

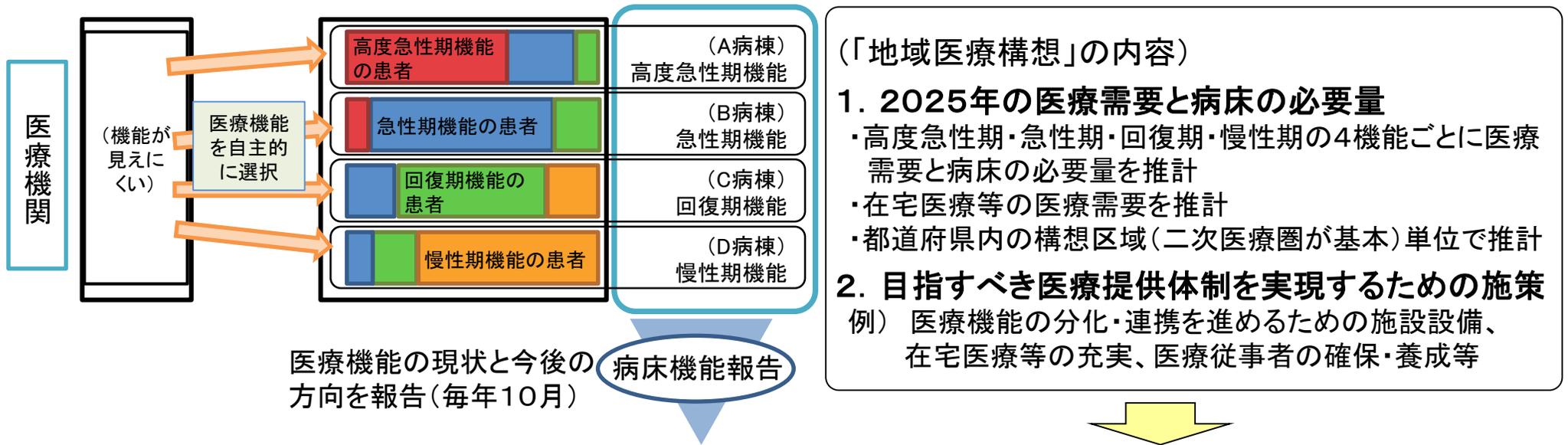
# 入院(その4)

## 慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。  
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



都道府県 医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

# 病床機能報告制度

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

中 医 協	総 - 2
3 . 8 .	2 5

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者へ在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

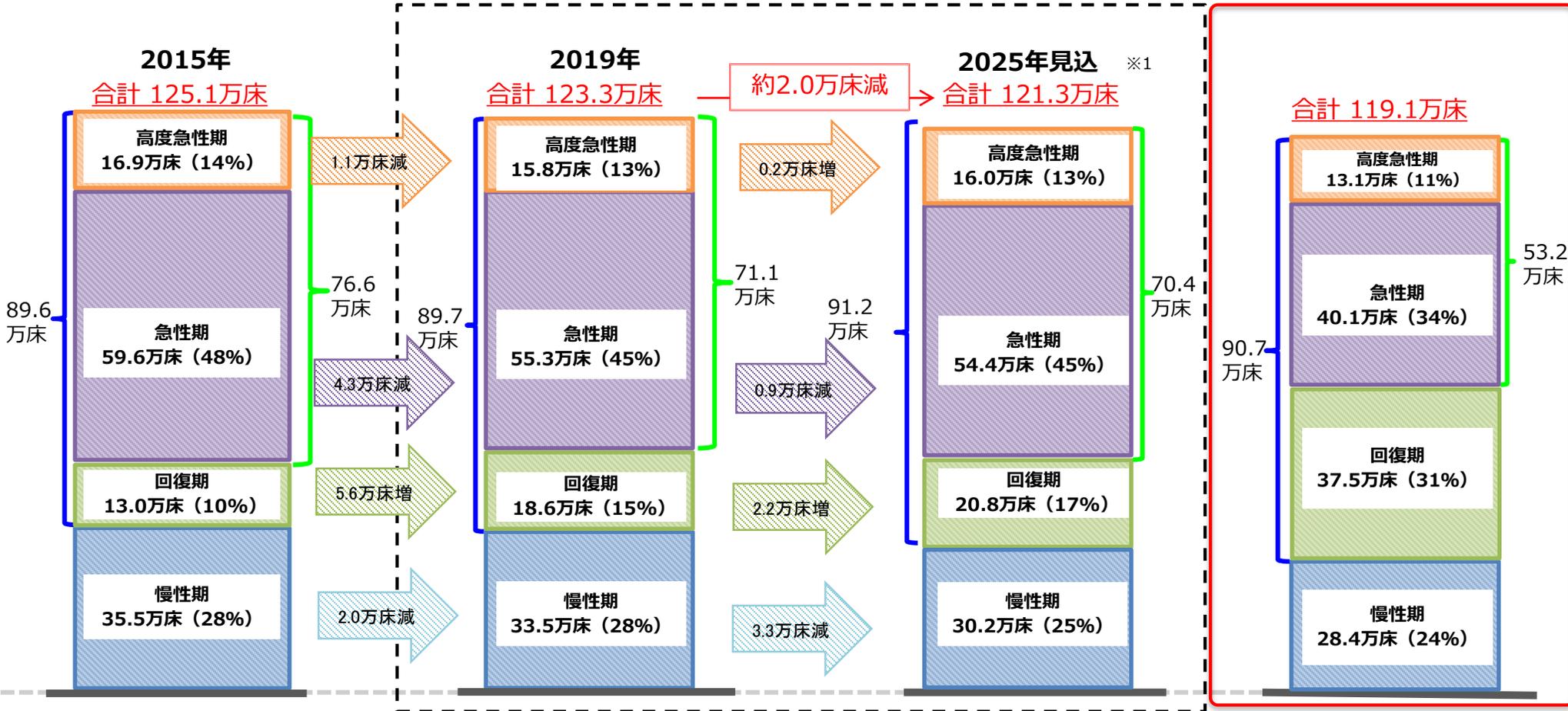
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご注意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

# 2019年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4  
2025年の病床の必要量  
(平成28年度末時点の推計)

## 2015年度病床機能報告

## 2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

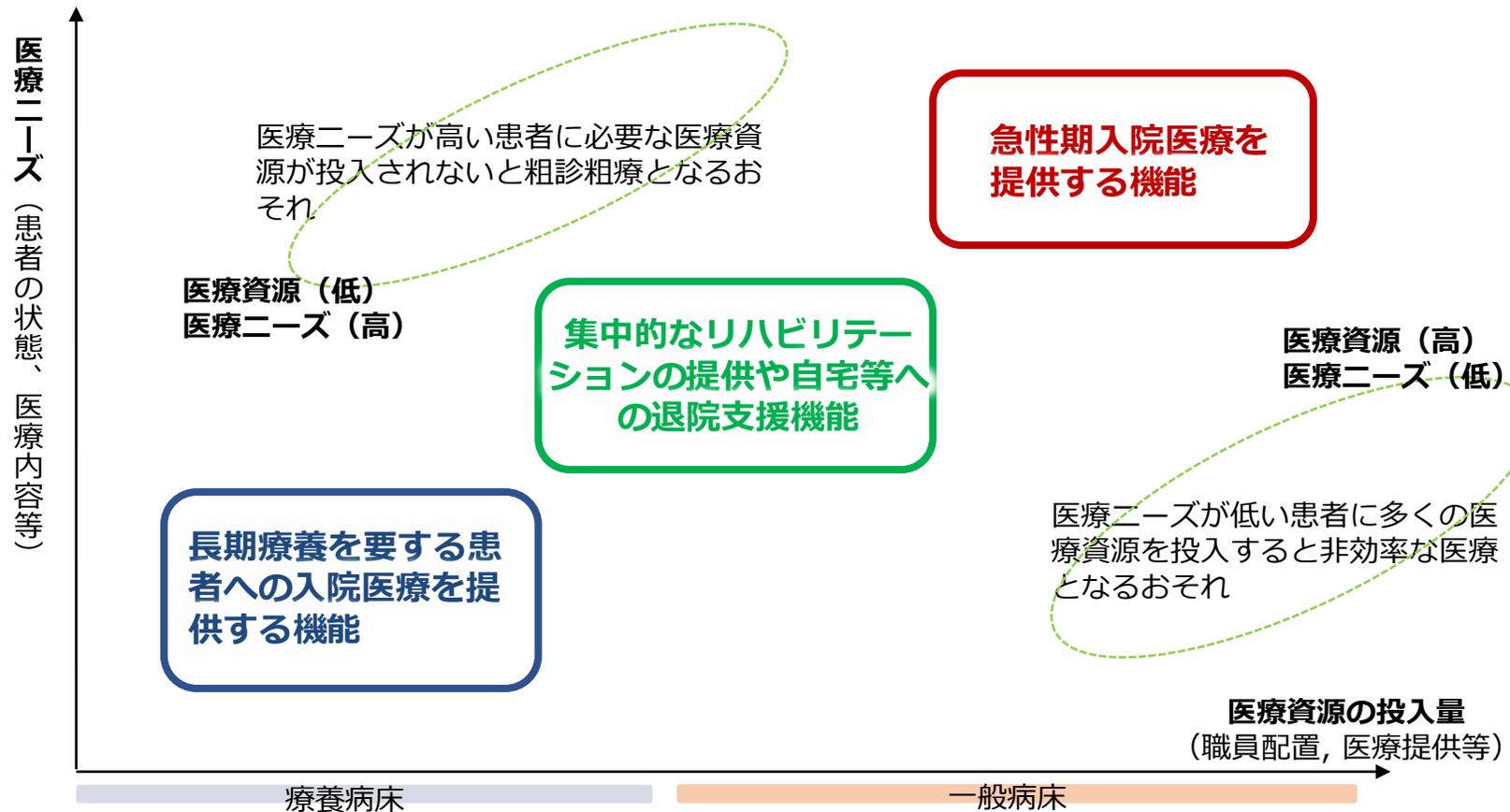
※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

## 入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総-1-2  
3.10.27

医療法の  
位置付け

## 一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床  
病床利用率 76.5%  
平均在院日数 16.0日

## 療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床  
病床利用率 87.3%  
平均在院日数 135.9日

### DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2  
(▲6,202床)  
※2 H31.4.1現在

### 特定機能病院

入院基本料  
86施設  
58,175床※1  
(▲395床)  
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料  
19施設 6,133床 (▲182床)

救命救急入院料

入院料1 183施設 3,528床  
入院料2 25施設 196床  
入院料3 80施設 1,666床  
入院料4 82施設 902床

合計 370施設 6,292床 (▲68床)

特定集中治療室管理料

管理料1 140施設 1,397床  
管理料2 70施設 797床  
管理料3 349施設 2,390床  
管理料4 64施設 618床

合計 623施設 5,202床 (▲33床)

ハイクアユニット入院医療管理料

管理料1 582施設 5,779床  
管理料2 30施設 305床

合計 612施設 6,084床 (+328床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

180施設 1,479床 (+79床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 116床 (+8床)

新生児特定集中治療室管理料

229施設 1,629床 (▲23床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 851床 (+36床)  
新生児 1,720床 (+67床)

新生児治療回復室入院医療管理料

202施設 2,899床 (+59床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (+2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,438床 (+75床)	管理料2 183施設 6,158床 (▲114床)	管理料3 97施設 2,267床 (▲4床)	管理料4 379施設 8,044床 (+73床)	管理料5 154施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------

### 一般病棟入院基本料

584,162床 (▲8,178床)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
813施設 53,511床 (+4,960床)	179施設 9,478床	407施設 18,812床 (▲1,524床)	71施設 3,323床 (▲397床)	56施設 2,184床 (▲88床)	45施設 1,876床 (▲808床)	1,571施設 89,184床 (+1,930床)

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
1,203施設 38,981床 (+7,532床)	1,315施設 43,803床 (▲1,564床)	49施設 1,329床 (▲69床)	83施設 1,792床 (▲499床)	2,650施設 85,905床 (+5,400床)

### 障害者施設等入院基本料

882施設  
70,269床 (▲35床)

### 特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床  
入院料2 2施設 79床  
合計 5施設 217床 (±0床)

### 特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
103施設 5,431床 (▲178床)	106施設 7,539床 (+328床)	32施設 444床 (▲3床)

### 緩和ケア病棟入院料

入院料1 209施設 4,245床  
入院料2 246施設 4,684床  
合計455施設 8,929床 (+283床)

### 療養病棟入院基本料

210,073床 (▲5,407床)

### 介護療養 病床

33,331床  
※R元.6末病院報告

施設基準届出  
令和2年7月1日現在  
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,770施設 64,209床 (▲2,297床)

有床診療所 (療養) 475施設 4,706床 (+644床)

### 精神科救急入院料

入院料1 163施設 10,586床 (+709床)  
入院料2 4施設 127床 (▲94床)

### 精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 360施設 16,280床 (+260床)  
入院料2 13施設 508床 (▲343床)

### 精神病棟 1,179施設 143,543床 (▲3,343床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 376床 (+2床)  
児童・思春期精神科入院 46施設 1,491床 (+83床)

### 精神療養病棟入院料

819施設 90,266床 (▲943床)

### 認知症治療病棟入院料

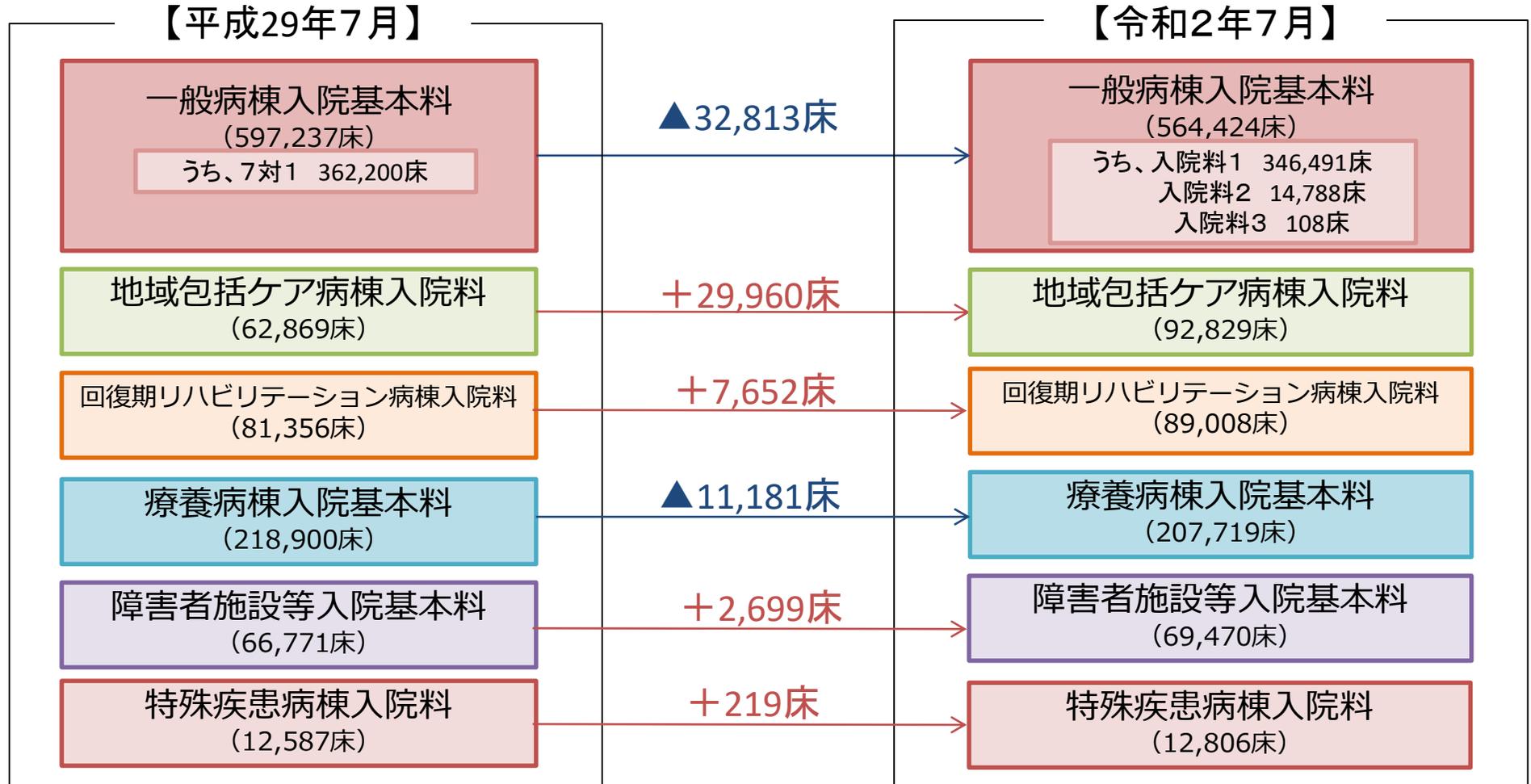
入院料1 536施設 37,322床 (+804床)  
入院料2 4施設 296床 (▲364床)

地域移行機能強化病棟入院料  
38施設 1,435床 (+58床)

結核病棟 168施設 3,905床 (+5床)

# 病床数の推移について(概要)

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和2年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



出典：保険局医療課調べ

※各年7月1日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

# 慢性期入院医療に係る主な指摘事項

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 療養病棟入院基本料の経過措置について、経過措置終了の期限を迎えるにあたって患者に不利益が及ばないよう丁寧な対応をするべき。また、経過措置の医療機関数などについて分析するべき。
- 慢性期の医療機能を有する病棟でもデータ提出加算の届出の要件化が進んでいるが、実態を把握すべき。
- 療養病棟入院基本料の経過措置については、減少傾向にあることから、令和3年度末で終了すべき。

(9月22日・10月27日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- 療養病棟入院基本料の経過措置は、リハビリテーションを短期間でやって減算されている点数を補っている。担っている機能にあわせ、介護施設等への移行を促す措置を行うべきではないか。
- 医療区分ADL区分について中心静脈栄養が未だに多い。また、中心静脈栄養の患者のうち、約9割に嚥下リハビリが実施されていない。医療区分の取扱いの検討と嚥下リハビリの推進を行うべきではないか。

## 慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
  - 2-1 入院料毎の患者の状態等について
  - 2-2 医療区分・ADL区分について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（療養病棟入院基本料について）

- 経過措置(注11)について、短い入院期間で、リハビリテーションを他の入院料より多く実施していること等を踏まえると、療養病棟入院基本料としての役割から少しずれており、そのあり方を検討するべき。

# 療養病棟入院基本料について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

## 療養病棟入院料 1

### 【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

### 医療区分

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

## 療養病棟入院料 2

### 【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

### ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。  
( 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 )

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

# 療養病棟入院基本料の概要

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

\*:生活療養を受ける場合の点数は除く。

# 療養病棟入院基本料について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

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

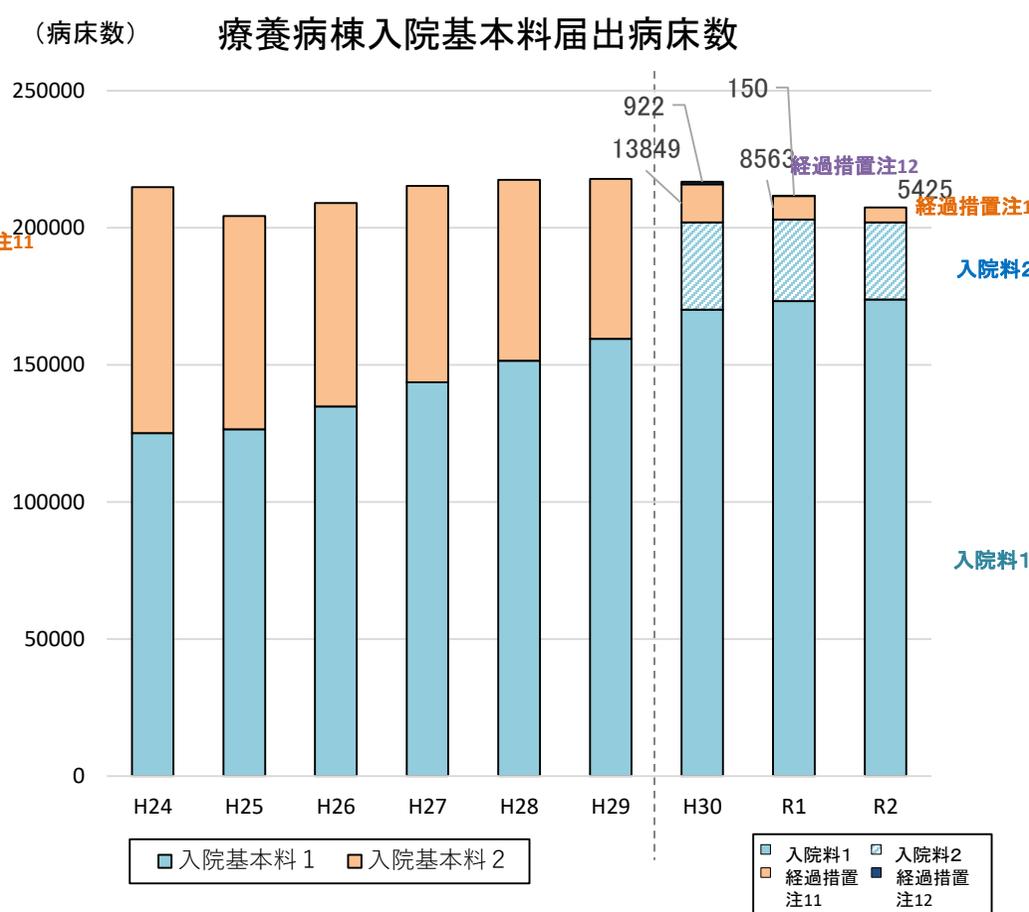
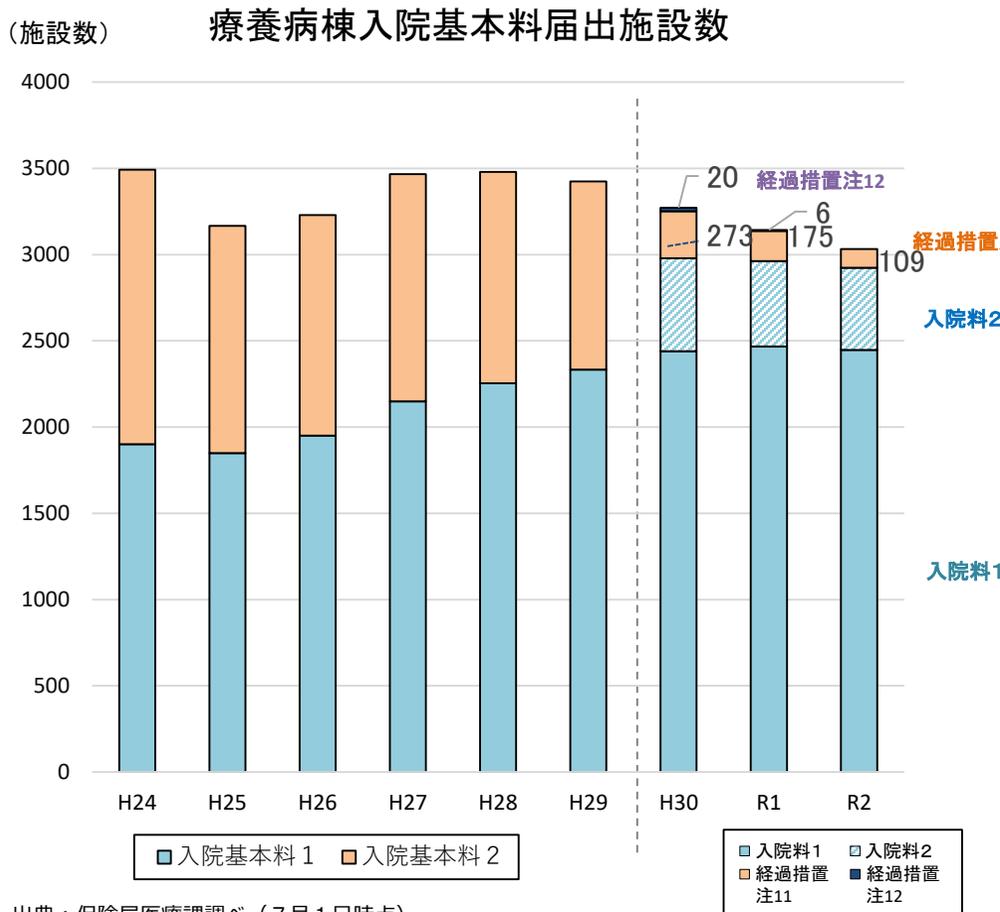
○ 療養病棟入院基本料について、検査・画像診断(一部を除く。)等に係る費用については当該入院基本料に含まれ、リハビリテーションや手術等に係る費用は左記のとおり、出来高で算定できる。

○: 包括範囲  
—: 包括範囲外

# 療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 経過措置(注11)(看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満)の届出施設数は令和2年7月1日時点で109施設、5425床であった。



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）

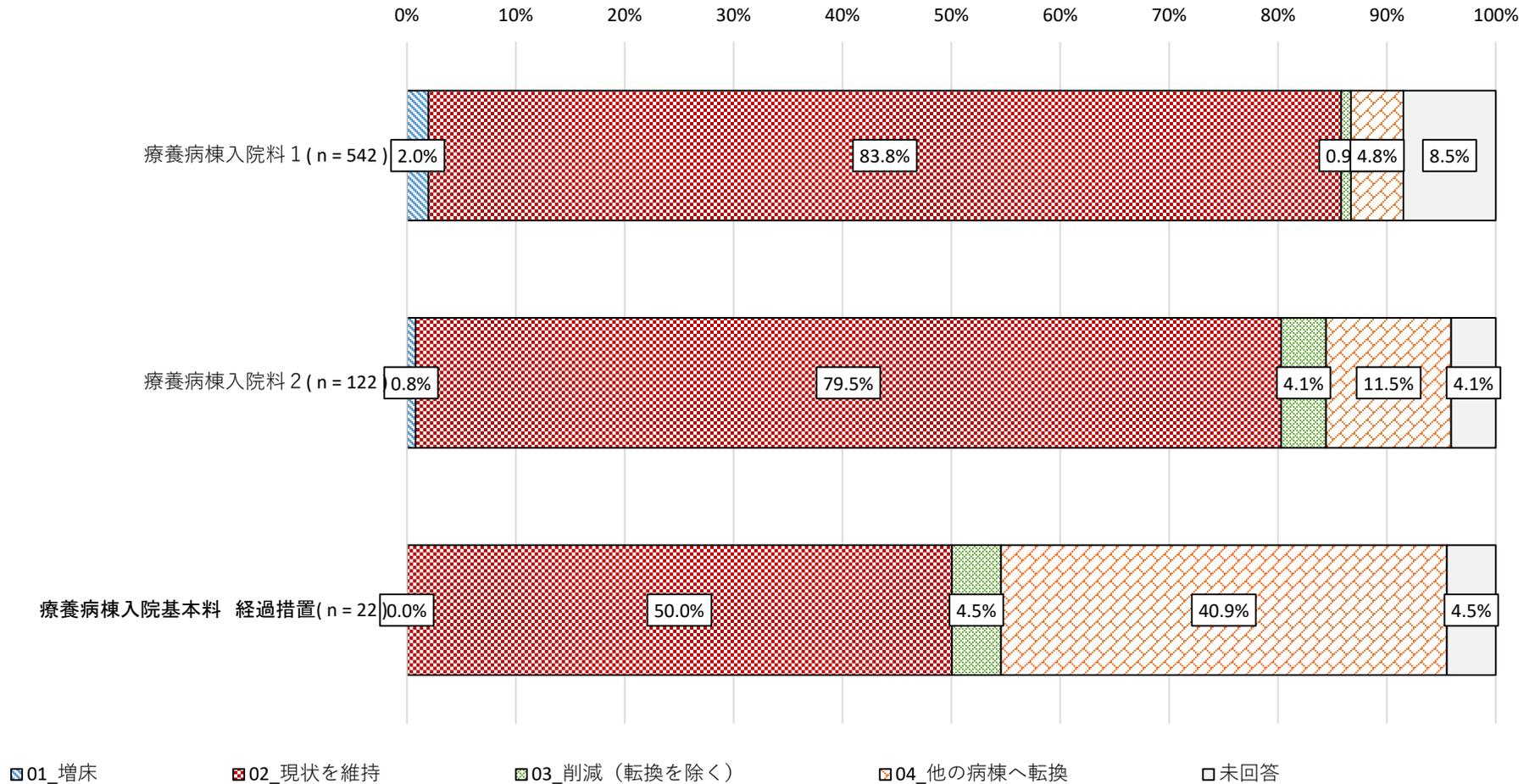
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

# 療養病棟入院基本料の今後の意向について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 療養病棟入院基本料を届け出ている病棟の、今後の意向は以下のとおりであった。

令和4年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向

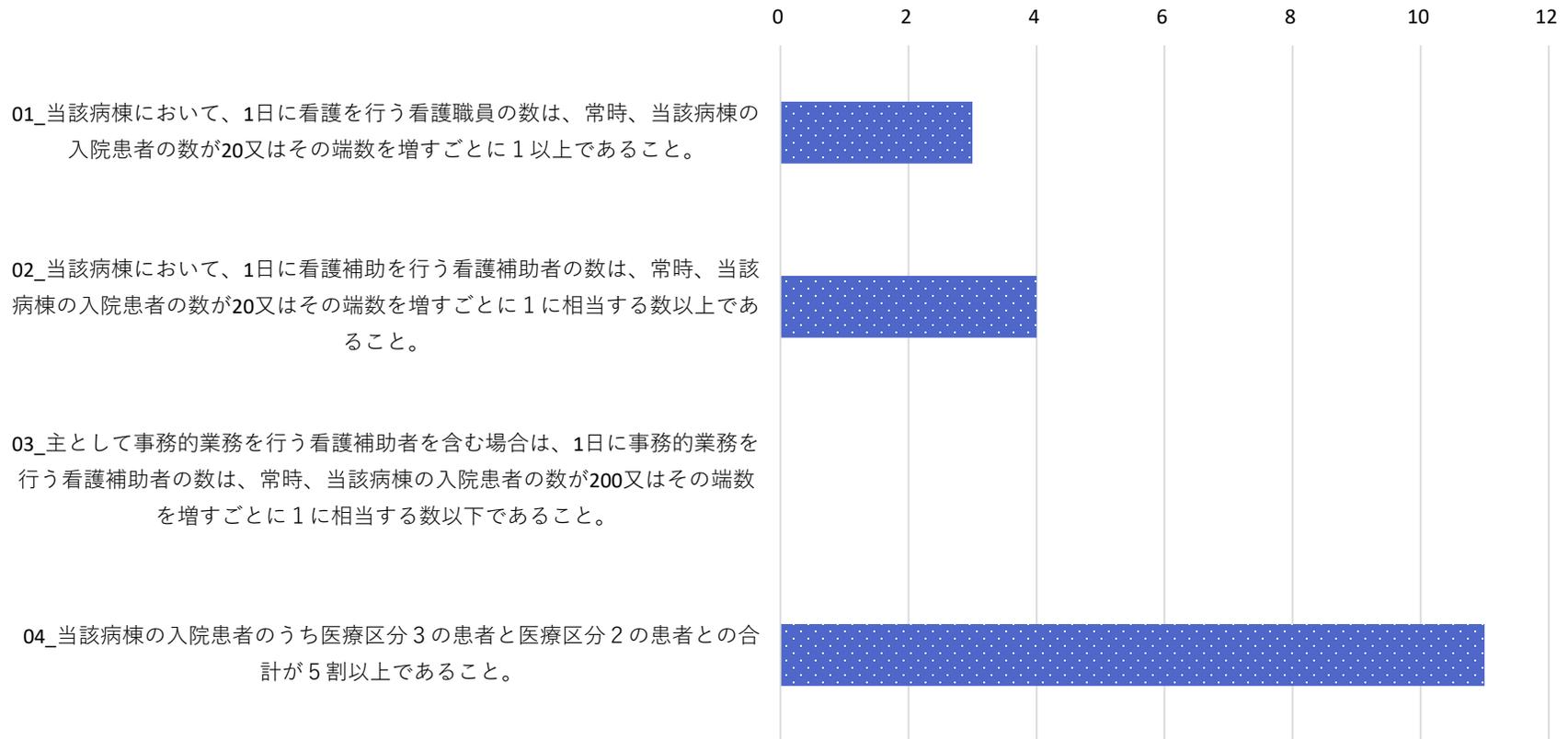


# 経過措置（注11）を届け出ている理由（満たせていない基準）

○ 経過措置（注11）を届け出ている医療機関について、満たせていない施設基準は以下のとおりであり、「当該病棟のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。」が最多であった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

施設数15、回答数18

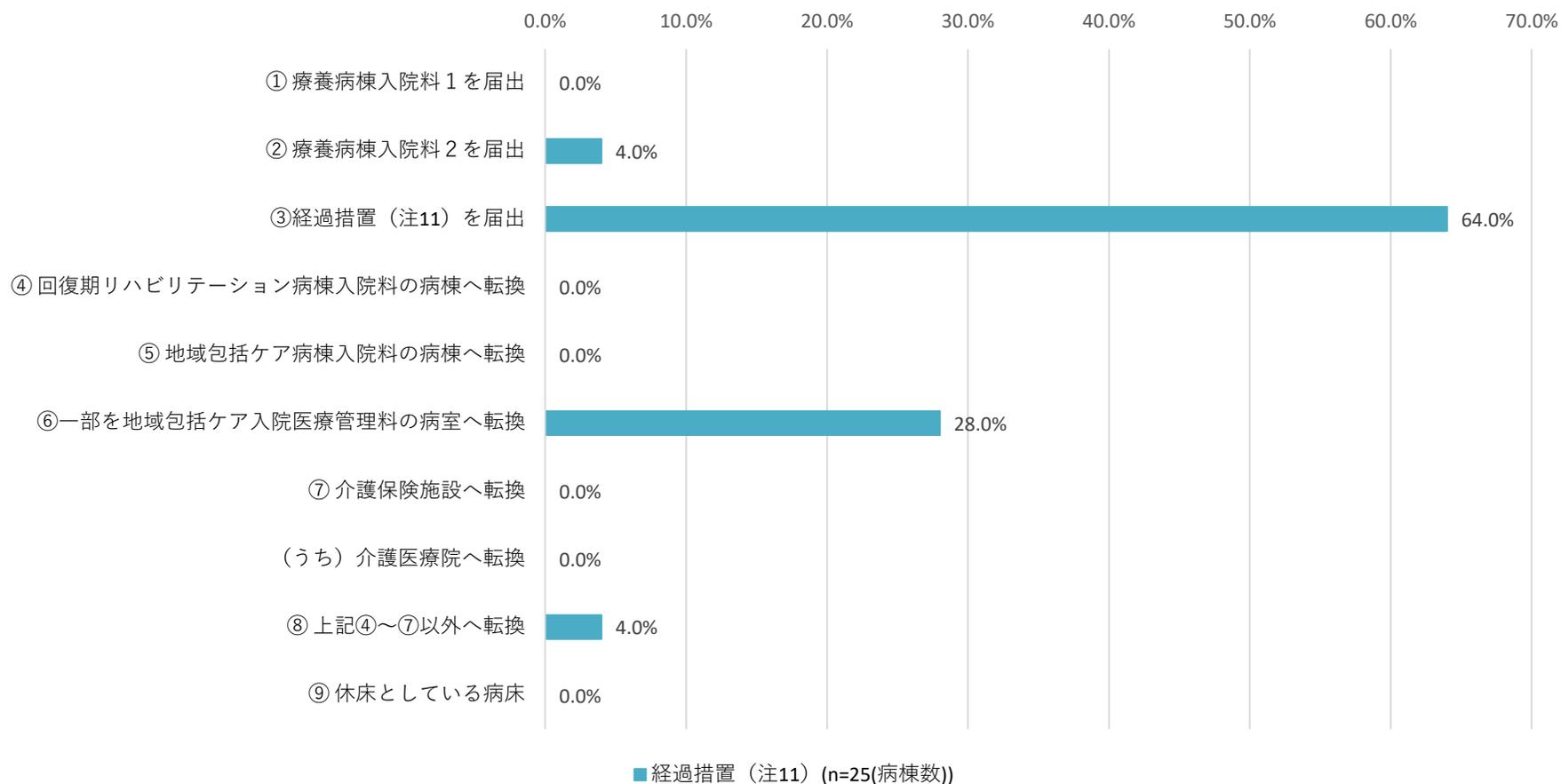


# 改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟の状況

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟について、令和2年11月1日時点の状況をみると、経過措置(注11)を届出している病棟が最も多かった。

改定前(令和2年3月31日時点)に経過措置(注11)  
を届け出していた病棟の状況(令和2年11月1日時点)

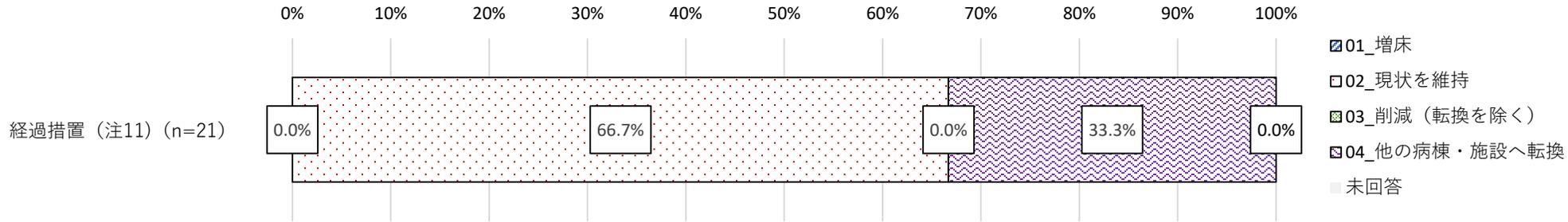


# 経過措置(注11)を届出ている病棟の今後の届出の意向

中医協 総-1-2(改)  
3 . 1 0 . 2 7

○ 経過措置(注11)を届出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。  
移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。

令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向



現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設(該当するもの複数選択) [施設数]

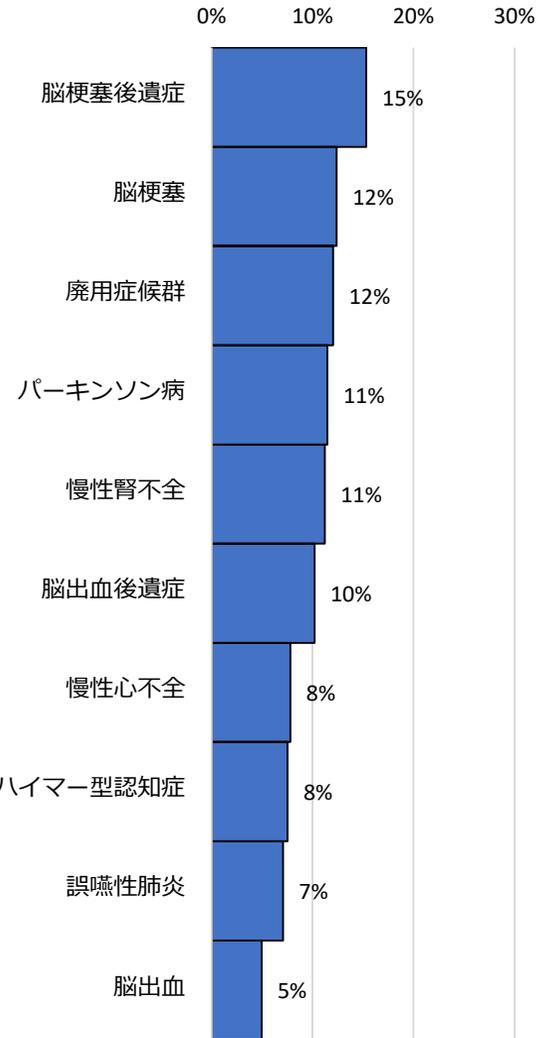


# 入院料毎の主傷病名

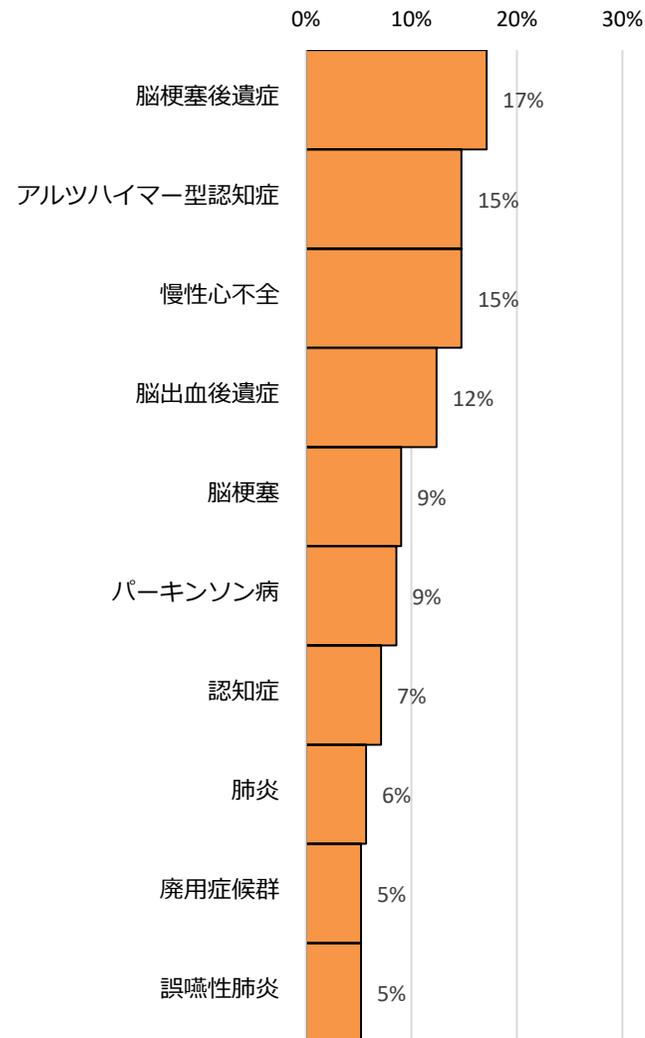
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料に分けた場合の患者の主傷病名は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「廃用症候群」が最も多かった。

