

入院(その4)

1. 療養病棟入院基本料について

① 総論

- ② 医療区分について
- ③ 中心静脈栄養について

2. 障害者施設等入院基本料等について

療養病棟に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年7月5日 中医協総会 入院について(その1)>

- 療養病棟入院基本料の経過措置の扱いが来年3月までとなっているが、現場や入院中の患者に混乱が生じないようきめ細かな対応が必要。
- 療養病棟の医療法上の経過措置について、患者に影響はでないようにしつつ、診療報酬上の経過措置も終了すべき。
- 高齢者人口のさらなる増加を踏まえ、在宅医療との役割分担を含め、療養病床の在り方について議論を進めるべき。

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会>

- 療養病棟入院基本料については、医療資源投入量に差があることを踏まえ評価体系の精緻化の方向性には賛成である。医療と介護の役割分担を踏まえ、どのような患者を医療保険で対応すべきか、という視点を含めて具体的に検討を進めるべき。

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"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

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

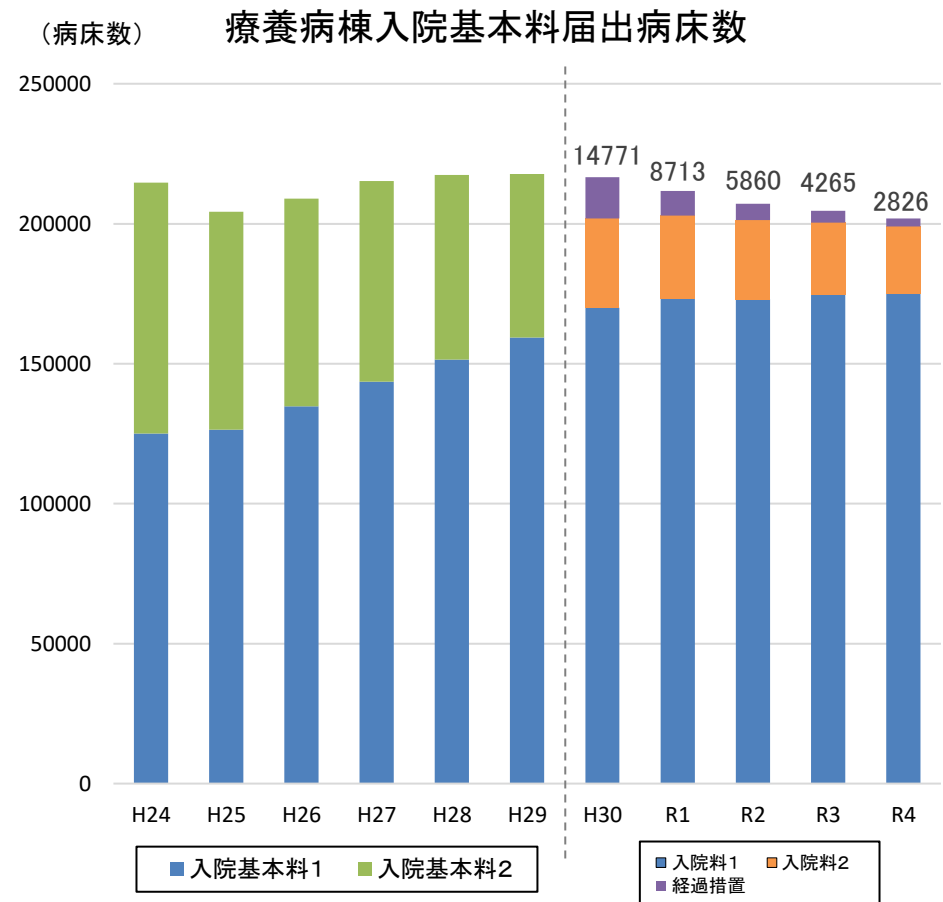
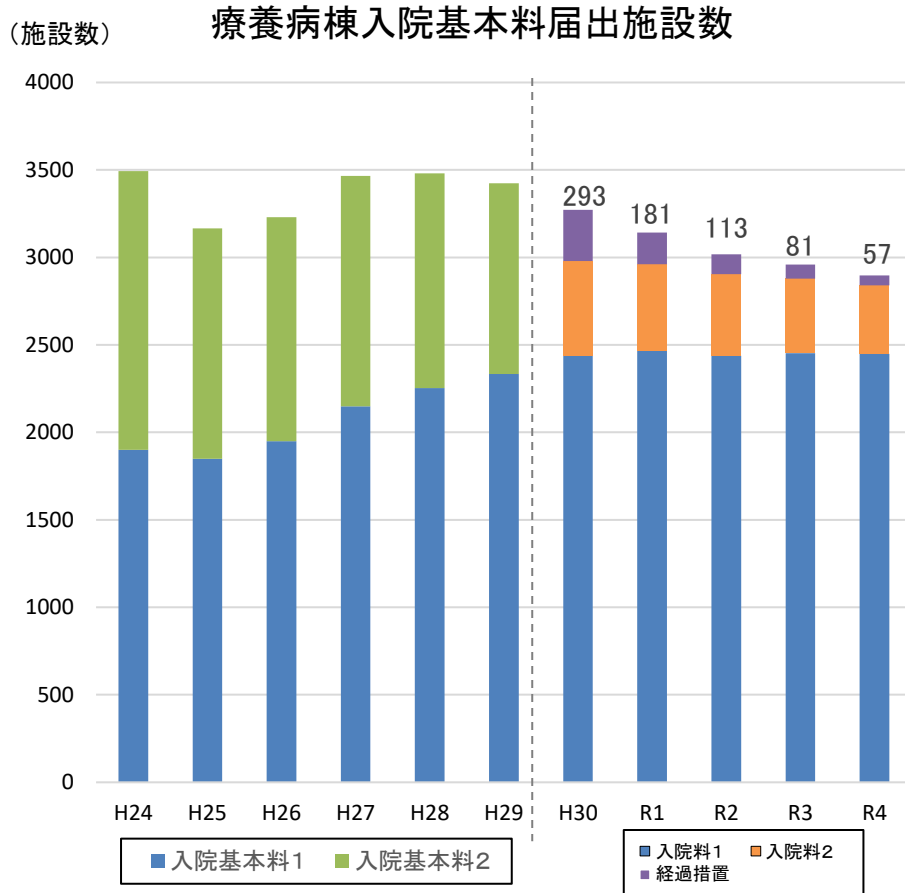
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> ・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> ・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点 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 ・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。
平成16年	<ul style="list-style-type: none"> ・大きな変更なし
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 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
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。 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 ※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 ・「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。
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 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 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
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点 ・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。

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"> ・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
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・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。
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。 ・「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。 ・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。
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院基本料経過措置(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

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は下記通知に記載のあるとおり、令和6年3月31日までとされている。

「療養病床等の人員配置標準に係る経過措置の有効期限について」(抜粋)
(令和5年4月26日 厚生労働省医政局総務課長他連名通知)

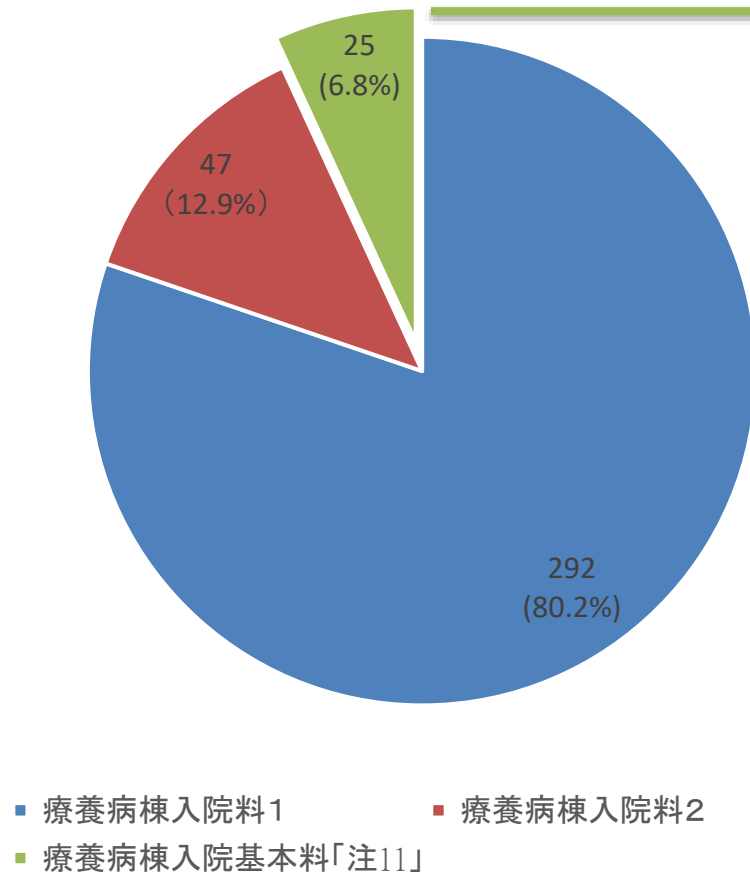
1. 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)附則第51条から第55条の2までの規定の有効期限について

(2) 療養病床に係る経過措置の有効期限(附則第53条から第55条の2まで)

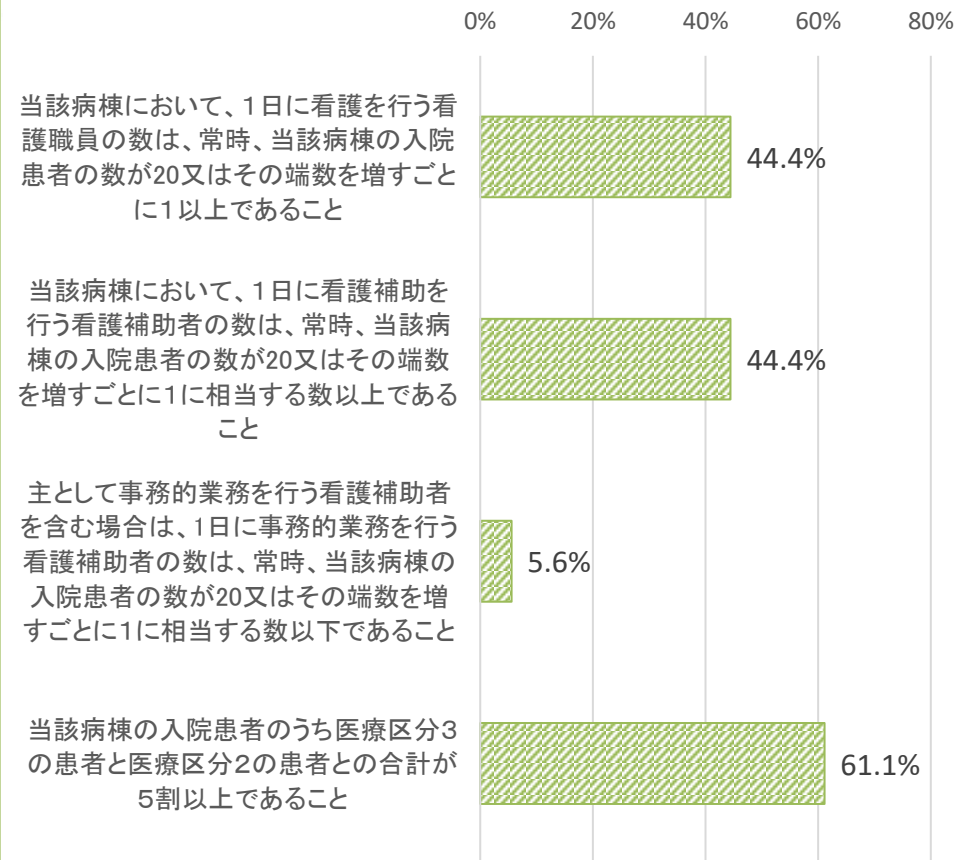
療養病床を有する病院又は診療所の開設者が、平成24年6月30日までに、当該病院又は診療所が一定の要件を満たすとして都道府県知事に届け出た病院又は診療所であって、平成30年6月30日までの間に、一定の要件を満たす旨を再び都道府県知事に届け出たものについては、療養病床における入院患者の数に応じた看護師、准看護師及び看護補助者の人員配置に係る経過措置が講じられているが、当該経過措置の有効期限については令和6年3月31日までであること。

○ 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)

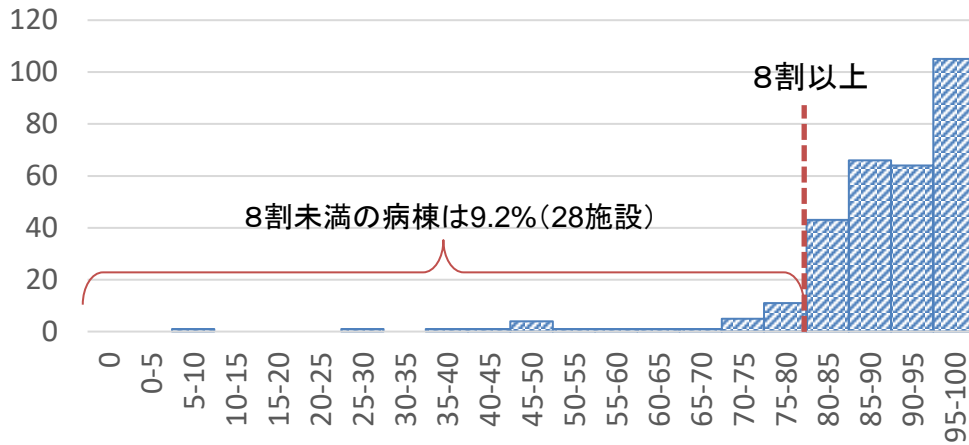


※療養病棟については400施設が調査対象。このうち療養病棟入院基本料の注11に規定される点数を算定する施設については全施設に調査票を送付。

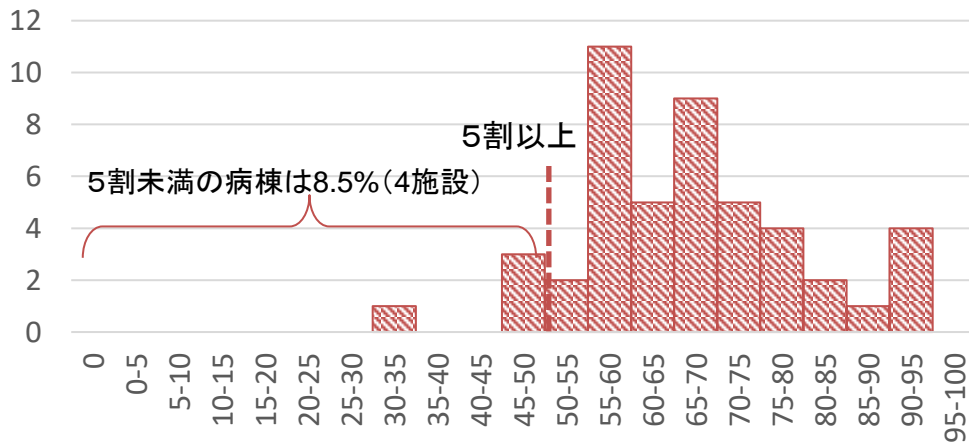
医療区分2・3の該当割合

○ 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。

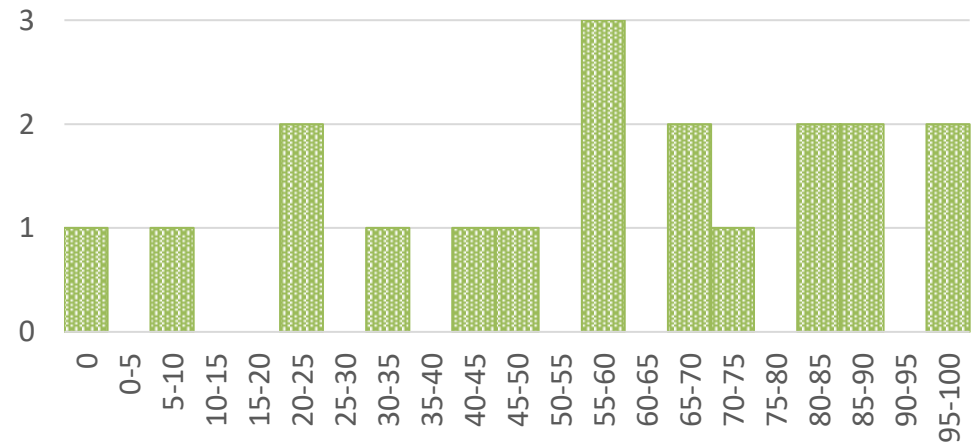
療養病棟入院料1 (n=306)



療養病棟入院料2 (n=47)



療養病棟入院料_経過措置 (n=19)



	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%

療養病床の人員配置標準に係る経過措置

- 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、1施設(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11月13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1施設(診療所)となっている。

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

○ 40床あたりの看護補助者の数は、入院料別にその人数や比率が異なるものの、いずれの入院料においても看護補助者を一定数配置している。

■入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（常勤換算数）（40床あたり）

入院料グループ	回答施設数	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）			
		全職員	看護職員	看護補助者 介護福祉士	
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	443	33.88	27.95	2.76	0.01
専門病院入院基本料（7対1）	25	24.01	21.48	1.98	0.00
小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く）	79	39.92	34.27	2.14	0.05
地域一般入院料1~2	37	30.95	19.22	5.80	0.65
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80	1.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18

注) 20床以下の病棟は除いて集計している

療養病棟における特定行為研修修了看護師の配置状況

- 病棟における特定行為研修修了看護師の配置有無の割合は、届出入院料により異なる。
- 療養病棟のうち特定行為研修修了看護師を配置していた病棟は、約4%であった。

■ 入院料別の特定行為研修修了看護師の配置有無

入院料	特定行為研修修了看護師を配置している病棟の割合
急性期一般入院料1 (n=3112)	11.7%
急性期一般入院料2~3 (n=135)	10.4%
急性期一般入院料4~6 (n=497)	6.8%
特定機能病院入院基本料 (一般病棟7対1) (n=633)	13.6%
専門病院入院基本料 (7対1) (n=19)	0.0%
小児入院医療管理料 (病床単位で届け出ている場合を除く) (n=159)	1.9%
地域一般入院料1~2 (n=59)	3.4%
地域一般入院料3 (n=131)	2.3%
地域包括ケア病棟入院料 (n=326)	7.4%
回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=523)	3.3%
療養病棟入院料1 (n=314)	3.8%
療養病棟入院料2 (n=46)	2.2%

1. 療養病棟入院基本料について

① 総論

② 医療区分について

③ 中心静脈栄養について

2. 障害者施設等入院基本料等について

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

（療養病棟入院基本料における医療区分等について）

- ・医療区分についての医療資源投入量の分析結果については、以下の指摘があった。
- 疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1～3の組合せについては、医療資源投入量について2～3倍の違いがあることから、医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要がある。
- 具体的には、医療区分について、疾患・状態としての医療区分3分類と処置等としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか。
- 医療区分を細かく分類することにより医療資源投入量との整合性が増すと考えられるが、200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要であり、現行の医療区分の各評価項目の内容については見直すべきではない。
- 医療区分については処置と処置の組合せによっても医療資源投入量が上がる可能性があるため、このような分析も今後必要ではないか。
- ・療養病棟におけるリハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟ではなく、療養病棟の入院料Iでリハビリテーションを多く実施されていることは適当ではないのではないかと。包括内外の医療資源投入量をみたうえで、評価の在り方について検討すべきとの指摘があった。
- ・また、医療療養病棟でも、地域の事情に応じて、介護施設で状態が悪化した患者に対しリハビリテーションを提供している実態があり、このような患者に対する対応については医療区分1であっても評価しては良いのではないかととの指摘があった。
- ・療養病棟における身体的拘束について、認知症の患者の拘束も課題だが、認知症のない患者が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、慎重に検討をする必要があるとの指摘があった。
- ・介護医療院等の介護保険施設において経腸栄養や喀痰吸引等の医療処置が可能という実態があり、医療処置を必要としつつも生活を支えるための介護が必要な患者は介護保険施設に入所することが望ましいことから、医療療養病棟と介護保険施設のすみ分けや、介護保険施設での医療提供の在り方についての議論を進めていくべき、との指摘があった。
- ・療養病棟入院基本料の経過措置については廃止されることを念頭に、該当患者の基準を含めて療養病棟の在り方について議論をしていくべき、との指摘があった。

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。

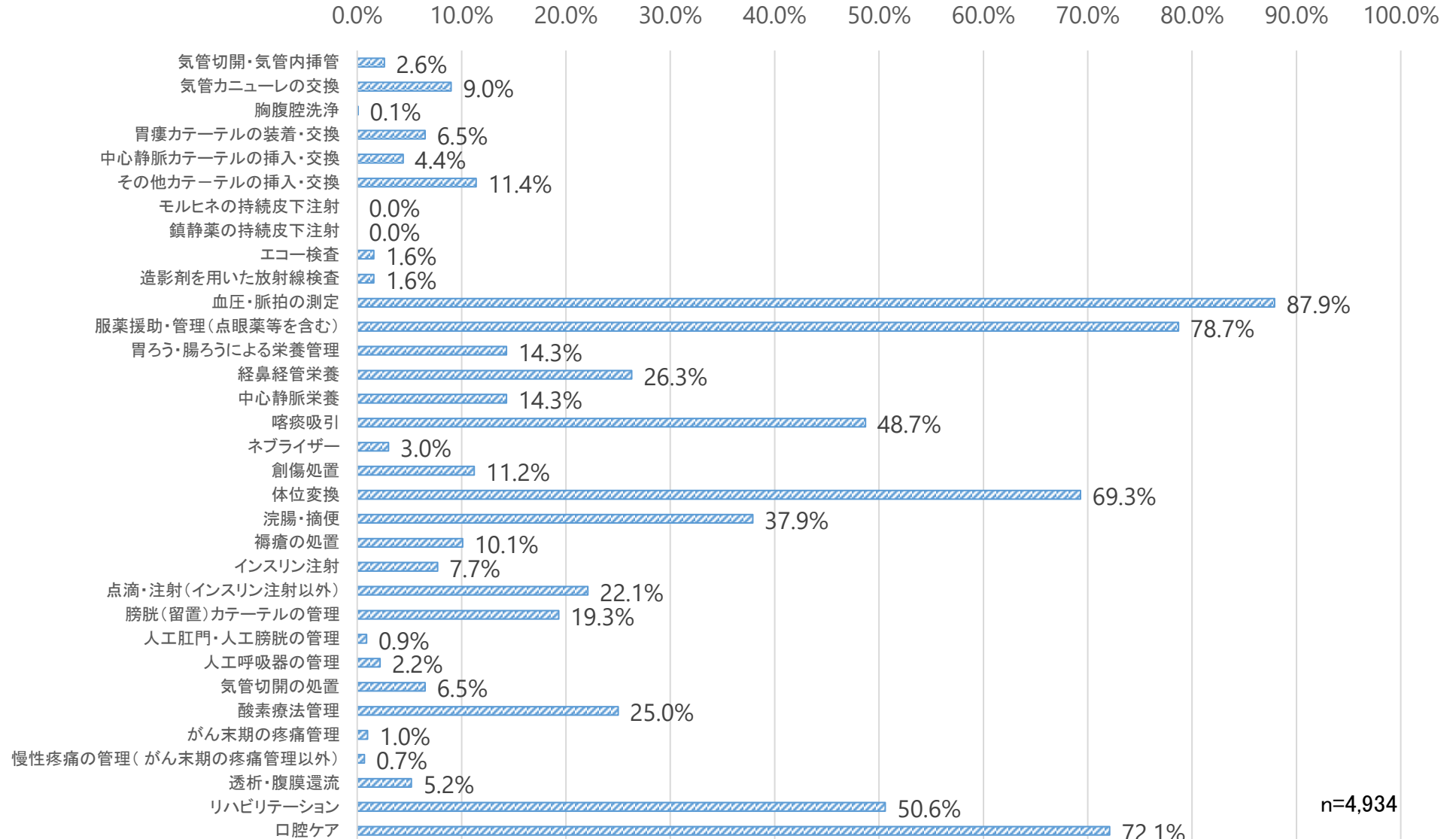
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療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

