

中央社会保険医療協議会 総会（第 627 回）議事次第

令和 7 年 11 月 14 日（金）

9:30～

議 題

- 費用対効果評価専門組織からの報告について
- 入院について（その 5）
- 在宅について（その 4）
- 個別事項について（その 7）長期収載品の選定療養①

医薬品等の費用対効果評価案について

	品目名	効能・効果	収載時価格	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	頁
①	エルレフィオ皮下注	再発又は難治性の多発性骨髄腫（標準的な治療が困難な場合に限る）	558,501 円（44mg1 瓶） 957,222 円（76mg1 瓶）	10%	165 億円	H1（市場規模が 100 億円以上）	2024/5/15	2

医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

対象品目名：エルレフィオ皮下注（エルラナタマブ）

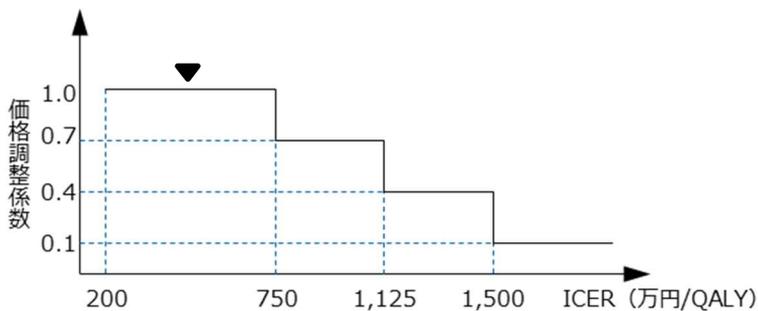
製造販売業者名：ファイザー株式会社

効能・効果：再発又は難治性の多発性骨髄腫（標準的な治療が困難な場合に限る）

対象集団	比較対照技術	ICER（円/QALY）の区分	患者割合（%）
免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤および抗 CD38 モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも 3 つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した B 細胞成熟抗原を標的とした治療による治療歴のない多発性骨髄腫患者	エロツズマブ+ポマリドミド+デキサメタゾン	200 万円/QALY 以上 かつ 750 万円/QALY 未満	100.0

（補足）分析対象集団の ICER の区分（有用性系加算の価格調整係数）

※営業利益の価格調整は今回対象外



(参考)エルレフィオ皮下注(一般名:エルラナタマブ)の費用対効果評価案策定に係る主な検討事項

1. 分析枠組み

分析対象集団	免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤および抗 CD38 モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも 3 つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した B 細胞成熟抗原を標的とした治療による治療歴のない多発性骨髄腫患者
分析対象集団を設定した理由 (適宜記載)	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨床専門家への意見聴取等によると、イデカブタゲンビクルユーセルによるキメラ受容体 T (CAR-T) 細胞療法が実施可能であれば、治療実績が蓄積されつつあるなどの理由からエルラナタマブよりも優先されると考えられるため、イデカブタゲンビクルユーセルによる治療の対象となる集団については分析対象集団に含まれない。 ● 再発・難治性多発性骨髄腫におけるイデカブタゲンビクルユーセルを使用する患者の割合は限定的と考えられることから、当該治療歴のある集団については除外する。
比較対照技術名	エロツズマブ+ポマリドミド+デキサメタゾン
比較対照技術を選定した理由	<ul style="list-style-type: none"> ● 「造血器腫瘍診療ガイドライン 2023 年版」によると、免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤および抗 CD38 モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも 3 つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者に対する治療として様々な救援療法が提案されており、明確に推奨されたレジメンは存在しない。3 剤併用療法の方が一般的に臨床的効果は高いが毒性も増強することがあり、前治療薬に対する抵抗性や個々の患者の状態を把握した上で治療レジメンを決定するとされている。 ● レナリドミドとボルテゾミブの両者に抵抗性および抗 CD38 モノクローナル抗体製剤に抵抗性の再発・難治性多発性骨髄腫に対しては、ポマリドミド、カルフィルゾミブを含む併用療法が推奨されている。 ● 臨床専門家への意見聴取等によると、ポマリドミド、カルフィルゾミブのいずれかを含む 3 剤併用療法のうち、エロツズマブ+ポマリドミド+デキサメタゾンが広く使用されており、かつ安価なレジメンである。
「公的医療の立場」以外の分析の希望	有(その詳細:) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
効果指標として QALY 以外を使用する場合、その指標と理由	(該当せず)
その他	(該当せず)

※ 分析枠組みに係る専門組織での主な意見
(専門組織の見解)

- ・ 多発性骨髄腫の治療は多岐にわたるが、これまでの治療に大きく貢献してきた3種類の治療法（エロツズマブ+ポマリドミド+デキサメタゾン）を比較対照技術として設定することは妥当と考える。
- ・ 日本の現状では、CAR-T療法を実施できる施設は限定的であること等から、CAR-T療法が対象となる患者も少ないため、CAR-T療法が対象となる患者を分析対象集団から除くことは妥当と考える。

（企業の不服意見）

- ・ なし

2. エルレフィオ皮下注（一般名：エルラナタマブ）の費用対効果評価結果案の策定に係る専門組織での主な検討事項

2-1. 公的分析から提示された論点

・ エルラナタマブの投与期間の長期推計について

製造販売業者はエルラナタマブの投与期間について、ピボタル試験（MagnetisMM-3試験）のTTD（time to treatment discontinuation：投与中止までの期間）において観察された投与期間の中央値が5.55か月（観察期間：28.4か月間）であることを用いて、指数分布に基づく長期の推計を行った。製造販売業者が長期推計したエルラナタマブのTTDは、MagnetisMM-3試験の観察値やPFSと乖離しており、エルラナタマブの治療期間を臨床試験よりも短く設定している懸念があった。公的分析で代替のパラメトリック分布を検討したところ、対数正規分布による外挿曲線が最も当てはまりがよく、MagnetisMM-3試験における観察値とよく一致したため、エルラナタマブのTTDを対数正規分布を用いて推計した。

・ IVIIG（Intravenous Immunoglobulin：静注用免疫グロブリン製剤）の投与について

エルラナタマブ投与に伴う重大な副作用として低 γ グロブリン血症が挙げられ、MagnetisMM-3試験においては、43.1%の患者が観察期間中にIVIIGを投与されたと報告されている。また、Lancmanらの報告によると、B細胞成熟抗原（BCMA）指向性二重特異性抗体の治療を受けた多発性骨髄腫患者における投与回数の中央値は10回であった。しかしながら、製造販売業者の実施した分析においては、有害事象として低 γ グロブリン血症は考慮されておらず、IVIIG投与にかかる費用も計上されていない。公的分析は、エルラナタマブ群の43.1%にIVIIGを投与するとして再分析を行った。

2-2. 製造販売業者から提示された論点

・ エルラナタマブの投与期間の長期推計について

比較対照技術の有効性のデータソースとして使用したLocoMMotion試験では、TTDの中央値のみが報告されている。そのため、1つのパラメータのみで曲線の形状を定義することが可能な指数分布を用いて、比較対照技術群のTTDを導出した。そのうえで、企業分析では、評価対象技術と比較対照技術の間で一貫性を持たせるために、評価対象技術であるエルラナタマブのTTD曲線も指数分布に従うと仮定した。しかしながら、企業分析におけるTTDが実際の臨床試験データと一致していないことは事実であり、公的分析による再分析は妥当と考える。

・ IVIIGの投与について

MagnetisMM-3 試験では、試験期間中に血清免疫グロブリン G (IgG) 値が 400 mg/dL を下回った場合に、免疫グロブリン製剤を投与することが推奨されていた。実臨床における免疫グロブリン製剤の投与について、企業は臨床専門家から次の意見を聴取した。『感染症予防の観点から、IgG 値が 400 mg/dL を下回った場合に、多数の医師が免疫グロブリン製剤の投与を検討するため、実臨床における免疫グロブリン製剤の投与割合は、概ね MM-3 試験における割合 (43.1%) に一致すると考えられる。ただし、400 mg/dL の基準はあくまで目安に過ぎず、免疫グロブリン製剤は高額であることから、不必要に投与するべきではないと考える。具体的には、IgG 値が 400 mg/dL を下回った場合でも、感染症がない限りただちに免疫グロブリン製剤を投与することはなく、200 mg/dL を下回った場合に初めて投与を検討する。』

以上を踏まえると、患者の状態によって状況は異なるものの、公的分析が用いた免疫グロブリンの投与割合 (エルラナタマブ群の 43.1%) および先行研究を参考にして推計した免疫グロブリン製剤の費用 (999,931 円) をエルラナタマブ群にのみ用いることは妥当であると考えられる。

結論として、公的分析の再分析には一定の妥当性があることから企業として異論はない。

2-3. 専門組織の議論

以上を踏まえて、専門組織は、MAICによる間接比較を公的分析と企業分析のいずれも用いているが、分析対象品目と比較対照技術の比較に用いられた研究には時期に大きな隔たりがあり、この手法を用いることの妥当性について、下記のとおり、公的分析に対して追加分析を求めることとした。

- ・ 企業分析の Matching adjusted indirect comparison (MAIC)による間接比較を公的分析は受け入れているが、分析対象品目と比較対照技術の比較に用いられた研究の背景情報などを踏まえて、この手法を用いることの妥当性について再検討してはどうか。

上記専門組織の決定について、公的分析より追加分析が実施された。専門組織では、以下のとおり議論され、分析結果等については、公的分析による追加分析結果が妥当であると結論づけられた。

- ・ 公的分析が IVIG の使用を想定して分析に加えたことは妥当な判断と考えられる。
- ・ MAICによる間接比較では、地域差や再発状態のように調整していない因子がある。
- ・ アンカーのない MAIC を使用する場合、不確実性が高いものとなる。
- ・ 観察研究と単群試験の比較として厳密に比べることが難しいなか、MAIC の解釈については、できる範囲で個別に検討する必要があるのではないか。
- ・ MAIC による間接比較は、不確実性が大きい中で一定の結論を出すために有効な手法ではあるが、その不確実性を考慮すると、品目毎に科学的妥当性を議論する必要がある。

<参考:本資料に係る留意事項>

- ・ 総合的評価では、企業分析及び公的分析双方とも一定の科学的妥当性が認められている。
- ・ 「専門組織での主な検討事項」は、双方の見解の主な相違部分を抜粋したものである。
- ・ 費用対効果評価の詳細については、国立保健医療科学院から公表される報告書を参照されたい。

パキロビッドの費用対効果評価に係る分析再開について

<パキロビッドの費用対効果評価の経緯>

- 令和5年3月8日に、中医協総会において費用対効果評価の対象品目としてH1（市場規模が100億円以上）指定された。
- 令和6年8月23日に、費用対効果評価専門組織で以下のとおり議論された。
 - 企業分析は、評価対象技術（ニルマトレルビル/リトナビル：パキロビッドの一般名）及び比較対照技術（モルヌピラビル）の第3相試験の間接比較により、入院および死亡の減少について追加的有用性を有すると評価したが、これらの臨床試験はデルタ株流行以前にワクチン未接種者が対象で、分析枠組みの分析対象集団と合致しなかった。
 - オミクロン株流行下での本薬剤の有効性について、製造販売業者が観察研究を含むシステマティックレビューの結果を示し、オミクロン株流行以降のデータが収集できる可能性があるものの、英国で行われているランダム化比較試験（RCT）であるPANORAMIC試験が患者登録を完了しており、この結果を踏まえた検討を行うため、一定期間分析を中断することが妥当である。
 - 中断の期間については、PANORAMIC試験における他の患者集団において、患者の登録完了から結果が出るまでの期間が約1年間であったことから、1年程度が妥当である。
- 令和6年9月11日に、中医協総会において、期間を最大1年間とした分析中断が承認された。



<現状と方針>

- 令和7年9月2日、国立保健医療科学院から、PANORAMIC試験を実施している英国オックスフォードの研究班に、データの公表について問合わせたとこ、現在論文投稿中と回答があり、公表の時期は不明であった。
- 令和7年9月26日、費用対効果評価専門組織で以下のとおり議論された。
 - 費用対効果評価において、システマティックレビューの結果、適切なRCTが存在しない場合、観察研究による結果でアウトカムを比較して、追加的有用性を評価することとなっている。
 - 分析中断期間中に、オミクロン株流行下でのリアルワールドデータが公表されており、これらのデータを活用することが可能である。
 - 当初定めた中断期間を経過したことから、パキロビッドの費用対効果評価に係る分析を再開してはどうか。その際、利用可能なデータを使用してはどうか。
 - 公的分析による新たな分析のシステマティックレビュー及び再分析に係る期間については、通常のプロセスにおける公的分析による再分析を実施することを考慮し、3ヶ月が妥当ではないか。
 - なお、PANORAMIC試験結果が公表され、費用対効果評価に重要な影響を与える知見と費用対効果評価専門組織で判断された場合は、H3区分として品目指定し、再評価することを検討してはどうか。
- 以上を踏まえ、本薬剤について分析を再開することとしてはどうか。

医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて（抜粋）

1 対象品目の指定

（1）対象品目の指定基準

医薬品、医療機器及び再生医療等製品については、次のいずれにも該当する品目を、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象として指定する。

① 次のいずれかの区分に該当すること。

ア～イ 略

ウ H3区分 平成31年4月1日以降に保険適用された品目のうち、アのiからiiiまでのいずれかに該当するものであって、著しく保険償還価格が高いもの、4（1）に規定する分析令和6年2月14日中央社会保険医療協議会了解2枠組み決定より後に効能が追加されたもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学 院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの（H1区分又はH2区分に該当するものを除く。）

4 費用対効果評価専門組織の開催

（5）分析中断、評価中止及び分析再開に係る決定案の策定

①～⑤ 略

⑥ 中央社会保険医療協議会総会において分析中断とされた品目について、製造販売業者は定められた期間内にデータを集積する。製造販売業者は、集積したデータに基づいて、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる事項を費用対効果評価専門組織に報告する。

ア 分析再開が可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積され、分析の再開が見込まれる場合、製造販売業者は、集積したデータを費用対効果評価専門組織に報告する。費用対効果評価専門組織は、②から⑤までの手続に準じて、分析再開の要否に係る決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において分析再開が決定された場合、分析再開が決定された日の翌日から、2から4（製造販売業者による分析、公的分析、費用対効果評価専門組織の開催）までの手続により、対象品目の分析を行う。

イ 分析再開が不可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合、製造販売業者は、費用対効果評価専門組織にその旨を報告する。費用対効果評価専門組織は、製造販売業者の報告を踏まえ、②から⑤までの手続に準じて評価中止の要否にかかる決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、対象品目は最も小さな価格調整係数に該当するものとみなして価格調整を行う。

ウ 分析中断期間を延長するもの

定められた期間内に製造販売業者による分析の再開に必要なデータ集積が行われなかったものの、期間の延長により必要なデータ集積が行われ、分析の再開が見込まれる場合、費用対効果評価専門組織において、②から⑤までの手続に準じて期間の延長の要否及びその期間についての決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

5 追加的有用性

5.1 費用対効果を検討するにあたっては、評価対象技術の比較対照技術に対する追加的な有用性がデータによって示されているか、示されていないかをまず評価する。

5.2 追加的な有用性を検討する際に、「4.」で選定した比較対照技術に対するRCTのシステマティックレビュー（Systematic review: SR）を実施し、追加的有用性の有無を評価する。適切なものであれば公開されていない臨床研究や治験の結果等を含めてよい。

5.2.1 SRを実施する際には、リサーチクエスチョン（Research question : RQ）を明確に提示する。例えばPICO（P：患者（Patient）、I：介入（Intervention）、C：比較対照（Comparator）、O：アウトカム（Outcome））などで構造化されたRQを定義する。

5.2.2 評価対象技術あるいは「4.」で選定した比較対照技術とアウトカムが同等であると考えられる同一作用機序あるいは同一機能区分等の類似技術について、協議の上で適切と判断されれば、それらをSRにおける介入（I）あるいは比較対照（C）に含めてもよい。

5.2.3 「5.2.1」におけるアウトカム（O）指標は、臨床的な有効性・安全性・健康関連QOLの観点のうち、評価対象技術の特性を評価する上で、適切なもの（真のアウトカム指標など）を用いる。

5.2.4 PRISMA（Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses）声明の原則に従い、研究の組み入れ基準・除外基準、使用したデータベース、検索式、論文選択のプロセス（情報フロー図を含む）等を記載する。

5.2.5 信頼できる既存のSRが存在する場合、それらを活用することは可能であるが、RQに合致するか、最新の文献まで含まれているか等を検討した上で、そのまま使用するあるいは追加的なSRを実施して研究を追加する等の検討を行う。

5.2.6 実施することが適切な場合は、対比較のメタアナリシスを用いて各試験を統合した結果を提示する。その場合、用いた統計手法、異質性の評価、フォレストプロット、統合した値とその信頼区間等を明らかにする。

5.2.7 SRにおける文献検索終了時点は、分析枠組みが決定された後から製造販売業者による分析提出までの一時点に決める。

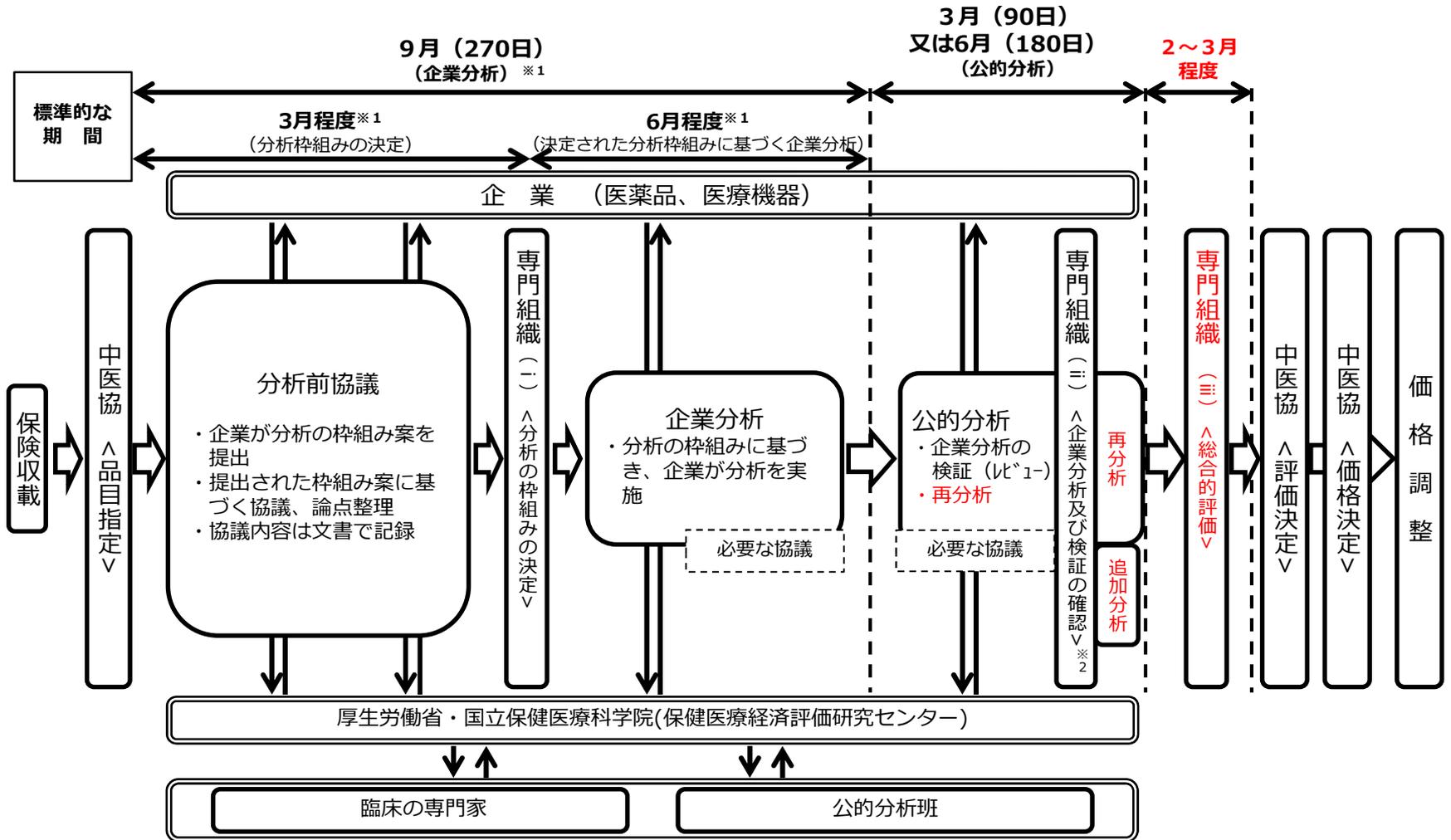
5.2.8 「5.2.7」の文献検索期間終了後に費用対効果評価において重要と考えられる臨床研究（症例数の多い主要な研究結果、現在の知見と異なる結果が得られた信頼性の高い研究等）が公表等された場合、公的分析においてはその影響等を考慮し、それらを含めることを検討する。

5.3 「5.2」のSRの結果、適切なものが存在しない場合、「5.2」のプロセスに基づき、アウトカムを比較した非RCT（観察研究等）のSRを実施し、追加的有用性を評価する。

5.3.1 非RCTはRCTと比べて種々のバイアスが入りやすいので、研究の質（研究デザイン、群間での患者背景の差異、統計解析手法、患者数や施設数等）について十分に説明しなければならない。

5.3.2 レセプトやレジストリーなど既存の大規模なデータベース（リアルワールドデータ）を用いた研究については、研究の質にばらつきがあることから、データベースの性質、国内外における医療環境の差異、変数やイベントの定義、その妥当性やバリデーションの有無、解析手法、日本への結果の外挿可能性等について十分に説明しなければならない。

費用対効果評価の分析・評価の流れ



※1 「分析前協議」と「分析の枠組みに基づく企業分析」の合計の期間は9月を上回らないこととする。

※2 公的分析の結果、再分析まで実施した場合を示している。

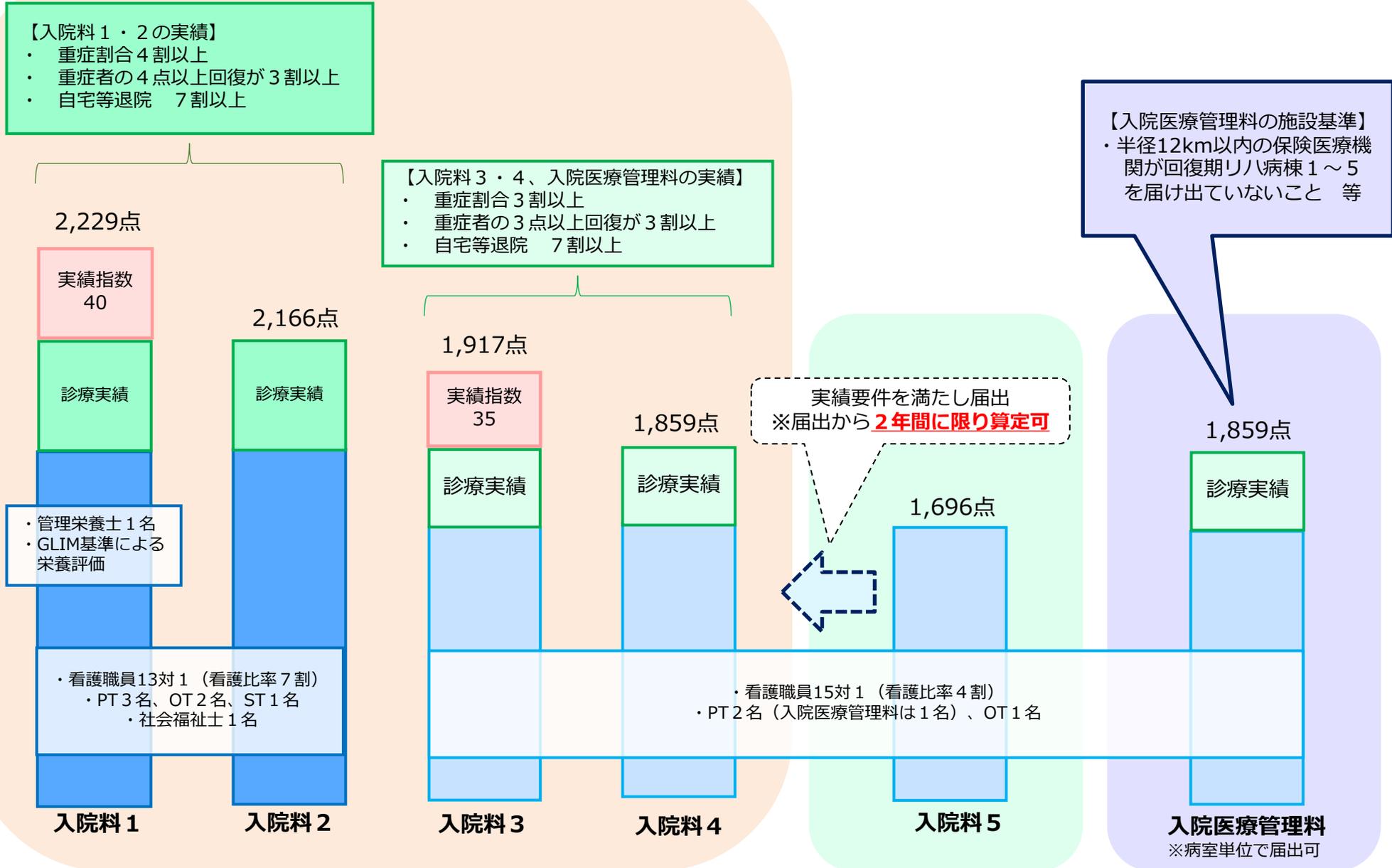
入院（その5）

回復期リハビリテーション病棟、リハビリテーション、
病棟における多職種連携

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

1. 回復期リハビリテーション病棟について
 - 1-1. 経緯と概要
 - 1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数
 - 1-3. 質の高いリハビリテーションの推進
 - 1-4. 退院支援と地域連携
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

回復期リハビリテーション病棟入院料の主な施設基準のイメージ



回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	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 P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 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			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	-	年 1 回以上開催	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目 記載/ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		-		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	-	受けていることが 望ましい	-	-
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
	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	-	-
	入院時に重症であった患者の 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		-
点数 （）内は生活療養を受ける場合	2,229 点 (2,215 点)	2,166 点 (2,151 点)	1,917 点 (1,902 点)	1,859 点 (1,845 点)	1,696 点 (1,682 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。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 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を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 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を算定する患者 **(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)**
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

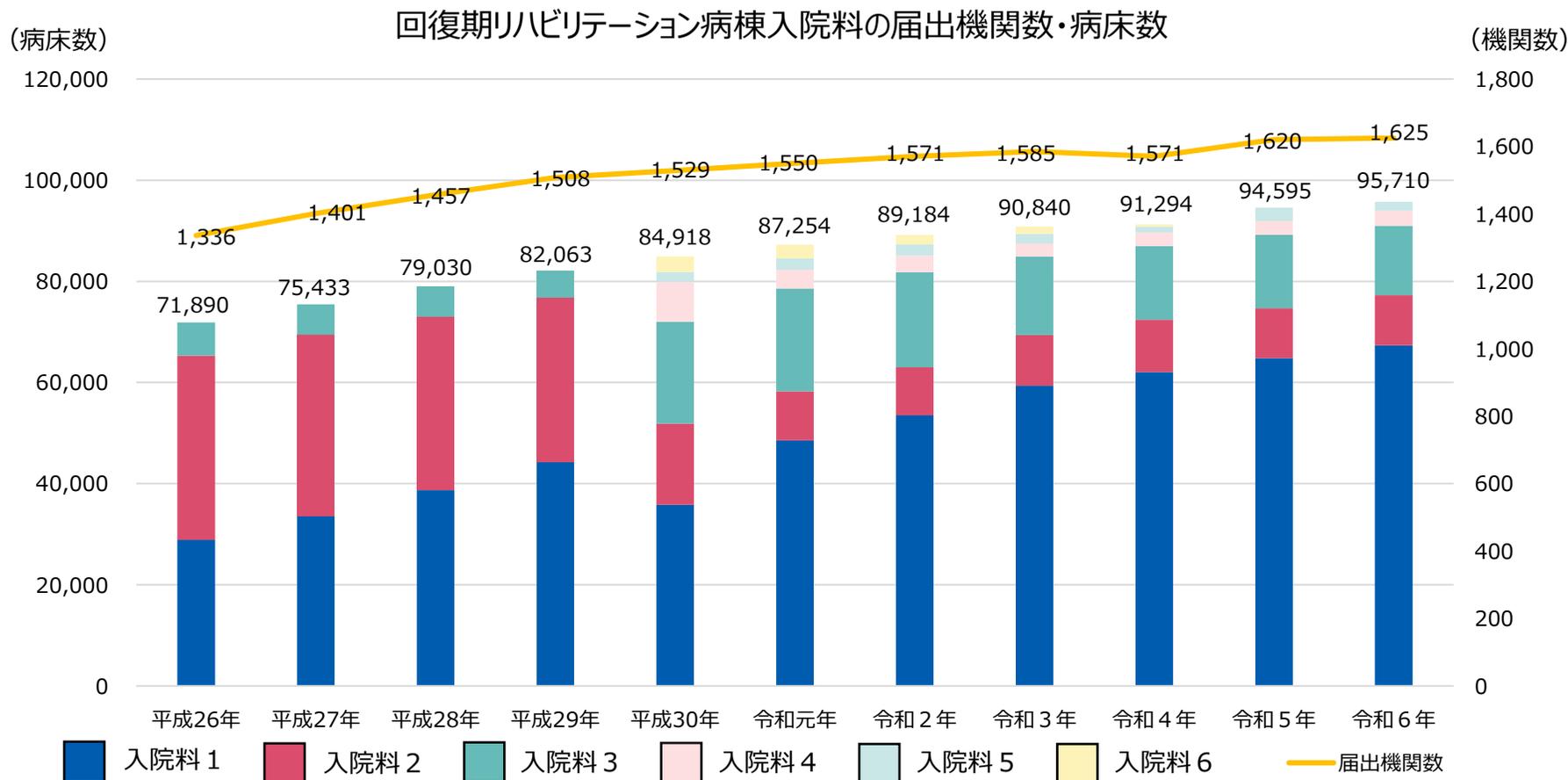
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る主な改定の経緯

平成12年	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料を新設。
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大。 リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限日数を、60～180日に設定。 患者1人あたりの提供単位数の上限を6単位から9単位に引き上げ。 <p>※疾患別リハビリテーション料の新設。</p>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料を2区分に見直し。入院料1にて重症患者回復病棟加算を新設。 入院料1の施設基準に新規入棟患者のうち重症患者の受入割合と、居宅等への復帰率に関する要件を追加。 医師の病棟専従配置を緩和。
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> 休日リハビリテーション加算の新設。 リハビリテーション充実加算の新設。
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料を3区分に見直し。 重症患者回復病棟加算を入院料へ包括化。
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化。 入院料1に体制強化加算を新設。
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価（リハビリテーション実績指数）を導入。 リハビリテーション実績指数の算定対象から除外する患者等を設定。 入院料1に体制強化加算2を新設。
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料を6区分に見直し。 入院料1及び3及び5にリハビリテーション実績指数の実績要件を追加。 入院料1の施設基準に「専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」を追加。
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し。 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除。 管理栄養士の配置に係る要件の見直し。
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として設定。 入院料1～4における重症の新規入院患者の割合の見直し。 回復期リハビリテーションを要する状態の見直し。 入院料1及び入院料3にて第三者評価を受けていることに係る評価の導入。
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> 運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し。 体制強化加算の廃止。 GLIM基準による栄養評価の要件化。

回復期リハビリテーション病棟の入院料別の届出機関数・病床数の推移

- 令和6年時点で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は約9.6万床、届出機関数は1,625施設であった。
- 届出機関数は漸増傾向である。届出病床数は直近10年で約1.3倍に増加しており、特に入院料1の病床が増加している。



※平成26~29年は入院料1~3、平成30年~令和4年は入院料1~6、令和5~6年は入院料1~5の区分

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日、令和6年度は8月1日時点）

入院料ごとの病棟の職員数（40床当たり）

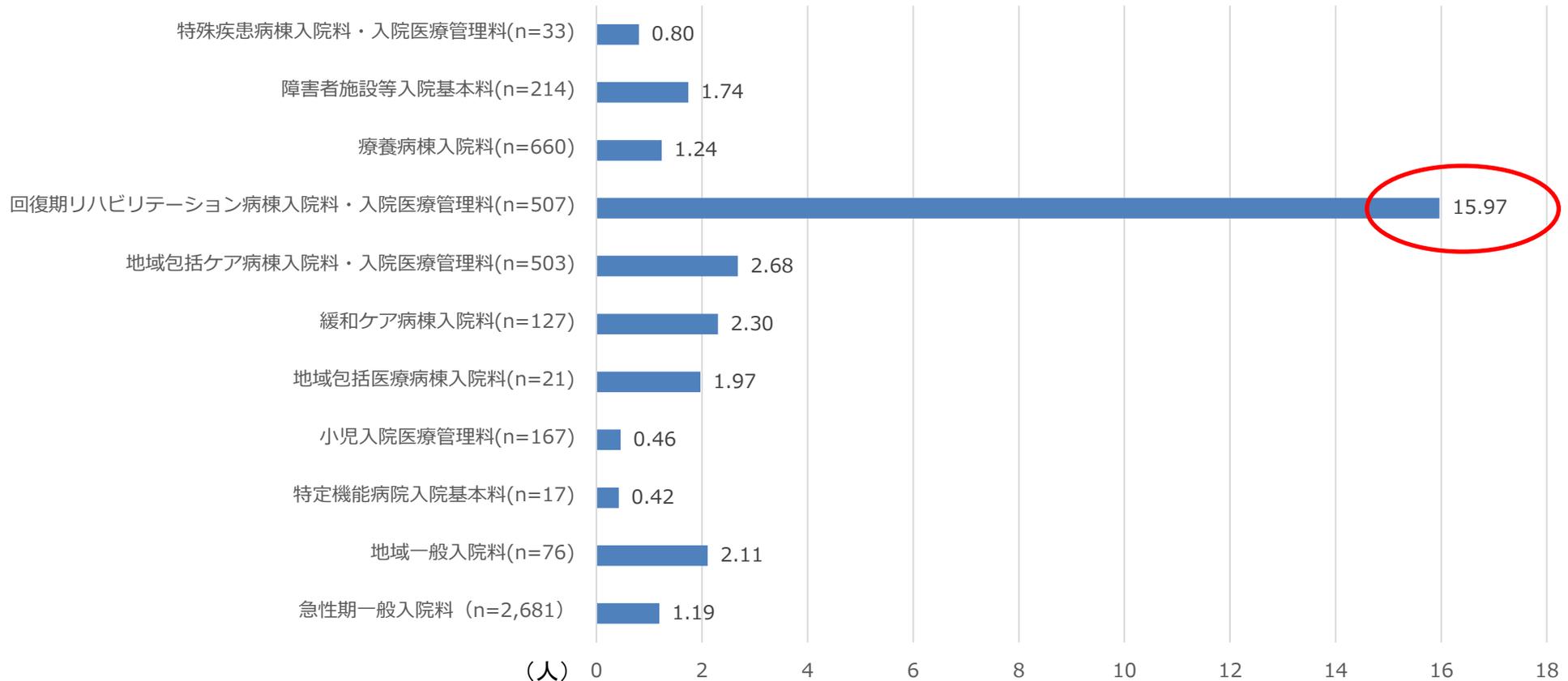
○ 入院料ごとの病棟の40床当たり職員数は、回復期リハビリテーション病棟で最も多い。

入院料	回答施設数	回答病棟数	全職員数	看護職員数	看護補助者	うち介護福祉士	リハビリ職	うち理学療法士	うち作業療法士	うち言語聴覚士	管理栄養士	相談員	臨床検査技師
急性期一般入院料1	432	2620	35.52	27.62	3.80	0.51	1.52	0.97	0.37	0.18	0.33	0.32	0.05
急性期一般入院料_2-3	120	334	31.65	23.36	3.58	0.60	1.59	1.04	0.38	0.17	0.21	0.42	0.27
急性期一般入院料_4_6	273	405	31.44	21.05	4.75	0.83	1.43	0.99	0.29	0.14	0.35	0.30	0.26
特定機能病院入院基本料	40	547	35.56	29.62	2.74	0.04	0.24	0.15	0.06	0.03	0.19	0.15	0.01
専門病院入院基本料	6	31	29.58	26.28	2.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料	128	166	41.72	34.84	2.34	0.04	0.49	0.26	0.12	0.12	0.19	0.32	0.00
地域一般入院料1-2	61	68	34.32	18.09	5.09	0.96	3.20	2.44	0.58	0.19	0.72	0.47	0.59
地域一般入院料3	98	107	27.24	16.10	5.41	1.11	1.57	1.07	0.38	0.12	0.44	0.24	0.27
地域包括医療病棟入院料	82	91	38.03	21.88	6.21	1.68	4.78	3.20	1.08	0.49	0.76	0.69	0.34
地域包括ケア病棟入院料	406	457	32.07	19.23	6.50	2.11	3.33	2.06	0.90	0.38	0.36	0.64	0.15
地域包括ケア病棟入院料1	226	262	34.38	19.35	6.87	2.46	4.17	2.47	1.18	0.52	0.46	0.77	0.23
地域包括ケア病棟入院料2	176	190	28.96	19.15	5.96	1.65	2.14	1.48	0.48	0.18	0.21	0.45	0.04
地域包括ケア病棟入院料3	1	1	37.95	21.64	7.49	2.87	4.51	2.87	1.44	0.21	0.62	1.03	0.62
地域包括ケア病棟入院料4	4	4	27.29	14.68	6.98	1.22	4.02	2.45	1.35	0.22	0.30	0.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	469	640	44.76	17.55	6.87	3.21	16.73	9.02	5.63	2.07	0.69	0.98	0.10
回復期リハビリテーション病棟入院料1	336	480	47.02	18.03	6.77	3.23	18.47	9.87	6.23	2.37	0.77	1.05	0.08
回復期リハビリテーション病棟入院料2	45	54	38.54	16.08	6.68	3.27	12.73	6.62	4.50	1.61	0.61	0.90	0.36
回復期リハビリテーション病棟入院料3	80	88	36.05	15.61	6.83	2.89	10.82	6.41	3.45	0.96	0.36	0.69	0.06
回復期リハビリテーション病棟入院料4	13	13	46.76	18.36	12.00	4.10	9.68	5.79	3.10	0.79	0.54	0.70	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料5	5	5	42.89	19.64	6.66	4.03	14.47	7.94	5.62	0.91	0.50	0.59	0.00
療養病棟入院料1	227	399	26.55	12.43	9.32	3.58	1.15	0.70	0.31	0.14	0.41	0.31	0.16
療養病棟入院料2	31	44	24.44	11.97	7.76	2.59	1.49	1.03	0.38	0.08	0.45	0.27	0.10
その他	260	409	34.25	20.11	7.76	3.07	2.29	1.24	0.70	0.35	0.25	0.40	0.14
全体	2122	6620	34.80	23.57	4.98	1.30	3.09	1.80	0.91	0.37	0.35	0.41	0.11

入院料ごとの40床あたり療法士数（常勤換算）

- 入院料ごとの40床あたりの療法士数について、回復期リハビリテーション病棟入院料が特に多かった。

入院料ごとの40床あたり療法士数 ※



※病棟に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職員数（常勤換算）を40床あたりの人数に換算。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A～D票））

これまでの回復期リハビリテーション病棟に関する主な意見

<中医協総会>

- 退院後の生活に関わる地域の医療機関や介護施設等とのカンファレンスや情報共有の場が確保できる仕組みを検討することも有用ではないか。
- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟のリハのあり方について議論が必要ではないか。
- 実績指数の基準値を引き上げることや、実績要件の無い入院料区分をどのように考えるのかということも議論する余地があるのではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- ほぼ全ての患者が実績指数の計算除外基準に該当している施設もあり、現行の基準で病棟の機能を正しく評価されているのか疑問であるため、除外基準を見直すべきではないかとの意見があった。
- 「80歳以上」や「認知機能が低い」患者と患者全体とでFIM利得に大きな差はなく、FIMが改善しないから受け入れていないかということそうではないことから、実績指数の計算対象から除外する必要性は乏しいのではないかとの意見があった。
- 令和6年度改定後も運動器リハビリテーション料について6単位を超えて実施している患者が相当数いるが、単位数が増えてもFIM利得がほとんど変わっていないため、6単位を超えるリハビリを実施できる対象について、分析を深めてはどうかとの意見があった。
- 廃用症候群リハビリテーションも運動器リハビリテーションも、7単位以上における実施単位数増加に伴うFIM改善の度合いは脳血管疾患等リハビリテーションと比較して低いものの、確実に上がっており、改善しないと結論づけずに慎重に議論を行うべきではないかとの意見があった。
- 退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3～5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合うよう評価されれば、より実施されるのではないかとの意見があった

1. 回復期リハビリテーション病棟について
 - 1-1. 経緯と概要
 - 1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数
 - 1-3. 質の高いリハビリテーションの推進
 - 1-4. 退院支援と地域連携
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

- 回復期リハビリテーション病棟の役割は、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うことであるとされている。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）

（令和6年3月5日保医発0305第4号）

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

（1）回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料（以下「回復期リハビリテーション病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟及び病室であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟及び病室をいう。（略）

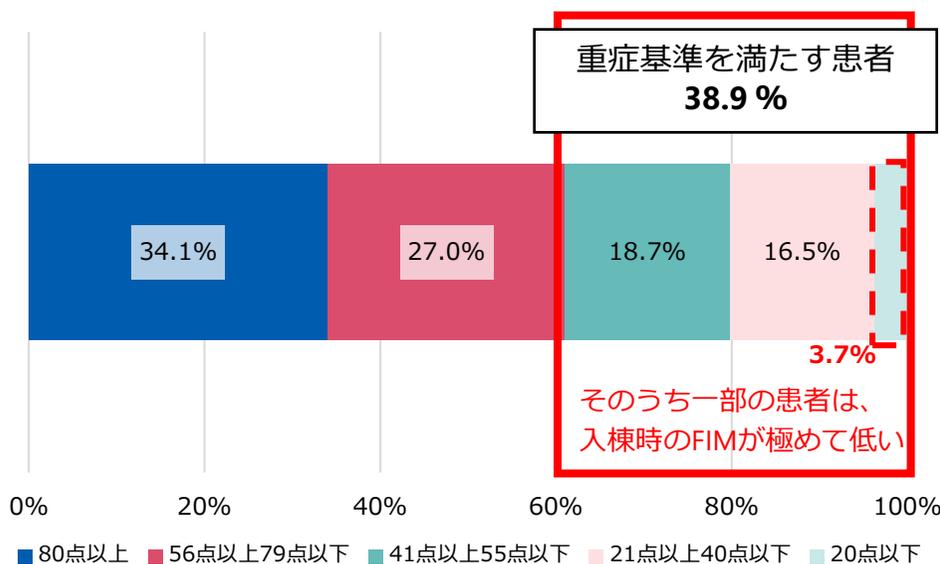
（2）～（17）（略）

回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準と入棟時FIMの分布

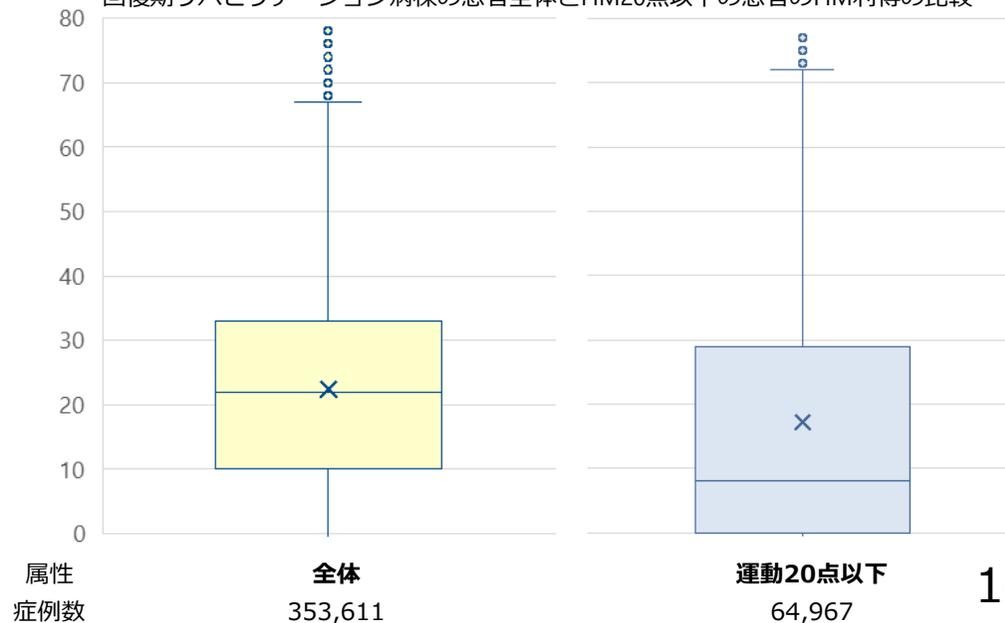
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4 の施設基準において、「日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下」に該当する重症の患者の入棟基準を設けている。
- 重症の患者は回復期リハビリテーション病棟全体の約 4 割であった。そのうちの約 1 割は、FIM 得点20点以下、即ちFIM運動得点・認知得点ともにほとんどが1点（全介助）又はそれに準じる状態であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さく、極めて低い患者も多い。

施設基準	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
重症の患者の基準	日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下				
入院時に重症であった患者の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		-

回復期リハビリテーション病棟における入棟時FIMの分布 (n=355,662)



回復期リハビリテーション病棟の患者全体とFIM20点以下の患者のFIM利得の比較



○ 平成20年診療報酬改定にて回復期リハビリテーション病棟に重症患者割合を導入した理由の一つに、アウトカム指標（自宅等復帰率など）を要件化するにあたり、患者選別を防ぎ、重症患者の受け入れを進める目的があった。

【Ⅱ-2（質の評価手法の検討について）-①】

回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(I)】

第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

第2 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1, 680点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 〇〇〇点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと</p> <p>1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>

改

平成20年2月1日 中央社会保険医療協議会 第123回総会 議事録より抜粋

○遠藤委員

実は、なぜこれを申し上げているかといいますと、このいわば**医療のアウトカムを報酬と結びつけようという試みは、我が国の診療報酬体系の中でも初めての試みだ**ということでありますので、（中略）そういう意味でアウトカムを評価するということはなかなか難しい問題を含んでいるわけでありますから、ここはあくまでも試行的に行ってみるというところを非常に強調されて、間違いなく検証の対象にするということをぜひお願いしたいと思います。意見でございます。

○土田会長

僕のほうから一言言いたいと思っていたのですが、ここは**患者選別があるという、そういう懸念も聞こえてきます**ので、そこに対する対応策としてはどういうことを設けているのでしょうか。

○事務局（原医療課長）

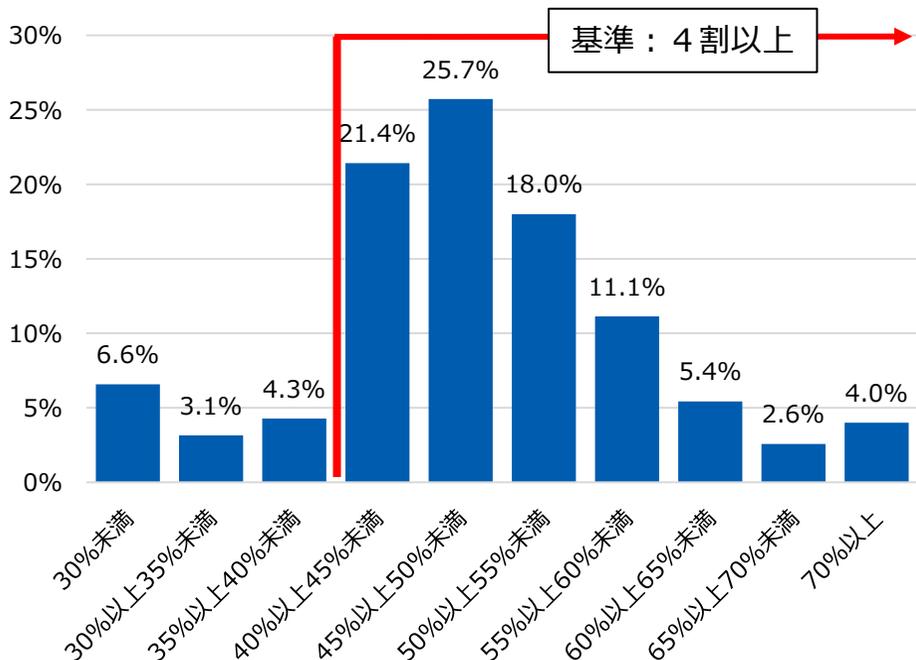
ですので、要するに、今回新しくつくる入院料1のほうなのですが、そこではだから**新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者、だから、15%以上はここに、先ほどの項目で10点以上というのはかなり動けない人なので、そういう人を少なくとも15%以上は引き受けてください、なおかつ自宅等へ6割以上帰しなさい、なおかつ、さらにこの重症者の回復度合いがいいとさらに加算がある、そういうような仕組みにしております、初めのところの15%のところはかなり受け入れが進むと考えています。**

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合

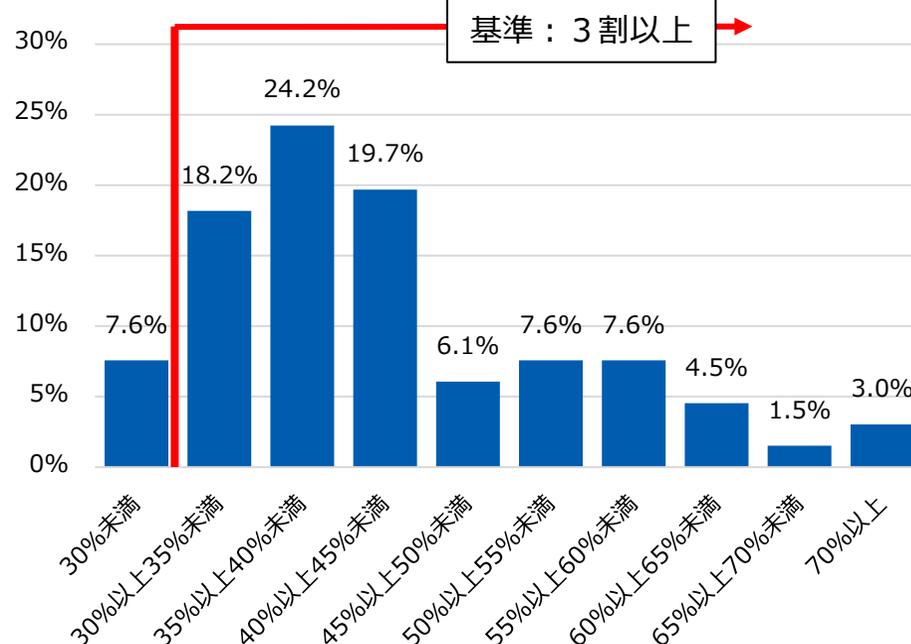
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟ごとの重症患者割合については、各入院料の基準値に近い病棟が多い。特に高い重症患者割合を求めている回復期リハビリテーション病棟入院料1, 2において、その傾向が顕著であった。

重症患者の定義： 日常生活機能評価10点以上 又は FIM得点55点以下

回りハ1・2における重症患者割合の分布(n=350)



回りハ3・4における重症患者割合の分布(n=66)



回りハ入院料1・2では、重症患者4割という高い基準を満たすために、**本来なら回りハ病棟における集中的なリハビリテーションは難しいような患者の入棟を受け入れなければならない状況になっているのではないか。**

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

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

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

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の**3割以下の範囲で除外**できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

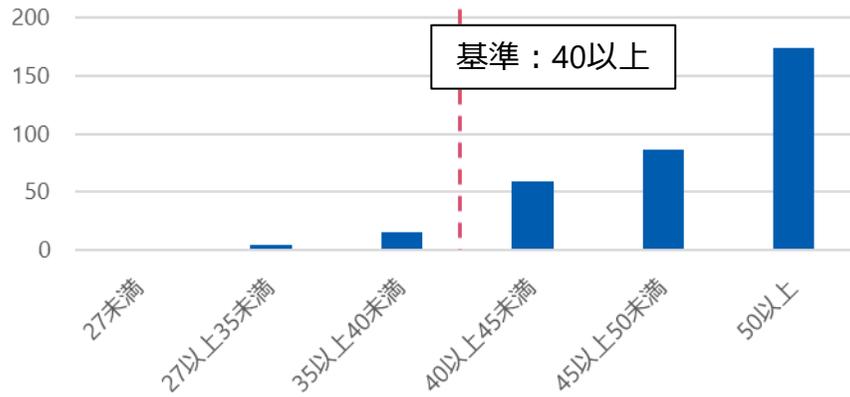
リハビリをして効果が上がっても、**FIM運動利得という形では結果が表現されない患者の入棟が制限されないための仕組み**

除外患者の割合が多いほど、リハビリテーションの効果が得られにくい患者の割合も増える可能性がある

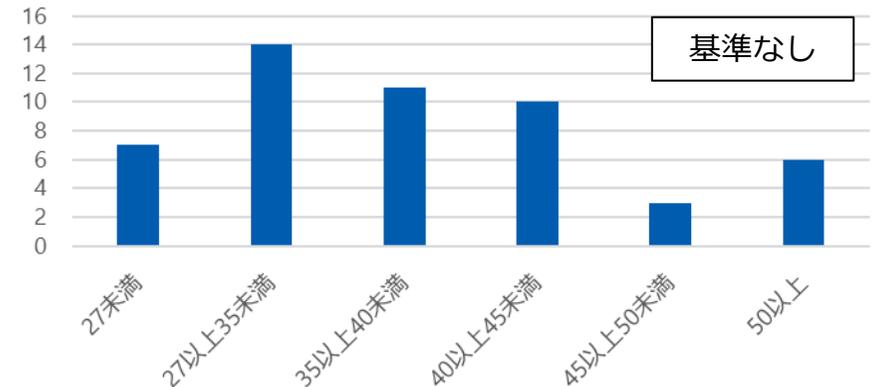
リハビリテーション実績指数の分布

- 実績指数の要件がある入院料 1, 3 では、基準を満たす病棟が大半であり、基準を大きく上回る病棟も見られる。
- 実績指数の要件がない入院料 2, 4 では、実績指数が低い病棟が存在する。

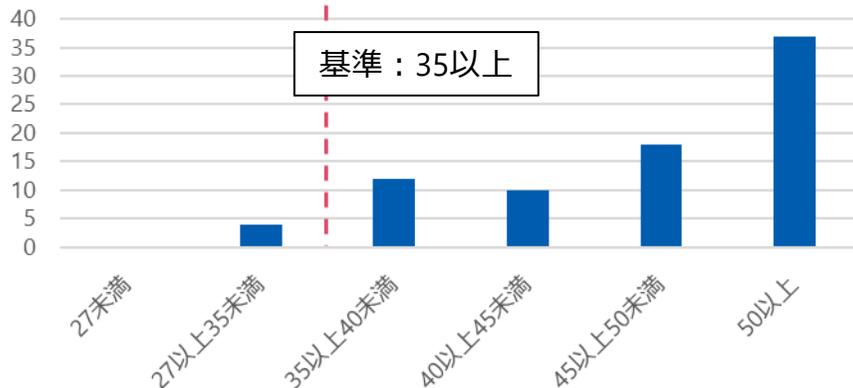
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数
(n=339)



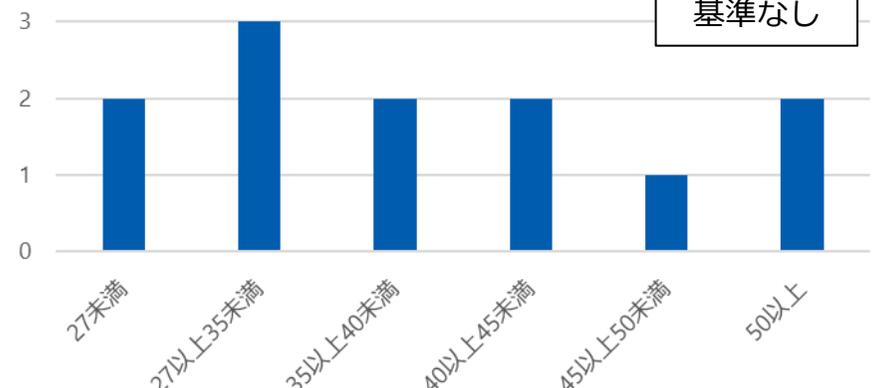
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数
(n=51)



回復期リハビリテーション病棟入院料 3 届出施設の実績指数
(n=81)



回復期リハビリテーション病棟入院料 4 届出施設の実績指数
(n=12)



※本集計では除外可能対象者も含まれているため、実際に届け出ている実績指数とは誤差がある。

リハビリテーション実績指数の各除外基準に該当する患者の割合

- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」に該当する患者が40%以上である施設がほとんどである。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する全ての施設で、主な除外基準のいずれか(※)に該当する患者割合が40%を超えており、計算から除外できる患者を選択できる状況と考えられる。

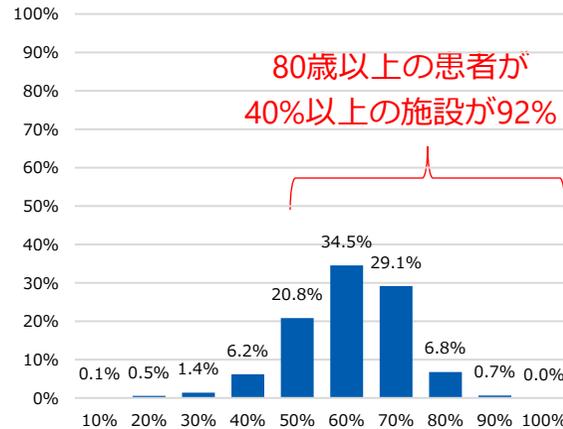
【対象】

令和4年4月-令和6年5月に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している施設(n = 1,535施設)。死亡症例は除外。

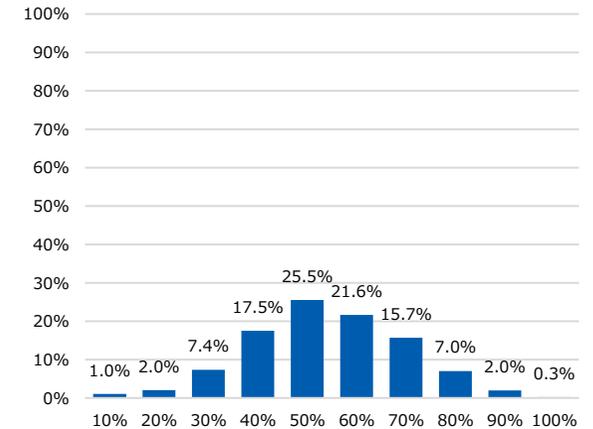
【集計方法】

入棟時情報を元に、各病院におけるそれぞれの項目が占める割合を施設単位で算出し、10%単位でヒストグラムを作成(除外基準の一つである心大血管疾患等に該当する患者は、症例数が少ないこともあり割愛)。

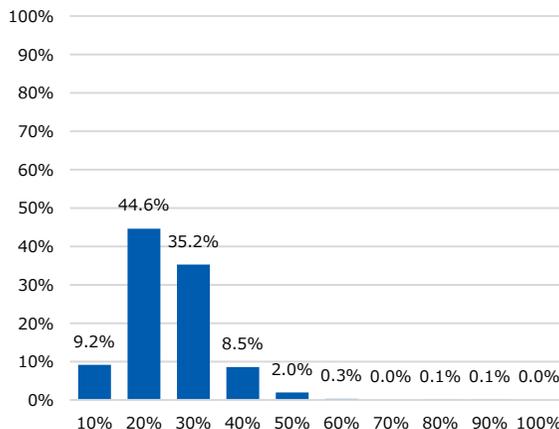
入棟時年齢80歳以上が占める割合



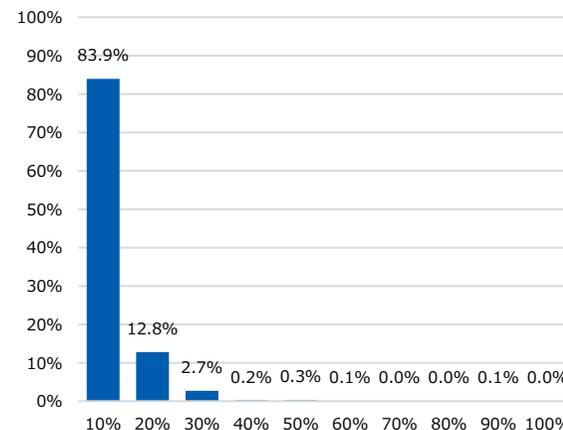
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



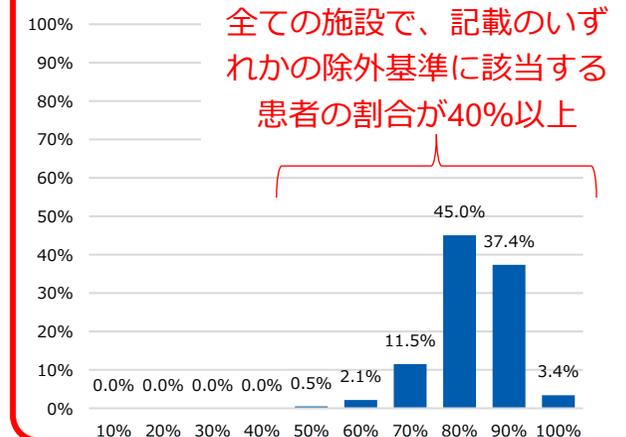
入棟時FIM運動項目20点以下が占める割合



入棟時FIM運動項目76点以上が占める割合



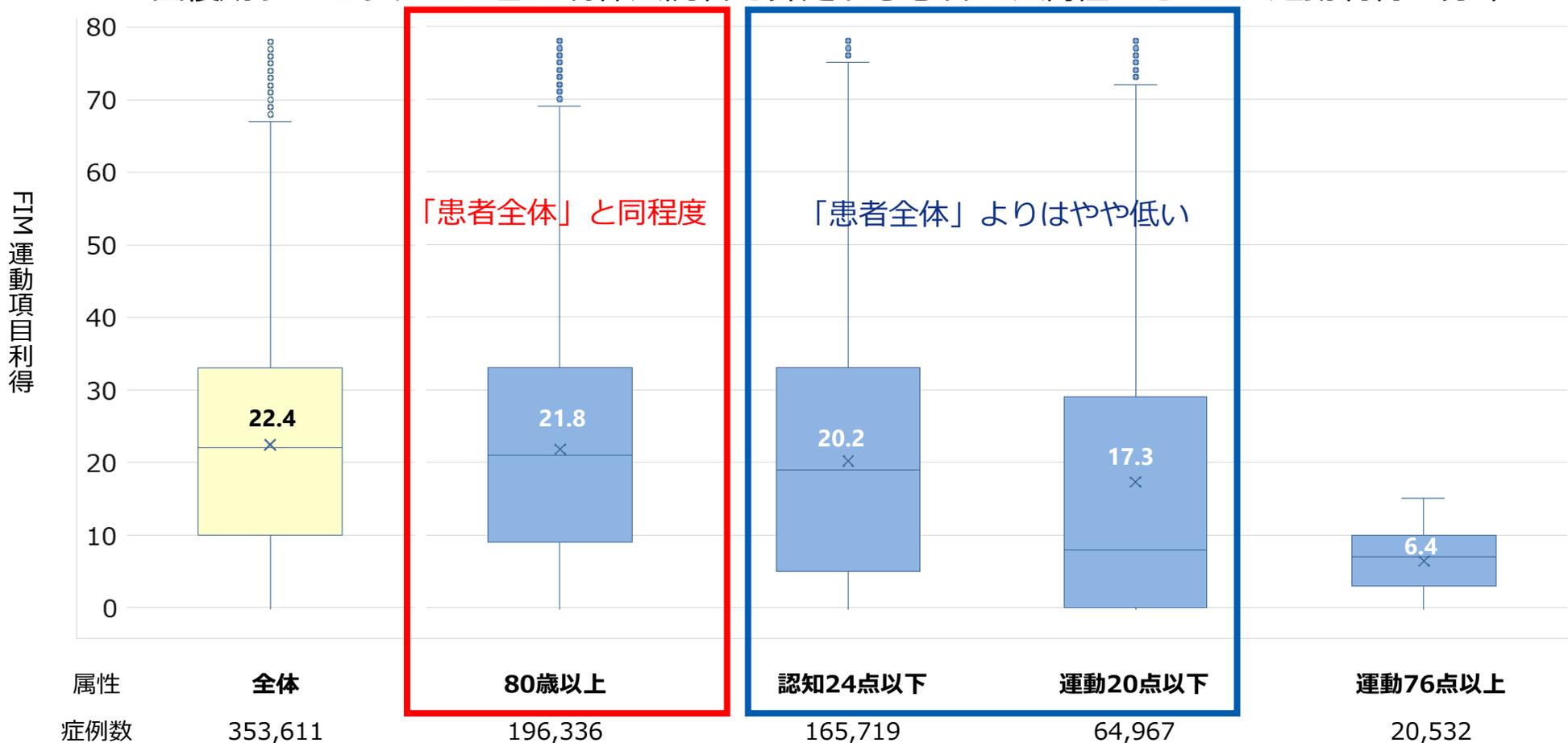
記載のいずれかの除外基準が占める割合 ※



リハビリテーション実績指数の除外基準に該当する患者のFIM利得

- 回復期リハビリテーション病棟における患者全体と除外基準に該当する患者のFIM運動利得を比較すると、「年齢が80歳以上のもの」は患者全体と変わらなかった。
- 一方、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」は全体よりわずかにFIM運動利得が低い範囲に分布しており、「FIM運動項目の得点が20点以下のもの」はさらに低かった。

