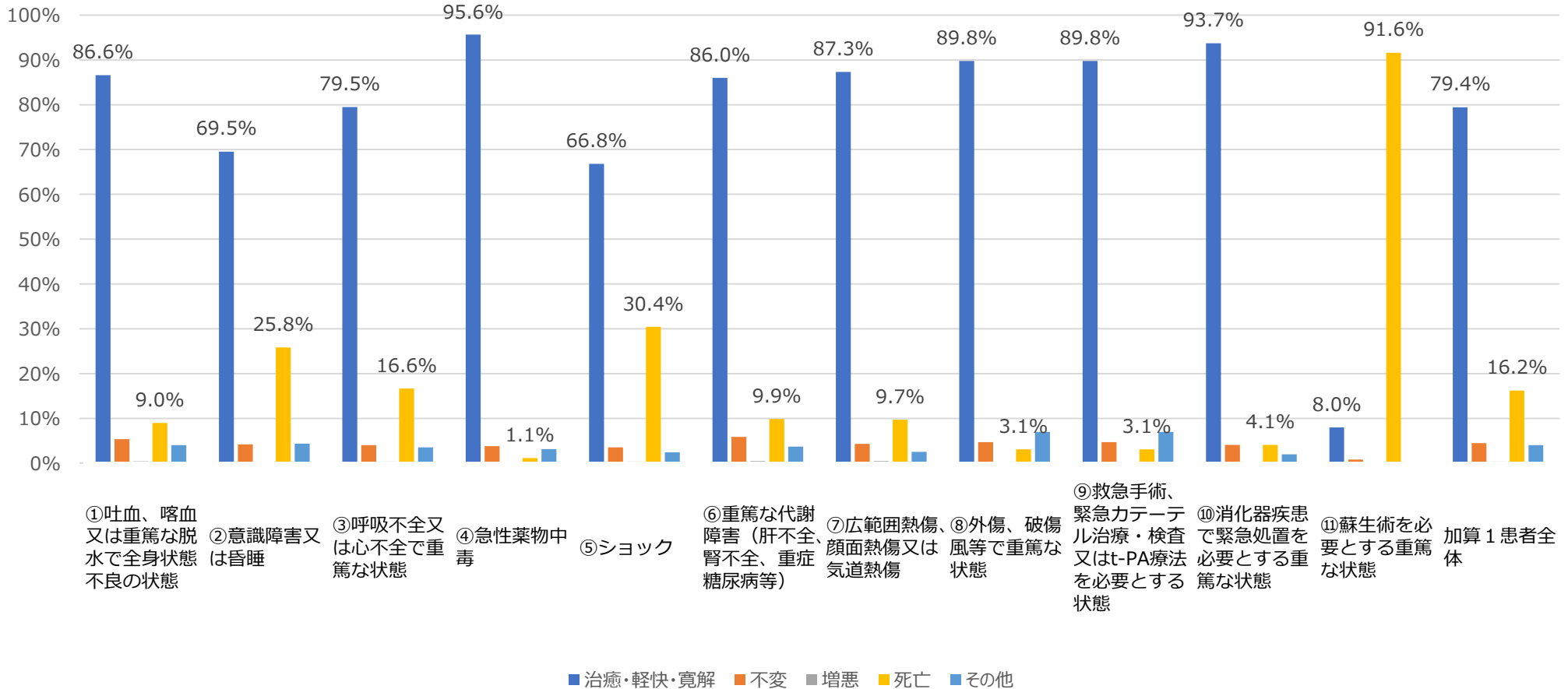
<救急医療管理加算1の算定対象>

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算2の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算 1 を算定する患者の転帰

○ 救急医療管理加算1を算定する患者においては、「蘇生術を必要とする重篤な状態」、「ショック」、「意識障害又は昏睡」の状態で死亡率が特に高かった。

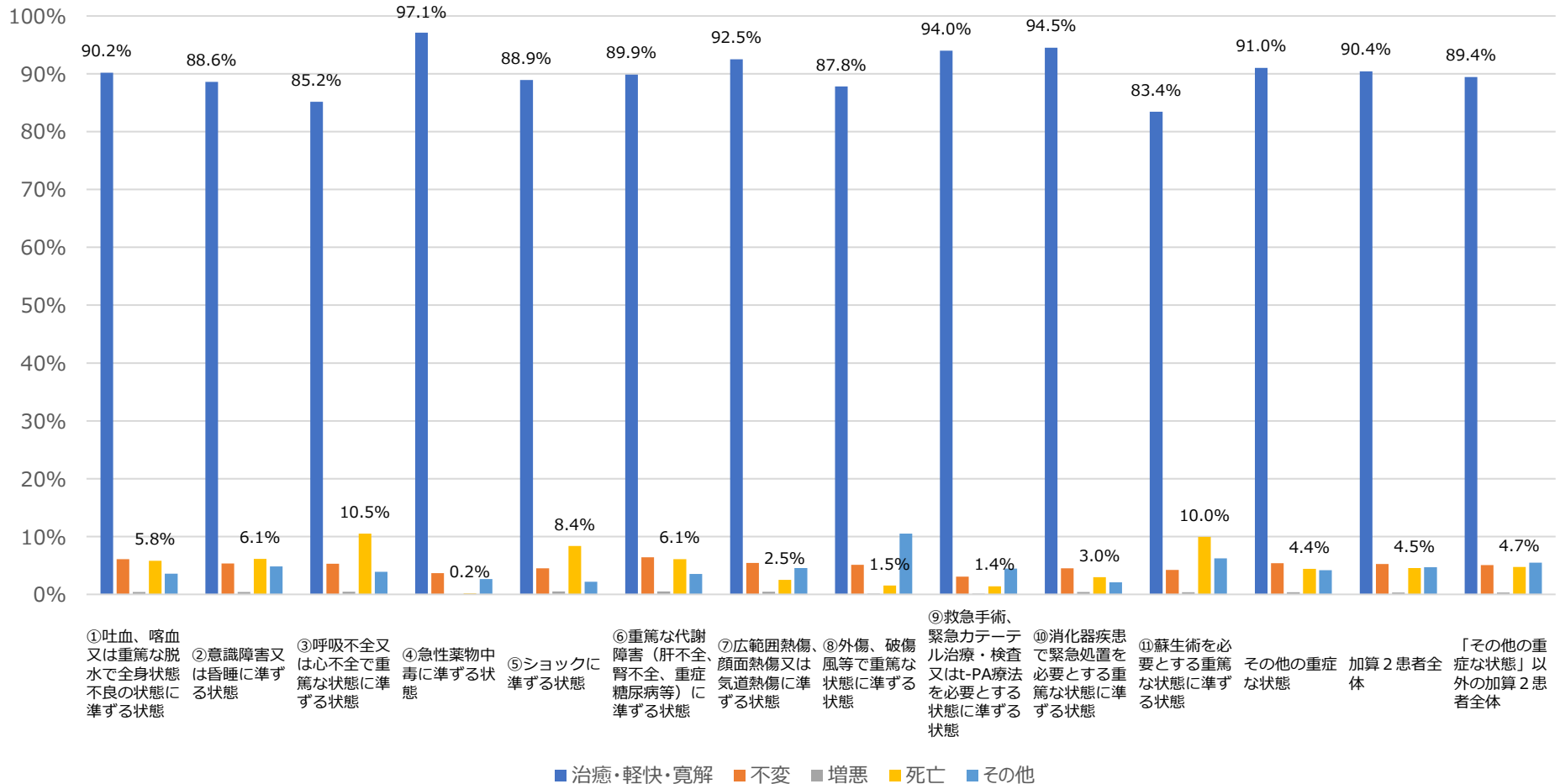
救急医療管理加算 1 を算定する患者における状態別の転帰



救急医療管理加算2を算定する患者の転帰

○ 救急医療管理加算2を算定する患者においては、救急医療管理加算1を算定する患者よりも死亡率が低い傾向にあった。

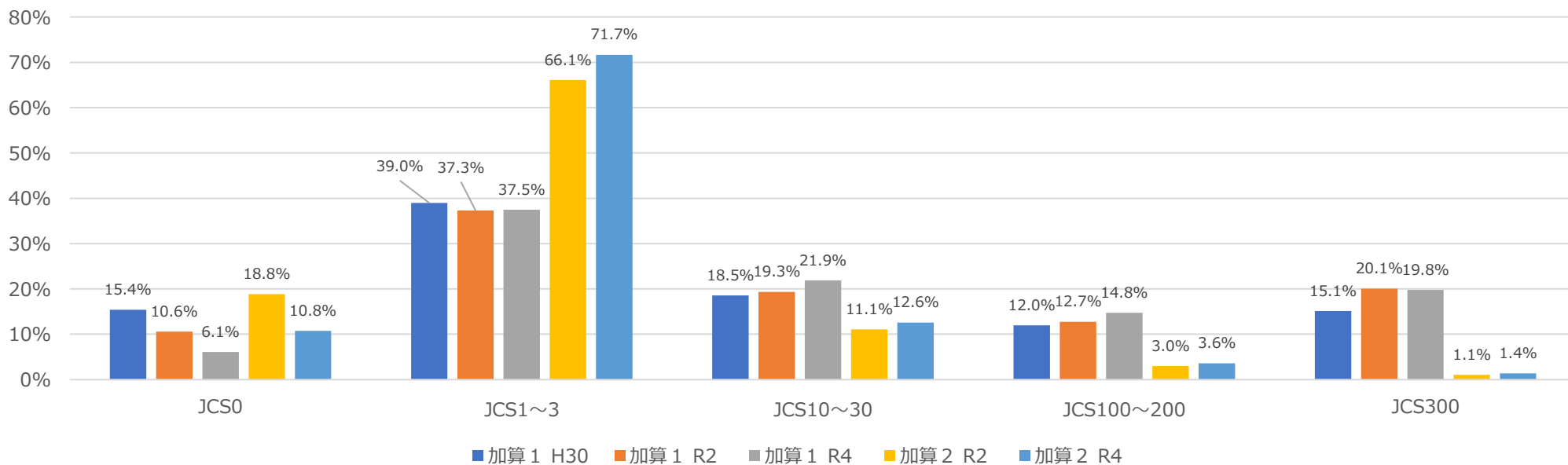
救急医療管理加算2を算定する患者における状態別の転帰



「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況①

○ 各年度の基準によるJCSの分類では、「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS 0である割合は減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCSスコアの分布



※JCSは、平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典: 脳卒中ガイドライン2009

I. 刺激しないで覚醒している状態

(1桁の点数で表現)

- 0 意識清明
- 1 意識清明とはいえない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激をすると覚醒する状態

(2桁の点数で表現)

- 10 普通の呼びかけで容易に開眼する
- 20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない状態

(3桁の点数で表現)

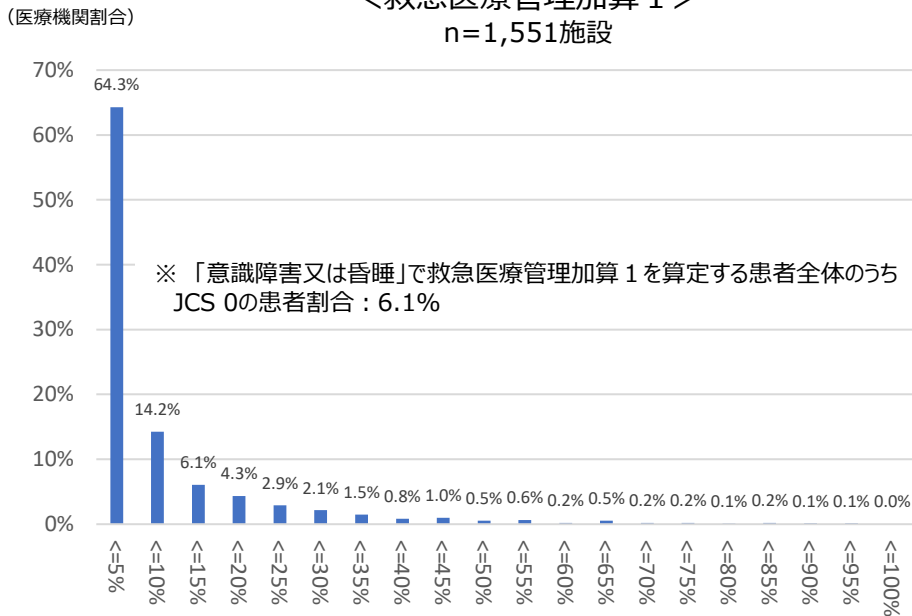
- 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
- 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
- 300 痛み刺激に全く反応しない

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況②

- 「意識障害又は昏睡」の状態での救急医療管理加算を算定する患者のうちJCS 0の割合は、
- ・ 加算1においては、64%の医療機関で5%以下である一方、11%の医療機関で20%以上
 - ・ 加算2においては、46%の医療機関で5%以下である一方、8%の医療機関で40%以上であり、JCS 0の割合が大きい医療機関が一部みられた。

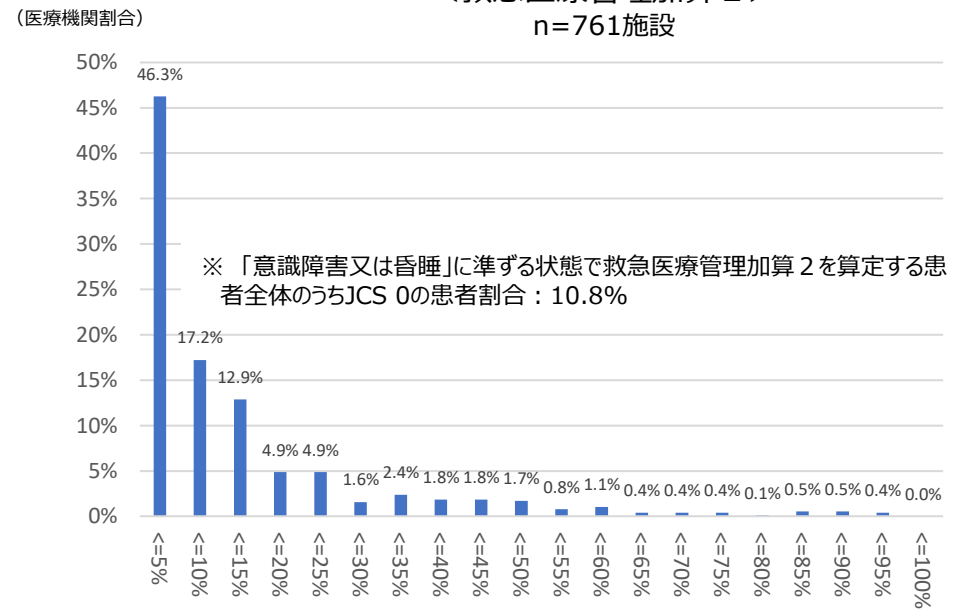
救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCS 0の患者が占める割合ごとの医療機関の分布 (それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)

＜救急医療管理加算 1＞
n=1,551施設



(「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算 1を算定する患者のうち、JCS 0の割合)

＜救急医療管理加算 2＞
n=761施設



(「意識障害又は昏睡」に準ずる状態で救急医療管理加算 2を算定する患者のうち、JCS 0の割合)

※令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況③

○「意識障害又は昏睡」又は「意識障害または昏睡に準ずる状態」に該当する患者について、JCS0及びJCS1以上それぞれに多い傷病名は以下のとおり。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い傷病名

<救急医療管理加算 1 >

JCS0		JCS1以上	
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1153 7.8%	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	20533 9.0%
食物及び吐物による肺臓炎	654 4.4%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16983 7.4%
その他の脳梗塞	534 3.6%	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	15995 7.0%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	466 3.1%	食物及び吐物による肺臓炎	10872 4.7%
その他のてんかん	418 2.8%	その他のてんかん	10733 4.7%
(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	402 2.7%	心停止, 詳細不明	10396 4.5%
尿路感染症, 部位不明	392 2.6%	外傷性硬膜下出血	7131 3.1%
外傷性硬膜下出血	322 2.2%	その他の脳梗塞	6500 2.8%
脳梗塞, 詳細不明	310 2.1%	尿路感染症, 部位不明	3650 1.6%
熱性けいれん<痙攣>	263 1.8%	外傷性くも膜下出血	3077 1.3%
体液量減少(症)	242 1.6%	敗血症, 詳細不明	3069 1.3%
肺炎, 詳細不明	225 1.5%	脳梗塞, 詳細不明	2908 1.3%
てんかん, 詳細不明	206 1.4%	心臓性突然死<急死>と記載されたもの	2734 1.2%
心停止, 詳細不明	199 1.3%	肺炎, 詳細不明	2552 1.1%
うつ血性心不全	187 1.3%	脳幹の脳内出血	2527 1.1%
外傷性くも膜下出血	184 1.2%	蘇生に成功した心停止	2388 1.0%
低血糖症, 詳細不明	181 1.2%	小脳の脳内出血	2082 0.9%
急性尿管細管間質性腎炎	173 1.2%	うつ血性心不全	2013 0.9%
敗血症, 詳細不明	162 1.1%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害, 急性中毒	1895 0.8%
低浸透圧及び低ナトリウム血症	161 1.1%	急性尿管細管間質性腎炎	1803 0.8%

