

# 入院・外来医療等の調査・評価分科会 これまでの検討結果 【別添】資料編③

令和5年10月27日

## 0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 障害者施設等入院基本料等について

8. 外来医療について

9. 外来腫瘍化学療法について

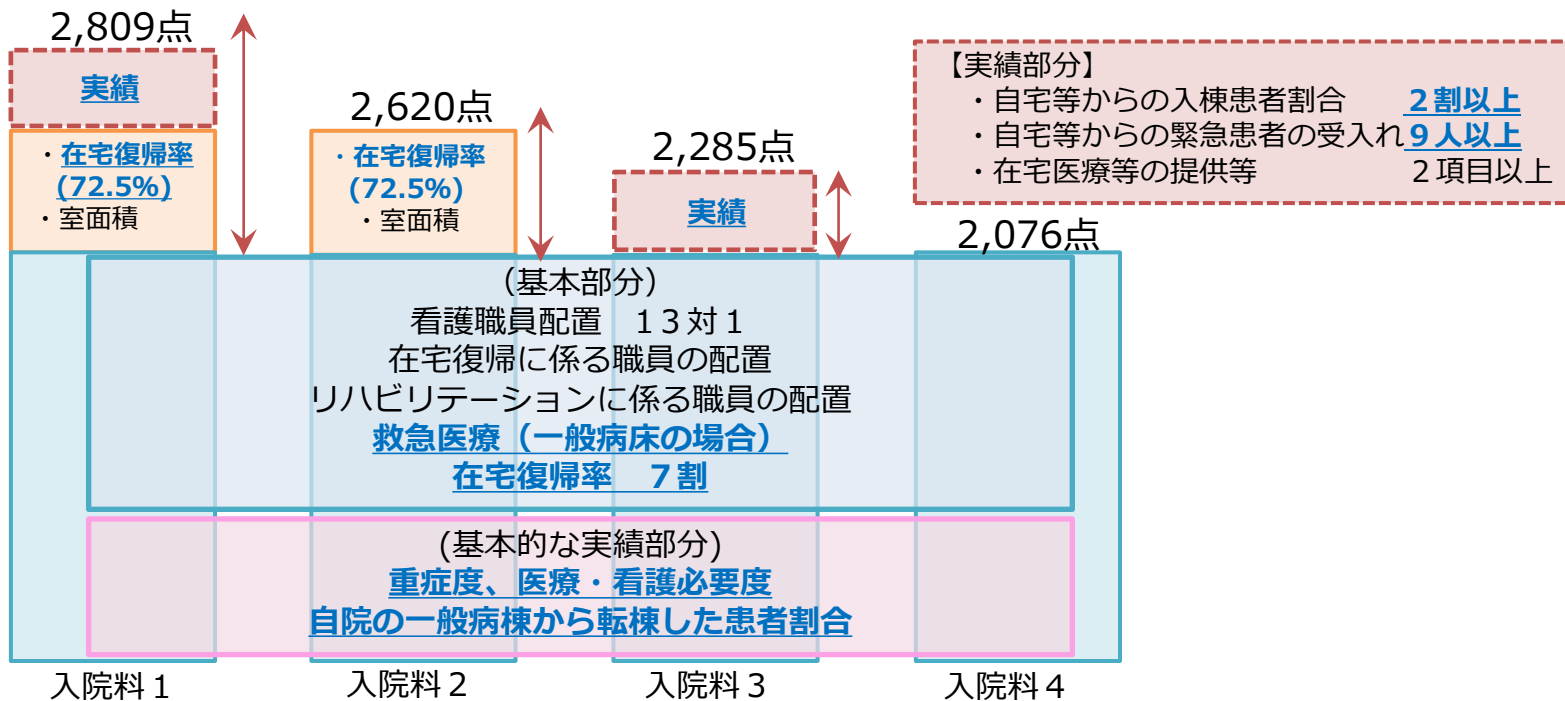
10. 情報通信機器を用いた診療について

11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について

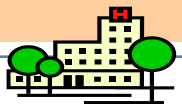
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

13. 横断的個別事項について

# 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	13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 <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 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	<b>2割</b> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <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>		<b>2割</b> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <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 <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> （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

## 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

### 在宅医療等の実績

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

## 経過措置について（入院Ⅱ）①

	区分番号	項目	経過措置
1	A101	療養病棟入院基本料	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、令和4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。
2	A101	療養病棟入院基本料（注11）	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
3	A101	療養病棟入院基本料（注11）	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、令和4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。
4	A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、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基準を満たしているものとする。
5	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	令和4年3月31日時点で、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病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
6	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5・6	令和4年3月31日時点で、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、令和5年3月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。
7	A308-3	地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
8	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	令和4年3月31日時点で、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病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
9	A308-3	地域包括ケア病棟入院料（100床以上の医療機関）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。

## 経過措置について（入院Ⅱ）②

	区分番号	項目	経過措置
10	A308-3	地域包括ケア病棟入院料 （一般病床に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、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に該当するものとみなす。
11	A308-3	地域包括ケア病棟入院料 （療養病床に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が6割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。

# 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%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
	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%
他院	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%
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)

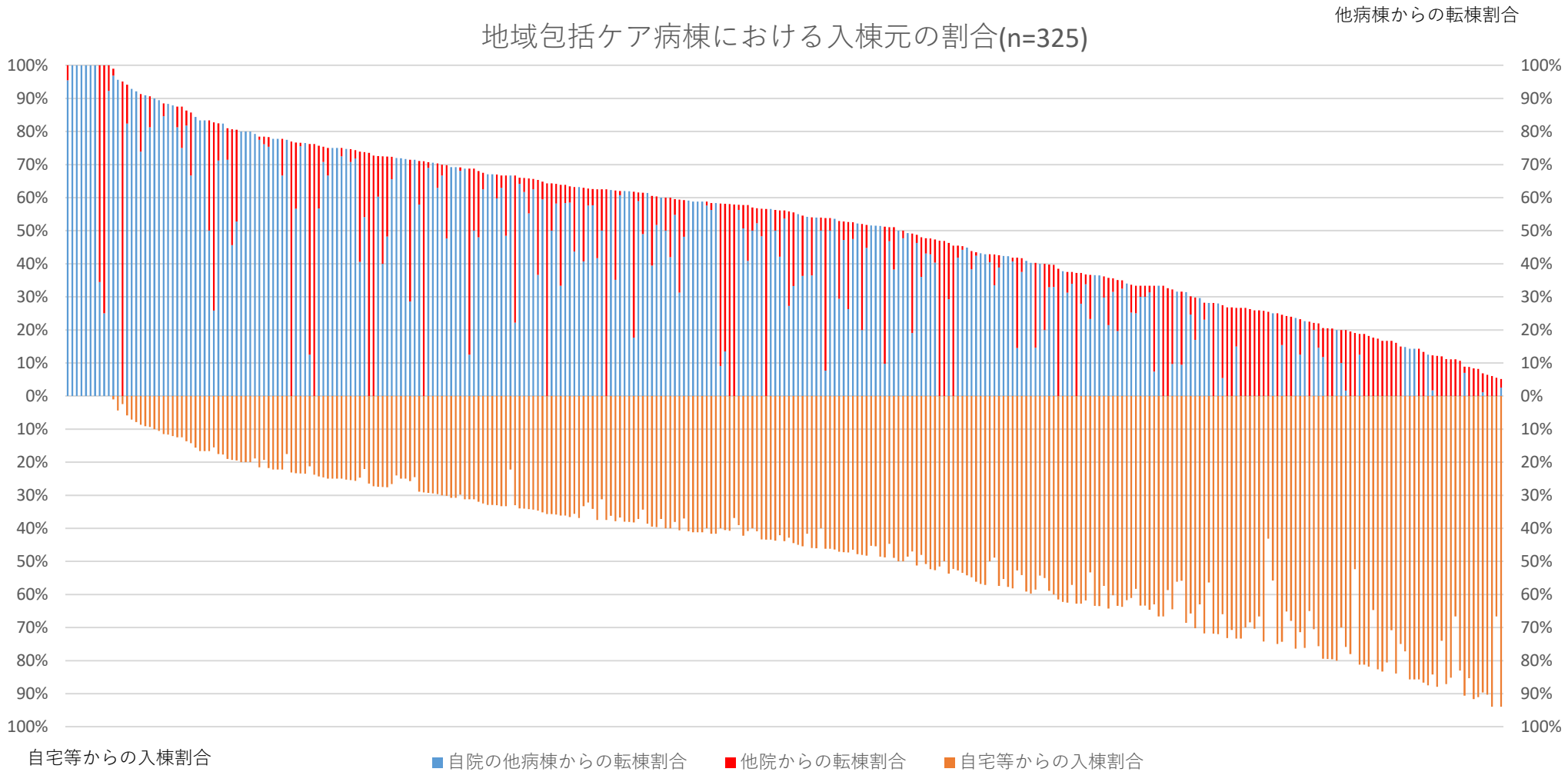
自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.6%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	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

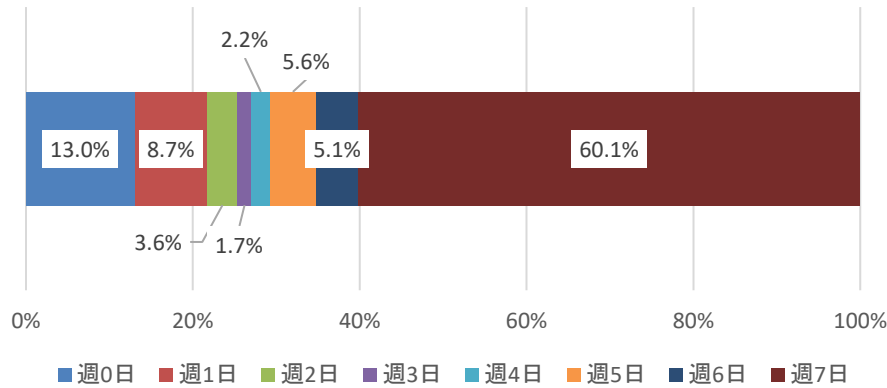
○ 地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。



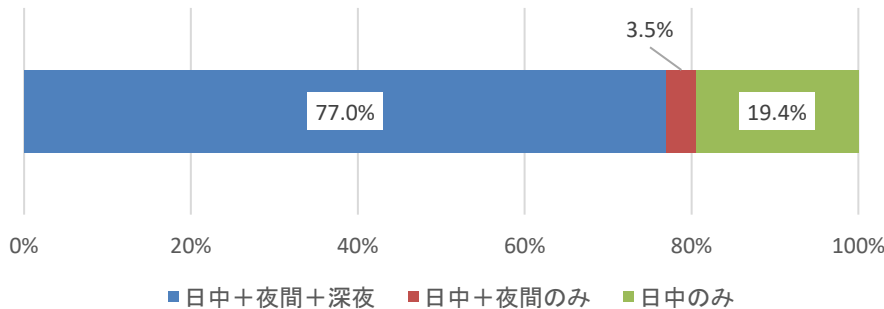
# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 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、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

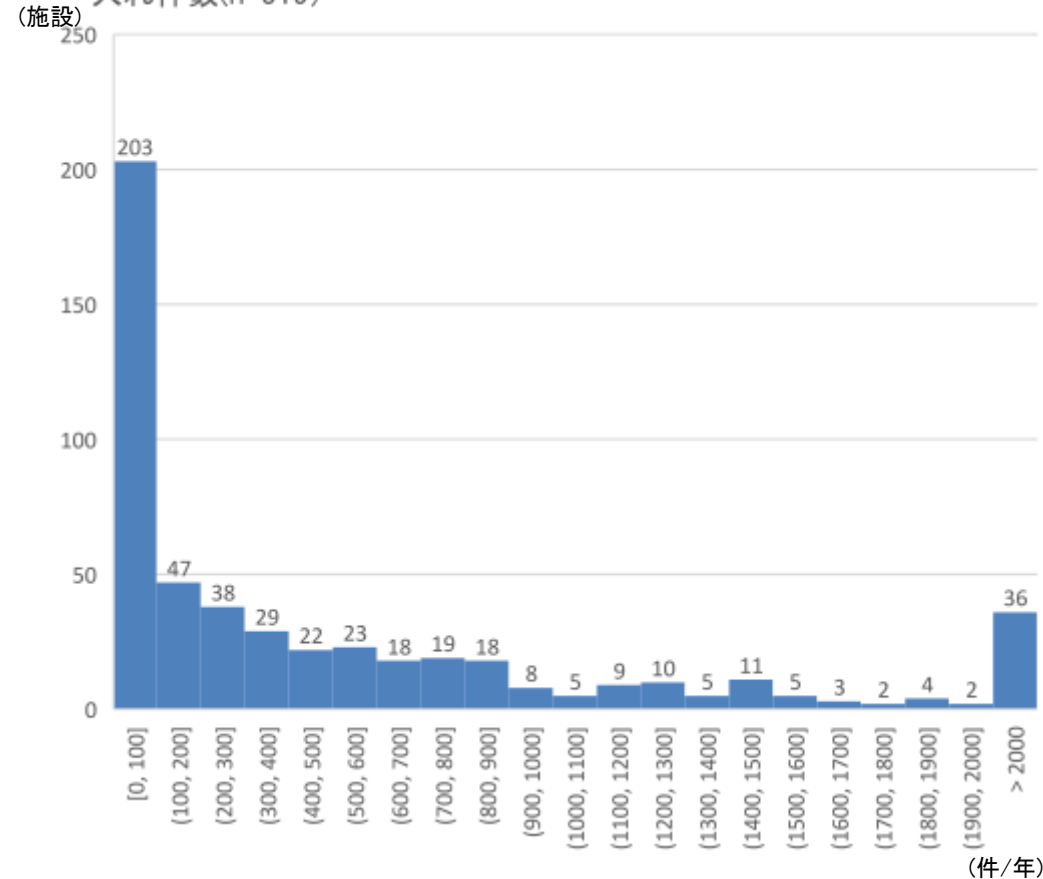
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



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)



(件/年)

# 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%

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)

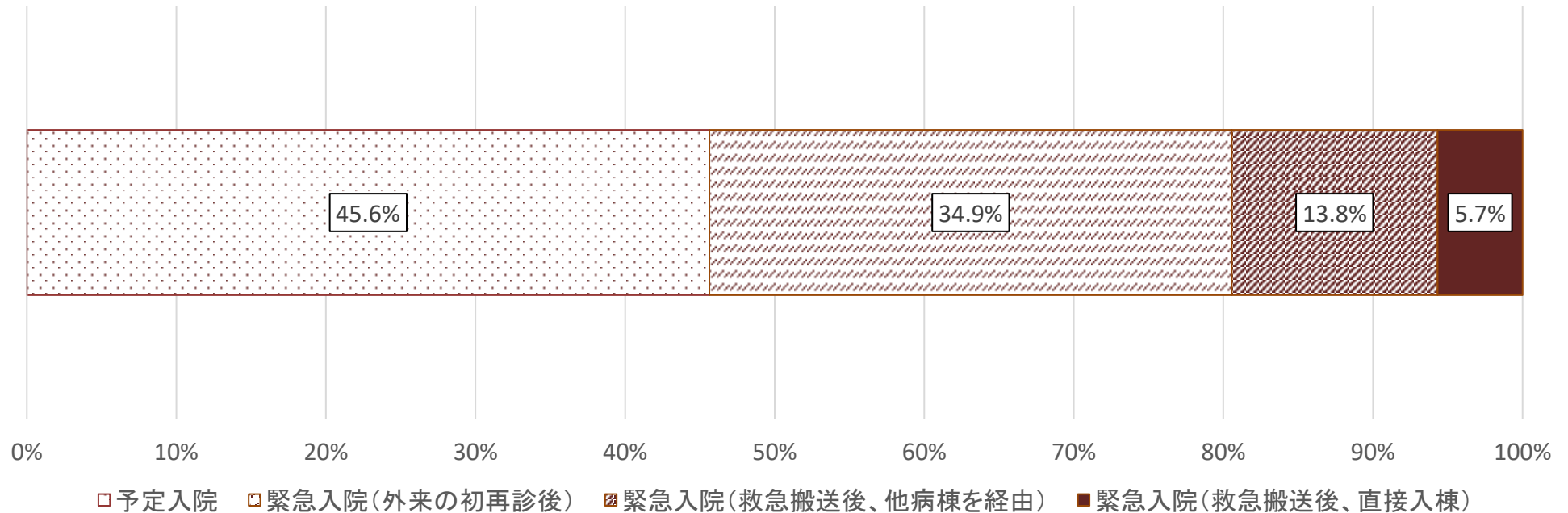
# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6

- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

n = 2,835



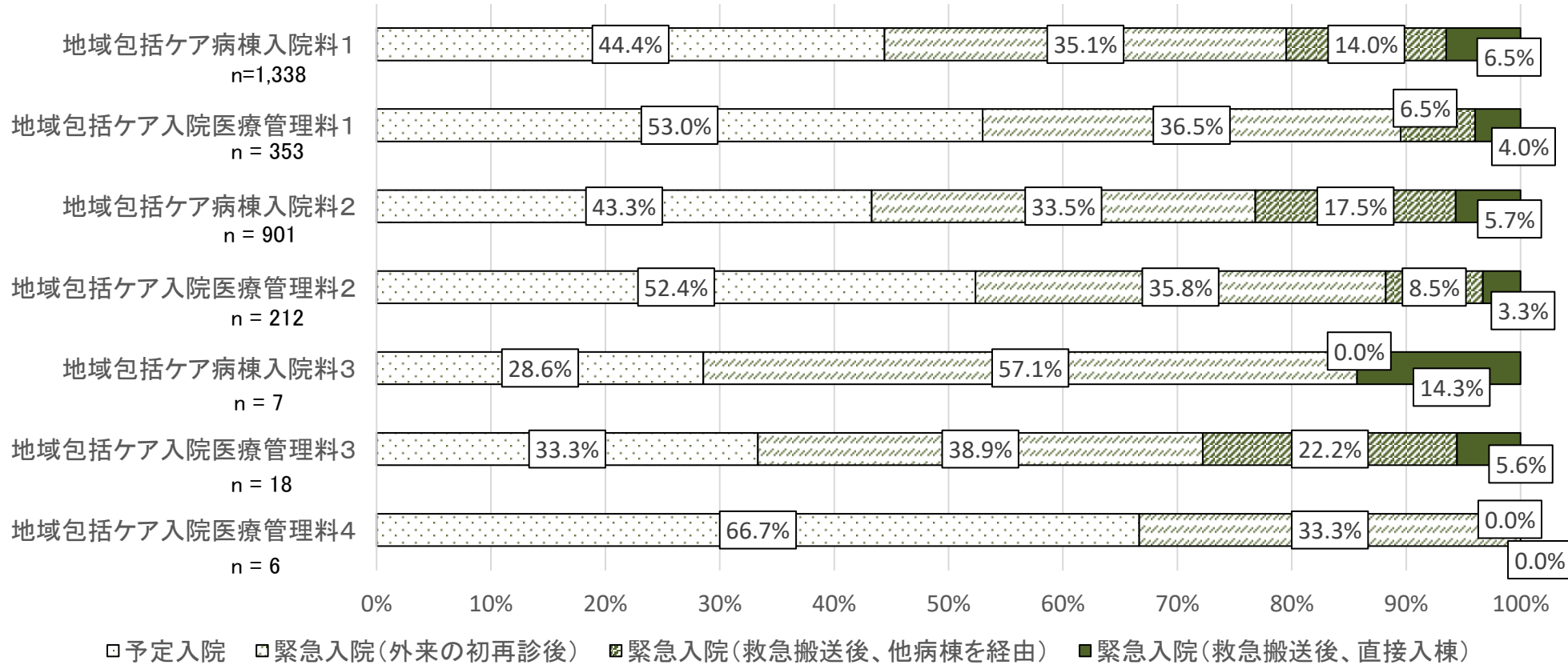
※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、入院料、管理料ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、入院料、管理料ごとに比較したが、大きな差はない。

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



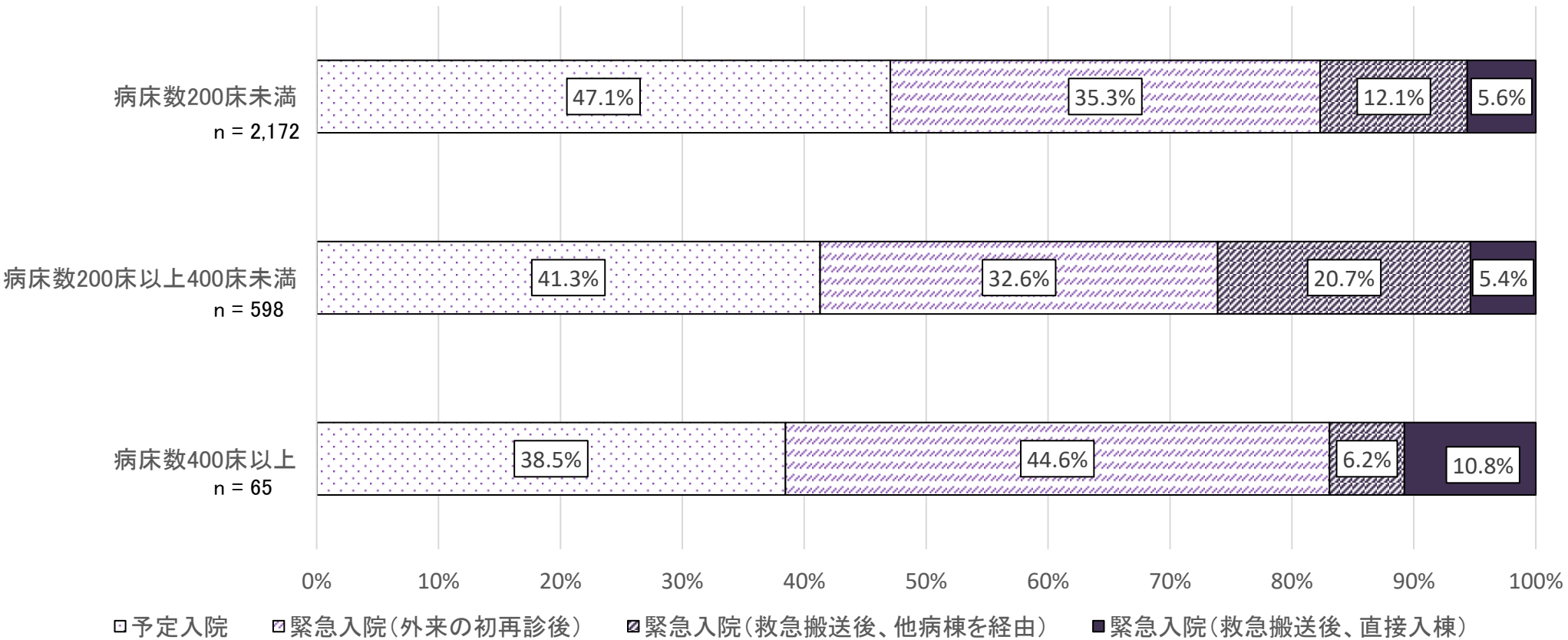
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、病院の病床数ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の病床数ごとに比較すると、病床数200床以上400床未満の病院の地域包括ケア病棟で、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合が大きい。

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



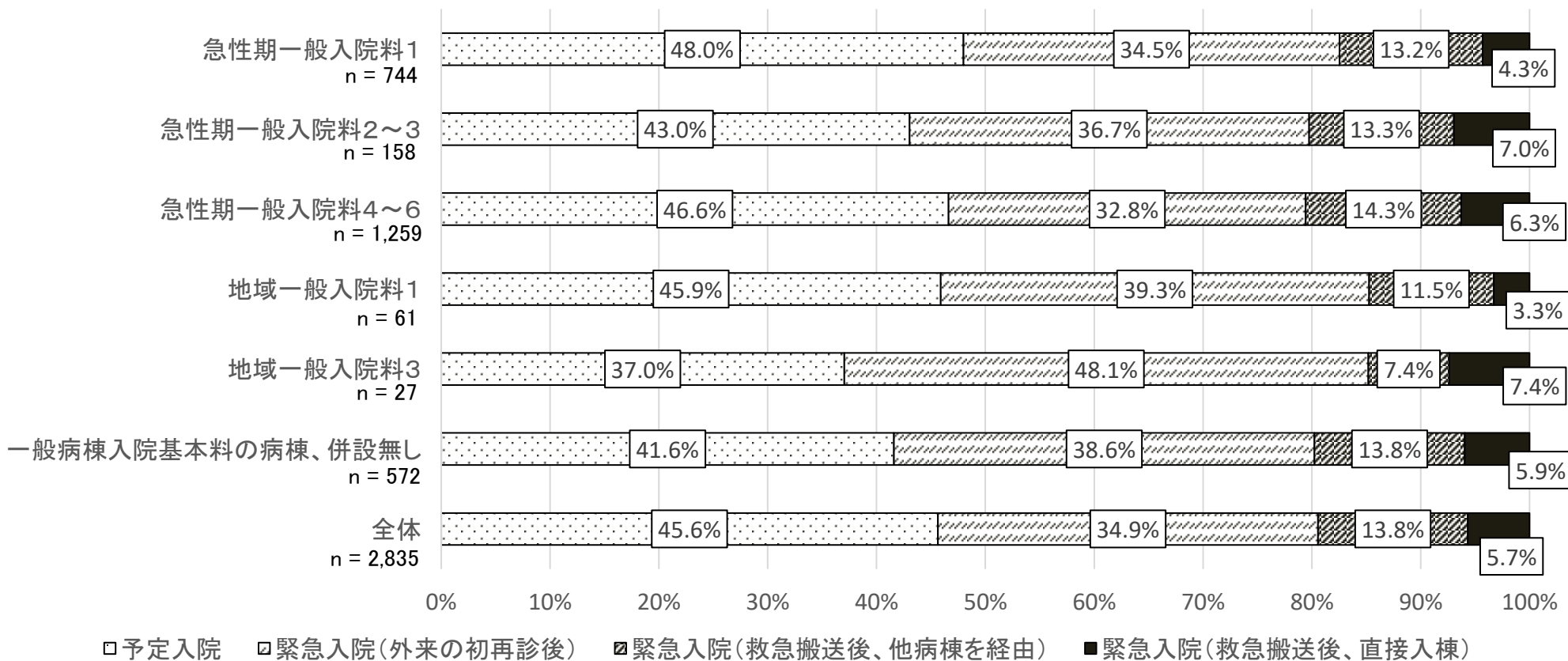
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、併設する病棟ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、併設する病棟ごとに比較すると、大きな差はない。

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



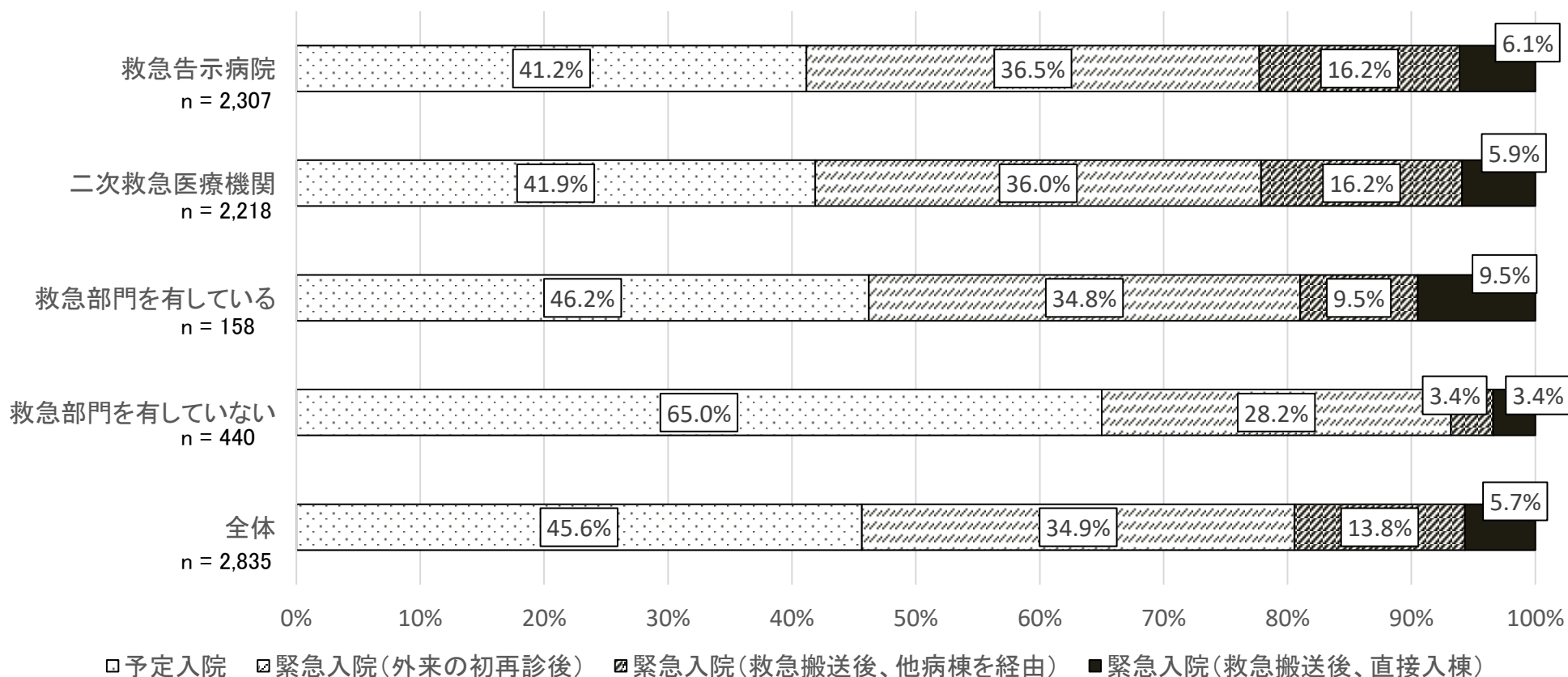
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、救急医療における位置づけごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の救急医療の位置づけごとに比較した。救急告示病院、二次救急医療機関の地域包括ケア病棟では、地域包括ケア病棟全体と比較して、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合はやや高いが、救急搬送後、直接入棟する患者の割合に大きな差はない。

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。



# 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後  
(外来の初再診後) (n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由  
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟  
(n=161)

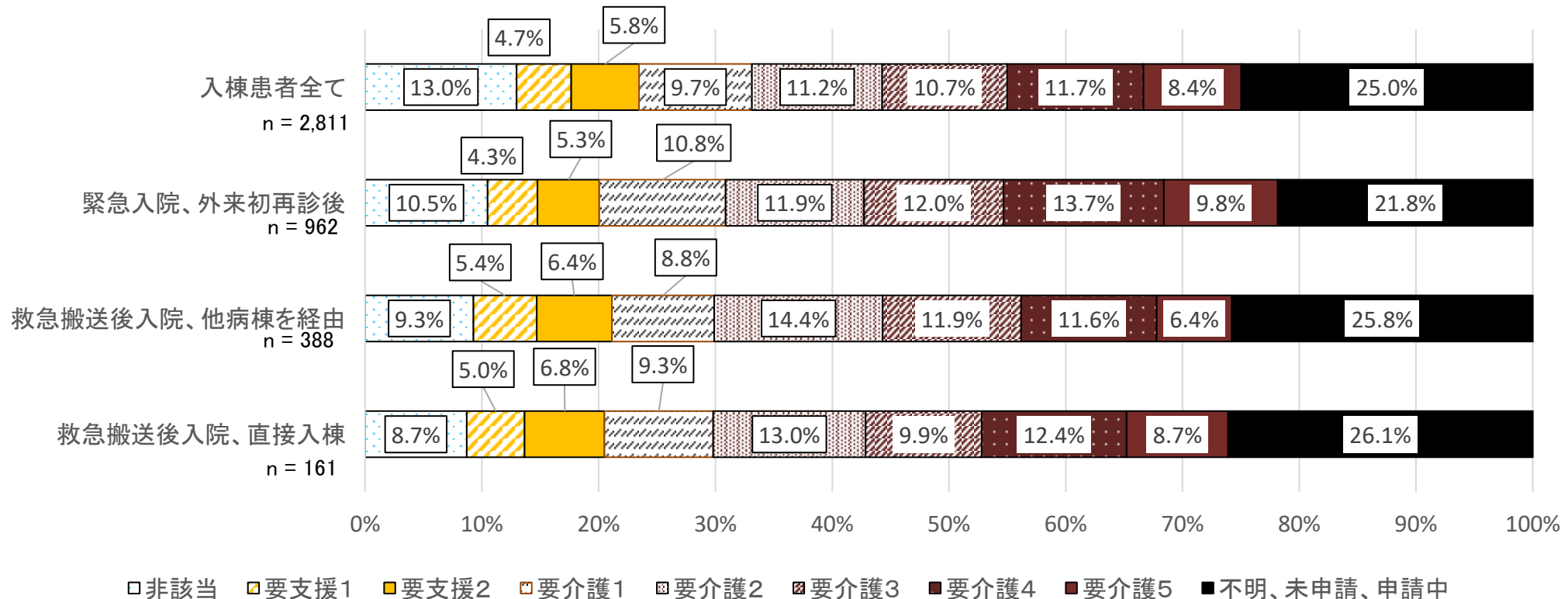
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の要介護度

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、要介護度が高い傾向にあった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の要介護度

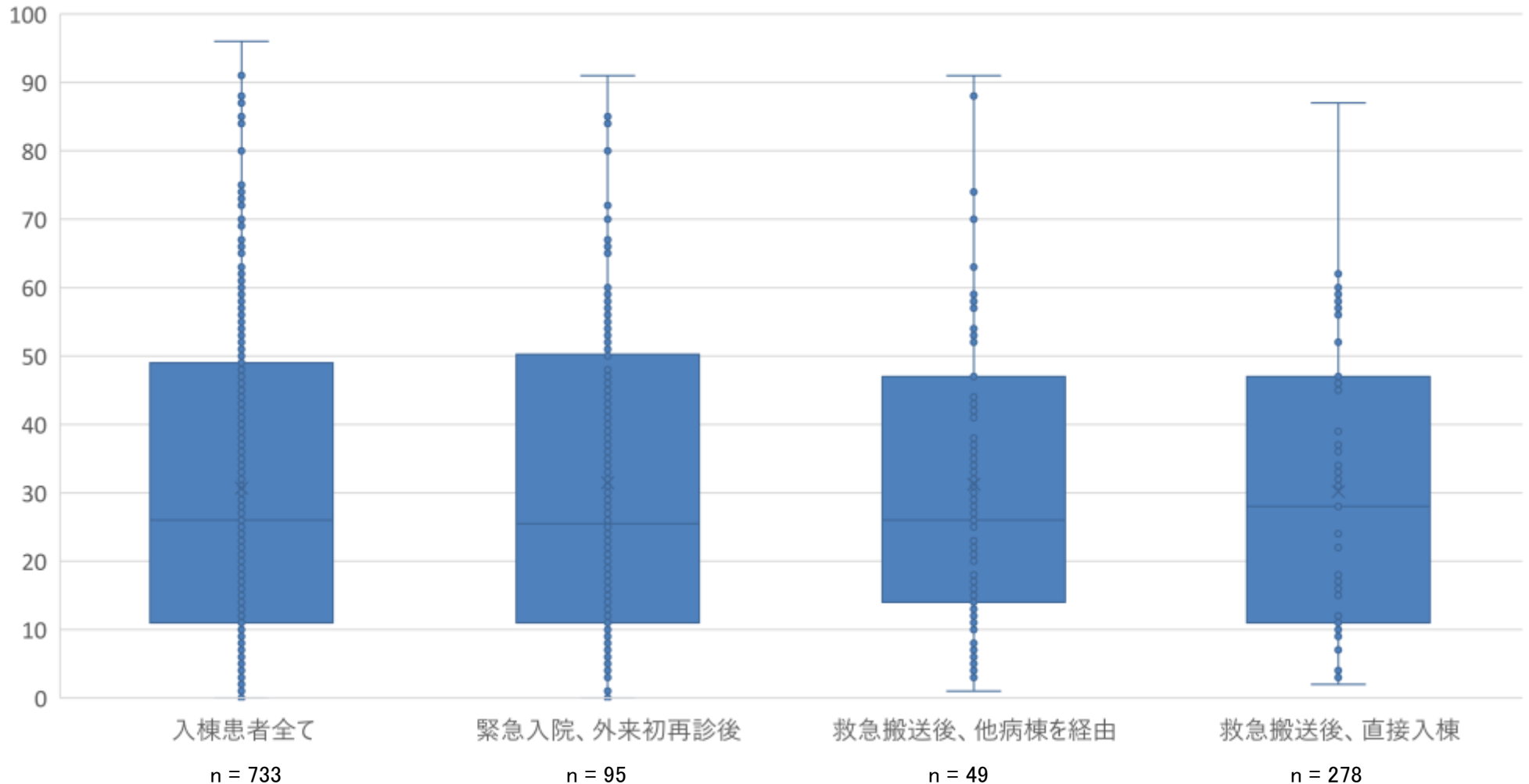


# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟期間

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。

## 患者の入棟期間の分布

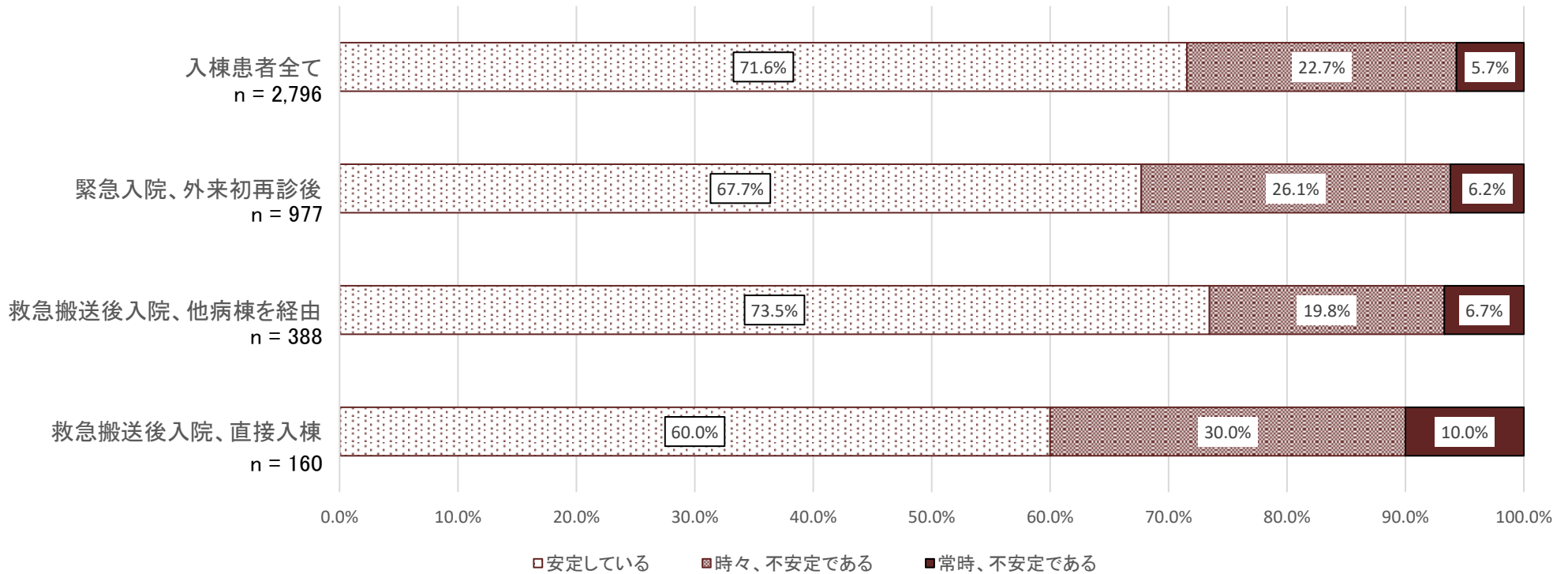


# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の医療の必要性

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医療的に不安定である傾向であった。

医療的監視の必要性の観点からの患者の状態

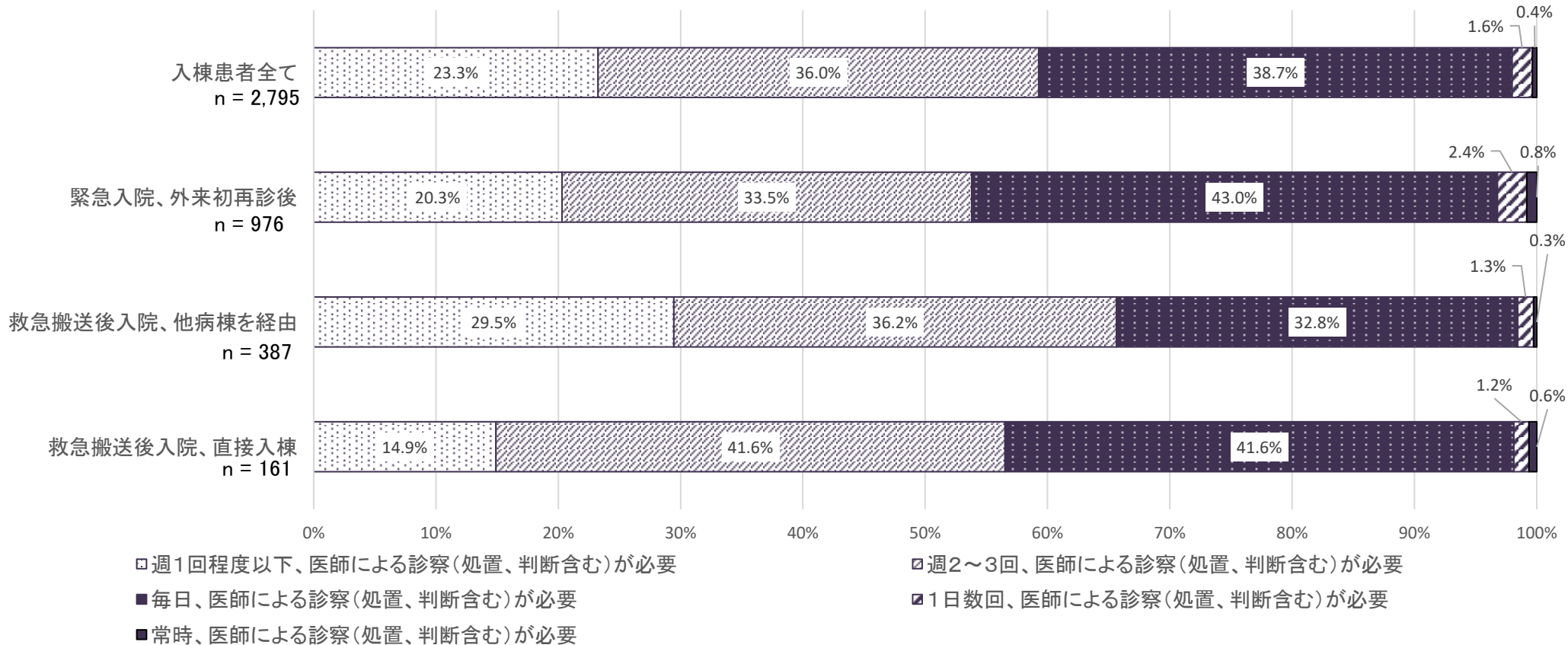


# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。

診調組 入-1  
5.8.10

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

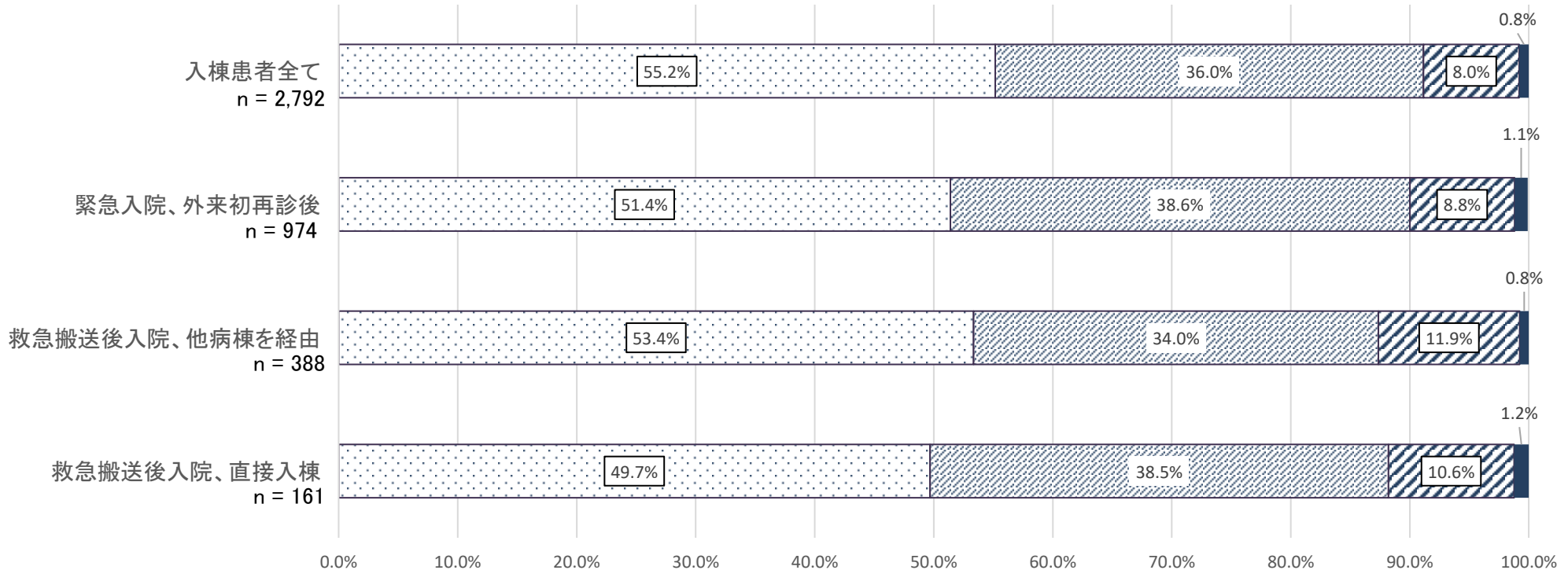


# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の看護師による直接の看護提供の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

地域包括ケア病棟に入棟した患者の看護師による直接の看護提供の頻度・必要性



□01 1日1～3回の観察および管理が必要

▨02 1日4～8回の観察および管理が必要

▨03 02を超えた頻繁な観察および管理が必要

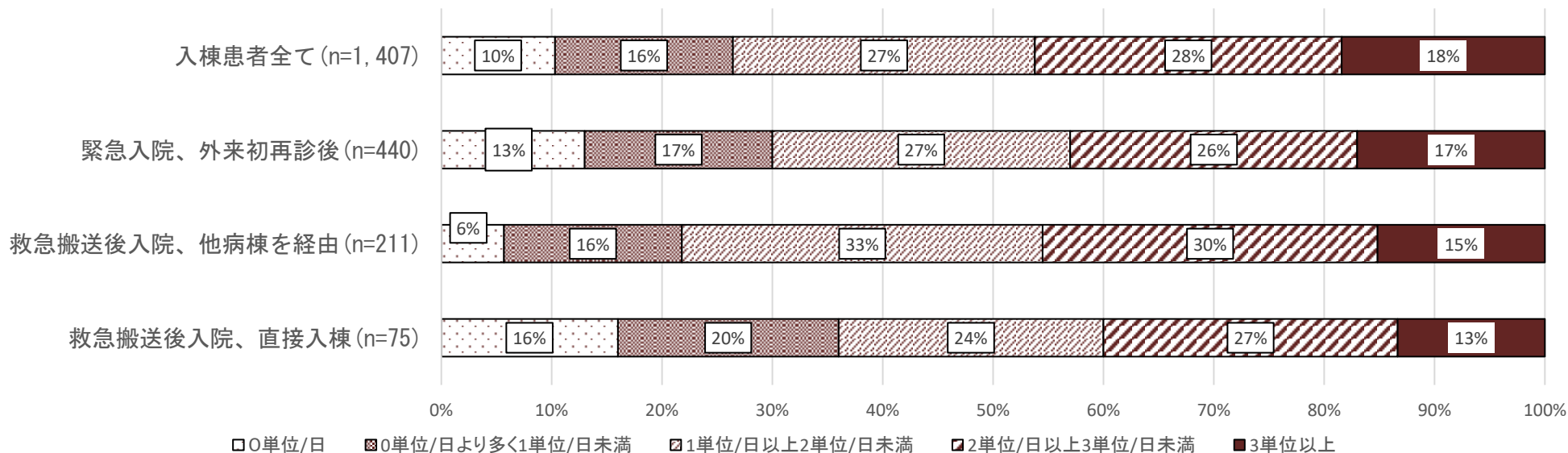
■04 03を超えた常時の観察および管理が必要※

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者のリハビリ実施状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

## リハビリ実施単位数



# 地域包括ケア病棟、DPCデータ解析① 入棟経路別の主傷病名

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折 閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

①算定患者全て (n=731,936)

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折 閉鎖性	3.0%
4	大腸<結腸>のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少(症)	2.1%
8	肺炎, 詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	2.0%
10	尿路感染症, 部位不明	2.0%

②緊急入院後 (n=178,017)

1	腰椎骨折 閉鎖性	4.6%
2	体液量減少(症)	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎, 詳細不明	3.8%
5	尿路感染症, 部位不明	3.4%
6	大腸<結腸>のポリープ	2.3%
7	心不全, 詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折 閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟 (n=39,757)

1	腰椎骨折 閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少(症)	4.8%
4	尿路感染症, 部位不明	3.1%
5	肺炎, 詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい <眩暈(症)>	2.8%
7	胸椎骨折 閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛 腰部	1.9%

## DPCデータ解析における定義

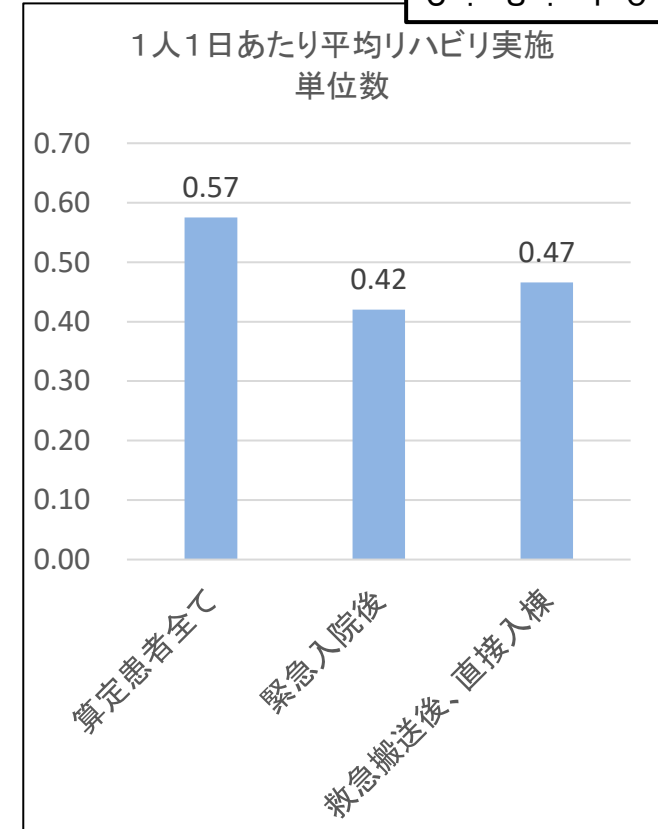
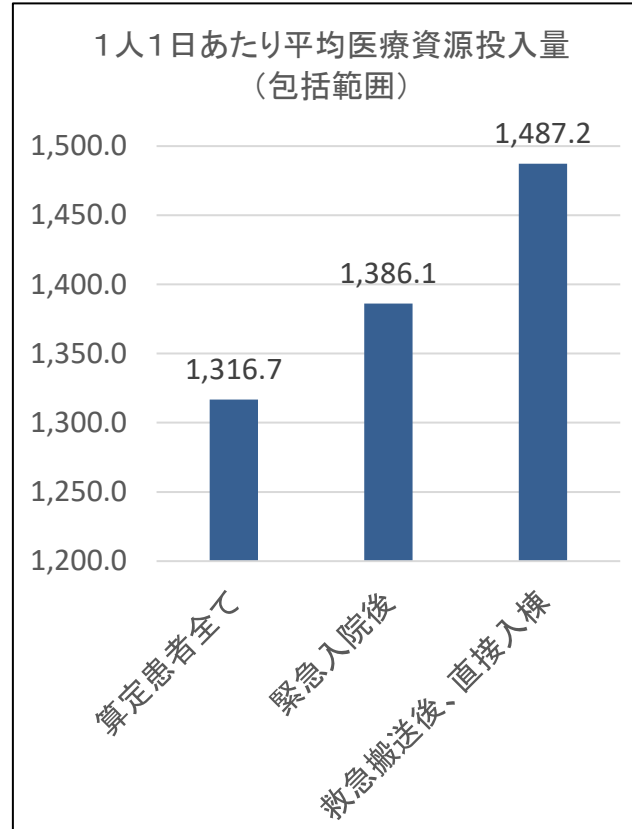
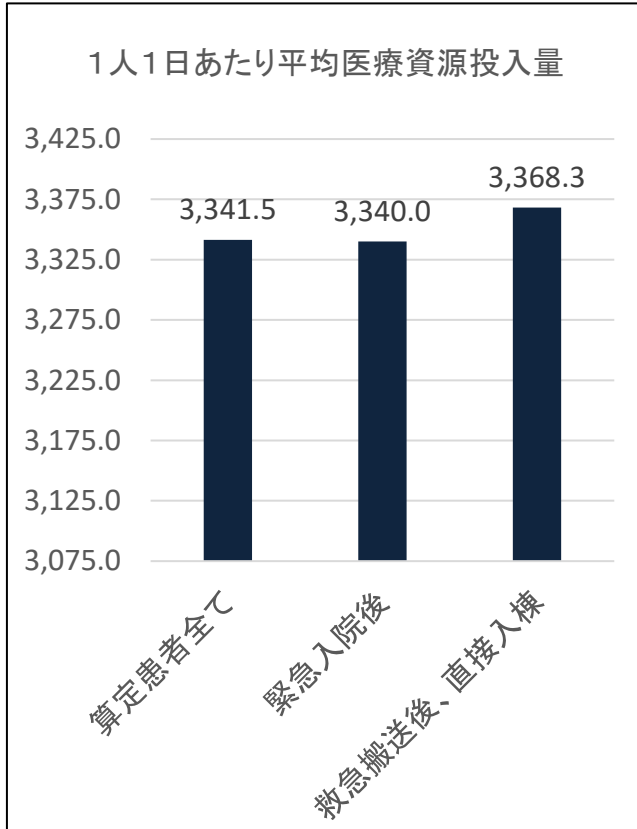
- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者



# 地域包括ケア病棟、DPCデータ解析② 入棟経路別の医療資源投入量等

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者の、入棟経路別の医療資源投入量等においては、緊急搬送、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。

診調組 入-1  
5.8.10



## DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 731,936)
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者 (n = 178,017)
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 39,757)

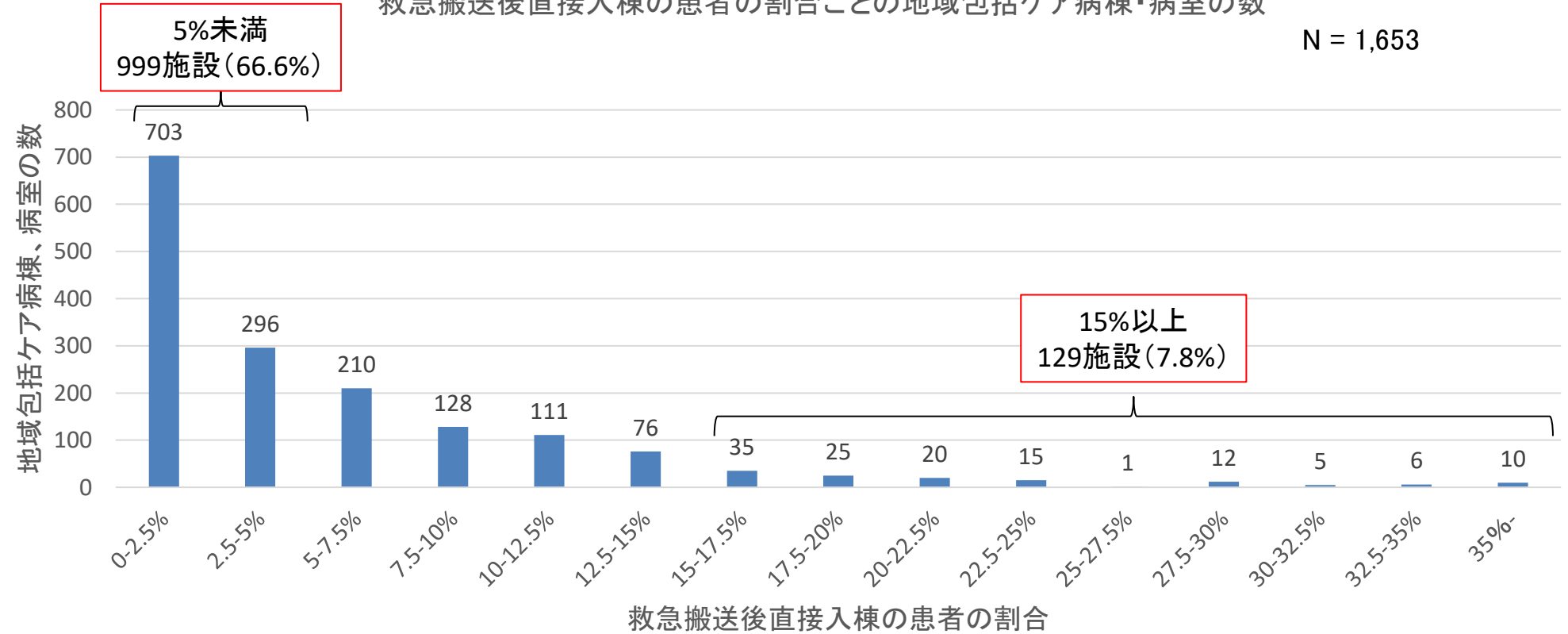
# 地域包括ケア病棟、DPCデータ解析③

## 病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。

救急搬送後直接入棟の患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数

N = 1,653



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

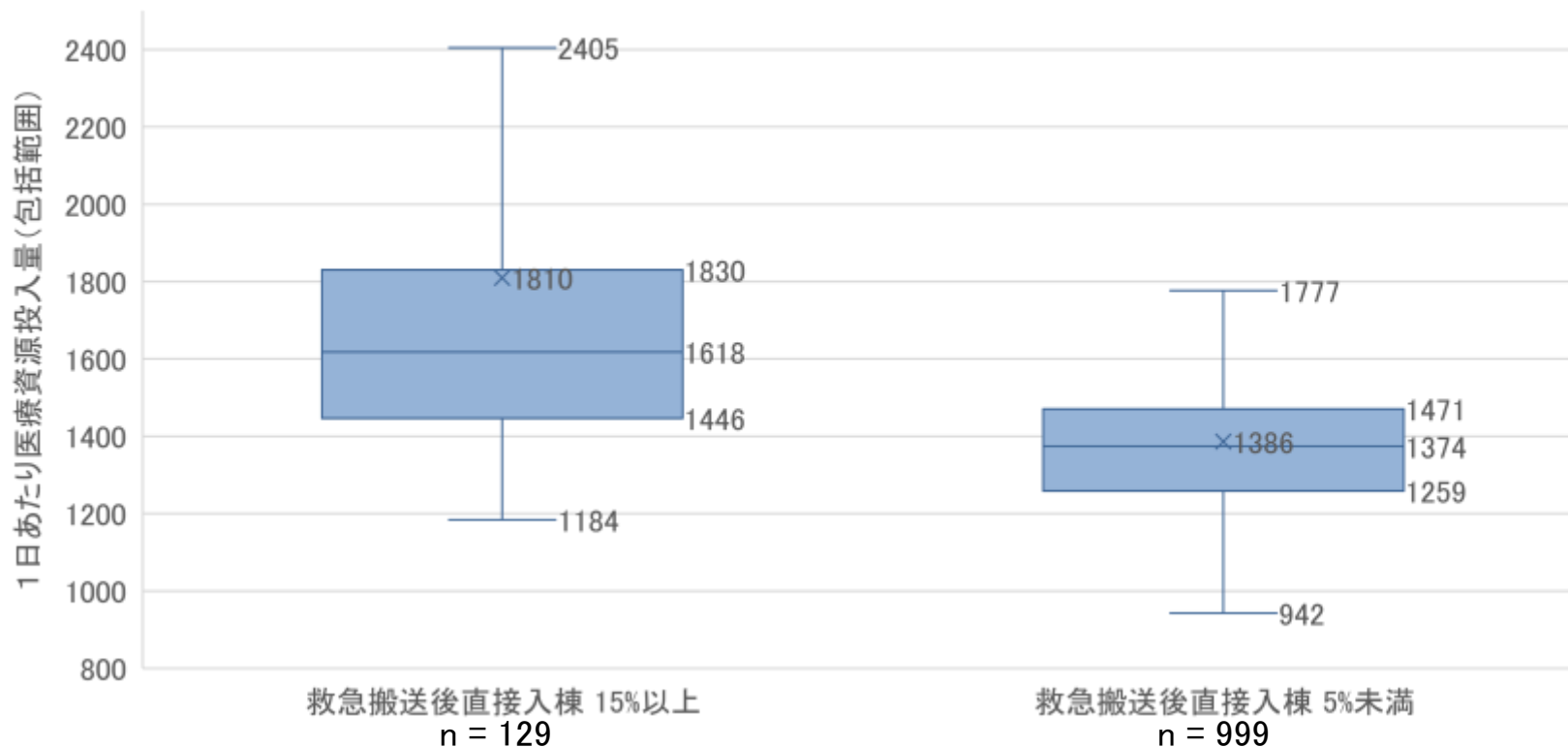
# 地域包括ケア病棟、DPCデータ解析④

## 救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が5%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の1日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）



