

中央社会保険医療協議会 総会（第 496 回） 議事次第

令和3年11月12日(金) 保険医療材料専門部会終了後～
於 オンライン開催

議 題

- 外来（その3）について
- 入院（その3）について

外来(その3)

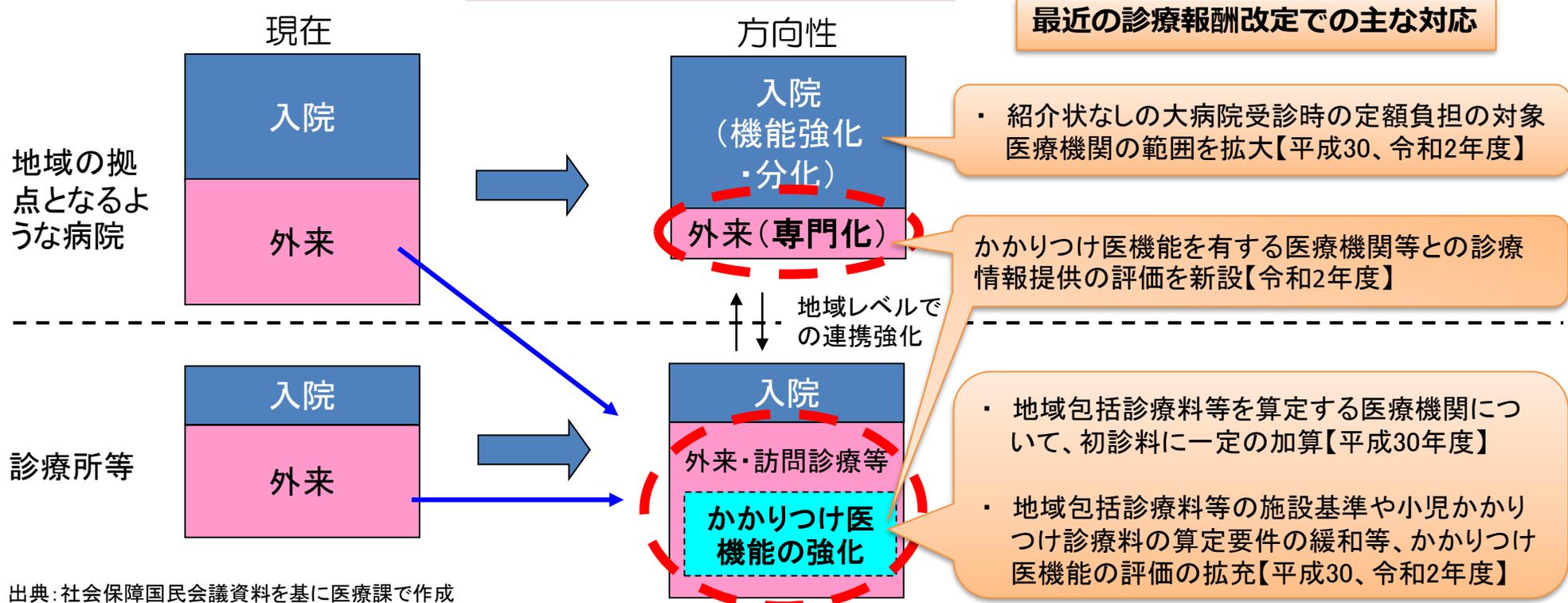
1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. 論点

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



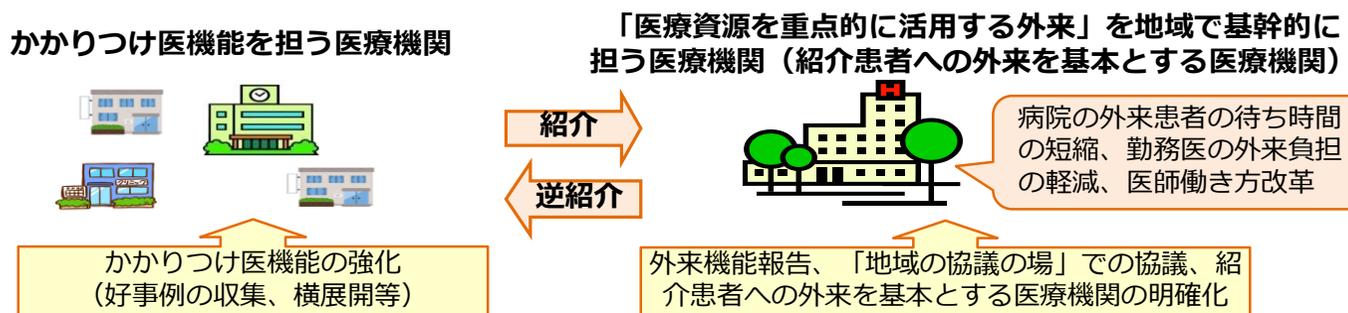
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① **医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告**する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、**「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、**「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化**
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

1. 外来機能の明確化・連携

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）②

令和2年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

(3) 外来機能報告（仮称）

- 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

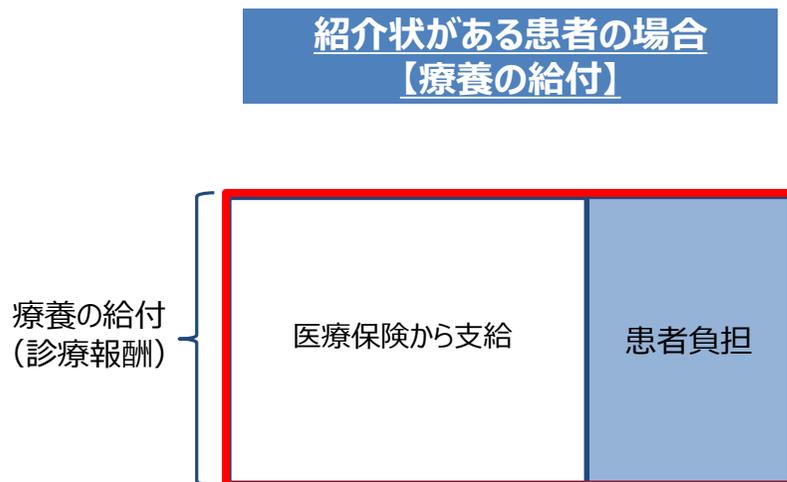
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直しはどうか。**
 - ①新たに設けられる「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」にも、**対象医療機関を拡大**する。
※一般病床200床以上のみ
 - ②**かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③さらに、**大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等**を行う。

外来機能分化に沿った受診

例外的・限定的な取扱



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第3章 医療

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

<対象範囲拡大のイメージ>

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	現在の定額負担（義務）対象病院 666 (7.9%)	紹介患者への外来を 基本とする医療機関 688 (8.2%)
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

2. 医療機関の機能分化・連携等

（大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大）

- これらの意見等を踏まえ、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にするため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである。
 - ・ 新たに地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
 - ・ かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
 - ・ 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと
- あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の基本的な考え方(案)

10/20 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れのさらなる円滑化を図るため、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする医療機関について明確化するもの。
- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の明確化に当たっては、地域性を考慮する必要があり、国が示す基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとすることとしている。
- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国の基準については、これらを踏まえつつ、初診と再診とで患者の受診行動に相違があることを勘案して検討してはどうか。
- また、外来医療に関するデータや議論の蓄積が少ない中で、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の明確化については、外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化していくものとして検討してはどうか。
- なお、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者の外来受診時の定額負担の対象となることとされており、現行の定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者(救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など)及び徴収を求めないことができる患者(地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健診・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など)が定められており、今後、中央社会保険医療協議会等において検討が進められることとなる。

「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国の基準(案)

10/20 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の基準については、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院※の状況を踏まえ、次の案について検討してはどうか。

※ 特定機能病院も、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされているが、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を行う病院としての側面が強いことから、本件を検討するに当たっては、地域医療支援病院の状況を踏まえてはどうか。

<基準(案)>

- ▶ 「医療資源を重点的に活用する外来」の項目案について、次ページのものとした場合(②高額等の医療機器・設備を必要とする外来について、Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち「地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(550点以上)」を算定するとした場合)
- ・ 初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合：初診●%以上
かつ
 - ・ 再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合：再診●%以上

- その上で、地域の実情や医療機関の特性を踏まえて参考とする指標をガイドラインで示すこととしてはどうか。その際、紹介・逆紹介を推進する観点から、参考とすることが望ましい指標として、紹介率・逆紹介率を位置付けることとしてはどうか。なお、具体的な水準については、紹介率・逆紹介率等の調査結果(9月の紹介率・逆紹介率を調査中)を踏まえ、検討する。

※ 紹介率・逆紹介率を単純に「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の基準とすると、「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が高いが、紹介・逆紹介を行っていない医療機関が「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」にならないことが多くなる、また、医療機関が少ない地域では、一般的に紹介率・逆紹介率が低くなると考えられ、基準を満たしにくくなる、といった点に留意が必要。

<参考とすることが望ましい指標(案)>

- ・ 紹介率・逆紹介率：紹介率●%以上 かつ 逆紹介率●%以上

外来機能分化に係る主な指摘事項

(令和3年7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 外来機能分化の推進については、患者が地域に戻ることが重要であり、医療機関を紹介率・逆紹介率で評価するべき。
- 医療資源重点活用外来との連携についても診療情報提供料Ⅲで評価してはどうか。
- 定額負担について、特に再診における除外要件のあり方も含めた効果的な対応について検討が必要。そのために、実態を把握すべき。

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
 - 2-1 保険給付範囲からの控除額・追加負担額について
 - 2-2 除外要件の見直しについて
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. 論点

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。

[対象患者]

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

※いずれも、③に掲げる場合は除く。

- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
- ③ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

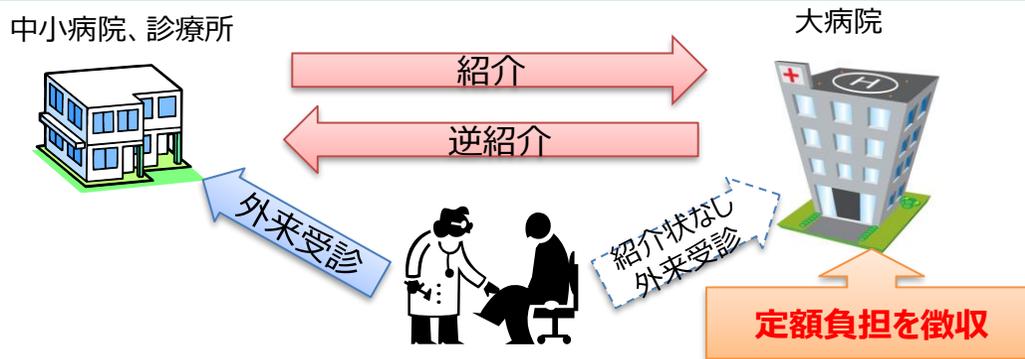
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

- a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
- b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



保険給付範囲からの控除額・追加負担額について

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）

より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

議論の整理（令和2年12月23日社会保障審議会医療保険部会）

かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること

定額負担の徴収額の設定状況(医科)

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 <u>(95.3%)</u>	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 <u>(30.9%)</u>	146件 <u>(24.1%)</u>	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 <u>(24.5%)</u>	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000円

■再診の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 <u>(96.6%)</u>	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 <u>(76.6%)</u>	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

定額負担の徴収額の設定状況(歯科)

- 初診時の徴収額は、歯科における定額負担(義務)病院が徴収すべき最低金額である約3,000円、医科における最低金額である約5,000円に集中している。
- 再診時の徴収額は、歯科における定額負担(義務)病院が徴収すべき最低金額である約1,500円、医科における最低金額である約2,500円に集中している。

■初診の場合の設定額

～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	～ 6,600円	～ 7,700円	7,701円 ～	計
7件 (1.1%)	50件 (7.6%)	37件 (5.6%)	54件 (8.2%)	22件 (3.4%)	251件 <u>(38.3%)</u>	3件 (0.5%)	6件 (0.9%)	0件 (0%)	210件 <u>(32%)</u>	2件 (0.3%)	2件 (0.3%)	12件 (1.8%)	656件

■再診の場合の設定額

～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	5,501円 ～	計
5件 (1.1%)	4件 (0.9%)	223件 <u>(49.7%)</u>	4件 (0.9%)	206件 <u>(45.9%)</u>	1件 (0.2%)	1件 (0.2%)	2件 (0.4%)	0件 (0%)	2件 (0.4%)	1件 (0.2%)	449件

主な選定療養に係る報告状況(令和3年9月15日)に基づき作成。

※令和2年7月1日における地方厚生(支)局への届出状況をとりまとめたもの。

※上記の施設数は、定額負担(義務)、定額負担(任意)病院の両方を含んでいる。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（初診・1病院当たりの平均値）

- 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来初診患者数 (人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合 (②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合 (③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したものを。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（再診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③/①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

診療を受ける際に少なくとも生じる額について

- 今回の見直しに当たって、保険給付の範囲から控除される額や、追加的に負担を求める額については、「全世代型社会保障改革の方針」(令和2年12月15日閣議決定)や医療保険部会「議論の整理」(令和2年12月23日)において、
 - ・ 控除額について、「例:医科・初診の場合、2000円程度」
 - ・ 追加負担額について、「それ(=控除額)と同額以上」とされている。
- この、「2,000円」の根拠は、「議論の整理」の参考資料において、「初診の場合、少なくとも生じる程度の額」とされているところ、医科・歯科の初診・再診の場合において、少なくとも生じる額は、それぞれ以下のとおり。

区分	点数	内容
医科・初診	214点	<u>一定規模以上の病床数を有する、紹介率・逆紹介率の実績が低い医療機関に、紹介状なし患者が来院した場合等の初診料</u>
医科・再診	55点	<u>一定規模以上の病床数を有する、紹介率・逆紹介率の実績が低い医療機関に、他の病院(病床数200床未満に限る)又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行った患者が来院した場合の外来診療料</u>
歯科・初診	240点	<u>歯科外来診療における院内感染防止対策についての届出を行っていない場合の歯科初診料</u>
歯科・再診	44点	<u>歯科外来診療における院内感染防止対策についての届出を行っていない場合の歯科再診料</u>

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
 - 2-1 保険給付範囲からの控除額・追加負担額について
 - 2-2 除外要件の見直しについて
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. 論点

除外要件の見直しについて

全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日)

具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う

議論の整理(令和2年12月23日社会保障審議会医療保険部会)

大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと

○ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」における診療科の取扱い

- ・ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の明確化については、紹介患者への外来を基本とするという、当該医療機関の機能を地域の患者が認識しやすくすること等により、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、患者の流れのさらなる円滑化を図るもの。
- ・ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の明確化に当たっては、国の示す基準を参考にして、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとすることとしており、当該医療機関の意向に反して、強制的に「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となることはない。
- ・ 外来医療に関するデータや議論の蓄積が少なく、現在のNDBでは診療科ごとのデータ分析には限界がある中で、患者の分かりやすさの観点から、まずは、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」は、医療機関単位で設定することが適当ではないか。
- ・ その上で、診療科ごとのデータ分析を行うため、レセプトや外来機能報告における対応など、引き続き改善策を検討していくことが適当ではないか。
- ・ また、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者の外来受診時の定額負担の対象となることとされているが、現行の定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者（救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など）及び徴収を求めないことができる患者（地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健診・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など）が定められており、今後、中央社会保険医療協議会等において「除外要件」の検討が進められる。その際、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合に配慮することが重要ではないか。

特別の料金の徴収を認められない患者・徴収を求めないことができる患者について

現行制度においては、①緊急その他やむを得ない事情がある場合として、特別の料金の徴収を求めることが認められない患者、②正当な理由がある場合として、徴収を求めないことができる患者の類型がそれぞれ定められているが、これは、**初診・再診の両方に共通の類型**となっている。

(※)特別の料金の徴収対象患者

・初診の場合：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者

・再診の場合：他の病院(病床数200床未満に限る)又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

選定療養(平成8年度～)

初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。
(一般病床200床以上の病院が対象)

- | |
|---|
| ① 緊急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |

① 徴収を認められない患者

定額負担義務(平成28年度～)

初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。
(特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象)

- | |
|---|
| ① 救急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |
| ① 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 |
| ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑦ 治験協力者である患者 |
| ⑧ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 |

① 徴収を認められない患者

② 徴収を求めなくても良い患者

初再診に共通の類型

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について(初診)

特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」、「自施設の他の診療科を受診している患者」等の割合が高くなっている。

類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%
救急の患者	589,582	39.4%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	81,953	5.5%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%
治験協力者である患者	119	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について(再診)

特別の料金を徴収しなかった患者について、再診時については、「自施設の他の診療科を受診している患者」「その他保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」の患者の割合が高くなっている。

類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める 割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

具体的な該当患者の例

(初診の該当患者も含む)

- ・ 院内出生病児
- ・ 移植ドナーの患者
- ・ 紹介先の医療機関が新型コロナウイルスによる診療休止のためやむを得ず受診した患者
- ・ 予約受診の患者

(注) ・ 保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
・ 複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担に係る課題(小括)

(保険給付範囲からの控除額・追加負担額について)

- 初診時の定額負担の徴収額は、
 - ・ 医科については、定額負担(義務)の対象病院の場合、初診は5,000円以上6,000円未満、再診は2,500円以上3,000円未満に集中。
 - ・ 歯科については、初診は3,000円程度又は5,000円程度、再診は1,500円程度又は2,500円程度の場合が多い。
- 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診／再診患者数全体に占める、紹介状なし患者数(再診の場合は、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数)の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。
- 控除額については、医療保険部会の「議論の整理」において、医科・初診の場合、「少なくとも生じる程度の額」として2,000円が例示されているところであるが、現行の診療報酬点数上、少なくとも生じる点数は、医科・初診の場合:214点、医科・再診の場合:55点、歯科・初診の場合240点、歯科・再診の場合44点となっている。

(除外要件の見直しについて)

- 除外要件の見直しに関して、外来機能報告等に係るワーキンググループにおいては、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合に配慮することが重要とされている。
- 現行制度では、①緊急その他やむを得ない事情がある場合として、特別の料金の徴収を求めることが認められない患者、②正当な理由がある場合として、徴収を求めないことができる患者の類型が存在するが、これは、初診・再診の両方に共通の類型。
- 特に、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」「自施設の他の診療科を受診している患者」等の割合が高くなっており、再診時については、「自施設の他の診療科を受診している患者」「その他」の患者の割合が高い。

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う医療機関
に係る評価について
5. 論点

2. 医療機関の機能分化・連携等

（大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大）

- これらの意見等を踏まえ、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にするため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討するべきである。
 - ・ 新たに地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
 - ・ かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
 - ・ 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと
- あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い病院に対する初診料・外来診療料の減算

- 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）であって、紹介率・逆紹介率の低い病院における初診料及び外来診療料について適正な評価を行うことで、外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

（平成24年度診療報酬改定において新設）

①初診料 **214点**（紹介のない場合）

②外来診療料 **55点**（他医療機関へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

※ **本来の初診料又は外来診療料との差額を、患者の選択と同意の下に保険外併用療養費(選定療養)として徴収可能。**

[対象病院]

- ・ 特定機能病院と地域医療支援病院（一般病床200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ・ 許可病床数が400床以上の全ての病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

※ 紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間とし、毎年10月に地方厚生(支)局長に報告する。(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6ヶ月間で実績の基準を満たした場合は翌年の4月1日までに報告する。)

[算定要件]

- ① 初診料： 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）に対して初診を行った場合。
- ② 外来診療料： 他の病院（許可病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）に対して再診を行った場合。

病床数	特定機能病院	地域医療支援病院	その他
許可病床 400床以上	注2:214点 紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上の場合を除く)		注3:214点 紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上の 場合を除く)
一般病床 200床以上			

現在の定額負担
(義務)対象病院
現在の定額負担
(任意)対象病院

特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
【医療法】要件	紹介率50%以上・逆紹介率40%以上となるよう努めること。(※1)	次のいずれかに該当すること。(※2) ア. 紹介率80%以上 イ. 紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ. 紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上	
【報酬】初診料の減算規定	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率＝	(紹介患者数＋救急搬送者数) / 初診患者数	【医療法】紹介患者数 / 初診患者数 【報酬】(紹介患者数＋救急搬送者数) / 初診患者数	(紹介患者数＋救急搬送者数) / 初診患者数
逆紹介率＝	逆紹介患者数 / 初診患者数		
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。以下を含む。 ・ 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ・ 他の医療機関における検診の結果により精密検診のための受診で紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についての記載がされている		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。以下を含む。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 ・ 診療状況を示す文書を添えて紹介(診療情報提供料を算定)した患者 ・ 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

※1 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月18日)(健政発第19号)

※2 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)

紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

		対象医療機関	評価
平成24年	新設	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院のいずれか 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院 	<ul style="list-style-type: none"> 紹介のない場合の初診料 200点 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点
平成26年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院 	(消費税対応) <ul style="list-style-type: none"> 紹介のない場合の初診料 200点→209点 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点→54点
平成30年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。 	
令和元年	点数変更		(消費税対応) <ul style="list-style-type: none"> 紹介のない場合の初診料 209点→214点 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点→55点
令和2年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。 	

定額負担調査(施設調査)の結果③

中医協 検-2-1
3 . 3 . 2 4

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞(報告書p31,32)

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院においては、初診患者に占める紹介状なしの患者の割合、初診時定額負担の徴収患者の割合はいずれも前年同月より小さかった。

図表 22 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
(1病院当たりの平均、特定機能病院)

	施設数(件)		施設数(件)	
	(令和元年10月)	令和元年10月	(令和2年10月)	令和2年10月
①初診患者数(延べ人数)(人)	60	1882.0	60	1798.2
②うち、紹介状なしの患者数(人)	60	481.1	60	434.4
③うち、初診時定額負担の徴収患者数(人)	60	147.4	60	100.6
④うち、他の医療機関を紹介した患者数(人)	47	12.8	47	8.3
⑤うち、初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人)	34	2.4	47	8.3
⑥うち、救急患者数(人)	59	162.6	59	139.2
⑦うち、紹介患者数(人)	59	1409.6	59	1373.0
⑧うち、逆紹介患者数(人)	55	1154.0	51	1107.6
⑨紹介状なしの患者比率(②/①)		25.6%		24.2%
⑩定額負担徴収患者比率(③/①)		7.8%		5.6%
⑪紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)		30.6%		23.1%

図表 25 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
(1病院当たりの平均、許可病床400床以上の地域医療支援病院)

	施設数(件)		施設数(件)	
	(令和元年10月)	令和元年10月	(令和2年10月)	令和2年10月
①初診患者数(延べ人数)(人)	205	1955.3	206	1815.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	202	764.8	203	673.9
③うち、初診時定額負担の徴収患者数(人)	199	256.3	200	208.1
④うち、他の医療機関を紹介した患者数(人)	131	25.3	134	25.1
⑤うち、初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人)	102	13.4	134	25.1
⑥うち、救急患者数(人)	196	484.2	196	392.5
⑦うち、紹介患者数(人)	199	1118.4	200	1094.4
⑧うち、逆紹介患者数(人)	187	1075.5	183	1021.0
⑨紹介状なしの患者比率(②/①)		39.1%		37.1%
⑩定額負担徴収患者比率(③/①)		13.1%		11.5%
⑪紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)		33.5%		30.9%

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

定額負担調査(施設調査)の結果⑤

中医協 検-2-1(改)
3 . 3 . 2 4

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞(報告書p36,37)

令和2年10月における紹介率の分布を前年同月と比較すると、許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院で、紹介率の高い病院が増加した。

図表 37 初診時の紹介率の分布

図表 38 初診時の逆紹介率の分布

	全体		①特定機能病院		②許可病床400床以上の地域医療支援病院		③許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院		④一般病床200床以上の特定機能病院・地域医療支援病院以外の病院	
	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点
調査数	727	727	60	60	206	206	145	145	296	296
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
10%未満	8	11	0	0	0	0	0	0	8	11
	1.1%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.7%
10-20%	11	11	0	0	0	0	0	0	11	11
	1.5%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	3.7%
20-30%	41	24	0	0	0	0	0	0	41	24
	5.6%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13.9%	8.1%
30-40%	35	50	0	0	0	2	0	0	34	45
	4.8%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	11.5%	15.2%
40-50%	48	41	0	0	2	1	3	0	43	40
	6.6%	5.6%	0.0%	0.0%	1.0%	0.5%	2.1%	0.0%	14.5%	13.5%
50-60%	63	60	0	0	3	5	16	6	42	49
	8.7%	8.3%	0.0%	0.0%	1.5%	2.4%	11.0%	4.1%	14.2%	16.6%
60-70%	109	88	1	1	35	29	33	25	37	31
	15.0%	12.1%	1.7%	1.7%	17.0%	14.1%	22.8%	17.2%	12.5%	10.5%
70-80%	143	156	13	13	63	67	37	41	25	28
	19.7%	21.5%	21.7%	21.7%	30.6%	32.5%	25.5%	28.3%	8.4%	9.5%
80-90%	144	158	33	30	71	73	25	39	13	16
	19.8%	21.7%	55.0%	50.0%	34.5%	35.4%	17.2%	26.9%	4.4%	5.4%
90-100%	68	75	12	15	21	20	21	23	12	14
	9.4%	10.3%	20.0%	25.0%	10.2%	9.7%	14.5%	15.9%	4.1%	4.7%
100%超	13	14	1	1	6	5	3	5	0	0
	1.8%	1.9%	1.7%	1.7%	2.9%	2.4%	2.1%	3.4%	0.0%	0.0%
無回答	44	39	0	0	5	4	7	6	30	27
	6.1%	5.4%	0.0%	0.0%	2.4%	1.9%	4.8%	4.1%	10.1%	9.1%

	全体		①特定機能病院		②許可病床400床以上の地域医療支援病院		③許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院		④一般病床200床以上の特定機能病院・地域医療支援病院以外の病院	
	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点
調査数	727	727	60	60	206	206	145	145	296	296
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
10%未満	40	35	1	1	2	2	1	1	36	31
	5.5%	4.8%	1.7%	1.7%	1.0%	1.0%	0.7%	0.7%	12.2%	10.5%
10-20%	40	49	1	1	3	2	4	3	32	43
	5.5%	6.7%	1.7%	1.7%	1.5%	1.0%	2.8%	2.1%	10.8%	14.5%
20-30%	68	56	0	0	3	4	6	6	58	45
	9.4%	7.7%	0.0%	0.0%	1.5%	1.9%	4.1%	4.1%	19.6%	15.2%
30-40%	53	49	2	2	4	5	7	5	37	35
	7.3%	6.7%	3.3%	3.3%	1.9%	2.4%	4.8%	3.4%	12.5%	11.8%
40-50%	48	59	3	5	6	6	11	10	26	34
	6.6%	8.1%	5.0%	8.3%	2.9%	2.9%	7.6%	6.9%	8.8%	11.5%
50-60%	79	61	8	7	25	12	19	17	26	25
	10.9%	8.4%	13.3%	11.7%	12.1%	5.8%	13.1%	11.7%	8.8%	8.4%
60-70%	72	92	19	15	24	36	12	22	15	18
	9.9%	12.7%	31.7%	25.0%	11.7%	17.5%	8.3%	15.2%	5.1%	6.1%
70-80%	83	81	9	8	33	37	30	25	9	10
	11.4%	11.1%	15.0%	13.3%	16.0%	18.0%	20.7%	17.2%	3.0%	3.4%
80-90%	80	71	12	9	37	33	26	20	4	7
	11.0%	9.8%	20.0%	15.0%	18.0%	16.0%	17.9%	13.8%	1.4%	2.4%
90-100%	45	50	2	4	28	30	9	13	3	2
	6.2%	6.9%	3.3%	6.7%	13.6%	14.6%	6.2%	9.0%	1.0%	0.7%
100%超	60	69	2	7	35	34	13	17	7	5
	8.3%	9.5%	3.3%	11.7%	17.0%	16.5%	9.0%	11.7%	2.4%	1.7%
無回答	59	55	1	1	6	5	7	6	43	41
	8.1%	7.6%	1.7%	1.7%	2.9%	2.4%	4.8%	4.1%	14.5%	13.9%

(注) 令和元年10月・令和2年10月の1時点について記入のあった施設も集計対象とした。

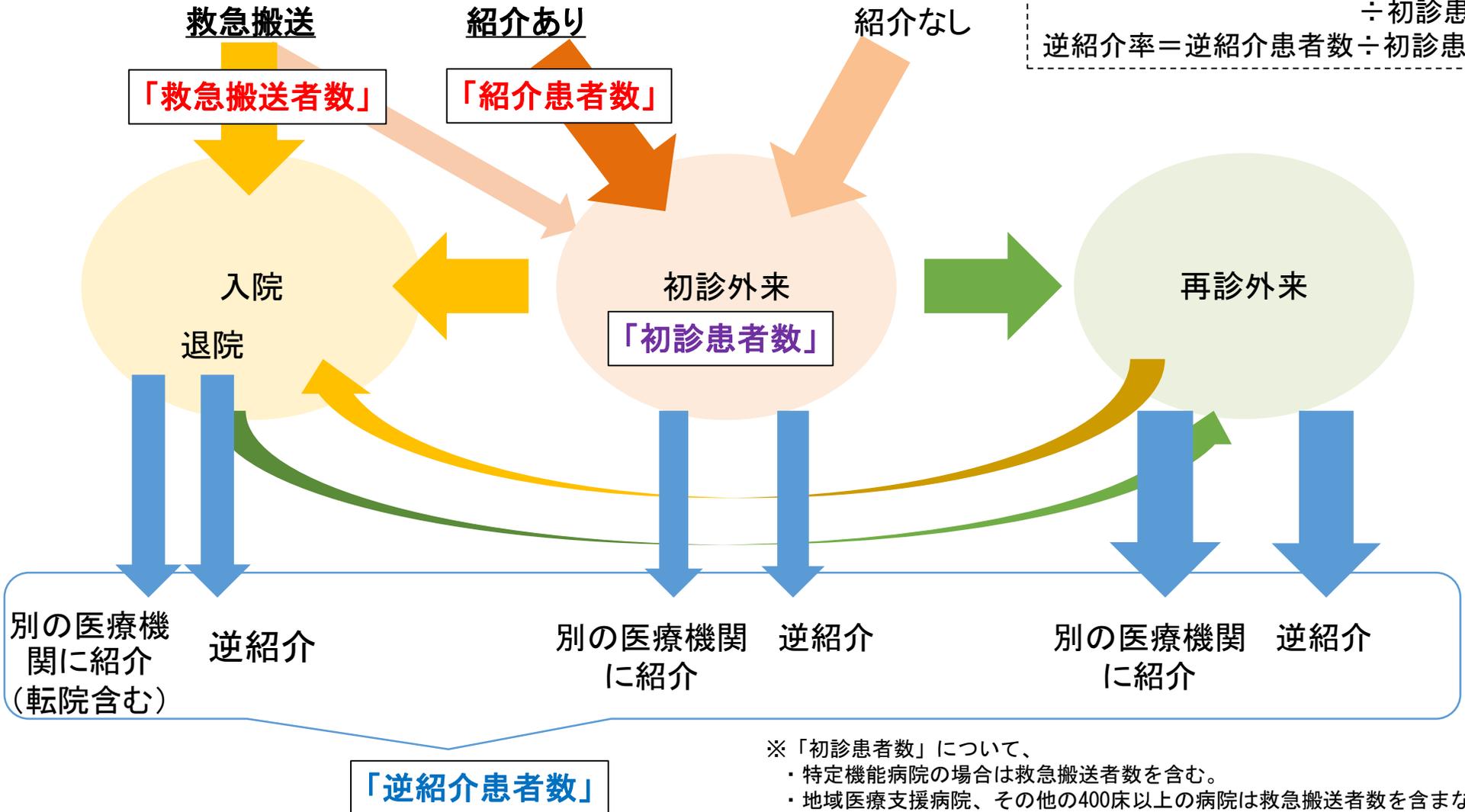
(注) 令和元年10月・令和2年10月の1時点について記入のあった施設も集計対象とした。

外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

$$\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) \div \text{初診患者数}$$

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数}$$



※ 「初診患者数」について、
 ・ 特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
 ・ 地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。 37

紹介・逆紹介についての課題（小括）

（紹介率・逆紹介率）

- 令和2年12月23日の社会保障審議会医療保険部会において、医療機関の機能分化・連携等については、「大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進する」という方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである、とされている。
- 外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図るために、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）、許可病床400床以上の病院であって紹介率・逆紹介率の低い病院における、初診料及び外来診療料について適正な評価を行っている。
- 紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算は、平成24年に新設し、累次の改定で、対象の拡大等を実施してきた。
- 初診料・外来診療料の減算の基準である、紹介率や逆紹介率が50%未満である医療機関は、対象医療機関のうち数%に留まっている。
- 紹介率・逆紹介率の算出に当たって用いる数値は、医療機関の種別によって異なり、さらに、用いられる数値以外にも、紹介・逆紹介の流れに出現する数値が存在する。

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
 - 4－1 当該医療機関に係る評価について
 - 4－2 医療機関間連携に係る評価について
5. 論点

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療(例:外来化学療法を行う場合)

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

外来化学療法

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療(例:入院で悪性腫瘍手術を受ける場合)

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断(外来)

治療前の
説明、検査
(外来)

治療後の
フォローアップ
(外来)

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ(外来)

悪性腫瘍手術
(入院)

悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

地域医療支援病院制度の概要

趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設(都道府県知事が個別に承認)。

※承認を受けている病院(平成30年12月現在) ... 607

主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

承認要件

- 開設主体:原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
 - ① 紹介率80%を上回っていること
 - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
 - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

- 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価。
(平成10年度診療報酬改定において新設)

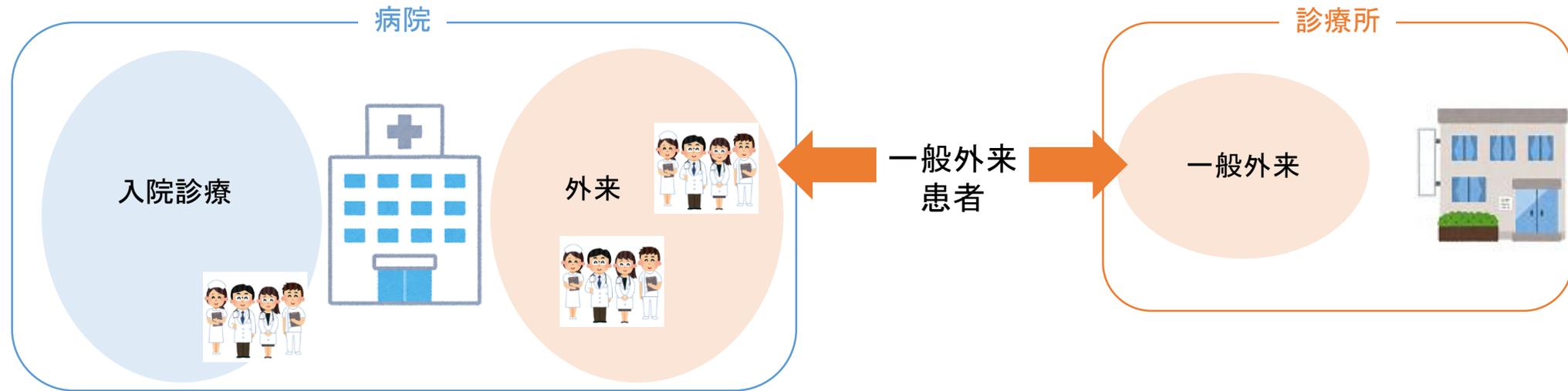
地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)

[算定要件]

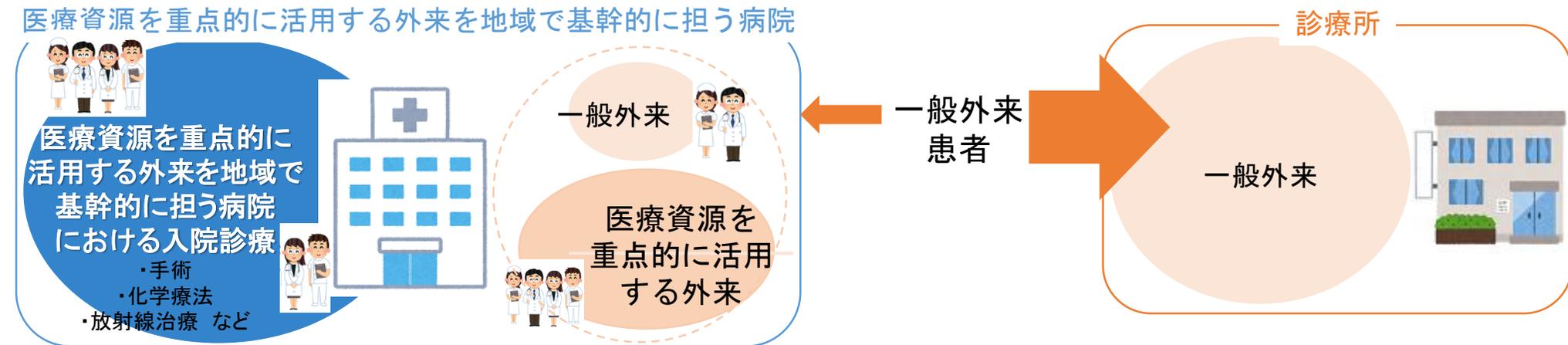
- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合



医療資源を重点的に活用する外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
 - 4－1 当該医療機関に係る評価について
 - 4－2 医療機関間連携に係る評価について
5. 論点

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

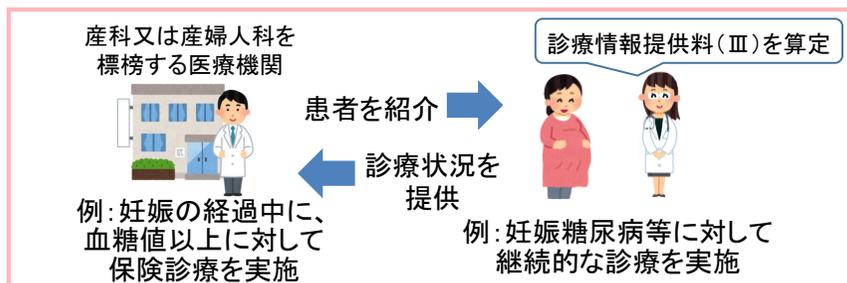
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。

医療機関間の連携の具体例

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 紹介先の医療機関において、糖尿病網膜症を継続的に治療する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、3月に1回に限り診療情報提供料(Ⅲ)が算定可能である。



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

糖尿病網膜症の治療に当たり紹介を行う

【診療情報提供料(Ⅰ)】
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を眼科医療機関に求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病網膜症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B.糖尿病網膜症の治療を行う医療機関

眼科医療機関において継続的な糖尿病網膜症の管理を実施

【診療情報提供料(Ⅲ)】
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、専門医療機関としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料(Ⅲ)】
B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

医療機関間の連携の具体例（医療資源重点活用外来の場合）

- 例えば、糖尿病で通院中の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病性腎症にかかる診断・定期的な評価等の必要性を認め、腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来へ紹介を行う場合があり、他の紹介類型と同様に、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能である。
- 紹介先の医療資源重点活用外来において、糖尿病性腎症について定期的な評価をする場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合については、3月に1回に限り診療情報提供料（Ⅲ）が算定可能である。



A. 糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

腎機能低下の診断・評価について紹介を行う

【診療情報提供料（Ⅰ）】
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病性腎症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B. 腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来

糖尿病性腎症の診断・定期的な評価を実施

【診療情報提供料（Ⅲ）】
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、医療資源が重点的に活用される外来としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料（Ⅲ）】

B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、
B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、
A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、
禁煙の施設基準を満たしている場合

医療資源重点活用外来についての課題（小括）

（医療資源重点活用外来について）

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等の評価として、地域医療支援病院入院診療加算を設けている。
- 医療資源重点活用外来を基幹的に担う医療機関を定めることで外来の機能分化を行うことにより、同医療機関においては、より重点的に質の高い入院医療を実施することが可能になる。
- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価として、令和2年に診療情報提供料(Ⅲ)を新設した。
- 腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来において、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から紹介された、糖尿病性腎症の診断・定期的な評価等の必要な患者について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供をする際に、医療資源が重点的に活用される外来としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っておらず、診療情報提供料(Ⅲ)を算定できない場合がある。

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. **論点**

外来機能分化の推進についての論点

【紹介状なしで受診する場合等の定額負担について】

- 「全世代型社会保障改革の方針」等において、「外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」ととされているが、具体的な控除額・追加負担額について、診療を受ける際に少なくとも生じる額との関係も踏まえて、どのように考えるか。
- あわせて、医療保険部会の「議論の整理」において、「再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行う」ととされているが、見直しの方向性について、患者の受診の流れの更なる円滑化や医療提供体制の地域性を踏まえ、どのように考えるか。

【紹介・逆紹介の推進について】

- 医療保険部会の「議論の整理」において、「大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進する」ととされていることも踏まえ、専門性の高い医療機関等の外来における紹介率・逆紹介率の在り方について、どのように考えるか。

【医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について】

- 紹介患者を基本とする外来として、医療資源を重点的に活用する外来が定められるが、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」に係る評価の在り方について、入院機能に対する影響も見据えつつ、どのように考えるか。
- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の推進や、患者の流れのさらなる円滑化を図るために、医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関と地域の他の医療機関との連携に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

入院(その3)

回復期入院医療について

回復期入院医療について

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

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 . 1 0 . 2 7

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)

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)

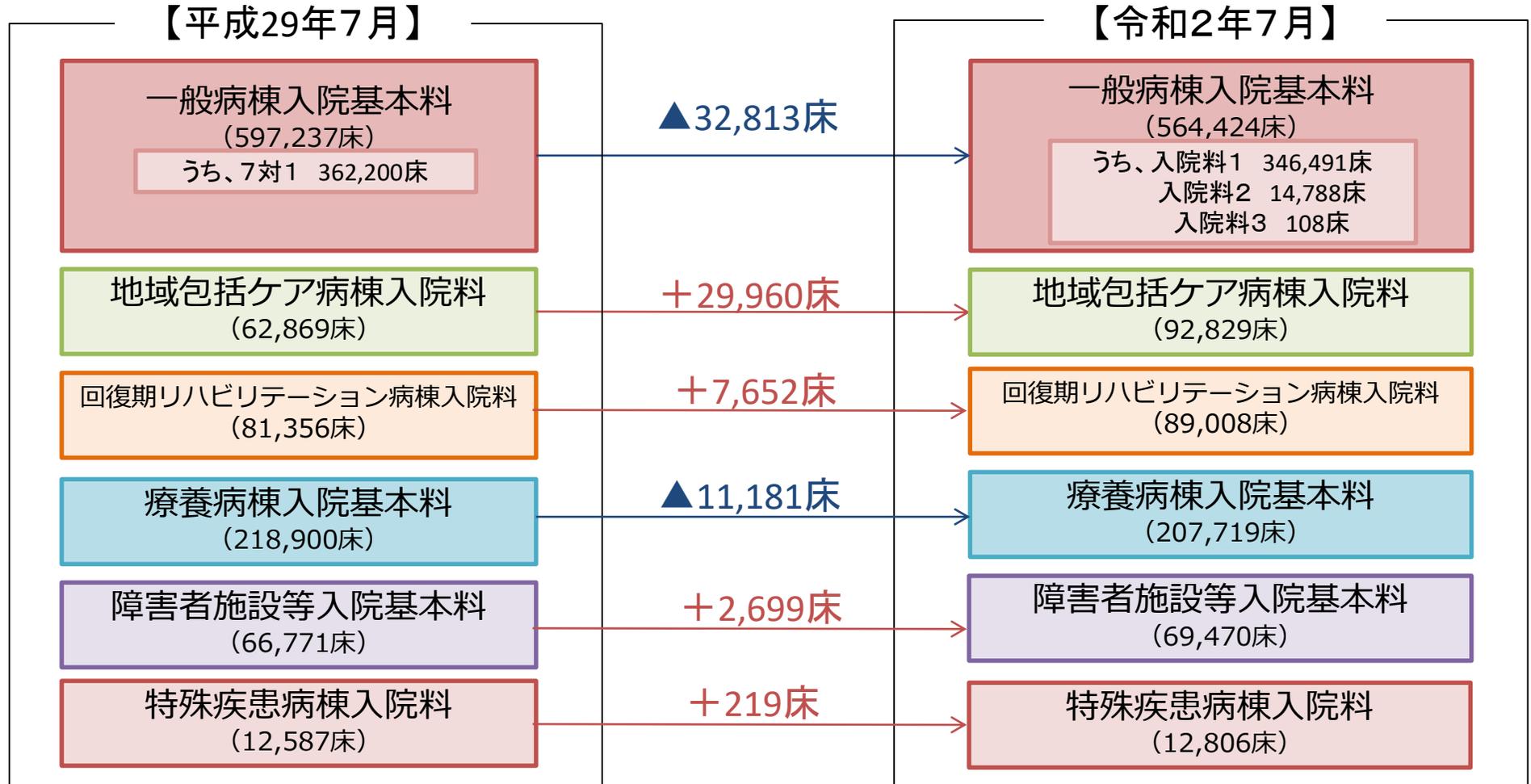
地域移行機能強化病棟入院料

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。

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。

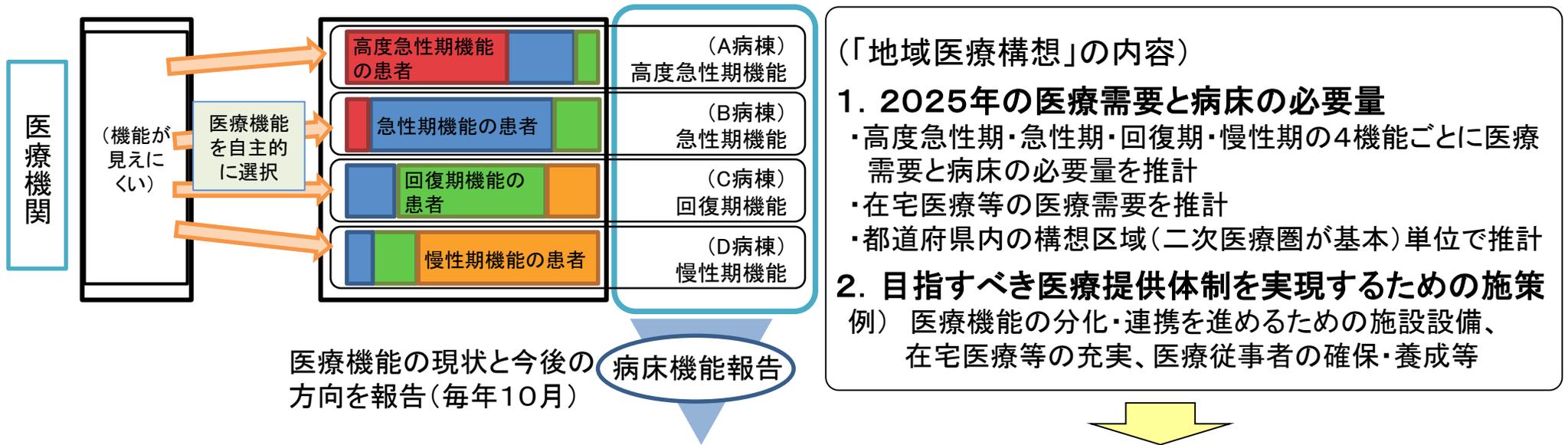
中 医 協	総 - 2
3 . 8 .	2 5

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の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留意ください。
- 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。

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

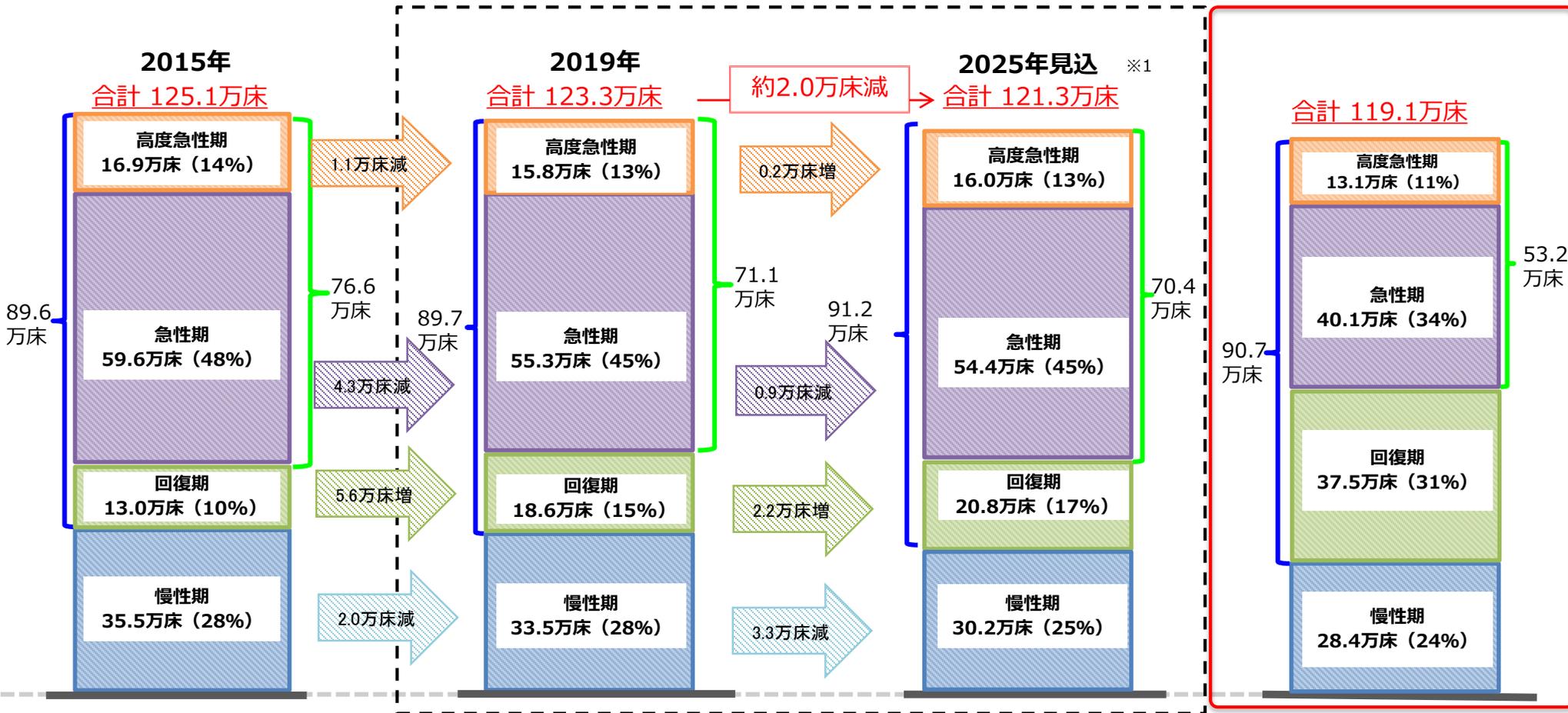
○ 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

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

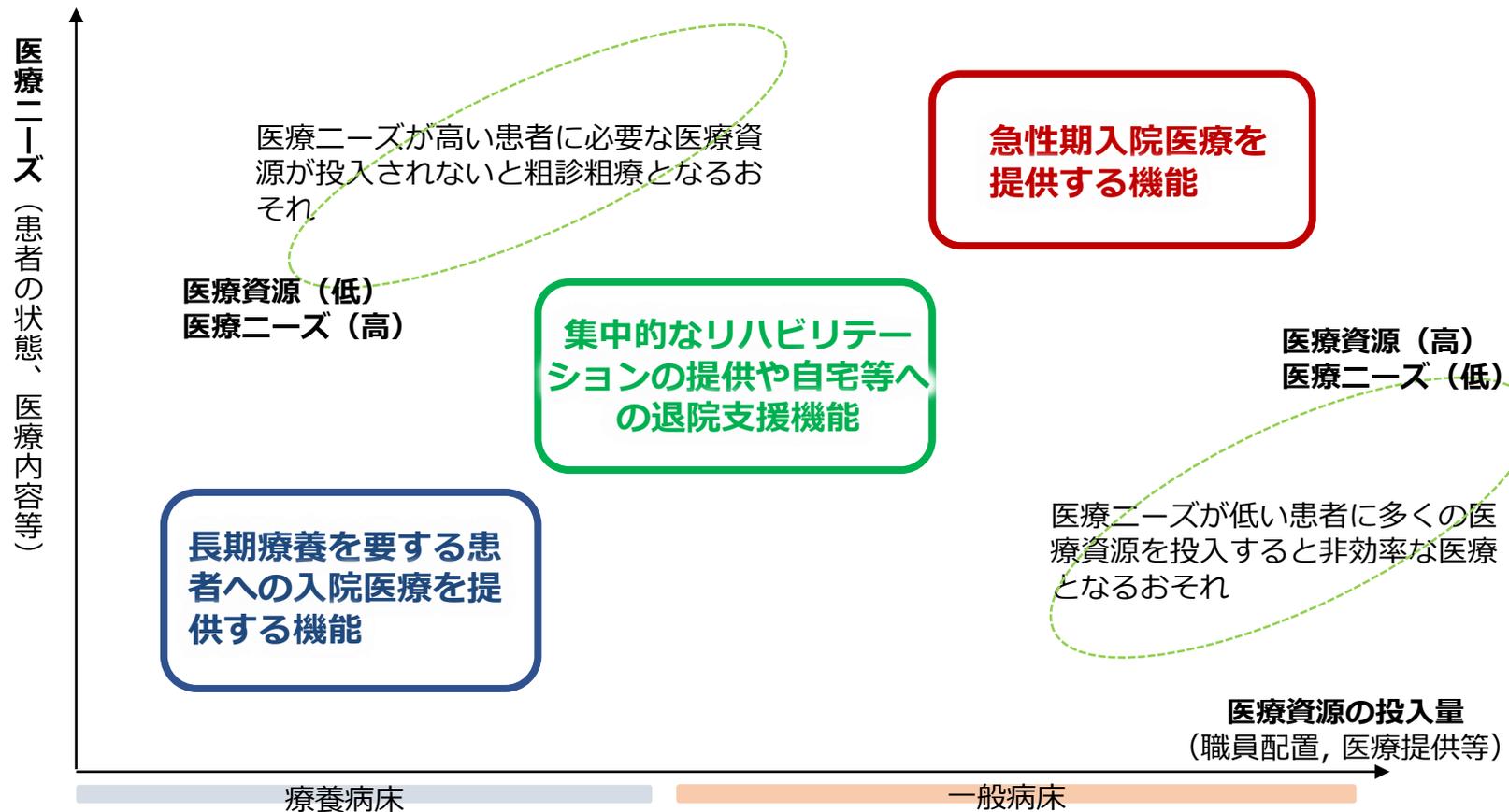
※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※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。

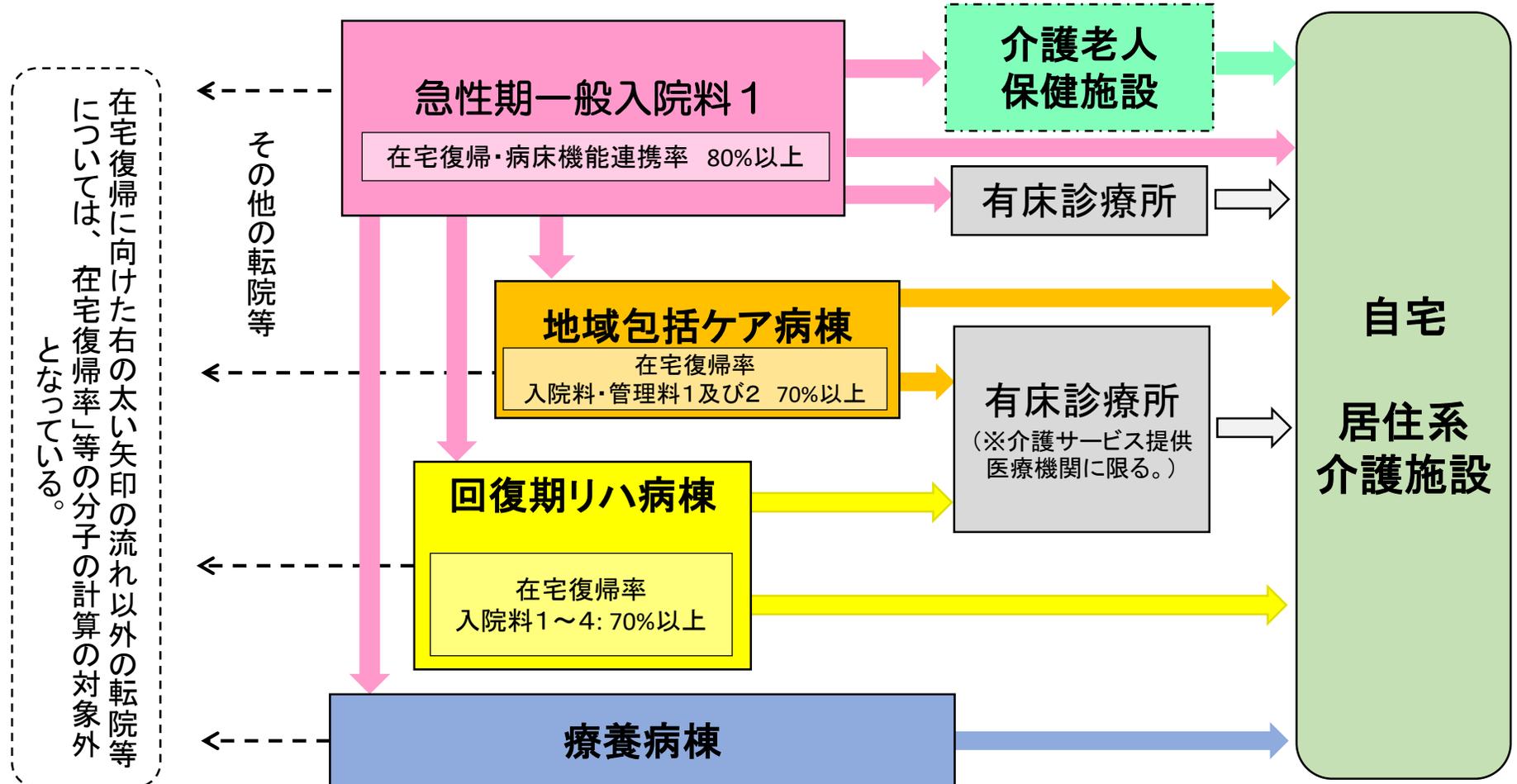


「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ(イメージ図)

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印(➡)で示す**



※ 転棟患者(自院内の転棟)は除く。
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

回復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)

- 介護との連携や、地域等への人材派遣、まちづくりへの参画、いざという時の在宅患者の受け入れなどを行う地域包括ケアを支える中小病院などの存在が必須。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料等について、前回改定において、診療実績に係る基準が引き上げられた一方で、新型コロナウイルス感染症により、経過措置が延長されている状況にあるため、改定の影響を検証するには時間が必要。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、求められている機能が十分に発揮されているのか、包括範囲の医療についてどの程度実施されているのかについて検討が必要。
- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションがどの程度行われているのか検討し、適正化の方向で検討すべき。リハビリテーション実績指数について、入院料毎で差がある理由について検討すべき。

(9月22日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- 地域包括ケア病棟入院料について、3機能を前提に点数を設定していることから、機能が偏った医療機関についてはその機能に応じた点数とすべきであり、見直しを提案する。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、実態にあった基準の見直しが必要であり、6つの入院料について整理すべき。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、一定期間後の措置については検討を行うべき。

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【平成16年度診療報酬改定】

・ 亜急性期入院医療管理料の創設

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新)亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
(最大60日まで算定可能)

(新)亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
(最大60日まで算定可能)

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度診療報酬改定)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟の経緯③(平成28～令和2年度診療報酬改定)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【平成28年度診療報酬改定】

- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

【平成30年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
 - 実績要件の見直し
 - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

を実施

- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

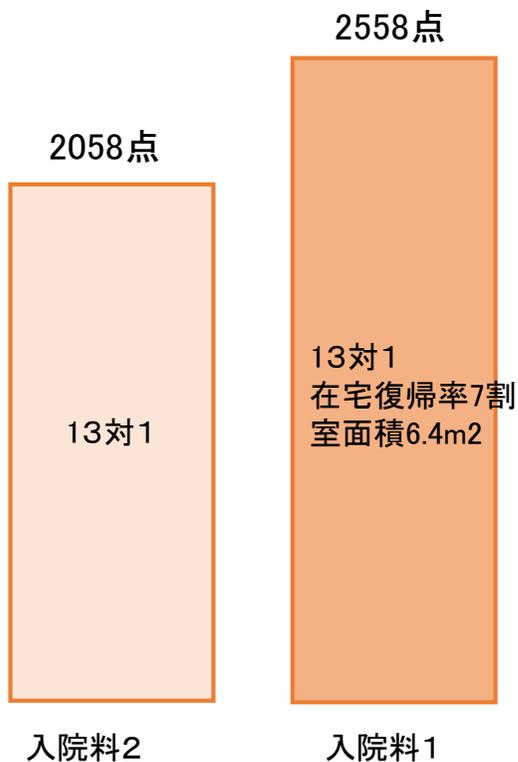
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

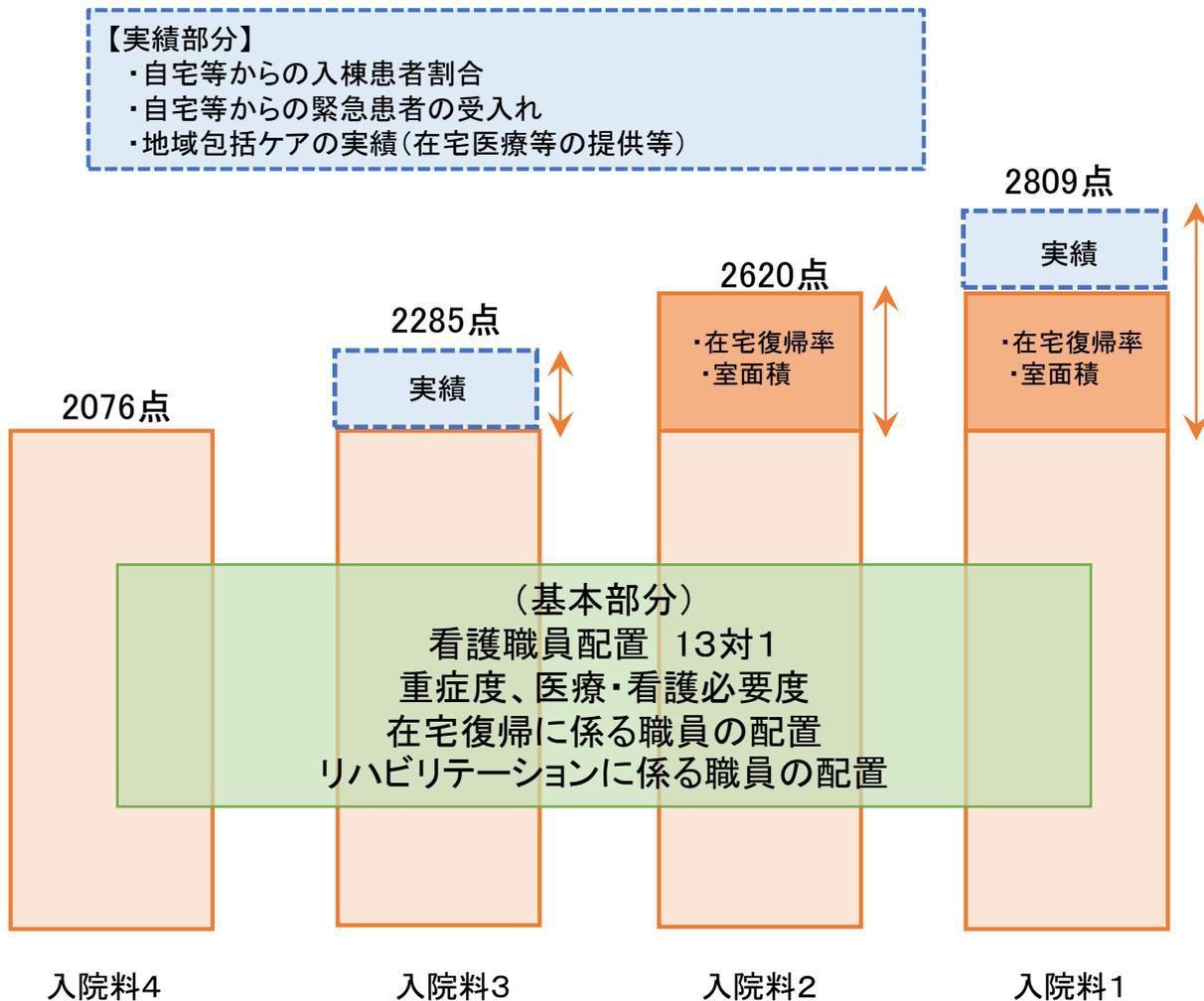
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

【平成30年度改定前】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【現行】

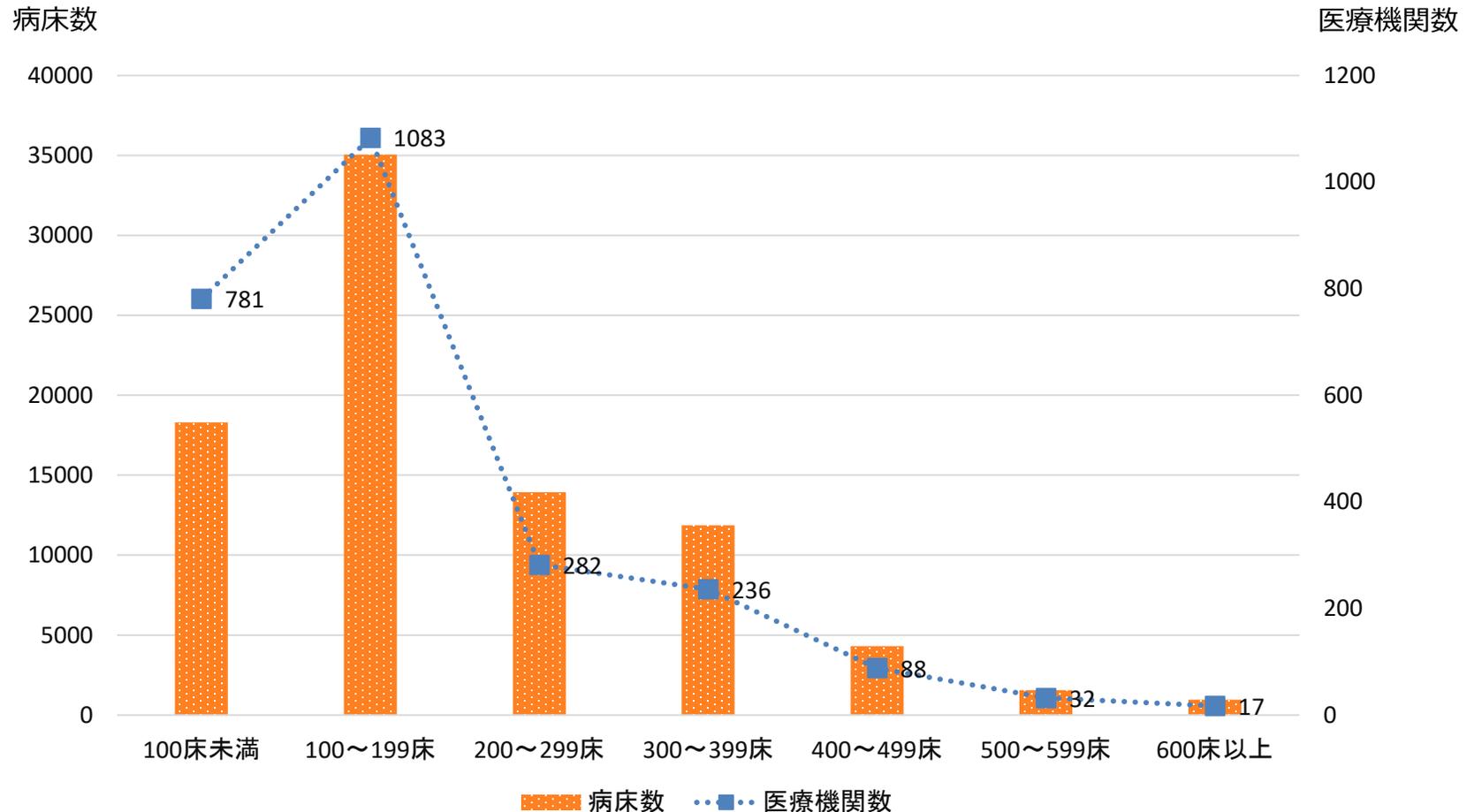


地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

医療機関規模別の病床数等

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療機関の許可病床数別にみた、地域包括ケア病棟入院料・管理料の届出医療機関数と病床数は以下のとおり。100～199床の医療機関が有する地域包括ケア病棟入院料・管理料が最も多かった。



回復期リハビリテーション病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

平成12年	○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成18年	○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○ 一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○ 提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成20年	○ 入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○ 入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○ 医師の病棟専従配置を緩和
平成22年	○ 「提供すべき単位数」の設定 ○ 休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○ リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成24年	○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○ 重症患者回復病棟加算の包括化 ○ 包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し

回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和2年度診療報酬改定）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

<p>平成 26年</p>	<p>○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化</p>	<p>○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上</p>
<p>平成 28年</p>	<p>○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入</p>	<p>○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)</p>
<p>平成 30年</p>	<p>○入院料を6区分に見直し ○基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入</p>	
<p>令和 2年</p>	<p>○入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ○入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除 ○管理栄養士の配置に係る要件の見直し</p>	<p>○特定機能病院での届出を原則不可とした</p>

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合	7割以上					-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟の届出に関する事項(概要)

- 「新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出る」とこととされている。
- なお、異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合。その組み合わせについては制限が設けられている。

※○:組み合わせでの届出可、-:組み合わせでの届出不可、△:届出から6か月に限り届出可

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

原則:異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
入院料1		-	○	-	-	-
入院料2	-		○	○	-	-
入院料3	○	○		-	-	-
入院料4	-	○	-		-	-
入院料5	-	-	-	-		-
入院料6	-	-	-	-	-	

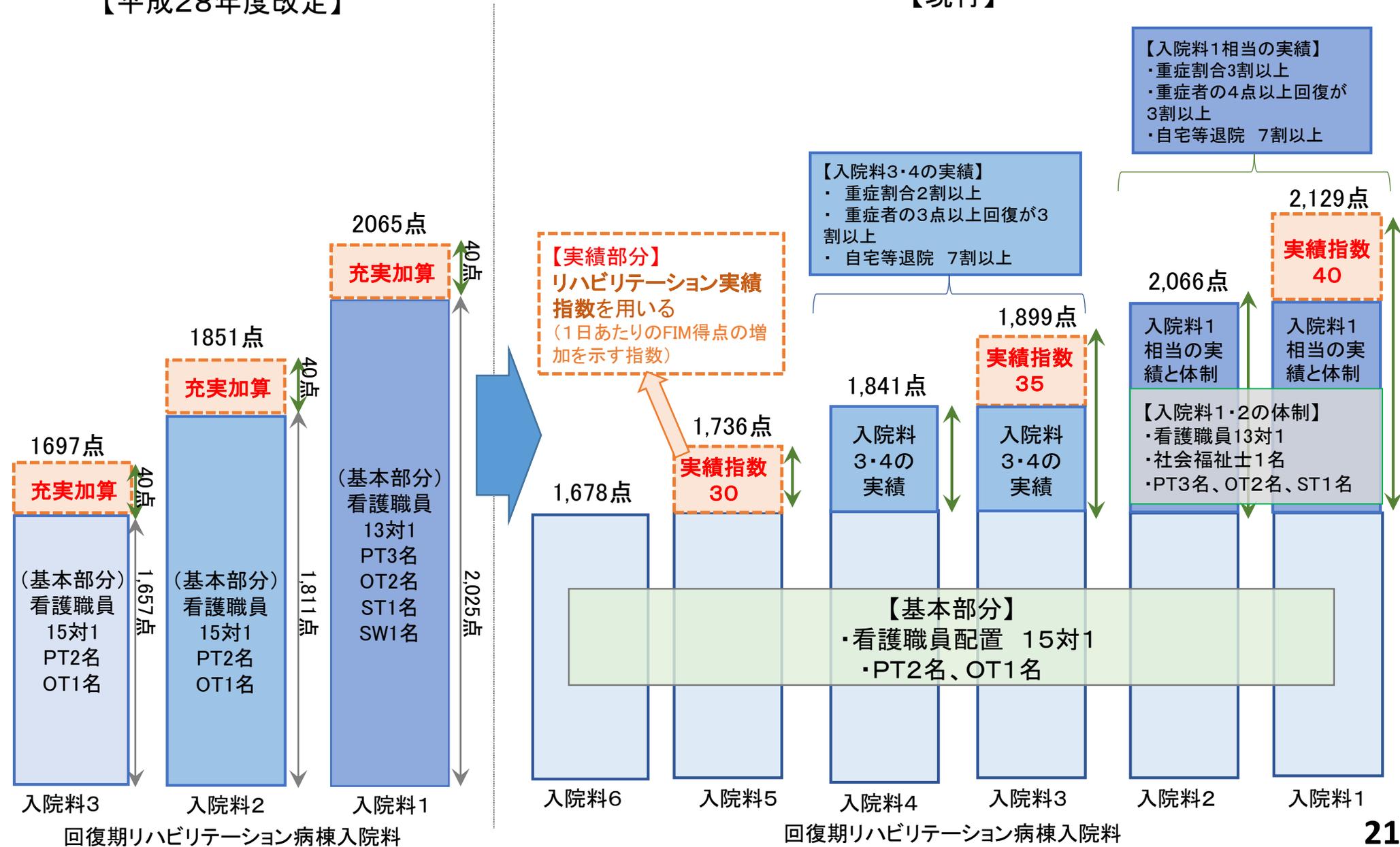
例外:新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合

		新規届出を行う入院料					
		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
従前から届け出ている入院料	入院料1		-	○	-	△	-
	入院料2	-		○	○	△	△
	入院料3	○	○		-	△	-
	入院料4	-	○	-		-	-
	入院料5	-	-	-	-		-
	入院料6	-	-	-	-	-	
	入院料1+3	-	-	-	-	△	-
	入院料2+3	-	-	-	-	△	-
	入院料2+4	-	-	-	-	-	△

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

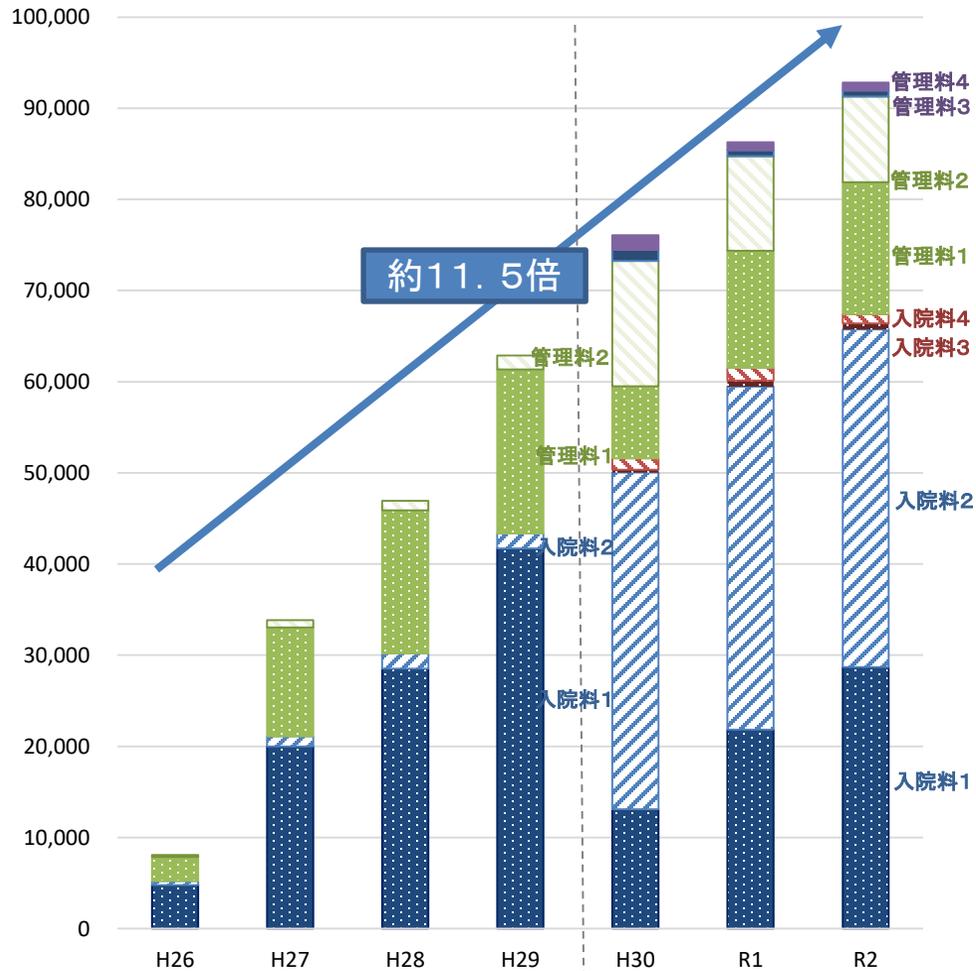
【現行】



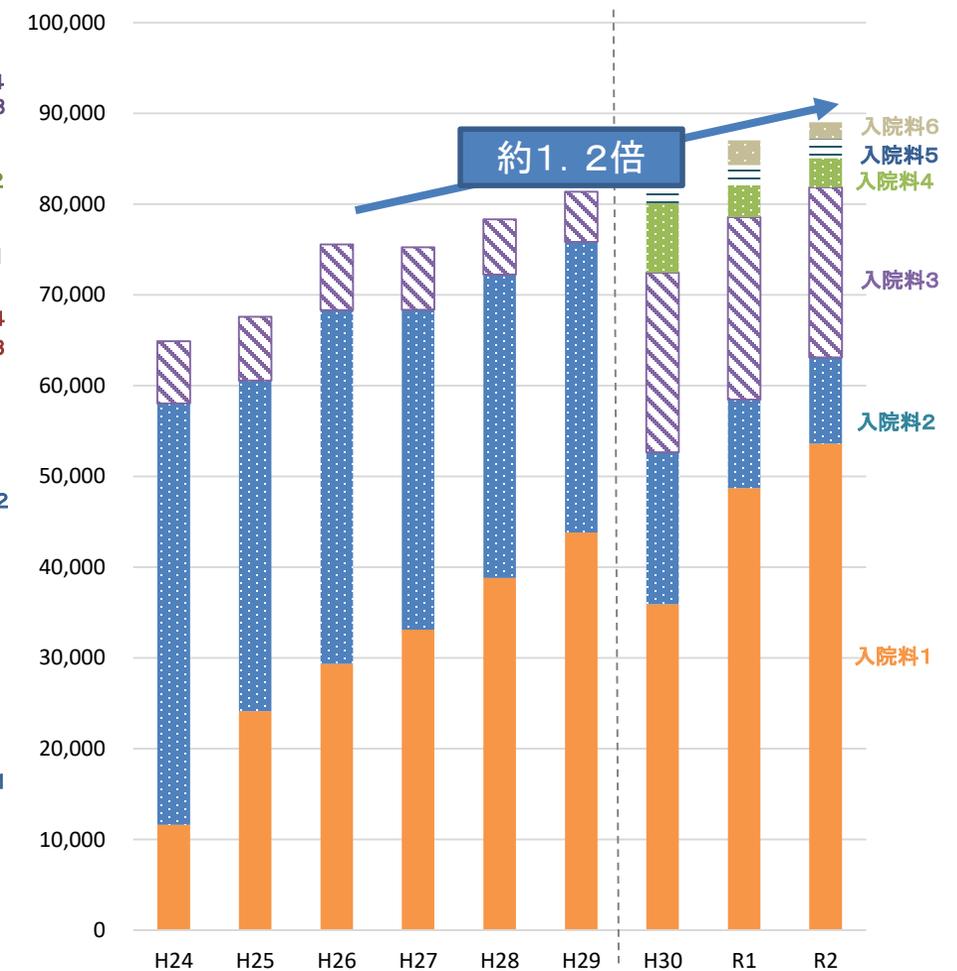
入院料別の届出病床数の推移

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

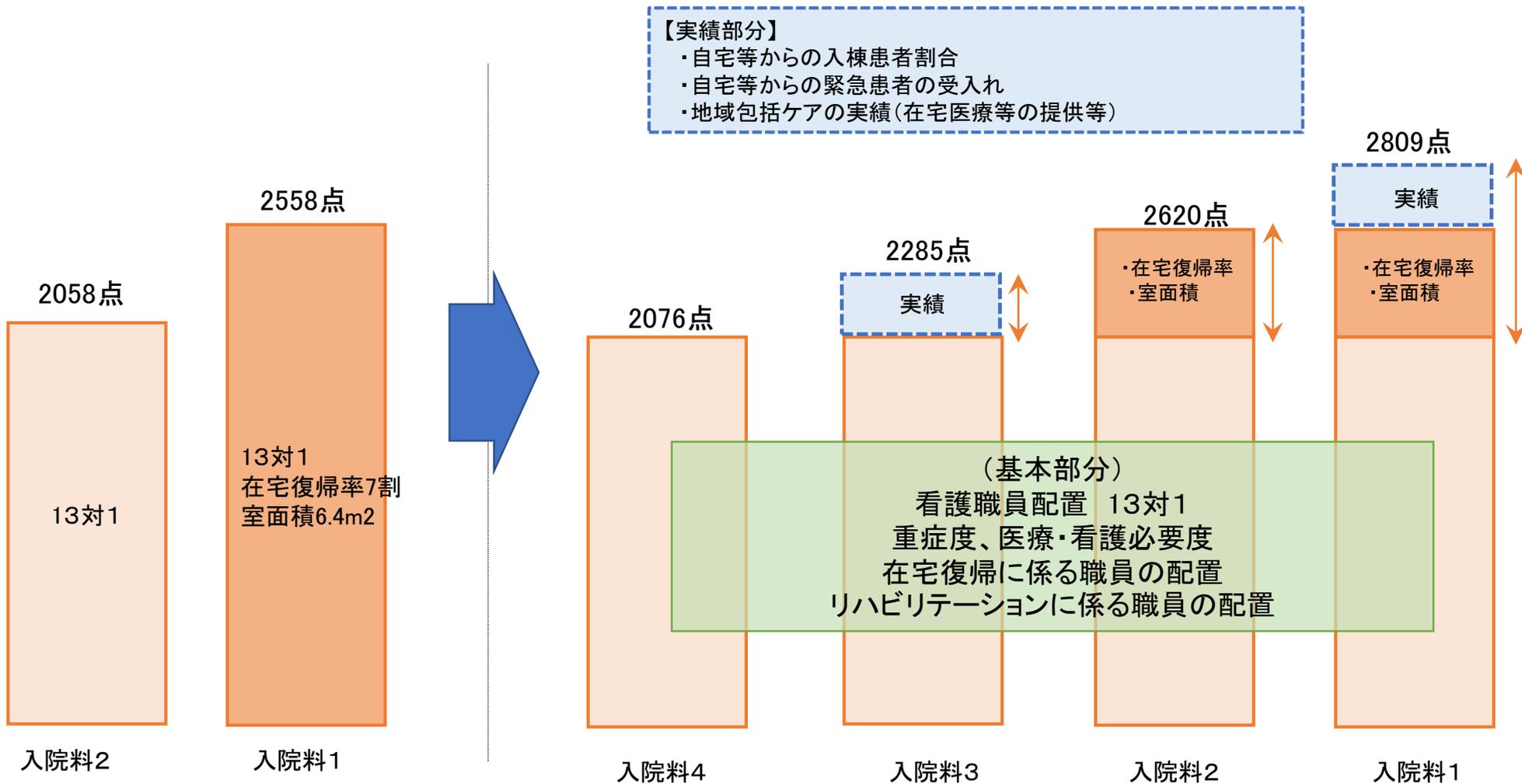
2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

再掲

【平成30年度改定前】

【現行】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

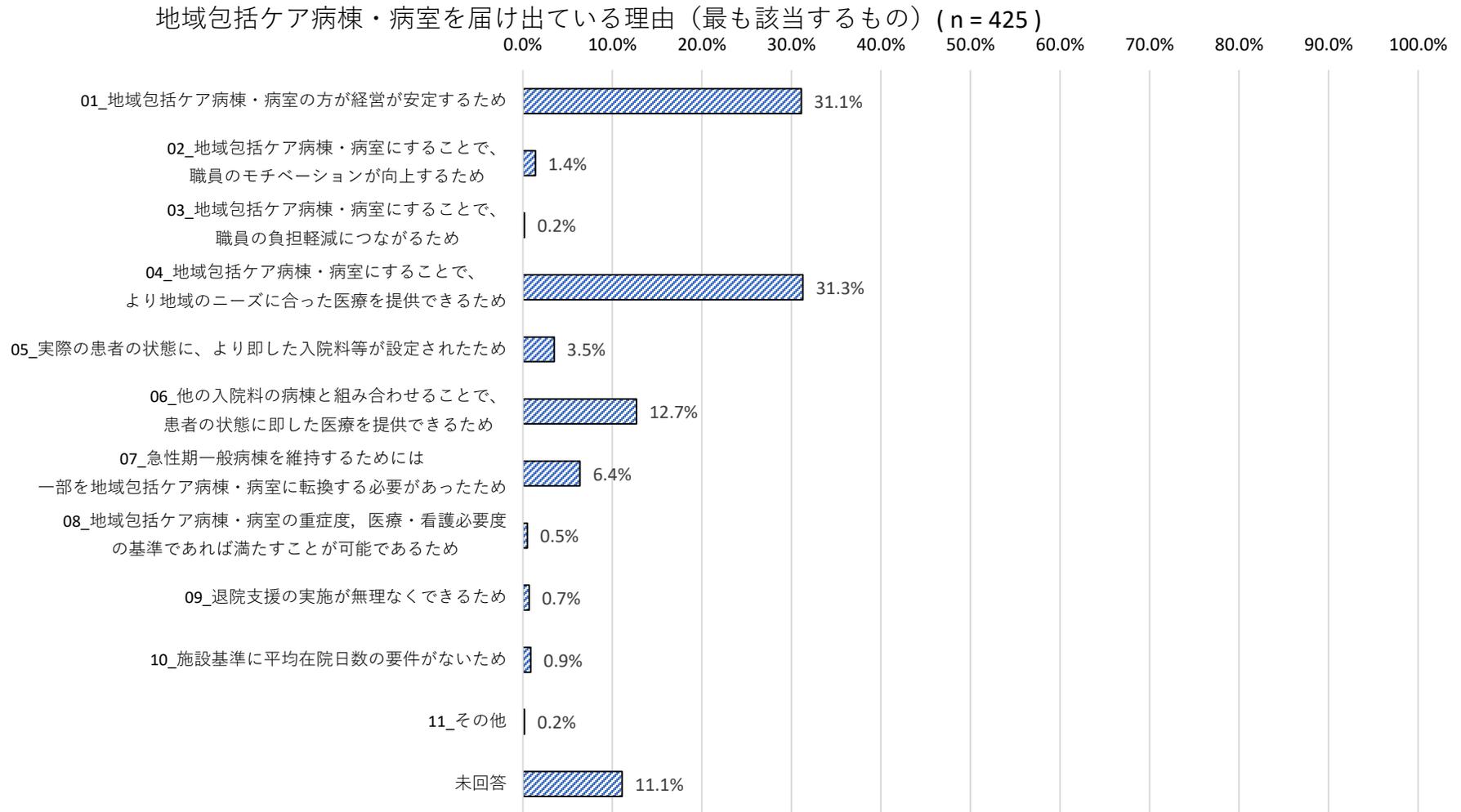
	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

地域包括ケア病棟の役割

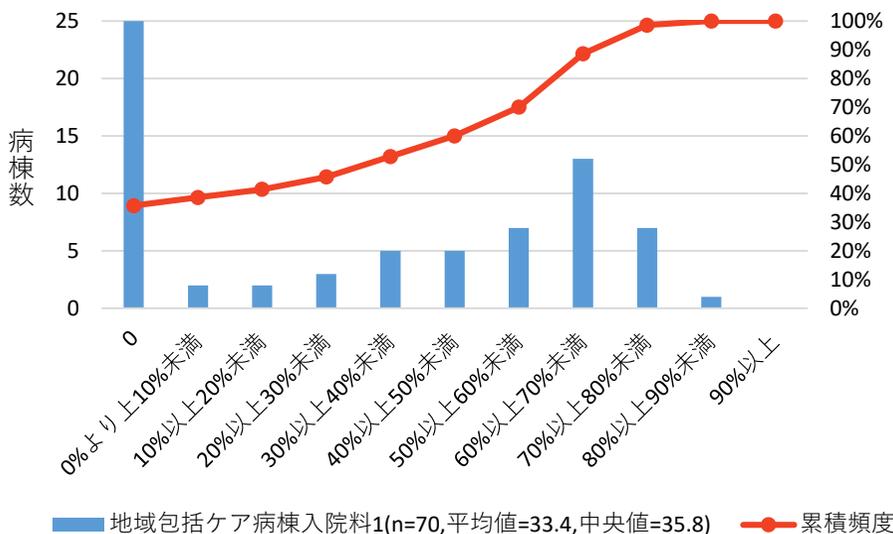


- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅等からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ 入棟元の構成割合の分布について

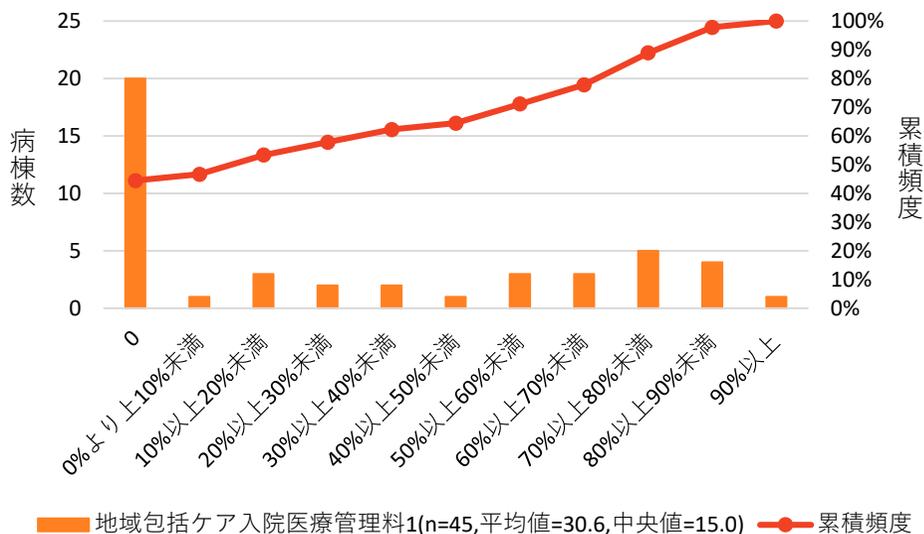
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。

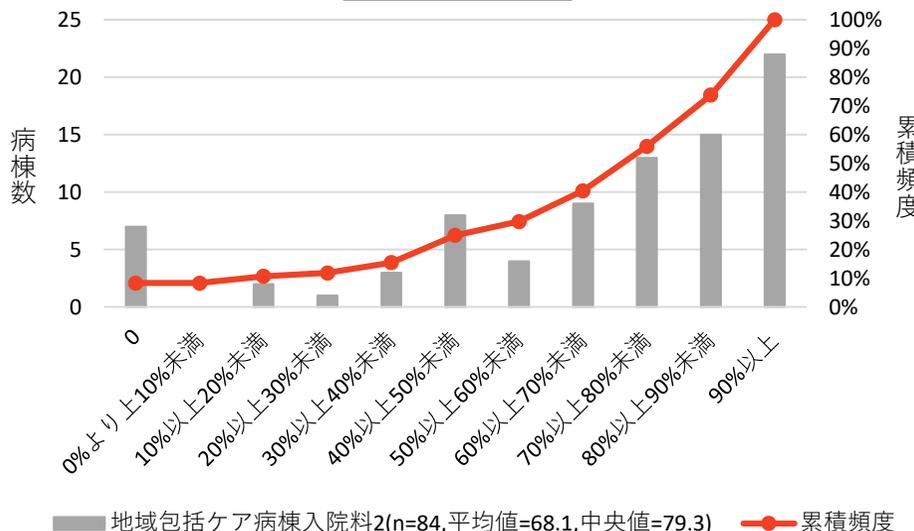
入院料 1



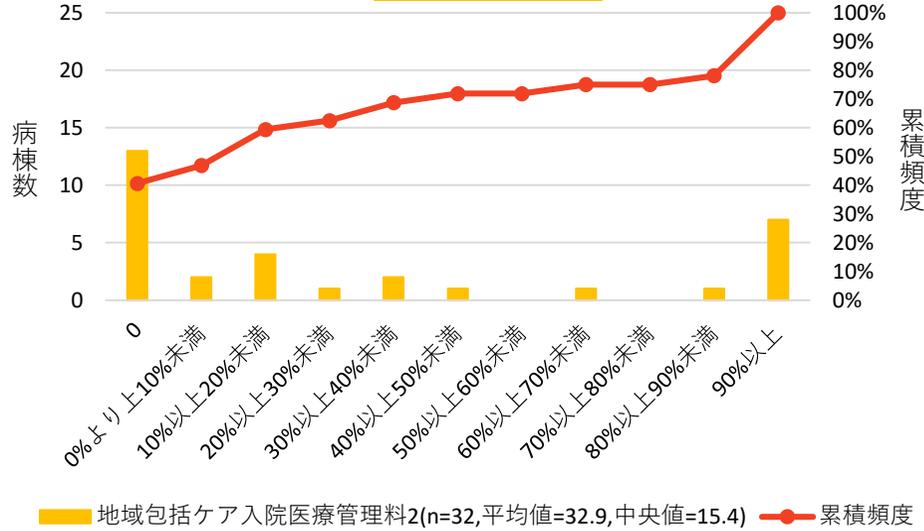
管理料 1



入院料 2



管理料 2

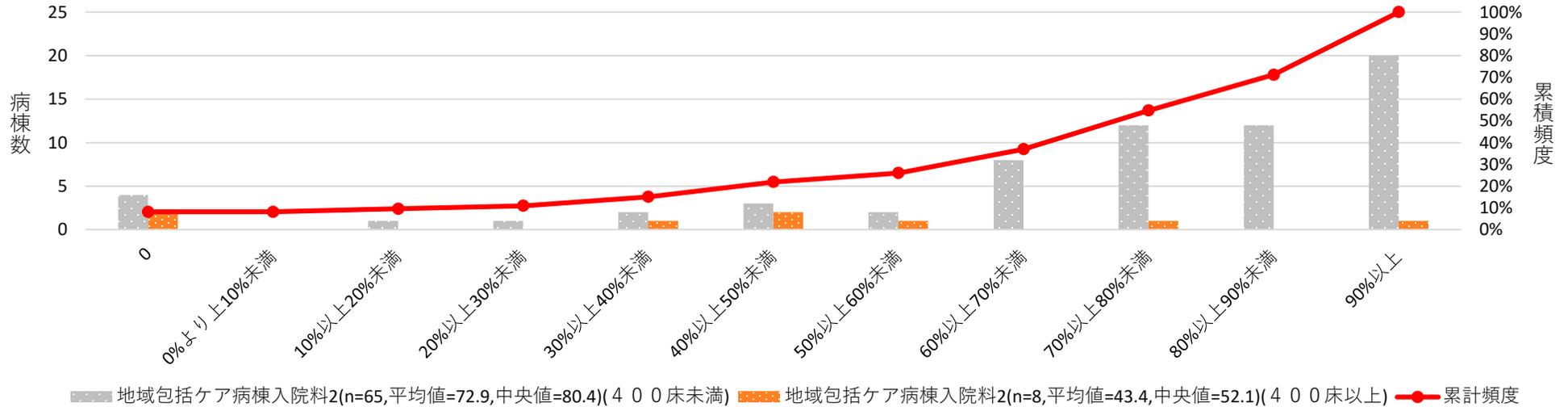


地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

中医協 総-1-2
3.10.27(改)

