中央社会保険医療協議会 総会（第 561 回）　議事次第

令和５年 10 月 27 日(金）診療報酬基本問題小委員会終了後～

議　題

〇最適使用推進ガイドラインについて
〇DPC 対象病院の退出に係る報告について
〇在宅（その４）について
〇診療報酬基本問題小委員会からの報告について
〇処遇改善（その１）について

中医協　総－１
５．１０．２７

最適使用推進ガイドラインについて

○　再審査期間を終え、有効性及び安全性に関する情報が十分に蓄積された品目/効能・効果に関しては、事務的な手続きの簡略化を目的とし、最適使用推進ガイドラインの簡略化（以下、簡略化した GL を「簡略版 GL」という。）を行うこととしている（令和４年９月 14 日中医協了承）。

○　今般、オプジーボ点滴静注の一部の効能・効果について、再審査が終了したため、再審査が終了した効能・効果及び承認の際に再審査期間が付与されていない効能・効果に係る最適使用推進ガイドラインは、簡略版 GL に改訂することとしたい（令和５年１０月２３日の薬事・食品衛生審議会了承）。

○　また、上記の再審査の結果に併せて、最適使用推進ガイドラインにおける本剤と他の抗悪性腫瘍剤との併用投与に関する規定（以下、「併用薬の規定」という。）も改訂（併用薬の規定の削除）される予定であり、関連する保険適用上の留意事項を改正することとしたい。

	品目	製造販売業者	簡略版 GL に改訂予定の最適使用推進ガイドライン	最適使用推進ガイドライン及び保険適用上の留意事項の通知発出日及び適用日※
1	オプジーボ点滴静注 20mg オプジーボ点滴静注 100mg オプジーボ点滴静注 120mg オプジーボ点滴静注 240mg	小野薬品工業（株）	○非小細胞肺癌　※ ○腎細胞癌 ○頭頸部癌 ○胃癌　※ ○高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌 ○食道癌　※ ○尿路上皮癌	（通知発出日・適用日） 令和５年 11 月 24 日

※　最適使用推進ガイドラインにおける併用薬の規定が改訂（別紙参照）

別　紙

●最適使用推進ガイドラインの新旧対照表（併用薬の規定）

【非小細胞肺癌】

※併用薬の規定を削除することにより、現行の留意事項通知で診療報酬明細書に記載を求めている内容が削除される。

改訂前	改訂後
5. 投与対象となる患者 【有効性に関する事項】 ①　本剤の単独投与は下記の患者において有効性が検証されている。 ・プラチナ製剤を含む化学療法歴を有する切除不能なⅢB 期/Ⅳ期又は再発の扁平上皮癌患者 ・プラチナ製剤を含む化学療法歴を有する切除不能なⅢB 期/Ⅳ期又は再発の非扁平上皮癌患者 なお、非扁平上皮癌で EGFR 遺伝子変異又は ALK 融合遺伝子陽性患者においては、原則として EGFR チロキシンキナーゼ阻害剤又は ALK チロキシンキナーゼ阻害剤の治療歴を有する患者。 ②　本剤の他の抗悪性腫瘍剤との併用投与は下記の患者において有効性が示されている。 ・イピリムマブ及びプラチナ製剤を含む化学療法（扁平上皮癌：カルボプラチン及びパクリタキセル、非扁平上皮癌：カルボプラチン又はシスプラチン及びペメトレキセド）との併用投与：化学療法歴のない、EGFR 遺伝子変異陰性及び ALK 融合遺伝子陰性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者 ・イピリムマブとの併用投与：化学療法歴のない、EGFR 遺伝子変異陰性及び ALK 融合遺伝子陰性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者 ・プラチナ製剤を含む化学療法（扁平上皮癌：カルボプラチン又はシスプラチン及びゲムシタビン、非扁平上皮癌：カルボプラチン又はシスプラチン及びペメトレキセド）との併用投与：化学療法歴のない、PD-L1 発現率が１%未満かつ EGFR 遺伝子変異陰性及び ALK 融合遺伝子陰性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者 ・ベバシズマブ及びプラチナ製剤を含む化学療法（カルボプラチン及びパクリタキセル）との併用投与：化学療法歴のない、EGFR 遺伝子変異陰性、ALK 融合遺伝子陰性及びROS1融合遺伝子陰性の切除不能な進行・再発の非扁平上皮非小細胞肺癌患者	3. 投与対象となる患者 （削除）

・プラチナ製剤を含む化学療法（扁平上皮癌：シスプラチン（又はカルボプラチン）及びゲムシタビン、カルボプラチン及びパクリタキセル、非扁平上皮癌：シスプラチン（又はカルボプラチン）及びペメトレキセド、カルボプラチン及びパクリタキセル）との併用投与：臨床病期ⅠB（腫瘍径が4cm以上）、Ⅱ又はⅢAの非小細胞肺癌（ただし、EGFR遺伝子変異又はALK融合遺伝子陽性であることが確認されている患者は除く）の術前患者	
③　下記に該当する非小細胞肺癌患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。 ・術後補助療法に対する本剤の単独投与及び他の抗悪性腫瘍剤との併用投与 ・化学療法歴のない患者に対する本剤の単独投与 ・②で本剤の有効性が示されていない他の抗悪性腫瘍剤との併用投与	①　下記に該当する非小細胞肺癌患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。 ・術後補助療法に対する本剤の単独投与及び他の抗悪性腫瘍剤との併用投与 ・化学療法歴のない患者に対する本剤の単独投与 ・（削除）
④　化学療法歴のない切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者において、イピリムマブとの併用投与に対する忍容性に問題がないと考えられる患者においては、本剤とイピリムマブとの併用投与を考慮すべきである。イピリムマブ及びプラチナ製剤を含む化学療法（扁平上皮癌：カルボプラチン及びパクリタキセル、非扁平上皮癌：カルボプラチン又はシスプラチン及びペメトレキセド）との併用投与に対する忍容性に問題がないと考えられる患者においては、本剤とイピリムマブ及びプラチナ製剤を含む化学療法との併用投与、PD-L1発現率が１%未満かつイピリムマブに対する忍容性に問題があると考えられる患者においては、本剤とプラチナ製剤を含む化学療法（扁平上皮癌：カルボプラチン又はシスプラチン及びゲムシタビン、非扁平上皮癌：カルボプラチン又はシスプラチン及びペメトレキセド）との併用投与を考慮することができる。なお、本剤の投与にあたっては、肺癌診療ガイドライン（日本肺癌学会編）等を参照すること	（削除）
⑤　化学療法歴のない切除不能な進行・再発の非扁平上皮非小細胞肺癌患者において、ベバシズマブ及びプラチナ製剤を含む化学療法（カルボプラチン及びパクリタキセル）との併用投与に対する忍容性に問題がないと考	（削除）

えられる患者においては、本剤とベバシズマブ及びプラチナ製剤を含む化学療法との併用投与を考慮することができる。	
⑥　肺癌診療ガイドライン（日本肺癌学会編）において、ECOG Performance Status 0～1 で 75 歳以上の扁平上皮癌、又は ECOG Performance Status 2 の患者では、第 3 世代抗癌剤（ドセタキセル等）の単剤投与が推奨されており、プラチナ製剤の使用推奨度は低いため使用されないケースがある。この場合、化学療法歴を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者において、プラチナ製剤の前治療がなくとも第 3 世代抗癌剤単剤での治療歴を有する患者においては、本剤の単独投与を考慮できる。	（削除）
⑦　プラチナ製剤を含む化学療法歴を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に対する本剤の単独投与は海外第Ⅲ相試験（CA209017 試験及び CA209057 試験）において、扁平上皮癌及び非扁平上皮癌のいずれの患者においてもドセタキセル群に対して優越性が検証されている。ただし、非扁平上皮癌の患者では、PD-L1 発現率により有効性の傾向が異なることが示唆される結果が得られていることから、非扁平上皮癌の患者においては PD-L1 発現率も確認した上で本剤の投与可否の判断をすることが望ましい。 ・PD-L1 発現率が１%未満であることが確認された非扁平上皮癌患者においては、原則、ドセタキセル等の本剤以外の抗悪性腫瘍剤の投与を優先する。 ・ペムブロリズマブ（遺伝子組換え）のコンパニオン診断薬（販売名：PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」）により PD-L1 発現率を確認した非扁平上皮癌の患者であって、本剤の診断薬（販売名：PD-L1 IHC 28-8 pharmDx「ダコ」）による再検査が困難な場合には、以下の文献等を参考に本剤の投与の可否を検討できる。	（削除）
【安全性に関する事項】 ①　下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。 ・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者	②　下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。 ・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
②　治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されない	③　治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されない