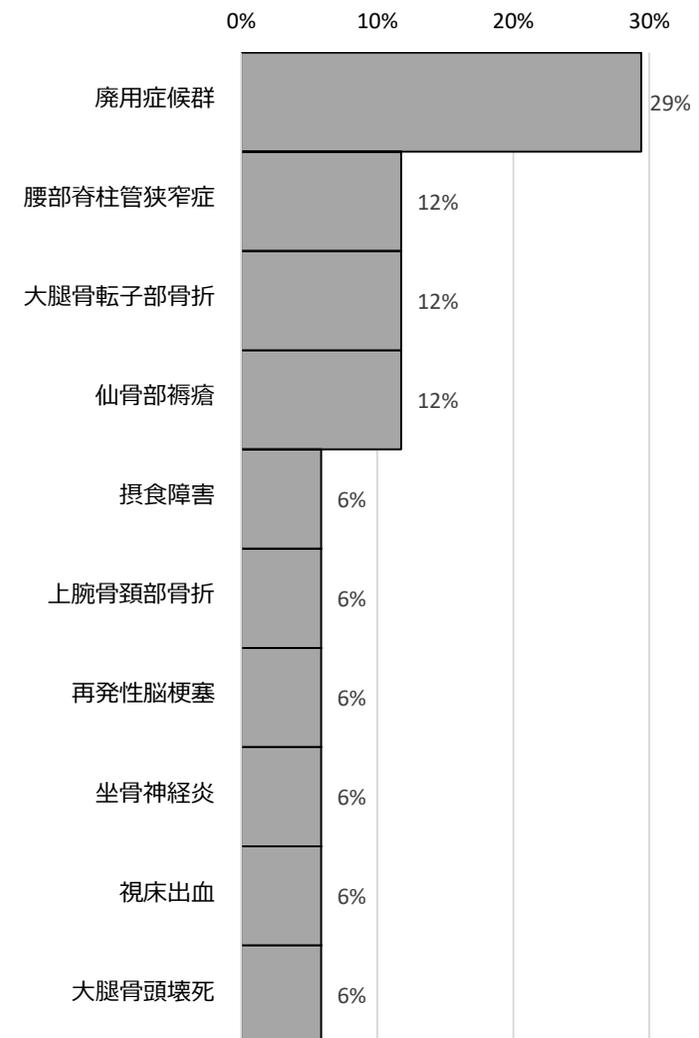
療養病棟入院料1 (n=1089)



療養病棟入院料2(n=210)

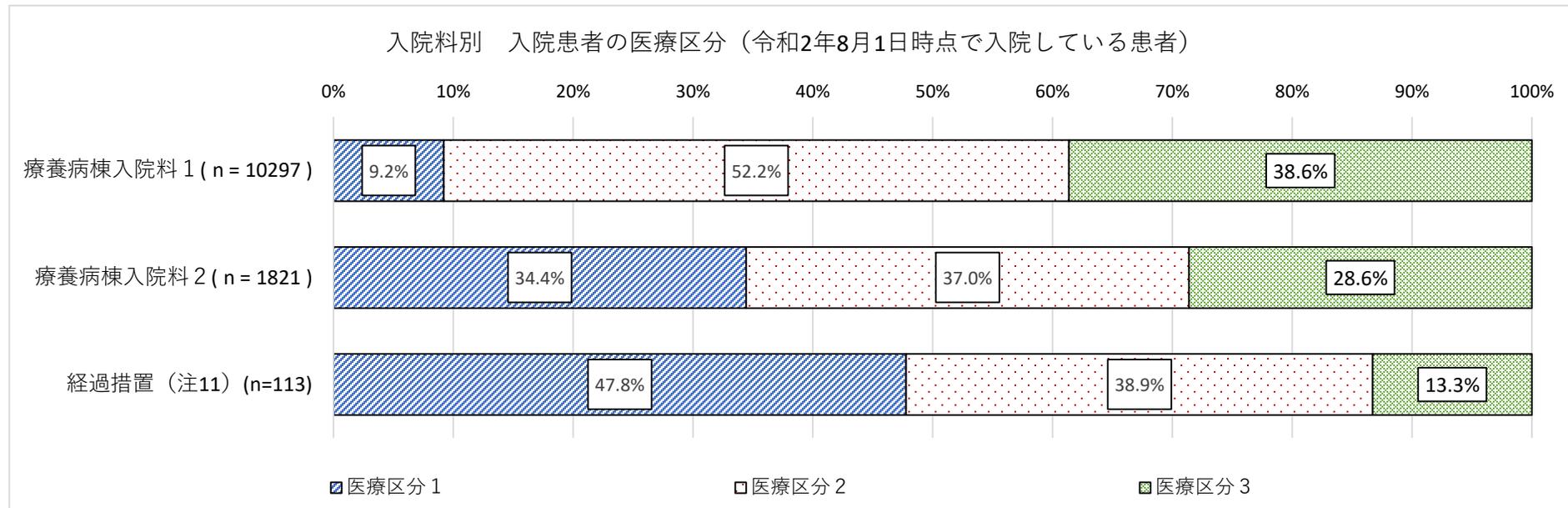


経過措置(注11) (n=17)

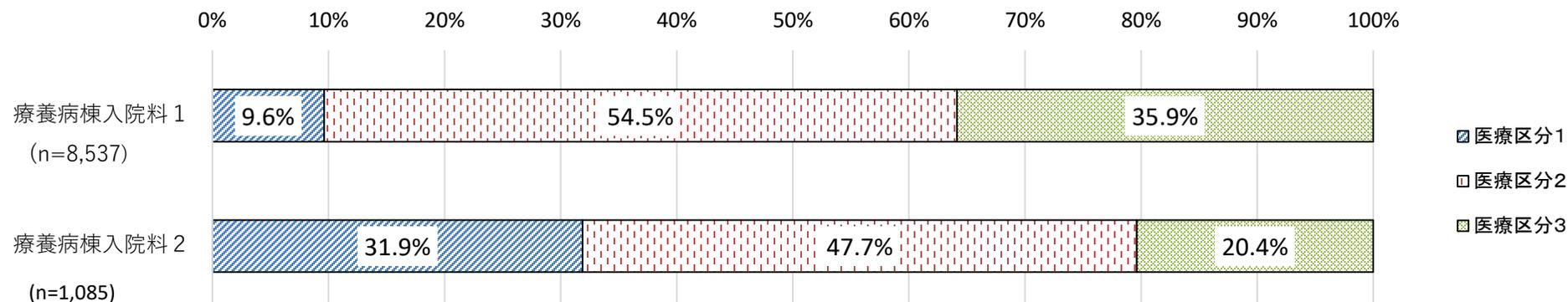


# 療養病棟入院料ごとの医療区分

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体の約9割、療養病棟入院料2では全体の約7割を占めた。



参考：平成30年度調査

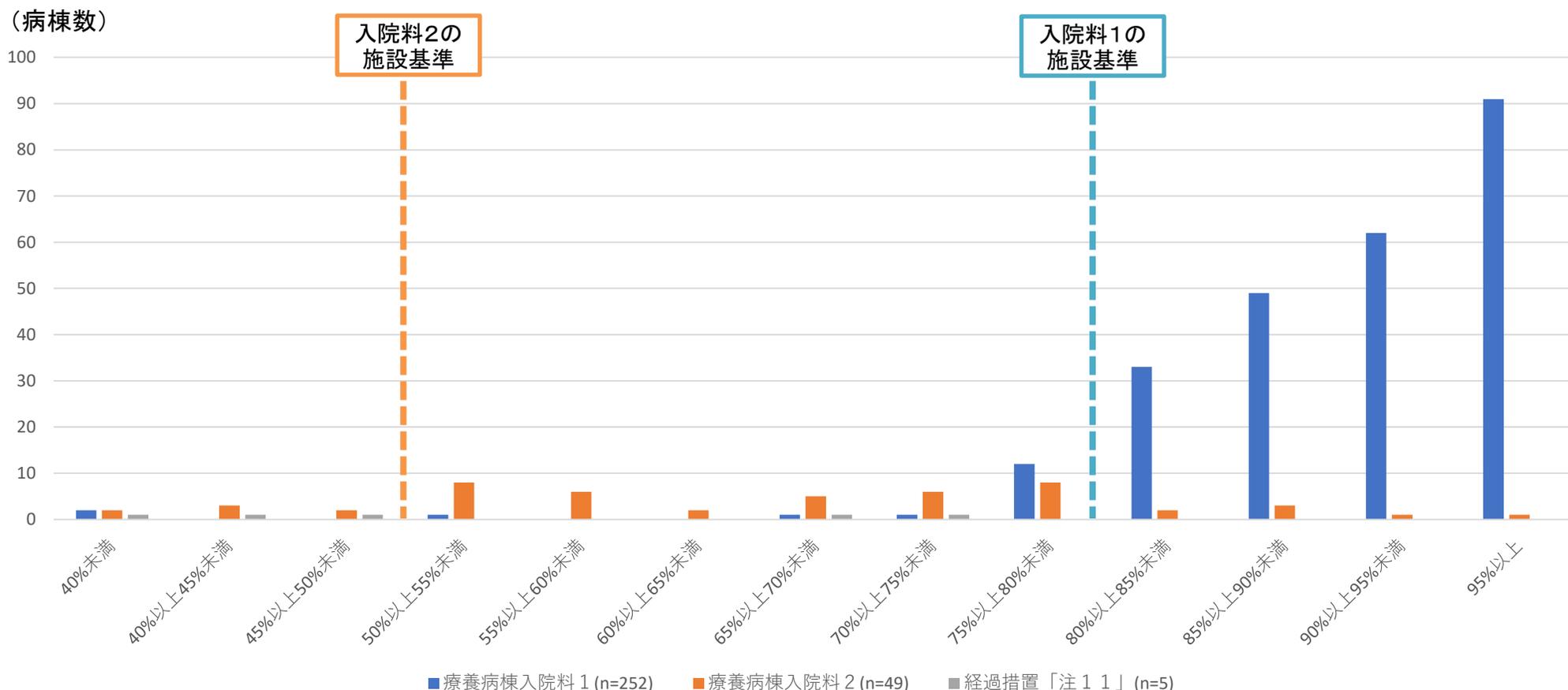


# 各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上55%未満が最も多かった。

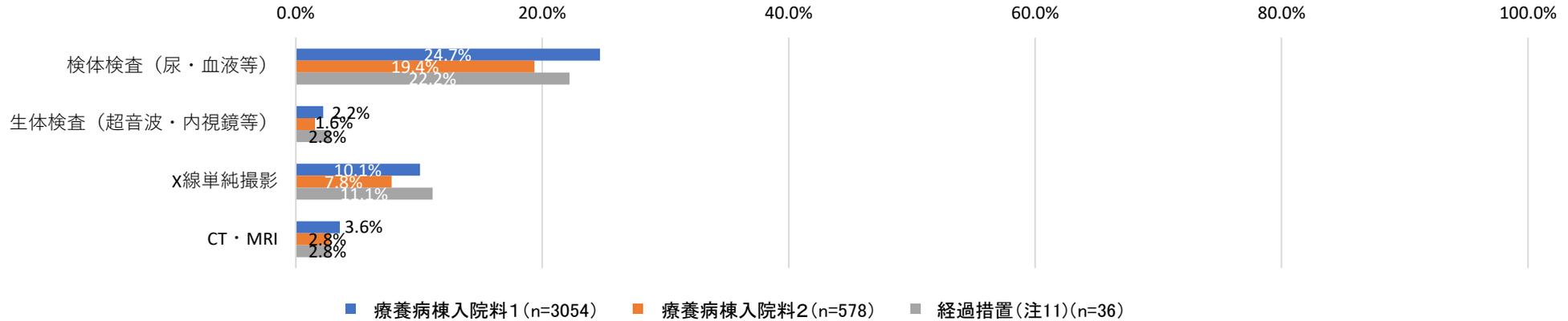
## 各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布



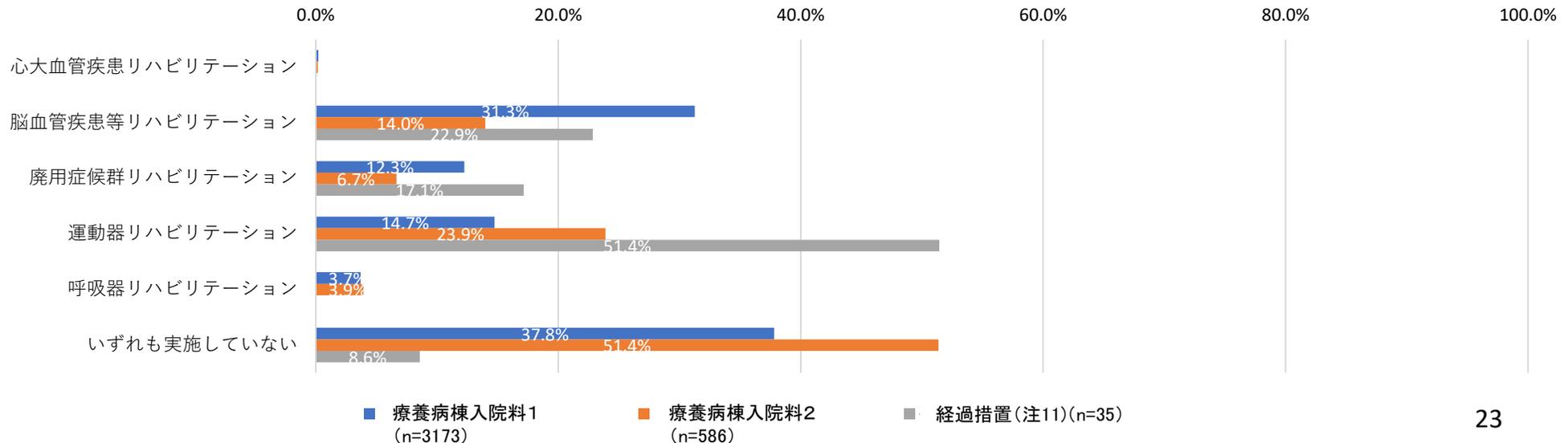
# 入院料毎の患者の検査等の実施状況

○ 療養病棟における、過去7日間の検査及びリハビリテーションの実施状況は以下のとおりであった。特にリハビリテーションの実施状況について、経過措置(注11)を届け出ている病棟においてリハビリテーションの実施が多い傾向であった。

過去7日間に検査実施した患者割合



リハビリテーション実施状況

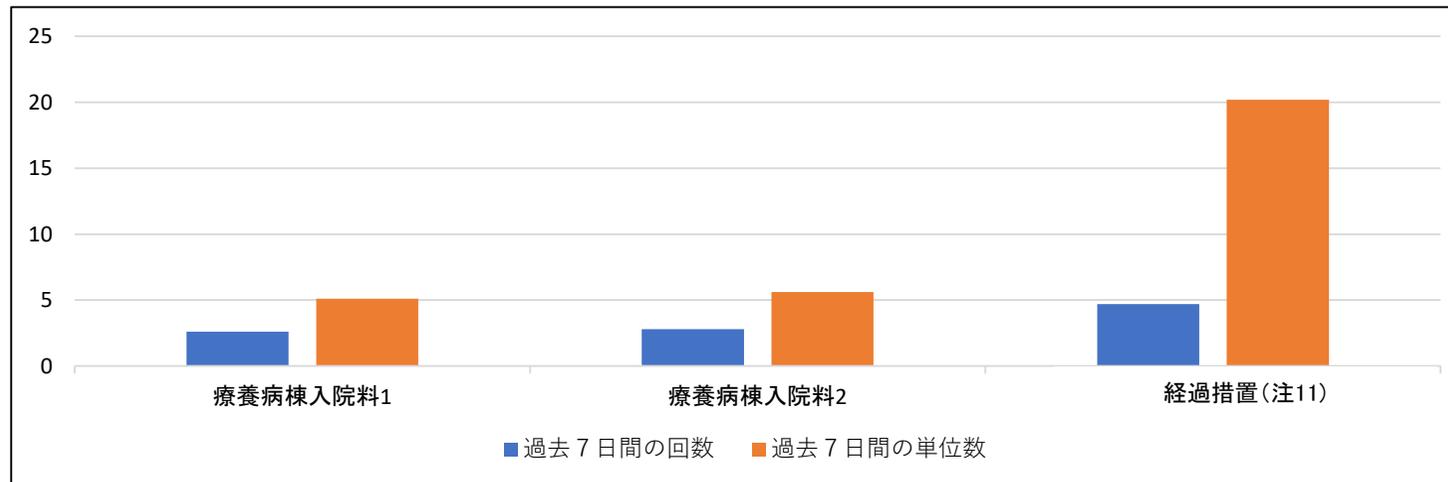


# 入院料毎の患者のリハビリテーションの実施状況

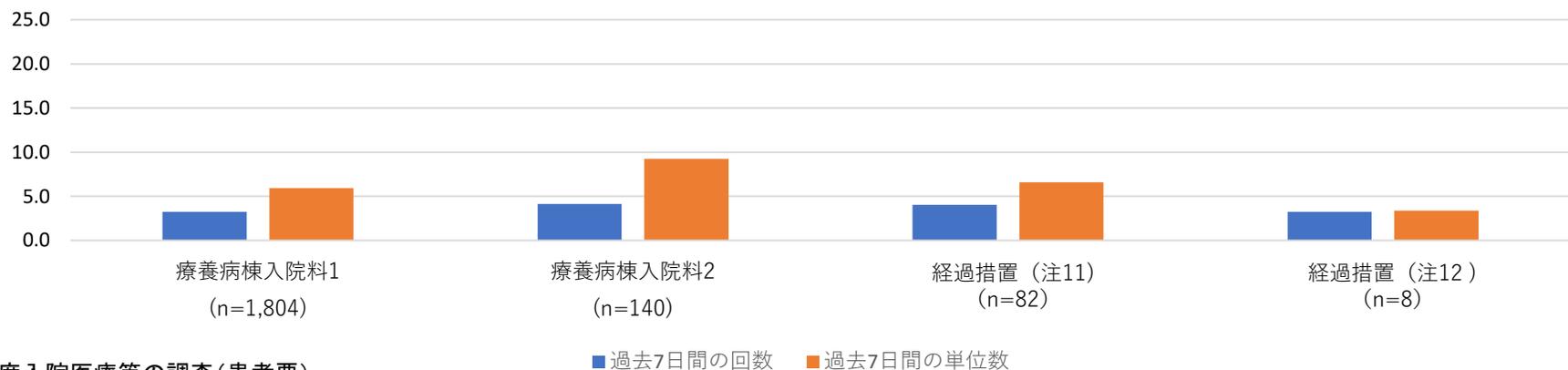
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料毎にみた、過去7日間のリハビリテーション実施回数と単位数は以下のとおり。入院料1及び2と比較して、経過措置(注11)を届け出ている病棟において、回数及び単位数ともに多かった。

	全体	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置(注11)
過去7日間の回数	2.7 (N=2320)	2.6 (N=1859)	2.8 (N=272)	4.7 (N=20)
過去7日間の単位数	5.5 (N=2426)	5.1 (N=1933)	5.6 (N=283)	20.2 (N=29)



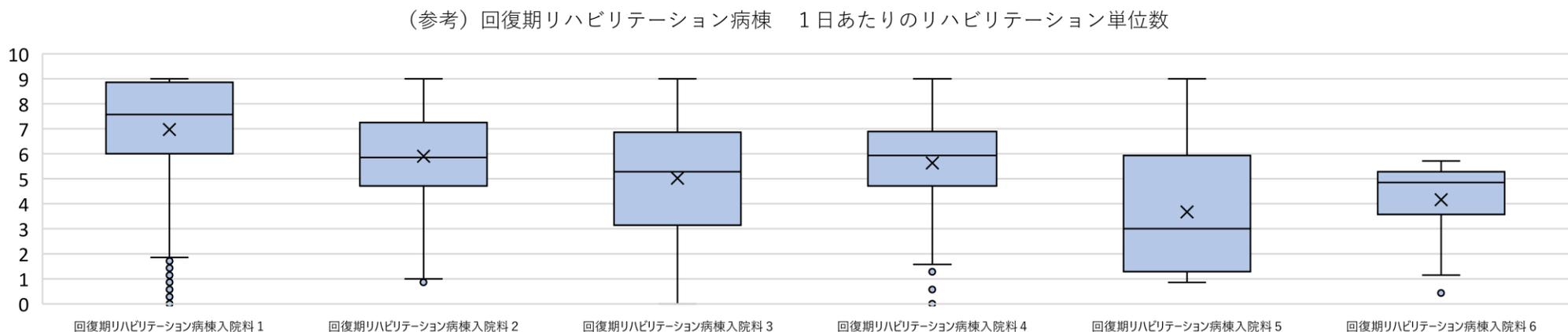
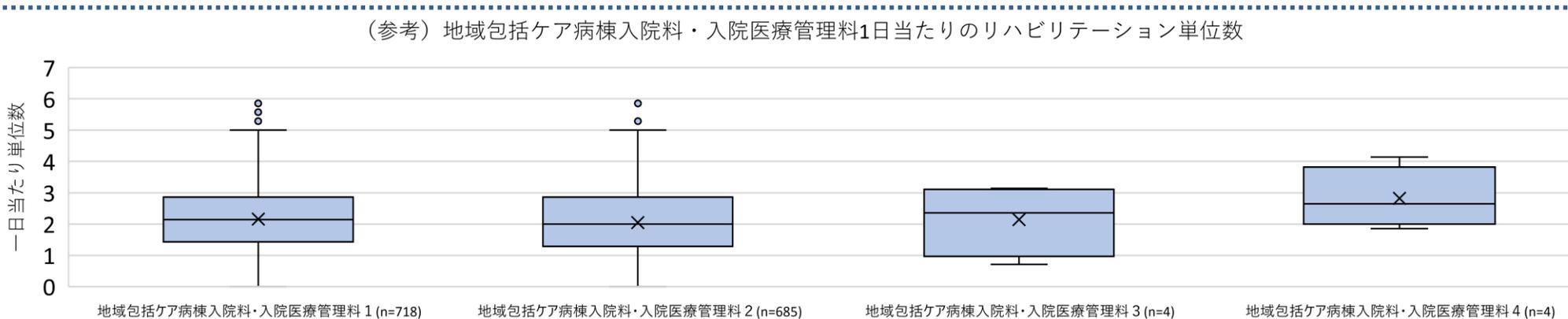
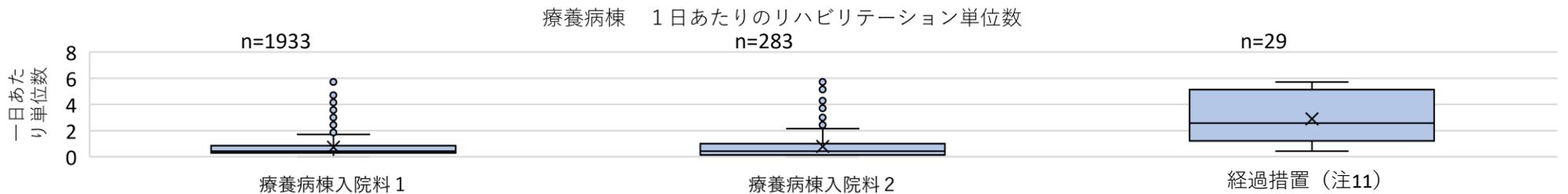
## 入院医療の患者のリハビリテーション実施状況 (平成30年度)



# 入院料別のリハビリテーション単位数(1日当たり)

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

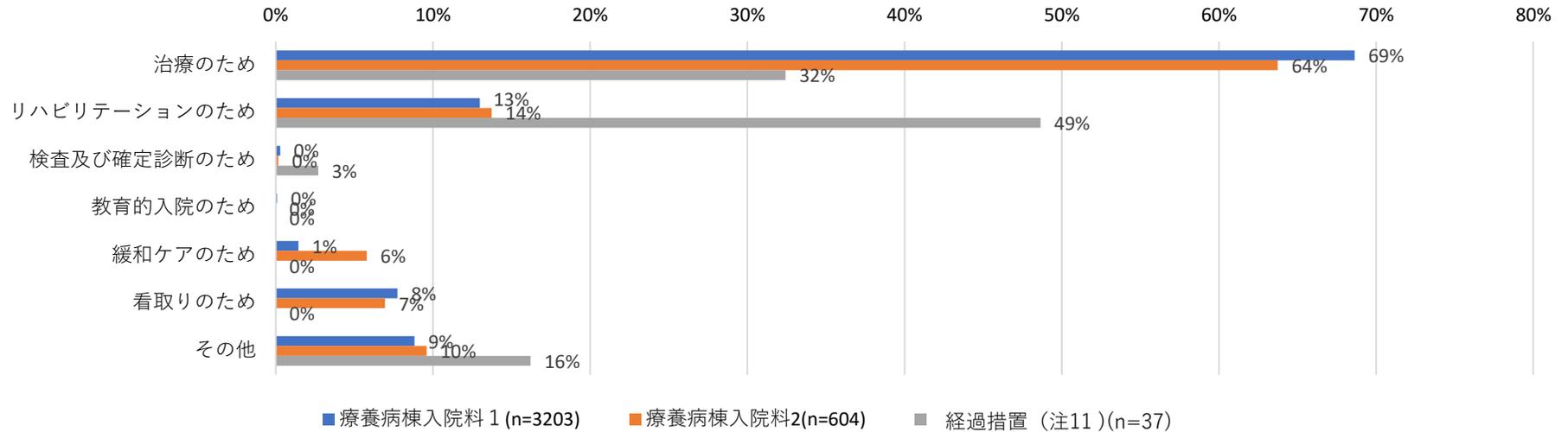
- 療養病棟における、1日当たりのリハビリテーション単位数は以下のとおり。
- 経過措置(注11)は、入院料1及び2と比較して、リハビリテーション単位数が多かった。



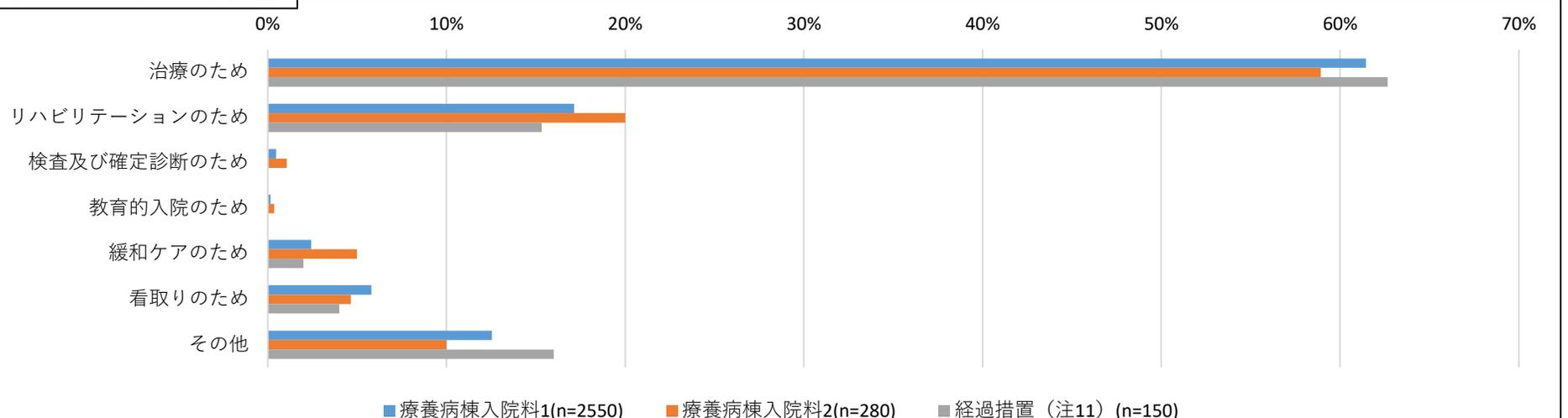
# 各入院料毎の患者の入院の理由

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



## 参考：平成30年度調査

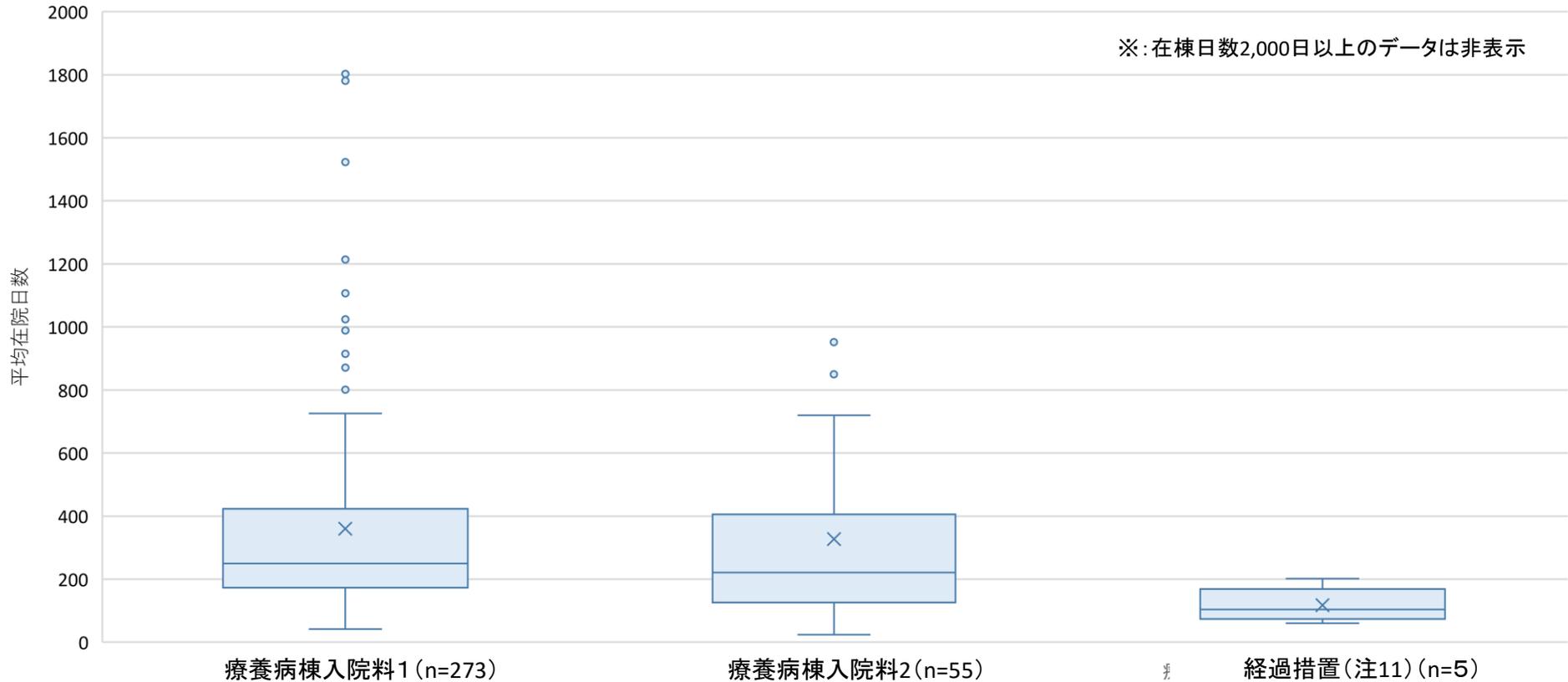


出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

# 各入院料毎の患者の平均在院日数

○ 各入院料に分けた場合の患者の平均在院日数は以下のとおりであった。平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置(注11)を届け出ている病棟が短かった。

入院料別の平均在院日数（病棟毎）（令和2年8～10月）



	平均値	中央値	25%tile	50%tile	75%tile
療養病棟入院料 1	360.2	250.1	172.9	250.1	423.3
療養病棟入院料 2	326.9	221.0	125.8	221.0	405.9
経過措置 (注11)	117.7	104.1	73.4	104.1	168.8

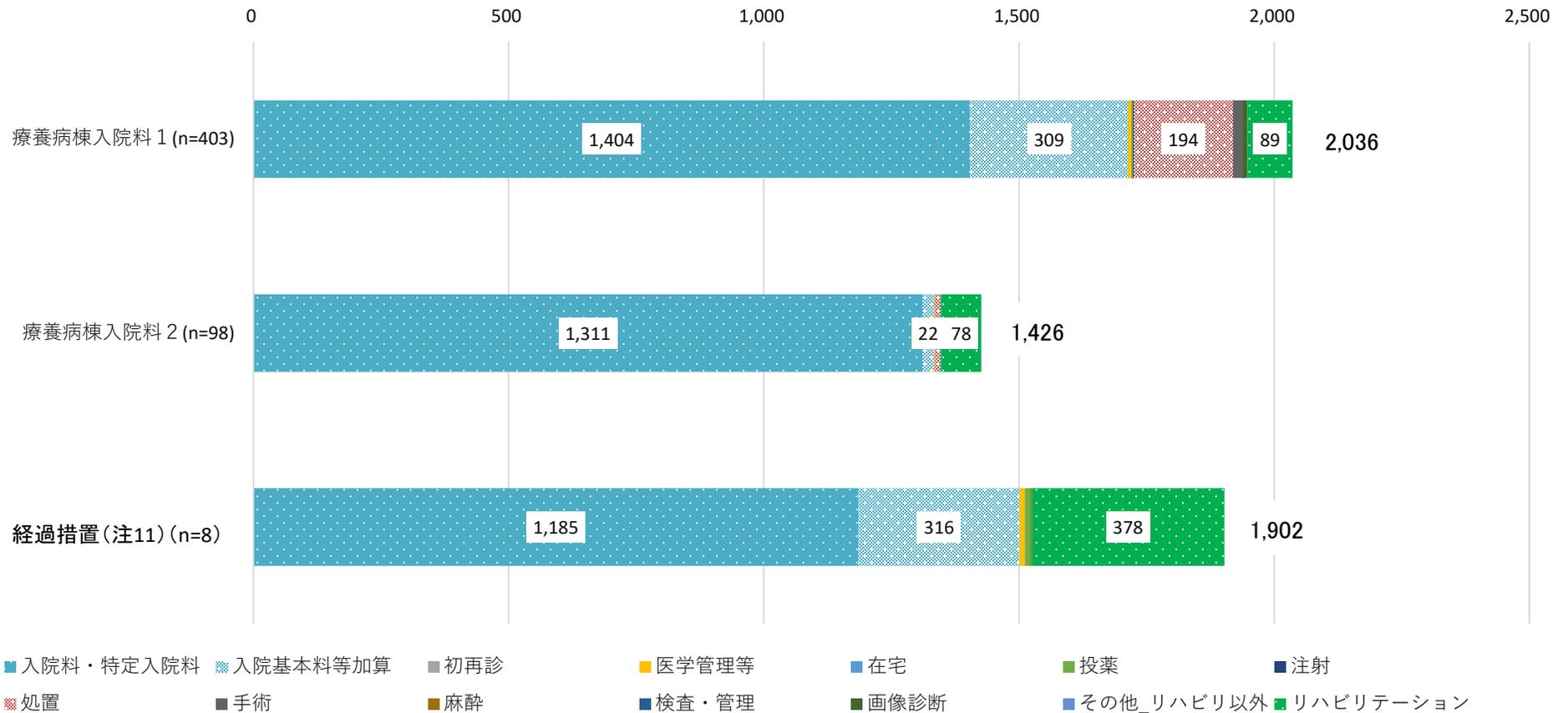
\* : 平均在院日数が10,000日を超えている病棟については除いて算出。

# 入院料毎の1日当たりのレセプト請求点数

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料毎のレセプト請求点数(1日当たり)は以下のとおりであった。
- リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置(注11)が最も高かった。

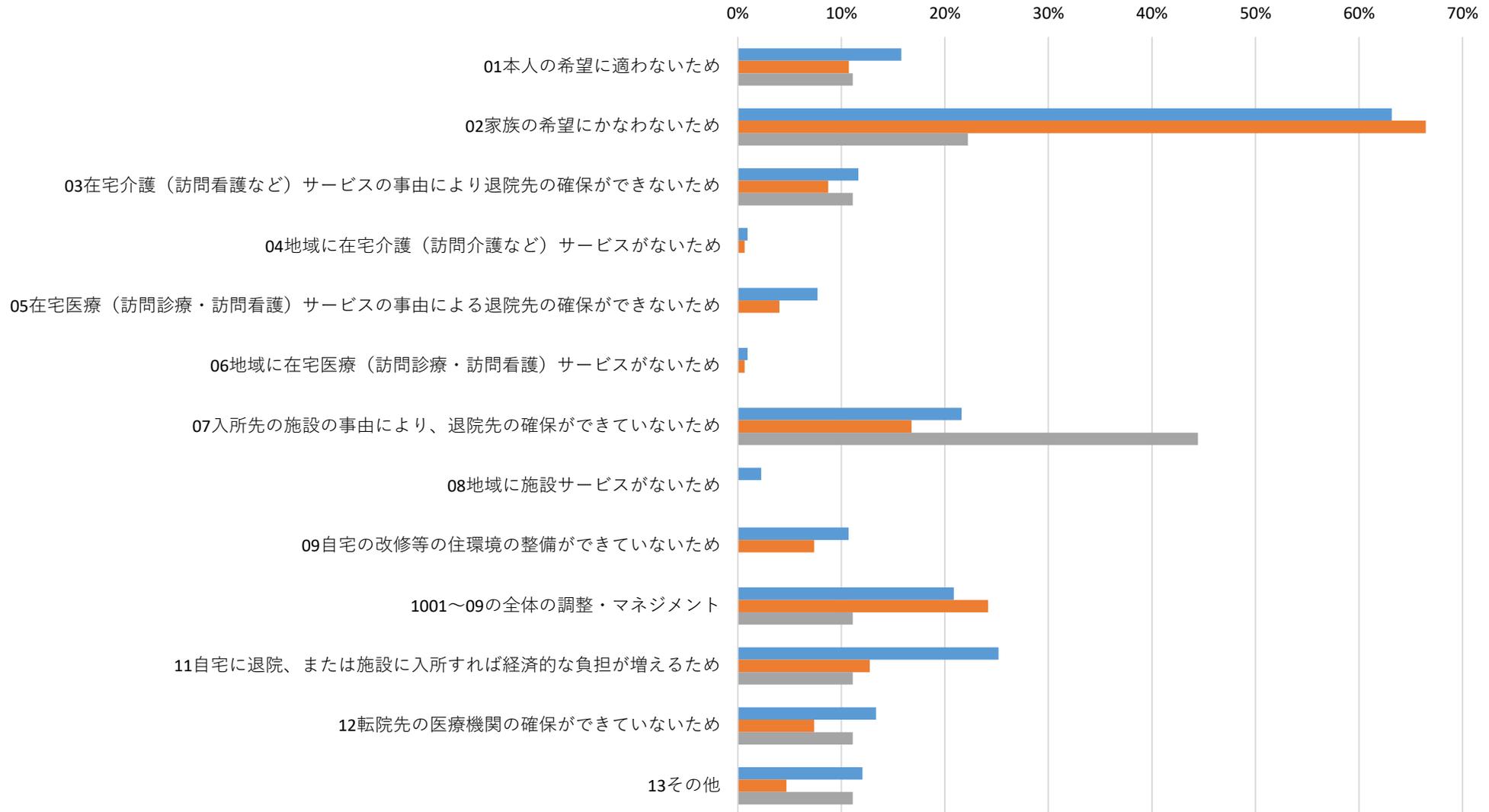
療養病棟入院基本料の一日平均単価



# 各入院料毎の患者の退院できない理由(複数選択)

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料に分けた場合の患者が退院できない理由は以下のとおりであり、入院料1及び2を届け出ている病棟においては「家族の希望にかなわないため」が多く、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「入所先の施設の事由」が多かった。



# 療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎に医療区分別に分けた場合の、3か月後の医療区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点で医療区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点で医療区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合は入院料間で大きな差は見られなかった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

入院料 1		令和2年8月1日時点			
		医療区分 1 (N=948)	医療区分 2 (N=5372)	医療区分 3 (N=3977)	
令和2年10月30日	医療区分 1	46.7%	2.0%	3.0%	
	医療区分 2	8.5%	75.0%	4.7%	
	医療区分 3	8.0%	6.2%	65.6%	
	退棟	36.7%	16.8%	26.8%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1	26.3%	1.5%	0.3%
		医療区分 2	0.8%	6.4%	0.4%
医療区分 3		0.8%	0.7%	2.7%	
死亡退院		8.9%	8.3%	23.3%	