○ 令和2年10月における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。例として90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。

自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設票、病棟票）

(参考)400床以上の病院における「自院の一般病棟からの転棟割合が6割以上の場合」の、減算した点数の算定状況

		令和2年5月			令和2年10月		
		医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
地域包括ケア病棟入院料2	減算なし	84	5,066	64,295	77	6,256	68,534
	減算あり	-	-	-	8	631	7,176
地域包括ケア病棟入院料4	減算なし	4	137	2,213	4	150	2,417
	減算あり	-	-	-	1	7	81

※：令和3年7月時点での医療機関情報を元に、令和2年5月と令和2年10月の算定状況を比較。生活療養を受けている場合の点数については掲載していない。

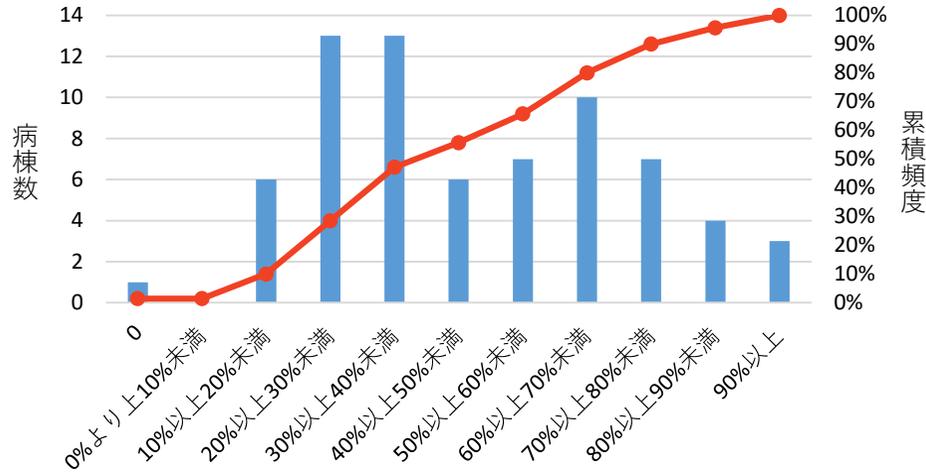
出典：保険局医療課調べ

- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅等からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ 入棟元の構成割合の分布について

地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

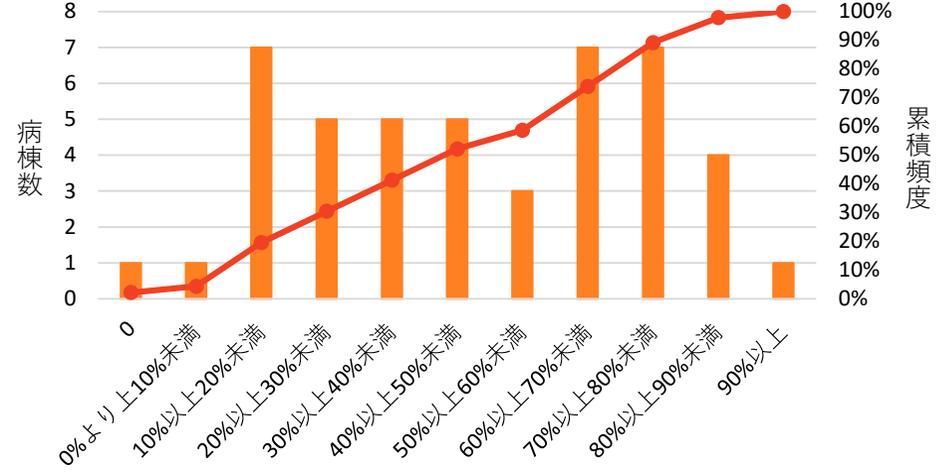
○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

入院料 1



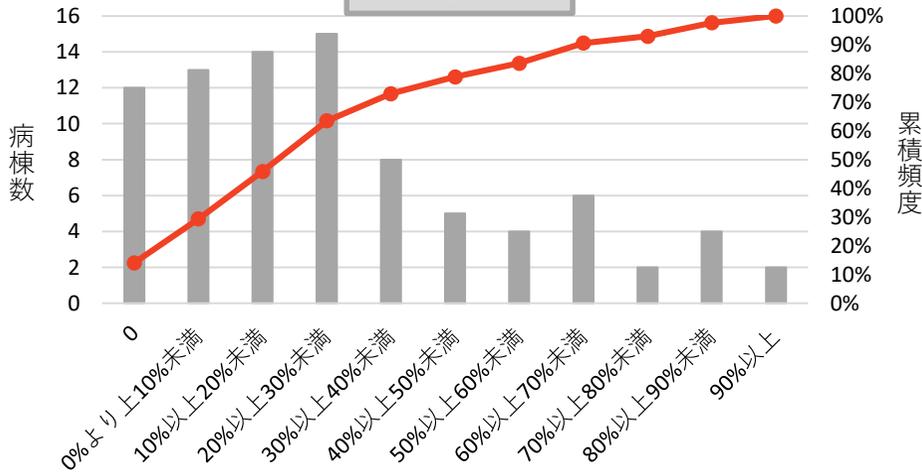
■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

管理料 1



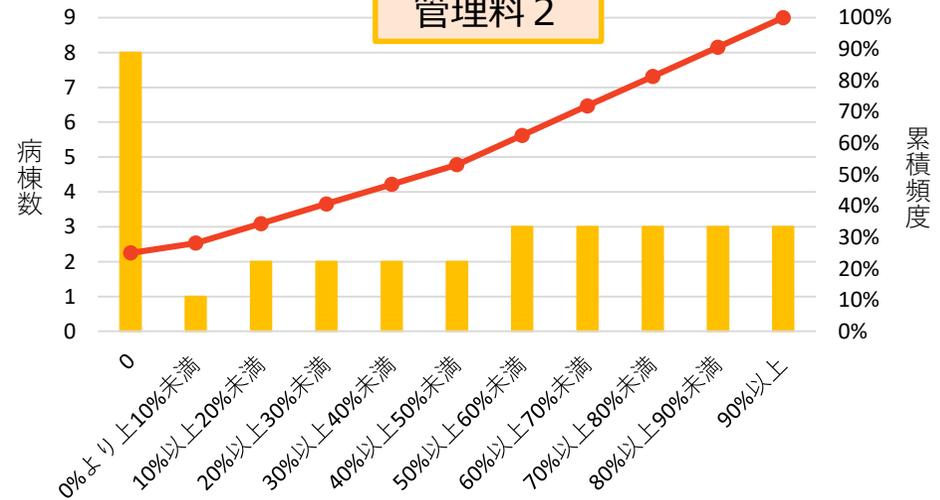
■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

入院料 2



■ 地域包括ケア病棟入院料2(n=85, 平均値=28.6, 中央値=19.2) ● 累積頻度

管理料 2



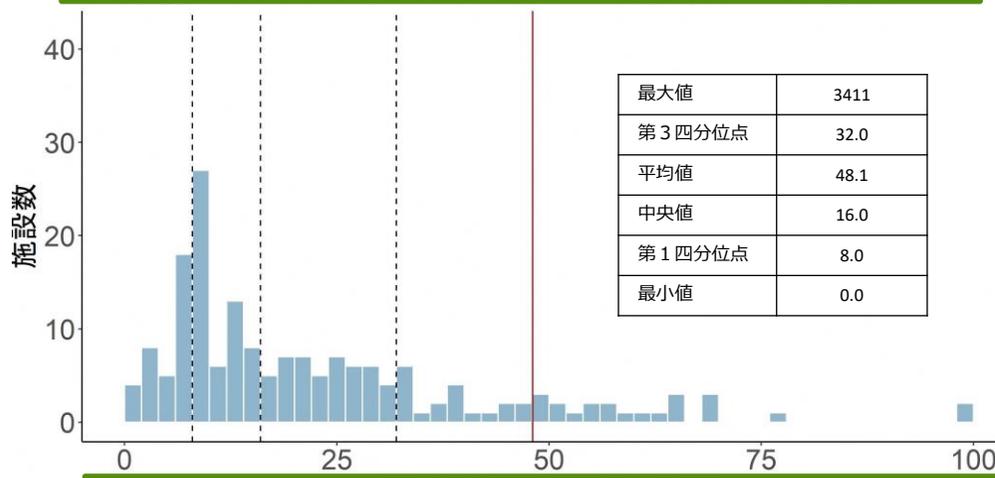
■ 地域包括ケア入院医療管理料2(n=32, 平均値=42.8, 中央値=38.5) ● 累積頻度

地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

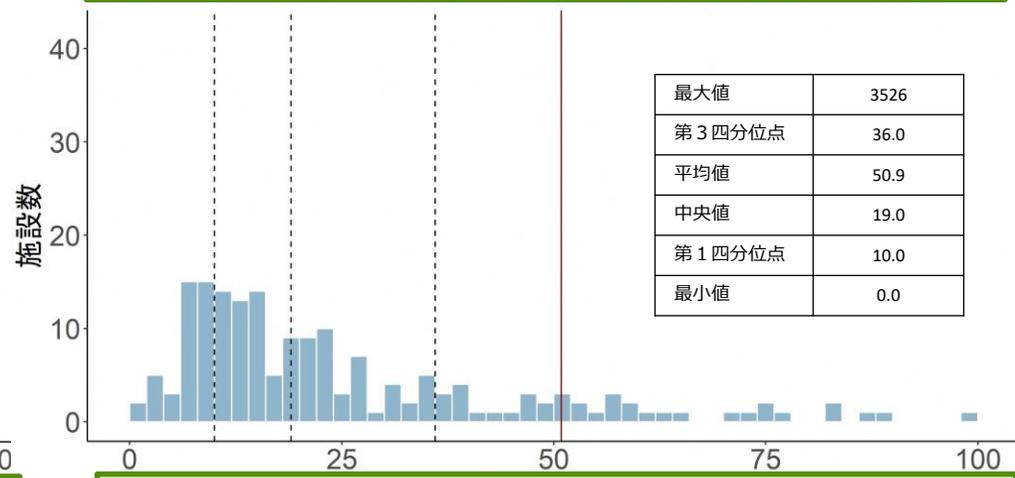
中医協 総-1-2
3.10.27

○ 自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおりであった。

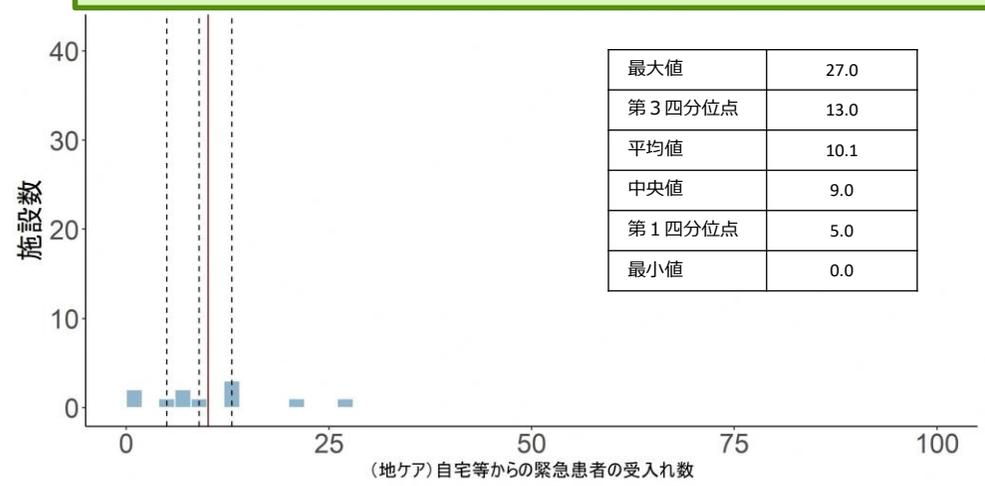
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年4~6月)



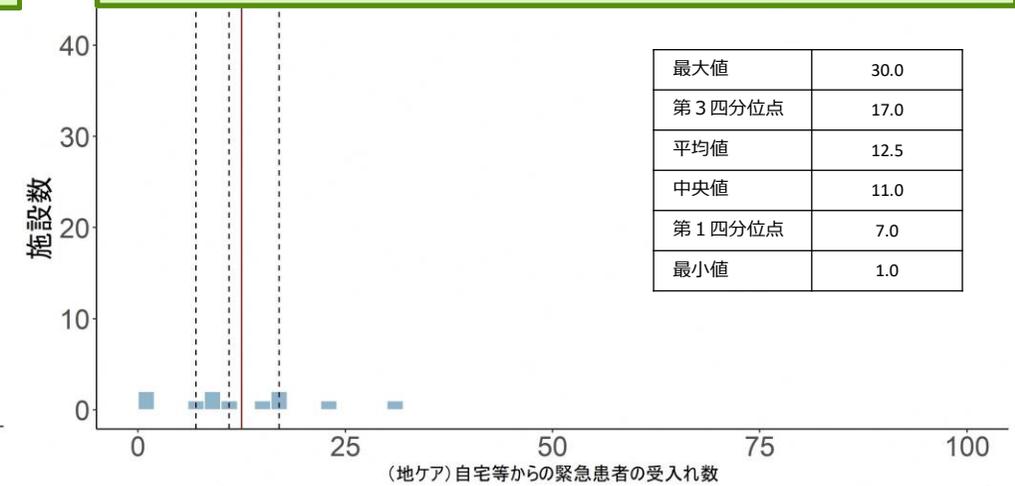
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年8~10月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年4~6月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年8~10月)

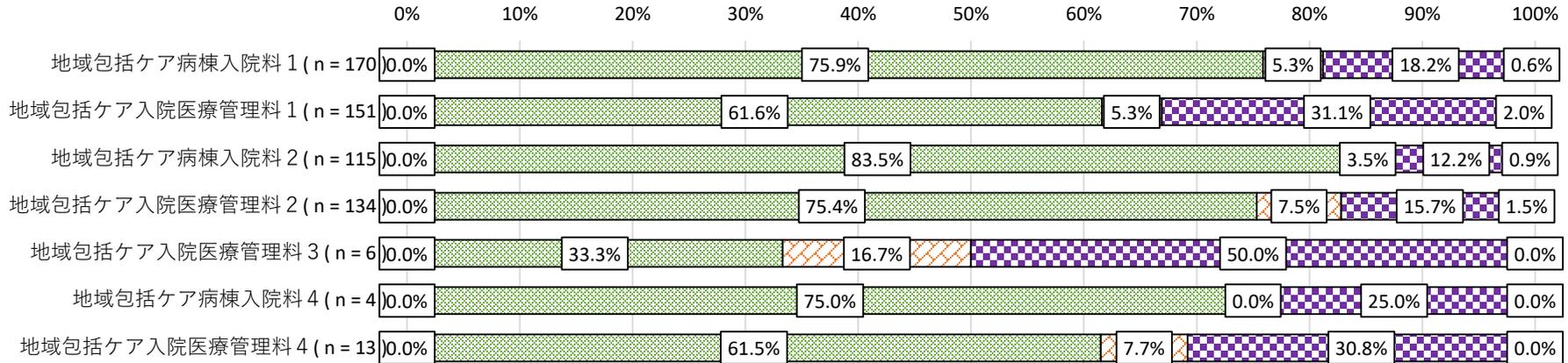


地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急について

○ 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救命救急センター等の体制及び救急告示の有無は以下のとおり。救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。

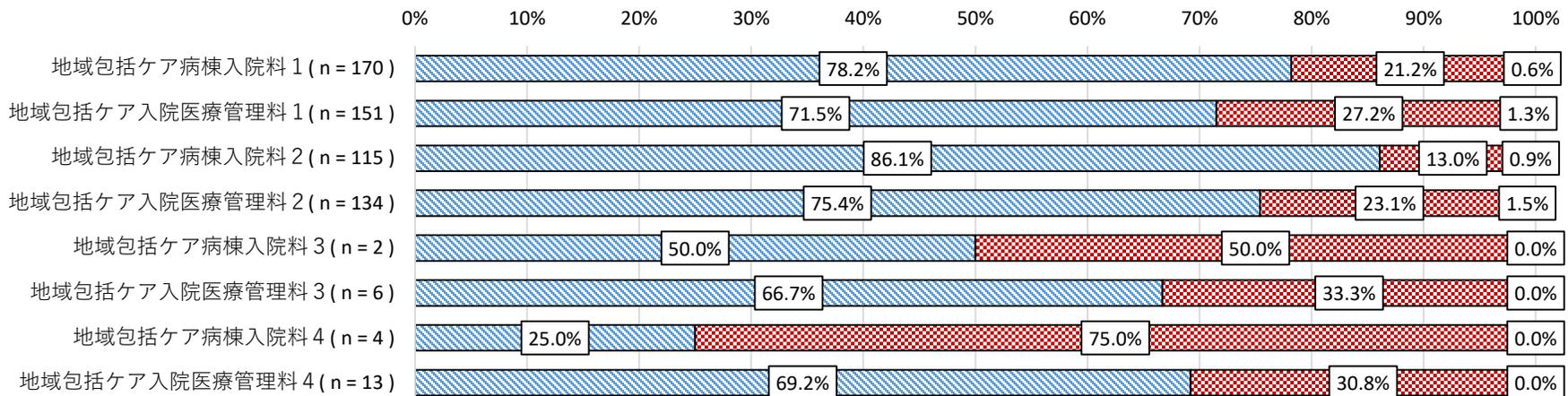
中医協 総-1-2
3.10.27(改)

救急医療体制（令和3年6月1日時点）



01 高度救命救急センター 02 救命救急センター 03 二次救急医療機関 04 いずれにも該当しないが救急部門を有している 05 救急部門を有していない 未回答

救急告示の有無（令和3年6月1日時点）



01 救急告示あり 02 救急告示なし 未回答

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

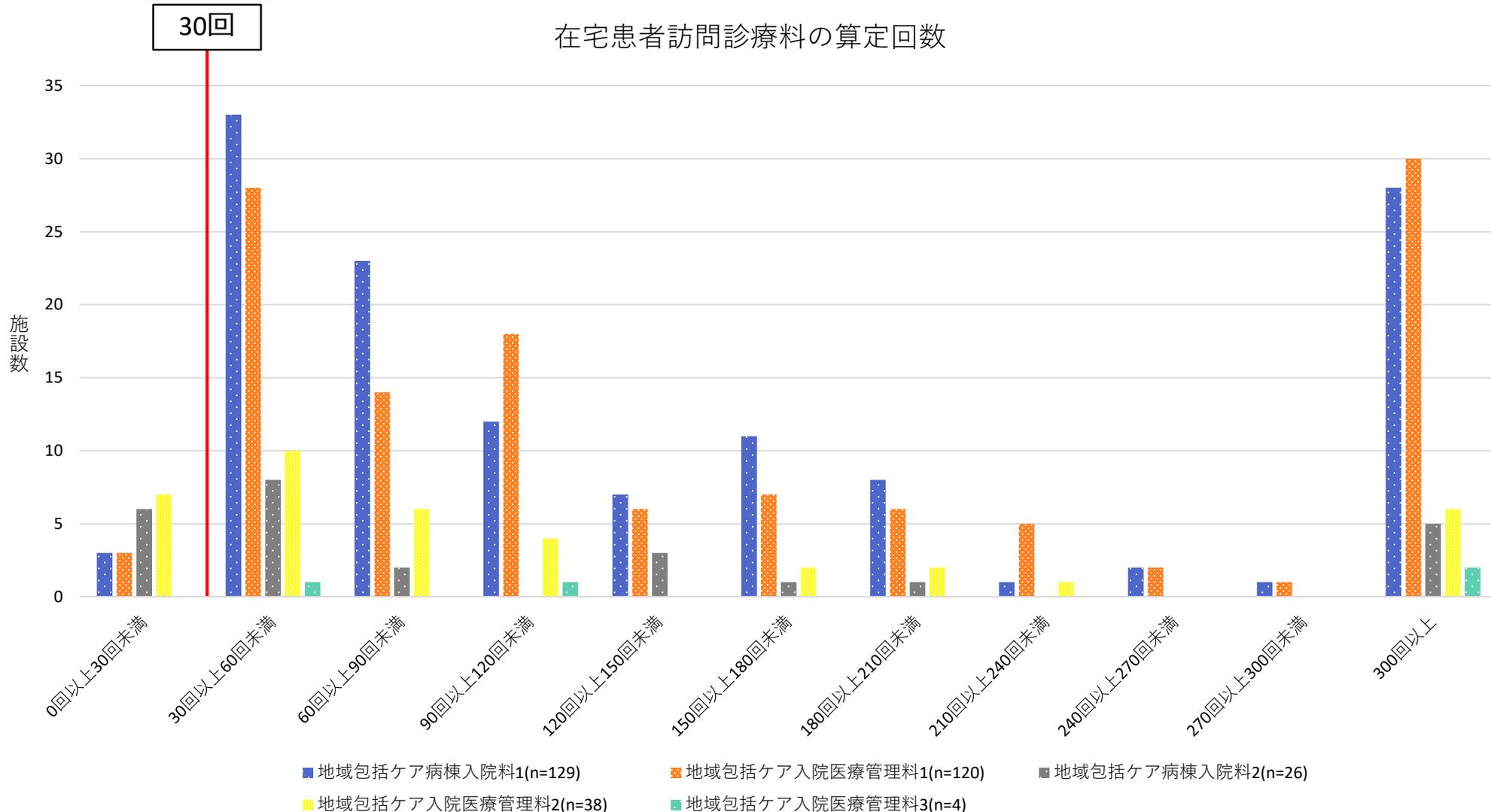
地域包括ケアの実績について

○ 地域包括ケアの実績の各要件について、入院料毎に満たしている施設の割合は以下のとおりであった。

	全体		地域包括ケア病棟 入院料1		地域包括ケア入院 医療管理料1		地域包括ケア病棟 入院料2		地域包括ケア入院 医療管理料2		地域包括ケア入院 医療管理料3		地域包括ケア入院 医療管理料4		
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	
全体数	418		156		138		61		67		5		4		
満たしている要件	当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること	296	71%	130	83%	120	87%	20	33%	32	48%	4	80%	1	25%
	当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料1の算定回数が直近3か月間で60回以上であること	41	10%	8	5%	19	14%	9	15%	5	7%	0	0%	0	0%
	当該保険医療機関において、同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること	90	22%	40	26%	27	20%	12	20%	10	15%	1	20%	1	25%
	当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること	50	12%	19	12%	21	15%	2	3%	9	13%	0	0%	2	50%
	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスの提供実績を有していること	349	83%	136	87%	121	88%	39	64%	56	84%	4	80%	4	100%
	当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること	58	14%	25	16%	14	10%	15	25%	3	4%	1	20%	0	0%

地域包括ケアの実績について

○ 地域包括ケアの実績のうち、「①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

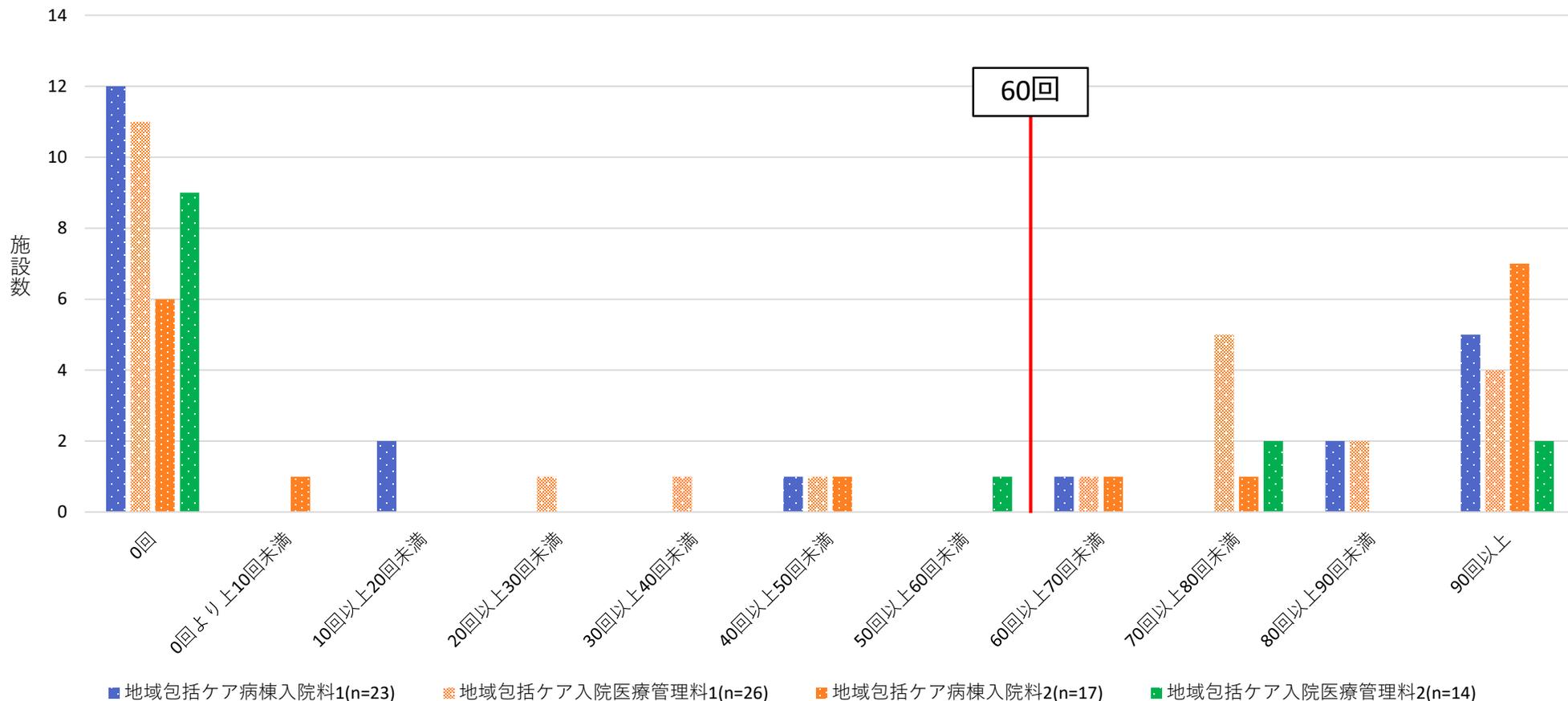


地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケアの実績のうち、「② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問・指導料 I の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問・指導料 I の算定回数



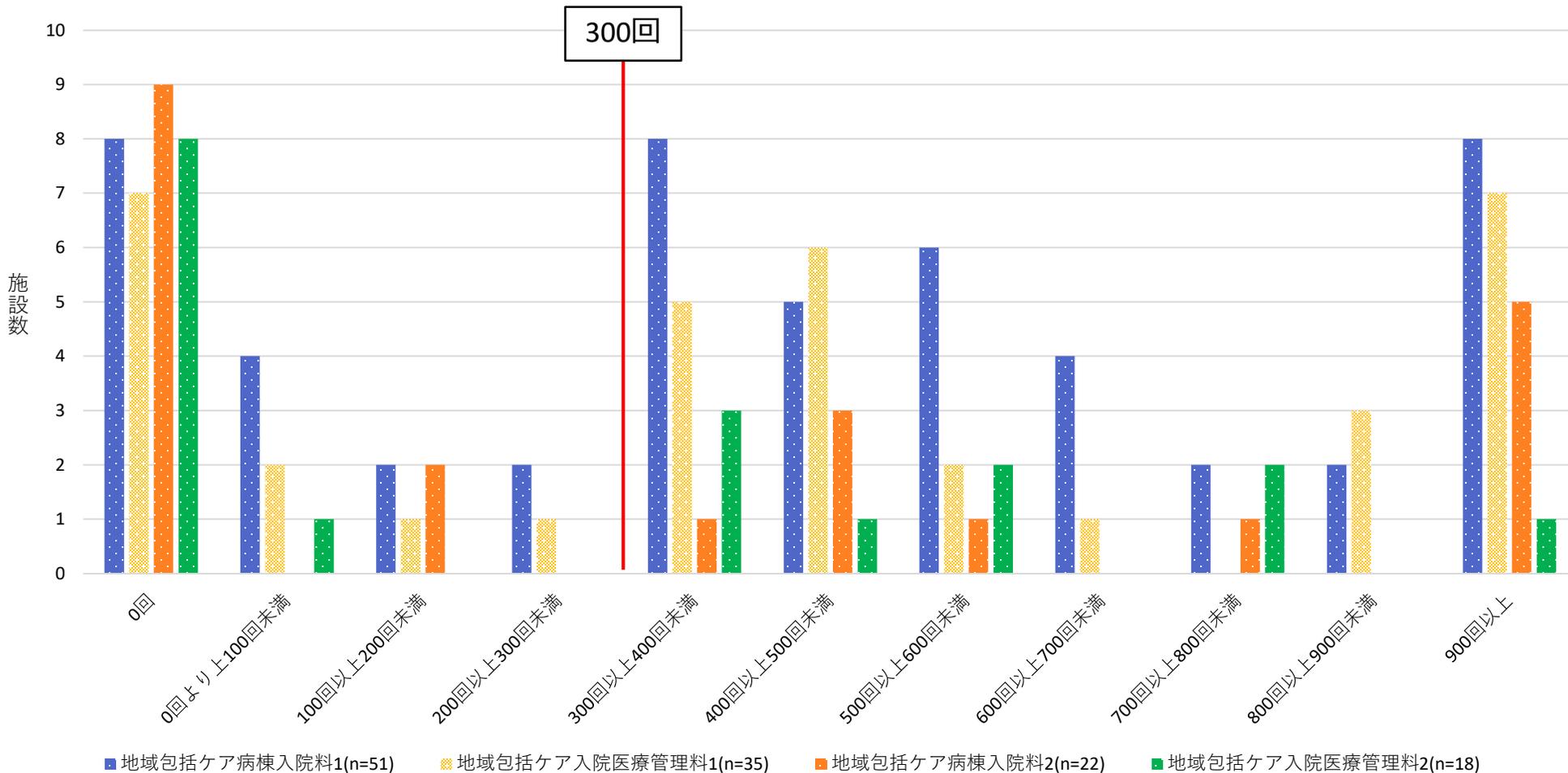
※n 2 以下は除く。

地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケアの実績のうち、「③ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数



※n 2 以下は除く。

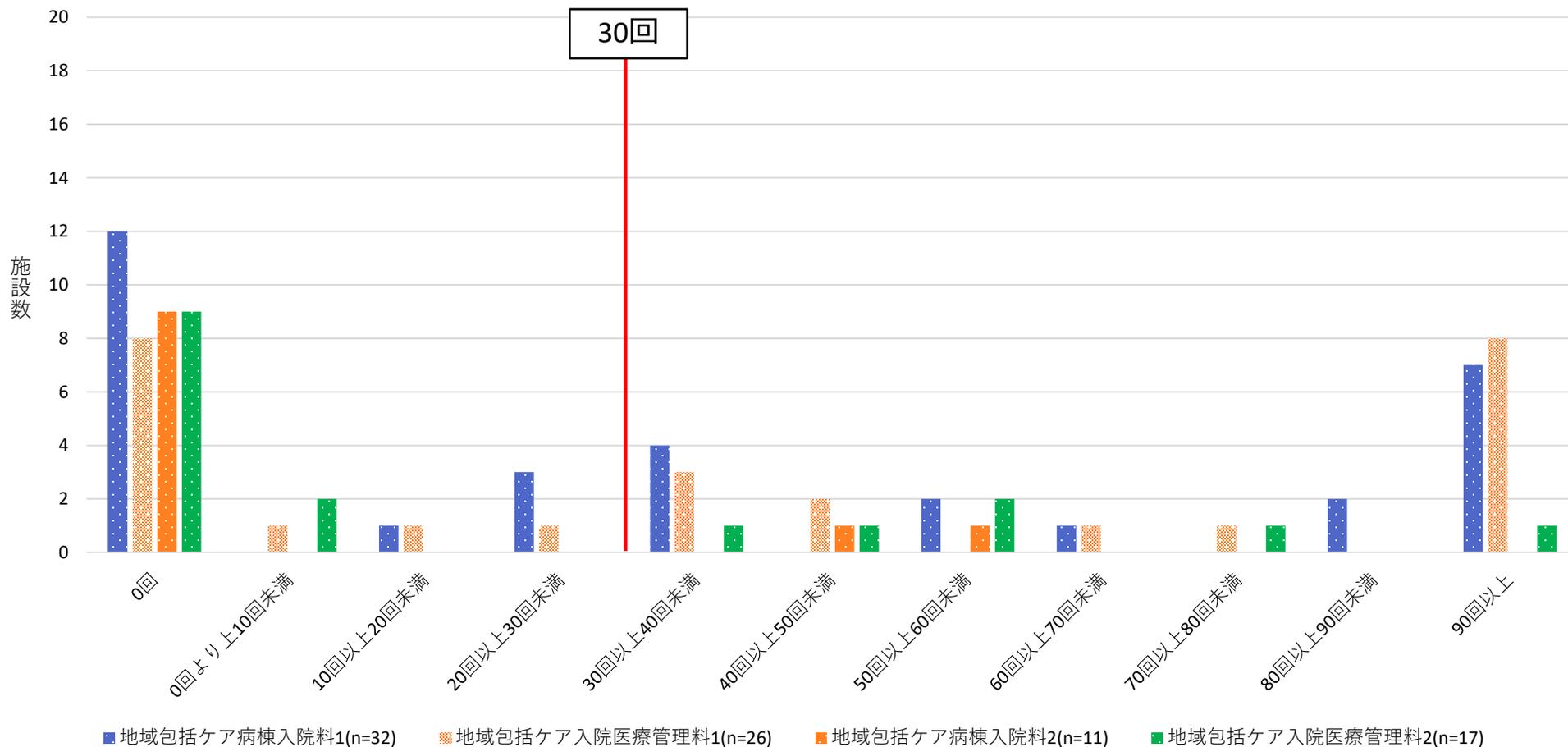
出典：令和 3 年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケアの実績のうち、「④ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数



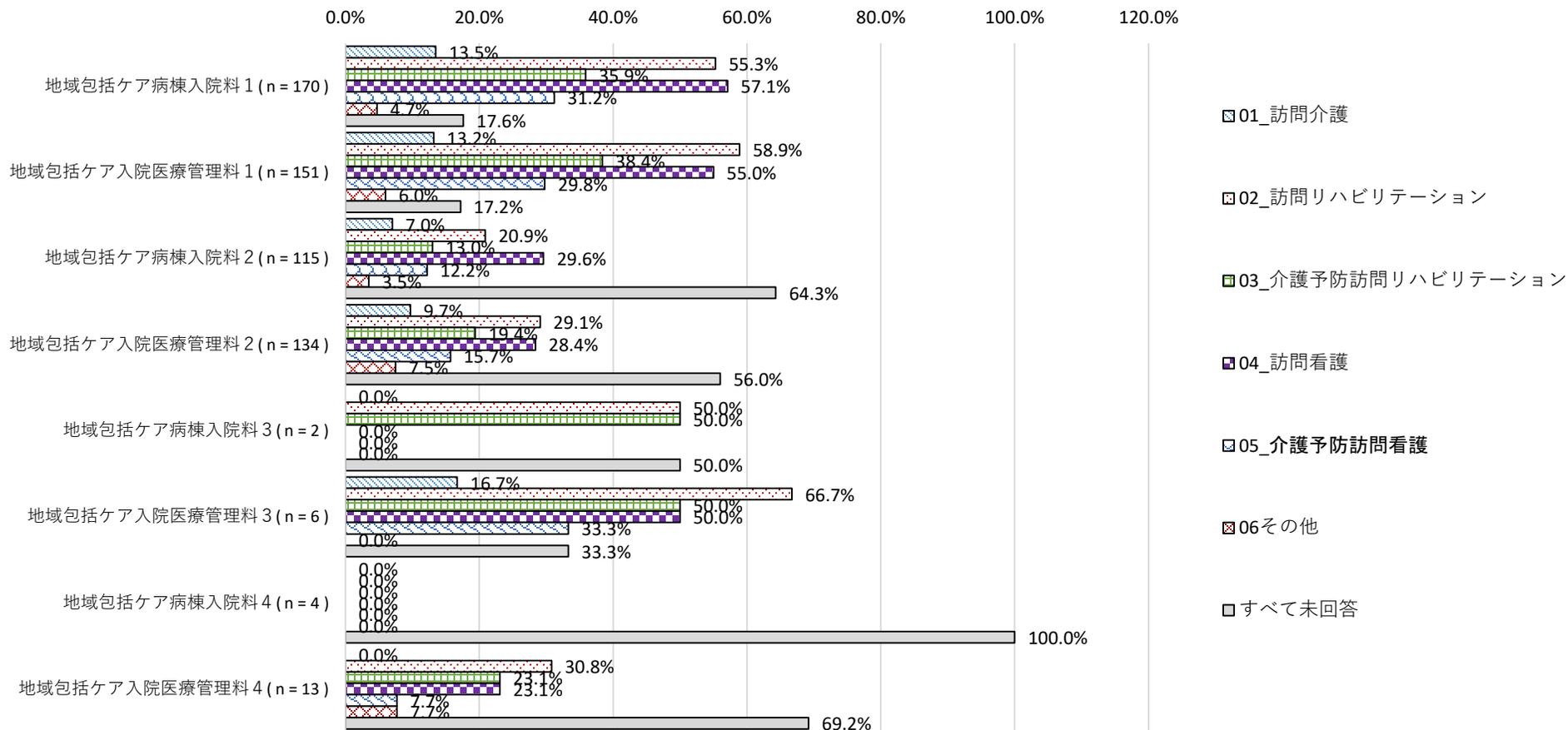
※n 2 以下は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。」の状況は以下のとおりであった。

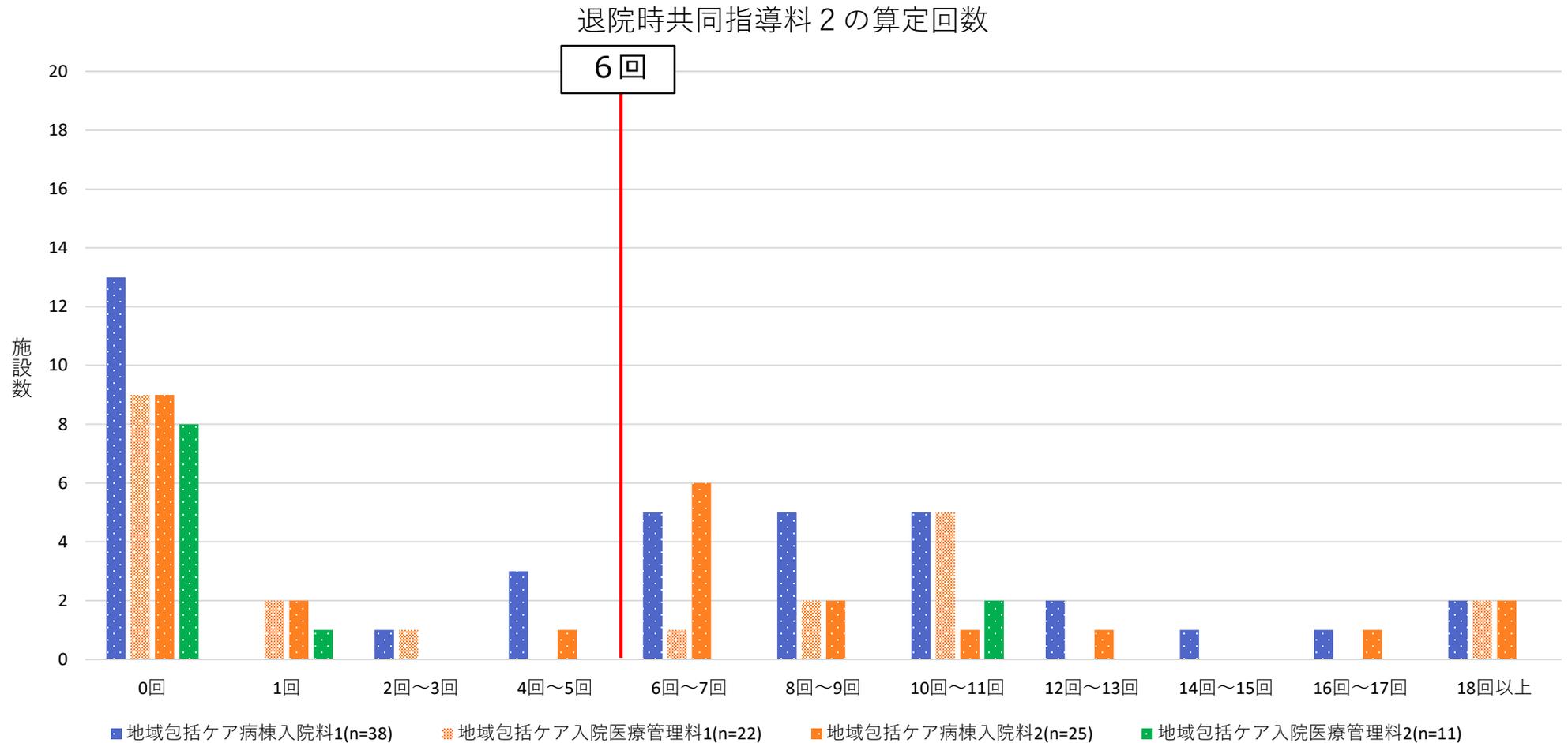
在宅医療等の提供状況について ⑥同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービス



地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケアの実績のうち、「⑥ 退院時共同指導料2の算定回数」の医療機関分布は以下のとおり。



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

※n2以下は除く。

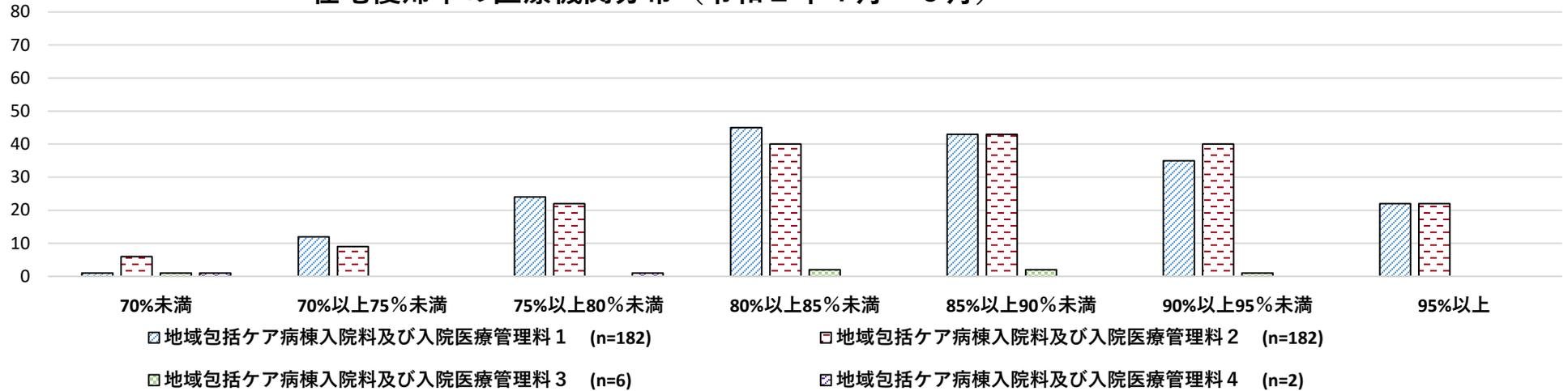
- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅等からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ 入棟元の構成割合の分布について

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

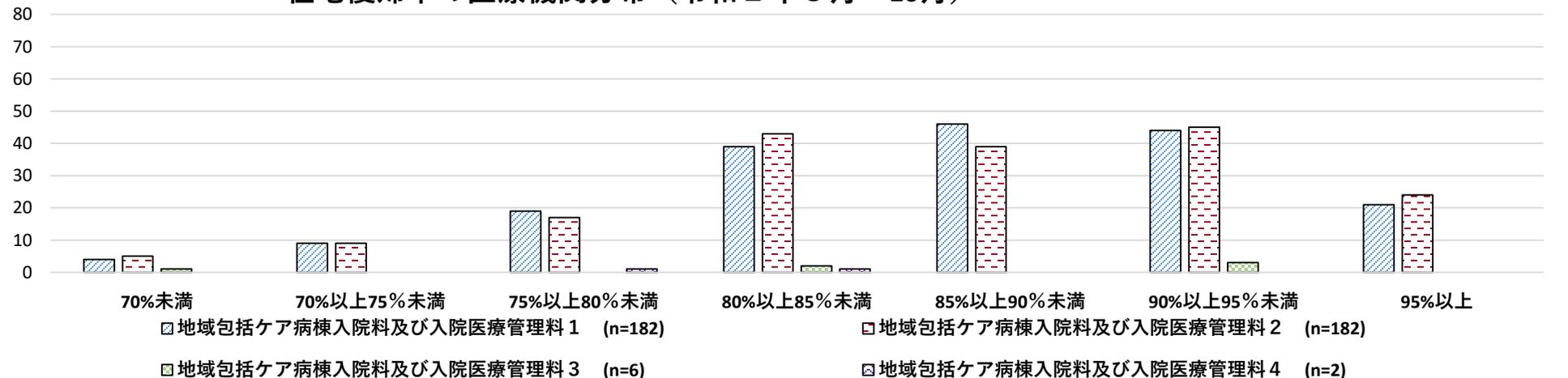
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ **入棟元の構成割合の分布について**

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- 「自宅等から全く入棟しないパターン」、「自宅等のみから入棟しているというパターン」の地域包括ケア病棟の存在も示され、地域包括ケア病棟の3つの役割のバランスが様々となっている。
- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、役割の一部しか担えていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき。

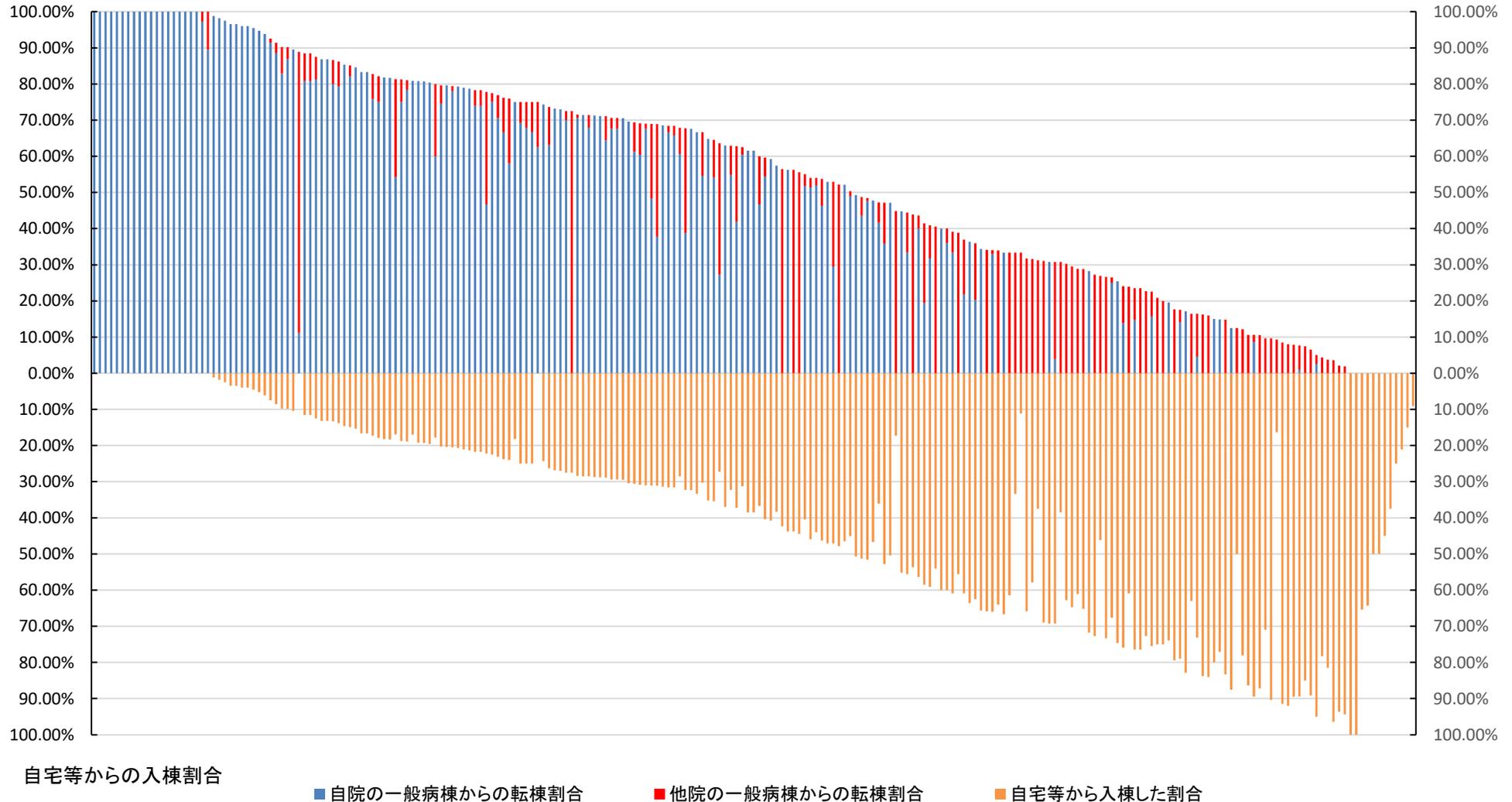
地域包括ケア病棟・病室の入棟元

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が低い傾向であった。一方、他院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が高い傾向であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合



出典：令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

地域包括ケア病棟の入棟元別の分析について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケア病棟に入棟した患者について、以下の3群(①「自宅等」、②「一般病棟」、③「(①②以外の)その他」)に分け、分析を実施した。



①自宅等: 自宅、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知料対応型グループホーム、有料老人ホーム等を指す

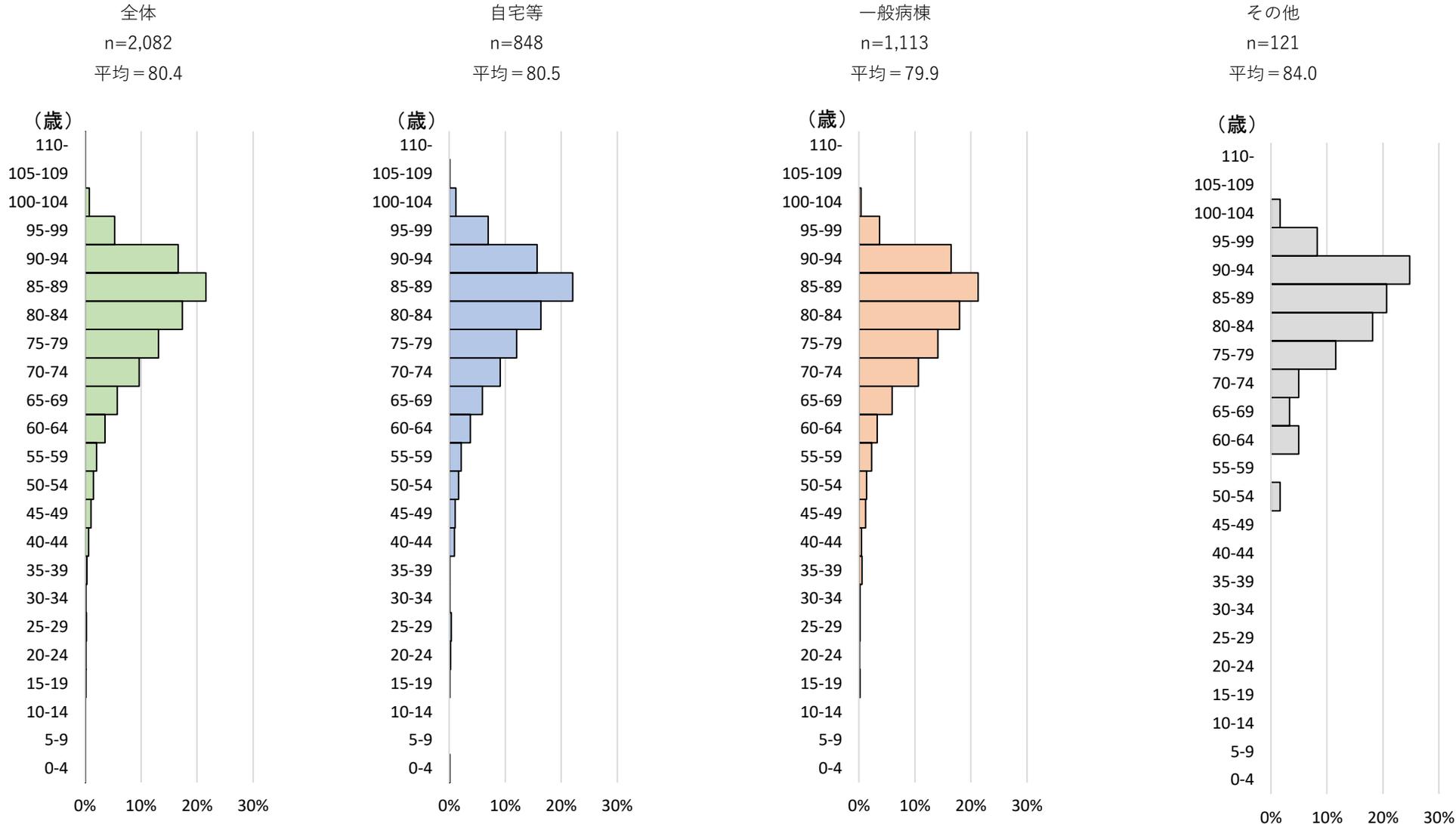
②一般病棟:

急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等を指す

③その他: 介護老人保健施設、一般病床以外の病床(精神病床等)、有床診療所等を指す

入棟元別の患者の年齢について

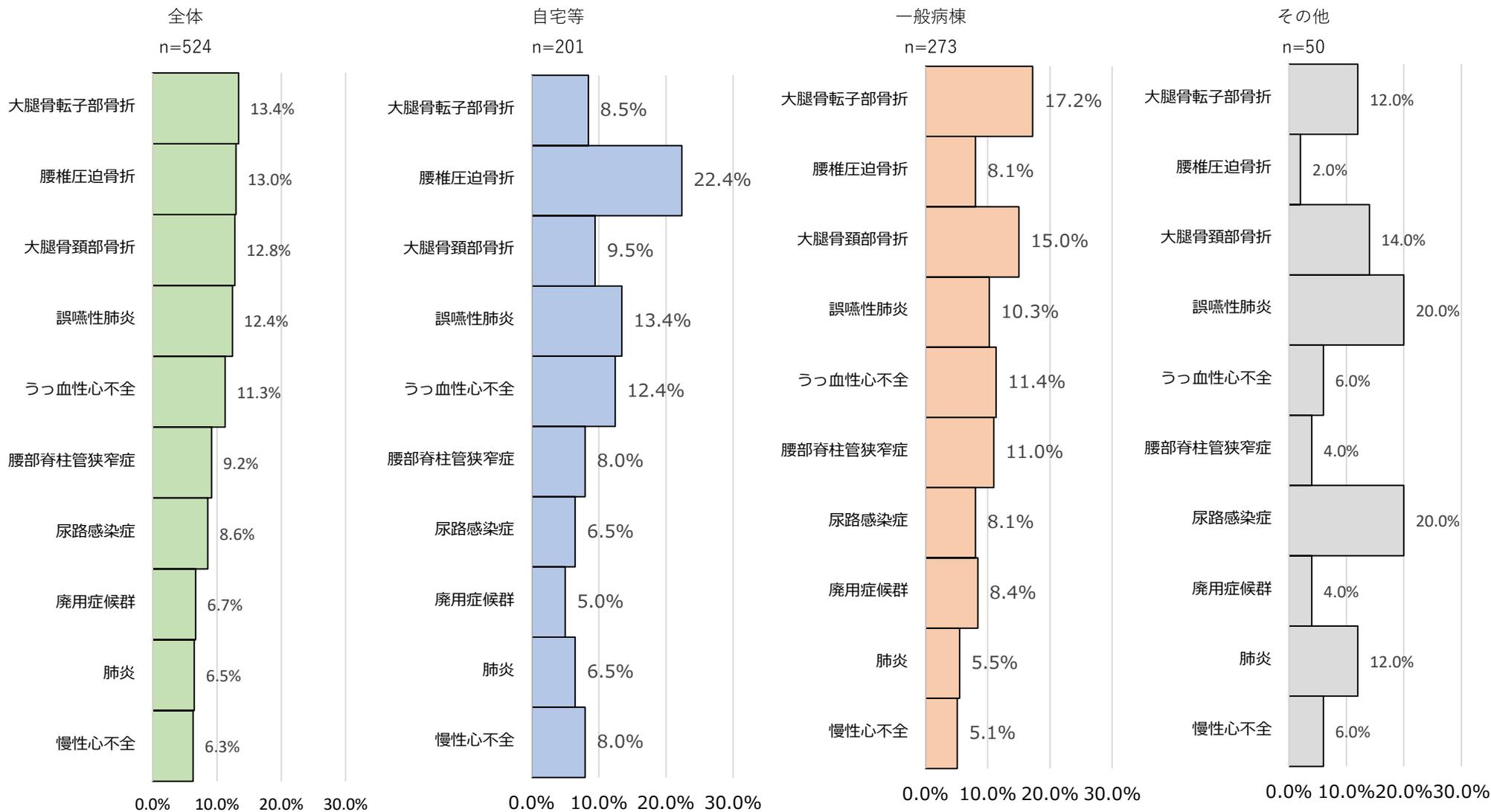
- 入棟元別にみた、患者の年齢分布については、以下のとおりであった。
- 自宅等から入棟した患者と一般病棟から入棟した患者では傾向の差はみられなかったが、その他から入棟した患者は他と比べ高い傾向であった。



入棟元別の主傷病名

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

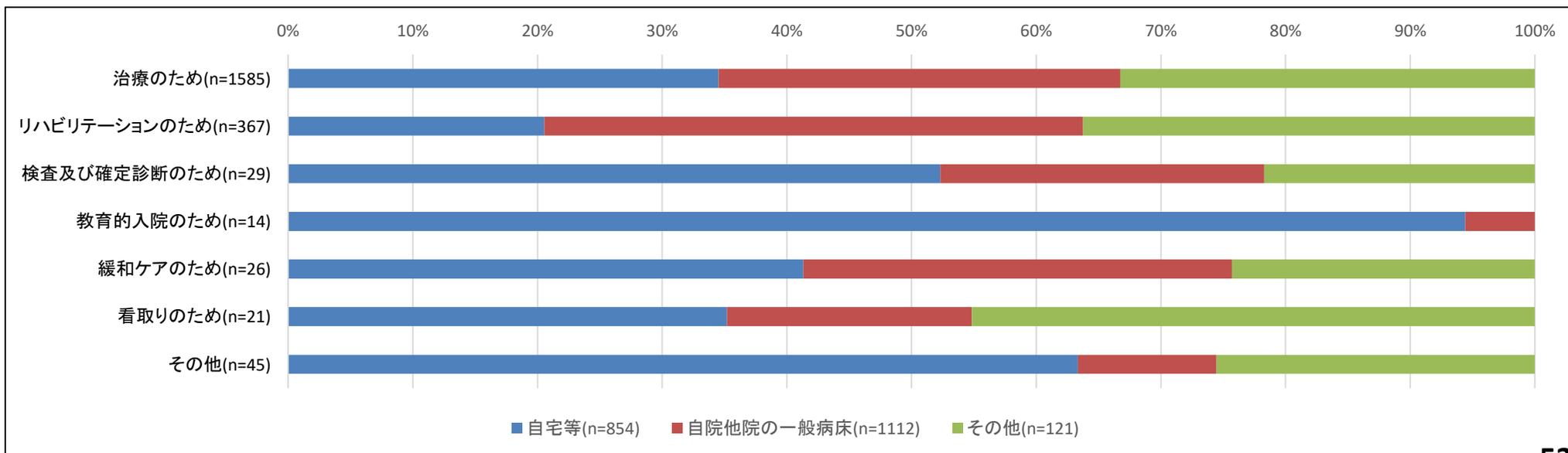
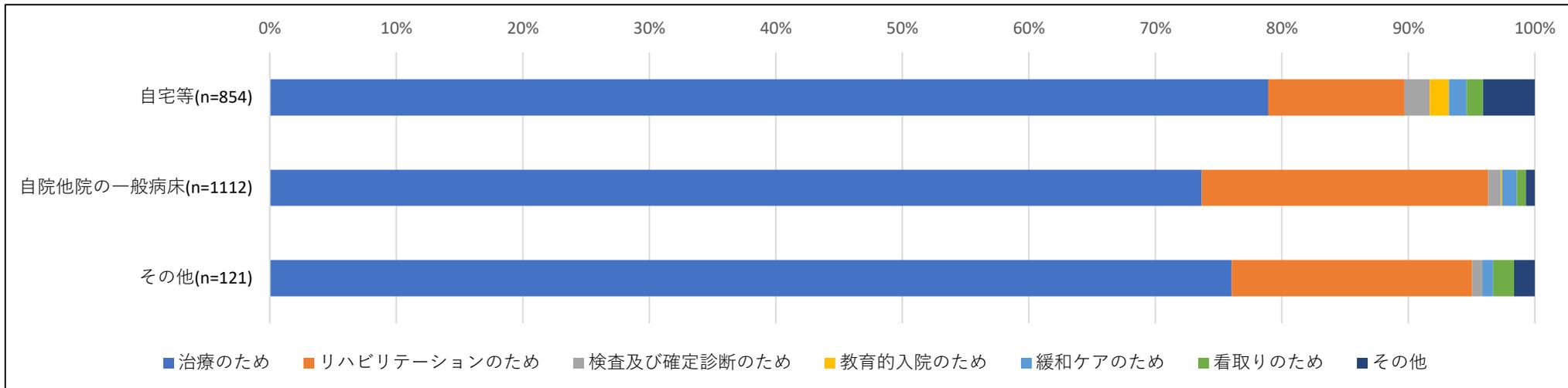
- 入棟元別にみた、患者の主傷病名については、以下のとおりであった。
- 自宅等からの入棟は「腰椎圧迫骨折」、一般病棟は「大腿骨転子部骨折」、その他は「誤嚥性肺炎」「尿路感染症」がそれぞれ最も多かった。



入棟元別の患者の入院理由

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 入棟元別にみた、患者の入院の理由については、以下のとおりであった。
- 一般病棟からの患者は、「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。

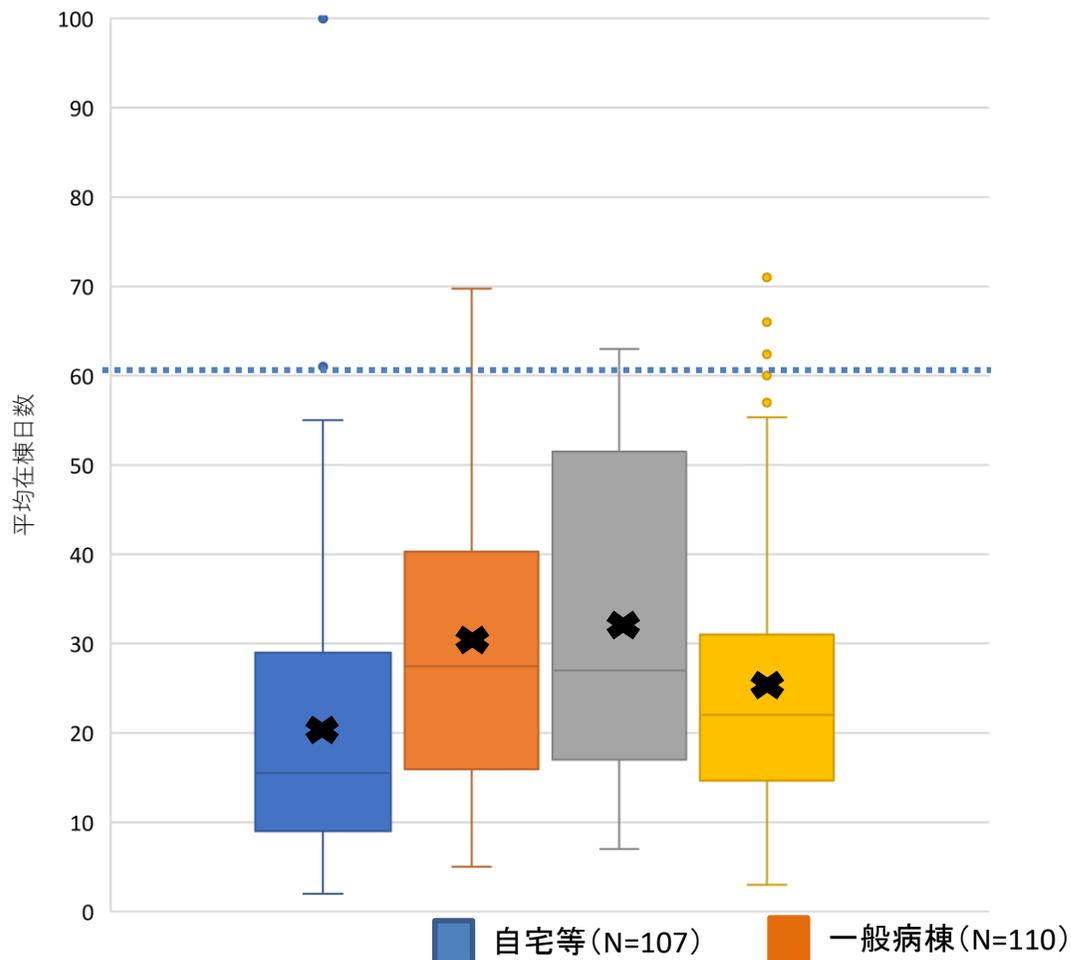


入棟元別の平均在棟日数及び在宅復帰率

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

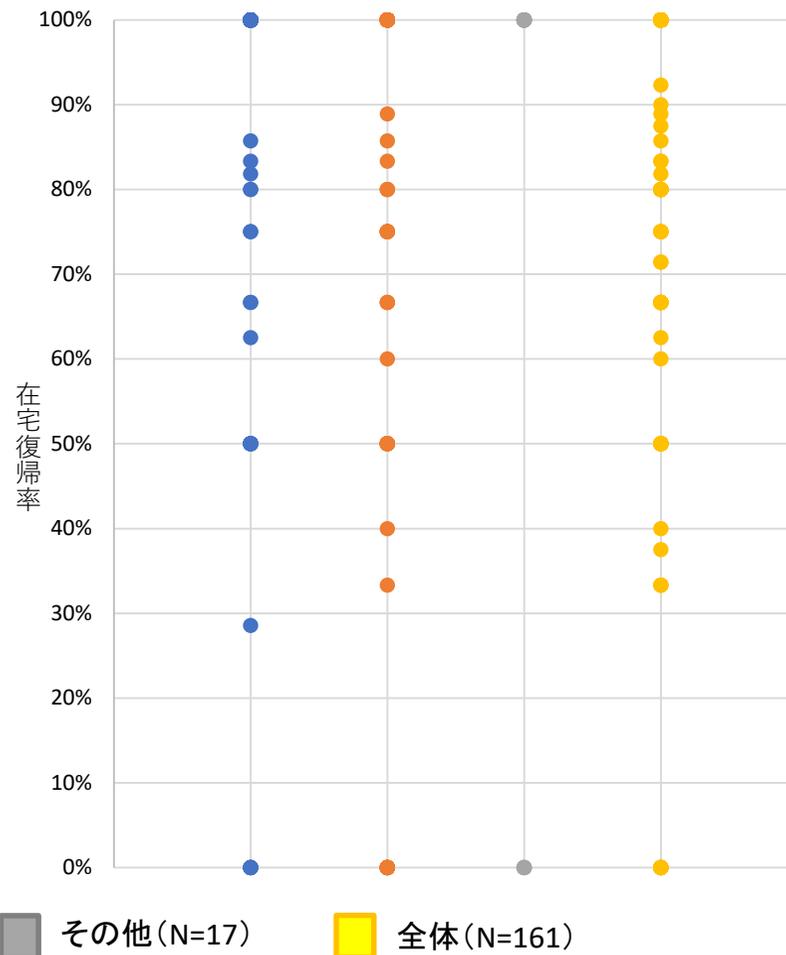
- 入棟元別にみた、平均在棟日数及び在宅復帰率については以下のとおりであった。
- 平均在棟日数について、自宅等からの入棟が短い傾向にあった。

入棟元別の平均在棟日数



	平均在棟日数			
	自宅	一般病棟	その他	全体
75%tile	29.0	40.3	51.5	31.0
50%tile	15.5	27.5	27.0	22.0
25%tile	9.0	15.9	17.0	14.7

入棟元別の在宅復帰率



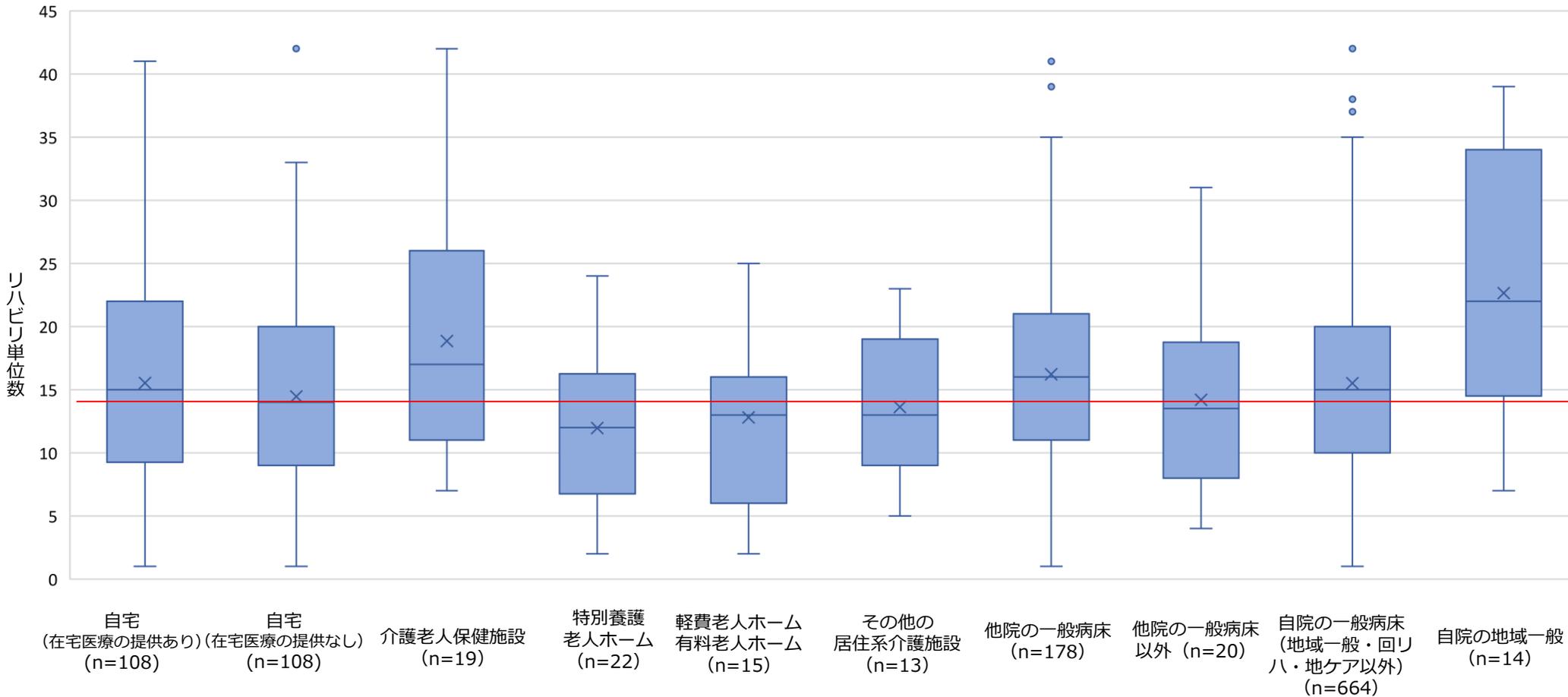
	在宅復帰率			
	自宅	一般病棟	その他	全体
平均値	87%	78%	71%	81%
標準偏差	28%	34%	46%	29%

入棟元別のリハビリ単位数②

○ 患者の入棟元別にみた、過去7日間のリハビリ単位数は以下のとおりであった。特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・その他の居住系介護施設から入棟した患者の平均値が1日当たり2単位以下となっていた。

(単位/7日間)

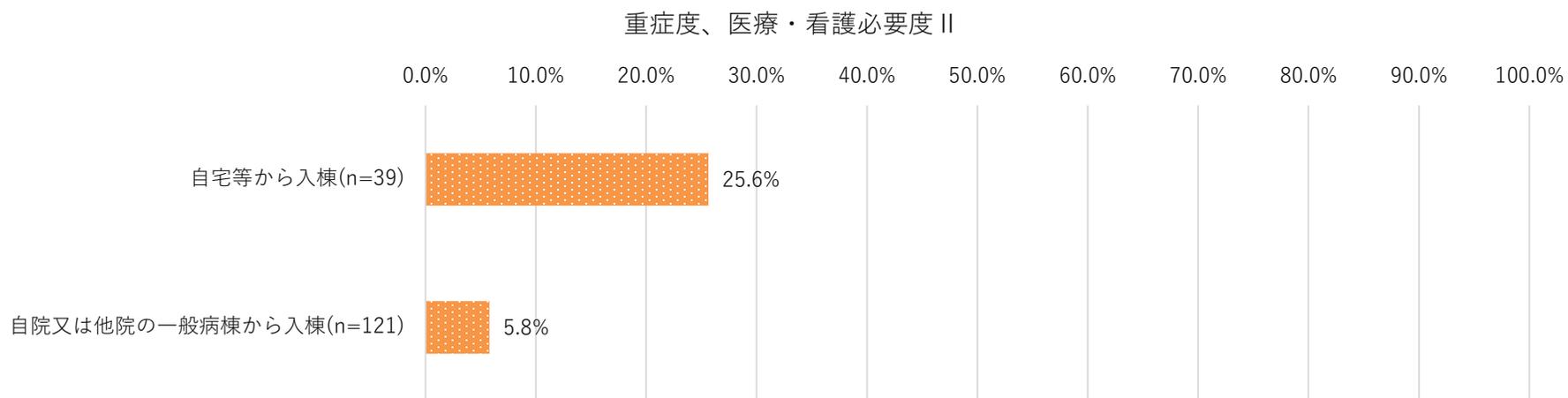
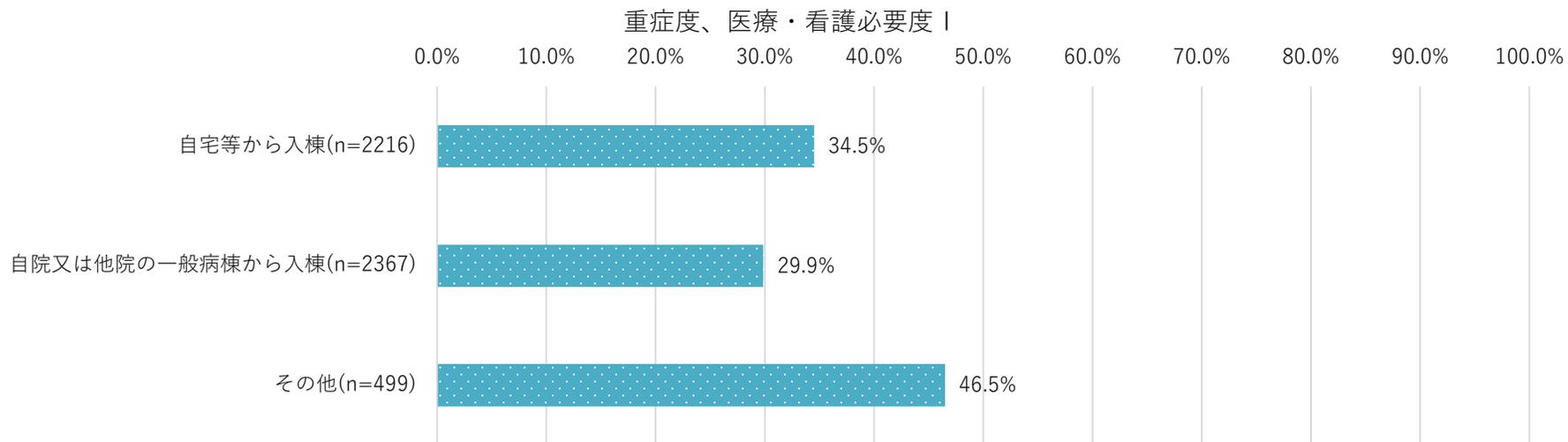
過去7日間の入棟元別リハビリ単位数



入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

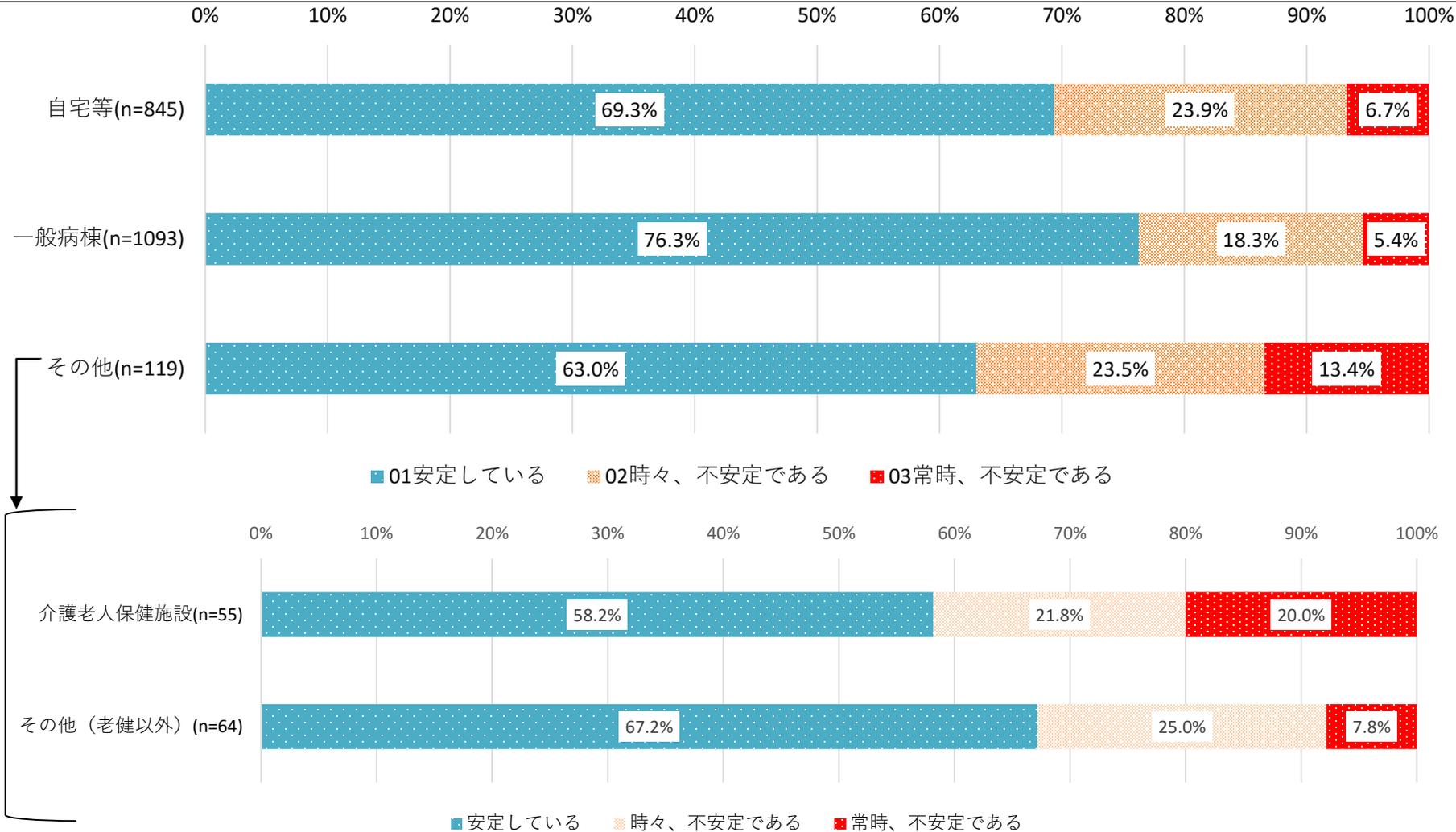
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 患者の入棟元別の患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元別で、基準を満たす患者割合に差がみられた。
- 必要度 I では、その他から入棟した患者が満たす割合が最も高く、次いで自宅等から入棟、一般病棟から入棟の順であった。



入棟元別にみた患者の医療的な状態について

- 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「安定している」患者の割合が低く、「常時、不安定である」患者の割合が高かった。



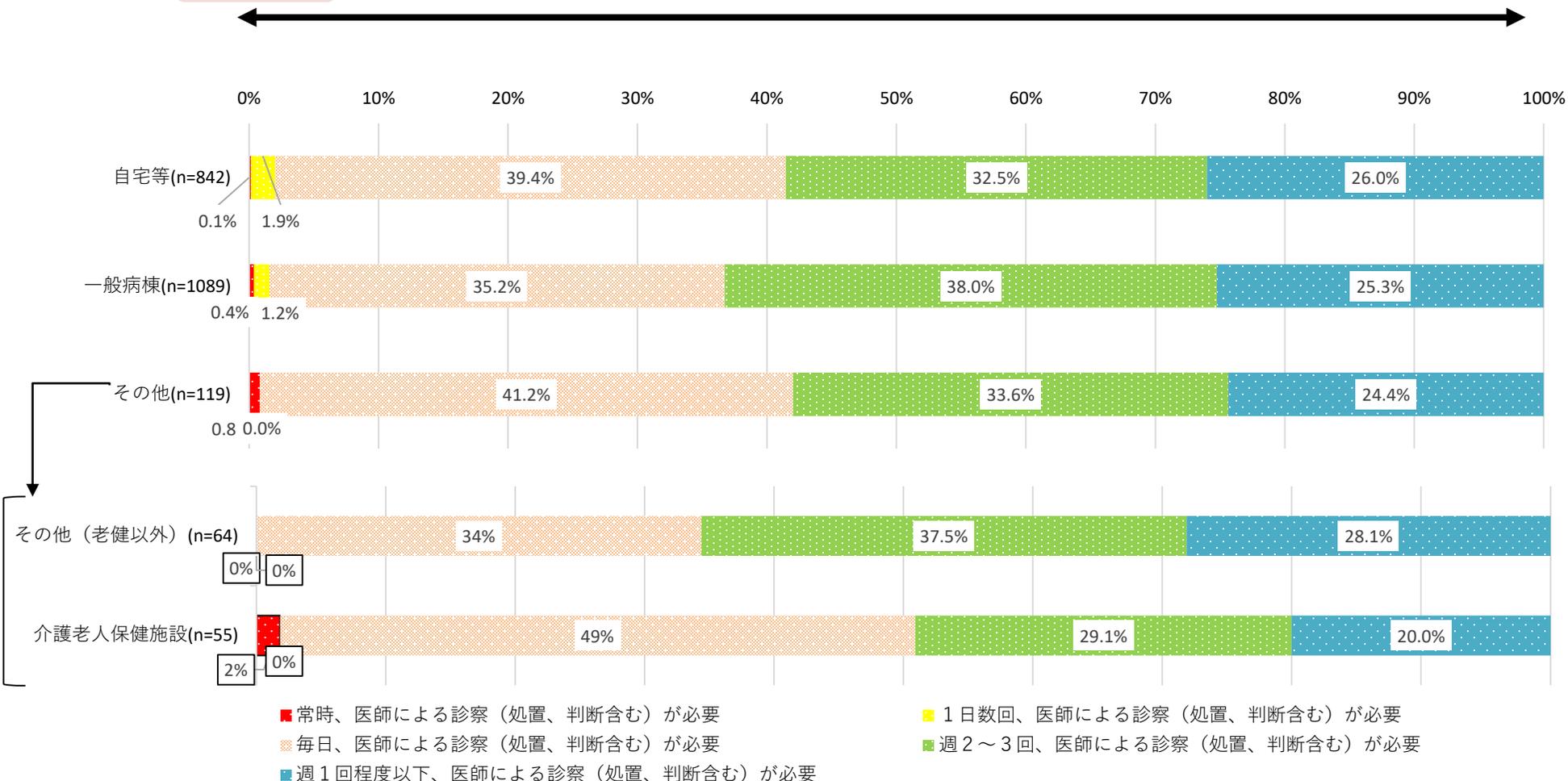
入棟元別にみた医師による診察の頻度について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 患者の入棟元別の、医師による診察の頻度は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が高かった。

頻度多い

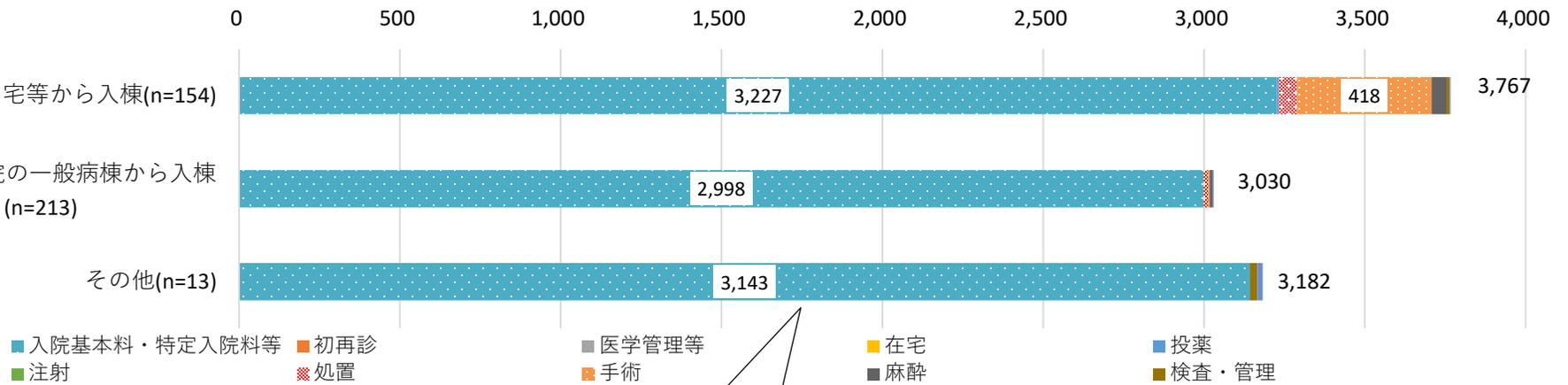
頻度少ない



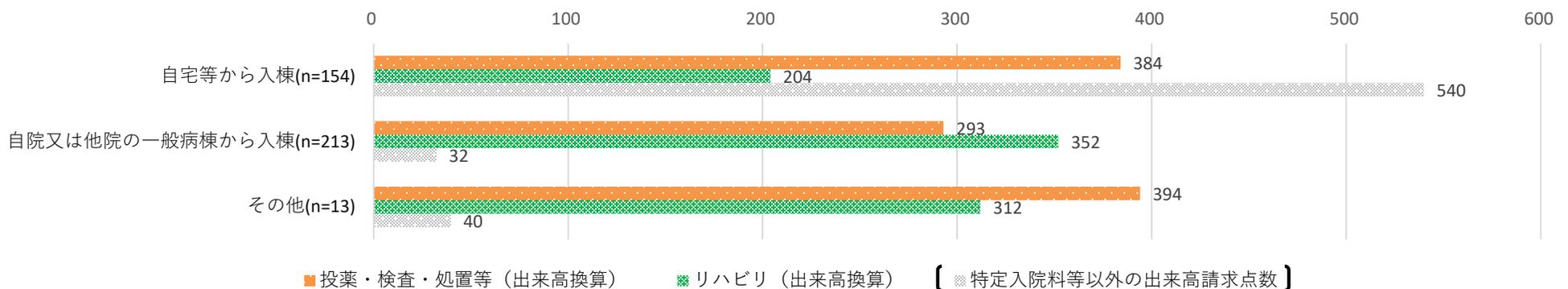
入棟後7日間のレセプト請求点数

○ 入棟元別のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲に含まれる検査やリハビリ等を、出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者で、一般病棟から入棟した患者より高かった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料入棟元別の一日平均単価（入棟後7日間）



特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

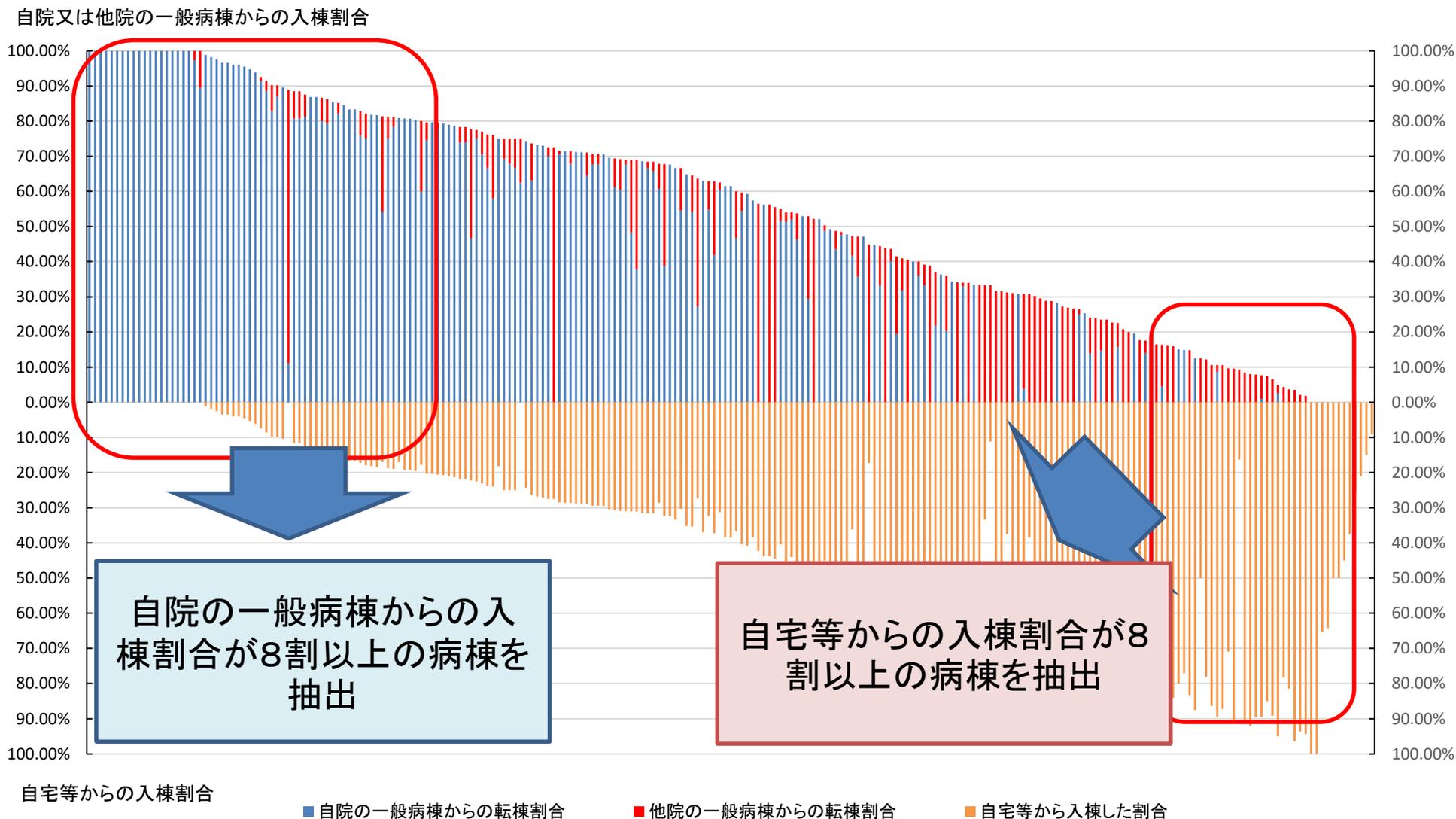
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