<救急医療管理加算 2 >

JCS0		JCS1以上	
脳動脈の血栓症による脳梗塞	589 8.1%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	7,198 11.9%
その他の脳梗塞	321 4.4%	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	4,539 7.5%
その他のてんかん	226 3.1%	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	4,438 7.3%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	226 3.1%	その他のてんかん	3,230 5.3%
食物及び吐物による肺臓炎	189 2.6%	その他の脳梗塞	3,172 5.3%
熱性けいれん<痙攣>	185 2.5%	食物及び吐物による肺臓炎	2,124 3.5%
尿路感染症, 部位不明	182 2.5%	外傷性硬膜下出血	1,971 3.3%
脳梗塞, 詳細不明	174 2.4%	尿路感染症, 部位不明	1,197 2.0%
(大脳)半球の脳内出血, 皮質下深部脳内出血	146 2.0%	外傷性くも膜下出血	1,159 1.9%
外傷性硬膜下出血	140 1.9%	脳梗塞, 詳細不明	1,122 1.9%
一過性脳虚血発作, 詳細不明	139 1.9%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害, 急性中毒	723 1.2%
急性尿管細管間質性腎炎	114 1.6%	一過性脳虚血発作, 詳細不明	720 1.2%
体液量減少(症)	113 1.6%	てんかん, 詳細不明	672 1.1%
外傷性くも膜下出血	106 1.5%	急性尿管細管間質性腎炎	672 1.1%
てんかん, 詳細不明	104 1.4%	脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	656 1.1%
その他の末梢性めまい<眩暈(症)>	87 1.2%	振とう<暈>(症)	620 1.0%
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	85 1.2%	体液量減少(症)	611 1.0%
肺炎, 詳細不明	79 1.1%	肺炎, 詳細不明	522 0.9%
振とう<暈>(症)	78 1.1%	低浸透圧及び低ナトリウム血症	509 0.8%
うつ血性心不全	76 1.0%	硬膜下出血(急性)(非外傷性)	489 0.8%

※ 令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCS0の患者とJCS1以上の患者の処置・手術を比較すると以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算1を算定する患者については、JCS0の患者の一部において、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった、緊急性が高いと思われる処置が行われていた。

救急医療管理加算1(令和2年度)				救急医療管理加算2(令和2年度)			
JCS0(n=28326)		JCS1以上(n=239982)		JCS0(n=10925)		JCS1以上(n=46980)	
処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数
酸素吸入	8533(30.1%)	酸素吸入	89880(37.5%)	酸素吸入	2080(19.0%)	酸素吸入	12036(25.6%)
留置カテーテル設置	5978(21.1%)	留置カテーテル設置	75610(31.5%)	留置カテーテル設置	1364(12.5%)	留置カテーテル設置	9737(20.7%)
喀痰吸引	3185(11.2%)	喀痰吸引	52997(22.1%)	喀痰吸引	641(5.9%)	喀痰吸引	6114(13.0%)
非開胸的心 マッサージ	2352(8.3%)	非開胸的心 マッサージ	30378(12.7%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	325(3.0%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	1926(4.1%)
人工呼吸(30分 までの場合)	2078(7.3%)	救命のための 気管挿管	28244(11.8%)	創傷処置(100 平方センチメー トル未満)	214(2.0%)	鼻腔栄養	1780(3.8%)

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況④

○ 令和4年度において、「意識障害又は昏睡」の状態での救急医療管理加算1を算定する患者であってJCS0の患者に対して人工呼吸や非開胸的心マッサージが実施される割合は令和2年度と比較して低下しており、JCS1以上とは大きな差がみられた。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い 入院3日以内に実施される処置及び手術

<救急医療管理加算1>

<救急医療管理加算2>

JCS 0	JCS 1以上	
	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	3867	26.0%
留置カテーテル設置	2716	18.3%
喀痰吸引	1336	9.0%
導尿（尿道拡張）	518	3.5%
輸血 2 保存血液輸血（200mLごとに）	410	2.8%
救命のための気管内挿管	382	2.6%
人工呼吸（30分までの場合）	352	2.4%
非開胸的心マッサージ	344	2.3%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	323	2.2%
人工呼吸（5時間を超えた場合）	323	2.2%

JCS 1以上	JCS 0	
	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	87326	38.1%
留置カテーテル設置	70809	30.9%
喀痰吸引	51496	22.4%
救命のための気管内挿管	21335	9.3%
非開胸的心マッサージ	21267	9.3%
人工呼吸（30分までの場合）	20946	9.1%
鼻腔栄養	17114	7.5%
胃持続ドレナージ	16334	7.1%
人工呼吸（5時間を超えた場合）	14742	6.4%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	12363	5.4%

JCS 0	JCS 1以上	
	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	1338	18.4%
留置カテーテル設置	869	11.9%
喀痰吸引	401	5.5%
導尿（尿道拡張）	204	2.8%
輸血 2 保存血液輸血（200mLごとに）	144	2.0%
創傷処置（100平方センチメートル未満）	138	1.9%
人工腎臓（1日につき）	136	1.9%
1 慢性維持透析を行った場合1	136	1.9%
摘便	107	1.5%
創傷処理 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	93	1.3%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	81	1.1%

JCS 1以上	JCS 0	
	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	15711	26.0%
留置カテーテル設置	11898	19.7%
喀痰吸引	7522	12.5%
導尿（尿道拡張）	2390	4.0%
鼻腔栄養	2107	3.5%
創傷処置（100平方センチメートル未満）	1256	2.1%
摘便	1161	1.9%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	1120	1.9%
胃持続ドレナージ	1075	1.8%
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	877	1.5%

※令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

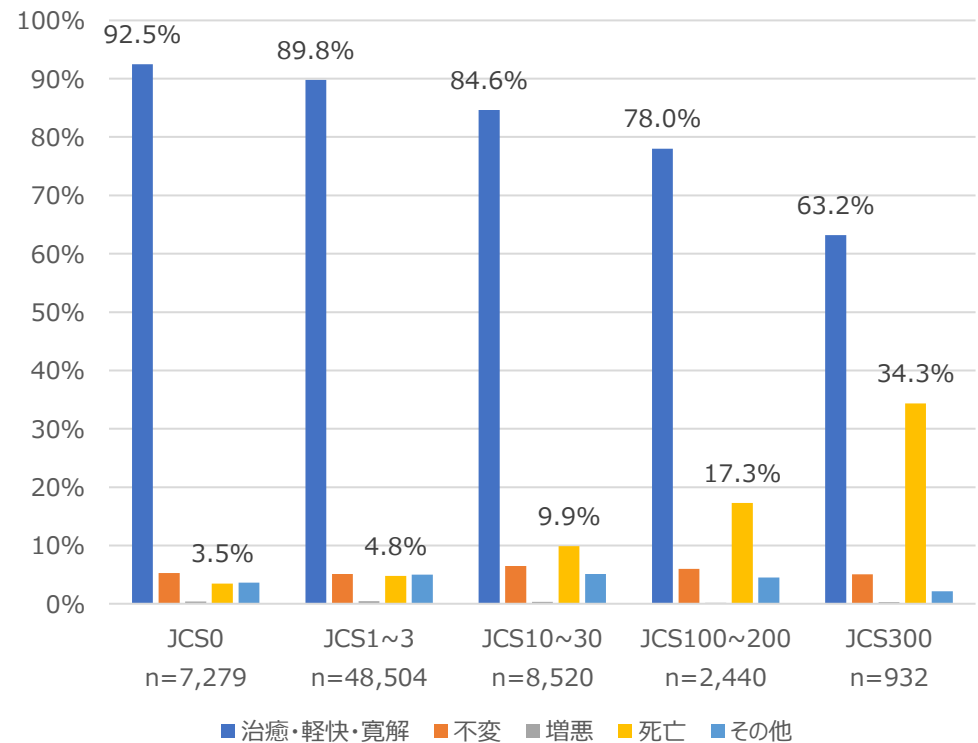
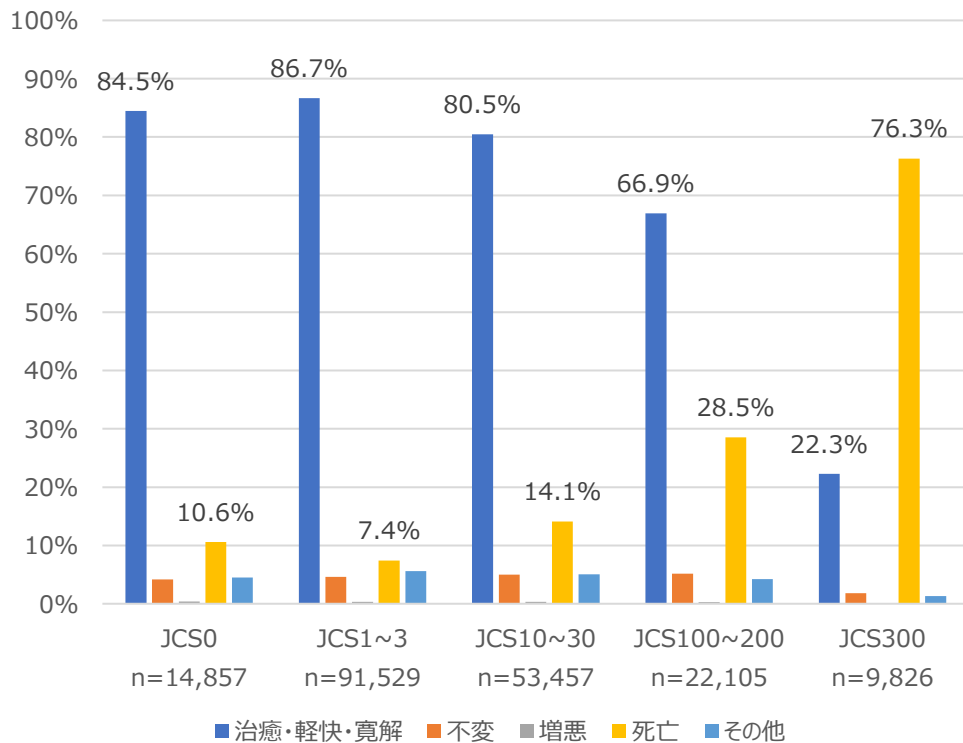
「意識障害又は昏睡」の状態の患者の転帰

○ 令和4年度に「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS100～200やJCS300で加算2を算定する患者は、JCS 0～30で加算1を算定する患者よりも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者における入院時のJCSごとの転帰

<加算1を算定する患者>
n=244,259

<加算2を算定する患者>
n=67,675

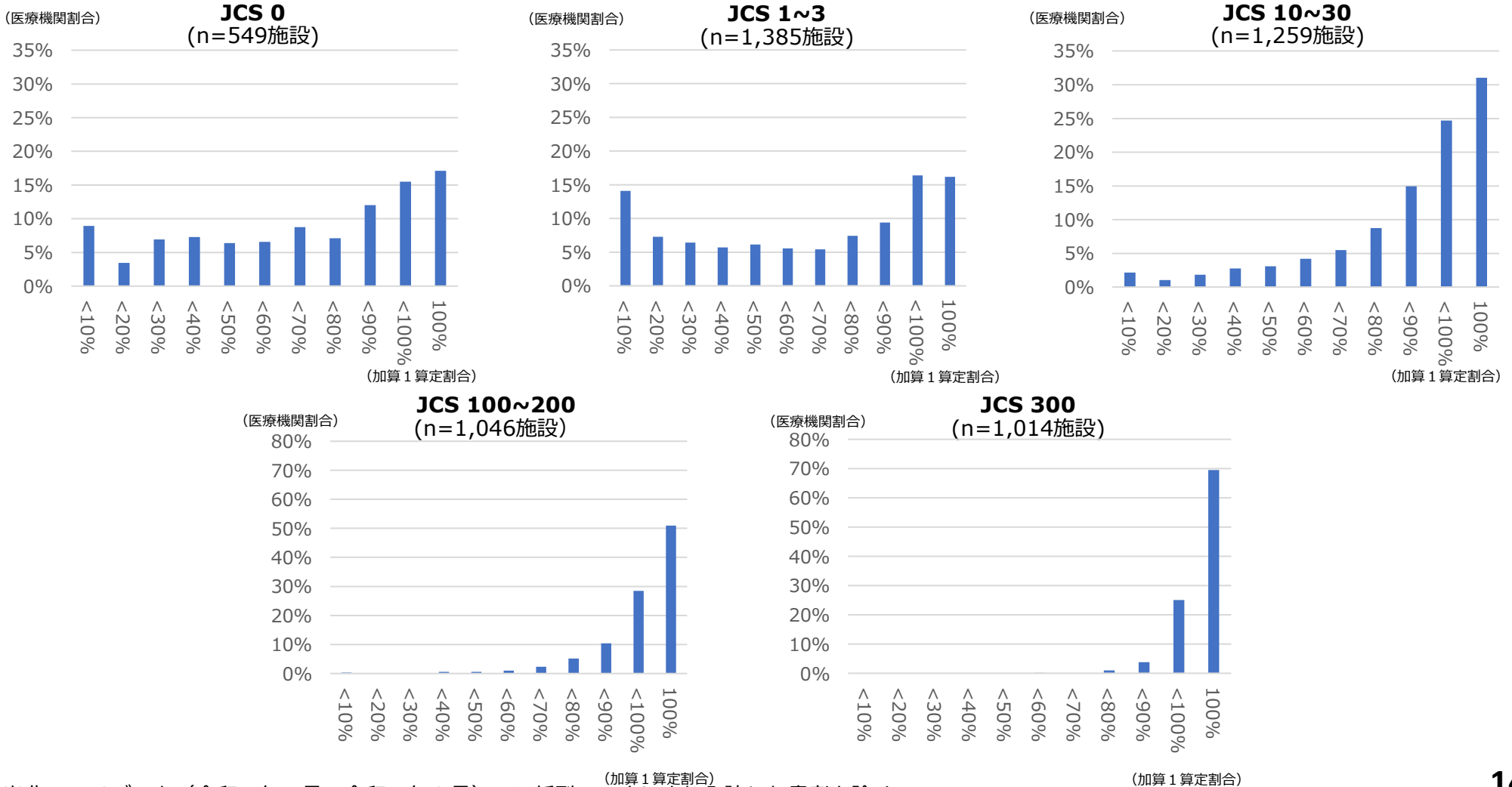


※JCSスコアは、入院時、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いもの。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況⑤

○ JCSごとの「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合は、特にJCS 0~200では、医療機関間のばらつきが大きかった。

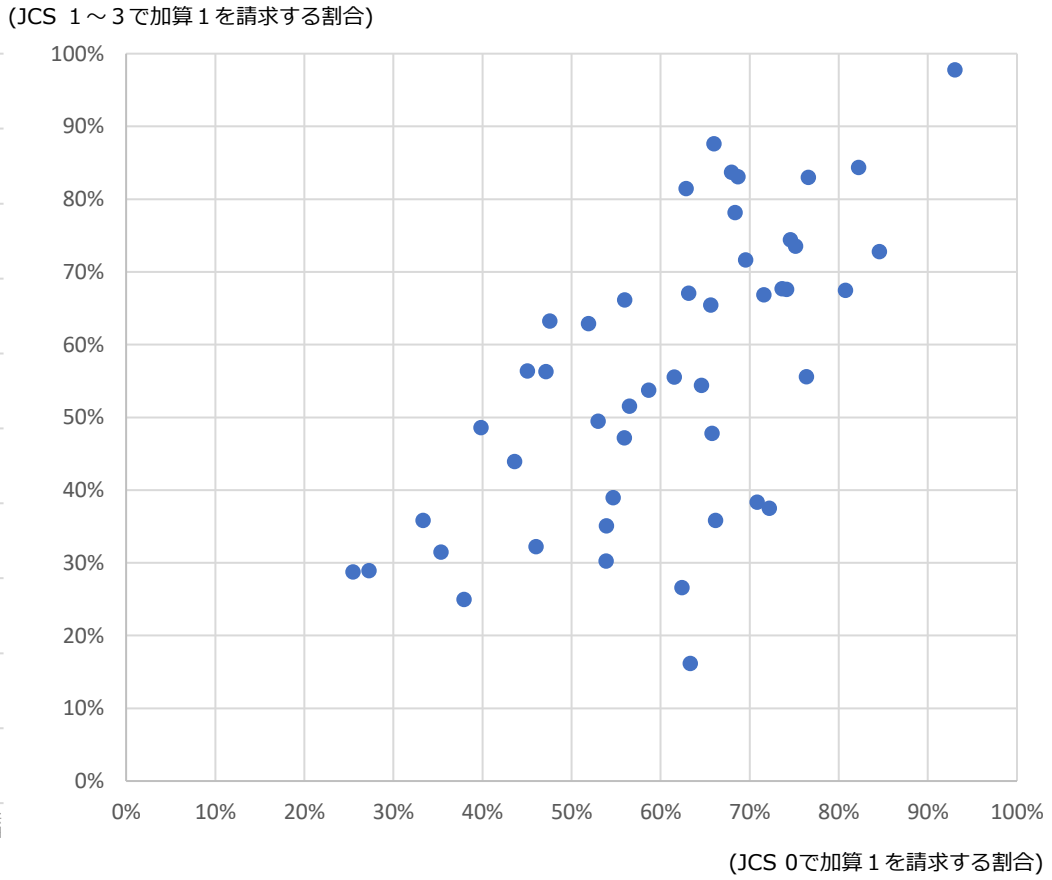
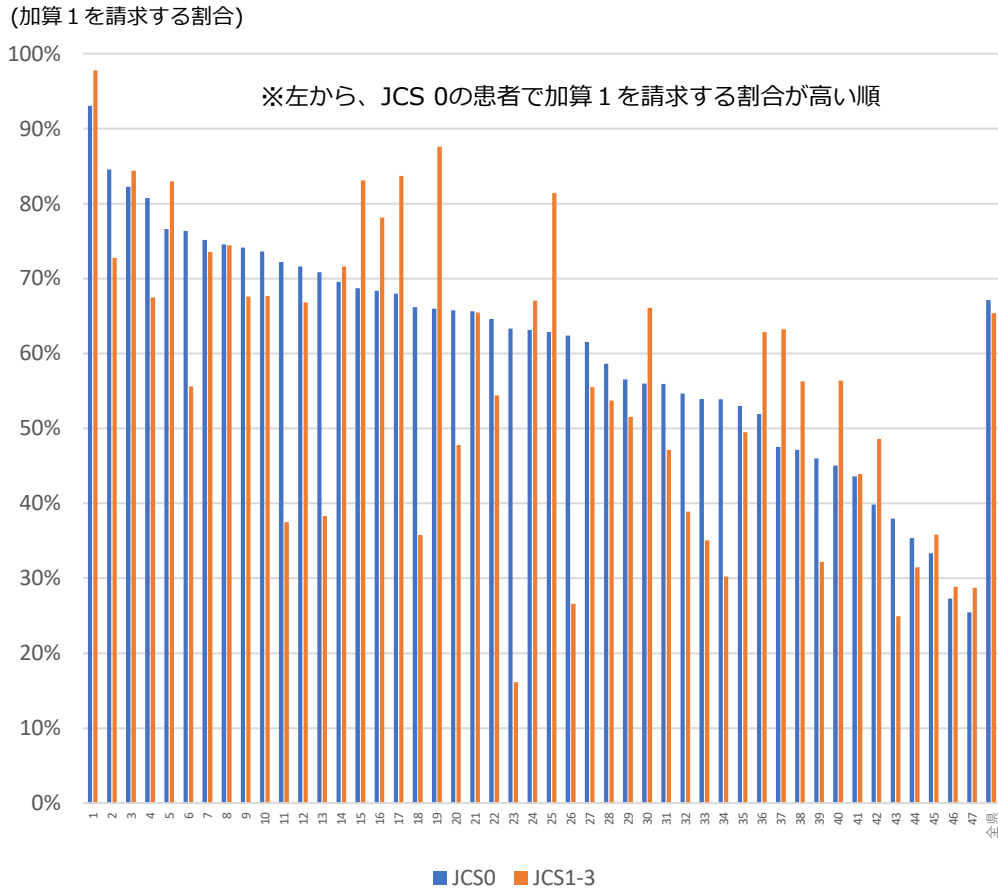
医療機関ごとの、「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ



「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況（都道府県別）

- 「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合において加算1を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。
- JCS 0の患者で加算1を請求する割合が高い都道府県においては、JCS 1～3で加算1を請求する割合も高い傾向にあった。

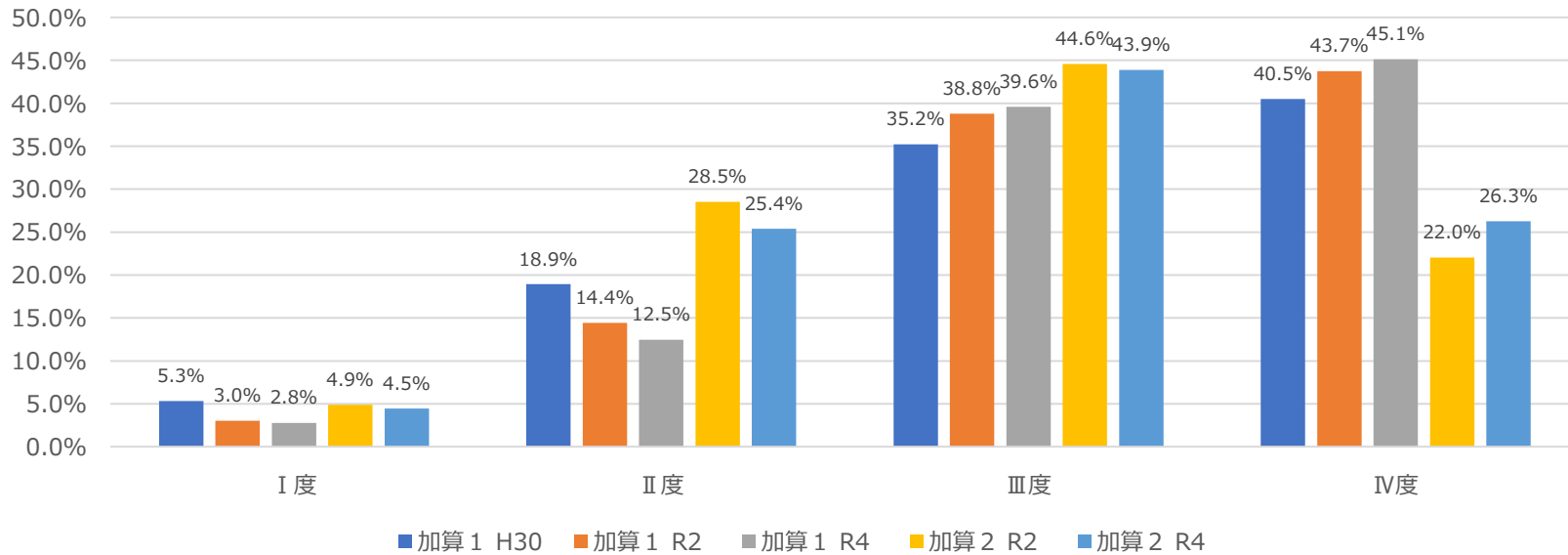
「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合における JCSごとの加算1を請求する割合（都道府県別）



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナにより入院した患者を除く。

○ 令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者では、NYHA分類 I 度の割合が減少しており、加算1で2.8%、加算2で4.5%の患者がNYHA分類 I 度の状態だった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類の分布



※ 平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

(参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

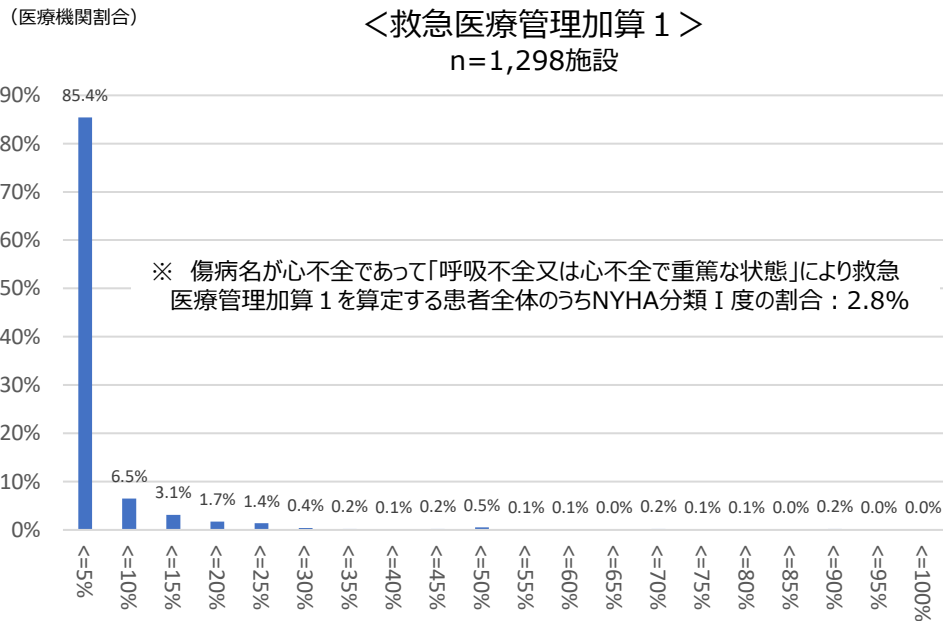
I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

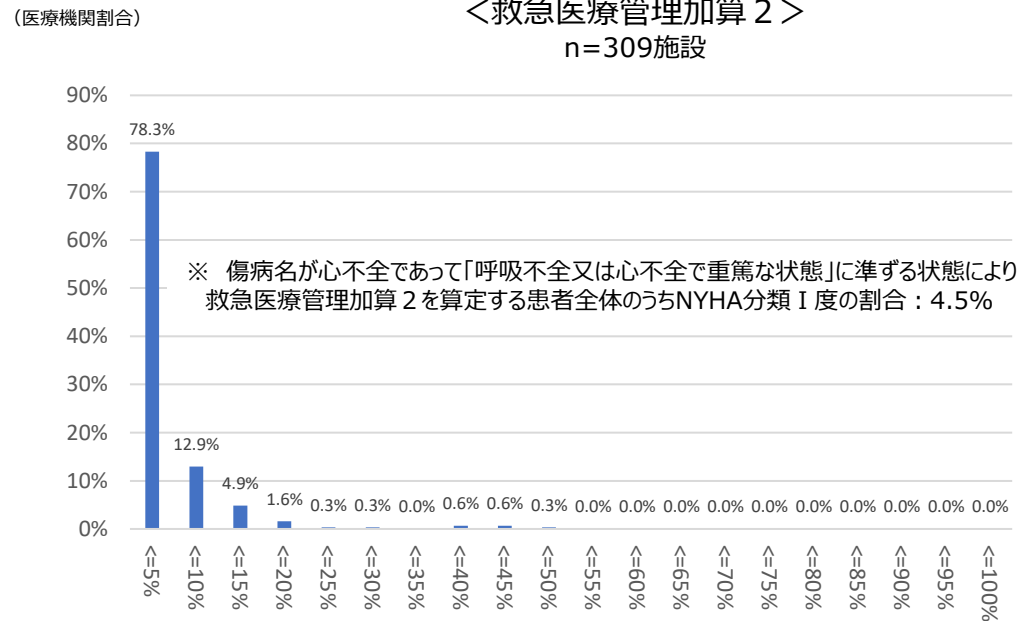
○ 傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、NYHA分類 I 度の割合は、

- ・ 加算1においては、85%の医療機関で5%以下である一方、5%の医療機関で10%以上
 - ・ 加算2においては、78%の医療機関で5%以下である一方、4%の医療機関で15%以上
- であり、NYHA分類 I 度の割合が大きい医療機関が一部みられた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類 I 度の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)



(傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうち、NYHA I の割合)



(傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうち、NYHA I の割合)

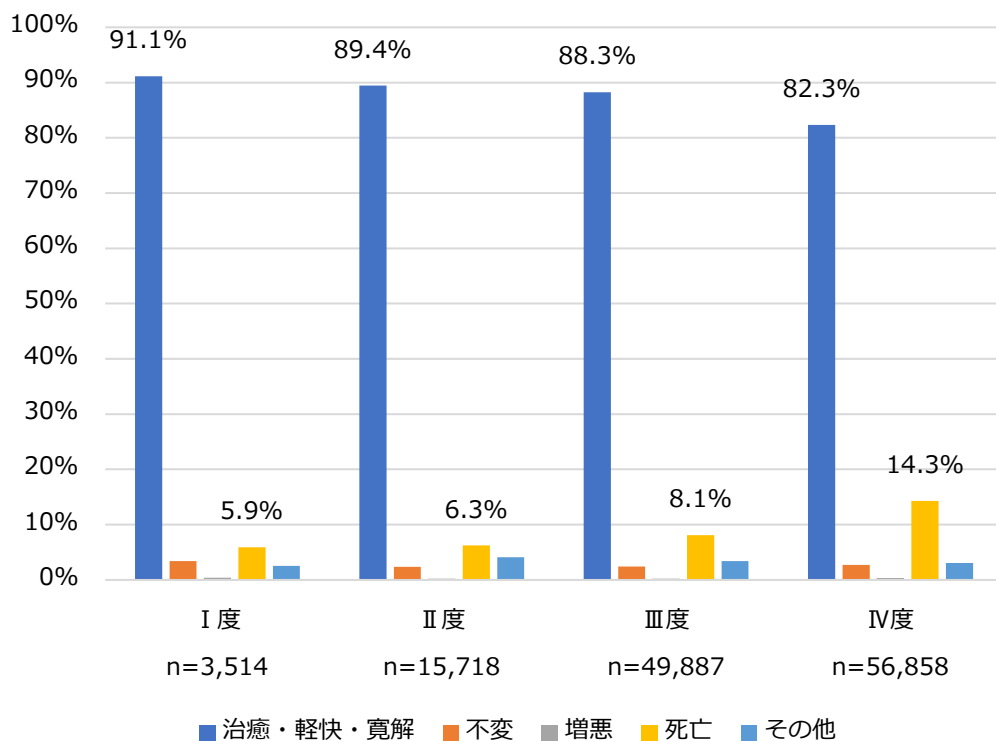
※令和4年度のNYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者の転帰

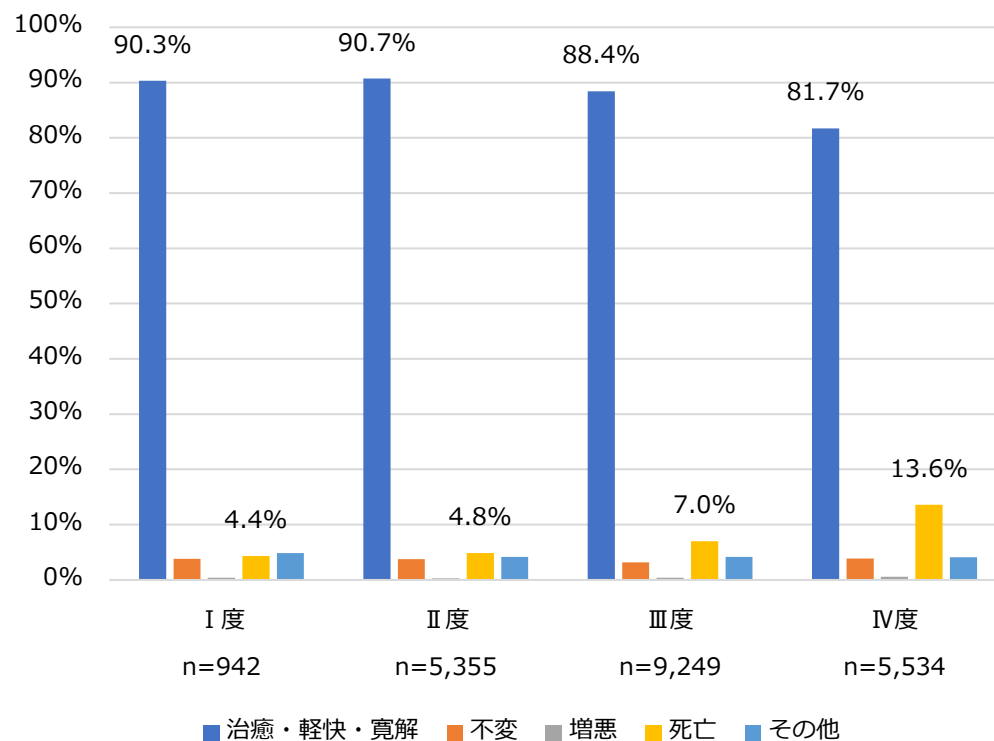
○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者においては、入院時のNYHA分類で死亡率に差がみられるものの、NYHA分類ごとの加算1を算定する場合と加算2を算定する場合とでは、大きな差がみられなかった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者における入院時のNYHA分類ごとの転帰