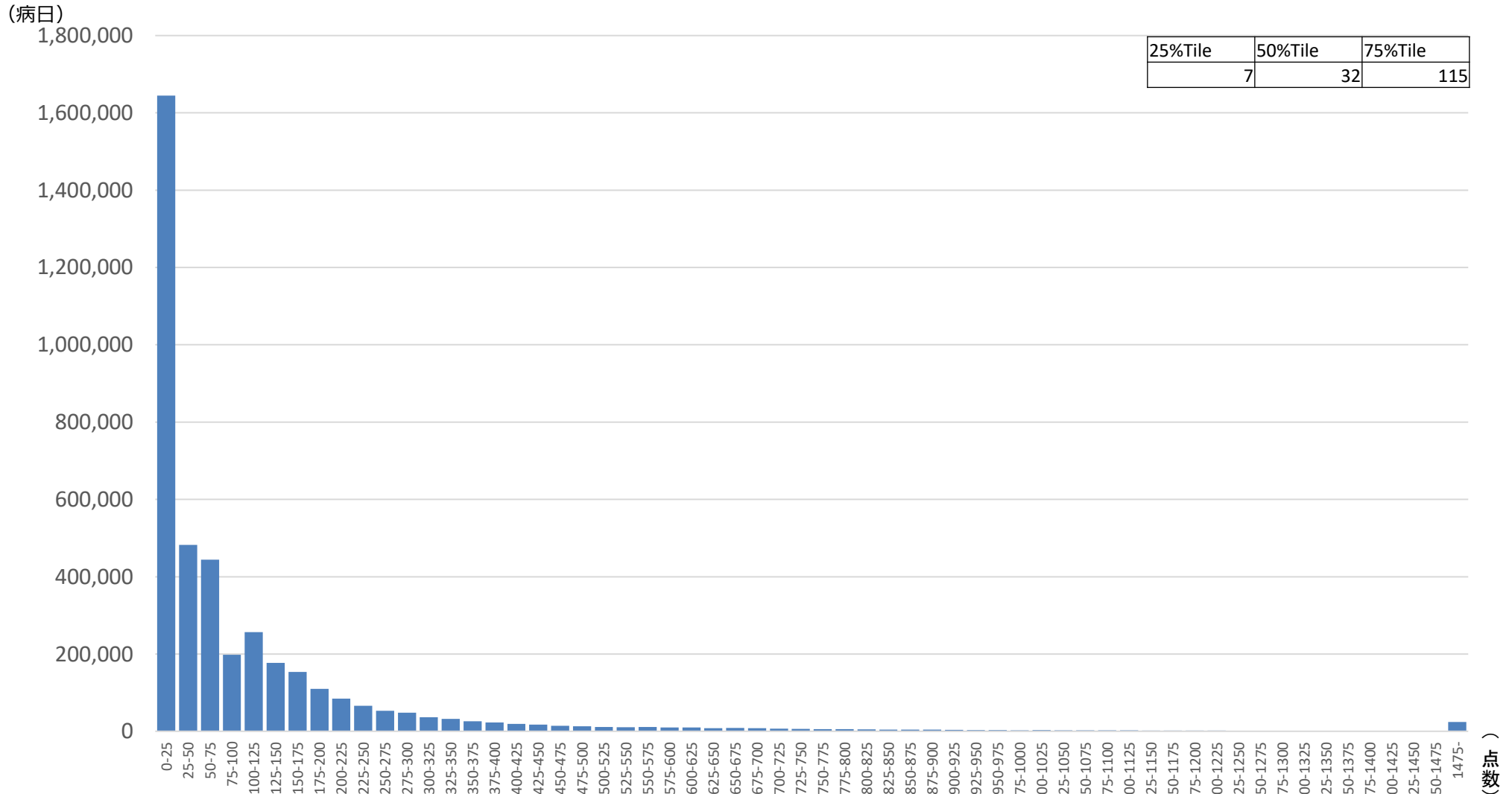
療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 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。

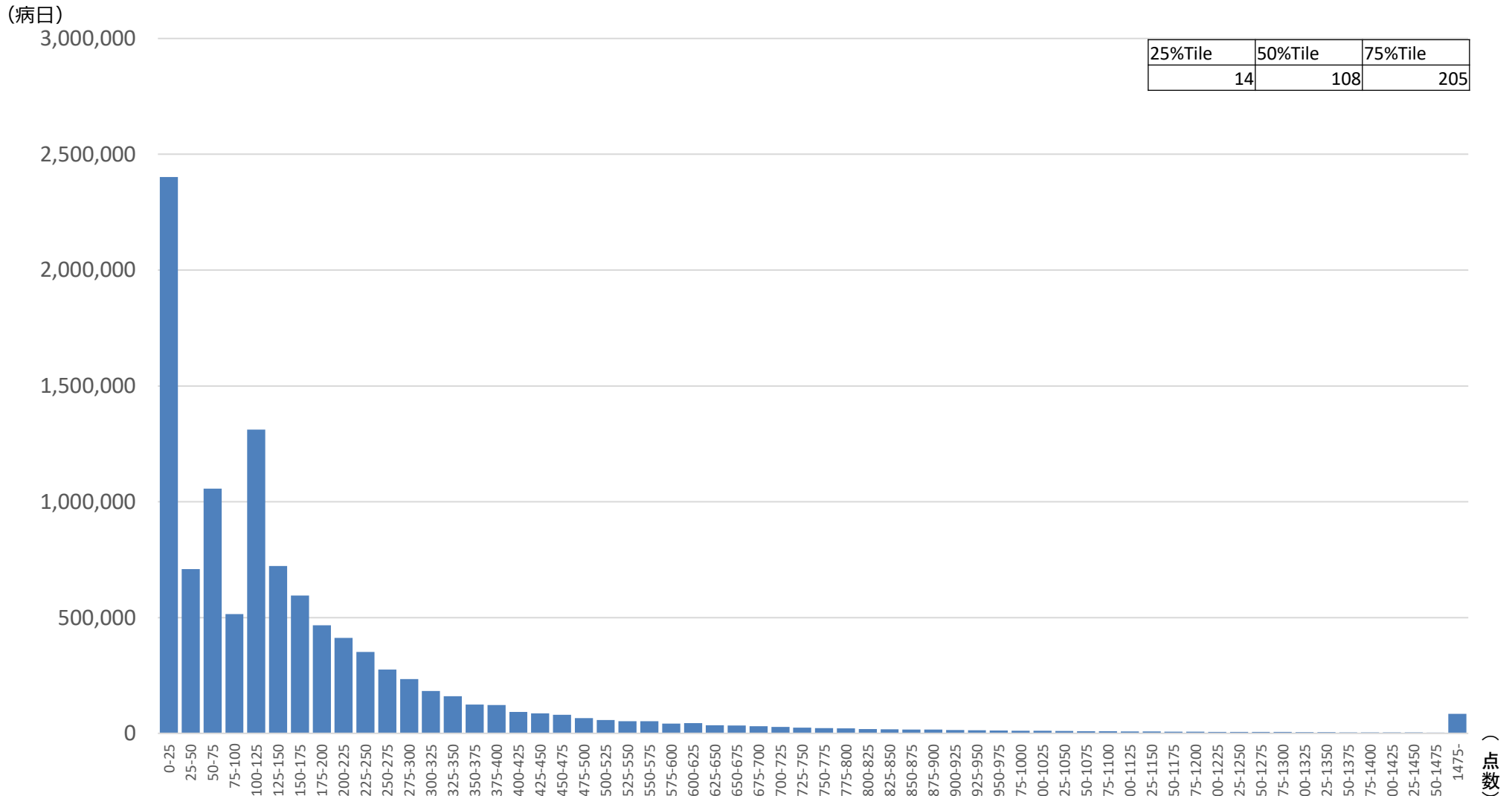
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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。

点数
()

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。

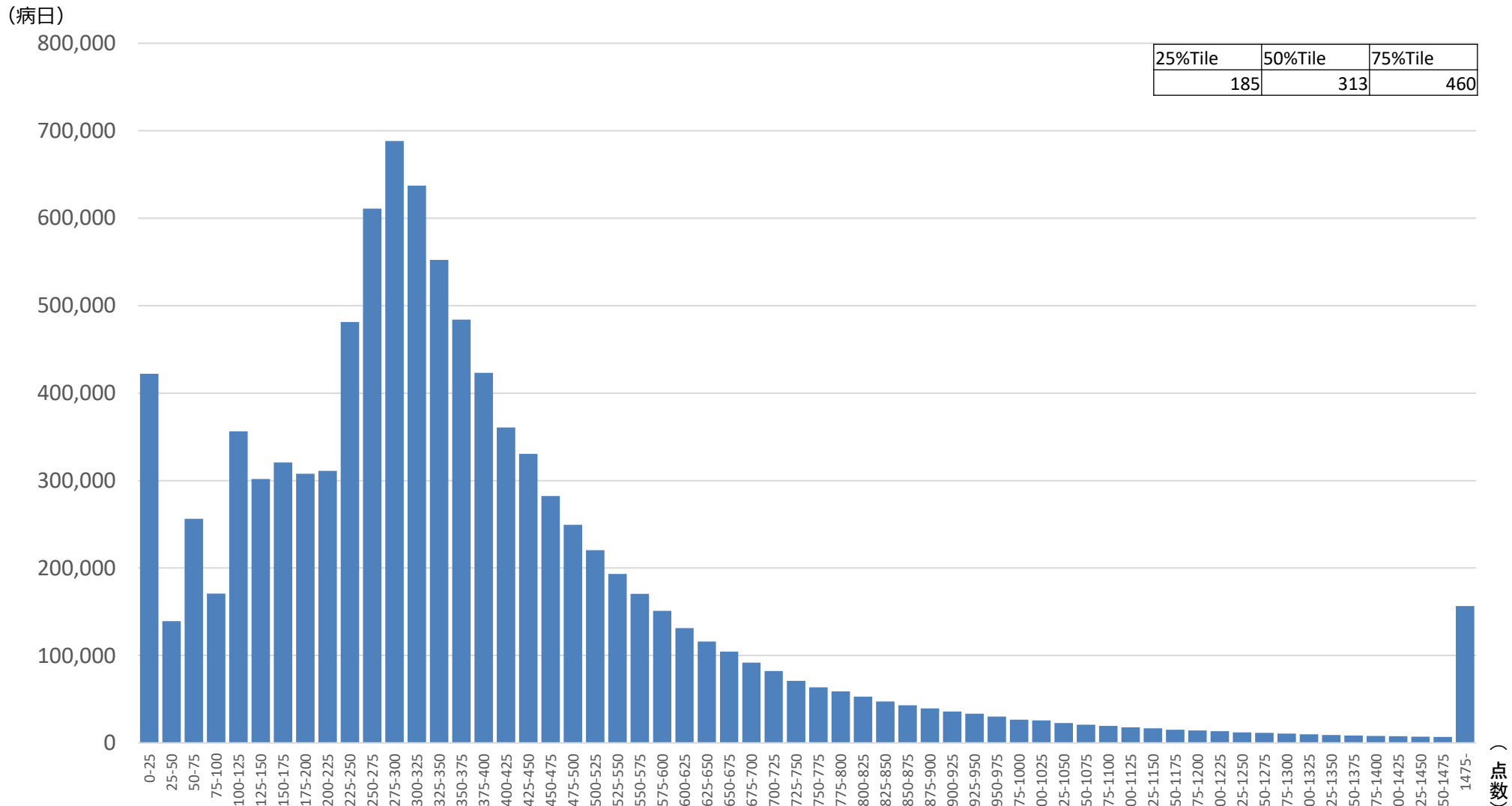
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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。

(点数)

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。

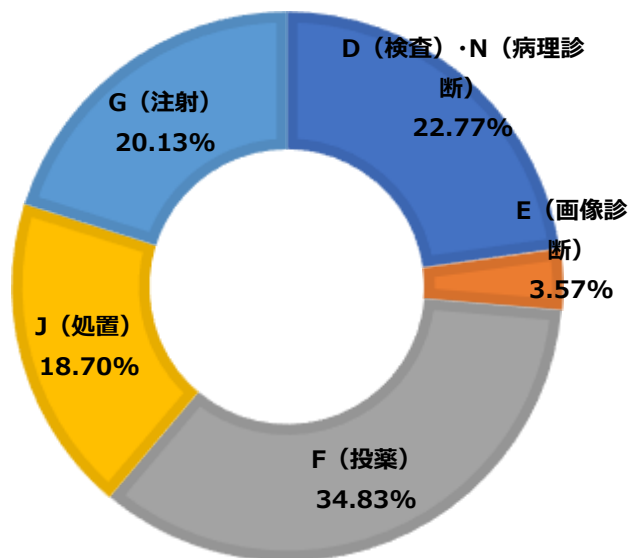
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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

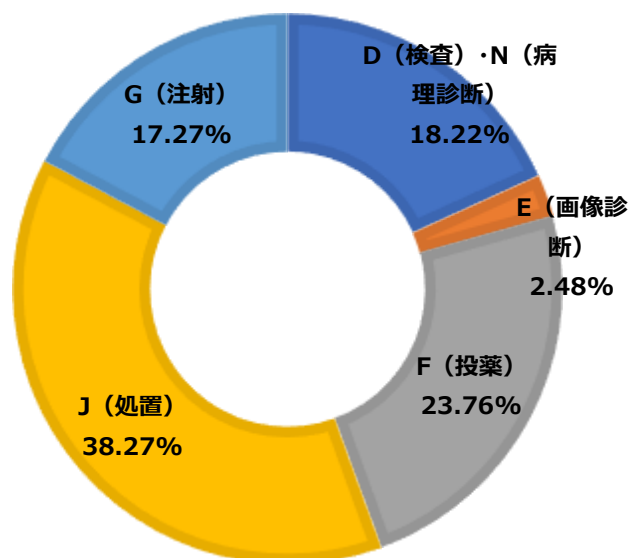
○ 医療区分1・2・3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

医療区分 1 における割合



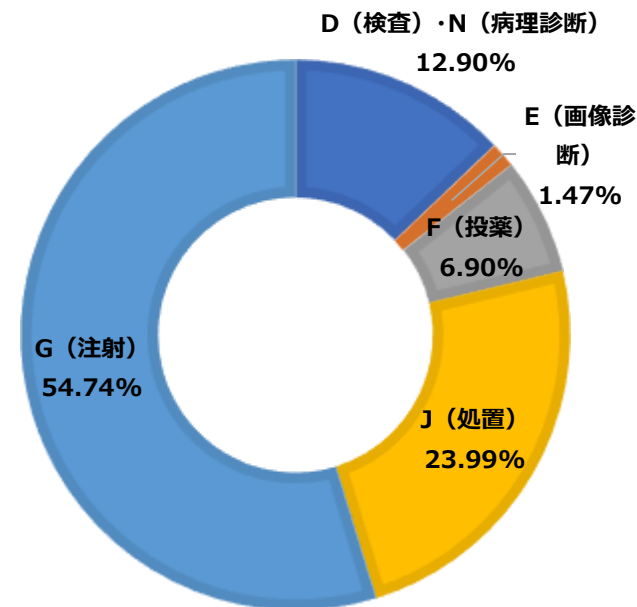
分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	114,823,179
E(画像診断)	17,979,340
F(投薬)	175,627,470
J(処置)	94,298,058
G(注射)	101,491,770
合計	504,219,817

医療区分 2 における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	384,405,253
E(画像診断)	52,248,927
F(投薬)	501,192,068
J(処置)	807,317,052
G(注射)	364,401,303
合計	2,109,564,603

医療区分 3 における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	541,672,598
E(画像診断)	61,647,131
F(投薬)	289,941,943
J(処置)	1,007,285,937
G(注射)	2,298,850,826
合計	4,199,398,435

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】

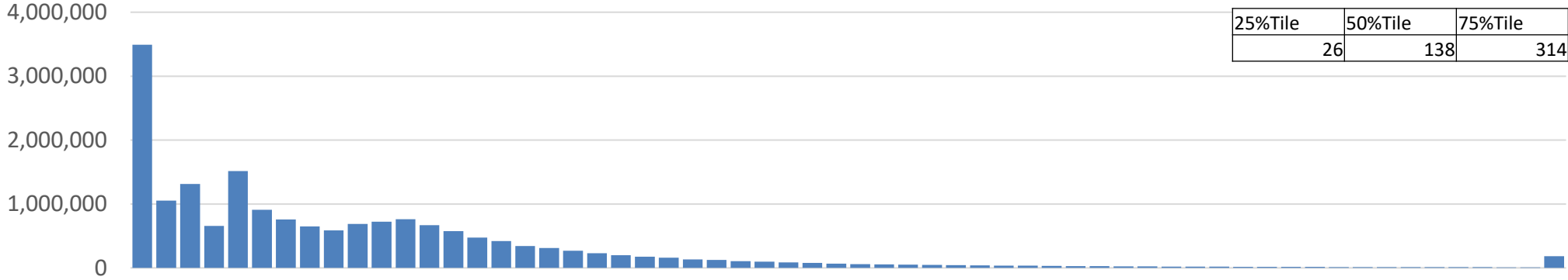
- ・肺炎に対する治療を実施している状態 ・尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
- ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態 ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
- ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 ・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

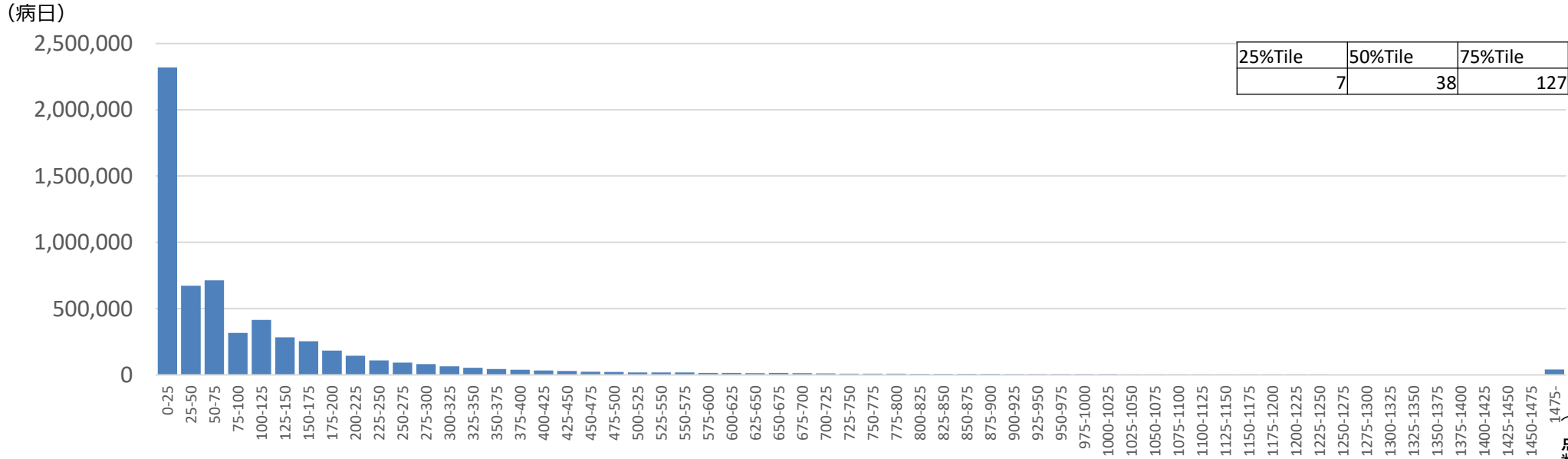
診調組 入-1
5. 8. 10

○ 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。

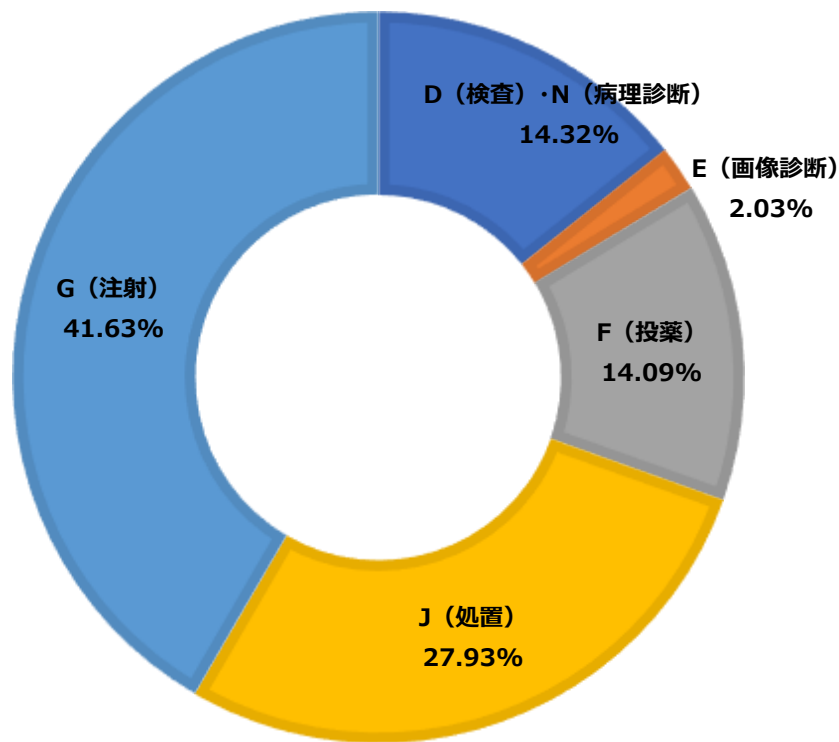
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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。

医療区分 1 に係る医療資源投入量の内訳

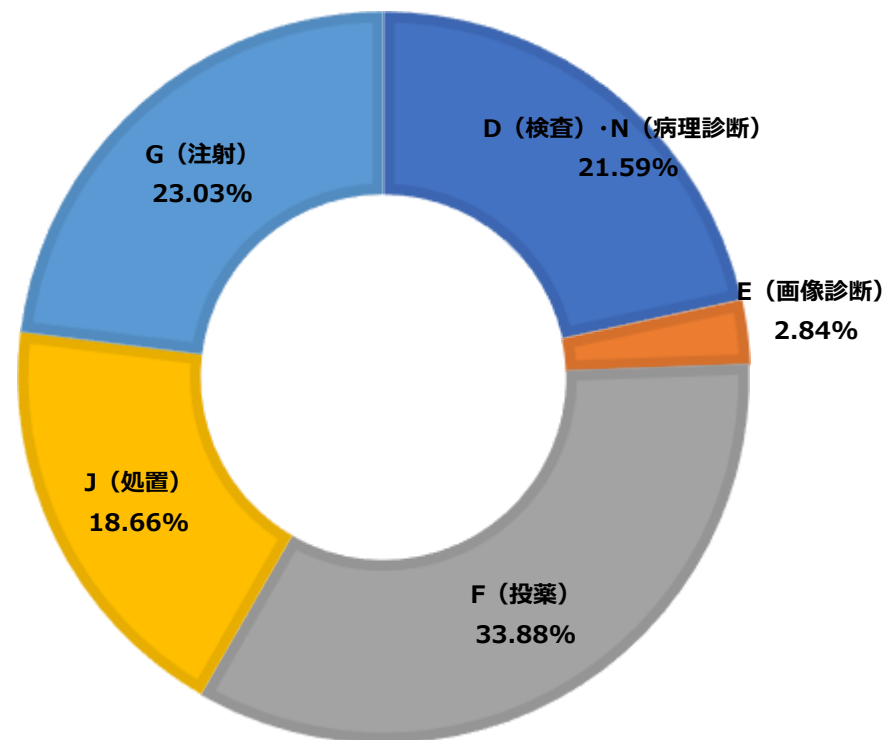
○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分 1 における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	686,951,540
E(画像診断)	97,380,950
F(投薬)	675,789,885
J(処置)	1,339,362,791
G(注射)	1,996,279,708
合計	4,795,764,874

処置等の医療区分 1 における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	185,737,897
E(画像診断)	24,418,656
F(投薬)	291,483,631
J(処置)	160,545,768
G(注射)	198,160,660
合計	860,346,612

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。

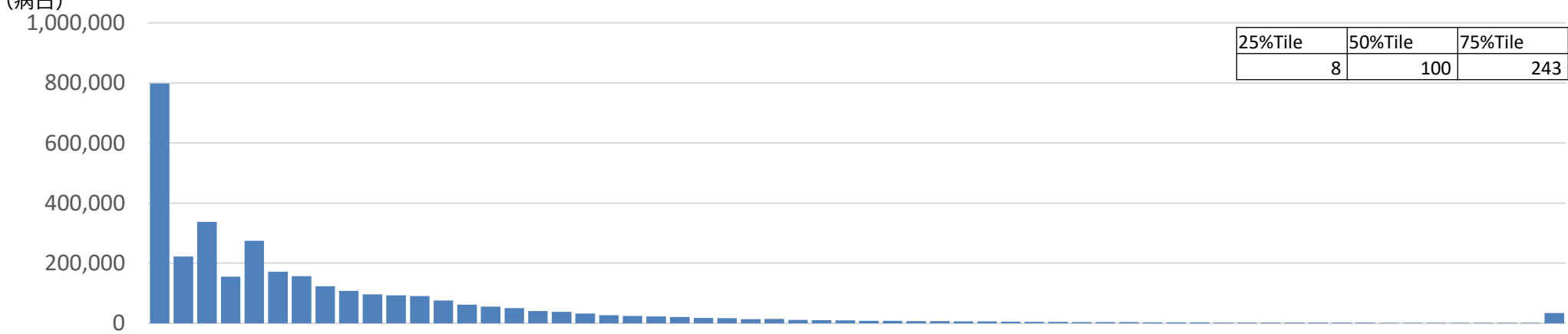
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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。

