

個別事項について（その17）

これまでの御指摘に対する回答について

- (1) 訪問看護に係る指摘事項
- (2) 特定疾患療養管理料に係る指摘事項
- (3) 身体的拘束の最小化に向けた取組に係る指摘事項
- (4) 障害者施設等入院基本料における廃用症候群に係る指摘事項
- (5) 短期滞在手術に係る指摘事項
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症患者割合に係る指摘事項
- (7) ICU・HCU用 重症度、医療・看護必要度に係る指摘事項
- (8) 情報通信機器を用いた精神療法に係る指摘事項

(1) 訪問看護に係る指摘事項

(10月1日 中央社会保険医療協議会 総会)

【在宅(その2)】

- 同一建物・単一建物利用者の人数や訪問回数に応じた提供コストを踏まえた評価の在り方について提案されているが、こちらも単に適正化の観点から、コストに着目した議論をするのではなく、個々の患者の医療の必要度や提供サービスの内容も加味した上で、きめの細かい評価の在り方を検討すべき。
- 頻回に訪問看護を実施する利用者の中には、末期の悪性腫瘍や、別表第7に該当する利用者が9割ということも踏まえる必要がある。
- 頻回訪問は、高齢者住宅等に居住していない利用者に対して、訪問看護を行うステーションとは、看護の提供の仕方が異なることから、別途、一連の訪問看護について包括的な評価の仕方を検討するなど、適正化を検討していくべき。

- 利用者ごと1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションは、利用者ごとの1日当たり医療費が高額で訪問日数が多いため、1月当たりの医療費が高額となっている。
- 1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションでは、同一建物に居住する利用者に訪問看護を実施する場合に効率的に実施・算定可能である加算等の算定割合や日数が多い。

- 訪問看護療養費のNDBデータ（令和7年3月実施分）を、について、訪問看護ステーションごとに集計（1月あたりレセプト件数10件以上の訪問看護ステーションのみ）。
- 全訪問看護ステーションと、利用者ごとの1月当たり平均医療費の高額順100ステーションをそれぞれ集計。

	ステーション数	合計金額 (平均)	1月あたり医療費	1日あたり医療費	1件あたり日数	レセプト件数	別表7該当割合	別表8該当割合
全訪問看護ステーション	11,685	4,077,709	114,427	11,602	9.3	39.6	34.7%	29.4%
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	100	23,852,565	621,945	22,288	28.1	38.7	88.5%	46.5%

	訪問看護基本療養費Ⅰ		訪問看護基本療養費Ⅱ		精神科訪問看護基本療養費Ⅰ		精神科訪問看護基本療養費Ⅲ	
	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)
全訪問看護ステーション	55.9%	4.7	11.3%	2.1	29.7%	1.9	6.0%	0.5
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	1.7%	0.3	97.6%	27.7	0.2%	0.0	0.6%	0.1

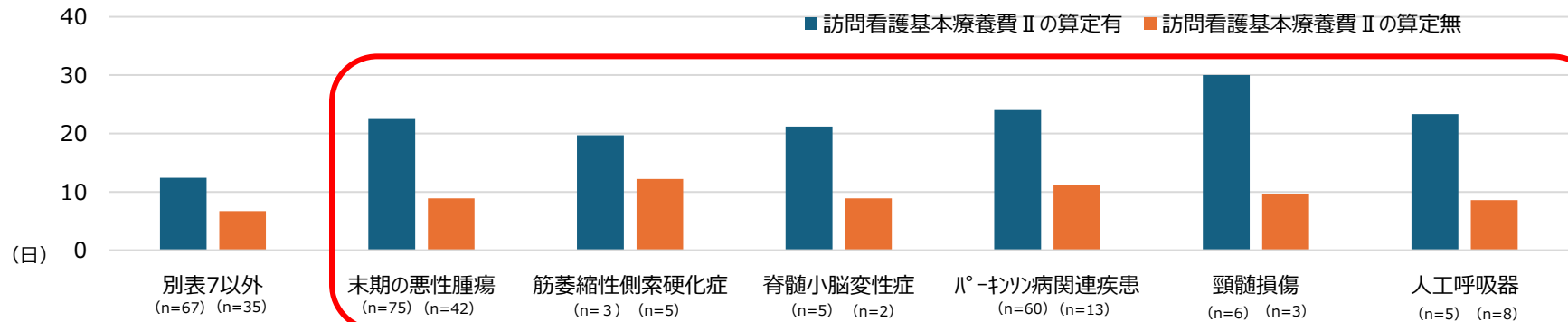
	難病等複数回訪問加算		複数名訪問看護加算		夜間・早朝訪問看護加算		深夜訪問看護加算		緊急訪問看護加算	
	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)
全訪問看護ステーション	22.9%	2.7	6.3%	0.6	11.5%	1.5	6.4%	1.1	4.5%	0.1
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	97.8%	27.5	70.7%	17.3	87.9%	24.0	82.5%	22.5	9.7%	1.3

利用者の疾病や状況別の訪問日数等

- 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する利用者は、別表第7に該当や疾病によらず、1月あたり訪問日数、訪問回数、難病等複数回訪問加算の算定日数が多い傾向。

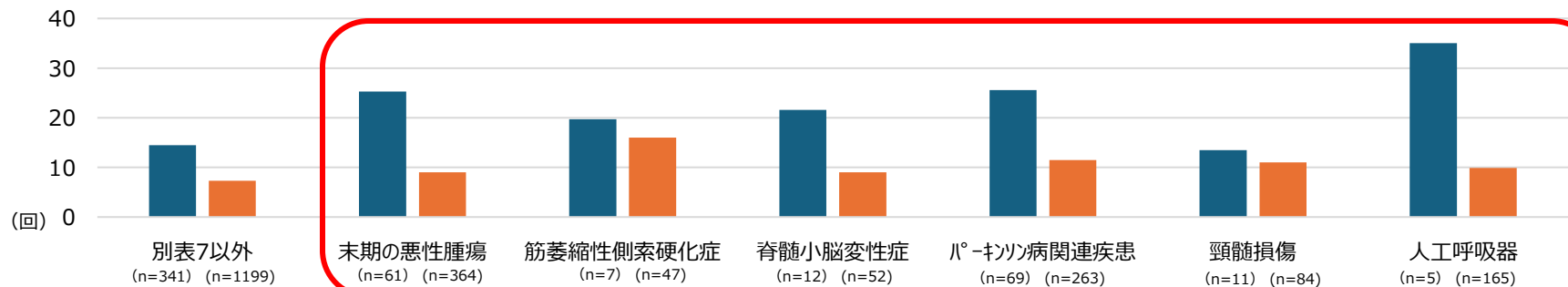
■ のべ訪問日数（平均・1月当たり）

※各項目のn数に、ばらつきがあることに留意が必要

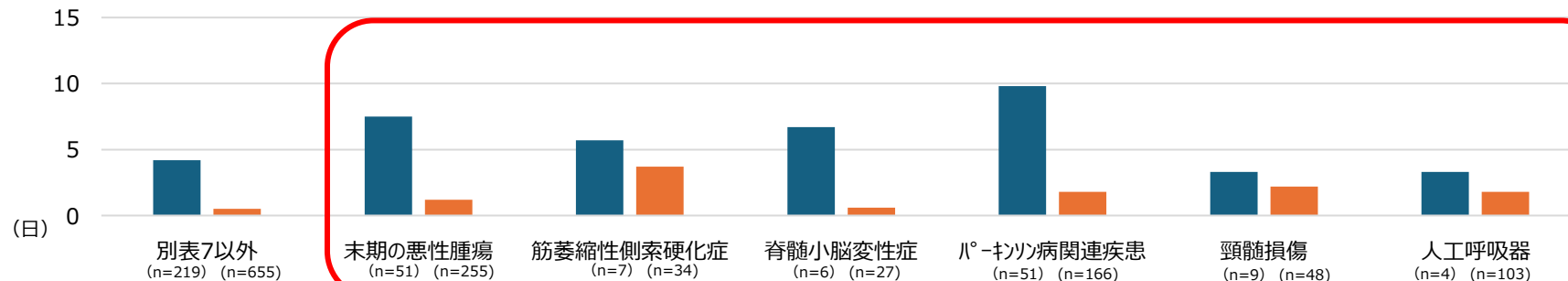


別表7 該当

■ のべ訪問回数（平均・1月当たり）



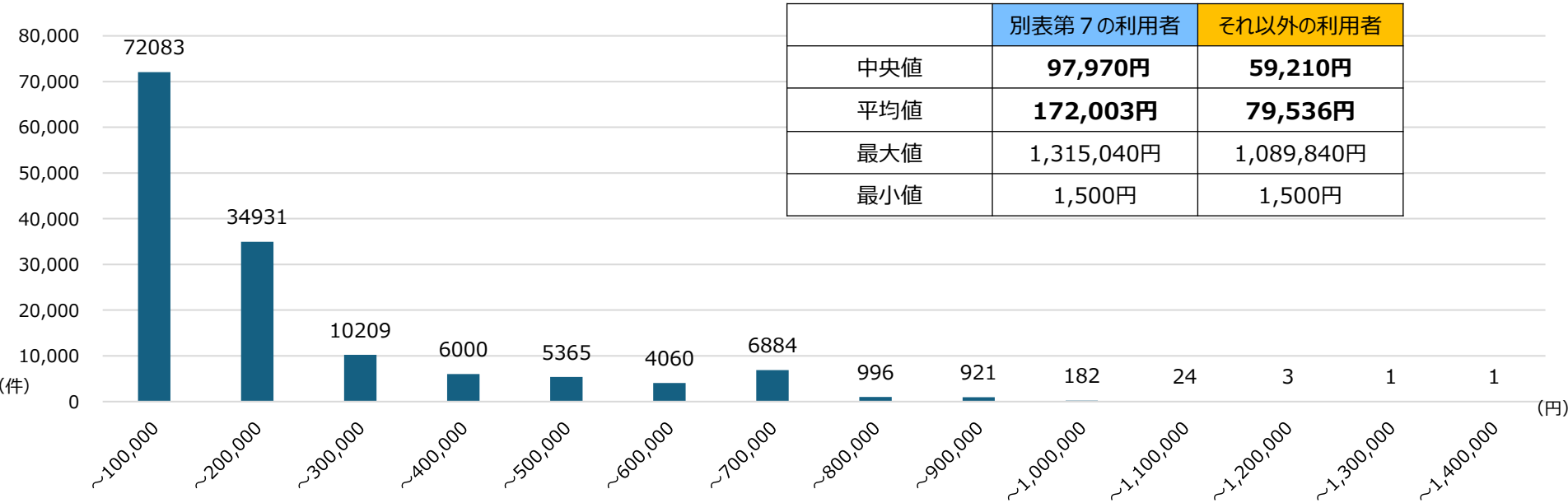
■ 難病等複数回訪問加算の算定日数（平均・1月あたり）



別表第7該当とそれ以外の利用者の訪問看護に係る1月あたり医療費

- 別表第7に該当する利用者の訪問看護に係る1月あたり医療費の平均はそれ以外の利用者のほぼ倍であり、50万円以上も約13,000件みられる。
- 訪問看護ステーションごとにみた別表第7に該当する利用者の割合が8割以上のステーションのほうが2割未満のステーションよりも、利用者1人あたりの医療費は高額である。

■ 別表第7に該当する利用者の1月あたり医療費（件数）



	別表第7の利用者	それ以外の利用者
中央値	97,970円	59,210円
平均値	172,003円	79,536円
最大値	1,315,040円	1,089,840円
最小値	1,500円	1,500円

■ 別表第7利用者割合でみた訪問看護ステーションごとの利用者1人あたり医療費

		別表第7利用者8割以上	別表第7利用者2割未満
	ST数	826件	4,255件
1日あたり	中央値	13,114円	10,366円
	平均値	14,673円	10,665円
1月あたり	中央値	149,522円	78,924円
	平均値	277,188円	87,010円

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

➤ 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【訪問看護管理療養費】 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 3,000円	【訪問看護管理療養費】 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） <u>(新) イ 訪問看護管理療養費 1</u> 3,000円 <u>(新) ロ 訪問看護管理療養費 2</u> 2,500円

[算定要件]
指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及び八並びに2のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]
・ **訪問看護管理療養費 1 の基準**
訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が7割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。
ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者の数が月に5人以上であること。

・ **訪問看護管理療養費 2 の基準**
訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が7割以上であること又は当該割合が7割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

[経過措置]
令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費 1 の基準に該当するものとみなす。

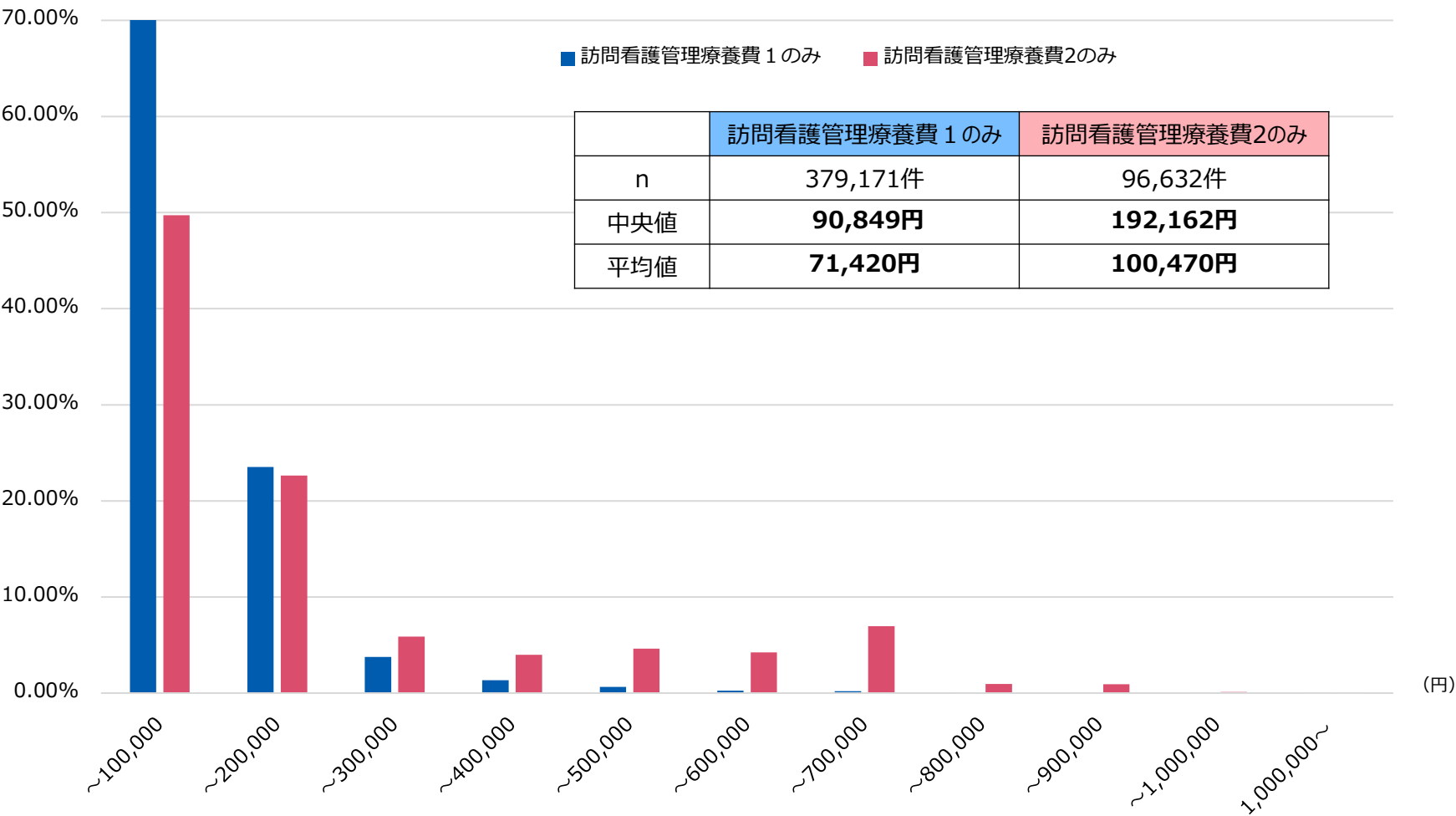
すべての事業所で
届出が必要です



月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者ごと1月あたり医療費の分布

- 月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者ごと1月あたり医療費をみると、訪問看護管理療養費 1 のみの利用者は中央値が90,849円で7割が10万円以下となっている一方で、訪問看護管理療養費 2 のみの利用者の中央値は192,162円であり、1月あたり医療費は訪問看護管理療養費 2 のみの方が高い傾向である。

■ 訪問看護管理療養費の各種別算定全件数に占める利用者ごと1月あたり医療費区分別件数の割合

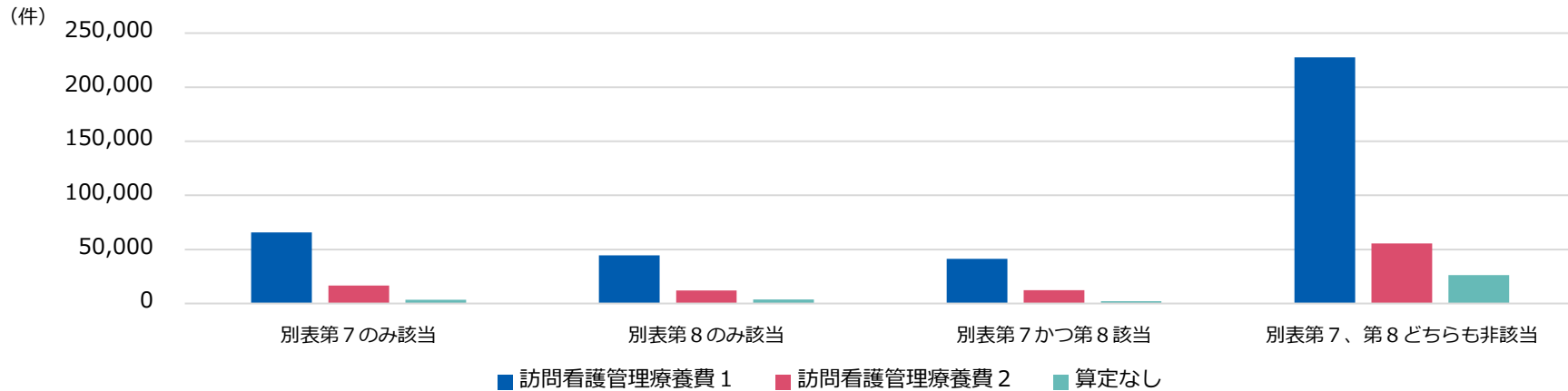


出典：NDBデータ（訪問看護療養費：令和 7 年 5 月実施分）

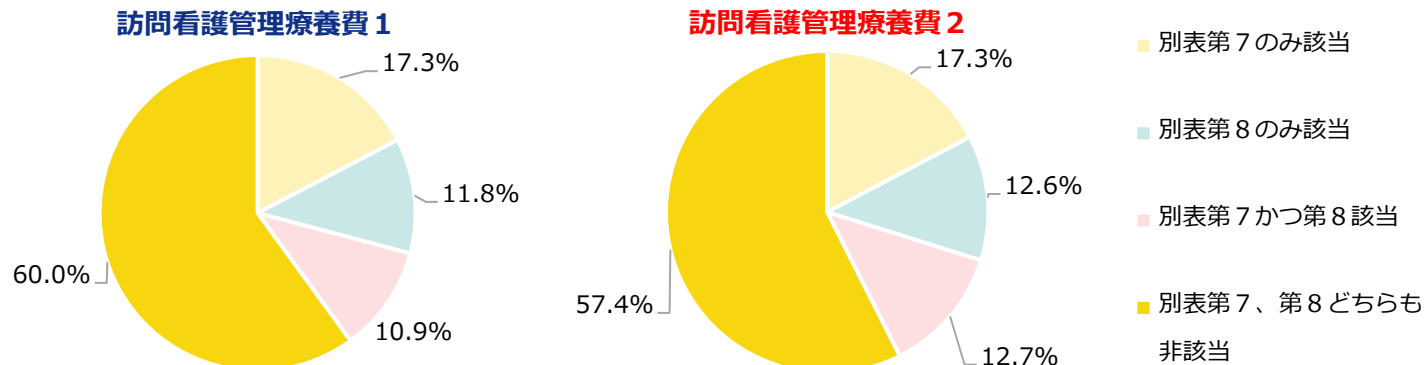
月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者の状況

- 別表第7に該当するのは訪問看護管理療養費1を算定している利用者では65,783人、訪問看護管理療養費2を算定している利用者では16,708人。
- 訪問看護管理療養費算定種別の利用者数における別表第7の該当者を割合で見ると、訪問看護管理療養費1と2で傾向に大きな差異はない。

■ 訪問看護管理療養費の算定種別の利用者の状況（件数）



■ 訪問看護管理療養費算定種別利用者の別表7等の該当状況（割合）



訪問看護に係る課題と論点

【前回の論点】

- 高齢者住まい等に居住する利用者については、多人数への頻回な訪問看護が行われ、移動時間や提供時間が短いなど効率的に実施されており、訪問看護基本療養費等における、同一建物・単一建物利用者の人数や訪問回数に応じた提供コストを踏まえた評価のあり方についてどう考えるか。
- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施することができるが、訪問看護療養費には短時間で頻回の訪問看護を評価する体系がないことから、こうした一連の訪問看護の評価を設けることについてどう考えるか。また、頻回な訪問看護を必要とする場合には、主治医が交付する訪問看護指示書に明記するよう求めることについてどう考えるか。
- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準においても、適正な請求等に関する規定等、療養担当規則と同様の規定を設けることについてどう考えるか。

【今回追加されたデータ】

- ・ 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する利用者は、別表第7に該当や疾病によらず、1月あたり訪問日数、訪問回数、難病等複数回訪問加算の算定日数が多い傾向。
- ・ 別表第7に該当する利用者の訪問看護に係る1月あたり医療費の平均はそれ以外の利用者のほぼ倍である。訪問看護ステーションごとにみた別表第7に該当する利用者の割合が8割以上のステーションのほうが2割未満のステーションよりも、利用者1人あたりの医療費は高額である。
- ・ 月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者ごと1月あたり医療費をみると、訪問看護管理療養費1のみの利用者より訪問看護管理療養費2のみの方が高い傾向である。
- ・ 月の2日目以降の訪問看護管理療養費算定種別の利用者数における別表第7の該当者を割合でみると、訪問看護管理療養費1と2で傾向に大きな差異はない。