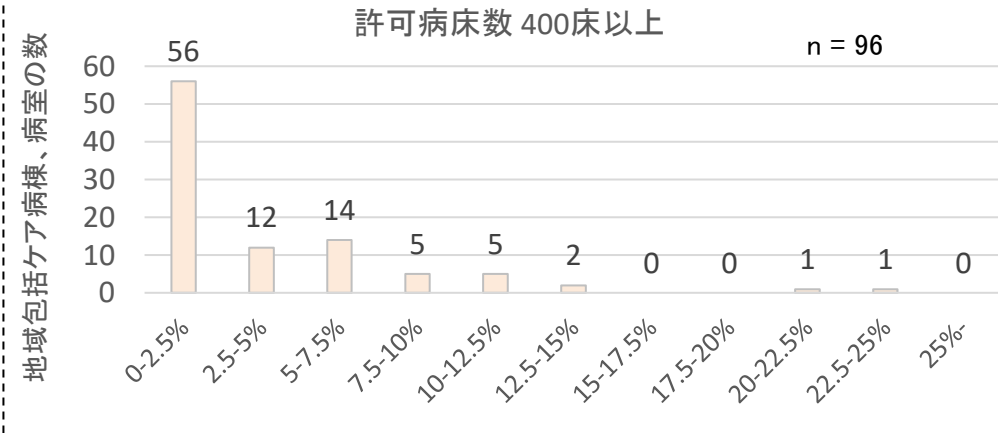
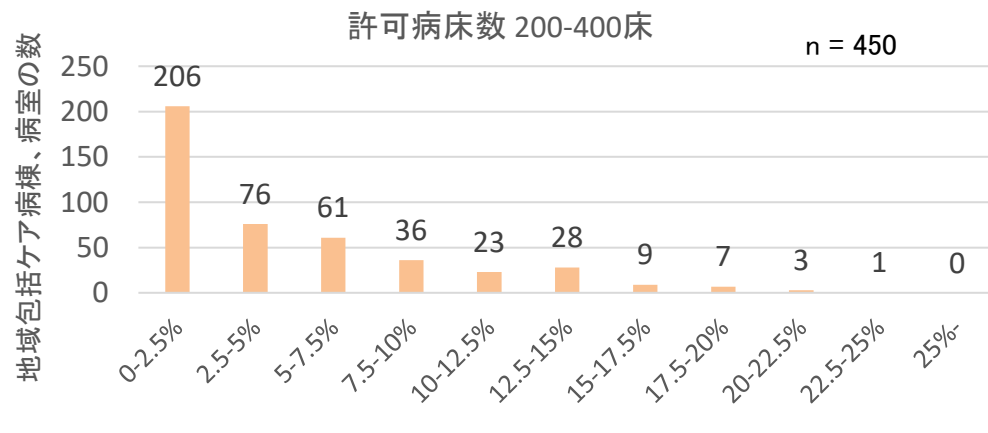
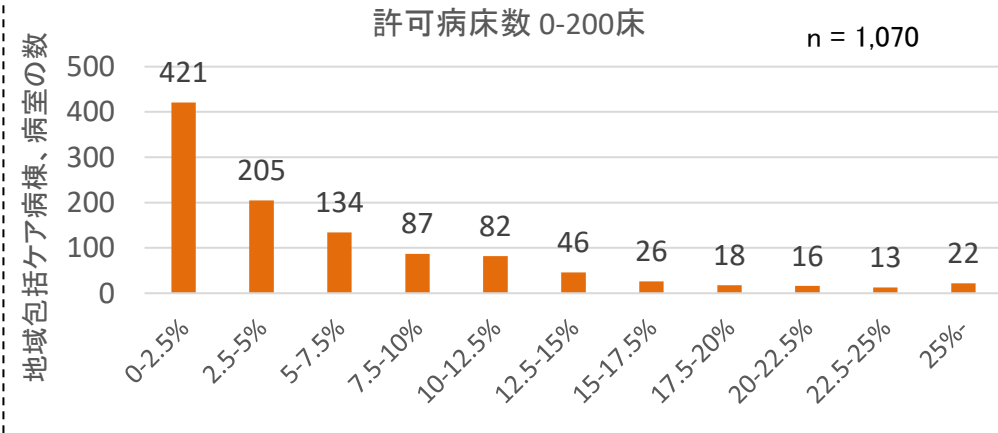
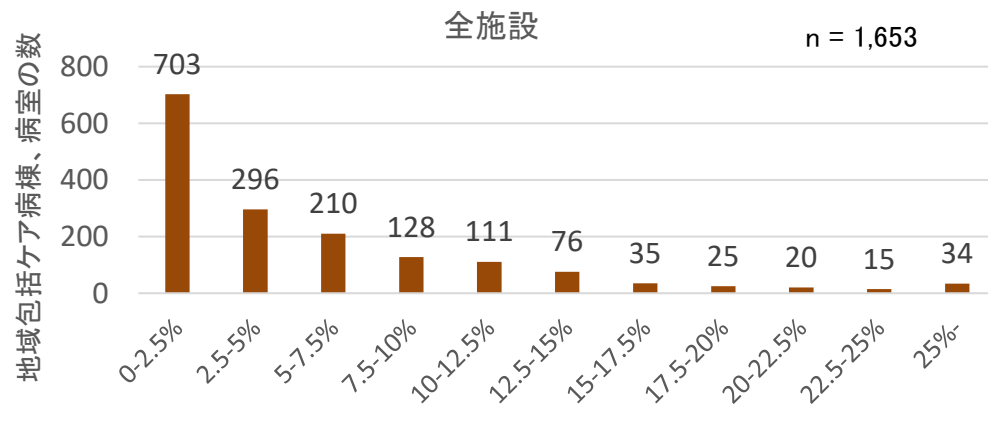
### DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

# 地域包括ケア病棟、DPCデータ解析⑤

## 救急搬送後直接入棟の患者の割合、病院の病床規模別

○ 病院の許可病床ごとに救急搬送後直接入棟の患者の割合の分布を比較したが、明確な差は見られない。



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

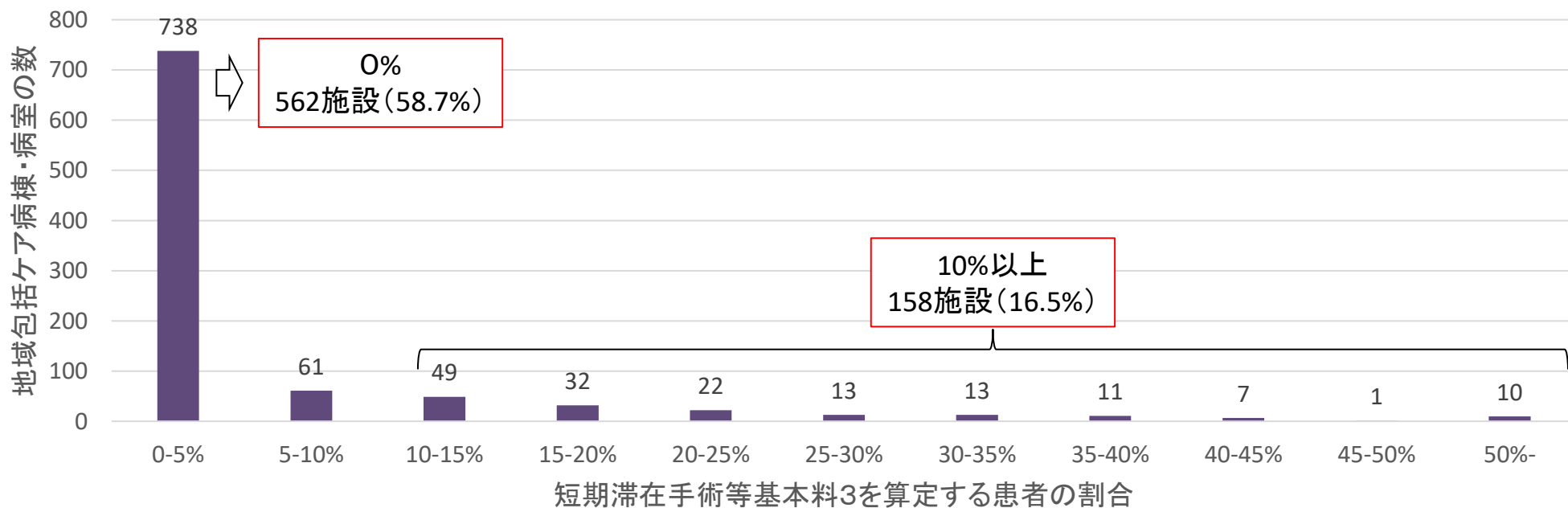
# 地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

## 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数  
N = 957



(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合) =  $\frac{\text{(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数)}}{\text{(地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数)}}$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

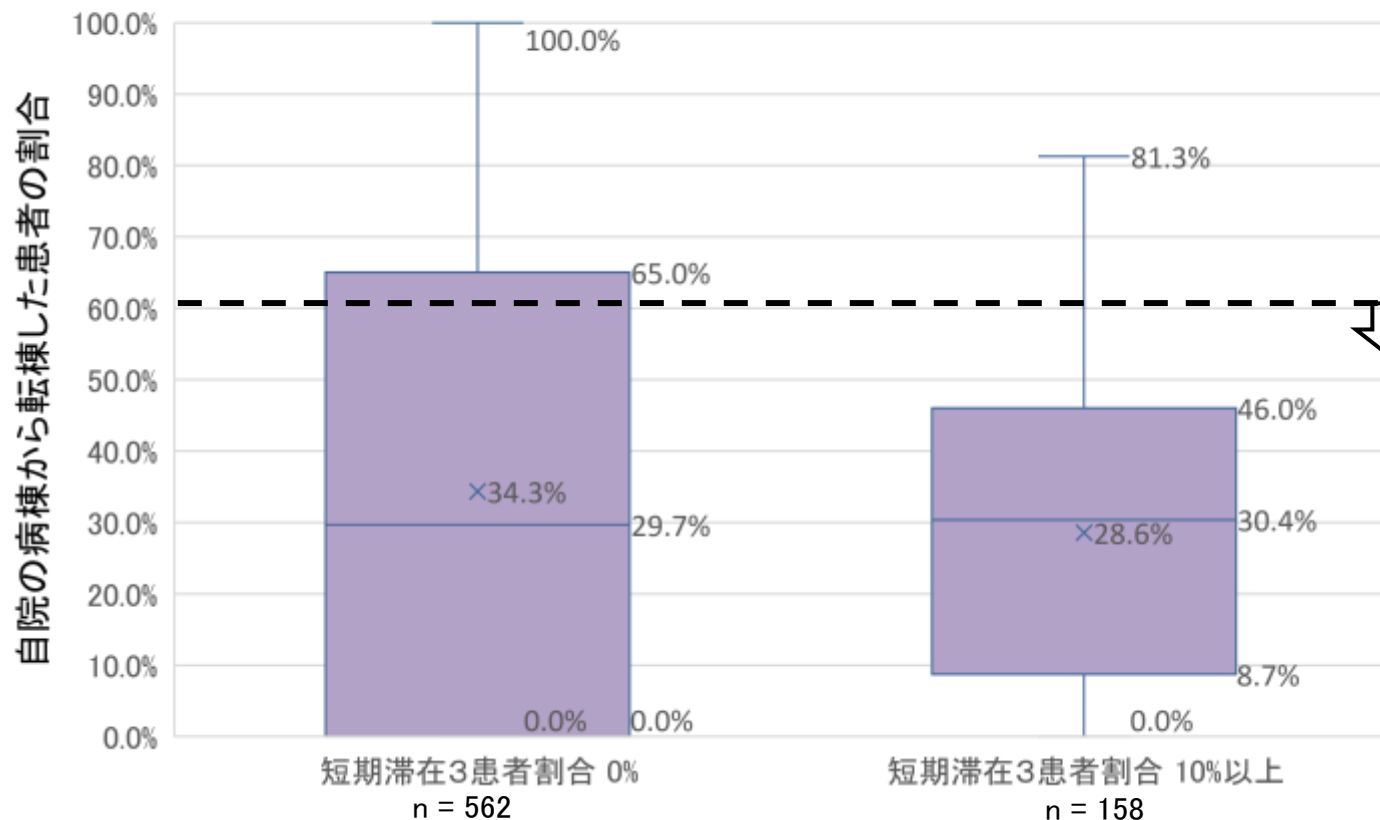
# 地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析②

## 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自院の病棟から転棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟と、割合が0%である地域包括ケア病棟とで、自院の病棟から転棟した患者割合に大きな差はなかった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、  
自院の病棟から転棟した患者の割合



(参考)  
地域包括ケア病棟入院料2・4の基準  
自院の一般病棟から転棟した患者割合  
6割未満

$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

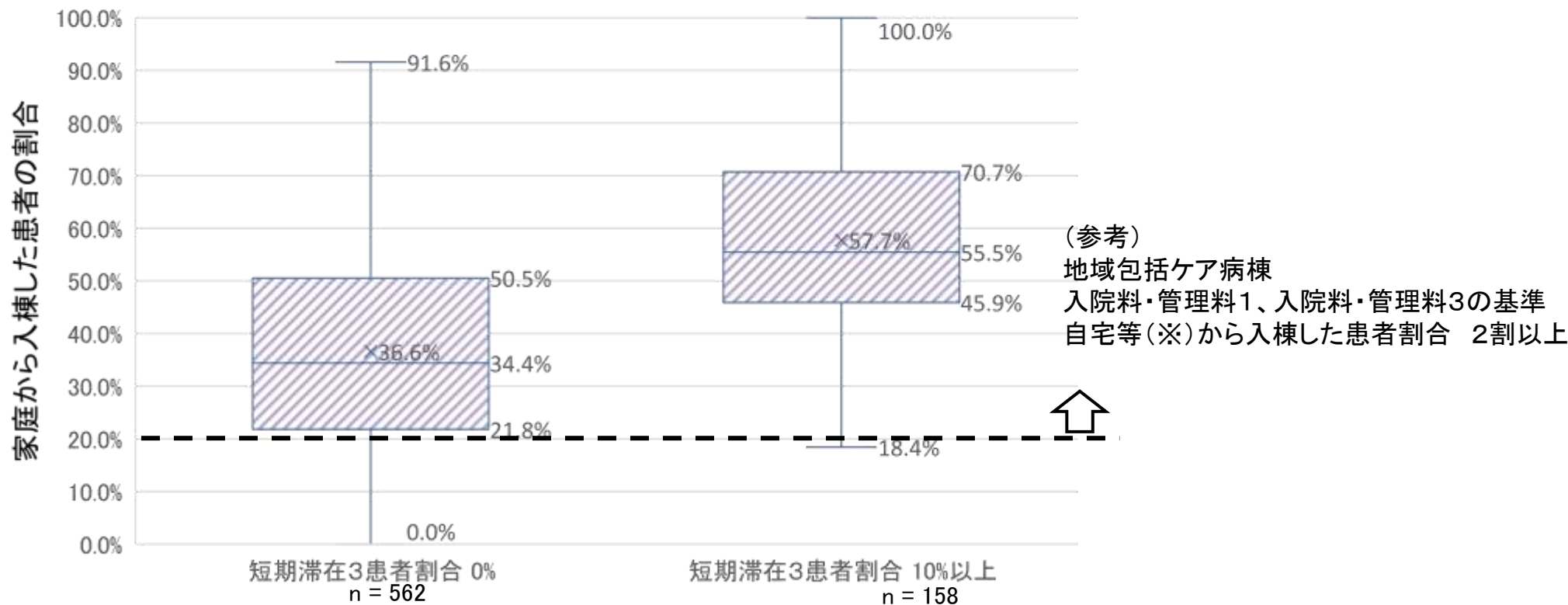
# 地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析③

## 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、家庭から入棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、家庭から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、  
自宅から入棟した患者の割合



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

- ※ 施設規程における自宅等: 自宅又は有料老人ホーム等(介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等)
- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

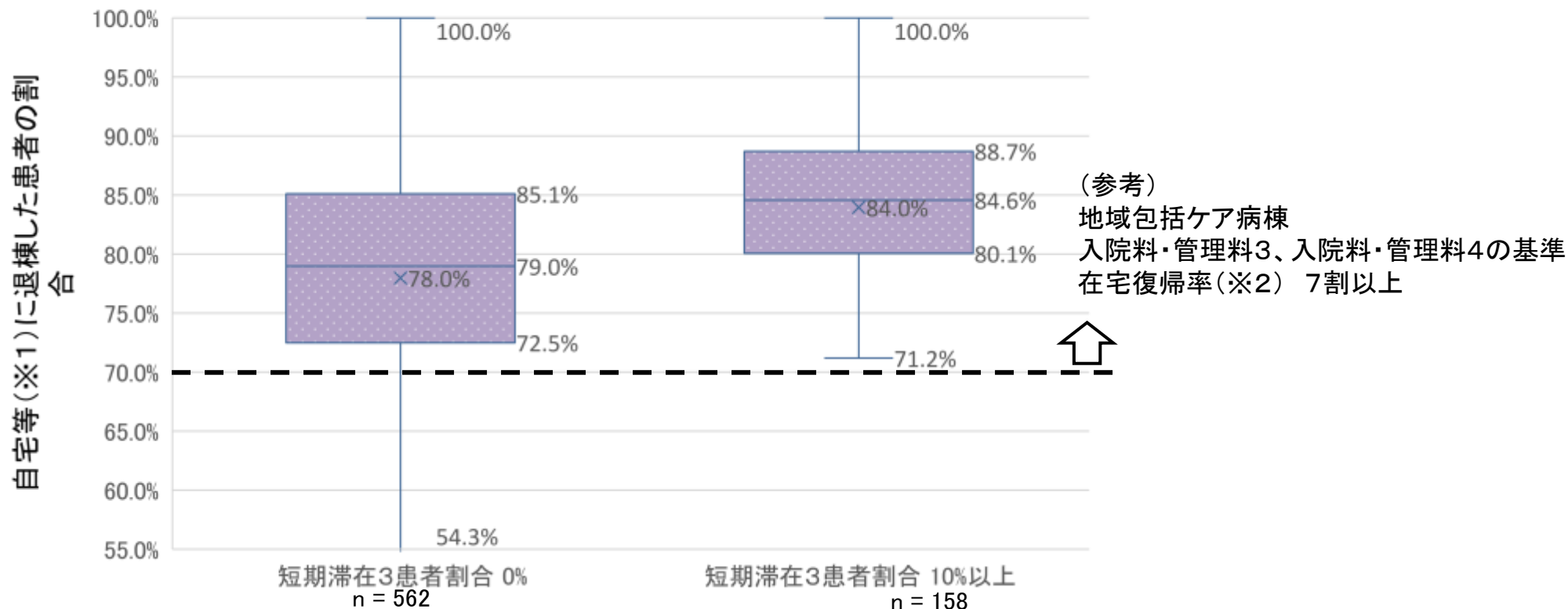
# 地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析④

## 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自宅等に退棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、自宅等（※1）に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、  
自宅等に退棟した患者の割合



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

- ※1 集計における自宅等 : 家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
- ※2 施設基準における在宅復帰率における分子 : 他の保険医療機関(有床診療所を除く)に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。



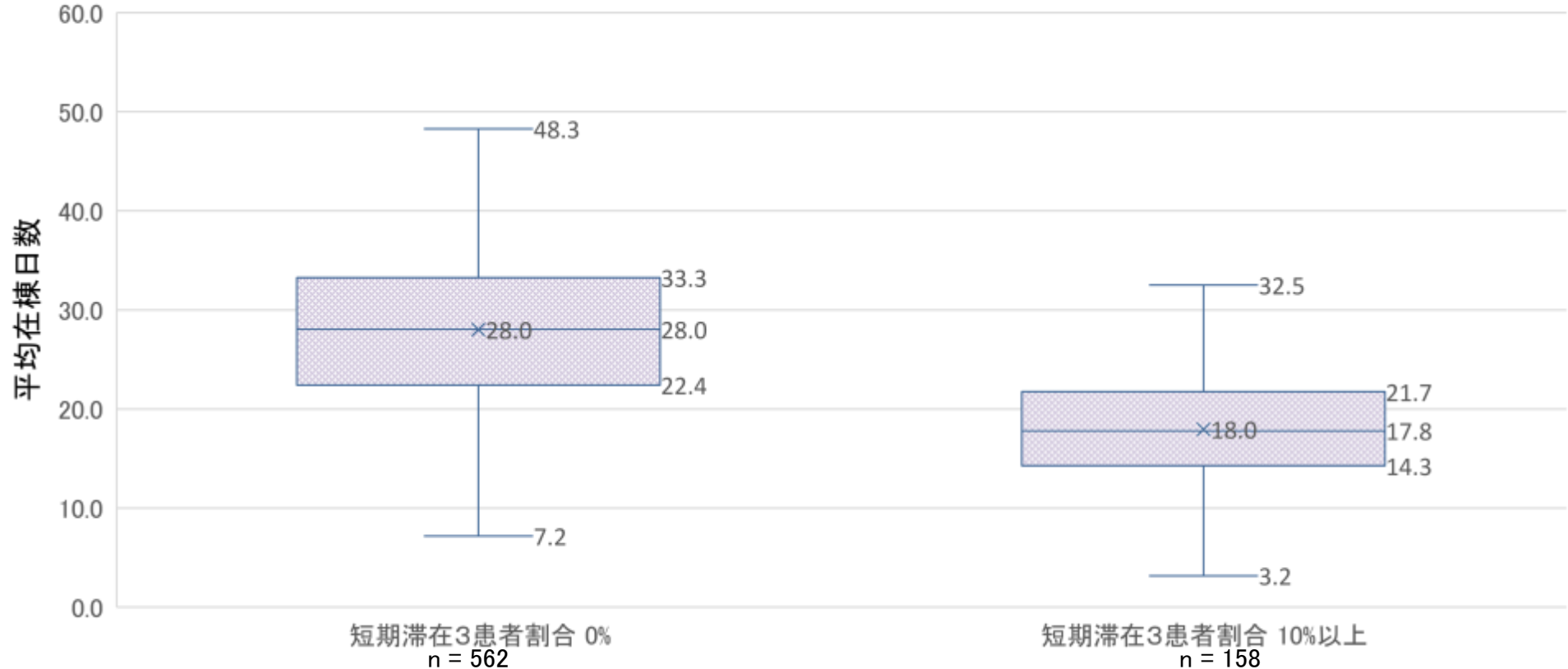
# 地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析⑤

## 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、平均在棟日数

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、平均在棟日数が短い傾向にあった。

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、平均在棟日数



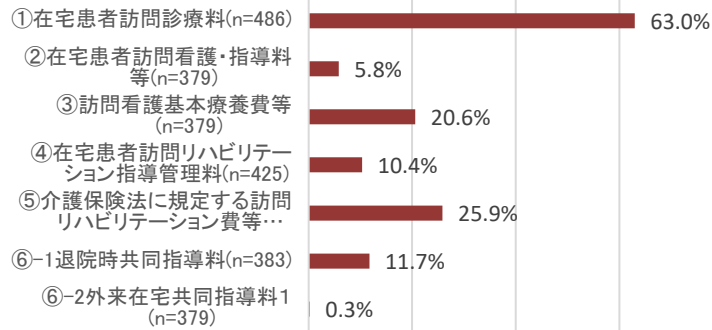
$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

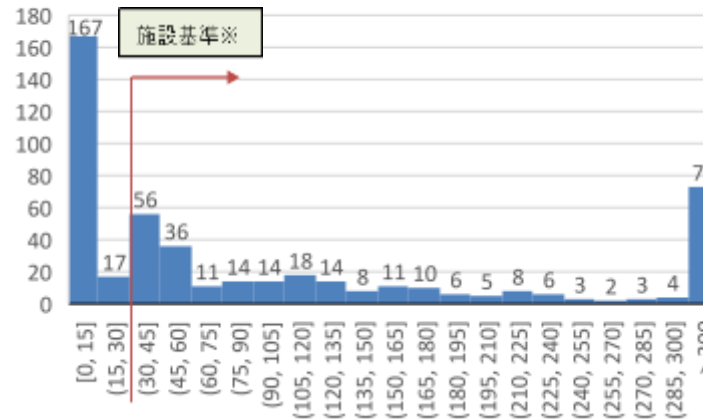
# 在宅医療等の提供状況①

○ 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。

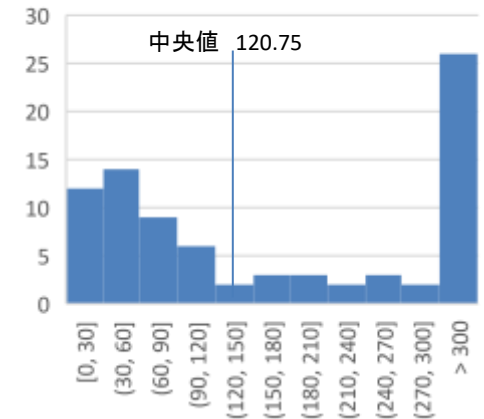
在宅の実績に係る施設基準要件を満たしている割合



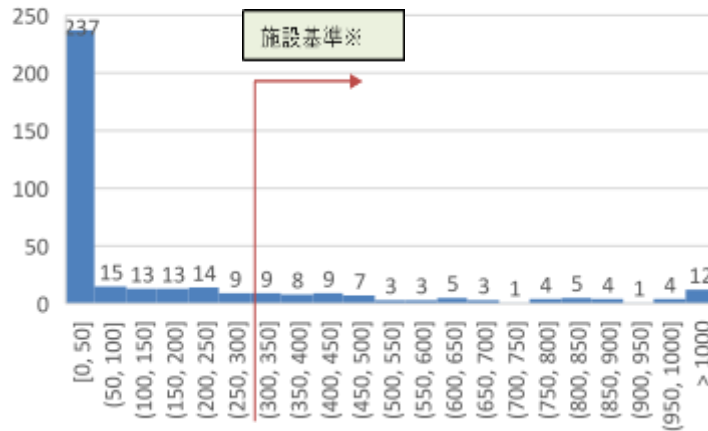
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=486)



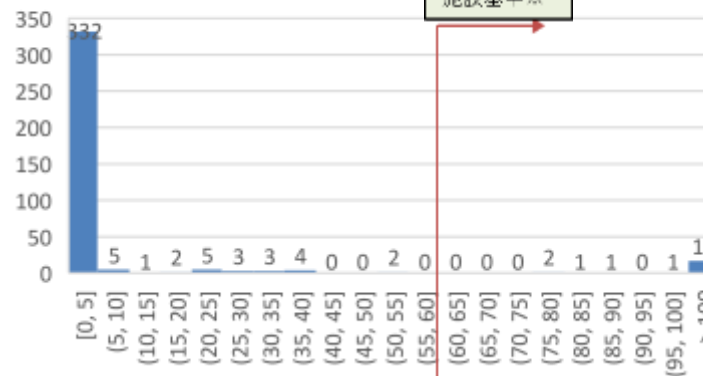
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問診療の算定回数 (n=82)



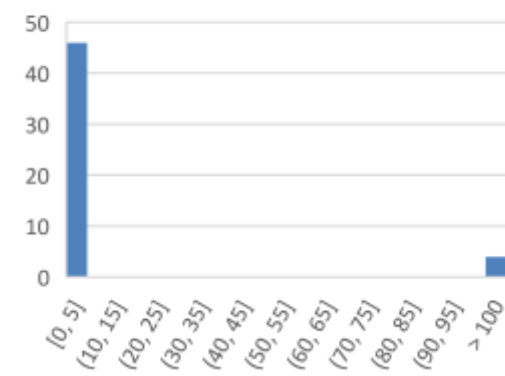
③訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



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)



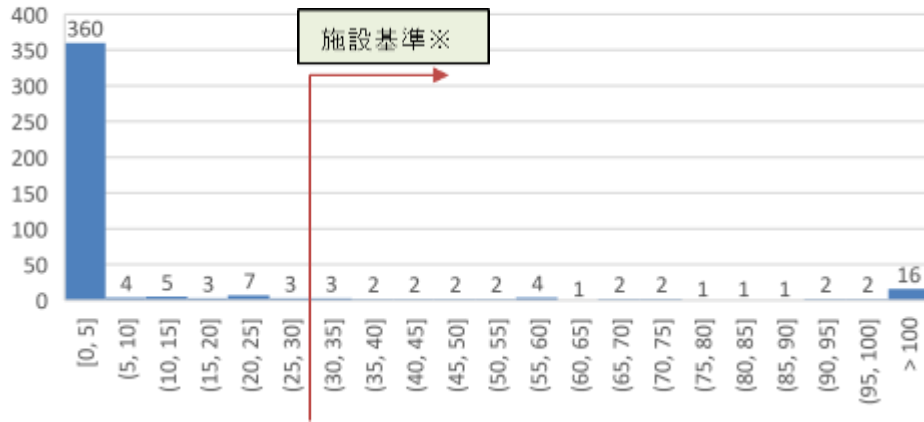
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料の算定回数 (n=50)



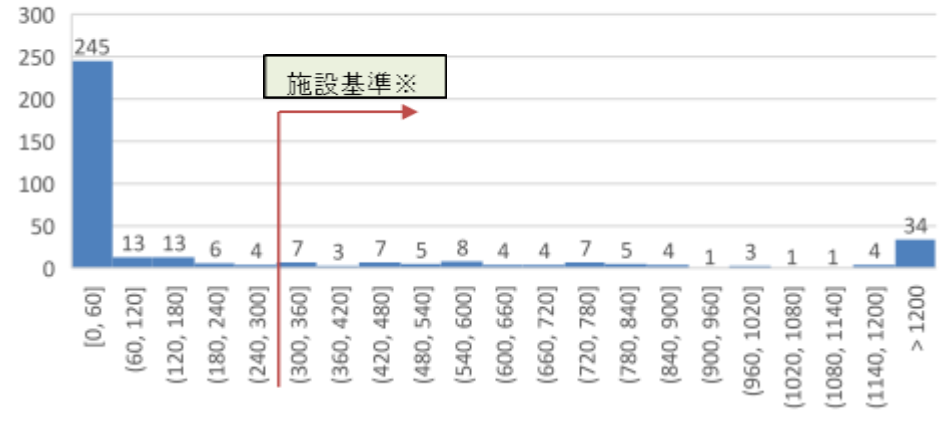
※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)

○ 地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。

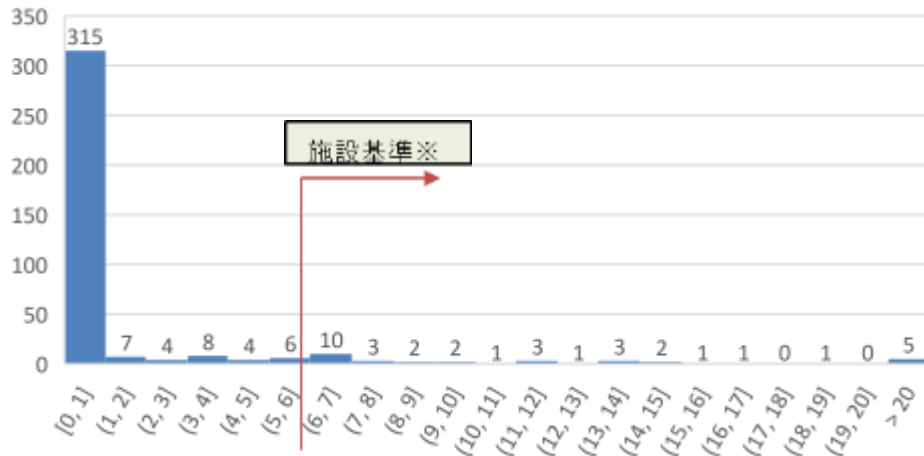
④区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=425)



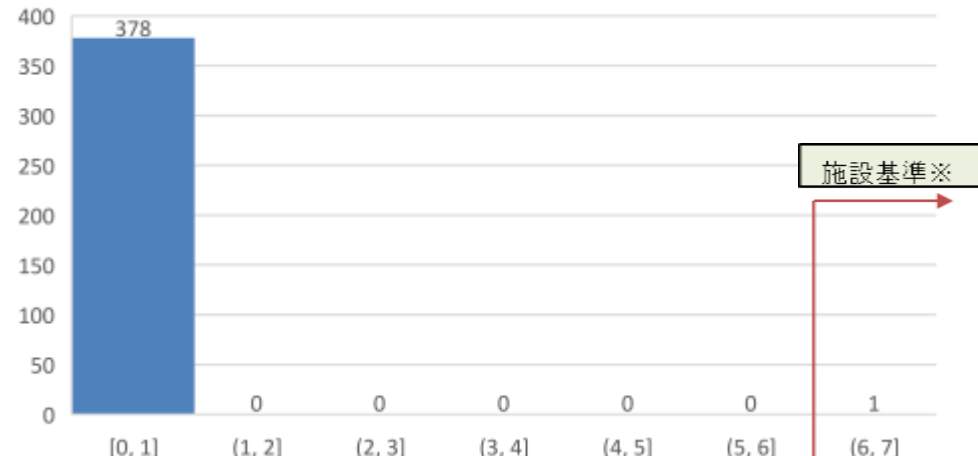
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



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)

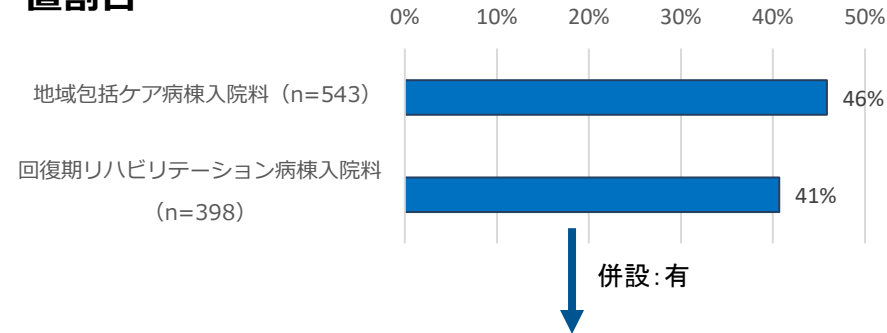


※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)

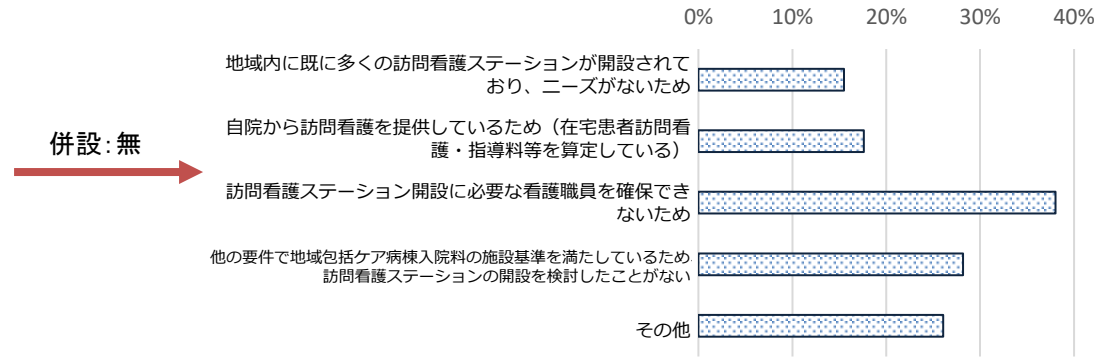
# 地域包括ケア病棟を有する病院における訪問看護

○ 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。

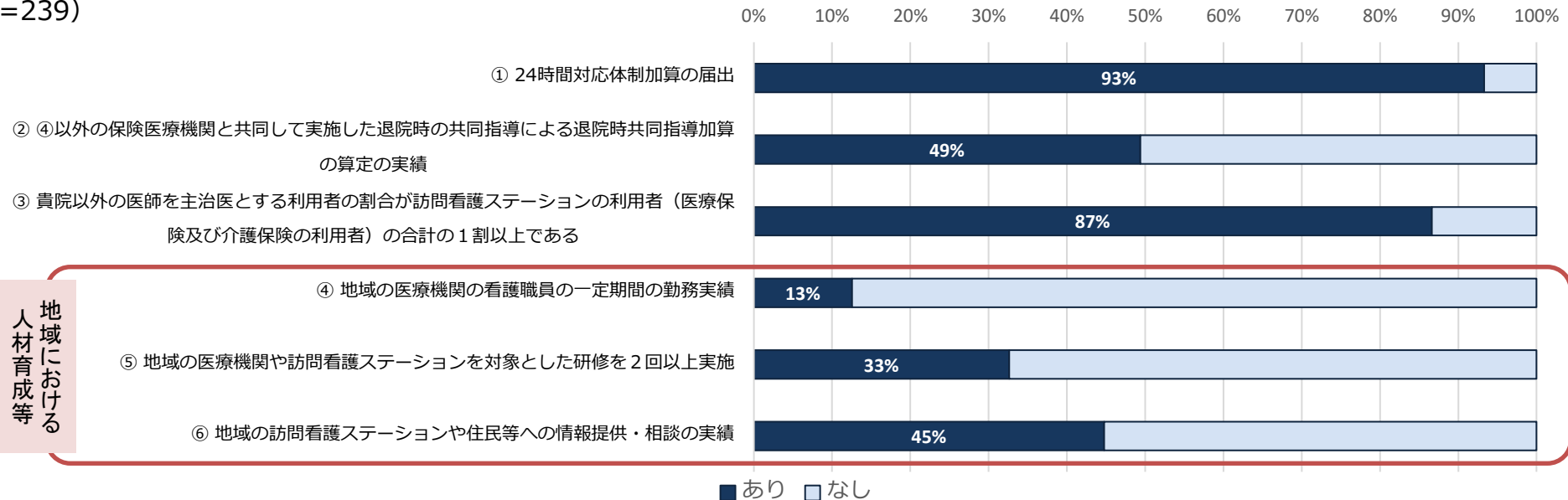
## ■ 同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



## ■ 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)

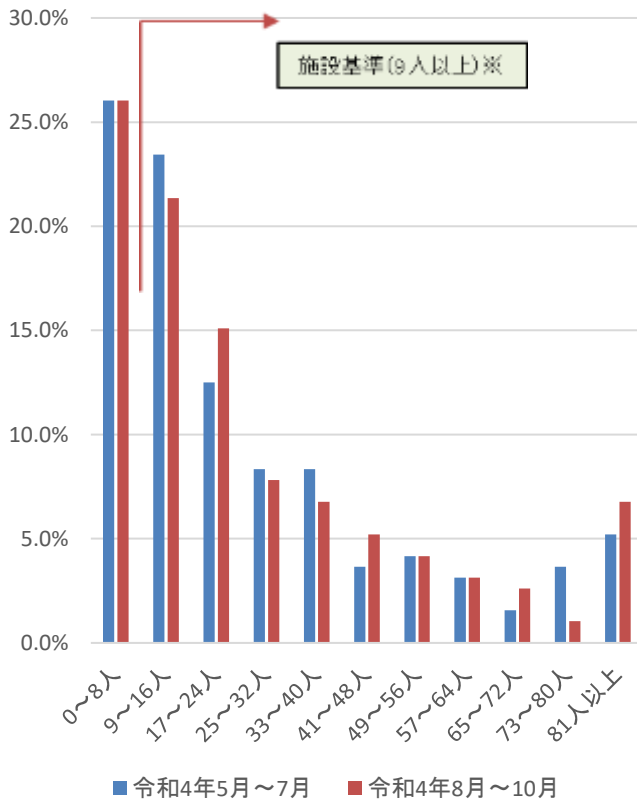


地域における人材育成等

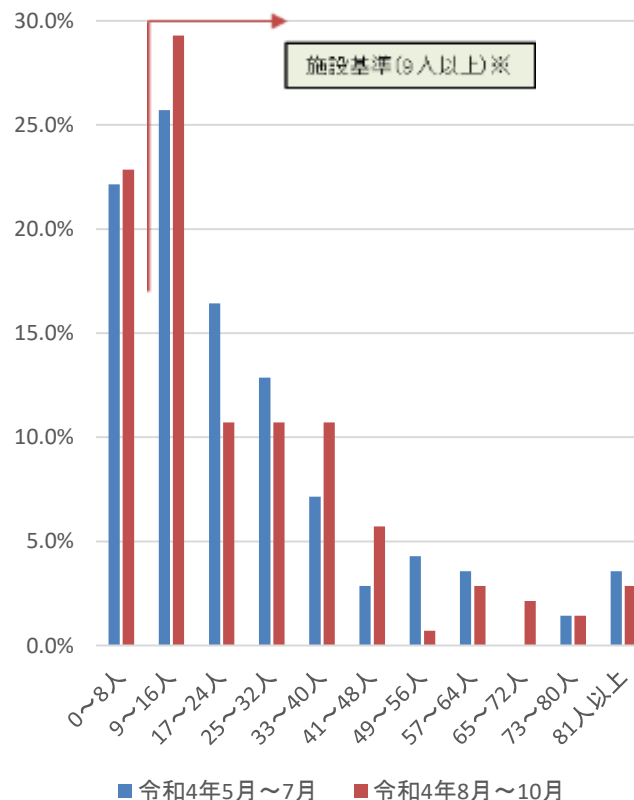
# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 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。

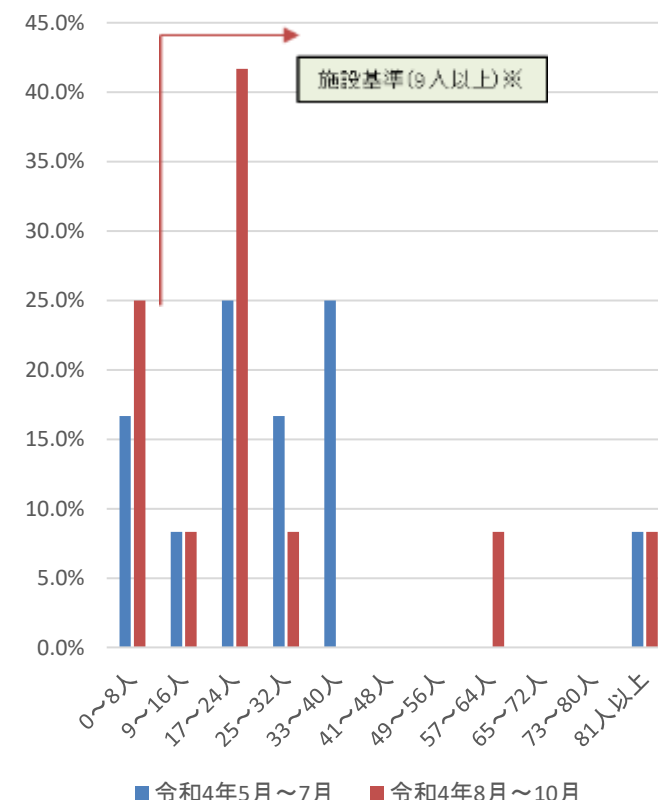
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



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)

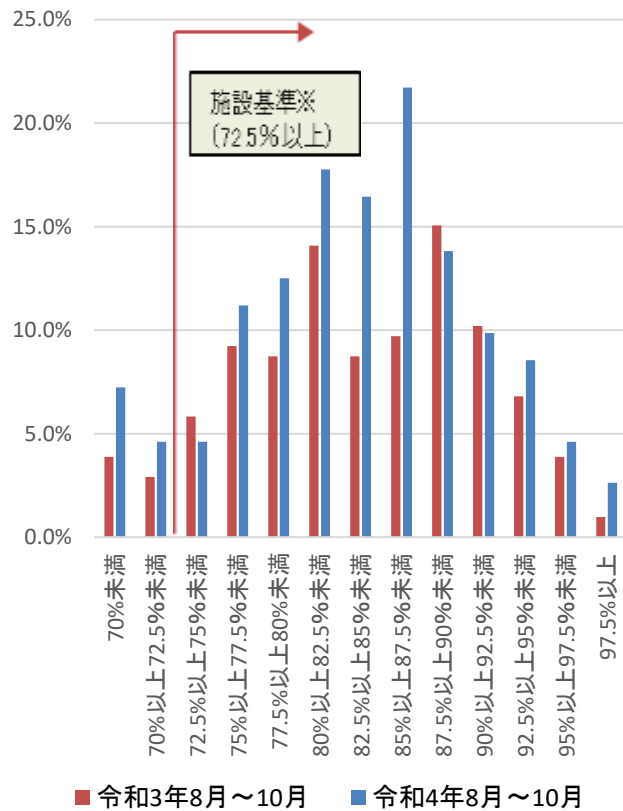


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

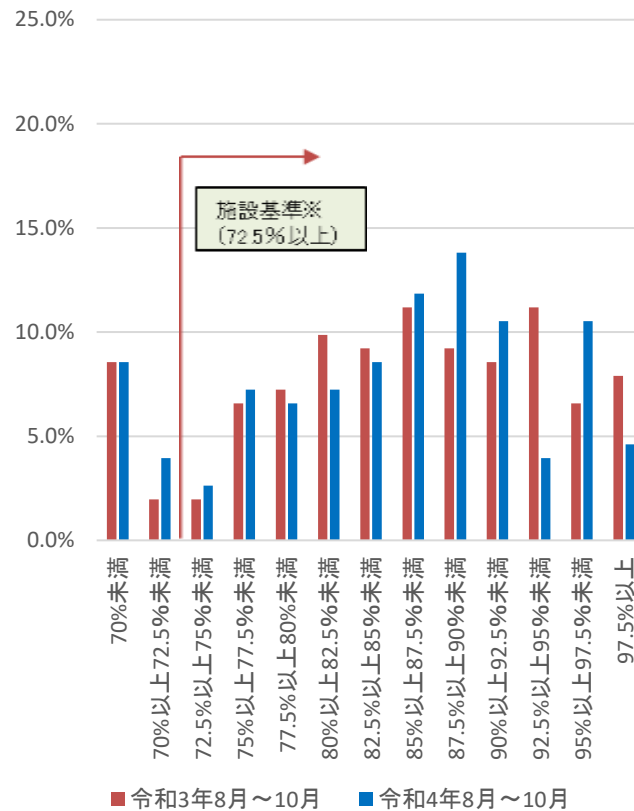
# 地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

- 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。

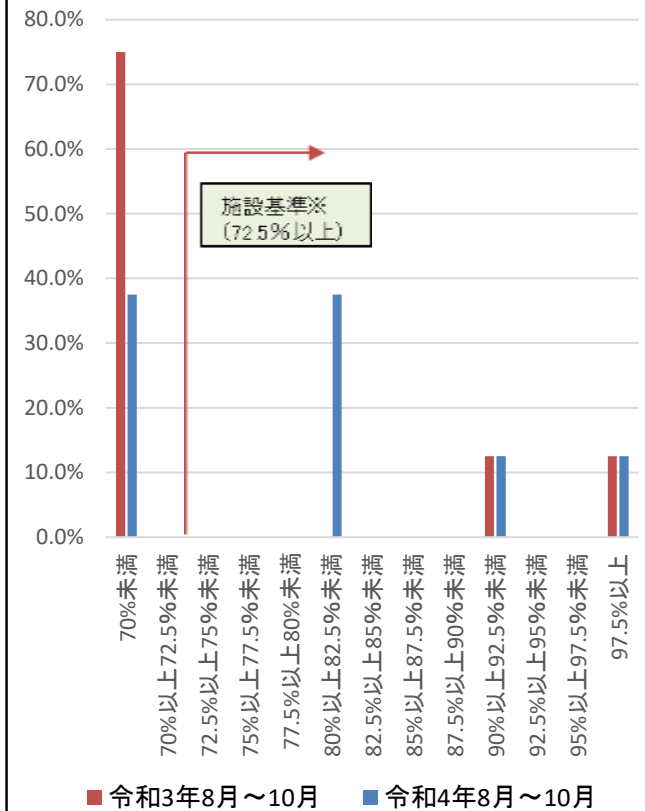
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1 (n=206)



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)

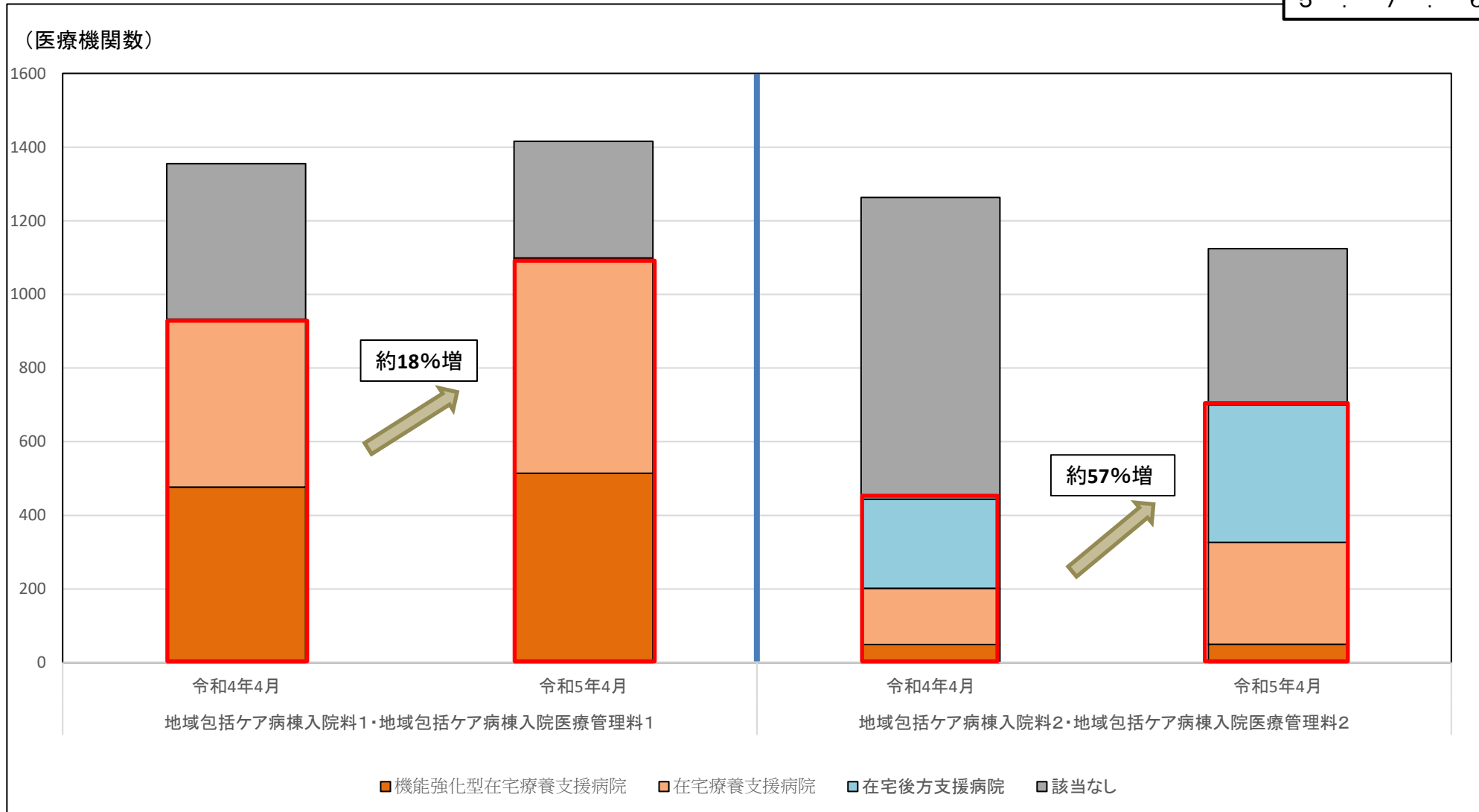


※令和4年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

# 地域包括ケア病棟における在宅療養支援病院等の届出状況について

○ 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後  
方支援病院の届出状況の推移は以下のとおり。

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6



# 地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

## 実績要件の見直し①

### ➤ 救急体制に係る評価の見直し

- **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件**とする。

※ ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は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**こととする。

## 実績要件の見直し①

### ➤ 重症患者割合の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は1割2分以上、必要度Ⅱの割合は0割8分以上へ見直す。

#### 現行

##### 【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上  
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上



#### 改定後

##### 【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 **1割2分以上**  
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 **0割8分以上**

### ➤ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

- 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

#### 現行

##### 【地域包括ケア病棟入院料】

400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。



#### 改定後

##### 【地域包括ケア病棟入院料】

**200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。



# 地域包括ケア病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[重症患者割合の基準]

対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が1点以上又はC得点が1点以上

## [評価の対象]

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に内科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。

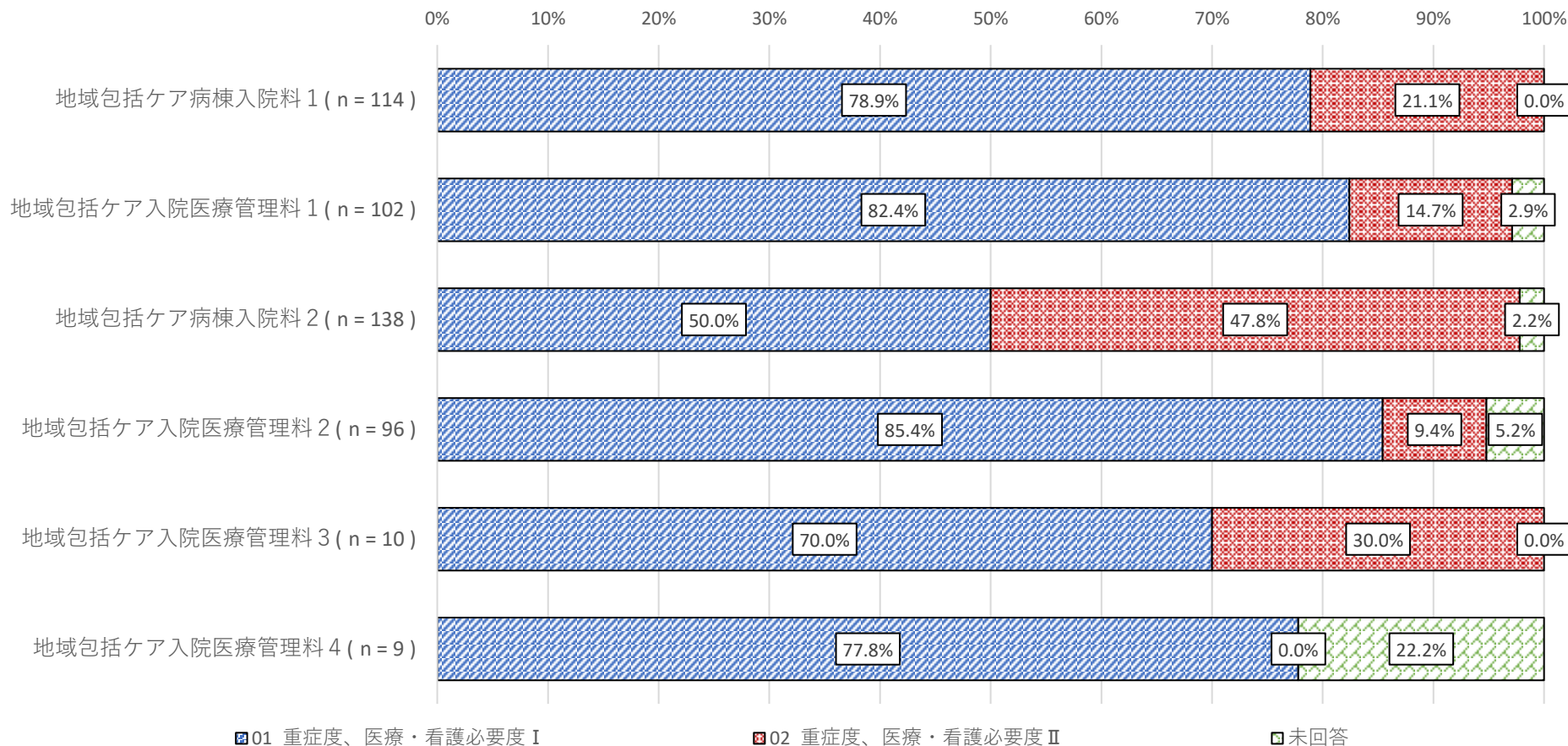
注)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者: DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者(入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者: 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

- 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料ともに、重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている施設が多くみられた。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2年11月1日時点）

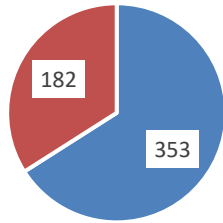


# 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度①

診調組 入-1  
5.8.10

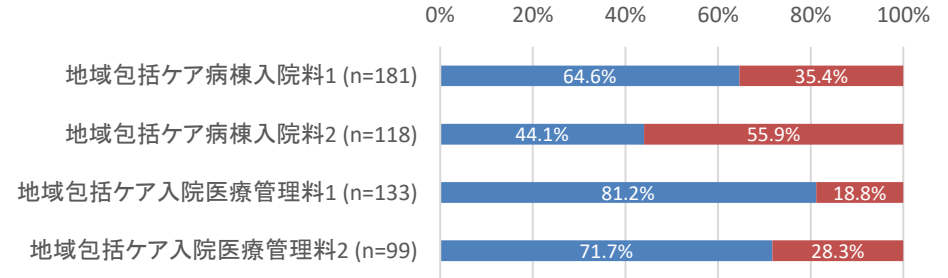
○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の状況は以下のとおり。

必要度 I / II の届出状況  
(令和4年11月時点、n=535)



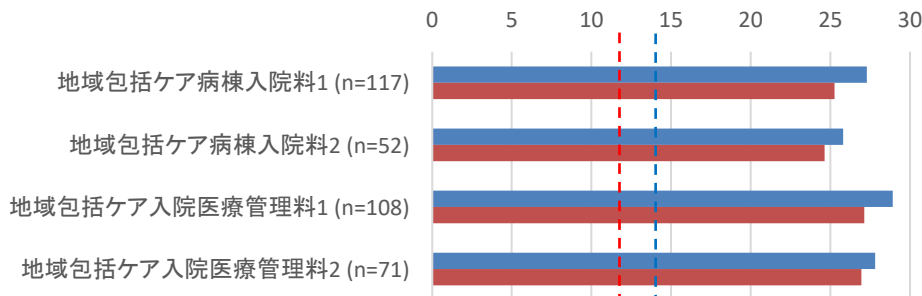
■ 必要度 I ■ 必要度 II

入院料の届出種類別の必要度 I / II の届出状況  
(令和4年11月時点)



■ 必要度 I ■ 必要度 II

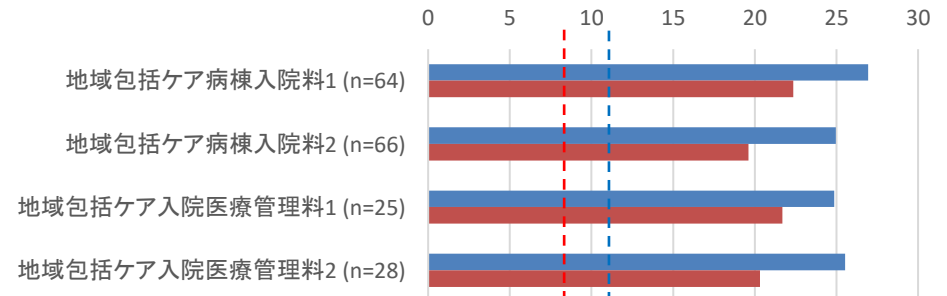
必要度 I の届出施設\*における該当患者割合 (%)  
※令和4年11月時点



■ R3 ■ R4

R3施設基準: 14%以上  
R4施設基準: 12%以上

必要度 II の届出施設\*における該当患者割合 (%)  
※令和4年11月時点



■ R3 ■ R4

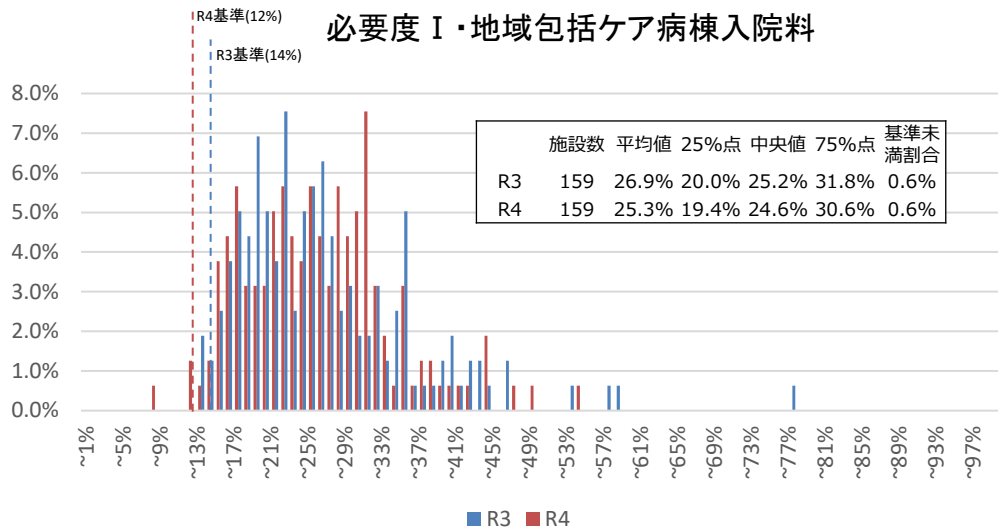
R3施設基準: 11%以上  
R4施設基準: 8%以上

# 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度②

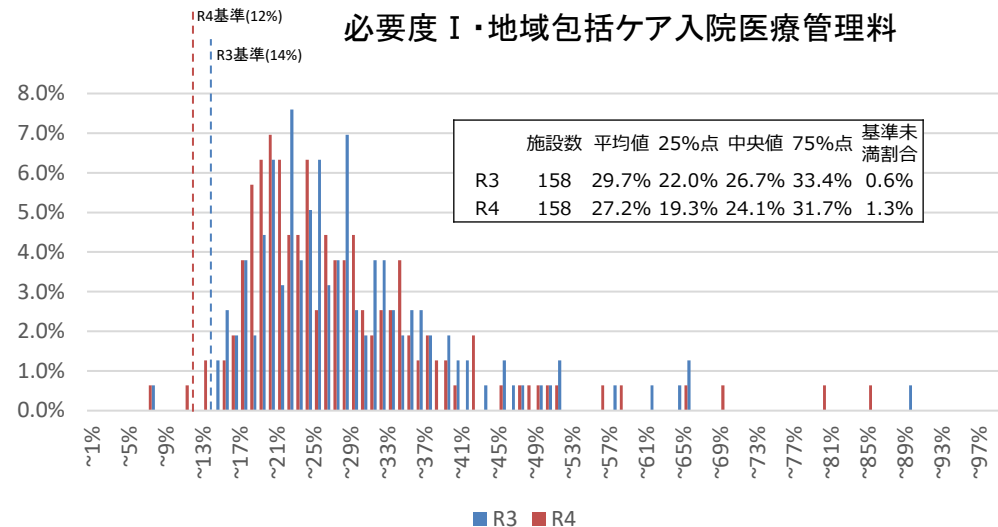
診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