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者の、属性ごとのFIM運動利得の分布

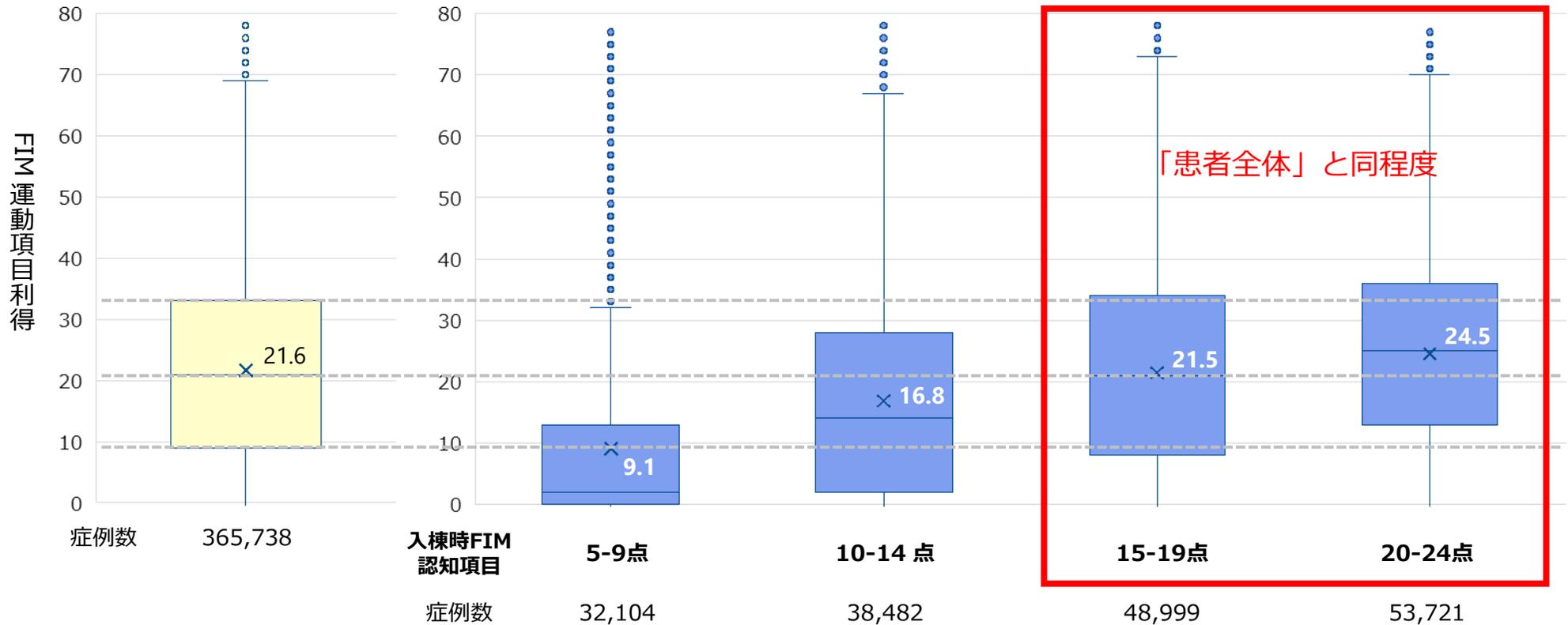


入棟時FIM認知項目24点以下患者の点数区分ごとの運動利得

- 入棟時のFIM認知項目得点が24点以下の患者のうち、15点～24点は、ある程度社会性やコミュニケーションが保たれた患者が多いと思われる。
- FIM認知項目の得点で細分化すると、FIM運動項目の利得は5～14点の患者で低かった一方、15～19点では入院患者全体と変わらず、20～24点では、全体よりも高い範囲に分布していた。

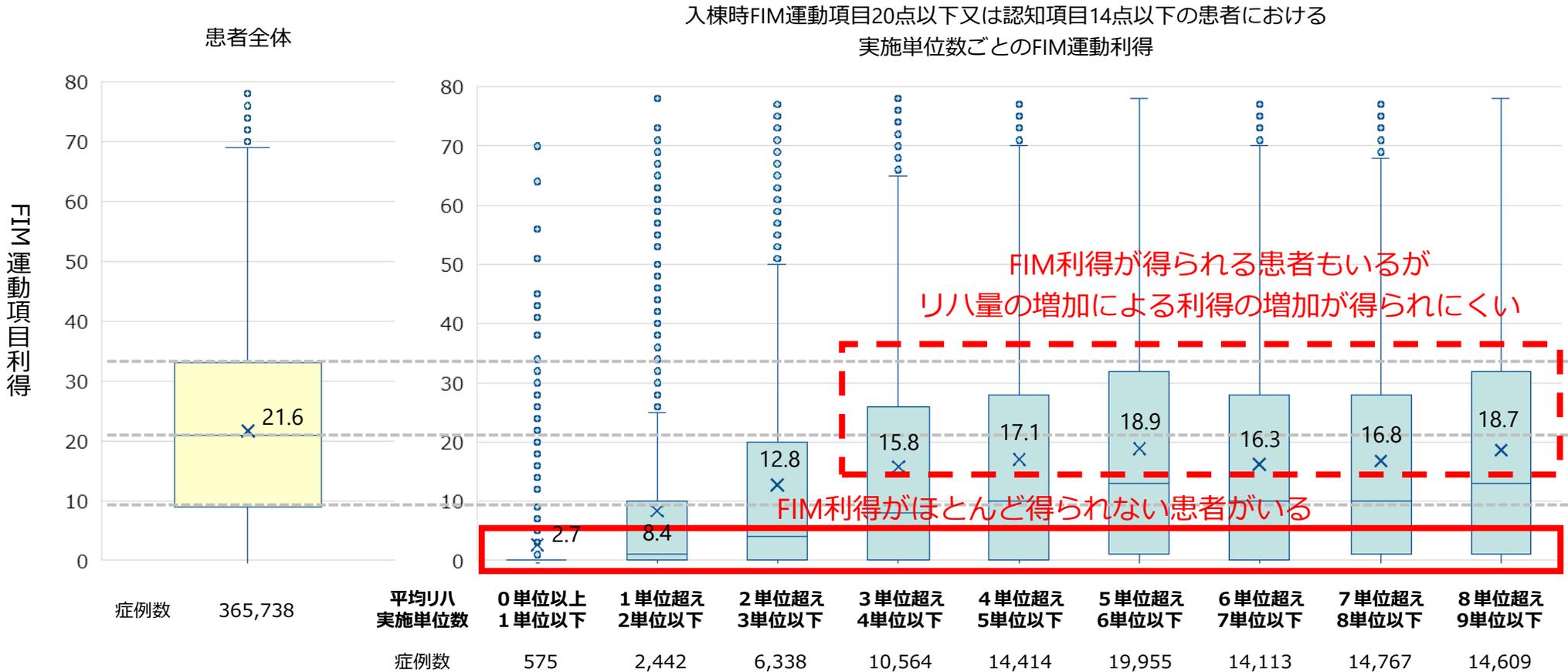
患者全体

入棟時FIM認知項目14点以下の患者における
点数区分ごとのFIM運動利得



入棟時FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下患者の実施単位数ごと運動利得

- FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下の患者については、リハビリテーションを行っても、FIM利得がほとんど得られない患者が存在する。
- 一方、1日当たりのリハビリ平均実施単位数が3単位を超える群については、患者全体と概ね同程度のFIM利得を得られる患者が一定程度存在したが、リハ量が増えても、単位数依存的なFIM利得の上昇はみられなかった。



※ 平均リハ実施単位数は、在棟中のリハビリテーション実施単位数の合計を回復期リハビリテーション病棟在棟日数で割って算出した。

出典：DPCデータ（令和6年6月 - 令和7年5月） ※死亡退院は除く

日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

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

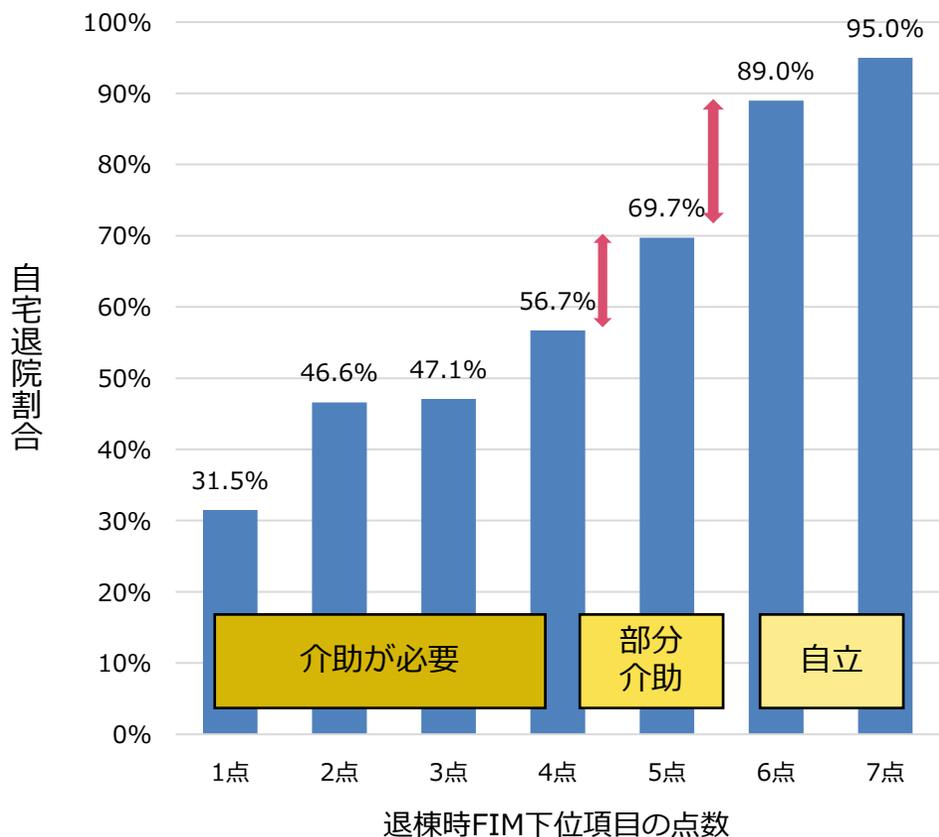
Functional Independence Measure (FIM)

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

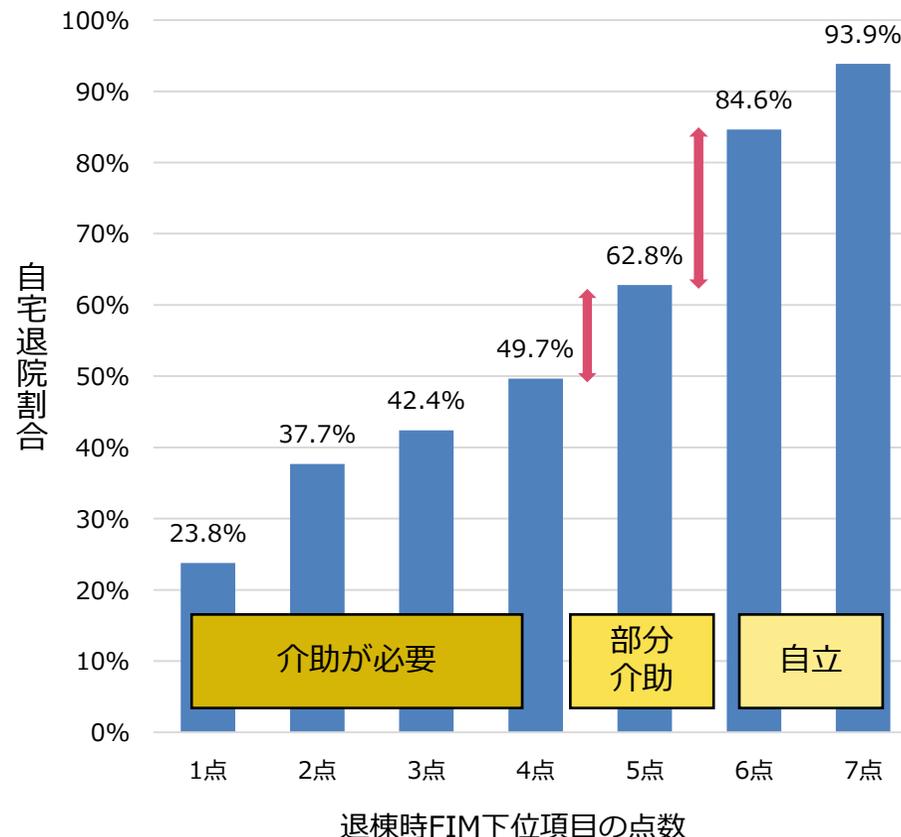
運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

- 退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動（歩行・車椅子）」の得点ごとの自宅復帰率は以下の通り。
- 両項目で4点（最小介助）に比べ5点（部分介助／監視レベル）、5点に比べ6点（修正自立レベル）の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。

移動（歩行・車椅子） n = 807,295



セルフケア（トイレ動作） n = 807,295



日常生活機能評価表について

- 日常生活機能評価は、平成20年に重症者回復加算の指標として診療報酬に導入された。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、特定機能病院リハビリテーション病棟における重症患者の判定や当該患者の改善を測定する際の指標として、FIMと日常生活機能評価のいずれかを測定することとされている。
- 日常生活機能評価の測定は必須とはしていないが、FIMと両方測定した上で患者ごとに選択することができるため、事実上両方の測定を促す効果を生んでいる。
- なお、FIMは実績指数の算出に必須であるが、日常生活機能評価表は上記の目的以外では測定は求めている。

(回復期リハビリテーション病棟入院料 施設基準通知より抜粋)

- 1 通則
 - (7) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、毎年8月において、1年間（前年8月から7月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年8月において、各年度4月、7月、10月及び1月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1のA308の(12)のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
 - (4) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定する場合、重症の患者（別添7の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）得点で55点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち4割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
 - ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数
 - イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）
 - (5) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上又はFIM総得点で16点以上改善していること。

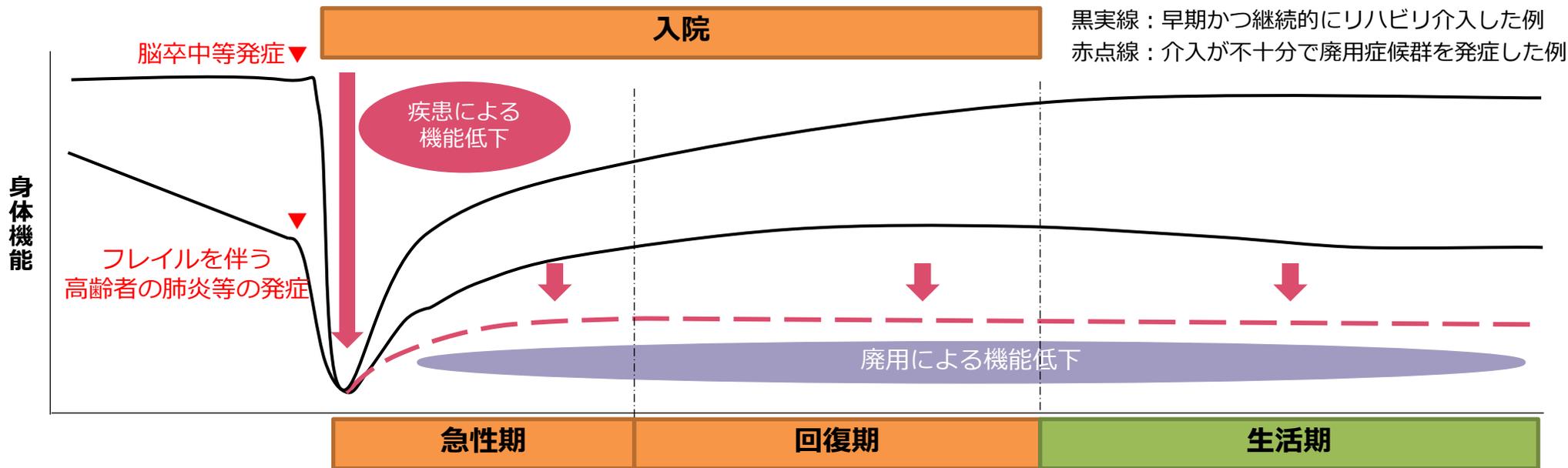
日常生活機能評価表とFIMの評価項目比較

- 日常生活機能評価とFIMは、認知項目はFIMにおいてやや比重が高いという違いがあるものの、全体的には重複する項目が得点全体の5 - 6割程度を占める。

評価項目（重複する項目を太字で示す）		日常生活機能評価表	配点 できない場合に加算	FIM	配点 能力が高いほど加算
認知機能	他者への意思伝達	○	1	○（表出）	7
	診療・療養上の指示が通じる	○	1	○（理解）	7
	危険行動	○	1		
	社会交流			○	7
	問題解決			○	7
	記憶			○	7
認知機能が占める割合			3/19点（約16%）		35/126点（約28%）
運動機能	移乗	○	2	○ (ベッド-車椅子、トイレ、浴槽)	各7×3項目
	移動	○	2	○（歩行、階段）	各7×2項目
	整容	△（口腔清潔のみ）	1	○	7
	食事	○	2	○	7
	更衣	○	2	○（上衣、下衣）	各7×2項目
	寝返り	○	2		
	起き上がり	○	1		
	座位保持	○	2		
	床上安静の指示	○	1		
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	○	1		
	清拭			○	7
	トイレ動作			○	7
	排尿コントロール			○	7
	排便コントロール			○	7
運動機能が占める割合			16/19点（約84%）		91/126点（約72%）
総得点			19点		126点

1. 回復期リハビリテーション病棟について
 - 1-1. 経緯と概要
 - 1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数
 - 1-3. 質の高いリハビリテーションの推進
 - 1-4. 退院支援と地域連携
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

必要なリハビリの
イメージ

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効な
乗降方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

生活機能回復に資する診療報酬①（排尿自立支援加算）

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中に下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、排尿自立支援加算を届け出ている病棟は30.2%である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

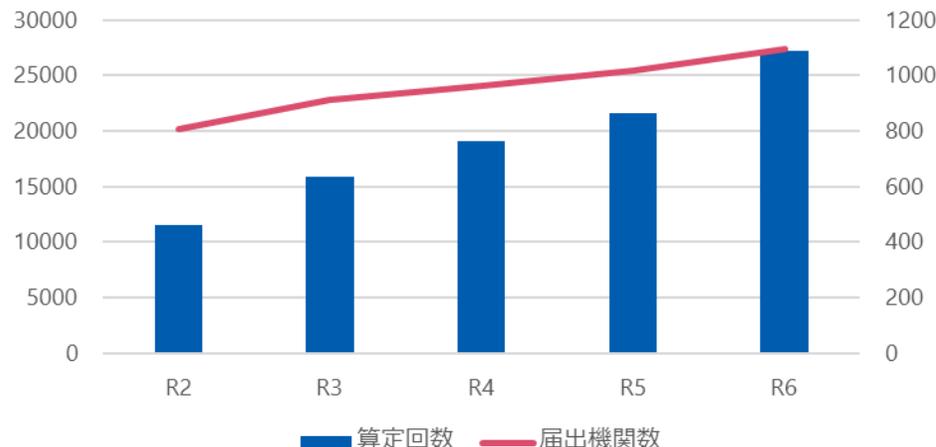
【施設基準（概要）】

- （1）保健医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- （2）排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- （3）排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- （4）下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドラインなどを遵守すること。

【算定要件（概要）】

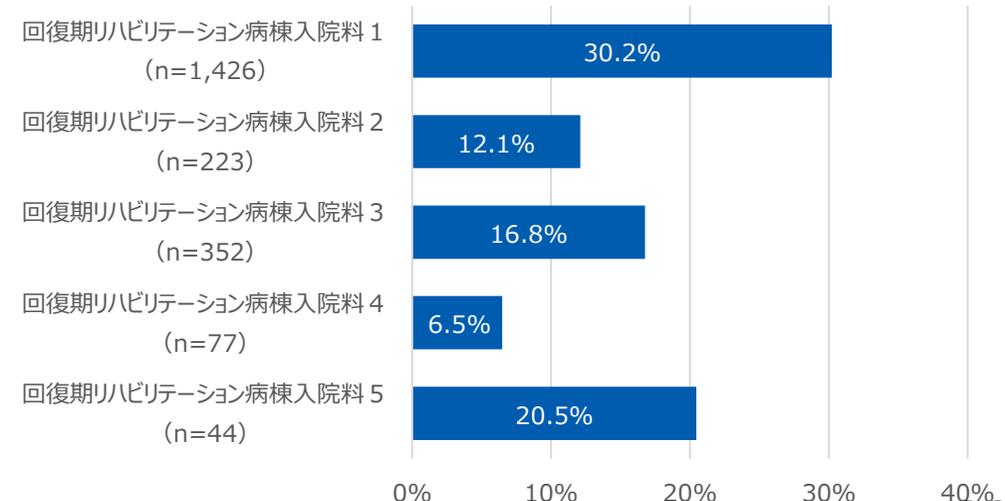
- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算の算定回数・届出機関数の推移



出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの
排尿自立支援加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

- 摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、摂食嚥下機能回復体制加算1または2を届け出ている施設は約13%である。また、専従の言語聴覚士等の施設基準にハードルがあるという声がある。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回）

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回）

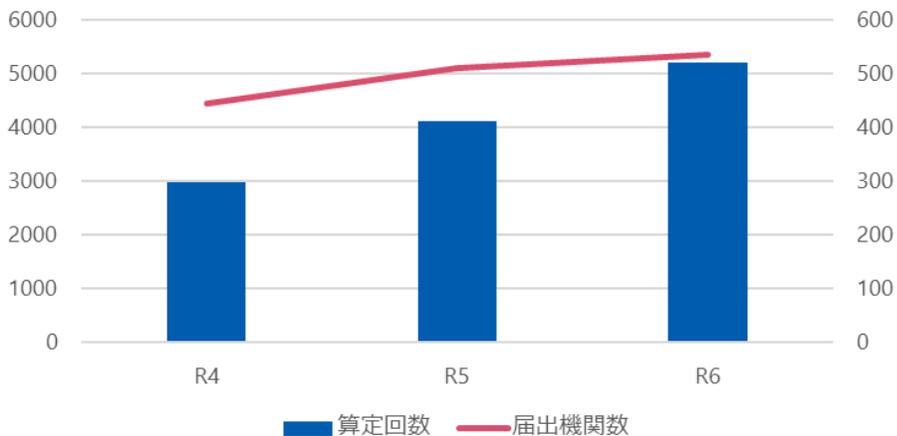
ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

【施設基準（概要）】

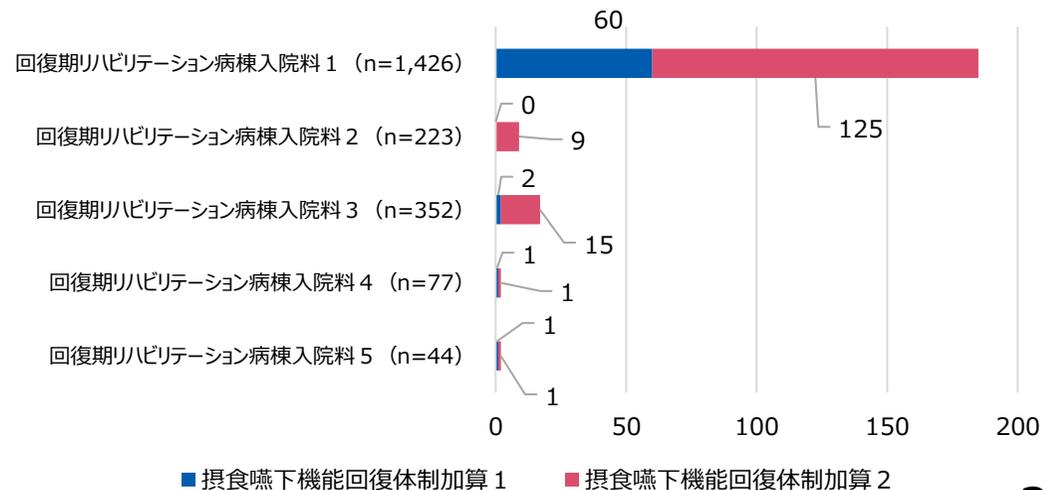
- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種(専任の常勤医師、**専従の言語聴覚士**、専任の常勤管理栄養士等)により構成されたチームが設置されていること。
 - 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。
- 【算定要件（概要）】
- 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
 - 上記を実施した患者について、**月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移



※現体系になった令和4年度以降にて加算1, 2, 3の総数を集計。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの摂食嚥下機能回復体制加算1, 2の届出状況

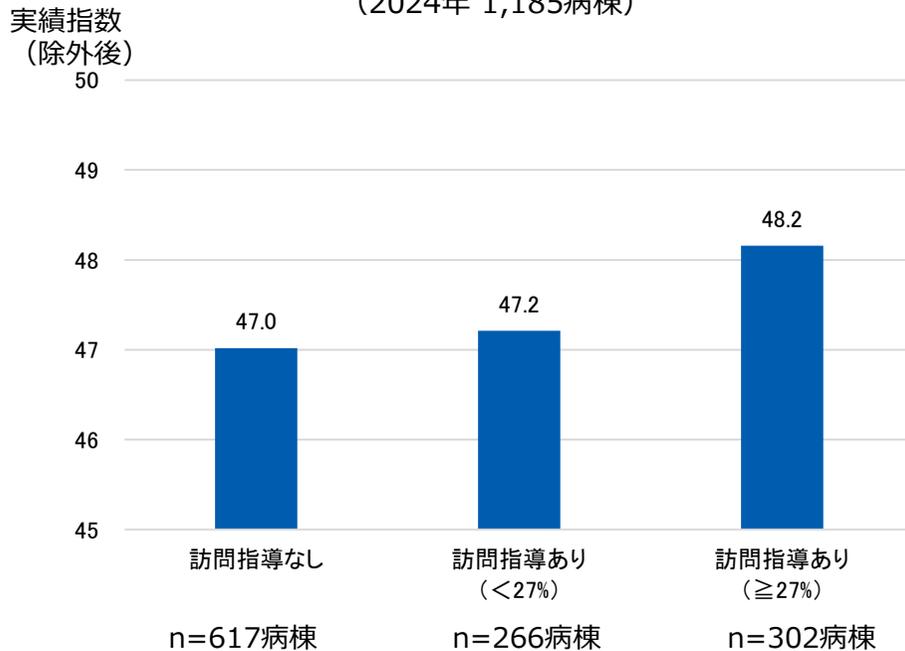


出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

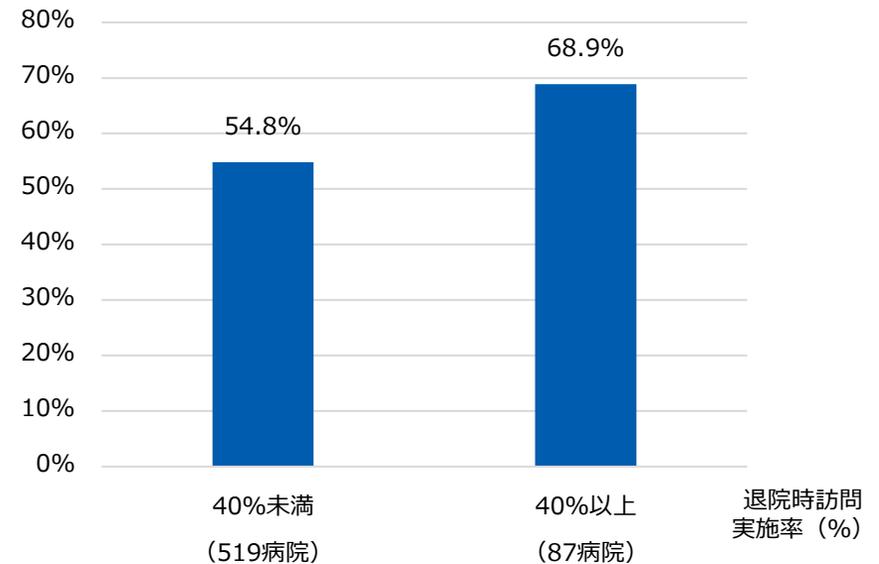
- 退院前訪問指導を一定割合以上実施している病棟・施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好である。

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変

訪問指導実施による実績指数の違い
(2024年 1,185病棟)



退院時訪問実施率別の自宅退院率 (病院単位)
(脳血管障害患者：2024年 9,091名)



入院時や退院時の訪問指導を積極的に実施する病棟・病院は、
効率の良い入院リハ提供や高い自宅復帰を実現できている

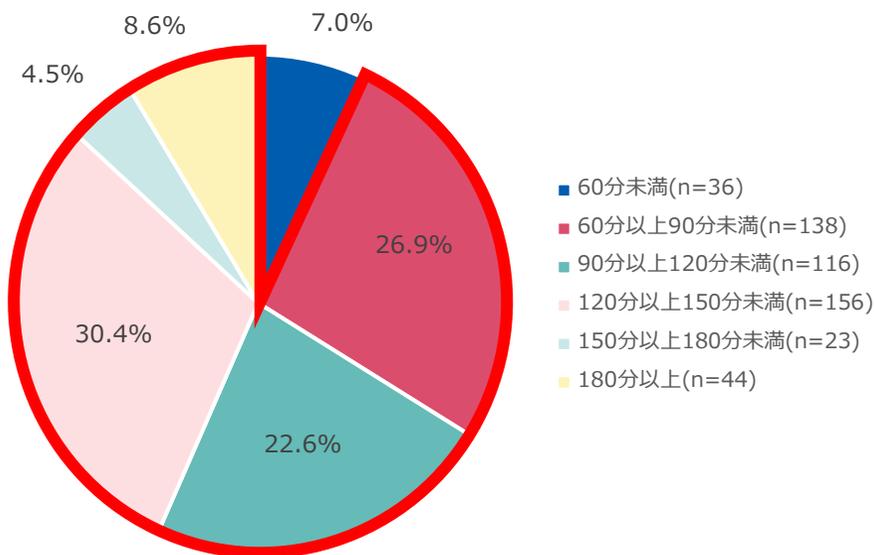


退院前訪問指導の実施職種、所要時間

- 退院前訪問指導の所要時間について、多くの施設で60分以上の長時間を要していた。
- 回答のあった回復期リハビリテーション病棟のうち、95%以上の病棟で理学療法士、作業療法士、40%以上の病棟で看護師、その他職種が関与しており、多職種による退院前訪問指導が行われていると考えられる。

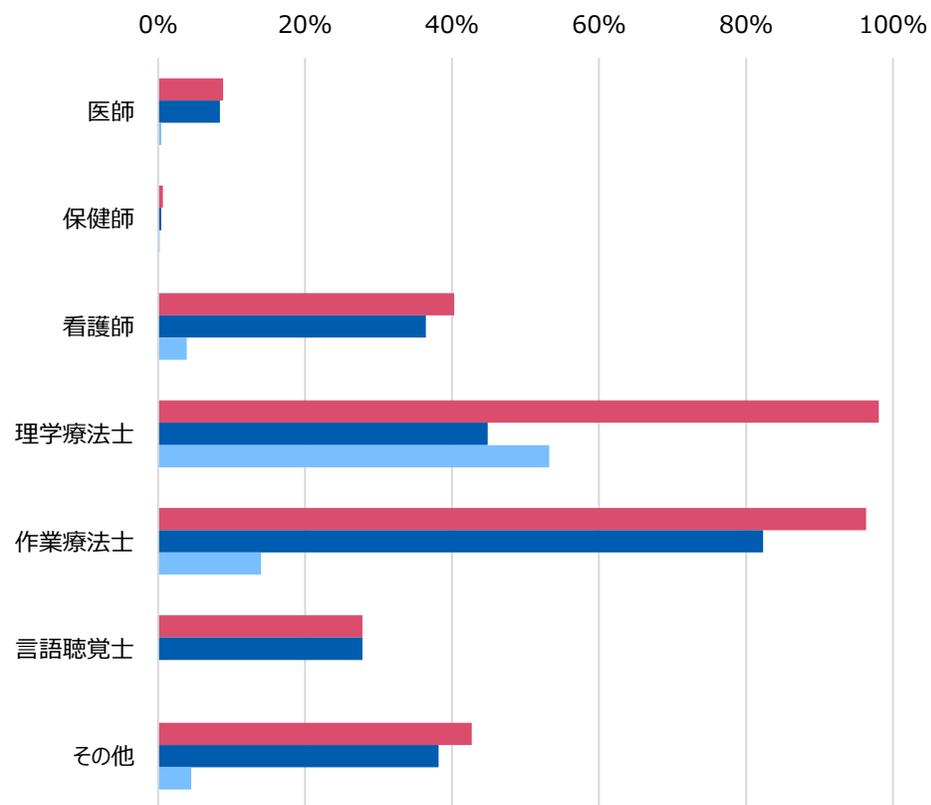
訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）

※往復の移動時間含む（n=513）



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（B票））

退院前の訪問指導を実施している職種(n=464)



■ 実施している ■ うち、主でないが担当している ■ うち、主として担当している

※その他では、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、福祉機器業者などの回答があった。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 病棟調査票（B票：回り八病棟入院料）

回復期リハビリテーション病棟入院料における休日リハに係る要件

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院料1・2では、休日を含め、リハビリテーションを提供できる体制が施設基準となっている。また、入院料3～5等では、同様の休日のリハビリテーション体制を有することで、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することができる。
- 上記のいずれも休日の1日あたりリハビリテーション提供単位数は患者1人あたり平均2単位以上とされており、急性期一般入院料等で算定されるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の基準と比較して、少ない設定となっている。

	入院料1	入院料2	入院料3 入院料4 入院料5 入院医療管理料
休日リハに係る規定	<p>・当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。</p>		<p>施設基準には規定なし 体制がある場合、休日リハビリテーション提供体制加算を算定。</p>

休日リハビリテーション提供体制加算

(施設基準 通知抜粋)

- 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、**休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上**であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(参考) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

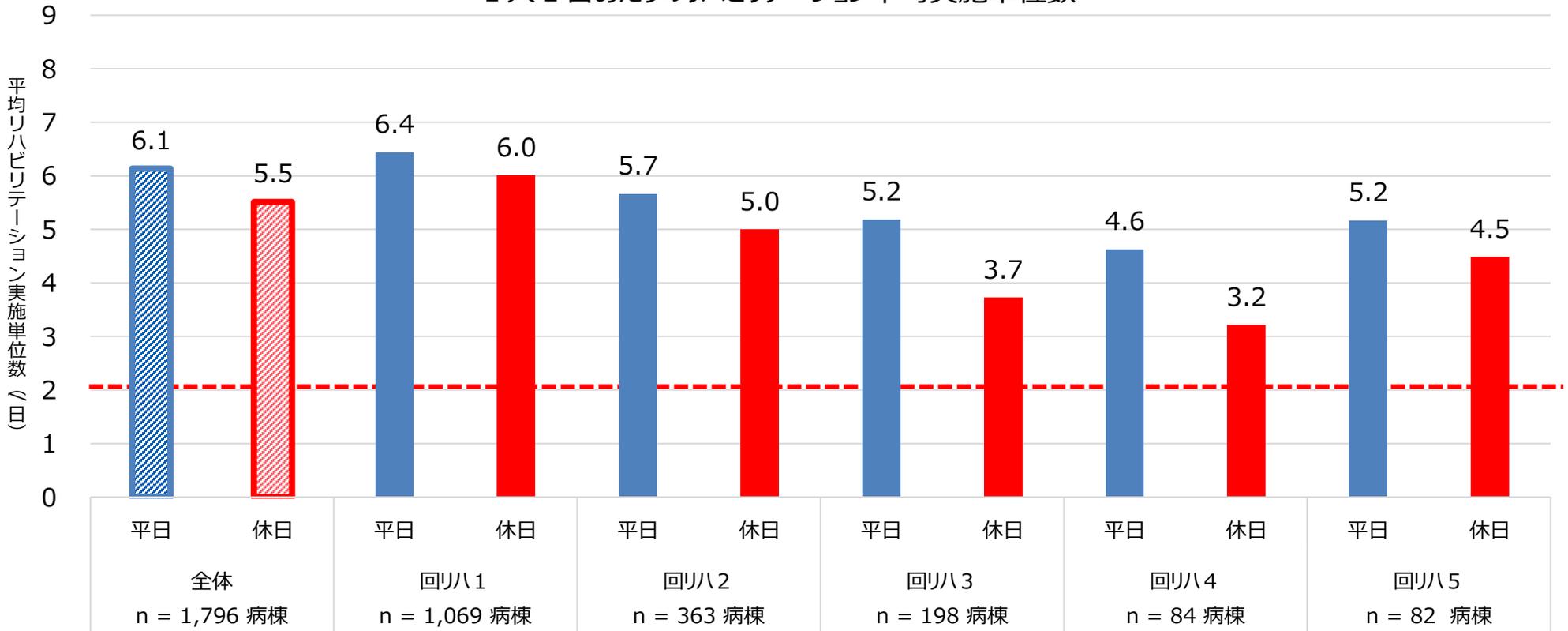
(施設基準 通知抜粋)

- 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が8割以上であること。

回復期リハビリテーション病棟における休日のリハビリテーション実施状況

- 全ての入院料において、回復期リハビリテーション病棟1・2及び休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準である1日平均2単位以上の提供単位数を大きく上回っている。

1人1日あたりのリハビリテーション平均実施単位数



(参考) 平日に対する休日のリハビリテーション提供単位数の割合 (休日の提供単位数/平日の提供単位数)

91.1%	94.6%	89.5%	72.5%	69.8%	86.3%
-------	-------	-------	-------	-------	-------

※ 休日の定義は日曜及び祝日 (12月30日～1月3日を含む)。

1. 回復期リハビリテーション病棟について

1-1. 経緯と概要

1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数

1-3. 質の高いリハビリテーションの推進

1-4. 退院支援と地域連携

2. リハビリテーションについて

3. 病棟における多職種連携について

- 高次脳機能障害に関する支援の実態調査において、126の回復期リハビリテーション病棟を対象に行われた調査では、回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害のある患者数は1～10人の施設が36.4%と最多であり、一定数の患者が存在していた。

図表 48 回復期リハビリテーション病棟の高次脳機能障害のある患者数

患者数	n	%
0	14	11.6
1～10	44	36.4
11～20	30	24.8
21～30	18	14.9
31～40	5	4.1
41～50	3	2.5
51以上	7	5.8
無回答	5	
全体	121	100.0

※割合の分母である病棟数は、全126病棟から無回答の5病棟を除いた121病棟。

- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

(1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがあるという意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついてない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

(2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていないという意見が多数把握された。特に、高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすいとの指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきであるという要望が寄せられた。

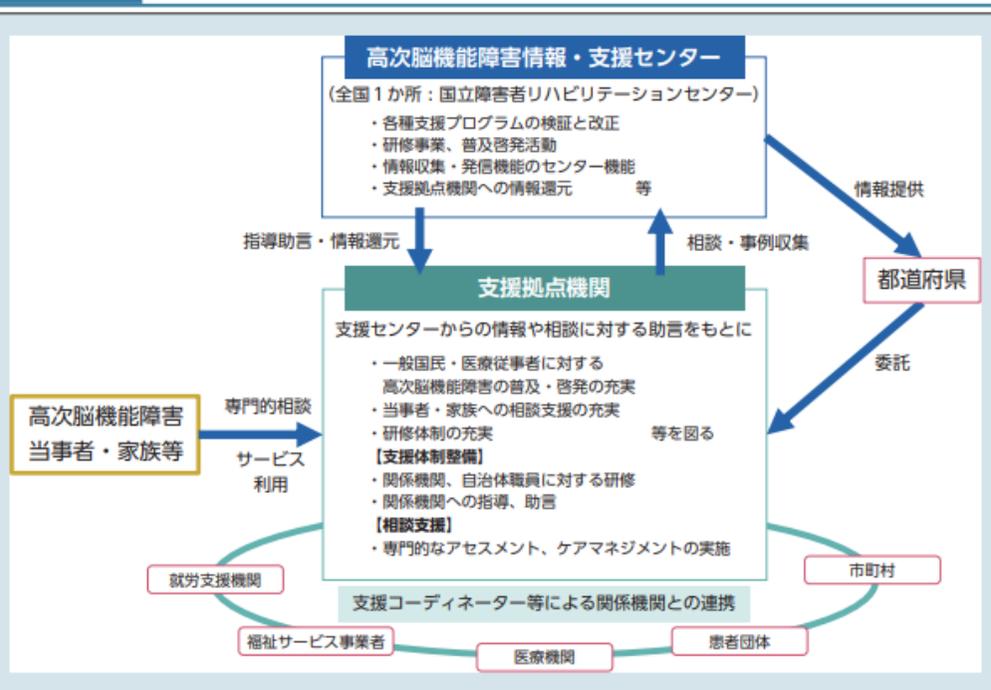
(略)

(5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）

- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国126カ所（令和7年4月1日現在）の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。

図表8-1-8 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業



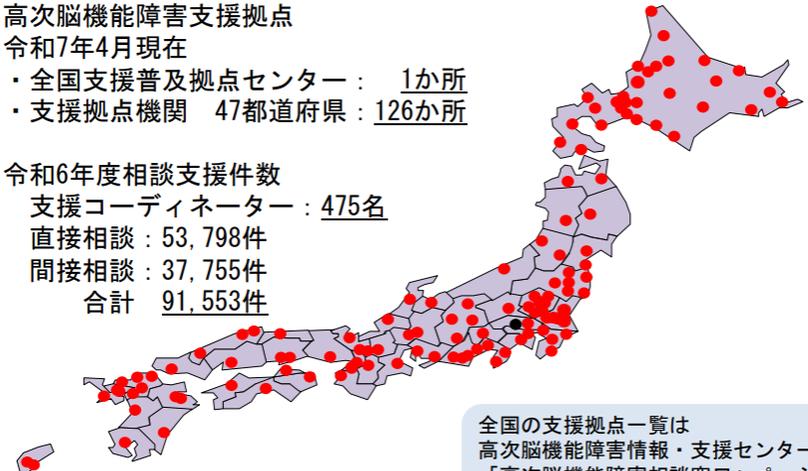
全国の相談支援体制の整備状況

高次脳機能障害支援拠点
令和7年4月現在

- ・全国支援普及拠点センター：1カ所
- ・支援拠点機関 47都道府県：126カ所

令和6年度相談支援件数

- 支援コーディネーター：475名
- 直接相談：53,798件
- 間接相談：37,755件
- 合計 91,553件



全国の支援拠点一覧は
高次脳機能障害情報・支援センターウェブサイト
「高次脳機能障害相談窓口」ページ参照
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/soudan/

出典：全国の相談支援体制の整備状況（令和7年4月1日現在）
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

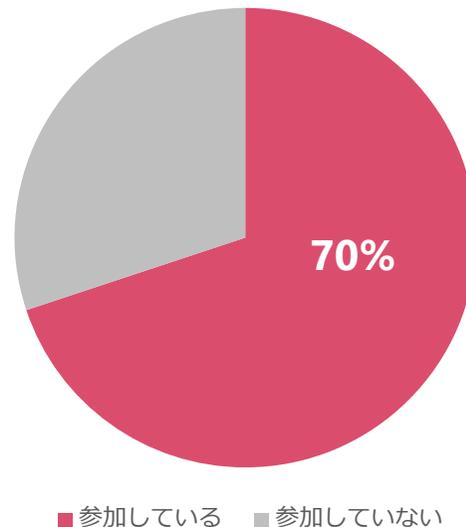
- 令和6年度改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2にて地域支援事業への参加していることが望ましいとした。
- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。

(通知より抜粋)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

- (10) 市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」(平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知)に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましい。

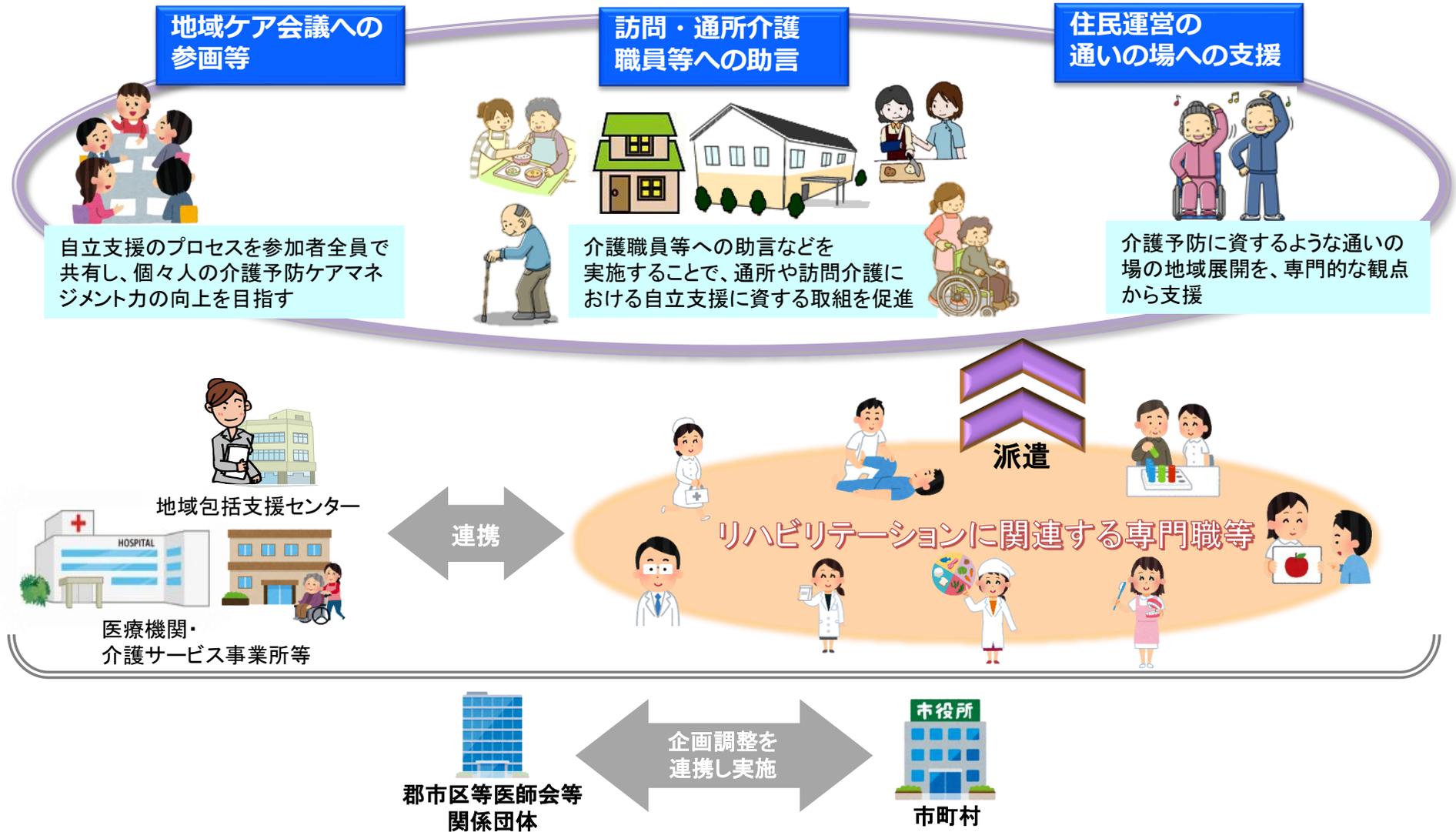
回復期リハビリテーション病棟における
地域支援事業の参加率 (n=465)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (病棟調査票 (B票))

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

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



回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点①

(リハビリテーション実績指数・重症患者割合について)

- 重症患者の基準を満たす患者のうち約1割は、FIM得点が20点以下の、下位項目がほとんど全介助又はそれに準じる状態と考えられる患者であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さい。
- 重症患者割合は、重症者加算においてアウトカム評価を導入する際、患者選別を来さないために導入された仕組みである。
- 回リハ入院料1, 2においては、重症患者割合は4割に設定されており、基準をぎりぎり満たす病棟が多かった。
- 実績指数から除外される患者の規定は、実績指数でアウトカムを評価するにあたり、計算対象であるFIM運動項目ではリハの効果が表現されない患者の入棟が制限されないよう導入された仕組みであるが、その割合が増えるほど、リハビリテーションの効果そのものが得られにくい患者の入棟が増える可能性がある。
- 実績指数の要件がある入院料1, 3では、基準を満たす病棟が大半であり、基準を大きく上回る病棟も見られる一方、実績指数の要件がない入院料2, 4では、実績指数が低い病棟が存在した。
- 現在は実績指数から除外されている患者の中でも、年齢80歳以上の患者や、FIM認知項目15～24点の患者のFIM運動利得は患者全体と変わらなかった。
- また、FIM認知14点以下やFIM運動20点以下の患者のうち、1日平均3単位以上の疾患別リハビリテーションを実施している患者では、全体と変わらない利得が出ている患者が多かった。さらに、6単位を越えて実施した場合であっても、3～6単位実施と比べてさらにFIM利得が増すことはなかった。
- 退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動(歩行・車椅子)」について、4点(最小介助)に比べ5点(監視)、5点に比べ6点(修正自立)の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。
- 日常生活機能評価表は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、特定機能病院リハビリテーション病棟における重症患者の判定と、当該患者の改善を測定する際の指標の選択肢としてのみ記載されており、測定のタイミングは入院時と退院時に限られている。
- FIMは実績指数の算出に必須であるが、日常生活機能評価表は上記の目的のみに用いられ、測定は必須ではない。
- 日常生活機能評価とFIMは、認知項目はFIMにおいてやや比重が高いという違いがあるものの、重複項目が得点の5～6割程度を占める。

(より質の高いリハビリテーションの推進について)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、排尿自立支援加算を届け出ている病棟は30.2%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、摂食嚥下機能回復体制加算1または2を届け出ている施設は約13%であり、加算専従の言語聴覚士等の施設基準にハードルがあるという声がある。
- 退院前訪問指導は、多くの施設で、療法士、看護師等を含む多職種が関わって60分以上の時間をかけて実施していた。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院料1・2では、施設基準に、入院料3～5では加算として、休日のリハビリテーション提供体制について規定されているが、いずれも休日の1日あたりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上とされており、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の基準等とは異なる規定となっている。
- 全ての入院料において、休日の1人1日あたりのリハビリテーション実施単位数は、回復期リハビリテーション病棟1・2及び休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準である1日平均2単位以上を大きく上回っている。

回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点②

(退院支援・地域連携について)

- 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害のある患者数は1～10人の施設が36.4%と最多であり、一定数の患者が存在している。
- 医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。
- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国126カ所(令和7年4月1日現在)の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。
- 令和6年度改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2では地域支援事業への参加していることが望ましいとされた。令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。



【論点】

(リハビリテーション実績指数・重症患者割合について)

- 回復期リハビリテーション病棟における集中的なリハビリテーションが必要な重症患者の入棟を適切に評価する観点から、重症患者の範囲や入棟を求める割合を見直すことについて、どのように考えるか。
- 以下のような点等を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟の役割に照らし、実績指数のあり方やそれらを要件とする入院料の範囲についてどのように考えるか。
 - ・ 実績指数からの除外対象の患者割合が高い一方で、除外対象を更に分類すれば、除外対象でない患者と同様にFIM運動利得が得られる群が含まれること。
 - ・ 全ての病棟において、実績指数の除外対象となる患者が、除外できる割合である3割を越えていること。
 - ・ FIMの下位項目の中でも、歩行やトイレ動作が5点(監視)～6点(修正自立)程度まで改善した場合は在宅復帰の割合が大きく上昇すること。
- 日常生活機能評価表は、リハビリテーション病棟入院料等における重症患者の該当基準及び重症患者の改善度合いの基準としてのみ用いられており、いずれもFIMによる基準が併記されていることを踏まえ、現場の負担軽減の観点から、その役割についてどのように考えるか。

回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点③

(より質の高いリハビリテーションの評価について)

- 生活機能回復を促す取組として、上位の区分の入院料において排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算等の届出を求めることについて、どのように考えるか。また、摂食嚥下機能回復体制加算において専従要件となっている言語聴覚士の業務の範囲について、疾患別リハビリテーションとの関係性等をどのように考えるか。
- 現在包括評価となっている退院前訪問指導は、複数のスタッフが参加し長時間かけて行われていること、円滑な在宅復帰に有用であること等を踏まえ、退院後の生活に向けて十分な支援を促進する観点から、回復期リハビリテーション病棟における評価方法についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における休日リハビリテーションに関する次のような点等について、どのように考えるか。
 - ・ いずれの回復期リハビリテーション病棟3～5においても休日のリハビリテーションが実施されている現状を踏まえた、休日リハビリテーションに係る施設基準のあり方
 - ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等の休日リハビリテーションに係る基準等を踏まえた、休日リハビリテーション提供量の基準のあり方

(退院支援や地域連携の取組について)

- 高次脳機能障害の患者について、障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さや退院時に相談窓口の情報提供することの重要性について指摘があったことを踏まえ、退院支援として、支援拠点機関や障害福祉サービス事業所等の情報提供を行うことに関する回復期リハビリテーション病棟の役割について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における地域貢献活動の実施状況を踏まえ、地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することを推奨する病棟の範囲について、どのように考えるか。

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

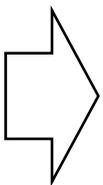
疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設等

疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

- NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

現行

【心大血管疾患リハビリテーション料】		
1	心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）	205点
	（新設）	
【脳血管疾患リハビリテーション料】		
1	脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）	245点
	（新設）	



改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】		
1	心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）	
	イ 理学療法士による場合	205点
	ロ 作業療法士による場合	205点
	ハ 医師による場合	205点
	ニ 看護師による場合	205点
	ホ 集団療法による場合	205点
【脳血管疾患リハビリテーション料】		
1	脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）	
	イ 理学療法士による場合	245点
	ロ 作業療法士による場合	245点
	ハ 言語聴覚士による場合	245点
	ニ 医師による場合	245点

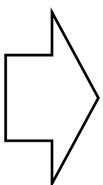
※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

呼吸器リハビリテーション料の見直し

- 術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

現行

【呼吸器リハビリテーション料】	
〔施設基準〕	
別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者（略）	
四	食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者



改定後

【呼吸器リハビリテーション料】	
〔施設基準〕	
別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者（略）	
四	食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、 大腸癌、卵巣癌、膵癌 等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

リハビリテーションに係る医療介護障害連携



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ リハビリテーションに係る情報連携の推進
- ・ 退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進



診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。

リハビリテーションに係る主な改定の経緯①

平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーション料が新設 ・疾患毎に算定上限日数を設定するとともに、1月に一定単位数以上行った場合の逡減制を廃止 ・集団療法に係る評価の廃止、機能訓練室の面積要件の緩和、発症後早期の上限単位数を緩和
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・リンパ浮腫指導管理料を新設
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げ ・運動器リハビリテーション料について充実した人員配置を評価した新たな区分を新設(運動器リハビリテーション料(Ⅰ)) ・がん患者リハビリテーション料を新設 ・早期加算を引き上げ
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・外来リハビリテーションについて、医師の包括的な診察に関する評価を新設(外来リハビリテーション診療料) ・発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、初期加算を新設 ・介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長 ・訪問リハビリテーションを提供している患者が急性増悪等のため一時的にADLが低下した場合、ADL改善のため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能へ
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能へ ・地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合を評価(リハビリテーション総合計画提供料) ・外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とした ・入院患者以外の要介護被保険者等について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合を評価(介護保険リハビリテーション移行支援料) ・一般病棟入院基本料、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病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を新設(ADL維持向上等体制加算)
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化 ・廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設定 ・IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象へ ・要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設(目標設定等支援・管理料) ・リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設(リンパ浮腫複合的治療料) ・ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実

リハビリテーションに係る主な改定の経緯②

平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象を追加 ・介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設(リハビリテーション総合計画評価料2) ・要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて経過措置を1年間に限り延長 ・医療介護共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設(リハビリテーション計画提供料1) ・介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を新設(電子化連携加算) ・特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設(早期離床・リハビリテーション加算)
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加 ・難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加 ・脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設定 ・外来リハビリテーション診療料におけるリハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和 ・がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者を、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件へ見直し ・リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者を拡大
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ・標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法(FIM)を測定していることを要件化 ・運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化 ・リハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設(リハビリテーションデータ提出加算)
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> ・土日祝日に行うリハビリを含む、リハビリ、栄養管理及び口腔管理について評価を新設(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算) ・早期リハビリテーション加算の点数を見直し、急性期リハビリテーション加算を新設 ・疾患別リハビリテーション料を実施した職種ごとの区分を新設 ・脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定する患者が介護保険の通所リハに移行する場合、移行先の事業所に対し、リハビリテーション実施計画書等の提供を要件化 ・疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)を同時に実施する場合の施設基準等を緩和

疾患別リハビリテーション料の概要①

- H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患（抜粋）
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 125点	1単位 20分	150日	○急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 100点	1単位 20分	180日	○脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） 180点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） 146点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 77点	1単位 20分	120日	○急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185点 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点	1単位 20分	150日	○上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点	1単位 20分	90日	○肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態等

疾患別リハビリテーション料の概要②

➤ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び専従常勤看護師合わせて2名以上等	必要に応じて配置	-	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者合計10名以上※4	専従常勤PT5名以上※4	専従常勤OT3名以上※4	160m ² 以上※4 病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	(言語聴覚療法を行う場合) 専従常勤ST1名以上※4 専用室(8m ² 以上)1室以上	要
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者合計4名以上※4	専従常勤PT1名以上	専従常勤OT1名以上			
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上					
廃用症候群 リハビリテーション料	(I)~(III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合は、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

これまでのリハビリテーションに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 疾患別リハビリテーション料の専従要件については、リハビリテーション室で実施されるリハビリテーションそのものの質が落ちないように留意しつつ、病棟でのリハビリテーションができることを明確化する必要があるのではないかとこの指摘があった。
- 社会復帰のための施設外でのリハビリテーションは重要であり、1日3単位までという単位数の上限は見直すべきではないかとの意見があった。
- 急性期のリハビリテーションでは、入院直後からなるべく早くリハビリテーションを開始することが重要であるため、急性期リハビリテーション加算等の評価の在り方について検討していく必要があるのではないかとこの意見があった。
- より早期の在宅復帰につなげるためにも、入院直後からリハビリテーションを開始して、土日も含めて中断しないようにすることを急性期リハビリテーション加算等の算定要件として検討しても良いのではないかと、その際には必要なマンパワーについても合わせて検討すべきとの意見があった。
- 退院時リハビリテーション指導料については、入院中にリハビリテーションを実施した患者の退院時に指導を行うという趣旨を徹底することと、早期のリハビリテーション開始に繋げるためにも入院中のリハビリテーションを要件化するべきではないかとこの意見があった。
- 退院時リハビリテーション指導料は、高齢者の入院において、退院後に向けたリハビリテーションを周知する良い機会であると考えため、入院中にリハビリテーションを実施していない場合に算定出来ないようにするかは慎重な議論が必要との意見があった。
- リハビリテーション関係書類は数が多く非常に煩雑であり、重複した書類が多いため、必要な記載を残しつつ簡素化する方法について、一部の書類の統合を含め技術的に検討すべきとの意見があった。

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

（新） 急性期リハビリテーション加算

50点（14日目まで）

（改） 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点（30日目まで）

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

- ① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理
- ⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

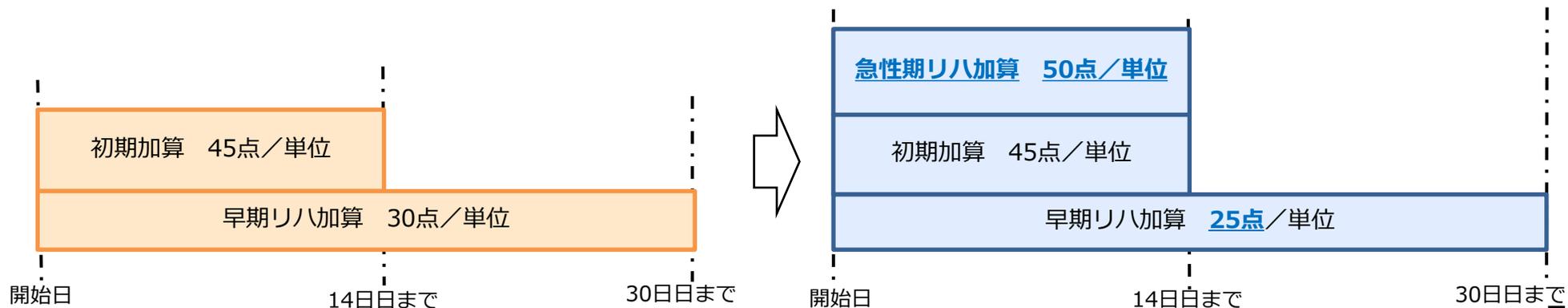
※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。

【現行】

【改定後】



- 発症後 24~48時間からの離床開始が妥当である可能性がある。ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択した上で、発症後24時間以内の離床を考慮しても良い。
- 脳卒中（脳梗塞）症例においては、入院3日目以降の介入では退院時機能転帰に不良な影響があるとされている。

脳卒中急性期リハビリテーションの指針（2023年5月1日）

Q：急性期脳卒中（主に脳梗塞）における離床（ベッドから離れる訓練）の適切な開始時期は？

A：■エビデンスはいまだ十分ではないが、**現時点では発症後 24~48 時間からの開始が妥当**かもしれない。

■ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択したうえで、さらに離床時間を短くし頻度を増やすなどの配慮をすれば、発症後 24 時間以内の開始を考慮してもよい。

Q：頭部挙上や離床の適切な開始時期は、脳出血やくも膜下出血といった出血性脳卒中の場合は脳梗塞と異なるのか？

A：■脳出血において適切な頭部挙上開始時期は不明であるが、少なくとも、入院直後から 24 時間挙上しておくことは転帰へ影響しないと考えられる。ただし、**脳出血では脳梗塞よりも慎重な離床開始が望ましく、24時間以降 48 時間以内の離床が妥当**であろう。

■エビデンスは乏しいが、くも膜下出血においては、適切な再破裂予防手術が行われた後に、発症から数日以内に頭部挙上から段階的な離床開始を考慮してもよい。

脳卒中の早期リハビリテーション介入における影響を分析した論文

Total number of patients, n = 140,655 Haemorrhagic stroke n = 34,074 Ischaemic stroke n = 10,6581