【論点】

- 追加のデータも踏まえ、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーション等により、同一建物・単一建物利用者への訪問看護について、評価のあり方をどう考えるか。特に、頻回又は画一的に加算等が算定される場合の評価の水準や、複数回の訪問の時間を合算する考え方等も含め、具体的なあり方をどう考えるか。

(2) 特定疾患療養管理料に係る指摘事項

(10月17日 中央社会保険医療協議会 総会)

【外来(その2)】

- 特定疾患療養管理料については、主傷病名の分析に加え、副傷病名や処方状況も含めたさらなる調査・分析が必要である。適切な運用が行われていない場合には、制度の是正を図るべきである。
- 特定疾患療養管理料については、これまでの議論の積み重ねを踏まえた制度となっており、その意義を十分に理解するべきである。

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

診調組 入－1
7. 6. 19

中医協 総－3
7. 7. 16

平成4年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	
平成6年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> 「脂質異常症」を追加 「狭心症」を「虚血性心疾患」に拡大
平成8年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> 病名の大幅変更
平成10年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常	<ul style="list-style-type: none"> 「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加
令和6年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群	<ul style="list-style-type: none"> 「高血圧性疾患」「糖尿病」を除外 脂質異常症等を遺伝性疾患に限る 「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」を追加

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る**主傷病名**の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定患者数に占める各主傷病名の割合は、気管支喘息が12.8%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
計	特定疾患療養管理料の全算定患者数		8,799,980	100.0%
1	気管支喘息	J459	1,128,257	12.8%
2	慢性胃炎	K295	812,985	9.2%
3	狭心症	I209	530,316	6.0%
4	高血圧症	I10	343,228	3.9%
5	慢性心不全	I509	329,605	3.7%
6	脳梗塞	I639	260,559	3.0%
7	甲状腺機能低下症	E039	201,351	2.3%
8	非弁膜症性心房細動	I489	183,959	2.1%
9	胃潰瘍	K259	179,339	2.0%
10	胃炎	K297	156,801	1.8%
11	心房細動	I489	134,313	1.5%
12	慢性気管支炎	J42	112,071	1.3%
13	脂肪肝	K760	111,707	1.3%
14	脳梗塞後遺症	I693	111,562	1.3%
15	心不全	I509	108,923	1.2%
16	慢性肝炎	K739	91,995	1.0%
17	高コレステロール血症	E780	87,265	1.0%
18	前立腺癌	C61	86,696	1.0%
19	うっ血性心不全	I500	82,593	0.9%
20	乳癌	C509	81,420	0.9%
21	バセドウ病	E050	77,760	0.9%
22	糖尿病	E14	76,907	0.9%

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
23	* * 未コード化傷病名 * *		75,576	0.9%
24	アレルギー性鼻炎	J304	69,979	0.8%
25	陳旧性心筋梗塞	I252	65,119	0.7%
26	高脂血症	E785	62,535	0.7%
27	心室期外収縮	I493	60,366	0.7%
28	慢性閉塞性肺疾患	J449	59,093	0.7%
29	不整脈	I499	56,659	0.6%
30	橋本病	E063	55,347	0.6%
31	2型糖尿病	E11	53,725	0.6%
32	萎縮性胃炎	K294	53,224	0.6%
33	甲状腺機能亢進症	E059	52,912	0.6%
34	急性気管支炎	J209	50,486	0.6%
35	発作性心房細動	I480	46,679	0.5%
36	脂質異常症	E785	45,061	0.5%
37	COVID-19	U071	44,001	0.5%
38	家族性高コレステロール血症	E780	41,681	0.5%
39	頻脈性不整脈	R000	39,669	0.5%
40	便秘症	K590	37,879	0.4%
41	逆流性食道炎	K210	36,419	0.4%
42	陳旧性脳梗塞	I693	36,088	0.4%
43	虚血性心疾患	I259	35,958	0.4%
44	虚血性脳血管障害	I678	35,928	0.4%
45	急性上気道炎	J069	34,559	0.4%
46	慢性腎不全	N189	34,552	0.4%
47	内頸動脈狭窄症	I652	34,470	0.4%
48	胃癌	C169	32,984	0.4%
49	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	32,859	0.4%
50	心筋梗塞	I219	32,752	0.4%

特定疾患療養管理料に係る全ての傷病名

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る**全ての傷病名**の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定患者数に占める各傷病名の割合は、気管支喘息が12.8%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
計	特定疾患療養管理料算定全患者		8,799,980	100.0%
1	高血圧症	I10	4,371,449	49.7%
2	慢性胃炎	K295	2,419,196	27.5%
3	アレルギー性鼻炎	J304	2,307,086	26.2%
4	気管支喘息	J459	2,189,500	24.9%
5	便秘症	K590	1,981,197	22.5%
6	高コレステロール血症	E780	1,929,704	21.9%
7	糖尿病	E14	1,751,447	19.9%
8	不眠症	G470	1,659,745	18.9%
9	高脂血症	E785	1,629,386	18.5%
10	腰痛症	M5456	1,534,511	17.4%
11	狭心症	I209	1,393,556	15.8%
12	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	1,365,602	15.5%
13	逆流性食道炎	K210	1,360,410	15.5%
14	慢性心不全	I509	1,146,638	13.0%
15	高尿酸血症	E790	1,092,247	12.4%
16	脂質異常症	E785	1,081,334	12.3%
17	骨粗鬆症	M8199	956,339	10.9%
18	2型糖尿病	E11	936,453	10.6%
19	胃潰瘍	K259	848,584	9.6%
20	鉄欠乏性貧血	D509	789,478	9.0%
21	** 未コード化傷病名 **		781,736	8.9%
22	湿疹	L309	716,248	8.1%

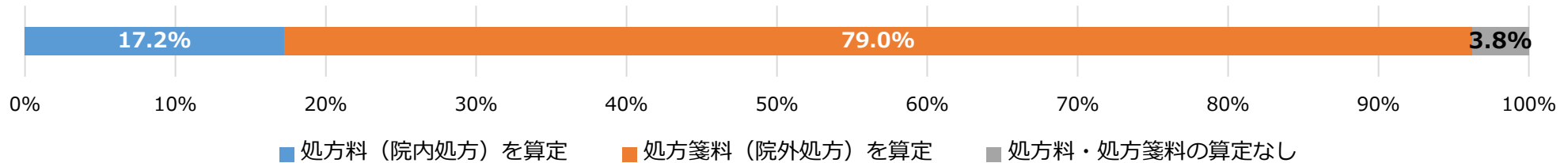
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			実患者数	構成割合(%)
23	脂肪肝	K760	690,982	7.9%
24	アレルギー性結膜炎	H101	665,431	7.6%
25	胃炎	K297	640,488	7.3%
26	変形性膝関節症	M171	620,887	7.1%
27	慢性気管支炎	J42	620,597	7.1%
28	心不全	I509	607,190	6.9%
29	皮脂欠乏症	L853	604,013	6.9%
30	甲状腺機能低下症	E039	599,257	6.8%
31	肝機能障害	K769	590,340	6.7%
32	脳梗塞	I639	564,064	6.4%
33	前立腺肥大症	N40	531,523	6.0%
34	難治性逆流性食道炎	K210	496,370	5.6%
35	過活動膀胱	N328	489,170	5.6%
36	急性気管支炎	J209	472,461	5.4%
37	頸肩腕症候群	M5312	472,283	5.4%
38	頭痛	R51	464,917	5.3%
39	肩関節周囲炎	M750	461,802	5.2%
40	末梢神経障害	G629	443,182	5.0%
41	不安神経症	F411	435,659	5.0%
42	非弁膜症性心房細動	I489	414,625	4.7%
43	不整脈	I499	407,850	4.6%
44	うつ血性心不全	I500	390,214	4.4%
45	心房細動	I489	368,000	4.2%
46	COVID-19	U071	364,129	4.1%
47	慢性肝炎	K739	351,940	4.0%
48	筋肉痛	M7919	328,289	3.7%
49	変形性腰椎症	M4786	312,765	3.6%
50	めまい症	R42	305,561	3.5%

特定疾患療養管理料算定患者の処方状況

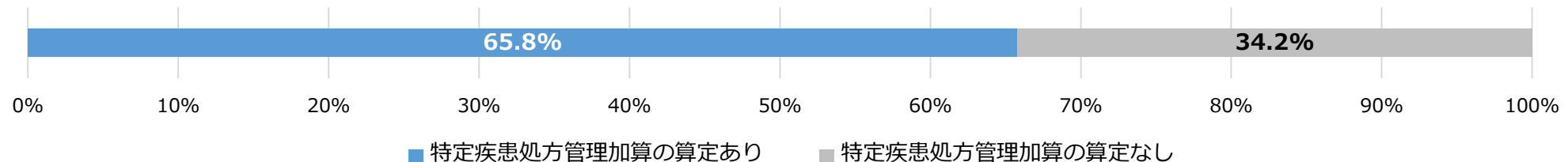
- 特定疾患療養管理料の算定患者のうち、処方料・処方箋料のいずれも算定がない患者は、3.8%であった。
- 特定疾患療養管理料の算定患者のうち、特定疾患処方管理加算の算定のある患者は、65.8%であった。

特定疾患療養管理加算算定患者（n=8,799,980）の処方に関する状況（実患者数）

処方料・処方箋料の算定状況



特定疾患処方管理加算の算定状況



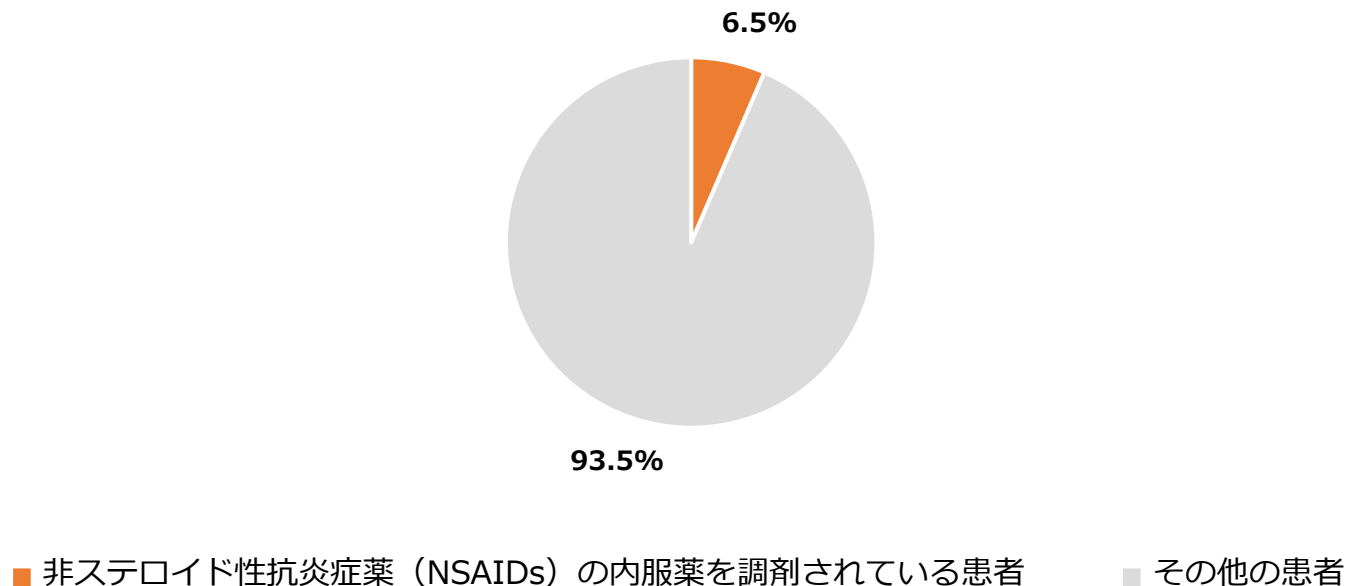
（参考）特定疾患処方管理加算 56点

診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、入院中の患者以外の患者（特定疾患療養管理料の対象となる疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上（リフィル処方箋の合計処方期間が28日以上の処方を含む。）の処方を行った場合、処方料又は処方箋料に加算する。

胃潰瘍患者に対するNSAIDs処方状況

- 特定疾患療養管理料を算定する患者であって、主傷病名が「胃潰瘍」に関連する患者のうち、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）の内服薬を調剤されている患者が約6.5%あった。

特定疾患療養管理料を算定する患者であって、主傷病名が「胃潰瘍」に関連する患者（※）のうち、
非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）の内服薬を調剤されている患者が占める割合



出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

※ 「胃潰瘍」のほか、「慢性胃潰瘍」「薬剤性胃潰瘍」等を含む。特定疾患療養管理料算定患者の8,799,980人のうち、約2.1%を占める185,633人が該当。16

(3) 身体的拘束の最小化に向けた取組に係る指摘事項

(10月29日 第623回中央社会保険医療協議会 総会)

【入院について(その3)】

- 回復期リハビリテーション病棟において、身体的拘束を実施されている患者さんには、脳梗塞等を主病名とする方が多く、例えば、片麻痺になった場合に、これくらいできると思って転倒してしまうケースなどがある。こうした危険性があるため、やむを得ず、身体的拘束をせざるを得ないことがある。この身体的拘束は、抑制帯等で物理的に四肢を固定するようなものではなく、クリップセンサーや離床センサーといった、むしろ患者さんが動けることを前提に、未然に転倒・転落を防止する見守りのために行っているものも含まれており、回復期リハビリテーション病棟では、これらのクリップセンサー等を使用している割合が高かったとの結果がある。拘束の種類も含めて一考の余地があるのではないか。
- 療養病棟において、認知症の有無やデバイスの有無にかかわらず、施設によって身体拘束の有無に差があることが指摘されているが、身体的拘束がなされている患者さんの状態、認知症の程度や使用しているデバイスなども施設によって異なると思われるため、その辺りをもう少し詳しく見てみないと、判断が難しいのではないか。最近の傾向として、胃瘻よりも経鼻経管栄養あるいは中心静脈栄養を希望されることが増えていることも背景にあり、身体的拘束に対してどのように取り組んでいるかなどの、より詳細な分析が先決と考える。

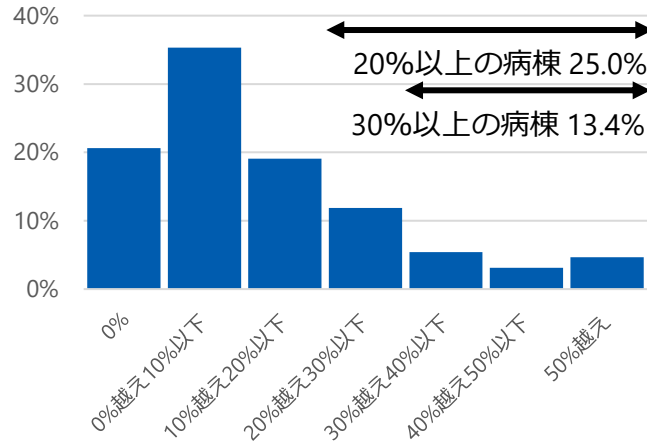
入院料ごとの常時の四肢又は体幹拘束の実施状況

- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟では、身体的拘束のうち、常時の手指・四肢・体幹抑制についても比較的多くの患者に実施している病棟がみられる。

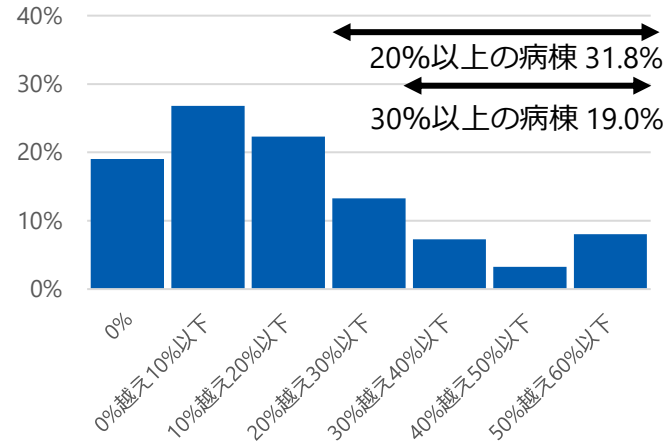
身体的拘束*の実施率の分布

*常時の手指/四肢/体幹の抑制のほか、夜間や処置時等の一時的な抑制、クリップセンサー等の使用を含む。

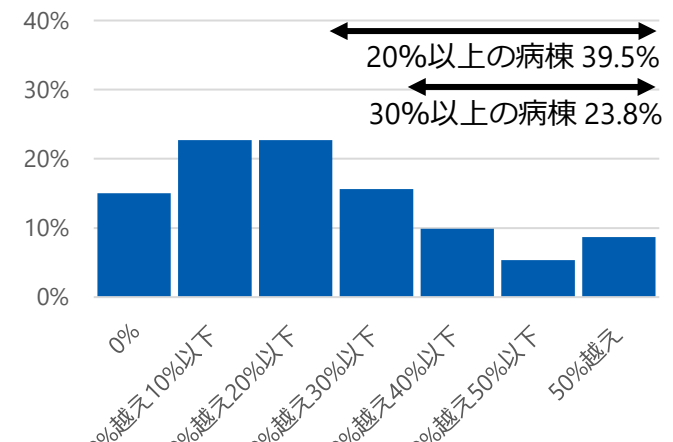
地ケア病棟(n=388)



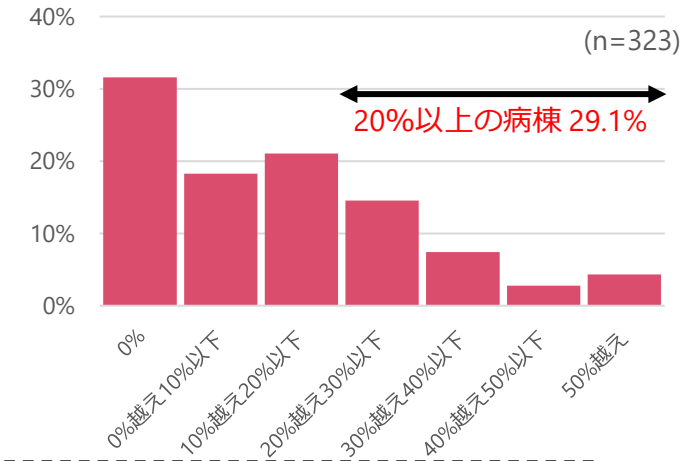
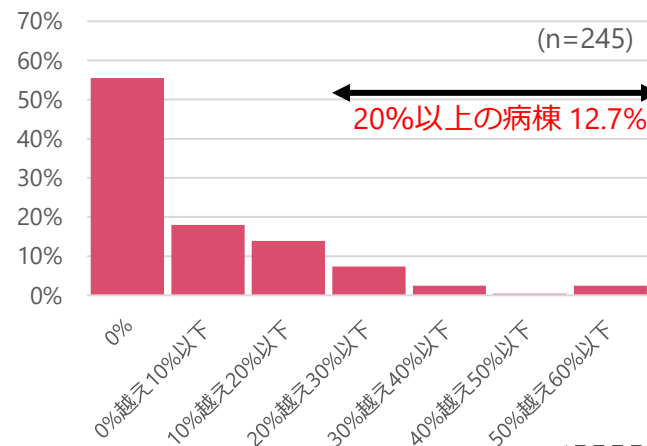
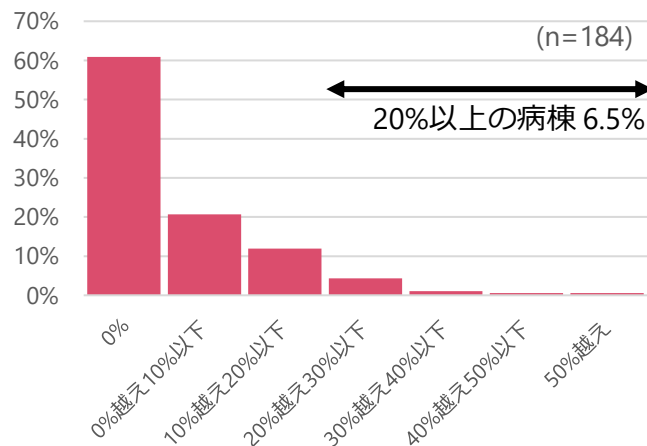
回リハ病棟(n=399)



療養病棟(n=504)



身体的拘束のうち、常時の手指/四肢/体幹抑制の実施率の分布



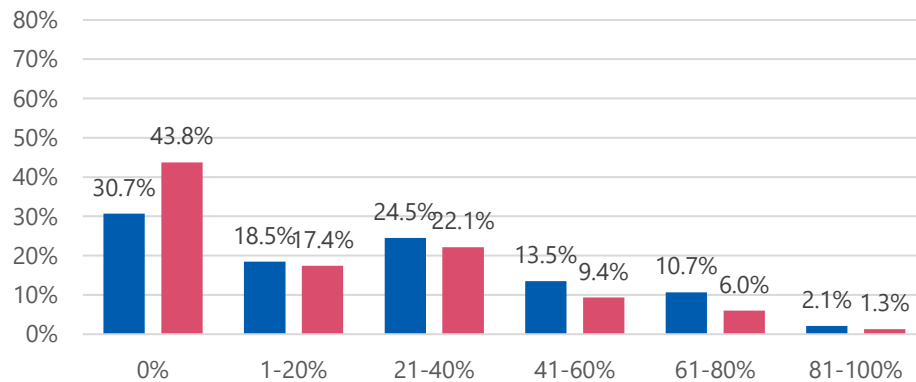
身体的拘束の実施率 = 令和6年10月の1か月間における①/②
 ①身体的拘束を実施した患者数(実人数) ②実入院患者数
 常時の手指/四肢/体幹抑制については、患者票の回答があり、身体的拘束の内訳の情報が得られた病棟に限定して集計した。