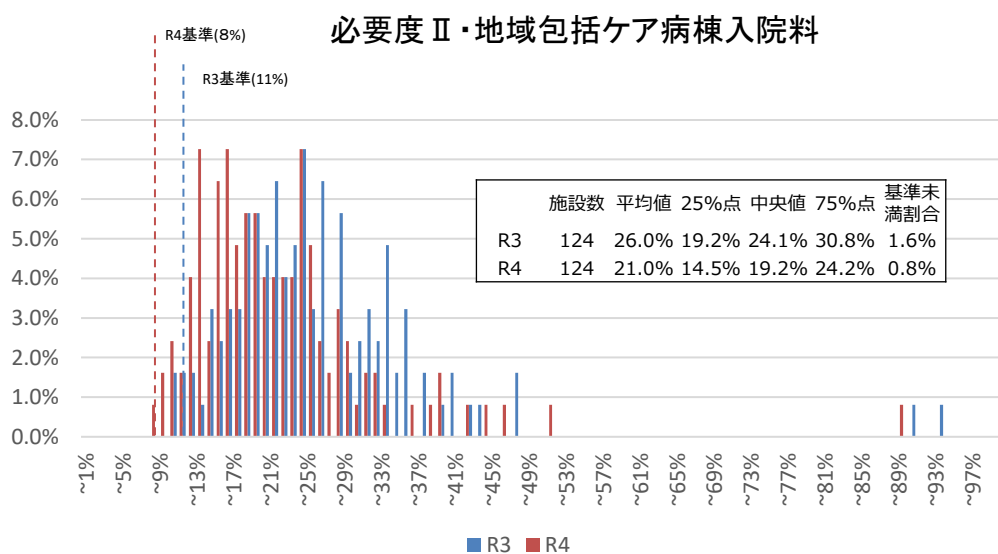
### 必要度Ⅰ・地域包括ケア病棟入院料



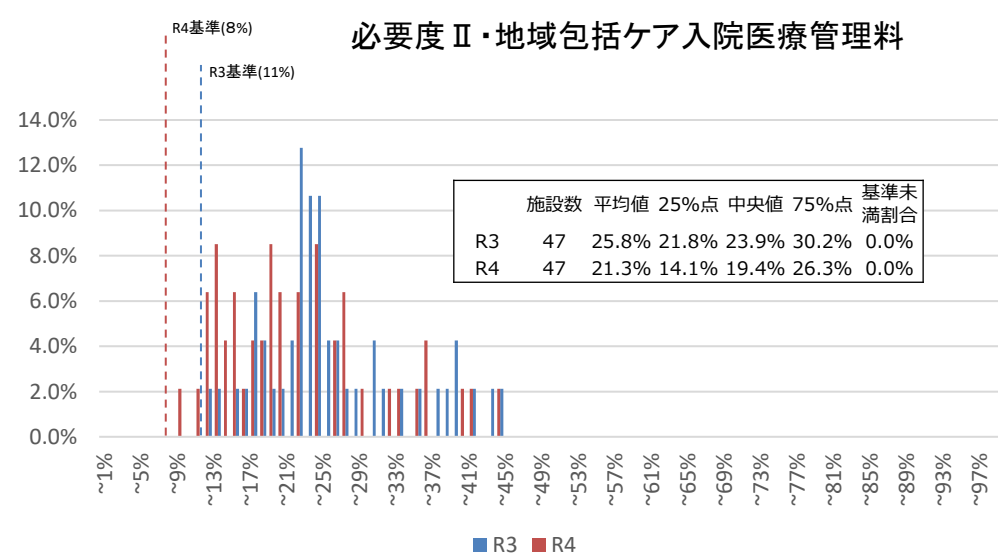
### 必要度Ⅰ・地域包括ケア入院医療管理料



### 必要度Ⅱ・地域包括ケア病棟入院料



### 必要度Ⅱ・地域包括ケア入院医療管理料



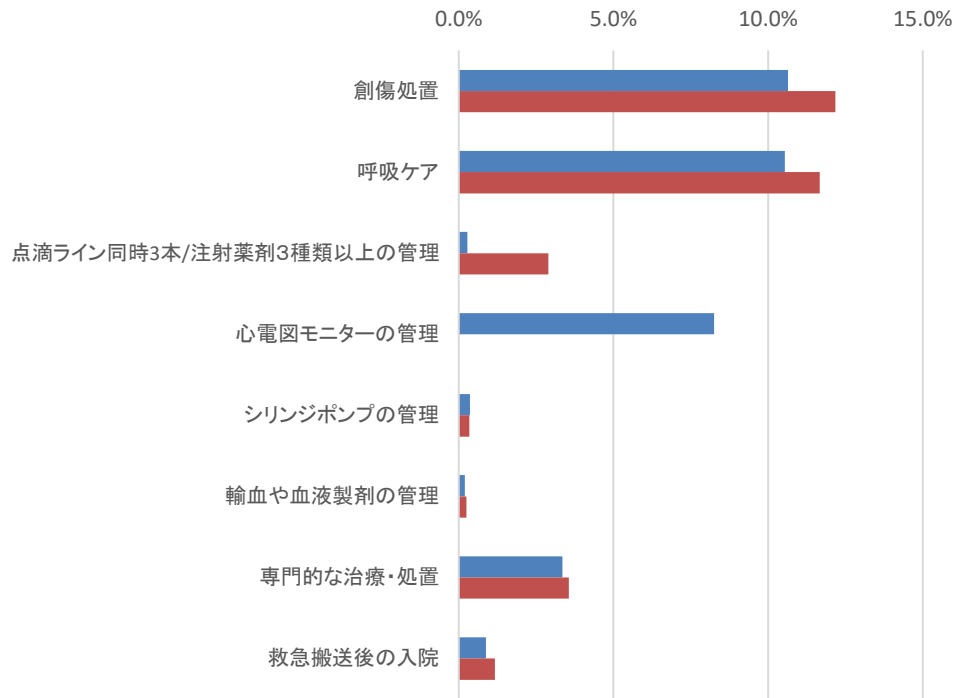
# 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度<sup>③</sup>

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度のA各項目の該当患者割合は以下のとおり。

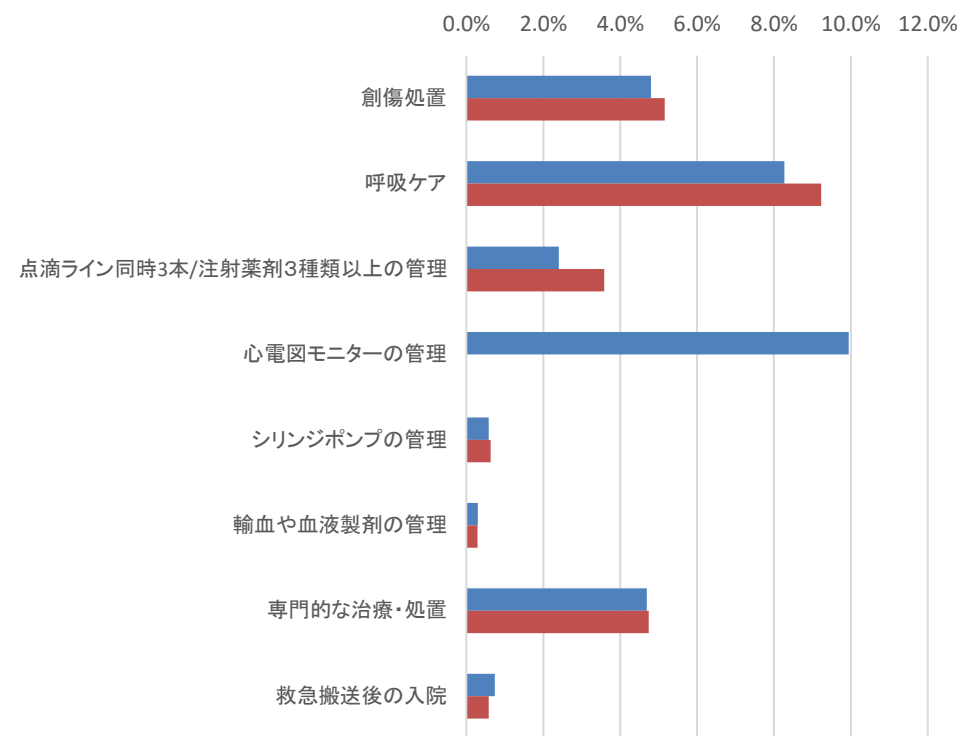
<重症度、医療・看護必要度 I >

■ R3 (n=621,184人・日) ■ R4 (n=381,297人・日)



<重症度、医療・看護必要度 II >

■ R3 (n=199,590人・日) ■ R4 (n=215,660人・日)

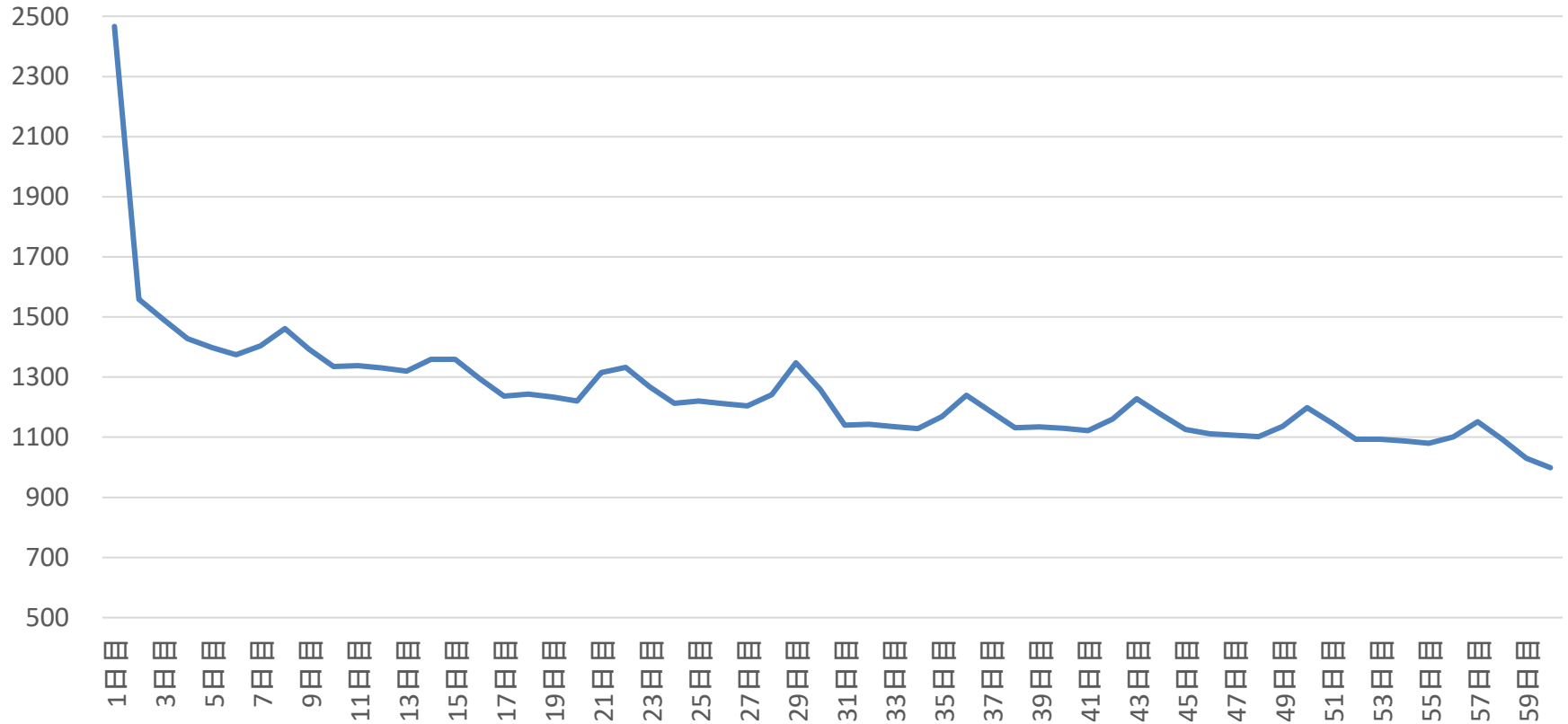


# 入院日数に応じた医療資源投入量

診調組 入-1  
5 . 9 . 2 9

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。

## 1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)

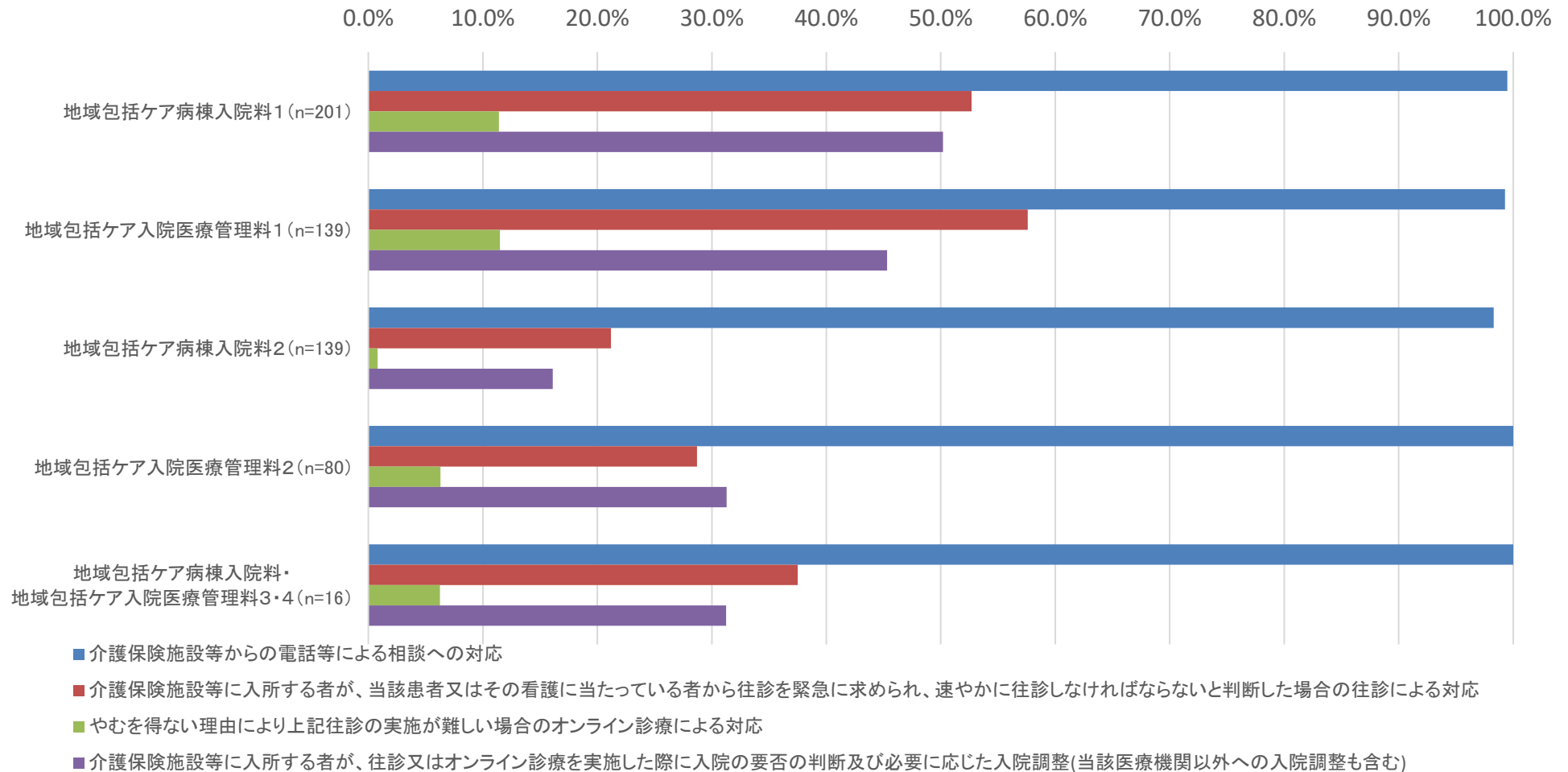


# 介護保険施設等との連携に係る状況①

診調組 入-3  
5.10.5改

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談への対応はほとんどの病棟で可能とされているが、緊急時の往診による対応は特に地域包括ケア病棟・病室2において対応できない施設が多い。

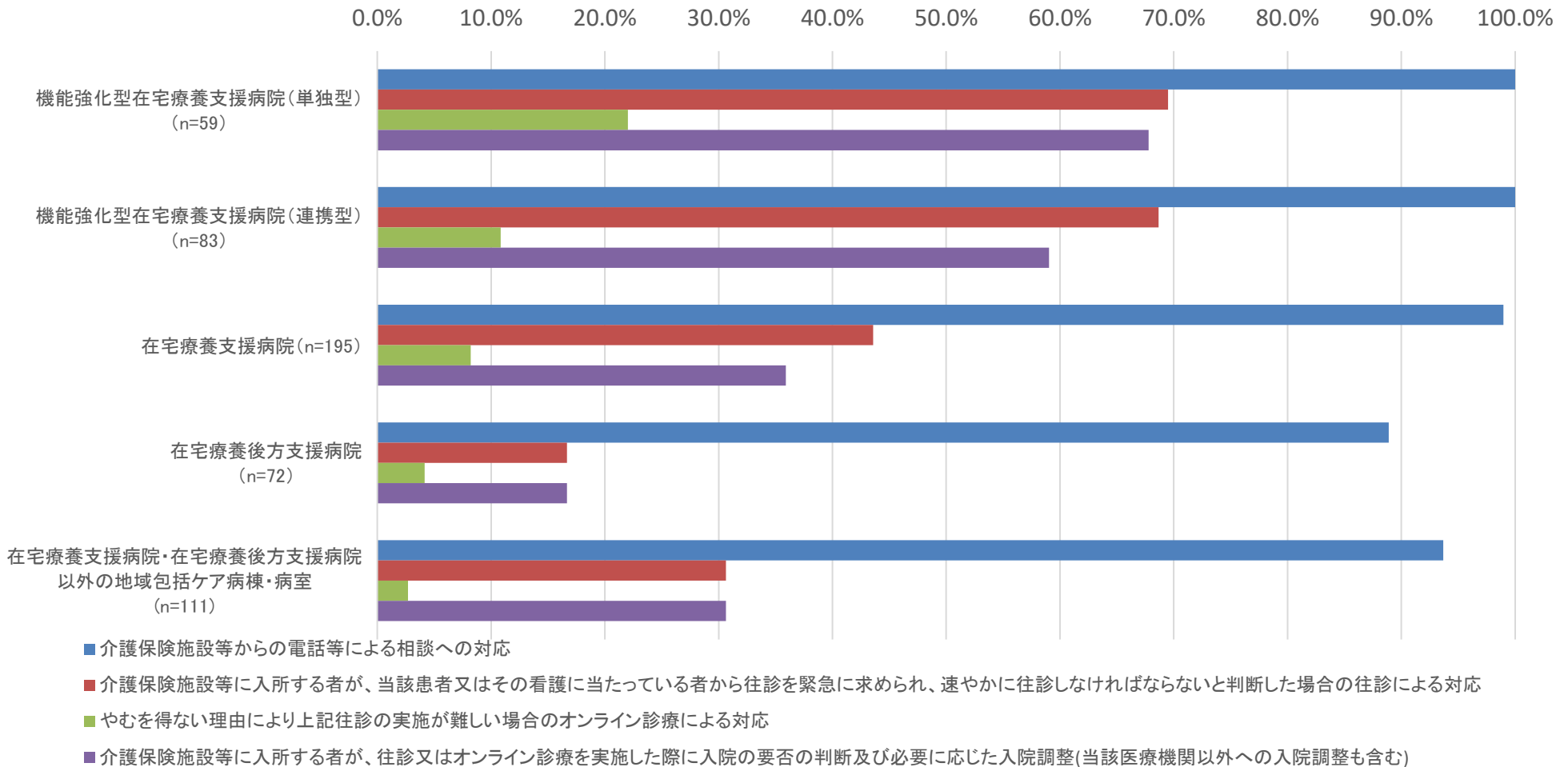
## 地域包括ケア病棟・病室における介護保険施設等に関する連携の実施体制について



# 介護保険施設等との連携に係る状況②

○ 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。

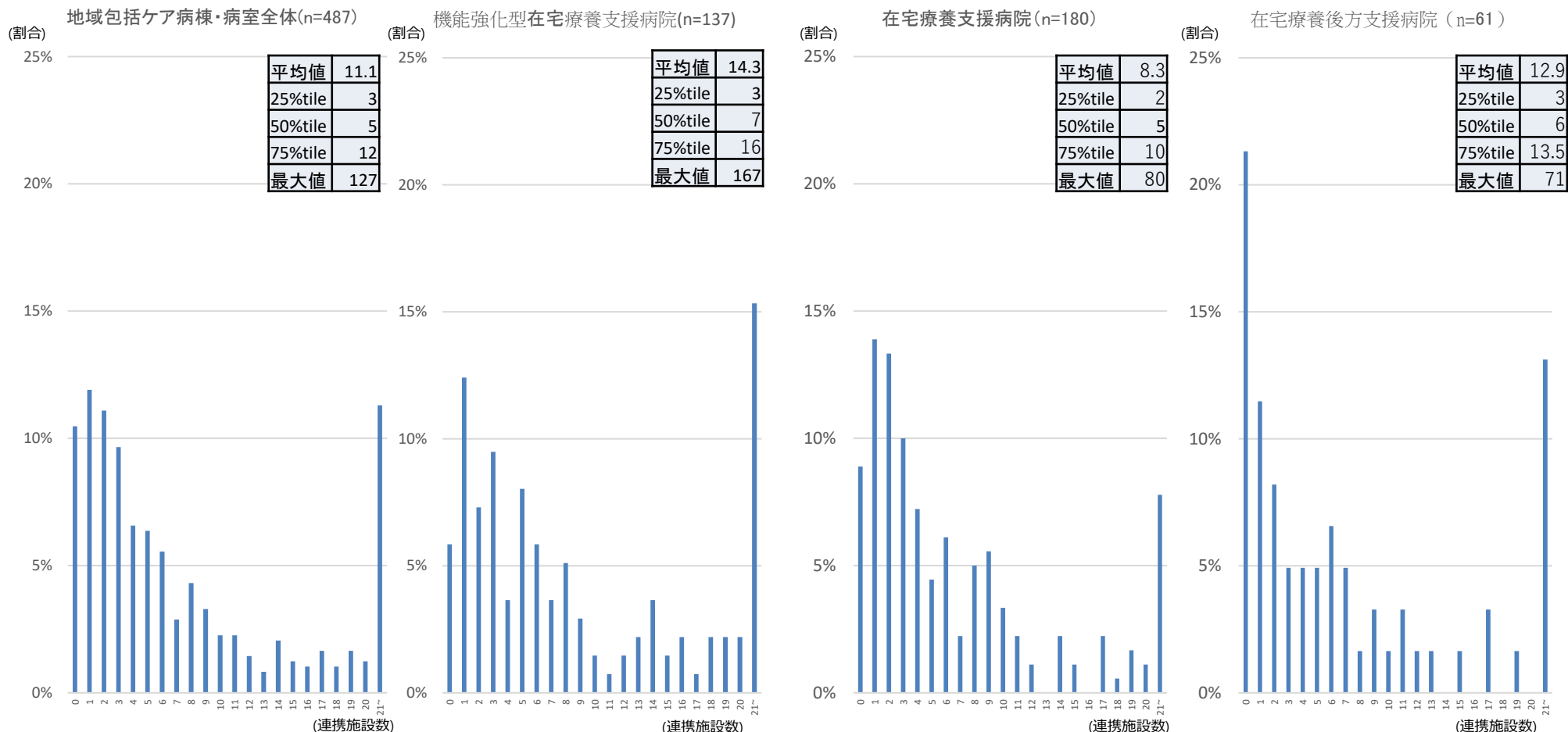
在宅療養支援病院等における介護保険施設等に関する連携の実施体制について





○ 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等における、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数については、機能強化型在宅療養支援診療所が、平均値が高く、21施設以上の施設と取り決めを行っている割合が高かった。

## 介護保険施設等との連携体制の構築



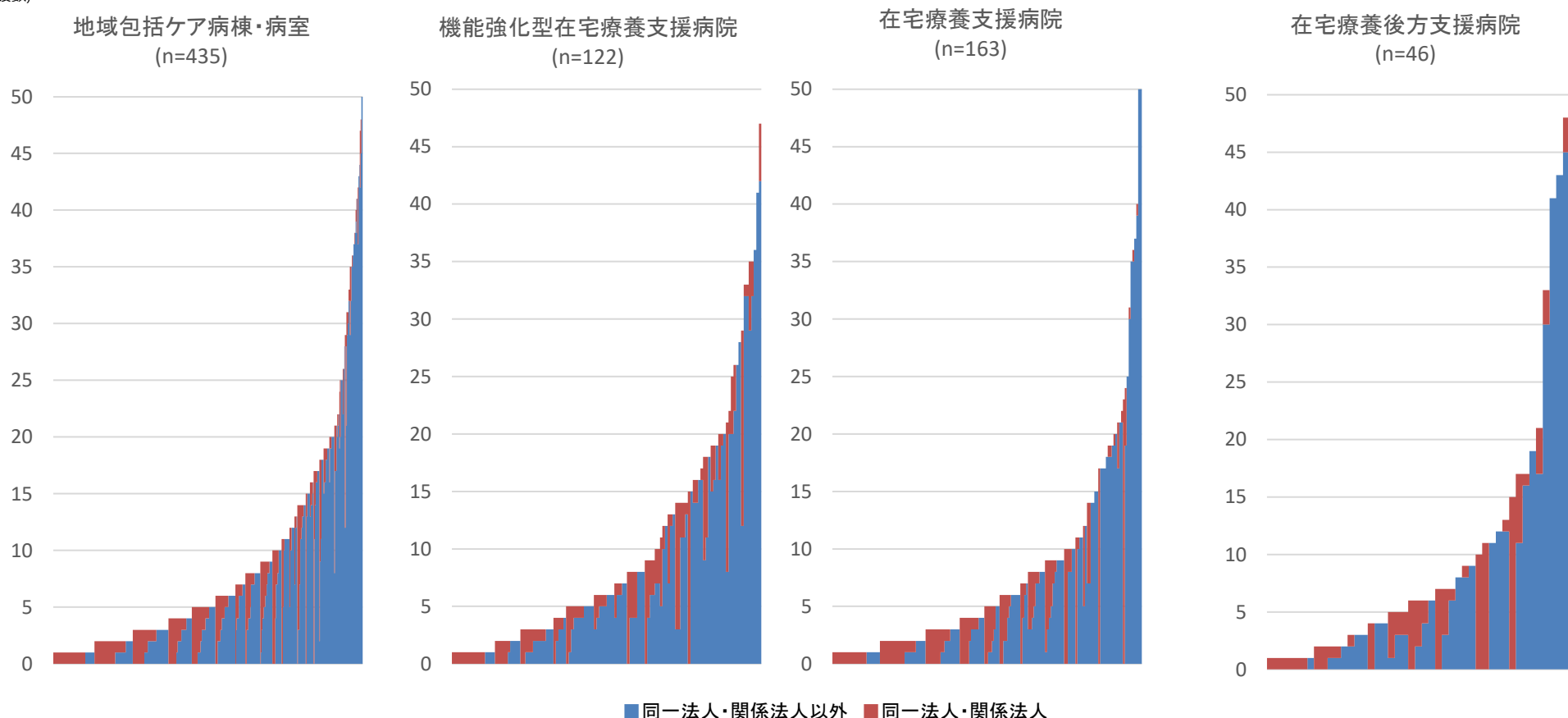
# 介護保険施設等との連携に係る状況④

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等ごとの、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数は、以下のとおり。
- 多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。

## 介護保険施設等との連携体制の構築状況

※電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数が1以上50以下の施設のみ集計  
(50より大きい介護保険施設数:地域包括ケア病棟・病室:15施設、機能強化型在宅療養支援病院:7施設、在宅療養支援病院:1施設、在宅療養後方支援病院:2施設)

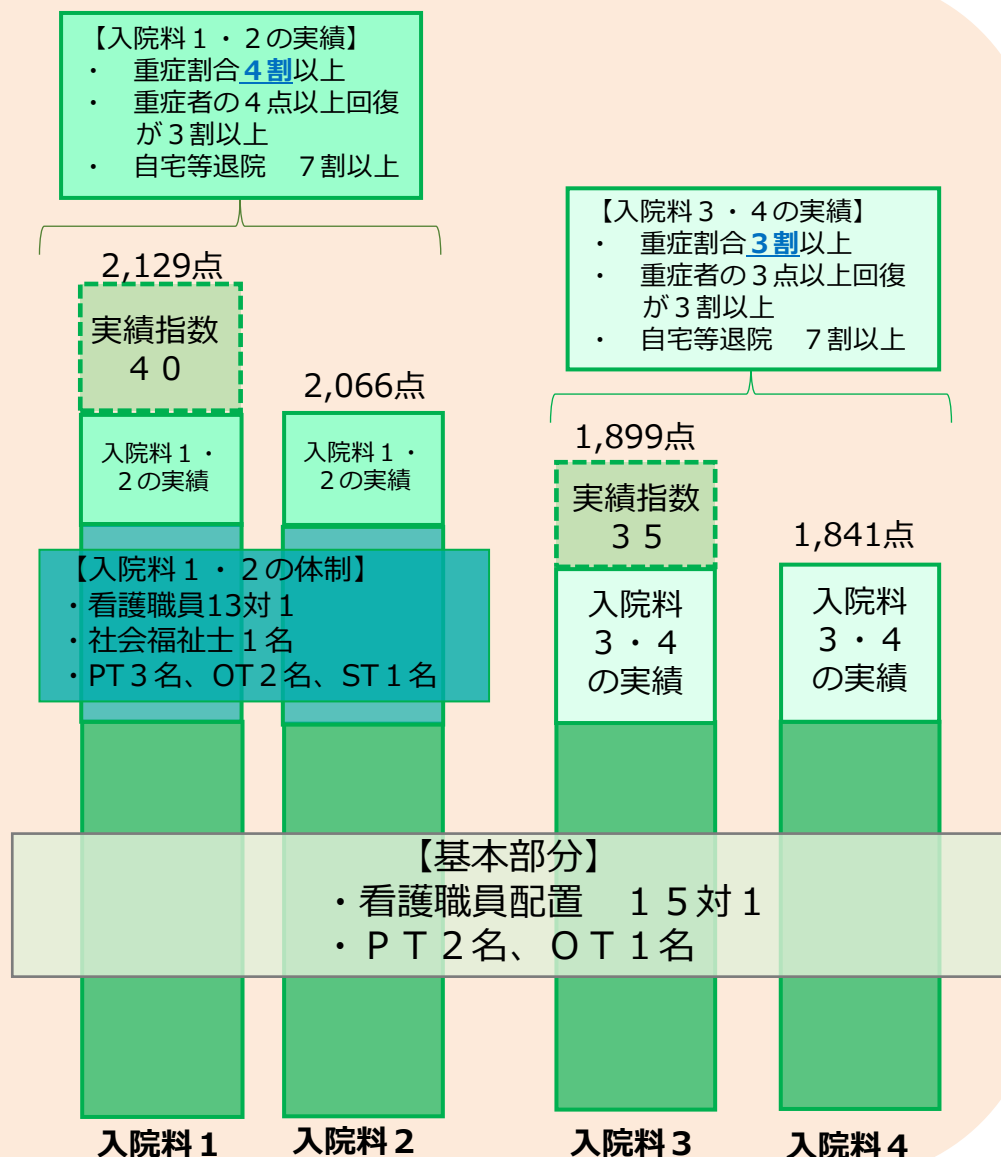
(施設数)



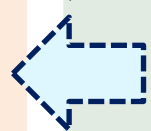
## 0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. 横断的個別事項について

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準 (イメージ)



実績要件を満たし届出

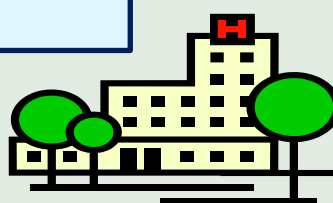
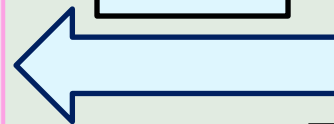


1,678点



入院料5

**新規届出**



入院料5については、届出から **2年間に限り届出可**

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

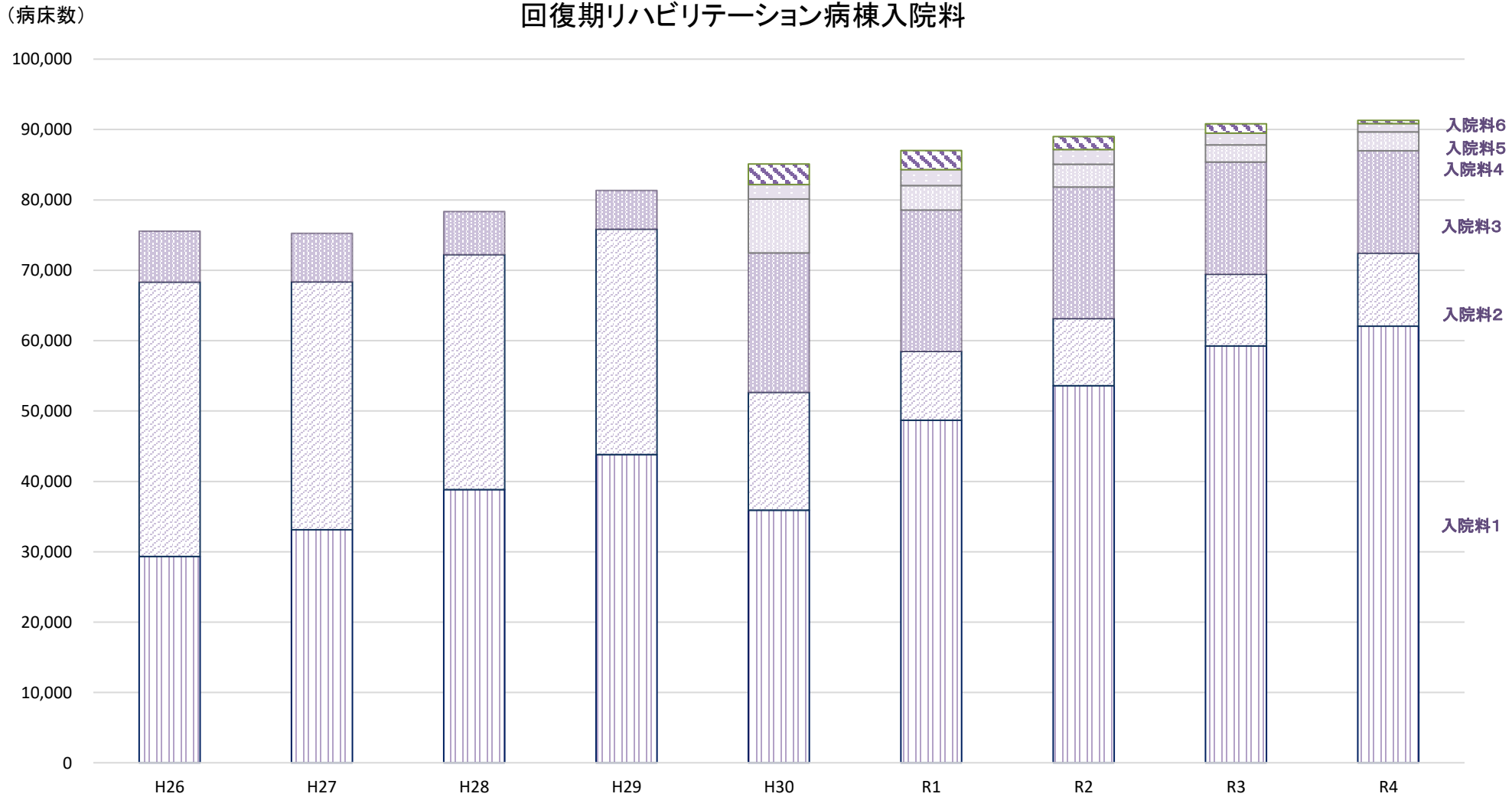
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
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年間に限り届け出ることができる。

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。

# 入院料別の届出病床数の推移

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



# 日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

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

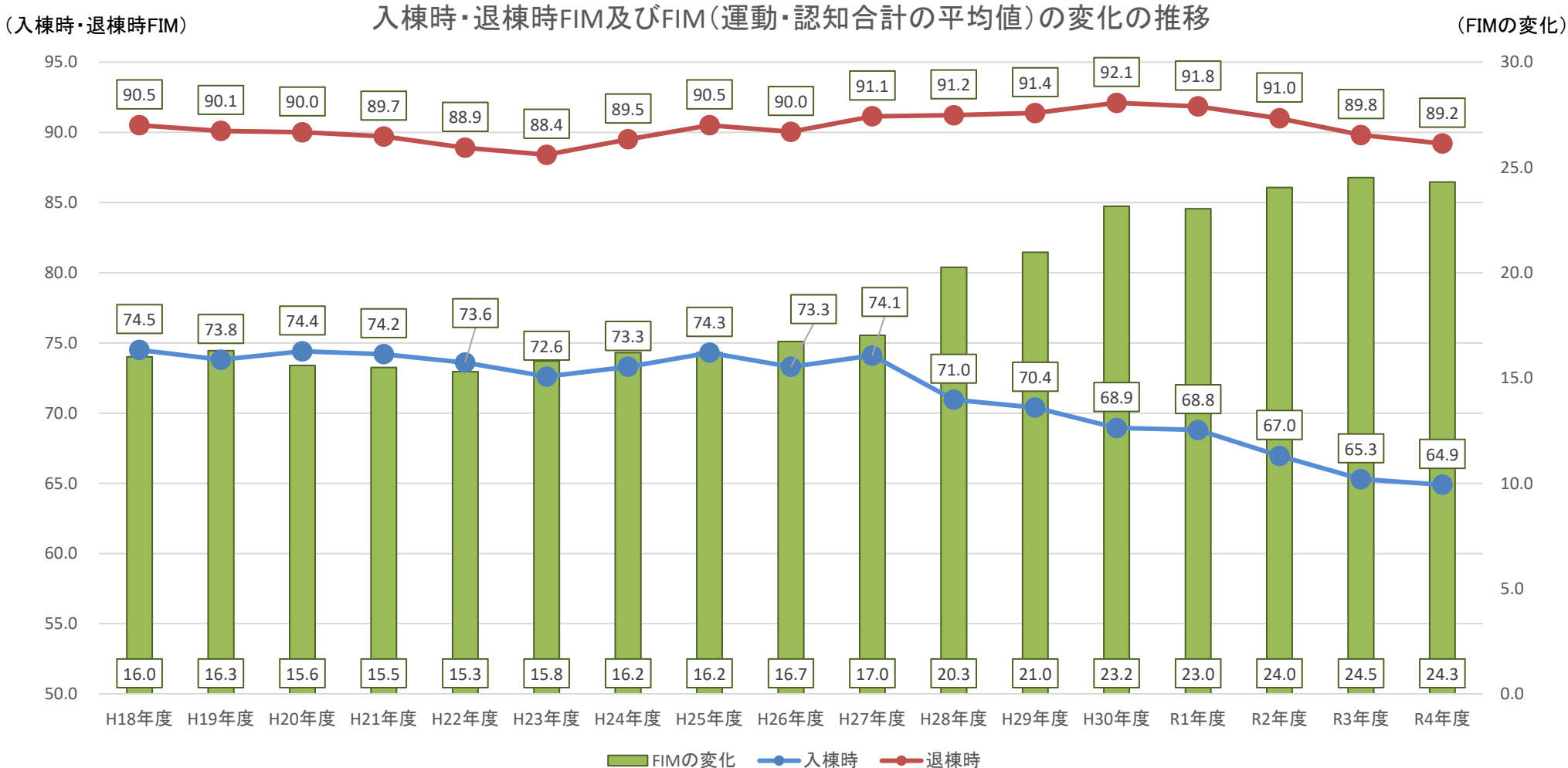
## Functional Independence Measure (FIM)

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

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

# 入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM(運動・認知合計の平均値)及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。



出典: 一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供 (2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)



# 参考：BIとADLスコアについて

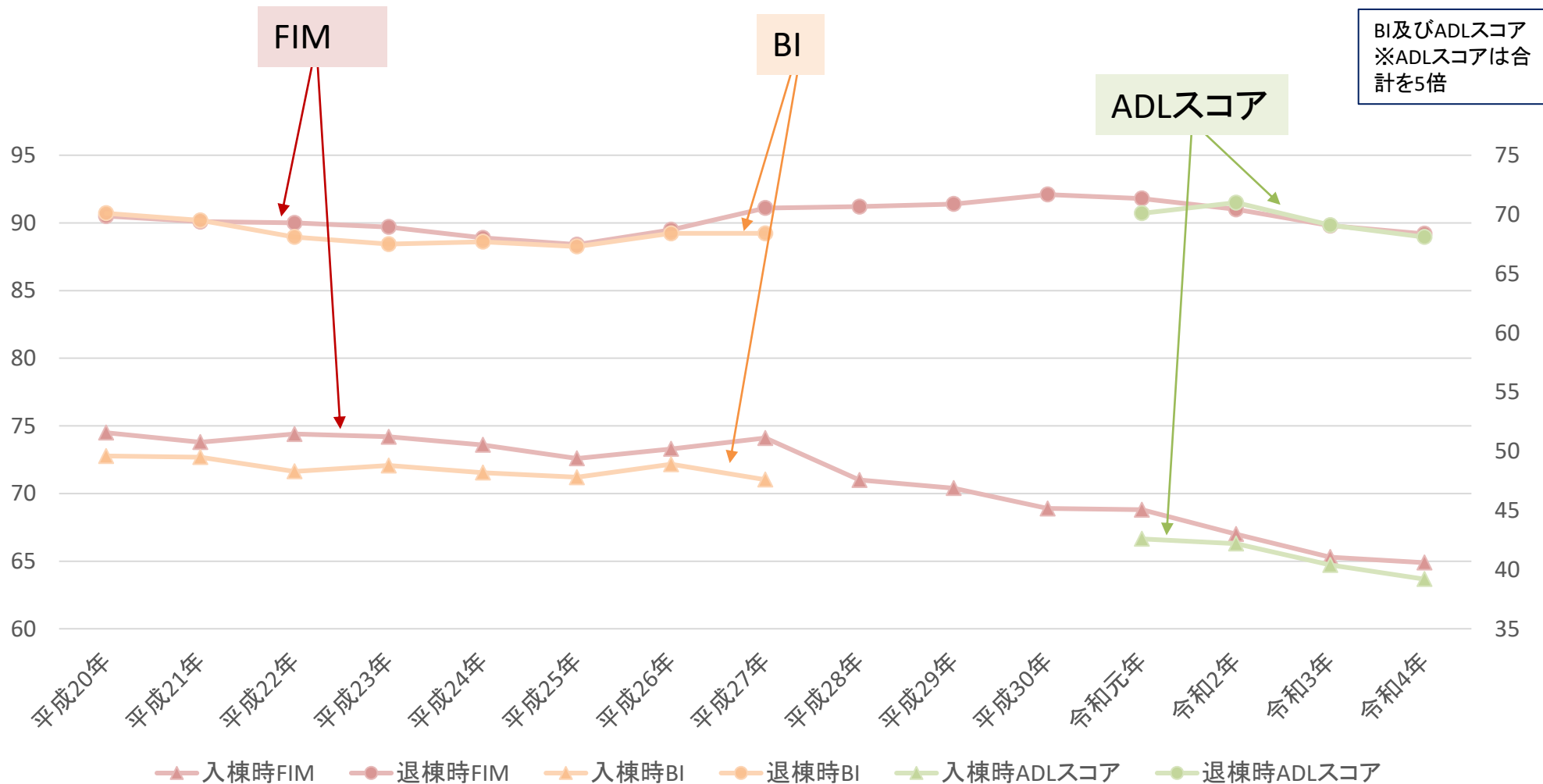
BI（バーセルインデックス）の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	0点	全介助
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレットペーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立（浴槽につかる、シャワーを使う）
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分で行える。適切な時間内にできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

## ADLスコアの概要

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

# 入棟時FIMと入棟時BI及びADLスコアの年次推移について

- 入退棟時FIMと入退棟時BI及び入退棟時ADLスコアの年次推移は以下のとおり。
- BI及びADLスコアでも同様の低下傾向を認めた。

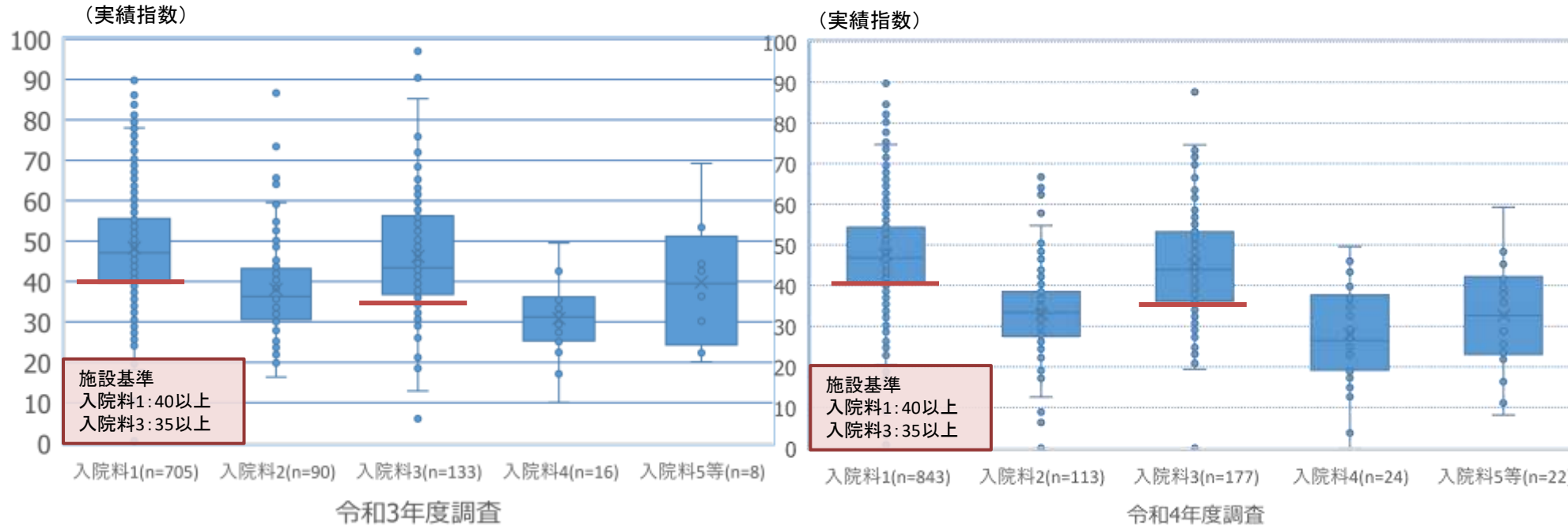


出典：FIM及び2015年までのBIについては一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供

(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

令和元年以降のADLスコアについてはDPCデータより(令和4年度診療分のみ4~6月、令和元年~3年診療分は当年4月~翌年3月まで)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料別の実績指数について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、入院料1及び3においては、施設基準を下回る施設も存在する。



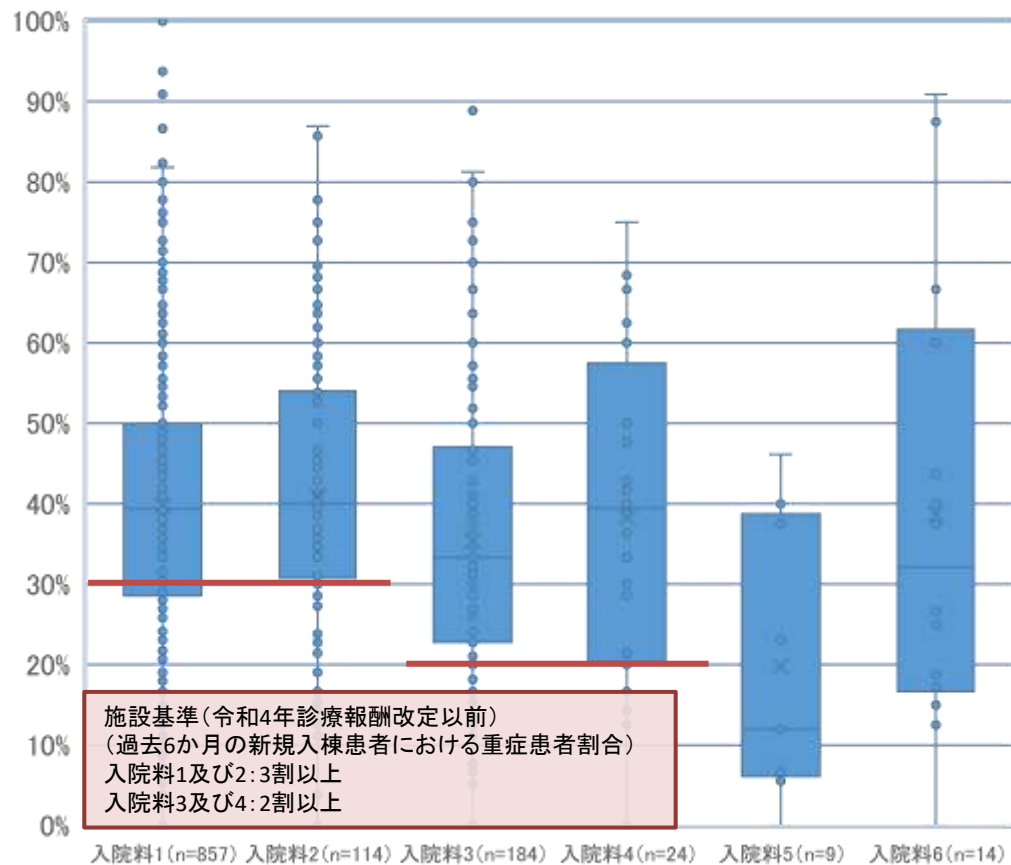
## 実績指数について

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

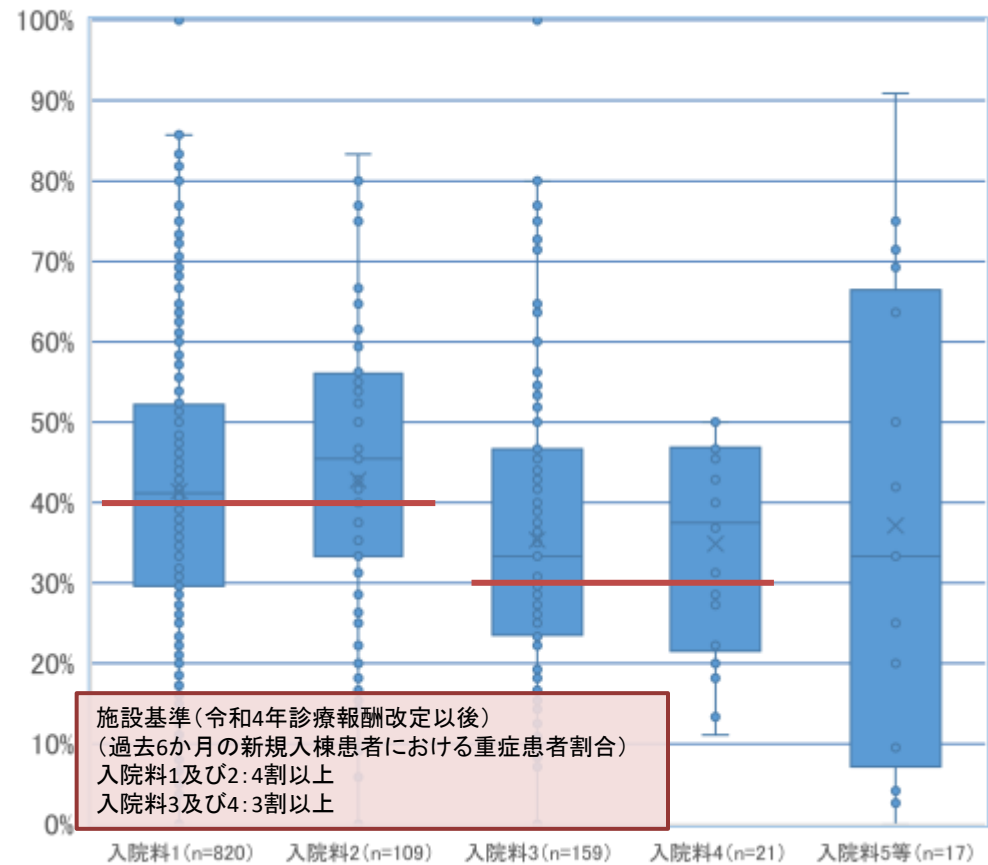
$$\text{実績指数} = \frac{\text{(FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差)}}{\left( \frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

# FIMによる重症患者の割合について

- 入院料別のFIMによる重症患者の割合について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、令和4年度調査においても重症の患者の割合が入院料1及び2で4割未満、入院料3及び4で3割未満の医療機関が存在する。



令和3年度調査

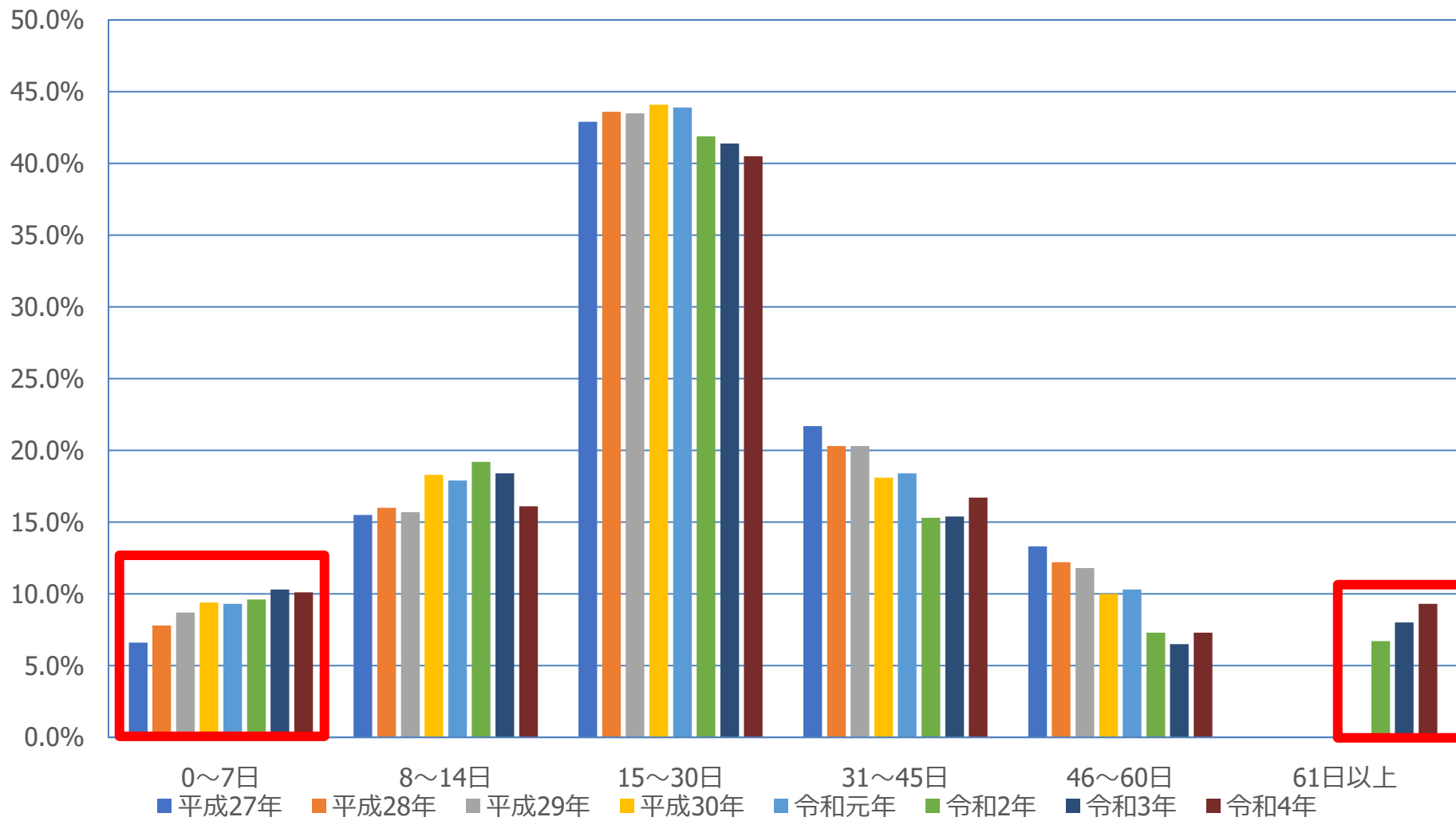


令和4年度調査

※FIMによる重症患者: FIMが55点以下の患者

# 発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移について

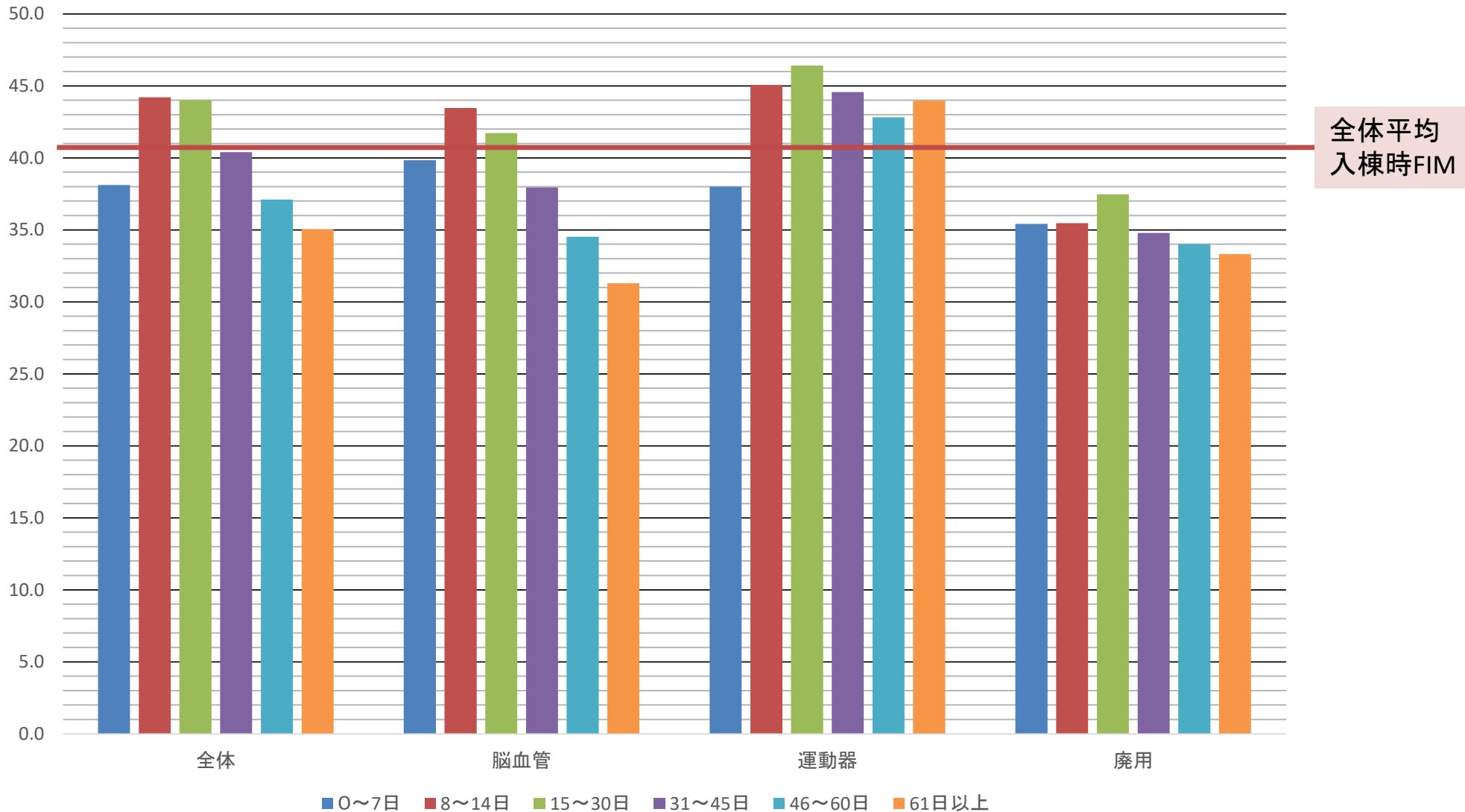
- 発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移は以下のとおり。
- 発症早期の患者と発症後61日以上の患者が増加傾向であった。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供  
(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

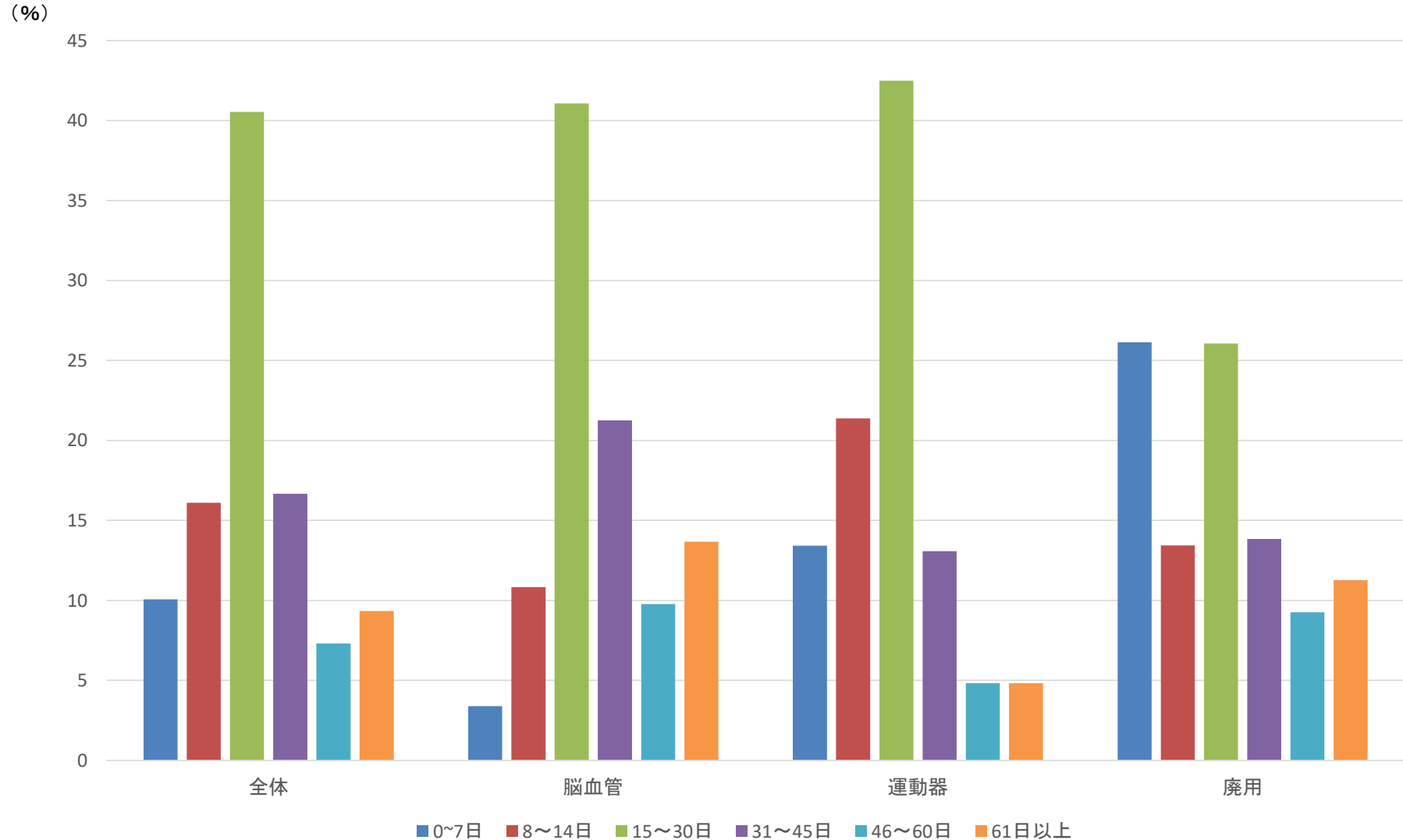
# 疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMについて

- 疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMの差異は以下の通り。
- 全体的に早期患者と61日以上の患者の入棟時FIMは低下している。



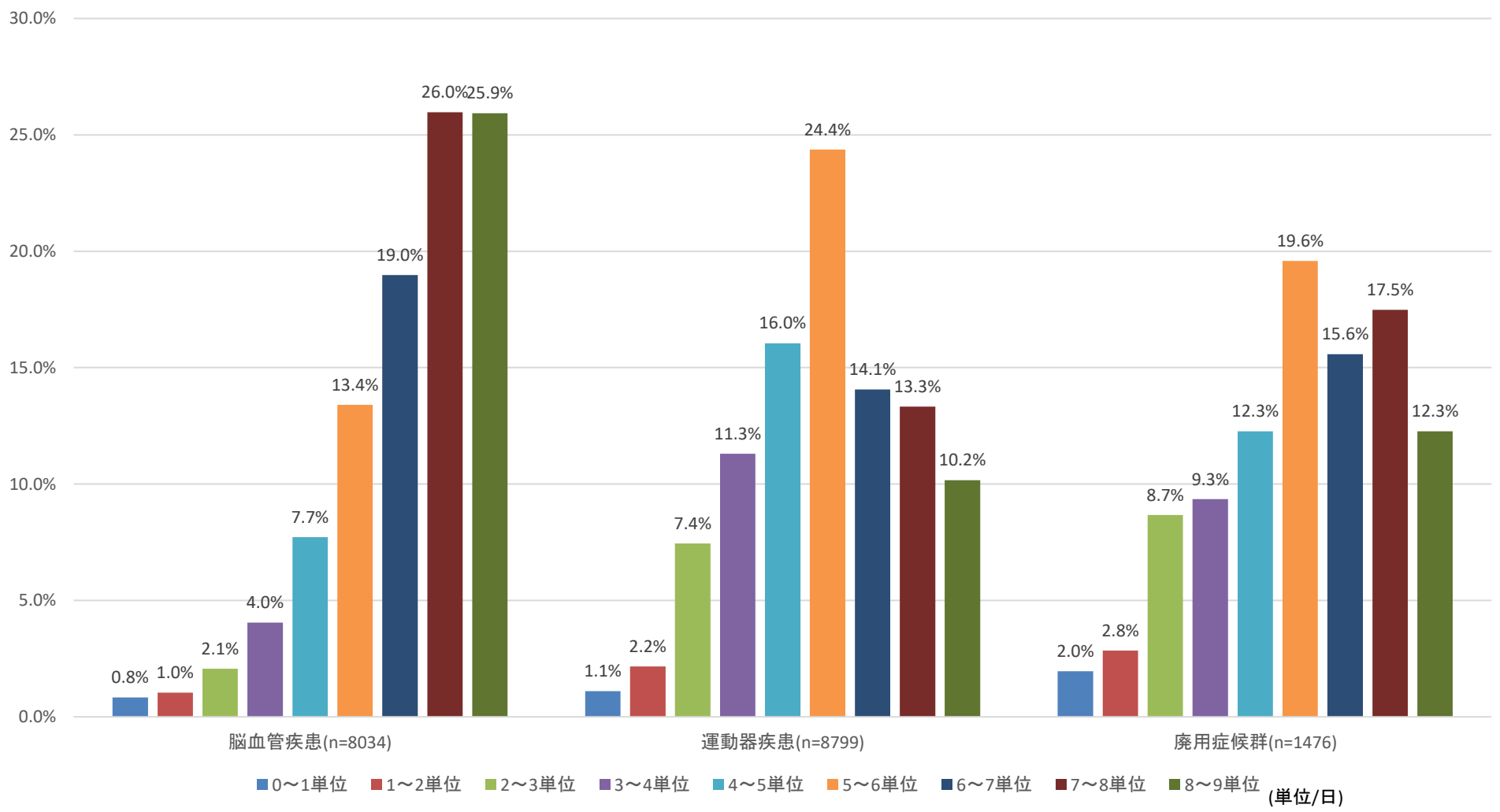
# 発症から入棟までの日数と患者割合について

- 疾患毎の発症から入棟までの日数で区別した患者割合は以下のとおり。
- 脳血管疾患の患者は運動器疾患と比較して発症から入棟までの日数が長い患者が多かった。



# リハ提供単位毎の分布

○ 疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の患者分布については以下のとおり。  
 ○ 脳血管疾患については8~9単位/日に、運動器疾患と廃用症候群については5~6単位/日にピークが認められた。

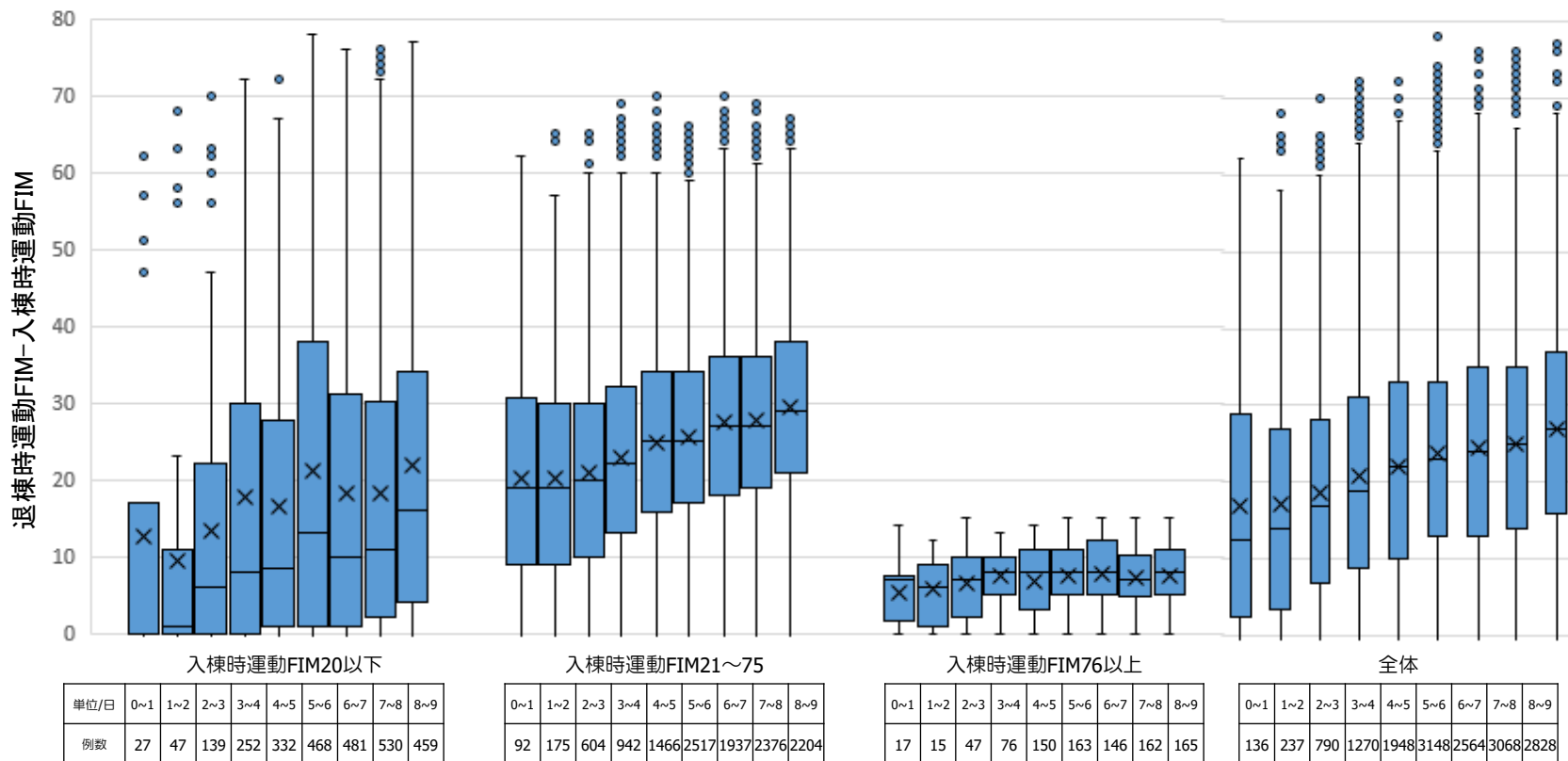


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供  
 (2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)



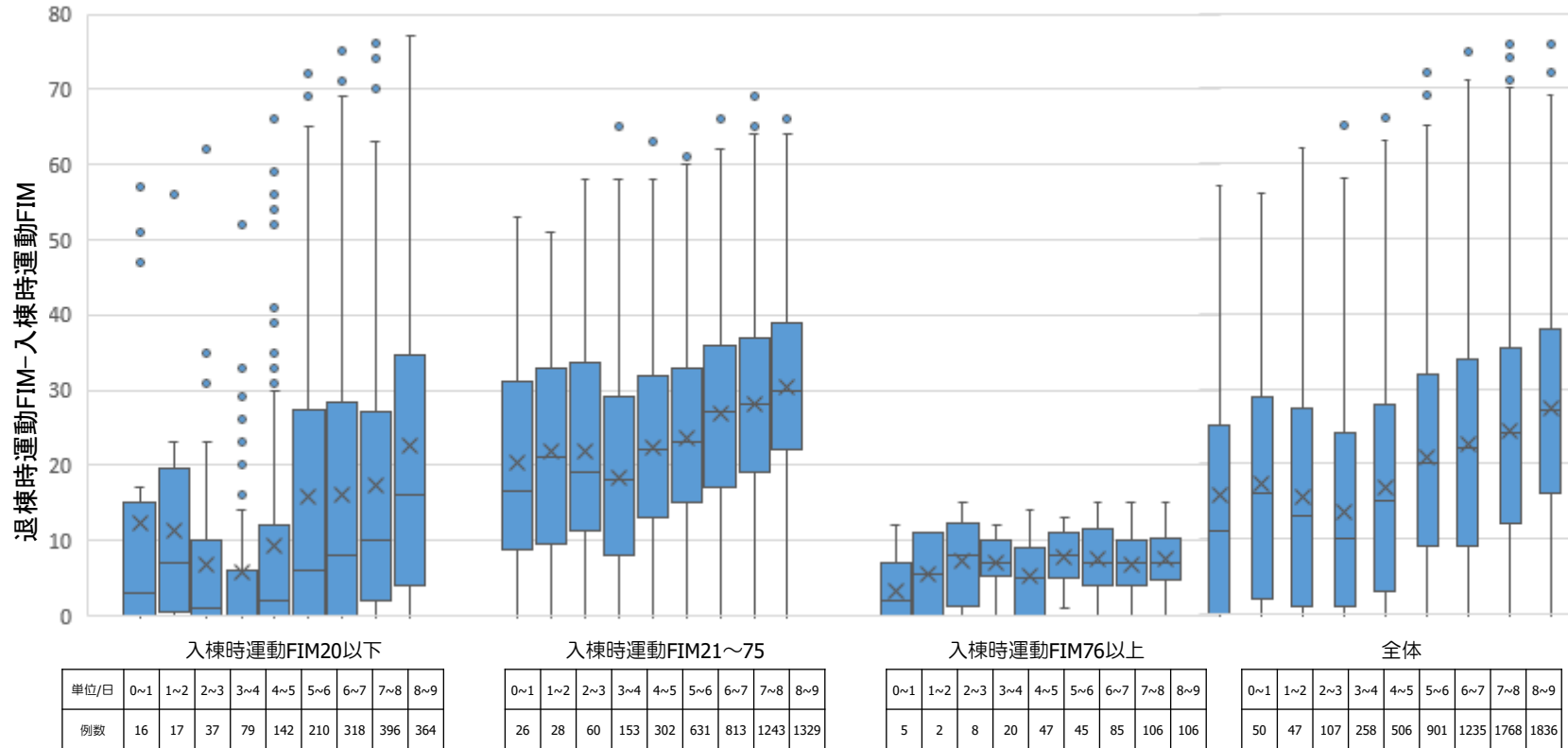
# 重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（全疾患）

○ 疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が高くなる傾向にあった。



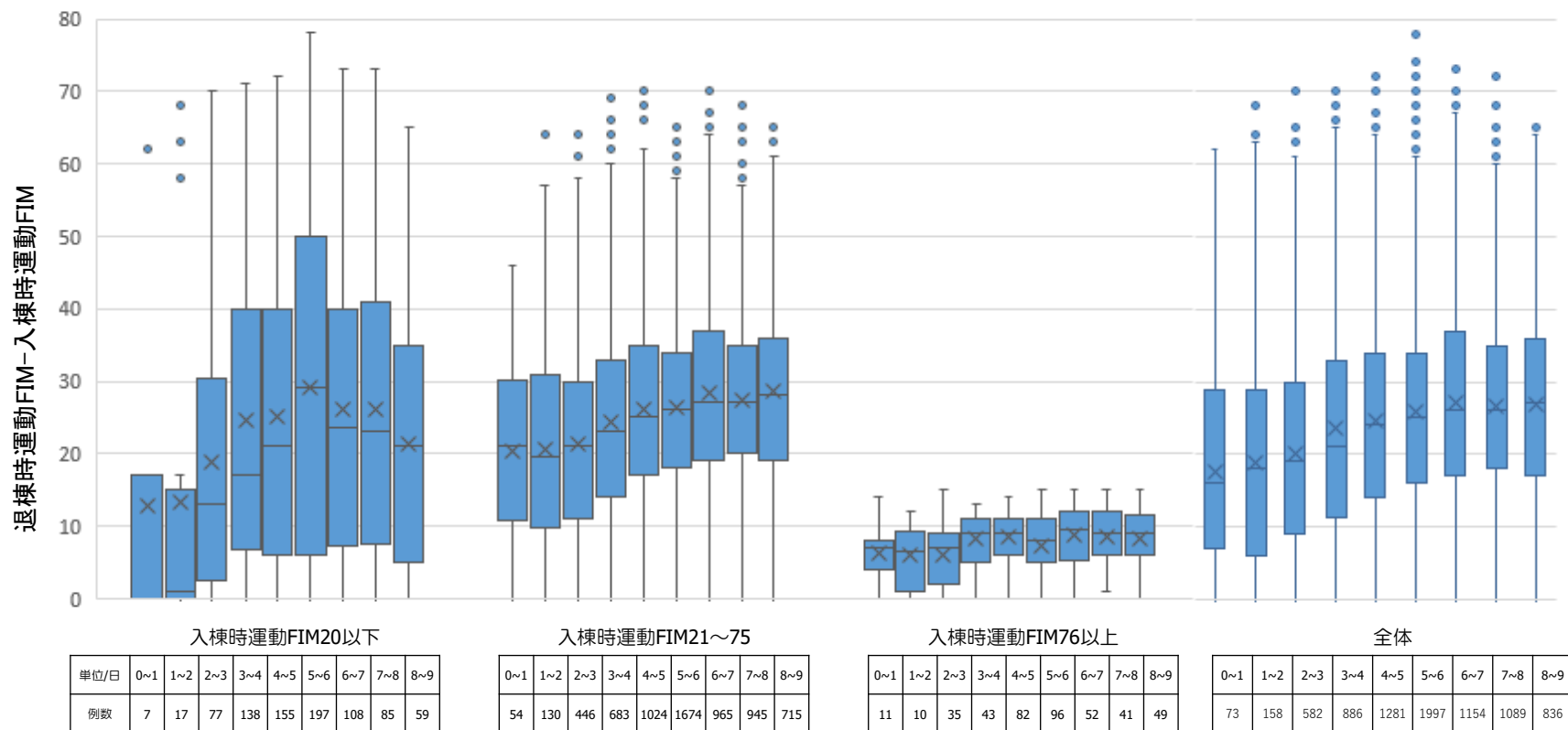
# 重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（脳血管疾患）

○ 脳血管疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が大きくなる傾向にあった。



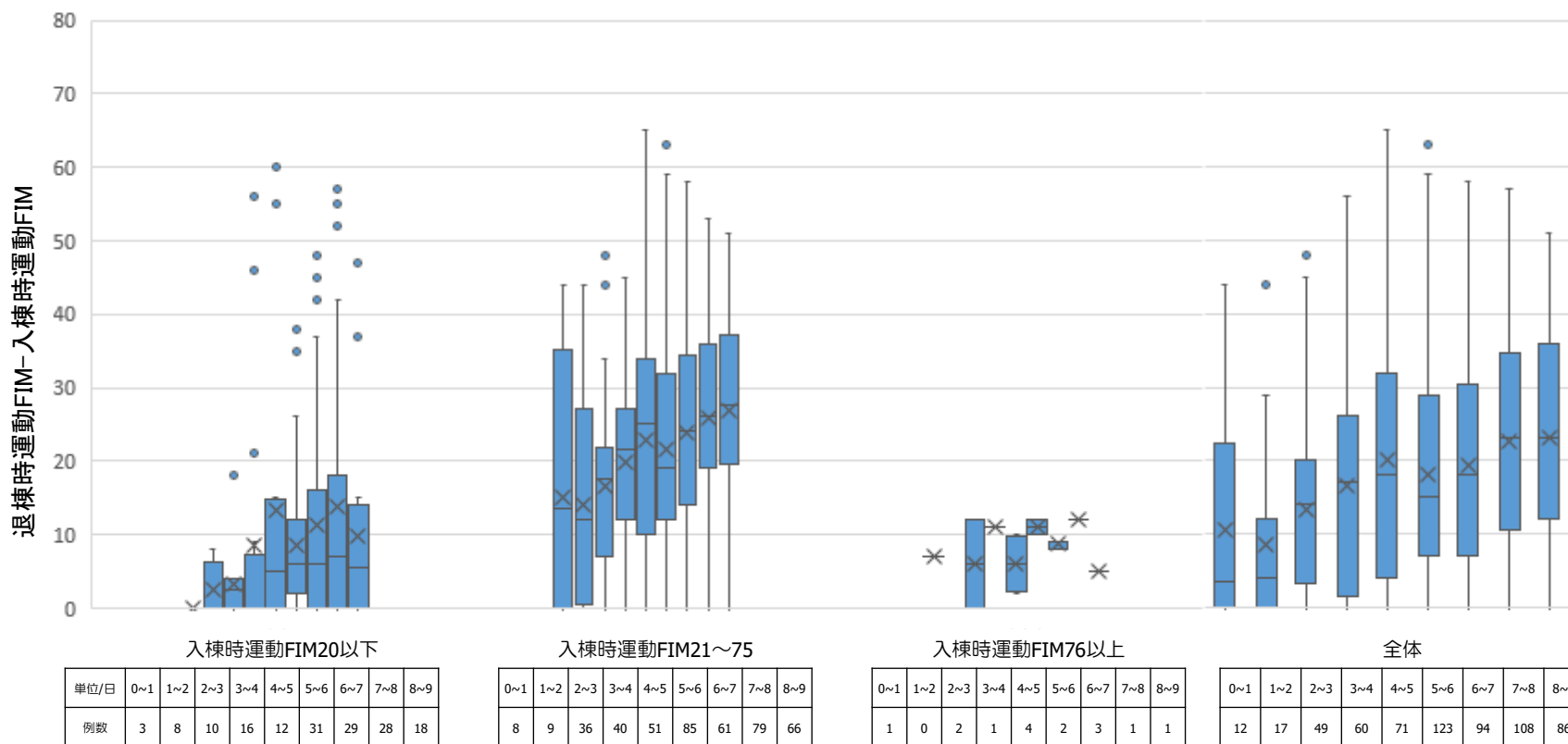
# 重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

○ 運動器疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。



# 重症度毎のリハ提供単位/日とFIMの変化（廃用症候群）

○ 廃用症候群の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の実績については以下のとおり。入棟時運動FIMが21～75の患者では、実施単位数に応じて増加が見られた。



# DPCデータ(様式1)のその他の項目について

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要がある、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

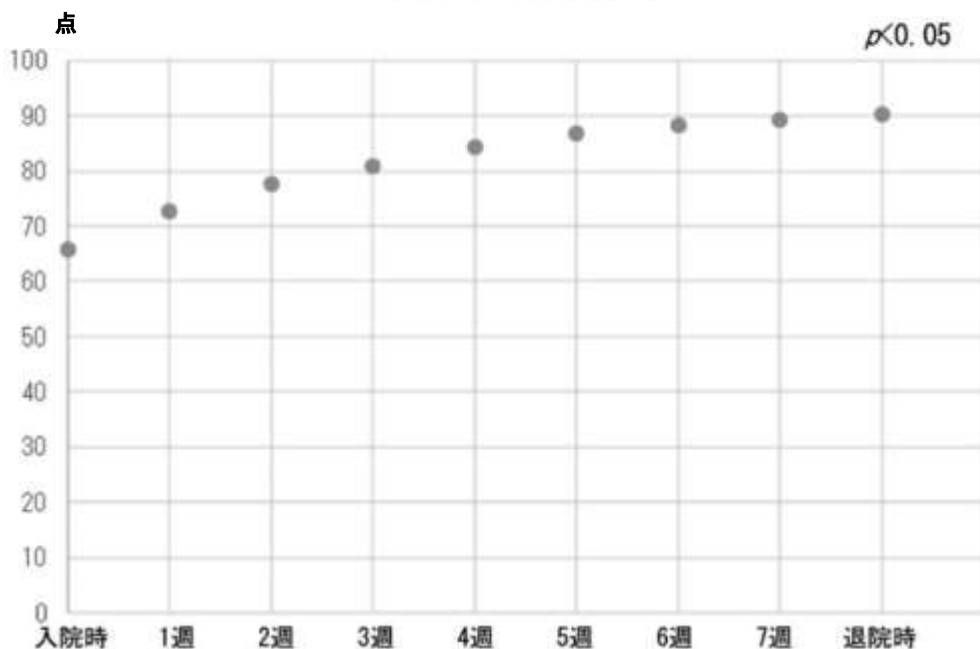
様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

性別	ADL(入院時、退院時)
郵便番号	<b>FIM(回りハ病棟で、入退棟時)</b>
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS(入院時、退院時)
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の
診療科	急性期重症度分類
病棟	自傷行為・自殺企図の有無
身長	産科患者情報
	等

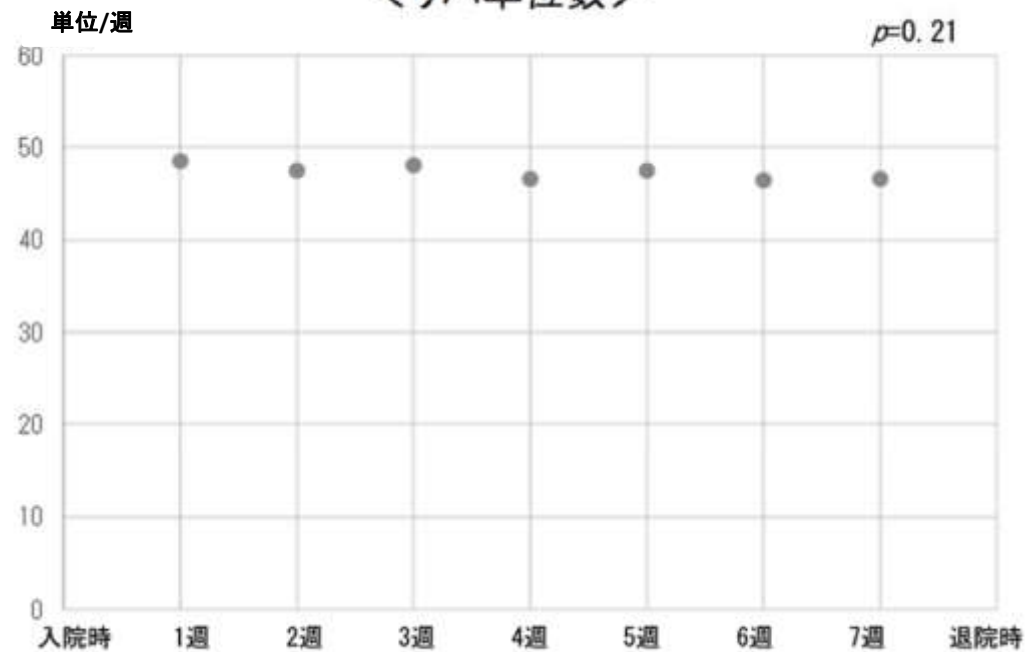
- 脳血管疾患後の患者における、入院後のFIMの推移に関する以下の報告では、週数が経過するにつれFIMの改善が小さくなる傾向にある。

脳卒中患者※におけるFIM合計点数とリハ単位数の推移  
(n=752)

<FIM合計点数>



<リハ単位数>



※対象: 令和2年4月以降に当該報告医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院し、令和4年3月までに退院した脳卒中患者752名

# 体制強化加算の概要

<b>A308 注4 体制強化加算1(1日につき)</b>	<b>200点</b>
<b>体制強化加算2(1日につき)</b>	<b>120点</b>

## 【施設基準】

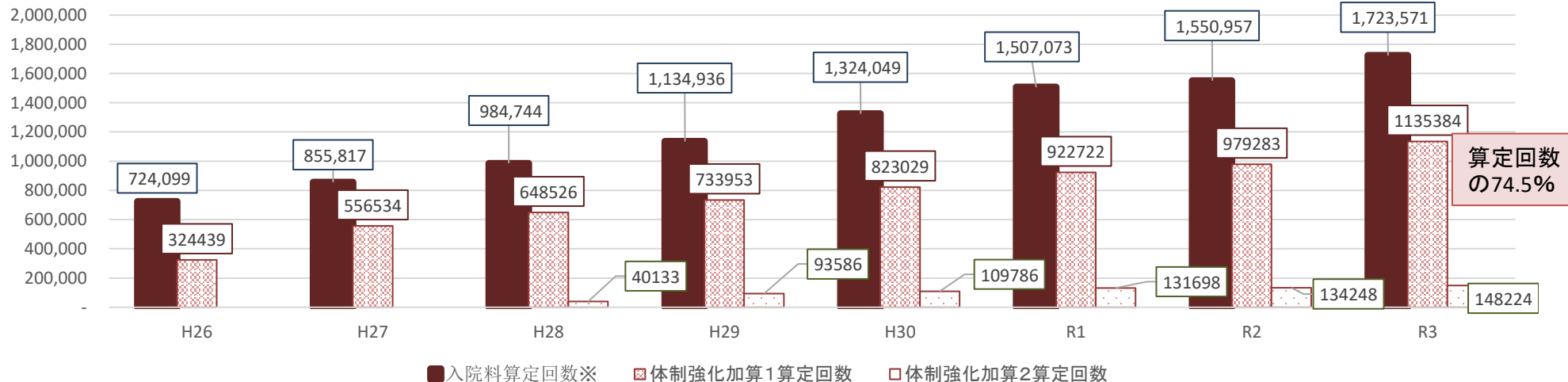
### 体制強化加算 1

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の届出を行っていること
- ② 当該病棟に専従の常勤医師 1 名以上（※）及び専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。
- ③ 医師については、以下のいずれも満たすこと。
  - ア リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を有していること。
  - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する 3 年以上の経験を有する者であること。

※ 体制強化加算 2 については専従の常勤医師を 2 名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。

- ①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- ②病棟外業務をする 2 名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ③週のうち 32 時間以上において、当該 2 名の医師のうち少なくともいずれか 1 名が当該病棟業務に従事していること。
- ④当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。

体制強化加算 算定回数



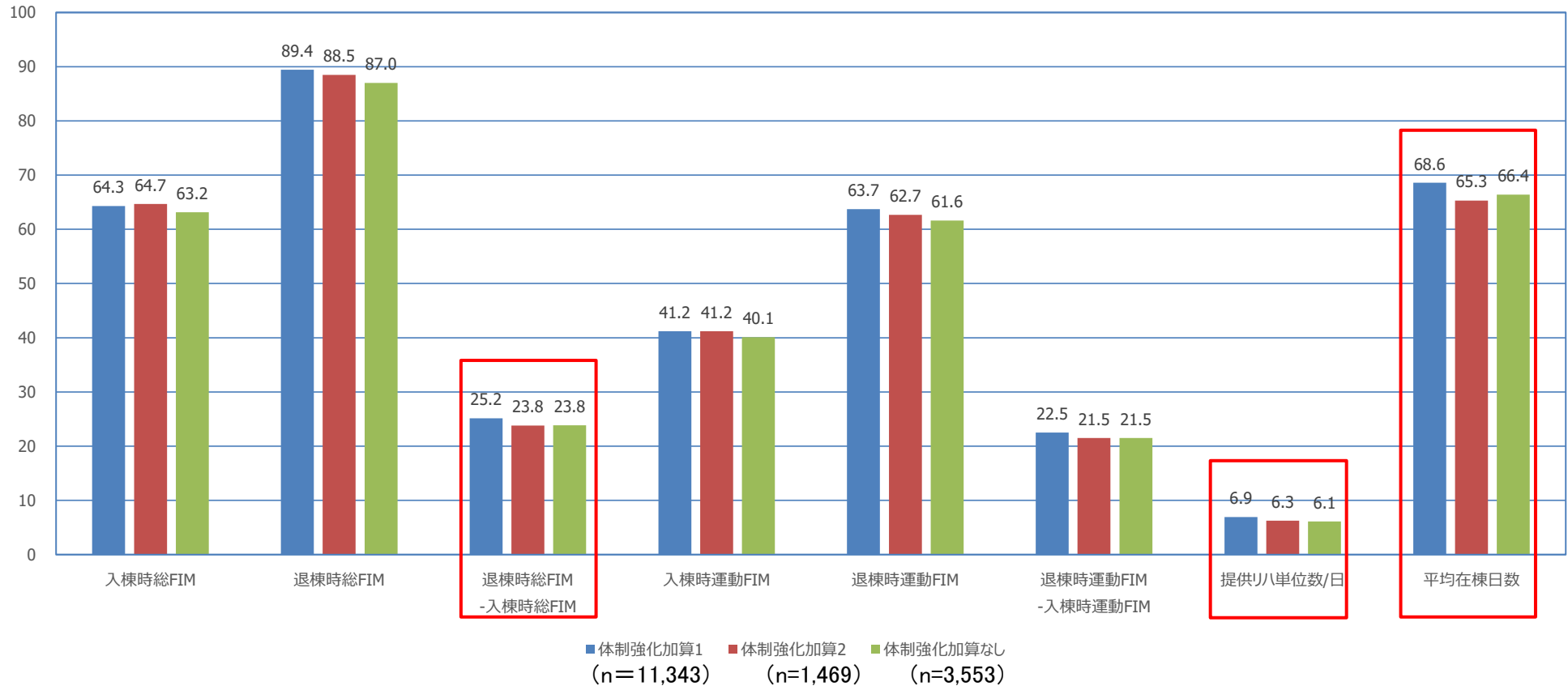
※平成29年までの期間は回復期リハビリテーション病棟入院料 1、平成30年以降は回復期リハビリテーション病棟入院料1.2

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

# 体制強化加算の届出有無別の比較

- 体制強化加算の有無によるアウトカム指標の比較は以下のとおり。
- 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。
- 体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差が無かった。

体制強化加算の有無別の比較





# 第三者機能評価について

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

## 病院機能評価本体審査機能種別の設定 (機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0) R5年4月現在

機能種別名	種別の説明
一般病院1	■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院3	■ 主として、高度な医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	■ 主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

### 機能種別の決定 (主たる機能種別と副機能)

- 主たる機能種別の決定  
病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する  
最も病床が多い機能に基づくことを原則とする (医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断)
- 副機能について (任意)  
主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる  
副機能は、主たる機能種別と同時にあるいは後日 (主たる機能種別の認定後)、受審することができる

ケース1: 全ての病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合

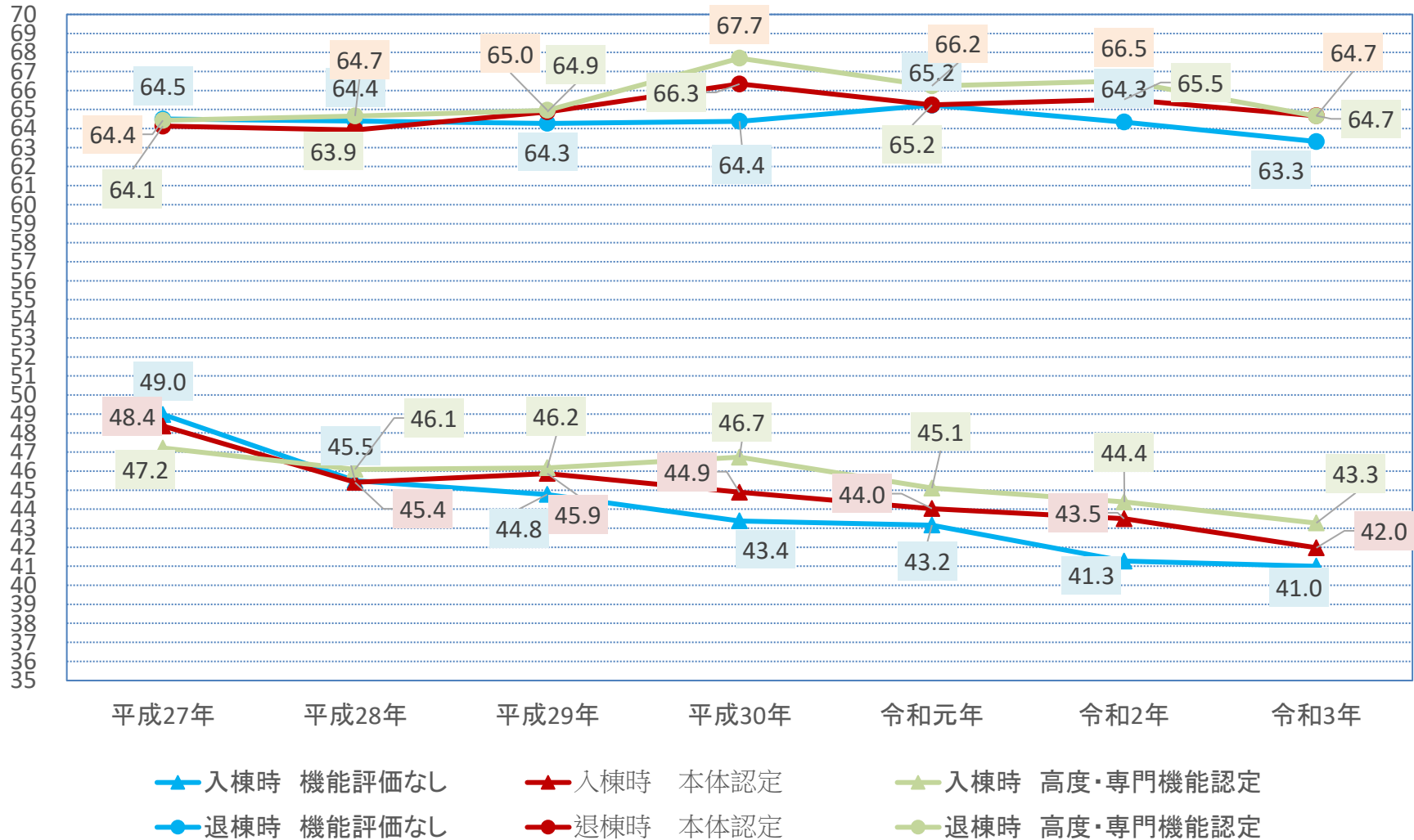
ケース2: 最も多い病床が急性期病床で、他に回復期リハビリテーション病棟がある場合



# 第三者機能評価の認定有無別の入棟時運動FIMの年次推移

- 日本医療機能評価機構の受審別の入棟時運動FIMの年次推移は以下のとおり。
- 2017年以降、入棟時運動FIMは低下傾向であるが、第三者機能評価の認定を受けている医療機関は認定のない医療機関と比較して入棟時のFIMが高い。

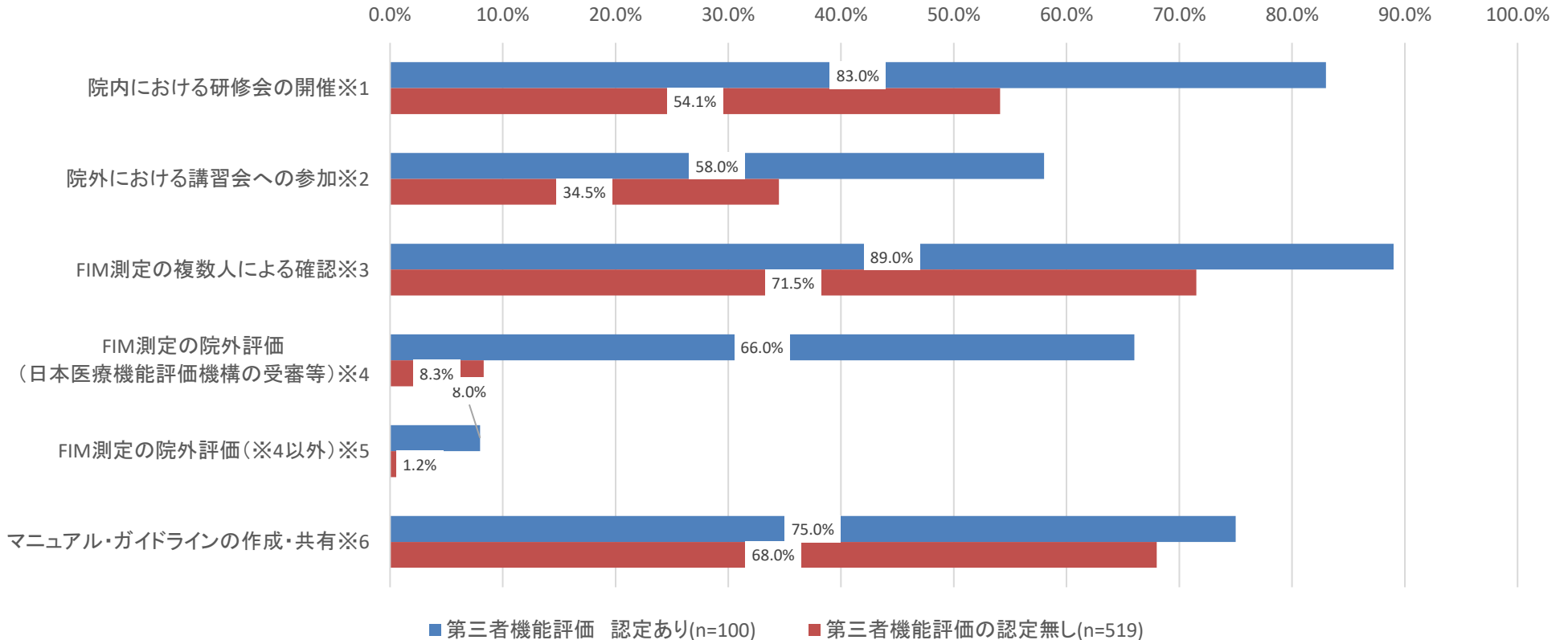
(入棟時・退棟時FIM)



# 第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

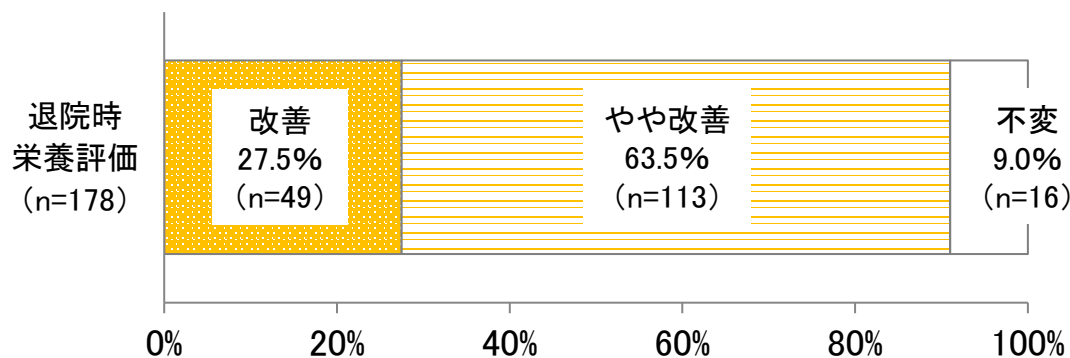
○第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。

FIMの測定に関する取組について



- ※1 院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に行っている。
- ※2 院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
- ※3 FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
- ※4 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に行っている(日本医療機能評価機構の受審などによるもの)。
- ※5 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に行っている(※4以外)。
- ※6 FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

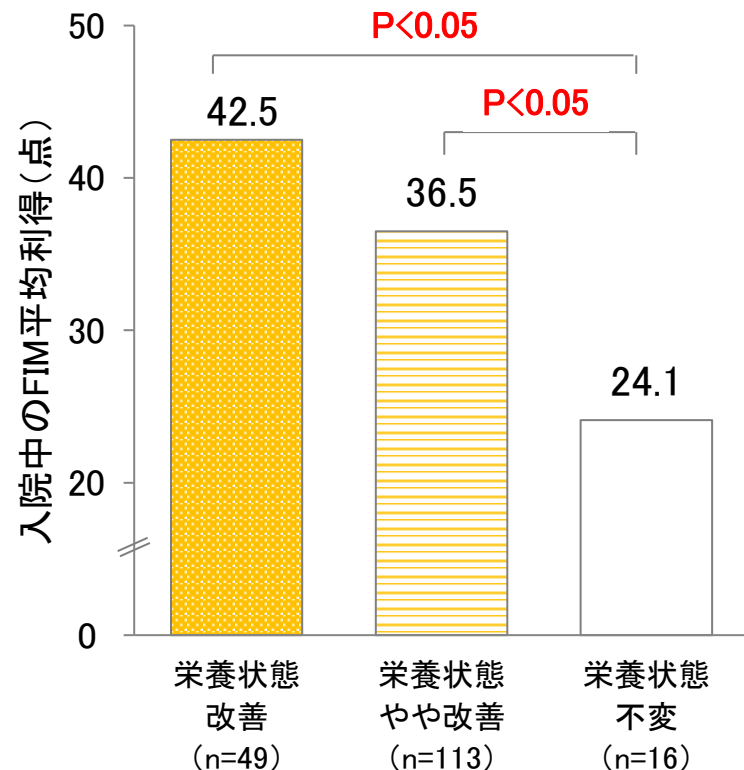
- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：栄養状態は管理栄養士がMNA<sup>®</sup>-SF<sup>※</sup>を用いて評価。  
 (退院時) 改善:12-14点、やや改善:8-11点、不変:0-7点  
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form  
 低栄養:0-7点、低栄養リスクあり:8-11点、栄養状態良好:12-14点

対象期間：2012年4月～2014年12月  
 対象者：回復期リハ病院に低栄養状態(MNA<sup>®</sup>-SF:0-7点)で入院し、  
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注：各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

- 回復期リハビリテーション病棟に配置されている管理栄養士は、入院料1で0.9人(常勤換算)であった。
- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養情報提供書の作成以外は8割以上実施されていた。

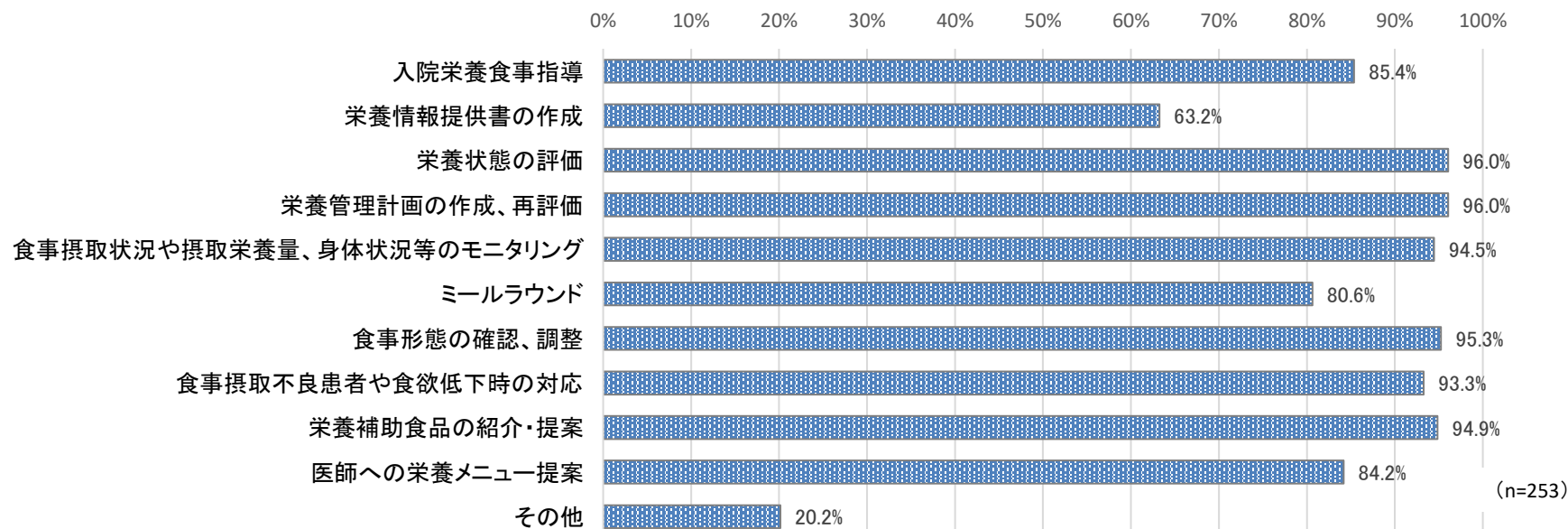
## ■ 回復期リハビリテーション病棟 職員数

	入院料1 (n=241)	入院料2 (n=34)	入院料3 (n=72)	入院料4 (n=8)	入院料 5~6 (n=2)
管理栄養士 (常勤換算)	<u>0.9</u>	0.5	0.5	0.1	0.0

## <参考> 施設基準等

	入院料1	入院料2~5
管理栄養士配置	専任常勤1名以上	専任常勤1名の配置が望ましい
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	配置されている場合：実施が望ましい
入院栄養食事指導料	包括範囲外	包括範囲

## ■ 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施状況



## B001・10 入院栄養食事指導料（入院中2回に限る）

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって、初回にあたっては概ね30分以上、2回目にあたっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定

### イ 入院栄養食事指導料1

※回復期リハビリテーション病棟入院料1で算定可

保険医療機関の管理栄養士が  
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 260点 (2) 2回目 200点

### ロ 入院栄養食事指導料2

有床診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 250点 (2) 2回目 190点

## 栄養情報提供加算（入院中1回） 50点

栄養食事指導に加え、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設等の医師又は管理栄養士と共有した場合に算定

### 【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

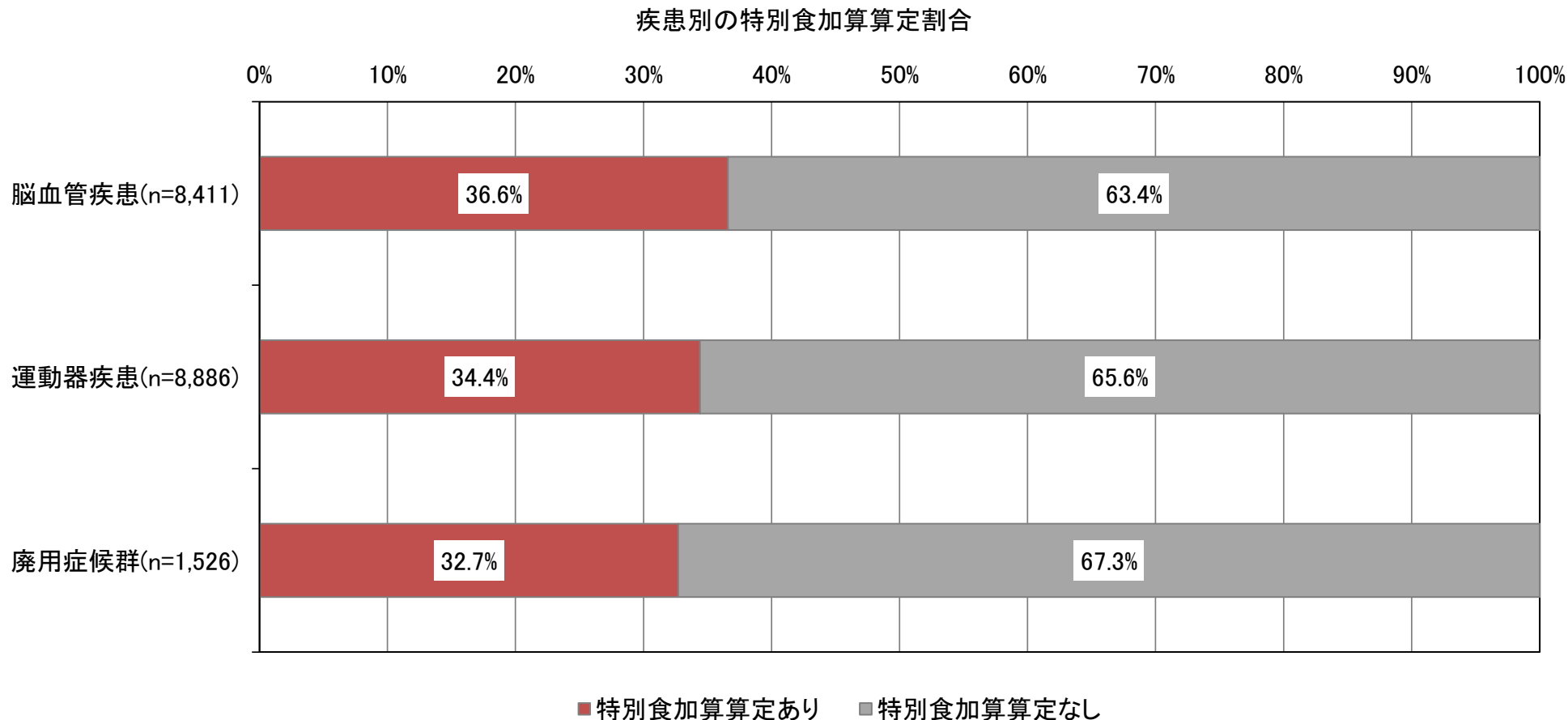
### ※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

# 回復期リハビリテーション病棟における疾患別の特別食加算算定状況

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 各疾患においても、3人に1人程度は特別食加算を算定している。

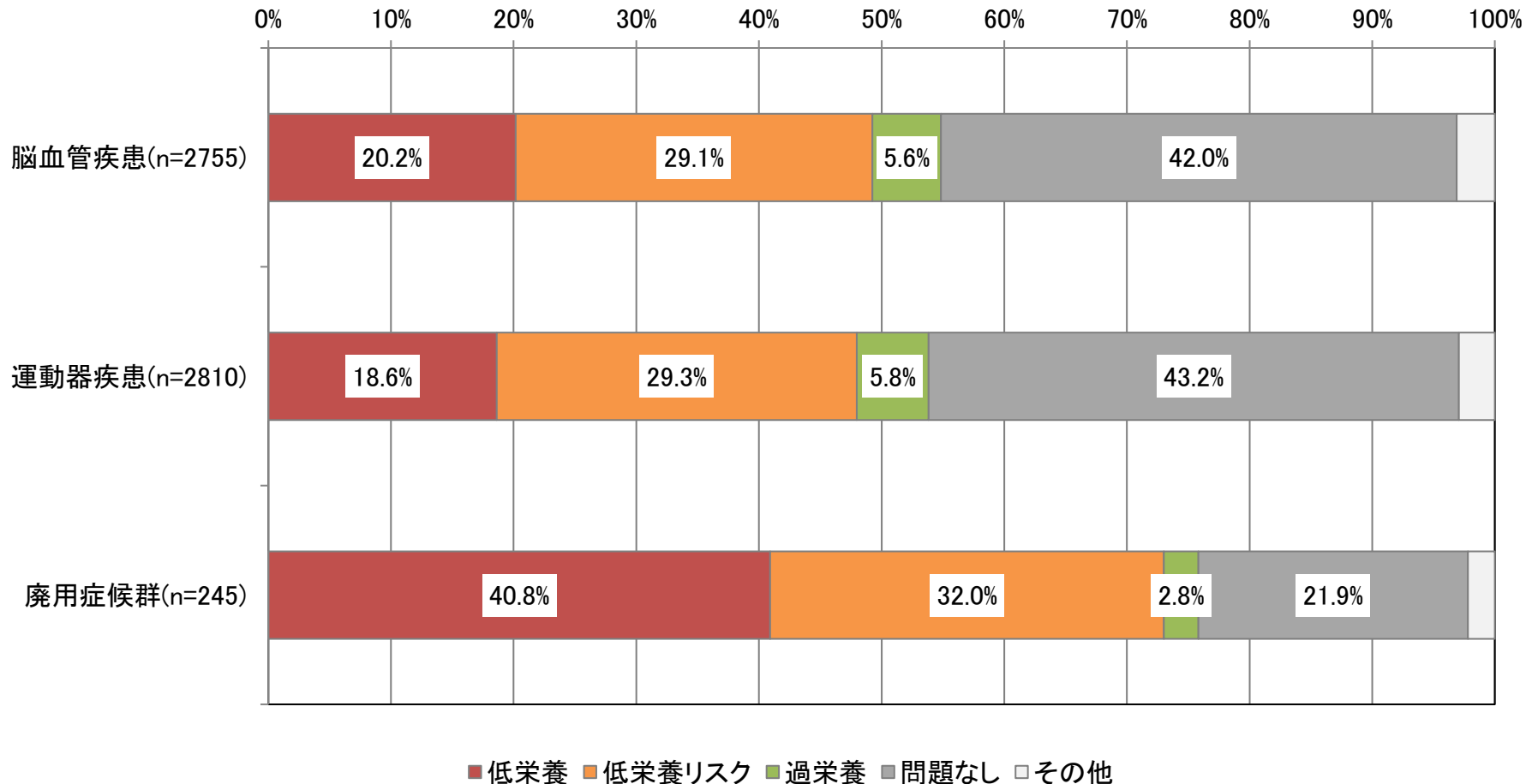


## ※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
- 脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

疾患別の栄養評価



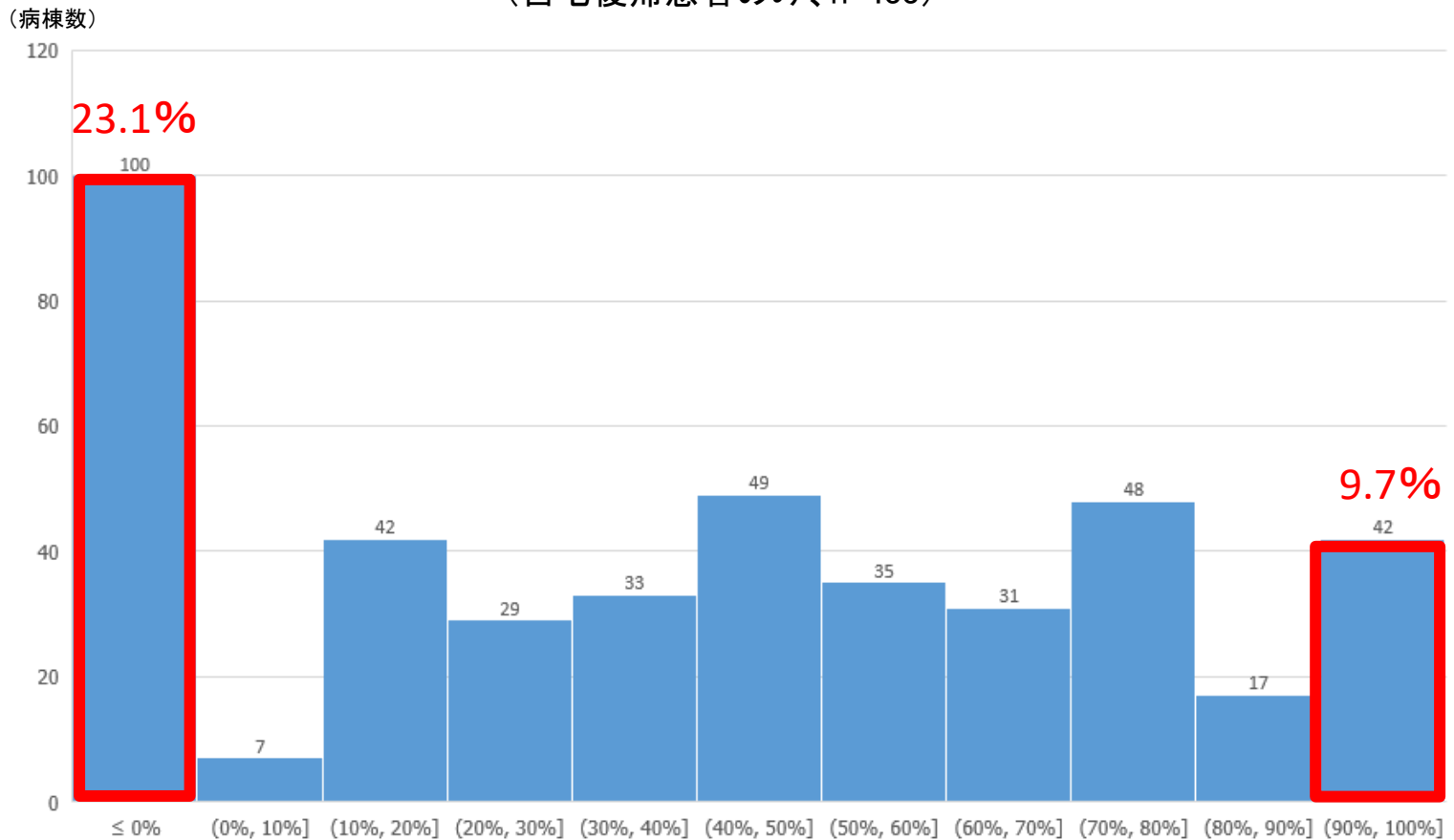


# 回復期リハビリテーション入院料1における入院栄養食事指導料の算定状況

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- 入院栄養食事指導料の主な対象者である特別食が必要(特別食加算算定者)又は低栄養に該当し、自宅に復帰する患者に対する入院栄養食事指導料の算定割合の分布は、以下のとおり。
- 約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における  $\frac{\text{入院栄養食事指導料算定患者数}}{\text{特別食加算算定又は低栄養に該当する患者数}}$  (%) の分布  
(自宅復帰患者のみ、n=433)



## 摂食嚥下支援加算の見直し②

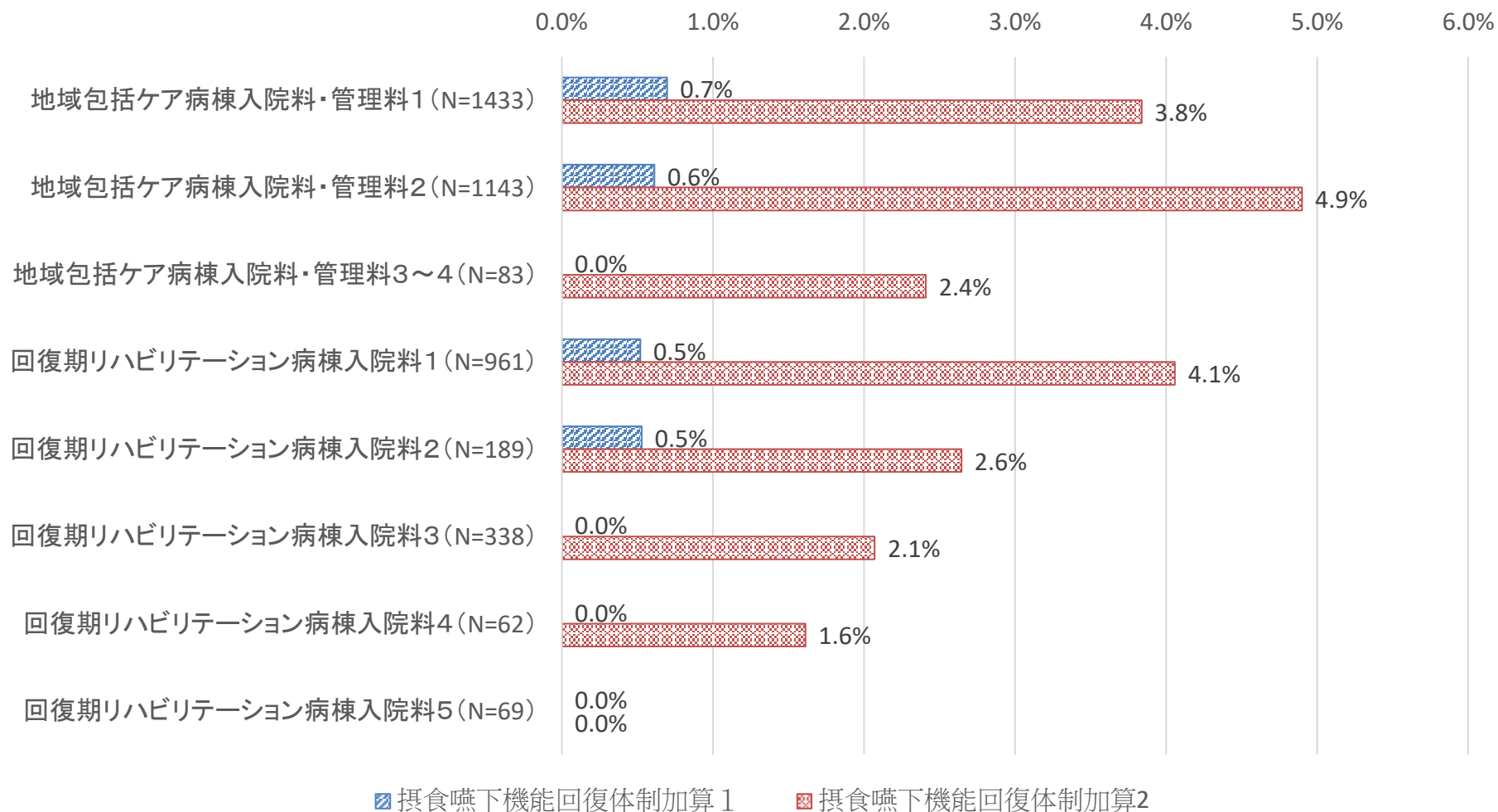
- 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