入棟元の割合分布

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



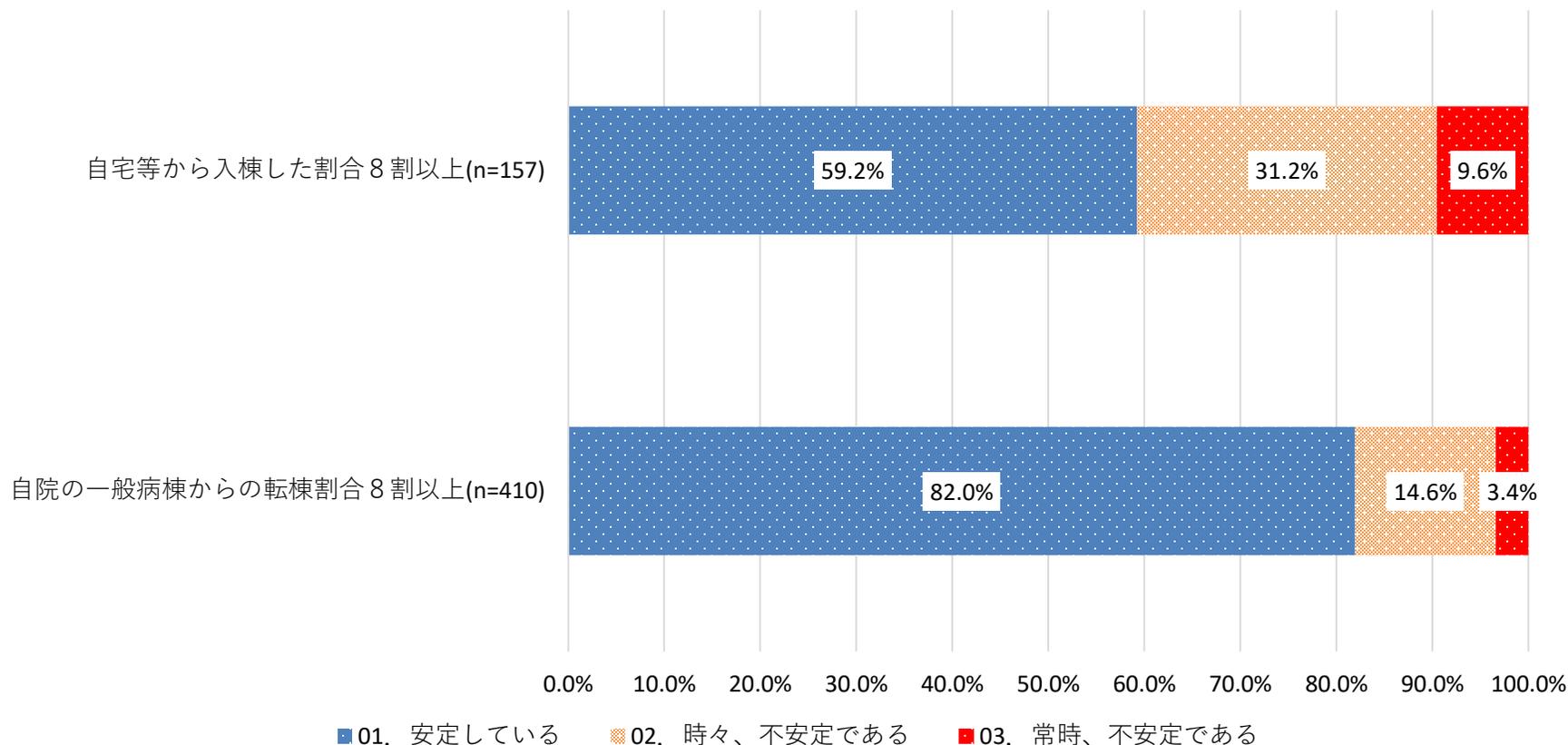
出典：令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟票)

患者の状態について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

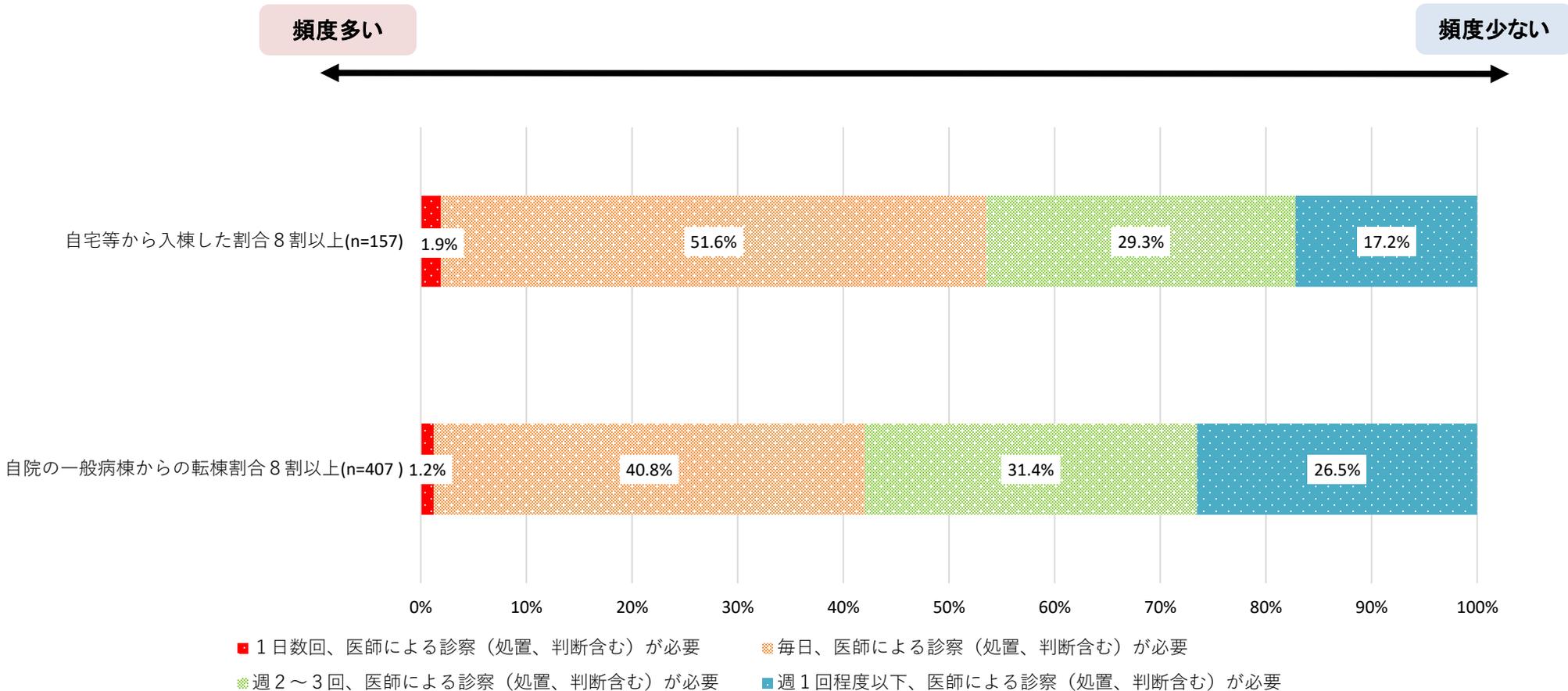
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している患者の状態は、以下のとおりであった。
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。



医師による診察の頻度について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

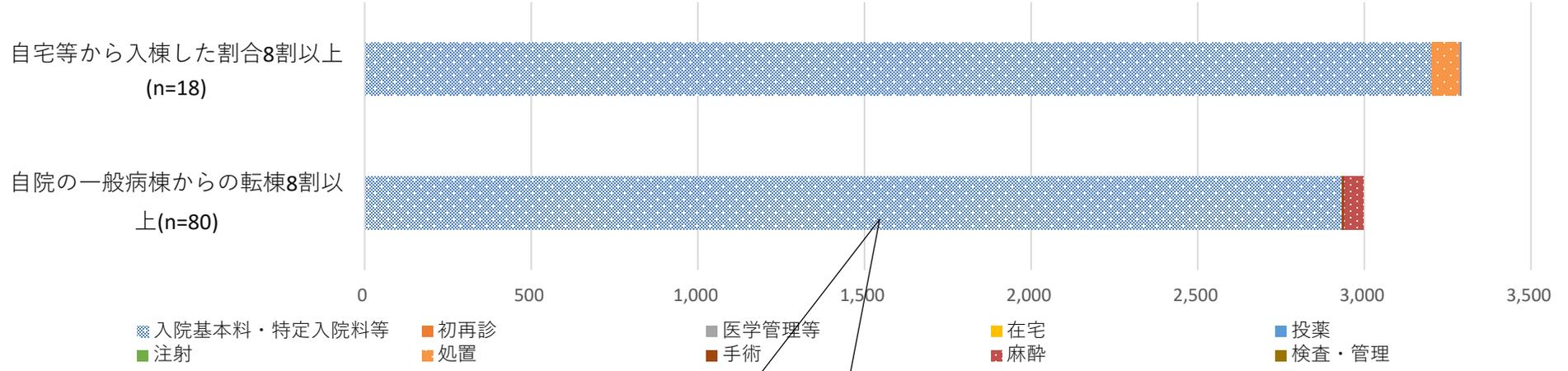
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している医師による診察の頻度については以下のとおりであった。
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」な患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。



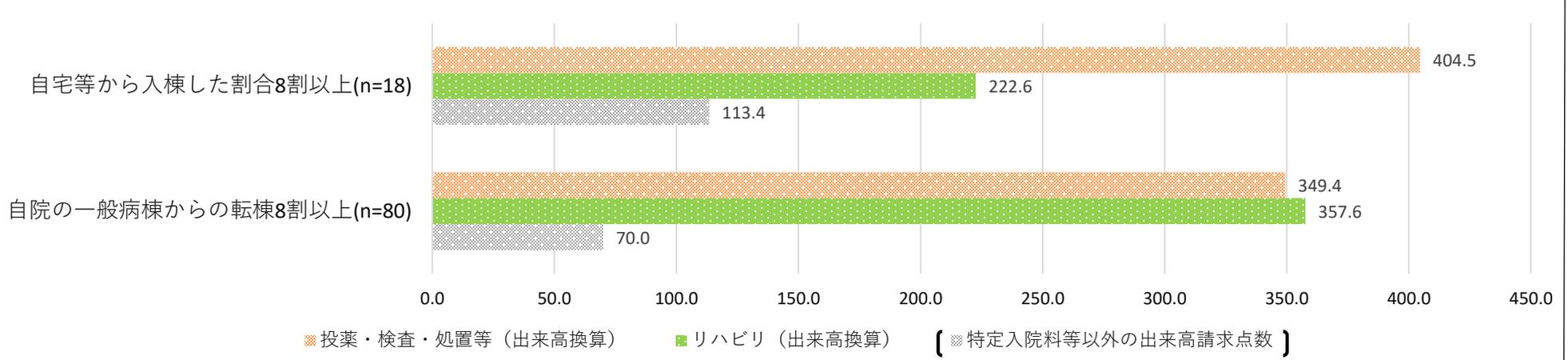
レセプト請求点数(医療機関の特性別)

○ 自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関と自宅等からの入棟が8割以上の医療機関に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等について、自宅等からの入棟が8割以上の医療機関で、自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関より高かった。

自院の一般病棟からの転棟8割以上vs自宅等から入棟した割合8割以上の一日平均単価（入棟後7日間）



特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

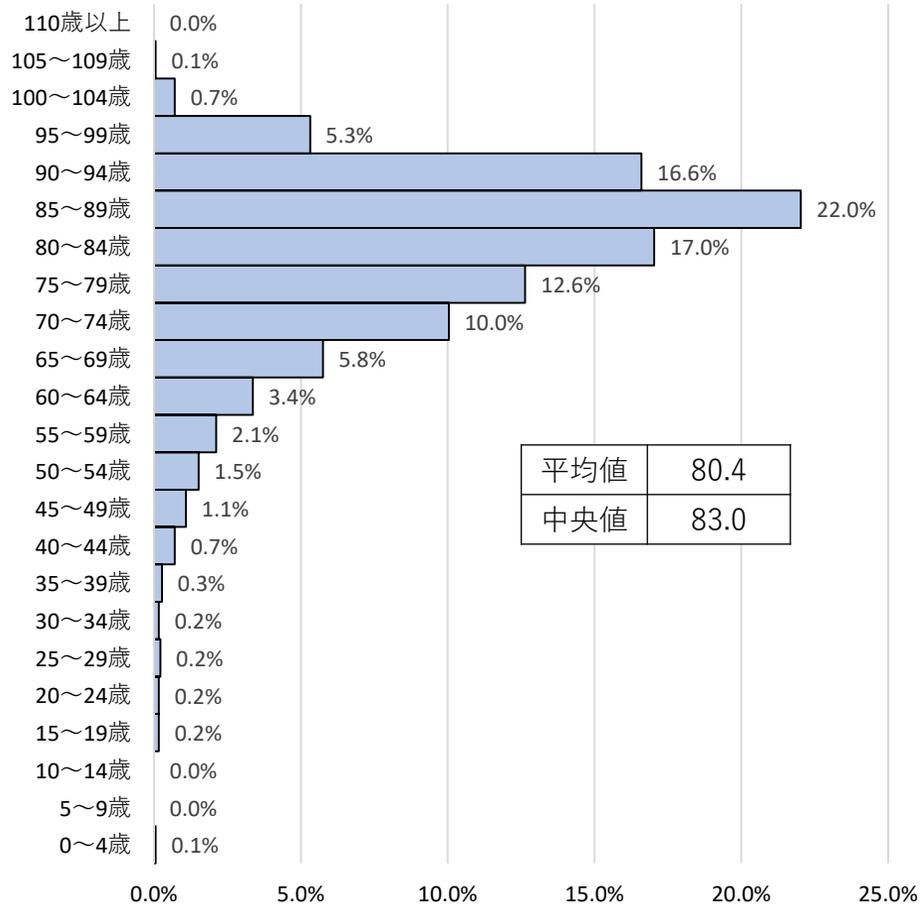
（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- 「自宅等から全く入棟しないパターン」、「自宅等のみから入棟しているというパターン」の地域包括ケア病棟の存在も示され、地域包括ケア病棟の3つの役割のバランスが様々となっている。
- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、役割の一部しか担っていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき。

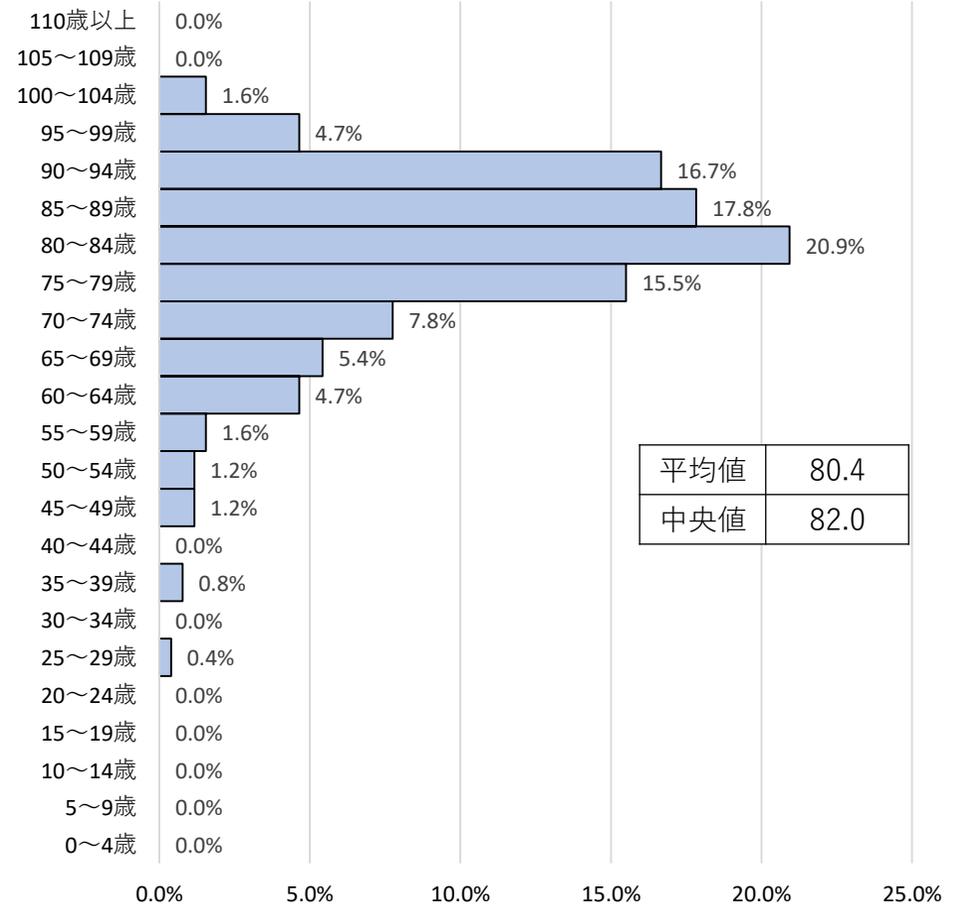
病床種別にみた患者の年齢分布

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、病床種別毎にみた、患者の年齢分布は以下のとおり。
- 療養病床のほうが、一般病床に比べて最頻値は低かったが、平均値及び中央値はほぼ同じであった。

一般病床(n=1843)



療養病床(n=258)

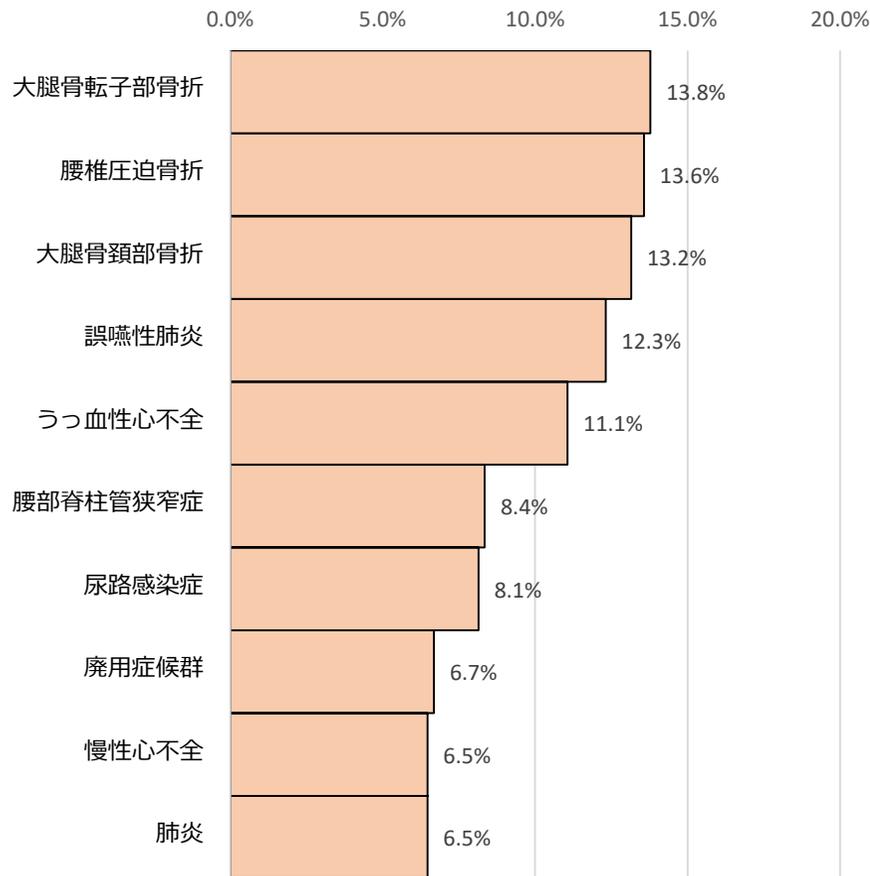


病床種別にみた患者の主傷病名

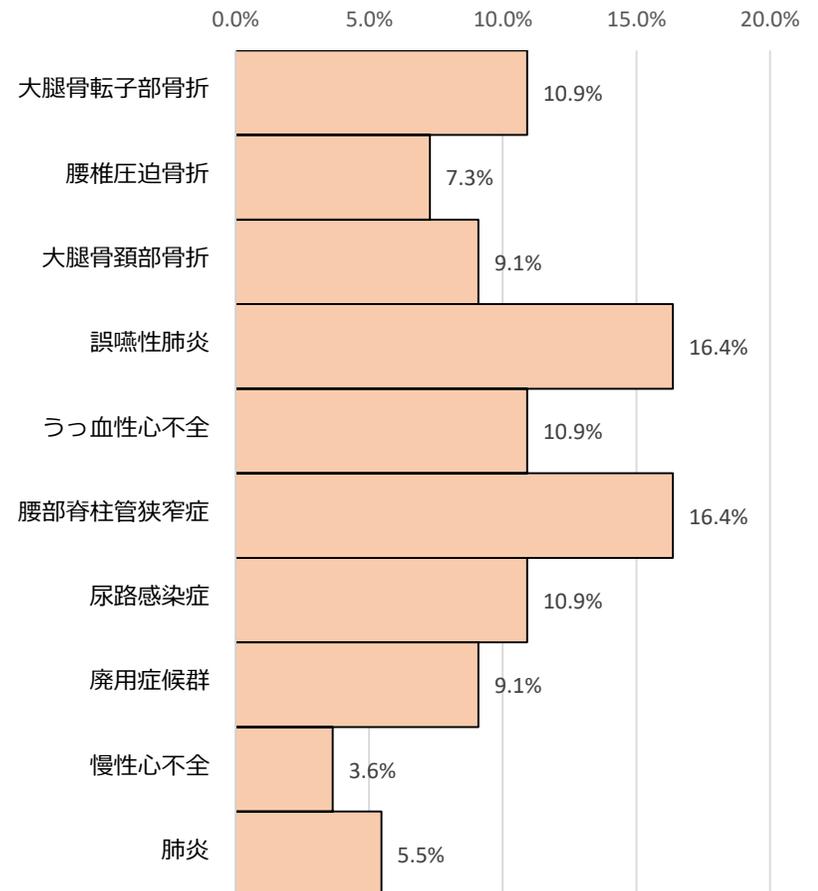
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 病床種別毎にみた患者の主傷病名は以下のとおり。
- 一般病床の場合、「大腿骨転子部骨折」が最も多く、療養病床の場合、「誤嚥性肺炎」「腰部脊柱管狭窄症」が最も多かった。

一般病床の患者割合(n=479)



療養病床の患者割合(n=55)



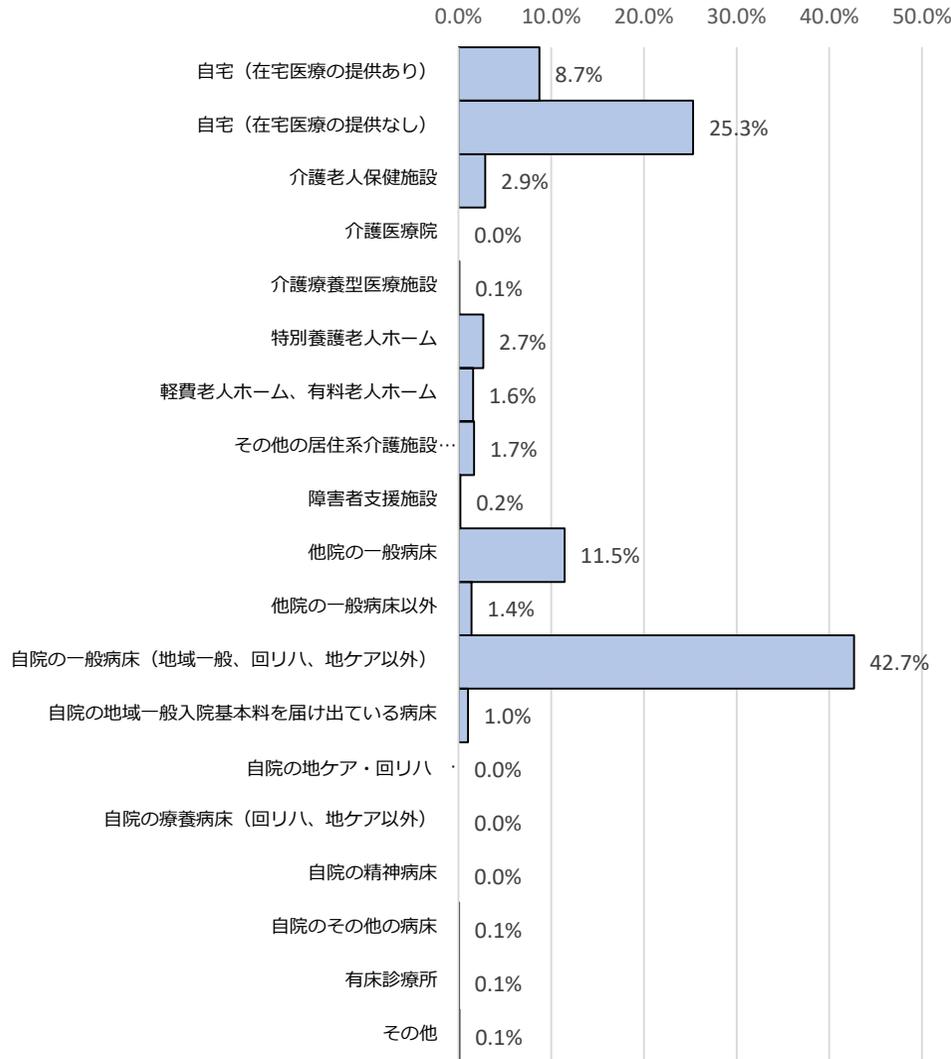
病床種別でみた場合の患者の入棟元

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

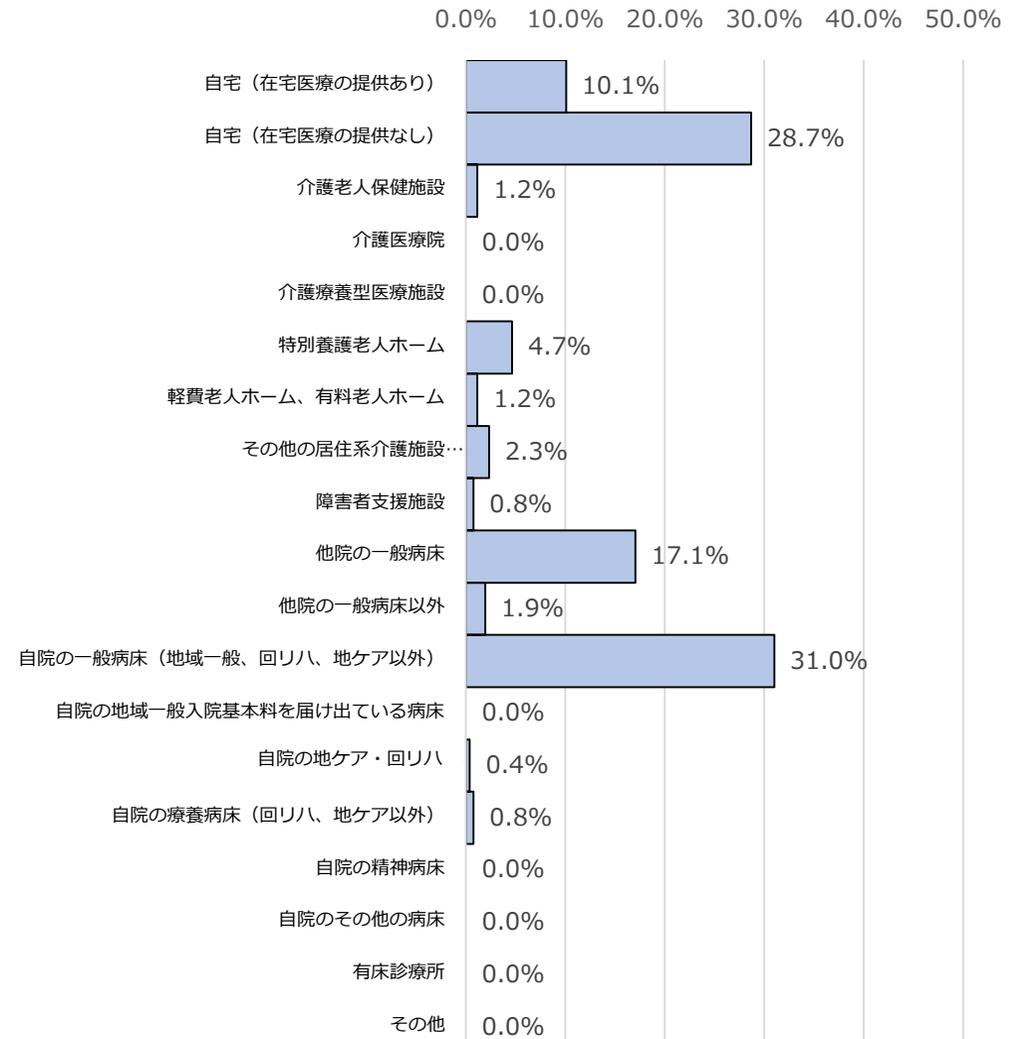
○ 病床種別にみた場合の患者の入棟元は以下のとおり。療養病床の患者は一般病床の患者と比較して、「自宅」・「他院の一般病床」が多く、一般病床の患者は「自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）」が多かった。

入棟元

一般病床 (n=1833)



療養病床 (n=258)



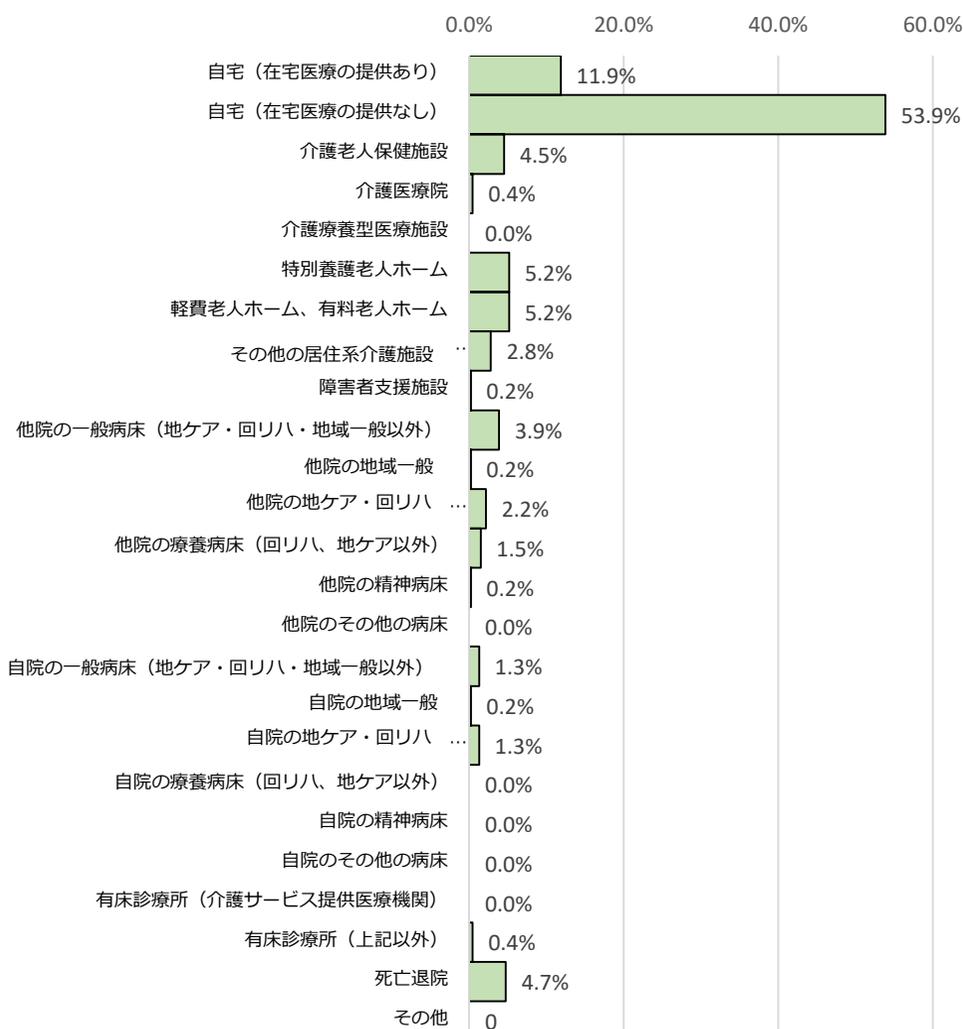
病床種別でみた場合の患者の退棟先

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

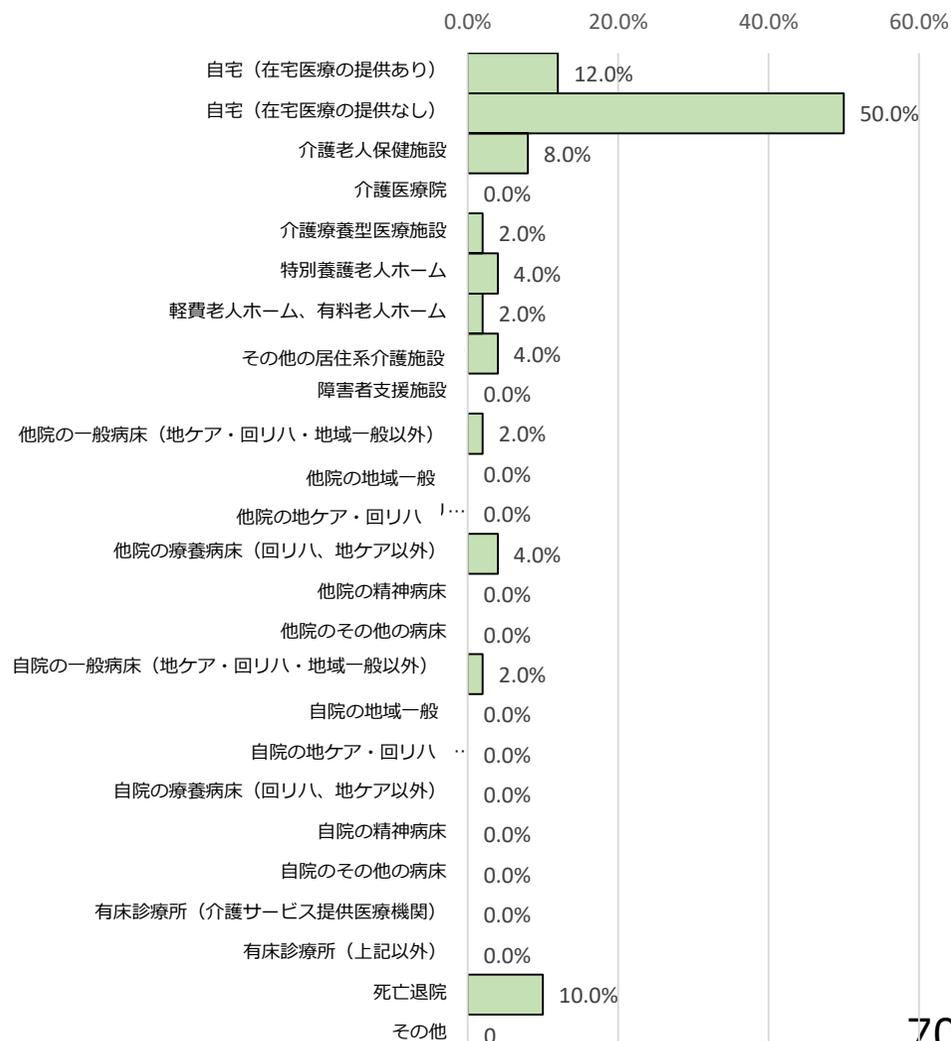
○ 病床種別にみた場合の患者の退棟先は以下のとおりであり、あまり差はみられなかった。

退棟先

一般病床 (n=464)



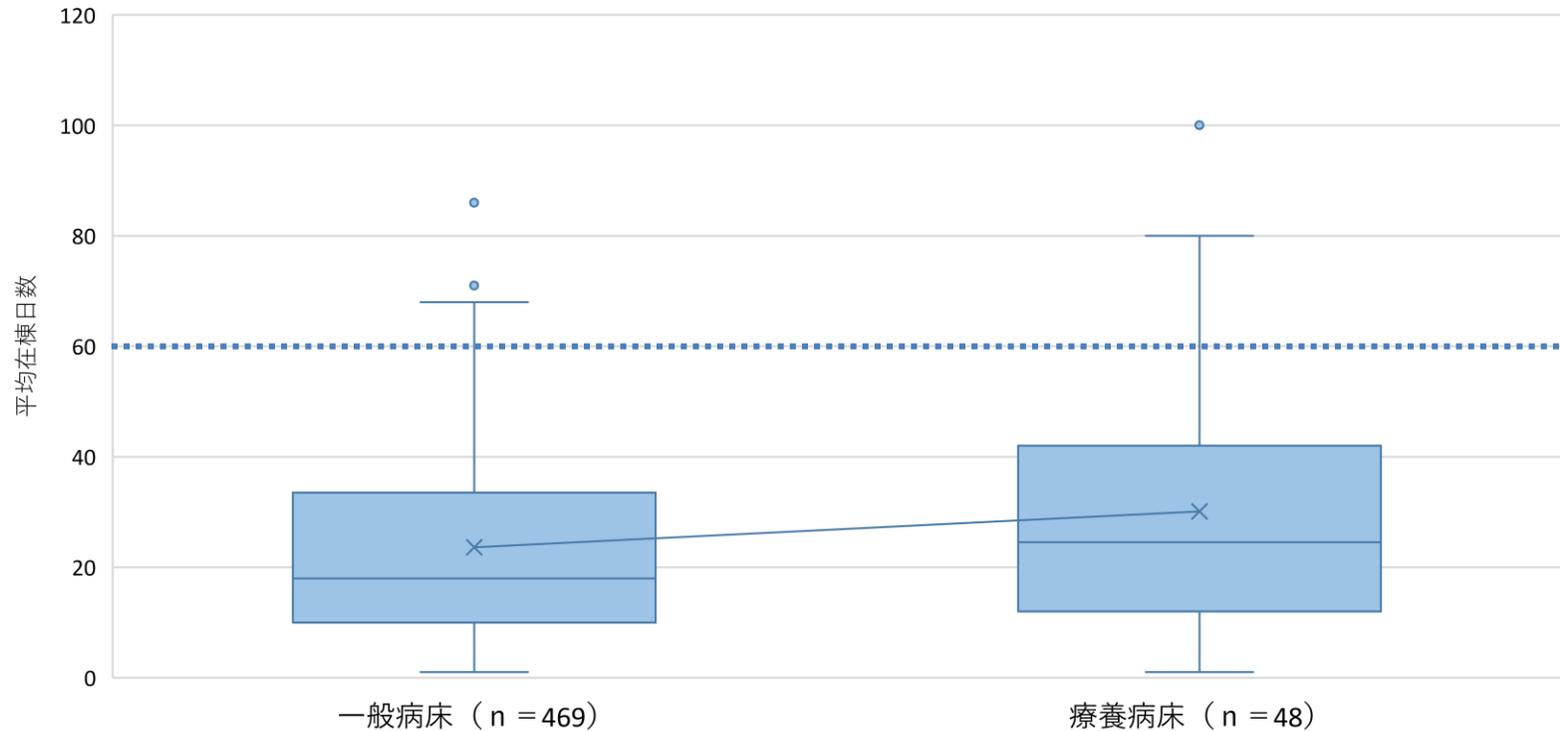
療養病床 (n=50)



病床種別でみた場合の平均在棟日数

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 病床種別にみた場合の平均在棟日数は以下のとおりであった。
- 療養病床のほうが、平均在棟日数が長い傾向にあった。

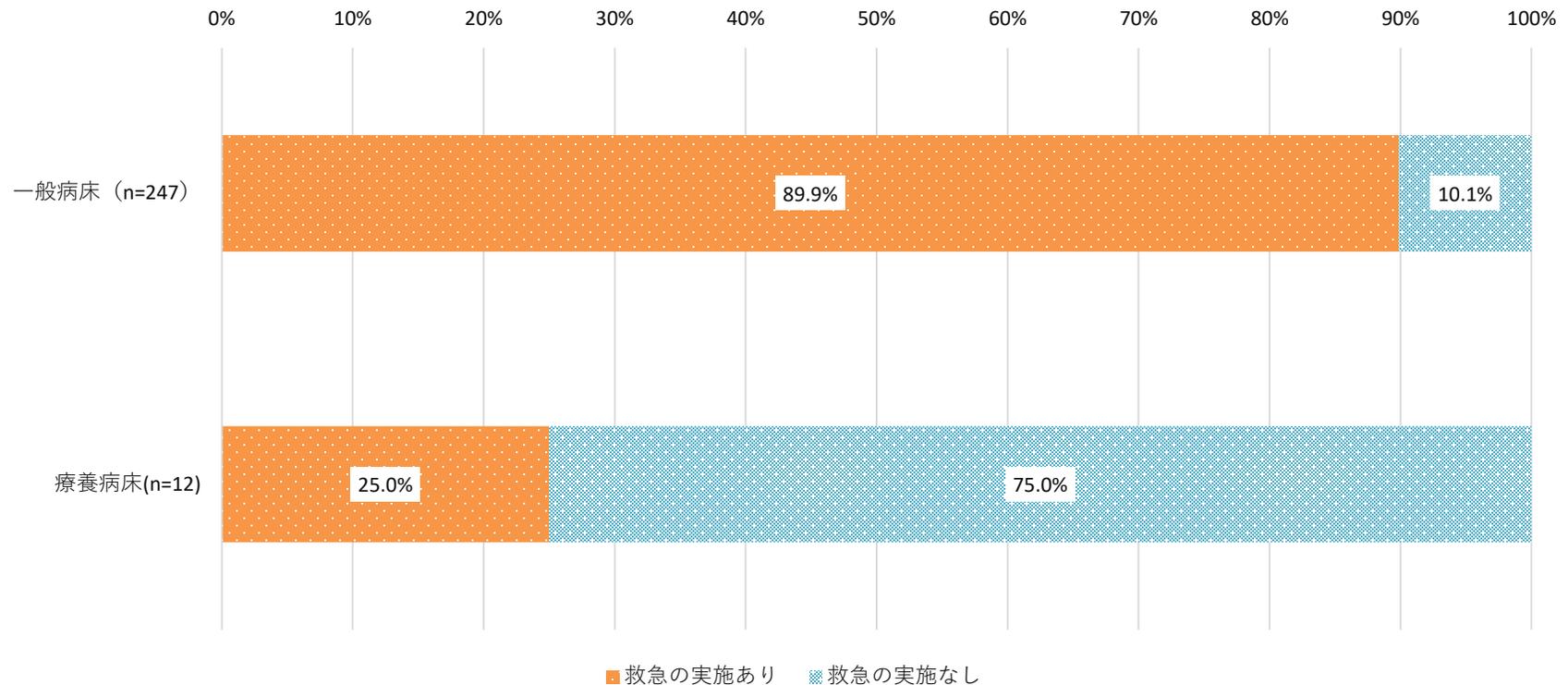


	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
一般病床	23.6	18.0	10.0	18.0	33.5
療養病床	30.1	24.5	12.0	24.5	42.0

救急実施の有無(病床種別)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関と療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急実施の有無の割合は以下のとおり。
- 実施ありの割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。



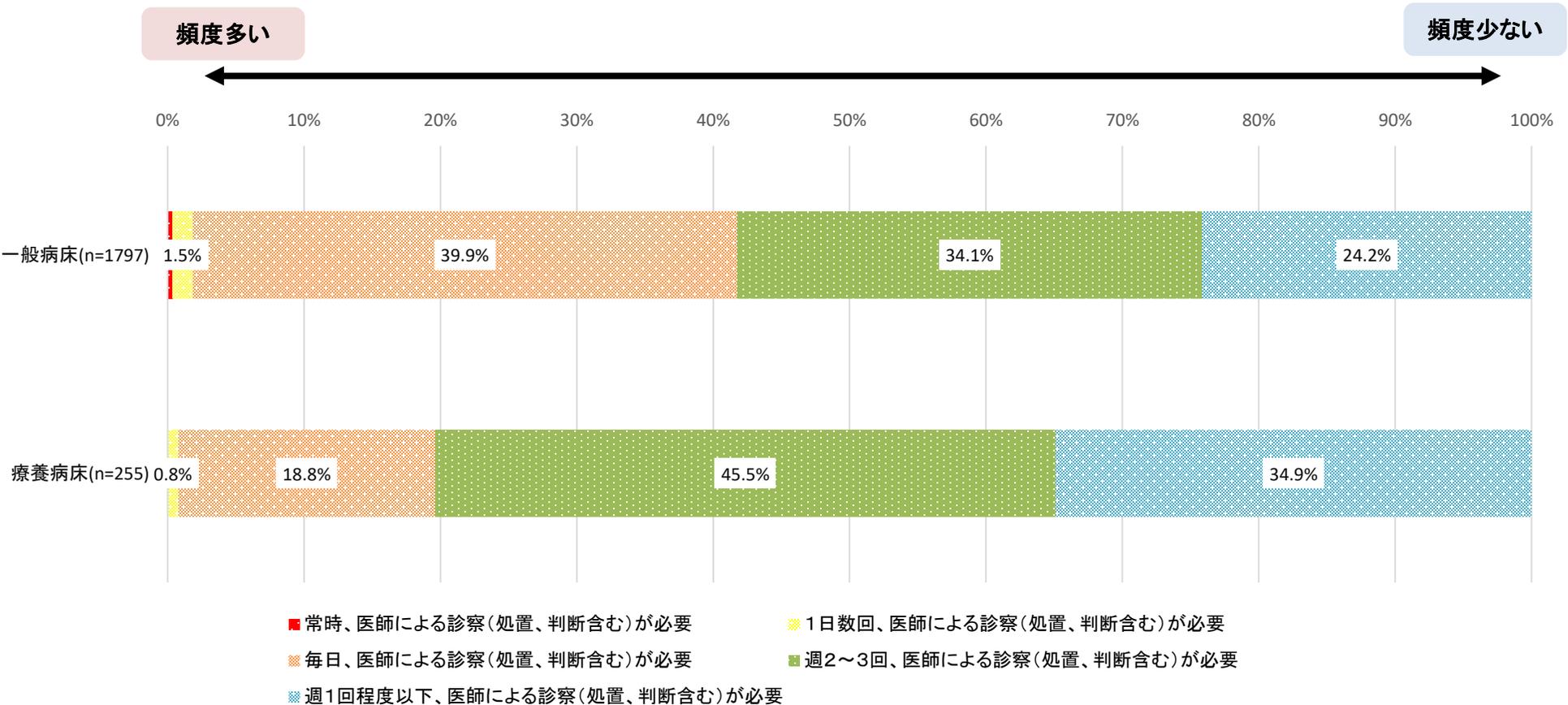
※:一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

出典:令和2年度入院医療等の調査(施設票)

医師による診察の頻度（病床種別）

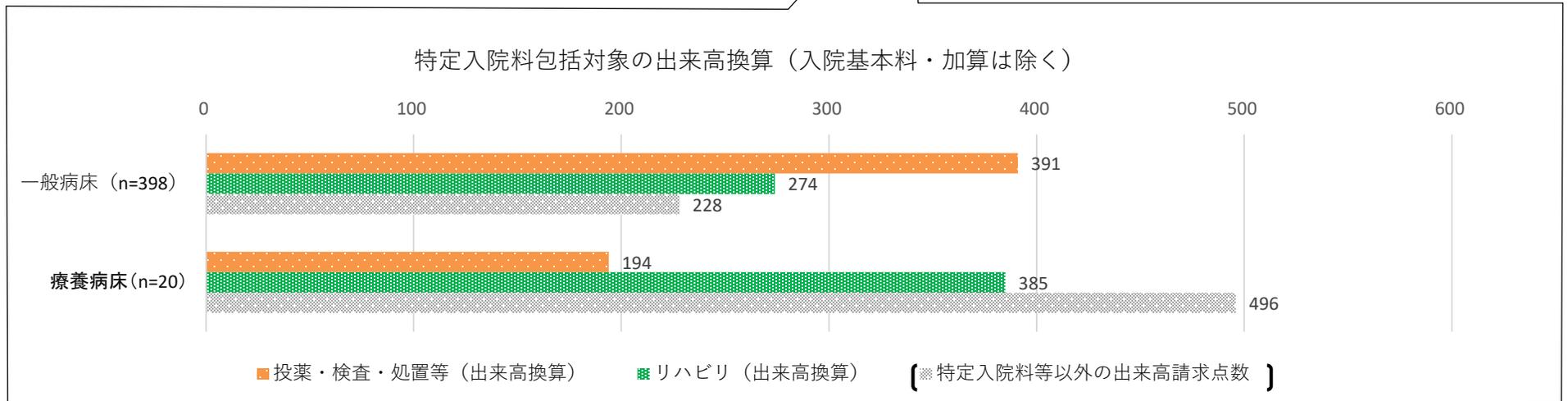
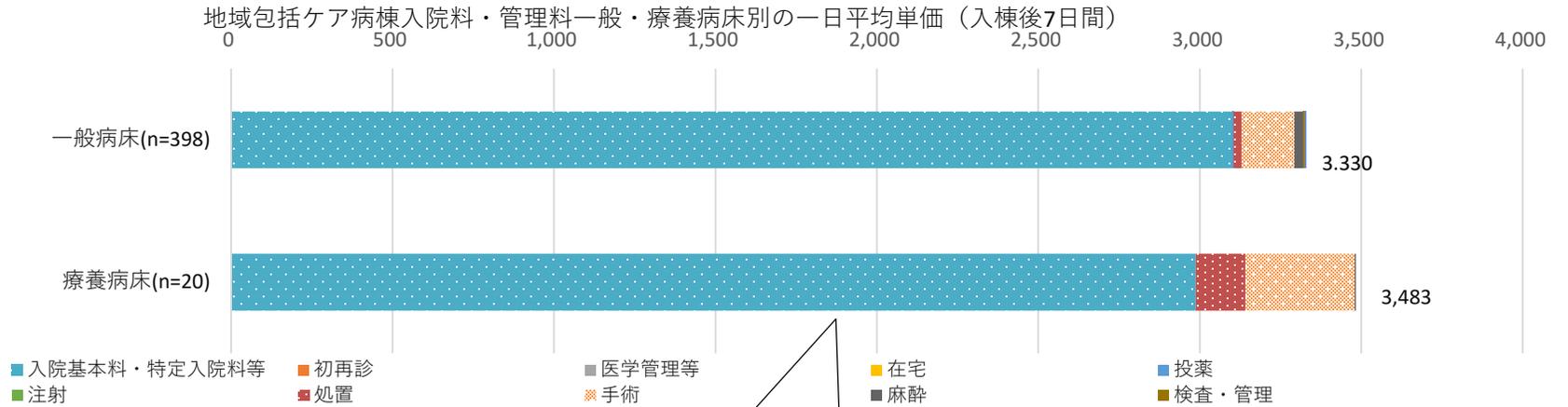
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者の、医師による診察の頻度は以下のとおり。
- 常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。



入棟後7日間のレセプト請求点数

- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。
- 入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病棟の方が高かった。



病床種別の重症度、医療・看護必要度について

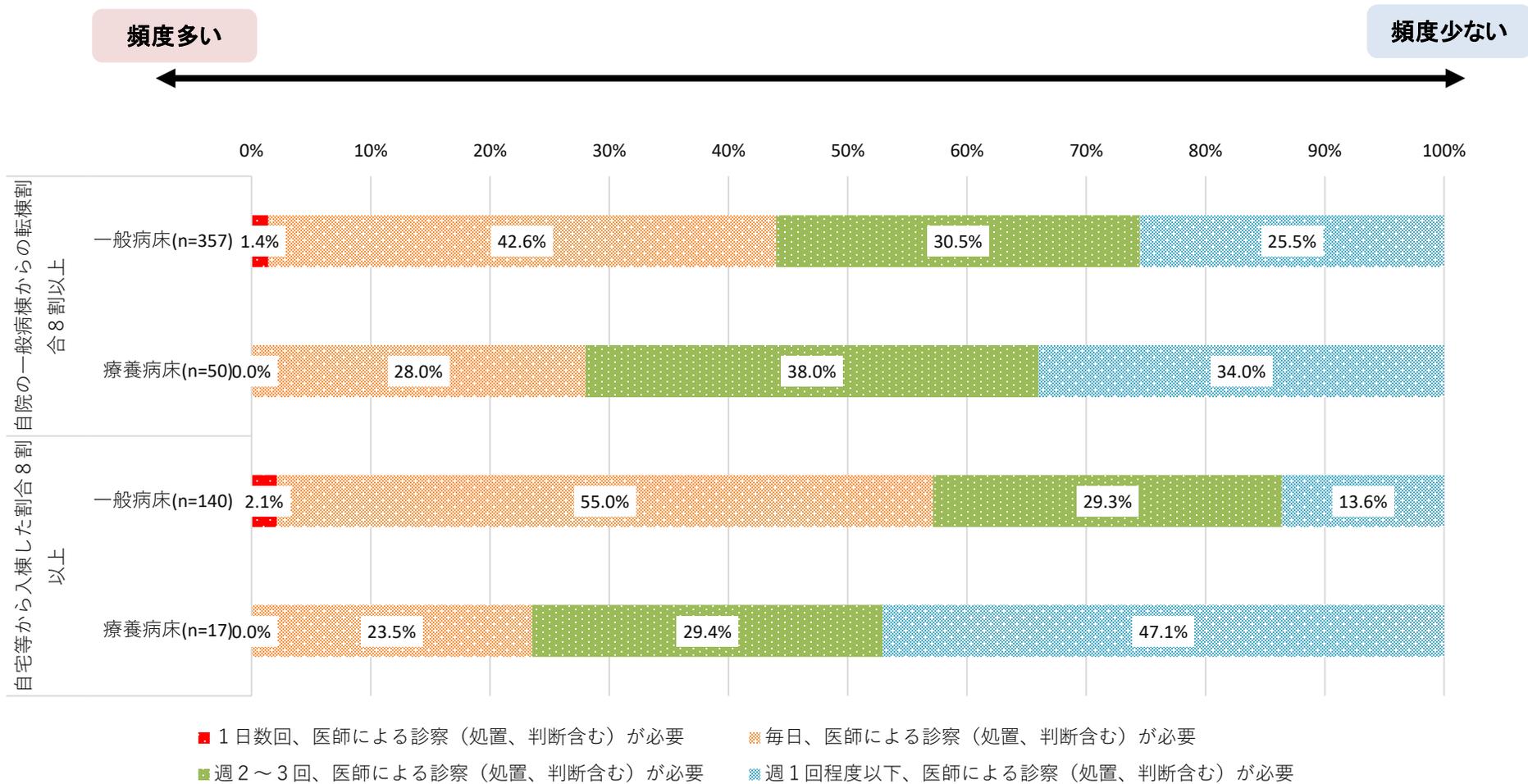
○ 病床種別毎にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。

	看護必要度Ⅰ		看護必要度Ⅱ	
	該当患者数	基準を満たす患者割合	該当患者	基準を満たす患者割合
一般病床	4373	34%	160	11%
療養病床	752	31%	0	

入棟元	病床種別	重症度、医療・看護必要度Ⅰ
自宅等	一般病床 (n=1784)	35.5%
	療養病床 (n=432)	30.3%
一般病棟	一般病床 (n=2082)	30.0%
	療養病床 (n=285)	29.1%
その他	一般病床 (n=464)	46.6%
	療養病床 (n=35)	45.7%

医師による診察の頻度（病床種別）

- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度は以下のとおり。
- 常時～毎日医師による診察が必要な患者の割合は、一般病床のほうが療養病床よりも高かった。



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

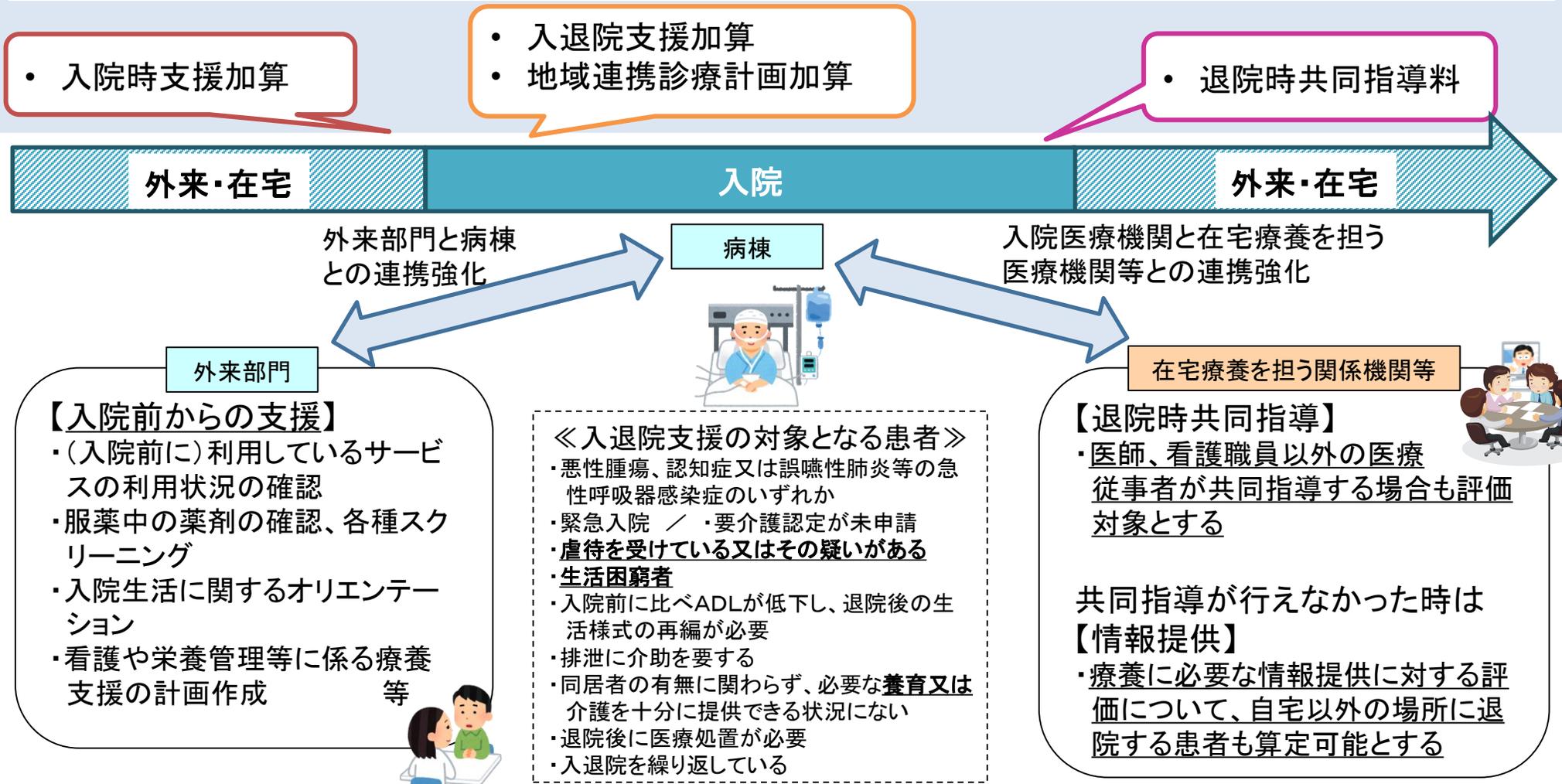
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

入退院支援の評価（イメージ）

中医協 総-1-2(改)
3 . 1 0 . 2 7

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料においては、入退院支援加算1(及びその加算である地域連携診療計画加算・入院時支援加算)が出来高で算定可。



入退院支援加算の概要

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

A246 入退院支援加算（退院時1回）

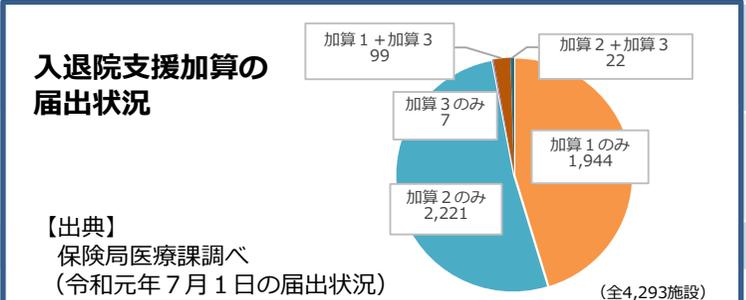
➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

➤ 地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定している病棟においては、入退院支援加算1のみ出来高で算定可。

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



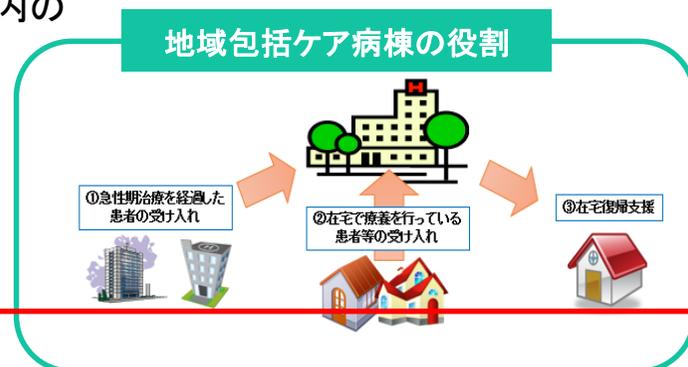
※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせ可。

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

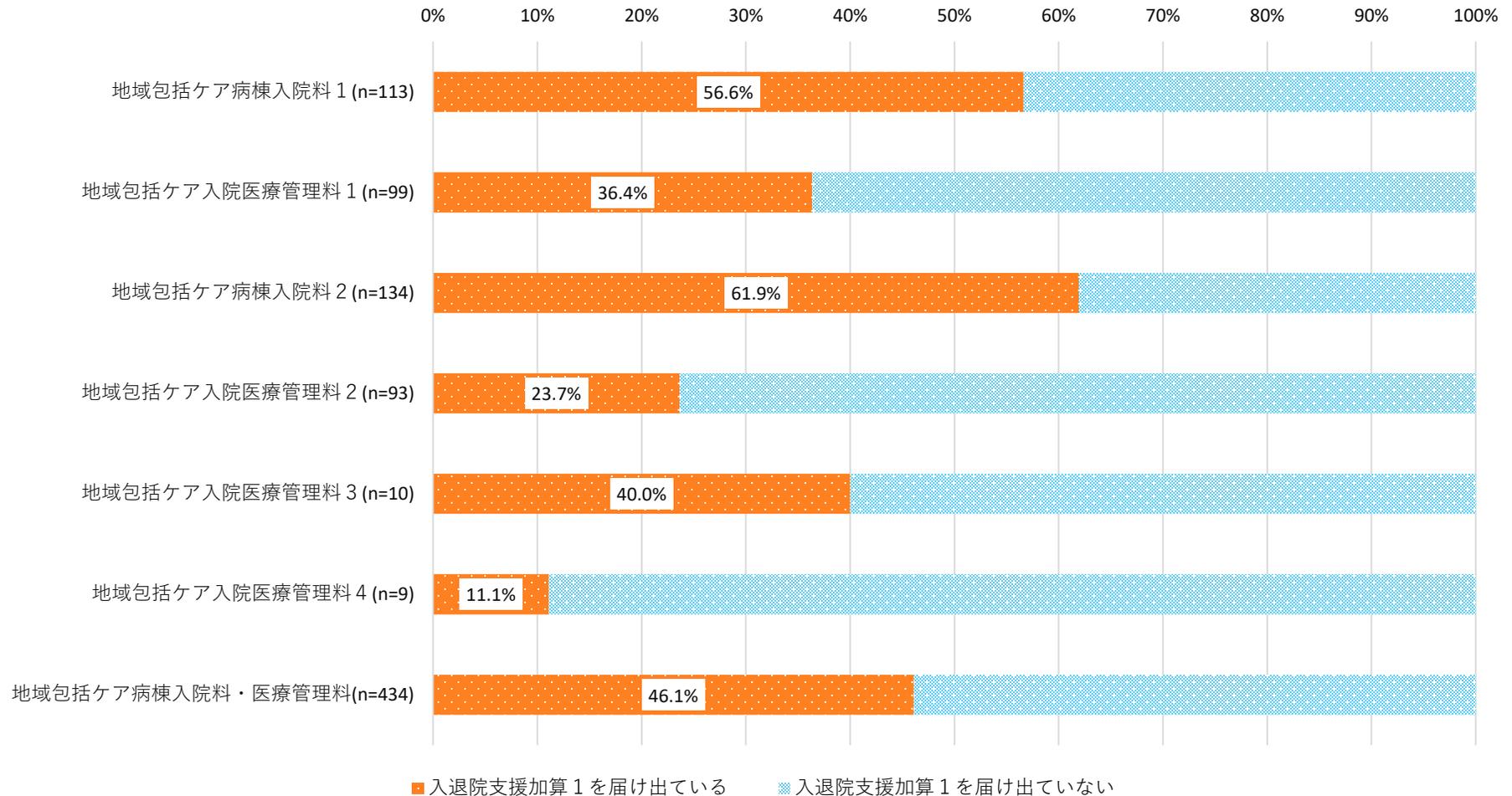
- ▶ 許可病床数が**400床以上**の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

入退院支援加算についての分析①

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関の入退院支援加算の届出状況は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料又は管理料を有している医療機関全体でみると、入退院支援加算1を届け出ている割合は約5割であった。

入退院支援加算1の届出有無



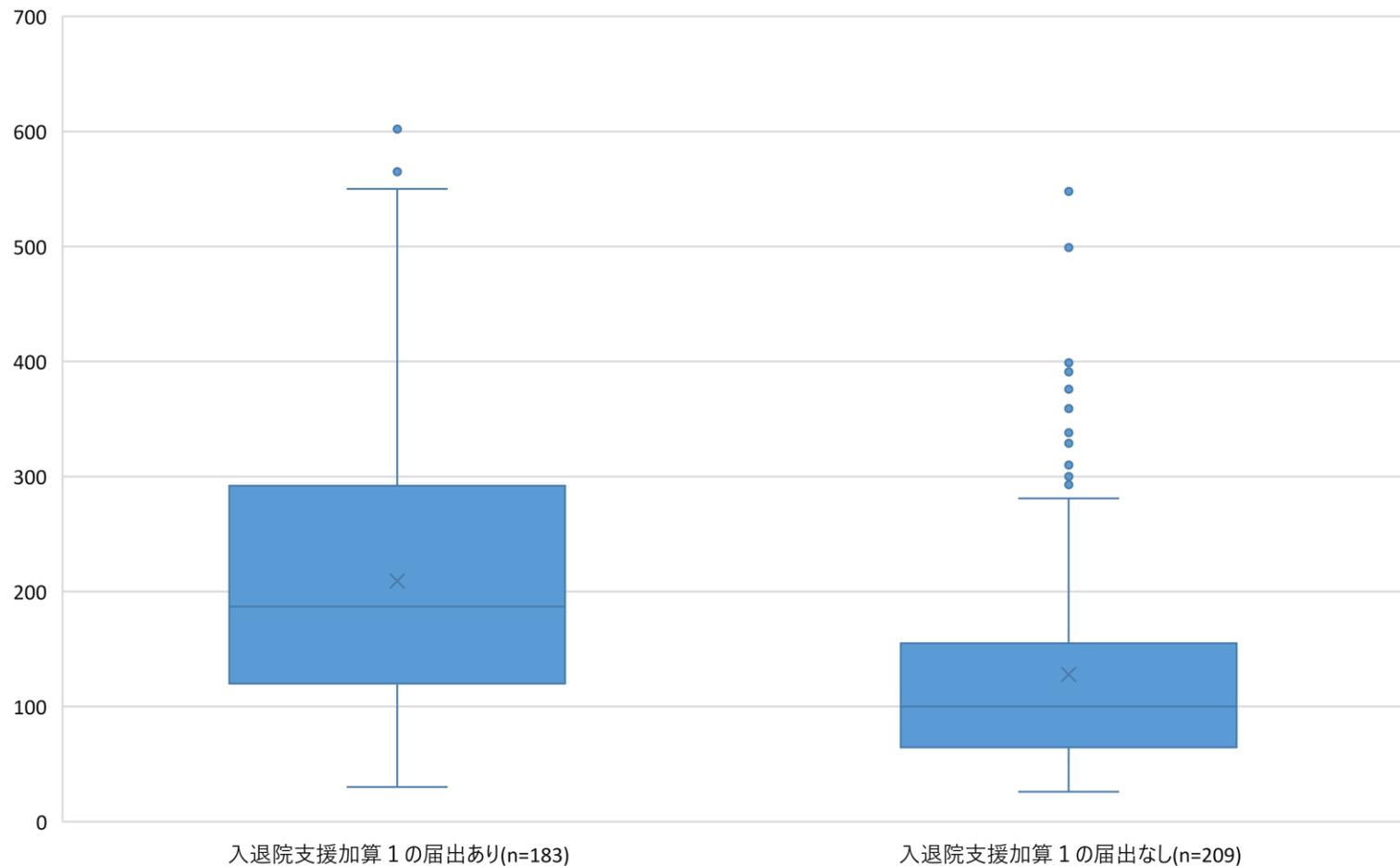
※：n=1は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算についての分析②

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数

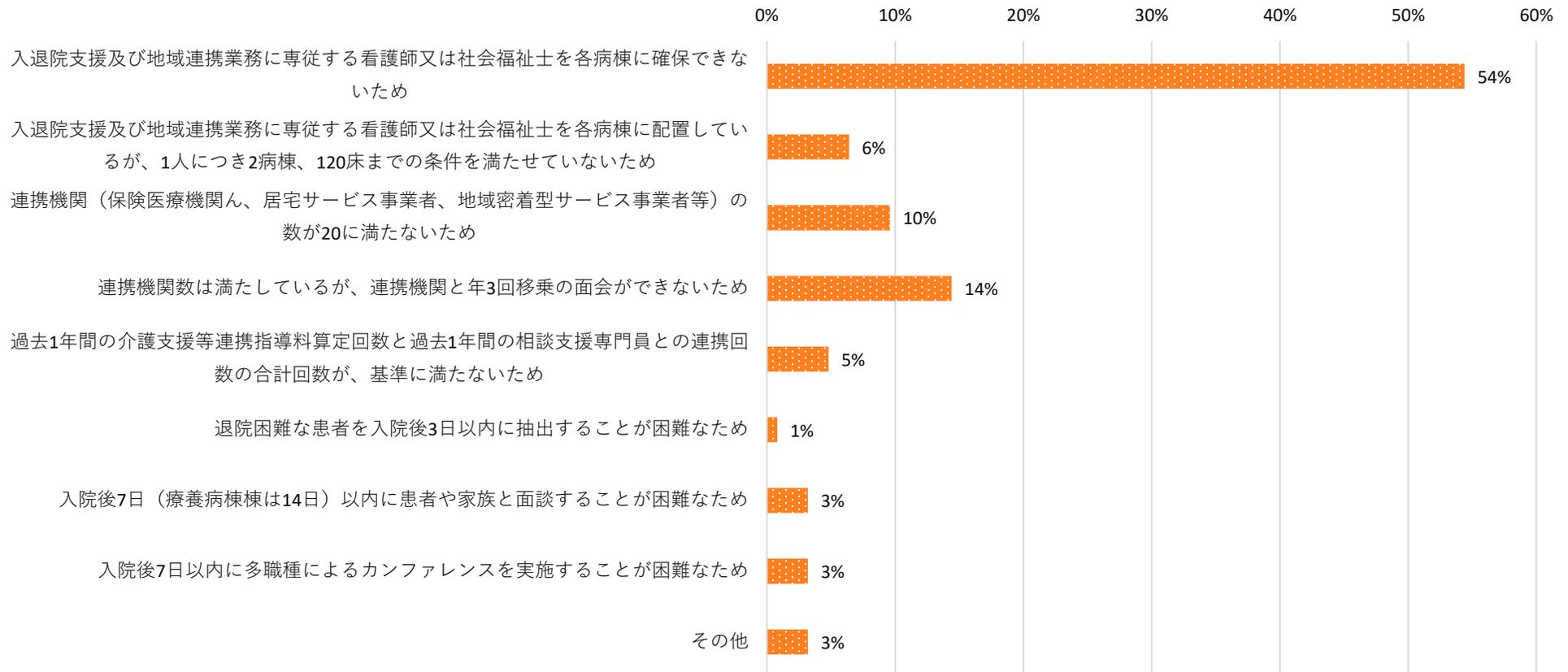


入退院支援加算についての分析③

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ていない医療機関における、入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由は以下のとおりであった。
- 「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料の入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由（最も該当するもの（n=125））



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

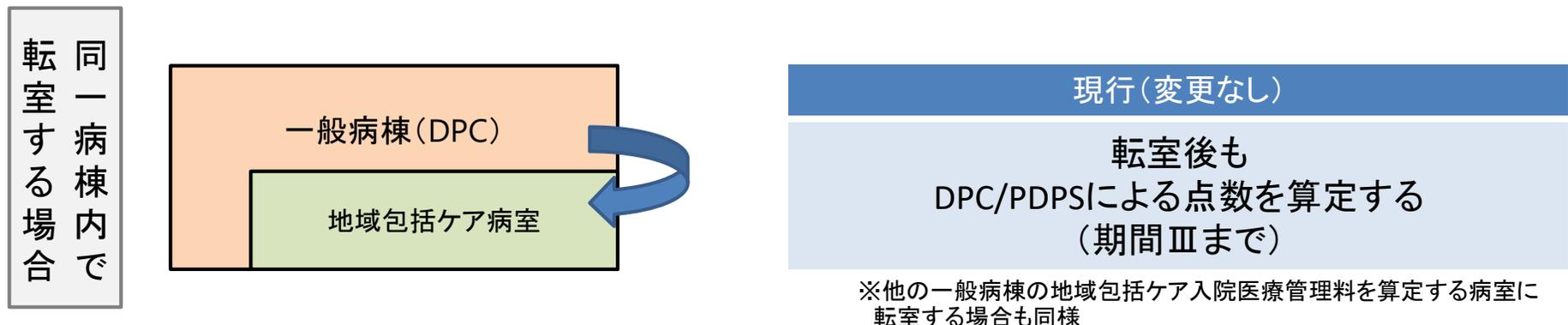
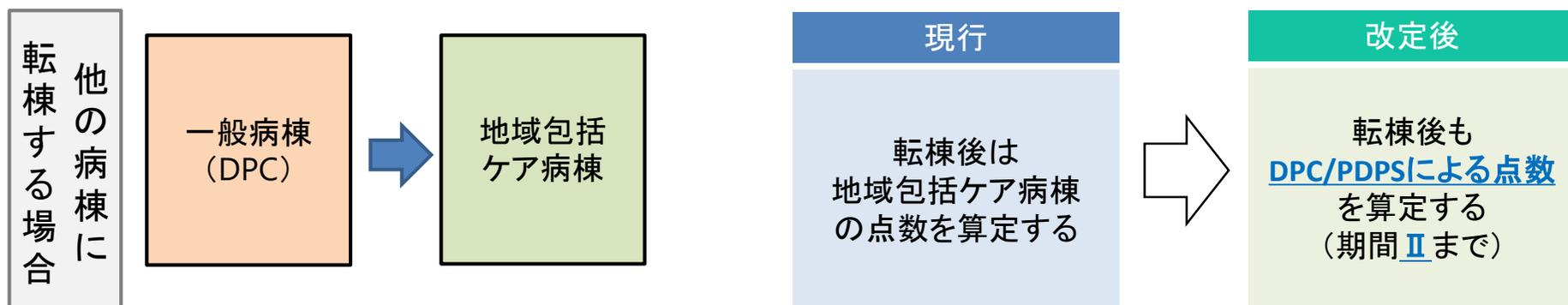
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

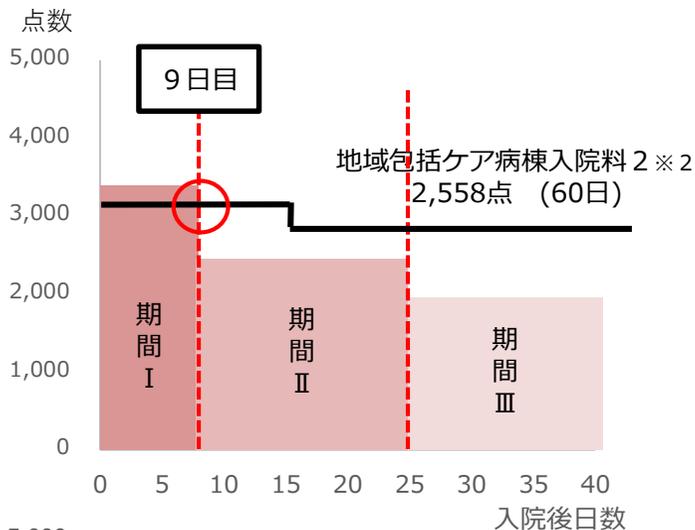
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



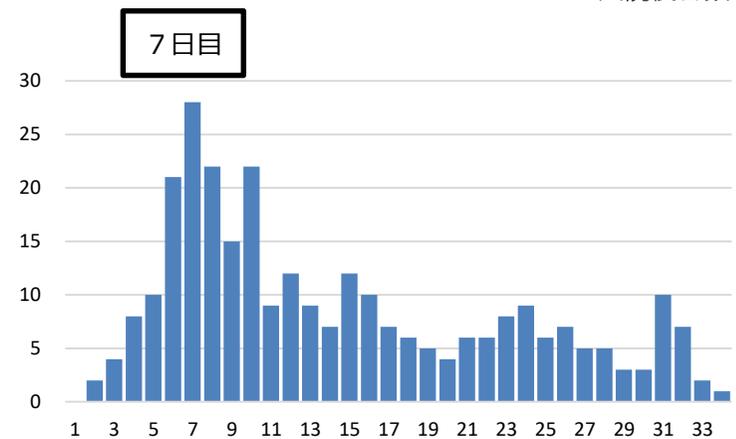
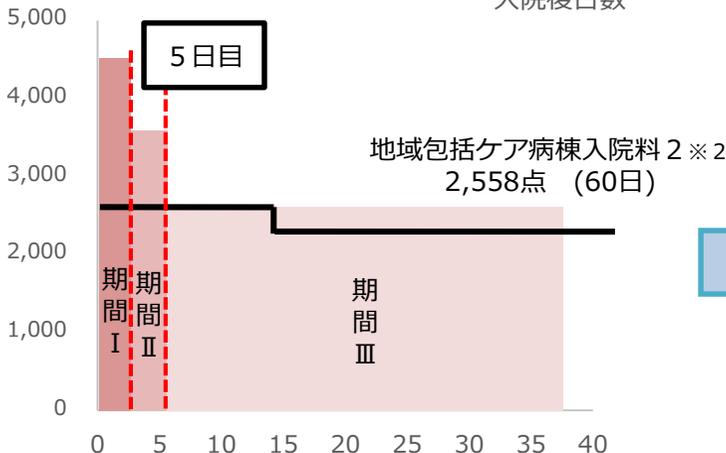
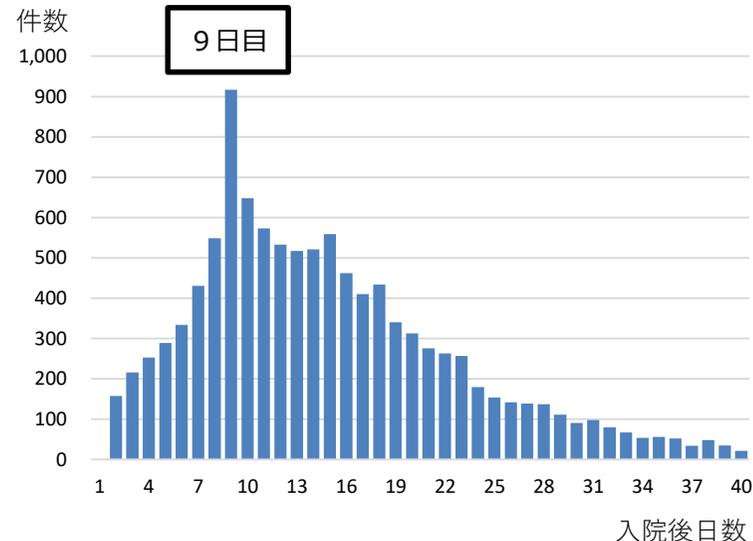
※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

○ DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3



出典：平成30年DPCデータ

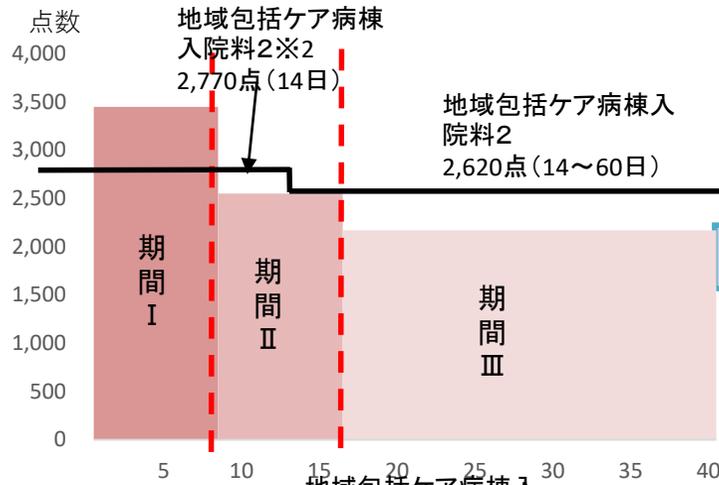
※1 平均的な係数値で算出
(基礎係数：1.075、機能評価係数I：0.135、機能評価係数II：0.088)

※2 急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）
※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

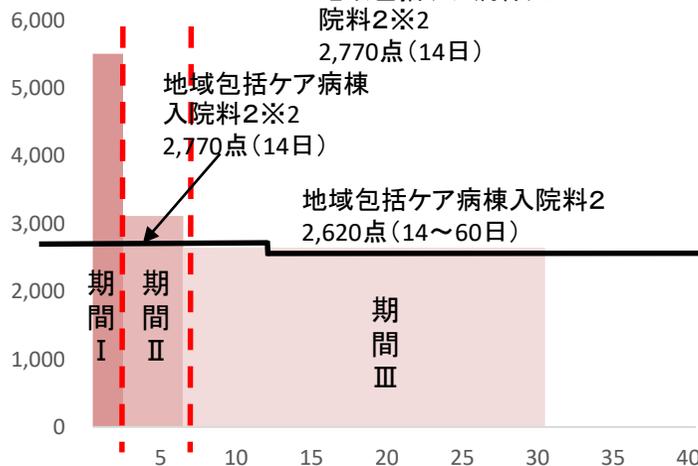
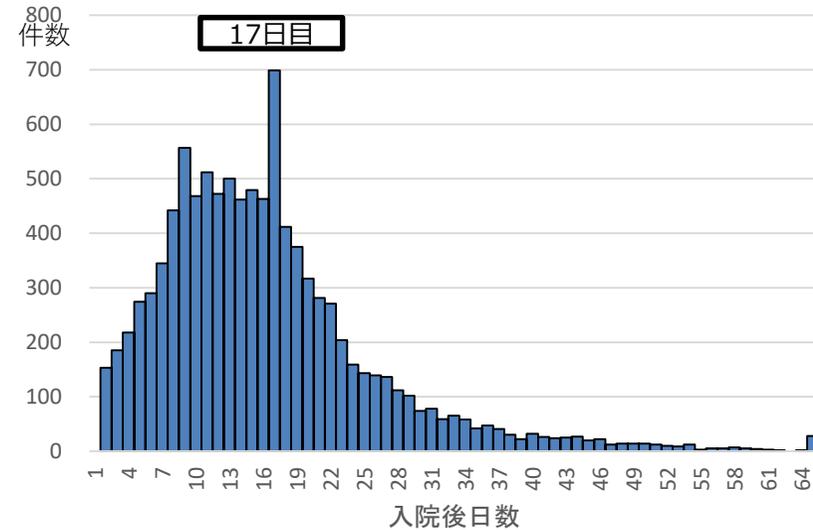
DPC対象病棟からの転棟について

○ 平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

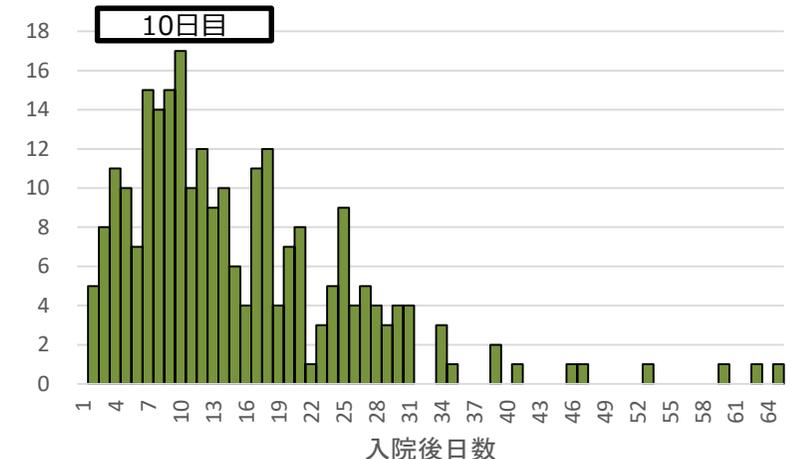
DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3 (160690xx99xxxx)



地域包括ケア病棟への転棟時期※3 (050050xx9900xx)



出典：令和2年DPCデータ

※1 Dファイルの医療機関別係数平均値を用いて算出

※2 急性期患者支援病床初期加算(14日間に限り、150点加算)

※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る課題（小括）

（1）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の概要について

- ・ 地域包括ケア病棟入院料については、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされ、平成26年度診療報酬改定において新設された。地域包括ケア病棟の届出医療機関数・病床数はともに、増加傾向にある。
- ・ 地域包括ケア病棟を届け出ている理由については、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

（2）地域包括ケア病棟の役割について

- ・ 令和2年10月の地域包括ケア病棟入院料2における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。病床規模で分けると、90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関において、救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。
- ・ 地域包括ケア病棟について、病棟毎に分析した場合の、患者の入棟元の構成割合は様々であった。自宅等からの入棟患者と自院の一般病棟からの入棟患者の割合の分布を見た場合に、例えば、自院の一般病棟から多数の患者を受け入れ、自宅等からの受入が少ない病棟が一定数存在した。さらに、自院又は他院の一般病棟からの転棟の内訳については、当該割合が高い病棟においては自院の一般病棟からの転棟割合が多くを占め、逆に、当該割合の低い病棟においては、他院の一般病棟からの転棟割合が多くを占めるという傾向にあった。

（3）患者の入棟元別の分析について

- ・ 地域包括ケア病棟の入院患者の状態に着目すると、入棟元によって患者の主傷病名に差が見られた。例えば、自宅等から入棟した患者では腰椎圧迫骨折の患者が最も多く、次いで肺炎や心不全が多かった。一般病棟から入棟した患者では大腿骨転子部骨折・大腿骨頸部骨折が多かった。
- ・ 平均在棟日数については、自宅等から入棟した患者は他の患者と比較して、平均在棟日数が短い傾向であった。
- ・ 一方で、入院の理由については、自院の一般病棟から入棟した患者は「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。
- ・ 患者の重症度、医療・看護必要度は、患者の入棟元毎で基準を満たす患者割合に差がみられ、その他から入棟した患者、自宅等から入棟した患者、一般病棟から入棟した患者の順に基準を満たす患者割合が高かった。同一の入棟元の患者について、必要度ⅠとⅡで比較すると、必要度Ⅰの方が、基準を満たす患者割合が高かった。
- ・ 患者の入棟元別の患者の状態は、「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「常時～毎日診察が必要」である患者の割合について「自宅等」及び「その他」から入棟した患者で高く、「一般病棟」から入棟した患者は低かった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者が、一般病棟から入棟した患者より高かった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る課題（小括）

（4）入棟元の構成割合別の分析について

・「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」にそれぞれ入院している患者の医療的な状態は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」である患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」である患者の割合が低かった。「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」と「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」それぞれに入院する患者の入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等は、「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」の方が、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」より高かった。

（5）病床種別の分析について

・療養病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合は、一般病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合と比較し、平均在棟日数が長かった。救急実施の割合について、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。

・医師による診察の頻度について、常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病棟の方が高かった。

・「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度について、「常時～毎日医師による診察が必要」である患者の割合は、一般病床の方が療養病床よりも高かった。

（6）入退院支援について

・地域包括ケア病棟入院料・管理料においては、入退院支援部門を置くことを求めているが、入退院支援加算1を届け出ている割合は約4割であった。

・地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている医療機関について、入退院支援加算1を届け出られない理由は、「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。

（7）自院のDPC対象病棟からの転棟について

・令和2年度改定においては、患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合、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こととした。

・自院のDPC対象病棟からの転棟時期について平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

回復期入院医療について

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1 質の高いリハビリテーションの提供について
 - 3-2 リハビリテーションを要する状態について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、新規届出を行う場合に届け出る入院料であるところ、実績指数が悪い・FIMの変化が小さいこと等から他の入院料を届け出られないまま何年も5又は6を引き続き届け出ているケースがあることを踏まえ、入院料5及び6の在り方については、対応を検討すべき。

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

再掲

【入院料1相当の実績】
 ・重症割合3割以上
 ・重症者の4点以上回復が3割以上
 ・自宅等退院 7割以上

【入院料3・4の実績】
 ・重症割合2割以上
 ・重症者の3点以上回復が3割以上
 ・自宅等退院 7割以上

【実績部分】
 リハビリテーション実績指数を用いる
 (1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

2,129点
実績指数 40
 入院料1相当の実績と体制
 【入院料1・2の体制】
 ・看護職員13対1
 ・社会福祉士1名
 ・PT3名、OT2名、ST1名

1,899点
実績指数 35
 入院料3・4の実績

1,736点
実績指数 30

1,678点
 入院料6

1,841点
 入院料3・4の実績

1,899点
 入院料3
実績指数 35

2,066点
 入院料1相当の実績と体制

2,129点
 入院料1
実績指数 40

【基本部分】
 ・看護職員配置 15対1
 ・PT2名、OT1名

2065点
充実加算 40点
 (基本部分) 看護職員 13対1
 PT3名 OT2名 ST1名 SW1名

1851点
充実加算 40点
 (基本部分) 看護職員 15対1
 PT2名 OT1名

1697点
充実加算 40点
 (基本部分) 看護職員 15対1
 PT2名 OT1名

入院料3 入院料2 入院料1 入院料6 入院料5 入院料4 入院料3 入院料2 入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

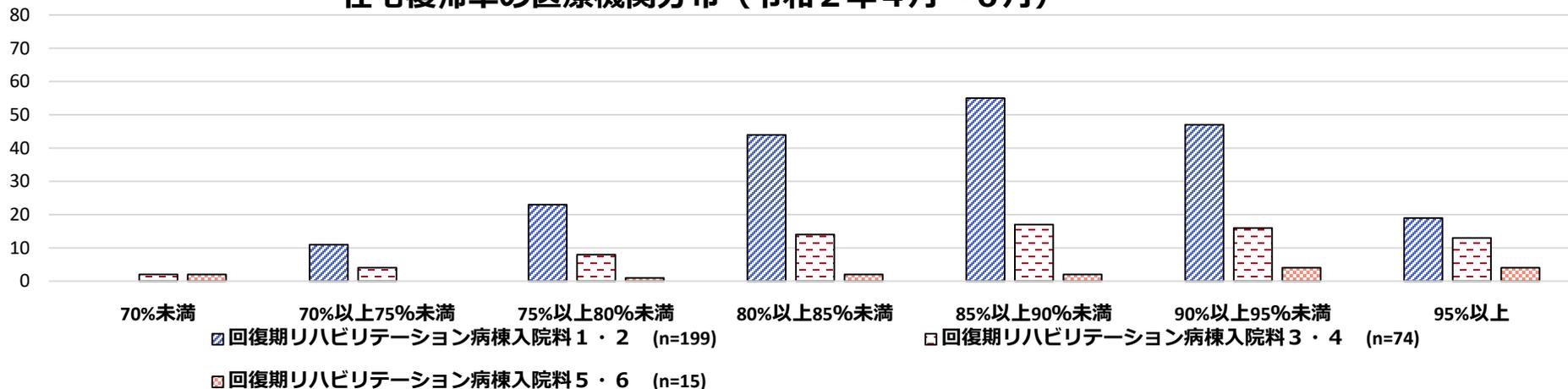
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合	7割以上					-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

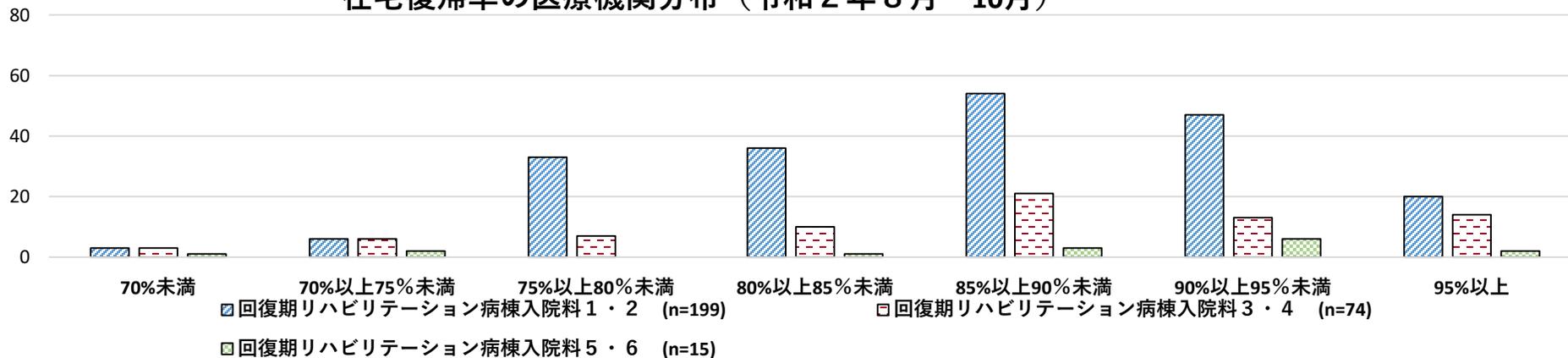
*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、在宅復帰率は以下のとおりであった。

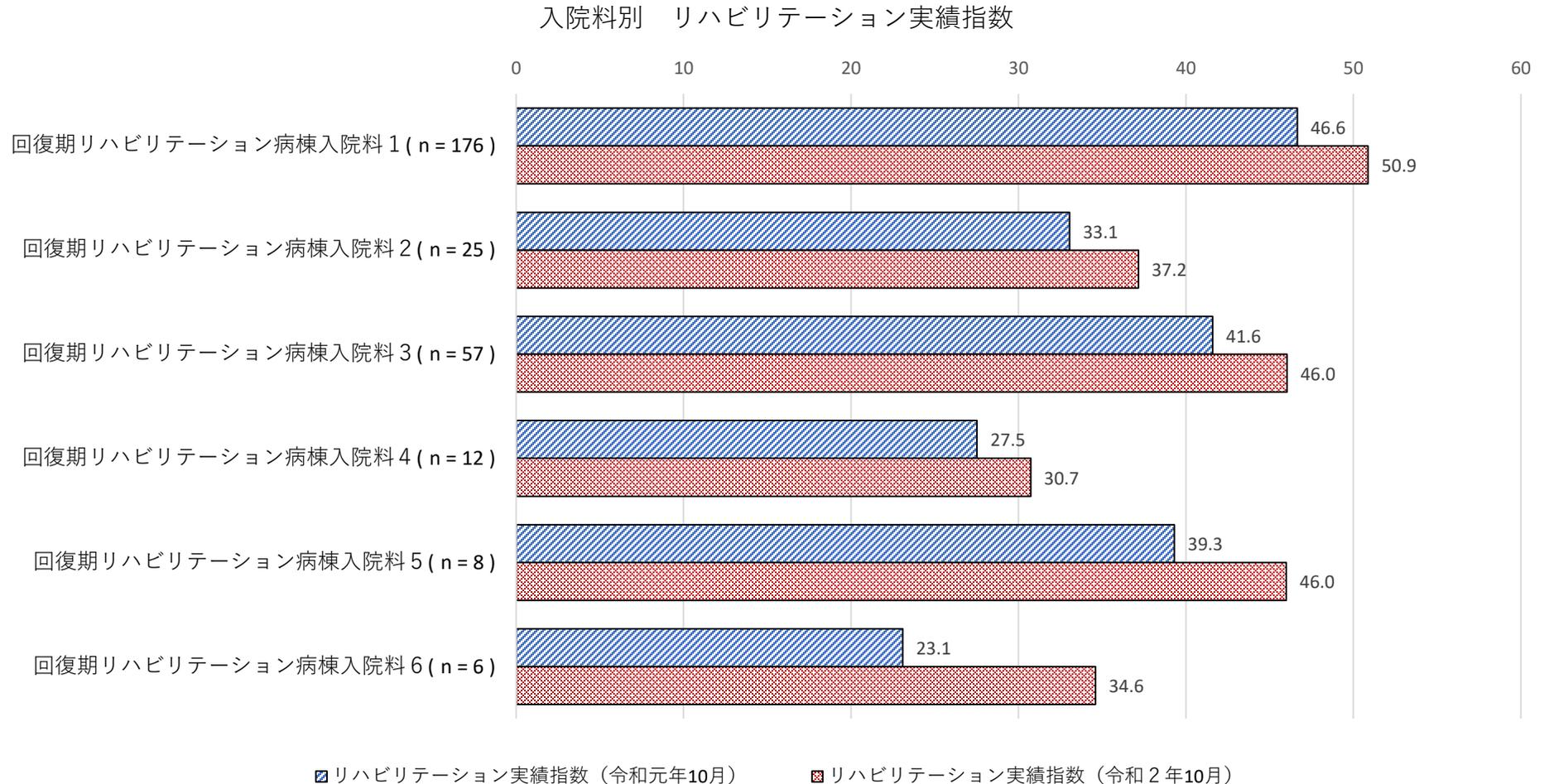
在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