療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

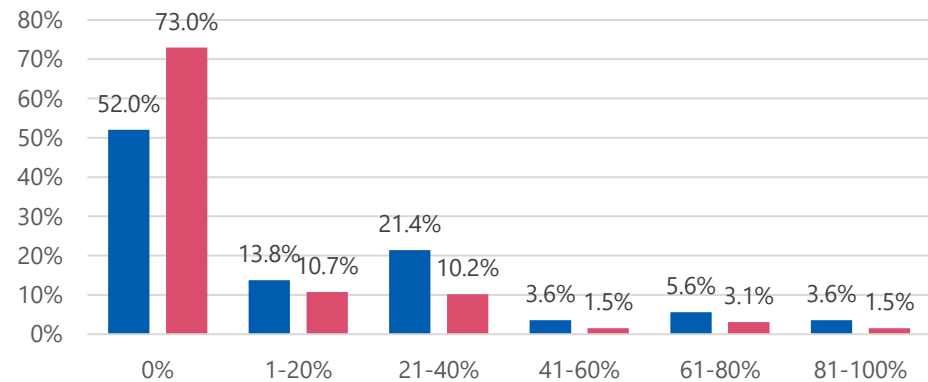
- 何らかのデバイス（※1）が挿入されている患者について、常時の手指/四肢/体幹の抑制のみを見た場合でも、身体的拘束の実施率（※2）について医療機関間の差が大きい。
- デバイスも認知症もない患者の場合、常時の手指/四肢/体幹抑制が実施されている病棟は少ないことから、身体的拘束を実施している場合でも、クリップセンサー等が使われている場合が多いと考えられる。一方、デバイスがなくとも認知症がある場合は、一定数の病棟で常時の手指/四肢/体幹抑制が実施されている。

■ 身体的拘束（夜間のみ・一時的な抑制や、クリップセンサー等の使用を含む） ■ 常時の手指/四肢/体幹の抑制

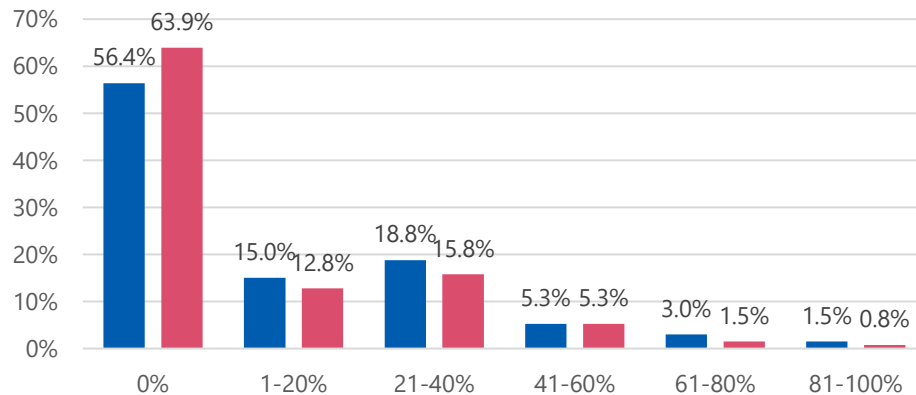
デバイス※1あり×認知症ありの患者（n=384病棟）



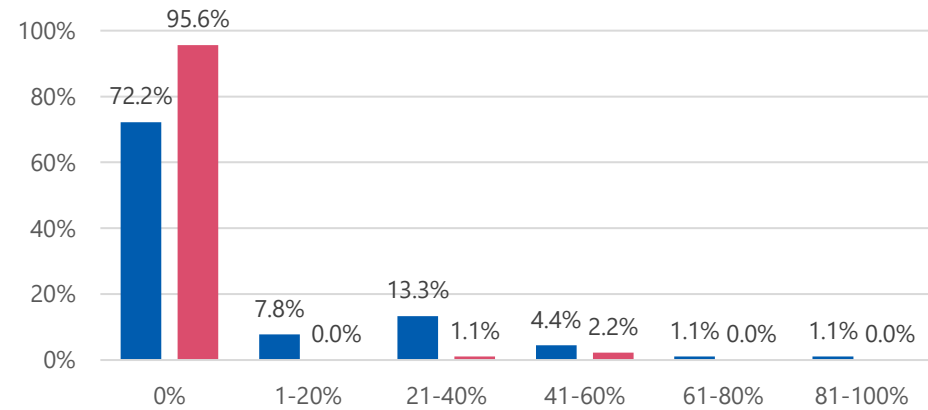
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）

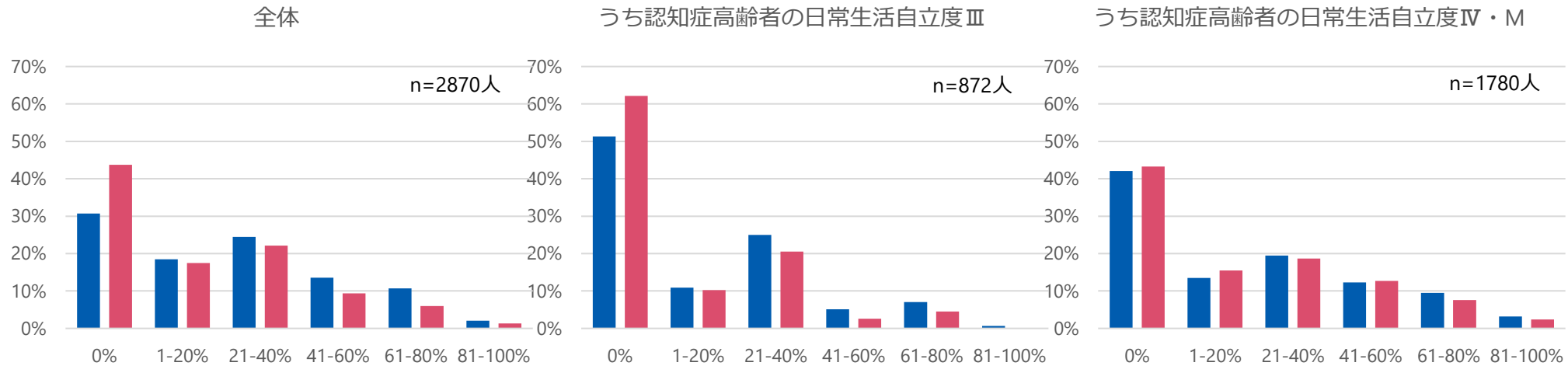


療養病棟における認知症と身体的拘束の実施状況

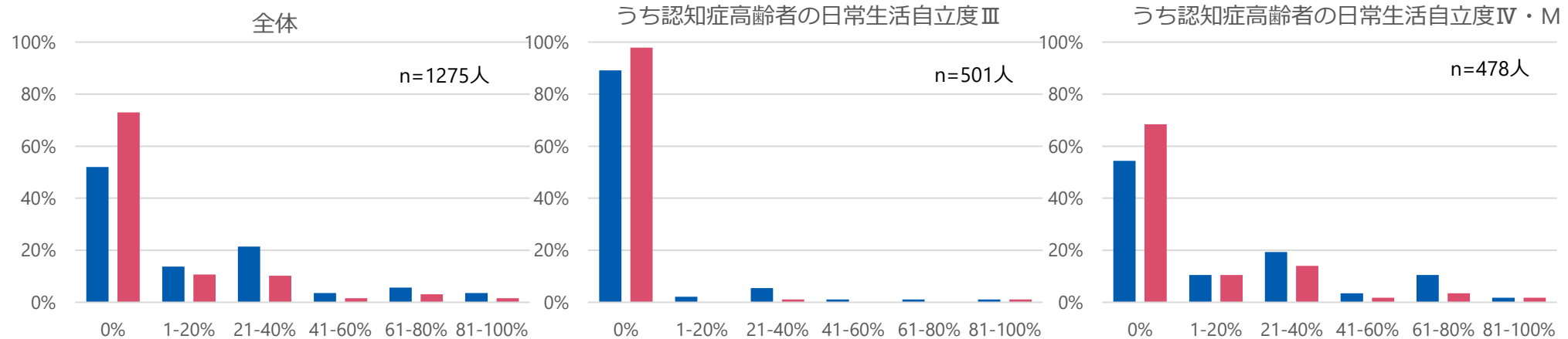
- デバイスが挿入されている患者において、常時の手指/四肢/体幹の抑制が実施されている患者の多い医療機関がある。
- デバイスの挿入がない患者では、身体的拘束を受けている認知症患者の多くが日常生活自立度Ⅲ・Ⅳである。

■ 身体的拘束（夜間のみ・一時的な抑制や、クリップセンサー等の使用を含む） ■ 常時の手指/四肢/体幹の抑制

デバイス※¹あり×認知症ありの患者における身体的拘束の実施率※²（n=384病棟）



デバイスなし×認知症ありの患者における身体的拘束の実施率（n=196病棟）



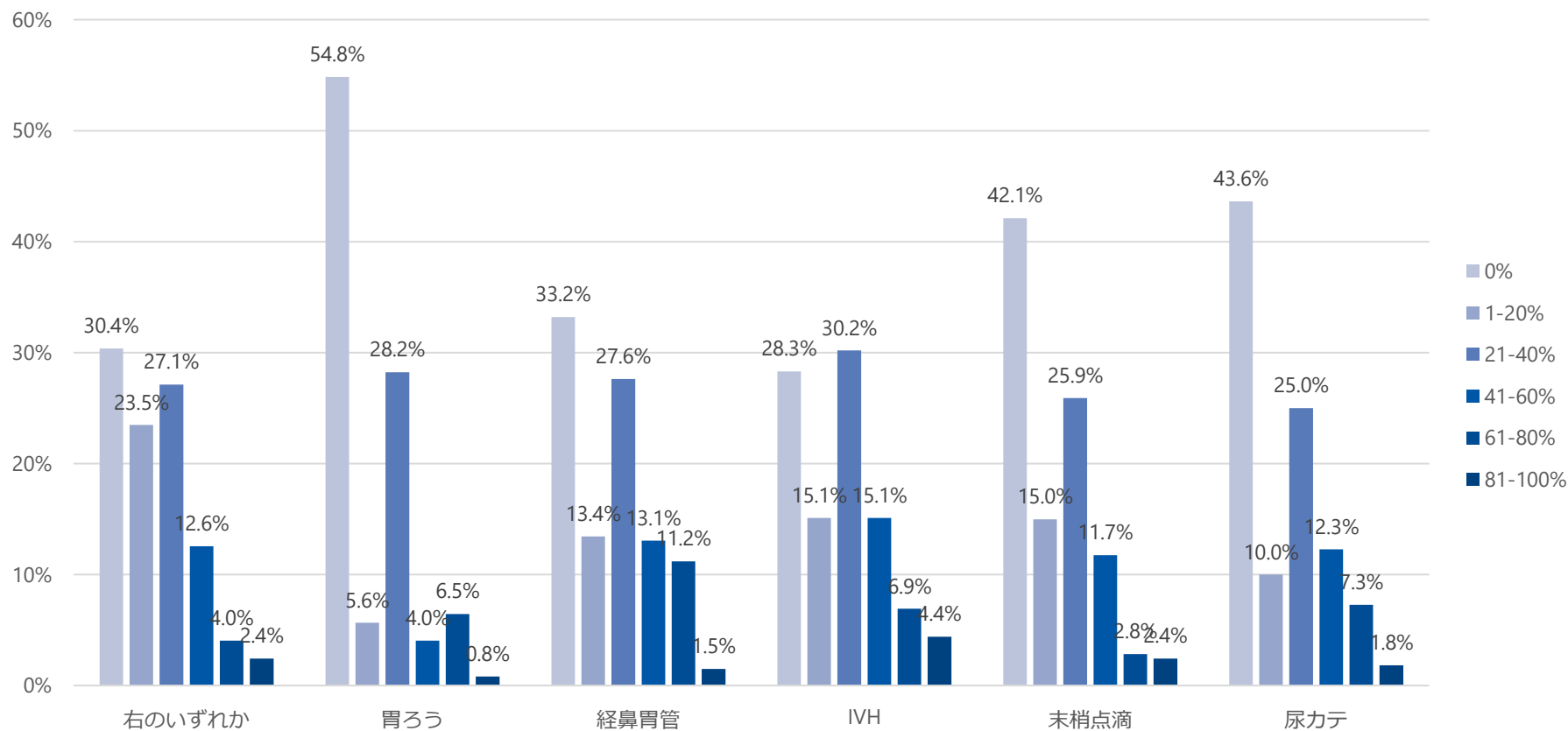
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査
（入院患者票（C票））

※¹ 中心静脈栄養、経鼻胃管、胃ろう・腸ろう、末梢点滴、尿道カテーテル、人工呼吸器のいずれか。
※² 身体的拘束の実施率=身体的拘束を過去7日以内に実施された患者人数/各群に該当する患者全体の人数（いずれも患者票で回答された患者）

療養病棟におけるデバイスごとの身体的拘束の実施状況

- 挿入されているデバイス別に、身体的拘束の実施率ごとの病棟の分布をみると、胃ろうを有する患者では実施率0%である病棟が比較的多く、経鼻胃管やIVHの患者では身体的拘束実施率の高い病棟が多かった。

療養病棟における挿入デバイスごとの身体的拘束※の実施状況の分布



※常時の手指/四肢/体幹の抑制のほか、処置時等の一時的な抑制、クリップセンサー等の使用を含む。

身体的拘束の最小化に向けた取組に係る課題と論点

【前回の論点】

（身体的拘束の最小化に向けた取組について）

- 以下のような点等を踏まえ、身体的拘束を実施した場合の評価について、どのように考えるか。
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟はADL向上等をめざした病棟であるが、比較的多くの患者に対して身体的拘束を実施している病棟があること。
 - ・ 療養病棟では、常時、毎日の四肢体幹拘束の割合が多く、施設により身体的拘束の実施状況に差がみられること。

【今回追加されたデータ】

（回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況について）

- ・ 身体的拘束全体と比較して、常時の手指/四肢/体幹抑制を一定割合以上実施している病棟は少ないため、クリップセンサー等による行動の把握が多く行われていると考えられた。しかし、1割以上の病棟では、常時の手指/四肢/体幹の抑制を20%以上の患者に実施していた。

（療養病棟における身体的拘束の実施状況について）

- ・ 常時の手指/四肢/体幹抑制を一定割合以上実施している病棟が比較的多かった。
- ・ 挿入デバイスや認知症の有無別に身体的拘束の実施状況をみると、デバイスありの患者では常時の手指/四肢/体幹の抑制の実施率が高い病棟もあり、医療機関ごとの差が大きかった。
- ・ デバイスも認知症もない患者の場合、常時の手指/四肢/体幹抑制の実施ゼロの病棟が多いものの、デバイスがなくても認知症がある場合は、一定数の病棟で常時の手指/四肢/体幹抑制が実施されており、ほとんどは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ・Ⅴの患者であった。
- ・ 挿入されているデバイスの種類をみると、胃ろうの場合、身体的拘束実施率0%である病棟が比較的多く、経鼻胃管やIVHの場合は身体的拘束実施率の高い病棟が多かった。

【論点】

- 追加のデータも踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた評価に際して、留意すべき点等についてどのように考えるか。

(4) 障害者施設等入院基本料における廃用症候群に係る指摘事項

(10月29日 第623回中央社会保険医療協議会 総会)

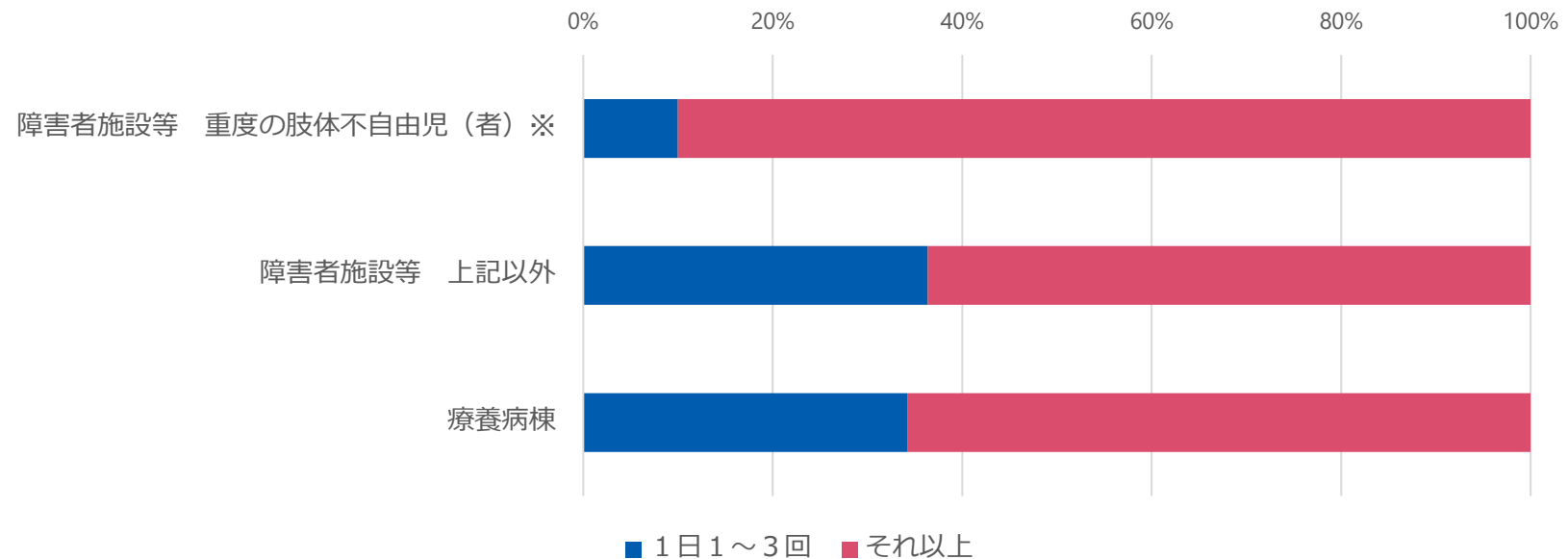
【入院について(その3)】

- 10対1から15対1の障害者施設等入院基本料において、廃用症候群の患者割合が多く、療養病棟と類似していることが指摘されている。しかし、障害者施設等入院基本料の患者割合を満たす該当患者は、身体障害者障害程度等級の1級、2級相当とされており、脊髄損傷などの障害が固定した状態にあり、廃用症候群からの回復が困難な場合も多い。一方で、器質的障害のない廃用症候群は、ときを経てもしばしば改善するなど、同じ廃用症候群にであっても病態により異なるため、評価の在り方については、より詳細な分析が必要と考える。

廃用症候群を主傷病とする患者の入院料・状態別の入院医療の状況

- 障害者施設等入院基本料を算定する「廃用症候群」が主傷病名の患者について、身体障害者障害程度等級表の1, 2級以外の患者では療養病棟と看護提供の頻度の分布が類似しているのに対し、1, 2級の患者においては、より頻回な看護提供を必要とする患者の割合が高かった。

「廃用症候群」を主傷病名とする患者に対する看護提供の頻度



※ 身体障害者障害程度等級表の1, 2級以外の患者

(5) 短期滞在手術に係る指摘事項

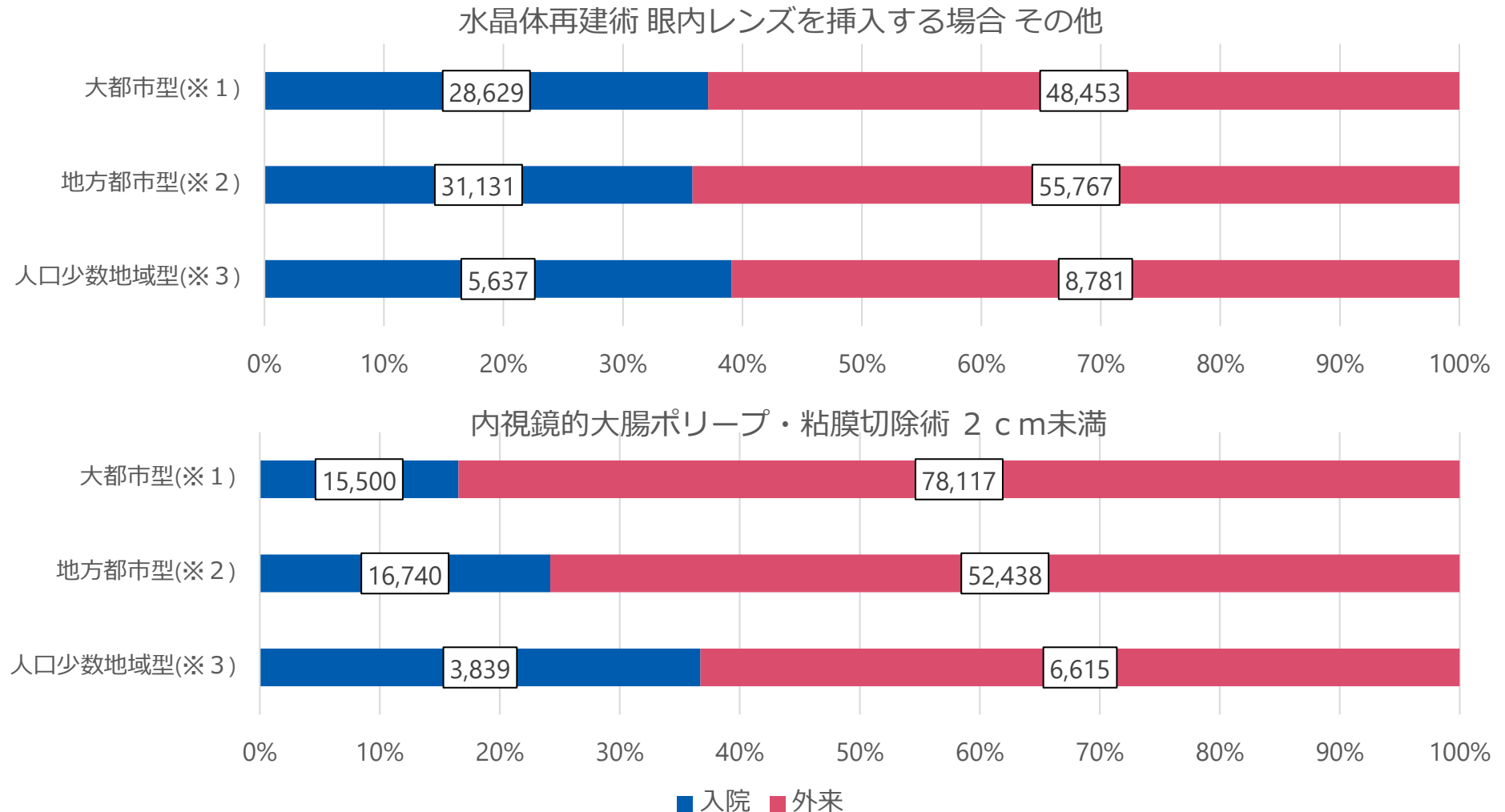
(11月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