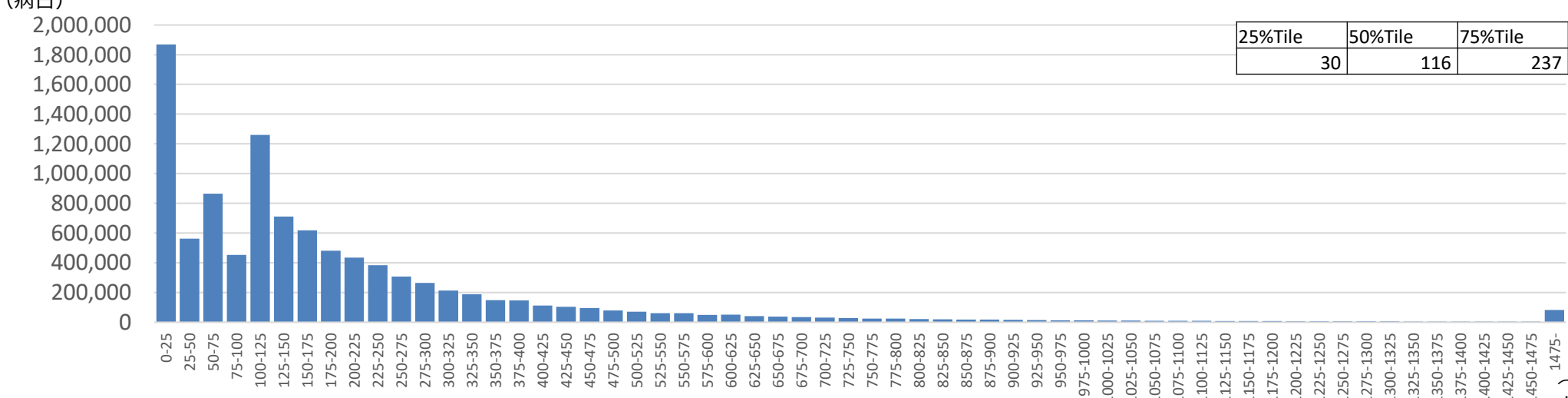
疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量

○ 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。

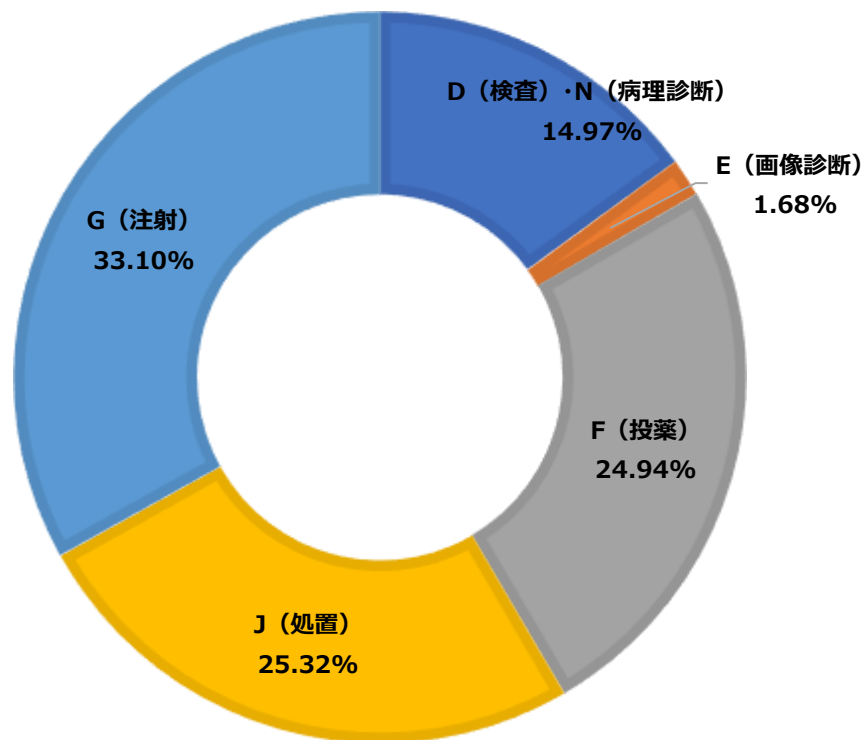
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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

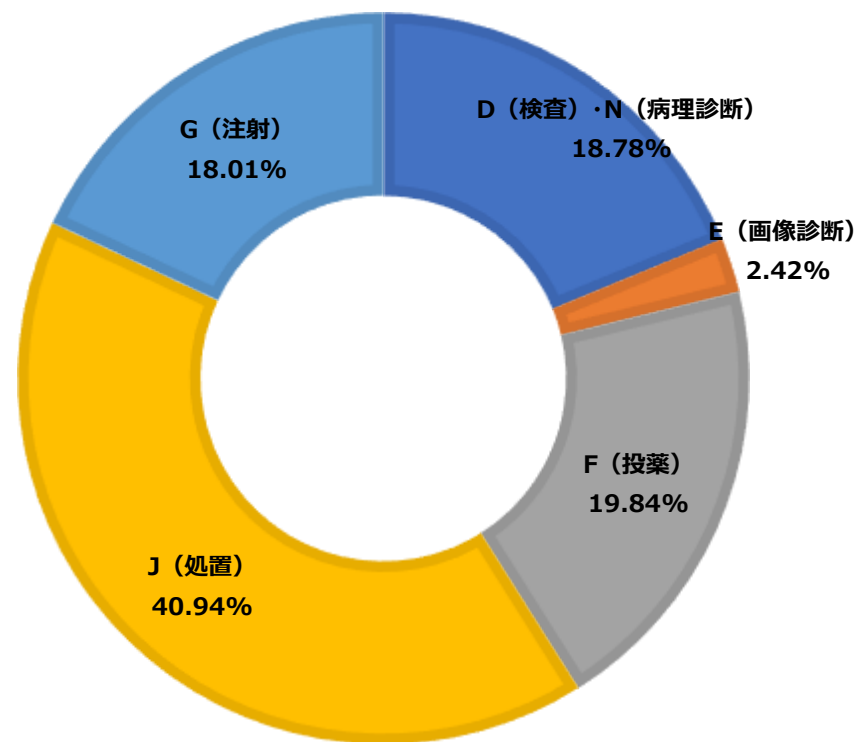
○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分2における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	115,540,139
E(画像診断)	12,931,805
F(投薬)	192,492,590
J(処置)	195,423,780
G(注射)	255,435,045
合計	771,823,359

処置等の医療区分2における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	421,102,309
E(画像診断)	54,272,261
F(投薬)	444,829,259
J(処置)	917,811,769
G(注射)	403,724,885
合計	2,241,740,483

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

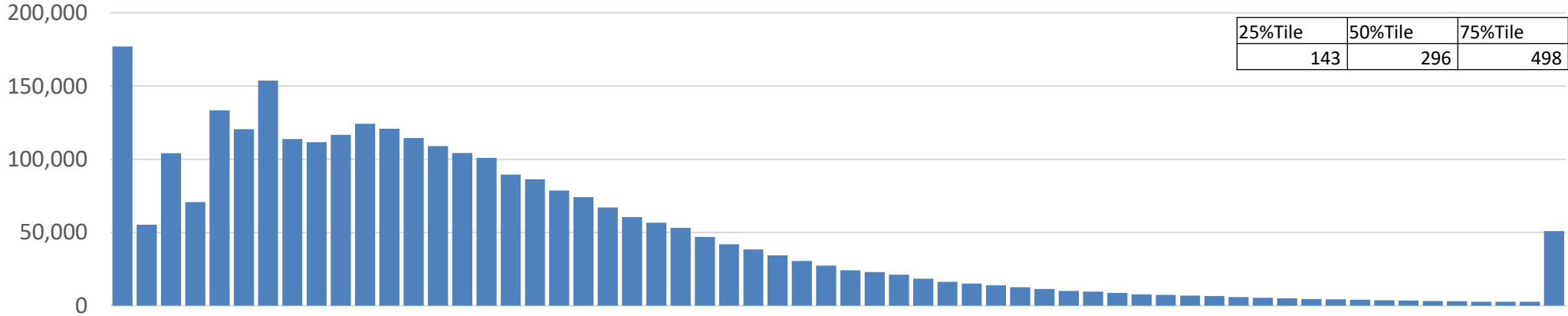
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

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

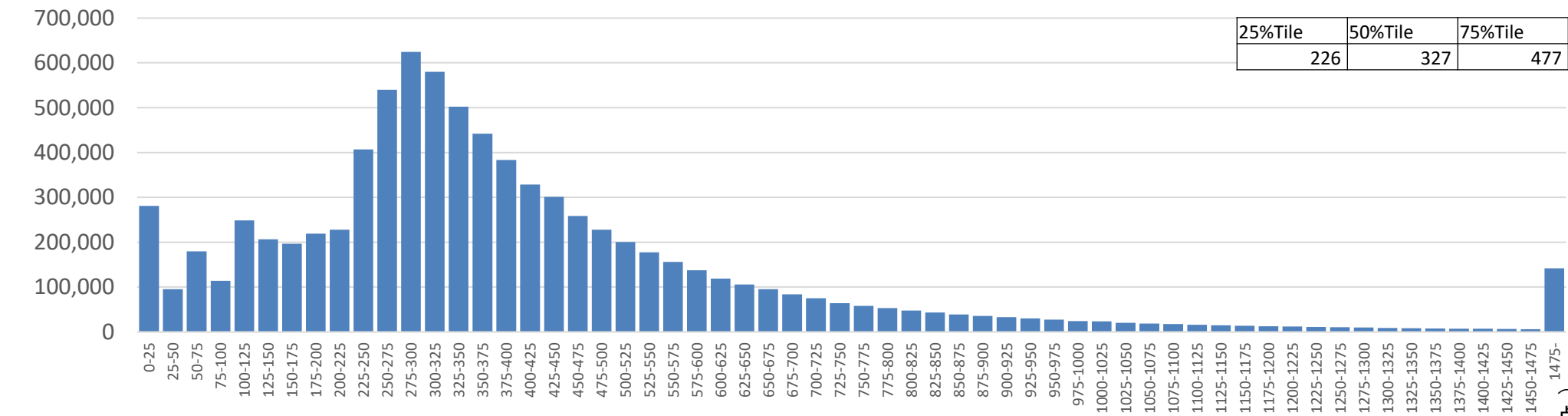
診調組 入-1
5. 8. 10

○ 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

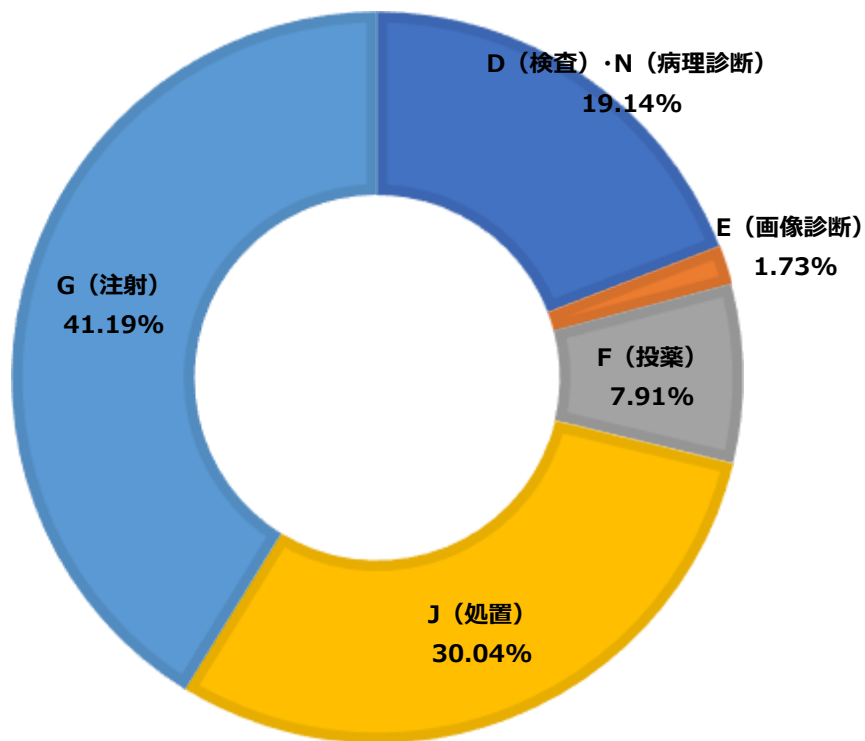
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

点数)

医療区分3に係る医療資源投入量の内訳

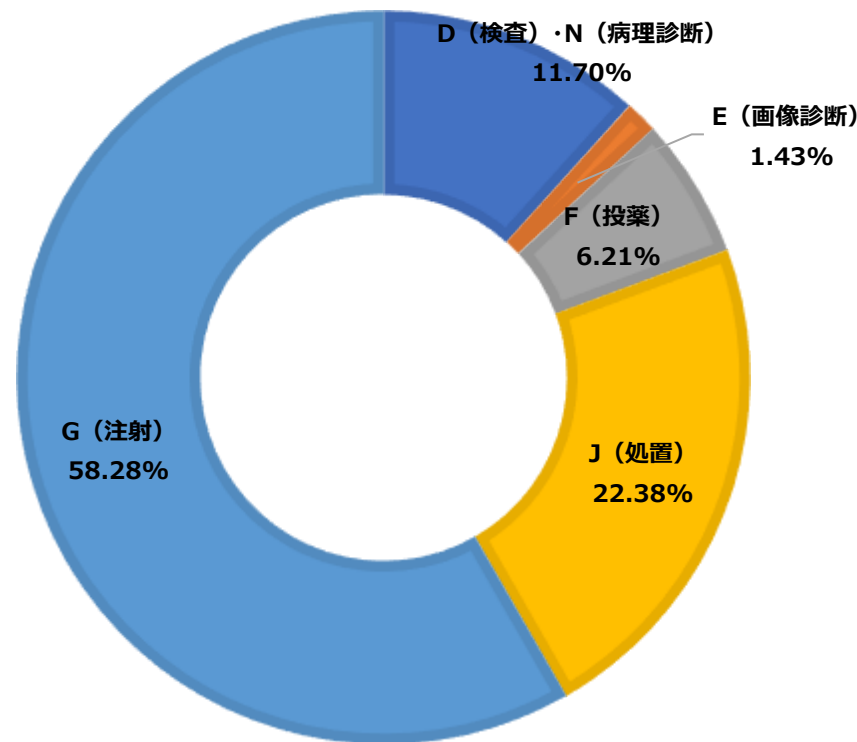
○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分3における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	238,409,351
E(画像診断)	21,562,643
F(投薬)	98,479,006
J(処置)	374,114,476
G(注射)	513,029,146
合計	1,245,594,622

処置等の医療区分3における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	434,060,824
E(画像診断)	53,184,481
F(投薬)	230,448,591
J(処置)	830,543,510
G(注射)	2,162,858,354
合計	3,711,095,760

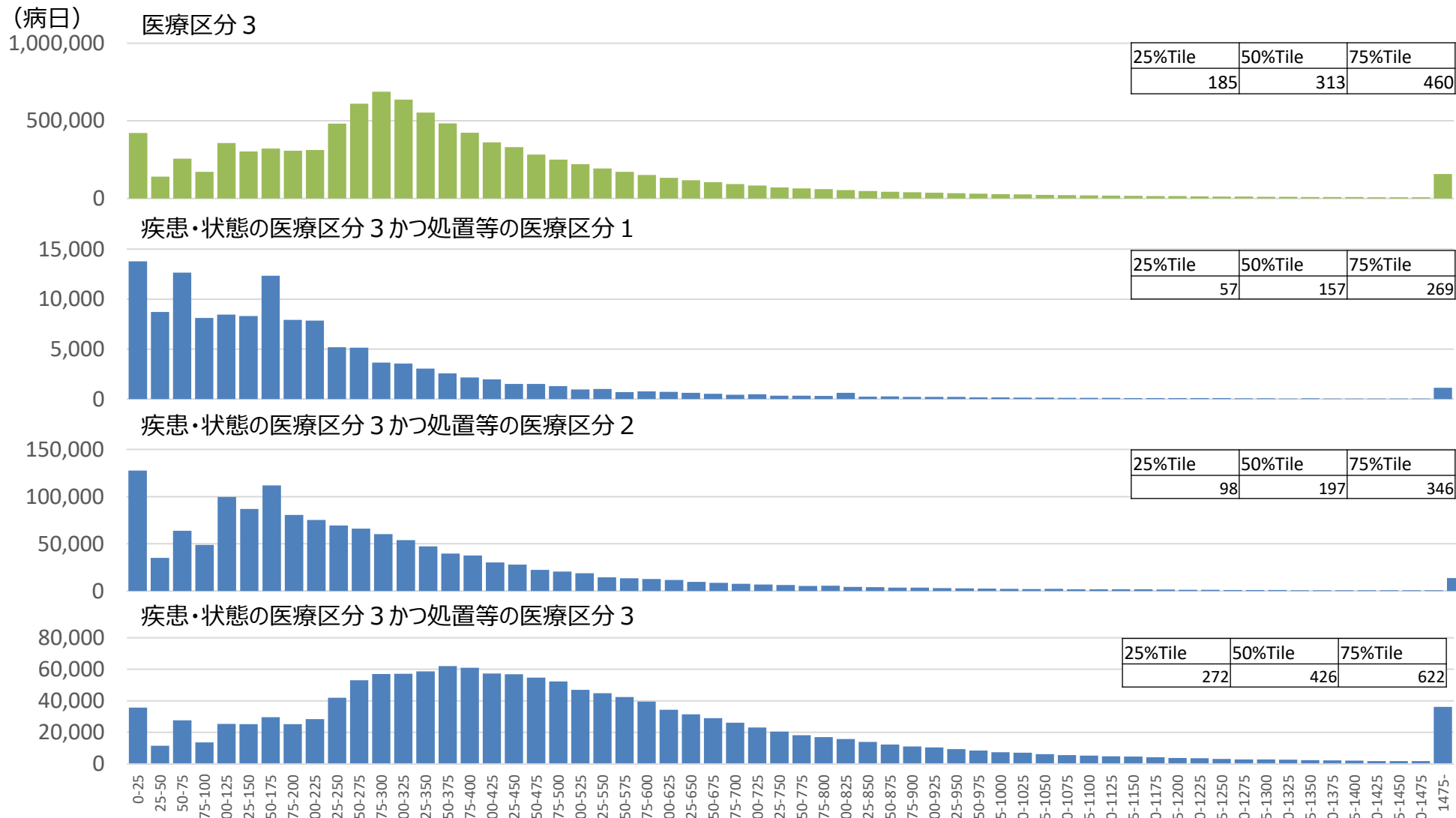
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

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・状態と処置等の組合せ①

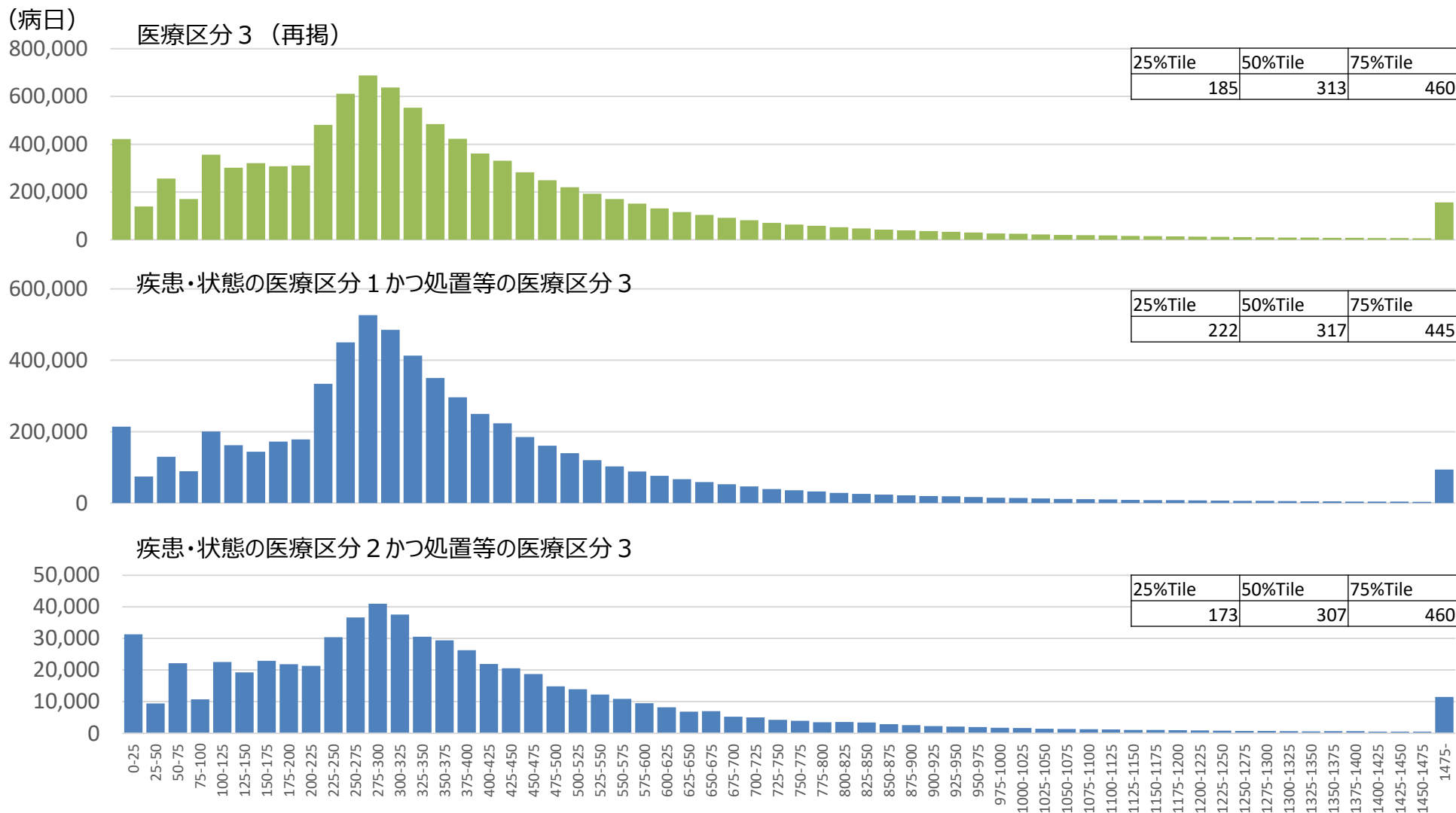
○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



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・状態と処置等の組合せ②

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合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・状態と処置等の組合せの内訳