	Adjusted OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
Timing of initial rehabilitation						
Day 1	0.89	0.82-0.95	0.004	1.04	0.99-1.09	0.136
Day 2	ref			ref		
Day 3	0.91	0.85-0.98	0.008	0.90	0.85-0.94	< 0.001
Day 4	0.92	0.85-1.01	0.078	0.83	0.78-0.88	< 0.001
Day 5	0.95	0.85-1.07	0.405	0.77	0.71-0.83	< 0.001
Day 6 and later	0.87	0.80-0.96	0.005	0.65	0.61-0.69	< 0.001

退院時の良好な転帰（※）に係るリハビリ開始のタイミングについてのロジスティック回帰分析

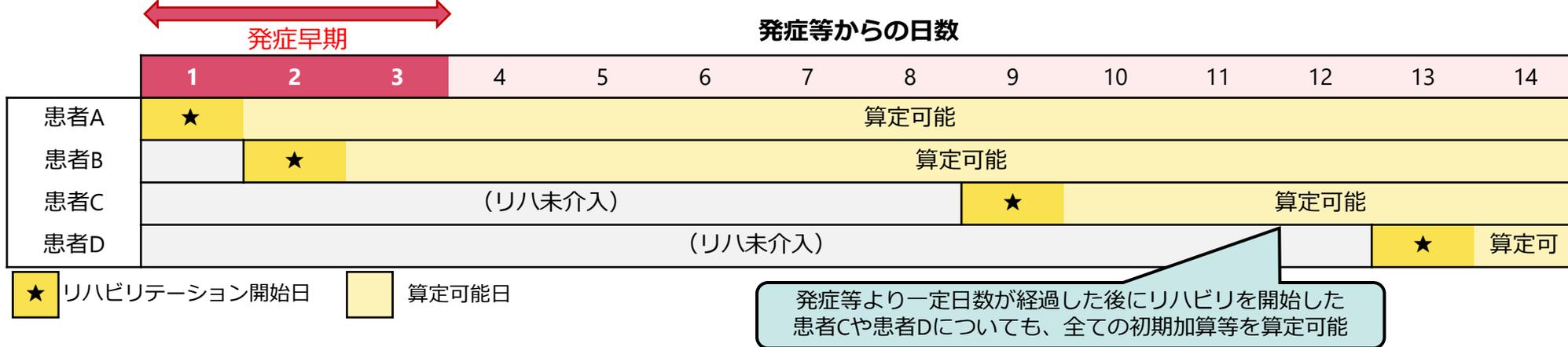
※退院時のmodified Rankin Scaleが2以下（自立）

脳卒中（脳梗塞）発症後、**入院2日目のリハビリテーション開始が退院時の機能転帰に良好な結果を与える可能性がある**（3日目以降の開始は不良な転帰を与える可能性がある）。

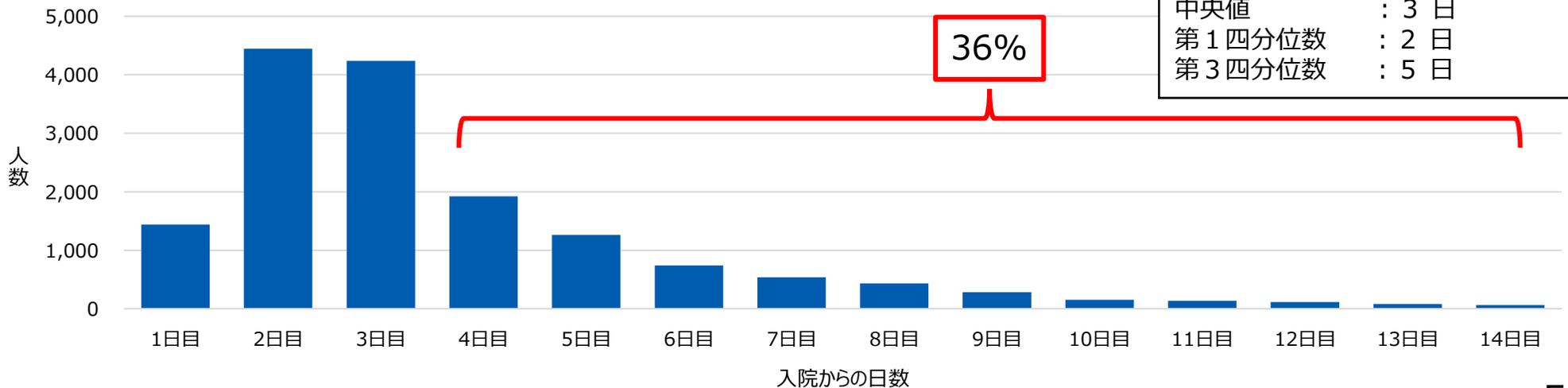
初期加算等の算定要件・算定状況

- 初期加算等では、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。
- 14日以内に初期加算等を算定した患者のうち、3日以内に疾患別リハビリテーションの初回介入ができていない患者の割合が36%を占めていた。

■急性期リハビリテーション加算のイメージ



初期加算または早期リハビリテーション加算の初回算定日（疾患別リハを開始した日）

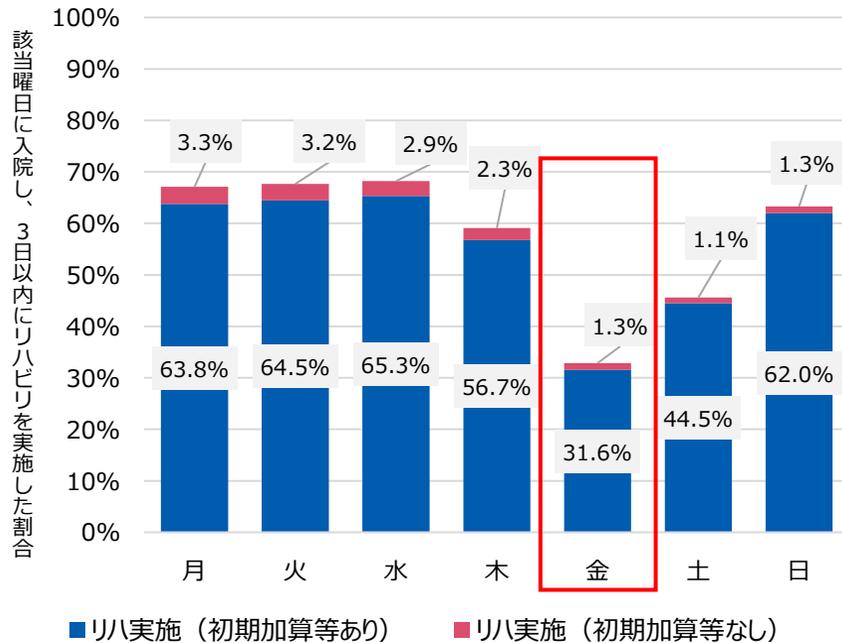


平均値±標準偏差 : 3.9日 ± 2.3日
 中央値 : 3日
 第1四分位数 : 2日
 第3四分位数 : 5日

急性期における曜日ごとの早期リハビリテーションの介入

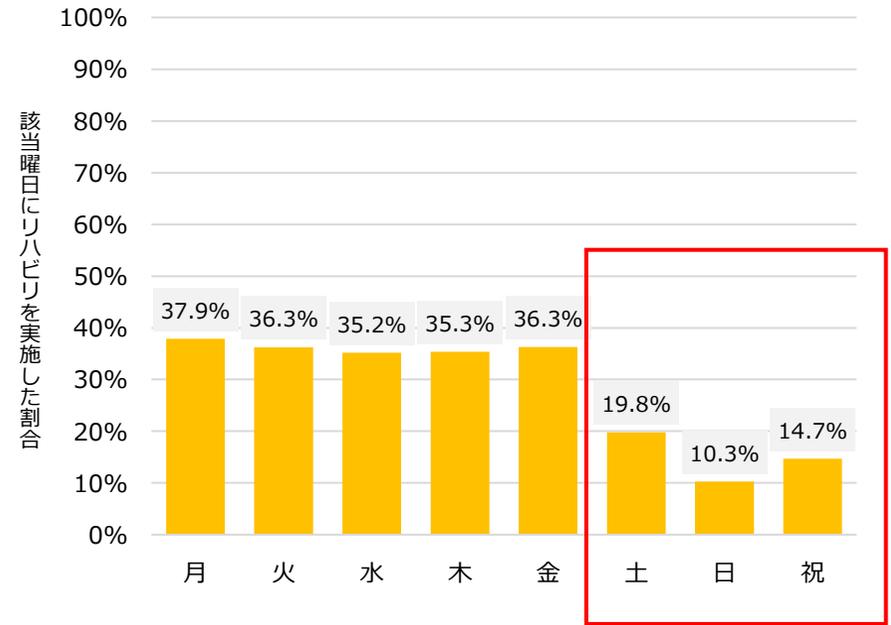
- 急性期一般入院料 1～6 における、入院曜日ごとの入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合は、金曜日に入院した場合に、初期加算等の算定によらず、最も低かった。
- リハビリテーションを実施した患者の割合は、土日祝において平日より低く半分以下であった。

入院曜日別、入院から 3 日以内にリハビリテーションを実施した割合



※ 入院から14日以内にリハビリを実施した症例を対象に、入院日を1日目として、3日目までにリハビリを開始した割合を入院曜日別に集計した。ただし、死亡退院と7日以内の退院症例は除外。
 ※ 急性期リハビリテーション加算、初期加算、早期リハビリテーション加算の3つのいずれかを算定している症例を、初期加算等ありと定義した。

曜日別リハビリテーション実施割合



※ 該当曜日の入院患者を分母、疾患別リハの種類・単位数に関わらず、1単位以上のリハ実施者数を分子として集計した。
 ※ 祝日の定義は、国民の祝日とその振替休日祝日及び12月29日～31日

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

療法士が従事しうる診療報酬上の項目

- 算定方法において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うことが示されている点数表区分は以下のとおりであり、一部に専従・専任要件が設けられている。
- 疾患別リハビリテーション料と障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の専従療法士は兼任可能であるが、その他の区分については、当該専従者が従事できるかどうか必ずしも明確でない。

報酬名	
A230-4	精神科リエゾンチーム加算
A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
A251	排尿自立支援加算
B001 5	小児科療養指導料
B001-7	リンパ浮腫指導管理料
B001 14	高度難聴指導管理料（人工内耳機器調整加算）
B001 28	小児運動器疾患指導管理料
B004・B005	退院時共同指導料 1, 2
B005-1-2	介護支援等連携指導料
B005-9	外来排尿自立指導料
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B007	退院前訪問指導料
B015	精神科退院時共同指導料
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料
D211-3	時間内歩行試験
J038	透析時運動指導等加算（人工腎臓）
J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
H000	心大血管疾患リハビリテーション料
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料
H002	運動器リハビリテーション料
H003	呼吸器リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション

報酬名	
H003-2	入院時訪問指導加算(リハビリテーション総合計画評価料)
H004	摂食機能療法
H004	摂食嚥下機能回復体制加算
H005	視能訓練
H006	難病患者リハビリテーション料
H007	障害児（者）リハビリテーション料
H007-2	がん患者リハビリテーション料
H007-3	認知症患者リハビリテーション料
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料
H008	集団コミュニケーション療法料
I002	児童思春期支援指導加算(通院・在宅精神療法)
I002-2	精神科継続外来支援・指導料 注3に規定する加算
I002-3	救急患者精神科継続支援料
I006-2	依存症集団療法
I007	精神科作業療法
I008	入院生活技能訓練療法
I011	精神科退院指導料
I011-2	精神科退院前訪問指導料
I012	精神科訪問看護・指導料
I016	精神科在宅患者支援管理料

療法士の専従規定あり
 療法士の専任規定あり
 太枠の項目 同士は、専従療法士が兼務可能。

※ 療法士の配置が規定されている各入院料及び精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重症認知症患者デイ・ケアは記載を省略。

医療機関の療法士による助言が規定された介護報酬

- 介護報酬においては、自立支援・重度化防止に資する介護の推進を目的とした「生活機能向上連携加算」があり、医療機関の療法士による助言等を求めることができる体制の構築が規定されている。こうした介護施設等への助言業務の診療報酬上の取扱いは明らかでない。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月（※3月に1回を限度）

生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

（算定要件等）

<生活機能向上連携加算（Ⅰ）>

- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

<生活機能向上連携加算（Ⅱ）>

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

- 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する、いずれかの要件に当てはまる場合は、6単位を超えて疾患別リハビリテーション料の算定が可能とされている。

別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

- 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を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

- 令和6年3月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」より抜粋

問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「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を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

(答) 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 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を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 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を算定する患者 **(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)**
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



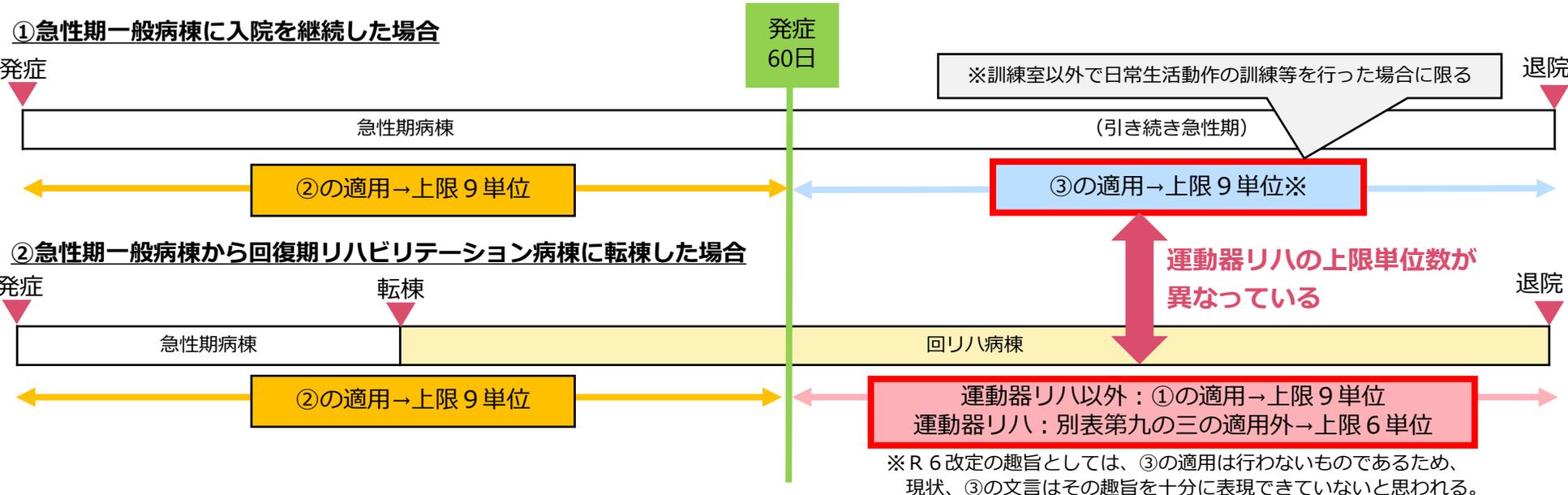
改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

リハビリテーション実施可能単位数のイメージ

- 令和6年度改定で、回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定は1日6単位までとされた。これにより急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合は、リハビリ実施が6単位/日までに制限される一方で、仮に発症60日以降も急性期一般病棟での入院を続けた場合、別表第九の三の③に該当し、9単位/日のリハビリを実施できる状態となっている。

【発症からの経過と入院病棟によるリハビリテーション算定可能単位数の違い】



※別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

- ①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を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- ②脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- ③入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

訓練内容ごとの療法士の負担

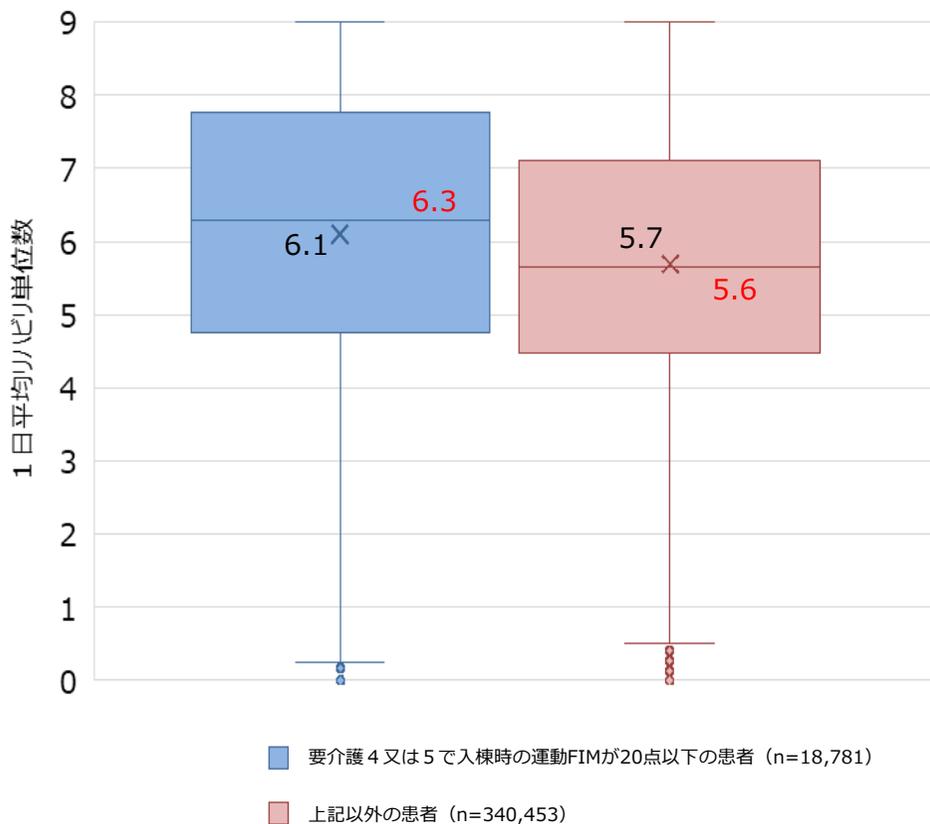
- ベッド上から全く身体を離さず行う訓練は、他の訓練と比較して、準備や片付け、訓練の所要時間、転倒・事故リスク等の観点から、療法士の負担が少ないと考えられる。

	ベッド上訓練 (離床せず行うもの)	歩行訓練	ADL動作訓練
準備・片付け	× 少ない	○ 比較的多い	◎ 多い
訓練の所要時間	短時間で可能	長時間の場合もある	長時間の場合もある
訓練の標準化	○ 比較的標準化しやすい	△ 個別性があり、困難	× 個別性が高く、困難
転倒・事故リスク	低	高	高
多職種との連携の必要性	○	◎	◎

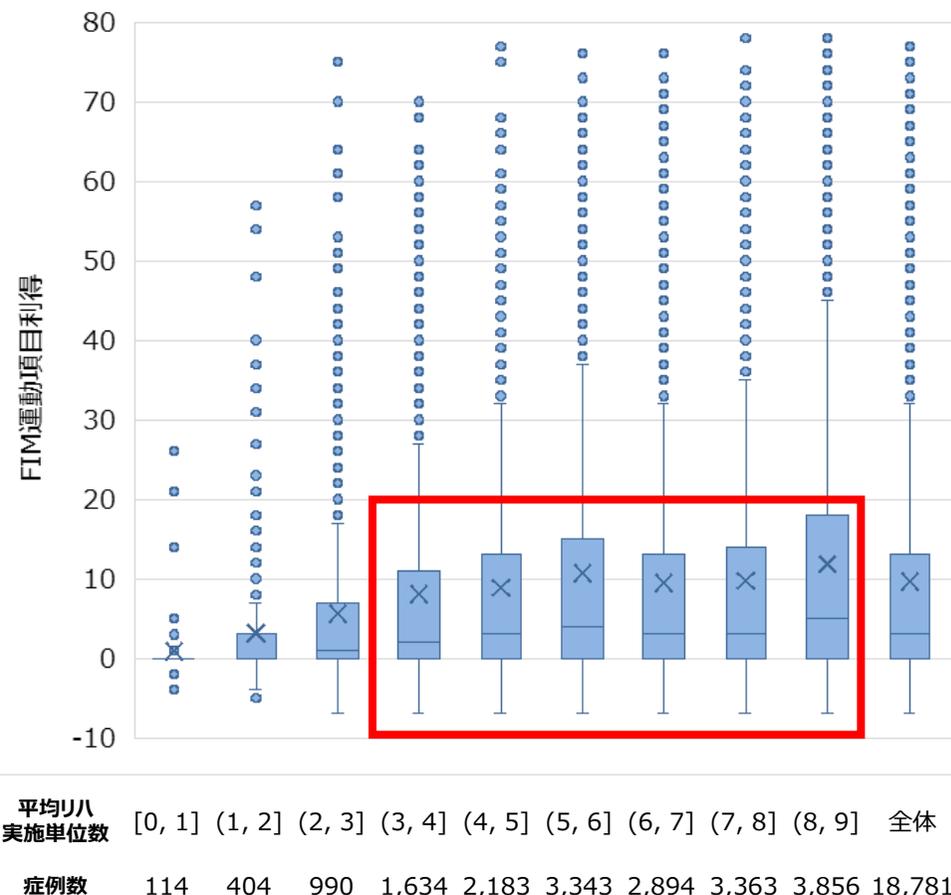
入棟時FIM、要介護度別のリハビリ実施単位数とFIM利得

- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は寝たきり又はそれに準じる状態であると想定され、下半身をベッドから離さず行う、いわゆる床上リハの実施が多いと考えられる。
- これらの患者における、1日あたりの平均リハビリ実施単位数はその他の患者に比べて多い一方で、1日3単位を超えるリハビリを実施しても、単位数増加に伴う明らかな改善がみられない患者が多かった。

要介護4又は5で入棟時運動FIM20点以下の患者とそれ以外の患者の1日平均リハビリ単位数



要介護4又は5で入棟時運動FIM20点以下の患者の実施単位数別のFIM運動項目利得



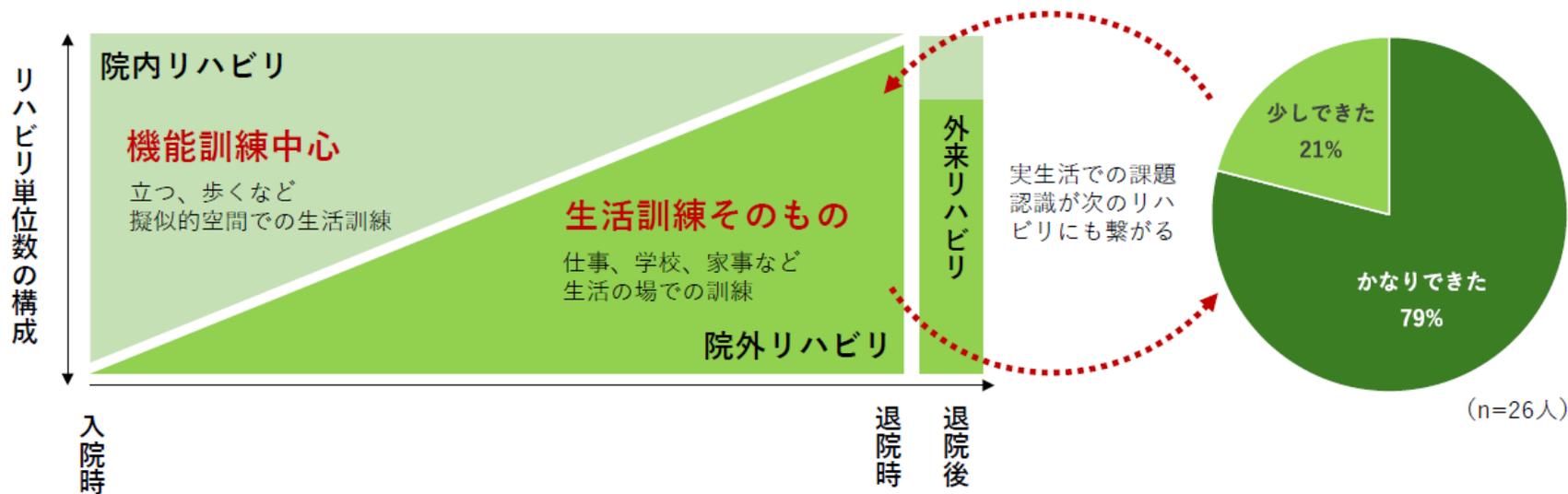
院内/院外リハの組み合わせ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

患者の状態や時期によりクリアすべき課題は異なる。退院後の円滑な生活のため、院内/院外リハビリを適切に提供できる制度が望まれる。

患者の課題によってリハビリ場所も異なる

院外リハによりリハスタッフが
今後の課題・目標をイメージできたか？



千里リハビリテーション病院
「2023年5月～2023年10月までの外出訓練調査」

院外リハビリをデザインする

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

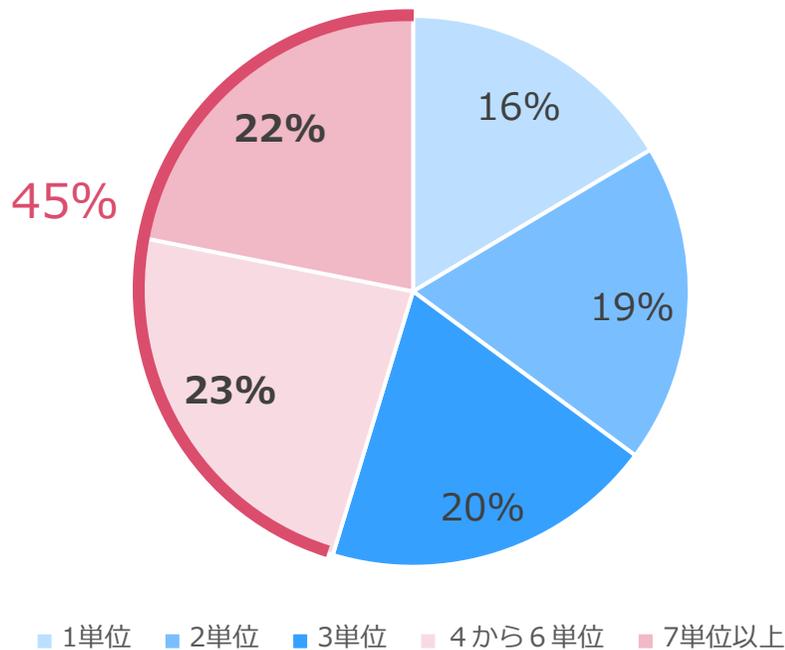
入院患者の目的は社会復帰。それを円滑に進めるため、実践的な訓練である院外リハビリの提供体制を拡充すべき。

生活の場で訓練する院外リハビリの拡充

ポイント	慢性期治療病棟	院外リハビリ
目的 明確化	病態を改善し、在宅復帰を促す	患者の状態、課題に応じたリハビリ(場所)の提供
プロセス 実践方法の確立	6病態（誤嚥性肺炎、低栄養、脱水、褥瘡、尿路感染症、その他の感染症）の治療 + 病態の急性憎悪対応（慢性期救急）	医療機関外リハビリにおける ・3単位(60分)の制限緩和 ・自宅/社会生活に必要な範囲の拡大（復学、自宅内ADL等）
アウトカム 指標設定/測定	6病態の改善度、改善期間	院外リハビリ実施率の向上による円滑な社会復帰

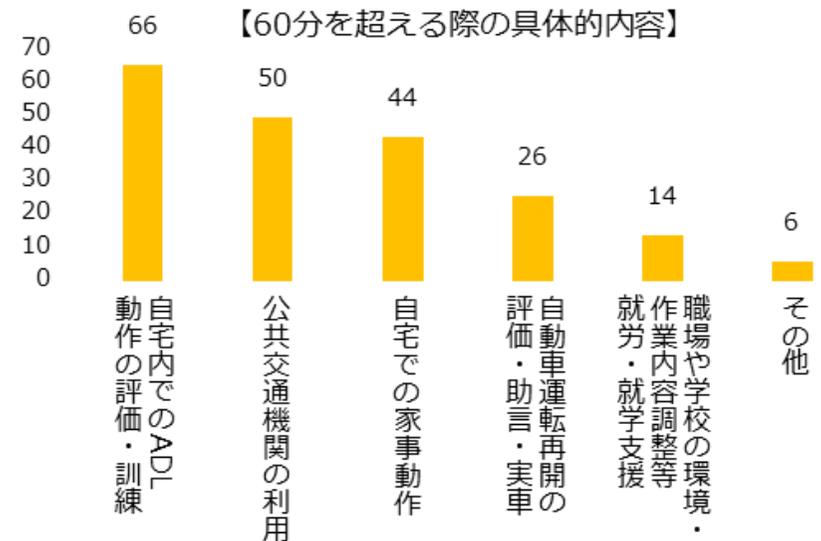
- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位以上にあたる60分を超えて実施した症例は45%と一定割合を占めていた。

屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と
人数の割合(n=128)



調査日から遡った過去7日間において、疾患別リハビリテーションを実施した1,767症例のうち、同一期間内に屋外等で疾患別リハビリテーションを実施した128症例について、単位数ごとの人数を集計。

参考) 屋外等でのリハビリテーションが
60分を超える際の具体的な実施内容



※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

- 退院時リハビリテーション指導料の概要は以下のとおり。
- 直近5年間では、算定回数は増加している。

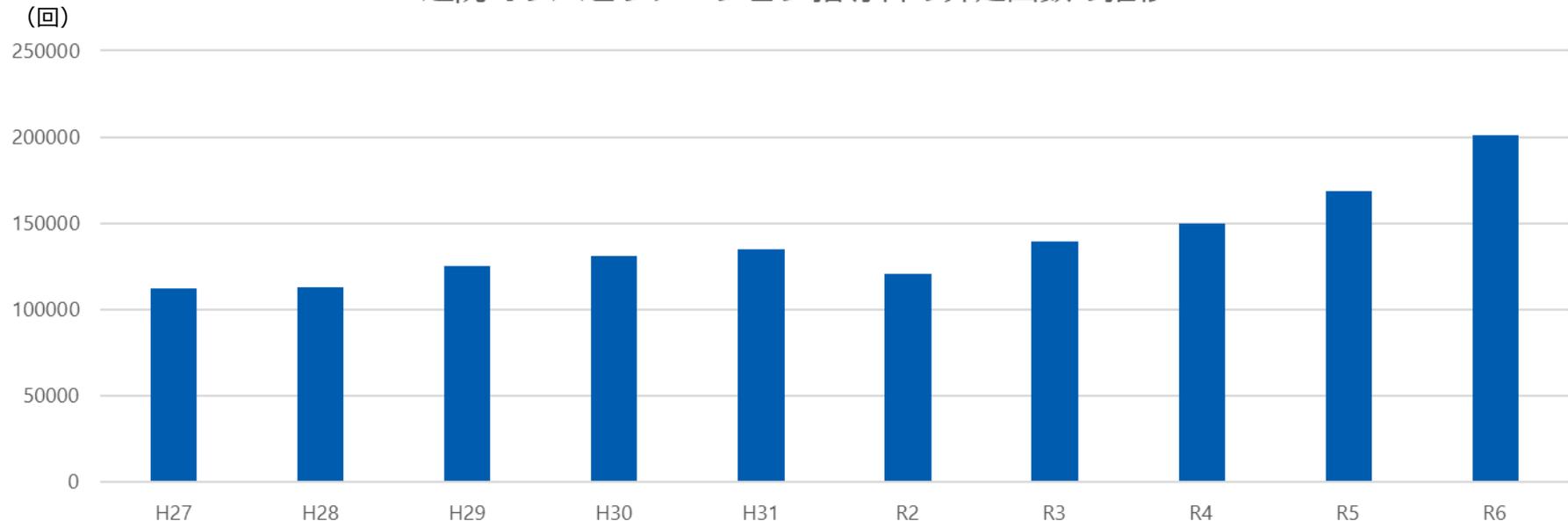
B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について 必要な指導等を行った場合に算定する。

【算定要件（抜粋）】

- 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- 退院日に1回限り算定する。

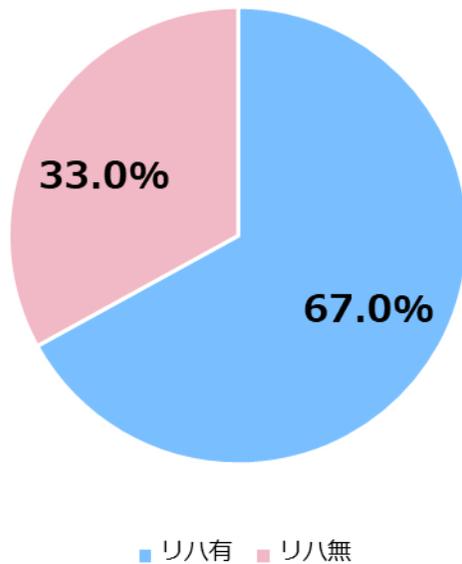
退院時リハビリテーション指導料の算定回数の推移



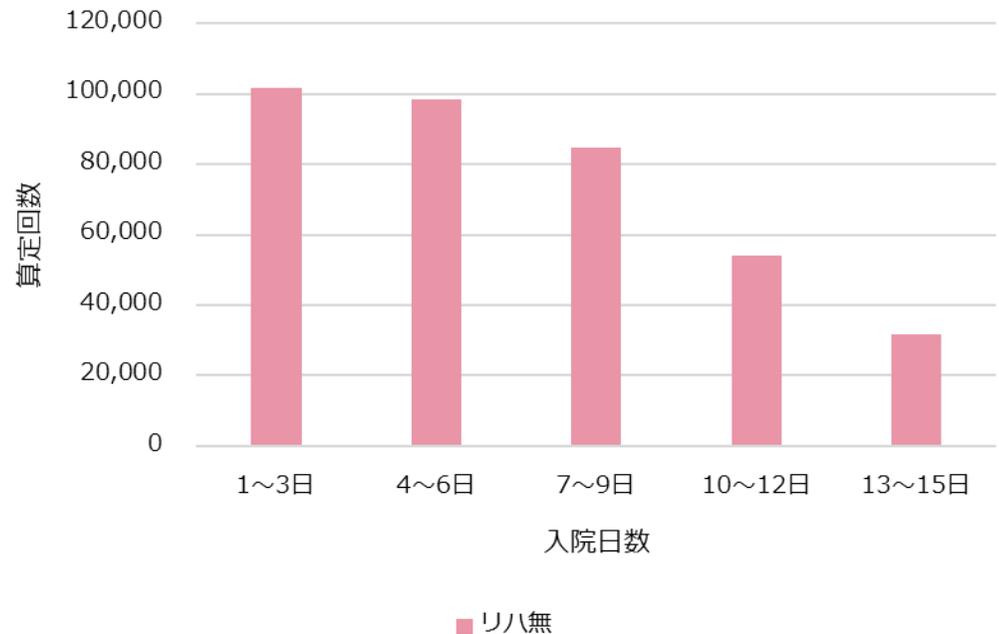
出典：社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%と一定割合を占めていた。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の
リハビリテーション実施の有無



退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち
リハビリを実施していない患者の入院日ごと算定回数



※ 入院日を1日目として、1~3日、4~6日、7~9日、10~12日、13~15日で区分

※ 入院から15日までの退院症例にて集計

摂食機能療法

- 摂食機能療法は、種々の要因により摂食機能障害を有する患者に対し、診療計画書に基づいて個々の患者の症状に対応した訓練指導を行った場合に算定できる。
- ほとんどが入院で算定されており、算定回数は緩徐に増加している。

H004 摂食機能療法（1日につき）

1 30分以上の場合 185点

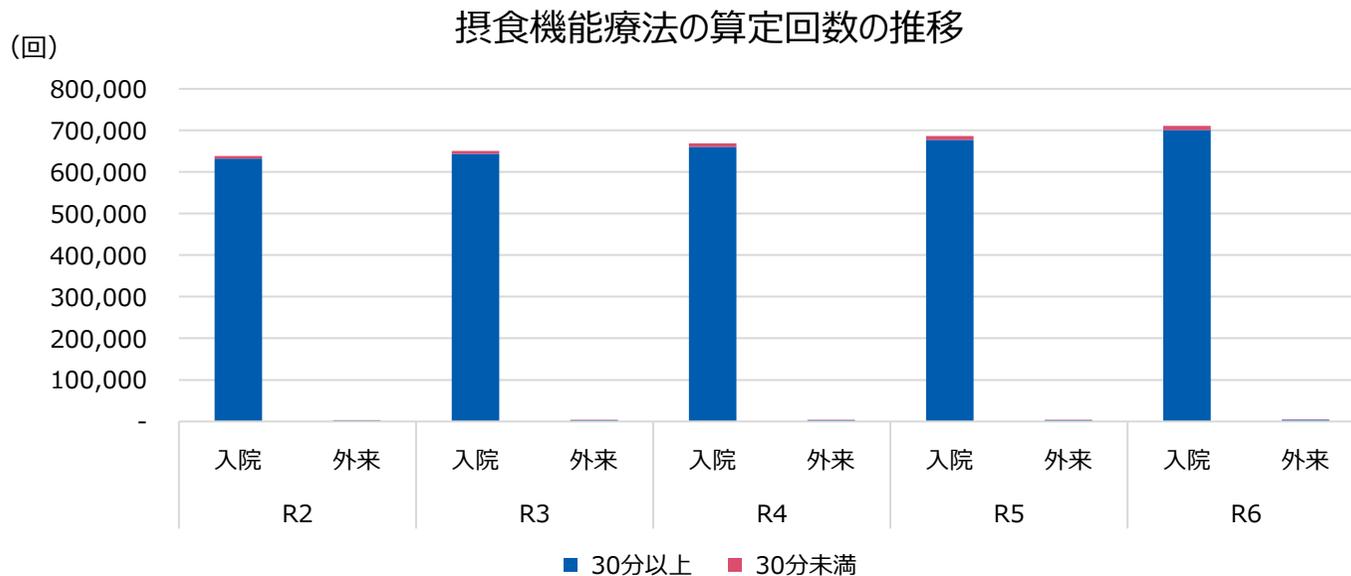
2 30分未満の場合 130点

【対象患者（概要）】

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害あるもの。
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

【算定要件（抜粋）】

- 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師または歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行う。

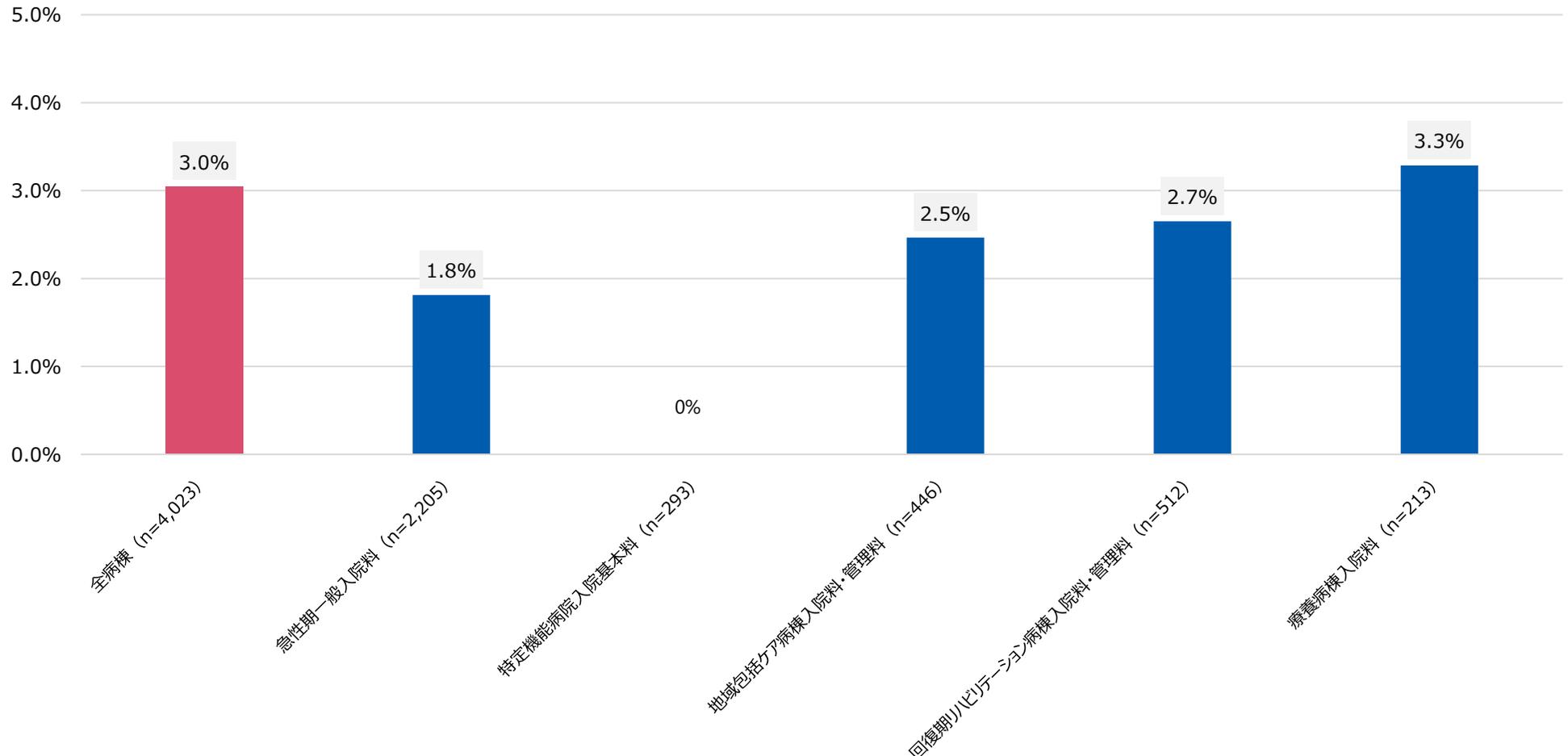


引用：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年以降は8月審査分）

入院料ごとの摂食機能療法において実施している内容

○ 摂食機能療法において「食事観察」と「食事介助」のみで算定している病棟が多くの入院料で存在した。

摂食機能療法における「食事観察」「食事介助」のみによる介入をしている病棟の割合



※摂食機能療法を算定している病棟のうち、介入内容が「食事観察のみ」「食事介助のみ」「食事観察と食事介助」である病棟を集計。

※回答のあった病棟数が200以上の病棟種別のみを記載。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A票～D票））

リンパ浮腫複合的治療料の概要

- リンパ浮腫複合的治療料は、対象患者に患肢のスキンケア、セルフケア指導等を行った場合に算定可能である。
- 届出機関数、算定回数ともに微増傾向にあるものの、非常に少ない。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料（1日につき）

- 1 重症の場合 200点**
- 2 1以外の場合 100点**

鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断されたものであって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。

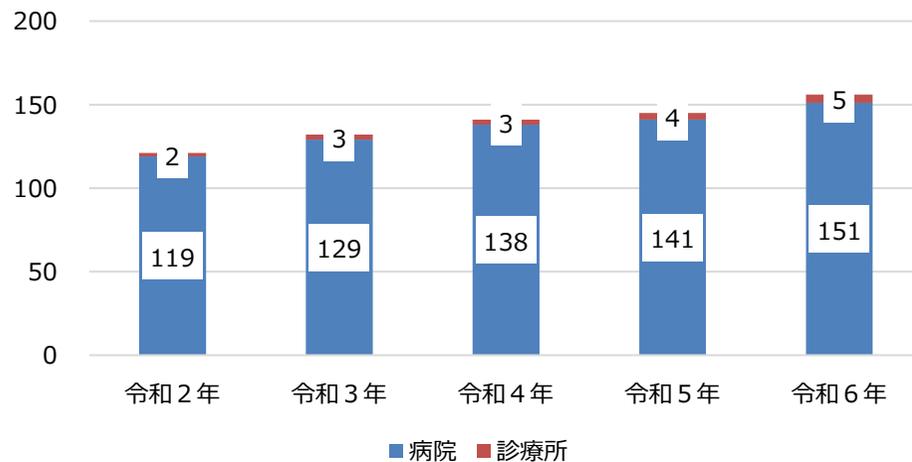
【施設基準（概要）】

- 当該保険医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること又はリンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

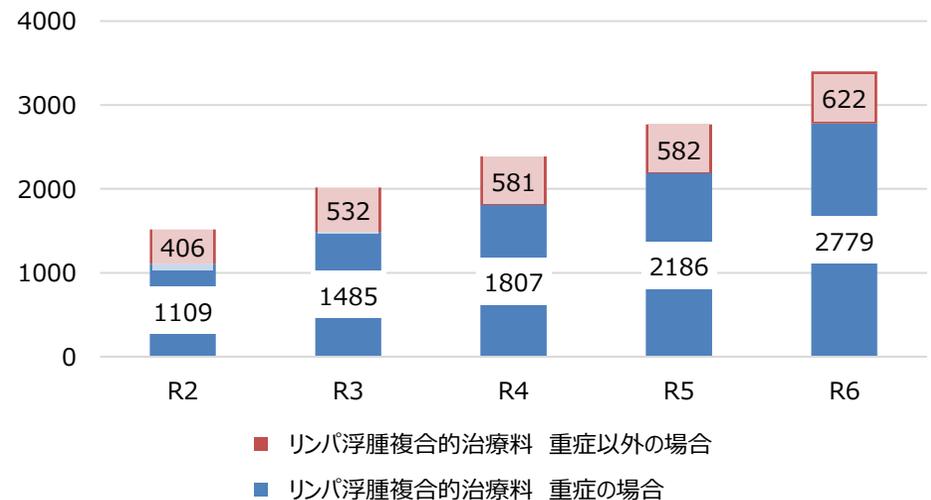
【算定要件（抜粋）】

- 「1」は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）、「2」は6月に1回に限り算定。
- 「1」は1回40分以上、「2」は1回20分以上行った場合に算定する。

(施設) リンパ浮腫複合的治療料（届出医療機関数）

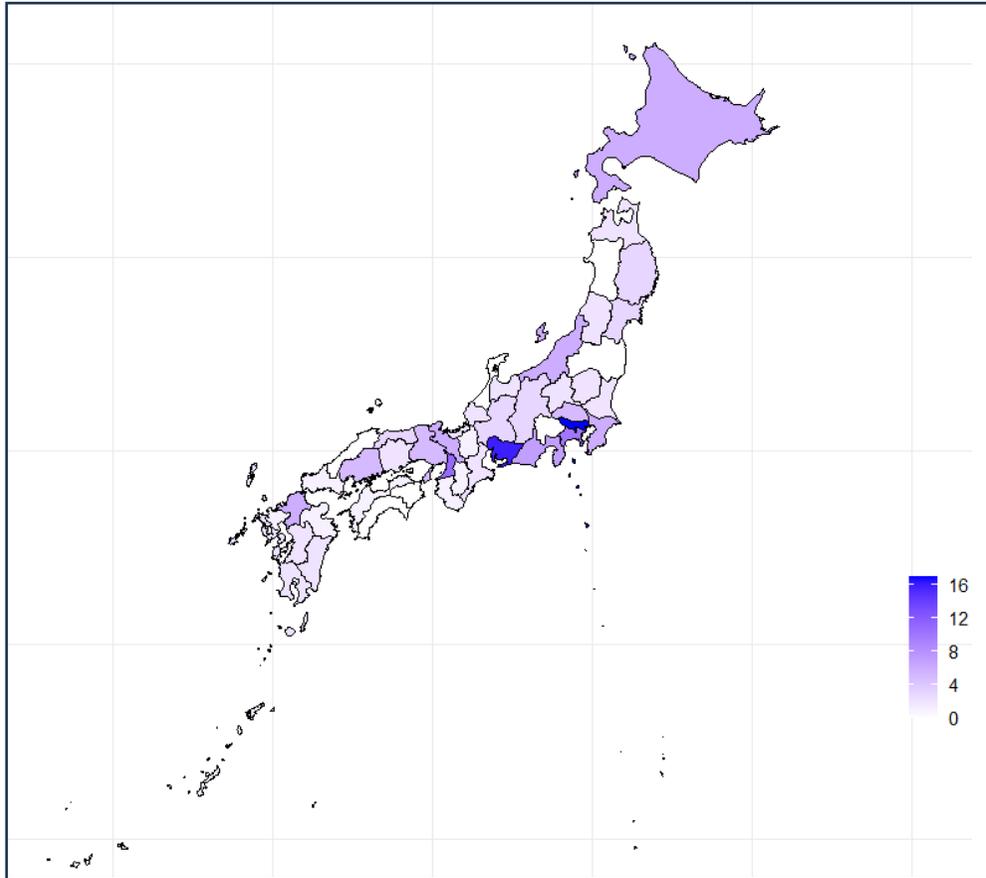


(回) リンパ浮腫複合的治療料（算定回数）



リンパ浮腫複合的治療料 届出施設の所在

○ リンパ浮腫複合的治療料の届出施設の所在には地域差があり、届出施設が0である都道府県も7県あり、アクセスについては課題がある。



医療機関数	都道府県				
17	東京都				
16	愛知県				
11	大阪府				
10	神奈川県				
7	静岡県				
6	北海道	千葉県	新潟県	京都府	福岡県
5	埼玉県	兵庫県	広島県		
3	岩手県	宮城県	長野県	岐阜県	鳥取県
2	青森県	山形県	茨城県	栃木県	群馬県
	富山県	福井県	三重県	岡山県	長崎県
	熊本県	宮崎県	鹿児島県		
1	滋賀県	奈良県	和歌山県	山口県	香川県
	愛媛県	佐賀県	大分県	沖縄県	
0	秋田県	福島県	石川県	山梨県	島根県
	徳島県	高知県			

※ リンパ浮腫複合的治療料の届出施設を都道府県単位で集計（156施設）

リンパ浮腫治療における所要時間等

- リンパ浮腫複合的治療料は「1」で1回40分以上、「2」で1回20分以上を基準として治療・訓練を行った場合に算定できるが、実際に治療・指導に要している時間とは乖離がある可能性がある。

表2 リンパ浮腫外来における治療内容および患者1人に対する治療・指導の所要時間 (n=70)

治療内容 (複数回答)		P 値
スキンケア	60 (85.7%)	
MLD	70 (100%)	
圧迫療法	69 (98.6%)	
圧迫下の運動療法	10 (14.2%)	
リハビリスタッフによる運動療法	6 (8.6%)	
患者1人に対する治療・指導の所要時間 (分)	60 (45-60)	
内訳：スキンケア (分)	4.9 (3.0-7.5)	スキンケア vs MLD: 0.000 スキンケア vs 圧迫療法: 0.000 スキンケア vs 圧迫下の運動療法: 0.052
MLD (分)	24.0 (12.0-36.0)	MLD vs 圧迫療法: 0.008 MLD vs 圧迫下の運動療法: 0.000
圧迫療法 (分)	15.4 (8.2-22.5)	圧迫療法 vs 圧迫下の運動療法: 0.000
圧迫下の運動療法 (分)	3.3 (0.0-6.0)	

治療内容：回答者数 (%)

リンパ浮腫外来を実施している施設に対して、あてはまる項目すべてを選択する複数回答の質問を実施した。

患者1人に対する治療・指導の所要時間：中央値 (四分位範囲)

4種類の治療に対して Kruskal-Wallis 検定を実施。Kruskal-Wallis 検定にて有意差を認めた場合は、Steel-Dwass 法で群間比較した。

MLD に対してスキンケア、圧迫療法、圧迫下の運動療法で、圧迫療法に対してスキンケア、圧迫下の運動療法で有意差を認めた。

MLD: manual lymph drainage

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要であり、リハビリテーション実施計画書は「様式21」、リハビリテーション総合実施計画書は「様式23」又は「様式21の6」に準じた様式にて作成が必要である。
- 医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。

第7部 リハビリテーション 通則

4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、**医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。**また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注5」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注6」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

- 令和2年3月31日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問 120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよいか。

（答）従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、**リハビリテーション実施計画書として取り扱う**こととして差し支えない。

問 121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよいか。

（答）**医師による説明が必要である。**

リハビリテーション総合計画評価料

- 多職種が共同してリハビリ総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上、説明・交付することとしている。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1 リハビリテーション総合計画評価料1 300点

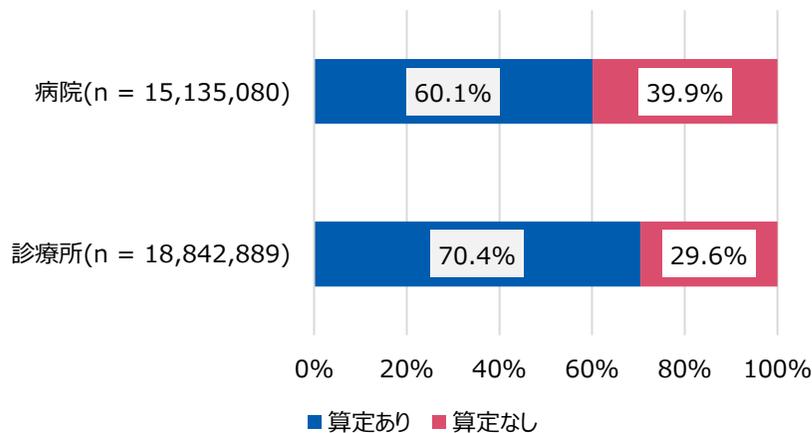
2 リハビリテーション総合計画評価料2 240点

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。**患者1人につき1月に1回に限り算定する。**

(※第7部 リハビリテーション 通則より抜粋)

リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後**3か月に1回以上(特段の定めのある場合を除く。)**、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

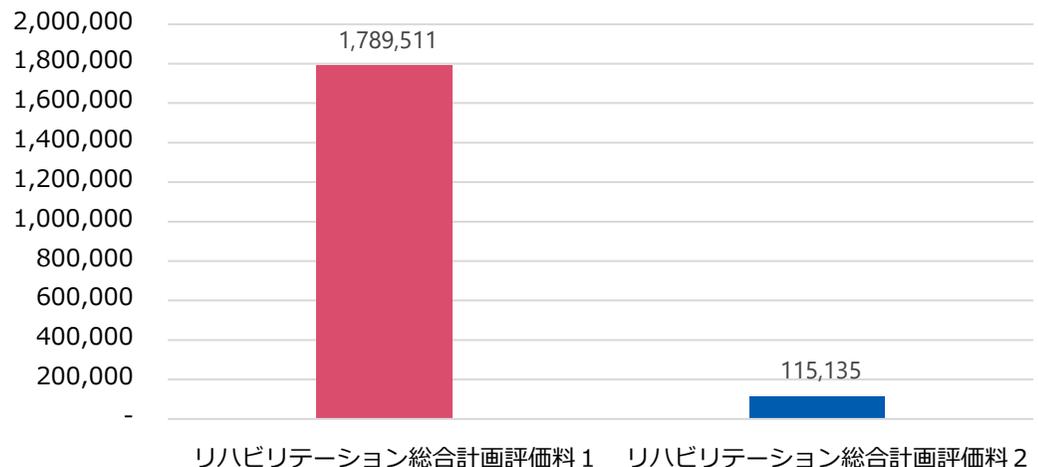
病院、診療所別のリハビリテーション総合計画評価料の算定状況



※ 疾患別リハビリテーション料等を算定した症例の算定月において、総合計画評価料の算定の有無を集計

出典：NDB（令和6年4月 - 令和7年3月）

リハビリテーション総合計画評価料の算定回数（令和6年8月）



出典：社会医療診療行為別統計 8月審査分

目標設定等支援・管理料

- 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対して介護保険のリハビリテーションへの移行を促す目的で創設されたが、要介護被保険者への標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの提供は、累次の改定で整理され、少なくなってきた。

H003-4 目標設定等支援・管理料

1. 初回の場合 250点

2. 2回目以降の場合 100点

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している**要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定**。標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を3月に1回算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

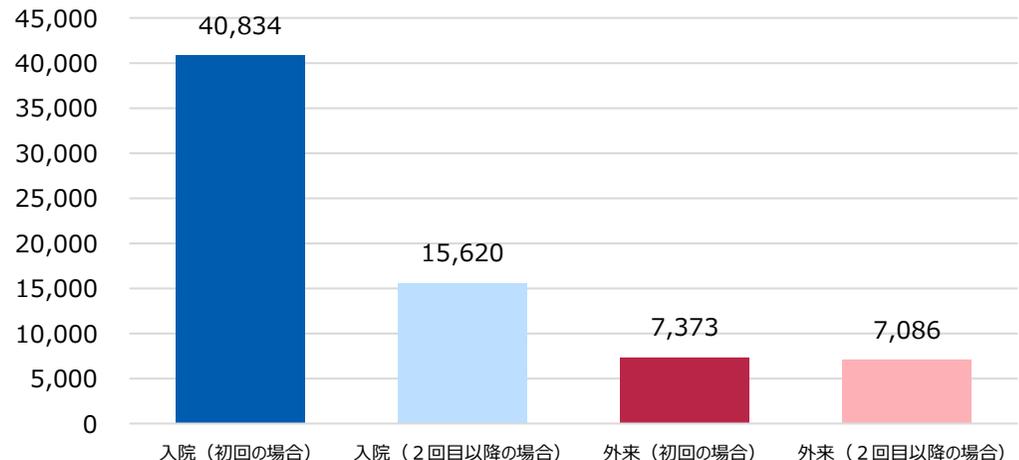
【算定要件（抜粋）】

- 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

【疾患等リハビリテーション料の点数イメージ】
（脳血管リハビリテーション料（I）の場合）

標準的算定日数の上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> 失語症、失認及び失行症の患者 高次脳機能障害の患者 回復期リハビリ入院料を算定する患者 その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> 先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 	発症した日等 ～180日まで	181日以降	標準的算定日数を超えた場合の点数
			要介護・要支援被保険者 以外の者	245点	
対象	要介護・要支援被保険者 (入院中)		147点 (月13単位まで)		
	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)				

目標設定等支援・管理料の算定回数（令和6年8月）



○ リハビリテーション総合実施計画書における様式の主な項目は以下の通り。

(別添様式21の6)

リハビリテーション実施計画書 入院 在宅 訪問 通所 入院中

評価日: 西暦 年 月 日 日

氏名: [] 性別: [] 生年月日: [] 年 [] 月 [] 日 [] ([] 歳) 要介護 要介護()

リハビリテーション担当医 [] 担当 [] (CPT DOT ST 看護職員 その他従事者())

本人・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようにしたい生活の希望、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原病疾病: 発症日・受療日: 年 月 日 遠近の入院日: 年 月 日 遠近の退院日: 年 月 日

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

合併症:
脳血管疾患 骨折 頸椎捻挫 うつ病/心不全 関節炎 糖尿病 肺炎 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 癲癇
 以上以外の疾患: 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 ()
 コントロール状態:

これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、機材、量等):

長期設定実施・実施シート: あり なし、長期継続中の日本文字版(要介護1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13、14、15、16、17、18、19、20、21、22、23、24、25、26、27、28、29、30、31、32、33、34、35、36、37、38、39、40、41、42、43、44、45、46、47、48、49、50、51、52、53、54、55、56、57、58、59、60)

■心身機能・構造				■活動(基本動作)			
項目	現在の状況	活動への支援	特記事項 (改善の見込み含む)	項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
視力低下	あり	あり		裸視力	自立	自立	
聴覚	あり	あり		起上がり	自立	自立	
感覚機能障害	あり	あり		座位の保持	自立	自立	
関節可動域制限	あり	あり		立ち上がり	自立	自立	
疼痛/腫脹	あり	あり		立位の保持	自立	自立	
歩行器・歩行器	あり	あり					
自立歩行	あり	あり					
転倒障害	あり	あり					
高次知能障害	あり	あり					
()							
栄養障害	あり	あり					
排泄	あり	あり					
機能動作検査 (SPSS)	あり	あり					
CTUG Test							
認知機能							
コミュニケーションの状況							

■活動(ADL) (※「している」状況について記載する)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
食事	10 (自立)	10 (自立)	
イス/ベッドからの移乗	15 (自立)	15 (自立)	
着脱	5 (自立)	5 (自立)	
トイレ動作	10 (自立)	10 (自立)	
入浴	5 (自立)	5 (自立)	
平地歩行	15 (自立)	15 (自立)	
階段昇降	10 (自立)	10 (自立)	
更衣	10 (自立)	10 (自立)	
浴槽コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
浴槽コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
移動コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
移動コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
移動コントロール	10 (自立)	10 (自立)	

■リハビリテーションの短期目標 (今後3ヶ月)

(心身機能)
(活動)
(参加)

■リハビリテーションの方針 (今後3ヶ月間)

■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度、負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安
(終了の目安となる時期: 年月後)

利用者・ご家族への説明: 西暦 年 月 日

特記事項:

心身機能・構造、活動

リハビリテーションの目標、方針

リハビリテーションの見通し

目標設定等支援・管理料の記載項目

- 目標設定等支援・管理料における目標設定等支援・管理シートの主な項目は以下の通り。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。一方、「今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し」は、リハビリテーション総合実施計画書の様式では項目が無い。

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日
 患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

2. ADL評価（Barthel Index または FIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）
 （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10	5	15	10	5
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10	5	15	10	5
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
	合計 (0-100 点)			合計 (0-100 点)		

FIMによる評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
	排泄	トイレ		
		排尿コントロール 排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
歩行・車椅子				
小計				
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
小計				
合計				

心身機能・構造、活動

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

リハビリテーションの目標、内容

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

- ・医師の説明の内容
- ・患者の受け止め

今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

リハビリテーションの見通し

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

リハビリテーションに係る課題①

(急性期におけるリハビリテーションについて)

- 早期のリハビリテーションを評価する加算として、早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算があるが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はない。14日以内に初期加算等を算定した患者のうち、3日以内に疾患別リハビリテーションの初回介入ができていない患者の割合は36%を占めていた。
- 急性期一般入院料1～6において、入院した曜日が金曜日の場合、特に3日以内にリハビリを開始できた割合が低かった。また、曜日別のリハビリテーションの実施状況は、土日祝において実施割合が低かった。

(疾患別リハビリテーションについて)

- 疾患別リハビリテーション料における専従の療法士は、専従の業務以外に、例えば担当している患者の患家への訪問や退院支援等に従事する可能性がある。また、医療保険以外に規定される業務として、介護施設への助言等を求められることがありえるものの、これらの業務に従事できるかどうかは必ずしも明確でない。
- 別表第九の三のいずれかの要件に当てはまる場合は、6単位／日を超えて疾患別リハビリテーション料の算定が可能とされている。令和6年度改定で、回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーションの上限単位が6単位／日とされたが、別表第九の三の三項目めの規定により、急性期病棟に入院し続ける場合に9単位／日のリハビリを実施できる場合があり、不整合を生じている。
- ベッド上で離床せず(端坐位に至らず、下半身をベッドから離さずに行う)訓練は、他の訓練と比較して、準備や片付け、訓練の所要時間、転倒・事故リスク等の観点から、療法士の負担が少ないと考えられる。
- 主としてこうした訓練を行っていると考えられる、入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、1日あたりの平均リハビリ実施単位数は相対的に多かった一方で、1日3単位を超えるリハビリを実施しても、単位数増加に伴う明らかな改善度合いの向上が見られなかった。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、60分を超えて実施した症例は45%と一定割合を占めていた。

リハビリテーションに係る課題②

(その他のリハビリテーションに係る算定区分について)

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%と一定割合を占めていた。
- 摂食機能療法において「食事観察」と「食事介助」のみで算定している病棟が多くの入院料で存在した。
- リンパ浮腫複合的治療料は届出機関数、算定回数ともに微増傾向にあるものの、アクセス困難な地域もある。
- リンパ浮腫複合的治療料は40分以上、20分以上の実施で算定できるが、実際に治療・指導に要している時間とは乖離がある可能性がある。

(リハビリテーションに係る書類作成業務について)

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要であり、医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上、説明・交付することとなっている。
- 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対して介護保険のリハビリテーションへの移行を促す目的で創設されたが、要介護被保険者への標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの提供は整理され、減少してきている。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。

【論点】



(急性期のリハビリテーションについて)