【個別事項について(その6) 入院から外来への移行】

- 短期滞在手術の入院及び外来での手術状況について、大都市型、地方都市型、過疎地域型等の類型に応じて、精査すべきではないか。

二次医療圏の類型毎の短期滞在手術の実施状況

○ 二次医療圏の類型別の、「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」及び「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m未満」の外来実施率については、以下のとおり。



出典：令和6年10月NDBデータ

※1 人口100万人以上又は人口密度2,000人/km²以上の二次医療圏

※2 人口20万人以上又は人口密度200人/km²以上の二次医療圏

※3 ※1 ※2 以外の二次医療圏

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る指摘事項

(11月14日 中央社会保険医療協議会 総会)

【入院（その5）】

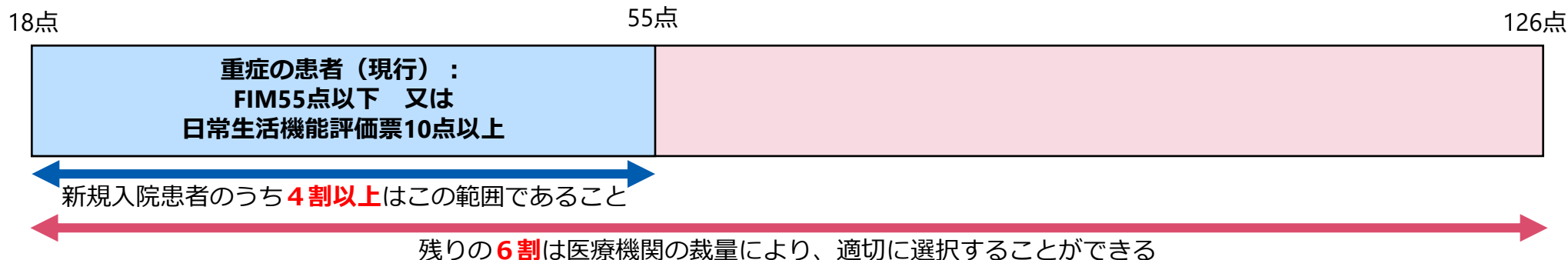
- 重症患者の範囲を見直す場合、回復期リハビリテーション病棟入院料ごとに範囲を見直した後の重症患者割合のシミュレーションを示すべき。
- 日常生活機能評価表とFIMでは各項目の比重が異なるため、日常生活機能評価を縮小していくのであれば、施設によって特段大きな影響が出ることがないのかどうか精査をしていく必要があるのではないか。

重症患者の基準及び重症患者割合のシミュレーション

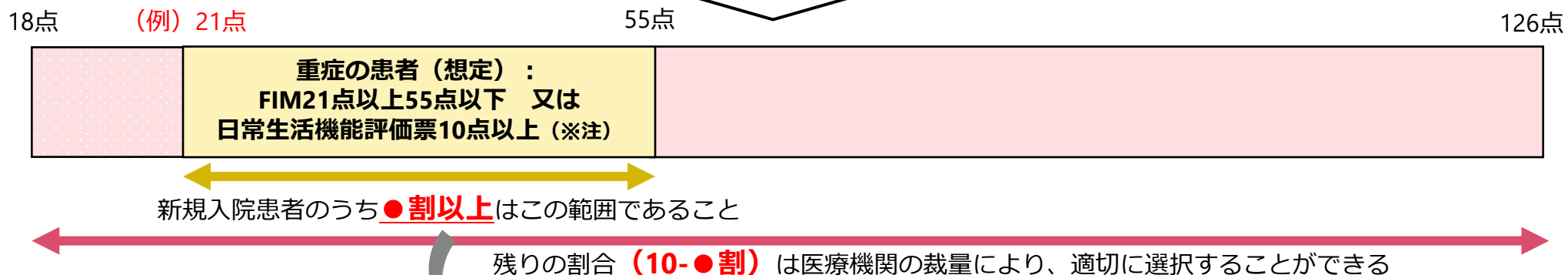
- 施設基準において定める重症患者の範囲を狭め、重症患者割合の基準を引き下げた場合、医療機関が自らの裁量により適応を判断することのできる割合が増える。
- 仮にこのような変更を行った場合の、重症患者に該当する患者割合のシミュレーションを行う。

【例：回復期リハビリテーション病棟入院料1の場合】

＜現行の施設基準＞



重症患者の範囲を狭めた場合



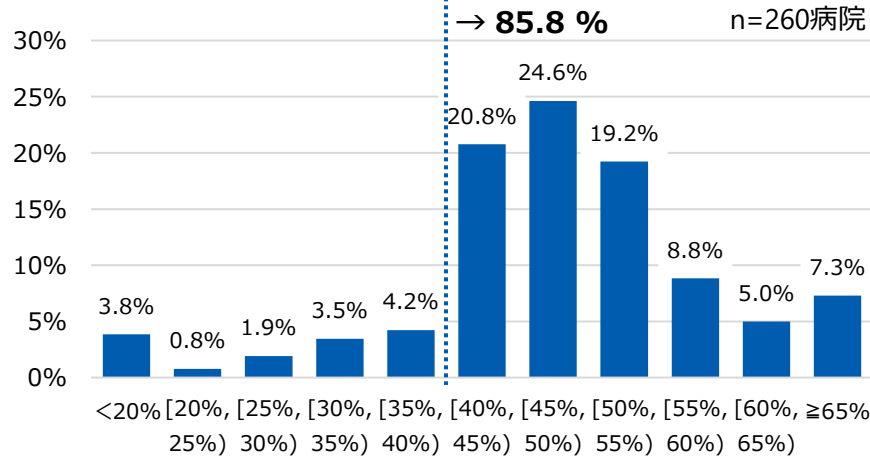
シミュレーションを行う

（※注）FIM20点未満の患者を除く

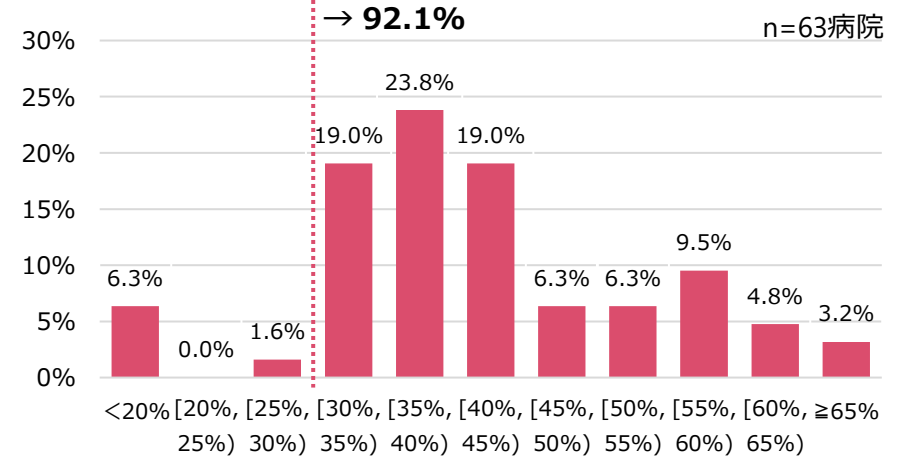
重症患者の基準に下限を設定した場合のシミュレーション結果

- 入棟時FIM20点以下の患者を施設基準上求める重症患者の範囲から除いた場合の、重症患者割合の分布の変化は以下のとおり。

回りハ 1・2 における重症患者の割合（現行）

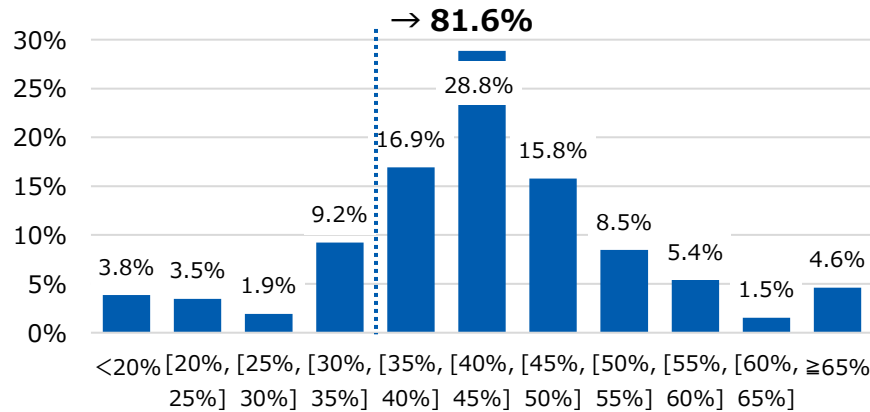


回りハ 3・4 における重症患者割合の分布（現行）



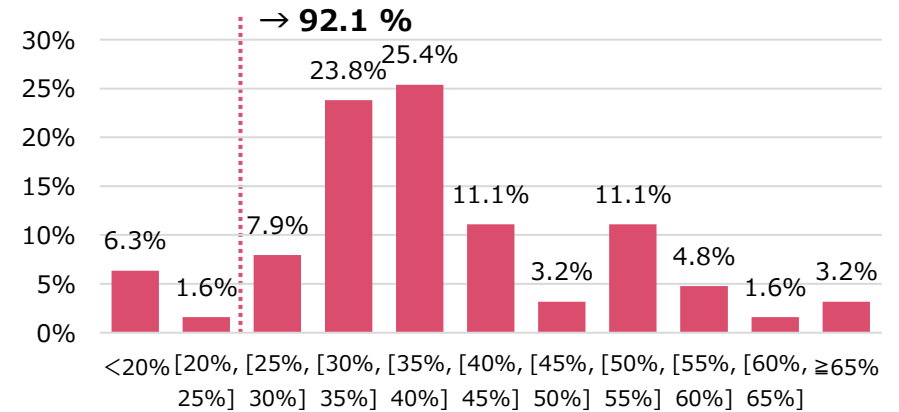
回りハ 1・2 における重症患者割合の分布から

FIM20点以下を除外した割合の分布



回りハ 3・4 における重症患者割合の分布から

FIM20点以下を除外した割合の分布



出典：DPCデータ 令和6年5月～10月及び、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））

注：集計期間の途中で算定する入院料が変わった病棟を含むため、施設基準よりも割合の低い病棟が存在する。

なお、新規入院患者のうち重症の患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は必要でない。

(7) ICU・HCU用 重症度、医療・看護必要度に係る指摘事項

(11月26日 中央社会保険医療協議会 総会)

【入院（その7）】

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合をみると、救急救命入院料2を除けば、動脈圧測定のみで現行の該当患者割合基準を満たしていることが示されている。また、シミュレーション結果によれば、蘇生術の施行、抗不整脈薬の使用、一時的ペーシングの3項目を追加する影響はごくわずかである。このため、動脈圧測定を現行どおりとした場合、他の評価項目の意義が乏しいと思われる。動脈圧測定の位置づけを変更した場合の影響について、改めてシミュレーションを行うべき。
- 特定集中治療室等の評価項目から動脈圧測定を外す場合のシミュレーションについて検討することはよいが、集中治療の現場では、必要な患者のみを入室させ、過剰な入室は行っていないと認識している。特定集中治療室等の機能は、非常に不安定な患者をモニタリングし、何かあった場合にはすぐに対応することであり、必ずしも高度な処置を行うことが集中治療の条件ではない。特定集中治療室等の役割を踏まえ、患者の安全に影響を及ぼさないよう慎重に検討することが求められる。

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度

中医協 総-3
7. 10. 8

【特定集中治療室用】

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

【ハイケアユニット用】

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

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1 項目以上に該当
基準②	1～11のうち 1 項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8 割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7 割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7 割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット入院医療管理料 1	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 8 割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料 2	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 6 割 5 分以上が基準②に該当
救命救急入院料 1、3	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

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

特定集中治療室管理料等の算定患者における該当割合

診調組 入 - 1 参考
7 . 9 . 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、全体の約92%であった。現行の評価項目には検査で2点となる項目があるが、特に「動脈圧測定」は該当患者割合が高く、平均で約84%であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約12%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約1%であった。

	患者総数 (人日)	基準（2 点以上） を 満たす患 者割合	現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の評価項目							現行の評価項目でないもの		
			動脈圧 測定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工呼吸 器の管理	輸血や血 液製剤の 管理	肺動脈圧 測定	特殊な治 療法等	蘇生術の 施行	抗不整脈 剤の使用 (注射 剤)	一時的 ペーシン グ
			2点	1点	2点	2点	2点	2点	2点			
全体	352,656	92.4%	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%	5.4%	12.2%	0.5%
特定集中治療室管理料 1	90,323	94.9%	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%	4.3%	14.1%	0.4%
特定集中治療室管理料 2	59,582	95.0%	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%	5.9%	13.2%	0.8%
特定集中治療室管理料 3	39,853	90.5%	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%	4.1%	12.9%	0.4%
特定集中治療室管理料 4	13,535	89.2%	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%	3.7%	12.1%	0.3%
特定集中治療室管理料 5	87,758	89.9%	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%	3.6%	11.6%	0.5%
特定集中治療室管理料 6	18,110	93.7%	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%	5.3%	10.5%	0.4%
救命救急入院料 2	6,974	87.3%	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%	10.3%	7.7%	1.4%
救命救急入院料 4	36,521	92.0%	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%	12.4%	7.8%	0.6%

※「蘇生術の施行」は「ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度」の「蘇生術の施行」に準ずる。

※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（現行）

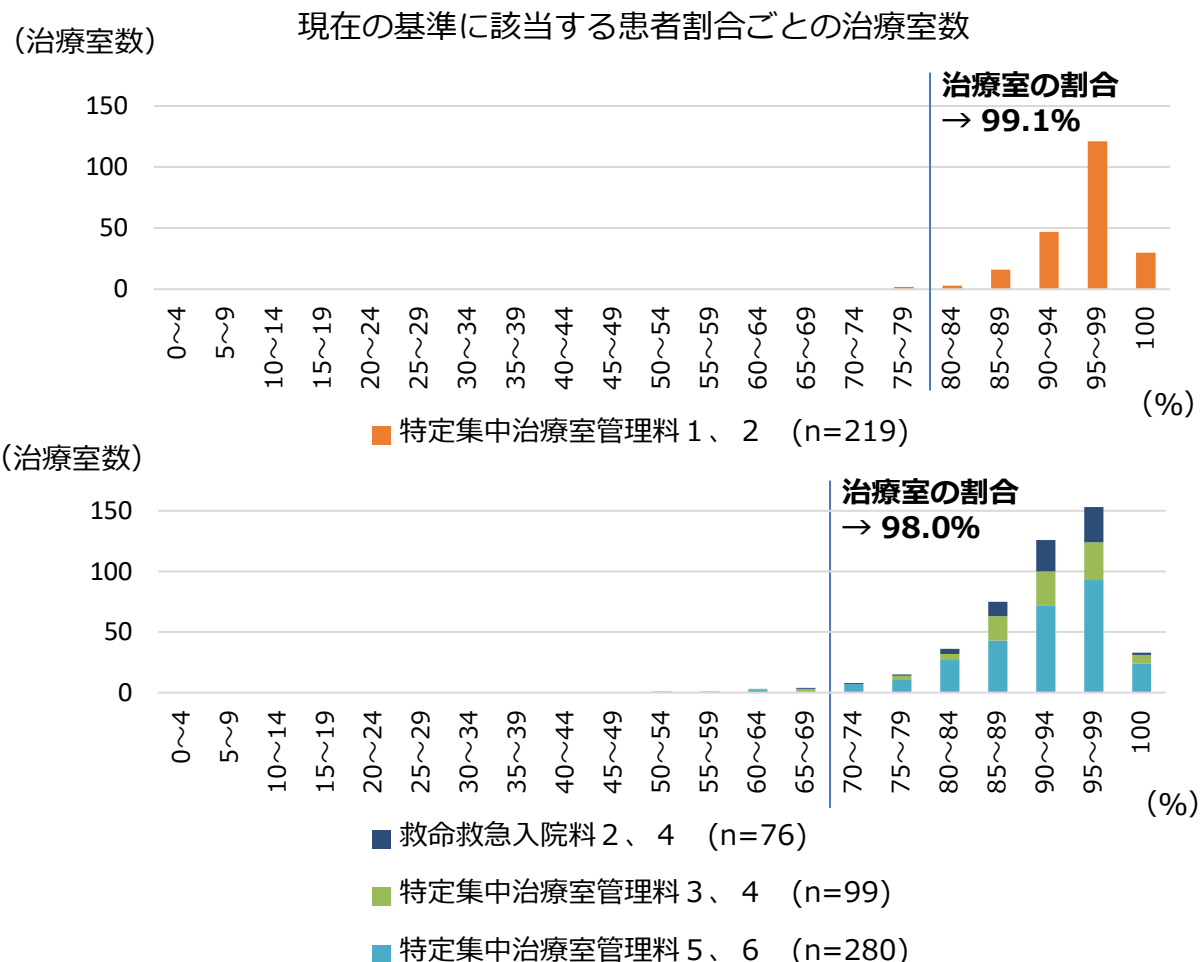
中医協 総-2
7. 11. 26

【特定集中治療室用】現行

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

基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準



【特定集中治療室用】（パターン1）新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定 （スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 蘇生術の施行	なし	-	あり
9 抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10 一時的ペーシング	なし	-	あり

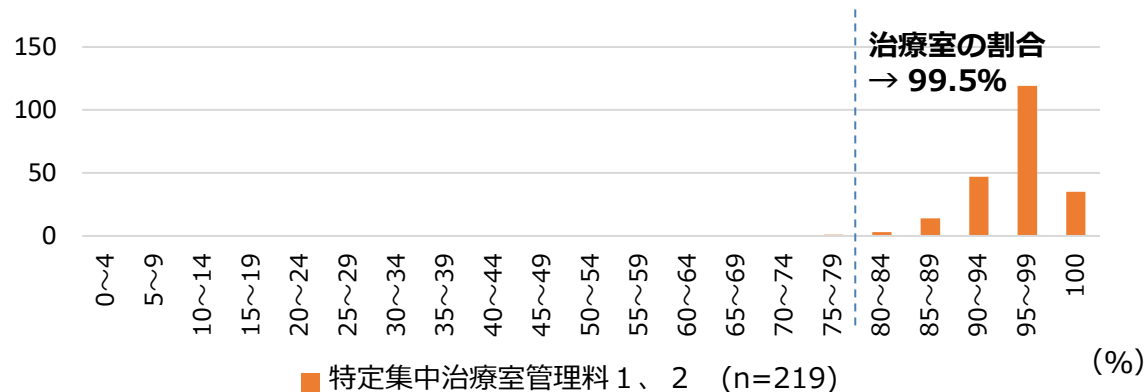
基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件		8割
特定集中治療室管理料1, 2	該当治療室割合	99.5%
	該当治療室の患者割合	99.6%

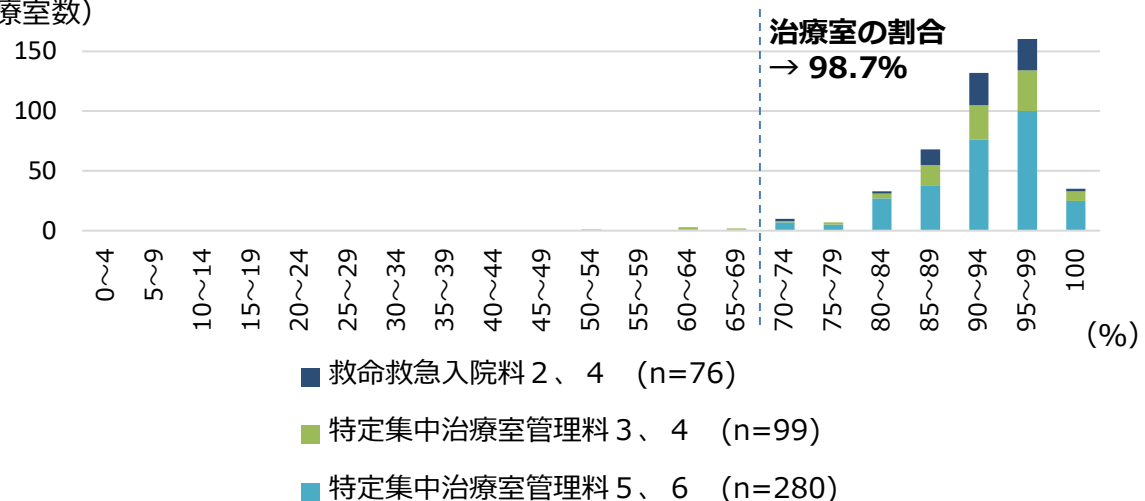
基準に該当する患者割合の要件		7割
救命救急入院料2, 4 特定集中治療室管理料3～6	該当治療室割合	98.7%
	該当治療室の患者割合	99.4%

(治療室数)

基準に該当する患者割合ごとの治療室数



(治療室数)



ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（2）

【特定集中治療室用】（パターン2）測定2項目を1点に変更、新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり	-
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり	-
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 蘇生術の施行	なし	-	あり
9 抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10 一時的ペーシング	なし	-	あり

