

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第 216 回）
議事次第

令和 5 年 6 月 21 日（水）総会議題 1 終了後～

議 題

○入院・外来医療等の調査・評価分科会からの報告について

令和4年度調査結果（速報） 概要

令和5年6月8日

1 調査の概要・回収の状況について

令和4年度調査全体の概要①

中医協 総-2
4.10.26

中医協 診-1
4.10.26

診調組 入-1(改)
4.10.12

- 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」、「治療室調査票」、「患者票」、「医療従事者票」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。
※医療従事者票は、医師票、病棟看護管理者票、薬剤部責任者票で構成される。調査対象は、1施設あたり医師2～8名(病床規模に応じて)、病棟看護管理者5名、薬剤部責任者1名を、医療機関側で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	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、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関
(2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について	
(3)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	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
(4)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	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、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その1)	感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等
(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目を届け出ている医療機関等
(7)外来医療に係る評価等について(その1)	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料等の届出等を行っている医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次頁の通りA票からF票に整理

令和4年度調査全体の概要②

中医協 総-2
4. 10. 26

中医協 診-1
4. 10. 26

診調組 入-1(改)
4. 10. 12

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(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) (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その1) (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	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、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関	約2,000施設
B票	(3) 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 (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(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等の届出を行っている医療機関	約1,600施設
C票	(4) 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 (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その1)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,600施設
D票	(4) 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 (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その1) (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約800施設
E票	(5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その1) (7) 外来医療に係る評価等について(その1)	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関	約2,200施設
F票	(7) 外来医療に係る評価等について(その1)	(一般の方へのWeb調査)	(約1,000人)

令和4年度調査の回収状況

○令和4年度入院・外来医療等における実態調査の回収状況

入院	調査の対象施設群 (届出入院料等)	調査対象施設数	回収施設数 (回収率)	病棟票	治療室票	患者票	退棟 患者票	治療室患者 票	医師票	病棟看護管 理者	薬剤部責 任者
	急性期一般入院基本料等	2,000	875 (43.8%)	2,863	824	25,076	13,568	1,026	2,330	2,013	670
	地域一般入院基本料、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等	1,600	745 (46.6%)	859	-	7,138	1,855	-	-	-	-
	療養病棟入院基本料	1,600	597 (37.3%)	520	-	5,005	703	-	-	-	-
	障害者施設等入院基本料、特殊 疾患病棟入院料等	800	249 (31.1%)	259	-	2,445	440	-	387	433	191
	(入院総計)	6,000	2,466 (41.1%)	4,501	824	39,664	16,566	1,026	2,717	2,446	861
外来	情報通信機器を用いた診療、生 活習慣病管理料、外来腫瘍化学 療法診療料、外来感染対策向上 加算等の届出等を行っている病 院及び診療所	2,200	823 (37.4%)	-	-	1,416	-	-	-	-	-

一般	調査の対象	調査対象人数	回収人数 (回収率)
	オンライン調査	2,000	2,000 (100.0%)

(参考) 令和2年度入院医療等における実態調査の回収状況

入院	調査の対象施設群 (届出入院料等)	調査対象施設数	回収施設数 (回収率)	病棟票	患者票	退棟 患者票
	急性期一般入院基本料等	1,900	942 (49.6%)	2,428	23,285	10,782
	地域一般入院基本料、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等	1,900	824 (43.4%)	691	6,872	1,223
	療養病棟入院基本料	1,600	573 (35.8%)	367	4,202	509
	障害者施設等入院基本料、特殊 疾患病棟入院料等	800	343 (42.9%)	254	2,989	257
	(総計)	6,200	2,682 (43.3%)	3,740	37,348	12,771

2 調査結果について

1. 共通項目

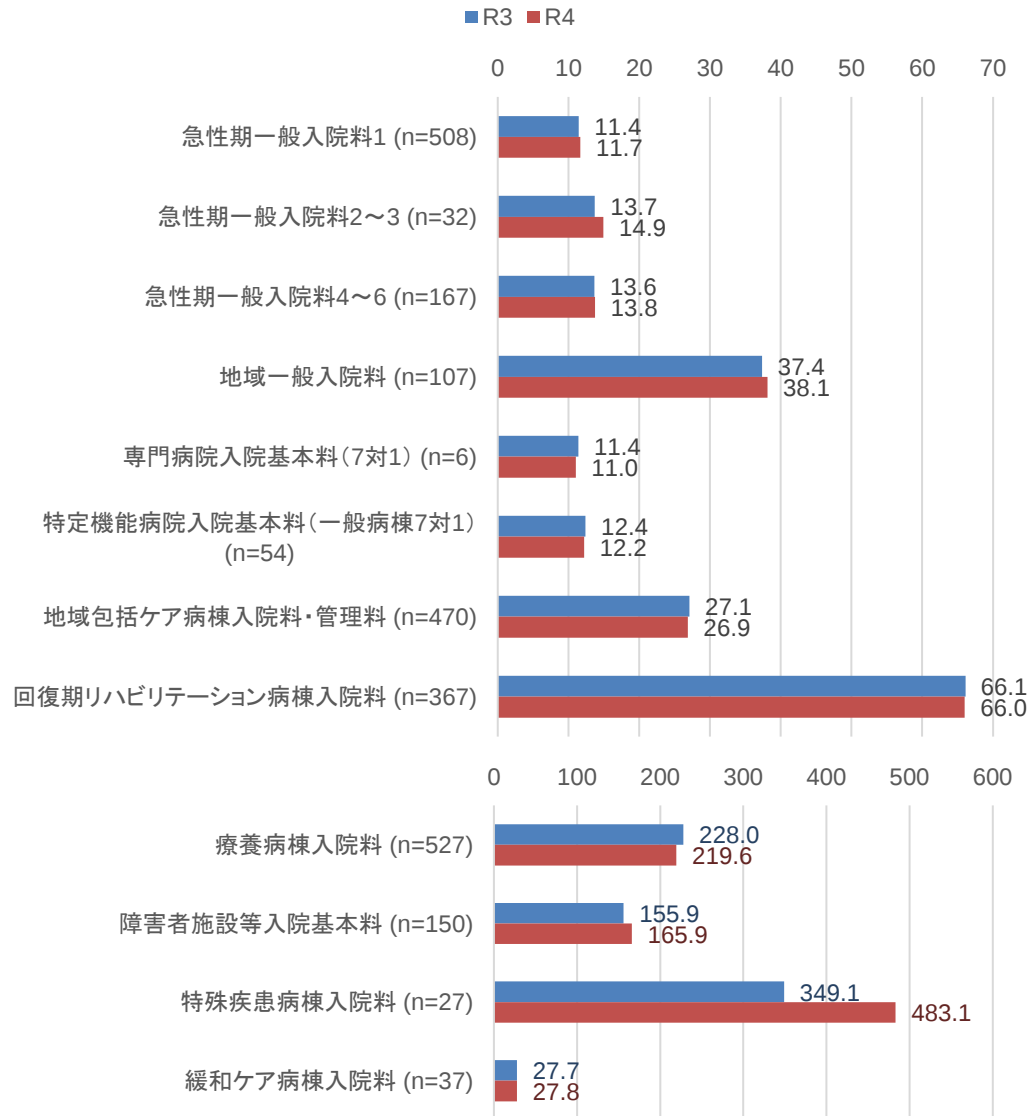
2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

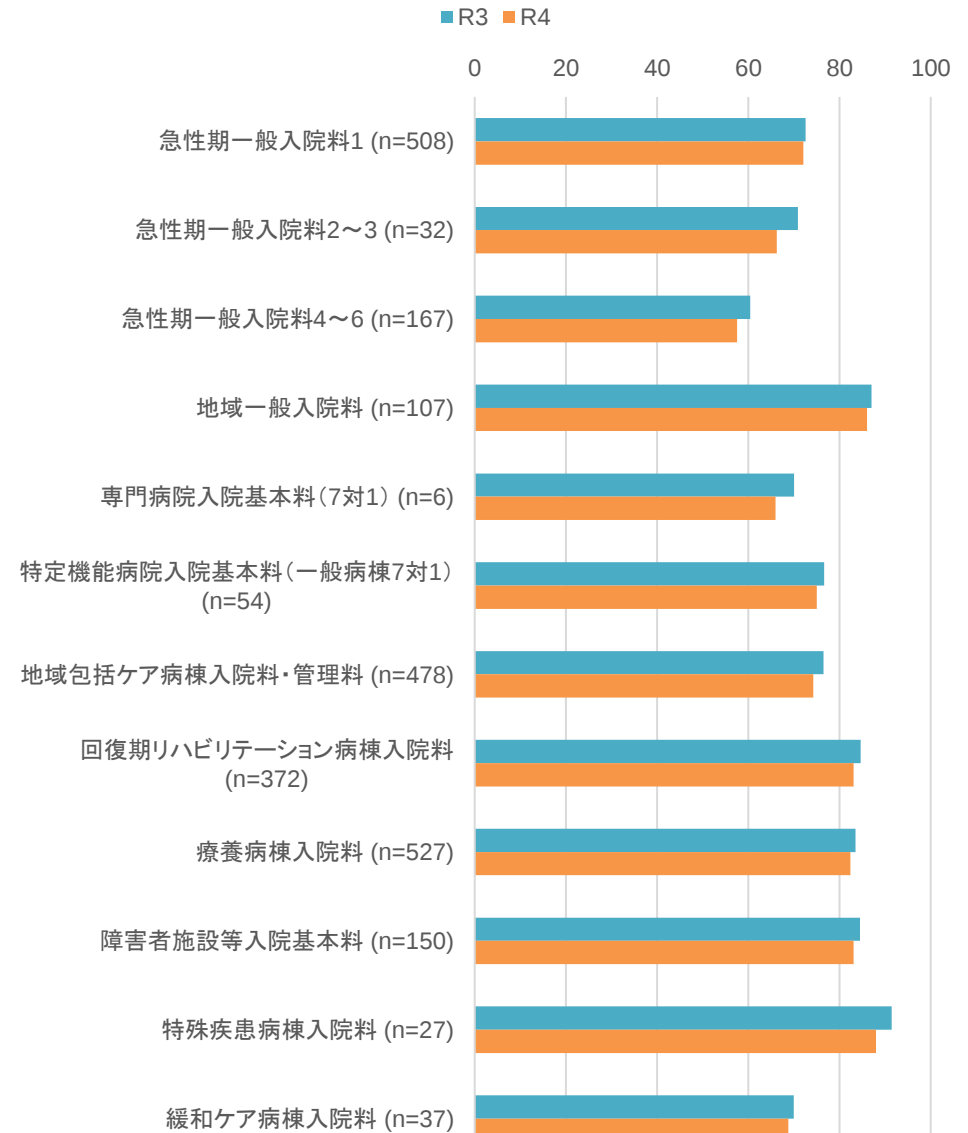
3. その他の調査結果

入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

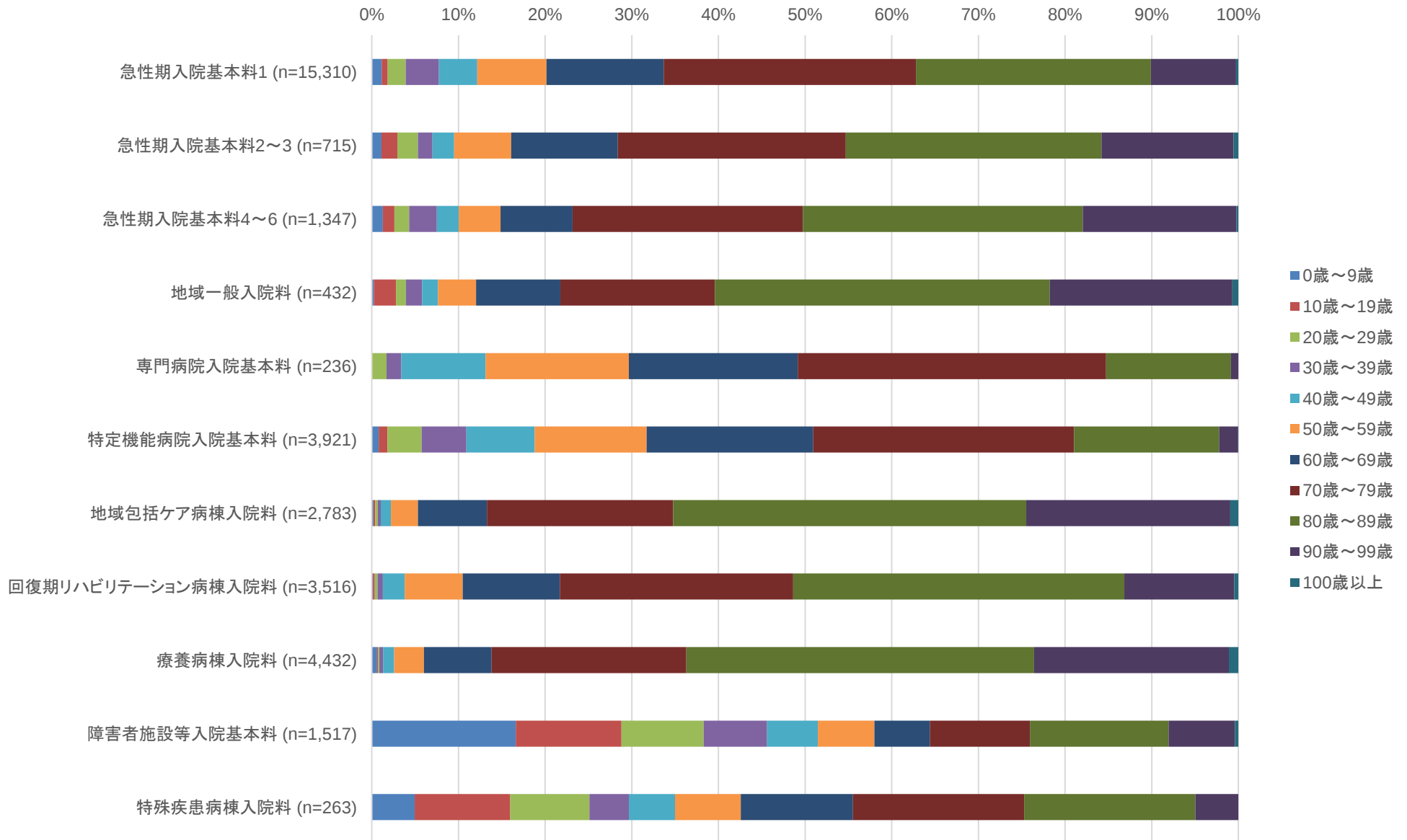
平均在院日数(日)



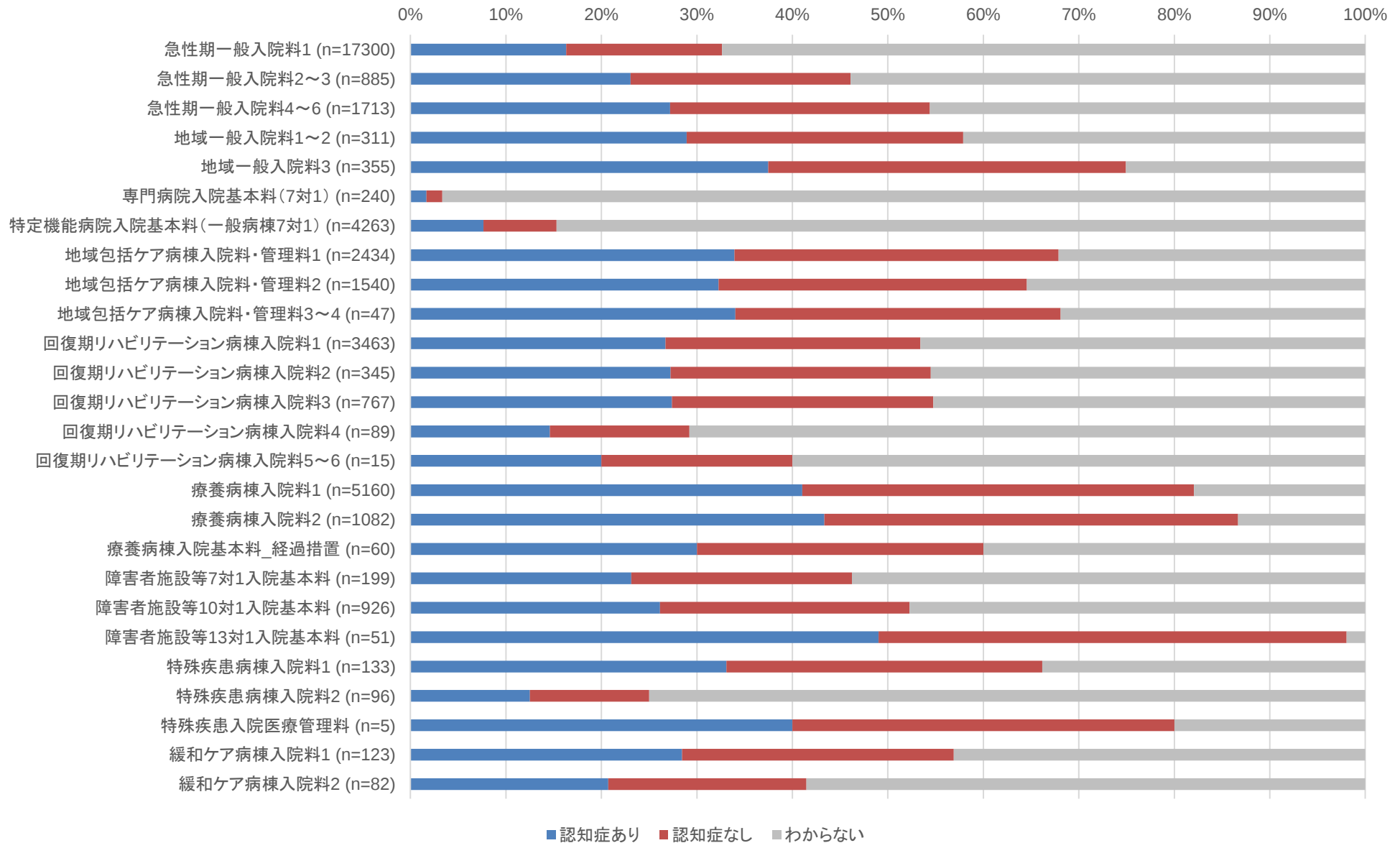
病床利用率(%)



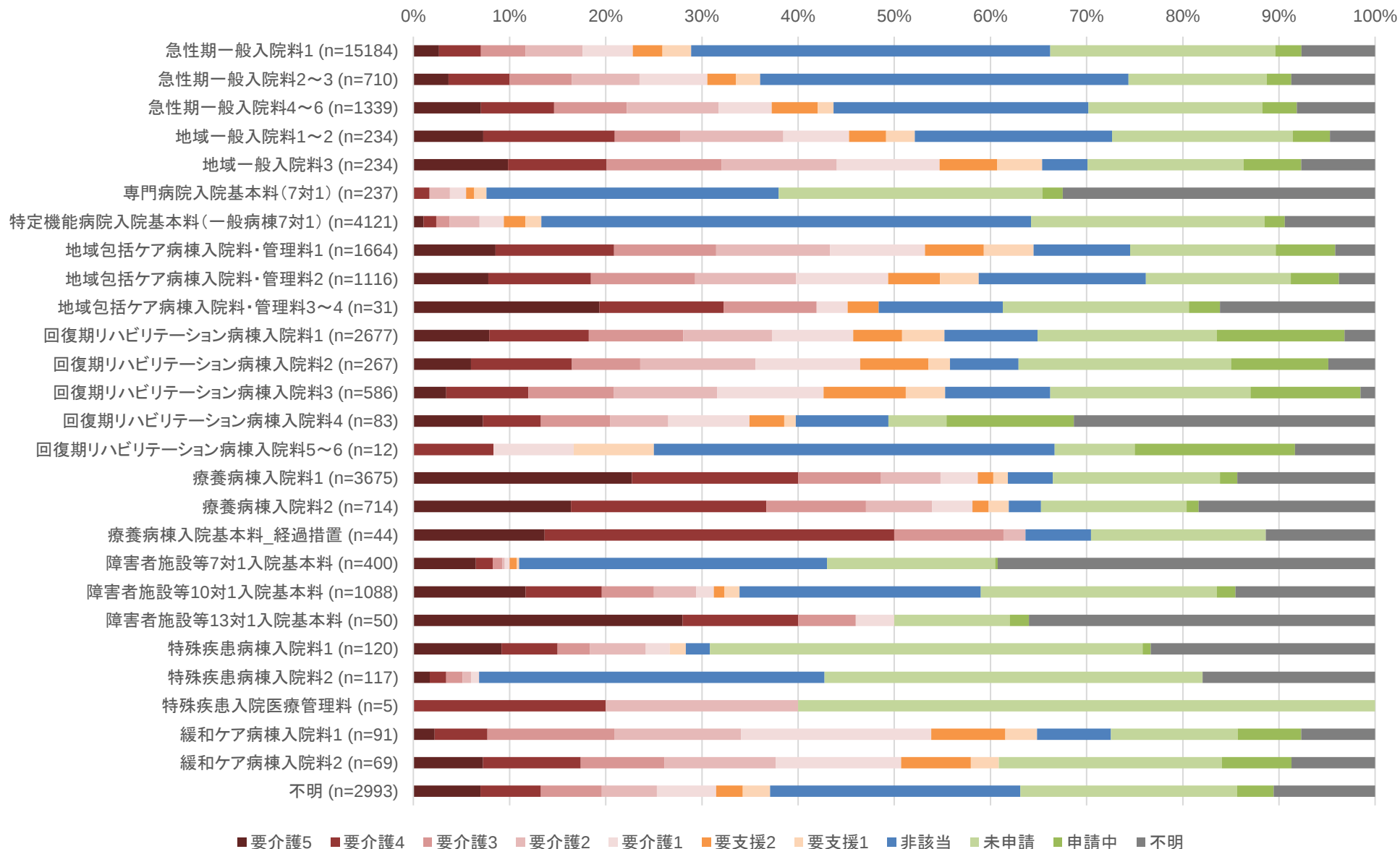
入院料ごとの年齢階級別分布



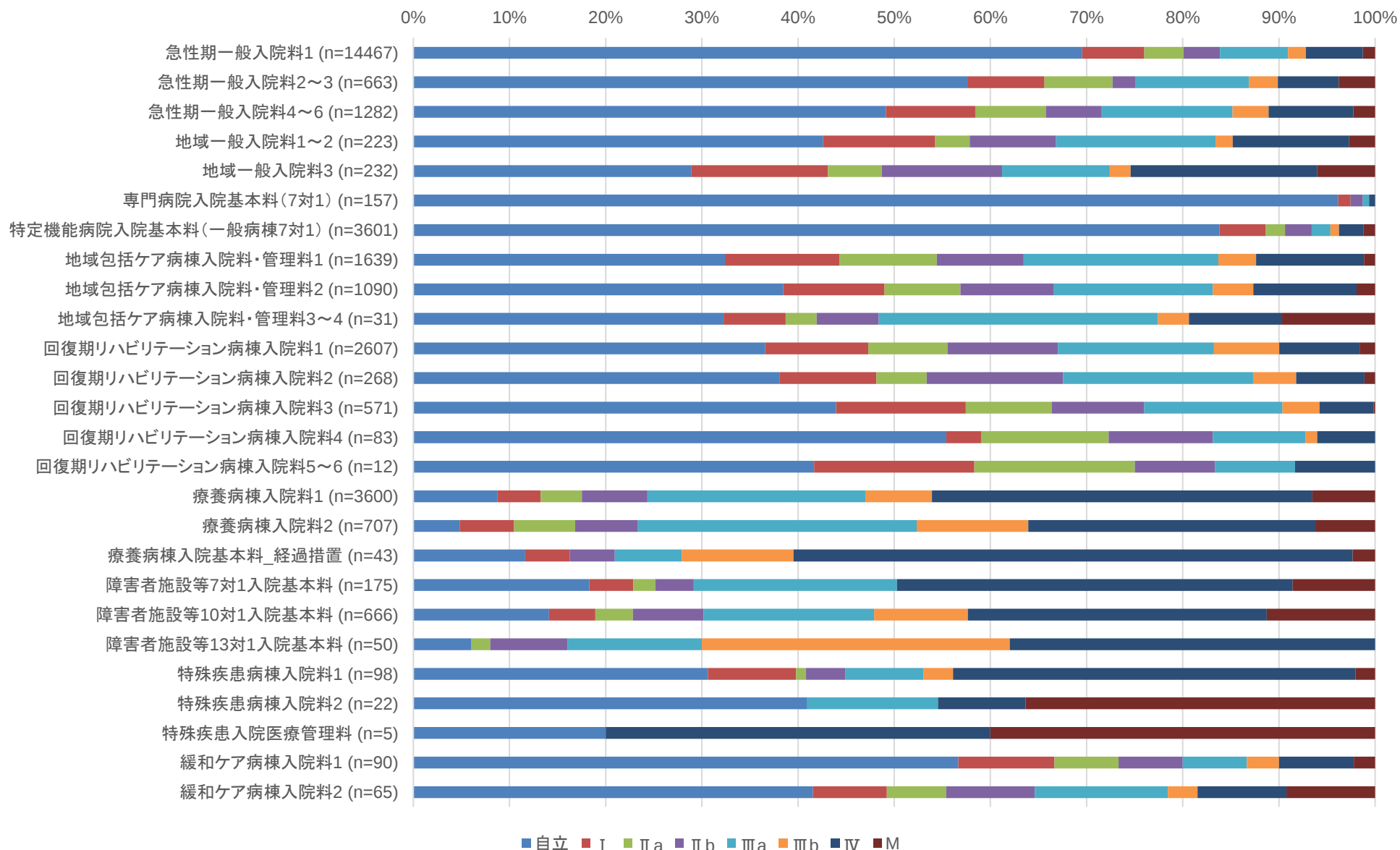
入院料ごとの認知症の有無



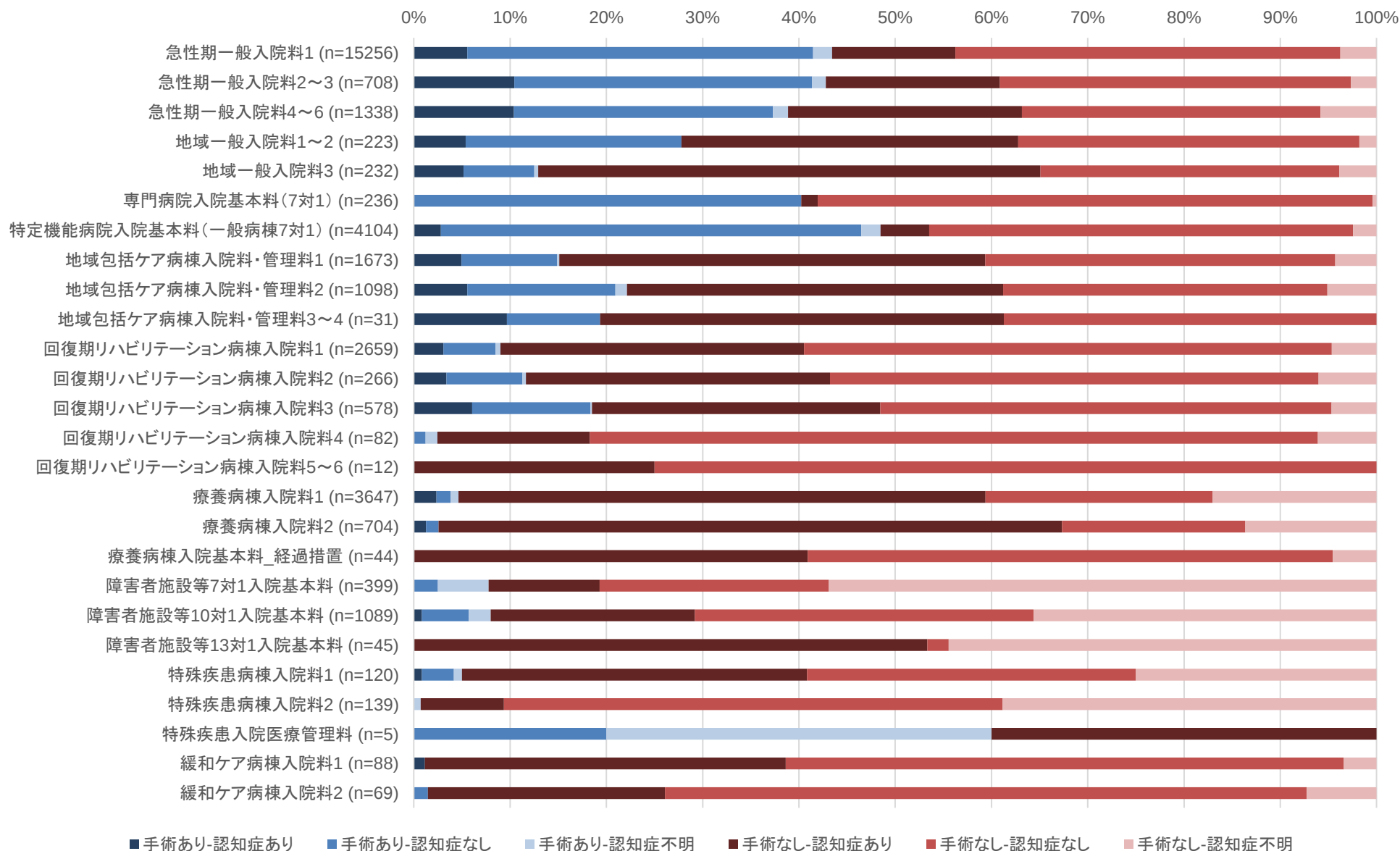
入院料ごとの要介護度別の患者割合



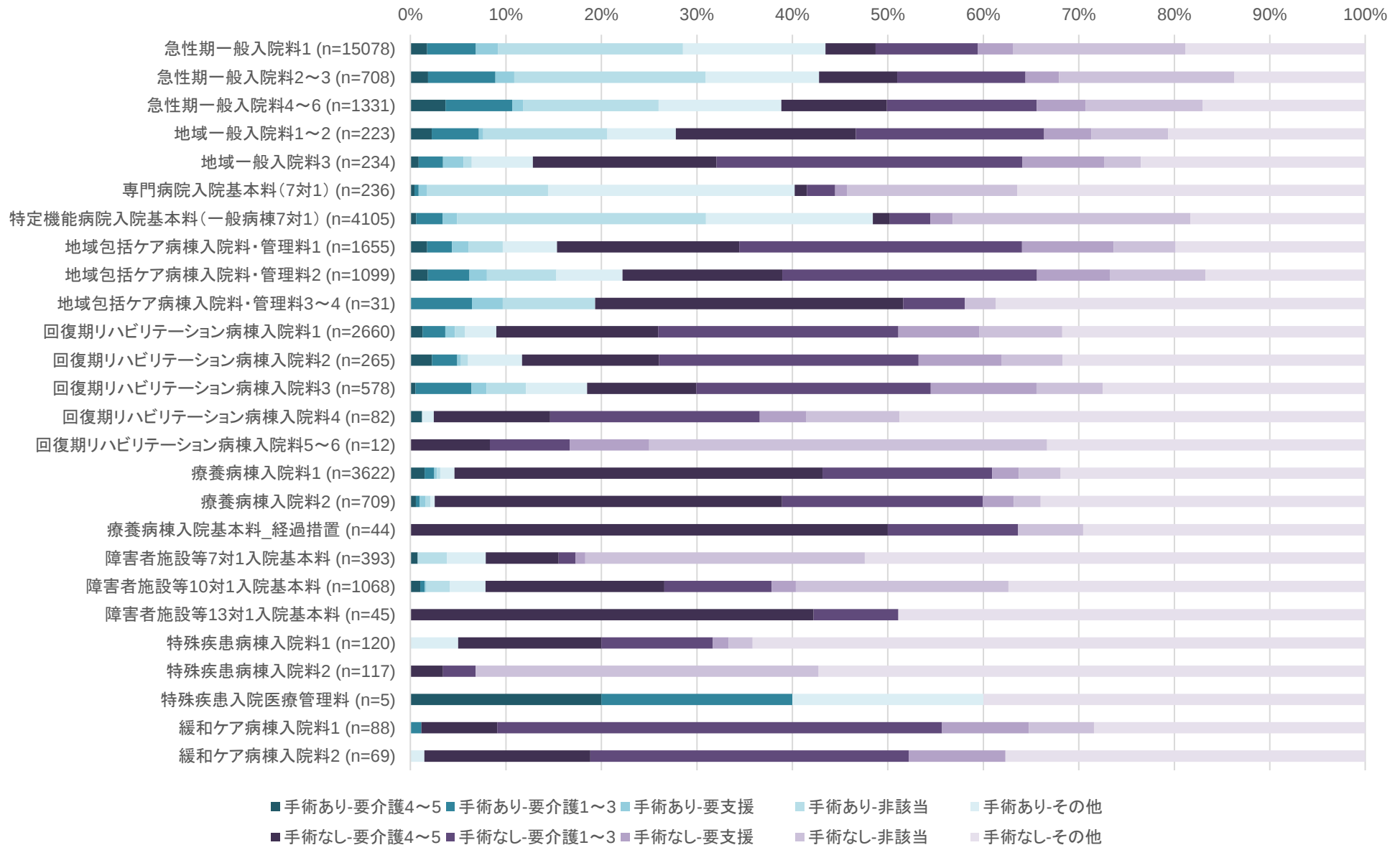
入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合



入院料ごとの手術実施と認知症の状況

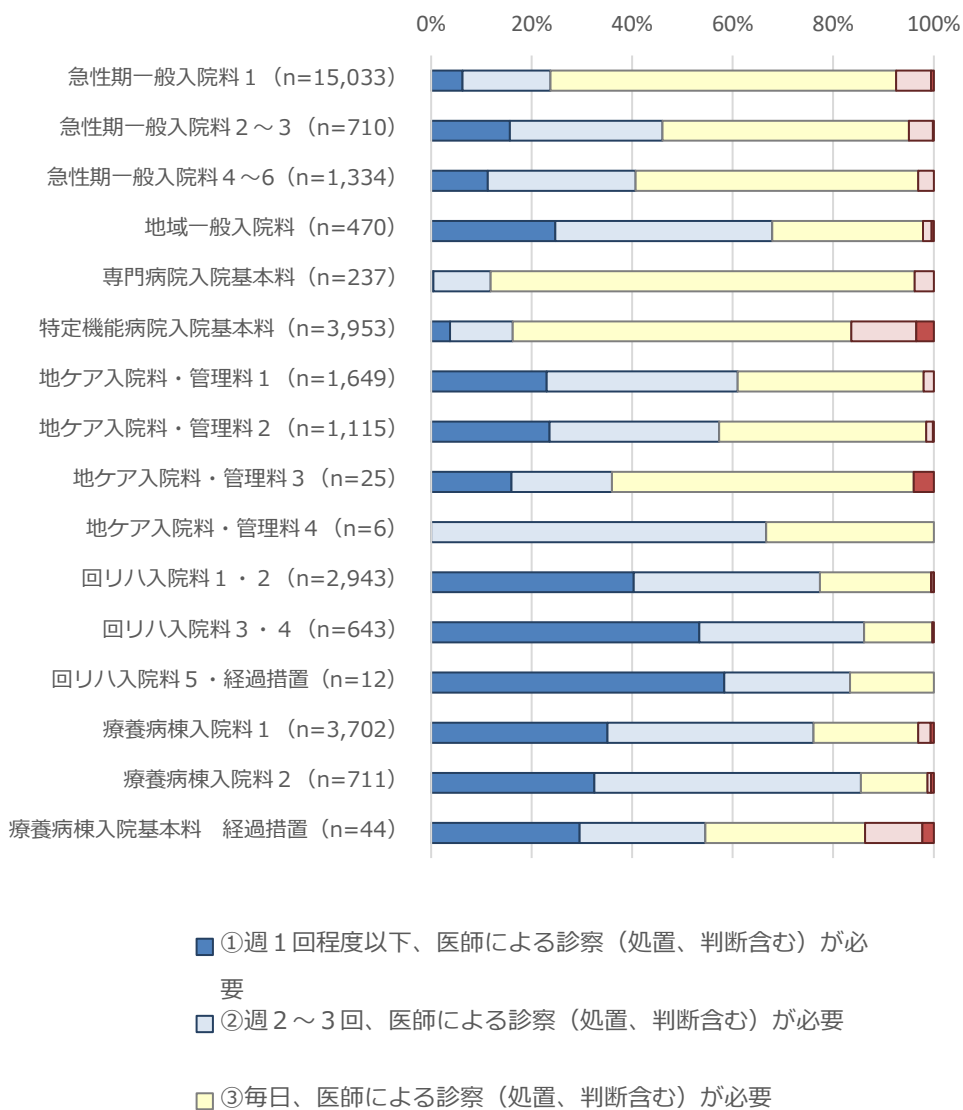


入院料ごとの手術実施と要介護度の状況

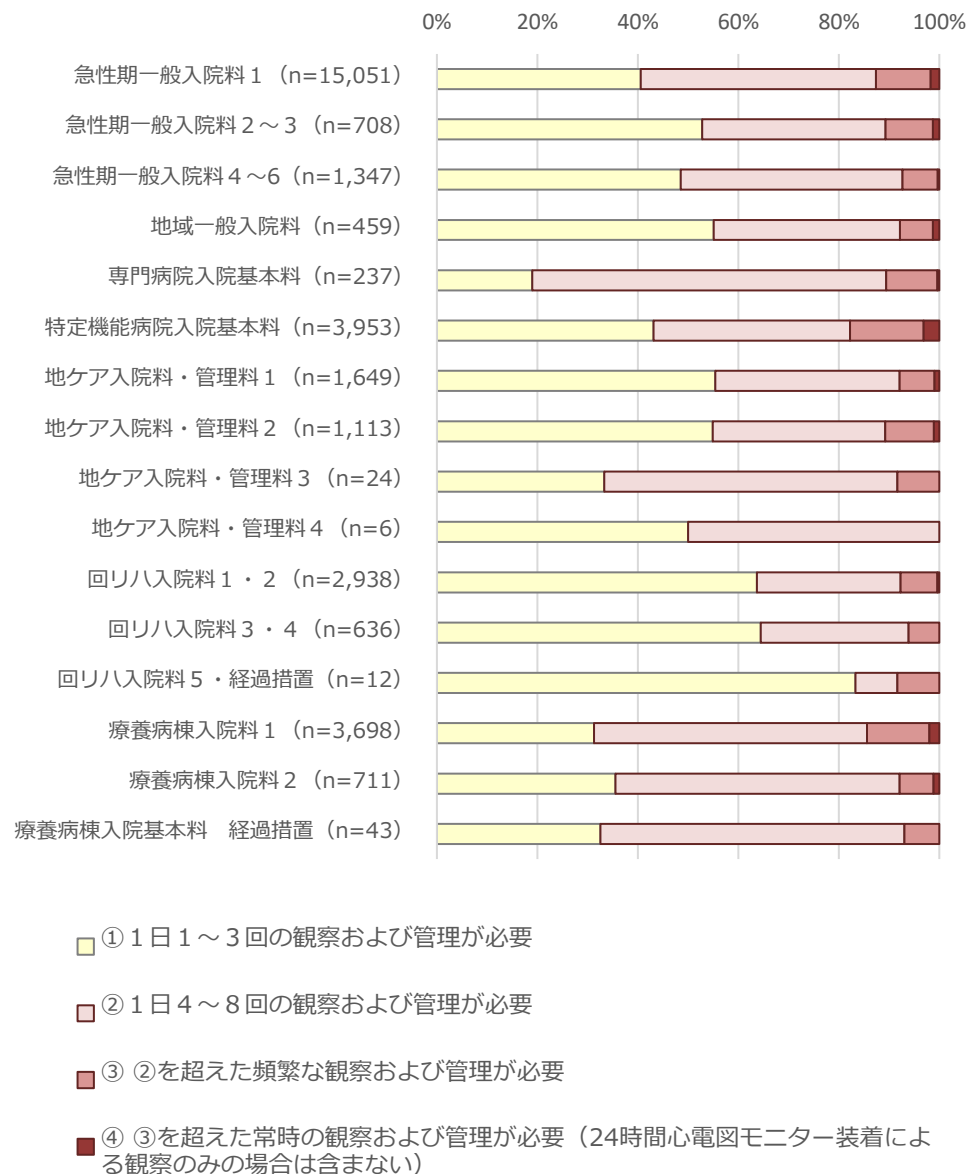


入院料ごとの患者の受療状況等

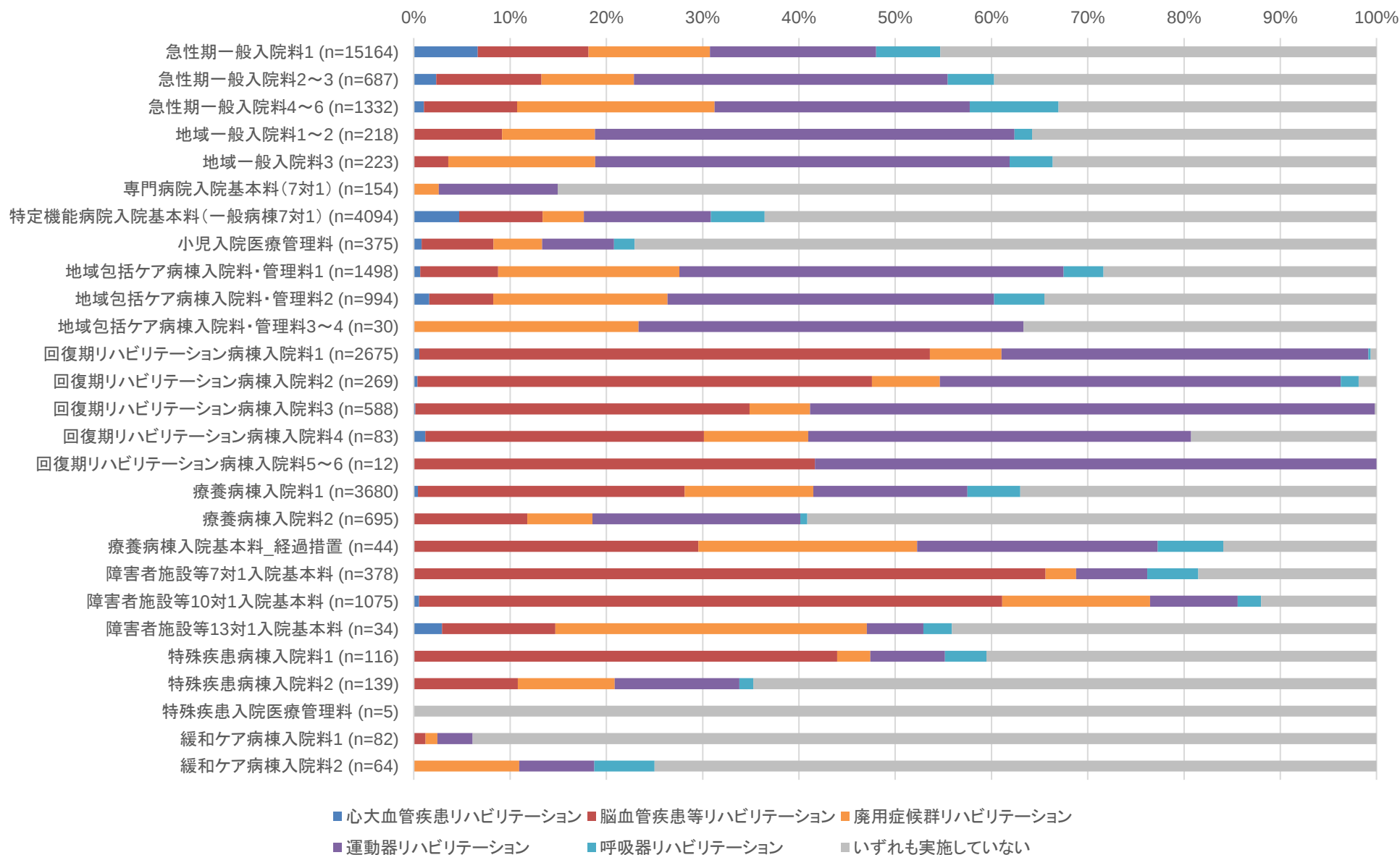
■医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性



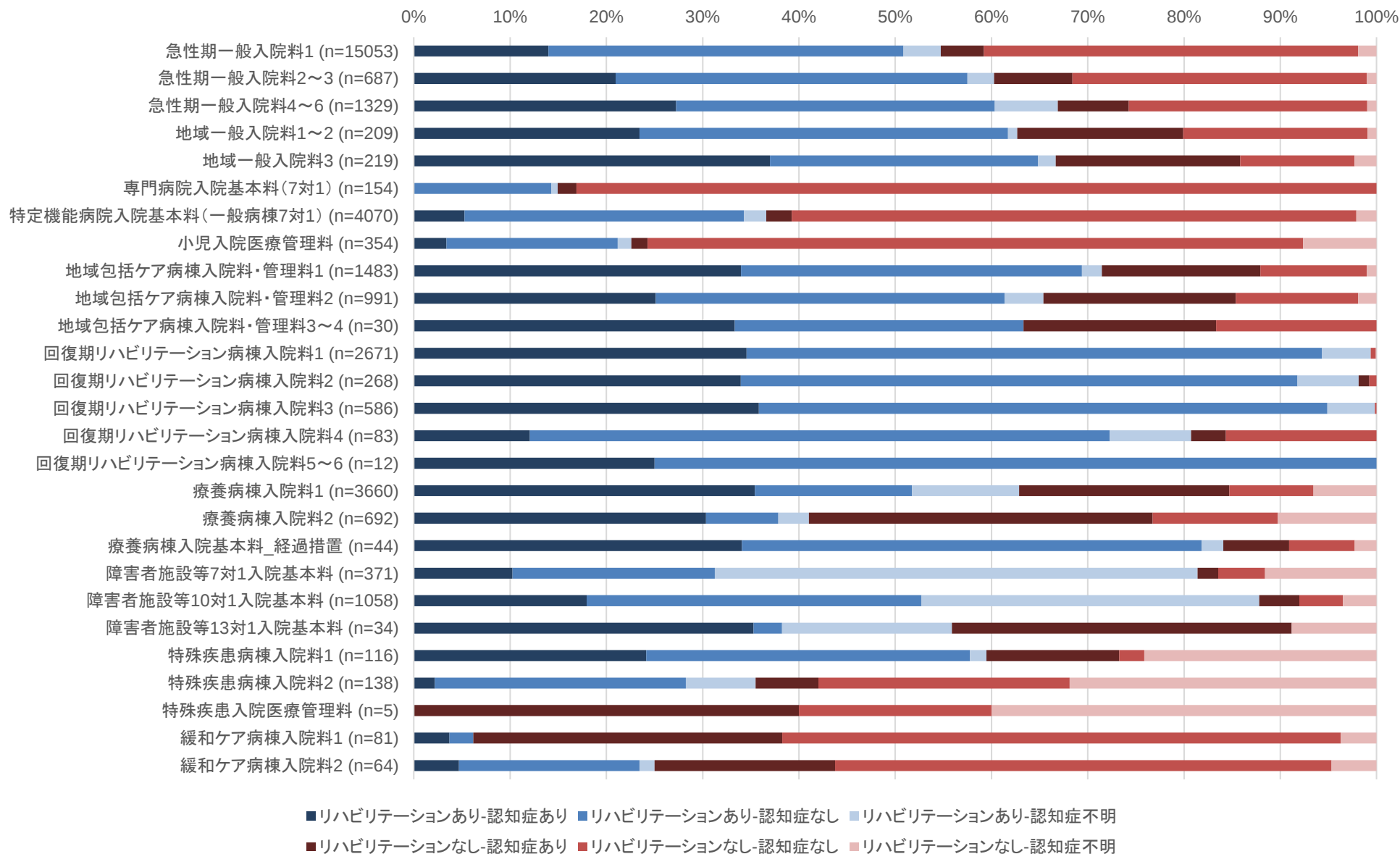
■看護師による直接の看護提供の頻度・必要性



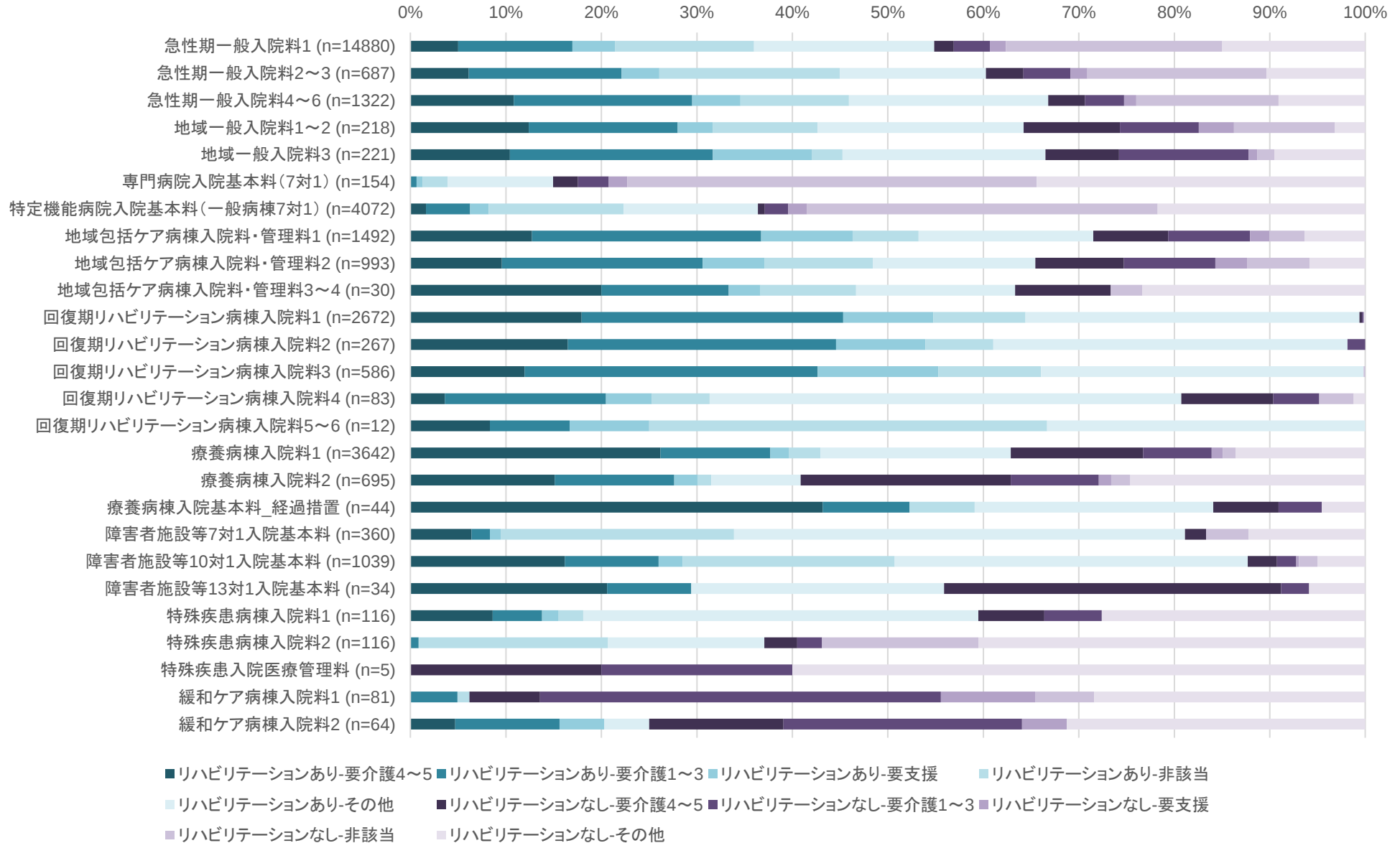
入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況



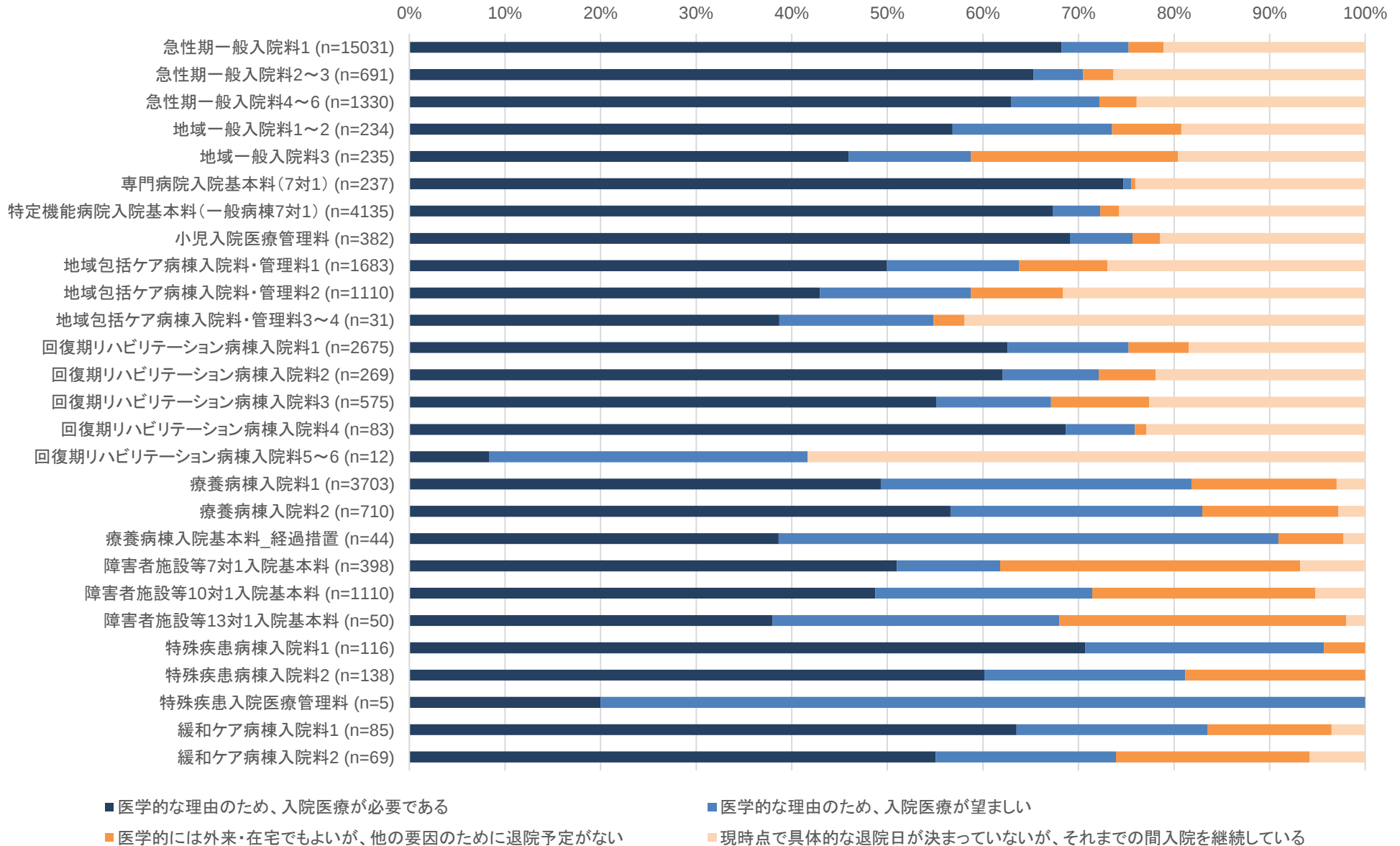
入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施と認知症の状況



入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施と要介護度の状況



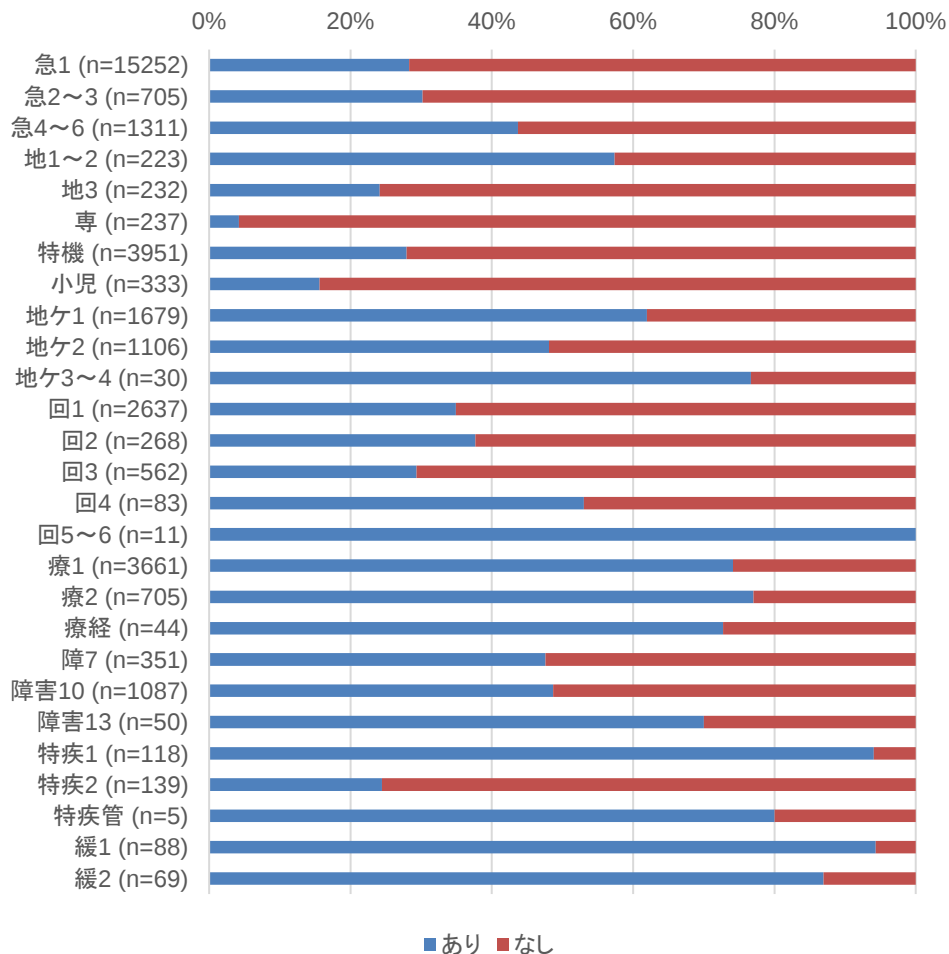
入院料ごとの入院継続の理由



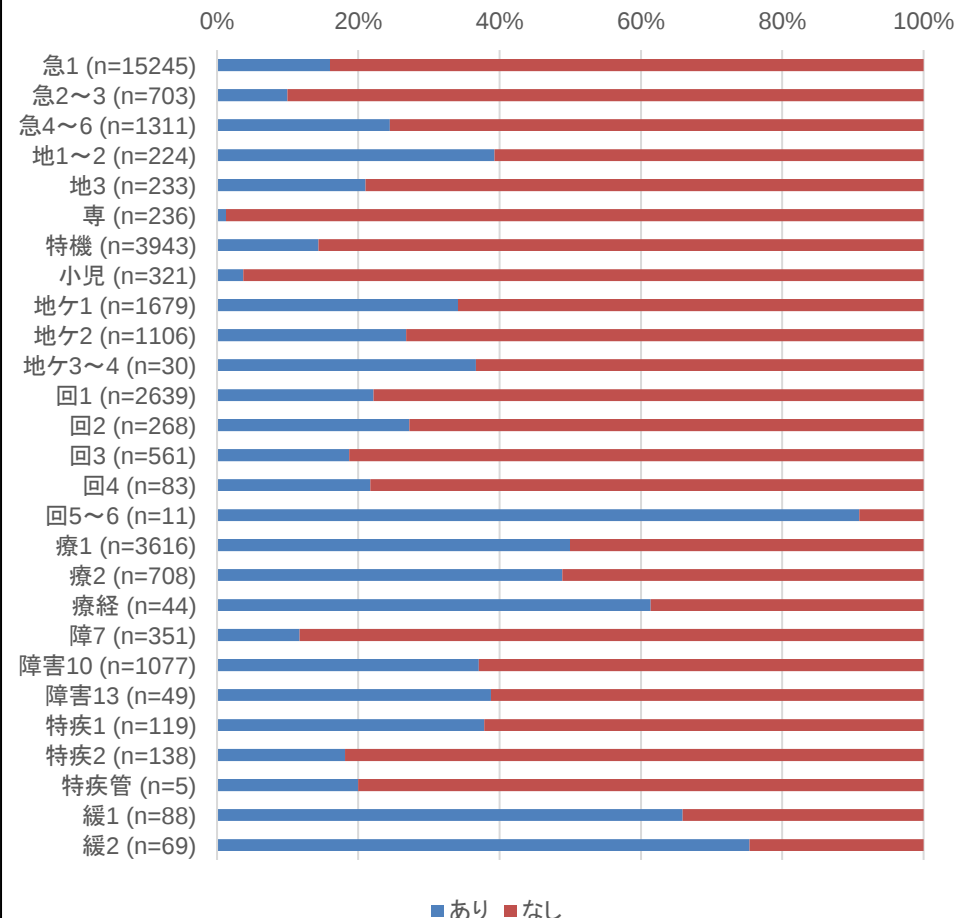
人生の最終段階の意思決定支援について

- 療養病棟・特殊疾患病棟・緩和ケア病棟での意思決定支援実施率が高く、急性期病棟に比べて、地域包括ケア病棟での実施率が高い傾向があった。
- また、緩和ケア病棟・療養病棟を除いて、他施設からの医療・ケア方針に関する情報提供の割合は多くなかった。

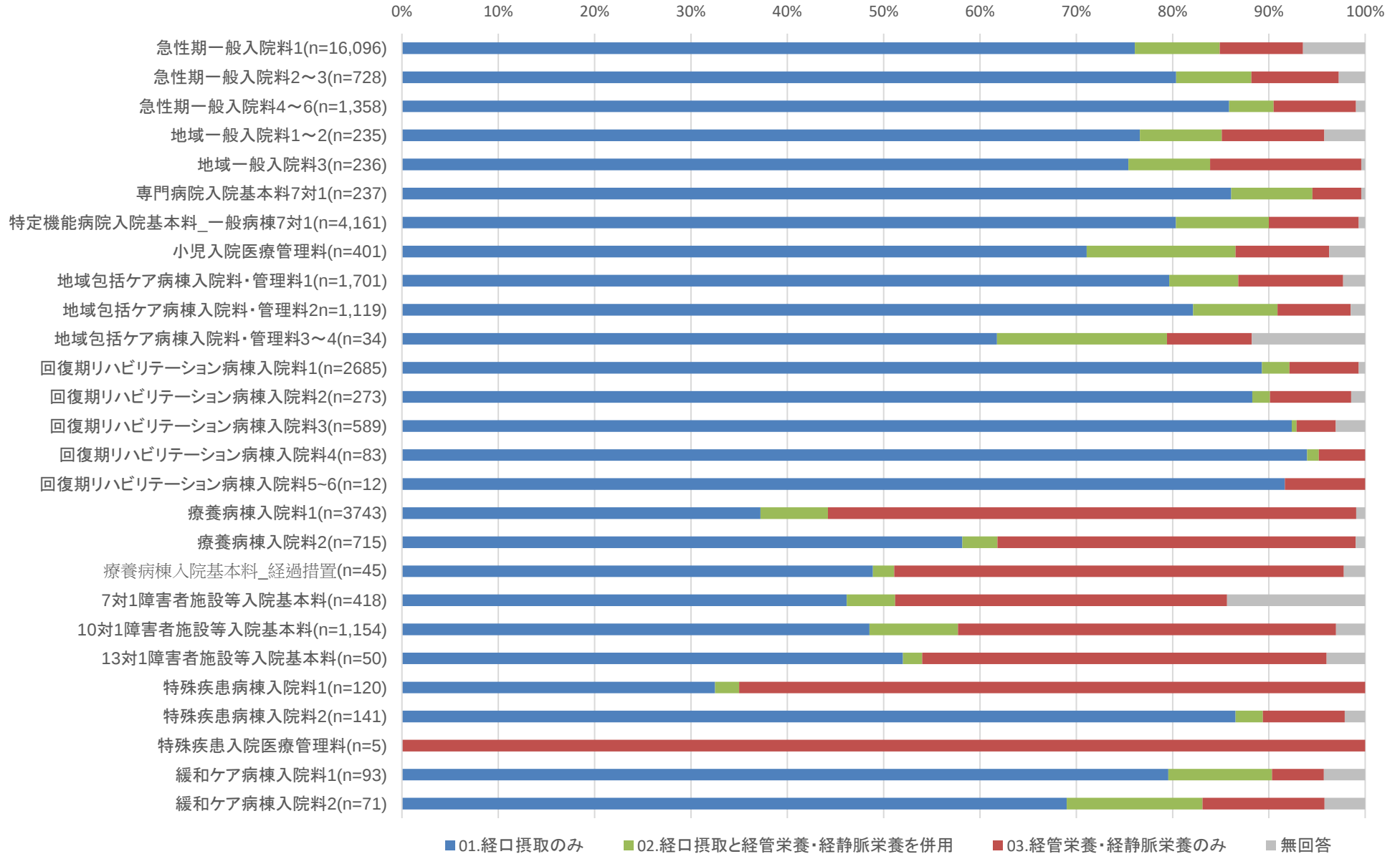
自院での適切な意思決定支援の実施有無



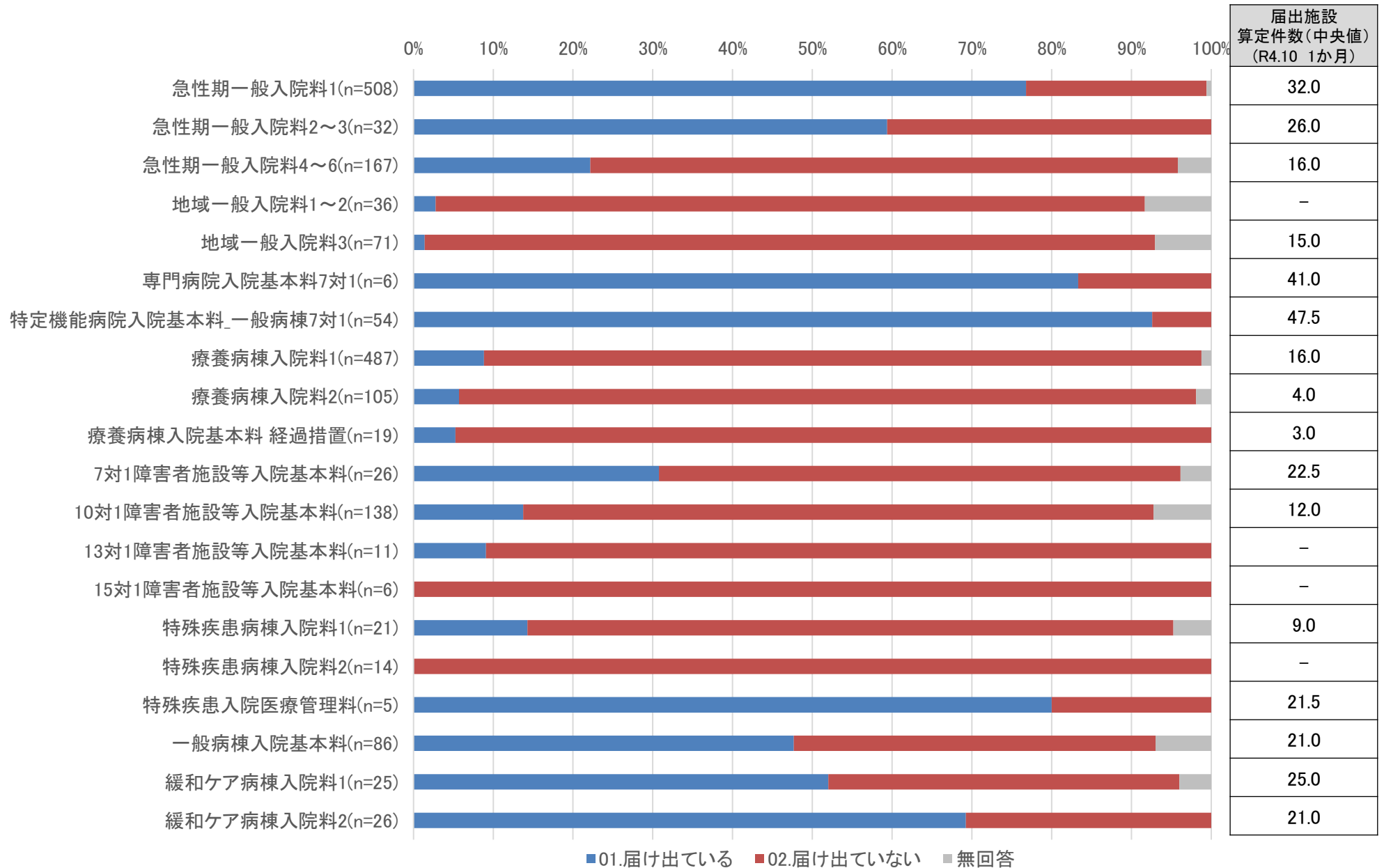
入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針
についての情報提供の有無



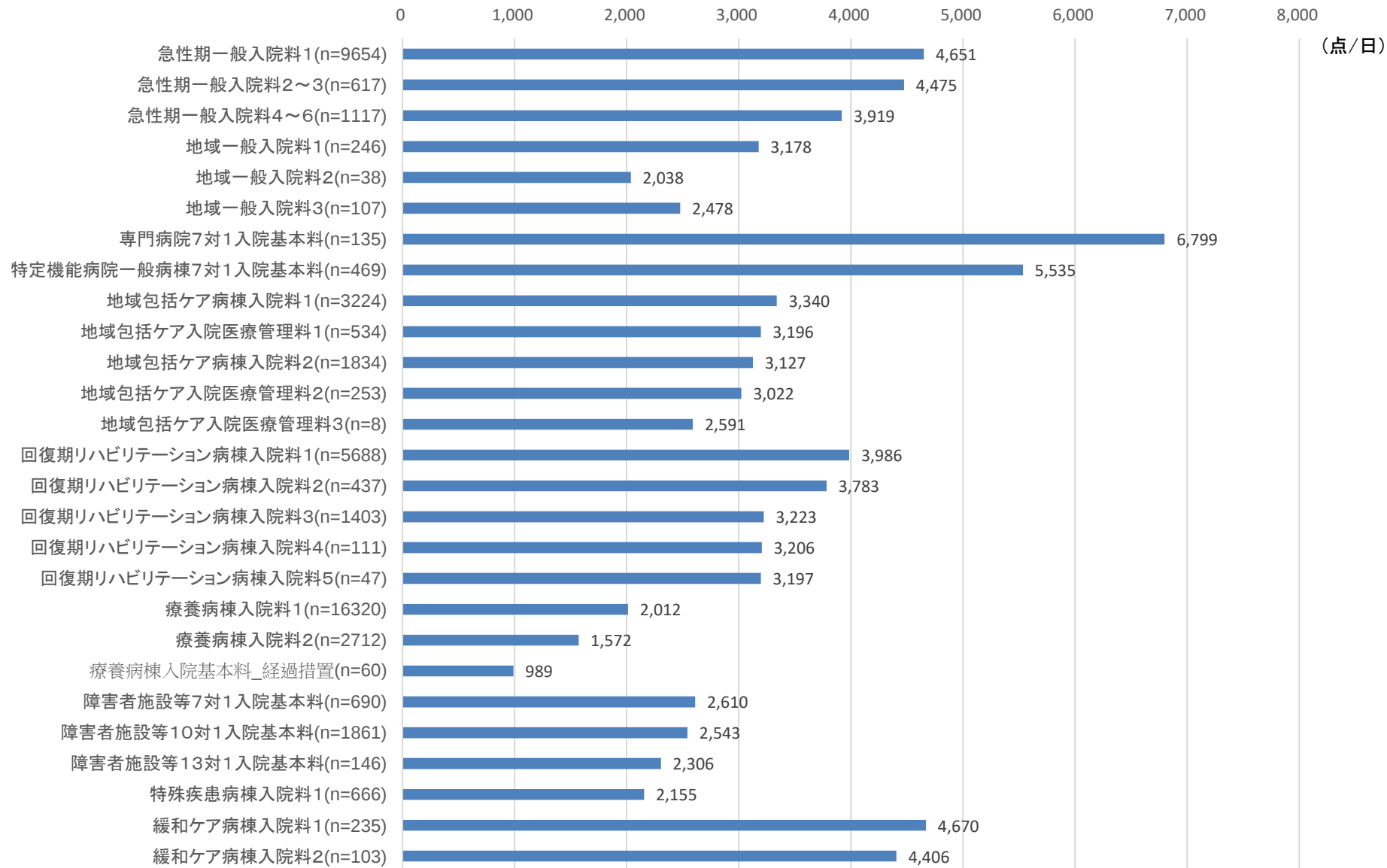
入院料ごとの栄養摂取の状況



入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況



入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数



1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(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)

【附帯意見(抜粋)】

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC／PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
- ②一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る施設基準の見直し
- ③一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
- ④短期滞在手術等基本料の要件及び評価の見直し

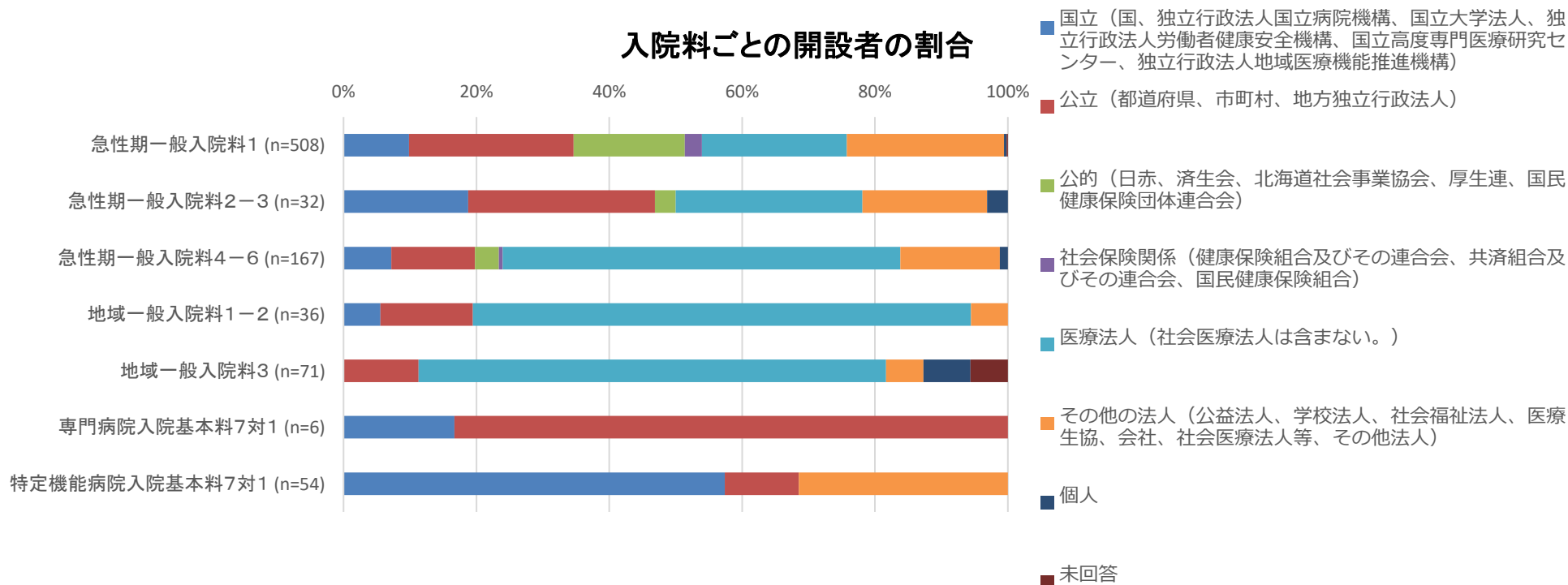
【調査内容案】

調査対象：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

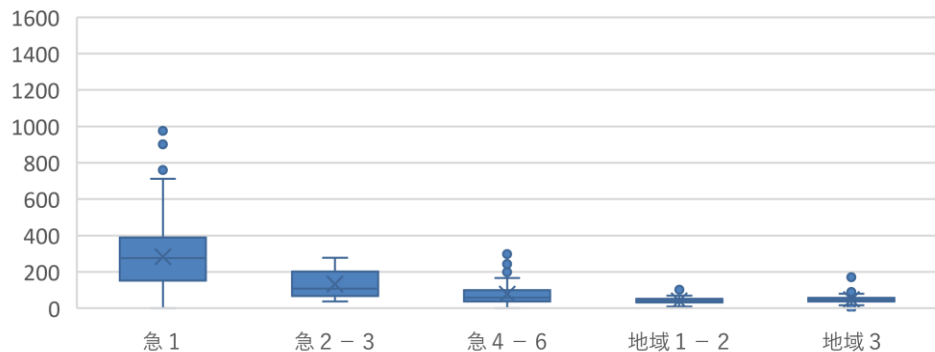
調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況
(2)重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況、急性期充実体制加算の届出状況
(3)各入院料等における患者の状況、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況等

一般病棟入院基本料等の届出施設における開設者の割合等

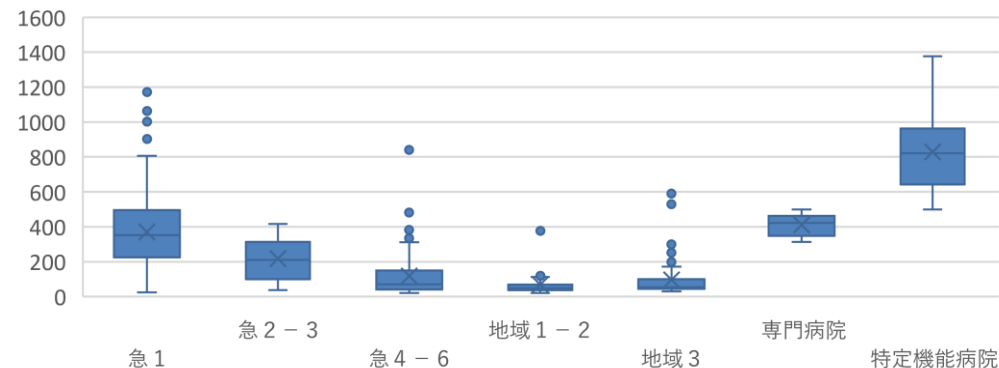
入院料ごとの開設者の割合



入院料ごとの一般病棟入院基本料の届出病床数の分布



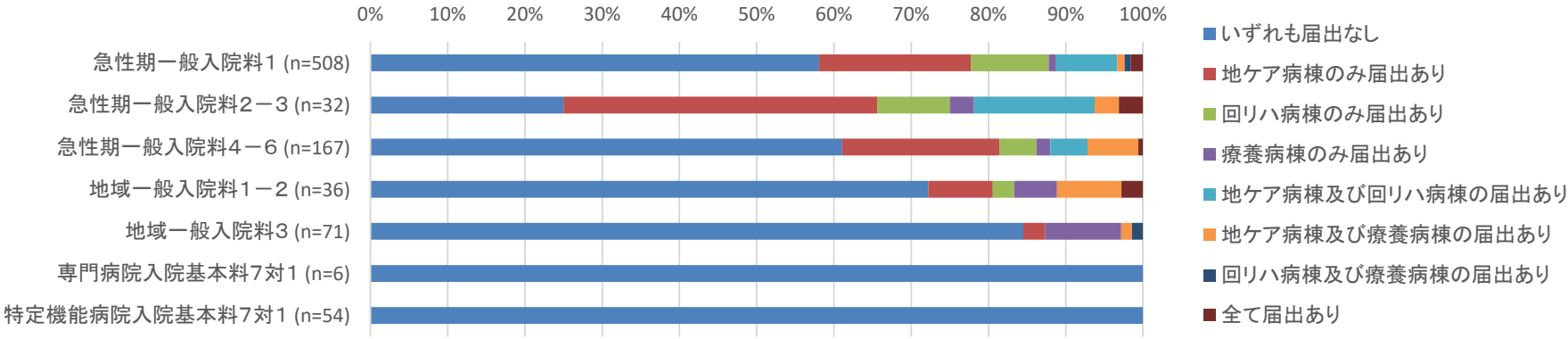
入院料ごとの合計許可病床数(施設総数)の分布



一般病棟入院基本料等の届出施設における他の入院料の届出状況

施設数	入院料	急性期 一般入院料 1	急性期 一般入院料 2～3	急性期 一般入院料 4～6	地域 一般入院料 1～2	地域 一般入院料 3	専門病院 入院基本料 (7対1)	特定機能病院 入院基本料 (一般7対1)
		508	32	167	82	90	6	54
届出率	療養病棟入院基本料	4.3%	9.4%	9.0%	6.1%	7.8%	0.0%	0.0%
	結核病棟入院基本料	6.9%	3.1%	2.4%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%
	精神病棟入院基本料	10.0%	0.0%	0.6%	0.0%	8.9%	0.0%	1.9%
	小児入院医療管理料	55.5%	9.4%	7.2%	0.0%	1.1%	0.0%	92.6%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	18.9%	28.1%	9.0%	19.5%	10.0%	0.0%	1.9%
	地域包括ケア病棟入院料	11.0%	21.9%	14.4%	48.8%	16.7%	0.0%	0.0%
	障害者施設等入院基本料	4.1%	3.1%	3.6%	3.7%	2.2%	0.0%	1.9%
	特殊疾患病棟入院料	0.2%	9.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	20.9%	3.1%	2.4%	0.0%	0.0%	66.7%	11.1%
	救命救急入院料	23.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	55.6%
	ICU入院医療管理料	45.1%	3.1%	1.8%	1.2%	0.0%	16.7%	96.3%
	HCU入院医療管理料	47.8%	50.0%	10.2%	1.2%	0.0%	83.3%	55.6%
	SCU入院医療管理料	13.2%	18.8%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	31.5%
	PICU入院医療管理料	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	NICU入院医療管理料	24.2%	3.1%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	87.0%
	MFICU入院医療管理料	7.7%	3.1%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	63.0%

入院料ごとの地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟及び療養病棟の届出の組み合わせ



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

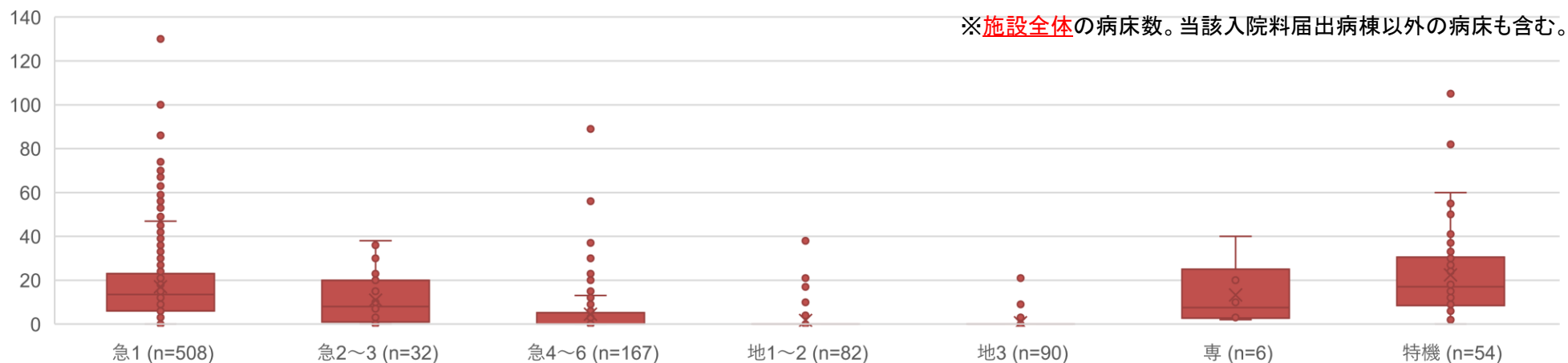
一般病棟入院基本料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

入院料		急性期 一般入院料 1	急性期 一般入院料 2～3	急性期 一般入院料 4～6	地域一般 入院料 1～2	地域一般 入院料3	専門病院 入院基本料 (7対1)	特定機能病院 入院基本料 (一般7対1)	小児入院 医療管理料
回答病棟数		1876	73	152	40	45	25	456	90
平均病床数		43.61	46.19	45.91	43.08	44.84	44.92	43.33	32.47
40 床 あ た り 平 均 職 員 数	看護師	31.53	28.86	24.54	17.99	16.56	26.59	33.04	23.52
	准看護師	0.29	0.34	1.52	4.42	4.08	0.04	0.01	0.01
	看護師及び准看護師	31.82	29.20	26.06	22.41	20.64	26.63	33.05	23.54
	看護補助者	4.26	4.31	5.29	6.38	6.87	2.49	3.26	1.61
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.38	0.50	0.75	0.72	1.45	0.00	0.02	0.04
	薬剤師	1.31	0.83	1.02	0.58	0.71	0.49	1.05	0.71
	管理栄養士	0.27	0.18	0.54	0.43	0.60	0.12	0.26	0.16
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.95	2.19	1.05	3.82	2.82	0.00	2.05	0.62
	相談員	0.32	0.42	0.28	0.61	0.52	0.00	0.15	0.11
	医師事務作業補助者	0.23	0.29	0.33	0.37	0.20	0.49	0.32	0.17
	保育士	0.02	0.03	0.03	0.03	0.00	0.00	0.01	0.73
	その他の職員	0.35	0.28	0.85	0.33	1.21	0.00	0.17	0.15

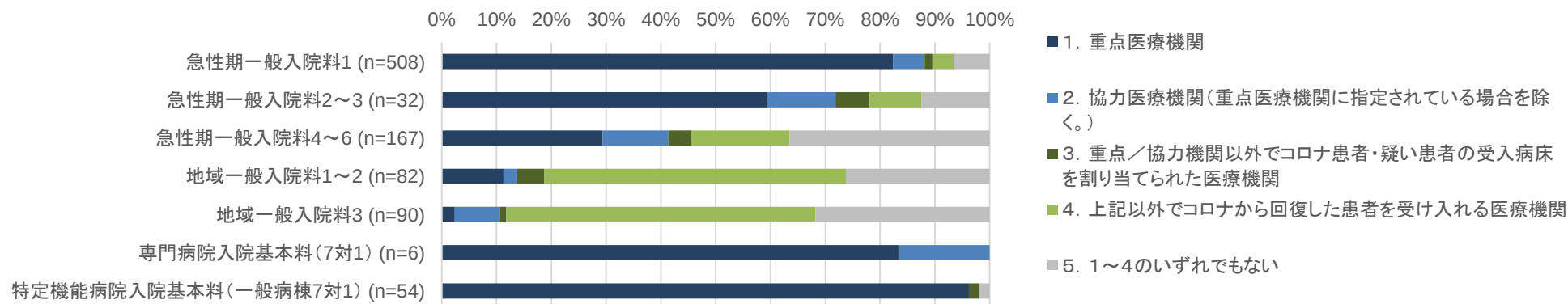
一般病棟入院基本料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

- 急性期一般入院料1の約90%、急性期一般入院料2～3の約70%が重点医療機関／協力医療機関のいずれかに指定されていた。
- 急性期一般入院料4～6においては、半数程度がコロナ患者の受入を行っており、地域一般入院料の多くは、コロナから回復した患者を受け入れる医療機関となっていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）※



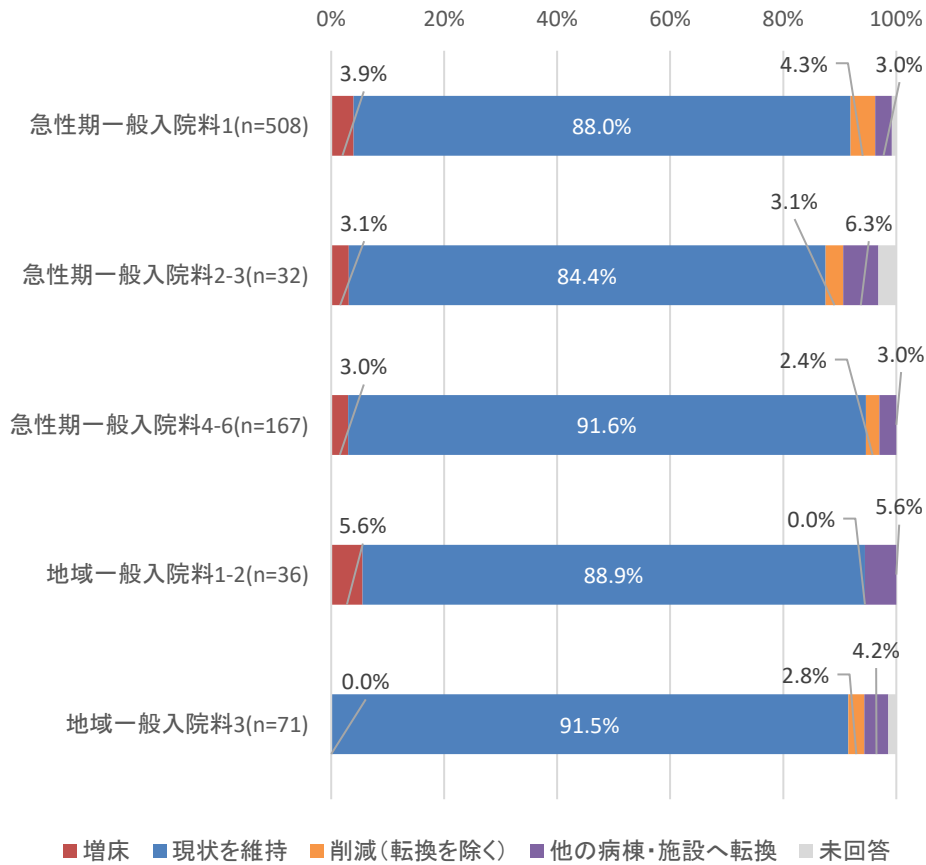
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）



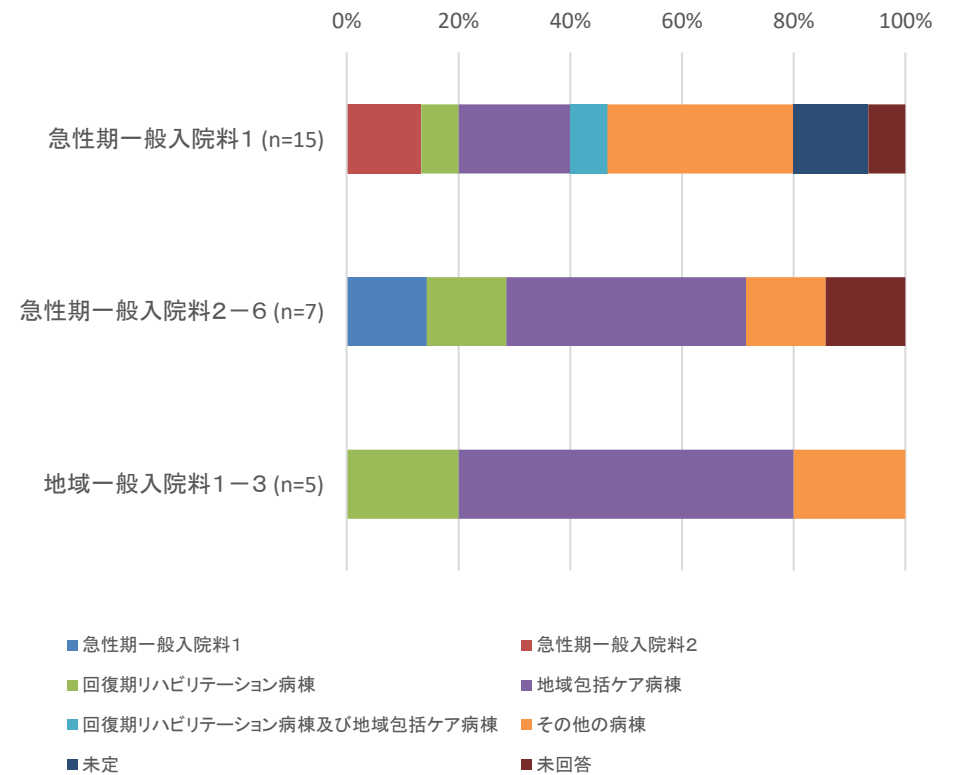
一般病棟の病床数等に関する意向

- 病床数等に関する今後の意向については、約9割の医療機関が「現状を維持」であった。
- 「他の病棟・施設へ転換」と回答した医療機関においては、地域包括ケア病棟へ転換する意向の施設が多かった。

入院料ごとの病床数等に関する今後の意向

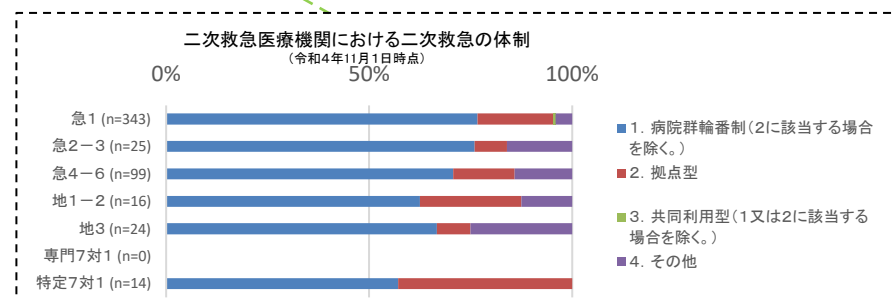
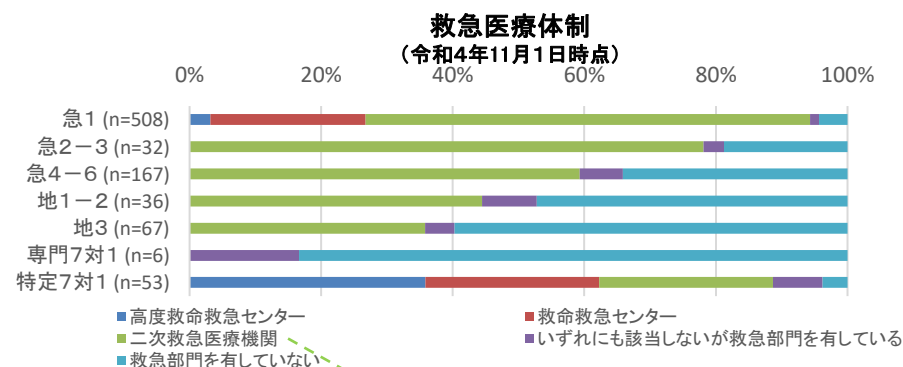
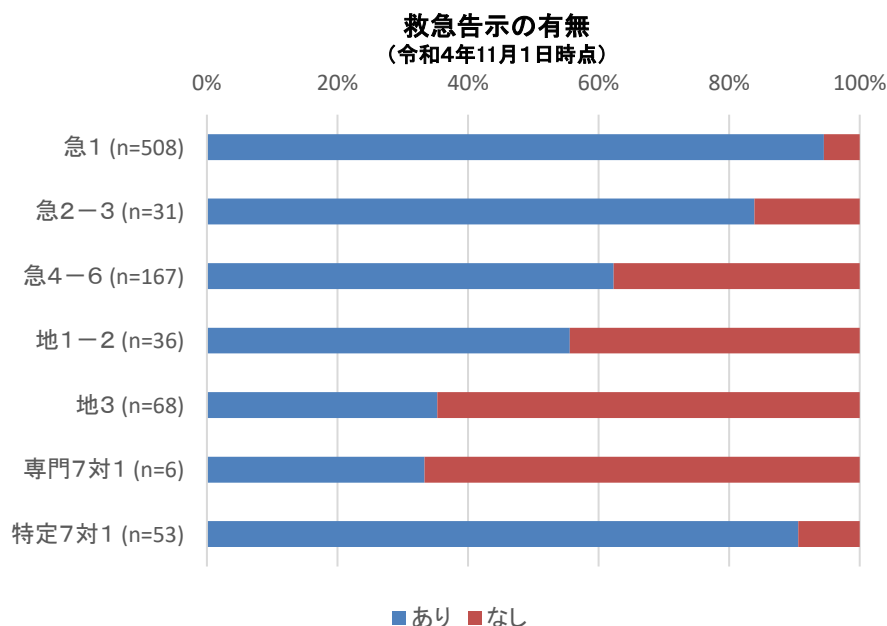


「他の病棟・施設へ転換」と回答した医療機関における転換先

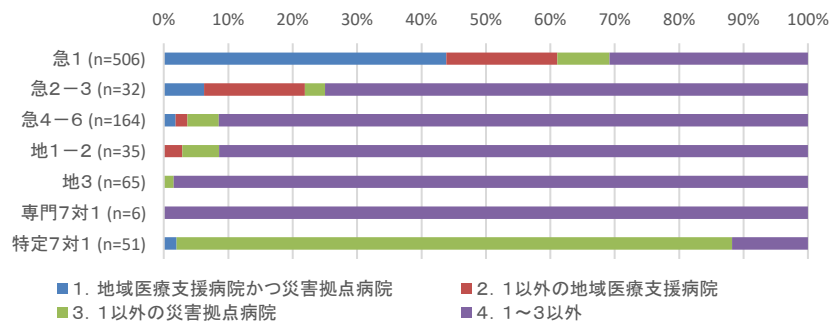


一般病棟入院基本料等を届け出ている施設における救急医療体制等

○ 各入院料毎の救急医療体制等については、以下のとおり。

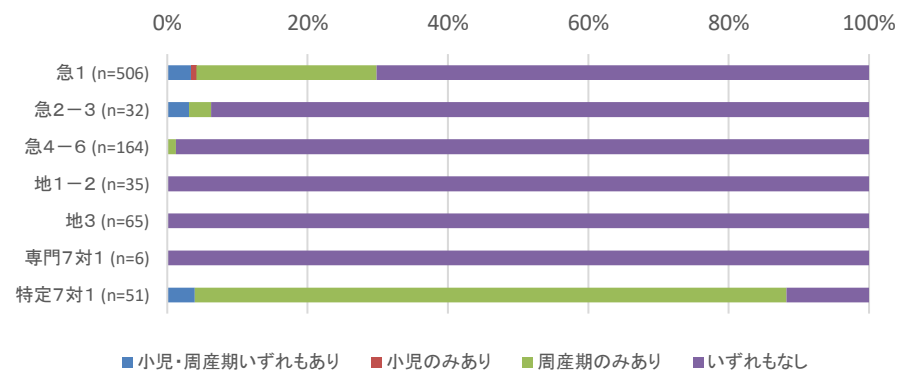


地域医療支援病院及び災害拠点病院の指定状況
(令和4年11月1日時点)



小児救命センター等※1及び総合周産期母子医療センター等※2の指定状況
(令和4年11月1日時点)

※1 小児救命救急センター又は小児救急医療拠点病院
※2 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

- [算定要件]
- ・ 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

- [主な施設基準]
- ・ **一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)**を算定する病棟を有する保険医療機関であること。 ・ **総合入院体制加算の届出を行っていないこと。**
 - ・ **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。**

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術 (ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- ・ **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- ・ 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- ・ 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ている**こと。 ・ **感染対策向上加算1の届出**を行っていること。
- ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ・ **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出**を行っていること。
- ・ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「**院内迅速対応チーム**」の整備等を行っていること。
- ・ **外来を縮小する体制**を確保していること。 ・ **手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- ・ **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。****一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割**であること。
- ・ **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。****特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。**
- ・ **入退院支援加算1又は2を届け出**ていること。 ・ 一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- ・ **精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制の確保**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届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- ・ **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- ・ **精神科を標榜**する保険医療機関であること。 ・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

- 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上

イ～カ (略)



改定後

【総合入院体制加算1】（※総合入院体制加算2、3も同様）

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件／年以上

イ～カ (略)

外来を縮小する体制に係る見直し

- 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものとして、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

イ 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。



改定後

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次のいずれにも該当すること。

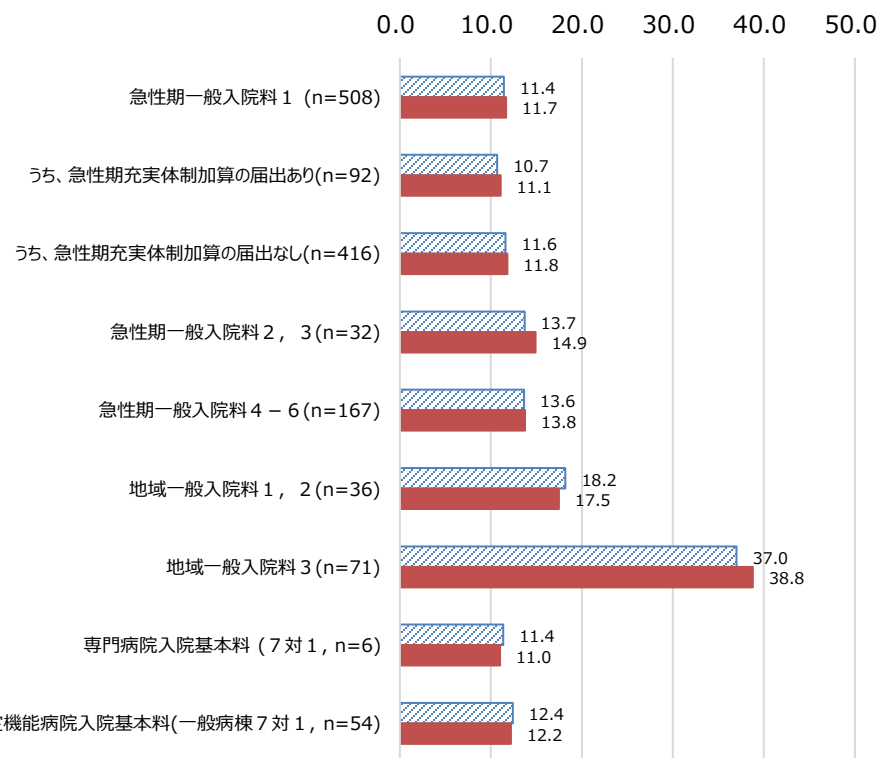
- ・ 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- ・ 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数 及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

イ 紹介受診重点医療機関である。

一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟等における平均在院日数

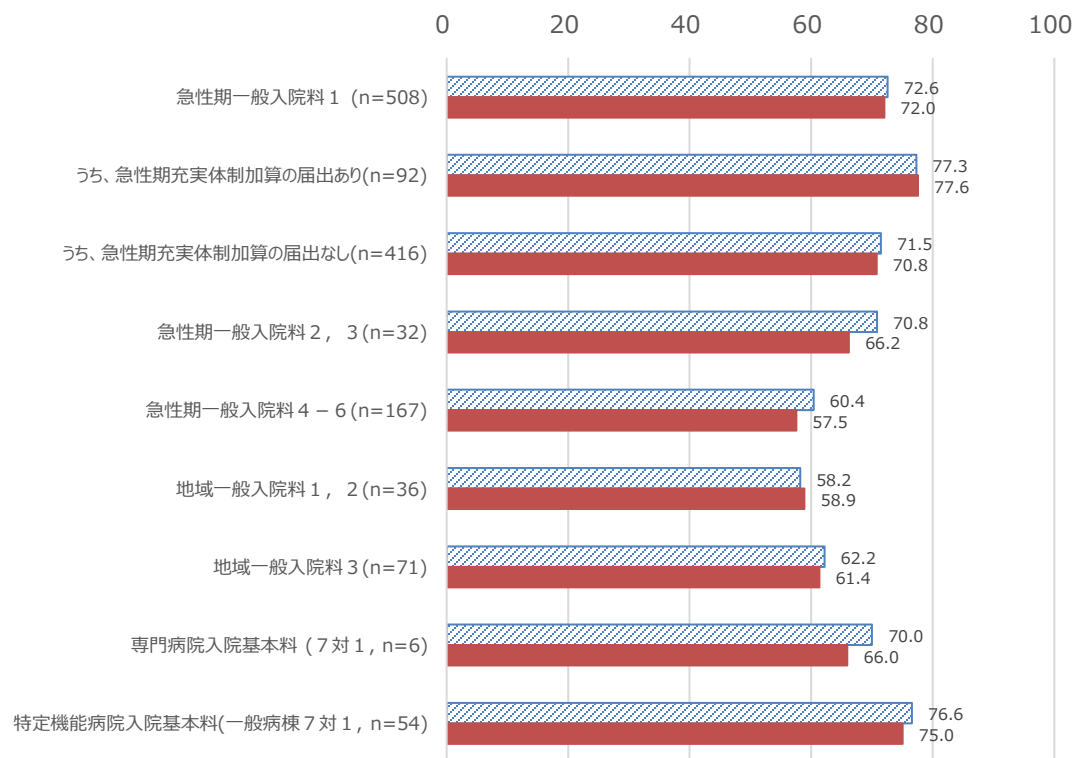
- 急性期一般入院料1においては、急性期充実体制加算の届出のある施設のほうが届出のない施設よりも平均在院日数が短い傾向にあった。
- 急性期一般入院料2, 3及び地域一般入院料3においては、令和3年と比べて平均在院日数が約1～2日増加していた。