＜加算1を算定する患者＞
n=125,977



＜加算2を算定する患者＞
n=21,080

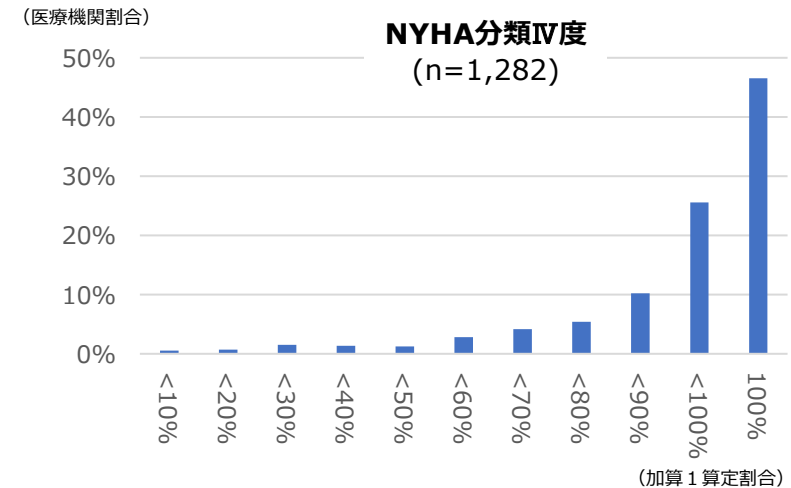
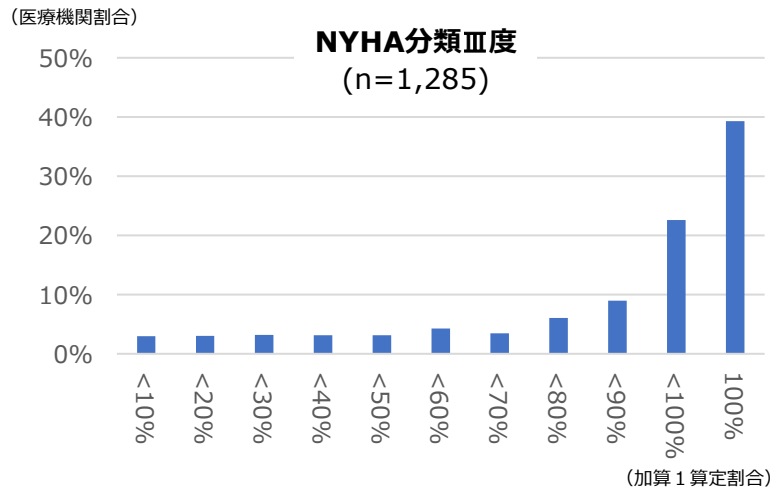
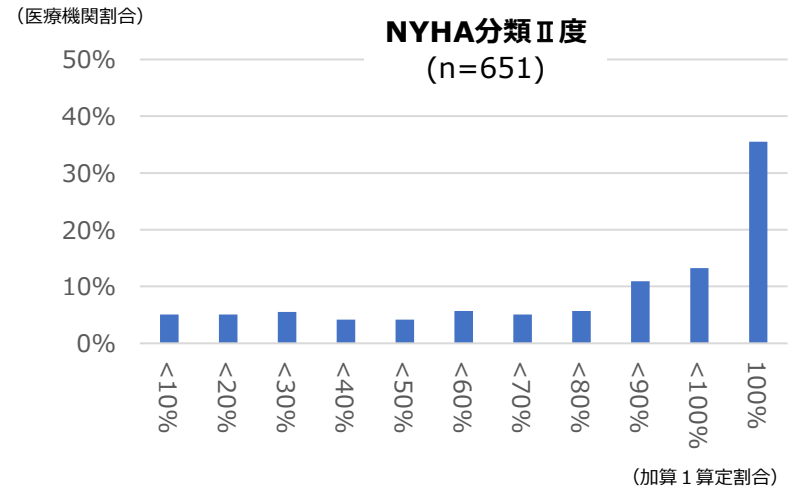
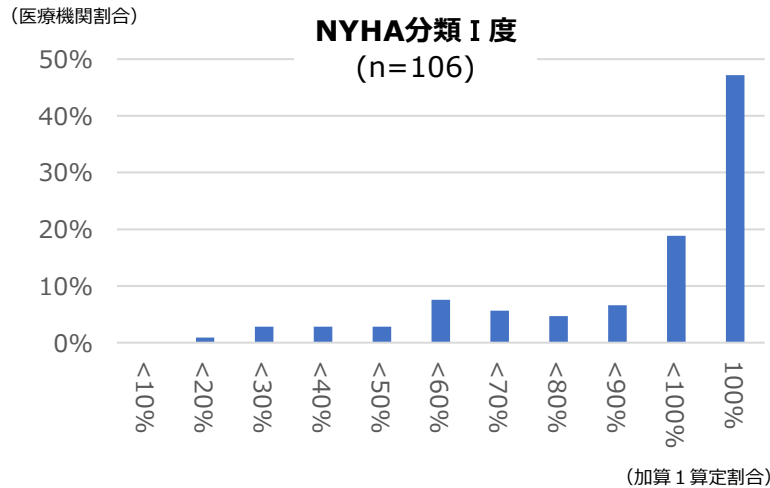


※ NYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況③

○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者においては、いずれのNYHA分類でも加算1を算定する割合が高い医療機関が多いが、医療機関間のばらつきがあった。

医療機関ごとの、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者のうち加算1を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ



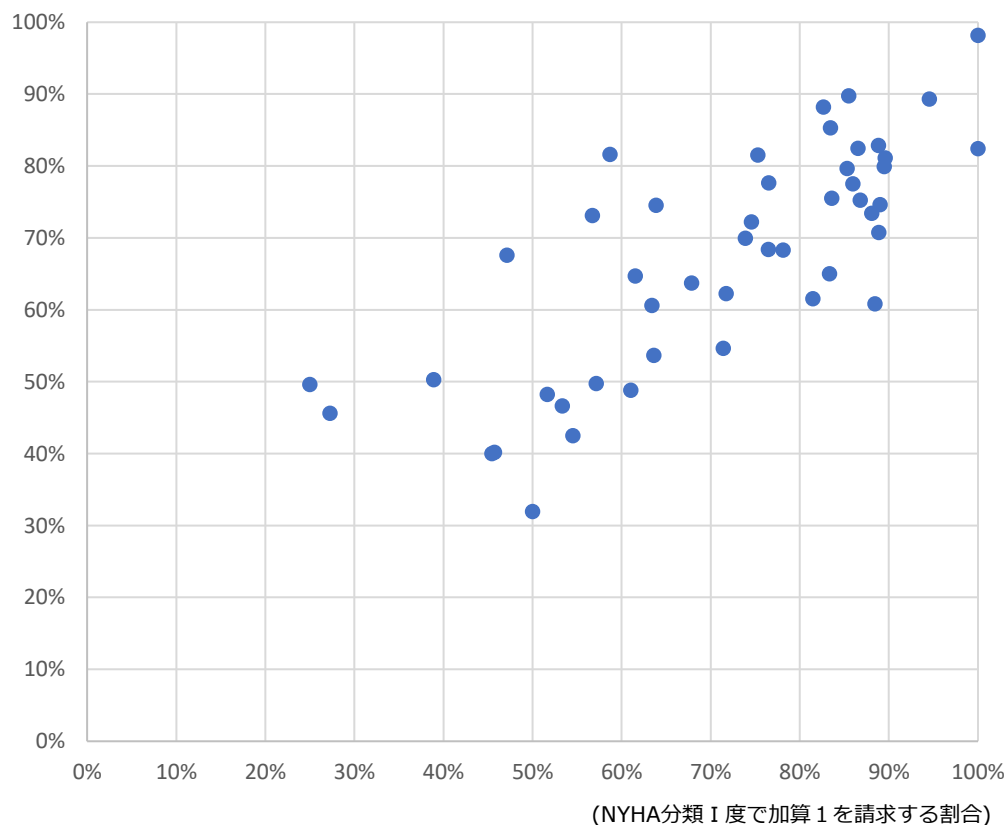
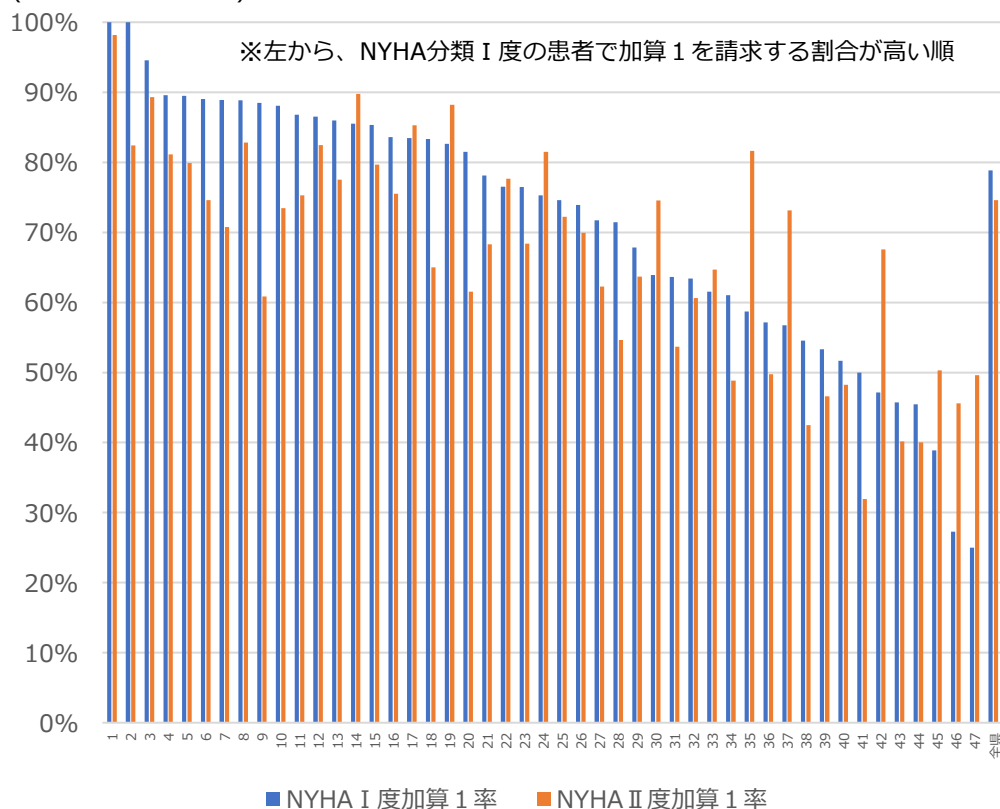
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況（都道府県別）

- 傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合において加算1を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。
- NYHA分類Ⅰ度の患者で加算1を請求する割合が高い都道府県においては、NYHA分類Ⅱ度で加算1を請求する割合も高い傾向にあった。

傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合における NYHA分類ごとの加算1を請求する割合（都道府県別）

(加算1を請求する割合)

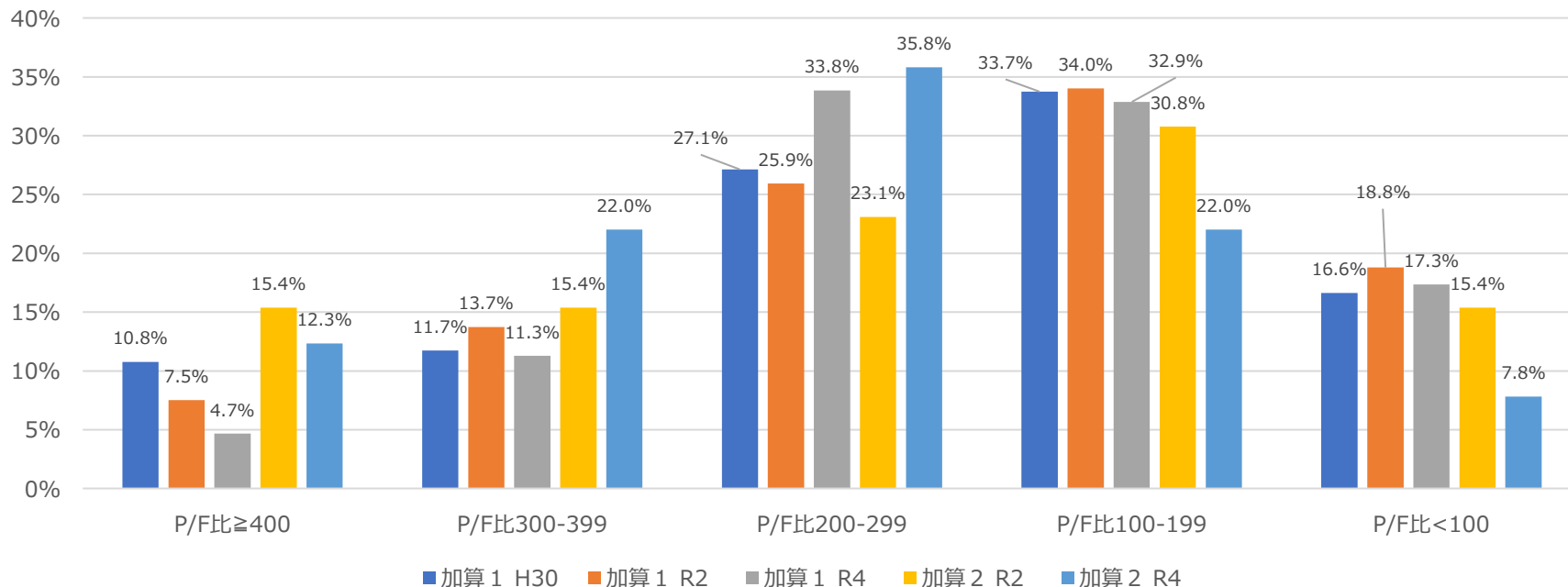
(NYHA分類Ⅱ度で加算1を請求する割合)



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況①

○ 令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の割合は、特に加算1において平成30年度以降減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比の分布



※ P/F比は平成30年度及び令和2年度は入院時、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いものによる。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{\text{PaO}_2 \text{ (動脈血酸素分圧)}}{\text{FIO}_2 \text{ (吸入気酸素)}}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考: SOFAスコア(呼吸の評価)

SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

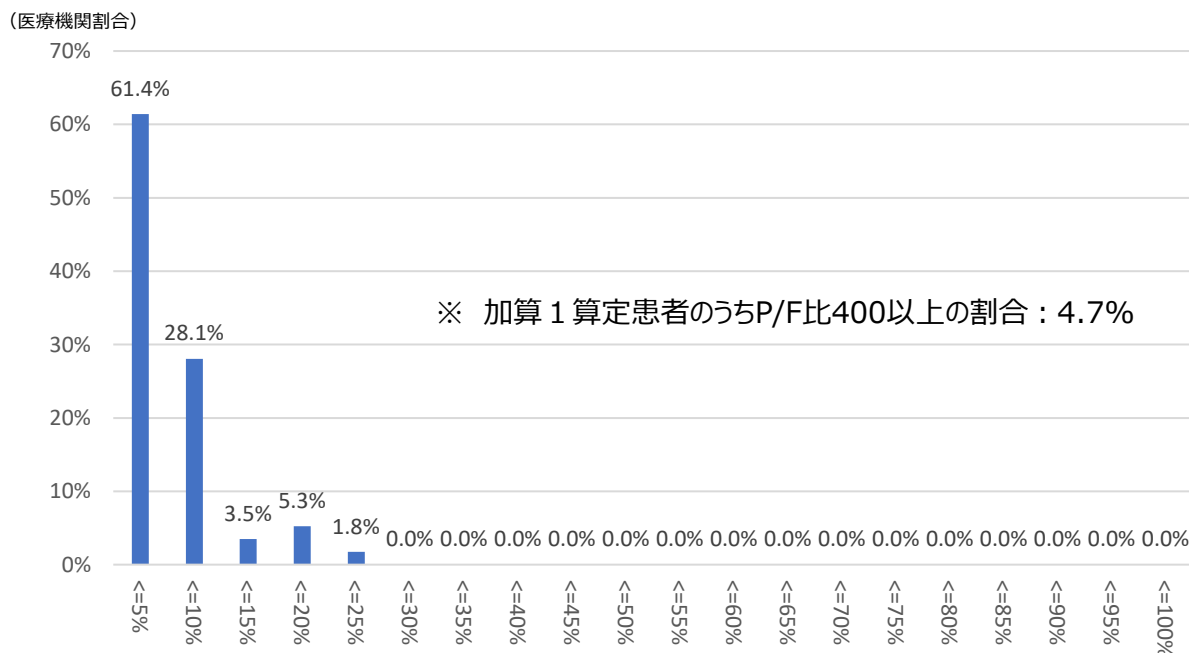
※出典: 日本版敗血症診療ガイドライン2016

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

○ 傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算1を算定する患者のうち、P/F比が400以上の割合は、61%の医療機関で5%以下である一方、2%の医療機関で20%以上であり、P/F比400以上の割合が大きい医療機関が一部にみられた。

救急医療管理加算1を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(加算1を10人以上算定する医療機関のみ, n=57)

※令和4年度のP/F比は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。



※ 加算1算定患者のうちP/F比400以上の割合：4.7%

(傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算1を算定する患者のうち、P/F比400以上の割合)

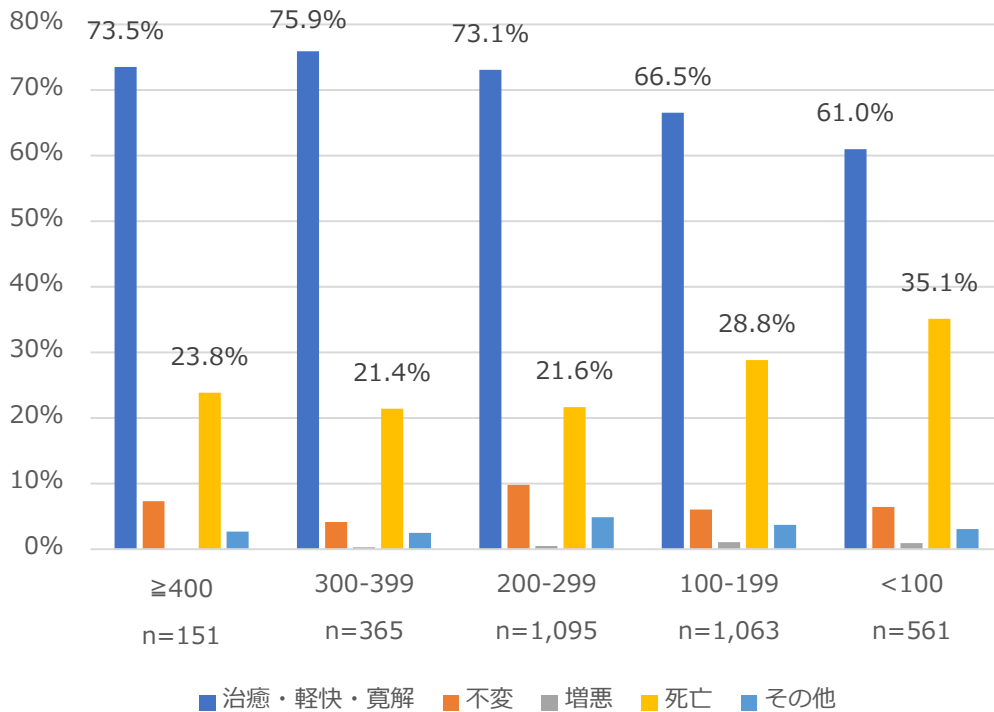
※傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態より加算2を算定する患者数が10人以上の医療機関が少数であるため加算1のみ集計