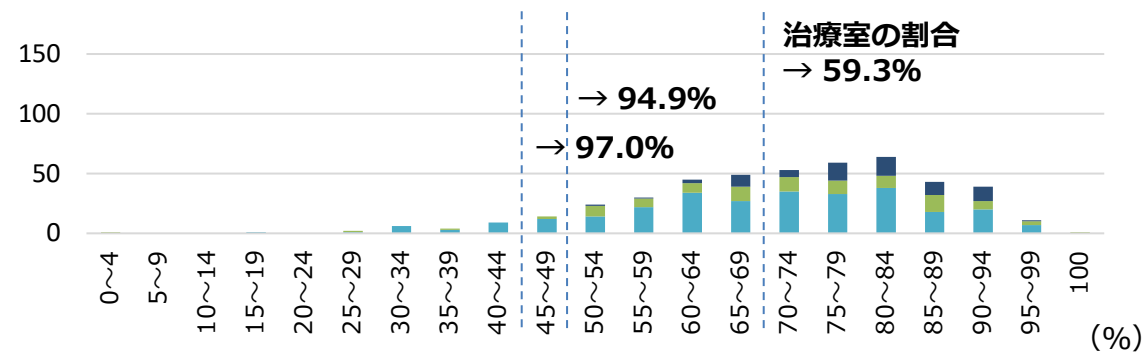
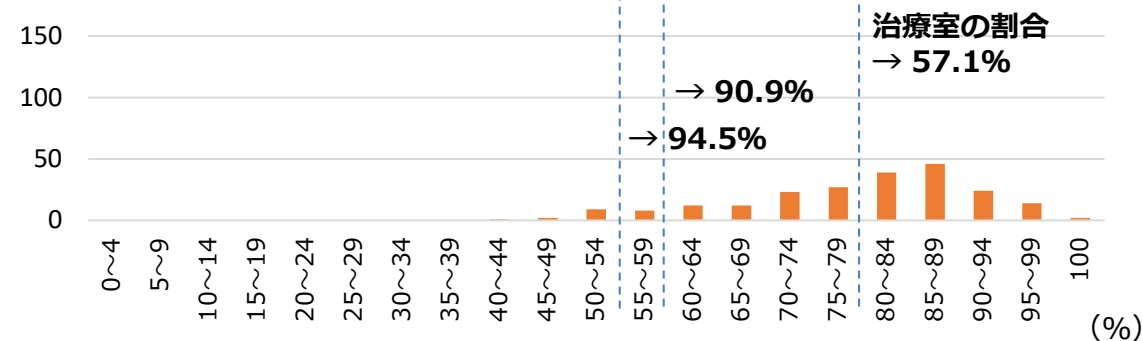
基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件		5.5割	6割	8割
特定集中治療室管理料1, 2	該当治療室割合	94.5%	90.9%	57.1%
	該当治療室の患者割合	92.8%	89.7%	55.1%

基準に該当する患者割合の要件		4.5割	5割	7割
救命救急入院料2, 4 特定集中治療室管理料3～6	該当治療室割合	97.0%	94.9%	58.6%
	該当治療室の患者割合	96.5%	94.4%	63.0%

（治療室数）

基準に該当する患者割合ごとの治療室数



■ 救命救急入院料2, 4 (n=76)

■ 特定集中治療室管理料3, 4 (n=99)

■ 特定集中治療室管理料5, 6 (n=280)

ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（3）

【特定集中治療室用】（パターン3）測定1項目を1点に変更、新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり	-
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 蘇生術の施行	なし	-	あり
9 抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10 一時的ペーシング	なし	-	あり

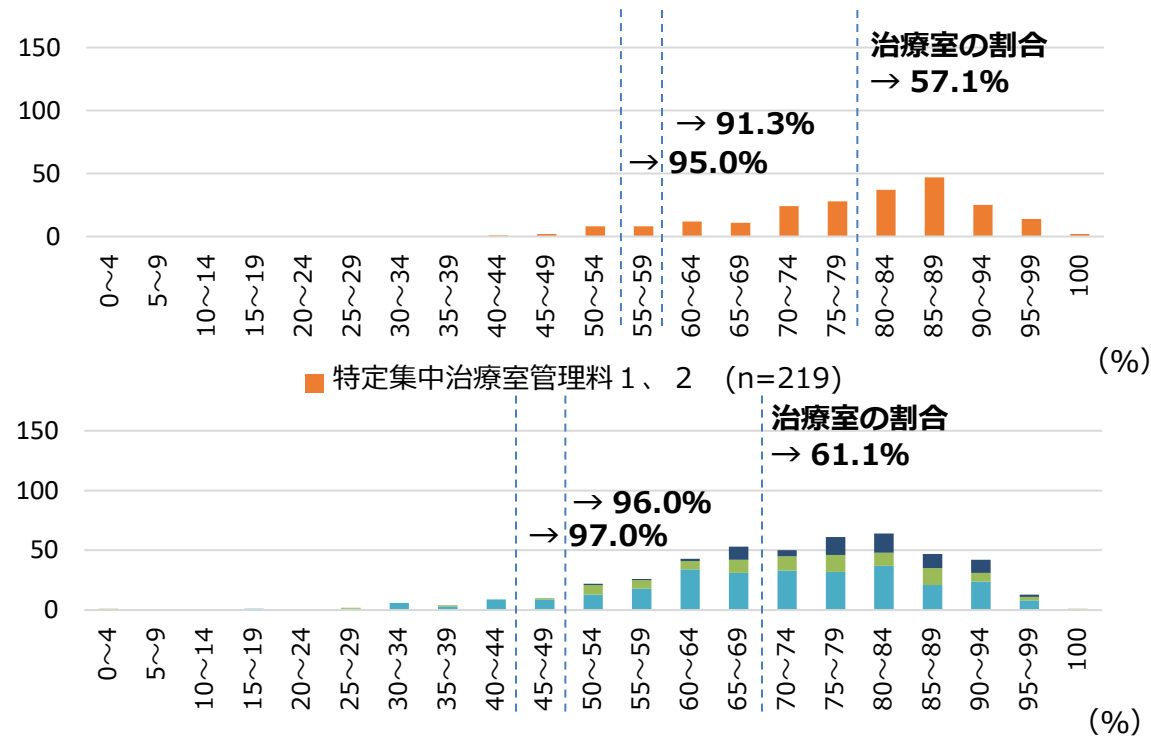
基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件		5.5割	6割	8割
特定集中治療室管理料1、2	該当治療室割合	95.0%	91.3%	57.1%
	該当治療室の患者割合	94.5%	90.2%	55.1%

基準に該当する患者割合の要件		4.5割	5割	7割
救命救急入院料2、4 特定集中治療室管理料3～6	該当治療室割合	97.0%	96.0%	62.6%
	該当治療室の患者割合	96.5%	94.9%	64.6%

(治療室数)

基準に該当する患者割合ごとの治療室数



■ 救命救急入院料2、4 (n=76)

■ 特定集中治療室管理料3、4 (n=99)

■ 特定集中治療室管理料5、6 (n=280)

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（現行）

中医協 総-2
7. 1 1. 2 6

【ハイケアユニット用】 現行

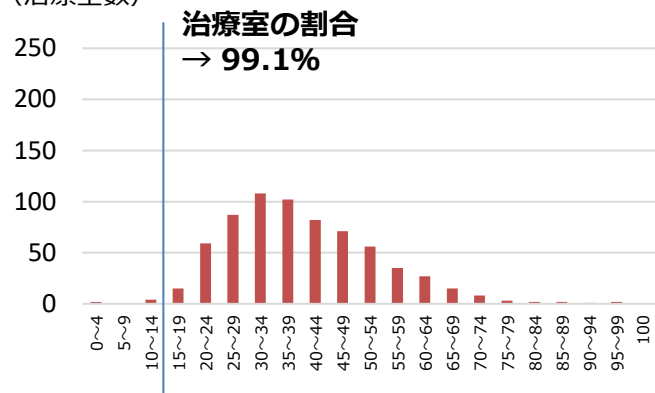
A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤 3 種類以上の管理（最大 7 日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット 入院医療管理料 1	基準① 1.5割以上 かつ 基準② 8割以上
ハイケアユニット 入院医療管理料 2	基準① 1.5割以上 かつ 基準② 6.5割以上

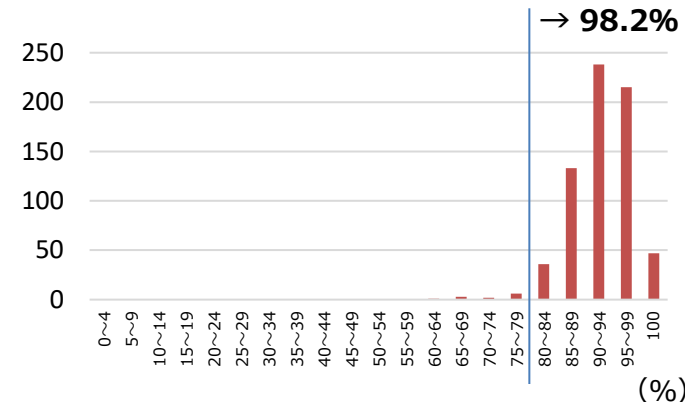
基準①

(治療室数)



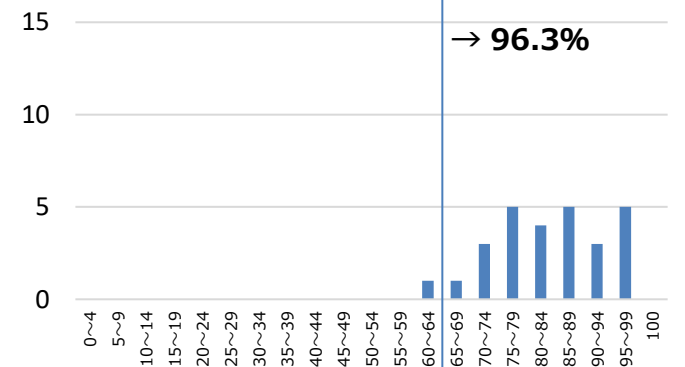
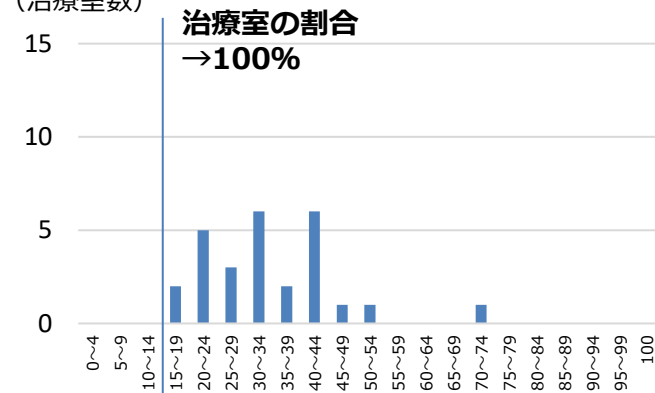
基準②

患者割合ごとの治療室数



■ ハイケアユニット入院医療管理料 1 (n=681)

(治療室数)



■ ハイケアユニット入院医療管理料 2 (n=27)

(%)

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（1）

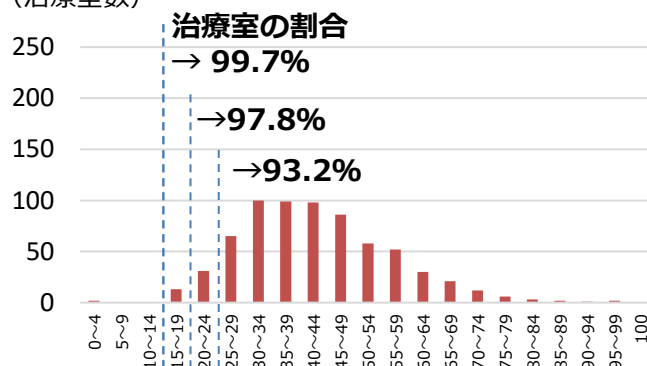
中医協 総-2
7.11.26改

【ハイケアユニット用】（パターン1）新たに2項目を導入

A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○
12 抗不整脈剤の使用（注射剤）	○	○
13 一時的ペーシング	○	○

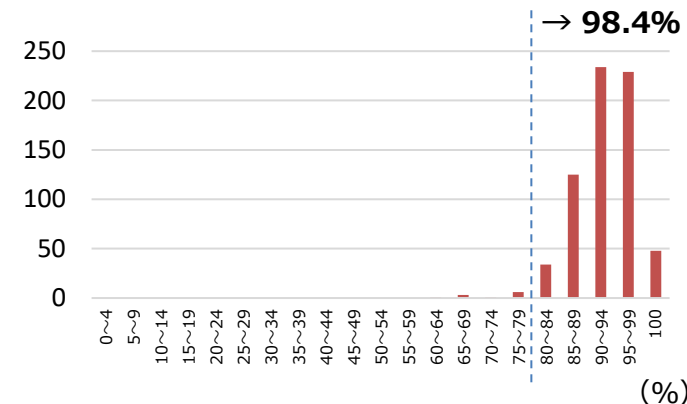
基準①

（治療室数）



基準②

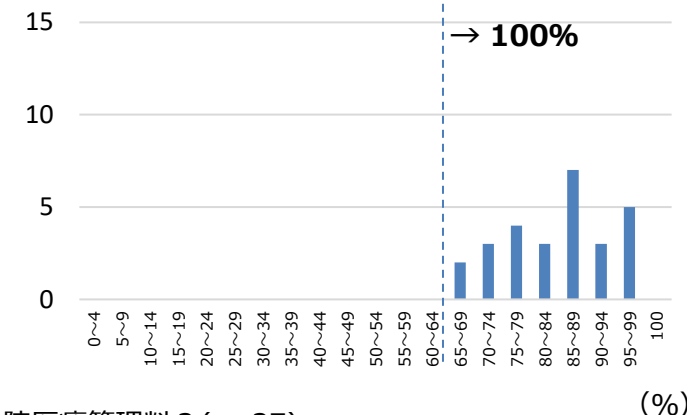
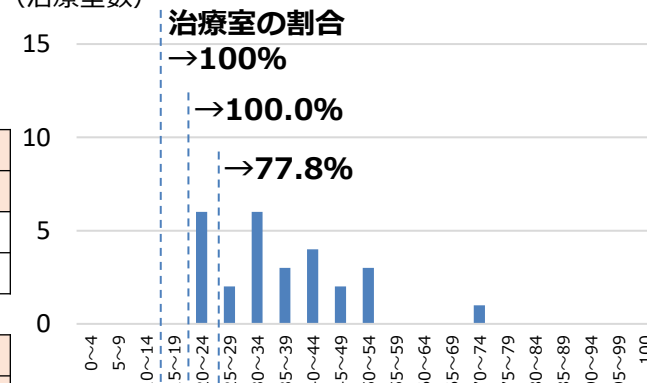
患者割合ごとの治療室数



■ ハイケアユニット入院医療管理料1 (n=681)

基準①	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち 1項目以上に該当
基準②	1～13のうち1項目以上に該当

（治療室数）



■ ハイケアユニット入院医療管理料2 (n=27)

基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2割	2.5割	8割
ハイケアユニット 入院医療管理料1	該当治療室割合	99.7%	97.8%	93.2%	98.4%
	該当治療室の患者割合	100.0%	97.7%	91.5%	98.3%

基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2割	2.5割	6.5割
ハイケアユニット 入院医療管理料2	該当治療室割合	100.0%	100.0%	77.8%	100%
	該当治療室の患者割合	100.0%	100.0%	67.1%	100%

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（2）

【ハイケアユニット用】（パターン2）測定1項目を基準①から除外、新たに2項目を導入

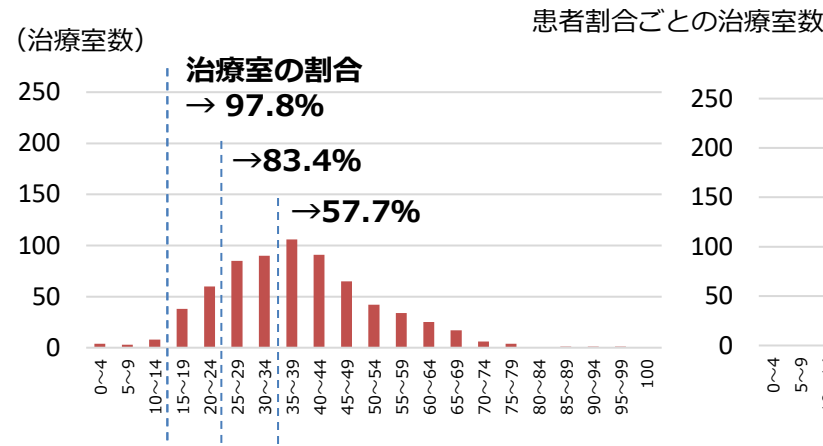
A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	-	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○
12 抗不整脈剤の使用（注射剤）	○	○
13 一時的ペースング	○	○

基準①	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち1項目以上に該当
基準②	1～13のうち1項目以上に該当

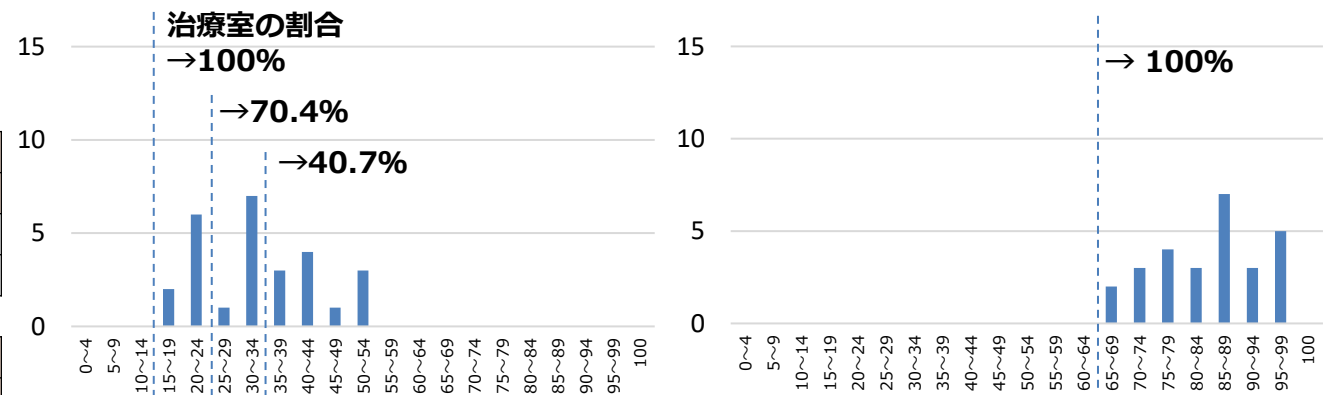
基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2.5割	3.5割	8割
ハイケアユニット 入院医療管理料1	該当治療室割合	97.8%	83.4%	57.7%	98.4%
	該当治療室の患者割合	98.0%	80.3%	48.8%	98.3%

基準に該当する患者割合の要件		基準①			基準②
		1.5割	2.5割	3.5割	6.5割
ハイケアユニット 入院医療管理料2	該当治療室割合	100.0%	70.4%	40.7%	100%
	該当治療室の患者割合	100.0%	57.3%	34.4%	100%

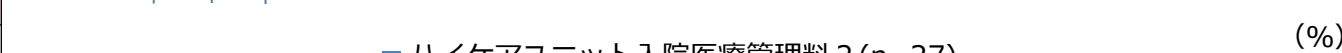
基準①



■ ハイケアユニット入院医療管理料1 (n=681)



■ ハイケアユニット入院医療管理料2 (n=27)



(8) 情報通信機器を用いた精神療法に係る指摘事項

(12月5日 中央社会保険医療協議会 総会)

【個別事項について(その13) 精神医療②】

- 情報通信機器を用いた通院精神療法については、令和6年度診療報酬改定において、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」が整備されたことを踏まえ、指定医による再診に限ることを条件として、評価を了解した経緯がある。今回、当該指針の改訂においてオンライン初診精神療法を認めた理由や、前回改定の検証結果など、実態の分かるデータを改めて示してほしい。

情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）

I 策定の経緯等

- 令和4年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）を実施する場合に必要なと考えられる留意点等について、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定した。
- その後、規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）において、安全性・必要性・有効性の観点から、令和7年末までに適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表することのほか、良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討することが求められたことを踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会において、情報通信機器を用いた診療についての議論が行われた。その見直しの方向性を踏まえ、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（以下、「本指針」という。）を策定した。

II 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- その上で、医師不足や有事になって急にはオンライン診療を活用することが難しいという指摘もあることから、平時からオンライン診療を活用できることが望ましく、オンライン再診精神療法を適切に実施できる医療機関をしっかりと拡充していくことが期待される。

III 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、オンライン初診精神療法については、オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が診察を行うことを前提として、行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して、診察を担当する医療機関と訪問指導等を担当する行政との連携体制が構築されており、診察時に患者の側に保健師等がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合に行うこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。ただし、自らの医療機関において時間外や休日の対応が難しい場合には、患者の居住する地域の医療提供体制を踏まえ、平時から地域の精神科病院との十分な連携体制を確保することにより、当該精神科病院が時間外や休日の対応を担う場合には、当該体制が確保されているものとみなす。
- 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

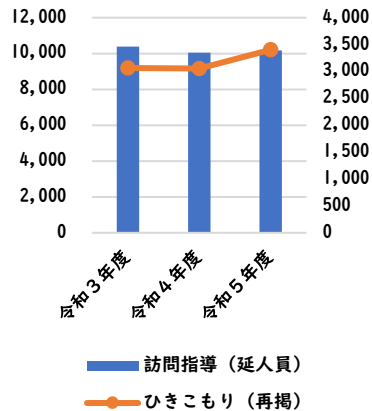
初診におけるオンライン精神療法に係る議論の経緯

精神保健福祉の現状

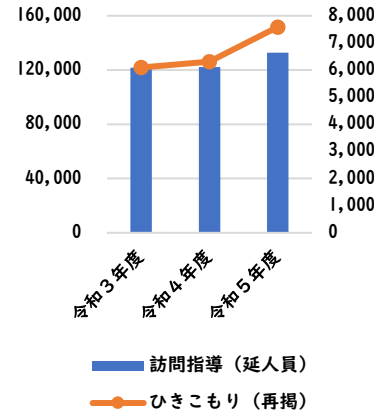
- 精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が実施する保健師等によるひきこもり等への訪問指導（行政が行うアウトリーチ支援）の対応件数は増加傾向である。こうした方は医療機関への受診が困難な場合もあり、行政が行うアウトリーチ支援から必要な方を医療につなげるための支援が求められている。
- 十分な情報がない、初めて診察を受ける患者に対し、情報通信機器による精神療法を適切に実施できることを示す科学的知見は明らかではないが、医療機関と行政職員との連携体制が構築され、行政が行うアウトリーチ支援により蓄積した情報を医療機関が適切に活用ができる場合には、初診からの適切なオンライン精神療法の実施が可能になるとの意見がある。