入院料ごとの各施設の平均在院日数（日）



■ 令和3年8月～10月 ■ 令和4年8月～10月

入院料ごとの各施設の病床利用率（%）



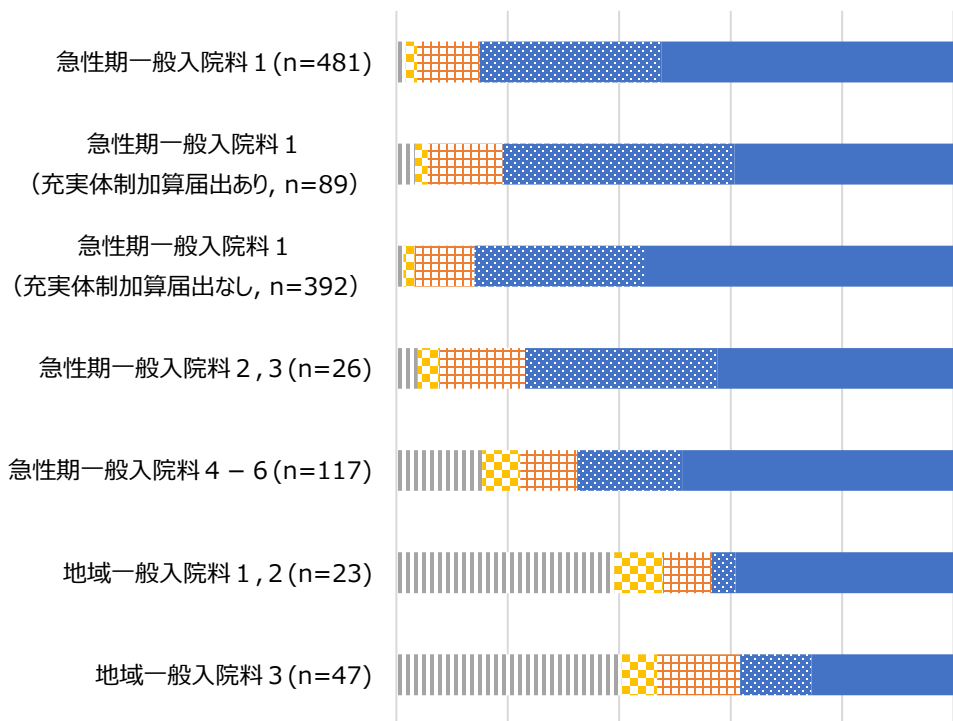
■ 令和3年8月～10月 ■ 令和4年8月～10月

一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟における各施設の在宅復帰率

- 急性期一般入院料1の中では、急性期充実体制加算の届出がない施設のほうが在宅復帰率が95%以上の割合及び90%以上の割合が大きかった。
- 令和3年と令和4年では大きな傾向の違いはみられなかった。

令和3年8～10月における各施設の在宅復帰率の分布

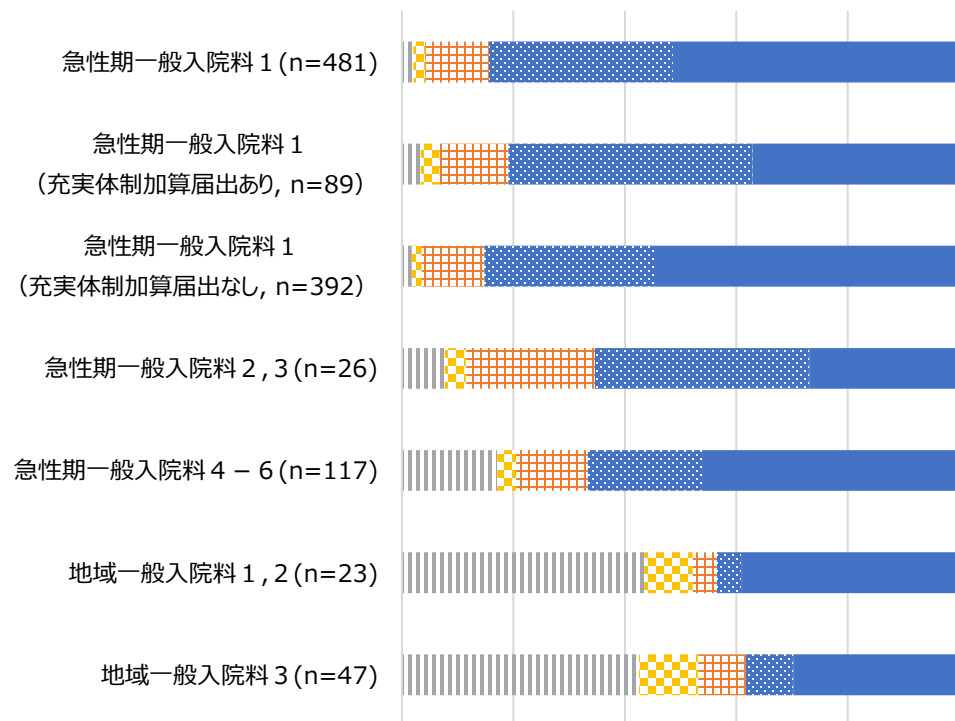
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満 ■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

令和4年8～10月における各施設の在宅復帰率の分布

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

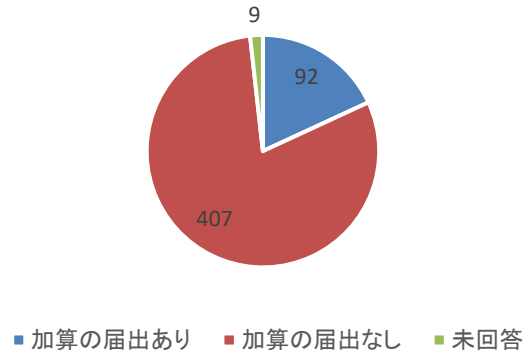


■ 80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満 ■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

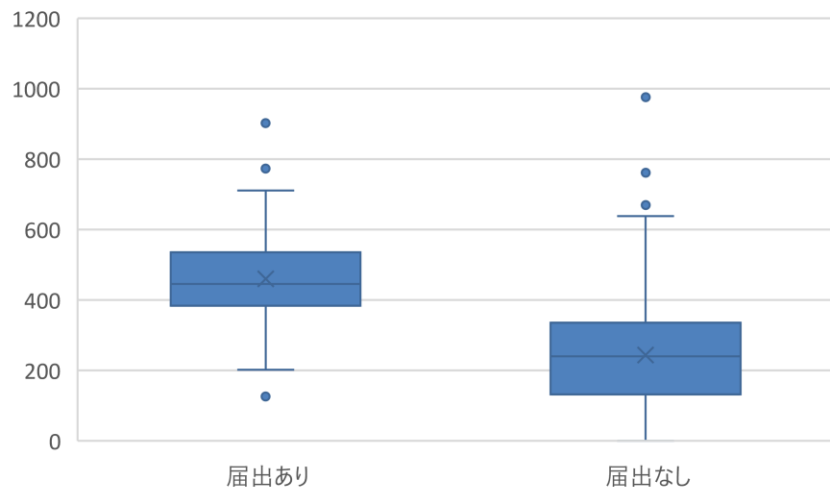
急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

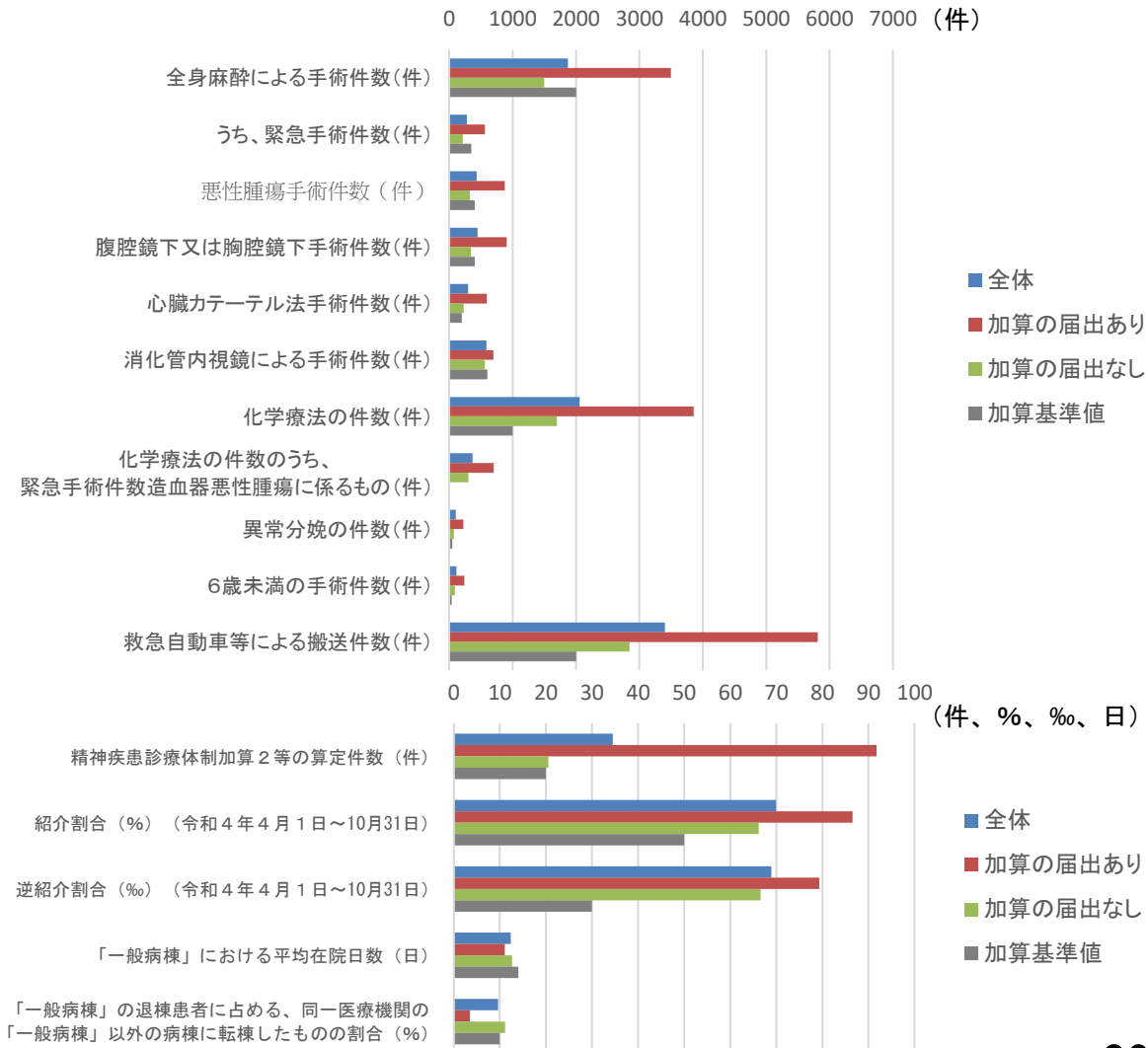
回答施設のうち急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の届出状況（n=508）



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料1の届出病床数



急性期一般入院料1における施設基準に関連する実績の状況（n=508）



急性期充実体制加算の届出状況②

- 急性期充実体制加算を届け出していない理由としては、400床以上の急性期病床を有する医療機関においては、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと」等が多かった。

急性期一般入院料 1 のうち急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における
届け出していない理由
(複数選択、回答があった施設における選択割合)

(急性期一般入院料 1 の届出病床数)	手術等に係る実績	化学療法の実施を推進する体制	24時間の救急医療提供	自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備	高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件	感染対策向上加算 1 の届出	画像診断及び検査を、24時間実施できる体制の確保	薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保	急性期一般入院料 1 にかかる届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行っていること	精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 の届出	入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備	外来を縮小する体制の確保	療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと	一般病棟の病床数の合計が 9 割以上であること	同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと	平均在院日数14日以内	一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上	敷地内における禁煙の取り扱い	第三者評価を受けていること	総合入院体制加算を届出していないこと
200床未満 (n=128)	71.1%	48.4%	28.1%	75.0%	46.9%	56.3%	21.1%	55.5%	11.7%	60.2%	25.8%	39.1%	46.1%	23.4%	18.8%	8.6%	18.0%	10.9%	2.3%	34.4%	34.4%
200-399床 (n=132)	66.7%	14.4%	5.3%	49.2%	9.8%	6.8%	2.3%	6.1%	0.0%	23.5%	28.8%	12.1%	36.4%	25.0%	8.3%	15.2%	9.8%	4.5%	1.5%	11.4%	25.8%
400床以上 (n=32)	46.9%	3.1%	0.0%	6.3%	6.3%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	9.4%	21.9%	6.3%	6.3%	3.1%	3.1%	21.9%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	31.3%

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

現行

【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
8	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

改定後

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療
看護必要度の
評価項目の見
直しに伴い、
施設基準を右
のとおり見直
す。

現行※		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料 5	20%	18%
急性期一般入院料 6	18%	15%
7 対 1 入院基本料 (特定)	—	28%
7 対 1 入院基本料 (結核)	11%	9%
7 対 1 入院基本料 (専門)	30%	28%
看護必要度加算 1 (特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算 2 (特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算 3 (特定、専門)	18%	15%
総合入院体制加算 1・2	35%	33%
総合入院体制加算 3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算 1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7	14%	11%

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置



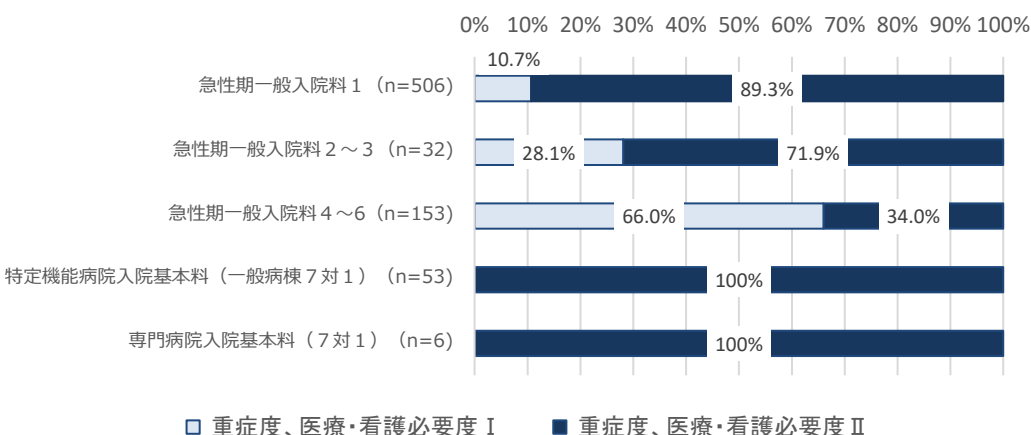
改定後			
		必要度 I	必要度 II
急性期一般 入院料 1	許可病床200床以上	31%	<u>28%</u>
	許可病床200床未満	<u>28%</u>	<u>25%</u>
急性期一般 入院料 2	許可病床200床以上	<u>27%</u>	<u>24%</u>
	許可病床200床未満	<u>25%</u>	<u>22%</u>
急性期一般 入院料 3	許可病床200床以上	<u>24%</u>	<u>21%</u>
	許可病床200床未満	<u>22%</u>	<u>19%</u>
急性期一般 入院料 4	許可病床200床以上	<u>20%</u>	<u>17%</u>
	許可病床200床未満	<u>18%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料 5		<u>17%</u>	<u>14%</u>
7 対 1 入院基本料 (特定)		—	28%
7 対 1 入院基本料 (結核)		<u>10%</u>	<u>8%</u>
7 対 1 入院基本料 (専門)		30%	28%
看護必要度加算 1 (特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算 2 (特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算 3 (特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算 1・2		<u>33%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算 3		<u>30%</u>	<u>27%</u>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算 1		<u>5%</u>	<u>4%</u>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7		<u>12%</u>	<u>8%</u>

【経過措置】
令和4年3月31日時点
で施設基準の届出あり
⇒ 令和4年9月30日
まで基準を満たしてい
るものとする。

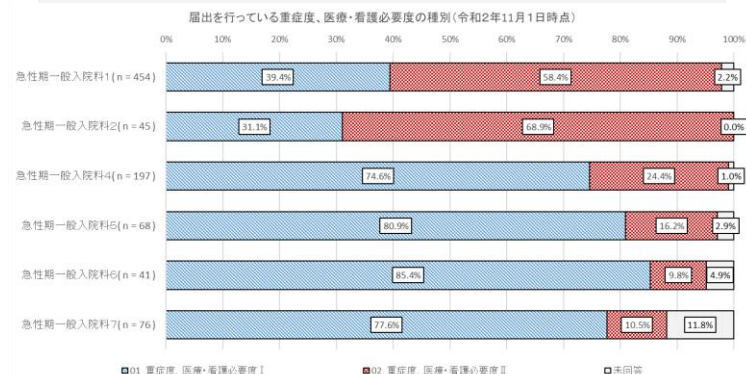
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1は89.3%、急性期一般入院料2～3は71.9%、急性期一般入院料4～6では34.0%であった。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由は、「必要度Ⅱより評価票の記入のほうが容易であり、必要度Ⅱに変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

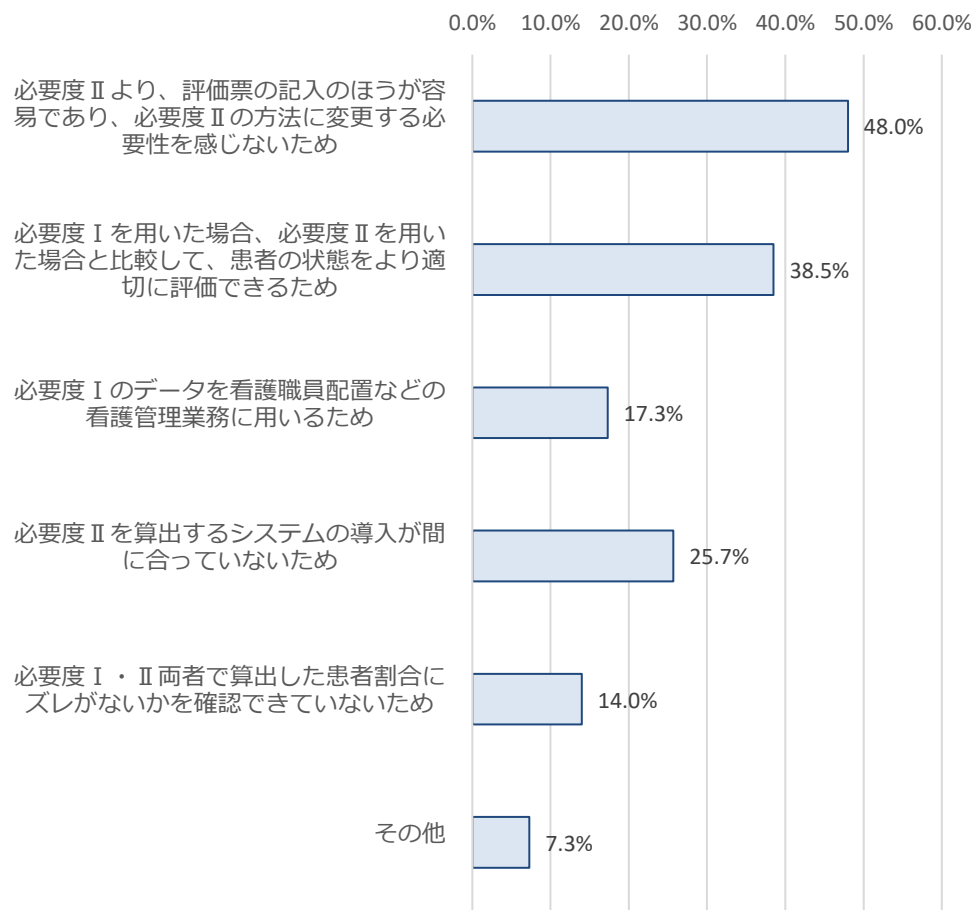
■重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況 (令和4年11月1日時点)



(参考) R2.11.1時点(令和2年度入院医療等の調査(施設票))



■重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由 (複数回答)

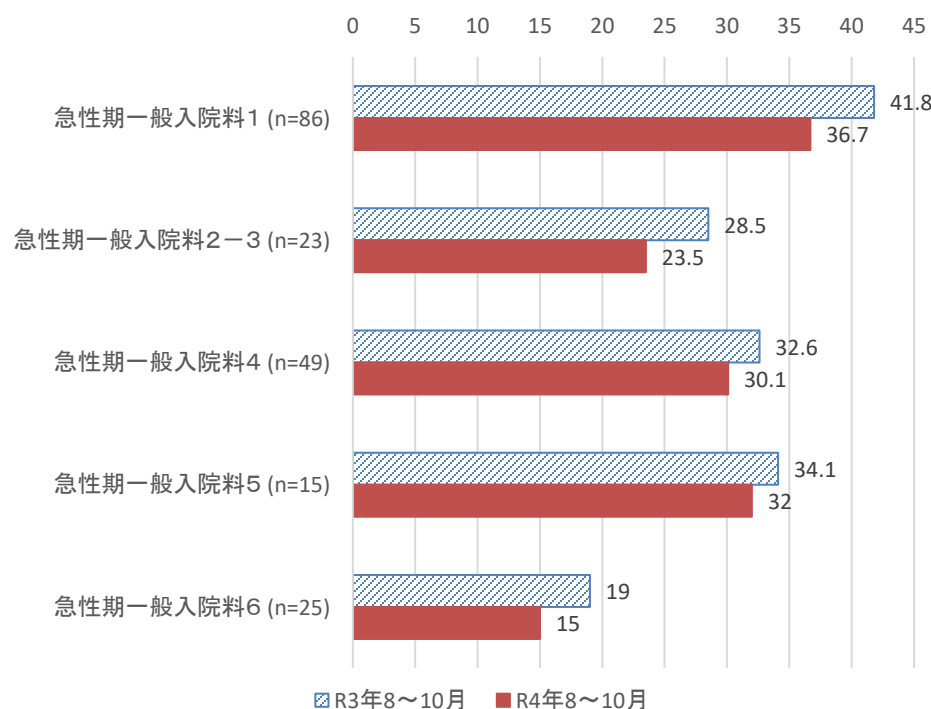


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3/R4）

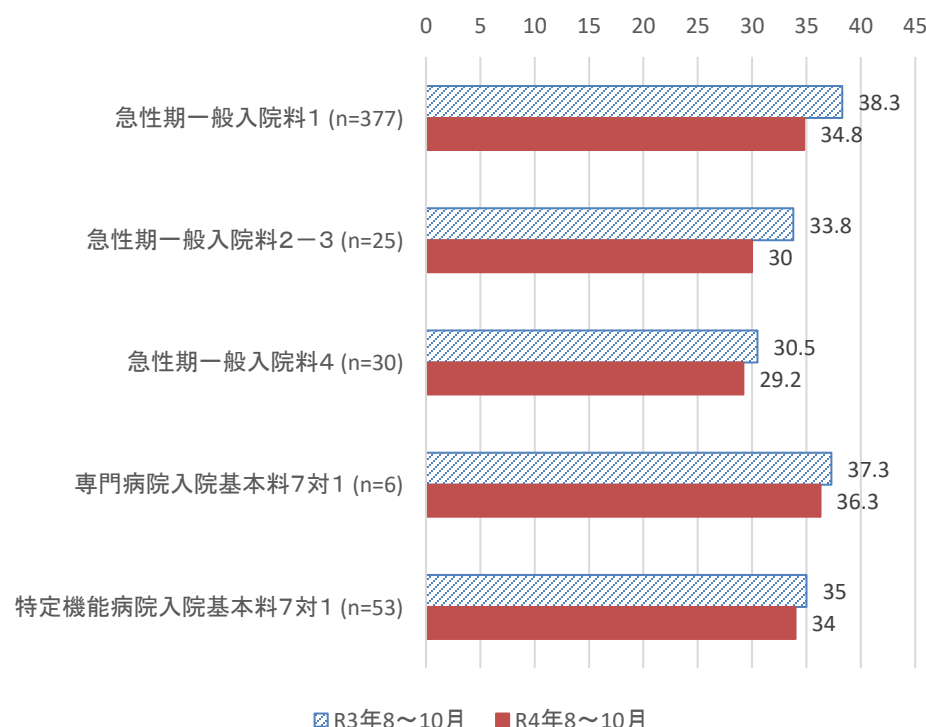
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（平均）

（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）



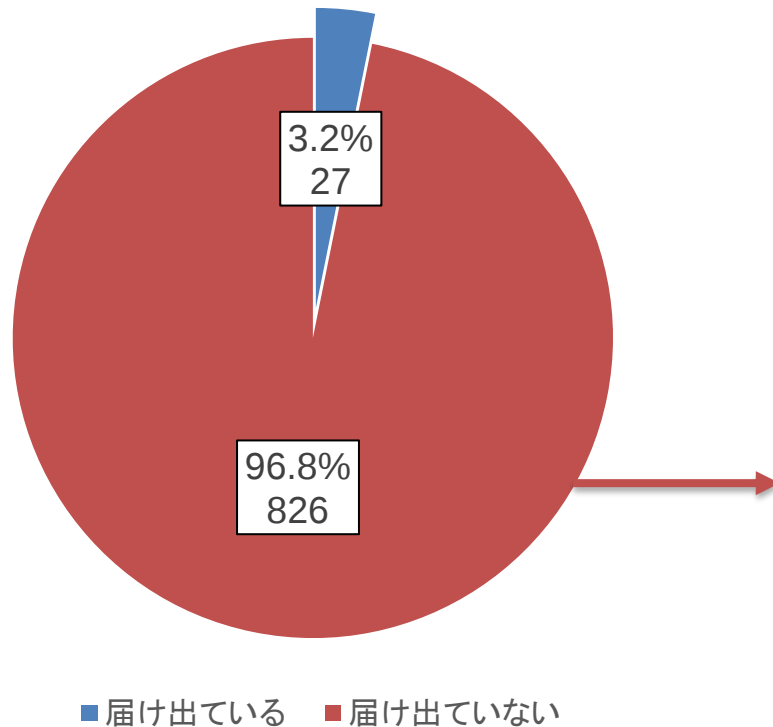
（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）



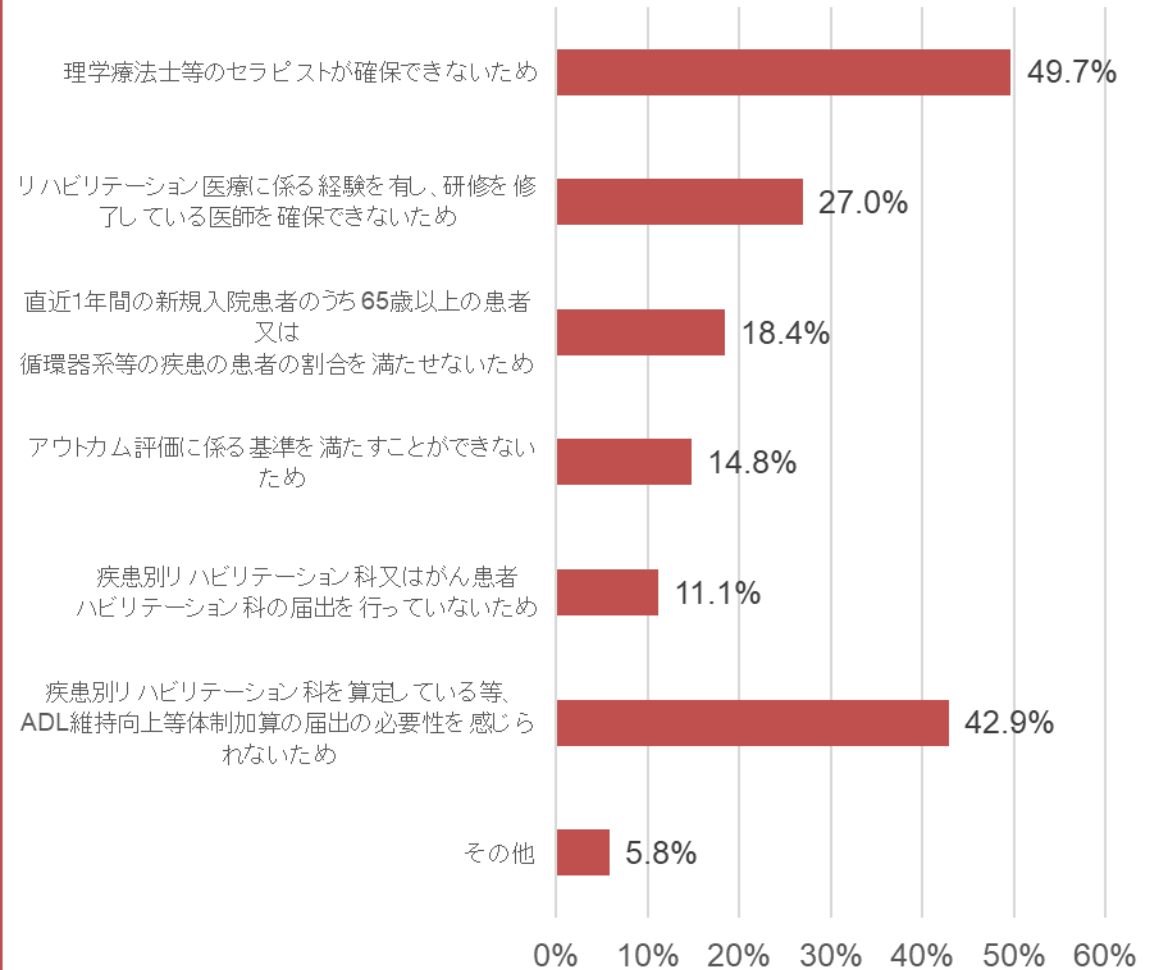
ADL維持向上等体制加算の届出状況

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

ADL維持向上等体制加算の届出状況



ADL維持向上等体制加算を届け出していない理由



急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

- 急性期一般入院料1の入棟元は、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、68.1%であった。
- 退棟先は、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、64.6%であった。

【入棟元】(n=15,457)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	68.1%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.7%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.2%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床	3.1%
	他院の一般病床以外	0.7%
自院	自院の一般病床	8.9%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の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を届け出ている病床	0.2%
	自院の療養病床	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	2.9%
有床診療所		0.0%
その他		0.7%

急性期一般入院料 1

【退棟先】(n=7,109)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	7.6%
	自宅(在宅医療の提供なし)	64.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.3%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	0.9%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	4.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.3%
	他院の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を届け出ている病床	4.3%
	他院の療養病床	0.9%
	他院の精神病床	0.3%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床	4.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の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を届け出ている病床	2.3%
	自院の療養病床	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.0%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所		0.1%
死亡退院		3.5%
その他		0.5%

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

【附帯意見(抜粋)】

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

【関係する改定内容】

- ① 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ② 救命救急入院料及び特定疾患療養管理料における算定上限日数の延長、重症患者対応に係る体制の評価の新設等
- ③ 早期からの回復に向けた取組の評価の見直し

【調査内容案】

調査対象: 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料等を算定している患者の入院している医療機関

調査内容: (1) 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
(2) 当該管理料等における患者の状態、医療提供内容、入退室状況、生理学的スコア
(3) 重症患者対応体制強化加算の届出状況

等

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

評価項目及び判定基準の見直し

➤ 高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直す。

現行

【特定集中治療室用】			
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテテル）	なし		あり
9 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	なし		あり

B 患者の状況等	基準
10 寝返り	A得点4点以上かつ B得点3点以上
11 移乗	
12 口腔清潔	
13 食事摂取	
14 衣服の着脱	
15 診療・療養上の指示が通じる	
16 危険行動	

改定後

・「心電図モニターの管理」「B 患者の状況等」の項目を廃止

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

基準	A得点3点以上
----	---------

評価方法の見直し

➤ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入**する。

重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）	
救命救急入院料 1	—
救命救急入院料 2	7割又は6割
救命救急入院料 3	—
救命救急入院料 4	7割又は6割
特定集中治療室管理料 1	7割
特定集中治療室管理料 2	
特定集中治療室管理料 3	
特定集中治療室管理料 4	6割

【経過措置】
令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

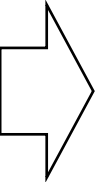
救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

- 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料 1 及び 3 における、重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

現行

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I
救命救急入院料 1	特定集中治療室用	－
救命救急入院料 2	特定集中治療室用	8 割又は 7 割
救命救急入院料 3	特定集中治療室用	－
救命救急入院料 4	特定集中治療室用	8 割又は 7 割



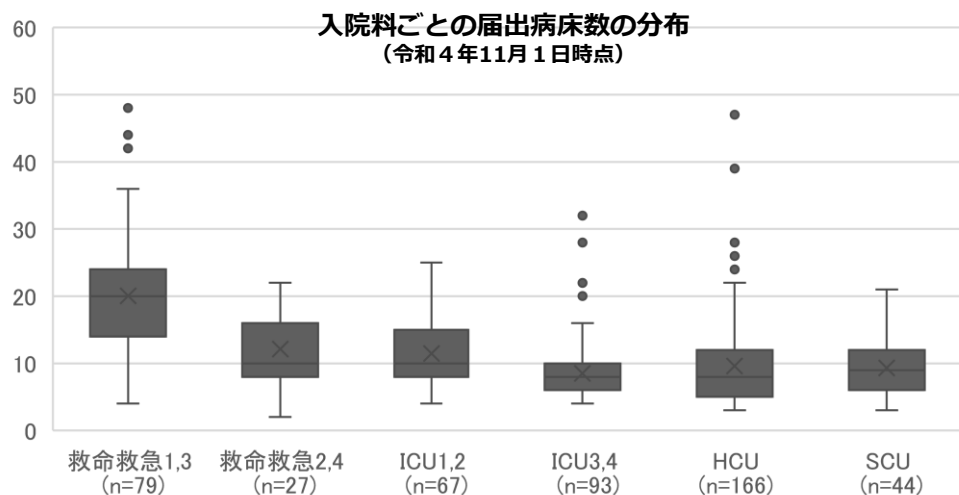
改定後

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I	<u>必要度 II</u>
救命救急入院料 1	<u>ハイケアユニット用</u>	－	－
救命救急入院料 2	特定集中治療室用	8 割又は 7 割	<u>7 割又は 6 割</u>
救命救急入院料 3	<u>ハイケアユニット用</u>	－	－
救命救急入院料 4	特定集中治療室用	8 割又は 7 割	<u>7 割又は 6 割</u>

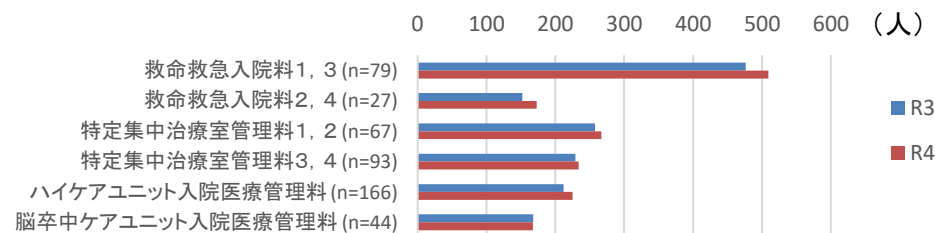
【経過措置】
令和4年3月31日時点で救命救急入院料 1 及び3の届出を行っている病棟にあっては、
令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

救命救急入院料等における届出病床数、平均在室日数等

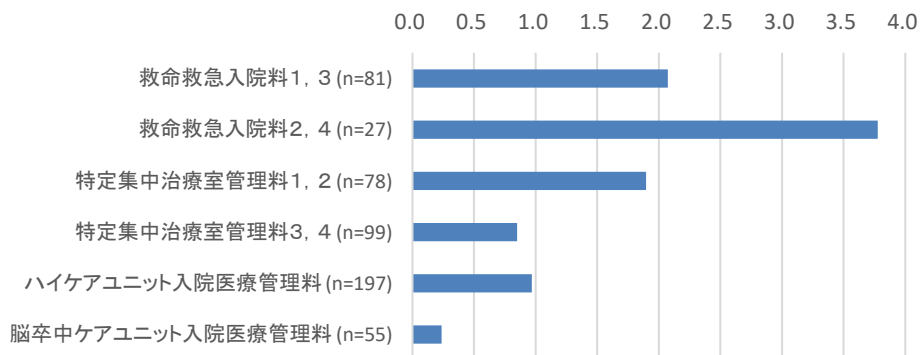
○ 救命救急入院料等における令和4年11月時点の届出病床数、令和3年8～10月及び令和4年8～10月時点の平均在室日数等は以下のとおり。



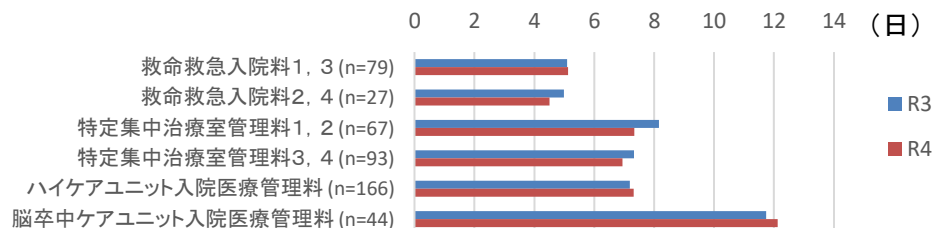
**平均実入室患者数
(各年8～10月)**



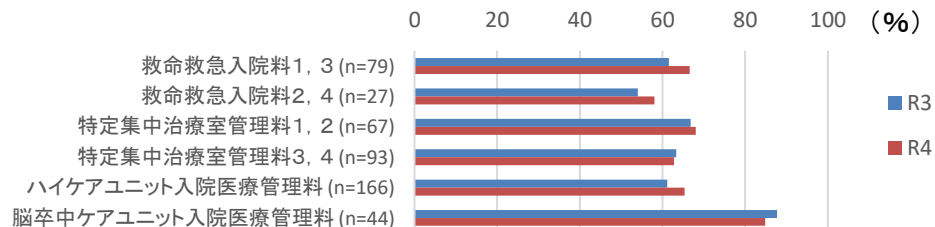
**新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数の平均
(令和4年11月1日時点)**



**平均在室日数
(各年8～10月)**



**平均病床利用率
(各年8～10月)**



特定入院料を算定する治療室の平均職員数（10床あたり）

入院料		救命救急 入院料 1,3	救命救急 入院料 2,4	特定集中 治療室 管理料 1,2	特定集中 治療室 管理料 3,4	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	新生児 特定集中 治療室 管理料	母体・胎児 集中治療室 管理料	新生児 集中治療室 管理料	新生児 治療回復室 入院医療 管理料
回答病棟数		88	28	80	103	198	58	6	54	1	1	63
平均病床数		20.0	12.1	11.9	8.3	9.5	9.1	10.8	7.4	6.0	18.0	15.0
10床あたり平均職員数	専任医師	6.66	19.87	10.22	16.29	13.62	8.30	8.80	9.98	10.33	5.67	5.59
	看護師	20.22	32.95	34.20	32.66	22.81	20.44	34.63	25.72	25.00	22.22	14.69
	准看護師	0.05	0.00	0.01	0.03	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	看護師及び准看護師	20.27	32.95	34.21	32.70	22.89	20.44	34.63	25.72	25.00	22.22	14.69
	看護補助者	0.91	0.90	1.01	1.01	0.75	0.51	1.10	0.67	0.00	0.39	0.46
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.01	0.00	0.04	0.01	0.04	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	薬剤師	0.42	0.64	0.76	0.89	0.71	0.81	0.10	0.52	0.00	0.00	0.41
	管理栄養士	0.11	0.14	0.28	0.50	0.34	0.63	0.00	0.04	0.00	0.00	0.04
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1.53	3.03	1.36	0.46	0.34	4.05	0.00	0.09	0.00	0.00	0.42
	臨床工学技士	0.06	0.35	1.04	0.31	0.12	0.31	0.00	0.04	0.00	0.00	0.03
職員数	相談員	0.13	0.08	0.23	0.40	0.31	0.30	0.21	0.41	0.00	0.00	0.14
	医師事務作業補助者	0.14	0.14	0.16	0.14	0.14	0.24	0.21	0.08	0.00	0.00	0.09
その他の職員		0.16	0.21	0.14	0.17	0.18	0.04	0.00	0.29	0.00	0.00	0.10

特定集中治療室管理料におけるS O F Aスコア等による患者の状態

○ 特定集中治療室管理料1・2の患者のほうが、管理料3・4の患者よりも入室時のSOFAスコアが高い傾向にあった。

＜特定集中治療室管理料1＞n=37

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	11% ⇒	71%	21%	3%	6%	0%	0%	0%
1～2点	20% ⇒	18%	67%	13%	1%	0%	0%	1%
3～5点	21% ⇒	14%	23%	53%	9%	0%	0%	1%
6～10点	28% ⇒	4%	13%	38%	31%	4%	2%	1%
11～15点	15% ⇒	2%	12%	22%	25%	6%	8%	4%
16～20点	5% ⇒	0%	0%	8%	38%	15%	0%	15%
21～24点	0% ⇒	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%

＜特定集中治療室管理料2＞n=29

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	6% ⇒	67%	7%	27%	0%	0%	0%	0%
1～2点	14% ⇒	9%	67%	21%	2%	0%	0%	0%
3～5点	25% ⇒	11%	17%	58%	10%	1%	0%	3%
6～10点	33% ⇒	3%	12%	34%	33%	5%	2%	0%
11～15点	15% ⇒	2%	12%	24%	32%	15%	5%	0%
16～20点	6% ⇒	0%	7%	0%	27%	20%	20%	0%
21～24点	0% ⇒	-	-	-	-	-	-	-

＜特定集中治療室管理料3＞n=63

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	24% ⇒	63%	24%	8%	3%	0%	0%	1%
1～2点	25% ⇒	27%	60%	11%	2%	0%	0%	0%
3～5点	23% ⇒	14%	26%	49%	6%	1%	0%	3%
6～10点	19% ⇒	16%	19%	25%	30%	3%	0%	6%
11～15点	7% ⇒	8%	13%	38%	17%	25%	0%	0%
16～20点	2% ⇒	25%	0%	13%	13%	0%	25%	25%
21～24点	0% ⇒	-	-	-	-	-	-	-

＜特定集中治療室管理料4＞n=13

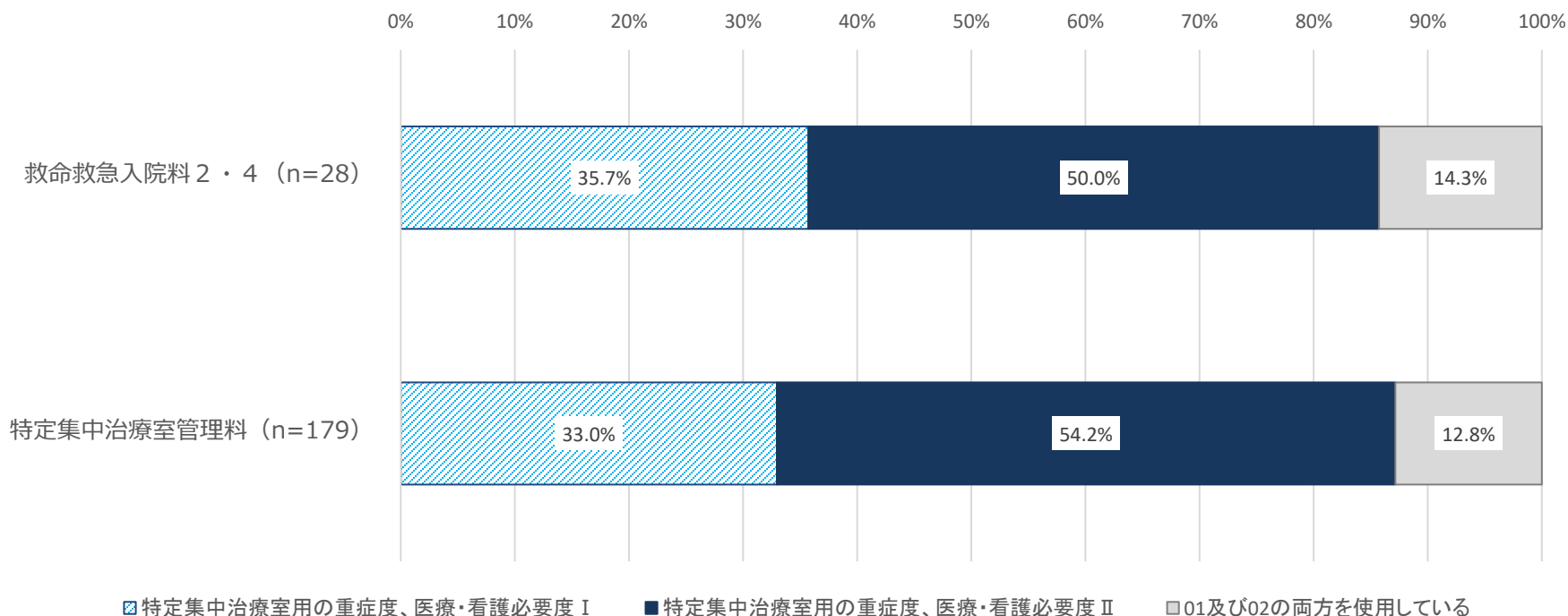
同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	10% ⇒	64%	18%	18%	0%	0%	0%	0%
1～2点	24% ⇒	23%	58%	19%	0%	0%	0%	0%
3～5点	24% ⇒	10%	39%	45%	3%	0%	3%	0%
6～10点	26% ⇒	0%	34%	16%	38%	6%	0%	6%
11～15点	14% ⇒	0%	0%	33%	13%	13%	7%	0%
16～20点	1% ⇒	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
21～24点	0% ⇒	-	-	-	-	-	-	-

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

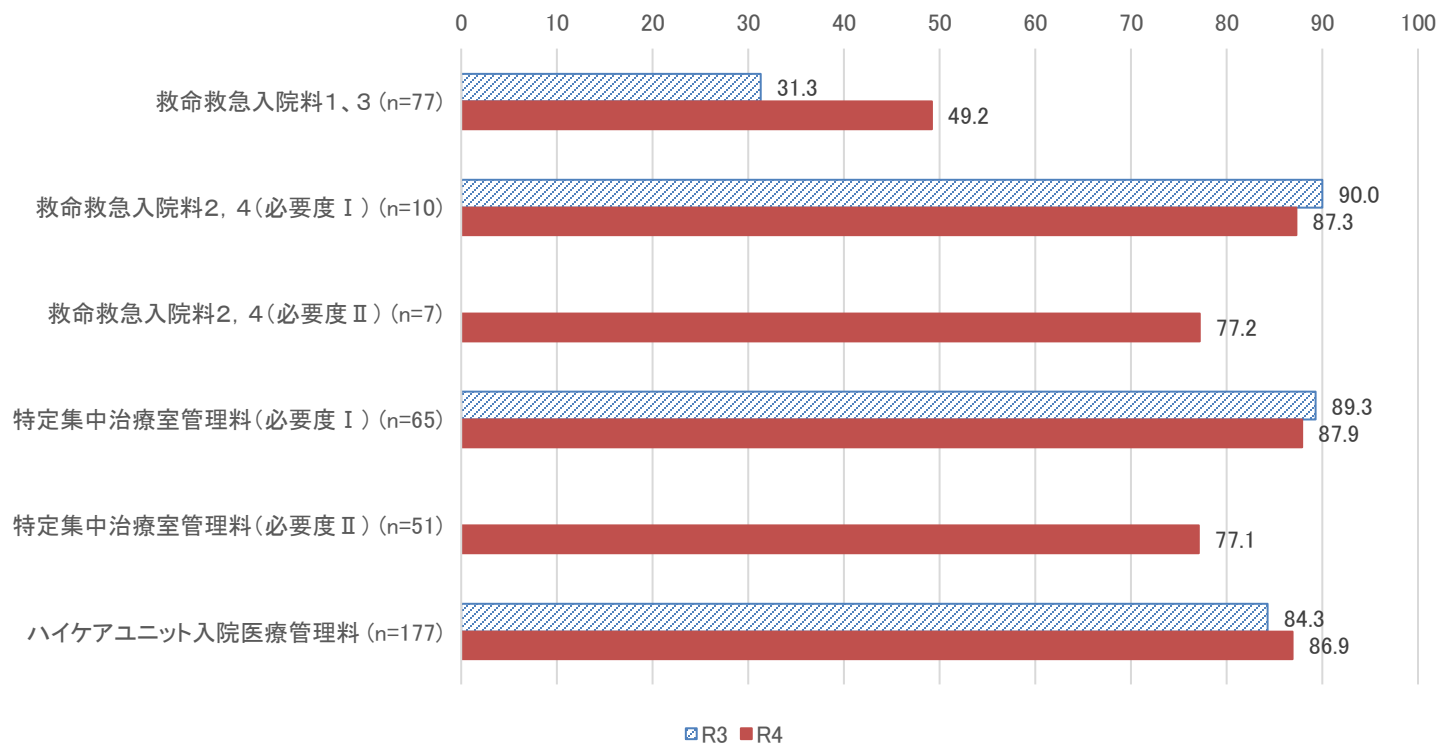
- 特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4※を届け出ている治療室は、約5割が重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていた。
- ※特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度により評価。

■ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価に用いている評価票の種別



救命救急入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ 令和3年8～10月及び令和4年8～10月における救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。



※救命救急入院料1、3については、令和3年は特定集中治療室管理料用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにより、令和4年はハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度により評価。

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者初期支援充実加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- ・ 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
 - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
 - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
 - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
 - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

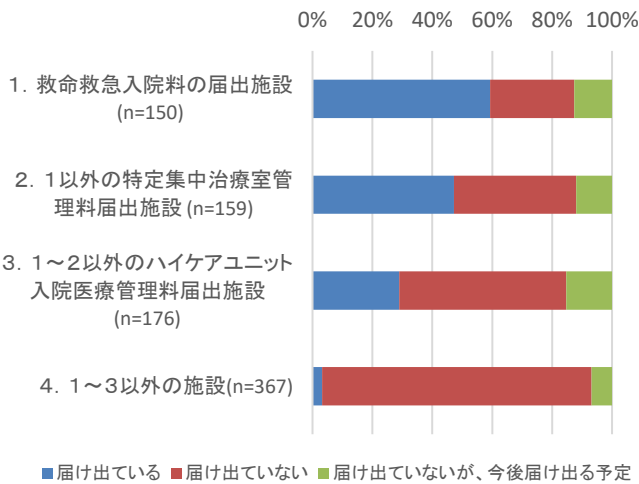
[施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) **特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されている**こと。
- (3) **当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。
 - ア **医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
 - イ **医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) **支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備**し、職員に遵守させていること。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

重症患者初期支援加算の届出状況等

○ 重症患者初期支援加算の届出状況等は、以下のとおり。

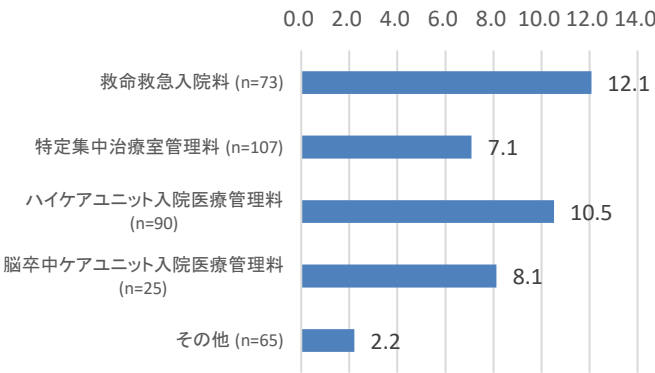
重症患者初期支援加算の届出状況
(令和4年11月1日時点)



届出を行っている施設における
入院時重症患者対応メディエーターの配置状況
(令和4年11月1日時点)

職種	平均人数(人)
医師	0.1
看護師	1.2
薬剤師	0.0
社会福祉士	0.8
公認心理師	0.3
その他医療有資格者	0.0
医療有資格者以外のもので、医療関係団体等が実施する研修を終了し、かつ、支援に係る経験を有する者	
	0.0

届出を行っている施設における各治療室の在室患者のうち
入院時重症患者対応メディエーターが介入した患者数
(令和4年10月1か月)



届出を行ってない施設における理由
(令和4年11月1日時点)

	全体	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2 - 3	急性期一般入院料 4 - 6	地域一般入院料 1	地域一般入院料 2	地域一般入院料 3	専門病院入院基本料 7 対 1	特定機能病院入院基本料 7 対 1
算定対象となる特定入院料を届け出していないため	52.6%	32.0%	50.0%	72.9%	88.2%	90.9%	100.0%	20.0%	0.0%
入院時重症患者対応メディエーターの介入が必要となるような特に重篤な状態の患者がいないため	25.9%	13.6%	18.2%	42.1%	58.8%	18.2%	45.5%	20.0%	0.0%
特に重篤な状態の患者を行う医師・看護師等による十分に対応できており、入院時重症患者対応メディエーターの必要性がないため	12.9%	9.6%	18.2%	16.4%	17.6%	9.1%	16.4%	0.0%	15.0%
患者サポート体制充実加算を届け出していないため	30.5%	18.4%	45.5%	42.9%	47.1%	27.3%	52.7%	0.0%	10.0%
入院時重症患者対応メディエーターを担う職員がいないため	63.5%	73.2%	63.6%	52.1%	52.9%	27.3%	54.5%	60.0%	80.0%
その他	2.7%	3.6%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	10.0%

特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算		
イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

〔算定要件〕
重症患者の対応に係る体制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地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準の概要〕

専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした 院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		*実施業務* ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、 他の医療機関等の支援を行う。 （支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・ 地域の医療機関等が主催する 集中治療を必要とする患者の看護に関する 研修に講師として参加する など、地域における集中治療の質の向上を目的として、 地域の医療機関等と協働する ことが望ましい。
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上		

重症患者対応体制強化加算

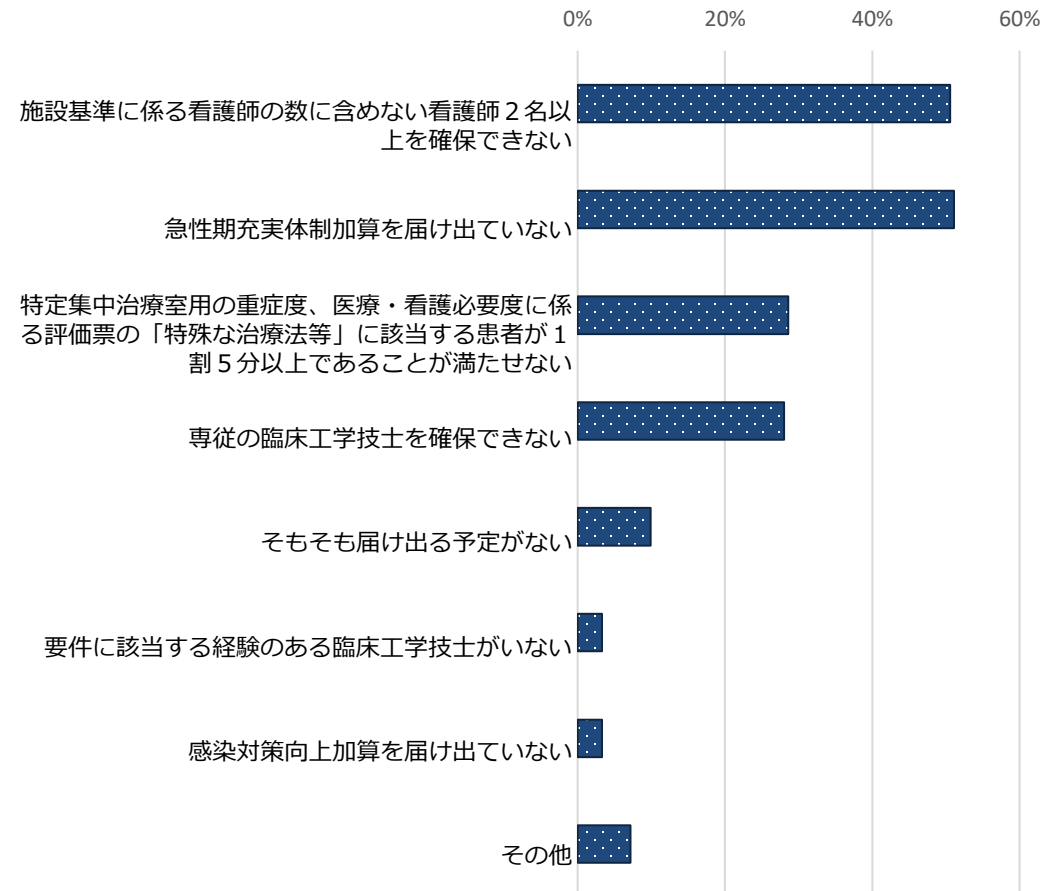
- 重症患者対応体制強化加算を届け出ていた治療室は4%であった。
- 届出困難な理由は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出していない」、「「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」等が挙げられた。

■ 重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=202)

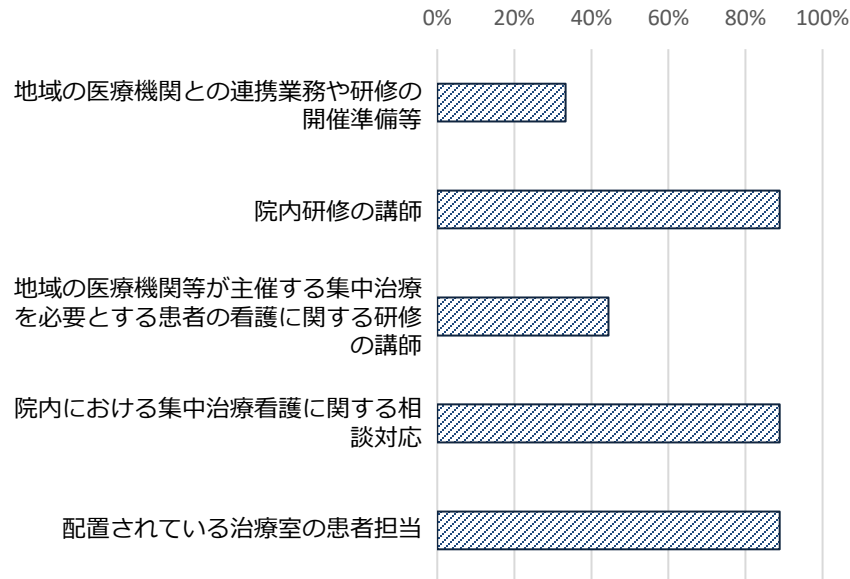
	治療室数	(割合)
届出:無	193	96%
届出:有	9	4%

届出:無

■ 届出が困難な理由 (複数回答) (n=182)



■ 集中治療を必要とする患者の看護に係る研修 修了者の具体的な実施業務 (n=9)



早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

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

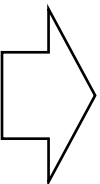
早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

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

現行

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

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



改定後

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

【施設基準】
イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。

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

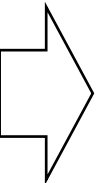
早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

現行

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

特定集中治療室管理料1～4



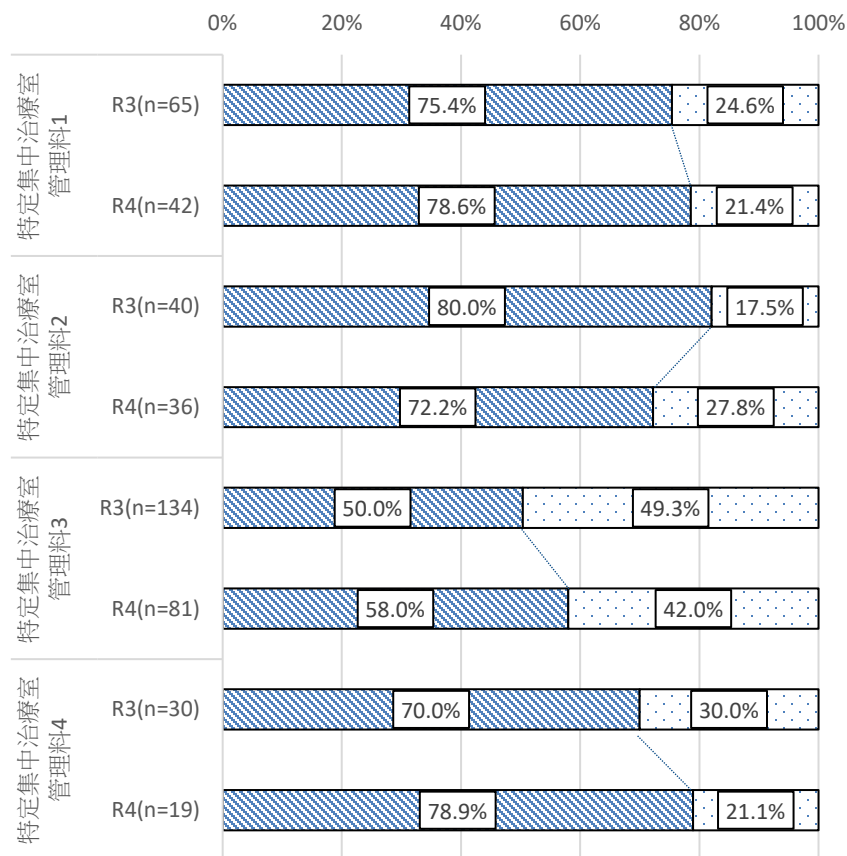
改定後

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

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

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

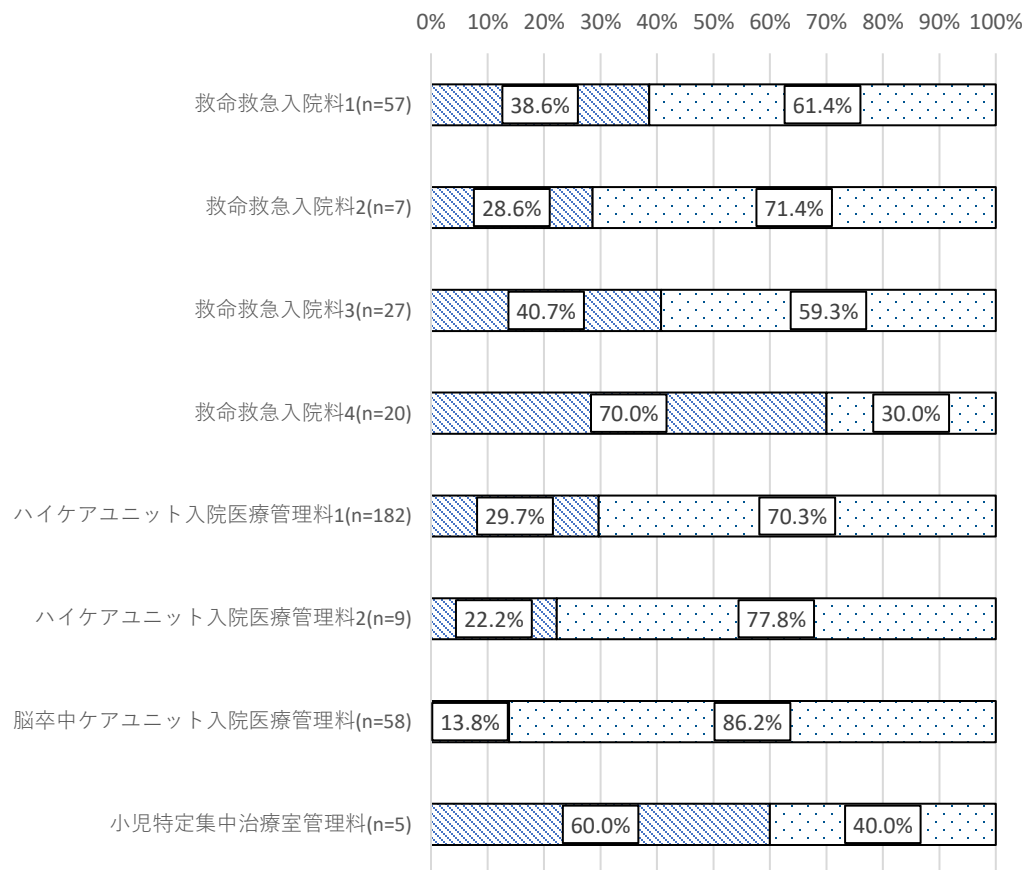
■ 届出状況(特定集中治療室)R3/R4



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

■ 届出状況(特定集中治療室以外)

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等

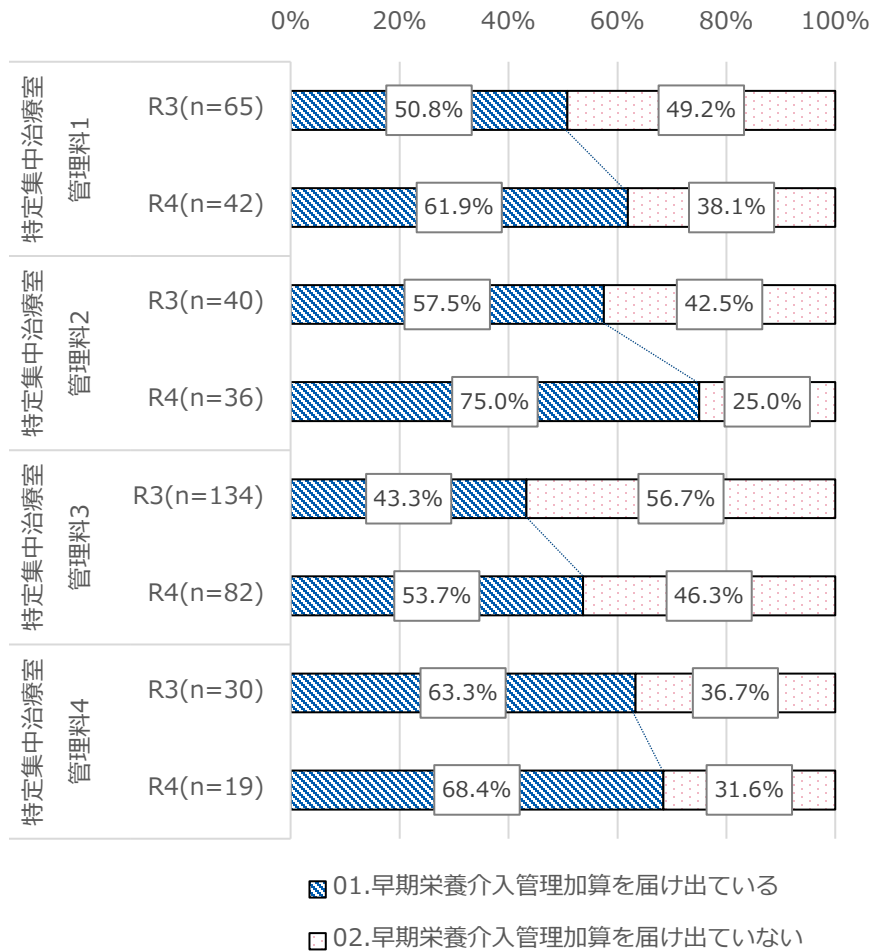


- 01.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている
- 02.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている

早期栄養介入管理加算の届出状況

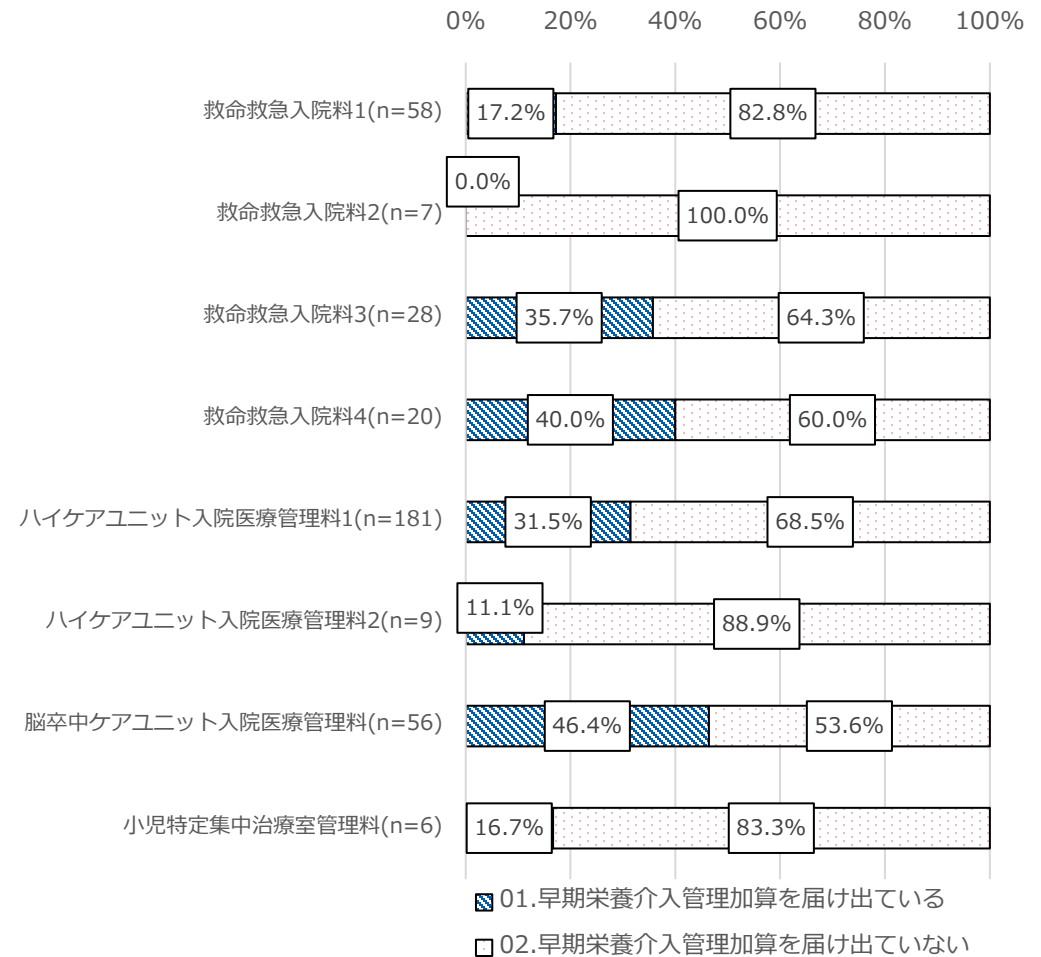
- 特定集中治療室管理料1～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
- 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、脳卒中ケアユニット入院医療管理料における届出割合が最も高く、46.4%であった。

■ 届出状況(特定集中治療室)R3/R4



■ 届出状況(特定集中治療室以外)

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等



1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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**
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(3) 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

【附帯意見(抜粋)】

- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

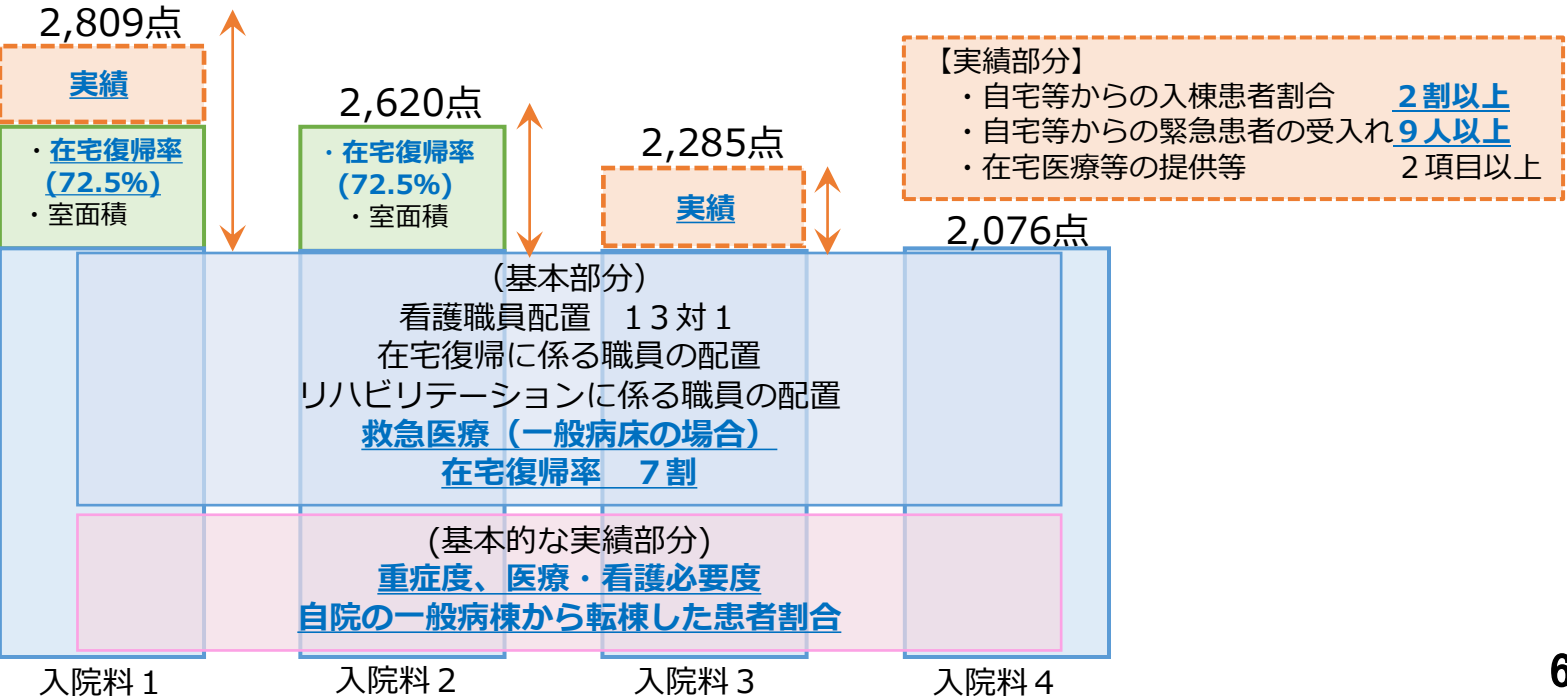
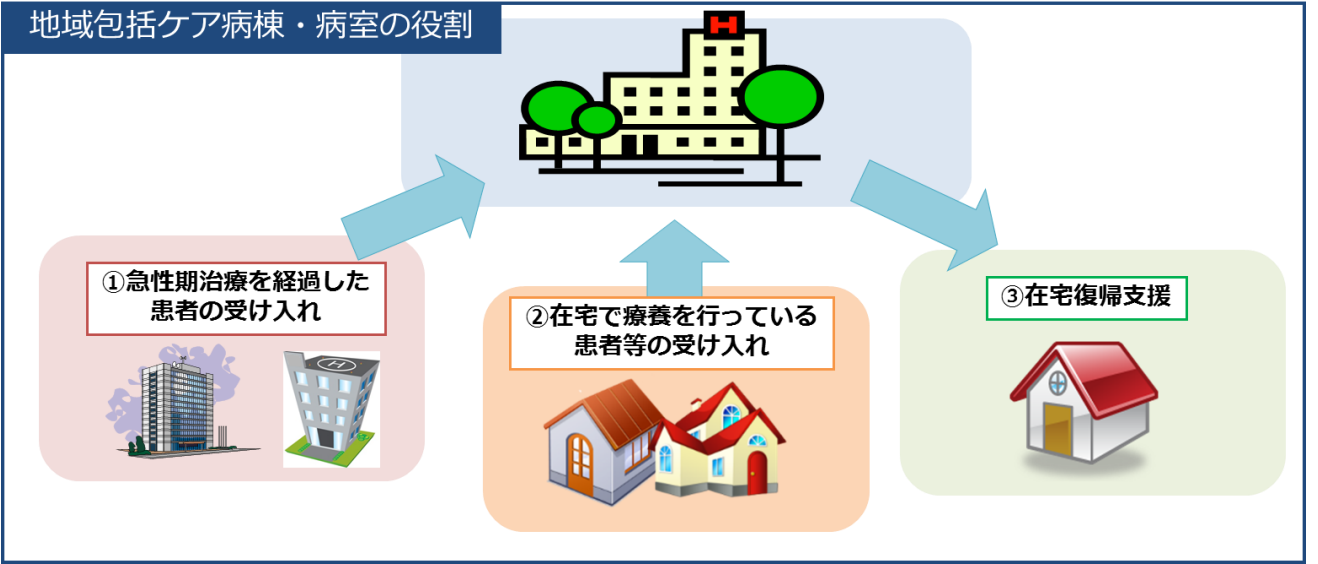
- ①地域包括ケア病棟入院料における実績要件及び施設基準等の見直し
- ②地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し
- ③回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件等の見直し
- ④回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

【調査内容案】

調査対象: 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

- 調査内容: (1) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療・救急医療等の提供状況
- (2) 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におけるリハビリテーションの提供状況及びその実績等の状況
- (3) 各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

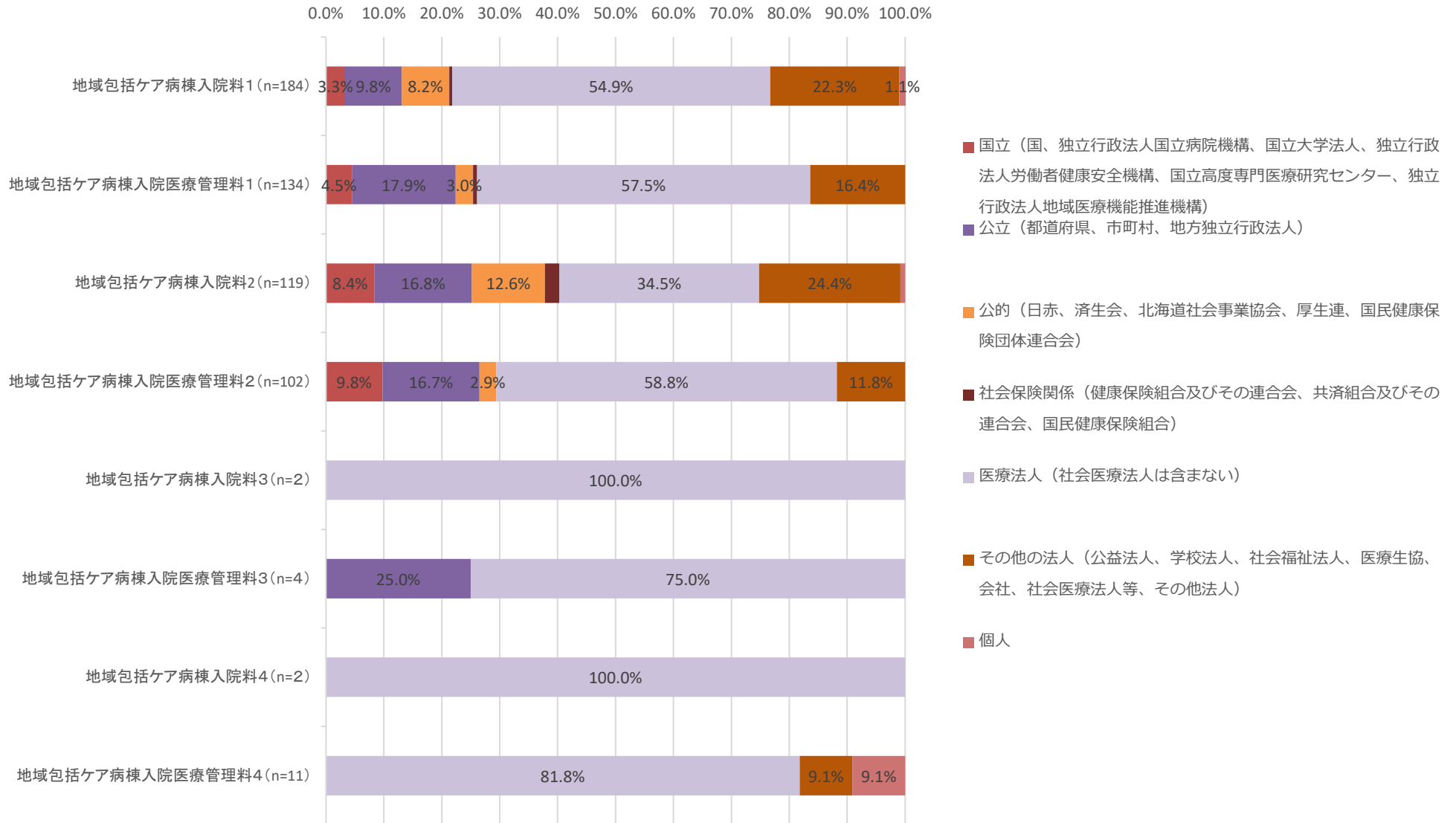


	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
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	○		－		○		－	
室面積	6.4平方メートル以上				－			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		6 割未満 (許可病床数 200床 以上の場合) <u>(満たさない場合85／100に減算)</u>		－		6 割未満 (許可病床数 200床 以上の場合) <u>(満たさない場合85／100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 <u>(満たさない場合90／100に減算)</u> <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 <u>(満たさない場合90／100に減算)</u> <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90／100に減算）</u>							
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）	

・療養病床については 95 / 100 の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれかを満たす場合は 100 / 100

回答施設の状況（地域包括ケア病棟・病室）

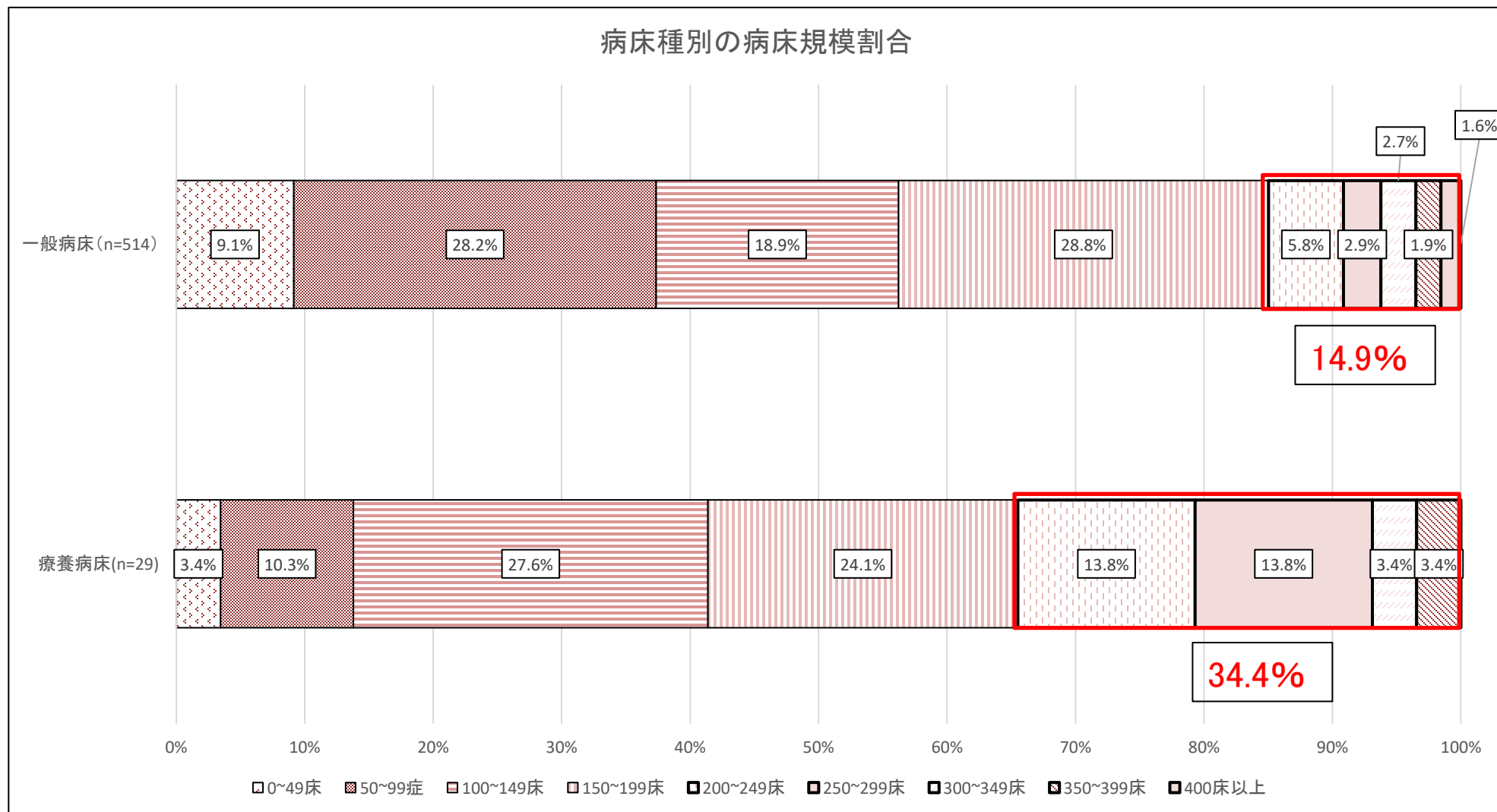
○ 地域包括ケア病棟・病室の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病床の病床種別の許可病床数

- 地域包括ケア病棟・病室について、有している地域包括ケア病棟・病室の病床種別の許可病床数の割合は、以下のとおりであった。
- 許可病床数200以上の医療機関の割合(赤枠)は、一般病床で14.9%、療養病床で34.4%であった。



地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

- 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ている。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ている。

入院料別の届出病床の状況(令和4年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計)

入院料		地域包括ケア病棟 入院料・管理料 1	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 2	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 3～4
回答施設数		285	200	8
届出率	急性期一般入院料	72.6%	87.5%	50.0%
	地域一般入院料	0.4%	1.0%	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	40.0%	35.0%	50.0%
	療養病棟入院料	29.5%	21.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料	3.5%	3.5%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	1.8%	5.0%	0.0%

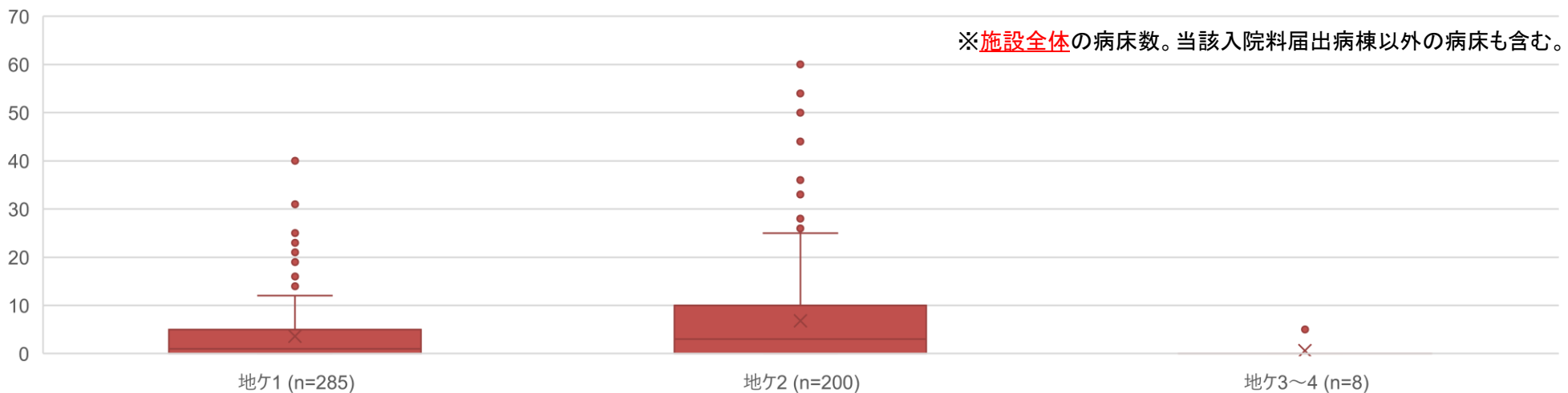
地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

入院料		地域包括ケア 病棟入院料・管理料 1	地域包括ケア 病棟入院料・管理料 2	地域包括ケア 病棟入院料・管理料 3～4
回答病棟数		214	159	9
平均病床数		39.15	38.51	29.22
40床あたり平均職員数	看護師	19.00	17.89	13.76
	准看護師	1.96	1.55	2.23
	看護師及び准看護師	20.96	19.44	15.99
	看護補助者	6.94	5.79	6.25
	看護補助者のうち、介護福祉士	1.62	1.68	0.44
	薬剤師	0.58	0.58	0.47
	管理栄養士	0.34	0.28	0.25
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	3.04	2.58	4.10
	相談員	0.80	0.64	0.77
	医師事務作業補助者	0.22	0.24	0.07
	その他の職員	0.80	0.35	0.16

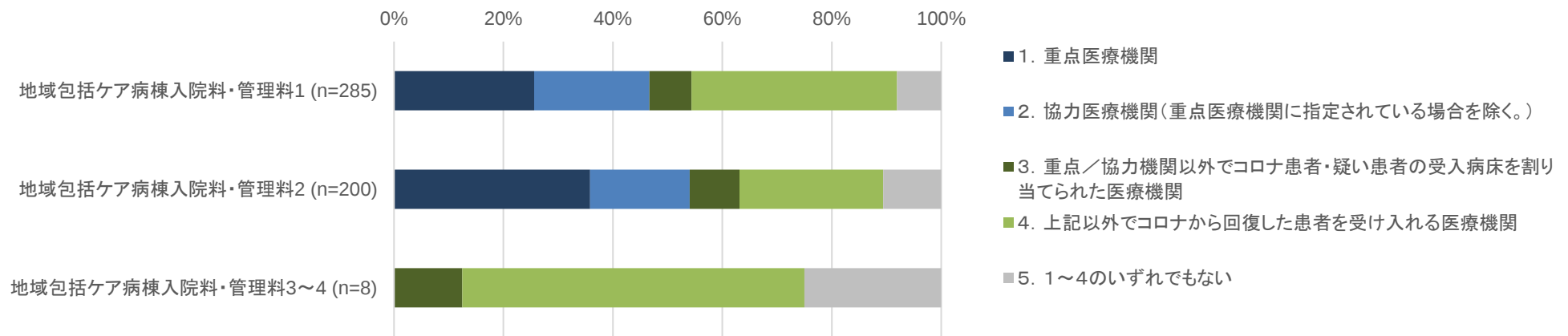
地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における新型コロナウイルス感染症対応状況

○ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1及び2を算定している医療機関のうち約5割が、重点医療機関、協力医療機関のいずれかに指定されていた。指定されていない施設であっても、コロナから回復した患者を受け入れる医療機関が多かった。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数(令和4年11月1日時点)※



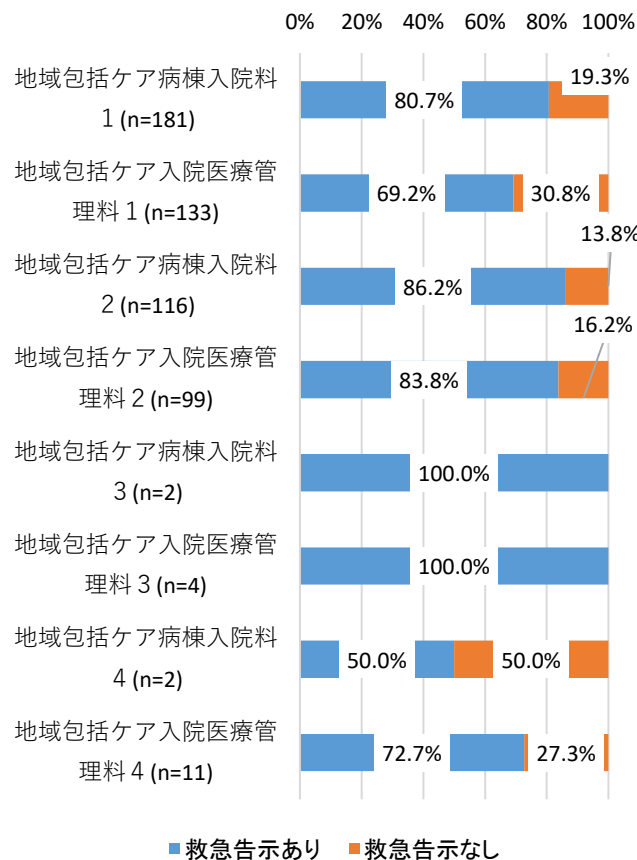
重点・協力医療機関の指定等の状況(令和4年11月1日時点)



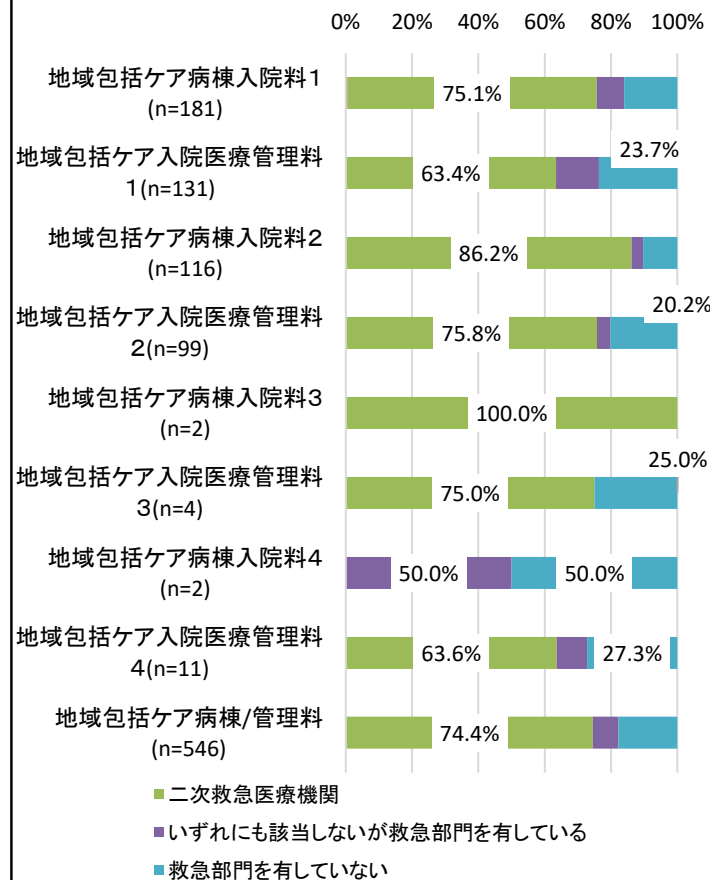
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、病院が救急告示病院である割合は、地域包括ケア病棟入院料1で80.7%、地域包括ケア病棟入院料2で86.2%であった。
- 地域包括ケア病棟を有する病院について、病院が二次救急医療機関に該当する割合は、地域包括ケア病棟入院料1で75.1%、地域包括ケア病棟入院料2で86.2%であった。

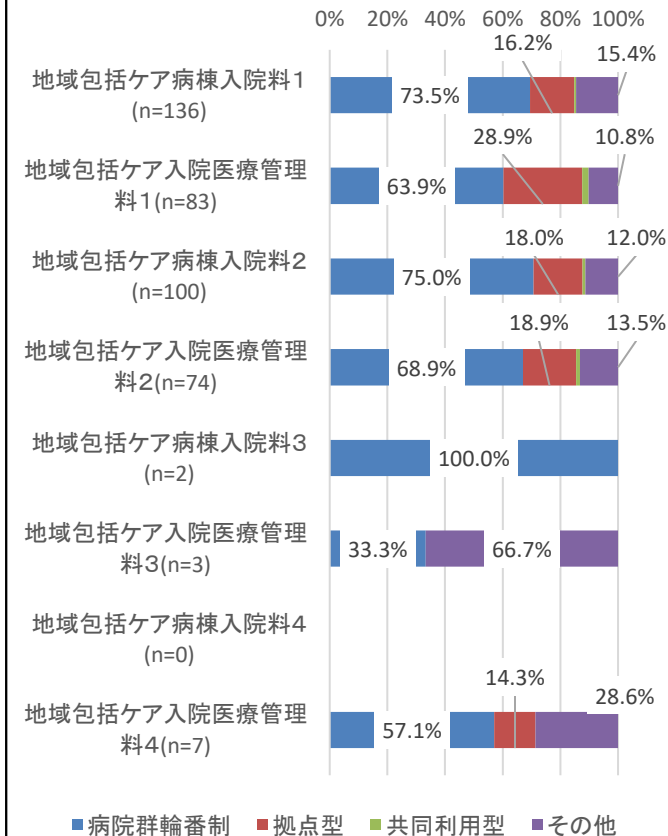
救急告示の有無



救急医療体制



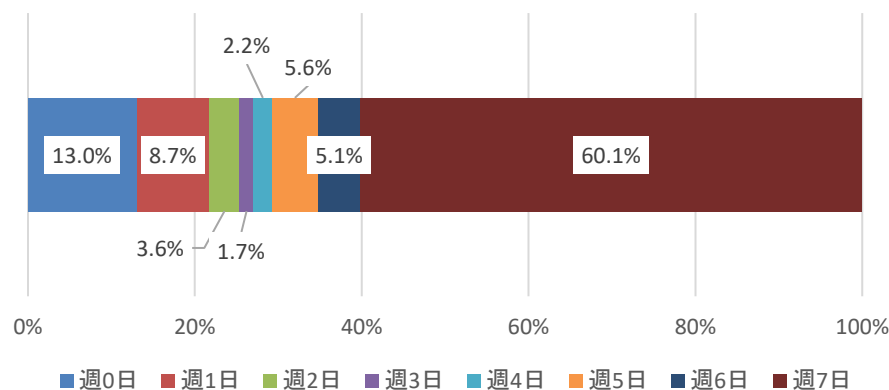
(二次救急医療機関の場合) 二次救急医療体制



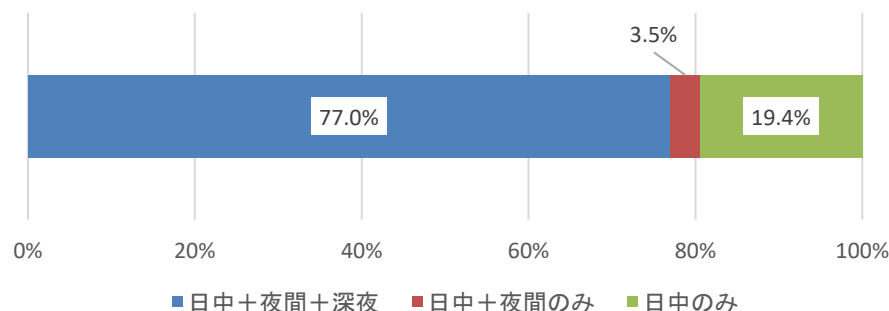
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

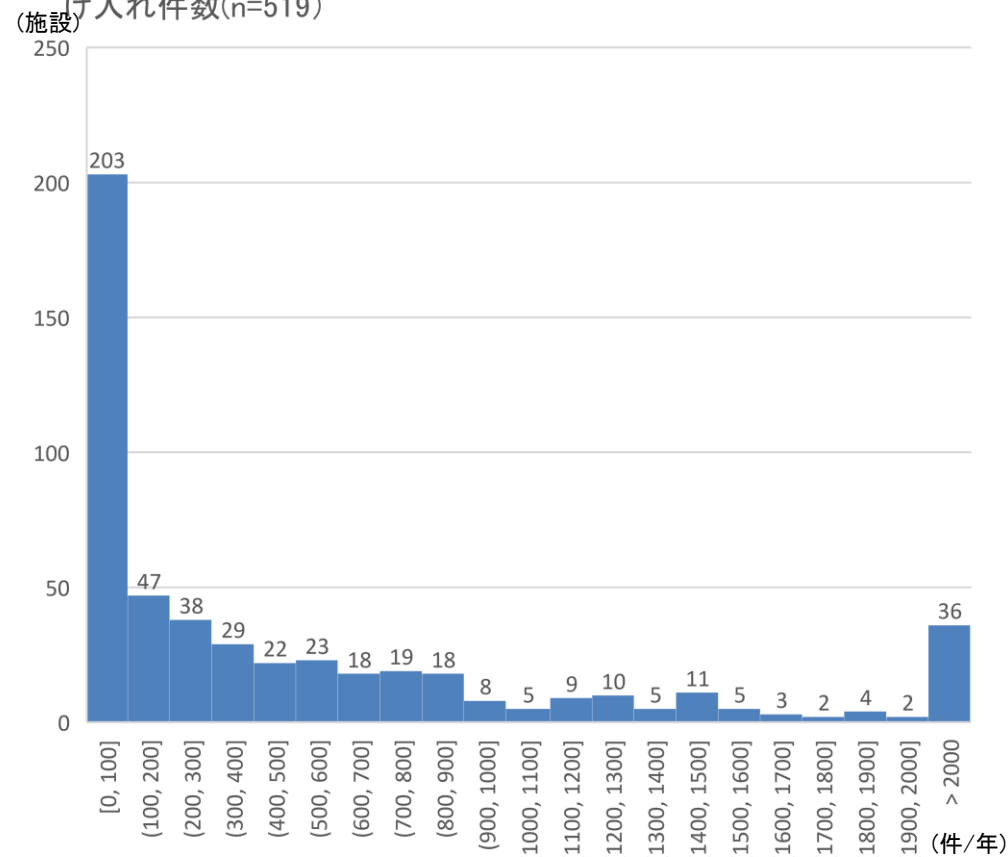
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

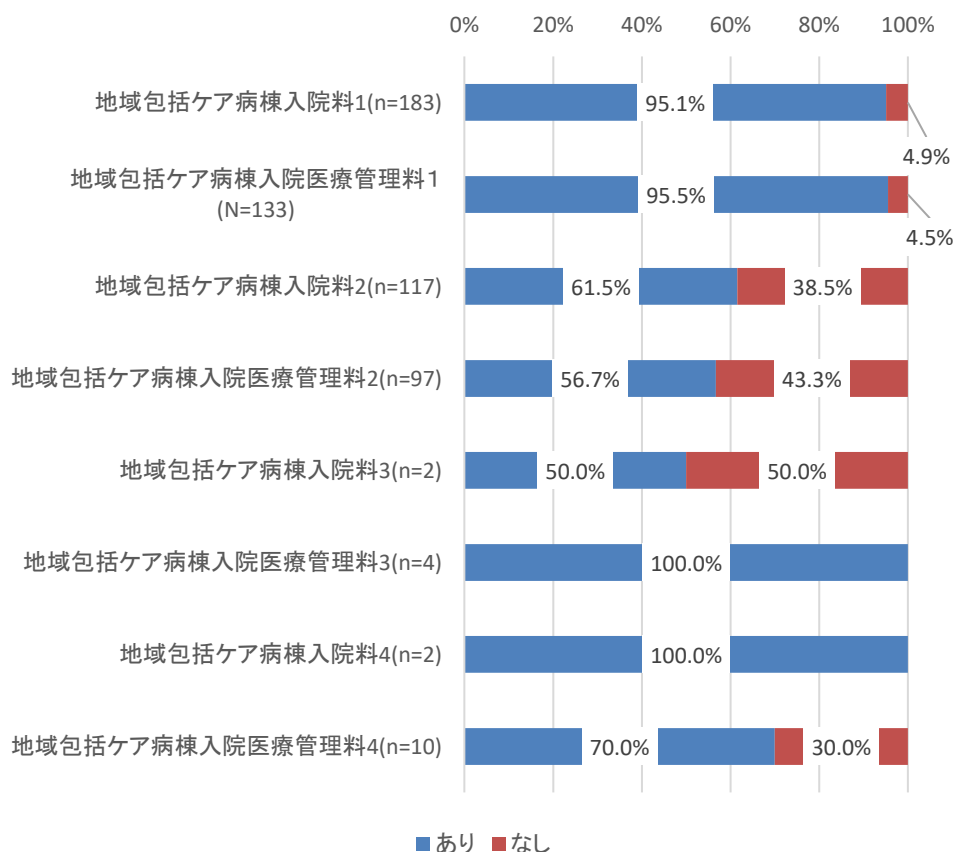
○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料 1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料 2 (n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料 3 (n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料 4 (n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料 4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