### 摂食嚥下機能回復体制加算

		摂食嚥下機能回復体制加算 1	摂食嚥下機能回復体制加算 2	摂食嚥下機能回復体制加算 3
算定要件	対象患者	摂食嚥下支援チームによる摂食・嚥下機能回復に係る取組によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者		
	算定可能な従事者	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任）               <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師又は歯科医師</li> <li>・適切な研修を修了した看護師※又は専従の言語聴覚士（※摂食嚥下障害看護認定看護師、<b>脳卒中看護認定看護師</b>）</li> <li>・管理栄養士</li> </ul> </li> <li>◆ カンファレンスに参加：その他職種も</li> </ul>		◆ 専任の医師、看護師又は言語聴覚士
	算定対象とする医療サービスの内容	①内視鏡下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食 の見直し等を実施		
	日数・回数の要件	1回/週		
施設基準	対象病棟・病床	摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病床入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病床
	実績等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率 35%以上</b></li> <li>・ <b>実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上</b></li> <li>・ <b>実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）</b></li> </ul>
経過措置		現に摂食嚥下支援加算を算定している医療機関については、半年間に限り、引き続き加算1を算定できる。		

# 摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況

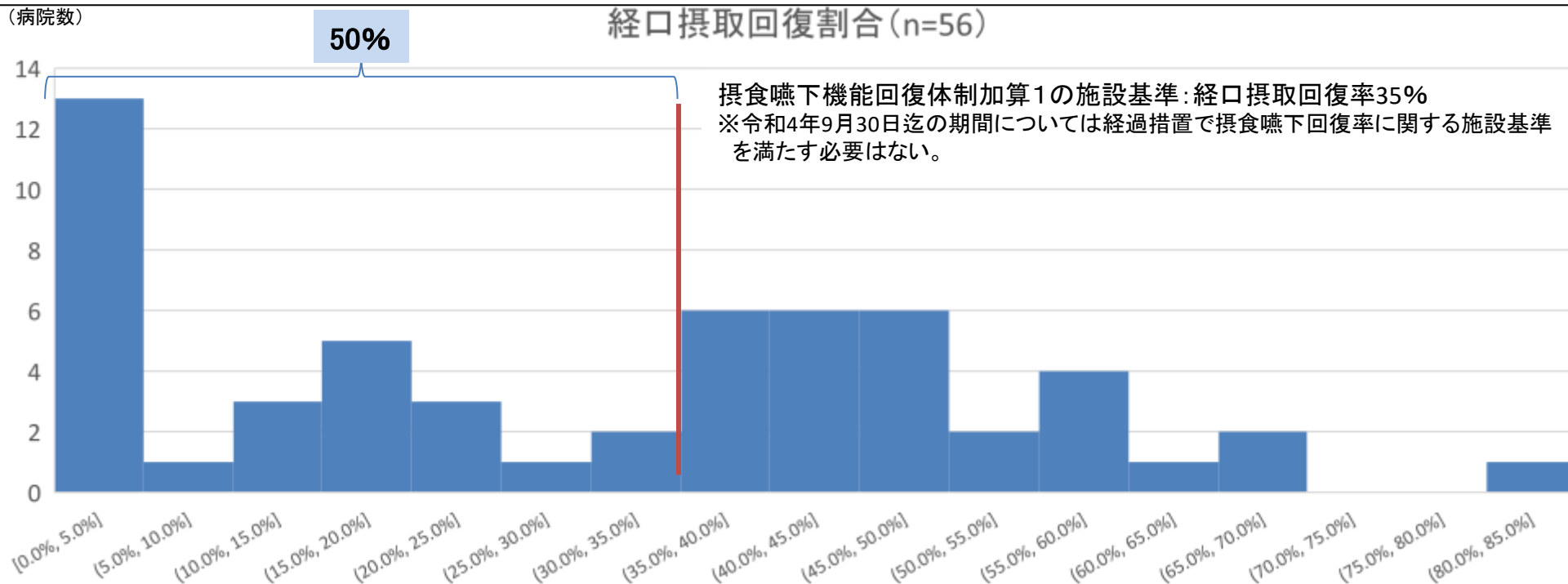
- 地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟における摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況は以下のとおり
- 回復期リハ病棟入院料1においては、加算1は0.5%、加算2は4.1%が届出していた。



# 摂食嚥下機能回復体制加算1届出の回りハにおける経口摂取回復割合

診調組 入 - 3  
5 . 9 . 6

○ 令和4年7月1日提出の定例報告における回復期リハビリテーション病棟を有し、摂食嚥下機能回復体制加算1の届出をしている病院での経口摂取回復割合の分布は以下のとおり、施設基準に満たない医療機関が50%存在する。

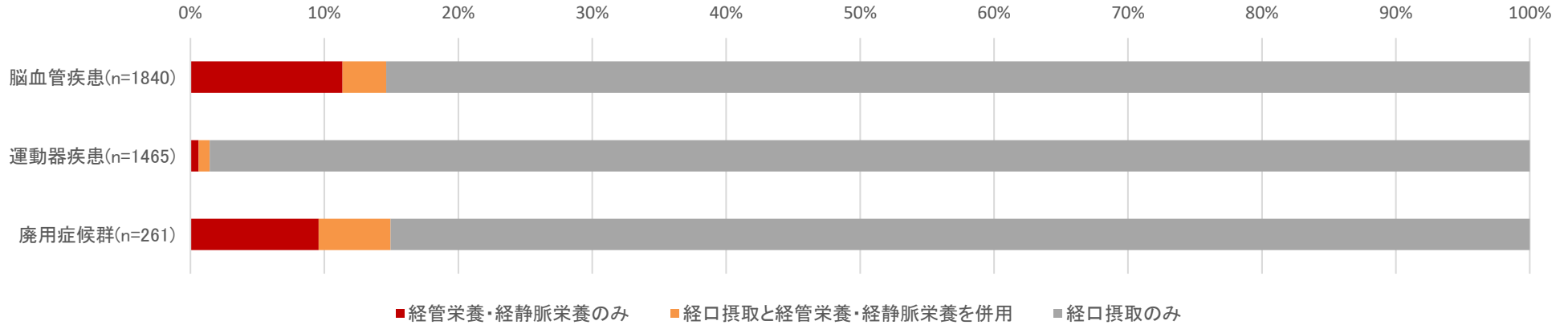


## 経口摂取回復割合の算出方法

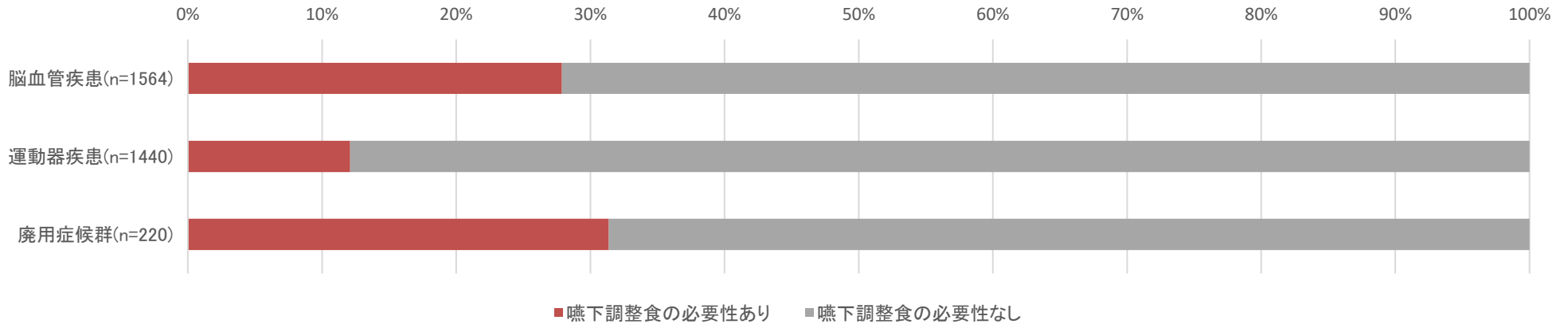
経口摂取に回復した患者数	=	栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者 (1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者) [1年以内注]
自院導入患者数 + 紹介患者数	=	自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」 + 紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」、「中心静脈栄養」の患者 (「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)
注) 回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設の日又は中心静脈栄養を開始した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。		
<b>分子及び分母から除くもの</b>		
① 1年以内に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)		
② 1か月以内に経口摂取に回復した患者		
③ 1年以上経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者	※ 鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算	
④ 減圧ドレナージ目的 (消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に属する。)		
⑤ 成分栄養剤の経路目的 (※慢性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に属する。)		
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等		

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、疾患別に摂食嚥下の状態を見ると、どの状態においても嚥下調整食を必要とする患者が一定程度存在する。

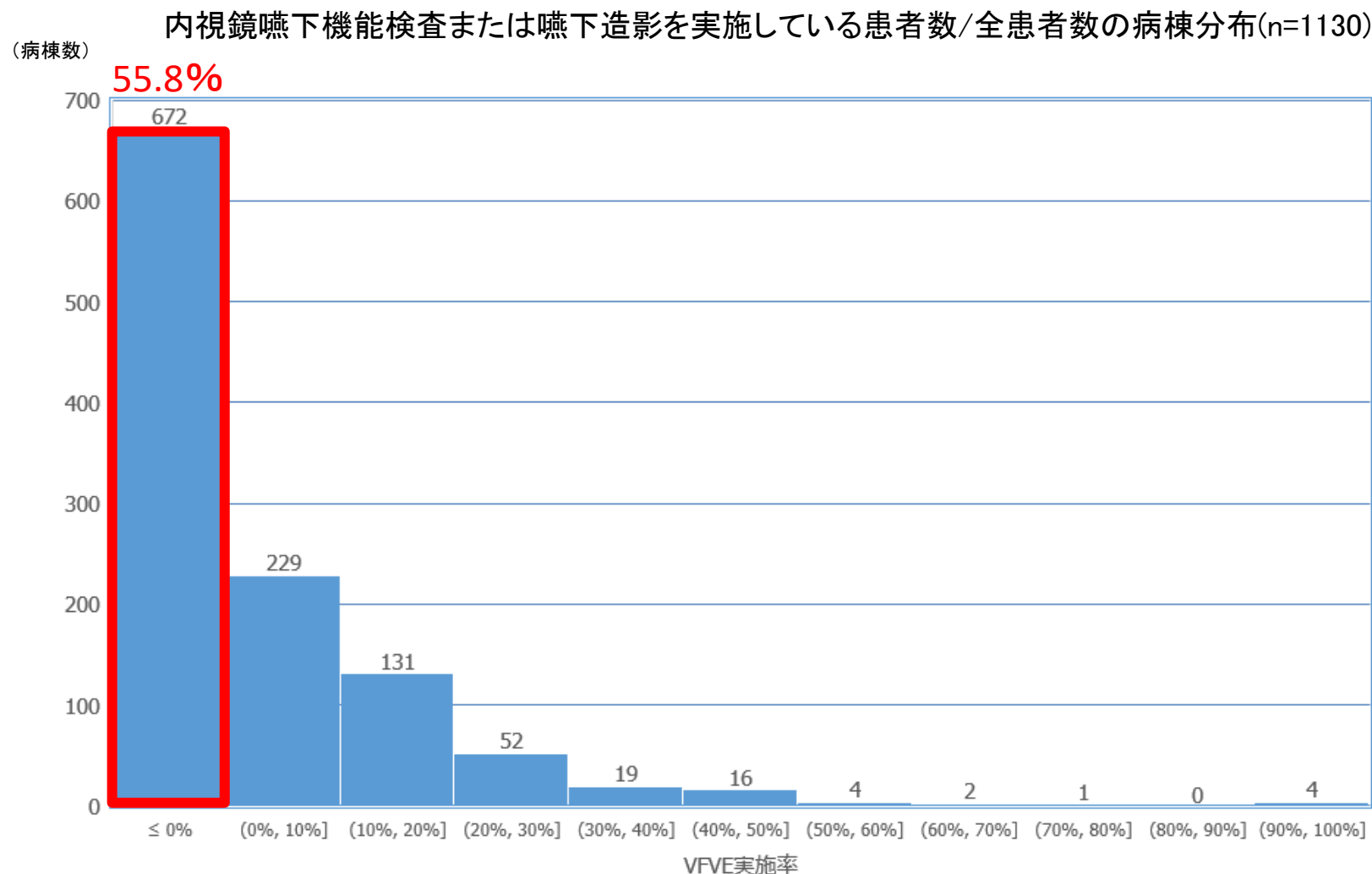
### 経管栄養・頸静脈栄養の有無



### 嚥下調整食の必要性

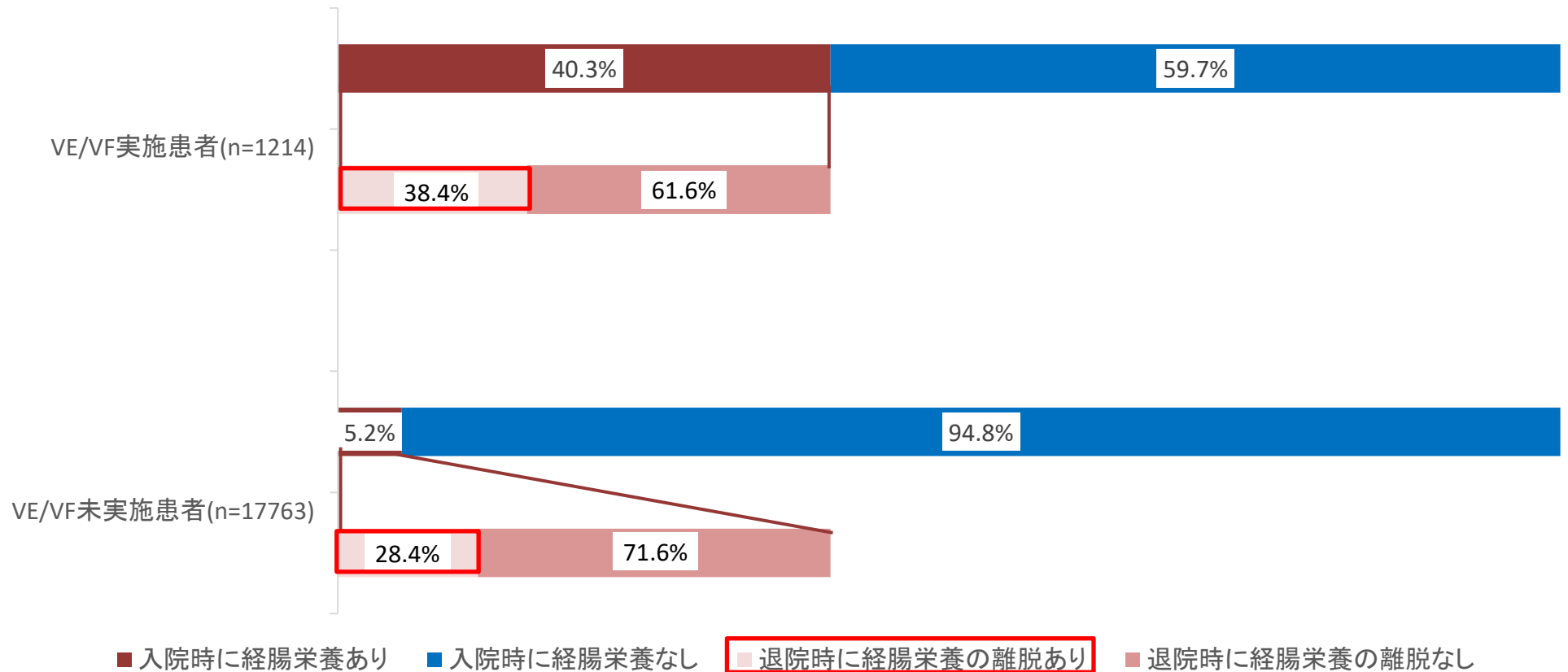


○ 回復期リハビリテーション病棟において、嚥下機能の検査が行われていない病棟が55.8%存在する。

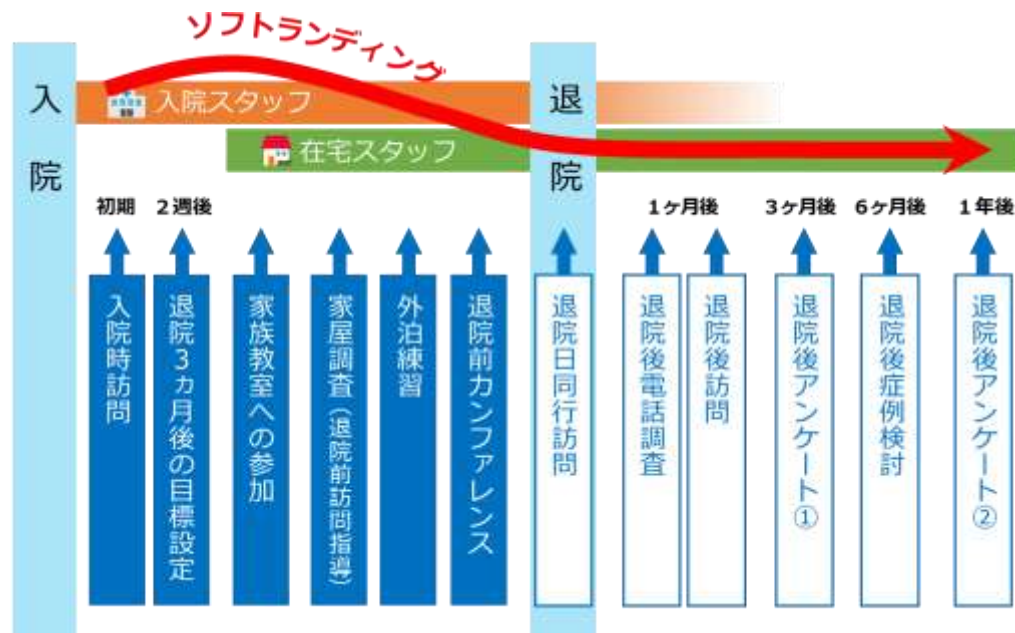


- 入院時に経腸栄養であった患者について、嚥下機能の検査の実施の有無で比較すると嚥下機能の検査を実施していた患者は経腸栄養の離脱割合が高い。

VE/VFの実施別の入院時の経腸栄養患者割合と経腸栄養の離脱割合



- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
  - 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。  
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。  
Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。  
岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021

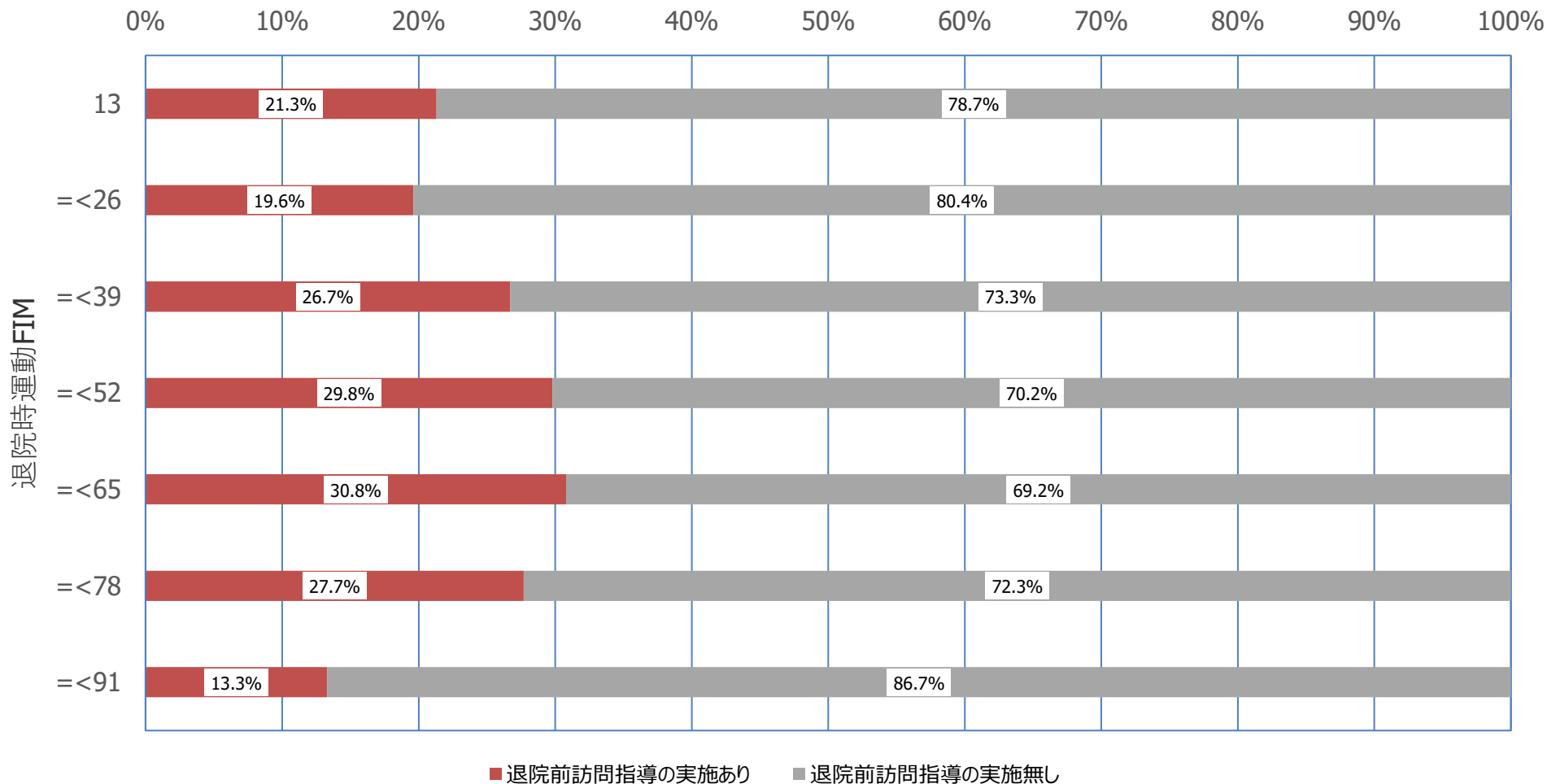




# 退院時運動FIMと退院前訪問指導実施割合の関係

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟し、在宅に退棟した患者の訪問指導実施割合は、退院時運動FIMが79以上91以下の患者では13.3%だったが、退院時運動FIMが78以下の患者では約2～3割だった。

在宅復帰患者のうち退院前訪問指導を実施した割合

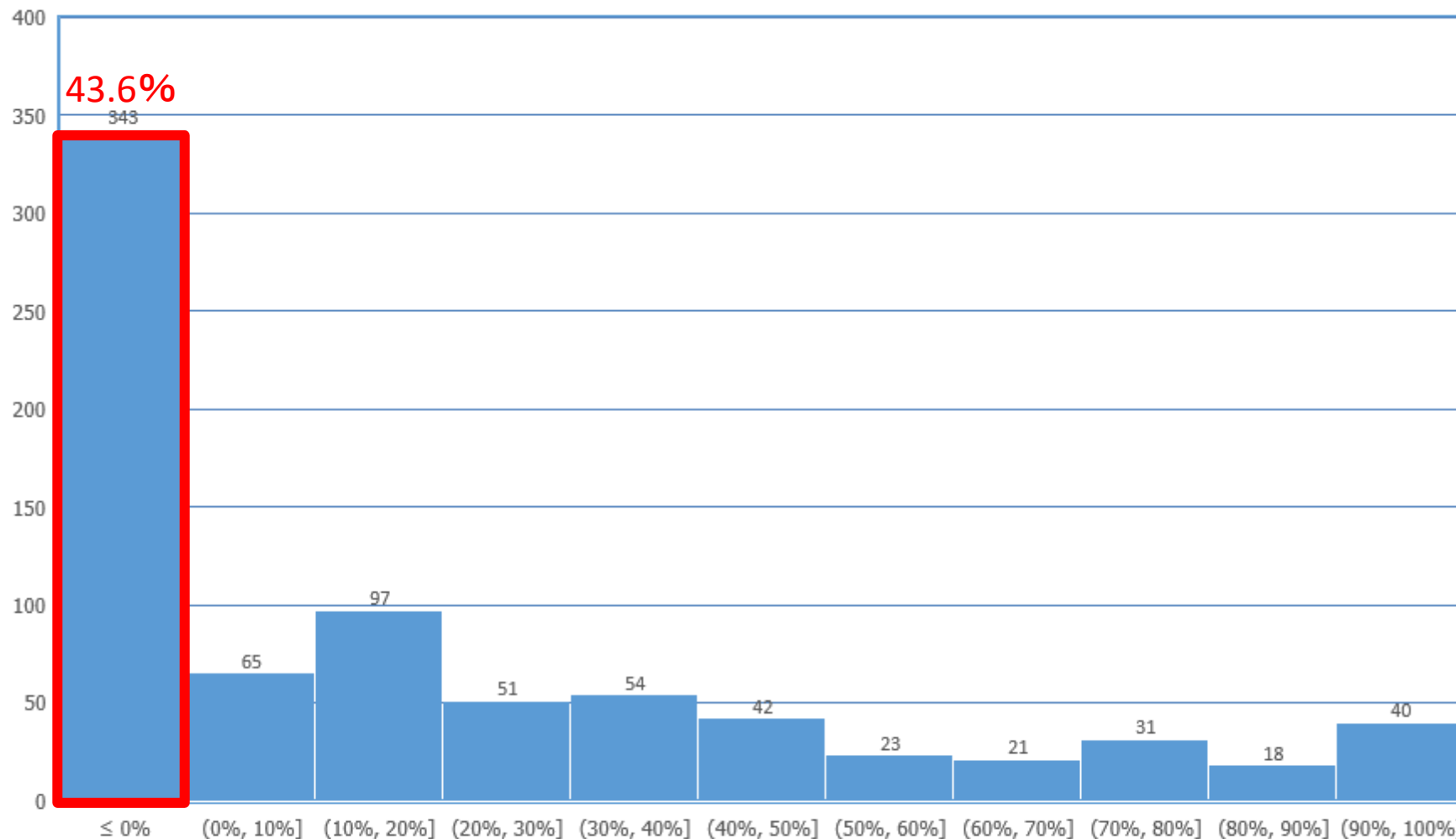


# 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実施割合

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

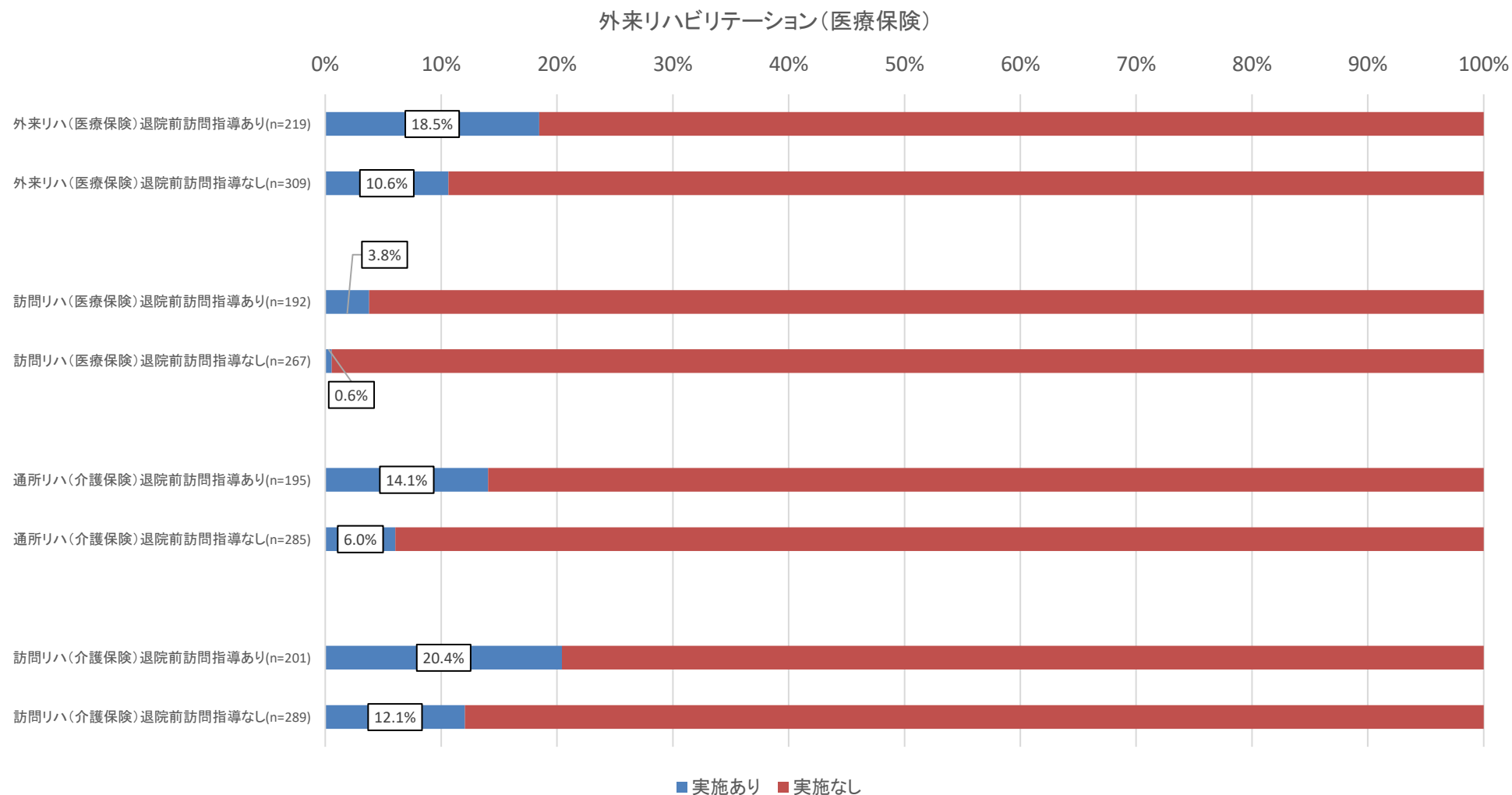
- 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院予定患者に対する退院前訪問指導実施割合は、0%の病院が最も多い。

(病院数) 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合(n=785)



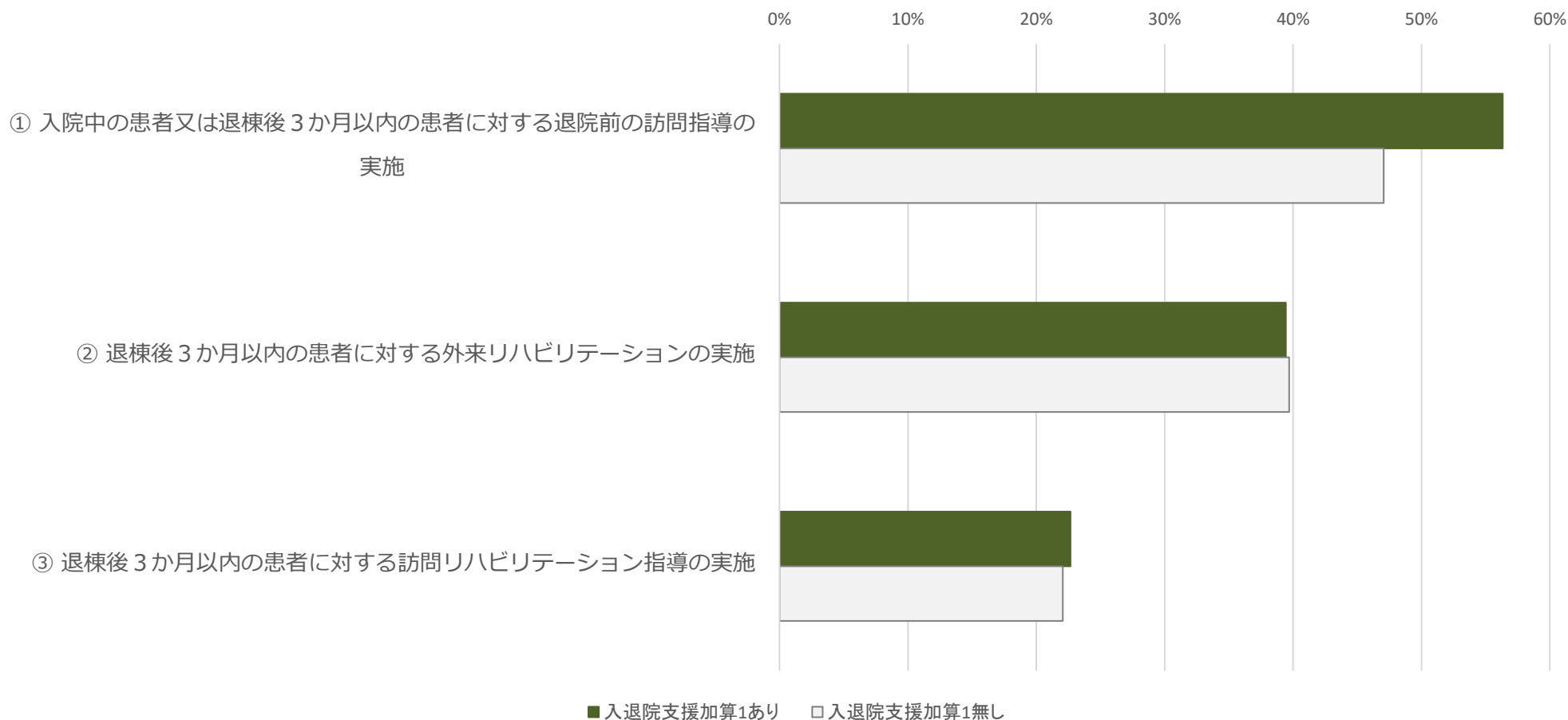
※退院前訪問指導: 入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

○ リハビリテーション専門職による退院前訪問指導の実施のある医療機関はない医療機関と比較して、退院後の外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションの実施割合が高かった。



○ 回復期リハビリテーション病棟における入退院支援1の届出別の病棟専従のリハビリ専門職の退院後のフォローアップについて、入退院支援加算1を届出がある医療機関の方が、届出がない場合と比較して病棟専従のリハビリ専門職による退院前の訪問指導の実施があると回答した割合が高かった。

## ■ 回復期リハビリテーション病棟における、入退院支援加算1届出別の病棟専従のリハビリ職による退院前後の指導・リハビリの実施状況



## 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件

### (回復期リハビリテーション病棟入院料について)

(1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、**ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟**であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。

(2)～(18) (略)

## 安静臥床が及ぼす全身への影響

### 1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

### 2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

### 3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

### 4. 消化器系

- 1) 便秘等

### 5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

### 6. 精神神経系

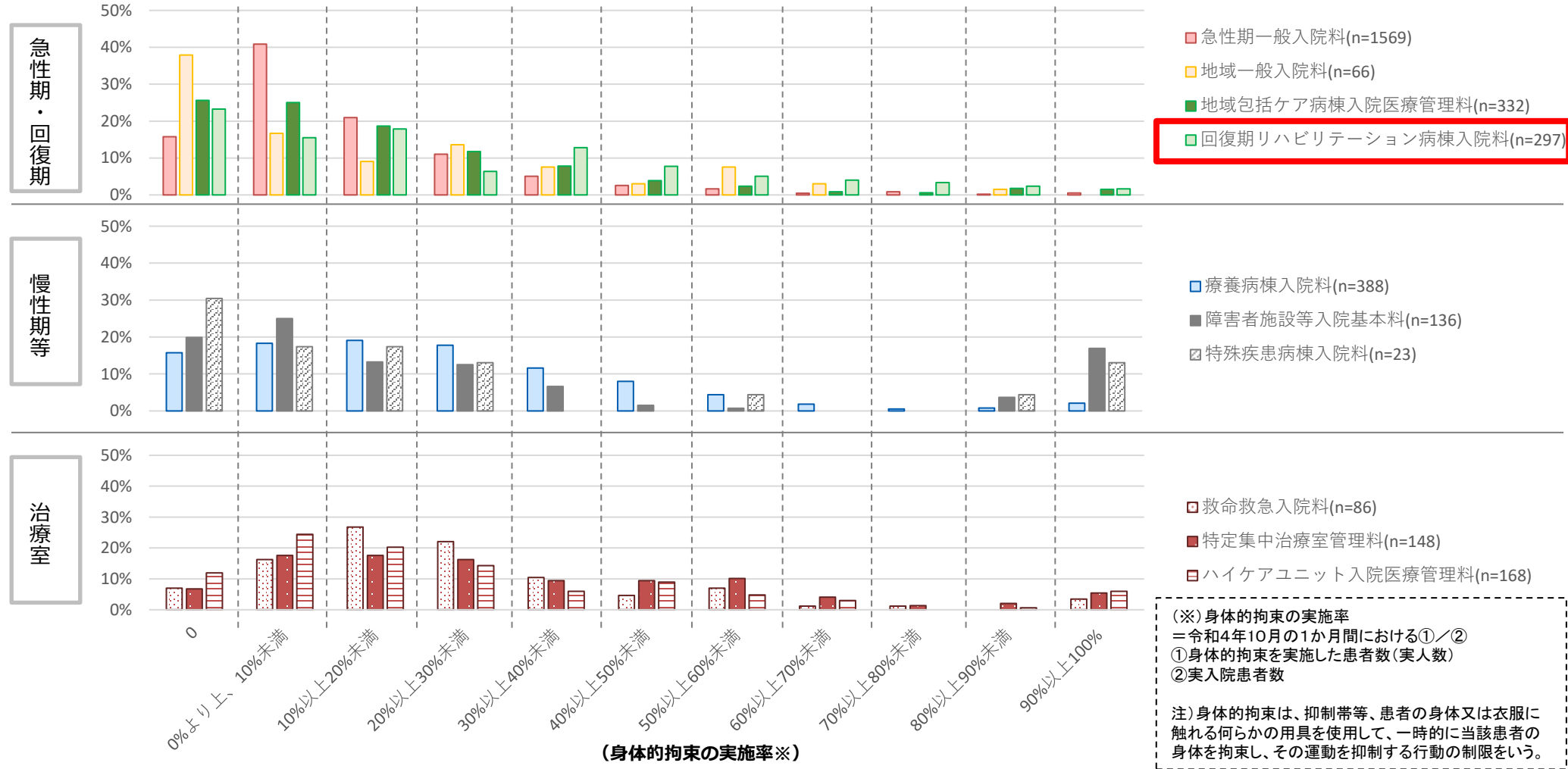
- 1) せん妄等

# 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)

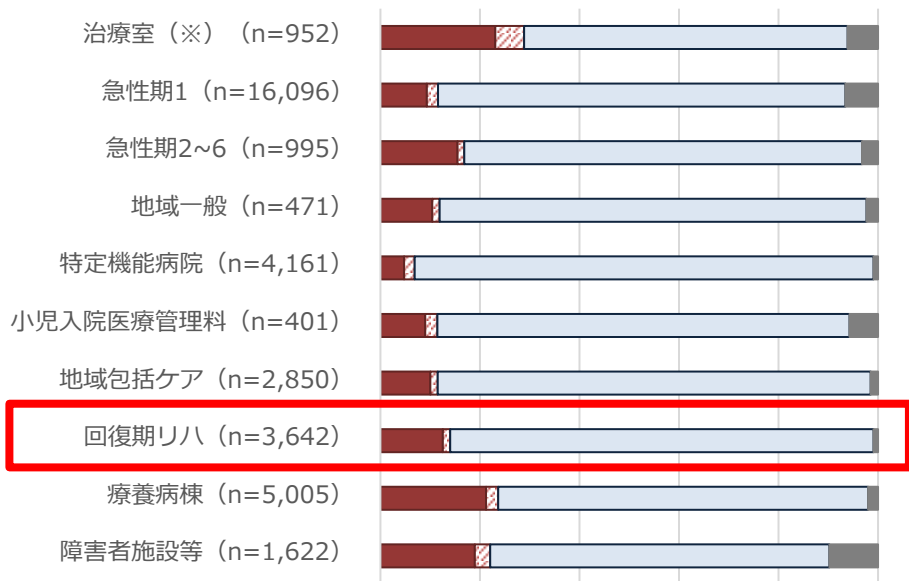


# 入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

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



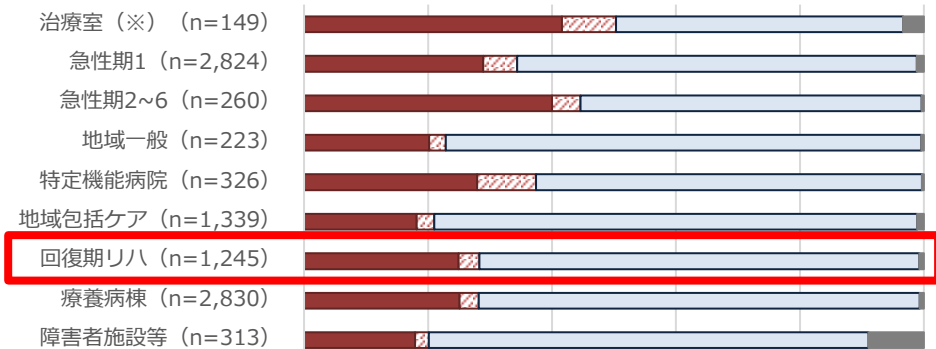
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

## ■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

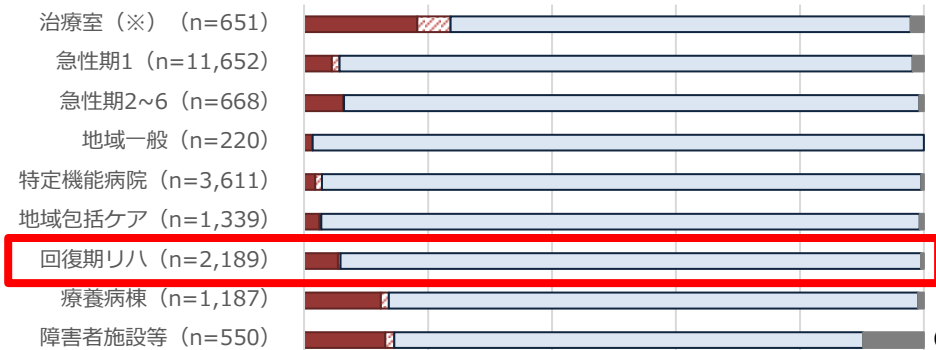
### 認知症ありの患者

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



### 認知症なしの患者

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

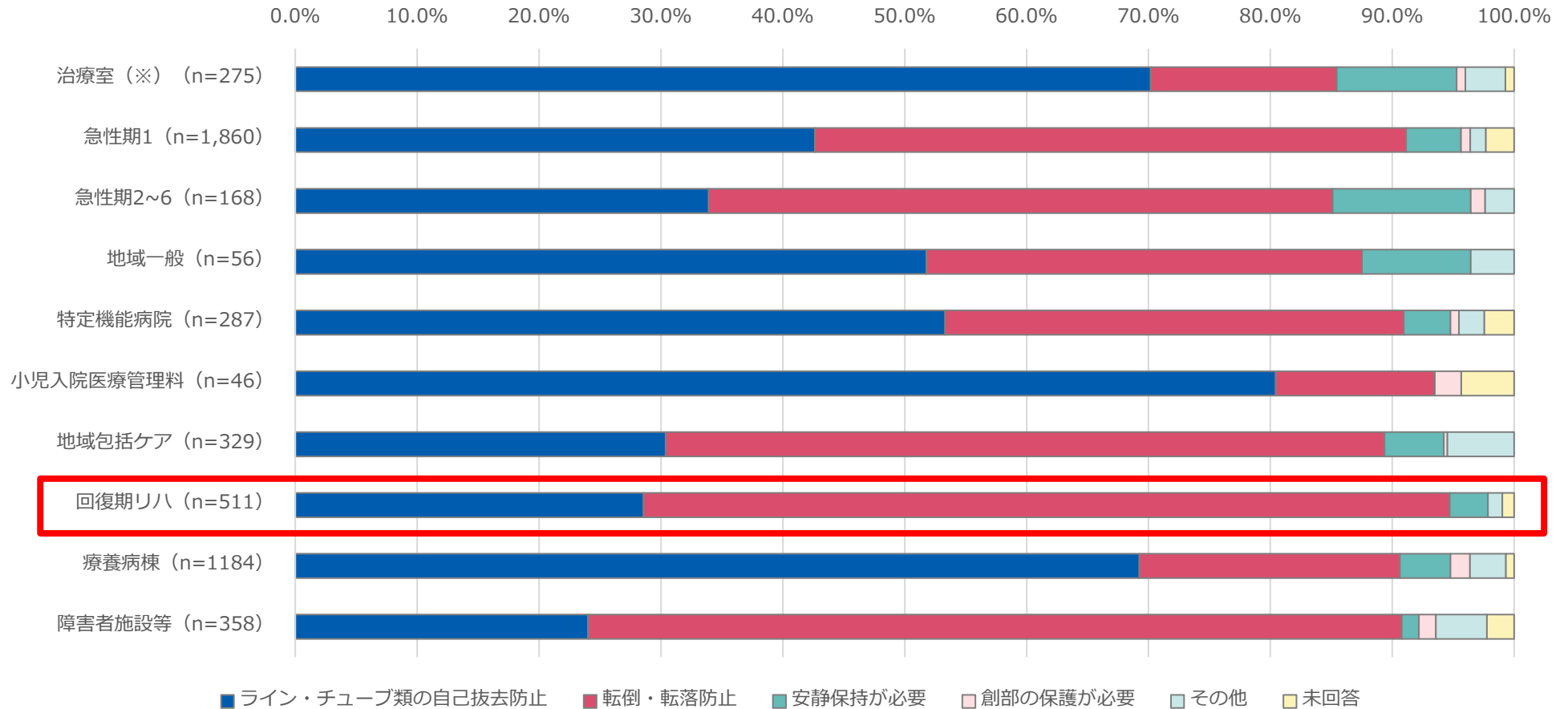


# 入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1  
5. 7. 8 改

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

## ■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。



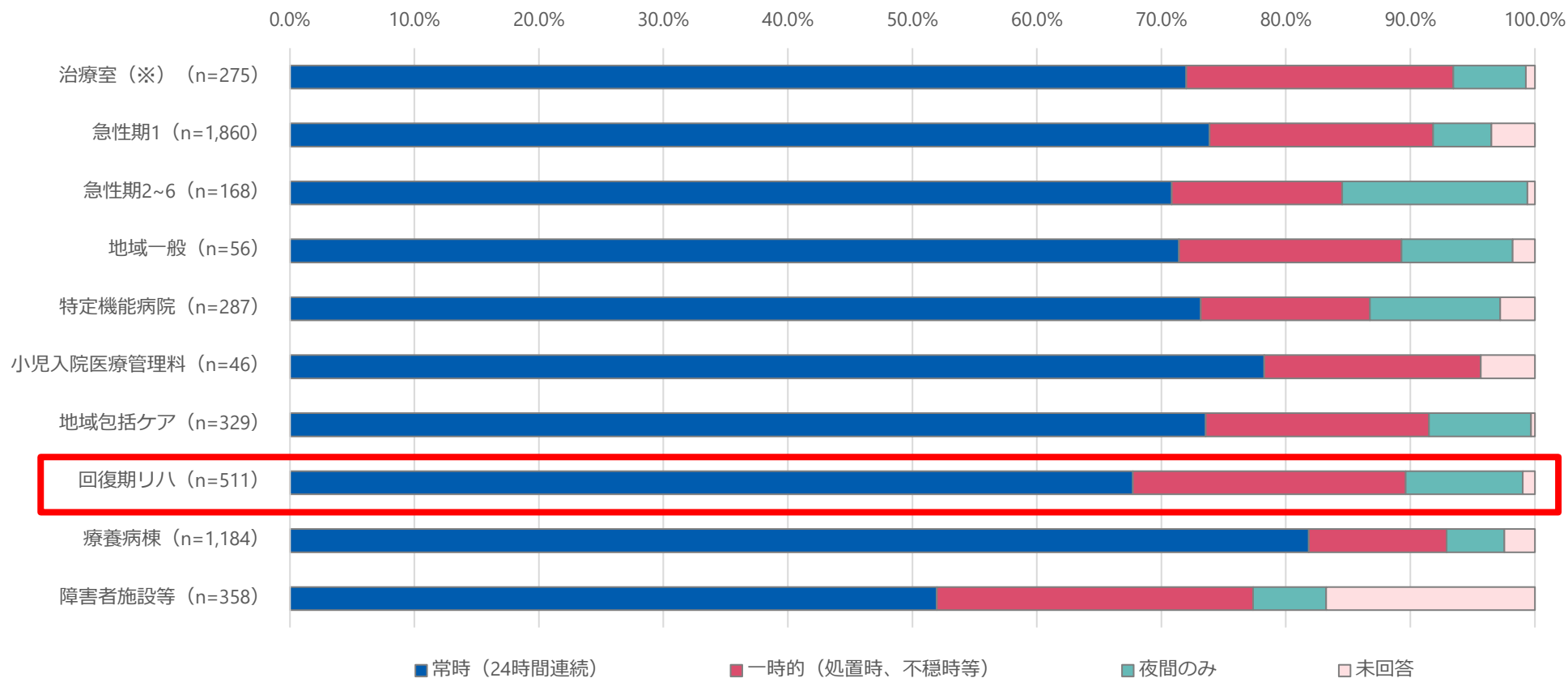
# 入院料別の拘束時間

診調組 入-1  
5. 7. 8 改

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

## ■ 拘束時間 (調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る)

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

# 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性①

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症である患者が多かった。

## ■ 回復期リハビリテーション病棟の患者における身体的拘束の実施有無別の主傷病

基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=458)

調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=53)

身体的拘束の実施なし (n=3,099)

	主傷病	n数	割合
1	脳梗塞	39	8.5%
2	心原性脳塞栓症	37	8.1%
3	大腿骨頸部骨折	34	7.4%
4	大腿骨転子部骨折	30	6.6%
5	アテローム血栓性脳梗塞	24	5.2%
6	視床出血	23	5.0%
7	廃用症候群	22	4.8%
8	脳皮質下出血	17	3.7%
9	被殻出血	16	3.5%
10	脳出血	13	2.8%

	主傷病	n数	割合
	脳梗塞	7	13.2%
	大腿骨転子部骨折	6	11.3%
	腰椎圧迫骨折	4	7.5%
	廃用症候群	4	7.5%
	心原性脳塞栓症	4	7.5%
	脳出血	3	5.7%
	大腿骨頸部骨折	3	5.7%
	脱水症	3	5.7%
	被殻出血	2	3.8%
	外傷性慢性硬膜下血腫	2	3.8%

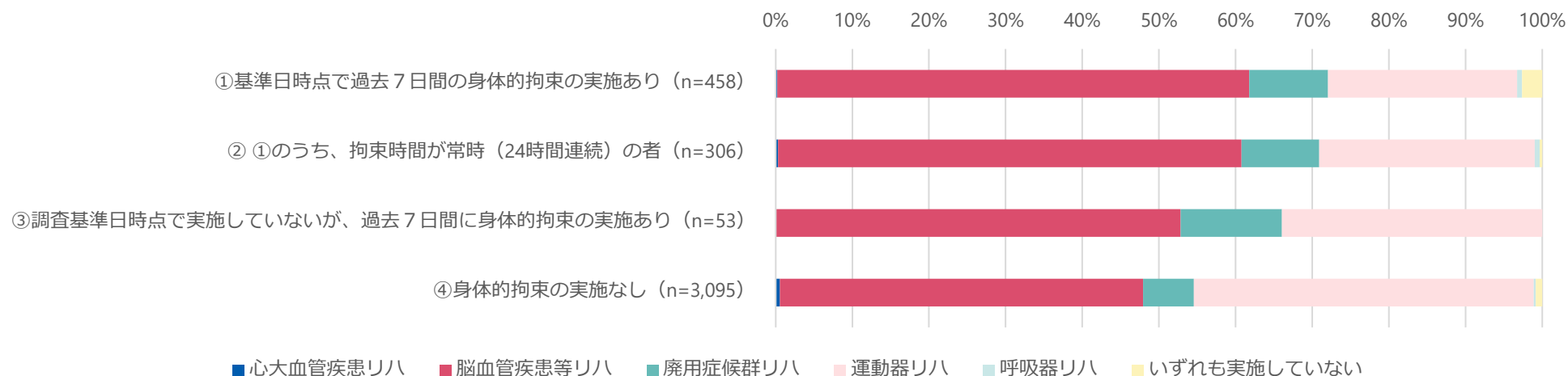
	主傷病	n数	割合
	大腿骨転子部骨折	246	7.9%
	大腿骨頸部骨折	231	7.5%
	脳梗塞	187	6.0%
	アテローム血栓性脳梗塞	187	6.0%
	腰椎圧迫骨折	125	4.0%
	心原性脳塞栓症	118	3.8%
	廃用症候群	89	2.9%
	視床出血	83	2.7%
	被殻出血	75	2.4%
	ラクナ梗塞	62	2.0%

# 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
- 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約6単位実施されていた。

## ■ 身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



## ■ 身体的拘束の実施有無別、1日あたりのリハビリテーション実施単位数 (未回答を除く)

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
① 基準日時時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
② ①のうち、拘束時間が常時 (24時間連続) の者 (n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③ 調査基準日時時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④ 身体的拘束の実施なし (n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

## 算定要件

### (4) 身体的拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
  - (ロ) 患者家族への説明と同意
  - (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
  - (ニ) 二次的な身体障害の予防
  - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

#### 【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合には、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

## 施設基準

### 認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

### 認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

### 認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

# 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

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

## 地域ケア会議への参画等



自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上を目指す

## 訪問・通所介護職員等への助言



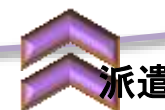
介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問介護における自立支援に資する取組を促進



## 住民運営の通いの場への支援



介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援



地域包括支援センター



医療機関・  
介護サービス事業所等

連携



リハビリテーションに関連する専門職等



郡市区等医師会等  
関係団体

企画調整を  
連携し実施



市町村

# 市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

意見交換 資料-4 参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

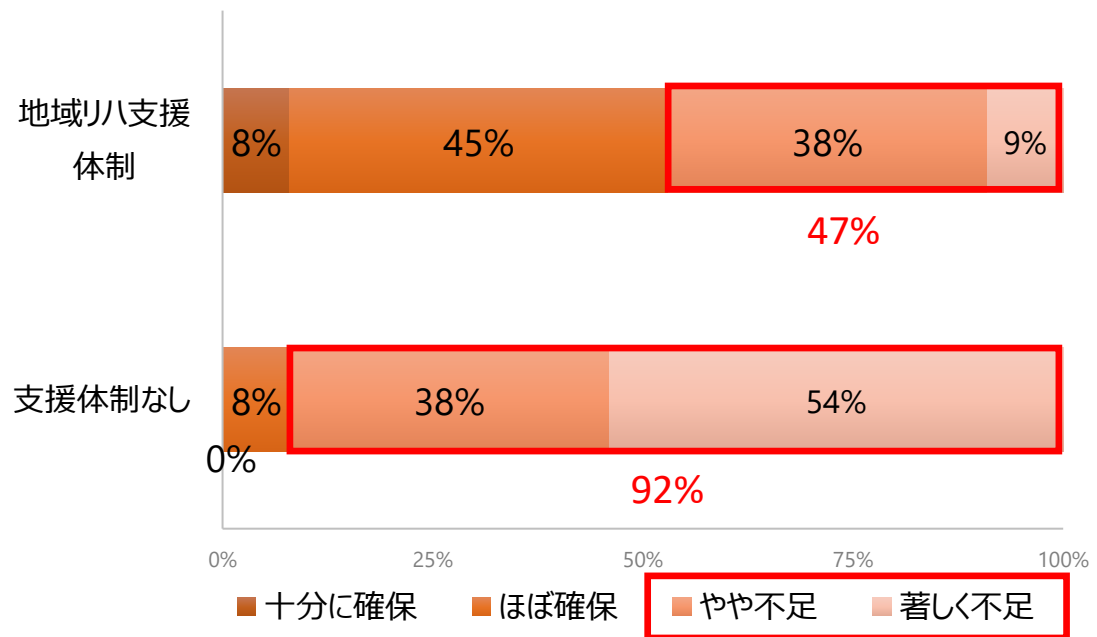
- 地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
- 総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

## 地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数(市町村)	1,292	449	1,741
割合[%]	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

## 総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業、全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

○ 回復期リハ病棟を有する施設の地域貢献活動の状況は以下のとおり。実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

施設として実施している又は関与している取り組みについて（令和5年6月1日時点）	地域ケア会議への参加	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	住民主体の通いの場への支援	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	上記のいずれも実施又は関与していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=265)	61.5%	49.4%	42.3%	51.3%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=59)	52.5%	30.5%	27.1%	39.0%	30.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=88)	55.7%	33.0%	36.4%	45.5%	20.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=10)	50.0%	0.0%	30.0%	10.0%	40.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=13)	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	53.8%

上記取り組みに派遣している職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=223)	35.4%	3.1%	10.3%	51.6%	79.8%	59.2%	39.0%	23.3%	6.3%	27.8%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=38)	26.3%	0.0%	7.9%	50.0%	81.6%	71.1%	34.2%	23.7%	7.9%	42.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=68)	38.2%	1.5%	5.9%	41.2%	85.3%	52.9%	27.9%	27.9%	2.9%	26.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=6)	50.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=6)	33.3%	0.0%	16.7%	66.7%	83.3%	50.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%

## 0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

**6. 療養病棟入院基本料について**

7. 障害者施設等入院基本料等について

8. 外来医療について

9. 外来腫瘍化学療法について

10. 情報通信機器を用いた診療について

11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について

12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

13. 横断的個別事項について



# 療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟 入院基本料1	療養病棟 入院基本料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

## 療養病棟入院基本料 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

## 療養病棟入院基本料 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

### 医療区分

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

### ADL区分

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

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

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

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

# 療養病棟入院基本料の包括範囲について

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

- 療養病棟入院基本料について、当該基本料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。
- 例として、手術や麻酔に係る費用は出来高で算定することができる。

○: 包括範囲  
—: 包括範囲外

注) 疾患別リハビリテーションについて1日につき2単位を超えるもの(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、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に限る)。

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

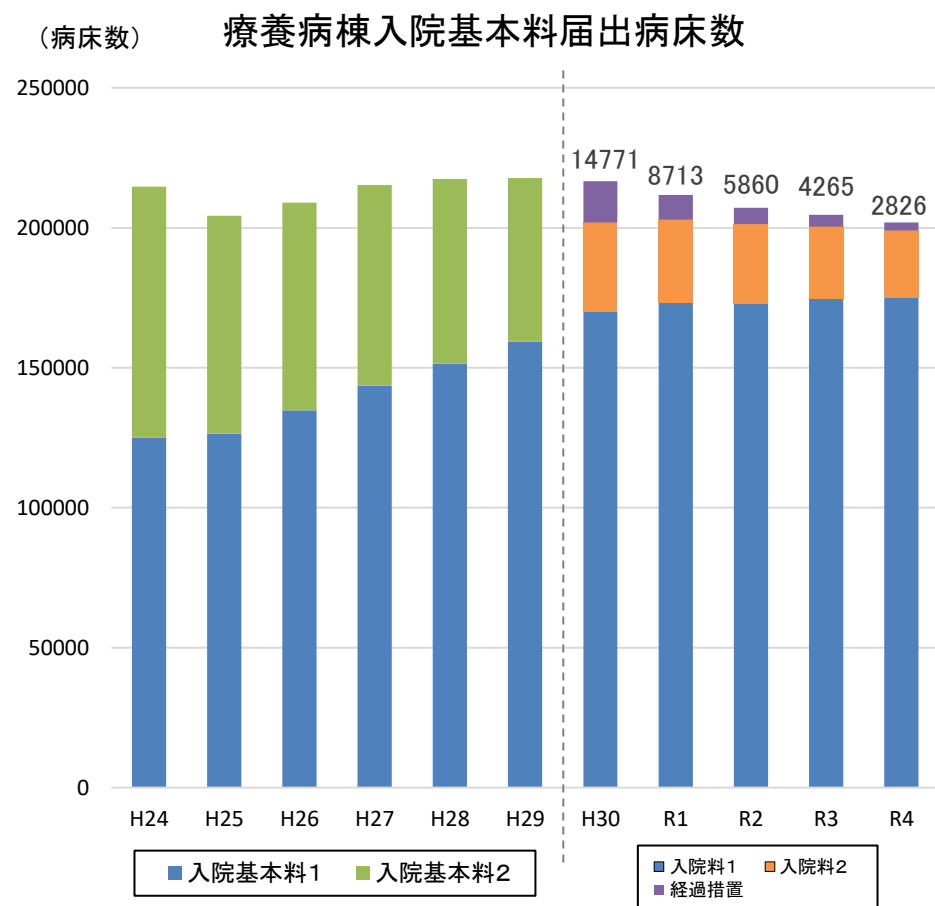
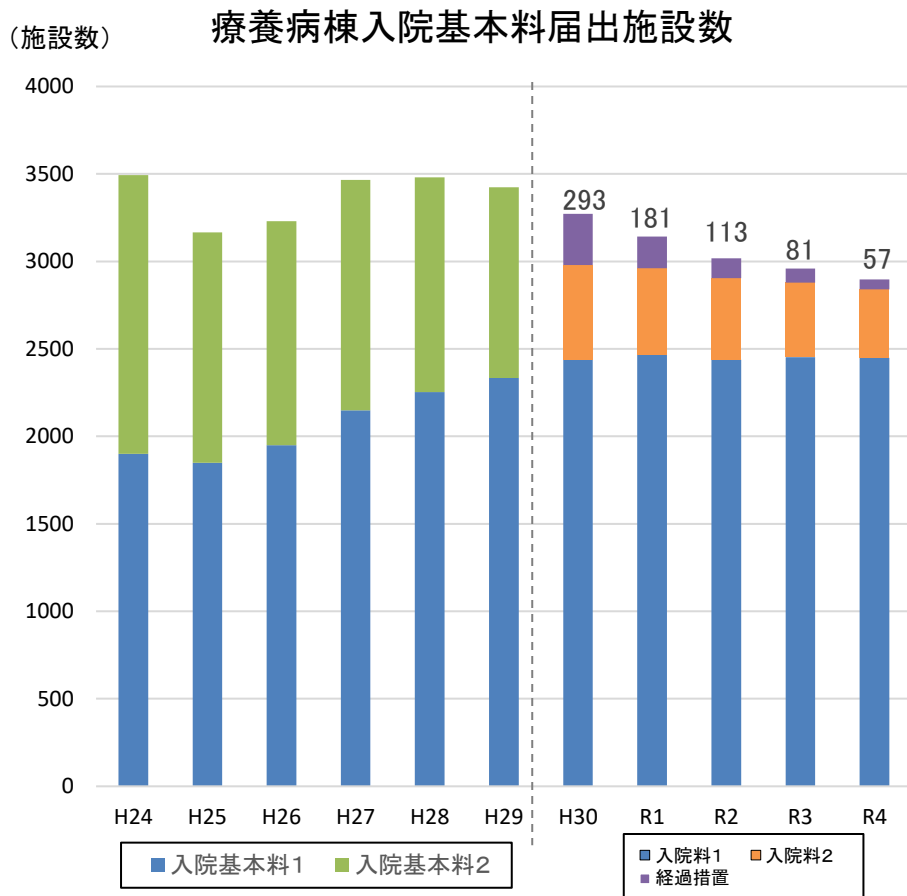
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。</li> <li>療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点</li> <li>療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点</li> </ul>
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。</li> <li>療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点</li> <li>療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点</li> <li>・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止。</li> </ul>
平成16年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな変更なし</li> </ul>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。</li> <li>療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点</li> </ul>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。</li> <li>療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点</li> <li>※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き</li> <li>・「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする等医療区分の評価項目を見直し。</li> </ul>
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。</li> <li>・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。</li> <li>療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点</li> <li>療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点</li> </ul>
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。</li> <li>療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点</li> <li>療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点</li> <li>・入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とした。</li> </ul>