入院料 2		令和2年8月1日時点			
		医療区分 1 (N=627)	医療区分 2 (N=673)	医療区分 3 (N=521)	
令和2年10月30日	医療区分 1	64.4%	8.0%	2.5%	
	医療区分 2	9.4%	61.8%	3.8%	
	医療区分 3	2.7%	4.8%	61.6%	
	退棟	23.4%	25.4%	32.1%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1	15.8%	3.1%	1.7%
		医療区分 2	1.4%	10.3%	1.3%
医療区分 3		0.6%	1.3%	4.6%	
死亡退院		5.6%	10.7%	24.4%	

経過措置 (注11)		令和2年8月1日時点			
		医療区分 1 (N=54)	医療区分 2 (N=44)	医療区分 3 (N=15)	
令和2年10月30日	医療区分 1	24.1%	2.3%	0.0%	
	医療区分 2	1.9%	13.6%	6.7%	
	医療区分 3	1.9%	9.1%	60.0%	
	退棟	72.2%	75.0%	33.3%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1	70.3%	22.7%	6.7%
		医療区分 2	1.9%	43.2%	0.0%
医療区分 3		0.0%	2.3%	13.3%	
死亡退院		0.0%	6.8%	13.3%	

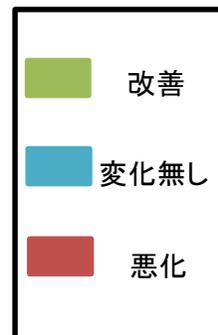


# 療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者のADL区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎にADL区分別に分けた場合の、3か月後のADL区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点でADL区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点でADL区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合についてみると、入院料間で大きな差は見られなかった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

入院料 1		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=951)		ADL区分 2 (N=2198)		ADL区分 3 (N=7290)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	54.0%		1.6%		0.6%	
	ADL区分 2	5.4%		66.8%		1.8%	
	ADL区分 3	5.6%		8.7%		76.5%	
	退棟	35.0%		22.9%		21.0%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	26.0%		0.8%		0.1%
ADL区分 2		0.7%		12.0%		0.2%	
ADL区分 3		1.0%		0.9%		3.9%	
死亡退院		7.4%		9.1%		16.8%	
入院料 2		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=221)		ADL区分 2 (N=509)		ADL区分 3 (N=1128)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	59.7%		0.8%		2.3%	
	ADL区分 2	6.8%		69.5%		1.7%	
	ADL区分 3	2.7%		4.9%		70.5%	
	退棟	30.8%		24.8%		25.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	24.5%		0.2%		0.0%
ADL区分 2		0.9%		16.7%		0.3%	
ADL区分 3		0.9%		1.8%		7.4%	
死亡退院		4.5%		6.1%		17.8%	
経過措置 (注11)		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=55)		ADL区分 2 (N=29)		ADL区分 3 (N=29)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	12.7%		3.4%		0.0%	
	ADL区分 2	0.0%		24.1%		0.0%	
	ADL区分 3	0.0%		6.9%		65.5%	
	退棟	87.3%		65.5%		34.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	85.4%		27.6%		0.0%
ADL区分 2		0.0%		31.1%		0.0%	
ADL区分 3		1.8%		0.0%		20.7%	
死亡退院		0.0%		6.9%		13.8%	

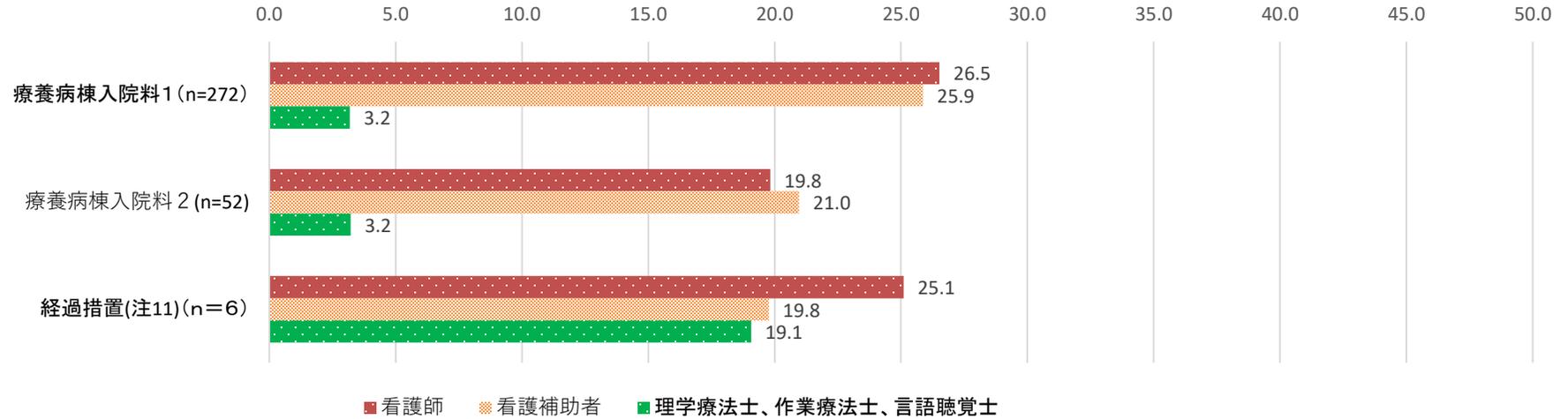


出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟票)

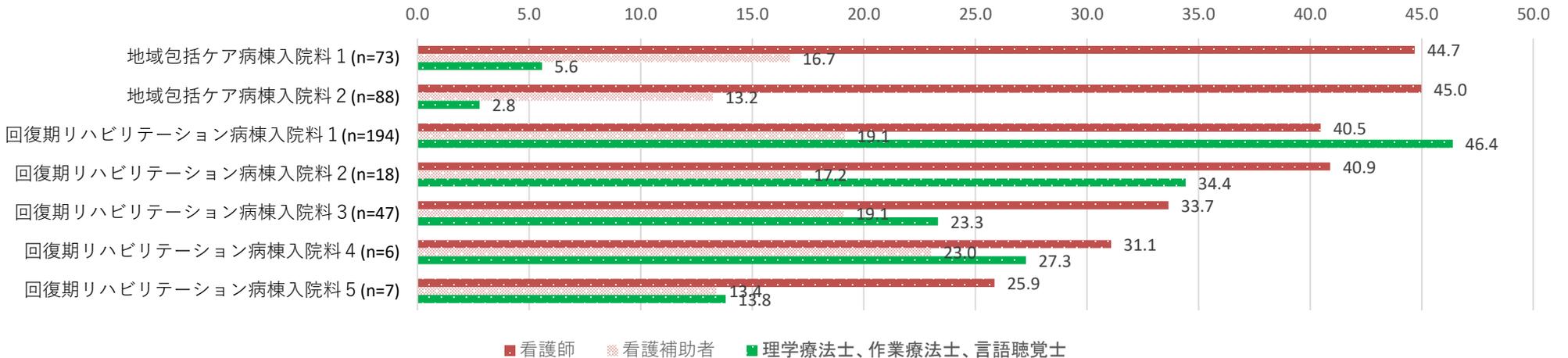
# 入院料毎の職員数(100床当たり)

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料毎にみた、職員数(100床当たり)は以下のとおりであった。
- 「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料1及び2と比べて経過措置(注11)で多かった。



(参考)地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟



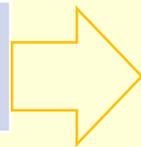
# 質の高いリハビリテーションの評価等①

## 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- ▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

### 現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



### 改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（**6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）**）

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

## 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

**①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。**

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎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）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

## 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について①

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果の実績に基づき、疾患別リハビリテーション料のうち、1日6単位を超えるもの（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）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

※ リハビリテーション充実加算（1日6単位以上）の施設基準等において、入院料に包括された疾患別リハビリテーション実施単位数は疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

## 効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと（1月、4月、7月、10月）の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

- ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（実績指数の対象となるものに限る）が10名以上  
かつ
- ②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

## ①の退棟患者数の計算対象

- 平成28年4月以降に入棟し、報告月の前月までの6か月間に退棟した患者
- ただし、実績指数の計算から除外された患者は除外

## ②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間の在棟患者
- ただし、回復期リハビリテーションを要する状態でなかった場合は除外

## 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について②

## 効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

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

## 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（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

## 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。  
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

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認知項目の得点が24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
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

# 地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

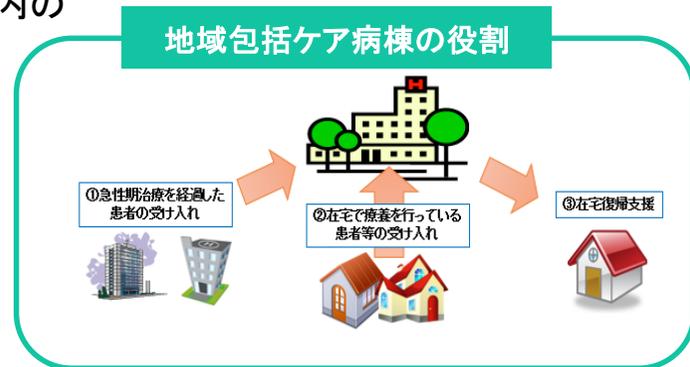
## 実績要件の見直し

- ▶ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の **一般病棟から転棟した患者の割合**が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の **実績に係る施設基準**を見直す。

- (例)
- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → **1割5分以上**
  - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → **30回以上**

## 施設基準の見直し

- ▶ **入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置**を要件とする。
- ▶ 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- ▶ **適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。



## 転棟に係る算定方法の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた **入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定**するよう見直す。

## 届出に係る見直し

- ▶ 許可病床数が**400床以上**の保険医療機関については、**地域包括ケア病棟入院料を届け出られない**こととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

## 実績要件の見直し

- 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について、その水準を見直す。
  - ・入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
  - ・入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35

## 施設基準の見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とするとともに、入院料2～6についても、配置が望ましいこととする。

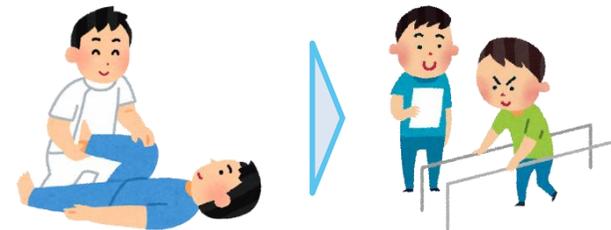
## 日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。
- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

## 入院患者に係る要件の見直し

- 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する。

### 効果的なリハビリテーションの提供の推進



### 適切な栄養管理の推進



### 入退院時における適切なADLの評価と説明



## 慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
  - 2－1 入院料毎の患者の状態等について
  - 2－2 医療区分・ADL区分について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病棟において、中心静脈栄養からの離脱に向けた取り組みがなされない要因として、療養病棟における人員、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査が療養病棟では難しいこと、疾患別リハビリテーションと摂食機能療法の設定時間の違い等があるのではないか。
- 中心静脈栄養について、嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する視点の検討が必要ではないか。
- 中心静脈栄養について、感染対策の必要性もありつつ、平成18年度の医療区分導入時と比較すると、中心静脈栄養の手技の安全性も向上し一般的に行われる医療行為となっている側面もあることから、これまでどおり医療区分3とすることが適切かどうか、引き続き検討が必要ではないか。

## 療養病棟入院料 1

### 【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

### 医療区分

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

## 療養病棟入院料 2

### 【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

### ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。  
( 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 )

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

## 中心静脈栄養の適切な管理の推進

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

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

[算定要件]

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



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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

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

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



【経過措置】

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



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

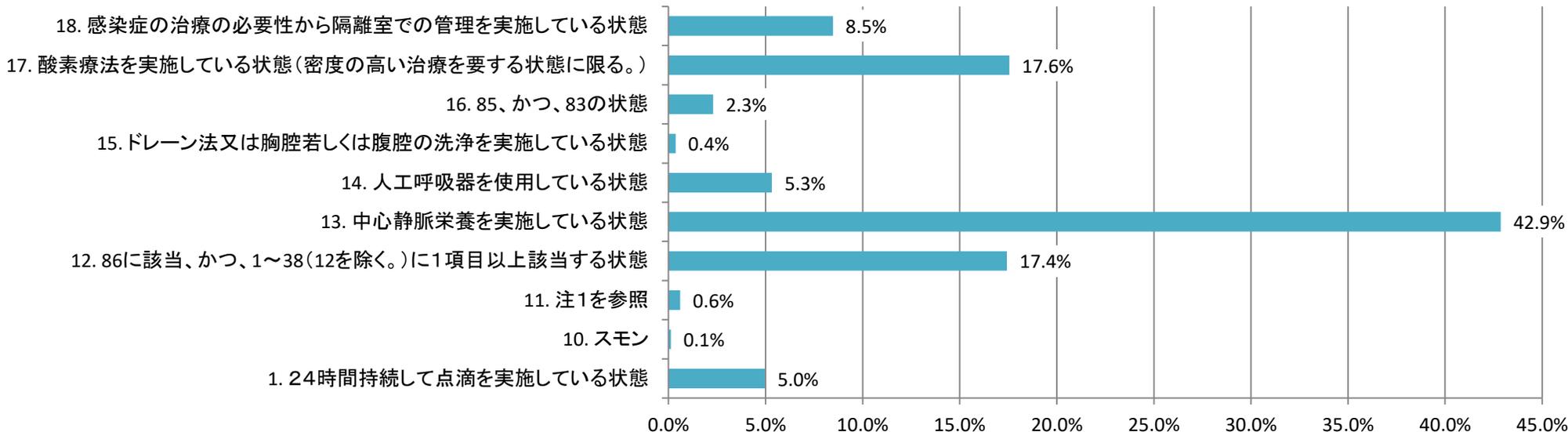
# 医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

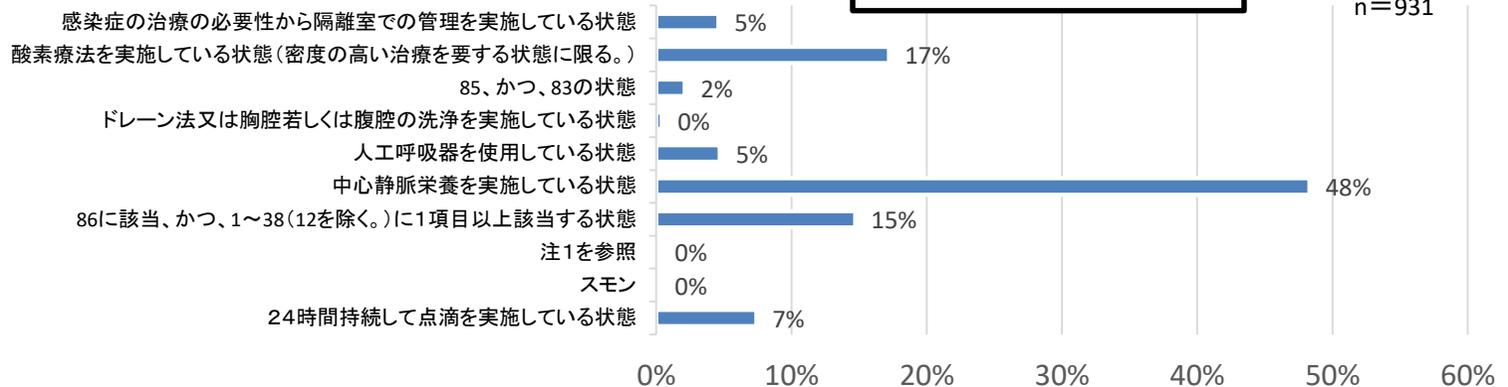
## 医療区分3の1項目該当の場合の該当項目(構成割合)

n=826



### 参考:平成30年度調査

n=931



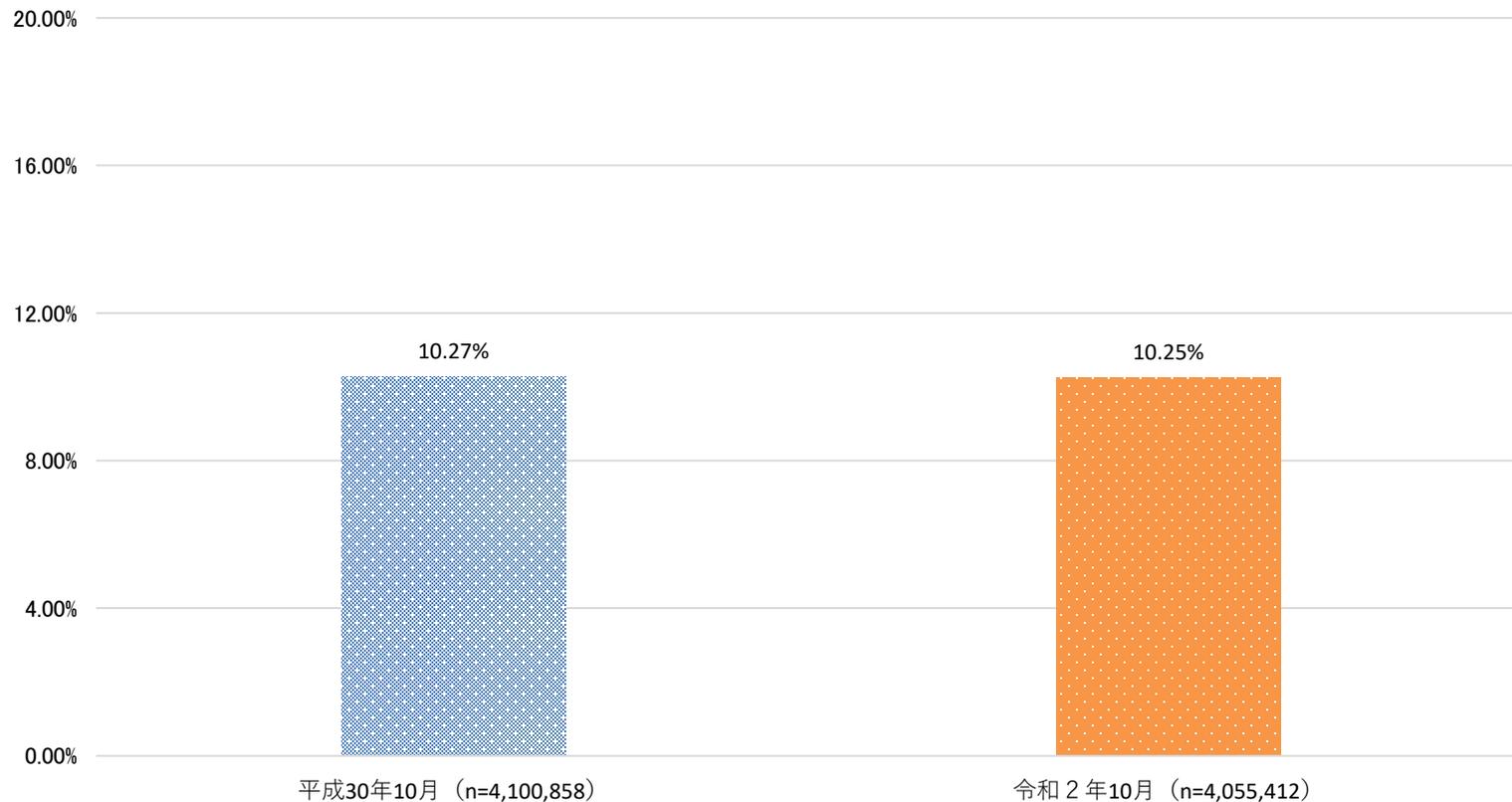
- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

# 中心静脈栄養を実施している患者数についての分析

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ていた医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では10.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。

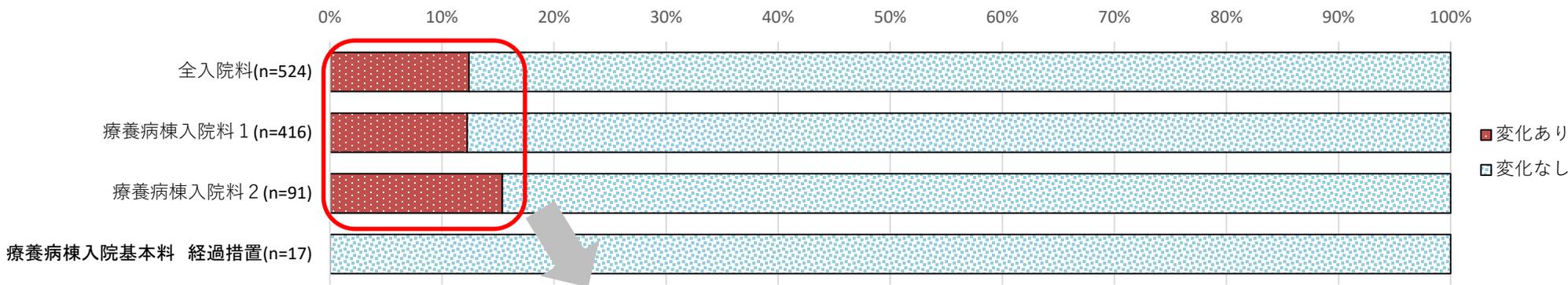
## 中心静脈栄養を実施している患者の割合



# 中心静脈栄養の対象患者の変化について

○ 令和2年度改定において要件とされた、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。

中心静脈カテーテル挿入時の要件である、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことによる対象患者の変化

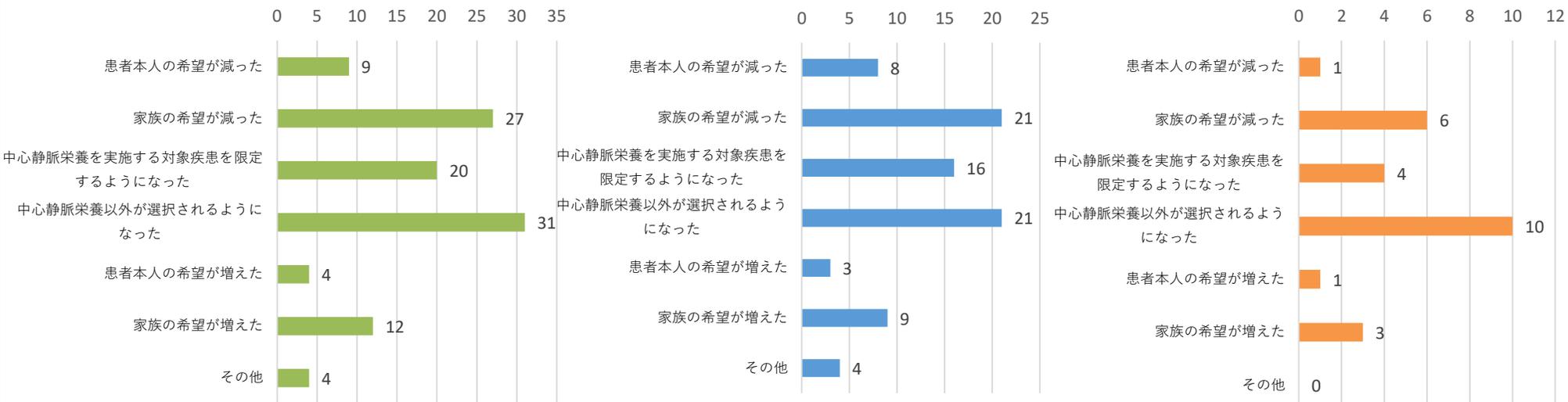


説明による変化があった場合の、中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の内容(複数回答)

全入院料(回答施設数：64、回答数：107)

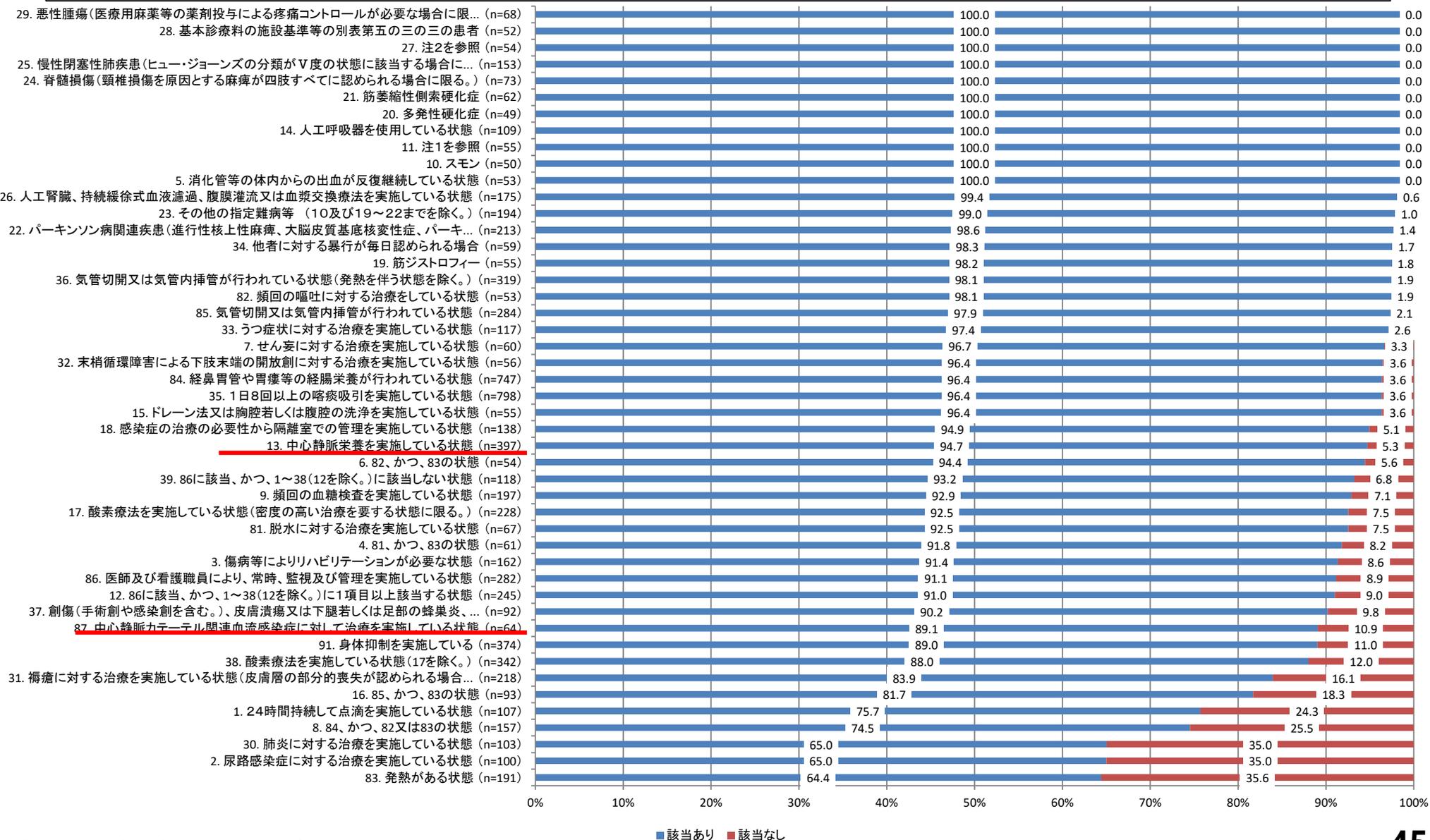
療養病棟入院料 1 (回答施設数：50、回答数：82)

療養病棟入院料 2 (回答施設数：14、回答数：25)



# 調査基準日3か月前と調査基準日の医療区分の該当項目の比較

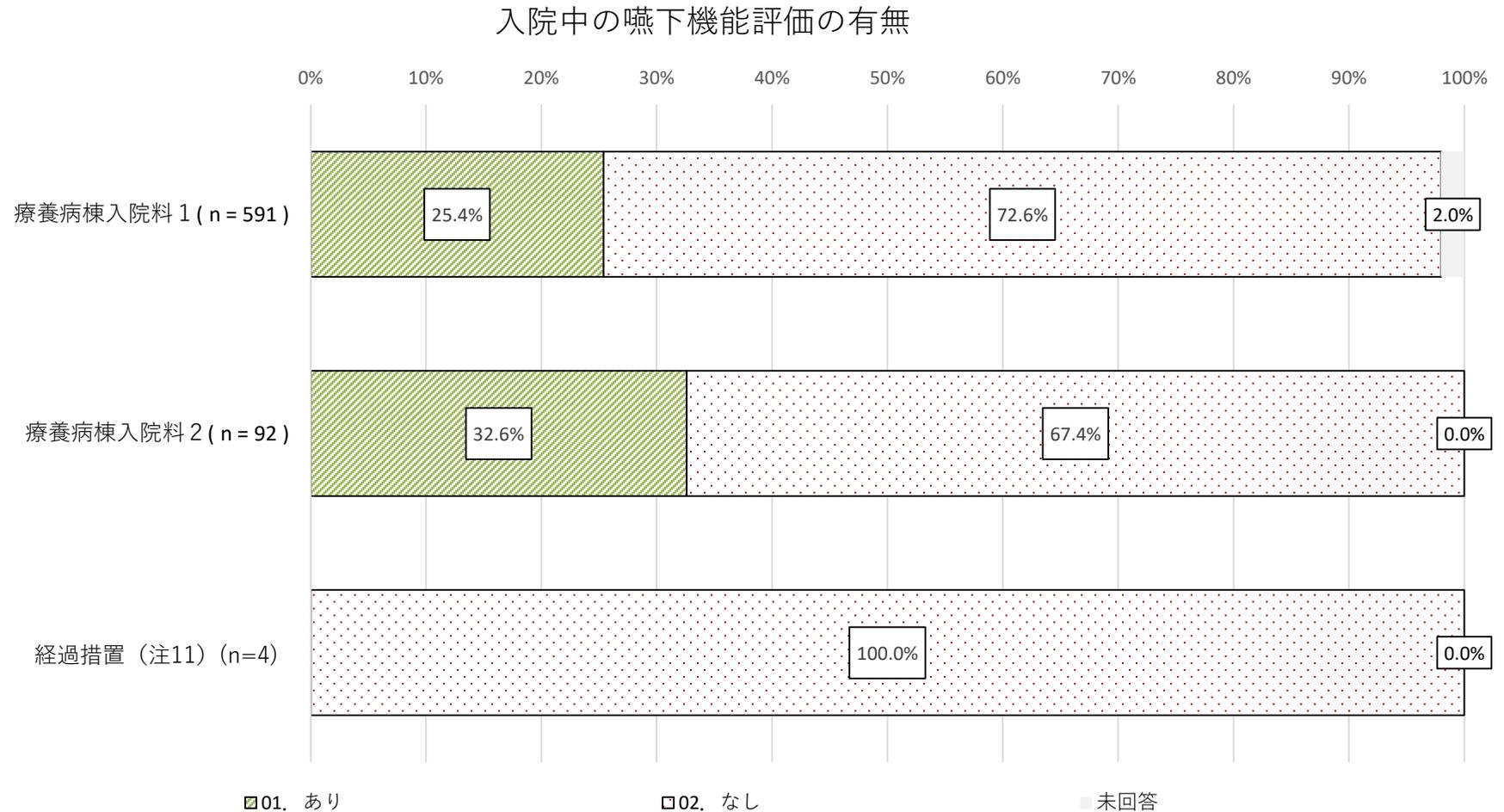
○ 調査基準日3か月前に該当していた患者のうち、調査基準日においても該当している患者の割合は以下のとおりであった。



# 中心静脈栄養の患者について（嚥下機能評価）

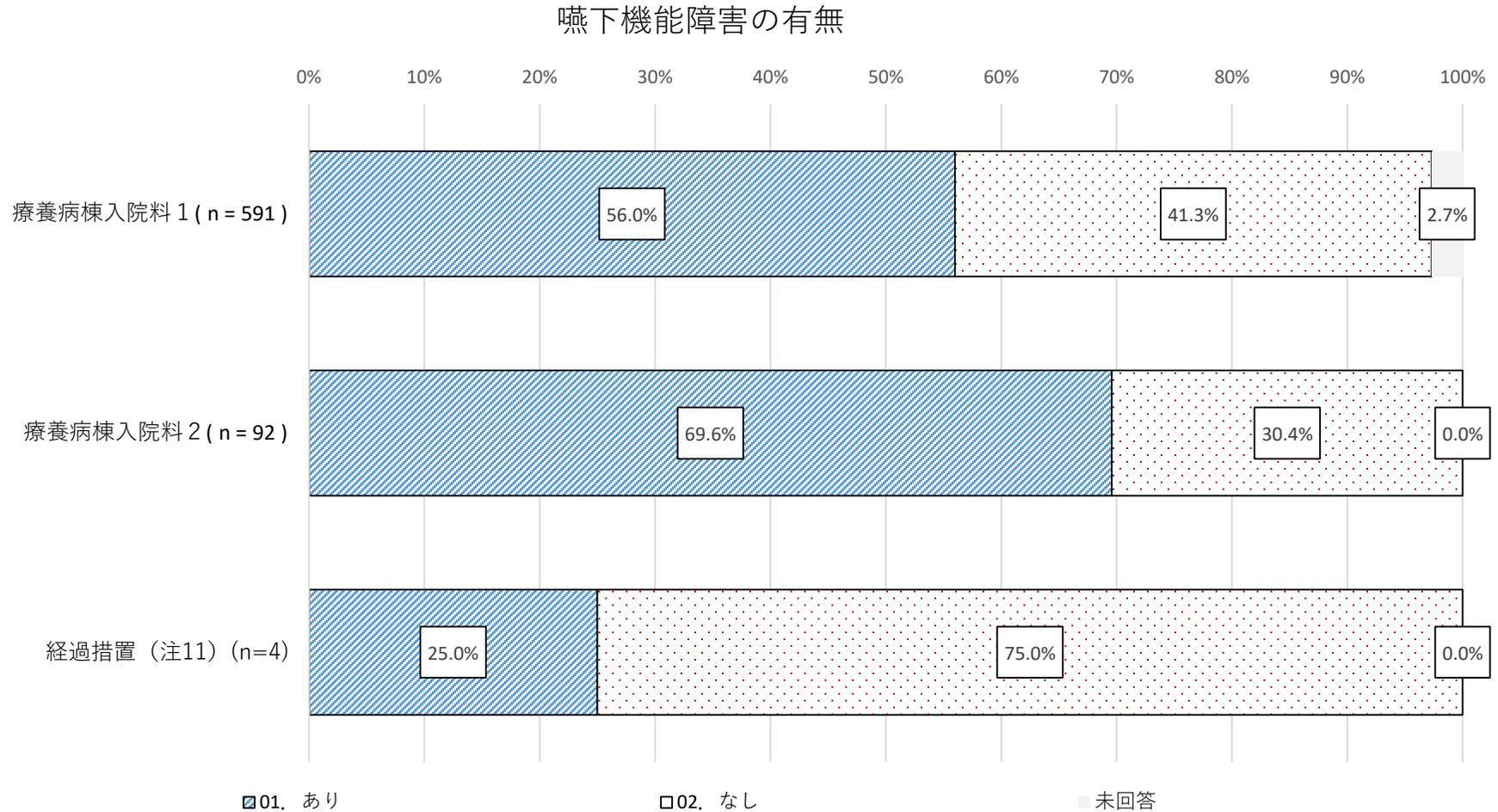
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。



# 中心静脈栄養の患者について（嚥下機能障害）

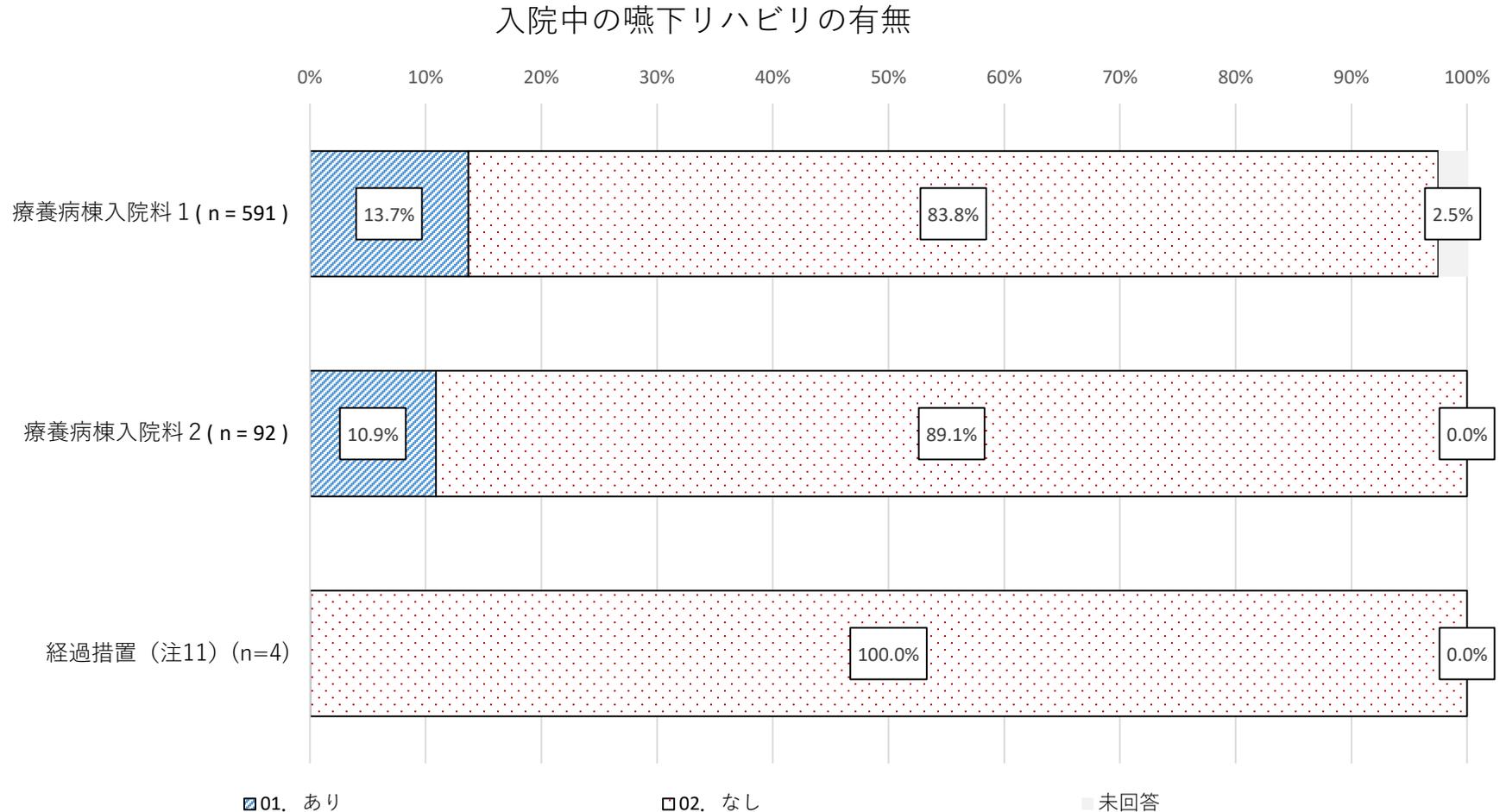
○ 中心静脈栄養を行っている患者の嚥下機能障害の有無は以下のとおりであり、半数前後の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。



# 中心静脈栄養の患者について（嚥下リハビリ）

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおりであり、約9割の患者が実施されていなかった。

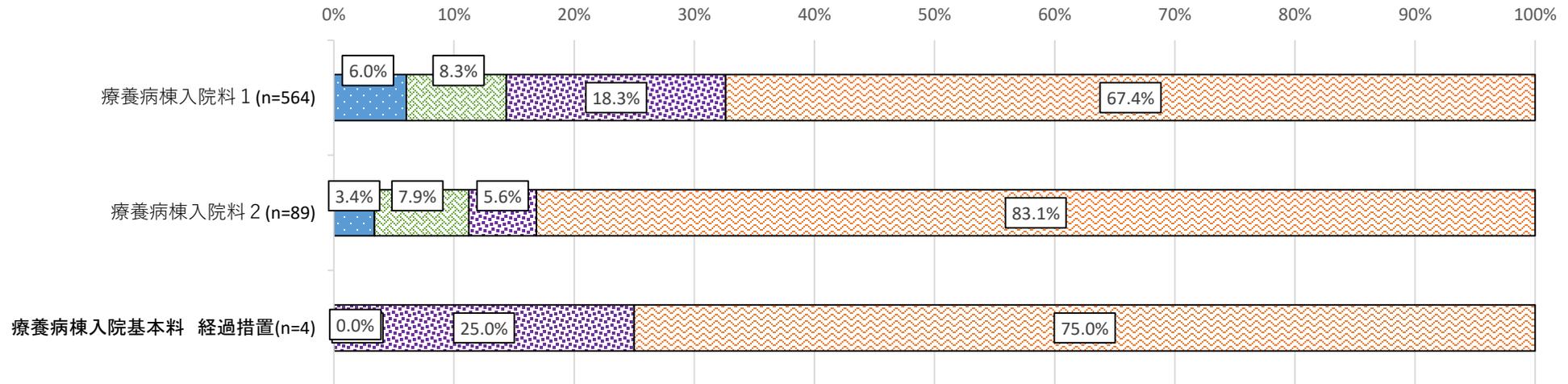


# 中心静脈栄養を実施している患者における嚥下リハビリ等の実施割合

- 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおり。
- 入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置(注11)では25.0%の患者が、嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