- 急性期病棟において、入院3日以内にリハビリテーションを開始していない患者が一定割合存在することや、休日のリハビリテーション提供が少ないことを踏まえ、発症後早期のリハビリテーション開始を推進する観点から、疾患別リハビリテーション料の注加算として規定されている初期加算等の在り方や、休日のリハビリテーション実施体制の評価について、どのように考えるか。

リハビリテーションに係る論点（続き）

【論点】

（疾患別リハビリテーションについて）

- 以下の点等を踏まえ、疾患別リハビリテーション料の専従要件や評価のあり方について、どのように考えるか。
 - ・ 疾患別リハビリテーション料において専従の療法士の配置を求めており、他のリハビリテーションの業務への関与が妨げられていたり、算定上不明瞭な点が生じていること。
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟において運動器リハビリテーション料の上限は1日6単位とされたが、別表第九の三の3番目の規定により、同じ患者でも入院する病棟により1日あたりの運動器リハビリテーション料の実施上限単位数が異なること。
 - ・ 床上で離床せず行うリハビリについて、単体での効果が高くないことや、療法士の負担が比較的小さいと考えられること。
 - ・ 医療機関外の疾患別リハビリテーションを1日60分を超えて実施している医療機関が一定程度あること。

（その他のリハビリテーションに係る算定区分について）

- 退院時リハビリテーション指導料について、疾患別リハビリテーション料等を算定していない患者や短期入院の患者についても算定されていることを踏まえ、対象患者についてどのように考えるか。
- 摂食機能療法を食事観察や介助のみで介入している病棟が一定数見られたことを踏まえ、必要な介入についてどのように考えるか。
- リンパ浮腫複合的治療料は、現行の算定要件（1回20分ないし40分）に比して、1回の指導に比較的長い時間を要することや、アクセス困難な地域があることを踏まえ、その評価についてどのように考えるか。

（リハビリテーションに係る書類作成業務について）

- リハビリテーションに係る書類作成について、業務の簡素化の観点から、次のような点を含め、どのように考えるか。
 - ・ リハビリテーション実施計画書とリハビリテーション総合実施計画書の様式の類似や、作成頻度と説明頻度との乖離を踏まえた、疾患別リハビリテーションに必要な計画書のあり方
 - ・ 目標設定等支援・管理シートとリハビリテーション総合実施計画書の重複項目が多いこと等を踏まえた、計画書や評価のあり方

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について
 - 3-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
 - 3-2. 病棟に配置された専門職の業務
 - 3-3. 病棟業務における多職種の関わり

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的**に開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

【施設基準】 (概要)

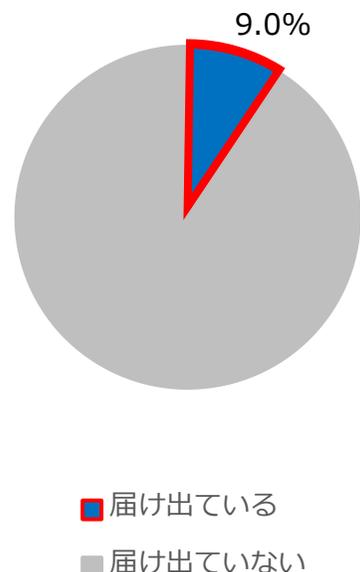
- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、**入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 病棟配置によって、ADLの評価、維持や廃用予防といった観点から意義があるのではないかとの意見があった。
- 体制加算に取り組みたい医療機関は多いものの、人員配置等の施設基準が厳しいため、算定が伸び悩んでいるのではないかとの意見があった。
- 土日祝日に提供するリハビリテーション単位数が平日の8割以上であることの要件が厳しすぎるのではないかとの意見があった。
- 入院中の患者のADLの維持や向上を趣旨とした体制加算や病棟の施設基準における多職種配置が進みつつあるが、生活機能を落とさないためには、より一層こうした病棟での多職種連携の推進が必要ではないかとの意見があった。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況 (n=1,065)



■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由：(n=924)

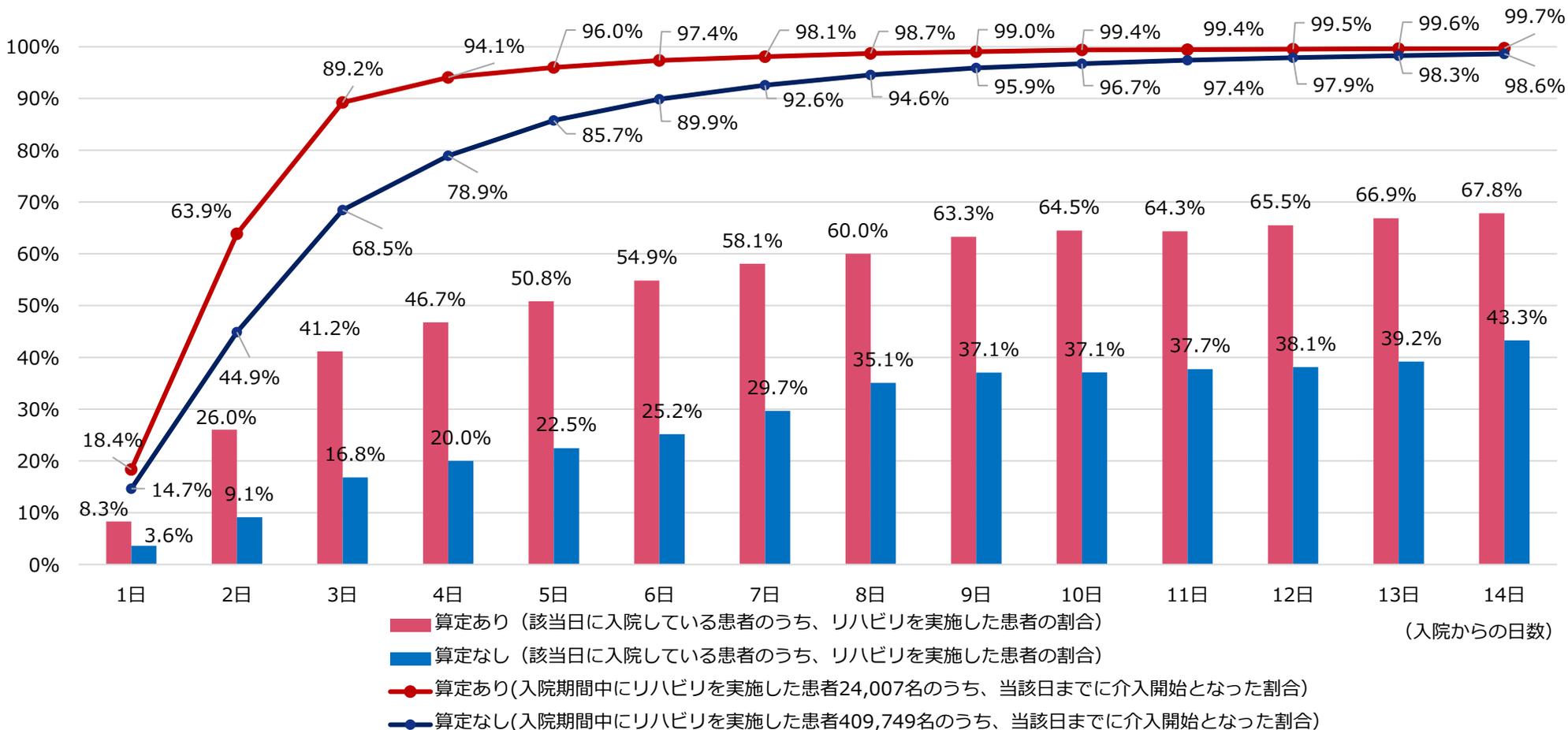


※1 うち1名は専任でも可

※2 リハビリテーション医療における経験を3年以上有し、適切な研修を受けていること

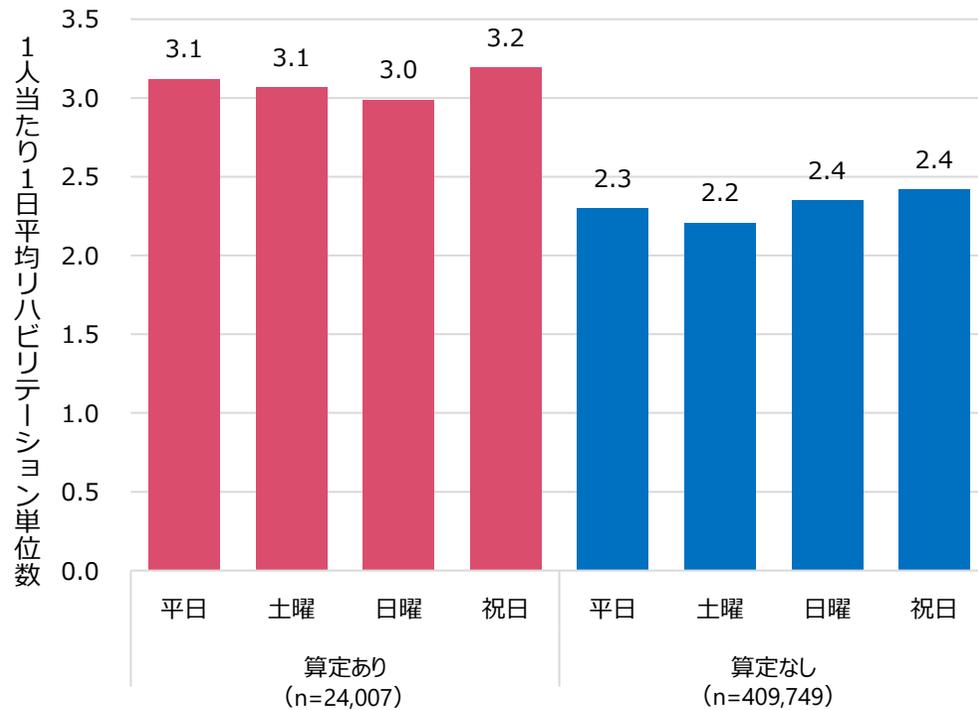
- 体制加算算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高かった。
- 算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、入院中にリハビリを実施された患者のうち、入院3日目までにリハビリが開始された割合が9割近くと高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別のリハビリ介入状況

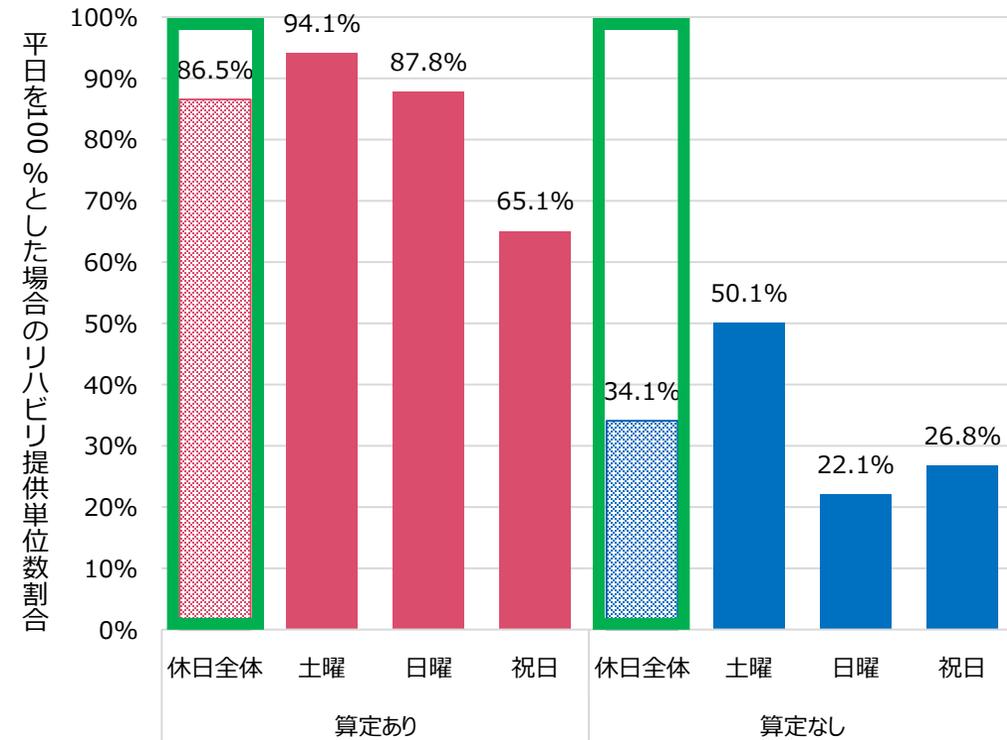


- 患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、体制加算の算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で多く、休日も平日と変わらなかった。
- 土日祝日の施設全体におけるリハビリ提供量は、算定ありの場合、休日全体で平日の86.5%と基準の8割以上を満たせていた。一方、算定なしの場合は、休日全体で平日の34.1%であった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数
(リハビリ提供単位数/リハビリ実施患者数)



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と施設全体の休日のリハビリ提供量

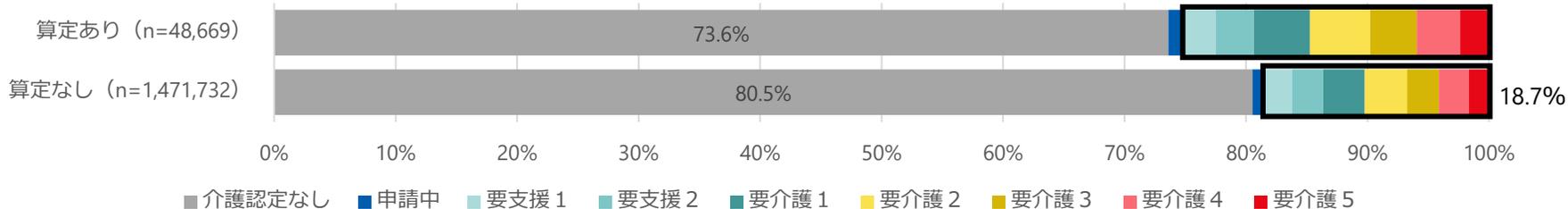


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が算定されている患者像

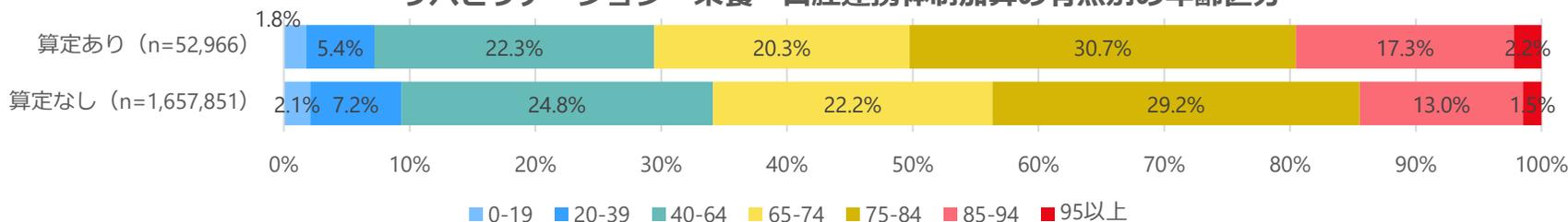
- 急性期一般病棟において、体制加算の算定をされている患者においては、算定のない患者と比べ、要介護度が高い患者や、高齢の患者の割合が多かった。
- 入院中にADLが低下した患者は、要介護度や年齢がより高い傾向にあった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無別の要介護認定状況

要支援・要介護 25.4%

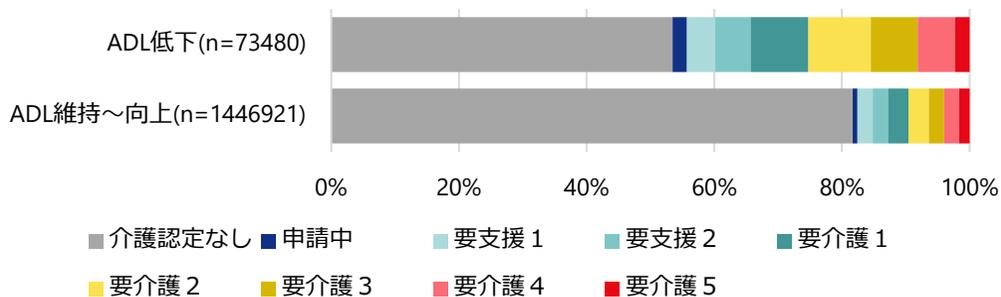


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無別の年齢区分

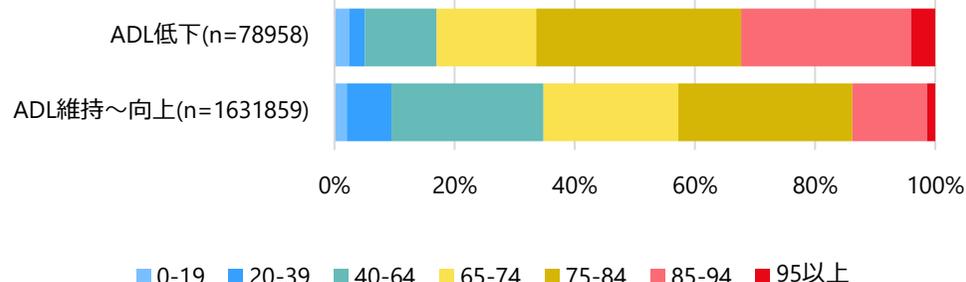


【参考】急性期一般病棟におけるADLが低下する患者の特徴

要介護度



年齢区分

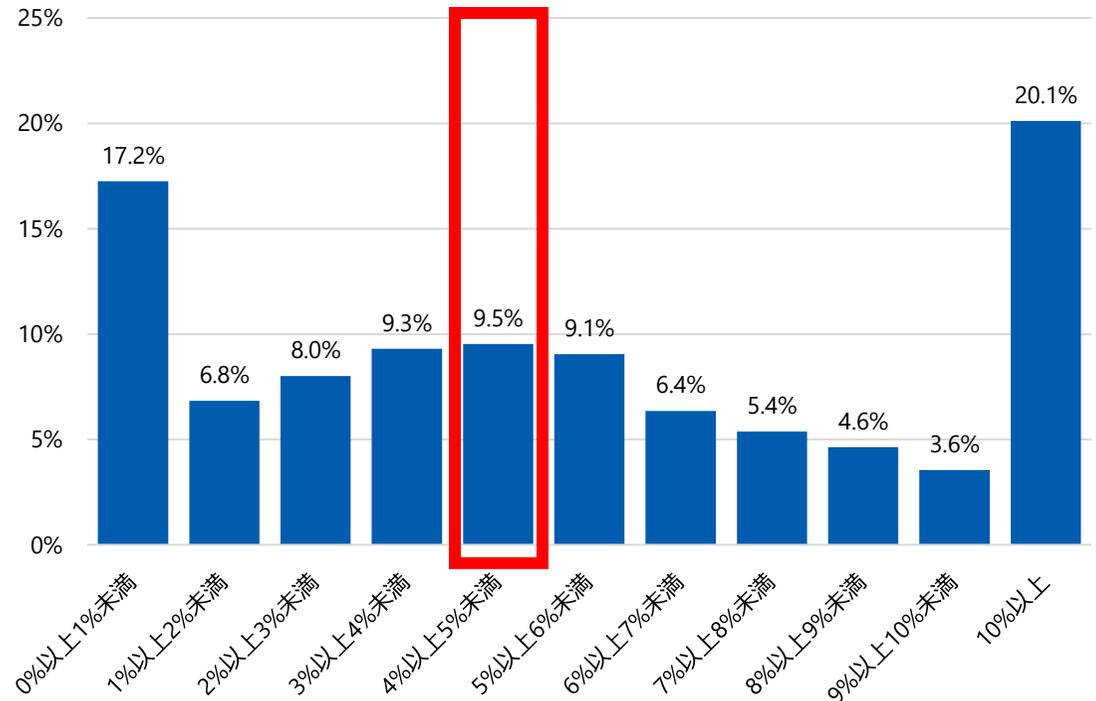
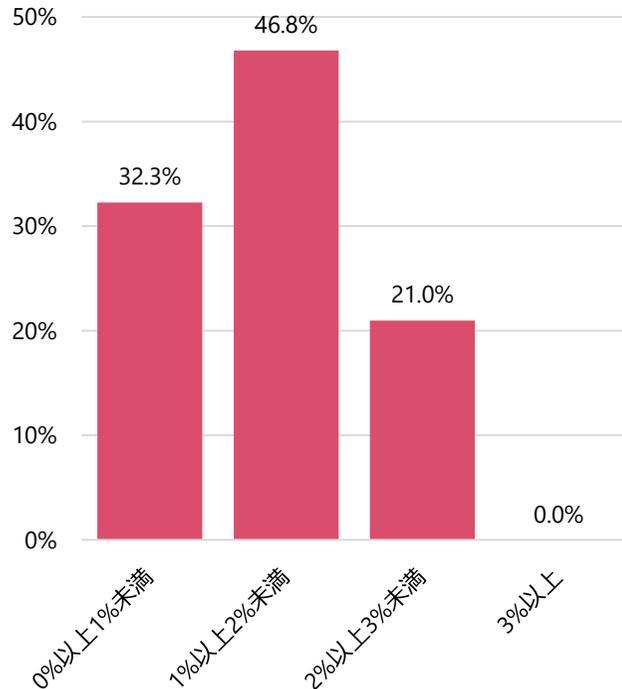


急性期一般病棟における施設ごとのADL低下割合

- 体制加算の届出施設においては、ADLが低下した患者の割合は3%未満という基準を満たしていた。一方、体制加算を算定していない施設においては、ADL低下割合4%以上5%未満に緩やかなピークが見られた。

体制加算の届出施設(※)におけるADL低下割合の分布(n=62)

体制加算を算定していない施設におけるADL低下割合(n=3,148)



保険局医療課調べ（※令和6年8月1日定例報告におけるADL低下割合を集計した。複数の病棟で届出がある場合は、施設内の平均値を用いた。）

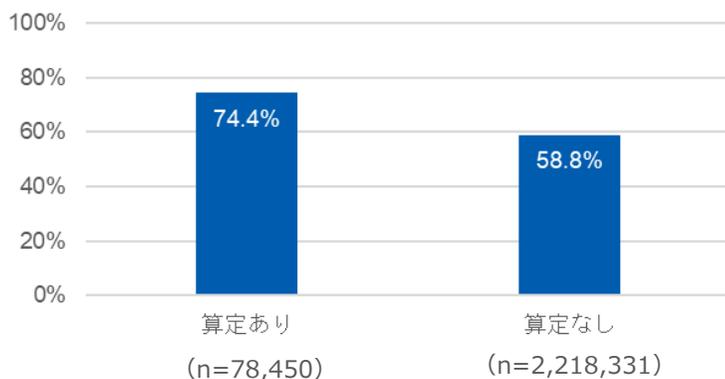
DPCデータを用いて、2024年12月までに体制加算の算定が1件もない施設を対象に、2024年11月～12月に急性期一般入院料1-6、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、7対1専門病院入院料を算定する病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全1,175,858症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。
- また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。

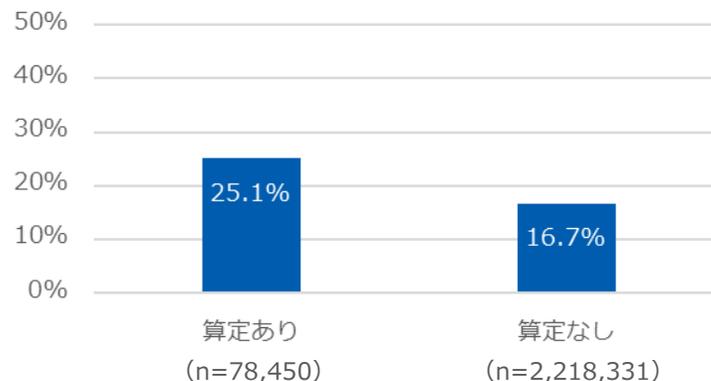
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別

■ 低栄養（GLIM基準による評価）の入力割合*

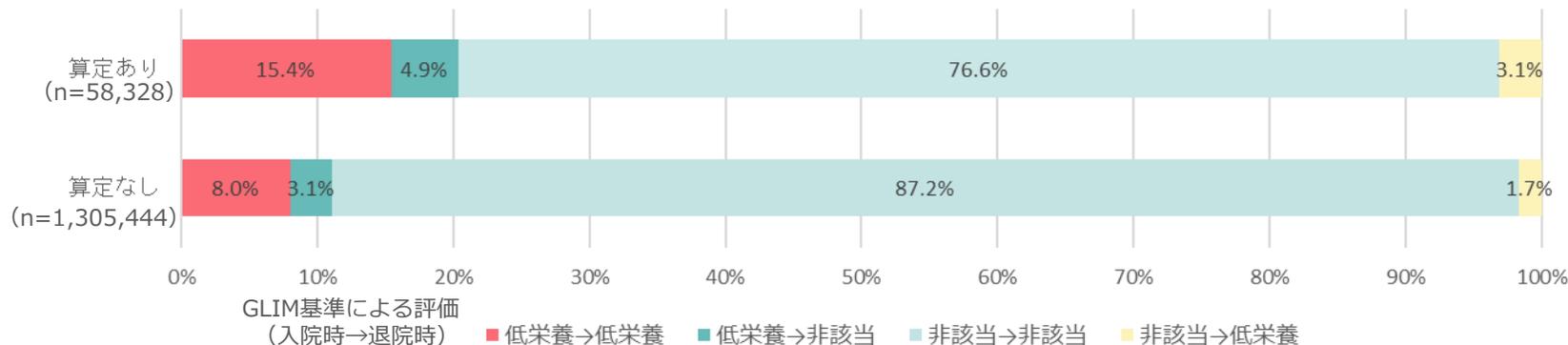
※対象症例に占める低栄養の有無に関するデータを様式1に入力していた割合



■ 入院栄養食事指導料の算定患者割合



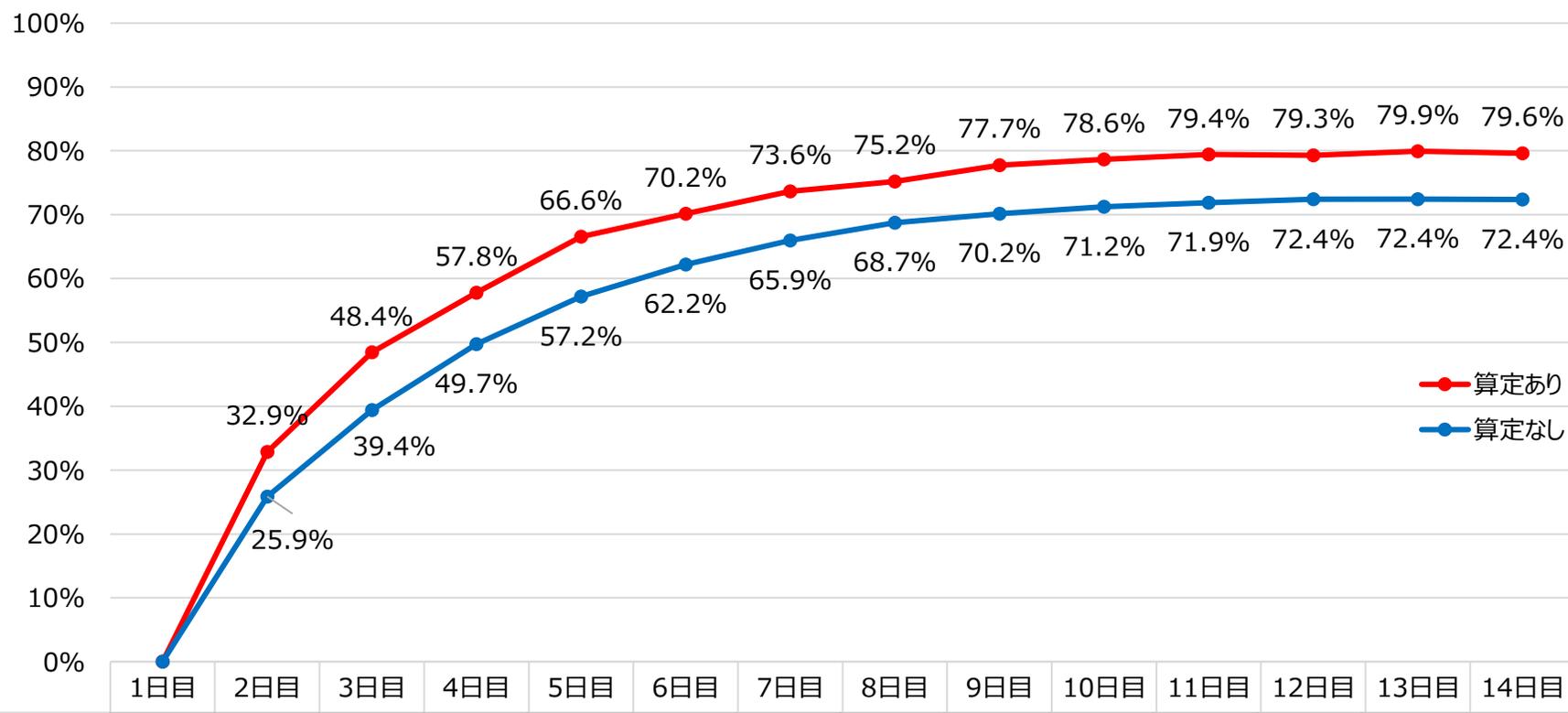
■ 入退院時の低栄養状態の変化



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と誤嚥性肺炎患者の食事摂取

○ 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が入院3日目に食事を取っている割合は、体制加算算定ありで48.4%、算定なしで39.4%、入院7日目では算定ありで73.6%、算定なしで65.9%であり、いずれの時点も算定ありのほうが高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が食事を取っている割合



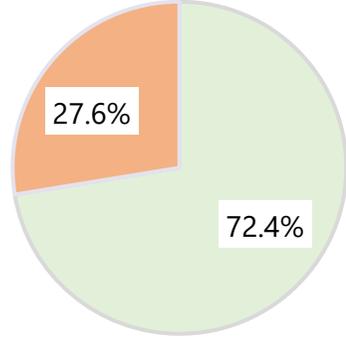
分母となる誤嚥性肺炎患者数

● 算定あり	1,275	1,275	1,257	1,234	1,217	1,200	1,161	1,125	1,083	1,030	976	923	847	790
● 算定なし	24,333	24,333	23,459	22,919	22,468	21,985	21,437	20,815	20,030	19,105	18,143	17,128	16,163	15,191

※入院時食事療養(I)(II)又は入院時生活療養(I)(II)食事の提供たる療養(流動食のみ含む)の算定が1回/日以上ある者を「食事を取っている」とした。

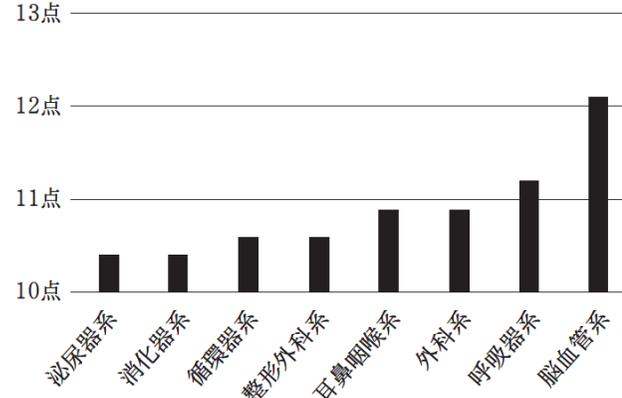
○ 入院患者の約3割は口腔衛生状態が不良であった。特に高齢者では、約85%に口腔機能障害がみられたとの報告がある。

入院患者における口腔衛生状態の割合

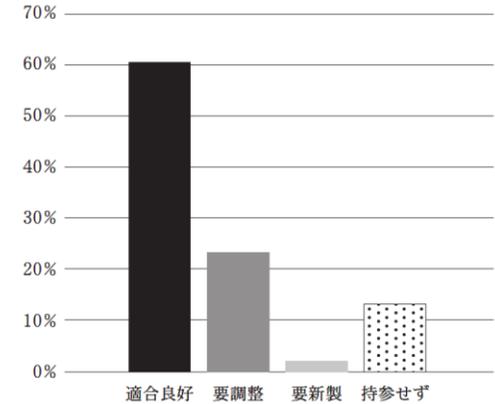


■ OAG13点未満 ■ OAG13点以上

疾患別のOAG点数



入院患者の義歯適合状態

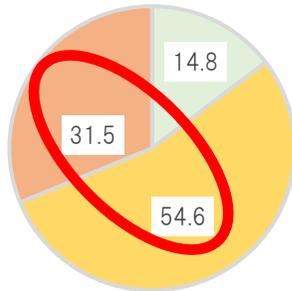


対象: 鳥取赤十字病院の全ての入院患者232名

手法: 歯科口腔外科の歯科医師および歯科衛生士が、口腔アセスメントガイド(OAG、Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。OAG13点以上を中等症以上の口腔衛生不良群とした。

出典: 鳥取赤十字医誌 第23巻、26-30、2014年、(報告)当院入院患者の口腔内状態の調査結果

回復期リハビリテーション病棟入院患者で
口腔機能障害がある者の割合



■ 良好 ■ 中等度の障害 ■ 重度の障害

口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア 1	スコア 2	スコア 3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

スコア 1 : 良好

スコア 2 : 中等度の障害

スコア 3 : 重度の障害

対象: 回復期リハビリテーション病棟入院している65歳以上の高齢患者108名

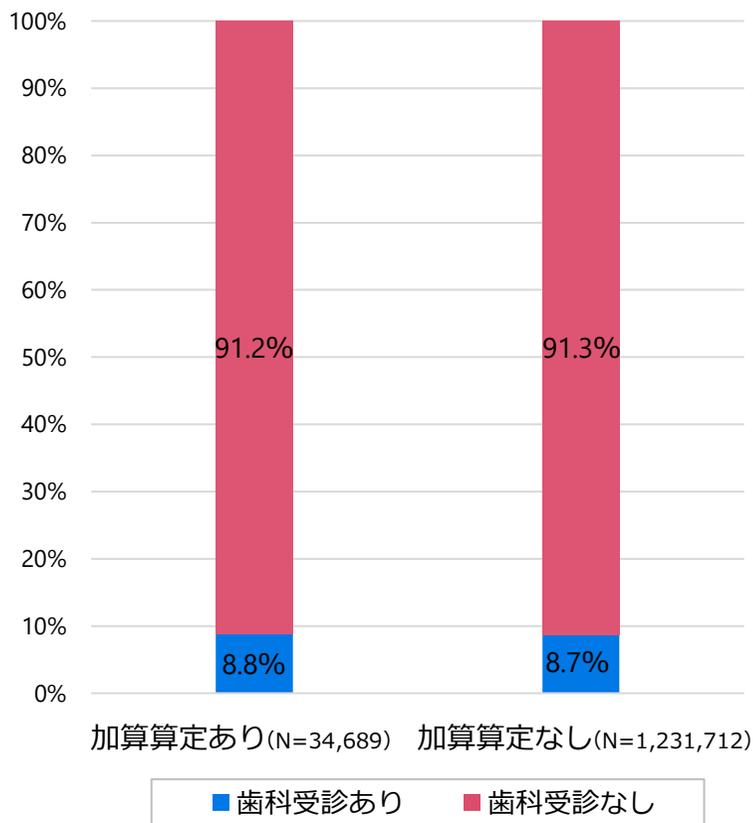
手法: 歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。ROAGスコア9点以上を口腔機能障害ありとしている。

出典: 白石他「高齢入院患者における口腔機能障害はサルコペニアや低栄養と関連する」日本静脈経腸栄養学会雑誌 31(2) : 711-717 : 2016

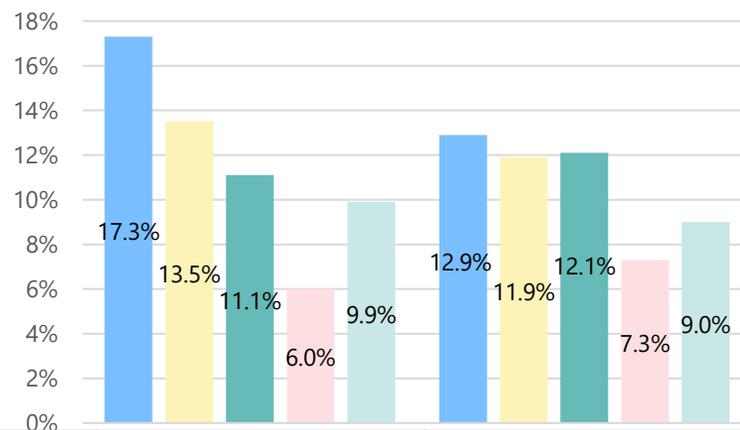
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と退院後の歯科受診率

- 入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い。

【入院患者（令和7年2月分）のうち、加算の算定有無による退院後の歯科受診率】



(参考) 入院患者（令和7年2月分）のうち、退院後に歯科受診した患者の入院時主傷病上位5疾患は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、うっ血性心不全、細菌性肺炎であった。
各疾患別の入院患者のうち、退院後の歯科受診率は以下のとおり。



(N数)	加算算定あり	加算算定なし
■ 誤嚥性肺炎	1,135	29,326
■ 大腿骨頸部骨折	889	16,503
■ 大腿骨転子部骨折	713	13,637
■ うっ血性心不全	766	26,270
■ 細菌性肺炎	433	15,962

算出方法：NDBデータの令和7年2月分入院レセプトにおいて、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料）のいずれかの算定がある患者のうち、入院と同月もしくは翌月に「歯科初診料」又は「歯科訪問診療料」の算定がある者を「歯科受診あり」として、件数を抽出。（病院への歯科訪問診療料は除く。）

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について
 - 3-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
 - 3-2. 病棟に配置された専門職の業務
 - 3-3. 病棟業務における多職種の関わり

これまでの病棟におけるリハビリテーションに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 病棟配置の療法士の役割は明示されていないが、病棟における生活機能回復のための介入は重要であるとの意見があった。一方、一部は生活介助の延長ともとらえられるため、リハビリテーションとして実施する効果を科学的に検証する必要もあるのではないかという指摘があった。
- 病棟における生活の場に即した短時間の訓練は重要だが、例えばトイレ場面の介助等は短時間で終わり、カルテ記載を含めるとカルテ記載のほうが長くかかることもあるため、こうしたリハビリテーションの位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 日常生活動作に関してオンデマンドでリアルタイムに介入していくことが、退院後の生活に直結しているため、看護師は看護の視点で日々こうした支援を実施している。今後、病棟での多様な職種の関わりが増えることにより、各職種それぞれの視点を活かして日常生活動作への支援が行われるようになると考えられるが、各職種がばらばらに関わることがないよう、有機的に連携させることが不可欠であり、マネジメントの知識や経験のある人材がしっかりとまとめていくことが重要であるとの意見があった。

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。
- しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	-			専従常勤 3名以上	-
OTの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専任常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤 2名以上	-
STの病棟配置				専従常勤 1名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	【疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない】	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士等は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士は、6単位を超える疾患別リハの算定は不可】	-	-	-
休日リハ	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	週7日間提供できる体制を有していること 【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5名以上、専従常勤のOT 3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで				

※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

※2 特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じた短時間のADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

- 生活の場におけるADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導については、一定の効果が示されている。

- DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、POCリハビリテーション導入病院への入院は良好なBI効率と関連していた可能性がある。

関 知嗣ら,日本慢性期医療協会誌,136,78-84,2021.

- 外科手術入院患者における骨格筋量の変化は、中央値で入院 1 日当たり病棟専従理学療法士配置前 $-0.052\text{kg}/\text{m}^2$ から配置後 $-0.004\text{kg}/\text{m}^2$ となり、専従理学療法士を中心としたADL 維持向上活動が骨格筋量の減少予防にも有用である。(※)

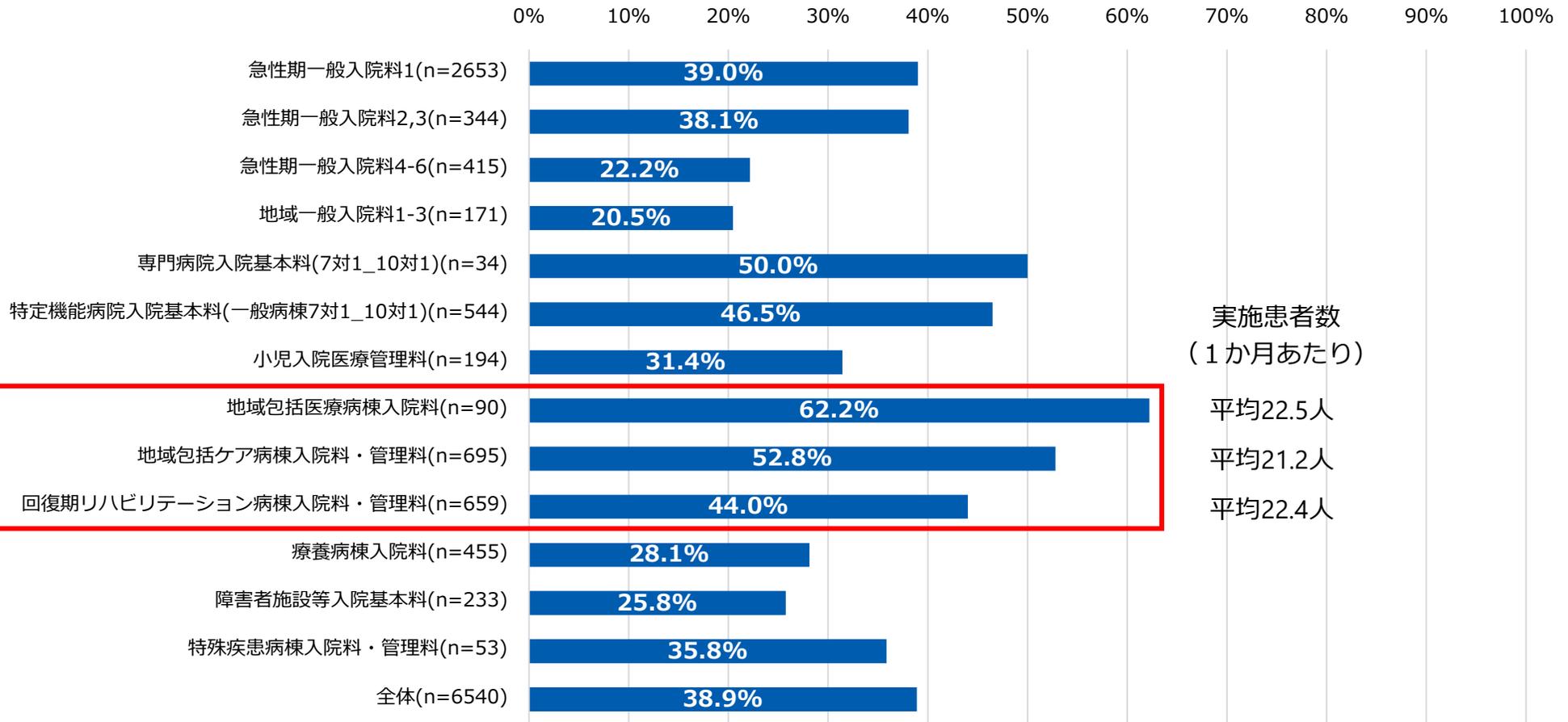
安田 耕平,日本サルコペニア・フレイル学会誌,5(1),163-165,2021.

※令和6年診療報酬改定にて廃止となったADL維持向上等体制加算の算定病棟における研究。病棟専従療法士は、疾患別リハビリテーション料との兼務は不可。

入院料ごとのADL等の維持・向上等を目的とした指導

- 入院料ごとの疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持・向上等を目的とした指導について、療法士の配置が要件となっている地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟で、実施している病棟の割合が高かった。
- 療法士の配置がある病棟においては、平均して20人以上の患者にADLの維持、向上等を目的とした指導が行われていた。

疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上を目的とした指導の実施割合



療法士の配置が要件となっている病棟における病棟業務への関与状況

- 回復期リハビリテーション病棟では、「生活機能の回復に向けた支援」等、生活機能に係る項目について、療法士が関与している割合が比較的高かった。
- 地域包括医療病棟では、地域包括ケア病棟に比べ、生活機能の回復に向けた排泄や離床の促しの支援、体位交換等の業務について療法士が関与している割合が高い傾向であった。

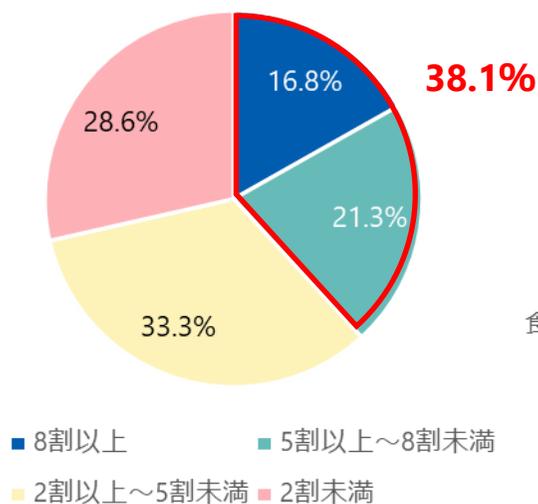
入院料別の各職種が業務に関与している病棟の割合

	看護職員	看護補助者	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
生活機能の回復に向けた支援（食事）	96.2%	57.5%	24.6%	46.0%	70.0%
	96.0%	48.5%	17.8%	22.3%	49.1%
	91.4%	35.5%	12.9%	26.9%	60.2%
生活機能の回復に向けた支援（排泄）	97.9%	71.1%	63.4%	71.9%	14.6%
	97.6%	63.6%	51.4%	41.4%	4.6%
	92.5%	44.1%	63.4%	36.6%	6.5%
生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）	97.1%	65.2%	84.3%	76.6%	24.9%
	96.9%	53.5%	78.3%	51.8%	10.7%
	88.2%	43.0%	82.8%	53.8%	12.9%
更衣	96.8%	94.6%	32.0%	42.9%	12.3%
	97.6%	94.9%	8.3%	8.8%	1.8%
	96.8%	94.6%	8.6%	9.7%	4.3%
食事介助	98.3%	88.3%	13.2%	22.7%	56.6%
	98.4%	89.9%	4.6%	5.4%	31.6%
	95.7%	92.5%	5.4%	7.5%	33.3%
口腔ケア	98.3%	72.2%	8.0%	11.1%	61.4%
	98.4%	68.3%	2.4%	2.3%	39.5%
	96.8%	55.9%	4.3%	6.5%	55.9%
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片付け等）	97.0%	94.0%	35.7%	36.8%	15.8%
	96.9%	95.7%	13.5%	10.8%	3.7%
	95.7%	96.8%	12.9%	11.8%	3.2%
体位交換	98.3%	91.3%	33.3%	30.5%	14.1%
	98.6%	92.0%	16.1%	11.8%	6.3%
	97.8%	93.5%	23.7%	19.4%	8.6%

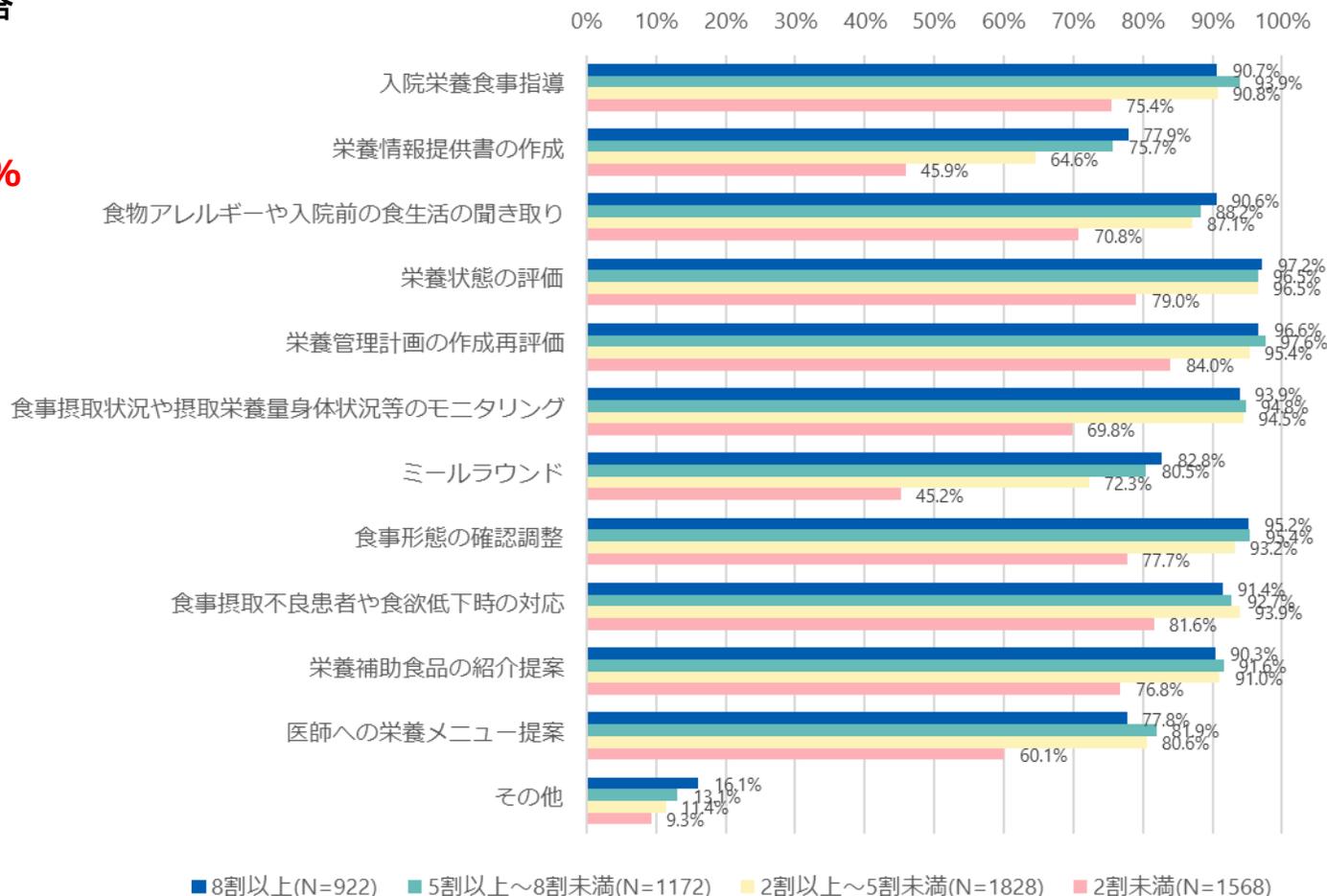
■ 回り八病棟(n=666)
■ 地ケア病棟 (n=701)
■ 地包医病棟 (n=93)

- 管理栄養士が、就業時間の5割以上の時間を病棟で従事している割合は、38.1%だった。
- 病棟で従事する時間が2割未満の場合は、栄養情報提供書の作成やミールラウンドの実施割合が特に低かった。

■ 管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合

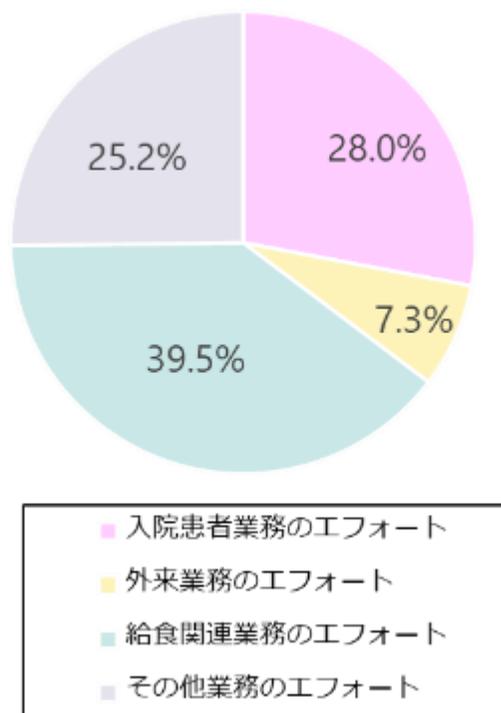


■ 病棟での管理栄養士による栄養管理の実施状況



○ 病院及び介護保険施設における管理栄養士の業務は、栄養管理業務のほか、給食関係業務の工フォートも3割から4割程度を占めている。

病院



介護保険施設

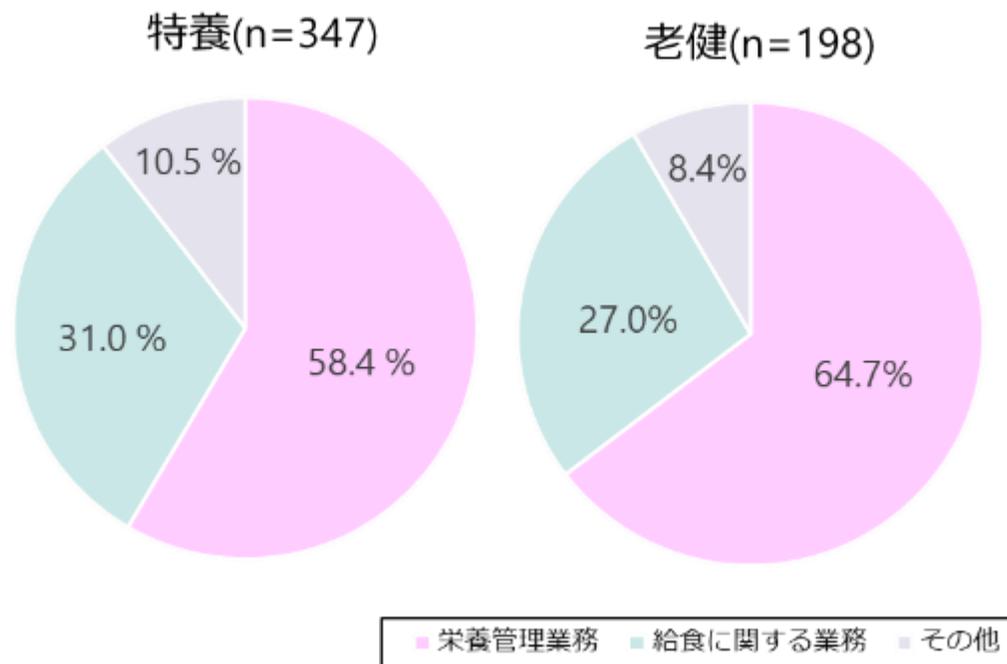


図 病院管理栄養士の業務内容別割合

図 介護保険施設における管理栄養士の業務時間割合

出典：2020年度政策事業全国病院部門実態調査
(業務量調査) 報告書 ((公社) 日本栄養士会)

出典：令和3年度老人保健事業推進等補助金「介護保険施設等における
栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」報告書
(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

- 管理栄養士の病棟等への配置が施設基準に規定されている特定入院料及び加算は、以下のとおり。

特定入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料 ※H30～	(回復期リハビリテーション病棟入院料1) 当該病棟に、専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うこと。 (回復期リハビリテーション病棟入院料2～5) 当該病棟に、専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましい。
地域包括医療病棟入院料 ※R6～	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

加算

早期栄養介入管理加算 (特定集中治療室等) ※R2～	当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。 ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
入院栄養管理体制加算 (特定機能病院) ※R4～	当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (急性期一般等) ※R6～	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。
経腸栄養管理加算 (療養病棟) ※R6～	「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。

病棟での管理栄養士の主な業務内容

- 病棟に配置される管理栄養士に求められる業務内容は、以下のとおり。
- 専従配置（入院栄養管理体制加算）の場合、専従の管理栄養士は病棟業務への裁量が大きい一方、当該病棟の退院患者の支援であっても病棟外での業務は含まれない。

	回復期リハビリテーション 病棟入院料 1	地域包括医療病棟入院料	入院栄養管理体制加算 (特定機能病院入院料)	リハビリテーション・ 栄養・口腔連携体制加算
配置要件	専任の管理栄養士 1 名以上	専任の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)	専従の管理栄養士 1 名以上	専任の管理栄養士 1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)
業務内容 (算定要件)	<ul style="list-style-type: none"> 全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、<u>管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行う。その際、栄養状態の評価には、GLIM基準を用いる。</u> 全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、<u>入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直し</u>を共同して行う。 栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、<u>栄養状態に関する再評価を週 1 回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図る。</u> 	<p>全ての入院患者に対する低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理を行い、多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案</u>を行う。</p> <p>[リハビリテーション・栄養・口腔連携加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>入棟後、原則 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価</u>を行う。 <u>週 5 回以上</u>、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に<u>食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握</u>を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、<u>食事変更や食形態の調整等の対応</u>を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>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</u>を行う。 当該病棟に入院している患者に対して、<u>栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや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</u>等の栄養管理を行う。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>原則入棟後 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認</u>を行うとともに、<u>GLIM 基準を用いた栄養状態の評価</u>を行う。 <u>週 5 回以上</u>、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に<u>食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握</u>を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、<u>食事変更や食形態の調整等の対応</u>を行う。 多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む。）に関する提案</u>を行う。

管理栄養士の病棟配置と各種加算の関係

- 管理栄養士の病棟配置や多職種連携が要件となっている特定入院料や加算は、原則、栄養サポートチーム加算の出来高算定や併算定はできない。

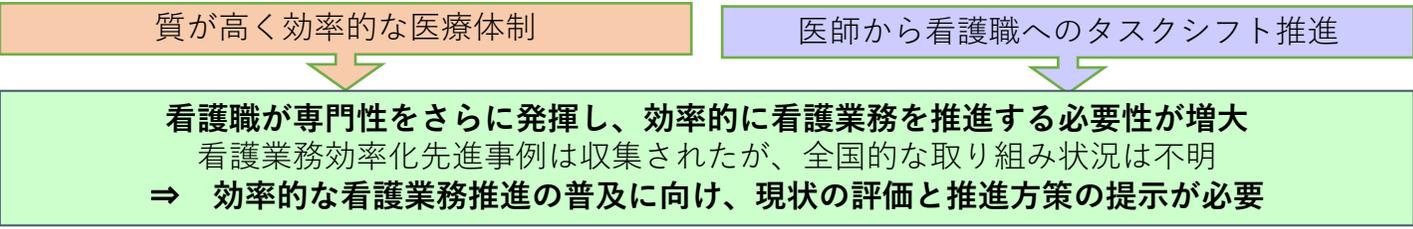
		管理 栄養士 配置	届出 病院数	出来高算定・併算定の可否			
				栄養サポート チーム加算	入院栄養 食事指導料	栄養情報 連携料	
特定 入院 料	回復期リハビリテーション病棟 入院料	1	専任	1,009	—	○	○
		2-5	専任 (努力義務)	616	—	—	—
	地域包括医療病棟入院料		専任	49	○	○	○
	リハビリテーション・栄養・口腔連携加算		—	7	—	○	○
加 算	早期栄養介入管理加算 (特定集中治療室等) 250点/日 (経腸栄養開始後、400点/日) ※入室日から7日を限度		専任	救命 127 ICU 399 HCU 264 SCU 77	—	— (対象病棟へ 転棟後は、○)	— (対象病棟へ 転棟後は、○)
	入院栄養管理体制加算 (特定機能病院) 入院初日・退院時それぞれ1回 270点		専従	57	—	—	○ (注2のみ)
	リハビリテーション・栄養・口腔連携 体制加算 (急性期一般等) 120点/日 ※計画作成日から14日を限度		専任	98	—	○	○
	経腸栄養管理加算 (療養病棟) 300点/日 ※経腸栄養開始日から7日を限度		専任	910	—	—	○

※届出病院数は、主な施設基準等の届出状況等 (令和6年8月時点) より集計

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
- 3. 病棟における多職種連携について**
 - 3-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
 - 3-2. 病棟に配置された専門職の業務
 - 3-3. 病棟業務における多職種の関わり**

令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」 (研究代表者 坂本すが)

背景



研究目的

タスクシフト/シェアや看護業務の実態、業務効率化が進んだ業務と進まなかった業務の明確化、及び、業務効率化の促進要因と推進方策を明らかにする

研究方法

- 平成30年に「効率的な看護業務の推進に向けた実態調査研究」でタイムスタディ等を実施した47病院において、病棟の看護業務のタイムスタディ、及び、看護部長や看護職の業務効率化に関する意識を調査する。平成30年タイムスタディとの比較により、業務量の変化を明らかにし、意識調査により促進要因など統合的に分析する。
- 看護業務効率化に取り組んだ病院を対象に取り組み内容や推進体制等をインタビューし、推進方策を検討・提示する。

調査概要

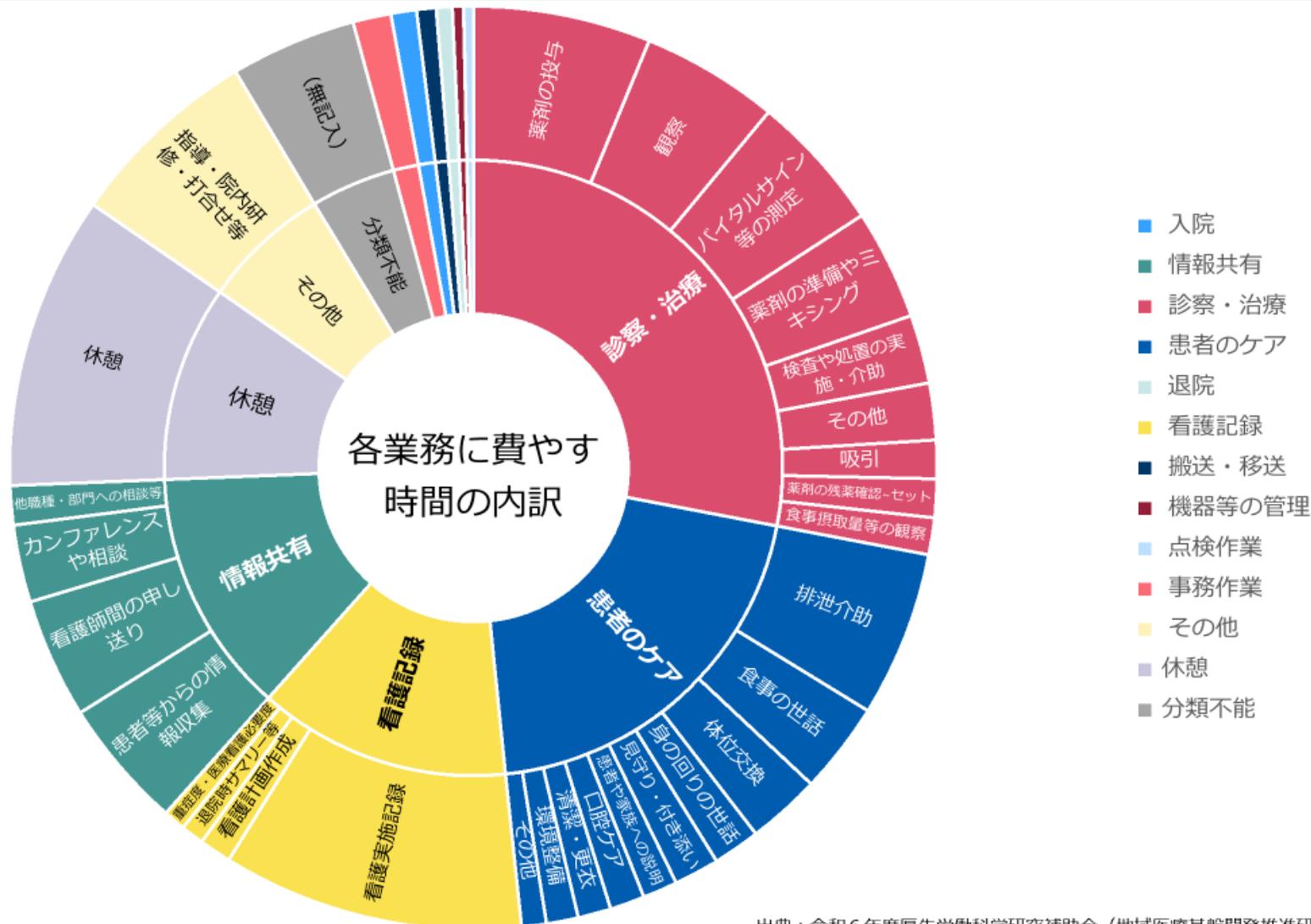
	(1)病院の看護業務のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する調査	(2)-①病棟の看護業務タイムスタディ調査, (2)-②病棟基本調査	(3)病院看護職のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する意識調査	(4)病院看護のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化の取組に係る好事例調査
調査内容	タスク・シフト/シェアや業務効率化の取組状況、組織における推進体制、看護業務の変化、業務効率化が進んだ看護業務、取組の促進要因や阻害要因等	①病棟看護師の看護業務(84項目)別 従事時間数 1病棟：24時間×3日間×3名 ②病棟の属性、看護師の勤務体制、所定勤務時間帯、業務効率化の状況等	タスク・シフト/シェアや業務効率化について認識、業務効率化の可能性や方法等	取り組みの背景、目的、具体的内容、推進体制、効果・成果、今後の展望、困難や課題等
調査方法	自記式質問紙調査	①自記式チェック表(10分毎) ②自記式質問紙調査	自記式質問紙調査	半構造化インタビュー
調査対象/回答者数	平成30年タイムスタディ実施の47病院/看護部長41名	①50病棟の看護師1000名程度/ 43病棟の看護師794名(有効768) ②50病棟/看護師長44名	50病棟に勤務する看護師1500名程度/44病棟の看護師794名	看護管理者15名程度/9病院の看護管理者9名
対象施設・病棟	「都市部・地方部の2区分」、「病床規模3区分(199床以下、200~499床、500床以上)」、「病床機能2区分(急性期：7対1配置加算、慢性期：7対1配置加算以外)」別に、4から5病棟を機縁法にて抽出。合計医療機関47病院50病棟(平成30年調査と同施設)			タイムスタディ実施病院、及び、学会誌等に報告された病院15か所程度