- 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。



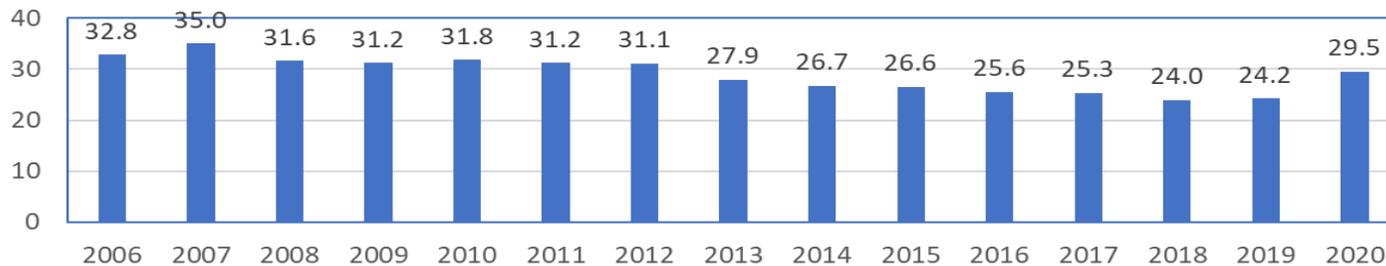
入棟時FIM等の年次推移について

○ 入棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおりであった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。

入棟時FIM及びFIMの変化



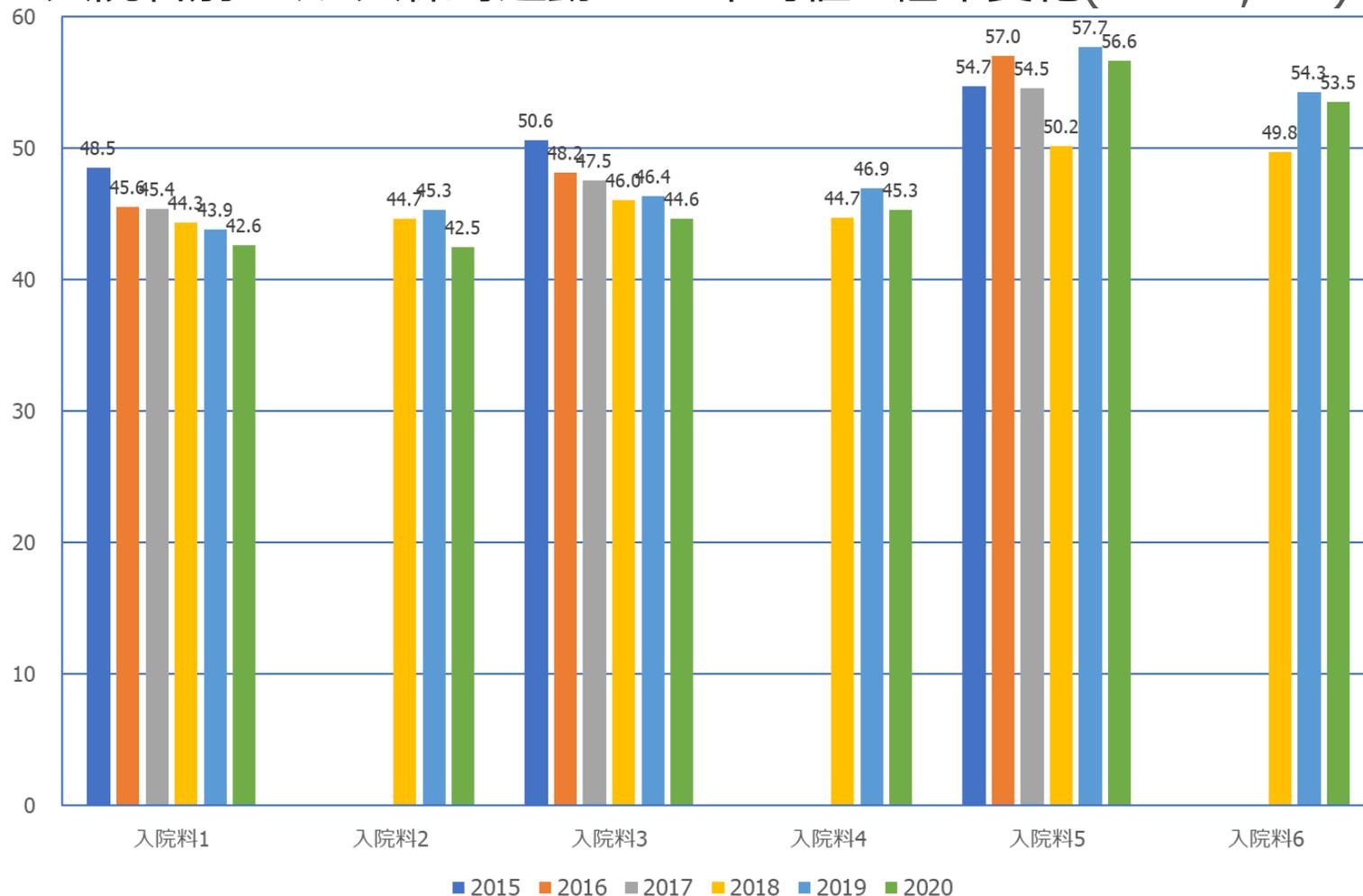
発症から入棟までの日数



入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の年次推移

○ 入院料毎に入棟時運動FIMの平均値を2015年～2020年で比較したところ、入院料1及び入院料3においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば2019年と2020年で比較すると、入院料2、3、4、6で低下する傾向にあった。

入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の経年変化(n=202,145)



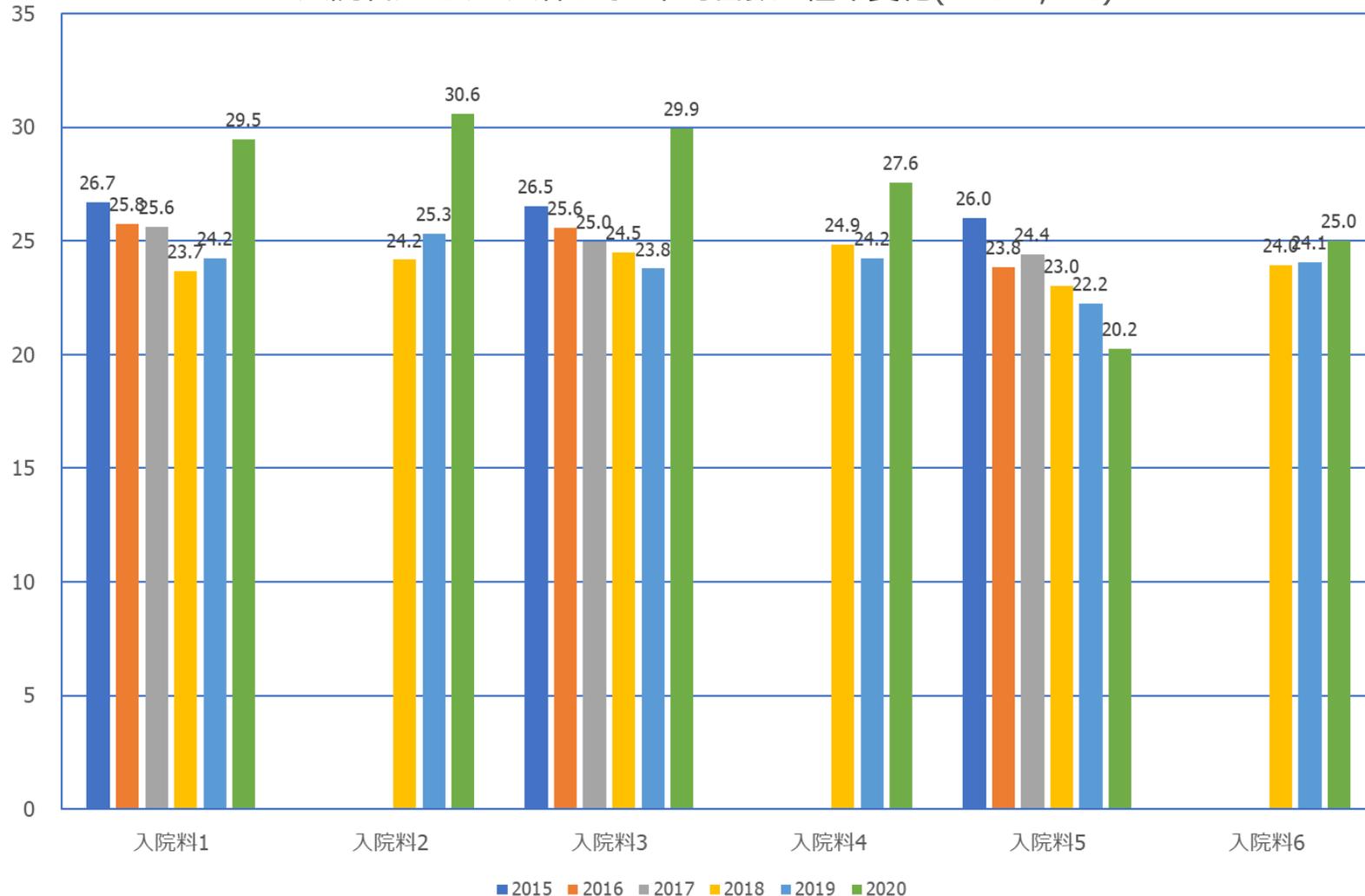
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料3」として、「2017年以前の入院料3」は「2017年以前の入院料5」として分析。

入院料別にみた入棟まで日数の年次推移

○ 入院料毎に入棟までの日数を2015年～2020年で比較したところ、入院料1, 2, 3, 4においては、2015年から2019年にかけて低下傾向であったが、2020年に増加傾向であった。一方、入院料5においては2015年から2019年にかけて一貫して低下する傾向であった。

入院料別にみた入棟までの平均日数の経年変化(n=198,831)



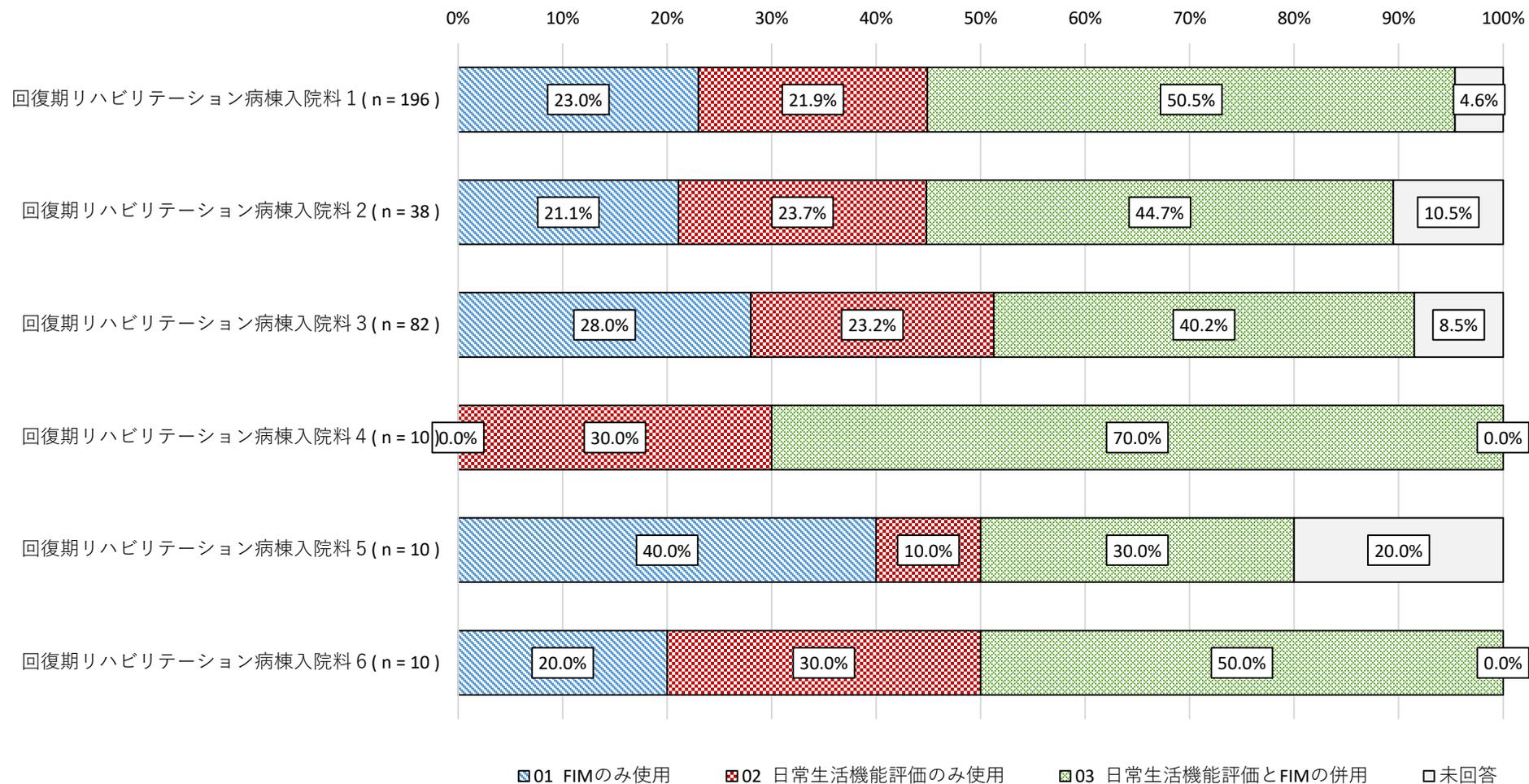
2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料3」として、「2017年以前の入院料3」は「2017年以前の入院料5」として分析。

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供(2020年実態調査)

FIM及び日常生活機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価については以下のとおりであり、日常生活機能評価とFIMを併用している医療機関が多かった。

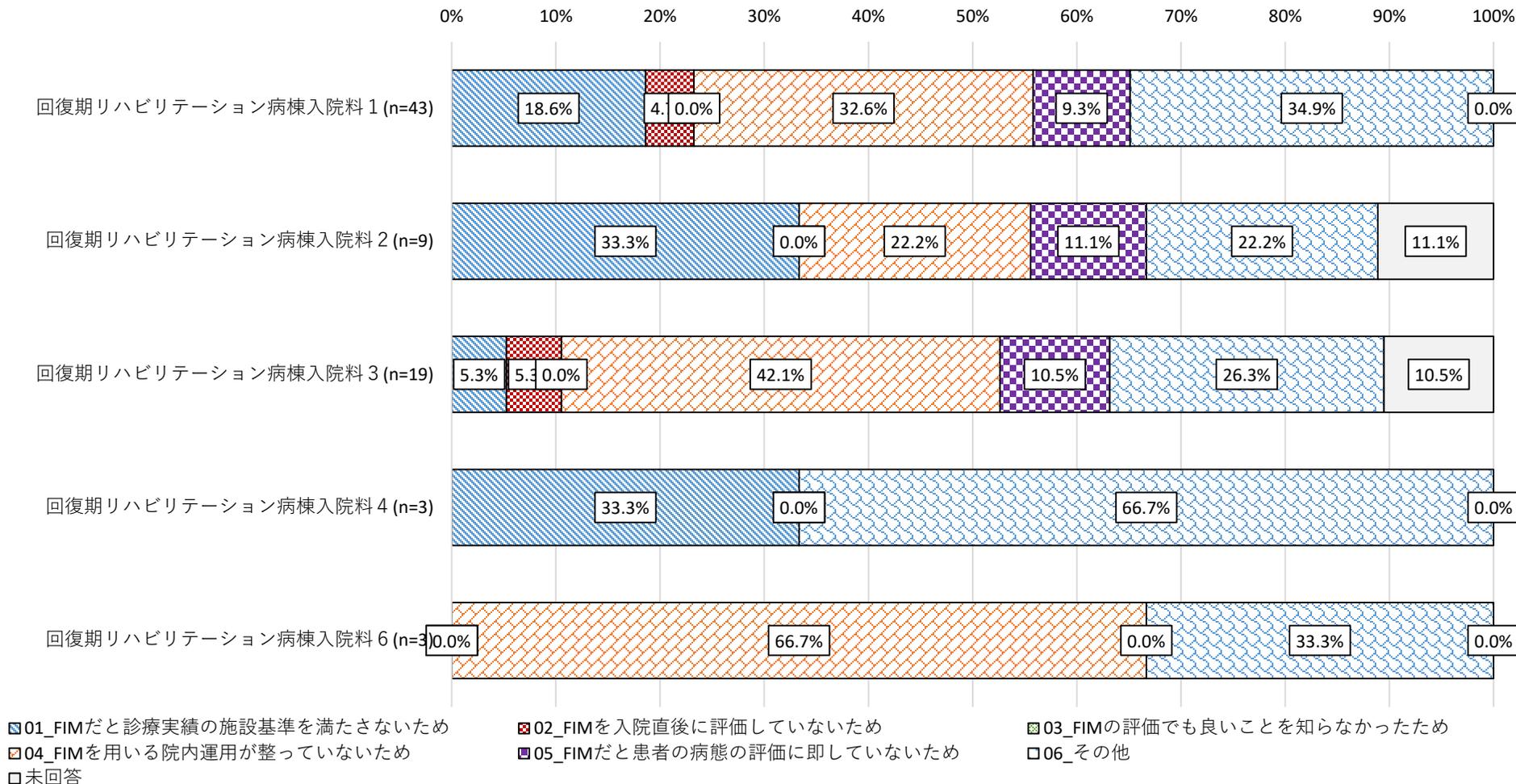
回復期リハビリテーション病棟入院料における入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する状況
(令和3年5月1か月)



FIM及び日常生活機能評価について

○ 「日常生活機能評価のみを使用」している理由は以下のとおりであり、「FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため」や「FIMを用いる院内運用が整っていないため」が多かった。

「日常生活機能評価のみ使用」を選択した場合 その理由（最も該当するもの）



病院機能評価について

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

病院機能評価本体審査機能種別の設定

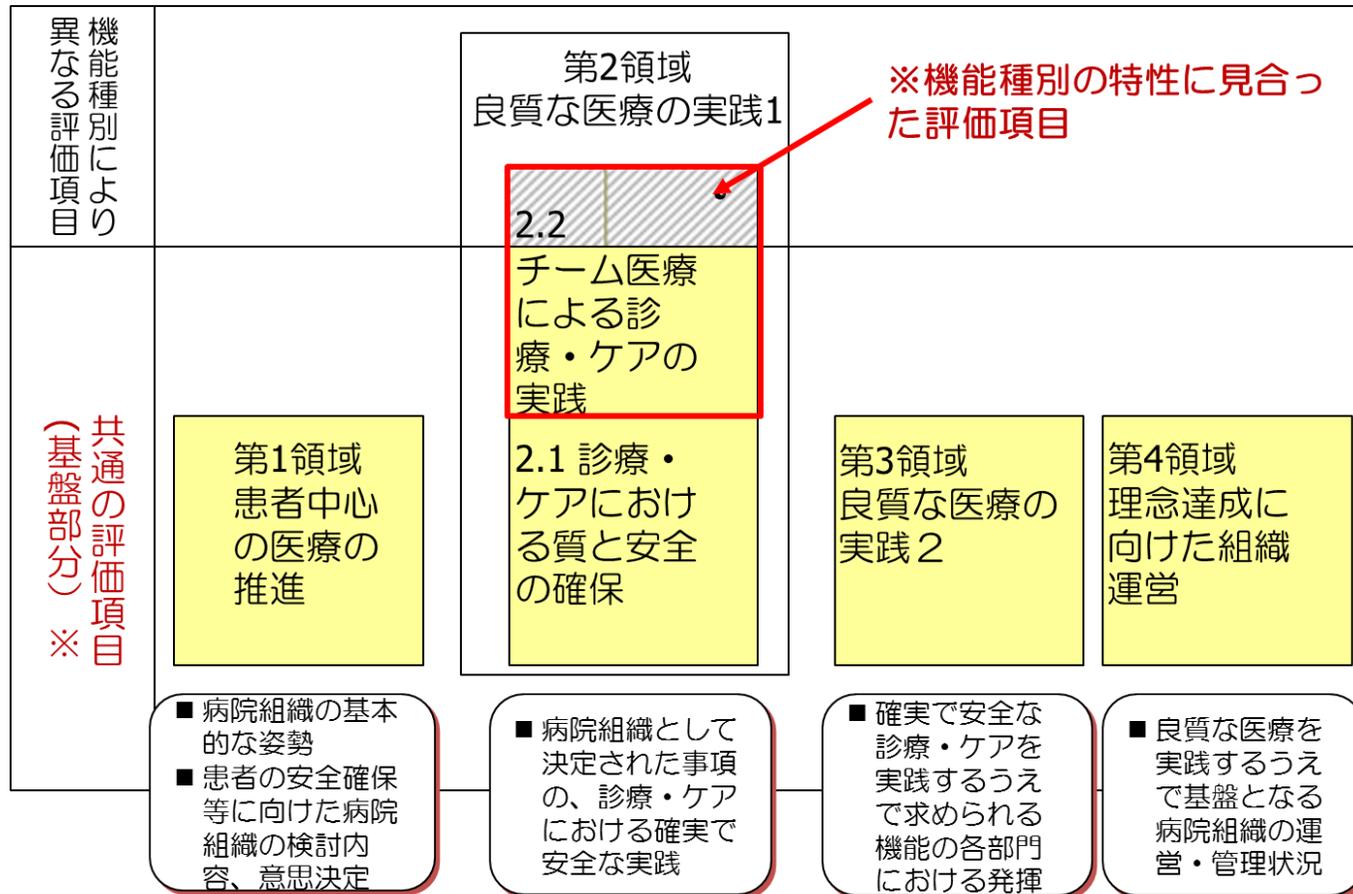
(機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.0) H24年4月より運用開始

機能種別名	種別の説明
一般病院1	■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
リハビリテーション病院	■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	■ 主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院(H26年4月~)

病院機能評価について

- 評価項目体制は以下のとおりであり、共通の評価項目と、機能種別により異なる評価項目が設けられている。

本体審査の評価項目体系

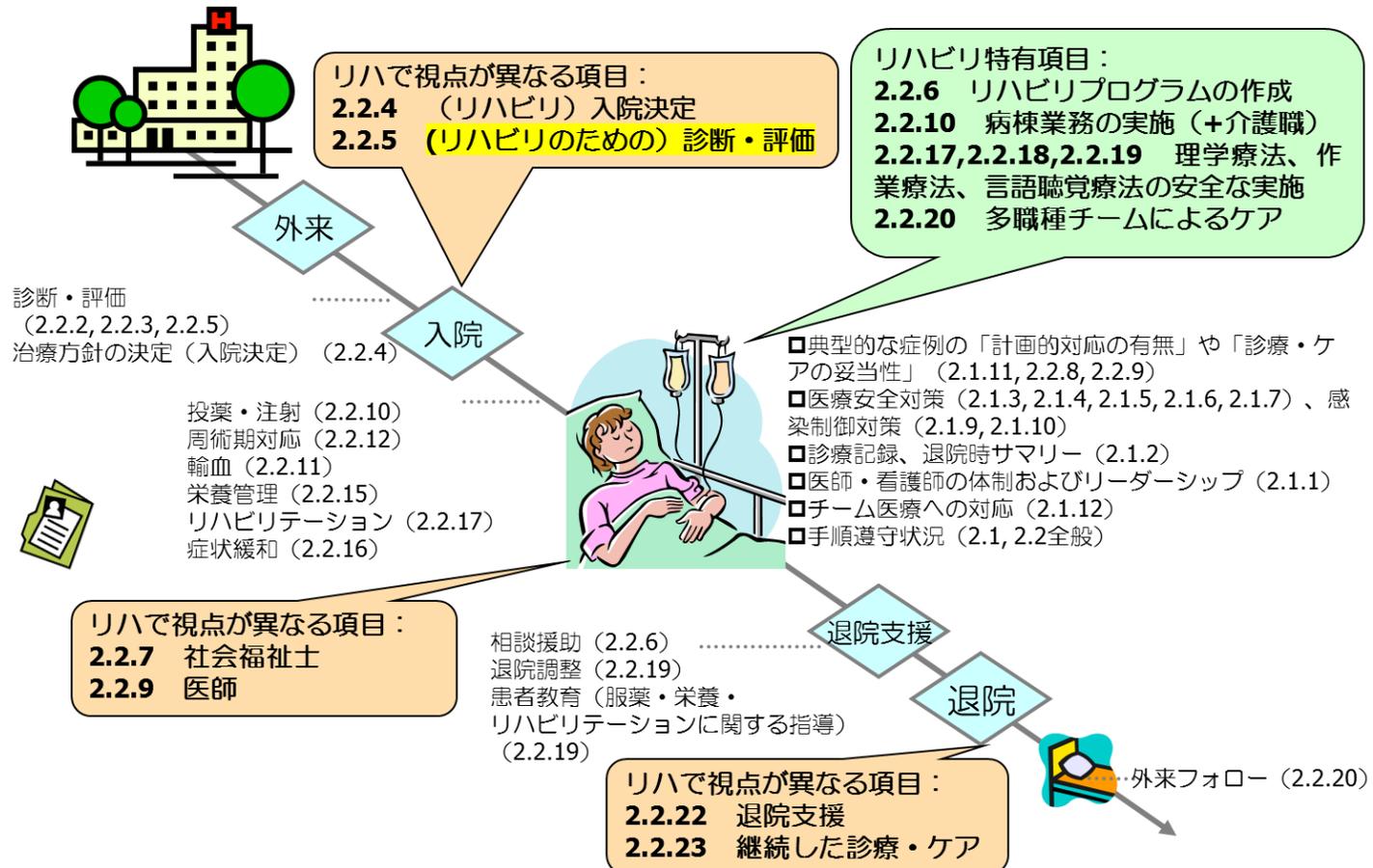


病院機能評価について

- 以下に、特にリハビリテーション病院の特性に見合った評価項目を示す。具体的には、「リハビリプログラムの作成」、「理学療法等の安全な実施」等がある。

機能種別リハ病院における2.2ケアプロセス調査の評価項目

(サーベイヤーが実際のカルテ等を確認しながら症例をトレースする)



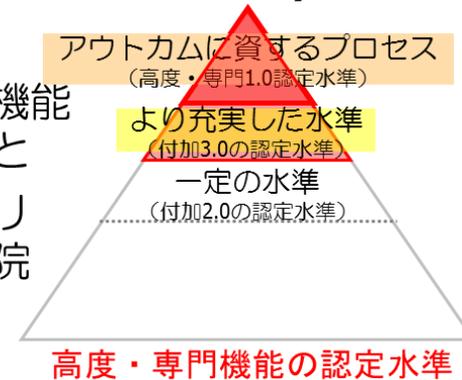
評価項目 (2.X.X) . . . 一般病院2に基づく

病院機能評価について

- 本体審査において、リハビリテーション病院を受審している場合において、高度・専門機能の認定が行われており、その要件は以下のとおり。

付加機能から高度・専門機能へ(2019.10月～)

- ✓ 受審前提：本体審査で主たる機能種別ないしは副機能で「リハビリテーション病院」を受審していること
- ✓ 受審要件：地域において高い水準の回復期リハビリテーション機能を担い、下表のすべてを満たす病院



	高度・専門機能V1.0	比較 (付加機能V3.0)
本体機能	主たる機能種別または副機能にて「リハ病院」を受審していること。	主たる機能種別または副機能にて「リハ病院」を受審していること。
リハ提供体制	リハを継続的に行うための適切な体制が整っていること。(受審申込時点での診療報酬(回復期リハ病棟入院料)の上位区分で規定される施設基準を参考とする) リハ病棟におけるリハ提供単位数が1日当たり平均6単位以上であること。	休日リハ加算(365日リハの実施)を取得していること。
リハ科専門医	常勤のリハ科専門医が回復期リハビリテーション病棟において、主治医または担当医として従事していること。	常勤のリハ科専門医を配置していること。

病院機能評価について

- 高度・専門機能の評価項目は以下のとおり。

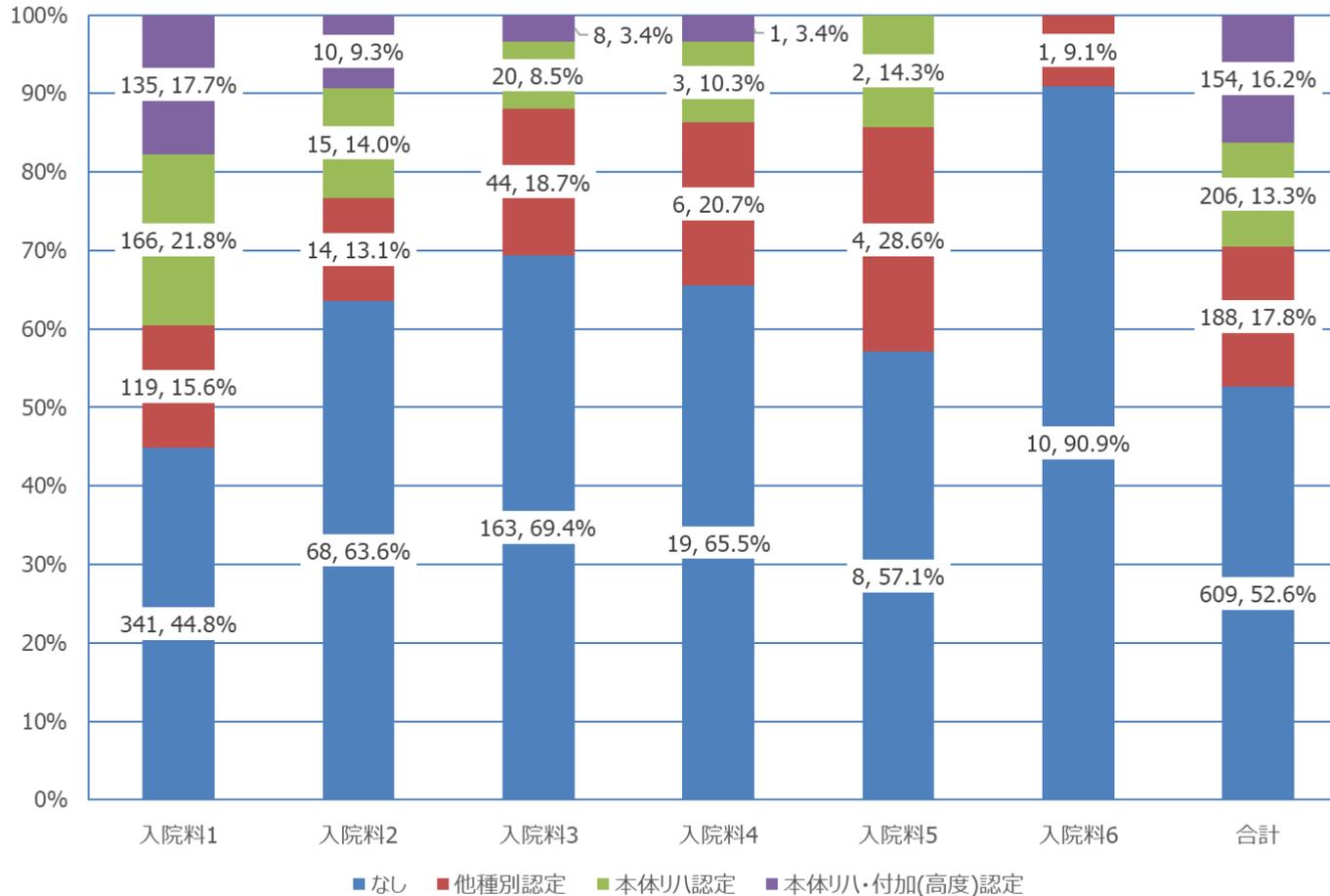
高度・専門機能の評価項目の構成 中項目48→42項目に (各療法士の評価を統合)

	概要	主な評価方法
第1領域 良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営	より充実した水準の回復期リハビリテーションを提供するうえで求められる <u>回復期リハビリテーション病棟の組織運営</u> について評価します。	<input type="checkbox"/> 書類確認 <input type="checkbox"/> 面接調査 <input type="checkbox"/> 部署訪問 <input type="checkbox"/> カルテレビュー
第2領域 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性	より充実した水準の回復期リハビリテーションを提供するうえで <u>中心となる職員(職種)の専門性が発揮されている</u> ことを評価します。	<input type="checkbox"/> ケアプロセス調査 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> カルテレビュー
第3領域 チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践	高度な専門性を発揮できる <u>チーム(医療)が一体となって、より充実した水準の回復期リハビリテーション・ケアを実践している</u> ことを評価します。	<input type="checkbox"/> ケアプロセス調査 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> カルテレビュー

病院機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院料別の病院機能評価認定の状況は以下のとおりであり、約半数の病棟が認定を受けていた。

入院料別の病院機能評価認定状況(1,157病棟)

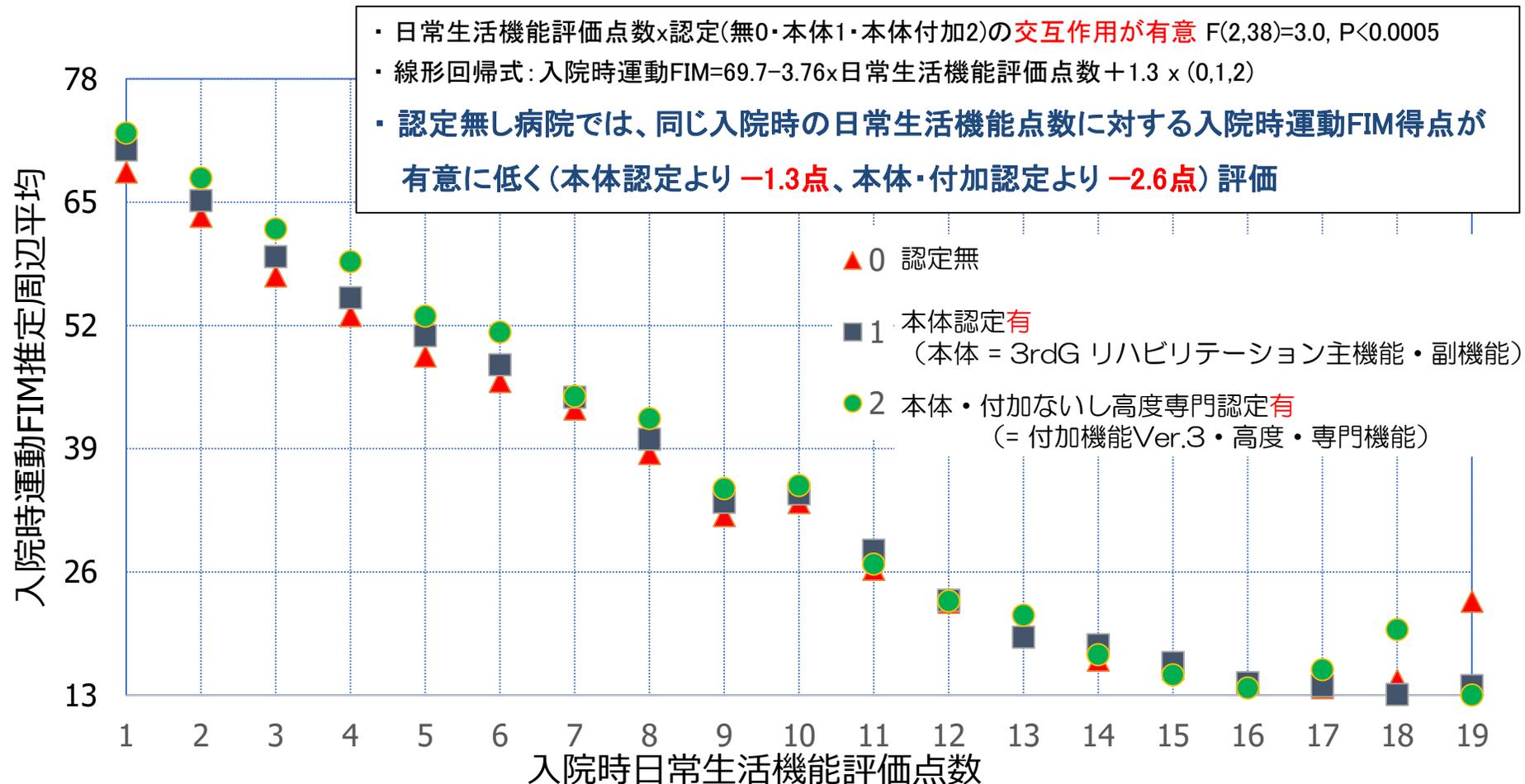


本体リハ認定は主機能ないしは副機能で機能種別リハ病院のカテゴリで認定、他種別は本体で他の病院カテゴリで認定、付加機能は2019年度より高度・専門機能と改称

一般社団法人
回復期リハビリテーション病棟協会より提供

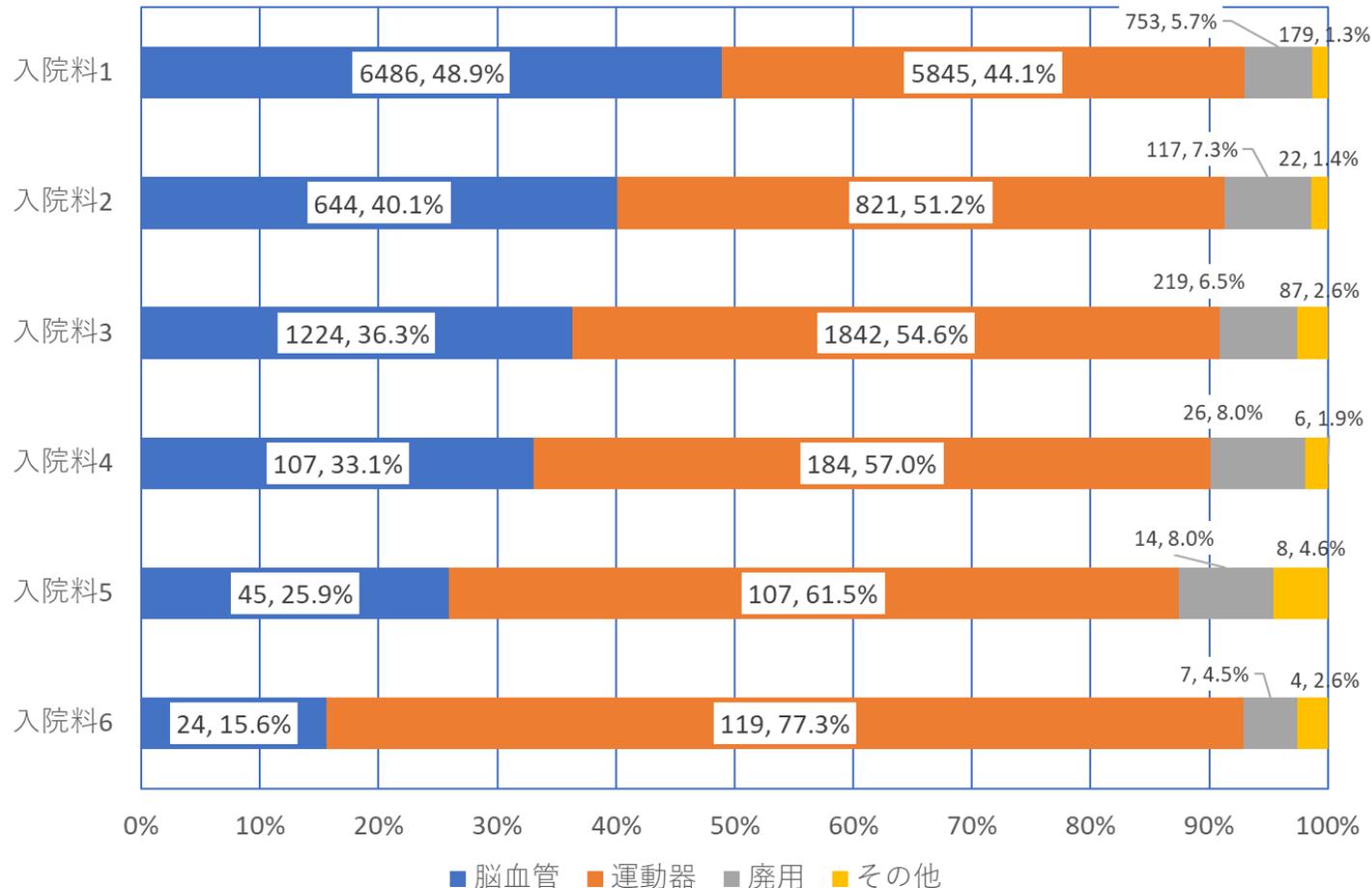
第三者評価

- 入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
- 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが低い傾向にあった。



入院料別の原因疾患について

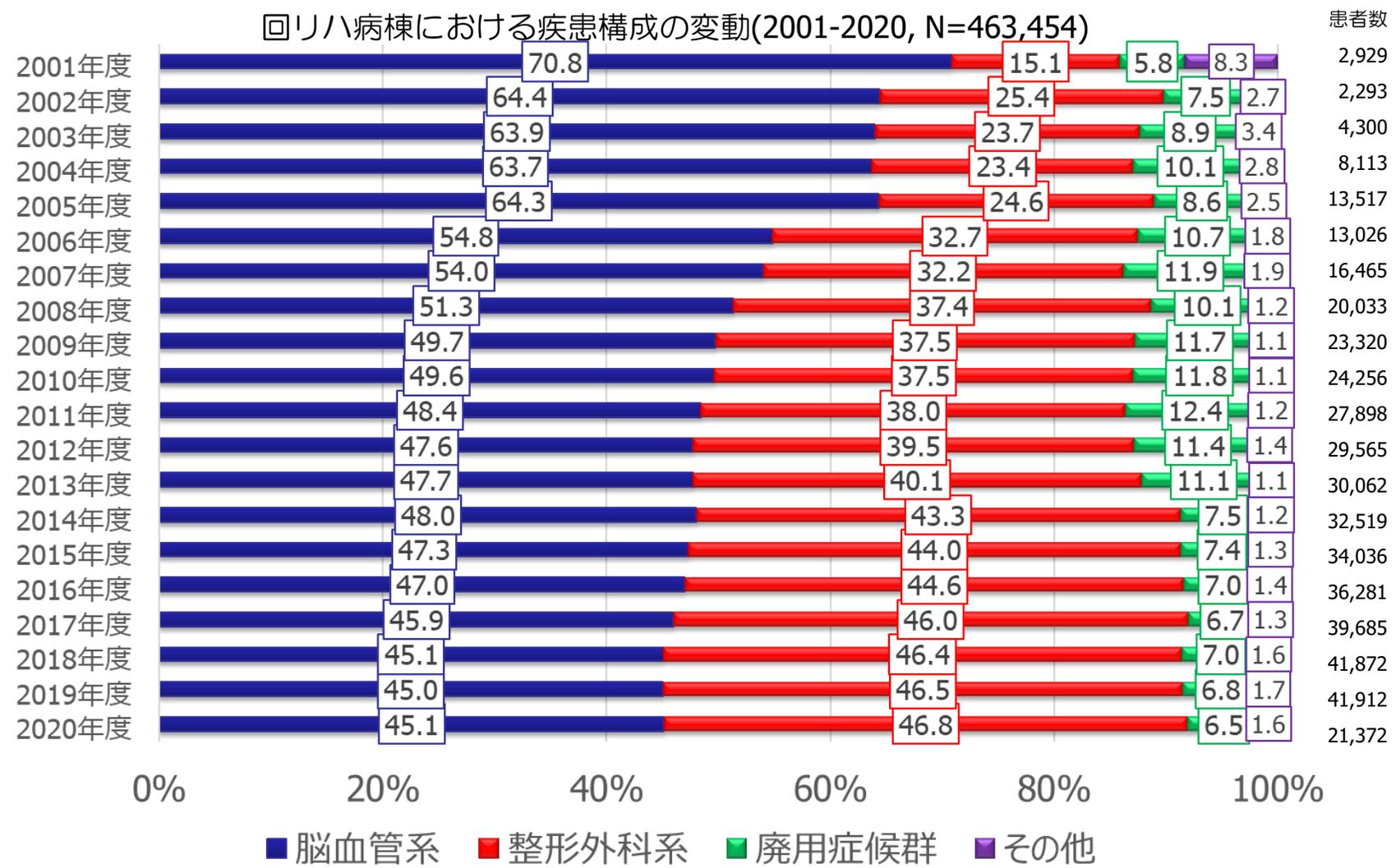
- 各入院料毎の患者の原因疾患は以下のとおりであった。
- 入院料1では脳血管系疾患が最も多く、入院料6では運動器系疾患が最も多かった。



脳血管：「脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態」
 運動器：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
 廃用：「外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態」
 その他：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態」

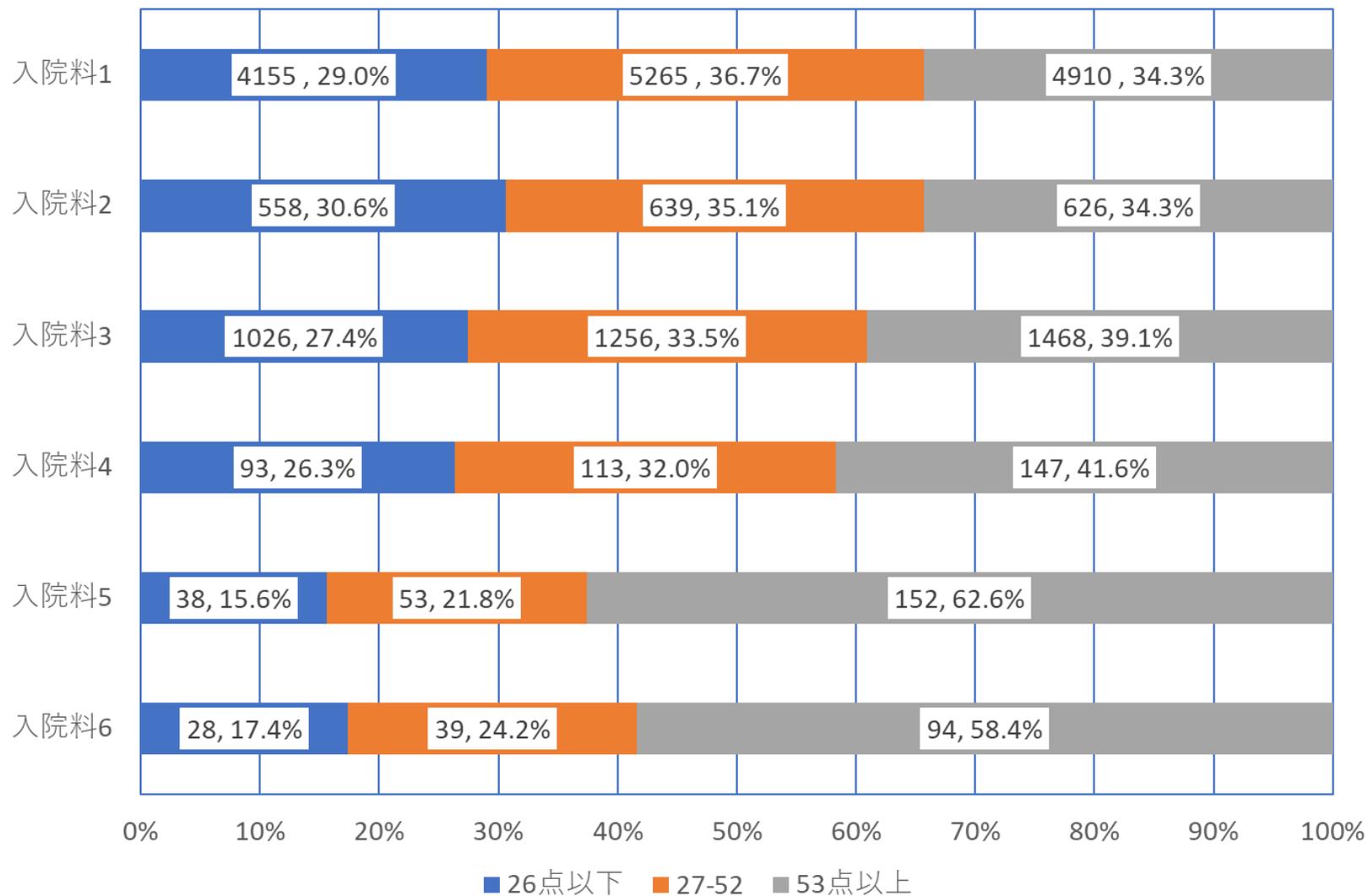
原因疾患の年次推移

○ 回復期リハビリテーション病棟における入院患者の疾患・状態の割合の年次推移は以下のとおりであり、経年的に脳血管疾患の割合が低下し整形外科疾患の割合が増加している。



入院料別の重症度（入院時運動FIM）について

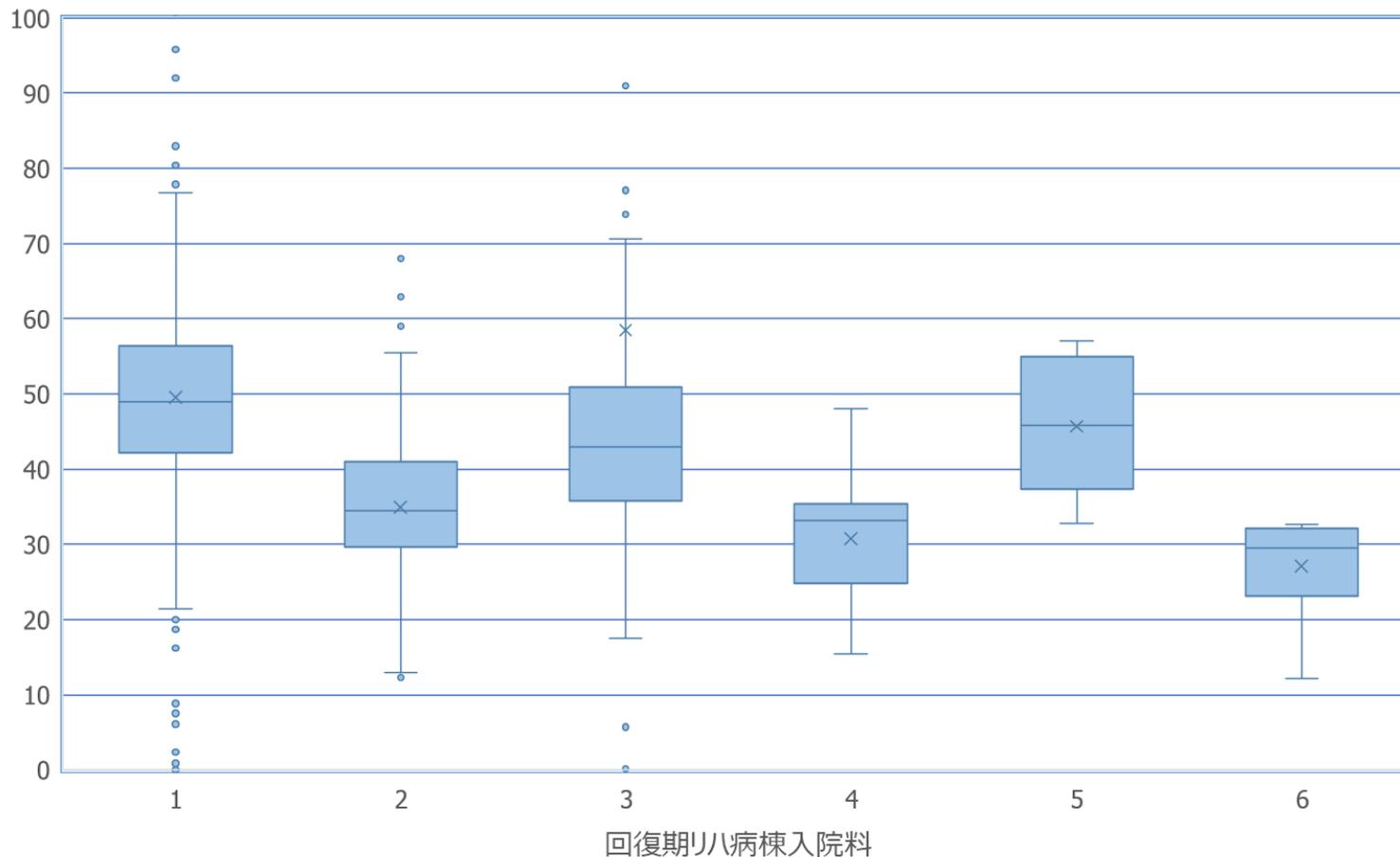
○ 入院料別の入院時運動FIMは以下のとおりであり、入院料1～4と5・6を比較すると、5・6のほうが入院時運動FIMは高い傾向であった。



入院料毎の実績指数の分布

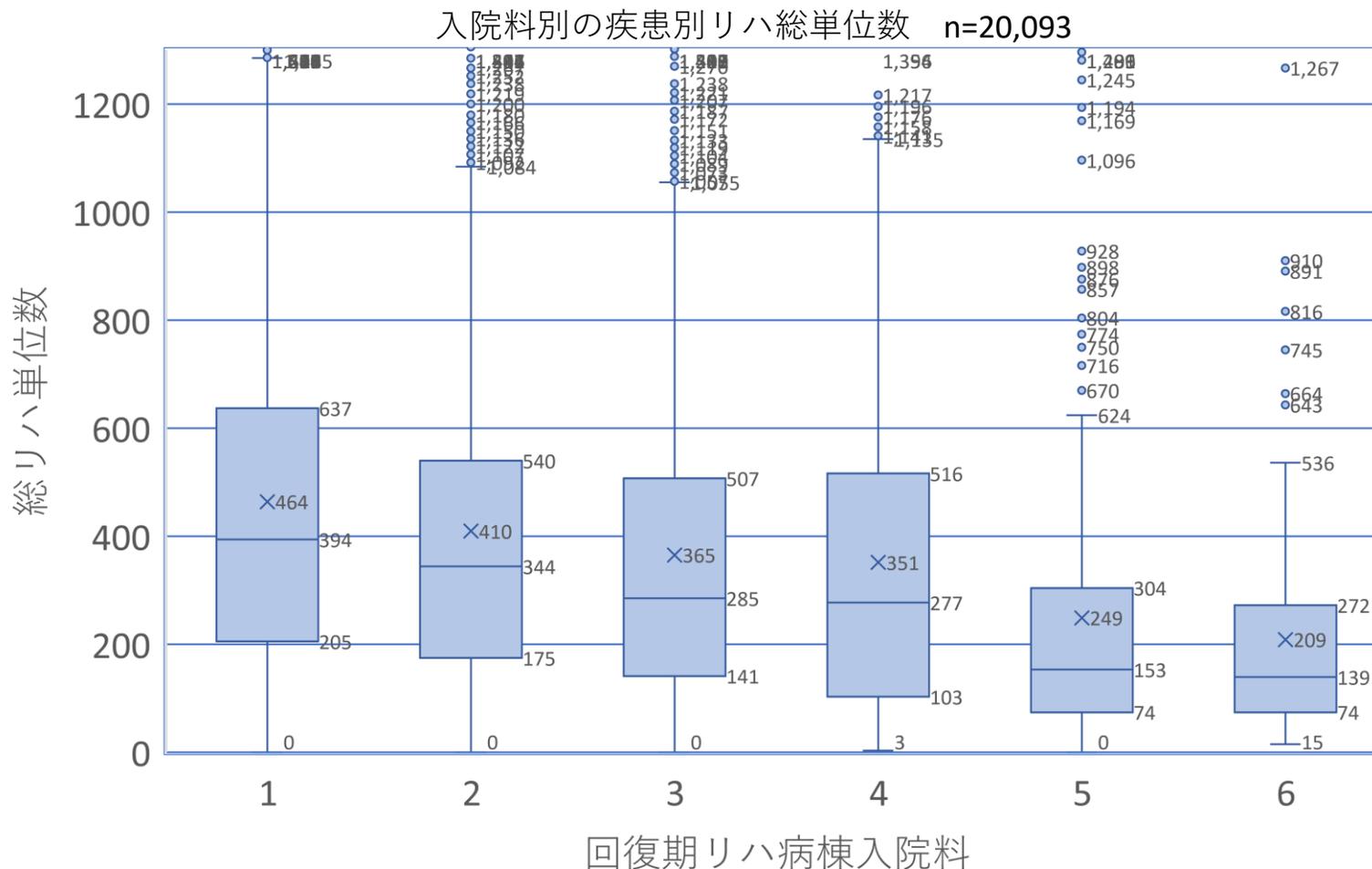
○ 入院料毎の実績指数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。

入院料別の実績指数（1カ月に退院10例以上の995病棟）



入院料毎の疾患別リハビリテーション総単位数

○ 入院料毎の疾患別リハビリテーションの、入院中の総単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下していく傾向であった。

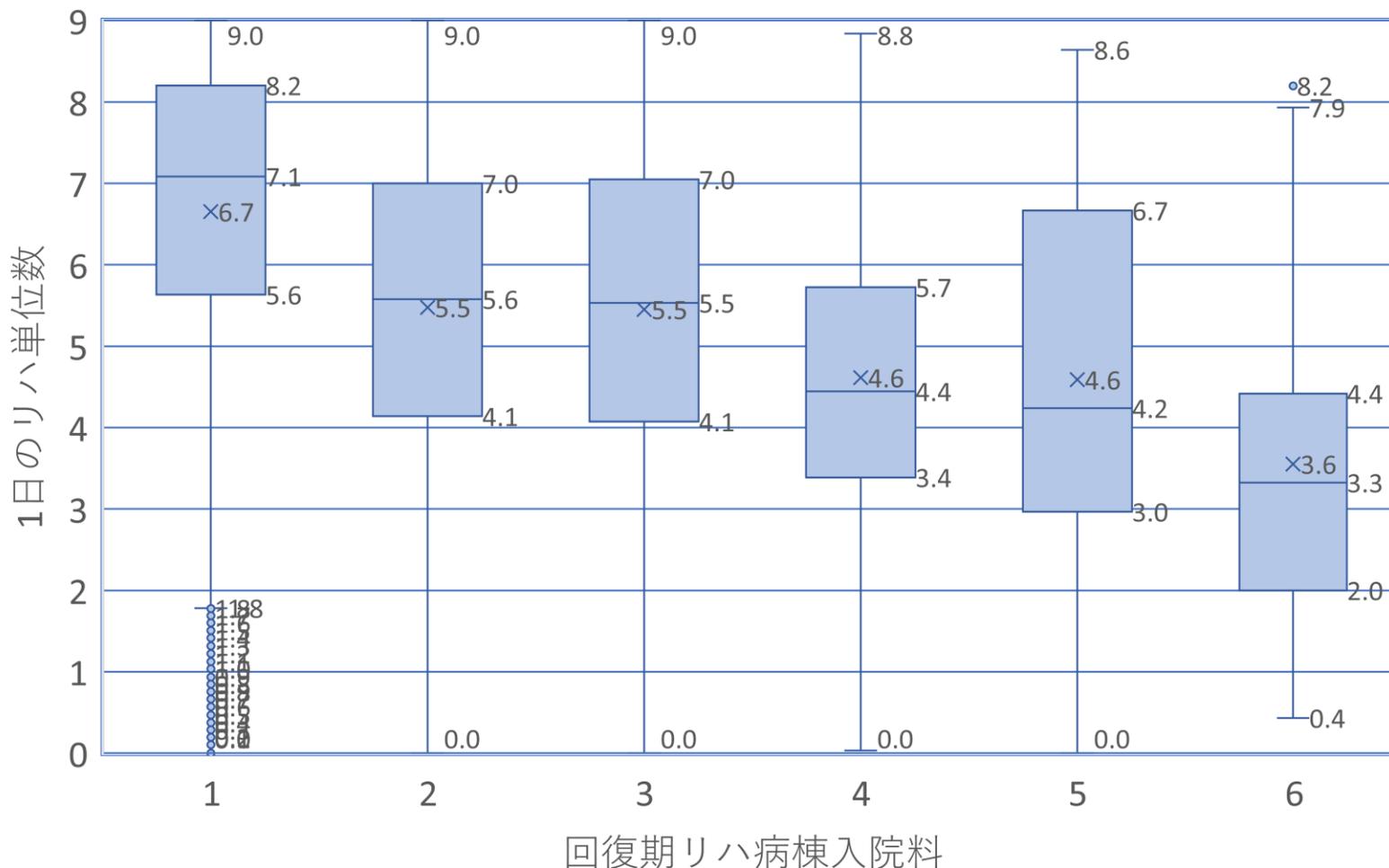


入院料毎の疾患別リハビリテーション単位数（1日当たり）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料毎の1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。

入院料別の1日当たりの疾患別リハ単位数 n=19,430

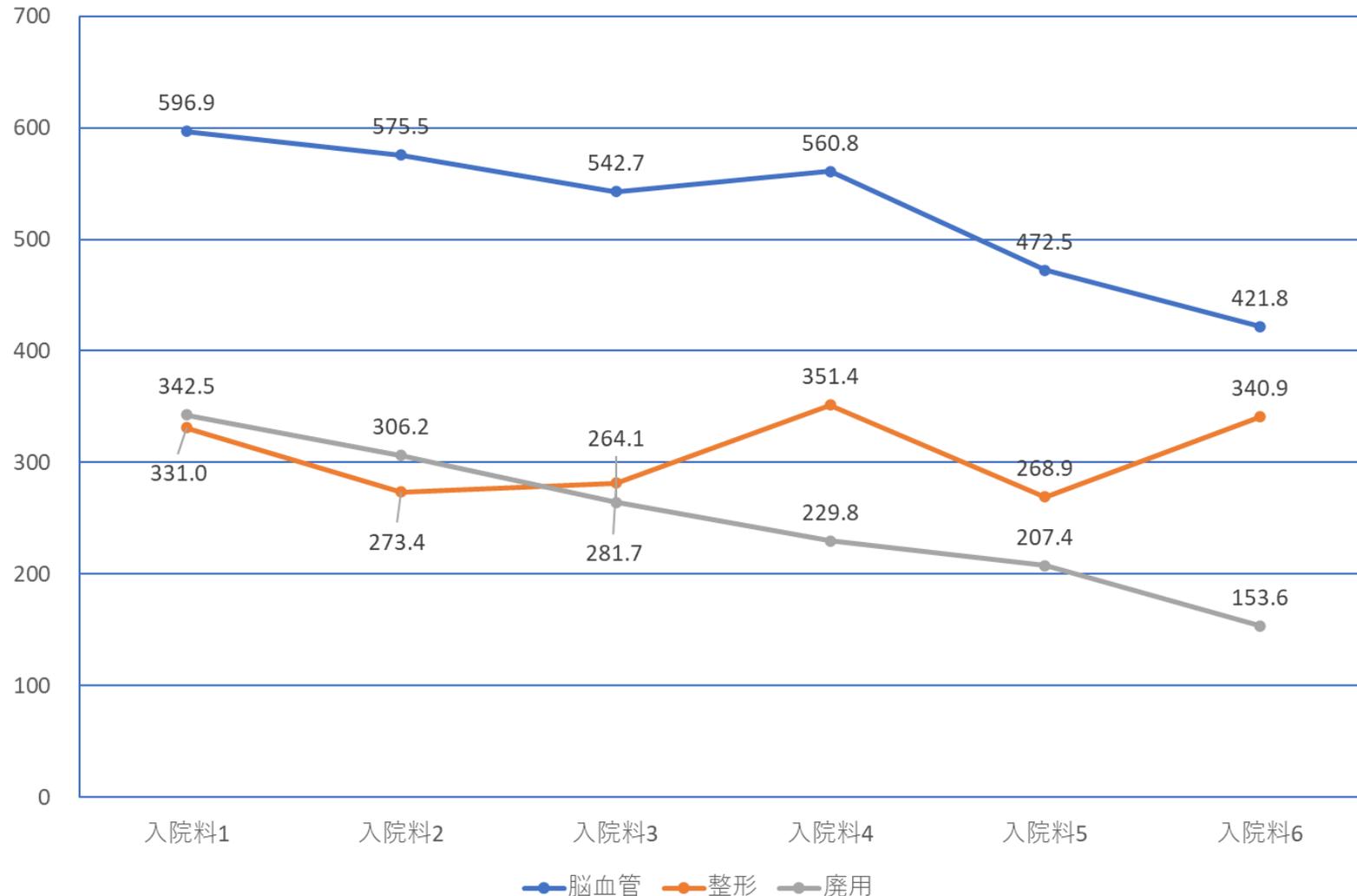


患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数は以下のとおりであり、脳血管疾患及び廃用症候群については、総単位数が入院料1から入院料6にかけて低下する傾向であった。一方、整形については各入院料でばらついていた。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

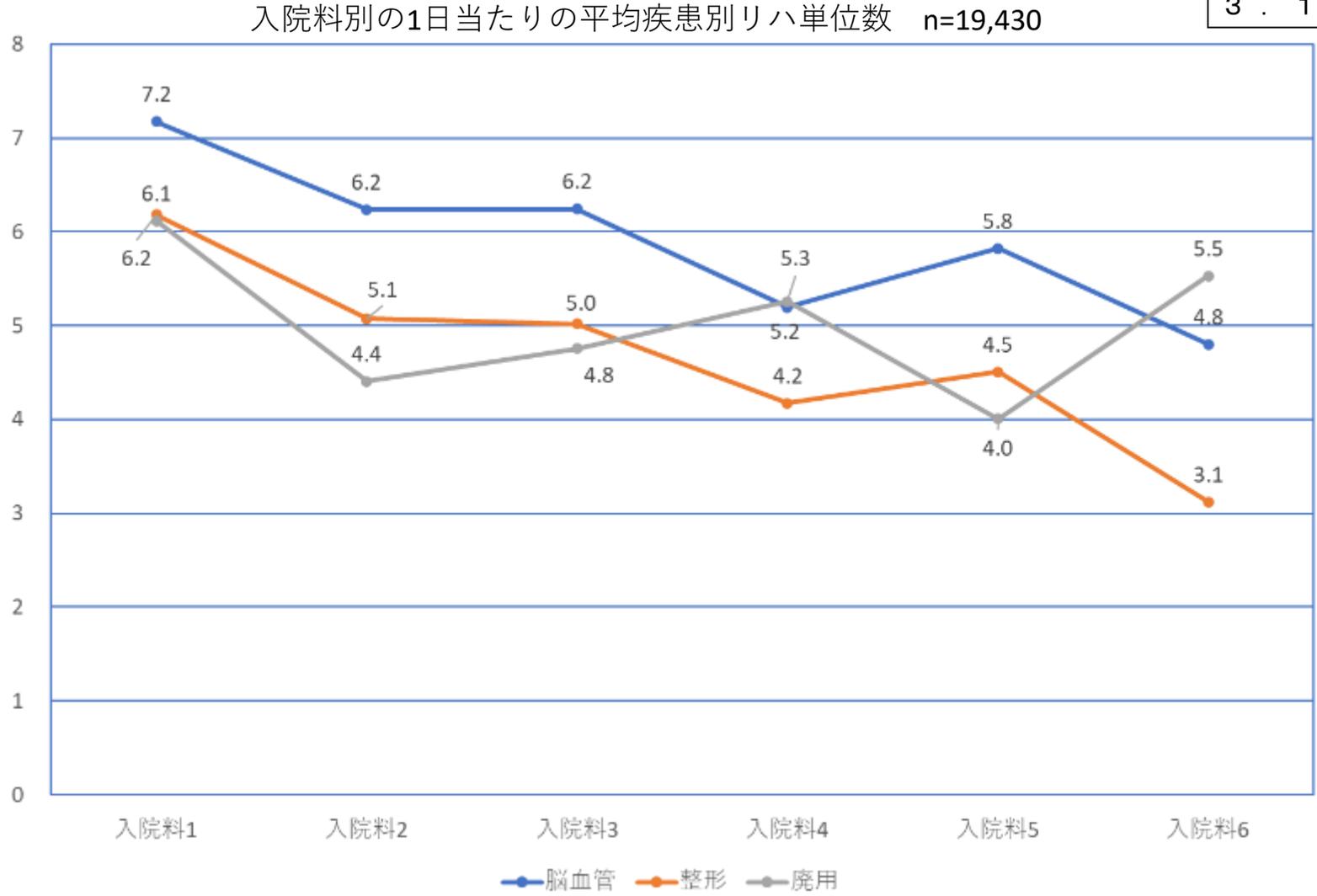
入院料別の平均疾患別リハ総単位数 n=20,093



患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数（1日当たり）

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数(1日当たり)は以下のとおりであり、脳血管疾患及び整形疾患については単位数が入院料1から6にかけて低下する傾向であった。

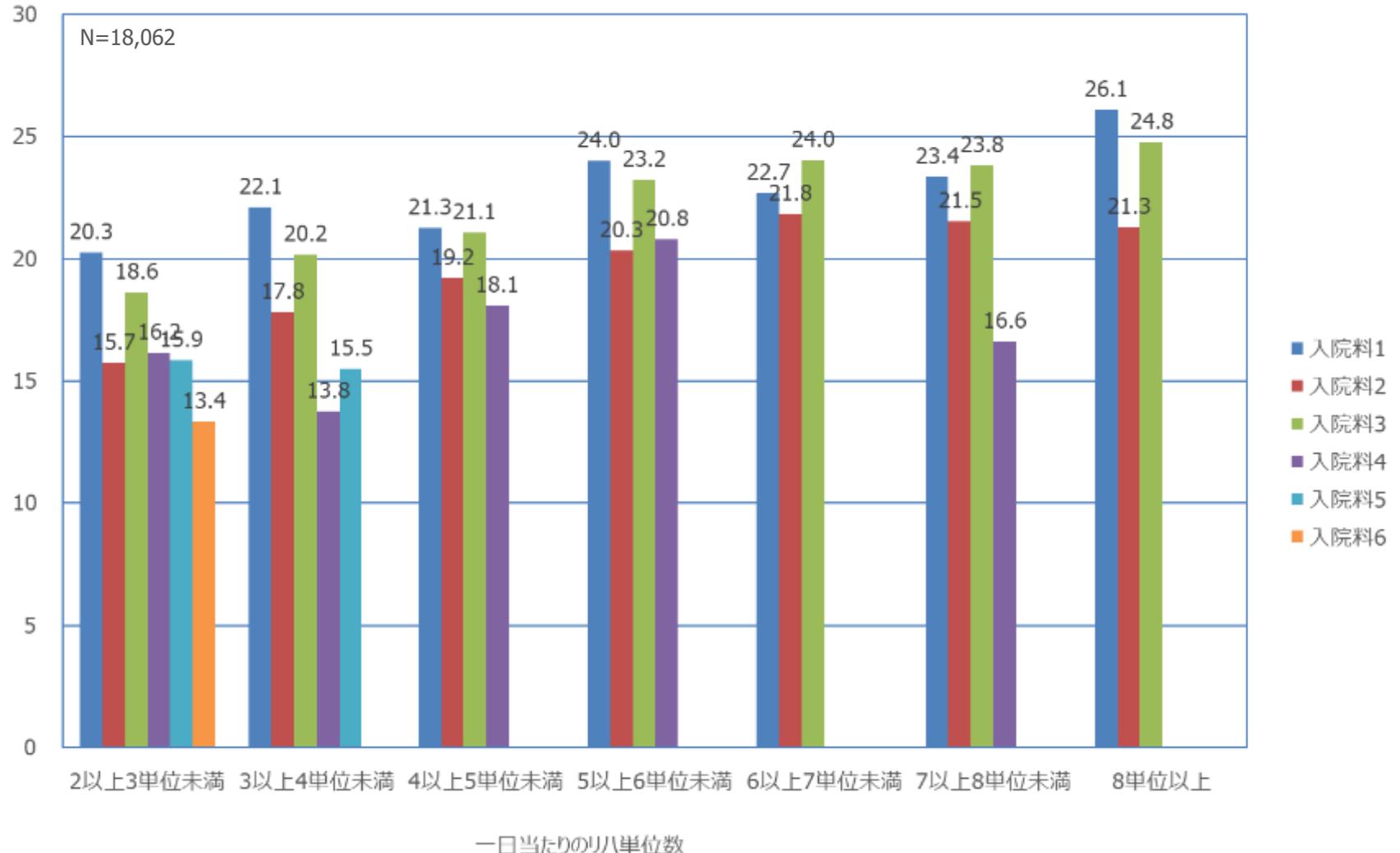
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7



1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

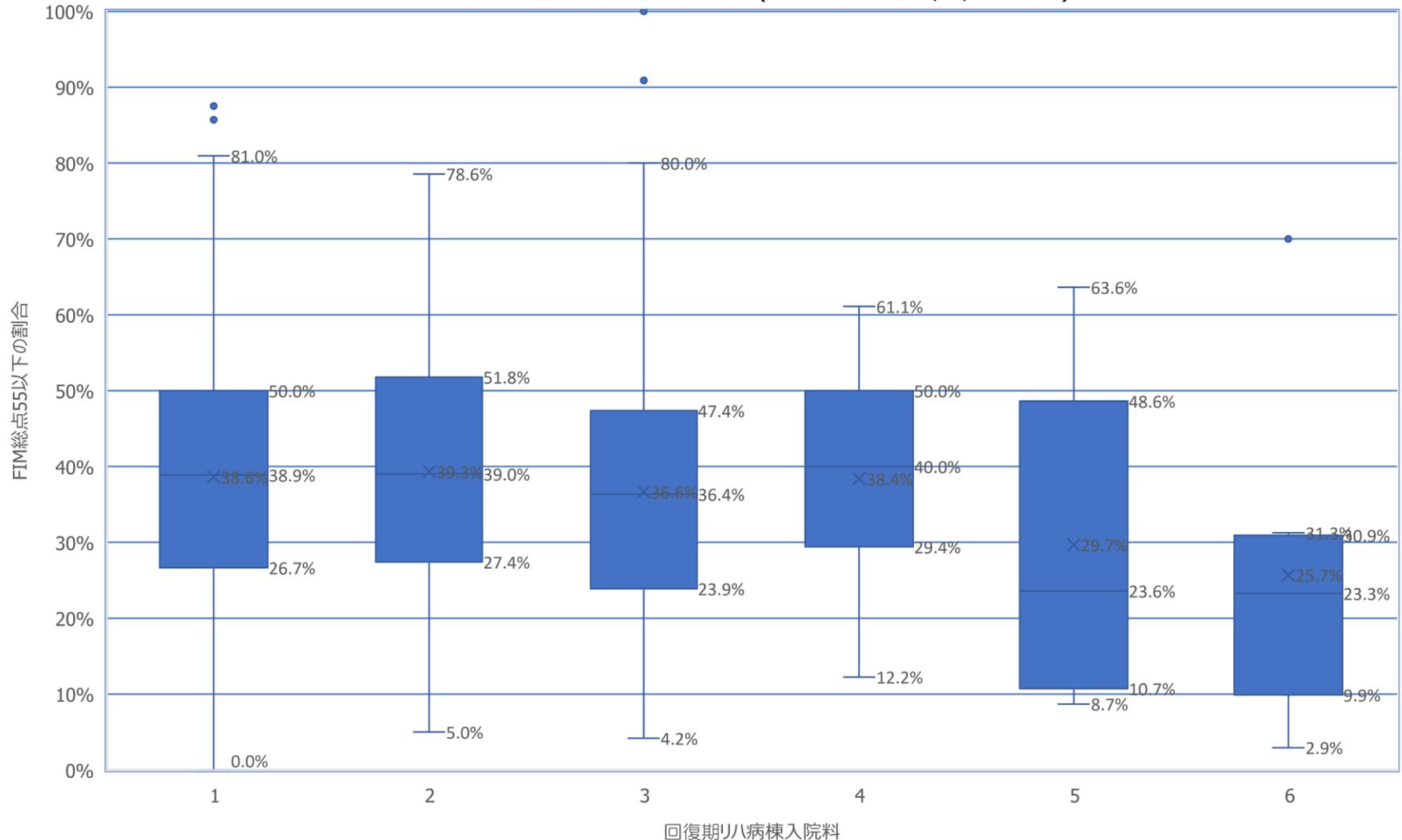
○ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化(退棟時運動FIM-入院時運動FIM)について分析した。例として1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者についてみると、入院料1が最も変化が大きく、入院料6が小さい結果であった。



重症者の割合について

- 入院料毎に、重症者(FIM55点以下の患者)の割合を比較した。
- 入院料1から入院料4では大きな差はない一方、入院料5及び6は割合が低かった。

入院料別重症患者割合の分布(入院時FIM総点, 1,149病棟)



病棟数 768

108

回復期リハビリ入院料

225

28

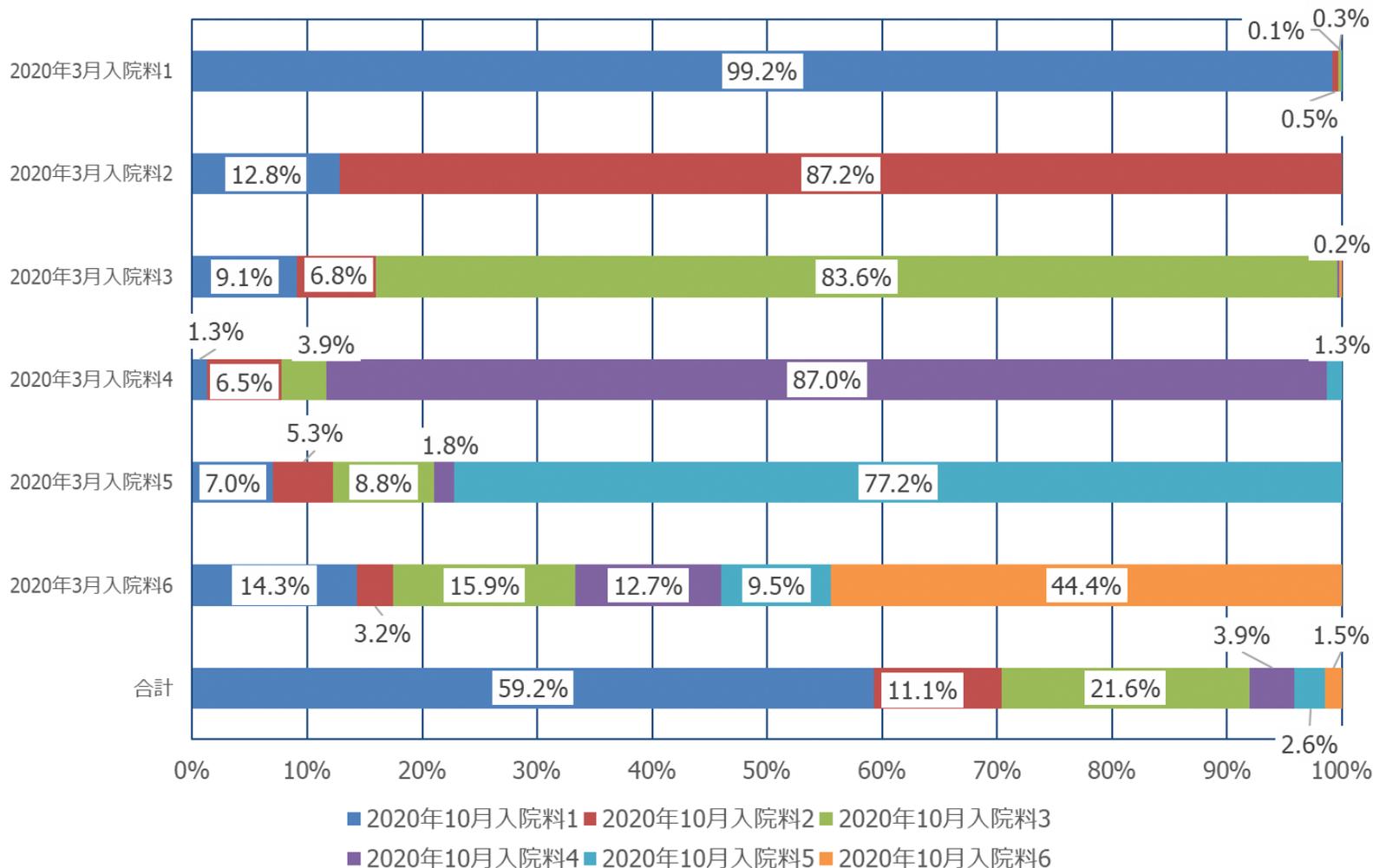
12

8

入院料の届出についての分析①

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。
- 入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

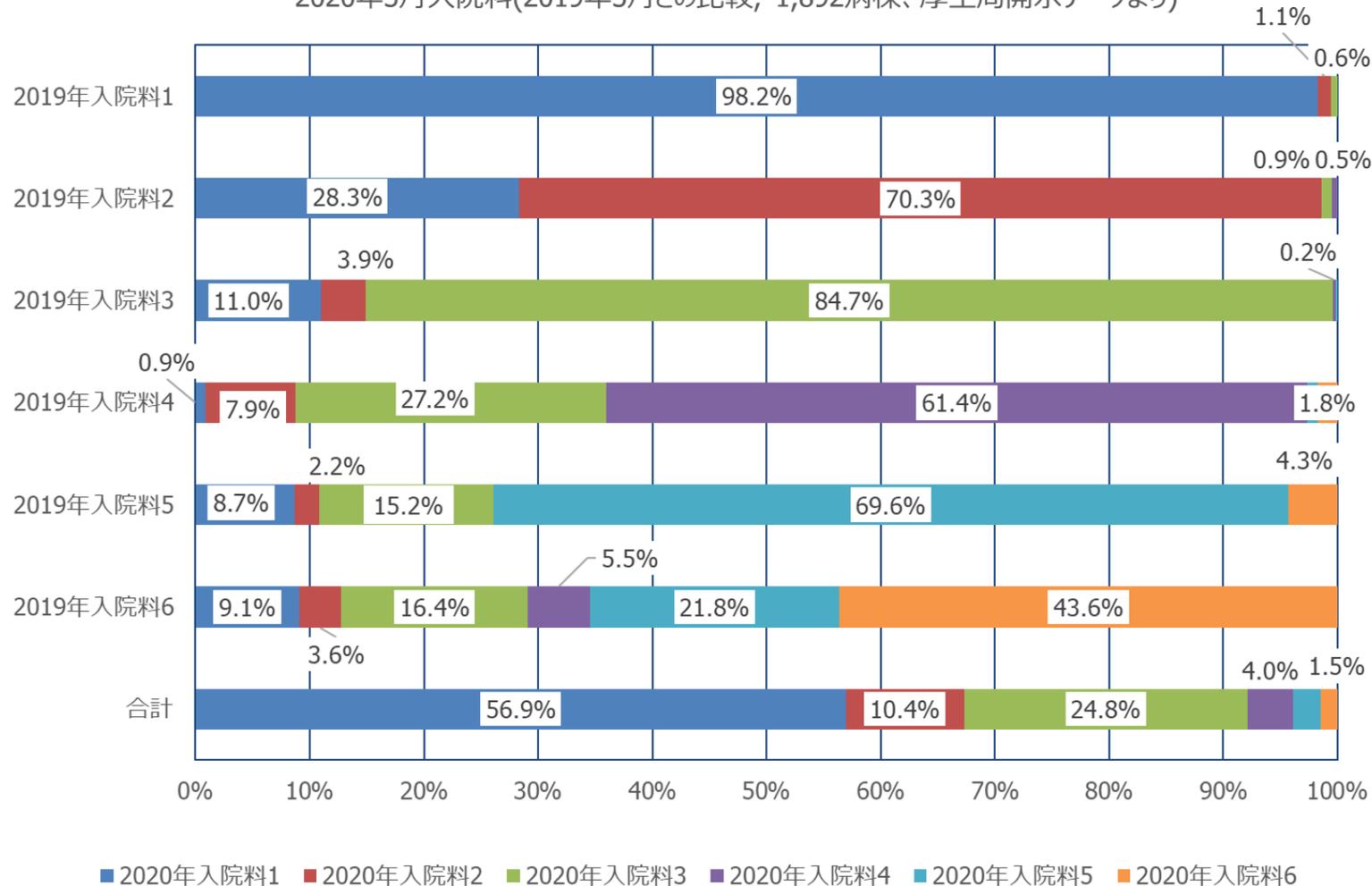
2020年10月入院料(2020年3月との比較, 1,963病棟、厚生局開示データより)



入院料の届出についての分析②

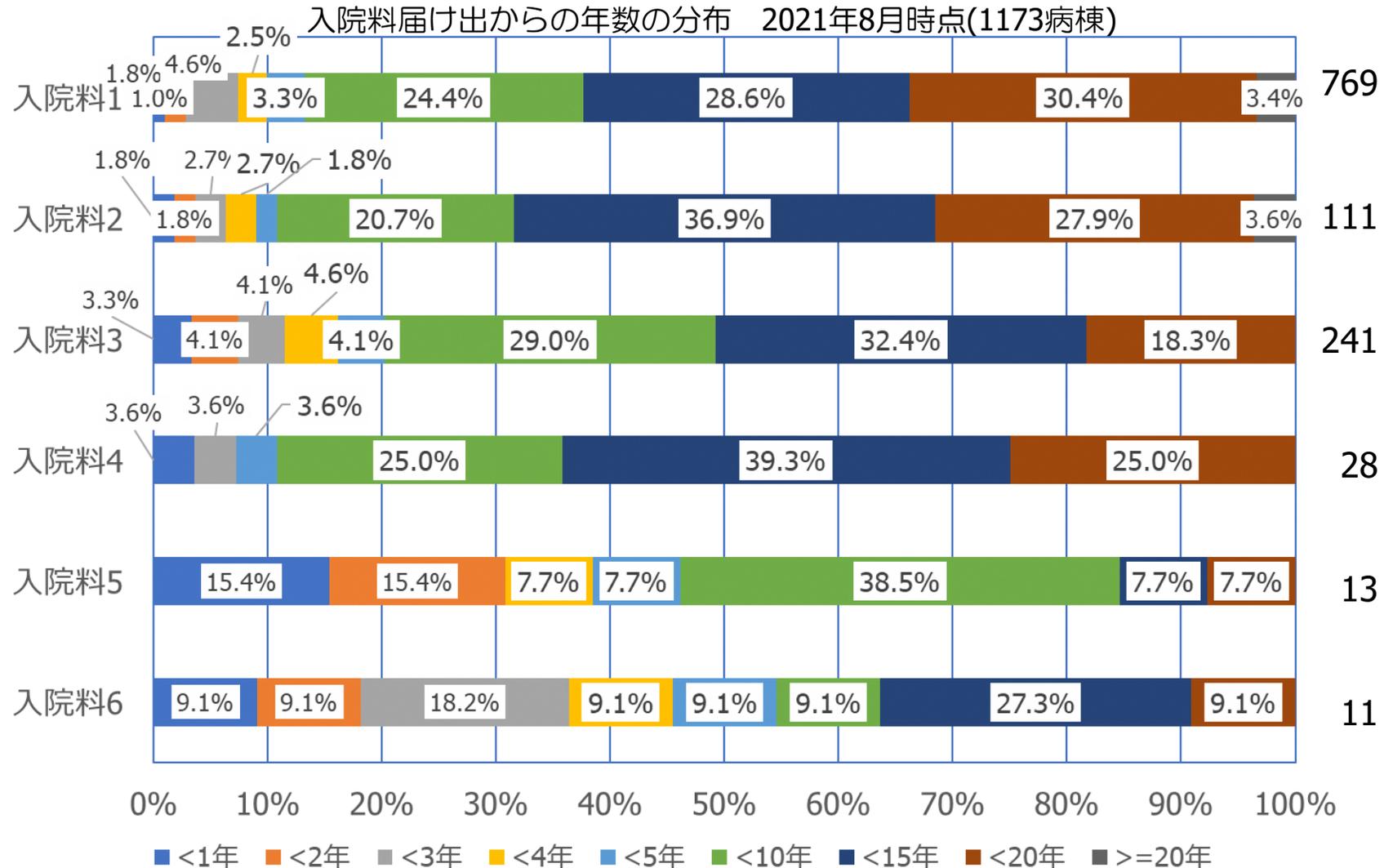
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和元年年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。
- 入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

2020年3月入院料(2019年3月との比較, 1,892病棟、厚生局開示データより)



入院料の届出からの年数の分析

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。
- 例として届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)

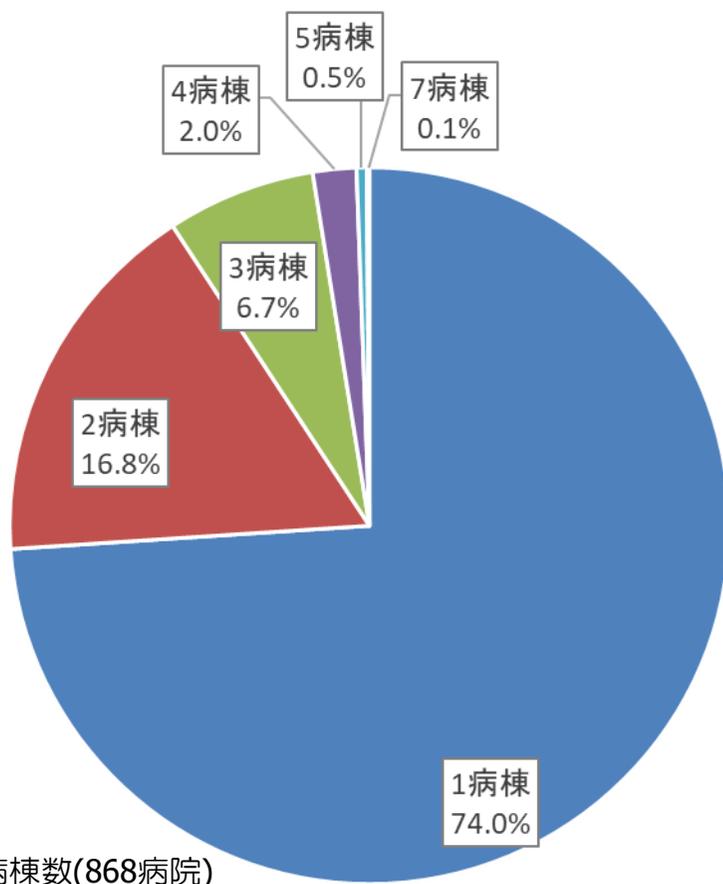


改定後

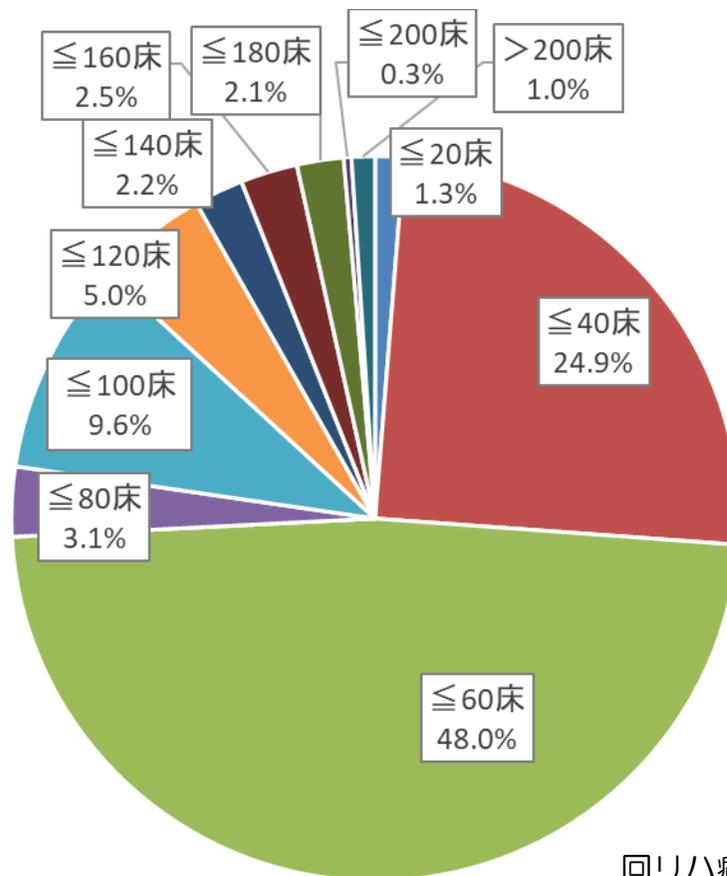
- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
- (1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

回復期リハビリテーション病棟の病棟数及び病床数の現状

- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟数は、1病棟が74.0%、2病棟が16.8%と2病棟以下が90%以上であった。
- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病床数は、60床以下が48.0%、40床以下が24.9%と高い割合であった。



回り八病棟数(868病院)
平均1.4病棟・中央値1病棟



回り八病床数(868病棟)
平均63.4床・中央値50床

一病院あたりの回り八病棟数および病床数の分布

入院料ごとの管理栄養士の配置状況の変化

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。

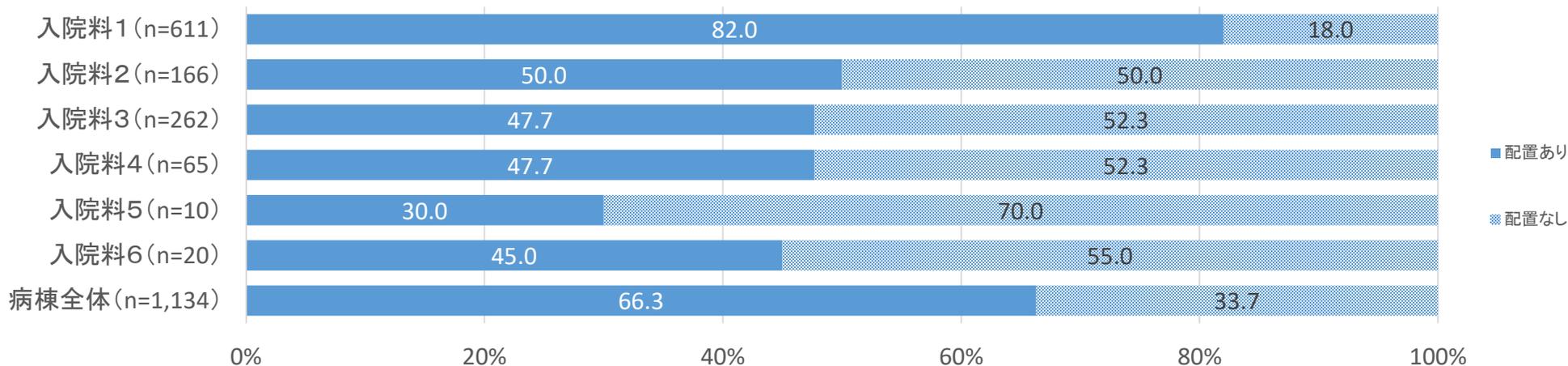


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2019年)

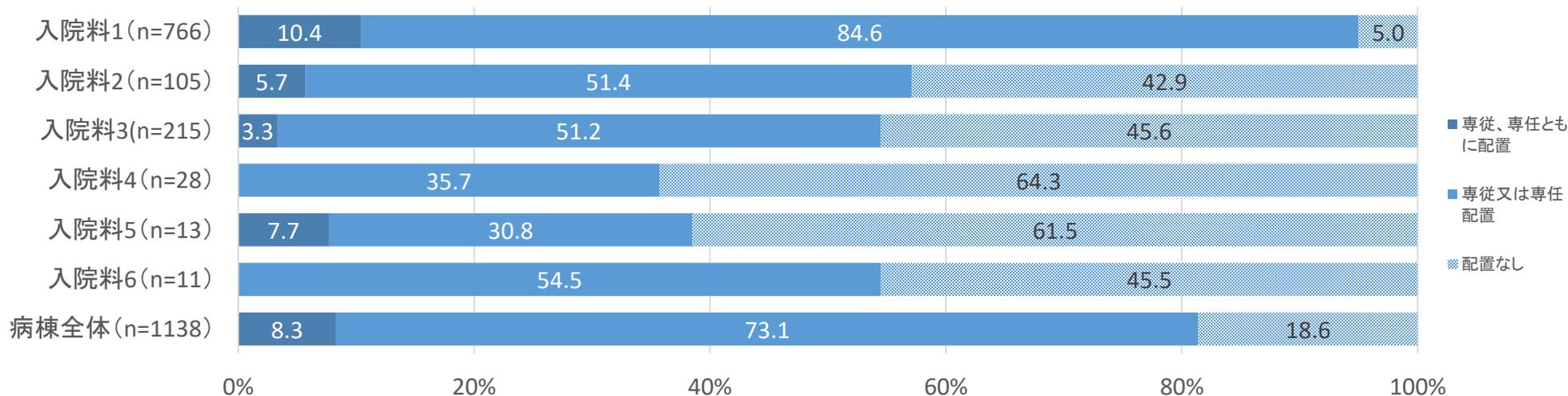
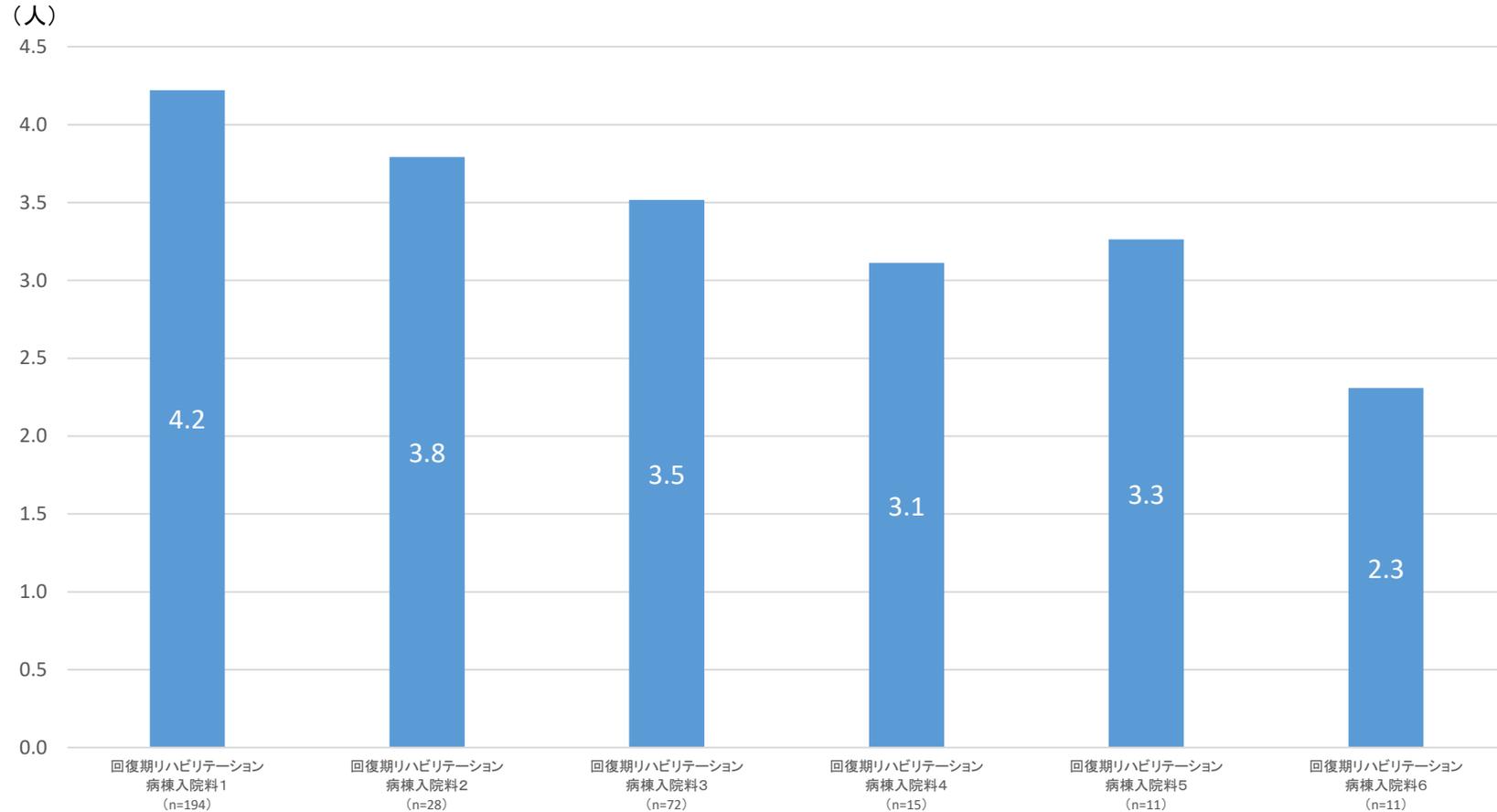


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2020年)

管理栄養士の施設の配置（常勤換算）状況

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料によりばらつきが見られるが、入院料1において、常勤換算で4.2名、入院料2～5において、常勤換算で3名以上配置されている。



※常勤換算の算出方法

常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して少数第1位まで（小数第2位を切り上げ）としている。

例：常勤職員の1週間の通常の労働時間が40時間の病院で、病棟にて週4日（各5時間）勤務している場合

$$\text{常勤換算した職員数} = (4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}) \div 40 \text{時間} = 0.5 \text{人}$$

○ 専従管理栄養士を1名以上配置した回復期リハビリテーション病棟入院料2~6の病棟では、管理栄養士の配置が1名未満の病棟と比較して入院中の体重減少発生リスクが有意に低値であり、かつ独立した説明因子であった。

【対象・方法】

2018年、2019年に全国回復期リハビリテーション病棟協会に所属している回復期リハビリテーション病棟を有している病院に対して実態調査を実施。

回復期リハビリテーション病棟入院料2~6を算定している病棟において、管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟と1名未満の病棟ごとに集計し、解析。

Table 2. Characteristics of the 14,093 underweight and normal weight patients admitted to class 2-6 KRWs.