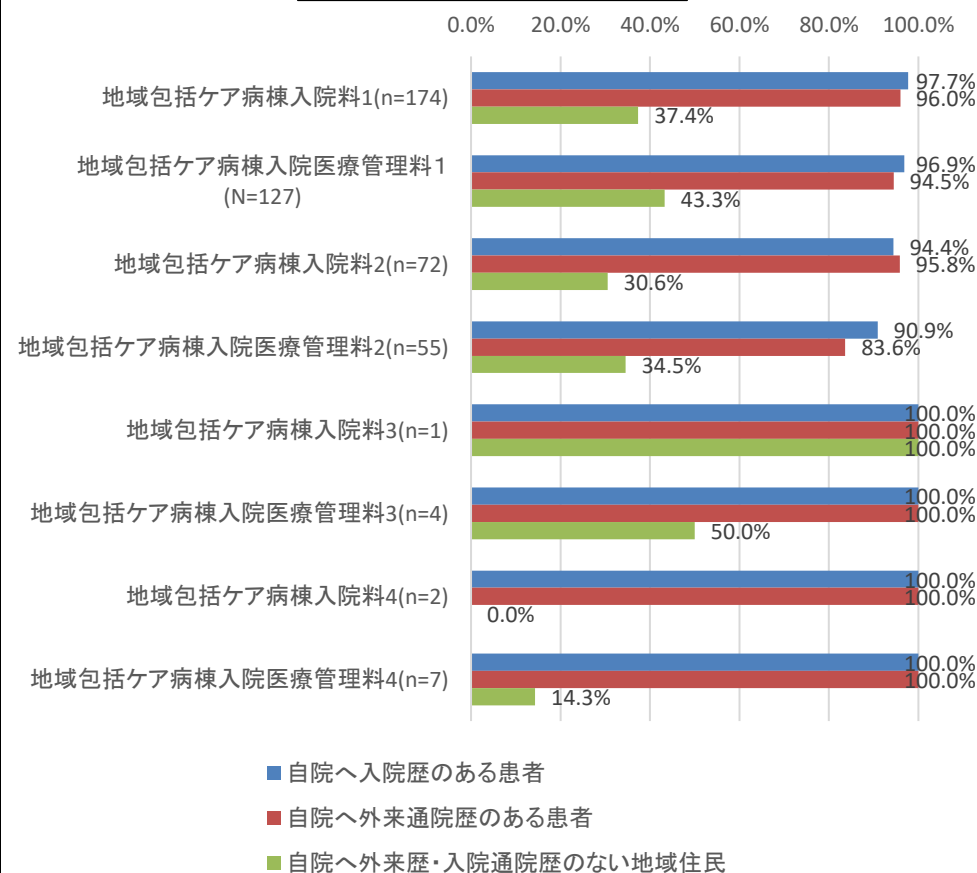
地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の提供状況について、地域包括ケア病棟1を有する病院の9割以上が在宅医療を提供していた一方、地域包括ケア病棟2を有する病院では約6割であった。

在宅医療の提供の有無



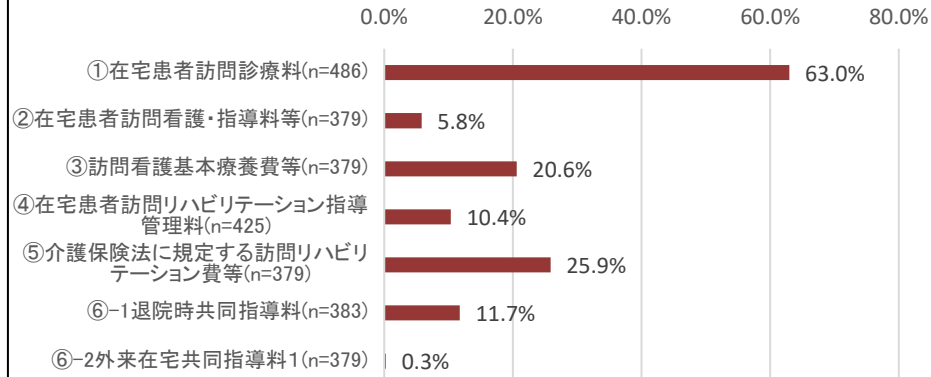
在宅医療の提供対象者



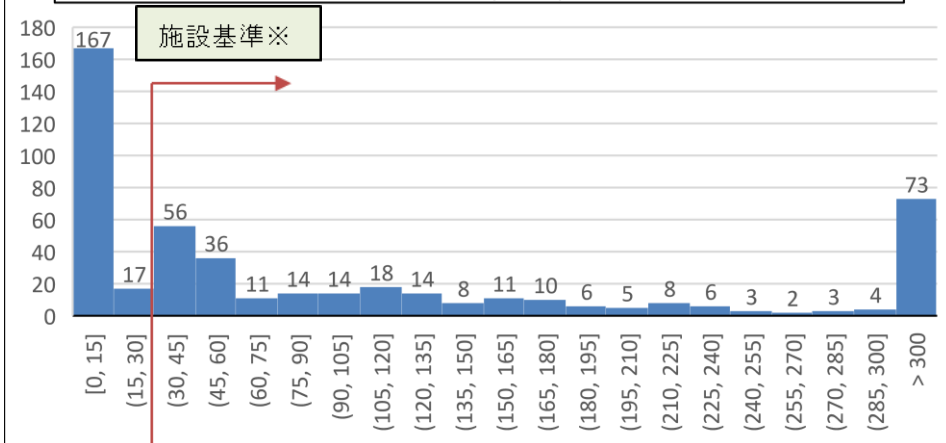
在宅医療等の提供状況①

○ 地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

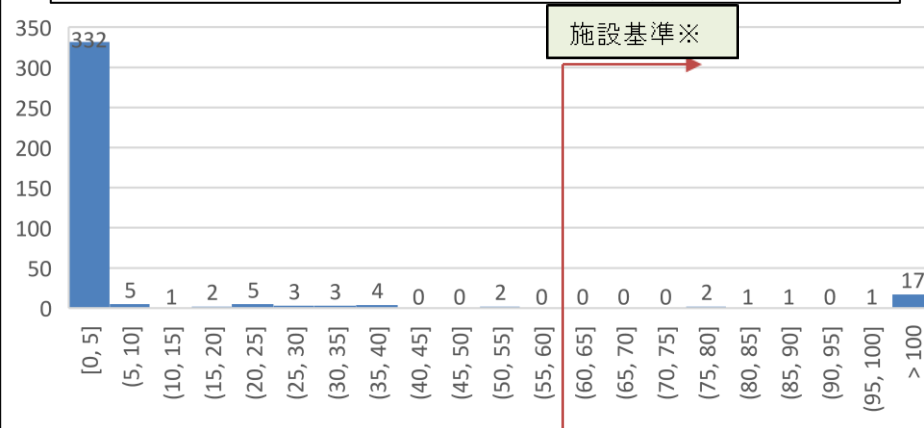
在宅の実績に係る施設基準要件を満たしている割合



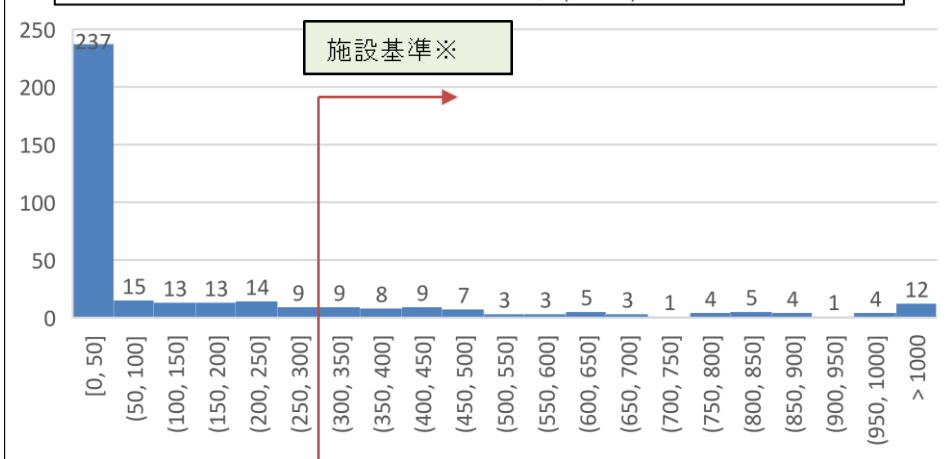
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=486)



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看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



③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（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)

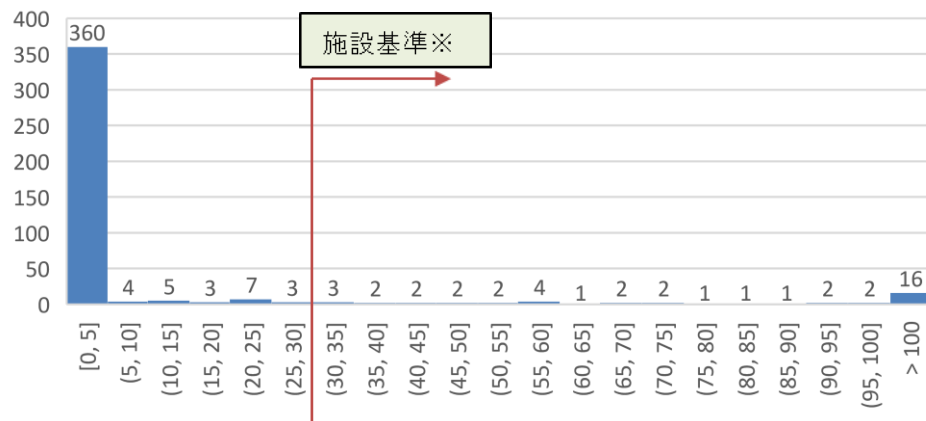


※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。（2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件）

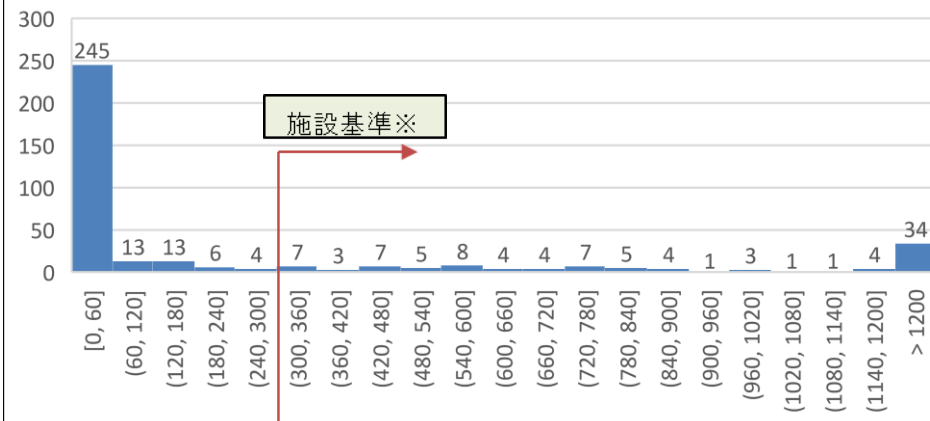
在宅医療等の提供状況②

○ 地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。

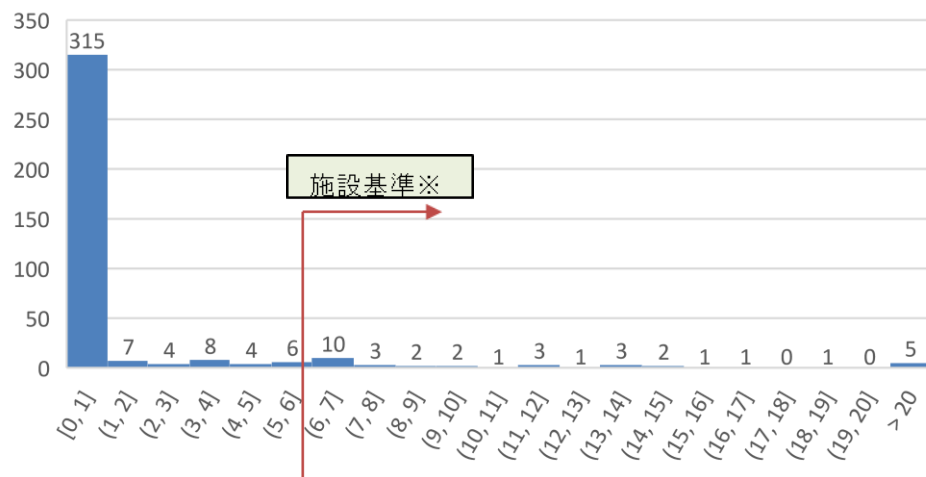
④区分番号「C 0 0 6」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）（n=425）



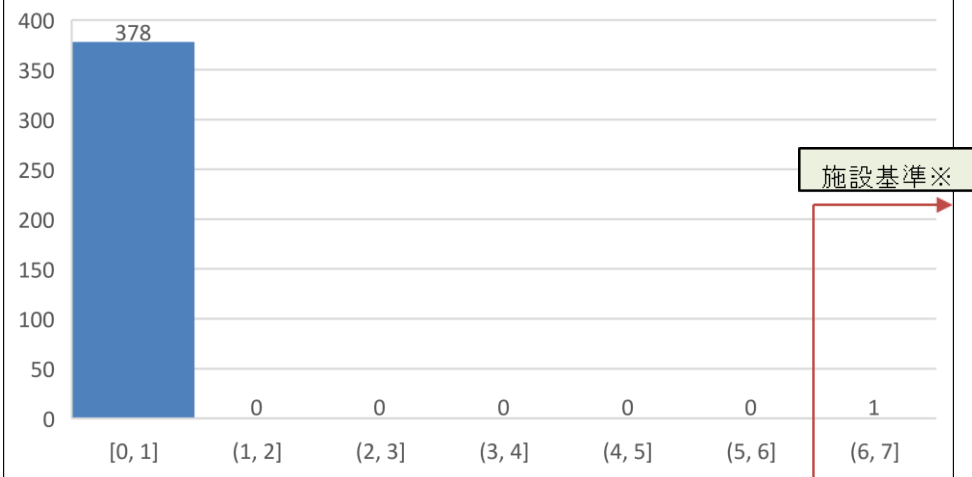
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）（n=379）



⑥-1退院時共同指導料2の算定回数(n=383)



⑥-2外来在宅共同指導料1の算定回数(n=379)

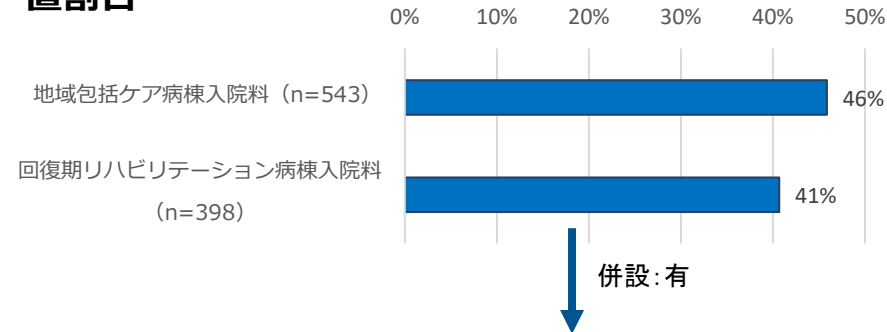


※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。（2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件）

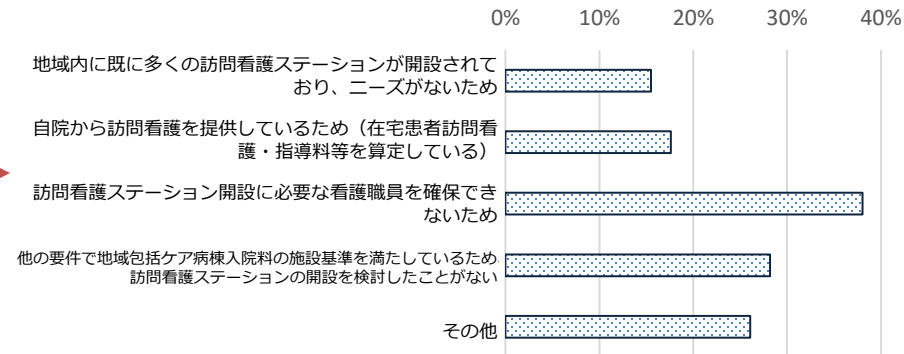
地域包括ケア病棟を有する病院における訪問看護

- 地域包括ケア病棟を有する病院に併設する訪問看護ステーションでは、「24時間対応体制加算の届出」や「併設医療機関以外の主治医の利用者が1割以上」が約9割以上である一方、地域における人材育成等の実施割合は低い。

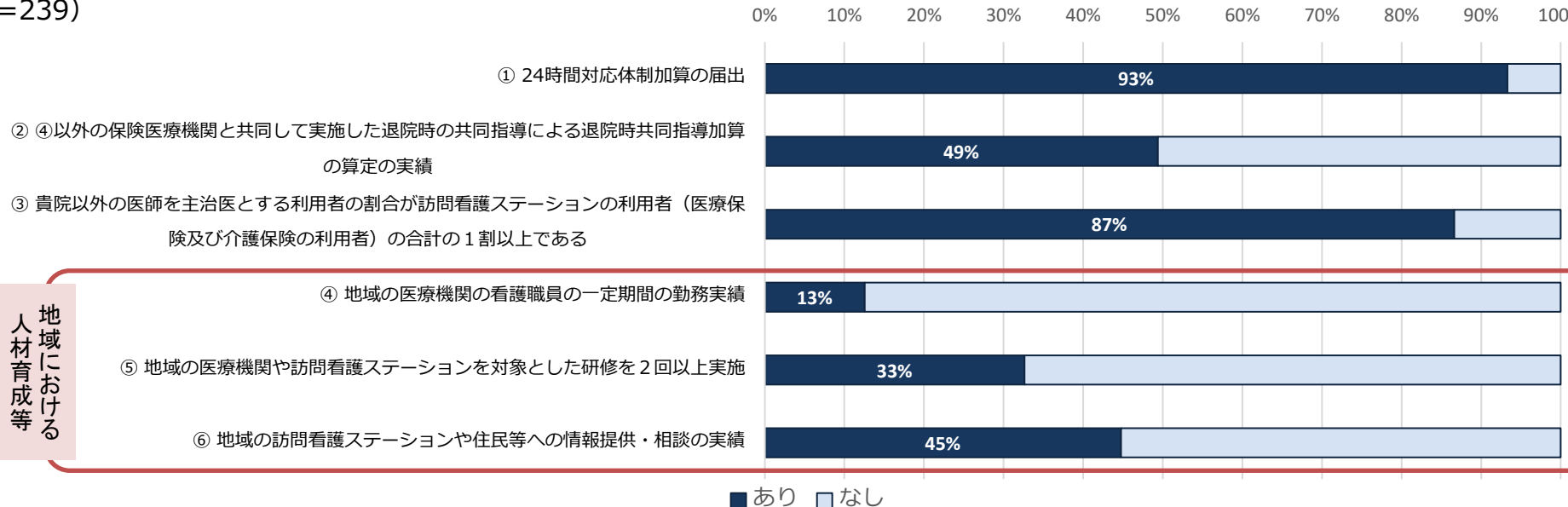
■ 同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



■ 訪問看護ステーションを併設しない理由 (n=284)

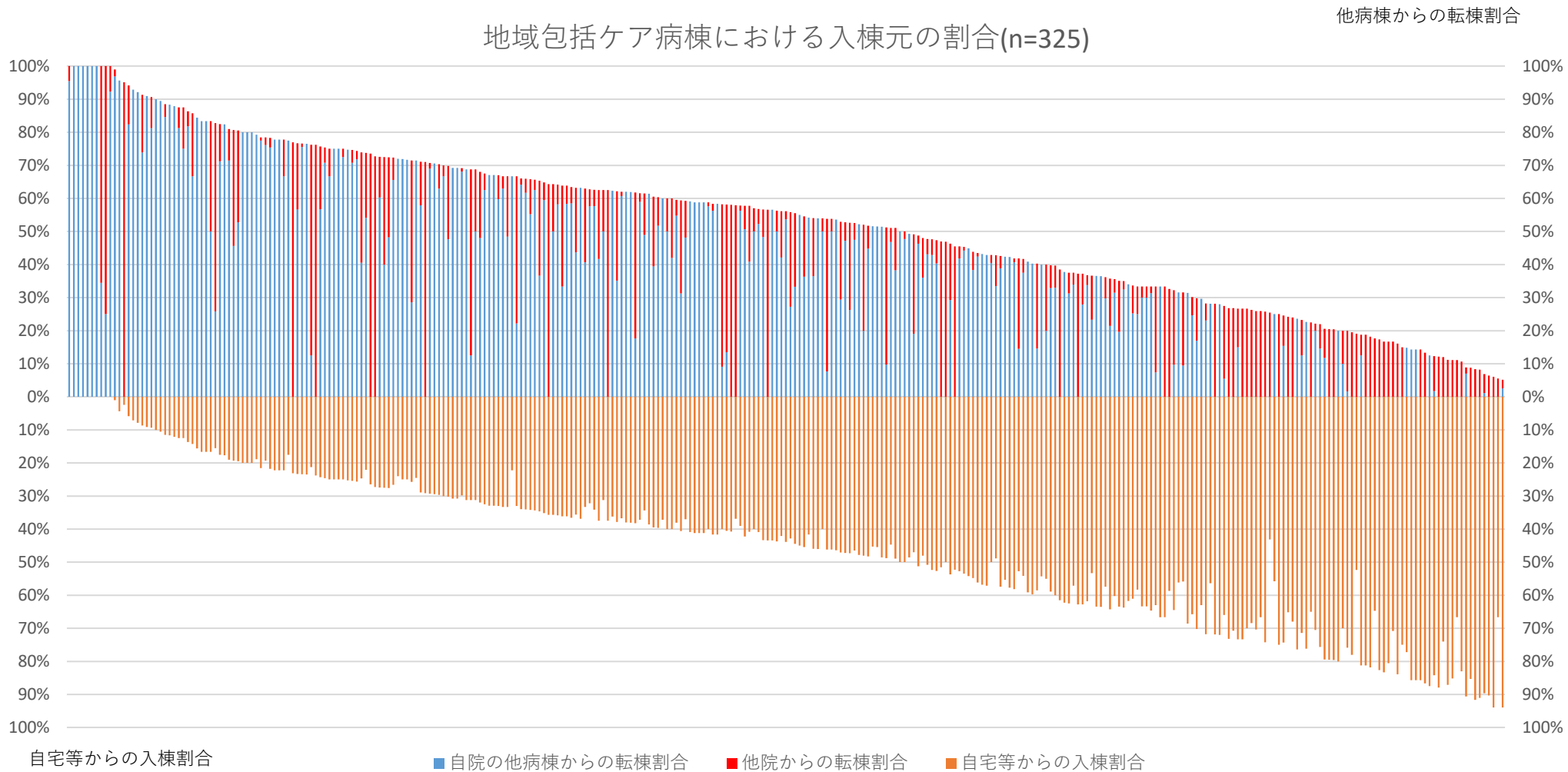


■ 地域包括ケア病棟を有する医療機関における併設訪問看護ステーションの訪問看護療養費（医療保険）の届出状況等 (n=239)



地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

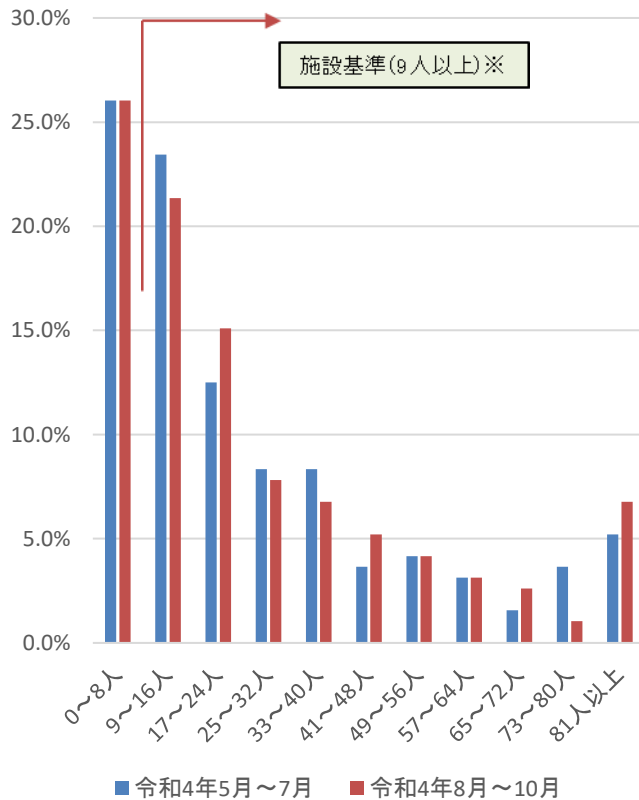
○ 地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。



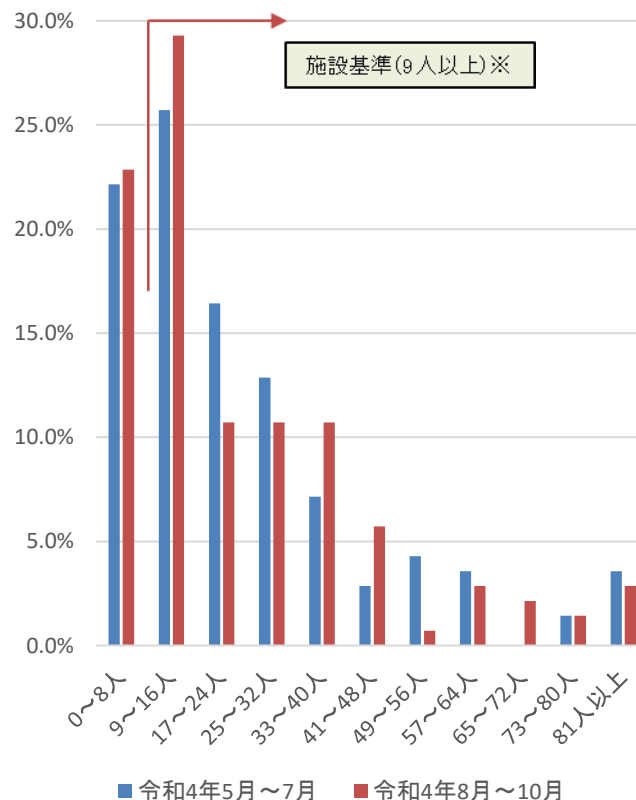
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

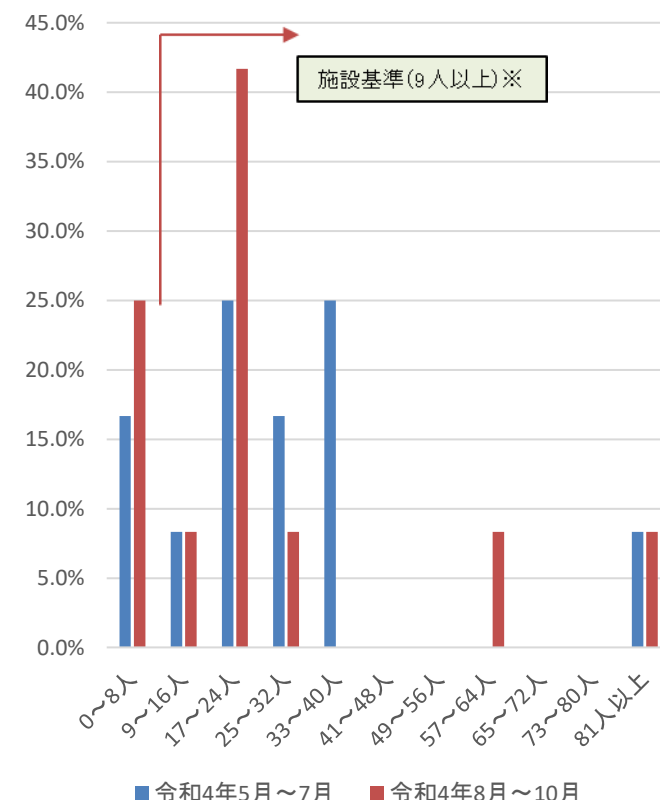
地域包括ケア病棟入院料・入院
医療管理料1(n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院
医療管理料2(n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医
療管理料3・4(n=12)

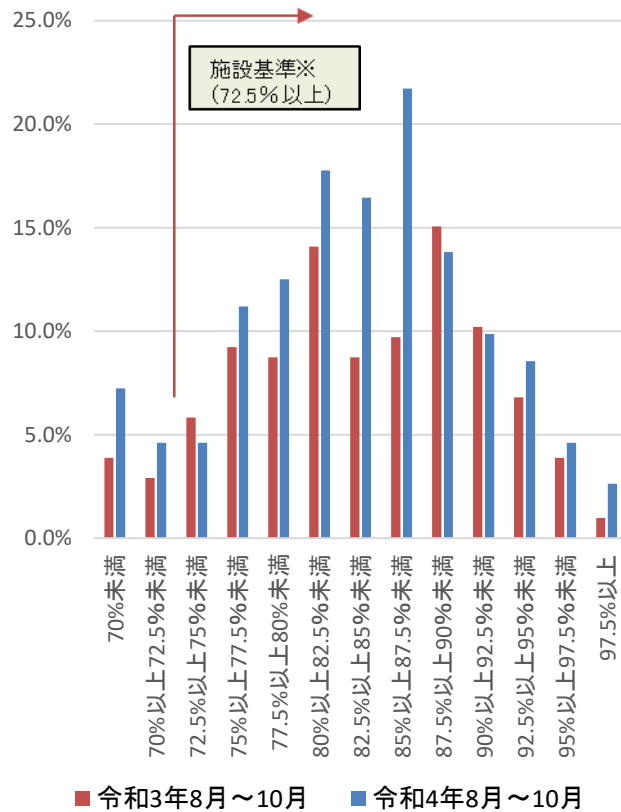


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

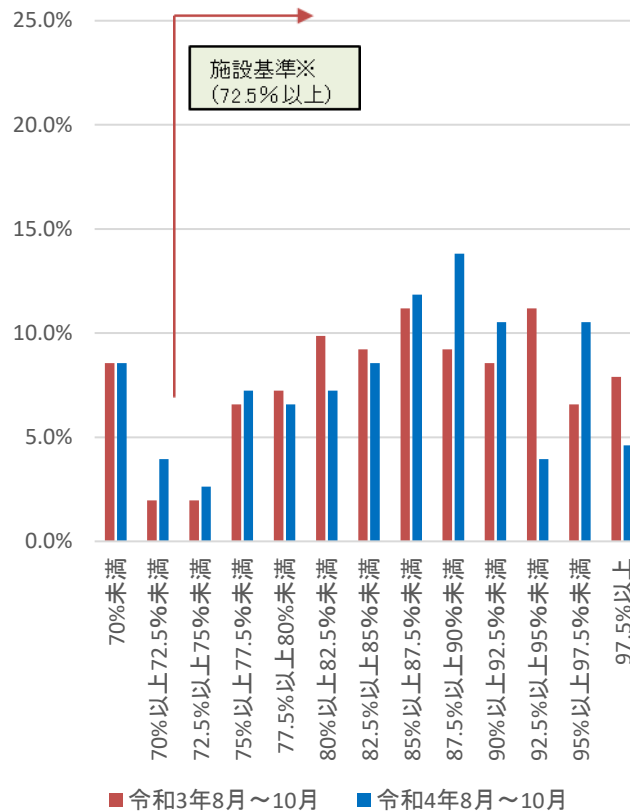
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料を届け出ている病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
- 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、令和3年と比較して令和4年では、在宅復帰率が高い傾向にある。

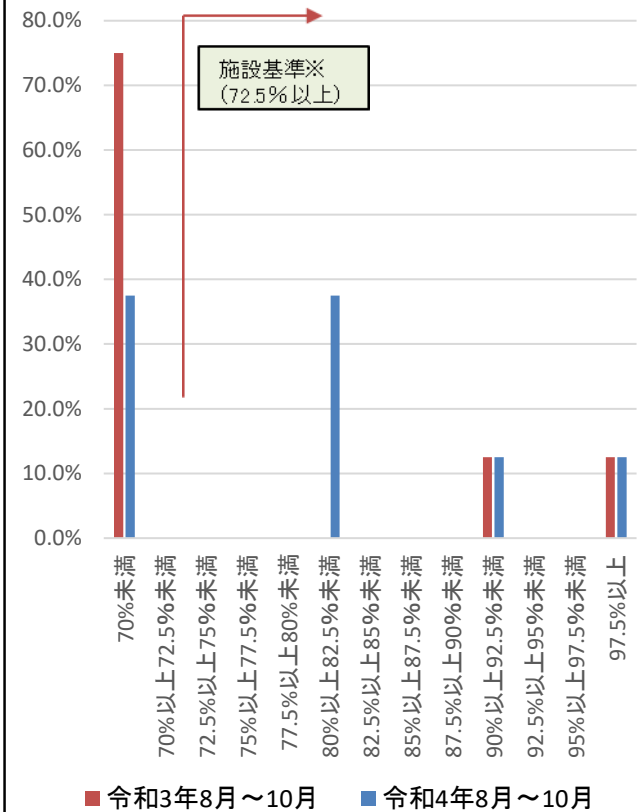
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1 (n=206)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料2 (n=152)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4 (n=8)



※令和4年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、33.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、48.2%であった。

【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	17.3%
	他院の一般病床以外	1.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	27.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	自院の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を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	0.5%
有床診療所		0.0%
その他		0.1%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	48.2%
介護施設等	介護老人保健施設	6.5%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.5%
	他院の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を届け出ている病床	0.7%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	2.7%
	他院の精神病床	0.2%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.2%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.1%
有床診療所	(介護サービス提供医療機関)	0.0%
有床診療所	(上記以外)	0.0%
死亡退院		7.2%
その他		0.4%

参考: 令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.6%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
他院	他院の一般病床	12.0%
	他院の一般病床以外	1.5%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	40.8%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.9%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.0%
有床診療所		0.1%
その他		1.1%

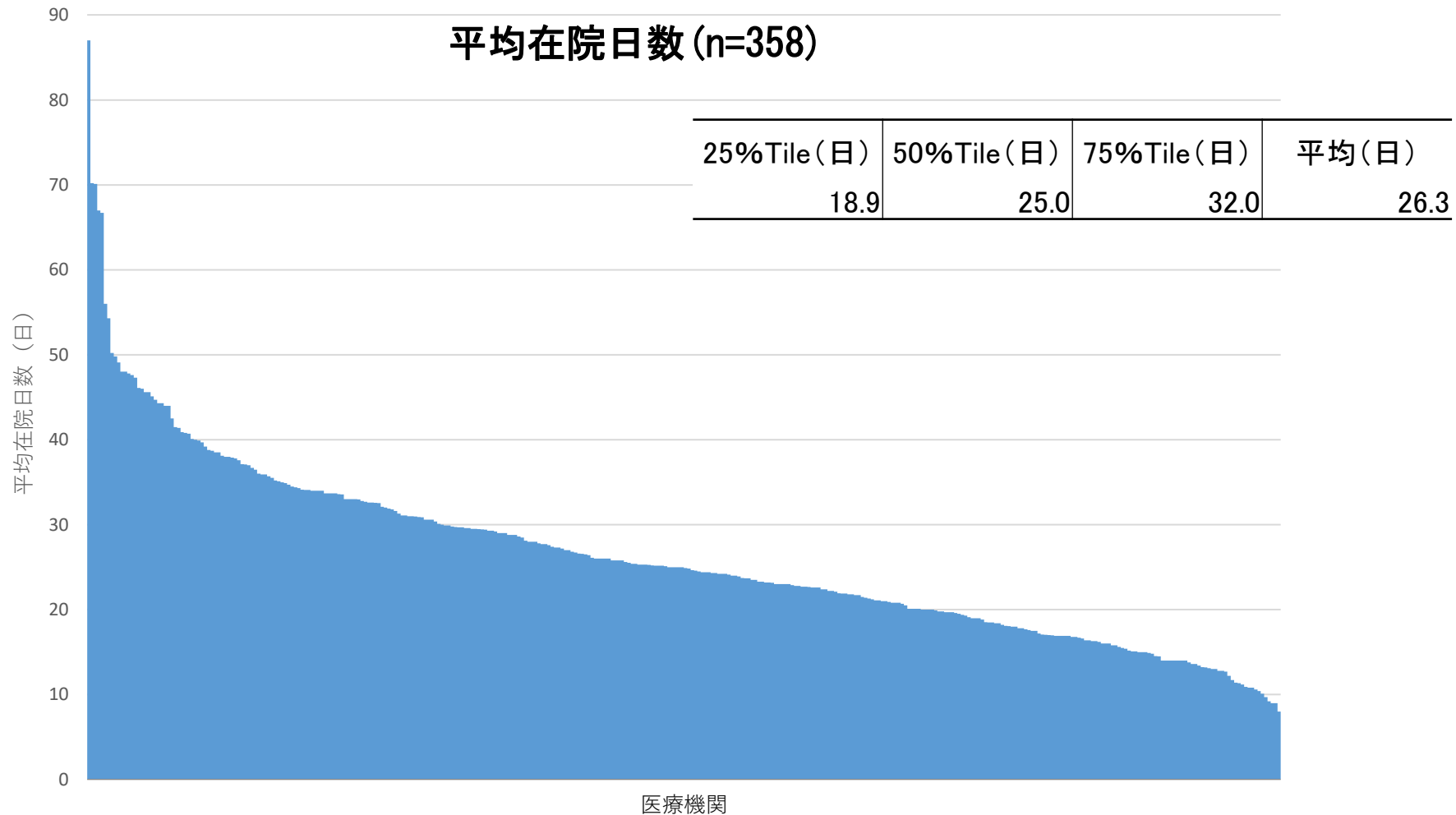
【退棟先】(n=546)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の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を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.6%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の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を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.0%
有床診療所	(介護サービス提供医療機関)	0.0%
有床診療所	(上記以外)	0.4%
死亡退院		4.9%
その他		0.0%
無回答		5.9%

地域包括ケア病棟・病室

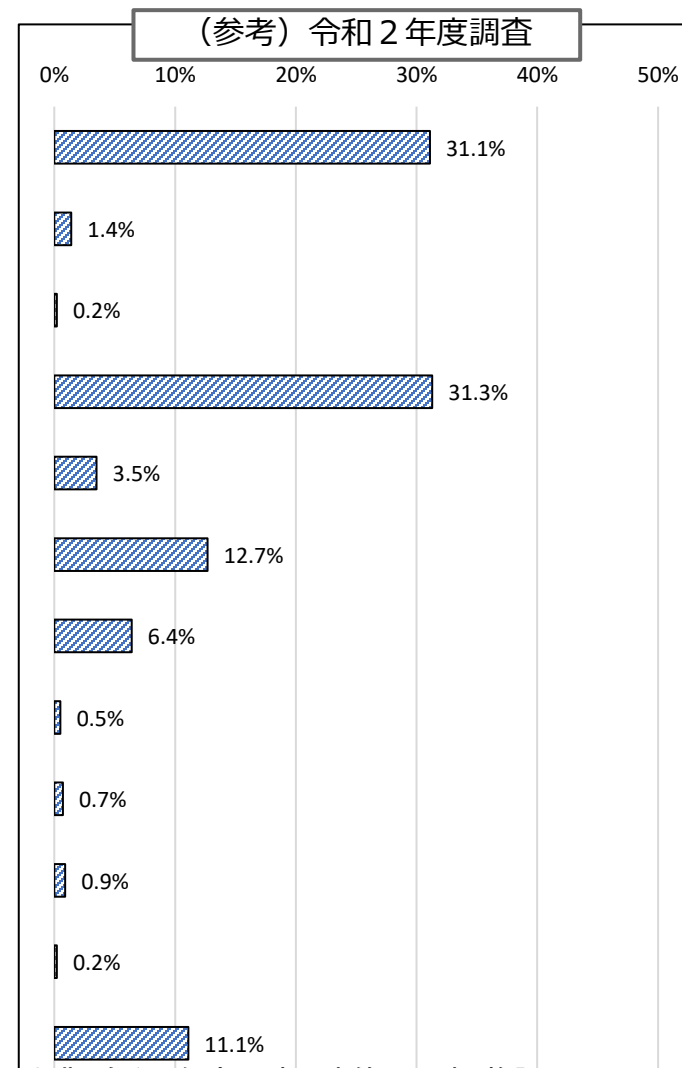
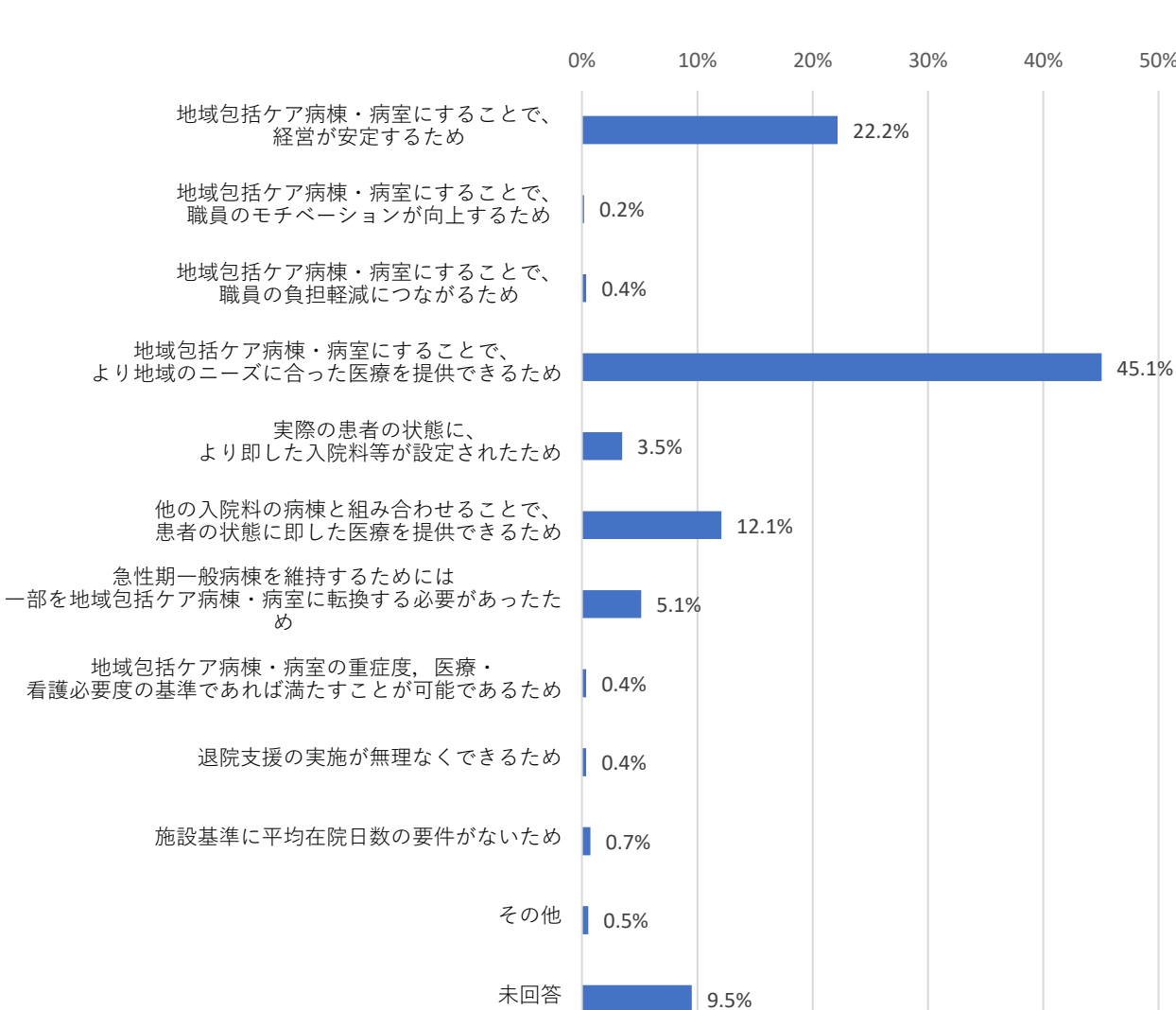
地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

○ 地域包括ケア病棟の病棟ごとの平均在院日数は、以下のとおり、ばらつきを認めた。



地域包括ケア病棟・病室の届出を行っている理由

- 地域包括ケア病棟・病室を届け出ている医療機関における、届出を行っている理由（最も該当するもの）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。

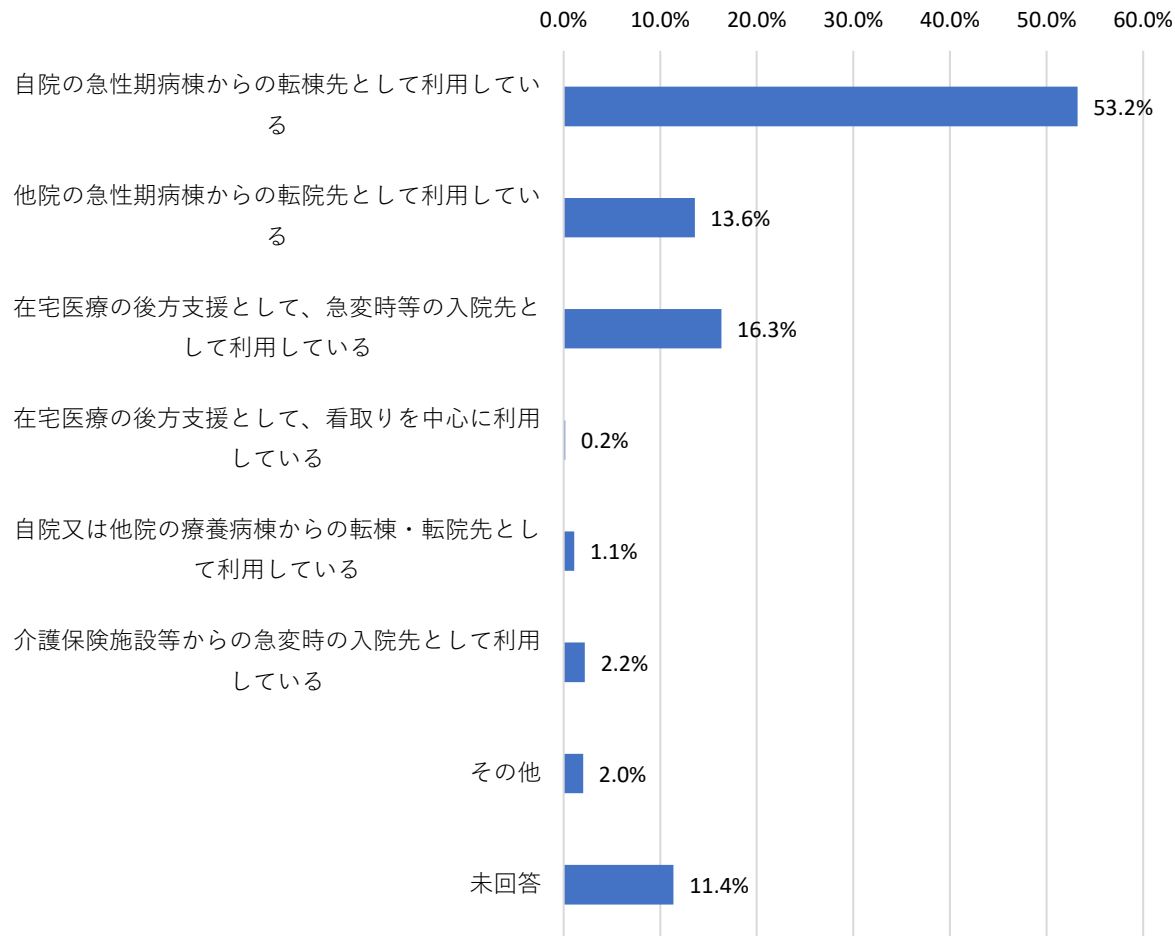


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨

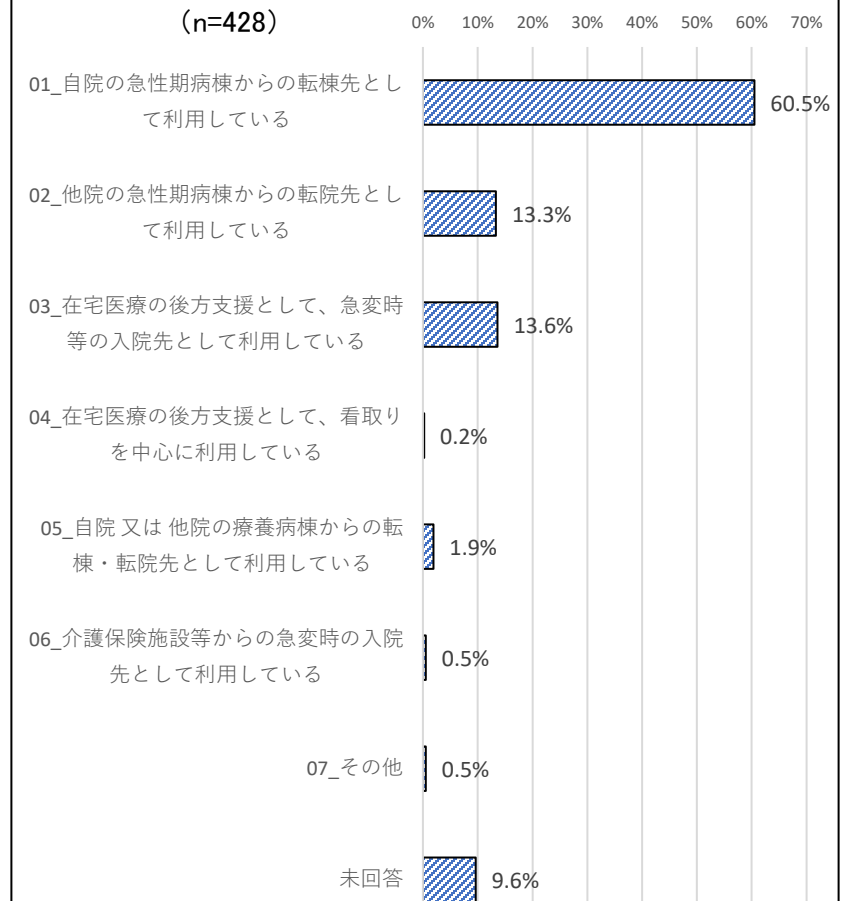
○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関における、利用に係る趣旨(最も該当するもの)については、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多かった。

(n=483)



(参考) 令和2年度調査

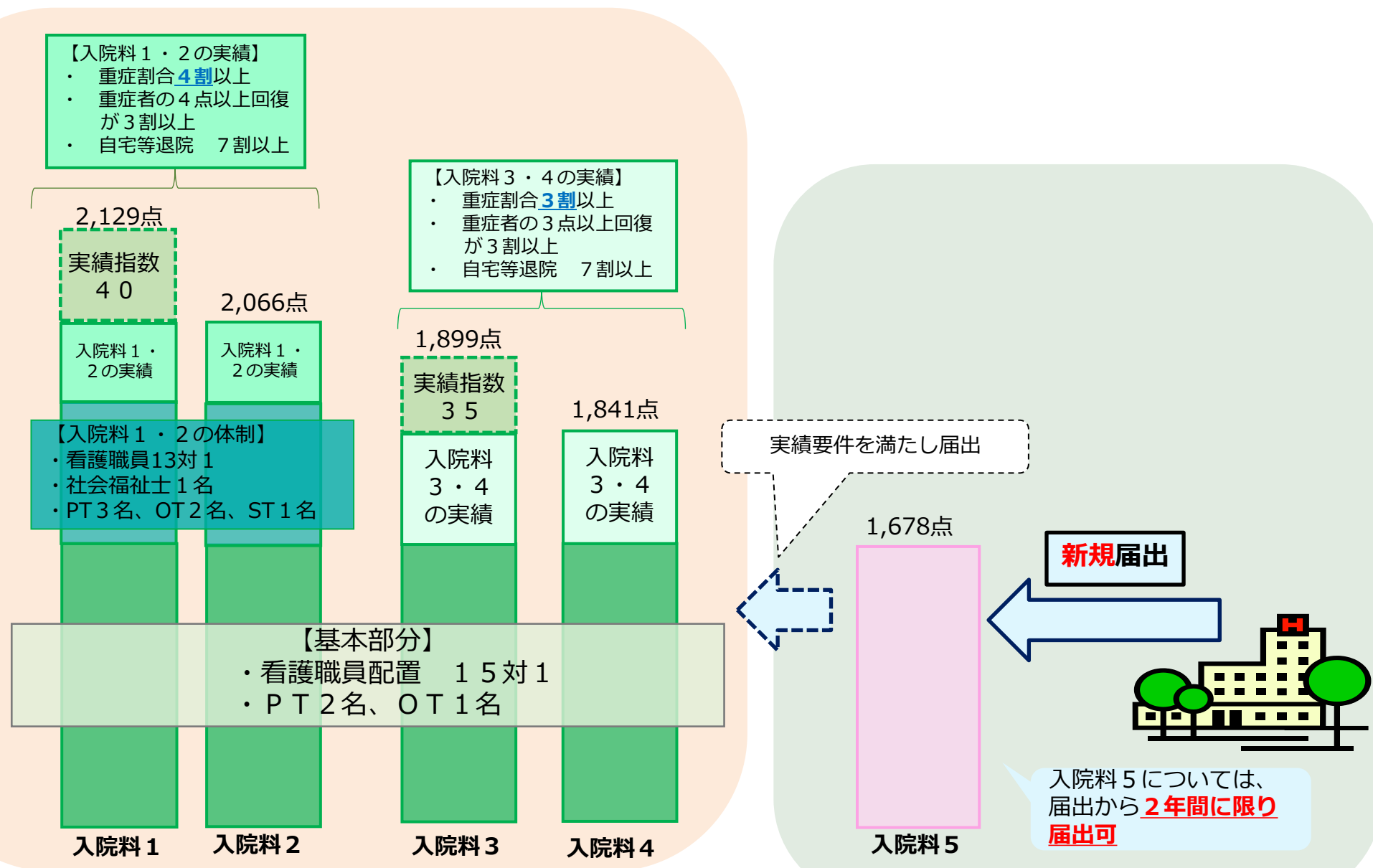
(n=428)



出典: 令和2年度入院医療等の調査(施設票)

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）



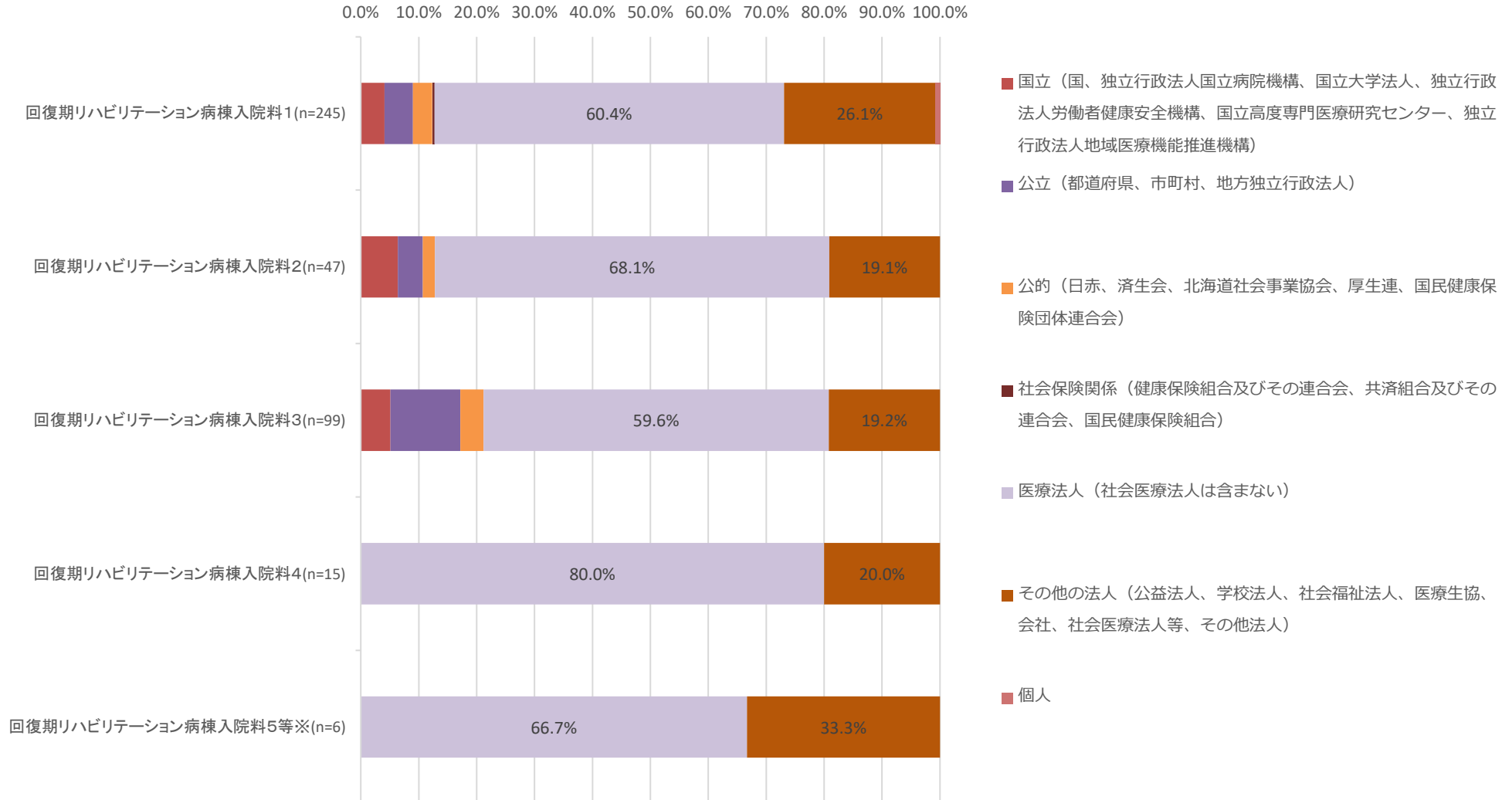
回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
看護補助者	3 0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
社会福祉士	専任常勤 1 名以上		－		
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望 ましい</u>	－	<u>受けていることが望 ましい</u>	－	－
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		－		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3 割以上→ <u>4 割以上</u>		2 割以上→ <u>3 割以上</u>		－
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 () 内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16点）以上改善		3 割以上が 3 点（12点）以上改善		－
自宅等に退院する割合	7 割以上				－
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
点数 () 内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※ 1：**入院料 5**については、**届出から 2 年間に限り算定することができる。**
なお、令和 4 年 3 月 31 日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 の届出を行っている病棟については、1 年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 を算定し、その後 1 年間、新入院料 5 を算定することができる。

回答施設の状況（回復期リハビリテーション病棟）

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている施設における、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおり、医療法人が多い。



※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

回復期リハビリテーション病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1～3を届け出ている施設では、以下のとおり、急性期一般入院料を算定する病床を届け出ている割合が高い。

回復期リハビリテーション病棟入院料別の他の入院料の届出状況
(令和4年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計)

入院料		回復期リハビリ テーション 病棟入院料 1	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 2	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 3	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 4	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 5等※
回答施設数		246	47	82	14	4
届出率	急性期一般入院料	57.7%	44.7%	59.8%	28.6%	75.0%
	地域一般入院料	3.7%	8.5%	8.5%	21.4%	25.0%
	療養病棟入院料	26.4%	40.4%	52.4%	85.7%	50.0%
	地域包括ケア病棟入院料	50.0%	46.8%	48.8%	42.9%	100.0%
	障害者施設等入院基本料	9.3%	10.6%	4.9%	14.3%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	5.7%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%

※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

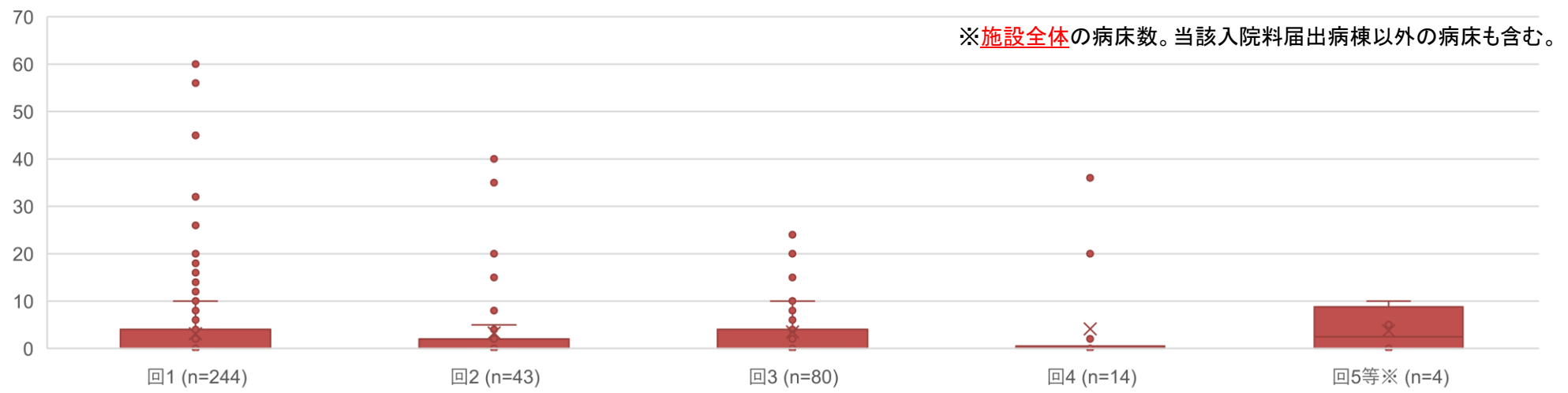
回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

入院料		回復期リハビリ テーション 病棟入院料 1	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 2	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 3	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 4	回復期リハビリ テーション 病棟入院料 5～6
回答病棟数		249	34	72	9	2
平均病床数		48.46	44.82	38.28	46.22	30.00
40 床 あ た り 平 均 職 員 数	看護師	25.23	20.80	12.69	12.20	10.50
	准看護師	1.82	2.49	1.77	3.38	0.50
	看護師及び准看護師	27.05	23.29	14.46	15.58	11.00
	看護補助者	11.09	9.12	6.66	9.23	4.65
	看護補助者のうち、介護福祉士	6.03	4.25	2.60	2.75	0.50
	薬剤師	0.70	0.39	0.44	0.49	0.00
	管理栄養士	1.12	0.67	0.44	0.13	0.00
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	29.75	21.56	11.32	6.72	8.75
	相談員	1.76	1.49	0.85	0.28	1.00
	医師事務作業補助者	0.35	0.30	0.11	0.15	0.00
	その他の職員	0.82	1.30	0.38	0.00	0.00

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

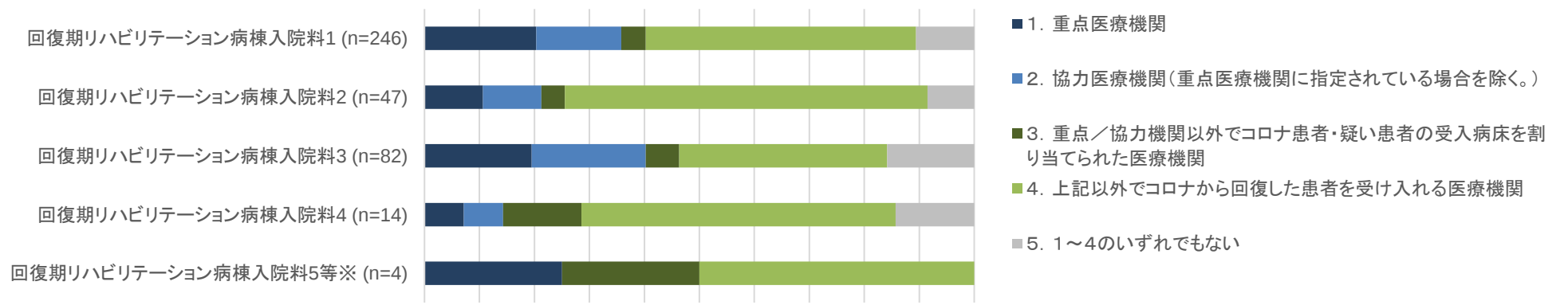
○ 回復期リハビリテーション病棟の届出施設の多くは、重点医療機関及び協力医療機関いずれにも指定されていないがコロナ回復患者を受け入れており、3割程度は重点医療機関又は協力医療機関に指定されていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数(令和4年11月1日時点)※



重点・協力医療機関の指定等の状況(令和4年11月1日時点)

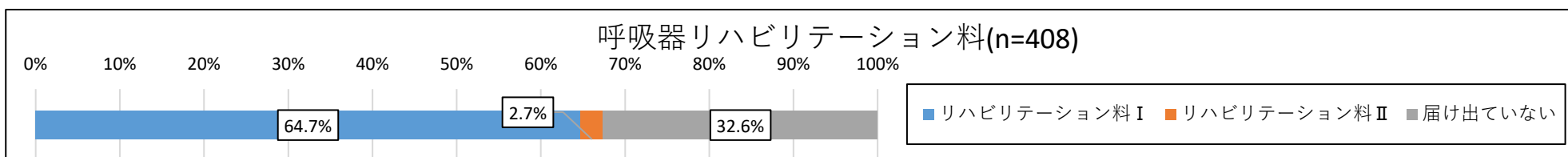
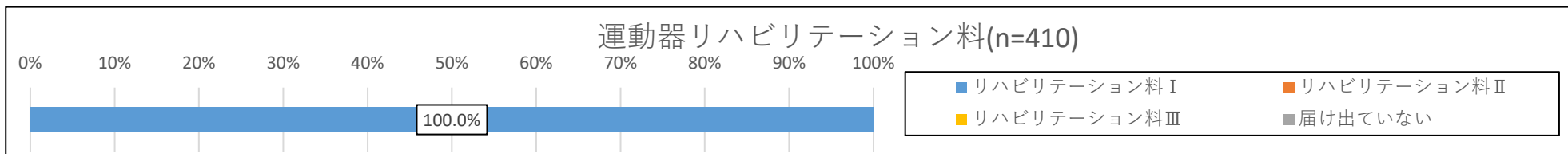
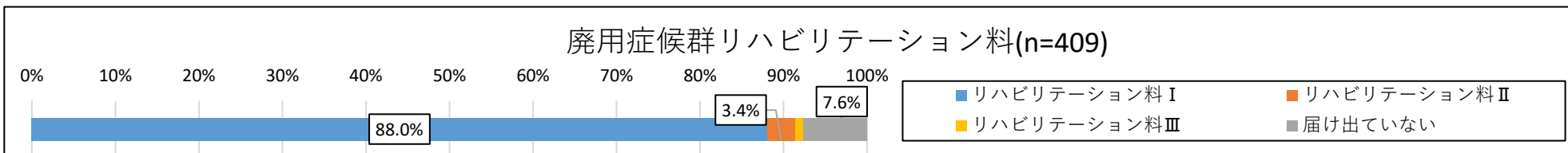
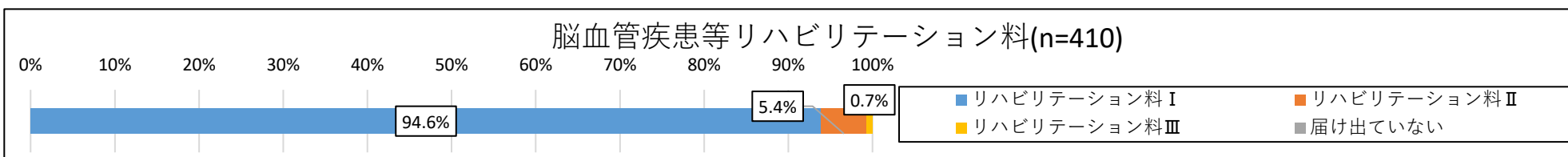
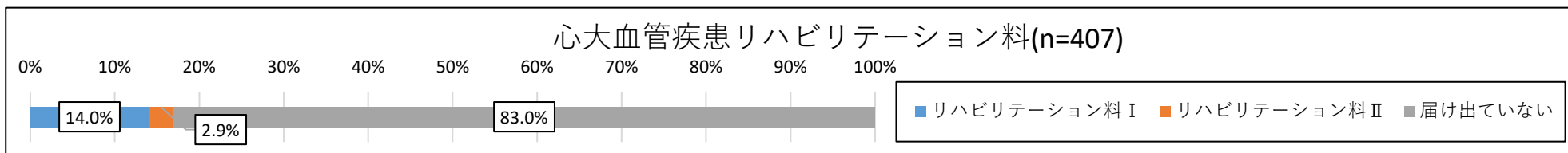
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

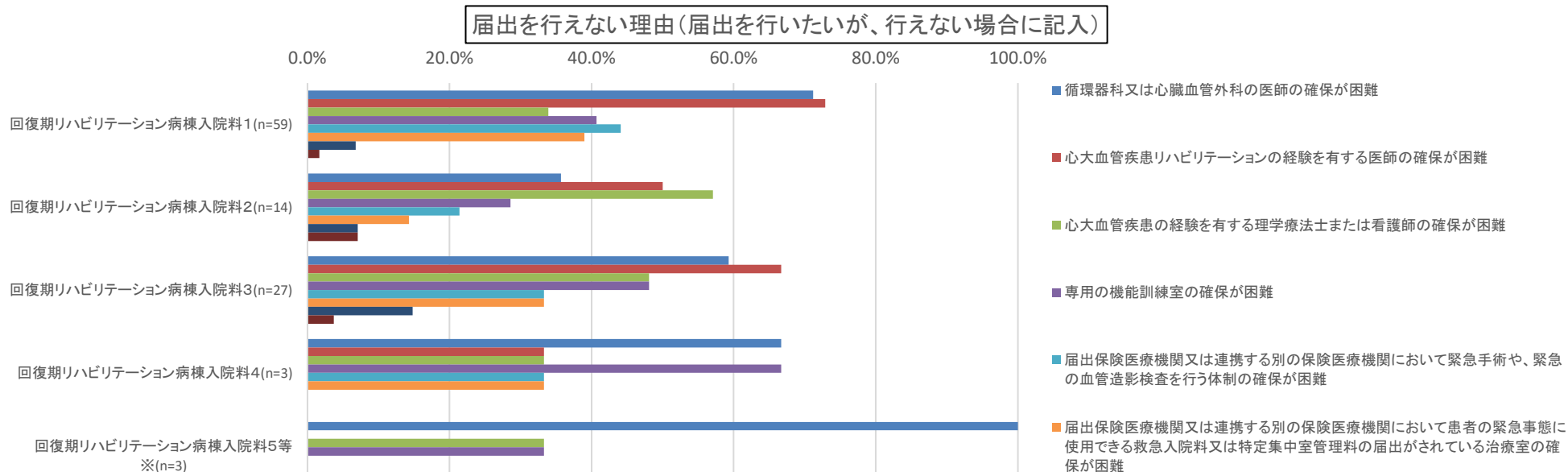
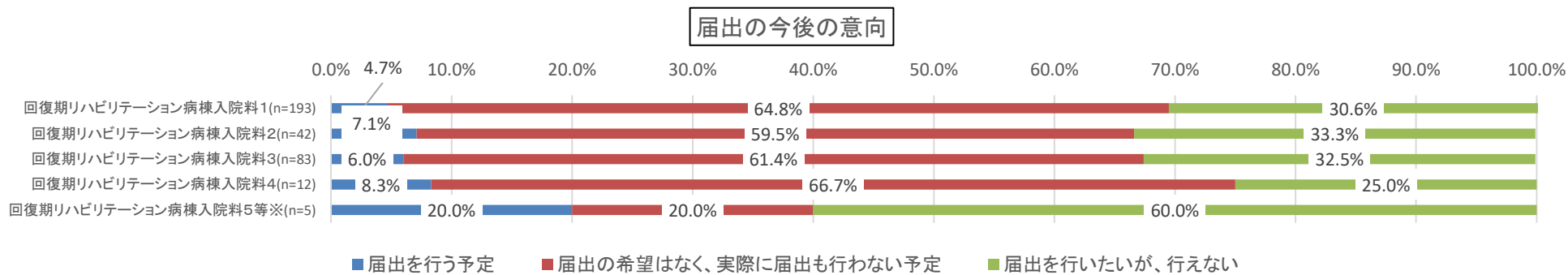
回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの届出割合

- 回復期リハビリテーション病棟を届け出ている病院における、疾患別リハビリテーション料の届出割合は、以下のとおり。
- 心大血管疾患リハビリテーション料の届出を行っている医療機関は16.9%であった。



心大血管疾患リハビリテーション料について①

- 心大血管疾患リハビリテーション料の届出のない回復期リハビリテーション病棟を届け出ている病院における、届出の今後の意向は、「届出の希望はなく、届出も行わない予定」が多かった。
- 届出を行えない理由(届出を行いたいが、行えない場合)としては「循環器科または心臓血管外科の医師の確保が困難」や「心大血管リハビリテーションの経験を有する医師の確保が困難」が多かった。

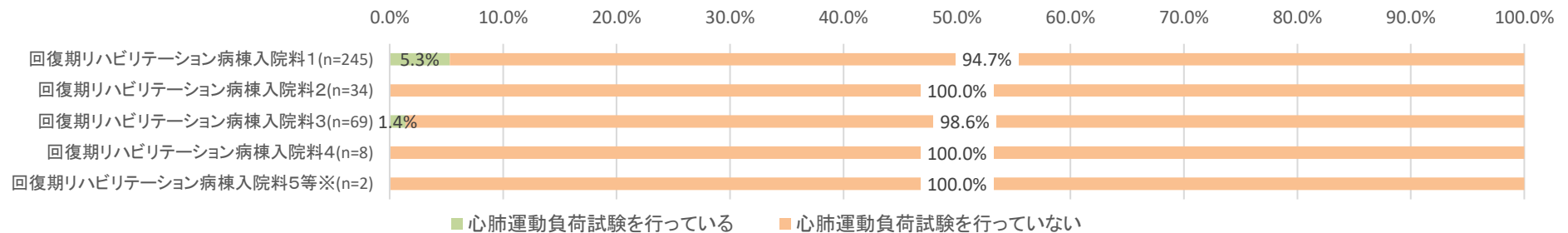


※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

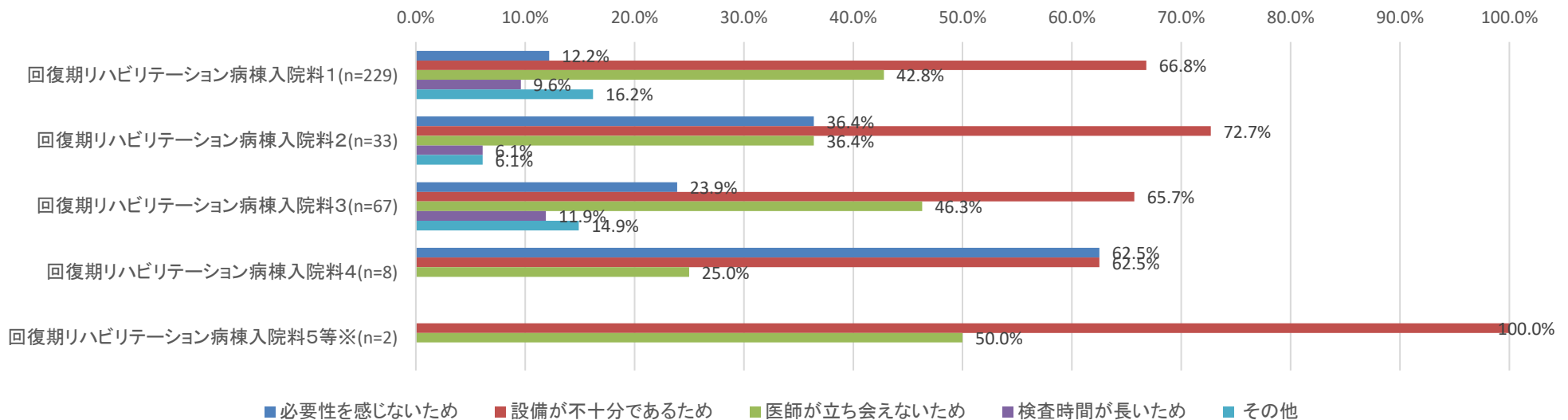
心大血管疾患リハビリテーション料について②

- 回復期リハビリテーション病棟において、ほとんどの医療機関は心肺運動負荷試験を行っていなかった。
- 行っていない理由としては、「設備が不十分であるため」が多かった。

心肺運動負荷試験の実施割合について



心肺運動負荷試験を行っていない理由

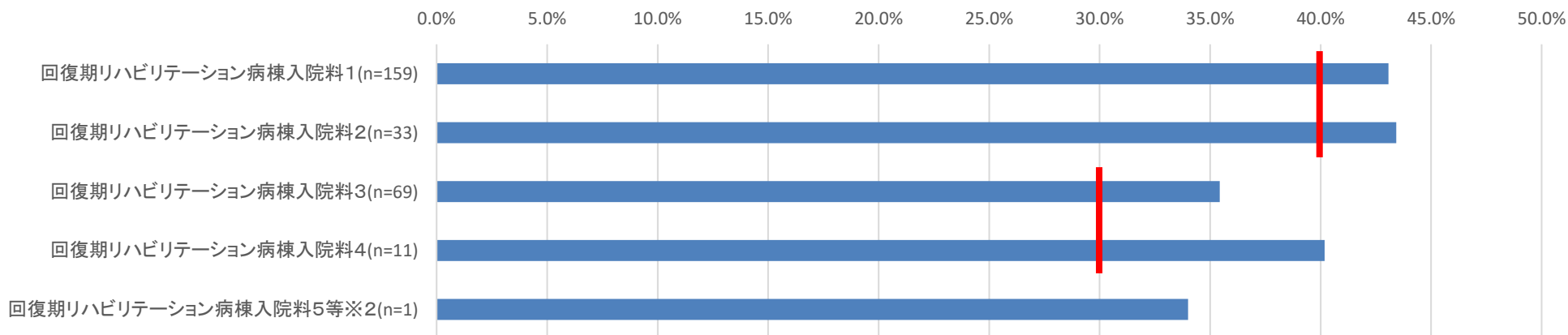


※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

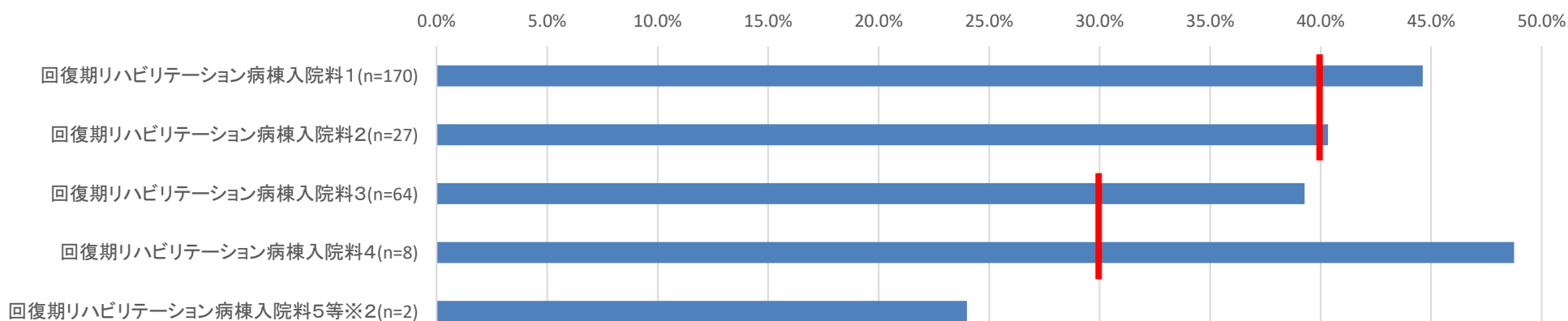
入院料毎の重症度割合について

- 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の重症度割合の平均値は以下のとおり。(※1)
- 回復期リハビリテーション病棟1・2における重症度割合は、おおよそ40%～45%であった。

重症度割合(日常生活機能評価)



重症度割合(FIM)

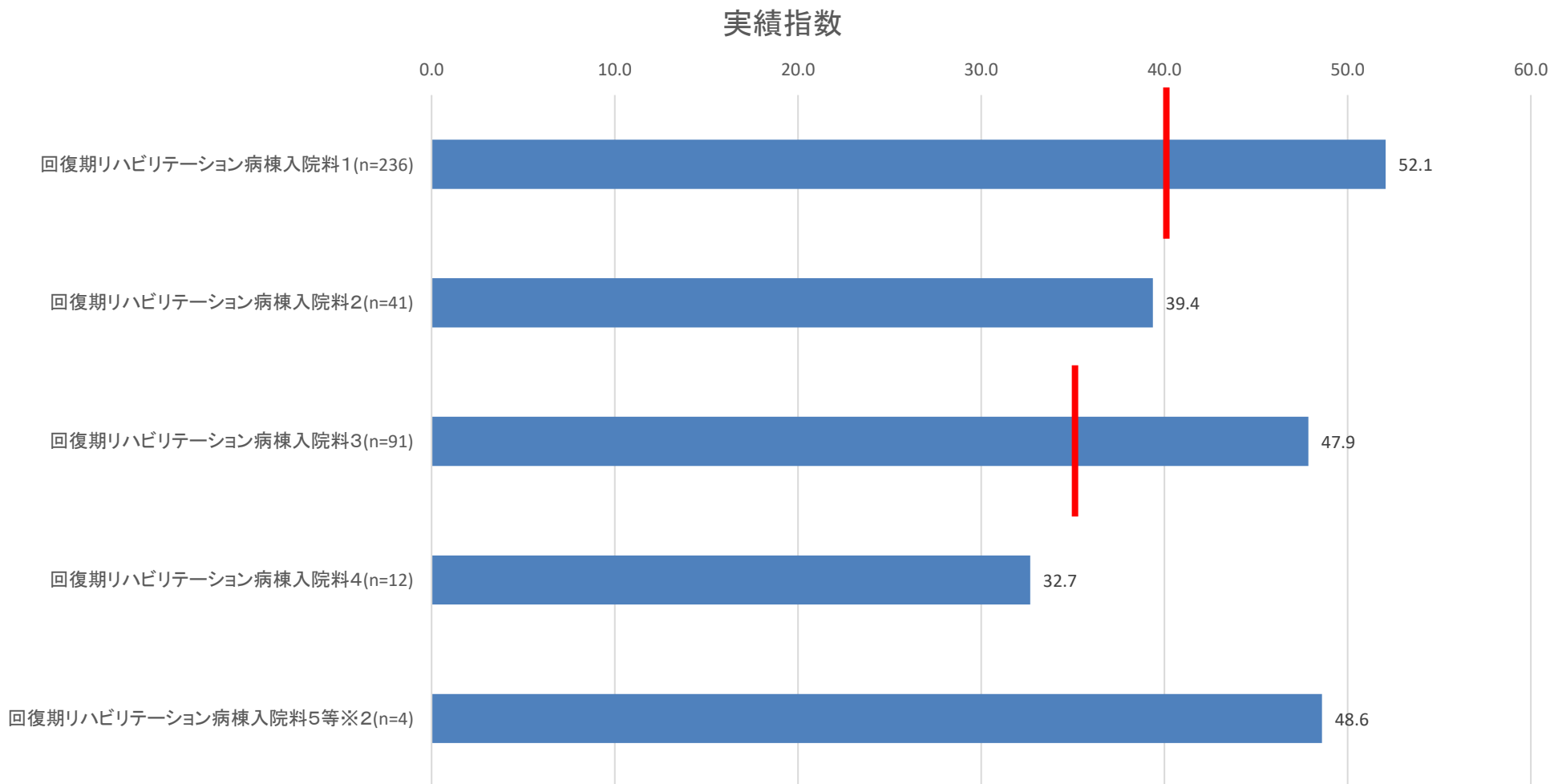


※1 回復期リハビリテーション病棟は新規入院患者のうち、入院料1・2では4割、3・4では3割の重症患者割合の要件を満たしている必要がある。

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

実績指数について

- 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の実績指数の平均は以下のとおり。(※1)
- 実績指数を要件にしている回復期リハビリテーション病棟を有する病院においては、実績指数の平均値が要件で定めている実績指数より大きく上回っていた。



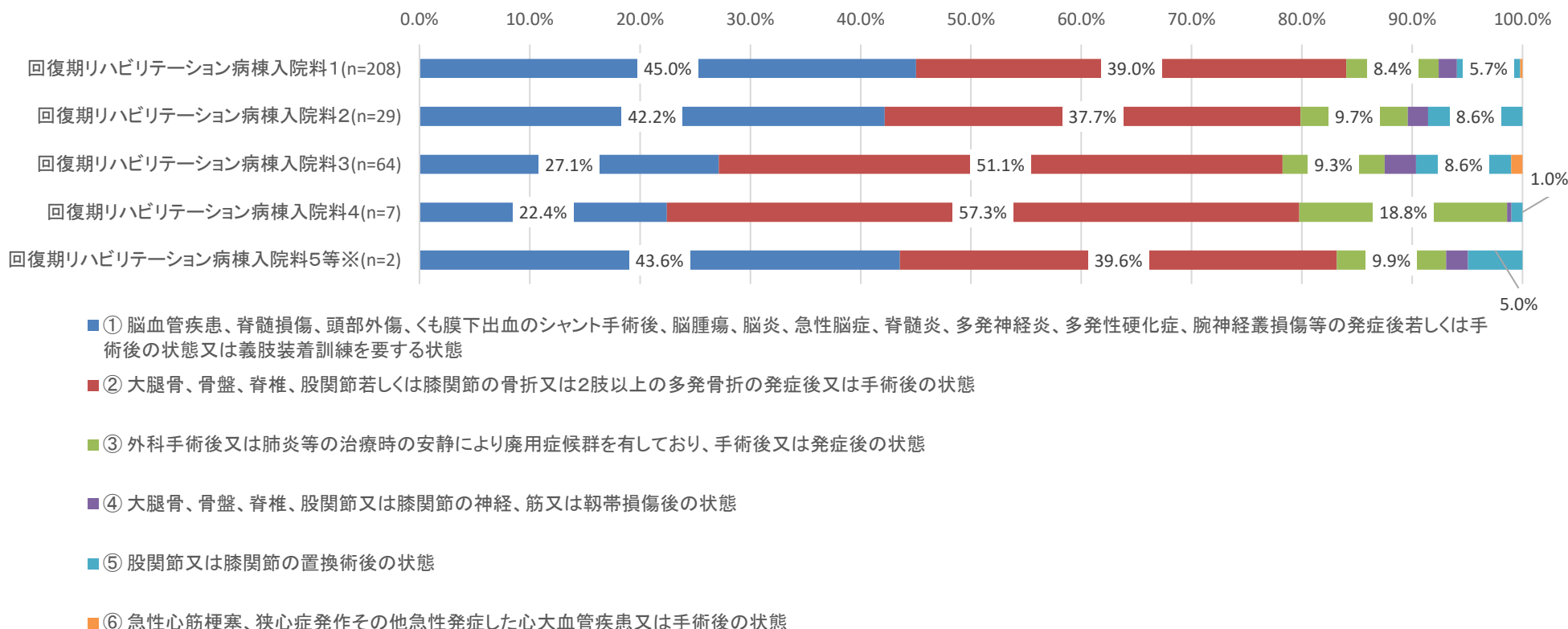
※1 回復期リハビリテーション病棟は実績指数として、入院料1で40以上、入院料3で35以上の実績であることが要件。

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

「リハビリテーションを要する状態」の割合について

- 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の「リハビリテーションを要する状態」の割合は、以下のとおり。
- どの入院料でも「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」の割合や「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」の割合が高かった。

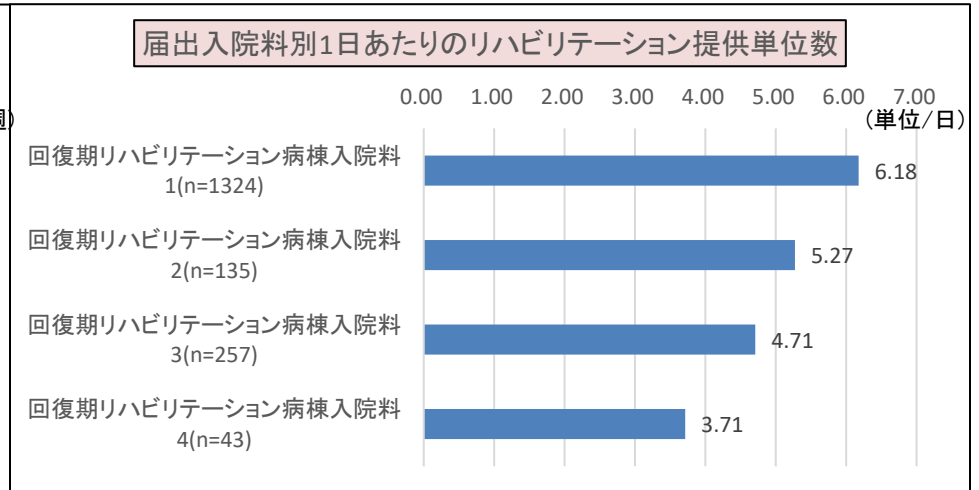
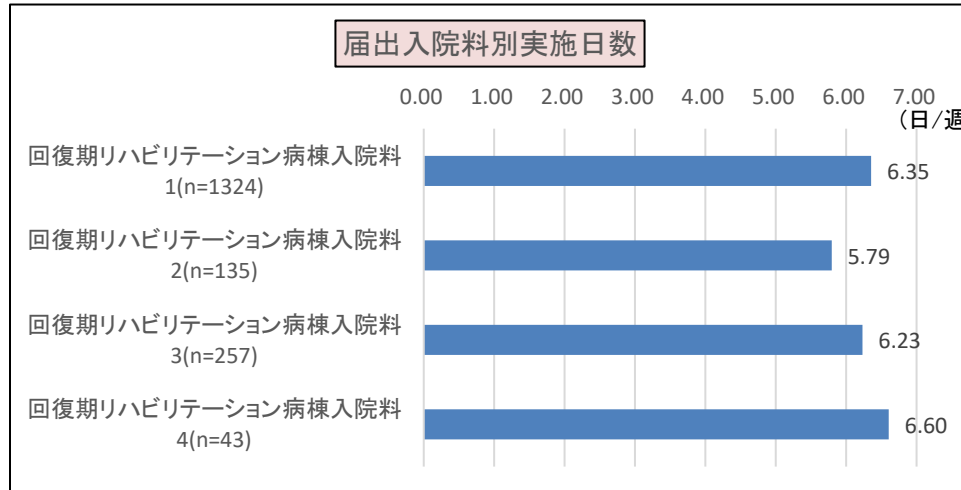
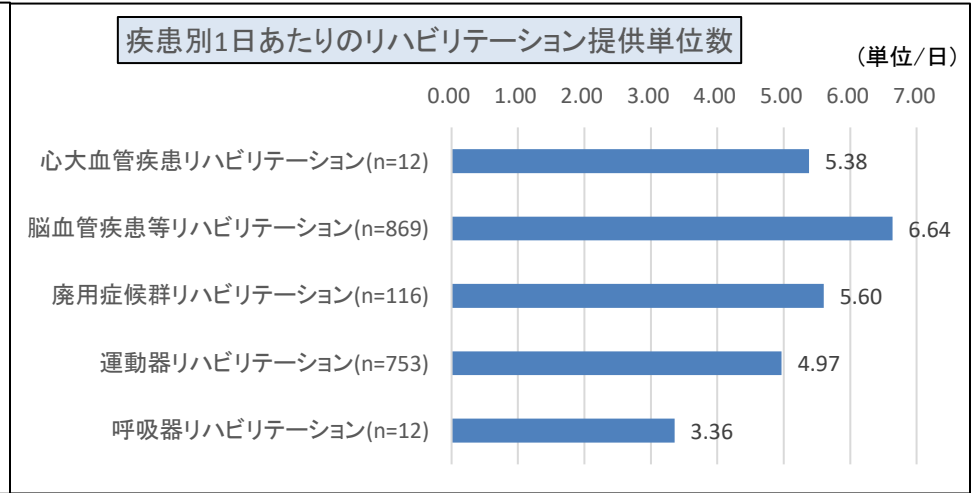
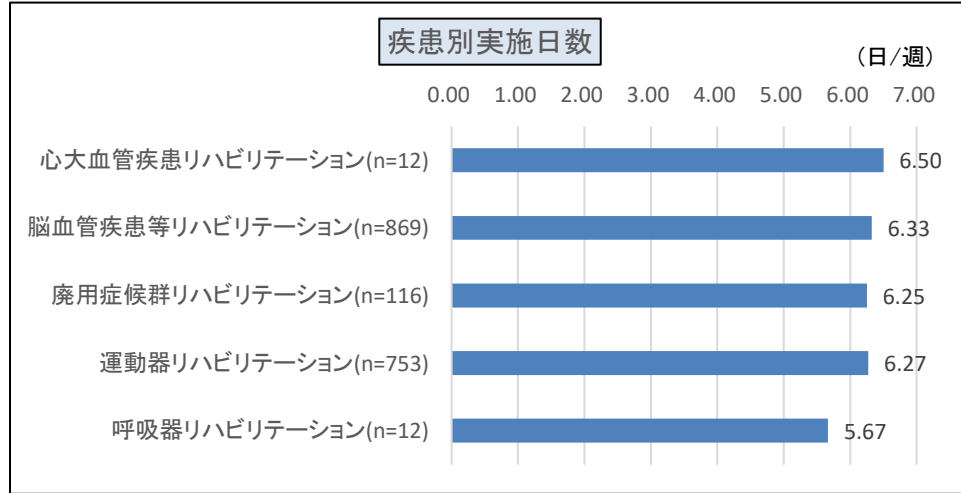
リハビリテーションを要する状態



※ 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

回復期リハビリテーション病棟におけるリハ実施単位数

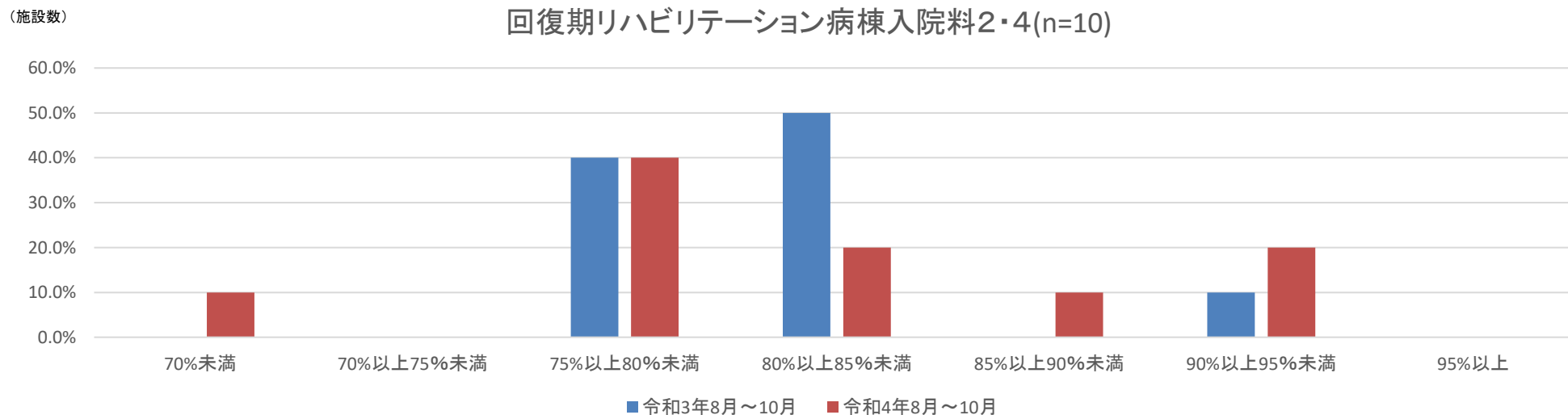
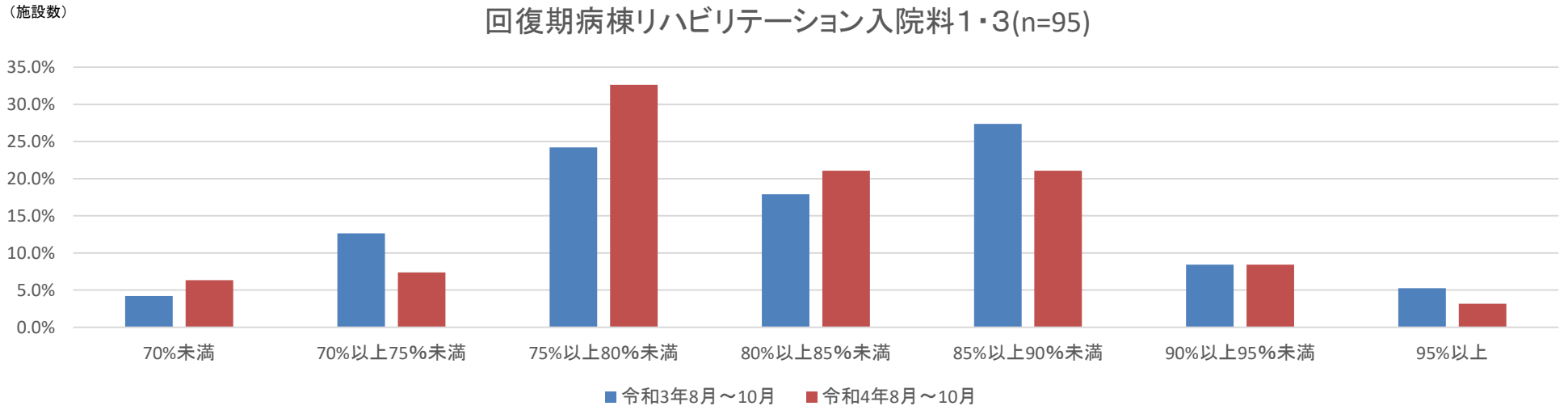
- 回復期リハビリテーション病棟について、疾患別及び届出入院料別の週あたりのリハビリテーション実施日数・リハビリテーション実施単位数は以下のとおり。
- リハビリテーション提供単位数については疾患や届出入院料毎に異なった。



※ 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)については有効回答無し。

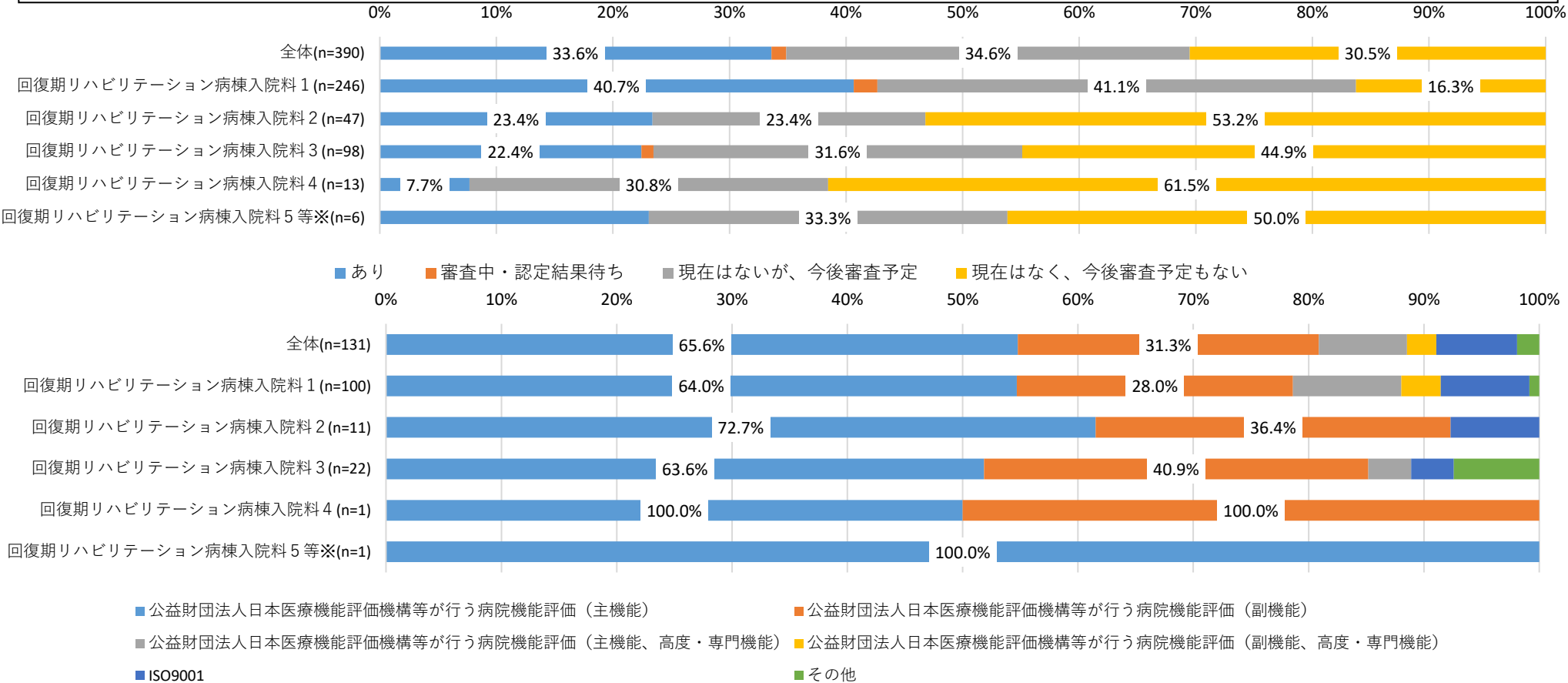
回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率

- 回復期リハビリテーション病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
- 令和3年と令和4年で大きな違いは認めなかった。



回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院について、公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価又は同機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準についての第三者評価の認定及び受診の有無は、以下のとおりであった。回復期リハビリテーション病棟全体の33.6%が認定ありと回答した。



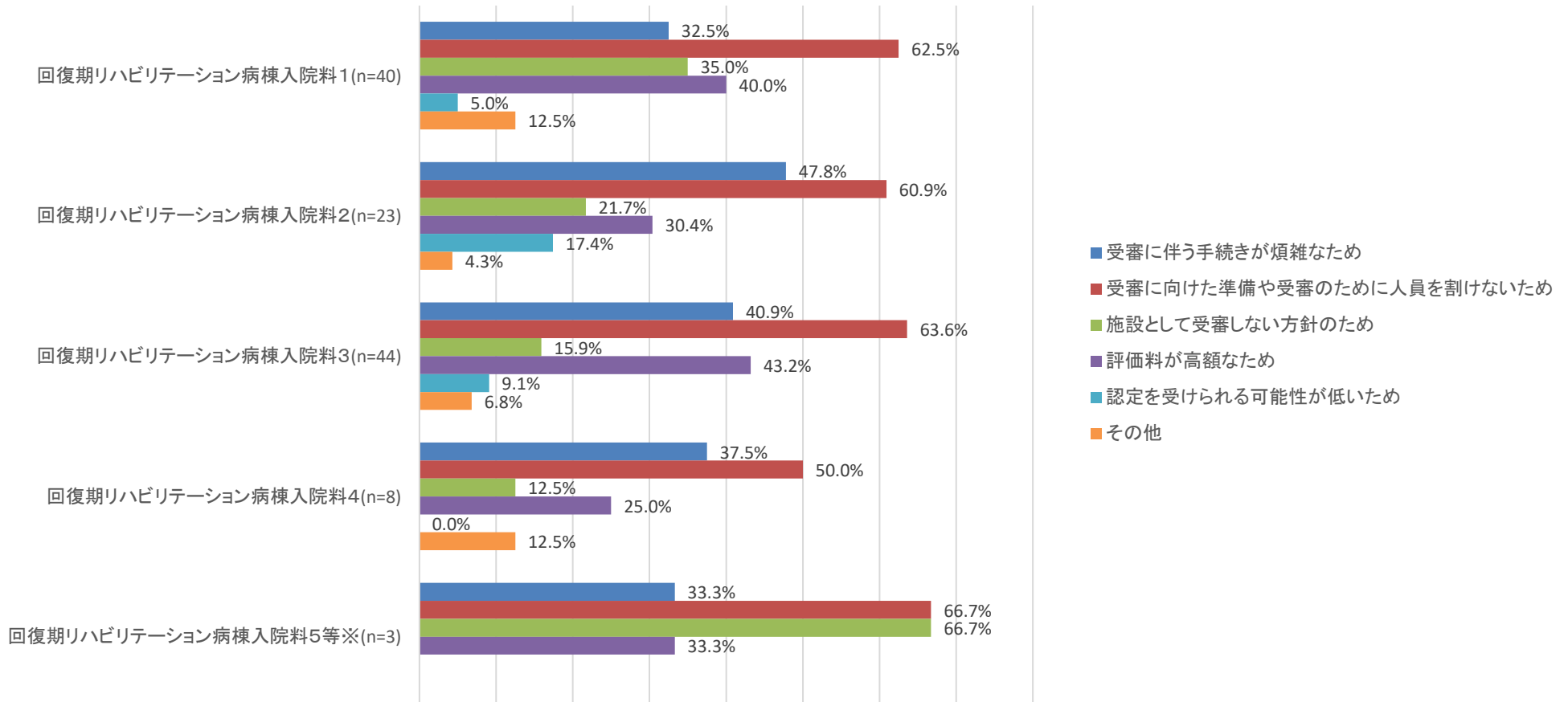
※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。
 ※主機能は、最も病床が多い機能に基づくことを原則としており、主たる機能以外に副機能がある場合は、複数の機能種別を同時に受審することができる。