が、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。 ・間質性肺疾患の合併又は既往のある患者 ・胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者 ・自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 ・臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者 ・結核の感染又は既往を有する患者 ・ECOG Performance Status 3-4 の患者	が、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。 ・間質性肺疾患の合併又は既往のある患者 ・胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者 ・自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 ・臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者 ・結核の感染又は既往を有する患者 ・ECOG Performance Status 3-4 の患者

【胃癌】

（現行）

改訂前	改訂後
5. 投与対象となる患者 【有効性に関する事項】 ① 下記の患者において本剤の有効性が検証されている。 ・2つ以上の化学療法歴のある治癒切除不能な進行・再発胃癌患者（本剤単独投与） ・化学療法歴のないHER2陰性の治癒切除不能な進行・再発胃癌患者（化学療法*との併用投与） *:（ⅰ）オキサリプラチン及びカペシタビン、（ⅱ）オキサリプラチン、ホリナートカルシウム及びフルオロウラシル、又は（ⅲ）オキサリプラチン及びテガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤	3. 投与対象となる患者 （削除）
② 国際共同第Ⅲ相試験（ONO-4538-44/CA209649 試験）及び国際共同第Ⅱ/Ⅲ相試験（ONO-4538-37 試験）において、対照薬（化学療法又はプラセボ＋化学療法）と比較して、本剤＋化学療法の有効性が示されている。ただし、本剤の上乗せにより有害事象の発現率が高くなる傾向が認められ、また、PD-L1 発現状況（CPS）により本剤の上乗せ効果が異なる傾向が示唆されている。原則として、これらを踏まえ、PD-L1 発現率が５%未満（CPS5 未満）であることが確認された患者においては、化学療法単独による治療についても考慮する。	（削除）
③ 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。 ・一次治療及び二次治療を受けていない患者に対する本剤の単独投与 ・HER2 陽性の患者に対する化学療法との併用投与 ・①で本剤の有効性が示されていない他の抗悪性腫瘍剤との併用投与 ・術後補助療法としての投与	① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。 ・一次治療及び二次治療を受けていない患者に対する本剤の単独投与 ・HER2 陽性の患者に対する化学療法との併用投与 ・（削除） ・術後補助療法としての投与
【安全性に関する事項】 ① 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。 ・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある	② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。 ・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある

患者 ② 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。 ・間質性肺疾患の合併又は既往のある患者 ・胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者 ・自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 ・臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者 ・結核の感染又は既往を有する患者 ・ECOG Performance Status 3-4 の患者	患者 ③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。 ・間質性肺疾患の合併又は既往のある患者 ・胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者 ・自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 ・臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者 ・結核の感染又は既往を有する患者 ・ECOG Performance Status 3-4 の患者

【食道癌】

（現行）

改訂前	改訂後
5. 投与対象となる患者 【有効性に関する事項】 ① 下記の患者において本剤の有効性が検証されている。 ・フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤及びプラチナ製剤を含む併用化学療法に不応又は不耐の根治切除不能な進行又は再発の食道癌患者（本剤単独投与） ・術前化学放射線療法により pCR が認められなかった食道癌の術後患者（本剤単独投与） ・化学療法未治療の根治切除不能な進行・再発の食道癌患者（NIVO/IPI 投与又は NIVO/Chemo 投与）	3. 投与対象となる患者 （削除）
② 国際共同第Ⅲ相試験（ONO-4538-50/CA209648 試験）において、対照とされた化学療法（Chemo）単独と比較して、NIVO/IPI 投与又は NIVO/Chemo 投与の有効性が示されている。ただし、NIVO/IPI 投与又は NIVO/Chemo 投与のいずれにおいても、化学療法単独と比較して重篤な有害事象の発現率が高くなる傾向が認められ、また PD-L1 発現状況（TPS）により、有効性が異なる傾向が示唆されていることから、PD-L1 発現率も確認した上で本剤投与の可否を判断することが望ましい。PD-L1 発現率が１%未満（TPS＜１%）であることが確認された患者においては、本剤以外の治療選択肢も考慮する。	（削除）
③ 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。 ・一次治療を受けていない根治切除不能な進行又は再発の患者に対する本剤単独投与 ・術前補助療法としての投与 ・術前補助療法により pCR が認められた患者に対する術後補助療法としての投与 ・術後補助療法としての他の抗悪性腫瘍剤との併用投与	① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。 ・一次治療を受けていない根治切除不能な進行又は再発の患者に対する本剤単独投与 ・術前補助療法としての投与 ・術前補助療法により pCR が認められた患者に対する術後補助療法としての投与 ・術後補助療法としての他の抗悪性腫瘍剤との併用投与
【安全性に関する事項】 ① 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。	② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ② 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。 ・間質性肺疾患の合併又は既往のある患者 ・胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者 ・自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 ・臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者 ・結核の感染又は既往を有する患者 ・ECOG Performance Status 3-4 の患者	・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。 ・間質性肺疾患の合併又は既往のある患者 ・胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者 ・自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 ・臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者 ・結核の感染又は既往を有する患者 ・ECOG Performance Status 3-4 の患者

中医協　総－１参考１
５．１０．２７

中医協　総－５
４．９．１４

再審査の評価終了後の最適使用推進ガイドラインの改訂について

令和４年９月１４日
厚生労働省医薬・生活衛生局
医薬品審査管理課
保険局医療課

１．本制度の趣旨

医薬品は、添付文書等に基づいた適正な使用が求められる。また、昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されており、経済財政運営と改革の基本方針 2016 においても、革新的医薬品の使用の最適化推進を図ることとされている。

そのため、2017 年以降、新規作用機序を有する革新的な医薬品については、当該医薬品の最適な使用を推進する観点から必要な患者及び医療機関等の要件、考え方及び留意事項を示す最適使用推進ガイドライン（以下「GL」という。）を審査と並行して作成しているところ。

２．改定の背景と方針

＜背景＞

- 2017 年以降、新規作用機序の革新的医薬品について、最新の科学的見地に基づく最適な使用を推進する観点から、GL を作成し、現在 40 本を超える GL を作成してきた。
- GL 作成後も、効能・効果及び/又は用法・用量の追加・変更、添付文書改訂の都度それらの反映等のメンテナンスが継続的に行われてきており、外部専門家による作成検討会を実施してきた。
- 再審査期間を終え、有効性及び安全性に関する情報が十分に蓄積された品目/効能・効果に関しては、事務的な手続きの簡略化を目的とし、最適使用推進ガイドラインの簡略化（以下、簡略化した GL を「簡略版 GL」という。）を行うこととしたい。

＜方針＞

- 簡略版 GL の対象：再審査の評価が終了した品目/効能・効果
- 簡略版 GL への切り替え時期：再審査の評価が終了した以降の一部変更承認時又は添付文書改訂時
- GL と簡略版 GL の記載内容の比較：

GL	簡略版 GL
1. はじめに • 最適 GL 作成にあたって協力された学会名 • 医薬品名 • 対象となる効能・効果、用法・用量等	1. はじめに （同左）
2. 本剤の特徴、作用機序	（削除）※原則、添付文書と同一のため ただし、3. 臨床成績については、コンプリメンタリー診断を設定する場合には、当該診断に係る部分集団解析を最適 GL にのみ記載。
3. 臨床成績	
4. 施設について • 施設要件 • 医師要件 • 副作用への対応等	２．施設について （同左）
5. 投与対象となる患者 • 有効性が示された投与対象となる患者並びに投与対象とならない患者及び使用方法 • 安全性に関する事項	３．投与対象となる患者 （同左）
6. 投与に際して留意すべき事項	4. 投与に際して留意すべき事項 （削除）※原則、添付文書と同一のため