行政における精神保健福祉（ひきこもり）に関する訪問指導

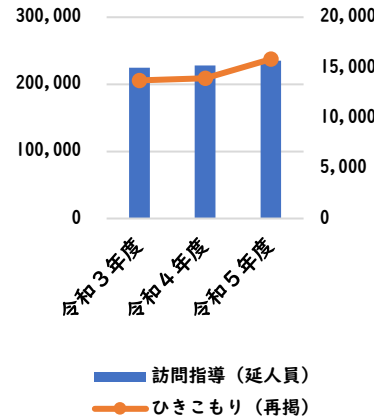
精神保健福祉センターにおける訪問指導件数（延人員）



保健所における訪問指導件数（延人員）（※2）



市区町村における訪問指導件数（延人員）（※2）



オンライン通院精神療法を実施する医療機関からのヒアリングでの御意見

- ・ 保健所や市町村等から未治療者、治療中断者や引きこもりの者等に関する依頼があるが、診察の機会は限られている。医療機関と行政職員との連携体制が構築され、情報収集や情報共有ができる場合には、初診からの適切なオンライン精神療法の実施が可能になると考えられる。

精神保健福祉の検討会の方向性

- 一定の条件のもと、患者自身の希望がある場合には、初診におけるオンライン精神療法を活用して、継続した医療につなげていくことを可能とする指針案が示されている。



精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

1. 趣旨

- 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療保護入院の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
- こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1) 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
- (2) 課題への対応について
- (3) その他

3. 開催状況

第1回	令和6年5月20日	第8回	令和7年8月20日
第2回	令和6年8月7日	第9回	令和7年9月8日
第3回	令和6年10月3日	第10回	令和7年9月29日
第4回	令和7年1月15日	第11回	令和7年10月20日
第5回	令和7年3月10日	第12回	令和7年12月1日
第6回	令和7年5月12日		
第7回	令和7年6月9日		

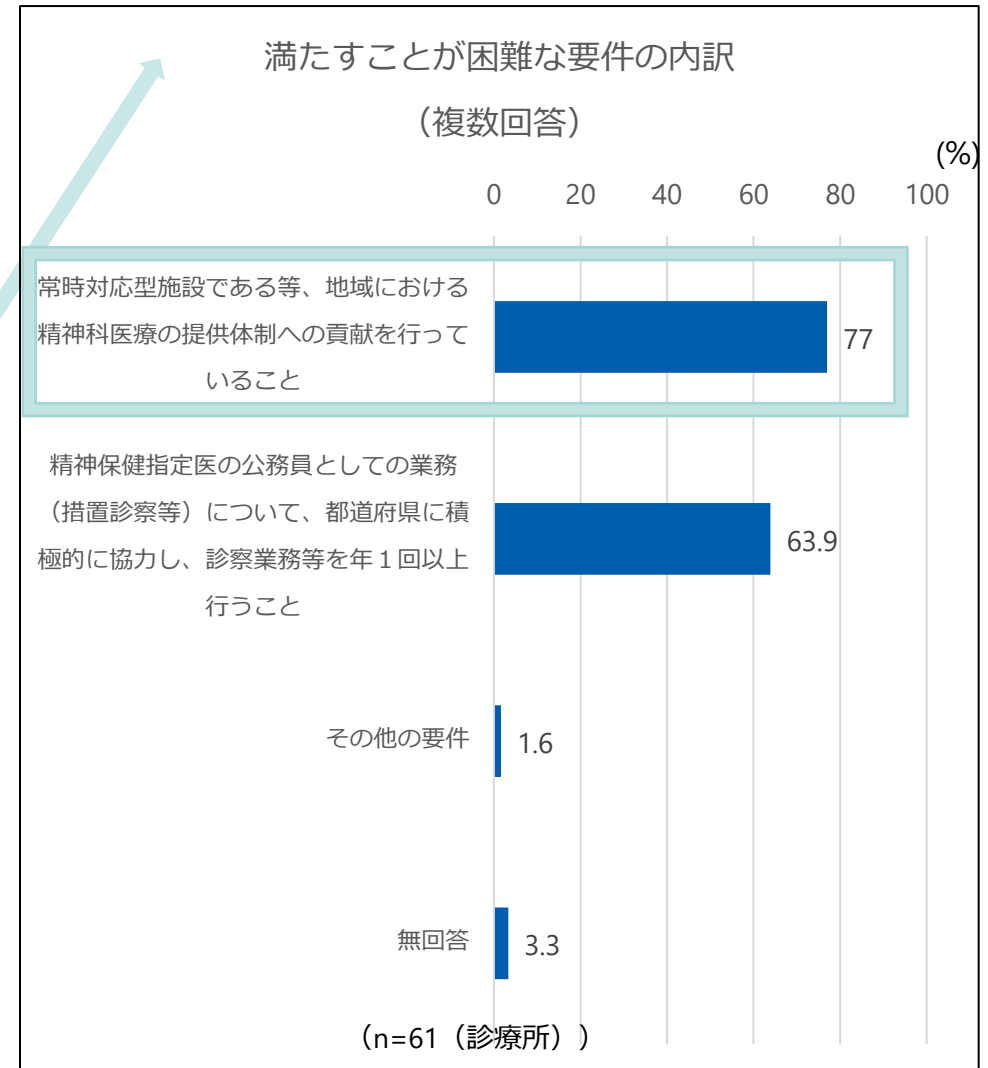
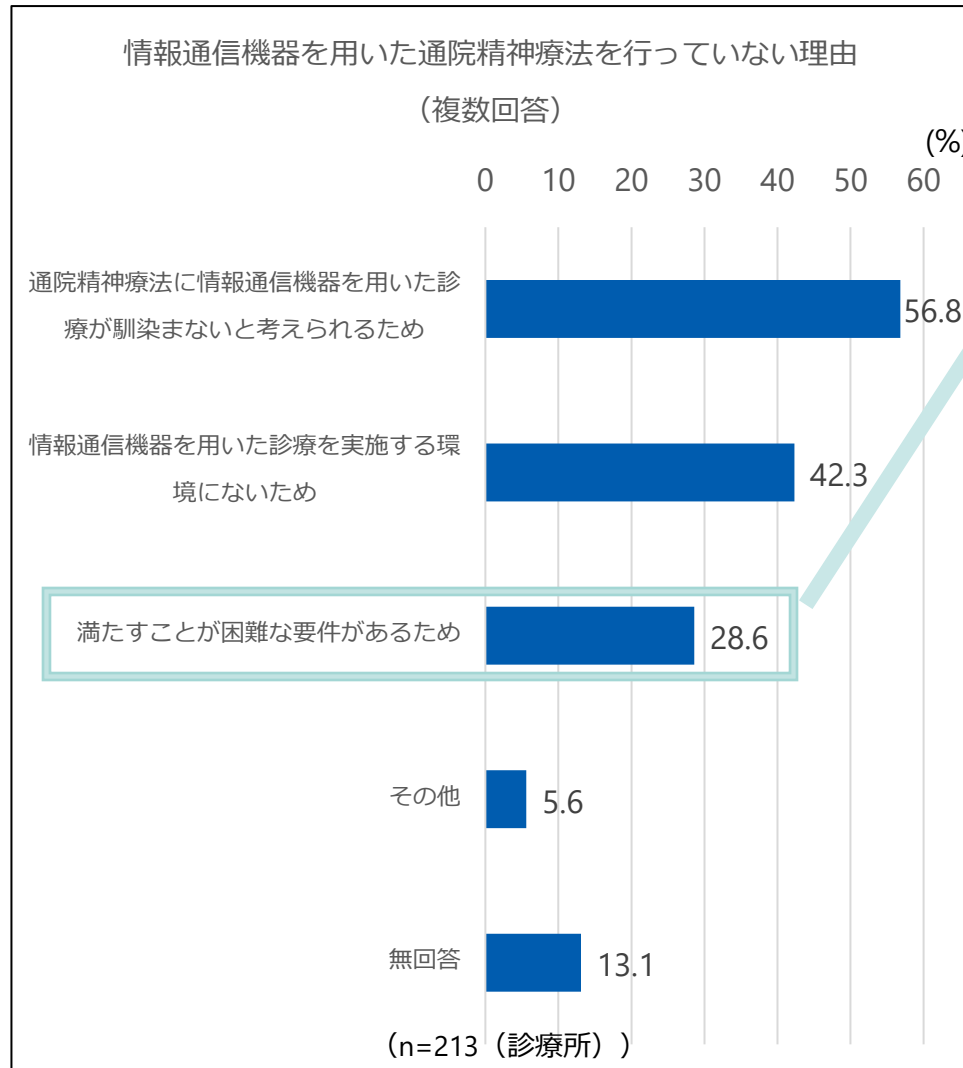
4. 構成員

- | | |
|--------|---------------------------------|
| 家保 英隆 | 高知県理事（保健医療担当） |
| 池原 毅和 | 東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士 |
| 岩上 洋一 | （一社）全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事 |
| 上田 容子 | （公社）日本精神神経科診療所協会事務局長 常任理事 |
| 江澤 和彦 | （公社）日本医師会 常任理事 |
| 岡田 久実子 | （公社）全国精神保健福祉会連合会理事長 |
| 岡部 正文 | 日本相談支援専門員協会理事 |
| 柄澤 尚江 | 北広島市保健福祉部 理事 |
| ○神庭 重信 | 九州大学 名誉教授 |
| 北村 立 | （公社）全国自治体病院協議会 常務理事 |
| 吉川 隆博 | （一社）日本精神科看護協会 会長 |
| 桐原 尚之 | 全国「精神病」者集団運営委員 |
| 柑本 美和 | 東海大学法学部法律学科 教授 |
| 小阪 和誠 | （一社）日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構 代表理事 |
| 小嶋 修一 | TBSテレビ報道局 特別解説委員 |
| ○田辺 国昭 | 東京大学大学院法学政治学研究科 教授 |
| 田村 綾子 | （公社）日本精神保健福祉士協会 会長 兼 聖学院大学 副学長 |
| 辻本 哲士 | 滋賀県立精神保健福祉センター 所長 |
| 長瀬 幸弘 | （公社）日本精神科病院協会 理事 |
| 長谷川 花 | 静岡赤十字病院精神神経科 部長 |
| 花村 温子 | （公社）日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長 |
| 藤井 千代 | NCNP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長 |
| 松本 珠実 | （公社）日本看護協会 常任理事 |
| 水野 紀子 | 東北大学名誉教授 兼 白鷗大学教授 |
| 森 敏幸 | 精神保健福祉事業団体連絡会 共同代表 |
| 山口 文佳 | 長崎県上五島保健所長 |

◎座長、○座長代理（五十音順、敬称略）

情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない理由

- 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない理由として、地域における精神科医療の提供体制への貢献に係る要件を満たすことが難しいことあげる診療所が一定ある。



参考資料

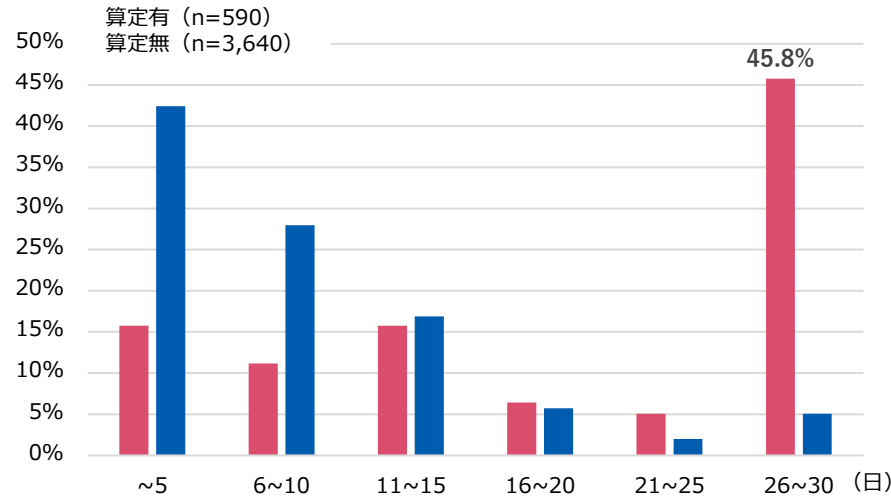
同一建物に居住する利用者がある場合の訪問看護の状況

中医協 総一 2
7 . 1 0 . 1

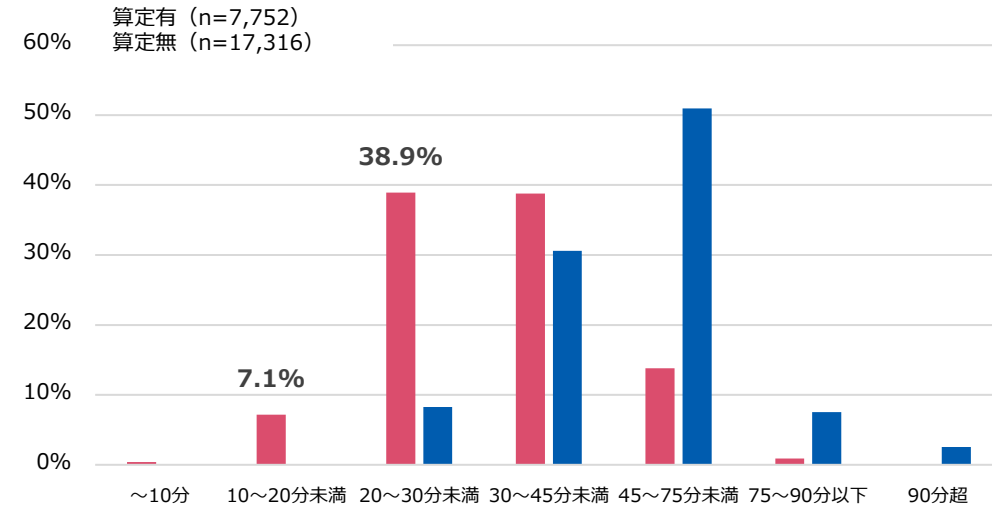
- 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する場合の訪問看護は、1月あたり訪問日数が多く、1回あたりの訪問時間は短い傾向。
- 同一建物に居住する利用者数が増えると、1回の訪問時間は短くなる傾向。

■ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）算定有 ■ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）無

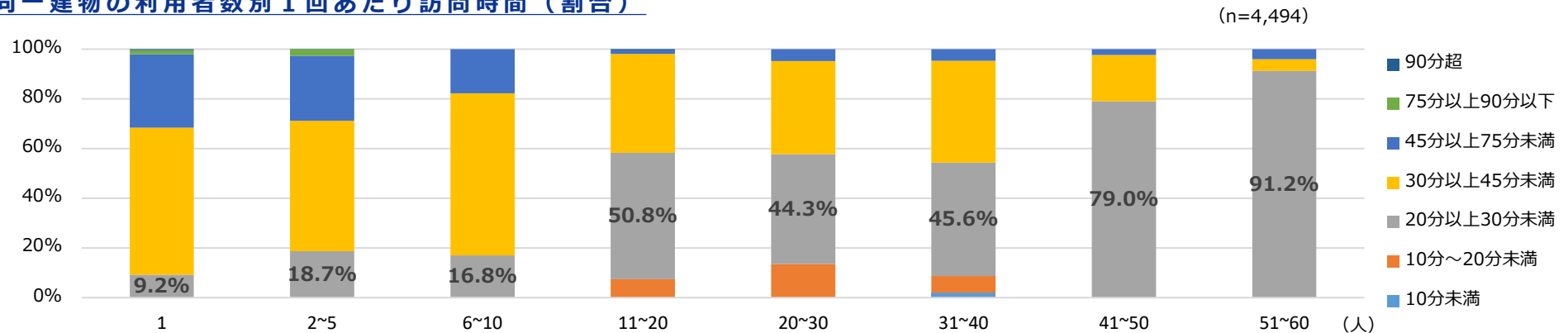
■ 訪問看護基本療養費Ⅱ算定有無別1月あたり訪問日数（割合）



■ 訪問看護基本療養費Ⅱ算定有無別1回あたり訪問時間（割合）



■ 同一建物の利用者数別1回あたり訪問時間（割合）



訪問看護管理療養費 1 及び 2 の届出状況

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 令和 6 年度診療報酬改定において、訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の要件及び評価が見直された。
- 令和 7 年 7 月 1 日時点で、訪問看護管理療養費 1 を届け出たステーション数は 12,317 事業所、訪問看護管理療養費 2 を届け出たステーション数は 7,403 事業所である。

訪問看護管理療養費の見直し（月の 2 日目以降の訪問の場合）

改定後

【訪問看護管理療養費】

2 月の 2 日目以降の訪問の場合（1 日につき）

<u>（新）</u>	<u>イ</u>	<u>訪問看護管理療養費 1</u>	<u>3,000円</u>
<u>（新）</u>	<u>ロ</u>	<u>訪問看護管理療養費 2</u>	<u>2,500円</u>

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費 1 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が 7 割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

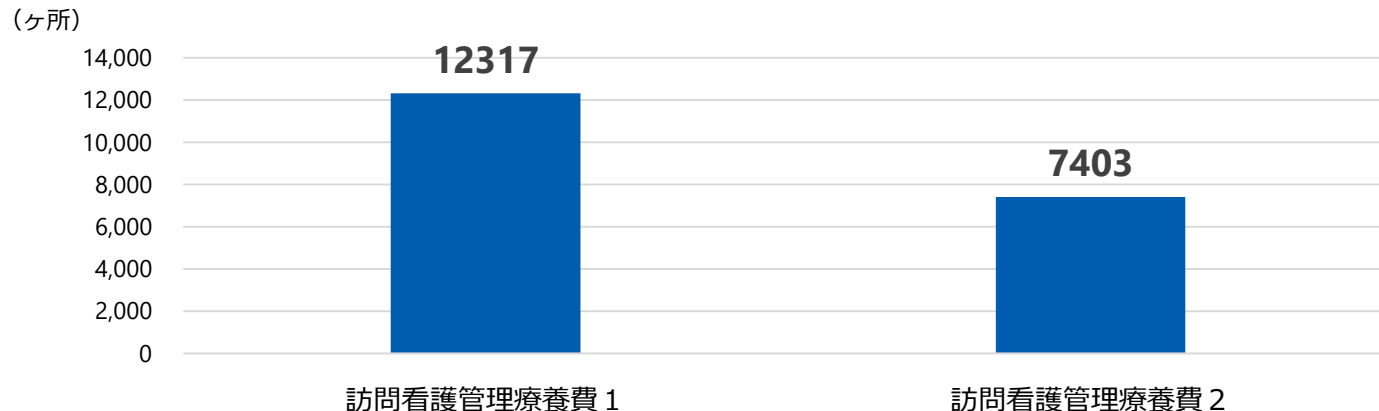
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF 尺度による判定が 40 以下の利用者の数が月に 5 人以上であること。

・ 訪問看護管理療養費 2 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が 7 割以上であること又は当該割合が 7 割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

■ 訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の届出状況



○ 高齢者住まい等に居住する利用者に対して、住まいに併設する訪問看護ステーション等の看護職員から短時間で頻回に実施される看護は、医療機関に入院中の患者への看護と同様に継続・断続的に提供されている状況も想定されるが、訪問看護療養費の算定はその一部である。また、併設する訪問看護ステーションからは効率的に訪問看護を行うことが可能であり、その場合の1月あたり訪問看護療養費の算定は高額となる。

高齢者住まいに居住中の利用者であり、以下の状況を想定した場合の例

- 当該住まいには別表第7の疾病等に該当する利用者が50名居住しており、全員に対して併設する訪問看護ステーションから訪問看護が行われている。また「看護師による24時間のケアや見守り」を提供しているとホームページ等で提示。

■ 1人の利用者への対応スケジュール例（1日）

0（時）		8		16		24	
【看護の例】	巡視	★ 巡視 おむつ交換	食事介助 （申し送り） おむつ交換	★ 観 カテーテル管理 入浴介助	食事介助 おむつ交換 訪問診療 家族面会対応	★ 巡視 おむつ交換	食事介助 おむつ交換 観察 薬剤投与 巡視

※上記以外にナースコール対応等の断続的な対応も想定される。

■ 1月当たり（30日分）の訪問看護療養費算定例（上記1日スケジュールの★部分に対して算定）

		単価（円）	算定日数	計（円）
訪問看護基本療養費Ⅱ	同一日に3人以上、週3日まで	2,780	14	38,920
	同一日に3人以上、週4日以上	3,280	16	52,480
難病等複数回訪問加算	1日に3回以上、同一建物内3人以上	7,200	30	216,000
複数名訪問看護加算	看×補 同一建物内3人以上（1日3回）	9,000	30	270,000
夜間・早朝訪問看護加算		2,100	30	63,000
深夜訪問看護加算		4,200	30	126,000
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650	10	26,500
訪問看護管理療養費	月の初日（機能強化型以外）	7,670	1	7,670
	2日目以降(2)	2,500	29	72,500
24時間対応体制加算	月に1回	6,800	1	6,800
特別管理加算	月に1回	5,000	1	5,000
合計				884,870

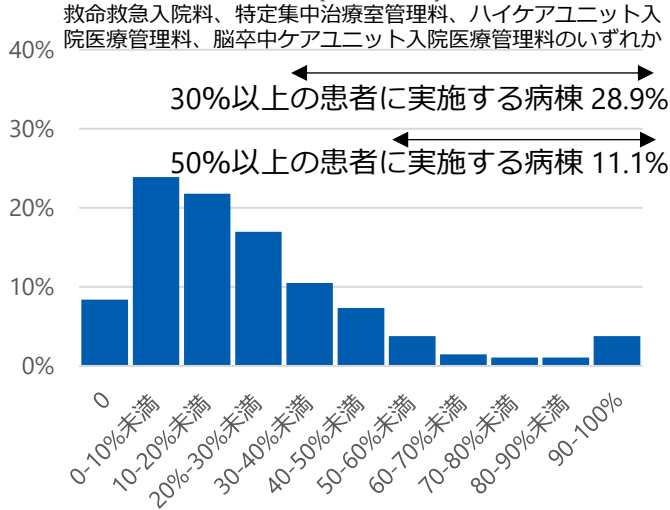
※訪問看護療養費のほか、訪問診療等による診療報酬や訪問介護による介護給付費等の費用も想定される。