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価について、受審しない理由は以下のとおりであった。
- 「受審に向けた準備や受審のために人員を割けないため」が多かった。

第三者評価の認定を受診しない理由

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0%



※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、59.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、52.9%であった。

【入棟元】(n=3,630)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	1.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	8.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.3%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.2%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	59.1%
	他院の一般病床以外	1.2%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	22.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	自院の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を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		5.1%
有床診療所		0.1%
その他		0.0%

回復期リハ病棟

【退棟先】(n=527)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	13.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	52.9%
介護施設等	介護老人保健施設	6.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	7.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	3.0%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.4%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の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を届け出ている病床	0.6%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.3%
	他院の精神病床	1.3%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.2%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.6%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.2%
有床診療所(上記以外)		0.2%
死亡退院		0.9%
その他		1.9%

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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**
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(4)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

【附帯意見(抜粋)】

- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①中心静脈栄養を実施している状態の患者に対する嚥下機能評価体制の要件化
- ②療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いの見直し
- ③障害者施設等入院基本料の脳卒中患者等に係る入院料の見直し
- ④緩和ケア病棟入院料の評価体系の見直し

【調査内容案】

調査対象：療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況

(2)入院患者の医療区分別患者割合の状況

(3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況 等

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～ 968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～ 903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の <u>75</u> ／100を算定

* : 生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

ADL区分

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

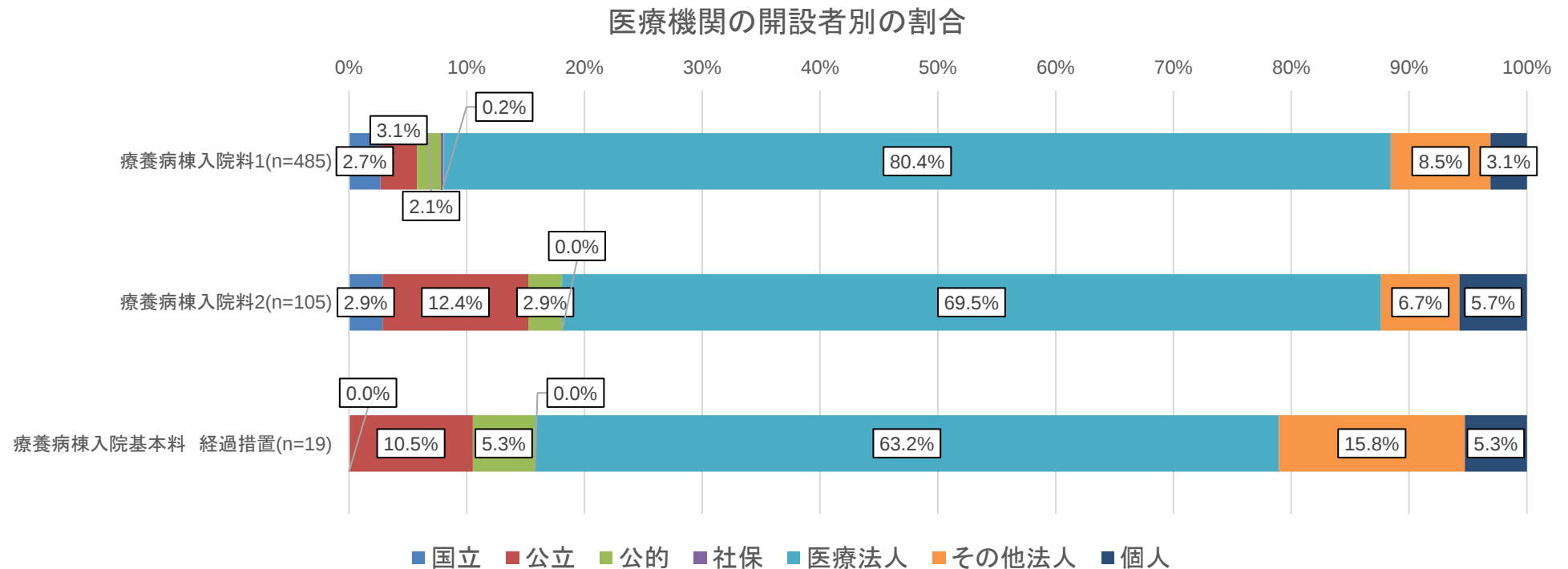
当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存 ）

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

回答施設の状況（療養病棟入院基本料）

○ 療養病棟入院基本料の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、医療法人が最多であった。



国立	国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社保	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人（社会医療法人は含まない）
その他法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人

療養病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

○ 療養病棟入院料を届け出ている施設は、他の入院料はあまり届け出られていないが、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている施設もあった。

入院料別の届出病床の状況(令和4年11月1日時点で1床でも設置していれば、有として集計)

入院料		療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 2	療養病棟 入院基本料 経過措置
回答施設数		487	102	7
届出率	急性期一般入院料	21.1%	19.6%	14.3%
	地域一般入院料	12.3%	14.7%	28.6%
	地域包括ケア病棟入院料	27.5%	19.6%	14.3%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	6.2%	5.9%	0.0%
	障害者施設等入院基本料	5.3%	2.9%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	0.6%	1.0%	0.0%

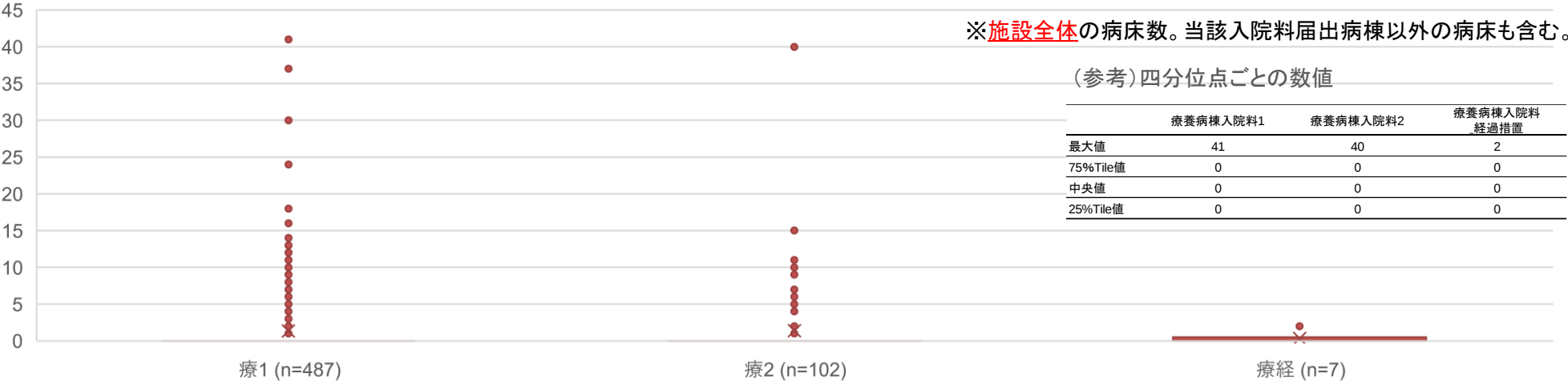
療養病棟入院料等を算定する病棟の職員数

入院料		療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟入院基本料 経過措置
回答病棟数		406	81	10
平均病床数		46.82	44.26	28.50
40床あたり平均職員数	看護師	 13.13	 10.00	 5.53
	准看護師	 4.96	 5.46	 2.84
	看護師及び准看護師	 18.09	 15.46	 8.37
	看護補助者	 13.63	 12.05	 6.79
	看護補助者のうち、介護福祉士	 5.13	 4.16	 3.19
	薬剤師	 0.63	 0.41	0.02
	管理栄養士	 0.52	 0.32	0.02
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	 1.82	 1.29	 0.63
	相談員	 0.48	 0.43	0.01
	医師事務作業補助者	 0.22	 0.07	0.00
	その他の職員	 1.71	 1.23	0.02

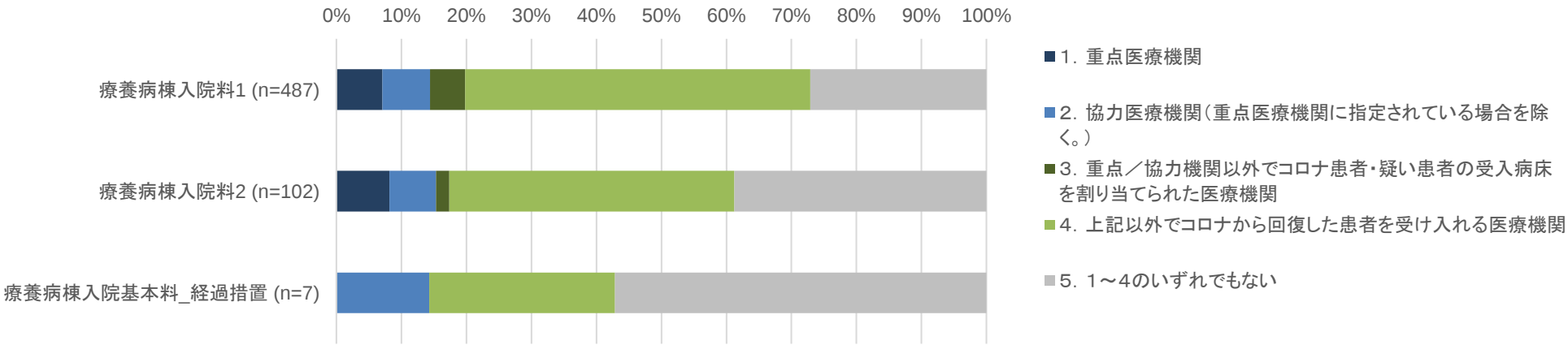
療養病棟入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

○ 療養病棟入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況は以下のとおり。療養病棟入院料等の届出施設のうち重点医療機関・協力医療機関に指定されていたのは2割弱であった。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数
(令和4年11月1日時点、箱ひげ図)※



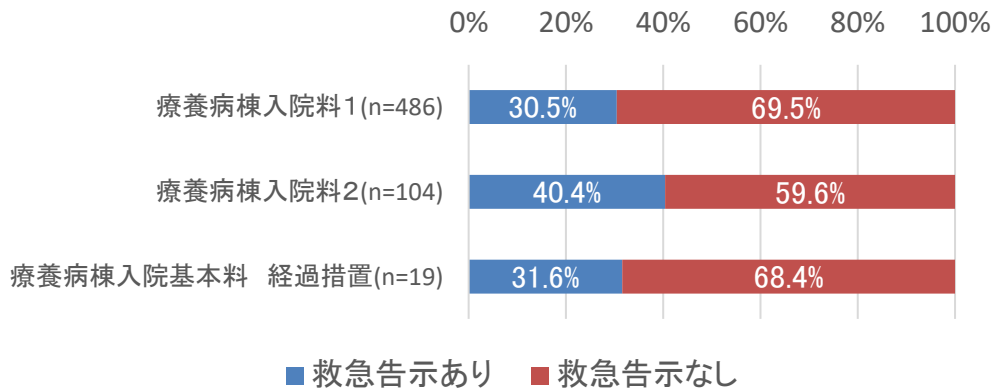
重点・協力医療機関の指定等の状況(令和4年11月1日時点)



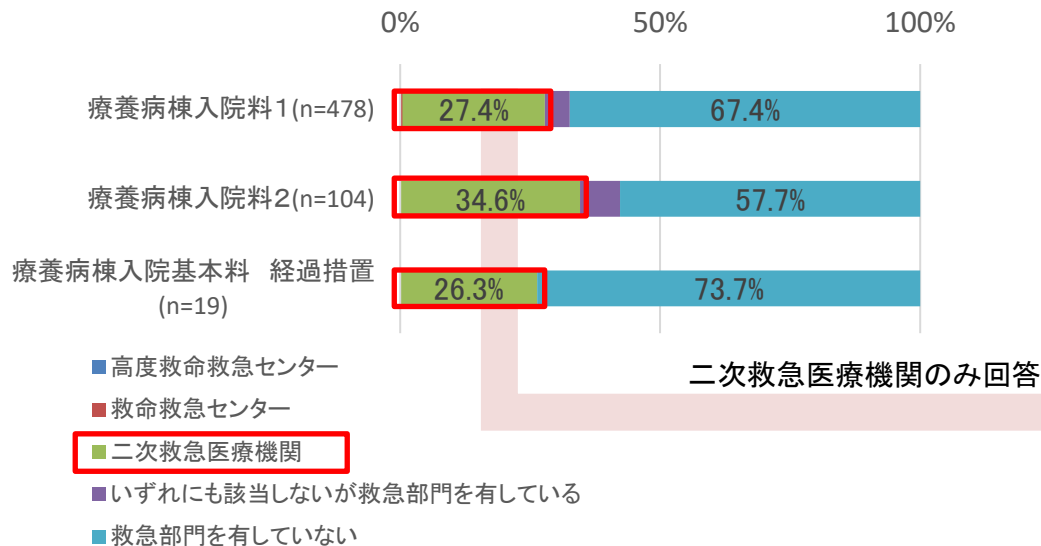
療養病棟における救急医療体制

- 療養病棟における救急医療体制は以下のとおり。救急告示をしている施設は約3～4割であり、救急医療体制としては二次救急医療機関が最多であった。

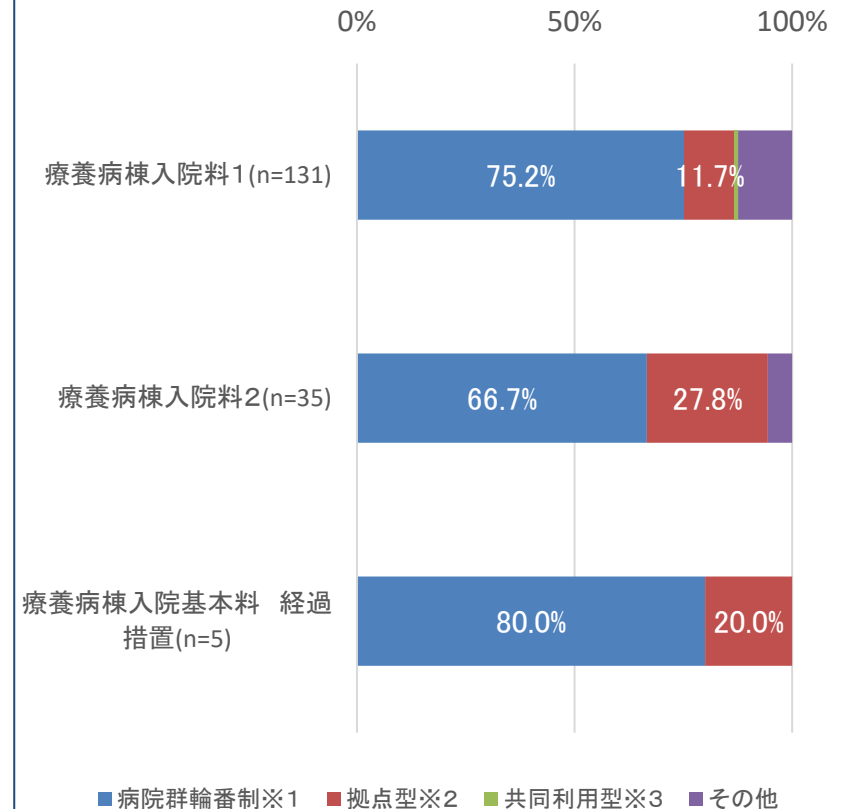
救急告示の有無



救急医療体制



該当する二次救急医療体制



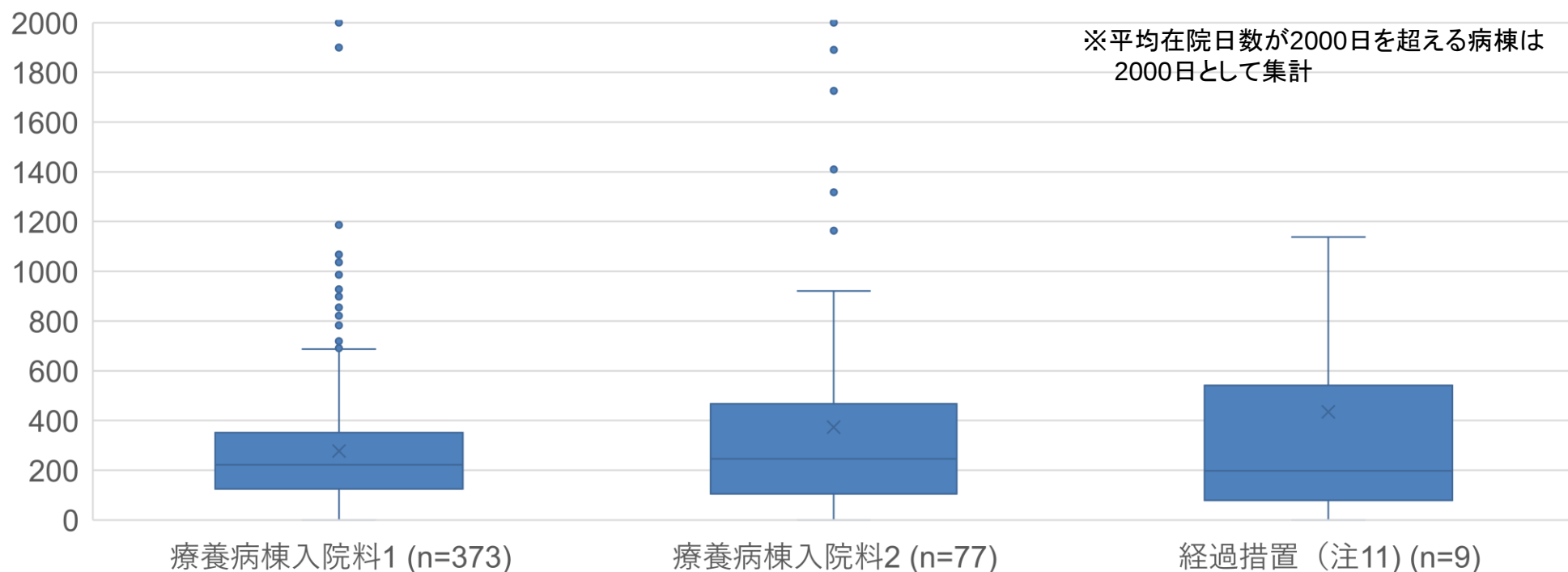
※1 地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。
 ※2 病院群輪番制の一つで、365日に入院を要する救急患者の受入体制を整えている場合をいう(いわゆる「固定輪番制」や「固定通年制」等も含む)。
 ※3 医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により実施するものをいう。

療養病棟における入院料ごとの平均在院日数

- 各施設が届け出ている療養病棟入院基本料ごとの平均在院日数は以下のとおり。
- 療養病棟入院料1より、療養病棟入院料2の方が平均在院日数は長かった。

(日)

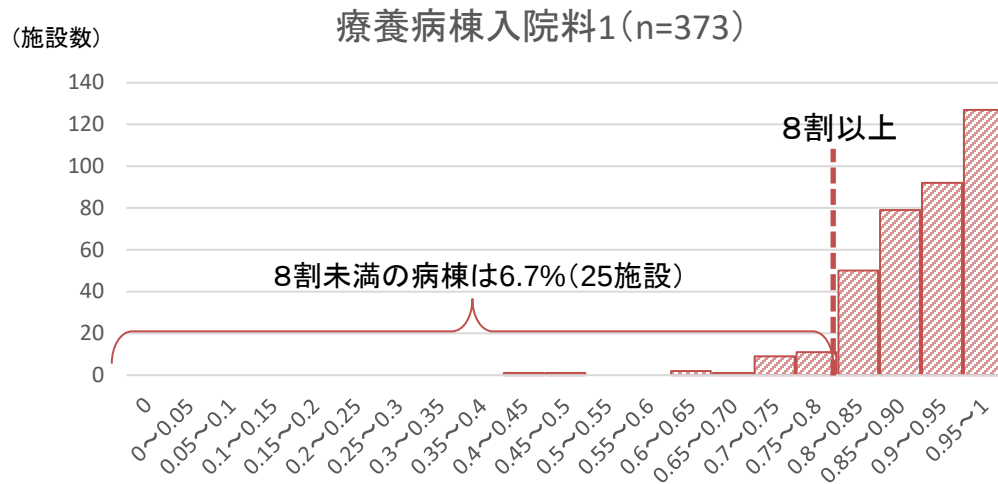
入院料別の平均在院日数(病棟毎) (令和4年8～10月)



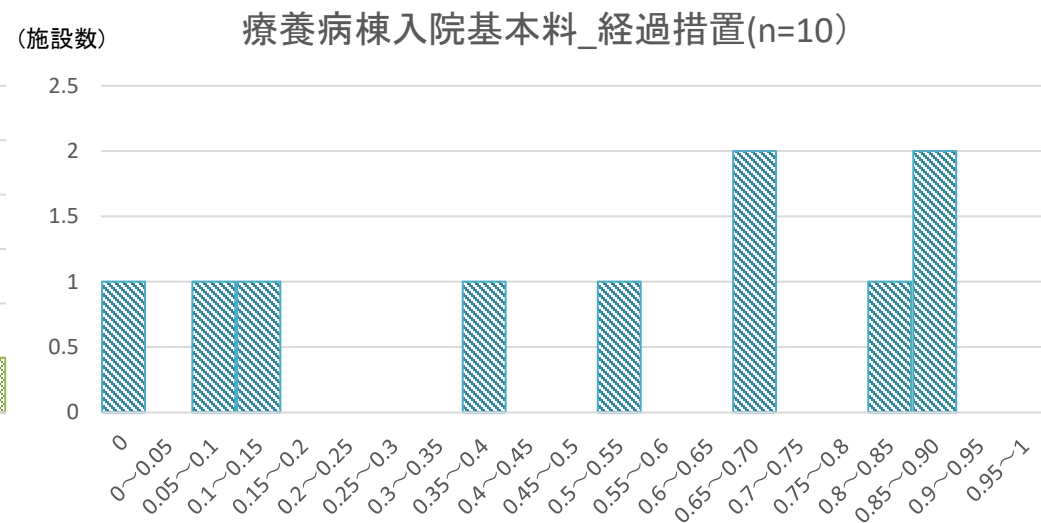
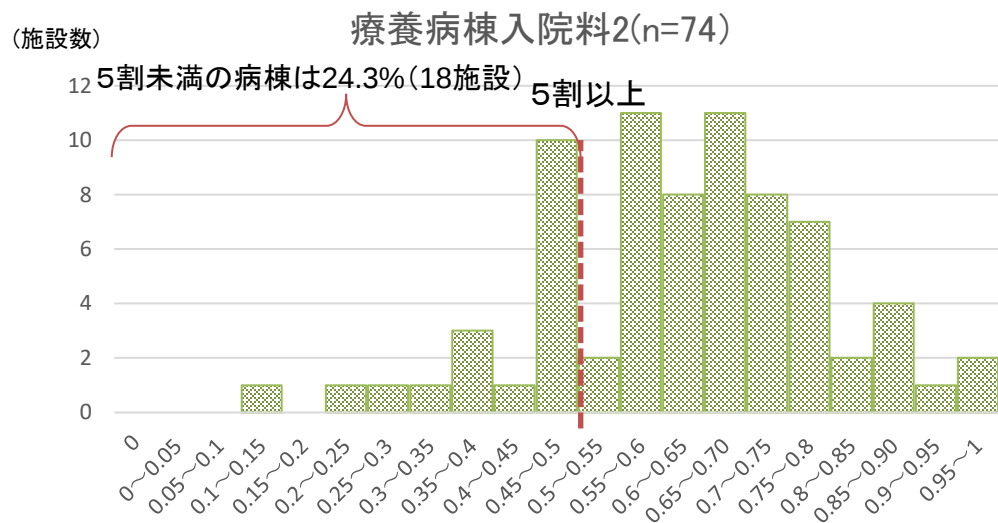
	平均値	最小値	25%Tile	中央値	75%Tile	最大値
療養病棟入院料1	302.4	1.0	151.2	236.2	363.8	2139.0
療養病棟入院料2	397.9	6.1	133.8	254.0	470.2	2410.7
経過措置 (注11)	482.5	46.0	108.2	224.5	342.0	1990.7

医療区分2・3の該当割合

○ 令和4年8月1日時点で療養病棟に入院していた全入院患者のうち、医療区分2・3に該当する患者割合の分布は以下のとおり。医療区分2・3の該当患者割合の施設基準を満たさない病棟は、療養病棟入院料1で6.7%、療養病棟入院料2で24.3%であった。



	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
療養病棟入院料1(n=373)	90.8%	86.3%	92.5%	96.6%
療養病棟入院料2(n=74)	62.8%	52.9%	64.4%	74.0%
療養病棟入院基本料_経過措置(n=10)	50.8%	12.3%	61.8%	83.0%



療養病棟における患者の流れ

- 療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、46.0%（R2調査時44.5%）であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、61.2%（R2調査時55.0%）であった。

【入棟元】(n=4,485)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	2.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.7%
介護施設等	介護老人保健施設	2.9%
	介護医療院	1.3%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	46.0%
	他院の一般病床以外	7.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	13.5%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	6.0%
	自院の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を届け出ている病床	4.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	1.6%
	自院の精神病床	1.0%
	自院のその他の病床	1.5%
有床診療所		0.0%
その他		0.6%

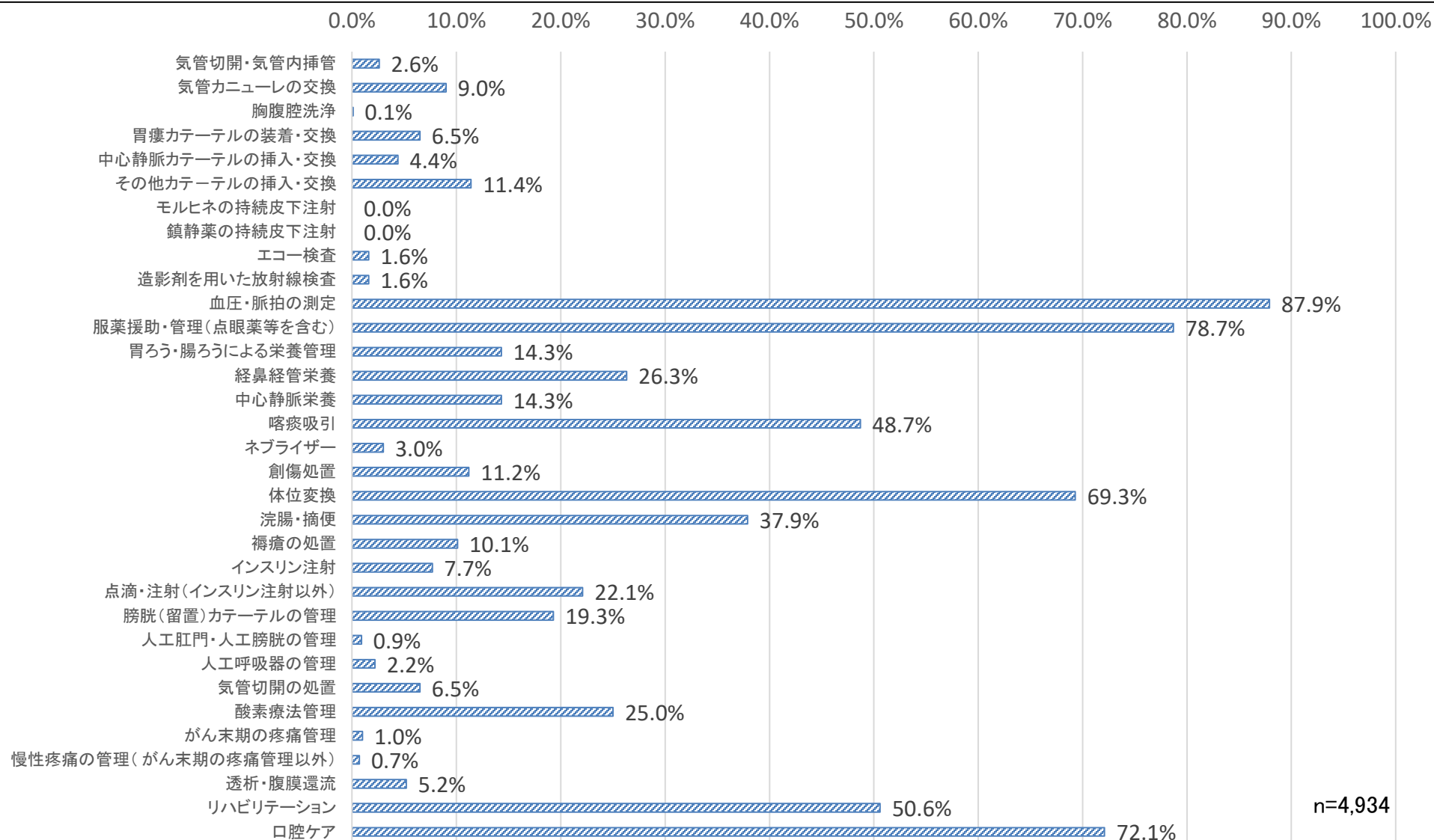
療養病棟

【退棟先】(n=570)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	4.9%
	自宅(在宅医療の提供なし)	9.1%
介護施設等	介護老人保健施設	5.1%
	介護医療院	2.6%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.8%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.4%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	5.1%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の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を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	0.5%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の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を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア病床以外)	1.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所(上記以外)		0.0%
死亡退院		61.2%
その他		0.2%

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



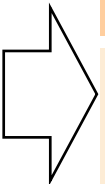
療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の85）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長する。

現行

【療養病棟入院基本料】
[算定要件]（概要）
注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。



改定後

【療養病棟入院基本料】
[算定要件]（概要）
注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の75に相当する点数を算定する。

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）におけるリハビリテーションについて

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、以下の見直しを行う。
 - 疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIM（機能的自立度評価法）の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき2単位まで出来高での算定とする。
 - 医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。

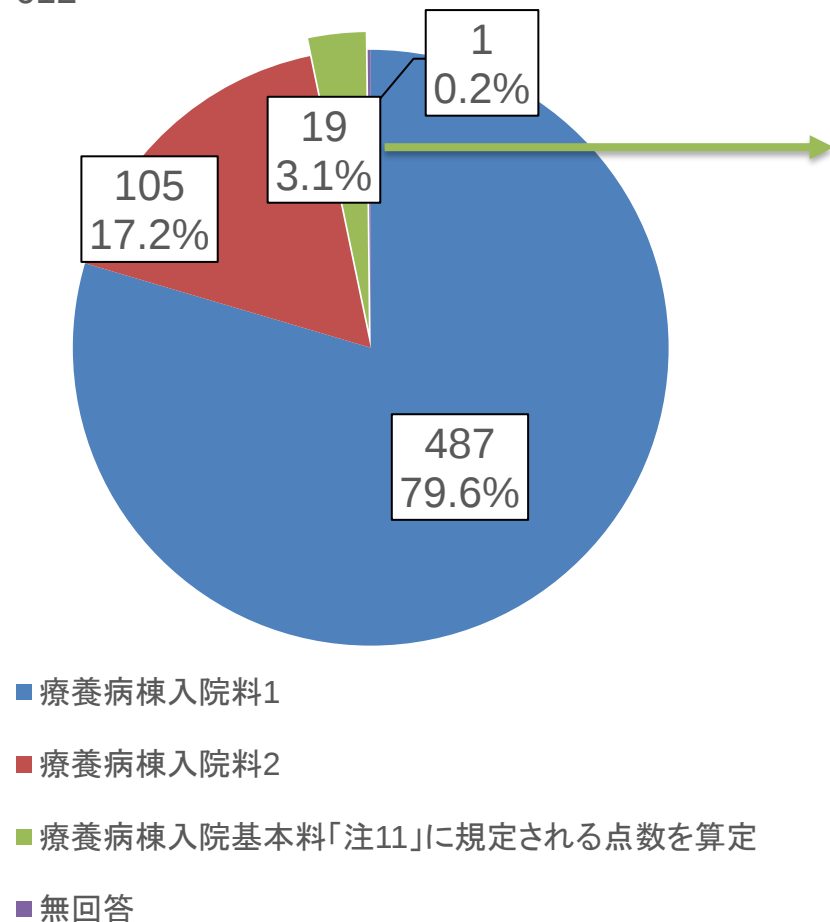
【経過措置】

- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。

療養病棟入院基本料の状況

- 療養病棟入院基本料の算定状況は、以下のとおりであり、療養病棟入院基本料の注11に規定される点数を算定する施設は19施設(約3%)あった。
- 満たさない基準としては、医療区分2・3の患者割合についてが63.2%と最多であった。

n=612



施設数: 19, 回答数: 26

下記のうち基準を満たさないもの

1日に看護を行う看護職員数は、常時入院患者数が20又はその端数を増すごとに1以上であること

36.8%

1日に看護補助を行う看護補助者数は、常時入院患者数が20又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること

26.3%

事務的業務を行う看護補助者を含む場合、1日に事務的業務を行う看護補助者数は、常時入院患者数200又はその端数を増すごとに1に相当する数の以下であること

0.0%

入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者の合計が5割以上であること

63.2%

無回答

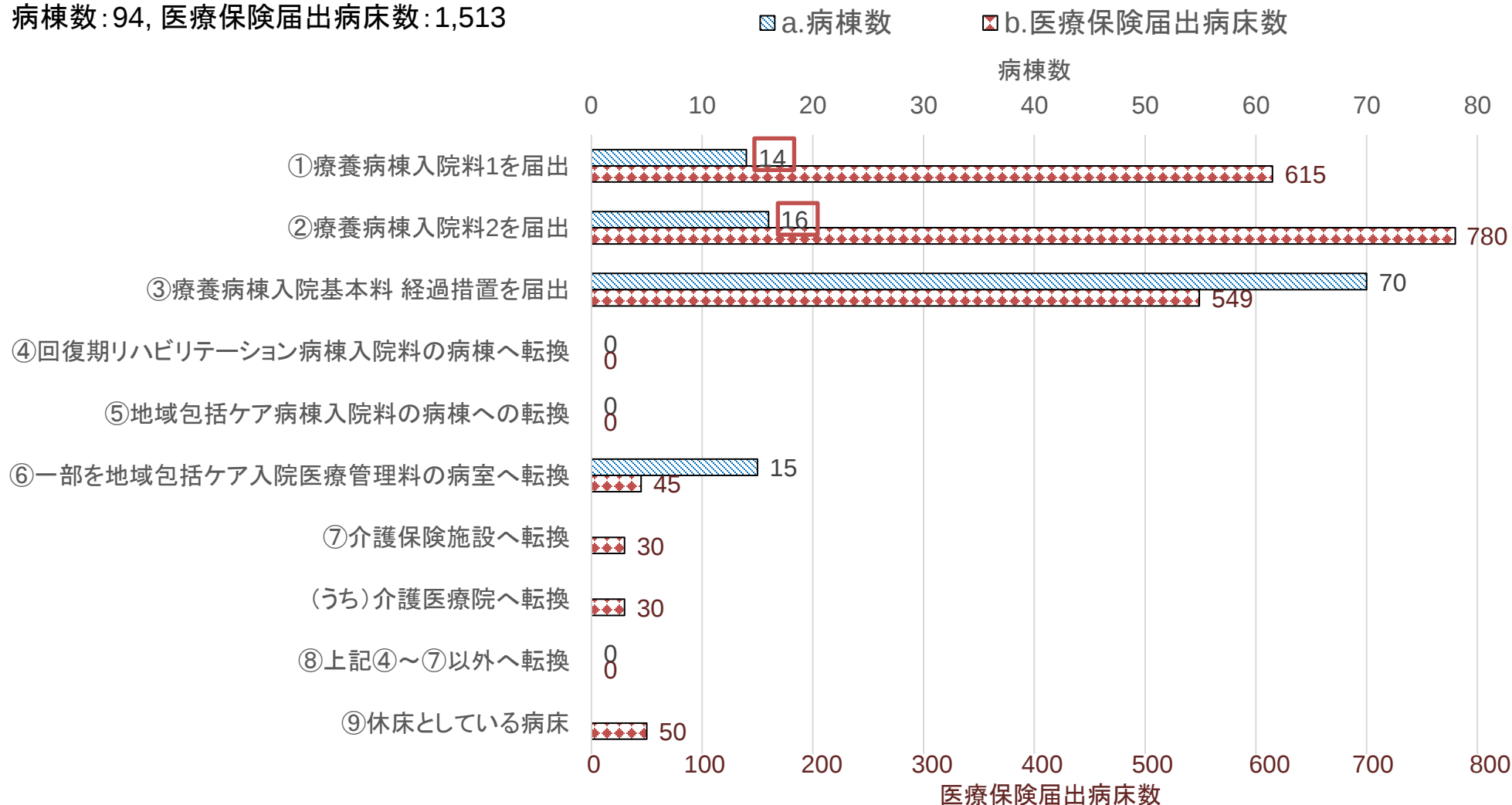
10.5%

0% 20% 40% 60% 80%

改定前「旧経過措置」届出病棟の改定後の状況

○ 改定前(令和4年3月31日時点)の「旧経過措置」に届け出ていた病棟のうち、30の病棟が療養病棟入院料1・2を届け出ていた。

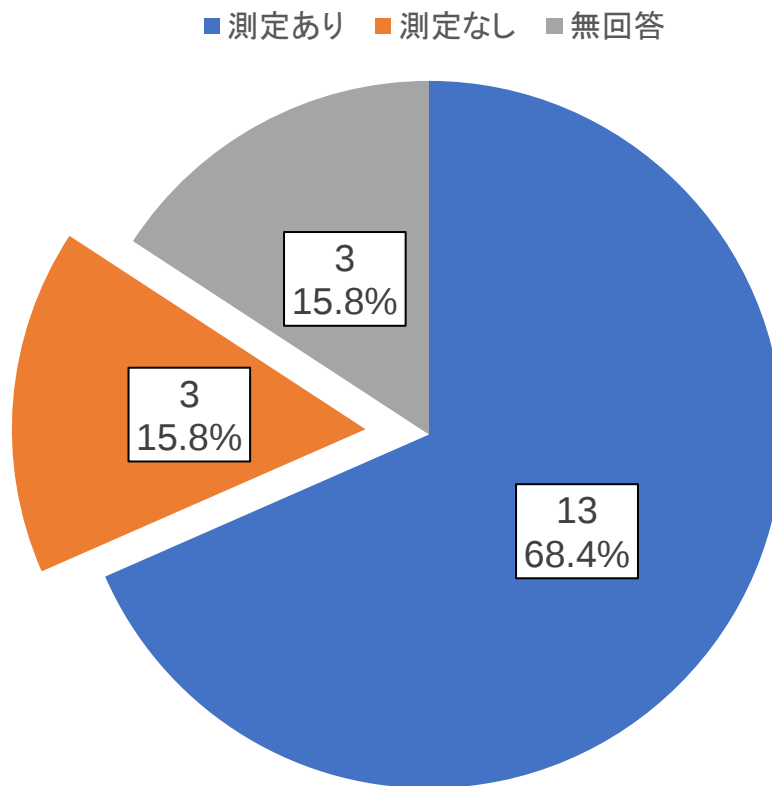
病棟数:94, 医療保険届出病床数:1,513



機能的自立度評価方法（FIM）の測定状況

- 療養病棟入院基本料「注11」を届け出ている場合において、68.4%の施設で、患者に対する1月に1回以上の機能的自立度評価方法（FIM）による測定を実施していた。

患者に対する1月に1回以上の機能的自立度評価方法（FIM）による測定有無（n=19）



療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとする。

改定後

【療養病棟入院基本料】

【算定要件】（概要・抜粋）

注1 1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定

【経過措置】

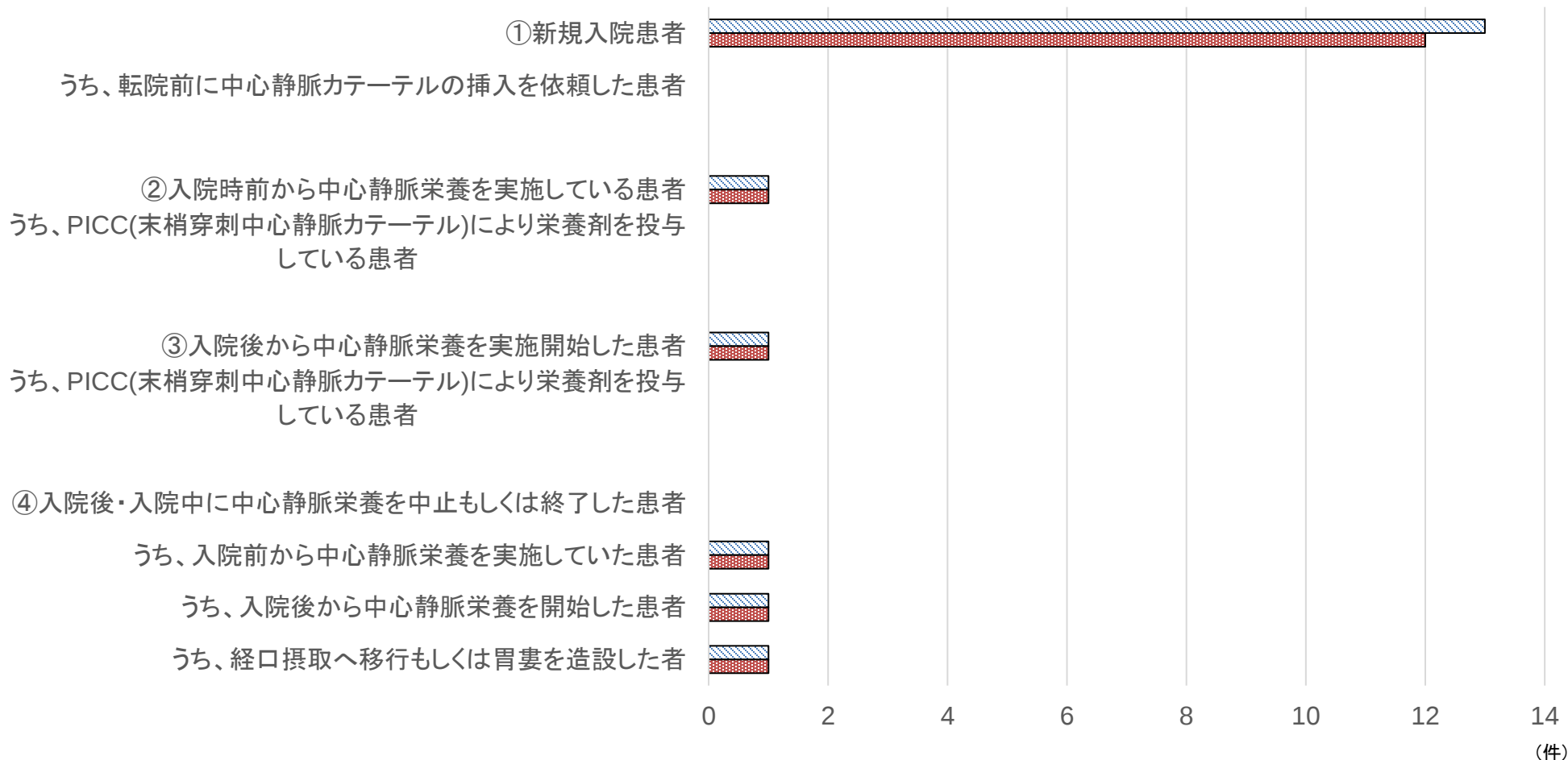
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

療養病棟における中心静脈栄養の実施状況

○ 各調査対象施設(597施設)における3か月間の中心静脈栄養の実施患者数の中央値は、以下のとおりであり、令和4年度診療報酬改定前後で大きな変化は見られなかった。

調査対象施設の中心静脈栄養実施件数の中央値

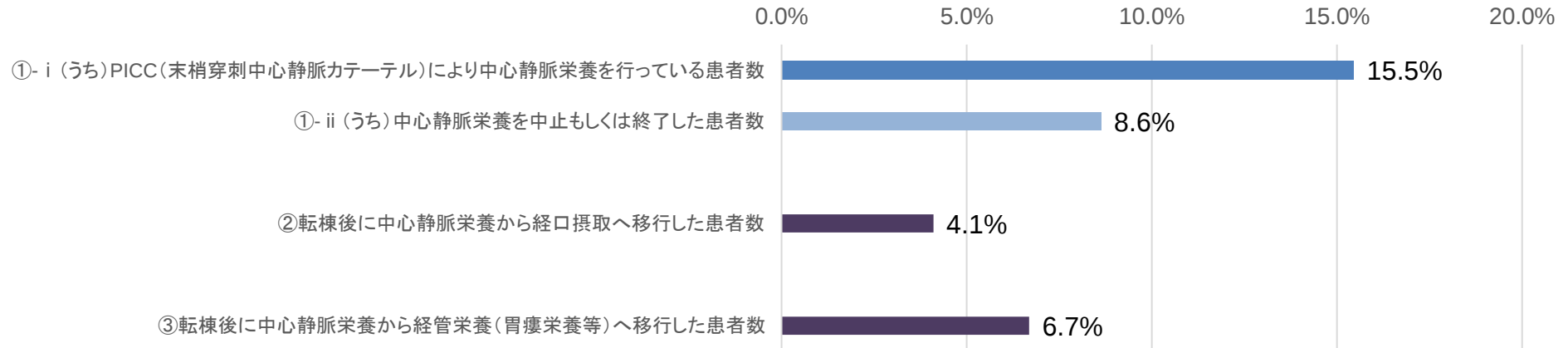
■ a. 令和3年8月～10月 ■ b. 令和4年8月～10月



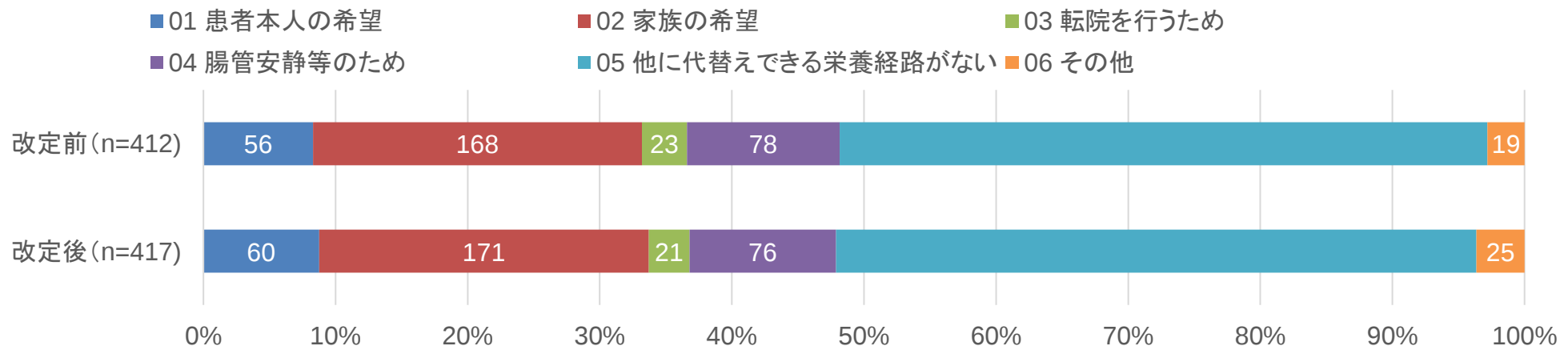
療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況

- 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況は以下のとおり。中心静脈カテーテルを挿入して病棟に転棟した患者のうち、中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者は4.1%であった。

中心静脈カテーテルに関連した患者の状況(令和4年11月1日時点)
中心静脈カテーテルを挿入して病棟へ転棟した患者(n=1391)



中心静脈栄養の適応理由について

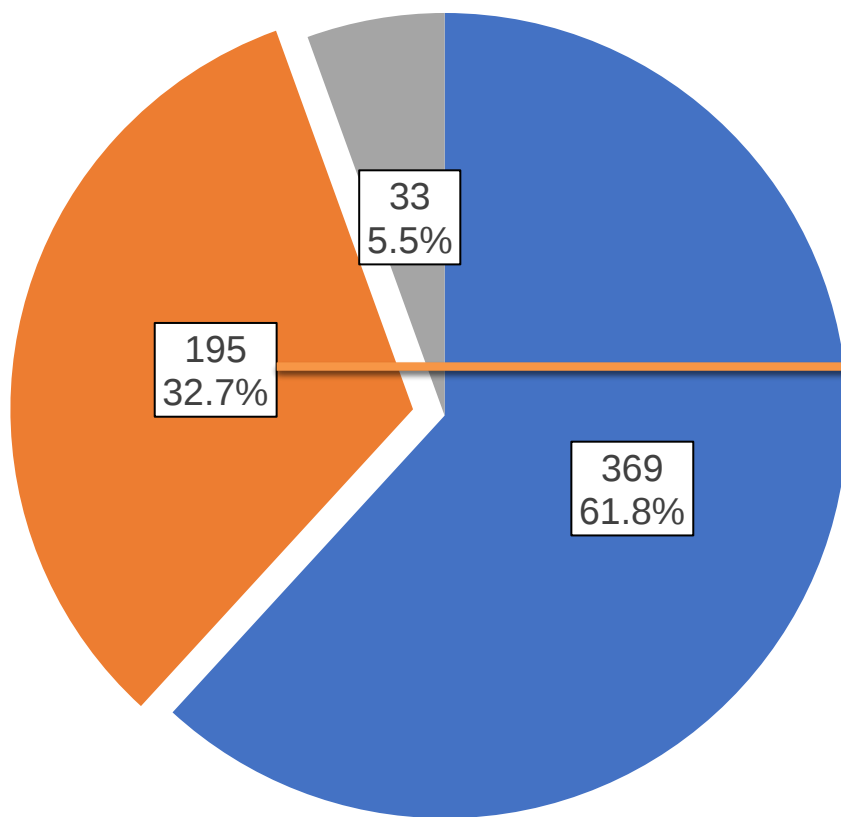


療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○ 中心静脈栄養を実施している状態にある者に対する摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況について、体制がない医療機関は32.7%であった。

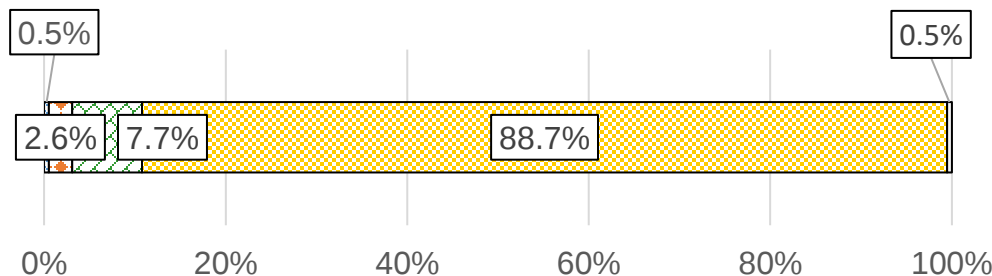
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無(n=597)

■ 体制あり ■ 体制なし ■ 無回答

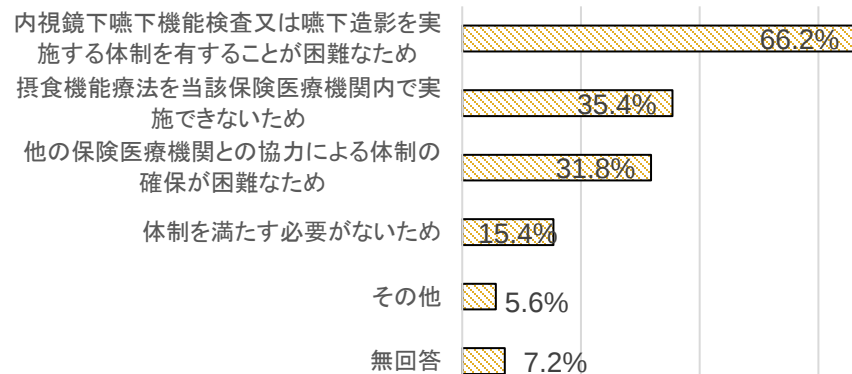


摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定(令和4年11月1日時点)

□ 3～6カ月以内に必要の体制を満たす予定
 □ 6～9カ月以内に必要の体制を満たす予定
 □ 9～12カ月以内に必要の体制を満たす予定
 □ 満たす予定はない
 □ 無回答



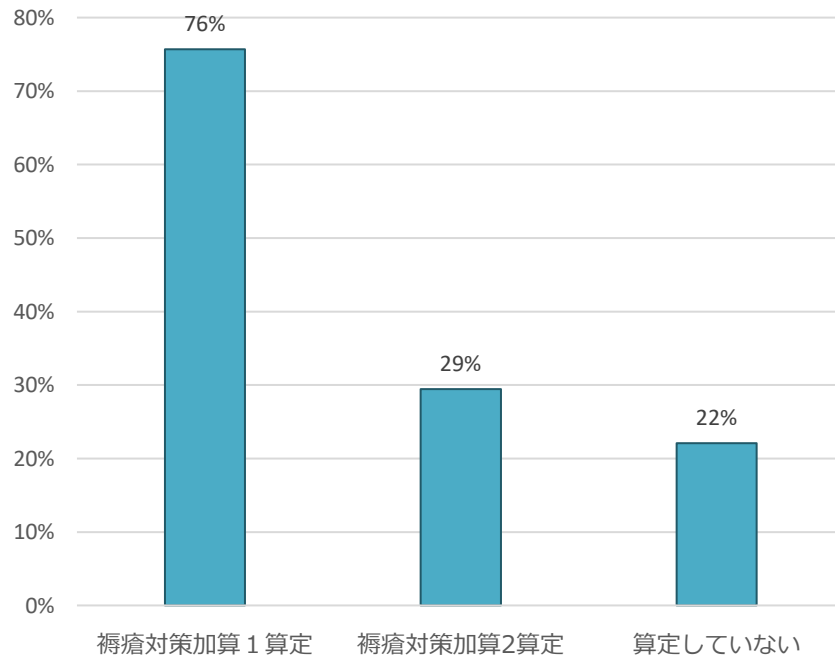
施設基準を満たせない理由(令和4年11月1日時点)



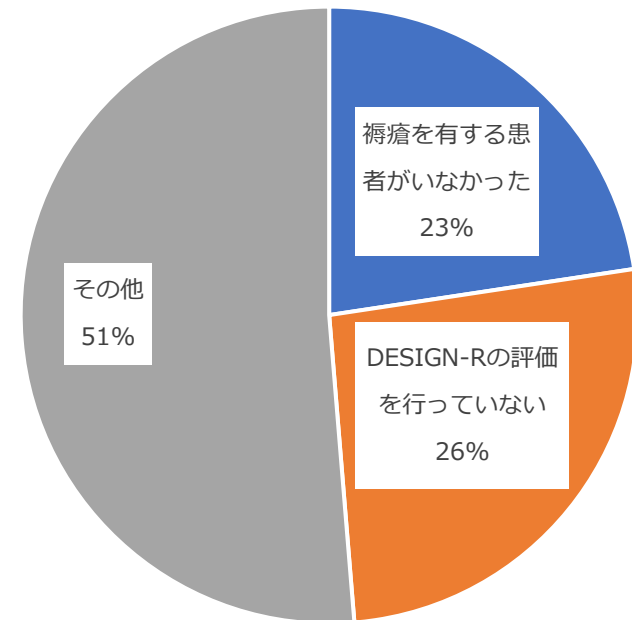
療養病棟における褥瘡対策チームの状況

- 療養病棟を有する病院のうち76%は褥瘡対策加算1を算定していたが、22%は算定していなかった。
- 算定していない理由としては、「褥瘡を有する患者がいなかった」が23%であったが、「評価を行っていない」も26%であった。

■ 褥瘡対策加算の算定の有無 (n=584)
(令和3年11月1日～令和4年10月31日)



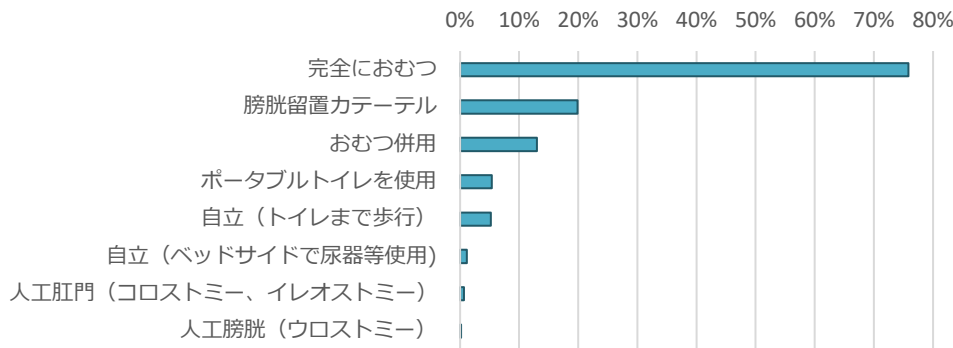
■ 褥瘡対策加算を算定していない理由 (n=115)



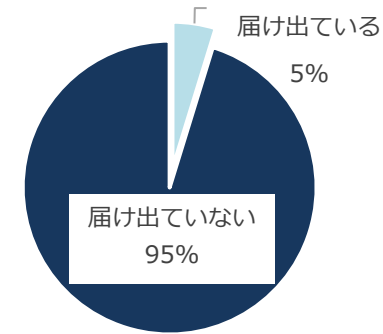
療養病棟における排泄支援等

- 療養病棟における排泄方法としては「完全におむつ」が多く、排泄自立に向けた支援内容としては「下部尿路機能障害のための情報収集」が多かった。
- 療養病棟を有する病院のうち排尿自立支援加算を届け出ているのは5%であり、届け出していない理由としては、排尿ケアチームの看護師、医師等の人員がいなかったためが多かった。

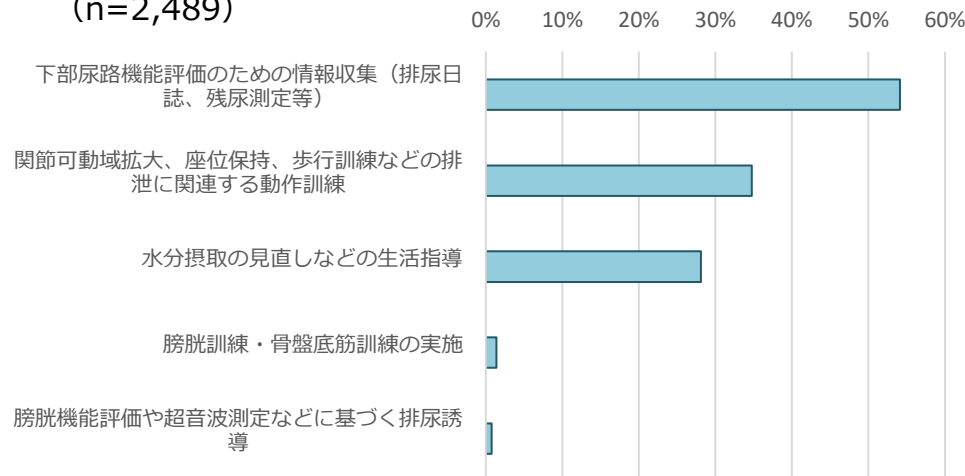
■療養病棟入院患者の排泄方法 (n=4,872)



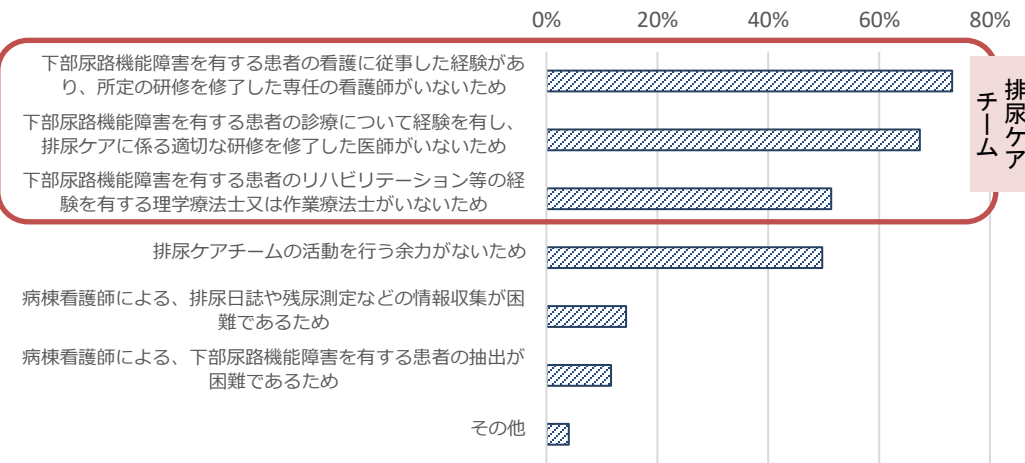
■排尿自立支援加算の届出状況 (令和4年11月1日時点) (n=589)



■療養病棟入院患者の排泄自立に向けた支援内容 (n=2,489)



■排尿自立支援加算を届け出していない理由 (n=551)

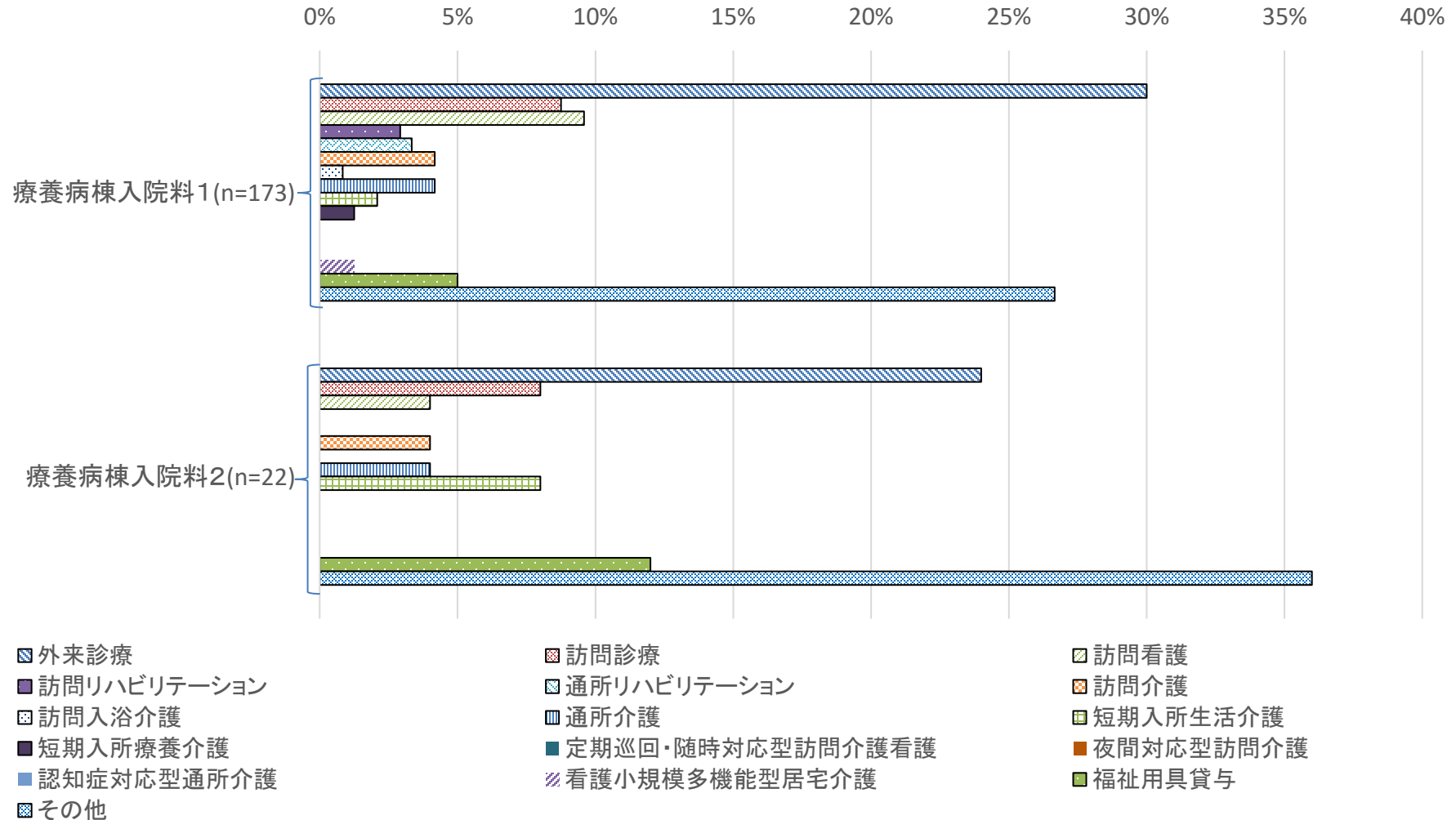


排尿ケア
チーム

療養病棟退棟後に利用を予定している医療・介護サービス

○ 療養病棟の退棟患者について、退棟後に利用を予定している医療・介護サービスは外来診療が最も多く、それについて訪問看護、訪問診療が多かった。

療養病棟退棟後に利用を予定している医療・介護サービス



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

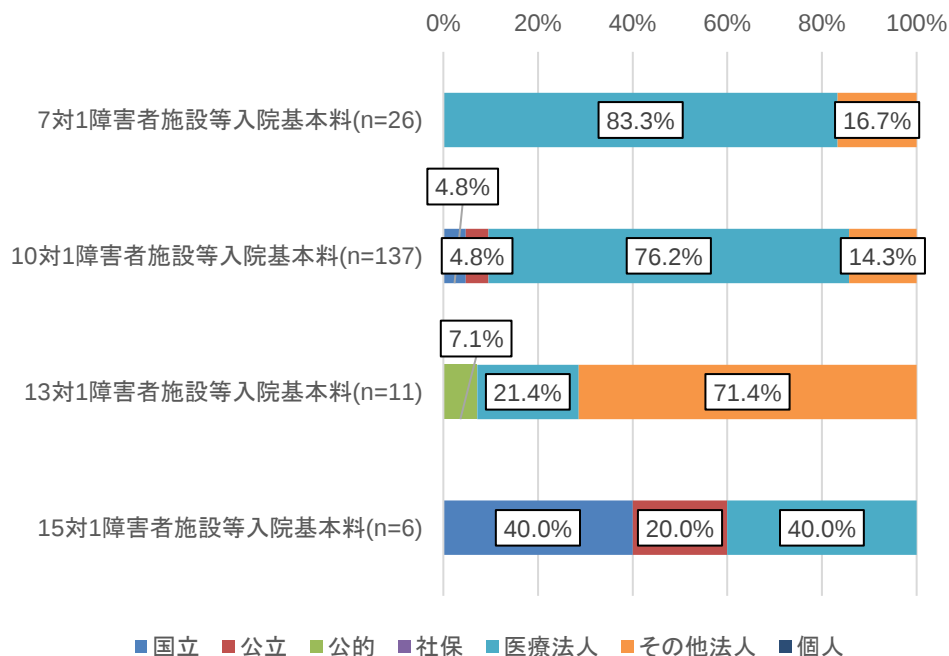
			障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病棟 入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置			7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	
どちらか 一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児 入所施設又は 指定医療機関 (児童福祉法)	—		
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由 児(者)、脊髄損傷 等の重傷障害者、 重度の意識障害者、 筋ジストロフィー患 者、難病患者等が 概ね7割以上	脊椎損傷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

124

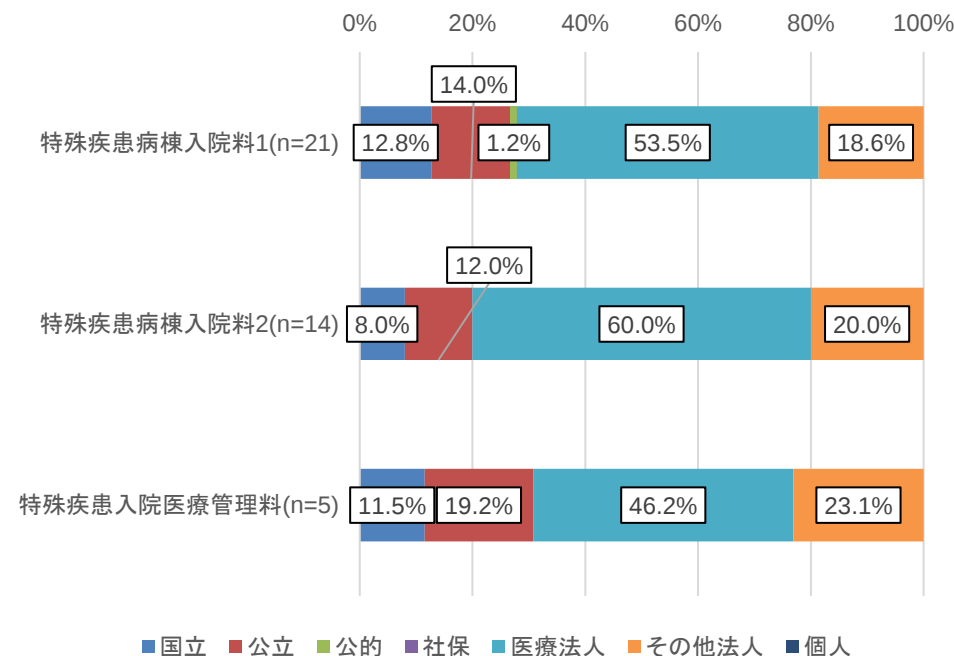
回答施設の状況（障害者施設等入院基本料等）

○ 障害者施設等入院基本料等の医療機関の開設者について、7対1及び10対1障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料では医療法人が最多であった。

医療機関の開設者別の割合（障害者施設等入院基本料）



医療機関の開設者別の割合（特殊疾患病棟入院料）



国立	国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社保	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人（社会医療法人は含まない）
その他法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人

その他の入院料等の届出施設における入院料別届出病床

入院料別の届出病床の設置状況(令和4年11月1日時点で1床でも設置していれば、有として集計)

入院料		障害者施設等 7対1	障害者施設等 10対1	障害者施設等 13対1	障害者施設等 15対1	特殊疾患 病棟入院料 1	特殊疾患 病棟入院料 2	特殊疾患 入院医療 管理料	緩和ケア 病棟入院料 1	緩和ケア 病棟入院料 2
回答施設数		入院基本料 26	入院基本料 138	入院基本料 11	入院基本料 6	21	14	5	25	26
届出率	急性期一般入院料	19.2%	23.2%	9.1%	0.0%	19.0%	7.1%	80.0%	68.0%	65.4%
	地域一般入院料	7.7%	5.1%	9.1%	0.0%	9.5%	7.1%	0.0%	4.0%	0.0%
	地域包括ケア病棟入院料	7.7%	26.8%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	60.0%	60.0%	50.0%
	回復期リハビリテーション病棟	7.7%	12.3%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	60.0%	16.0%	38.5%
	療養病棟入院料	3.8%	32.6%	27.3%	33.3%	47.6%	0.0%	0.0%	28.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料					14.3%	50.0%	0.0%	20.0%	30.8%
	緩和ケア病棟入院料	11.5%	6.5%	0.0%	0.0%	9.5%	0.0%	0.0%		

その他の病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

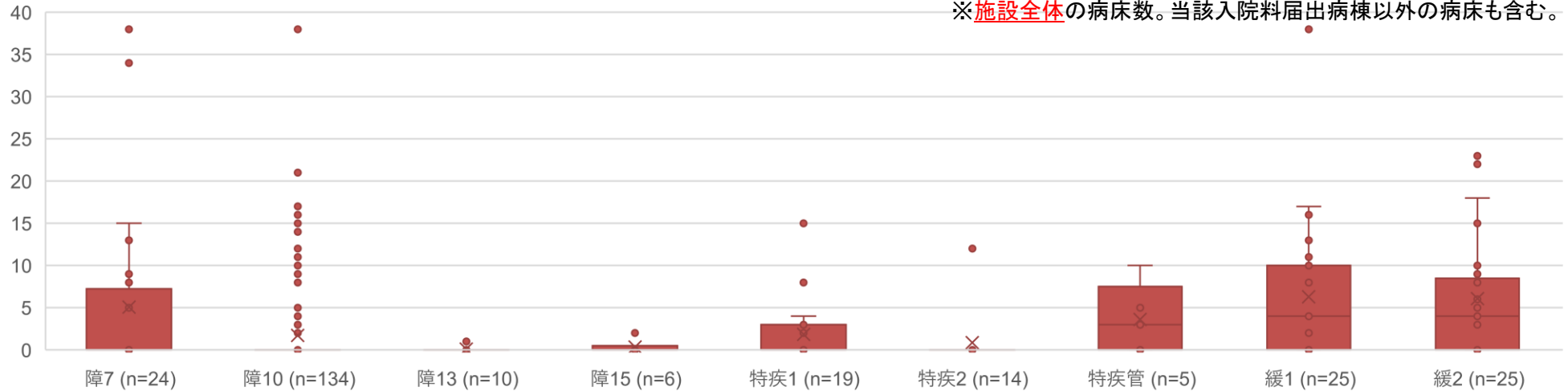
入院料		障害者施設等 7対1 入院基本料	障害者施設等 10対1 入院基本料	障害者施設等 13対1 入院基本料	障害者施設等 15対1 入院基本料	特殊疾患 病棟入院料 1	特殊疾患 病棟入院料 2	特殊疾患 入院医療 管理料	緩和ケア 病棟入院料 1	緩和ケア 病棟入院料 2
回答病棟数		48	118	6	4	13	13	3	17	17
平均病床数		42.54	45.04	50.67	43.50	42.85	44.46	4.67	21.59	20.82
40 床 あ た り 平 均 職 員 数	看護師	30.71	24.76	21.95	12.96	14.08	14.26	0.88	10.66	8.66
	准看護師	0.80	2.30	2.57	4.98	3.77	2.22	0.04	0.00	0.00
	看護師及び准看護師	31.51	27.06	24.51	17.93	17.85	16.49	0.92	10.66	8.66
	看護補助者	7.22	10.04	13.05	14.68	13.95	20.48	0.04	1.29	0.67
	看護補助者のうち、介護福祉士	2.18	4.01	5.75	4.64	6.45	8.85	0.00	0.31	0.00
	薬剤師	0.10	0.45	0.50	1.63	0.10	0.50	0.00	0.19	0.12
	管理栄養士	0.08	0.34	0.50	0.92	0.06	0.58	0.00	0.09	0.06
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.86	1.92	1.17	4.13	0.26	1.46	0.00	0.06	0.18
	相談員	0.05	0.51	0.23	0.39	0.23	0.15	0.00	0.04	0.16
	医師事務作業補助者	0.01	0.05	0.00	0.00	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00
	その他の職員	1.20	2.40	0.25	5.43	0.07	4.21	0.00	0.06	0.14

その他の入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

○ その他の入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況は以下のとおり。7対1障害者施設等入院基本料では約3割、緩和ケア病棟入院料では5割弱の施設が重点医療機関として指定されていた。

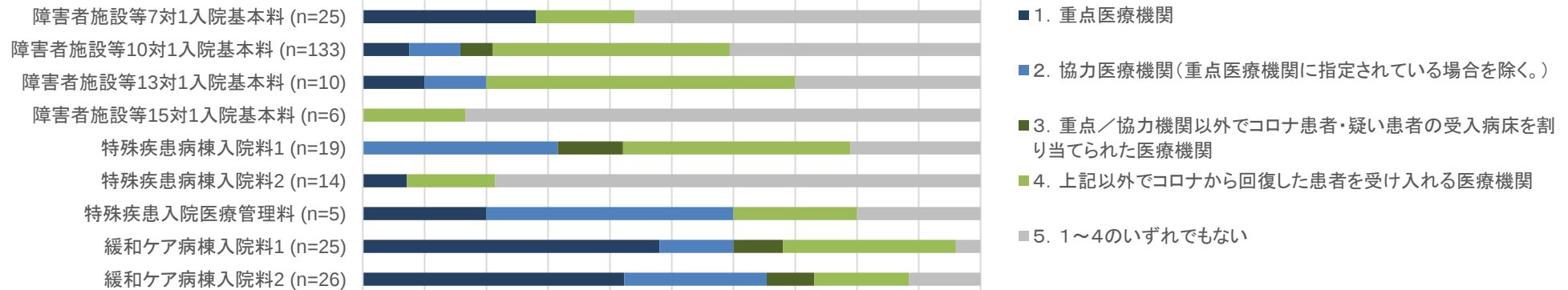
新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数(令和4年11月1日時点)

※施設全体の病床数。当該入院料届出病棟以外の病床も含む。



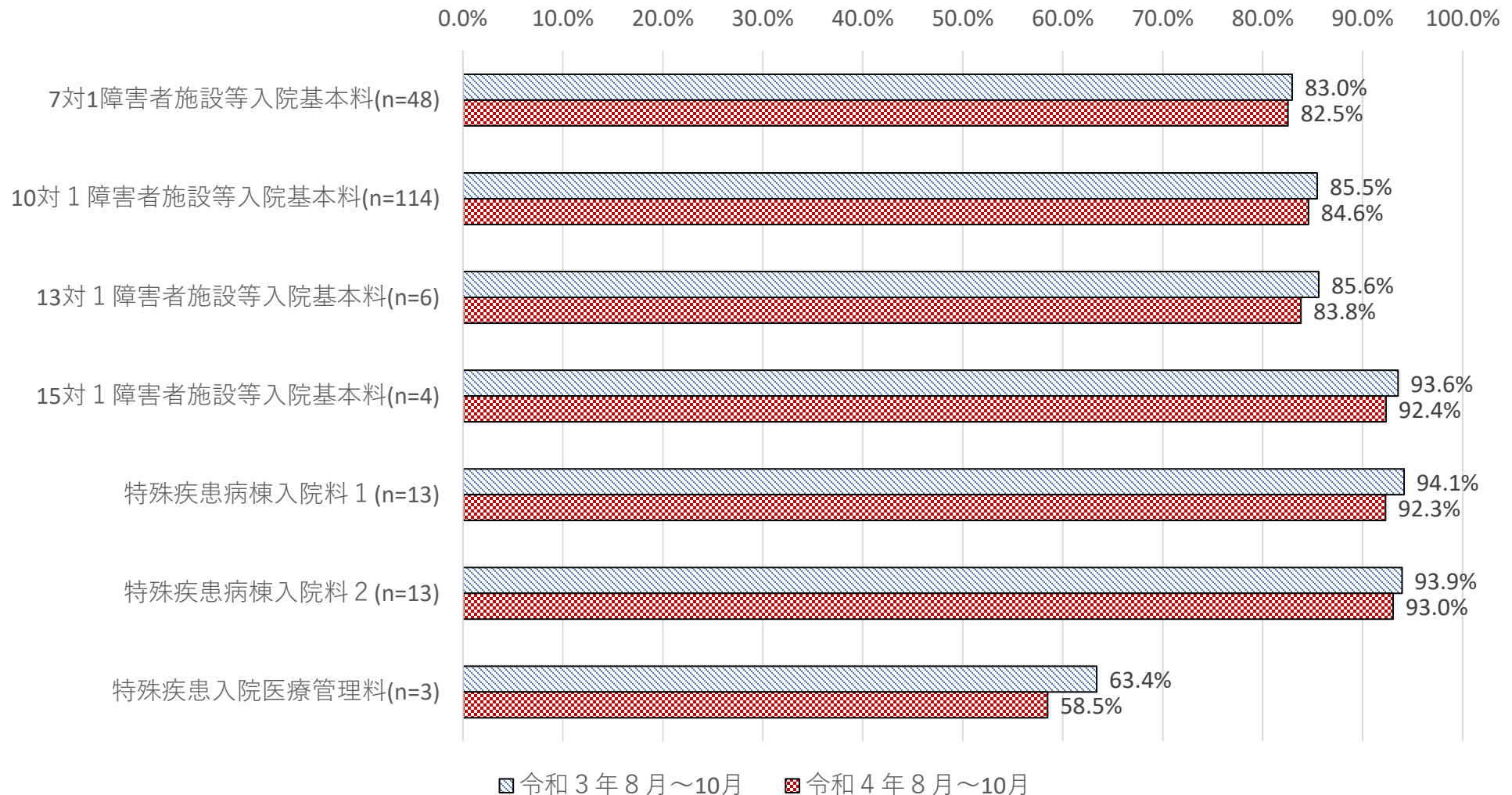
重点・協力医療機関の指定等の状況(令和4年11月1日時点)

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



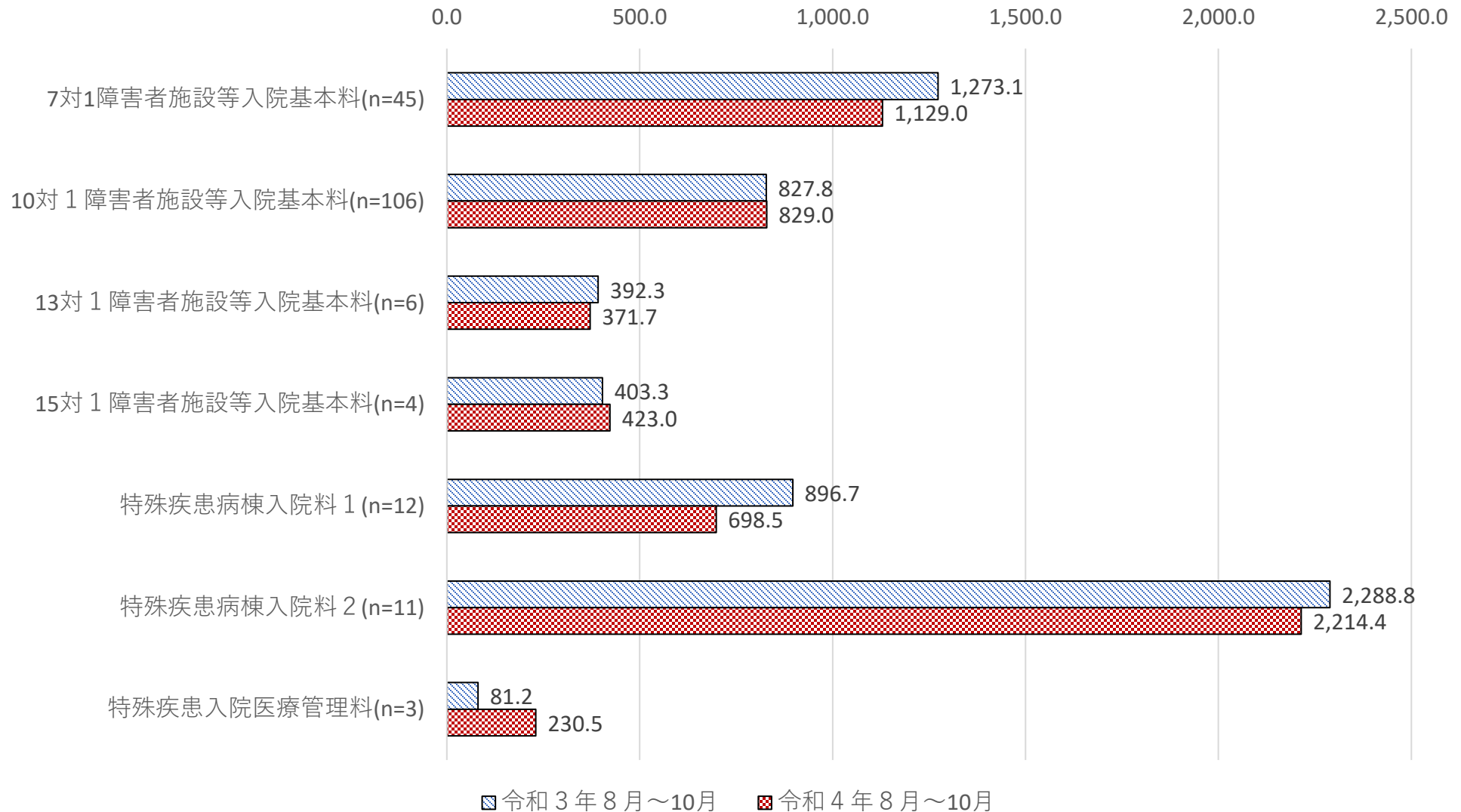
障害者施設等入院基本料等を算定する病棟の病床利用率

- 障害者施設等入院基本料等を算定する病棟の病床利用率は以下のとおり。
- 全ての区分において、令和3年と比較し、令和4年における病床利用率はやや低下していた。



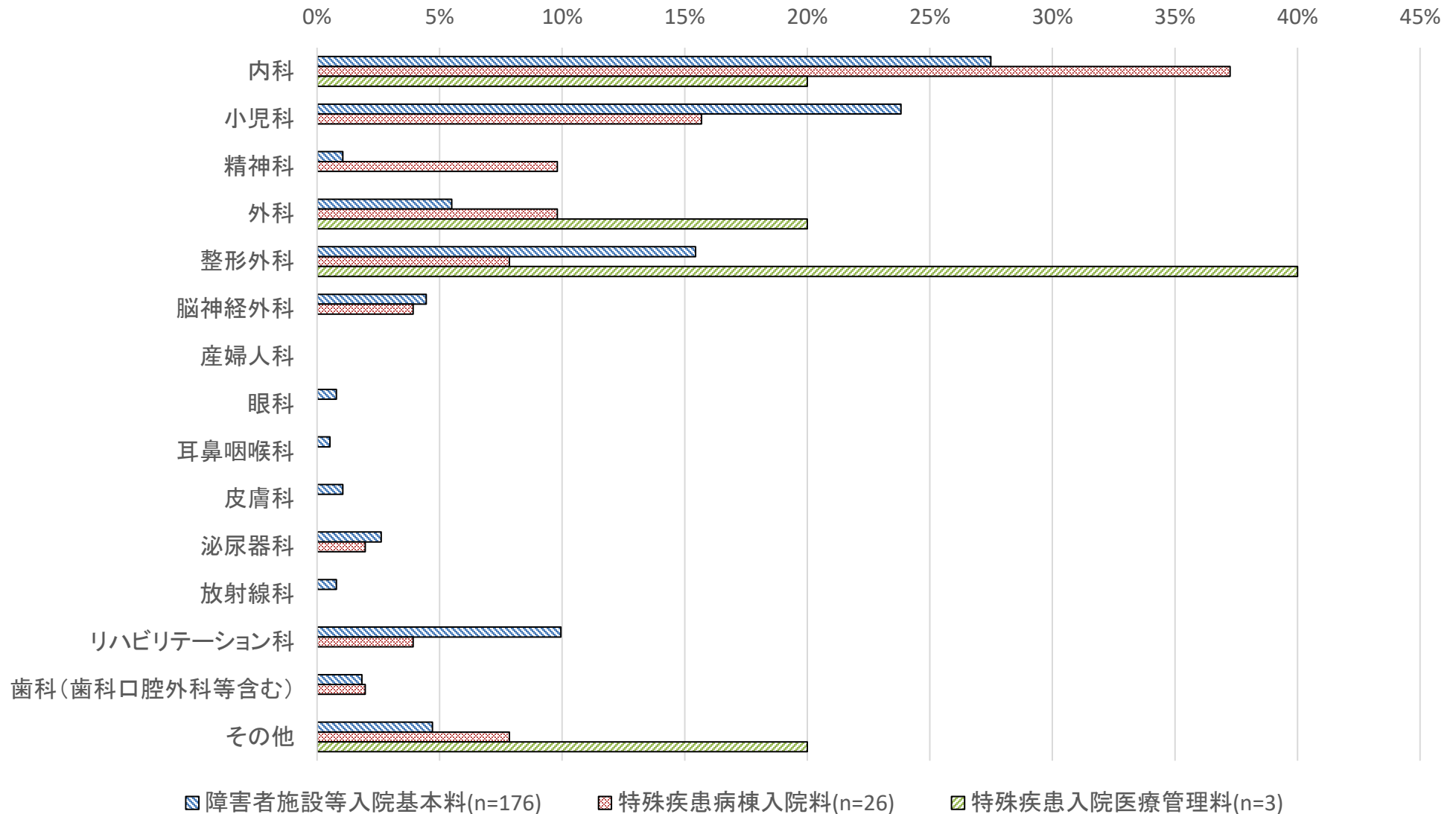
障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数

- 障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数は以下のとおり。
- 7対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患入院料1・2では平均在院日数が短縮していた。



病棟に従事している医師の専門とする診療科

○ 障害者施設等・特殊疾患病棟に従事している医師の専門とする診療科としては、内科、小児科、整形外科が多かった。



障害者施設等入院基本料を算定する病棟における入退院

- 入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、37.4%(R2調査時34.9%)であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、27.0%(R2調査時26.8%)であった。

【入棟元】(n=1,538)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	11.9%
	自宅（在宅医療の提供なし）	26.6%
介護施設等	介護老人保健施設	0.4%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.2%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.5%
	障害者支援施設	3.1%
他院	他院の一般病床	37.4%
	他院の一般病床以外	4.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	8.6%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の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を届け出ている病床	1.2%
	自院の療養病床（上記以外）	1.6%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所		0.0%
その他		2.3%

障害者施設等

【退棟先】(n=178)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	15.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	23.0%
介護施設等	介護老人保健施設	3.4%
	介護医療院	2.2%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.7%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.2%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	11.2%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	他院の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を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（上記以外）	1.7%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	1.1%
自院	自院の一般病床（17、18以外）	1.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の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を届け出ている病床	2.8%
	自院の療養病床（18以外）	3.9%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.6%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		27.0%
その他		0.6%

特殊疾患病棟・入院医療管理料を算定する病棟における入退院

- 入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、30.1%(R2調査時27.1%)であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、61.1%(R2調査時20.0%、n=5のため参考値)であった。

【入棟元】(n=266)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	13.5%
	自宅（在宅医療の提供なし）	19.9%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.1%
	障害者支援施設	1.1%
他院	他院の一般病床	30.1%
	他院の一般病床以外	2.6%
自院	自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	8.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.9%
	自院の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を届け出ている病床	2.6%
	自院の療養病床（上記以外）	2.3%
	自院の精神病床	16.5%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所		0.0%
その他		0.0%

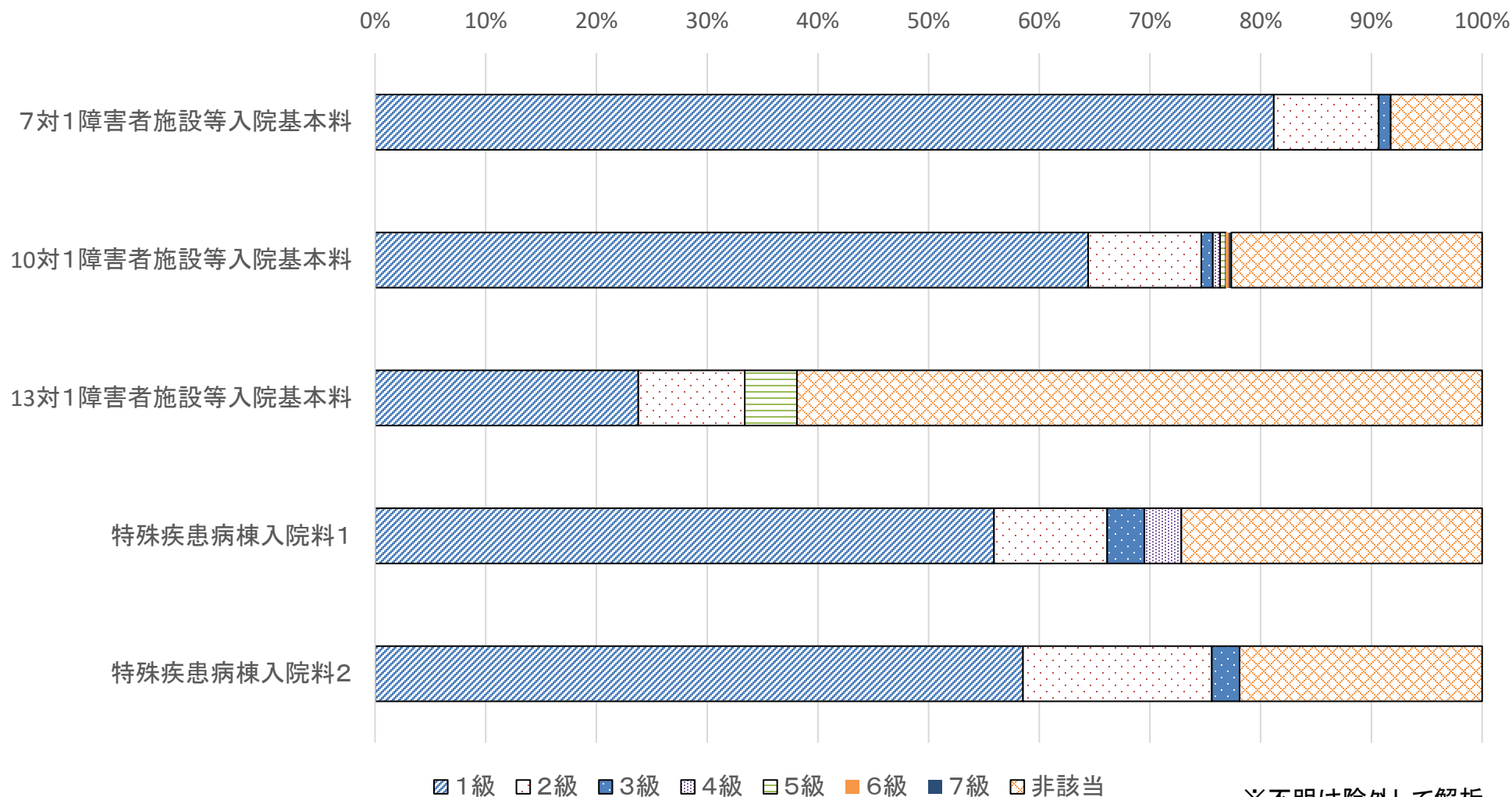
特殊疾患病棟

【退棟先】(n=18)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	5.6%
	自宅（在宅医療の提供なし）	5.6%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.0%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	11.1%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	他院の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を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（上記以外）	0.0%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（17、18以外）	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（18以外）	0.0%
	自院の精神病床	16.7%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		61.1%
その他		0.0%

身体障害者（肢体不自由）の等級（管理料別）

- 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の身体障害者（肢体不自由）の等級は以下のとおり。
- 7対1及び10対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料においては、1級の患者が最も多い。



※不明は除外して解析

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

現行

【障害者施設等入院基本料】

〔算定要件〕（抜粋・例）

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

【特殊疾患入院医療管理料】

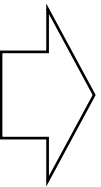
〔算定要件〕（抜粋・例）

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

【特殊疾患病棟入院料】

〔算定要件〕（抜粋・例）

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



改定後

【障害者施設等入院基本料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

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

□ 13対1入院基本料

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

ハ 15対1入院基本料

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

【特殊疾患入院医療管理料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

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

【特殊疾患入院医療管理料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注6 イ 特殊疾患病棟入院料 1

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

□ 特殊疾患病棟入院料 2

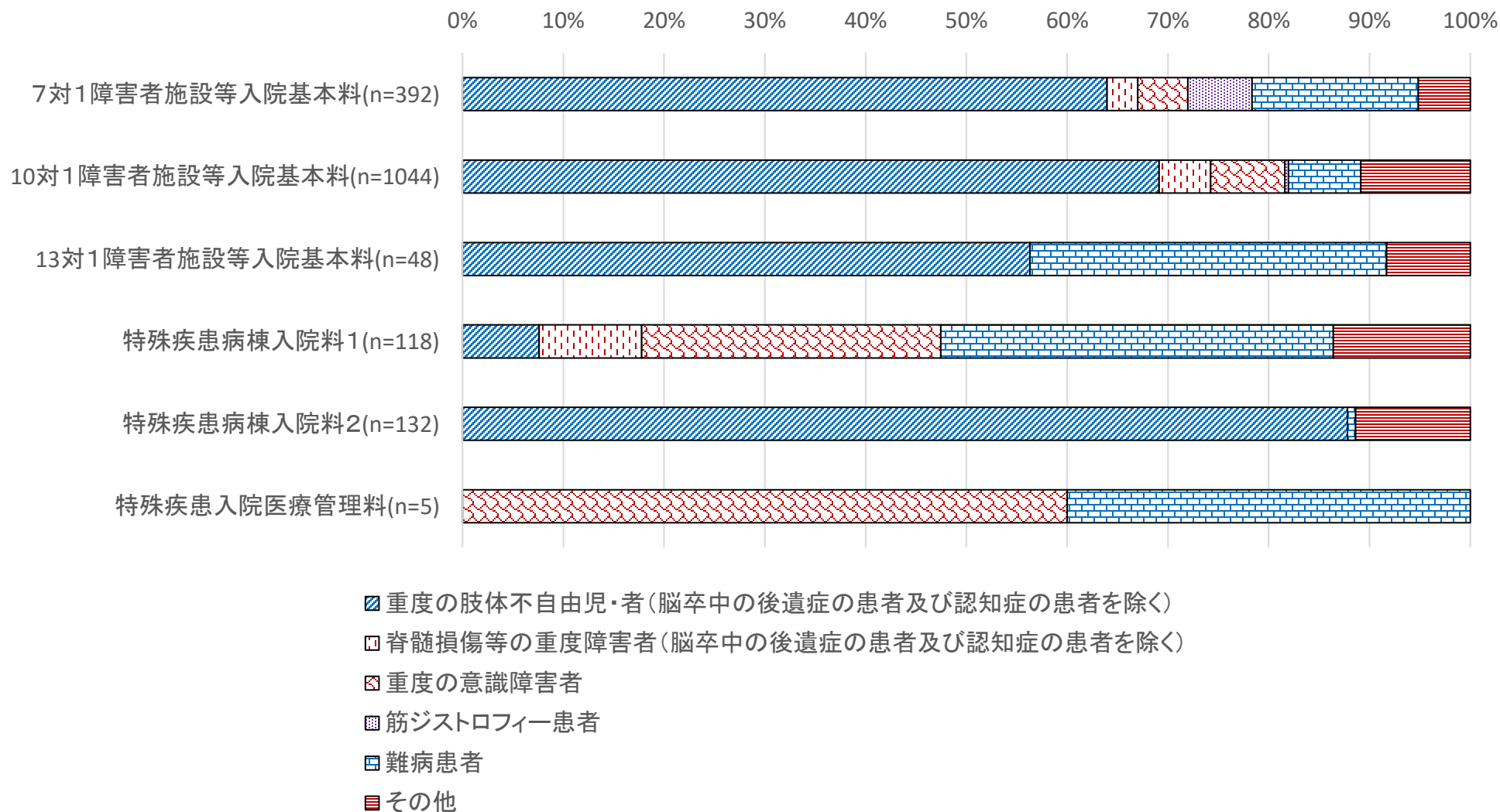
(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

➤ 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。 135

障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況

○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況は、障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料においては重度の肢体不自由児・者が最も多い。



患者の状態毎の在院日数

○ 障害者施設等入院基本料を算定している医療機関における、患者の状態毎の在院日数は以下のとおり。重度の肢体不自由児・者の在院日数が最長であった。

	回答数	平均値	25%Tile	中央値	75%Tile
①重度の肢体不自由児・者	93	5478	619	3208	9545.5
②脊椎損傷等の重症障害者	38	1850	233.75	737.5	1542.5
③重度の意識障害者	51	4737	263	1810	6904
④筋ジストロフィー患者	25	2382	43.5	114	606
⑤難病患者	68	3159	181	806	4230.5
①～⑤以外の患者	80	2527	180.75	1129.5	2563.5

緩和ケア病棟入院料の概要

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

○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

[入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
 - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
 - イ) 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 緩和ケア診療加算※1
 - ② 外来緩和ケア管理料※1
 - ③ 在宅がん医療総合診療料※2

[入院料2の施設基準]

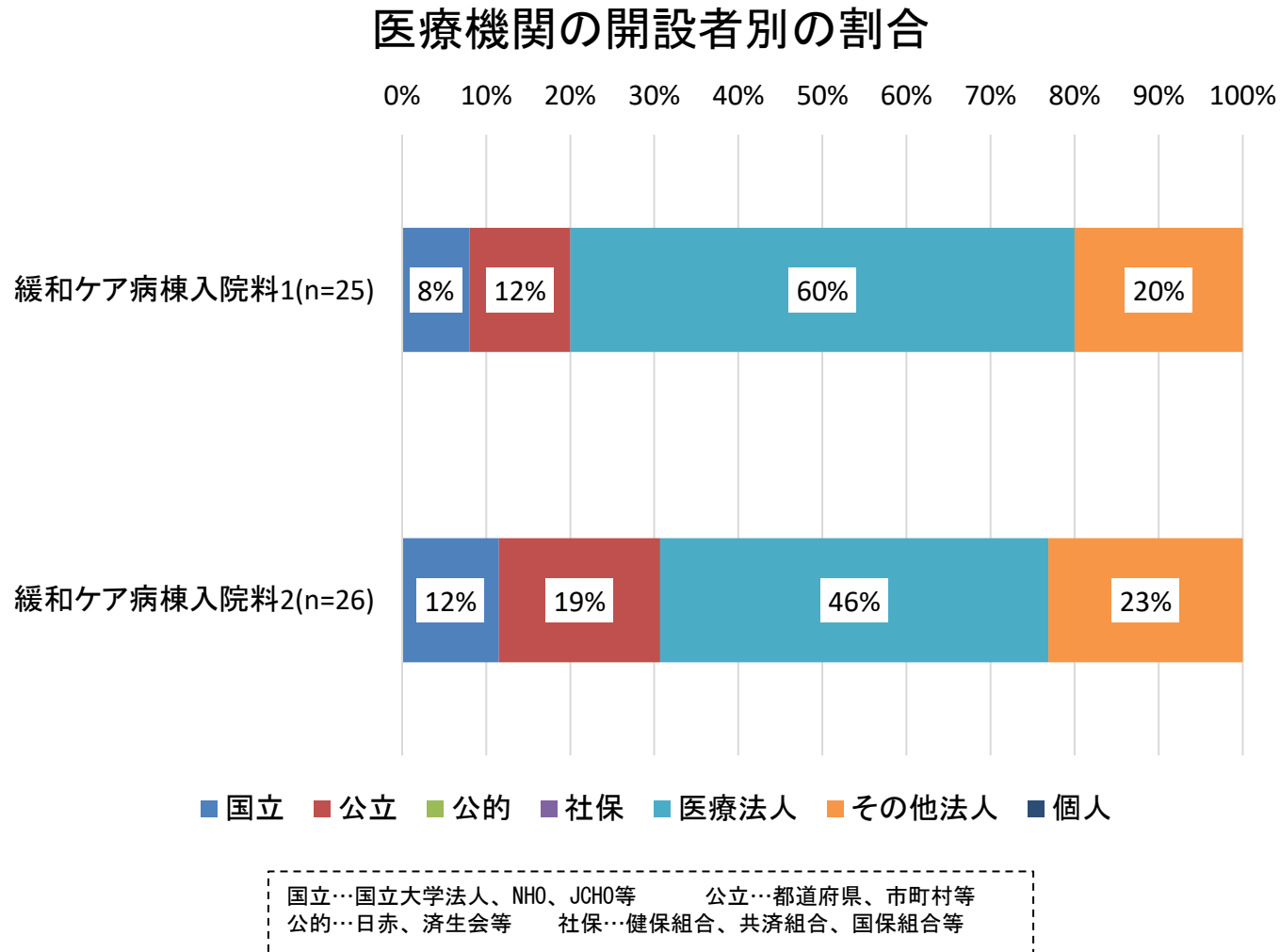
- 看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