Factor	All	KRWs with Exclusively Staffed RDs *	KRWs without Exclusively Staffed RDs	p Value
Number	14,093	1392 (9.9)	12,701 (90.1)	
Age, median (IQR)	82 (74-78)	82 (74-88)	82 (74-87)	0.428 ¹
Female, n (%)	8511 (60.4)	852 (61.2)	7659 (60.3)	0.512 ²
Disease, n (%)				0.040 ²
Stroke	4946 (35.1)	475 (34.1)	4471 (35.2)	
Other neurological diseases/injuries	957 (6.8)	88 (6.3)	869 (6.8)	
Orthopaedic diseases/injuries	7067 (50.1)	691 (49.6)	6376 (50.2)	
Hospital-associated deconditioning	1123 (8.0)	138 (10.0)	985 (7.8)	
FIM at admission, median (IQR)	64 (42-85)	62 (41-83)	64 (42-85)	0.020 ¹
Weight loss, n (%)	2607 (18.5)	224 (16.1)	2383 (18.8)	0.015 ²

¹ Mann-Whitney U-test, ² Chi-square test; IQR, interquartile range; FIM, Functional Independence Measure; KRWs, Kaifuku Rehabilitation Wards; RD, registered dietitian. * RDs who worked at the ward but did not complete other tasks

管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟は、1名未満の病棟と比較して、体重減少発生リスクが有意に低値である。

Table 4. Binary logistic regression analysis of weight loss * in the KRWs where nutrition care was not provided (classes 2-6).

Factor	OR	95%CI		p Value
		Lower	Upper	
Age	1.016	1.011	1.021	<0.001
Sex, male	0.650	0.577	0.731	<0.001
Disease				
Stroke	Reference			
Other neurological diseases/injuries	0.745	0.603	0.915	0.005
Orthopaedic diseases/injuries	0.785	0.700	0.881	<0.001
Hospital-associated deconditioning	0.823	0.683	0.987	0.036
Days between onset and admission	0.995	0.991	0.998	0.001
FIM at admission	0.983	0.981	0.985	<0.001
Body weight at admission	1.056	1.048	1.064	<0.001
Number of nurses	1.000	0.991	1.010	0.886
Daily rehabilitation dose (min/d)	0.998	0.996	0.999	<0.001
Exclusively staffed registered dietitian (≥1 per ward)	0.810	0.683	0.955	0.012

OR, odds ratio; CI, confidence interval; FIM, Functional Independence Measure. * defined as ≥5% loss during the KRW stay. R² = 0.051.

管理栄養士が1名以上専従配置されていることが、性別、FIM、リハビリテーション実施時間等とは独立した体重減少発生リスクの説明因子である。

管理栄養士の配置別のリハビリ計画書における栄養項目の記載状況

- 入院料1においては、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載がされている。
- 入院料2～6は、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載することが望ましいとされており、管理栄養士が配置されている場合、記載されている割合が高い。

入院料	管理栄養士の配置	リハビリ計画書の栄養項目記載について		
		患者全員に記載	一部の患者のみ記載	記載していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=219)	あり	97.7%	1.4%	0.9%
	なし	75.0%	25.0%	0.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=21)	あり	40.0%	40.0%	20.0%
	なし	31.3%	6.3%	62.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=58)	あり	63.6%	4.5%	31.8%
	なし	41.7%	8.3%	50.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=9)	あり	66.7%	0.0%	33.3%
	なし	66.7%	0.0%	33.3%
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (n=6)	あり	100.0%	0.0%	0.0%
	なし	20.0%	20.0%	60.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料6 (n=6)	あり	50.0%	0.0%	50.0%
	なし	0.0%	0.0%	100.0%

回復期入院医療について

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1 質の高いリハビリテーションの提供について
 - 3-2 リハビリテーションを要する状態について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

- 循環器疾患患者への回復期リハビリテーションは今後さらに重要となり、現に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関で心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在していることから、回復期リハビリテーション病棟において、心大血管疾患リハビリテーションが提供される機会を確保することを検討しても良いのではないか。
- 心大血管疾患リハビリテーションは、循環器の医師が必要となるなど、他の疾患別リハビリテーションと比較して施設基準も異なっていることから、広く回復期リハビリテーション病棟において実施しなければならないとされることは実態からみて困難ではないか。

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

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

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

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

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

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

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

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

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

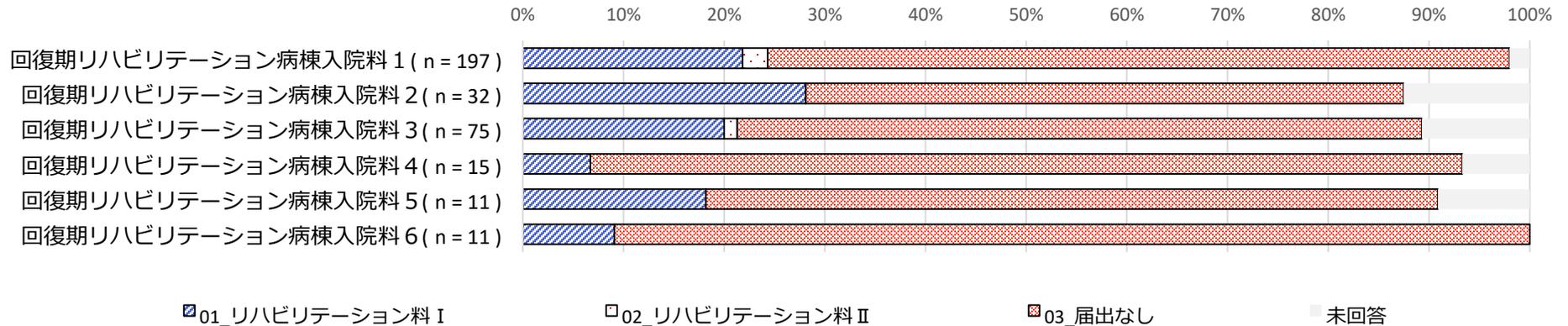
- 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、算定上限日数が設けられている。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

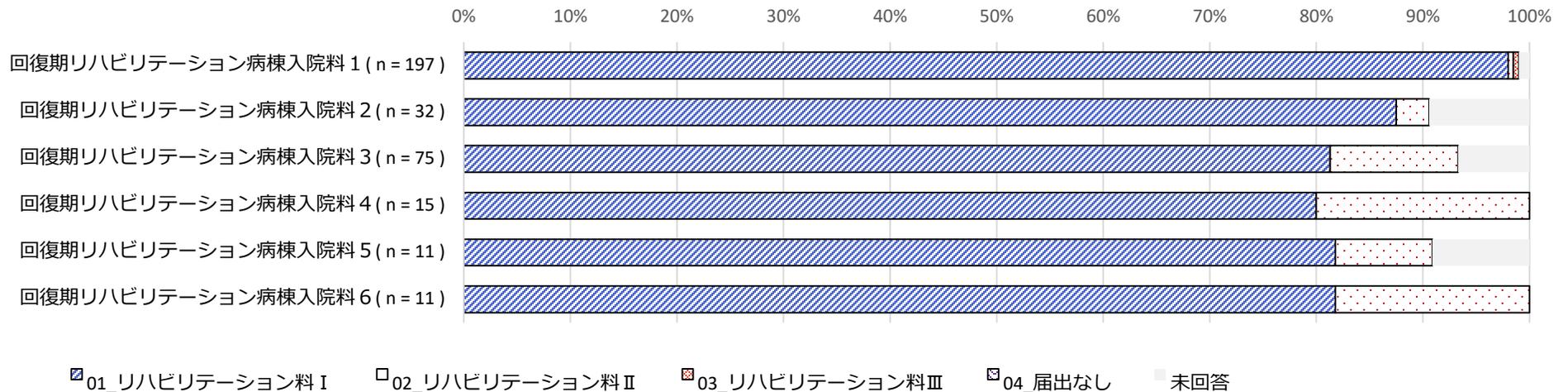
	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の 要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	○ 算定開始日から起算して 60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。
- 心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が一定程度存在した。

心大血管疾患リハビリテーション料



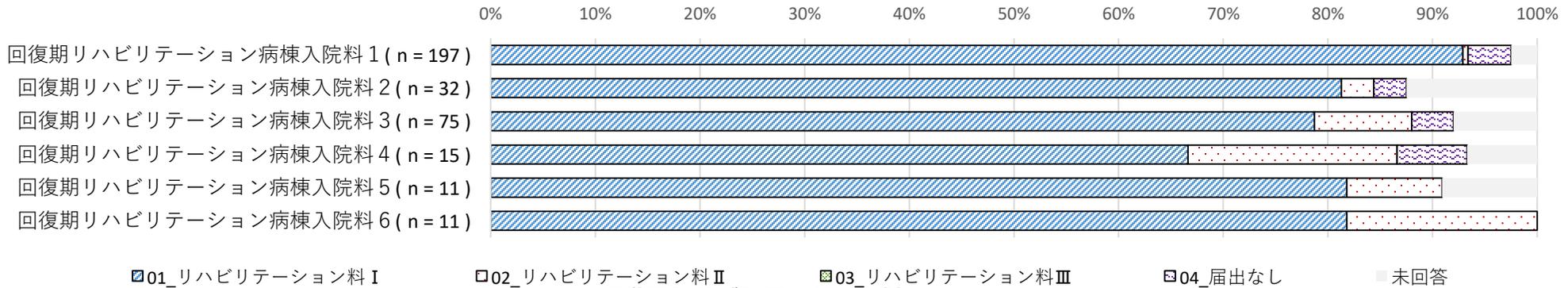
脳血管疾患リハビリテーション料



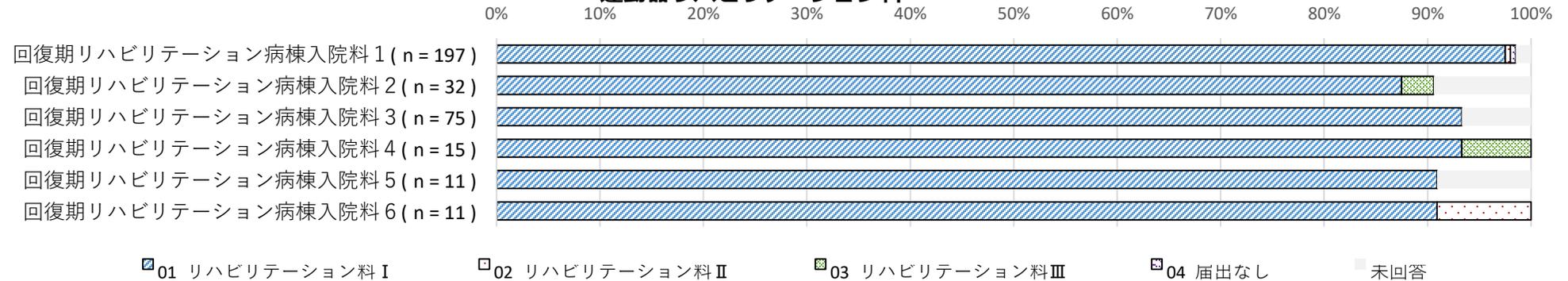
疾患別リハビリテーション料の届出状況②

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。

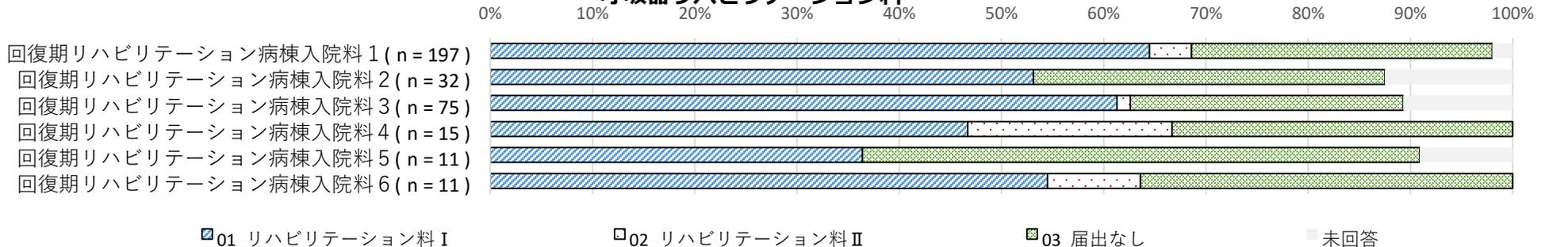
廃用症候群リハビリテーション料



運動器リハビリテーション料



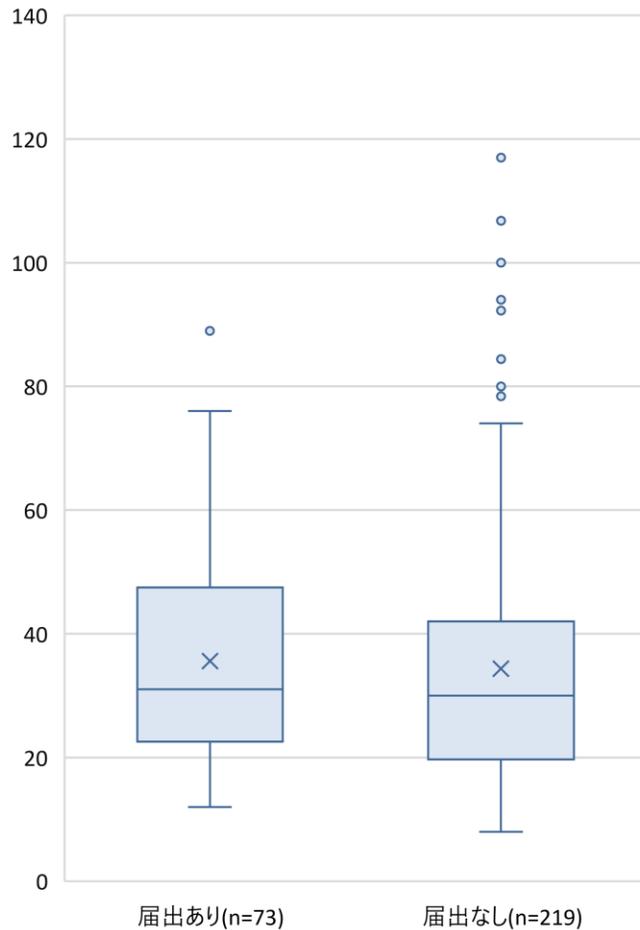
呼吸器リハビリテーション料



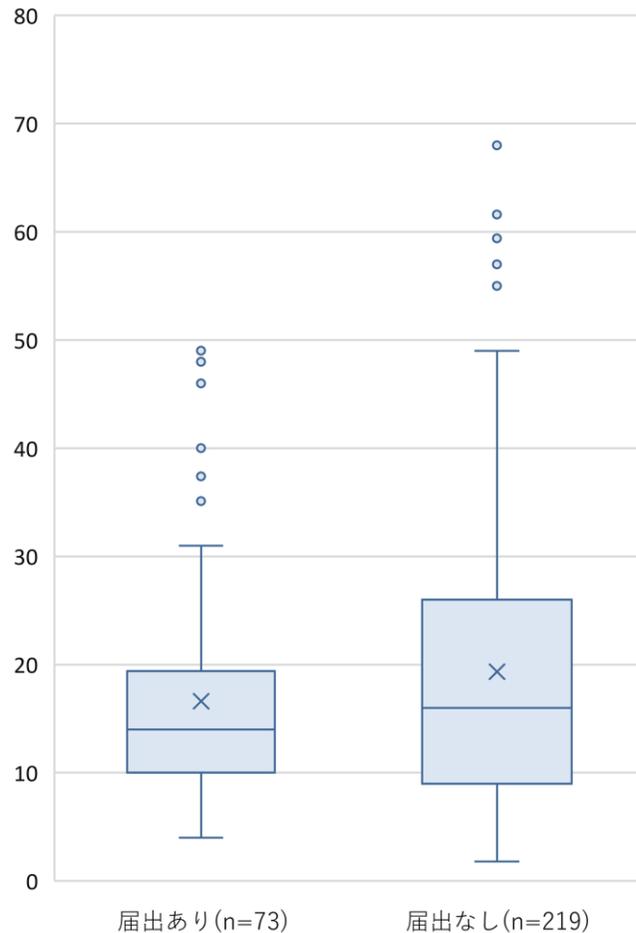
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数について (心大血管リハビリテーション料の届出有無別)

- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関について、心大血管リハビリテーション料の届出有無で分けた、それぞれの施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数は以下のとおり。
- 届出ありとなしとで、人数の平均値を比較すると、理学療法士の数については大きな差はみられなかった。作業療法士と言語聴覚士の数については届出なしの方が多かった。

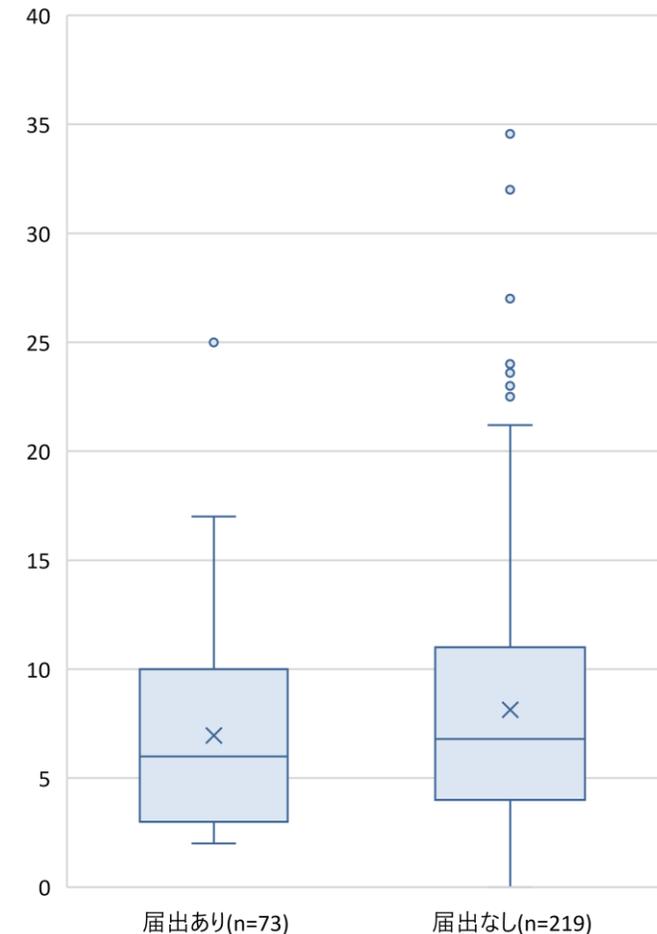
理学療法士（常勤換算）



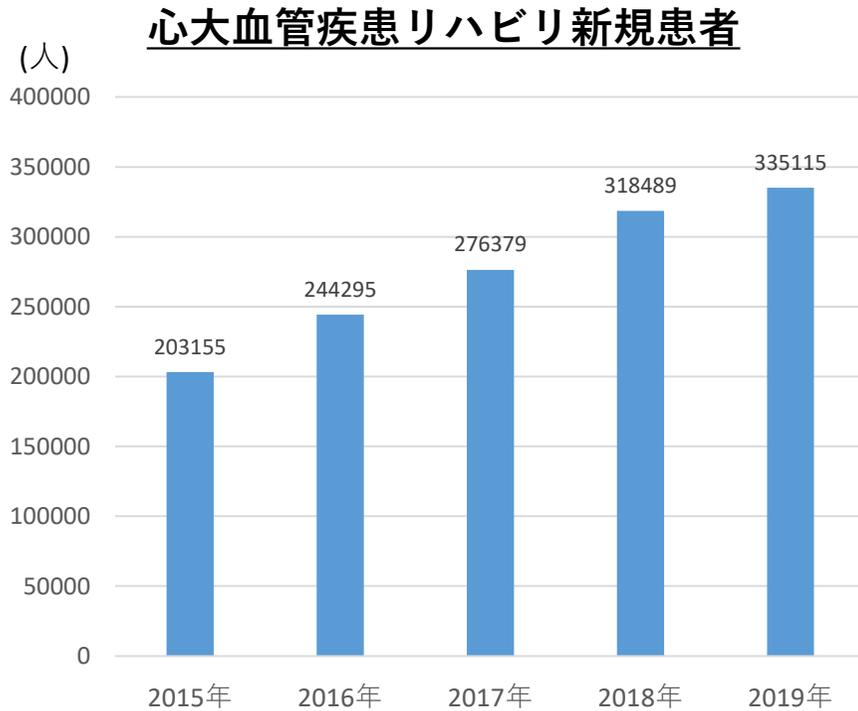
作業療法士（常勤換算）



言語聴覚士（常勤換算）



心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している



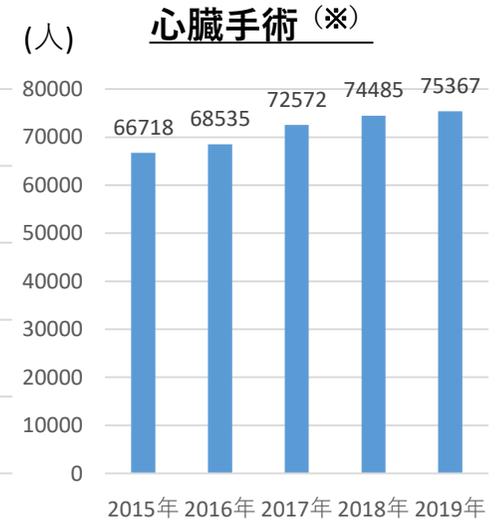
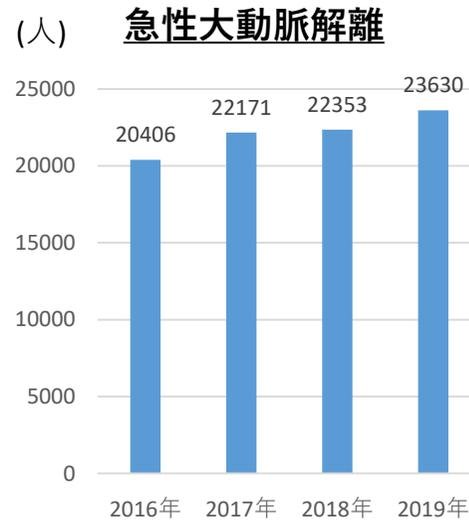
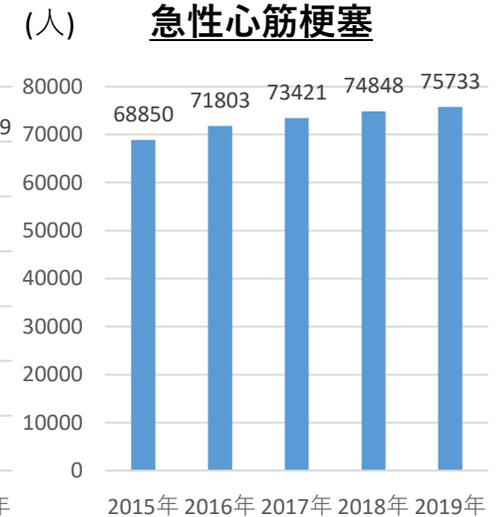
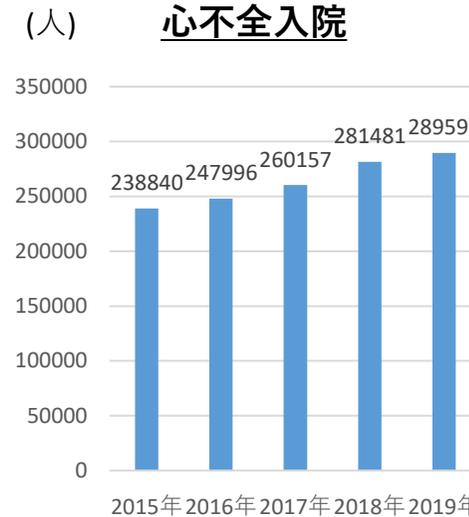
2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

(参考) 心リハの実施すべき日数 (急性期クリニカルパス)

- ・急性心筋梗塞 10日～14日
- ・心臓手術後 7日～14日程度
- ・心不全 症例によって大きく違う

2021年版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン 日本循環器学会発行

循環器疾患診療実態調査 (JROAD) 報告書 (1523施設) より引用 (2019年度実施・日本循環器学会公表)



※ 心臓手術には冠動脈バイパス術、弁膜症手術等が含まれる。
心臓手術の件数は、入院時の疾患名と重複する点に留意が必要。

1.

回復期病棟

1.1

回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオが

1.3

問題点と今後の展望

回復期リハ病棟における心リハの円滑な展開の障壁として、前述のような保険算定上の課題が存在する。さらに、回復期病院を対象とした調査によれば⁷¹⁰⁾、心リハを実施していない施設のうち、循環器専門医が不在の施設は73.3%にのぼるが、循環器専門医が在籍している施設も19.2%あり、専門医の存否のみが原因ではない。

回復期リハ病棟は疾患が安定したことが前提となる急性期直後の医療機能が基盤となる。一方で、心血管疾患は再発や増悪を繰り返すという特徴を有し、緊急時には即時対応が迫られるため、急性増悪の状態評価や管理が可能な医療機能も要求される。つまり、回復期病棟での運動療法の実践には「安全性と質の確保」の双方が求められている。

ある。1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで、急性期治療に伴って、デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる。2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで、入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる。これらの患者では、心血管疾患の平均在院日数となる約2週間⁷⁰⁴⁾での歩行退院は実現困難であり¹⁸⁹⁾、リハの成果が達成できないばかりでなく、急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く。特にフレイル超高齢患者は、身体能力の低下により外来心リハ

心リハの実践において、入院期における的確なゴール達成の実現や超高齢患者の増加への対応の面からも、回復期リハ病棟の活用がその有力な方策となるであろう。

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン

2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関する ガイドライン

JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients with Cardiovascular Disease

合同研究班参加学会

日本循環器学会 日本心臓リハビリテーション学会
日本冠疾患学会 日本胸部外科学会 日本循環器看護学会
日本小児循環器学会 日本心臓病学会 日本心不全学会 日本病態栄養学会
日本不整脈心電学会 日本理学療法士協会 日本臨床スポーツ医学会

○ 関係学会による「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」において、例として、以下のような身体活動能力の評価の指標が示されている。

心肺運動負荷試験(CPX)

<目的・意義>

酸素摂取量、二酸化炭素排出量、呼吸数、一回換気量などを呼気ガス分析法にて測定する。本法により心機能、心筋虚血、末梢循環、骨格筋機能、血管内皮細胞機能、貧血、自律神経活性などの状態を把握できる。

CPXの意義は、①労作時呼吸困難や運動制限の原因の検索、②最も信頼できる運動耐容能の客観的指標として、手術適応の決定、予後の予測、治療効果の判定、③心リハ・運動プログラムにおける運動処方の決定である。

<実施方法・時期>

運動負荷の方法には自転車エルゴメータまたはトレッドミルによるランプ(直線的漸増)負荷がある。

低レベルでの運動療法(自転車エルゴメータ負荷またはトレッドミル歩行など)に慣れてから数日～1週間後に実施することが望ましい。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る課題（小括）

（1）質の高いリハビリテーションの提供について

- ・ 過去十数年間の推移において、入棟時FIMの低下が続いていることが指摘されており、また、実績指数についても、令和元年と令和2年で比較して、令和2年の方が高い傾向にあった。
- ・ 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが低い傾向にあった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1から6毎に比較した場合、受け入れている患者の状態に違いがみられた。入院料1では脳血管系疾患の患者割合が高く、入院料5や6では骨折等の状態の割合が高い傾向にあった。
- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態の年次推移についてみると、骨折等の疾患の割合が増加してきている。
- ・ 入棟時FIMで見た重症者の受入について、入院料1や2と比較すると、入院料5及び6について、入棟時FIMの点数の低い患者割合が低かった。
- ・ 入院料毎の実績指数については、入院料1から入院料6にかけて低下傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。
- ・ 入院料毎のリハビリテーションの実施単位数については、1日当たりの疾患別リハビリテーションの実施単位数・入院中の総実施単位数ともに、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。また、疾患別の実施単位数については、脳血管疾患では1日当たりの実施単位数が多く、整形疾患では少ない傾向であった。
- ・ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）を分析した。例として、1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者においては、入院料1が最も運動FIMの変化が大きく、入院料6が小さいという結果であった。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る課題（小括）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において、別の入院料へ移行していたのはそれぞれ2割超、5割超であった。
- ・ 令和元年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。
- ・ 半年間で別の入院料へ移行した割合と1年間で別の入院料へ移行した割合との差は、入院料2、4よりも、入院料5、6の方が小さかった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。
- ・ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。
- ・ 入院料2～6は、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載することが望ましいとされており、管理栄養士が配置されている場合、記載されている割合が高い。

(2) 回復期リハビリテーションを要する状態について

- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態に心大血管疾患リハビリテーションの対象患者が含まれていないが、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在した。
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料の届出ありとなしとで、理学療法士数については大きな差はみられなかった。作業療法士数と言語聴覚士数については届出なしの方が多かった。
- ・ 心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している、という実態が見られた。加えて、関係学会が作成したガイドラインにおいても、回復期において心臓リハビリテーションのニーズがあることが示されていた。

回復期入院医療について

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院(令和3年4月1日現在) ... 87病院(大学病院本院79病院)

役 割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療に関する研修
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
 - ・ 医 師……通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・ 薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等……入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・ 医療安全管理責任者の配置
 - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - ・ 監査委員会による外部監査
 - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

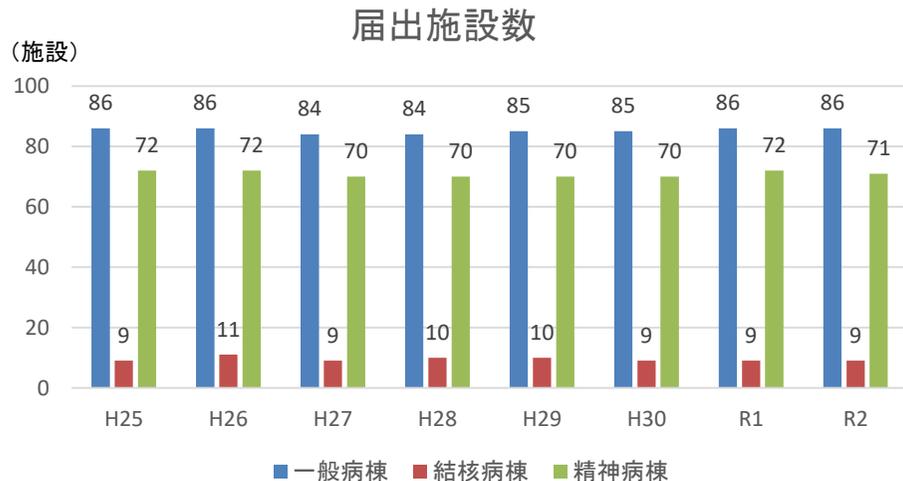
特定機能病院入院基本料の概要

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
2 結核病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
	ハ 13対1入院基本料	1,210点	ニ 15対1入院基本料	1,037点
3 精神病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,450点	ロ 10対1入院基本料	1,373点
	ハ 13対1入院基本料	1,022点	ニ 15対1入院基本料	933点

【算定要件(抜粋)】

- 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



(参考)

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料	イ 急性期一般入院料1	1,650点	ロ 急性期一般入院料2	1,619点	ハ 急性期一般入院料3	1,545点
	ニ 急性期一般入院料4	1,440点	ホ 急性期一般入院料5	1,429点	ヘ 急性期一般入院料6	1,408点
	ト 急性期一般入院料7	1,382点				
2 地域一般入院基本料	イ 地域一般入院料1	1,159点	ロ 地域一般入院料2	1,153点	ハ 地域一般入院料3	988点

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び専従常勤看護師合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

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

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

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

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

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

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

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

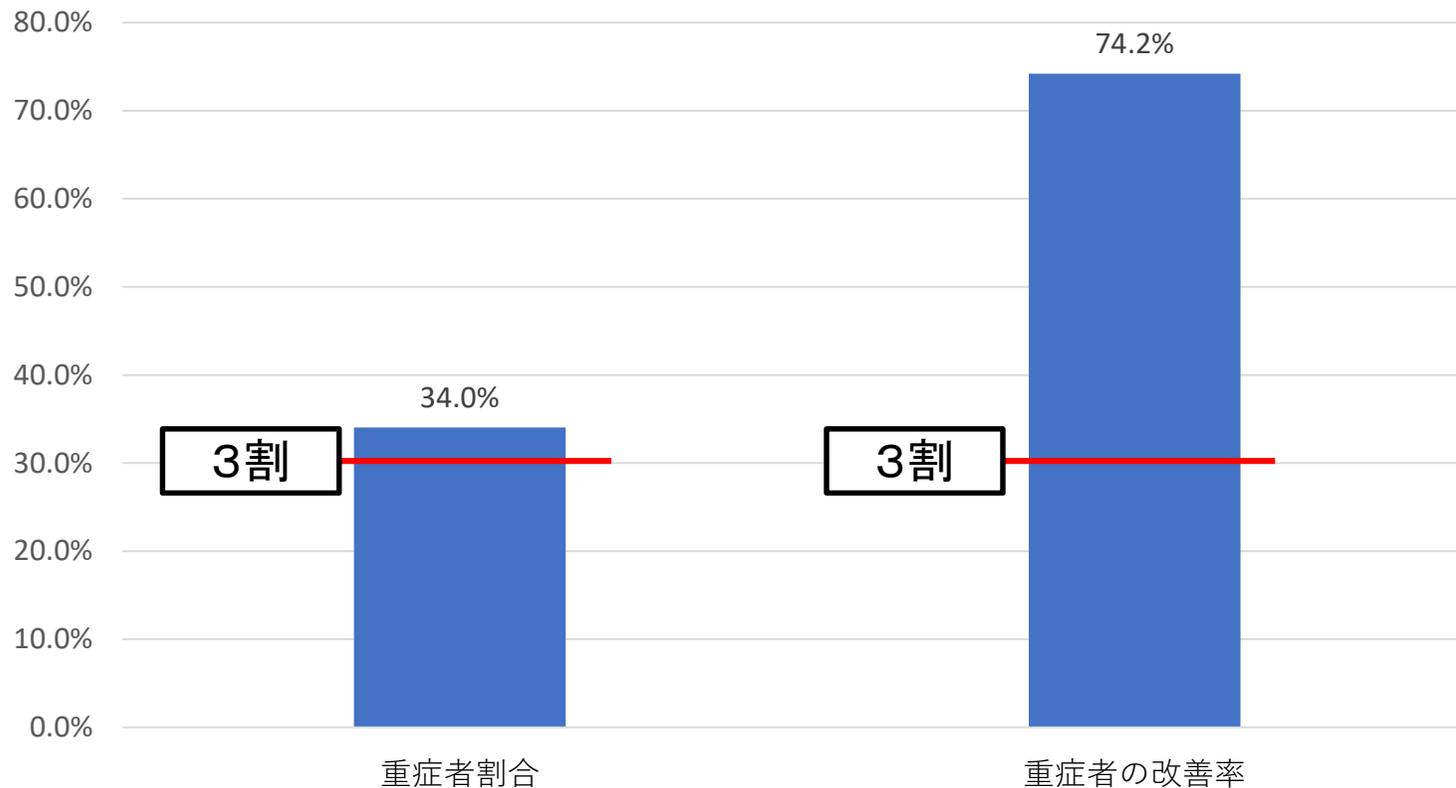
特定機能病院における、疾患別リハビリテーション料の届出状況について

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院(4病院)の疾患別リハビリテーション料の届出状況は、全ての病院について、各疾患別リハビリテーション料のうち(Ⅰ)が届け出られていた。

項目名	医師 ^{※1}	療法士全体	理学療法士 (PT ^{※2})	作業療法士 (OT ^{※2})	言語聴覚士 (ST ^{※2、※3})	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(Ⅰ)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	—	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	—	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	—	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上	必要に応じて配置			
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤2名以上 ^{※4}	専従従事者 合計10名以上 ^{※4}	専従常勤PT 5名以上 ^{※4}	専従常勤OT 3名以上 ^{※4}	160m ² 以上 ^{※4}	要	
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上 ^{※4}	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上 専用室(8m ² 以上)1室以上	要	
	(Ⅲ)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(Ⅰ) ~ (Ⅲ)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上				—	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上			—	45m ² 以上	
	(Ⅲ)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上			—		
呼吸器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上			—	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
	(Ⅱ)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上			—	45m ² 以上	

特定機能病院における、リハビリテーションの状況について

- 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は以下のとおり。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1で求めている施設基準を上回っていた。



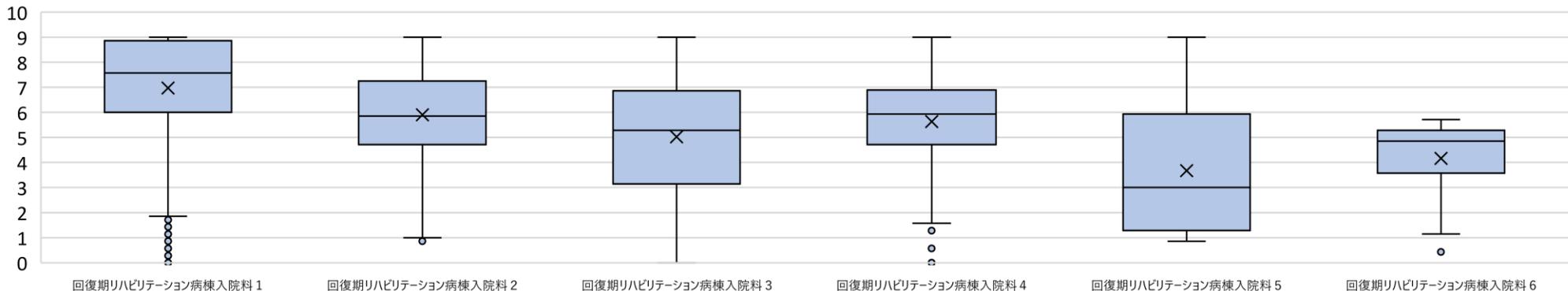
※: 重症者の改善率については、入院料1の計算方法を用いて計算

特定機能病院における、リハビリテーションの状況について

○ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は以下のとおりであり、1日当たり、約6単位リハビリテーションが提供されていた。

回復期リハビリテーションを要する状態	リハビリテーション単位数(1日当たり)平均
脳血管疾患、脊髄疾患等	6.2
高次脳機能障害を伴った重度脳血管障害等	6.7
大腿骨、骨盤等の骨折	5.8
外科手術または肺炎等による廃用症候群	7.5
神経、筋または靭帯損傷後	8.6
股関節または膝関節の置換術後	5.8

(参考) 回復期リハビリテーション病棟 1日あたりのリハビリテーション単位数



特定集中治療室での早期からの取組の評価について

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

➤ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)

[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、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を入室後48時間以内に実施すること。等

[施設基準]

特定集中治療室に要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。



特定機能病院における、心大血管疾患リハビリテーション 及び術後のリハビリテーションについて

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院における、入院患者に対する心大血管疾患リハビリテーションの実施状況は以下のとおりであり、1ヶ月間の患者数の平均は約60人であった。
- また、術後からリハビリテーション開始までの平均日数は以下のとおりであった。

心大血管疾患リハビリテーションの実施患者数

(人)

	A	B	C	D
患者数(1ヶ月)	39.3	39.0	81.0	81.3

	4病院の平均
患者数(1ヶ月)	60.2

術後、リハビリテーション開始までの日数

(日)

	A	B	C	D
術後リハ開始までの平均日数	2.0	2.0	2.3	2.1

	4病院の平均
術後リハ開始までの平均日数	2.1

特定機能病院における、研修会の状況について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院において、地域の回復期リハビリテーション病院等に対する研修会は、1年間で平均約14回開催されていた。

	平均 (n=4)
院外のスタッフ(地域の回復期リハビリテーション病院等)に向けた研修会回数(1年間)	14.3
内部のスタッフ研修会回数(1ヶ月)	4.1

教育・研修の推進

- 医学生の臨床実習
- リハビリ関連職種 of 学生臨床実習
- 研修医・専攻医教育 (現在, 専攻医8名)
- 学外研修会開催 16回 (2019年度)
- 学会主催 ISPRM (国際学会)
- 海外からの多数の研修の受け入れ*
2018年度 18名 *2020年度はCOVID-19のため受け入れなし
2019年度 17名
医師28名, 療法士7名
米国(4) タイ(17) 中国(8) 韓国(1)
モンゴル(2) エジプト(1)
ウズベキスタン(1) ブラジル(1)
- 見学者多数
第17回ASEAN日本社会保障ハイレベル会合60名のツアーなど受け入れ



教員と学生で一体となって実施

臨床のための教育
教育のための臨床

特定機能病院におけるリハビリテーションに係る課題（小括）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院（4病院）の疾患別リハビリテーション料の届出状況は、全ての病院について、各疾患別リハビリテーション料のうち（Ⅰ）が届け出てられていた。
- ・ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は回復期リハビリテーション病棟入院料1で求めている施設基準を上回っていた。特に、重症者の改善率については、基準を大きく上回っていた。
- ・ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションは、1日当たり、約6単位であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院における、入院患者に対する心大血管疾患リハビリテーションについて、1ヶ月間で心大血管疾患リハビリテーションが実施された患者数の平均は約60人であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院において、地域の回復期リハビリテーション病院等に対する研修会は、1年間で平均約14回開催されていた。

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. **論点**

回復期入院医療に係る論点

【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について】

- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、役割の一部しか担えていない場合の評価の在り方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入院料について】

- 効果的なリハビリテーションの提供を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6の在り方について、どのように考えるか。
- 質の高いリハビリテーションを必要な患者に適切に提供する観点から、実績要件等の在り方について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在すること等を踏まえ、回復期リハビリテーションを要する状態の在り方についてどのように考えるか。

【特定機能病院におけるリハビリテーションについて】

- リハビリテーションに係る入院医療を適切に行う観点も踏まえつつ、特定機能病院におけるリハビリテーションの在り方について、どのように考えるか。

入院(その3)

入院横断的個別事項

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について

1-1 データ提出加算について

1-2 診療録管理体制加算について

2. 入退院支援加算について

3. 救急医療管理加算について

4. 治療早期からの回復に向けた取組について

5. 入院医療における栄養管理について

6. 褥瘡対策について

入院分科会の取りまとめにおける記載事項

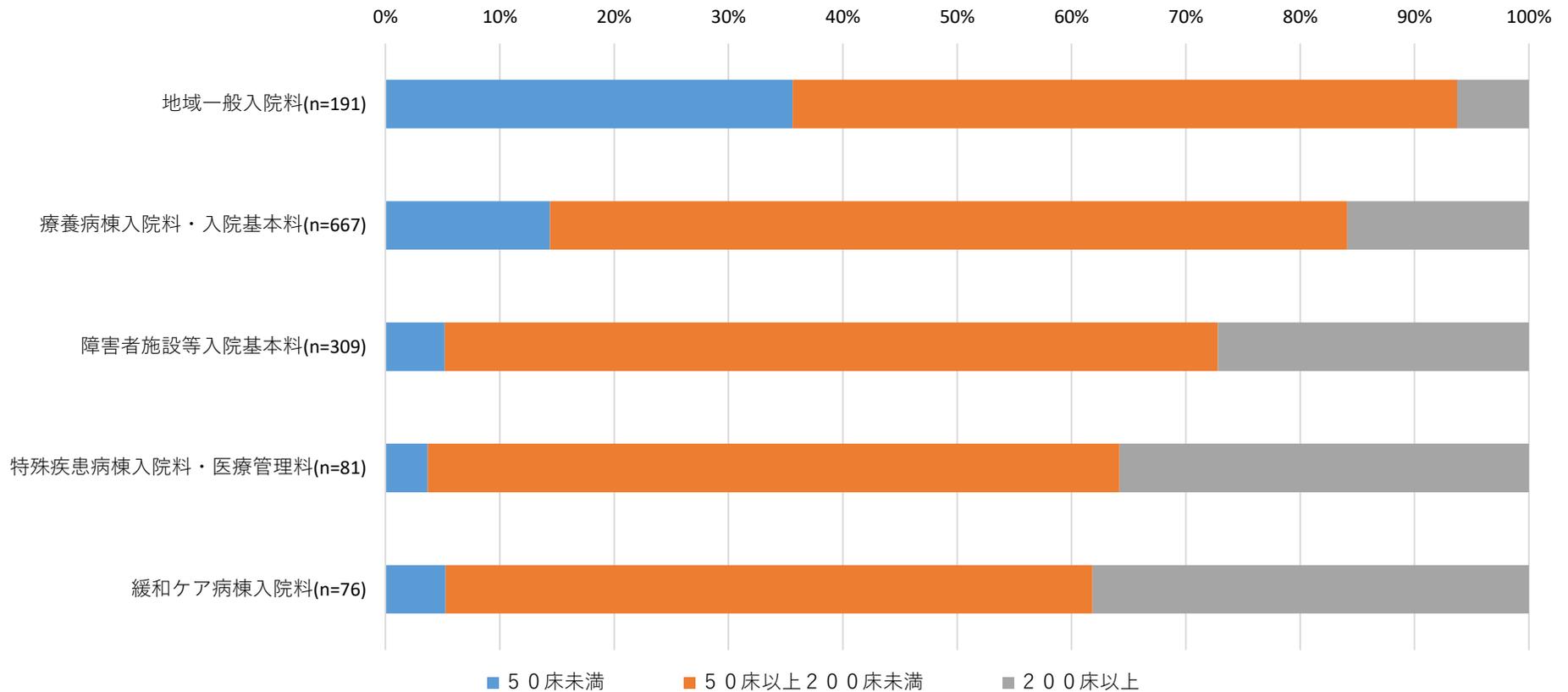
11-5. データ提出加算について

- データ提出加算の届出医療機関は、令和2年度で5,202施設にのぼっており、全病院の63.0%であった。
- データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなってはいたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。
- データ提出加算を届け出ることが困難な理由は、「電子カルテシステムが導入されていないから」という理由が多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料といった、新たにデータ提出加算の届出を要件化された入院料においては、データを提出している病床数について、要件化により顕著に増加がみられた。また、届出が要件となっていない地域一般入院料等の入院料においても、おおむね届出数の増加がみられた。
- データに基づく評価を推進する観点から、データを提出させる取組は重要ではないか、という指摘があった。

入院料ごとの許可病床数の状況

○ 各入院料における、許可病床数の状況は、以下のとおりであった。

入院料毎の許可病床数の状況

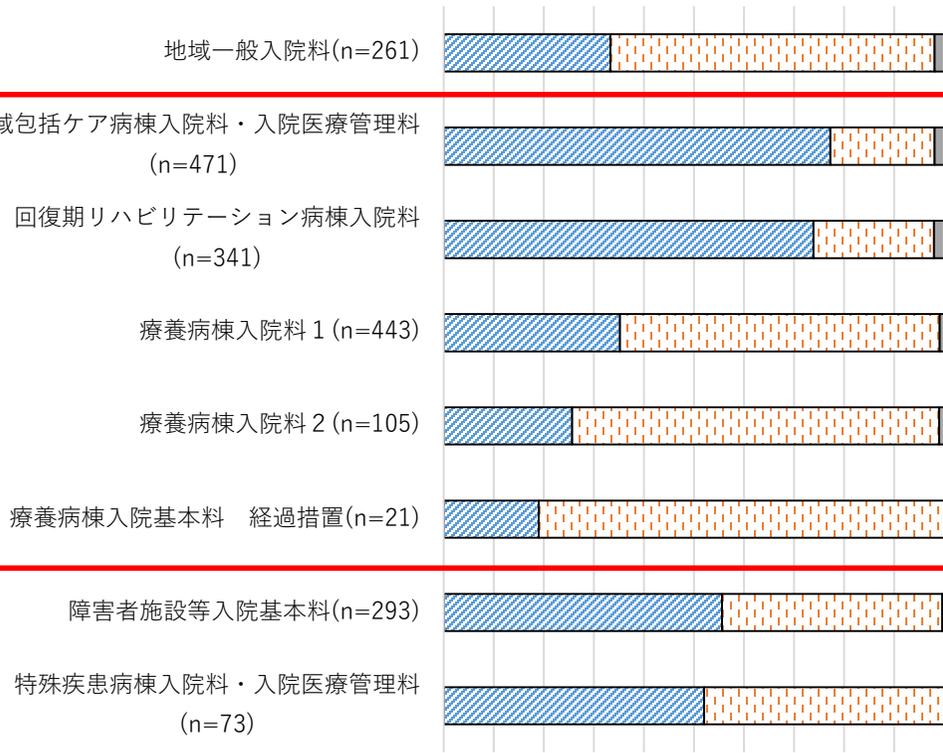


入院料ごとの電子カルテ等の導入状況

○ 各入院料における、電子カルテ等の導入状況は、以下のとおりであった。
○ データ提出加算の届出が要件となっている入院料においても、電子カルテ等の導入状況にはばらつきがあった。

電子カルテの導入状況

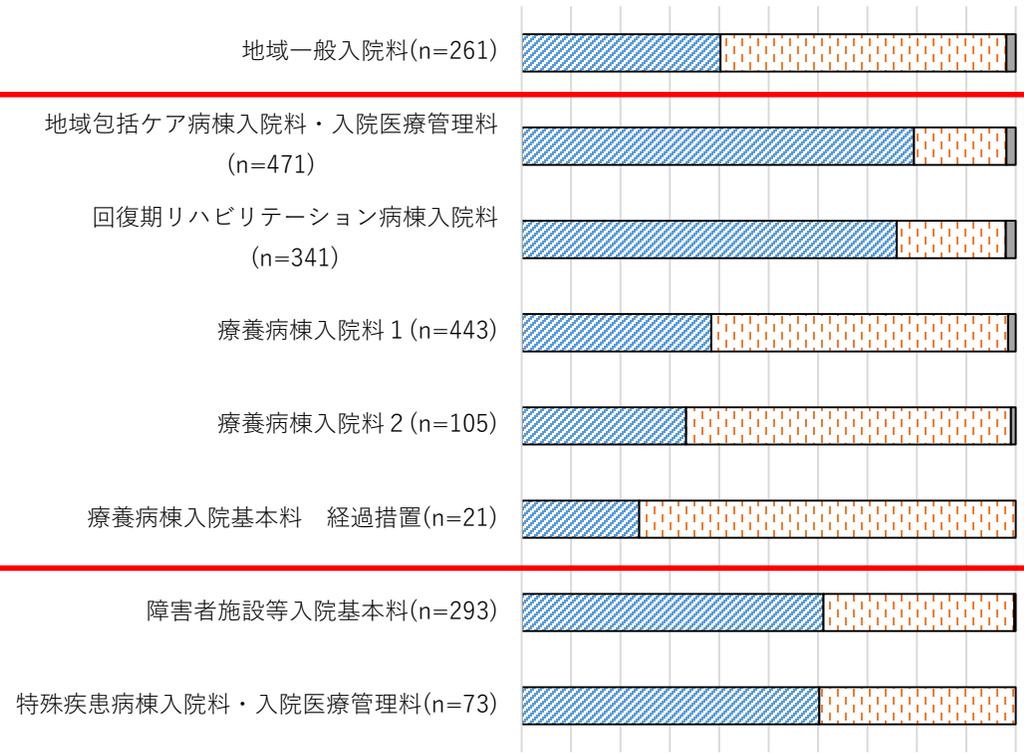
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 導入している ■ 導入していない ■ 未回答

オーダリングシステムの導入状況

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



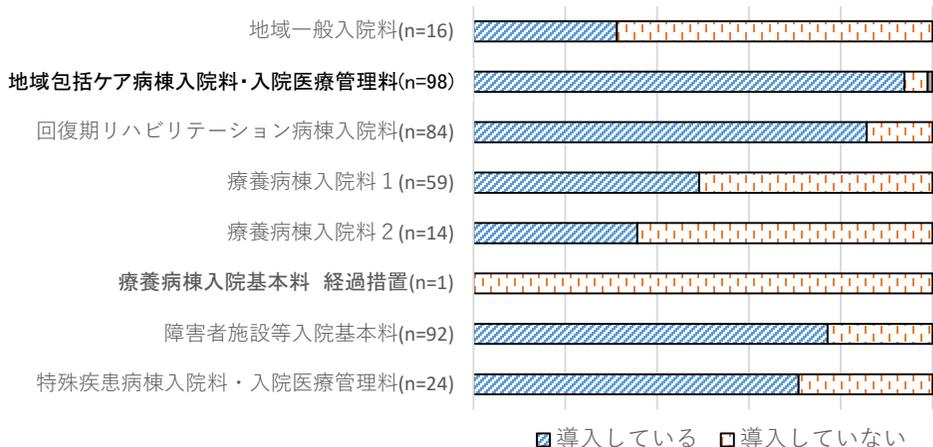
■ 導入している ■ 導入していない ■ 未回答

許可病床の規模別の入院料ごとの電子カルテ等の導入状況

- 許可病床数の規模別にみた電子カルテ等の導入状況は以下のとおりであった。
- 多くの入院料で、許可病床数200床以上の医療機関の方が、電子カルテ等の導入割合が高くなっていた。

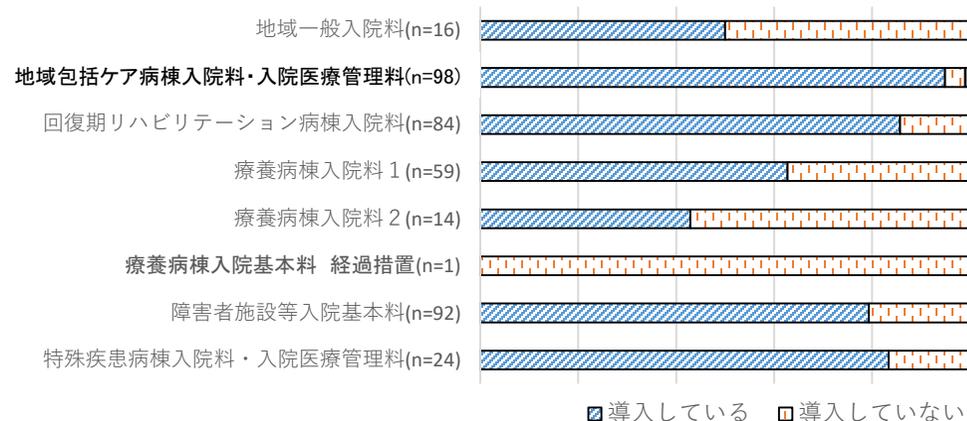
電子カルテの導入状況（200床以上の医療機関）

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



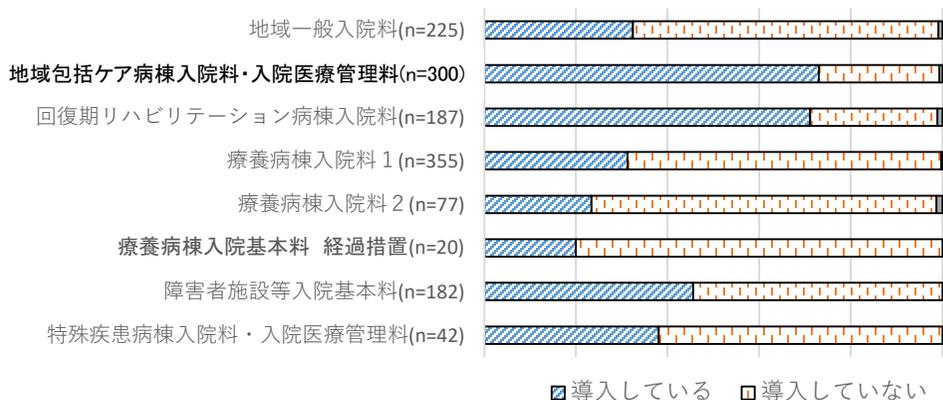
オーダーリングシステムの導入状況（200床以上の医療機関）

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



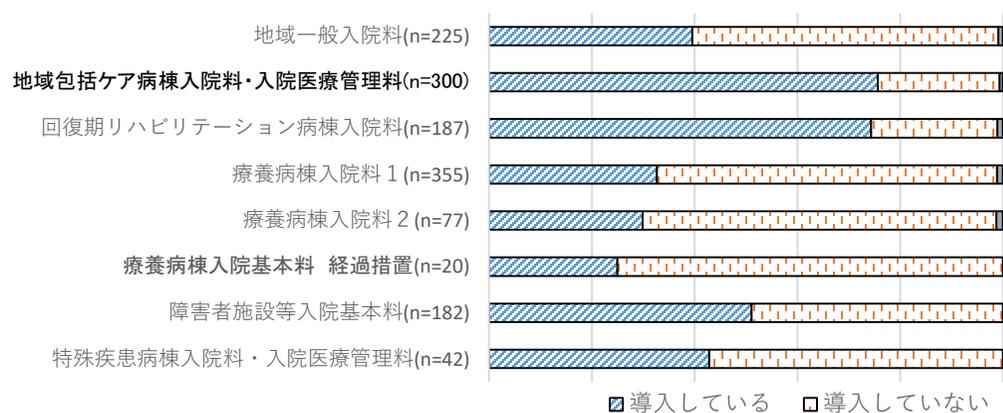
電子カルテの導入状況（200床未満の医療機関）

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



オーダーリングシステムの導入状況（200床未満の医療機関）

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



1 データ提出加算1・3

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

2 データ提出加算2・4

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

※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

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

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

(1)「A207診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあっては、A207(1又は2)の施設基準を満たしていれば足りる。

ア:回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ:地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ:回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

(2)厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

(3)DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

(4)「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

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

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

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

2 データ提出加算 2

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

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

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

4 データ提出加算 4

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

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2~7 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
地域一般1~3 専門病院(13対1)	-	
回復期リハビリテーション病棟1~4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	平成30年度以降 データの提出が必須 (経過措置②)	令和2年度以降 データの提出が必須 (経過措置①及び②)

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

データ提出加算の見直し①

➤ データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の**範囲を拡大**する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 現行 データの提出は不要 </div> ⇒ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定 </div>	

【経過措置】

- ① 令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ② 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

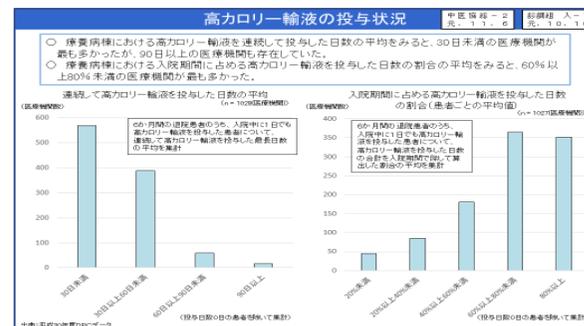
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの**内容を拡充**する。

【新たに提出する項目(例)】

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



データ提出加算の見直し②

データ提出加算の評価の見直し

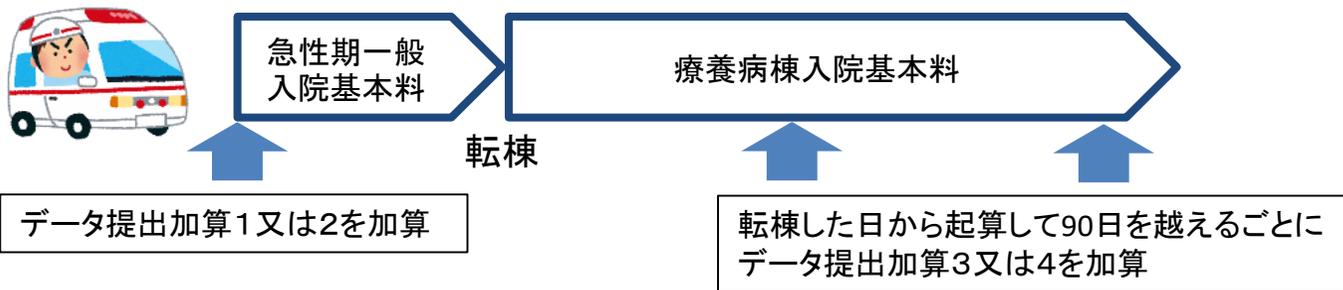
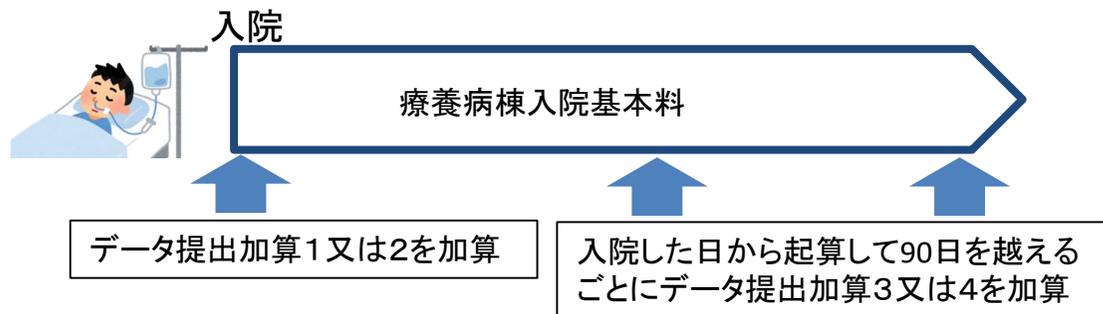
➤ データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。

改定後

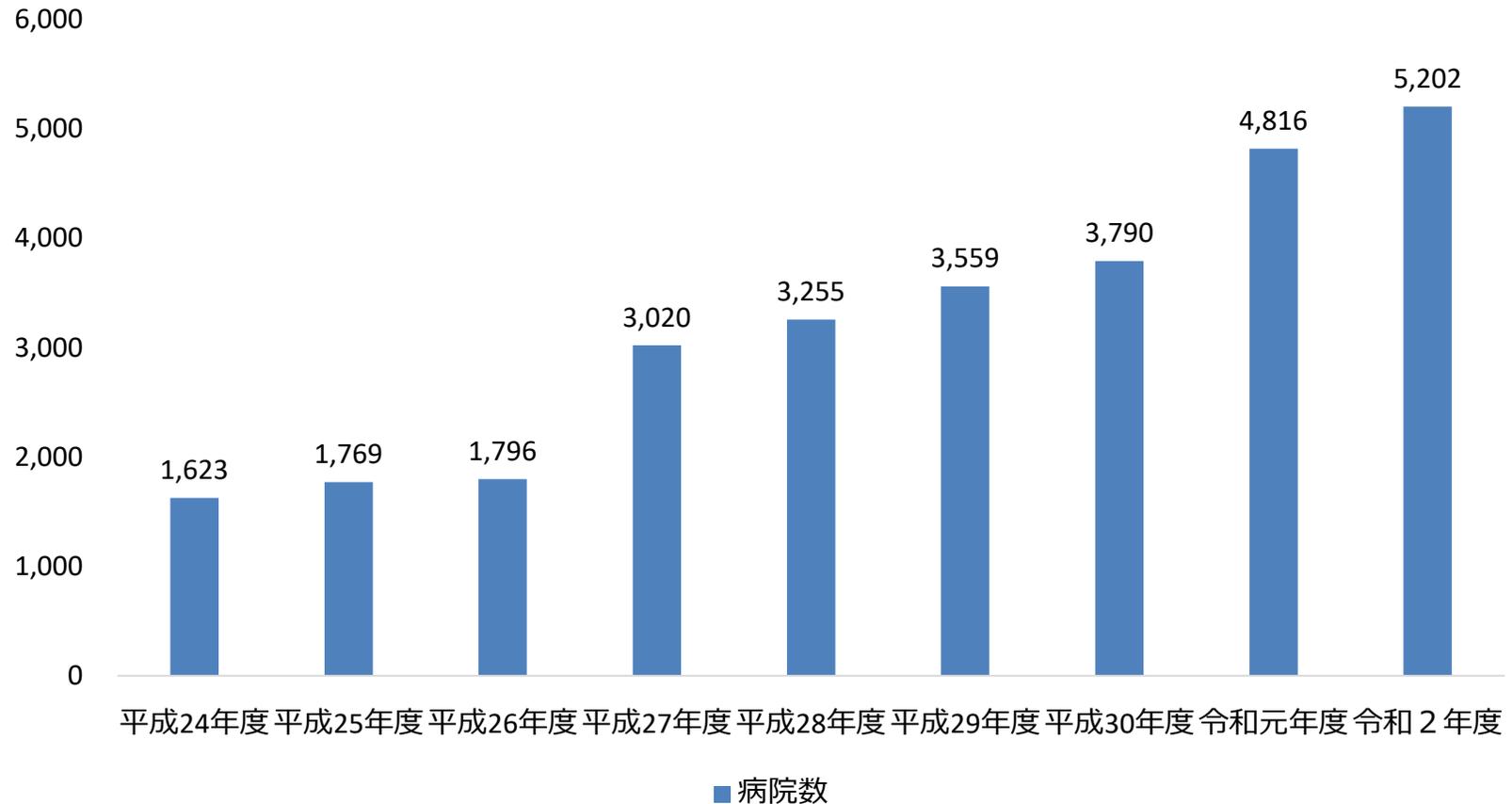
- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**
- 3 データ提出加算 3
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 4 データ提出加算 4
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。**



➤ 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に限り、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているものとみなすものとする。

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

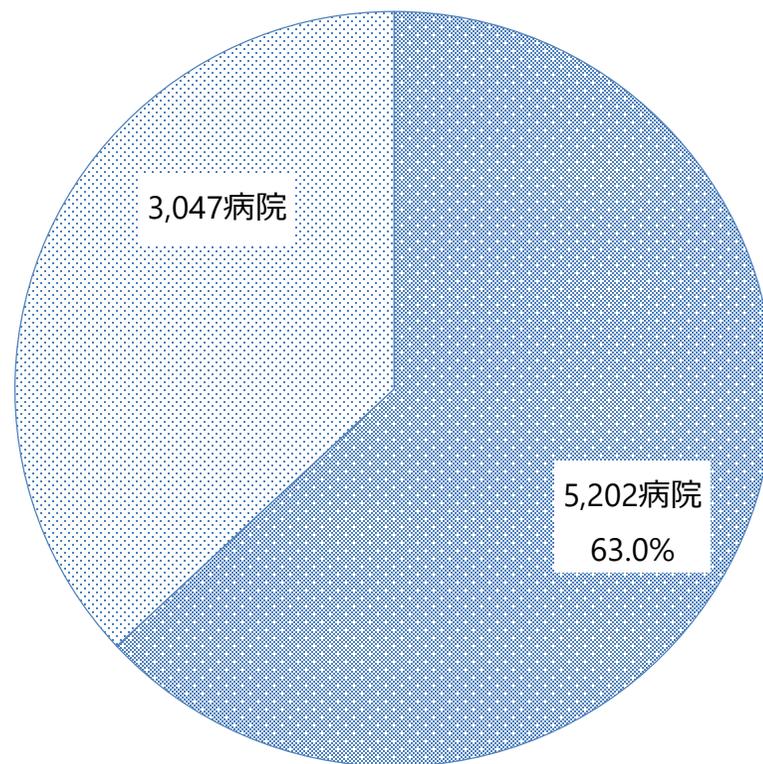
データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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



■ データ提出加算を届け出ている病院

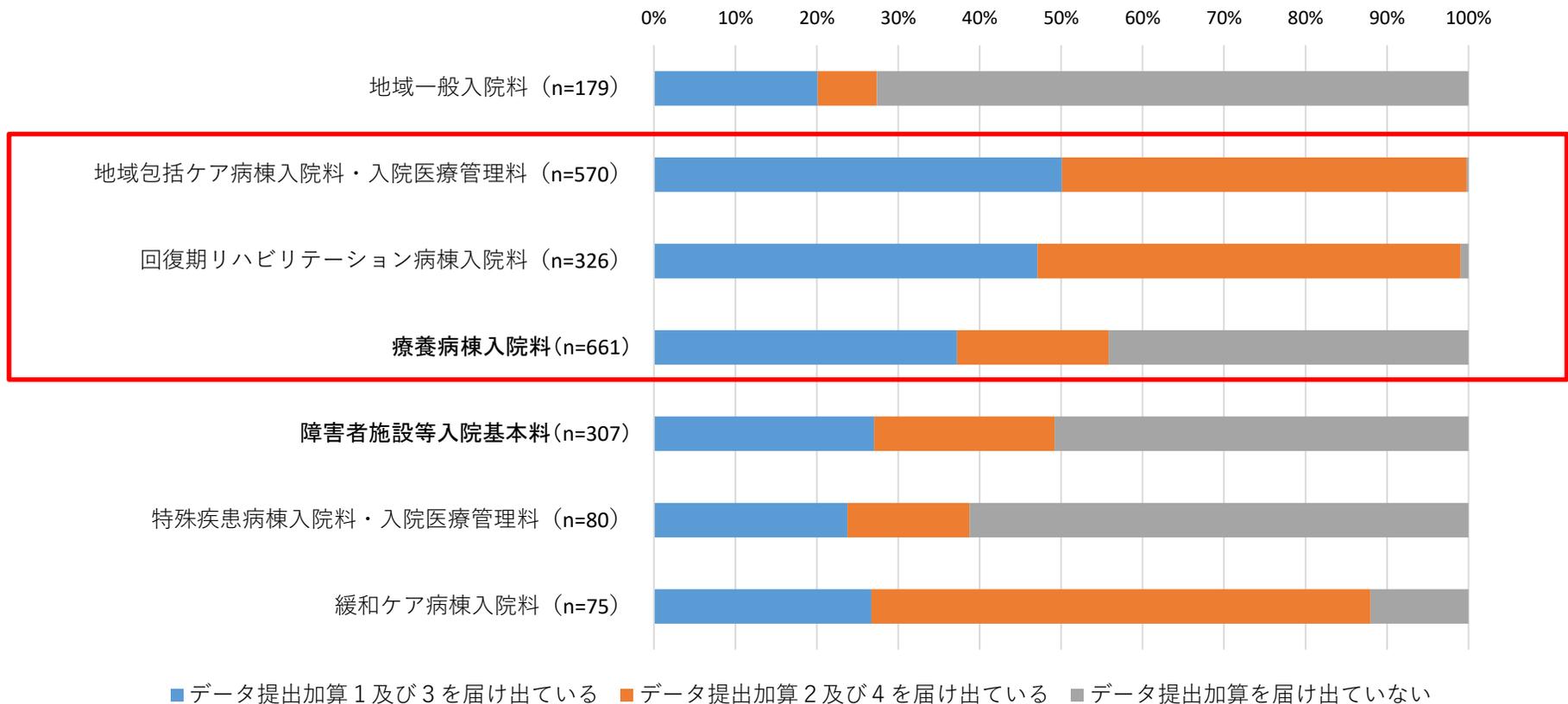
■ データ提出加算を届け出していない病院

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 各入院料を届け出ている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなっていたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。

データ提出加算の届出状況



データ提出加算を届け出ることが困難な理由

○ データ提出加算を届け出していない医療機関について、データ提出加算を届け出ることが困難な理由をみると、「電子カルテシステムが導入されていないから」という理由が多かった。

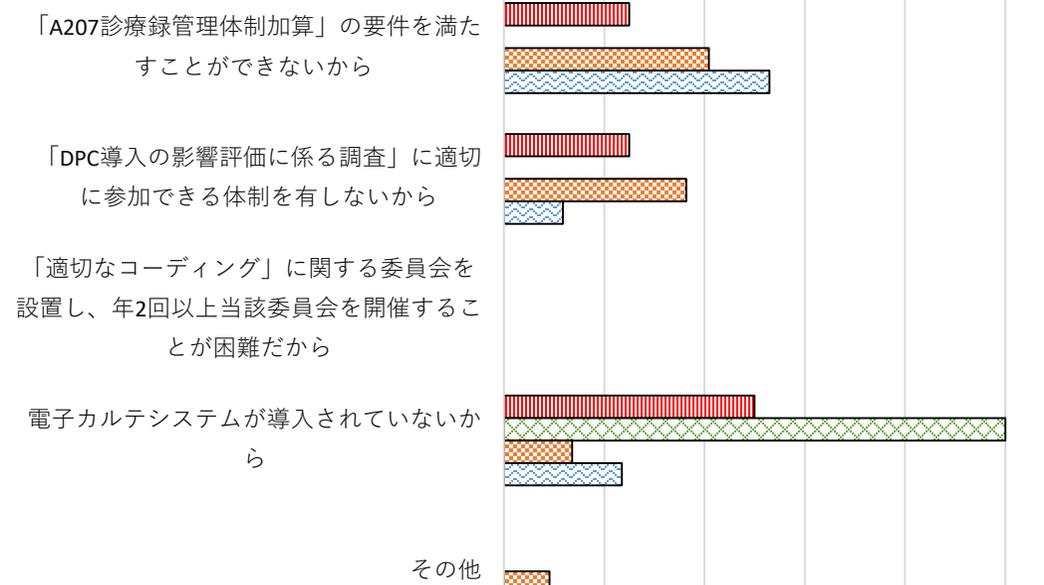
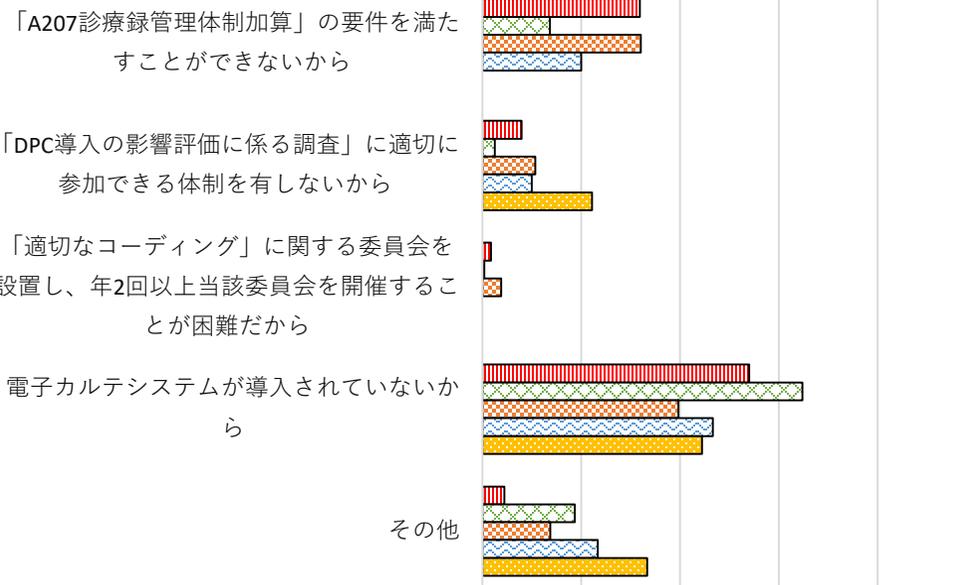
データ提出加算を届け出ることが困難な理由(最も該当するもの)

許可病床数200床未満の医療機関

許可病床数200床以上の医療機関

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

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



■ 地域一般入院料(n=113) □ 療養病棟入院料(n=278)
 ■ 障害者施設等入院基本料(n=131) □ 特殊疾患病棟入院料・医療管理料(n=30)
 ■ 緩和ケア病棟入院料(n=9)

■ 地域一般入院料(n=8) □ 療養病棟入院料(n=1)
 ■ 障害者施設等入院基本料(n=22) □ 特殊疾患病棟入院料・医療管理料(n=17)

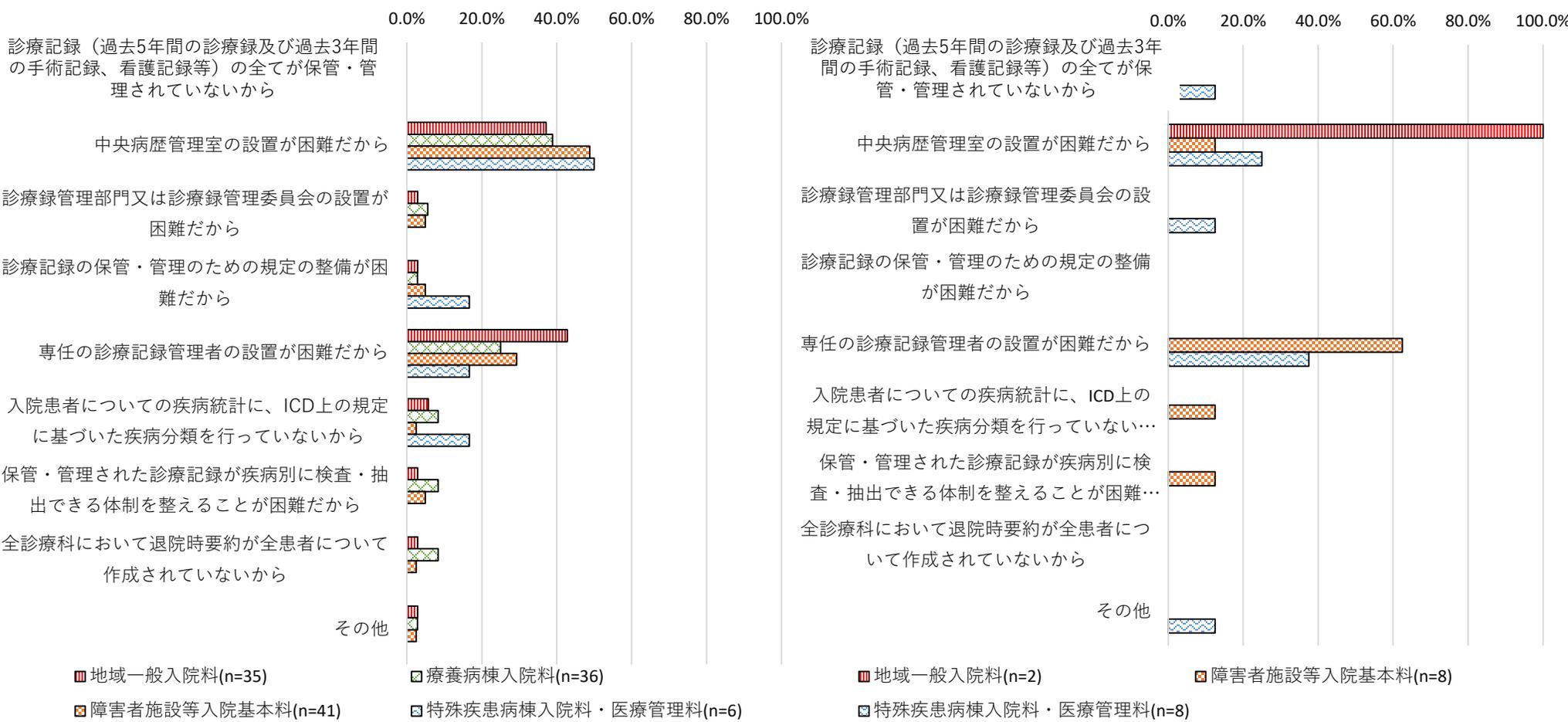
「『A207診療録管理体制』の要件を満たすことができないから」を選択した理由

○ データ提出加算を届け出ることが困難な理由として、「『A207診療録管理体制加算』の要件を満たすことができないから」を選択した理由は、以下のとおりであった。

「『A207診療録管理体制加算』の要件を満たすことができないから」を選択した理由(最も該当するもの)

許可病床数200床未満の医療機関

許可病床数200床以上の医療機関



DPC導入の影響評価に係る調査の概要

- 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータに基づき、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合 ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合 ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通 IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID

様式1(患者属性や病態等の情報)の概要

- 様式1は、病院を退院した全ての患者が作成の対象であり、病棟グループごとに作成する。
- データ提出加算を要件とする入院料が、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟にも拡大してきたことなどを踏まえ、様式1の内容に、急性期の診療内容や特定の疾患等に関する項目のほか、回復期や慢性期に関する項目が追加されてきた。

(例)

すべての患者に関する項目	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目
性別	がん初発/再発	要介護度
入退院年月日	TNM分類	要介護情報
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

DPCデータの利活用の例

- 医療機関の負担軽減のため、入院医療等の調査においては、一部の調査項目についてDPCデータでの代替提出を可能としている。
- また、データ提出加算の届出を要件とする入院料が、回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料にも拡大していることも踏まえ、提出されたDPCデータを元にした分析等を実施している。

令和2年度調査全体の概要①

中医協 診-1-1(改)
2. 10. 28

- 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」を配布する。
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。
- 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。
- 調査項目（4）をヒアリングのみで実施し、実態をより詳細に把握できるよう工夫する。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その1）	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関



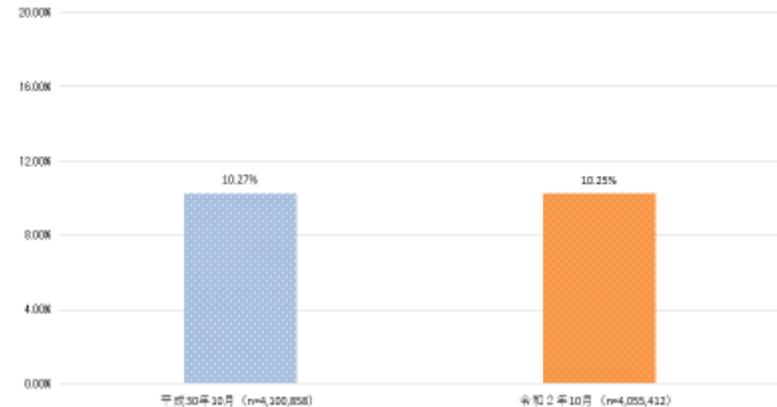
調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からD票に整理

中心静脈栄養を実施している患者数についての分析

診療組 入-2 参考 1
3. 10. 1

- 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。

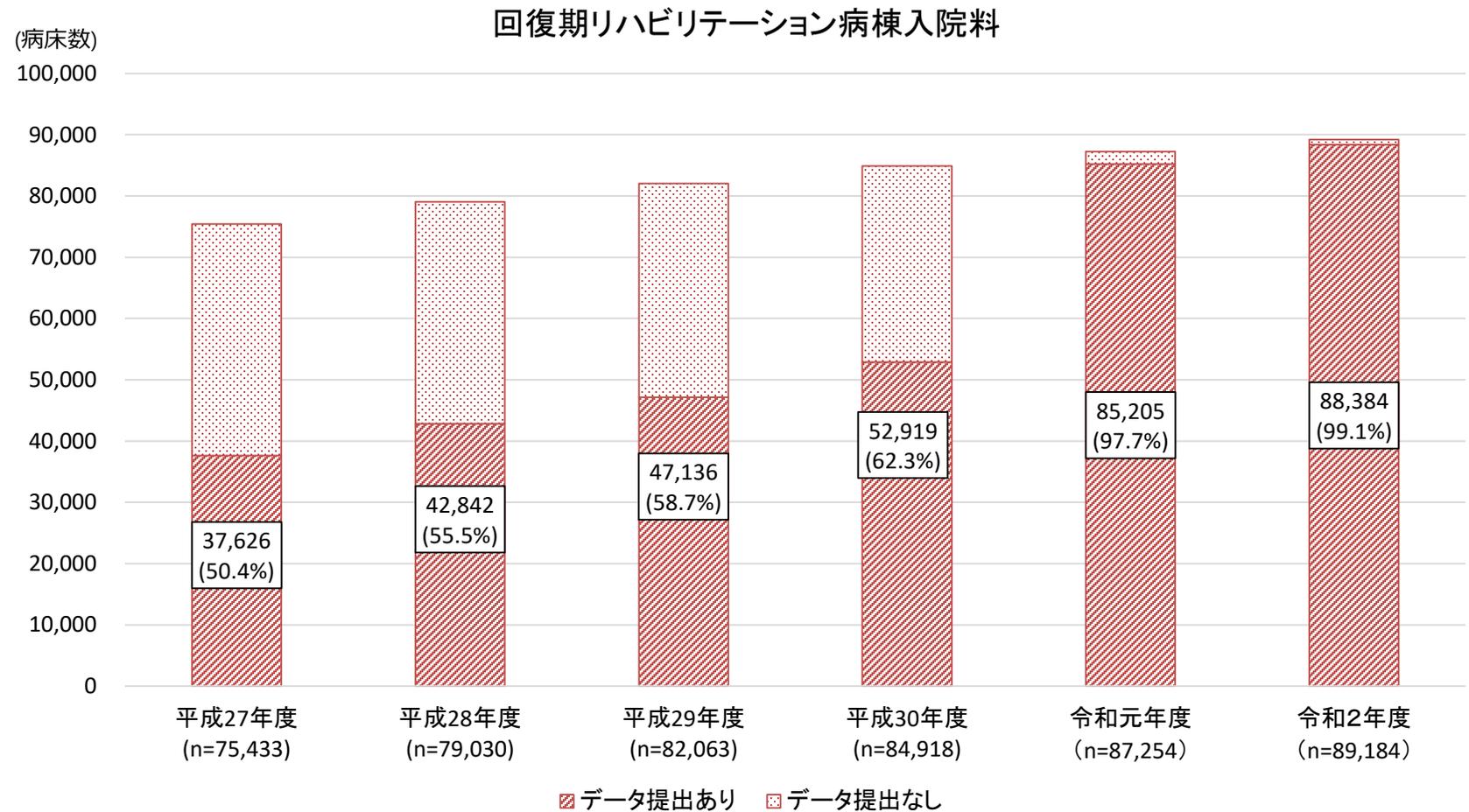
中心静脈栄養を実施している患者の割合



出典：DPCデータ

DPCデータを提出している病床：回復期リハビリテーション病棟入院料

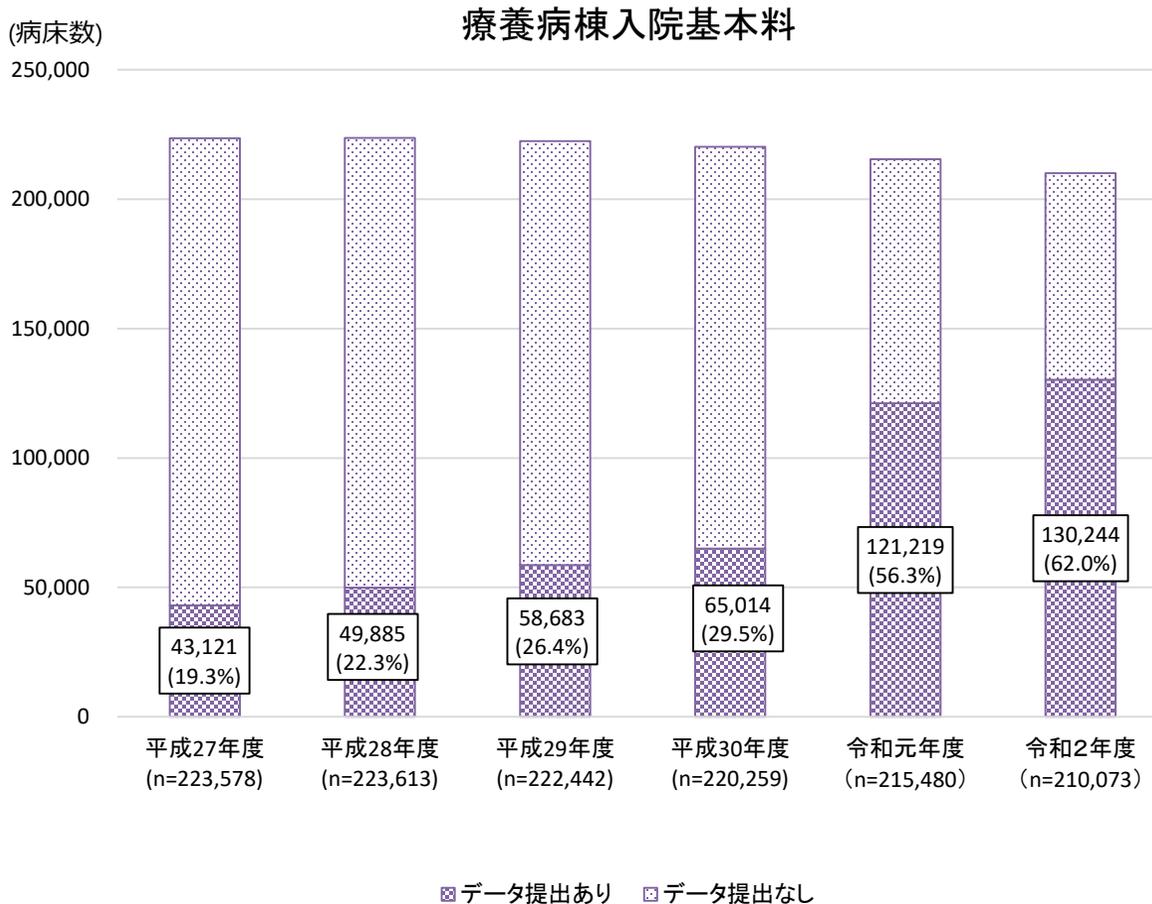
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、99.1%を占めていた。