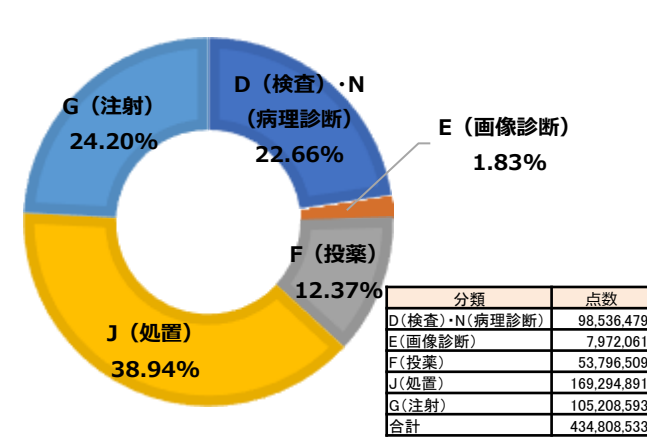
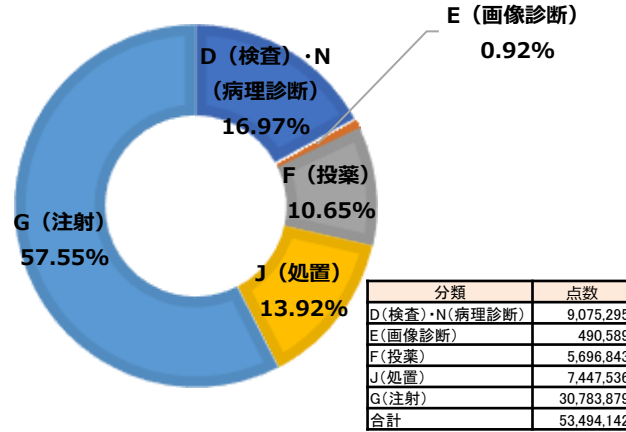
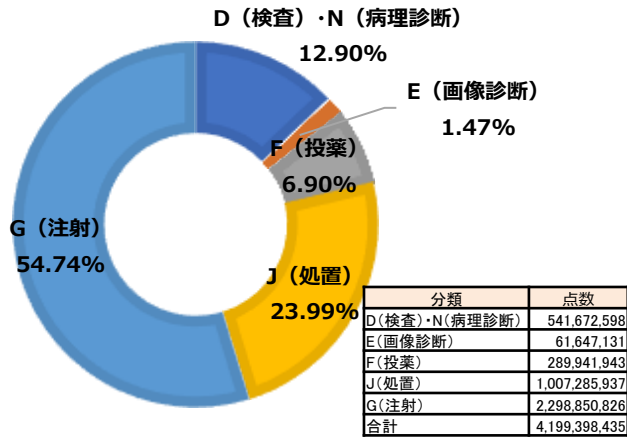
診調組 入-3
5.9.6改

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

医療区分3における割合（再掲）

【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分1における割合

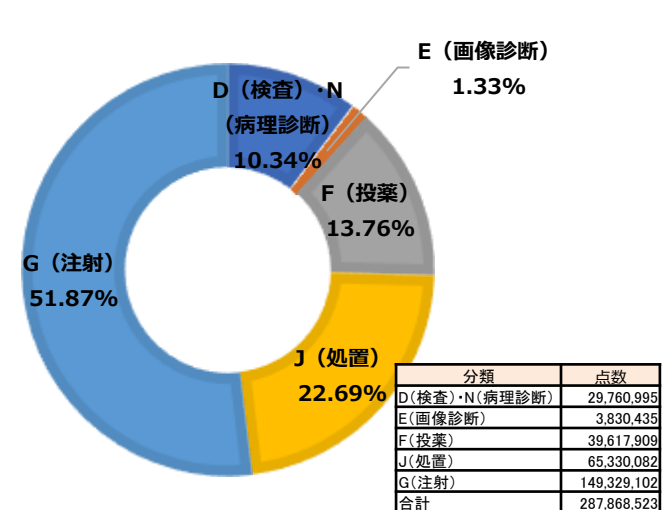
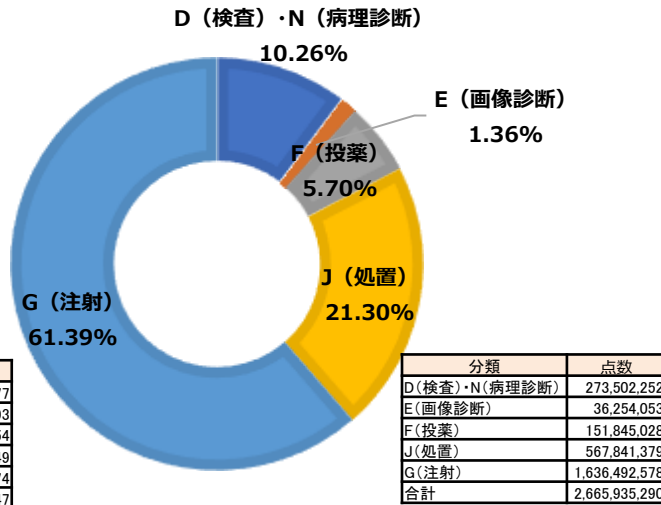
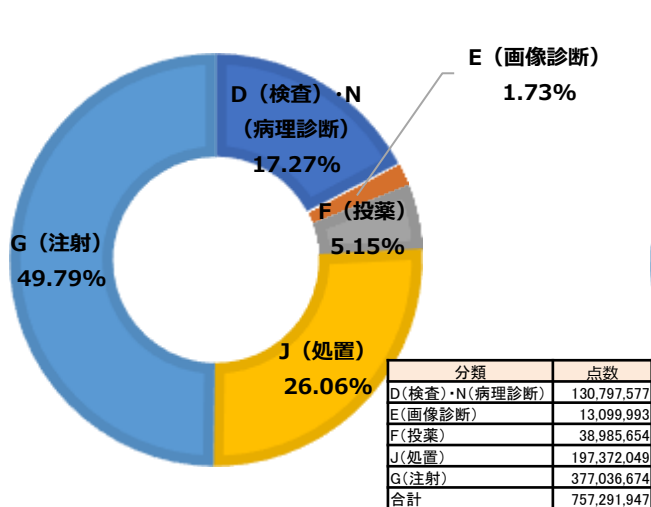
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分3における割合

【疾患・状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分3における割合

【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分3における割合



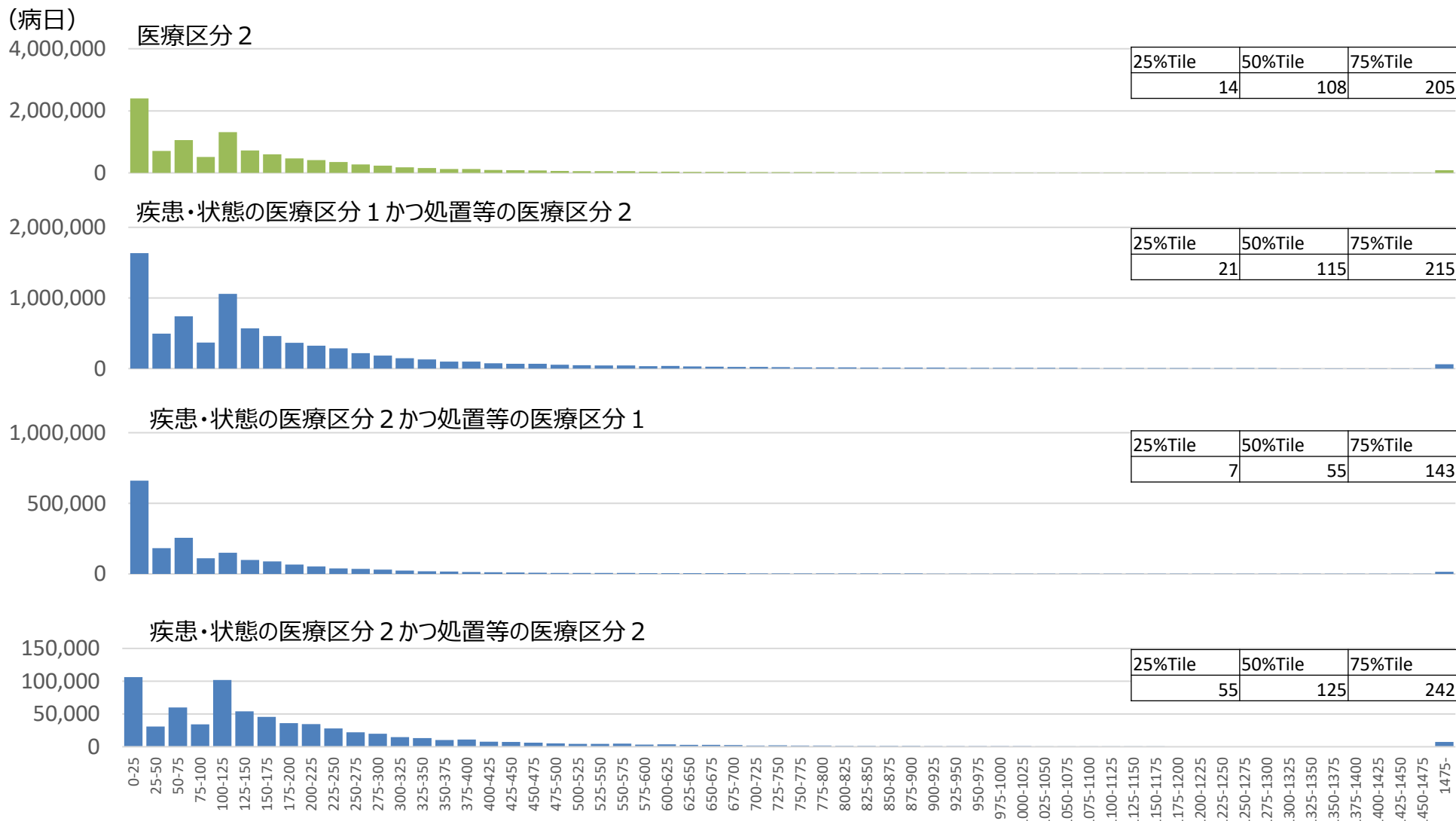
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

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2と疾患・状態と処置等の組合せ

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合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

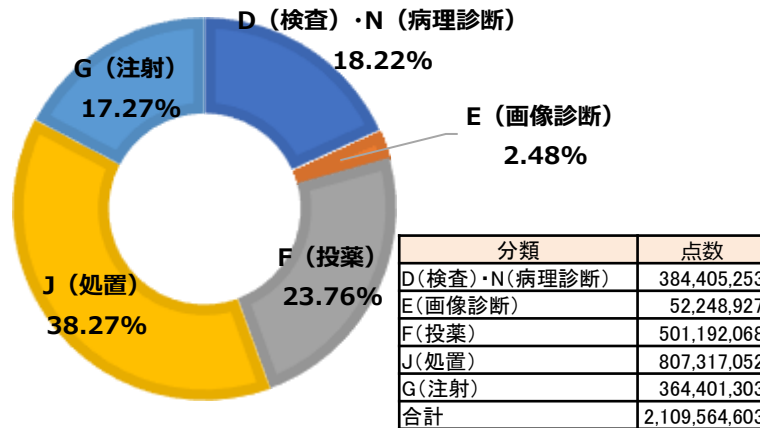
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

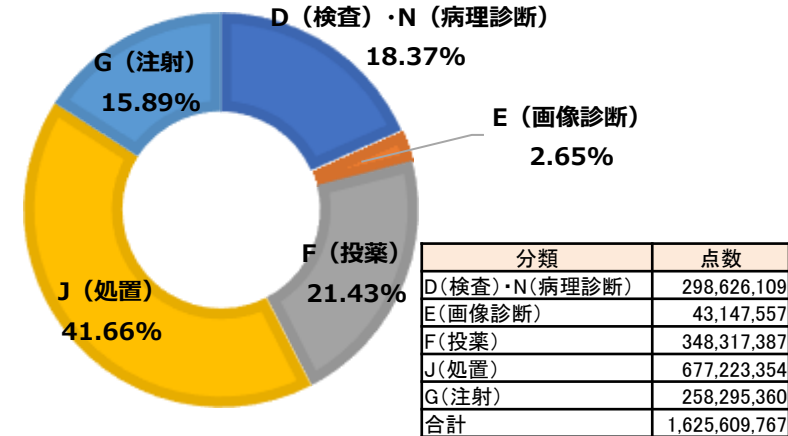
診調組 入-3
5.9.6改

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

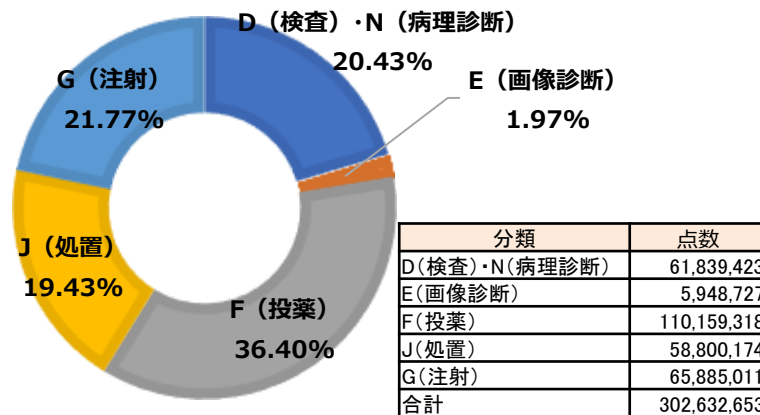
医療区分2における割合（再掲）



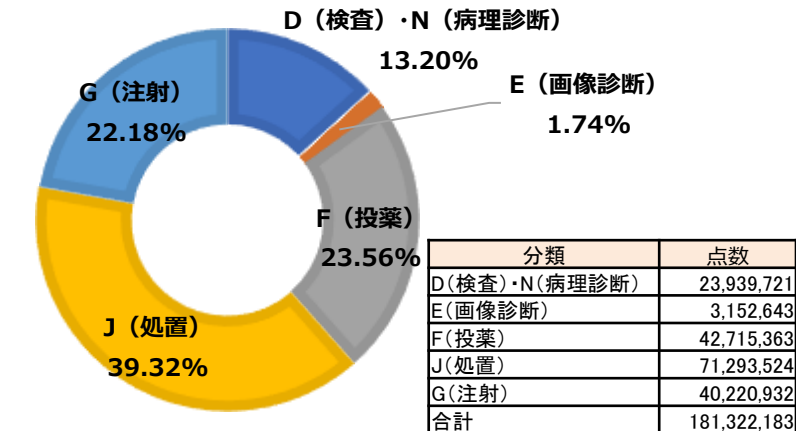
【疾患状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分1における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分2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。

療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

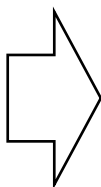
- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の85）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長する。

現行

【療養病棟入院基本料】

〔算定要件〕（概要）

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。



改定後

【療養病棟入院基本料】

〔算定要件〕（概要）

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の75に相当する点数を算定する。

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

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

【経過措置】

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

療養病棟におけるリハビリテーション

診調組 入-3
5 . 9 . 6

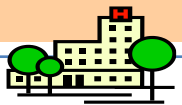
- 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数(単位数)は以下のとおり。
- 特に入院料I(医療区分1・ADL区分1)において医療資源投入量が高く、算定件数(単位数)が多かった。

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
療養病棟入院料1(入院料I)	616.53	205.00	525.00	980.00	3.22	1.00	3.00	5.00
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
療養病棟入院料2(入院料I)	550.39	185.00	438.00	740.00	2.91	1.00	2.00	4.00

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)

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 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (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>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (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 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

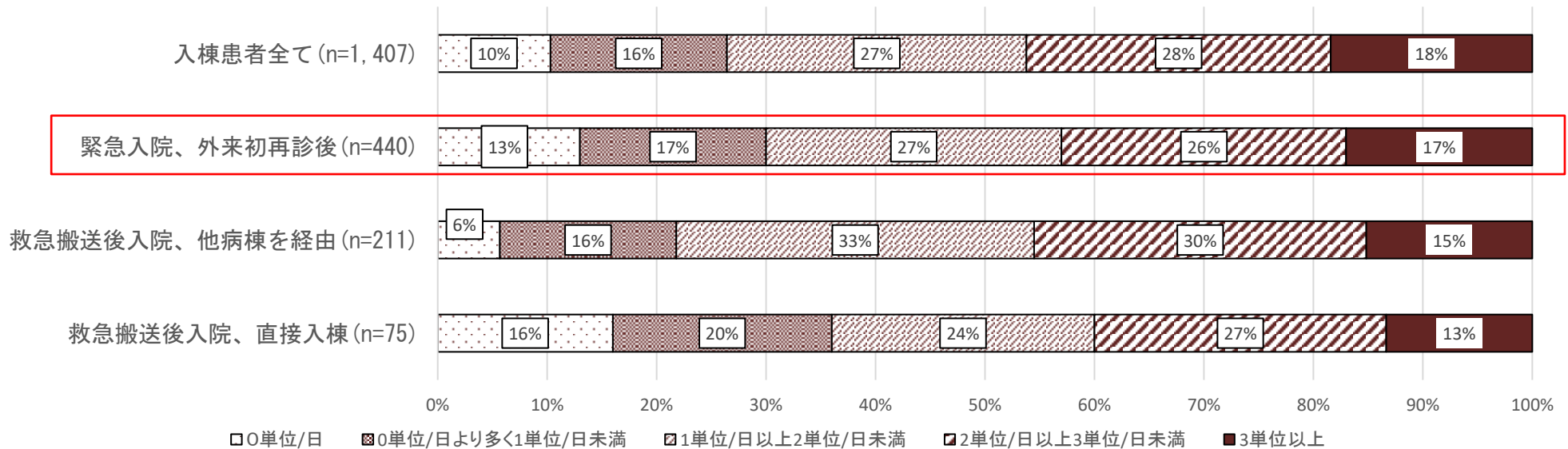
・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、**救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

地域包括ケア病棟に入棟した患者のリハビリ実施状況

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、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。

リハビリ実施単位数



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"> ・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。 ・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。 ・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"> 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。 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。 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。 ・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。 ・地域に貢献する活動を行っていること。 			<ul style="list-style-type: none"> ・下記のいずれかを満たすこと <ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 ・ターミナルケアを行う体制があること 			
		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: %

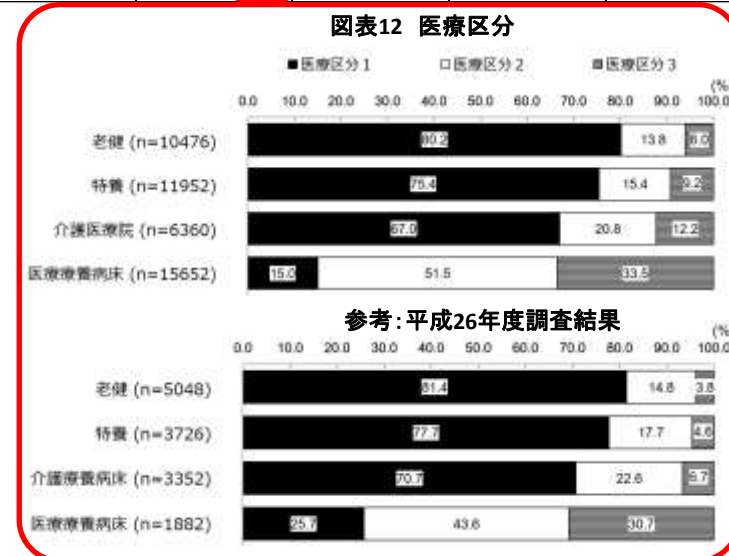
医療区分及びADL区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施	合計
ADL区分1	5.0	1.5	0.7	2.9	10.1
ADL区分2	10.8	2.4	0.7	2.5	16.5
ADL区分3	17.8	5.8	3.2	3.4	30.2
不明、未実施	4.6	2.1	2.4	34.1	43.2
合計	38.3	11.9	7.0	42.9	100.0

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	皮内、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

1. 療養病棟入院基本料について

- ① 総論
- ② 医療区分について
- ③ 中心静脈栄養について

2. 障害者施設等入院基本料等について

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

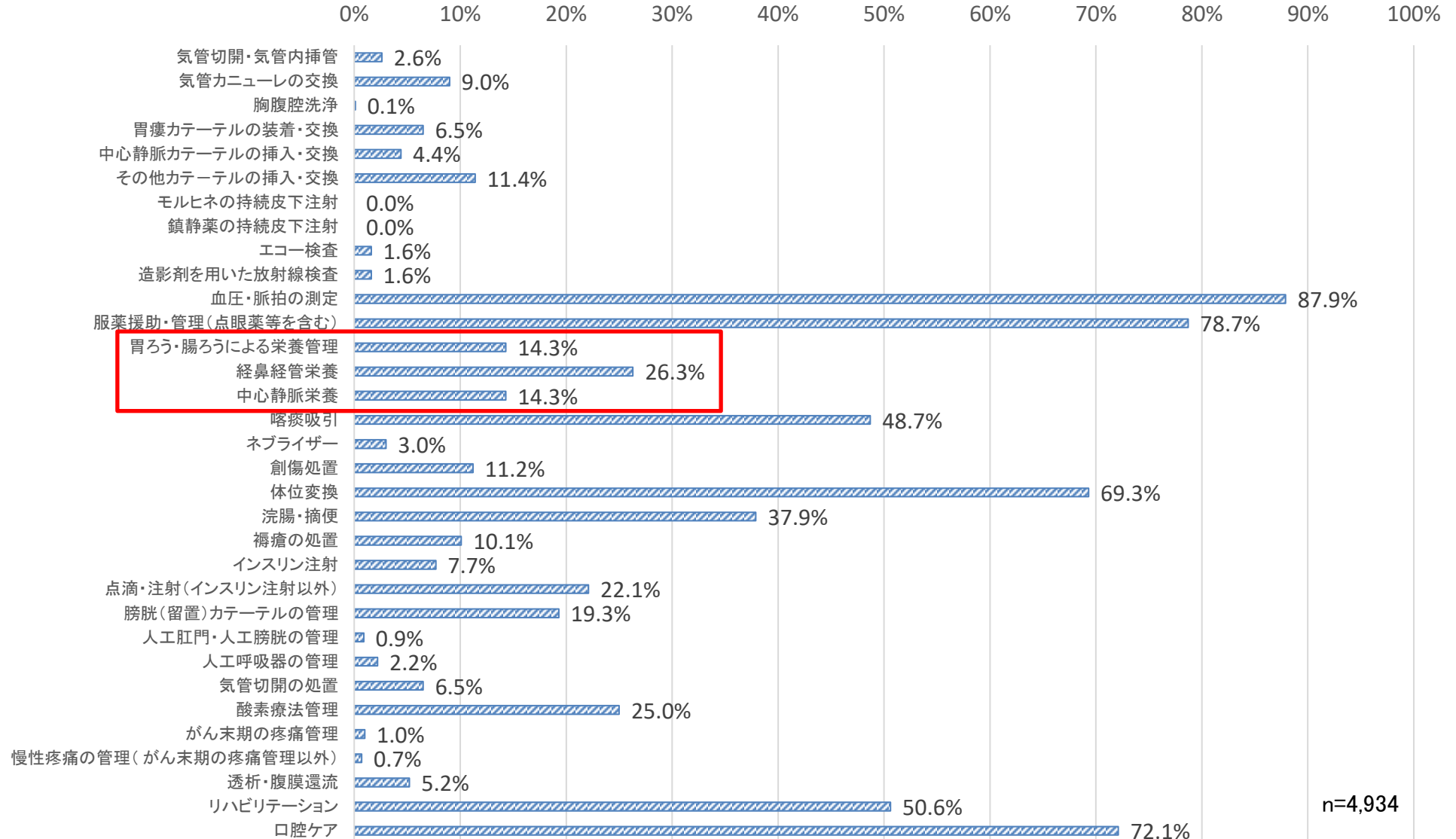
<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

（療養病棟入院基本料における中心静脈栄養について）

- ・経口摂取が不可能な場合であり人工栄養を開始する場合や中心静脈栄養から胃ろうや腸ろうなどへ栄養方法を変更するような場合に、医療者から患者・家族へ十分な情報提供や意思決定支援が重要との指摘があった。
- ・中心静脈栄養が漫然と続いている可能性があるため、医学的根拠に基づいて、腸を使った栄養管理へシフトし、中心静脈栄養ができるだけ早期に終了されるような促しが必要ではないか、との指摘があった。
- ・中心静脈栄養の医療区分3としての評価は、経腸栄養が可能な患者は対象とせず、腸閉塞等の腸管が利用できない患者のみを対象とし、それ以外の患者についての評価は医療区分3から2あるいは1に引き下げるなど見直しが必要ではないか、との指摘があった。
- ・また、静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、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に限定されるとあるが、腸管浮腫や長期絶食後の患者については経腸栄養が禁忌ではないが、一定期間の中心静脈栄養を実施することが有効ではないか、との指摘があった。