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費税の増税に伴い評価を見直し。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟入院基本料2について、医療区分に関する要件を追加。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点</li> <li>・医療区分のうち、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直し。</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～800点 療養病棟入院基本料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～735点</li> <li>・25:1、30:1看護職員配置を経過措置として再編。 (注11に規定する経過措置)看護職員配置25:1で20:1を満たさない 又は 医療区分2・3の患者割合5割以上を満たさない場合 療養病棟入院料2の90/100に相当する点数 (注12に規定する経過措置)看護職員配置30:1で25:1を満たさない場合 療養病棟入院料2の80/100に相当する点数</li> <li>・療養病棟入院基本料(200床未満を除く。)について、データ提出を入院料の算定要件化。</li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注11に規定する経過措置評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の85/100に相当する点数</li> <li>・上記注12に規定する経過措置を令和2年3月31日限りで終了。</li> <li>・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化。</li> <li>・データ提出加算が要件となる入院料を、療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大。</li> </ul>
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置について、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の75/100に相当する点数</li> <li>・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の評価を見直し。</li> </ul>

# 療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院料経過措置（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和4年7月1日時点で57施設、2,826床であった。

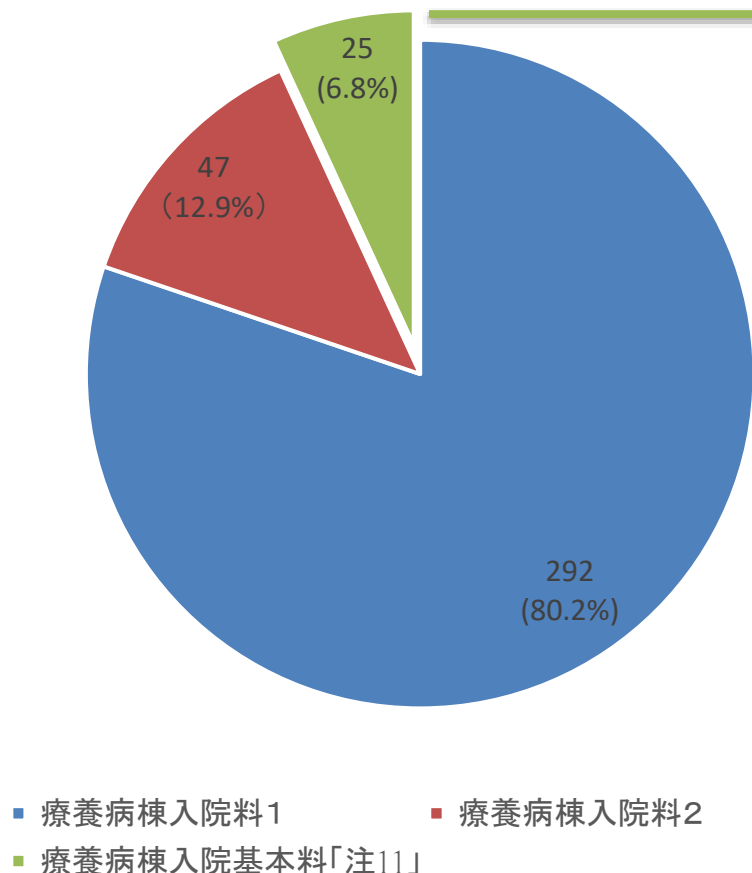


出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）

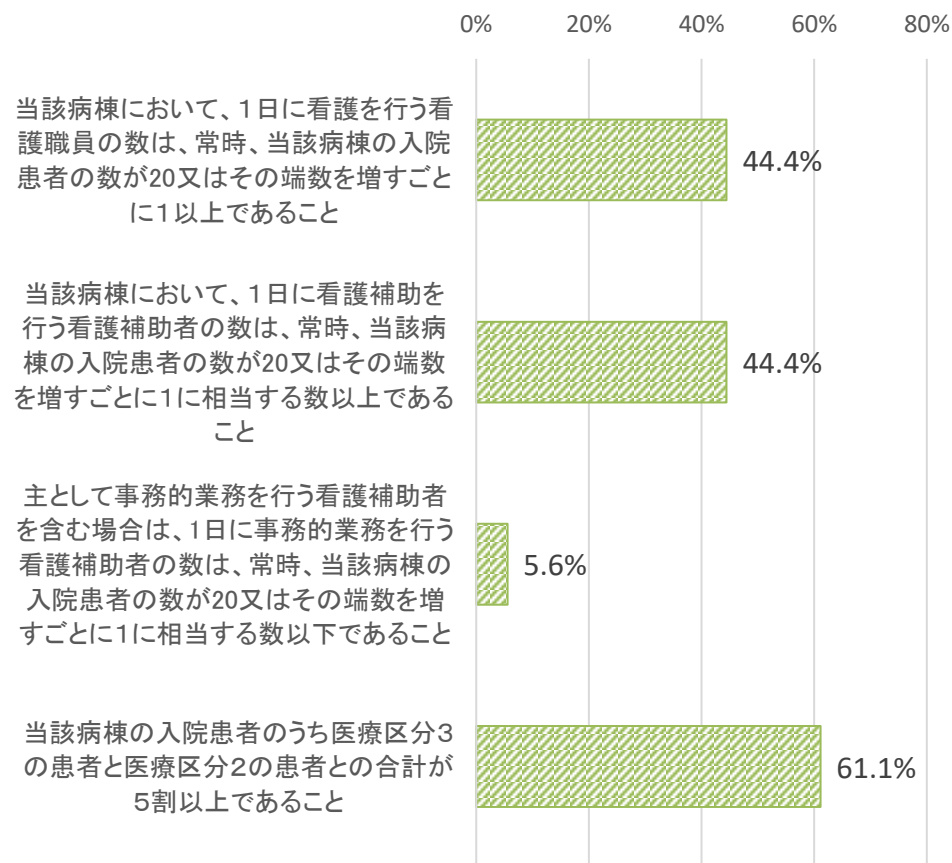
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く ※H30-R1の経過措置1・2は合算

○ 療養病棟入院基本料の届出について、療養病棟入院基本料の注11に規定される点数を届け出ている施設が25施設(約7%)あった。満たせない施設基準としては医療区分2・3の患者の合計についてが61.1%と最多であった。

## 届出入院料



下記の厚生労働大臣が定めるもののうち、  
基準を満たせないもの(n=18)



※療養病棟については400施設が調査対象。このうち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については全施設に調査票を送付。

- 医療療養病床を有する医療機関のうち、医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定またはの医療機関及び厚生労働省において状況が把握できていない医療機関は、3施設(全て診療所)となっている。

## 療養病床の人員配置標準に係る経過措置等に関する調査(※)

**【目的】**療養病床の看護職員等の人員配置標準が6対1配置となっている病院及び診療所の全体像及び医療法上の経過措置終了後の意向(介護施設へ転換する等)の把握

### **【対象】**特例措置の対象となっている病院、診療所

※令和4年6月時点で療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する病棟を有する病院、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている診療所及び介護療養型医療施設(752医療機関)

**【結果】**令和5年9月19日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、

- 医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は2施設
- 厚生労働省において状況が把握できていない医療機関は1施設であり、合計3施設(全て診療所)となっている。

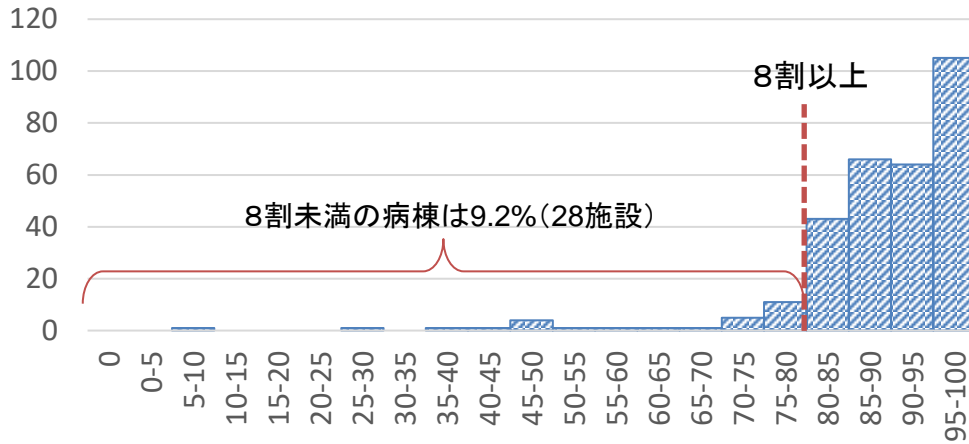


# 医療区分2・3の該当割合

診調組 入-5  
5.10.5

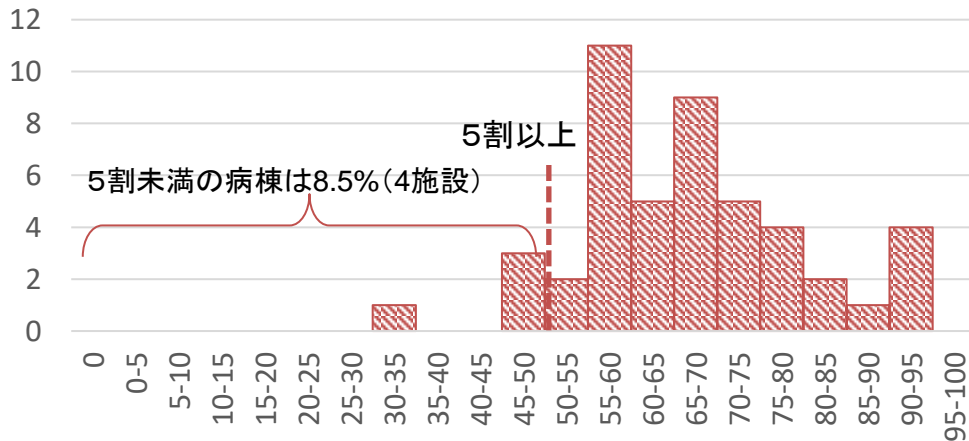
○ 令和5年6月1日時点で療養病棟に入院していた入院患者のうち、医療区分2・3に該当する患者割合についての各施設毎の分布は以下のとおり。

療養病棟入院料1 (n=306)

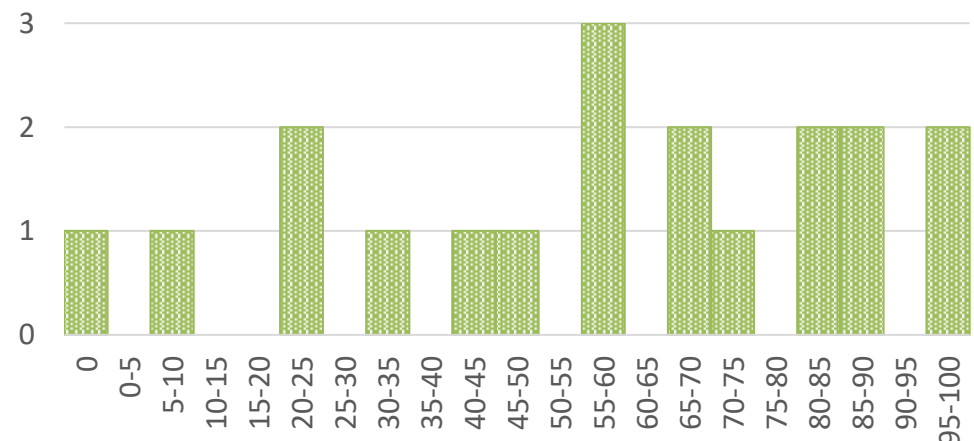


	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
療養病棟入院料1 (n=306)	89.6%	85.7%	91.8%	97.3%
療養病棟入院料2 (n=47)	66.8%	58.4%	66.7%	73.3%
療養病棟入院基本料_経過措置 (n=19)	57.8%	37.3%	60.0%	82.1%

療養病棟入院料2 (n=47)



療養病棟入院料\_経過措置 (n=19)



# データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

- ▶ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

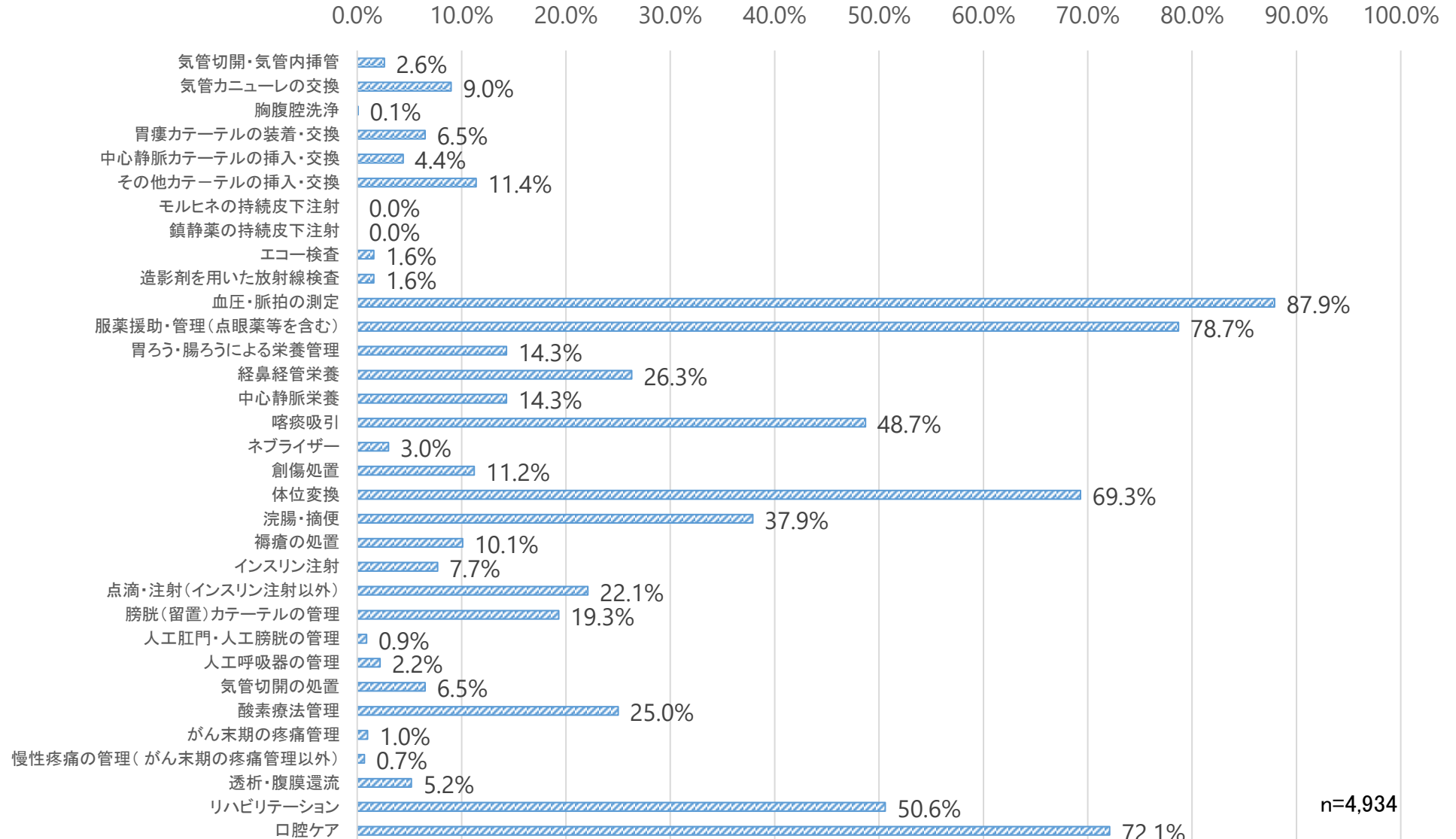
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

## [経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては**令和5年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては**令和6年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

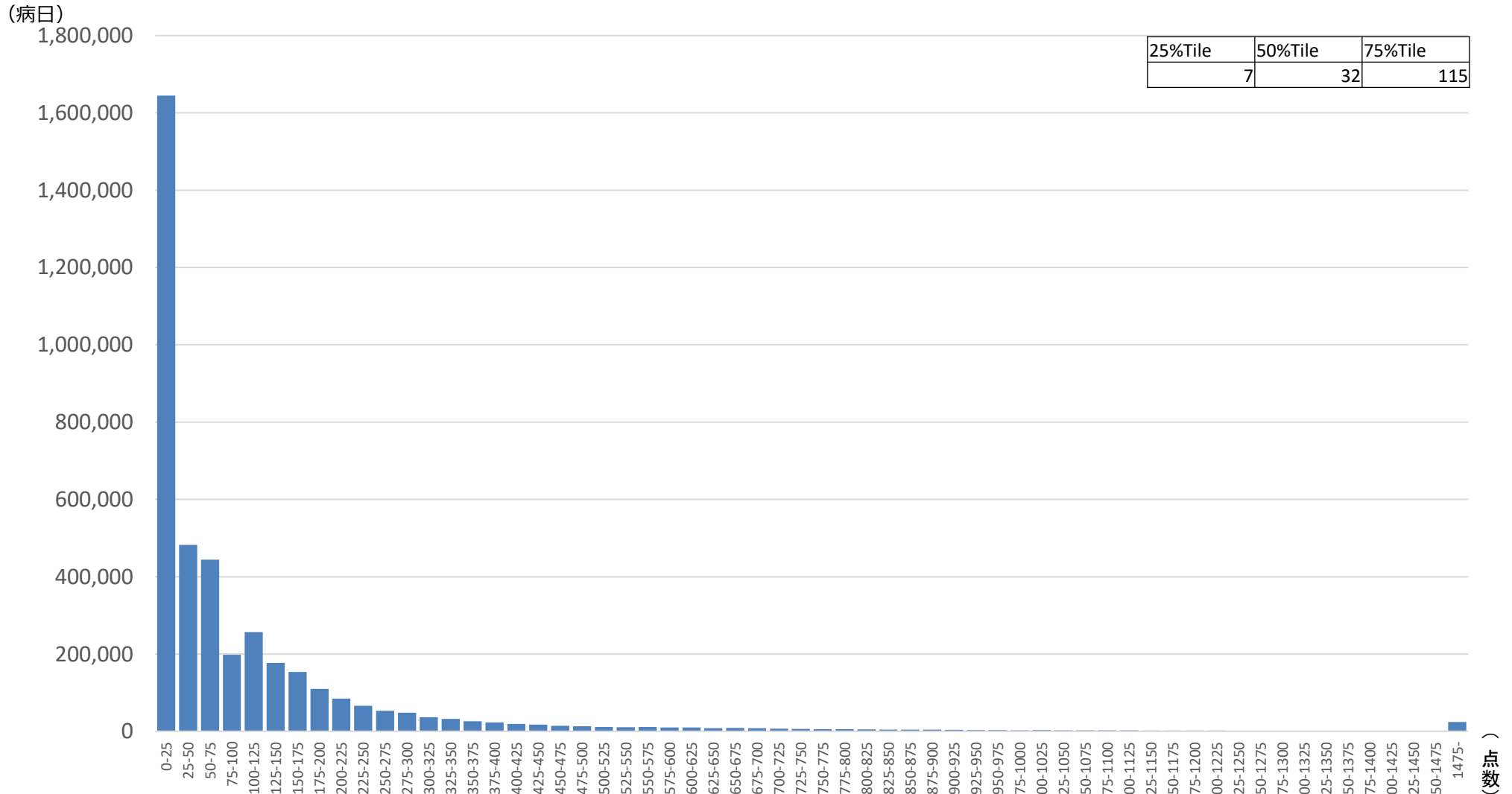
# 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 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。



# 医療区分1に係る医療資源投入量

○ 医療区分1(療養病棟入院基本料G・H・I)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



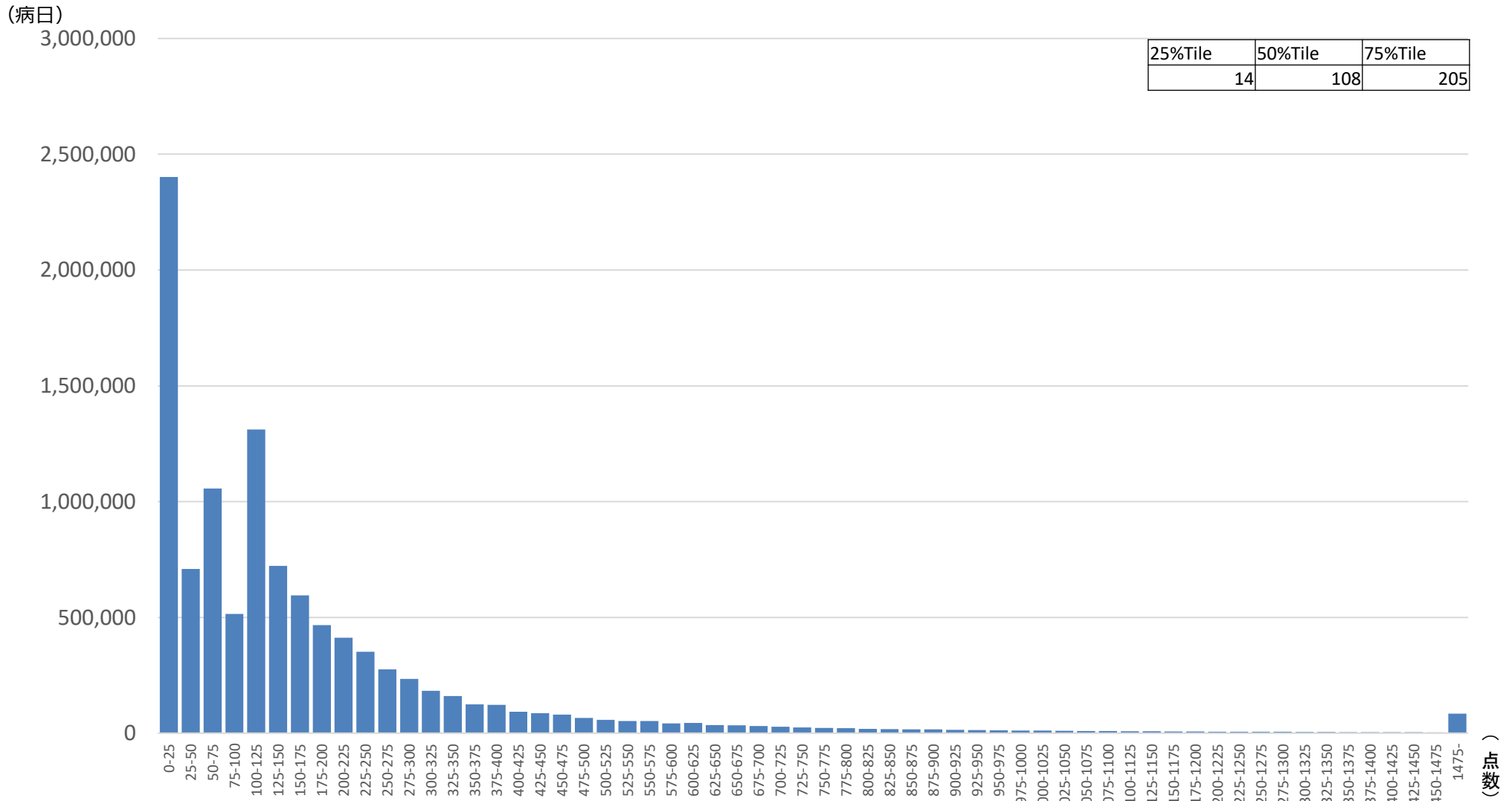
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード(入院料に包括される診療項目)を使用。

# 医療区分2に係る医療資源投入量

○ 医療区分2(療養病棟入院基本料D・E・F)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



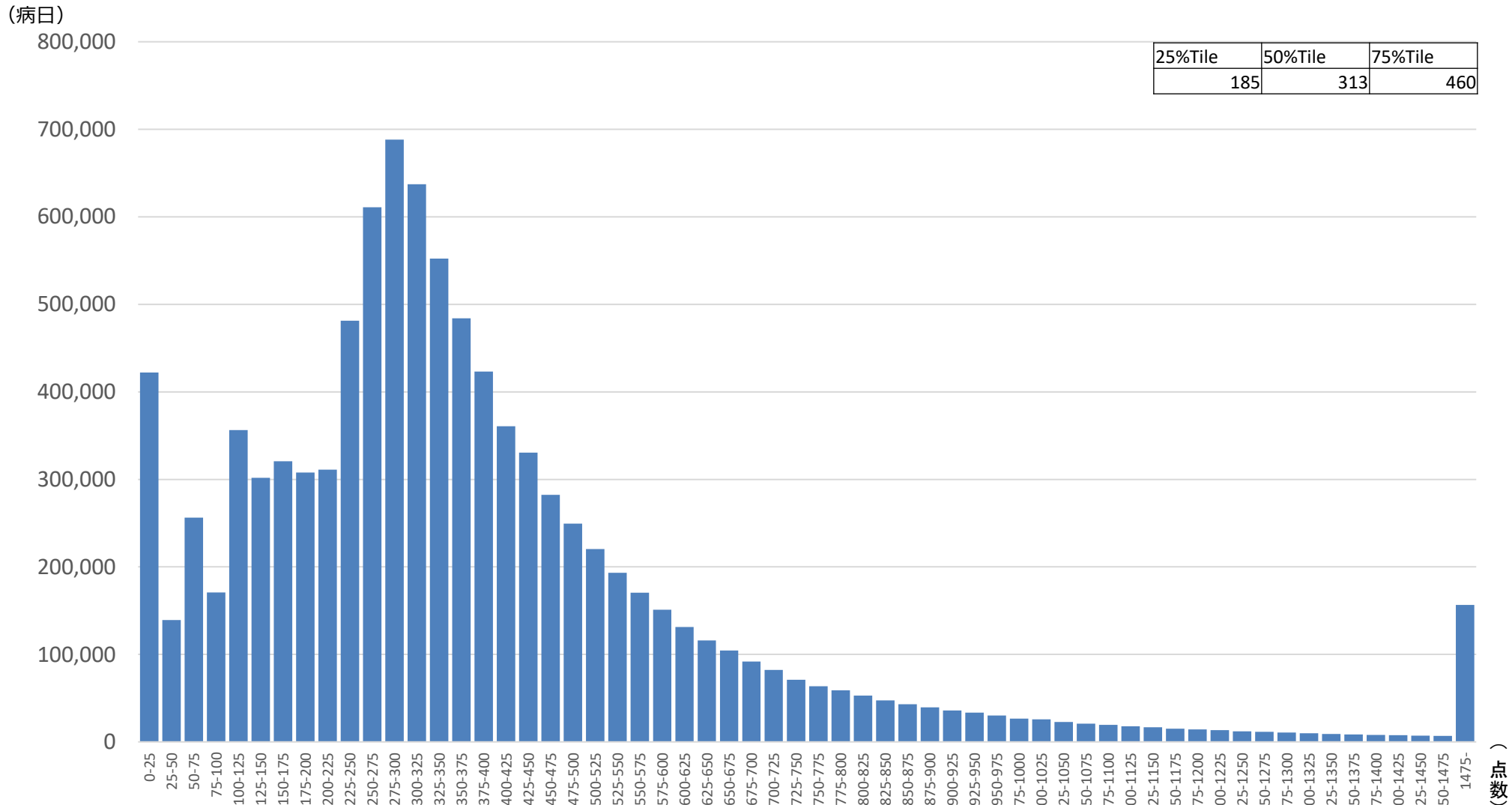
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 医療区分3に係る医療資源投入量

○ 医療区分3(療養病棟入院基本料A・B・C)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

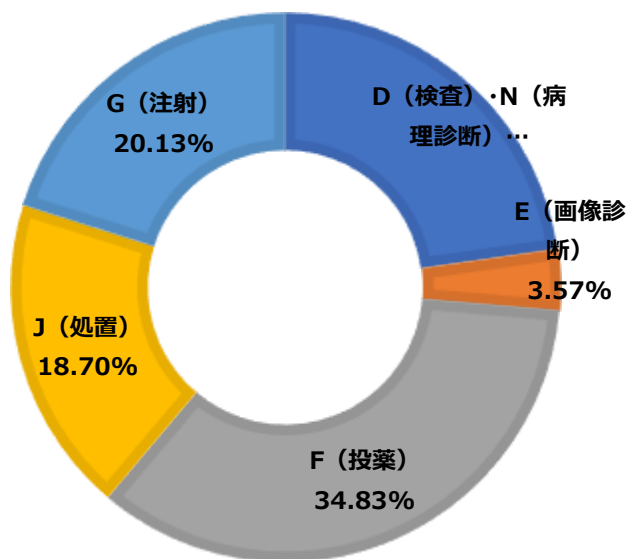
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

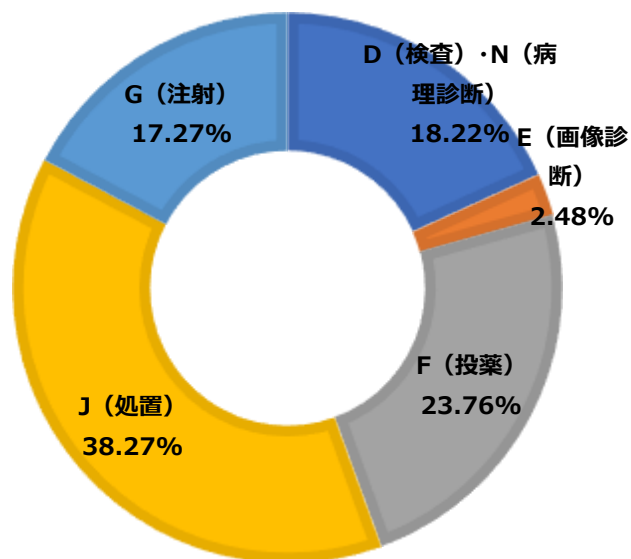
# 医療区分毎の医療資源投入量の内訳

○ 医療区分1・2・3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

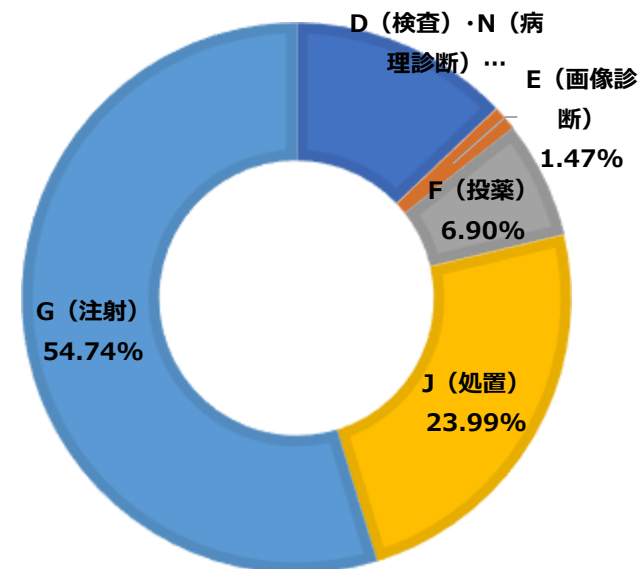
現行の医療区分 1 における割合



現行の医療区分 2 における割合



現行の医療区分 3 における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

## 医療区分3

### 【対象となる疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

### 【対象となる処置等】

- ・中心静脈注射を実施している状態 ・二十四時間持続して点滴を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）
- ・感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

## 医療区分2

### 【対象となる疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー症
- ・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（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）
- ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）
- ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）
- ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
- ・他者に対する暴行が毎日認められる状態

### 【対象となる処置等】

- ・肺炎に対する治療を実施している状態 ・尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
- ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態 ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
- ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 ・せん妄に対する治療を実施している状態
- ・うつ症状に対する治療を実施している状態 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） ・頻回の血糖検査を実施している状態
- ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を実施している状態
- ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

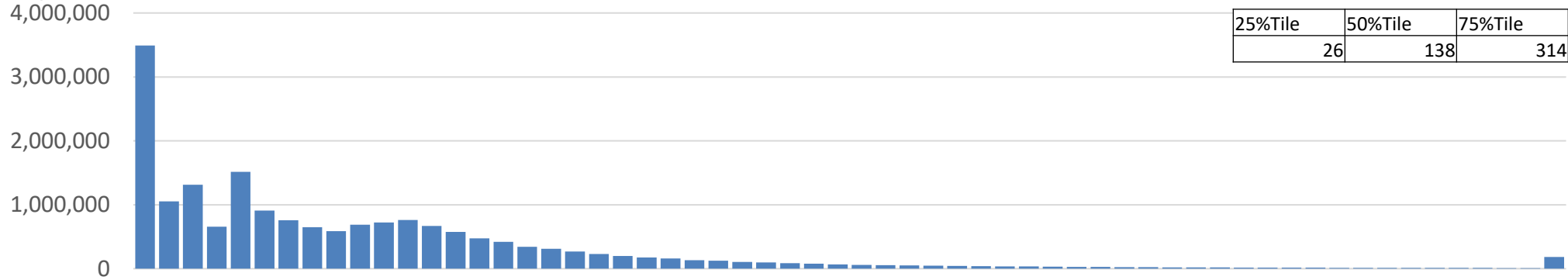


# 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量

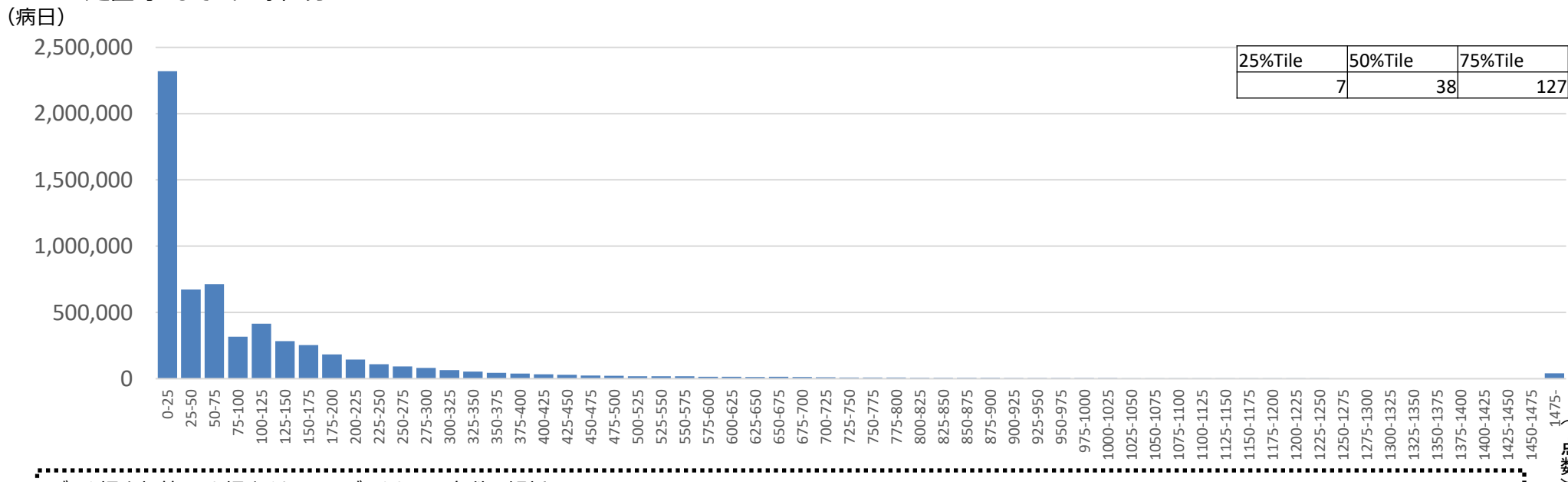
診調組 入-1  
5. 8. 10

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

(病日) 疾患・状態としての医療区分1



処置等としての医療区分1



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

121

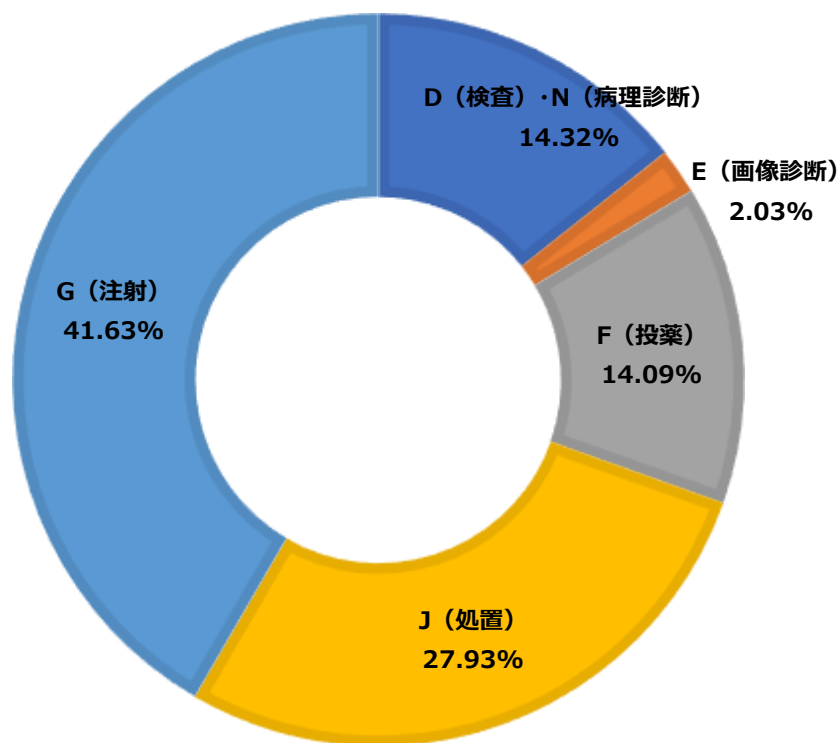
点数  
( )

# 医療区分 1 に係る医療資源投入量の内訳

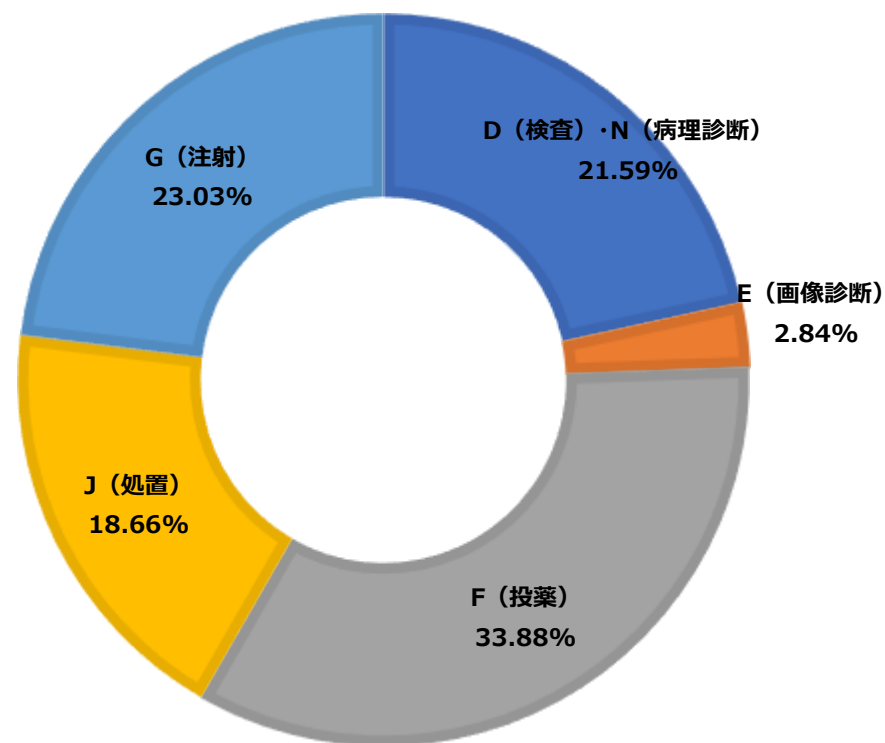
診調組 入-1  
5. 8. 10

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分 1 全体における割合



処置の医療区分 1 全体における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

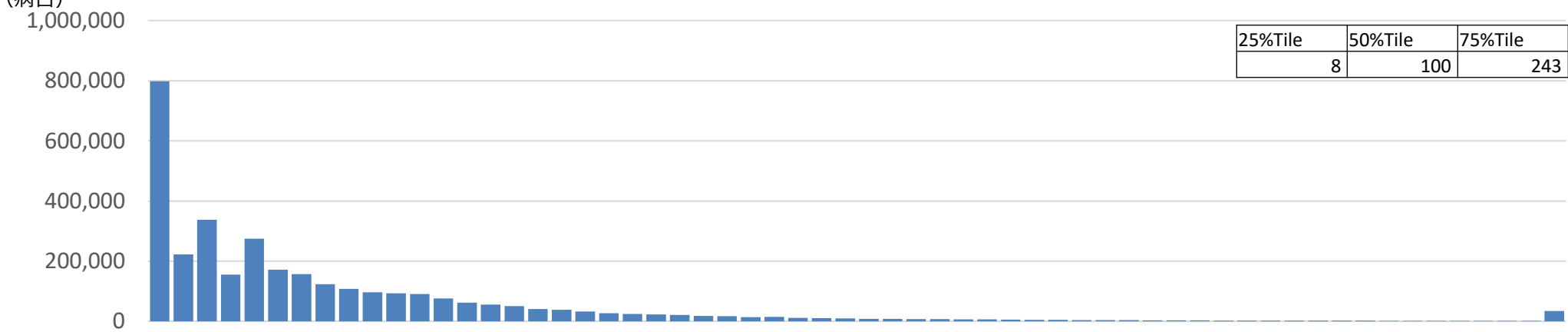
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

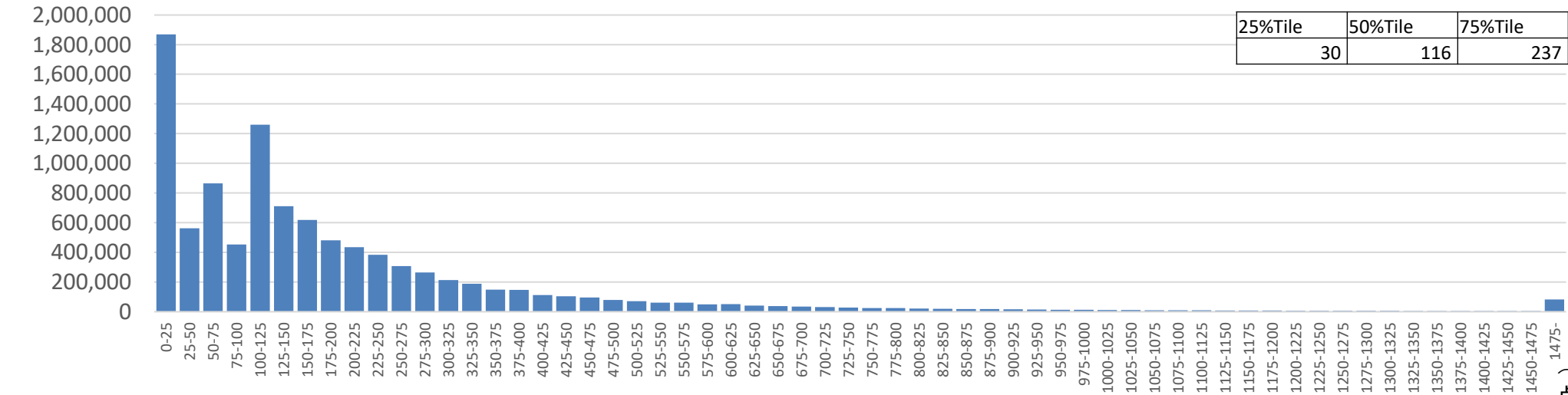
# 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

疾患・状態としての医療区分2



処置等としての医療区分2



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

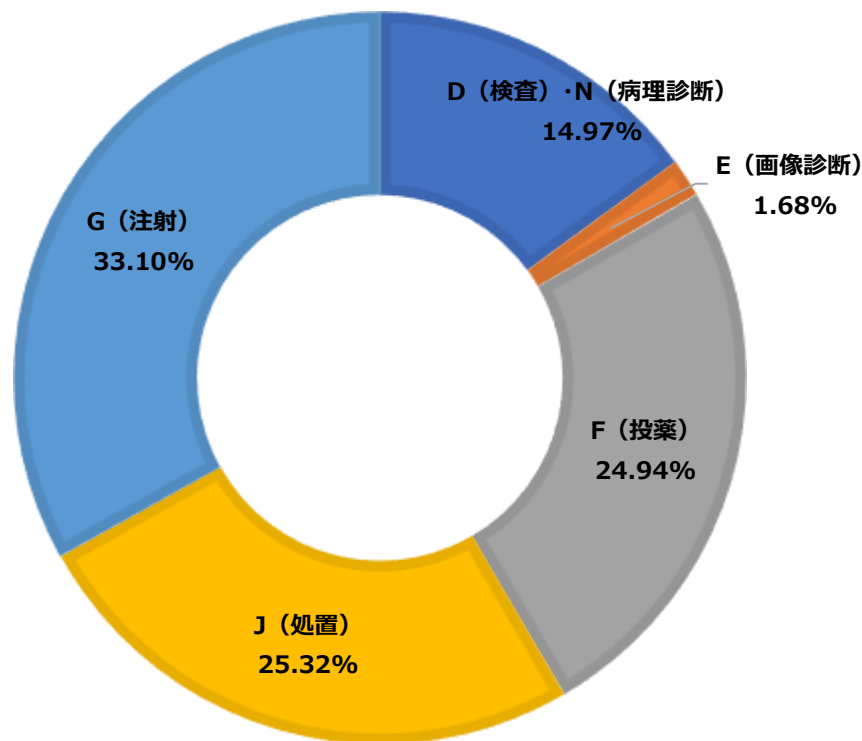
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

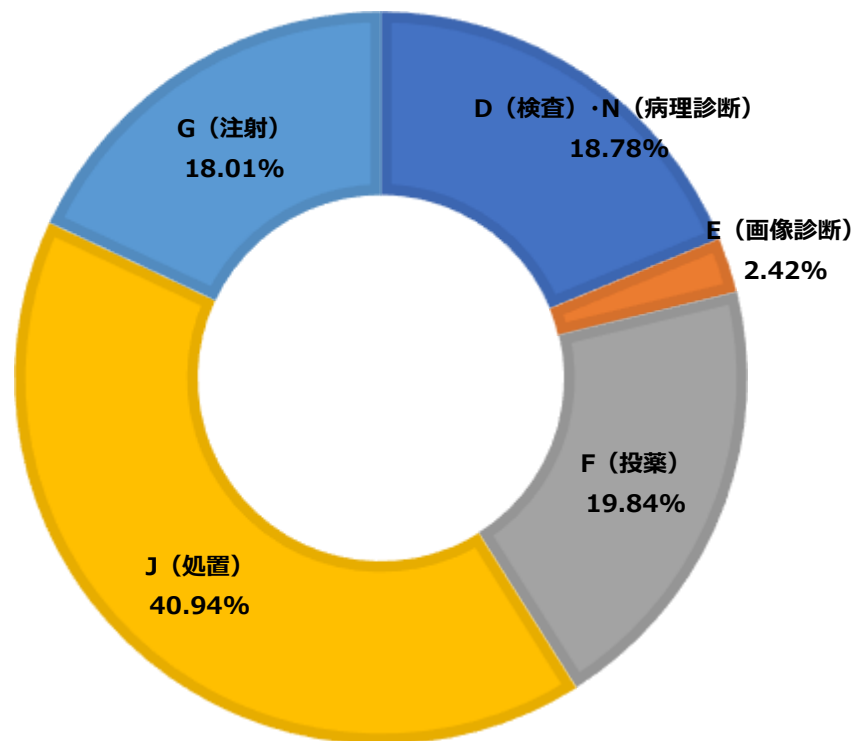
# 医療区分2に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分2全体における割合



処置の医療区分2全体における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

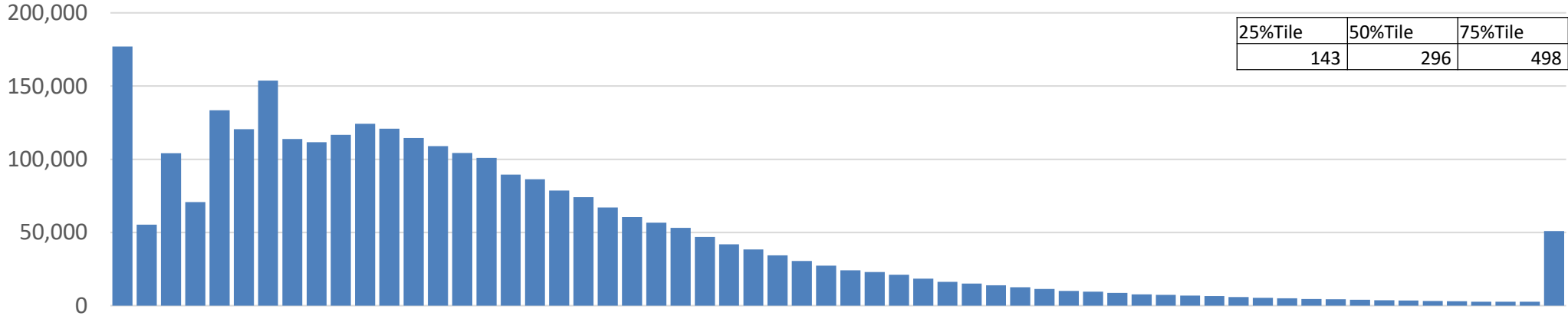
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

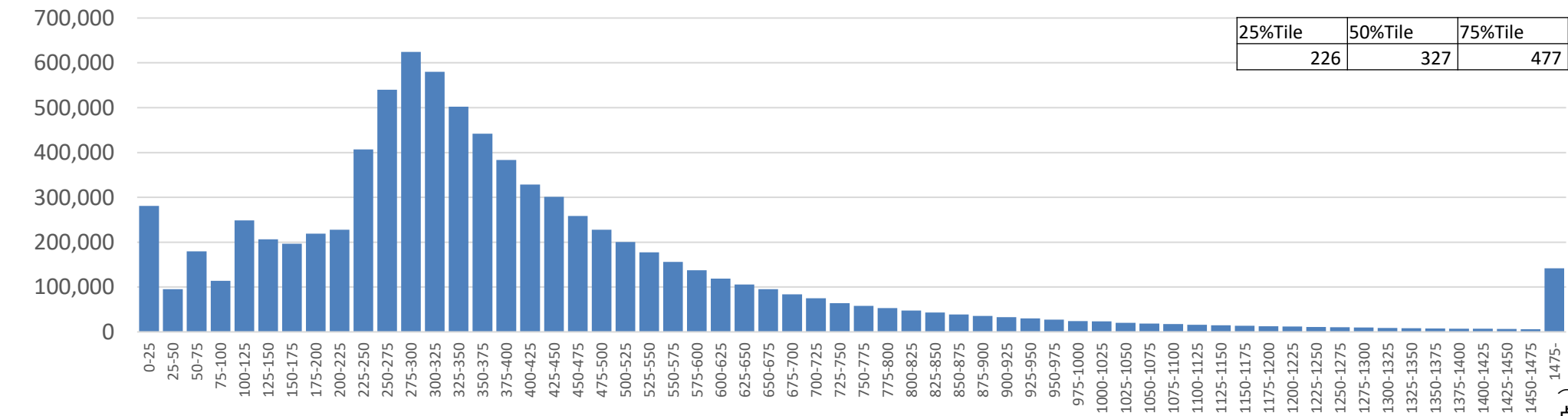
# 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

(病日) 疾患・状態としての医療区分3



(病日) 処置等としての医療区分3



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

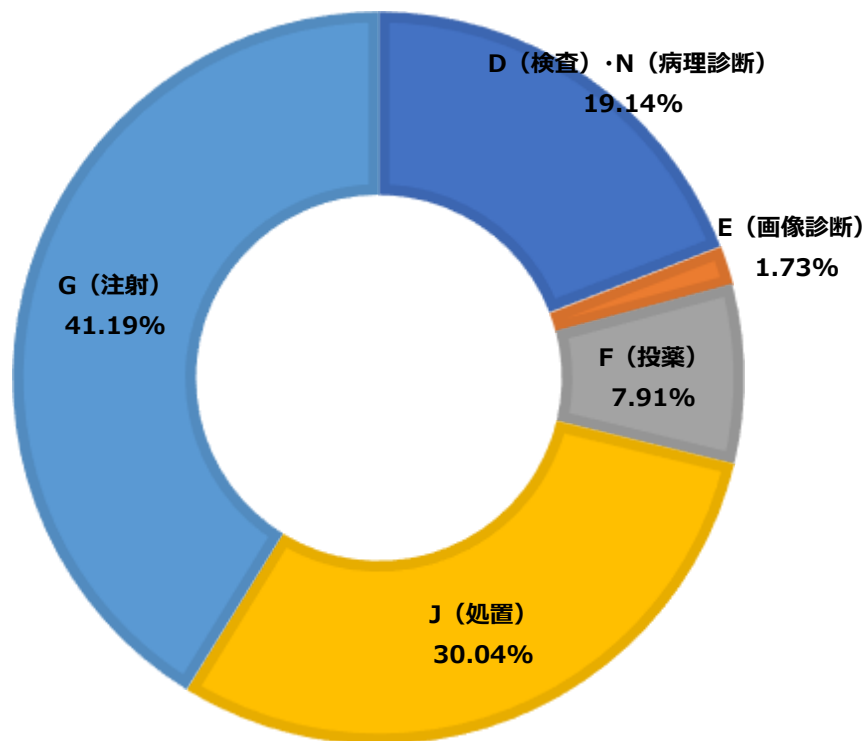
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

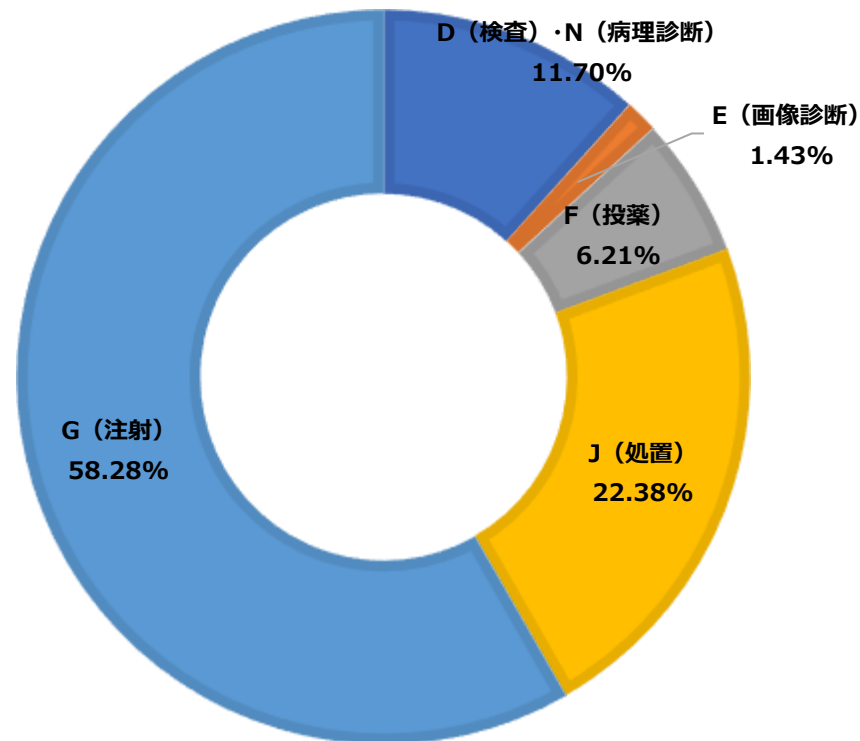
# 医療区分3に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分3全体における割合



処置の医療区分3全体における割合



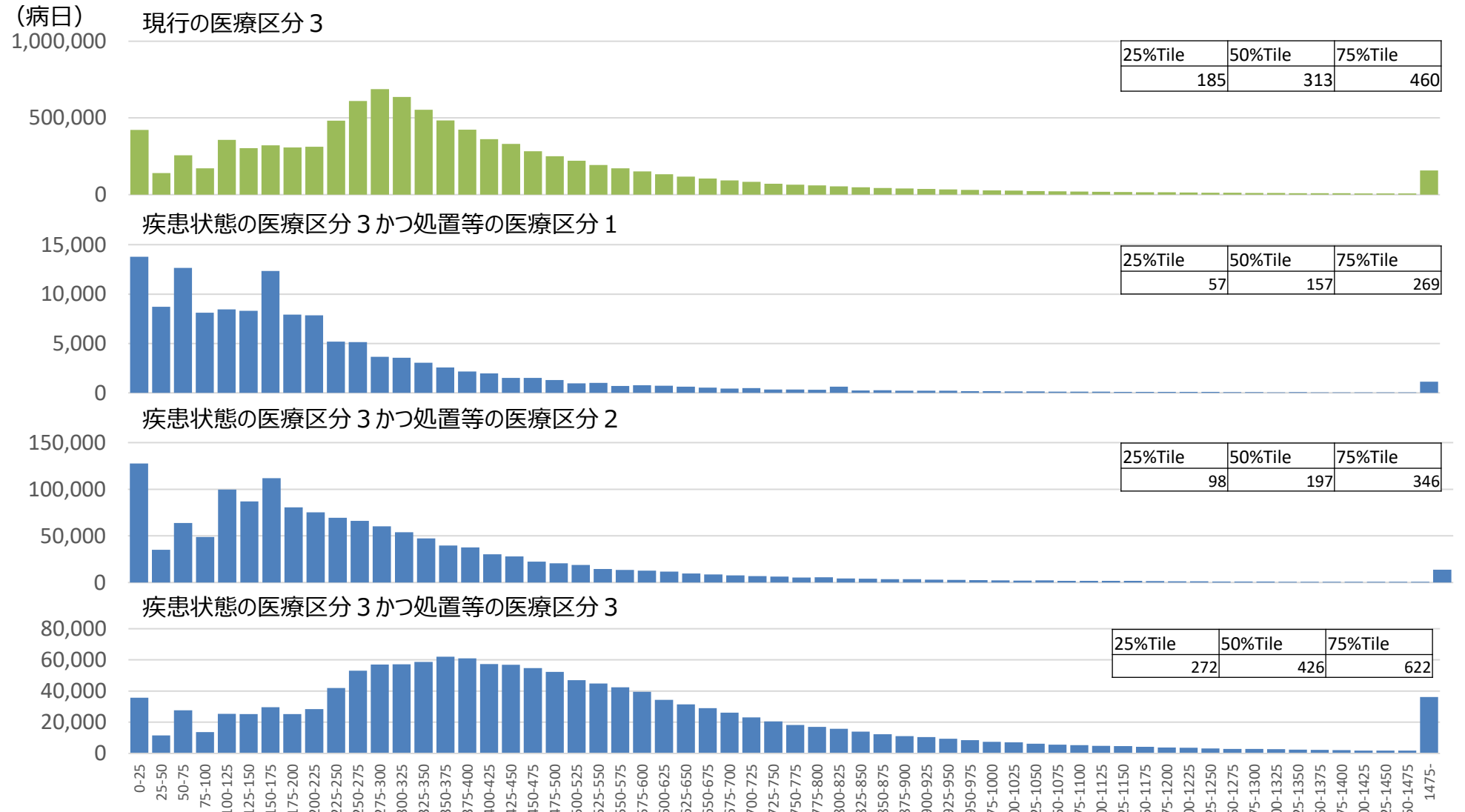
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせ①

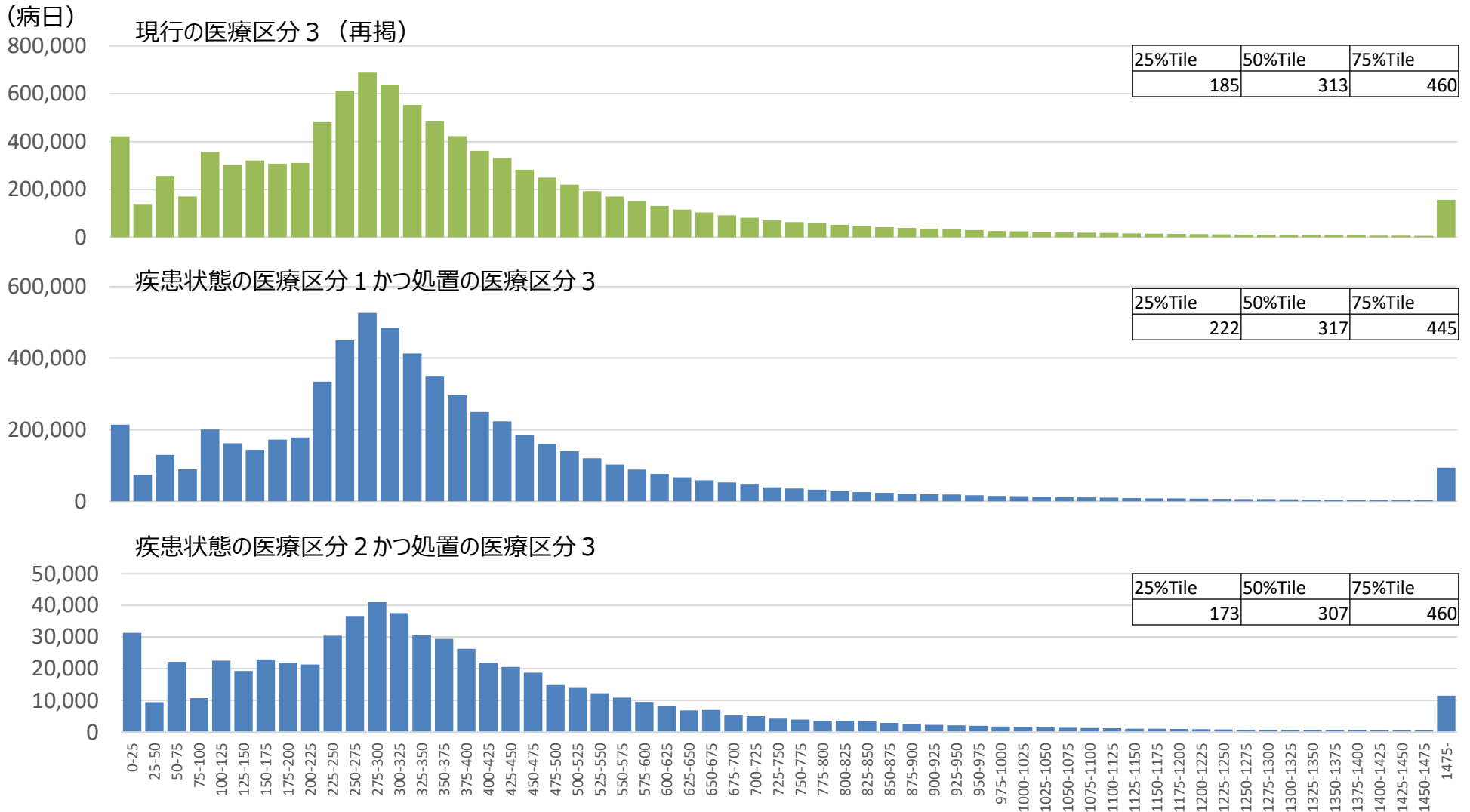
○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせ②