出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

DPCデータを提出している病床：療養病棟入院基本料

- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、62.0%を占めていた。
- 令和2年度診療報酬改定において設けられている経過措置（許可病床200床未満）が令和4年3月31日に終了するため、今後も一定数増加することが見込まれる。

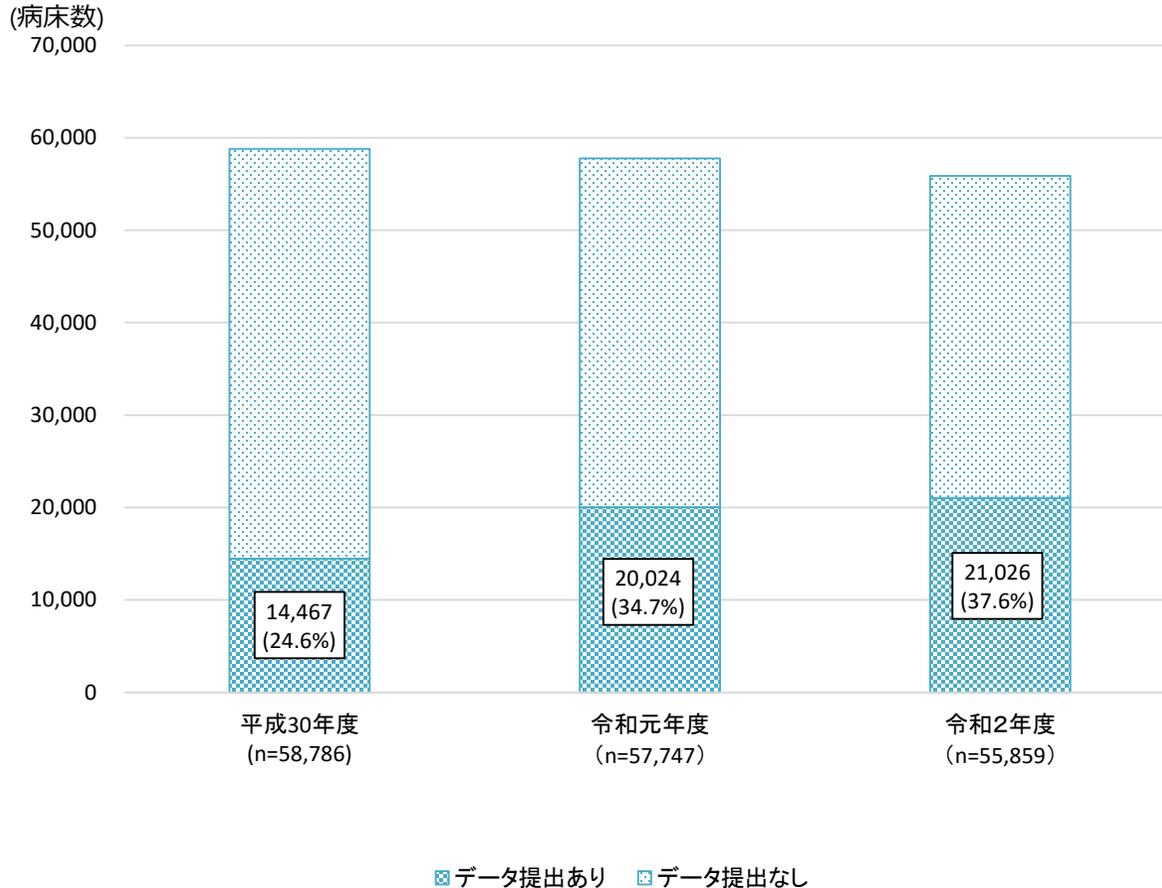


令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
療養1	112,811/ 174,701	64.6%
療養2	14,739/ 29,246	50.4%
注11	2,380/ 5,529	43.0%
特別	314/ 597	52.6%

○ 地域一般入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、37.6%を占めていた。

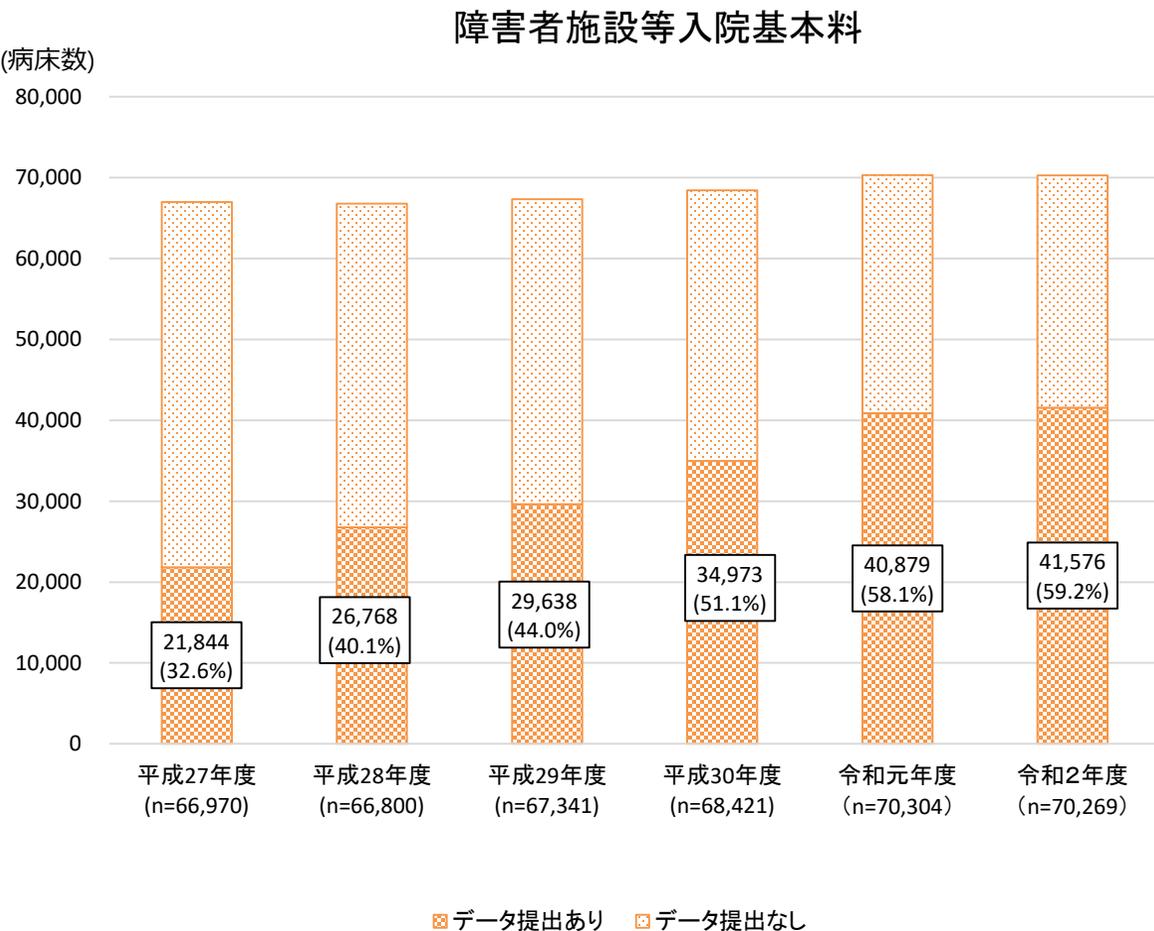
地域一般入院料



令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
地域一般1	9,120/16,417	55.6%
地域一般2	1,786/5,690	31.4%
地域一般3	10,120/33,752	30.0%

○ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、59.2%を占めていた。

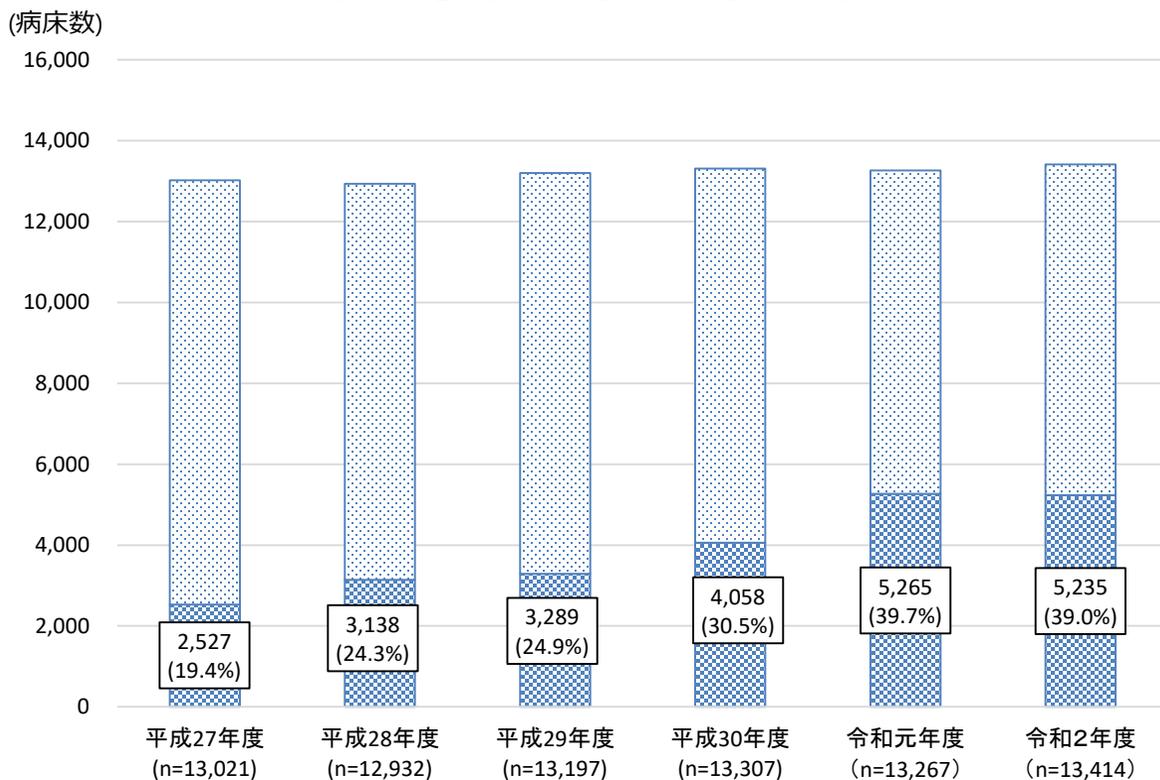


令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
7対1	9,072/ 14,250	63.7%
10対1	26,742/ 45,479	58.8%
13対1	4,992/ 8,333	59.9%
15対1	770/ 2,207	34.9%

○ 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、39.0%を占めていた。

特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料

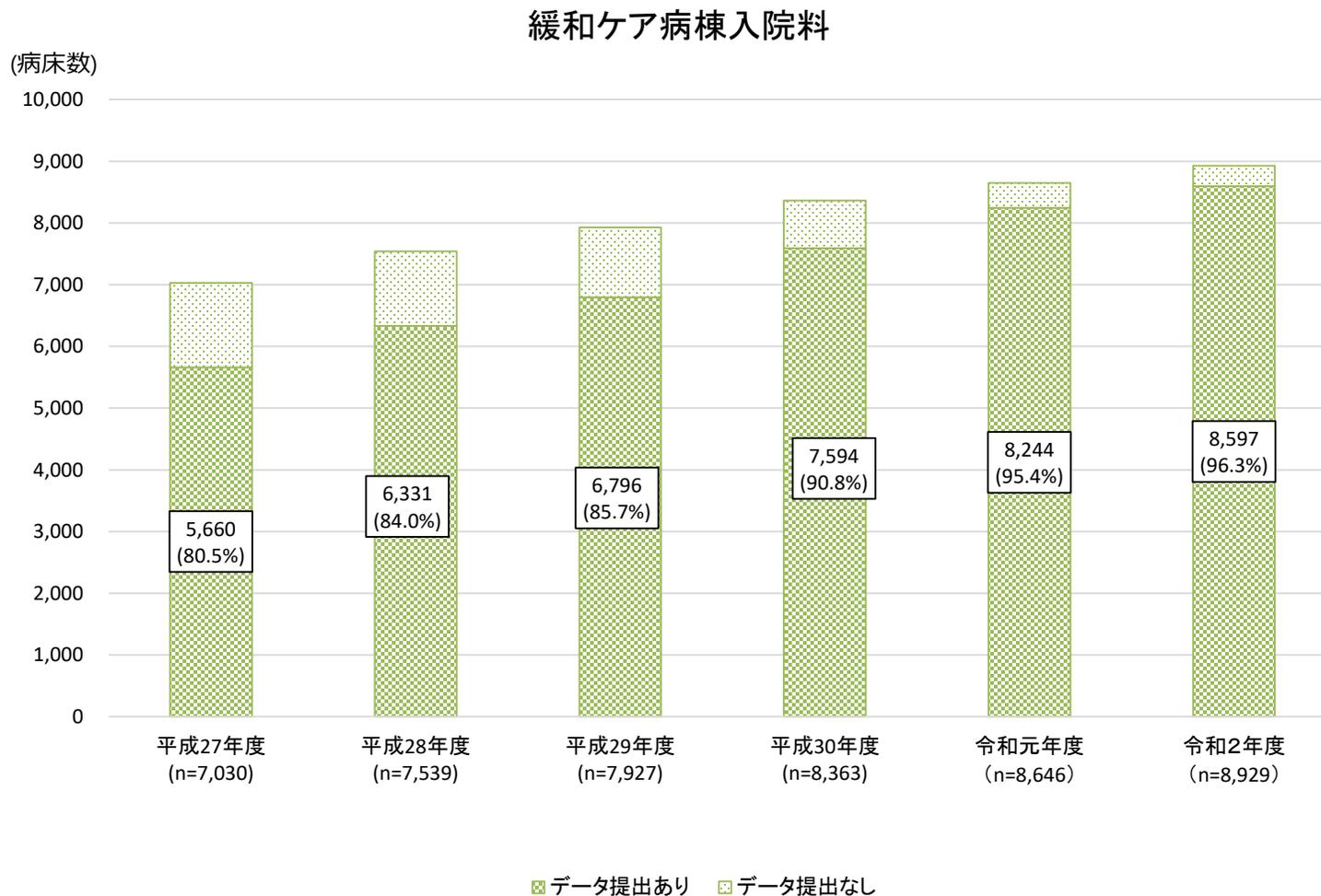


■ データ提出あり ■ データ提出なし

令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
特殊疾患病棟1	3,981 / 5,431	73.3%
特殊疾患病棟2	986 / 7,539	13.1%
特殊疾患入院医療	268 / 444	60.3%

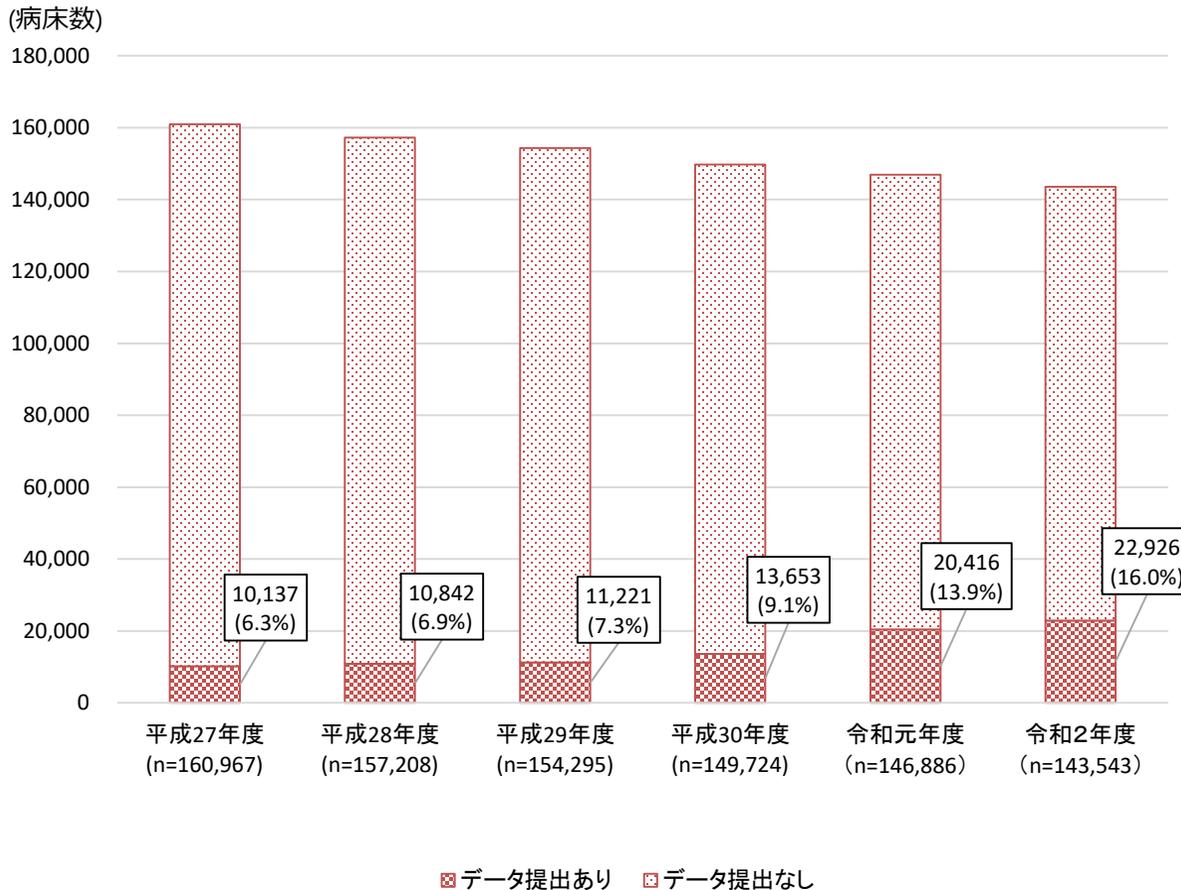
- 緩和ケア病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、96.3%を占めていた。



DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、16.0%を占めていた。

精神病棟入院基本料



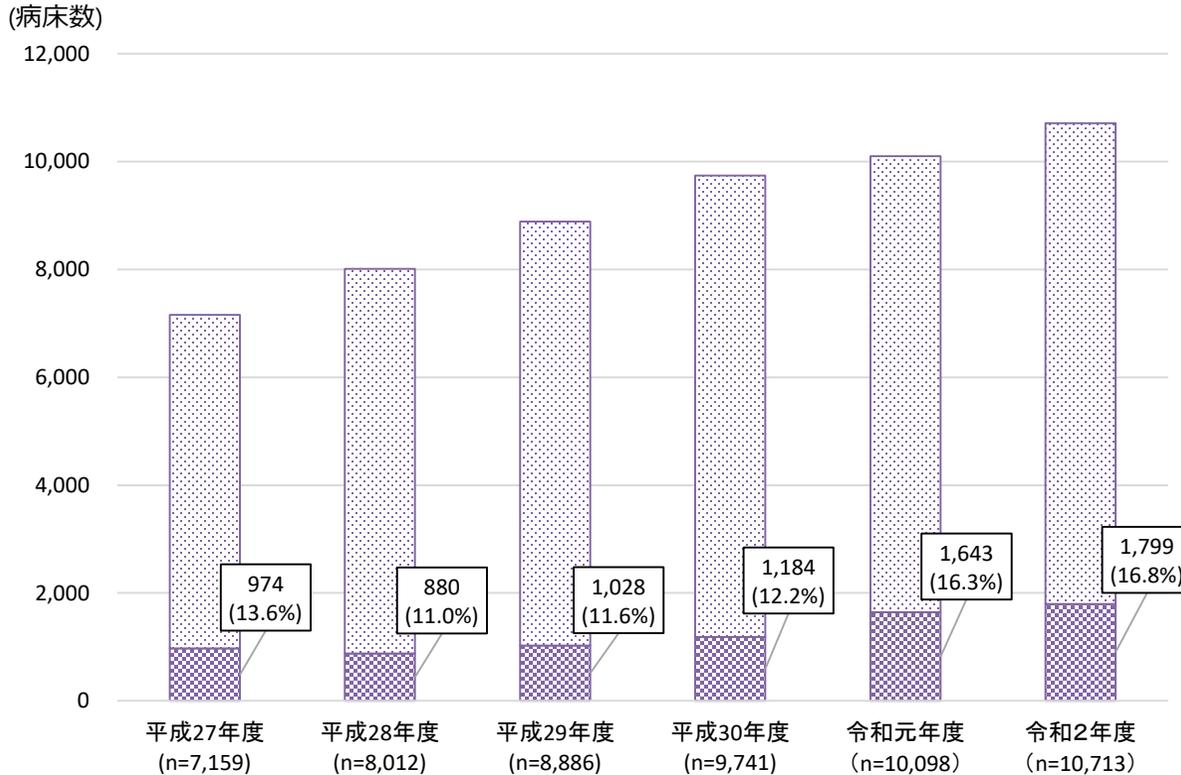
令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出する 割合
10対1	1,384/ 1,512	91.5%
13対1	2,970/ 4,376	67.9%
15対1	17,351/ 130,445	13.3%
18対1	1,156/ 4,140	27.9%
20対1	0/ 1,750	0.0%
特別	65/ 1,320	4.9%

DPCデータを提出している病床：精神科救急入院料

○ 精神科救急入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、16.8%を占めていた。

精神科救急入院料



■ データ提出あり ■ データ提出なし

令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神科救急1	1,799/10,586	17.0%
精神科救急2	0/127	0.0%

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について

1-1 データ提出加算について

1-2 診療録管理体制加算について

2. 入退院支援加算について

3. 救急医療管理加算について

4. 治療早期からの回復に向けた取組について

5. 入院医療における栄養管理について

6. 褥瘡対策について

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

診療録管理体制加算 1 100点

診療録管理体制加算 2 30点

【算定要件】

適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、入院初日に算定する。

【施設基準】

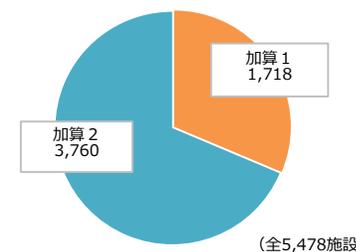
（加算 1）

- (1) 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づく管理が実施されていること。
 - ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
 - イ 入院日、退院日
 - ウ 担当医、担当診療科
 - エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
 - オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」を参考にすること。

（加算 2）

- (1) 加算 1 の（1）から（4）まで及び（9）を満たしていること。
- (2) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

診療録管理体制加算の届出医療機関数



【出典】
保険局医療課調べ
（令和 2 年 7 月 1 日時点）

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの概要

中医協 総-1-2
3.10.27

- **個人情報保護に資する情報システムの運用管理と e-文書法への適切な対応を行うための指針**として「医療情報ネットワーク基盤検討会」（現 健康・医療・介護情報利活用検討会、医療等情報利活用WG）での議論を経て「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」初版を平成17年3月に公開した。
 - 本ガイドラインは、**医療機関等における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象**としている。各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定を行っており、**今般第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表**した。
 - 医療情報システムのセキュリティについては、厚生労働省、総務省及び経済産業省が連携してガイドラインを整備している。（いわゆる3省2ガイドライン（※））
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版（厚生労働省、2021年1月）
医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン（経済産業省、総務省 2020年8月）

ガイドライン内容

- 電子的な医療情報を扱う際の責任のあり方
- 情報システムの基本的な安全管理
→ 技術的、物理的、組織的、人的対策を規程
- 診療録等を電子化・外部保存する際の安全管理基準
→ 電子保存の際に真正性・見読性・保存性を要求

3省2ガイドライン

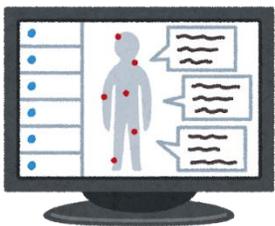
本GL

経産省
総務省
GL



医療機関等における
電子的な医療情報の
取扱いに係る責任者

基準に沿うようにシステムが
構築運用されているか確認
規程類を作成し、医療従事
者が遵守していることを確認



医療情報システム

構築・運用



システム事業者

6.10 災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

ガイドライン	論点	改定における対応
(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備	サイバーセキュリティ事故情報の報告スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ◆ B項に「(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備」を新設し、緊急時対応に必要な体制の構築の必要性を追記。 ◆ 一定の医療機関等において、CISOやCSIRTの設置の必要性を追記 ◆ 「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に示す報告を行うこと及びこれに必要な体制を整備する旨に変更(C項)

B. 考え方

(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備

非常時やサイバー攻撃などに対して、的確に対応できるようにセキュリティ体制を医療機関等においても構築することが求められる。非常時等において必要な原因関係の調査、必要なセキュリティ対応等に関する指揮、所管官庁等への報告などの体制については、平常時から明確にする必要がある。

また、一定規模以上の病院や、地域で重要な機能を果たしている医療機関等においては、そのために情報セキュリティ責任者(CISO)等の設置や、緊急対応体制(CSIRT等)を整備するなどが強く求められる。

C. 最低限のガイドライン

5. コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた(疑い含む)場合や、サイバー攻撃により障害が発生し、個人情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがある事案であると判断された場合には、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に基づき、所管官庁への連絡等、必要な対応を行うほか、そのための体制を整備すること。また上記に関わらず、医療情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行うこと。

- 医療機関へのサイバーセキュリティ対策のため、情報セキュリティインシデント発生時の国への報告について通知

中医協 総-1-2
3. 10. 27

<通知内容1及び3の概要>

1. 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の周知徹底 について

- 医療機関等においてコンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた疑いがある場合、医療情報システムの保守会社等に直ちに連絡。
- サイバー攻撃により、医療情報システムに障害が発生し、個人情報情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがあると判断された場合、速やかに当該医療機関等から厚生労働省医療情報技術推進室に連絡。

3. 情報セキュリティインシデントが発生した医療機関等に対する調査及び指導について

- 自治体においては、コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた医療機関等に対し、必要に応じて被害状況、対応状況、復旧状況、再発防止策等に係る調査及び指導を行い、医療技術情報推進室に報告。
- 病院、診療所又は助産所に対する情報セキュリティインシデントに係る調査及び指導については、医療法第25条及び第26条並びに医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第42条に基づく立入検査等を行うことが可能。

実施状況の実態(医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査)

(アンケート調査結果は次ページ)

情報システムの管理体制について、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%は委員会等を設置しているが、20~199床の中小病院では36.9%、診療所では4.4%となっている。

規模が大きい医療機関ほど、情報システムのメンテナンス活動に内部スタッフが関わっている割合が高い(内部スタッフ(院長含む)による実施と、内部スタッフ(院長含む)および外部の業者のサービスによる実施の合算)。

2020年度AMED(医薬品等規制調査・評価研究事業)
医療機関における医療機器のサイバーセキュリティに係る課題抽出等に関する研究
医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査(2021年3月)

調査元：公益社団法人日本医師会、公益財団法人医療機器センター

送付先：ランダムに抽出した全国の病院(5,000施設)・診療所(5,000施設)を対象

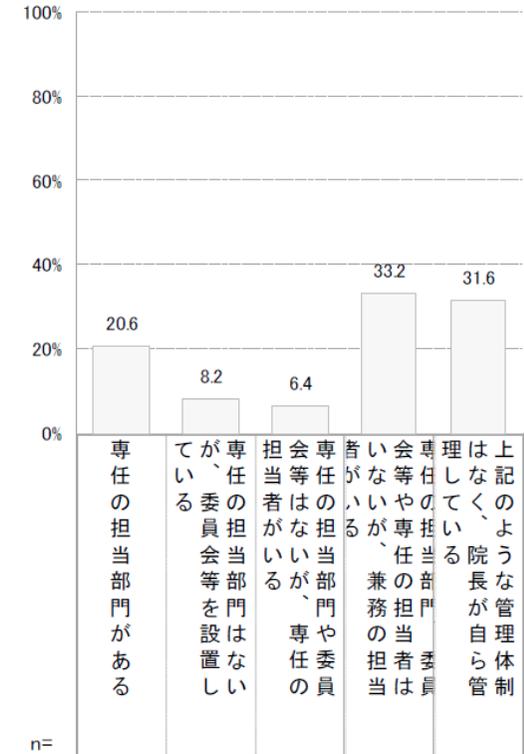
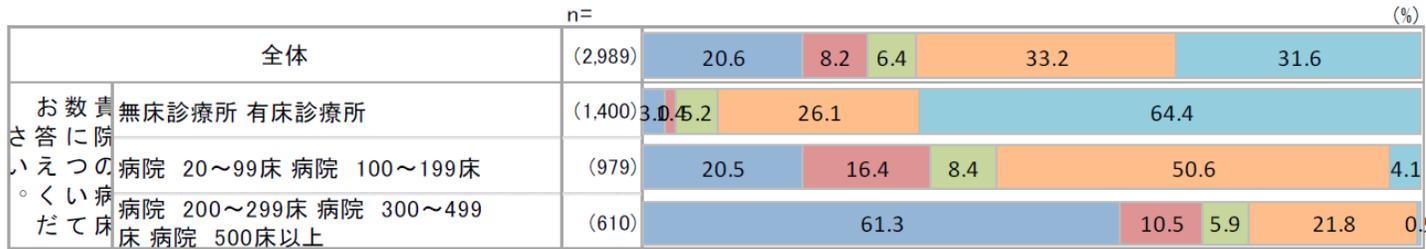
期間：2021年1月7日～2月3日

回収数：2,989件(病院1,589件・診療所1,400件)

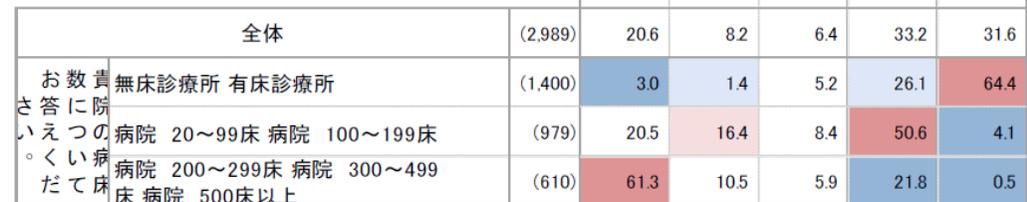
回収率：29.9%

Q10 貴院の情報システムの管理体制について、もっともよくあてはまるものをひとつ選んでお答えください。

- 専任の担当部門がある
- 専任の担当部門はないが、委員会等を設置している
- 専任の担当部門や委員会等はないが、専任の担当者がいる
- 専任の担当部門、委員会等や専任の担当者はいないが、兼務の担当者がいる
- 上記のような管理体制はなく、院長が自ら管理している



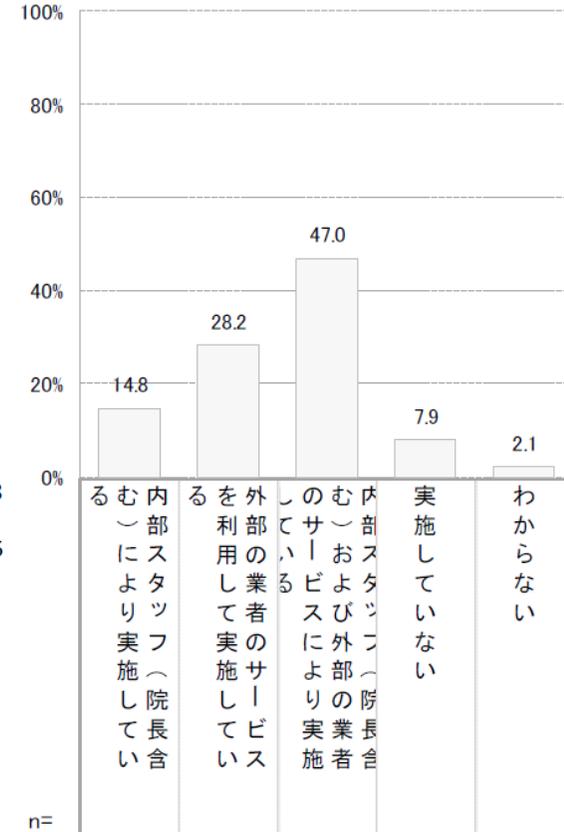
n=30以上の場合



Q11 貴院の情報システムのメンテナンス活動を現場にて行っている方についてお答えください。

- 内部スタッフ(院長含む)により実施している
- 外部の業者のサービスを利用して実施している
- 内部スタッフ(院長含む)および外部の業者のサービスにより実施している
- 実施していない
- わからない

		n=	n (%)				
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
お数 さ答 に院 いえ つ病 。く院 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	15.0	38.3	30.5	12.6	3.6
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	16.2	21.9	55.6	5.5	0.8
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	71.1				
	病院 500床以上						



n=30以上の場合



		n=	n (%)				
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
お数 さ答 に院 いえ つ病 。く院 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	15.0	38.3	30.5	12.6	3.6
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	16.2	21.9	55.6	5.5	0.8
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	71.1				
	病院 500床以上						

実施状況の実態(医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査)

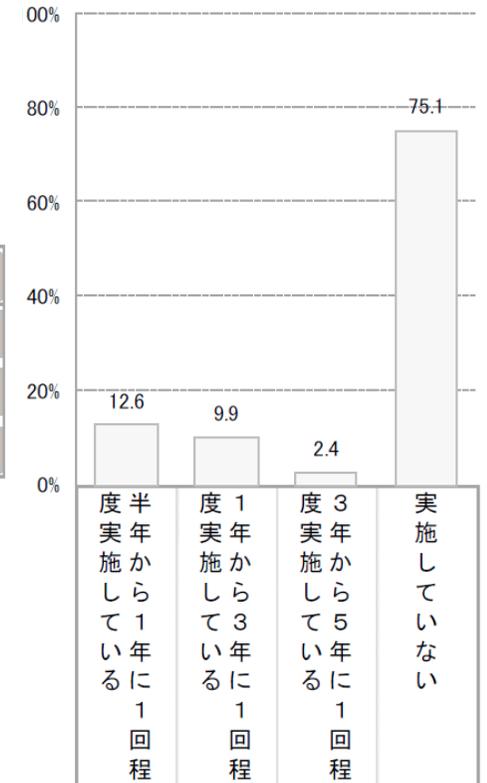
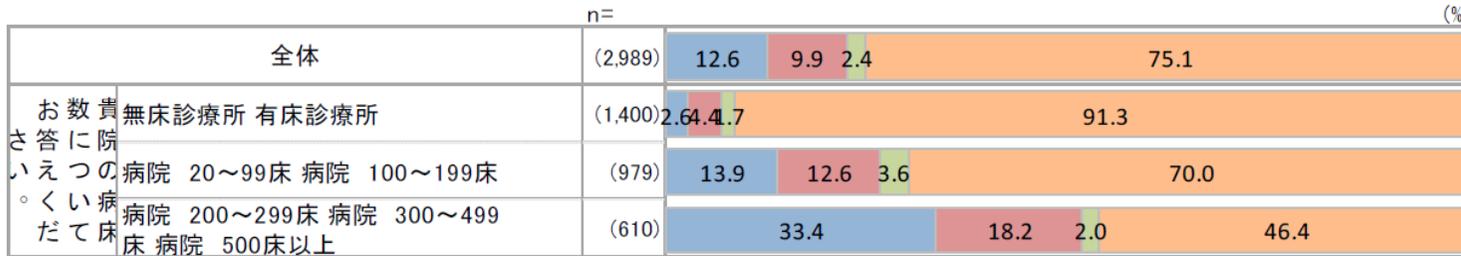
(アンケート調査結果は次ページ)

中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施している

また、研修を実施している場合は、概ね全職員を対象に実施している。

Q22 サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況についてお答えください。

- 半年から1年に1回程度実施している
- 1年から3年に1回程度実施している
- 3年から5年に1回程度実施している
- 実施していない

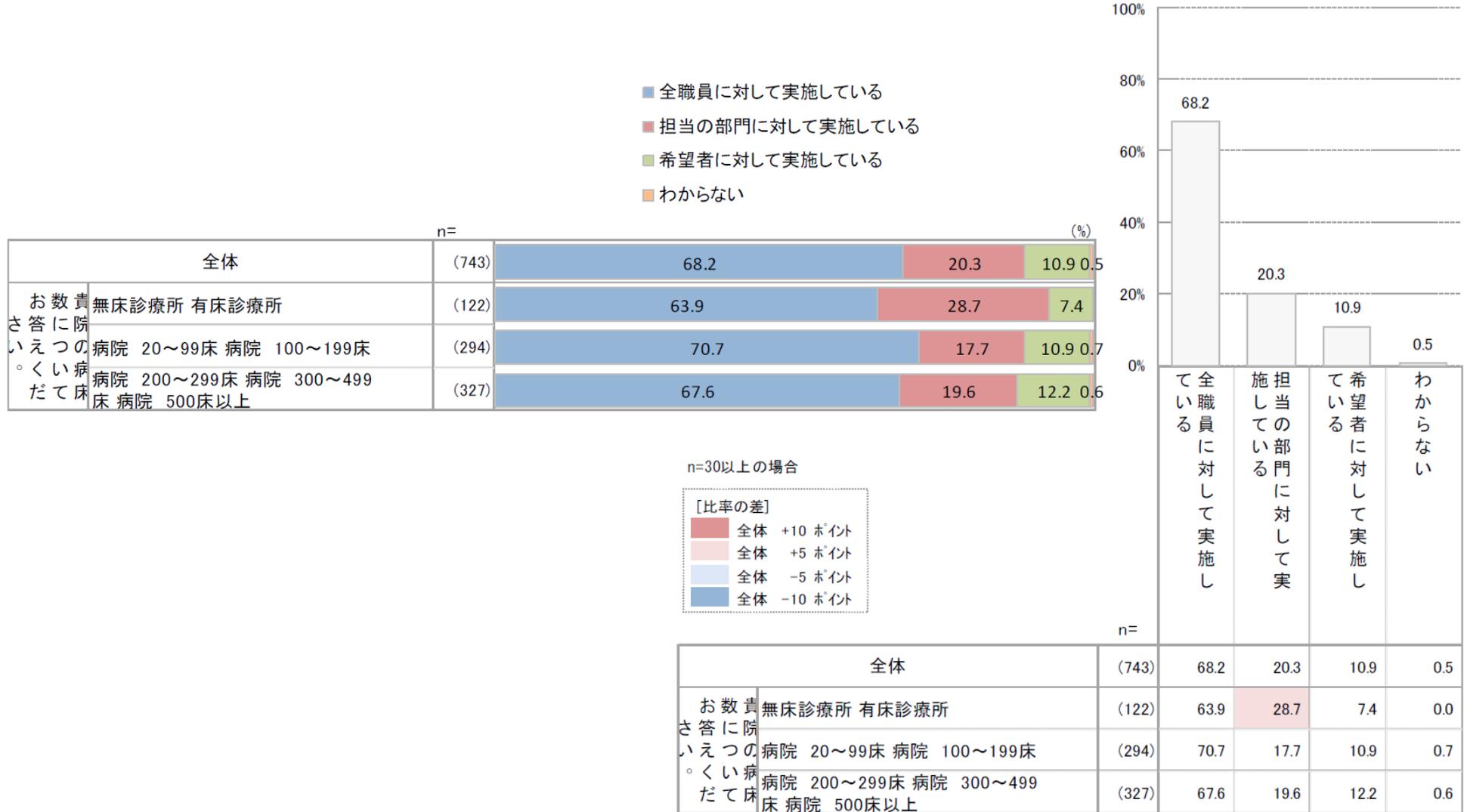


n=30以上の場合

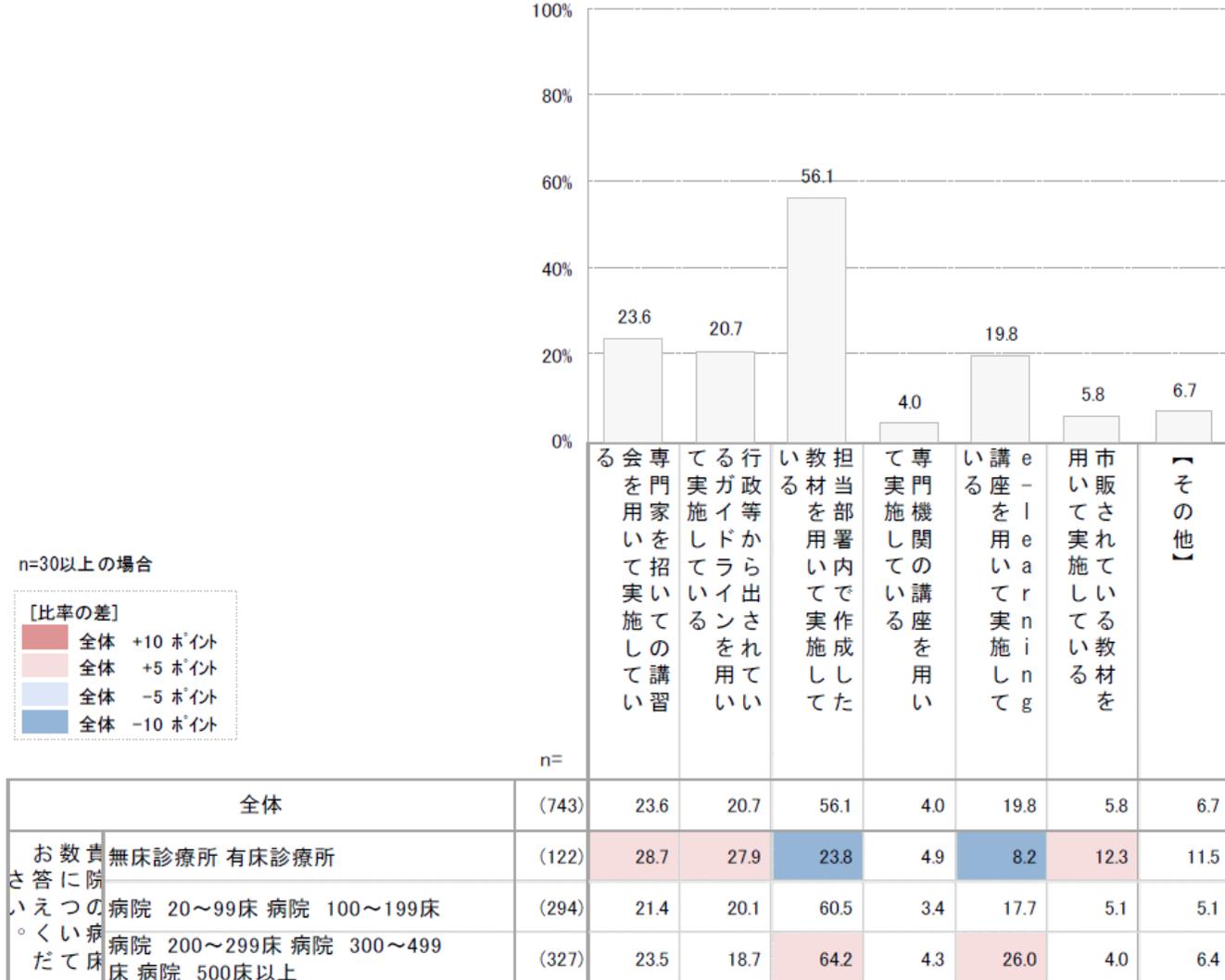
- [比率の差]
- 全体 +10 ポイント
 - 全体 +5 ポイント
 - 全体 -5 ポイント
 - 全体 -10 ポイント



Q23 Q22にて「実施している」と回答された方にお伺いします。
教育の対象者についてお答えください。



Q24 Q22にて「実施している」と回答された方にお伺いします。
貴院における教育の方法について当てはまるものをすべてお答えください。



11-5. 診療録管理体制加算について

- 診療録管理体制加算は、届出に当たり、「『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に準拠した体制」であることを求めている。
- 医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査において、情報システムの管理体制については、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は全体で28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%にのぼっていた。
- サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況については、中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施していた。
- サイバーセキュリティ対策は、各医療機関での取組みの底上げが重要だが、診療報酬においてどのような対応が可能なのかも含め、検討が必要ではないか、という指摘があった。

データ提出加算・診療録管理体制加算に係る課題と論点

(データ提出加算について)

- これまでの診療報酬改定において、データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大してきており、データ提出加算を届け出ている医療機関数は令和2年度まで増加を続けている。
- データ提出加算が要件となる入院料が拡大してきたことなどを踏まえ、様式1の内容に、急性期の診療内容や特定の疾患等に関する項目のほか、回復期や慢性期に関する項目が追加されてきた。
- このことにより、医療機関の診療実態についてより詳細な分析を行うことが可能になるとともに、医療機関に対する調査の負担軽減も図られている。
- データを提出している病床数は、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料といった、データ提出加算の届出が要件となった入院料において、顕著に増加がみられる。また、届出が要件となっていない地域一般入院料等の入院料においても、おおむね届出数の増加がみられる。

(診療録管理体制加算について)

- 診療録管理体制加算は、届出に当たり、「『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に準拠した体制」であることを求めている。
- 医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査において、情報システムの管理体制については、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は全体で28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%にのぼっていた。
- サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況については、中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施していた。

【論点】

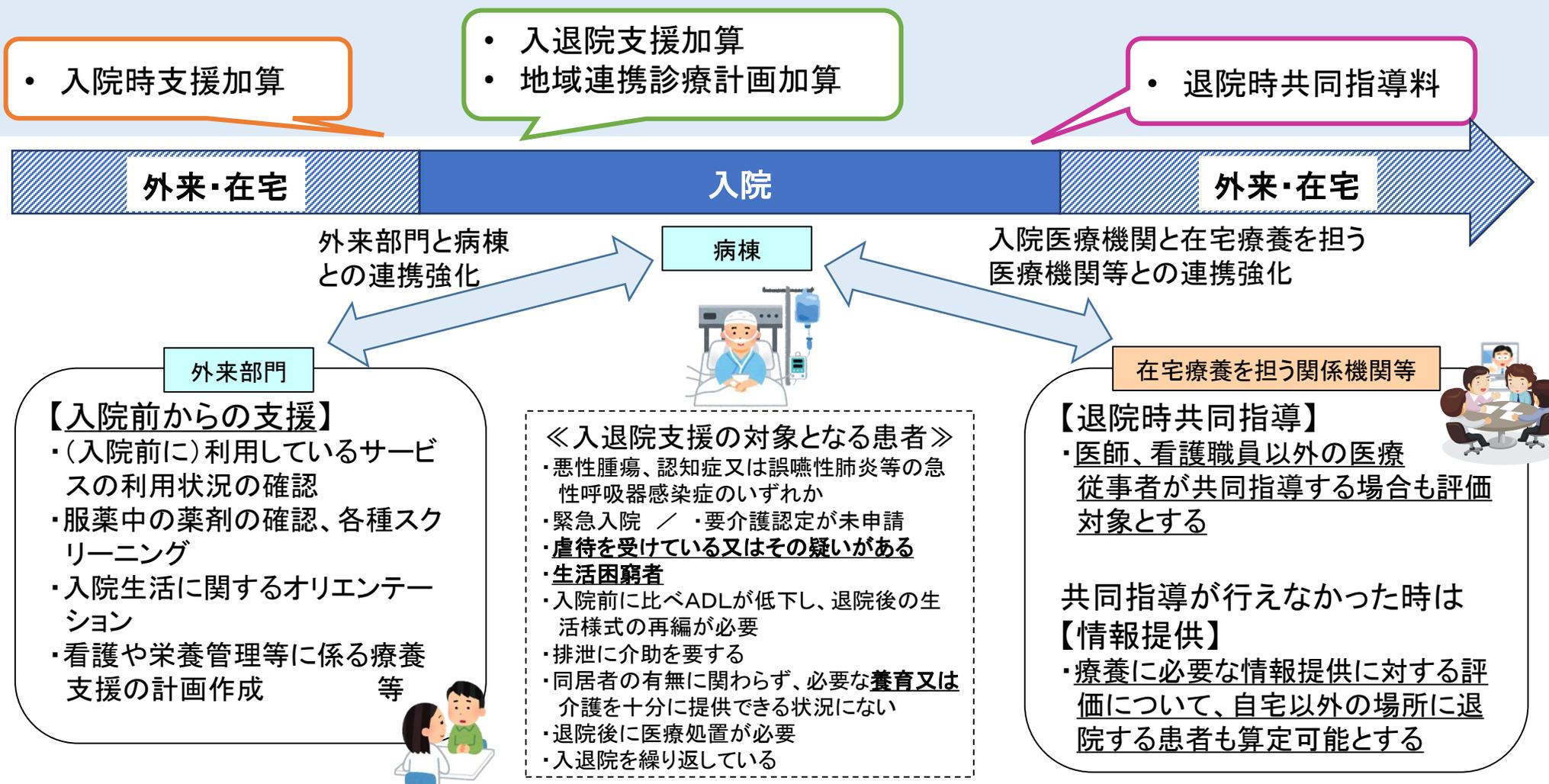
- 累次の診療報酬改定において、データ提出加算を要件とする対象が拡大してきたことを踏まえ、データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、その範囲についてどのように考えるか。
- 医療情報システムの安全管理について、実態調査の結果も踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



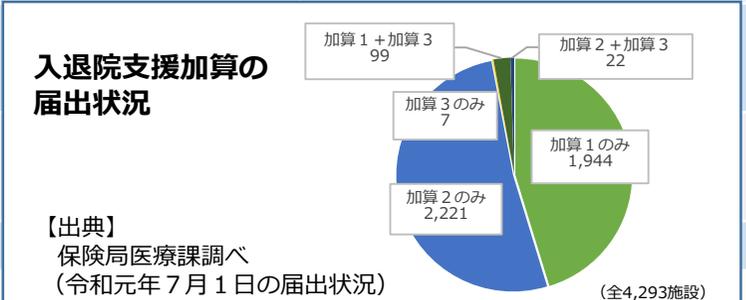
入退院支援加算の概要①

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- ▶ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- ▶ 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- ▶ 入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- ▶ 入退院支援加算3 1,200点
- ▶ 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。
小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの		ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算1 230点

[算定対象]

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

[施設基準]

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

入院時支援加算2 200点（退院時1回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。
入院前にア)からク)まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ)及びク)を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

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

医療機関間の連携に関する評価

➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時1回）

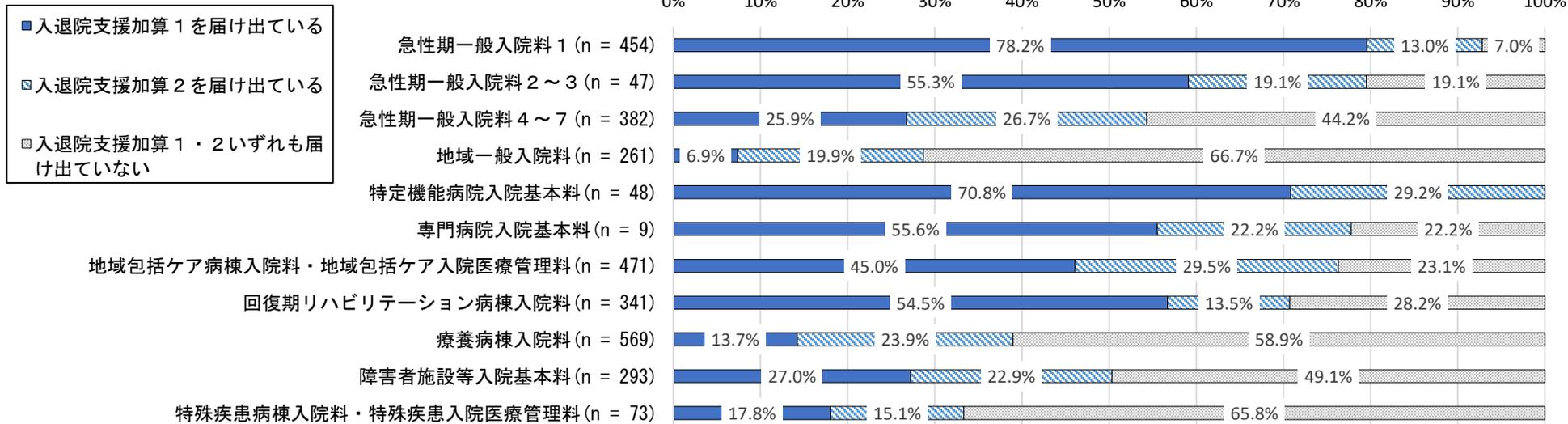
[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

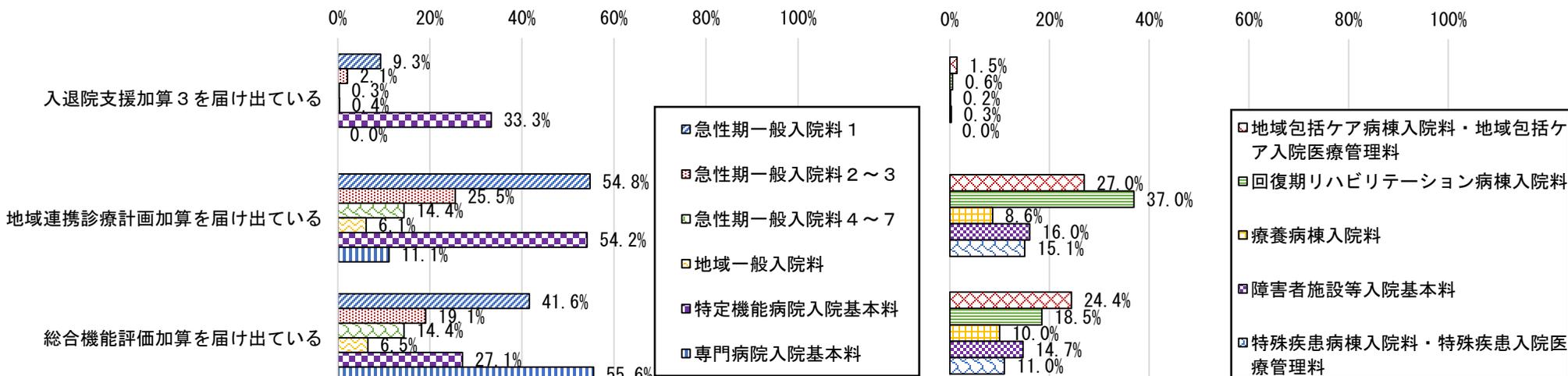
入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



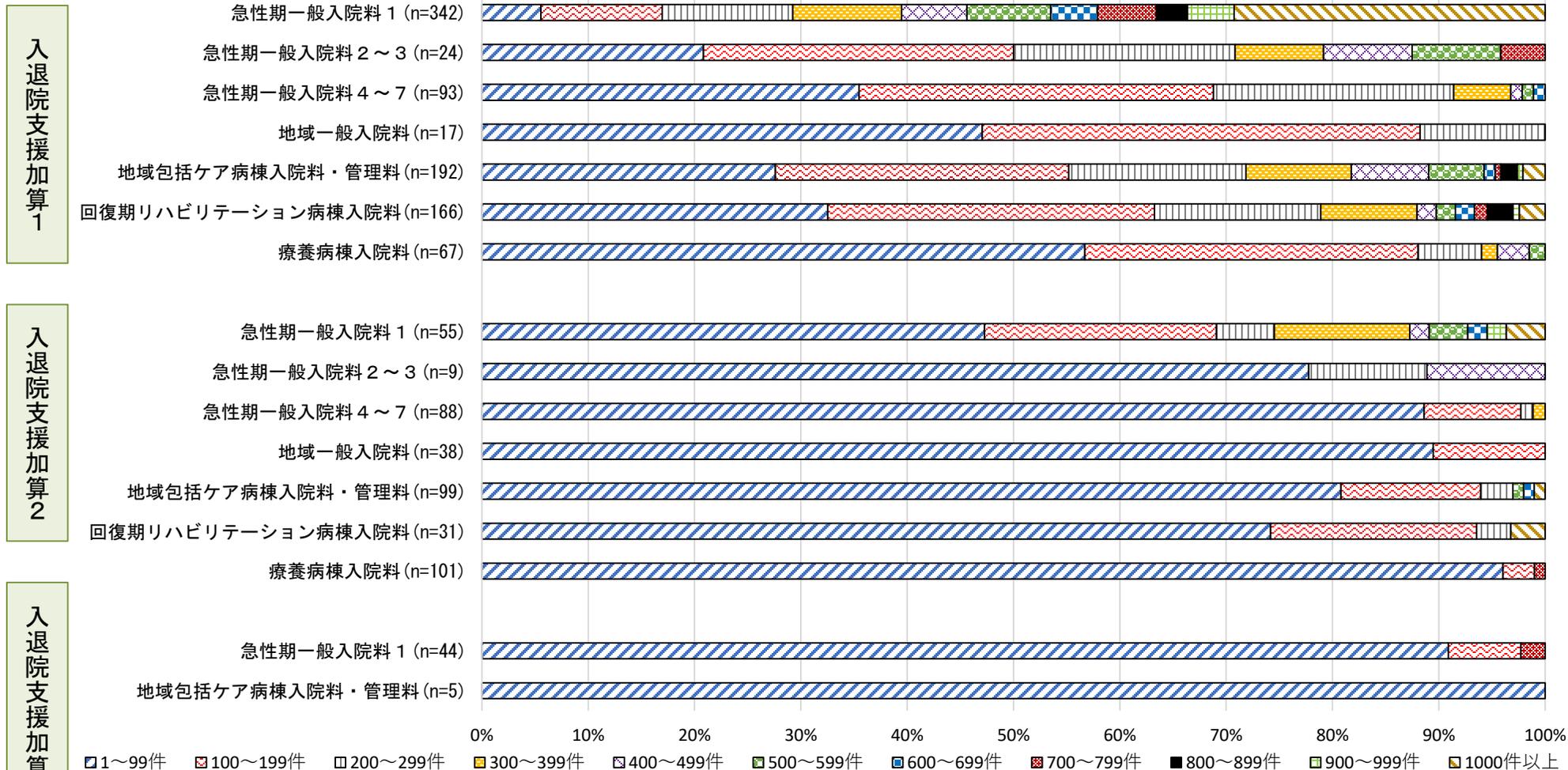
入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



入退院支援加算の算定件数

○ 入退院支援加算の算定件数をみると、加算1は、加算2・3に比べて、1施設あたりの算定件数が多い。

入退院支援加算の算定件数

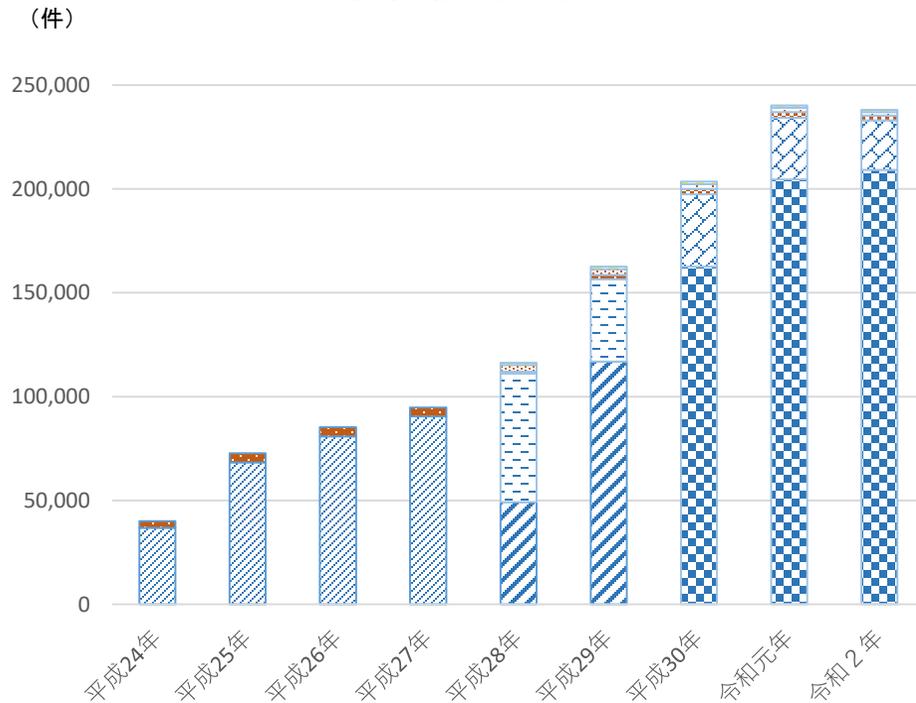


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票※届出区分が無回答のものは除く n=2以下のものは除く ※各病棟を含む施設として集計

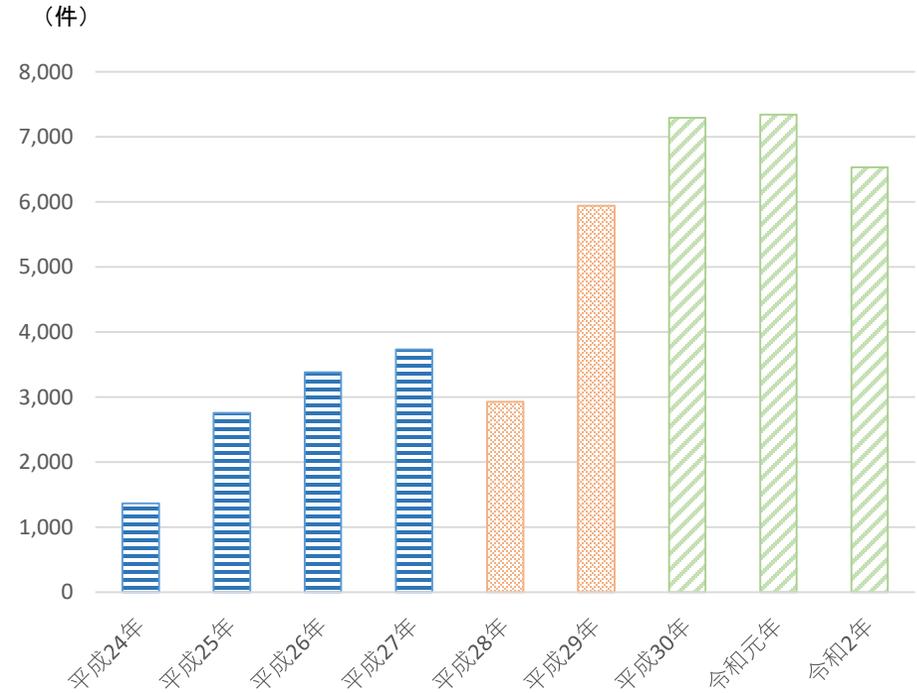
入退院支援加算等の算定状況

○ 入退院支援加算(平成24~27年は退院調整加算、平成28~29年は退院支援加算)の算定件数は増加傾向だが、近年は横ばい。

入退院支援加算の算定件数



地域連携診療計画加算の算定件数



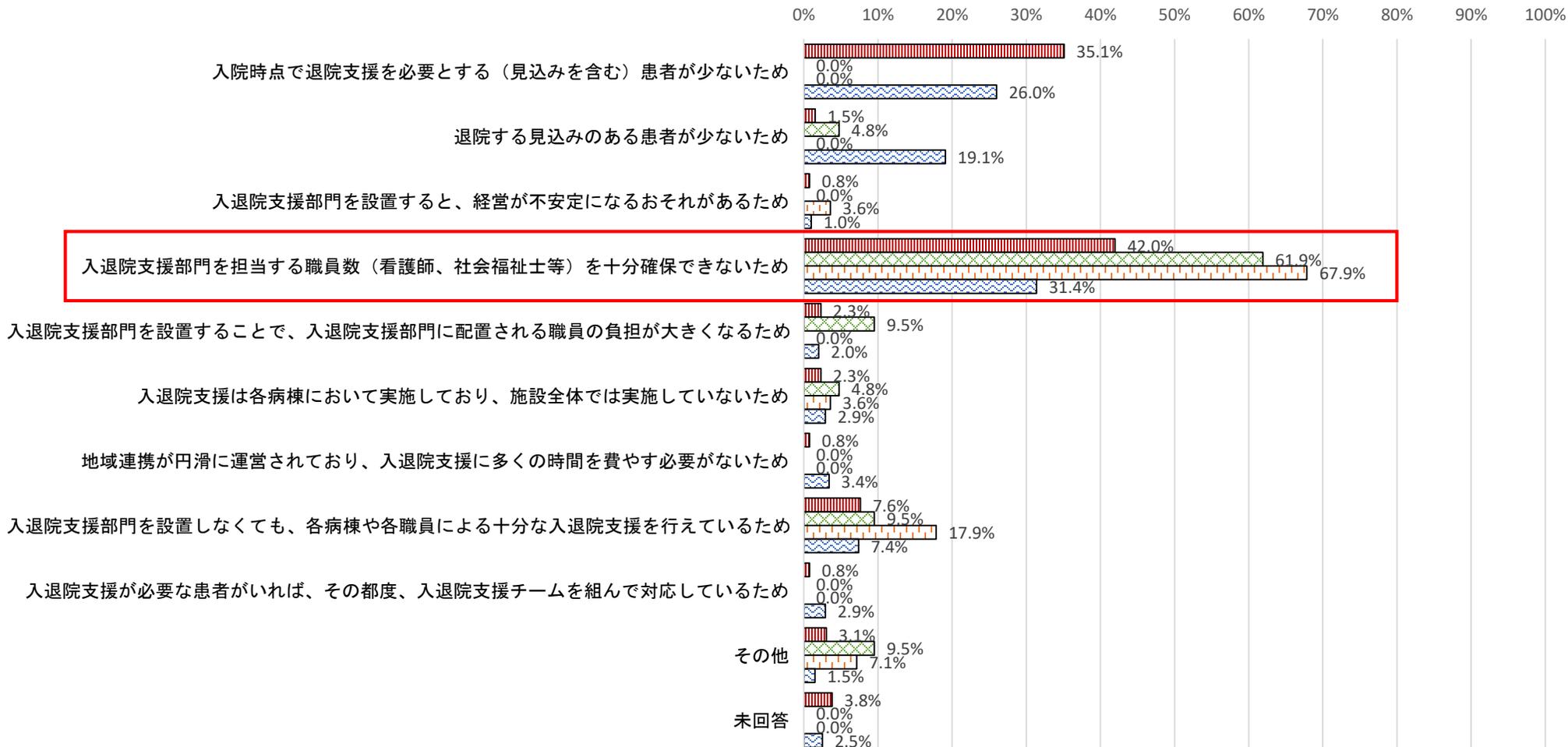
- 入退院支援加算 3
- 入退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 3
- 退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院調整加算(療養病棟入院基本料等)
- 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)

- 入退院支援加算 地域連携診療計画加算
- 退院調整加算 地域連携計画加算
- 退院支援加算 地域連携診療計画加算

入退院支援部門を設置していない理由

○ 入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。

入退院支援部門を設置していない理由（最も該当するもの）



■急性期一般入院料 (n = 131) □地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 21) □回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 28) □療養病棟入院基本料 (n = 204)

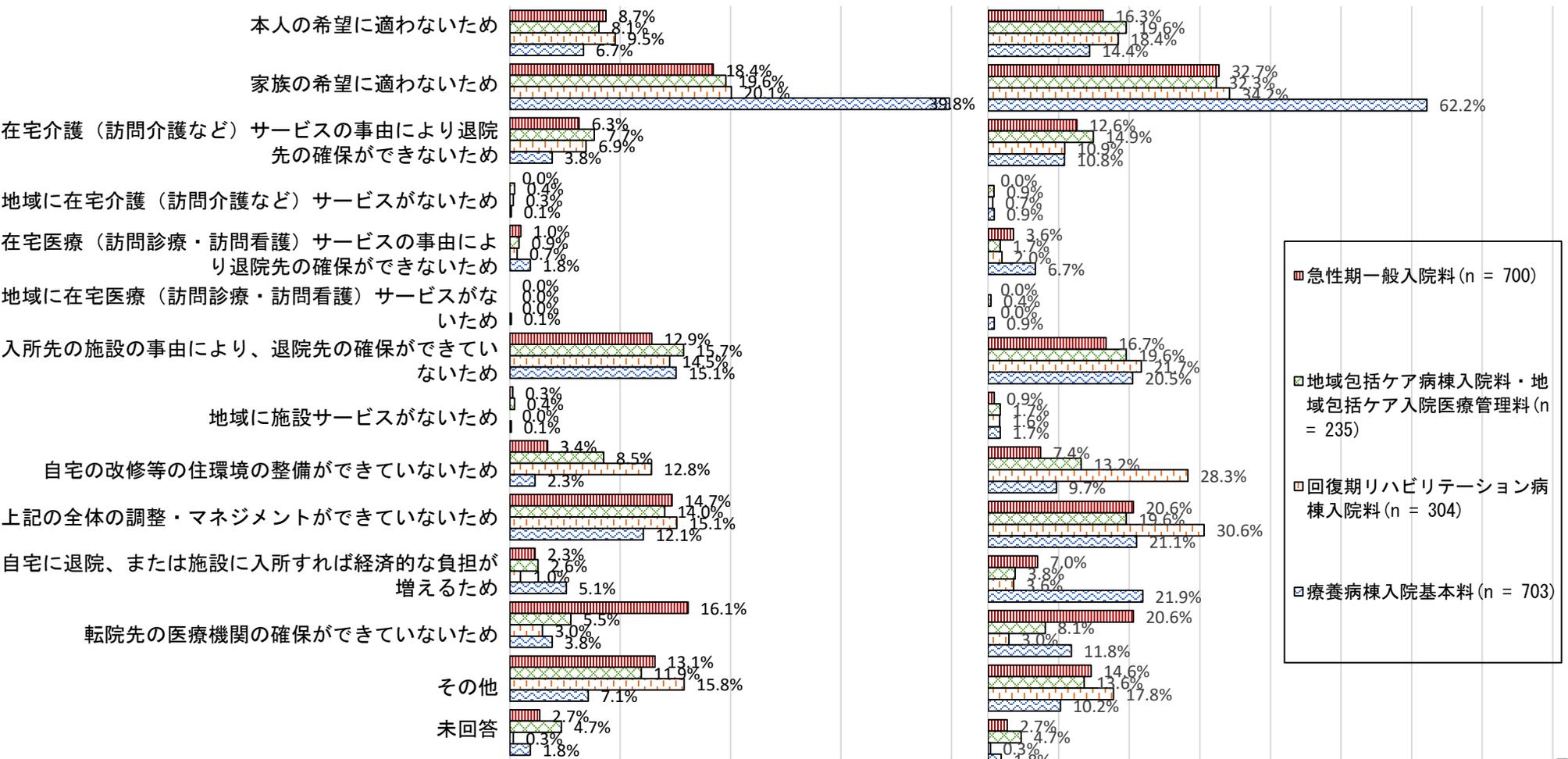
退院できない理由

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院できない理由をみると、全体として、「家族の希望に合わないため」「入所先の施設の事由により退院先の確保ができていないため」「上記の全体の調整・マネジメントができていないため」が多かった。

退院できない理由(最も該当するもの)

退院できない理由(複数回答)

0% 10% 20% 30% 40% 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%



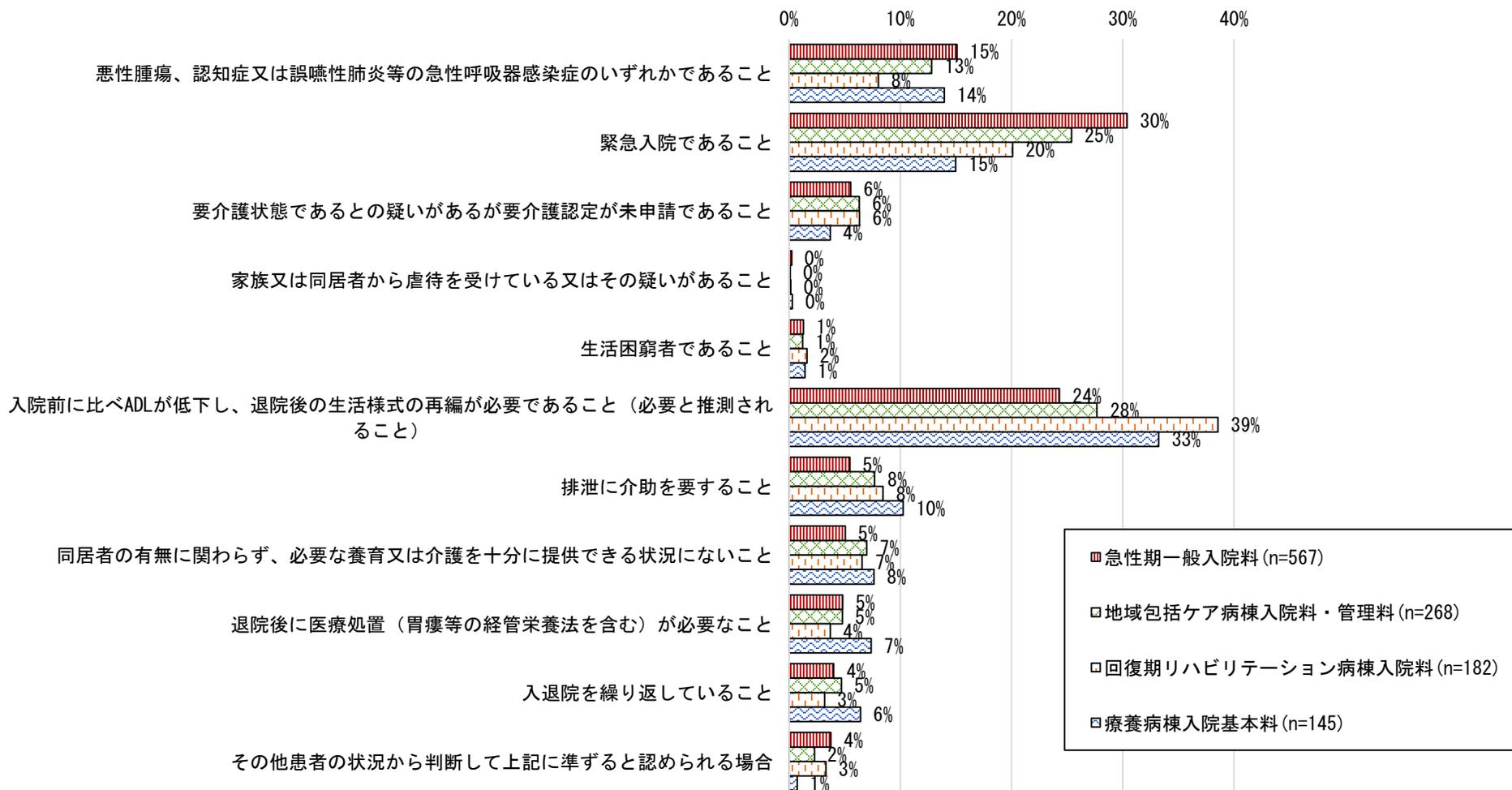
■急性期一般入院料 (n = 700)
 ■地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 235)
 ■回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 304)
 ■療養病棟入院基本料 (n = 703)

出典：令和2年度入院医療等の調査(患者票) ※理由が無回答のもの及び無効な回答については除く

入退院支援加算の算定要件の「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算1又は2を算定した患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても、「緊急入院であること」、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」が多かった。

入退院支援加算1又は2を算定する患者の「退院困難な要因」(主なもの1つ)



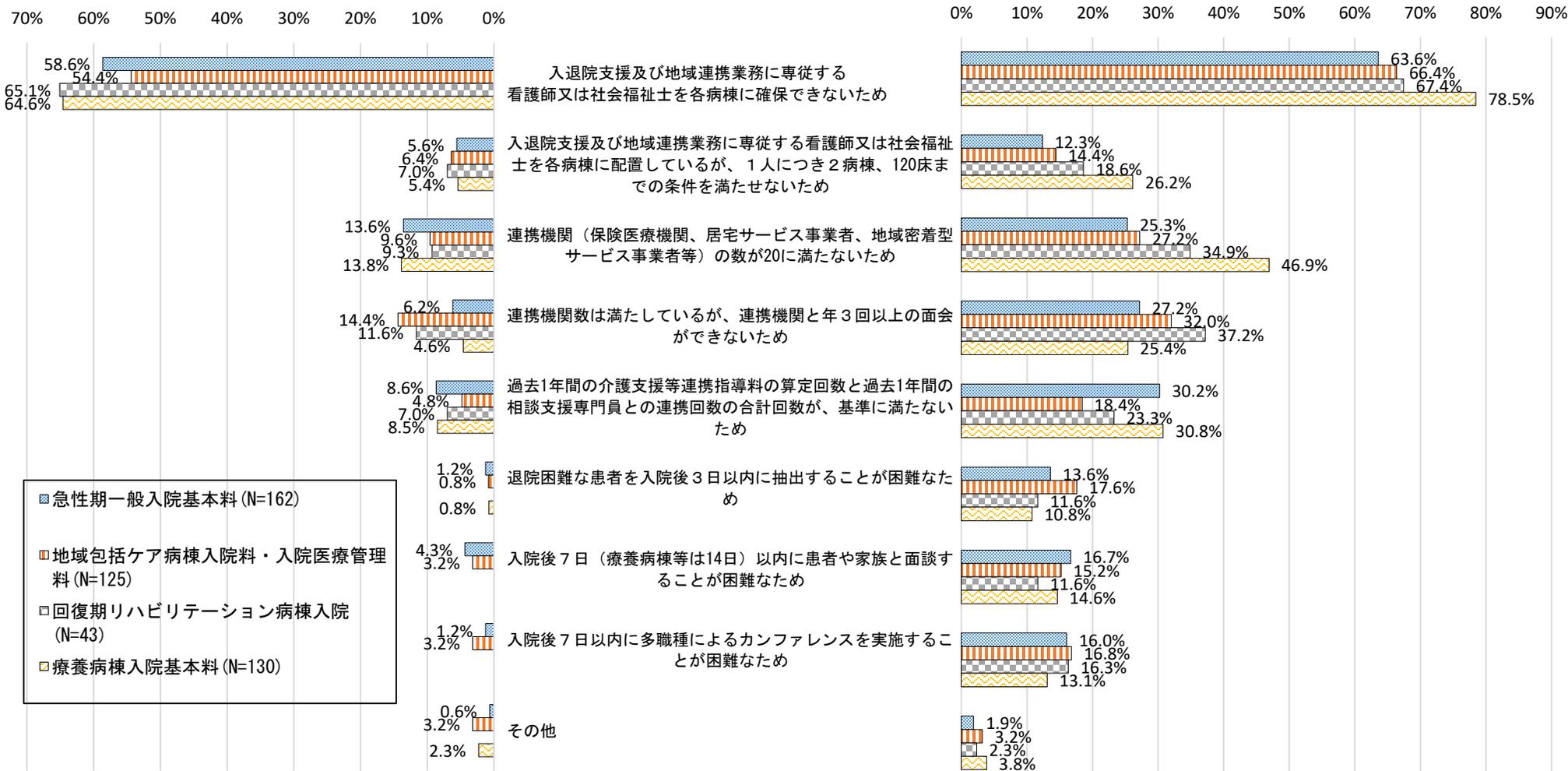
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院料においても、各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難、が最も多く、急性期一般入院料では、次いで過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計、が多かった。

最も該当

入退院支援加算 2 を届け出ている施設において、
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

該当する項目全て（複数回答）



施設において退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 施設において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として、「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

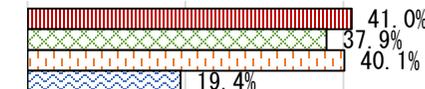
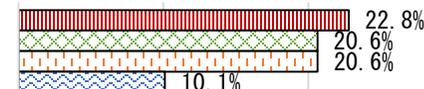
退院支援等の取組等を困難にしている事項
(最も該当するもの)

退院支援等の取組等を困難にしている事項
(複数回答)

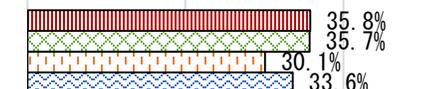
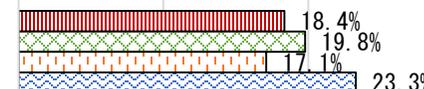
0% 10% 20% 30% 40%

0% 20% 40% 60%

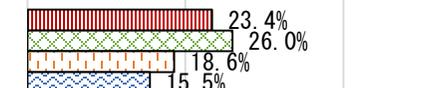
担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない



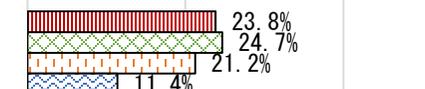
退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない



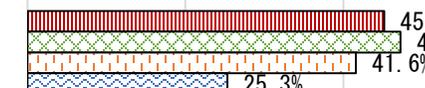
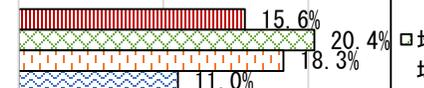
退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い



病棟との情報共有が十分でないことが多い



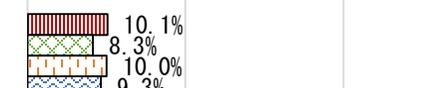
患者・家族と面会日等を調整することが難しい



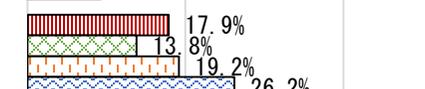
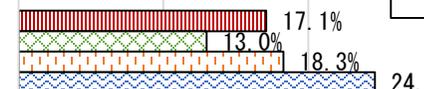
患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい



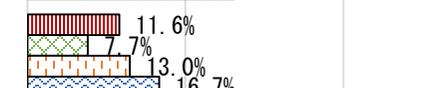
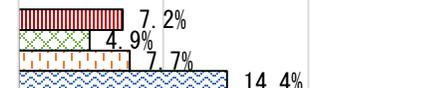
在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい



特になし



その他

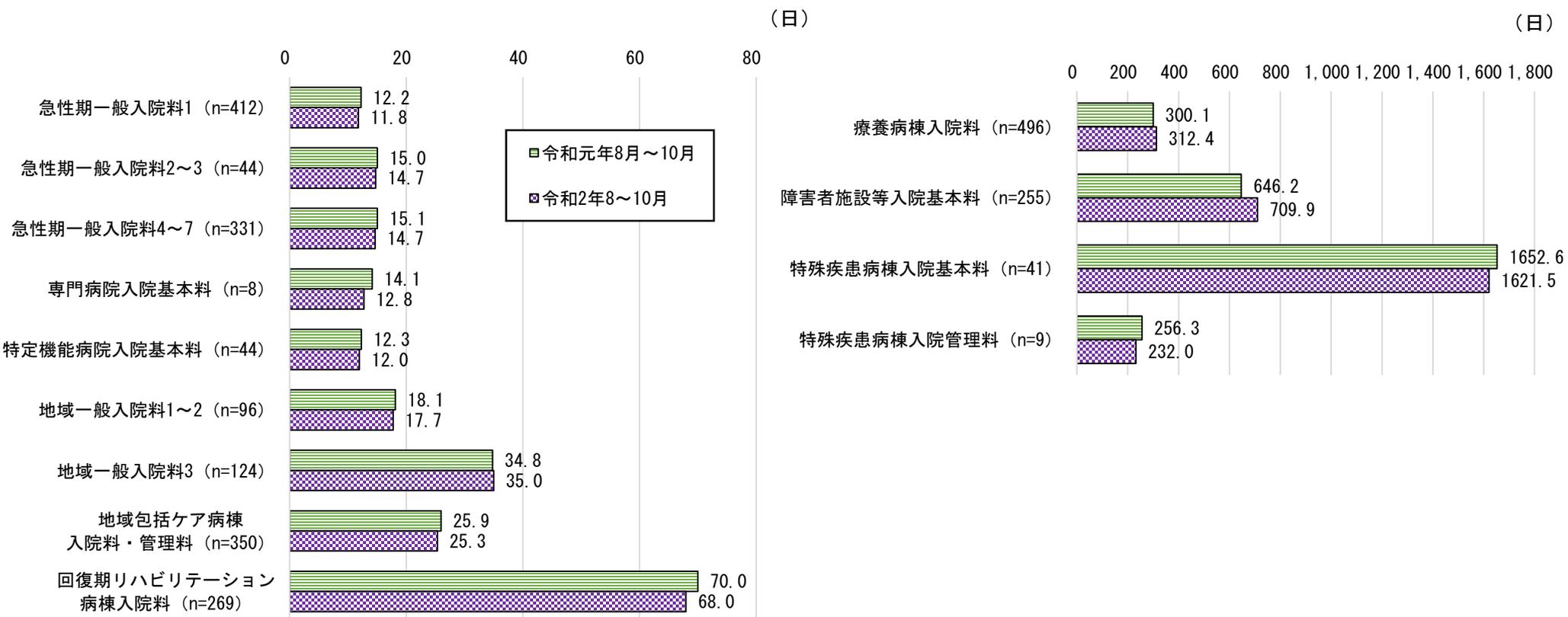


■急性期一般入院料 (n = 877)
□地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 470)
□回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 339)
□療養病棟入院基本料 (n = 562)

入院料ごとの平均在院日数

○ 慢性期入院医療を担っている病床においては、急性期や回復期と比較して平均在院日数が非常に長い。

平均在院日数

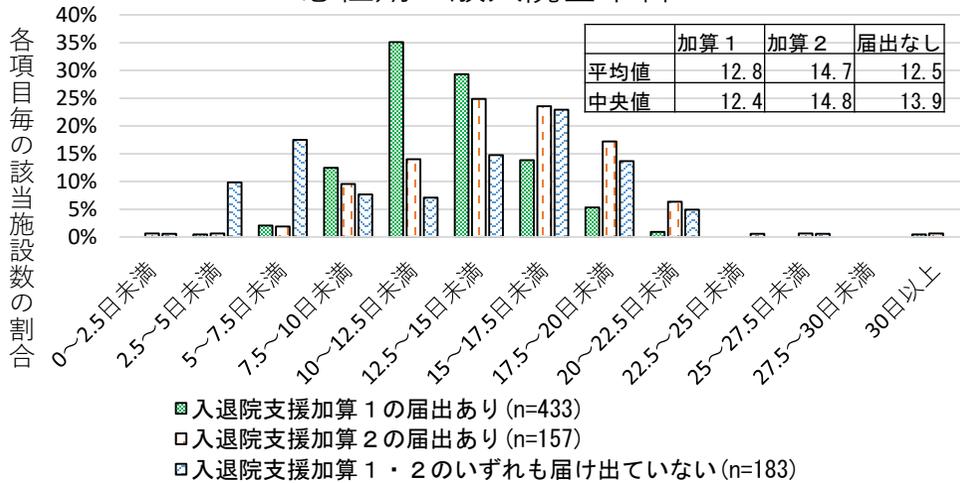


入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

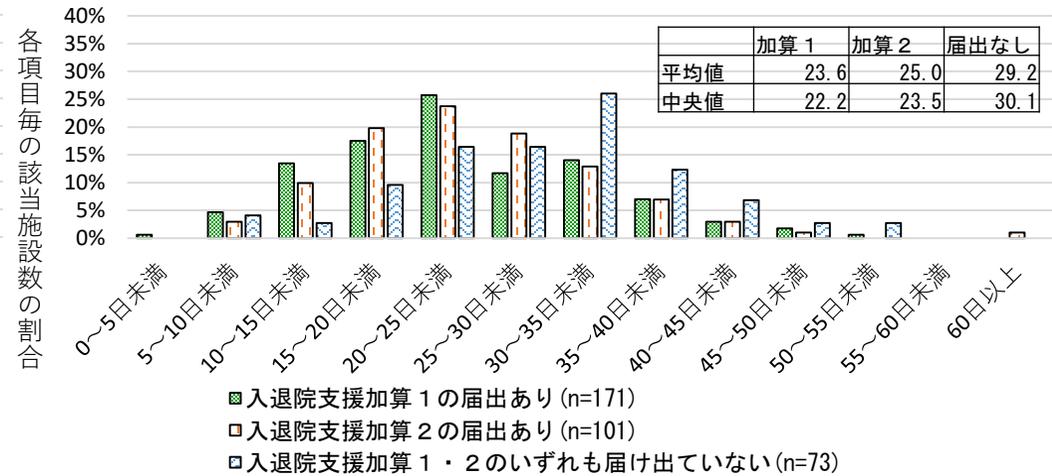
○ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算1において、加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

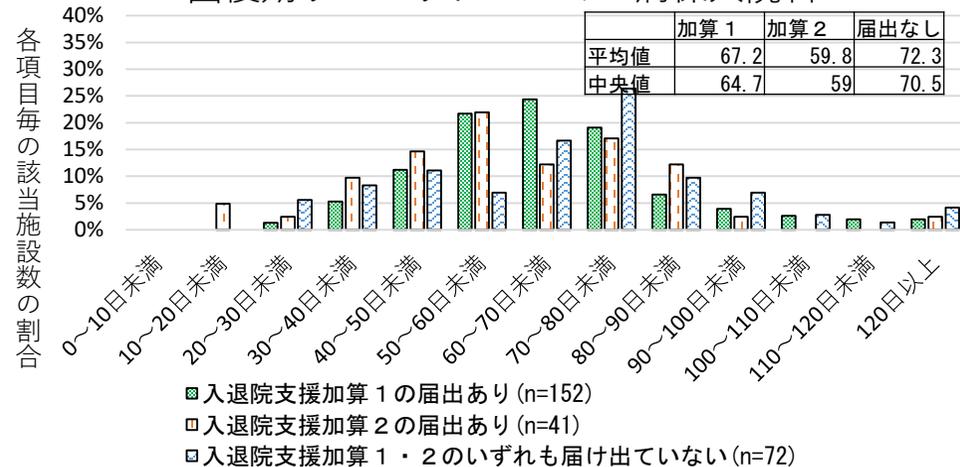
<急性期一般入院基本料>



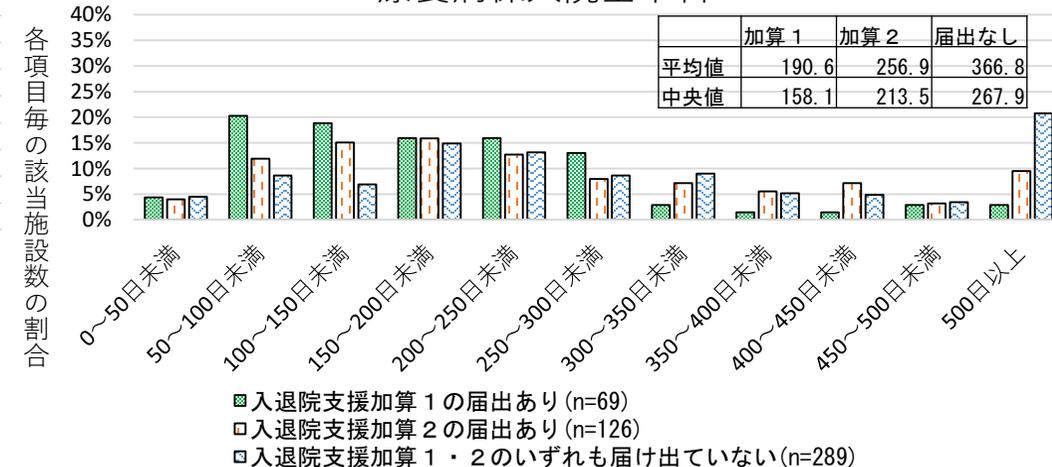
<地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料>



<回復期リハビリテーション病棟入院料>



<療養病棟入院基本料>

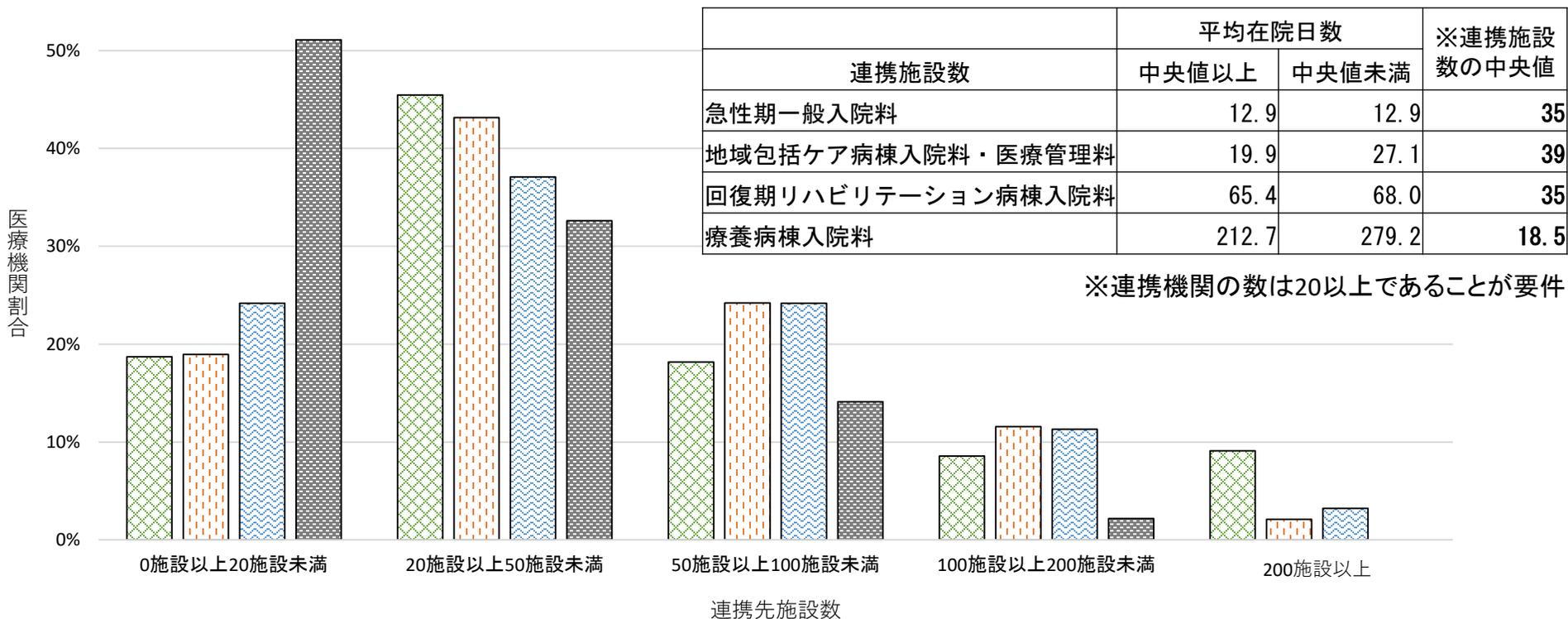


退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

入院料別・連携施設数の状況

連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数



急性期一般入院料(n=385)
 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)