- GL の策定に伴う保険適用上の留意事項との関係：従前の GL と同様

３．手続き

- 簡略版 GL 案の検討を医薬品審査管理課で行い申請者に確認を行う。
- 対象医薬品の承認について報告する薬事･食品衛生審議会の部会で簡略版GL案を事務局が説明、了承を得る。
- 中央社会保険医療協議会（以下「中医協」）総会で簡略版 GL 案を事務局が報告、了承を得る。
  ※ 簡略版 GL への切り替え後における効能追加等の一部変更承認に伴う簡略版 GL の改定の場合には、中医協には事後的に報告する。
- 対象医薬品の一部変更承認時、添付文書改訂時等に、保険適用上の留意事項と簡略版 GL を通知。

４．今後の予定

- ９月下旬頃、通知発出

中医協　総－１参考２
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～非小細胞肺癌～

平成２９年２月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果のうち、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会、特定非営利活動法人日本肺癌学会及び一般社団法人日本呼吸器学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品：	ニボルマブ（遺伝子組換え）
対象となる効能又は効果：	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 非小細胞肺癌における術前補助療法
対象となる用法及び用量：	＜切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌＞ 通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 360 mg を 3 週間間隔で点滴静注する。 ＜非小細胞肺癌における術前補助療法＞ 他の抗悪性腫瘍剤との併用において、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 360 mg を 3 週間間隔で点滴静注する。ただし、投与回数は 3 回までとする。

2. 施設について

本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 肺癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち、3 年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む 5 年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③ 副作用への対応について

③-1 施設体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する非小細胞肺癌患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- 術後補助療法に対する本剤の単独投与及び他の抗悪性腫瘍剤との併用投与
- 化学療法歴のない患者に対する本剤の単独投与

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- ECOG Performance Status 3-4(注1)の患者

(注1) ECOG の Performance Status（PS）

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

中医協　総－１参考３
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～腎細胞癌～

平成２９年４月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会及び一般社団法人日本泌尿器科学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品：	ニボルマブ（遺伝子組換え）
対象となる効能又は効果：	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
対象となる用法及び用量：	通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。 カボザンチニブと併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。 化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対してイピリムマブ（遺伝子組換え）と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 3 週間間隔で 4 回点滴静注する。その後、ニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。

2. 施設について

本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 腎細胞癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2 年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③ 副作用への対応について

③-1 施設体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- 化学療法未治療患者及びサイトカイン製剤のみの治療歴を有する患者に対する本剤単独投与
- 術後補助療法

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- Karnofsky Performance Status 70 未満 (注1) の患者

(注1) Karnofsky Performance Status（PS）

	Score	定義
正常の活動が可能。特別な看護が必要ない。	100	正常。疾患に対する患者の訴えがない。臨床症状なし。
	90	軽い臨床症状はあるが、正常活動可能
	80	かなり臨床症状があるが、努力して正常の活動可能
労働することは不可能。自宅で生活できて、看護はほとんど個人的な欲求によるものである。様々な程度の介助を必要とする。	70	自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働することは不可能
	60	自分に必要なことはできるが、ときどき介助が必要
	50	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要
身の回りのことを自分でできない。施設あるいは病院の看護と同等の看護を必要とする。疾患が急速に進行している可能性がある。	40	動けず、適切な医療および看護が必要
	30	全く動けず、入院が必要だが死はさしせまっていない
	20	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要
	10	死期が迫っている
	0	死

中医協　総－１参考４
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～頭頸部癌～

平成２９年３月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会、一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会及び公益社団法人日本口腔外科学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品：ニボルマブ（遺伝子組換え）
対象となる効能又は効果：再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌
対象となる用法及び用量：通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。

2. 施設について

本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師又は歯科医師（下表のいずれかに該当する医師又は歯科医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2 年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。
• 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5 年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2 年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師は上の表のいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師又は歯科医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③ 副作用への対応について

③-1 施設体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- プラチナ製剤を含む化学療法による治療歴のない患者
- 術後補助療法
- 他の抗悪性腫瘍剤と併用して投与される患者

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- ECOG Performance Status 3-4(注1)の患者

(注1) ECOG の Performance Status（PS）

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

中医協　総－１参考５
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～胃癌～

平成２９年９月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果のうち、がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の胃癌に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会及び一般社団法人日本胃癌学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品	ニボルマブ（遺伝子組換え）
対象となる効能又は効果	治癒切除不能な進行・再発の胃癌
対象となる用法及び用量	通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 360 mg を 3 週間間隔で点滴静注する。

2. 施設について

医薬品リスク管理計画（RMP）に基づき、本剤の医薬品安全性監視活動への協力体制がある施設であって、本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 胃癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む 5 年以上の消化器外科学の修練を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち、3 年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③ 副作用への対応について

③-1 施設体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- 一次治療及び二次治療を受けていない患者に対する本剤の単独投与
- HER2 陽性の患者に対する化学療法との併用投与
- 術後補助療法としての投与

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- ECOG Performance Status 3-4[注1]の患者

[注1] ECOG の Performance Status（PS）

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、　軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

中医協　総－１参考６
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）

を有する結腸・直腸癌～

令和２年２月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会及び一般社団法人日本癌治療学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品：	ニボルマブ（遺伝子組換え）
対象となる効能又は効果：	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌
対象となる用法及び用量：	通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。イピリムマブ（遺伝子組換え）と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 3 週間間隔で 4 回点滴静注する。その後、ニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。

2. 施設について

本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 結腸・直腸癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む 5 年以上の消化器外科学の修練を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち、3 年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③ 副作用への対応について

③-1 施設体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴のない患者
- 術後補助療法

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- ECOG Performance Status 3-4[注1)]の患者

（注1） ECOG の Performance Status（PS）

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

中医協　総－１参考７
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～食道癌～

令和２年２月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果のうち、がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会、特定非営利活動法人日本食道学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品：	ニボルマブ（遺伝子組換え）
対象となる効能又は効果：	根治切除不能な進行・再発の食道癌 食道癌における術後補助療法
対象となる用法及び用量：	＜根治切除不能な進行・再発の食道癌＞ 通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔、1 回 360 mg を 3 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。 ＜食道癌における術後補助療法＞ 通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。ただし、投与期間は 12 カ月間までとする。

2. 施設について

本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 食道癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む 5 年以上の消化器外科学の修練を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち、3 年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③　副作用への対応について

③-1 施設体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- 一次治療を受けていない根治切除不能な進行又は再発の患者に対する本剤単独投与
- 術前補助療法としての投与
- 術前補助療法により pCR が認められた患者に対する術後補助療法としての投与
- 術後補助療法としての他の抗悪性腫瘍剤との併用投与

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- ECOG Performance Status 3-4(注1)の患者

(注1) ECOG の Performance Status（PS）

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

中医協　総－１参考８
５．１０．２７

最適使用推進ガイドライン（案）

ニボルマブ（遺伝子組換え）

～尿路上皮癌～

令和４年３月（令和５年●月改訂）

厚生労働省

目次

1. はじめに P2
2. 施設について P3
3. 投与対象となる患者 P5

1. はじめに

本ガイドラインでは、開発段階やこれまでに得られている医学薬学的・科学的見地に基づき、以下の医薬品の最適な使用を推進する観点から、ニボルマブ（遺伝子組換え）（以下、「本剤」）を使用する施設に求められる要件及び投与対象となる患者を示す。

作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等については、最新の電子化された添付文書及び医薬品リスク管理計画（以下、「RMP」）を参照すること。

※　本効能又は効果において、本剤の他効能（切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の胃癌、がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌、がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌）に係る再審査における評価の結果、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 14 条第 2 項第 3 号イからハまでのいずれにも該当しないと判断された（●年●月）。電子化された添付文書や RMP で作用機序、臨床成績、投与に際して留意すべき事項等の内容が確認できることから、これらの説明を省略したガイドラインに切り替えた（●年●月）。

なお、本ガイドラインは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、公益社団法人日本臨床腫瘍学会、一般社団法人日本臨床内科医会及び一般社団法人日本泌尿器科学会の協力のもと作成した。

対象となる医薬品：ニボルマブ（遺伝子組換え） 対象となる効能又は効果：尿路上皮癌における術後補助療法 対象となる用法及び用量：通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1 回 240 mg を 2 週間間隔又は 1 回 480 mg を 4 週間間隔で点滴静注する。ただし、投与期間は 12 カ月間までとする。

2. 施設について

本剤の投与が適切な患者を診断・特定し、本剤の投与により重篤な副作用を発現した際に対応することが必要なため、以下の①～③のすべてを満たす施設において使用するべきである。