研究成果

研究結果は、効率的な看護業務推進の評価に係る基礎資料となる。また、分析結果に基づき効率的な看護業務を推進するための方策を提言すると共に、取組推進に資する媒体を作成する。これにより、各医療機関の看護業務効率化の推進に寄与する。

病棟における看護業務の全体像

○ 43病棟（急性期～慢性期）の看護師（回収794名、有効回答768名）を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」（病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査）の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。



出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」

分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）の結果を用いて医療課にて作成

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況①

- 栄養状態、摂食・嚥下状態、ADL、口腔の状態等に関するスクリーニング・評価や、各種計画の作成については、管理栄養士や療法士がそれぞれ主として実施している病棟が多かった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	91.9%	3.6%	3.5%	19.4%	23.2%	14.8%	1.0%	0.4%
	83.2%	0.0%	0.1%	2.9%	4.7%	1.5%	0.0%	0.0%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	99.3%	4.7%	14.4%	11.9%	7.0%	2.2%	23.3%	1.3%
	97.8%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	91.2%	2.1%	6.0%	4.1%	2.9%	7.1%	87.0%	3.3%
	46.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	48.8%	0.0%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	90.6%	4.2%	2.1%	6.7%	6.7%	58.7%	29.5%	0.4%
	57.6%	0.0%	0.0%	1.0%	0.7%	29.0%	4.3%	0.0%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	94.4%	7.0%	0.9%	67.1%	42.7%	13.4%	1.6%	0.3%
	66.9%	0.1%	0.1%	23.1%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	91.7%	7.7%	0.2%	3.2%	3.2%	42.5%	7.7%	0.4%
	75.6%	0.5%	0.0%	0.3%	0.2%	13.4%	0.8%	0.1%
離床やリハビリに係る計画の作成	71.1%	4.5%	1.3%	88.5%	57.7%	37.3%	3.7%	0.2%
	20.8%	0.0%	0.2%	62.9%	2.0%	0.1%	0.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	60.2%	1.4%	2.3%	2.0%	1.7%	4.4%	94.7%	0.9%
	13.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	81.9%	0.1%
口腔管理に関する計画の作成	75.5%	3.6%	0.6%	3.2%	3.1%	36.0%	9.2%	0.4%
	60.7%	0.3%	0.0%	0.6%	0.4%	18.2%	1.4%	0.2%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況②

- 薬剤の準備・投与に関する業務は薬剤師が関与している病棟が多かった。
- 薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が主として実施している病棟がほとんどであった。
- 検査の準備や実施は、臨床検査技師が関与している病棟が約3割あった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
残薬確認・処方依頼・セット	95.0%	1.8%	79.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	64.7%	0.1%	31.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
薬剤の準備・ミキシング	93.4%	0.8%	65.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75.0%	0.0%	21.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
内服薬の投与	98.8%	7.7%	15.5%	0.2%	0.3%	1.1%	0.0%	0.0%
	96.5%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
輸液の投与・管理	98.9%	0.9%	25.9%	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	0.9%
	96.4%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与	98.8%	5.0%	14.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	96.7%	0.1%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
バイタルサイン・体重等の測定	99.3%	31.4%	0.3%	22.4%	15.8%	9.3%	2.4%	0.5%
	98.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
検査の準備や実施	98.5%	24.2%	0.1%	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	31.4%
	92.9%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%
診察等の介助	99.2%	14.2%	0.6%	1.5%	1.3%	0.9%	0.1%	2.4%
	98.2%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
吸引	98.5%	1.8%	0.1%	13.6%	8.9%	22.7%	0.5%	0.0%
	97.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況③

- 病棟におけるリハビリテーションや自立援助、嚥下訓練に関する業務は、療法士が関与している病棟が多かった。
- 食事に関する業務について、管理栄養士が関与している病棟が多かったが、ミールラウンドや食事変更の調整を主として実施している病棟は約2割だった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
リハビリ・自立援助	74.0%	11.4%	0.4%	91.8%	69.0%	47.7%	0.6%	0.0%
	14.3%	0.0%	0.2%	68.0%	2.7%	0.2%	0.0%	0.0%
嚥下訓練	77.3%	3.9%	0.2%	8.1%	8.3%	74.9%	7.0%	0.3%
	23.0%	0.1%	0.0%	2.6%	2.3%	61.8%	0.6%	0.0%
食形態の検討・調整	91.1%	5.4%	0.7%	3.0%	3.7%	51.8%	79.7%	0.2%
	42.6%	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	19.6%	29.2%	0.0%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	84.1%	1.0%	9.8%	0.5%	0.6%	7.8%	77.1%	0.5%
	43.7%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%	39.4%	0.1%
ミールラウンド	92.1%	21.1%	1.3%	3.1%	4.2%	26.9%	68.7%	0.4%
	68.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	23.4%	0.0%
食事変更の調整	93.0%	1.9%	0.2%	0.8%	0.9%	19.7%	70.2%	0.3%
	68.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	21.2%	0.0%
療養のための栄養指導	62.3%	0.6%	0.4%	0.3%	0.4%	3.5%	93.4%	0.5%
	10.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	84.7%	0.1%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況①

診調組 入-3
7.9.11

- 患者のケアに係る業務の多くは、看護師が主として実施していると回答した病棟が多かった。
- 食事の配膳や排泄介助、見守り・付き添い、食事介助、体位交換については、看護補助者が主として実施していると回答した病棟が1割～2割程度みられた。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
排泄介助	97.5%	81.5%	0.0%	10.6%	9.2%	3.1%	0.1%	0.1%
	72.1%	22.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能の回復支援（排泄）	96.1%	42.4%	0.4%	38.0%	29.9%	4.1%	0.6%	0.0%
	82.5%	3.5%	0.0%	3.9%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食事の配膳	96.5%	92.4%	0.0%	2.5%	2.7%	4.0%	5.3%	0.1%
	49.0%	44.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%
食事介助	97.8%	75.8%	0.0%	3.3%	5.8%	24.8%	2.8%	0.0%
	80.7%	13.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	0.0%
食事（嗜好や量）に関する相談対応	95.3%	20.7%	0.2%	0.9%	1.3%	15.0%	77.2%	0.2%
	57.2%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	34.8%	0.0%
生活機能の回復支援（食事）	94.6%	34.6%	0.1%	12.4%	19.9%	41.7%	30.9%	0.1%
	71.2%	1.2%	0.0%	0.8%	2.3%	10.4%	6.6%	0.0%
体位交換	98.6%	76.7%	0.0%	15.2%	11.0%	4.6%	0.1%	0.0%
	82.1%	12.4%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
見守り・付き添い	97.4%	86.5%	0.1%	11.9%	9.0%	4.4%	0.2%	0.1%
	77.8%	16.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
患者への説明	97.3%	4.2%	9.1%	8.3%	7.4%	6.6%	2.3%	3.4%
	95.1%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
家族への連絡や説明	99.0%	6.8%	12.7%	21.0%	18.4%	15.5%	12.6%	0.4%
	96.6%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟A～D票）

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況②

- 患者のケアに係る業務のうち、離床の取組や患者宅への訪問は、理学療法士や作業療法士が関与している又は主として実施している病棟が多かった。
- 環境整備は看護補助者が主として実施している病棟が約5割、身体の清潔・更衣は看護補助者が主として実施している病棟が2割以上あった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
口腔ケア	97.7%	53.0%	0.1%	2.1%	2.9%	32.0%	1.3%	0.1%
	86.2%	5.8%	0.0%	0.0%	0.1%	2.2%	0.2%	0.0%
更衣	97.4%	80.9%	0.1%	6.5%	8.6%	2.1%	0.0%	0.1%
	73.4%	21.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
身体の清潔	97.9%	82.9%	0.0%	1.5%	2.5%	0.4%	0.0%	0.0%
	73.1%	21.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
環境整備	95.6%	94.4%	0.1%	3.2%	3.5%	1.6%	0.1%	0.1%
	48.4%	47.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能の回復支援（離床）	95.6%	35.4%	0.3%	68.3%	41.1%	8.5%	0.5%	0.1%
	74.4%	1.6%	0.1%	15.2%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
患者宅への訪問	63.8%	2.2%	0.9%	38.9%	28.9%	6.9%	1.4%	0.0%
	51.3%	0.3%	0.0%	16.9%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
苦痛緩和・安楽のための世話	98.5%	35.8%	6.9%	14.9%	10.8%	4.3%	0.6%	0.1%
	95.7%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟診療における検査業務の課題

採血、検査についての説明

「採血、検査説明については、・・・

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。」

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進（医政発第1228001号）より

- 患者の**結果報告確認（特に早朝検査）**が**医師・看護師の本来業務が優先されることにより、患者処置が遅延してしまう場合がある**
- 看護師の業務負担軽減への取り組みとして、臨床検査技師による**採血・検査についての説明等**の実施への期待が高い割合を占めている（第306回中医協総会 入院医療(その3)より）

＜医療現場における事例＞

- ・検査結果のチェックもれや遅れによる処置および治療の遅延 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・輸液中の四肢からの採血により検査結果に影響がおよび不要な治療が実施 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・病棟採血検体の再採血の件数（採血管の間違いや採血量の不足等）

臨床検査技師の病棟配置による効果

- ・オンタイムで必要な生理検査実施（胸痛発作時の心電図記録）
- ・病棟採血／病棟内検査の実施 ・インシデントの減少（検体再採血率の減少等）
- ・検査説明（検査前／検査結果）を行う事で患者のセルフケア（自己管理）意識の啓発
- ・医師の具体的指示による検査結果のモニタリング（処置の遅延防止）
- ・看護師が患者の観察、直接ケアなど本来業務に専念できる

検査に関する専門的知識を有する臨床検査技師が病棟に常駐することにより、**タスクシェアリング**が推進し、**医師／看護師等の負担軽減**に繋がる。

入院料ごとの病棟の職員数（40床当たり）

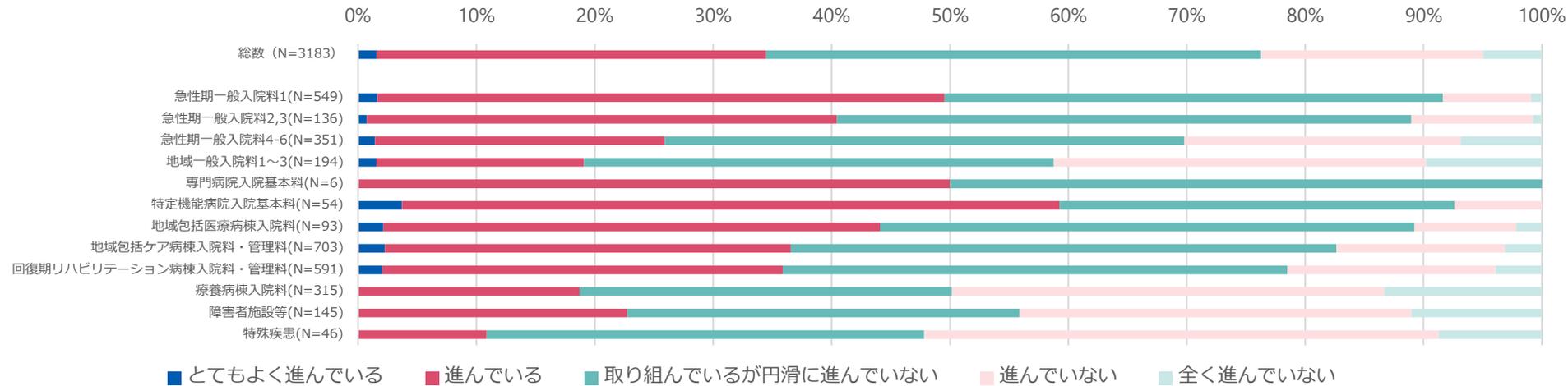
- 入院料ごとの病棟の職員数は、以下のとおり。
- 病棟における全職員数は急性期一般入院料の他、療法士が多く配置されている回復期リハビリテーション病棟が多い。管理栄養士や相談員の配置には病棟による差がみられた。また、臨床検査技師を配置している病棟もあった。

入院料	回答施設数	回答病棟数	全職員数	看護職員数	看護補助者	リハビリ職			管理栄養士	相談員	臨床検査技師		
						うち介護福祉士	うち理学療法士	うち作業療法士					
急性期一般入院料1	432	2620	35.52	27.62	3.80	0.51	1.52	0.97	0.37	0.18	0.33	0.32	0.05
急性期一般入院料_2-3	120	334	31.65	23.36	3.58	0.60	1.59	1.04	0.38	0.17	0.21	0.42	0.27
急性期一般入院料_4_6	273	405	31.44	21.05	4.75	0.83	1.43	0.99	0.29	0.14	0.35	0.30	0.26
特定機能病院入院基本料	40	547	35.56	29.62	2.74	0.04	0.24	0.15	0.06	0.03	0.19	0.15	0.01
専門病院入院基本料	6	31	29.58	26.28	2.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料	128	166	41.72	34.84	2.34	0.04	0.49	0.26	0.12	0.12	0.19	0.32	0.00
地域一般入院料1-2	61	68	34.32	18.09	5.09	0.96	3.20	2.44	0.58	0.19	0.72	0.47	0.59
地域一般入院料3	98	107	27.24	16.10	5.41	1.11	1.57	1.07	0.38	0.12	0.44	0.24	0.27
地域包括医療病棟入院料	82	91	38.03	21.88	6.21	1.68	4.78	3.20	1.08	0.49	0.76	0.69	0.34
地域包括ケア病棟入院料	406	457	32.07	19.23	6.50	2.11	3.33	2.06	0.90	0.38	0.36	0.64	0.15
地域包括ケア病棟入院料1	226	262	34.38	19.35	6.87	2.46	4.17	2.47	1.18	0.52	0.46	0.77	0.23
地域包括ケア病棟入院料2	176	190	28.96	19.15	5.96	1.65	2.14	1.48	0.48	0.18	0.21	0.45	0.04
地域包括ケア病棟入院料3	1	1	37.95	21.64	7.49	2.87	4.51	2.87	1.44	0.21	0.62	1.03	0.62
地域包括ケア病棟入院料4	4	4	27.29	14.68	6.98	1.22	4.02	2.45	1.35	0.22	0.30	0.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	469	640	44.76	17.55	6.87	3.21	16.73	9.02	5.63	2.07	0.69	0.98	0.10
回復期リハビリテーション病棟入院料1	336	480	47.02	18.03	6.77	3.23	18.47	9.87	6.23	2.37	0.77	1.05	0.08
回復期リハビリテーション病棟入院料2	45	54	38.54	16.08	6.68	3.27	12.73	6.62	4.50	1.61	0.61	0.90	0.36
回復期リハビリテーション病棟入院料3	80	88	36.05	15.61	6.83	2.89	10.82	6.41	3.45	0.96	0.36	0.69	0.06
回復期リハビリテーション病棟入院料4	13	13	46.76	18.36	12.00	4.10	9.68	5.79	3.10	0.79	0.54	0.70	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料5	5	5	42.89	19.64	6.66	4.03	14.47	7.94	5.62	0.91	0.50	0.59	0.00
療養病棟入院料1	227	399	26.55	12.43	9.32	3.58	1.15	0.70	0.31	0.14	0.41	0.31	0.16
療養病棟入院料2	31	44	24.44	11.97	7.76	2.59	1.49	1.03	0.38	0.08	0.45	0.27	0.10
その他	260	409	34.25	20.11	7.76	3.07	2.29	1.24	0.70	0.35	0.25	0.40	0.14
全体	2122	6620	34.80	23.57	4.98	1.30	3.09	1.80	0.91	0.37	0.35	0.41	0.11

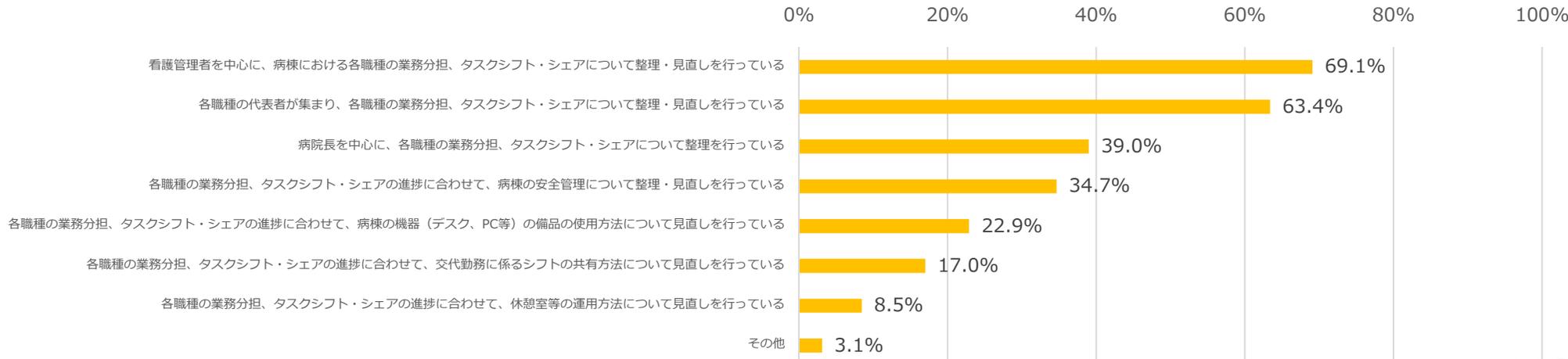
タスクシフト・シェアの進捗、工夫・取組について

- タスクシフト・シェアの取組について入院料別にみた場合、急性期一般入院料1～3、専門病院、特定機能病院、地域包括医療病棟において取組が進んでいる割合が高い傾向にあった。
- タスクシフト・シェアが進んでいる医療機関における工夫・取組として、看護管理者や各職種の代表者が集まり、各職種の業務分担、タスクシフト・シェアについて整理・見直しを行っているとの回答が多かった。

タスクシフト・シェアの取組の進行状況について



「ととてもよく進んでいる」「進んでいる」と回答した医療機関におけるタスクシフト・シェアを進めるための工夫や取組（複数回答あり）(N=1087)



各専門職が関与している病棟業務の状況

診調組 入-3
7.9.11改

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none">残薬確認・処方依頼・セット薬剤の準備・ミキシング	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none">ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成生活機能の回復支援（排泄、食事、離床）食事介助、口腔ケア	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none">栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成食形態や経腸栄養剤の検討ミーラウンドや食事変更の調整栄養指導や食事に関する相談対応	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none">検査の準備や実施検査に関する患者への説明	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

病棟における多職種連携に係る課題と論点①

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算やその連携に係る評価について)

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は9%であった。届け出していない理由として、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置(うち1名は専任でも可)」や「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供量」を挙げた施設が多かった。
- 体制加算の算定病棟においては、リハビリテーションの早期介入割合、実施割合がともに高く、休日のリハビリテーション提供量も多かった。
- 体制加算の届出施設においては、患者の年齢や要介護度がやや高いにも関わらず、ADLが低下する患者の割合は3%未満という基準を満たしていた。体制加算を算定していない施設では、4%以上5%未満に緩やかなピークがみられた。
- 体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。
- 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が入院3日目に食事を取っている割合は、体制加算算定ありで48.4%、算定なしで39.4%、入院7日目では算定ありで73.6%、算定なしで65.9%であり、いずれの時点も算定ありのほうが高かった。
- 入院患者の約3割は口腔衛生状態が不良であった。体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低かった。

(病棟に配置された専門職の業務)

- 病棟専従の療法士の業務として、場面に応じたワンポイントかつ短時間のADL動作や生活機能の維持・向上等に係る指導を行っている事例があり、そのような取組は一定の効果が示されている。
- 回復期リハビリテーション病棟では、ADLや生活機能に係る項目に療法士が関与している割合が高かった。また、地域包括医療病棟では、地域包括ケア病棟に比べ、生活機能の回復に向けた排泄や離床の促しの支援、体位交換等の業務について療法士が関与している割合が高い傾向であった。
- 管理栄養士が就業時間の5割以上の時間を病棟で従事している割合は38.1%。管理栄養士の業務は、栄養管理業務のほか、給食関係業務も3割から4割程度占めている。
- 管理栄養士の病棟配置への評価は累次の改定で広がっている。専任配置の場合、病棟での業務内容が具体的に示されている。専従配置の場合のほうが、専従管理栄養士の裁量が大きい一方、当該病棟の退院患者の支援であっても病棟外での業務は含まれない。
- 病棟における全職員数は急性期一般入院料の他、療法士が多く配置されている回復期リハビリテーション病棟で多い。管理栄養士や相談員の配置には病棟による差がみられた。

病棟における多職種連携に係る課題と論点②

(病棟業務における多職種の関わり)

- 病棟の看護業務について、看護師は「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が全体の半分を占めており、「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。
- 「診察・治療」に係る業務として、栄養状態、摂食・嚥下状態、ADL、口腔の状態等に関するスクリーニング・評価や各種計画の作成については、管理栄養士や療法士がそれぞれ主として実施している病棟が多かった。
- 食事に関する業務について、管理栄養士が関与している病棟が多かったが、ミールラウンドや食事変更の調整を主として実施している病棟は約2割だった。
- 薬剤の準備・投与に関する業務は薬剤師が関与している病棟が多かった。一方、薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が主として実施している病棟がほとんどであった。
- 検査の準備や実施について、臨床検査技師が実施している病棟が約3割あった。臨床検査技師が病棟に常駐することにより、検査工程の全てに参画することで医師・看護師の負担軽減に繋がった事例がある。
- 「患者のケア」に係る業務の多くは、看護師が主として実施していると回答した病棟が多かった。
- 多職種が専門性を発揮しつつ、多職種間で病棟業務を協働して行うことで、様々なメリットが想定される。

【論点】



- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等については、療法士の配置基準や休日のリハビリテーション実施の要件が厳しいという意見があり、体制加算の届出は少ない。一方、届出している病棟では、早期のリハビリテーション介入、高いリハビリテーション実施割合、休日の充実したリハビリテーション等の高い取組により、一般的にADLが下がりやすい患者を対象に良い結果を出していることや、口腔衛生などリハビリテーション以外の取り組みを含めて促していく観点から、本加算の評価の在り方や要件について、どのように考えるか。
- 特に高齢者の多い急性期の病棟等において、多職種における協働を促し、ニーズに応じて病棟に多職種を含めて配置をする等により柔軟な対応を可能にすることについて、どのように考えるか。その際、病棟に配置されている管理栄養士や療法士の病棟での業務を推進することについて、どのように考えるか。また、管理栄養士が特定機能病院で専従配置の場合も退院患者の支援を継続的に行うことについて、どのように考えるか。

在宅（その4）

1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

令和7年8月27日開催の中医協「在宅（その1）」における主なご意見

（歯科訪問診療料について）

- 過去の診療報酬改定でもニーズが充足できていないことが課題になっていたが、特に居宅で療養する高齢者で需要と供給に著しい乖離があることが示されている。歯科医療機関が居宅で療養する患者にしっかり治療ができる方向に進むよう、効率的に対応できる施設の評価を適正化することも必要。
- 特に居宅における歯科訪問診療の供給が十分ではないため、これまで以上に歯科訪問診療が実施できる歯科医療機関を増やしていく方策が重要。20分要件に関しては、令和6年度改定で、歯科訪問診療1に関して撤廃したが、実際には施設で1名を診る予定が、現場で急遽要請を受け、もう1名追加で診る場合があり、歯科訪問診療の状況に応じて、歯科訪問診療1及び2の取扱いについては柔軟な運用をお願いしたい。

（訪問歯科衛生指導料について）

- 訪問歯科衛生指導料については、効率的な対応が可能な単一建物診療患者10名以上の訪問に集中している状況で、増加が著しい。また、同一建物の患者数が多いほど、指導時間が算定要件である20分をぎりぎり満たすような割合が高いため、評価を適正化すべき。

（複数名訪問歯科衛生指導加算について）

- 複数名の指導が必要にも関わらずあまり算定実績がないので、複数名の指導が必要な患者に効果的に指導が提供できるよう検討をお願いしたい。

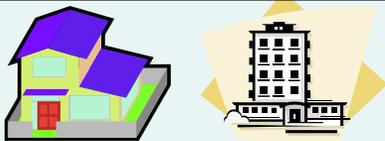
（在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院について）

- 令和6年度改定で新設された在宅療養支援歯科病院の届出は22病院にとどまっており、歯科診療所を後方から支援する役割をさらに充実するなど届出施設数の増加に向けた検討をお願いしたい。

在宅歯科医療に係る診療報酬上の取扱い

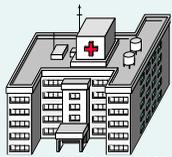
- 歯科訪問診療料は、訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理されており、個々の診療にかかる診療報酬は、外来診療と同様に出来高で算定する取扱い。

居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院



入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院（周術期口腔機能管理に関連する場合に限る）

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

・介護老人保健施設

・介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療

○ 歯科訪問診療料

同一建物に居住する患者数		1人	2人以上 3人以下	4人以上 9人以下	10人以上 19人以下	20人以上
		歯科訪問診療 1	歯科訪問診療 2	歯科訪問診療 3	歯科訪問診療 4	歯科訪問診療 5
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	1,100点	410点	310点	160点	95点
	20分未満		287点	217点	96点	57点

※ 1 同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※ 2 歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

※ 3 歯科訪問診療が月5人以上かつ、6割以上が歯科訪問診療1を算定している場合は、**歯科訪問診療1の加算（在宅歯科医療推進加算）が算定**

患者の状況に応じて



○ 訪問歯科衛生指導料

単一建物診療患者 (同一月に歯科訪問診療の計画に基づき訪問歯科衛生指導を行う患者数)	1人	2人以上 9人以下	10人以上
		362点	326点

※ 指導時間が20分以上の場合に月4回に限り算定（居宅療養管理指導との給付調整あり）

○ 在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○ 個別の診療内容に関する診療報酬

・う蝕治療・有床義歯の製作や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定

○ 個別の診療内容の項目に対する加算

・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算

・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴（一部除外あり）の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

歯科訪問診療料の見直しと歯科訪問診療を行う病院の評価の新設

- ▶ 歯科訪問診療1における20分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療2及び歯科訪問診療3について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

		同一の建物に居住する患者数				
		1人 歯科訪問診療1	2人以上3人以下 歯科訪問診療2	4人以上9人以下 歯科訪問診療3	10人以上19人以下 歯科訪問診療4	20人以上 歯科訪問診療5
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【410点】	【310点】	【160点】	【95点】
	20分 未満		【287点】	【217点】	【96点】	【57点】

- ▶ 歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携し、口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設する。

(新) 在宅療養支援歯科病院

[施設基準]

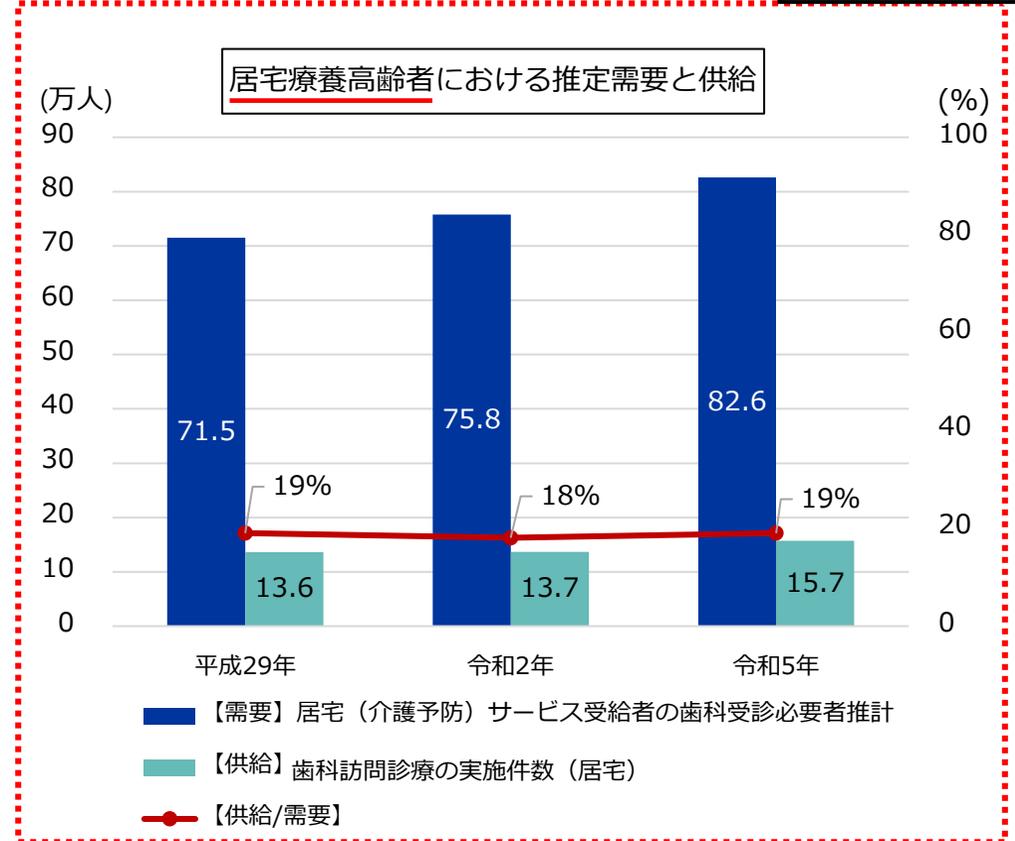
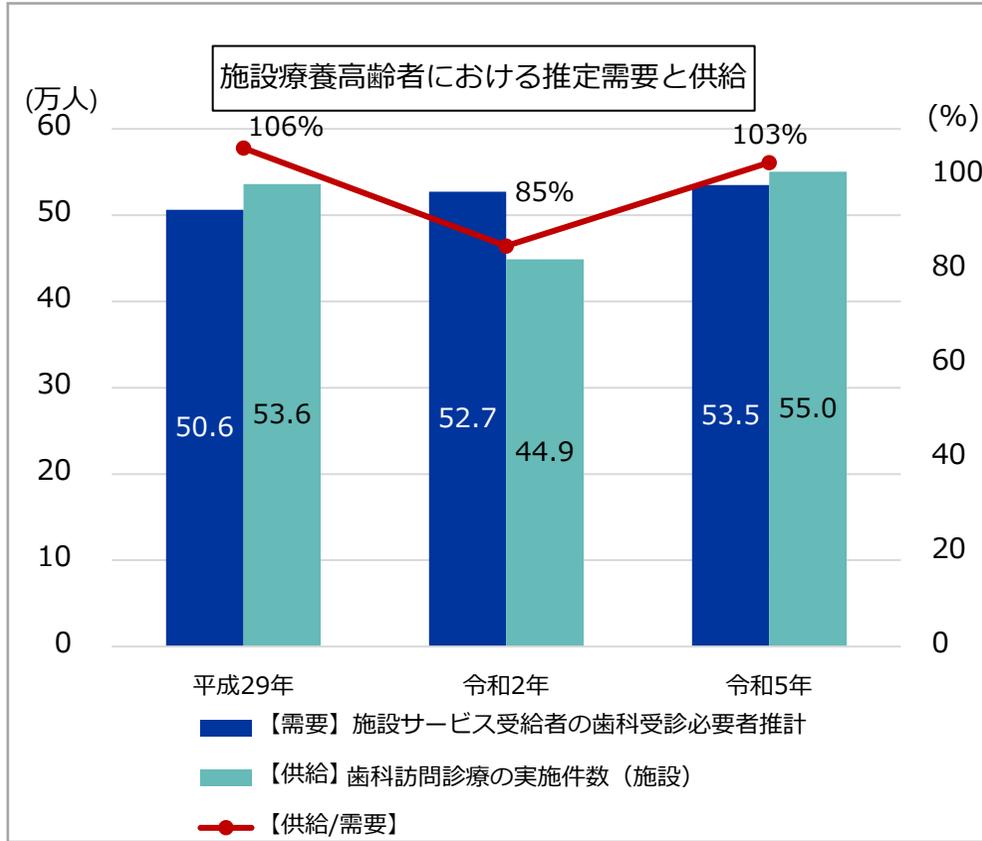
- (1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定していること。
- (2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (4) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。
- (5) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
- (6) 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。



要介護高齢者（療養の場所別）における歯科訪問診療の推定需要と供給

- 居宅療養高齢者では、歯科訪問診療の推定需要と供給の乖離が大きく、需要に対して供給は不足している可能性が高い。
- 一方、施設療養高齢者では、歯科訪問診療の推定需要と供給の乖離がほとんどない。

中医協 総 - 2
7.8.27(改)



注1：需要においては、「介護保険事業状況報告」月報（暫定）9月分にて、施設サービス受給者（介護保険施設の利用者）、居宅（介護予防）サービス受給者に分類されたデータを用いて算出。
供給においては、「医療施設調査」（各年9月分）にて、「訪問診療（介護施設等）」に医療機関が回答した件数を施設療養高齢者とし、「訪問診療（居宅）」に医療機関が回答した件数を居宅療養高齢者として算出。

注2：令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関性に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」より、「要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科訪問診療の推定需要数と仮定して算出。

※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

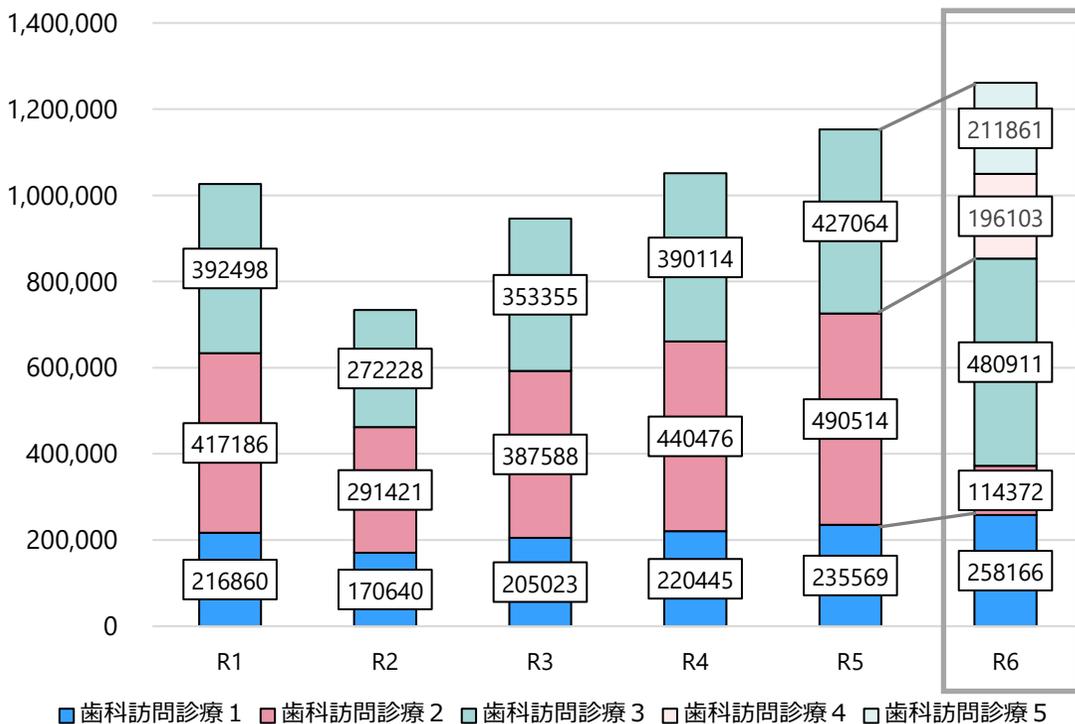
要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

歯科訪問診療料の算定状況

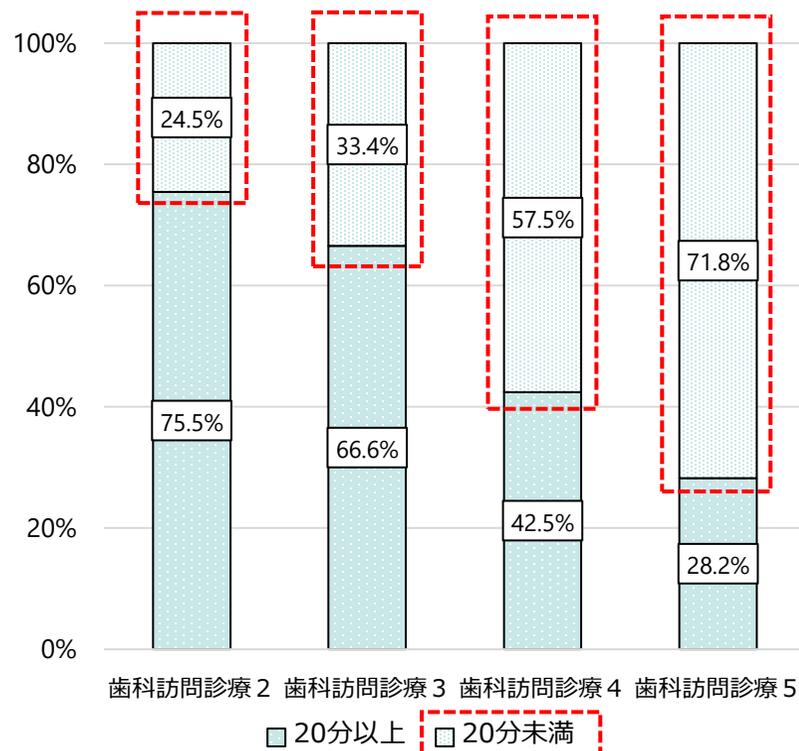
- 歯科訪問診療料の算定状況は、歯科訪問診療 1 と比べて特に歯科訪問診療 2 及び 3 の増加が著しく、歯科訪問診療の人数が多くなるにつれて、20分未満の診療の割合が多くなっている。
- なお、全体の歯科訪問診療料の算定回数が増加する中で、20分未満の割合が相対的に高い「同一の建物居住する患者数が10人以上」の算定回数は改定後に減少している。

(回数)

歯科訪問診療料における算定状況の年次推移



各歯科訪問診療料 (R6) における診療時間別の割合



(参考) ※令和6年度診療報酬改定前までの評価区分

- 歯科訪問診療 1 : 同一の建物居住する患者数が1人のみ
- 歯科訪問診療 2 : 同一の建物居住する患者数が2~9人
- 歯科訪問診療 3 : 同一の建物居住する患者数が10人以上

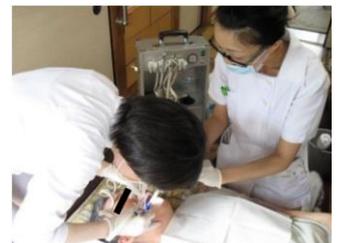
※令和6年度診療報酬改定後の評価区分

- 歯科訪問診療 1 : 同一の建物居住する患者数が1人のみ
- 歯科訪問診療 2 : 同一の建物居住する患者数が2~3人
- 歯科訪問診療 3 : 同一の建物居住する患者数が4~9人
- 歯科訪問診療 4 : 同一の建物居住する患者数が10~19人
- 歯科訪問診療 5 : 同一の建物居住する患者数が20人以上

外来診療と歯科訪問診療のレセプト1日あたり平均点数等の比較

歯周治療を実施した場合の外来診療と歯科訪問診療（同一建物居住者1人）を比較すると、レセプト1日あたりの平均点数は、歯科訪問診療の方が高いが、1日に実施できる人数は、歯科訪問診療の方が少ない。

	外来診療	歯科訪問診療 (同一の建物に居住する患者数が1人のみ)
レセプト1日あたりの平均点数 (歯周治療を実施した場合)	<p>800点※1</p> <p>※1 初診料又は再診料を算定した患者に対して、歯周病検査やスケーリング等の歯周治療を実施した令和7年2月分のレセプトを抽出し、1日あたりの平均点数を算出</p>	<p>1,658点※2</p> <p>※2 歯科訪問診療1を算定した患者に対して、歯周病検査やスケーリング等の歯周治療を実施した令和7年2月分のレセプトを抽出し、1日あたりの平均点数を算出。なお、平均点数には、歯周病治療に加えて 歯科訪問診療1に特化した在宅歯科医療推進加算等が含まれている場合がある。</p>
1日に実施できる患者数 (推計) (8時間、歯周治療を実施した場合)	<p>約15人</p> <p>= 480分 (8時間)</p> <p>31分 (※3 1患者あたり時間)</p> <p>※3 歯周治療の下記①～④の時間を合算 ①初診・再診：4.8分 (初診及び再診時間を加重平均) ②歯科パノラマ断層撮影：7.7分 ③歯周精密検査：12.1分 ④スケーリング (超音波スケーラー)：6.7分 計 31.3分 ≒ 31分</p>	<p>約7人</p> <p>= 480分 (8時間)</p> <p>70分 (※4 1患者あたり時間)</p> <p>※4 在宅歯科診療の下記①～⑦の時間を合算 ①移動(往路)：15.1分 ②機器の設置：6.5分 ③初診・再診：5.3分 (初診及び再診時間を加重平均) ④歯周精密検査：12.1分(左記の値を引用) ⑤スケーリング：9.2分 ⑥機器の撤収：6.4分 ⑦移動(復路)：15.3分 計 69.9分 ≒ 70分</p>



訪問診療用ポータブルユニット
(平成23年6月3日中医協 総-2-2 より引用)

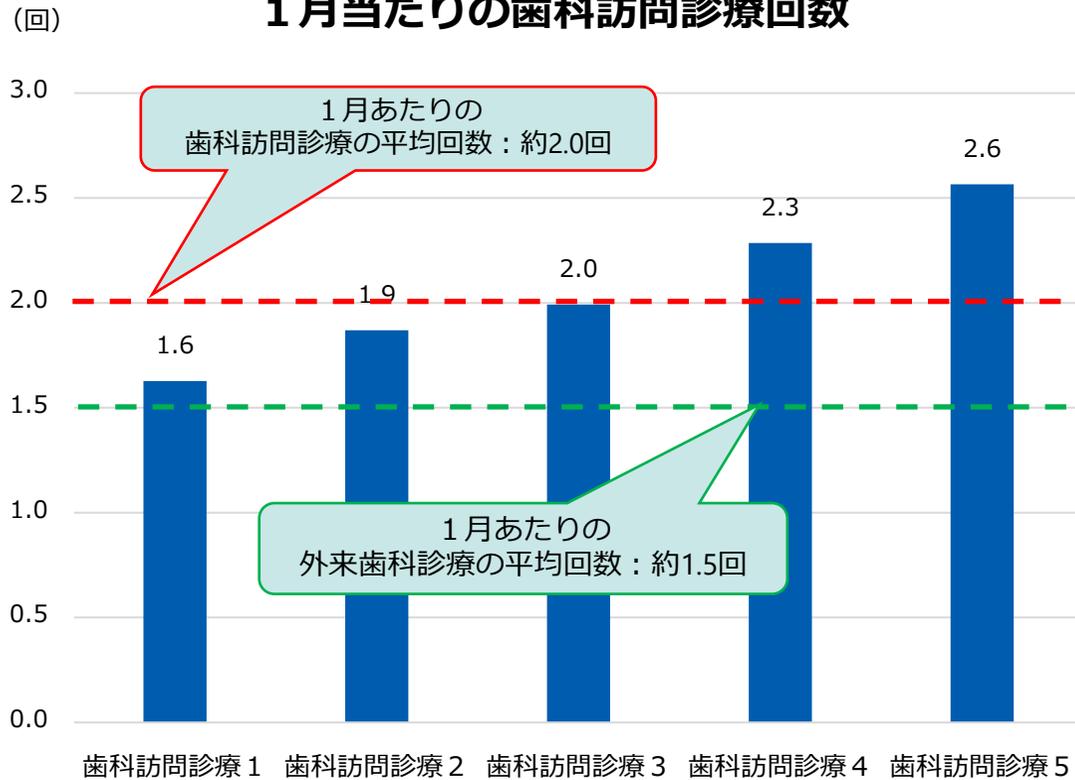
注1：歯科訪問診療時にエックス線撮影を行うと上記の時間より更に5分程度長くなる。

注2：患者・家族への指導に時間を要するが、その時間は加味されていない。

要介護者の患者に対する 1月当たりの歯科訪問診療の回数

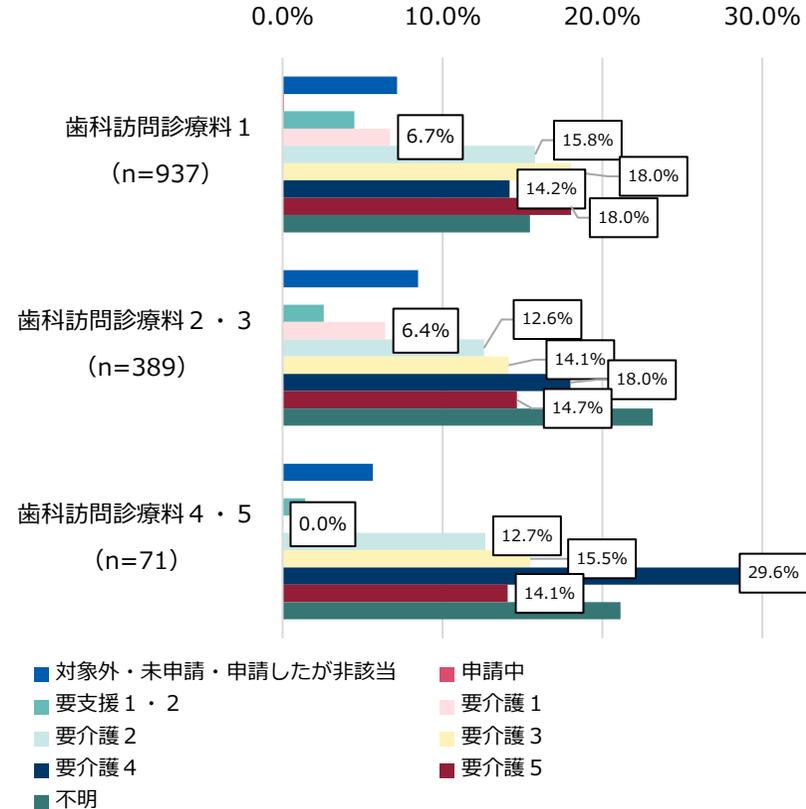
- 歯科訪問診療料 1 の訪問回数/月は、歯科訪問診療の中で最も回数が少なく、外来歯科診療の回数に近似していた。
- なお、歯科訪問診療料 1 から歯科訪問診療料 5 において、受診患者の要介護度の分布に差はなかった。
(Kruskal Wallis 検定 $p=0.145$)

要介護者の患者に対する 1月当たりの歯科訪問診療回数



1月当たりの診療回数の算出方法：算定回数/患者数の平均値
(第10回NDBオープンデータの9~11月より算出)

歯科訪問診療を実施した患者の要介護度

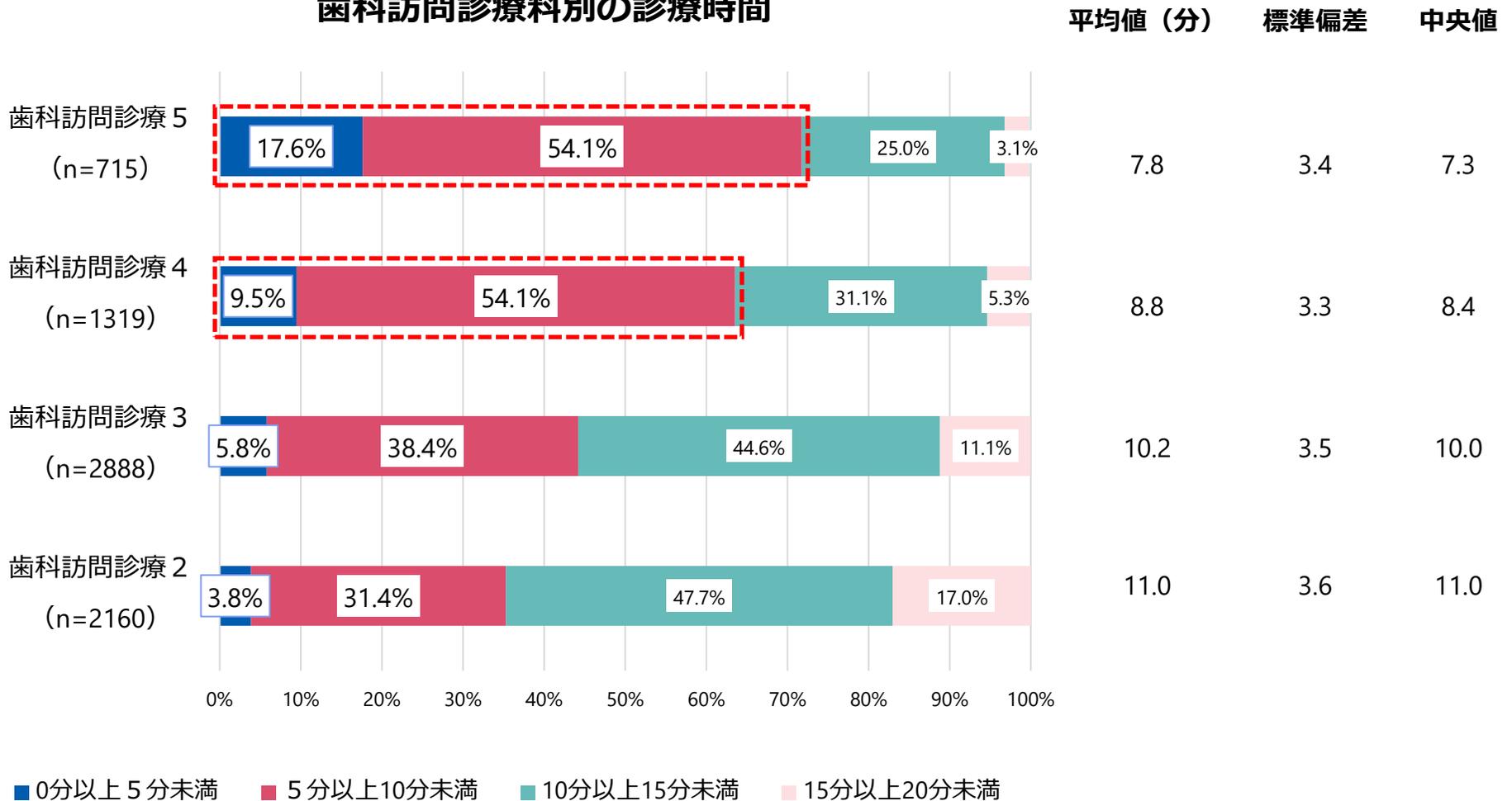


※歯科訪問診療料の1から5の算定区分毎の患者の要支援・要介護度の分布において、統計学的な有意差は認められなかった。
(Kruskal Wallis 検定： $p=0.145$)

歯科訪問診療料 2～5 の診療時間

○ 20分未満の歯科訪問診療の内訳をみると、歯科訪問診療4（10～19人）及び歯科訪問診療5（20人以上）の6割以上が10分未満である。

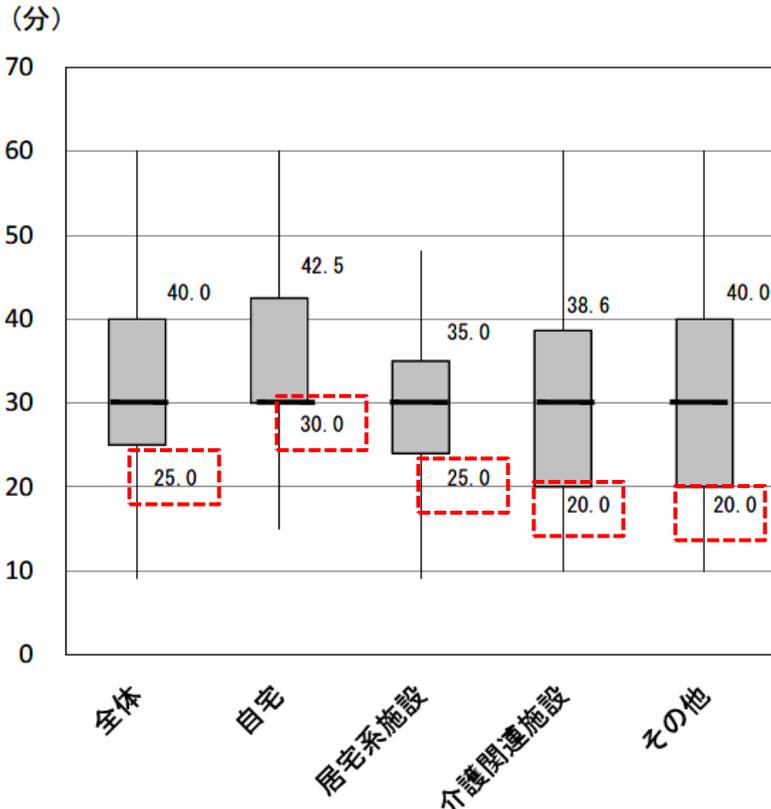
歯科訪問診療料別の診療時間



(参考) 歯科訪問診療料の20分要件等について

- 過去の調査において、訪問先に関わらず、第一四分位数（下位25%）の平均診療時間が20分以上であった状況を踏まえ、平成22年度診療報酬改定から診療時間20分の有無による評価体系を設定している。
- なお、個々の歯科治療行為に係る時間の平均値や中央値は15分以上が多くを占めている。

歯科訪問診療における患者1人あたりの所要時間



歯科訪問診療における患者1人あたりの診療項目別の所要時間

診療項目	N数	平均値 (分)	標準偏差	中央値
コンポジットレジン充填	47	17.3	6.7	15
スケーリング	106	8.9	5.7	8
義歯の印象	44	17.4	6.0	19
義歯の咬合採得	44	18.7	10.6	19
義歯の装着	42	21.9	9.9	20
義歯の修理	62	26.4	12.6	25
義歯の調整	170	15.4	8.1	15

※ 有効回答のあった577施設（調査表送付数：無作為抽出した632施設）のうち、歯科訪問診療を実施していると回答のあった135施設について集計（平成21年度医療課調べ）

出典：平成21年11月25日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 診-1（参考）
歯科診療行為のタイムスタディー調査（2016）日本歯科医学会

在宅療養支援歯科診療所（歯援診）及び在宅療養支援歯科病院（歯援病）の主な施設基準と評価

中医協 総 - 2 7 . 8 . 2 7 (改)

		歯援診 1	歯援診 2	歯援病
届出数 (R6.8.1時点)		2,154	6,888	22
施設基準	歯科訪問診療の実績	過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計した算定実績		
		18回以上	4回以上	18回以上
	研修	・高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。） ・口腔機能の管理 ・緊急時対応等に係る研修について、常勤の歯科医師1名以上が修了		
	歯科衛生士	配置が必要		
	別の医療機関等との連携体制	歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する保険医療機関との連携体制を確保		歯科訪問診療を行う地域の歯科診療所と連携し、必要に応じて歯科訪問診療、外来診療又は入院診療により専門性の高い歯科医療を提供する体制を有すること
	依頼による歯科訪問診療の実績	過去1年間に、次の施設等からの依頼による歯科訪問診療の算定実績 ・在宅医療を担う他の保険医療機関 ・保険薬局 ・訪問看護ステーション ・地域包括支援センター ・居宅介護支援事業所 ・介護保険施設等		
		5回以上	3回以上	5回以上
	連携実績	地域ケア会議等の多職種連携に係る会議等への出席、口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は協力等いずれか1つ以上	—	歯援診1と同じ
連携に関する算定実績	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料等いずれかの算定が1つ以上	—	歯援診1と同じ	
診療報酬の評価	歯科疾患在宅療養管理料	340点	230点	340点
	(小児)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算	145点	80点	145点

歯科訪問診療を実施している歯科系の診療科を標榜する病院数

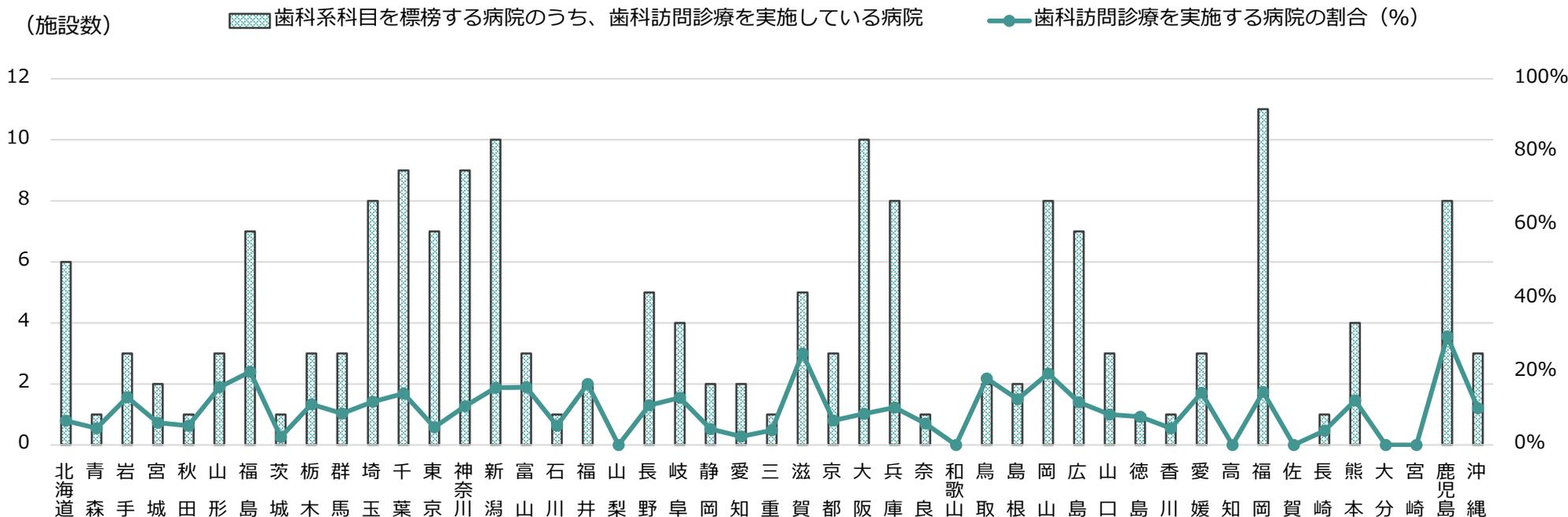
中医協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 歯科系の診療科を標榜する病院のうち、歯科訪問診療を実施する病院は9.5%である。
- 都道府県別では、鹿児島県が29.6%と最も高い一方で、歯科訪問診療を実施している病院がない県が存在する。

<歯科訪問診療を実施する病院数と割合（全体）>

歯科系の診療科を標榜する病院数	歯科訪問診療を実施する病院数	歯科訪問診療を実施する病院の割合（%）
1,823施設	174施設	9.5%

<歯科訪問診療を実施する病院数と割合(都道府県別)>



出典：医療施設調査（保険局医療課による特別集計）

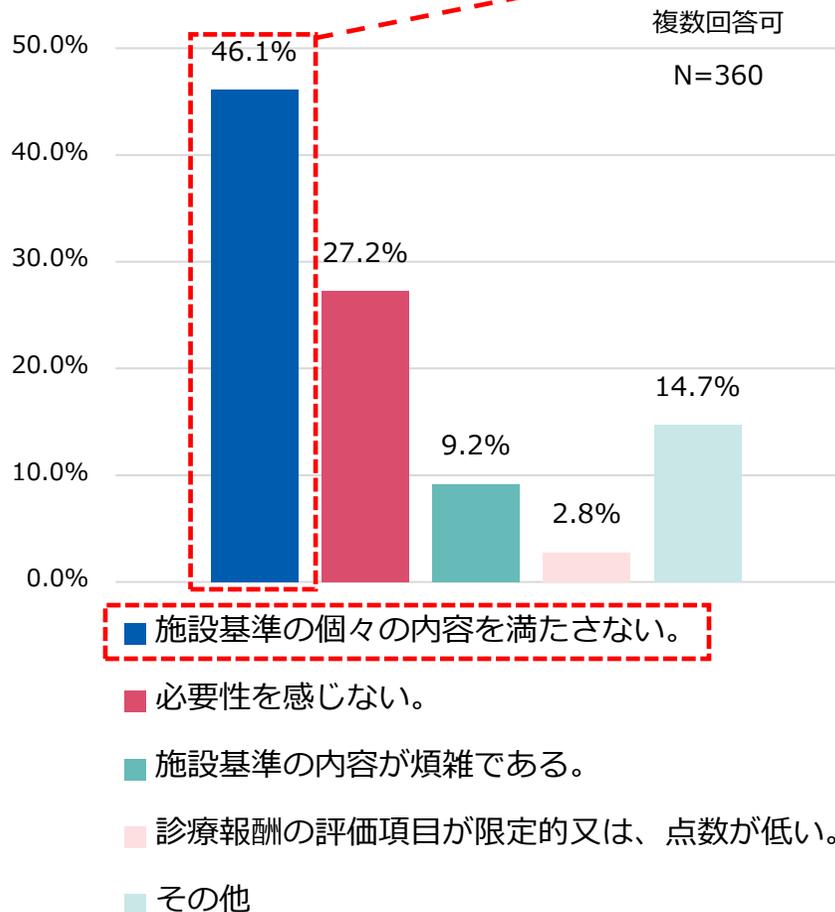
※令和5年9月に、「歯科訪問診療」の実施件数が1以上の病院数及び割合

※歯科系の診療科を標榜する病院：歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院

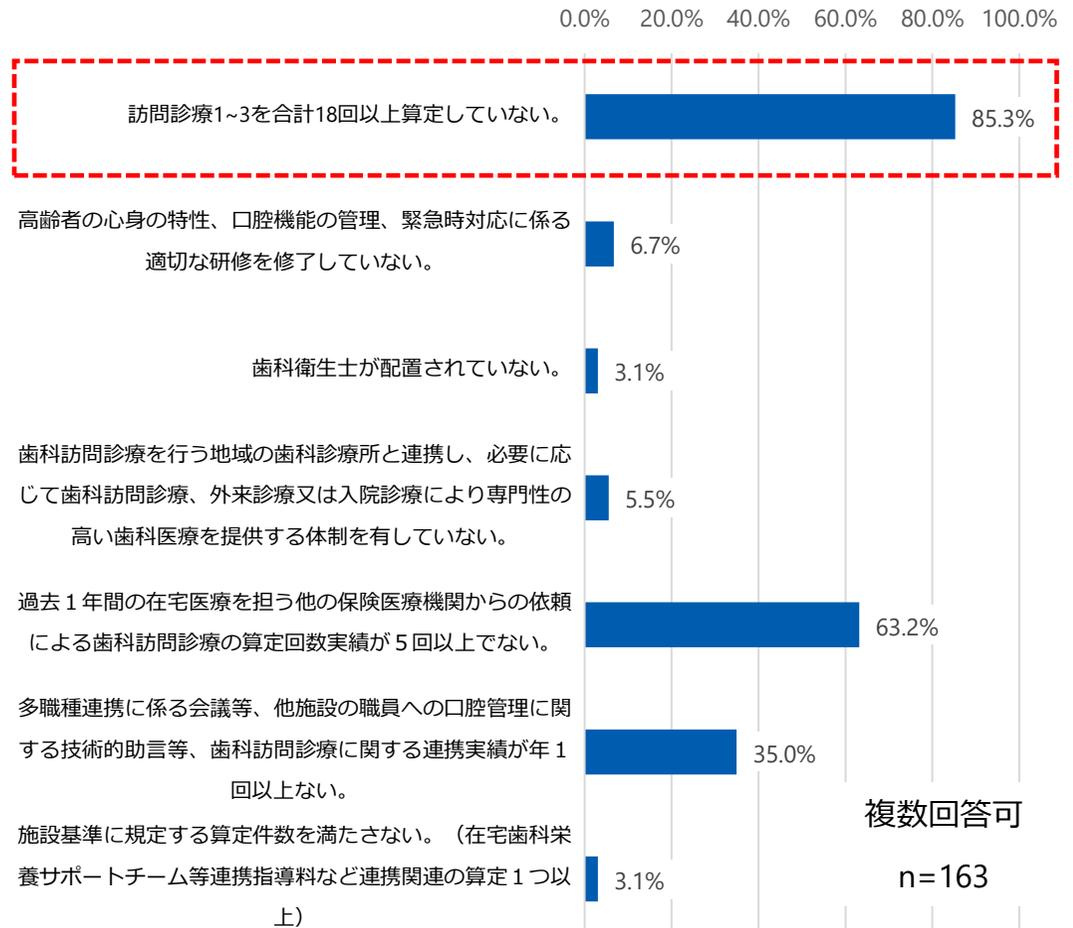
在宅療養支援歯科病院の届出を行っていない理由

- 在宅療養支援歯科病院の届出を行っていない理由として「施設基準の個々の内容を満たさない。」が最も多く、満たしていない施設基準の内訳として、「訪問診療1～3を合計18回以上算定していない。」が最も多かった。