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



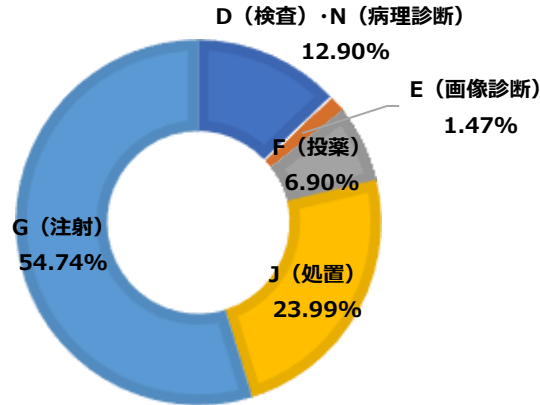
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。



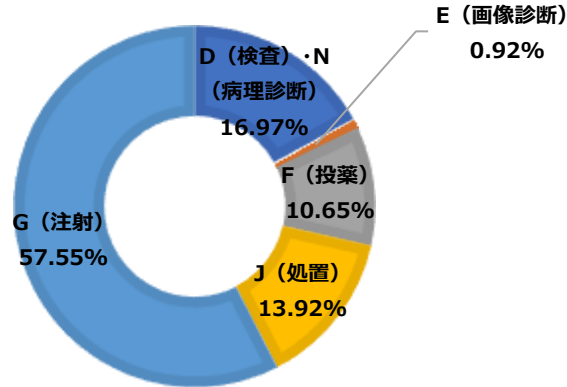
# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせの内訳

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

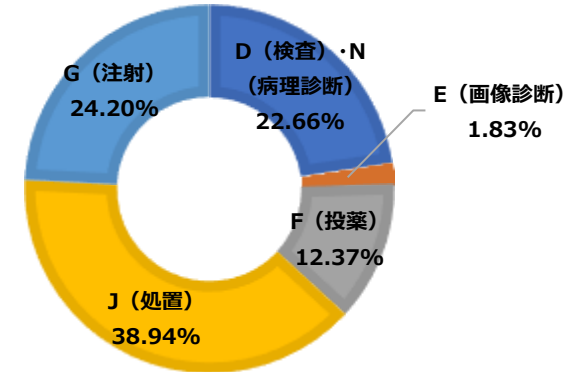
現行の医療区分3全体における割合（再掲）



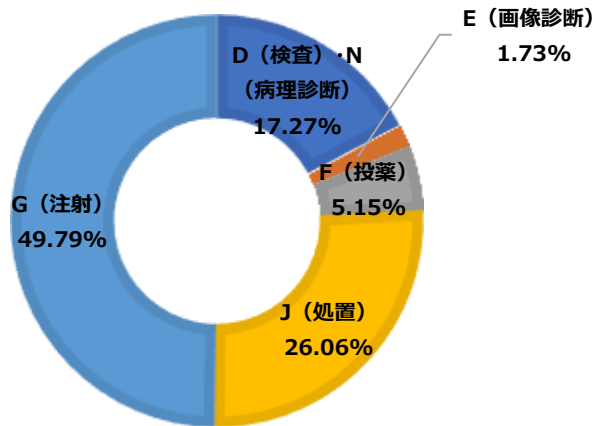
【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分1全体における割合



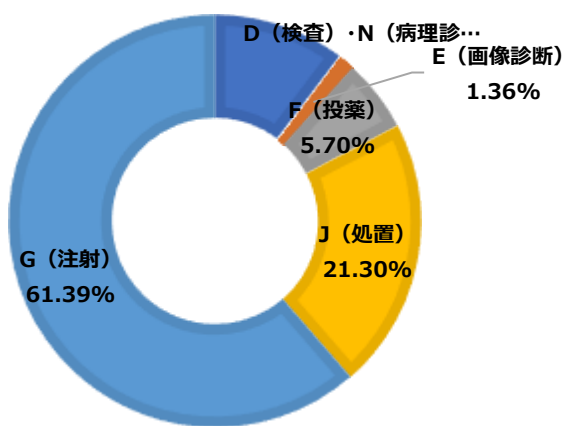
【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分2全体における割合



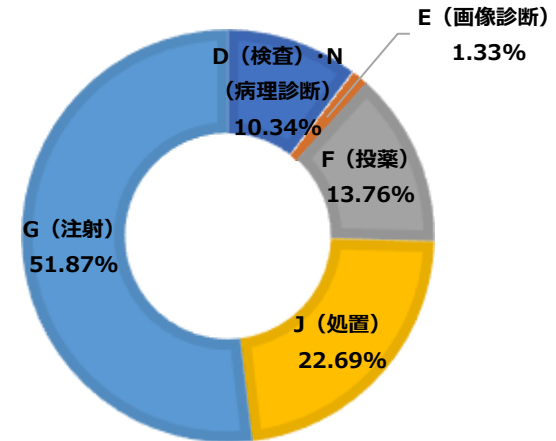
【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分3全体における割合



【疾患状態】医療区分1かつ【処置】医療区分3全体における割合



【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分3全体における割合



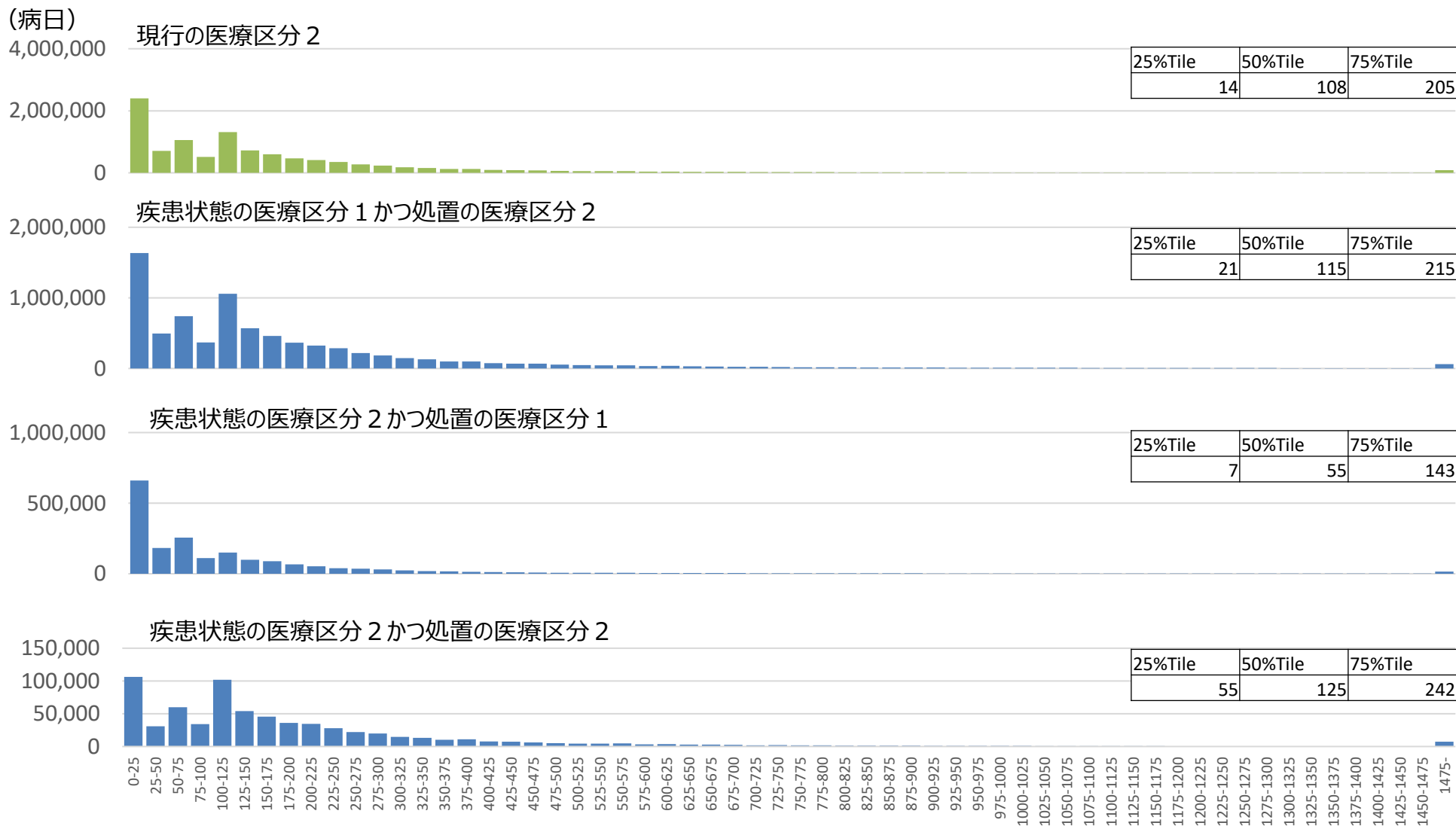
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 医療区分2と疾患・状態と処置等の組み合わせ

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



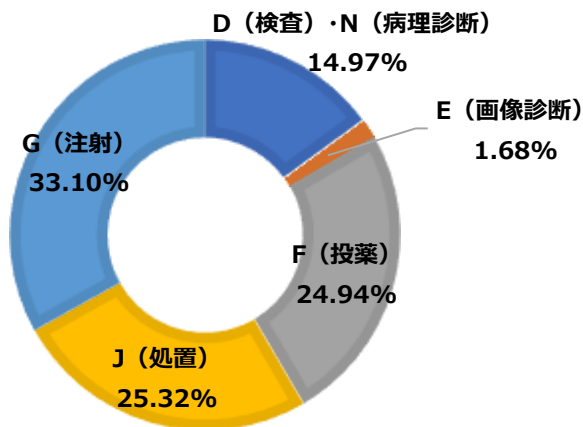
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

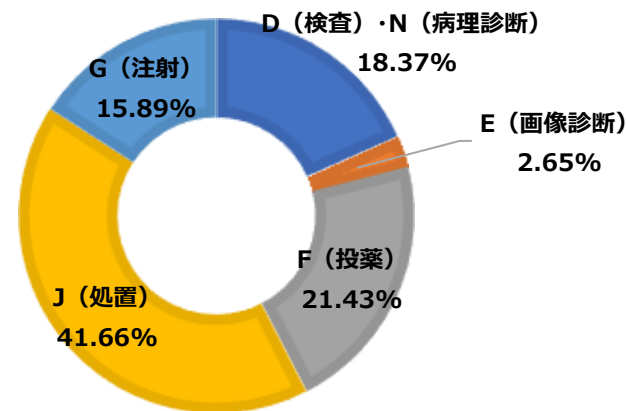
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

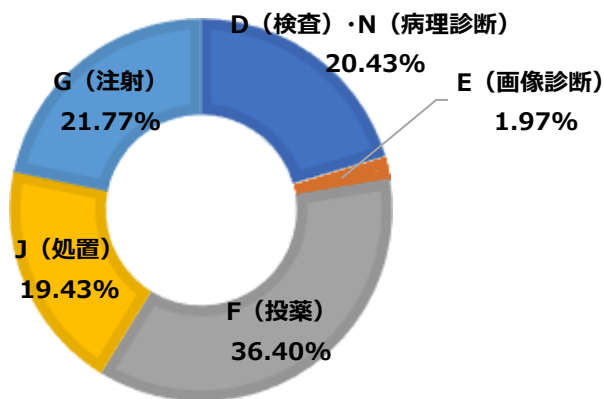
疾患・状態の医療区分2全体における割合



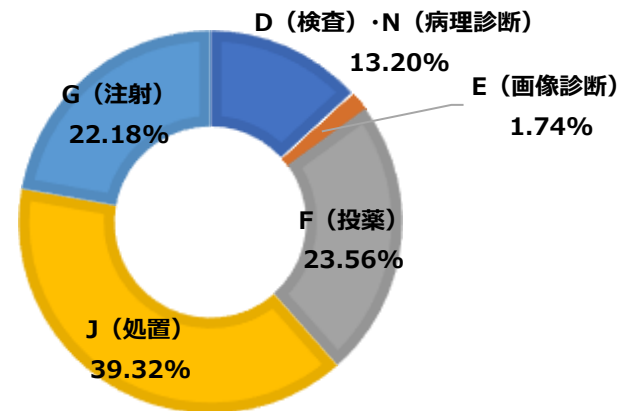
【疾患状態】医療区分1かつ【処置】医療区分2全体における割合



【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分1全体における割合



【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分2全体における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

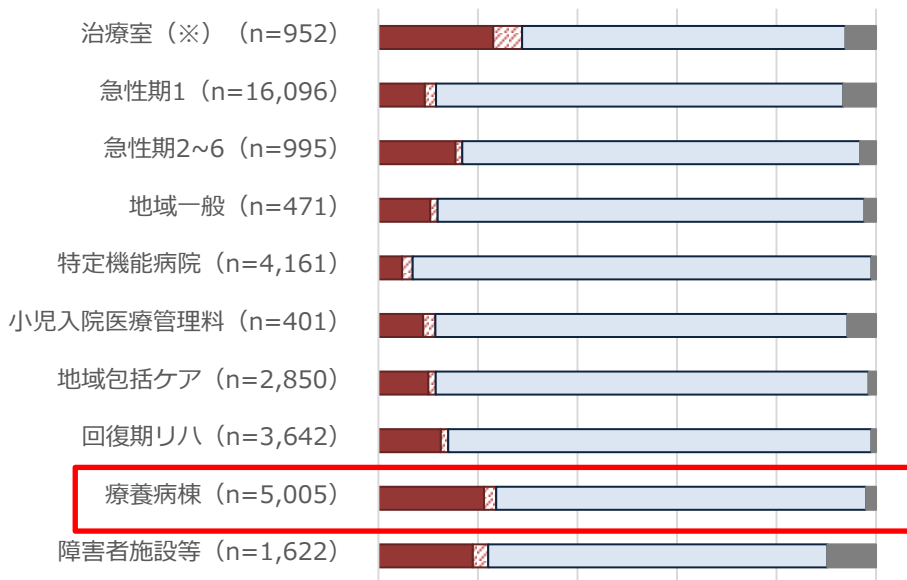
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

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



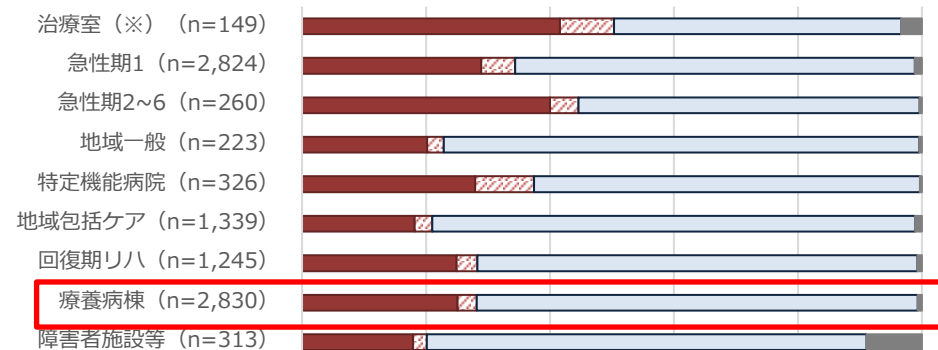
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

## ■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

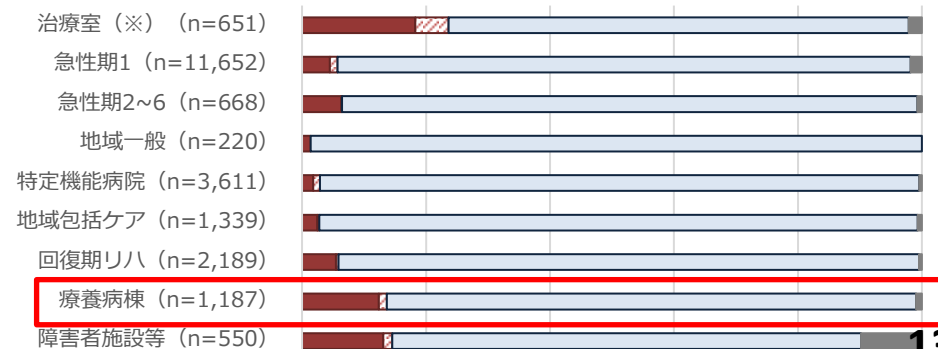
### 認知症ありの患者

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



### 認知症なしの患者

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

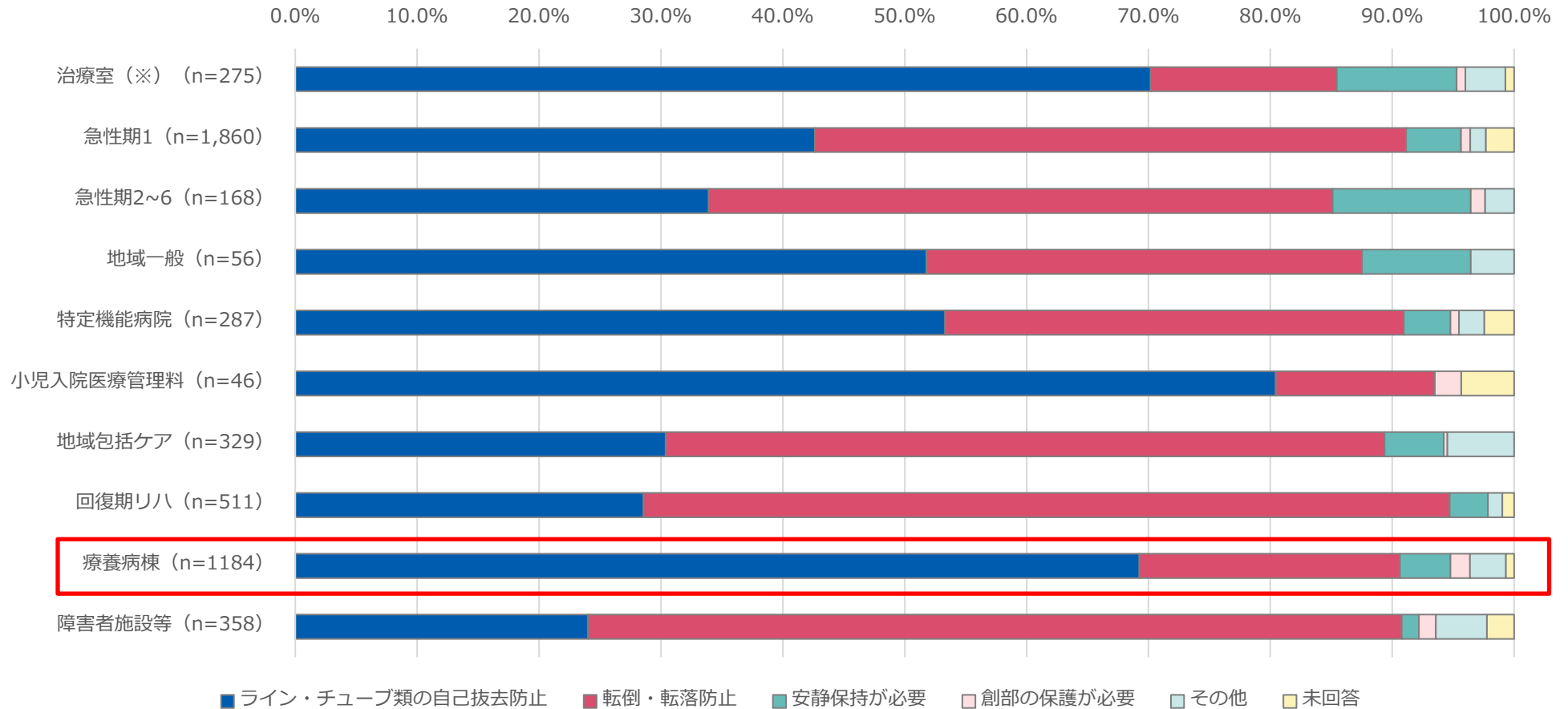


# 入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1  
5. 7. 6 改

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

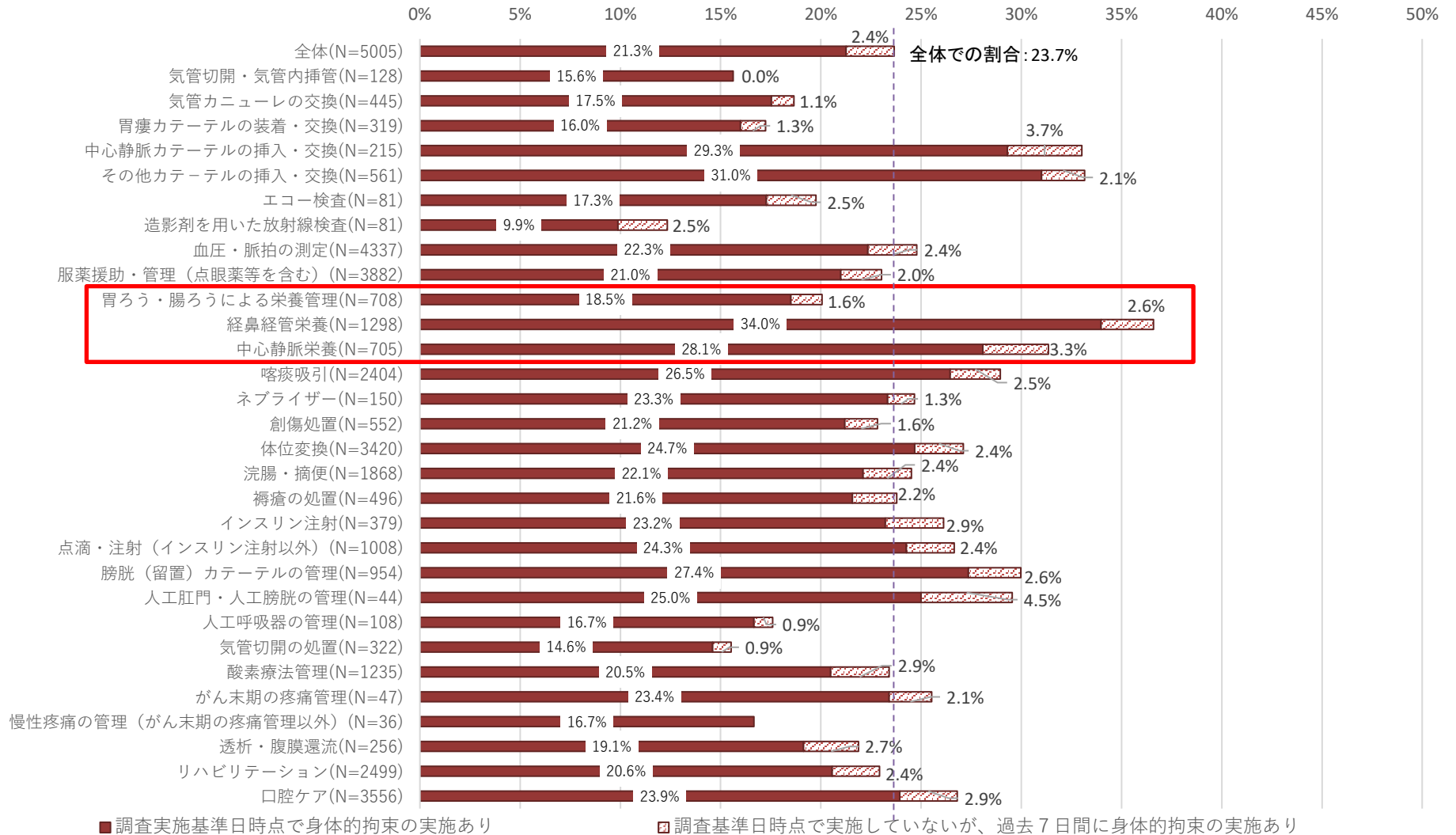
## ■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

# 医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施有無

○ 療養病棟における患者が受ける医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施状況は以下のとおり。身体的拘束の実施割合は、中心静脈栄養で31.4%、経鼻経管栄養で36.6%、胃ろう・腸ろうによる栄養管理では20.1%であった。



■ 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり

▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり

## テーマ5: 認知症

### (1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

### (2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。

- 医療機関では、やむを得ないとの理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

### (3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

## 療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **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90）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、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、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（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

## 改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

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。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）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、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

## 適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。



# 介護医療院 基本報酬及び算定要件

		Ⅰ型介護医療院			Ⅱ型介護医療院		
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（認知症であって、悪性腫瘍と診断された者、パーキンソン病関連疾患等と診断された者、認知症の日常生活自立度Ⅲb以上）の占める割合が50%以上。</li> <li>• 入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%（注1）以上。</li> <li>• 入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%（注2）以上。                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。</li> <li>②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。</li> <li>③医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。</li> </ul> </li> <li>• 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。</li> <li>• 地域に貢献する活動を行っていること。</li> </ul>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 下記のいずれかを満たすこと                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上</li> <li>②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（認知症の日常生活自立度M）の占める割合が20%以上</li> <li>③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（認知症の日常生活自立度Ⅳ以上）の占める割合が25%以上</li> </ul> </li> <li>• ターミナルケアを行う体制があること</li> </ul>						
	サービス費（Ⅰ） （強化型A相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（Ⅱ） （強化型B相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（Ⅲ） （強化型B相当） 看護6：1 介護5：1	サービス費（Ⅰ） （転換老健相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（Ⅱ） （転換老健相当） 看護6：1 介護5：1	サービス費（Ⅲ） （転換老健相当） 看護6：1 介護6：1	
要介護1	825	813	797	779	763	752	
要介護2	934	921	905	875	859	847	
要介護3	1,171	1,154	1,137	1,082	1,065	1,054	
要介護4	1,271	1,252	1,236	1,170	1,154	1,143	
要介護5	1,362	1,342	1,326	1,249	1,233	1,222	

（注1）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では、30%      （注2）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では、5%

# 入所者の医療区分・ADL区分

【医療区分及びADL区分(介護老人保健施設票問16、介護医療院票問16、介護老人福祉施設票問12、医療療養病床票問11)】

- 老健では「医療区分1」が42.5%、「ADL区分1」が23.2%であった。
- 介護医療院では「医療区分1」が38.3%、「ADL区分3」が30.2%であった。
- 特養では「医療区分1」が42.6%、「ADL区分2」が24.9%であった。
- 医療区分について平成26年度調査と比べると、医療療養病床、老健、特養では区分1の割合が低下し、区分2又は3の割合が増加していた。

n=19,747 **図表8 医療区分及びADL区分(老健)** 単位：%

医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	17.6	1.6	0.8	3.2	23.2
ADL区分2	14.5	2.8	0.6	4.2	22.1
ADL区分3	7.6	2.1	1.0	2.7	13.4
不明、未実施	2.9	0.8	0.8	36.8	41.3
合計	42.5	7.3	3.2	46.9	100.0

n=11,134 **図表9 医療区分及びADL区分(介護医療院)** 単位：%

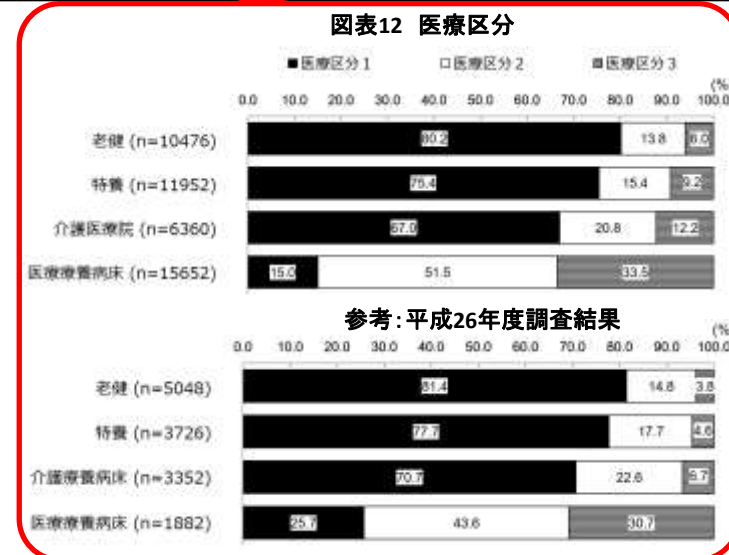
医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	5.0	1.5	0.7	2.9	10.1
ADL区分2	10.8	2.4	0.7	2.5	16.5
ADL区分3	17.8	5.8	3.2	3.4	30.2
不明、未実施	4.6	2.1	2.4	34.1	43.2
合計	38.3	11.9	7.0	42.9	100.0

n=21,165 **図表10 医療区分及びADL区分(特養)** 単位：%

医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	8.7	1.9	1.1	1.7	13.4
ADL区分2	17.5	3.0	1.7	2.7	24.9
ADL区分3	11.4	2.7	1.4	1.8	17.4
不明、未実施	5.0	1.0	0.9	37.3	44.3
合計	42.6	8.7	5.2	43.5	100.0

n=16,428 **図表11 医療区分及びADL区分(医療療養病床)** 単位：%

医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	3.9	6.5	2.5	0.5	13.5
ADL区分2	4.1	12.4	5.2	0.2	21.8
ADL区分3	5.0	24.5	23.5	0.4	53.4
不明、未実施	1.3	5.7	0.7	3.7	11.3
合計	14.3	49.1	31.9	4.7	100.0



注) エラー・無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

# 施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

図表22 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮下、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル (尿道カテーテル・コンドームカテーテル) の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理 (麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引 (1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理 (麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引 (1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法 (酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カスラ	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター (血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式 (NPPV 等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射 (点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

# 療養病棟におけるリハビリテーション

- 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数(単位数)は以下の通り。
- 特に入院料I(医療区分1・ADL区分1)において医療資源投入量が高く、算定件数(単位数)が多い。

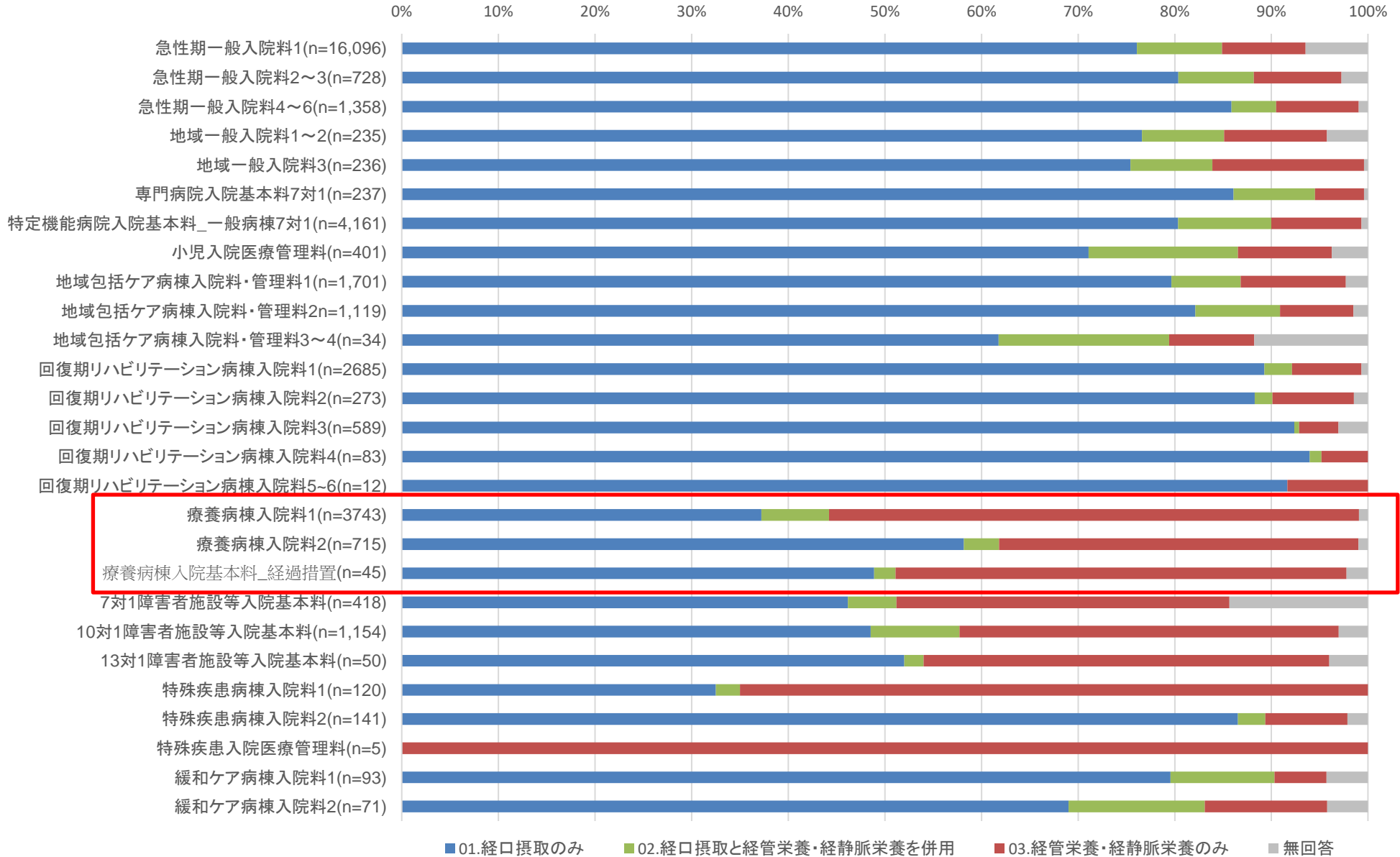
区分	1日あたりコスト(点数)				1日あたり算定件数(単位数)			
	平均値	パーセンタイル			平均値	パーセンタイル		
		25	50	75		25	50	75
療養病棟入院料1(入院料A)	309.34	162.00	200.00	370.00	1.66	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料B)	342.51	175.00	200.00	442.00	1.92	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料C)	365.16	175.00	245.00	501.00	2.04	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料D)	352.50	175.00	245.00	490.00	1.79	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料E)	414.76	180.00	324.00	540.00	2.19	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料F)	447.38	185.00	360.00	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料G)	350.22	147.00	221.00	490.00	1.87	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料H)	411.44	180.00	334.00	555.00	2.26	1.00	2.00	3.00
<b>療養病棟入院料1(入院料I)</b>	<b>616.53</b>	<b>205.00</b>	<b>525.00</b>	<b>980.00</b>	<b>3.22</b>	<b>1.00</b>	<b>3.00</b>	<b>5.00</b>
療養病棟入院料2(入院料A)	309.38	132.00	200.00	400.00	1.71	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料B)	327.41	170.00	200.00	370.00	1.81	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料C)	466.76	176.00	360.00	700.00	2.53	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料D)	360.68	162.00	245.00	490.00	1.88	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料E)	425.44	170.00	292.00	555.00	2.27	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料F)	503.88	185.00	370.00	735.00	2.65	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料G)	335.55	147.00	200.00	442.00	1.83	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料H)	436.97	180.00	344.50	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
<b>療養病棟入院料2(入院料I)</b>	<b>550.39</b>	<b>185.00</b>	<b>438.00</b>	<b>740.00</b>	<b>2.91</b>	<b>1.00</b>	<b>2.00</b>	<b>4.00</b>

データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和4年6月の1か月間。心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の1日あたりコストと算定件数(単位数)

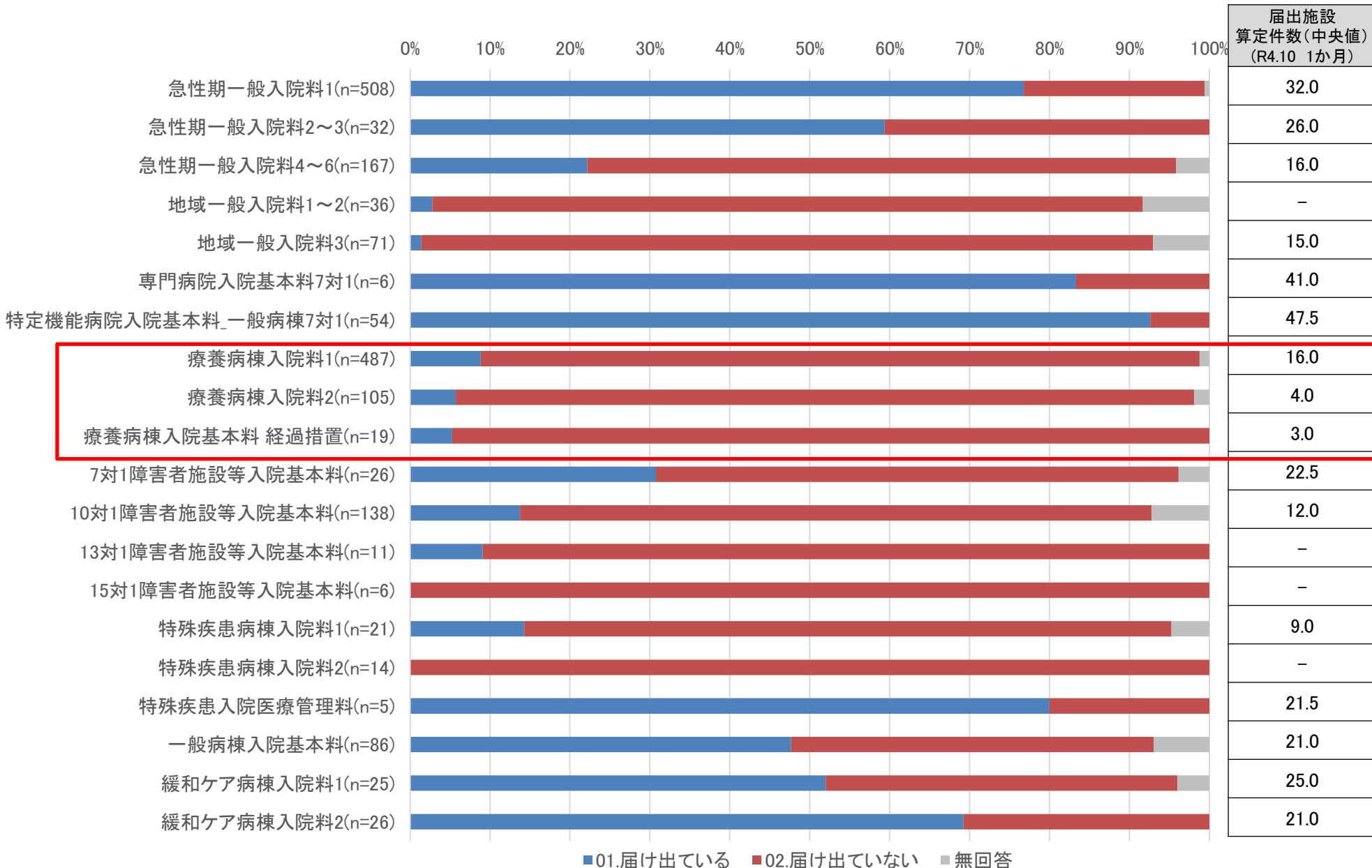
# 入院料ごとの栄養摂取の状況

診調組 入-1  
 5. 6. 8 改



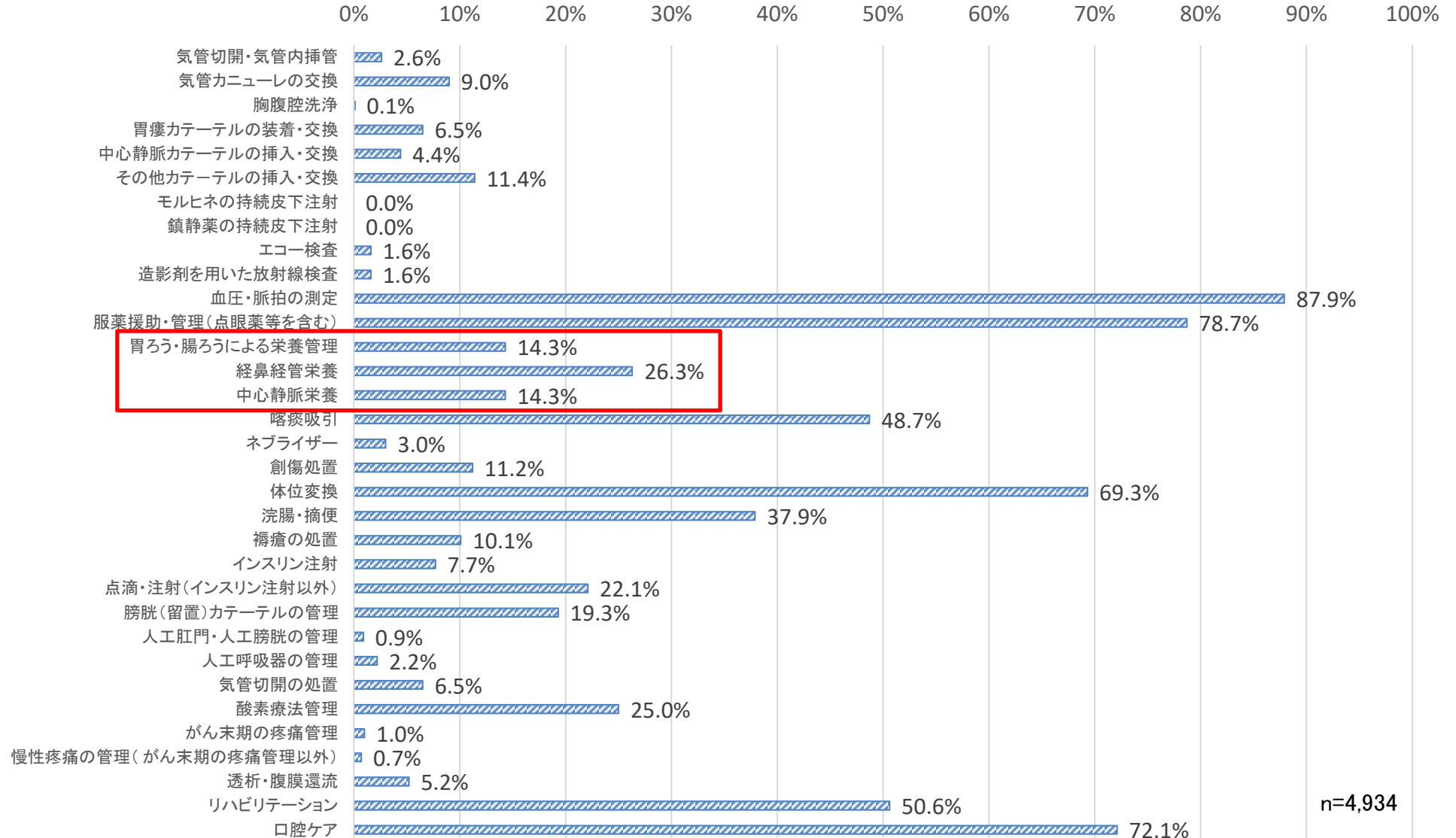
# 入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

診調組 入-1  
5. 6. 8 改



# 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。



## 中心静脈栄養の適切な管理の推進

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

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

[算定要件]

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



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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

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

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



【経過措置】

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

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



## 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】

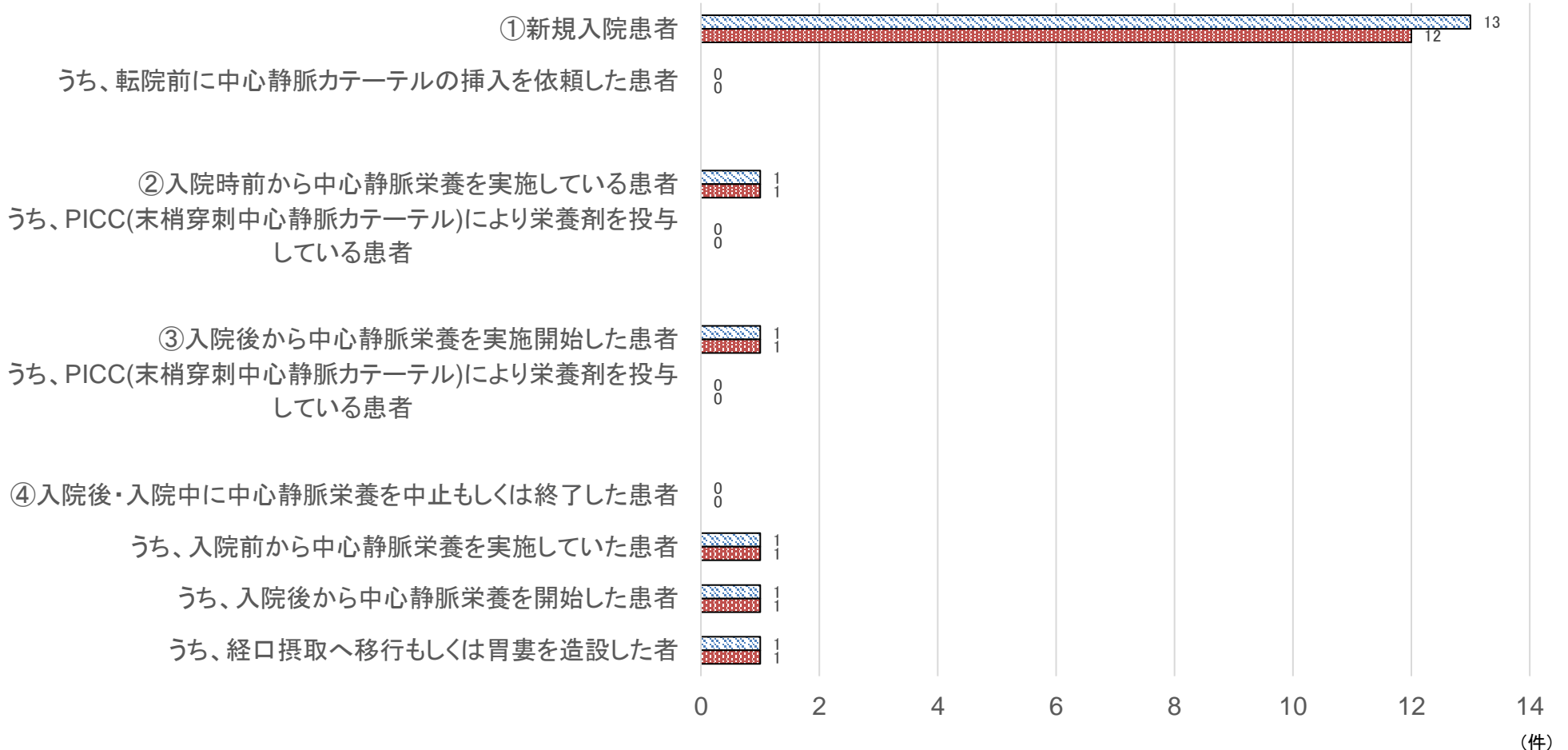
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

# 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

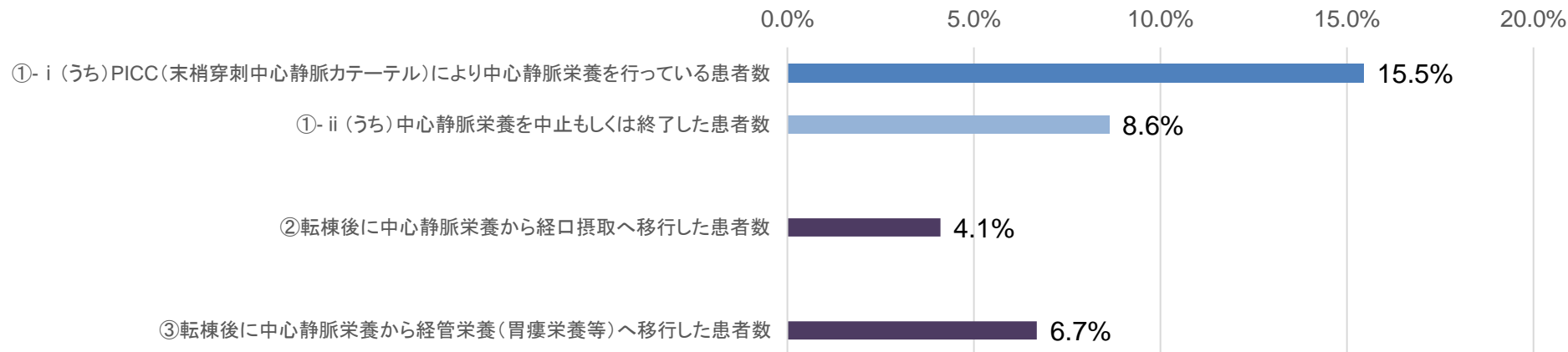


(件)

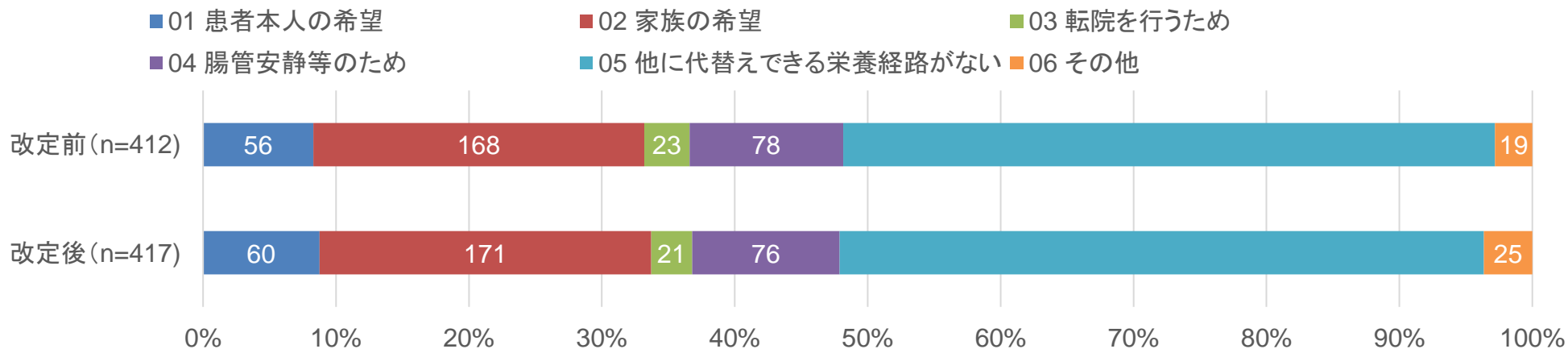
# 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況

○ 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)



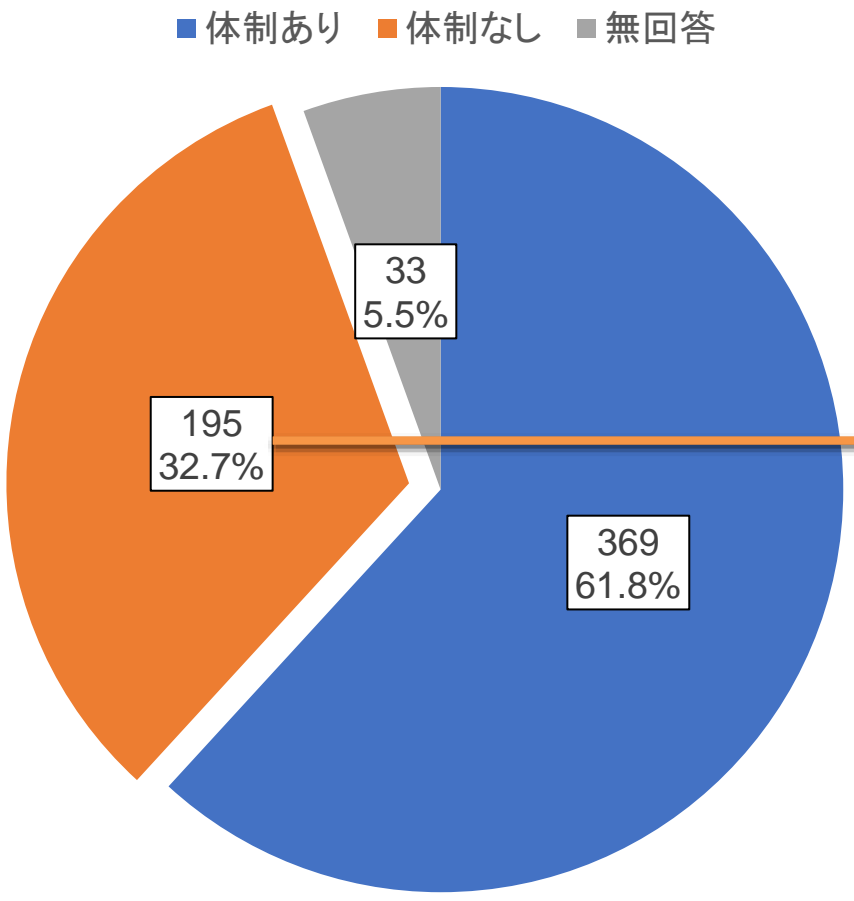
### 中心静脈栄養の適応理由について



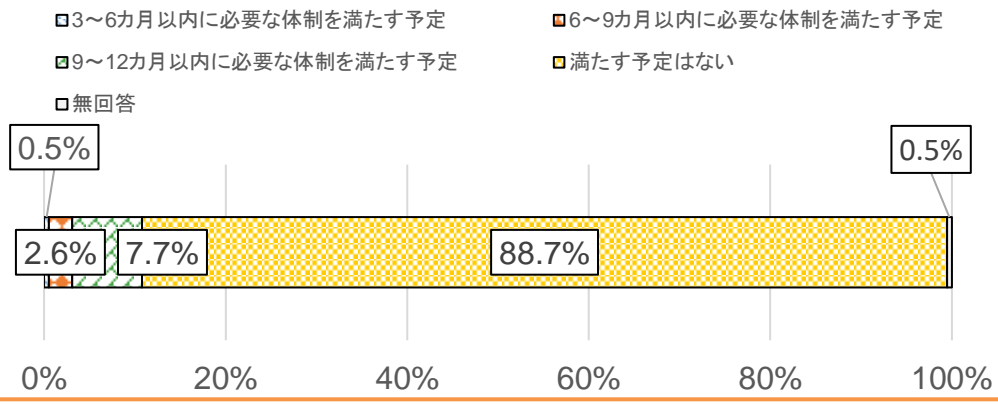
# 療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○ 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。

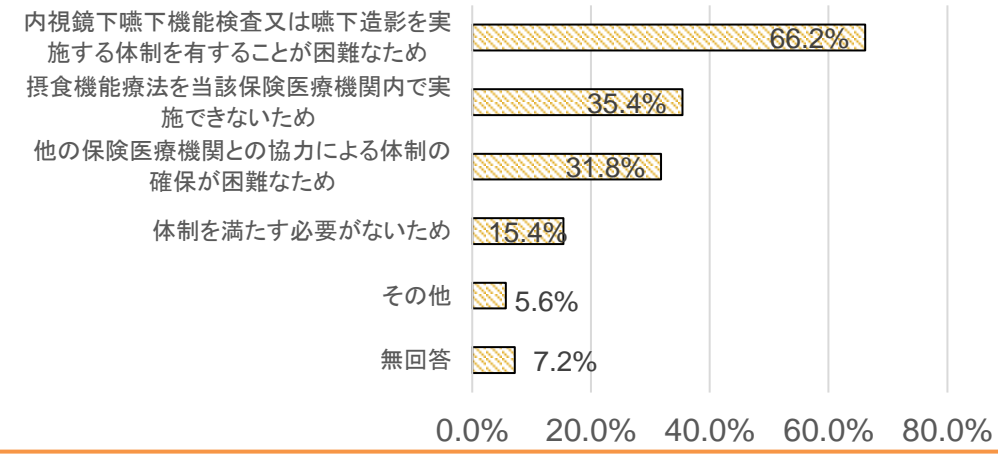
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無 (n=597)



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)



施設基準を満たせない理由 (令和4年11月1日時点)



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)

- 療養病棟における摂食機能または嚥下機能の回復の実績については以下の通り。
- 内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が1件でもある施設のほうが、全く実施のない施設より、中心静脈栄養を実施した患者が経口摂取等へ移行する割合が高い傾向があった。

N=873	平均	25パーセンタイル値	中央値	75パーセンタイル値
1. 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数	4.0	0	0	0
2. 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数	4.1	0	0	0
3. 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数	2.6	0	0	0
4. 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数	1.0	0	0	0
5. 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数	39.7	0.5	12	46
6. うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数	1.4	0	0	1
7. 5のうち6の割合 (%)	6.1%	0.0%	0.0%	6.3%

過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数のうち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数の割合	平均	25パーセンタイル	中央値	75パーセンタイル
内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が0件(※)の施設 (N=392)	5.2%	0.0%	0.0%	4.3%
内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が1件(※)以上の施設 (N=263)	7.5%	0.0%	2.1%	9.6%

(※) 自施設内あるいは連携施設における内視鏡的嚥下機能検査及び嚥下造影検査の年間実施症例数

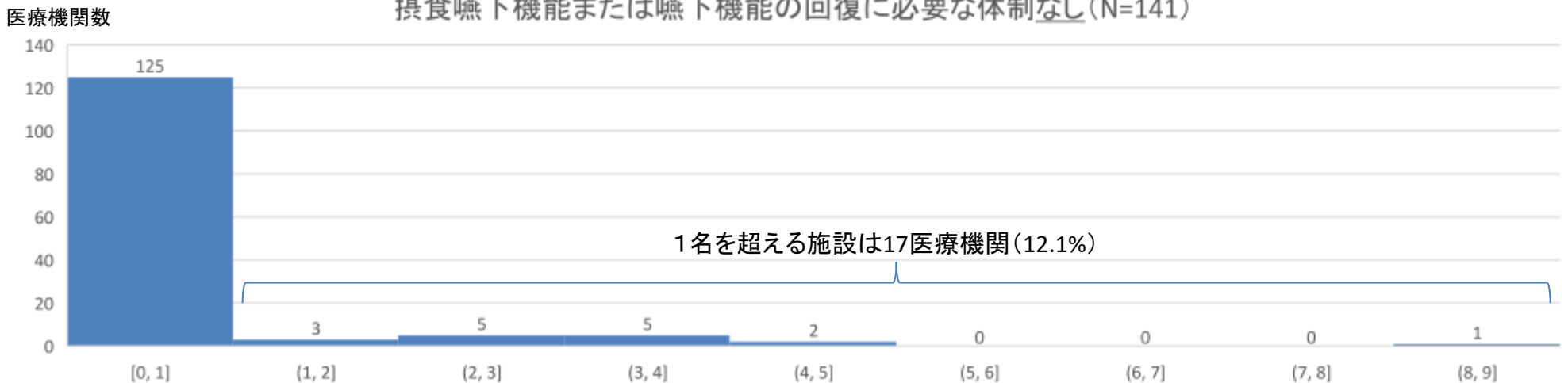
# 中心静脈栄養を中止・終了した患者数

○ 入院後・入院中に中心静脈栄養を中止・終了した患者数が40床あたり1名を超える施設の割合は、摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制がある施設では23.2%、体制がない施設では12.1%だった。

入院後・入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数(40床あたり、令和4年8~10月)  
摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制あり(N=293)



入院後・入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数(40床あたり、令和4年8~10月)  
摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制なし(N=141)

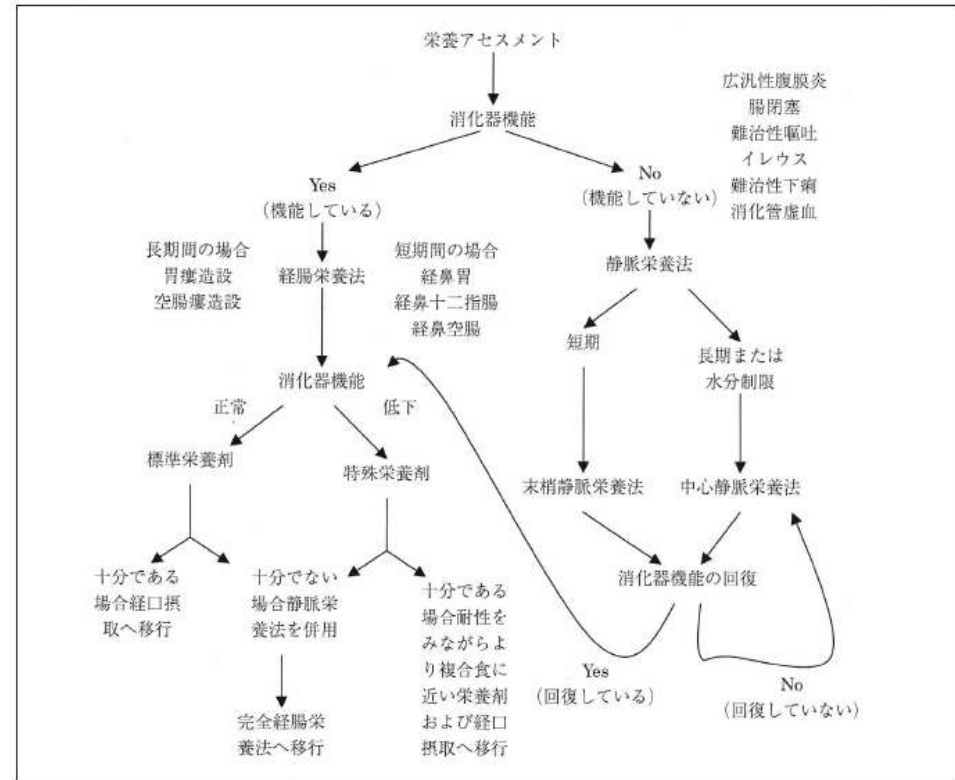


- 消化管が機能している場合は、経腸栄養を選択することを基本である。
- 経腸栄養が禁忌となるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

## 静脈経腸栄養ガイドライン第3版より抜粋 (日本静脈経腸栄養学会編集)

- 腸が機能している場合は、経腸栄養を選択することを基本とする(推奨度Aエビデンスレベル2)。
- 経腸栄養が不可能な場合や、経腸栄養のみでは必要な栄養量を投与できない場合には、静脈栄養の適応となる(推奨度Aエビデンスレベル2)。
- 大原則は、「腸が機能している場合は腸を使う」である。その理由として、経腸栄養は静脈栄養に比べて生理的であり、消化管本来の機能である消化吸収、あるいは腸管免疫系の機能が維持されることが挙げられる。
- 臨床における静脈栄養と経腸栄養の比較では、静脈栄養に比べて経腸栄養の方が感染性合併症発生頻度が低いことも事実である。
- 経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の絶対適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

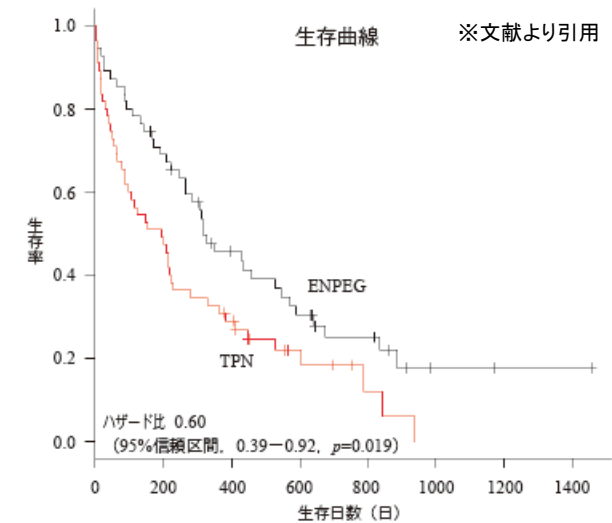
## 静脈栄養と経腸栄養の選択基準



- 療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ない。
- 医療区分の導入に伴い、中心静脈栄養の患者が増加したとの報告がある。

- 胃瘻からの経管栄養 (n = 180) または中心静脈栄養 (n = 73) を提供された高齢の嚥下障害患者である単施設コホート研究によると、高齢の患者、低栄養状態の患者、重度の認知症患者は、TPNを受ける可能性が高かった。傾向スコア マッチング後の生存期間は胃瘻からの経管栄養グループの方が有意に長かった(中央値、317日対195日、 $P=0.017$ )。

Masaki S, et al. PLoS One. 2019 Oct 2;14(10):e0217120.  
真崎 茂法ほか 学会誌JSPEN. 2020 Oct; 2巻4号: Page252-261.