① 施設について

①-1 下記の（1）～（5）のいずれかに該当する施設であること。

(1) 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）
(2) 特定機能病院
(3) 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）
(4) 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 又は外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
(5) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

①-2 尿路上皮癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。
• 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。

② 院内の医薬品情報管理の体制について

医薬品情報管理に従事する専任者が配置され、製薬企業からの情報窓口、有効性・安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供、有害事象が発生した場合の報告業務、等が速やかに行われる体制が整っていること。

③　副作用の対応について

③−1 副作用発現時の対応体制に関する要件

間質性肺疾患等の重篤な副作用が発生した際に、24 時間診療体制の下、当該施設又は連携施設において、発現した副作用に応じて入院管理及び CT 等の副作用の鑑別に必要な検査の結果が当日中に得られ、直ちに対応可能な体制が整っていること。

③-2 医療従事者による有害事象対応に関する要件

がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者が副作用モニタリングを含めた苦痛のスクリーニングを行い主治医と情報を共有できるチーム医療体制が整備されていること。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知されていること。

③-3 副作用の診断や対応に関して

本剤の電子化された添付文書において注意喚起されている副作用に対して、当該施設又は近隣医療機関の専門性を有する医師と連携し（副作用の診断や対応に関して指導及び支援を受けられる条件にあること）、直ちに適切な処置ができる体制が整っていること。

3. 投与対象となる患者

① 下記に該当する患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。

- 他の抗悪性腫瘍剤との併用投与
- 術前補助療法としての投与
- 根治切除不能な患者に対する投与

② 下記に該当する患者については本剤の投与が禁忌とされていることから、投与を行わないこと。

- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

③ 治療前の評価において下記に該当する患者については、本剤の投与は推奨されないが、他の治療選択肢がない場合に限り、慎重に本剤を使用することを考慮できる。

- 間質性肺疾患の合併又は既往のある患者
- 胸部画像検査で間質影を認める患者及び活動性の放射線肺臓炎や感染性肺炎等の肺に炎症性変化がみられる患者
- 自己免疫疾患の合併、又は慢性的な若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
- 臓器移植歴（造血幹細胞移植歴を含む）のある患者
- 結核の感染又は既往を有する患者
- ECOG Performance Status 3-4（注1）の患者

（注1） ECOG の Performance Status（PS）

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

中医協　総－２
５．１０．２７

ＤＰＣ対象病院の退出に係る報告について

○　ＤＰＣ制度において、診療報酬改定以外の時期に特別の理由により緊急にＤＰＣ制度から退出する場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課において確認を行い、必要に応じて（※）中央社会保険医療協議会において審査・決定することとしている。

（※）退出の類型と審査・決定の主体に係る現行の整理

退出の類型	審査・決定の主体
病床機能の転換を理由に退出する場合	厚生労働省保険局医療課
予期せぬ事由により、DPC 制度への継続参加が困難となった場合	中央社会保険医療協議会
厚生労働省保険局医療課において審査及び決定することが困難と考えられる場合	

○　今般、三友堂病院から、以下のとおり病床機能の転換を理由としたＤＰＣ制度からの退出に係る申請書が提出されたことから、厚生労働省保険局医療課において確認を行い、ＤＰＣ制度からの同病院の退出について可とする旨を決定したため、同病院は、令和６年２月１日付でＤＰＣ制度から退出することとなった。

医療機関名	退出理由
三友堂病院	地域における医療需要の変化等を踏まえ、地域医療構想の趣旨に沿った病床再編を行い、回復期医療に特化した機能を担うため。

中医協　総－２参考
５．　１０．　２７

令和４年３月 25 日保医発第 0325 第４号
「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」（抜粋）

第１　４　ＤＰＣ制度からの退出について

（略）

（２）退出の手続き

①、②　（略）

③　特別な理由により緊急に退出する必要がある場合

特別な理由により、①及び②の手続によらず緊急にＤＰＣ制度から退出する必要がある病院（特定機能病院を除く。）は、別紙 10「ＤＰＣ制度からの退出に係る申請書（特別な理由がある場合）」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

当該申請書が提出された場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課において審査及び決定することとし、必要に応じて中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。退出が認められた場合には、認められた月の４か月後の初日にＤＰＣ制度から退出するものとする（退出が認められた月の翌々月の初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。）。

なお、審査後の決定内容は当該病院に通知するものとし、通知した決定に不服がある病院は、１回に限り別紙 11 に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、退出の可否を決定するものとする。

また、当該審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

（特別な理由の例）

○　ＤＰＣ調査に適切に参加できなくなった場合

④　（略）

（３）（略）

（４）退出した病院のＤＰＣ調査への参加について

①～③（略）

④　特別な理由により緊急に退出する必要がある場合

特別な理由により緊急に退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、ＤＰＣ調査に適切に参加しなければならないものとする。

中医協　総－３
５．　１０．２７

在宅（その４）

１．歯科訪問診療の現状等について

２．歯科訪問診療の提供体制について

３．歯科訪問診療における口腔の管理について

４．小児に対する歯科訪問診療について

５．歯科訪問診療における連携等について

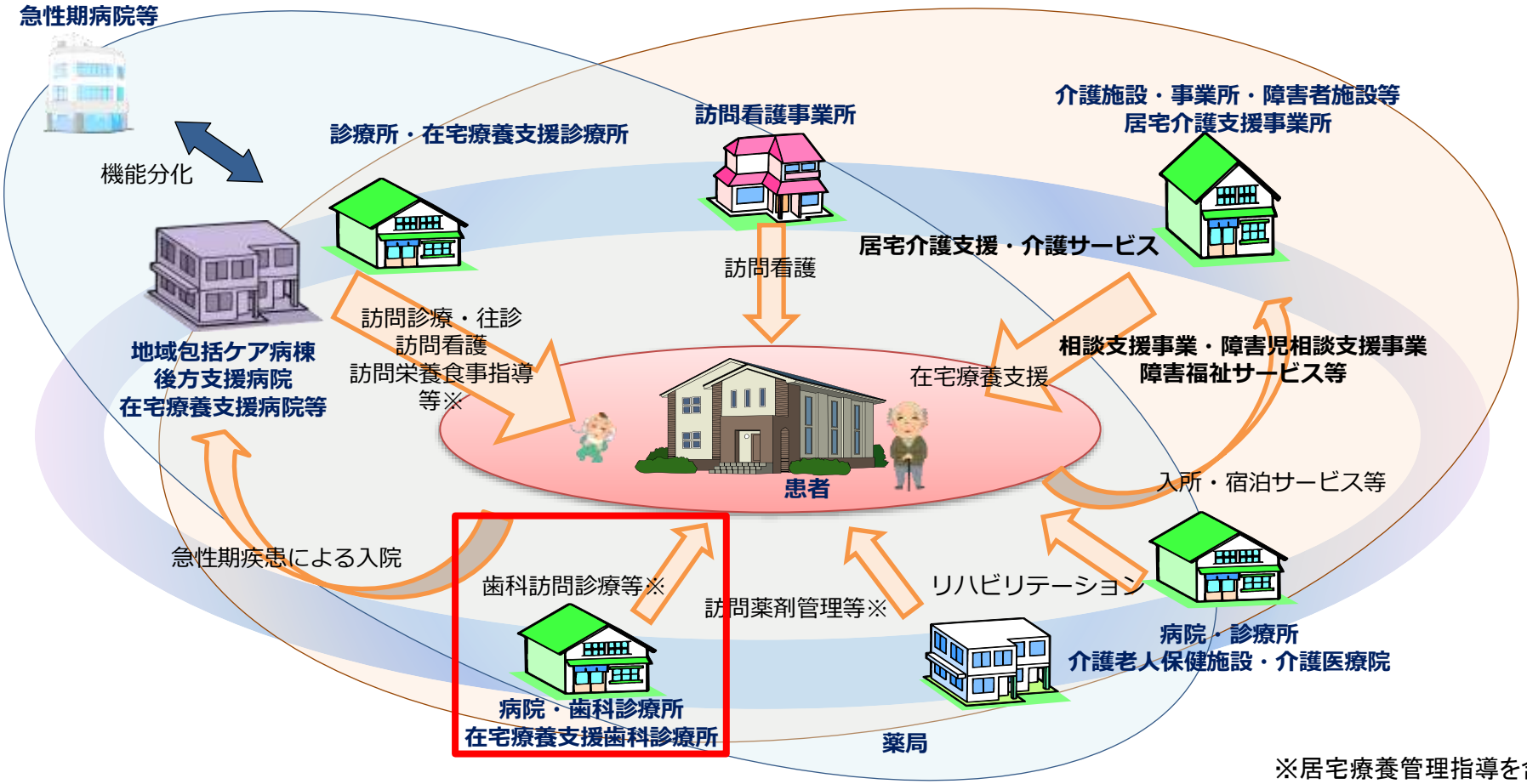
地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○　在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。