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

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

医療機関の開設者別の割合（緩和ケア病棟入院料）

○ 緩和ケア病棟入院料を算定する医療機関の開設者は、医療法人が多かった。



緩和ケア病棟入院料を届け出ている施設の許可病床数

- 緩和ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関は、緩和ケア病棟入院料2を届け出ている医療機関に比べ、許可病床数200床以下の病院の割合が多かった。

許可病床数

(床)

0 50 100 150 200 250 300

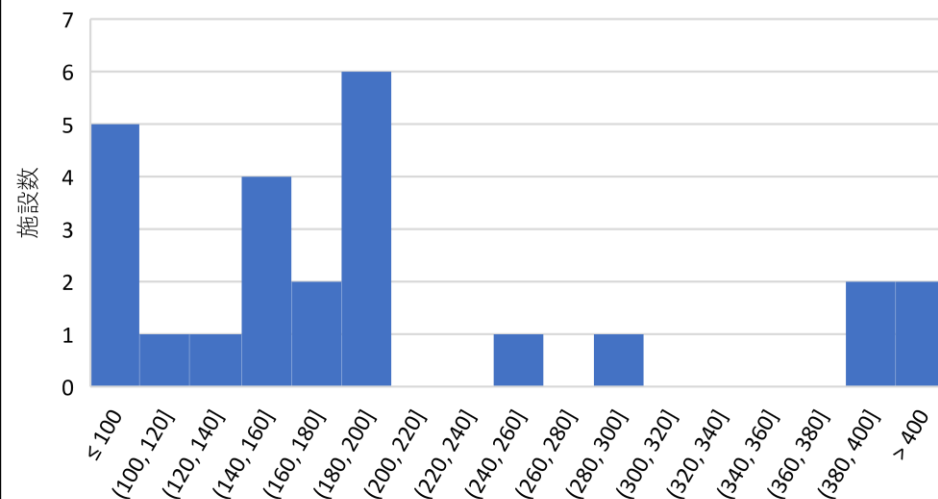
緩和ケア病棟入院料1(n=25)

192.6

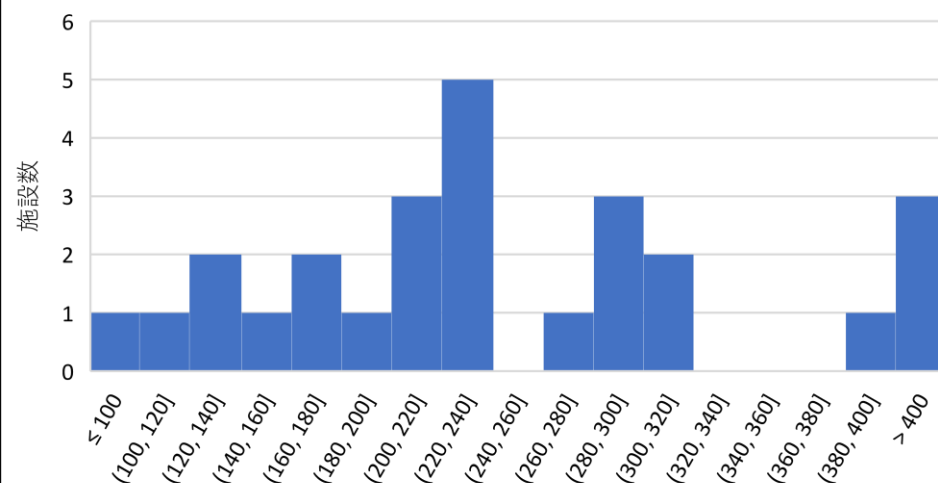
緩和ケア病棟入院料2(n=26)

250.2

緩和ケア病棟入院料1の許可病床数の分布



緩和ケア病棟入院料2の許可病床数の分布

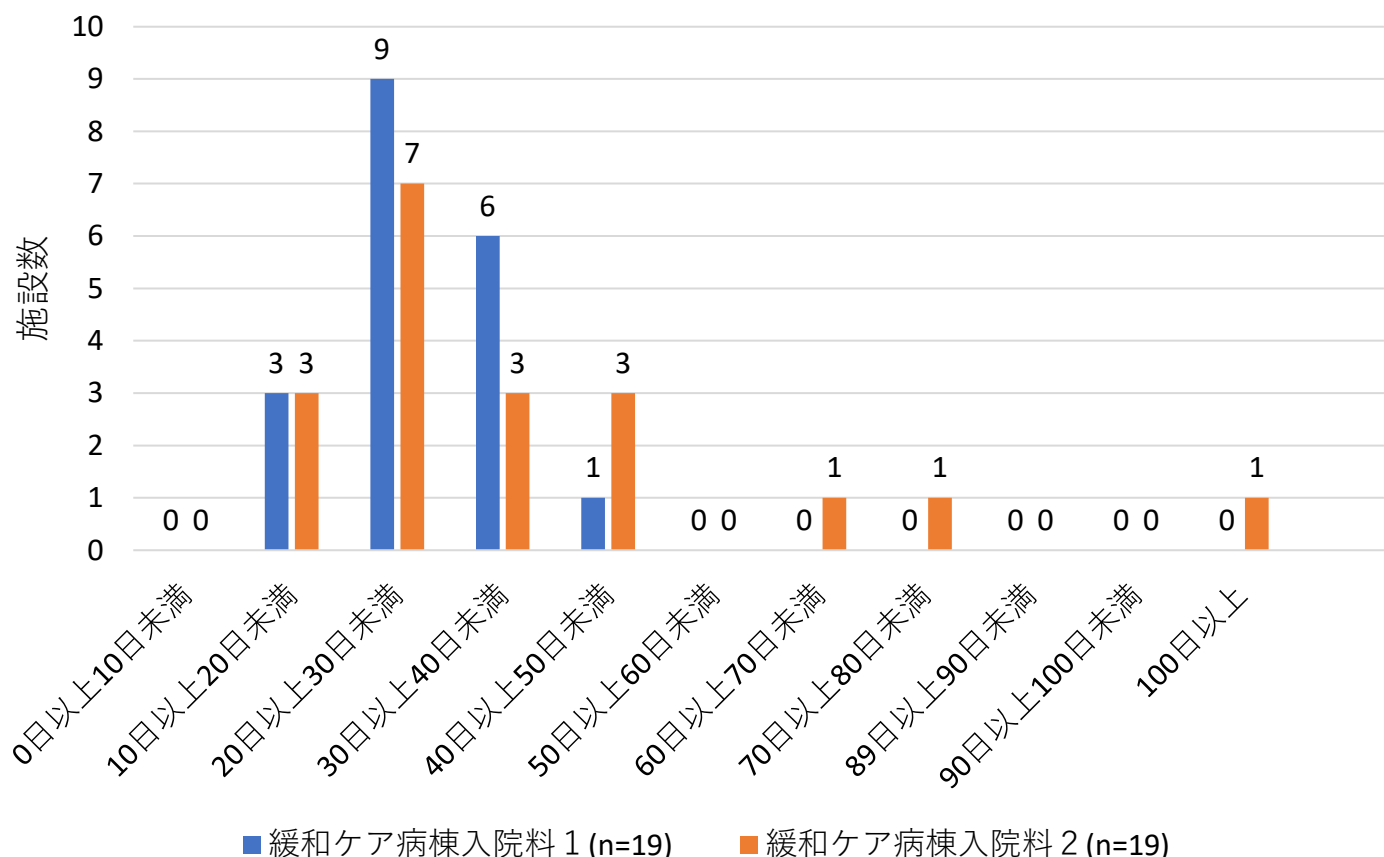


緩和ケア病棟入院料における平均在院日数

- 緩和ケア病棟入院料における平均在院日数の分布は以下のとおり。
- 緩和ケア病棟入院料2を届け出ている医療機関において、平均在院日数が60日以上医療機関がみられた。

緩和ケア病棟の平均在院日数別の医療機関数(n=38)

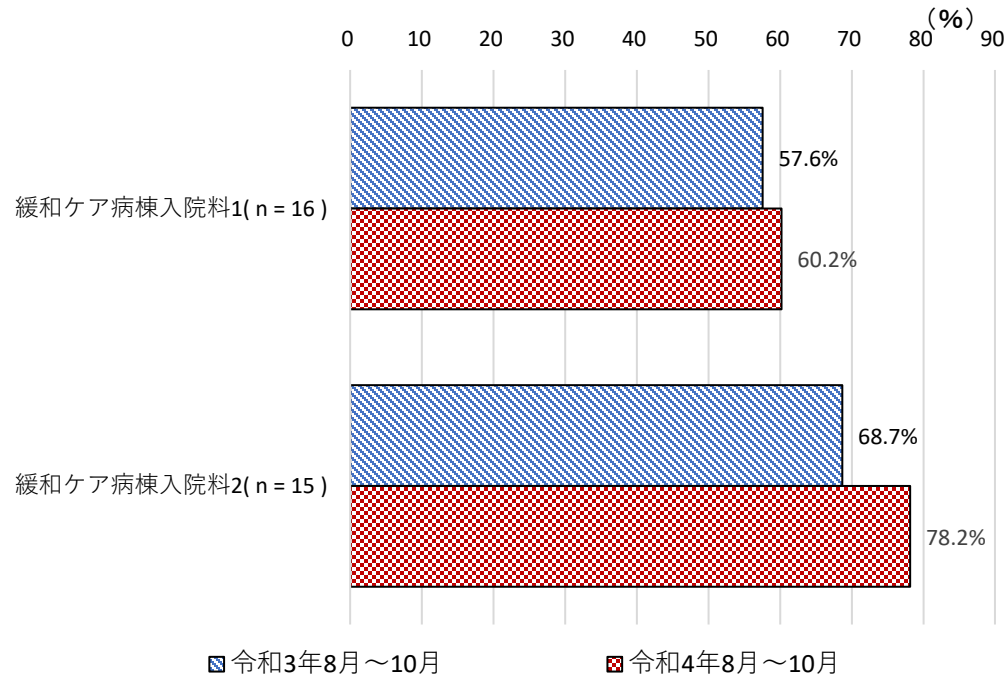
(令和4年8月～10月)



緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率

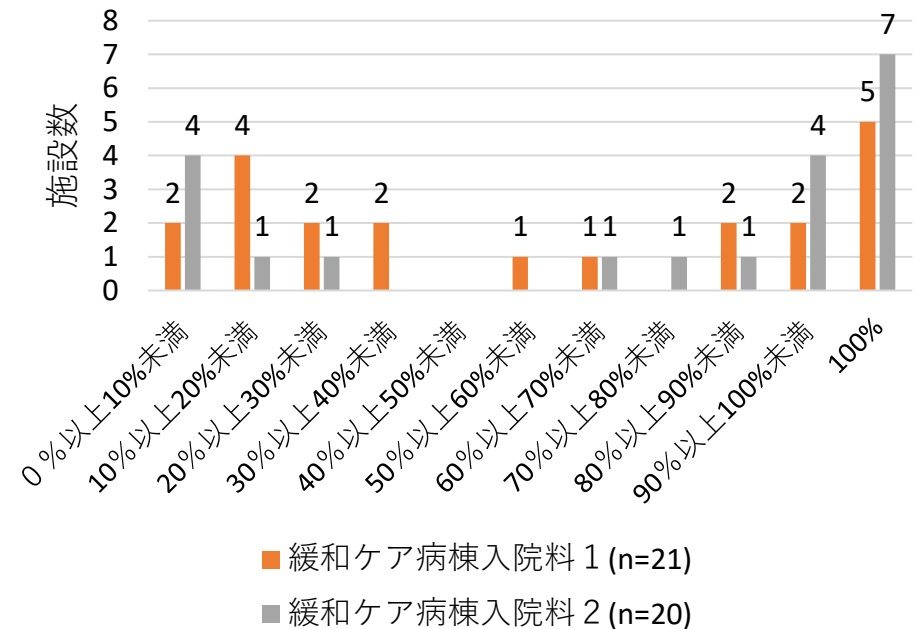
○ 緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率は、入院料1に比べて入院料2の方が高かった。

緩和ケア病棟入院料における平均在宅復帰率



緩和ケア病棟におけるの在宅復帰率の分布

(令和4年8月～10月)



「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）×100、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

緩和ケア病棟における患者の流れ

- 緩和ケア病棟の入棟元については、他院の一般病床が最も多く、32.9%であった。
- 退棟先については、死亡退院が最も多く、88.6%であった。

【入棟元】(n=158)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	20.3%
	自宅（在宅医療の提供なし）	19.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.9%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	2.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.6%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	32.9%
	他院の一般病床以外	1.9%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	17.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の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を届け出ている病床	0.6%
	自院の療養病床（地ケア、回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所		0.0%
その他		0.6%

緩和ケア病棟

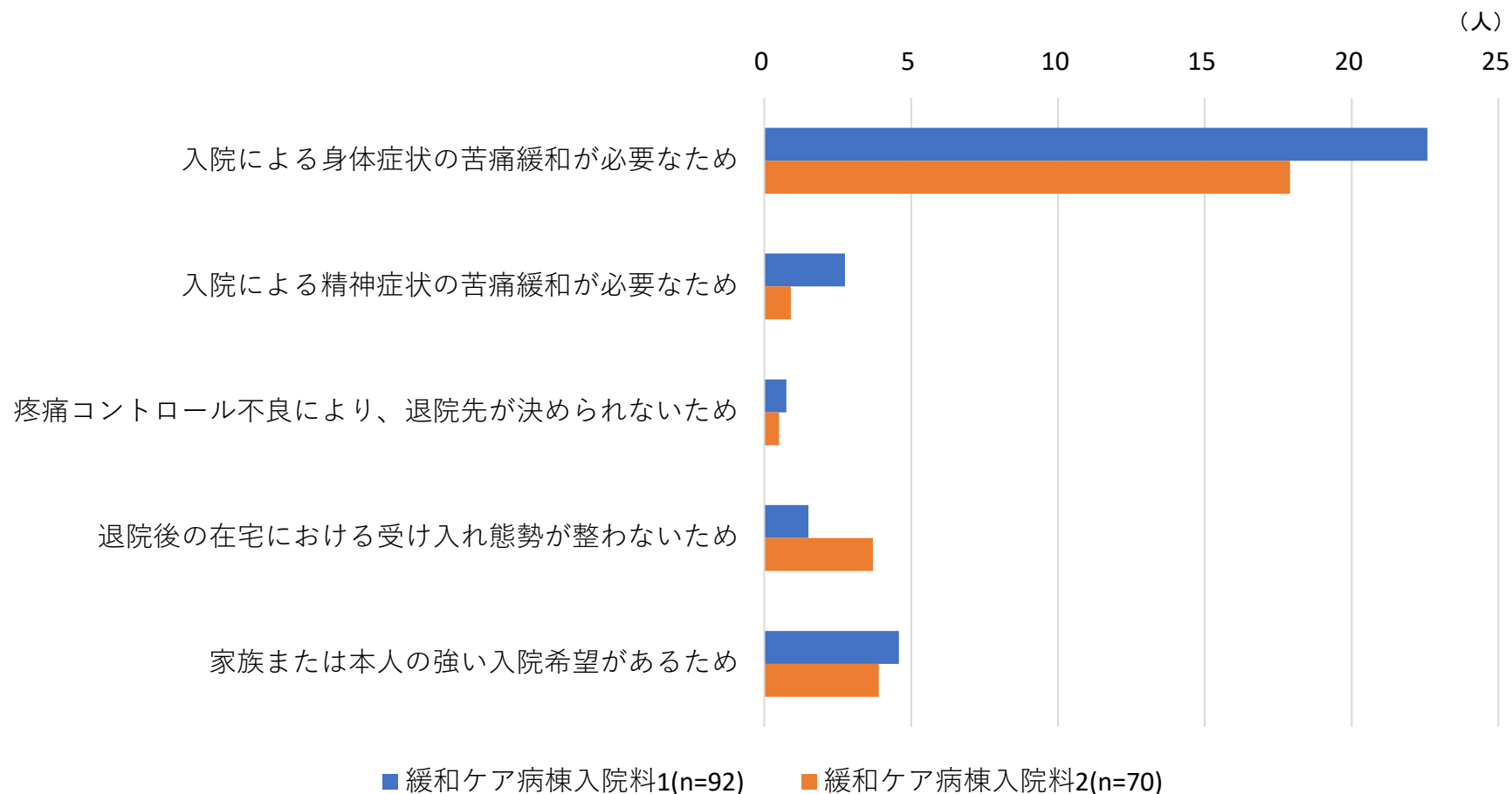
【退棟先】(n=88)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.8%
	自宅（在宅医療の提供なし）	3.4%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.0%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	0.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	他院の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を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（地ケア、回リハ以外）	0.0%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の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を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（地ケア、回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		88.6%
その他		0.0%

緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由

○ 緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由について、身体症状の苦痛緩和が最も多かった。

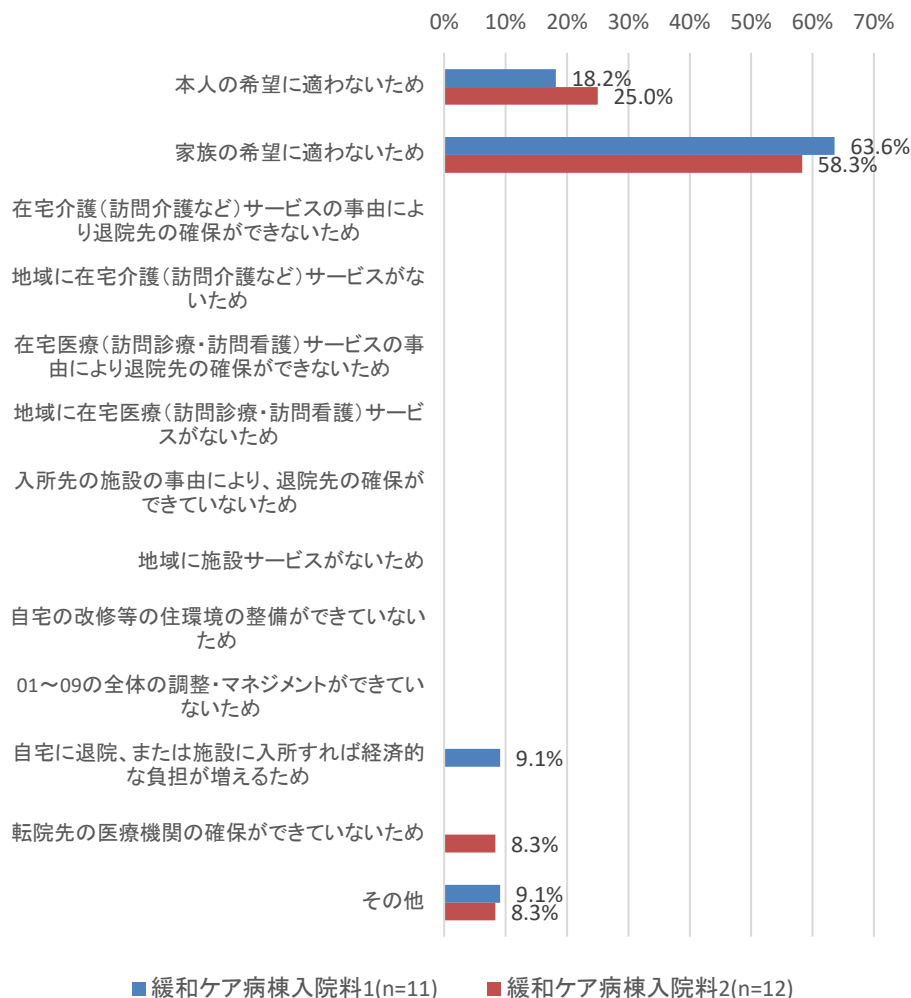
緩和ケア病棟の入院理由別患者数



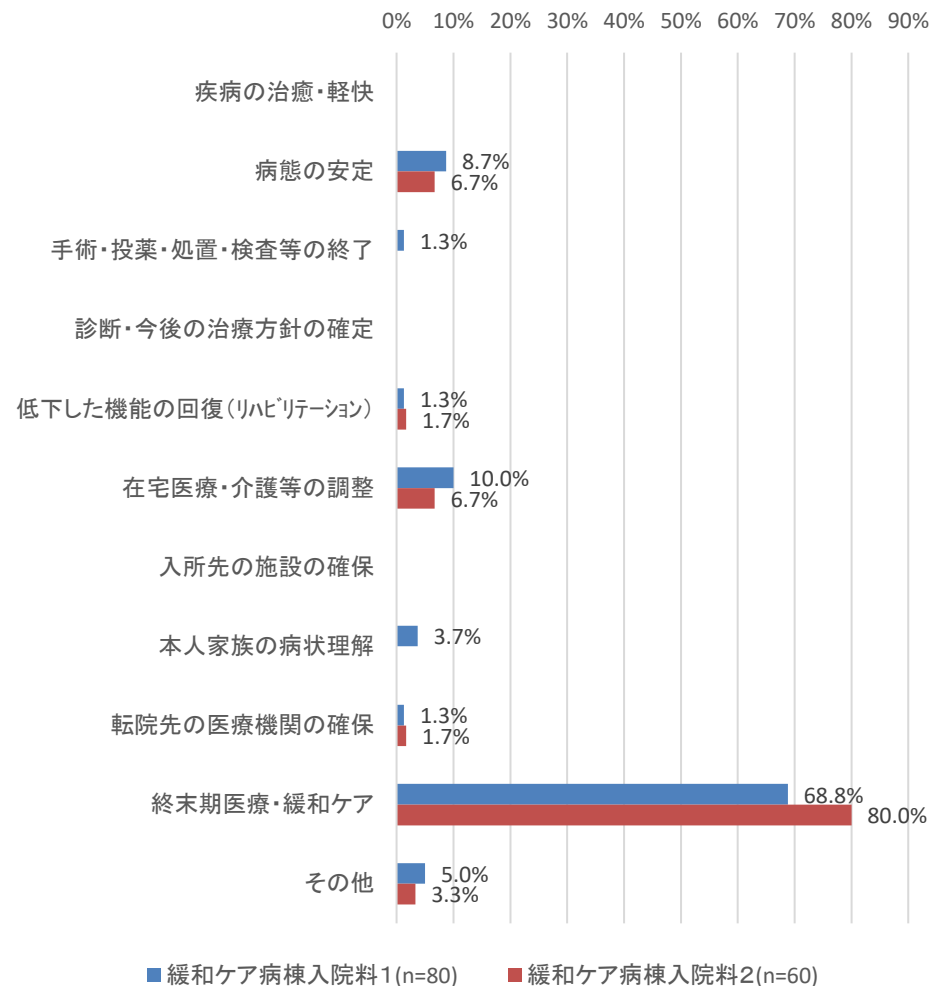
緩和ケア病棟から退院できない理由・退院への課題

- 緩和ケア病棟から退院できない理由は、「家族の希望に合わないため」が最も多かった。
- 退院へ向けた目標・課題等としては、「終末期医療・緩和ケア」が多く選択されていた。

退院できない理由（最も該当するもの）



退院へ向けた目標・課題等（最も該当するもの）

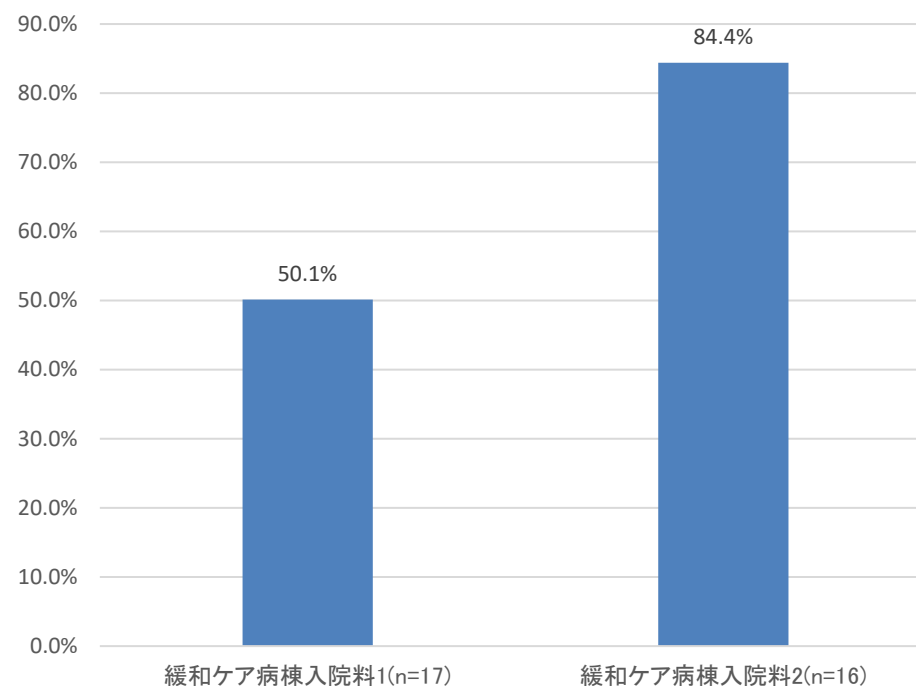


緩和ケア病棟における疼痛の評価について

- 令和4年度診療報酬改定において新設された緩和ケア疼痛評価加算について、緩和ケア在院患者延日数に対しての算定回数の割合は、入院料2に比べて入院料1の方が割合が低かった(※)。

	緩和ケア疼痛評価 加算の算定回数(回)	在院患者延日数(日)
緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	730.8	1457.5
緩和ケア病棟入院料2 (n=16)	1,086.6	1287.5

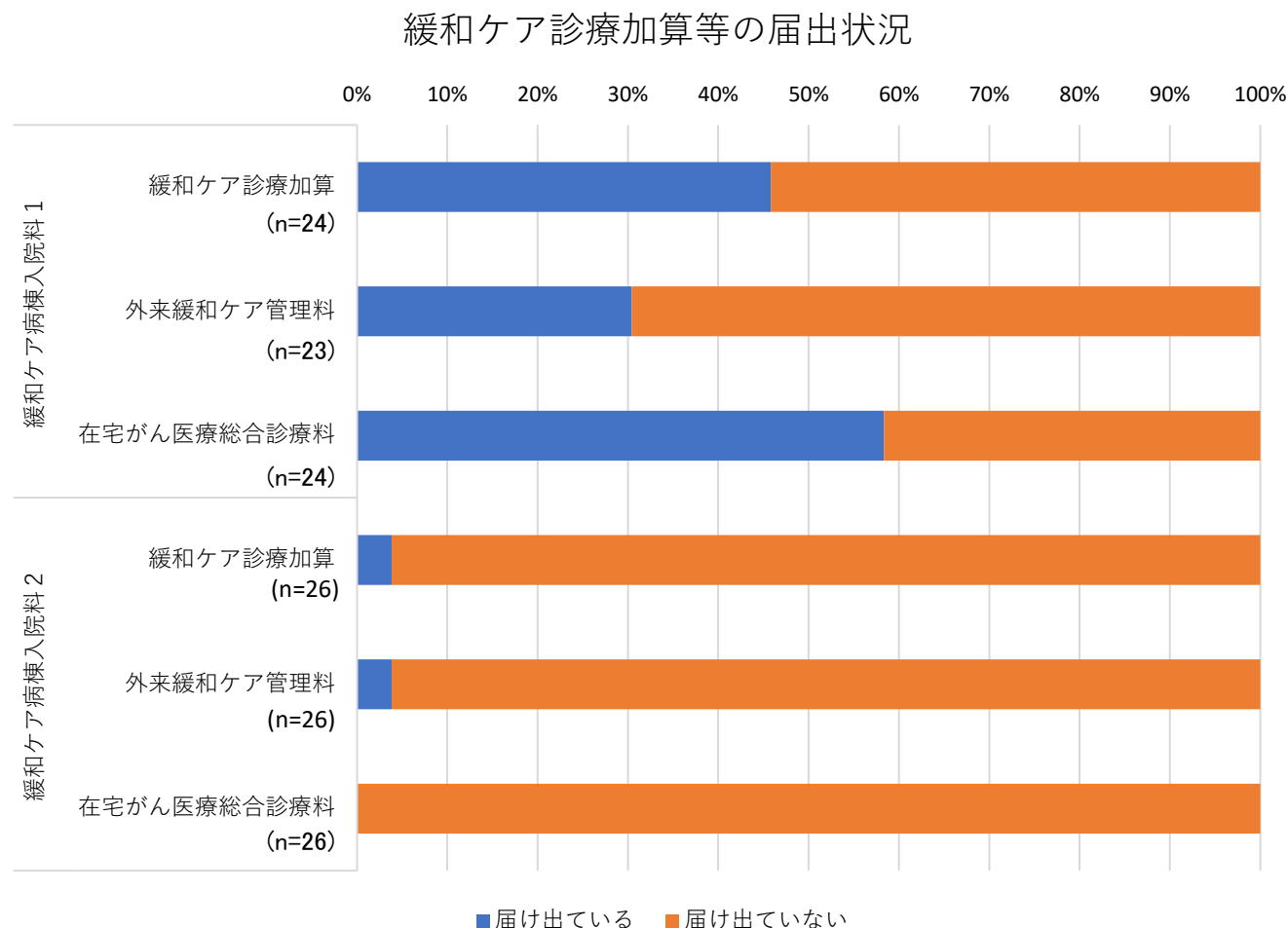
緩和ケア疼痛評価加算の算定回数/在院患者
延日数(令和4年8月～10月診療分)



※緩和ケア疼痛評価加算は、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

緩和ケア病棟入院料における診療加算等について

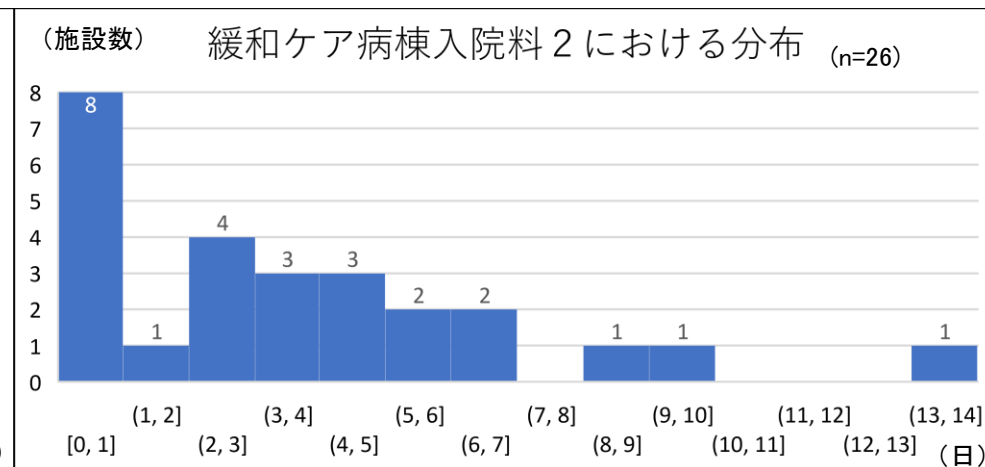
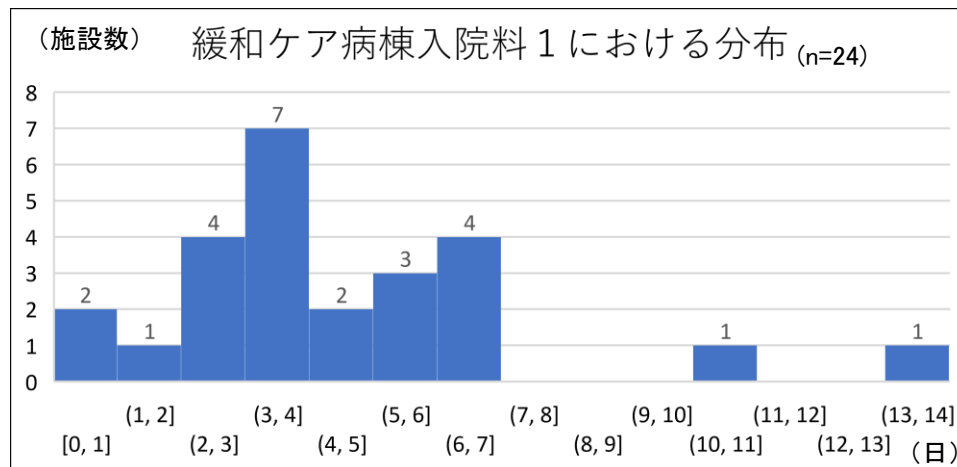
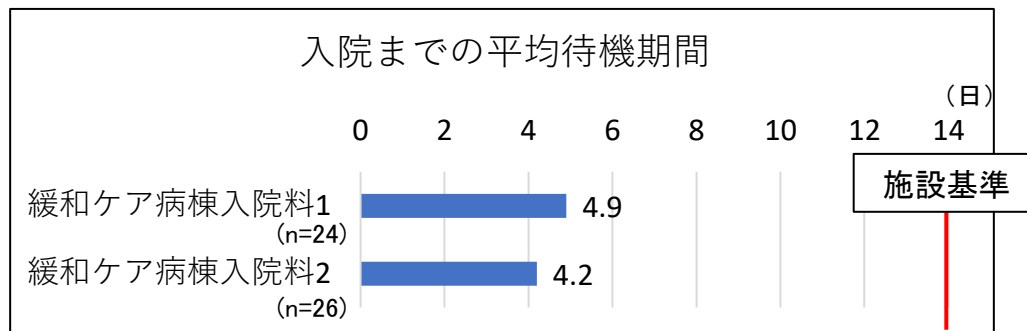
- 緩和ケア病棟を届け出ている病院における、各入院料毎の届出状況は、以下のとおり。
- 緩和ケア病棟入院料2を届け出ている病院において、緩和ケア診療加算等を届け出ている病院は少ない。



※緩和ケア病棟入院料1においては、「緩和ケア診療加算」、「外来緩和ケア管理料」、「在宅がん医療総合診療料」のいずれかに係る届出を行っていることを施設基準として求めている。

緩和ケア病棟の入院までの平均待機期間について

- 緩和ケア病棟を届け出ている医療機関における入院までの平均待機期間の分布等は以下のとおり。
- いずれの入院料においても、入院待機期間が7日以内の医療機関が多い。

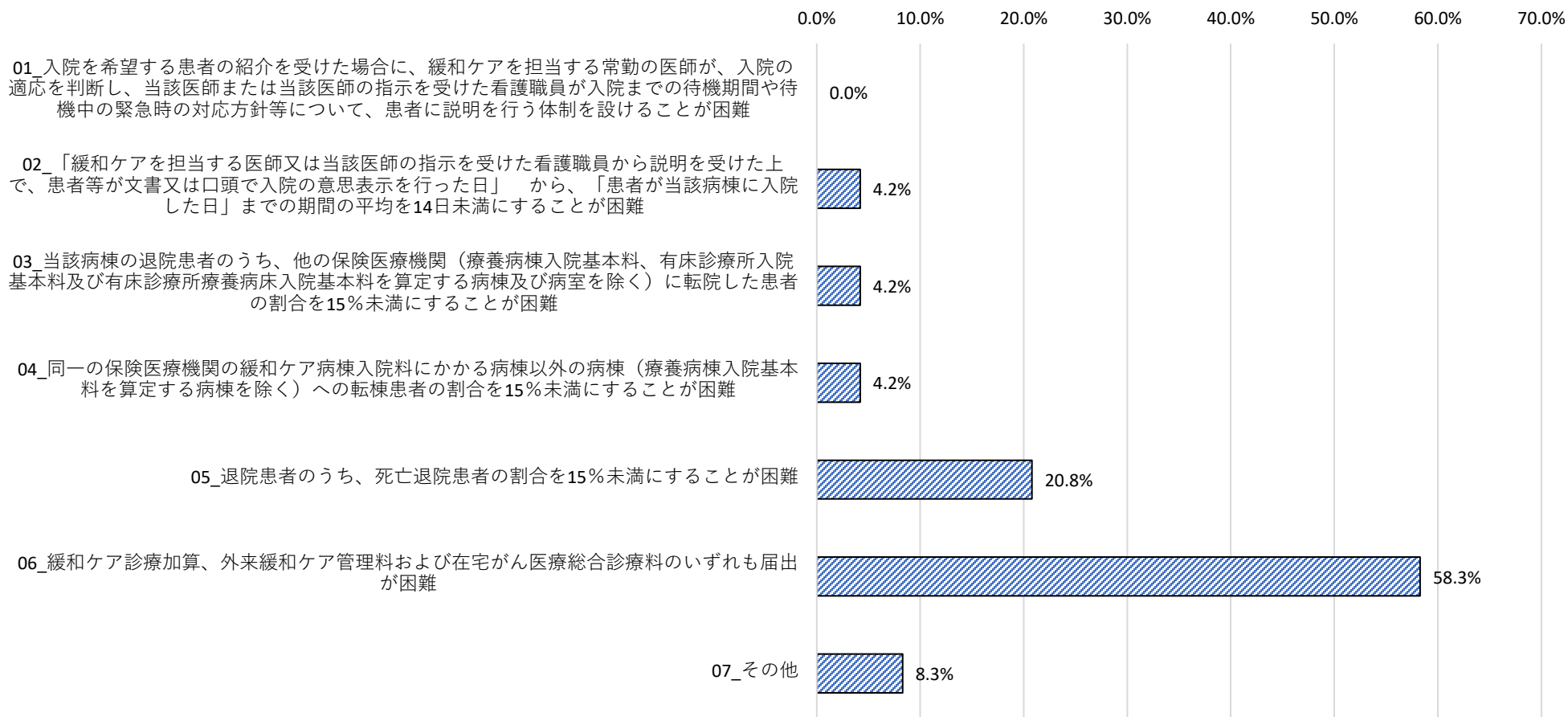


※緩和ケア病棟入院料1においては、「患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から患者が当該病棟に入院した日までの期間の平均が14日未満であること」を施設基準として求めている。

緩和ケア病棟入院料 1 を算定できない理由について

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

緩和ケア病棟入院料 2 を算定している施設において 緩和ケア病棟入院料 1 を算定できない理由
(最も該当するもの) (n=24)



1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等 について(その1)

【附帯意見(抜粋)】

15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の新設
- ②感染症対応も踏まえた評価の新設等

【調査内容案】

調査対象:感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等

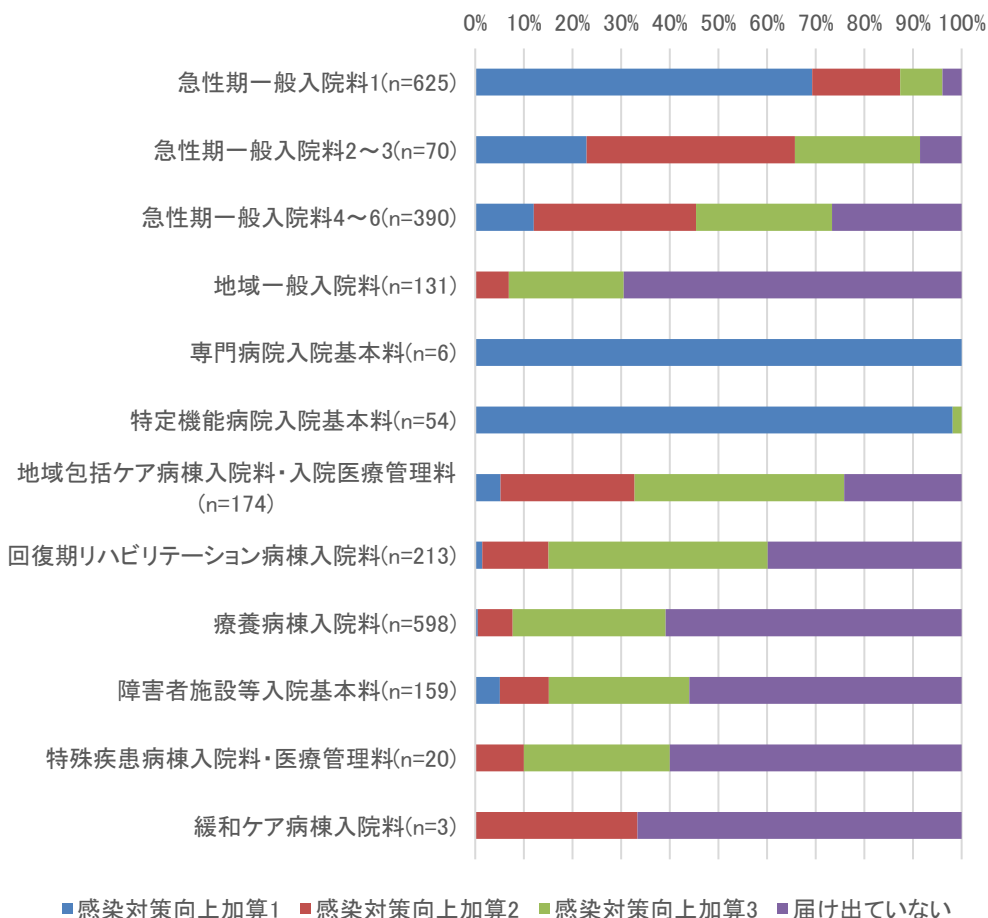
調査内容:(1)感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の届出状況、他の保険医療機関等との連携状況
(2)急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出状況

等

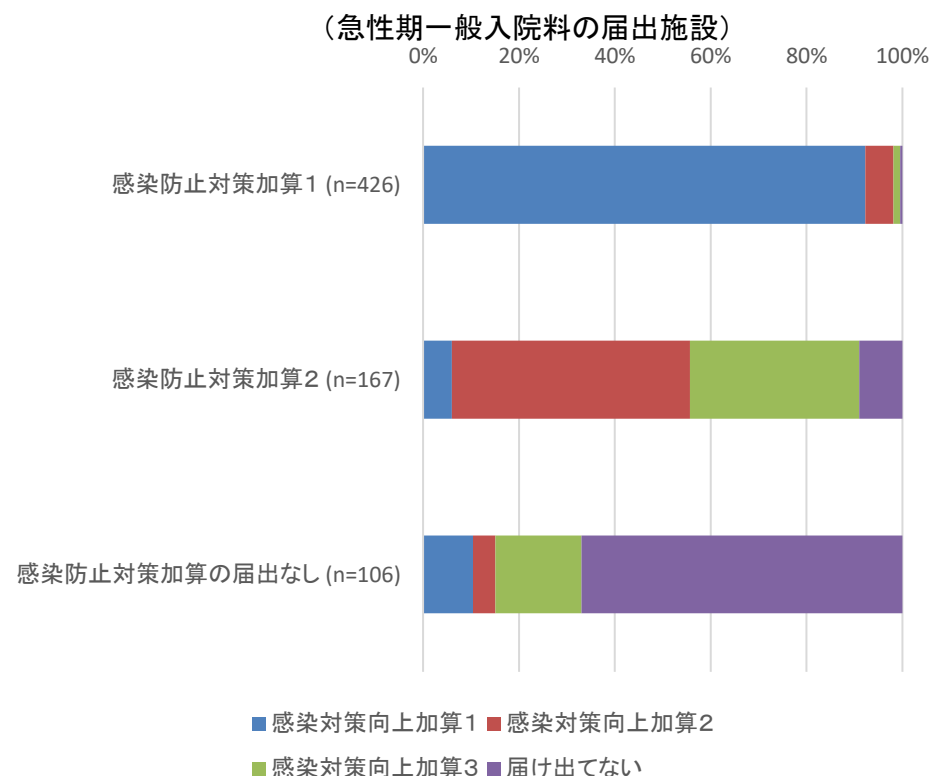
入院料ごとの感染対策向上加算の届出状況等

○ 感染対策向上加算等の届出の状況は以下のとおり。

感染対策向上加算の届出有無
(令和4年11月1日時点)



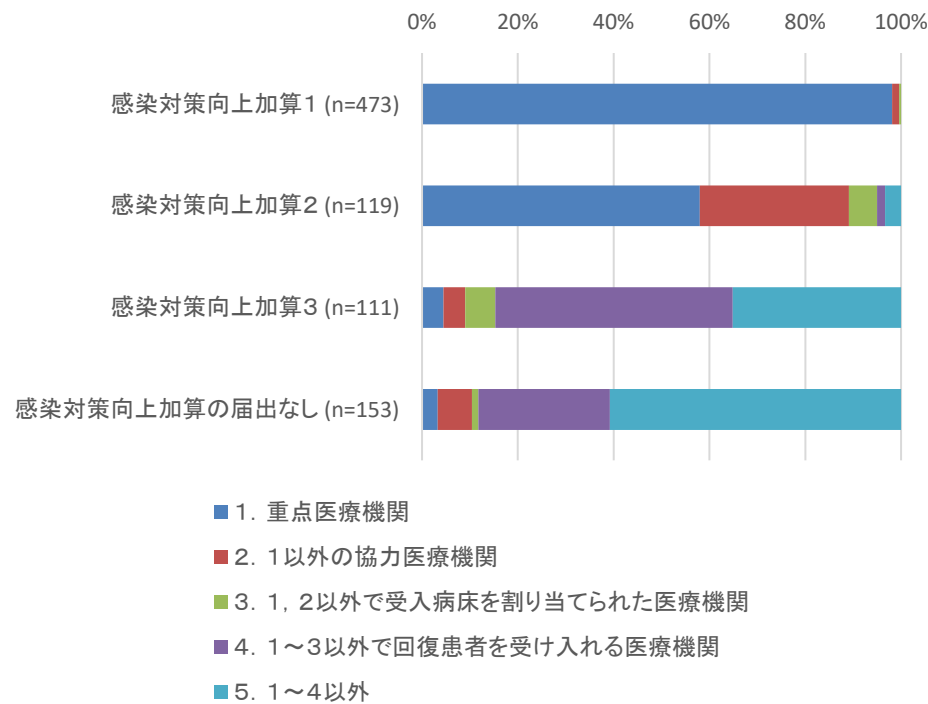
急性期病院における感染防止対策加算の
届出状況(改定前※)ごとの感染対策向上加算の届出状況
※令和4年3月31日時点



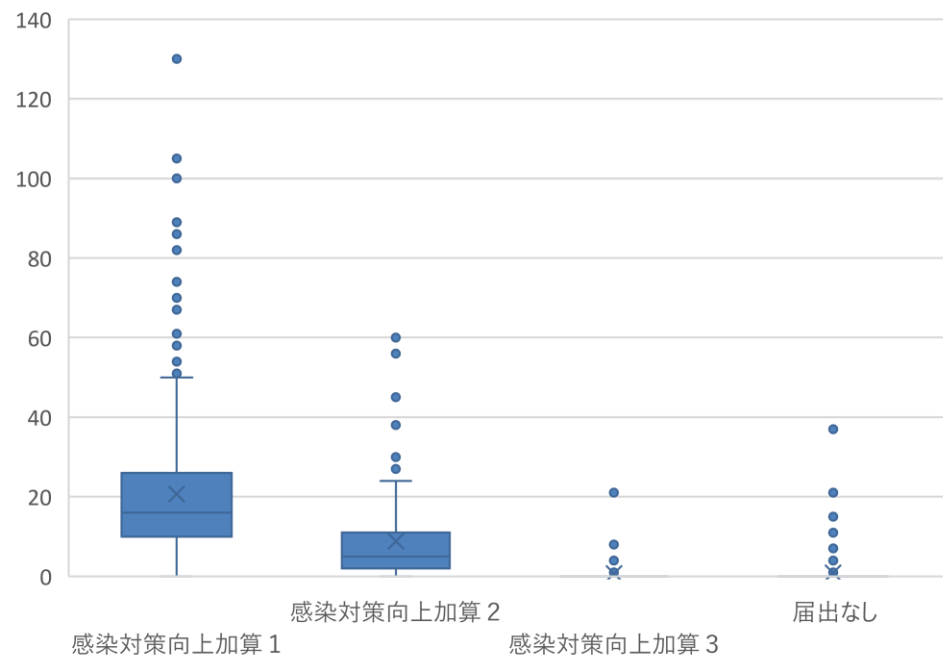
感染対策向上加算を届け出ている医療機関等における新型コロナ患者の受入状況

○ 一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況
(令和4年11月1日時点)



感染対策向上加算の届出状況ごとの新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数
(令和4年11月1日時点)

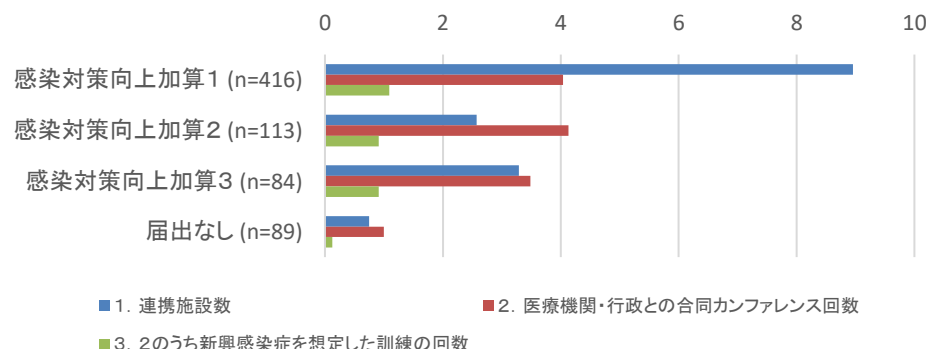


急性期病院における感染対策向上加算の届出及び連携等の状況

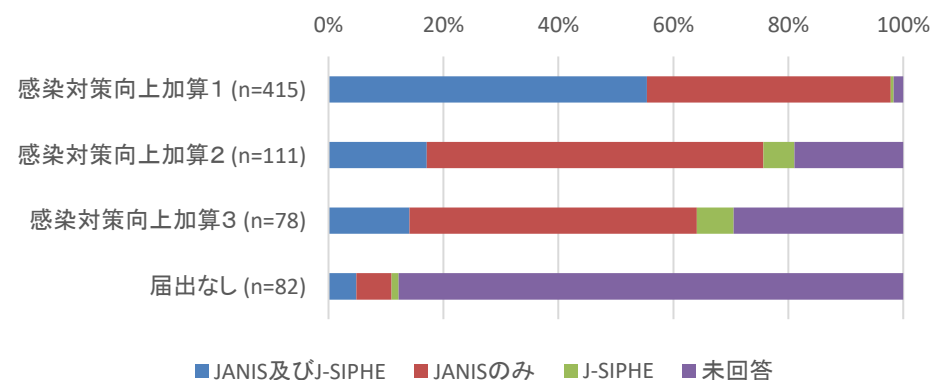
- 急性期一般入院料及び感染対策向上加算を届け出ている施設においては、2～8程度の施設と連携を取っていた。また、これらの施設のうち多くが指導強化加算及び連携強化加算の届出を行っていた。

感染対策について連携している医療機関等の数

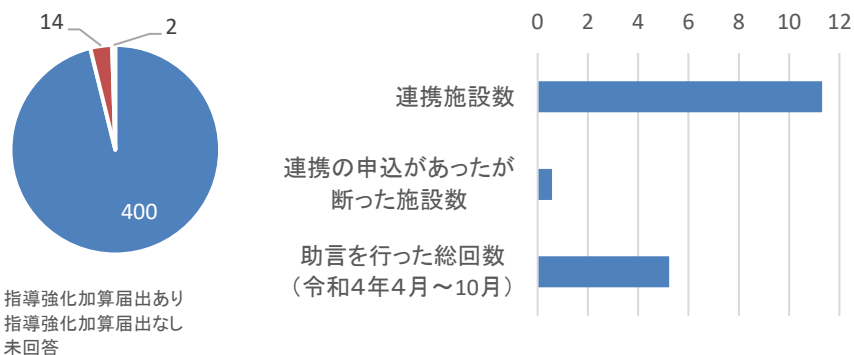
※カンファレンス回数は、加算1の場合開催、それ以外の場合参加回数



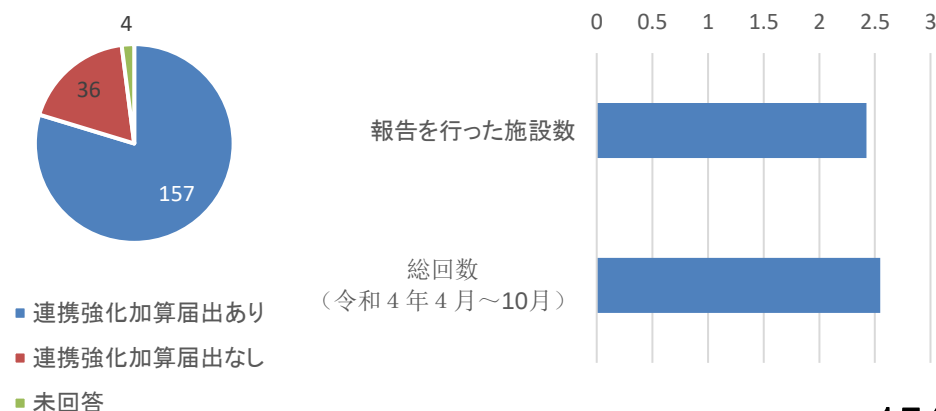
院内感染対策サーベイランス (JANIS) 及び
感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) への参加状況



加算1の施設のうち指導強化加算の届出有無及び
指導強化加算届出施設における連携施設数等



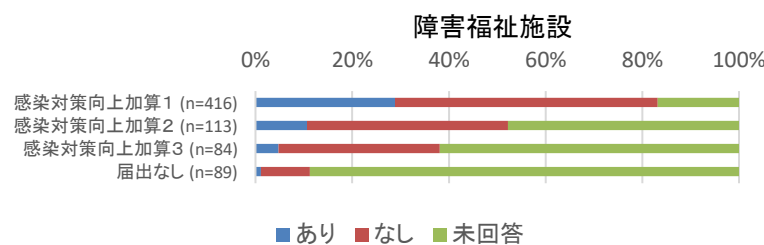
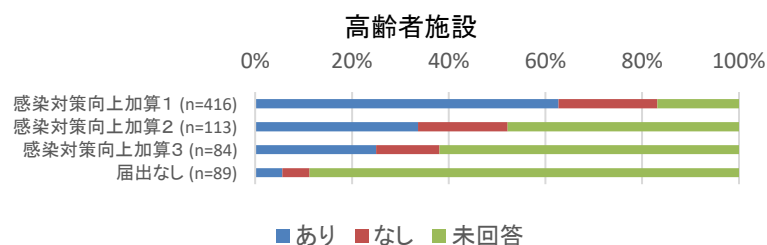
加算2又は3の施設のうち連携強化加算の届出有無及び
抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数等



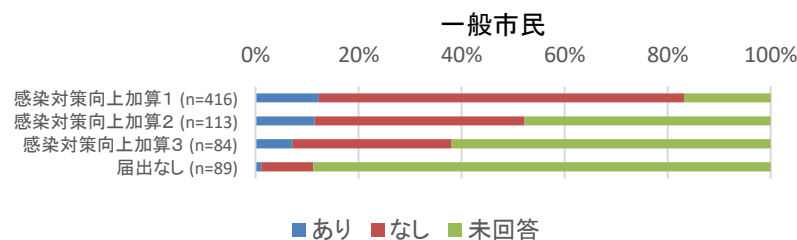
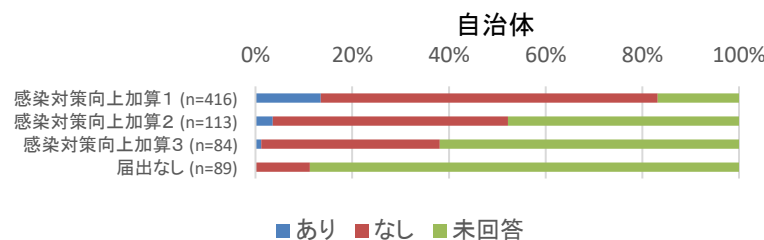
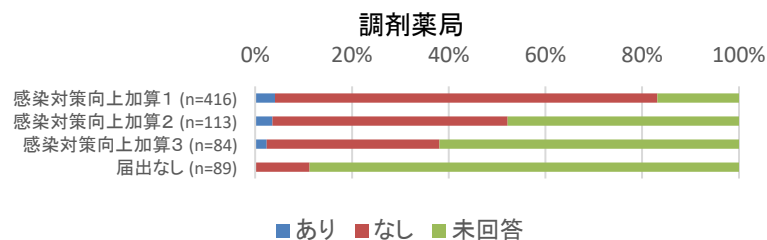
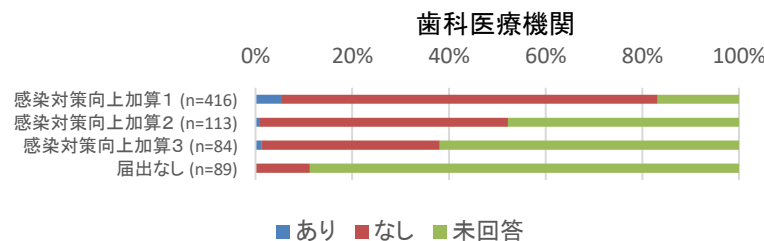
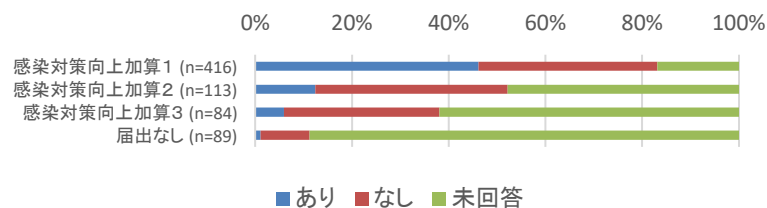
急性期病院における院内感染等に関する助言先の状況

- 急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算1又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

急性期一般入院料1－6を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無



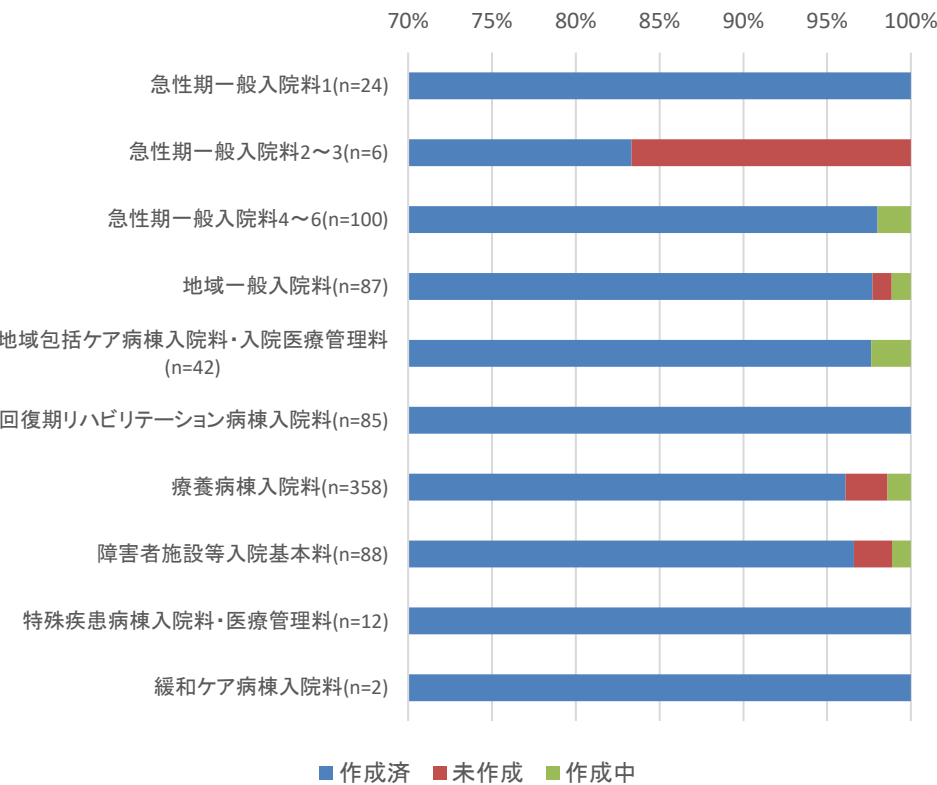
感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関



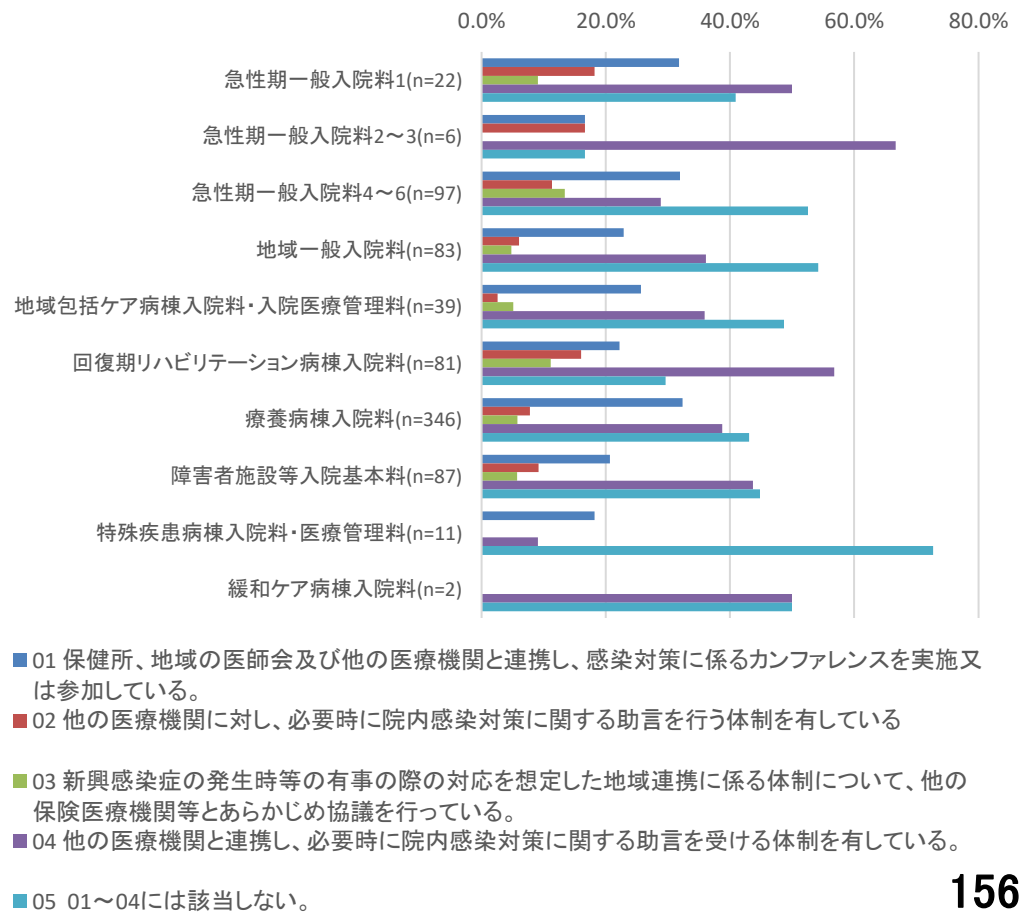
感染対策向上加算を届け出していない医療機関における感染対策の状況①

- 感染対策向上加算を届け出していない場合でも、多くの医療機関で院内感染マニュアルが作成されていたが、一部では未作成となっていた。
- 感染対策に係るカンファレンスや院内感染対策に関する助言等の連携体制については、医療機関によってばらつきがあった。

感染対策向上加算を届け出していない医療機関における
院内感染マニュアルの作成状況
(令和4年11月1日時点)



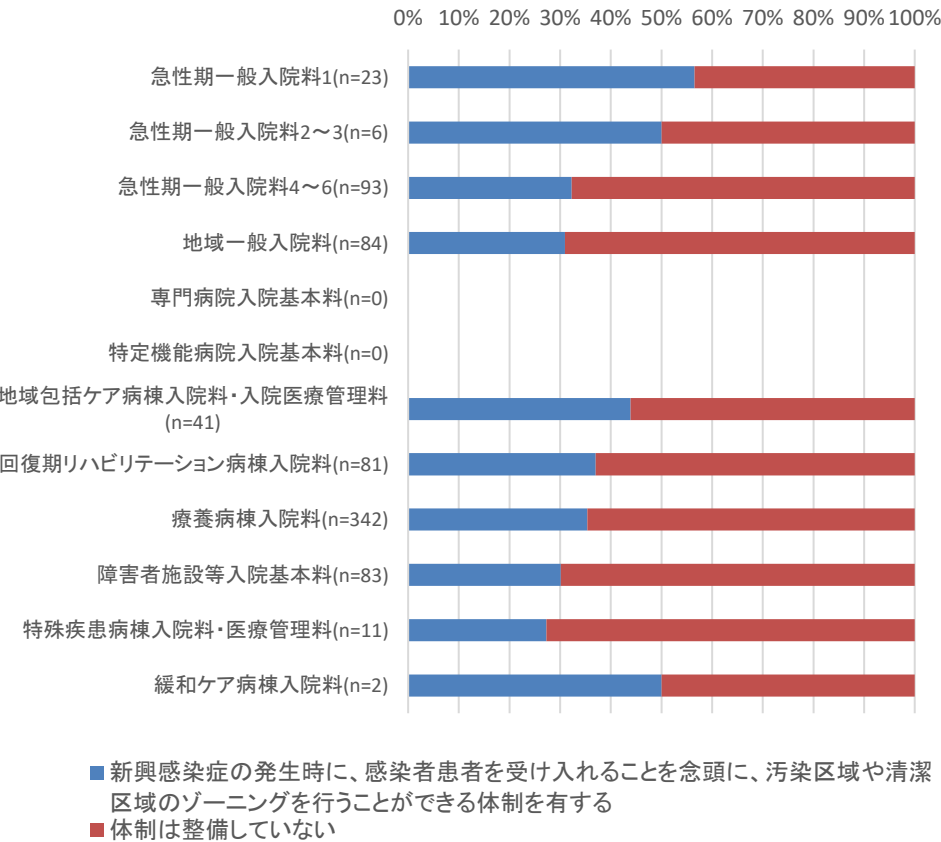
感染対策向上加算を届け出していない医療機関における
他の医療機関・行政等との連携体制(複数選択)
(令和4年11月1日時点)



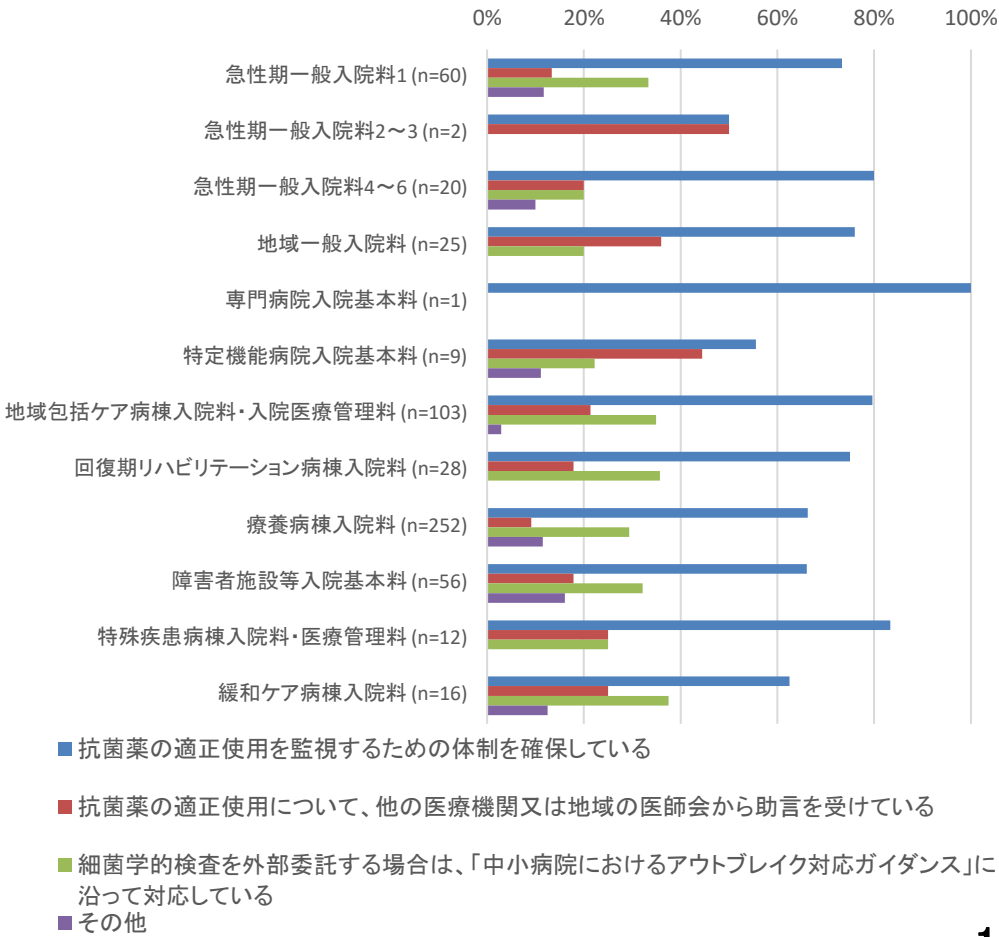
感染対策向上加算を届け出ていない医療機関における感染対策の状況②

- 感染対策向上加算を届け出ていない医療機関のうち一定数が、新興感染症の発生時にゾーニングを行える体制を有していた。
- 抗菌薬の適正使用については、半数以上の施設で、適正使用を監視するための体制を確保していた。

新興感染症の発生時等の体制整備の状況
(令和4年11月1日時点)



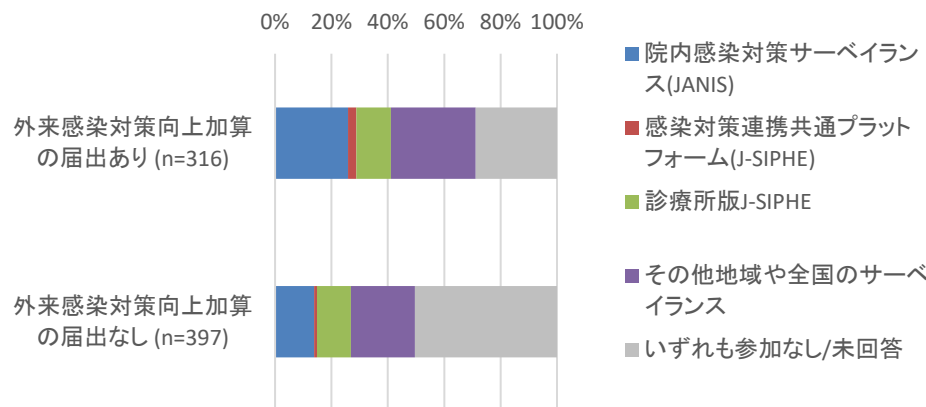
抗菌薬の適正使用の状況(複数選択)
(令和4年11月1日時点)



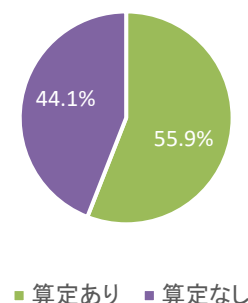
外来感染対策向上加算の届出状況等

- 外来感染対策向上加算及び連携強化加算を届け出ている医療機関においては、医療機関及び医師会のカンファレンスに年平均3回程度参加していた。
- 外来感染対策向上加算の届出が困難な理由としては、「院内感染管理者の配置が困難」、「新興感染症の発生時等に発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難」等が多かった。

診療所におけるサーベイランスの参加状況



外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関における連携強化加算の算定状況



連携強化加算を算定している医療機関における令和4年度の平均カンファレンス参加回数(予定を含む。)

感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンス	1.7回
地域の医師会が主催するカンファレンス	1.1回
計	2.8回

外来感染対策向上加算を届け出していない診療所における届出が困難な理由

	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=216)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	16%	16%	15%
細菌学的検査を外委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため	27%	26%	28%
新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	50%	49%	51%
都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため	7%	6%	9%
新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	45%	38%	54%
新興感染症の発生時等の有る際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	33%	34%	31%

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等 について

【附帯意見(抜粋)】

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

【調査内容案】

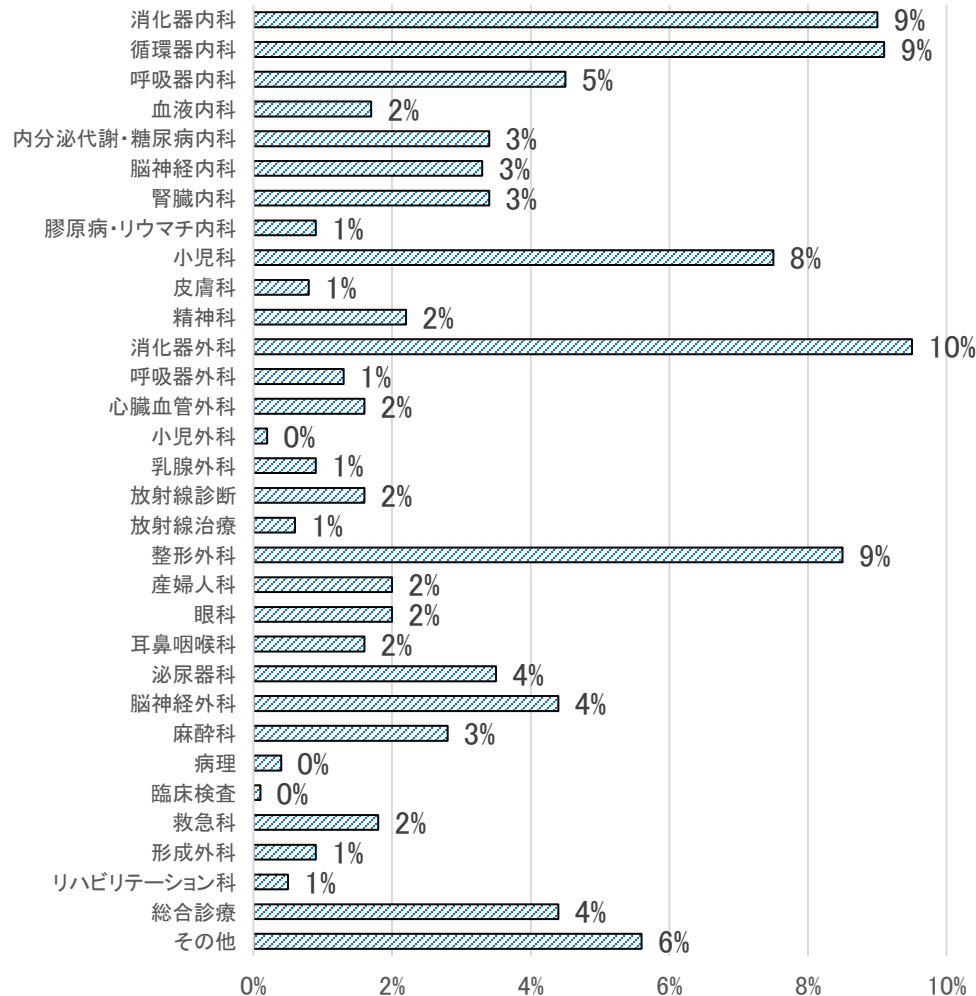
調査対象： 病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目(総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算、病棟薬剤業務実施加算、地域医療体制確保加算、処置・手術の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1等、時間外受入体制強化加算(小児入院医療管理料))を届け出ている医療機関 等

調査内容： 負担軽減に資する取組を要件とする加算の届出状況、職員体制(常勤配置等)、勤務状況(医師、看護職員の勤務時間等)、負担軽減に資する取組の実施状況及び今後取り組む予定の事項等

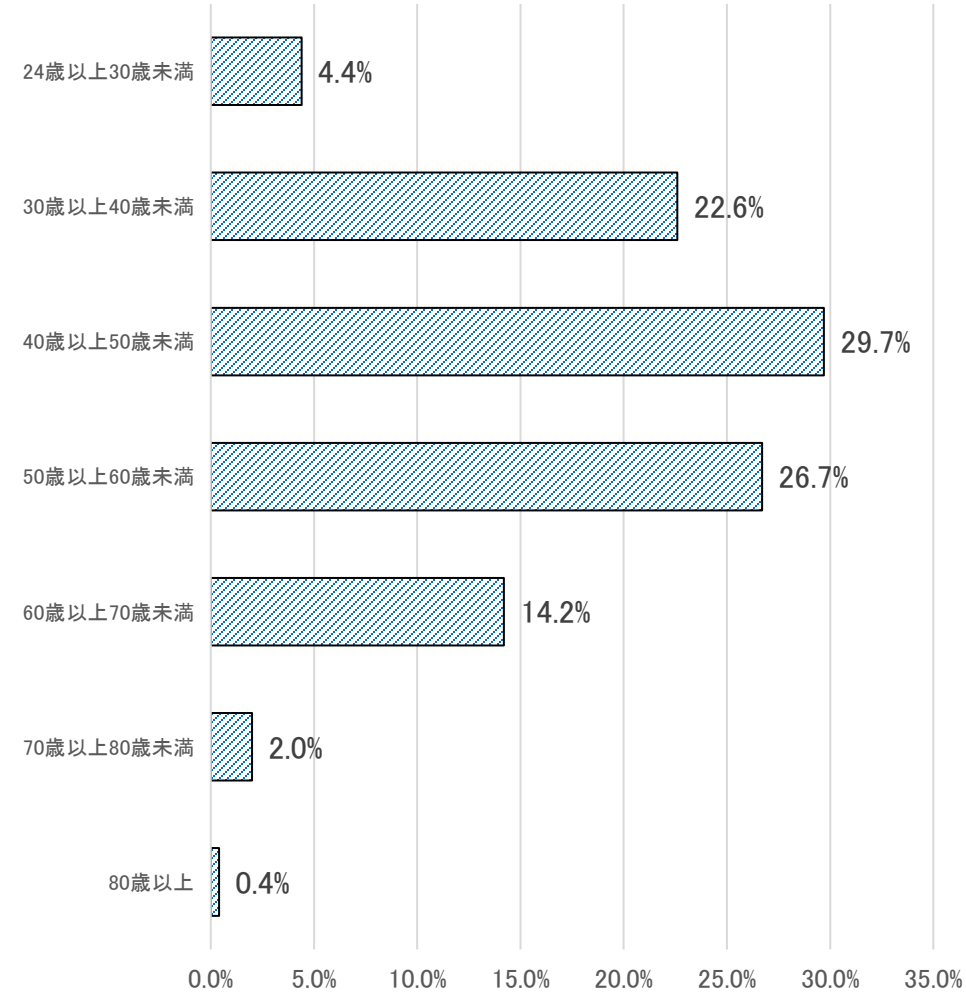
等

令和4年度入院・外来医療等における実態調査 医師票の回答者

○ 令和4年度入院・外来医療等における実態調査の医師票の回答者における、診療科及び年齢区分は以下のとおり。



診療科別回答率(n=2489)

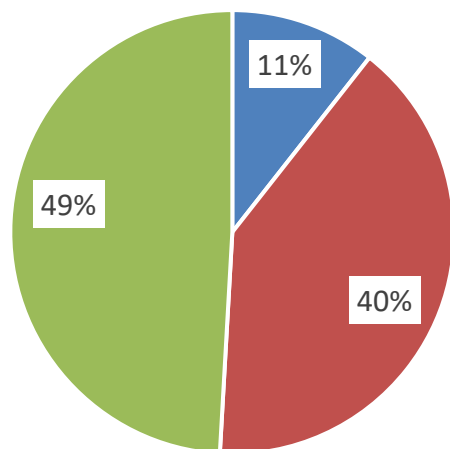


医師の年齢区分(n=2504)

医師の勤務状況の改善の必要性

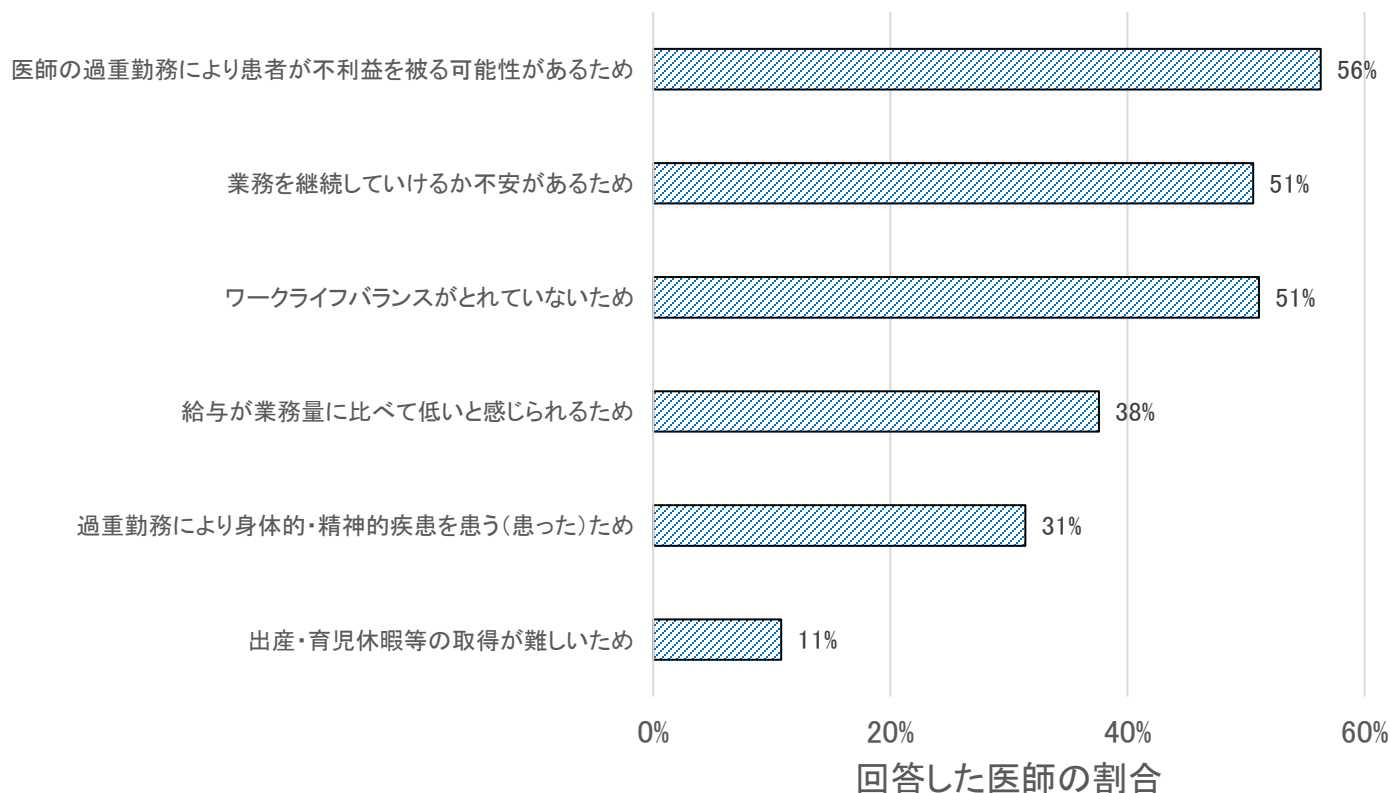
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況(n数=2505)
(令和4年11月1日時点)



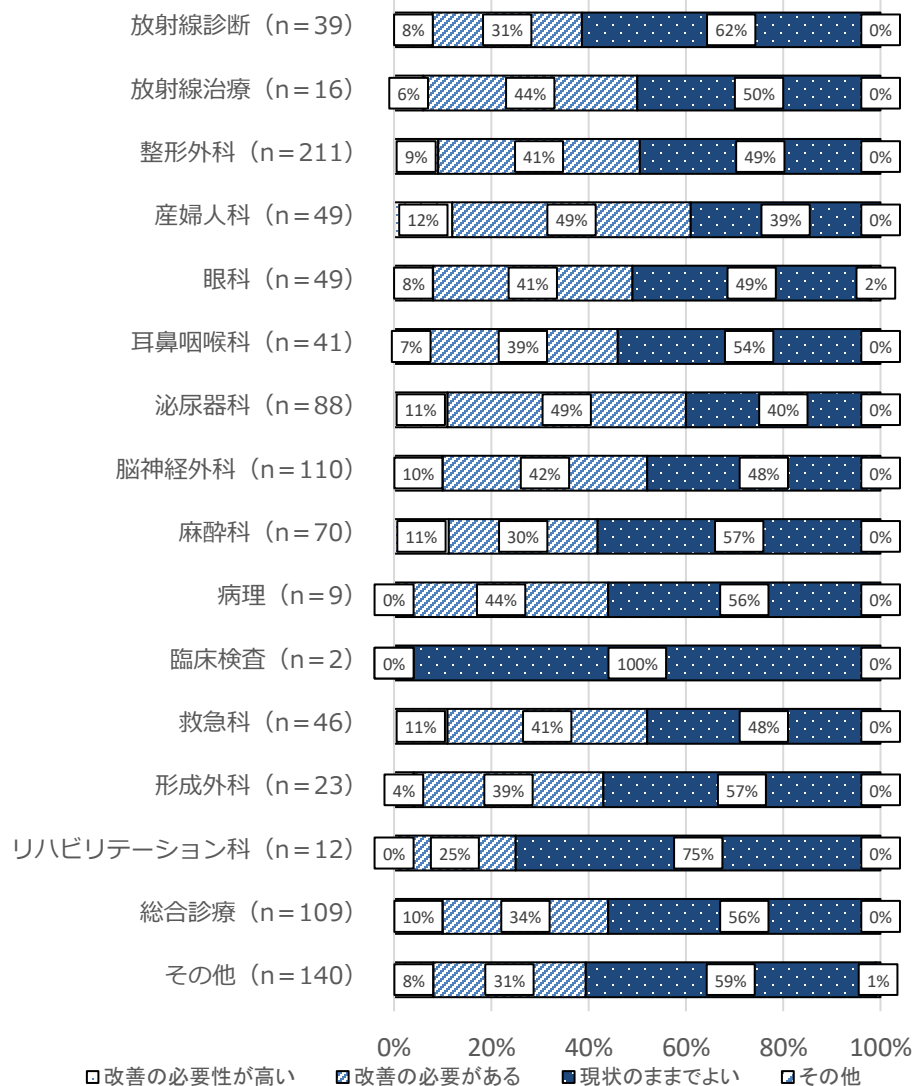
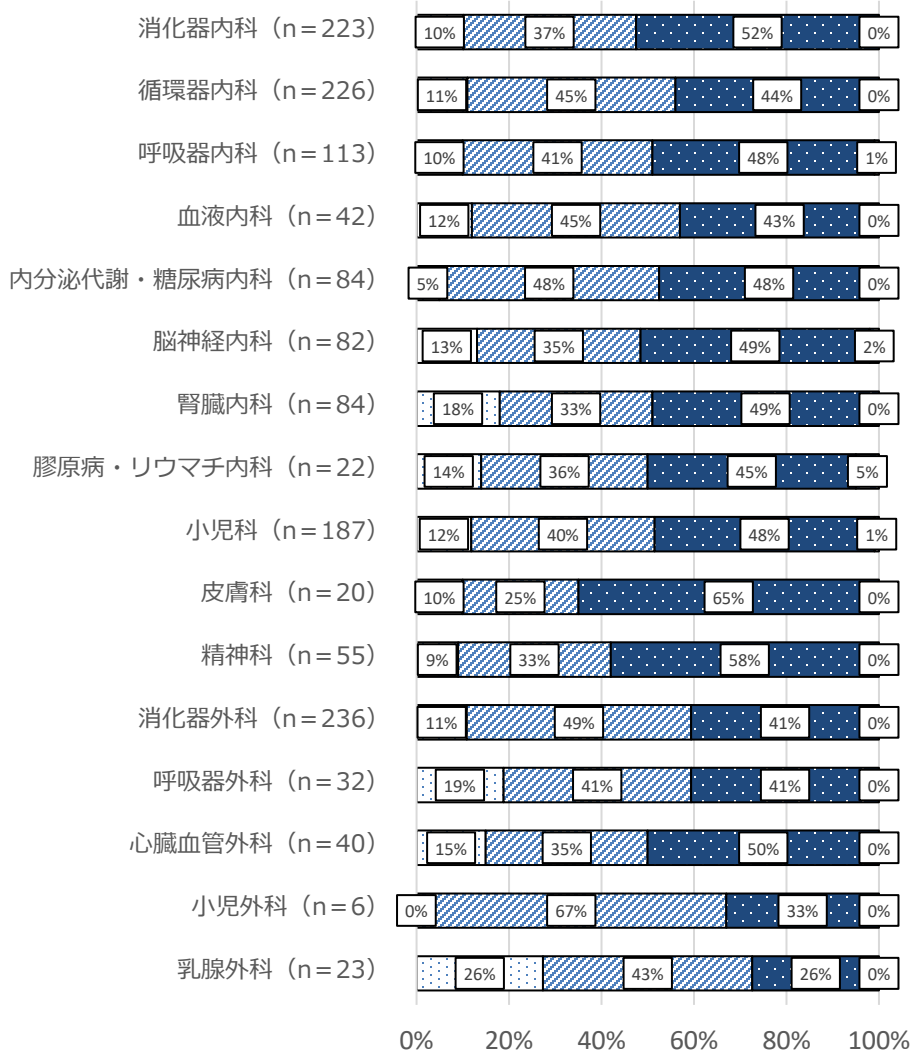
- 改善の必要性が高い
- 改善の必要がある
- 現状のままでよい

②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



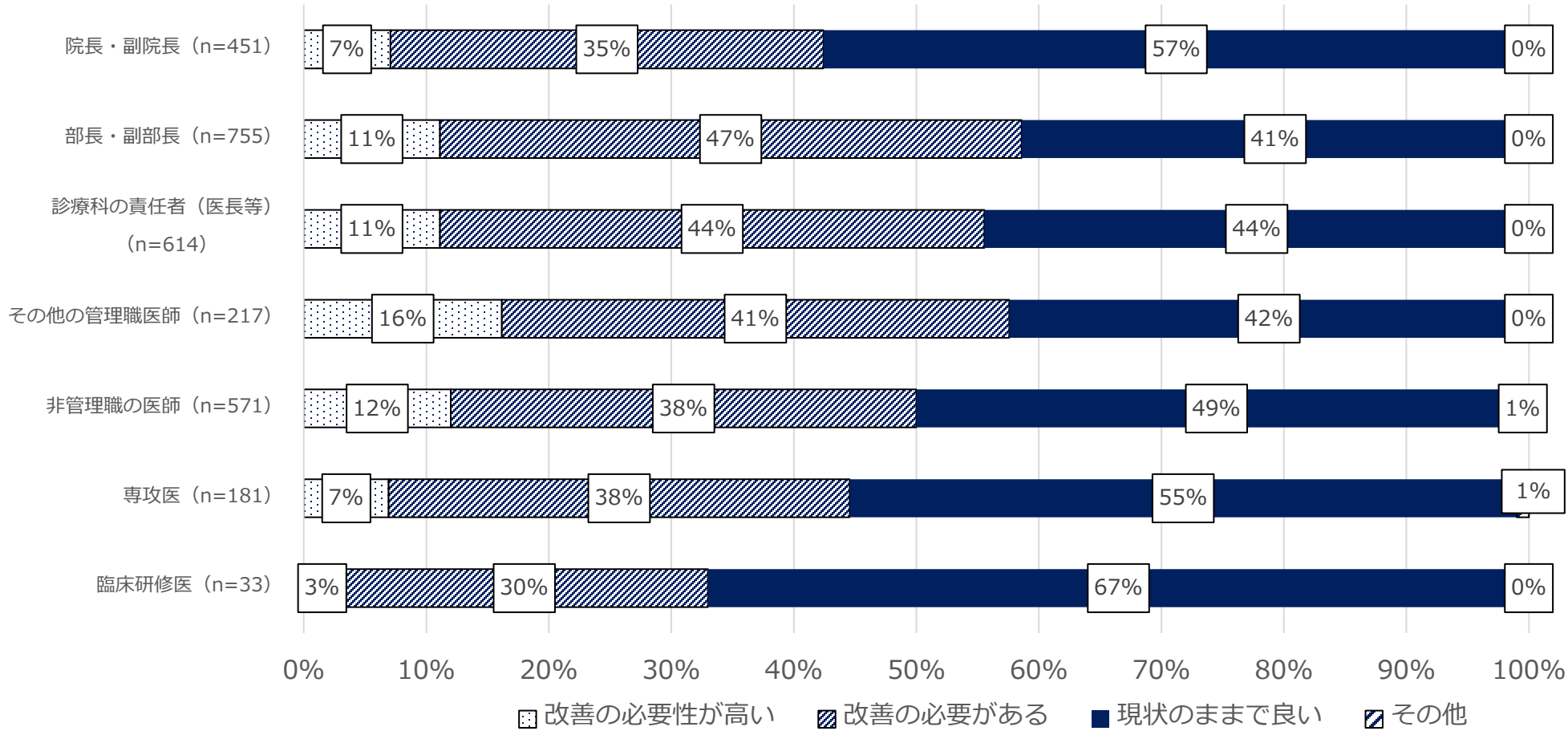
診療科別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 診療科別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、以下のとおりであった。



職位別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○ 職位別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、部長・副部長、診療科の責任者、その他の管理職医師、非管理職医師においては、「改善の必要性が高い」、「改善の必要がある」を合わせると50%以上となる。一方で、院長・副院長、専攻医、臨床研修医は、「現状のままで良い」との回答が55%以上となった。

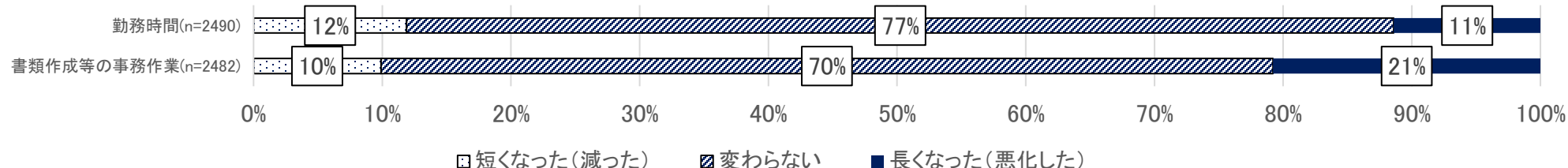


回答した職位別の医師の割合

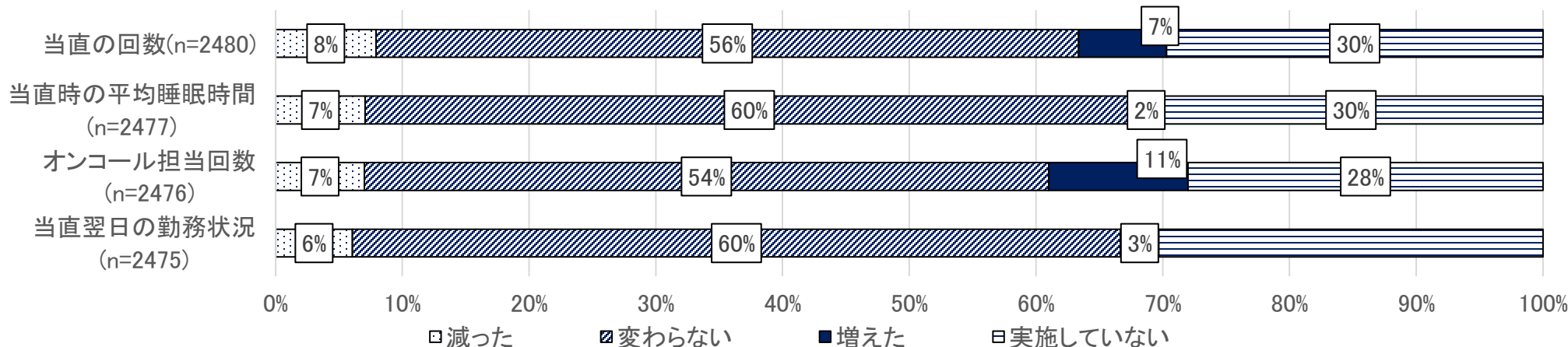
医師の勤務状況の以前との比較

- 勤務医への調査において、1年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は12%、長くなったと回答した医師は11%であり、変わらないと回答した医師が77%を占めた。
- 当直回数、当直時の睡眠時間等について、例えば当直翌日の勤務状況は、変わらないと回答した医師が60%を占めた。

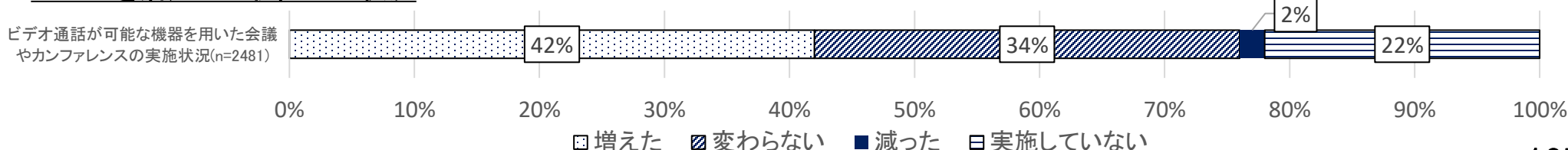
1. 勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



2. 当直の状況



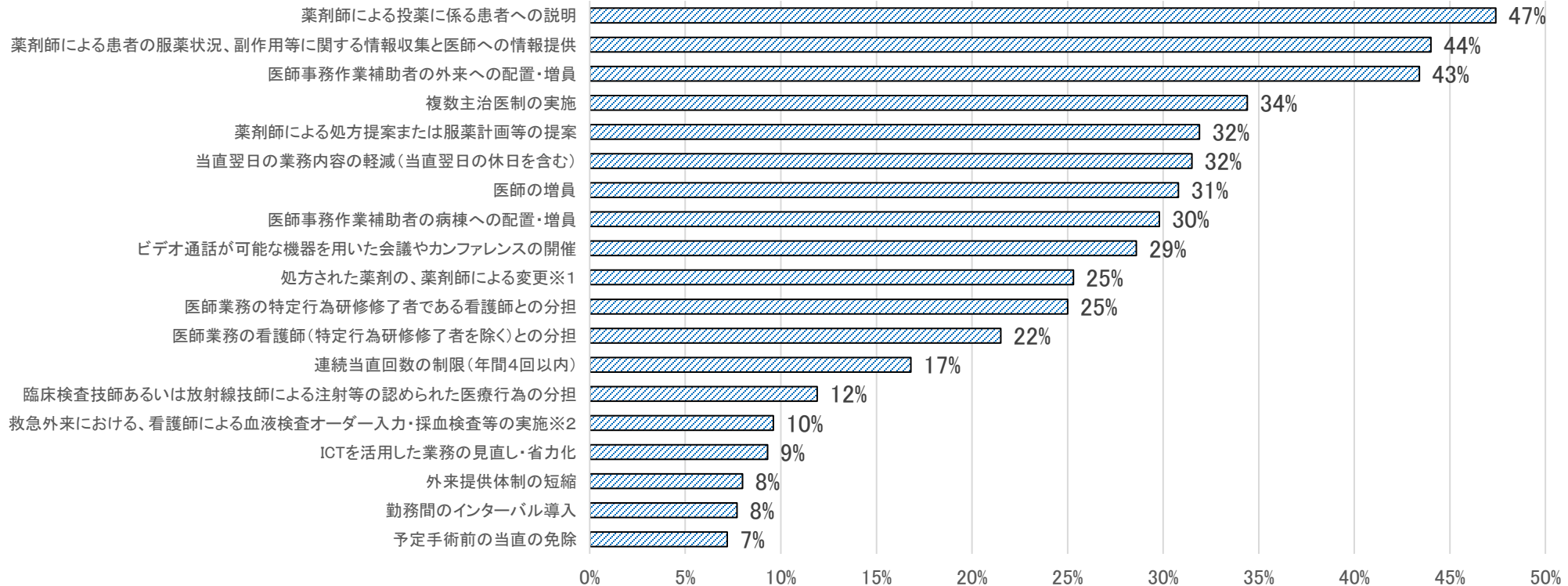
3. ICTを活用した取り組みの状況



医師の負担軽減策の実施状況

○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

1. 全診療科を対象とした結果

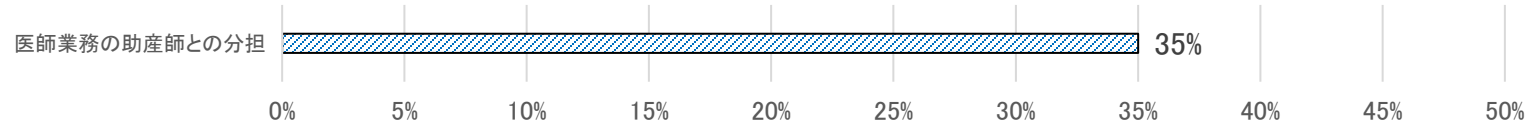


所属している診療科で実施している、と回答した医師の割合 (n=2400)

※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」に取り組んでいると回答した医師の割合

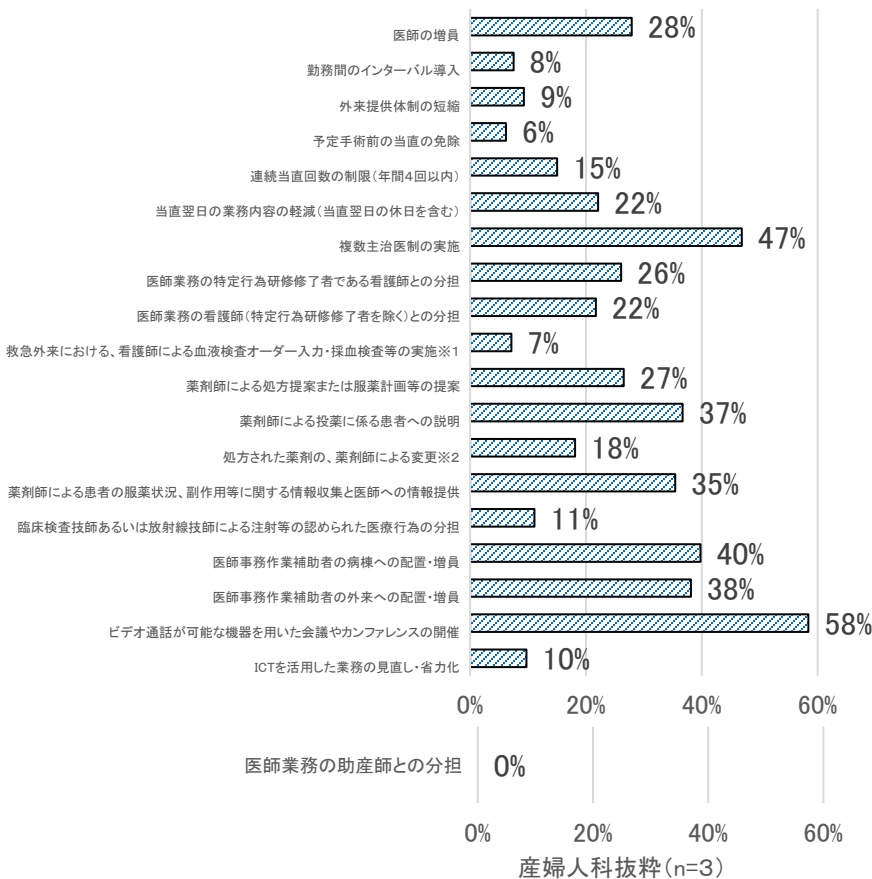


所属診療科で実施している、と回答した医師の割合(産婦人科抜粋)(n=49)

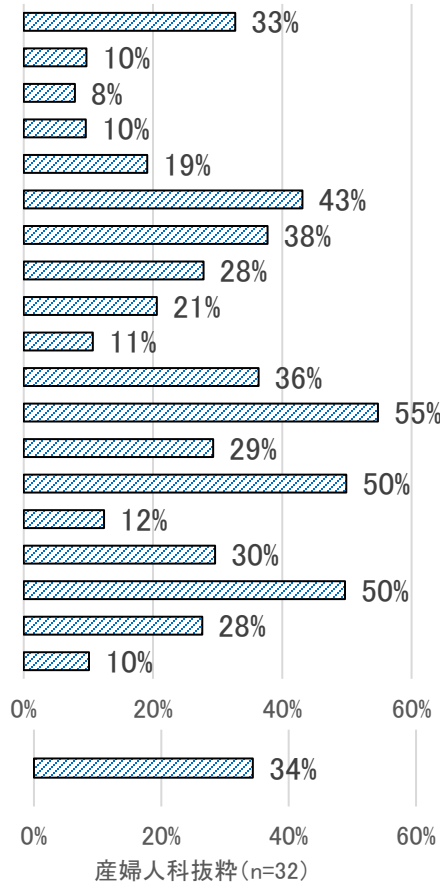
医師の負担軽減策の実施状況

○ 施設基準の届出種別による医師の負担軽減策の実施状況を見ると、急性期一般入院料1、地域医療体制確保加算と届出施設は、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」、「薬剤師による医師への情報提供」の割合が多かった。特定機能病院は「ビデオ通話が可能な機器を用いた会議等の開催」の割合が多かった。