在宅療養支援歯科病院の届出を行っていない理由



満たしていない施設基準

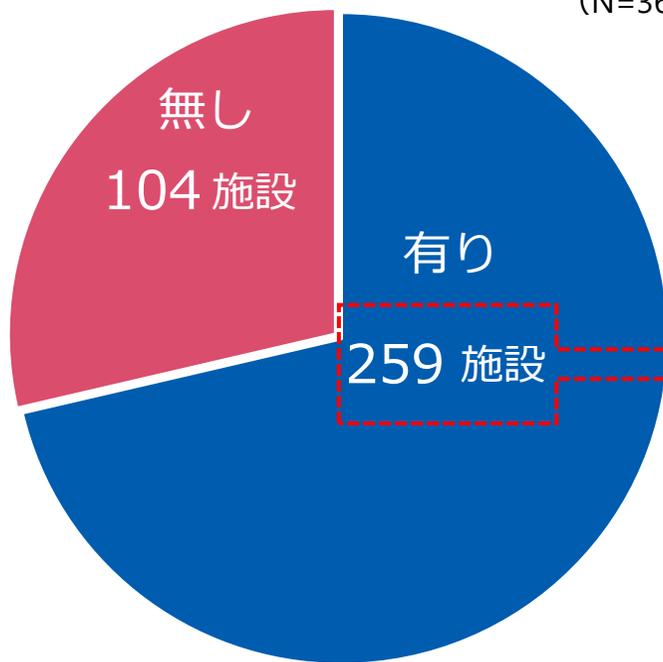


歯科系の診療科を標榜する病院の受け入れ体制

- 歯科系の診療科を標榜する病院の約7割が、地域の歯科診療所からの依頼により、当該歯科診療所における歯科訪問診療の継続が困難となった患者を受け入れており、受け入れた患者数は、1～5人/月が最も多かった。

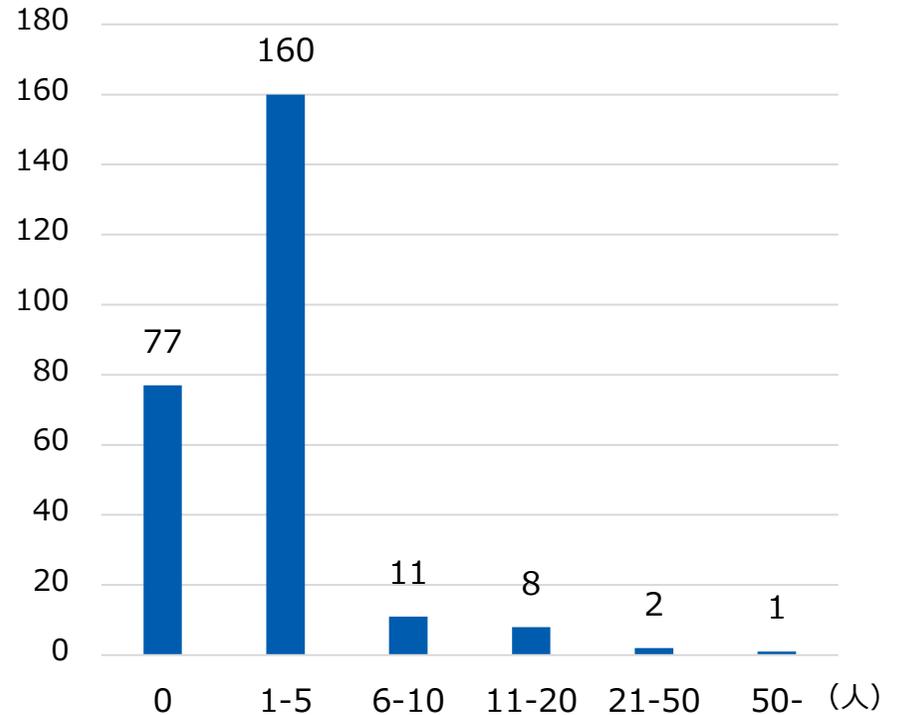
地域の歯科診療所からの依頼により、
当該歯科診療所における歯科訪問診療の継
続が困難となった患者の受入体制の有無

(N=363)



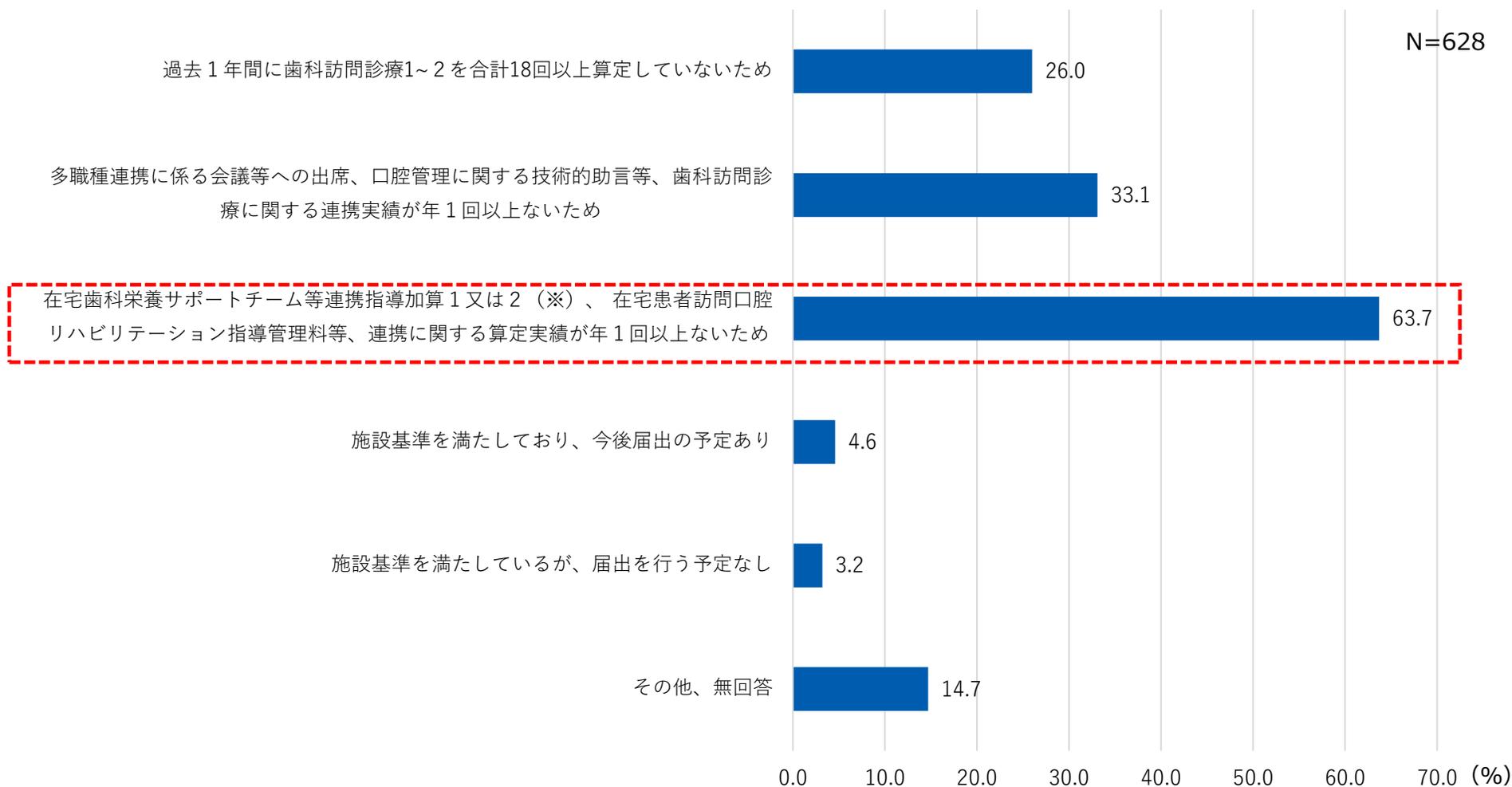
受け入れた患者数（令和7年6月）

(施設数)



在宅療養支援歯科診療所 2 の施設が、 在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行っていない理由

- 過去の検証調査によると、在宅療養支援歯科診療所 2 の施設が、在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行っていない理由として、「連携に関する算定実績の施設基準を満たさない」が最も多かった。



※施設基準は、令和 4 年度改定当時のもの

出典：令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 4 年度調査）

歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の実施状況

- 歯科医師臨床研修施設において、当該研修医が将来的に在宅歯科医療が実施できるよう、一部の研修施設で研修中に歯科訪問診療を実施し教育体制を確保している。

歯科医師臨床研修の到達目標

(歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について別添・歯科医師臨床研修の到達目標より抜粋)

C. 基本的診療業務

2. 歯科医療に関連する連携と制度の理解等

(2) 多職種連携、地域医療

- ① 地域包括ケアシステムについて理解し、説明する。(必修)
- ② 地域包括ケアシステムにおける歯科医療の役割を説明する。(必修)
- ③ **在宅療養患者や介護施設等の入所者に対する介護関係職種が関わる多職種チームについて、チームの目的を理解し、参加する。(選択)**
- ④ **訪問歯科診療の実施にあたり、患者に関わる医療・介護関係職種の役割を理解し、連携する。(選択)**
- ⑤ 病院における歯科の役割を理解し、病院内の医科との連携を経験する。(選択)
- ⑥ 離島やへき地における地域医療を経験する。(選択)
- ⑦ がん患者等の周術期や回復期等の入院患者の口腔機能管理において、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、多職種によるチーム医療に参加し、基本的な口腔機能管理を経験する。(選択)
- ⑧ 歯科専門職が関与する多職種チーム(例えば栄養サポートチーム、摂食嚥下リハビリテーションチーム、口腔ケアチーム等)について、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、チーム医療に参加し、関係者と連携する。(選択)
—以下、略—

○ 在宅等での訪問歯科診療に関する研修状況 (複数回答)

(令和5年度 臨床研修修了者アンケート調査結果 (歯科保健課調べ))



在宅歯科医療の推進について④

在宅歯科医療の推進

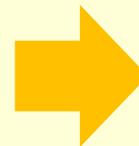
- 在宅歯科医療を推進する等の観点から、在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準等の見直しを行う。

現行

在宅かかりつけ歯科診療所加算

[施設基準]

- ・歯科診療所であること
- ・当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。



改定後

在宅歯科医療推進加算（名称変更）

[施設基準]

- ・歯科診療所であること
- ・当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

施設基準が歯科訪問診療の実績を要件としており、在宅療養支援歯科診療所等の施設基準と類似している。

歯科訪問診療の適正化

- 同一建物、同一日に複数の患者に対する歯科訪問診療料の適正化を行う。

現行

歯科訪問診療3 143点



改定後

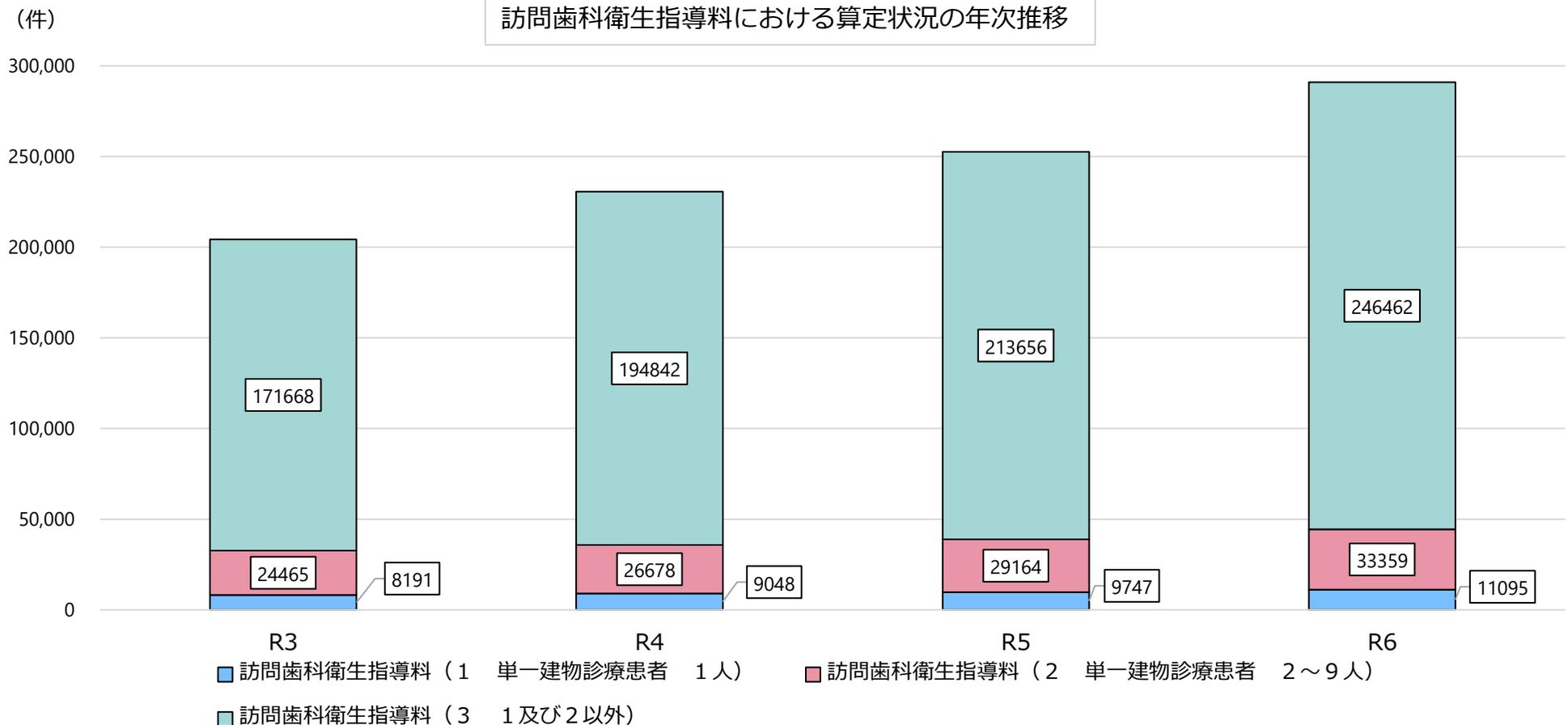
歯科訪問診療3 120点

訪問歯科衛生指導料の算定状況

○ 訪問歯科衛生士指導料の算定状況は、特に訪問歯科衛生指導料の「3 単一建物診療患者10名以上」の増加が著しく、約85%を占めている。他方、「1 単一建物診療患者1名」は少数である。

<算定要件>

口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が**20分以上行った場合**に、患者1人につき、月4回に限り算定。



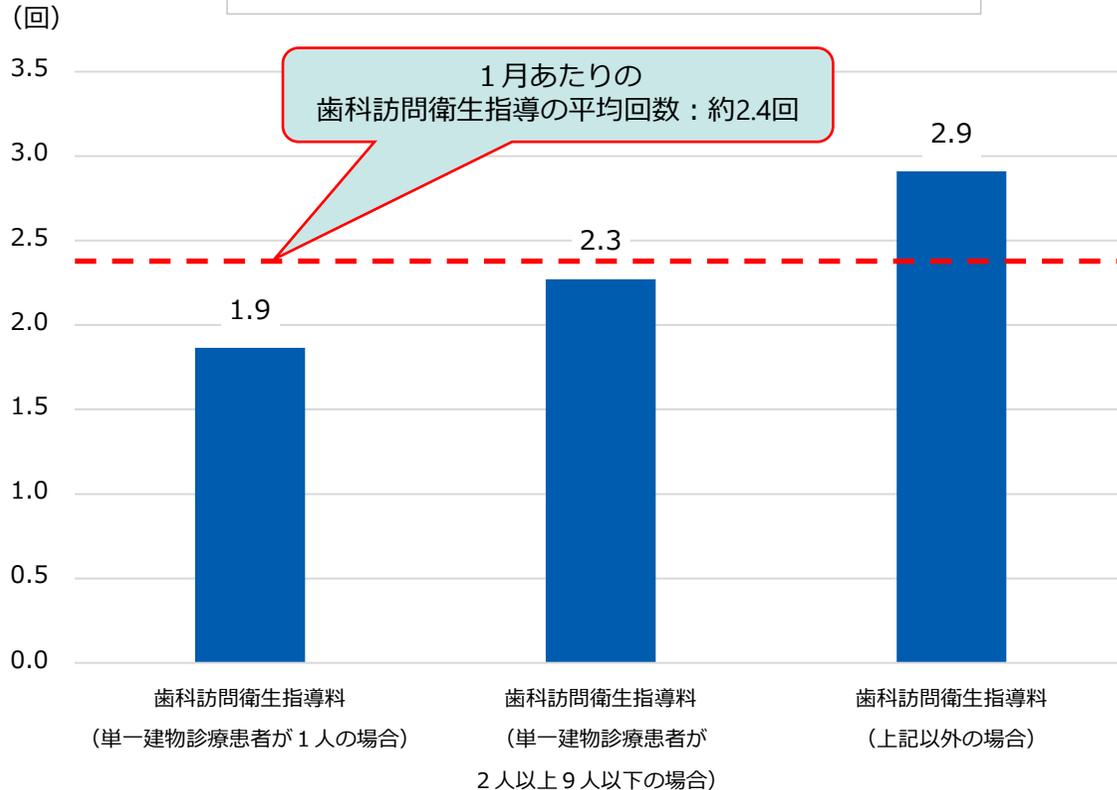
訪問歯科衛生指導の実施状況

- 訪問歯科衛生指導料（単一建物診療患者が1人の場合）の指導回数/月は、歯科訪問衛生指導の中で最も回数が少なかった。
- なお、特別な関係に当たる建物のみには訪問歯科衛生指導を実施している保険医療機関が存在していた。

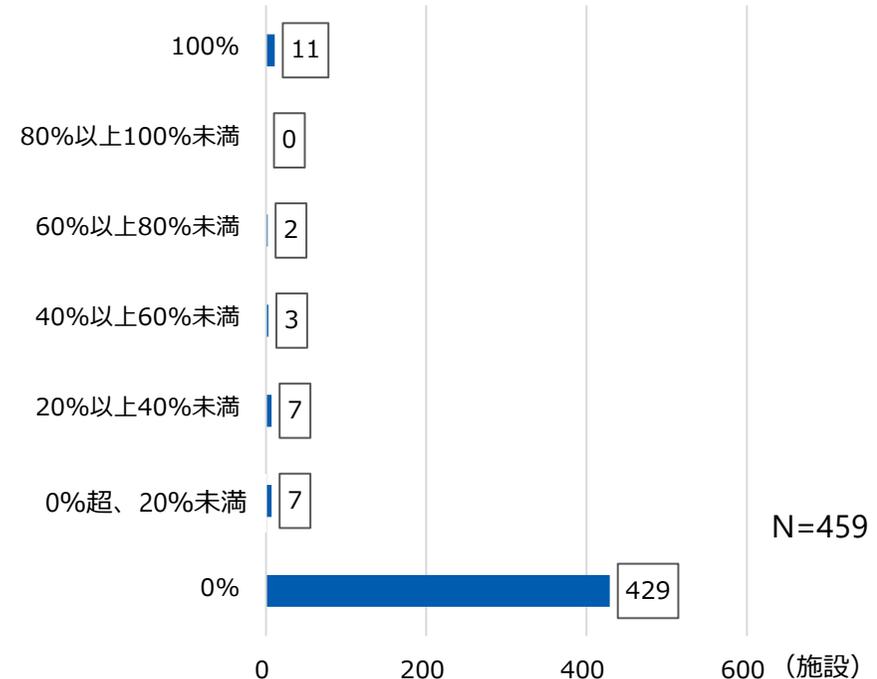
<算定要件>

口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が**20分以上行った場合**に、患者1人につき、月4回に限り算定。

1月当たりの歯科訪問衛生指導の回数



訪問歯科衛生指導で歯科衛生士が訪問した建物のうち、特別な関係に当たる建物の割合



1月当たりの診療回数の算出方法：算定回数/患者数の平均値
(第10回NDBオープンデータの9~11月より算出)

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）

歯科訪問診療料及び訪問歯科衛生指導料に係る評価区分等

- 訪問歯科衛生指導は、歯科訪問診療と同日に実施されることもあるが、「歯科訪問診療料」と「訪問歯科衛生指導料」は評価区分が異なっている。
- また、「訪問歯科衛生指導料」には、「歯科訪問診療料」における「特別な関係にある他の保険医療機関等に行った場合」にかかる規定がない。

	歯科訪問診療料				訪問歯科衛生指導料		
評価区分	歯科訪問診療の人数により5つに区分				訪問歯科衛生指導（20分以上）の人数により3つに区分		
	評価区分	人数※	点数(診療時間)		評価区分	人数※	点数
			20分以上	20分未満			
	歯科訪問診療 1	1人	1,100点		単一建物診療患者が1人の場合	1人	362点
	歯科訪問診療 2	2～3人	410点	287点	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2～9人	326点
	歯科訪問診療 3	4～9人	310点	217点			
歯科訪問診療 4	10～19人	160点	96点	上記以外の場合	10人以上	295点	
歯科訪問診療 5	20人以上	95点	57点				
	※同日に同一建物に居住する患者に対する訪問診療の人数				※単一建物診療患者（歯科訪問診療の計画に基づいて指導を実施する者）に対する訪問歯科衛生指導の人数		
算定要件	○在宅等において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が歯科訪問診療を行った場合に算定				○歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して、当該患者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い、指導時間が20分以上であった場合に月4回に限り算定		
	○特別な関係に当たる他の保険医療機関等に歯科訪問診療を行った場合は初診時：267点、再診時：58点で算定				○特別な関係に当たる要件はない		

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について

- 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料は、歯科医師が回診や食事観察等を行い、口腔機能等に係る指導を行った場合の評価であり、歯科疾患在宅療養管理等の各管理料の算定が要件となっている。このため、歯科医師が一度は対面で診察を行っているが、本指導料を算定する際は別途回診等の参加が必要となっている。
- また、指導の実施者が歯科医師に限られているが、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施することもあること、算定告示と留意事項通知で評価の対象がこととなっていることから、実施者や評価の内容を整理することが必要。

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の評価

	算定告示	留意事項通知
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1	歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の 栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い 、その結果を踏まえて 口腔機能評価に基づく管理を行った場合 に、月1回に限り算定する。	歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として カンファレンス及び回診等に参加し 、それらの結果に基づいて 口腔機能等に係る指導 を行った場合に算定する。
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2	歯科医師が、 介護保険施設等に入所している患者 であって、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる 食事観察等に参加し 、その結果を踏まえて 口腔機能評価に基づく管理を行った場合 に、月1回に限り算定する。	介護老人保健施設等に入所している患者等であって、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察若しくは介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し 、それらの結果に基づいて 口腔機能等に係る指導 を行った場合に算定する。
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3	当該保険医療機関の歯科医師が、 障害児入所施設等に入所している患者 であって、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる 食事観察等に参加し 、その結果を踏まえて 口腔機能評価に基づく管理を行った場合 に、月1回に限り算定する。	障害児入所施設等に入所している患者であって、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察若しくは施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し 、それらの結果に基づいて 口腔機能等に係る指導 を行った場合に算定する。

(参考) 歯科衛生士の指導による評価の例

項目名	概要
歯科衛生実地指導料	歯科疾患に罹患している患者に対して、 <u>主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が</u> 、直接15分以上の 実地指導を行った場合 の評価
訪問歯科衛生指導料	歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して20分以上の療養上必要な指導を行った場合の評価

摂食嚥下障害患者へ情報通信機器を活用した診療の有効性

- 摂食嚥下障害患者への情報通信機器を活用した診療（食事観察、嚥下訓練や栄養管理、口腔衛生指導等）は、摂食嚥下障害関連の有害事象の発生を有意に減少させる。

【摂食嚥下障害患者に情報通信機器を活用した診療の有効性：後ろ向き研究】

<対象者>

新型コロナウイルス（COVID-19）緊急事態宣言発令 2020年4月7日
 A病院の診療制限解除（対面診療の再開） 2020年6月15日



- A病院の歯科医師が自宅や介護施設へ定期的に歯科訪問診療していた摂食嚥下障害患者（20歳以上）のうち、2020年4月7日～6月15日の対面診療制限期間に予約が予定されていた患者を選定。
- 該当期間以前は、訪問して嚥下内視鏡検査や指導・管理を行っていた。期間中、情報通信機器を活用した診療について、患者又はその家族が同意した場合を介入群、断った場合は非介入群とした。

<診療のイメージ> ※研究対象者とは別の症例



（提供：東京科学大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

<介入群（N=20）への診療内容>

患者の状態	評価内容	指導・治療
経口摂取可能 (N=7)	・ 食事形態と摂取量	・ 間接嚥下訓練 (ブローイング訓練、アイスマッサージ) ・ 食べ方の指導 等
補助により、経口摂取可能 (N=6)	・ 食事形態と摂取量 ・ 栄養状態 ・ 口腔衛生状態	・ 食事環境の調整 ・ 栄養管理 ・ 口腔衛生指導 等
経口摂取困難で、経口摂取訓練が必要 (N=7)	・ 介助者による直接嚥下訓練 (患者の姿勢、ゼリーの嚥下 等) ・ 栄養状態 等	・ 直接嚥下訓練の指導 ・ 直接嚥下訓練の項目の追加 ・ 栄養管理 等

<介入群（N=20）と非介入群（N=56）の有害事象の比較>

Fisherの正確検定、*p < 0.05

有害事象	介入群	非介入群	p-value
全身関連の有害事象	0(0%)	7(12.5%)	0.179
死亡	0(0%)	3(5.3%)	0.562
入院	0(0%)	4(7.1%)	0.568
摂食嚥下障害関連の有害事象	2(10%)	19(33.9%)	0.046*
誤嚥性肺炎	0(0%)	4(7.1%)	0.568
窒息	0(0%)	3(5.3%)	0.562
摂食嚥下機能低下 (△セの増悪、食事摂取量の減少)	2(10%)	16(28.6%)	0.129

現状と課題（歯科訪問診療）

- 患家における歯科訪問診療と外来で比較した場合の1日あたりの平均点数は約2倍、1日あたりの患者数は約半分である。また、歯科訪問診療全体のうち、歯科訪問診療1の訪問回数は少ない。
- 過去の調査等では、患者1人あたりの歯科訪問診療の所要時間は訪問先に関わらず概ね20分以上で、個々の治療の多くは15分以上を要する。しかし、同一日に訪問する患者数が増加するほど、歯科治療が20分未満である割合が高くなり、また、歯科訪問診療を実施した人数が10人以上の診療時間の約6割以上が10分未満であった。
- 在宅療養支援歯科病院の施設基準については、歯科訪問診療料の算定回数が実績となっているが、在宅療養支援歯科病院を届出していない理由は、「歯科訪問診療の実績を満たさない」が最も多かった。また、歯科医師臨床研修においては、研修歯科医が将来的に歯科訪問診療が実施できるよう研修期間中に歯科訪問診療に係る研修や教育を行っている。
- 患家における訪問診療を推進するための「在宅歯科医療推進加算」の施設基準は、歯科訪問診療料1の実績が要件となっており、在宅療養支援歯科診療所等の施設基準と類似している。
- 「訪問歯科衛生指導料」については、「3 単一建物診療患者10名以上」が多くを占めており、「1 単一建物診療患者1名」は少数で、1月あたりの指導回数は最も少ない。また、特別の関係に当たる建物のみ訪問歯科衛生指導を実施しているケースが存在している。なお、「訪問歯科衛生指導」は、「歯科訪問診療」と同日に実施されることもある。
- 「在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料」については、算定告示と留意事項通知で評価の内容が異なっている。また、多職種に参加するカンファレンスや食事観察などにビデオ通話が可能な機器を活用して歯科医師等が参加することで、効率的・効果的な歯科医療の確保等につながることを期待される。

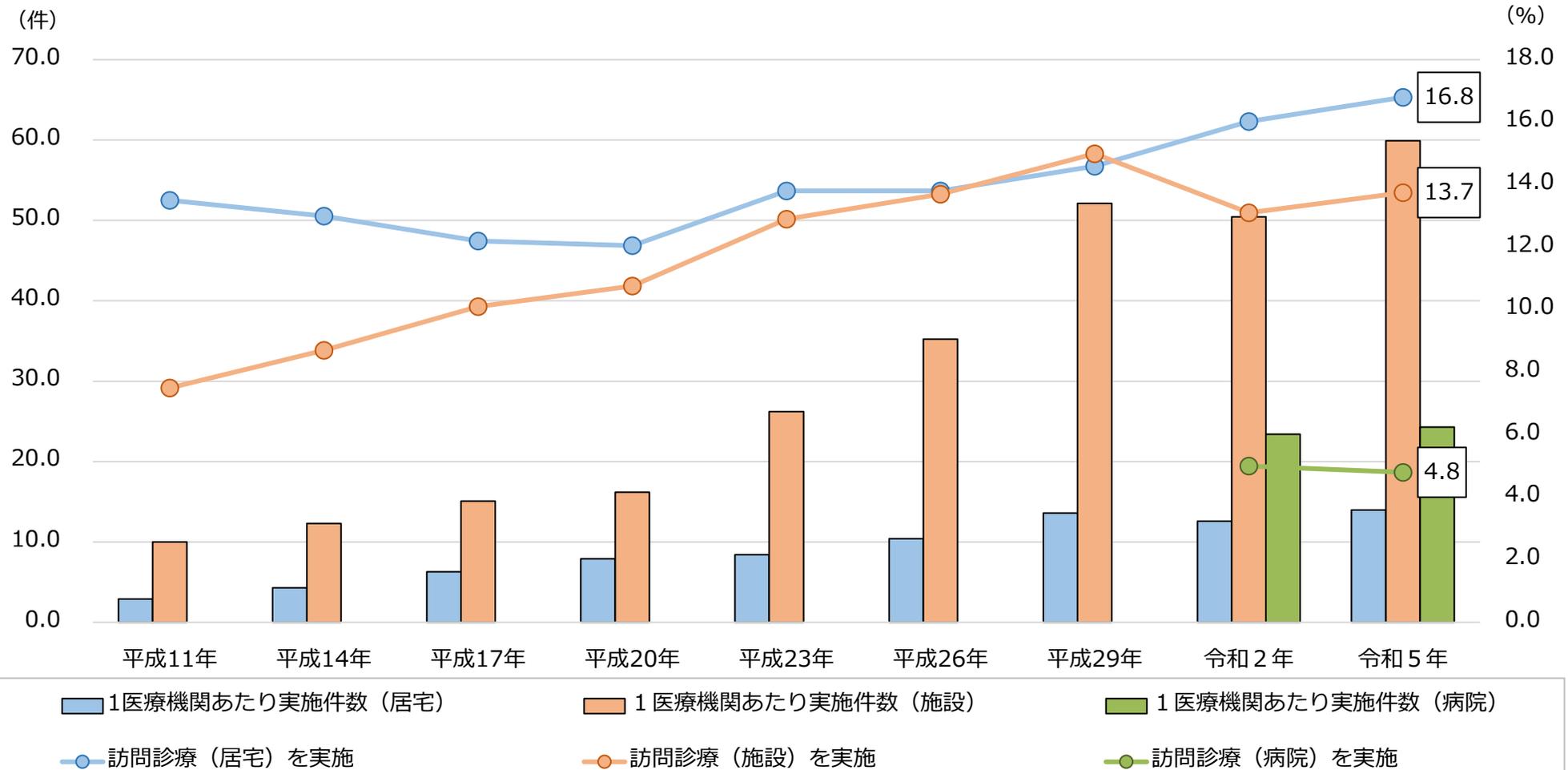
歯科訪問診療に係る論点

- 地域における歯科医療機関の役割分担を図りつつ、患家で療養する患者に対する歯科訪問診療を進めるために、歯科訪問診療料1の充実や「在宅歯科医療推進加算」を見直すことについてどのように考えるか。また、当初1人の患者に対する歯科訪問を実施予定であったものの、訪問先の依頼により、当該患者とは別の患者を診療する特段の必要性が生じた場合などの歯科訪問診療1の運用を明確にすることに関してどのように考えるか。
- 同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適正に運用する観点から、現場における歯科訪問診療の実施状況にも配慮しつつ、患家や同一建物に居住する少数の患者に対する歯科訪問診療の実績や歯科訪問診療の実施責任者を配置する等を要件として施設基準を設定することに関してどのように考えるか。
- 在宅療養支援歯科病院の施設基準について、病院歯科等での診療実態を踏まえて、歯科診療所からの依頼により当該患者を受け入れた場合の実績も加味することや、在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院の施設基準については、歯科医師臨床研修施設における研修歯科医の受け入れ状況や当該施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を加味すること等、現状の歯科訪問診療の更なる推進や今後の歯科医療提供体制の確保に資するよう施設基準の一部を見直すことに関してどのように考えるか。
- 「訪問歯科衛生指導料」については、「歯科訪問診療料」を算定した患者に対して行われることから、「歯科訪問診療料」を参考にしつつ、評価を見直すことに関してどのように考えるか。
- 「在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料」については、評価内容を指導とした上で、当該指導の実施者は、歯科医師に加えて歯科医師の指示を受けた歯科衛生士を追加すること、保険医療機関や介護保険施設等が実施する多職種カンファレンス、食事観察及び指導を、オンラインのみでの実施も可能とすることに関してどのように考えるか。

歯科訪問診療について 参考資料

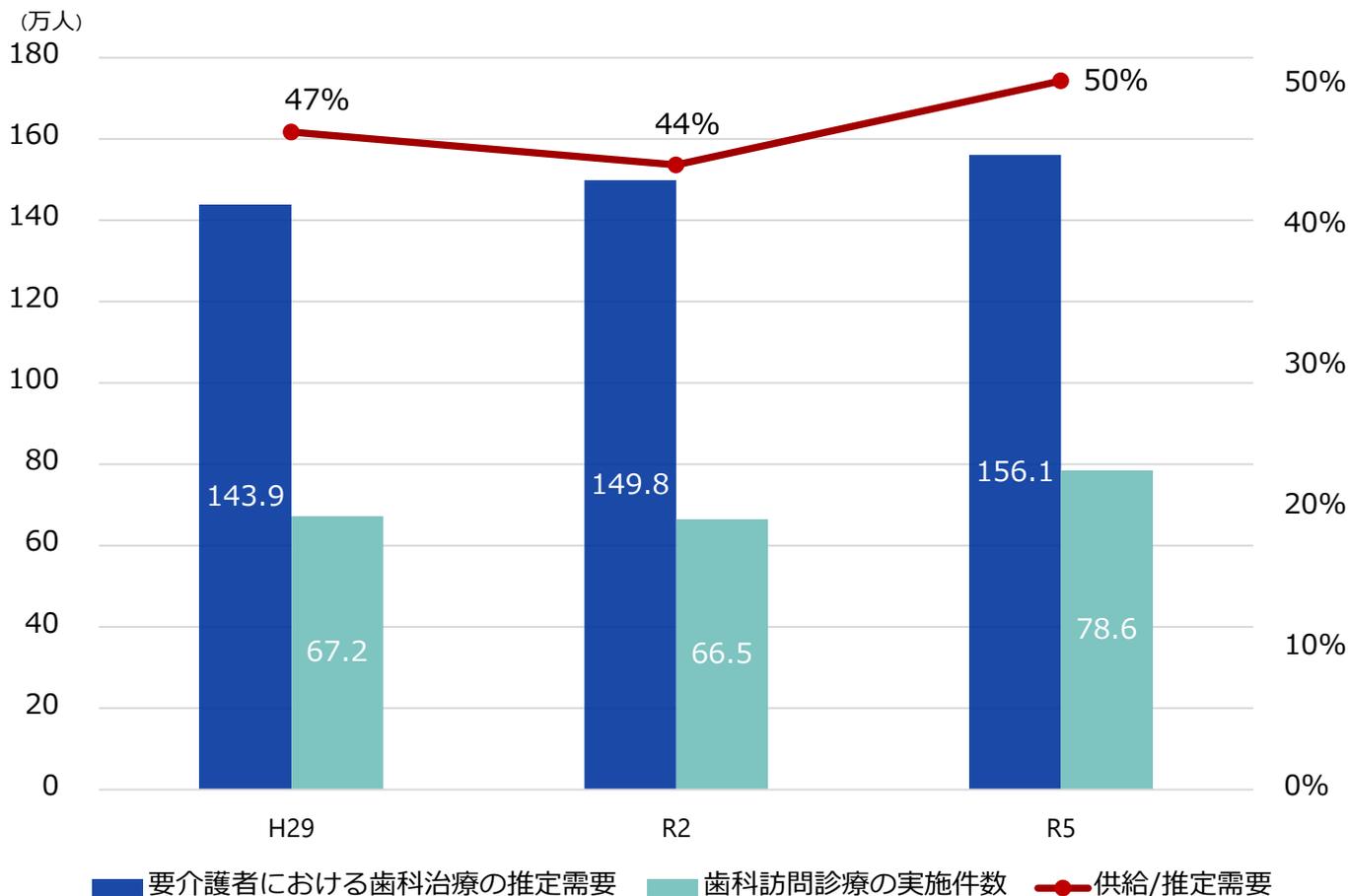
歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況

- 1 歯科診療所あたりの歯科訪問診療の実施件数（各年9月分）は、増加傾向にあったが、令和2年に減少したものの、令和5年には増加傾向がみられる。
- 歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合について、居宅、施設ともに20年前に比べ緩やかに増加しているが、居宅、施設、病院ともに歯科診療所総数の2割に満たない。



注1：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出
 注2：病院については、令和2年から調査開始

○ 要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要数と比べ、歯科医療機関の実施件数（供給数）は約5割である。



歯科訪問診療の実施件数：歯科訪問歯科診療の実施件数（各年9月分）は、訪問先である居宅、施設、病院を合算。

要介護者における歯科治療の推定需要：「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究（日本歯科医学会：令和元年）」より、「要介護高齢者（N=290、平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）において、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科訪問診療の推定需要数と仮定して算出。

※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

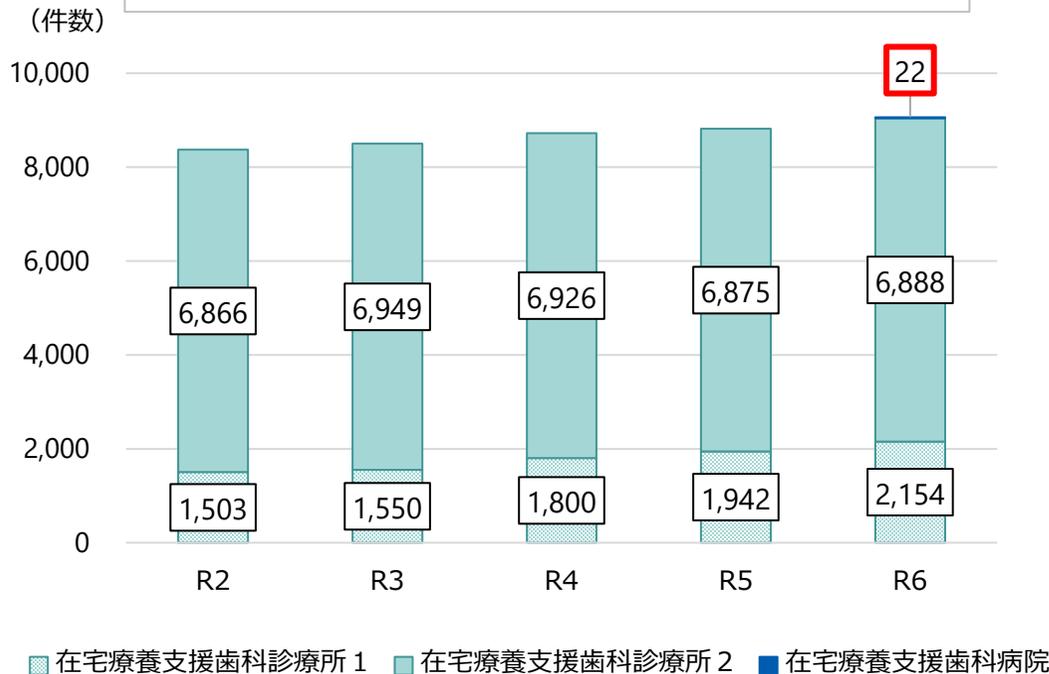
要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院の届出医療機関数の推移と患者数

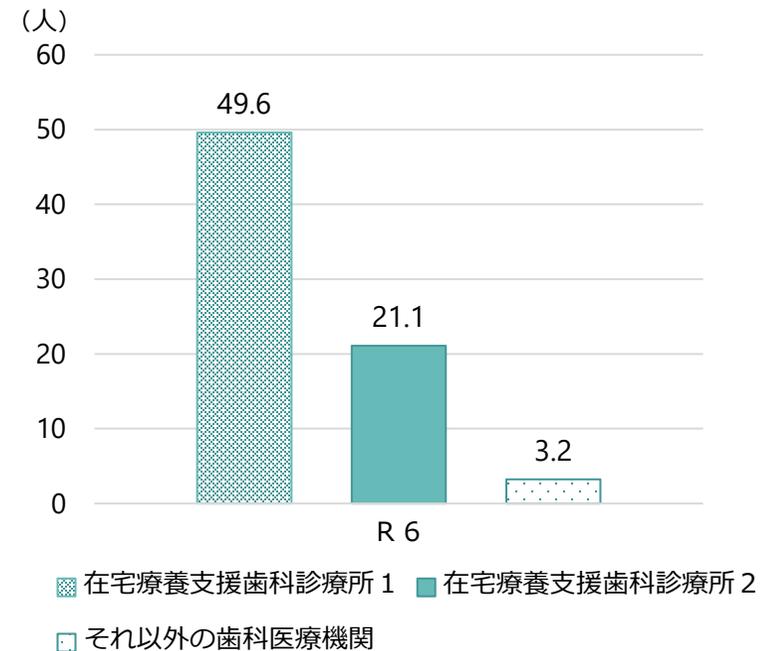
中医協 総-2 7.8.27 (改)

- 令和6年時点で、在宅療養支援歯科診療所1は2,154施設、在宅療養支援歯科診療所2は6,888施設、在宅療養支援歯科病院は22施設となっている。
- 在宅療養支援歯科診療所1では、1か月当たり、49.6名の歯科訪問診療を行っていた。

在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院の届出医療機関数の推移



1か月当たりの訪問訪問診療を実施した患者数

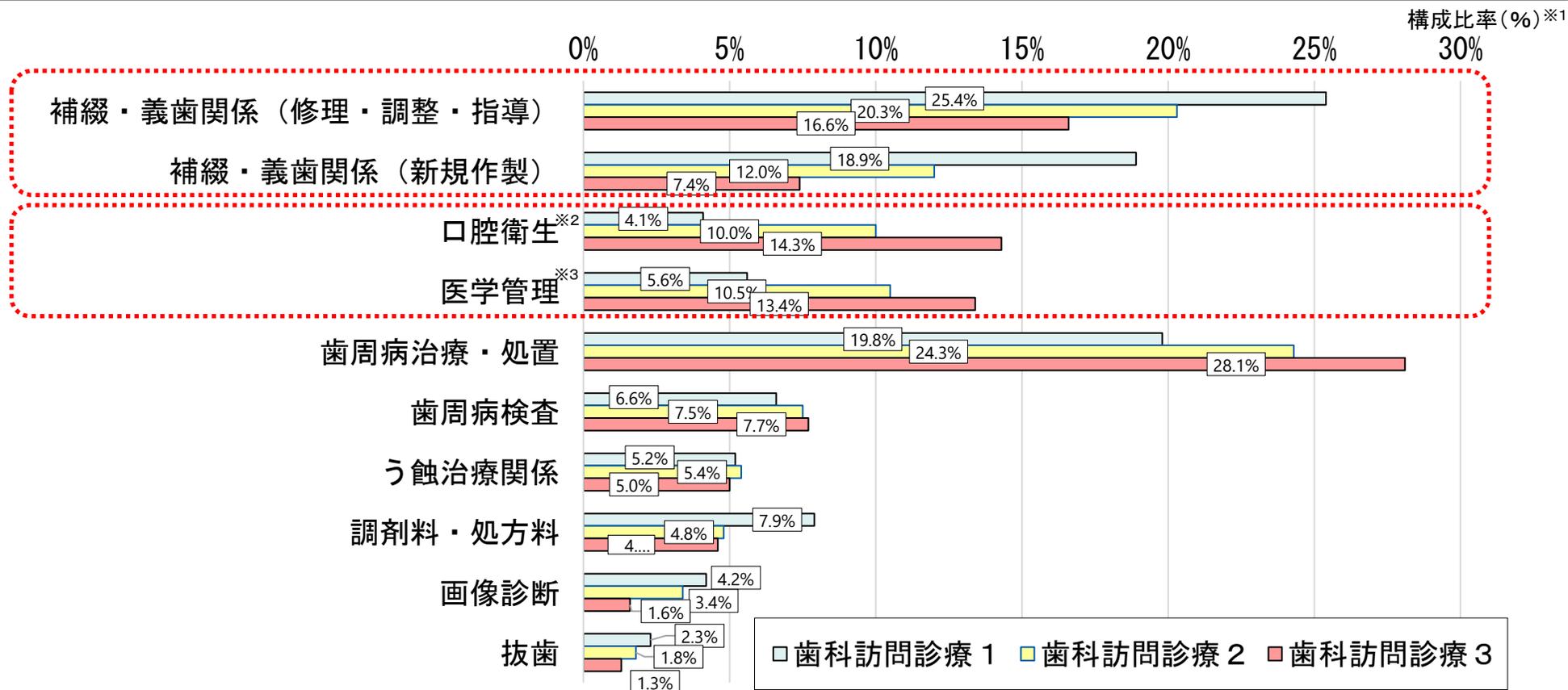


注：令和6年9月～11月の3か月間で行った患者数の月平均

出典：保険局医療課調べ主な施設基準の届出状況等（令和5年までは7月1日現在、令和6年においては8月1日現在の届出状況）
令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）

歯科訪問診療実施時に行われる診療行為

- 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為の構成比率を比較すると、「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」や「補綴・義歯関係(新規作製)」について、歯科訪問診療1において多い傾向であった。
- 一方、「口腔衛生」や「医学管理」については、歯科訪問診療3において多い傾向であった。



※1 訪問診療時に行われる診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為について、以下の10分類を作成し、構成比率を算出
<10分類>

出典：NDBデータ（2018年）

「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」「補綴・義歯関係(新規作製)」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」

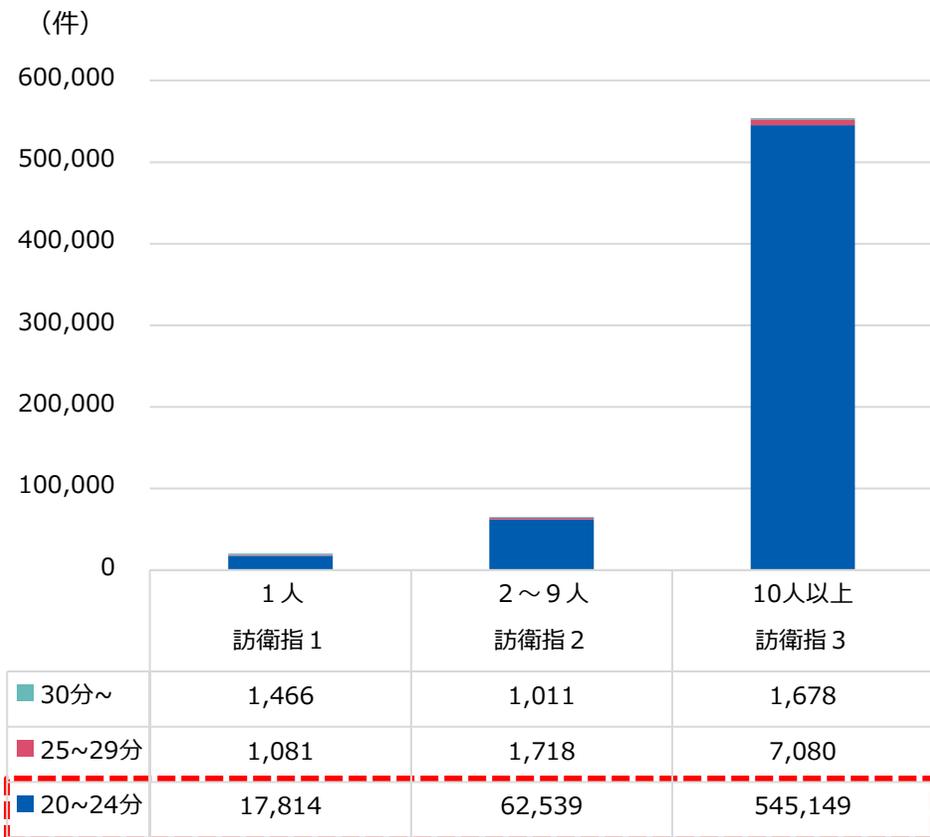
※2 「口腔衛生」に分類される診療行為： 訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置

※3 「医学管理」に分類される診療行為： 歯科疾患在宅療養管理料

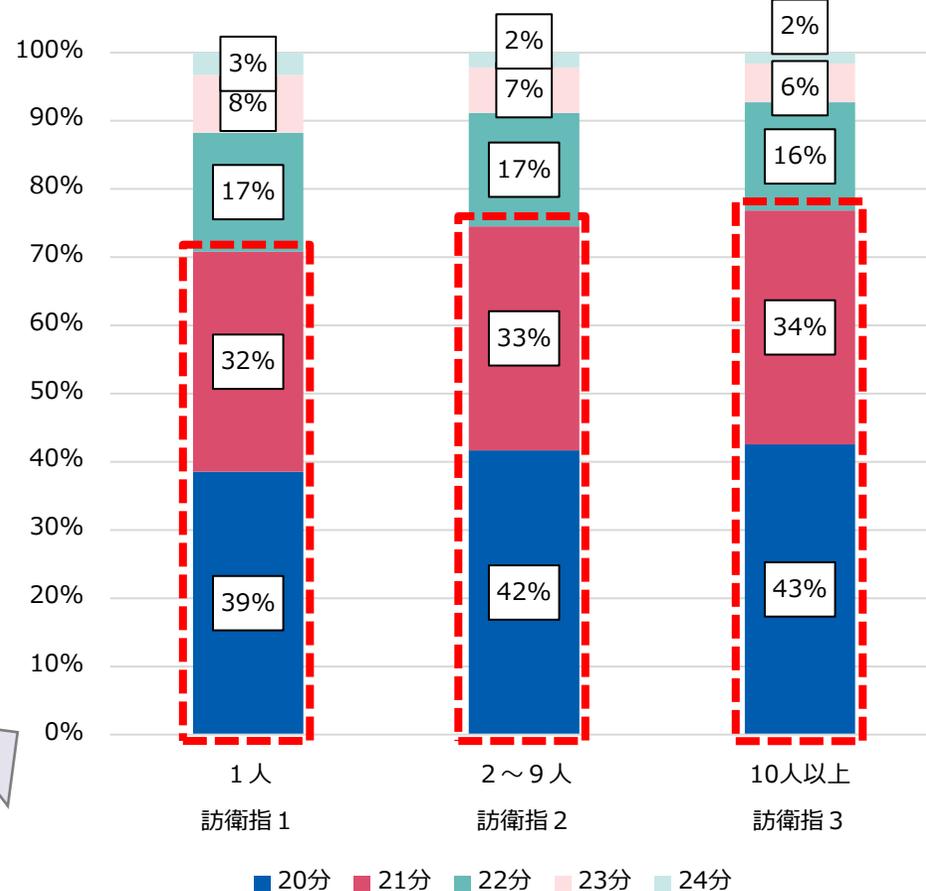
訪問歯科衛生指導料の算定状況②

○ 訪問歯科衛生指導料における指導時間は20分～24分が大部分を占め、同一建物居住する患者数が増えるほど20分及び21分の割合が増加した。

各訪問歯科衛生指導料における指導時間ごとの件数



各訪問歯科衛生指導料における指導時間別の割合



(参考) ※評価区分

- 訪問歯科衛生指導料
- 1 単一建物診療患者が1人の場合
 - 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
 - 3 1及び2以外の場合

出典：令和6年6月分のNDBを特別集計（外れ値は除く）

訪問歯科衛生指導の推進

訪問歯科衛生指導料の見直し①

- 終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。
- 訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。
- 訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

現行

【訪問歯科衛生指導料】

- | | |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 360点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 328点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 300点 |

[算定要件]

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

改定後

【訪問歯科衛生指導料】

- | | |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 362点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 326点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 295点 |

[算定要件]

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、**当該患者又はその家族等**に対し文書により提供する。



入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

栄養サポートチーム等との連携の評価の見直し①

- 他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

1	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1	100点
2	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2	100点
3	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3	100点

[算定要件]

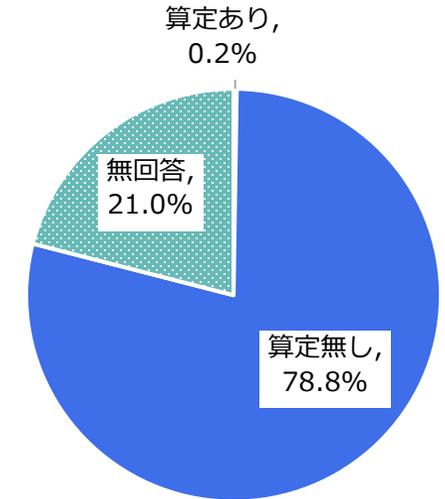
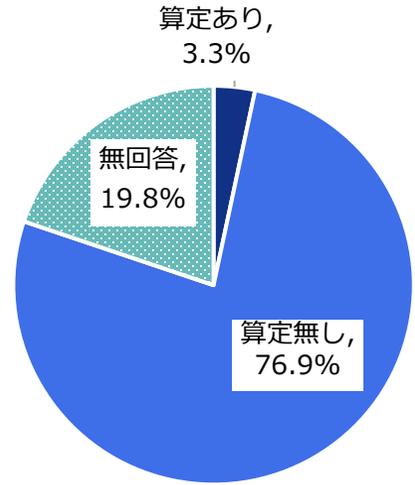
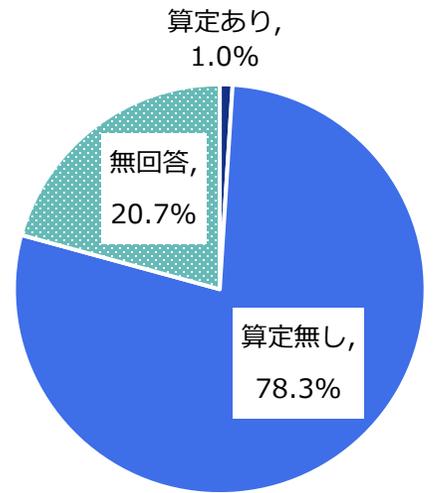
- 注 1 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 2については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 3 3については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定状況

中医協 総-2 R
7 . 8 . 2 7

- 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の「算定あり」は0.2-3.3%であった。
- 算定していない理由は、依頼がないため実施していないが最も多かった。

<在宅歯科栄養サポートチーム連携指導料 1> <在宅歯科栄養サポートチーム連携指導料 2> <在宅歯科栄養サポートチーム連携指導料 3>

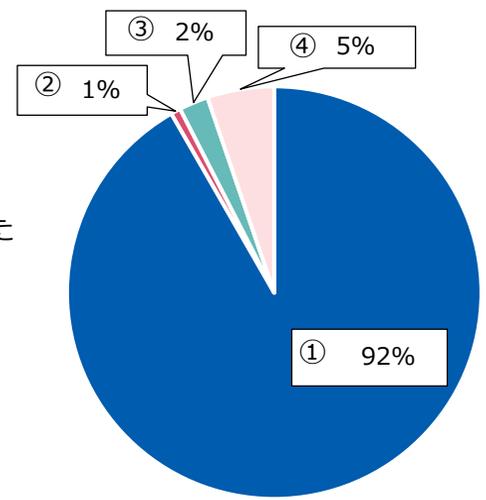


<算定要件の概要>

- ① 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1：歯科医師が、他の保険医療機関の入院患者に対して、患者の入院している保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、口腔機能評価に基づく管理を行う。
- ② 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2：歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、患者の入所施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行う。
- ③ 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3：歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、患者の入所施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行う。

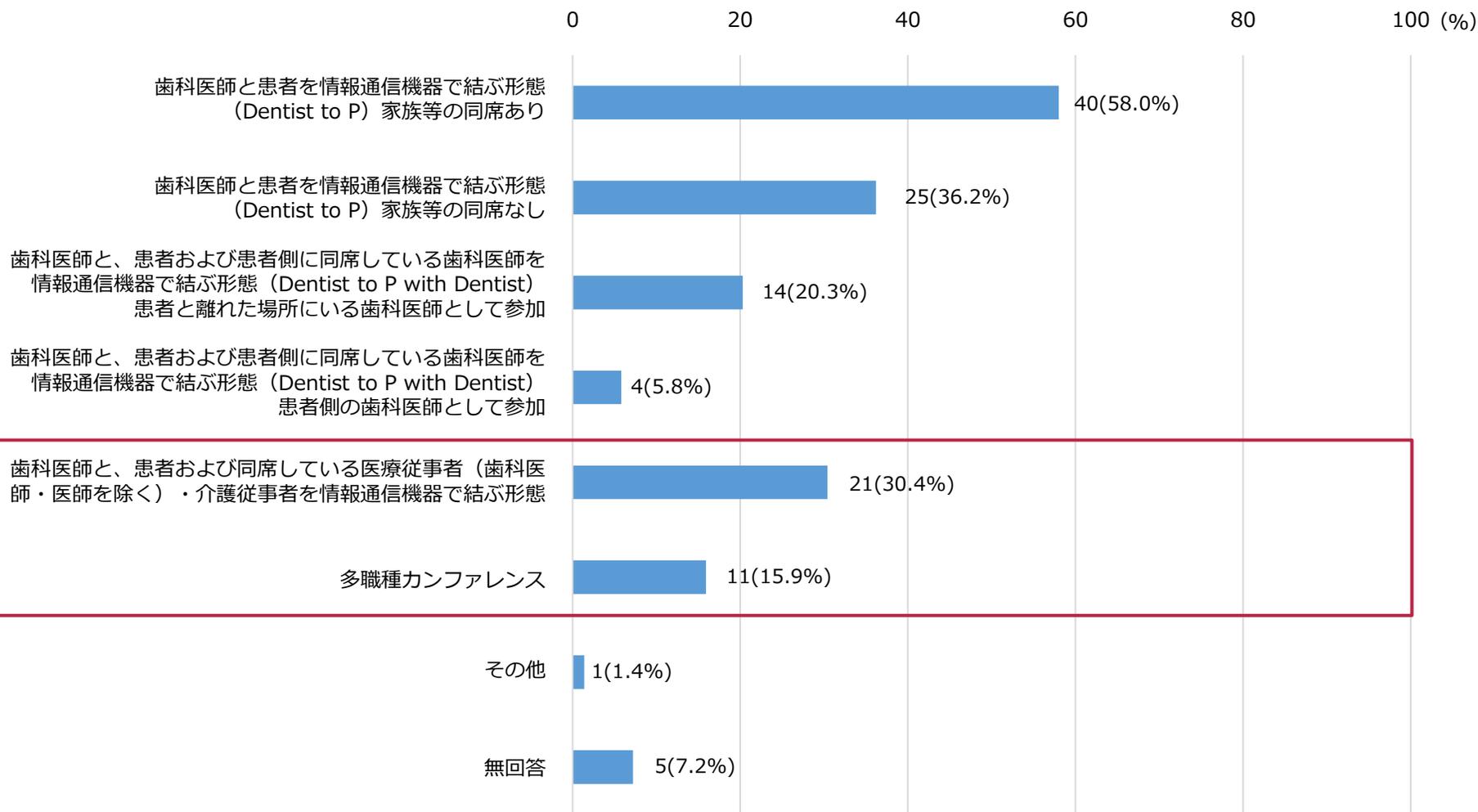
<算定していない理由>

- ①依頼がないため実施していない
- ②依頼があったが実施できなかった
- ③実施しているが算定できない
- ④無回答



- 情報通信機器（電話を除く）を用いた歯科診療について、歯科医師と患者を情報通信機器で結ぶ形態の割合が多い傾向にあったが、医療従事者や介護従事者が患者側に同席した割合も多い傾向にあった。

(4) 実際に行った診療の実施形態（複数回答可）



1. 期待される役割

- 歯科医師等医療従事者間での遠隔医療は、「歯科医療資源の少ない地域」など、地域における歯科医療の確保、効率的・効果的な歯科医療提供体制の整備や、医科歯科連携の推進につながる可能性が期待される。

(例) 歯科医療資源が限られた地域における歯科医療提供体制の課題の解消、移動距離や時間等の物理的な距離の解消
専門の歯科医師が効率的に診療を行える環境整備、歯科医師等の生涯教育、医科と歯科の検査データ等の医療情報の共有化や歯科医師－医師間での診療支援

- ICTを活用することにより、歯科医療従事者の働き方の向上等に寄与することや、退院後もかかりつけの歯科医師が円滑に患者の口腔管理を継続することにもつながることも期待される。

2. 様々な類型

ア 歯科における遠隔放射線画像診断

- 遠隔地の歯科放射線科の歯科医師にCT又はMRI等の医用画像を共有し、画像診断に関する相談を行うもの

イ 歯科における遠隔病理画像診断

- 遠隔地の口腔病理科の歯科医師に、患者から採取した組織又は細胞の標本の顕微鏡画像等を共有し、病理診断に関する相談を行うもの

ウ 歯科における遠隔コンサルテーション

- 遠隔地にいる専門の歯科医師に診療情報や検査画像等を共有しながら診断・治療方針等に関する相談を行うもの

エ 歯科における遠隔カンファレンス

- 多拠点にいる歯科医療関係者がテレビ会議システムを用いて、患者の事例検討等を行うもの

3. 様々な形態

ア Dentist to Dentist

- 歯科医師－歯科医師間で実施する形態
(例) 歯科医師間で診療支援等を行う遠隔コンサルテーション等
・へき地の歯科診療所の歯科医師が、病院歯科の歯科医師に診療上を行う相談
・口腔外科の歯科医師が大学病院の口腔病理科の歯科医師に病理画像を送り依頼する病理診断