医療

連携
連携の例
○主治医とケアマネの連携
○医療機関と高齢者施設の連携
○多職種による連携

介護・障害



※居宅療養管理指導を含む

令和６年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見
（令和５年６月14日中医協資料より、歯科訪問診療に関係するものを抜粋）

テーマ1：地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

○ 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

テーマ2：リハビリテーション・口腔・栄養

○ リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。

○ 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。

○ リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

○ 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。

○ 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。

○ 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎や感染を予防するうえで非常に重要。

○ 給付調整を含めた制度の複雑さがあるのではないか。

○ 感染症対策も含めた口腔の管理の提供のあり方も工夫が必要。

テーマ3：要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

○ 入院による生活機能等の悪化や重症化を予防するためには、口腔管理含め多職種の早期離床等の取組が必要。また、医療機関に歯科がない場合においても、口腔の管理が継続できるような体制整備を構築すべき。脳血管疾患や誤嚥性肺炎についても医療介護連携が可能な仕組みを検討すべき。

テーマ4：高齢者施設・障害者施設等における医療

○ 歯科医療機関との連携の観点からは、協力歯科医療機関以外の地域の歯科医療機関も含む地域連携が重要。

テーマ5：認知症

○ 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。

テーマ6：人生の最終段階における医療・介護

○ 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

テーマ7：訪問看護

○ 訪問看護の利用者には口腔に課題がある者もいるため、多職種連携がより推進される仕組みが求められる。

出典：令和5年6月14日中医協　総－4　参考2　から抜粋

令和5年7月12日開催の中医協における主なご意見

○　在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。

○　在宅医療の24時間体制については、訪問診療と訪問看護をセットで考え、どのように維持していくかを考える必要がある。

○　在宅医療提供体制は医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要があり、在宅療養移行加算の様な連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題である。

○　緊急往診の提供体制の充実は必要だが、地域連携の下で計画的な訪問診療が行われることを基本としつつ、検討していく必要がある。

○　地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは今後の需要増加に対応するにあたり不可欠である。

○　患者さんが安心して在宅医療を受けるためには連携の強化や情報共有に加えて、医療の質も確保していく必要がある。

○　かかりつけ医が外来に加えて在宅に尽力している医療機関と在宅医療を専門としているような医療機関では効率性が異なることに留意する必要がある。

○　在宅医療の提供体制の地域差については、都市部での規模の大きいクリニックと地方での点在するクリニックでは事情が異なることを留意しなければならない。地方においては医療機関同士で補完しあう形でかかりつけ医機能を推進していく必要がある。

○　良質で切れ目のない医療提供体制を構築する観点からも、在宅医療の提供の地域差について、要因の把握を行う必要があるのではないか。

○　往診加算の算定回数が増加傾向であることについて、新型コロナウイルス感染症に関する特例の廃止後の動向を注意深く見ていく必要がある。

○　看取りは死の瞬間までを支えるターミナルケアの充実が重要であり、がんや非がんに関わらず、緩和医療を提供することが必要である。

○　リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取組は重要だが、在宅では特に不足している。口腔や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して貴重な人材が地域で活躍できる仕組みの検討が必要である。

○　診療所が栄養ケア・ステーションと連携して訪問栄養食事指導を行うためには、医師の指示箋や契約のハードルを下げる工夫が求められる。

令和5年7月12日開催の中医協における主なご意見（在宅歯科医療に関するもの）

○　歯科訪問診療はニーズがあるものの、実施している歯科医療機関は全体の約２割程度にとどまっているため、各地域における在宅歯科医療の提供体制の構築をさらに推進する必要がある。

○　病院歯科による歯科訪問診療の実施状況は地域差が大きい。病院歯科と歯科診療所の連携は非常に重要であることから、病院と歯科診療所のそれぞれの機能に応じた評価について検討すべき。

○　在宅療養支援歯科診療所について、さらに機能分化・連携が進むよう、機能に応じて適切な評価を検討すべき。

○　訪問歯科衛生指導について、施設等で実施される日常の口腔衛生管理と、医療として実施される訪問歯科衛生指導では役割が異なるため、要介護者等の口腔健康管理がさらに推進されるよう検討すべき。

○　人生の最終段階においては、口腔乾燥などから生じる疼痛・不快感などで頻回の介入が必要になるケースもあることから、適切な介入が可能となるよう検討すべき。

○　小児への歯科訪問診療について、医療的ケア児の増加などに伴い今後さらにニーズが増すと考えられることから、推進する必要がある。

○　歯科訪問診療は歯科医療機関により提供されるため、関係者間の情報連携は非常に重要であるが、連携が進んでいない現状があることから、その理由や課題について分析するべき。また、栄養サポートチームについては、実施状況が一部にとどまることから、連携して実施できる体制を構築していく必要がある。

○　歯科訪問診療を実施していない理由として「依頼がない」という回答が上位にある一方で、介護保険施設では歯科の受診経験なしが約30%となっている。歯科訪問診療が推進されるよう、ニーズのマッチングを進めるべき。

1. 歯科訪問診療の現状等について

2. 歯科訪問診療の提供体制について

3. 歯科訪問診療における口腔の管理について

4. 小児に対する歯科訪問診療について

5. 歯科訪問診療における連携等について

在宅歯科医療に係る診療報酬上の取扱い

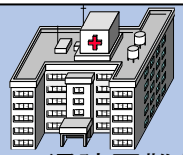
○　歯科訪問診療料は、訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理されている。
○　個々の診療にかかる診療報酬は、外来診療と同様に出来高で算定する。

居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院（介護療養型医療施設等含む。）



入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院（周術期口腔機能管理に関連する場合に限る）

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

- 介護老人保健施設
- 介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療の提供

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】	【253点】	【111点】

※患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても、歯科訪問診療１又は2の算定が可能
※「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療１の算定が可能
※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可
※歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

患者の状況に応じて　＋

○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬

・う蝕治療・有床義歯の作製や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定

○個別の診療内容の項目に対する加算

・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算
・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴（一部除外あり）の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

在宅歯科医療に関する近年の主な変遷

改定年	概　要
H26	○「在宅かかりつけ歯科診療所加算」新設 （100点） →歯科訪問診療の実績が月平均5人以上、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定している歯科診療所の歯科訪問診療1の加算 ○歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 →「2」:同一建物居住者で2人以上9人未満の患者に対し20分以上診療を実施した場合 「3」:20分未満の歯科訪問診療を実施した場合又は同一建物居住者で10人以上の患者に対し歯科訪問診療を実施した場合 ○「歯科訪問診療料」の消費税対応(「1」:850点→866点、「2」:380点→283点、「3」:143点(新設))
H28	○「在宅かかりつけ歯科診療所加算」を「在宅歯科医療推進加算」に改称、施設基準の算定回数要件を緩和 ○「歯科訪問診療1」における20分要件を見直し →「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態等で、20分以上の診療が困難である場合に限り条件を緩和 ○「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設
H30	○「歯科訪問診療料」の見直し ・「1」:886点→1,036点、「2」:283点→338点、「3」:120点→175点 ・20分未満について見直し （人数に関わらず）歯科訪問診療3（175点） → （人数に応じ）歯科訪問診療1～3の100分の70の点数 ・在宅患者等急性歯科疾患対応加算の廃止 ○「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を、機能に応じ「在宅療養支援歯科診療所1」と「在宅療養支援歯科診療所2」に見直し ○「在宅等療養患者専門的口腔衛生処置」の新設（120点） ○「小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設（450点）
R1	○「歯科訪問診療の消費税対応（10月） （「1」:1,036点→1,100点、「2」:338点→361点、「3」:175点→185点）
R2	○「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し 「3　在宅療養支援歯科診療所1及び2以外の場合」 190点→200点
R4	○「歯科訪問診療料」のうち、診療時間が20分未満の評価の見直し(「1」:770点→880点、「3」:130点→111点) ○「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を見直し ・歯科訪問診療の実績要件（過去1年間の歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療料2の算定回数）について、 在宅療養支援歯科診療所1:15回以上 → 18回以上　　在宅療養支援歯科診療所2:10回以上 → 4回以上 ・依頼による歯科訪問診療料の算定実績要件の依頼元に、保険薬局を追加 ○「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し 「1　在宅療養支援歯科診療所1の場合」320点→340点、「2　在宅療養支援歯科診療所2の場合」250点→230点