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者の転帰

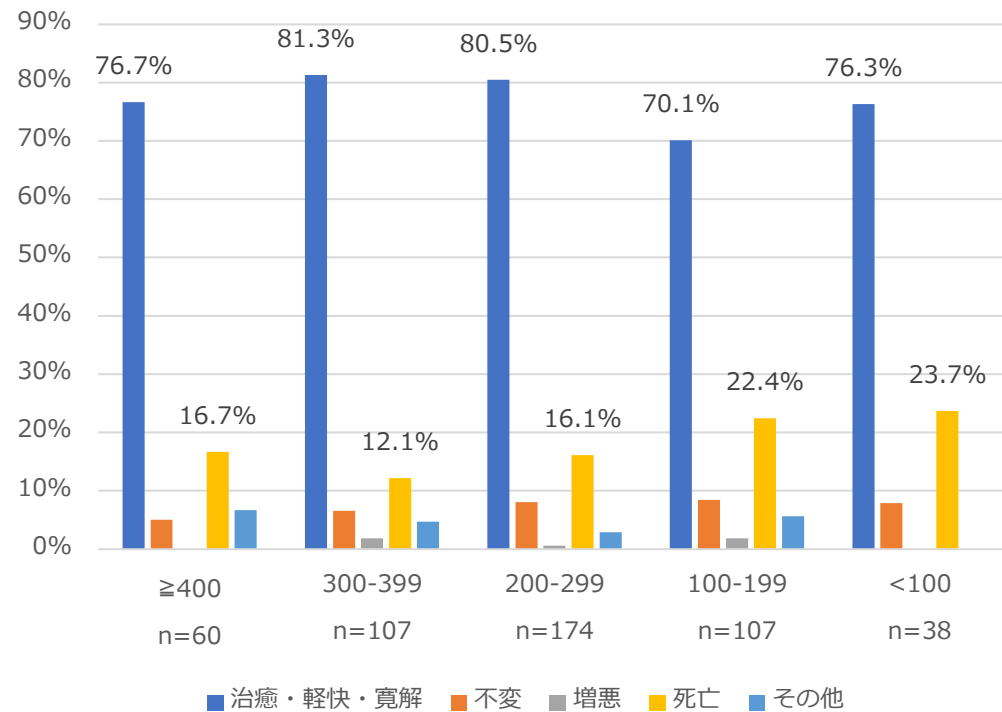
○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F比が低いほど死亡率が高かったが、P/F比が400以上の場合でも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者における入院時のP/F比ごとの転帰

＜加算1を算定する患者＞
n=3,235



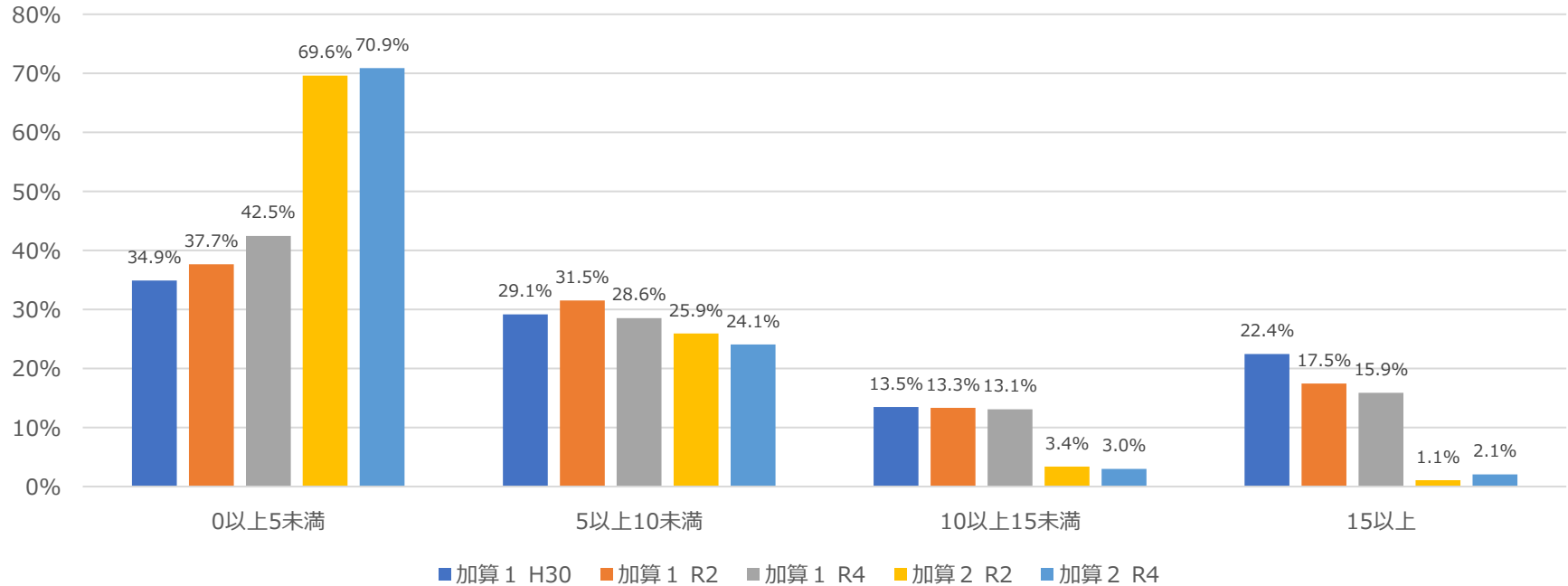
＜加算2を算定する患者＞
n=486



「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」による救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算を算定する患者のうち広範囲熱傷等の患者においては、Burn Index 0以上5未満の割合が増加していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷※」の患者におけるBurn Indexの分布
 ※H30, R2は広範囲熱傷のみ



(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積}(\%) + \text{Ⅱ度熱傷面積}(\%) \times 1/2$$

※Burn Index 10～15以上が重症とされる

出典：日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

I度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
Ⅱ度熱傷	浅達性：水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1～2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性：水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3～4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1～3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況①

○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者で多い傷病名は以下のとおりであり、これらの疾患により重篤な状態であれば、「意識障害又は昏睡」、「救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA両方を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」等、算定対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。

「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者に多い傷病

(最も医療資源を投入した傷病)

脳動脈の血栓症による脳梗塞	34826	4.0%
食物及び吐物による肺臓炎	27860	3.2%
尿路感染症, 部位不明	21552	2.5%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	20535	2.4%
急性尿細管間質性腎炎	20183	2.3%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17806	2.1%
その他の脳梗塞	17455	2.0%
肺炎, 詳細不明	15308	1.8%
転子貫通骨折 閉鎖性	14898	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13319	1.5%
細菌性肺炎, 詳細不明	11483	1.3%
腰椎骨折 閉鎖性	11076	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	9948	1.2%
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	9208	1.1%
閉塞を伴う腸癒着〔索条物〕	9167	1.1%

(入院の契機となった病名)

脳動脈の血栓症による脳梗塞	32662	3.8%
食物及び吐物による肺臓炎	25348	2.9%
尿路感染症, 部位不明	23388	2.7%
急性尿細管間質性腎炎	20353	2.4%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	18657	2.2%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	18179	2.1%
肺炎, 詳細不明	16833	2.0%
その他の脳梗塞	16159	1.9%
転子貫通骨折 閉鎖性	15049	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	12156	1.4%
細菌性肺炎, 詳細不明	11845	1.4%
腰椎骨折 閉鎖性	11382	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	10623	1.2%
胆管炎	10101	1.2%
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	9737	1.1%

<救急医療管理加算1の算定対象>

- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
 ※加算2の対象は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況②

○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち「その他の重症な状態」の患者において、入院3日以内に実施した処置及び手術で多いものは以下のとおり。

「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者における
入院3日以内に多く実施されている処置及び手術
(「その他の重症な状態」の患者に多い傷病ごと)

	脳動脈の血栓症による脳梗塞		食物及び吐物による肺臓炎		尿路感染症, 部位不明		穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患		急性尿細管間質性腎炎	
	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合
1	酸素吸入(1日につき)	2881 8.3%	酸素吸入(1日につき)	15676 56.3%	留置カテーテル設置	4994 23.2%	輸血 2 保存血液輸血	3234 15.1%	留置カテーテル設置	4591 22.4%
2	留置カテーテル設置	2657 7.6%	喀痰吸引	12737 45.7%	酸素吸入(1日につき)	4193 19.5%	酸素吸入	1353 6.3%	酸素吸入	3124 15.2%
3	喀痰吸引	1055 3.0%	留置カテーテル設置	4571 16.4%	導尿(尿道拡張)	2223 10.3%	小腸結腸内視鏡的止血術	1287 6.0%	導尿(尿道拡張)	1442 7.0%
4	導尿(尿道拡張)	563 1.6%	導尿(尿道拡張)	2545 9.1%	喀痰吸引	1991 9.2%	留置カテーテル設置	419 2.0%	喀痰吸引	1100 5.4%
5	高気圧酸素治療(1日につき) 2 その他のもの	553 1.6%	排便	900 3.2%	排便	575 2.7%	人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合1	206 1.0%	経尿道的尿管ステント留置術	632 3.1%
6	鼻腔栄養	528 1.5%	鼻腔栄養	788 2.8%	膀胱洗浄(1日につき)	418 1.9%	内視鏡的大腸ポリープ・ 粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満	170 0.8%	膀胱洗浄	442 2.2%
7	人工腎臓(1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合1	507 1.5%	超音波ネブライザ	663 2.4%	輸血 2 保存血液輸血(200mLごとに)	318 1.5%	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	169 0.8%	排便	359 1.8%
8	排便	292 0.8%	胃持続ドレナージ	457 1.6%	創傷処置(100平方センチメートル未満)	254 1.2%	導尿(尿道拡張)	89 0.4%	輸血 2 保存血液輸血	261 1.3%
9	胃持続ドレナージ	203 0.6%	創傷処置(100平方センチメートル未満)	428 1.5%	鼻腔栄養	228 1.1%	喀痰吸引	85 0.4%	尿路ストーマカテーテル交換法	163 0.8%
10	創傷処置(100平方センチメートル未満)	188 0.5%	ドレーン法(ドレナージ)(その他のもの)	406 1.5%	創傷処置(100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満)	218 1.0%	人工腎臓 4 その他の場合	76 0.4%	人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合1	157 0.8%

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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. 入退院支援について
 - 13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
 - 13-4. 救急医療管理加算について
 - 13-5. **短期滞在手術等基本料について**
 - 13-6. データ提出加算について
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

短期滞在手術等基本料の概要

○ 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。
（共通の要件）

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC対象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○:算定可能、×:算定不可

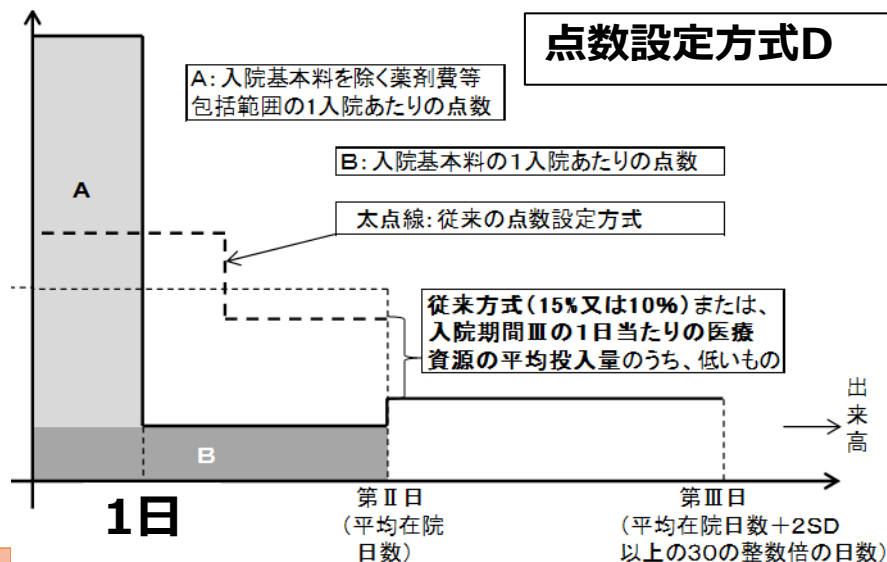
短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

- DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。

- DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。

- ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料1の見直し

- ▶ 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点

【施設基準】

短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

改定後

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

(改)イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点

(改)ロ イ以外の場合 2,718点

【施設基準】

短期滞在手術等基本料にかかる手術(全身麻酔を伴うものに限る。)が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- ▶ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする（15項目→38項目）。
- ▶ 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料2の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料2について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行

【短期滞在手術等基本料2】

短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点
（生活療養を受ける場合にあっては、 5,046点）

改定後

(削除)

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
 K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 2 その他のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

短期滞在手術等基本料1の対象手術等（15項目(R2改定後) → 38項目(R4改定後)）

[D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン\(GH\)\(一連として\)](#)

[D291-2 小児食物アレルギー負荷検査](#)

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K008 腋臭症手術 1 皮弁法

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

K008 腋臭症手術 3 その他のもの

[K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足\(手に限る。\)](#)

[K048 骨内異物\(挿入物を含む。\)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指\(手、足\)その他\(手に限る。\)](#)

K068 半月板切除術

K068-2 関節鏡下半月板切除術

[K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指\(手、足\)\(手に限る。\)](#)

K093 手根管開放手術

[K093-2 関節鏡下手根管開放手術](#)

[K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの](#)

[K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの](#)

[K224 翼状片手術\(弁の移植を要するもの\)](#)

[K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの\(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。\)](#)

[K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術](#)

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの

[K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの](#)

[K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合](#)

K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合

[K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満](#)

[K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上](#)

K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)

K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回](#)

[K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法\(一連として\)](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術](#)

[K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術](#)

[K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術](#)

K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

[K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満](#)

[K743 痔核手術\(脱肛を含む。\) 2 硬化療法\(四段階注射法によるもの\)](#)

[K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術\(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。\)](#)

[K823-6 尿失禁手術\(ボツリヌス毒素によるもの\)](#)

[K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術](#)

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等 (19項目(R2改定後) → 57項目(R4改定後))

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術

K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)

K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)

K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

K093-2 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)

K242 斜視手術 2 後転法

K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施

K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)、(両側)

K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)

K318 鼓膜形成手術

K333 鼻骨骨折整復固定術

K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者

K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

K617-2 大伏在静脈抜去術

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)

K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)

K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K867 子宮頸部(腔部)切除術

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

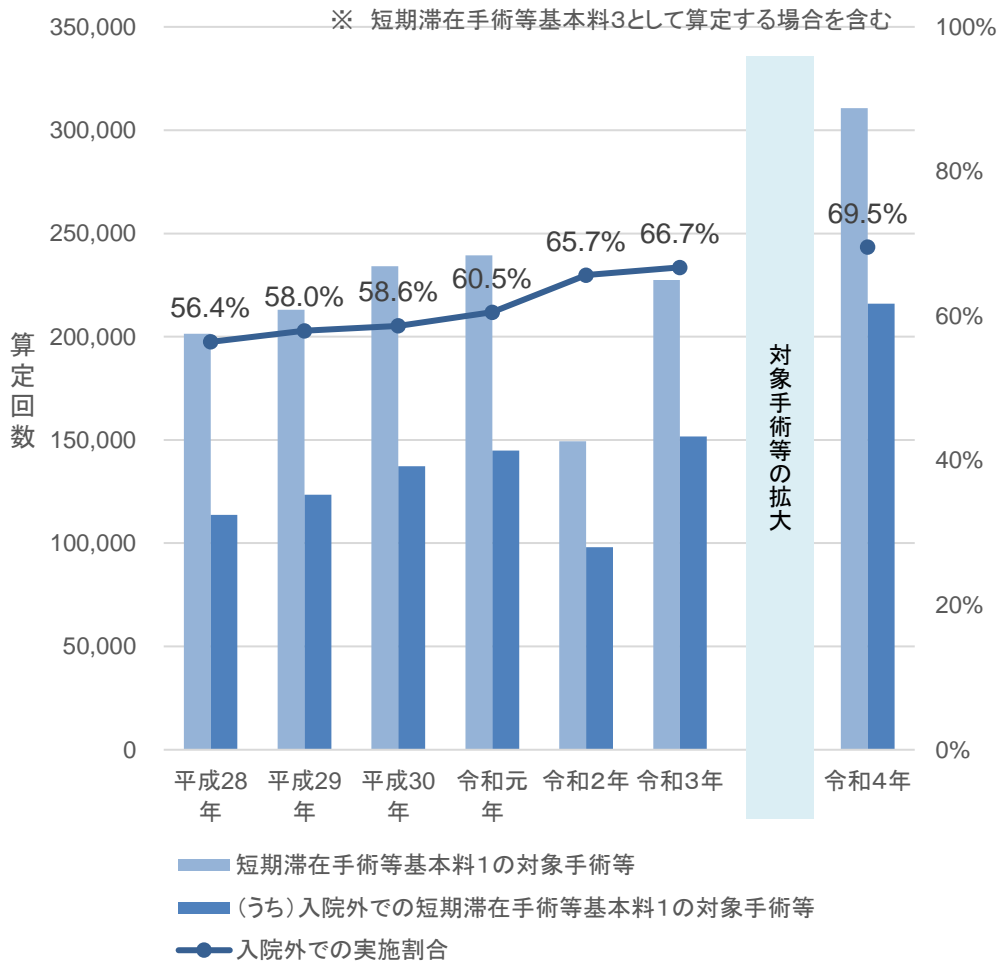
K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