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】

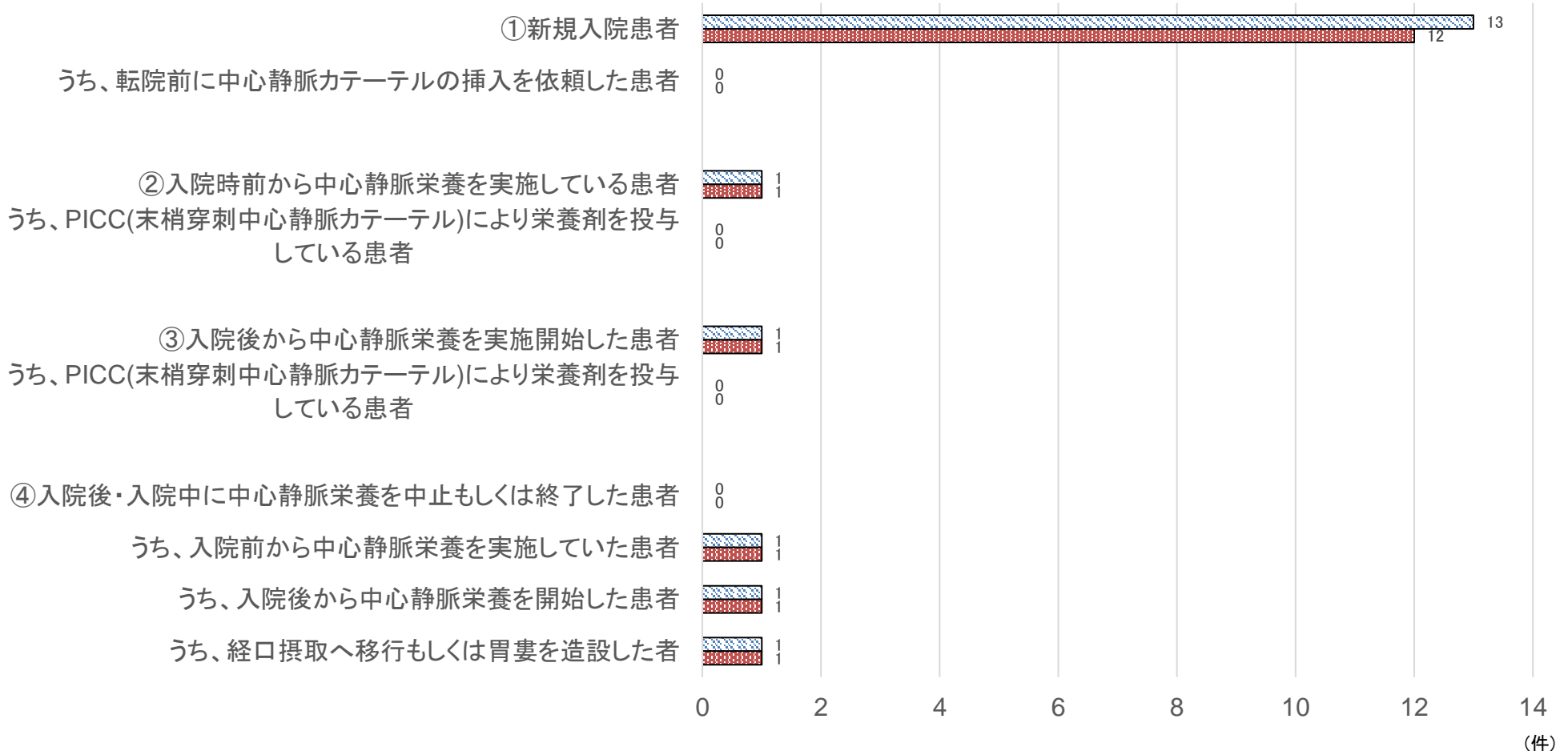
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

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

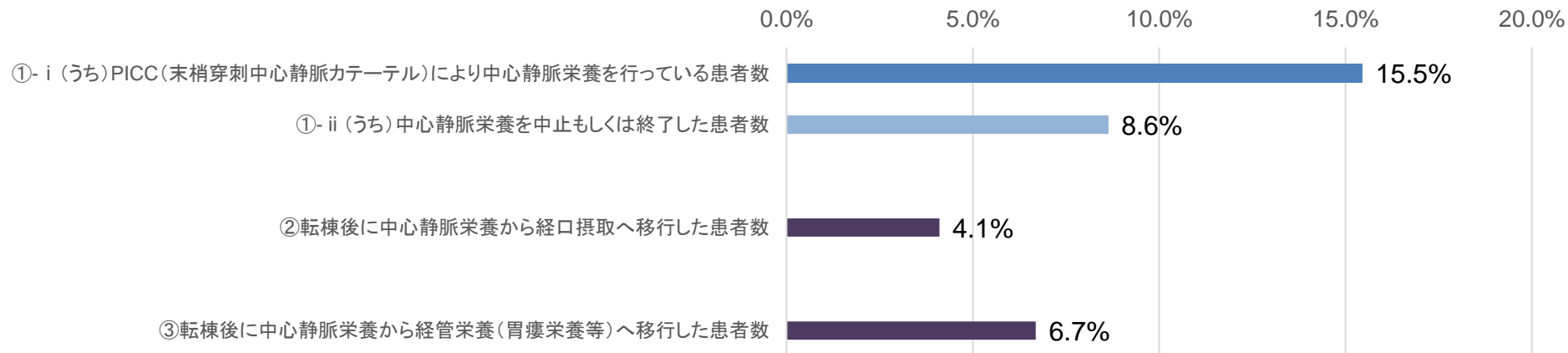


(件)

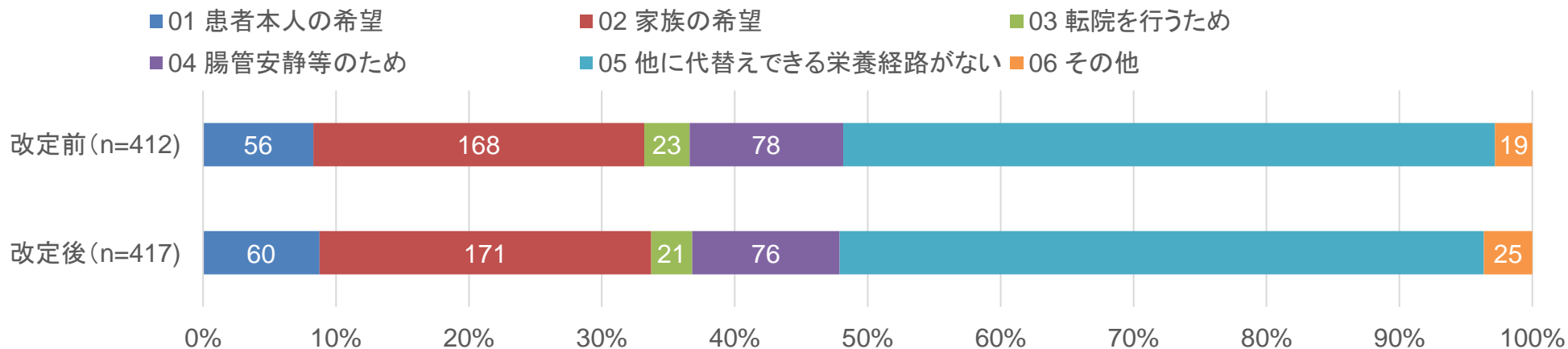
療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況

○ 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)



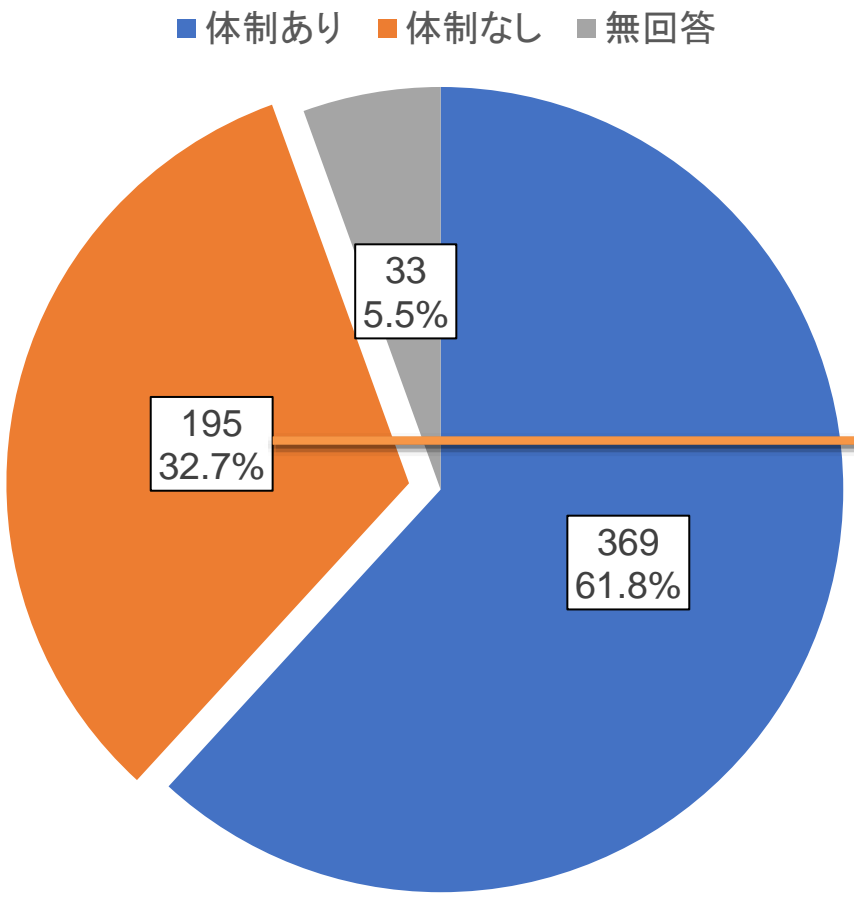
中心静脈栄養の適応理由について



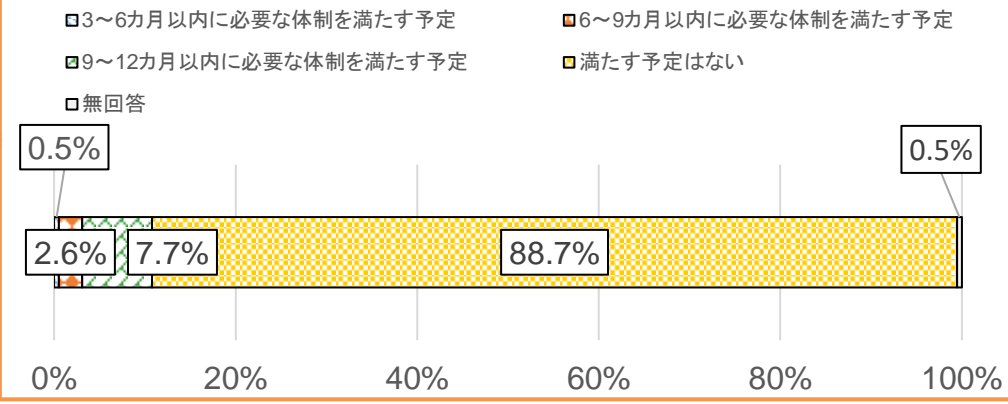
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○ 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。

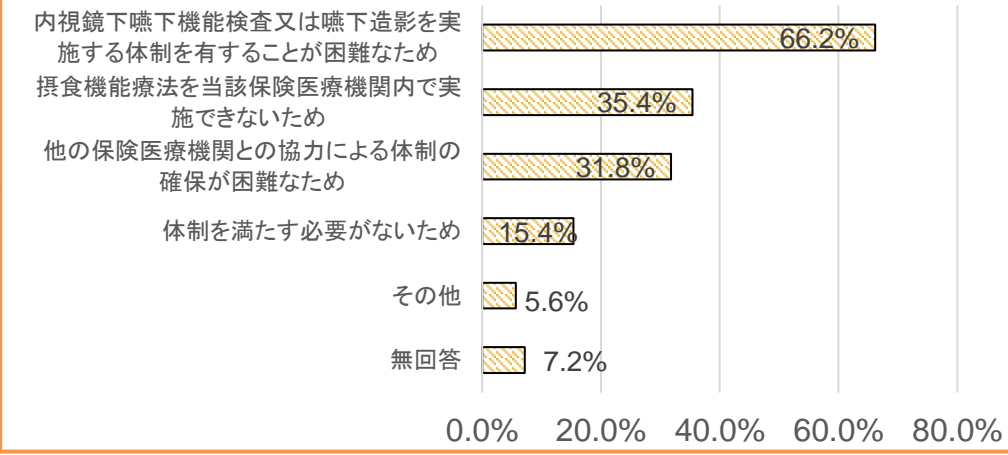
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無 (n=597)



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)

中心静脈栄養を中止・終了した患者数

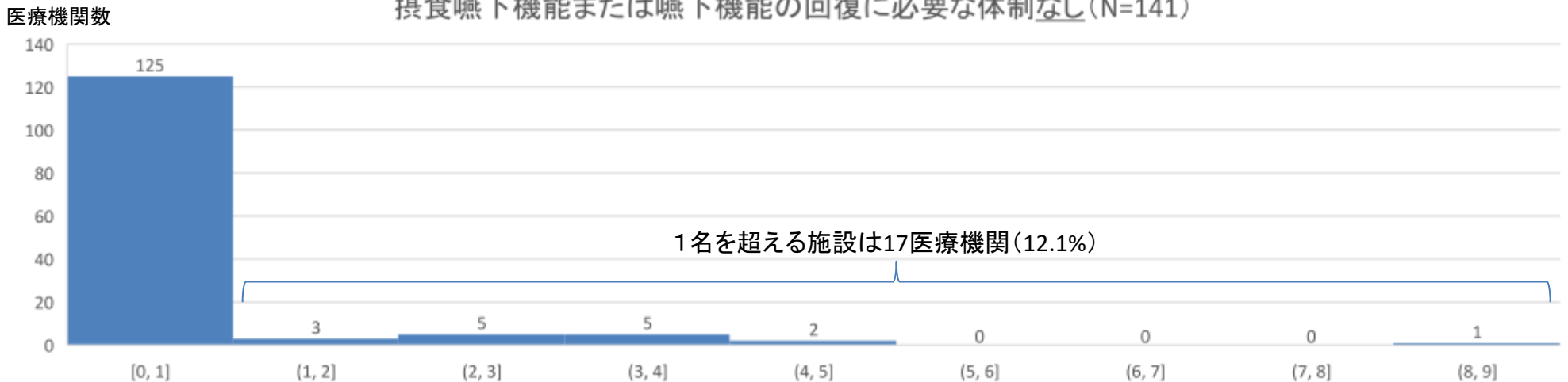
診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 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)

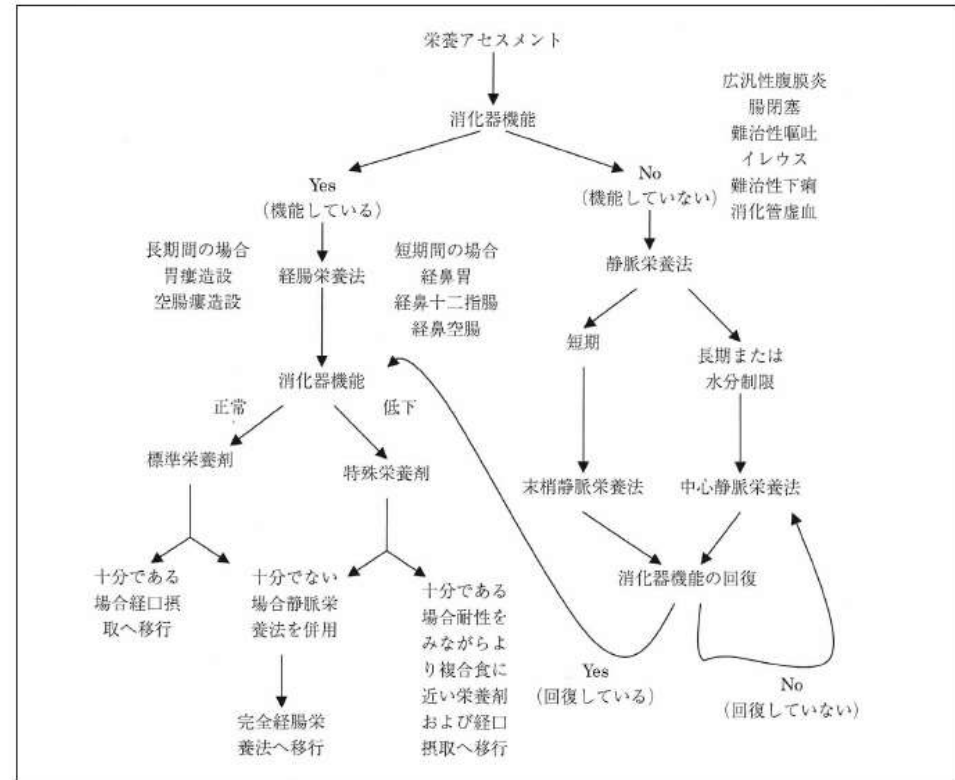


- 消化管が機能している場合は、経腸栄養を選択することが基本である。
- 経腸栄養が禁忌となるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

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



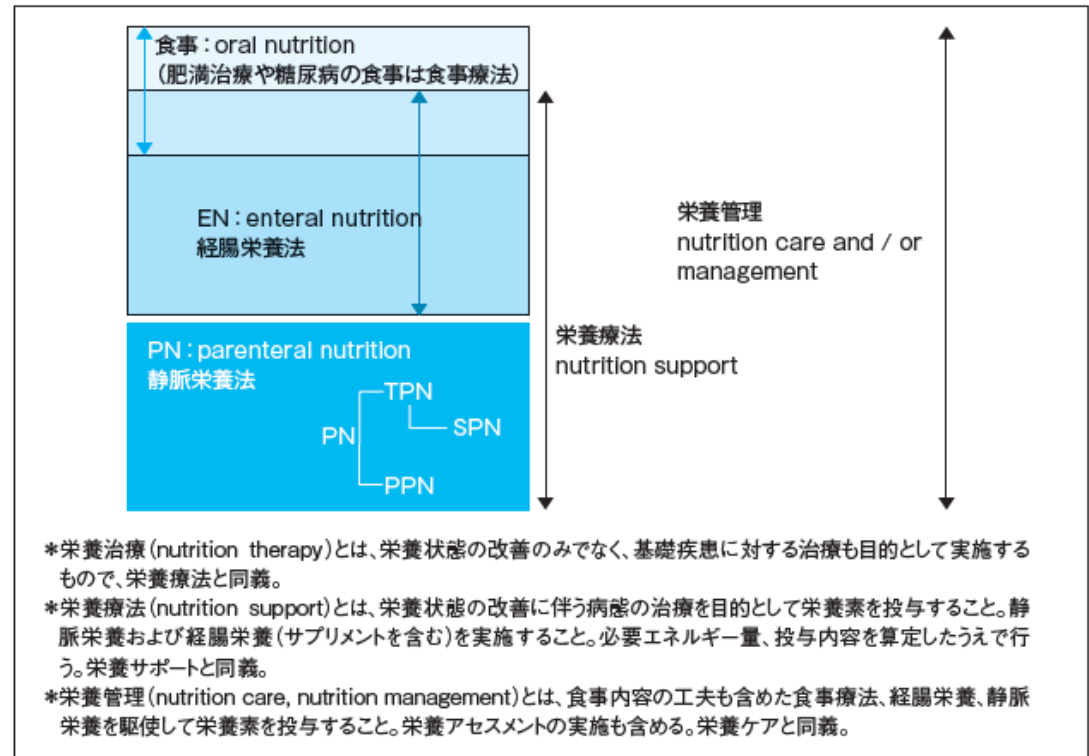
静脈栄養アクセスの管理

- 診療ガイドラインにおいて、栄養療法が必要な場合は可能な限り経腸栄養を選択し、静脈栄養は、経腸栄養または経口摂取が不可能または不十分な場合に用いるものと示されている。

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)

- 栄養療法が必要な場合は可能な限り経腸栄養を選択する(推奨度AエビデンスレベルⅡ)。
- 静脈栄養は、経腸栄養または経口摂取が不可能または不十分な場合に用いる(推奨度AエビデンスレベルⅢ)。
- 中心静脈栄養法は静脈栄養の長期化が予想される場合に用いる(推奨度AエビデンスレベルⅢ)。
- カテーテル関連血流感染症(CRBSI)予防に関する基本は、TPNの適応を厳格にして適応外のTPN施行症例を減らすこと、無駄なCVC留置症例を減らすこと、である。さらに、TPNの衛生管理が不適切であるために感染性合併症を併発し、逆に生命予後を悪化させることになった患者群が存在していることが、CRBSI予防対策における最も重大な問題である。

図 栄養療法の種類



静脈経腸栄養ガイドライン第3版より抜粋

経鼻経管栄養について

- 経管栄養が短期間の場合は経鼻経管栄養が第一選択となる。経腸栄養に伴い、下痢や胃食道逆流といった合併症が発生するため、経腸栄養剤の組成、投与方法・速度などに調整が必要となる。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版(日本静脈経腸栄養学会編集)より抜粋

- 経管栄養が短期間の場合は、経鼻アクセスを選択する。4週間以上の長期になる場合や長期になることが予想される場合は、消化管瘻アクセス(可能な場合は胃瘻が第一選択)を選択する。
- 経腸栄養法は経口摂取と経管栄養法(tube feeding)に分けられる。経管栄養法のアクセスには経鼻アクセス(経鼻胃アクセス、経鼻十二指腸アクセス、経鼻空腸アクセス)、消化管瘻アクセス(胃瘻、空腸瘻、PTEG)がある。
- 経鼻カテーテル留置後には、カテーテルの先端位置をX線撮影などの適切な方法で確認する。
- 経鼻カテーテルは非侵襲的な方法で挿入することが可能で、抜去すればなんら障害を残さないという大きな利点がある。また、消化管瘻アクセスに移行する前の一時的な方法としても使用される。しかし、経鼻カテーテル留置により、鼻翼の潰瘍や鼻中隔潰瘍・壊死、副鼻腔炎、中耳炎などの合併症をきたすことがある。これらを予防するためには、可能な限り細径(5 ~ 12 Fr)のやわらかいカテーテルを用いる方がよい。
- 経腸栄養に伴う消化器系合併症としての下痢、腹部膨満などは、投与する経腸栄養剤などの組成(浸透圧も含む)が原因となっている場合もあるが、投与方法や投与速度もその原因として重要である。誤嚥性肺炎の原因となる胃食道逆流には、特に投与方法と投与速度が大きく影響する。したがって、これらの合併症を予防するため、経腸栄養剤の組成・浸透圧などを考慮すると同時に、投与部位、投与方法、投与速度などの基本的注意事項を十分に理解して遵守しなければならない。

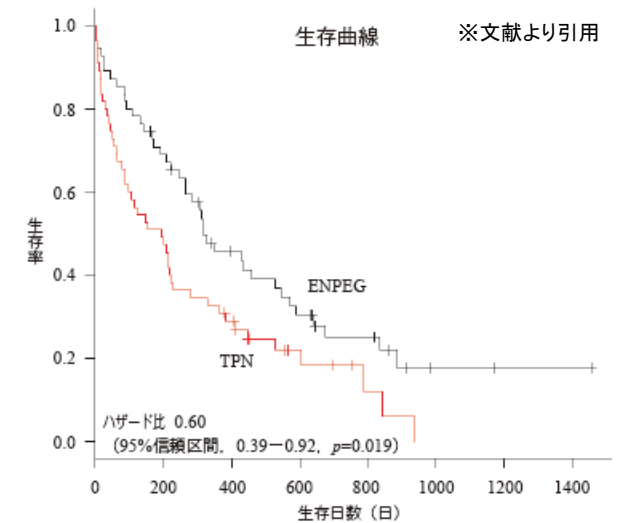
経鼻経管栄養に係る診療報酬項目(療養病棟では包括対象)

- ・J034-2経管栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 180点
- ・J043-4経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200点
- ・J120鼻腔栄養(1日につき) 60点

- 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)

中心静脈栄養の適応疾患

○ 経腸栄養が適応とならず、中心静脈栄養が適応となる疾患としては、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢以外に、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻、急性膵炎が挙げられる。

○ 2002年ASPENガイドラインでは静脈栄養の適応として、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢があげられている。中心静脈栄養の厳密な適応は、「栄養状態の改善が必要であるが、経口摂取もしくは経腸栄養が不可能である場合」、「末梢静脈栄養による管理が7～10日間を超えても、引き続き静脈栄養による管理が必要となる場合」の2点であり、上記病態のうちこの2点を満たす症例のほかにも短腸症候群急性期や炎症性腸疾患増悪期などが中心静脈栄養の適応となる。しかし、漫然と中心静脈栄養を続けるのではなく、経口摂取や経腸栄養への移行や併用を可能な限り早期に検討することが重要である。

浅桐公男ほか、Medical Practice(0910-1551)29巻9号 Page1507-1510(2012.09)

○ 中心静脈栄養は、一般的には短腸症候群や消化吸収不良症候群など、腸管機能不全により14日以上
の長期静脈栄養管理が予測される症例が適応となる。

土師 誠二、診断と治療(0370-999X)101巻10号 Page1521-1526(2013.10)