入院料別の嚥下リハビリ等の実施割合



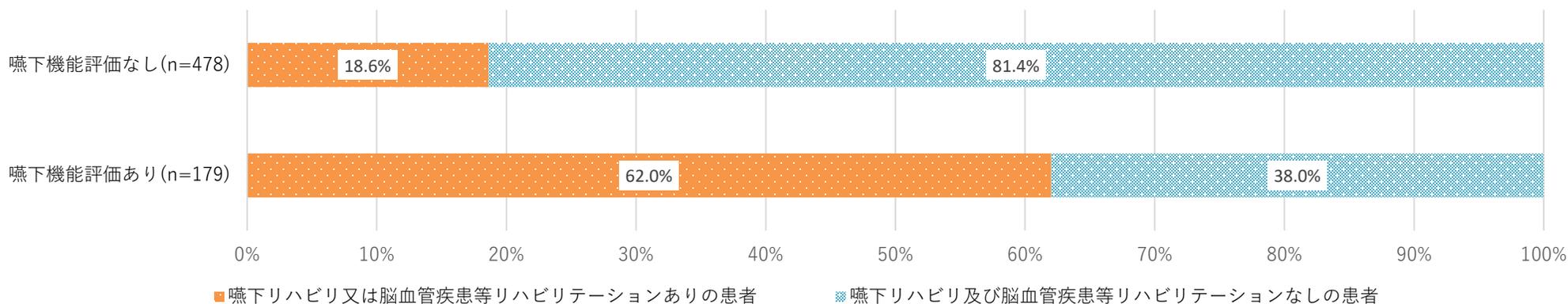
- 嚥下リハビリテーション及び脳血管疾患等リハビリテーション両方回答あり
- 嚥下リハビリテーションあり
- 脳血管疾患等リハビリテーションあり
- 嚥下リハビリテーション・脳血管疾患等リハビリテーション両方なし

# 中心静脈栄養の患者における嚥下リハビリ等の実施状況

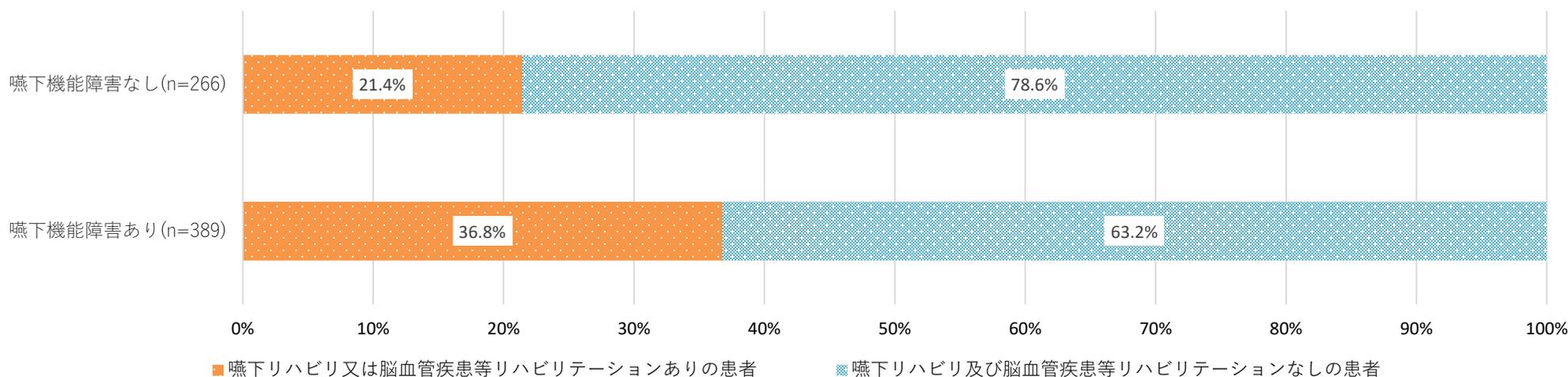
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無、嚥下機能障害の有無により分けた場合の、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合は以下のとおり。
- 嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションのどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。

嚥下機能評価有無別の嚥下リハビリ等の実施状況



嚥下機能障害有無別の嚥下リハビリ等の実施状況

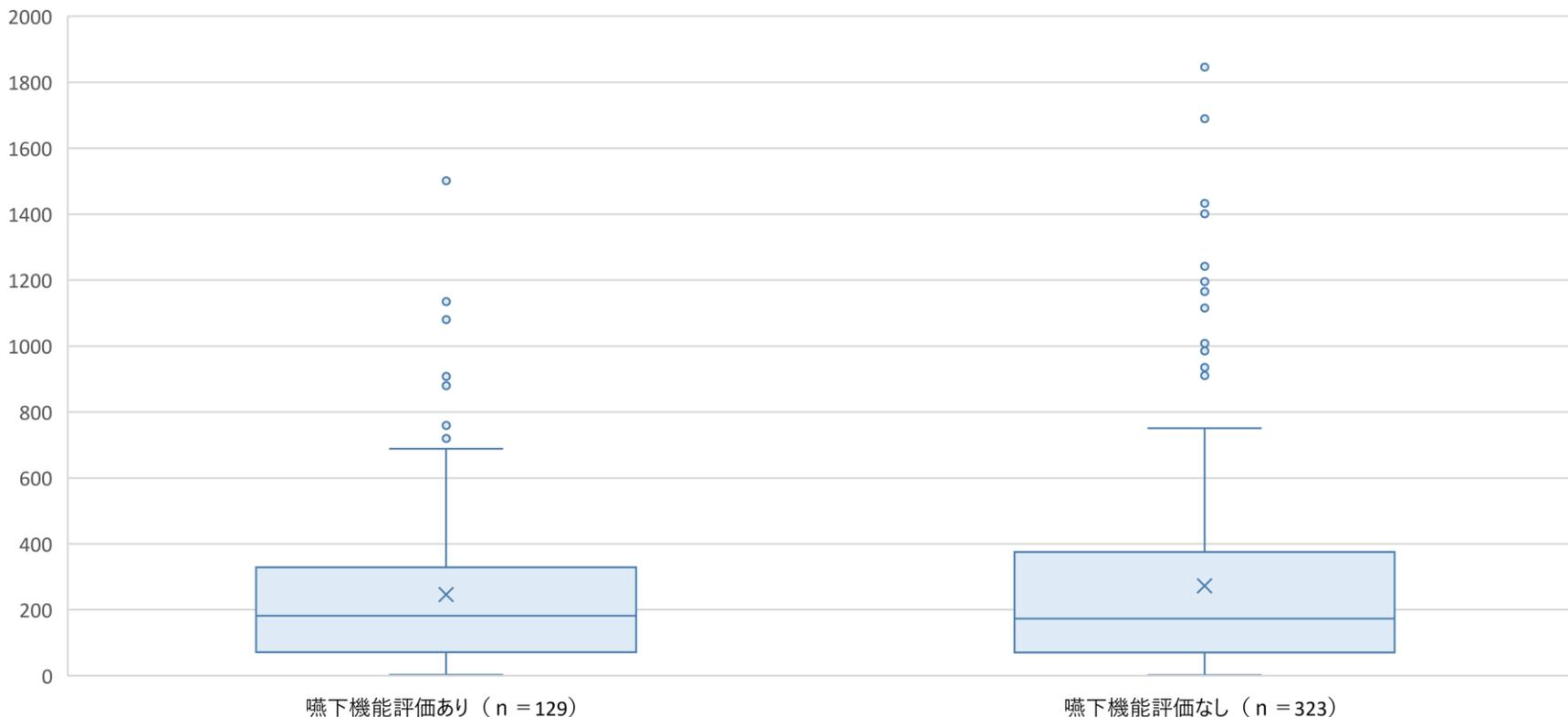


# 嚥下機能評価の有無別にみた中心静脈栄養開始からの日数

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無で分けた場合の中心静脈栄養開始からの日数は以下のとおり。平均値で見た場合、嚥下機能評価ありの方がなしと比較して開始からの日数が短い傾向であった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

嚥下機能評価別\_中心静脈栄養開始からの経過日数



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

	平均値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
嚥下機能評価あり (n = 129)	246.0	71.5	182	328.5
嚥下機能評価なし (n = 323)	272.3	70	173	375

# 入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者の割合

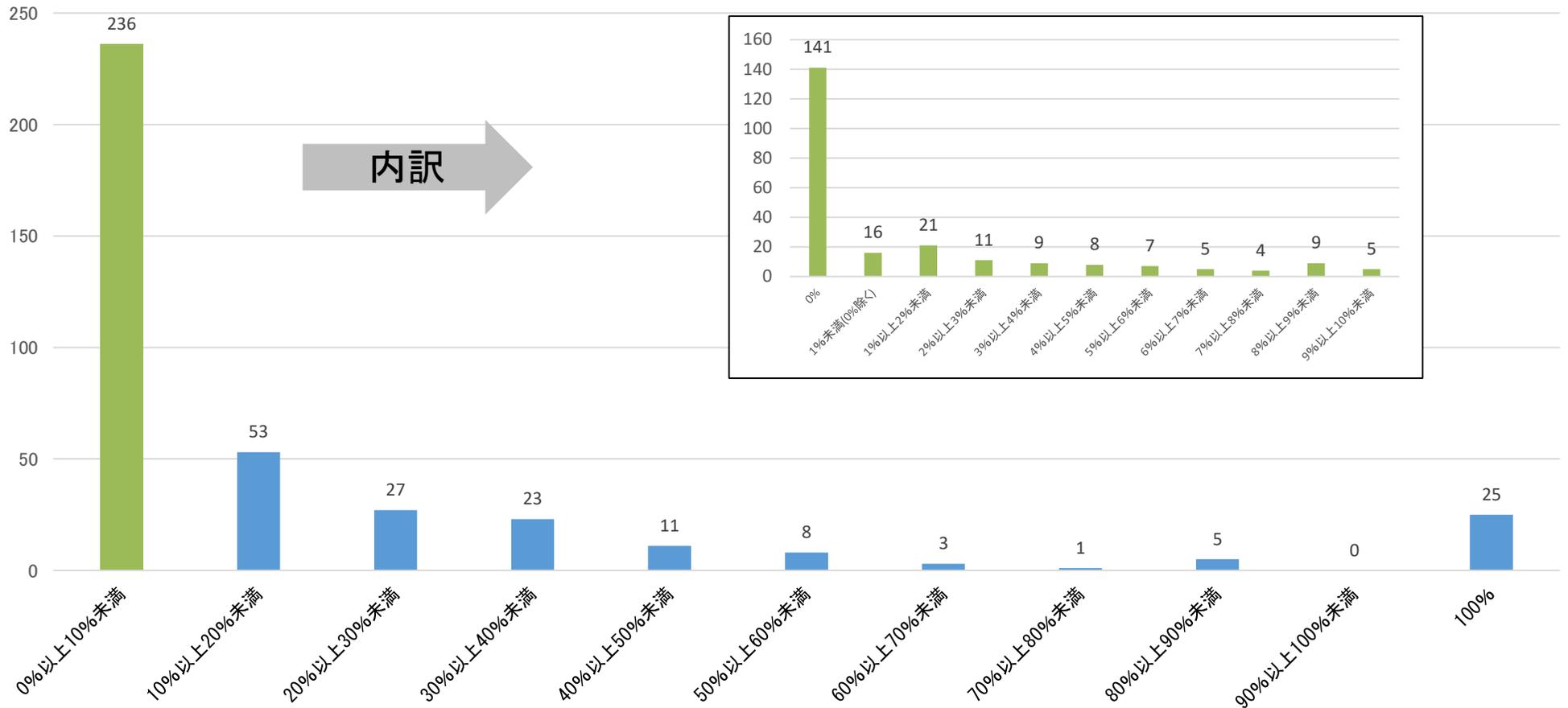
中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 新規入院患者のうち、入院時点で中心静脈を実施していた患者の割合の医療機関分布は以下のとおりであった。

○ 0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

(施設数)

令和2年8~10月の3か月間(n=392)



内訳

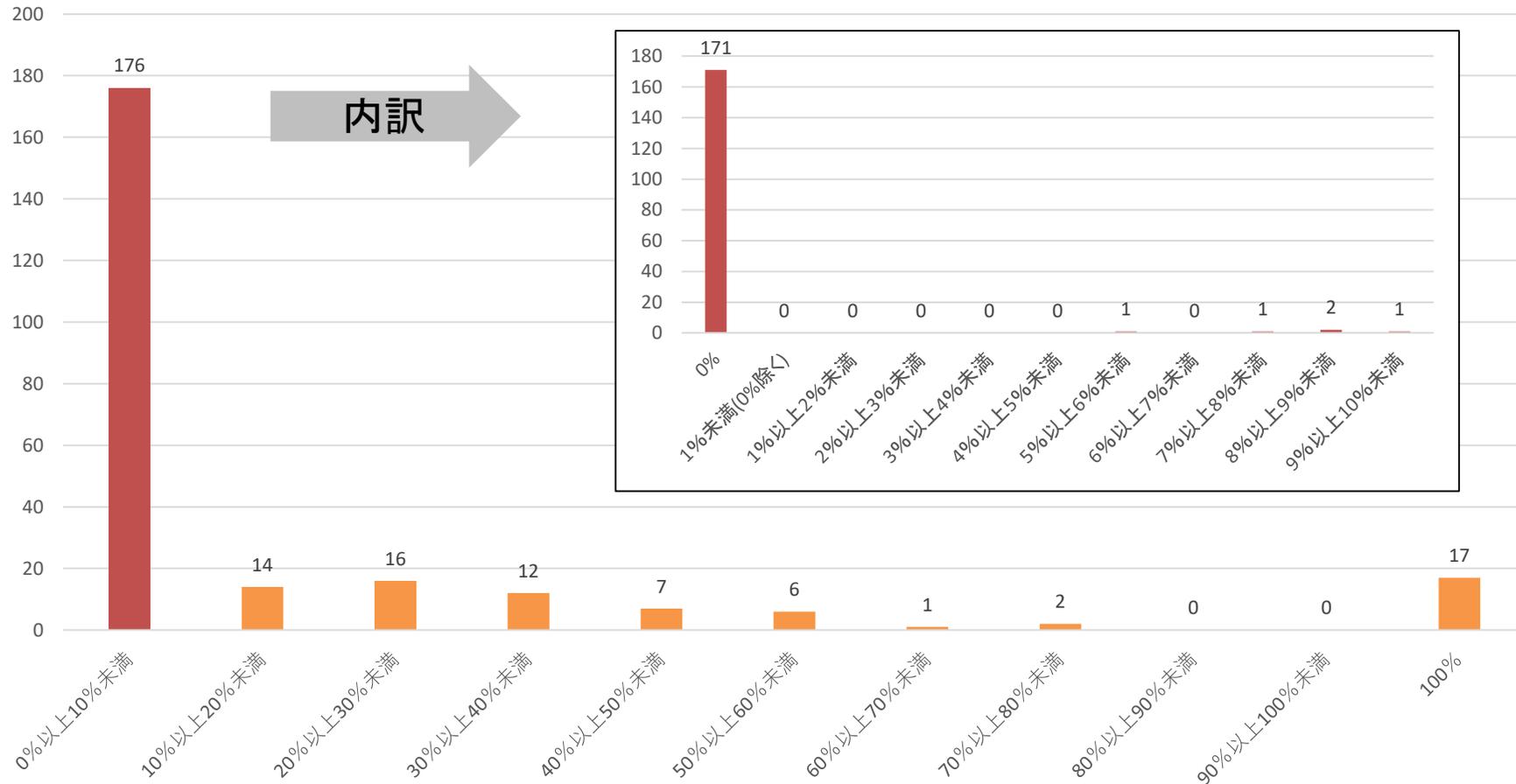
# 入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち中止又は終了した患者の割合

- 新規入院患者のうち、入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者の割合の医療機関分布（令和2年8～10月の3か月間）は以下のとおりであった。
- 0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

(施設数)

令和2年8～10月の3か月間 (n=251)



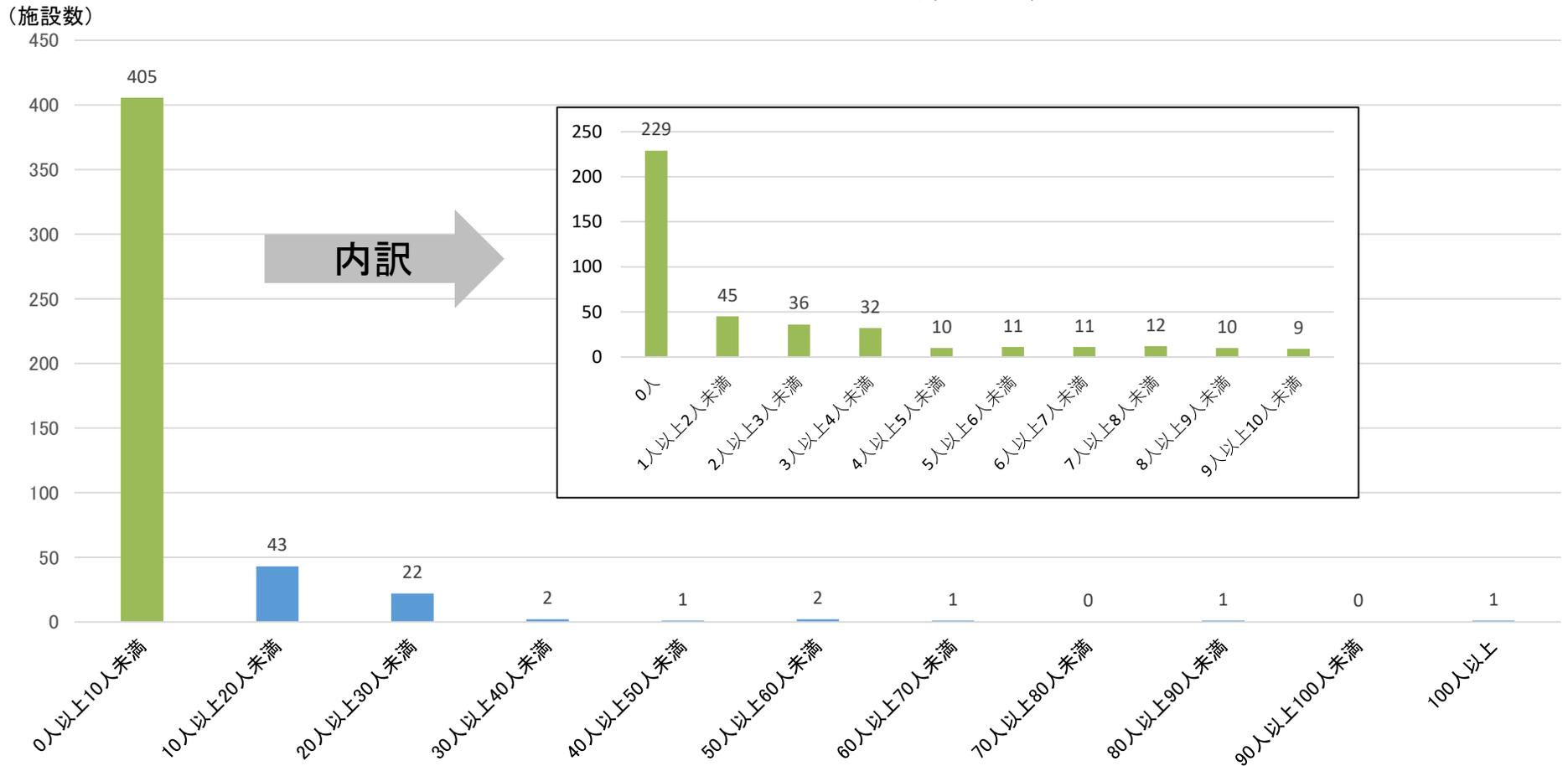
内訳

# 入院後に中心栄養静脈を開始した患者に関する分析

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 入院後に中心静脈栄養を開始した患者数の医療機関分布は以下のとおりであった。
- 0人以上10人未満の医療機関が最も多かった。

令和2年8～10月の3か月間(n=478)

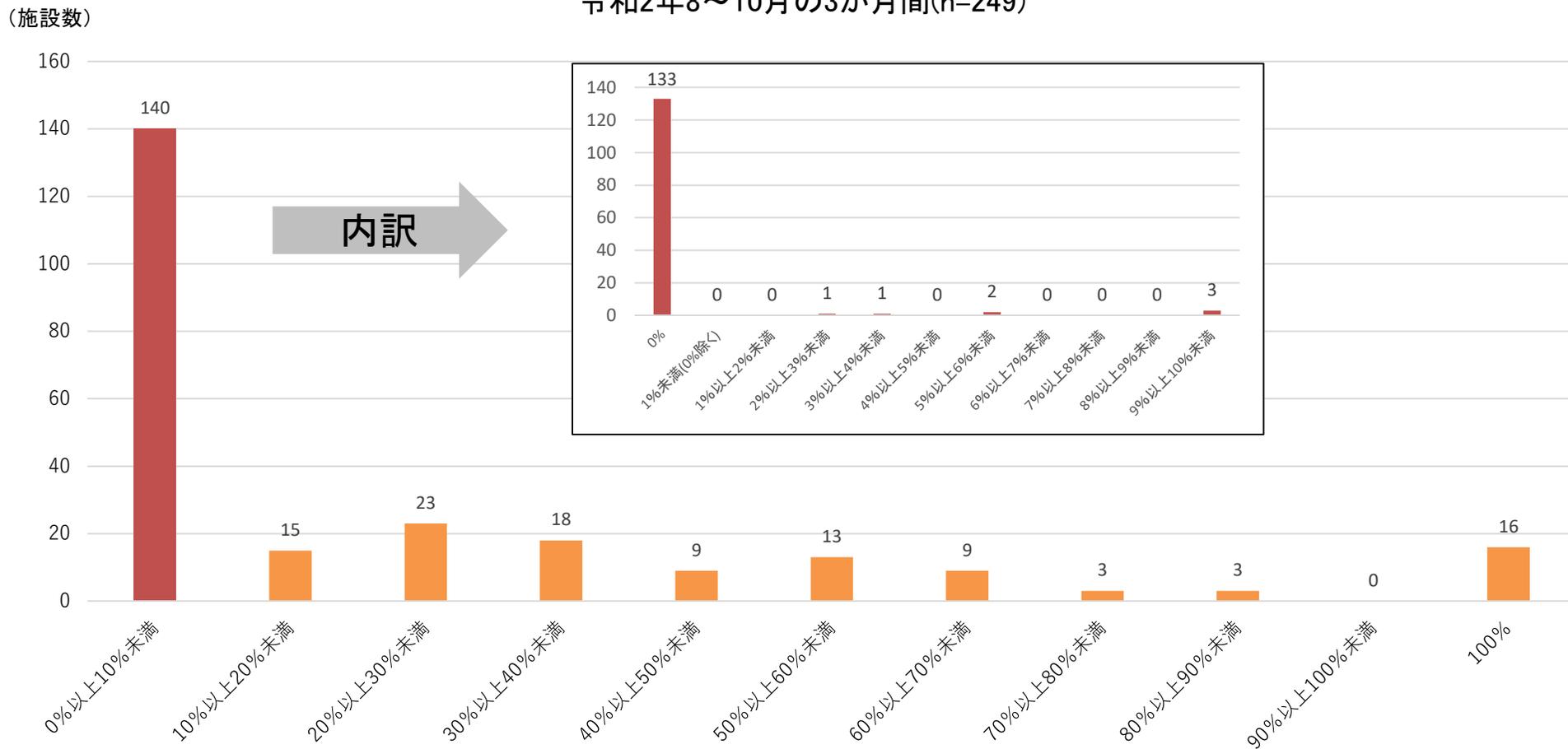


# 入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合

- 入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布（令和2年8～10月の3か月間）は以下のとおりであった。
- 0%以上10%未満が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

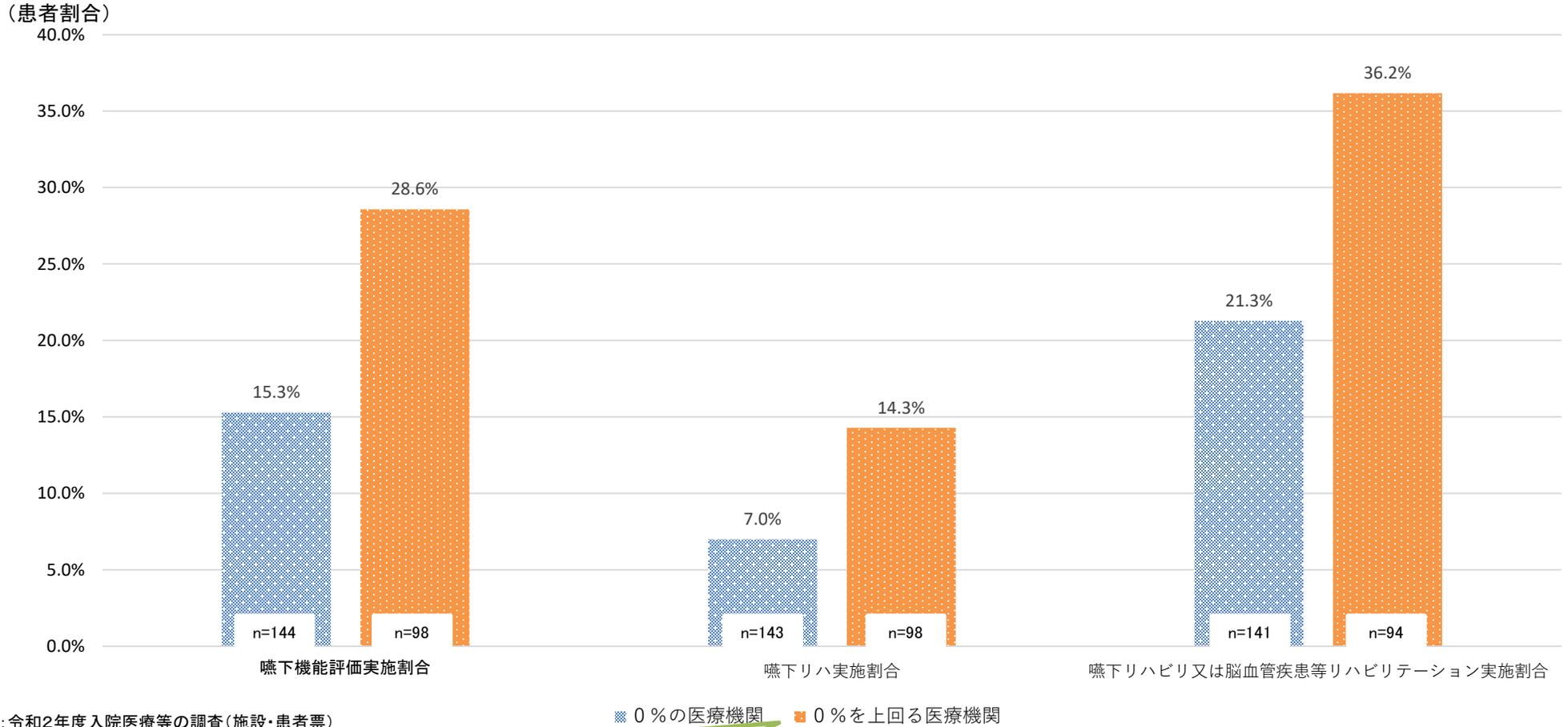
令和2年8～10月の3か月間(n=249)



内訳

# 「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合についての分析

- 「入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者」の割合が0%の医療機関を対象として、「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合について0%の医療機関と0%を超える医療機関に入院する患者の嚥下機能評価等の実施割合を比較した。
- 0%を超える医療機関は、それ以外の医療機関に比べ、嚥下機能評価、嚥下リハビリ等の実施割合が高かった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設・患者票）

「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合が、  
0%の医療機関と0%を超える医療機関の2群に分け、それぞれに入院している患者について分析

# 嚥下機能評価の有無別にみた、中心静脈カテーテル抜去の見込み

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの方がなしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。例として近日中～半年以内に抜去予定との回答を比較すると、評価ありは8%、評価なしは3%であった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

嚥下機能評価有無別にみた中心静脈カテーテル抜去の見込み



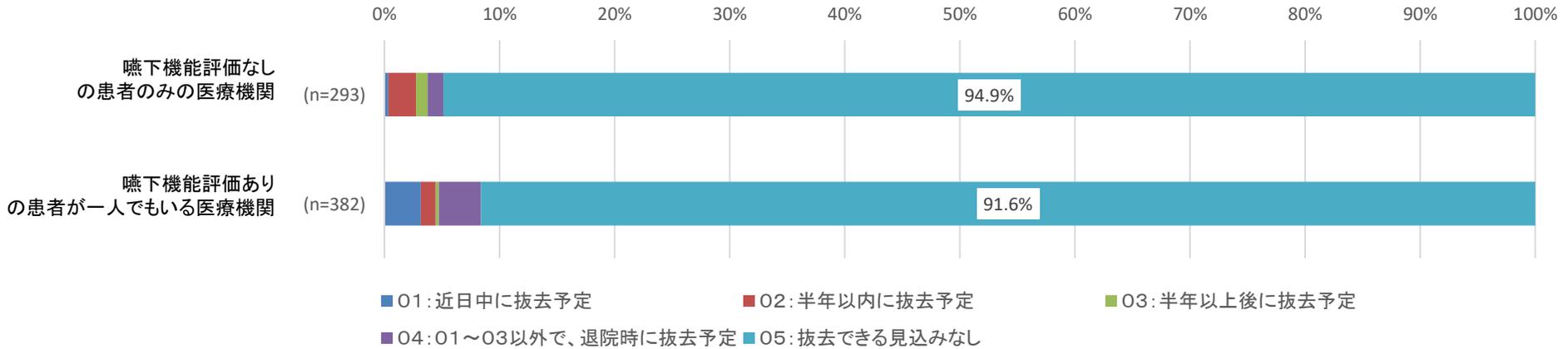
出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

# 嚥下機能評価・嚥下リハビリ有無別で分けた医療機関 に入院している患者の中心静脈カテーテル抜去の見込み

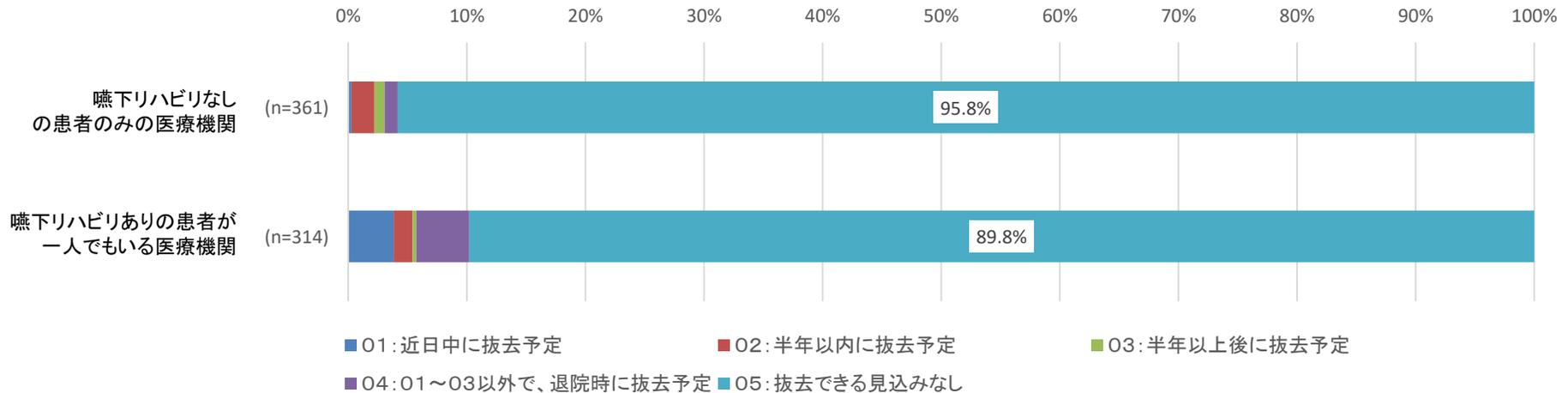
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを1人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。

## 嚥下機能評価の有無別の中心静脈カテーテル抜去の見込み



## 嚥下リハビリの有無別の中心静脈カテーテル抜去の見込み



# 摂食機能療法の概要

## H004 摂食機能療法

<b>1 30分以上の場合</b>	<b>185点</b>
<b>2 30分未満の場合</b>	<b>130点</b>

摂食機能療法1は、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

摂食機能療法2は、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

### <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又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。

### <対象患者（概要）>

摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

ア 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があるもの

イ 内視鏡下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

# ガイドラインで推奨されている嚥下機能評価について

○ 学会ガイドラインにおいて、嚥下機能評価として、嚥下造影検査、内視鏡下嚥下機能検査等が推奨されており、それらの結果に基づき栄養摂取法や代償嚥下法の検討とその指導を本人や家族に行うことは、誤嚥性肺炎や脱水・栄養障害を減少させ、有効であるとされている。

中医協 総 - 2  
25.12.11

【脳卒中診療治療ガイドライン2009】(日本脳卒中学会,日本脳神経外科学会,日本神経学会,日本神経治療学会,日本リハビリテーション医学会)より抜粋

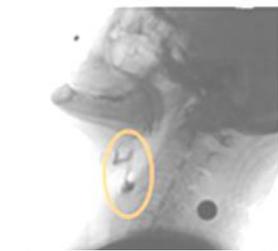
脳卒中患者においては、嚥下障害が多く認められる。それに対し、嚥下機能のスクリーニング検査、さらには嚥下造影検査、内視鏡検査などを適切に行い、その結果を元に、栄養摂取経路(経管・経口)や食形態、姿勢、代償嚥下法の検討と指導を行うことが勧められる(グレードB)

**嚥下造影(VF:VideoFluoroscopic examination of swallowing)**  
造影剤入りの食物を嚥下し、嚥下の状態、食物の残存等を評価する。



## 正常な嚥下ができている場合

- ・黒く写っているのが検査食
- ・正常に食道を流れており、残存はない



## 喉に残存がある場合

- ・喉のくぼみに検査食が残っている  
(後から気管に入り、肺炎の原因となることがある)

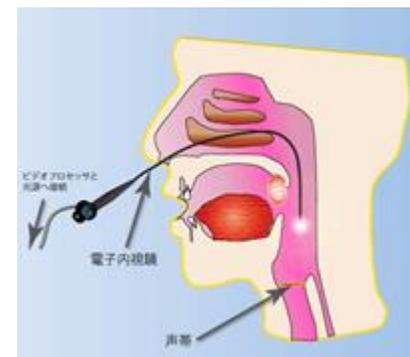


## 気管への流入がある場合

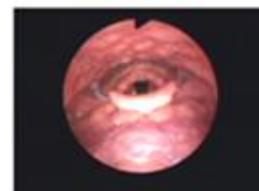
- ・気管に流入している検査食が見える。

**内視鏡下嚥下機能検査(VE:VideoEndoscopic examination of swallowing)**  
実際の食物を利用して、嚥下を行いながら喉頭内視鏡による観察を行い、嚥下の状態、食物の残存等を評価する。

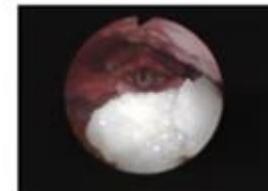
## 実施の様子



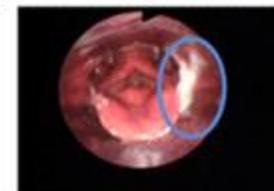
## <実際の内視鏡所見>



健康な人の喉  
(中央の黒いところが気管)



ご飯が流れて  
きているところ



飲み込んだ後  
(ご飯が少し残っている)

(岩手医大病院提供資料)

# 摂食嚥下支援加算の概要と算定状況

中医協 総-7-2  
3. 11. 17

## H004 摂食機能療法

### 注3 摂食嚥下支援加算

200点

摂食嚥下支援チームの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、医師・看護師・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、週に1回に限り摂食機能療法の点数に加算する。

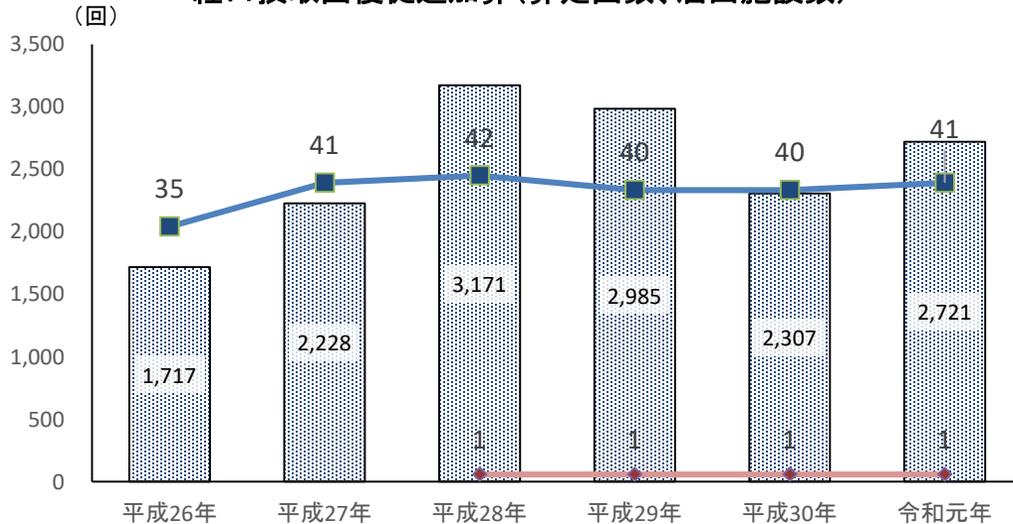
#### 【施設基準】

- 摂食嚥下支援チームを設置 \*の職種は、カンファレンスの参加が必須
  - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 \*
  - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) \*
  - 専任の常勤言語聴覚士 \*
  - 専任の常勤薬剤師 \*
  - 専任の常勤管理栄養士 \*
  - 専任の歯科衛生士
  - 専任の理学療法士又は作業療法士
- 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

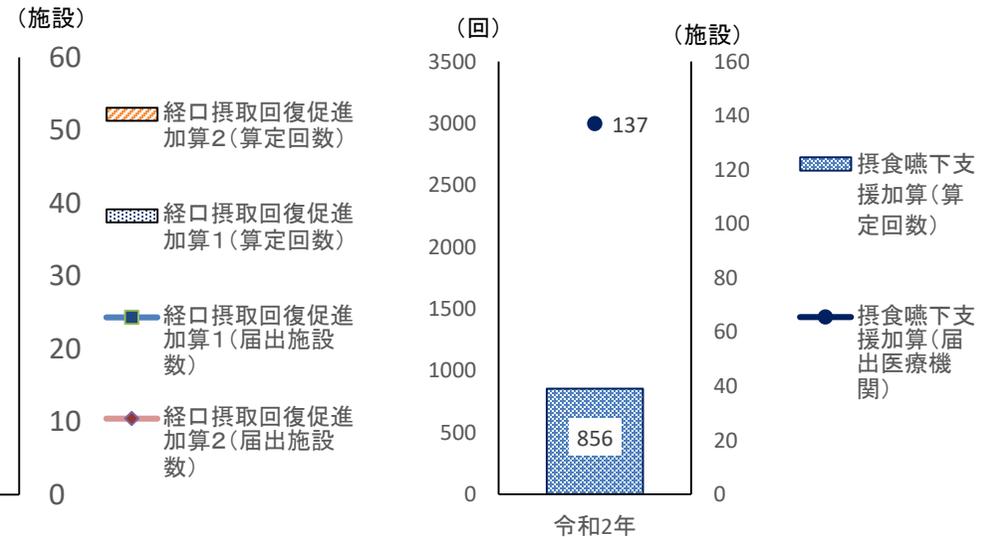
#### 【算定要件】

- 摂食嚥下支援チームにより、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
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

経口摂取回復促進加算(算定回数、届出施設数)



摂食嚥下支援加算(算定回数、届出施設数)



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

出典(届出施設数)：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

# 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

## 摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。



### 現行

#### 【摂食機能療法】

経口摂取回復促進加算1	185点
経口摂取回復促進加算2	20点
(治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)	

#### [算定対象]

- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

#### [算定要件]

- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

#### [施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- 加算1:  
胃瘻新設の患者 2名以上  
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- 加算2:  
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上



### 改定後

#### 【摂食機能療法】

<b>摂食嚥下支援加算</b>	<b>200点</b>
(週1回に限り摂食機能療法に加算)	

#### [算定対象]

- **摂食嚥下支援チームの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**

#### [算定要件]

- **摂食嚥下支援チームにより**、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**
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、**チームカンファレンスを実施(週1回以上)**
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

#### [施設基準]

- **摂食嚥下支援チームを設置** \*の職種は、カンファレンスの参加が必須
  - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 \*
  - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) \*
  - 専任の常勤言語聴覚士 \*
  - 専任の常勤薬剤師 \*
  - 専任の常勤管理栄養士 \*
  - 専任の歯科衛生士
  - 専任の理学療法士又は作業療法士
- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**





# 療養病棟入院基本料に係る課題（小括）

## （1）総論

- ・療養病棟入院基本料は、平成30年度診療報酬改定において、20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化し、医療区分2・3の該当患者割合及び看護職員配置に応じた2段階の評価に見直した。令和2年度診療報酬改定においては、看護職員配置30対1の経過措置を終了し、看護職員25対1の経過措置については、入院料を切り下げた。
- ・療養病棟入院基本料届出医療機関数・病床数のうち、経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少していた。令和2年においても、引き続き減少傾向であるが、現に届け出ている医療機関・病床は存在した。
- ・経過措置（注11）を届け出ている医療機関について、満たせていない施設基準は「当該病棟のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。」が最多であった。