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

２０分未満の歯科訪問診療の評価の見直し

➢ 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合について見直しを行う。

現行

【歯科訪問診療料（１日につき）】
［算定要件］
注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれ**の所定点数の100分の70に相当する点数により**算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

改定後

【歯科訪問診療料（１日につき）】
［算定要件］
注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ**880点、253点又は111点を**算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

R４改定後		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療１	2人以上9人以下 歯科訪問診療２	10人以上 歯科訪問診療３
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	**【880点】** **100分の80相当**	【253点】 100分の70相当	**【111点】** **100分の60相当**

歯科訪問診療の実施状況（医療機関数）

○　歯科訪問診療料（歯科訪問診療1,2,3）の算定医療機関数をみると、歯科訪問診療料の算定があった医療機関は15,160施設であり、初診料等の算定がある医療機関約62,000施設の約24%であった。

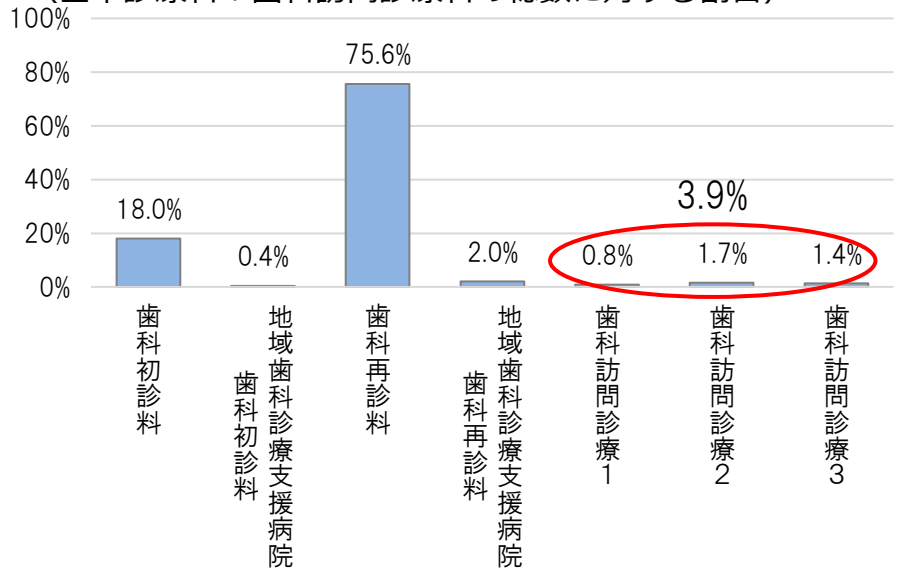
○ 基本診療料及び歯科訪問診療料の算定回数の総数に対する歯科訪問診療料（歯科訪問診療1,2,3の合計）の算定回数の割合は、約3.9%であった。

■基本診療料、歯科訪問診療料の算定医療機関数

	算定のあった医療機関数	
歯科訪問診療１	13,715	
歯科訪問診療２	7339	**15,160**
歯科訪問診療３	2,070	（レセ請求があった歯科医療機関の**24.3%**）
歯科初診料	61,277	
		61,865
地域歯科診療支援病院歯科初診料	589	
歯科再診料	61,542	
		62,128
地域歯科診療支援病院歯科再診料	588	

※当該月にレセプト請求があった歯科医療機関数：62,342施設

■基本診療料、歯科訪問診療料の算定状況
（基本診療料＋歯科訪問診療料の総数に対する割合）



■基本診療料、歯科訪問診療料の算定状況（回数）

	1か月の算定回数
歯科訪問診療１	257,844
歯科訪問診療２	511,441
歯科訪問診療３	435,045
歯科初診料	5,564,052
地域歯科診療支援病院歯科初診料	135,330
歯科再診料	23,380,505
地域歯科診療支援病院歯科再診料	624,582
合計	30,908,799

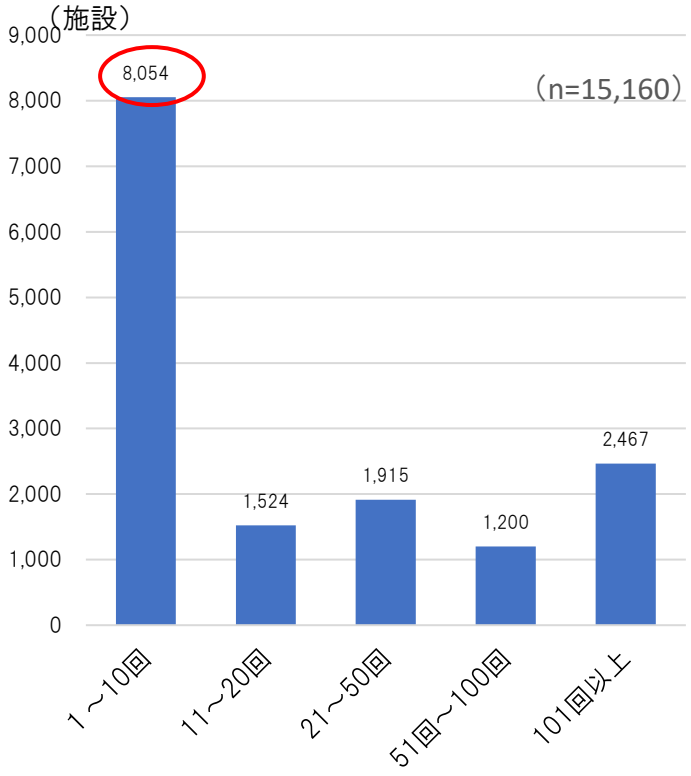
出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数

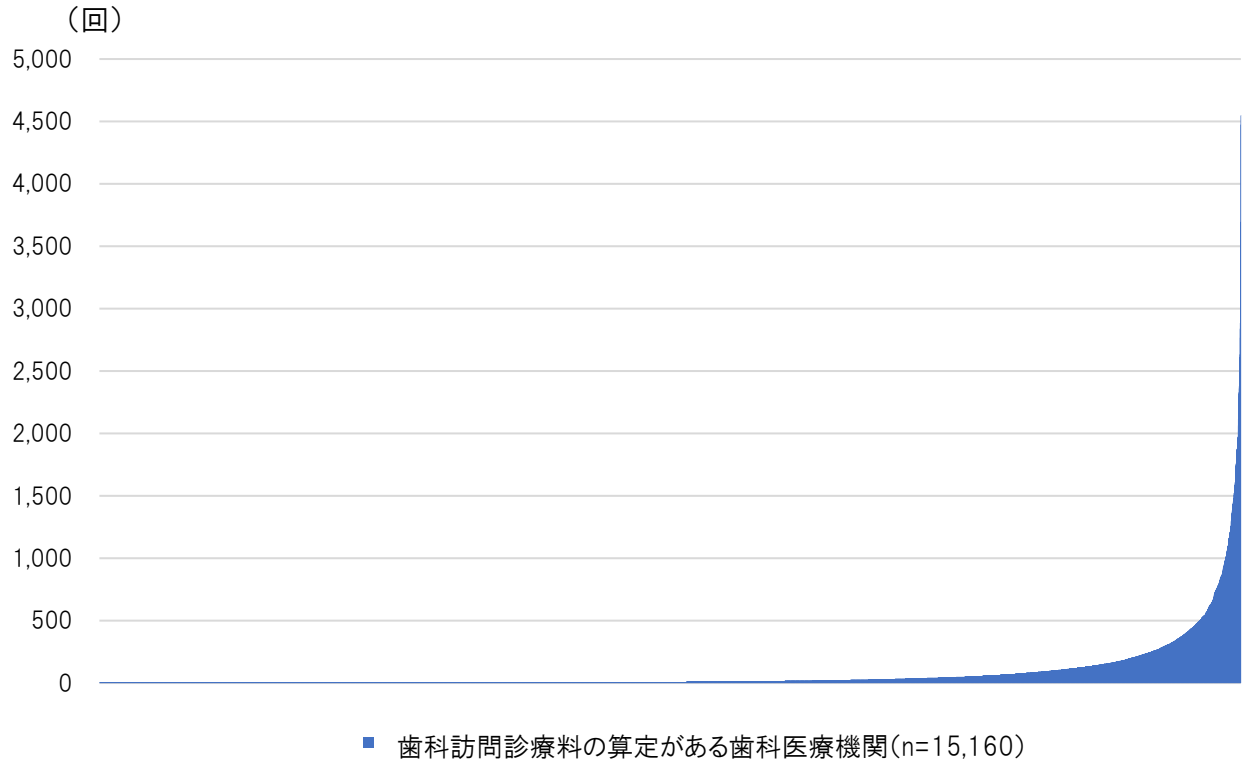
○　1月あたりの歯科訪問診療料の算定回数別医療機関数をみると、算定回数が1～10回の医療機関が約半数であり、最も多い。