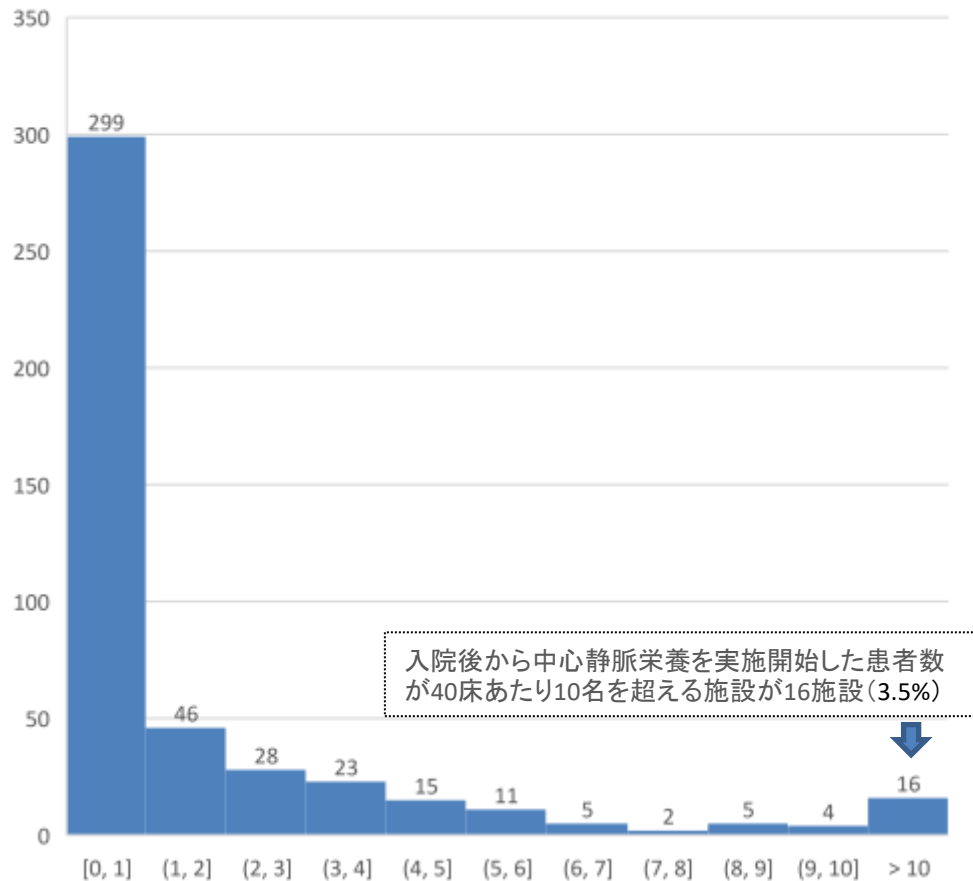
○ 中心静脈栄養の絶対的適応としては①短腸症候群急性期、②炎症性腸疾患急性期、③消化管瘻発症期、④イレウス、⑤重症膵炎急性期、⑥消化管機能不全による栄養障害時があげられる。

高松 英夫ほか、日本臨床(0047-1852)68巻増刊3 静脈・経腸栄養 Page13-18(2010.03)

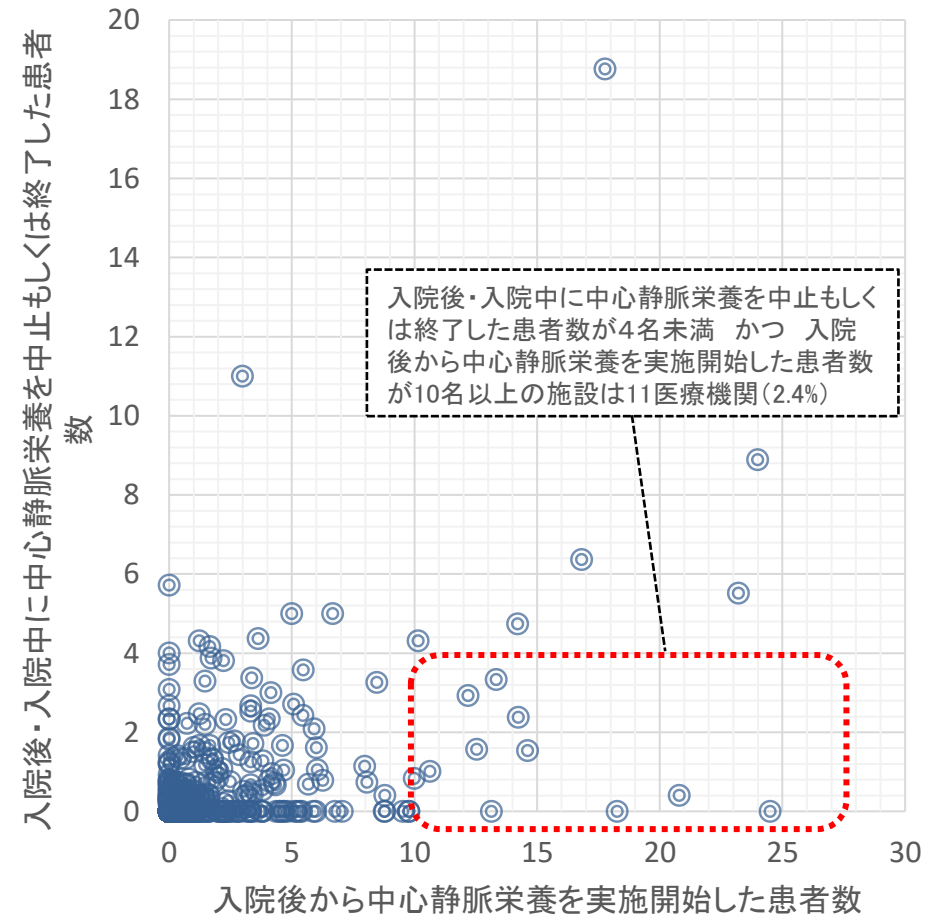
中心静脈栄養を実施開始した患者数

- 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

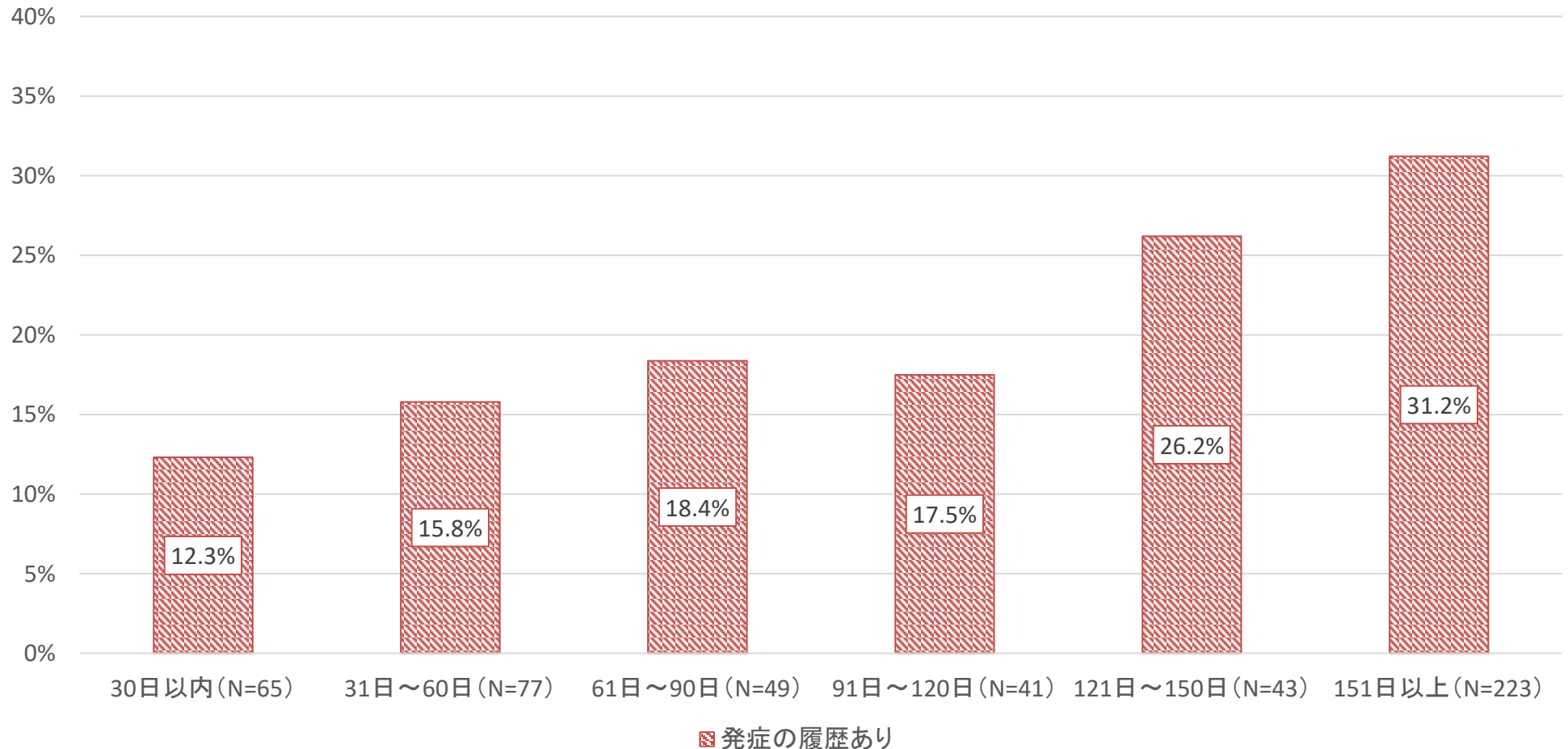
中心静脈カテーテルの留置期間は、臨床的必要性に基づいて決めればよい。カテーテル留置期間が長いほど感染のリスクは高まるが、留置期間の目安はない。使用継続の必要性を毎日評価し、不要になったらカテーテルを抜去する。留置したまま、使用しないとカテーテル関連血流感染の原因となる。定期的に中心静脈カテーテルを入れ替えても、カテーテル関連血流感染の頻度は低下しない。ガイドワイヤーを用いて中心静脈カテーテルを交換する場合も新しく穿刺しなおして交換する場合も、感染率に差はない。ガイドワイヤーを使ったカテーテル入れ替えを3日毎の交換と7日毎の交換で比較した場合で、カテーテル先端のコロニー形成に有意差は認められてい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

中心静脈栄養の実施期間とカテーテル関連血流感染症

診調組 入-1
5. 8. 10

- 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)

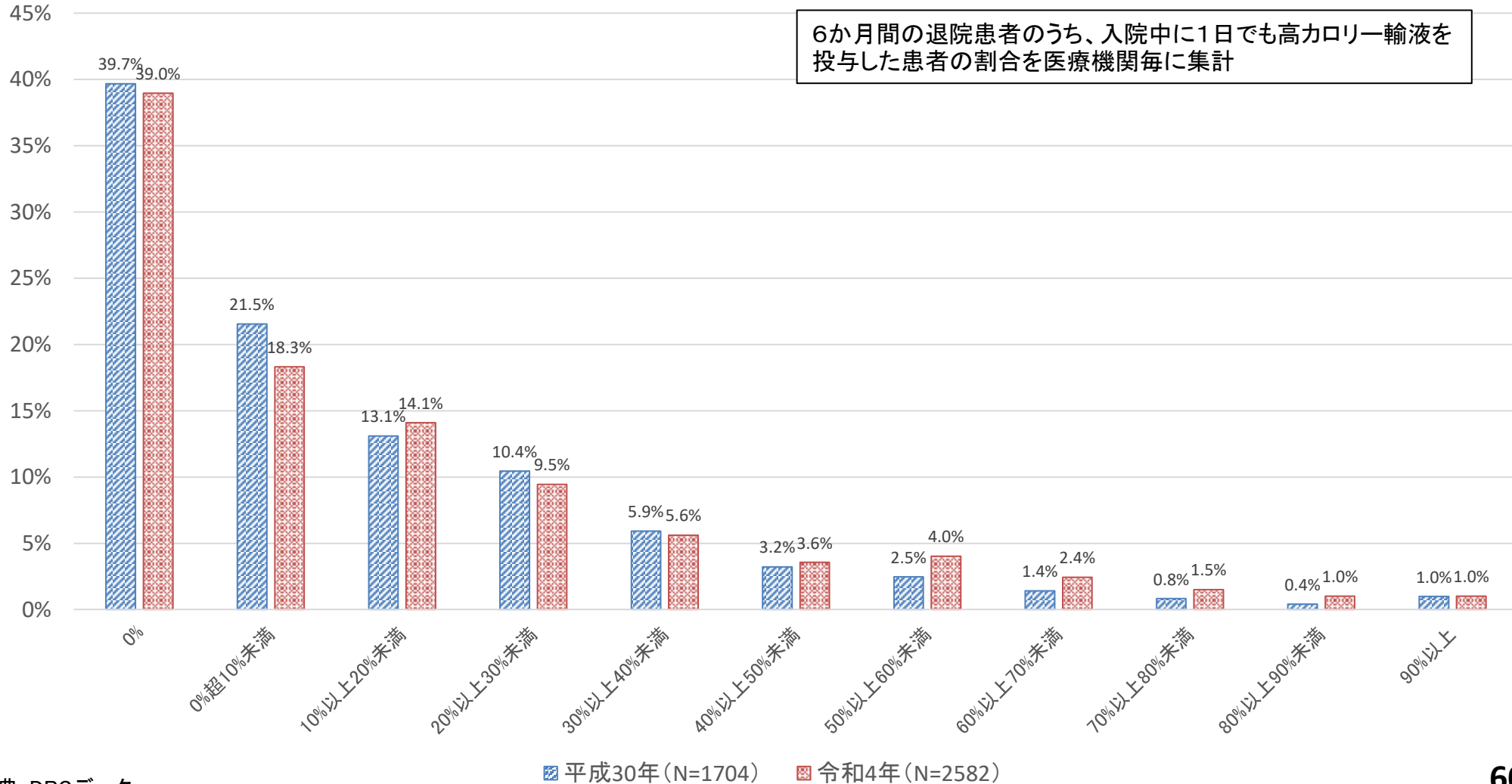


中心静脈栄養の投与患者割合

○ 療養病棟において中心静脈栄養が実施されている患者割合の平成30年と令和4年の分布を比較すると、中心静脈栄養を実施されている患者割合が10%未満の施設割合は減少しており、また、患者割合が50%以上の施設の割合は増えていた。

中心静脈栄養の実施患者割合

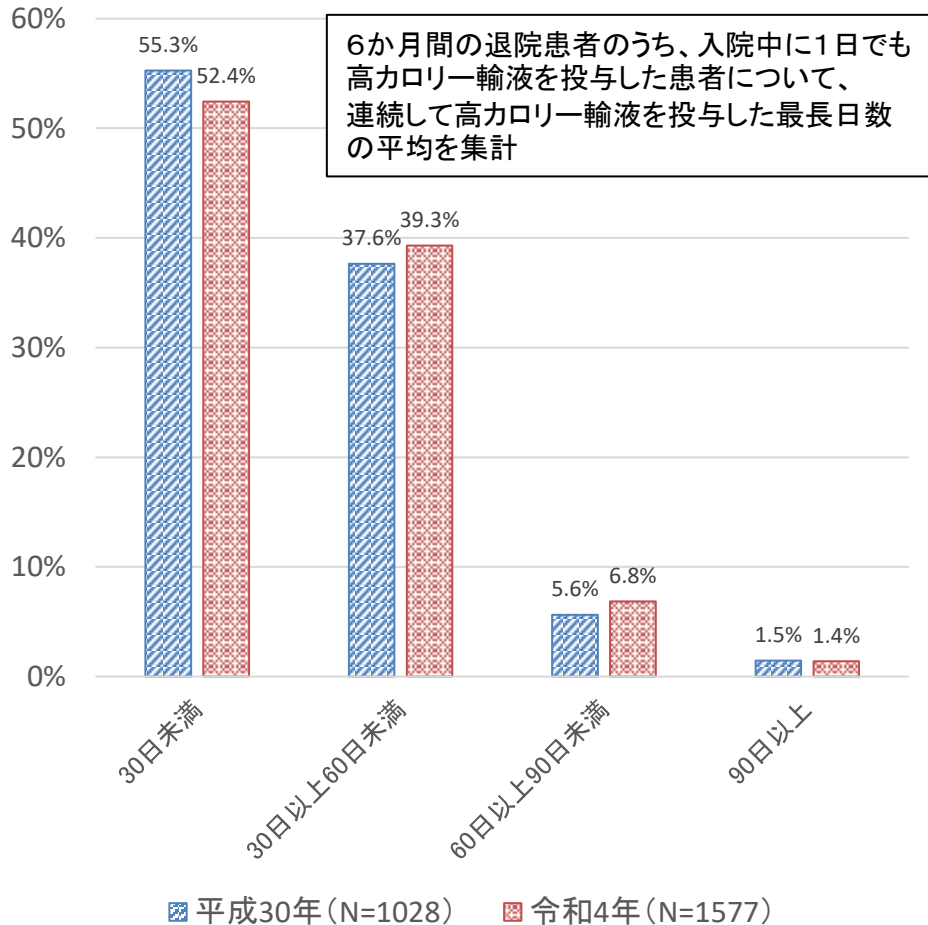
(全施設数に対する割合)



中心静脈栄養の投与患者割合

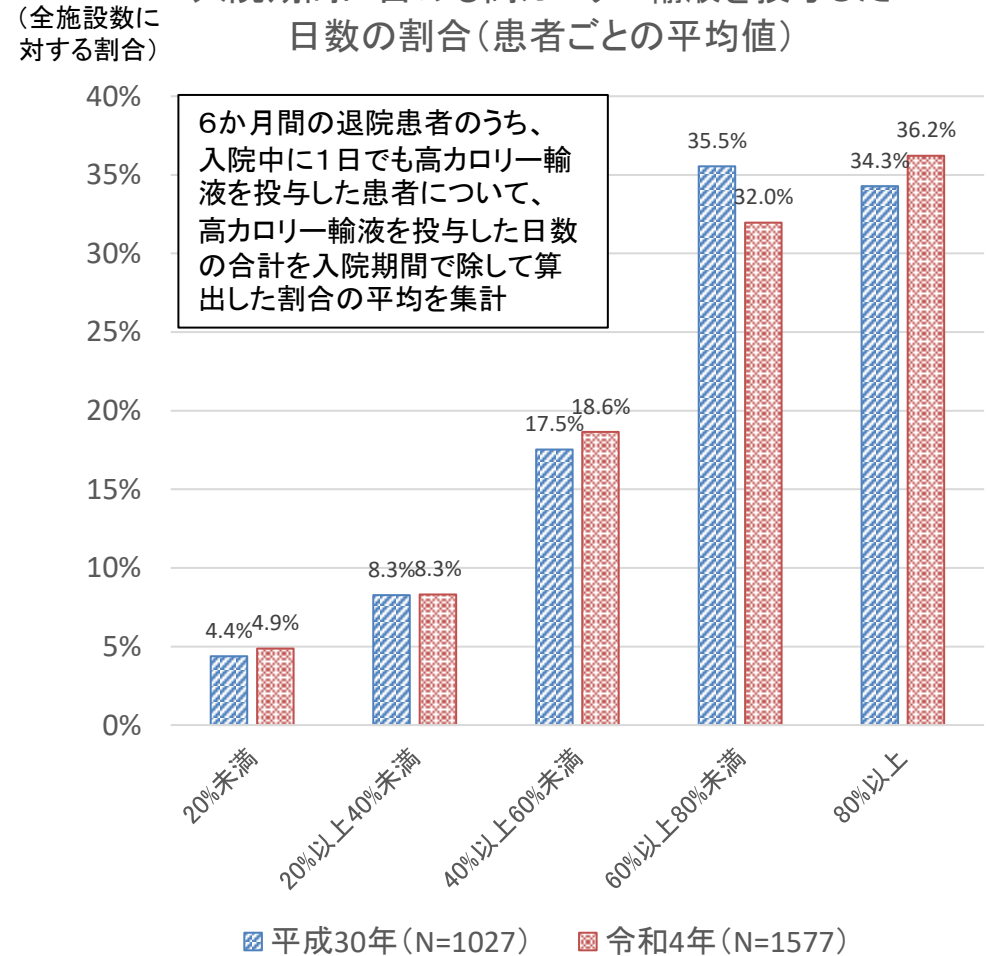
- 連続して中心静脈栄養を実施した日数平均が30日未満である施設の割合は平成30年と比較し令和4年には減っていた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、平成30年は60%以上80%未満の医療機関が最多であったが、令和4年は80%以上が最多であった。

(全施設数に対する割合) 連続して中心静脈栄養を実施した日数平均



(投与日数0日の患者を除いて集計)

入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合(患者ごとの平均値)



(投与日数0日の患者を除いて集計)

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】

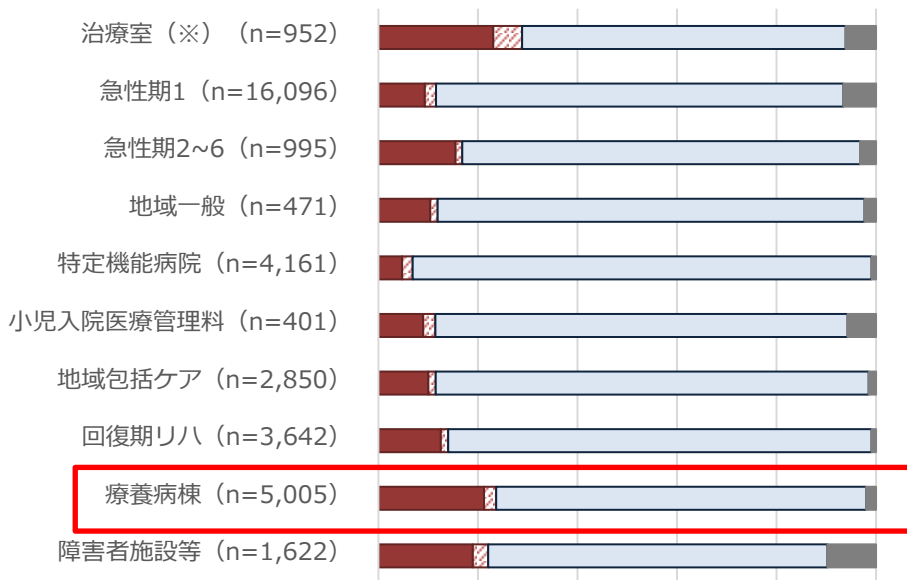
令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

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%



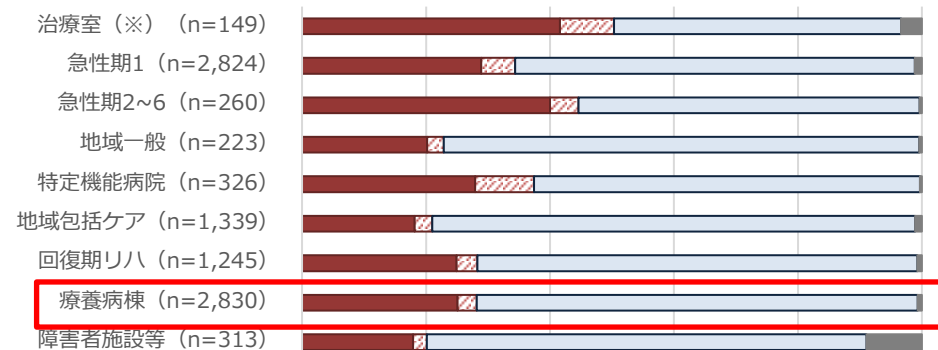
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 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