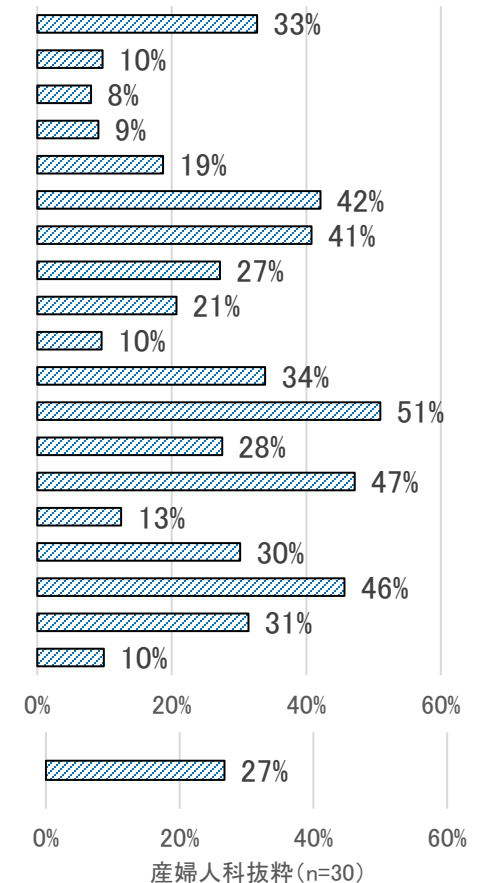
特定機能病院入院基本料 (n=226)



急性期一般入院料1 (n=1370)



地域医療体制確保加算届出施設 (n=1421)



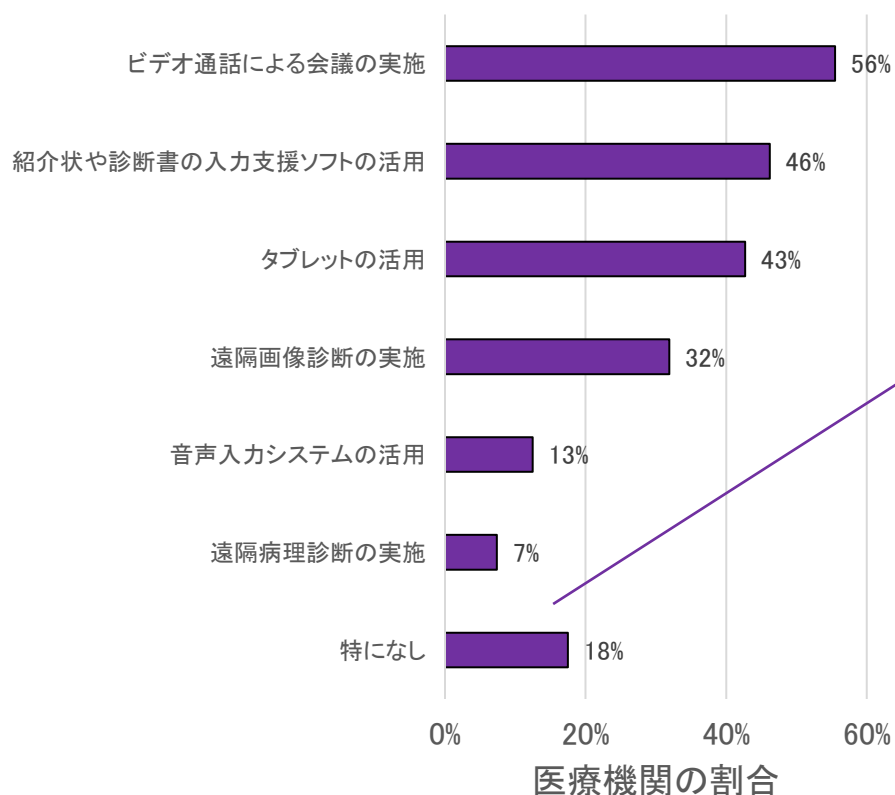
※1 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

※2 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

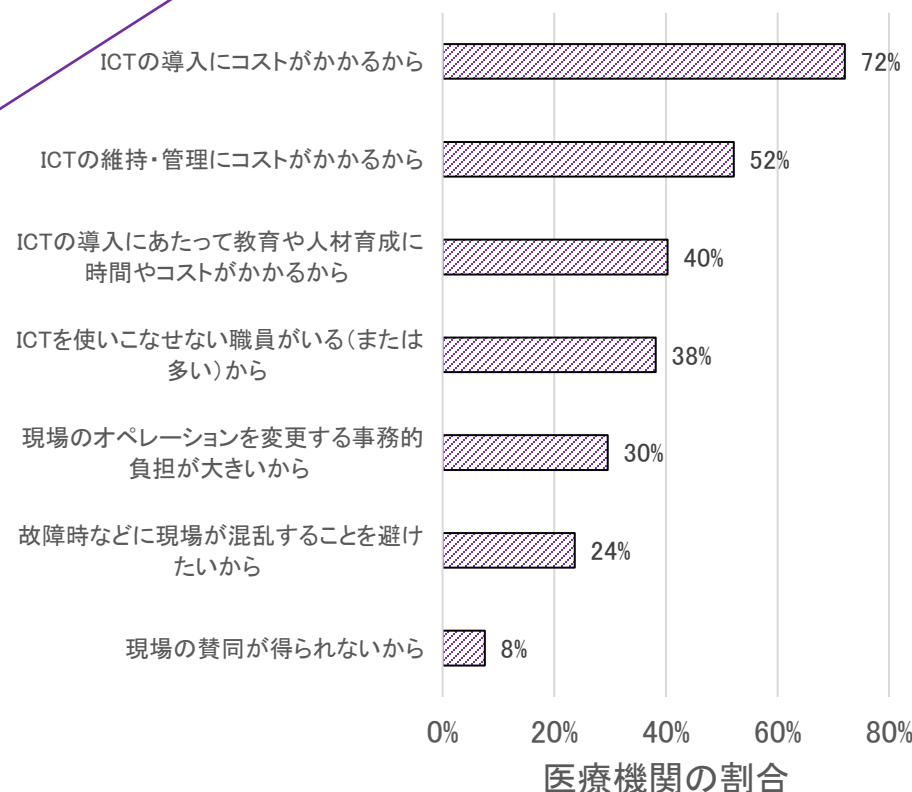
医療機関におけるICTを活用した業務の見直し、省力化の取組

- 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」(56%)等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- ICTを活用していない理由としては「ICTの導入にコストがかかるから」(72%)、「ICTの維持・管理にコストがかかるから」(52%)等が挙げられた。

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況 (n=1,094)



② ICTを活用していない理由 (n=186)



地域医療体制確保加算

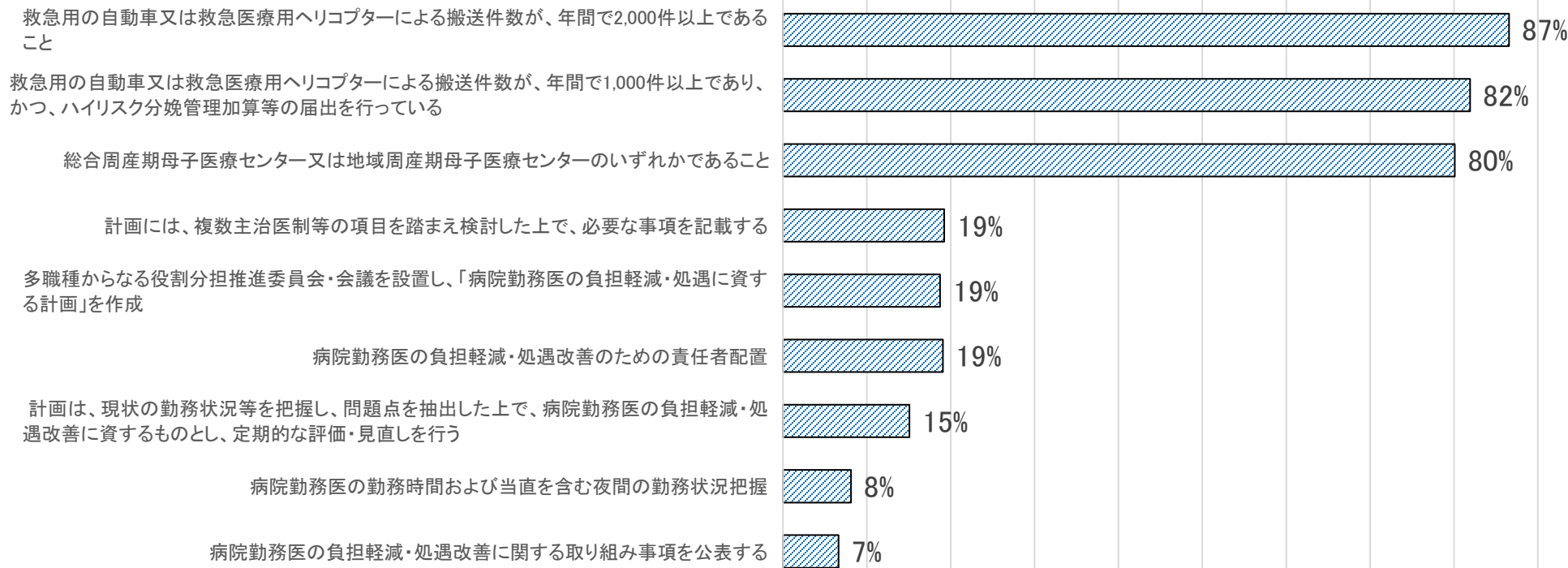
- 地域医療体制確保加算を届け出していた医療機関は41%であった。
- 地域医療体制確保加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算の届出有無 (n=1,095)

	医療機関数	(割合)
届出: 無	650	59%
届出: 有	445	41%

届出: 無

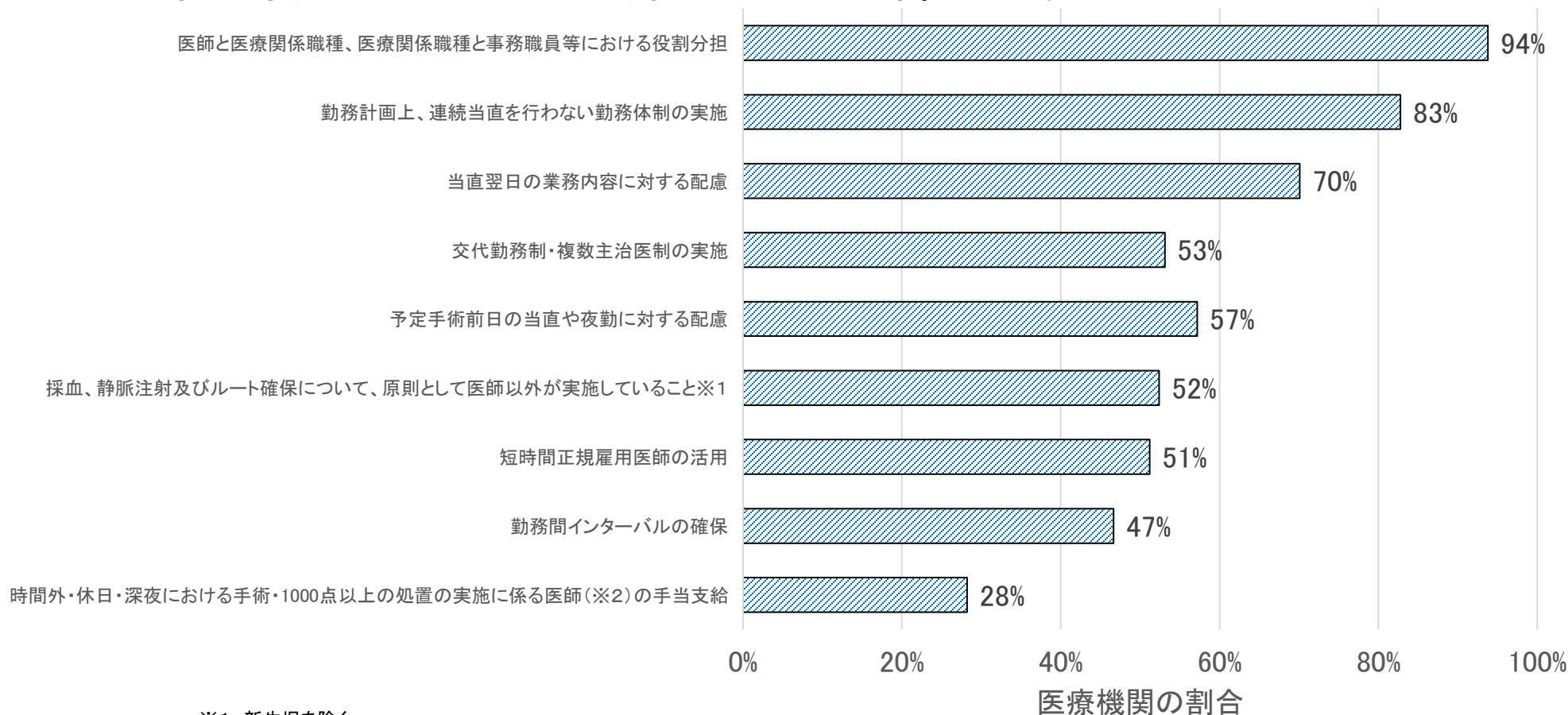
■ 届出が困難な理由 (n=603)



「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組

- 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担（94%）、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組（n=413）



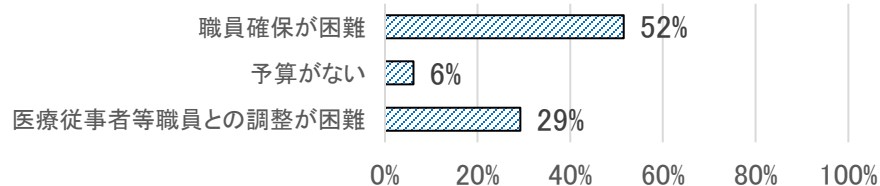
※1 新生児を除く

※2 術者又は第一助手

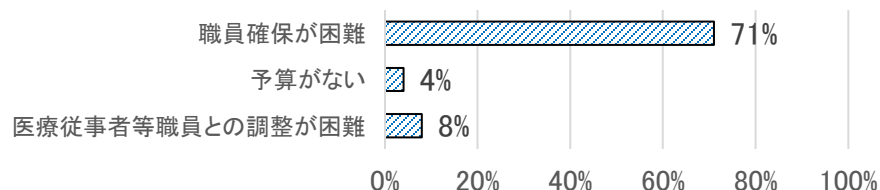
「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施しない理由

○ 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。

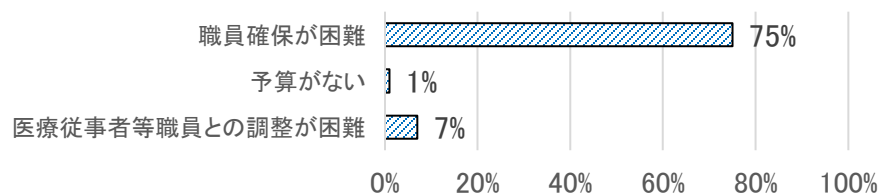
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担



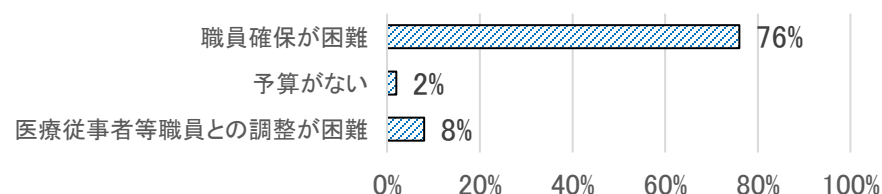
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務



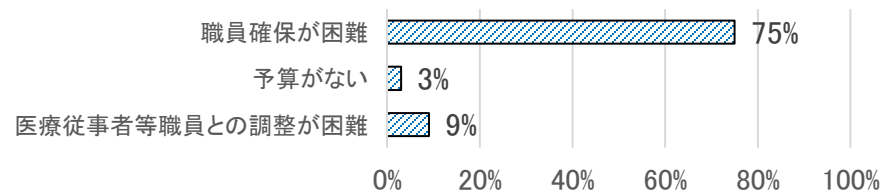
③ 勤務間インターバルの確保



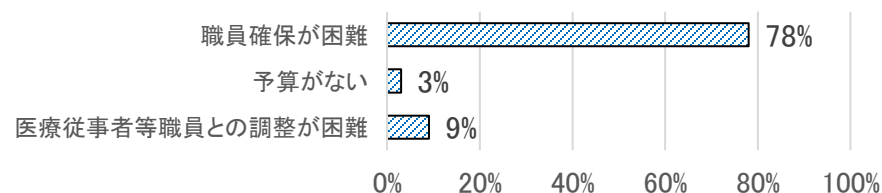
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮



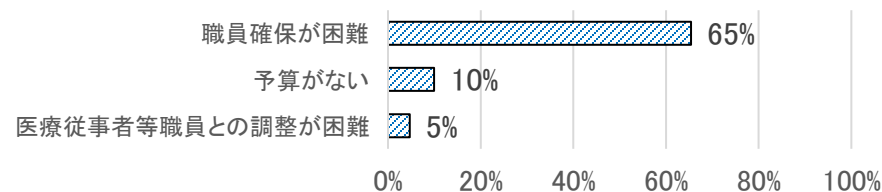
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮



⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施



⑦ 短時間正規雇用医師の活用



医師事務作業補助体制加算

- 医師事務作業補助体制加算を届け出ていた医療機関は68%であった。
- 医師事務作業補助体制加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。

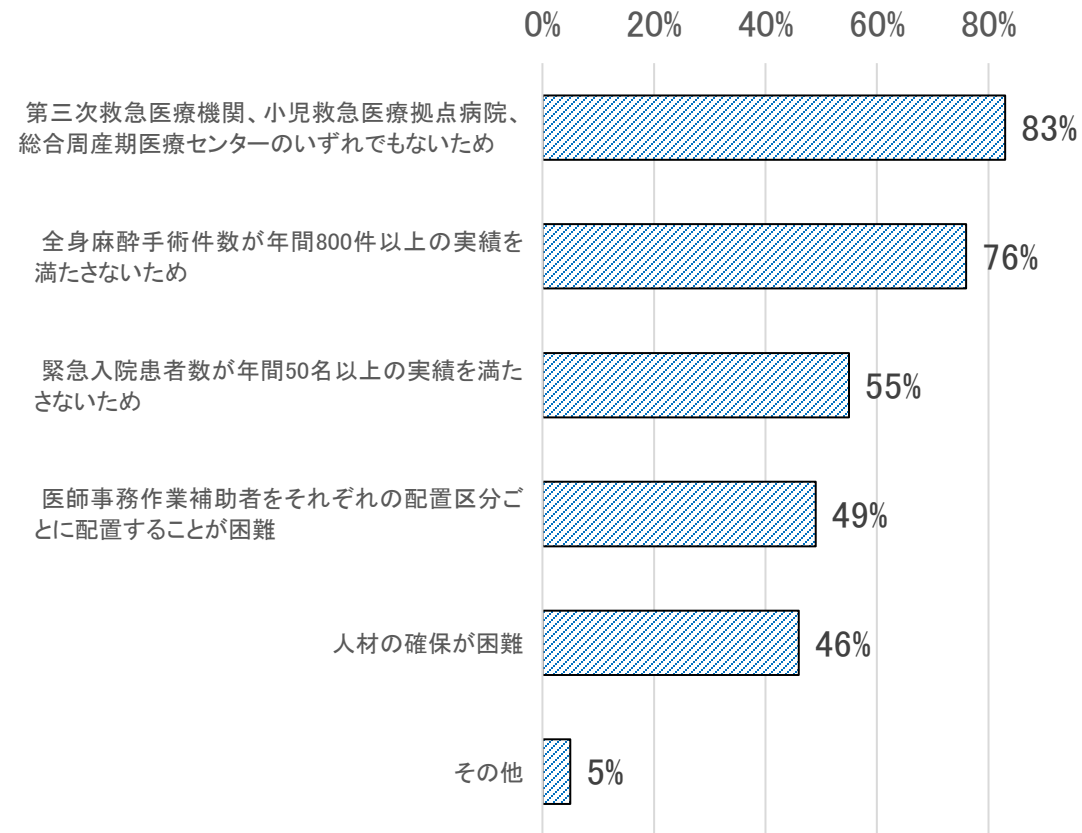
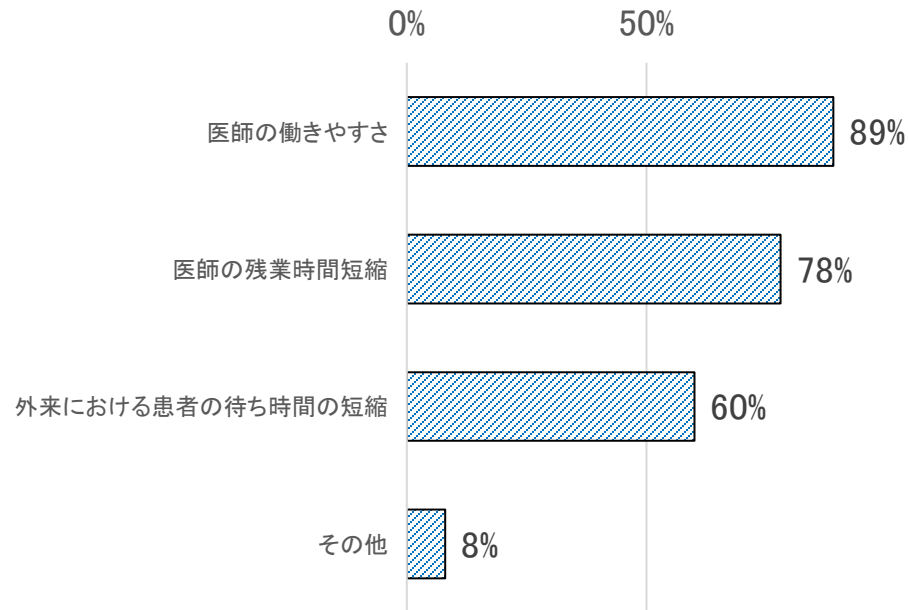
■ 医師事務作業補助体制加算の届出有無 (n=1086)

	医療機関数	(割合)
届出:無	346	32%
届出:有	740	68%

届出:無

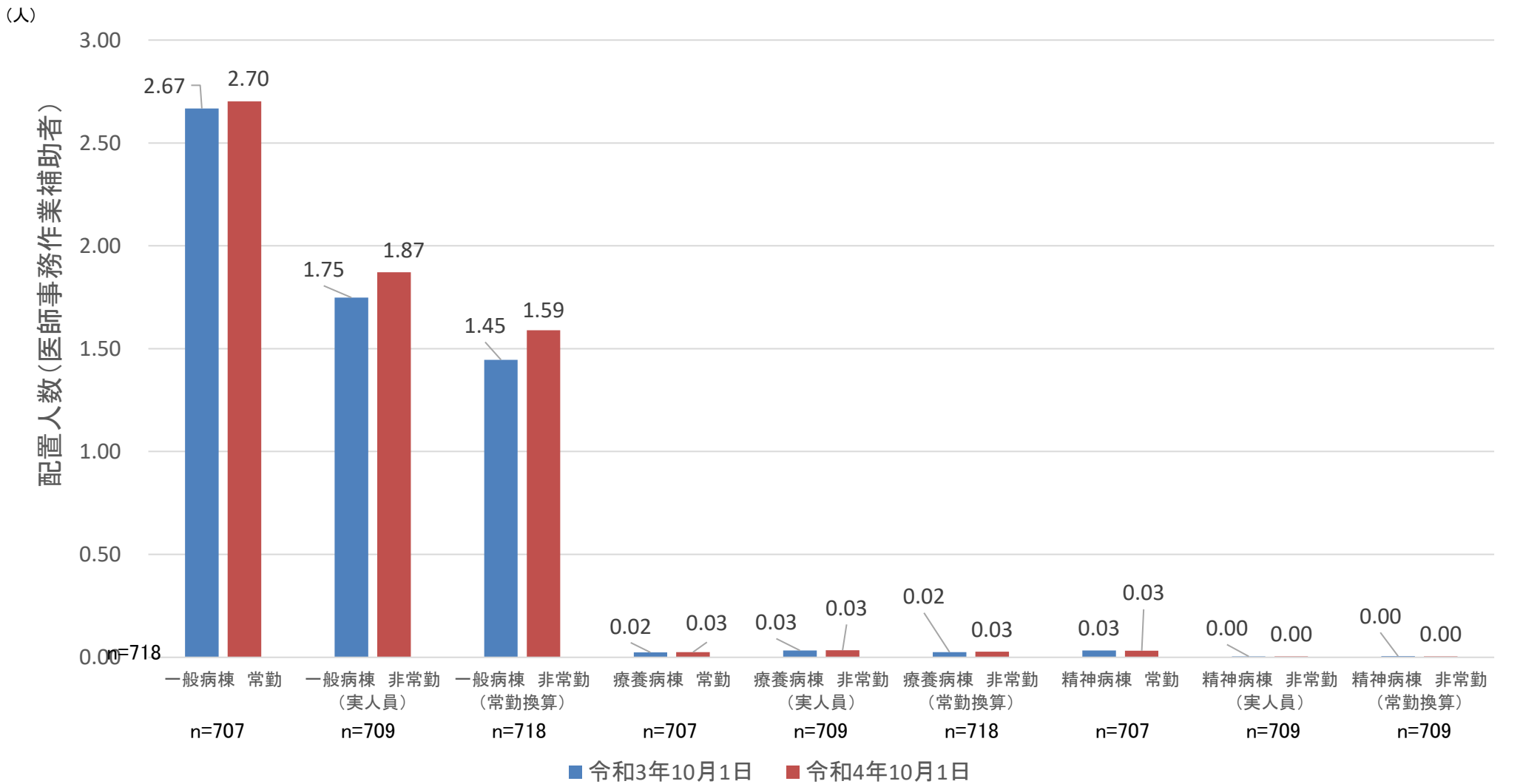
■ 届出が困難な理由 (n=340)

■ 医師事務作業補助者の効果 (n=725)



医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関の病棟における医師事務作業補助者の配置

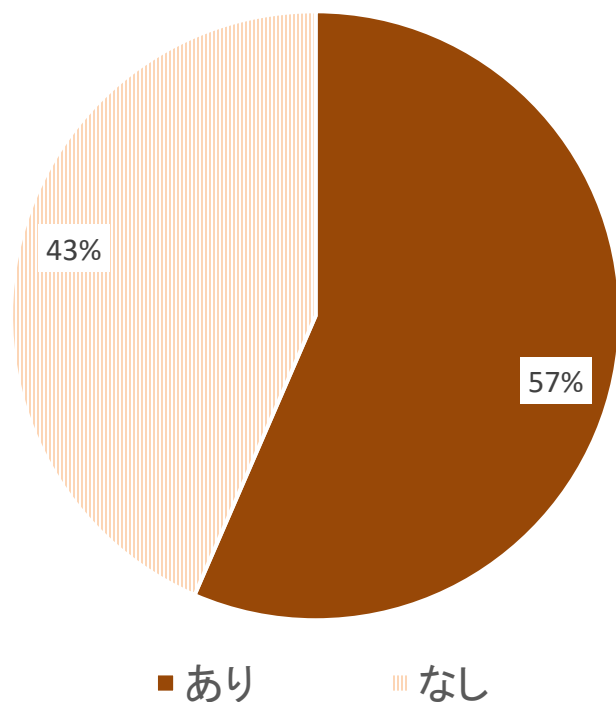
○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和4年10月1日時点で、令和3年10月1日時点より多い傾向が見られた。



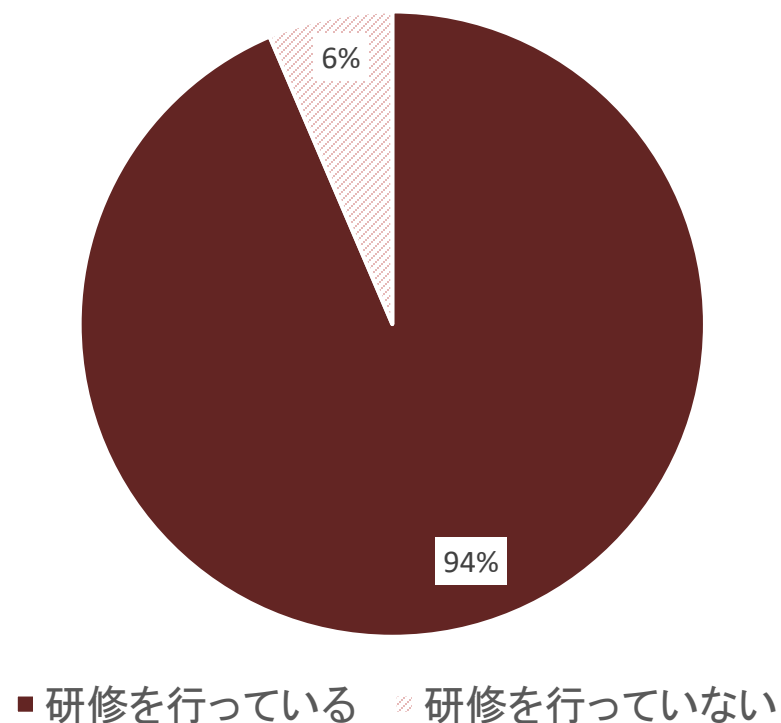
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における 医師事務作業補助者の人事

- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。

■ 医師事務作業補助者の人事考課の有無
(n=722)



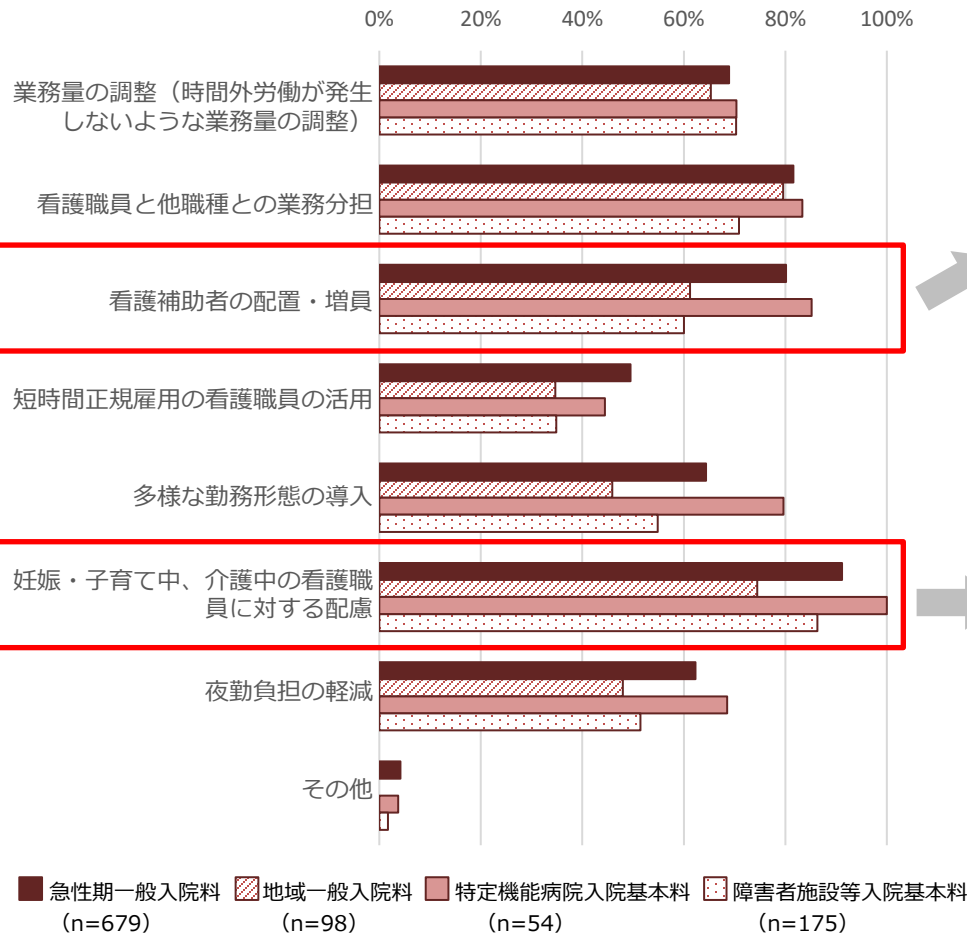
■ 医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修の実施状況について (n=732)



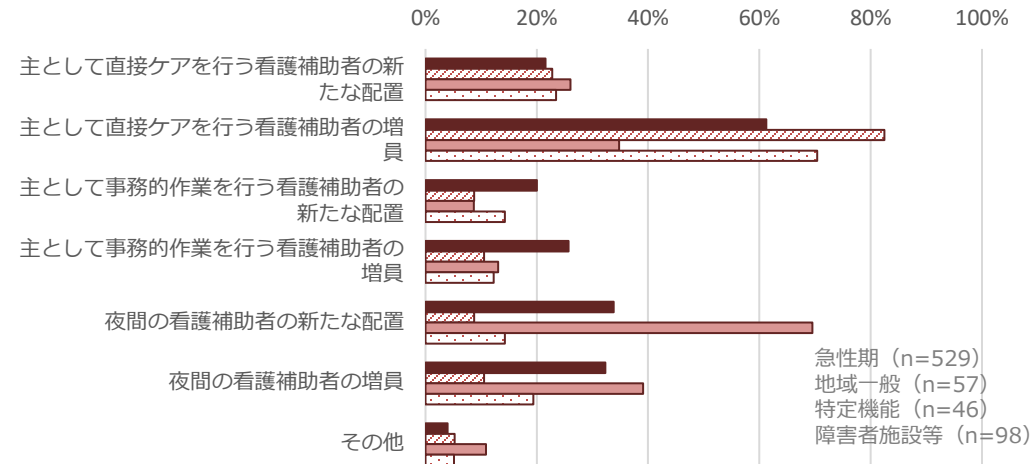
看護職員の負担軽減・処遇改善に係る取組の実施状況

○ 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る具体的な取組状況としては、約8割の病院で「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」、「看護職員と他職種との業務分担」、「看護補助者の配置・増員」を実施していた。

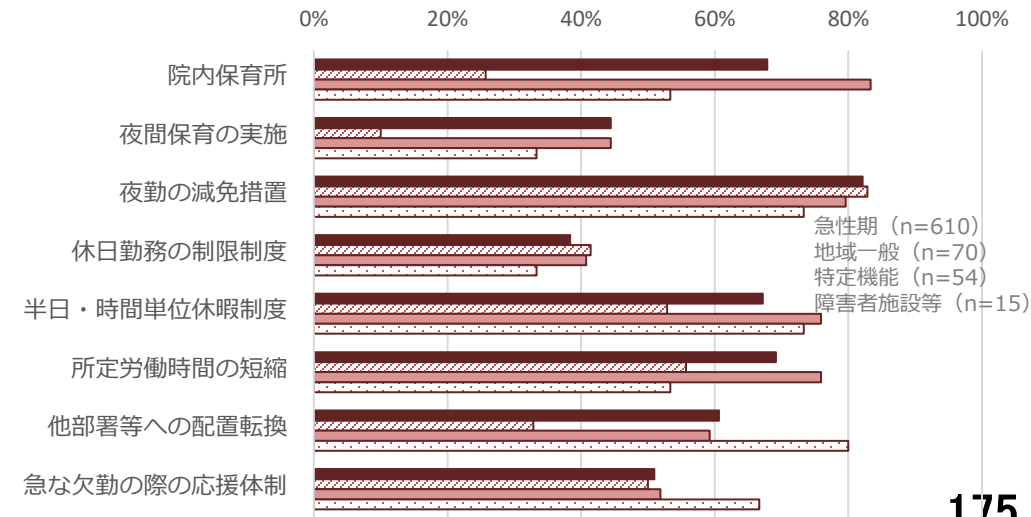
■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に関する具体的な取組状況（複数回答）



■ 看護補助者の配置・増員の状況（複数回答）



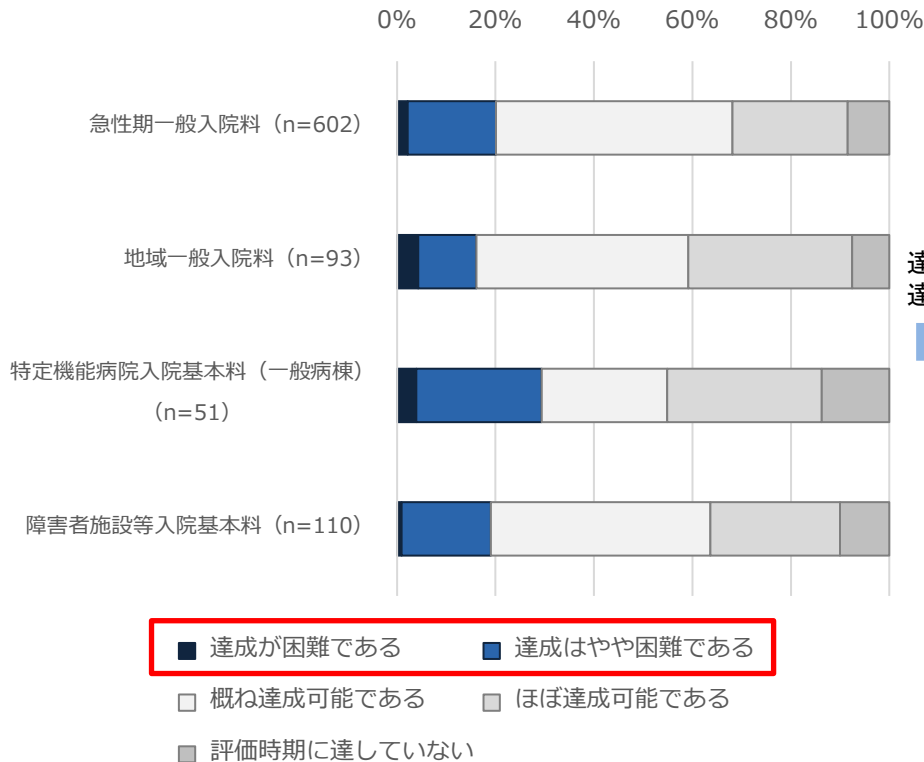
■ 妊娠・子育て中、介護中の者に対する具体的な配慮（複数回答）



看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

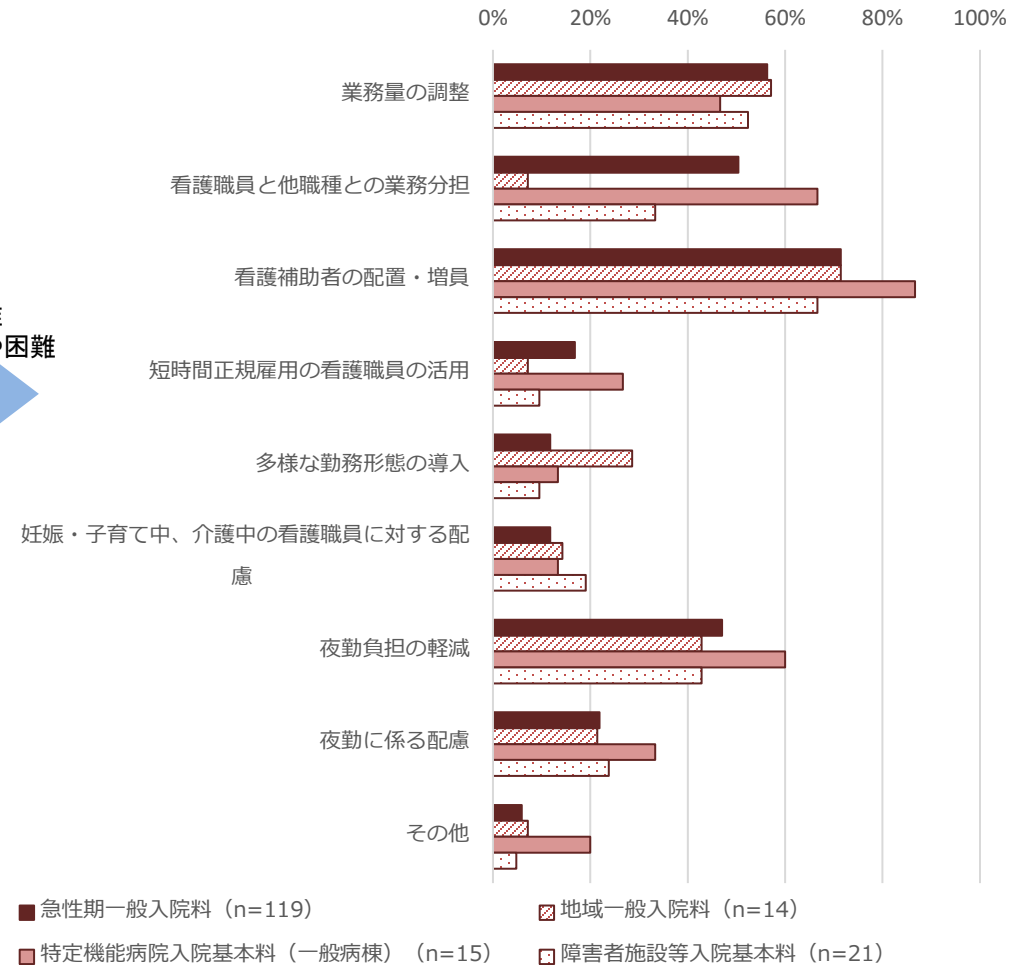
- 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の状況としては、約2割の病院が「達成困難」、「達成はやや困難」としていた。
- 達成が困難な項目としては、「看護補助者の配置・増員」、「業務量の調整」の割合が高かった。

■加算※算定病院における看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況



達成が困難
達成はやや困難

■達成が困難である項目



(※) 以下の「看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画策定を求めている加算を算定している施設」
 ・夜間看護加算／看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料の注12)
 ・看護補助加算／看護補助体制充実加算(障害者施設等入院基本料の注9)
 ・急性期看護補助体制加算・看護職員夜間配置加算・看護補助加算
 ・看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)
 ・看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算(地域包括ケア病棟入院料の注4)
 ・看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注7)
 ・看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5)
 ・看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料の注5)

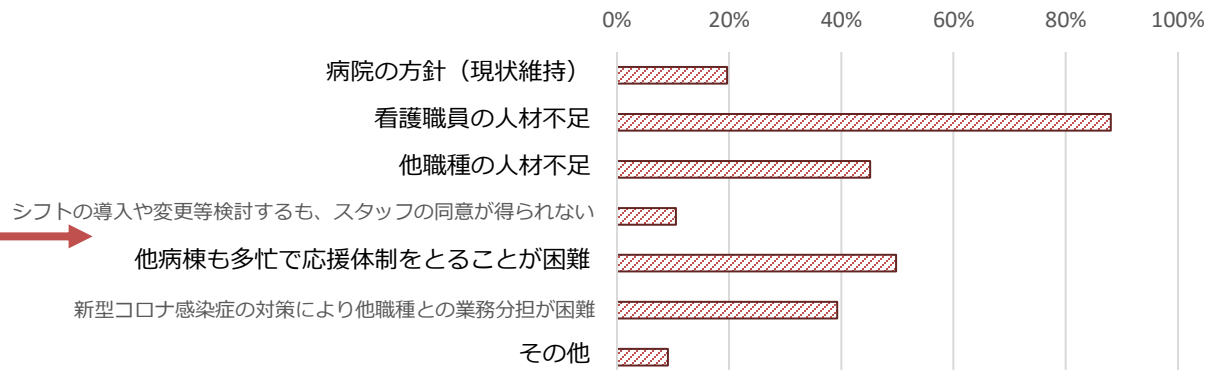
病棟における看護職員の業務負担軽減の取組、勤務状況

- 病棟看護管理者において、病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
- 病棟の看護職員の勤務状況は、約4割の病棟で悪化傾向であった。

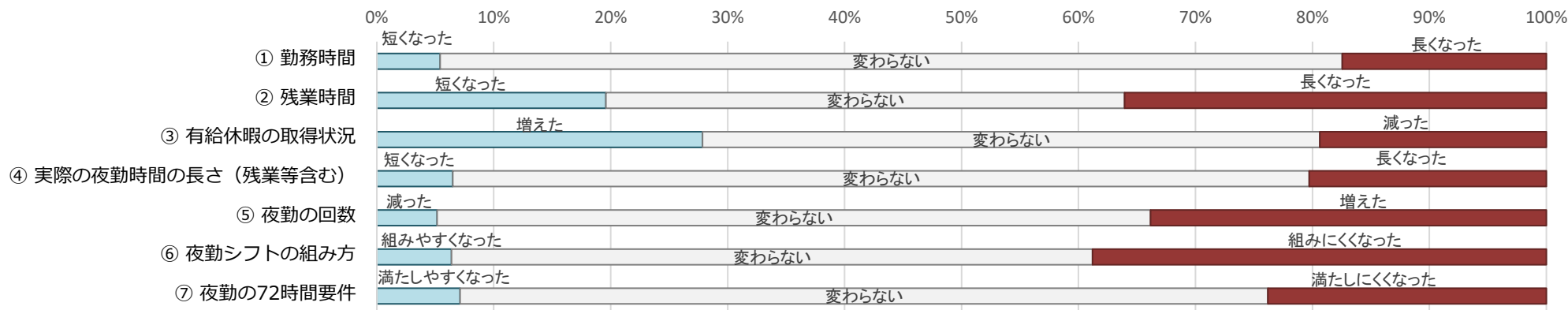
■ 病棟の業務負担軽減の取組

	病棟数	(割合)
取り組みを行っている	1,658	73%
現状で問題がないため新たな取り組みは行っていない	113	5%
取り組みたいが困難	495	22%

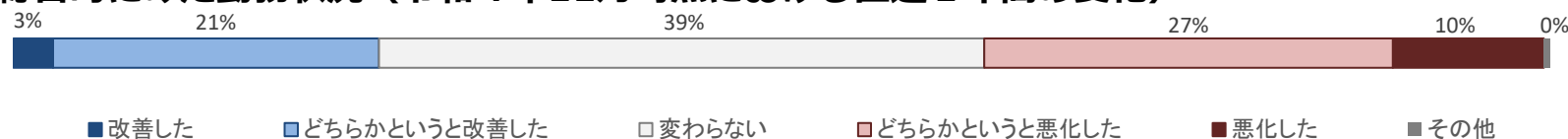
■ 「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）



■ 病棟の看護職員の勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



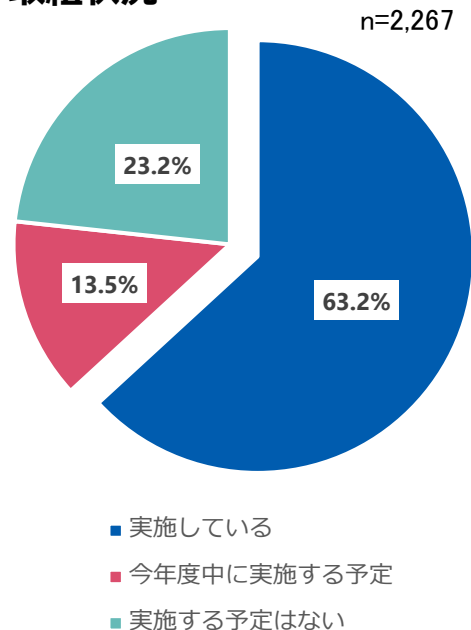
■ 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



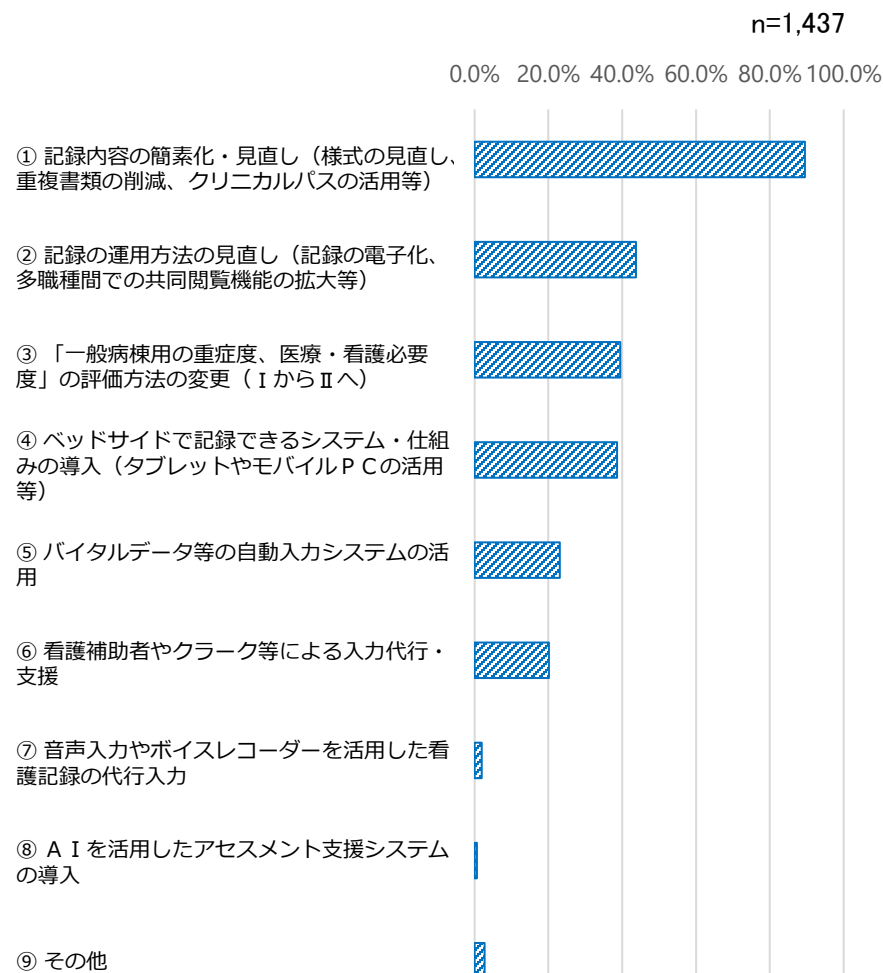
看護記録に係る負担軽減のための取組

○ 看護記録に係る負担軽減のため実施している取組は「記録内容の簡素化・見直し」が最も多く、最も負担軽減に寄与している取組も同様に「記録内容の簡素化・見直し」が最も多かった。

① 看護記録に係る負担軽減の取組状況



② 看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）



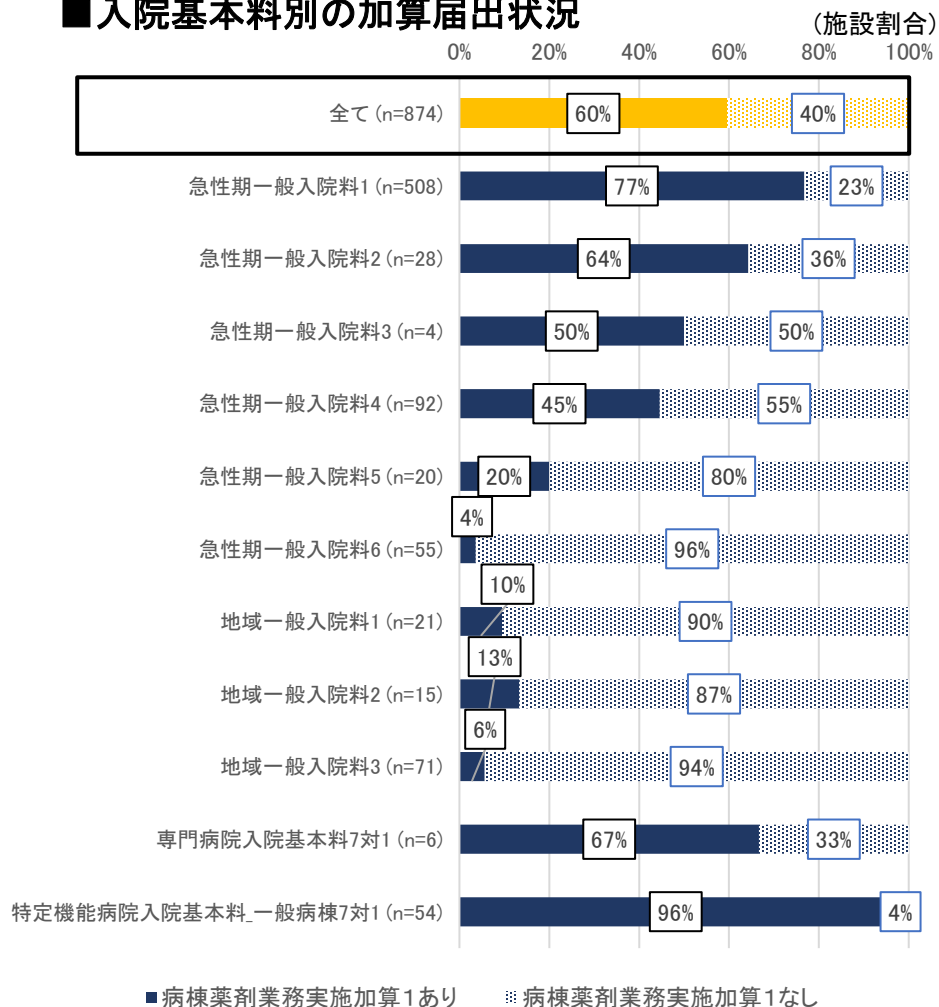
③ ②のうち最も負担軽減に寄与している取組



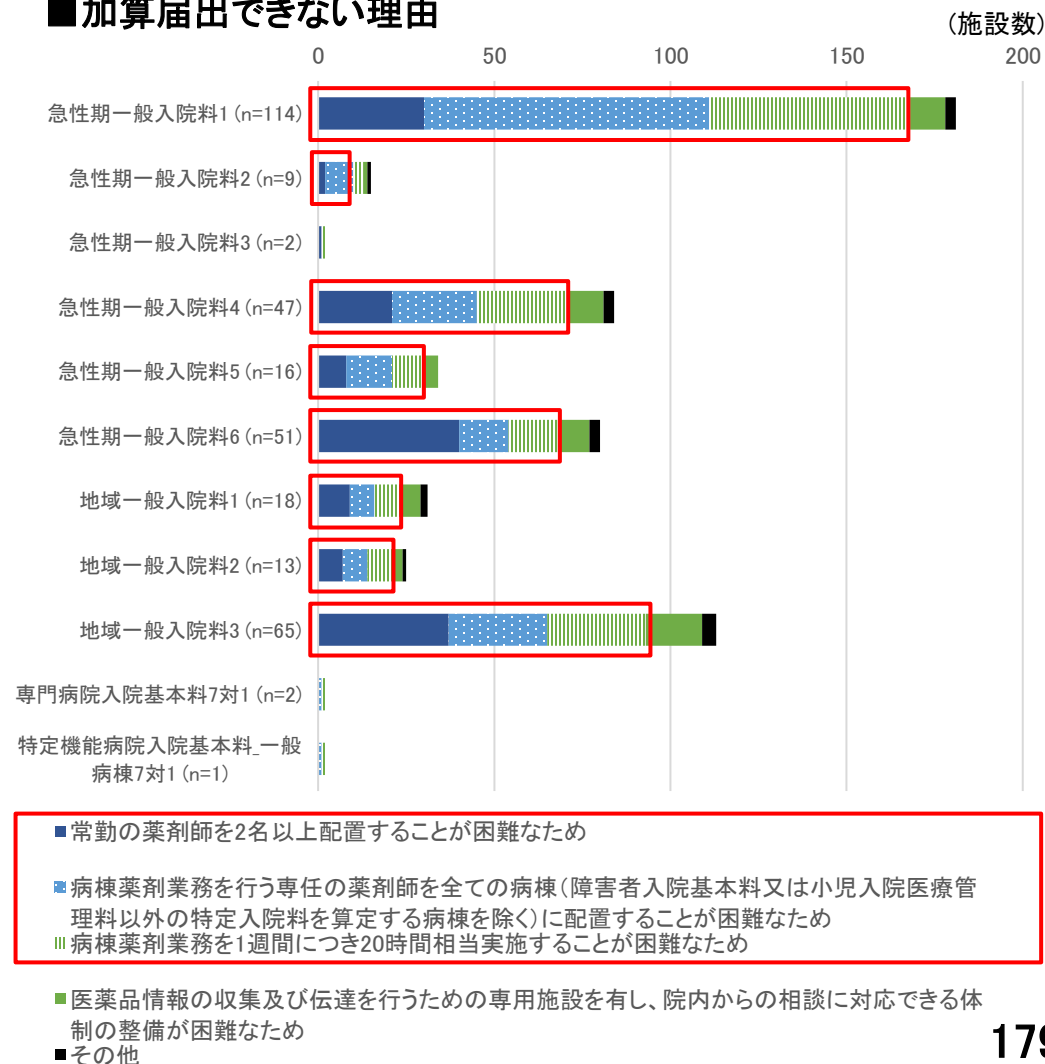
病棟薬剤業務実施加算 1 の届出状況等

- 病棟業務実施加算1が届出されているのは、全体の約6割であった(874施設中、521施設)。
- 急性期一般入院料の届出施設では、当該入院料が6から1となるにつれて、病棟薬剤業務実施加算の届出割合が増加する傾向が見られた。
- 届出できない理由としては、薬剤師の配置が困難であることの回答が多かった。

■入院基本料別の加算届出状況



■加算届出できない理由



周術期薬剤管理加算の届出状況等

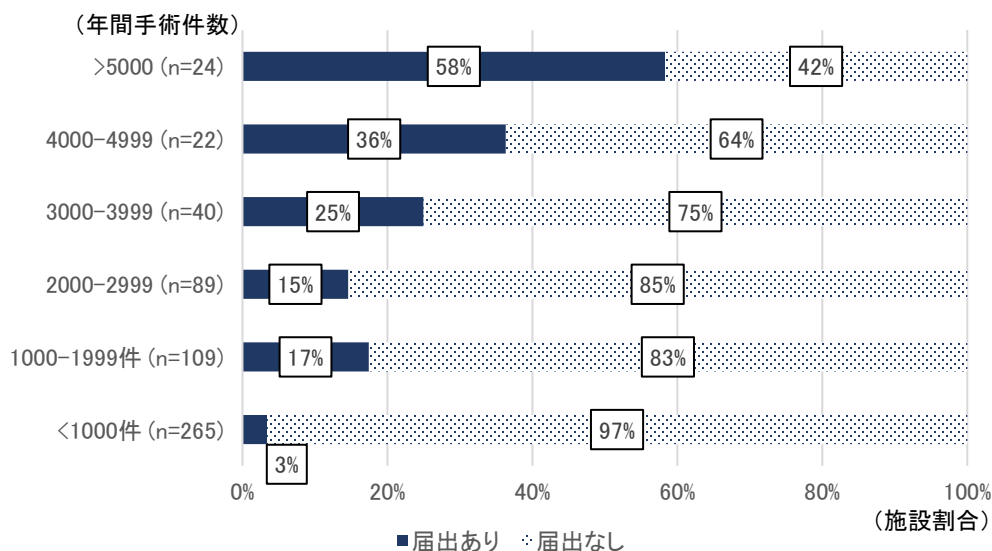
- 令和4年度改定で新設された周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり（729施設中、76施設）、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
- 加算を算定できない理由としては、「専任の薬剤師の配置」を満たせないとの回答が多かった。

■周術期薬剤管理加算の届出の有無

（令和4年11月1日時点）（n=729）

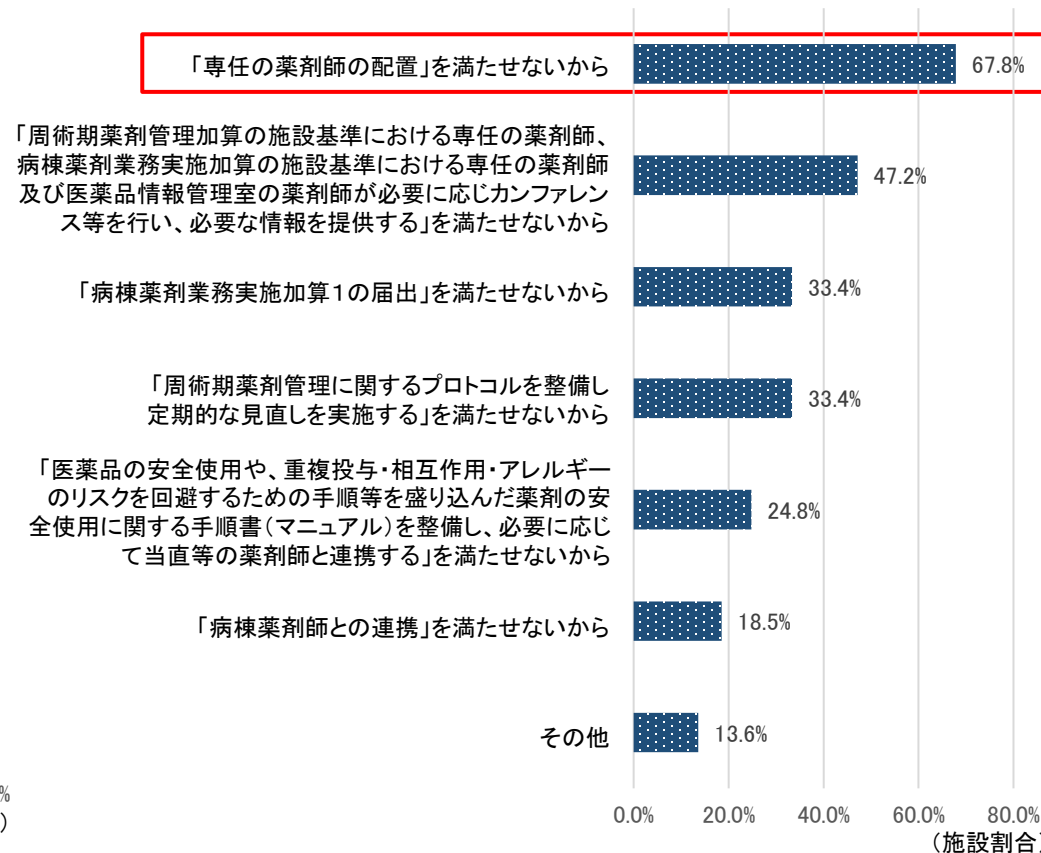
	治療室数	（割合）
届出：有	76	10.4%
届出：無	653	89.6%

■年間手術件数別の届出状況



■周術期薬剤管理加算を届け出していない理由

（n=653、複数回答）



1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

(7) 外来医療に係る評価等について(その1)

【附帯意見(抜粋)】

- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ① 情報通信機器を用いた診療に係る評価の見直し
- ② 生活習慣病管理料の見直し、外来腫瘍化学療法診療料の新設

【調査内容案】

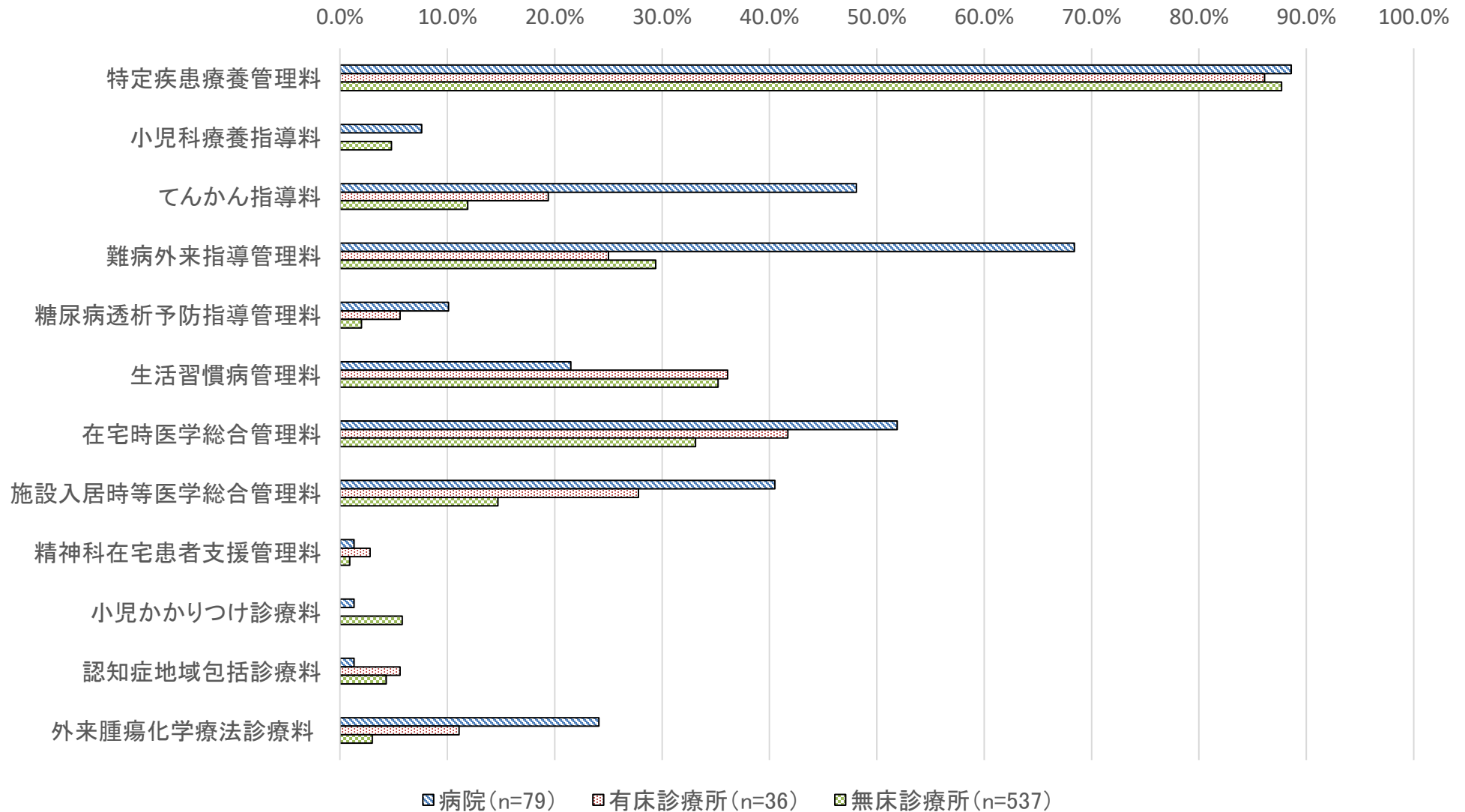
調査対象: 情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料等の届出等を行っている医療機関

調査内容: (1) 情報通信機器を用いた診療に係る取組状況
(2) 生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

等

特掲診療料の届出又は算定状況

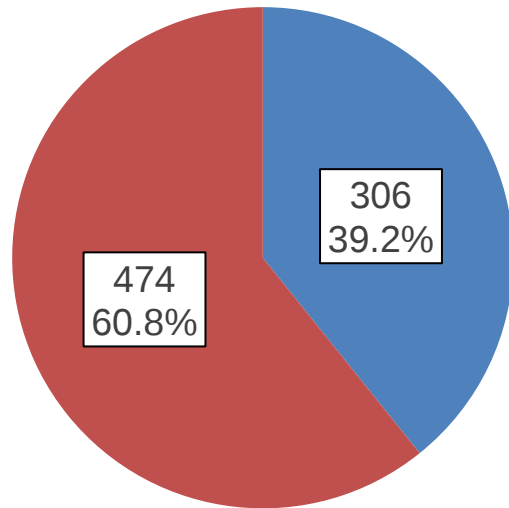
- 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。



各種研修を修了した医師の有無

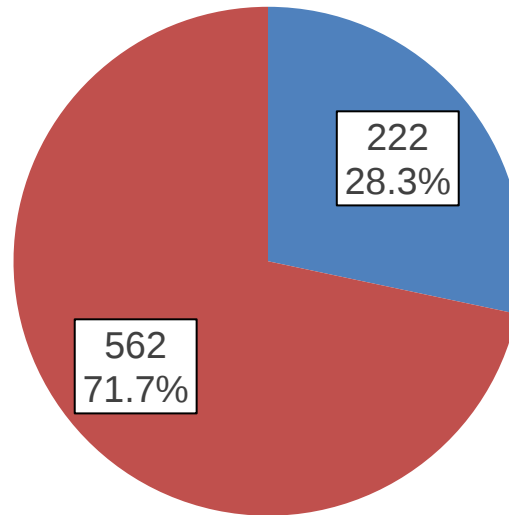
- 各種研修を修了した医師の在籍状況は以下のとおり。
- 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置している医療機関は39.2%であった。

慢性疾患の指導に係る適切な
研修を修了した医師の有無
(n=780)



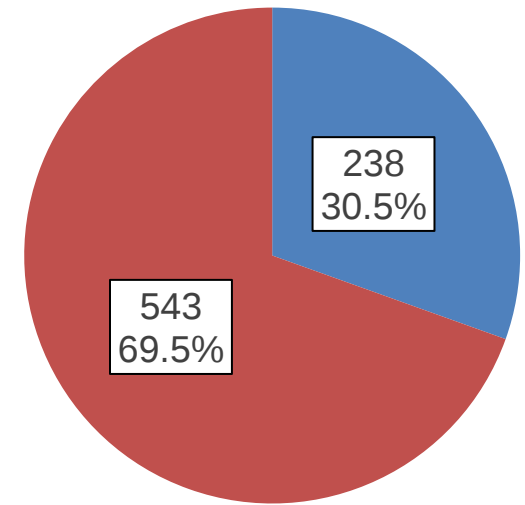
■あり ■なし

かかりつけ医機能研修を修了し
た医師の有無(n=784)



■あり ■なし

認知症に係る研修(※)を修了
した医師の有無(n=781)



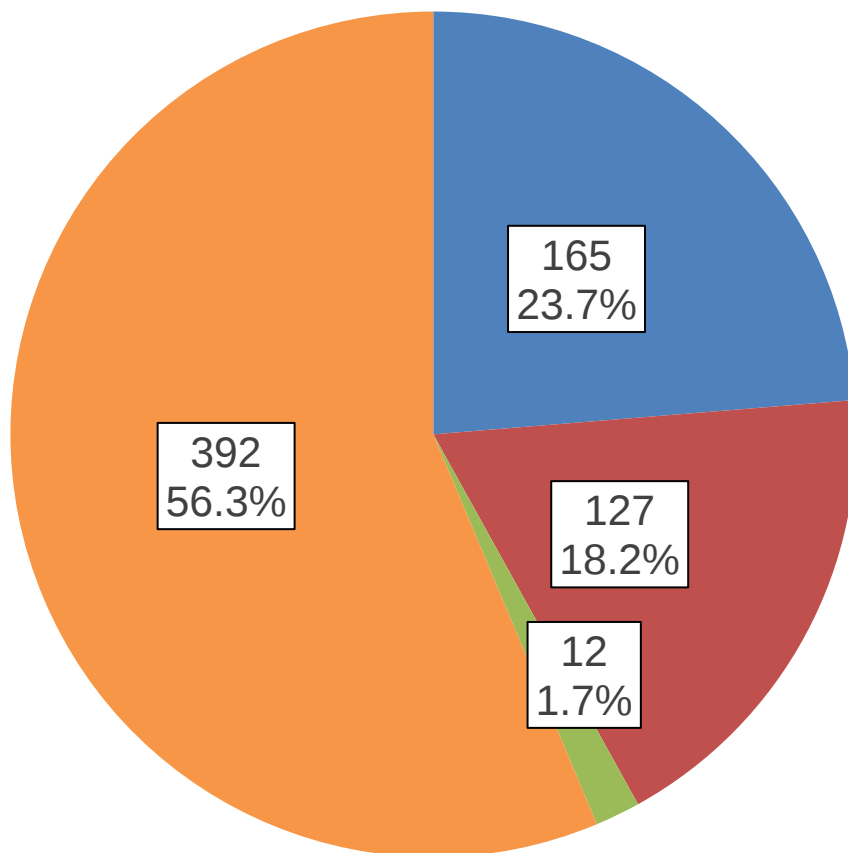
■あり ■なし

※ 都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業であり、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」が

時間外対応加算の種類

- 時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
- 届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算1が23.7%と多かった。

n=696(診療所のみ)



時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

■ 時間外対応加算1 ■ 時間外対応加算2 ■ 時間外対応加算3 ■ 届け出ていない

地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出状況

- 地域包括診療診療料・地域包括診療加算の届出状況は以下のとおり。
- 病院では「地域包括診療料2」の届出施設が2.3%(2件)であった。
- 診療所では「地域包括診療料1」の届出施設が1.6%(11件)、「地域包括診療料2」の届出施設が1.0%(7件)、「地域包括診療加算1」の届出施設が4.1%(29件)、「地域包括診療加算2」の届出施設が5.5%(39件)であった。

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2	
病院	施設数	87	0	2	0	0	85
	構成比	100%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	97.7%
診療所	施設数	705	11	7	29	39	619
	構成比	100%	1.6%	1.0%	4.1%	5.5%	87.8%

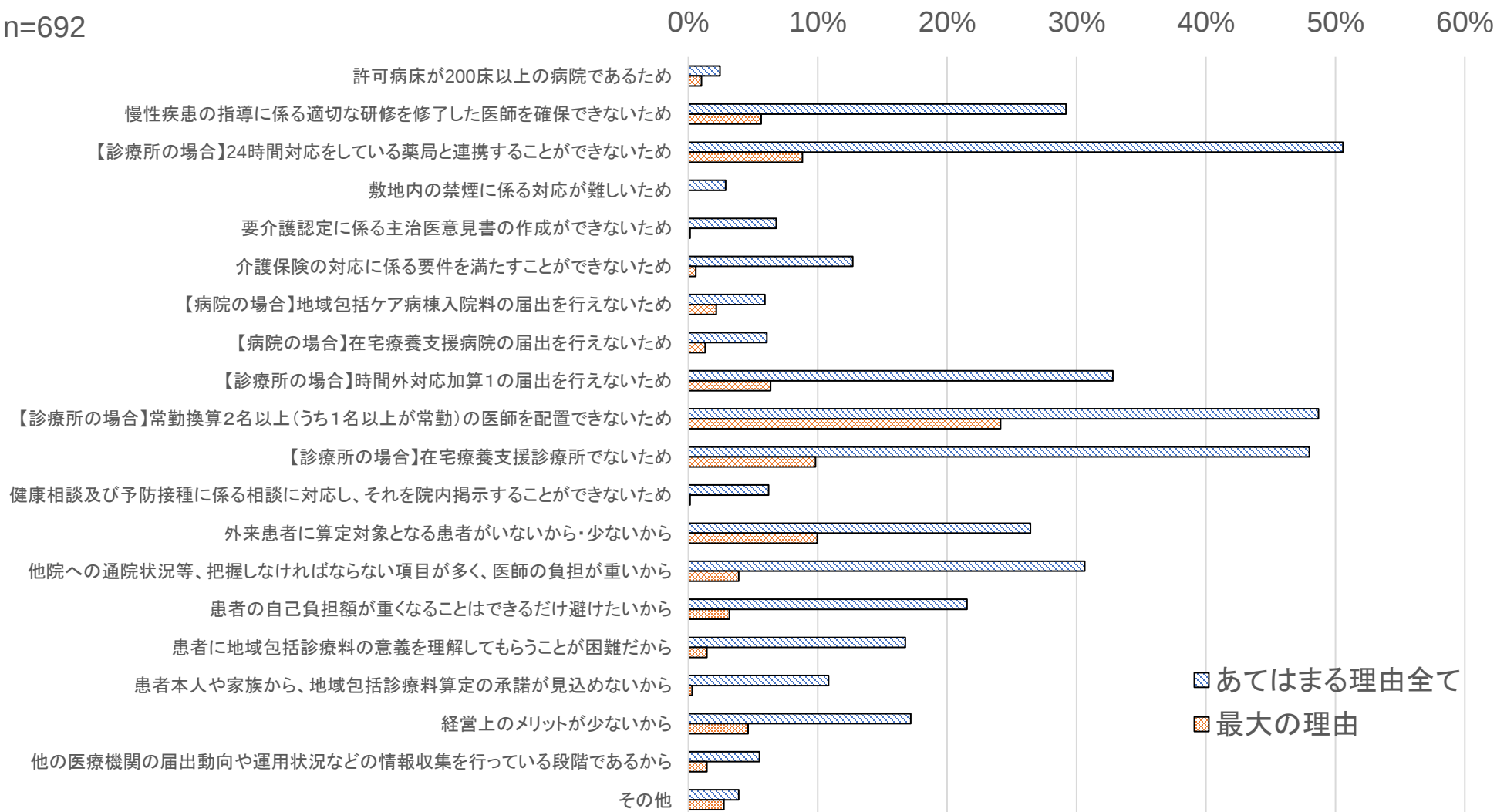
< 参考 > 令和3年度調査

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。

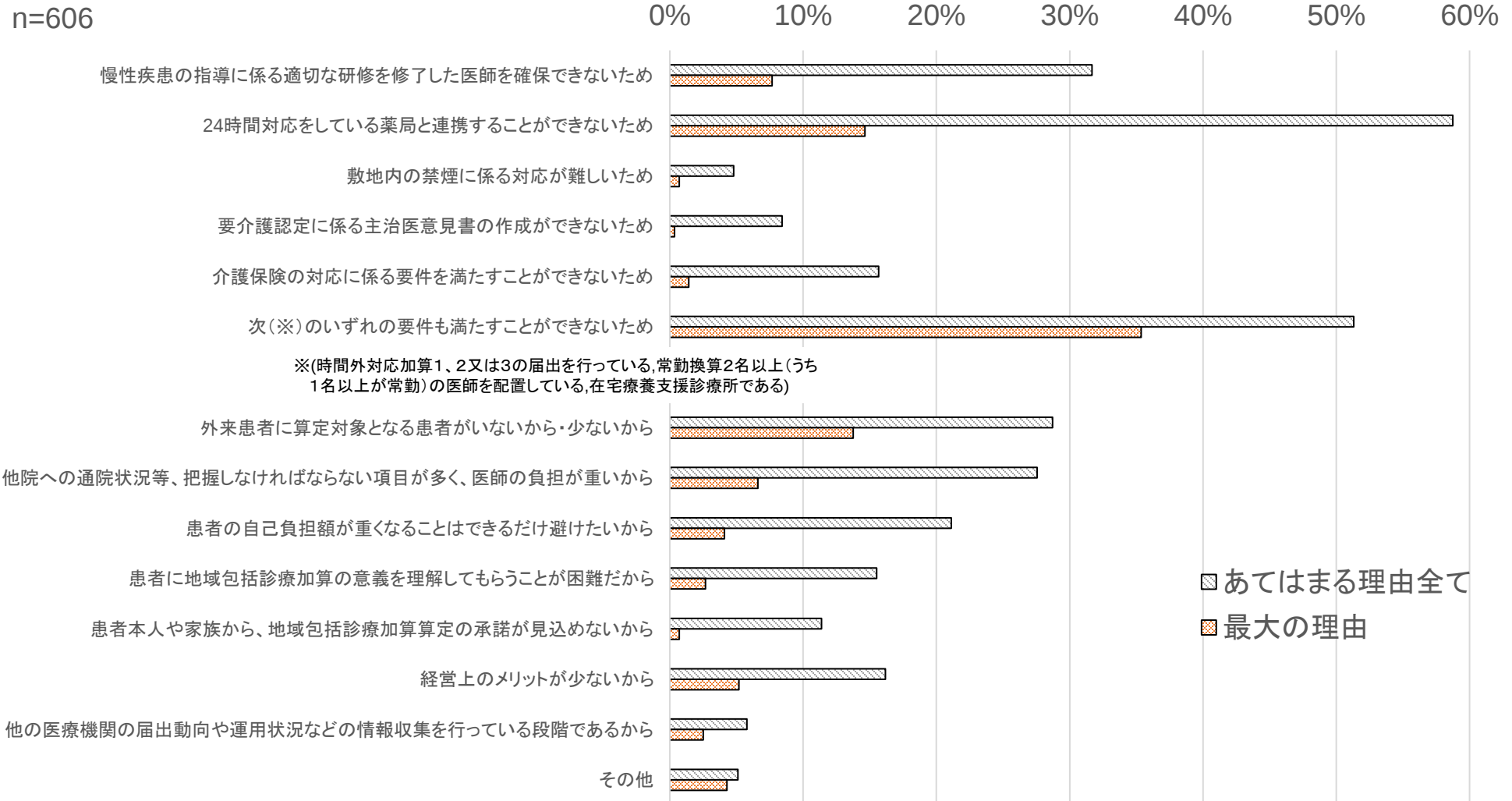
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出していない理由

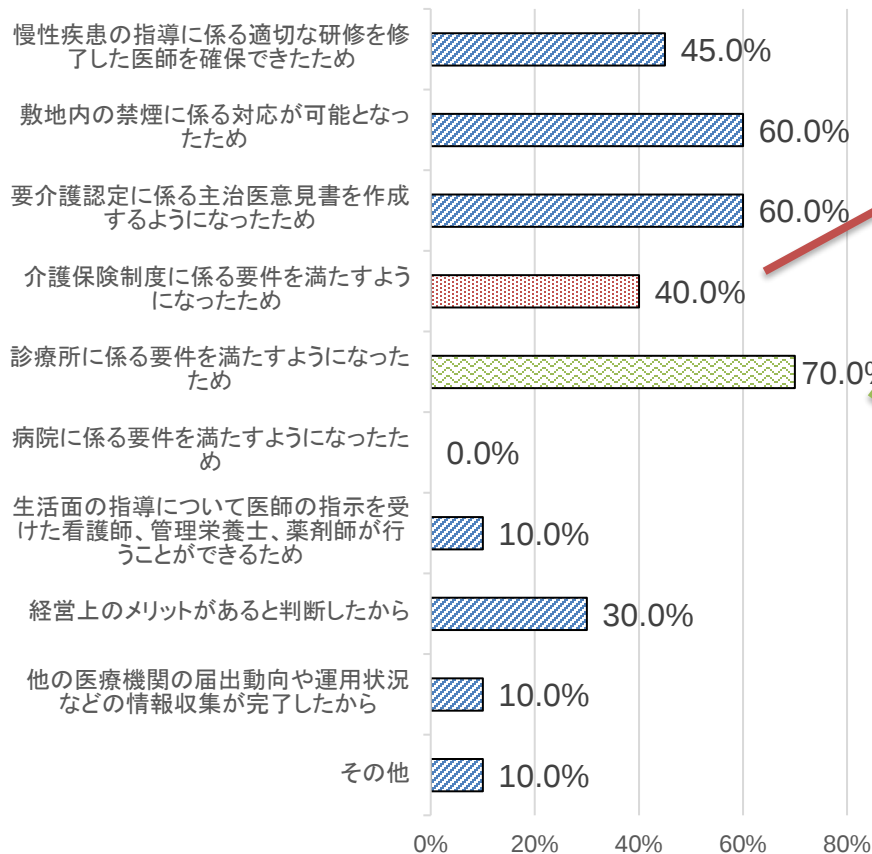
○ 地域包括診療加算を届け出していない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



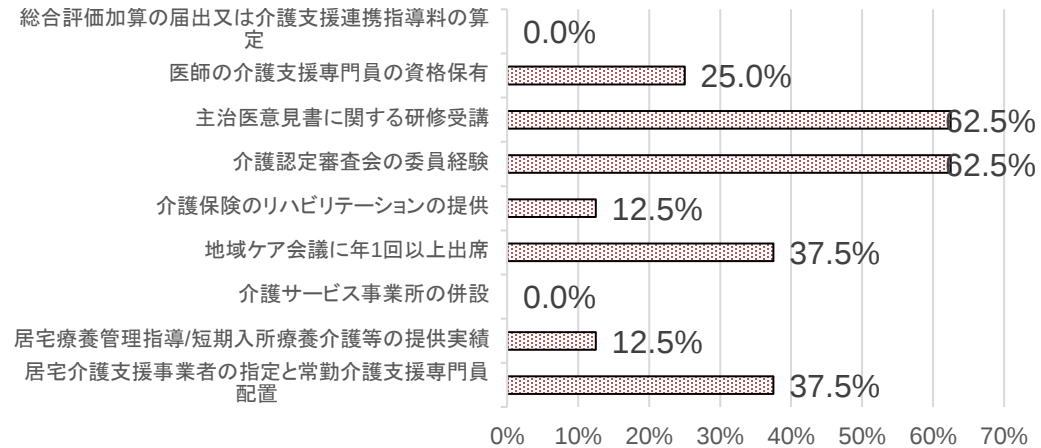
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○ 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であった。

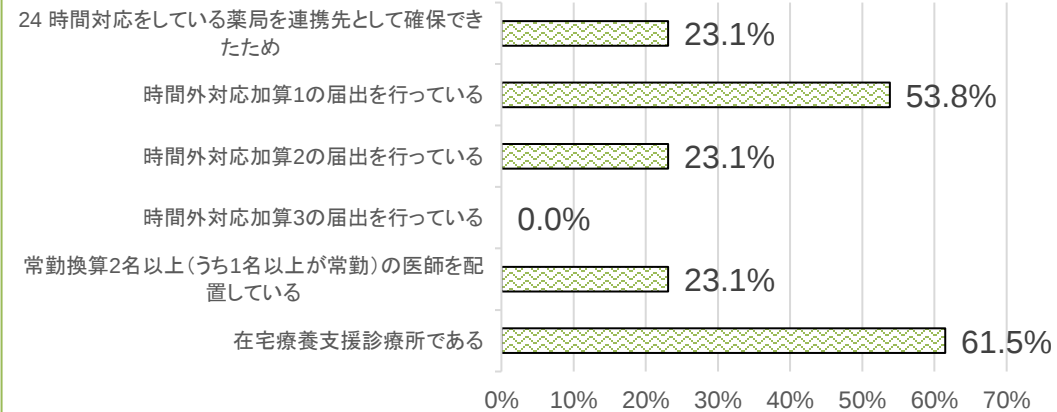
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由
(n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件



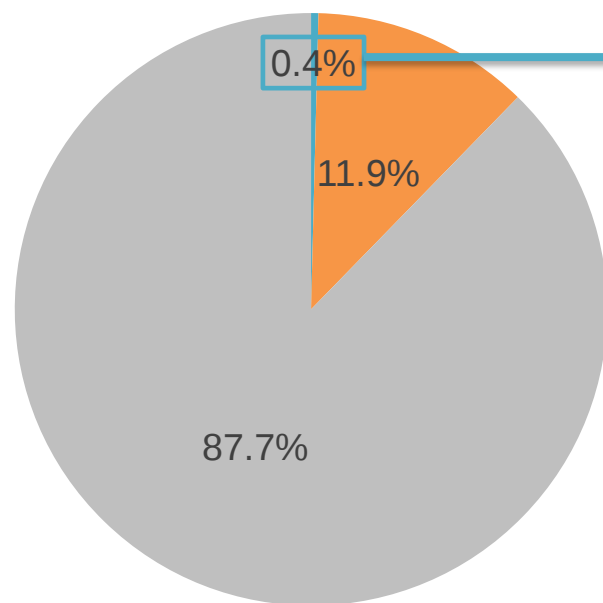
満たすことができた診療所に関する要件



地域包括診療料／地域包括診療加算の届出意向

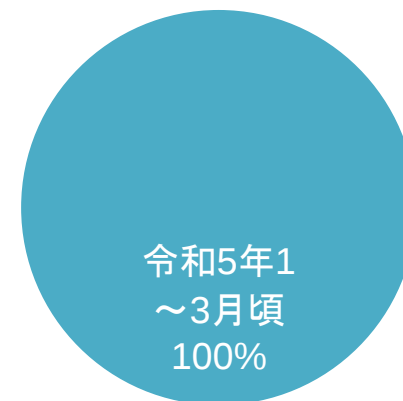
- 地域包括診療料／地域包括診療加算の未届出施設のうち、届出の予定があるのは0.4%であり、11.9%は検討中、残りの87.7%は届出の予定はないとしていた。

今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向について
(n=699)

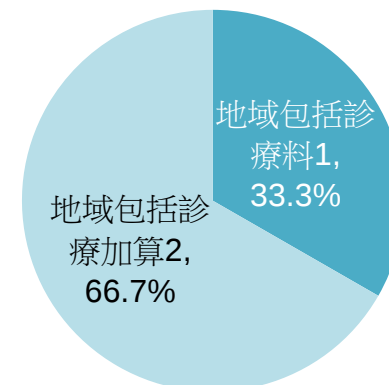


- 01.届出予定がある
- 02.届出について検討中
- 03.届出の予定はない

届出予定時期 (n=2)



届け出予定の項目について (n=3)



日常的に連携している医療機関等の数

- 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数は以下のとおり。
- 専門医療提供を目的に連携している医療機関数が3.9施設と最多であった。

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数	74	件	3.9	施設	1.0	施設	3.0	施設	5.0	施設
算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数	72	件	1.3	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	63	件	1.0	施設	0.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	68	件	2.1	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数	62	件	0.9	施設	0.0	施設	0.0	施設	1.0	施設
算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数	65	件	2.7	事業所	0.0	事業所	2.0	事業所	3.0	事業所

地域包括診療料／加算算定施設の疾病別患者数

○ 令和4年10月の1か月間における地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数等は以下のとおり。高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。

地域包括診療料1・2（認知症含む）、地域包括診療加算1・2（認知症含む）を算定している患者の対象疾病別患者数

	回答数				四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
高血圧症を有する患者	70	件	201.2	人	31.5	人	129.0	人	290.0	人
糖尿病を有する患者	70	件	133.3	人	12.0	人	58.5	人	123.0	人
脂質異常症を有する患者	70	件	159.4	人	12.3	人	82.0	人	237.8	人
慢性心不全を有する患者	70	件	31.7	人	0.3	人	8.5	人	26.0	人
慢性腎臓病を有する患者	70	件	19.5	人	0.0	人	2.5	人	18.5	人
認知症を有する患者	70	件	26.7	人	1.3	人	9.5	人	30.0	人

継続的かつ全人的に診療を行っている患者の疾患別患者数

	回答数				四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0	人	84.0	人
その他	21	件	48.9	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

生活習慣病を主病とする患者の状況

○ 生活習慣病を主病とする患者の概数および特定疾患療養管理料算定患者の概数(令和4年10月の受診患者数)は以下のとおり。

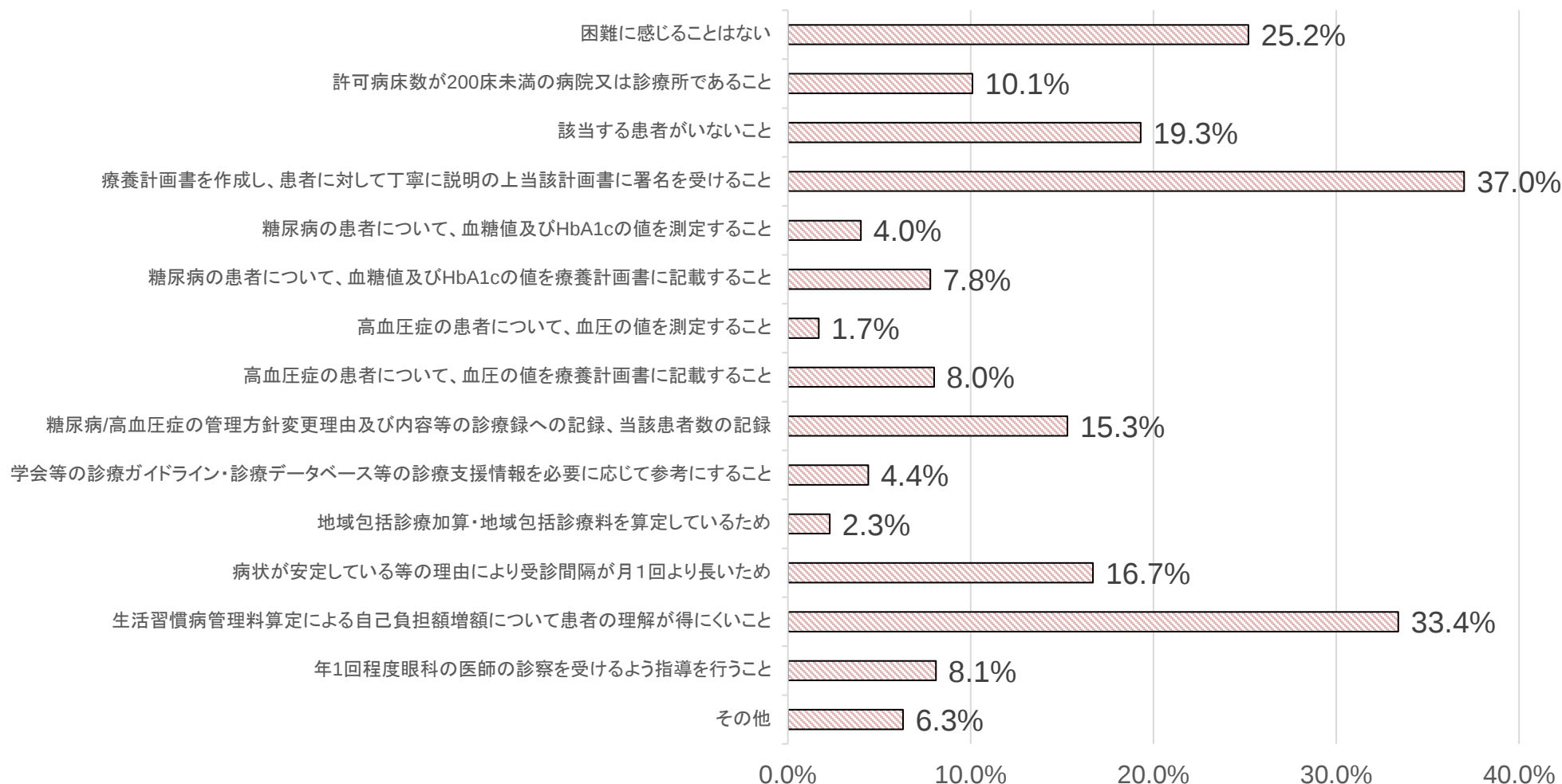
令和4年10月の受診患者数

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない)	690	件	316.0	人	0.0	人	121.0	人	438.3	人
② 特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	690	件	288.6	人	0.0	人	129.0	人	450.0	人

生活習慣病管理料の算定について困難を感じることに

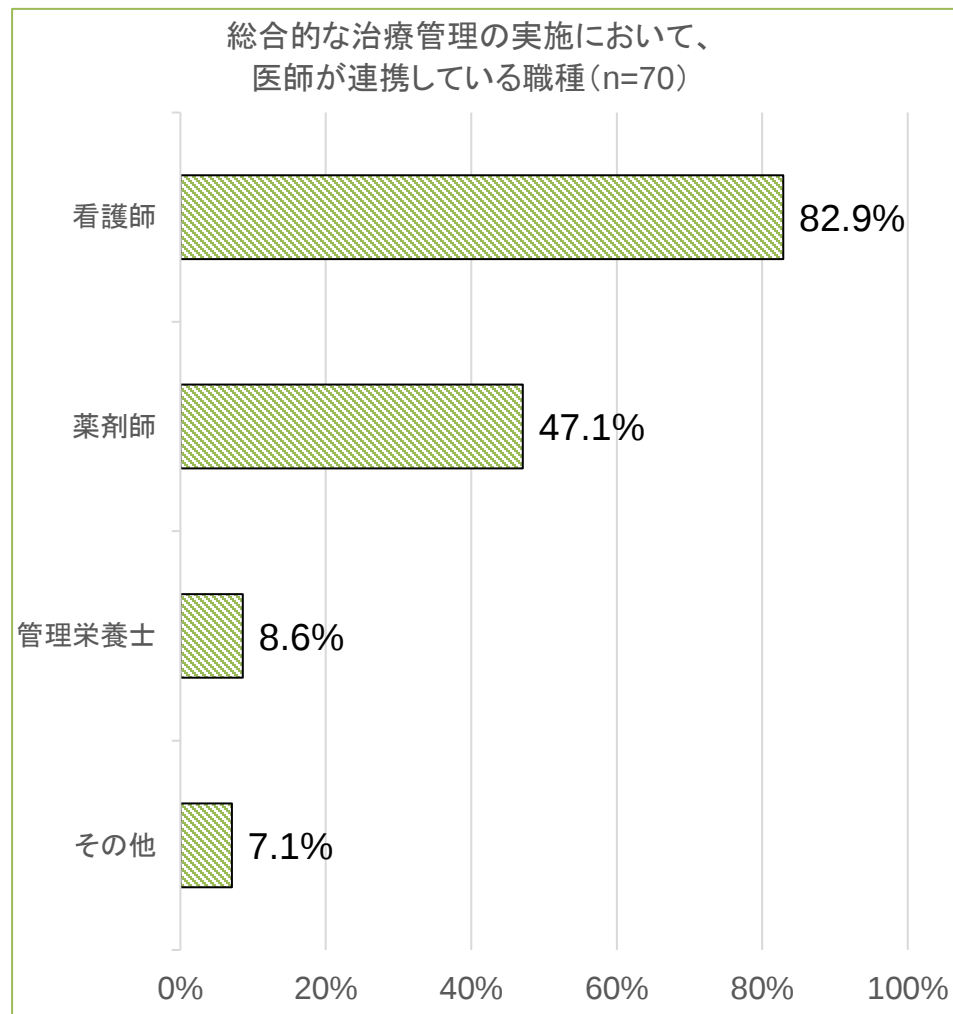
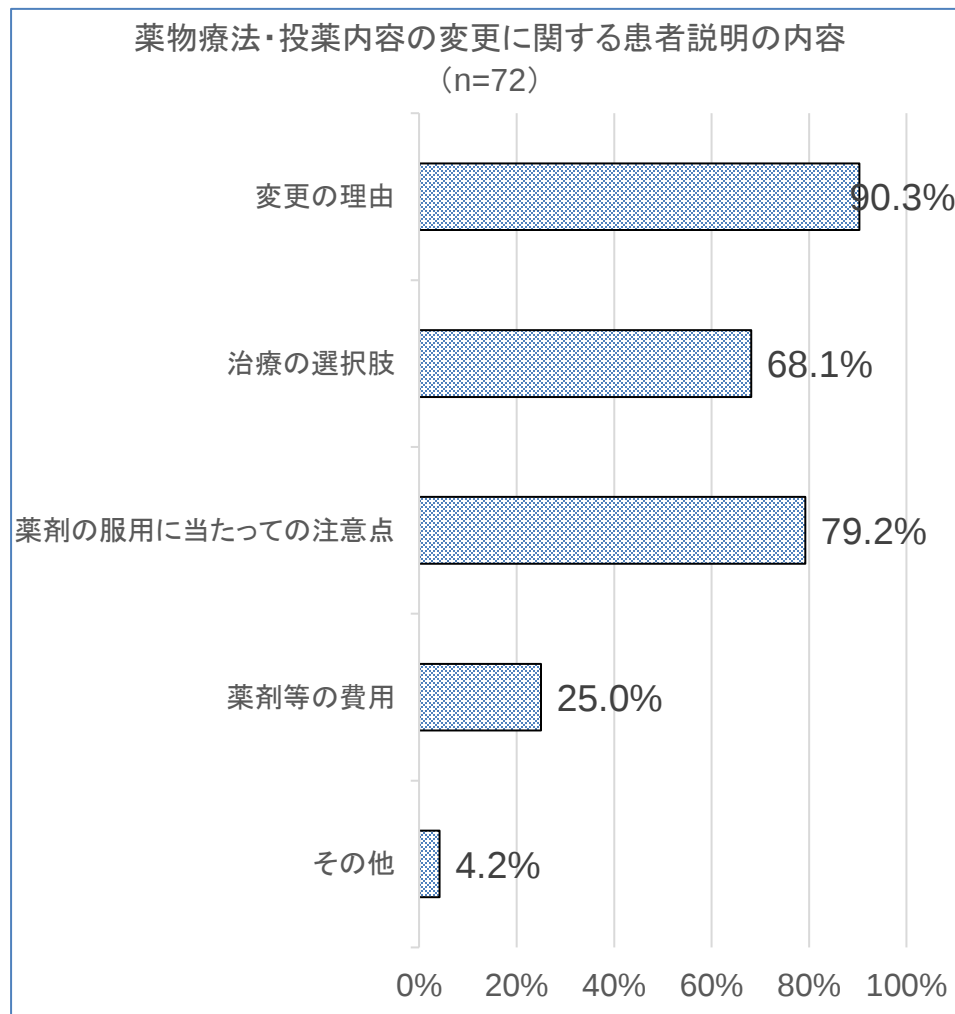
○ 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることに、**「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。**

n=652



薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明・職種間連携の状況

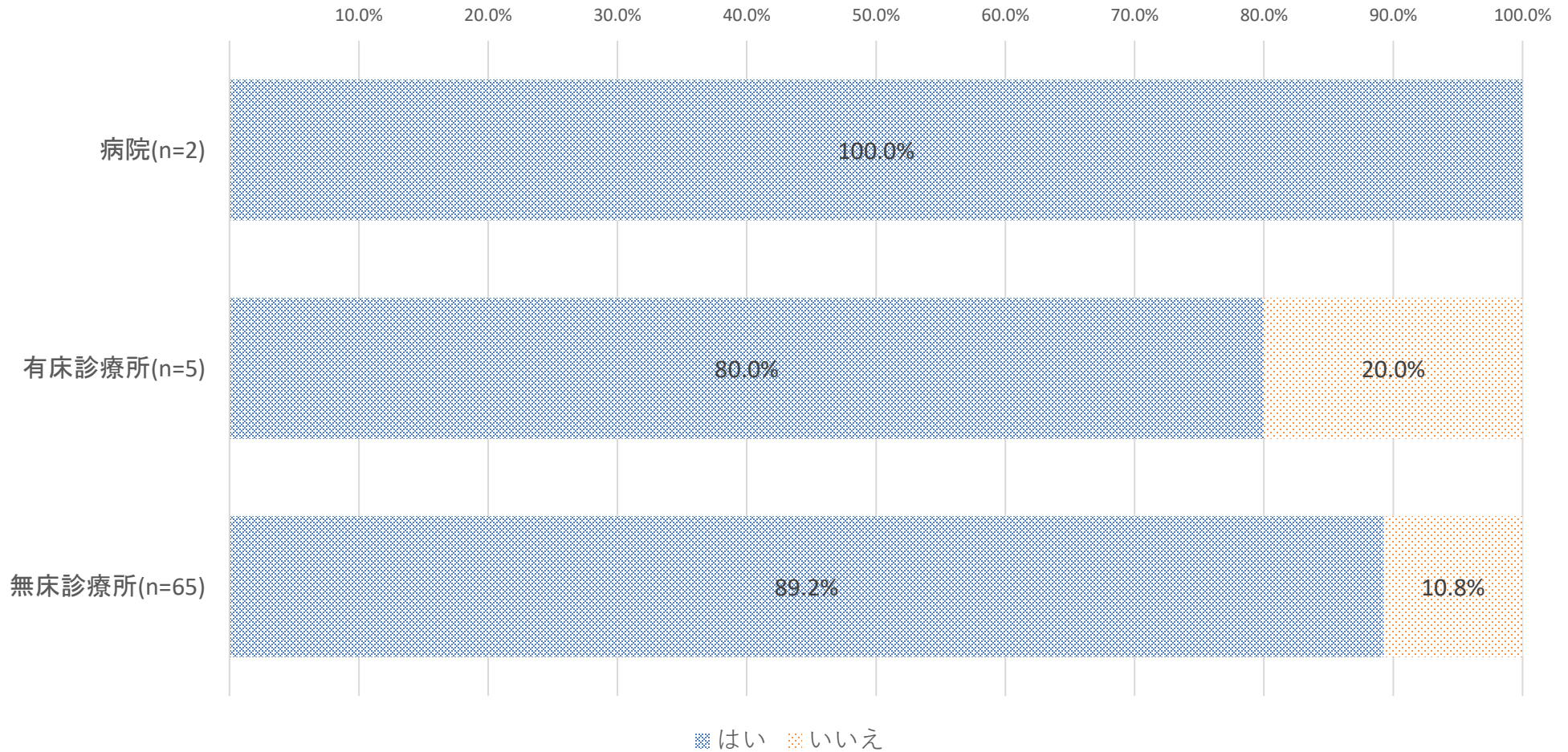
- 令和4年10月1ヶ月間に糖尿病または高血圧症の患者で管理方針を変更した患者がいた施設において、薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明の内容、職種間連携の状況について、内容としては「変更の理由」「薬剤の服用に当たっての注意点」が多く、連携している職種としては看護師が最多であった。