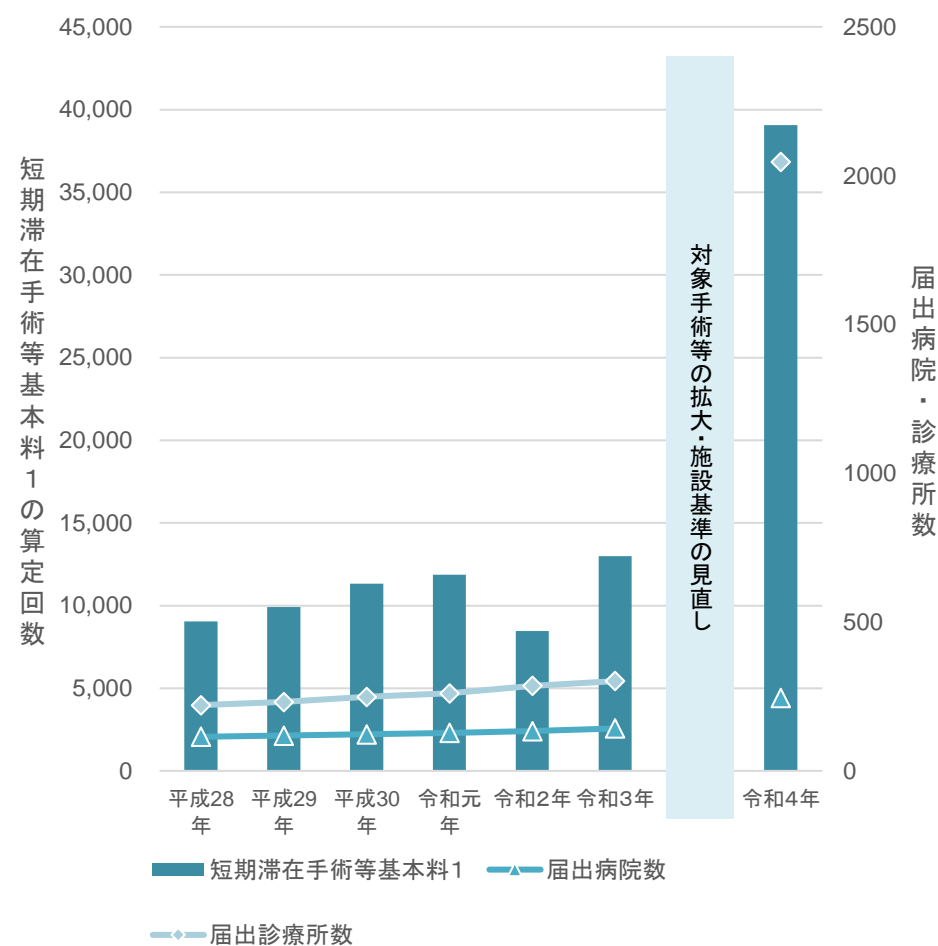
短期滞在手術等基本料1の年次推移

- 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数及び届出病院・診療所数は、いずれも令和4年度改定を経て増加している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の算定実績



短期滞在手術等基本料1の算定実績

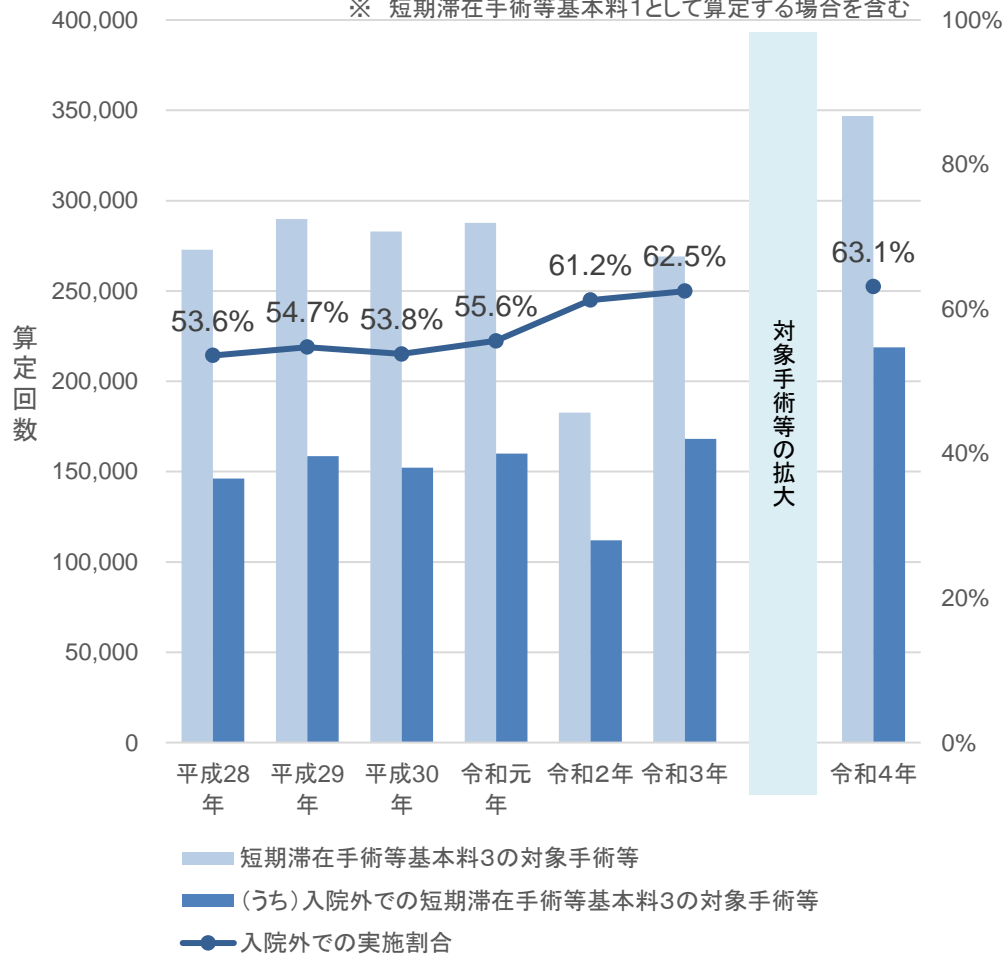


短期滞在手術等基本料3の年次推移

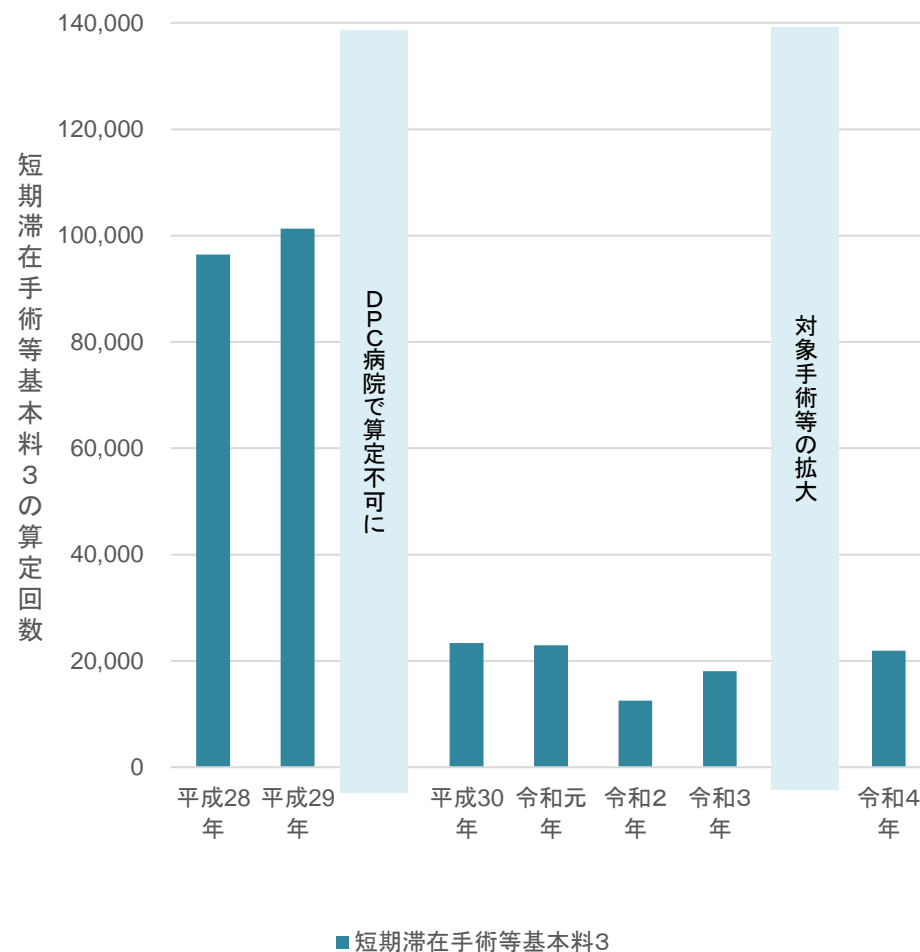
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定実績

※ 短期滞在手術等基本料1として算定する場合を含む



短期滞在手術等基本料3の算定実績



DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の実施について(令和5年6月21日中医協総会了承)

1. 概要

- 令和6年度診療報酬改定に向け、DPC/PDPSについては、令和4年度特別調査の結果等も踏まえ、令和5年度特別調査の実施に向けた調査設計等を行うこととされている(令和5年5月10日中医協総会了承)。
- 令和5年度特別調査の具体的な調査内容等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2. 背景・目的

(1)適切なコーディングについて

- 機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数においては、適切なコーディングを評価する観点から、様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」のICDコードとして、「部位不明・詳細不明コード」(※1)を使用した割合について評価を行っている。
※1 部位や病態等を確認することにより、他のコードに分類される可能性が高いICDコードのうち一部を、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料において指定している。
- 現在は10%以上を減点対象としており、ほとんどの病院で基準値を下回っている一方で、令和5年度において減点対象となっている病院も23病院存在する。
- 適切なコーディングはDPC/PDPSの安定的な運用の前提であり、令和4年度特別調査を踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要であると考えられたことから、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高い理由や背景を把握するため、特別調査を実施することとする。

(2)短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

- DPC/PDPSにおいては、短期滞在手術等基本料3の対象手術等(以下、「短在3対象手術等」という。)は、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。
- 短在3対象手術等には、全国での外来実施割合が高い短期滞在手術等基本料1の対象手術等(以下、「短在1対象手術等」という。)も含まれるが、そのうち、DPC対象病院における外来実施割合が低い手術等も存在する。
- 令和4年度特別調査において、外来で診療可能な症例を入院で診療している等の意見もみられたこと等も踏まえ、DPC/PDPSにおける短期滞在手術等の評価のあり方を検討するにあたり、入院／入院外での実施状況等を把握するため特別調査を実施することとする。

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について(令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 患者数に比して、外来や日帰りに対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急に対応する体制が整っていない。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

- 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞
在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制
でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
- 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するス
ペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の1日入院での実施割合

- 短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院症例のうち、1日入院(同一の日に入院及び退院した場合(※))の割合は、DPC対象病院で4.5%、出来高病院では10.8%であった。
(※) 短期滞在手術等基本料1を算定する場合は含まれない。

	DPC対象病院	出来高病院
短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院数	763,658	246,528
うち、短在1対象手術等を実施した1日入院数 (割合)	34,354 (4.5%)	26,711 (10.8%)

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の在院日数別の実施割合

- 短期滞在手術等基本料1の主な対象手術等について、入院から5日以内に当該手術等を実施した入院症例に占める1日入院、1泊2日入院、2泊以上入院の割合はそれぞれ以下のとおりであった。
- 手術等によりバラツキはあるものの、1日入院で実施される症例が一定程度存在する。

対象手術等	DPC対象病院				出来高病院			
	5日以内の入院症例数	割合			5日以内の入院症例数	割合		
		1日	1泊2日	2泊以上		1日	1泊2日	2泊以上
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	309,512	6.6%	41.2%	52.1%	91,468	15.5%	48.7%	35.8%
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	2,995	1.0%	21.3%	77.7%	319	8.5%	49.8%	41.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	21,226	19.3%	53.4%	27.4%	7,893	33.1%	51.1%	15.8%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	1,297	3.0%	36.4%	60.6%	389	19.8%	42.2%	38.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	224,012	0.9%	67.8%	31.3%	81,111	3.6%	74.7%	21.7%
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,350	17.2%	56.3%	26.4%	2,137	14.8%	60.9%	24.3%

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況①

- 令和4年度改定以前より短期滞在手術等基本料3の対象となっていた手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。)

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	短期滞在手術等基本料3		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
小児食物アレルギー負荷検査	3,187	1.04	2,727	1.10
前立腺針生検法 その他のもの	8,171	2.51	9,550	2.43
関節鏡下手根管開放手術	975	3.19	1,035	3.69
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	107	2.01	108	2.02
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	77,058	2.60	83,975	2.47
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	5,765	4.92	7,493	4.76
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	400	3.21	319	2.88
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	8,115	2.75	7,893	2.76
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	1,535	3.21	1,602	3.05
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	580	3.06	389	2.99
下肢静脈瘤手術 硬化療法	153	2.14	139	1.34
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	162	1.89	180	1.89
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	125	3.00	59	2.49
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	62	2.24	40	2.20
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	64	2.50	40	2.60
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	9,266	5.60	9,245	5.42
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	27	2.74	30	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	45	2.64	44	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	27	2.81	21	2.24
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	5,619	4.97	7,418	4.76
内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	79,045	2.44	81,111	2.40
内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	5,839	3.21	6,115	3.11
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,119	2.38	2,137	2.31
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	4,897	2.28	3,892	2.16
子宮頸部(腔部)切除術	1,181	3.02	1,027	3.05
ガンマナイフによる定位放射線治療	1,521	3.19	1,561	3.47

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況②

- 令和4年度改定より新たに短期滞在手術等基本料3の対象となった手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その1

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 安全精度管理下で行うもの	345	2.14	724	2.09
終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合 その他のもの	11,478	2.38	10,703	2.07
反復睡眠潜時試験(MSLT)	227	2.03	213	2.08
内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験 成長ホルモン(GH)(一連につき)	394	3.09	180	2.51
経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術	585	3.20	729	3.02
四肢・躯幹部腫瘍摘出術(手)	319	3.41	263	3.26
骨折観血的手術(手舟状骨)	291	3.74	250	4.49
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(前腕)	4,734	4.34	3,680	3.57
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(鎖骨)	1,835	4.28	1,350	3.69
骨内異物(挿入物を含む。)除去術(手)	331	3.43	255	2.93
ガングリオン摘出術(手)	178	3.61	131	2.78
涙管チューブ挿入術 涙道内視鏡を用いるもの	191	2.13	314	2.08
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	391	2.52	315	2.27
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,437	2.95	1,485	2.59
眼瞼下垂症手術 その他のもの	768	2.67	884	2.33
翼状片手術 弁の移植を要するもの	771	2.93	948	2.84
斜視手術 後転法	533	3.53	467	2.80
斜視手術 前転法及び後転法の併施	504	2.83	581	2.61
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	106	3.78	146	3.60
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	539	2.62	1,017	2.15
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(片側)	177	2.99	163	2.99
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合 その他のもの(両側)	3	15.33	1	6.00

短期滞在手術等基本料3の算定回数・平均在院日数の状況③

短期滞在手術等基本料3の対象手術等(令和4年度改定より対象となったものに限る。) その2

手術等名称	令和2年度		令和4年度	
	出来高算定(DPC対象病院を除く)		短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
鼓膜形成手術	110	3.01	65	2.92
鼻骨骨折整復固定術	127	3.86	136	2.95
喉頭・声帯ポリープ切除術 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	326	3.72	101	5.50
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル以上	253	4.75	199	3.69
大伏在静脈抜去術	339	4.38	279	2.37
下肢静脈瘤血管内焼灼術	3,056	2.22	1,743	2.09
下肢静脈瘤血管内塞栓術	270	1.77	663	1.46
肛門ポリープ切除術	218	3.61	269	2.81
肛門尖圭コンジローム切除術	216	1.92	161	2.14
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	191	2.38	212	2.11
顕微鏡下精索静脈瘤手術	140	2.05	73	2.00
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 電解質溶液利用のもの	400	2.81	559	2.43
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 その他のもの	834	2.51	701	2.37
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 電解質溶液利用のもの	373	2.90	408	2.84
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 その他のもの	316	2.79	283	2.51
腹腔鏡下卵管形成術	115	4.32	92	4.14

出典: DPCデータ(各年度1年分)

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
 ※ 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. 入退院支援について
 - 13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
 - 13-4. 救急医療管理加算について
 - 13-5. 短期滞在手術等基本料について
 - 13-6. **データ提出加算について**
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ただし、特定入院料(区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。)のみの届出を行う保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