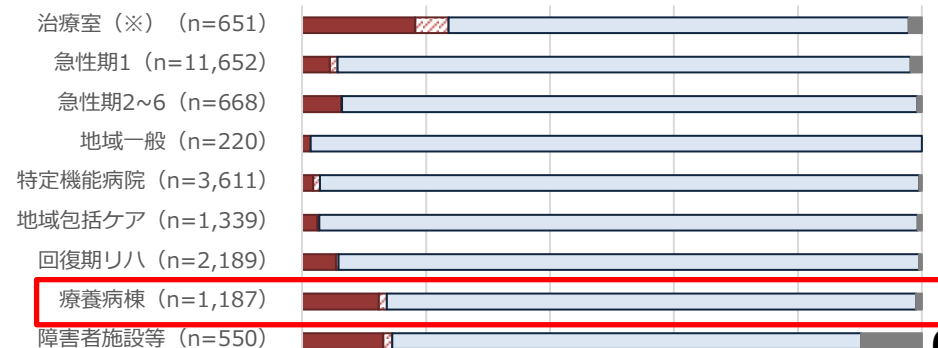
認知症ありの患者

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%

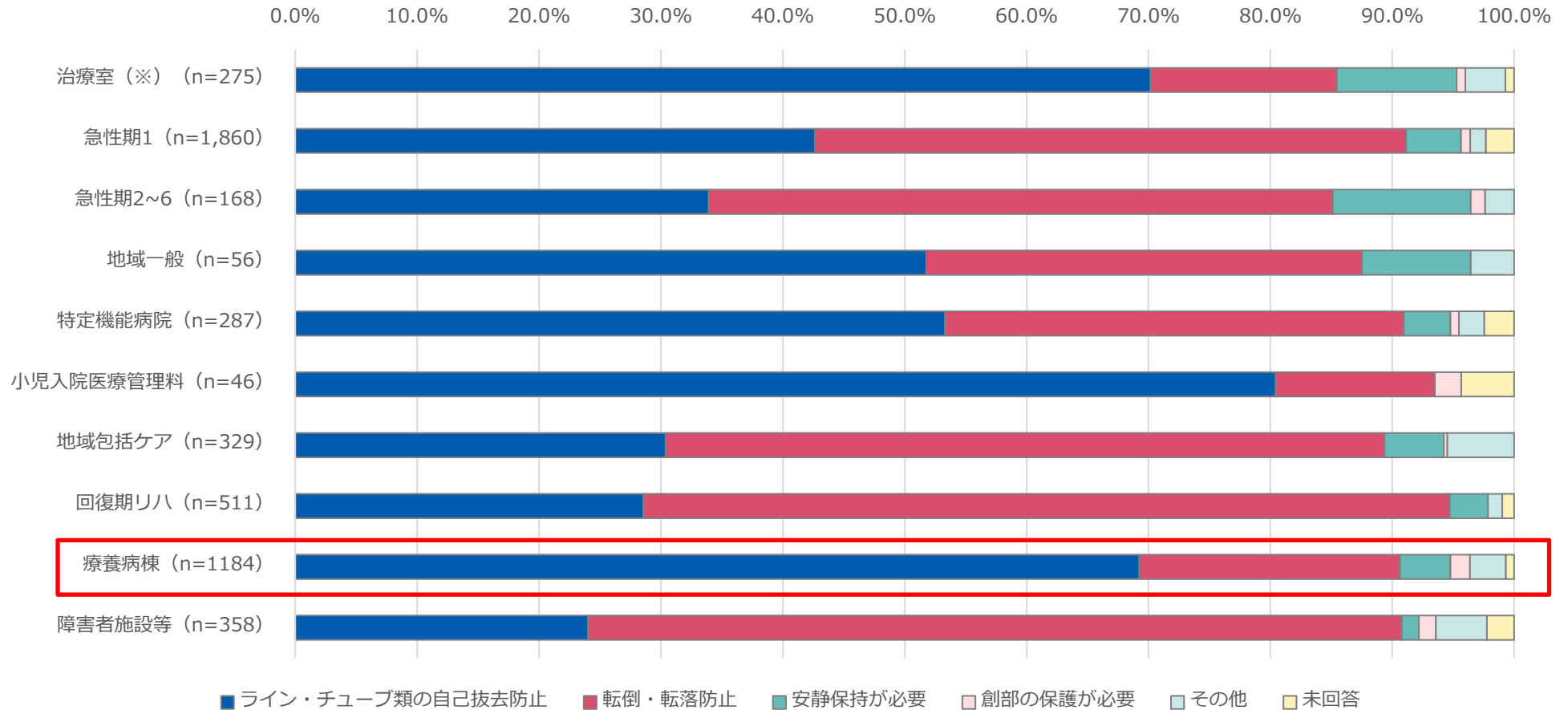


入院料別の身体的拘束の実施理由

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。

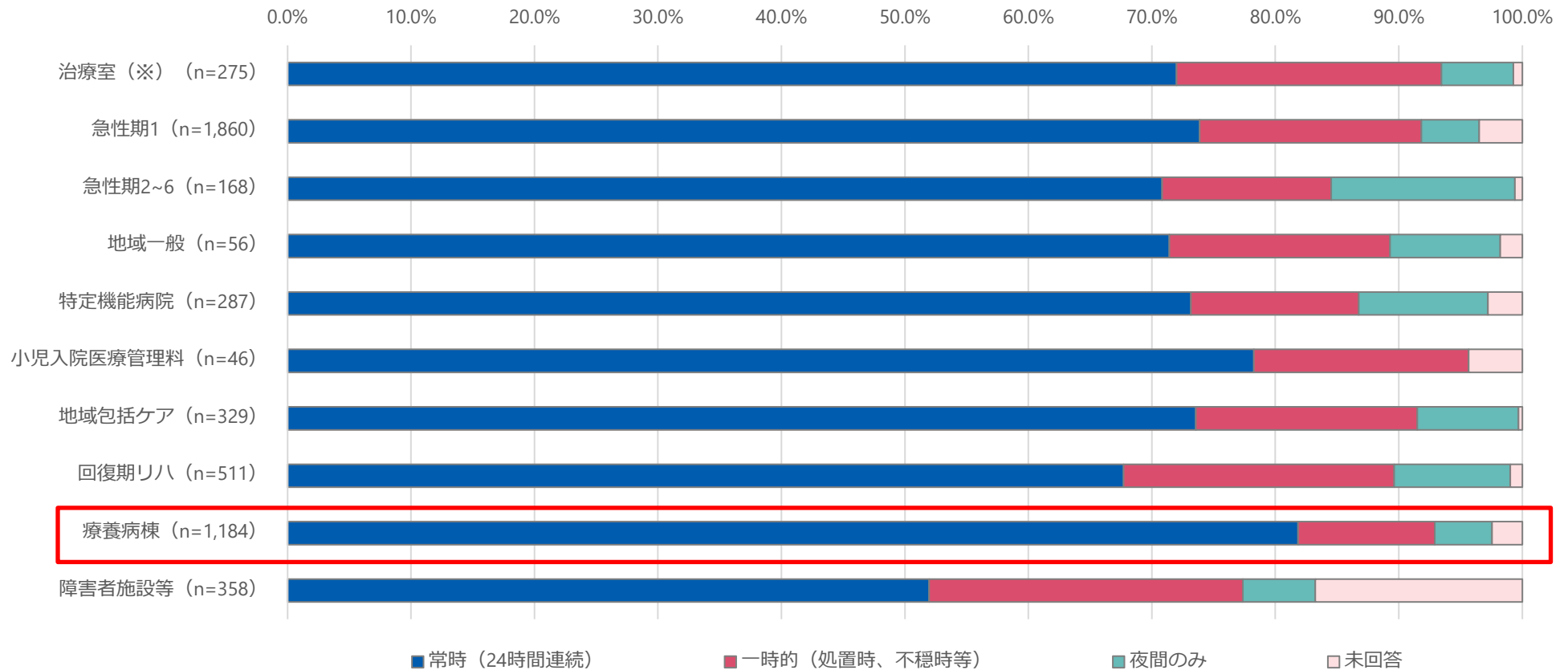
入院料別の拘束時間

診調組 入-1
5. 7. 6 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)

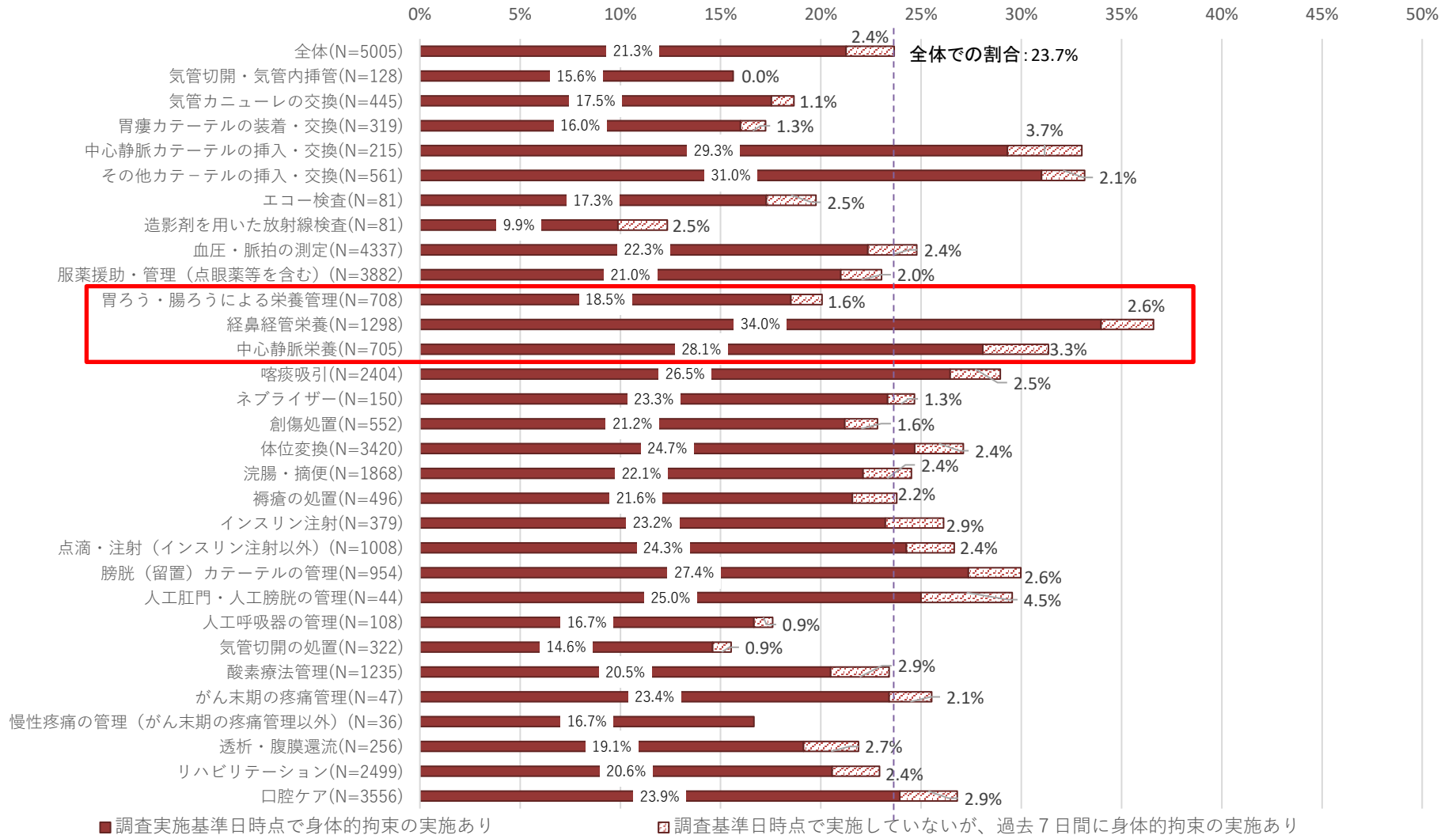
※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



(※) 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。

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

1. 療養病棟入院基本料について

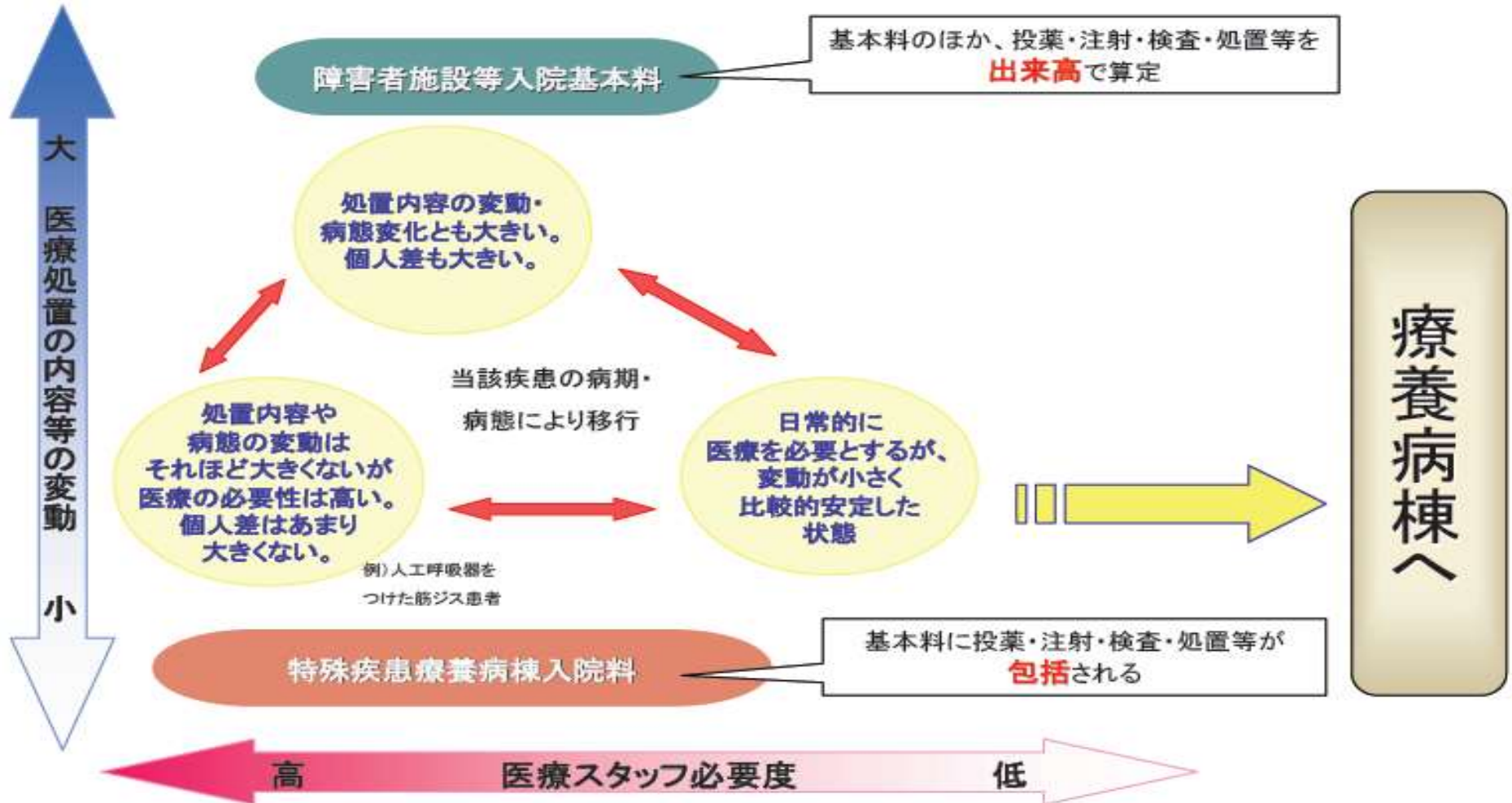
2. 障害者施設等入院基本料等について

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

- ・ 障害者施設等入院基本料等の該当患者について基準の「概ね」は廃止することによって基準を明確化してはどうか、という指摘があった。
- ・ また、障害者施設等入院基本料等において透析患者を多く受け入れることは適当ではなく、透析患者の評価については適正化してはどうか、との指摘があった。

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

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】

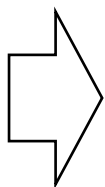
[算定要件] (抜粋・例)

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
□	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

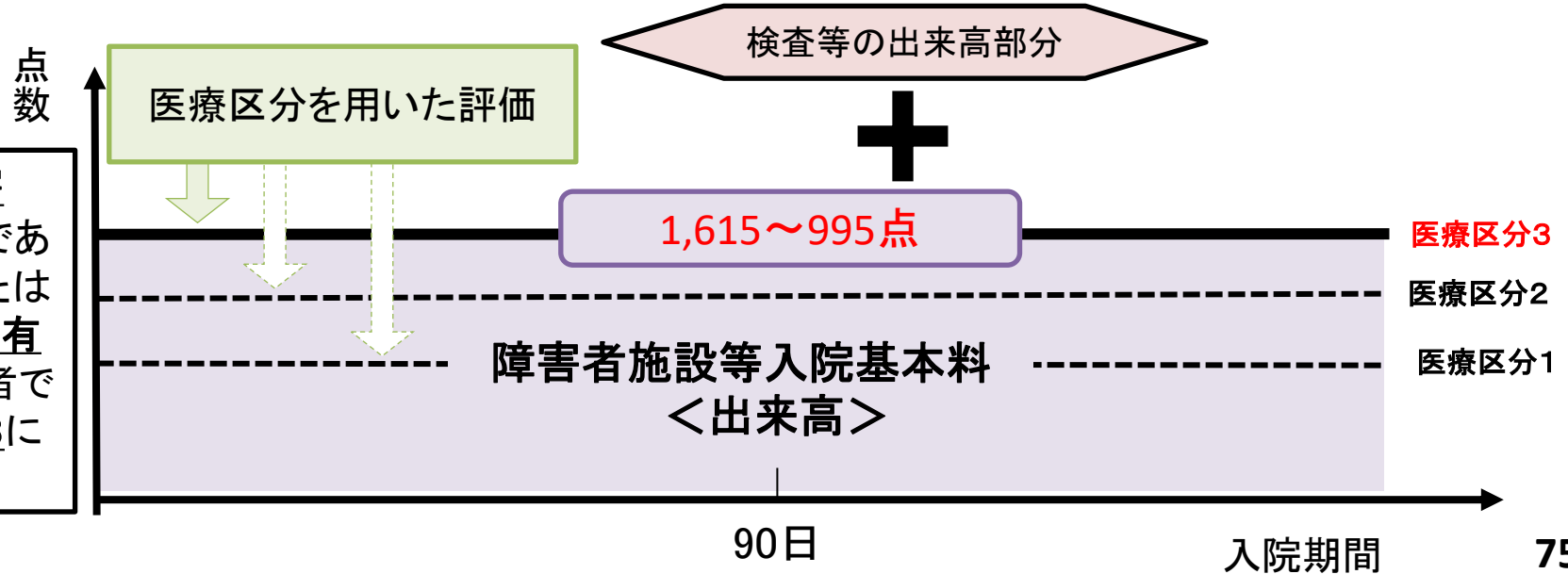
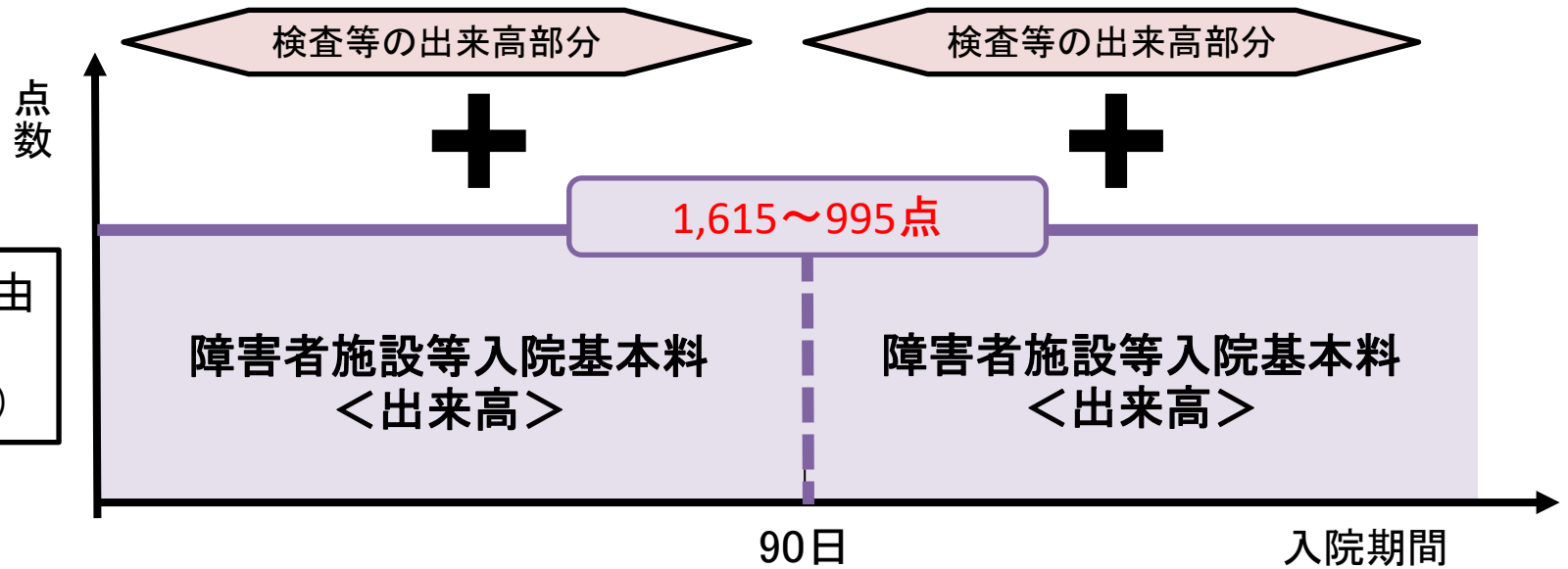
(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

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。

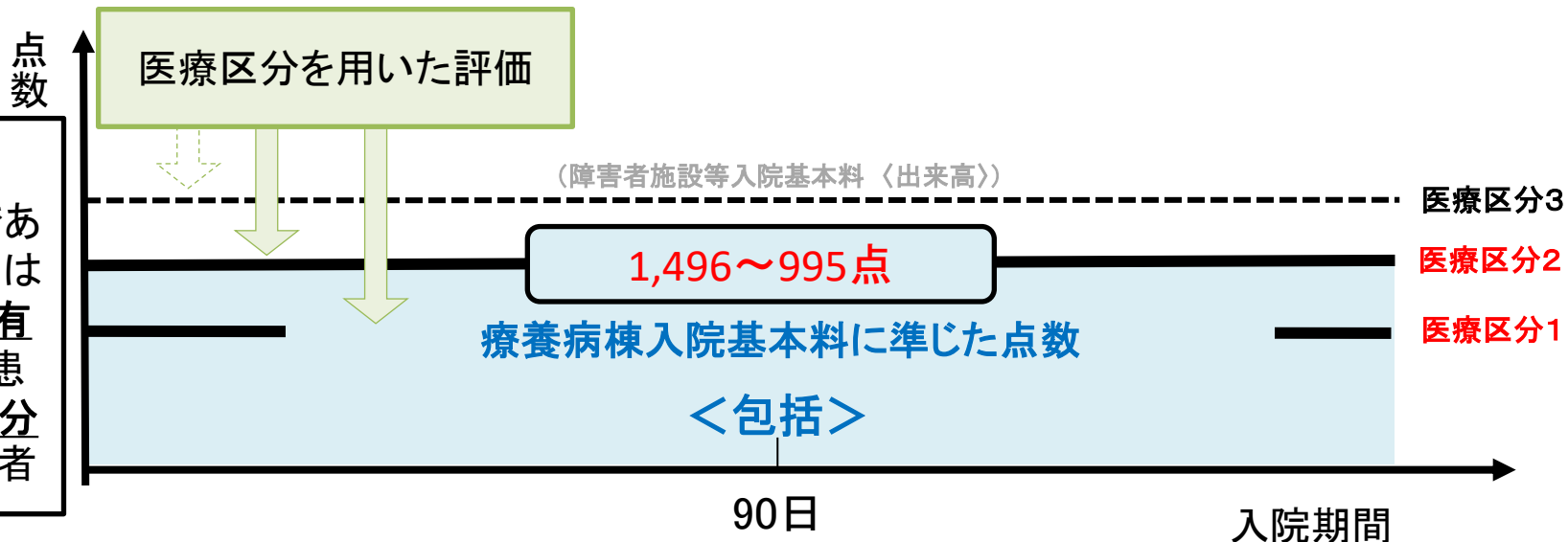
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