糖尿病患者への眼科受診勧奨

○ 多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。

糖尿病を主病としている患者である患者に定期的な眼科受診を勧めているか(n=72)



初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】

初診料の注 2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注 2、3 55点

	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)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	(紹介患者数 + 救急患者数) / 初診患者数 × 100			
逆紹介割合 (‰)	逆紹介患者数 / (初診 + 再診患者数) × 1,000			
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。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
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）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
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。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
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送された初診の患者の数。			

病院区分別の紹介・逆紹介割合

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

		特定機能病院(n=51)				地域医療支援病院(n=296)			
		紹介割合				紹介割合			
		50%以上		50%未満		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30%以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30%未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%	3施設	1.0%	1施設	0.3%

		許可病床400床以上(n=264)			
		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20%以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20%未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

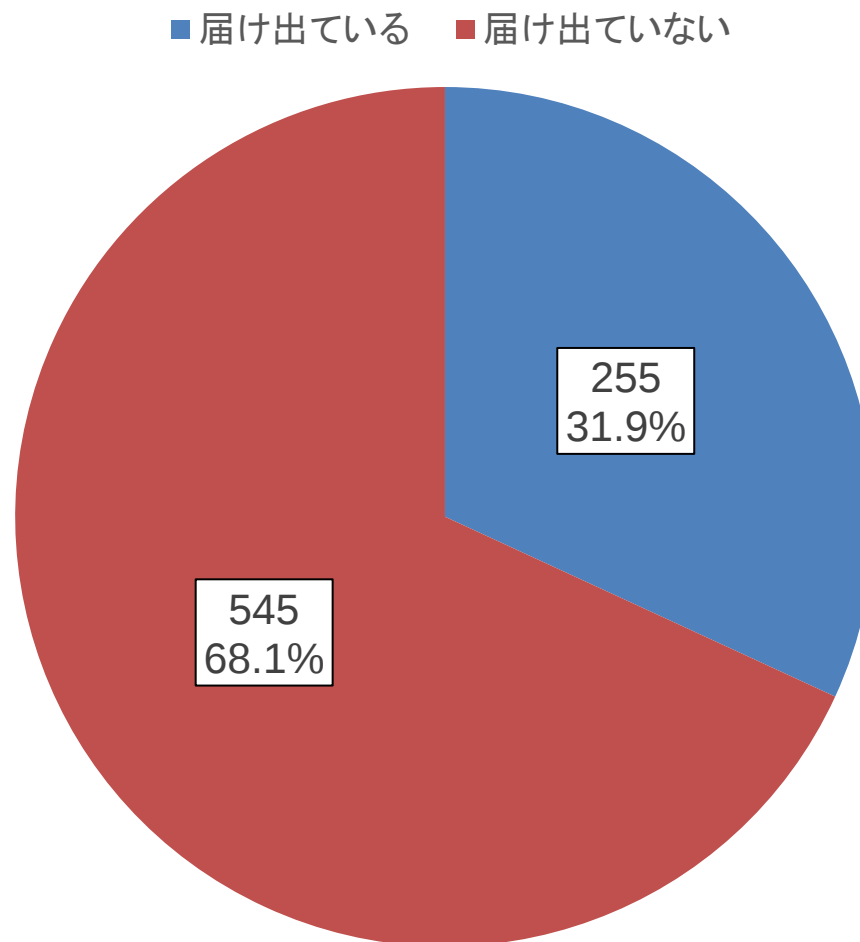
紹介割合(%)			
	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(%)			
	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

情報通信機器を用いた初診料等の施設基準の届出状況

○ 情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ているのは、回答施設の31.9%であった。

n=800



情報通信機器を用いた診療の実施状況①

- 令和4年10月の情報通信機器を用いた診療の実施状況は以下のとおり。大半の施設では実施実績がなかったものの、初診料では6施設(全体の2.4%)、再診料・外来診療料では23施設(全体の9.3%)で15回を超える算定実績があった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均	
① 情報通信機器を用いた場合の初診料の算定回数	246	件	1.8	回
② 情報通信機器を用いた場合の再診料、外来診療料の算定回数	246	件	7.2	回

	25%Tile		中央値		75%Tile	
①	0.0	回	0.0	回	0.0	回
②	0.0	回	0.0	回	3.0	回

① 回数毎の分布

	0回	1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11～12回	13～14回	15回以上
施設数	200	25	4	7	2	1	0	1	6
構成比	81.3%	10.2%	1.6%	2.8%	0.8%	0.4%	0.0%	0.4%	2.4%

② 回数毎の分布

	0回	1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11～12回	13～14回	15回以上
施設数	150	31	19	8	5	6	2	2	23
構成比	61.0%	12.6%	7.7%	3.3%	2.0%	2.4%	0.8%	0.8%	9.3%

情報通信機器を用いた診療の実施状況②

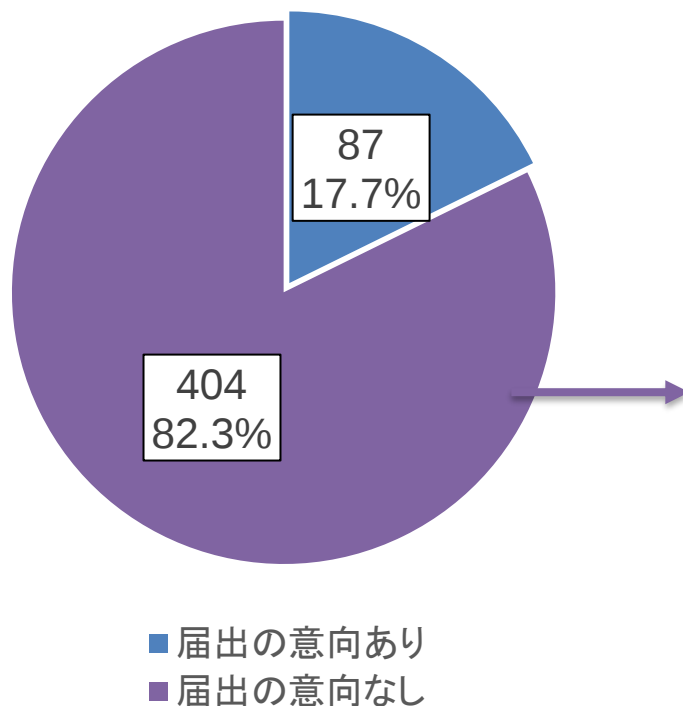
- 令和4年10月における情報通信機器を用いた診療は平均9.5人に対し提供されていた。
- 情報通信機器を用いた医学管理料としては、特定疾患療養管理料が平均5.7人と最多であった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均		25%Tile		中央値		75%Tile	
① 情報通信機器を用いた診療	151	件	9.5	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
② 情報通信機器を用いた診療実施時に算定している管理料ごとの患者数										
01 特定疾患療養管理料	148	件	5.7	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
02 小児科療養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
03 てんかん指導料	133	件	0.2	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
04 難病外来指導管理料	135	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
05 糖尿病透析予防指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
06 在宅自己注射指導管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
07 在宅時医学総合管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
08 精神科在宅患者支援管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
09 ウイルス疾患指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
10 皮膚科特定疾患指導管理料	135	件	0.3	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
11 小児悪性腫瘍患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
12 がん性疼痛緩和指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
13 がん患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
14 外来緩和ケア管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
15 移植後患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
16 腎代替療法指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
17 乳幼児育児栄養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
18 療養・就労両立支援指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
19 がん治療連携計画策定料2	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
20 外来がん患者在宅連携指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
21 肝炎インターフェロン治療計画料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
22 薬剤総合評価調整管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
23 外来栄養食事指導料	132	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

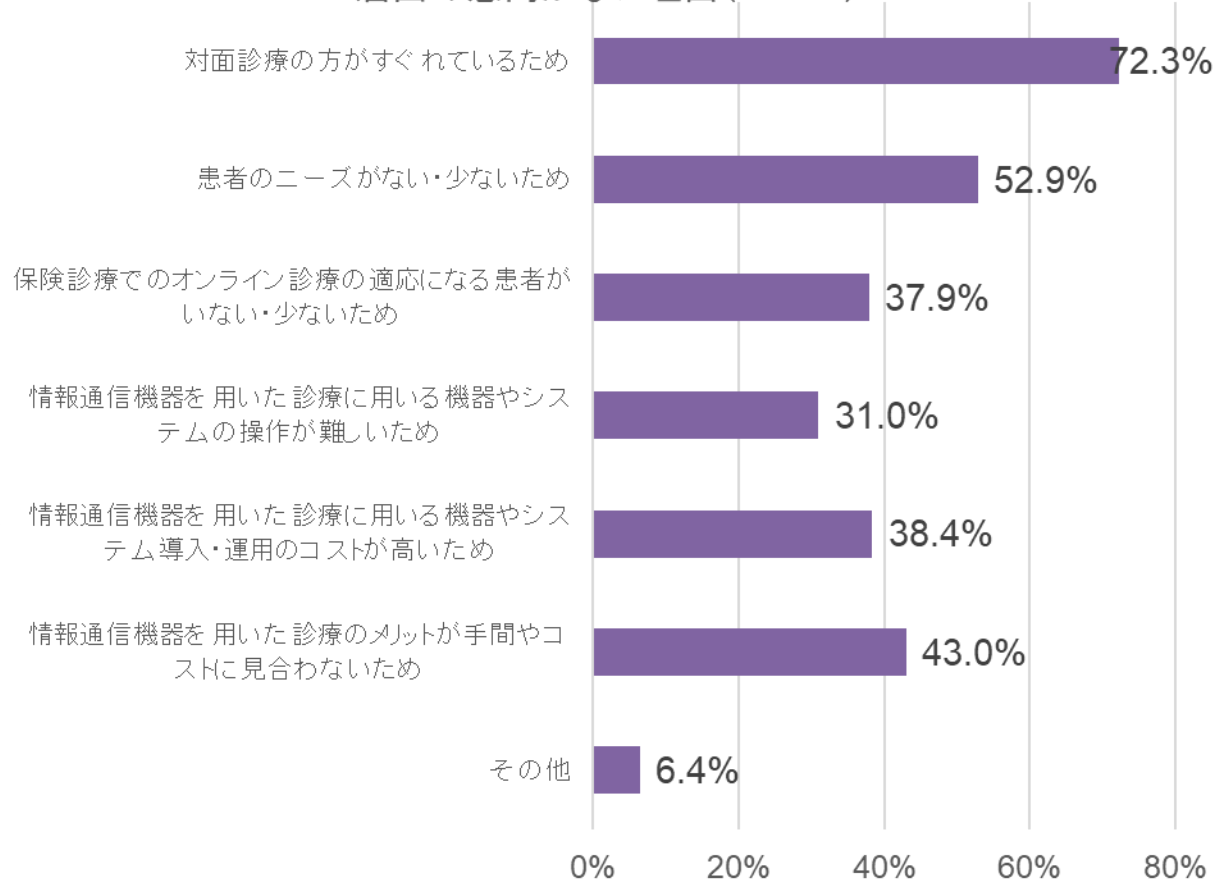
情報通信機器を用いた診療の届出の意向

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていない医療機関に対して、今後、オンライン診療料の届出を行う意向について、届出の意向なしと回答した医療機関の割合が82.3%であった。
- これらの医療機関に対して、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向がない理由としては、「対面診療の方がすぐれているため」との回答が284施設(72.3%)、「患者のニーズがない・少ないため」が208施設(52.9%)、「オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため」が169施設(43.0%)であった。

情報通信機器を用いた診療にかかる届出の意向(n=491)



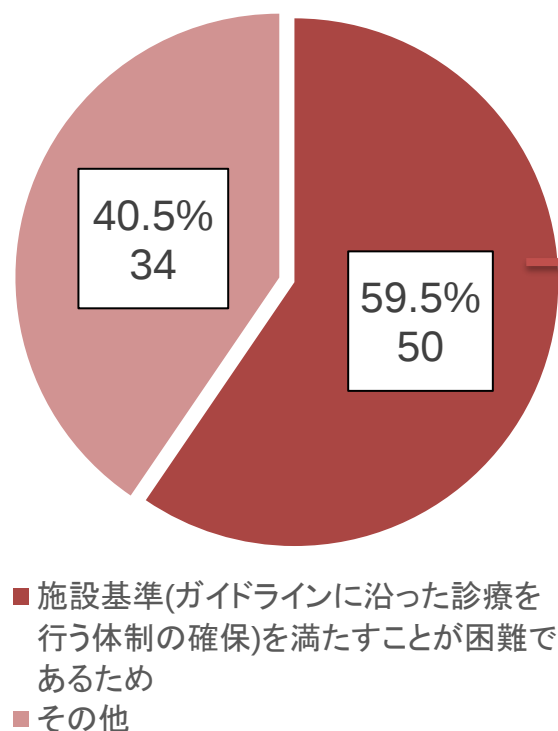
届出の意向がない理由(n=393)



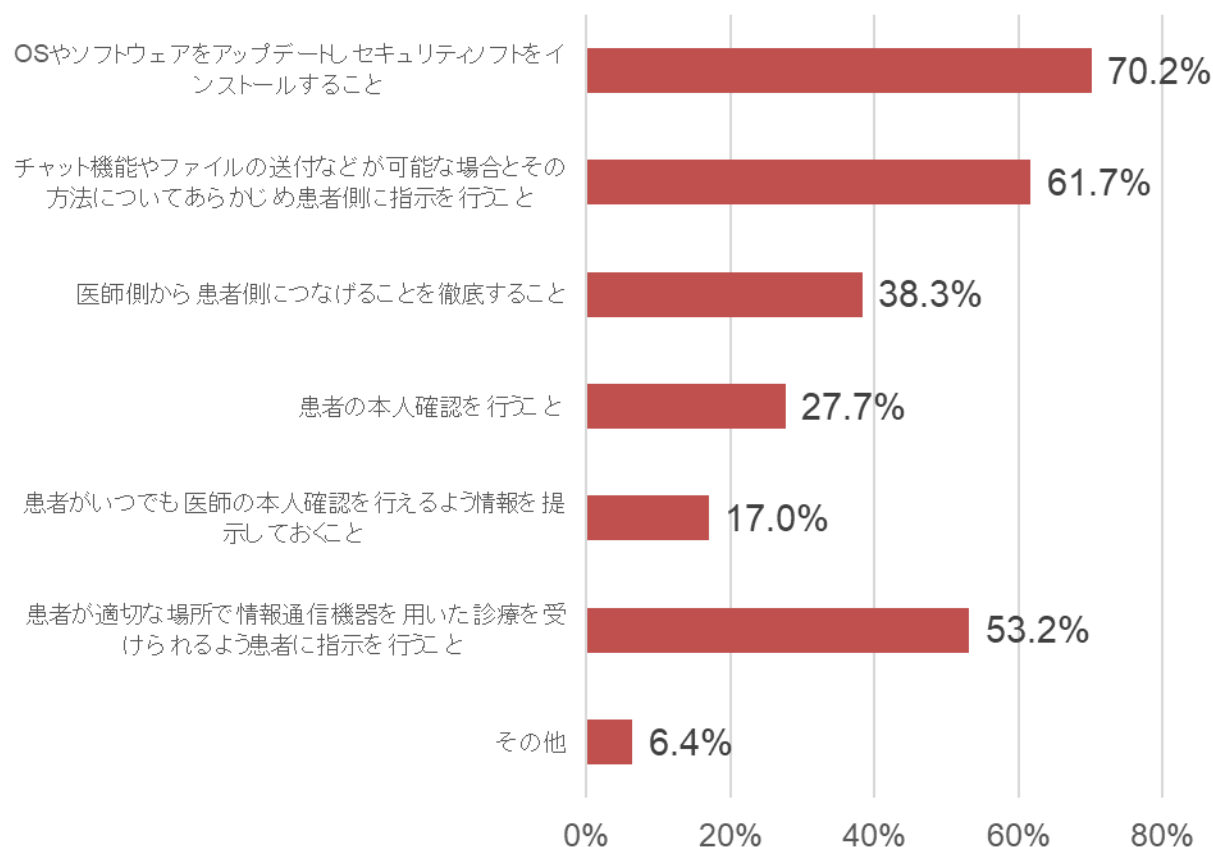
情報通信機器を用いた診療の届出を行わない理由

- 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが、回答時点において届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが困難であるため」と回答した施設が約60%であった。
- 施設基準を満たすことが困難な理由として、ソフトウェアの問題が70.2%、患者へのチャット機能・ファイル送付方法に関する指示の問題が61.7%、患者への受診場所の指示の問題が53.2%であった。

現時点で届出を行わない理由
(n=84)



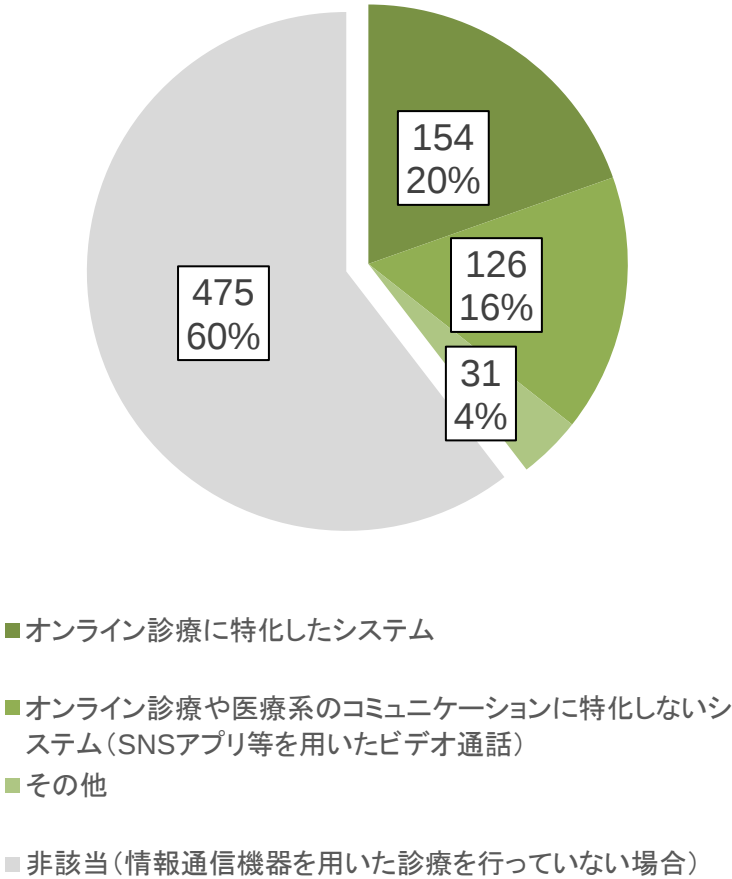
施設基準を満たすことが困難である理由(n=47)



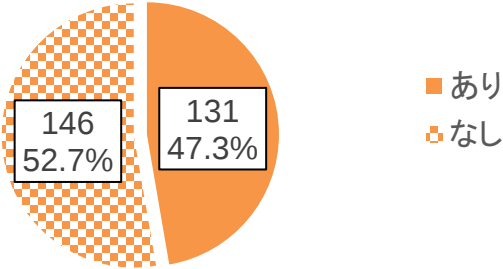
オンライン診療に使用しているシステム等について(医療機関調査)

- オンライン診療で、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は154施設(20.3%)、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は126施設(16.6%)であった。
- システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は36.6%であり、徴収額の中央値は500円であった。

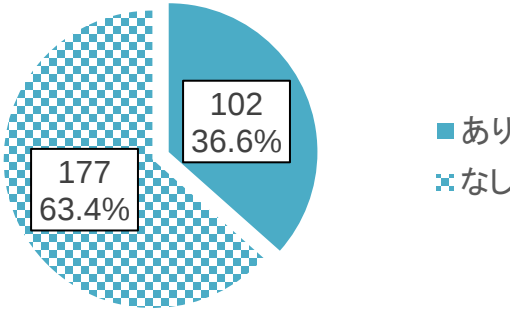
利用しているシステムの概要 (n=758)



システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い (n=277)



システム利用に係る患者からの費用徴収の有無 (n=279)



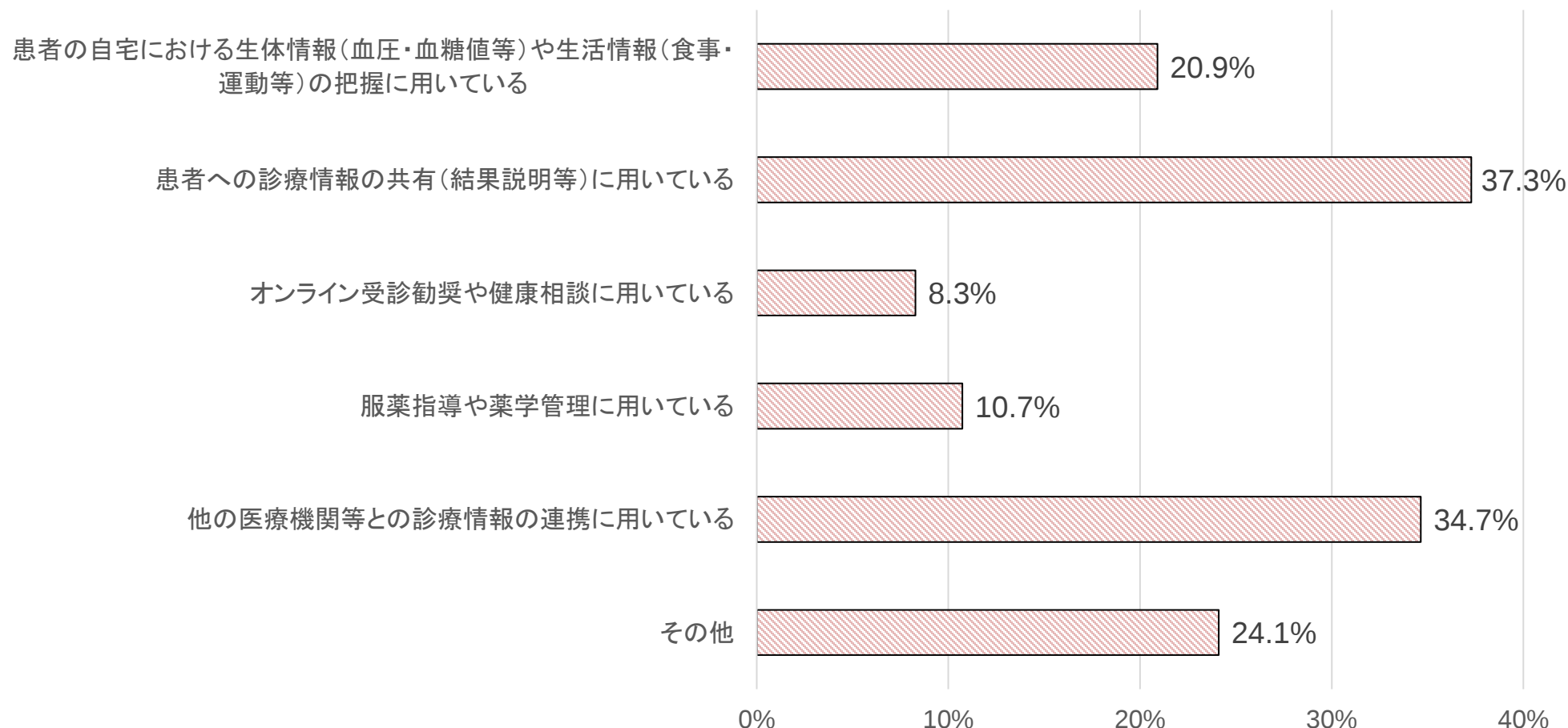
回答数		平均		四分位数			
				25%Tile	中央値	75%Tile	
24	件	773.3	円／月	275.0	円／月	500.0	円／月
						910.0	円／月

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査 (外来施設票)

オンライン診療以外のICT活用方法

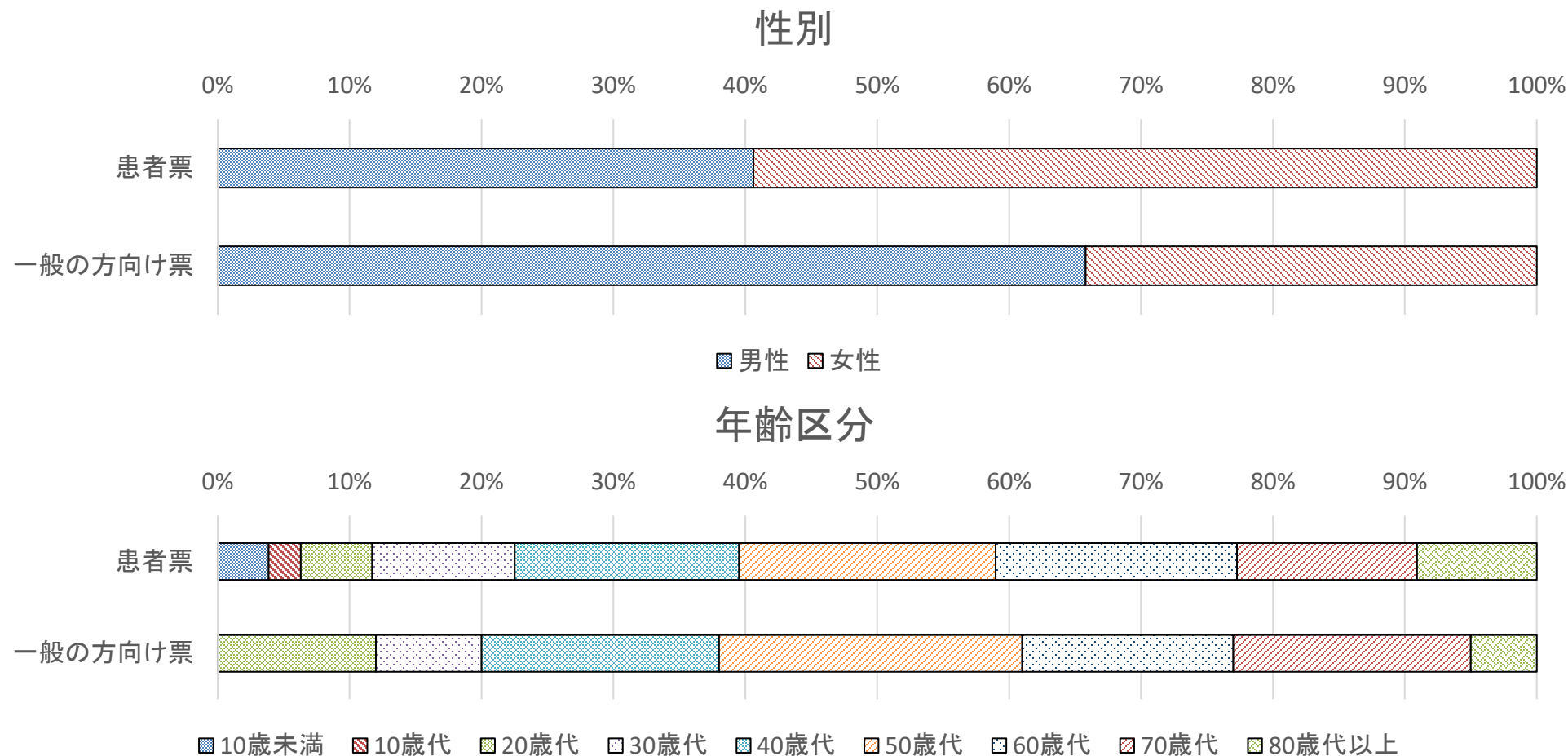
○ 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、自施設の患者に対するICTの活用方法について、「患者への診療情報の共有」は37.3%、「他の医療機関との診療情報の連携に用いている」は34.7%であった。20.9%の施設が「患者の自宅における生体情報・生活情報把握」にICTを活用していた。

n=531



患者票と一般の方向け票の患者特性

- オンライン診療等に関する意識調査(患者票、一般の方向け票)に回答した患者特性は以下のとおり。
- 患者票は一般方向け票より男性の割合が低かった。患者票は10歳未満・10歳代を含むが、それ以外の年齢区分については大きな差は認めなかった。

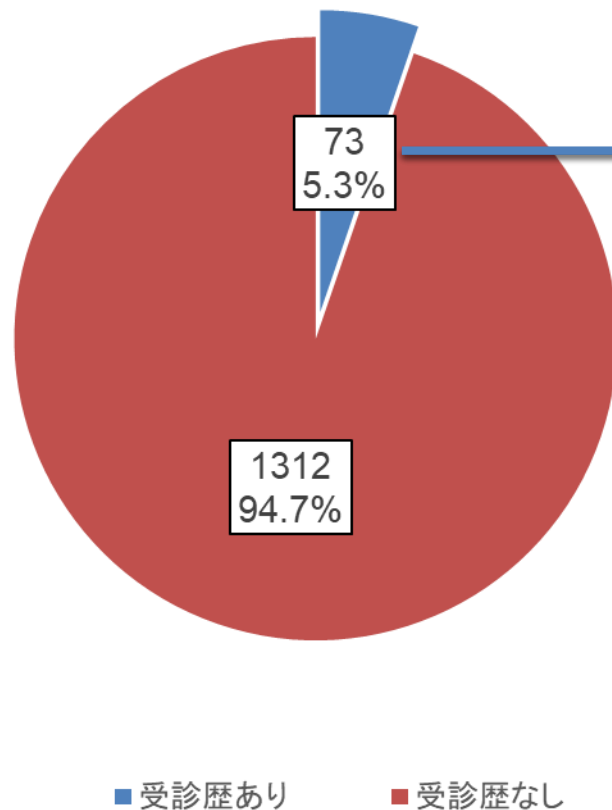


※ 患者票は外来受診患者を対象とし、一般の方向け票はインターネットによる調査となっている。

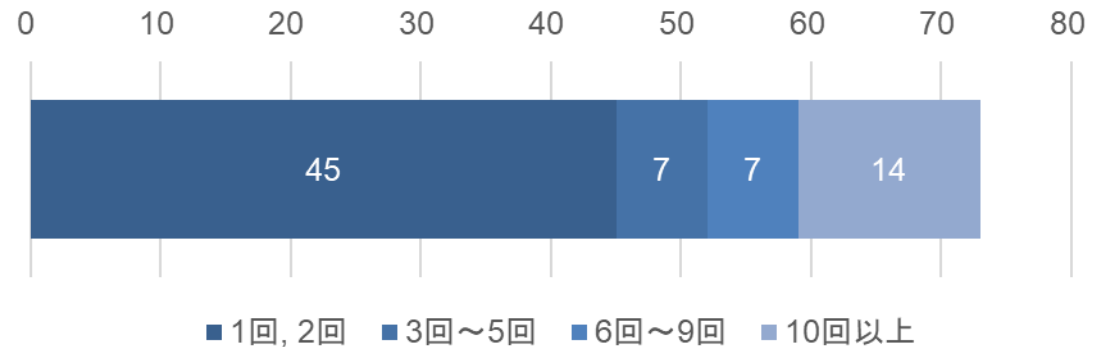
オンライン診療の状況（患者調査）

○ 回答者の5.3%にオンライン診療の受診歴があった。

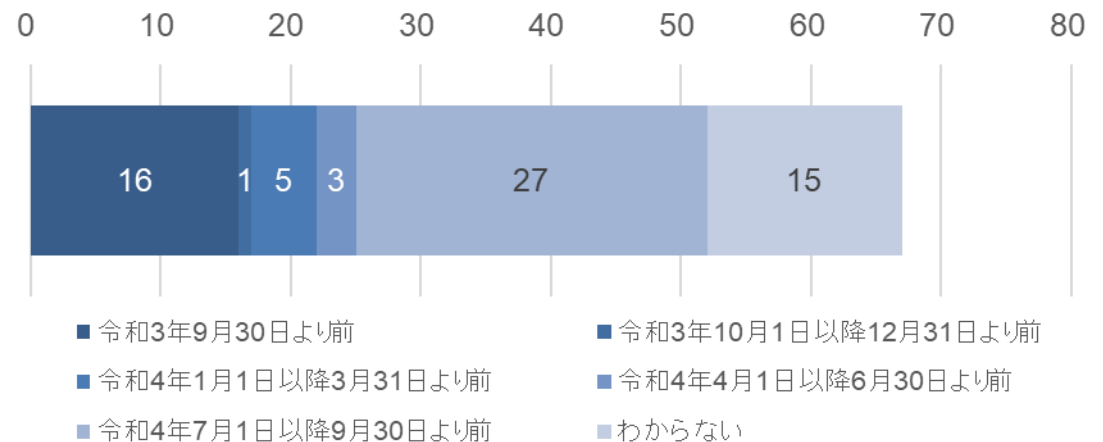
オンライン診療受診歴(n=1,385)



オンライン診療の回数(n=73)

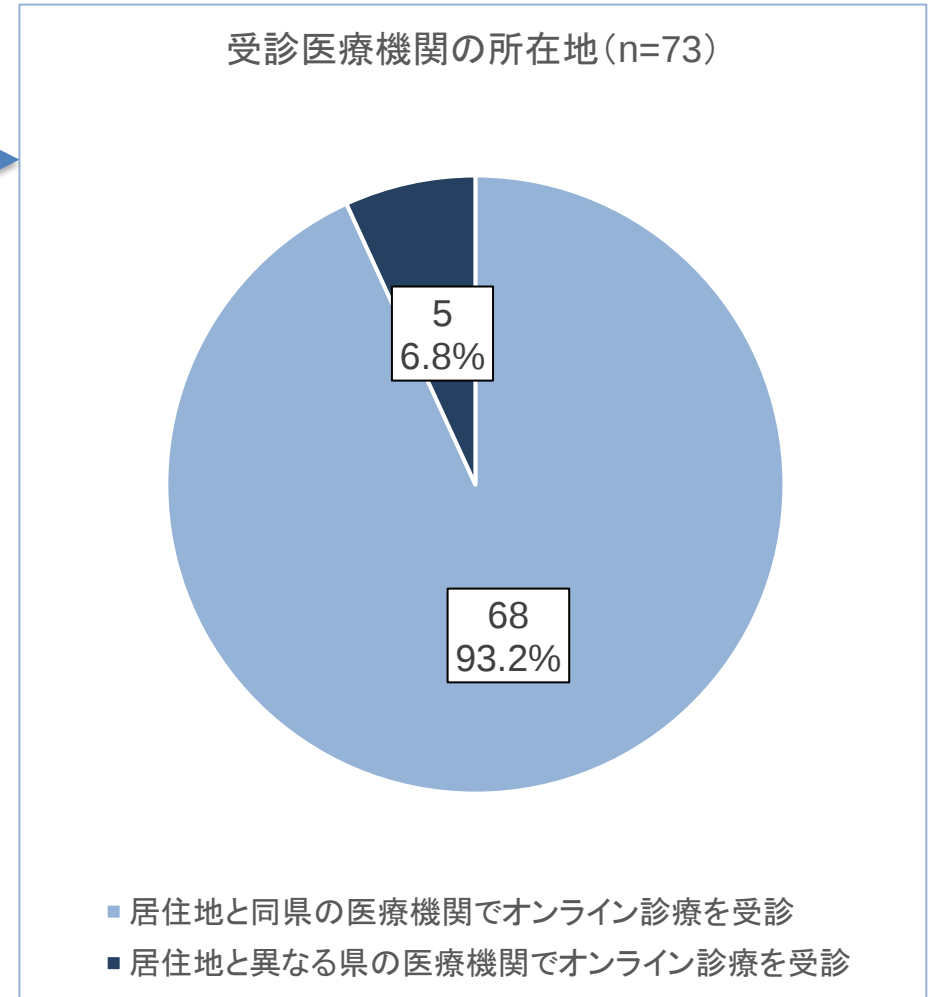
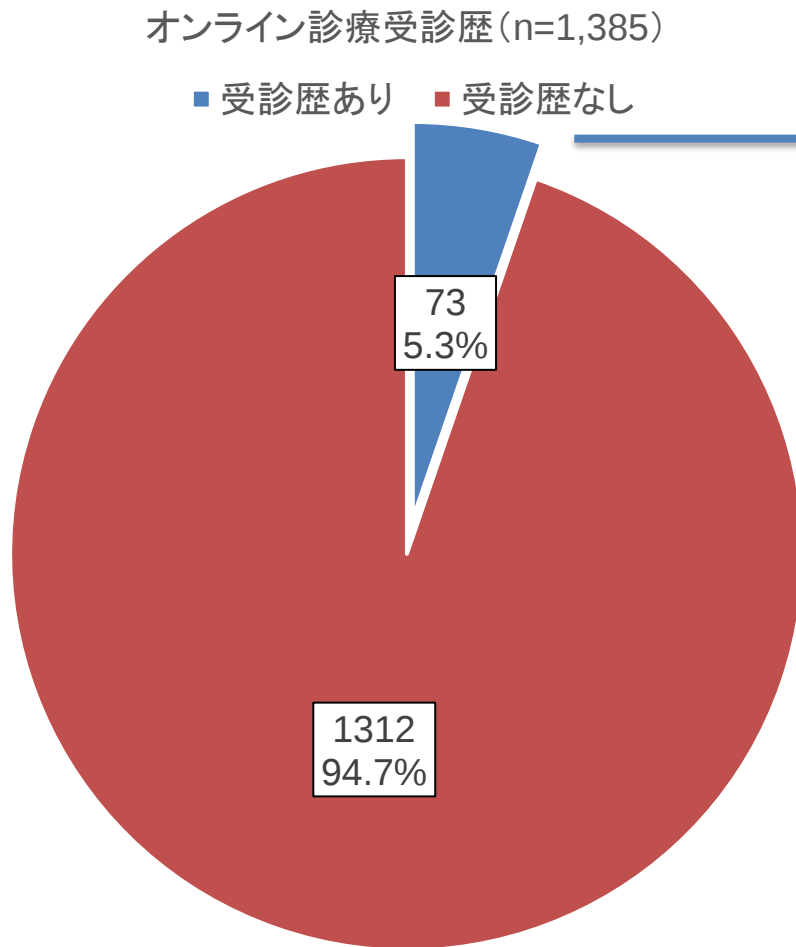


直近のオンライン診療を受けた時期(n=67)



オンライン診療の受診歴及び受診医療機関の所在地（患者調査）

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



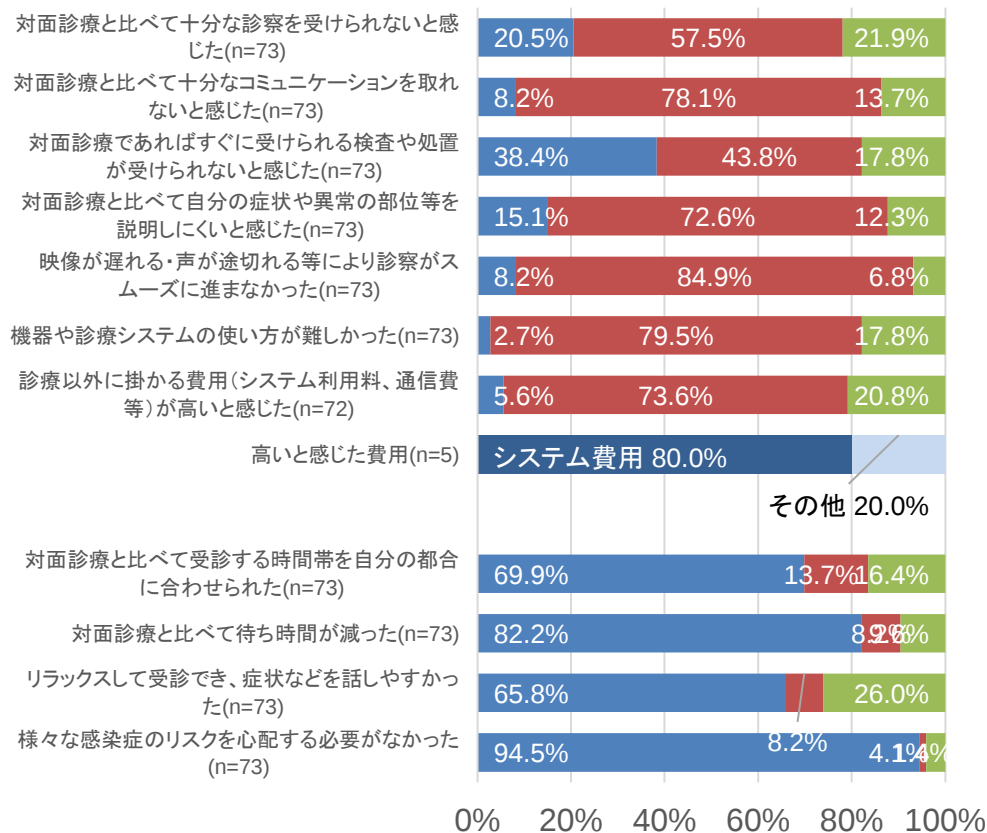
※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

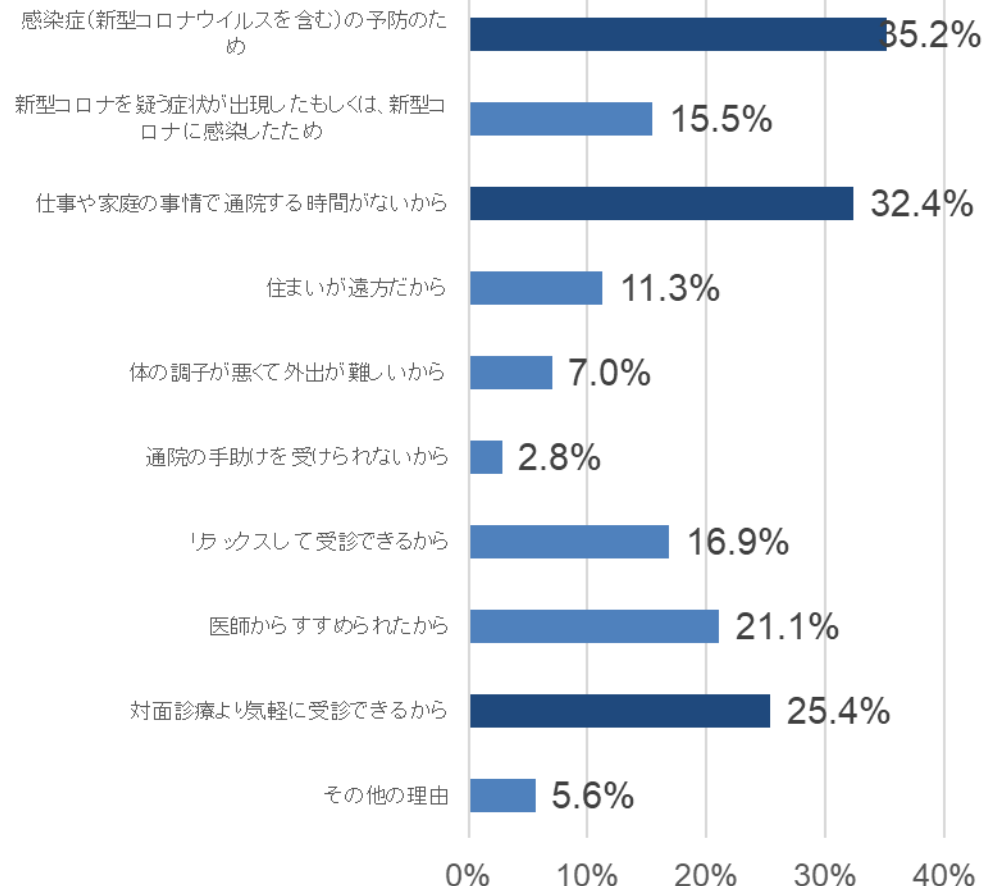
- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者を対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
- オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

オンライン診療を受診した感想

■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



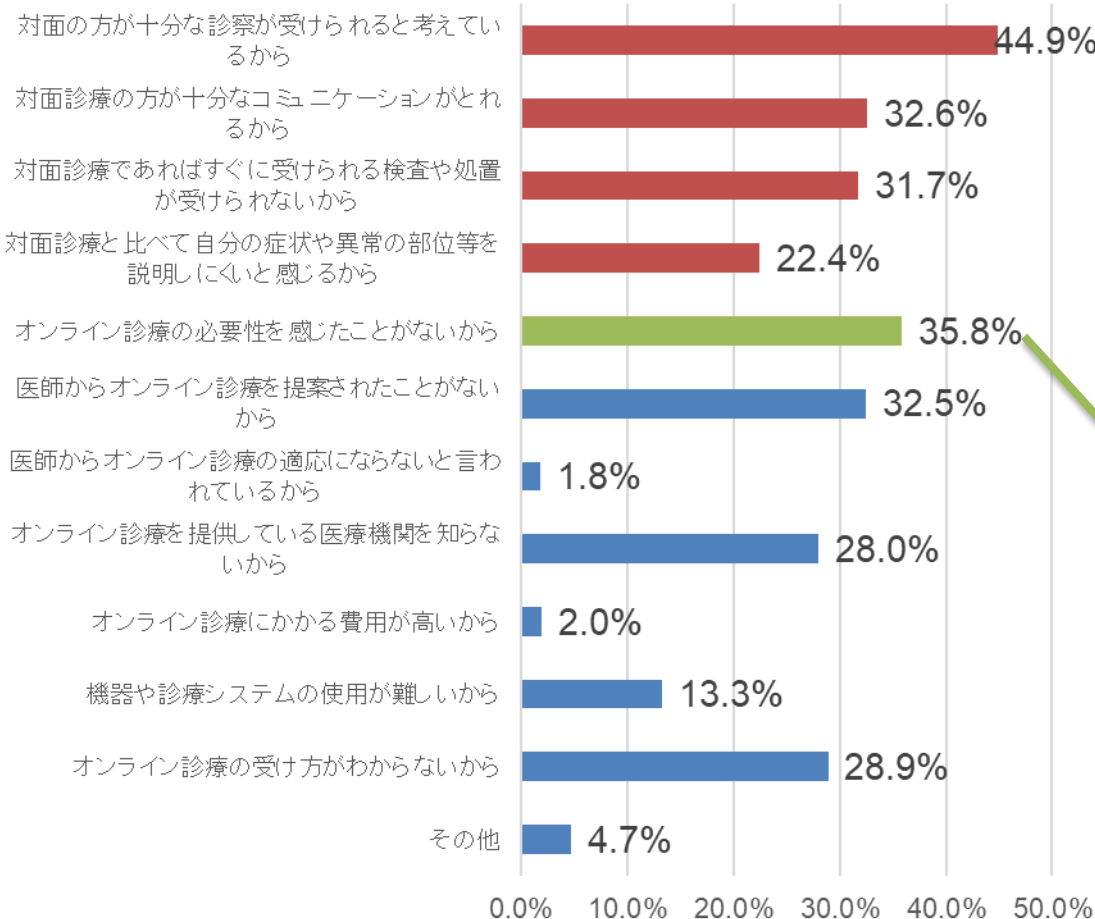
オンライン診療を受けた理由(n=71)



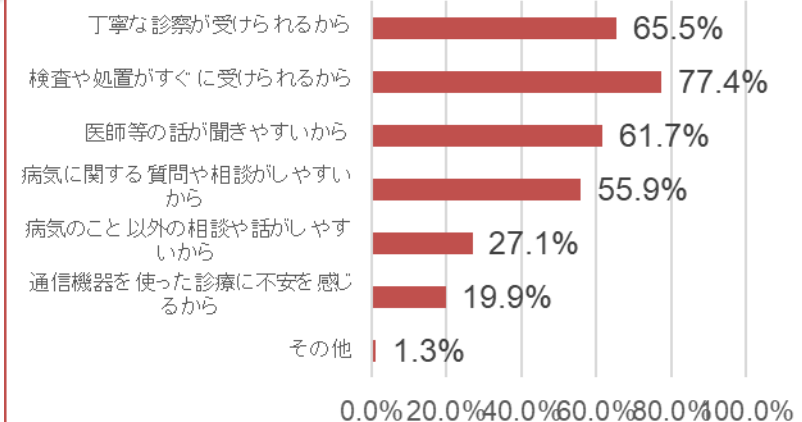
オンライン診療を受けたことがない患者の状況等(患者調査)

- オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が44.9%と最多であった。
- オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が77.4%で最も多かった。

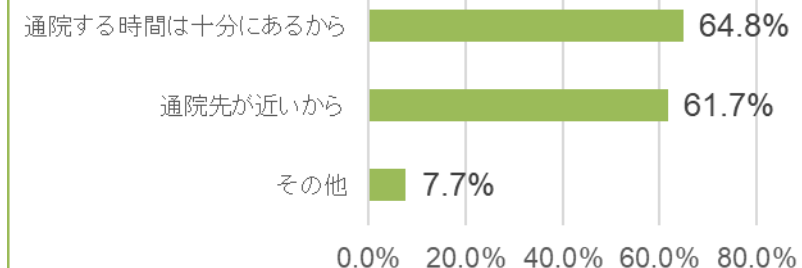
オンライン診療を受けたことがない理由 (n=1,229)



オンライン診療より対面診療の方を希望する理由 (n=669)



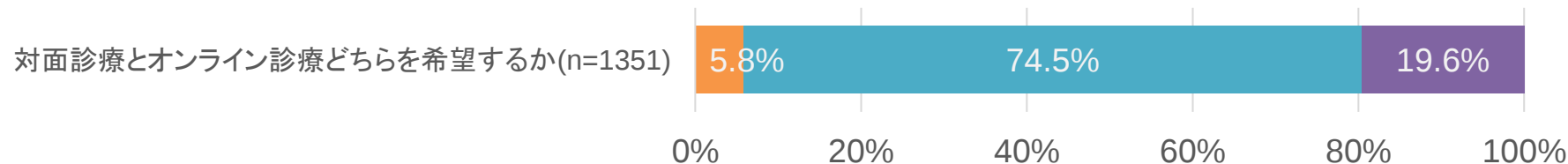
「オンライン診療の必要性を感じたことがない」理由 (n=415)



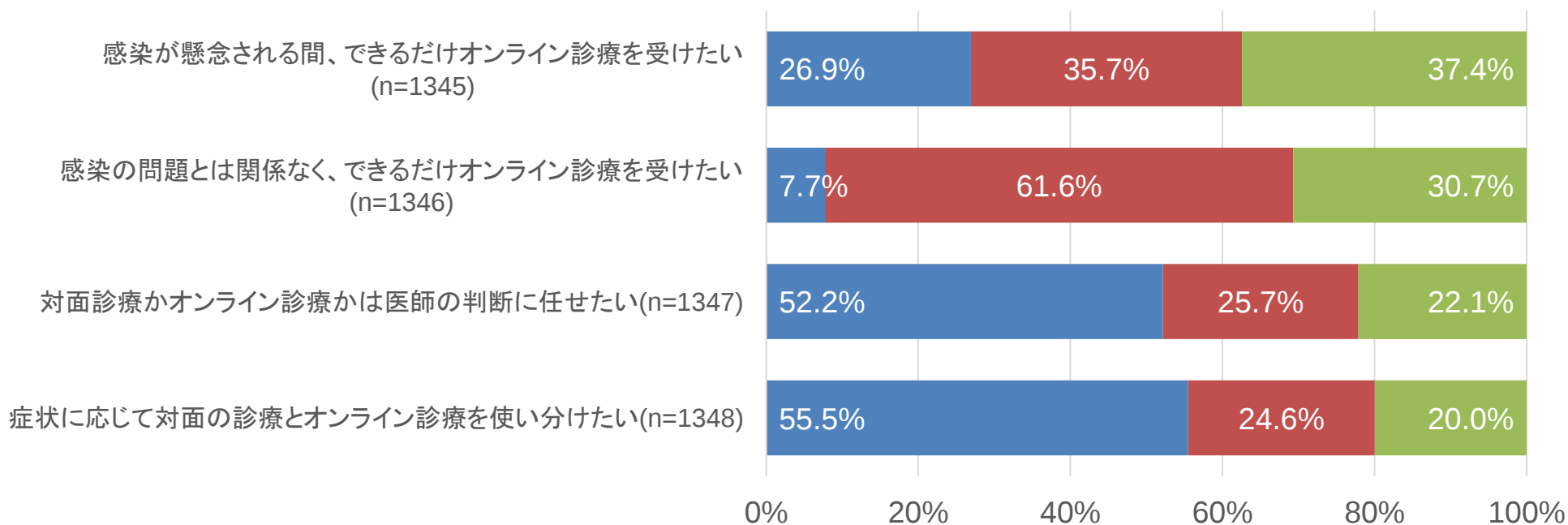
対面診療／オンライン診療の受診希望状況（患者調査）

- 回答者の74.5%がオンライン診療よりも対面診療を希望していた。
- 「医師の判断に任せる」との回答は52.2%、「症状に応じて使い分けたい」との回答は55.5%であった。

■ オンライン診療 ■ 対面診療 ■ どちらでもない



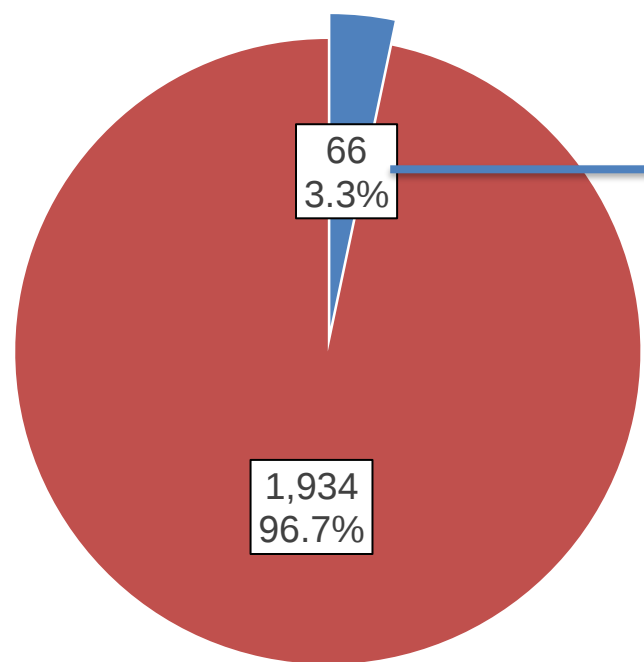
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



オンライン診療の状況（インターネット調査）

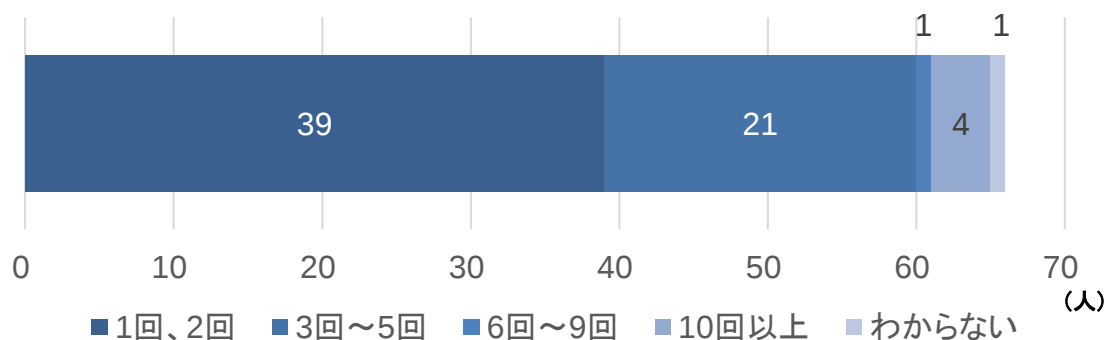
○ 回答者の3.3%にオンライン診療の受診歴があった。

オンライン診療の受診歴(n=2000)

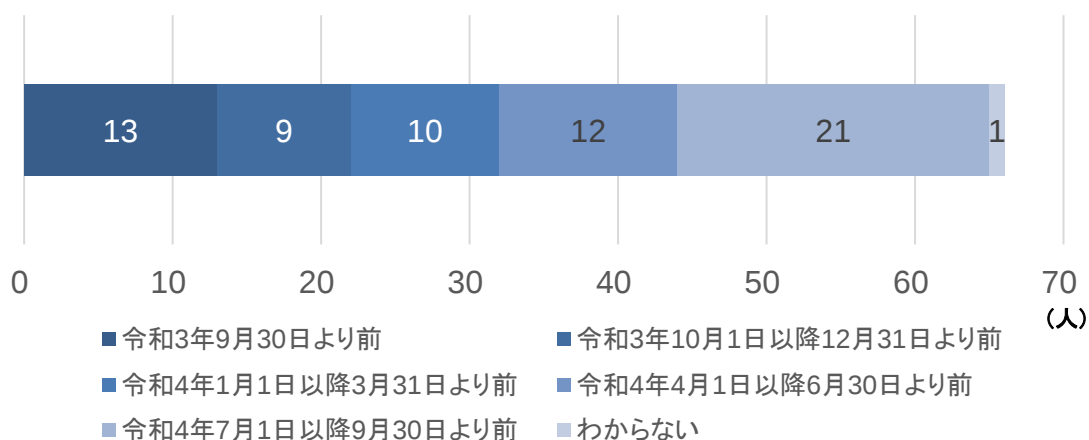


■ 受診歴あり ■ 受診歴なし

オンライン診療回数(n=66)



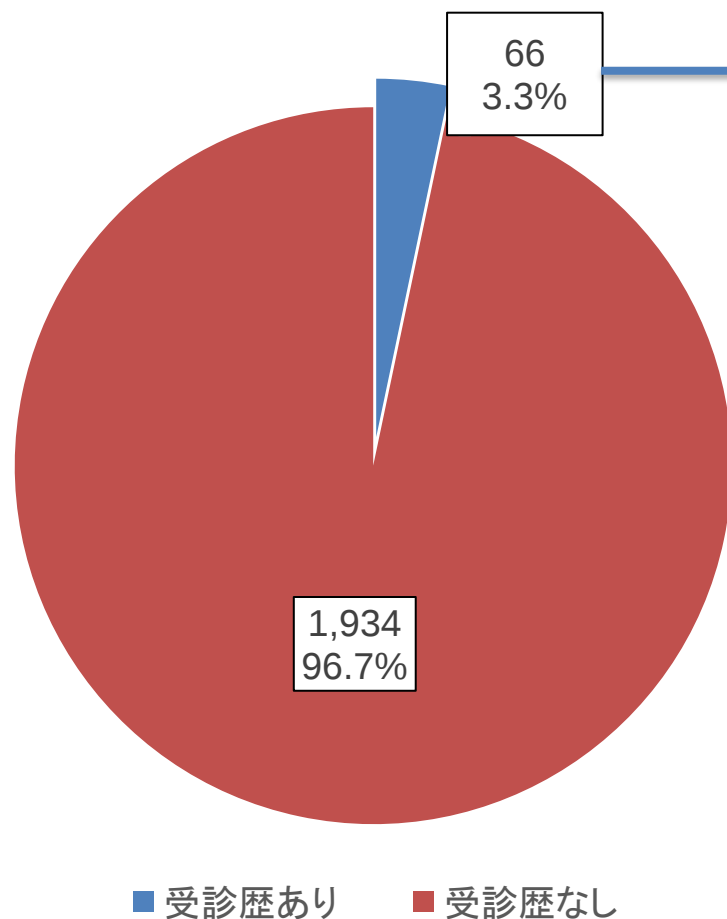
直近のオンライン診療を受けた時期(n=66)



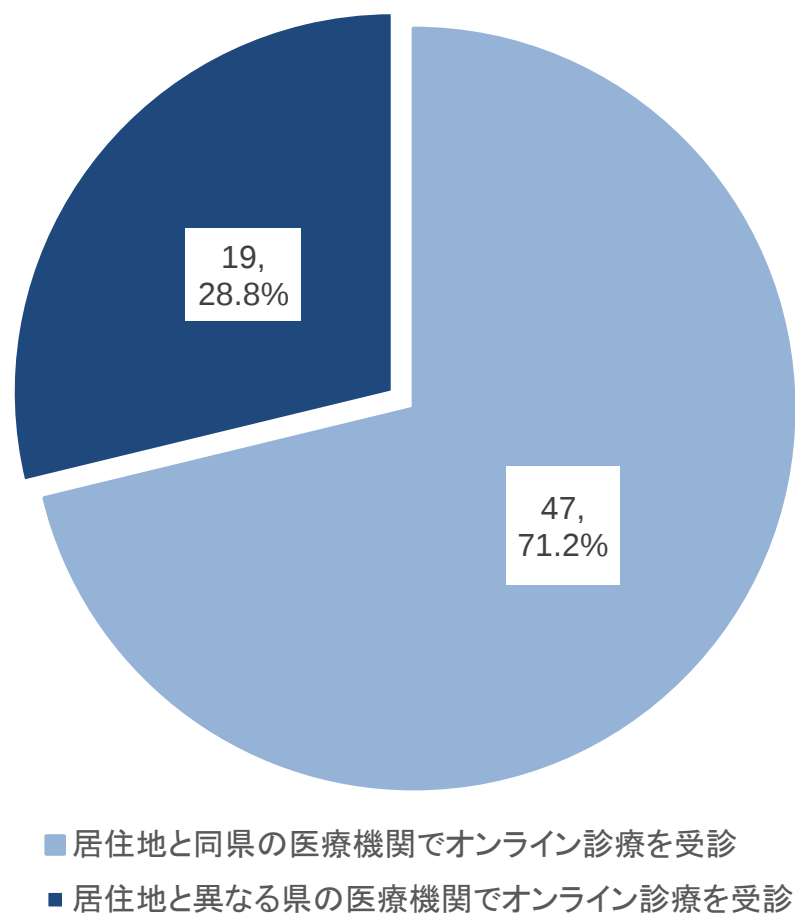
オンライン診療の状況（インターネット調査）

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は28.8%であった。

オンライン診療の受診歴(n=2000)



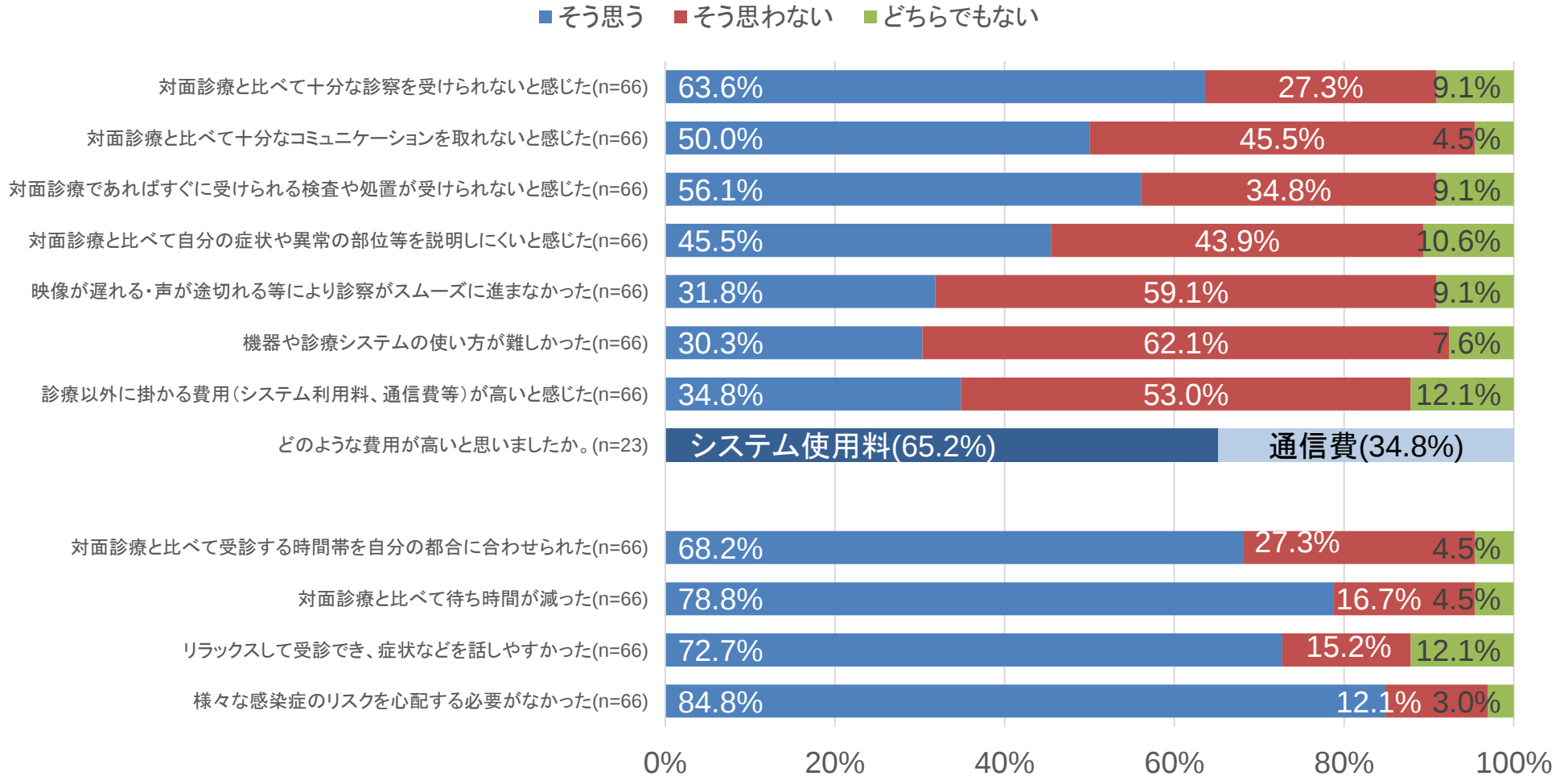
受診医療機関の所在地(n=66)



※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

オンライン診療を受けた際に感じたこと（インターネット調査）

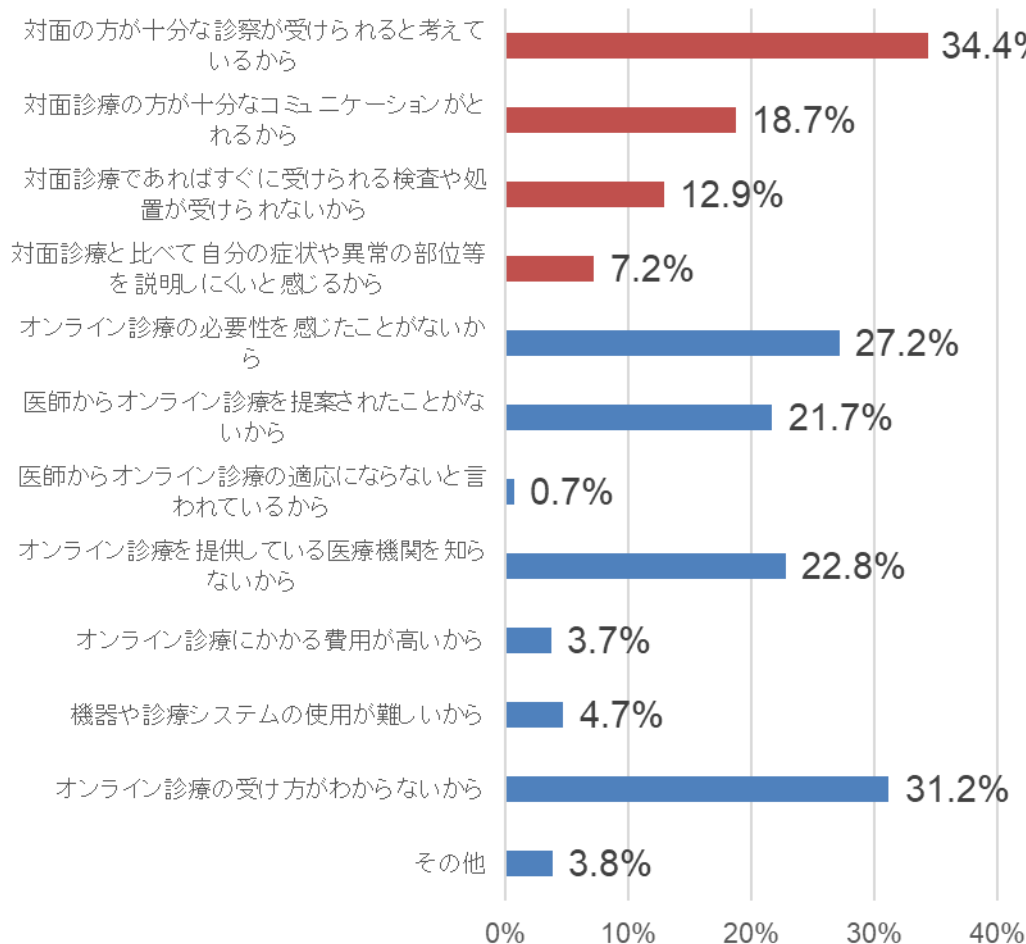
○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」は63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」は56.1%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」は34.8%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は84.8%であった。



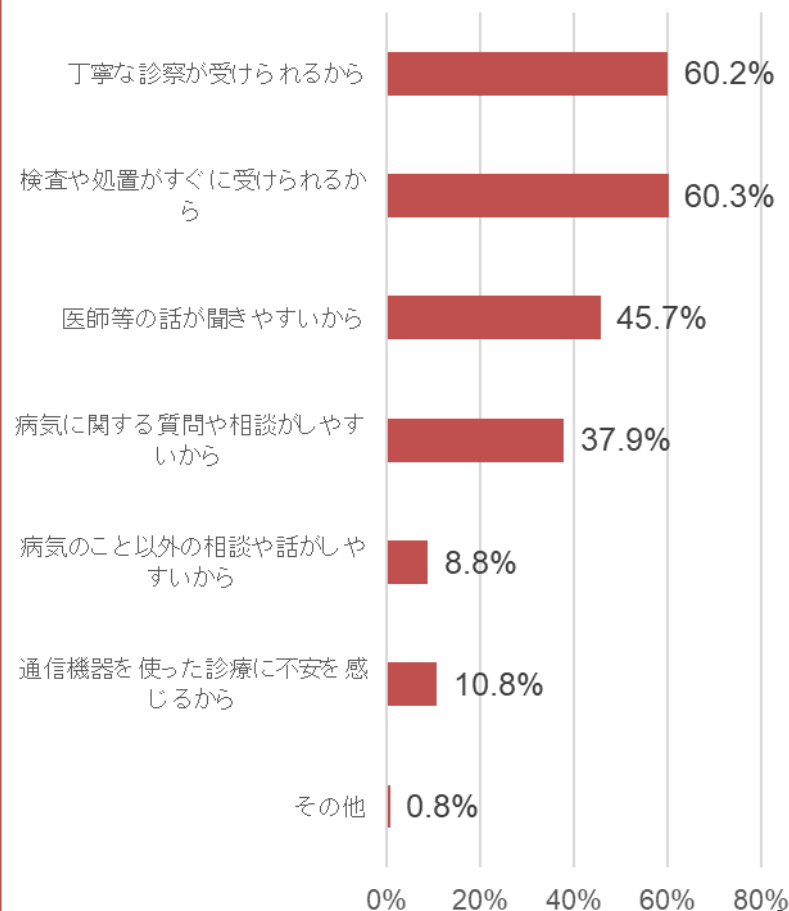
オンライン診療を受けたことがない患者の状況等(インターネット調査)

- オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が34.4%と最多であった。
- オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が60.3%で最も多かった。

オンライン診療を受けたことがない理由 (n=1,934)



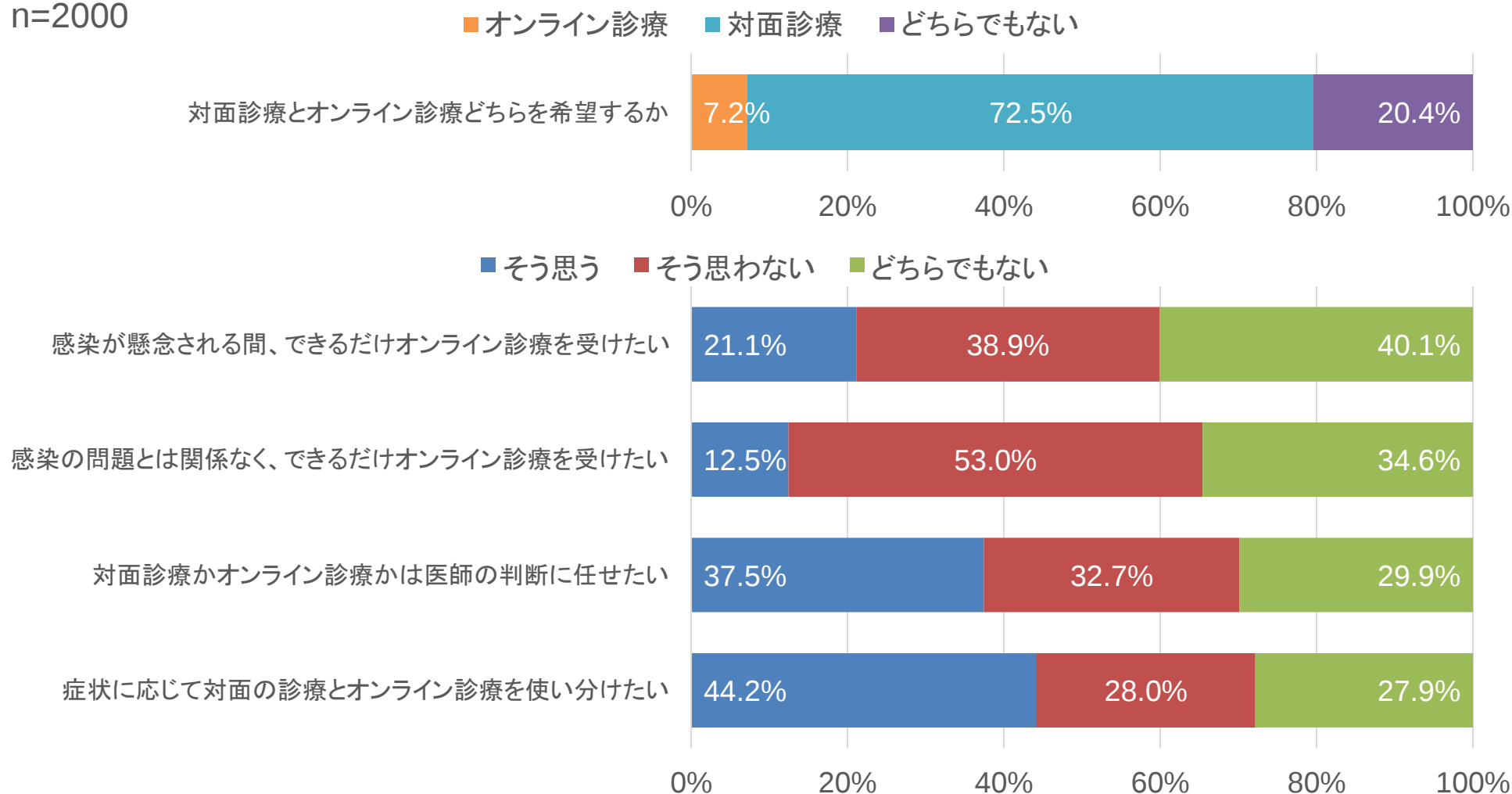
オンライン診療より対面診療を希望する理由 (n=831)



対面診療／オンライン診療の受診希望状況（インターネット調査）

○ 回答者の72.5%がオンライン診療よりも対面診療を希望していた。また、44.2%が「症状に応じて使い分けたい」、37.5%が「医師の判断に任せる」と回答していた。

n=2000



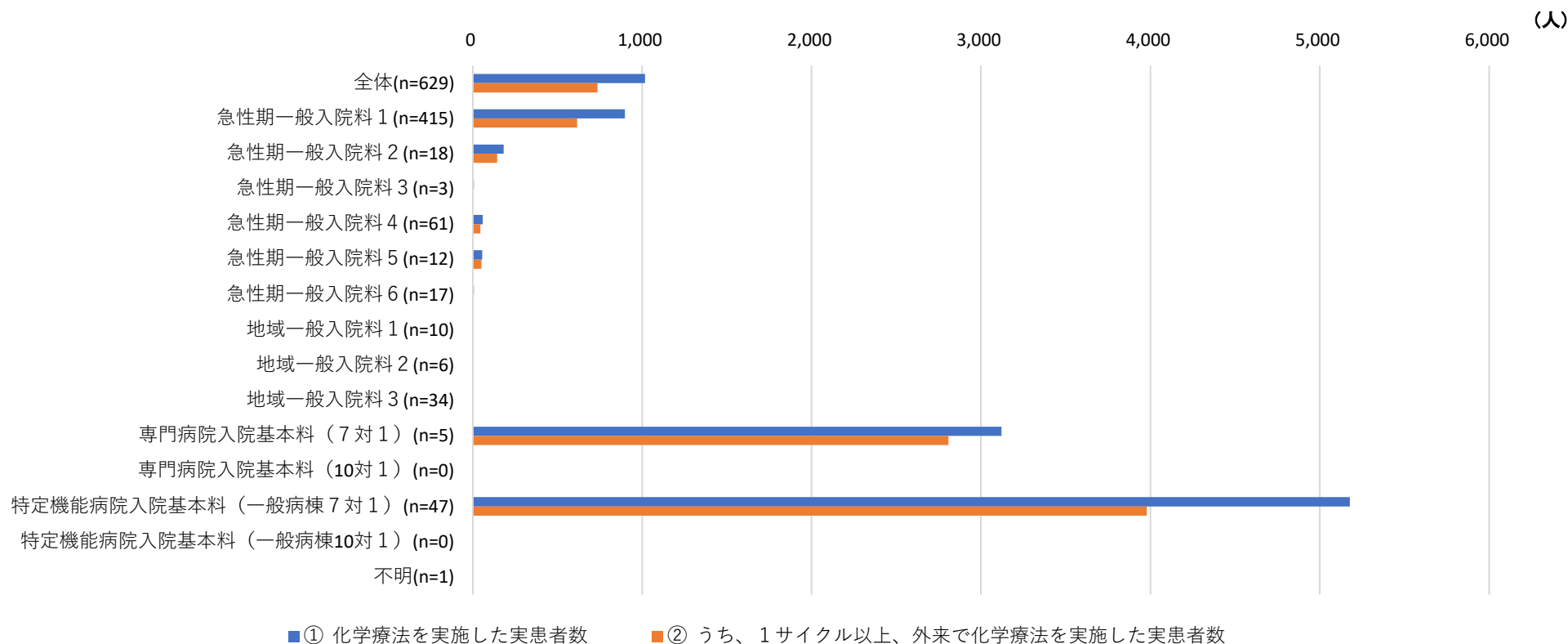
外来化学療法の実施状況（実患者数）

- 化学療法※¹実施患者数のうち1サイクル※²以上外来で実施した患者の割合は、72.4%であった。
- 特定機能入院基本料（一般病棟7対1）や専門病院入院基本料（7対1）を算定している施設において、化学療法が多く実施されていた。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般入院料1～3を算定している施設においては、化学療法を実施患者数は少なかった。

※¹ 悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの

※² クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

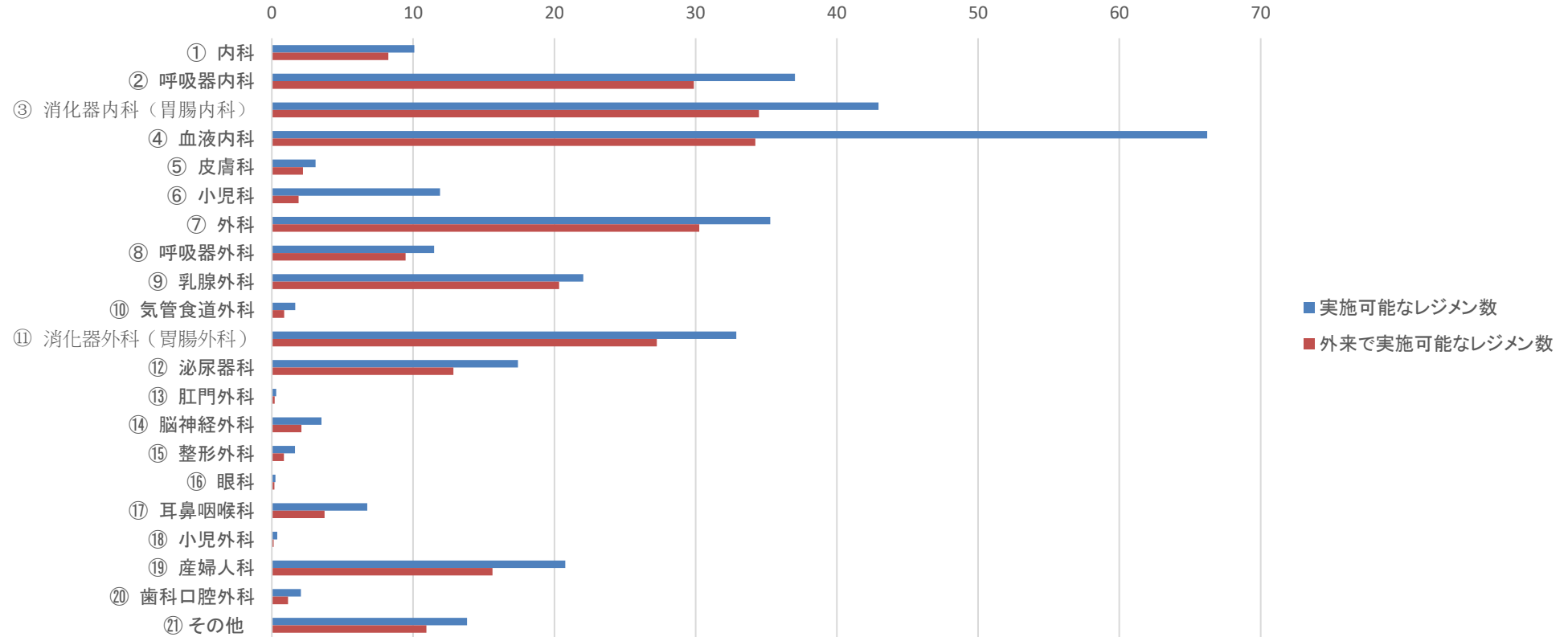
化学療法を実施している患者数、及び外来化学療法を実施した患者数
（令和3年4月1日～令和4年3月31日）



診療科ごとの化学療法レジメン数

- 血液内科(66.2種類)、消化器内科(43.0種類)、呼吸器内科(37.0種類)、外科(35.3種類)、消化器外科(32.9種類)については、実施可能なレジメン数が多かった。
- うち外来で実施できるレジメン数については、乳腺外科(92.2%)、外科(85.8%)、消化器外科(82.9%)、呼吸器外科(82.3%)、内科(81.7%)では多い傾向であった。
- 一方で、小児科(15.9%)、小児外科(34.1%)、血液内科(51.7%)、気管食道外科(52.0%)、整形外科(52.5%)においては、外来で実施できるレジメン数が少ない傾向であった。

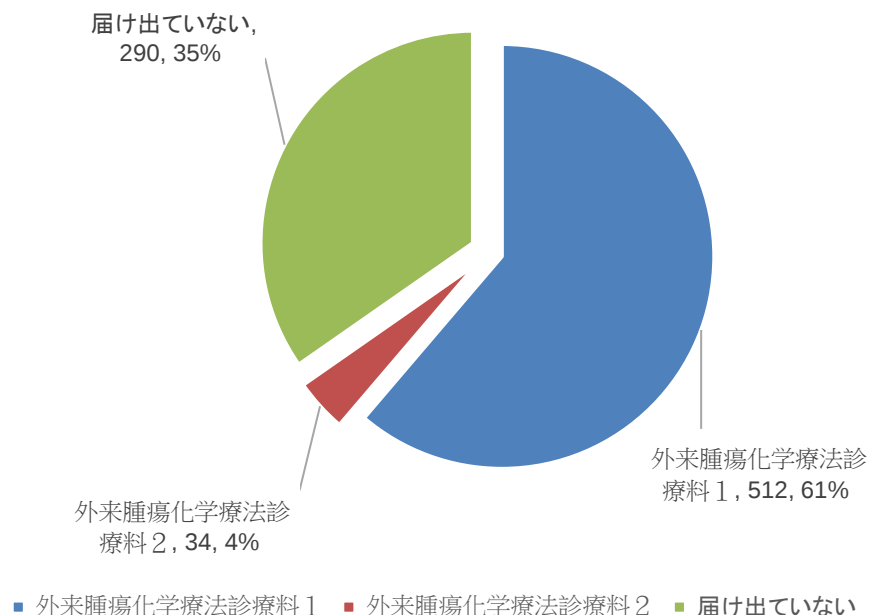
診療科と実施可能な化学療法レジメン数(種類)



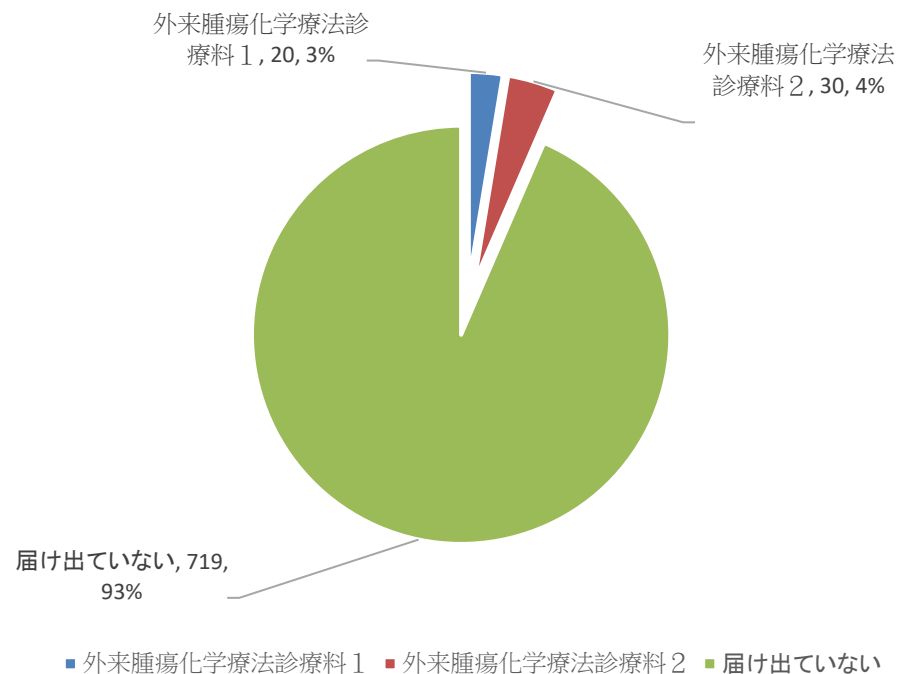
外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

- 今回の施設票(A票)での結果では、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている施設が512施設(61%)、届け出していない施設が290施設(35%)であった。
- 外来施設票では、全体(n=769)に対して、外来腫瘍化学療法診療料1・2を算定していた施設は、それぞれ約3%、約4%であった。

施設票(A票)で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数(割合)



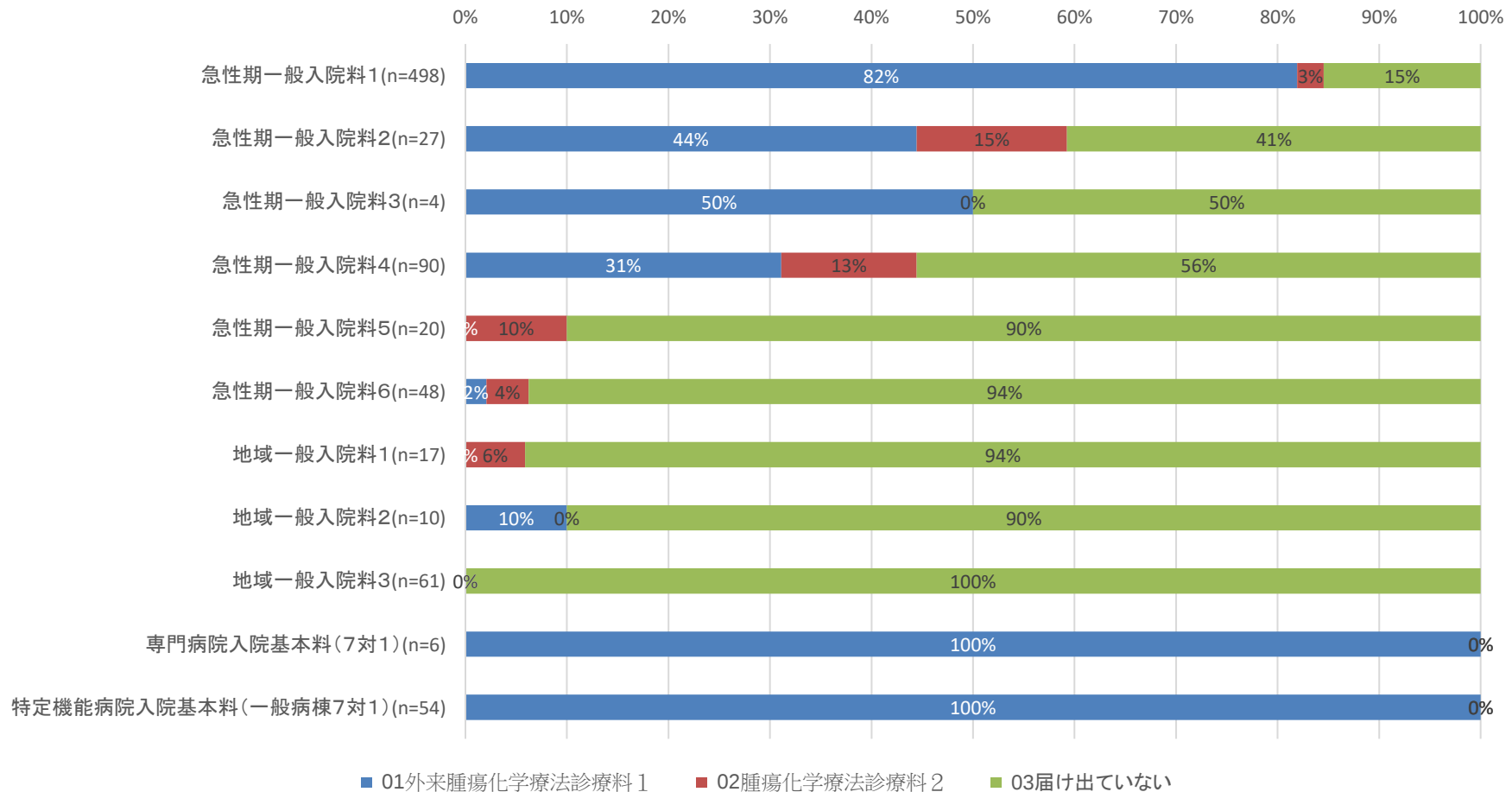
外来施設票で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数(割合)



外来腫瘍化学療法診療料と入院基本料

- 急性期一般入院料1、専門病院入院基本料(7対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出る医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行った施設の割合は、それぞれ82%、100%、100%と高い割合だった。

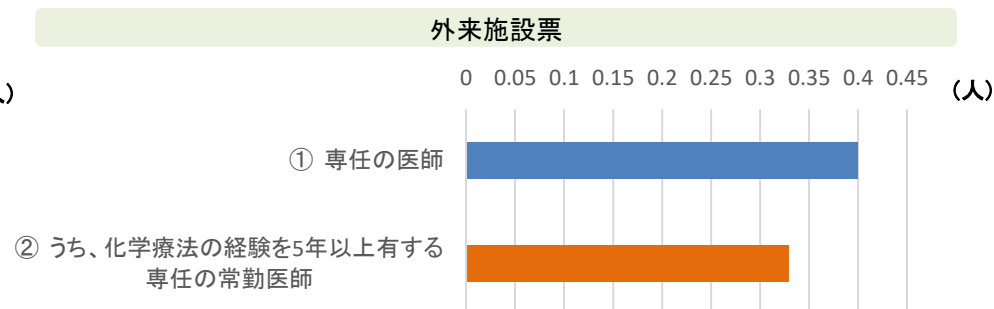
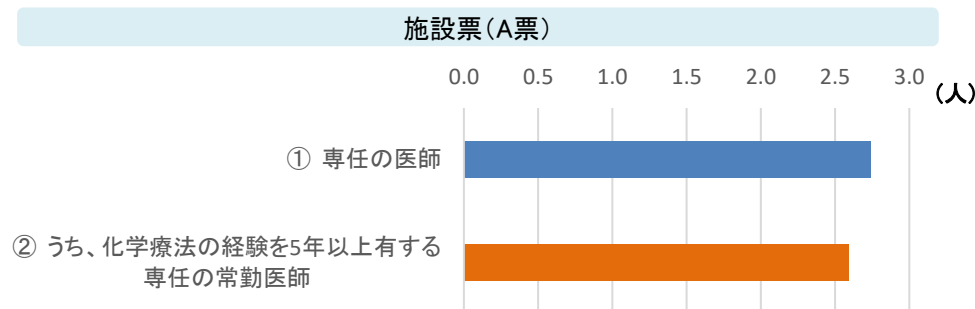
入院ごとの外来腫瘍化学療法診療料の届け出状況



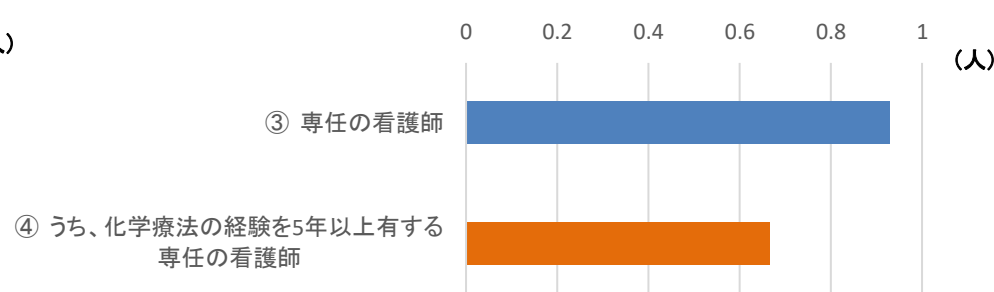
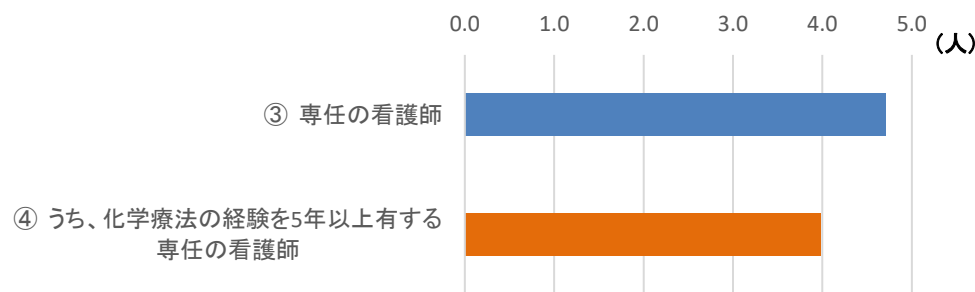
外来化学療法職員の配置状況

- 医師、看護師及び薬剤師の配置人数については、施設票(A票)では平均2.7人、4.7人、2.2人、外来施設票では平均 0.4人、0.9人、0.4人であった。
- 医師、看護師及び薬剤師の化学療法の経験を5年以上有する専任の人員の割合は、施設票(A票)では94%、84%、85%、外来施設票では82%、72%、75%であった。

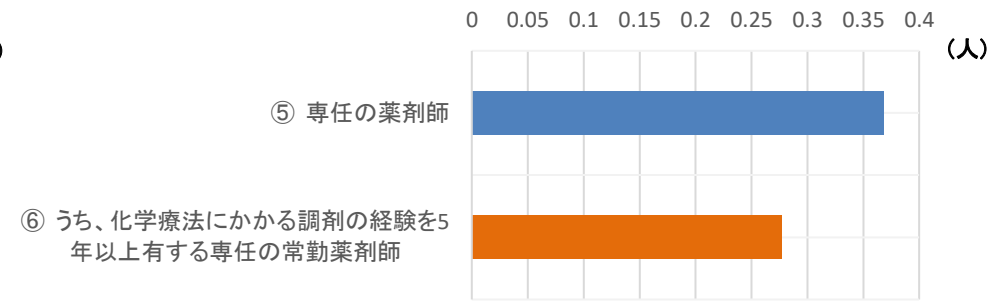
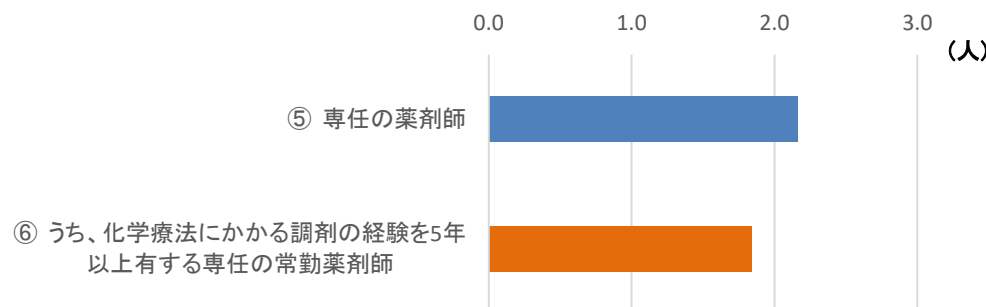
医師配置



看護師配置



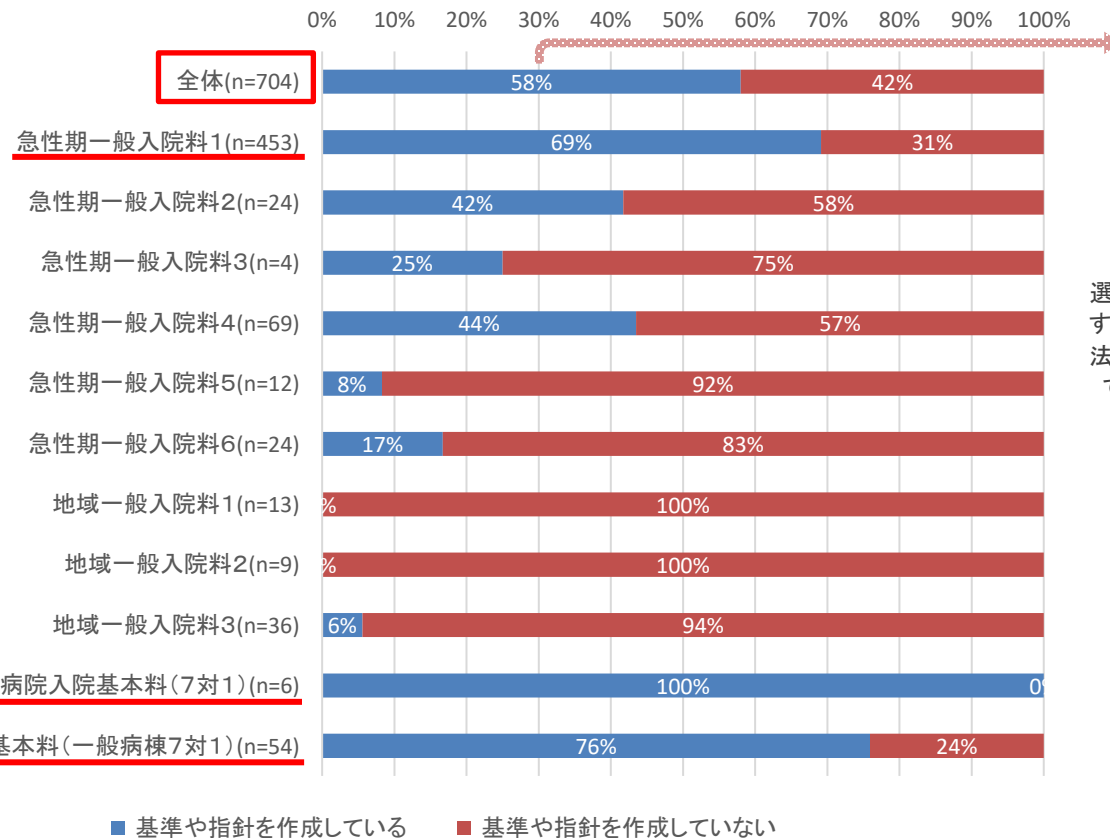
薬剤師配置



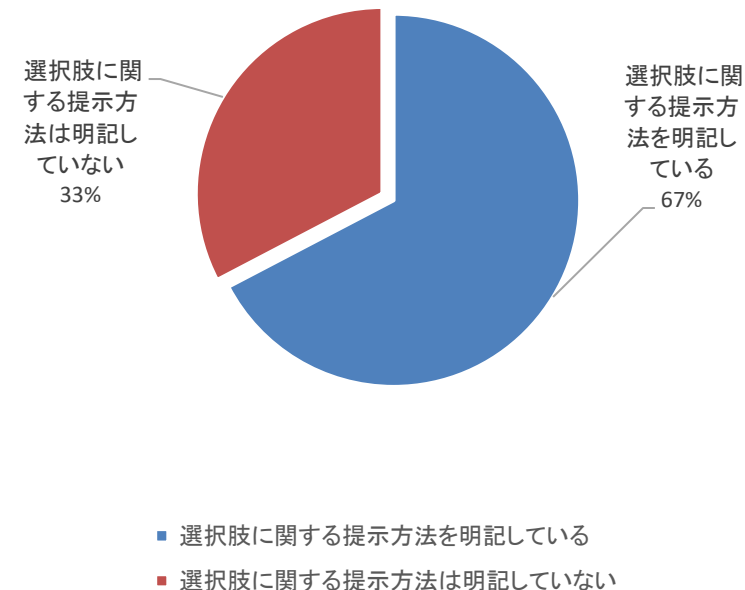
化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成

- 集計した704施設のうち、408施設(58%)は、化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 専門病院入院基本料(7対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、急性期一般入院料1を算定している施設については、基準や指針を作成している割合が高かった。
- 「基準や指針」を作成している施設のうち、患者への外来化学療法の選択肢に関する提示方法について、明記している施設が67%であった。

外来化学療法実施対象者に関する基準や指針の作成状況



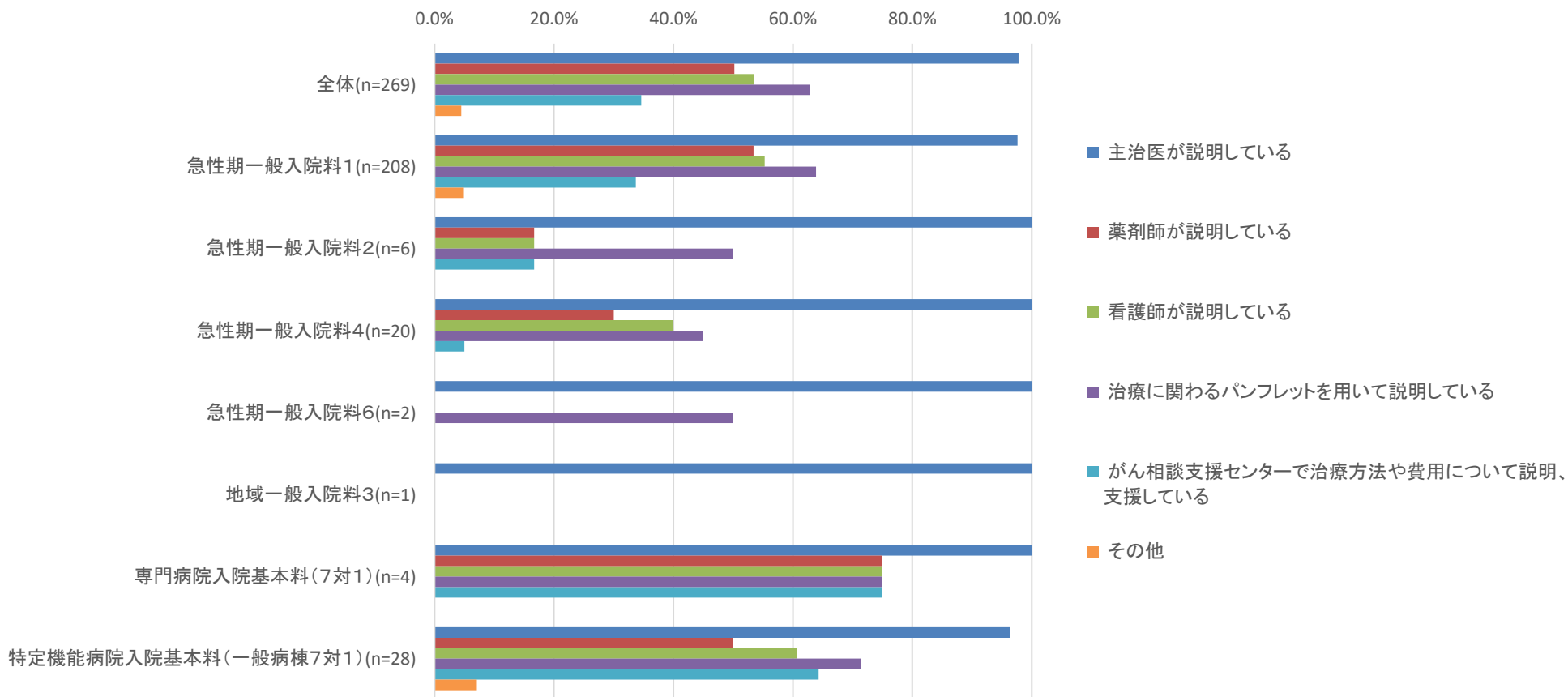
「基準や指針」を作成している施設のうち、患者への外来での化学療法の選択肢に関する提示方法の記載の有無