回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)
 療養病棟入院料(n=92)

- 福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が課題となっている。

ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

中医協 総-2
3. 8. 25

現状・課題

令和3年5月17日

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

今後取り組むべき施策

1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

2 支援策の推進

- 悩み相談支援
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
 - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
 - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

※ヤングケアラー：法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている児童を指す。

ヤングケアラーとは

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例))



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



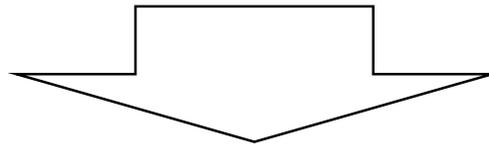
障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

入退院支援についての課題と論点

(入退院支援)

- ・入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。
- ・入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由として、「各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難」が最も多かった。
- ・退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。
- ・急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、連携施設数が20施設以上50施設未満が最も多く、連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- ・連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・ヤングケアラーは家庭内のデリケートな問題であること等から表面化しにくく、福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が必要である。

【論点】



- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、地域の関係者との更なる連携や円滑な退院調整の促進など、入退院支援をさらに推進することに係る評価について、どのように考えるか。
- ヤングケアラーについては、早期発見や、適切な支援へつなげることが必要であり、関係機関の連携が重要とされていることから、退院困難な要因を有している患者を抽出し、地域の関係者と協力する仕組みを評価している入退院支援加算において、どのように考えるか。

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

入院分科会のとりにまとめにおける記載事項

(救急医療管理加算)

- 救急患者は刻一刻と状態が変化するため、入院時の状態指標のみで評価することは難しい、との指摘があった一方、臨床現場での算定が簡便となるよう基準の定量化に努めた方がよい、との指摘もあった。
- また、熱中症や感染症等においては輸液治療が行われる実態を踏まえ、入院後3日以内に行われた検査等に「注射」も含めると、より実態の把握に役立つのではないか、との指摘があった。
- 入院時の状態に係る指標について、例えば、Burn Index0の患者でも、顔面熱傷や気道熱傷をきたした場合、全身管理が必要となること、また、JCS 0の患者であっても「非開胸的心マッサージ」等が行われている場合があることを鑑みると、指標による評価と、行われている治療をあわせながら、整理していくことも考えられるのではないか、との指摘があった。

救急医療管理加算の概要

中医協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 950点
- 2 救急医療管理加算2 350点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～ケいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからケまでに準ずる重篤な状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

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

【施設基準】(抜粋)

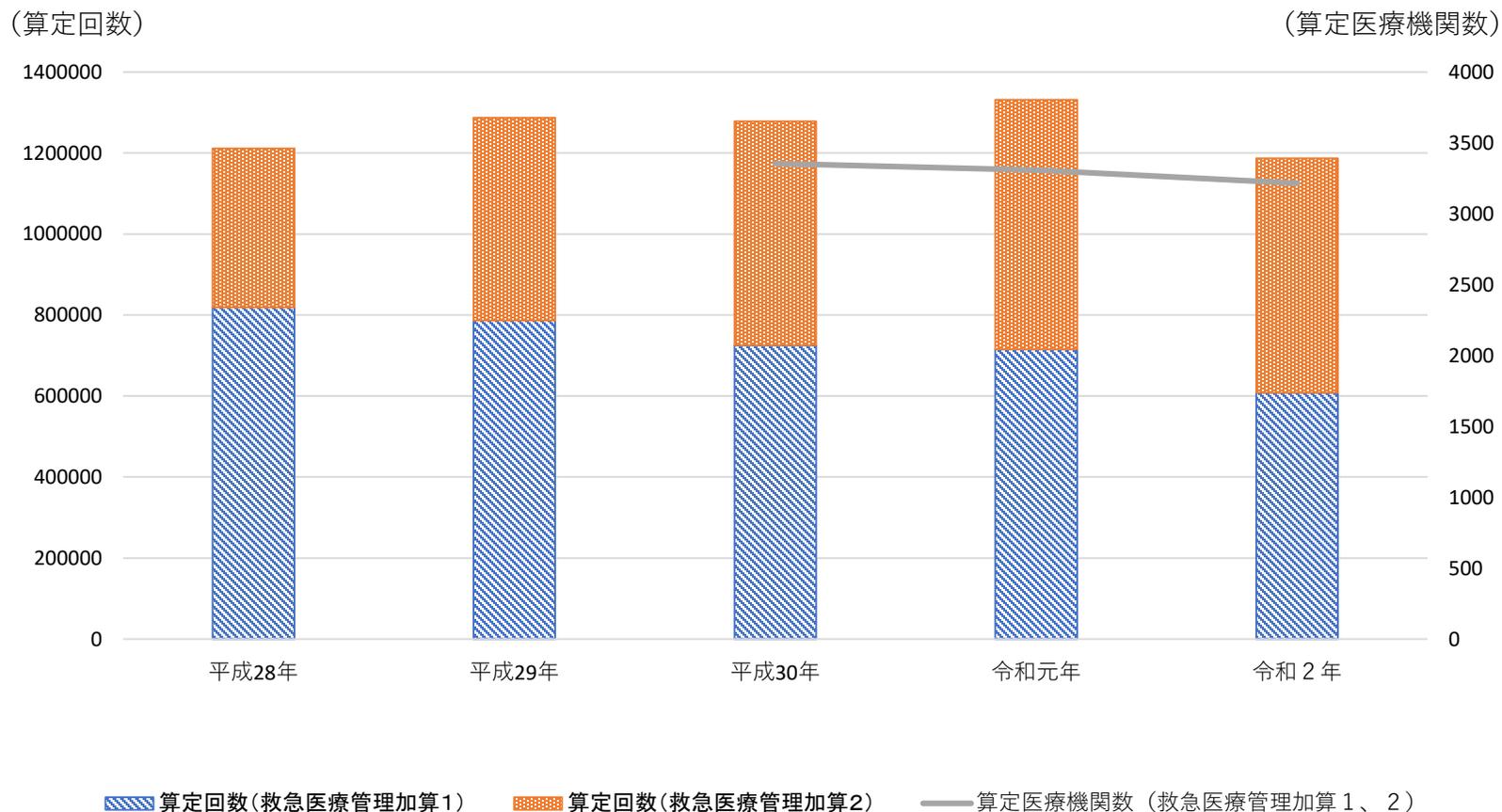
- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設とし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

救急医療管理加算の算定状況

中医協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

○ 救急医療管理加算の算定回数及び算定医療機関数については、以下のとおりであった。

救急医療管理加算の算定状況



出典：平成30年～令和2年についてはNDBデータより集計（保険局医療課調べ）
平成28年、平成29年については社会医療診療行為別統計より引用

救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送入院のうち救急医療管理加算が算定された患者の割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%及び60%以上の医療機関割合が上昇した。
- 救急医療管理加算の算定患者のうち加算2が占める患者割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%の医療機関割合が上昇し、患者割合が40%以上の医療機関割合も上昇した。

救急搬送入院のうち

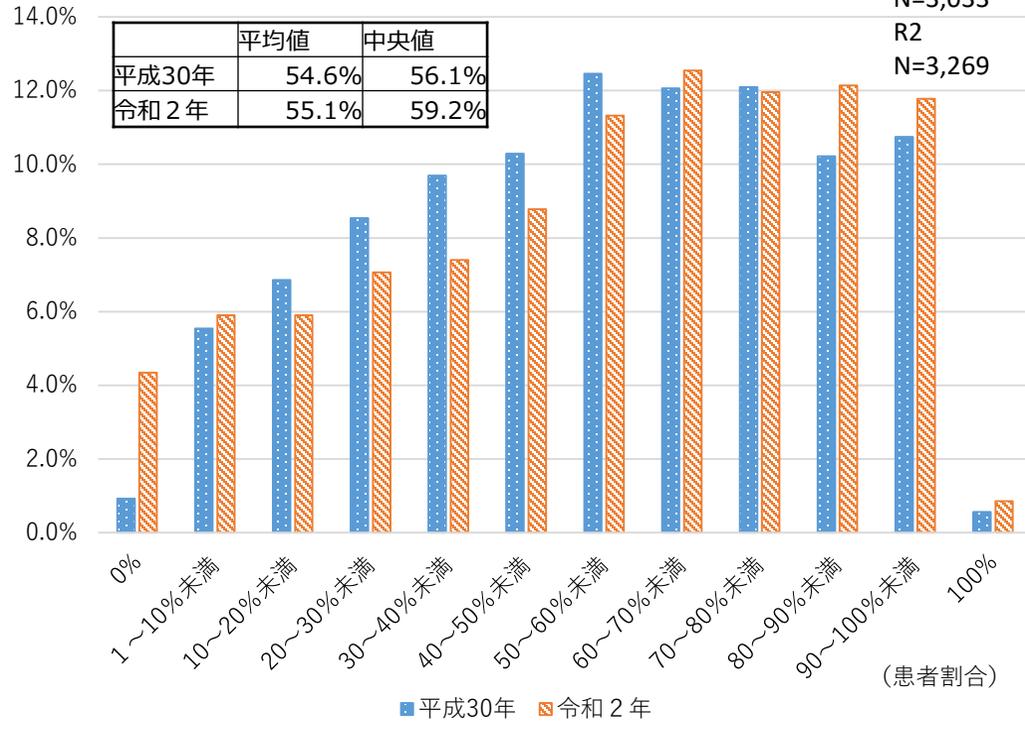
救急医療管理加算の算定患者割合ごとの

(医療機関割合)

医療機関割合

H30
N=3,033
R2
N=3,269

	平均値	中央値
平成30年	54.6%	56.1%
令和2年	55.1%	59.2%



救急医療管理加算

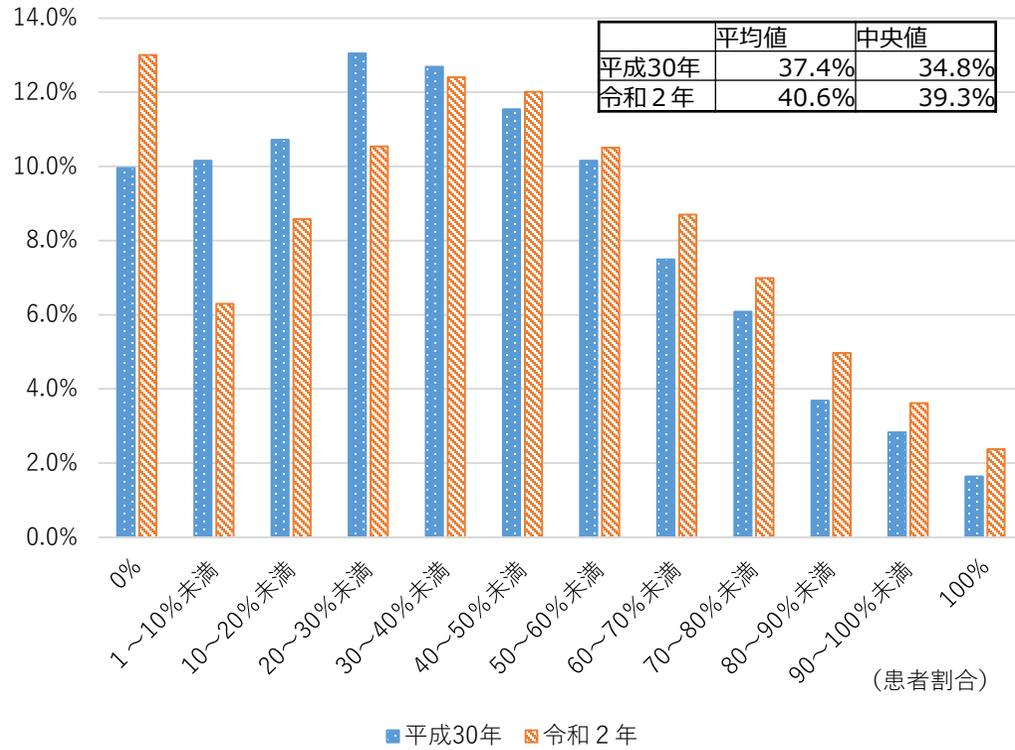
算定患者のうち救急医療管理加算2が占める

H30
N=3,042
R2
N=3,321

患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)

	平均値	中央値
平成30年	37.4%	34.8%
令和2年	40.6%	39.3%

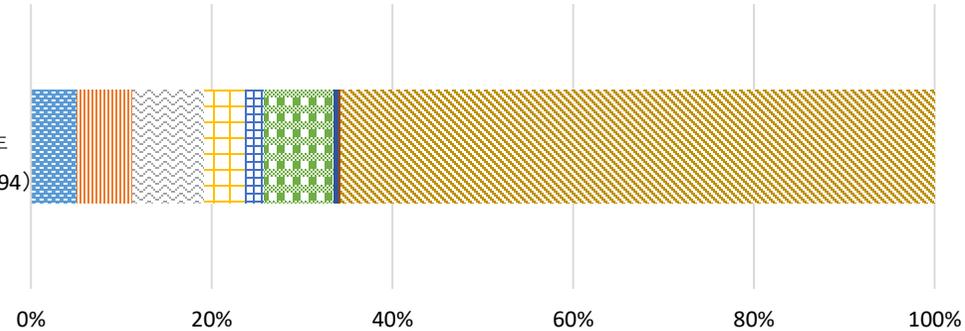
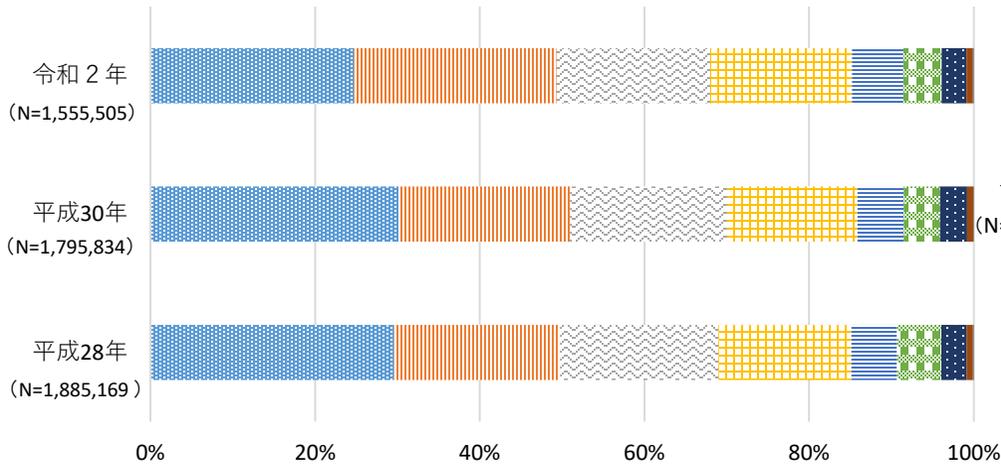


救急医療管理加算の状態の内訳

- 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「イ.呼吸不全又は心不全で重篤な状態」及び「ケ.緊急手術緊急カテーテル治療・検査又はtPAを必要とする状態」が多く、これら2項目で全体の約半数を占めていた。
- 救急医療管理加算2の対象患者の状態の内訳をみると、「コ.その他の重症な状態」が最も多く、60%以上を占めていた。

救急医療管理加算1の状態の内訳

救急医療管理加算2の状態の内訳



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

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

「意識障害又は昏睡」の患者について①

○救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCS0の患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。

○救急医療管理加算2の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典:脳卒中ガイドライン2009

I. 刺激しなくても覚醒している状態
(1桁の点数で表現)
0 意識清明
1 意識清明とはいえない
2 見当識障害がある
3 自分の名前・生年月日が言えない

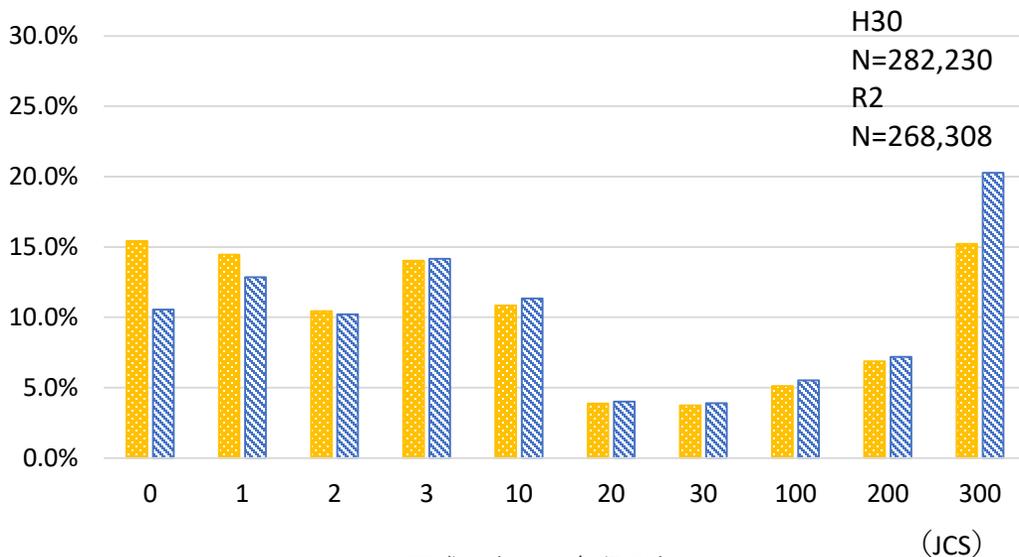
II. 刺激をすると覚醒する状態
(2桁の点数で表現)
10 普通の呼びかけで容易に開眼する
20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない状態
(3桁の点数で表現)
100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
300 痛み刺激に全く反応しない

救急医療管理加算1 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合

(患者割合)

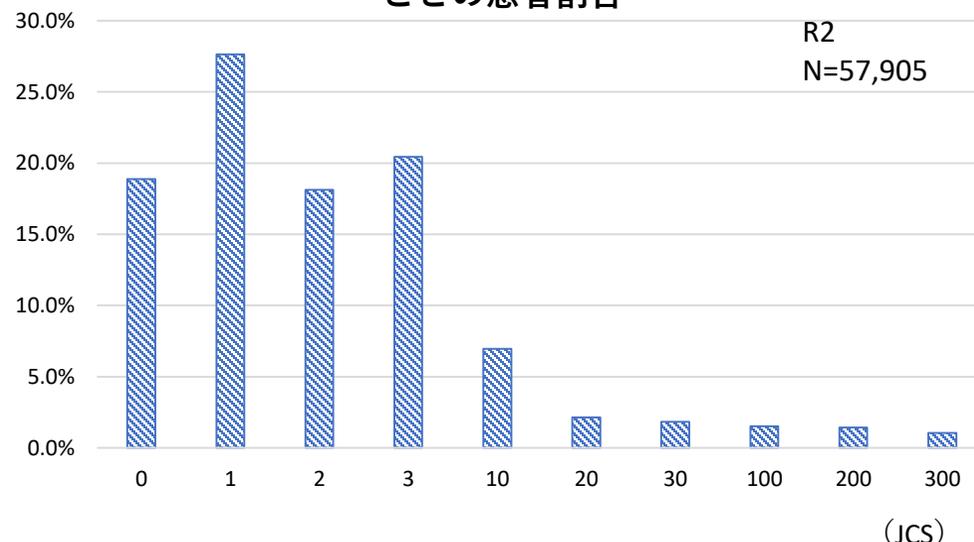


救急医療管理加算2 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS

ごとの患者割合

(患者割合)

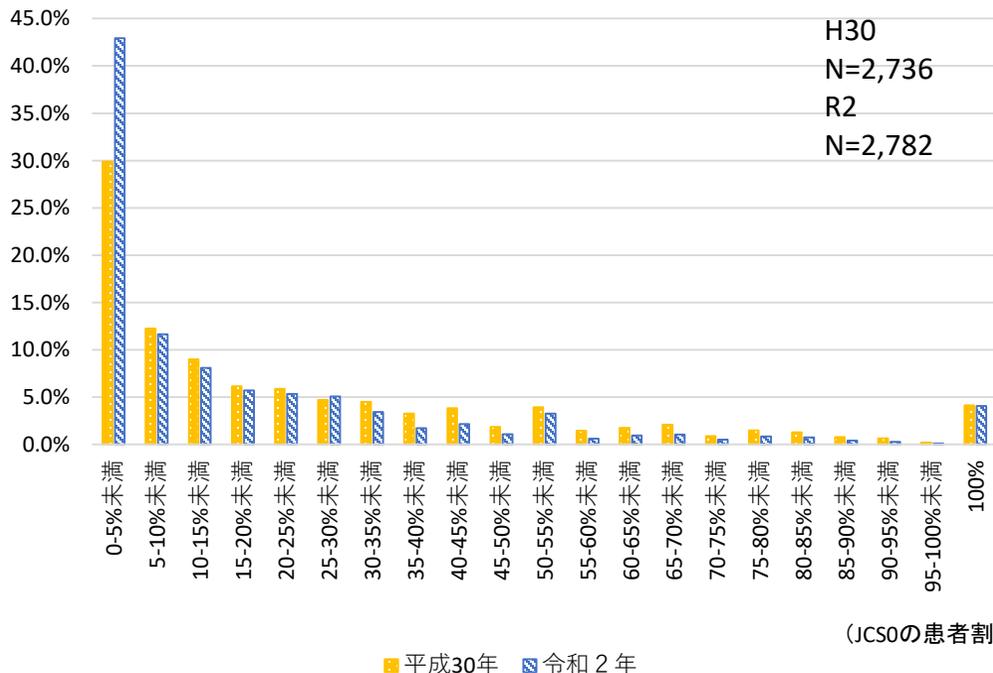


「意識障害又は昏睡」の患者について②

- 救急医療管理加算1が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、各年共に0-5%未満の医療機関の割合が最も高く、改定後には増加した。
- 救急医療管理加算2が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「意識障害又は昏睡」

(医療機関割合)の患者のうちJCS0の患者割合ごとの医療機関割合

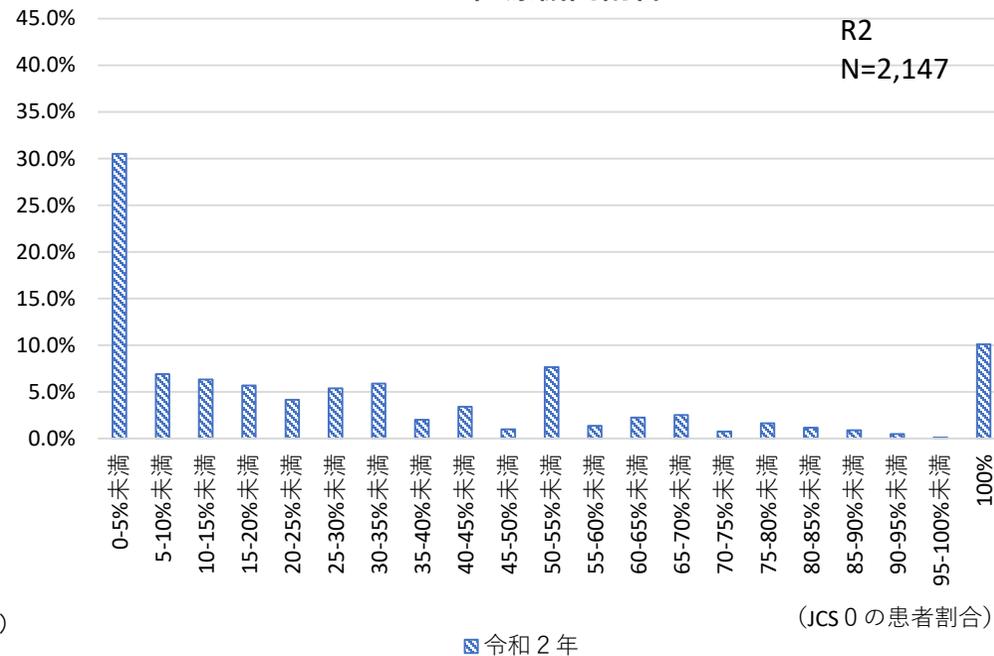


救急医療管理加算2の算定患者で「意識障害又は昏睡」

に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者割合ごとの

(医療機関割合)

医療機関割合



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

中医協 総-1-2
3. 10. 27

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHA I、IIの患者の割合が低下し、NYHA III、IVの患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

(参考) NYHA心機能分類

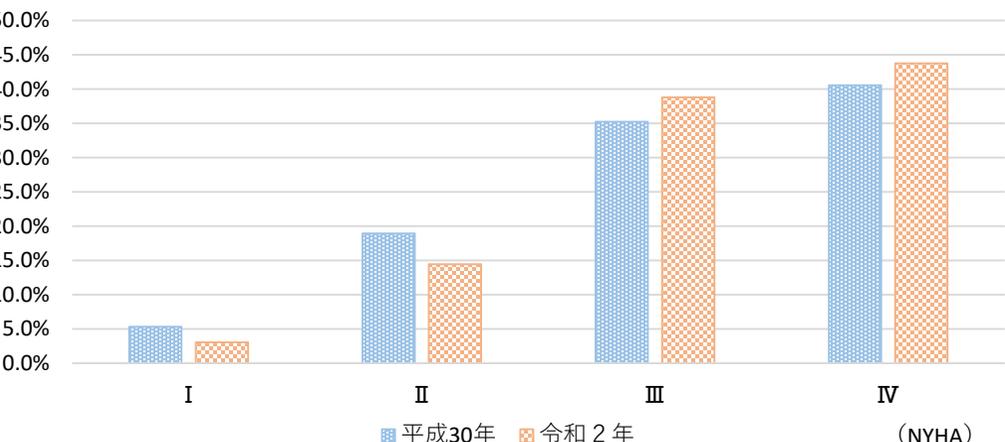
急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

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

救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

H30
N=32,081
R2
N=33,966

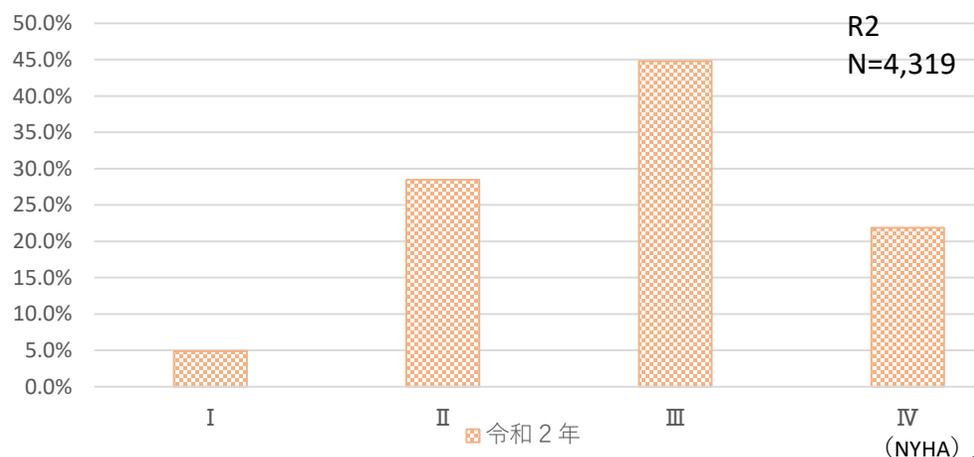


救急医療管理加算2算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる

患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

R2
N=4,319



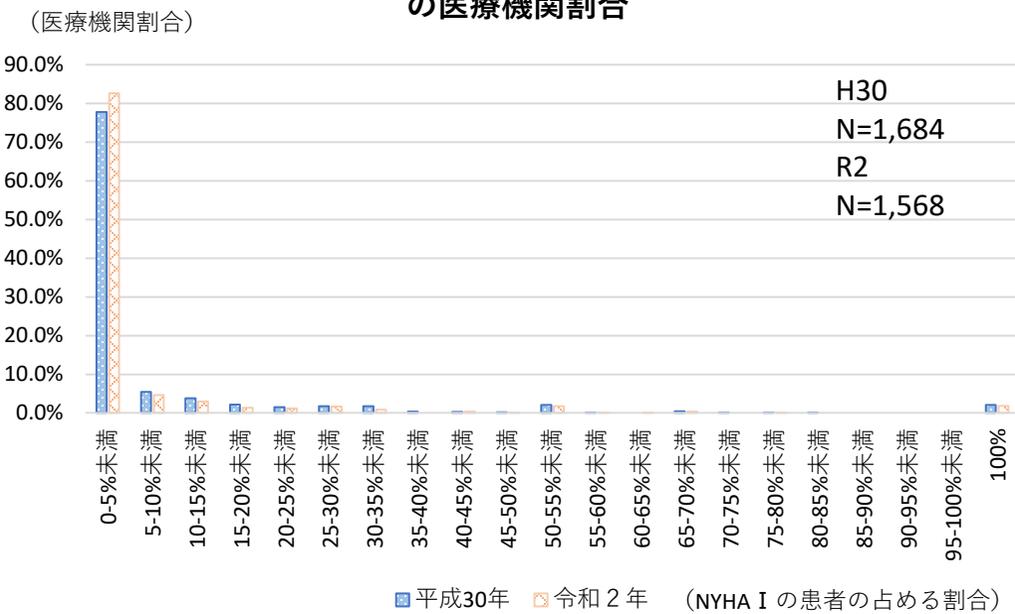
出典：各年度DPCデータ ※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について②

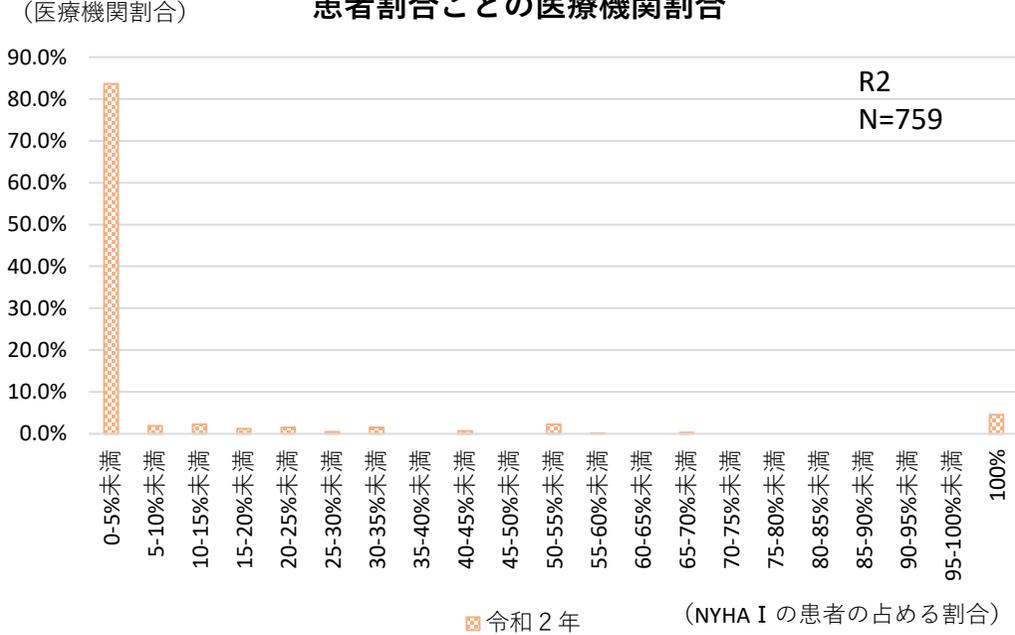
中医協 総-1-2
3.10.27

- 救急医療管理加算1において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA I の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後に増加した。
- 救急医療管理加算2において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA I の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全でNYHA I の患者割合ごとの医療機関割合



救急医療管理加算2のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全でNYHA I の患者割合ごとの医療機関割合



出典:各年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について①

中医協 総-1-2
3.10.27

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布を改定前後で比較すると、P/F比400以上である患者の割合が低下し、200未満である患者の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布は以下のとおりであった。

(参考)

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

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考:SOFAスコア(呼吸の評価)

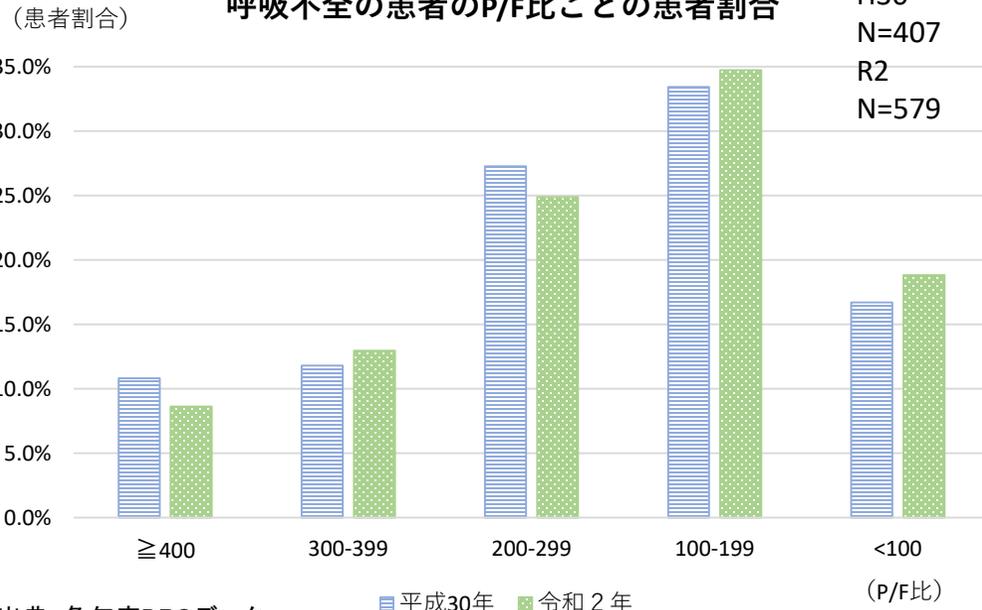
SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

※出典:日本版敗血症診療ガイドライン2016

救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が

呼吸不全の患者のP/F比ごとの患者割合

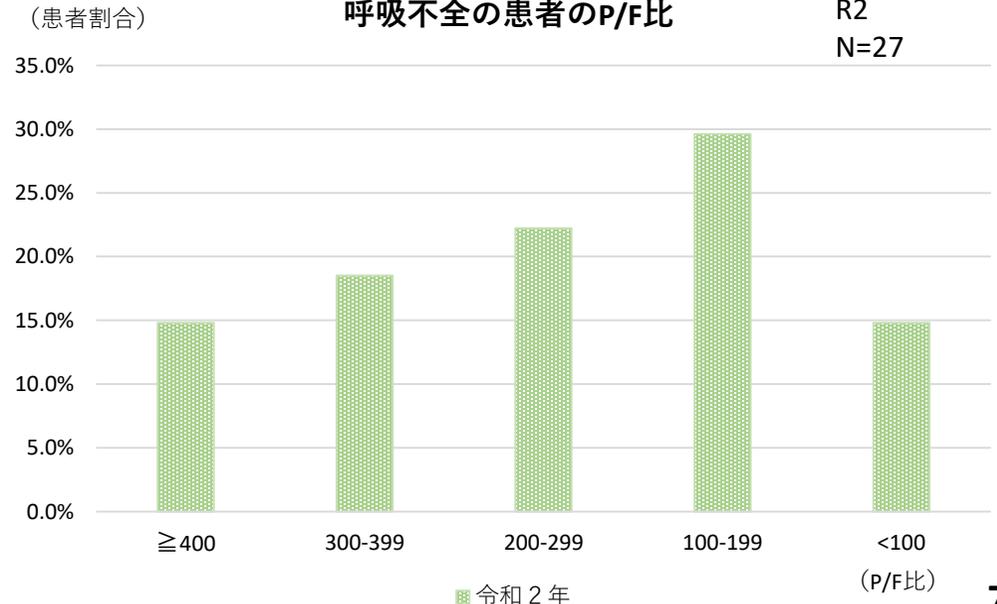
H30
N=407
R2
N=579



救急医療管理加算2算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」の患者で傷病名が

呼吸不全の患者のP/F比

R2
N=27

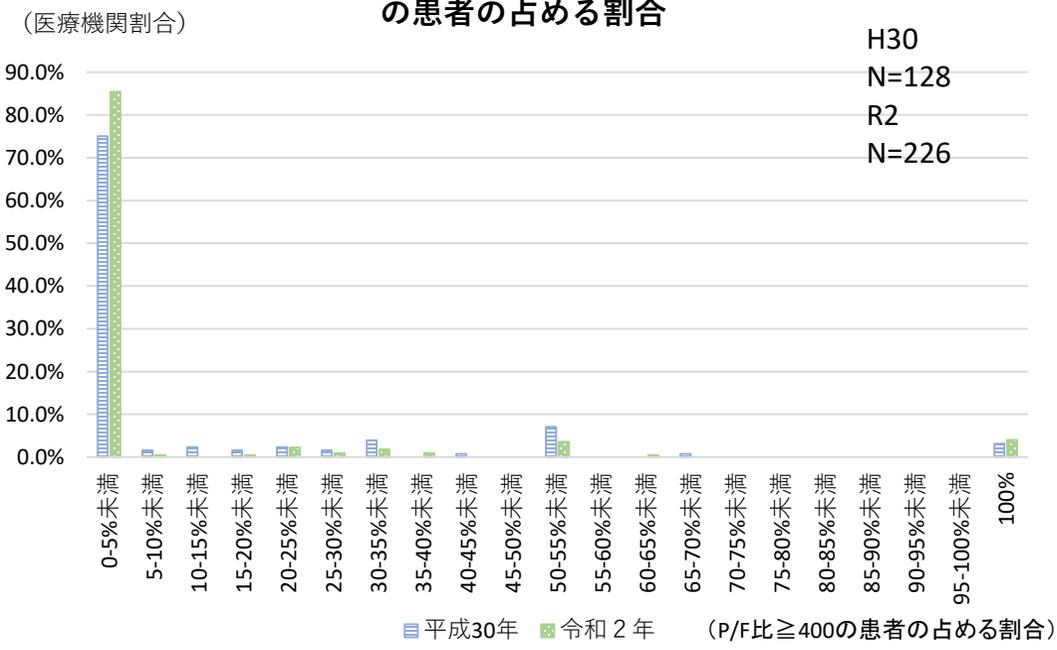


「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について②

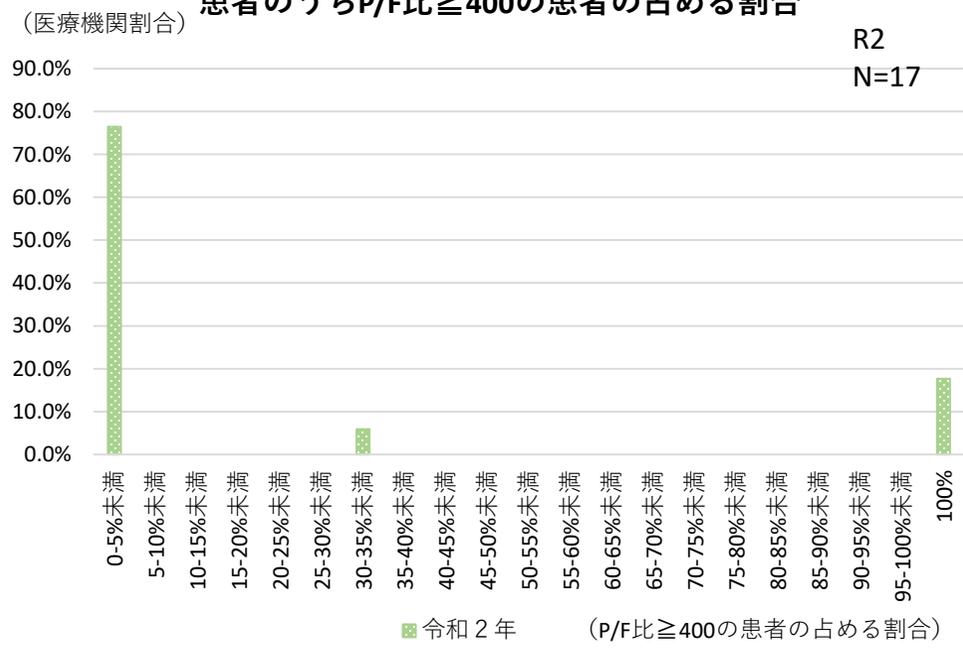
中医協 総-1-2
3.10.27

- 救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後では0-5%未満の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合の医療機関ごとの分布は以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 \geq 400の患者の占める割合



救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態かつ傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 \geq 400の患者の占める割合



「広範囲熱傷」の患者について①

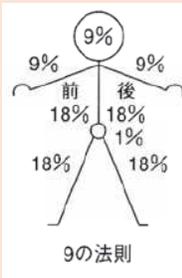
- 救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者において、改定前後いずれでもBurn Index0の患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者において、Burn Index0の患者が一定割合存在した。

(参考) Burn Index

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

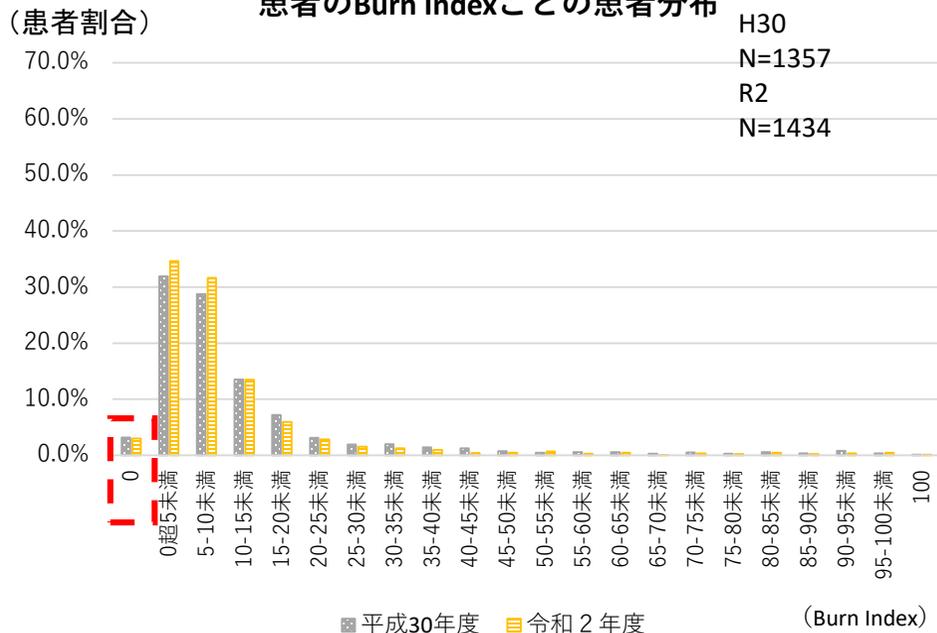
※Burn Index 10~15以上が重症とされる

出典: 日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

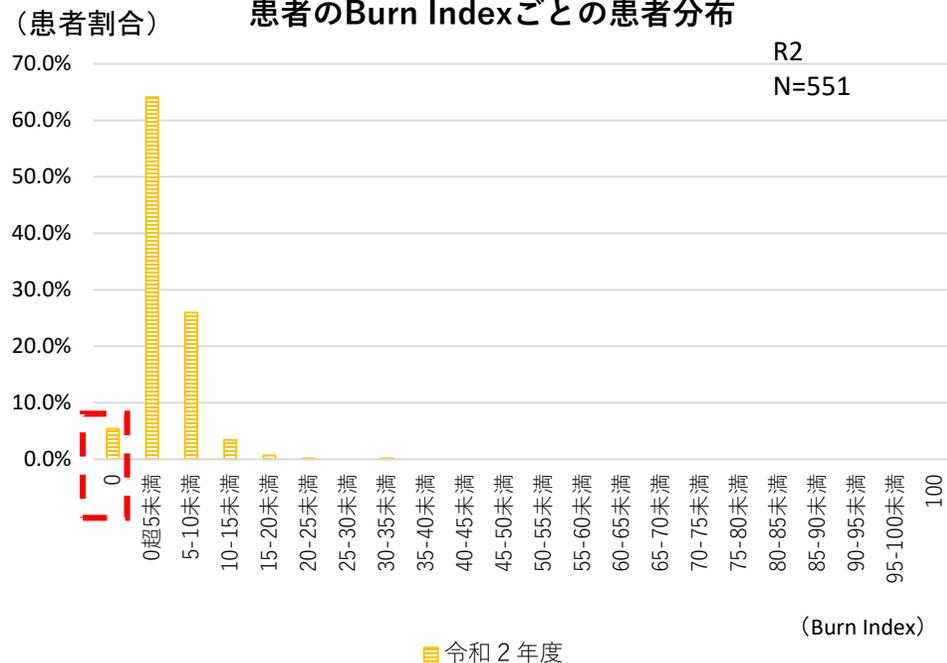


I 度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
II 度熱傷	浅達性: 水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1~2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性: 水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3~4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1~3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のBurn Indexごとの患者分布



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のBurn Indexごとの患者分布

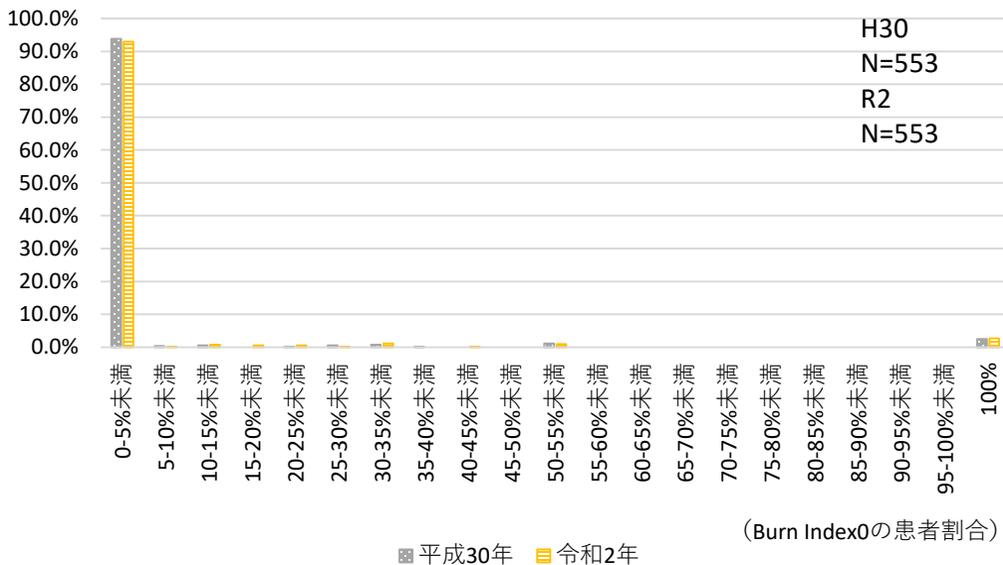


「広範囲熱傷」の患者について②

- 救急医療管理加算1を算定する患者で「広範囲熱傷」の患者のうちBurn Index0の患者割合ごとの医療機関割合を改定前後で比較すると、いずれの年においても患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算2を算定する患者で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうちBurn Index0の患者割合ごとの医療機関割合をみると、患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。

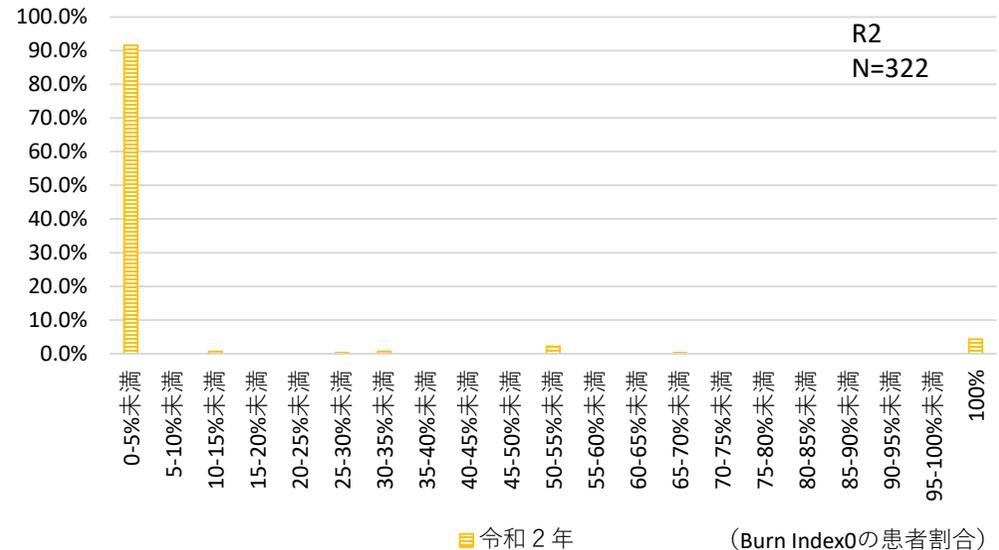
救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち
Burn Index 0 の患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の
患者のうちBurn Index 0 の患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)



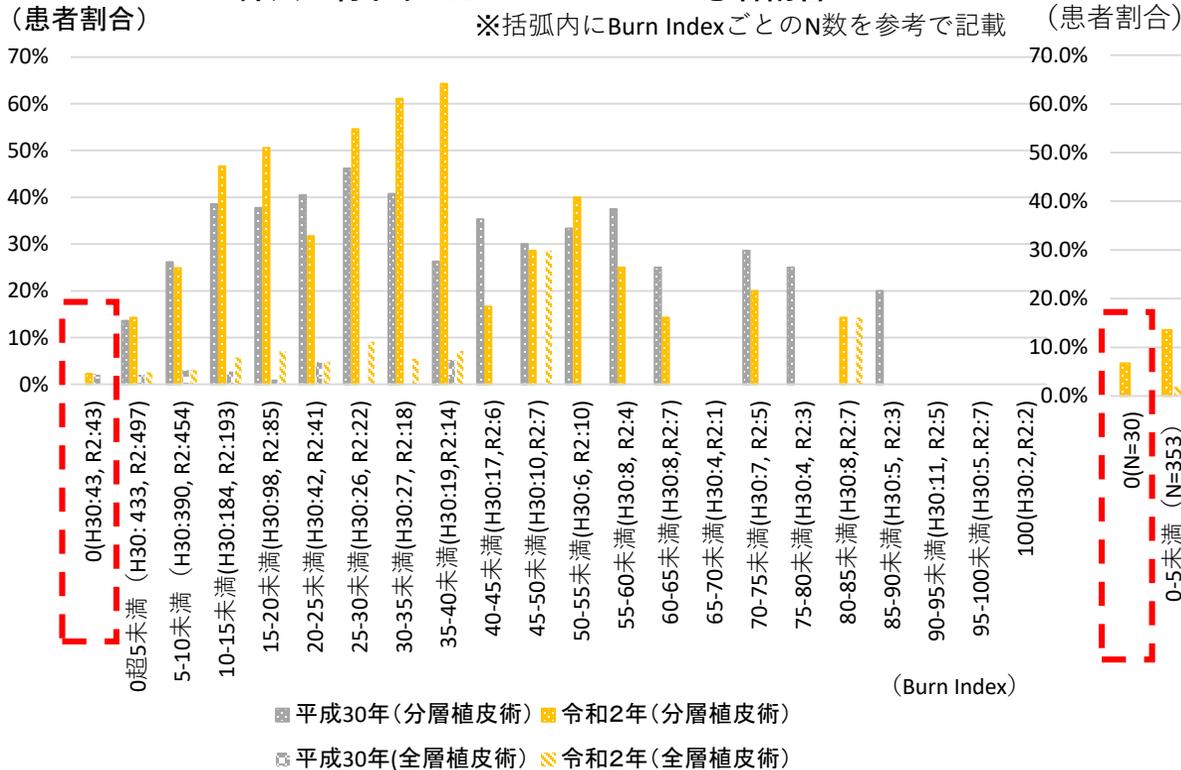
(Burn Index0の患者割合)

(Burn Index0の患者割合)

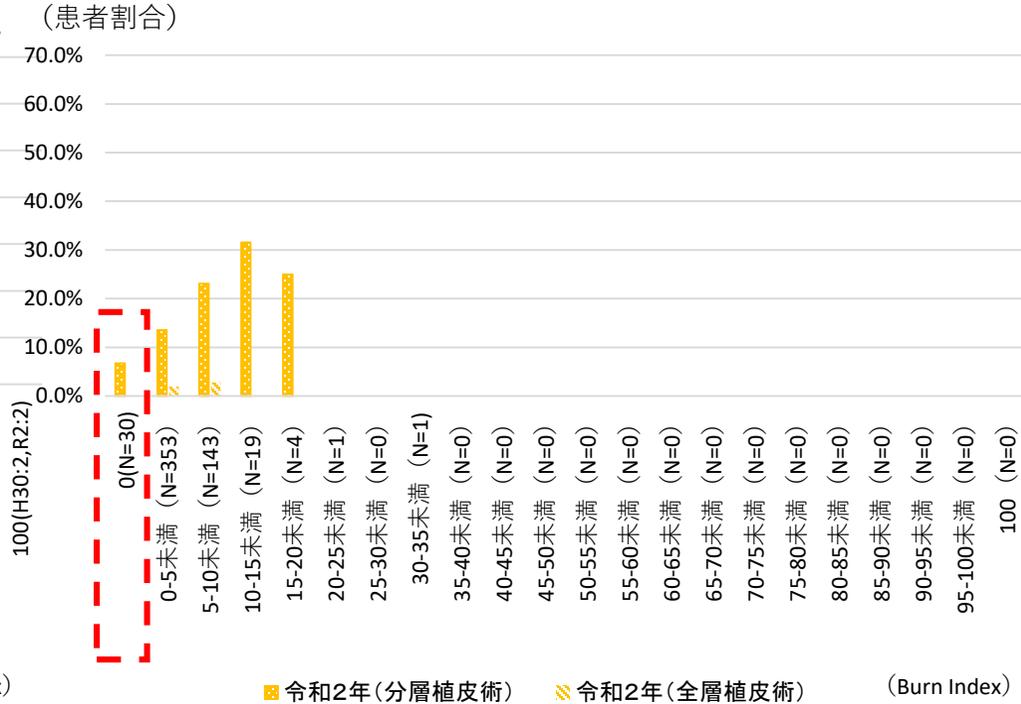
「広範囲熱傷」の患者について③

- 救急医療管理加算1について「広範囲熱傷」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。
- 救急医療管理加算2について「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合



「その他重症な状態」の患者の内訳

- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「コ その他重症な状態」の患者について、最も多くみられた入院時の状態は「脳梗塞」であった。

令和2年

名称	件数(年)
脳梗塞	71,282
腎臓又は尿路の感染症	39,270
股関節・大腿近位の骨折	32,536
肺炎等	32,099
ヘルニアの記載のない腸閉塞	29,933
誤嚥性肺炎	23,676
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	21,145
胆管(肝内外)結石、胆管炎	21,019
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	15,187
胆嚢炎等	13,553

「その他重症な状態」の患者の介入状況

○ 「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
酸素吸入	3700(5.2%)	留置カテーテル設置	4450(11.3%)	留置カテーテル設置	8976(27.6%)	酸素吸入	6994(21.8%)	ドレーン法 (その他のもの)	4941(16.5%)
留置カテーテル設置	2782(3.9%)	酸素吸入	3137(8.0%)	骨折観血的手術 (肩甲骨、上腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	酸素吸入	2975(9.1%)	留置カテーテル設置	1881(5.9%)	イレウス用ロングチューブ挿入法	3635(12.1%)
高気圧酸素療法(その他のもの)	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法 (持続吸引を行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	摘便	455(1.2%)	人工骨頭挿入術(肩、股)	2056(6.3%)	超音波ネブライザー	693(2.2%)	酸素吸入	1538(5.1%)

「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術

中医協 総-1-2
3.10.27

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

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

救急医療管理加算についての課題と論点

(救急医療管理加算について)

- 救急医療管理加算については、救急搬送受け入れの中心を担う二次救急医療機関の評価の観点及び緊急に入院を必要とする重症患者を評価の対象としている。
- 救急医療管理加算1を算定する患者について、その病態の内訳は改定前後で大きな変化はみられなかった。救急医療管理加算2を算定する患者について、その病態の内訳は「その他重症な状態」である患者の割合が最も高く、60%以上を占めていた。
- 救急医療管理加算1の算定患者の状態指標の分布を改定前後で比較すると、「意識障害又は昏睡」及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」については、状態指標の軽い層の患者の算定割合は改定後に減少していた。
- 「その他重症な状態」である患者の介入状況を、最も多くみられた入院時の状態ごとにみると、イレウス用ロングチューブ挿入等の処置が行われている患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算1が算定される患者で「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS0の患者について、実施された処置をみると、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった緊急性の高いと思われる処置が一部の患者で行われていた。



【論点】

- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価であることを前提として、患者の状態の状態を適正に評価していくための判断基準等についてどのように考えるか。

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

入院分科会のとりまとめにおける記載事項

(治療早期からの回復に向けた取組について)

- 早期リハビリテーションの有用性は学会ガイドライン等で示されており、当該加算が算定できない病床についても、早期からのリハビリテーションを行っている場合が存在することから、当該取組をより推進すべき、という指摘があった。
- 一方で、特定集中治療室管理料を算定する施設においても、当該加算を届け出していない医療機関が一定数存在しており、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないか、との指摘があった。
- 早期栄養介入管理加算の算定が出来ない入院料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していたことから、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないか、との指摘があった。

特定集中治療室での早期からの取組の評価について

中医協 総-1-2
3. 10. 27

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

➤ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)

[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、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を入室後48時間以内**に実施すること。等

[施設基準]

特定集中治療室に要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。



○ 集中治療において、早期リハビリテーションに取り組んだ場合、自立度の改善や、ICU滞在期間の短縮、早期歩行獲得等の効果が期待されている。

《集中治療における早期リハビリテーションのエキスパートコンセンサス》
早期リハビリテーションの手順を示す手引きとして、日本集中治療医学会で作成された治療指針。(一部抜粋)



- CQ 4-1**
早期離床や早期からの積極的な運動は退院時や退室時の日常生活動作 (activities of daily living: ADL) 再獲得に効果があるか？
- A** ▶▶ 早期離床や早期からの積極的な運動により退院時の Barthel Index および機能的自立度が有意に改善する。
▶▶ 退室時における ADL 再獲得における報告は少なく、今後も検証が必要である。
- CQ 4-6**
早期離床や早期からの積極的な運動は ICU 在室期間を短縮するか？ 在院日数を減らすか？
- A** ▶▶ 早期離床や早期からの積極的な運動によって ICU 在室期間や在院日数は短縮する可能性がある。

介入群のほうが、歩行器なしの歩行獲得までの期間が短かった。
(Norihiko T. et al. Pediatric Crit Care Med; Feb 2019; Vol20: e91-97)

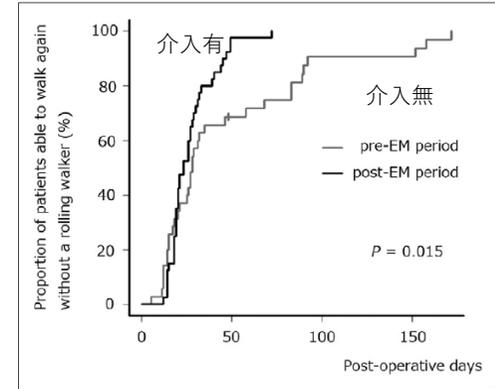


Figure 3. Cumulative frequency of patients regaining the ability to walk again without a rolling walker. EM = early mobilization.

コロナ患者においても早期リハビリテーションの実施が推奨されている。
(「急性期病院におけるCOVID-19の理学療法管理」についての推奨)

Physiotherapy Management for COVID-19 in the Acute Hospital Setting:
急性期病院における COVID-19 の理学療法管理

Recommendations to guide clinical practice
臨床実践のための推奨

バージョン 1.0
2020年3月22日

Japanese translation by Japanese Society of Intensive Care Medicine, Committee of Intensive Care Early Rehabilitation and Committee of Intensive Care Physiotherapy and Occupational Therapy
Japanese Physical Therapy Association (Japanese Society of Respiratory Physical Therapy, Japanese Society of Cardiovascular Physical Therapy, Japanese Society of Physical Therapy for Diabetes Mellitus)

日本語訳者
神楽 洋 高崎大学大学院 医療薬学総合研究科 医療科学専攻 理学療法学分野
黒川 元 日本臨床研究会
業績 野田 福天宮大学保健医療学部理学療法学科

日本語訳者
藤田 有輝 慶應義塾大学保健医療学部理学療法学科
井原 誠 公立豊後病院 日本医療センター リハビリテーション技術科
加藤 隆雄 東京大学医学部附属病態学療法学科
神谷 健太郎 北海道大学大学院 保健医療学部理学療法学科
野藤 正和 福天宮大学保健医療学部理学療法学科
別家 俊介 広島大学病院 診療支援医(リハビリテーション)部門
玉木 彰 広島県立大学大学院 保健医療学部理学療法学科
森久 知之 福天宮大学保健医療学部理学療法学科

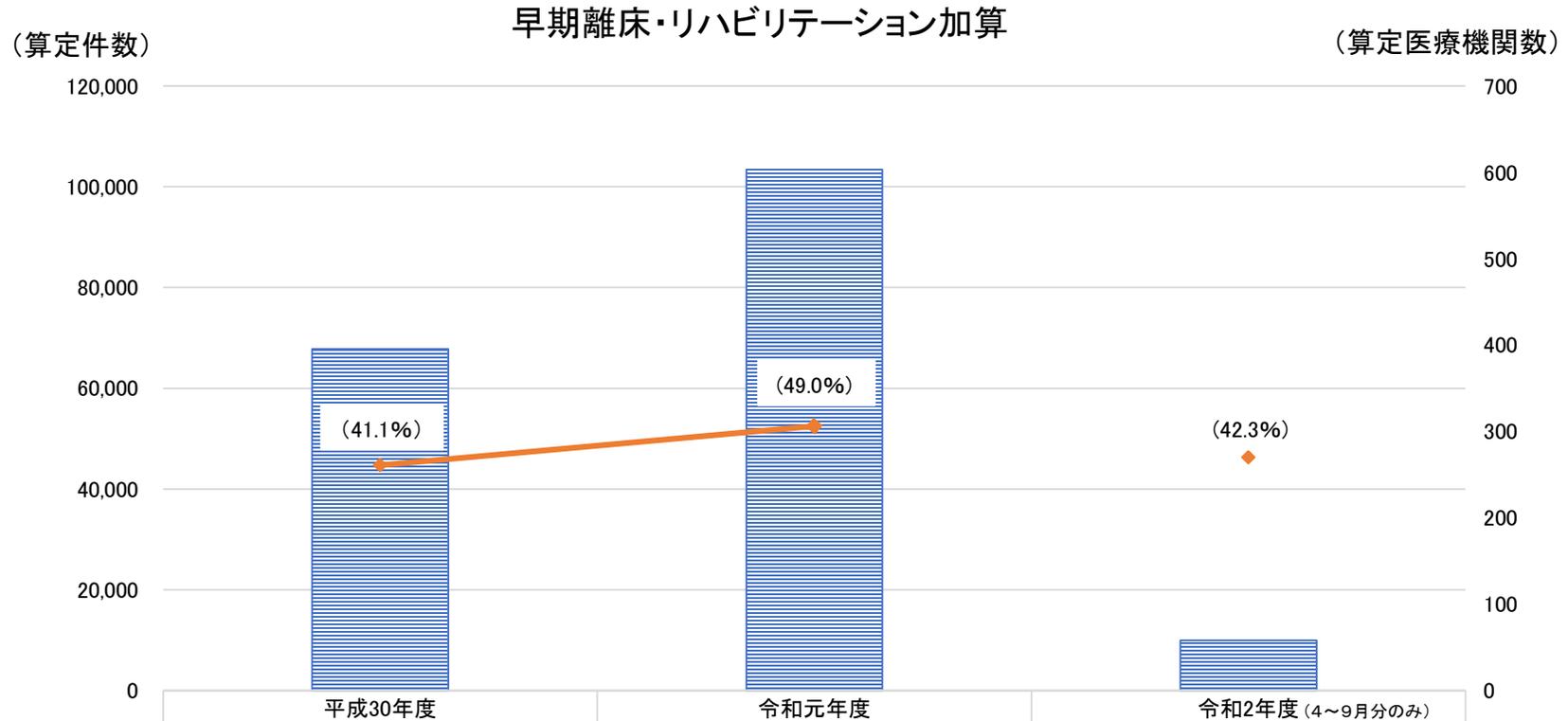
表 6. 推奨される理学療法的なモビライゼーション、運動およびリハビリテーション:

推奨	
6.4	早期モビライゼーションが奨励される。安全に実施可能であれば、積極的に早期からモビライゼーションを実施する[23]。

早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 早期離床・リハビリテーション加算の算定医療機関数・算定回数は、以下のとおり。



算定件数	67,806	103,415	9,943
算定医療機関数	261 (41.1%)	306 (49.0%)	270 (42.3%)
特定集中治療室管理料届出医療機関数	635	624	639

※括弧内には特定集中治療室管理料届出医療機関数に対する早期離床・リハビリテーション加算算定医療機関数の割合を記載。

※NDBデータより各年度の算定状況を集計

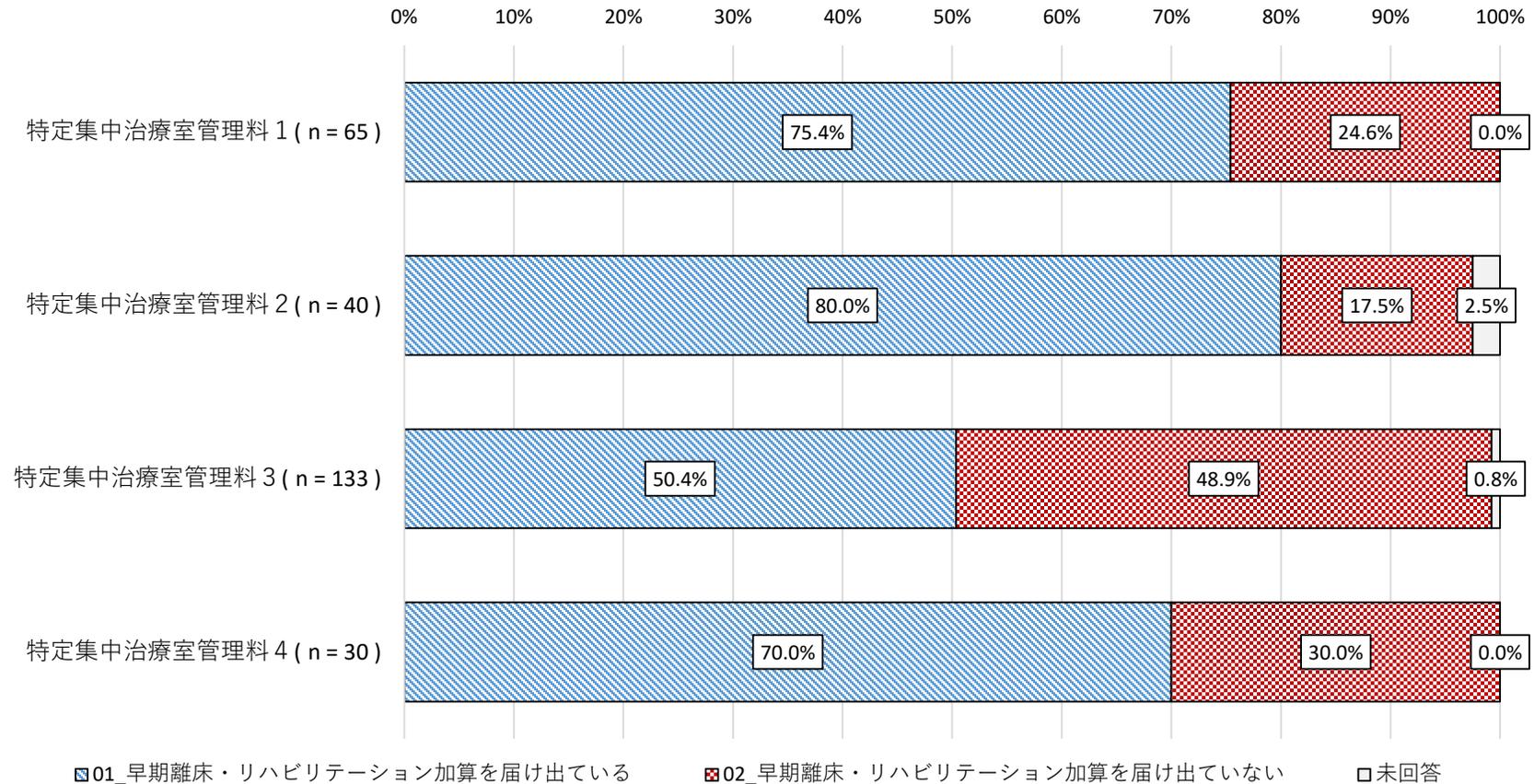
※届出医療機関数は各年度の中医協報告「施設基準等の届出状況」より抜粋

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算の届出状況は以下のとおりであった。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況（令和3年6月1日時点）

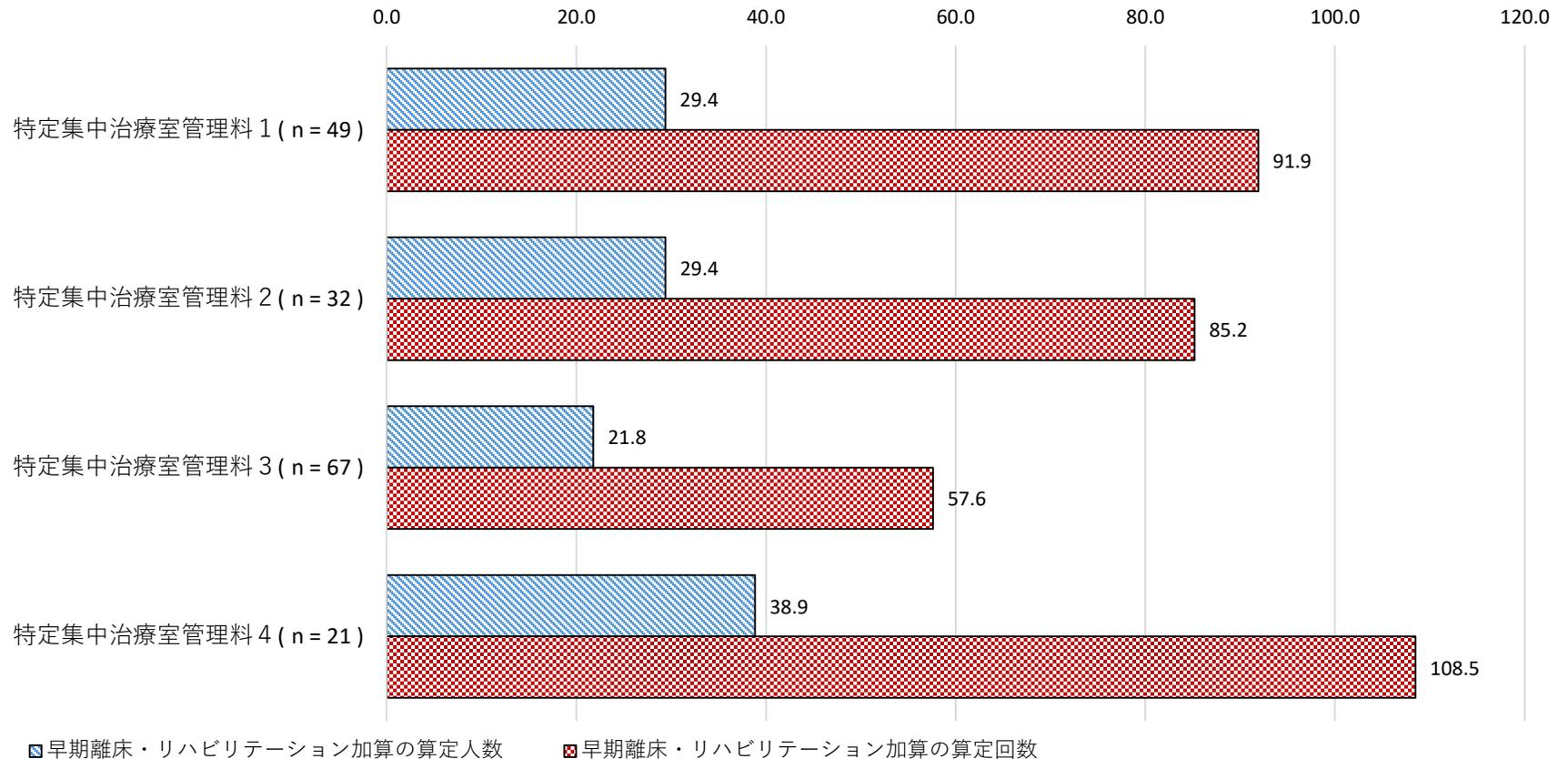


早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算の算定人数及び算定回数は、以下のとおりであった。

早期離床・リハビリテーション加算の算定人数、算定回数（令和3年5月の1か月間）
（一治療室あたり）



出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※無回答は除く

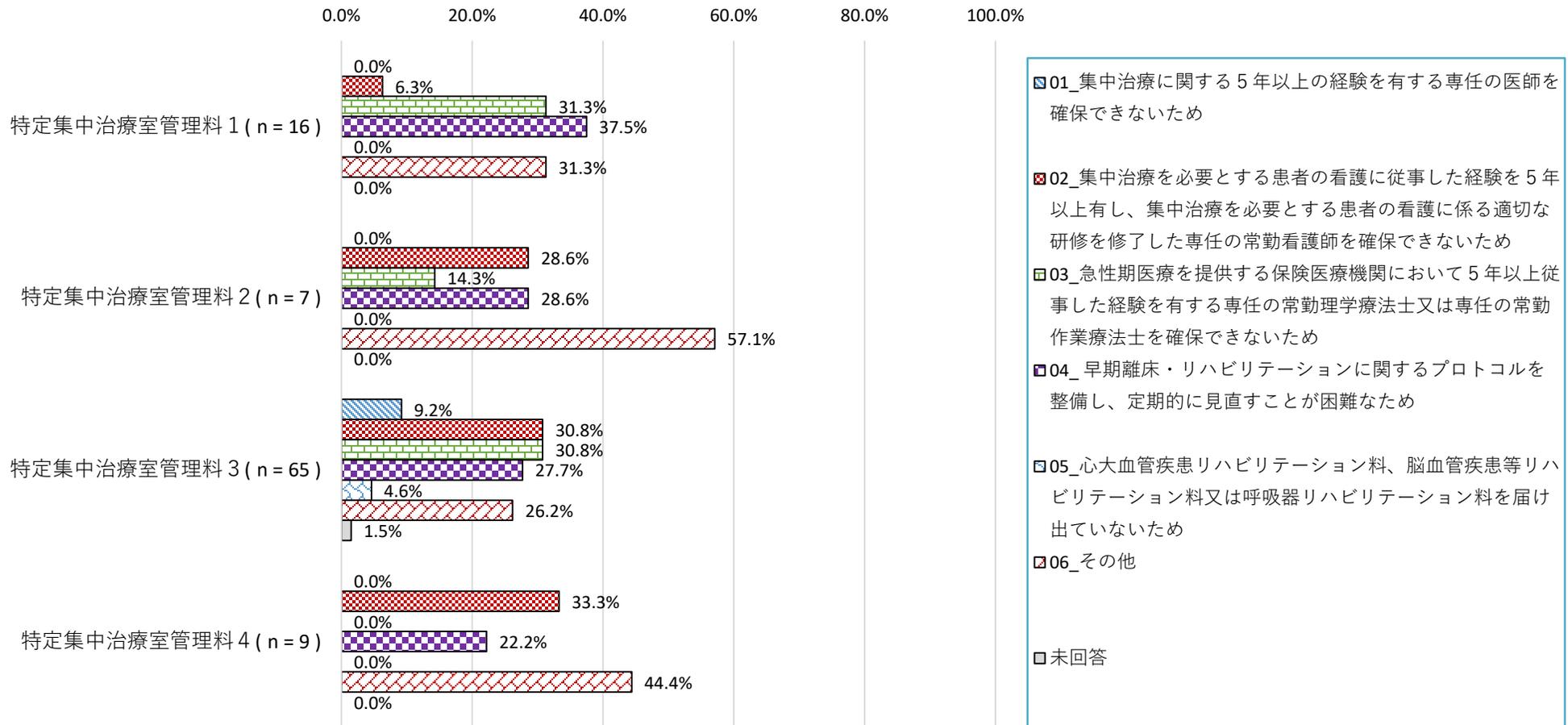
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由については、以下のとおりであった。

早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない理由



出典: 令和3年入院医療等の調査(治療室票)

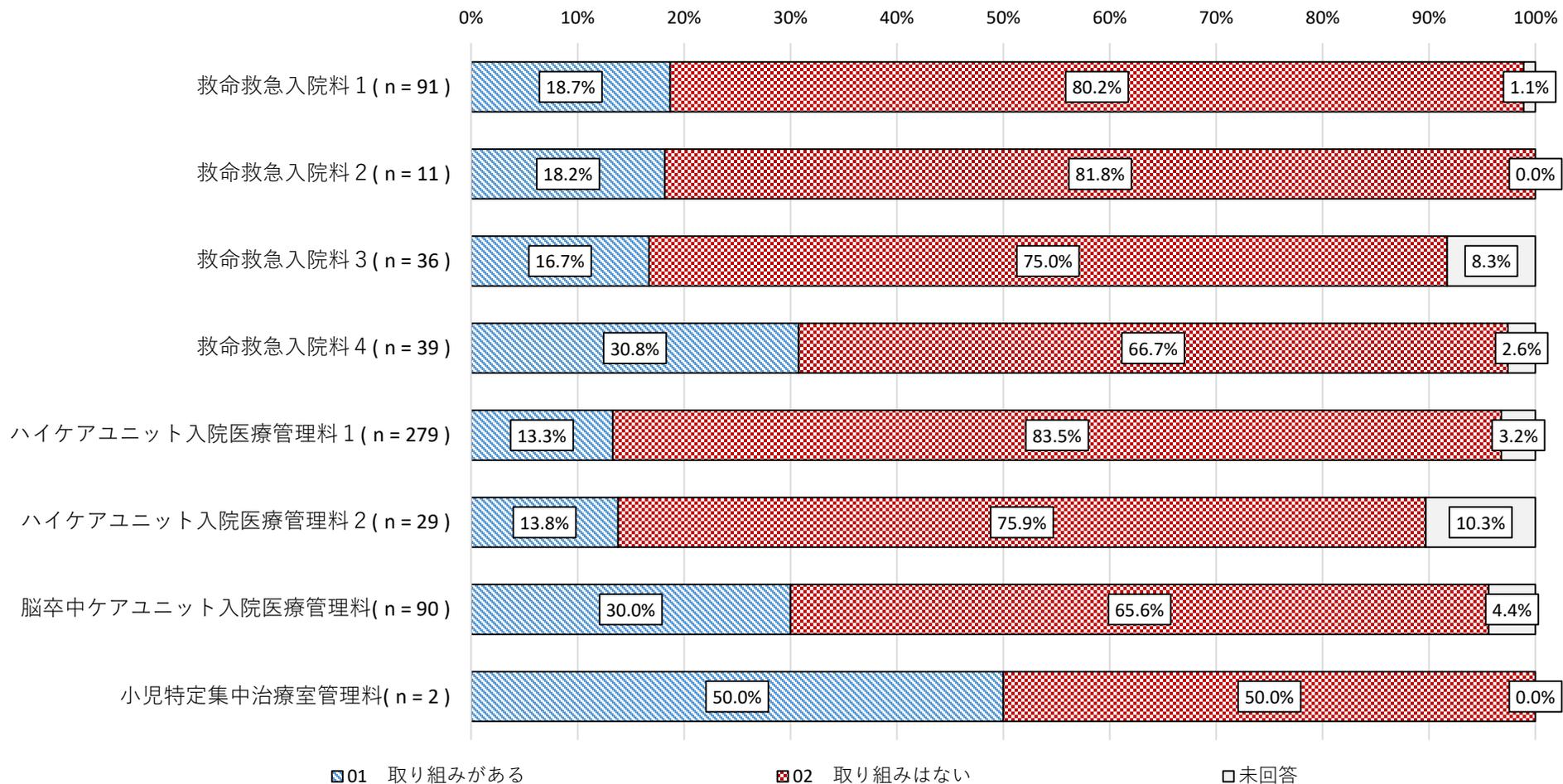
※複数回答

※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床やリハビリテーションの実施状況

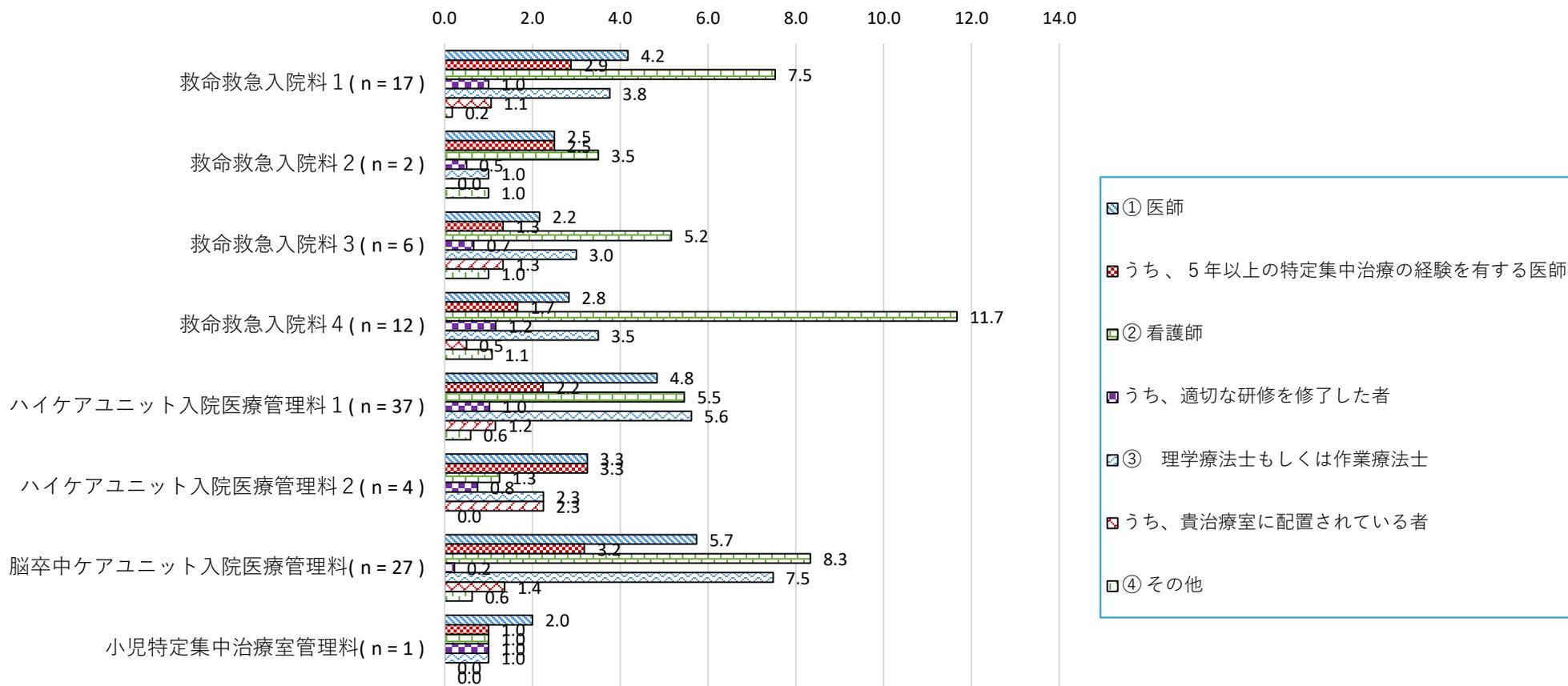
○ 早期離床・リハビリテーション加算の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの有無については、以下のとおりであった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの有無



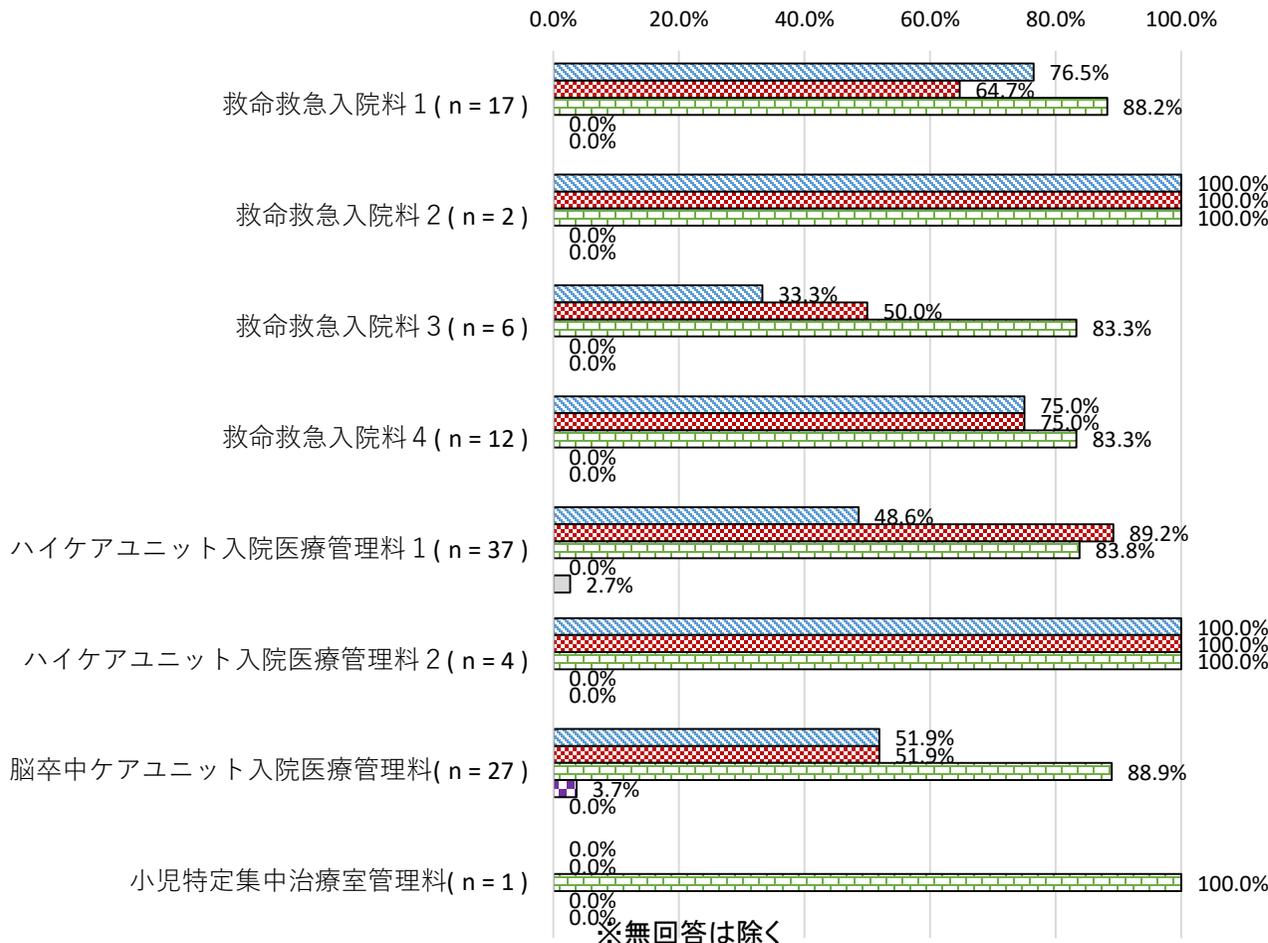
○ 早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みにおける職種の人数は、以下のとおりであった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みに関わる職種の人数
(一治療室あたり)



○ 早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みを行っている治療室の活動内容は、以下のとおりであった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの内容



- 01_早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直している
- 02_心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を届け出ている（*脳卒中ケアユニット入院管理料を除く）
- 03_定期的なカンファレンスを実施している。
- 04_その他
- すべて未回答

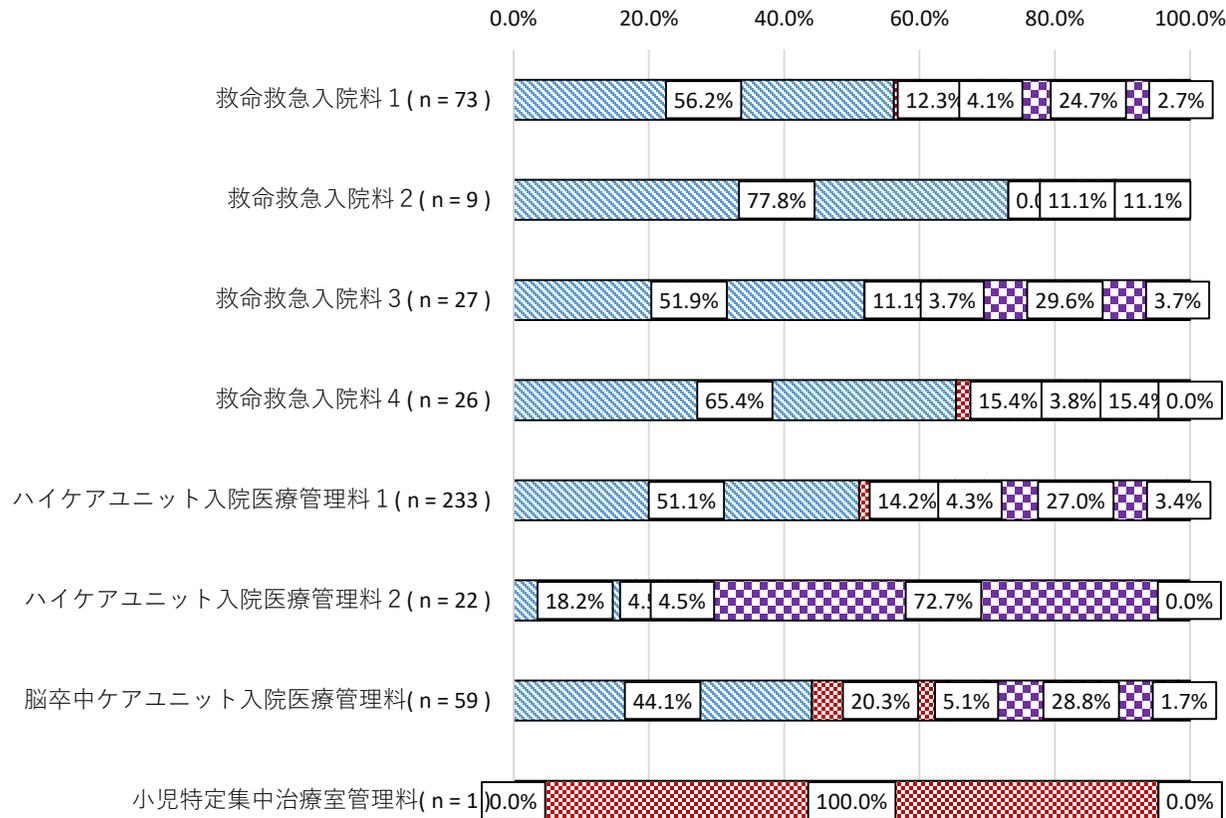
※無回答は除く
※複数回答
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床やリハビリテーションについての今後の意向

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 早期離床やリハビリテーションに関わるチーム活動がない治療室において、早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチームについて「必要性を感じている」、「検討中である」又は「準備中である」と回答した医療機関はハイケアユニット入院医療管理料2を除く、全ての治療室において6割以上であった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みが無い場合、今後の意向について



- 01_治療室において、早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチーム介入の必要性を感じている。
- 02_現在、早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチームを立ち上げについて検討中である。
- 03_早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチームの立ち上げを準備中である。
- 04_早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチーム介入がなくても問題ない。
- すべて未回答

※無回答は除く
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期栄養介入等の現状について

中医協 総-1-2
3.10.27

- 令和2年4月～9月に早期栄養介入管理加算を算定した医療機関は、徐々に増加し、232施設であり、一人当たりの算定回数は、2.53～2.75回と推計される。
- 早期栄養介入管理加算が算定出来ない、HCU、CCU、SCU等を有している約6割弱の施設において、栄養管理が実施されている。

表 早期栄養介入管理加算の実績について

令和2年	算定医療機関数	算定件数	算定回数	算定回数／算定件数
4月	79	809	2,097	2.59
5月	118	1,146	3,150	2.75
6月	174	2,228	5,865	2.63
7月	195	2,462	6,631	2.69
8月	232	3,030	8,246	2.72
9月	232	3,047	7,719	2.53

※NDBデータより算定状況を集計

(参考) 特定集中治療室の平均在室日数

	平均日数
平成30年度	3.5
令和元年度	3.5
令和2年度	3.4

※NDBデータより集計(特定集中治療室管理料1～3を算定した日数から、在室日数を算出)

表 HCU, SCU, CCUにおける管理栄養士による栄養管理の実施状況

有効回答42施設

	施設数	%
早期栄養介入管理加算(ICU)を算定している	23	54.8
HCU, SCU, CCUにおける栄養管理を実施している	24	57.1
HCU	16	38.1
CCU	9	21.4
SCU	7	16.7