○　1医療機関当たりの算定回数をみると、算定回数が多い医療機関も一定数存在する。

■算定回数別医療機関数



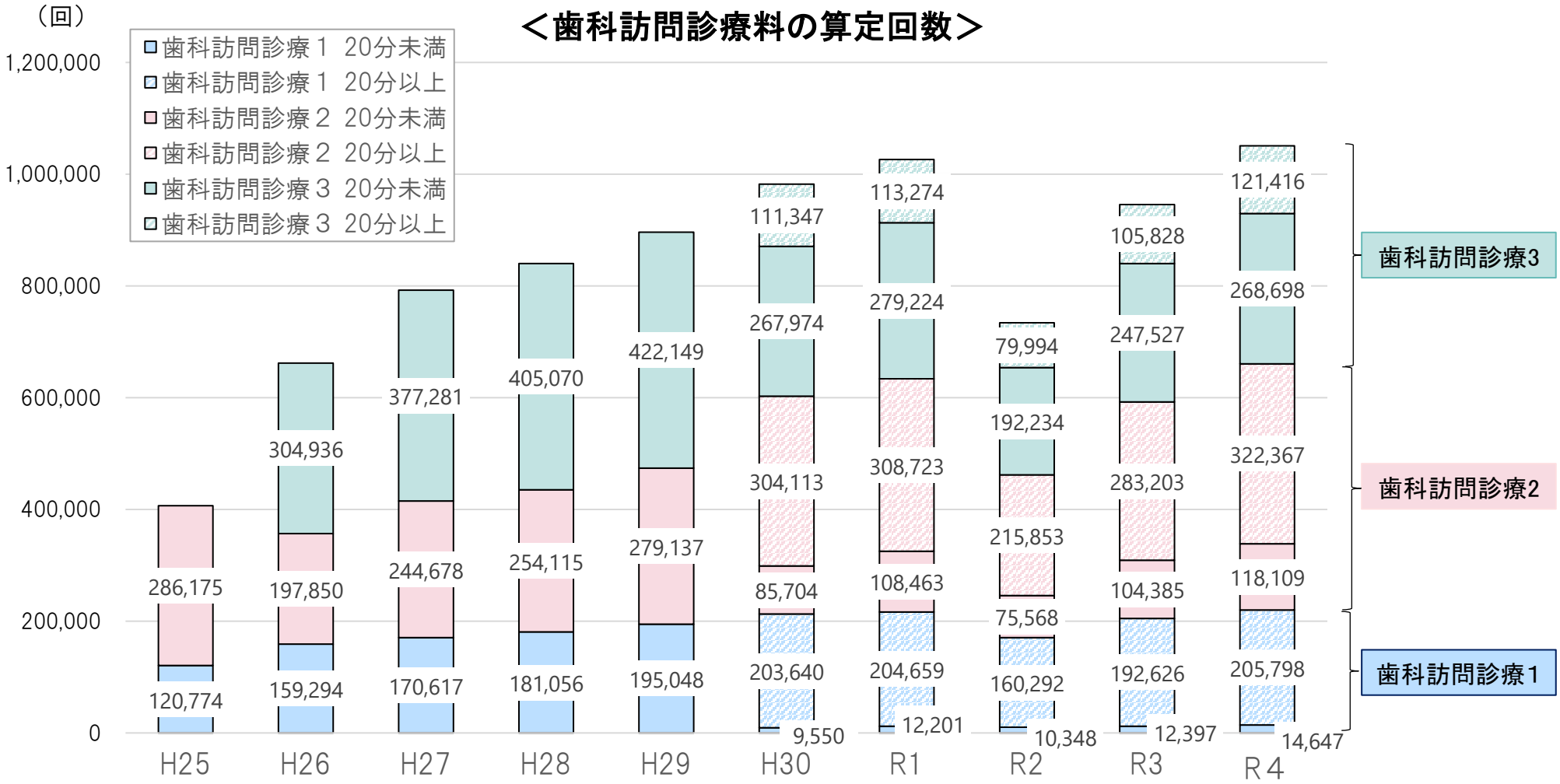
■医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数（歯科訪問診療１～３の算定回数の合計）



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

歯科訪問診療料の算定状況

○　歯科訪問診療料の算定回数は令和２年に減少したものの、増加傾向にあり、特に歯科訪問診療２及び３の割合が大きい。また、歯科訪問診療１及び２と比較し、歯科訪問診療３は20分未満の割合が多い。
○　平成30年度以降は、歯科訪問診療２が最も多く算定されている。