入院料ごとの身体的拘束の実施状況

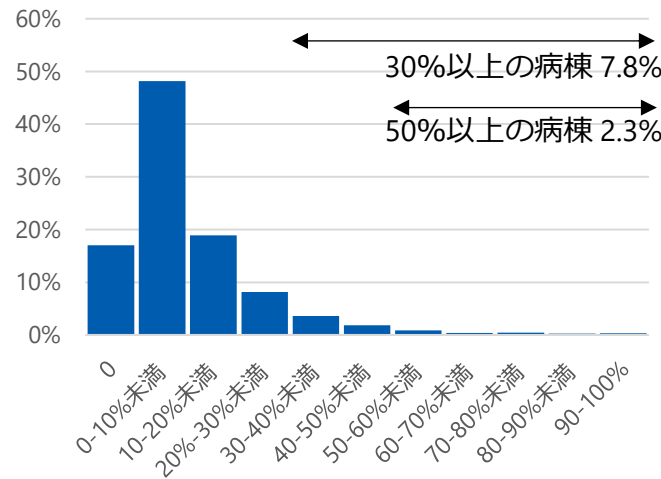
中医協 総-3
7. 10. 29

- 身体的拘束を実施している患者の割合はいずれの入院料においても0~10%をピークとして分布している。治療室、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟では、右になだらかな分布を示し、一定以上の割合の患者に身体的拘束を実施している病棟の割合が比較的高い。

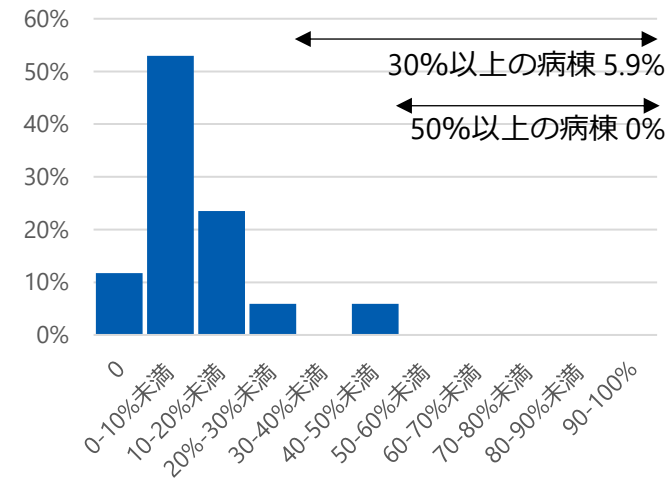
治療室(n=477)



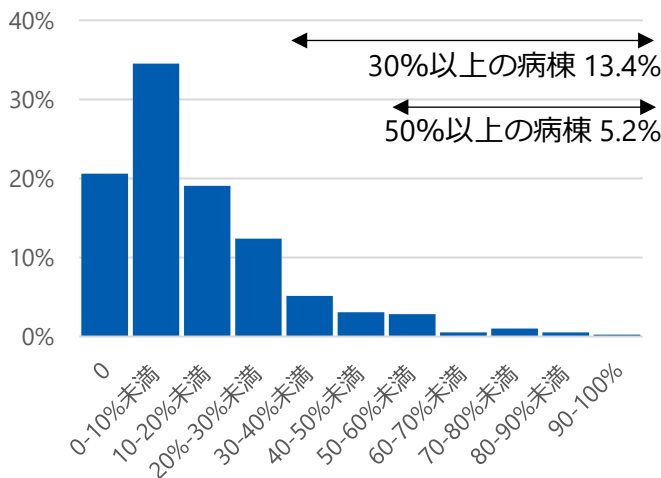
急性期一般入院料(n=2362)



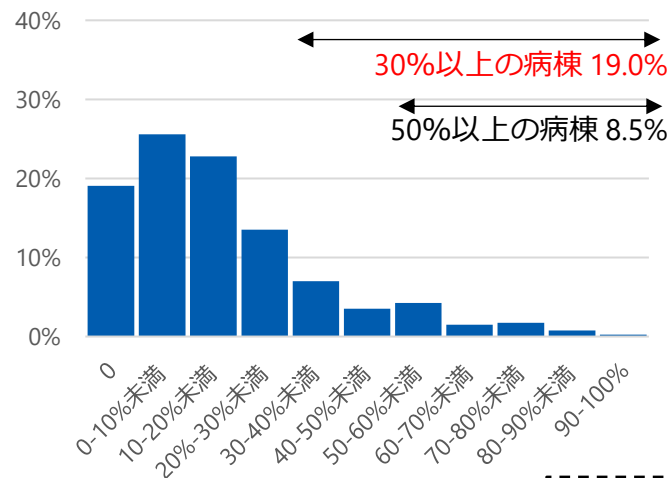
地域包括医療病棟入院料(n=17)



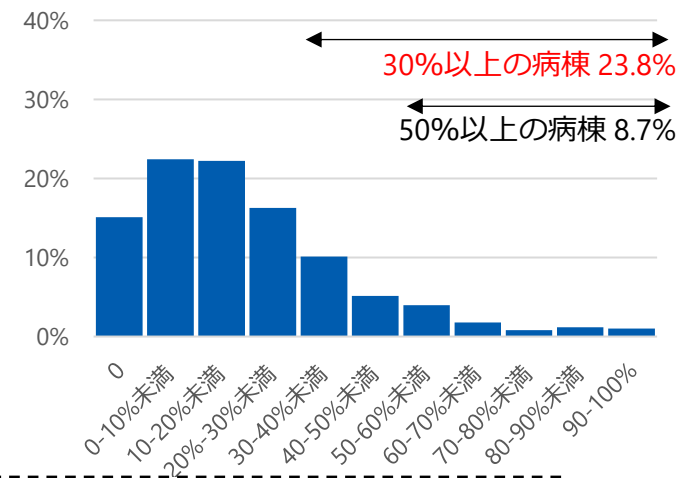
地ケア病棟 (n=388)



回リハ病棟 (n=399)



療養病棟 (n=504)



(※) 身体的拘束の実施率 = 令和6年10月の1か月間における①/②
①身体的拘束を実施した患者数(実人数) ②実入院患者数

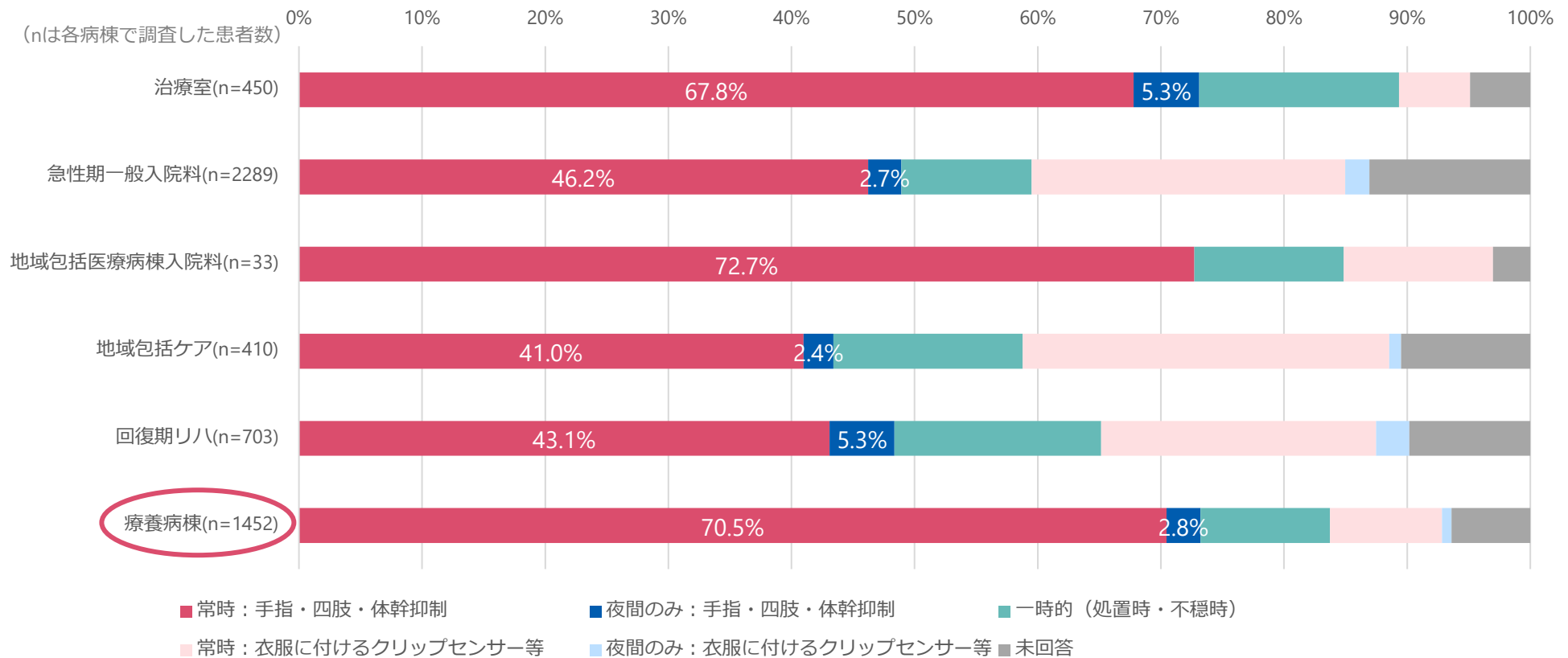
入院料ごとの身体的拘束の時間・方法

中医協 総-3
7. 10. 29

- 身体的拘束が行われている患者のうち手指・四肢・体幹の抑制を常時行っている割合は、治療室、地域包括医療病棟、療養病棟で約7割であった。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では処置時等の一時的な身体的拘束が多かった。また、急性期一般入院料・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟では、衣服等に装着して患者の離床等を把握するクリップセンサー等を使用している割合が高かった。

入院料ごとの身体的拘束の時間と方法

(直近で身体的拘束を行った1日の状況を患者ごとに回答。nは各病棟で調査した患者数)



療養病棟における認知症有無別の処置ごとと身体的拘束実施率

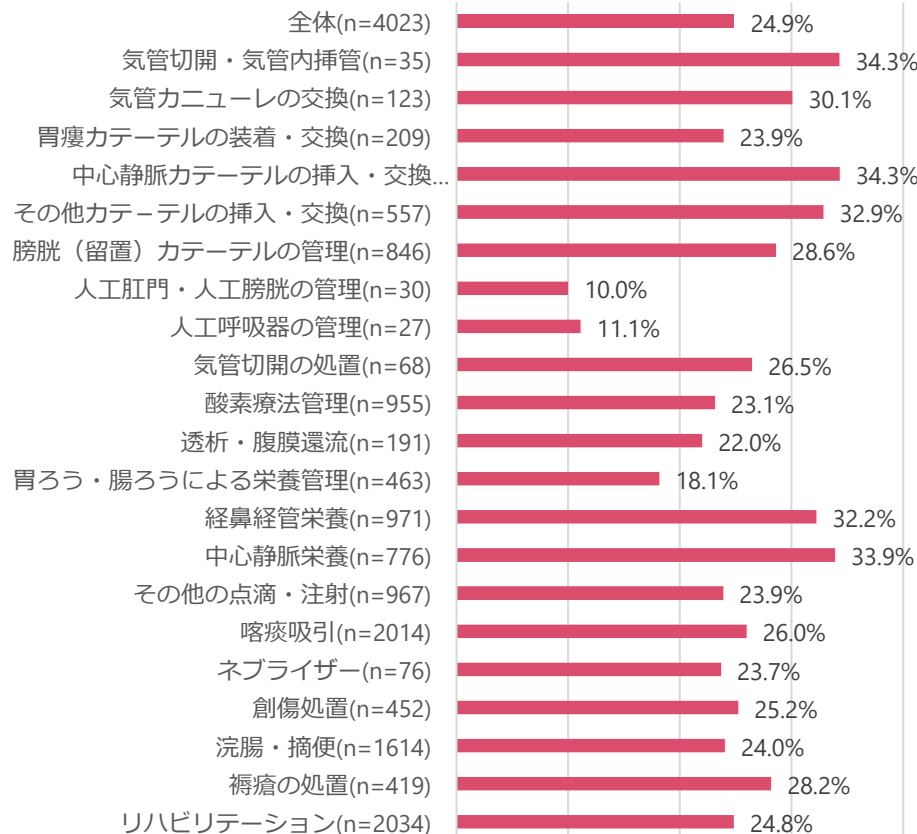
中医協 総-3
7. 10. 29

- 認知症のある患者においては、気管カニューレや経鼻胃管、中心静脈カテーテル等が挿入されている場合に、30%以上の患者においてなんらかの身体的拘束が実施されていた。
- 認知症のない患者においては、認知症のある患者と比べて全体的に身体的拘束の実施割合は低いものの、中心静脈カテーテルや経鼻胃管が挿入されている患者では20%近い割合で身体的拘束が実施されていた。

調査日を含む過去7日間以内に身体的拘束を実施した患者の割合

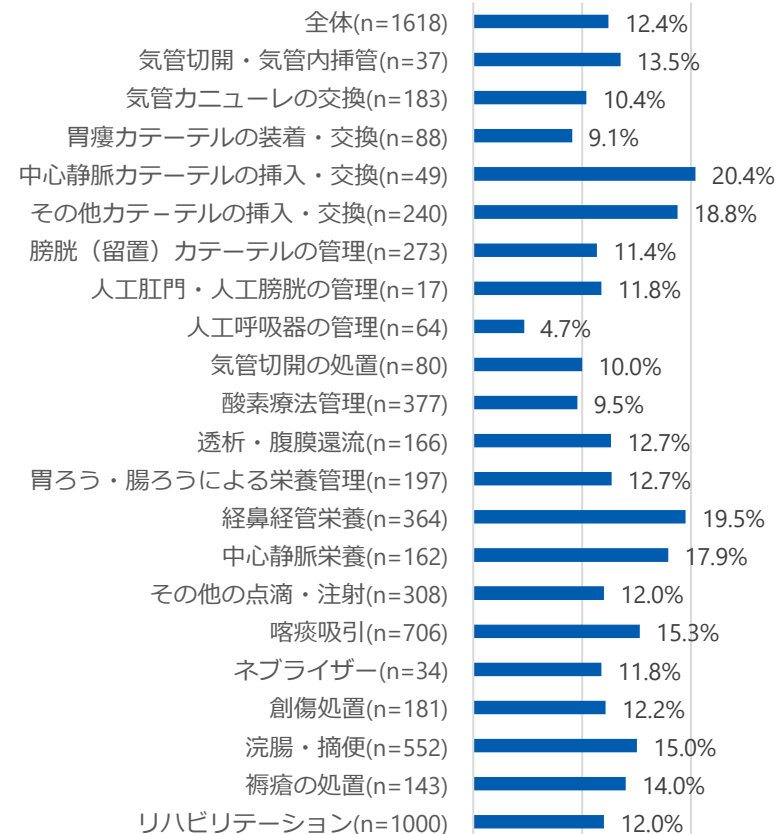
認知症あり

0% 10% 20% 30% 40%



認知症なし

0% 10% 20% 30% 40%



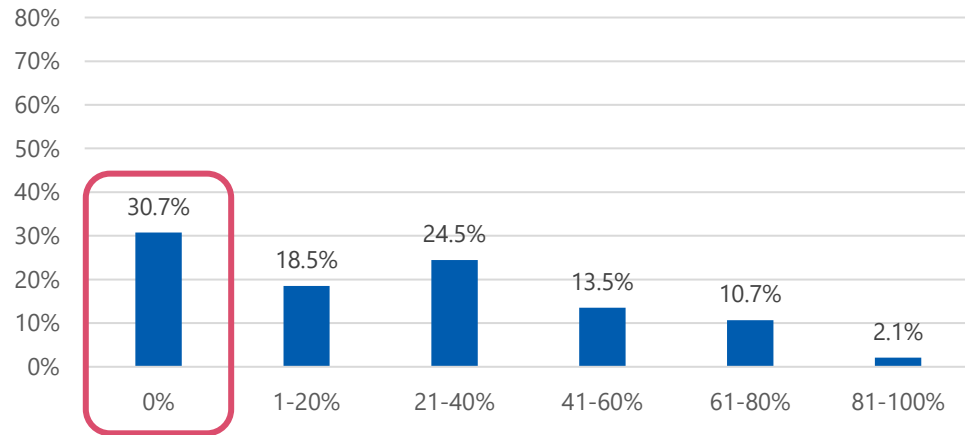
療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

診調組 入-2
7. 8. 21

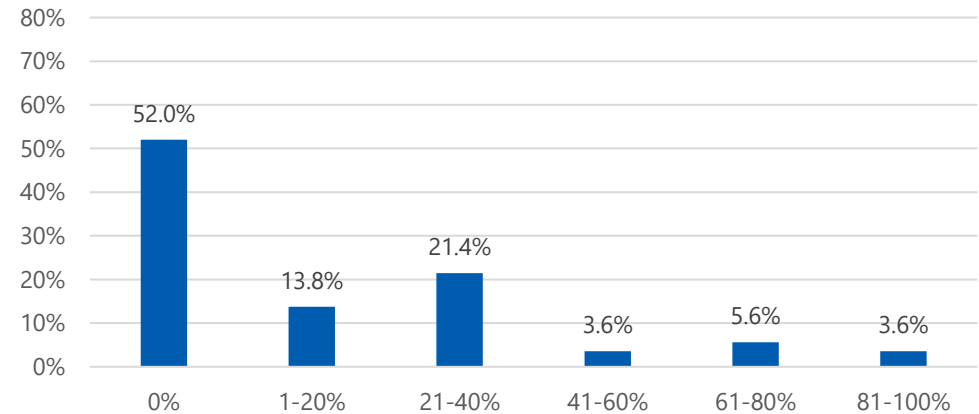
- デバイス（※1）の有無と認知症の有無で群分けした患者ごとに、各施設における調査日から7日間以内の身体的拘束の実施率（※2）を集計すると、デバイスや認知症の有無によって身体的拘束の実施状況には違いがあった。
- デバイスが入っている認知症の患者に対して身体的拘束を実施していない病棟が約3割ある一方、デバイスが入っておらず認知症なしと判断された患者に対して20%以上身体的拘束を実施している施設が約2割存在した。

身体的拘束の実施率ごとの病棟の割合

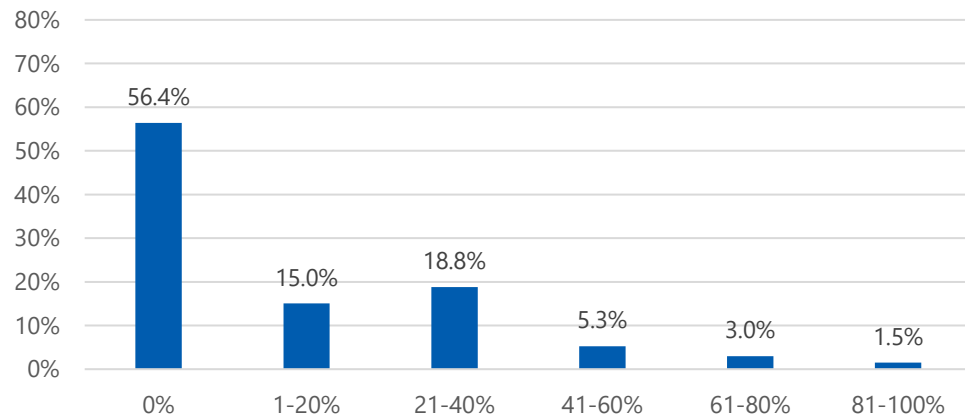
デバイスあり×認知症ありの患者（n=384病棟）



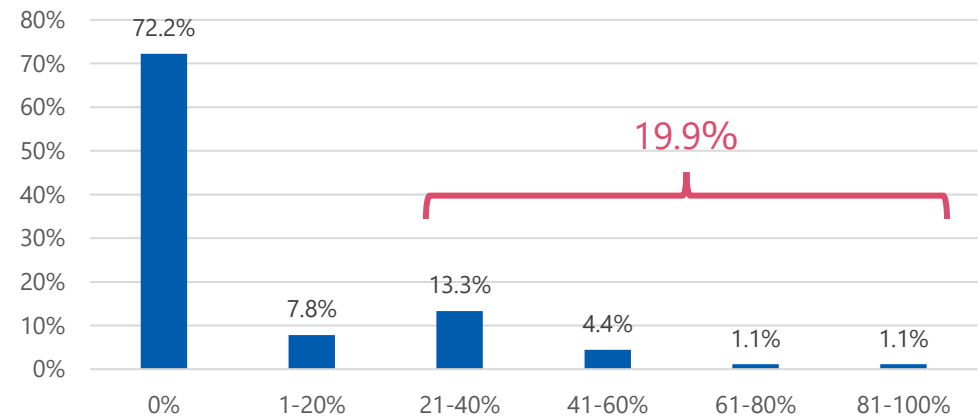
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）



※1 中心静脈栄養、経鼻胃管、胃ろう・腸ろう、末梢点滴、尿道カテーテル、人工呼吸器のいずれか。
 ※2 身体的拘束の実施率=身体的拘束を過去7日以内に実施された患者人数/各群に該当する患者全体の人数（いずれも患者票で回答された患者）

障害者施設等入院基本料等を算定する患者の傷病名

中医協 総-3
7. 10. 29

- 慢性期の入院料別の主たる傷病名ごとの患者数は以下のとおりであり、障害者施設等入院基本料7対1入院料とそれ以外では、疾患の傾向や平均年齢が異なっている。
- 廃用症候群は、障害者施設等入院基本料10対1～15対1と療養病棟の双方に多く入院していた。
- 障害者施設等入院基本料においては、廃用症候群は肢体不自由として対象患者となっている割合が高かった。