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）	

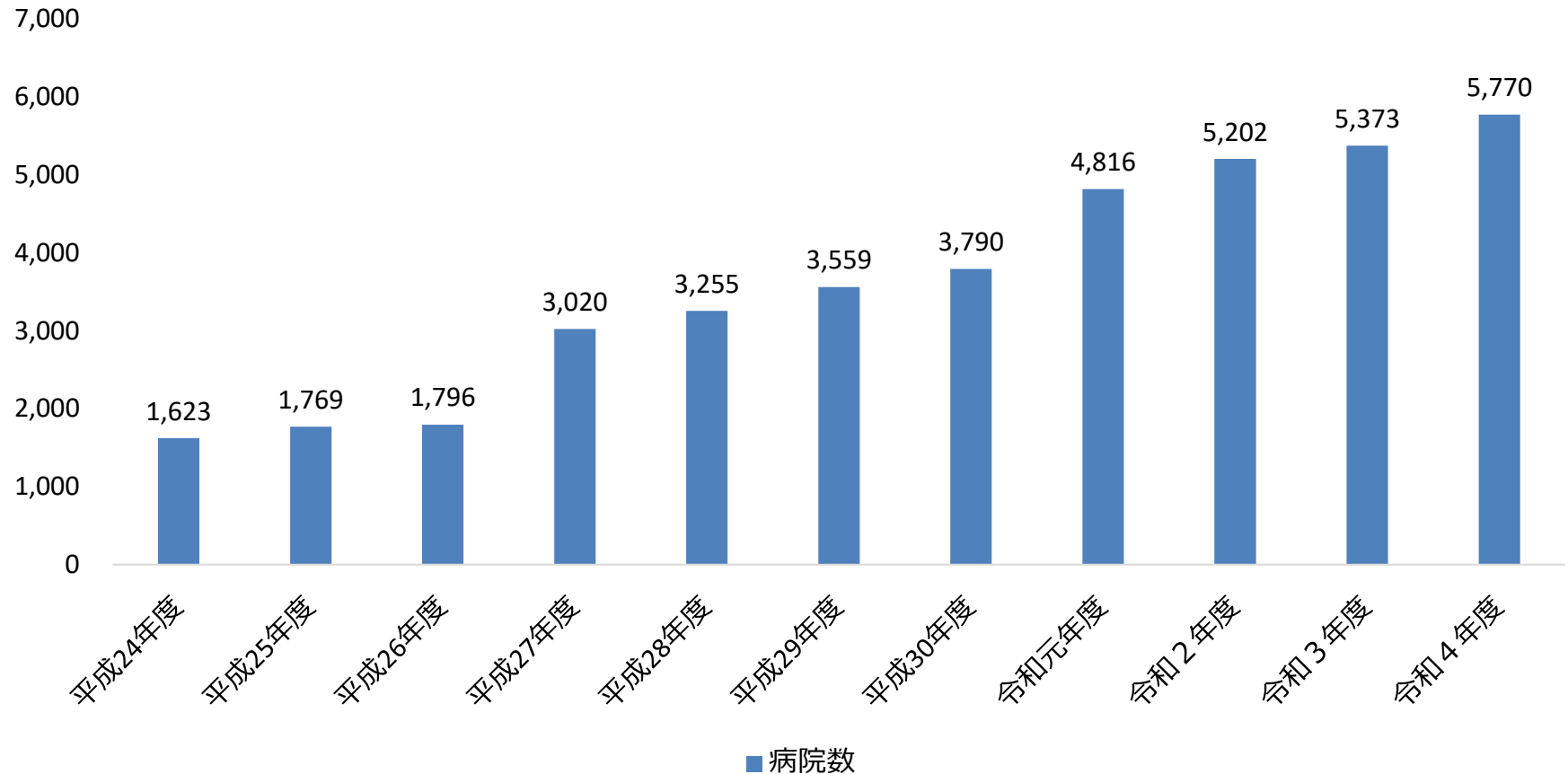
[経過措置]

- 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。

データ提出加算の届出医療機関数の推移

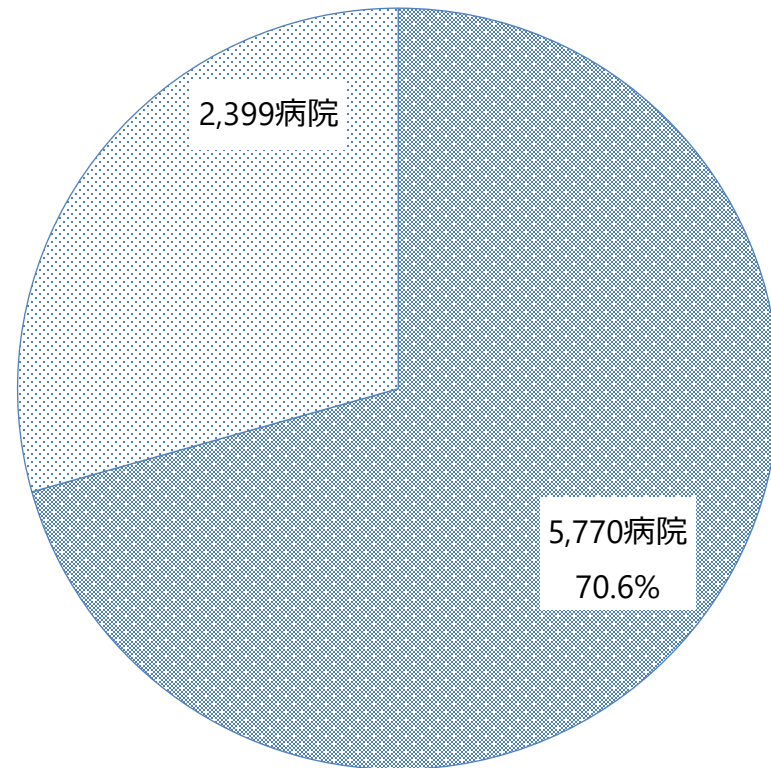
○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

- 令和4年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届け出ている病院の割合は、70.6%であった。（令和2年7月時点は63.0%）

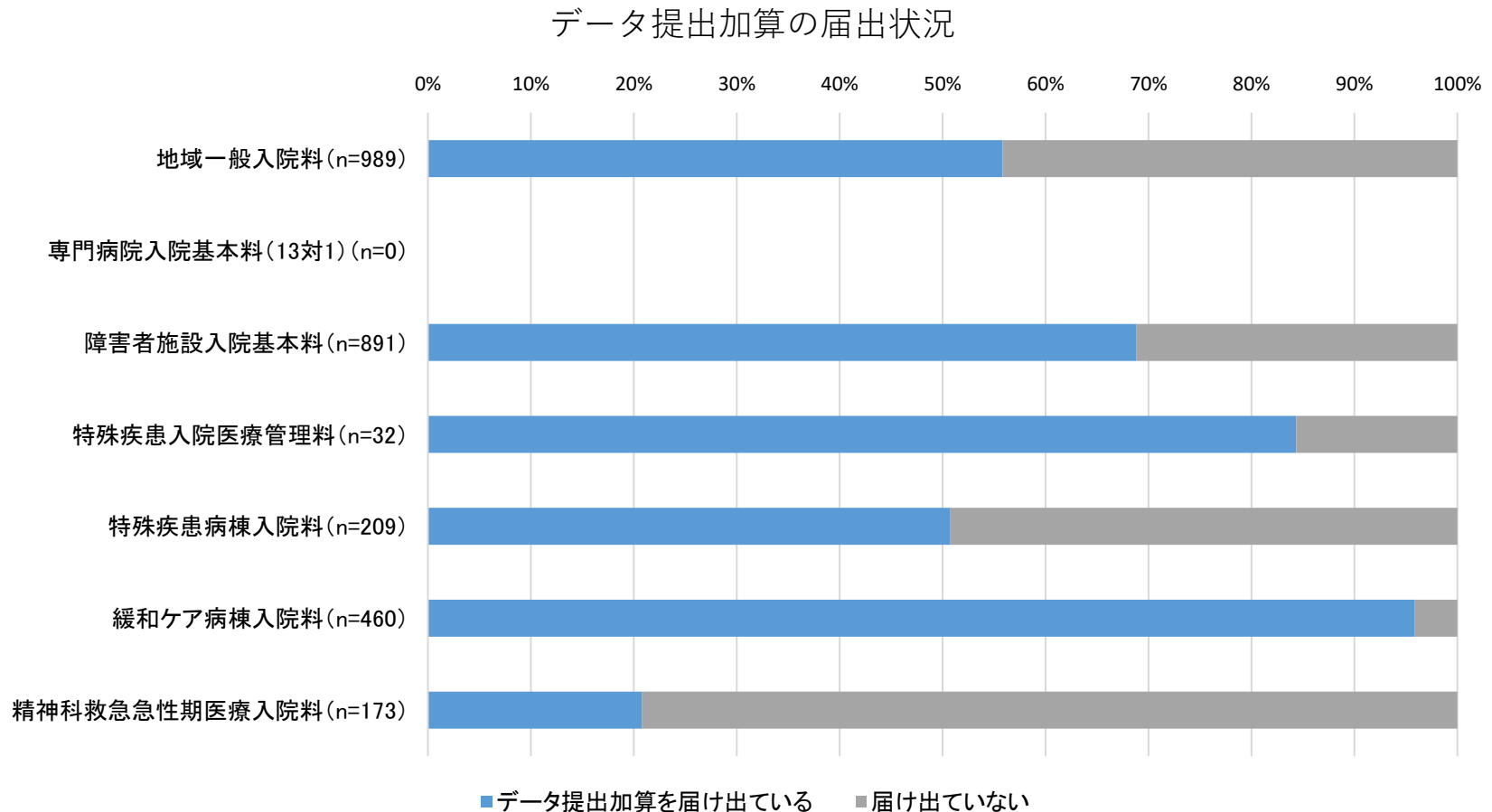


■ データ提出加算を届け出ている病院

■ データ提出加算を届け出ている病院でない病院

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

- 令和4年度診療報酬改定で新たにデータ提出加算の届出が要件となった各入院料の届出をしている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。



診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		120点
ロ 200床未満の病院の場合		170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		130点
ロ 200床未満の病院の場合		180点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 許可病床 200床以上の病院の場合		160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合		210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

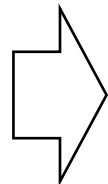
提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

- 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関(入院及び外来データを提出する場合に限る)において算定可能とする。

現行

提出データ評価加算 20点
 [算定要件]
 イ データ提出加算2を算定する医療機関であること
 ロ 未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。



改定後

提出データ評価加算 **40点**
 [算定要件]
 イ データ提出加算**2口**を算定する病院であること
 ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて**2%未満**、診療報酬明細書において**10%未満**であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行(例)

D413 前立腺生検法
11,736点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場合
口 その他のもの
22,411点

改定後(例)

D413 前立腺生検法
10,309点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場合
口 その他のもの
19,873点

(平均在院日数の検討例)

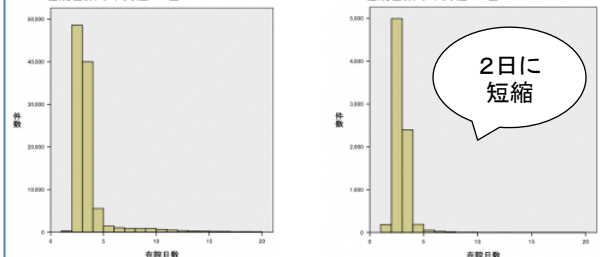
前立腺生検法

短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

○ 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

・平成25年※1
データ数：103,873例
平均在院日数：3.61日
在院日数の中央値：3日

・平成30年※2
データ数：7,947例
平均在院日数：2.55日
在院日数の中央値：2日



※1 平成25年4月から平成28年3月までの期間で、入院中に当該検査を実施した症例
 ※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該検査で短期滞在手術等基本料3を算定した症例
 出典：DPCデータ

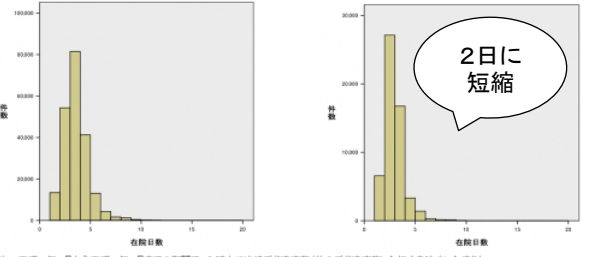
水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの 其他)は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

・平成25年※1
データ数：212,341例
平均在院日数：3.16日
在院日数の中央値：3日

・平成30年※2
データ数：55,873例
平均在院日数：2.45日
在院日数の中央値：2日



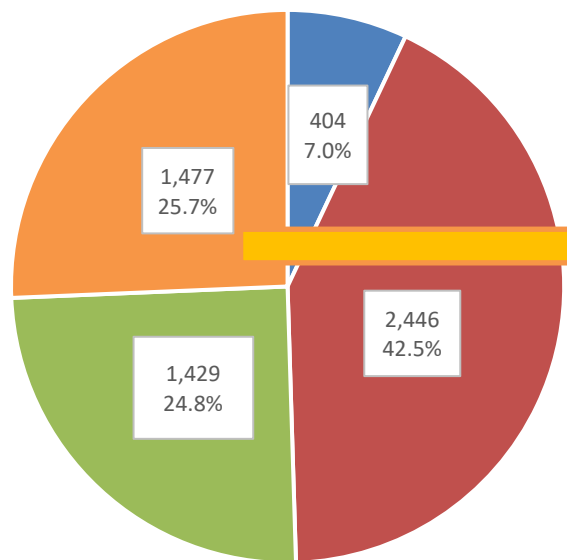
※1 平成25年4月から平成28年3月までの期間で、入院中に当該手術を実施(他の手術を実施した場合は除く)した症例
 ※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該手術で短期滞在手術等基本料3を算定した症例
 出典：DPCデータ

- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

提出データ評価加算の算定状況

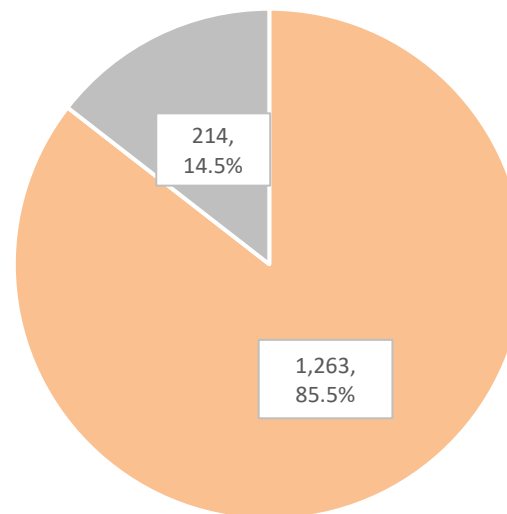
- 令和5年3月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、提出データ評価加算の算定が可能なデータ提出加算2口を算定する医療機関は1,477施設(25.7%)であった。
- 提出データ評価加算を算定する医療機関は1,263施設であり、データ提出加算2口を算定する医療機関の85.5%を占めている。

データ提出加算の算定種別施設数 (n=5,756)



- 1イ(入院データのみ、200床以上)
- 1ロ(入院データのみ、200床未満)
- 2イ(入院+外来データ、200床以上)
- 2ロ(入院+外来データ、200床未満)

データ提出加算2口の算定施設数 (n=1,477)

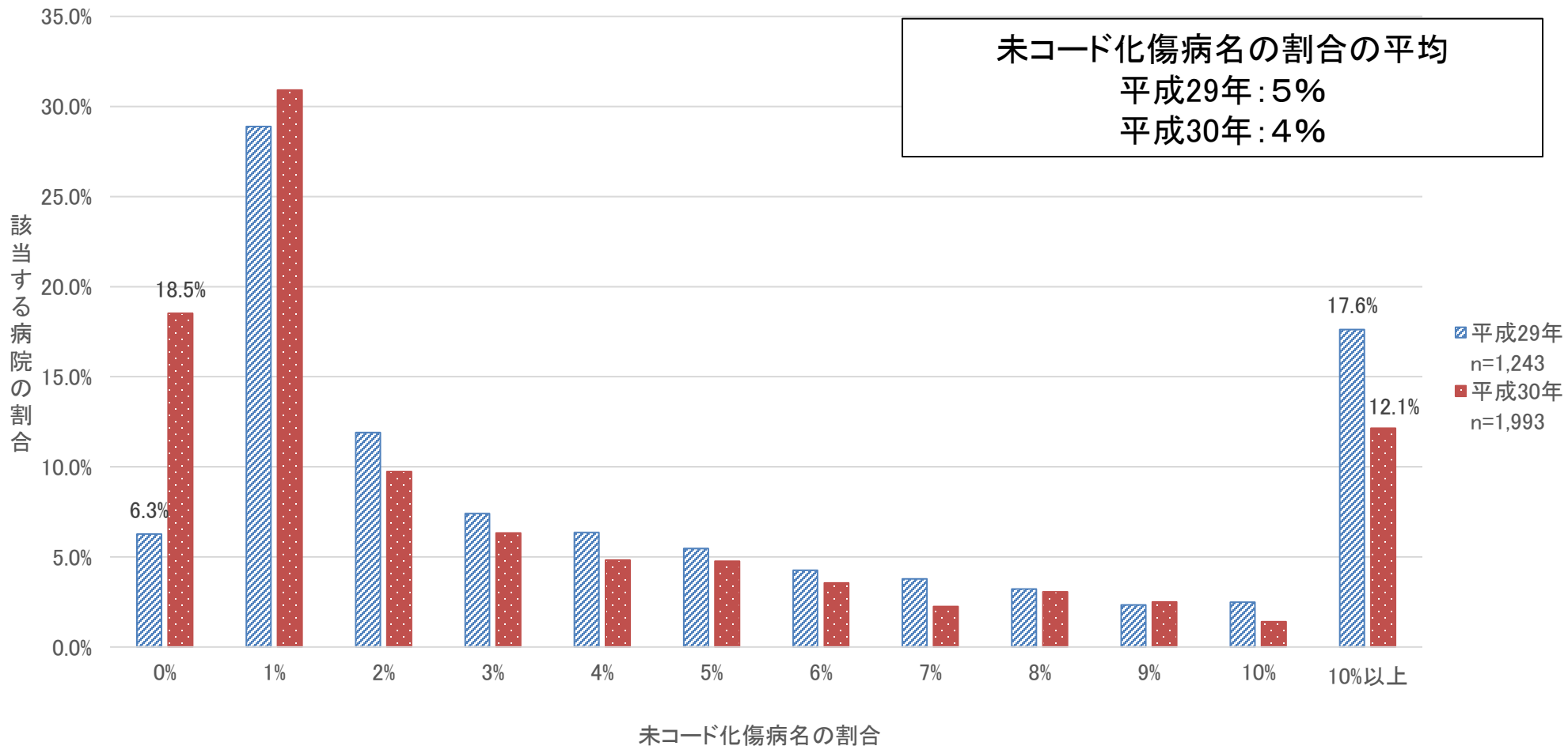


- 提出データ評価加算算定有
- 提出データ評価加算算定無

未コード化傷病名の割合(医科の診療報酬明細書)