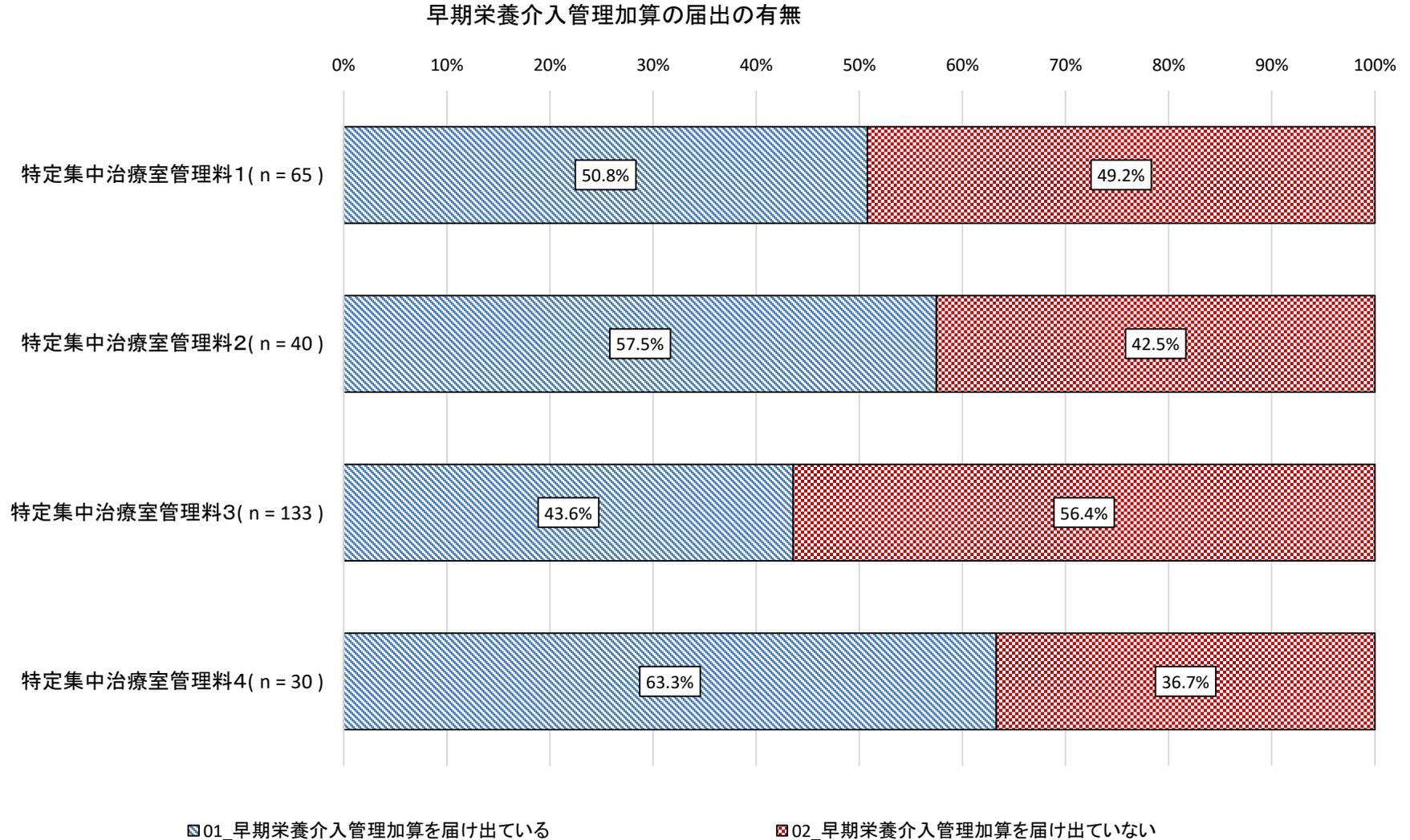
※学会開催の研修会を受講した管理栄養士に対してwebアンケート調査を実施。

出典: 日本健康・栄養システム学会調べ

早期栄養介入管理加算の届出状況

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 特定集中治療室管理料1～4において約半数の医療機関において、届出がされていた。

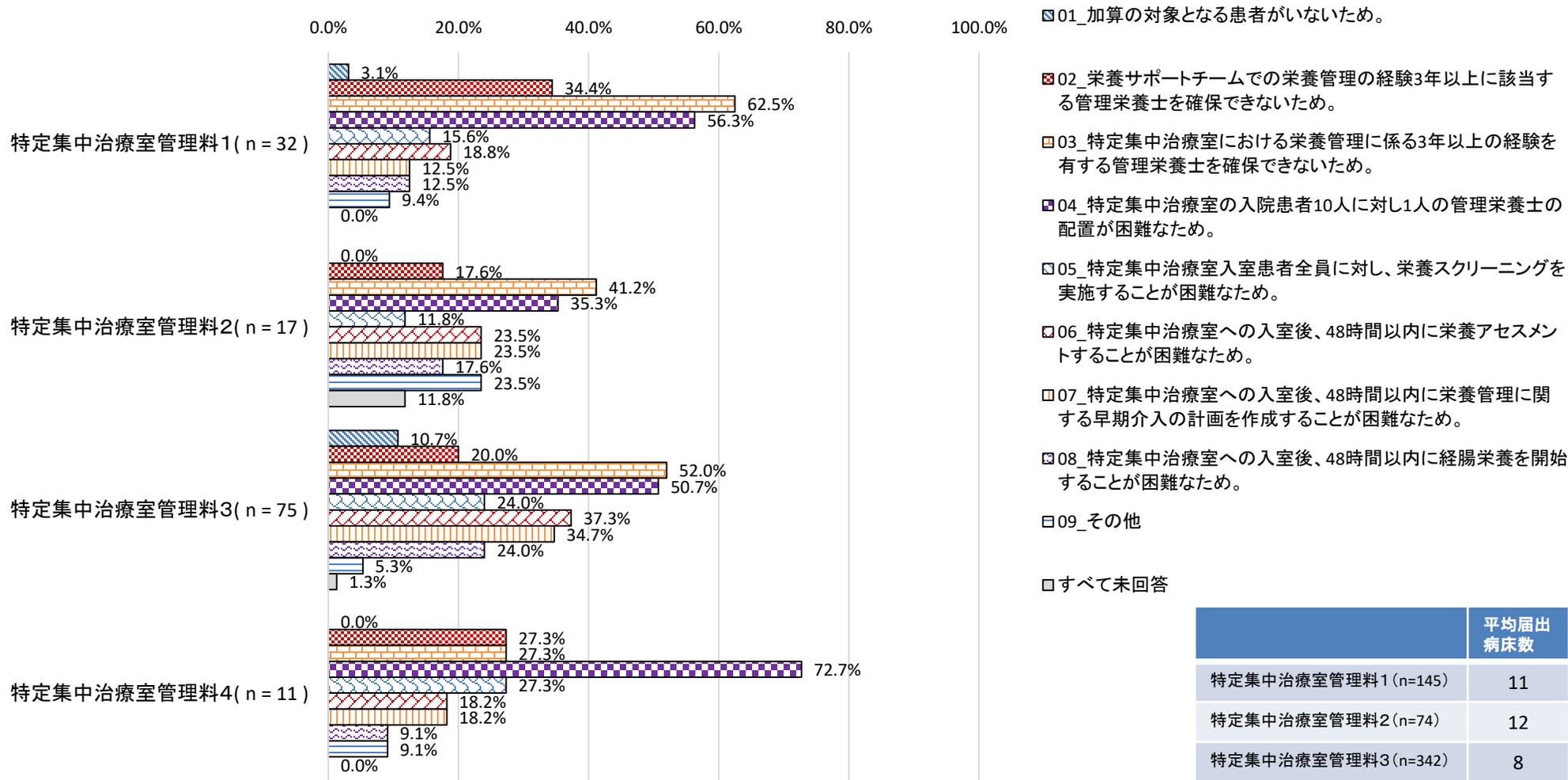


早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 届出をしていない理由としては、「特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を有する管理栄養士が確保できないため」、「特定集中治療室の入院患者10人に対して1人の管理栄養士の配置が困難なため」が多かった。

早期栄養介入管理加算を届け出していない理由



出典: 令和3年度入院医療等の調査(治療室票)

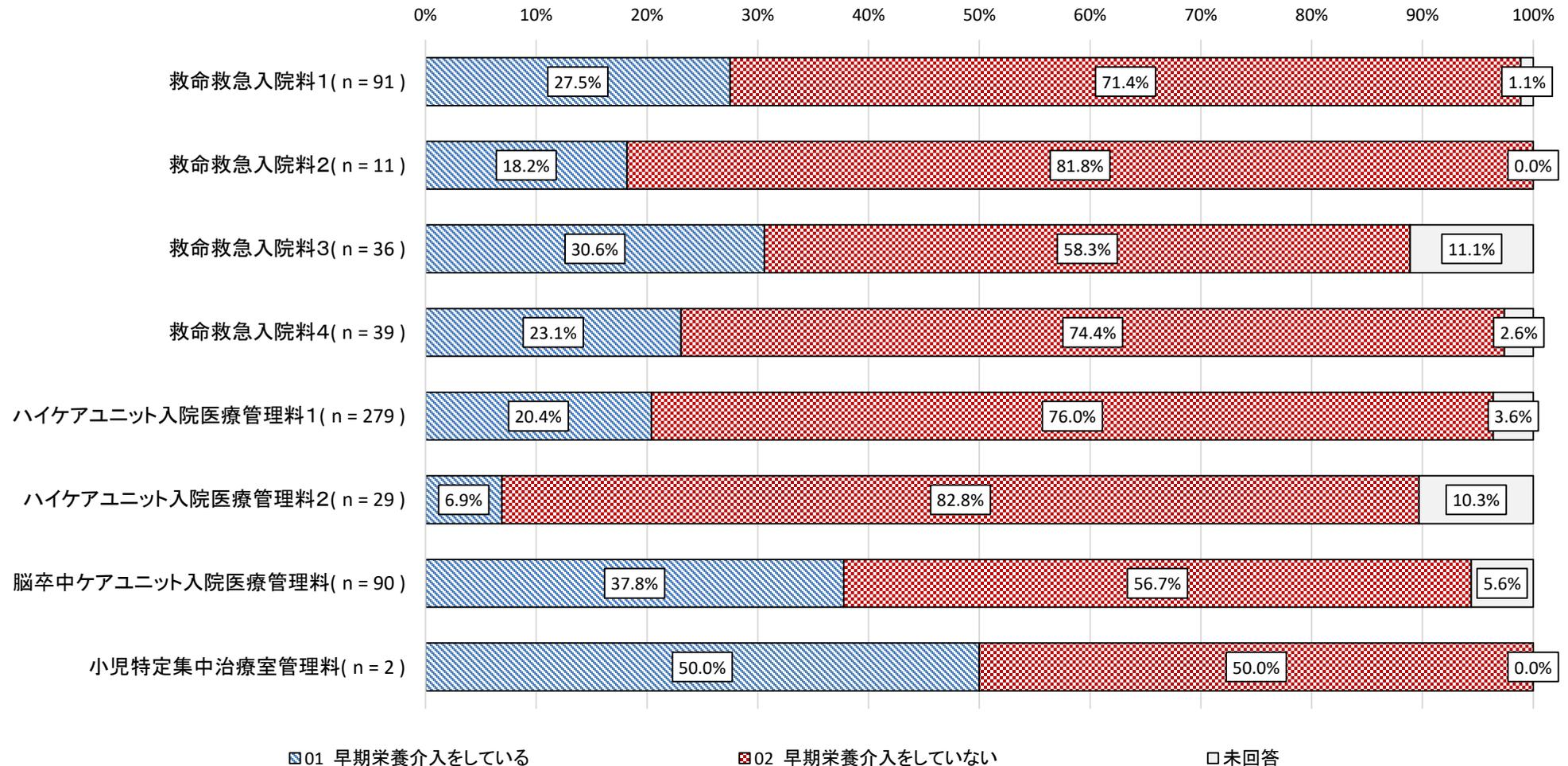
※医療課調べ

早期からの栄養管理の実施状況

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していた。

栄養管理に係る早期介入の状況(令和3年6月1日時点)

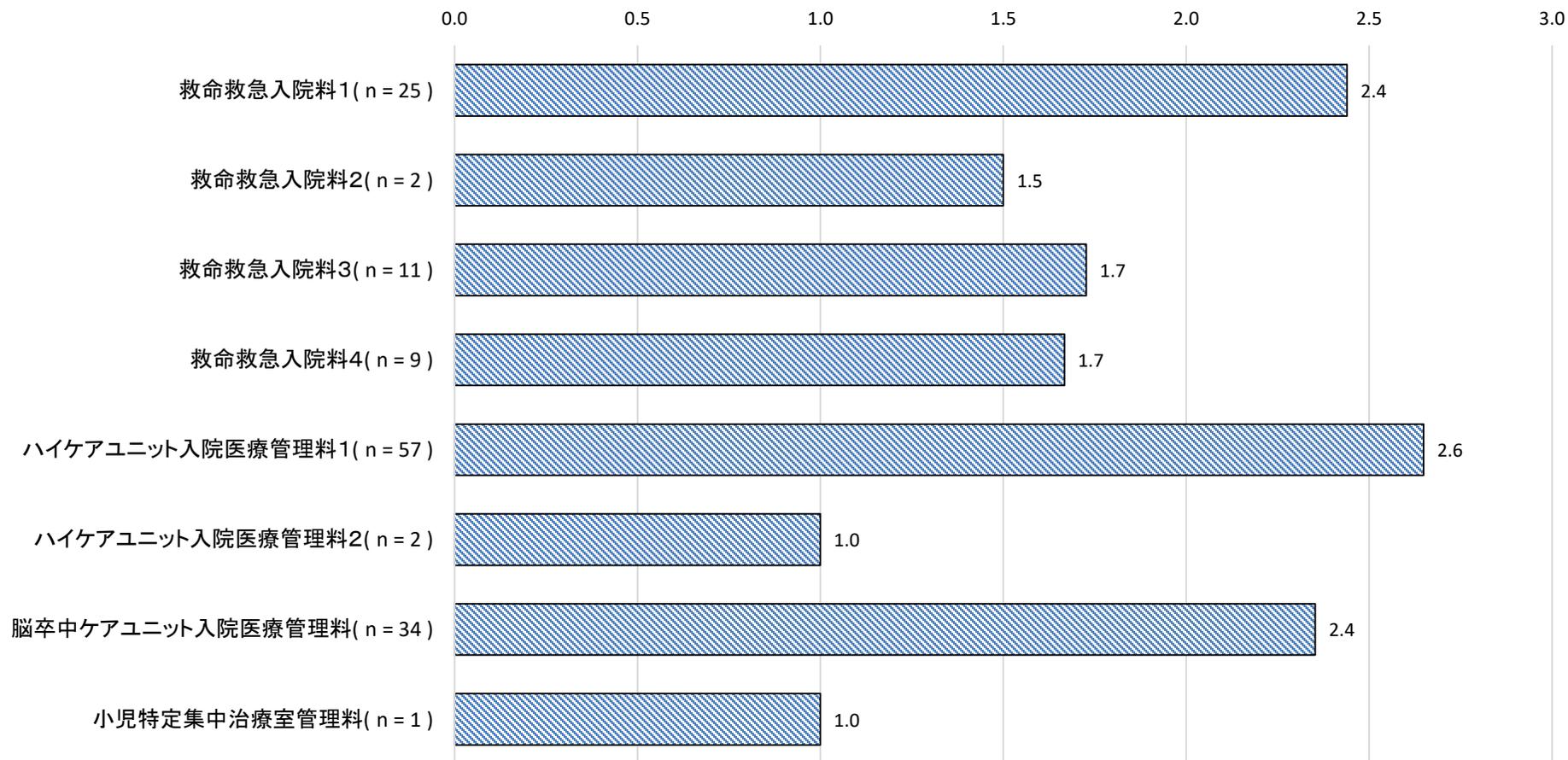


早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料において、早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数は、1名以上であった。

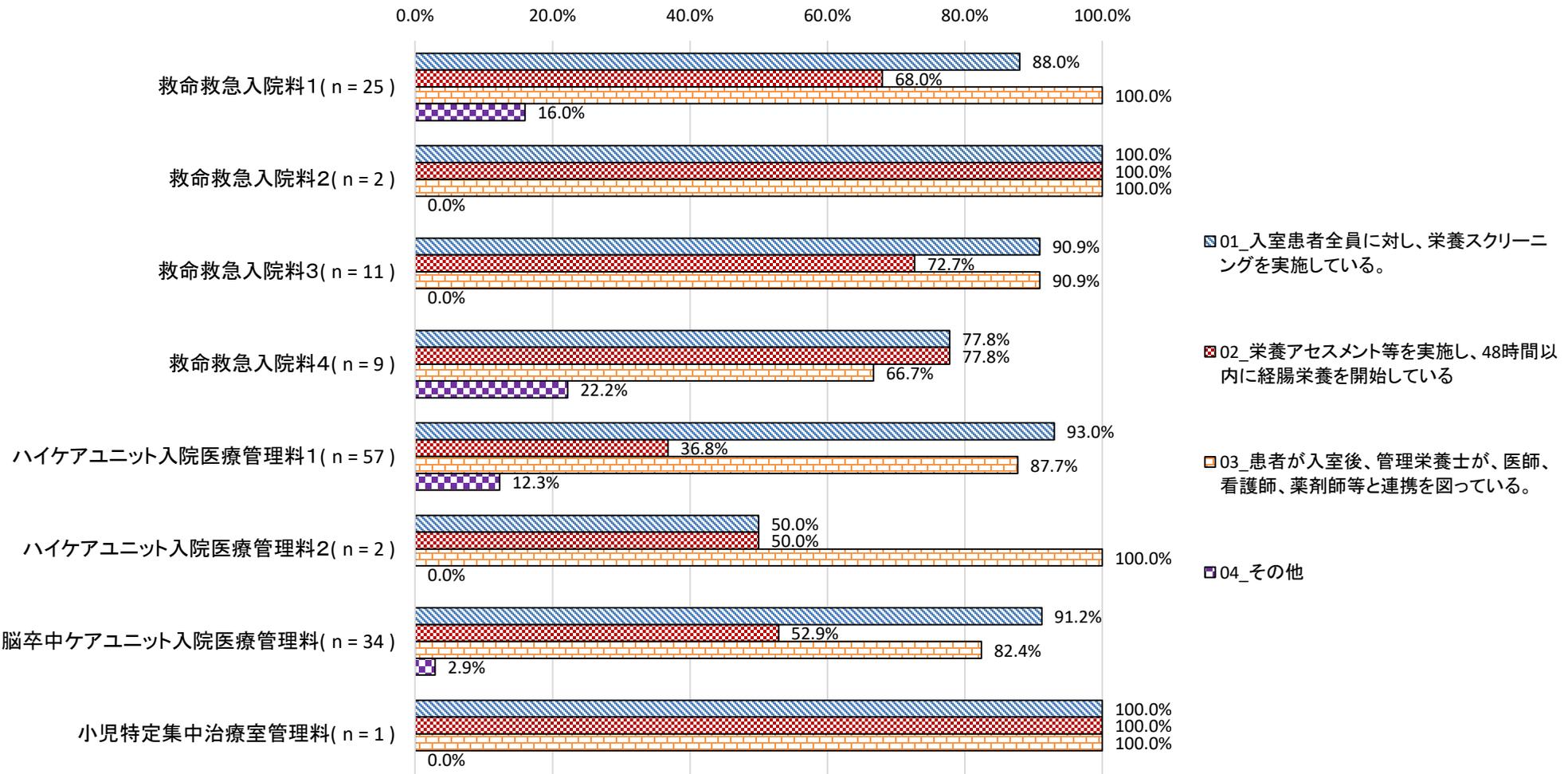
栄養管理に係る早期介入に関わる管理栄養士の人数(一治療室あたり)



早期からの栄養管理の実施内容

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

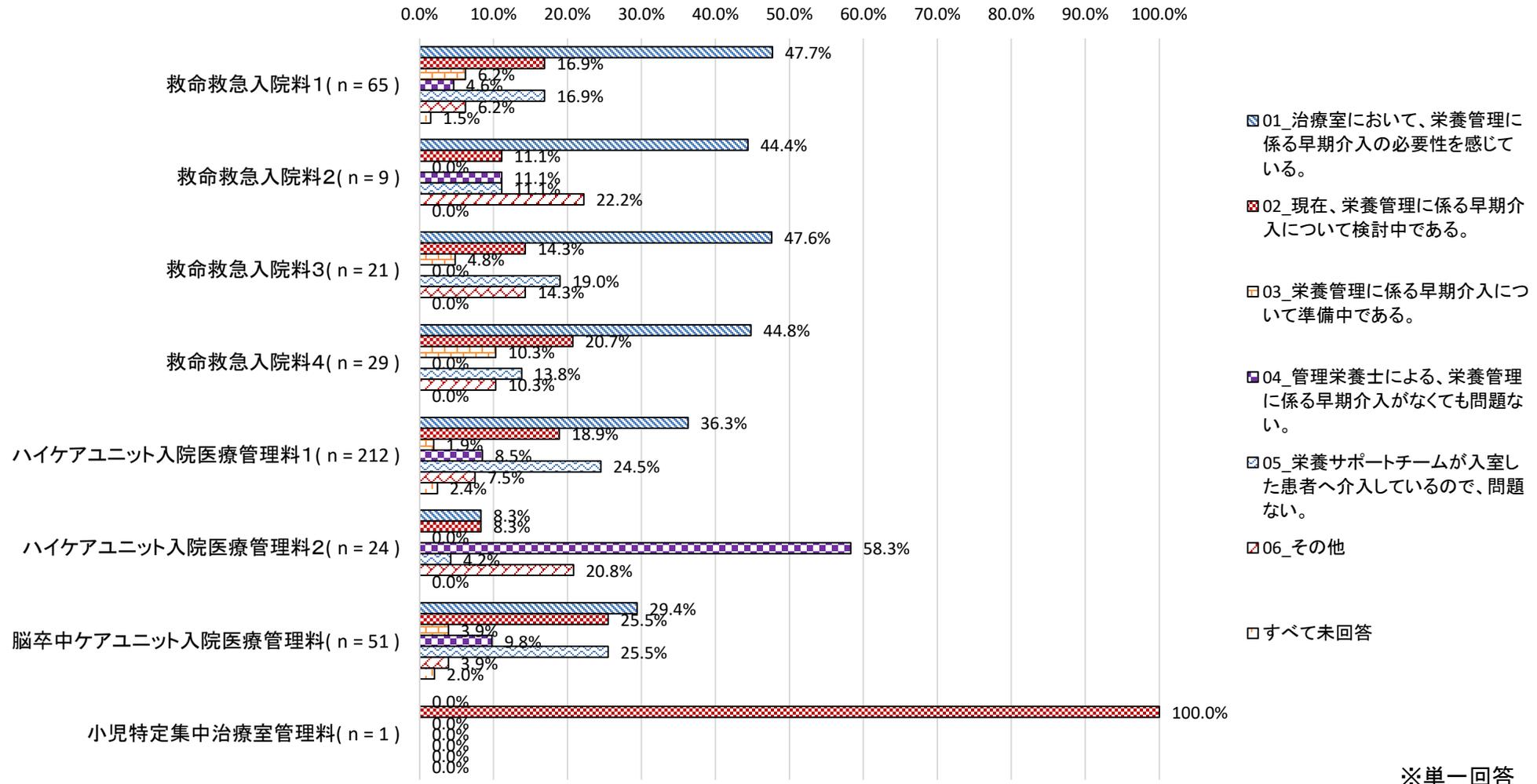
- 早期栄養介入管理加算を算定していない治療室において、早期からの栄養管理に関する介入内容は、「入室患者全員に対し、栄養スクリーニングの実施している」、「患者が入室後、管理栄養士が、医師、看護師、薬剤師等と連携を図っている」は8割を越えていた。
- 「栄養アセスメント等を実施し、48時間以内に経腸栄養を開始している」は、ばらつきが見られたが、ほとんどの入院料において5割を越えていた。



今後の意向について

中医協 総-1-2
3.10.27

- 救命救急入院料において、「治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている」を選択した医療機関は4割を越えていた。
- 栄養管理に係る早期介入について検討中、準備中である医療機関を合わせると、約2割である。



※単一回答

治療早期からの回復に向けた取組についての課題と論点

(早期離床・リハビリテーション加算について)

- 集中治療において、早期からリハビリテーションに取り組んだ場合、自立度の改善や、ICU滞在期間の短縮、早期歩行獲得などの効果が期待されている。
- 入院調査の結果をみると、早期離床・リハビリテーション加算の算定対象となっていない治療室においても、一定の割合で、早期離床やリハビリテーションに係る取組が行われている実態があった。
- 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象となっていない治療室において、早期離床やリハビリテーションに対する多職種によるチームについての今後の意向として「必要性を感じている」、「検討中である」又は「準備中である」と回答した医療機関は、一部の治療室を除いて6割以上であった。

(早期栄養介入管理加算)

- 早期栄養介入管理加算が算定出来ない、HCU、CCU、SCU等を有している約6割弱の施設において、栄養管理が実施されている実態がみられた。
- 救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していた。
- 救命救急入院料において、「治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている」を選択した医療機関は4割を越えており、栄養管理に係る早期介入について検討中、準備中である医療機関を合わせると、約2割であった。



【論点】

- 質の高い入院医療を推進するための、治療早期からの回復に向けた取組についてどのように考えるか。

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
 - 5-1 病棟における栄養管理について
 - 5-2 周術期における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

診療報酬における栄養項目に関する評価の主な変遷

○ 近年、診療報酬における栄養項目に関する評価として、入院に関して、管理栄養士が主にベッドサイドで行う業務が増加している。

	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	
入院での評価	栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料へ要件化					
							回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実	回復期リハビリテーション病棟入院料における栄養管理の充実	
								早期栄養介入管理加算	
			栄養サポートチーム加算						
			摂食障害入院医療管理加算						
						認知症ケア加算			
		入院栄養食事指導料							
								栄養情報提供加算	
	主に入院以外での評価	外来・在宅患者訪問栄養食事指導料							
				糖尿病透析予防指導管理料					
				在宅患者訪問褥瘡管理指導料					
						個別栄養食事管理加算			
						在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料			
								摂食嚥下支援加算	
								連携充実加算 100	

入院基本料等加算の簡素化①

栄養管理実施加算の簡素化

- 栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いことから、栄養管理体制の確保を入院基本料及び特定入院料の要件とし、診療報酬体系の簡素化を行う。

[入院基本料及び特定入院料の施設基準]（新たに追加された栄養管理に関する項目）

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成していること。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載すること。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- ⑦ 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑧ 特別入院基本料及び短期滞在手術料1を算定する場合は、①～⑦までの体制を満たしていることが望ましい。
- ⑨ 当該保険医療機関において、①の基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくなった日の属する月を含む3か月に限り、従来の入院基本料等を算定できる。
- ⑩ 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、①の基準を満たしているものとする。

チーム医療において管理栄養士が主体的に関わる業務

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日付け医政局長通知)(抜粋)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(3) 管理栄養士

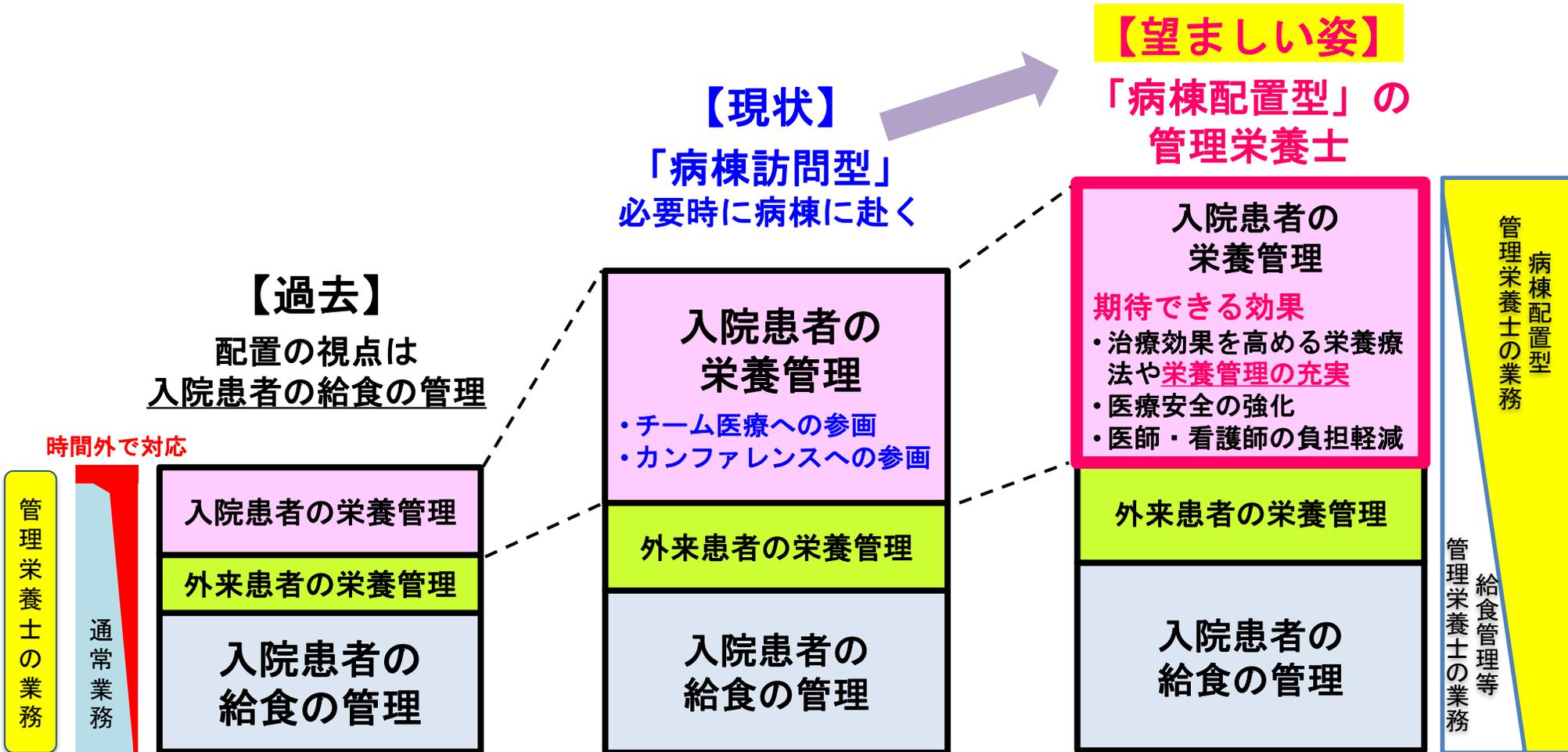
近年、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食(常食)について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること(食事内容等の変更を提案することを含む)。
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導(クリティカルパスによる明示等)を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類を選択や変更等を提案すること。

管理栄養士の業務のイメージ

- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であった。
- 近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主に変わってきている。
- 入院患者の栄養管理を更に充実させるため、管理栄養士が病棟配置されることが望ましいと考えられる。



入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

- 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 主に低栄養状態の患者など、介入時点の栄養状態に着目した指導に対して評価を行っている。

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

病棟における管理栄養士の役割の例

- 1) 全ての入院患者の栄養障害・低栄養のリスクを適切に評価・予測し、疾病やその部位、症状、手術療法他、有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養評価と栄養計画、食事・栄養管理の実践のともに栄養指導を実施する。
- 2) 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション等に対して、個人の体質・、心理面等を考慮した生活療養の指導を実施する。
- 3) 栄養素や疾病に伴う代謝の状態を理解し、食事・輸液・経腸栄養を含めた総合的な栄養に関する提案と調整を実施。
- 4) 疾病や治療、加齢に伴う摂食・嚥下障害の発生要因や症状より、その食形態の提案と調整を実施する。
- 5) 食事・栄養摂取を含めた生活全体を見た全人的な視点に立った在宅復帰にむけて支援する。
- 6) 病状や、治療等、食事摂取量や栄養に影響しうるに関わる問題を抽出し、医師・看護師、他職種とともにチーム医療を推進し実践する。
- 7) 個々の疾病、身体状況、いずれの状況においても治療が効果的に継続できるように食事・栄養面から支援する。
- 8) 在宅復帰後の食生活に合わせた栄養量の見直しや、低栄養回避による再入院支援のための食事・生活支援に関する相談・指導の実施する。
- 9) 転施設、紹介元への栄養情報提供を実施する

管理栄養士の業務の現状

- 管理栄養士の業務のうち、入院患者への業務に関する時間は、全業務時間の約3割であった。
- 管理栄養士の病棟業務時間が長い(病棟業務のエフォートが高い)ほど、医師等の業務支援対応時間が有意に長い傾向であった。

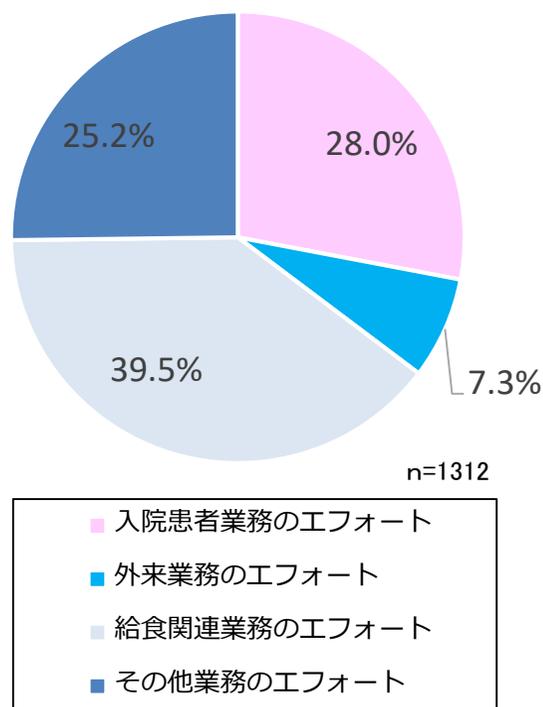


表 病棟業務時間割合別の医師等の業務支援対応時間

病棟業務へのエフォート	N	医師等の業務支援対応時間				P for trend
		平均値	中央値	IQR		
80%以上	57	73.5	70.0	30.4	96.2	<0.001
50-79%	274	49.4	42.4	22.8	69.0	
1-49%	626	17.1	9.1	0	25.3	
0%	355	0.2	0	0	0	

※業務量調査のうち、
 ①入院患者対応(医師等の業務支援)
 ②栄養指導業務の医師への提案
 ③チーム医療の際の患者情報収集
 ④アレルギー等の聞き取り
 の時間を集計

(Jonckheere-Terpstra trend test)

図 管理栄養士の業務内容別割合

病棟配置された管理栄養士の具体的な患者対応のイメージ

- 管理栄養士の病棟業務は、入院栄養食事指導とベッドサイドで行うその他の栄養管理業務に分類できる。
- 医師、看護師等と連携して実施するその他の栄養管理業務は、管理栄養士が病棟配置された場合には、管理栄養士が主体的に実施し、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となる。

現行

管理栄養士が実施

医師、看護師等と連携して実施

給食管理業務

献立作成
発注・在庫管理
等



外来栄養食事指導

食生活状況の把握
病態に応じた食事内容の指導
食生活の改善・是正



病棟での業務

入院栄養食事指導

入院前の食生活状況の把握
病態に応じた食事内容の指導
食生活の改善・是正
栄養情報提供書の作成



その他の栄養管理業務



① 栄養評価

食生活等の入院前の情報収集
食物アレルギーの確認
栄養状態の評価
・身体所見、画像所見の評価
・電解質の評価
・病態、循環動態の評価 等

② 栄養計画

入院診療計画書の確認、作成
栄養管理計画書の作成、再評価
・食種選択(栄養量、食事形態)
・経腸栄養メニュー作成

④ モニタリング

食事摂取状況、摂取栄養量、
水分出納、腹部症状、循環動態、
血液検査値、画像所見、
ADL・活動量・体重変動の確認

③ 栄養介入

ミールラウンド
喫食量、食事形態の確認
食事摂取不良患者への対応
栄養補助食品の紹介・提案
食欲低下時の対応
医師への栄養メニュー提案

病棟配置

「その他の栄養管理業務」を治療方針や
摂取状況等に応じて、速やかに介入・支援が可能

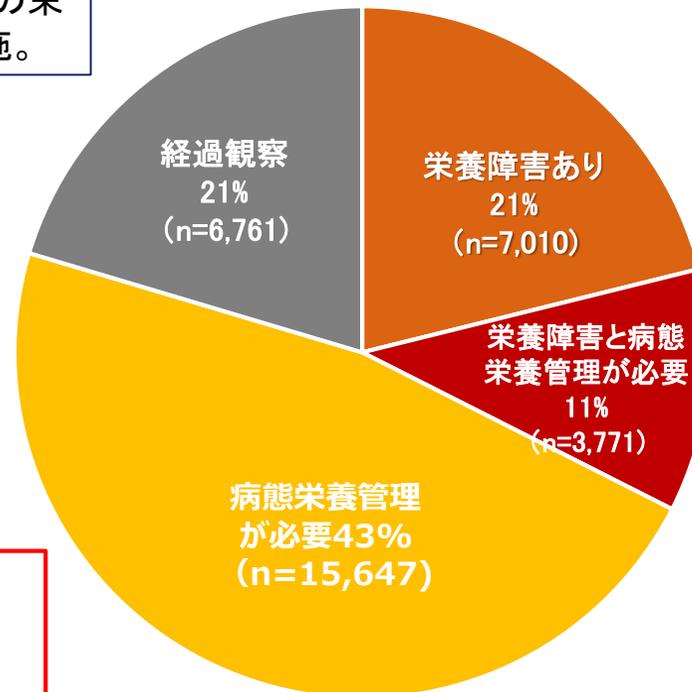
患者の病態・状態に応じた、
きめ細やかな栄養管理の実施

特定機能病院における入院時の栄養状態

○ 全体の21%の患者に栄養障害が認められ、病態栄養管理の必要な割合は43%、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者は11%であった。全体の約80%の患者に栄養管理の必要性があった。

【方法】

2018年度に特定機能病院に入院した患者 33,189名を対象として、入院時の栄養管理の必要性について調査を実施。



A. 栄養障害判定基準

- ・ 血清アルブミン値3.0g/dL以下
 - ・ やせ
(BMI18.5未満 ※小児はカウプ指数等で判定)
 - ・ 浮腫・腹水あり
 - ・ 褥瘡あり
 - ・ %AC、%TSF、%AMC 60%以下
 - ・ 入院時食事摂取量7割以下
 - ・ 入院時絶食管理
(経管・経静脈栄養管理) など
- により管理栄養士が総合的に判定

B. 病態に対する栄養管理が必要

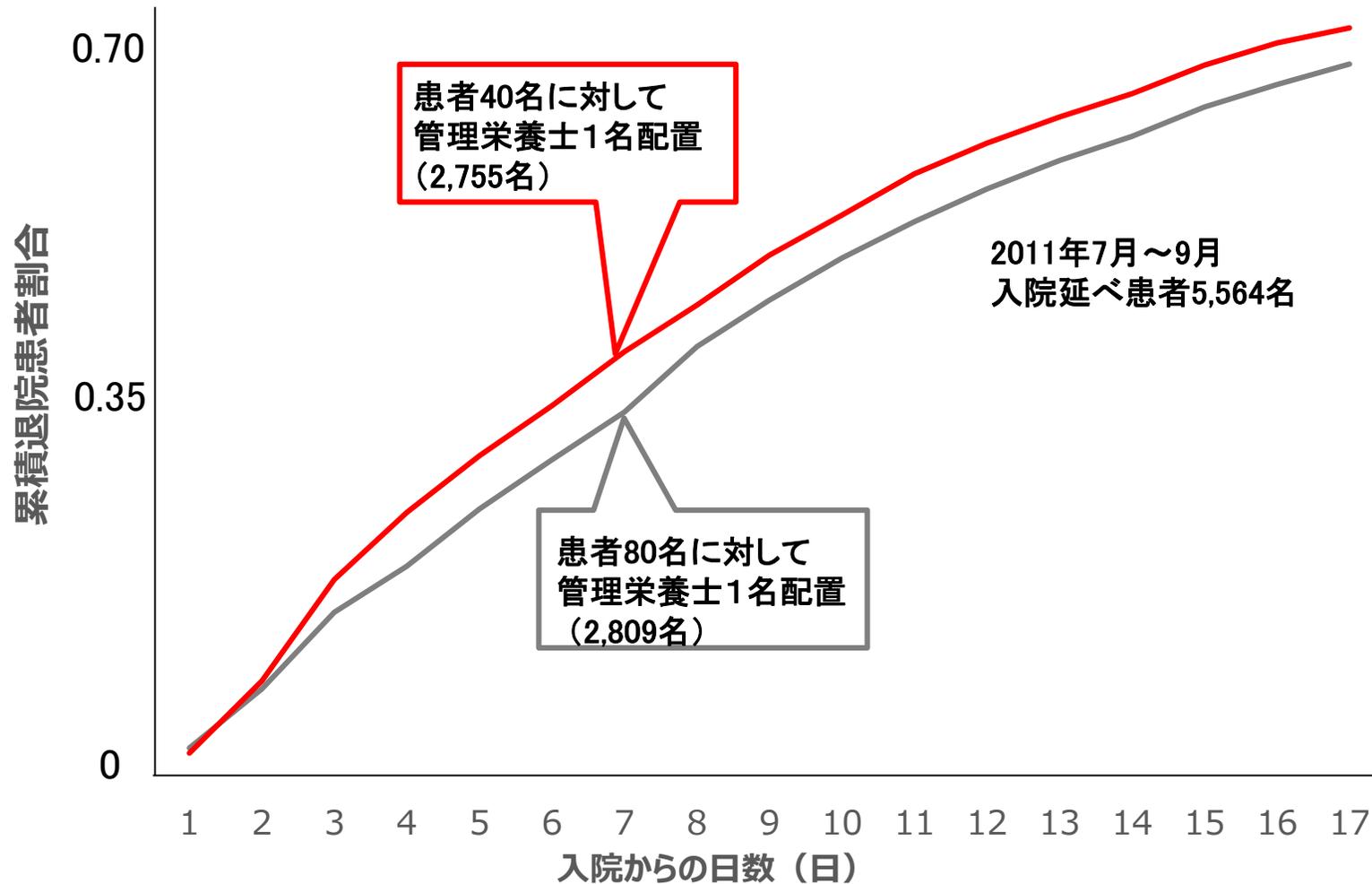
- ・ 特別治療食が必要とされる患者
(胃・腸疾患、肝・胆疾患、膵臓疾患、
心臓疾患、腎臓疾患、糖尿病、
肥満症、脂質異常症など)
- ・ その他、病態に応じた栄養管理が必要と
される患者(悪性腫瘍、呼吸器疾患など)

管理栄養士の病棟業務の効果等①

○ 栄養ケアを強化し、患者40人に対して管理栄養士1人を配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていた。

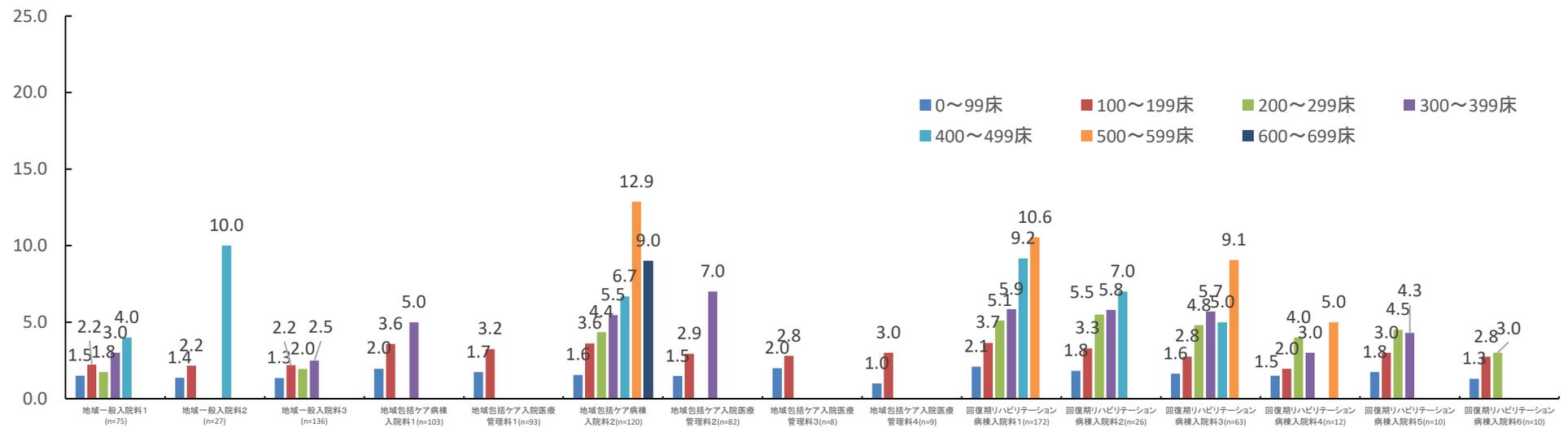
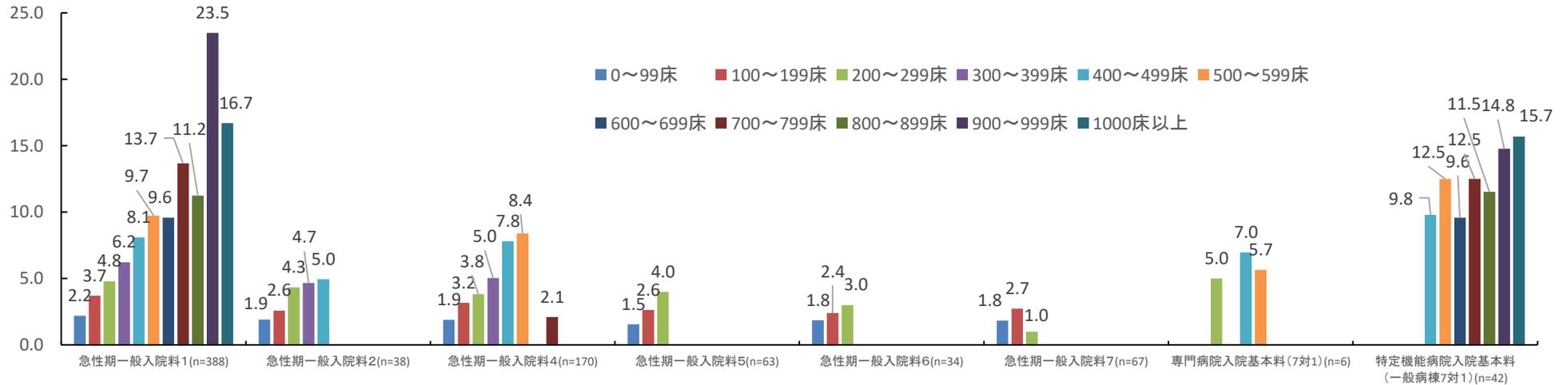
【対象と方法】

2011年度、特定機能病院に入院した患者5,564名を対象に、管理栄養士1人に対して40人の患者の栄養ケアを担当した場合と80名の栄養ケアを担当した場合の累積退院患者の割合を比較。



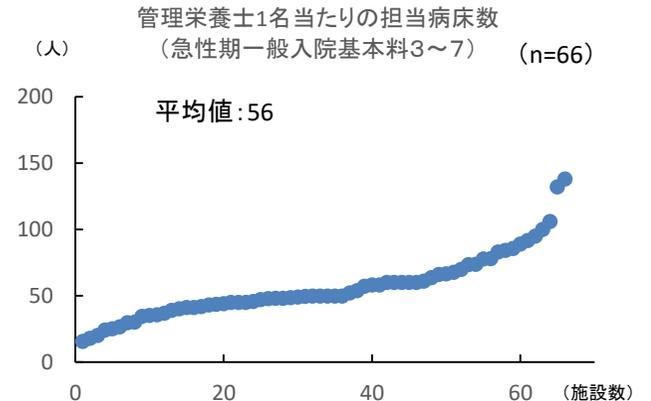
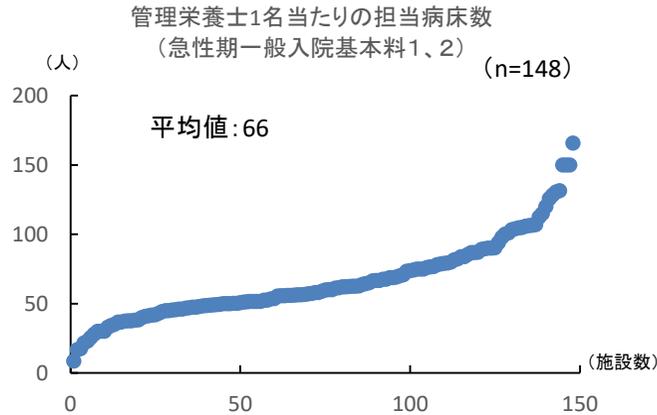
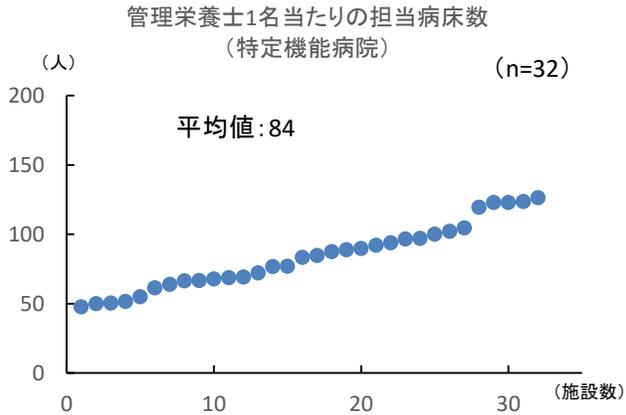
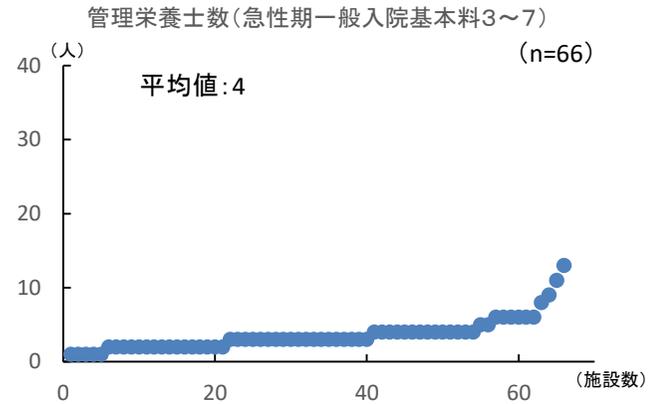
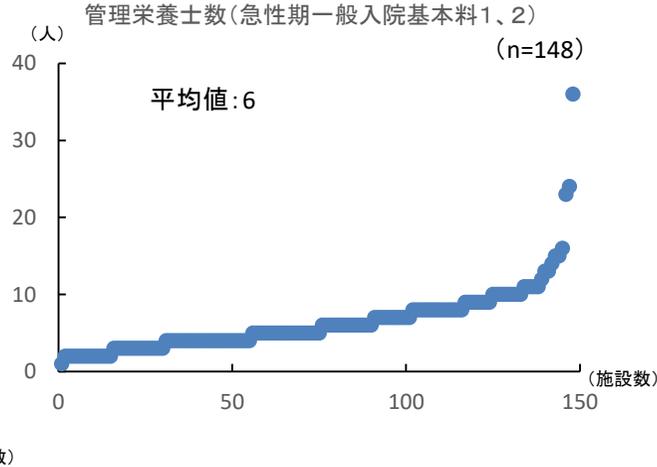
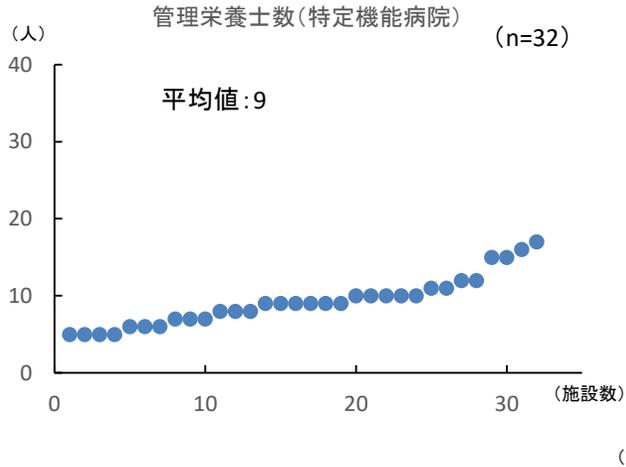
管理栄養士の配置の状況

- 管理栄養士数は、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料においては、病床規模に応じて、多く配置されていた。
- 特定機能病院入院基本料においては、病床規模による差が比較的小さかった。



管理栄養士1名当たりの担当病床数

○ 管理栄養士1名当たりの担当病床数の、入院基本料別分布は以下のとおり。



病棟における栄養管理に関する課題及び論点

- 近年、入院医療に関して、管理栄養士が主にベッドサイドで行う業務が増加している。
- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であったが、近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主に変わってきている。
- 管理栄養士の業務のうち、入院患者への業務に関する時間は、全業務時間の約3割であったが、管理栄養士の病棟業務時間が長い(病棟業務のエフォートが高い)ほど、医師等の業務支援対応時間が有意に長い傾向であったという報告がある。
- 管理栄養士の病棟業務は、入院栄養食事指導とベッドサイドで行うその他の栄養管理業務に分類でき、医師、看護師等と連携して実施するその他の栄養管理業務は、管理栄養士が病棟配置された場合には、管理栄養士が主体的に実施し、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となる。
- 栄養障害が認められた患者のうち、病態栄養管理、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者が一定程度存在していた。また、栄養管理の必要性な患者が多かったという報告がある。
- 栄養ケアを強化し、管理栄養士を手厚く配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていたという報告がある。



【論点】

- 患者の病態・状態に応じた、きめ細やかな栄養管理の実施を推進する観点から、病棟における栄養管理の評価のあり方について、どのように考えるか。

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
 - 5-1 病棟における栄養管理について
 - 5-2 周術期における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

栄養に関する診療報酬上の主な評価（入院時食事療養以外）

入院

○栄養サポートチーム加算

（200点／週1回）

対象入院料（結核病棟、精神病棟）の追加

○早期栄養介入管理加算

（400点／1日）

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

○入院栄養食事指導料1

（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
※ 特定入院料では算定不可（回リハ入院料1を除く）

○入院栄養食事指導料2

（初回250点、2回目190点／週1回・入院中2回）

入院栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

○栄養情報提供加算

（50点／入院中1回）※入院栄養食事指導料の上乗せ

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

○集団栄養食事指導料※

（80点／月1回）※ 外来患者も指導対象

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複数の患者（15人以内／1回）に対して、1回40分以上の指導を実施

○摂食障害入院医療管理加算

（200点（30日以内）、100点（31～60日以内））

※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる

○個別栄養食事管理加算※

（70点（1日につき））※緩和ケア診療加算の上乗せ

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を実施

○摂食嚥下支援加算※

（200点／月1回）※ 外来患者も指導対象

※ 摂食嚥下支援チームの一員に管理栄養士が含まれる。
外来患者も指導対象

○回復期リハビリテーション病棟入院料

（2, 129～1, 678点）

入院料1は、管理栄養士の病棟配置が必須

入院料2～6は、管理栄養士の病棟配置が努力義務

○栄養管理体制

常勤管理栄養士1名以上を配置（非常勤管理栄養士又は常勤栄養士の場合は入院基本料から1日につき40点減算。それも満たせない場合は、特別入院基本料を算定。）

入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

- 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 主に低栄養状態の患者など、介入時点の影響状態に着目した指導に対して評価を行っている。

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

周術期の患者の病態の変化について

- 術後の病態は4つの相に分けることができ、それぞれで大きく異なるため、各相に対応した栄養管理が必要になる。

第1相 (Injury Phase) : 術後の2～4日間

- ・筋たんぱく質の崩壊が著明に進み、エネルギー源としては内因性の栄養が利用される。
- ・消費エネルギー量すべてを栄養として投与するのではなく、やや少なめの栄養投与を行う。

第2相 (Turning Point) : 術後3～7日に開始し1～2日間持続

- ・筋たんぱく質の崩壊が低下し、適切なエネルギー投与でたんぱく質合成が高まる。
- ・内因性のエネルギー産生は低下するが持続している。
- ・エネルギー・たんぱく質の投与量を増やし、目標投与量を目指す。

第3相 (Muscle Strength) : 第2相の1～2日後から2～5週間持続

- ・たんぱく質合成が亢進し、骨格筋が増加する。
- ・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

第4相 (Fat Gain) : 数カ月持続

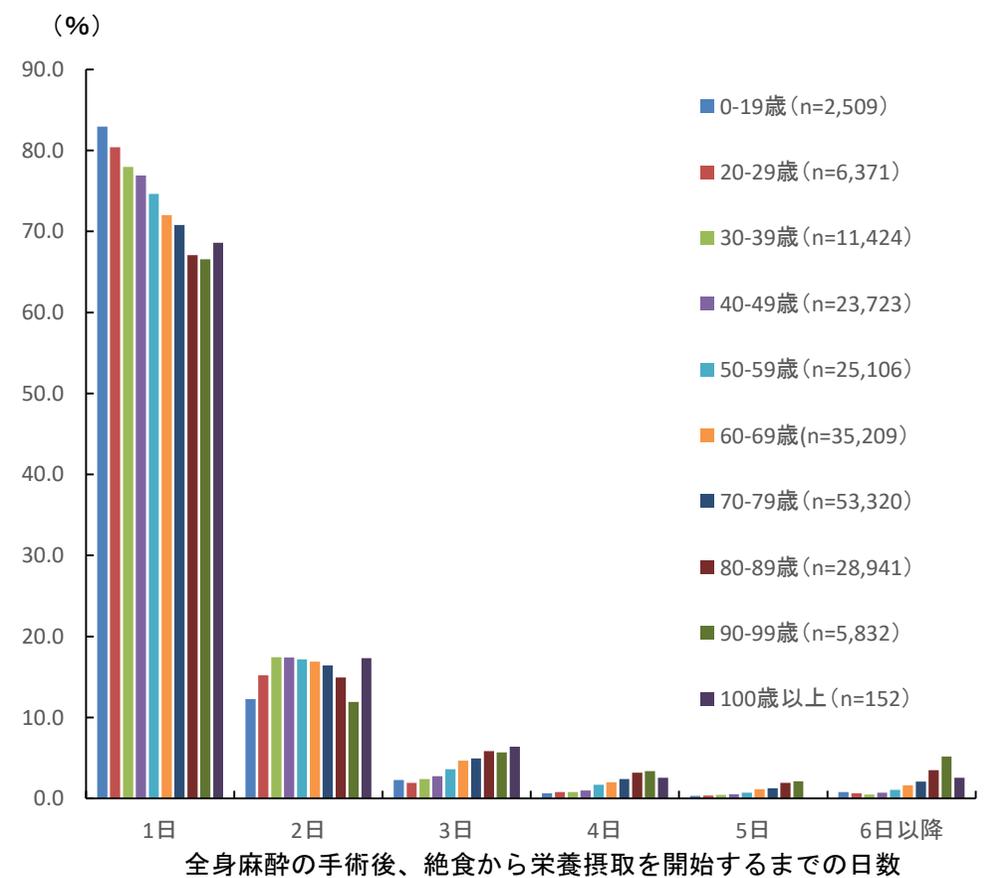
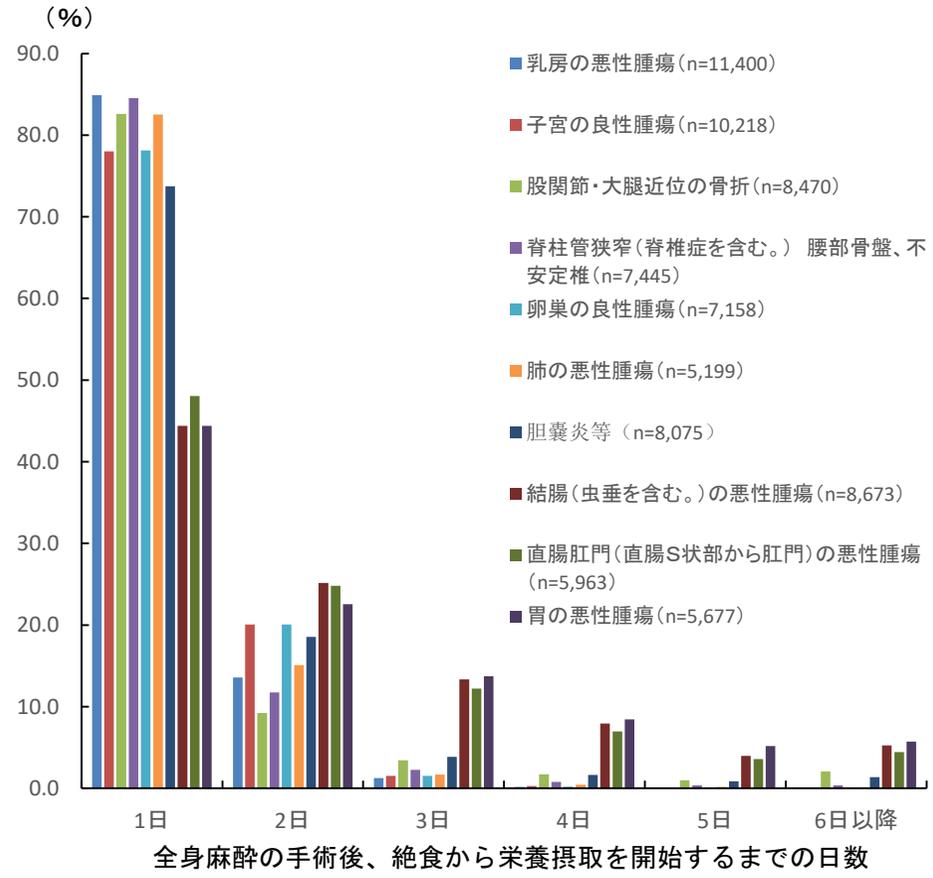
- ・体脂肪量が回復する。
- ・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

術後の重篤な合併症発生・手術の侵襲度・患者の併存疾患によって、各相の進展は大きく変化するため毎日刻々と変化する病態の観察が必要である。

また、第1相が遷延する場合、栄養投与量の不足状態が続くと重篤な栄養不良を引き起こす。特に病態をきめ細かく観察し、第2相、第3相で行うべき栄養管理開始を検討する。

術後の栄養摂取開始の状況

- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の疾患別の患者割合は、消化器疾患において、開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。
- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の年齢階級別の患者割合は、年齢が上がるほど開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。



2020年度データ(2020年4月1日入院以降症例)の新評価表において、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(加算は含まずに本体のみ)」を行った日(複数ある場合は最初)に、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」の患者が、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」から変更されるまでの日数別患者割合

- 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版(抜粋) (日本臨床栄養代謝学会:JSPEN)

- 1) 術前の栄養状態の評価
- 2) 栄養状態不良な場合、術後に栄養のリスクが存在する場合には、術前からの栄養療法の施行(経口サプリメントの投与、免疫経腸栄養剤、腸を使えない場合の静脈栄養など)が必要
- 3) 術後早期からの経口摂取再開、経腸栄養の開始
- 4) 術後1週間以上、経口摂取・経腸栄養を施行できない場合は完全静脈栄養の施行
- 5) 経腸栄養でエネルギー必要量を満たせない場合は静脈栄養の併用
- 6) 術後に経腸栄養を行う場合は、標準組成を第一選択とするが、栄養不良・大侵襲手術患者では免疫経腸栄養剤を考慮

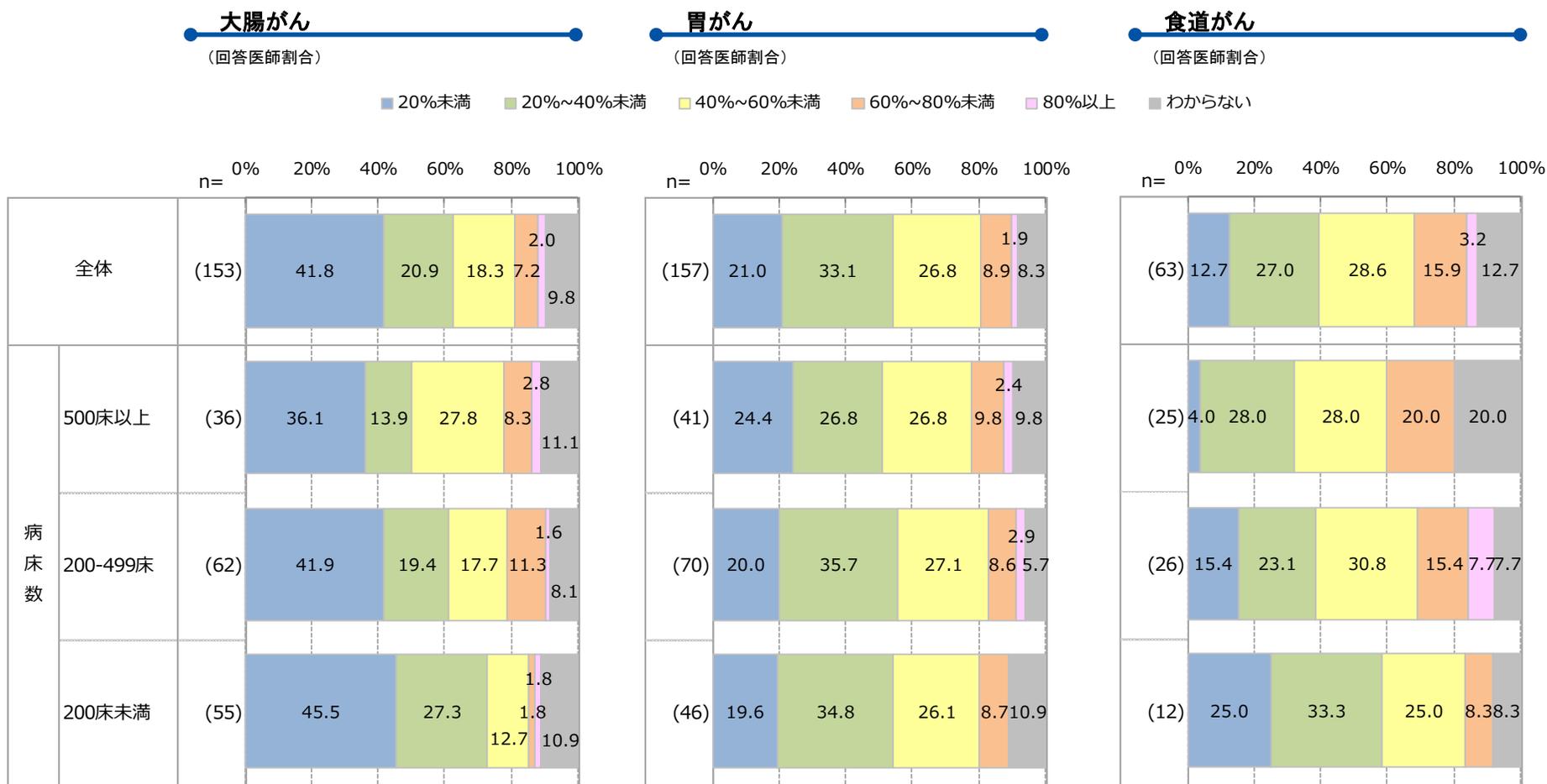
Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

- 1) 術前の絶飲食を避ける
- 2) 個々の患者の忍容性、手術のタイプに応じて経口摂取
- 3) Major surgeryにおいては、術前・術後に栄養状態を評価
- 4) 低栄養患者、低栄養のリスクがある患者(周術期に5日より長く経口摂取ができないと予想される場合、7日より長く推奨量の50%を摂取できないと予想される場合)には遅滞なく周術期の栄養管理(経口あるいは経腸を第一選択とした栄養療法:エネルギーは25-30 kcal/kg、たんぱく質は1.5 g/kg ideal body weight)を行う。))
- 5) 7日より長く、経口あるいは経腸栄養で必要量の50%のエネルギーを投与できない場合は、補助的な静脈栄養投与を開始する
- 6) 低栄養の、がん手術患者には周術期に免疫栄養剤を投与する
- 7) 重度栄養障害を有する患者では、たとえがん手術であっても7-14日間の術前栄養療法を行う
- 8) 可能であれば、経口・経腸栄養を優先する
- 9) 通常食で必要量の栄養を摂取できない場合は栄養状態が良好であっても術前に経口的な栄養サプリメントを投与する

術前の経口栄養剤の摂取の状況

○ 術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

図 術前管理を行った患者での経口栄養剤のアドヒアランス：提供量の半分以下しか摂取できていない患者の割合



(n=30未満は参考値として掲載)

- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短い。
- 大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下する。

【対象・方法等】

全国242施設、20,858例の胃切除患者において周術期栄養管理が術後経過に及ぼす影響に関する調査を実施。

【対象・方法等】

大腿骨近位部骨折患者80名を術後に通常食のみ摂取させたコントロール群(40名)、術後3日間1,000kcal/日の静脈栄養を追加し、その後7日間の400kcal/日の経口栄養剤を追加した栄養療法群(40名)に分け、術後合併症等を検証。

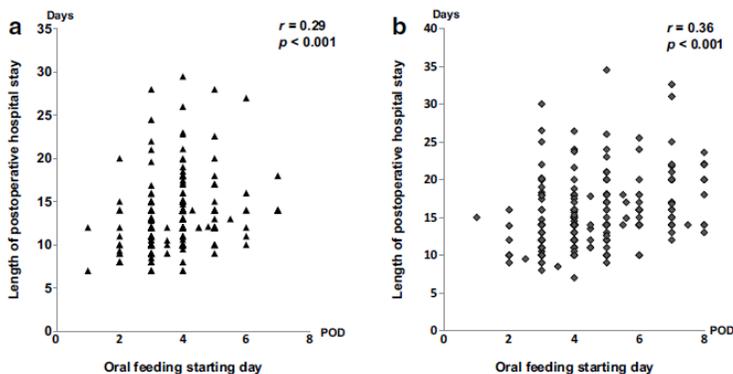
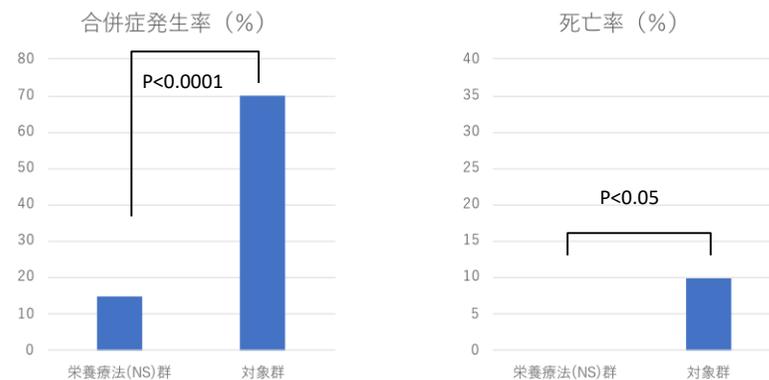


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 236$). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

Spearman's rank correlation coefficient. b Relationship between oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. POD postoperative day



栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
 対象群：通常の病院の飲食

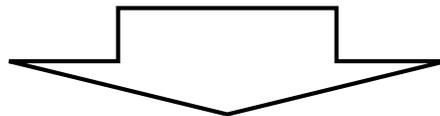
出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.

Surg Today (2017) 47:1460–1468.

出典：Magnus Eneroth, Ulla-Britt Olsson, Karl-Göran Thorngren. Nutritional Supplementation Decreases Hip Fracture-related Complications. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 451(2006) 212–217.

周術期における栄養管理に係る課題及び論点

- 現在の栄養管理に係る診療報酬上の評価については、主に低栄養状態の患者など、介入時点の影響状態に着目した指導に対して評価を行っている。
- 術後の病態は4つの相に分けることができ、それぞれで大きく異なるため、各相に対応した栄養管理が必要になる。
- 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。
- 術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在しているという報告がある。
- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短く、大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下するという報告がある。



【論点】

- 質の高い栄養管理を推進する観点から、周術期における栄養管理の取組について、評価をどのように考えるか。

入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

入院基本料等加算の簡素化④

褥瘡患者管理加算の簡素化

	(旧)入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算	(新)入院基本料における褥瘡対策
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要)	褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要) + 褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者
人員要件	褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・栄養状態低下 など	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	褥瘡患者管理加算の様式を使用
体制		患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。	患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
その他			褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会の定期的な開催が望ましい。

入院基本料に包括

褥瘡対策に関する評価の主な変遷

○ 褥瘡対策に関する評価を各改定において、実施してきている。

平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
褥瘡管理加算		★褥瘡管理加算の入院基本料へ要件化			
訪問看護管理療養費		★褥瘡患者数等の報告を追加			
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		★対象患者の拡大			
褥瘡評価実施加算		★褥瘡対策加算への見直し			
		在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ★新設		★見直し	★見直し
		ADL維持向上等体制加算		★院内褥瘡発生率の基準の見直し	
				★新設:入院時支援加算	

褥瘡対策の要件等について

【告示】

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

【留意事項通知】

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。)、特定入院料又は短期滞在手術等基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

【施設基準告示】

四 褥瘡対策の基準

- (1)適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
- (2)褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

【施設基準通知】

4 褥瘡対策の基準

- (1)当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2)当該保険医療機関において、**褥瘡対策に係る専任の医師**及び**褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員**から構成される**褥瘡対策チームが設置**されていること。
- (3)当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4)褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていることが望ましい。
- (5)患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (6)毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

褥瘡発生予防・発生後全身管理のアルゴリズムについて

- 褥瘡発生予防の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。
- 褥瘡発生後の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

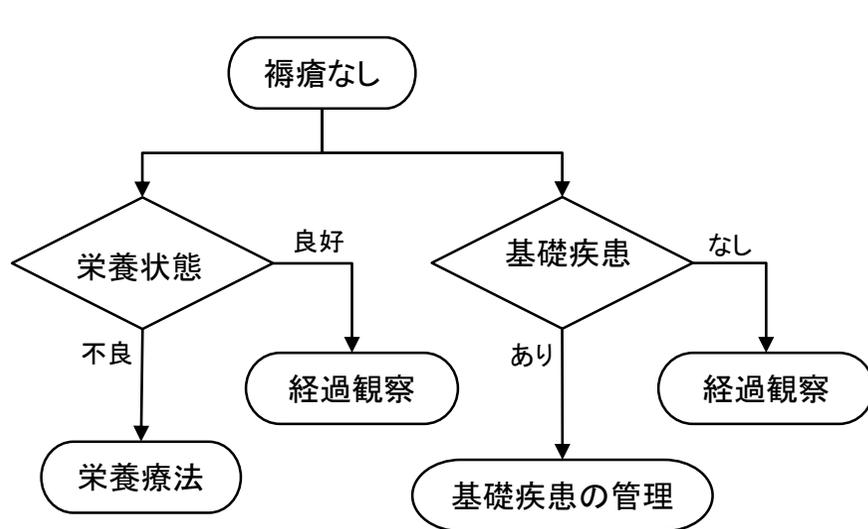


図 発生予防全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。

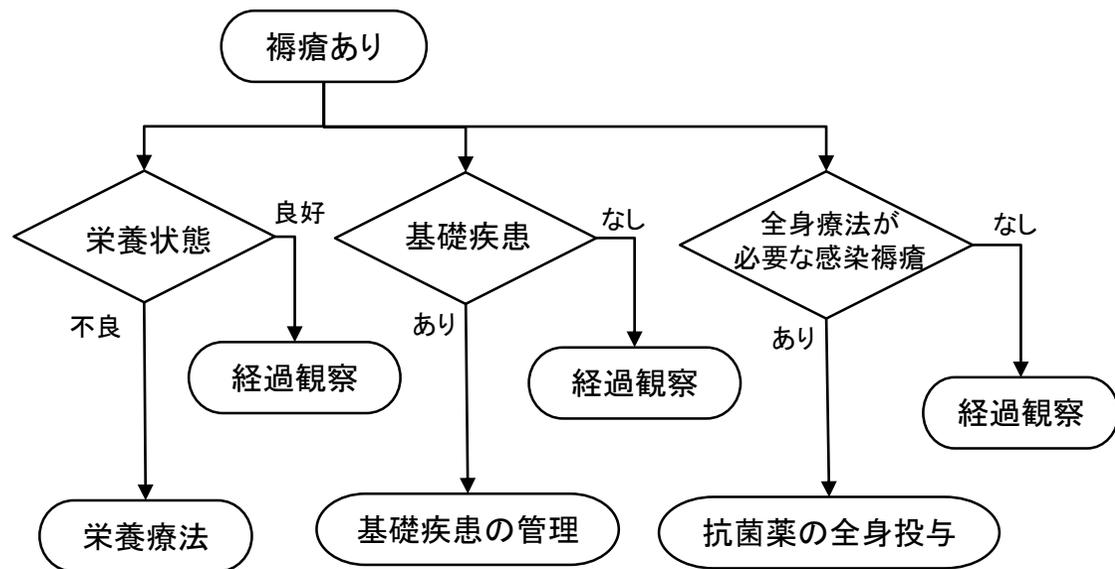


図 発生後全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

褥瘡患者の全身管理について

表 褥瘡患者の全身管理に関するClinical Question

	Clinical Question	推奨度※	推奨文
発生予防 全身管理	褥瘡発生の危険因子として、どのような基礎疾患を考慮すればよいか。	C1	うっ血性心不全、骨盤骨折、脊髄損傷、糖尿病、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患などを考慮してもよい。
		B	周術期管理においては、特に糖尿病を考慮することが勧められる。
	低栄養患者の褥瘡予防にはどのような栄養介入を行うとよいか。	B	蛋白質・エネルギー低栄養状態(PEM)の患者に対して、疾患を考慮したうえで、高エネルギー、高蛋白質のサプリメントによる補給を行うことが勧められる。
	経口摂取が不可能な患者の栄養補給はどのようにすればよいか。	C1	必要な栄養量を経腸栄養で補給するが、不可能な場合は静脈栄養による補給を行ってもよい。
	褥瘡発生の危険因子となる低栄養状態を確認する指標には何があるか。	C1	炎症や脱水などがなければ血清アルブミン値を用いてもよい。
		C1	体重減少率を用いてもよい。
		C1	食事摂取率(食事摂取量)を用いてもよい。
		C1	高齢者には、MNA (mini nutritional assessment) およびMNA-Short Form (SF) を用いてもよい。
		C1	COUNT (controlling nutritional status) を用いてもよい。
		C1	主観的包括的栄養評価(SGA)を用いてもよい。
発生後 全身管理	褥瘡患者には栄養評価を行ったほうがよいか。	C1	栄養評価を行い、必要な省令には栄養介入を行ってもよい。
	褥瘡患者にはどのような栄養補給を行うのがよいか。	B	褥瘡治療のための必要エネルギーとして、基礎エネルギー消費量(BEE)の1.5倍以上を補給することが勧められる。
		B	必要量に見合った蛋白質を補給することが勧められる。
	褥瘡患者に特定の栄養素を補給することは有効か。	C1	亜鉛、アスコルビン酸、アルギニン、L-カルノシン、n-3系脂肪酸、コラーゲン加水分解物など疾患を考慮したうえで補給してもよい。
	褥瘡患者に対して栄養の専門職及びチームの介入は行ったほうがよいか。	C1	管理栄養士や栄養サポートチーム(NST)の介入を行ってもよい。
褥瘡患者の栄養補給の評価に体重を用いてもよいか。	B	浮腫、脱水がなければ、体重増加を用いることが進められる。	

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

褥瘡患者の薬学的介入について

表 褥瘡患者の外用薬と抗菌薬に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
保存的治療 外用薬	急性期の褥瘡にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、白色ワセリンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬やスルファジアジン銀のような水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	深部損傷褥瘡(DTI)が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	毎日の局所観察を怠らないようにし、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬を用いてもよい。
	発赤・紫斑にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創面の保護が大切であり、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬を用いてもよい。
	水疱にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創の保護目的に酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基材の外用薬を用いてもよい。
	びらん・浅い潰瘍にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンを用いてもよい。上皮形成促進を期待してアルプロスタジールアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	疼痛を伴う場合に外用薬は有用か	C1	外用薬には創部の疼痛を除去する効果はないが、創面を適切な浸潤環境に保つことで疼痛を緩和できる。ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬やスルファジアジン銀、トレンチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	滲出液が多い場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	滲出液吸収作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	滲出液が少ない場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	デキストラノマー、ヨウ素軟膏を用いてもよい。
	褥瘡に感染・炎症を伴う場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	感染抑制作用を有するカデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	臨界的定着により肉芽形成期の創傷治癒遅延が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	フラジオマイシン硫酸塩・結晶トリプシン、ポビドンヨード、ヨウ素軟膏、ヨードホルムを用いてもよい。
	肉芽形成が不十分で肉芽形成を促進させる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	抗菌作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガー、ヨウ素軟膏もしくはスルファジアジン銀を用いてもよい。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	C1	アルプロスタジールアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	創の縮小作用を有するアルクロキサ、アルプロスタジールアルファデクス、トラフェルミン、ブクラデシンナトリウム、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	壊死組織がある場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、幼牛血液抽出液、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	ポケットを有する場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	カデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、デキストラノマー、プロメラン、ポビドンヨード・シュガー、ヨードホルムを用いてもよい。
発生後 全身管理	抗菌薬の全身投与が必要な感染褥瘡において、どのような抗菌薬の使用が適切か	C1	ポケット内に壊死組織が残存する場合は、まず創面の洗浄化を図る。また、滲出液が多ければポビドンヨード・シュガーを用いてもよい。滲出液が少なければトラフェルミン、トレンチノイントコフェリルを用いてもよい。
アウトカム マネジメント	褥瘡の治癒促進に、病院ではどのような対策が有効か	C1	速やかに想定される起炎菌に適応した抗菌薬の投与を考慮し、感受性試験の結果に基づき、より適切な抗菌薬を投与してよい。
		C1	多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。
		C1	褥瘡ハイリスク患者加算を導入してもよい。
C1	皮膚・排泄ケア認定看護師を配置してもよい。		

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

①24時間ベッドサイドで全身状態(栄養状態、皮膚の状態、臥床時間、活動性など)の観察・評価を行います。褥瘡ができやすい人には、▽オムツや寝具の選択▽肌の乾燥を防ぐための保湿▽皮膚への負担を軽減する身体の動かし方などについて、具体的なアドバイスをしながら、実際のケアを実施。

②褥瘡がある場合は、これらの予防ケアに加えて、薬剤やドレッシング材(傷を保護するために覆うもの)などを用いて適切な処置・ケアを実施。

看護師



医師



褥瘡(床ずれ)の評価、治療方針の決定および治療を実施

リハ職等



- ①身体の特定の部分に圧迫を受けないよう、寝具の選定や見直しを実施。
- ②褥瘡(床ずれ)の治癒促進や予防をするため、福祉用具を用いて、治療・指導・援助。
- ③圧迫が少なくなるよう(除圧)に、自力での体位変換の練習や、除圧姿勢の指導の実施。
- ④除圧のためのベッドやマット、車椅子など用具の調整を実施。

患者



薬剤師



- ①褥瘡の病態を観察し、治療に使用する外用薬やドレッシング材(創傷被覆剤)について、その特性を活かした選定・使用法を提言・指導します。さらに、薬剤の効果を評価。
- ②褥瘡周囲の皮膚のたるみなどによる、きずのゆがみは薬剤の効果が現れにくいいため、原因を改善して治療期間の短縮。
- ③外用薬に限らず、褥瘡の発症に関係する内服薬の影響を把握し、副作用を防止。

管理栄養士



- ①患者さんの必要な栄養量を算出したうえで、実際の摂取栄養量・不足栄養素・栄養状態の評価をして、栄養補給方法を計画立案。
- ②患者さんの嗜好への対応、使用する食品や調理法の決定、栄養補助食品の選択、食事形態(普通食・きざみ食・とろみ食など)の提言、テクスチャー(口当たり・歯ごたえ・舌触りなど)の提言、水分管理の評価、経腸栄養剤における選別の提言などを実施。

予防・早期発見



適切な褥瘡管理



褥瘡の改善・治癒

○ 褥瘡対策チームによる回診の実施状況は、以下のとおりであった。

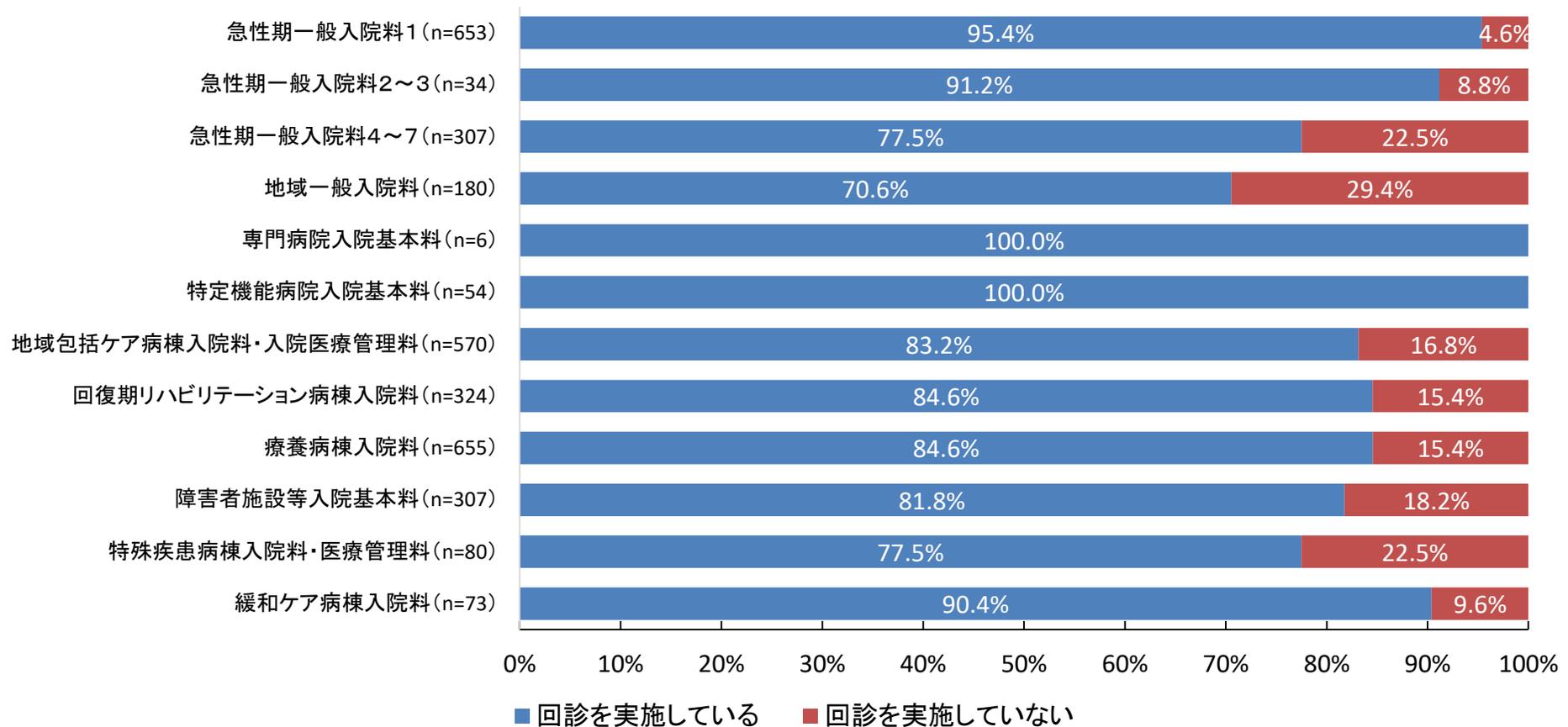


図 褥瘡対策チームによる回診の実施状況

褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

診調組 入-3
3.10.1

○ 褥瘡対策に関する院内研修の実施状況は、以下のとおりであった。

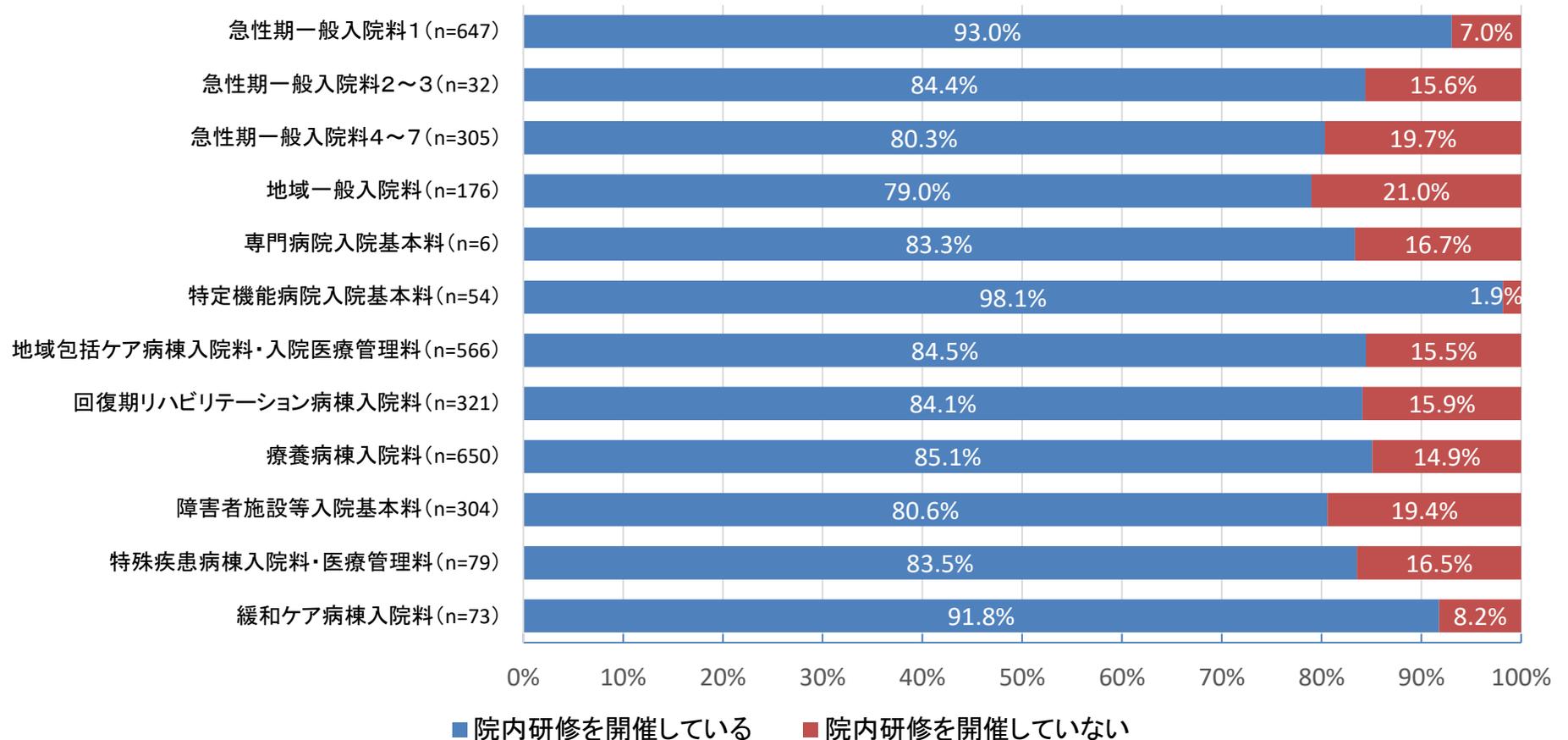


図 褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

褥瘡対策の状況

○ 褥瘡対策チームを構成する職種として、基準に規定されていない薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入
院料においても一定程度、参画していた。

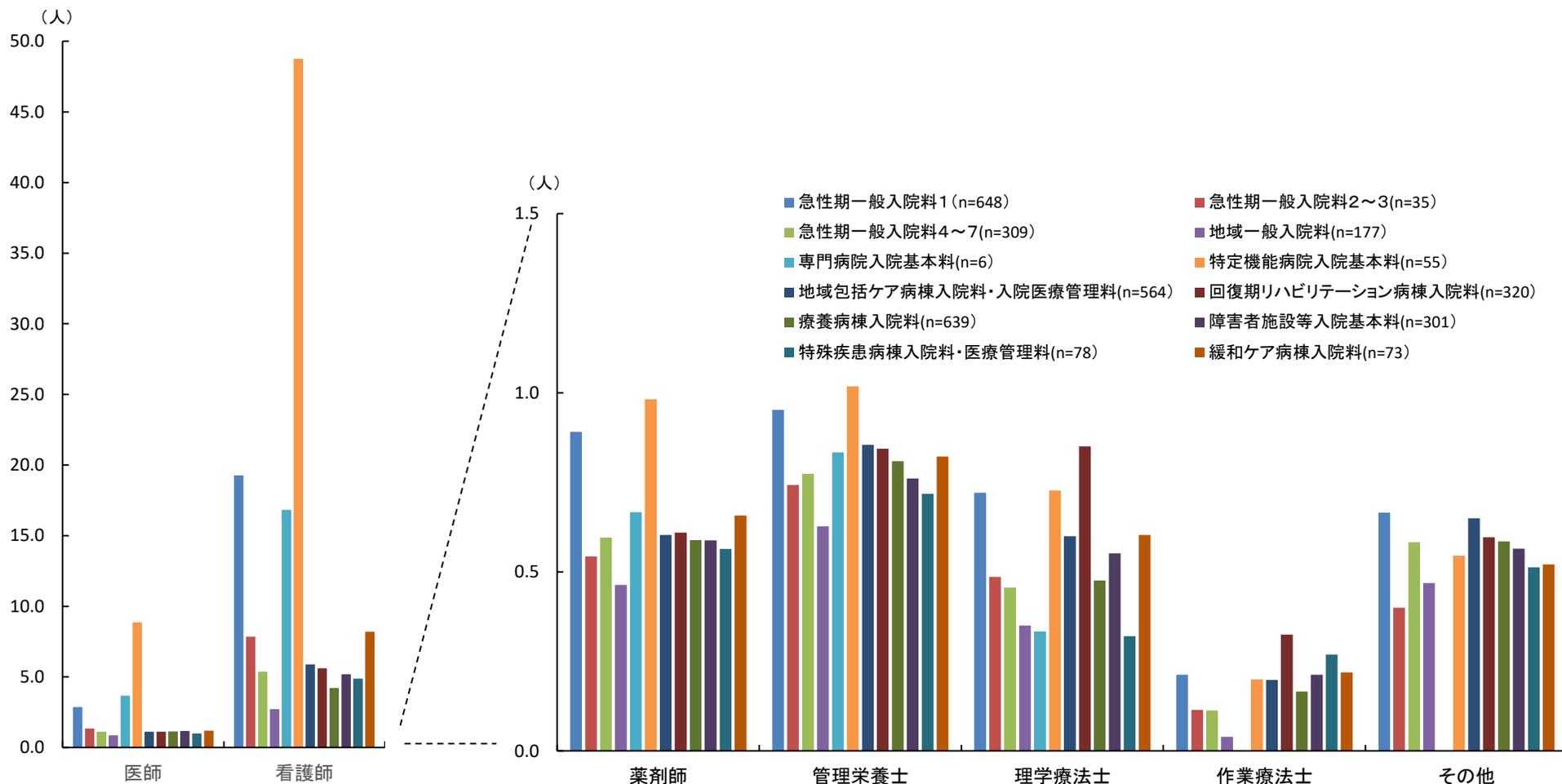


図 入院料別の褥瘡対策チームを構成する職員数

褥瘡対策についての課題及び論点

- 褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)において、褥瘡の発生予防及び発生後の全身管理の方法として、低栄養患者への介入や栄養補給方法等が示されている。
- 褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)において、他職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい(推奨度C1)とされており、現在の実態としても、褥瘡対策チームを構成する職種として、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入院料においても参画が見られた。



【論点】

- 褥瘡予防・管理ガイドラインの内容も踏まえ、褥瘡対策チームによる取組に係る評価について、どのように考えるか。