## （2）療養病棟入院基本料における、入院料毎の患者の状態等について

- ・各入院料で、患者の主傷病名に差がみられた。最も多い主傷病名をみると、入院料1及び2においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置（注11）においては「廃用症候群」であった。
- ・医療区分2・3の該当患者の占める割合について、療養病棟入院料1では95%以上が最も多く、入院料2では50%以上55%未満及び75%以上80%未満が多かった。経過措置（注11）においては、50%未満の病棟と50%以上の病棟が両方存在した。
- ・療養病棟の入院患者に行われている医療等に注目すると、入院料毎によって差が見られており、入院料1及び2ではリハビリテーションの過去7日間の単位数は約5単位であったが、経過措置（注11）では約20単位であった。また、入院の理由について、経過措置（注11）では「リハビリテーションのため」が最多であった。
- ・1日当たりレセプト請求点数は、入院料1、経過措置（注11）、入院料2の順に高かった。リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置（注11）が最も高かった。
- ・療養病棟における、1日当たりのリハビリテーション単位数は、入院料1及び2と比較して経過措置（注11）において多かった。入院料毎に平均在院日数について、平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置（注11）を届け出ている病棟が短かった。
- ・100床当たりの職員数を比較すると、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料1及び2と比べて経過措置（注11）が多かった。また、看護師数は入院料1、経過措置（注11）、入院料2の順、看護補助者数は、入院料1、入院料2、経過措置（注11）の順に多かった。

# 療養病棟入院基本料に係る課題（小括）

## （3）医療区分・ADL区分について

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、中心静脈栄養の適切な管理の推進の観点から、中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する見直しを行ったことから、その影響等について分析した。
- ・ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養を実施している状態が最も多かった。
- ・ 平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ている医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では0.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。
- ・ 令和2年度改定において要件とされた「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。
- ・ 中心静脈栄養に該当する患者について、入院中の嚥下機能評価の有無をみたところ、ありの割合は入院料1では25.4%、入院料2では32.6%、経過措置（注11）では0%であった。嚥下機能障害については、半数程度の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。また、嚥下リハビリについては、約9割の患者で入院中に実施されたことがなかった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者の割合を入院料毎に比較した。入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置（注11）では25.0%の患者が嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能障害の有無により、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合を比較した。嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者の中心静脈栄養開始からの日数の平均値について、嚥下機能評価ありの患者の場合は、なしの場合と比較して、その日数が短かった。
- ・ 新規入院患者に占める、入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち、令和2年8～10月の3か月間で中止又は終了した患者の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。
- ・ 入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。
- ・ 「入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者」の割合が0%の医療機関を対象として、「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合について0%の医療機関と0%を超える医療機関に入院する患者の嚥下機能評価等の実施割合を比較すると、0%を超える医療機関は、それ以外の医療機関に比べ、嚥下機能評価、嚥下リハビリ等の実施割合が高かった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較すると、嚥下機能評価ありの患者の方がなしの患者と比較して、抜去予定のある患者の割合が高かった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを1人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。

## 慢性期入院医療について

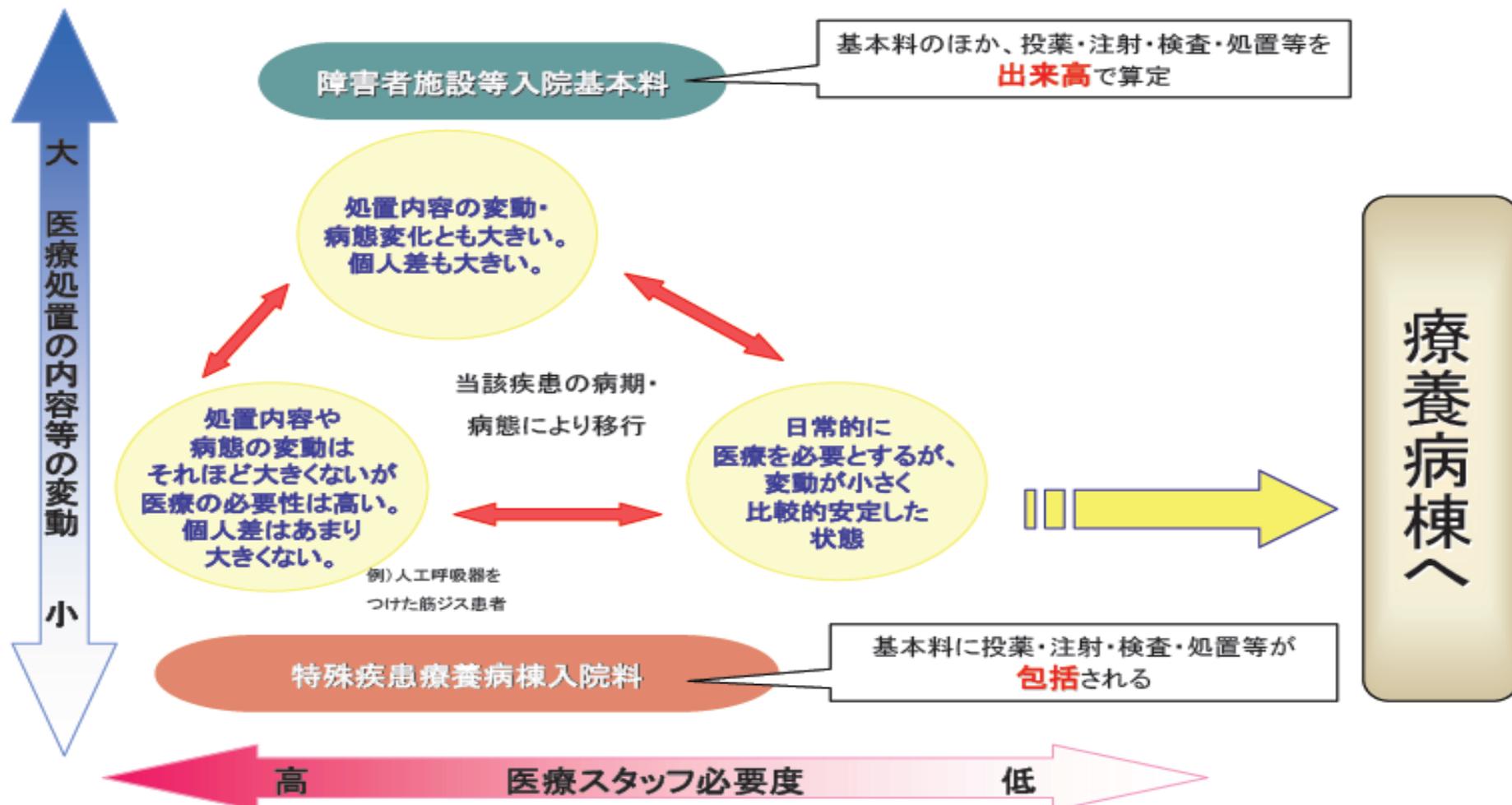
1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（障害者施設等入院基本料等について）

- 障害者施設等入院基本料と療養病棟入院基本料において、脳卒中患者に対する医療的な状態等に大きな相違がないことを踏まえて評価の在り方について検討すべきではないか。

# 障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2~4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上		
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—			
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	—	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上		
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟		
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			褥瘡の評価			
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点		
	重度の意識障害者(脳卒中後)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点	1,748～751点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括		
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

# 障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

H12

## 障害者施設等入院基本料を新設

### 【対象となる施設】

児童福祉法が規定する  
・肢体不自由児施設  
・重症心身障害児施設  
・国立療養所 その他

### 【上記施設以外における要件】

○重度の肢体不自由児(者)  
○脊髄損傷等の重度障害者  
○重度の意識障害者  
○筋ジストロフィー患者  
○難病患者等  
これらの患者が概ね7割以上

## <障害者施設等入院基本料の特徴>

個別の病態変動が大きく、  
その変動に対し高額な薬剤や  
高度な処置が必要となるような  
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

### H19実態調査

・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。  
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

### 平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)  
・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

### 平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

# 特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯

中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設  
(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更  
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞  
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い  
→投薬・注射・処置等が包括払い

## 医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

### 障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

## 障害者施設等入院基本料

- 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む)
  - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
  - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者等

上記患者が概ね7割以上  
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

## 特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料

- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む)
  - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
  - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 神経難病患者

上記患者が概ね8割以上  
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

## 特殊疾患病棟入院料2

- 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者

ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く

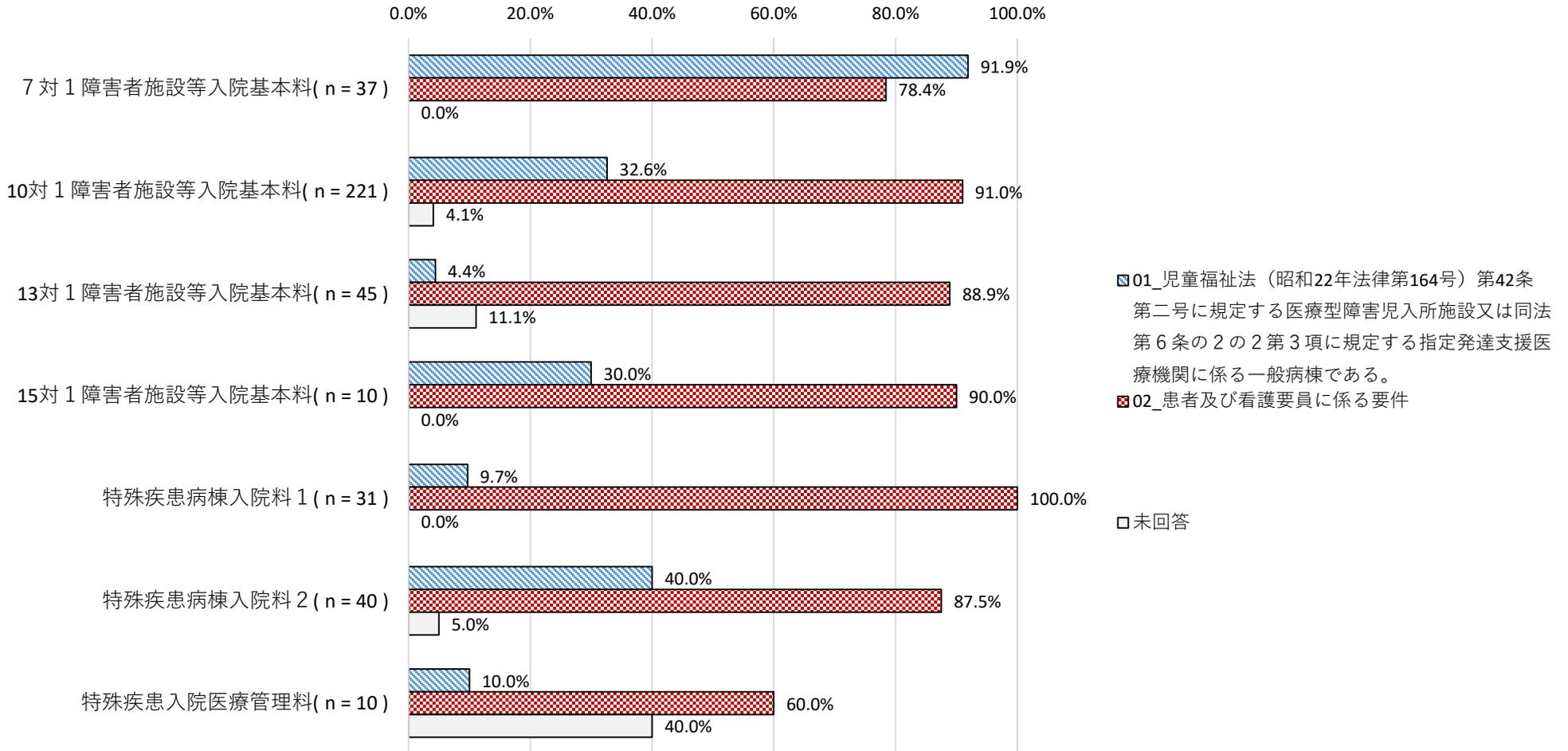
上記患者が概ね8割以上  
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

# 障害者施設等入院基本料等における施設基準について

○ 障害者施設等入院基本料等について、満たしている施設基準は以下のとおりであった。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等 満たしている施設基準（該当するもの複数選択）



# 障害者施設等入院基本料の対象患者と算定する入院料の関係（イメージ）

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

全入院患者

対象患者  
入院患者のうち、おおむね7割以上

**脊髄損傷等の重度障害者等**  
(特定除外:90日超減算なし)

障害者施設等  
入院基本料

重度の意識障害者  
(脳卒中の後遺症であるものに限る。)  
医療区分3

脳卒中の後遺症以外の  
重度の意識障害者

重度の意識障害者  
(脳卒中の後遺症であるものに限る。)  
医療区分2  
医療区分1

その他

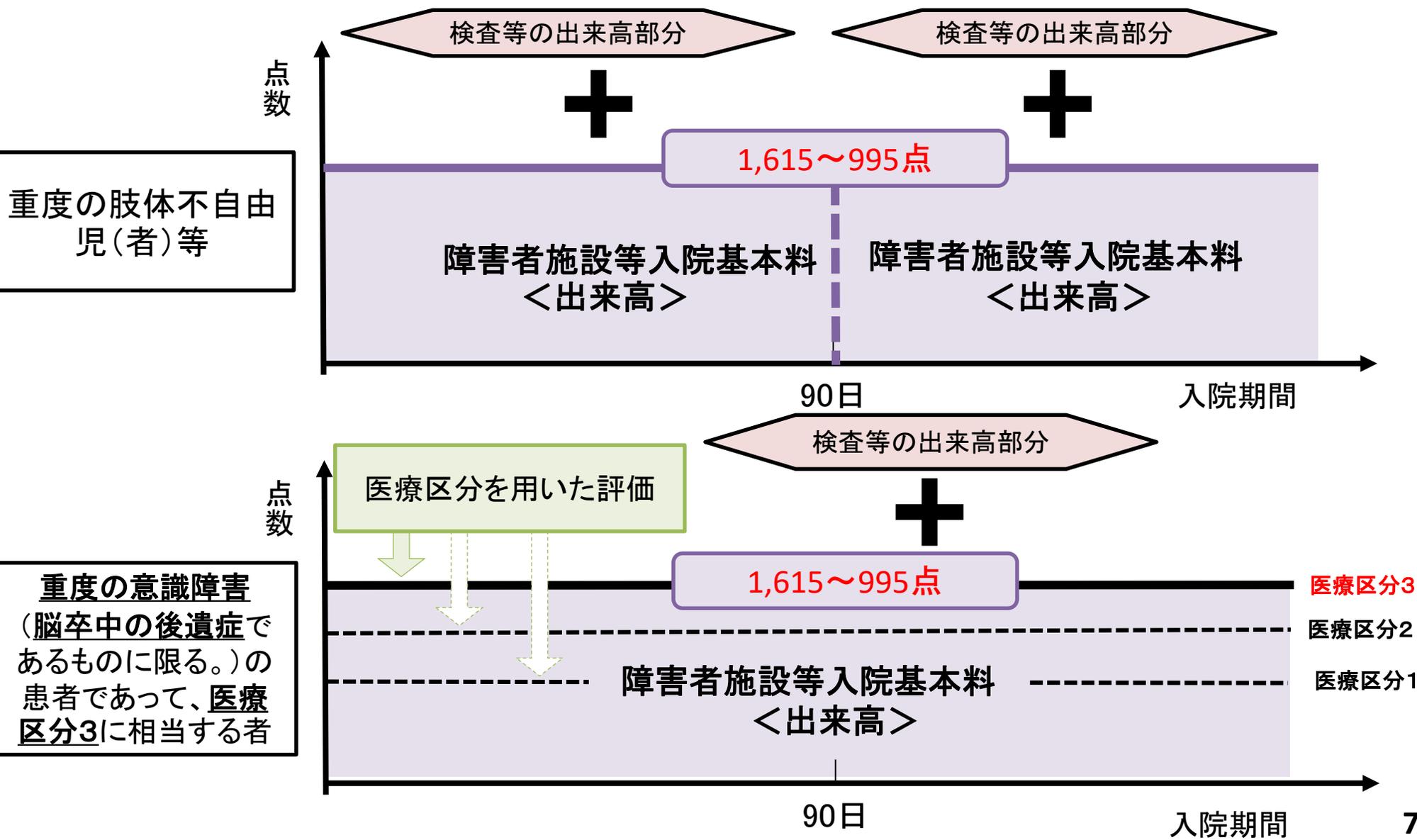
脳卒中患者  
(重度の意識  
障害以外)

障害者施設等  
入院基本料

療養病棟入  
院基本料  
の評価体系を  
踏まえた評価

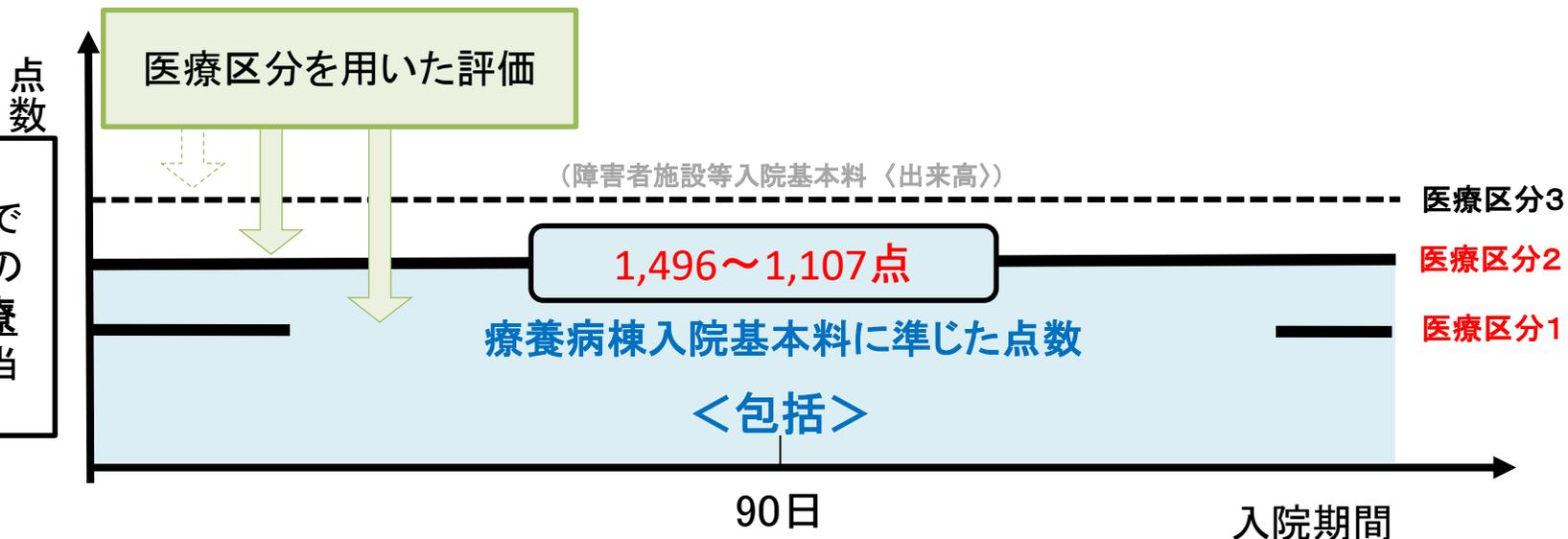
# 障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。

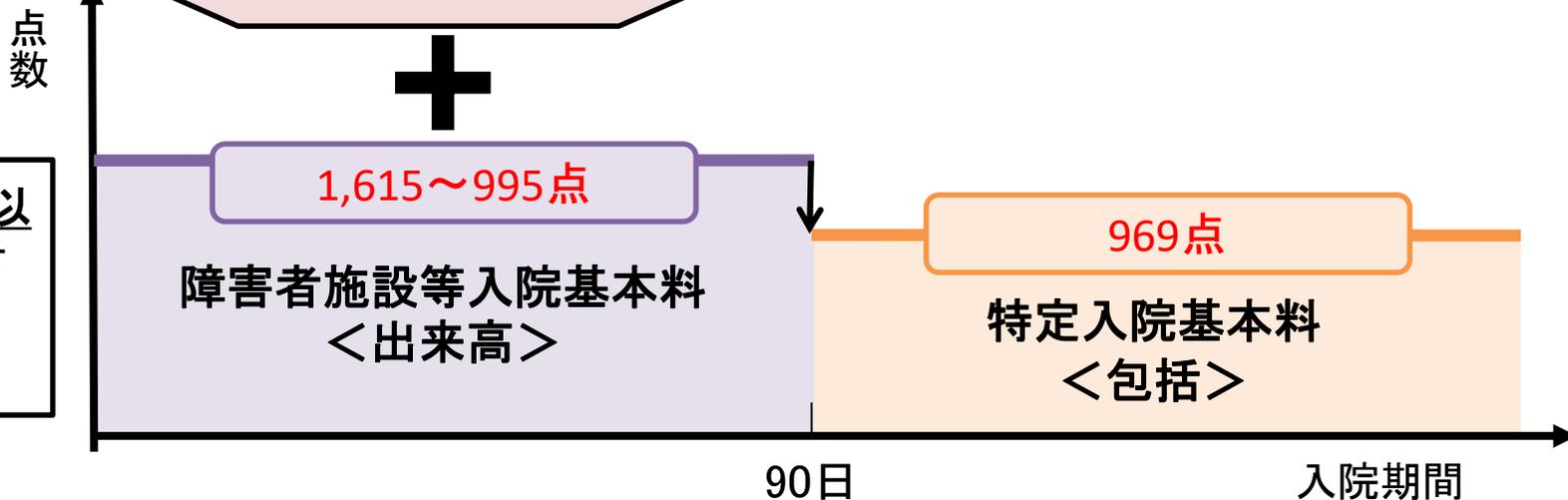


# 障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。



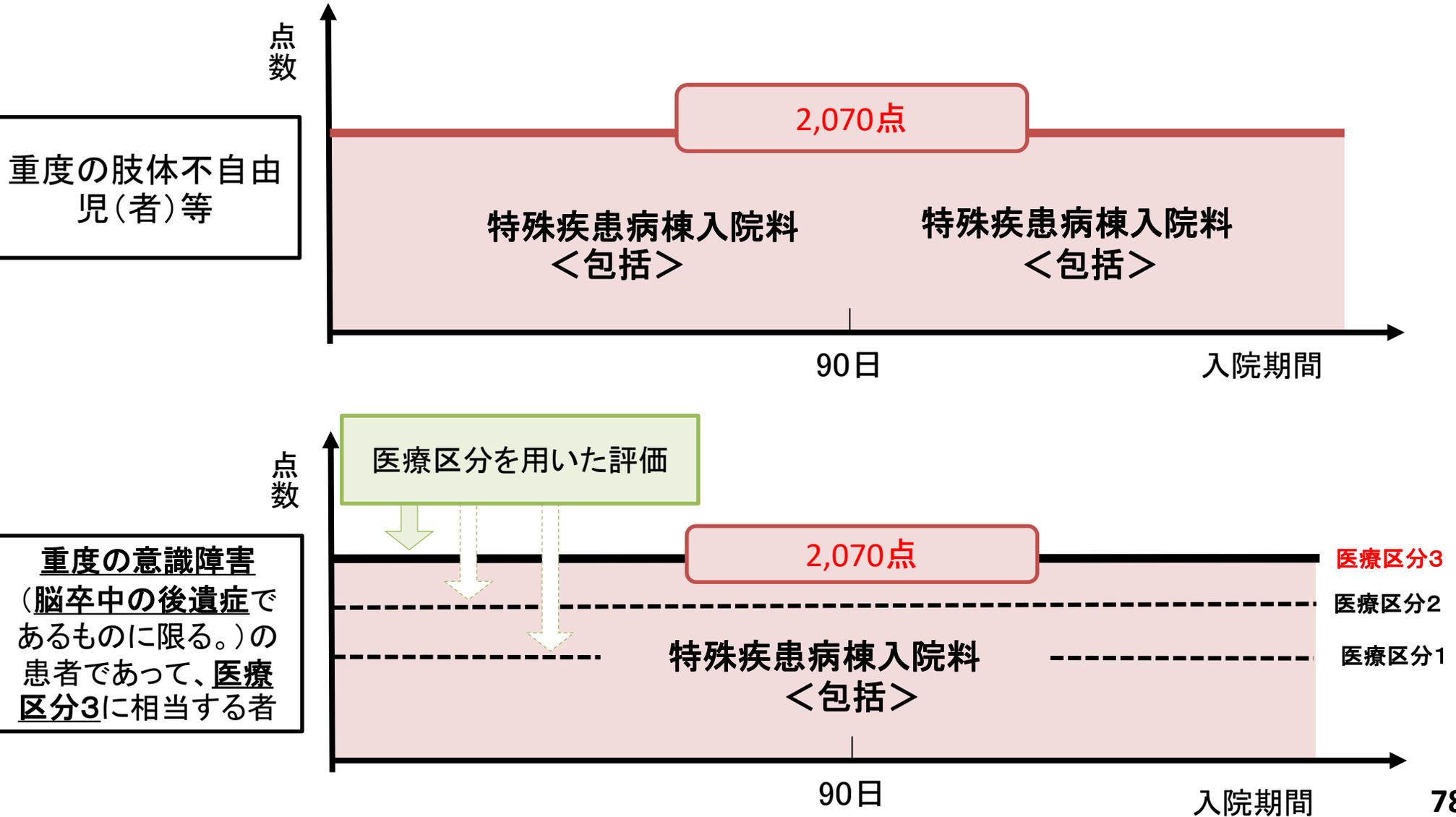
**重度の意識障害**  
(**脳卒中の後遺症**であるものに限る。)の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者



**重度の意識障害以外の脳卒中患者**  
及び  
その他の患者

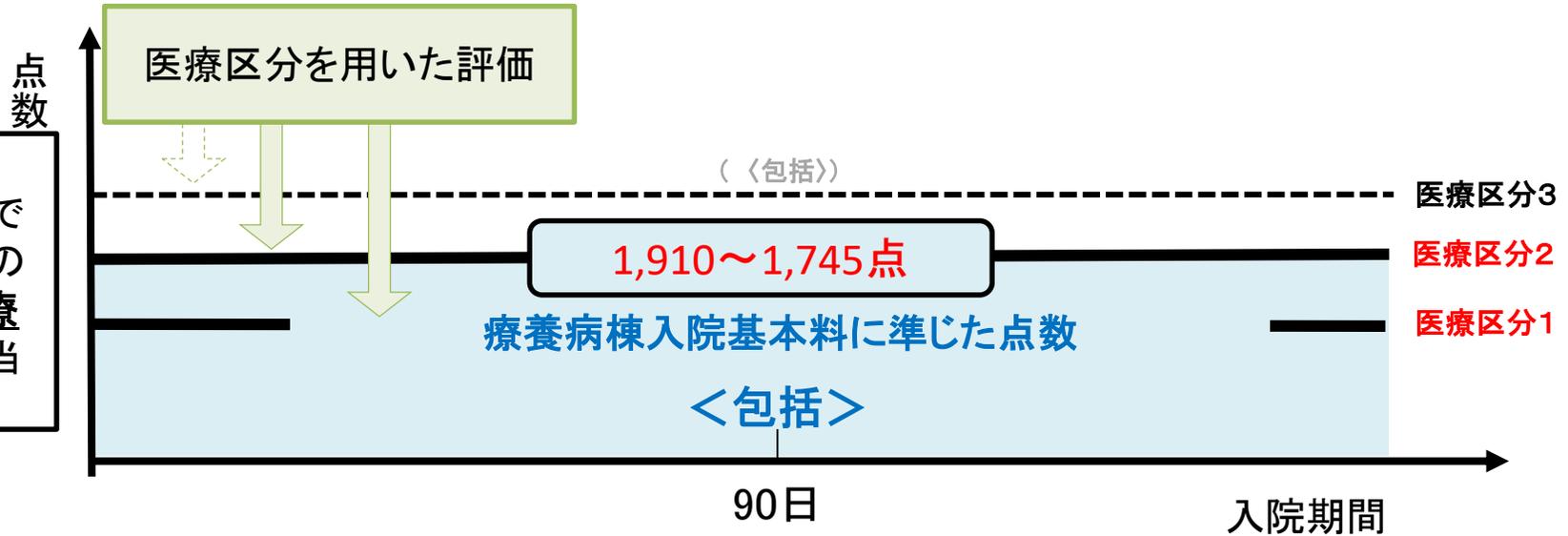
# 特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ①

○ 特殊疾患棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。

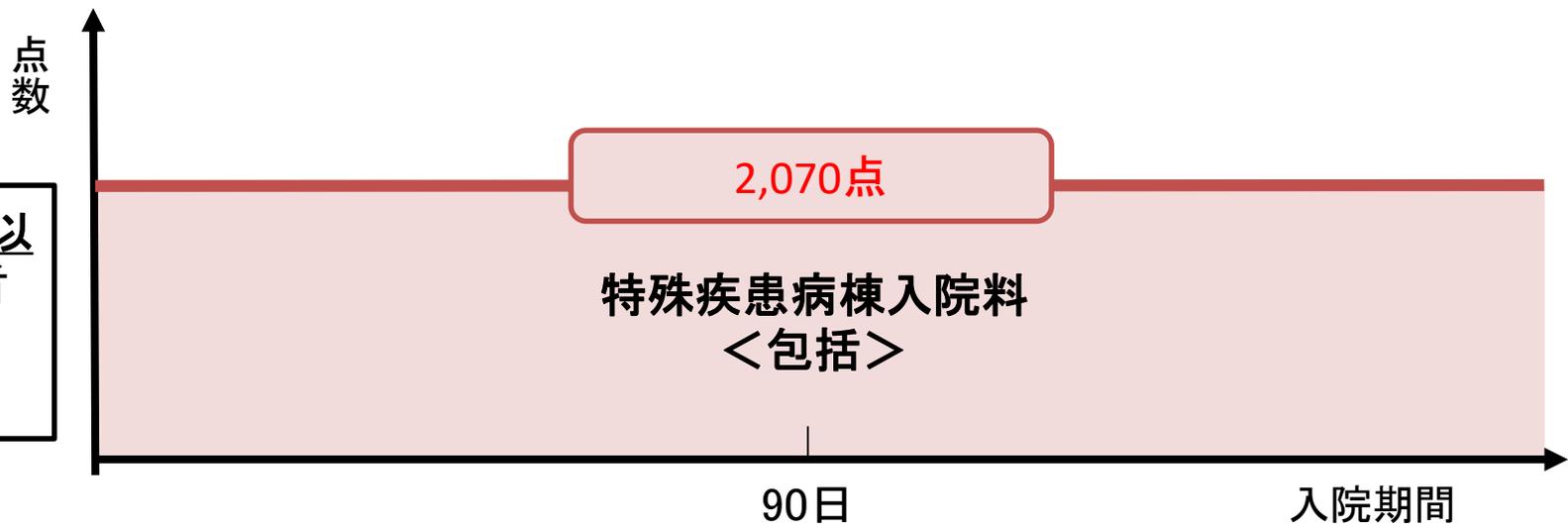


# 特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ②

○ 特殊疾患棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。



**重度の意識障害**  
(**脳卒中の後遺症**であるものに限る。)の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者



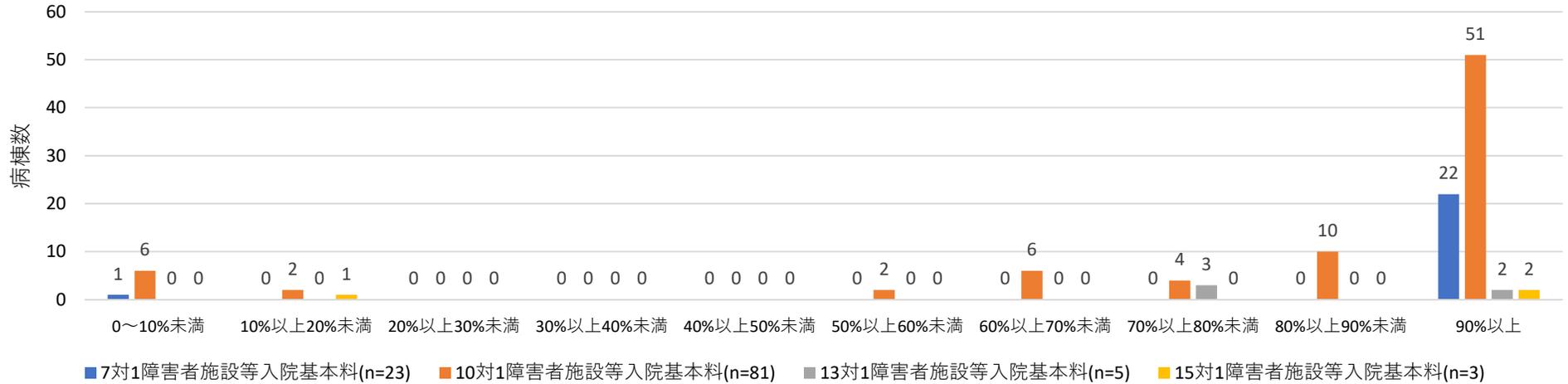
**重度の意識障害以外の脳卒中患者**  
及び  
その他の患者

# 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の対象患者割合の分布

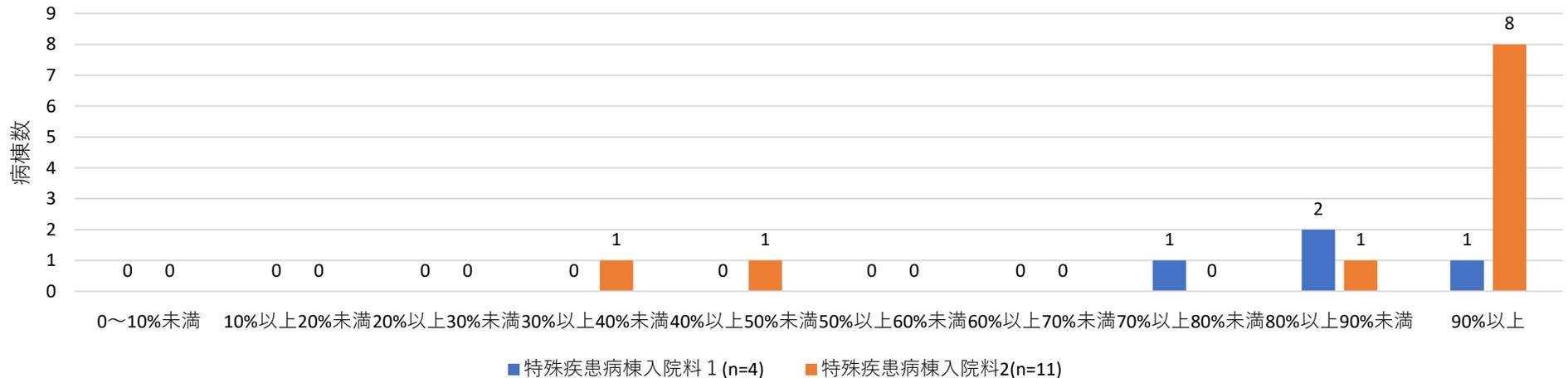
○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟における対象患者割合は90%以上が最も多かった。一方で70%を下回る病棟も存在していた。

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

障害者施設等入院基本料の対象患者割合10月（病棟票）



特殊疾患病棟入院料・管理料の対象患者割合10月（病棟票）



# 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の 対象疾患ごとの該当割合の分布

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

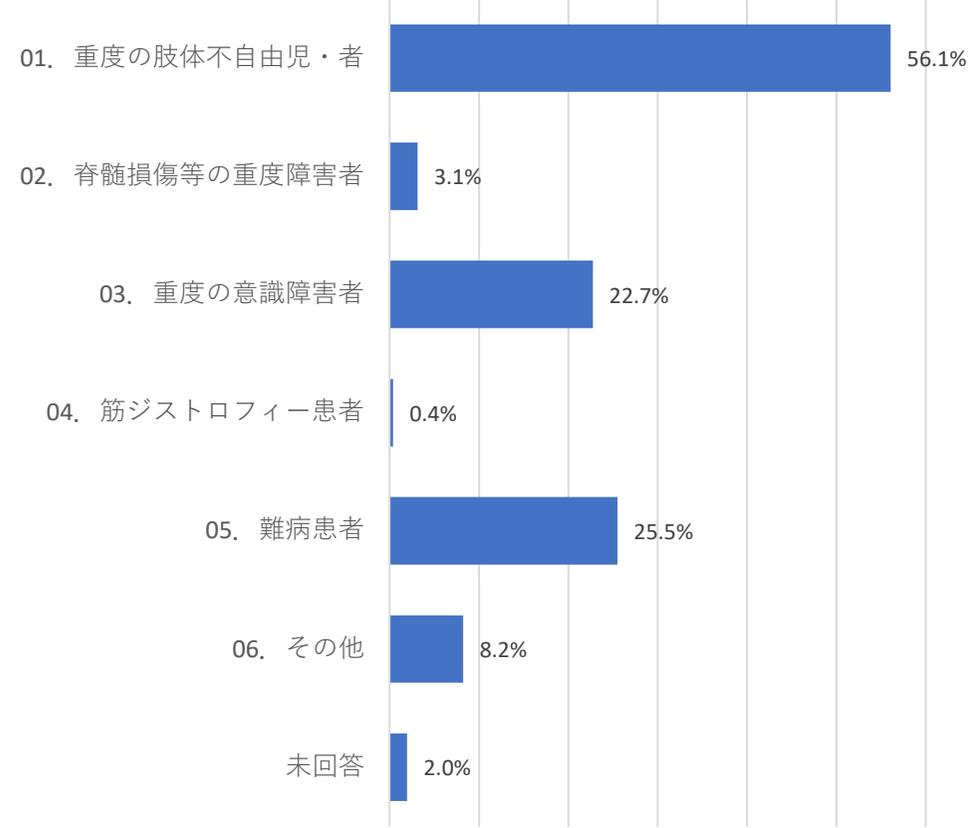
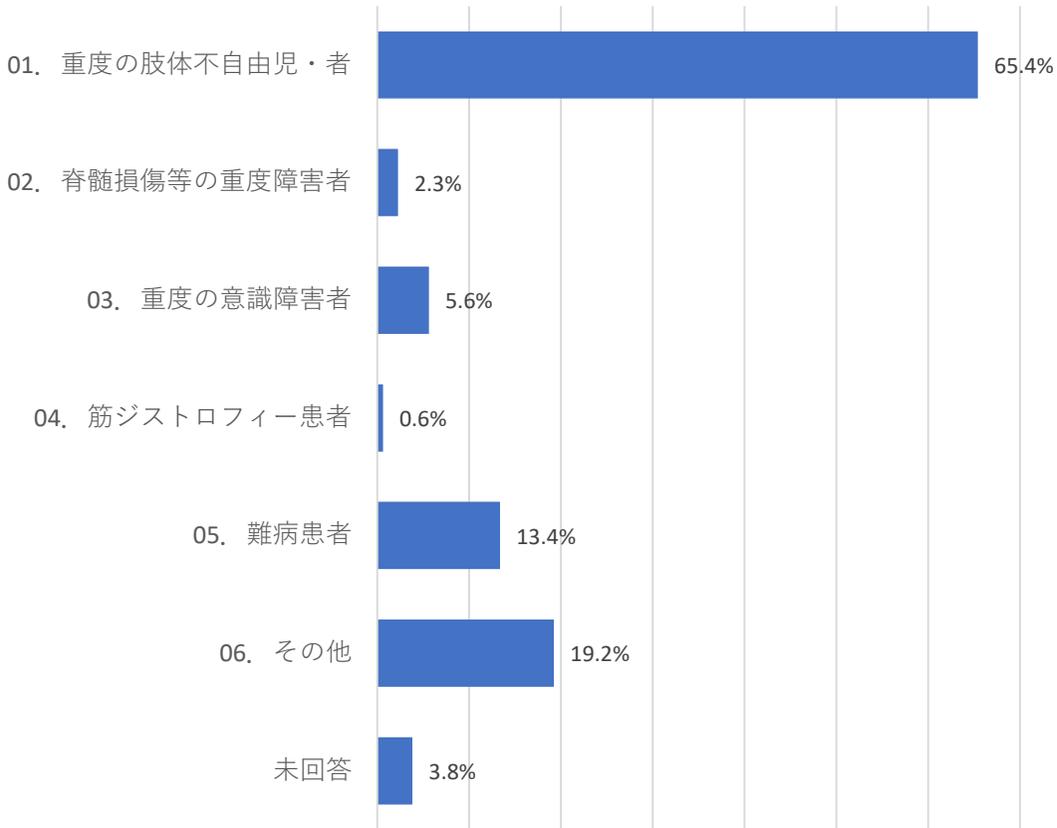
○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者に該当する者が多かった。一方で、その他の患者も一定程度存在した。

障害者施設等入院基本料を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合 (n = 1,720) (該当するもの複数選択)

特殊疾患病棟入院料等を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合 (n = 255) (該当するもの複数選択)