○ 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。

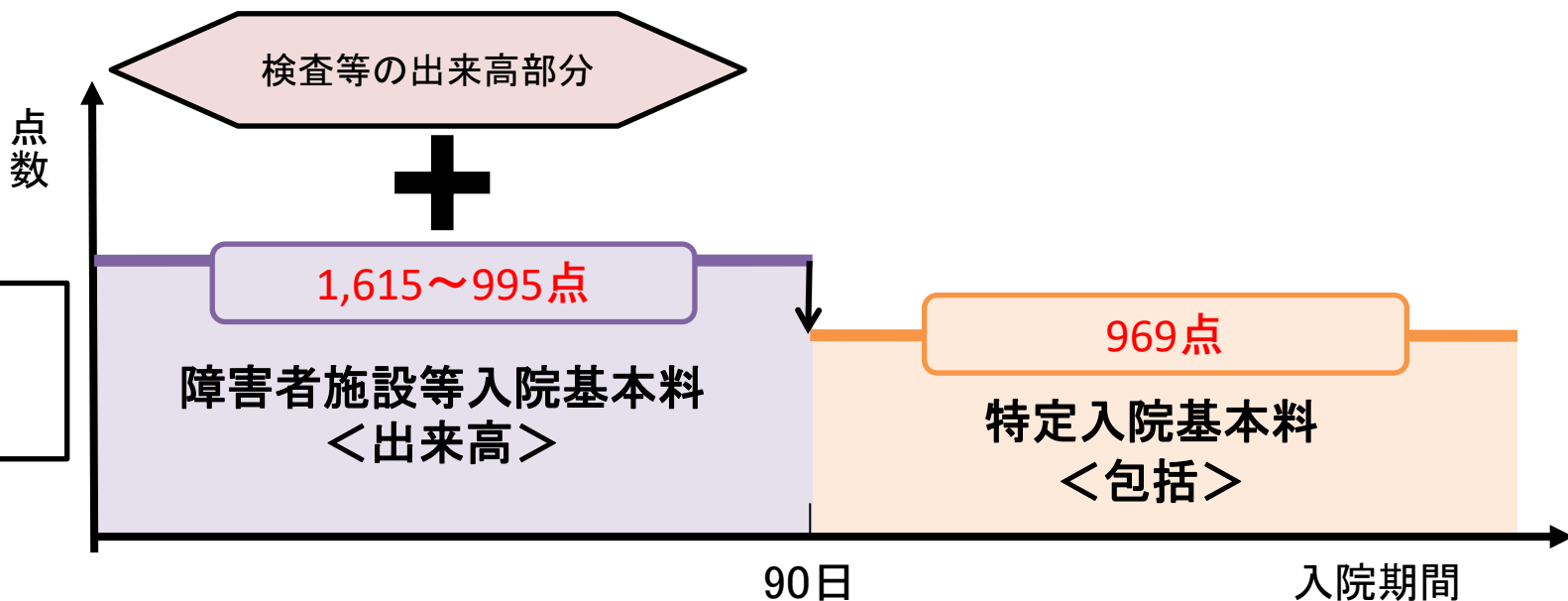


障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

○ 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

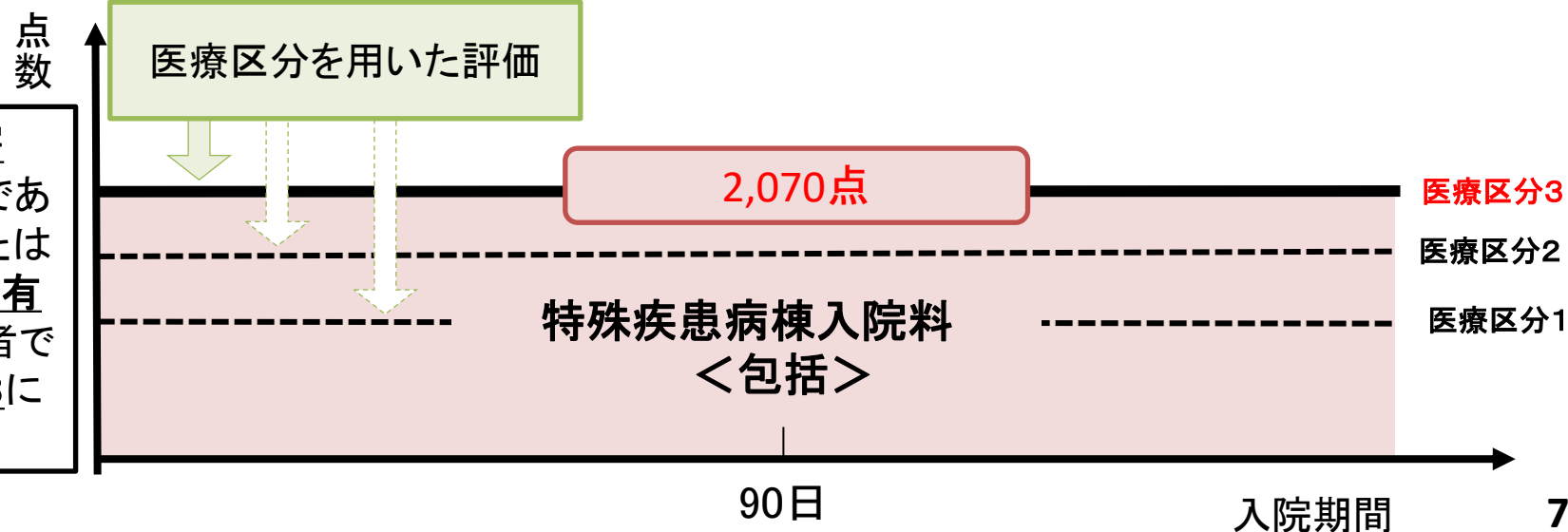


特定患者

特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ①

診調組 入-1
5. 9. 29

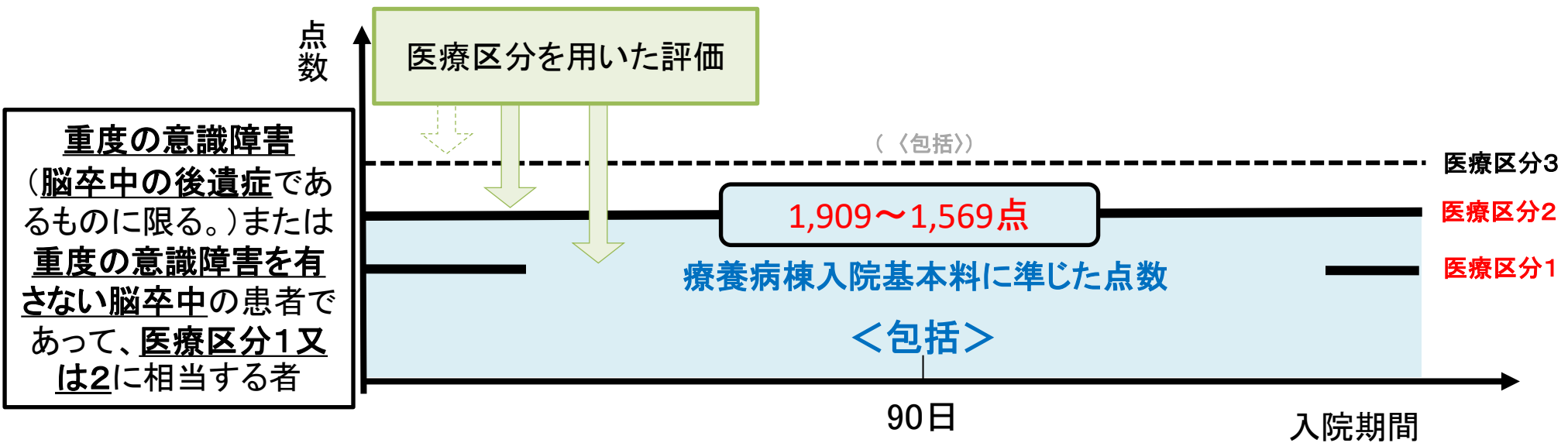
- 特殊疾患棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。



特殊疾患棟入院料の算定する入院料のイメージ②

診調組 入-1
5. 9. 29

○ 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

- 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以外に係る算定回数は99.8%であったが、10：1入院基本料等の算定回数のうち98.3%が脳卒中患者以外であった。

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	1,615	206,826	244,479	333,312	359,643	376,849	388,919	388,921	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）	1,496	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）	1,358	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）	1,345	-	-	-	-	-	-	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）	1,221	-	-	-	-	-	-	346	0.1%
障害者施設等10対1入院基本料	1,356	1,133,082	1,113,687	1,094,450	1,108,433	1,080,081	1,097,275	1,065,237	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）	1,496	5,788	6,855	7,067	8,149	11,342	10,006	9,234	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）	1,358	3,206	3,974	3,519	4,034	3,905	3,280	3,200	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）	1,345	-	-	-	-	-	-	2,525	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）	1,221	-	-	-	-	-	-	3,526	0.3%
障害者施設等13対1入院基本料	1,138	207,154	201,203	187,212	182,717	183,416	179,082	165,999	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）	1,343	2,574	2,711	2,441	2,587	3,444	3,089	3,791	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）	1,206	1,709	2,239	1,682	1,655	1,957	1,980	1,807	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）	1,207	-	-	-	-	-	-	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）	1,084	-	-	-	-	-	-	1,230	0.7%
障害者施設等15対1入院基本料	995	75,368	67,432	54,586	52,989	48,306	39,590	37,685	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）	1,118	-	-	-	-	-	-	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）	1,244	1,038	1,006	1,161	1,138	849	1,014	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）	1,107	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

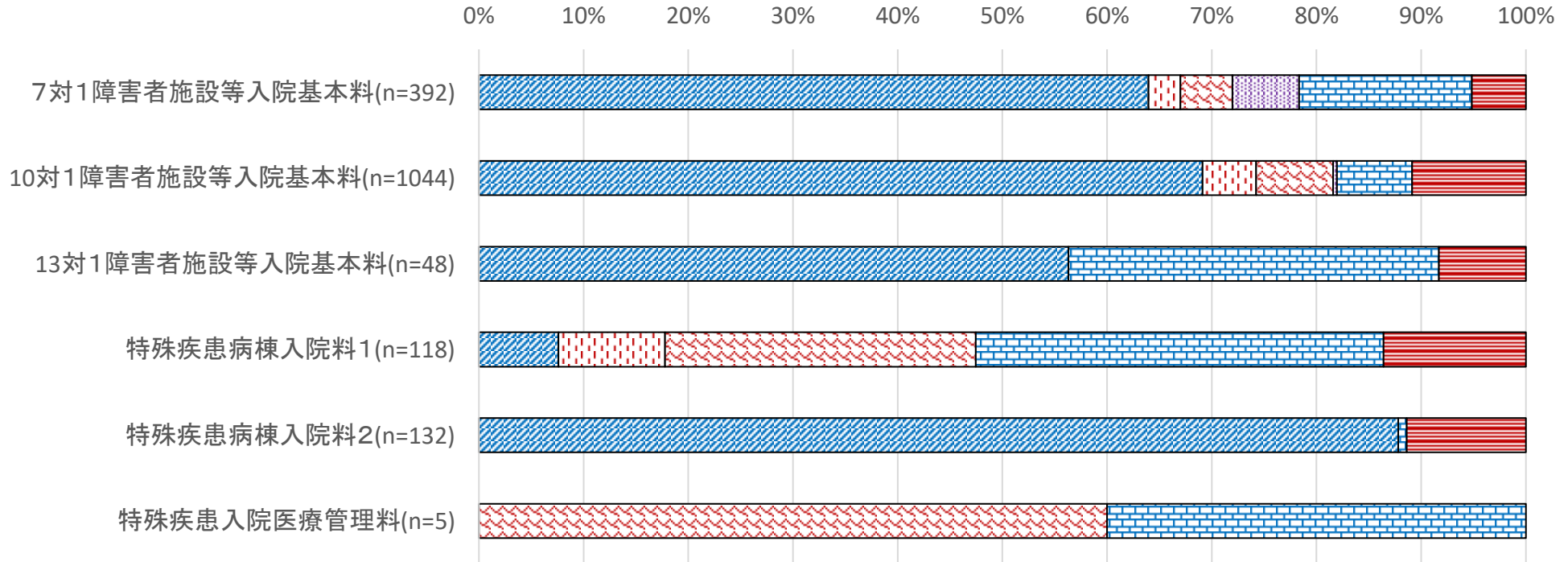
特殊疾患入院管理料等における脳卒中患者の評価

- 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90.1%、特殊疾患病棟入院料1の算定回数のうち86.1%が脳卒中患者以外であった。

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	2,070	11,025	9,153	7,971	8,178	8,407	9,487	7,729	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）	1,909	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）	1,743	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）	1,717	-	-	-	-	-	-	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）	1,569	-	-	-	-	-	-	42	0.5%
特殊疾患病棟入院料1	2,070	145,709	141,484	132,555	130,083	124,929	120,679	114,501	86.1%
特殊疾患病棟入院料2	1,675	168,487	180,818	180,976	184,977	193,520	200,027	198,394	99.7%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分2）（重度意識障害）	1,910	4,118	8,061	9,384	10,103	10,373	12,148	11,995	9.0%
特殊疾患病棟入院料1（医療区分1）（重度意識障害）	1,745	2,061	3,569	4,949	5,021	5,970	6,511	5,171	3.9%
特殊疾患病棟入院料2（医療区分2）（重度意識障害）	1,657	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）	1,491	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）	1,717	-	-	-	-	-	-	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）	1,569	-	-	-	-	-	-	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）	1,490	-	-	-	-	-	-	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）	1,341	-	-	-	-	-	-	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。

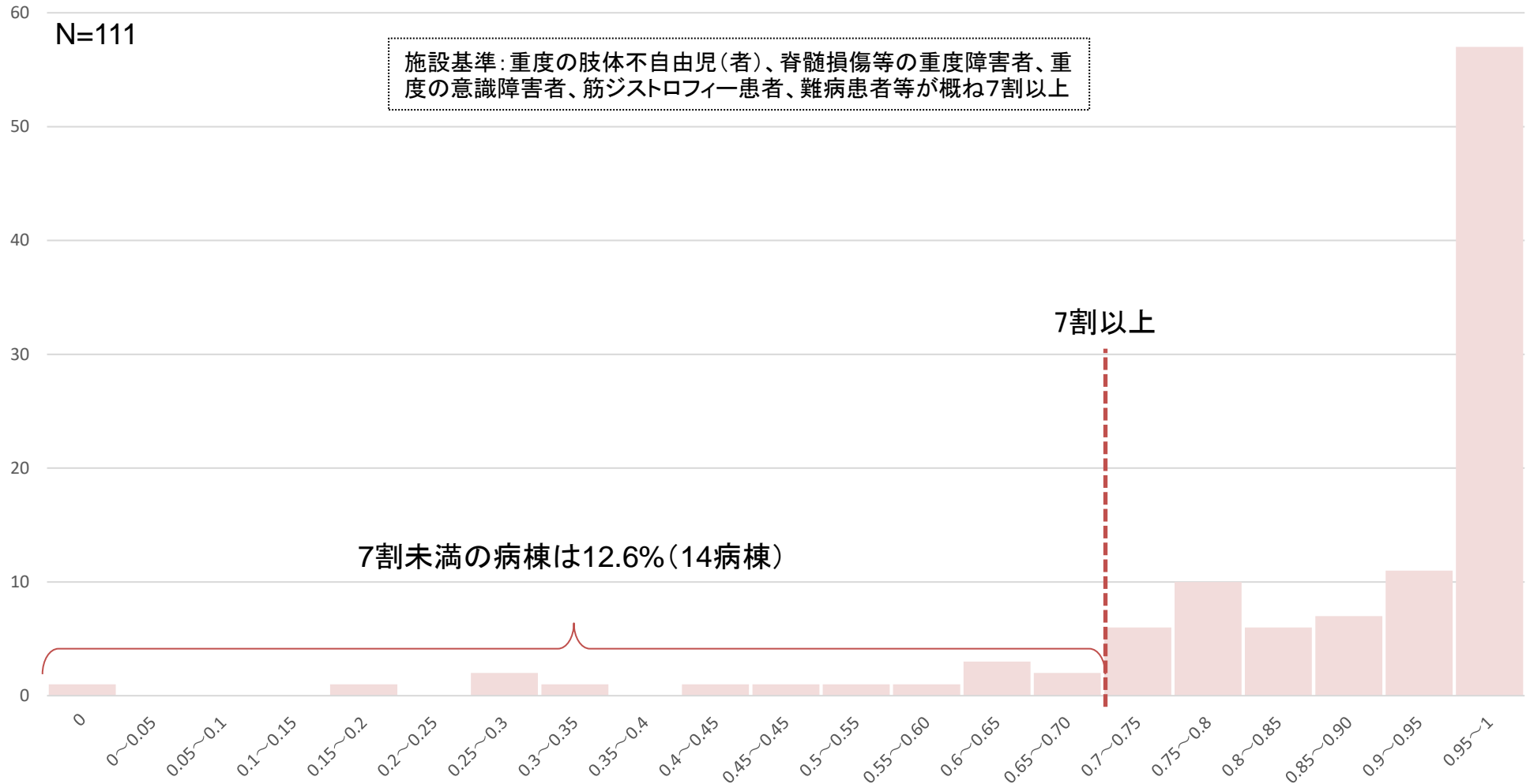


- 重度の肢体不自由児・者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者
- その他

障害者施設等入院基本料2～4の患者構成

診調組 入-1
5. 9. 29

○ 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。



障害者施設等入院基本料 2～4 の患者傷病名

診調組 入-1
5. 9. 29

- 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

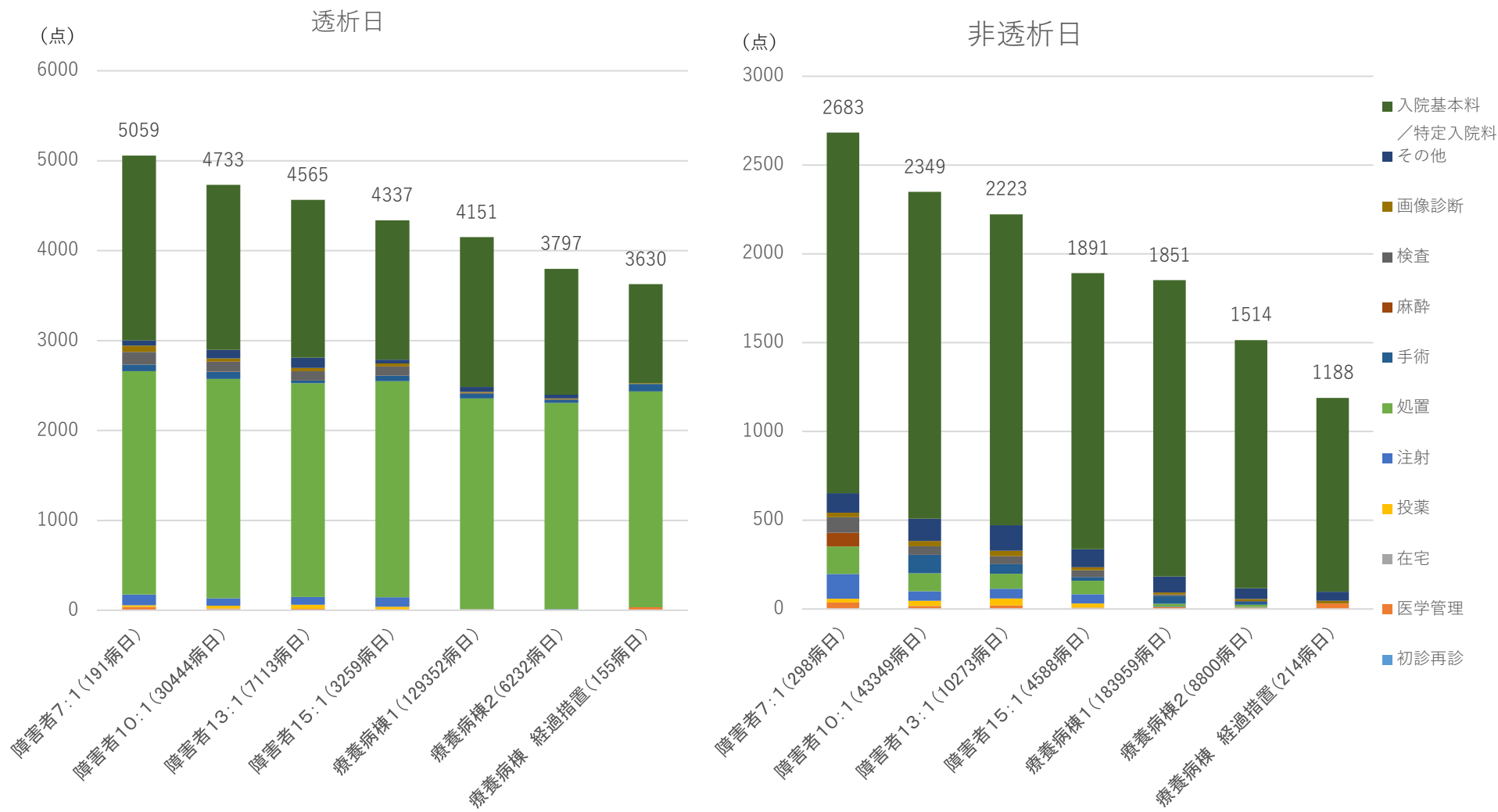
No	症例数	慢性腎臓病が 主傷病名の患者数(割合)	症例のうち 該当患者数(割合)
1	11人	11名(100%)(※)	0人(0%)
2	12人	0人(0%)	7人(58%)
3	8人	3人(38%)(※)	4人(50%)(※)
4	7人	0人(0%)	5人(71%)
5	41人	0人(0%)	3人(7%)
6	7人	0人(0%)	1人(14%)
7	12人	0人(0%)	7人(58%)
8	47人	0人(0%)	33人(70%)

(※)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。



(参考)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)。

注) 例えば、J038人工腎臓は出来高算定。

課題①

(療養病棟入院基本料について(総論))

- 療養病棟入院基本料経過措置(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。
- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までとされている。
- 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。
- 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。

(療養病棟入院基本料の医療区分について)

- 療養病床における医療区分等は、平成18年の診療報酬改定において、患者特性や医療提供状況等に応じた慢性期入院の包括評価として導入された区分であり、累次の改定において医療区分の各項目について見直しをはかってきた。
- 平成30年度診療報酬改定において、療養病棟についてデータ提出加算が要件となり、包括範囲の検査・処置等の実態を分析することも可能となっている。データ提出加算の提出対象となるデータを分析したところ、「医療区分に応じて医療資源投入量が増えること」、「同一の医療区分においても医療資源投入量にはばらつきがあること」、「医療区分によって医療資源投入量の内訳が変わること」、「疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分は医療資源投入量の分布と内訳が異なること」等が明らかとなった。
- さらに、疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分を組み合わせた上で医療資源投入量を分析したところ、「医療区分3として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分3の医療資源投入量はそれ以外の組合せより高いこと、また、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分1・2の医療資源投入量はそれ以外の組合せより低いこと」、「医療区分2として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分1・2かつ処置の医療区分2における医療資源投入量は、疾患・状態の医療区分2かつ処置の医療区分1より高いこと」および「組合せの内容によって医療資源投入量の内訳が異なること」等が明らかとなった。
- 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について、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)が多かった。
- 介護保険施設で提供可能な医療について、「経鼻経管栄養」、「酸素療養(酸素吸入)」及び「インスリン注射」は約9割、「24時間持続点滴」及び「喀痰吸引(1日8回以上)」は約8割の介護医療院で実施可能であった。

課題②

(療養病棟入院基本料の中心静脈栄養について)

- 令和4年度改定において、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たが、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。
- 消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされている。また、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。
- 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名未満の施設が2.4%であった。
- 中心静脈栄養の開始からの日数が長期になるほど、カテーテル関連血流感染症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。
- 療養病棟において中心静脈栄養が実施されている患者割合の平成30年と令和4年の分布を比較すると、中心静脈栄養を実施されている患者割合が10%未満の施設割合は減少しており、また、患者割合が50%以上の施設の割合は増えていた。
- 連続して中心静脈栄養を実施した日数平均が30日未満である施設の割合は平成30年と比較し令和4年には減っていた。療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、平成30年は60%以上80%未満の医療機関が最多であったが、令和4年は80%以上が最多であった。
- 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。

課題③

(障害者施設等入院基本料等について)

- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。
- 平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者については、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- 令和4年度診療報酬改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- 障害者施設等7:1入院基本料における脳卒中患者以外に係る算定回数は99.8%であったが、10:1入院基本料等の算定回数のうち98.3%が脳卒中患者以外であった。また、特殊疾患入院管理料の算定回数のうち90.1%、特殊疾患病棟入院料1の算定回数のうち86.1%が脳卒中患者以外であった。
- 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・者が最も多かった。
- 施設基準に定める該当患者の基準を満たさない病棟の割合は、障害者施設等入院基本料2～4では12.6%であった。
- 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について、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%と最多であり、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。
- 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診療費の内訳は、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診療費が高かった。

慢性期入院医療についての論点

【論点】

(療養病棟入院基本料について)

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、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に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

(障害者施設等入院基本料等について)

- 障害者施設等入院基本料等の施設基準に定める該当患者割合を満たさない病棟を一定程度認めることから、該当患者割合についての取扱いを明確化することについてどのように考えるか。
- 障害者施設等入院基本料2～4を届出する病棟において慢性腎不全患者を多く受け入れている施設があること及び透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすることについてどのように考えるか。