入院料別の入院患者数が多い主傷病名上位5疾患

		主傷病名	割合	平均年齢	平均年齢 (療養)	肢体不自由 割合
7 対 1	1	脳性麻痺	48.5%	45歳	47歳	89%
	2	低酸素性脳症	4.4%	35歳	65歳	61%
	3	筋萎縮性側索硬化症	3.6%	75歳	71歳	6.7%
	4	てんかん	2.7%	49歳	72歳	100%
	5	筋強直性ジストロフィー	2.7%	41歳	81歳	9.1%
10 対 1	1	脳性麻痺	26.0%	40歳	47歳	94%
	2	廃用症候群	5.0%	85歳	85歳	79%
	3	末期腎不全	2.8%	73歳	78歳	81%
	4	低酸素性脳症	2.5%	43歳	65歳	100%
	5	てんかん	2.3%	52歳	72歳	77%
13 対 1 ・ 15 対 1	1	廃用症候群	11.8%	89歳	85歳	85%
	2	脳性麻痺	10.0%	35歳	47歳	100%
	3	慢性腎不全	5.9%	79歳	79歳	15%
	4	てんかん	5.0%	48歳	72歳	82%
	5	誤嚥性肺炎	4.5%	86歳	86歳	70%

		主傷病名	割合	平均年齢	平均年齢 (療養)	肢体不自由 割合
療 養 病 棟	1	脳梗塞・脳梗塞後遺症	9.4%		86歳	
	2	廃用症候群	5.4%		85歳	
	3	アルツハイマー型認知症	4.7%		88歳	
	4	慢性心不全	4.0%		88歳	
	5	誤嚥性肺炎	3.8%		86歳	

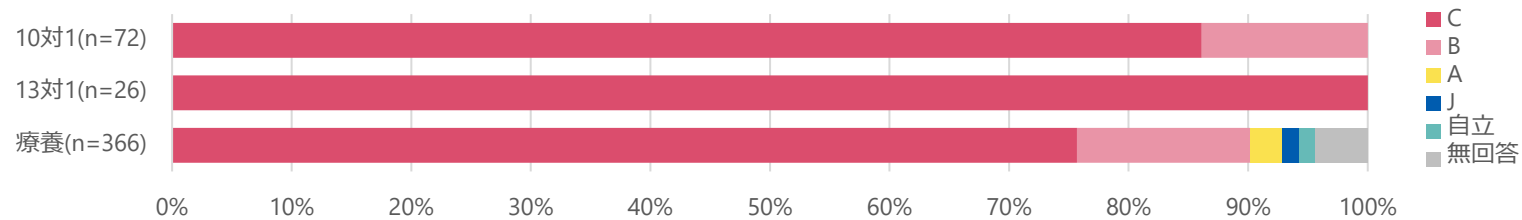
慢性期の病棟における廃用症候群の入院医療の状況

中医協 総-3
7. 10. 29

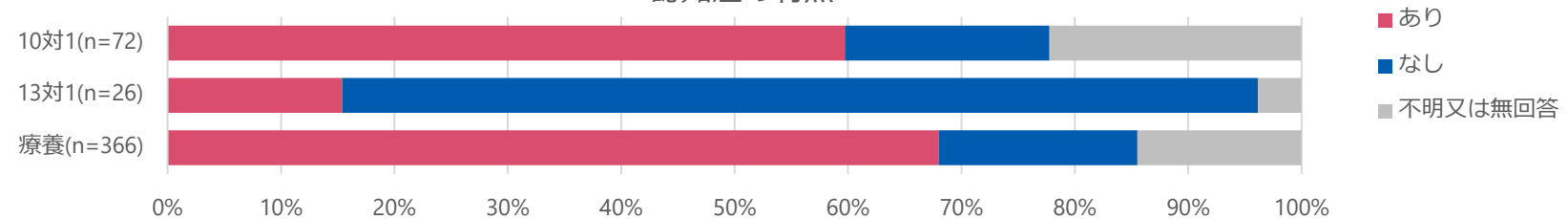
- 廃用症候群を主傷病名として入院する患者の状態は、障害者施設等入院基本料と療養病棟入院料で類似していた。
- レセプト請求点数は、障害者施設等入院基本料で他の入院料より高かった。

廃用症候群を主傷病とする患者の状態

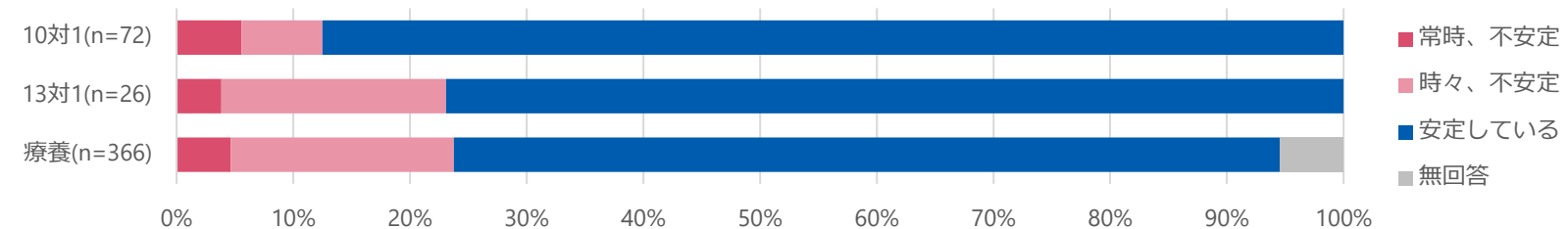
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）



認知症の有無

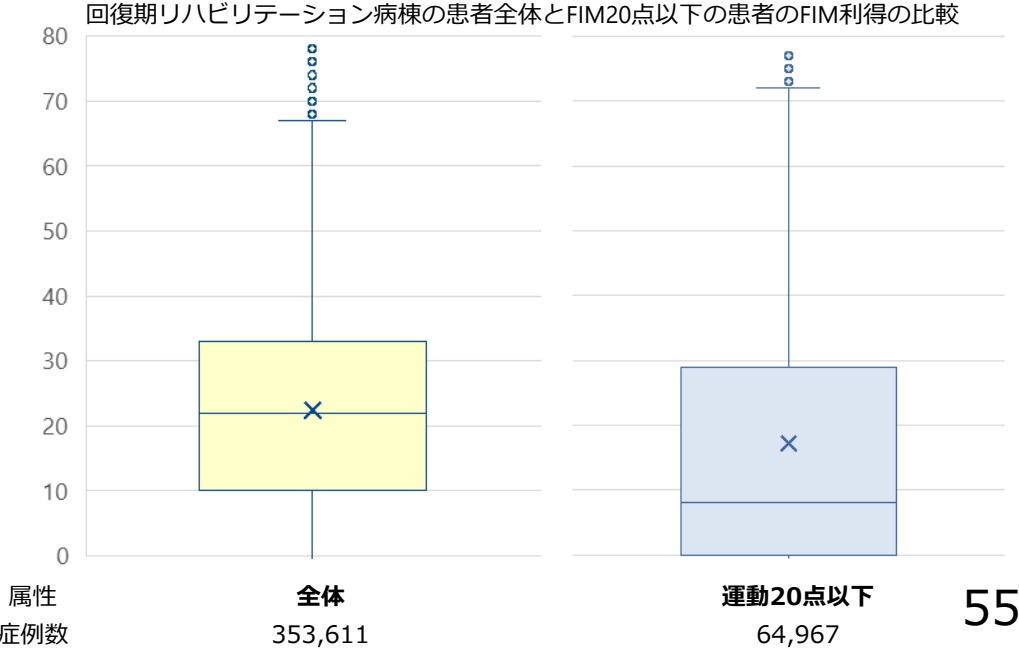
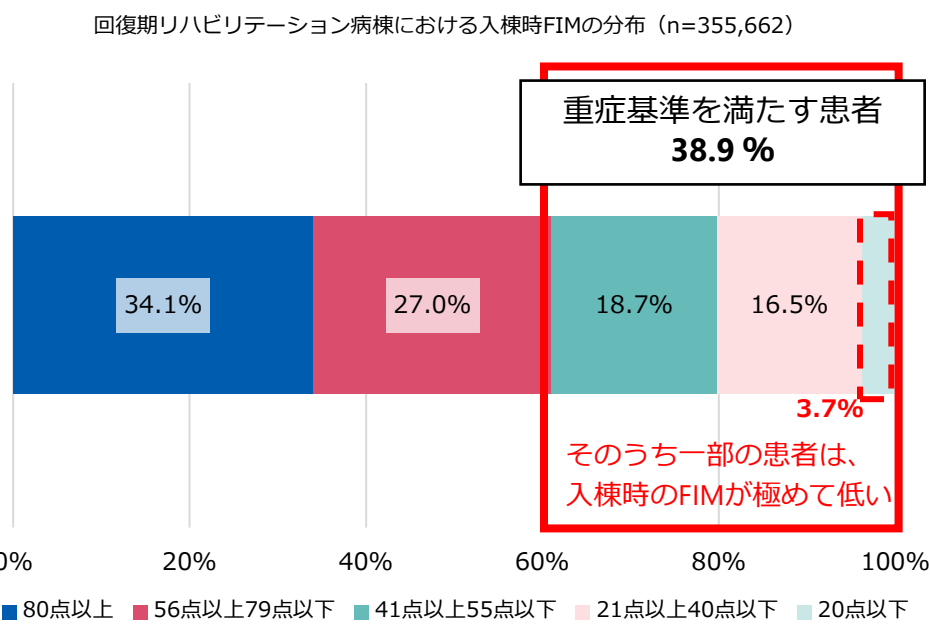


医療的な状態



- 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		－



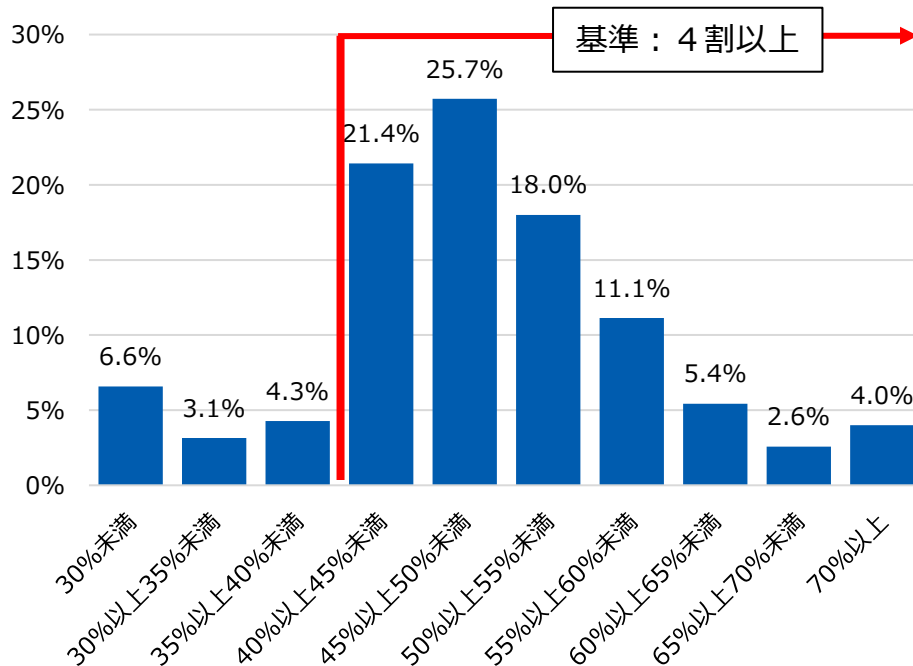
回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合

中医協 総-2
7.11.14

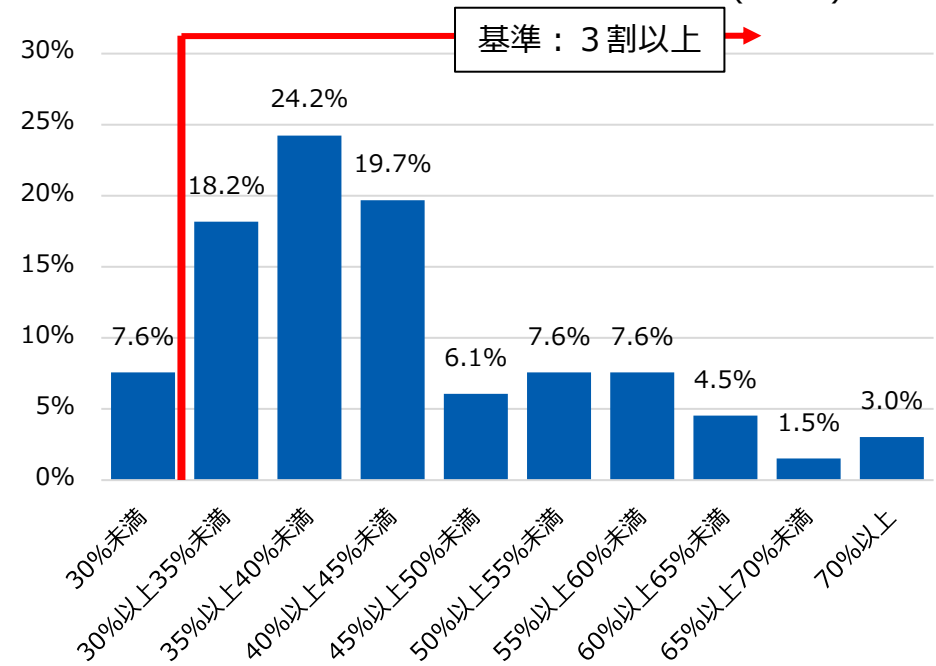
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟ごとの重症患者割合については、各入院料の基準値に近い病棟が多い。特に高い重症患者割合を求めている回復期リハビリテーション病棟入院料1, 2において、その傾向が顕著であった。

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。**

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**

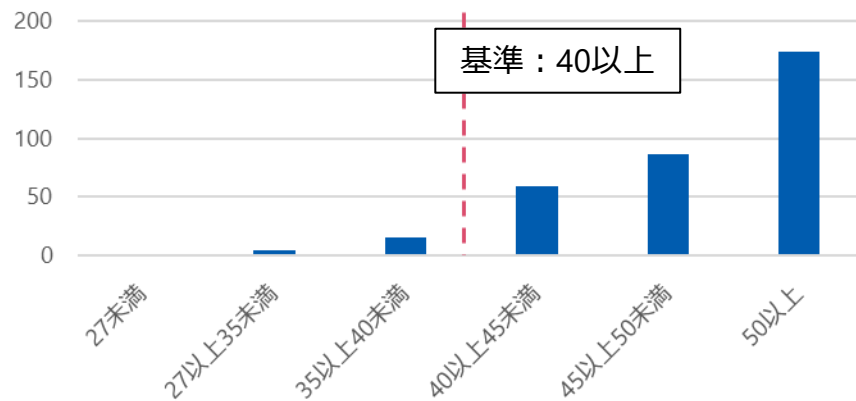
除外患者の割合が多いほど、リハビリテーションの効果が得られにくい患者の割合も増える可能性がある

リハビリテーション実績指数の分布

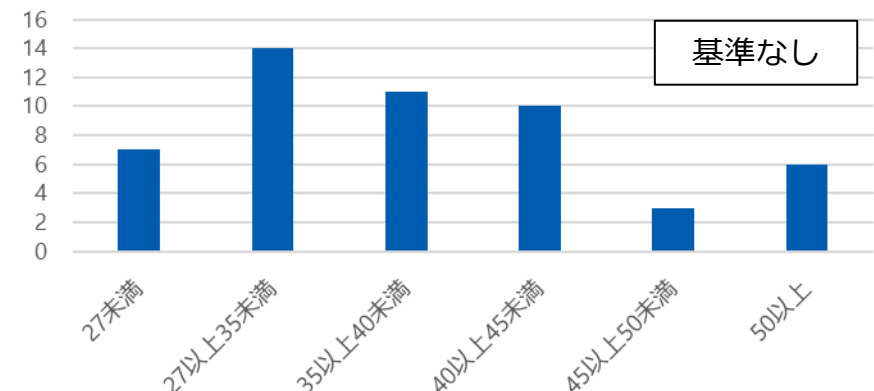
中医協 総-3
7.7.23改

- 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。

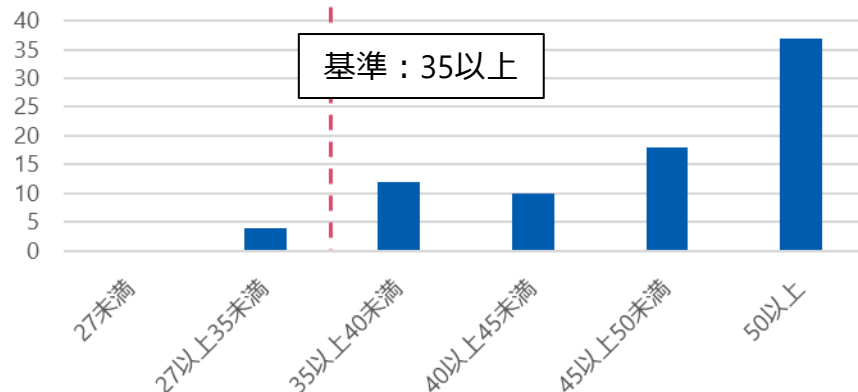
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数
(n=339)



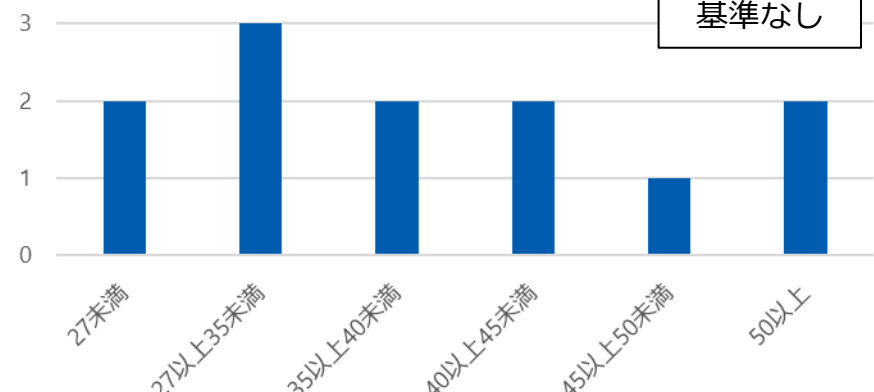
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数
(n=51)



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

中医協 総-2
7. 11. 14

- 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。

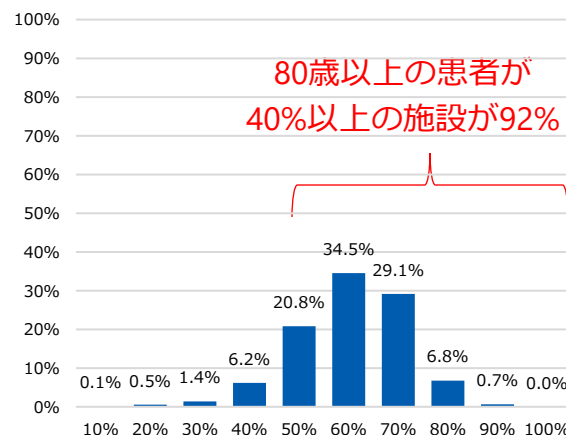
【対象】

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。

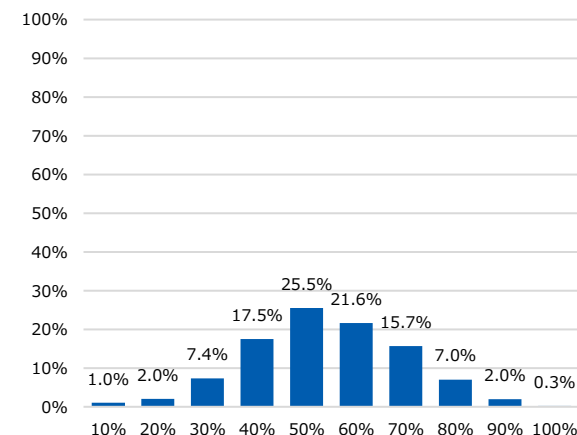
【集計方法】

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）。

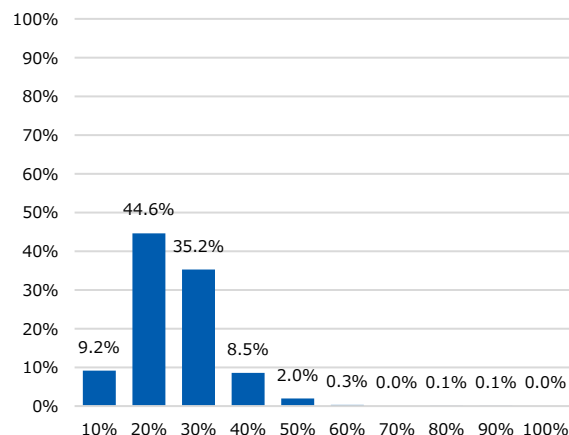
入棟時年齢80歳以上が占める割合



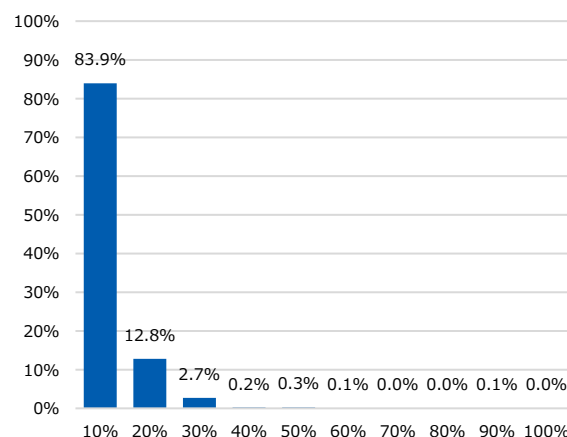
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



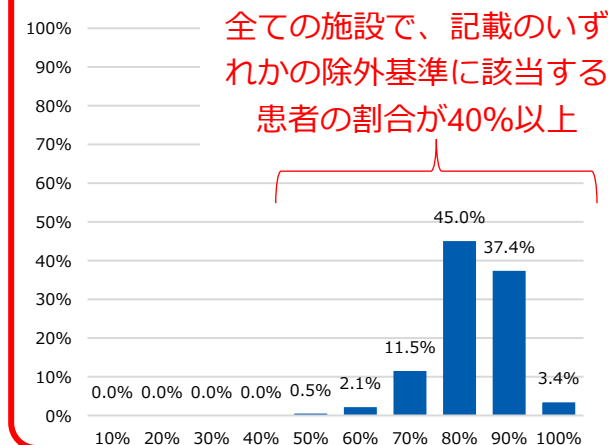
入棟時FIM運動項目20点以下が占める割合



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