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0%

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0%

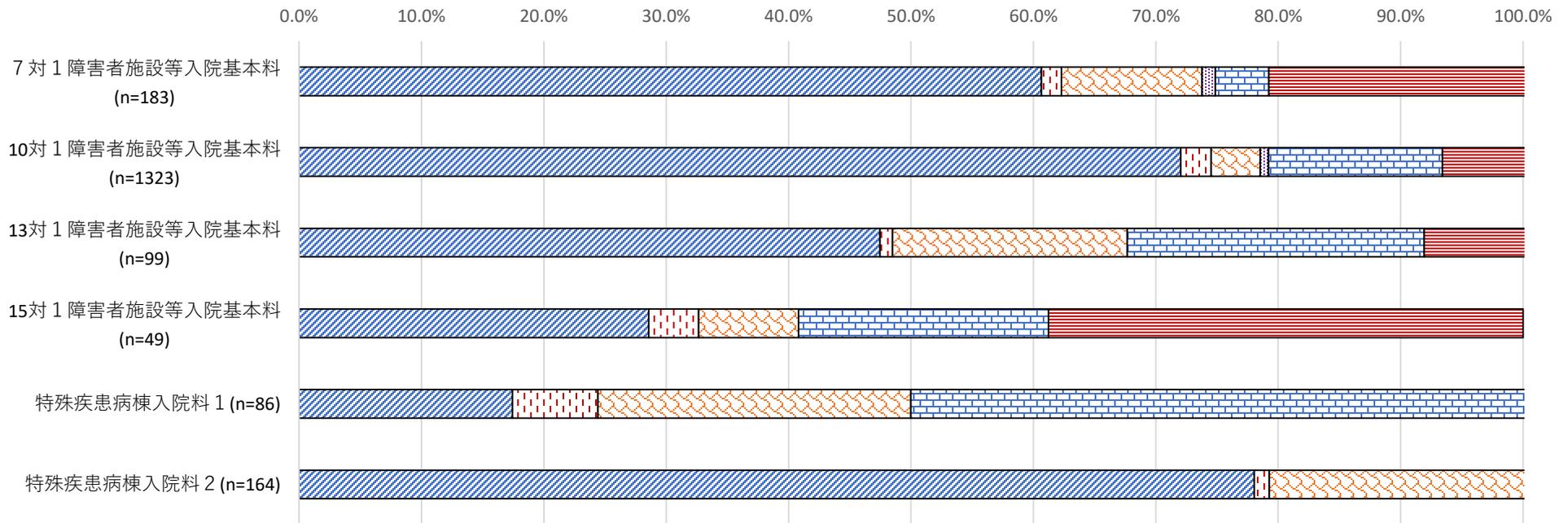


# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の対象患者

中医協 総-1-2  
3.10.27

○入院料毎の対象疾患への該当割合は以下のとおりであった。15対1障害者施設等入院基本料において、「その他」患者が多い傾向であった。

入院料別 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当患者の割合  
(該当するもの複数選択)



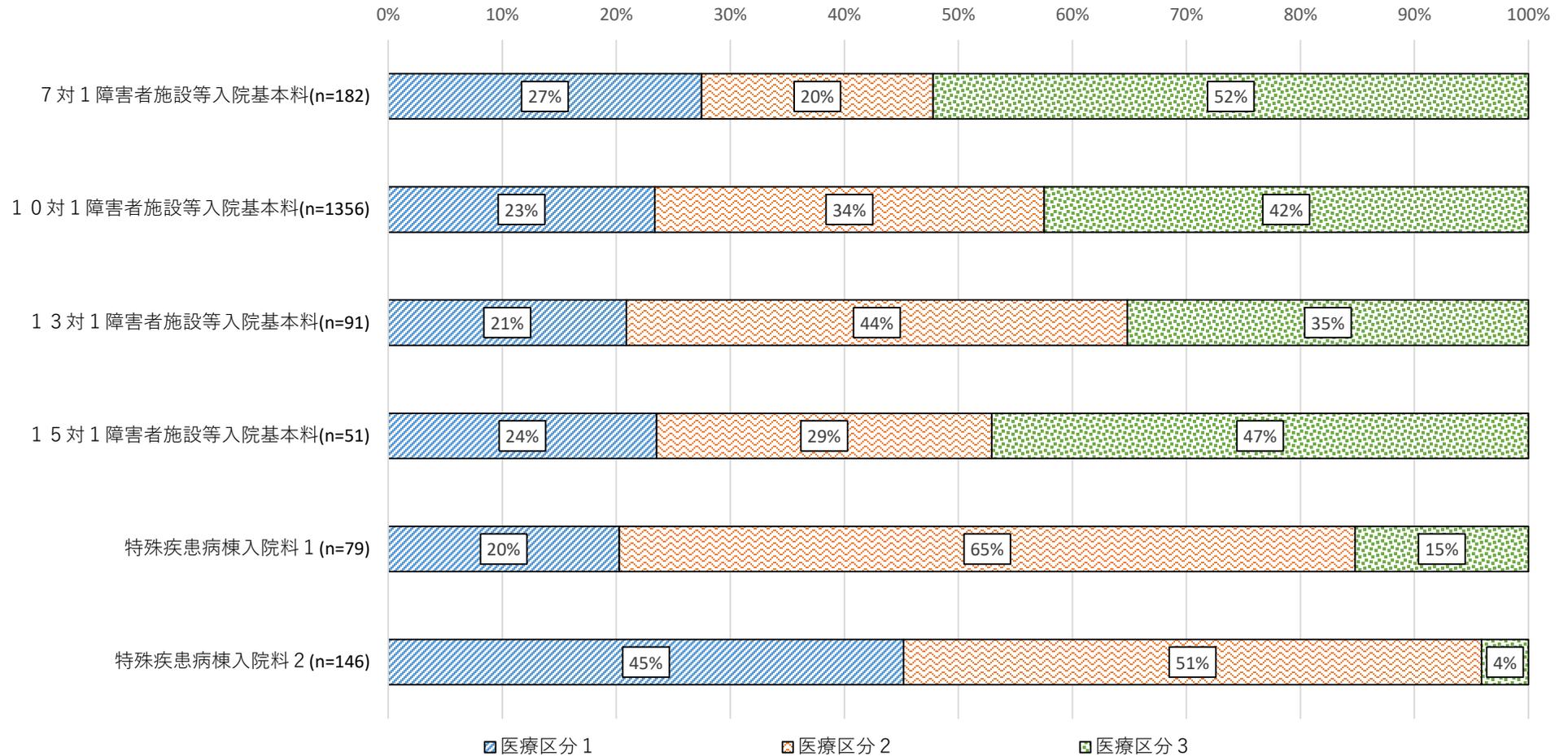
- 重症の肢体不自由児・者 (脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 重症の意識障害者
- 難病患者

- 脊髄損傷等の重度障害者 (脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 筋ジストロフィー患者
- その他

# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療区分

中医協 総-1-2  
3.10.27

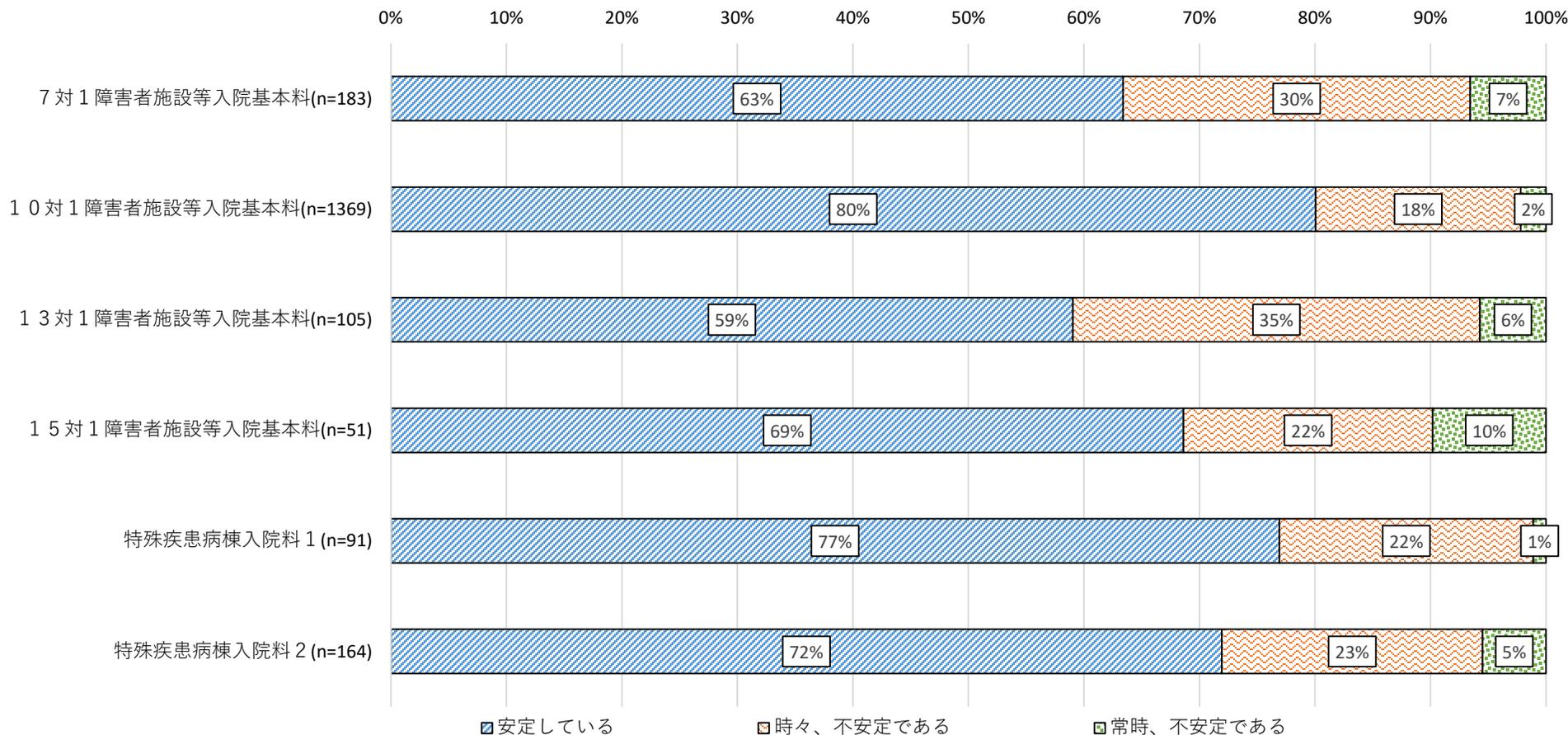
○入院料毎の患者の医療区分は以下のとおりであった。障害者施設等入院基本料においては、医療区分3の患者が約4～5割程度存在していた。特殊疾患病棟入院料においては、ほとんどが医療区分1・2の患者であった。



# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療的な状態

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

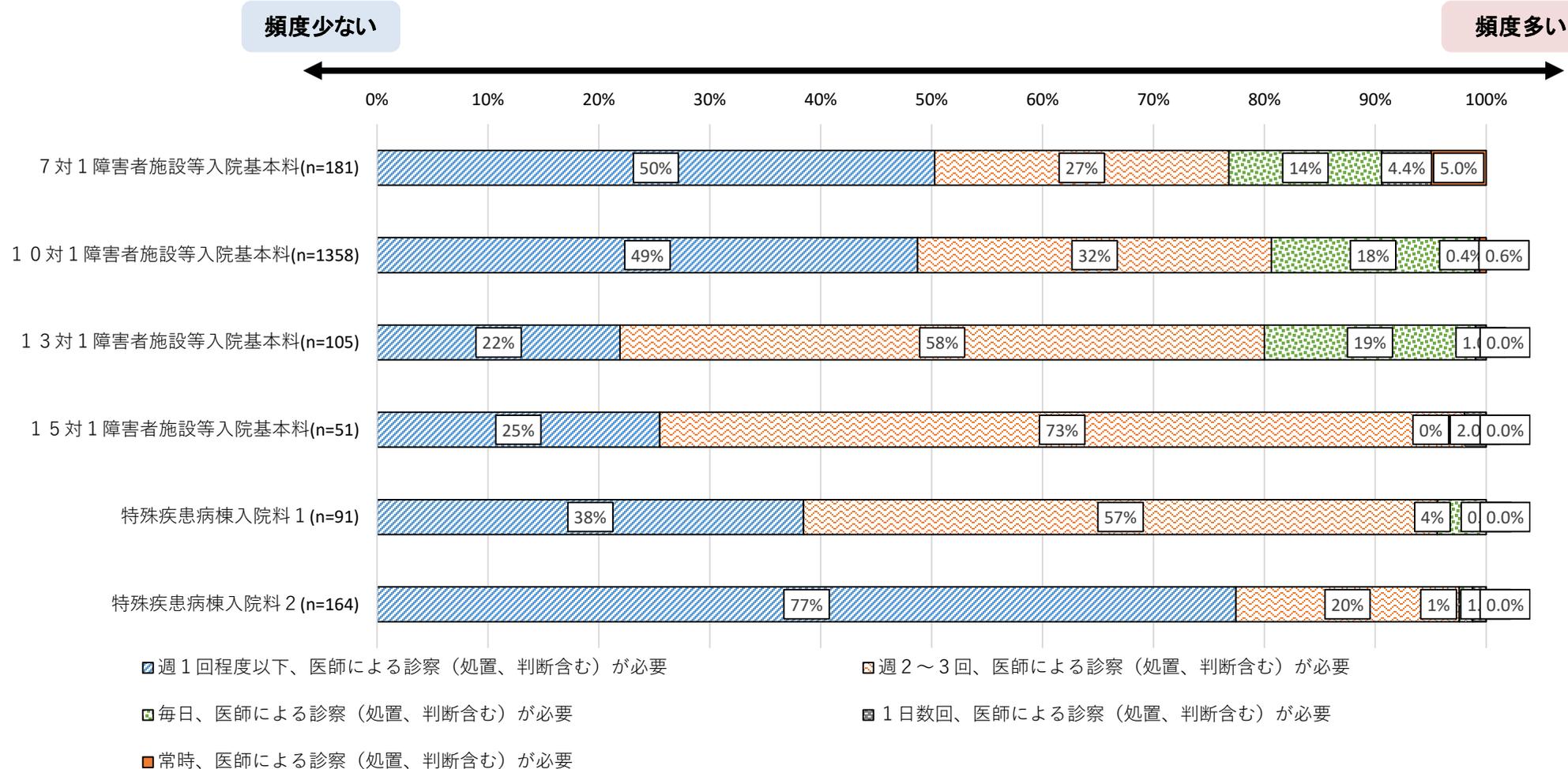
○入院料毎の患者の医療的な状態は以下のとおりであった。安定している患者がどの入院料でも多い一方、不安定な患者も存在した。



# 医師による診察の頻度

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

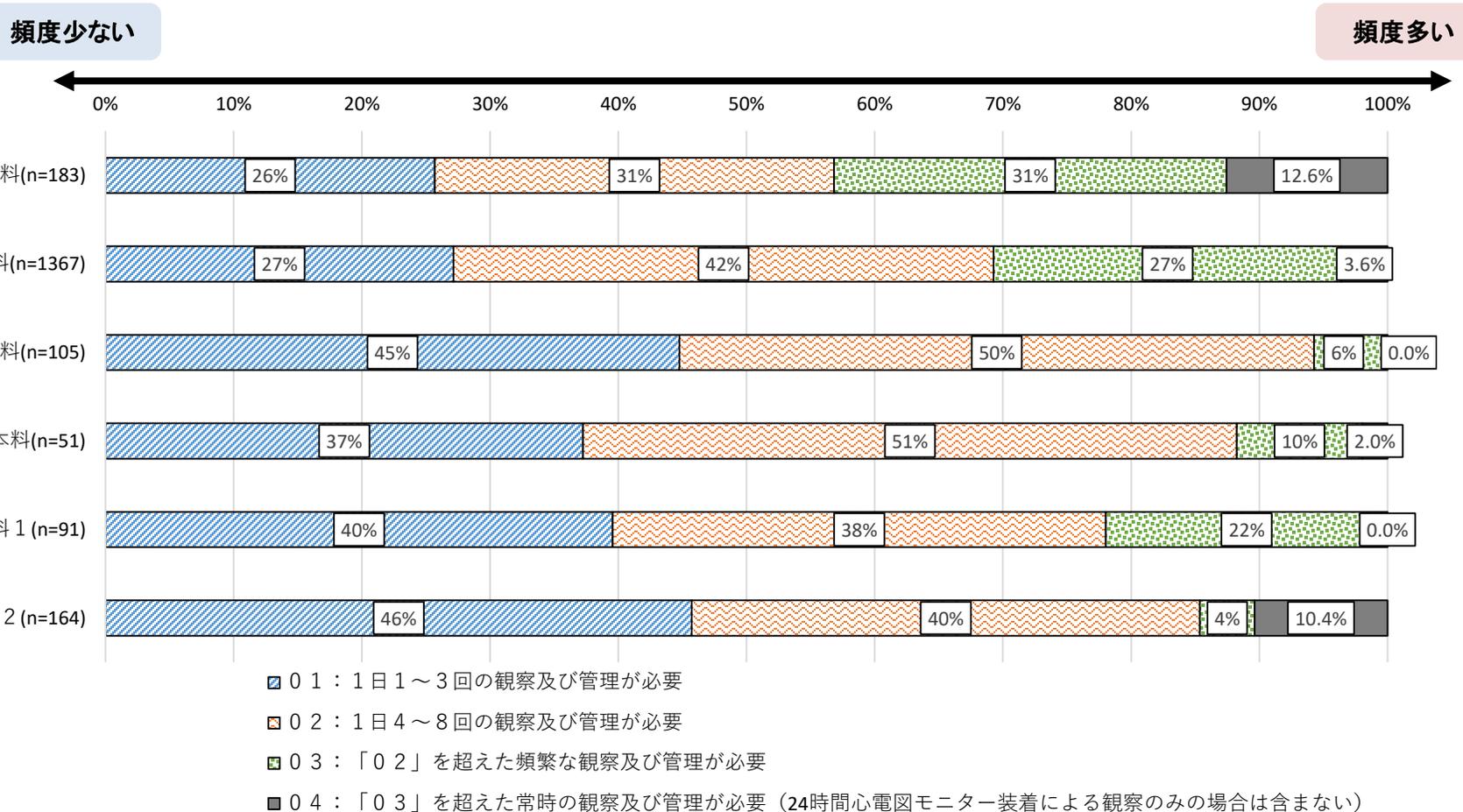
○入院料毎の患者への医師による診察の頻度は以下のとおりであった。



# 看護師による看護提供の頻度

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

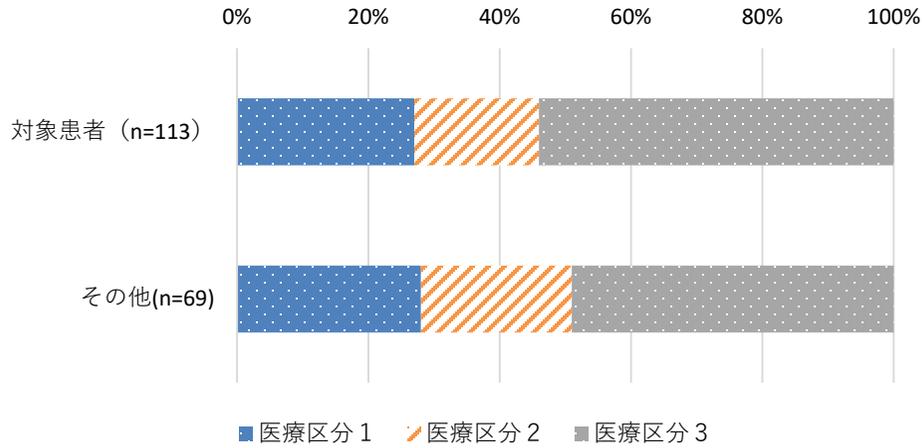
○入院料毎の患者への看護師による看護提供の頻度は以下のとおりであった。7対1及び10対1の障害者施設等入院基本料は他の入院料と比較して、(1日9回以上の)頻繁な観察及び管理が必要との回答が多かった。



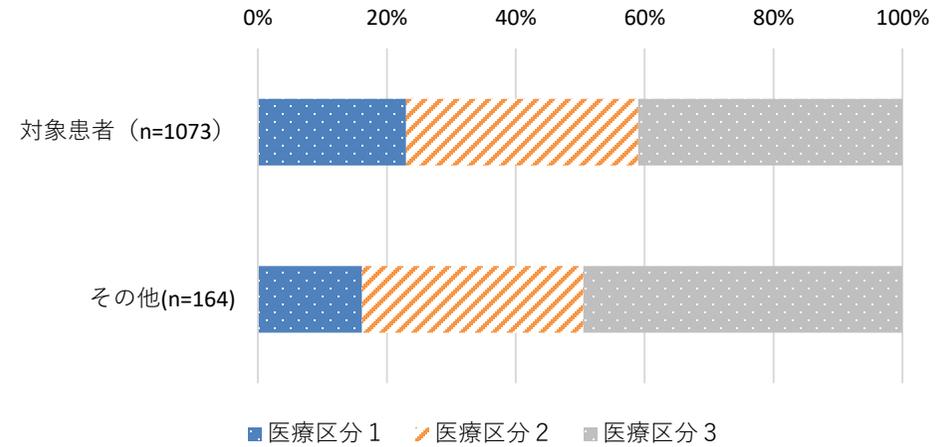
# 障害者施設等入院基本料の医療区分

○ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、「対象患者」と「その他」を分けた場合の医療区分は以下のとおり。

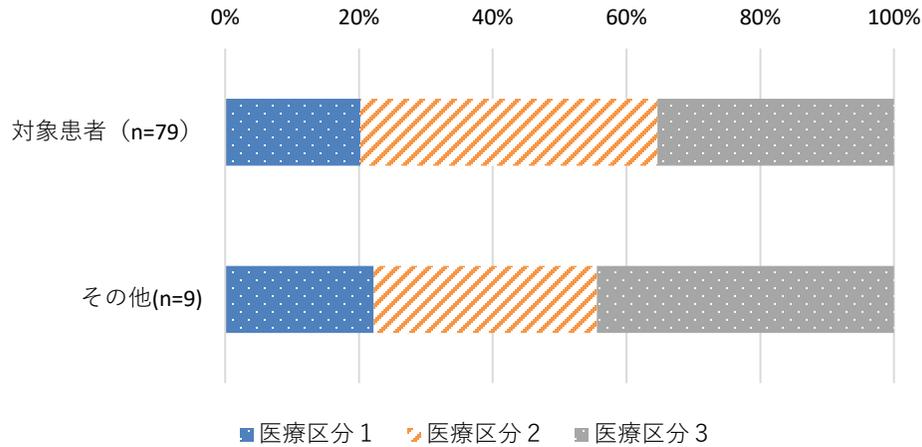
7対1



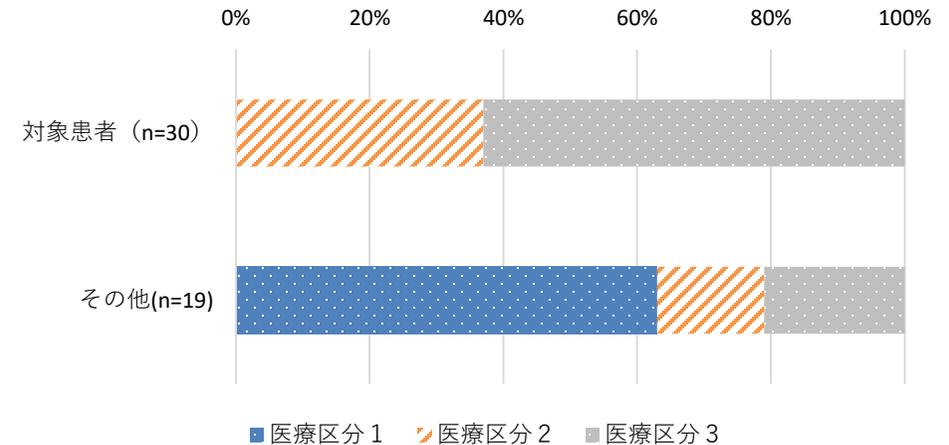
10対1



13対1

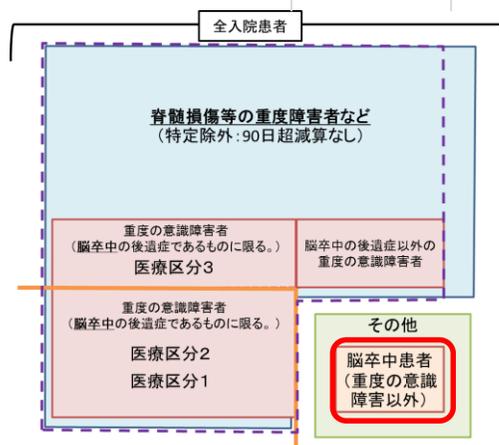
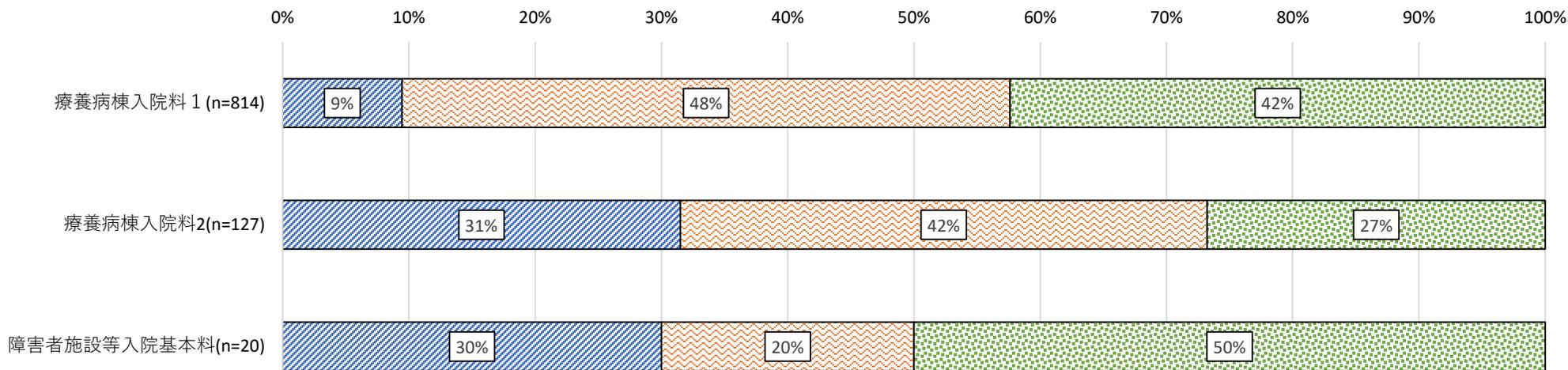


15対1



# 脳卒中患者（※）における医療区分

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者（※）の医療区分と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうち脳卒中患者（※）の医療区分を比較した。
- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院料1では約10%、入院料2では約30%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では30%程度であった。

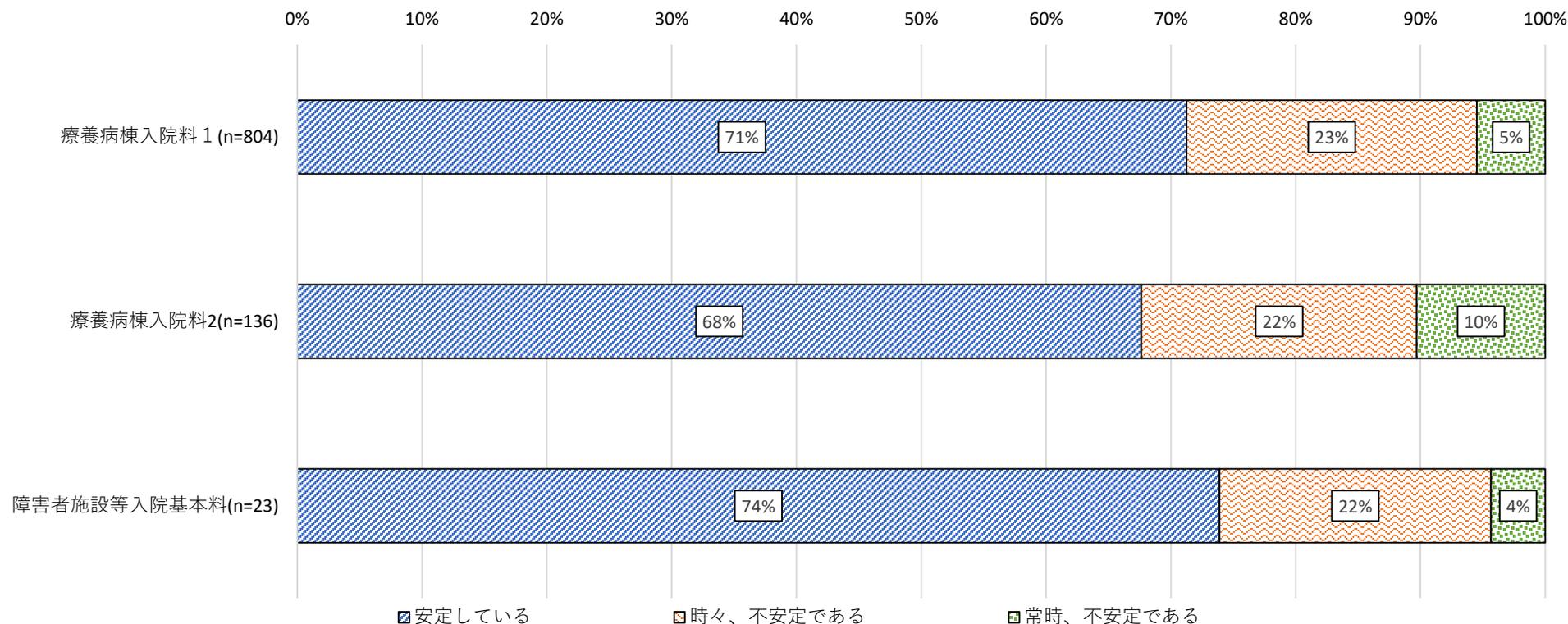


(※) 主病名が脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管障害の患者とした。なお、障害者施設等入院基本料については、入院料における対象患者以外の患者のうち、脳卒中患者（左図のうち赤枠部分。）を対象とした。以降のスライドにおける「脳卒中患者」も同様。

# 脳卒中患者における医療的な状態

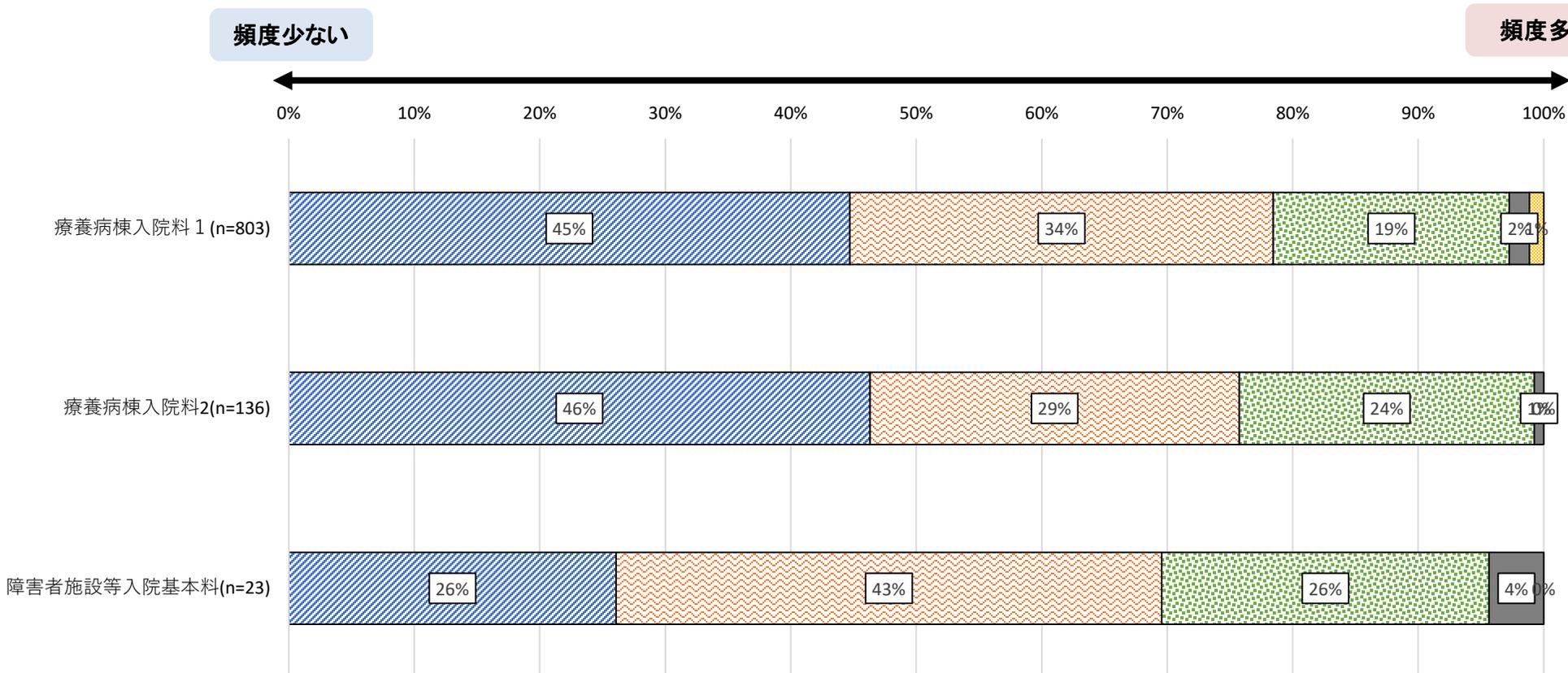
中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医療的な状態と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医療的な状態を比較した。
- 「安定している」患者の割合は療養病棟入院料1では71%、入院料2では68%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では74%であった。



# 脳卒中患者における医師による診察の頻度

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医師による診察の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医師による診察の頻度を比較した。
- 「週1回程度以下」及び「週2～3回」医師による診察が必要な患者の割合は、療養病棟入院料1では79%、入院料2では75%となっており、障害者施設等入院基本料の病棟では69%であった。

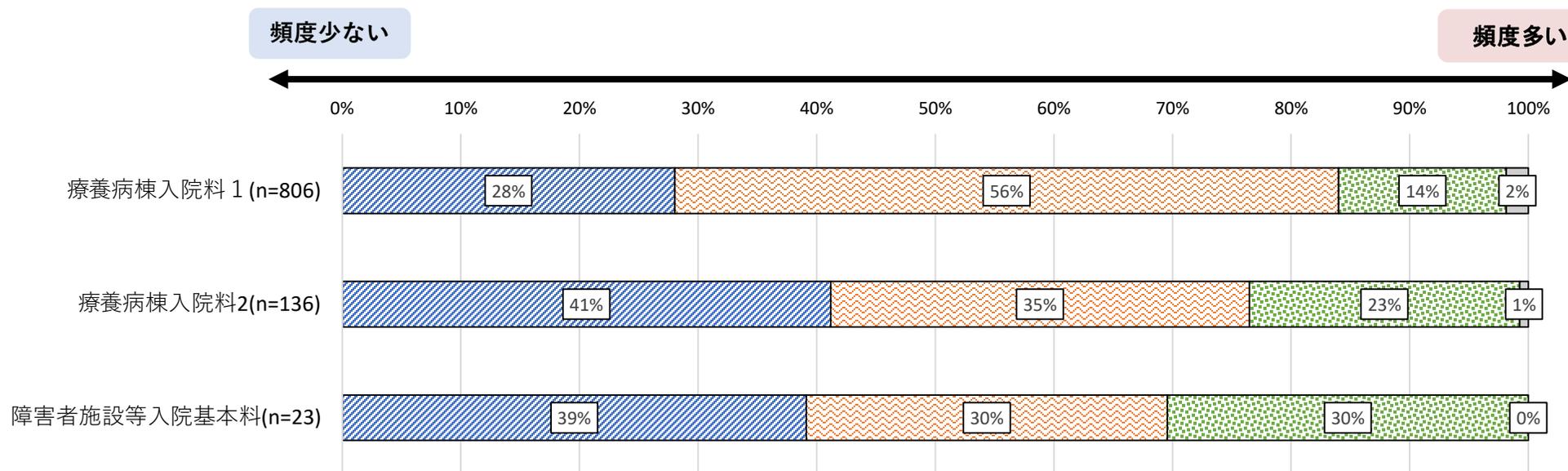


- 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

# 脳卒中患者における看護師による看護提供の頻度

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度を比較した。
- 「1日1～3回の観察及び管理が必要」な患者の割合は療養病棟入院料1では28%、入院料2では41%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では39%であった。



- 01: 1日1～3回の観察及び管理が必要
- 02: 1日4～8回の観察及び管理が必要
- 「02」を超えた頻繁な観察及び管理が必要
- 「03」を超えた常時の観察及び管理が必要 (24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない)

# 入院に係る栄養管理に対する主な評価について

- 入院に係る栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 入院中の評価としては、入院栄養食事指導料や栄養サポートチーム加算を中心として、一部の状態に着目した加算による評価も導入している。

## 入院前



### 外来栄養食事指導料

(初回260点、2回目以降200点/月1回)  
管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施  
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

### 入院時支援加算

(200、230点/退院時1回)  
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

## 入院中

### 入院栄養食事指導料

(初回260点、2回目200点/週1回・入院中2回)  
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



### 栄養情報提供加算

(50点/入院中1回)  
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

### 栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)  
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

### 早期栄養介入管理加算

(400点/1日)  
特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

## 退院後



### 外来栄養食事指導料 (再掲)

### 在宅患者訪問栄養食事指導料

(440~530点/月2回)  
在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

# 栄養サポートチーム加算の概要

## 栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

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

### 【対象患者】

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

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

### 【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者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。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

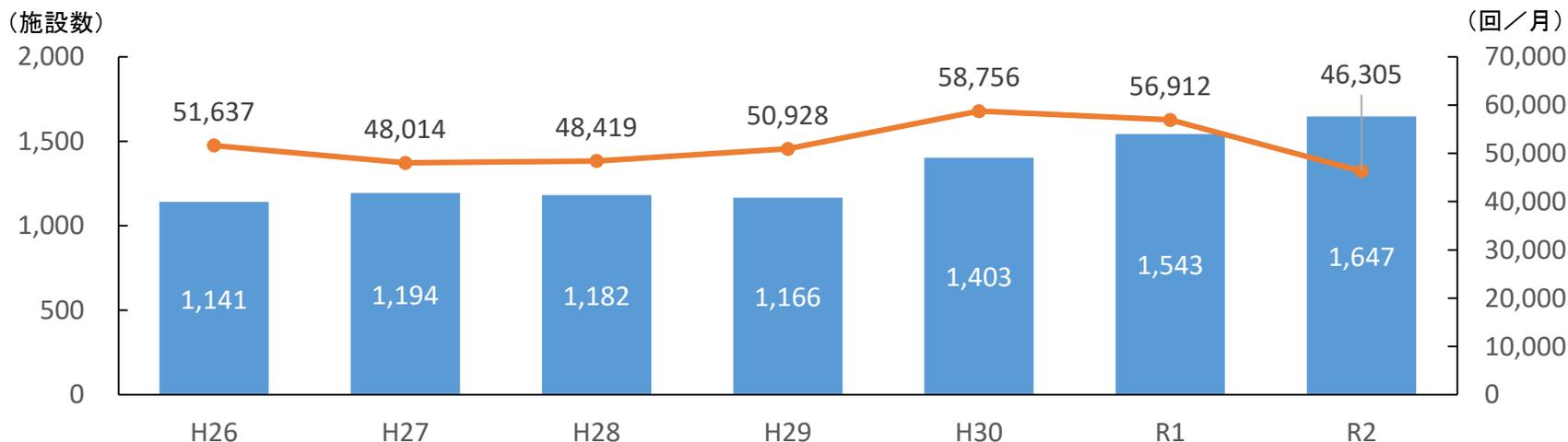


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

# 栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

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

○:算定可、×:算定不可

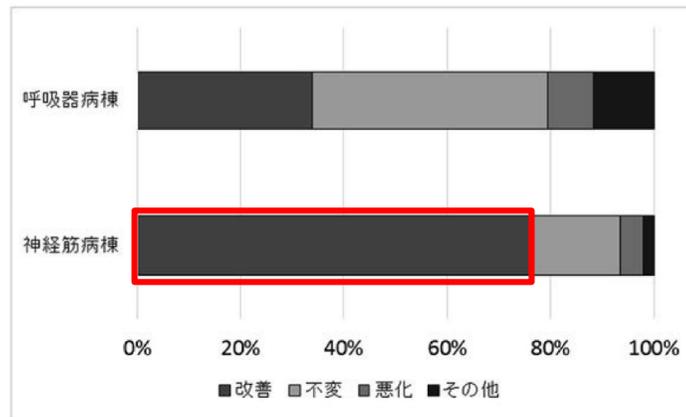
	基本入院料									特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×	○	×	×	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
備考	平成26年度改定より医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定より専従要件を緩和										

# 栄養サポートチームの介入効果について

- 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高い。
- 栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清アルブミン値が有意な改善が認められた。

## 【対象・方法等】

2011年度～2013年度に呼吸器病棟(肺がん、肺結核、COPD等)(114名)を一般病棟、神経筋病棟(神経難病、筋ジストロフィー等)(153名)を障害者病棟として、各病棟に入院した患者に対する栄養サポートチームの介入の有用性について比較検討。



【改善】血清Alb値が3.0g/dl以上となった場合  
 【不変】血清Alb値が3.0g/dlに達しなかった場合  
 【悪化】血清Alb値が介入前より低下、病状悪化や死亡により介入中止の場合  
 【その他】上記以外

図1 病棟種別 NST 介入終了時の評価 (2011年度-2013年度)

表2 NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値 (2011年度-2013年度)

		NST 介入前	NST 介入後	
呼吸器病棟 (n=68)	BMI	18.08 ± 4.08	17.98 ± 4.15	ns
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.57 ± 0.33	2.60 ± 0.41	ns
神経筋病棟 (n=93)	BMI	17.04 ± 3.55	17.40 ± 3.71	p=0.01
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.80 ± 0.32	3.04 ± 0.43	p<0.001