- 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。
- 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

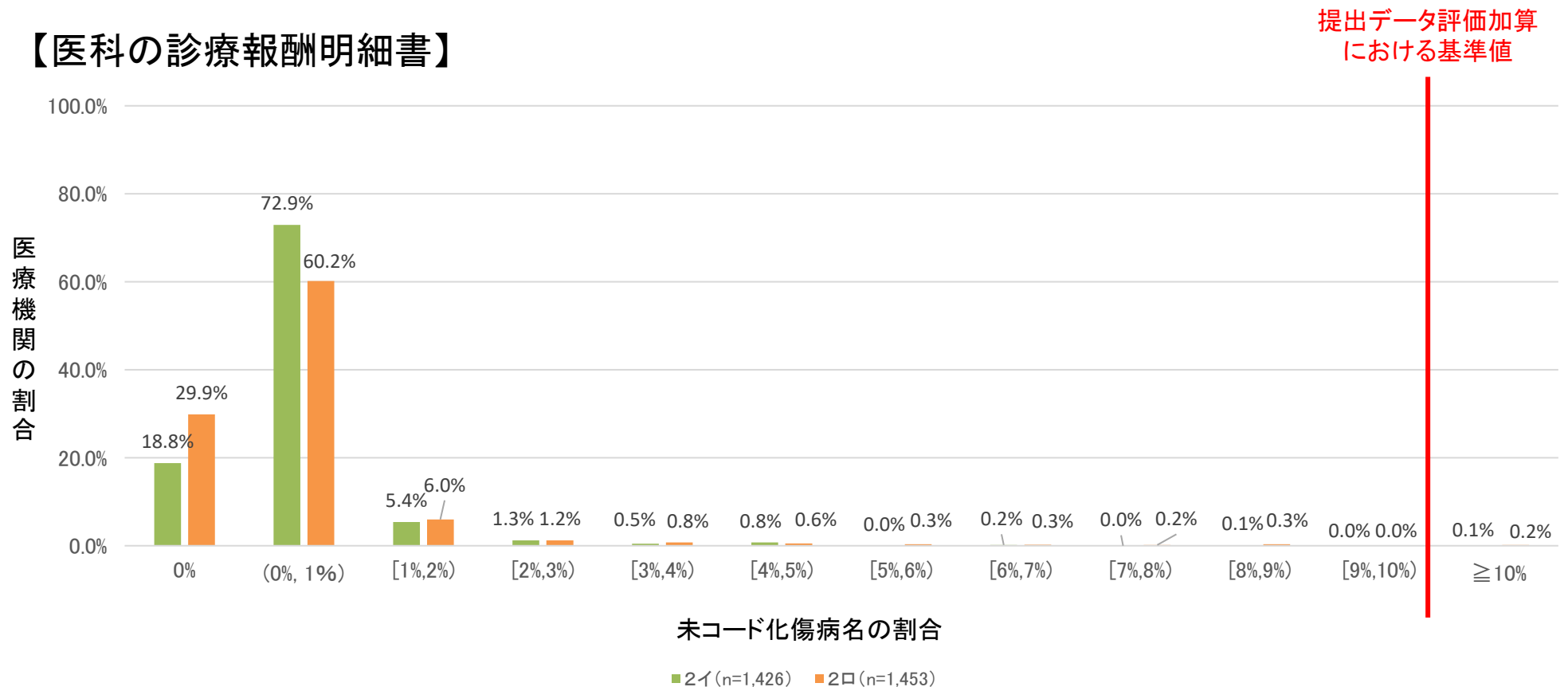
未コード化傷病名の割合別の出現頻度



未コード化傷病名の割合(医科診療報酬明細書)

○ 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.9%、99.8%が、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合に係る基準(10%未満)を満たしていた。

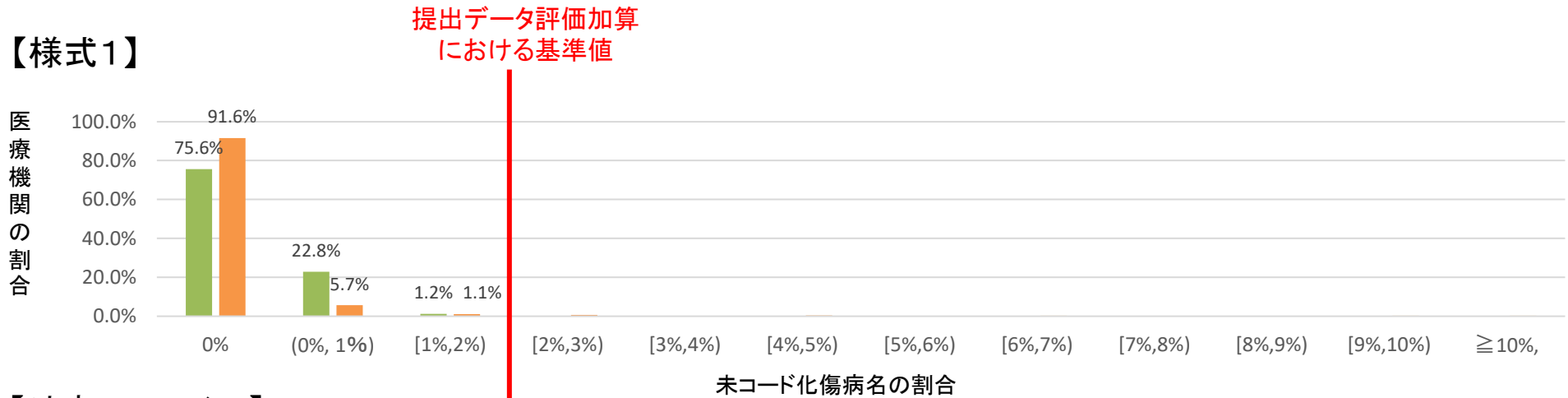
【医科の診療報酬明細書】



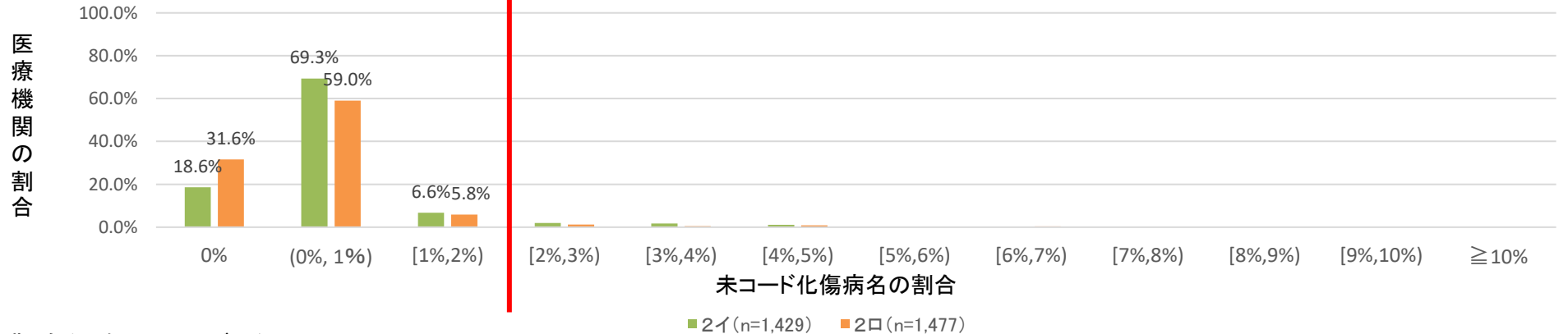
未コード化傷病名の割合(様式1、外来EFファイル)

- 令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.6%、98.4%が、様式1における未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。
- また、令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ94.5%、96.4%が、外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準(2%未満)を満たしていた。

【様式1】



【外来EFファイル】



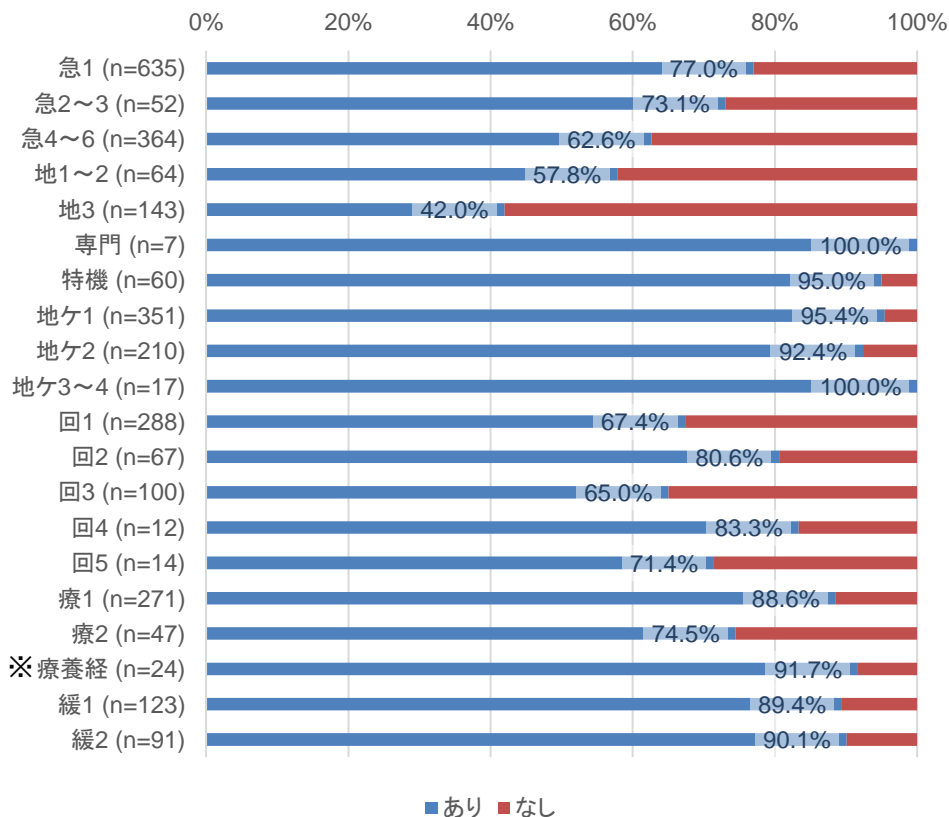
0. 調査概要

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. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. **横断的個別事項について**
 - 13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
 - 13-2. 入退院支援について
 - 13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
 - 13-4. 救急医療管理加算について
 - 13-5. 短期滞在手術等基本料について
 - 13-6. データ提出加算について
 - 13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

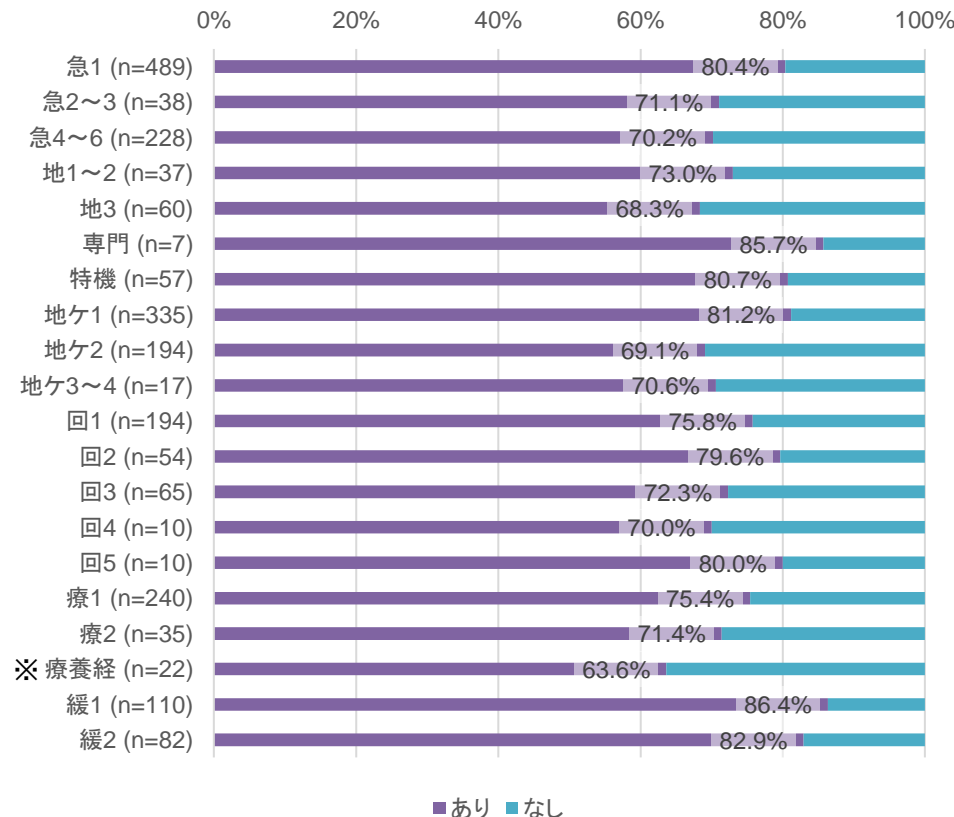
適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

- 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を作成している割合がその他の医療機関と比較して低かった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



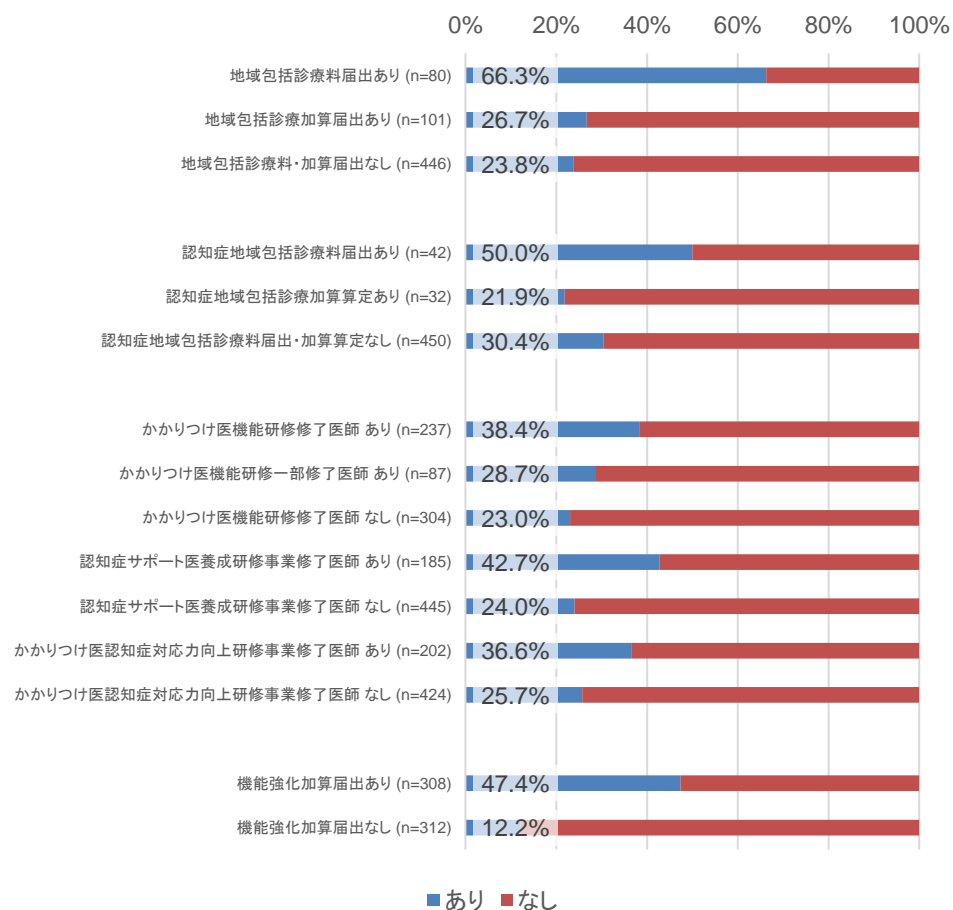
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

○ 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を作成している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無