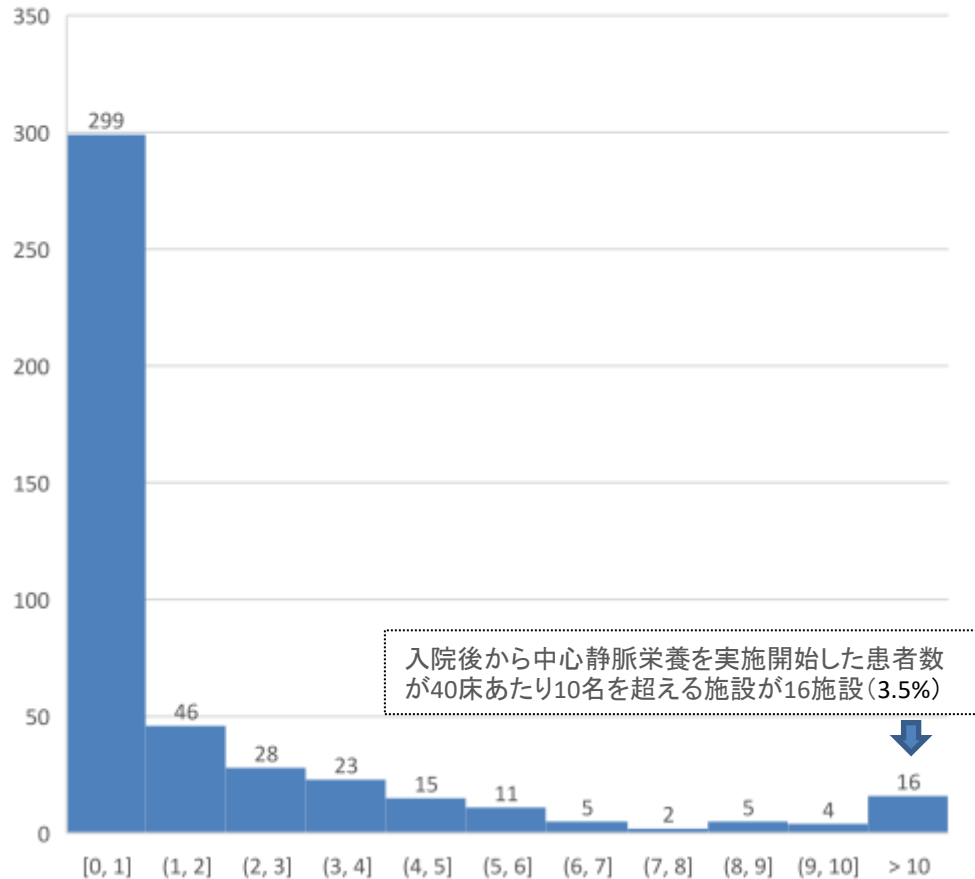
- 療養病床における嚥下障害を有する長期療養患者を対象とした研究において、経管栄養群(60例)は中心静脈栄養群(51例)に比べ、抗菌薬使用の月平均使用日数が短く、入院生存期間が長かった。  
森藤 雅彦 消化と吸収(0389-3626)44巻2号 Page98-102(2022.07)
- 平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。  
近藤由利ほか 日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)



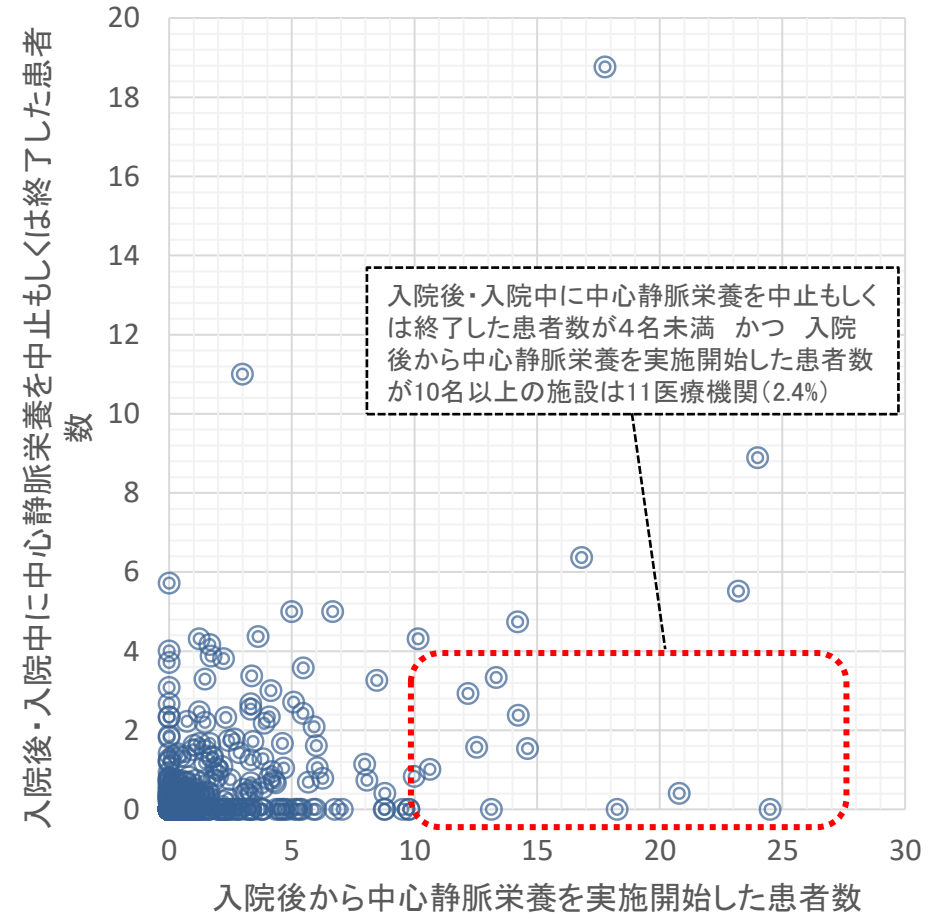
# 中心静脈栄養を実施開始した患者数

- 入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数が40床あたり10名を超える施設は16施設(3.5%)。
- 入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数が10名以上いるものの、中心静脈栄養を中止・終了した患者数が4名未満の施設は11医療機関(2.4%)。

入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数  
(40床あたり、令和4年8~10月、N=454)



40床あたり、令和4年8~10月、N=454



- 中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる。

安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のためのプラクティカルガイド2017(2017年6月改訂)(抜粋)  
公益社団法人 日本麻酔科学会 安全委員会 安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のため手引き改訂 WG作成

## XI. 中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策

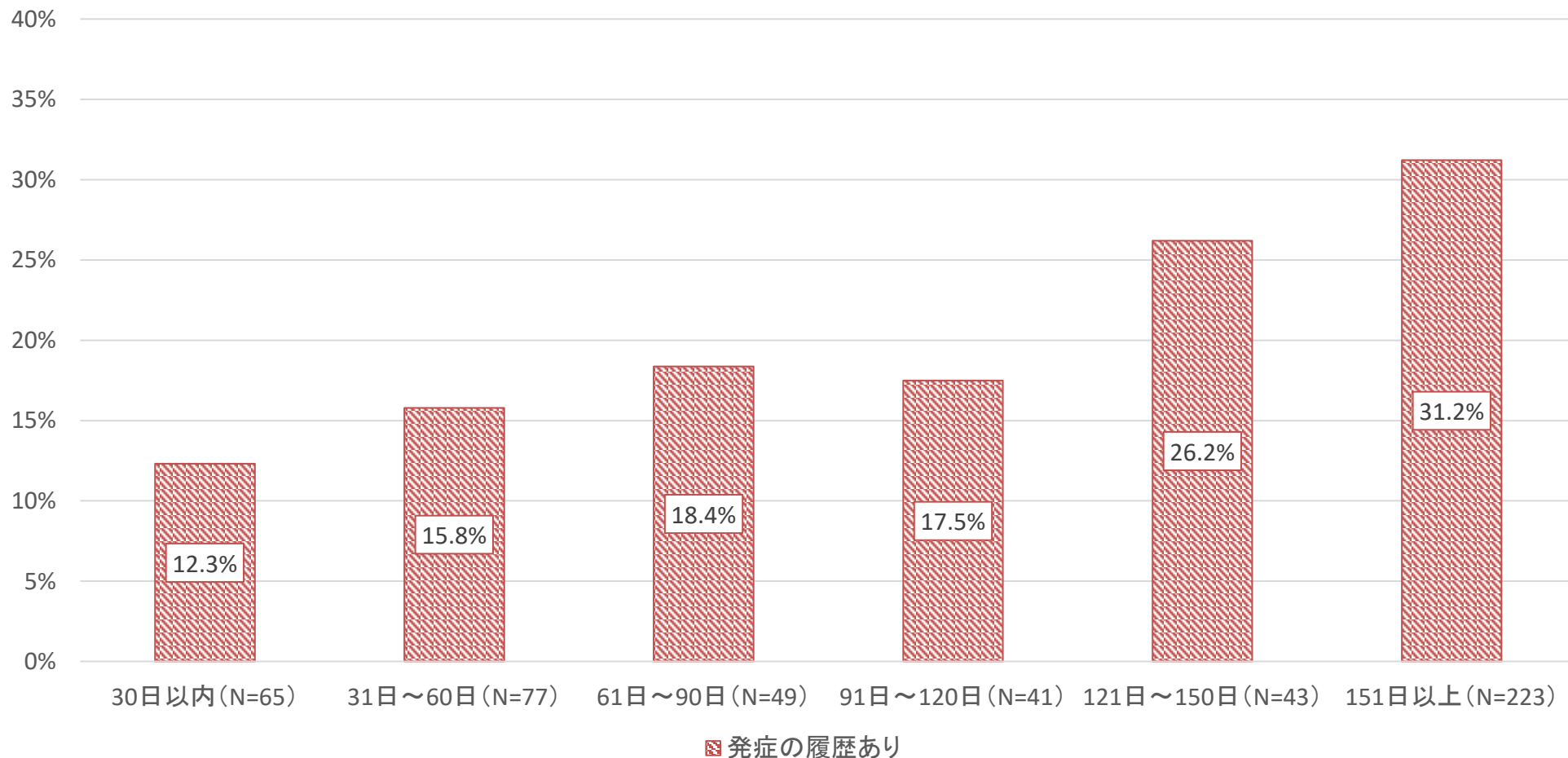
### 感染予防に関する推奨

#### ⑧ 留置期間

中心静脈カテーテルの留置期間は、臨床的必要性に基づいて決めればよい。カテーテル留置期間が長いほど感染のリスクは高まるが、留置期間の目安はない。使用継続の必要性を毎日評価し、不要になったらカテーテルを抜去する。留置したまま、使用しないとカテーテル関連血流感染の原因となる。定期的に中心静脈カテーテルを入れ替えても、カテーテル関連血流感染の頻度は低下しない。ガイドワイヤーを用いて中心静脈カテーテルを交換する場合も新しく穿刺しなおして交換する場合も、感染率に差はない。ガイドワイヤーを使ったカテーテル入れ替えを3日毎の交換と7日毎の交換で比較した場合で、カテーテル先端のコロニー形成に有意差は認められていない。カテーテル穿刺部位は毎日、感染徴候がないか確認し、感染徴候がある場合はカテーテルを抜去し、留置部位を変更する。カテーテル関連感染症が疑われた場合は、ガイドワイヤーを使ってカテーテルを交換するより、穿刺部位を変更したほうがよい。

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、中心静脈栄養開始からの日数と、カテーテル関連血流感染症発症（CRBSI）の履歴の有無についてみると、開始からの日数が長期になるほど、発症の履歴のある患者割合は高くなり、151日以上では31.2%となる。

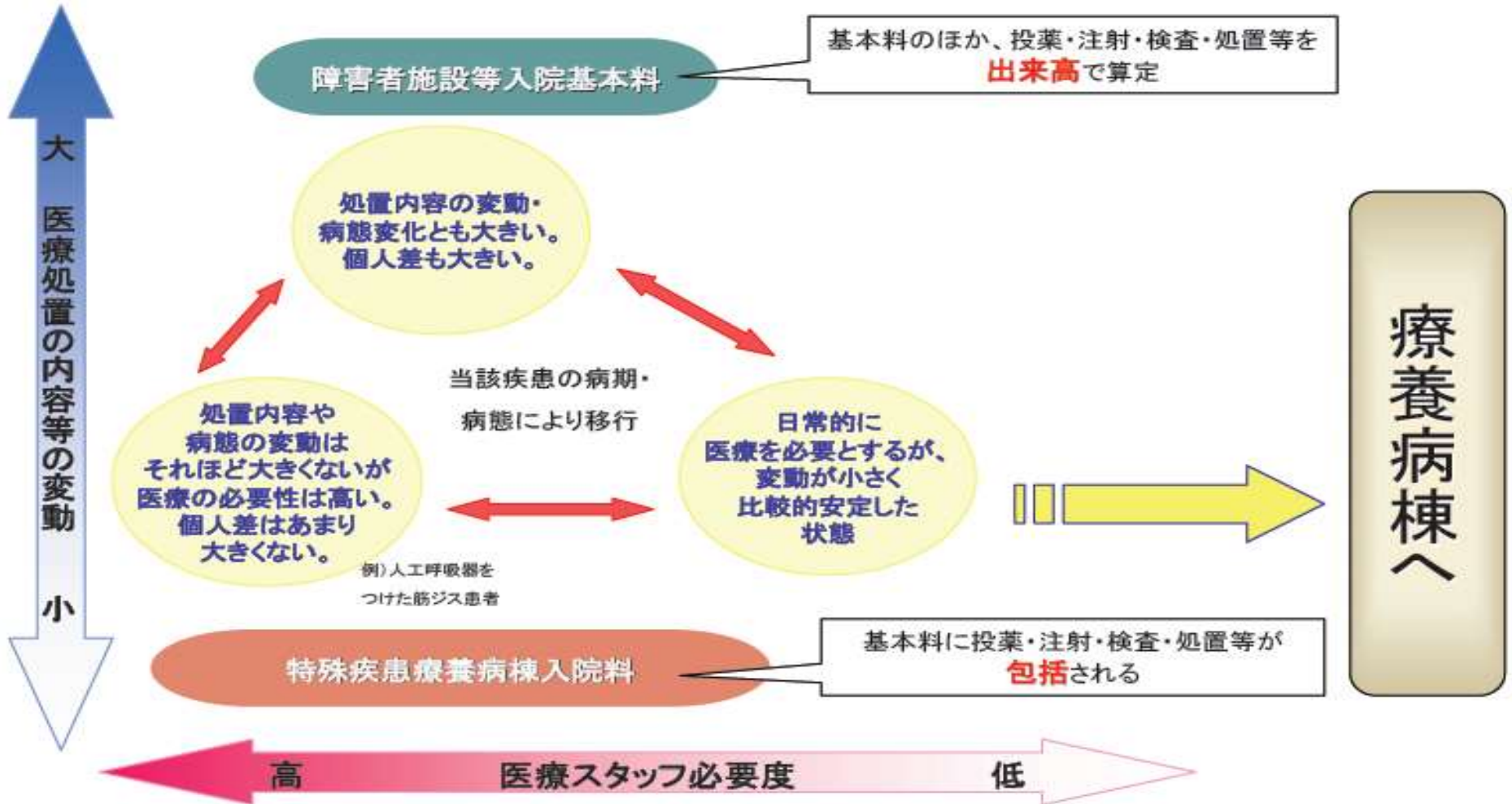
中心静脈開始からの経過日数と、カテーテル関連血流感染症発症の有無の関係 (n=498)



## 0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. 横断的個別事項について

# 障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		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)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者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	脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者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・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括			
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

## H12 障害者施設等入院基本料を新設

### 【対象となる施設】

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

### 【上記施設以外における要件】

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

## <障害者施設等入院基本料の特徴>

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

→投薬・注射・処置等が出来高払い

### H19実態調査

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

H19

H20

### 平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

H28

### 平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

R4

### 令和4年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・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とした。
- ・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た。

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設  
(病室単位で算定可能に)

H16 **H16実態調査** 実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H18 平成18年度診療報酬改定  
特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

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

H19 **H19実態調査** ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。  
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20 平成20年度診療報酬改定

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

H28 平成28年度診療報酬改定

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

R4 令和4年度診療報酬改定

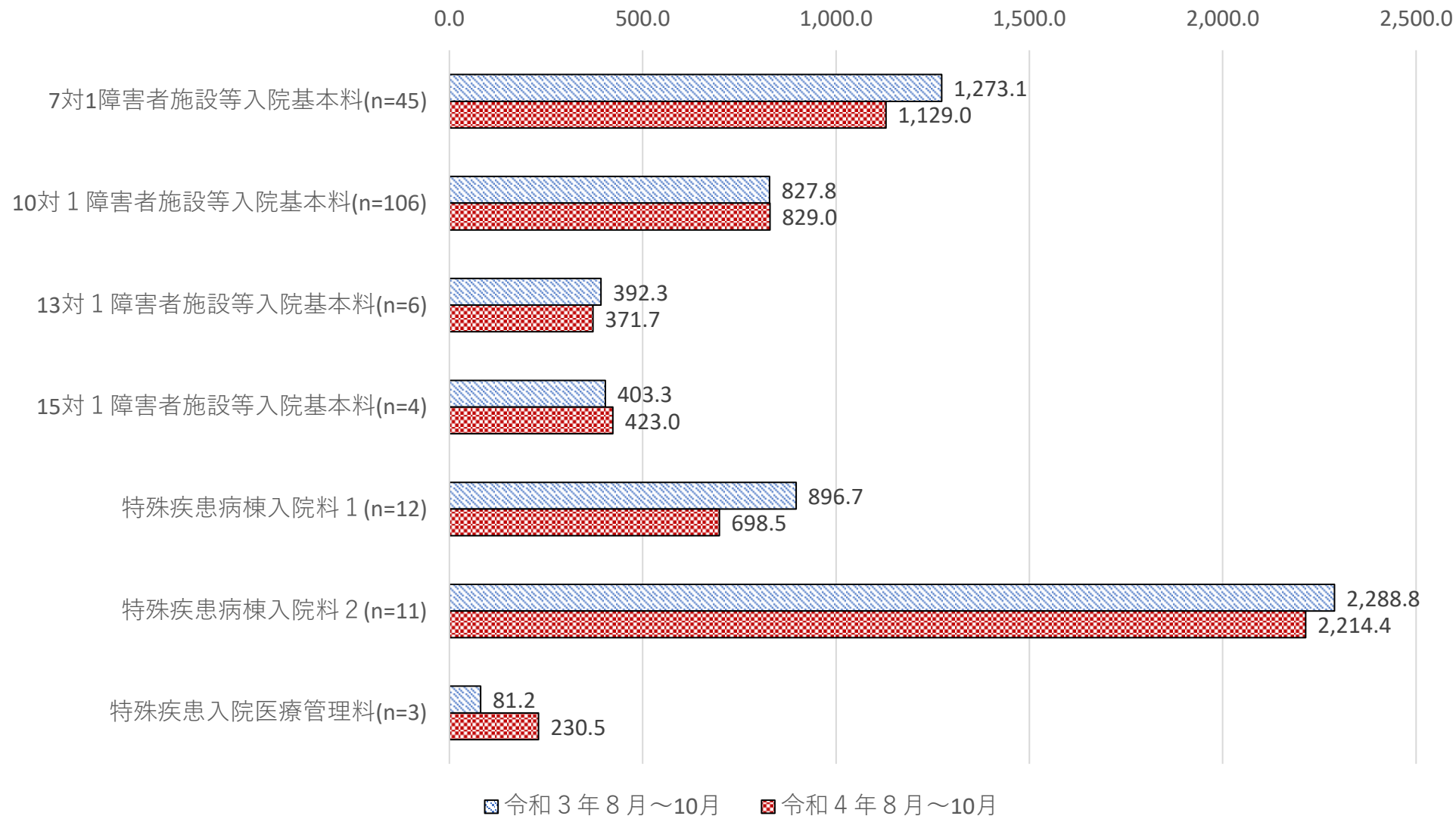
- ・特殊疾患病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とした。

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



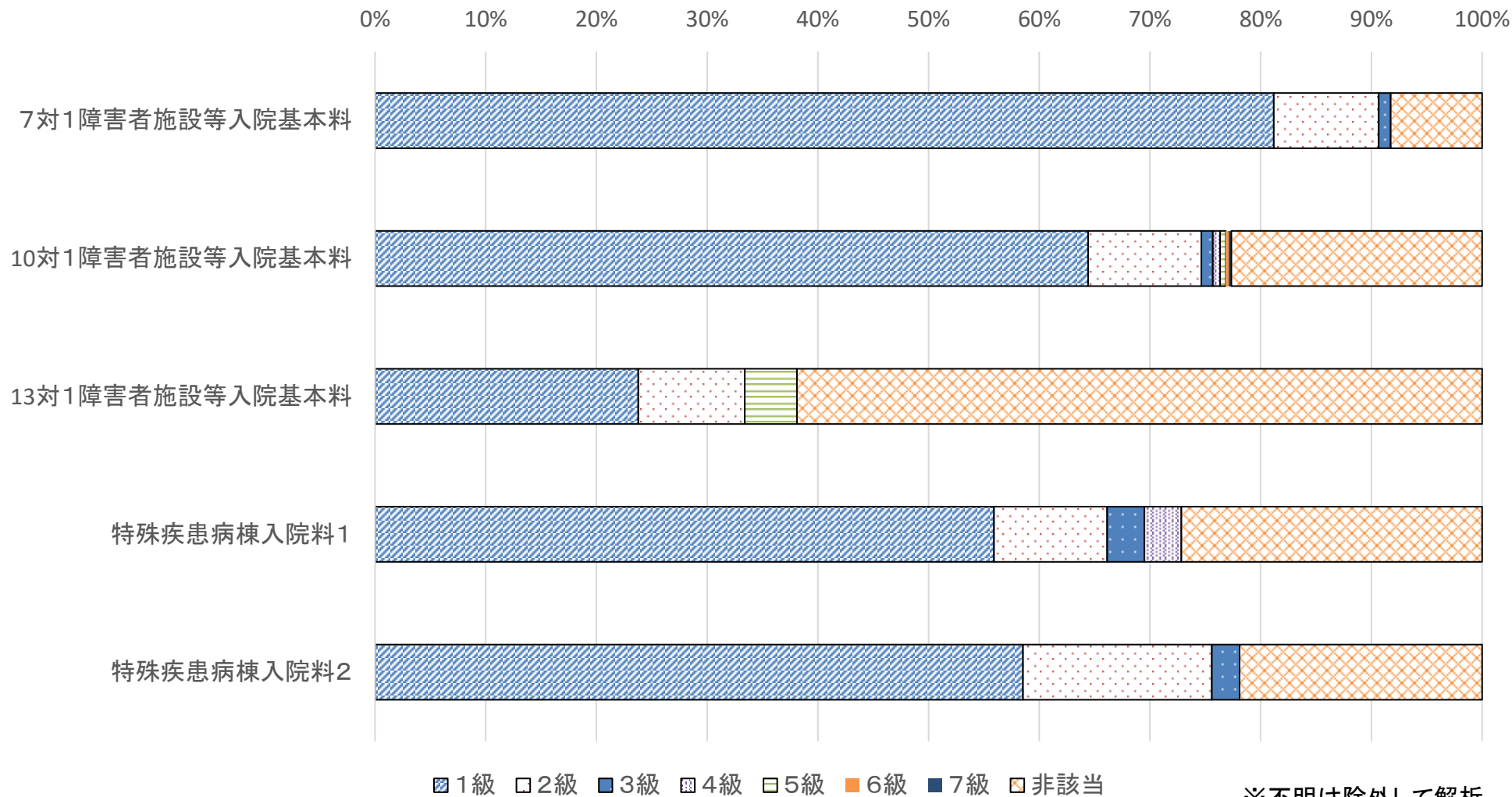
# 障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数

- 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。



# 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】

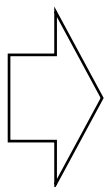
[算定要件] (抜粋・例)

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

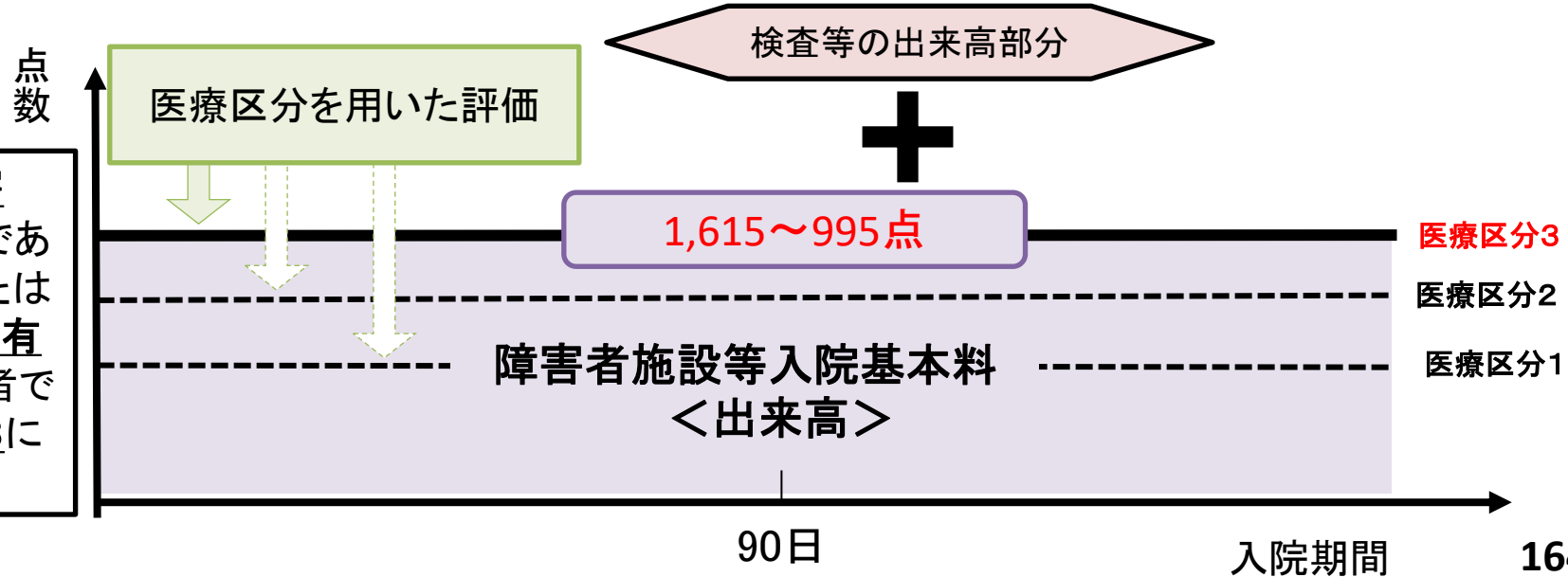
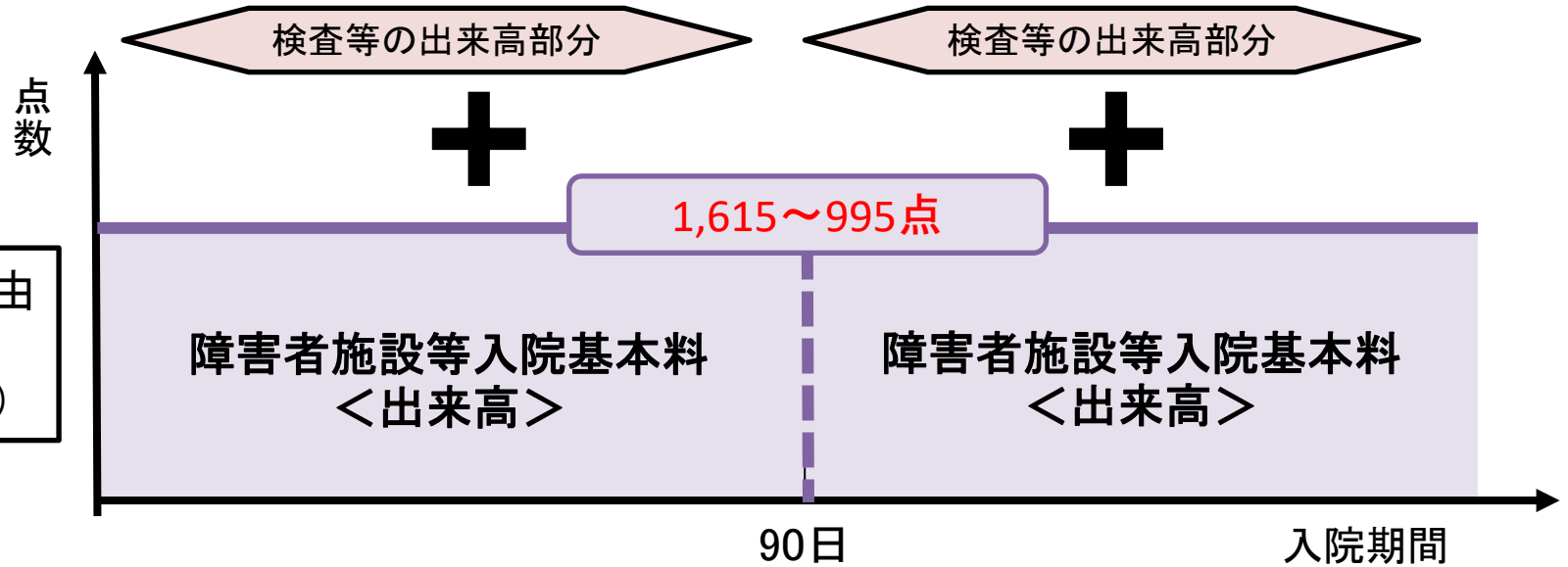
(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

## 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。 163

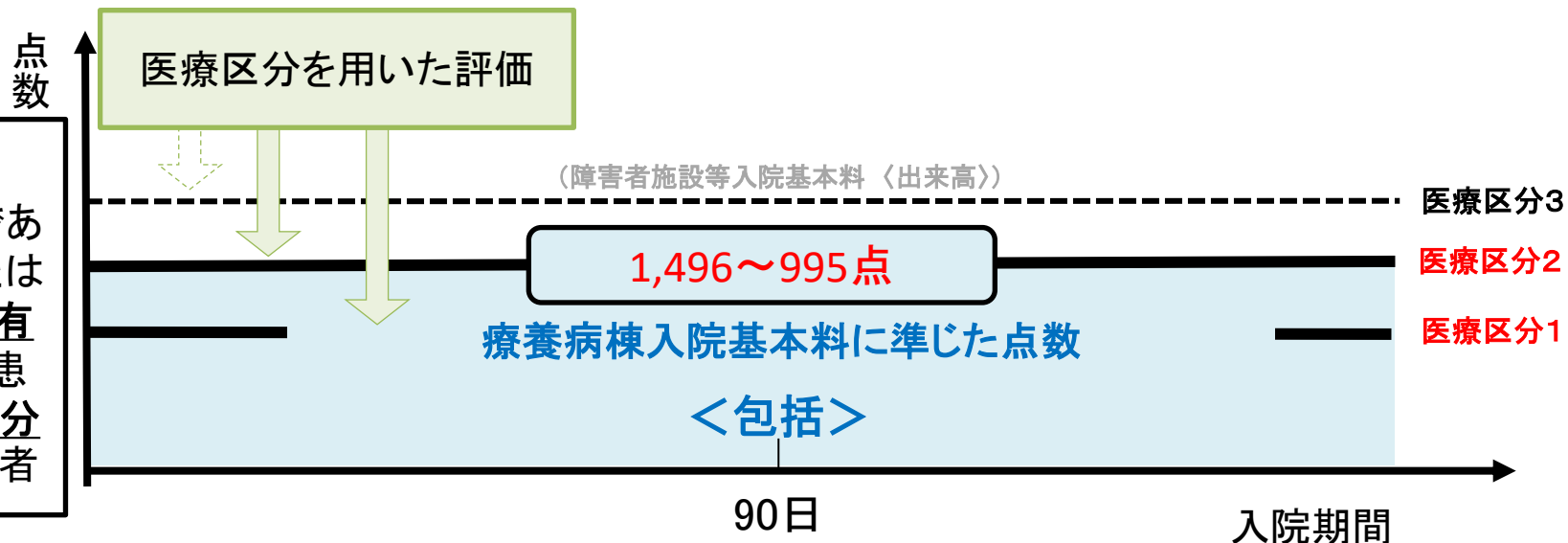
# 障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

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

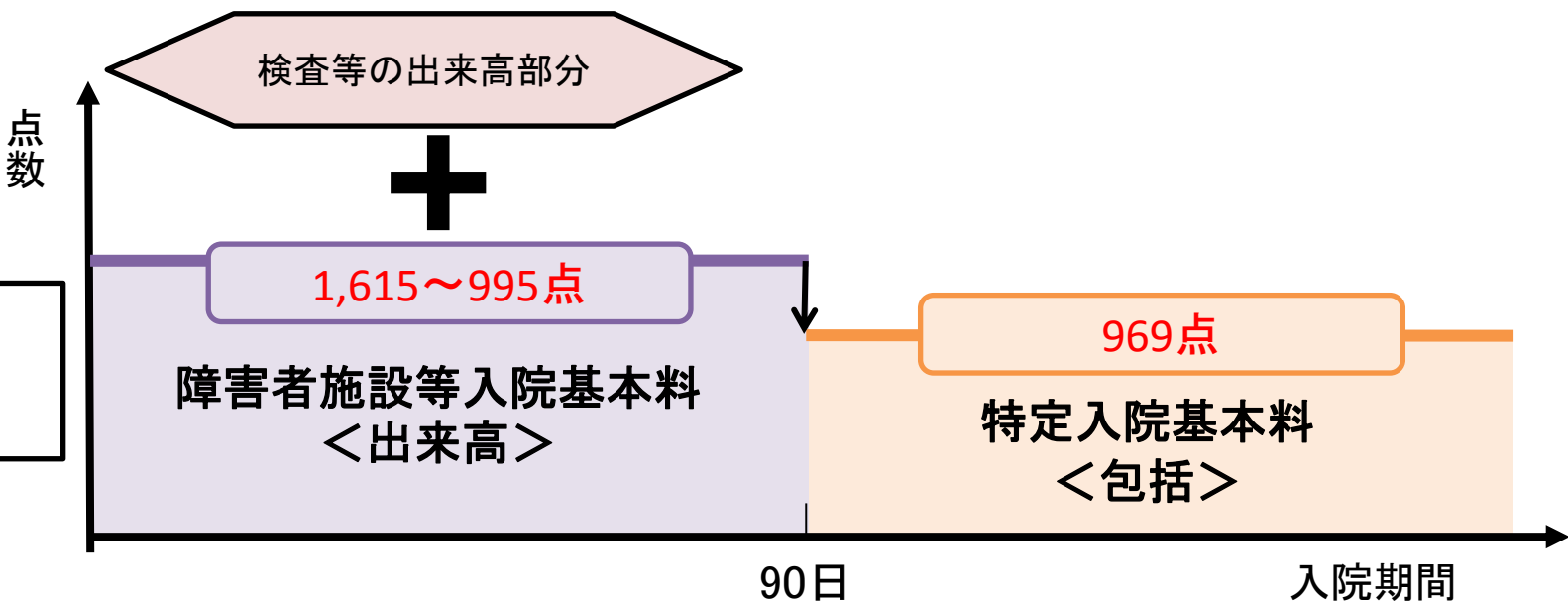


# 障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

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



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



# 特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ①

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



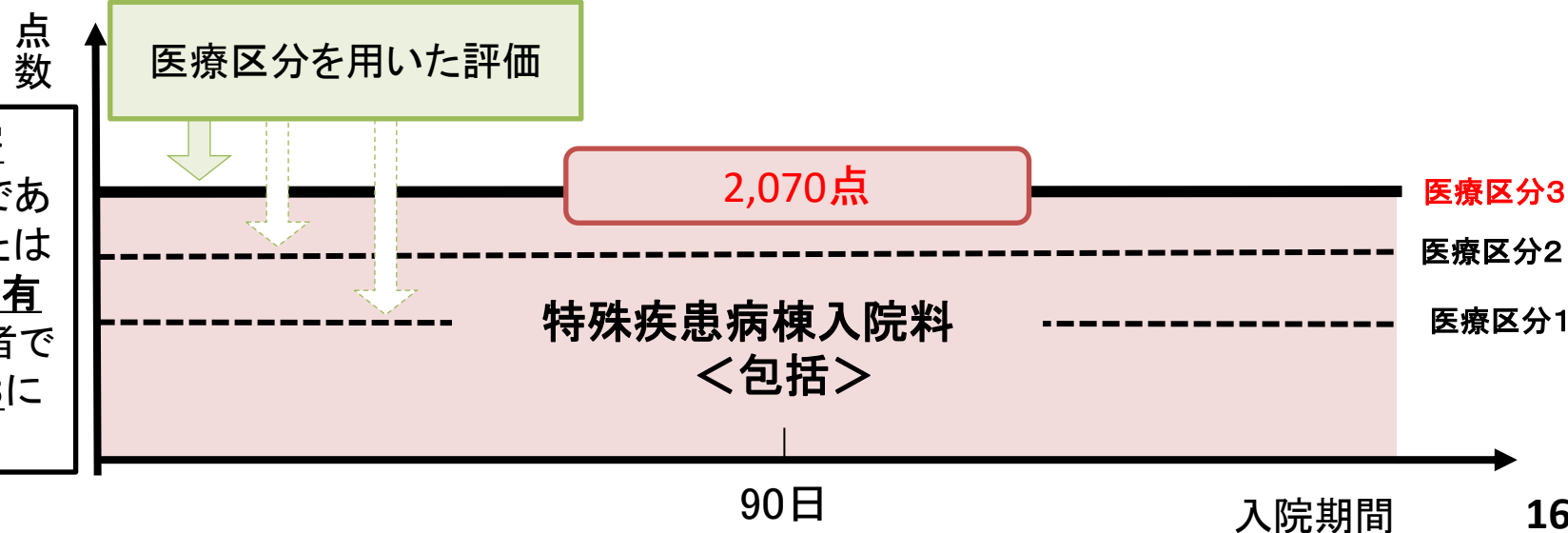
重度の肢体不自由  
児(者)等

特殊疾患棟入院料  
<包括>

特殊疾患棟入院料  
<包括>

90日

入院期間



重度の意識障害  
(脳卒中の後遺症である  
ものに限る。)または  
重度の意識障害を有  
さない脳卒中の患者で  
あって、医療区分3に  
相当する者

医療区分を用いた評価

2,070点

特殊疾患棟入院料  
<包括>

医療区分3

医療区分2

医療区分1

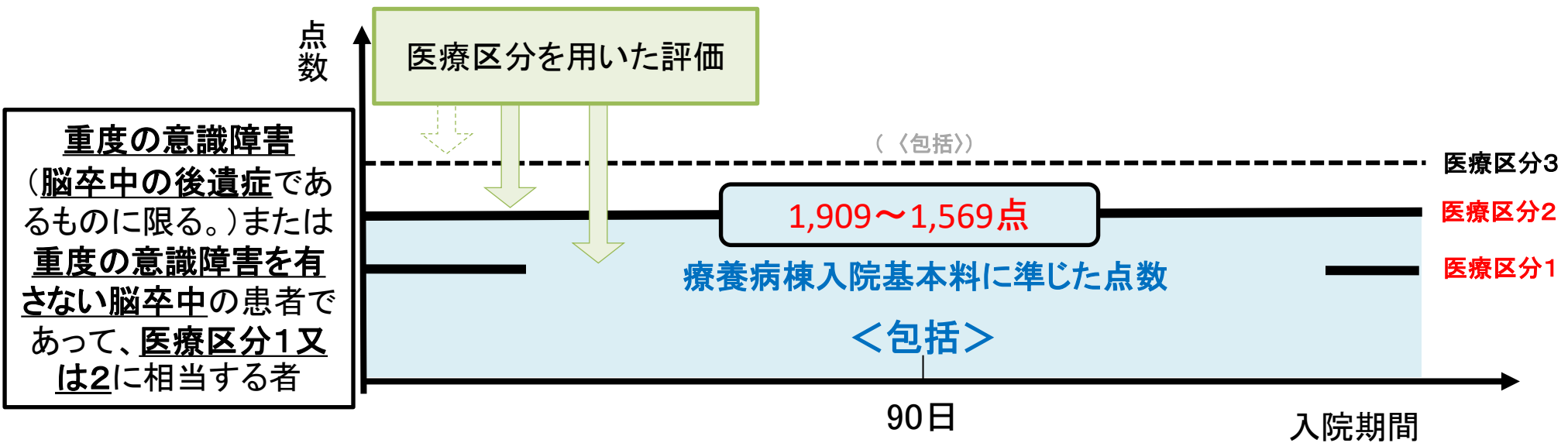
90日

入院期間

# 特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ②

診調組 入-5  
5.10.5

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



# 障害者施設等入院基本料における脳卒中患者の評価

診調組 入-5  
5.10.5

- 障害者施設等入院基本料の算定回数（病日）は以下のとおり。
- 障害者施設等7：1入院基本料における脳卒中患者に係る算定回数は0.2%であったが、10：1入院基本料等の算定回数のうち約2%は脳卒中患者であった。

名称	点数等	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	(%)
障害者施設等7対1入院基本料	1615	206826	244479	333312	359643	376849	388919	388921	99.8%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1496	103	137	62	31	31	31	54	0.0%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1358	124	0	0	0	0	0	31	0.0%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1345	-	-	-	-	-	-	428	0.1%
障害者施設等7対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	1221	-	-	-	-	-	-	346	0.1%
障害者施設等10対1入院基本料	1356	1133082	1113687	1094450	1108433	1080081	1097275	1065237	98.3%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1496	5788	6855	7067	8149	11342	10006	9234	0.9%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1358	3206	3974	3519	4034	3905	3280	3200	0.3%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1345	-	-	-	-	-	-	2525	0.2%
障害者施設等10対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	1221	-	-	-	-	-	-	3526	0.3%
障害者施設等13対1入院基本料	1138	207154	201203	187212	182717	183416	179082	165999	95.6%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1343	2574	2711	2441	2587	3444	3089	3791	2.2%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1206	1709	2239	1682	1655	1957	1980	1807	1.0%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1207	-	-	-	-	-	-	815	0.5%
障害者施設等13対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	1084	-	-	-	-	-	-	1230	0.7%
障害者施設等15対1入院基本料	995	75368	67432	54586	52989	48306	39590	37685	96.9%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分2）（重度除く）	1118	-	-	-	-	-	-	183	0.5%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分1）（重度除く）	995	-	-	-	-	-	-	90	0.2%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分2）（重度意識障害）	1244	1038	1006	1161	1138	849	1014	786	2.0%
障害者施設等15対1入院基本料（医療区分1）（重度意識障害）	1107	798	777	509	348	275	34	127	0.3%

※最右列は令和4年の入院基本料に占める割合



# 特殊疾患入院管理料等における脳卒中患者の評価

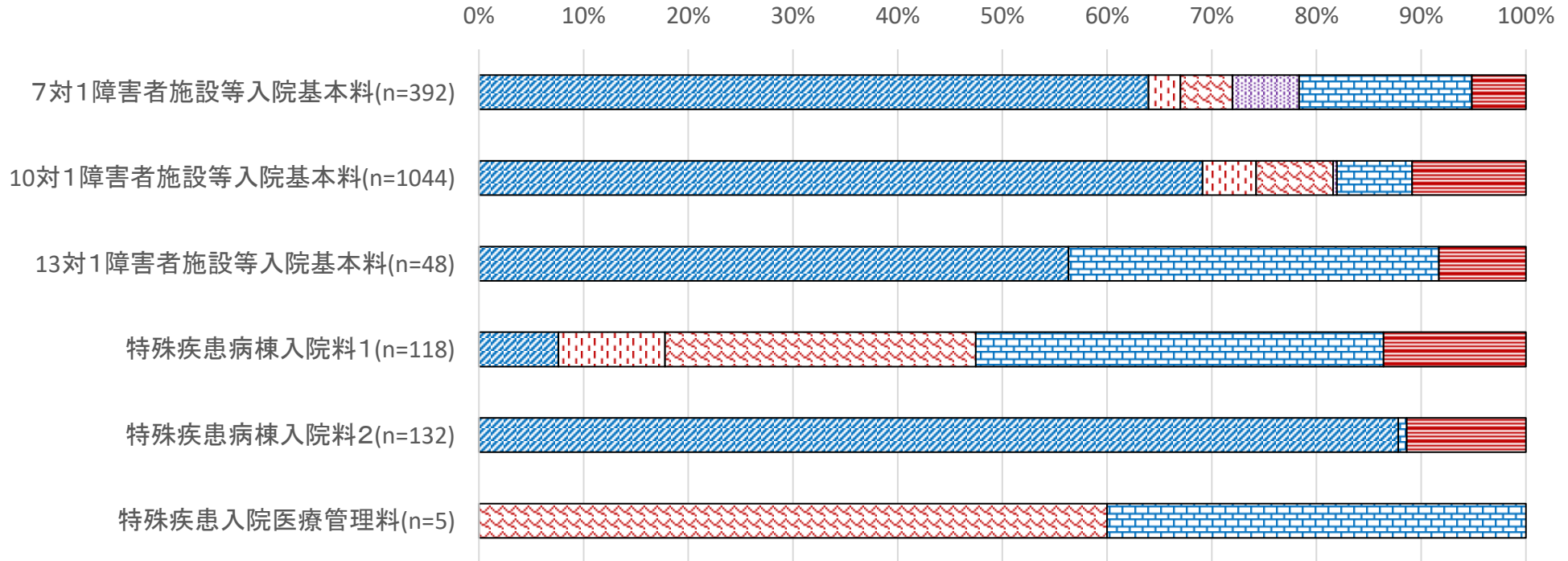
診調組 入-5  
5.10.5

- 特殊疾患入院管理料及び特殊疾患病棟入院料の算定回数（病日）は以下のとおり。
- 特殊疾患入院管理料の算定回数のうち約10%、特殊疾患病棟入院料1の算定回数のうち約14%が脳卒中患者であった。

名称	点数等	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	(%)
特殊疾患入院医療管理料	2070	11025	9153	7971	8178	8407	9487	7729	90.1%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分2の患者に相当するもの）	1909	240	157	284	364	236	424	277	3.2%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分1の患者に相当するもの）	1743	241	515	498	599	746	635	497	5.8%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1717	-	-	-	-	-	-	31	0.4%
特殊疾患入院医療管理料（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1569	-	-	-	-	-	-	42	0.5%
特殊疾患病棟入院料1	2070	145709	141484	132555	130083	124929	120679	114501	86.1%
特殊疾患病棟入院料2	1675	168487	180818	180976	184977	193520	200027	198394	99.7%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分2）（重度意識障害）	1910	4118	8061	9384	10103	10373	12148	11995	9.0%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分1）（重度意識障害）	1745	2061	3569	4949	5021	5970	6511	5171	3.9%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分2）（重度意識障害）	1657	65	90	0	48	0	30	105	0.1%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分1）（重度意識障害）	1491	114	213	408	254	423	386	279	0.1%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1717	-	-	-	-	-	-	422	0.3%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1569	-	-	-	-	-	-	828	0.6%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1490	-	-	-	-	-	-	31	0.0%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1341	-	-	-	-	-	-	278	0.1%

※最右列は令和4年の入院管理料・基本料に占める割合

○ 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。



- 重度の肢体不自由児・者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者
- その他

# 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脊髄損傷等の重度障害者	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

# 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者構成①

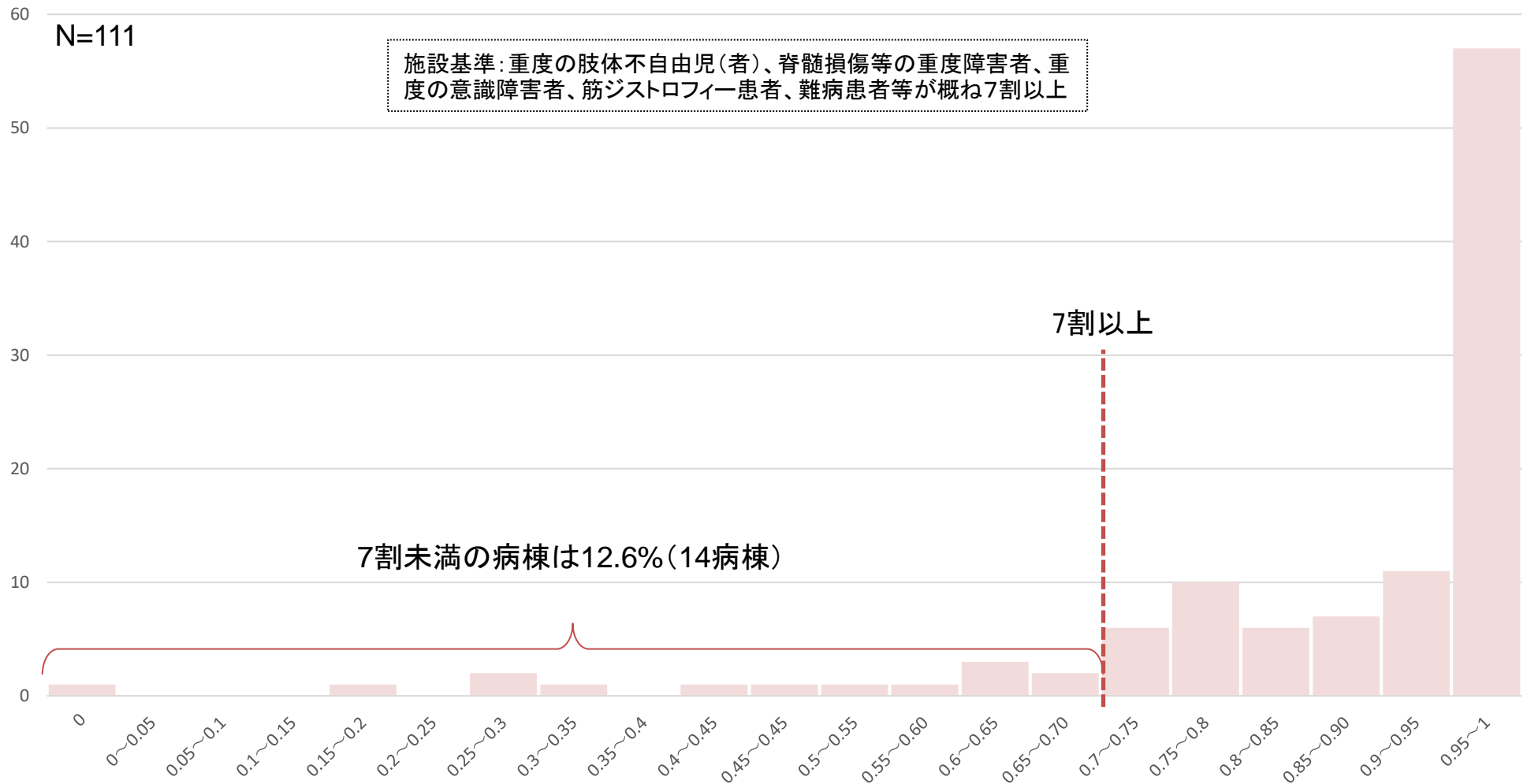
○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者構成は、以下のとおり。

入院基本料	入院基本料名称	対象区分	平均値	第3四分位点	中央値	第1四分位点	病棟数
1	障害者施設等入院基本料1	① 重度の肢体不自由児・者	69.4%	100.0%	94.9%	8.7%	39
1	障害者施設等入院基本料1	② 脊髄損傷等の重度障害者	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	③ 重度の意識障害者	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	④ 筋ジストロフィー患者	5.0%	2.7%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	⑤ 難病患者	13.1%	9.2%	0.0%	0.0%	39
1	障害者施設等入院基本料1	⑥ その他	10.6%	14.7%	0.0%	0.0%	39
2	障害者施設等入院基本料2-4	① 重度の肢体不自由児・者	69.9%	98.9%	77.8%	48.7%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	② 脊髄損傷等の重度障害者	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	③ 重度の意識障害者	6.3%	3.5%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	④ 筋ジストロフィー患者	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	⑤ 難病患者	7.7%	6.9%	0.0%	0.0%	111
2	障害者施設等入院基本料2-4	⑥ その他	13.0%	20.5%	3.6%	0.0%	111
3	特殊疾患病棟入院料1	① 重度の肢体不自由児・者	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	② 脊髄損傷等の重度障害者	22.2%	18.6%	2.1%	0.0%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	③ 重度の意識障害者	28.6%	50.0%	18.2%	6.9%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	④ 筋ジストロフィー患者	0.7%	1.8%	0.0%	0.0%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	⑤ 難病患者	33.5%	55.8%	29.2%	13.8%	13
3	特殊疾患病棟入院料1	⑥ その他	13.3%	17.0%	13.1%	10.5%	13
4	特殊疾患病棟入院料2	① 重度の肢体不自由児・者	84.6%	100.0%	92.9%	82.2%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	② 脊髄損傷等の重度障害者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	③ 重度の意識障害者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	④ 筋ジストロフィー患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	⑤ 難病患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
4	特殊疾患病棟入院料2	⑥ その他	15.4%	17.8%	7.1%	0.0%	12
5	特殊疾患医療管理料	① 重度の肢体不自由児・者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	② 脊髄損傷等の重度障害者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	③ 重度の意識障害者	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	④ 筋ジストロフィー患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	⑤ 難病患者	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
5	特殊疾患医療管理料	⑥ その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2

# 障害者施設等入院基本料2～4の患者構成

診調組 入-5  
5.10.5

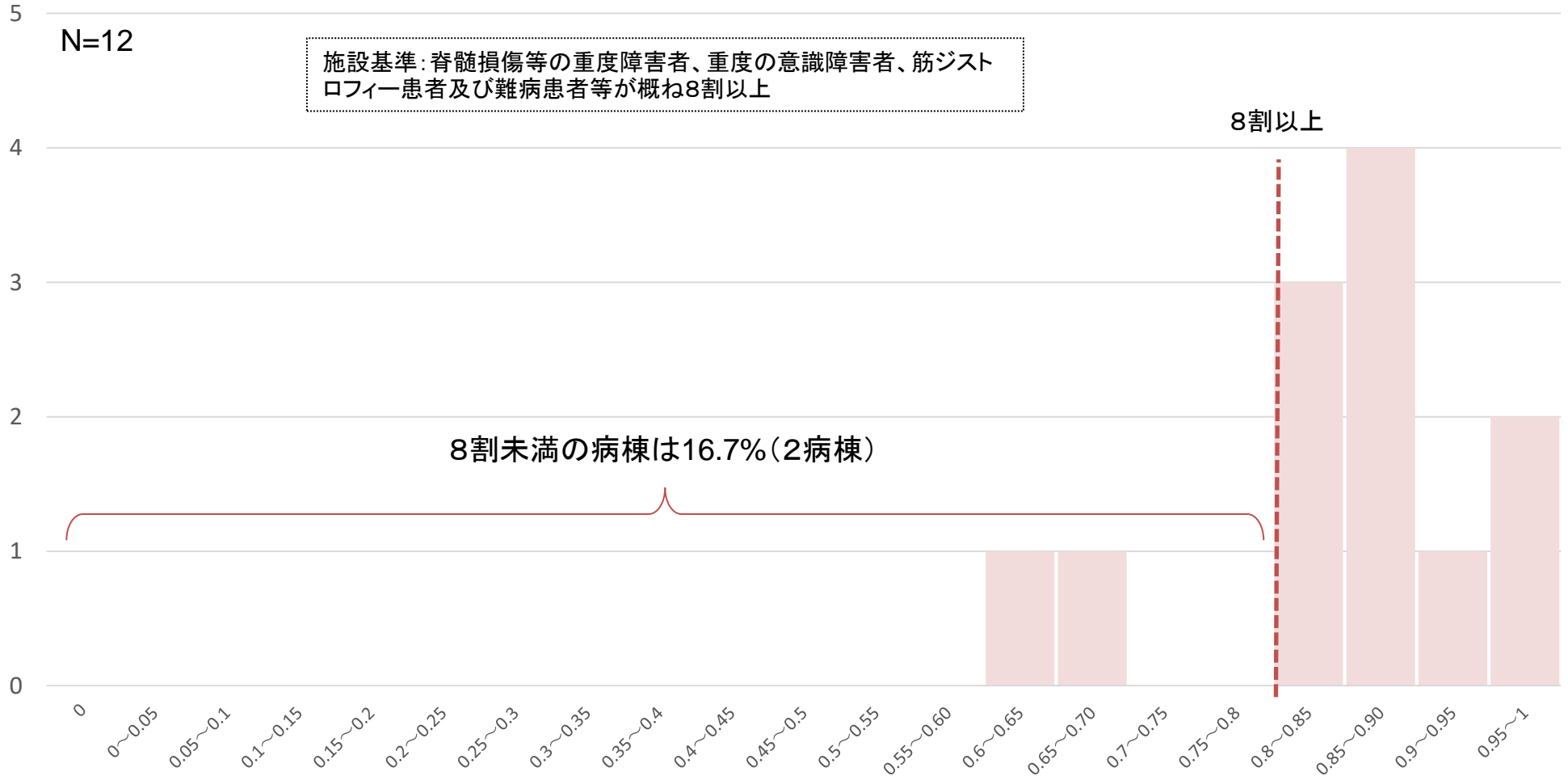
○ 障害者施設等入院基本料2～4を算定する病棟における、全入院患者に占める、重度の肢体不自由児・者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が7割未満の病棟は12.6%であった。



# 特殊疾患病棟入院料 1 の患者構成

診調組 入-5  
5 . 1 0 . 5

- 特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟における、全入院患者に占める、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が8割未満の病棟は16.7%であった。



# 特殊疾患病棟入院料2の患者構成

○ 特殊疾患病棟入院料2を算定する病棟における、全入院患者に占める、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクB以上に限る）などの重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く）の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が8割未満の病棟は8.3%であった。



# 障害者施設等入院基本料 2～4 の患者傷病名

診調組 入-5  
5. 10. 5

- 障害者施設等入院基本料 2～4 を算定する病棟における患者の主たる傷病名は以下のとおり。
- 施設基準の該当患者割合が 7 割以上の病棟における傷病名は脳性麻痺が 23.9%、該当患者割合が 7 割未満の病棟における傷病名は慢性腎不全が 16.3% と最多であった。

No.	該当患者割合 7 割以上の病棟 主たる傷病名	回数	構成比%
1	脳性麻痺	167	23.9%
2	廃用症候群	40	5.7%
3	頭部外傷後遺症	37	5.3%
4	パーキンソン病	22	3.1%
5	低酸素性脳症	19	2.7%
6	末期腎不全	17	2.4%
7	水俣病	16	2.3%
8	脳外傷後遺症	13	1.9%
9	うっ血性心不全	10	1.4%
10	多系統萎縮症	10	1.4%
11	慢性腎不全	9	1.3%
12	染色体異常	7	1.0%
13	麻痺性内反足	6	0.9%
14	脳性両麻痺	6	0.9%
15	脳梗塞後遺症	6	0.9%
16	誤嚥性肺炎	6	0.9%
17	パーキンソン病 Y a h r 3	6	0.9%
18	心不全	5	0.7%
19	高次脳機能障害	5	0.7%
20	心原性脳塞栓症	5	0.7%

No.	該当患者割合 7 割未満の病棟 主たる傷病名	回数	構成比%
1	慢性腎不全	14	16.3%
2	脳性麻痺	9	10.5%
3	廃用症候群	6	7.0%
4	アテーシス型脳性麻痺	4	4.7%
5	尿路感染症	3	3.5%
6	誤嚥性肺炎	3	3.5%
7	脳出血後遺症	3	3.5%
8	慢性閉塞性肺疾患	2	2.3%
9	大腿骨頸部骨折	2	2.3%
10	パーキンソン病 Y a h r 5	2	2.3%
11	多系統萎縮症	1	1.2%
12	尿管結石症	1	1.2%
13	大脳皮質基底核変性症	1	1.2%
14	急性肺炎	1	1.2%
15	嚥下障害	1	1.2%
16	橋本脳症	1	1.2%
17	大腿骨転子部骨折	1	1.2%
18	結石性腎盂腎炎	1	1.2%
19	頭部外傷後遺症	1	1.2%
20	原発性股関節症	1	1.2%



- 障害者施設等入院基本料 2～4 の施設基準にある該当患者 7 割未満の病棟における、慢性腎臓病の患者割合は以下のとおり。
- 全例の主傷病名が慢性腎臓病であるとともに、症例の全てが施設基準にある該当患者以外である施設が見受けられた。

14施設のうち患者票の回答があった8施設について分析

No	症例数	慢性腎臓病が 主傷病名の患者数(割合)	症例のうち 該当患者数(割合)
1	11人	11名(100%)(※)	0人(0%)
2	12人	0人(0%)	7人(58%)
3	8人	3人(38%)(※)	4人(50%)(※)
4	7人	0人(0%)	5人(71%)
5	41人	0人(0%)	3人(7%)
6	7人	0人(0%)	1人(14%)
7	12人	0人(0%)	7人(58%)
8	47人	0人(0%)	33人(70%)

(※)慢性腎臓病患者は全例非該当患者

施設基準: 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

# 透析患者に係る診療費

- 透析患者に対する障害者施設等入院基本料等の入院料毎のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。
- 療養病棟入院基本料より、障害者施設等入院基本料の方がレセプト請求点数が高い。