## 障害者施設等入院基本料に係る課題（小括）

- ・ 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者については、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- ・ 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等における「対象患者」について、病棟毎にみると、「対象患者」が90%以上入院している病棟が最も多かった。
- ・ 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうち、脳卒中患者に着目すると、療養病棟入院基本料を算定する病棟における当該疾病の患者と、医療区分、患者の医療的な状態、医師による診察の頻度、看護師による看護提供の頻度について、類似していた。
- ・ 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高く、栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清アルブミン値が有意な改善が認められたという報告がある。

## 慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 緩和ケア病棟入院料の経緯

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

平成2年度	緩和ケア病棟入院料2500点を新設
平成4年度	緩和ケア病棟入院料を2500から3000点へ見直し
平成6年4月	緩和ケア病棟入院料3000から3300点へ見直し 後天性免疫不全症候群を対象患者に含めることとした
平成6年10月	緩和ケア病棟入院料3300から3120点へ見直し
平成8年度	緩和ケア病棟入院料3120点から3600点へ見直し
平成12年度	緩和ケア病棟入院料3600点から3800点へ見直し
平成14年度	緩和ケア病棟入院料3800点から3780点へ見直し
平成24年度	緩和ケア病棟入院料について、入院日数に応じた点数へ見直し 30日以内4791点、31～60日4291点、61日以上3291点
平成28年度	緩和ケア病棟入院料に緩和ケア病棟緊急入院診療初期加算200点を新設
平成30年度	<p>平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設けた</p> <p>(新) 緩和ケア病棟入院料1 30日以内 5,051点60日以内 4,514点61日以上 3,350点 [入院料1の施設基準]入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。 ○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。 ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。 イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。 ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。</p> <p>(新) 緩和ケア病棟入院料2 30日以内 4,826点60日以内 4,370点61日以上 3,300点 [入院料2の施設基準]変更なし</p>
令和2年度	緩和ケア病棟入院料1について、直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満の要件を削除、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とした

# 緩和ケア病棟入院料の見直し

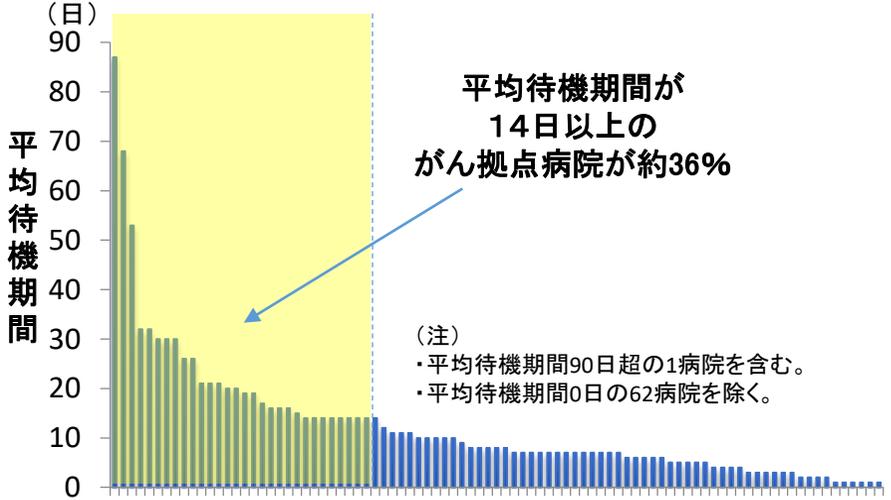
➤ 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

現行	
<b>【緩和ケア病棟入院料】</b>	
30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点



改定後	
<b>【緩和ケア病棟入院料】</b>	
<b>(新) 緩和ケア病棟入院料1</b>	
30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点
<b>(新) 緩和ケア病棟入院料2</b>	
30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点
[入院料1の施設基準] 入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。	
(1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。	
(2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。	
[入院料2の施設基準] 現行と同様	

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成27年）



## 緩和ケア病棟と地域との連携の推進

- 患者や家族の意向に沿いつつ、地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料1について、平均在院日数に係る要件を削除するとともに、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とする。

### 現行

#### 【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。

⇒ 削除

イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。

$$\left( \begin{array}{l} \text{緩和ケアを担当する医師等} \\ \text{から説明を受け、患者等が} \\ \text{入院の意思表示を行った日} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{l} \text{患者が当該病棟に} \\ \text{入院した日} \end{array} \right) \leq \text{平均14日}$$

ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

15%以上

- (イ) 他の保険医療機関<sup>※1</sup>に転院した患者
- (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟<sup>※2</sup>への転棟患者
- (ハ) 死亡退院の患者

※1 療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

※2 療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

### 改定後

#### 【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

- ① 緩和ケア診療加算<sup>※1</sup>
- ② 外来緩和ケア管理料<sup>※1</sup>
- ③ 在宅がん医療総合診療料<sup>※2</sup>

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

○ 以下のア又はイを満たしていること。

ア 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。(変更なし)

イ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。(変更なし)

他病棟



外来



在宅



# 緩和ケア病棟入院料の概要

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

## ○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,207点 31日以上60日以内 4,654点 61日以上 3,450点

## ○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,970点 31日以上60日以内 4,501点 61日以上 3,398点

### [入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること(一部抜粋)。

#### ○ 以下のア又はイを満たしていること

ア)当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること

イ)直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

#### ○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

① 緩和ケア診療加算※1

② 外来緩和ケア管理料※1

③ 在宅がん医療総合診療料※2

### [入院料2の施設基準]

○ 看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置

○ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

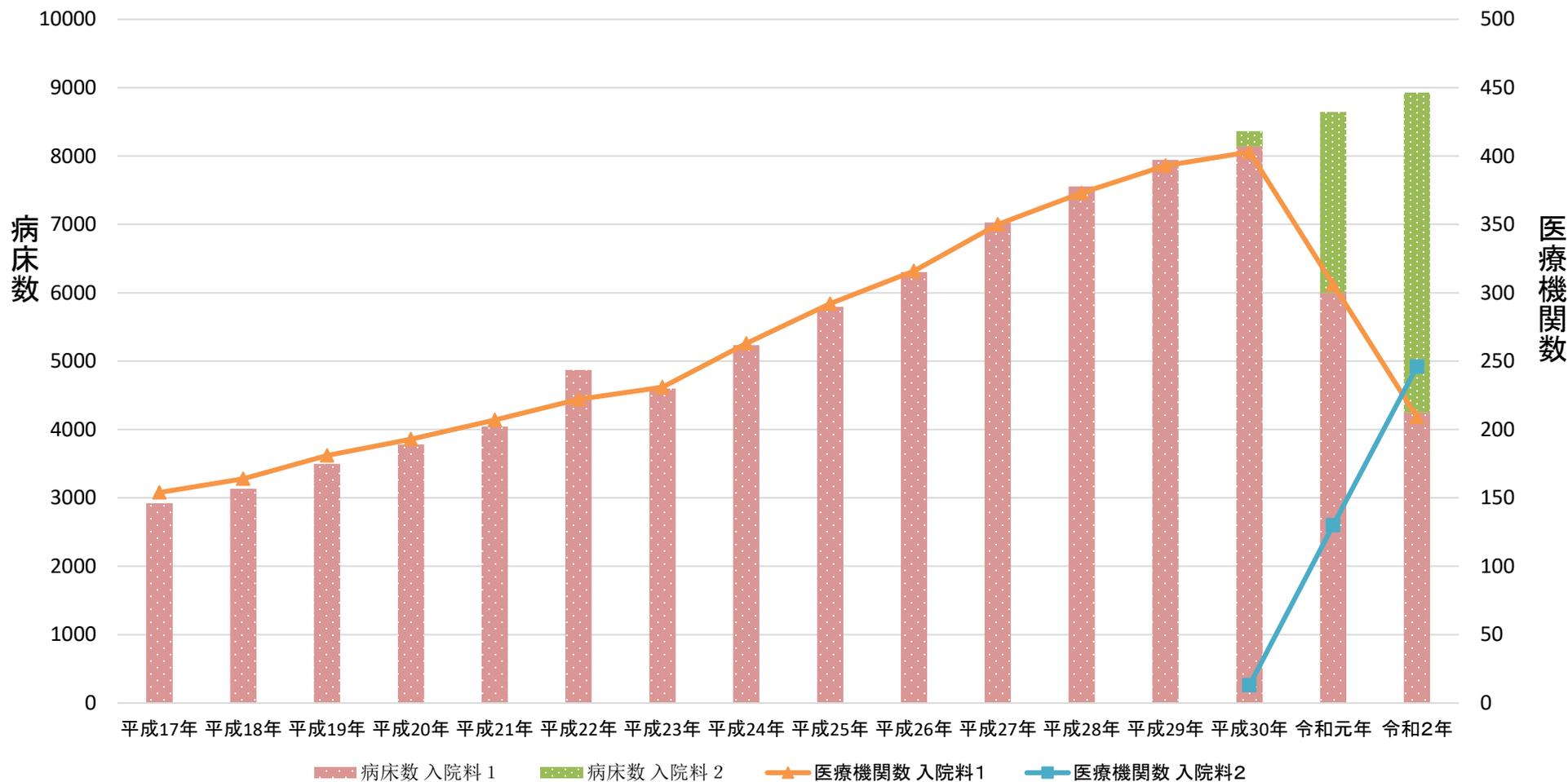
※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

# 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数の推移

中医協 総-1-2  
3.10.27(改)

○ 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、年々増加している。



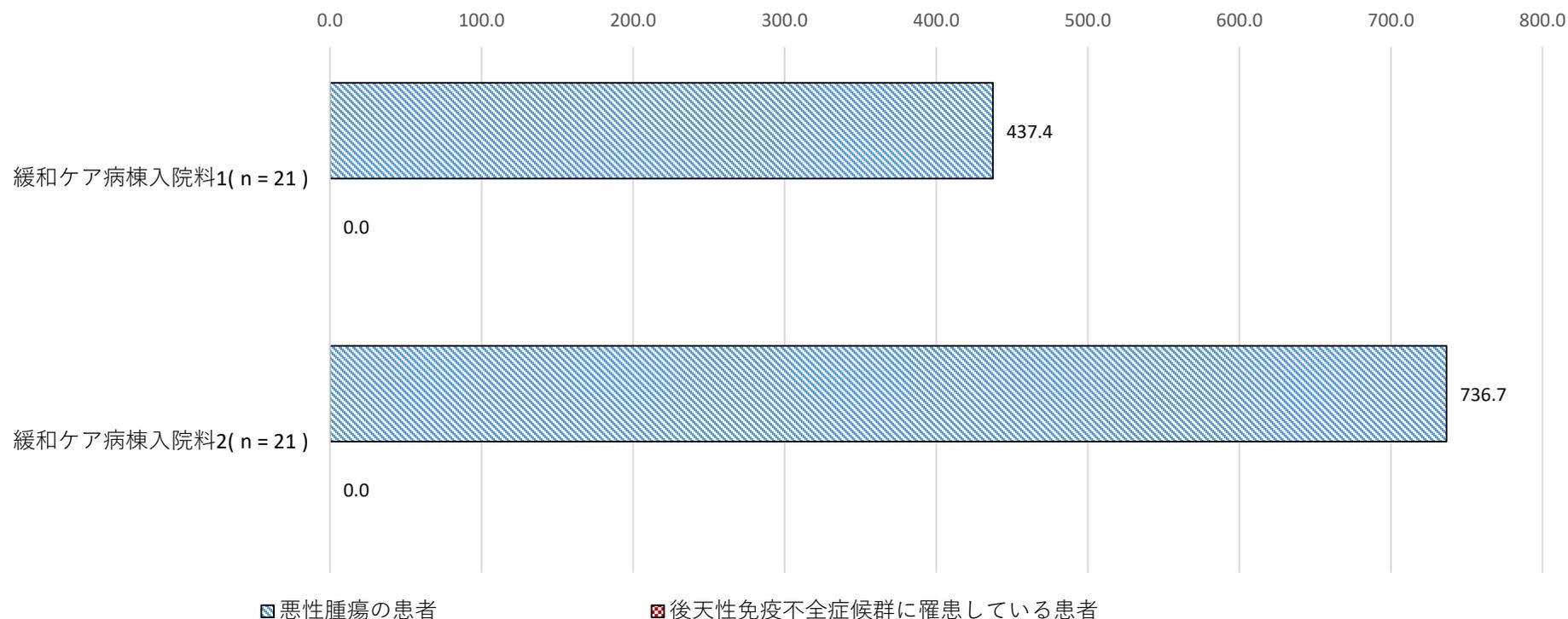
※保険局医療課調べ

# 緩和ケア病棟入院料における入院患者について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 緩和ケア病棟に入院している患者の疾患については、以下のとおりであった。

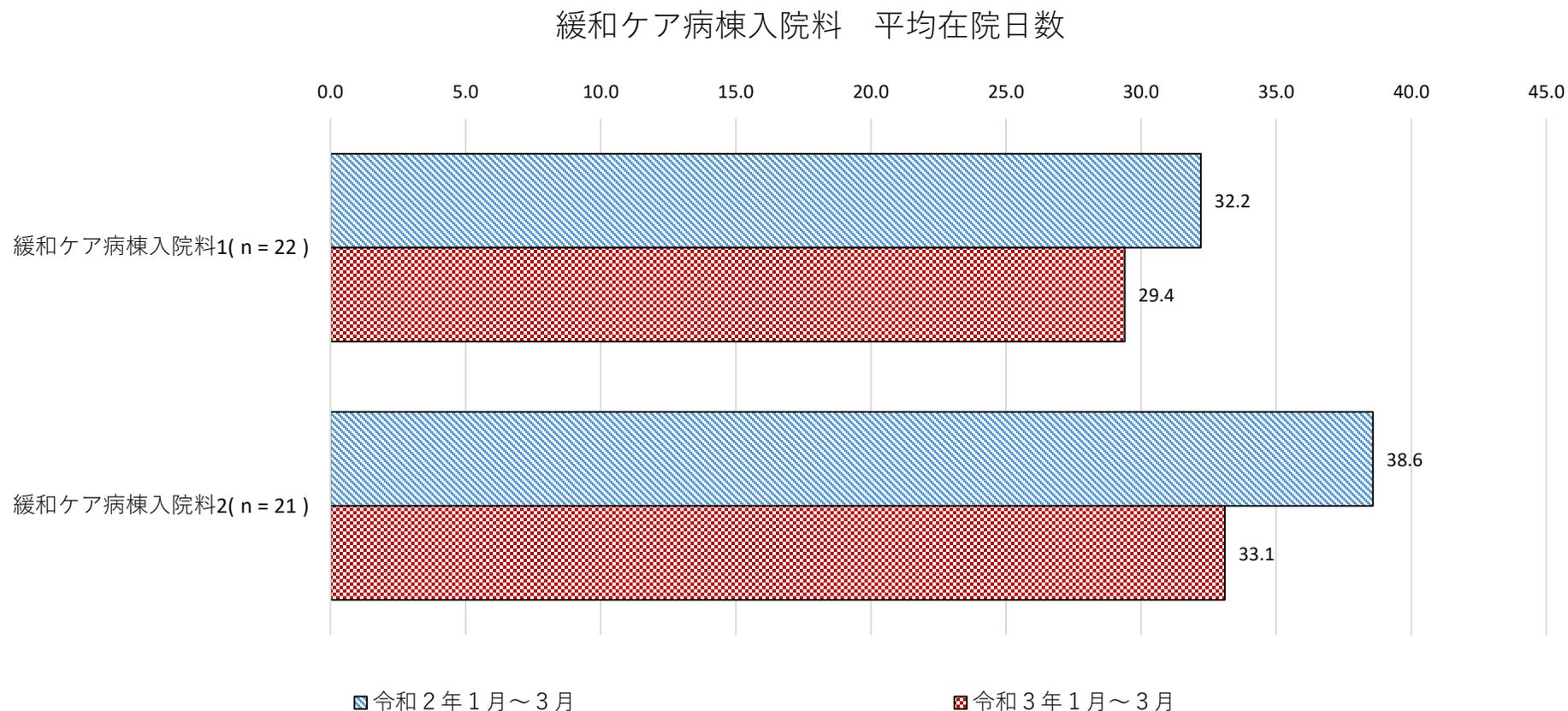
緩和ケア病棟入院料 疾患ごとの患者数（令和2年6月1日から令和3年5月31日）  
（病棟あたり）



# 緩和ケア病棟入院料における平均在院日数

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 緩和ケア病棟における平均在院日数は以下のとおりであった。

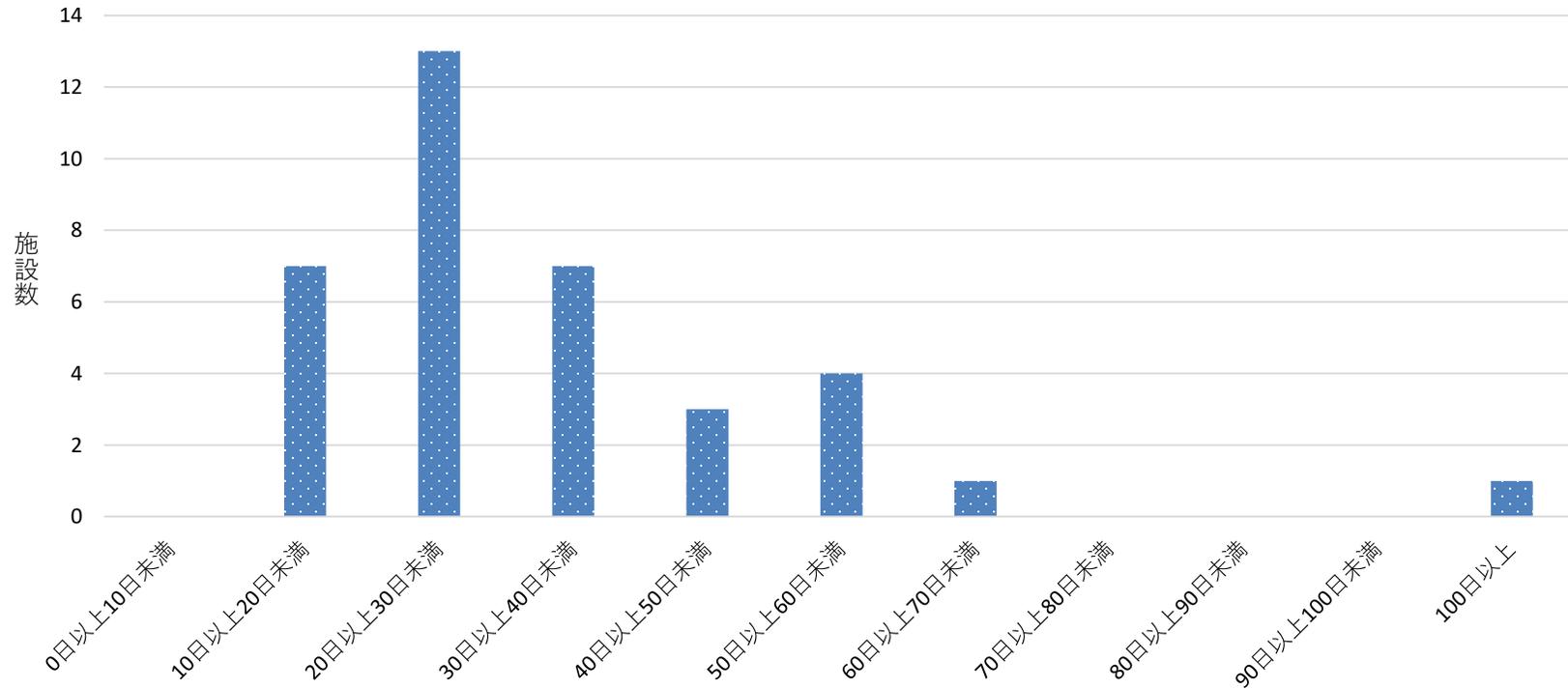


# 平均在院日数について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟における、平均在院日数の医療機関分布は以下のとおり。
- 「20日以上30日未満」の医療機関が最多であった。

緩和ケア病棟の平均在院日数(n=36)  
(令和3年1～3月)

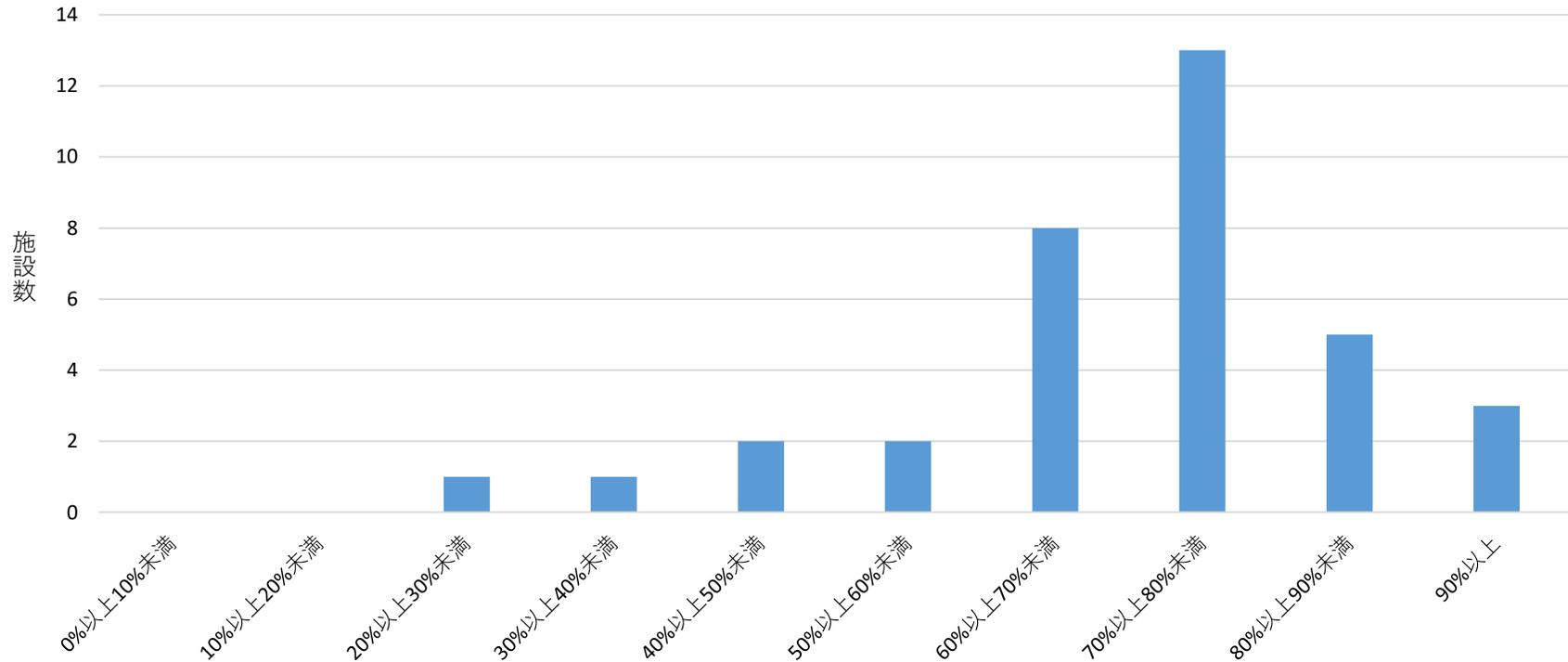


# 病床利用率について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟における、病床利用率の医療機関分布は以下のとおり。
- 「70%以上80%未満」の医療機関が最多であった。

緩和ケア病棟の病床利用率(n=35)  
(令和3年1～3月)



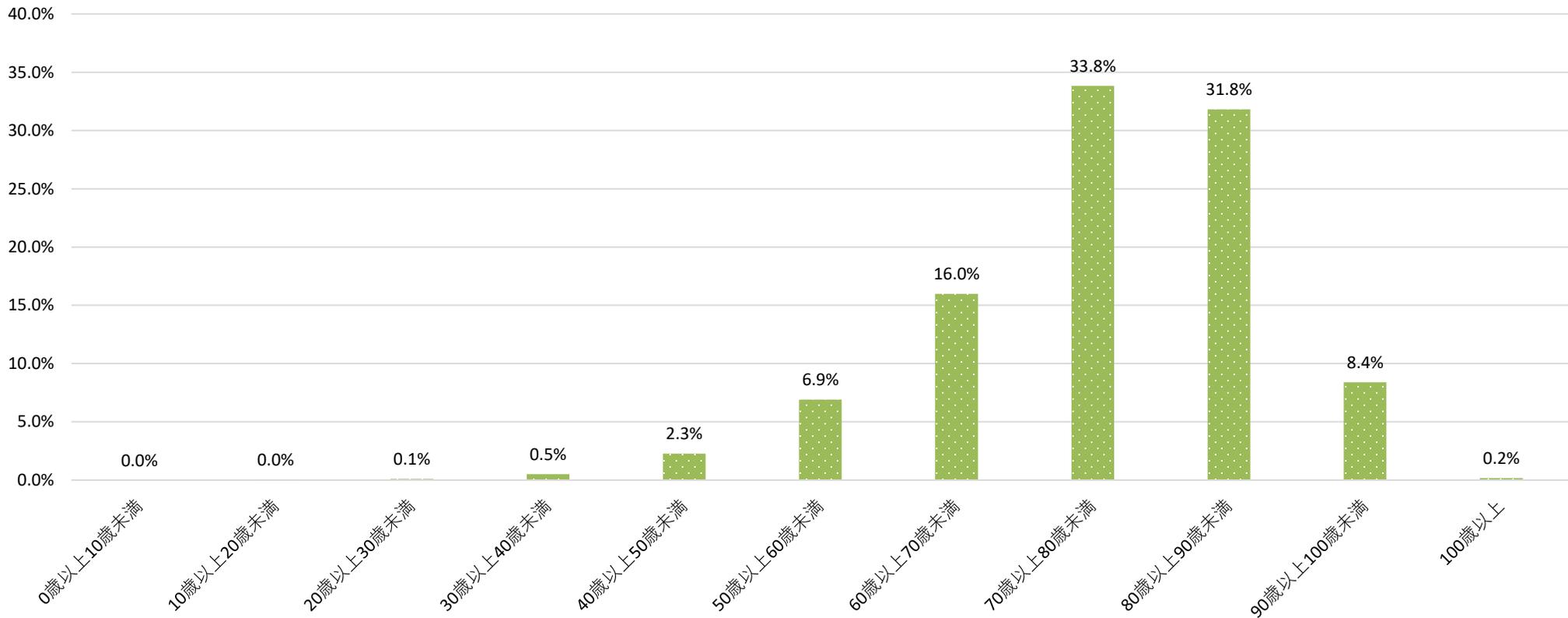
# 緩和ケア病棟に入院する患者の年齢について

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 緩和ケア病棟に入院した患者の、入院時年齢の分布は以下のとおり。
- 「70歳以上80歳未満」の患者が最多であった。

令和3年1月から3月緩和ケア病棟入院時年齢区分別患者割合

411施設(n=19467)

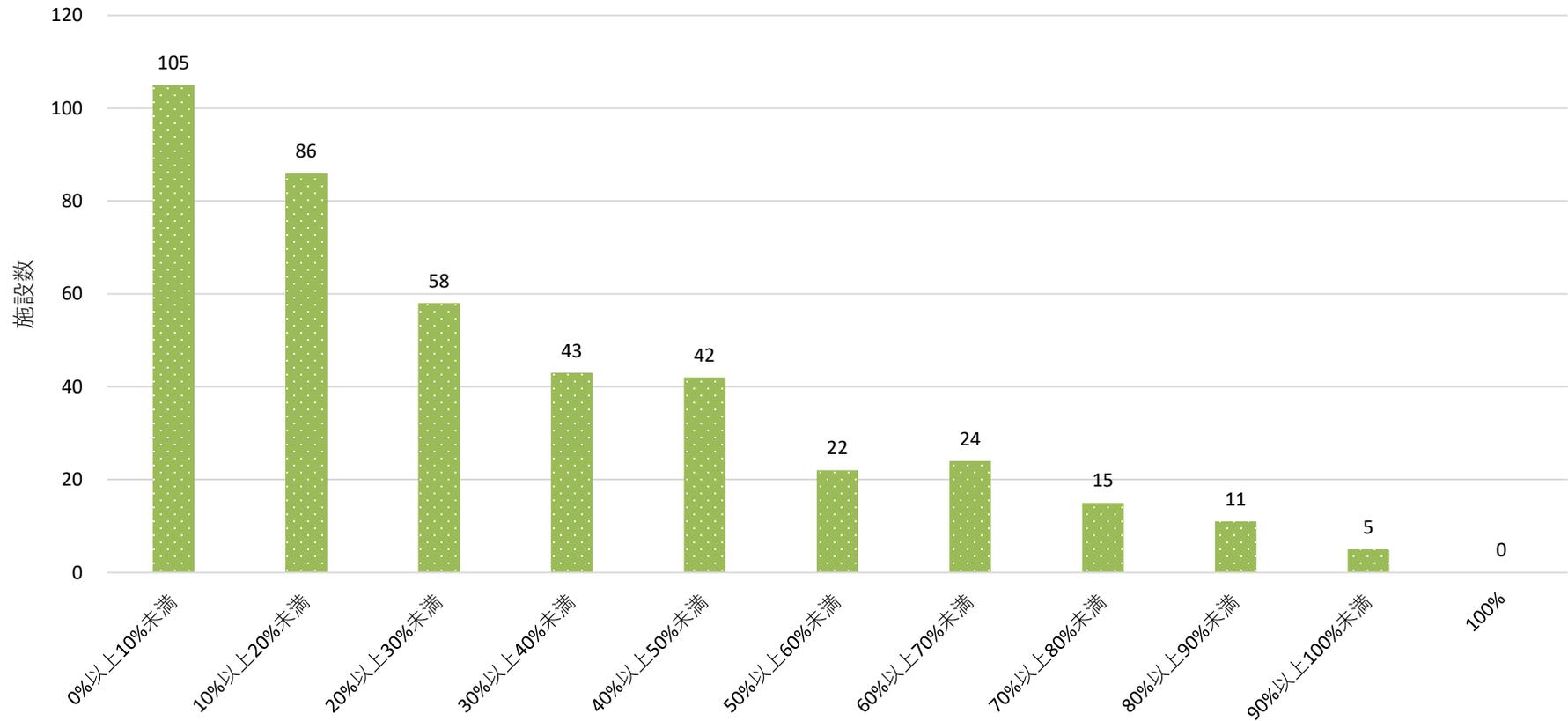


# 緊急入院について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 令和3年1月から3月の間に緩和ケア病棟に入院した患者について、入院経路が緊急入院であった患者の割合は以下のとおり。

令和3年1～3月緊急入院患者の割合  
(n=411)

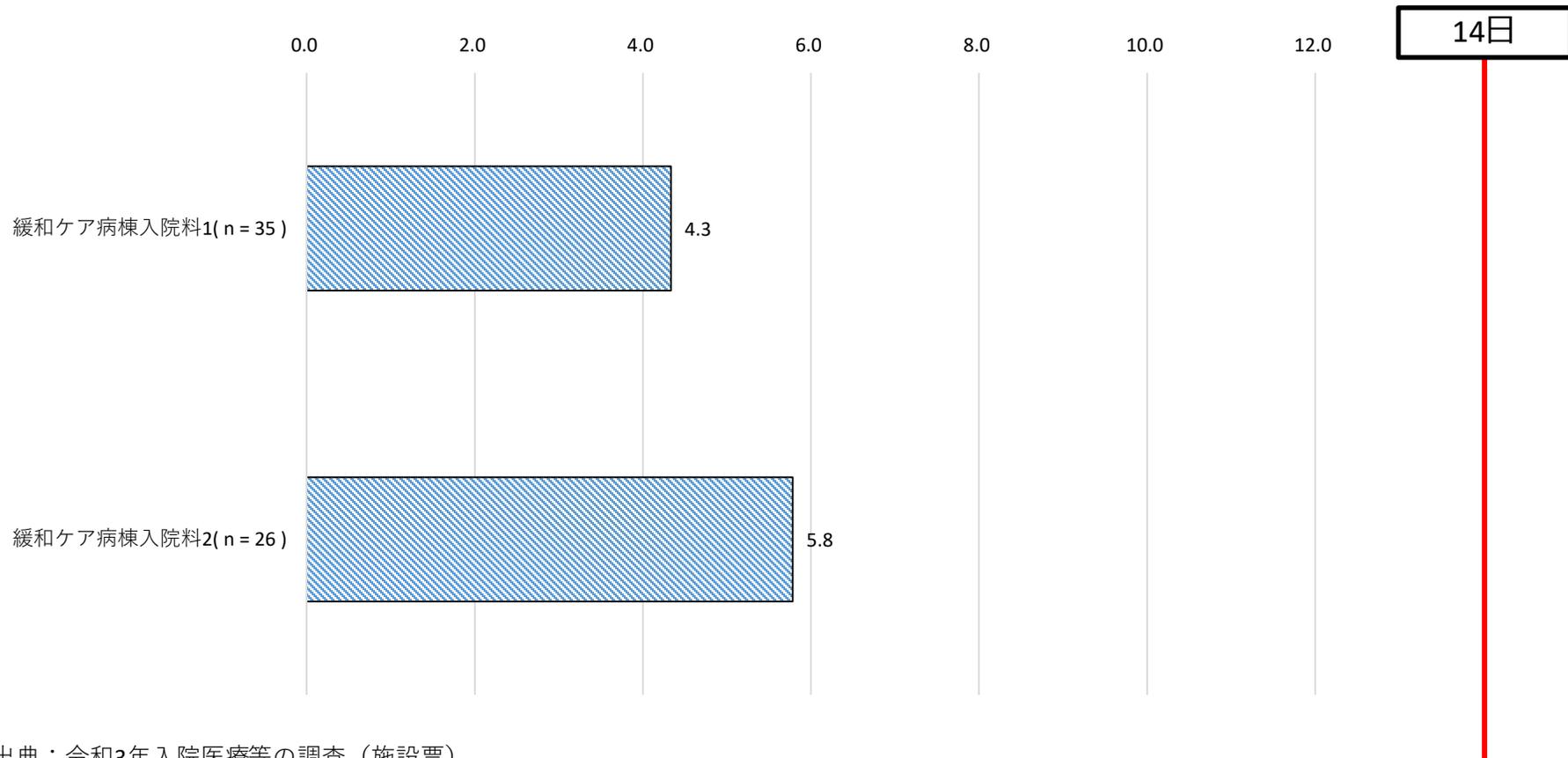


# 緩和ケア病棟入院料の施設基準について①

中医協 総-1-2(改)  
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料1について要件として設けられている、「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均値は以下のとおり。
- 入院料1及び2ともに、入院料1の施設基準である 14日以内を大きく下回っていた。

「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間（平均）  
(令和2年6月1日から令和3年5月31日) (一施設あたり)

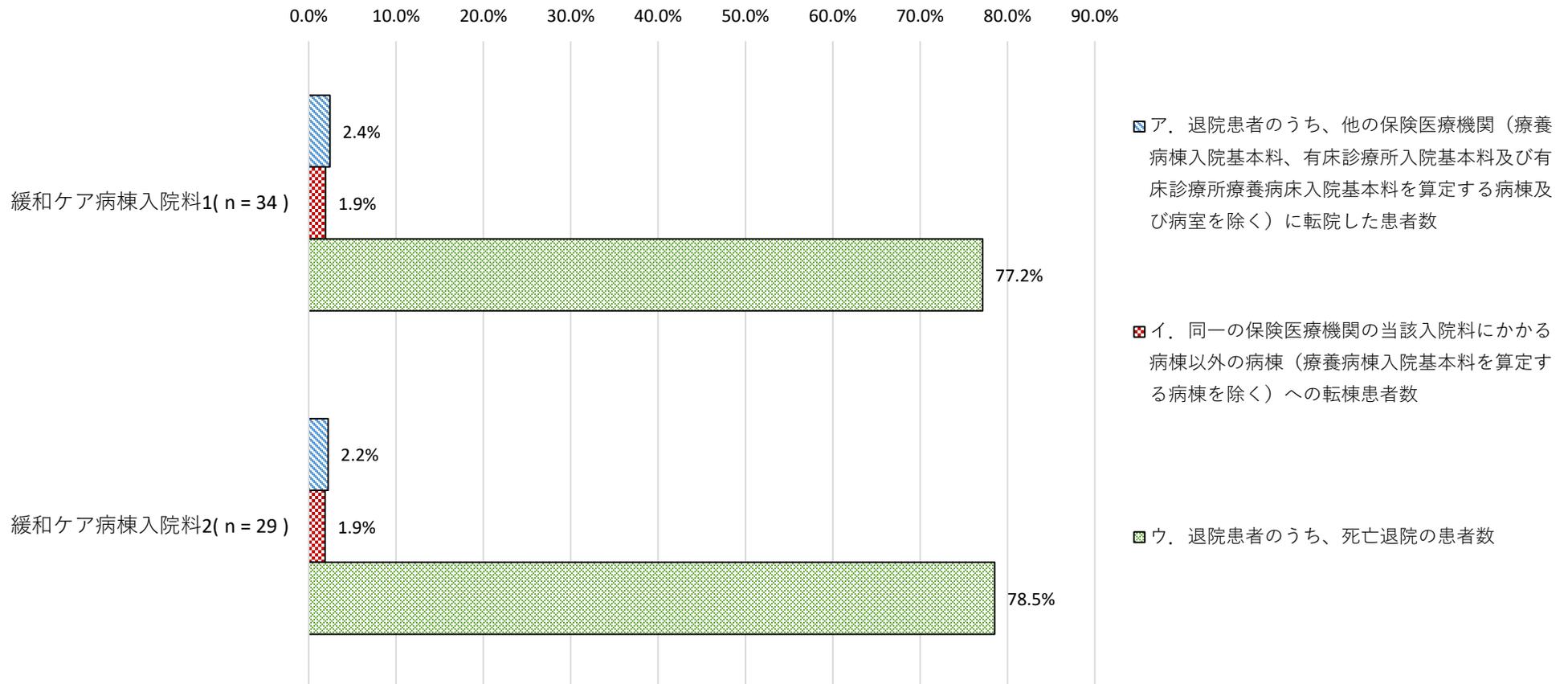


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

# 緩和ケア病棟入院料の施設基準について②

○ 入院料1について要件として設けられている、「直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。」に関連して、他の保険医療機関に転院した患者等の割合の平均値は以下のとおり。

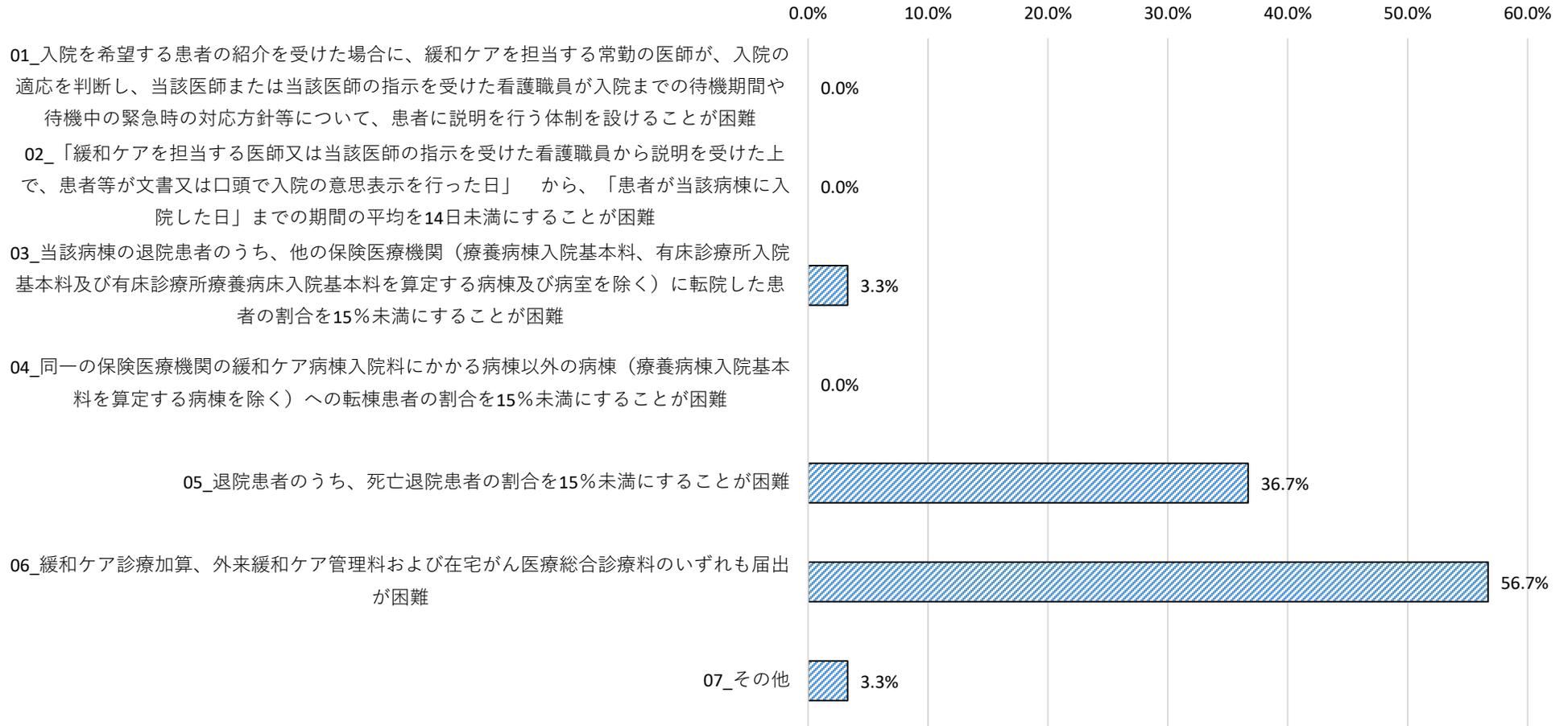
緩和ケア病棟入院料 各退院・転棟患者数の退院患者に占める割合（一施設あたり）



# 緩和ケア病棟入院料の施設基準について③

- 緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関について、入院料1を算定できない理由は以下のとおり。
- 「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。