患者への選択肢の提示方法について

- 「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成」しており、さらに「選択肢に関する提示方法を明記している」施設において、主治医が説明している場合が 97.8%と多く、薬剤師、看護師についても、それぞれ50.2%、53.5%の施設で説明が行われていた。
- 治療に関するパンフレットの利用については、62.8%の施設で実施されていた。
- がん相談支援センターでの説明や支援については、34.6%の施設で実施されていた。

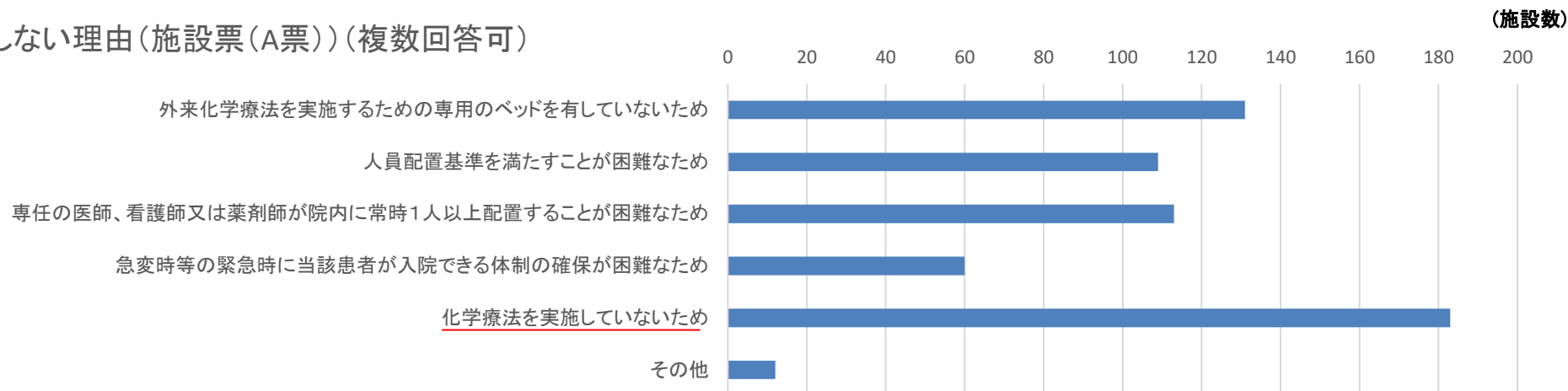
外来化学療法の実施対象患者への選択肢の提示方法（複数回答可）



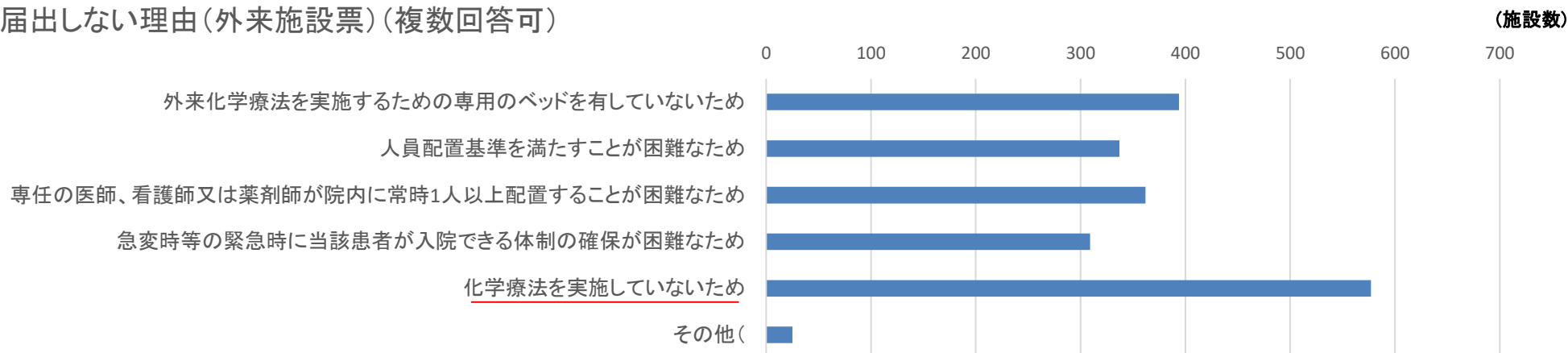
外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない理由

- 施設票(A票)、外来施設票の両者において、届け出していない理由として、「化学療法を実施していないため」が最多であった。

届出しない理由(施設票(A票))(複数回答可)



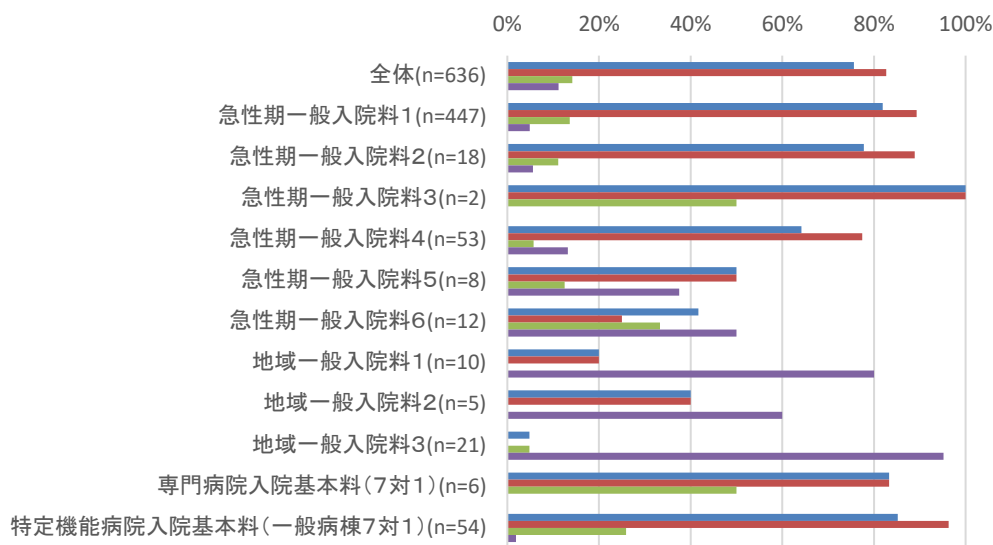
届出しない理由(外来施設票)(複数回答可)



外来化学療法患者への時間外の対応体制

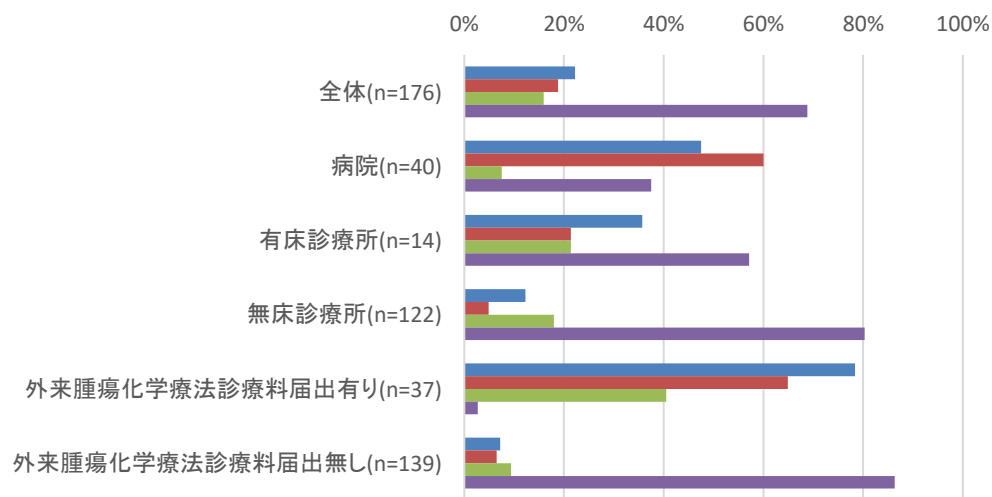
- 施設票(A票)においては、外来化学療法患者への時間外の対応体制については、電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている施設は75.6%であり、自院において診療ができる体制をとっている施設は82.7%であった。
- 外来施設票においては、外来化学療法患者への時間外の対応体制については、電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている施設は 22.2%であり、自院において診療ができる体制をとっている施設は18.8%であった。

時間外の対応体制(施設票(A票))



- 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
- 速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
- 速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
- 時間外の対応体制は取っていない

時間外の対応体制(外来施設票)

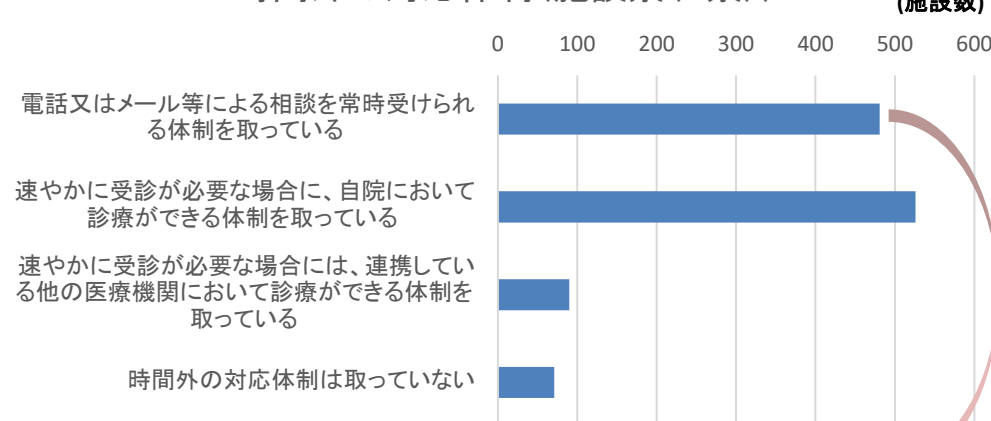


- 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
- 速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
- 速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
- 時間外の対応体制は取っていない

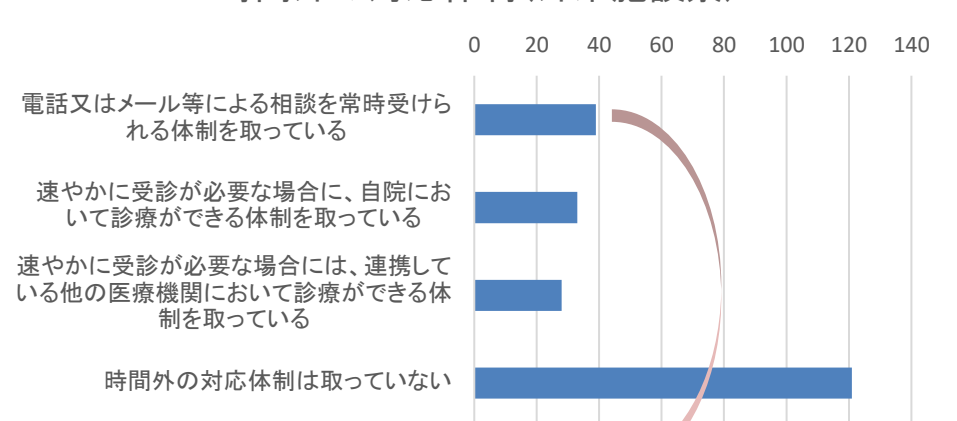
外来化学療法を実施している患者に係る時間外の対応体制について

- 施設票(A票)の調査では、時間外の相談・診療ができる体制を整えている施設が多かったものの、外来施設票での回答では「時間外の対応体制はとっていない」という回答が最多であった。
- 時間外の体制においては、専任の職員のみによる体制をとっている施設は施設票(A票)において35件(7%)、外来施設票で11件(27.5%)であった。

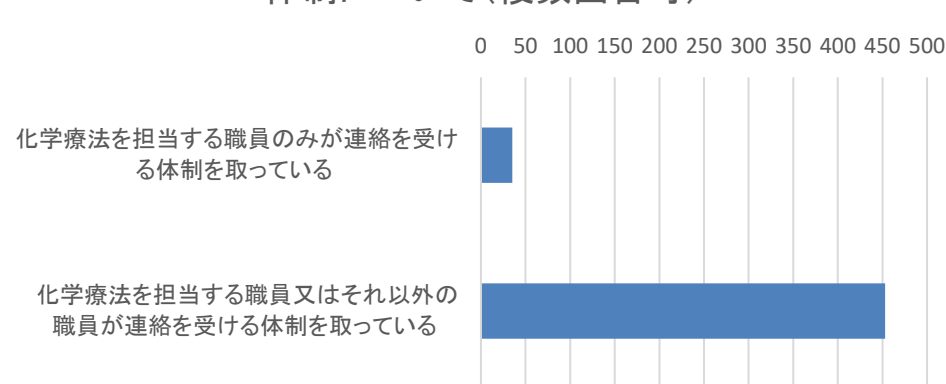
時間外の対応体制(施設票(A票))



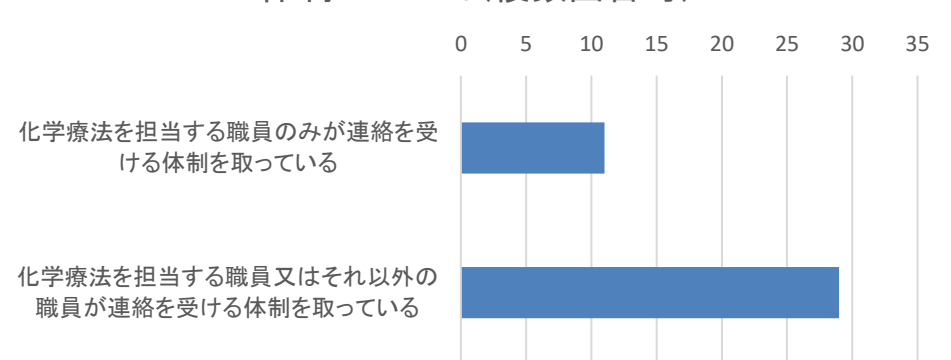
時間外の対応体制(外来施設票)



電話又はメール等による相談を常時受けられる体制について(複数回答可)

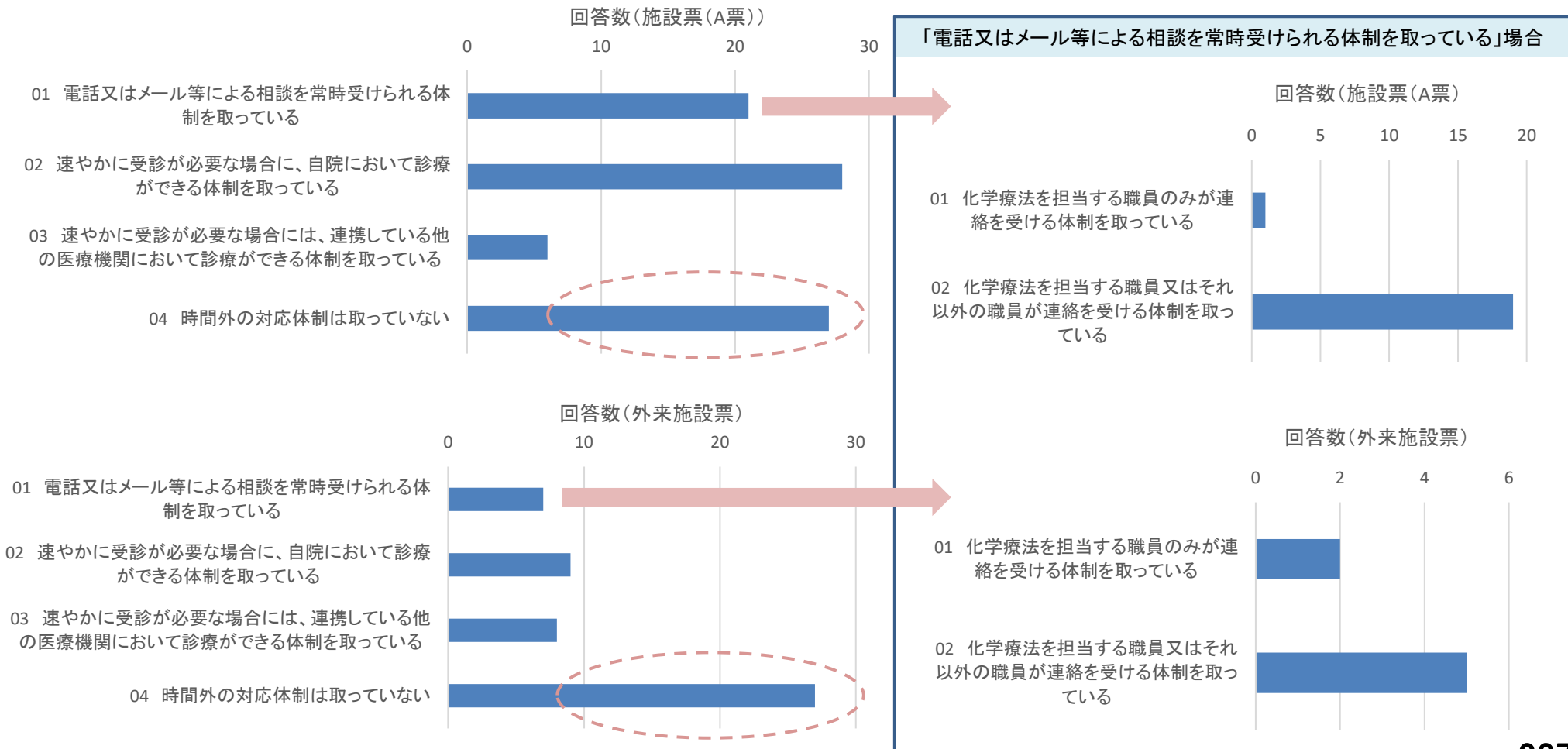


電話又はメール等による相談を常時受けられる体制について(複数回答可)



時間外の対応体制（化学療法実施を実施するが届出のない施設）

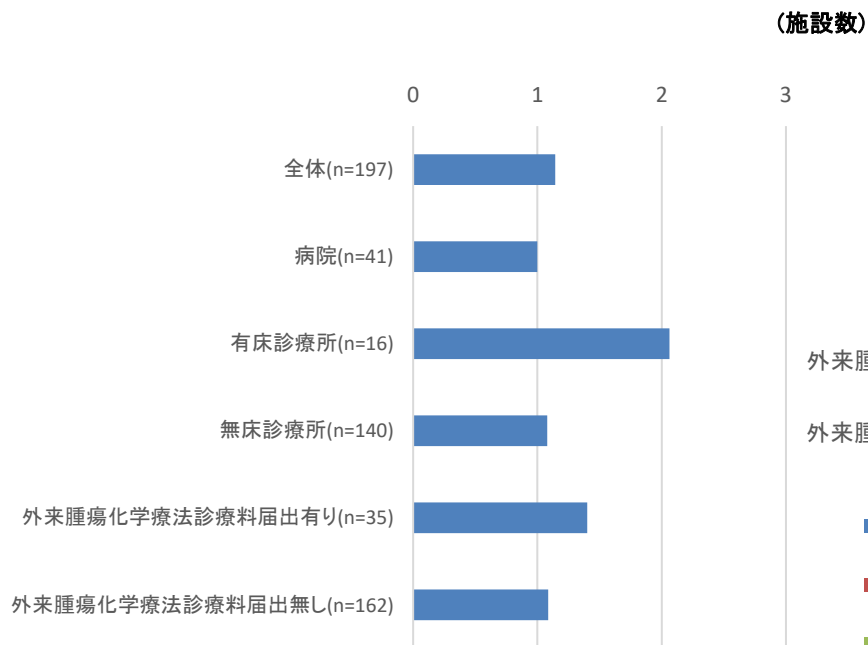
- 施設票(A票)、外来施設票において、化学療法を実施しているが、外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない施設において、「時間外の対応体制を取っていない」(赤点線)がそれぞれ27件(全回答の33%)、27件(全回答の53%)であった。
- 電話又はメール等による相談体制を取っている施設については、専任の職員のみで連絡を受ける体制は、それぞれ1件(5%)、2件(29%)であった。



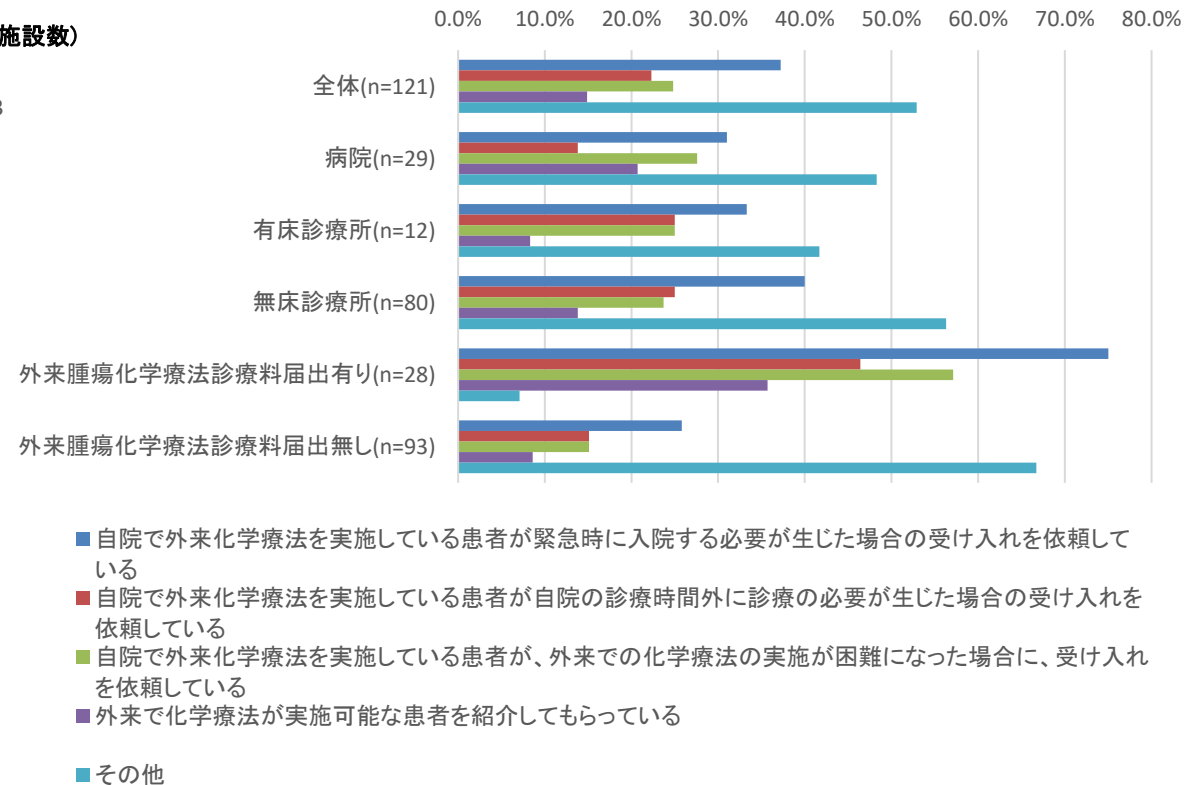
外来化学療法を実施する施設の他の医療機関との連携内容

- 外来施設票の回答において、連携施設数は平均1.1施設という結果であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設については、平均1.4施設と連携していた。
- 連携先医療機関との連携内容のうち、自院で外来化学療法を実施している患者について、「緊急時に入院する必要がある場合の受け入れを依頼している」が37.2%、「自院の診療時間外に診療の必要がある場合の受け入れを依頼している」が22.3%、「外来での化学療法の実施が困難になった場合に、受け入れを依頼している」が24.8%であった。

連携先施設数



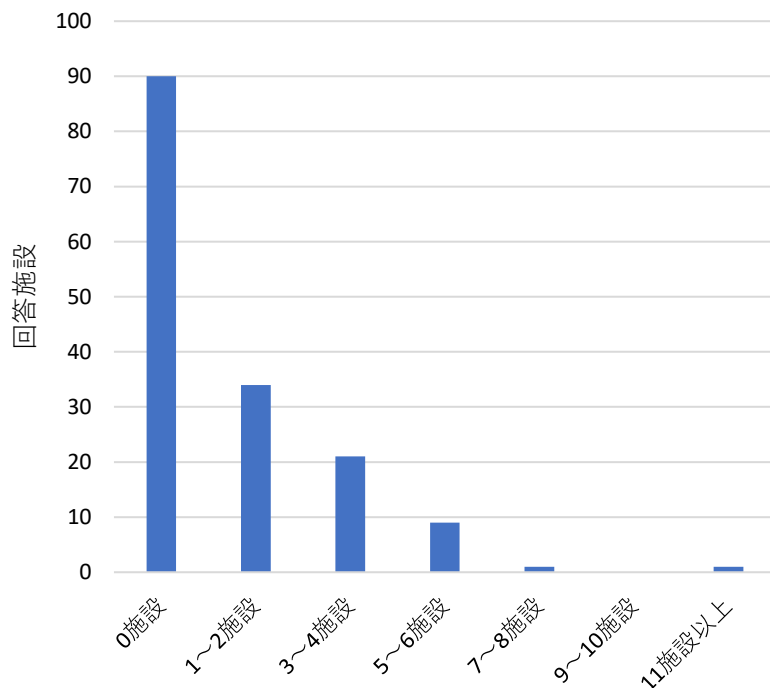
連携先医療機関との連携内容(複数回答可)



診療所における他の医療機関との連携状況

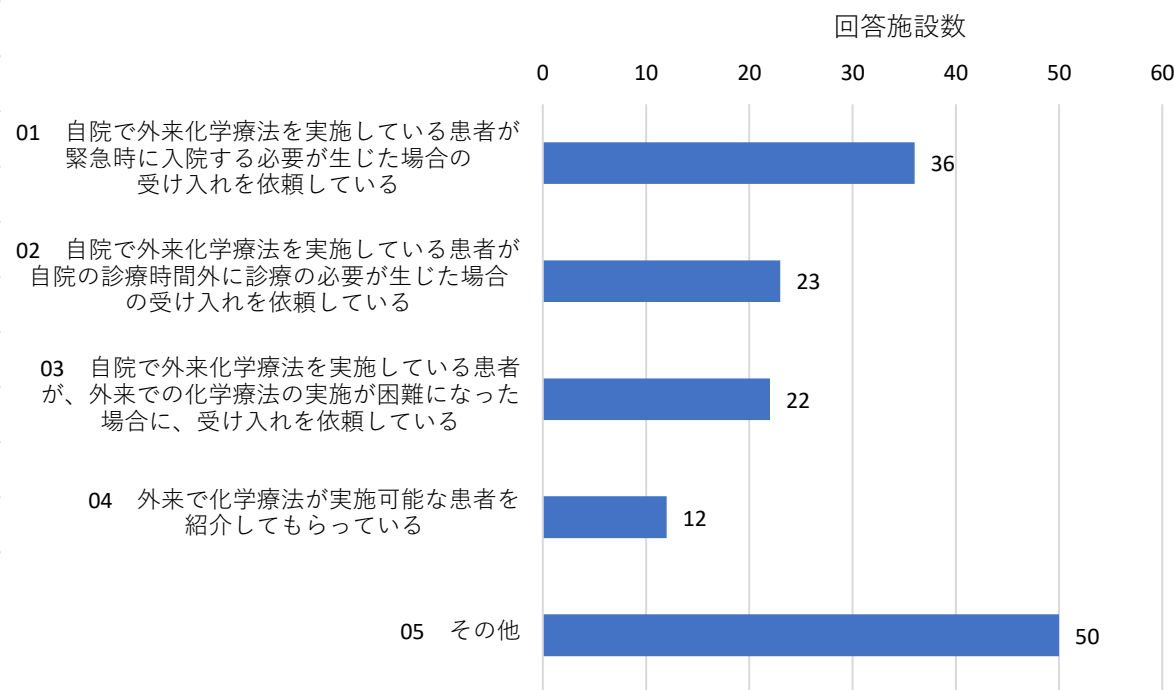
- 診療所における連携先施設数については、0施設と回答した施設が最も多かった(90施設、57.7%)。
- 具体的な連携については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要があるが生じた場合の受け入れを依頼している」が36施設であり、最も多かった。

連携先施設数（診療所の集計結果）



連携先の医療機関との連携内容（複数回答可）

（診療所の集計結果）



1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

- (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
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

A 2 4 6 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 7 0 0 点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1, 3 0 0 点
 入退院支援加算 2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 1 9 0 点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 6 3 5 点
 入退院支援加算 3 1, 2 0 0 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 2 0 0 点

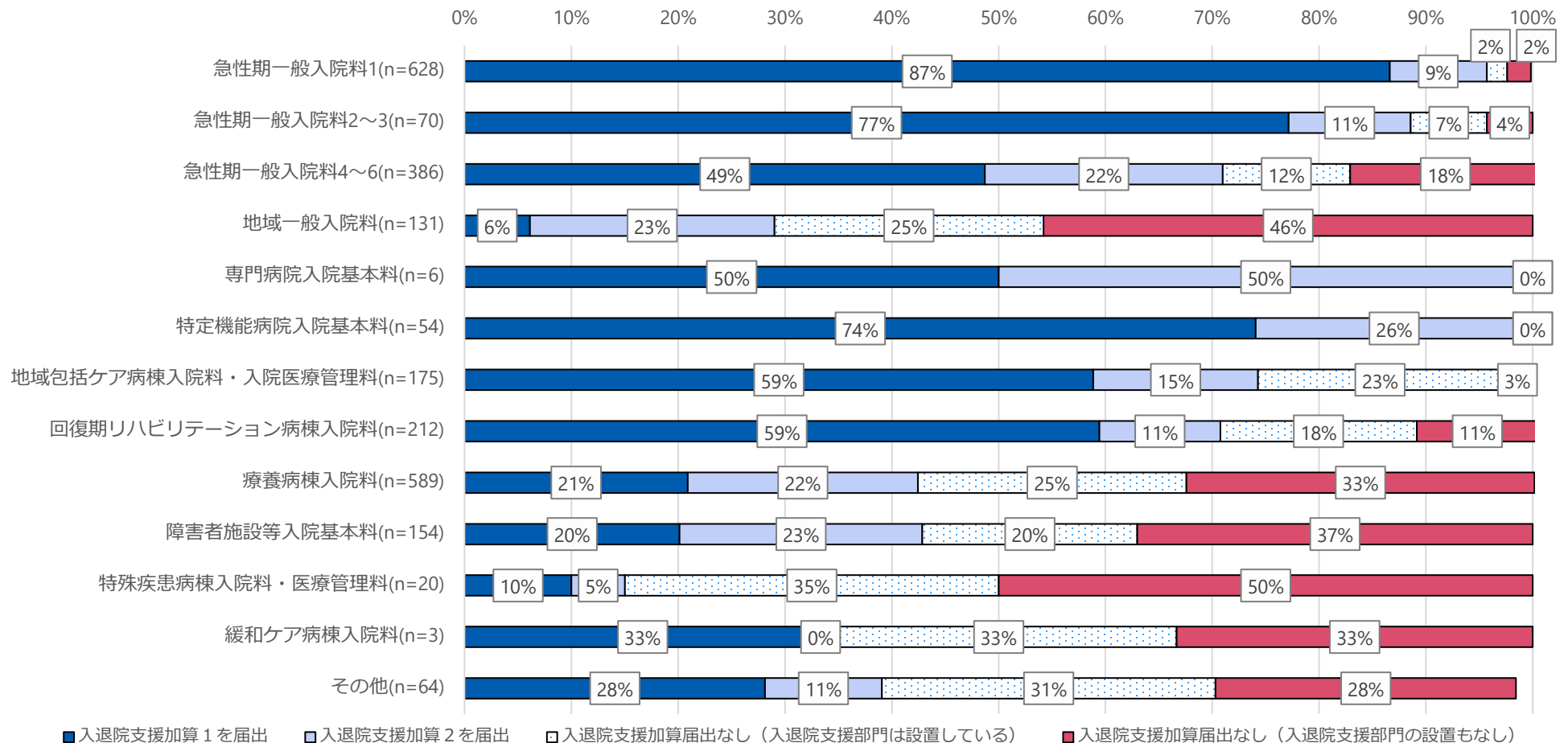
[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べ A D L が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は 7 日以内 療養病棟入院基本料等は 1 4 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 （※）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。		5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）	－	－
連携機関との面会	連携機関の数が 25 以上であること。 連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	－	－
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	－	－

入退院支援加算 1・2 の届出状況

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

■入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況

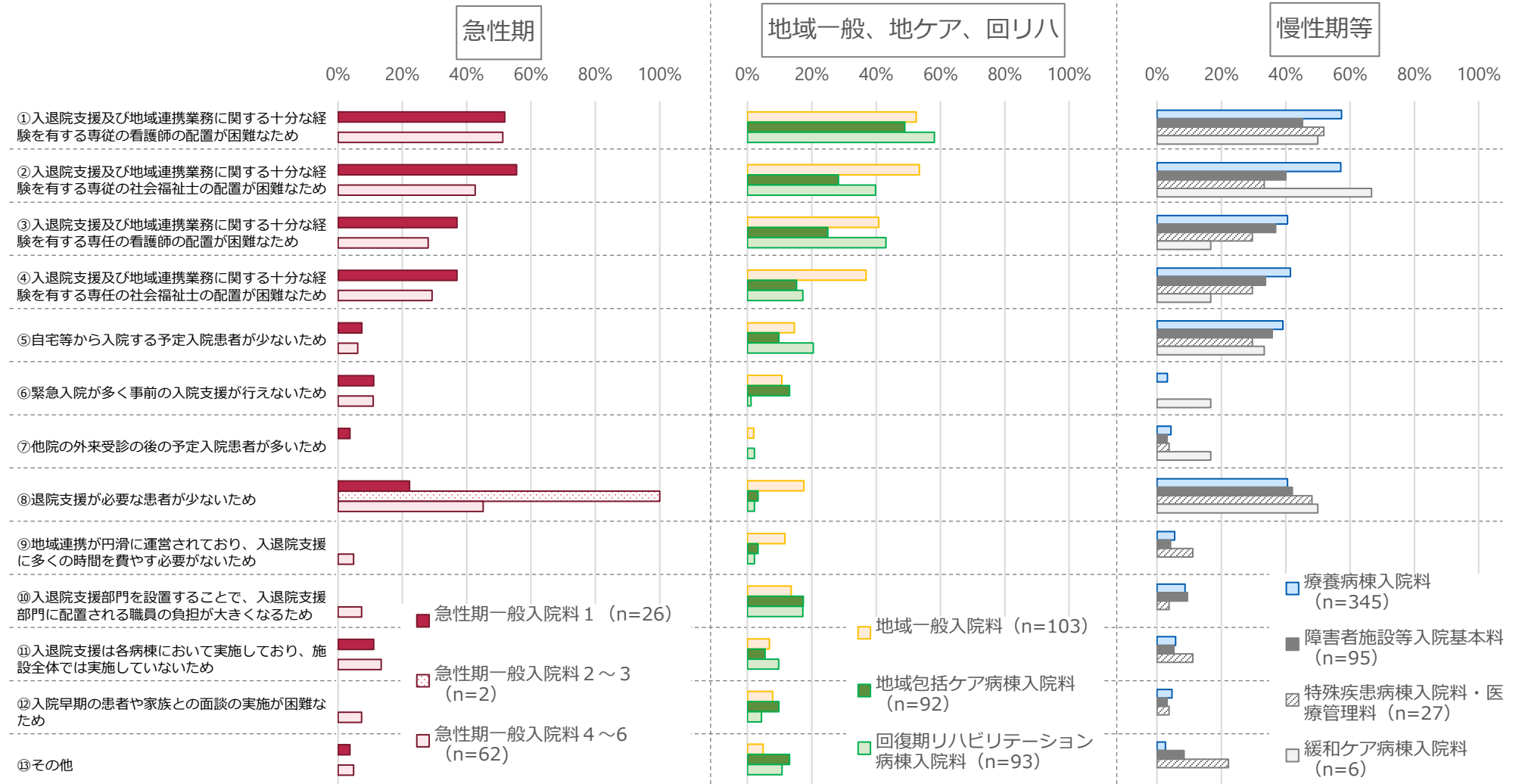


入退院支援加算を届け出していない理由

○ 入院料別の入退院支援加算を届け出していない理由としては、「専従の看護師や専従の社会福祉士の配置が困難なため」が多かった。

○ 他に比べて療養病棟入院料等においては、「退院支援が必要な患者が少ないため」が多かった。

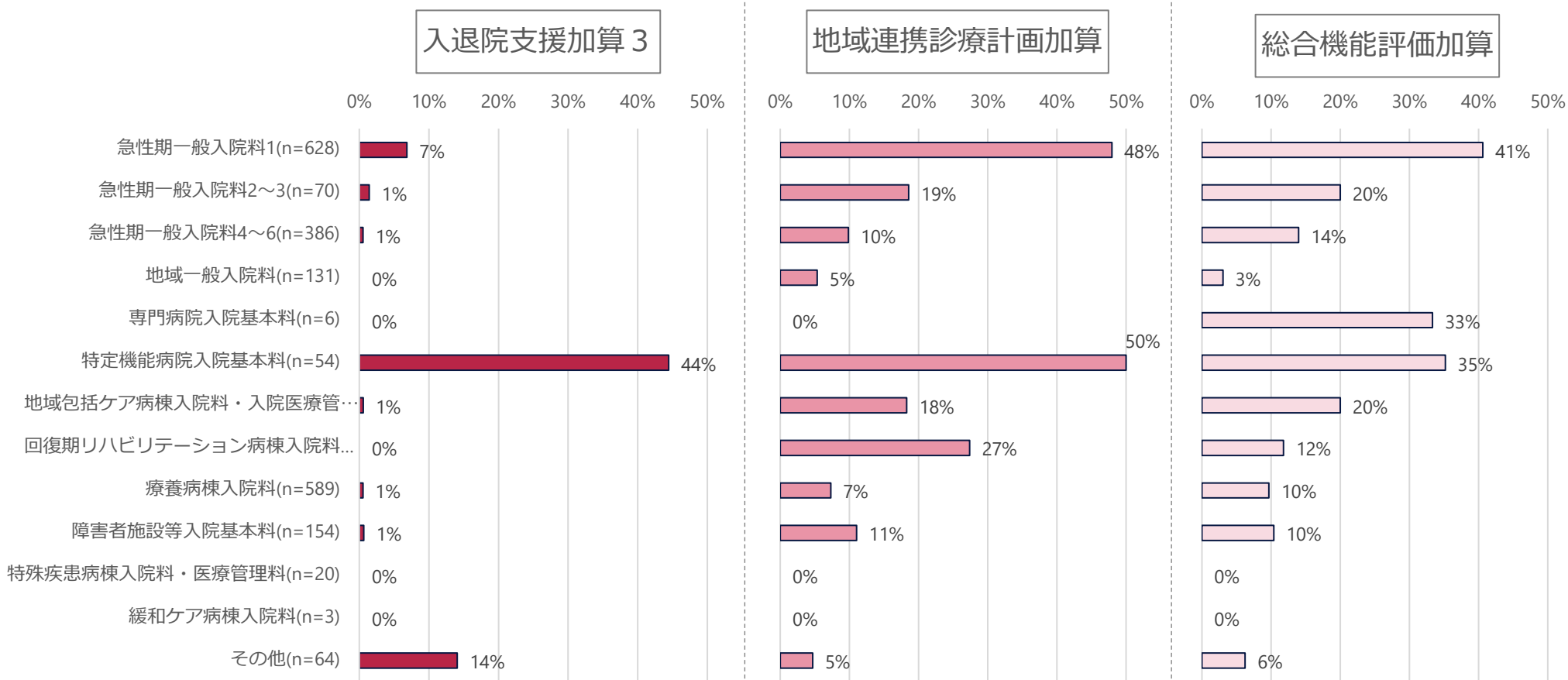
■入院料別の入退院支援加算を届け出していない理由（複数回答）



入退院支援加算 1・2 以外の届出状況

- 入退院支援加算3は、特定機能病院では44%届け出られているが、その他の入院料ではほとんど届出がなかった。
- 地域連携診療計画加算及び総合機能評価加算は、急性期一般入院料1及び特定機能病院で多く届け出られていた。

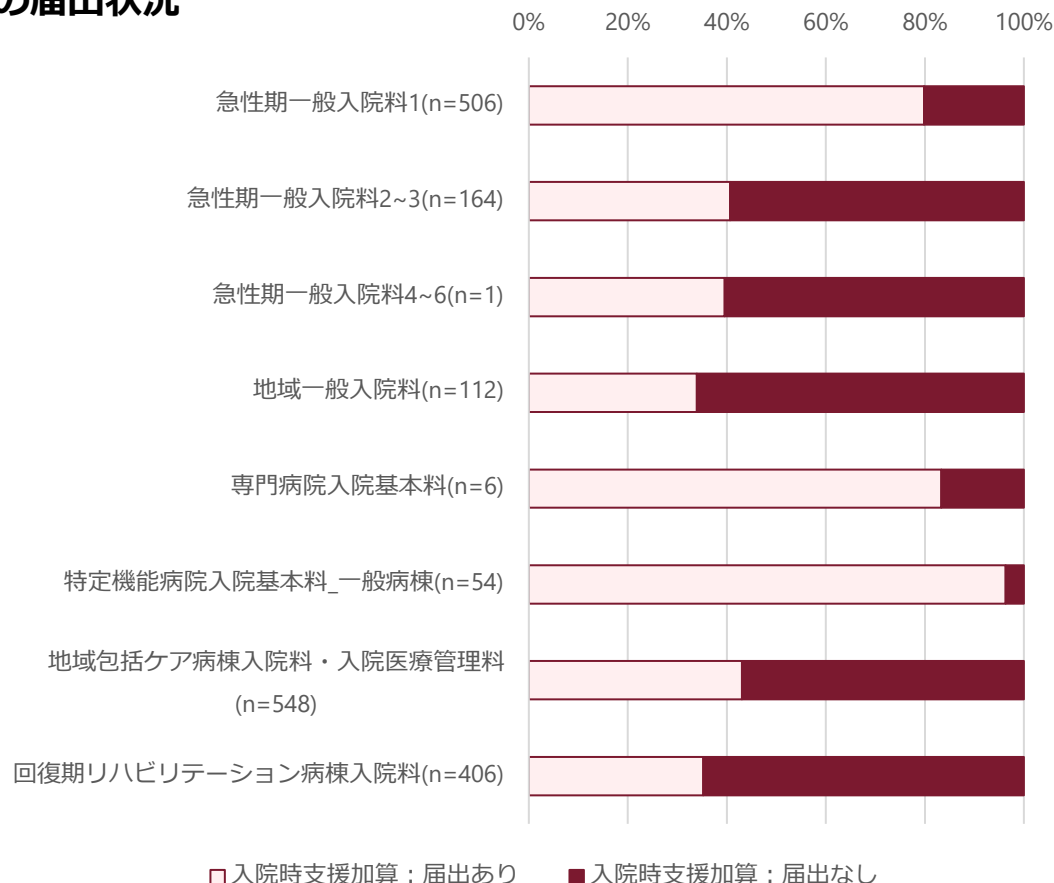
■入退院支援加算3、入退院支援加算の注加算の届出状況



入院時支援加算の届出状況

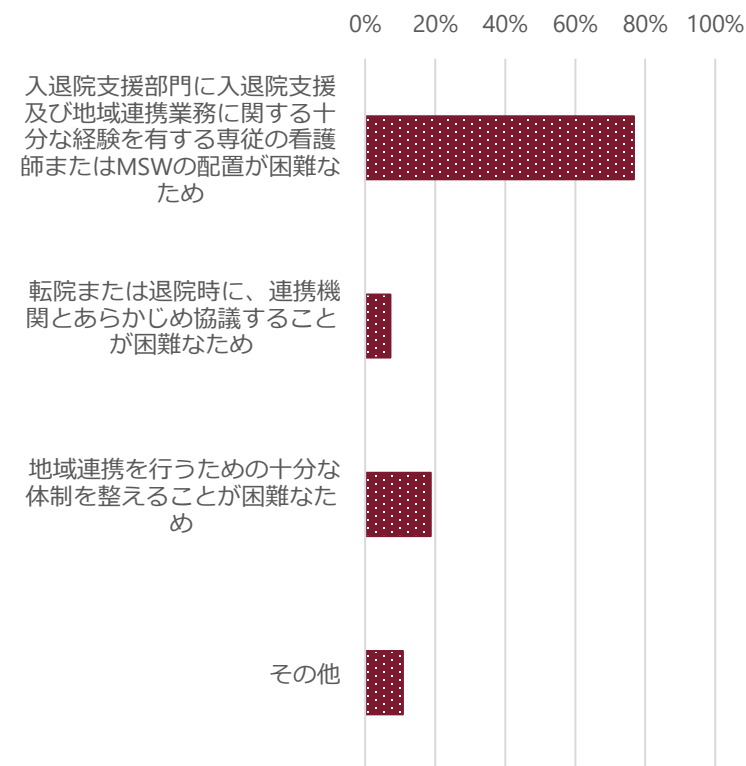
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



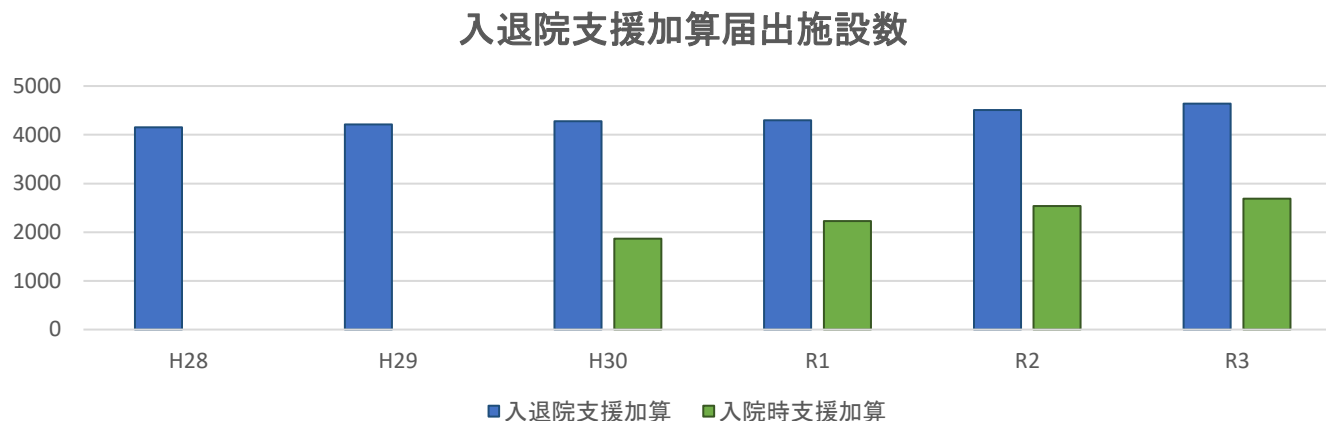
■急性期医療機関(※)において入院時支援加算を届け出していない理由(複数回答) (n=112)

(※) 急性期一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院



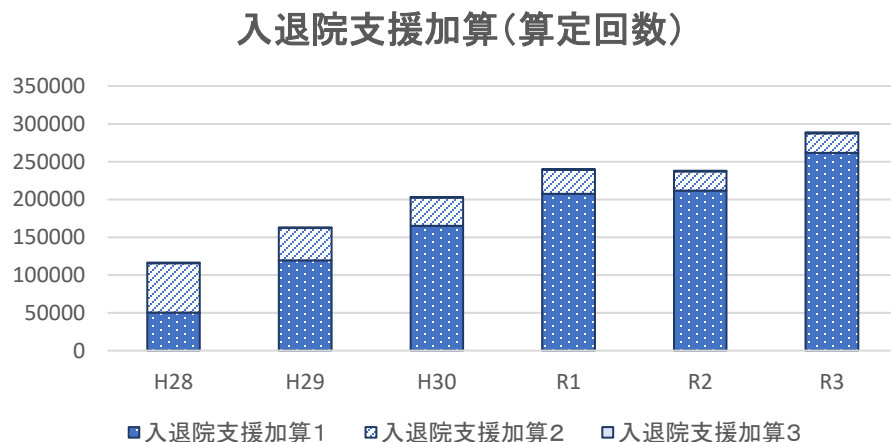
- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■ 入退院支援加算の届出状況の推移

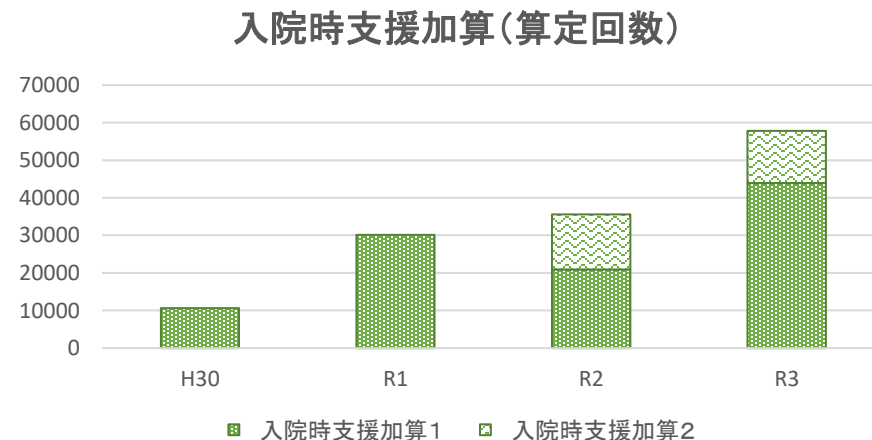


出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■ 入退院支援加算の算定状況の推移



■ 入院時支援加算の算定状況の推移

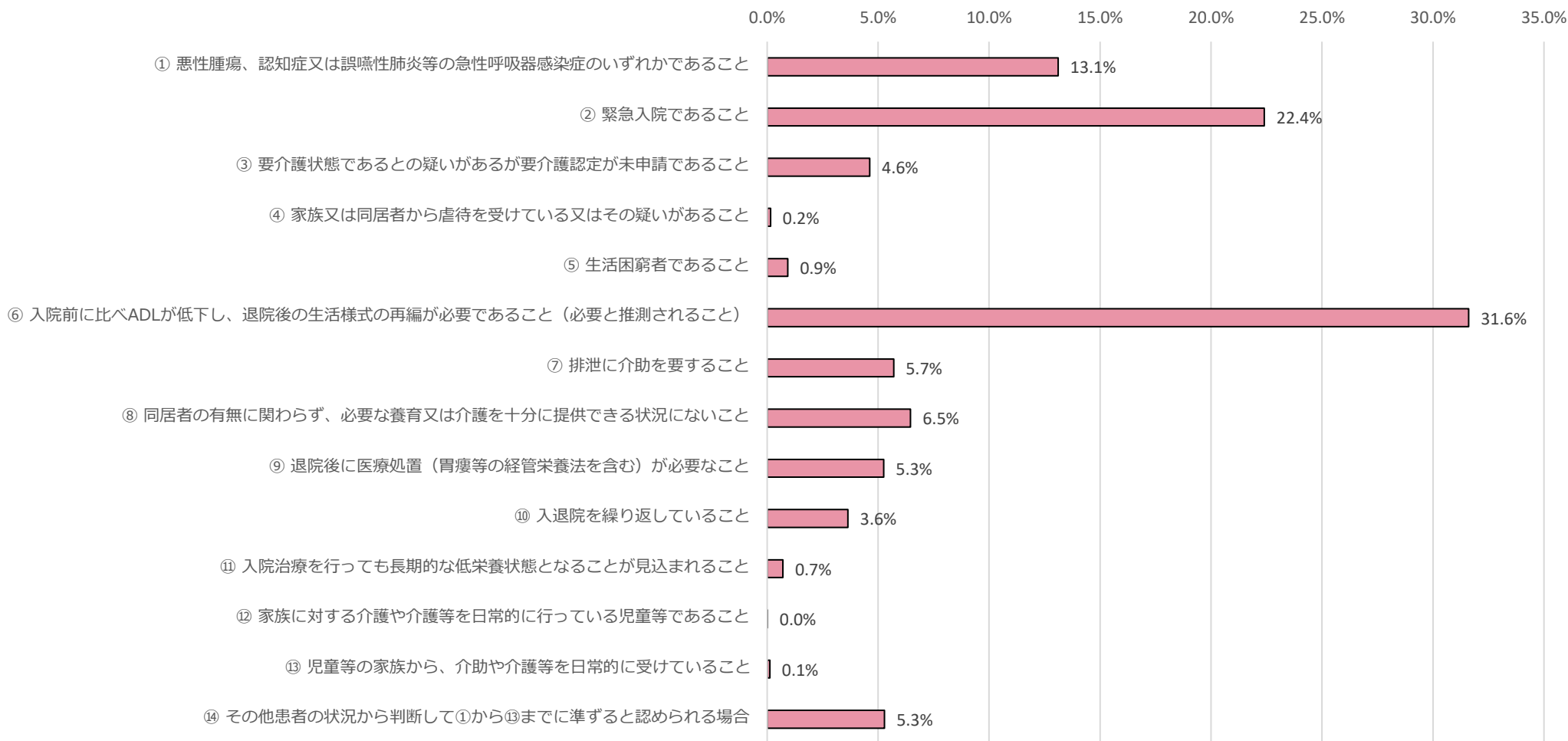


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算1・2を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」が最も多かった。

■ 入退院支援加算1・2を算定した患者の退院困難な要因（令和4年8月～10月の3か月）（n=966）

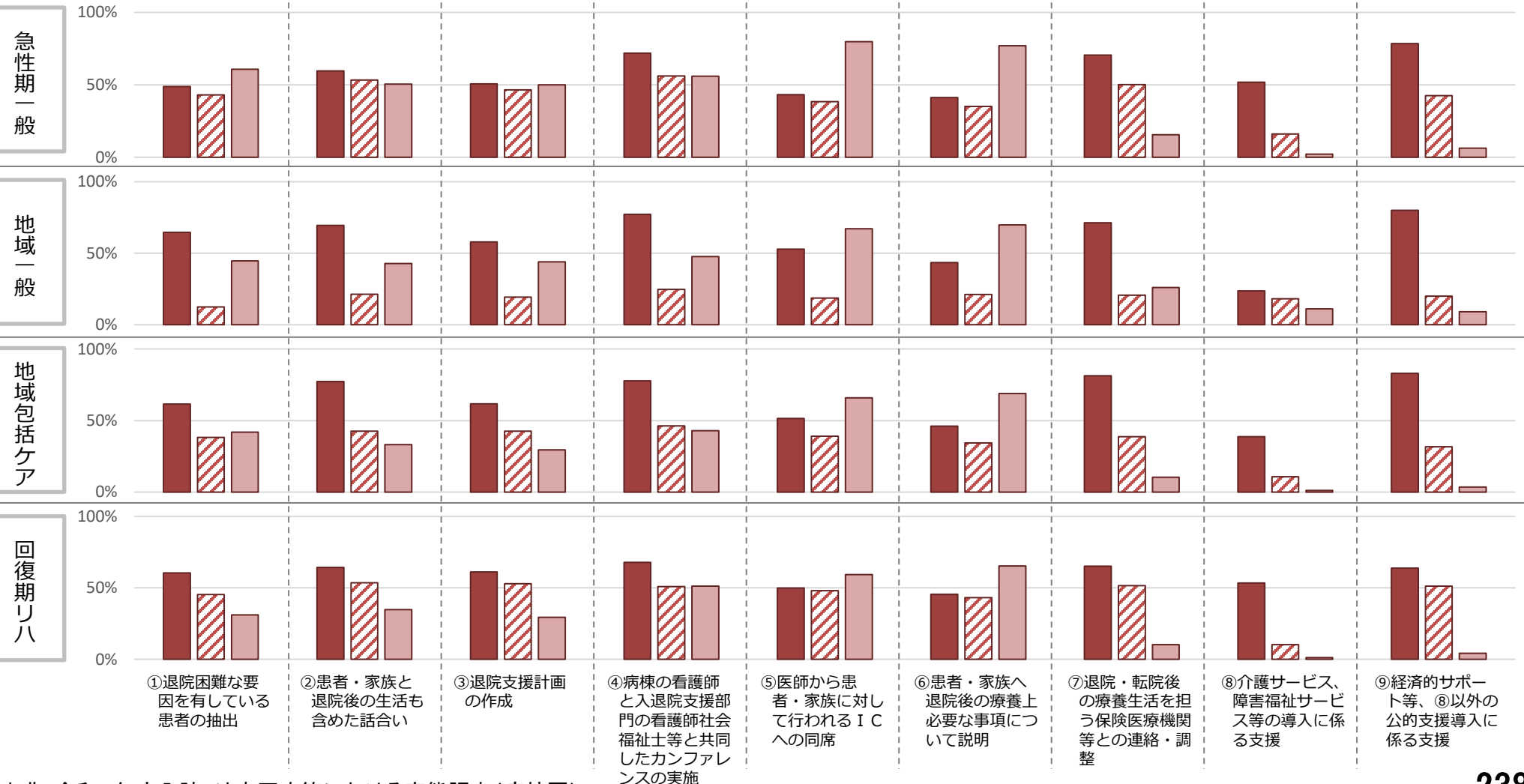


退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

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

■ 退院支援に関する各取組の実施者別実施状況

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



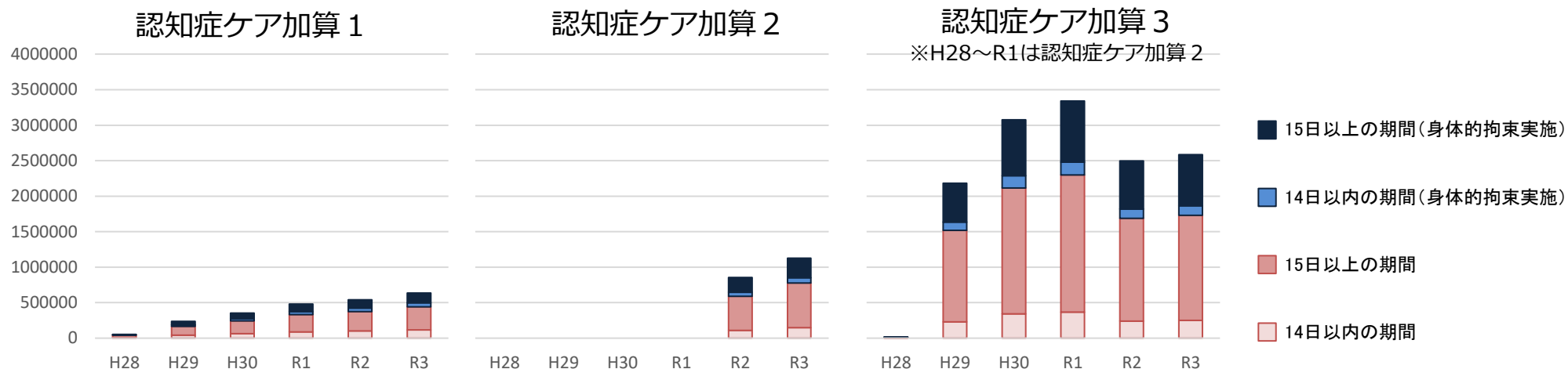
認知症ケア加算(1日につき)

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

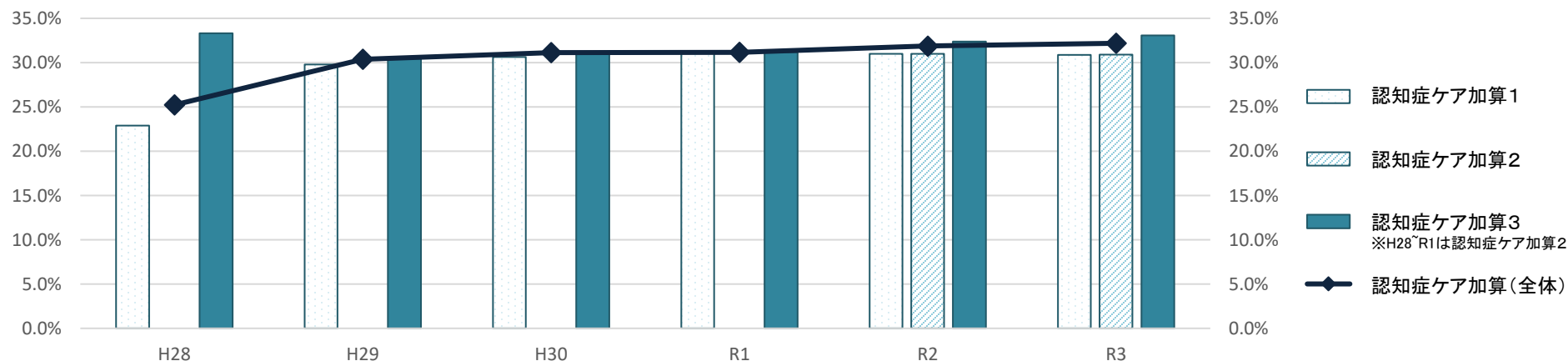
		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・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

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

■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）



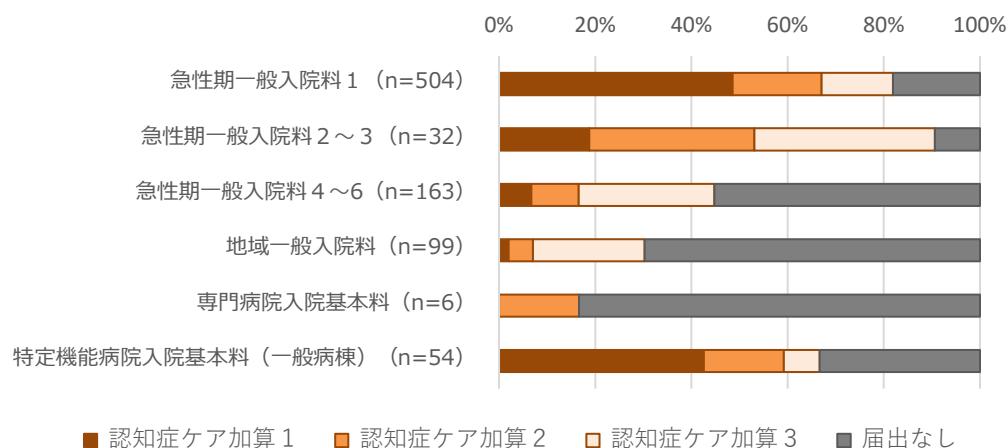
■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）



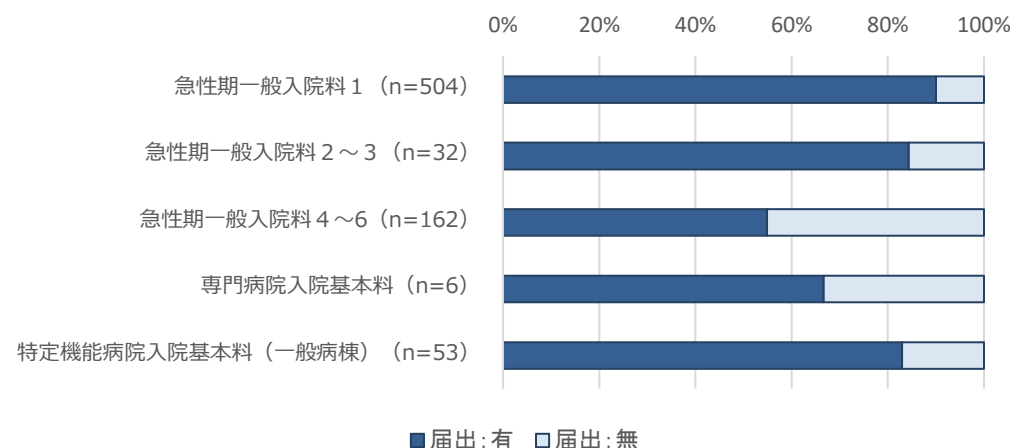
認知症ケア加算等の届出状況等（一般病床）

- 急性期一般入院料1と特定機能病院では、約5割が認知症ケア加算1を届け出ている。
- 認知症患者を受け入れるにあたっての取組は、「転倒転落のリスクを評価し、ADLの維持・向上に向けた取組」の実施率が高い。

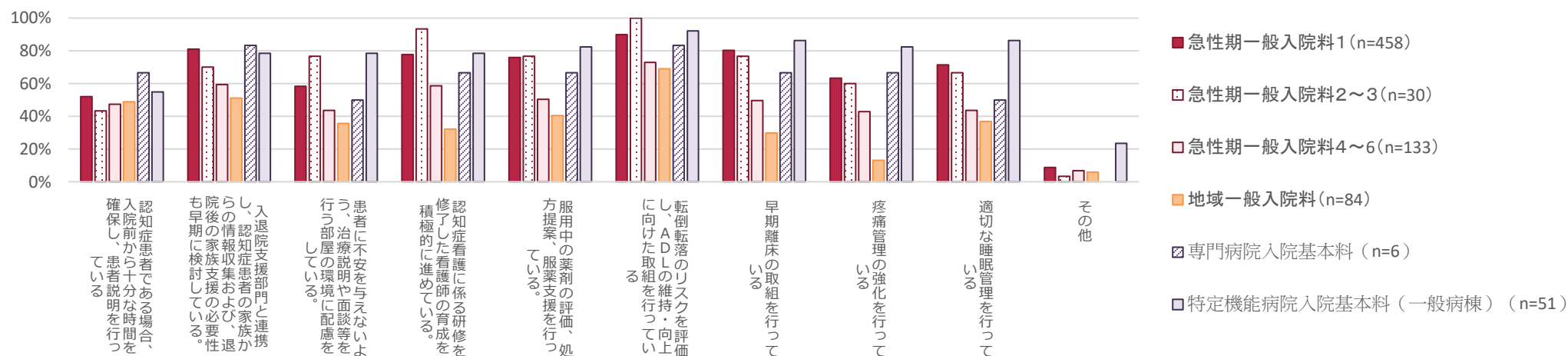
■ 認知症ケア加算の届出状況（令和4年11月1日時点）



■ せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出状況（令和4年11月1日時点）



■ 認知症患者を受け入れるにあたっての取組（複数回答）



認知症ケア加算の届出状況等（療養病床）

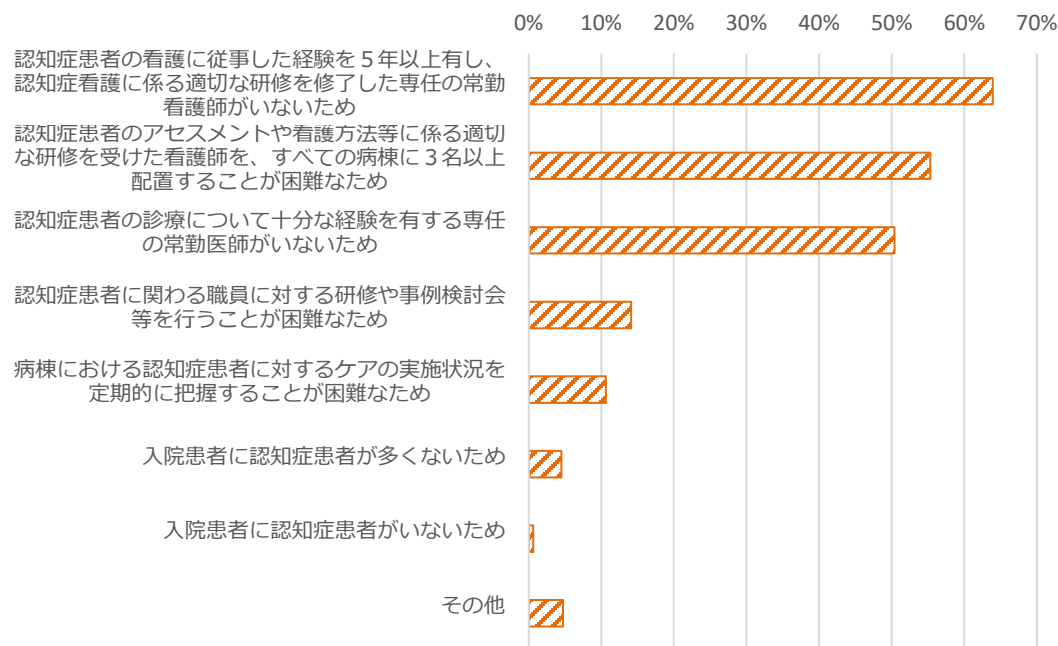
- 療養病棟を有する病院のうち約5割は、認知症ケア加算を届け出していない。
- 認知症ケア加算3を届け出ている又は認知症ケア加算を届け出していない病院のうち約5割は、今後も届出意向はない。

■療養病棟における認知症ケア加算の届出状況（n=591）

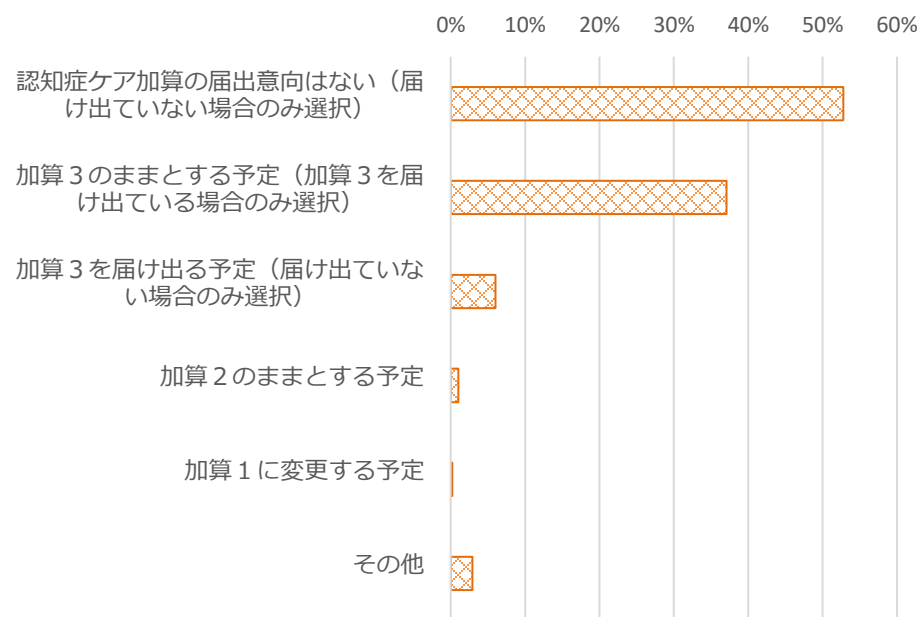
	病院数	（割合）
加算1	13	2%
加算2	76	13%
加算3	188	32%
届出：無	314	53%

加算3又は届出無しの場合

■認知症ケア加算2を届け出していない理由（n=488）



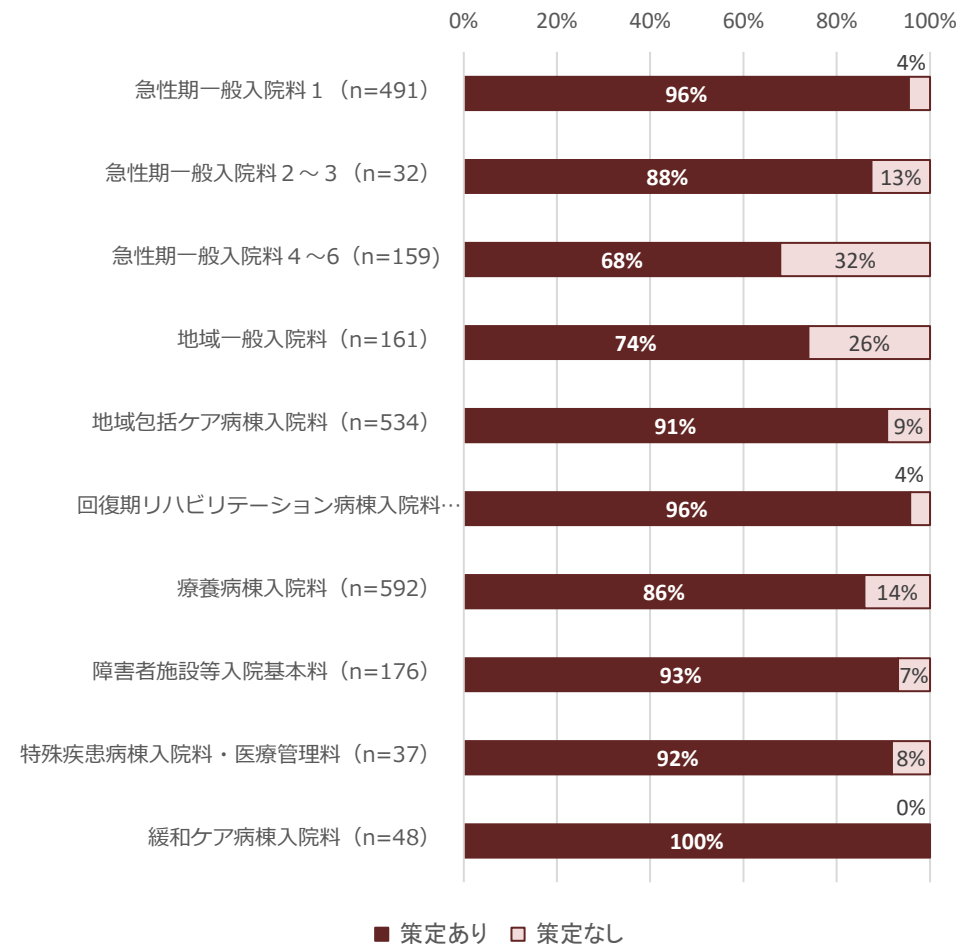
■今後の意向（n=483）



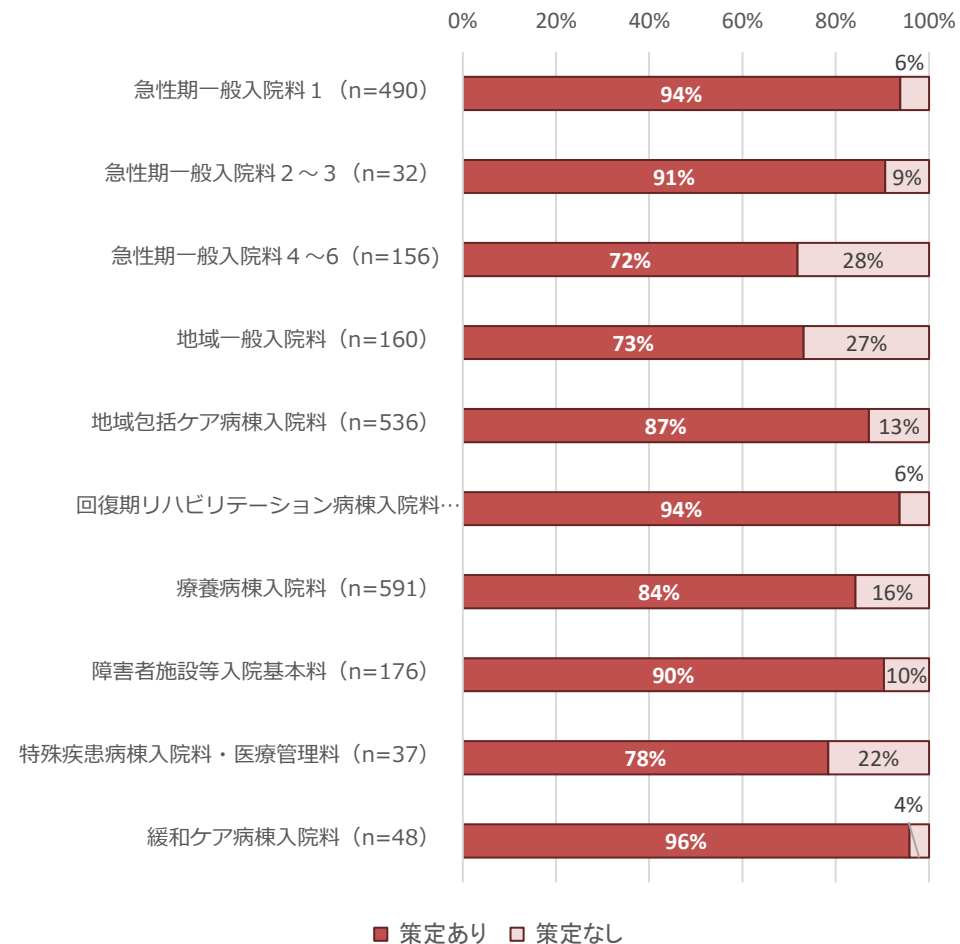
身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

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

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



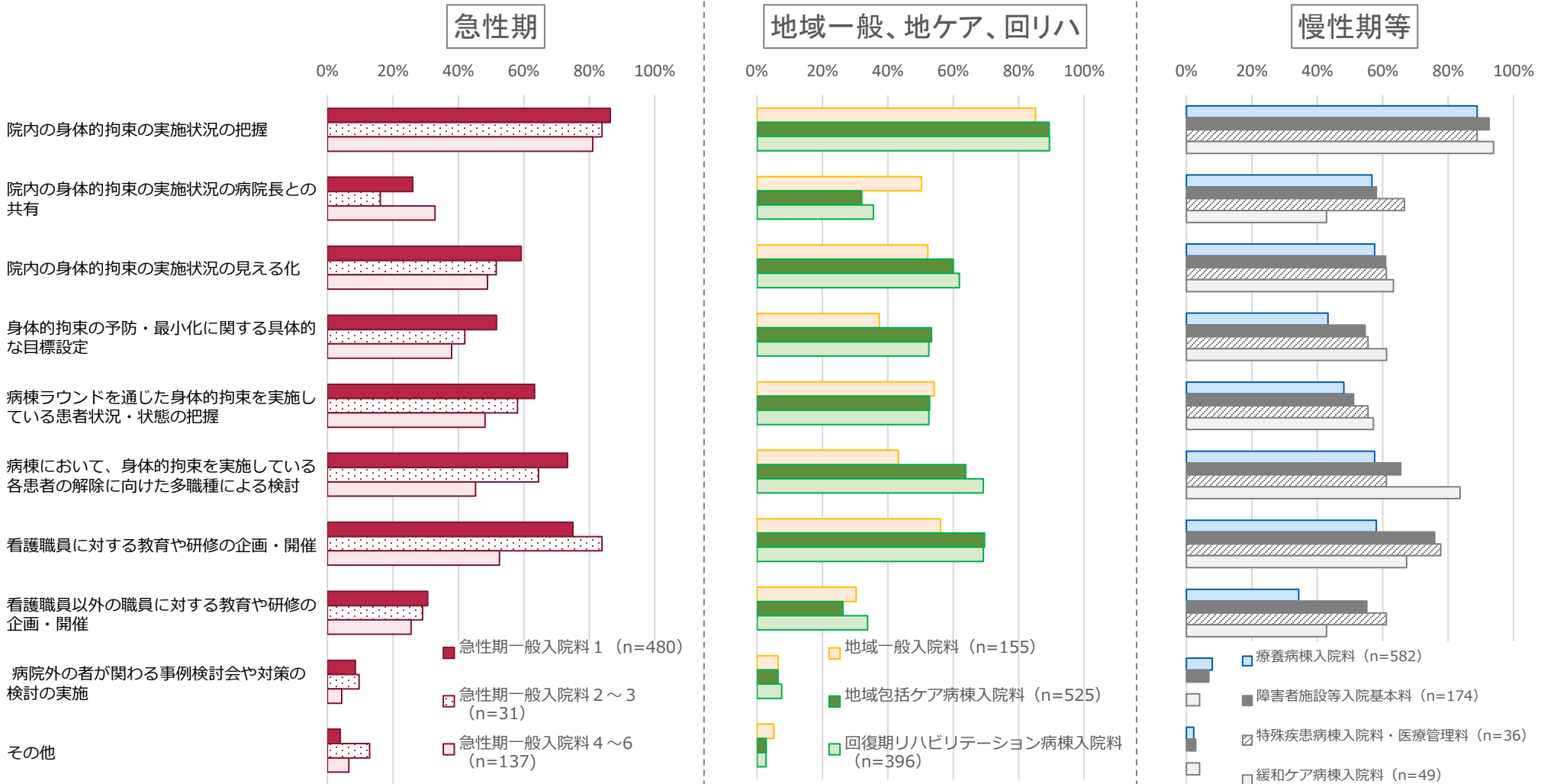
■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

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

■ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）

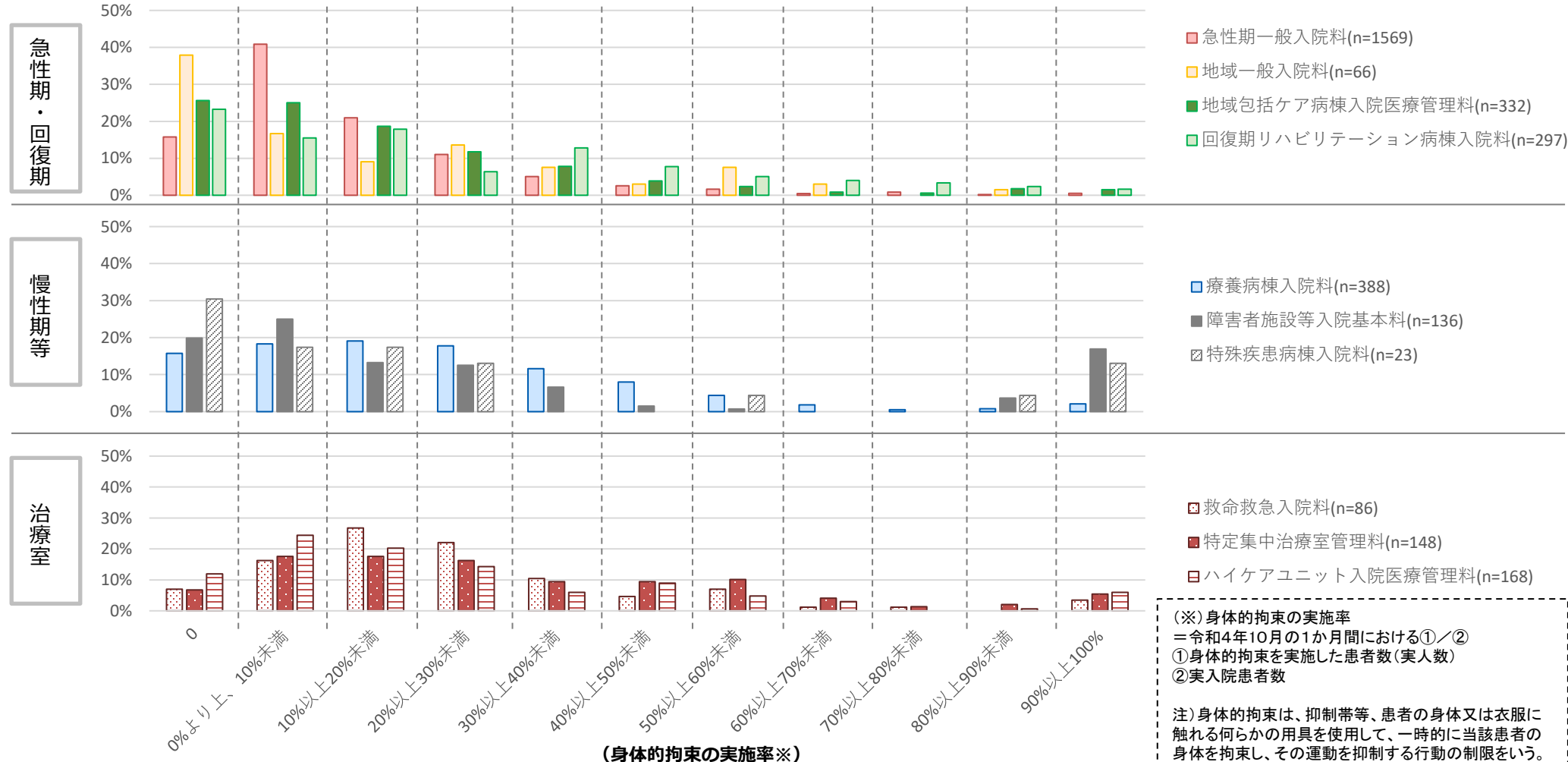


身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■入院料別の身体的拘束の実施率(※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



小児入院医療管理料の概要①

中 医 協 総 - 6
5. 5. 17

	小児入院医療管理料 1	小児入院医療管理料 2	小児入院医療管理料 3	小児入院医療管理料 4 (病床単位)	小児入院医療管理料 5
点数	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206点
算定対象	入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。				
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置 (※)	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師 9名以上	小児科常勤医師 5名以上	小児科常勤医師 3名以上	小児科常勤医師 1名以上
看護配置	看護師 7対1以上 (夜勤時間帯についても9対1以上)	看護師 7対1以上	看護師 7対1以上	看護職員 10対1以上 (7割以上が看護師)	看護職員 15対1以上 (4割以上が看護師)
その他	6歳未満の入院を伴う手術件数が年間200件以上。 - 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。 - 年間の小児緊急入院患者数が800件以上。	入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。		当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。	

※ 小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

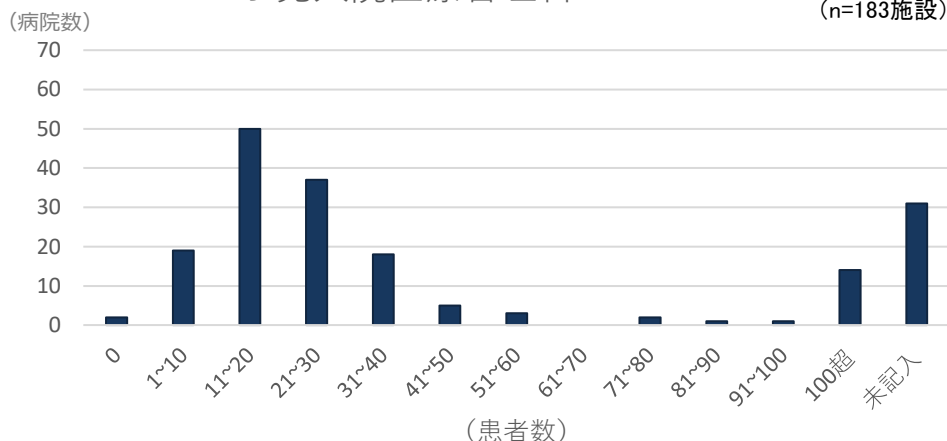
※ 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

小児入院医療管理料届出医療機関における実績

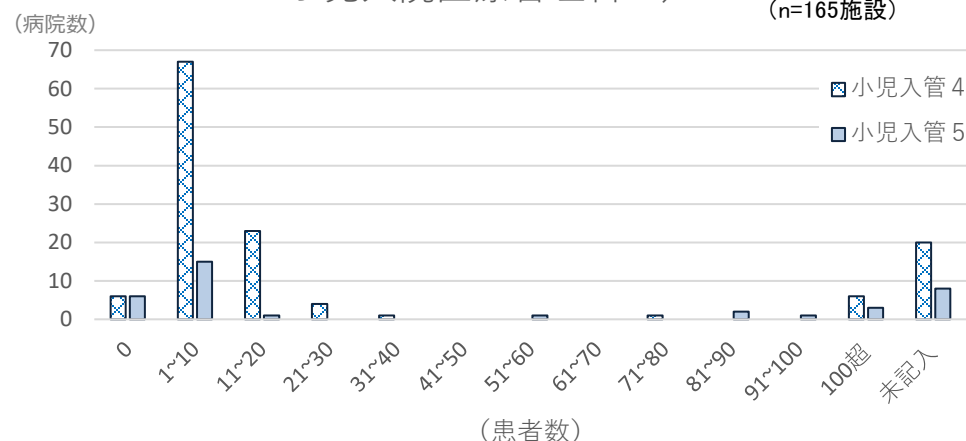
- 1病院あたりの小児入院医療管理料1・2・3の算定患者数は、11～20人／日が最も多い。
- 小児入院医療管理料1の施設基準である「6歳未満の入院を伴う手術件数」と「年間の小児救急入院患者数」の分布は以下のとおり。

■小児入院医療管理料を算定している患者数の分布（令和4年11月1日時点）

小児入院医療管理料 1・2・3

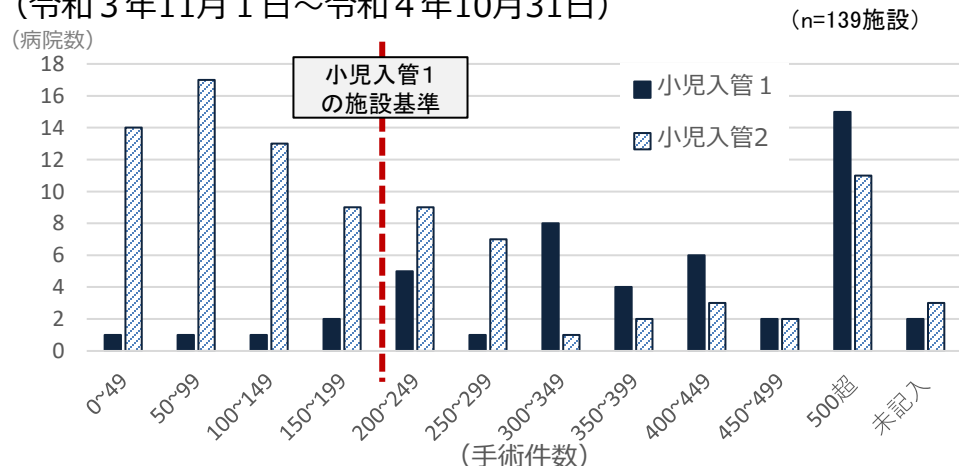


小児入院医療管理料 4 / 5

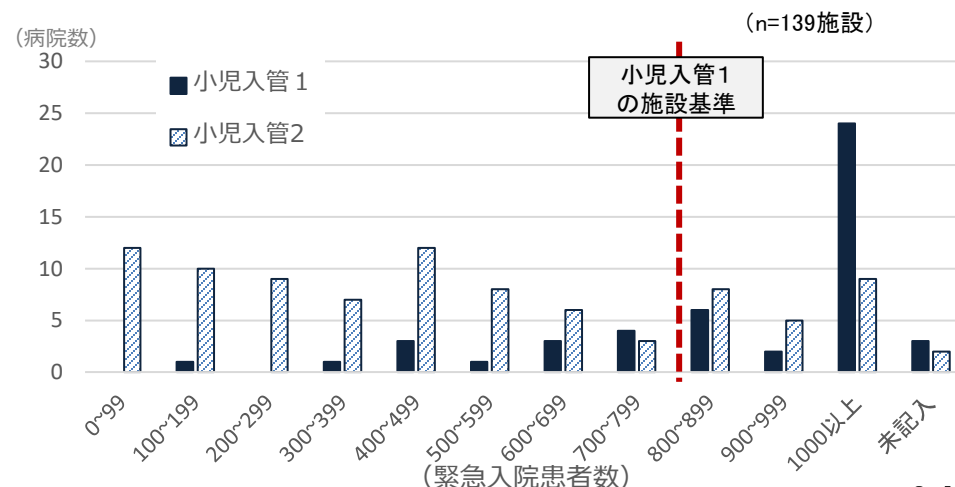


■6歳未満の入院を伴う手術件数の分布

(令和3年11月1日～令和4年10月31日)



■年間の小児緊急入院患者数の分布



時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

- 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1
(新) 時間外受入体制強化加算 1 300点 (入院初日)

小児入院医療管理料 2
(新) 時間外受入体制強化加算 2 180点 (入院初日)

[対象患者]
小児入院医療管理料 1 又は 2 を現に算定している患者。
[算定要件]
当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

- [施設基準]
- (1) 時間外受入体制強化加算 1 の施設基準
- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
 - ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
 - ③ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**3項目以上**を満たしていること。

ア 11時間以上の勤務間隔の確保	オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
イ 正循環の交代周期の確保	カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	キ 夜間院内保育所の設置
エ 夜勤後の暦日の休日確保	ク ICT、IoT等の活用による業務負担軽減

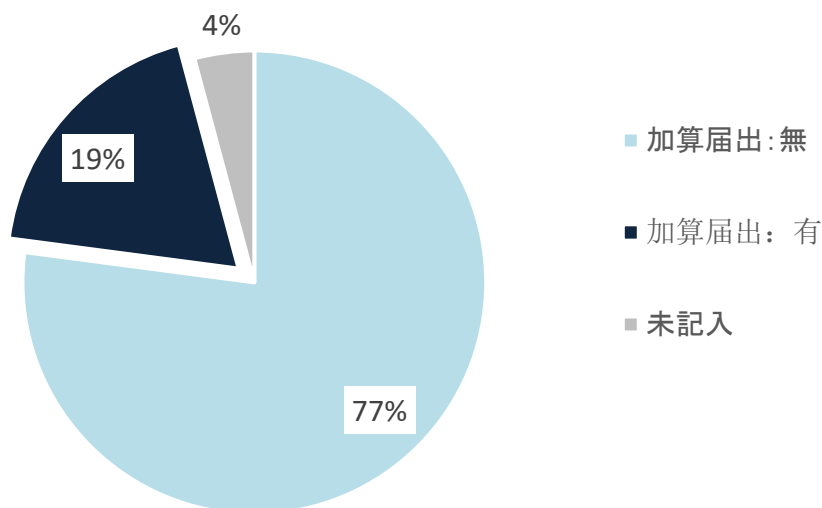
- (2) 時間外受入体制強化加算 2 の施設基準
- ① 小児入院医療管理料 2 を算定する病棟であること。
 - ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。
 - ③ (1) の③を満たしていること。

時間外受入体制強化加算の届出状況

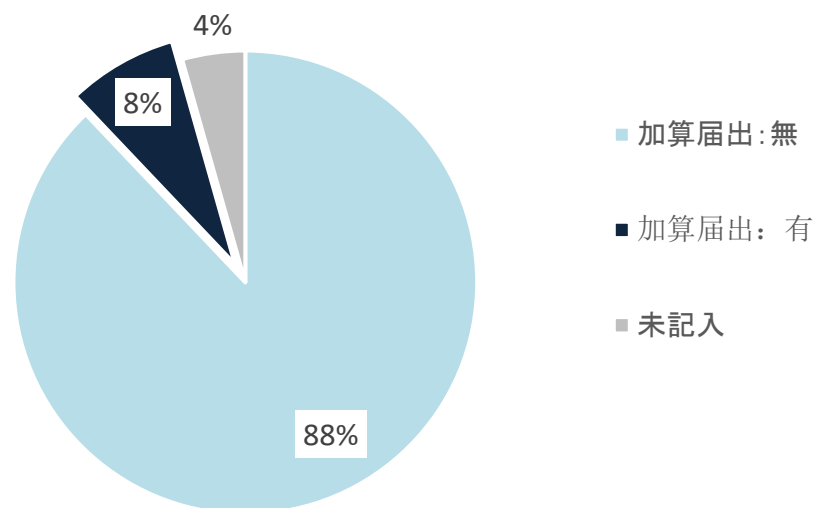
○ 時間外受入体制強化加算について、小児入院医療管理料1を届け出ている施設では19%、小児入院医療管理料2を届け出ている施設では8%が加算を届け出ていた。

■ 時間外受入体制強化加算の届出状況

小児入院医療管理料1
(n=48)

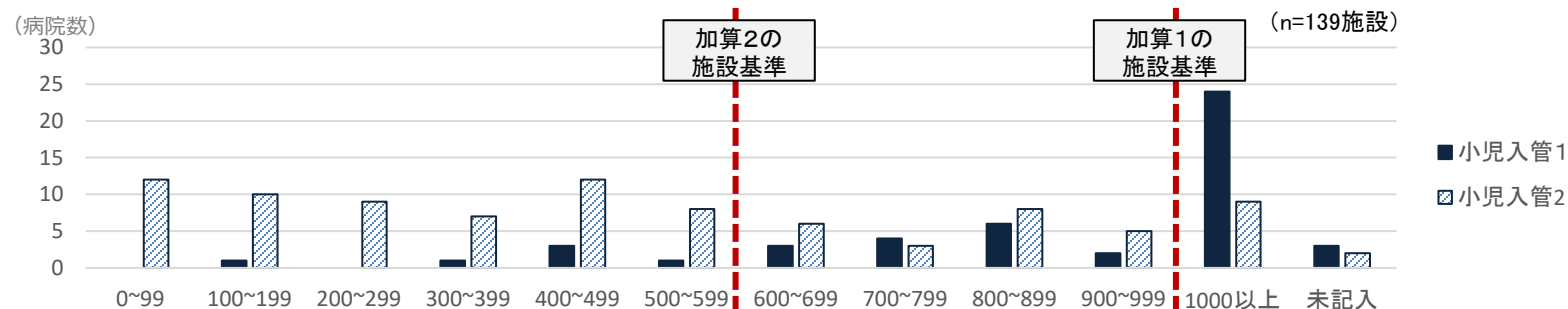


小児入院医療管理料2
(n=91)



■ (再掲) 年間の小児緊急入院患者数

※時間外受入体制強化加算未届出施設も含めて集計



DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の実施について（案）

1. 概要

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

2. 背景・目的

（1）適切なコーディングについて

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

（2）短期滞在手術等の入院/入院外での実施状況について

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

3. 調査の実施方法について（案）

- 調査区分（１）については、該当する病院に対して、使用回数の多い「部位不明・詳細不明コード」を通知した上で、コーディングの考え方等の調査項目を含む調査票の送付・回収を行う。
- 調査区分（２）については、DPC データを活用し、各区分につき該当する病院を最大 30 施設選定する。選定した病院には、短期滞在手術等の実施体制等の調査項目を含む調査票の送付・回収を行う。
- 調査票の回答状況を踏まえ、各区分につき、数施設程度ヒアリング対象となる病院を選定し、DPC/PDPS 等作業グループに招集する。

【調査区分】

区分	調査対象	調査対象 施設数	ヒアリング 対象施設数
（１） コーディング に関する調査	①令和５年度機能評価係数Ⅱにおいて、「部位不明・詳細不明コード」を使用した割合が 10%以上の病院	23	数施設
（２） 短期滞在手術 等に関する調査	②短在 1 対象手術等かつ短在 3 対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が低い病院	最大 30	数施設
	③短在 1 対象手術等かつ短在 3 対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が高い病院	最大 30	数施設

※２ 令和５年４月時点の DPC 対象病院（1,761 施設）を対象として選定する

【調査項目（主なものの案）】

区分（１）コーディングに関する調査

- （通知した、各コードについて）当該コードを使用する患者の状態について
- （通知した、各コードについて）コーディングを行う上で不明な点があるか
- コーディングに際しての「DPC/PDPS コーディングテキスト」の活用状況
- コーディングに際しての診療情報管理士の関与状況 等

区分（２）短期滞在手術等の実施状況に関する調査

- 当該手術等を入院で実施する際の設備や診療体制について
- 当該手術等を入院外で実施する際の設備や診療体制について
- 調査対象病院における、当該手術等を実施する症例の特徴について
- 当該手術等を入院/入院外で実施するにあたっての方針や判断基準について
- 当該手術等について、入院での実施が必要となる理由や背景について
- 当該手術等の実施に係る地域での連携体制について 等

短期滞在手術等基本料の概要

中医協 診－2参考
5 . 6 . 2 1

診調組 入－2参考
5 . 6 . 8

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

（共通の要件）

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

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
包括される検査等	・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
・DPC対象病院又は診療所ではないこと
・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像(イメージ)

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



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

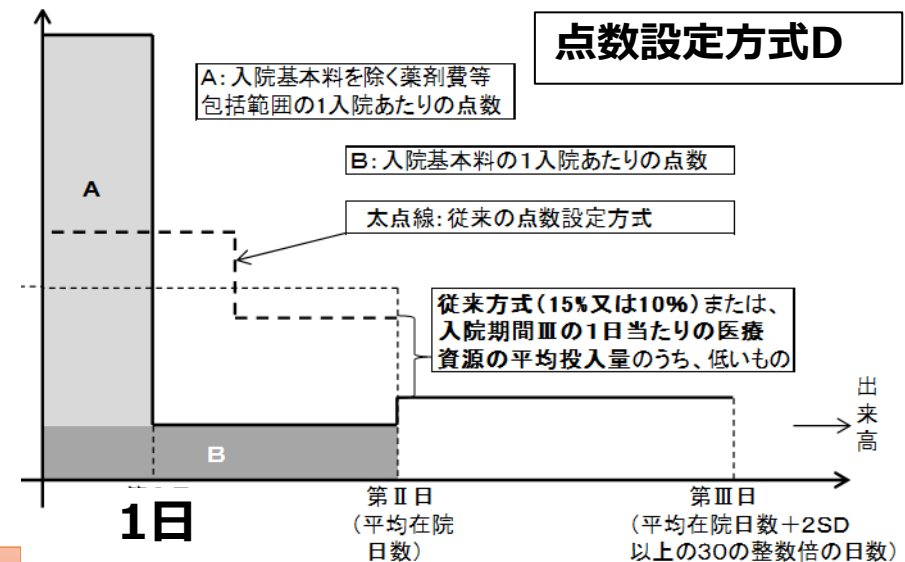
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC対象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○：算定可能、×：算定不可

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

- DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。
- ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

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

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

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

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） 2,947点		【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） <u>（改）イ 麻酔を伴う手術を行った場合</u> 2,947点 <u>（改）ロ イ以外の場合</u> 2,718点
〔施設基準〕 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、 麻酔科医が勤務していること。		〔施設基準〕 短期滞在手術等基本料にかかる手術 <u>（全身麻酔を伴うものに限る。）</u> が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

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

短期滞在手術等基本料 2 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 2 について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 2】 短期滞在手術等基本料 2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあっては、 5,075点 5,046点）		<u>（削除）</u>

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

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

追加する手術等

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

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

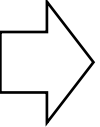
診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Dで設定する診断群分類の見直し

- 短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- 具体的には、以下の診断群分類等について、点数設定方式Dにより設定する。
点数設定方式Dで設定する診断群分類（例）

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010010xx9906xx	脳腫瘍	手術なし、ガンマナイフによる定位放射線治療あり
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	手術なし、終夜睡眠ポリグラフィーあり
030440xx02xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓膜形成手術あり
060035xx05xx0x	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術あり
110080xx03xxxx	前立腺の悪性腫瘍	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術あり
130030xx99x8xx	非ホジキンリンパ腫	手術なし、化学療法（モガムリズマブ又はデニロイキンジフチトクス）あり

- なお、点数設定方式Dにより設定する診断群分類は、95分類→153分類となる。

現行			改定後	
【診断群分類】 D方式	95分類		【診断群分類】 D方式	<u>153分類</u>

短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等

短期滞在手術等基本料1の対象手術等

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)
K008 腋臭症手術 1 皮弁法
K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術
K008 腋臭症手術 3 その他のもの
K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)
K068 半月板切除術
K068-2 関節鏡下半月板切除術
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)
K093 手根管開放手術
K093-2 関節鏡下手根管開放手術
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
K282 水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの
D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの
K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ留置術
K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)
K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)
K093-2 関節鏡下手根管開放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)
K242 斜視手術 2 後転法
K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)、(両側)
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)
K318 鼓膜形成手術
K333 鼻骨骨折整復固定術
K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者
K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)
K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K617-2 大伏在静脈抜去術
K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)
K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K867 子宮頸部(腔部)切除術
K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K890-3 腹腔鏡下卵管形成術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療