イ Dentist to Doctor

- 歯科医師－医師間で実施する形態
(例) 歯科医師－医師間で診療支援等を行う遠隔コンサルテーション等

ウ Dentist to Dental hygienist、Dentist to その他医療従事者

- 歯科医師が直接患者を診療していない状態で、情報通信機器を通じ、歯科医師が歯科衛生士等の医療従事者を遠隔で指導する形態

エ Dental hygienist to Dental hygienist、その他医療従事者 その他医療従事者 to その他医療従事者

- 情報通信機器を通じ、歯科医師以外の医療従事者間で支援・指導を行う形態

1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

訪問薬剤管理に係る中医協における主なご意見

令和6年度改定 答申書附帯意見（令和6年2月14日）

（在宅医療等）

- 16 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

中医協総会（在宅その1）（令和7年8月27日）

- 在宅患者の増加に備え、薬局薬剤師の他職種連携と地域単位での体制整備が不可欠であり、次回改定ではこうした地域連携の評価が必要である
- 前回改定で在宅薬学総合体制加算を新設した結果、届出薬局は増えたものの、多くは麻薬備蓄や調剤実績が乏しい実態があり、評価基準を整理しメリハリをつける必要がある

1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

2 - 1. 在宅薬学総合体制加算

2 - 2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料

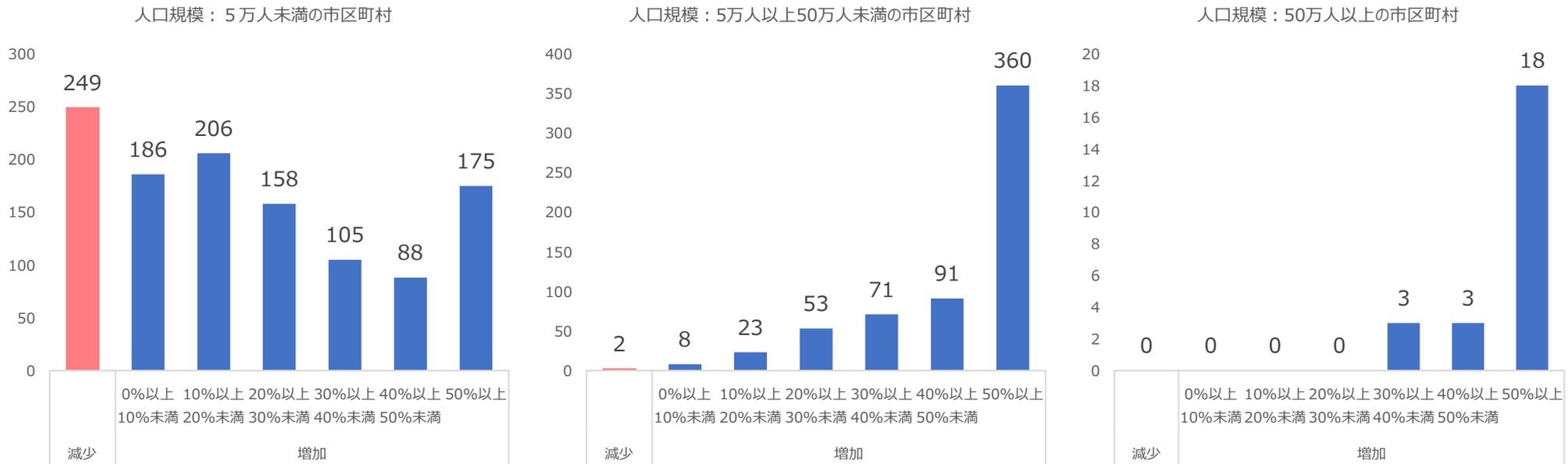
2 - 3. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

2 - 4. 介護施設と薬局の関係

地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- 2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）



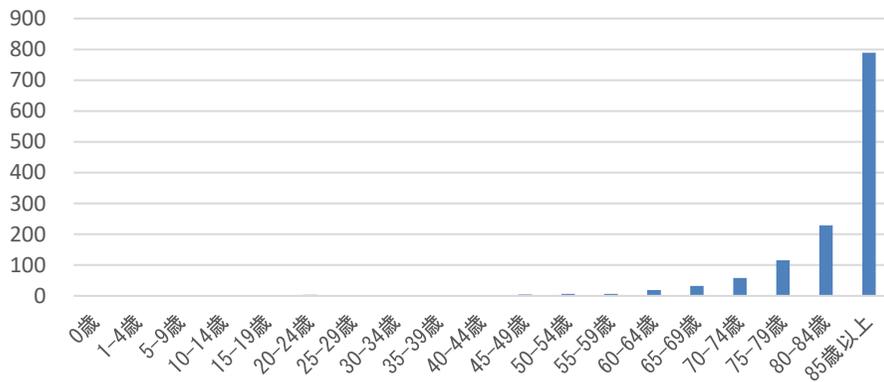
資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2019年推計)」に適用して作成。

※東京都特別区部及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

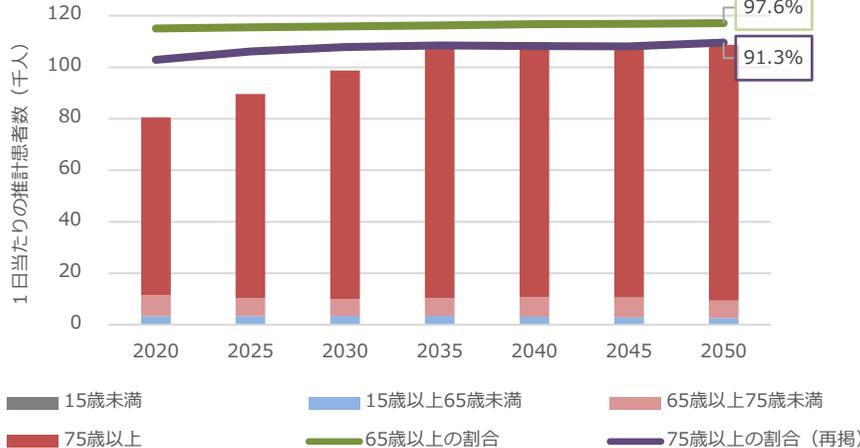
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

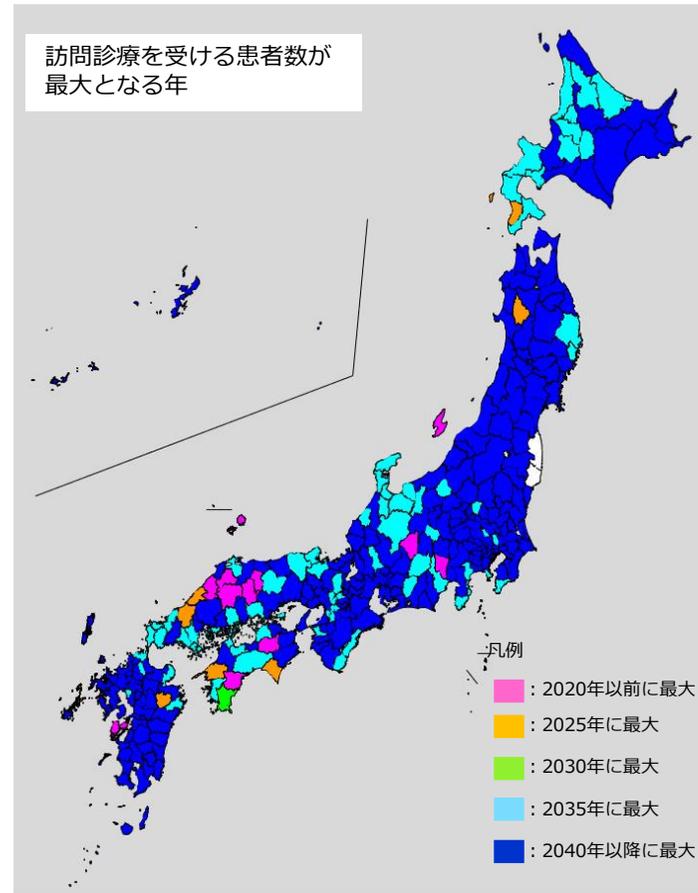
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

第8次医療計画における在宅医療のうち訪問薬剤管理指導に関する事項

○ 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問薬剤管理指導に関しては、在宅医療の質の向上のため薬剤師の関与が期待されており、また、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

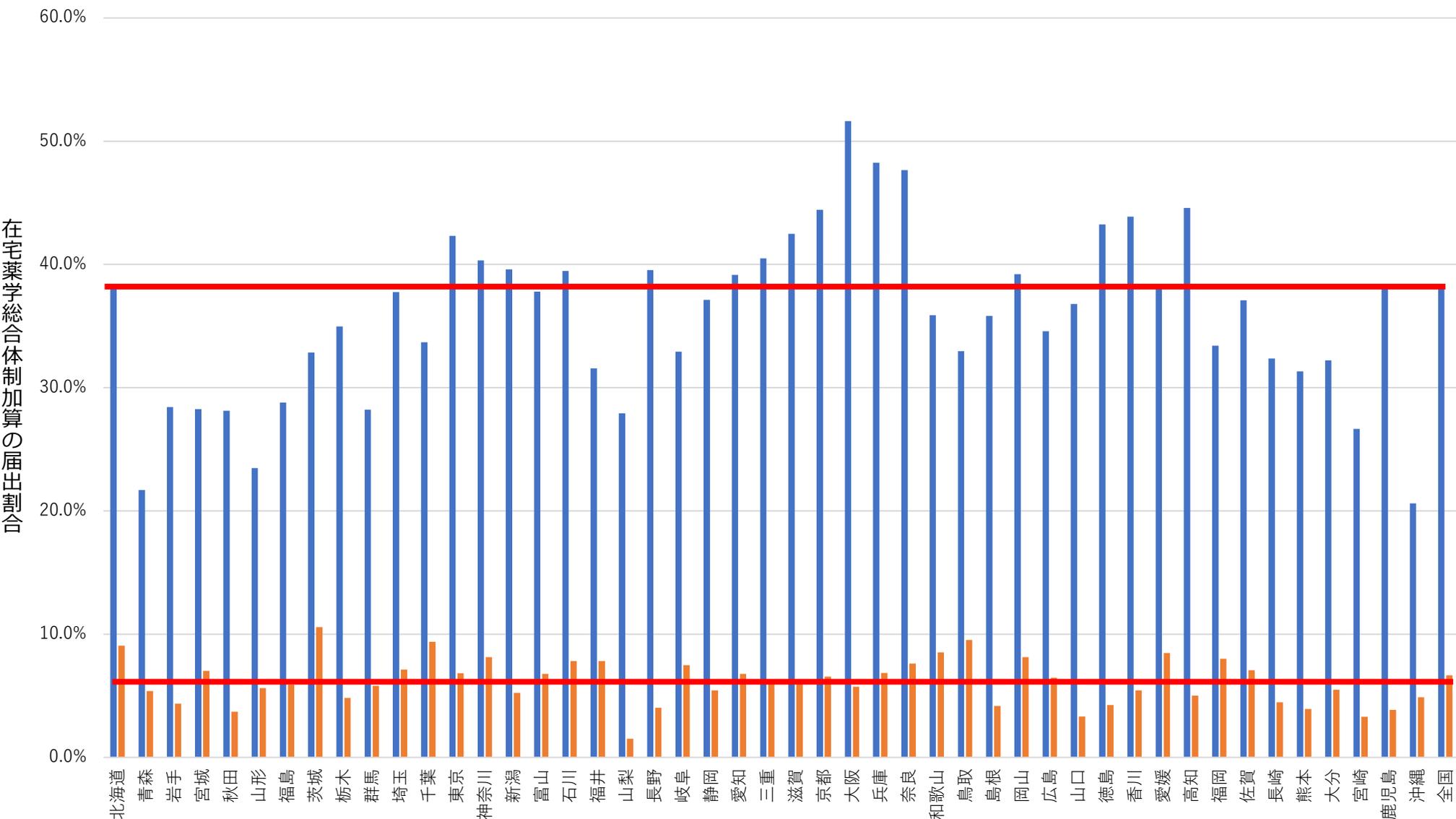
④ 訪問薬剤管理指導

全薬局61,791か所のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月、介護保険約6,000回/月となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

在宅薬学総合体制加算の都道府県別届出状況

○ 在宅薬学総合体制加算の届出割合は、都道府県ごとに差がある状況である。



無菌調剤設備の使用状況

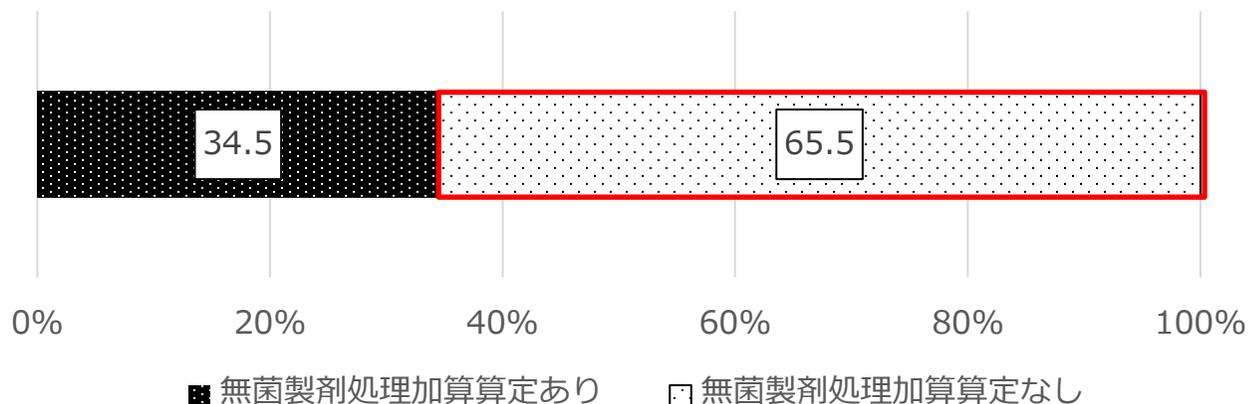
- 施設基準（5）アの要件で在宅薬学総合体制加算2を届け出ている無菌調剤設備のある薬局のうち、1年間で無菌製剤処理加算の算定がない薬局は、約3分の2であった。

■ 在宅薬学総合体制加算2（処方箋受付1回につき+50点）

[施設基準]

- (1) 加算1の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制（2名以上の保険薬剤師が勤務）
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上/年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ①医療用麻薬の備蓄・取扱（注射剤1品目以上を含む6品目以上）
 - ②無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制（在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6回以上/年）

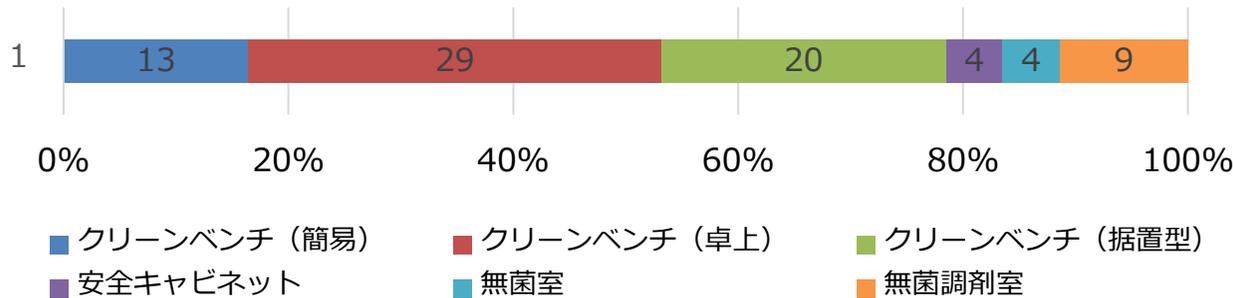
■ 在宅薬学総合体制加算2を届出しており、無菌調剤設備のある薬局の1年間の無菌製剤処理加算の算定有無（n=2041）



無菌調剤設備の使用状況

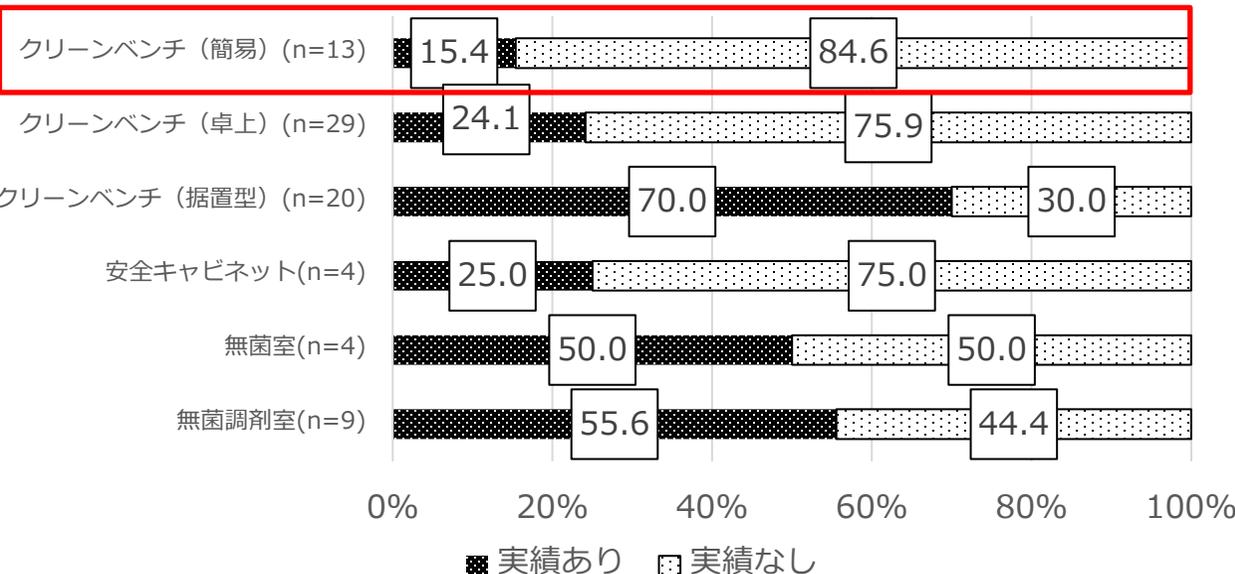
- 施設基準（5）アの要件で在宅薬学総合体制加算を届出ている薬局の設備においては、クリーンベンチ（卓上）が最も多かった。
- クリーンベンチ（簡易）を設置している薬局の84.6%において使用実績がなかった。

■ 施設基準（5）アの要件で在宅薬学総合体制加算2を届け出ている薬局の無菌製剤処理の設備別内訳（複数回答）（n=79）



簡易型クリーンベンチのイメージ
(生成AIより作成)

■ 無菌製剤処理の設備別、1年間の使用実績有(n=79)

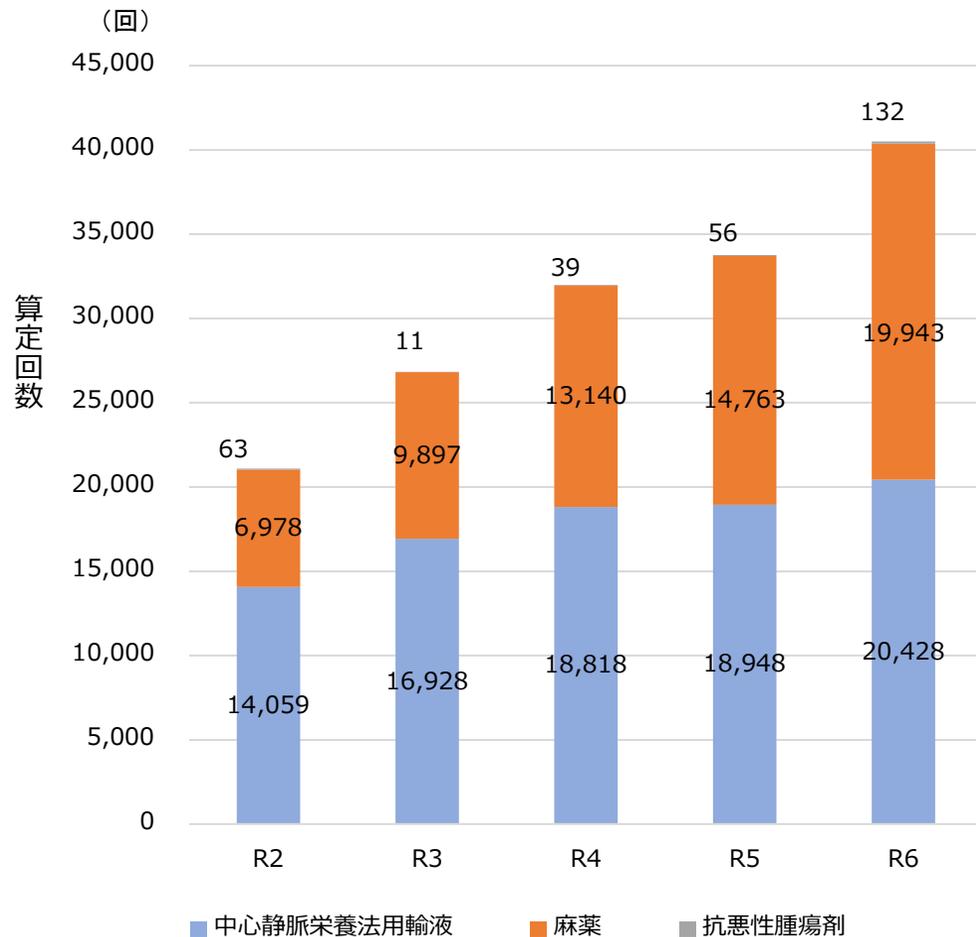


据え置き型クリーンベンチ（日本薬剤師会提供）

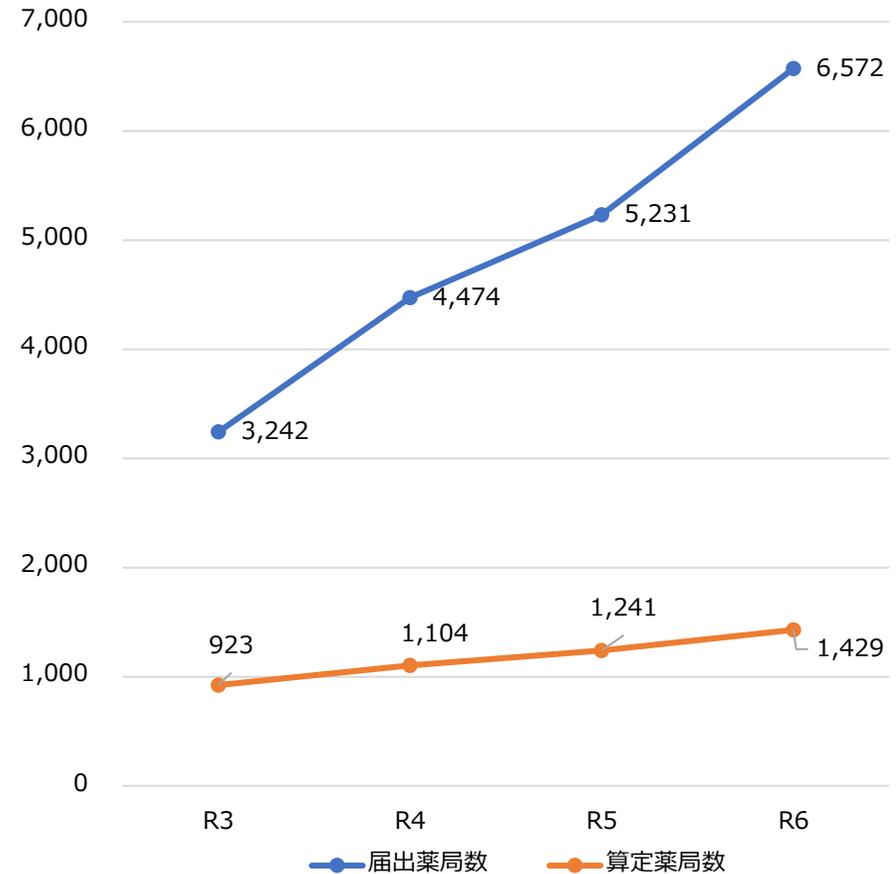
薬局における無菌製剤処理の実施状況

- 無菌製剤処理加算の算定回数は増加傾向である。
- 算定薬局数及び届出薬局数も、ともに増加傾向であるが、その伸び方には差がある。

■ 無菌製剤処理加算の算定回数※1



■ 無菌製剤処理加算の算定薬局数・届出状況※2



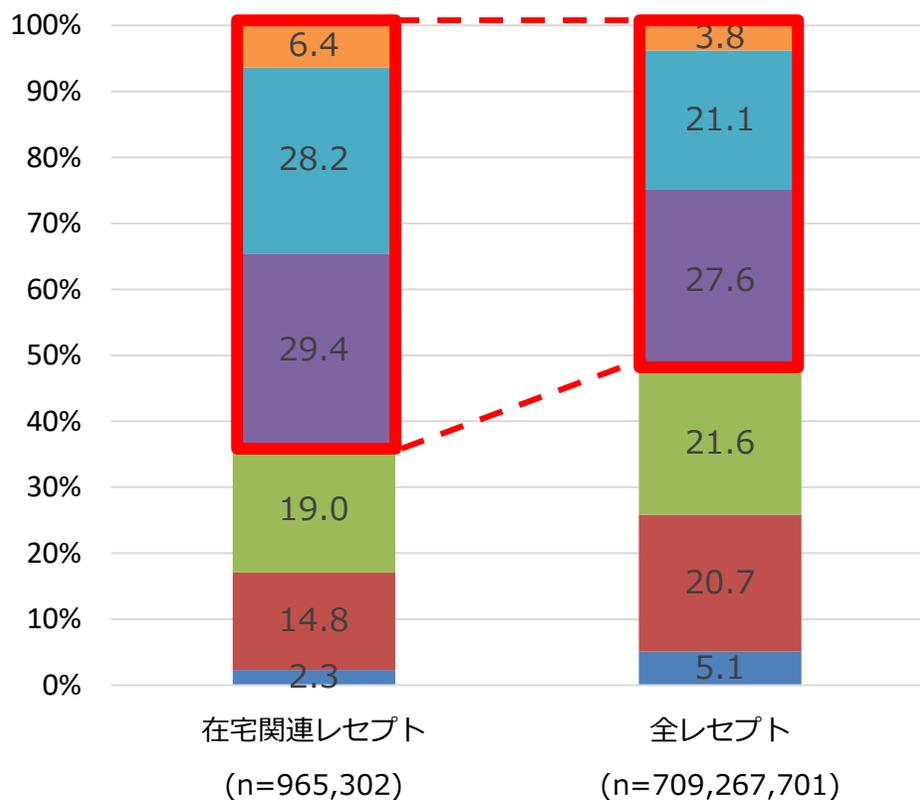
※1：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年8月審査分）

※2：令和2年～令和6年分NDBデータより医療課作成

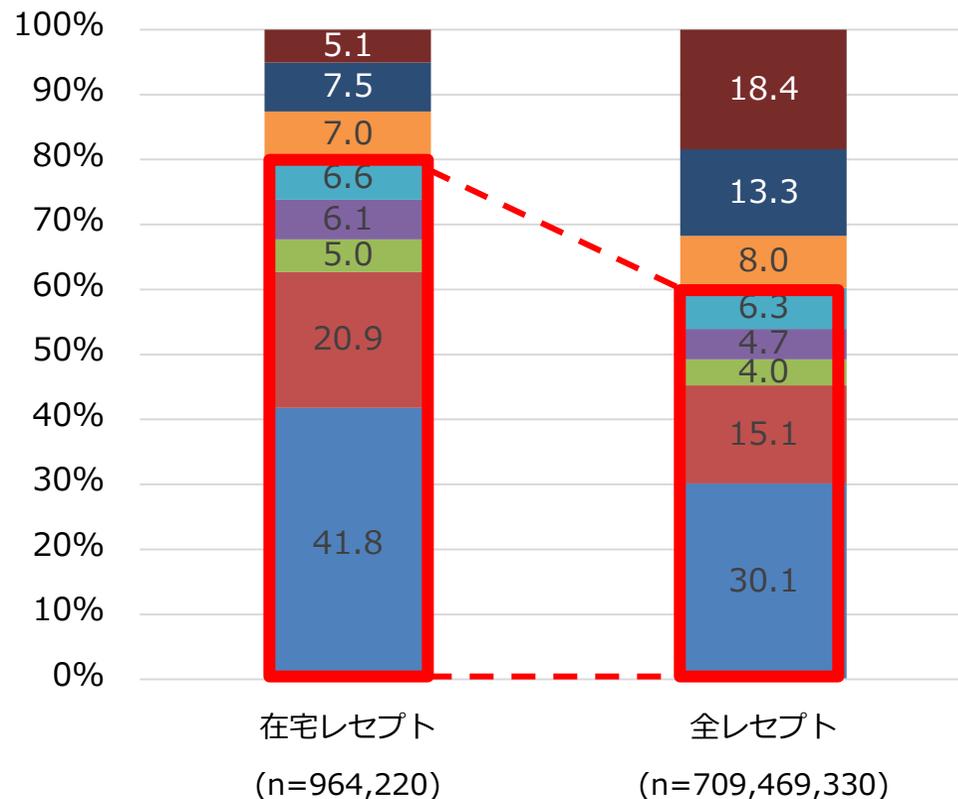
全レセプトと在宅関連レセプトの比較

○ 訪問薬剤管理指導を行っている薬局は、その他の薬局と比べて、保険薬剤師数が多く、また、処方箋集中率が低い傾向にあった。

■ レセプト別保険薬剤師数



■ レセプト別処方箋集中率



■ 1人以下 ■ 1人超2人以下 ■ 2人超3人以下

■ 3人超5人以下 ■ 5人超10人以下 ■ 10人超

■ 50%未満 ■ 50%以上70%未満 ■ 70%以上75%未満

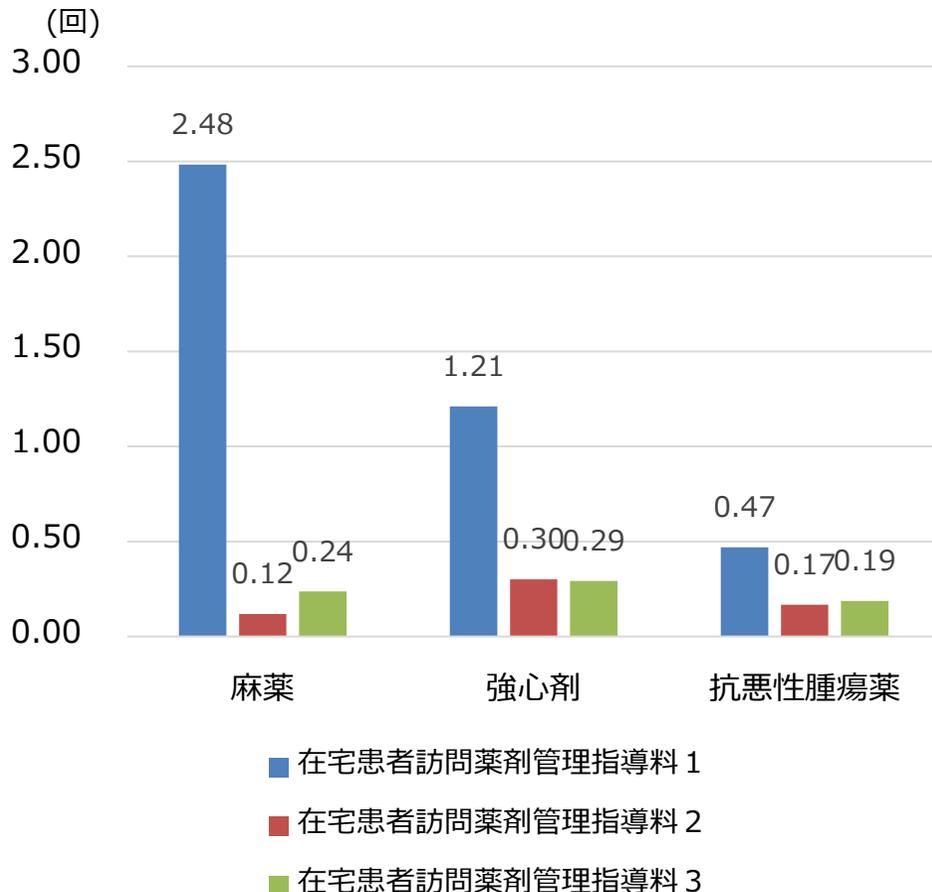
■ 75%以上80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満

■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

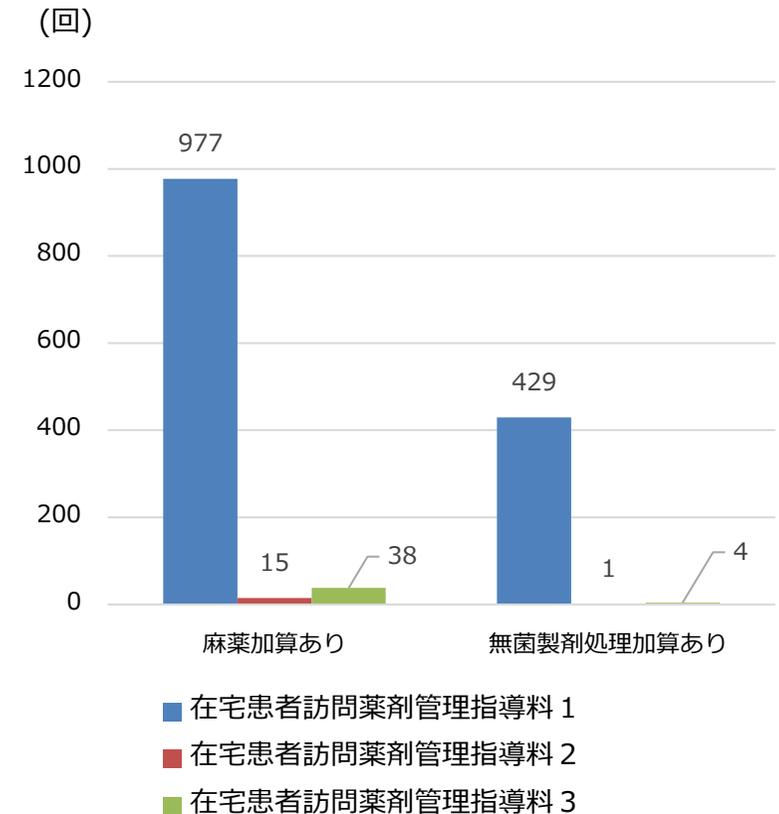
訪問薬剤管理指導における処方内容比較

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 においては、施設などの複数人が居住する建物への訪問に対する評価である在宅患者訪問薬剤管理指導料 2 及び同指導料 3 と比較すると、より高度な薬学的管理が必要となる麻薬や、強心剤または抗悪性腫瘍薬を含む処方回数、無菌製剤処理加算の算定回数が多い。

■ 在宅患者100人あたりの1ヶ月間の処方回数



■ 在宅患者訪問薬剤管理指導料別無菌製剤処理加算・麻薬等加算の1ヶ月間の算定回数

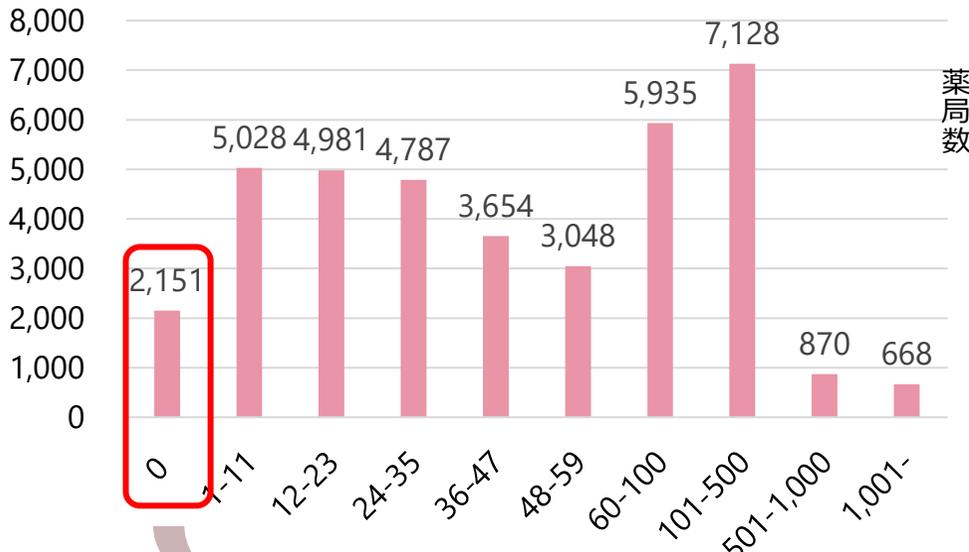


NDB：2025年3月集計データを元に保険局医療課作成

単一建物診療患者数別の算定件数分布

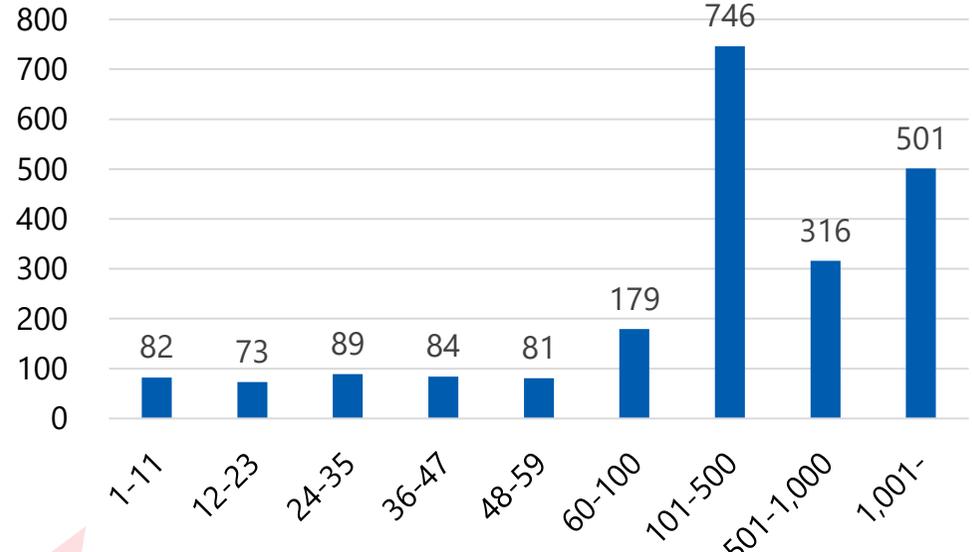
○ 居宅療養管理指導費（介護保険）を、単一建物居住者が2人以上の場合は算定しているが、1人の場合は算定をしていない薬局が約6%（2,151軒）存在し、その薬局の7割以上（1,563軒）が、2人以上の場合の居宅療養管理指導費を100回超算定をしていた。

■ 単一建物居住者が1人の場合の在宅訪問算定回数と薬局数分布 (n=38,250)



単一建物居住者が1人の場合の居宅療養管理指導費の算定回数

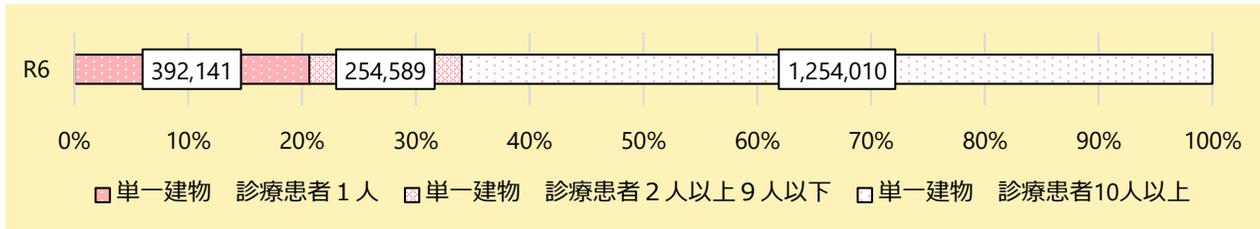
■ 単一建物居住者が1人の場合の算定をしておらず、単一建物居住者が2人以上の場合の在宅訪問算定回数と薬局数分布 (n=2,151)



単一建物居住者が2人以上の場合の居宅療養管理指導費の算定回数

出典：令和6年6月～令和7年5月実施分介護DBより医療課作成

(参考) 薬局における居宅療養管理指導費の算定回数（介護保険）
介護給付費等実態統計より老健局老人保健課作成（令和4・5年は各年6月審査分、令和6年は8月審査分）



1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

2 - 1. 在宅薬学総合体制加算

2 - 2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料

2 - 3. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

2 - 4. 介護施設と薬局の関係

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定間隔の例

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定日の間隔は、6日以上と規定している。
- 患者都合等により、訪問日をずらした場合は、訪問し薬学管理を行っても在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

中5日のため算定できない

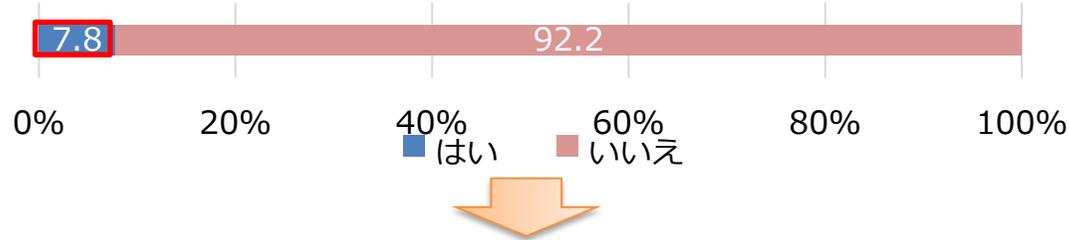
○ 訪問日
□ 算定日

在宅患者訪問薬剤管理指導料
 (8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。

薬局が変更になった場合の薬局間連携

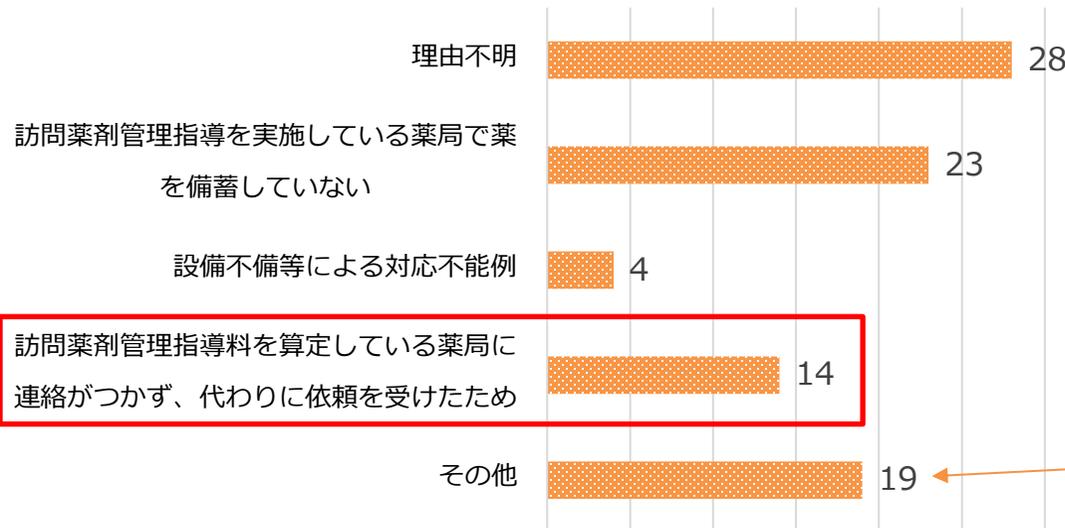
- 在宅薬学総合体制加算においては、開局時間外における訪問薬剤管理指導等（在宅協力薬局との連携含む）に対応できる体制を要件としているが、在宅患者訪問薬剤管理指導料においては要件としていない。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している薬局に連絡がつかず、代わりに他の薬局が対応している事例が存在する。

■ 他の薬局で訪問薬剤管理指導を実施しているにも関わらず、自薬局で調剤した経験の有無(n=1127)^{※1}

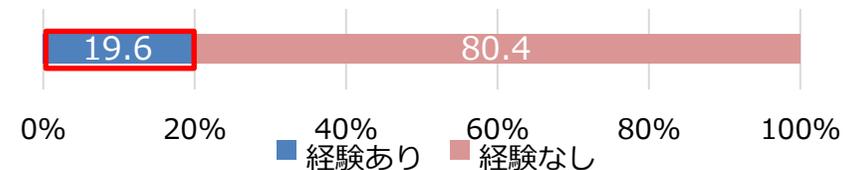


■ 「はい」の場合、他薬局が対応しなかった理由(n=88)^{※1}

0 5 10 15 20 25 30



■ 通常在宅訪問している薬局が、夜間・休日等に連絡がつかず、代わりに緊急訪問を実施した経験のある薬局数 (n=301)^{※2}



その他

- ・ 緊急時の対応をしていない薬局と契約している
- ・ 患者家族が処方箋を持参した
- ・ 夜間・休日のため
- ・ 麻薬在庫なし
- ・ 患者希望 等

※1：令和7年度薬局および医療機関における薬剤師の業務実態調査

※2：JHOP委託調査

精神疾患患者宅への複数名訪問

- 精神疾患患者の中には興奮・攻撃性を示す患者もあり、訪問薬剤管理指導においては薬剤師1名での訪問ではなく、複数名での訪問が適する場合がある。
- 訪問看護療養費においては「複数名精神科訪問看護加算」を設けており、医師が複数名訪問の必要性があると認め、精神科訪問看護指示書にその旨の記載がある場合に対象となるが、調剤報酬には同様の仕組みがない。

(別紙様式 17)

精神科訪問看護指示書

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名				生年月日	年	月	日
				(歳)			
患者住所	電話 () -			施設名			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)				
傷病名コード							
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状況						
	投与中の薬剤 の用量・用法						
	病名告知	あり ・ なし					
	治療の受け入れ						
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし					
	理由:	1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ()					

✓ 複数名精神科訪問看護加算

同時に保健師又は看護師と保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士との同行による指定訪問看護を実施した場合に加算する。

同時に複数の保健師等による指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得る。

当該加算は、医師が複数名訪問の必要性があると認め、精神科訪問看護指示書にその旨の記載がある場合に算定する。

1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

2 - 1. 在宅薬学総合体制加算

2 - 2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料

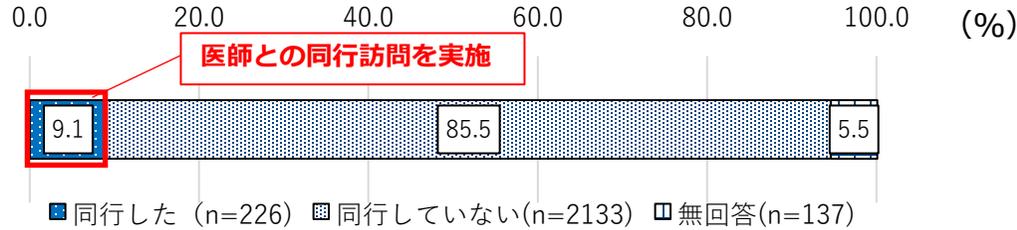
2 - 3. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

2 - 4. 介護施設と薬局の関係

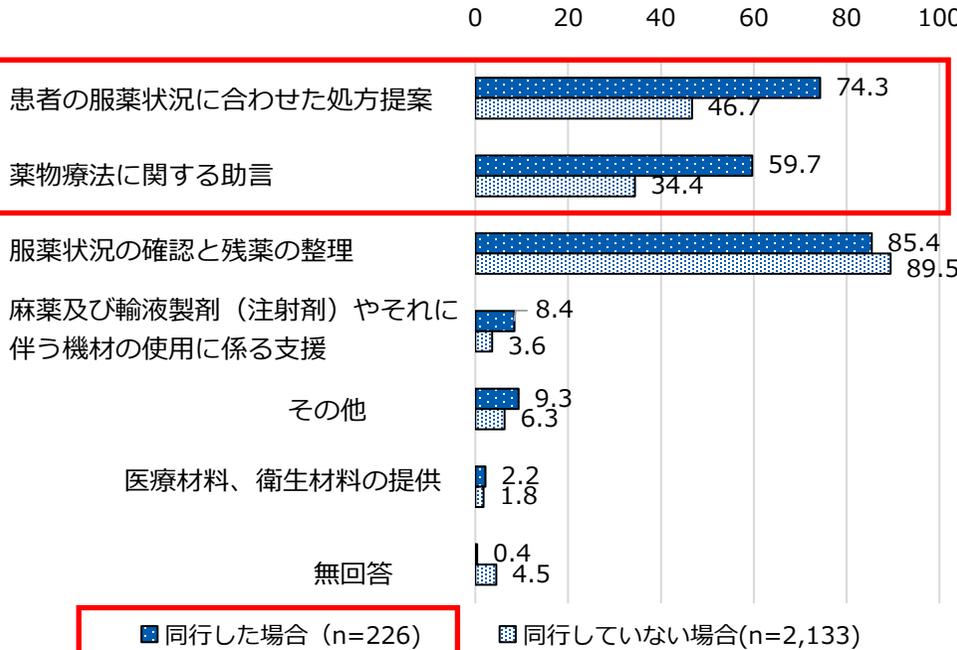
薬剤師と医師の連携（同行訪問）

- 薬剤師が医師の訪問に同行した場合、同行していない場合に比べ、特に「患者の状況に合わせた処方提案」、「薬物治療に関する助言」の薬学的管理がより多く実施されている。
- 医師が同行した薬剤師に期待することも「患者の服薬状況に合わせた処方提案」、「服薬状況の確認と残薬の整理」との回答が多く挙げられた。

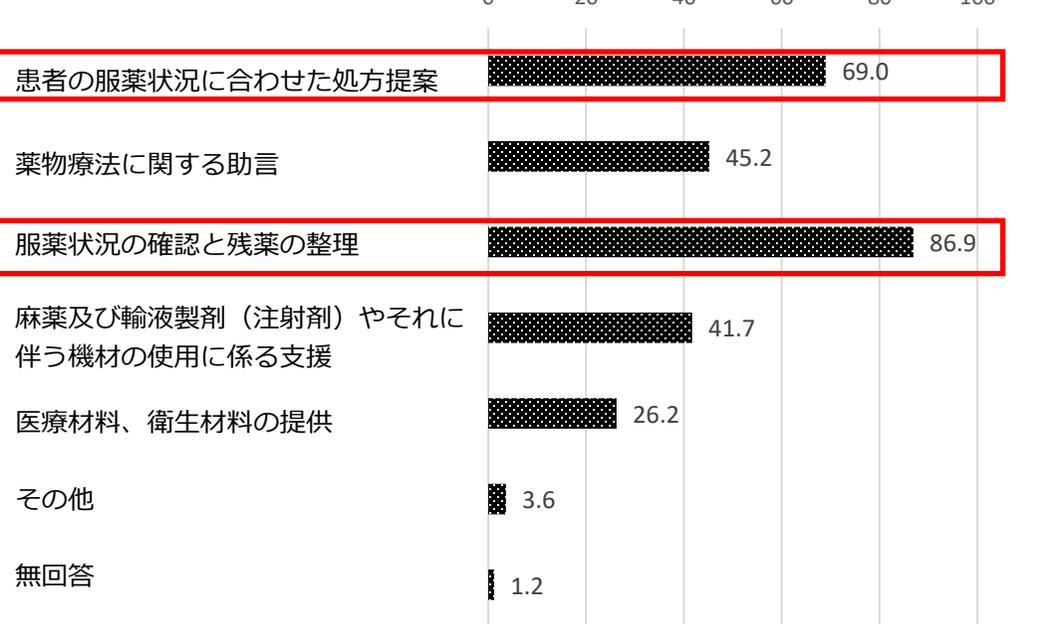
■ 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問への同行の実施状況（※保険薬局患者調査票）



■ 医師の訪問に同行した場合又は同行していない場合における薬剤師が情報提供した薬学的管理の内容（複数回答）※保険薬局患者調査



■ 医師の回答：医師が薬局の薬剤師と一緒に訪問した時に薬剤師に期待すること（複数回答）※医療機関調査



n=84

医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- ▶ 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設ける。
- ▶ 残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す（※）。

現行

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- | | |
|------------------|-----|
| 1 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| 2 残薬調整に係るものの場合 | 30点 |



【主な算定要件】

- (1) 「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」の「□」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「□」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- (2) 患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、**処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載**する。
- (3) 医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

※調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の「□ 残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

改定後

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- | | |
|------------------------------------|------------|
| 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| □ 残薬調整に係るものの場合 | 20点 |

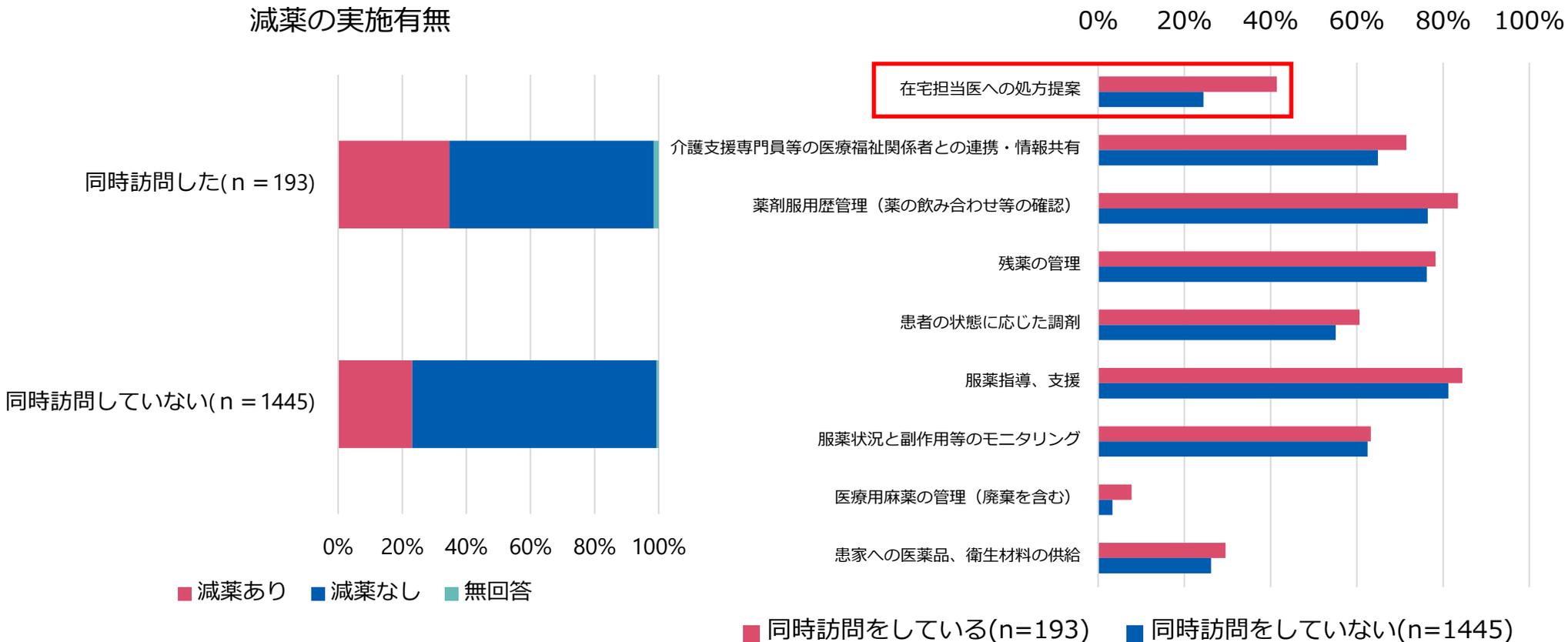
- | | |
|--|------------|
| 2 <u>患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、
処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合</u> | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| □ 残薬調整に係るものの場合 | 20点 |

医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、
減薬の実施有無

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、
薬剤管理の内容別実施割合 (複数回答可)



1. 歯科訪問診療について

2. 薬局における訪問薬剤管理指導について

2 - 1. 在宅薬学総合体制加算

2 - 2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料

2 - 3. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

2 - 4. 介護施設と薬局の関係

介護施設等からの見返り要求

- 「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」においては、保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として健康事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者の誘引をしないよう定めている。
- 介護施設等より薬局が金品などを要求された事例がある。

令和7年10月1日中医協総会（在宅その2）

これまで対応してきたかかりつけの患者が施設に入所した途端に施設の都合によって別の薬局が対応することとなり、患者との関係が途切れてしまうことがある。また、これまである薬局が対応していた施設について、ある日突然に別の薬局に任せると言われることもあり、私の薬局でも何回か同様の経験をしている。施設の都合等で患者の薬局の選択を妨げられるようなことがあってはならないと考えている。

さらに言えば、施設側が薬局に対して金銭の提供など対価として経済上の利益を追求し、薬局がその要求を断ったら別の薬局が対応することになったという事例も聞いており、本来はあってはならないことだと考えている。

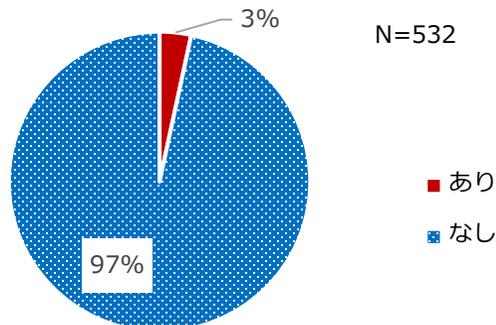
○保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

(健康保険事業の健全な運営の確保)

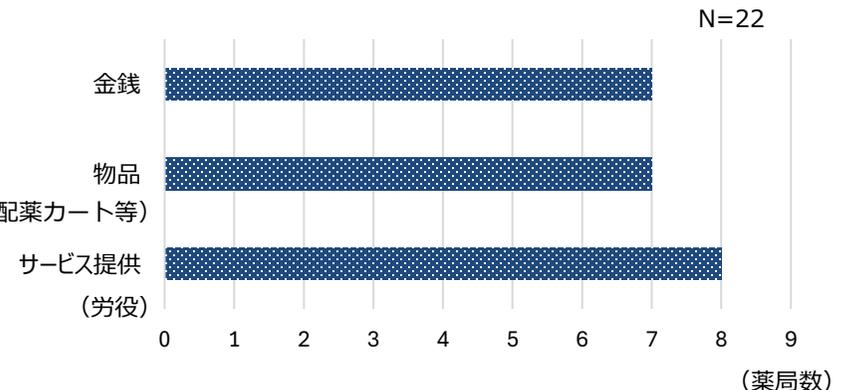
第二条の三の二

2 保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

施設や紹介事業者から見返りを求められたことがある在宅薬学総合体制加算算定薬局の割合



施設や紹介事業者から求められた見返りの内訳



現状と課題（訪問薬剤管理指導）

（在宅薬学総合体制加算について）

- 在宅薬学総合体制加算2の施設基準に含まれる無菌調剤設備があると届け出ている薬局のうち、約3分の2の薬局が1年間無菌製剤処理加算の算定実績がなかった。
- 訪問薬剤管理指導を行っている薬局は、その他の薬局と比べて、保険薬剤師数が多い傾向があった。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料1においては、在宅患者訪問薬剤管理指導料2及び同指導料3と比較すると、より高度な薬学的管理が必要となる麻薬等を含む処方回数、無菌製剤処理加算の算定回数が多い。

（在宅患者訪問薬剤管理指導料について）

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定日の間隔は中6日以上と規定しているため、祝日等で訪問日を平日にずらした場合には、訪問薬剤管理指導を行っても在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。
- 夜間や休日において、通常訪問薬剤管理指導を実施している薬局に連絡がつかず、代わりに対応した経験がある薬局が約2割あった。

（精神疾患患者に対する指導について）

- 訪問看護療養費の「複数名精神科訪問看護加算」は医師が複数名訪問の必要性があると認め、精神科訪問看護指示書にその旨の記載がある場合に算定対象となるが、調剤報酬における訪問には同様の仕組みがない。

（在宅患者個別の指導管理等に係る評価について）

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

（介護施設等からの見返り要求について）

- 薬局が介護施設等より金品等などの見返りを要求された事例がある。

訪問薬剤管理指導に係る論点

【論点】

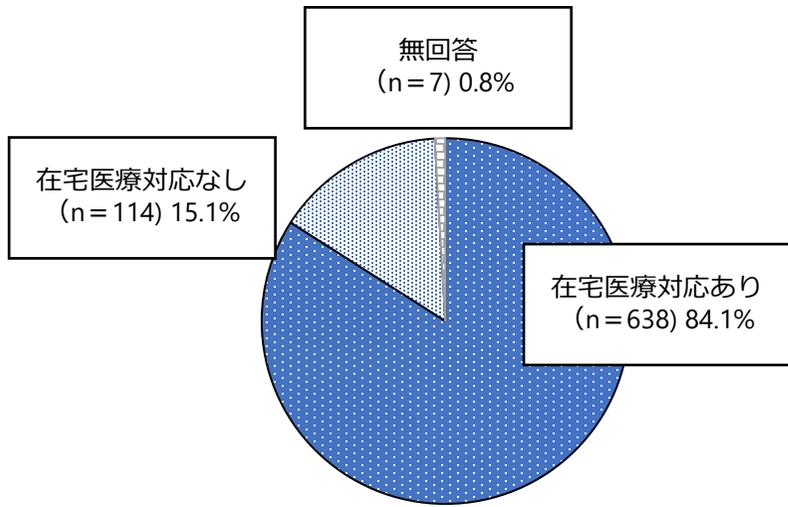
- 在宅医療のニーズの増加を踏まえ、地域において在宅医療を提供する薬局を評価する観点から、在宅薬学総合体制加算のあり方について、どのように考えるか。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料においては、算定間隔が6日以上であることが要件とされているが、患者都合等で訪問日を調整した結果、算定できない状況があることについて、どのように考えるか。
- 訪問薬剤管理指導を実施しているにもかかわらず、休日夜間に連絡がつかない薬局があることについて、調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。
- 精神疾患患者に対する薬局薬剤師による訪問薬剤管理指導について、訪問看護療養費においては「複数名精神科訪問看護加算」を設けているが、薬剤師が薬剤師以外も含め複数名で患者宅に訪問する場合の調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。
- 重複投薬や相互作用の防止について、医師と薬剤師との同時訪問時に処方内容が調整された際に、ポリファーマシー対策等につながることを踏まえ、調剤報酬上の評価をどのように考えるか。
- 介護施設等からの薬局に対する見返り要求について、どのように考えるか。

薬局における訪問薬剤管理指導について 参考資料

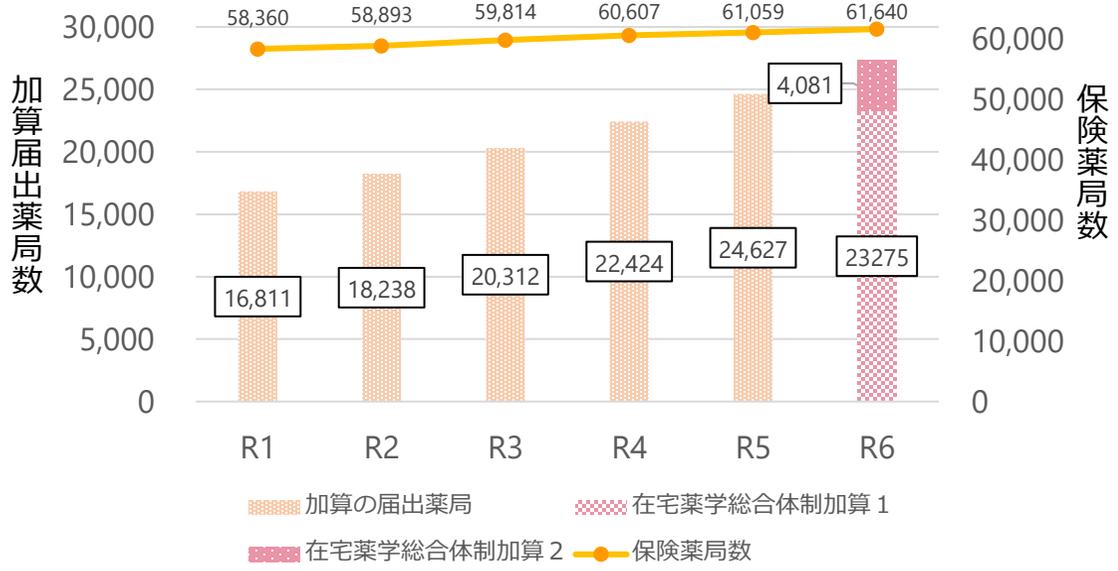
在宅患者への訪問薬剤管理指導に係る届出薬局数

- 在宅医療対応ありと回答した薬局は80%を超えていた。
- 一定の訪問実績が必要な在宅患者調剤加算（現：在宅薬学総合体制加算）の届出薬局数については、薬局全体の約44%であり、増加傾向にある。