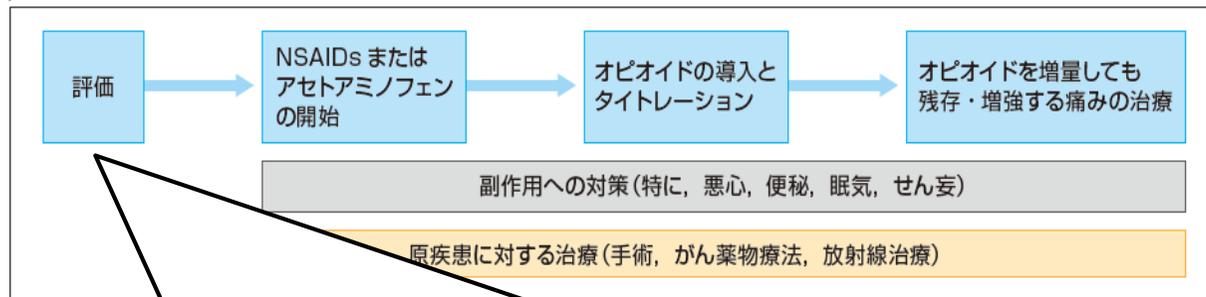
緩和ケア病棟入院料2を算定している施設において 緩和ケア病棟入院料1を算定できない理由（最も該当するもの）



# がん疼痛治療の概要について

- 「新版がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)において、がん疼痛治療の概要が以下のとおり示されている。「疼痛の評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールドスタンダードである」とされており、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等を評価することとされている。

## がん疼痛治療の概要



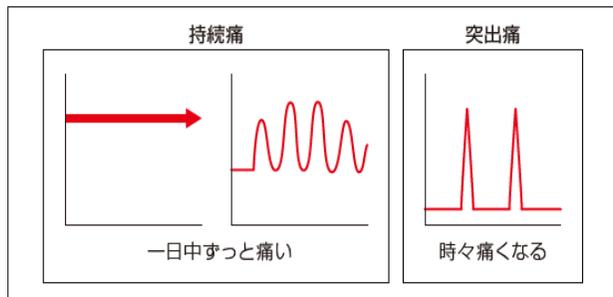
## 疼痛の評価の内容(一部抜粋)

### 疼痛の強さ



疼痛の強さをNRS (Numerical Rating Scale) で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。

### 疼痛のパターン



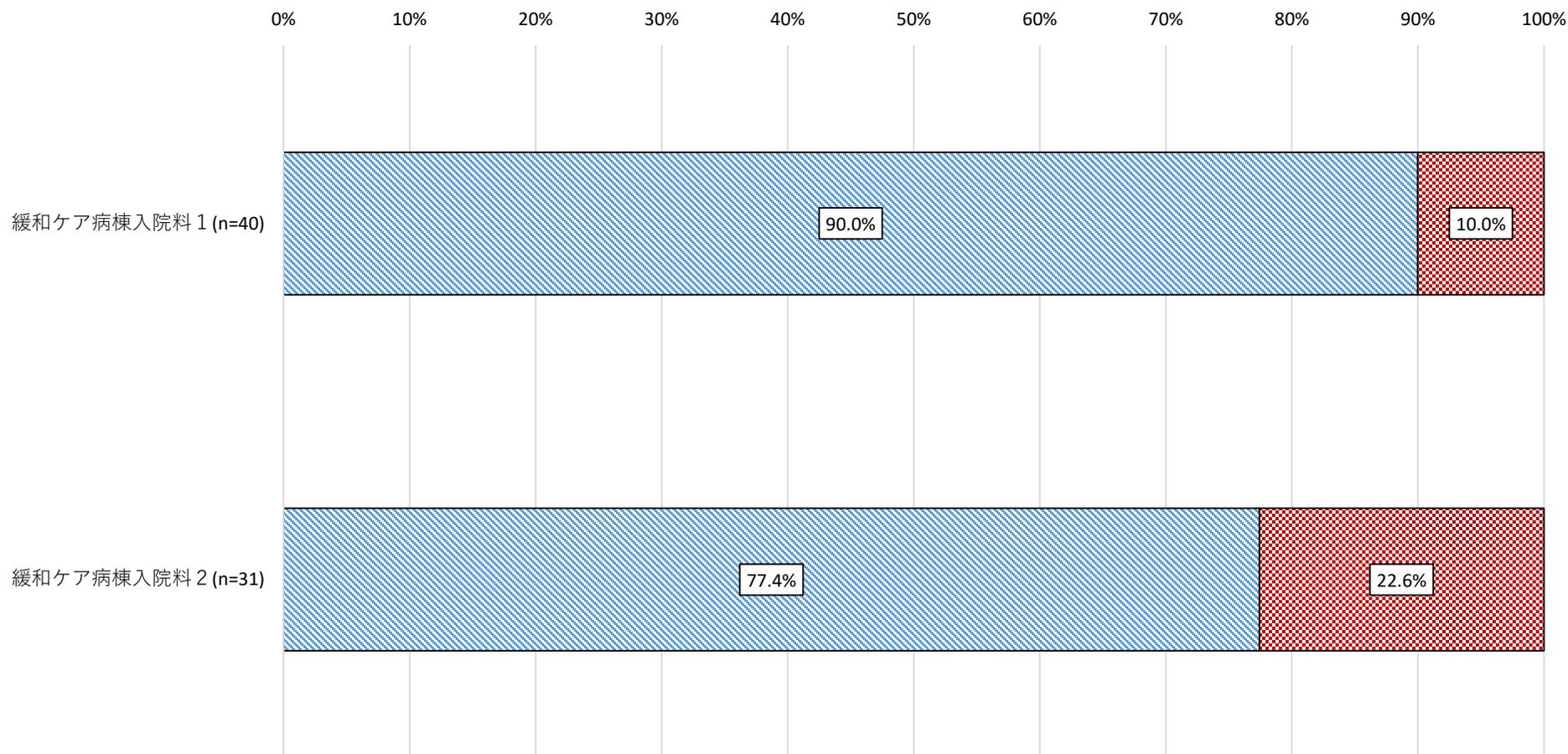
疼痛のパターンには、大きく分けて、持続痛(1日を通して続く痛み)と突出痛(1日に数回ある強い痛み)がある。疼痛のパターンを知ることは、治療方針を決定することに役立つ。

# 緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は以下のとおりであり、入院料1では約1割、入院料2では約2割の施設において実施されていなかった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価



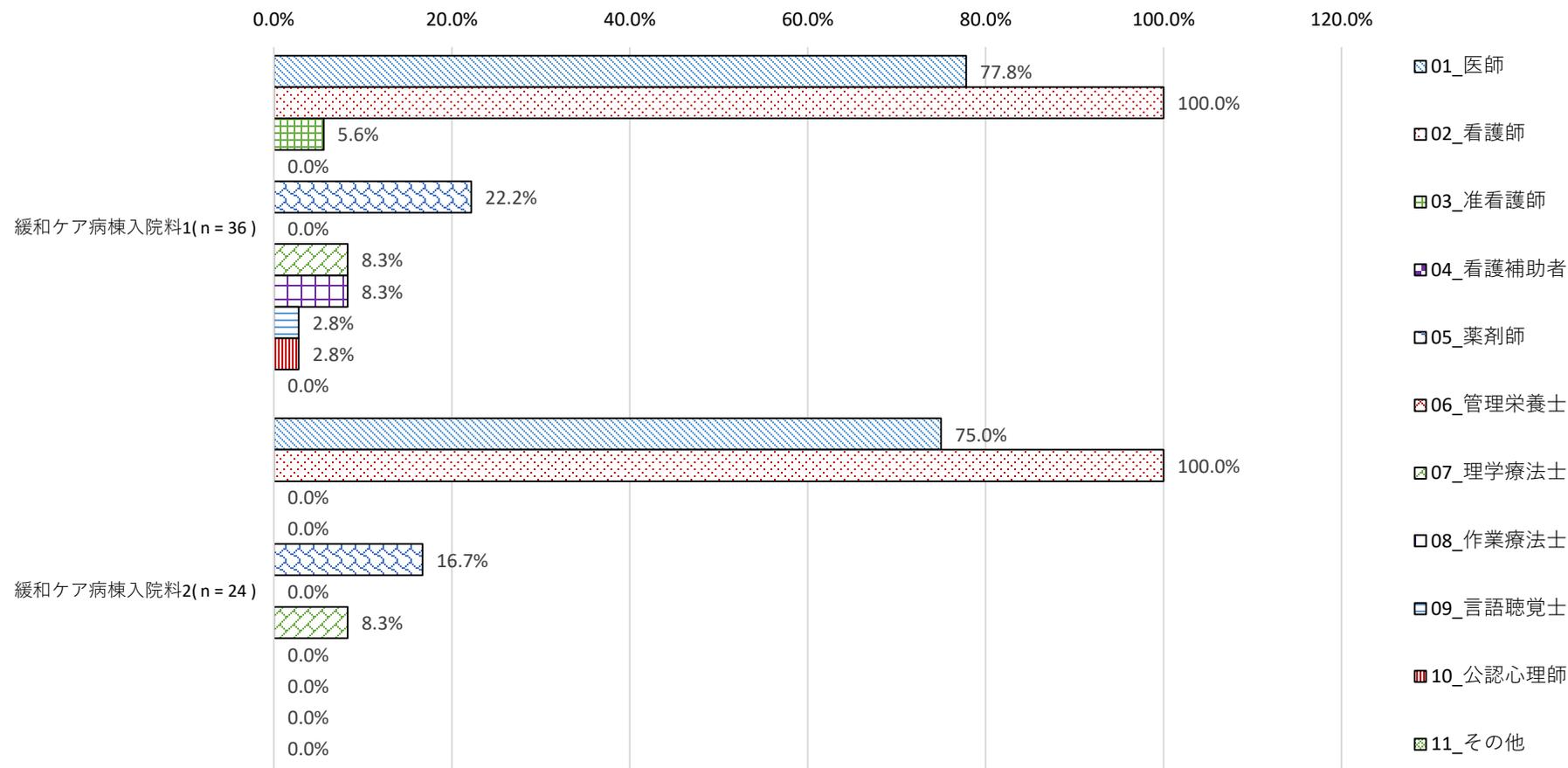
出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

■ 評価を行っている ■ 評価を行っていない

# 緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

○ 疼痛の数字等を用いた評価を実施している職種の割合は以下のとおりであり、看護師が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価を実施している職種  
(回答施設数 入院料1 : 36、入院料2 : 24) (回答数 入院料1 : 82、入院料2 : 48)



# 緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

- 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設について緩和ケア病棟内の何割の患者に対して実施しているかの結果は以下のとおりであった。
- 原則全員、が最も多い一方、2割未満との回答も約5%みられた。

緩和ケア病棟内の何割くらいの患者に対して、疼痛の数値を用いた評価を行っているか（令和3年5月の1か月）

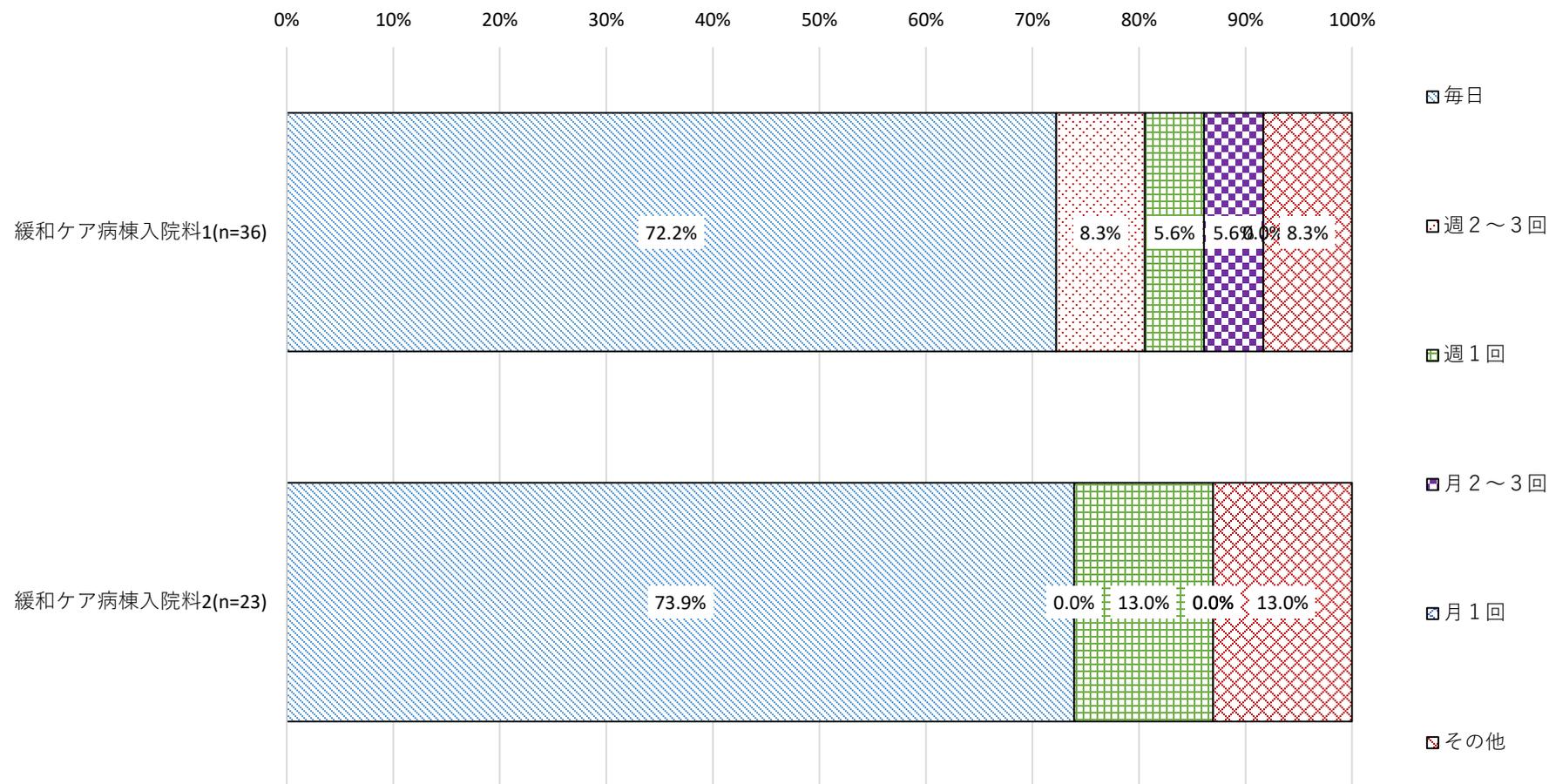


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

# 緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

- 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設について、評価を実施している頻度は以下のとおりであった。
- 毎日、が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数値等を用いた評価を実施することとしている頻度  
(令和3年5月の1か月)

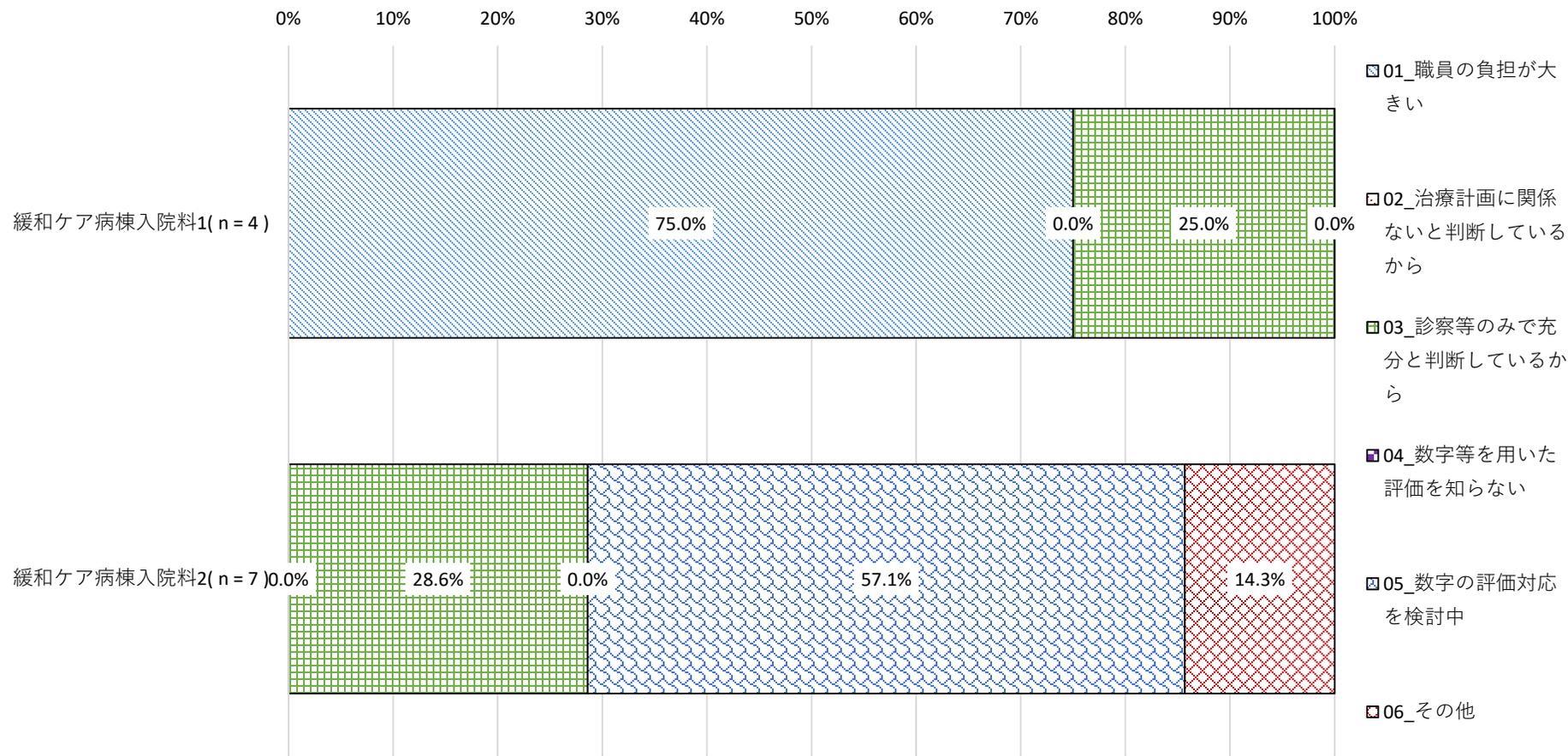


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

# 緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

○ 疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由は以下のとおりであり、入院料1においては「職員の負担が大きい」が最も多かった。入院料2においては、「対応を検討中」が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由



# 緩和ケア病棟入院料に係る課題（小括）

## (1) 緩和ケア病棟入院料の概要

- ・ 緩和ケア病棟入院料は平成2年に、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟として新設された。平成30年以後は、緩和ケア病棟入院料1を算定している医療機関数・病床数が減少し、入院料2を算定している医療機関数・病床数が増加している。
- ・ 緩和ケア病棟に入院した患者の疾患はほとんどが悪性腫瘍の患者であった。
- ・ 緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関について、入院料1を算定できない理由は、「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。

## (2) がん患者疼痛に係る数字等を用いた評価について

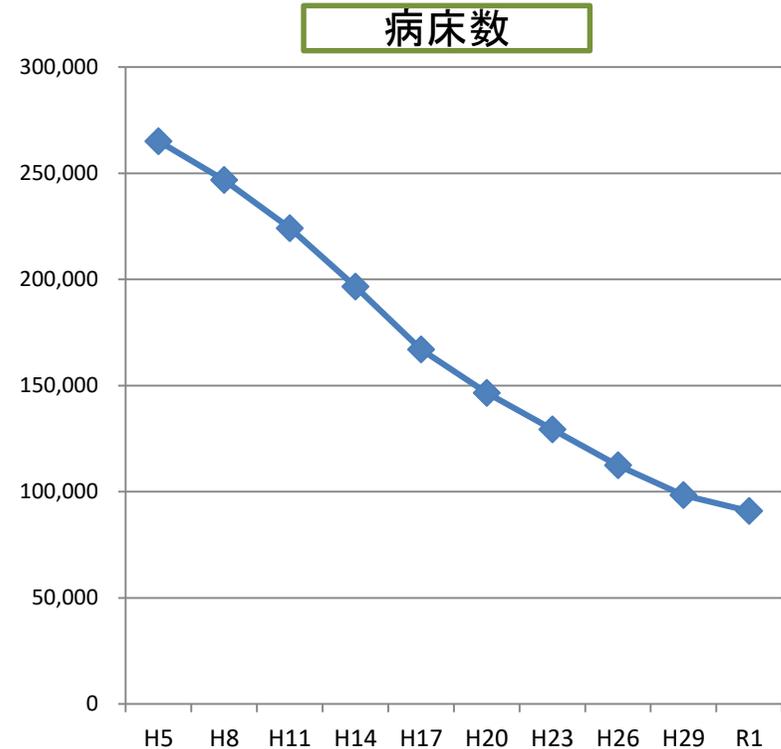
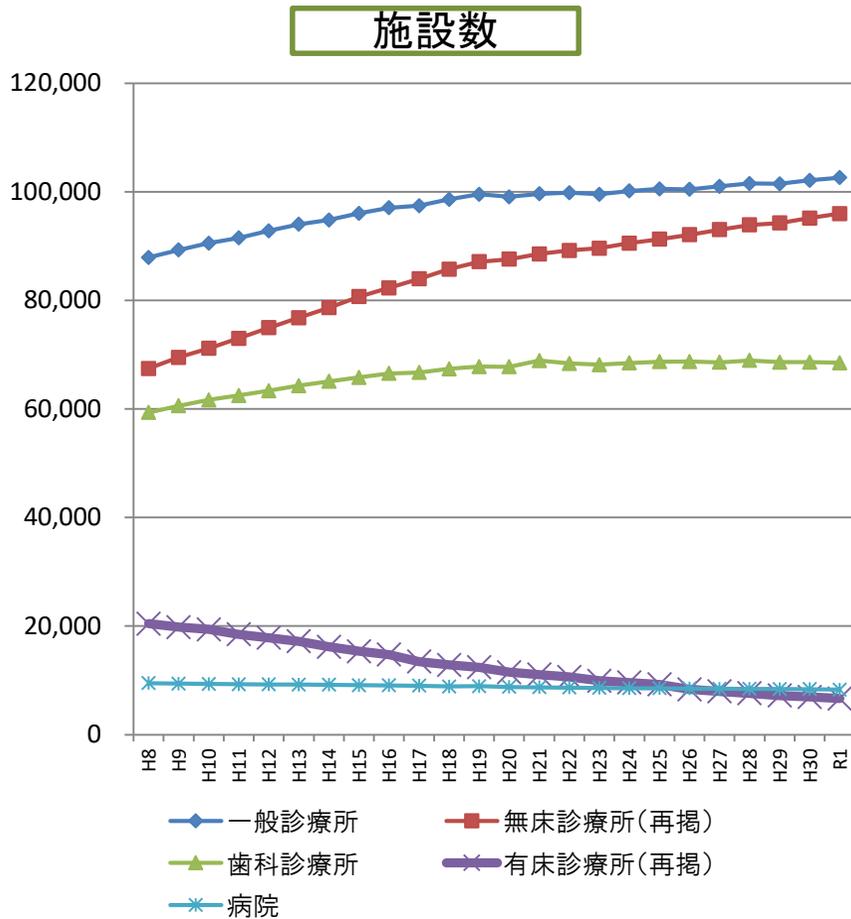
- ・ 「新版がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)において、がん疼痛治療の概要が示されており、「疼痛の評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールドスタンダードである」とされており、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等を評価することとされている。
- ・ 緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は、入院料1では約1割、入院料2では約2割の施設において実施されていなかった。
- ・ 「数字等を用いた評価」を行っている施設における実施患者の割合は、原則全員、が最も多い一方、2割未満も約5%みられた。また、評価を実施している頻度は、毎日、が最も多かった。
- ・ 評価を行っていない理由は、入院料1においては、「職員の負担が大きい」が最も多かった。

## 慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 医療施設数・病床数の年次推移

- 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
- また、有床診療所の病床数は、経年的に減少している。



# 有床診療所入院基本料等の算定回数等の推移

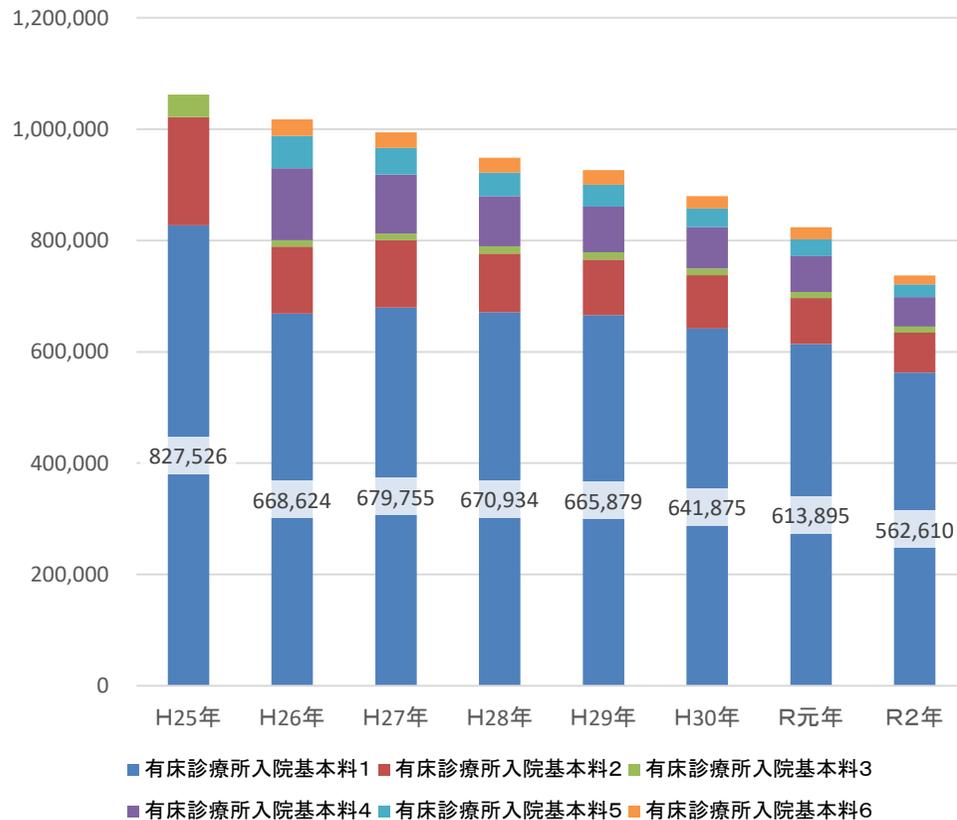
**A108 有床診療所入院基本料1～6**

**917～480点**

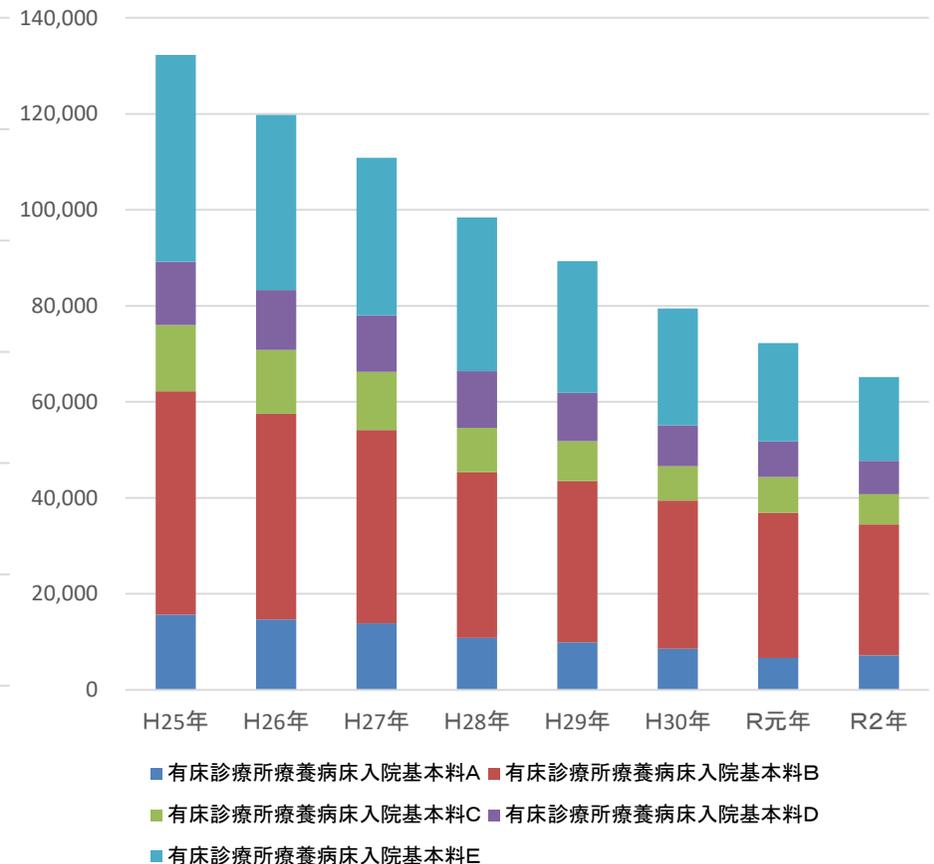
**A109 有床診療所療養病床入院基本料A～E**

**1,057～564点** (生活療養を受ける場合 1,042～549点)

有床診療所入院基本料1～6



有床診療所療養病床入院基本料A～E



# 有床診療所一般病床初期加算等の概要

## A108 有床診療所入院基本料

### 注3 有床診療所一般病床初期加算(14日を限度) 150点

入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。

## A109 有床診療所療養病床入院基本料

### 注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日を限度) 150点

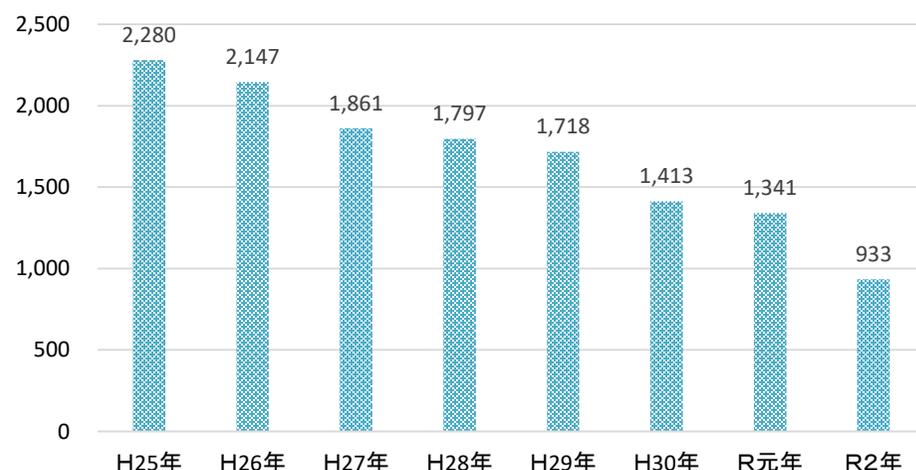
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。

有床診療所一般病床初期加算



	H30	R元	R2
有床診療所入院基本料 (算定回数)	888,950	832,447	741,747
有床診療所一般病床初期 加算の算定割合	19.4%	20.0%	28.6%

救急・在宅等支援療養病床初期加算



	H30	R元	R2
有床診療所療養病床 入院基本料(算定回数)	80,151	72,931	65,751
救急・在宅等支援療養病床 初期加算の算定割合	1.8%	1.8%	1.4%

# 有床診療所の機能に応じた評価

中 医 協 総 - 2  
2 5 . 1 2 . 4

病院



①病院からの早期退院患者の受入れ

有床診療所



専門医療を担う機能  
→個々の技術の評価で対応

在宅医療の拠点機能  
→在宅療養支援診療所及び機能強化型  
在宅療養支援診療所に係る評価で対応

終末期医療を担う機能  
→看取り加算で対応

③有床診療所が持つ複数の機能

介護施設等



②在宅患者等の急変時の受入れ

自宅



今回の見直しでは、機能に応じた評価について、①病院からの早期退院患者の受入れ機能、②在宅患者等の急変時の受入れ機能、③有床診療所が持つ複数の機能の評価について見直しを図ることとしてはどうか。

# 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

**現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))**

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



**改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))**

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

- (新) 介護連携加算1 192点(1日につき)
- (新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。  
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

- [施設基準]
- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

**現行(点数、施設基準(抜粋))**

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が 60日以内であること。



**改定後(点数、施設基準(抜粋))**

入院日から起算して15日以降に1日につき**20点**

(3) 平均在院日数が **90日以内**であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

## 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

### 救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

#### 現行

当該病棟(地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

#### 改定後

##### 【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき150点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

##### 【在宅から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、**介護医療院**、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき**300点**(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき**350点**)を所定点数に加算する。

### 治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[施設基準]

**(新設) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。**

# 有床診療所入院基本料等の見直し

## 有床診療所入院基本料の注加算の見直し

- 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、以下の見直しを行う。

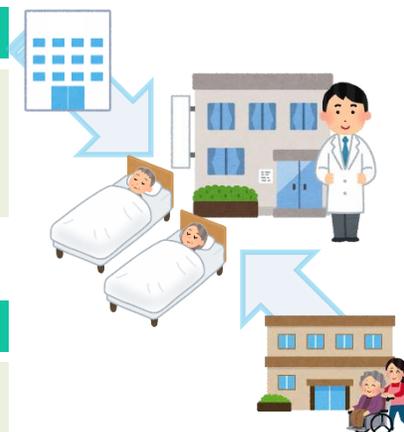
1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長するとともに、評価を見直す。

### 現行

[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]  
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

### 改定後

[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]  
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

### 現行

注3		
イ 医師配置加算1	88点	
ロ 医師配置加算2	60点	
注6		
イ 看護配置加算1	40点	
ロ 看護配置加算2	20点	
ハ 夜間看護配置加算1	85点	
ニ 夜間看護配置加算2	35点	
ホ 看護補助配置加算1	10点	
ヘ 看護補助配置加算2	5点	

### 改定後

注3		
イ 医師配置加算1	<u>120点</u>	
ロ 医師配置加算2	<u>90点</u>	
注6		
イ 看護配置加算1	<u>60点</u>	
ロ 看護配置加算2	<u>35点</u>	
ハ 夜間看護配置加算1	<u>100点</u>	
ニ 夜間看護配置加算2	<u>50点</u>	
ホ 看護補助配置加算1	<u>25点</u>	
ヘ 看護補助配置加算2	<u>15点</u>	



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

### 現行

[算定要件]  
有床診療所緩和ケア診療加算 150点

### 改定後

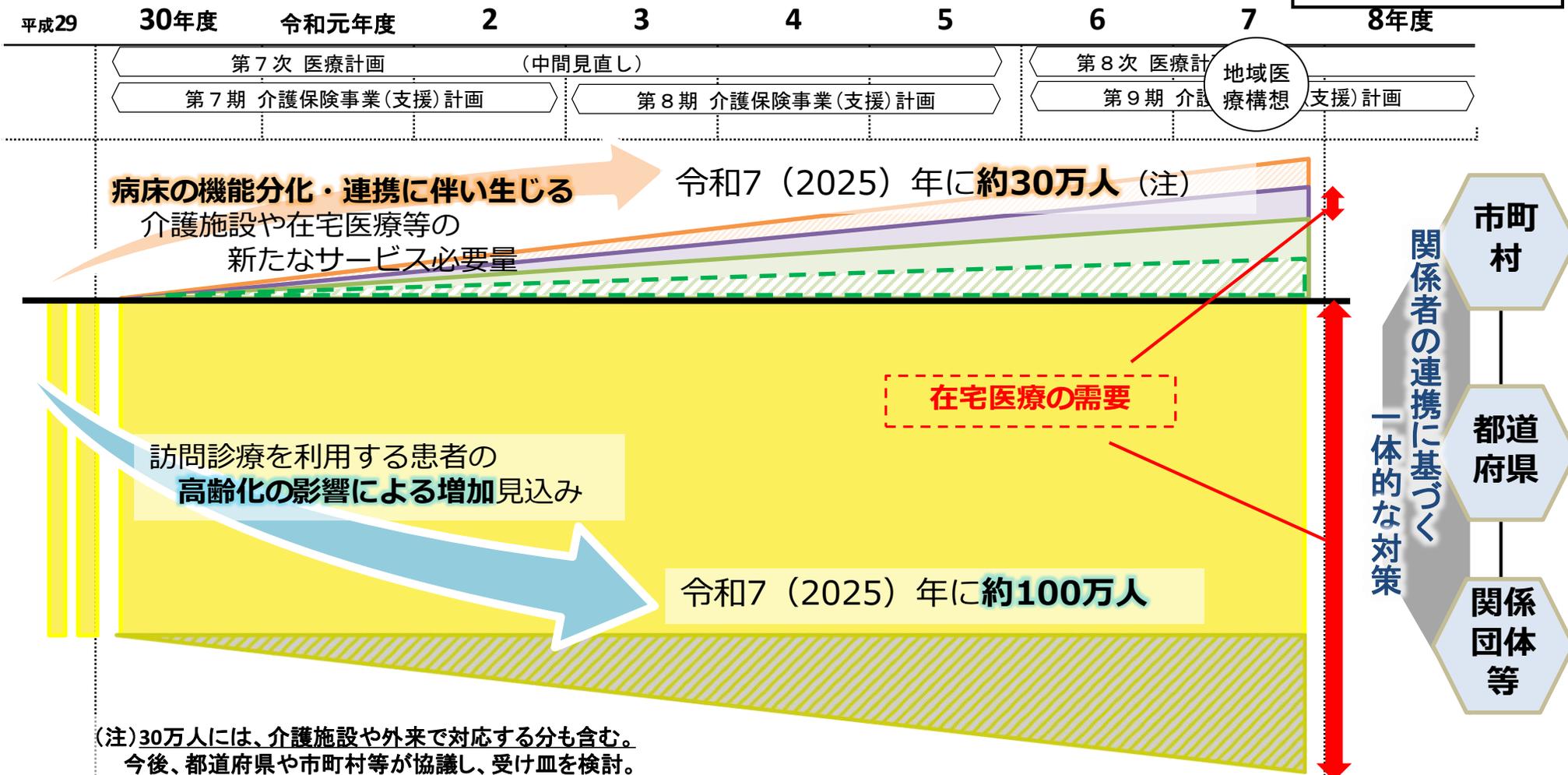
[算定要件]  
有床診療所緩和ケア診療加算 250点



# 2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**して行くことが重要。

中医協 総 - 1 - 1  
3 . 8 . 2 5



(注)30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。  
今後、都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



○ 『在宅医療の体制構築に係る指針』において、「自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることが望ましい、とされており、これは、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることが想定されている。

- 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。
- 基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

## ① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

## ② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- ・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

## 有床診療所入院基本料等に係る課題（小括）

- ・ 有床診療所は、地域において、「在宅・介護施設への受け渡し」「緊急時対応」「在宅医療の拠点」「終末期医療」等の様々な機能を担っている。
- ・ 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、令和2年度診療報酬改定において、有床診療所一般病床初期加算の見直し等を行った。
- ・ 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。また、有床診療所の病床数は、経年的に減少している。
- ・ 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みであり、こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要であるとされている。

## 慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

# 慢性期入院医療に係る論点

## 【療養病棟入院基本料について】

- 療養病等入院基本料経過措置（注11）について、令和3年度末で経過措置が終了することとなっているが、現に届け出ている医療機関・病床が存在していること、入院している患者の状況、行われている医療行為等を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療区分3のうち「中心静脈栄養を実施している状態」について、中心静脈栄養を実施されている患者に対する嚥下機能評価等の取り組みの現状等を踏まえ、評価の在り方についてどのように考えるか。

## 【障害者施設等入院基本料等について】

- 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうちの脳卒中患者の状態等を踏まえ、評価の在り方についてどのように考えるか。
- 質の高い栄養管理を推進する観点から、栄養サポートチームの取組による評価について、どのように考えるか。

## 【緩和ケア病棟入院料について】

- 緩和ケア病棟入院料について、「新版がん緩和ケアガイドブック」等において疼痛の数字等を用いた評価を行うこととされていること等を踏まえ、質の高い緩和ケアの更なる推進の観点から、評価の方法をどのように考えるか。

## 【有床診療所入院基本料等について】

- 有床診療所が地域において担っている在宅患者等の急変時の受入れなどの役割等を踏まえつつ、在宅において療養を行っている患者の病状が急変した際の受入れ医療機関の確保を更に推進する観点から、受入れ患者の状態に応じた有床診療所における入院医療の評価の在り方についてどのように考えるか。