■ 在宅医療対応の有無※1 (n=759)



■ 在宅患者調剤加算（現：在宅薬学総合体制加算）の届出数※2



■ 在宅薬学総合体制加算 1（処方箋受付 1 回につき +15 点）

- [施設基準]
- 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
 - 在宅薬剤管理の実績 24回以上/年
 - 開局時間外における在宅業務対応（在宅協力薬局との連携含む）
 - 在宅業務実施体制に係る地域への周知
 - 在宅業務に関する研修（認知症・緩和医療・ターミナルケア）及び学会等への参加
 - 医療材料及び衛生材料の供給体制
 - 麻薬小売業者の免許の取得

■ 在宅薬学総合体制加算 2（処方箋受付 1 回につき +50 点）

- [施設基準]
- 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
 - 開局時間の調剤応需体制（2名以上の保険薬剤師が勤務）
 - かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数合計 24回以上/年
 - 高度管理医療機器販売業の許可
 - ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - 医療用麻薬の備蓄・取扱（注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上）
 - 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制（在宅訪問薬剤管理指導に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数合計 6 回以上/年）

出典：※1 令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」をもとに保険局医療課にて作成
 ※2 届出薬局数・保険薬局数については保険局医療課調べ（令和元年から令和5年までは各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

個別事項について(その7)

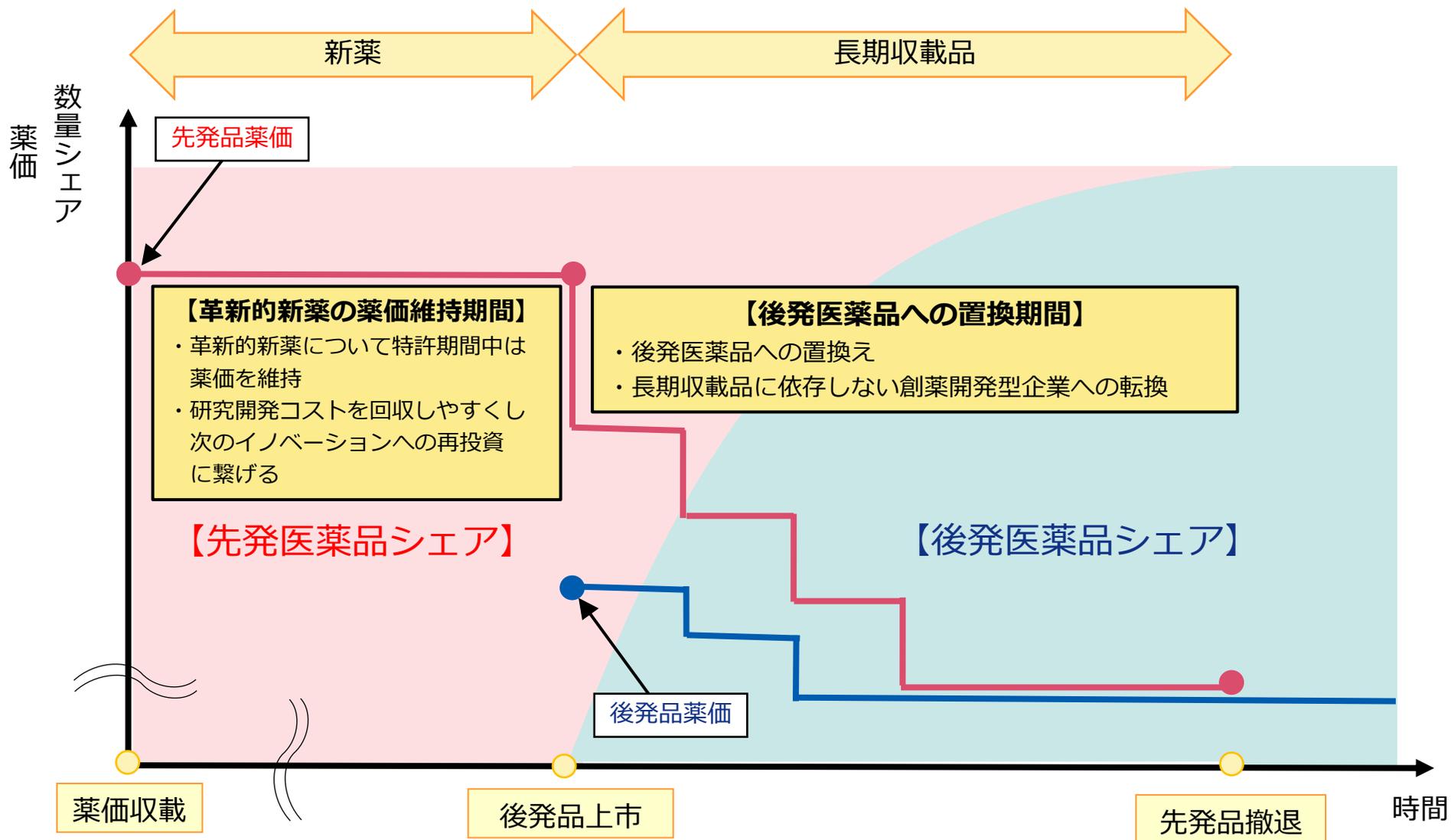
長期収載品の選定療養①

1. **これまでの取組と議論**

2. 長期収載品の選定療養の施行後の状況

3. 論点

医薬品のライフサイクル（イメージ）



長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- ▶ **長期収載品の使用**について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ▶ ただし、**①医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする**。

選定療養の対象品目の範囲

- ▶ 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- ▶ 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする**。
- ▶ **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見（医薬品関係）

（後発医薬品の使用促進）

24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（長期収載品）

25 選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

（薬価制度）

26 今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

2. 医薬品関係

（2）薬価制度関連事項

我が国の費用対効果評価の更なる活用に向け、引き続き、対象範囲の拡大に向けた検討を進めるとともに、費用対効果評価の実施体制の強化や適切な評価手法の検討とあわせ、薬価制度上の活用方法、診療現場での活用の方策など、今後の在り方について具体的な検討を進める。

また、選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握した上で、更なる活用に向けて引き続き検討する。さらに、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（以下、「改革工程」という。）に示された薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」、「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」、「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

Ⅲ. 薬価関係

3. 医薬品産業の構造改革等について

① 長期収載品に依存するビジネスモデルからの脱却について

- Ⅲ 1. の基本的考え方のもと、先発品企業は、特許期間中における新薬の売上で研究開発投資を回収し、再投資することで新たな革新的新薬の創出を行うとともに、後発品上市後は、後発品企業に安定供給等の役割を譲った上で、先発品は原則として市場から撤退することが、目指すべき産業構造である。なお、その際、安定供給の継続性の観点から、品質等に係る情報提供体制の整備等が適切に行われることが必要である。
- そのような観点から、長期収載品の段階的な薬価引下げルール（G1/G2）や選定療養等の政策効果を分析し、更なる施策の必要性等を検討することが必要である。
- その他に、医療上の必要性の高い基礎的医薬品等の薬価の下支え（基礎的医薬品の対象拡大、不採算品再算定の要件見直し、最低薬価の区分新設など）とともに、撤退スキーム（薬価削除、供給中止）の運用改善をすべきとの意見があった。

医療保険部会（令和7年10月16日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

【長期収載品の保険給付の在り方】

- 今後、後発品の使用をさらに推進するためには、より積極的に選定療養を活用すべき。その方法としては、選定療養の対象範囲を拡大する方法と、選定療養の負担額を拡大する方法の2つに大きく分かれるが、事務局におかれては、これらの方法それぞれについて、足元の状況を踏まえて課題を整理いただきたい。1点目の対象範囲については、現在は選定療養が免除されている医療上の必要があると認められる場合、これは厳格に精査する必要がある。2点目の負担額については、長期収載品と後発品の価格差の全額まで拡大することも検討すべき。
- 長期収載品について選定療養導入後の状況を検証しつつ、今後さらにこの仕組みを進めていくことを考えていく必要がある。
- 今回の選定療養制度はソフトランディングという観点で、自己負担の一定額を抑える目的の4分の1の負担ということを導入したと理解している。制度導入1年が経過し、国民に制度が徐々に浸透してきていると考えるので、ゴールであるこの差額の全額を適用するという方向性をもって制度の見直しをお願いしたい。
- 先発品を使用した場合の後発品との価格差は患者の全額負担とすべき。これは後発品が先発品に対して劣っているというエビデンスがないわけだから、医療保険でそれを給付すべきではない。医療上の必要性があると医師が認めた場合には選定療養費の対象外となるということだが、医療上の必要性が生じ得るというエビデンスが調べた限りでは全く出てこない。もしこの制度を医療上の必要性で選定療養費の対象外とするという制度を維持するのであれば、本当に医療上の必要性が生じ得る場合があるのだという明確なエビデンスを示すべき。
- 前回の長収品の選定療養の適用の影響だが、現状では医療現場において大きな問題が起こっているという報告は我々はお聞きはしていない。（略）一方、後発医薬品の安定供給の問題だが、現在もこれは解消されいない。いまだに医療現場においては在庫の状況や入荷の予定を見ながら毎日その日の処方可能な薬剤の確認を行うなど、医療機関の負担は解消されていない。この後発医薬品の供給の不安は既に何年にもわたっているわけで、これに向けた取組は厚生労働省はしているが、急を要する対応なので、しっかりとした対応をお願いしたい。
- 選定療養が導入された時点で実際に費用を負担される薬局においてはかなり説明等々に時間を要したという部分に関しては理解をいただきたい。また、供給の不安定さに関してもずっと現場に負荷がかかっている状態なので、その辺りは一定の現場の負荷という部分についても理解をいただきたい。

医療保険部会（令和7年11月6日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

【長期収載品の保険給付の在り方】

- 今後さらに後発品の使用を推進するためには、より積極的に選定療養を活用すべきである。今回、患者負担の水準について、2分の1、4分の3、1分の1と示されているが、患者負担の影響等を踏まえつつ、負担額を拡大していくべき。
- 選定療養導入後の状況を検証しつつ、今後、さらにこの仕組みを進めていくことを考えていく必要がある。
- 後発品処方可能なケースで、本人の希望で先発品を使用するのであれば、この価格差全額を患者負担とする方向性は、是非大きな方向として御理解いただきたい。
- どの程度の負担にするかという絶対的な基準は無いため、医療上の必要性、あるいは納得感といったところで考えていくしかない。
- 患者負担の引上げに当たっては、まず、後発医薬品の安定供給に向けた取組に着実に対応した上で検討を進めていただきたい。
- 薬剤の種類によっては、患者に大変多くの自己負担が発生するという可能性もあると思うので、もう少し精査をし、その分析を踏まえた上で、十分この見直しの議論を進めていきたい。
- 国民にとっては非常に大きな問題なので、財源ありきではなく、丁寧な議論をお願いしたい。

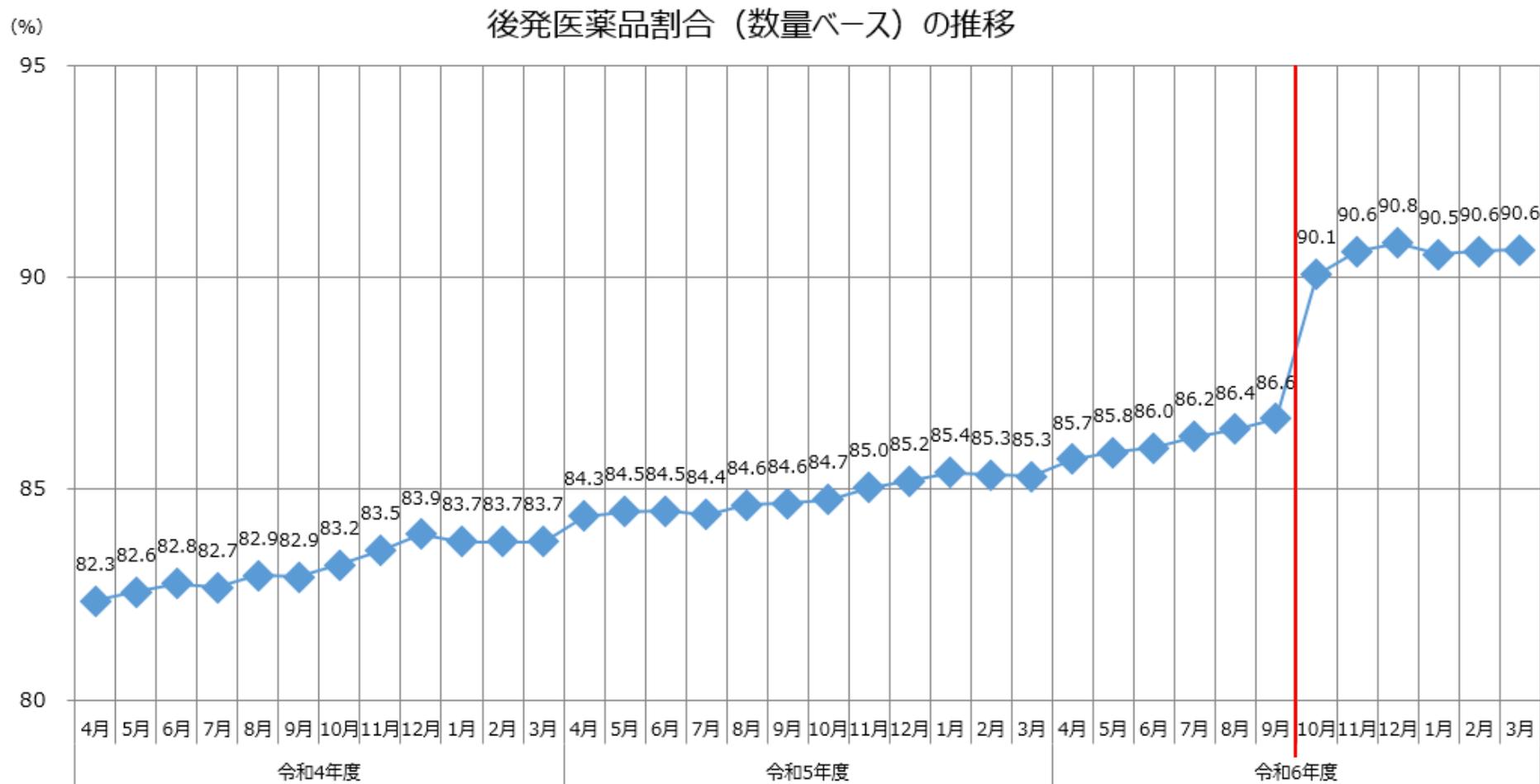
1. これまでの取組と議論

2. 長期収載品の選定療養の施行後の状況

3. 論点

令和6年度 調剤医療費（電算処理分）の動向 <後発医薬品割合（数量ベース）の推移>

- 後発医薬品割合（数量ベース、新指標）は、令和6年度末（令和7年3月）時点で90.6%。
- 令和6年10月、長期収載品の選定療養の制度が開始された。

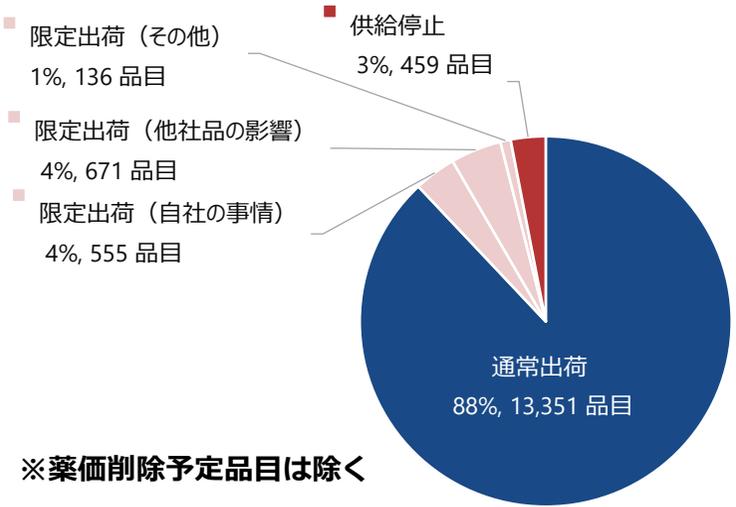


注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕/（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕）で算出している。

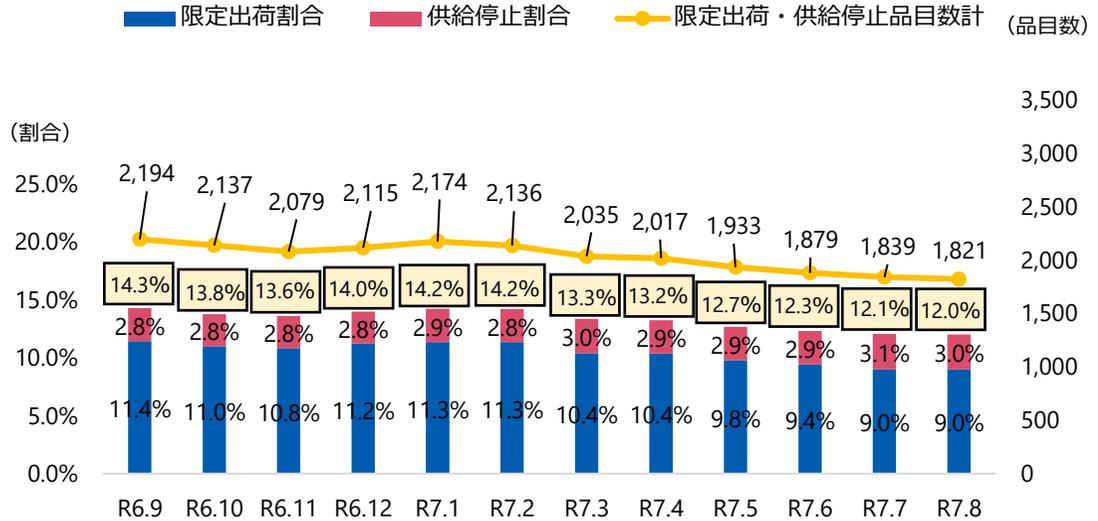
医療用医薬品の限定出荷・供給停止の状況の推移 (令和6年～7年度) (供給(限定出荷・供給停止)の状況) / 限定出荷・供給停止の理由

医薬品全体の対応状況 (令和7年8月)

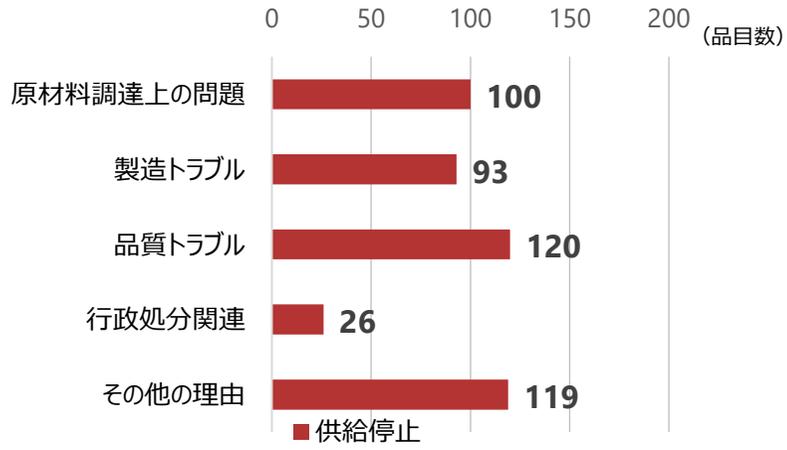


※薬価削除予定品目は除く

医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移

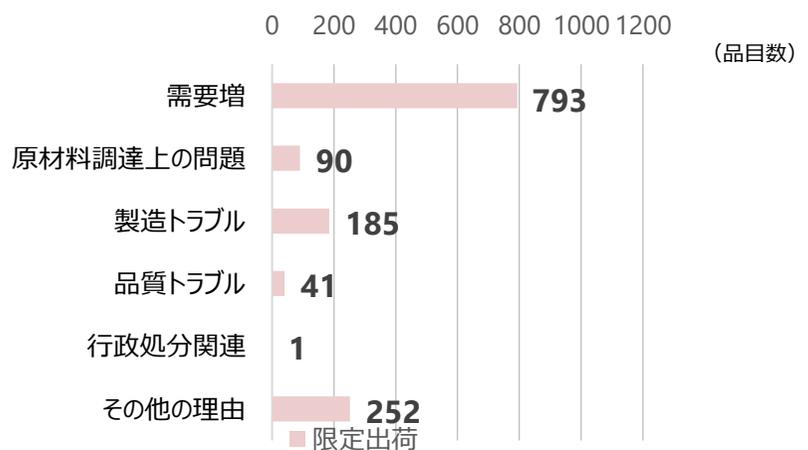


1 供給停止の理由 ※1



※1 薬価削除が理由である349品目は除く。

2 限定出荷の理由 ※2

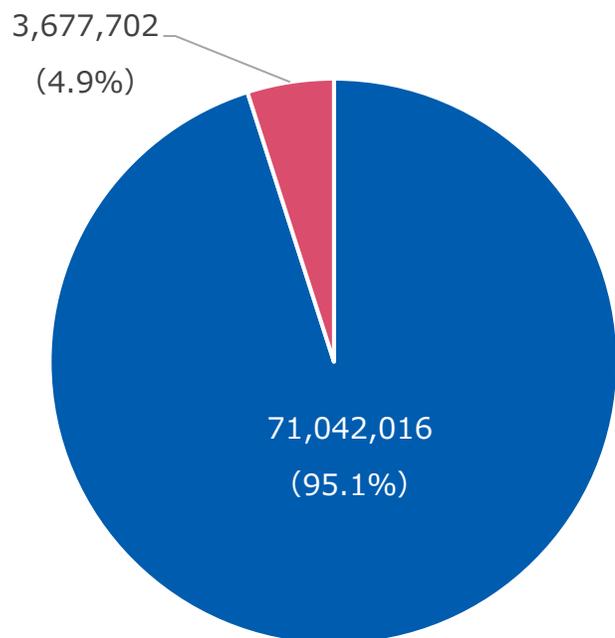


※2 薬価削除が理由である59品目は除く。

選定療養の対象となった件数、特別の料金の分布

- 医科外来・歯科外来・調剤レセプトを用いて、令和6年11月において選定療養の対象となった件数と「特別の料金」を分析。
- 選定療養の対象となったレセプト件数は約368万件（全体の4.9%）。
- 特別の料金の分布は、1,000円未満が90.0%、2,000円未満が98.3%、3,000円未満が99.8%。

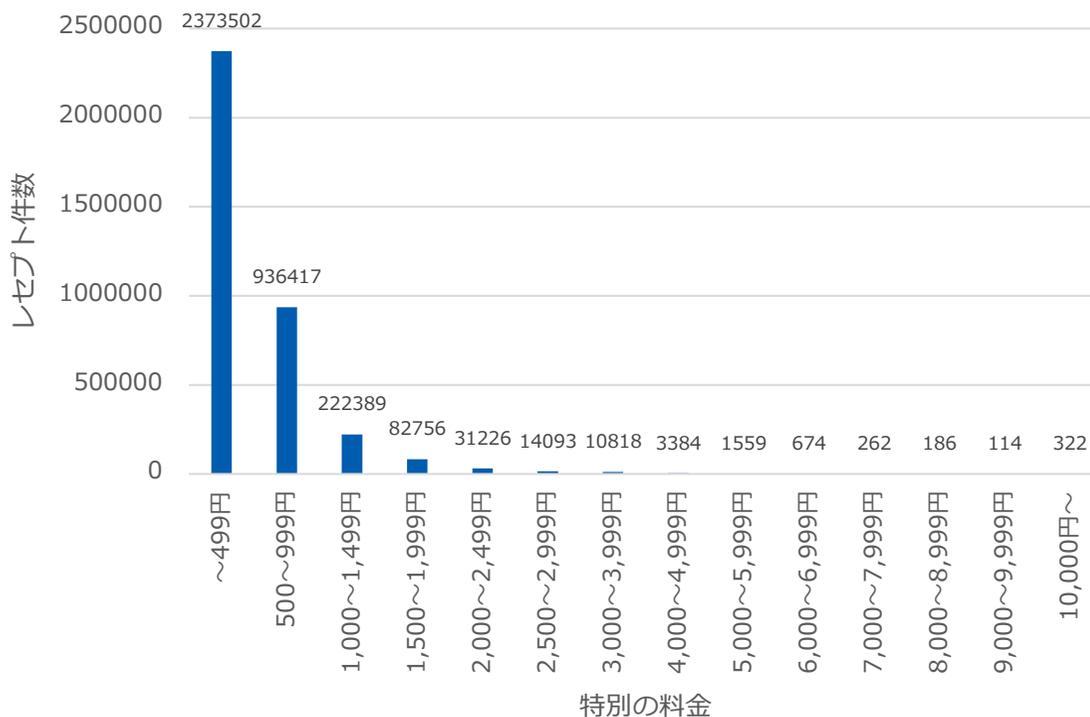
レセプト件数（医科外来・歯科外来・調剤）



■ 選定療養の対象外 ■ 選定療養の対象

※ 医科・歯科レセプトにおける院内処方件数と、調剤レセプトにおける調剤件数の合計

特別の料金の分布



施設調査(保険薬局)の結果④

令和6年12月2日(月)～12月8日(日)に受け付けた処方箋の状況(新)(報告書P43)

○ 1週間で受け付けた処方箋について、「1品目でも一般名処方が含まれている処方箋」の割合は52.8%、「長期収載品を銘柄名で処方し、変更不可(医療上必要)となっている医薬品が1品目でもある処方箋」の割合は1.1%、「長期収載品を銘柄名で処方し、患者希望となっている医薬品が1品目でもある処方箋」の割合は0.8%であった。

令和6年度調査(薬局票) 図表2-46

(単位:枚)

	調査数(件)	平均値	合計	割合(%)	標準偏差	中央値
① 令和6年12月2日(月)～12月8日(日)に受け付けた処方箋枚数	529	276.9	146,500	—	161.8	257
② 前記①のうち、1品目でも一般名処方が含まれている処方箋の枚数	390	198.3	77,319	52.8	139.3	190.0
③ 前記①のうち、後発医薬品が存在する医薬品の全てを一般名処方としている処方箋の枚数	390	152.0	59,299	40.5	121.2	127.5
④ 前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、変更不可(医療上必要)となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	390	4.0	1,549	1.1	8.1	1.0
⑤ 前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、全て変更不可(医療上必要)となっている処方箋の枚数	390	1.1	416	0.3	3.3	0.0
⑥ 前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、患者希望となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	390	2.9	1,135	0.8	7.0	0.0
⑦ 前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、全て患者希望となっている処方箋の枚数	390	1.1	411	0.3	3.8	0.0
⑧ 前記①のうち、後発医薬品を銘柄名で処方し、変更不可(医療上必要)となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	390	0.8	301	0.2	2.4	0.0

※全体(①)に占める各内数(②～⑧)の割合を算出しているが、②～⑧以外の処方箋も存在することから、内数の合計は全体に一致しない。

施設調査(保険薬局)の結果⑤

一般名で処方された医薬品における対応状況の割合(新)(報告書P44)

- 一般名で処方された医薬品の対応状況についてみると、「後発医薬品を調剤した」割合は82.7%、「長期収載品を調剤した」割合は8.2%であった。

令和6年度調査(薬局票) 図表2-47

(単位：品目)

	調査数(件)	平均値	合計	割合(%)	標準偏差	中央値
一般名で処方された医薬品の品目数	345	333.5	115,055	—	391.9	212.0
一般名で処方された医薬品の品目数のうち、 後発医薬品を調剤した品目数	345	275.7	95,130	82.7	348.7	161.0
一般名で処方された医薬品の品目数のうち、 先発医薬品(長期収載品を除く)を調剤した品 目数	345	33.2	11,449	10.0	59.8	10.0
一般名で処方された医薬品の品目数のうち、 長期収載品を調剤した品目数	345	27.3	9,408	8.2	51.6	11.0

※ 全体(1行目)に占める各内数(2~4行目)の割合を算出しているが、同一品目を複数の項目にカウントしている施設があったため、内数の合計は全体に一致しない。

施設調査(保険薬局)の結果⑥

長期収載品の銘柄名で処方された医薬品における対応状況の割合(新)(報告書P45)

- 長期収載品の銘柄名で処方された医薬品のうち「後発医薬品へ変更して調剤した」割合は73.6%、「長期収載品を調剤した」割合は25.4%であった。
- 長期収載品を調剤した医薬品のうち、「処方箋に「患者希望」が指示されていた」割合は17.8%、「処方箋に「変更不可(医療上必要)」が指示されていた」割合は23.3%であった。また、「後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品の提供が困難であり、長期収載品を調剤せざるを得なかった」割合が43.9%であった。

令和6年度調査(薬局票) 図表2-48

(単位:品目)

	調査数(件)	平均値	合計	(A)に占める割合(%)	(B)に占める割合(%)	標準偏差	中央値
長期収載品の銘柄名で処方された医薬品の品目数…(A)	335	37.5	12,558	—	—	117.0	8.0
(A)のうち、後発医薬品へ変更して調剤した品目数	335	27.6	9,242	73.6	—	99.4	3.0
(A)のうち、長期収載品を調剤した品目数…(B)	335	9.5	3,196	25.4	—	18.4	4.0
(B)のうち、処方箋に「患者希望」が指示されていた品目数	335	1.7	568	—	17.8	5.4	0.0
(B)のうち、処方箋に「患者希望」は指示されていないが、患者が長期収載品の調剤を希望した品目数	335	5.3	1,770	—	55.4	11.7	1.0
(B)のうち、処方箋に「変更不可(医療上必要)」が指示されていた品目数	335	2.2	744	—	23.3	4.0	0.0
(B)のうち、薬剤師が医療上の必要があると判断した品目数	335	0.4	136	—	4.3	1.5	0.0
(B)のうち、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品の提供が困難であり、長期収載品を調剤せざるを得なかった品目数	335	4.2	1,403	—	43.9	9.7	0.0

※ 全体(A及びB)に占める各内数の割合を算出しているが、同一品目を複数の項目にカウントしている施設や内数の和が全体に満たない施設があったため、内数の合計は全体に一致しない。

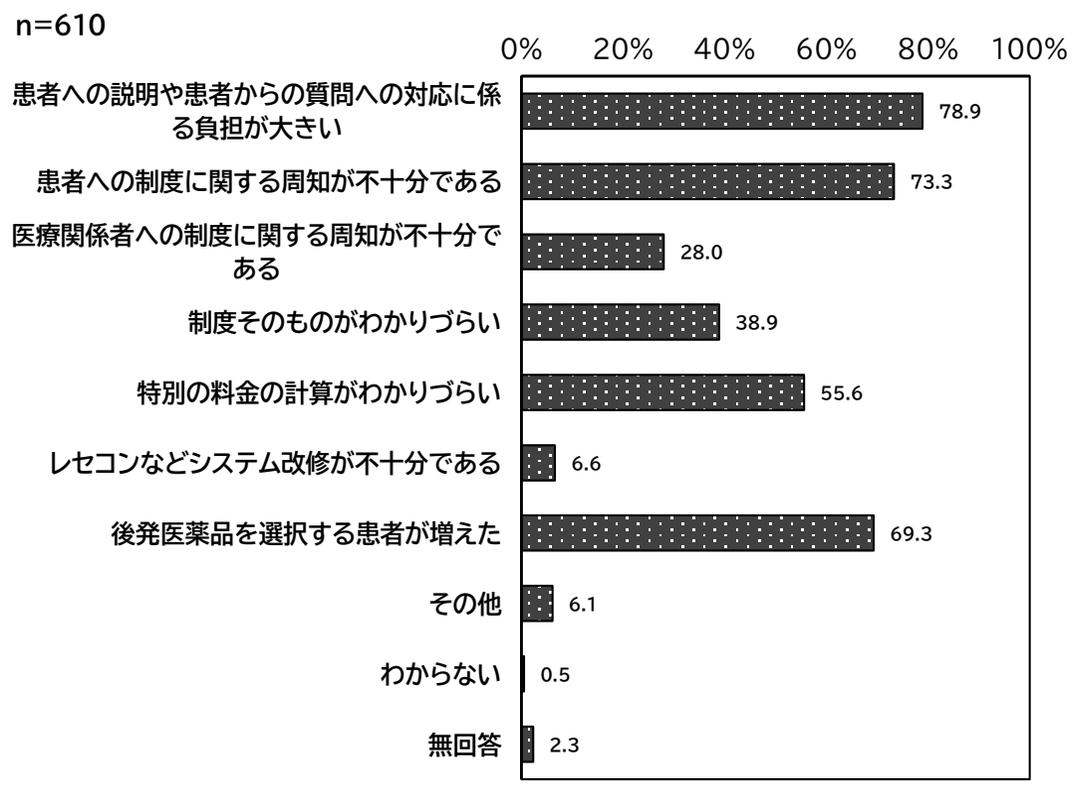
施設調査(保険薬局)の結果⑦

長期収載品の選定療養制度を導入したことによる影響や課題
(複数回答)(新)(報告書P46)

中医協 検 - 3 - 1
7 . 4 . 9

○ 長期収載品の選定療養制度を導入したことによる影響や課題について尋ねたところ、「患者への説明や患者からの質問への対応に係る負担が大きい」が最も多く78.9%であった。

令和6年度調査(薬局票) 図表2-49

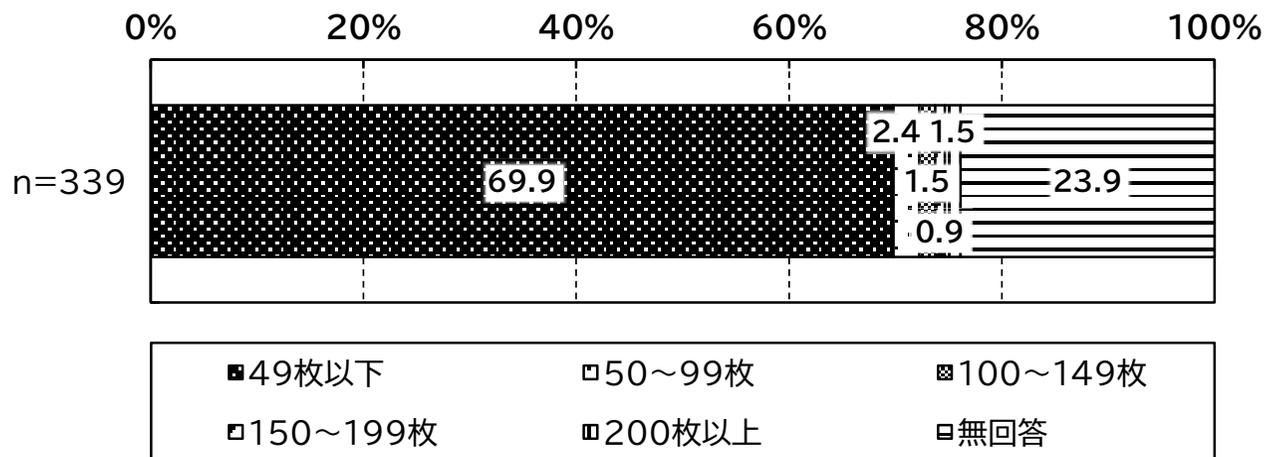


施設調査(一般診療所)の結果

選定療養の対象となりうる長期収載品の処方箋発行枚数(1か月間)(新)(報告書P143)

○ 一般診療所調査において、選定療養の対象となりうる長期収載品の処方箋発行枚数(1か月間)を尋ねたところ、「49枚以下」が69.9%と多く、無回答を除いた平均は14.6枚であった。

令和6年度調査(一般診療所票) 図表3-85



(単位:枚)

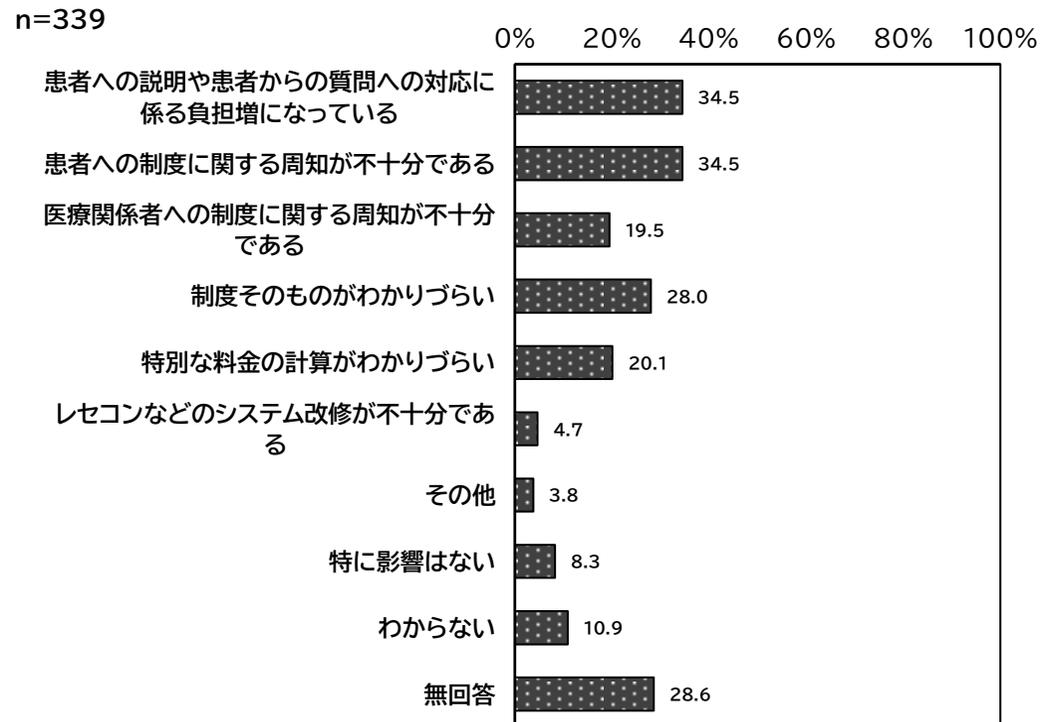
	調査数(件)	平均値	標準偏差	中央値
選定療養の対象となりうる長期収載品の処方箋発行枚数	258	14.6	43.4	0

施設調査(一般診療所)の結果

長期収載品の選定療養による影響や課題 (複数回答)(新)(報告書P145)

○ 一般診療所調査において、長期収載品の選定療養による影響や課題について尋ねたところ、「患者への説明や患者からの質問への対応に係る負担増になっている」、「患者への制度に関する周知が不十分である」がともに34.5%であった。

令和6年度調査(一般診療所票) 図表3-87



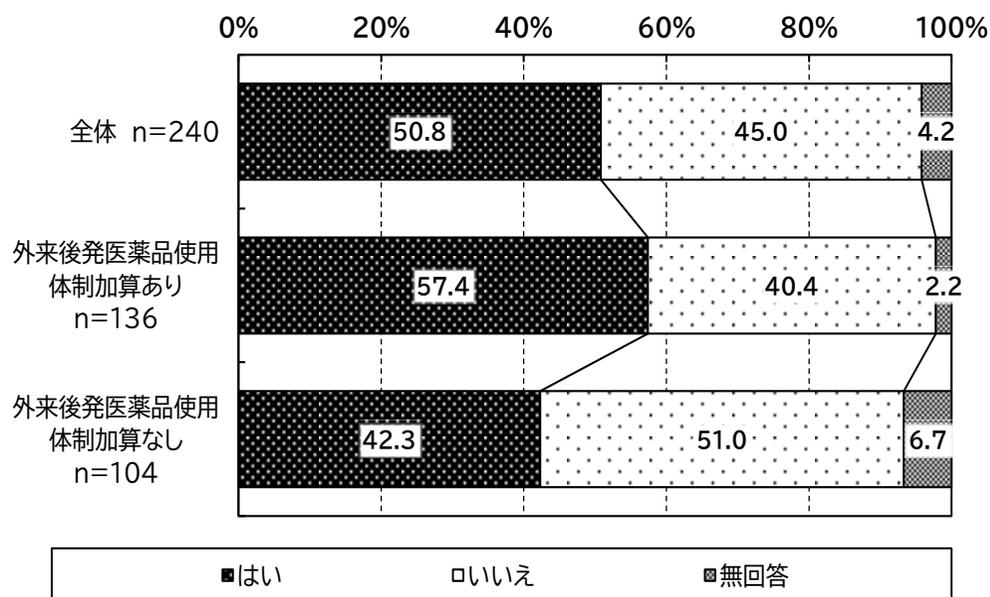
施設調査(歯科診療所)の結果⑤

長期収載品の選定療養費についての認知の有無(新)(P175)

中医協 検-3-1
7 . 4 . 9

○ 歯科診療所調査において、長期収載品の選定療養費についての認知有無を尋ねたところ以下のとおりであった。歯科診療所調査全体では「はい」が50.8%であった。

令和6年度調査(歯科診療所票) 図表4-31

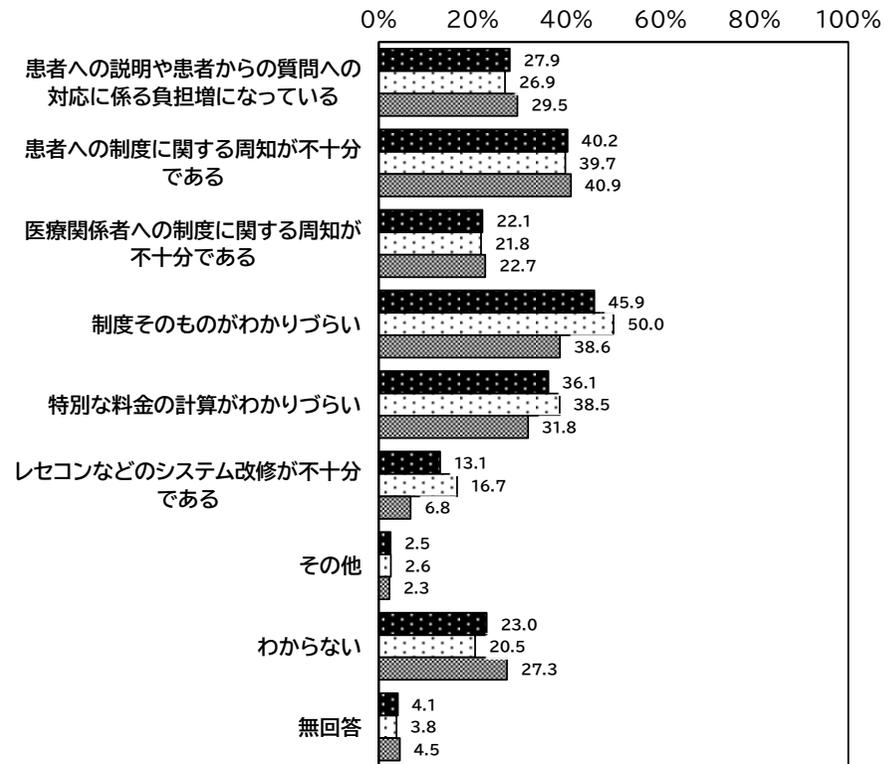


施設調査(歯科診療所)の結果⑥

長期収載品の選定療養による影響や課題(複数回答)(新)(P179)

○ 歯科診療所調査において、長期収載品の選定療養による影響や課題(複数回答)を尋ねたところ以下のとおりであった。歯科診療所調査全体(122件)では「制度そのものがわかりづらい」という意見が45.9%であった。

令和6年度調査(歯科診療所票) 図表4-37



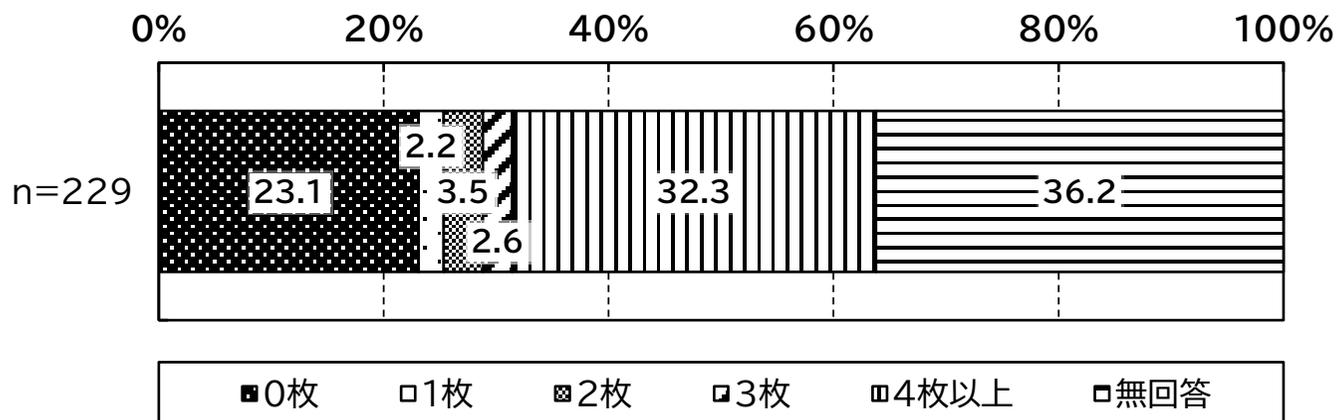
■全体 n=122
□外来後発医薬品使用体制加算あり n=78
▣外来後発医薬品使用体制加算なし n=44

施設調査(病院)の結果

選定療養の対象となりうる長期収載品の処方箋発行枚数(1か月間)(新)(報告書P253)

○ 病院調査において、選定療養の対象となりうる長期収載品の処方箋発行枚数(1か月間)を尋ねたところ病院調査全体(229施設)では平均238.7枚であった。

令和6年度調査(病院票) 図表5-87



(単位:枚)

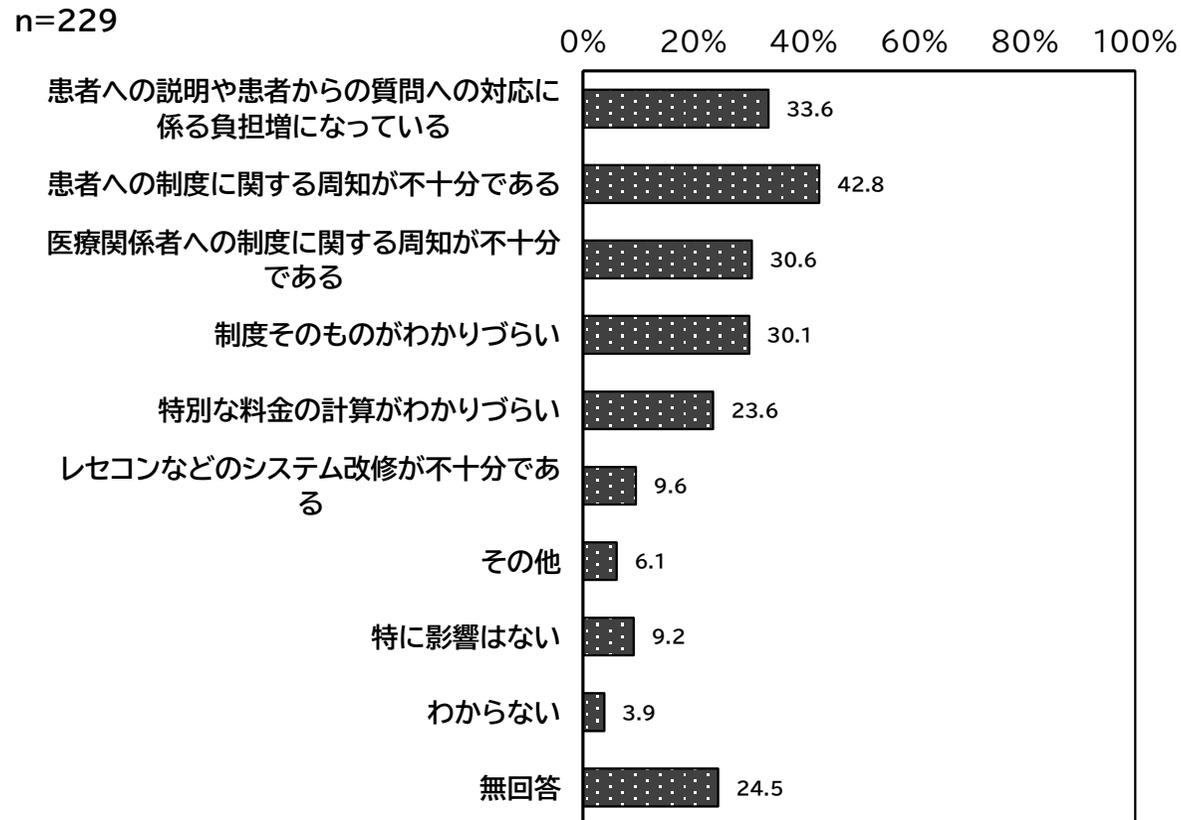
	調査数(件)	平均値	標準偏差	中央値
選定療養の対象となりうる長期収載品の処方箋発行枚数	143	90.5	259.5	3

施設調査(病院)の結果

長期収載品の選定療養による影響や課題 (複数回答)(新)(報告書P254)

○ 病院調査において、長期処方選定療養による影響や課題について尋ねたところ病院調査全体(229施設)では「患者への制度に関する周知が不十分である」が42.8%と最も多かった。

令和6年度調査(病院票) 図表5-89



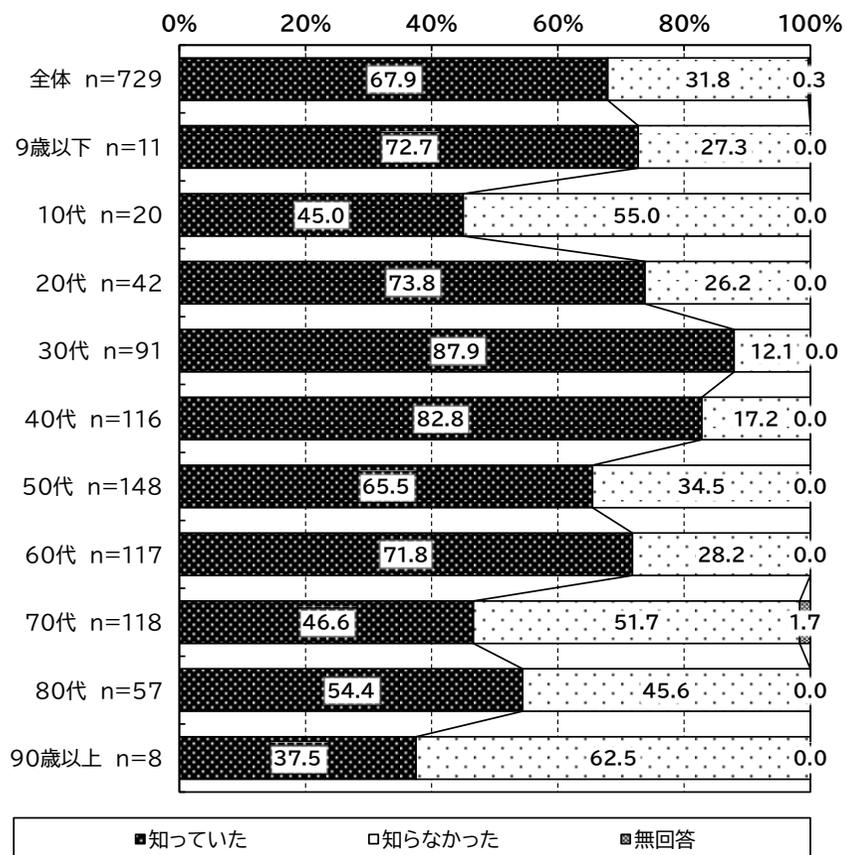
患者調査の結果②

特別の料金の認知(年代別)(新)(報告書P323・P389)

○ 特別の料金に対する認知度については、郵送調査では「知っていた」が67.9%、インターネット調査では「知っていた」が31.9%であった。

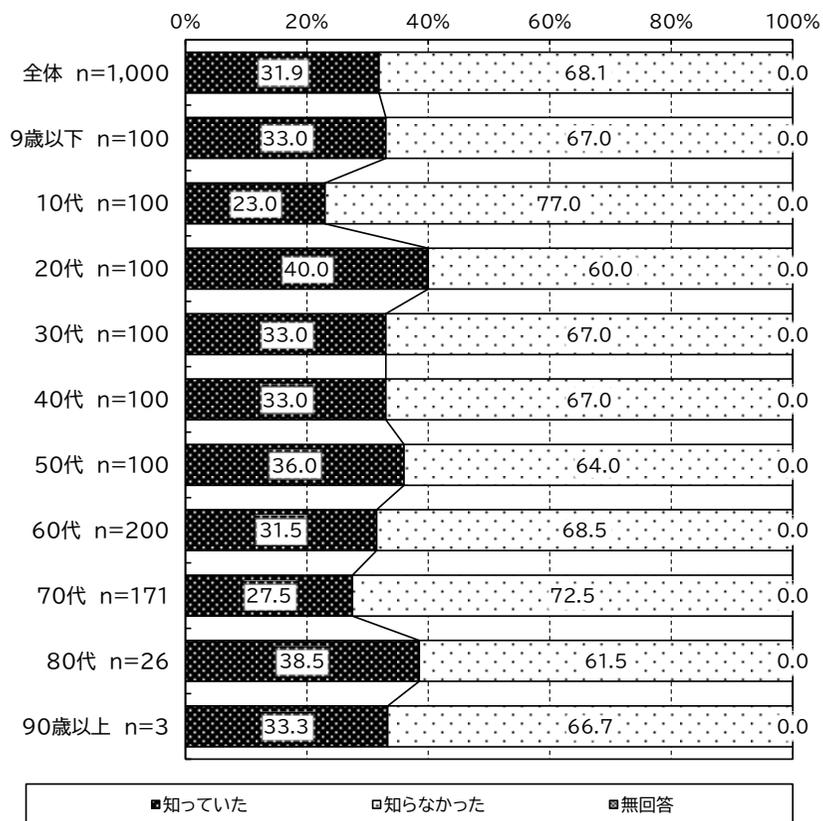
郵送調査

図表 7-36 特別の料金の認知(年代別)



インターネット調査

図表 8-37 特別の料金の認知(年代別)



患者調査の結果③-1

先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思う特別の料金の程度
(特別の料金を支払った経験のある人)(郵送調査)(新)(報告書P330)

○ ジェネリック医薬品に切り替える特別の料金の程度については、郵送調査では、「特別の料金がいくらであろうと、先発医薬品を選択する」が最も多く28.3%であった。

郵送調査

図表 7-43 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思う特別の料金の程度(特別の料金を支払った経験のある人、年代別)

	全体	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳以上
調査数	46	1	-	1	6	4	9	10	13	1	-
特別の料金が現在の2倍程度になる場合※ 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の半額となる場合	15.2	-	-	-	33.3	-	-	20.0	23.1	-	-
特別の料金が現在の3倍程度になる場合	2.2	-	-	-	-	-	-	-	7.7	-	-
特別の料金が現在の4倍程度になる場合※ 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の全額となる場合	4.3	-	-	-	16.7	-	-	-	7.7	-	-
特別の料金がいくらであろうと、先発医薬品を選択する	28.3	-	-	-	50.0	50.0	11.1	10.0	38.5	-	-
現在の特別の料金でもそのうち切り替える	13.0	-	-	-	-	25.0	22.2	20.0	7.7	-	-
その他・わからない	37.0	-	-	-	-	25.0	66.7	50.0	15.4	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

患者調査の結果③-2

先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思う特別の料金の程度
(特別の料金を支払った経験のある人)(インターネット調査)(新)(報告書P397)

○ ジェネリック医薬品に切り替える特別の料金の程度については、インターネット調査では、「特別の料金が現在の2倍程度になる場合」が最も多く32.0%であった。

インターネット調査

図表 8-45 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思う特別の料金の程度
(特別の料金を支払った経験のある人、年代別)

	全体	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳以上
調査数	100	2	10	15	9	10	9	21	20	3	1
特別の料金が現在の2倍程度になる場合※ 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の半額となる場合	32.0	50.0	50.0	40.0	33.3	20.0	44.4	28.6	20.0	33.3	-
特別の料金が現在の3倍程度になる場合	16.0	-	10.0	40.0	11.1	10.0	11.1	19.0	5.0	33.3	-
特別の料金が現在の4倍程度になる場合※ 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の全額となる場合	4.0	-	-	-	33.3	10.0	-	-	-	-	-
特別の料金がいくらであろうと、先発医薬品を選択する	16.0	-	20.0	6.7	11.1	30.0	11.1	19.0	15.0	-	-
現在の特別の料金でもそのうち切り替える	7.0	-	-	6.7	11.1	-	-	9.5	10.0	33.3	-
その他・わからない	25.0	50.0	20.0	6.7	-	30.0	33.3	23.8	50.0	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

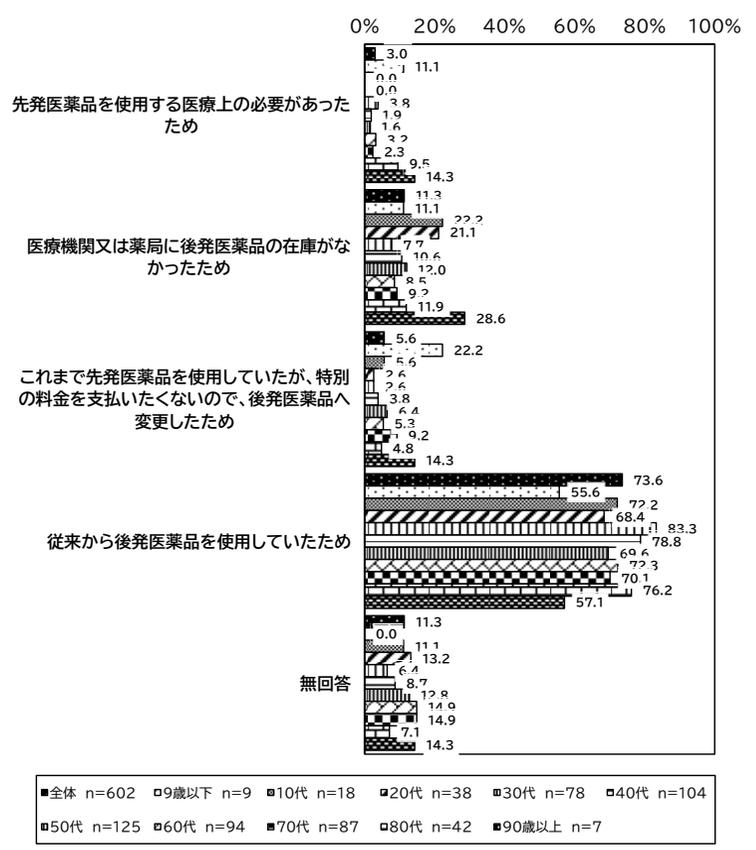
患者調査の結果④

特別の料金を支払っていない理由(複数回答) (特別の料金を支払った経験のある人)(新)(報告書P332・P400)

○ 特別の料金を支払っていない理由については、郵送調査・インターネット調査とも「従来から後発医薬品を使用していたため」が最も多く、その割合はそれぞれ73.6%、66.4%であった。

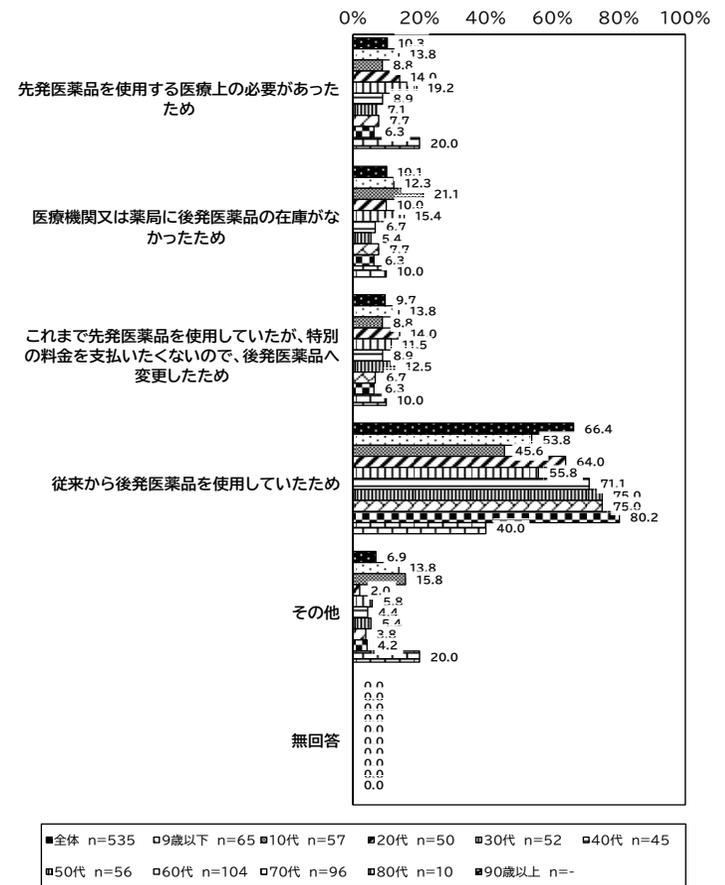
郵送調査

図表 7-45 特別の料金を支払っていない理由(複数回答)
(特別の料金を支払った経験のない人、年代別)



インターネット調査

図表 8-47 特別の料金を支払っていない理由(複数回答)
(特別の料金を支払った経験のない人、年代別)



1. これまでの取組と議論

2. 長期収載品の選定療養の施行後の状況

3. 論点

長期収載品の選定療養についての論点

(現状)

- 長期収載品の選定療養が施行された令和6年10月以降、後発医薬品の数量ベースでの使用割合は90%以上に上昇しており、長期収載品の選定療養によって、後発医薬品の使用促進に一定の効果があったと言える。
- 他方で、特に後発医薬品を中心に医療用医薬品の供給不足の状況が数年にわたって続いているとともに、後発医薬品の需要増などに伴う供給停止により、医療現場に負担がかかっているとの指摘もある。
- このような状況にも配慮しつつ、
 - ・ 先発品企業は後発品上市後には市場から撤退し、後発品企業に安定供給等の役割を譲るという医薬品のライフサイクルの目指すべき姿
 - ・ 医療保険制度の持続可能性の確保や、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減といった観点を踏まえ、創薬イノベーションや後発医薬品の使用を推進していく必要がある。
- こうした中、11月6日の医療保険部会においては、
 - ・ 患者負担の影響等を踏まえつつ、負担額を拡大していくべき
 - ・ 後発医薬品の安定供給に向けた取組に着実に対応した上で検討を進めていただきたい
 - ・ 薬剤の種類によっては、患者に大変多くの自己負担が発生するという可能性もあるので、もう少し精査をした上で議論を進めていきたいといった意見が出た。



【論点】

- 令和6年10月以降の施行状況を踏まえ、長期収載品の選定療養の具体の要件などについて、どのように考えるか。
- 例えば、現在、患者希望で長期収載品を使用した場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、この水準を価格差の2分の1、4分の3又は1分の1に引き上げることについて、どのように考えるか。

※ この他、社会保障審議会医療保険部会においては、上記論点に加え、先行バイオ医薬品やいわゆるOTC類似薬についても議論しており、同審議会の議論の進捗を踏まえ、今後、中医協においてもご議論いただく予定。