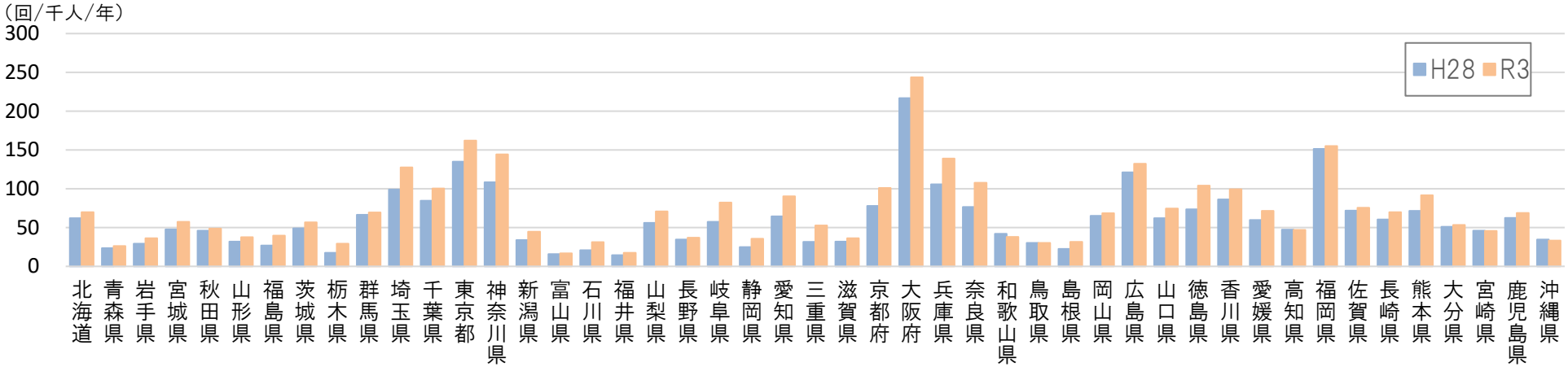
出典：社会医療診療行為別統計

都道府県ごとの歯科訪問診療料の算定状況

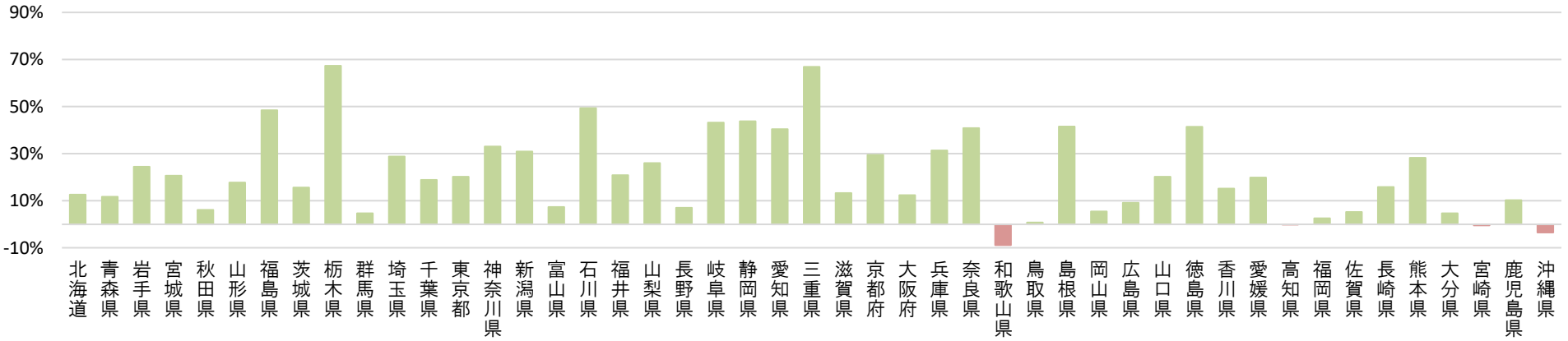
○　平成28年と令和3年における一年間の人口1,000人あたりの都道府県ごとの歯科訪問診療料の算定回数及び増加率は以下のとおり（人口は令和3年度人口動態統計を使用）。

○　ほぼ全ての地域で歯科訪問診療料の算定回数が増加しているが、依然として地域差が大きい。

■都道府県ごとの人口1000人あたりの歯科訪問診療料の算定回数



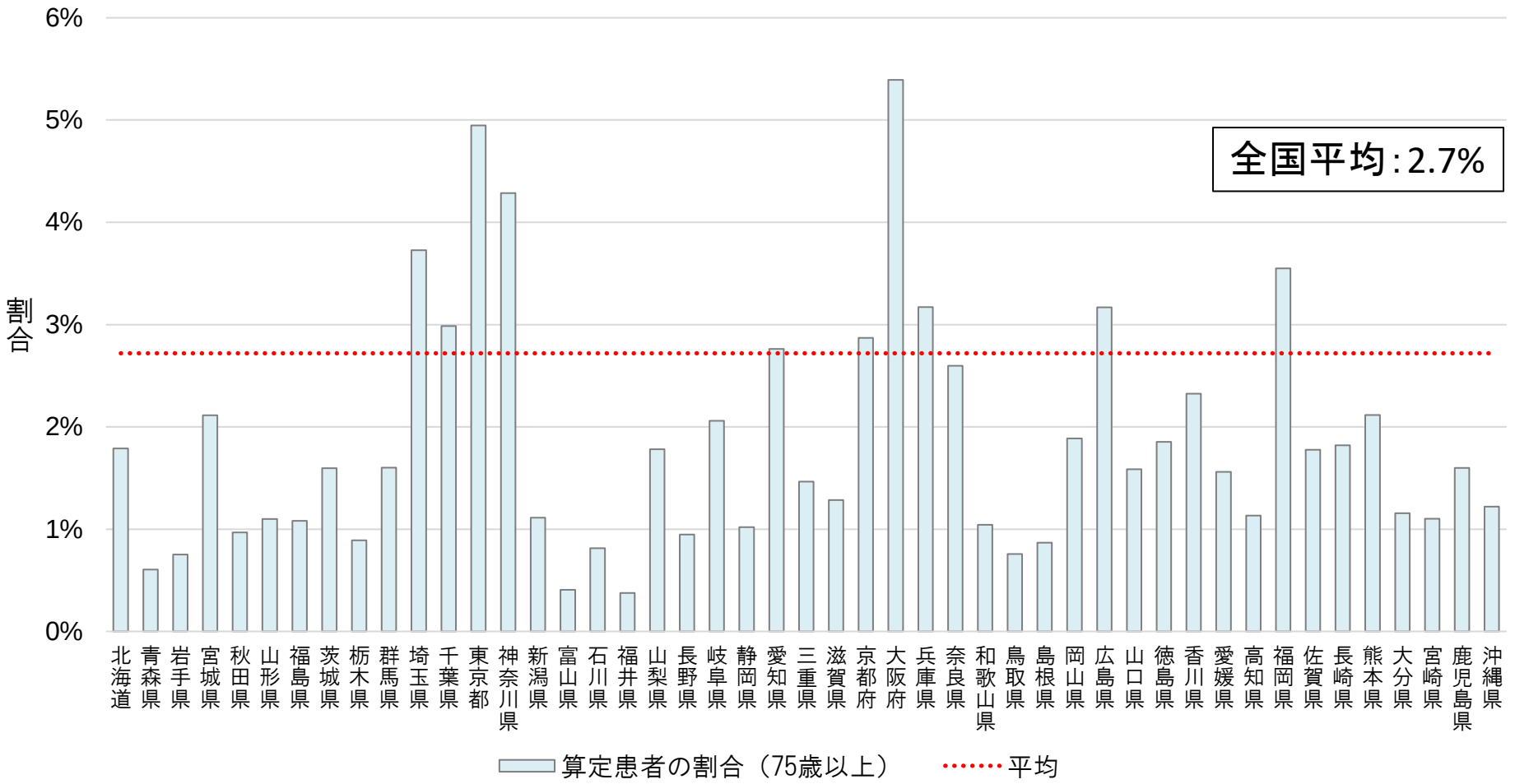
■都道府県ごとの人口1000人あたりの歯科訪問診療料の算定回数の増加率（H28→R3）



出典：NDBオープンデータ、厚生労働省「人口動態統計」（平成28年、令和3年）

歯科訪問診療料を算定した患者（75歳以上）の割合

○ 歯科訪問診療料が算定された患者数（75歳以上）の割合でみると、全国平均で2.7%であるが、最も高い地域では約5.4%、低い地域では0.4%程度となっている。



※2022年5月NDBにおいて、歯科訪問診療料の算定がある患者数を都道府県別人口で割ったもの

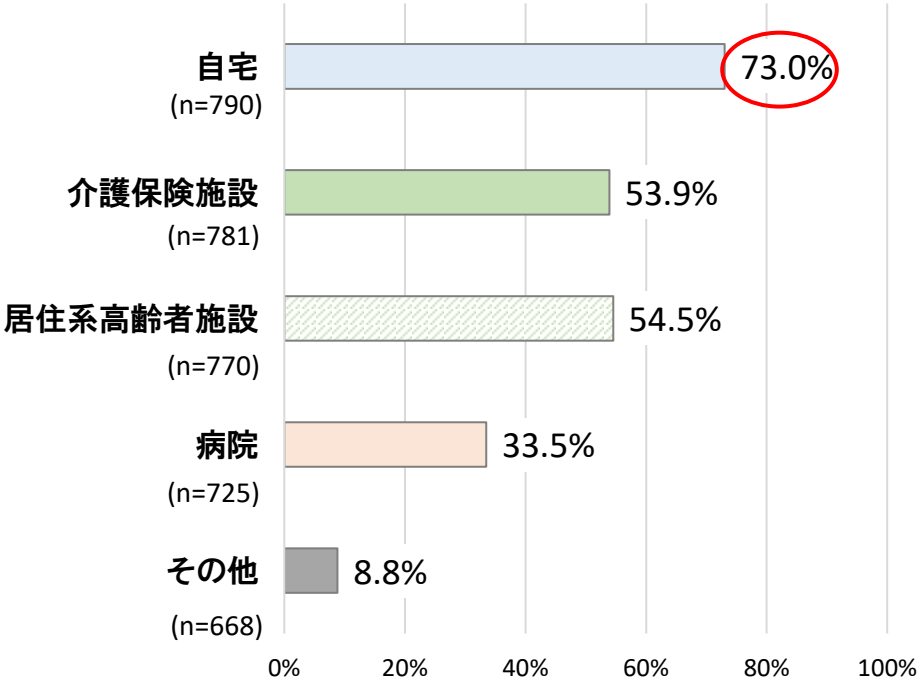
出典：人口推計 各年10月1日現在人口（2022年）、NDBデータ（令和4年5月診療分）

歯科訪問診療を実施した患者の訪問先（施設種別）

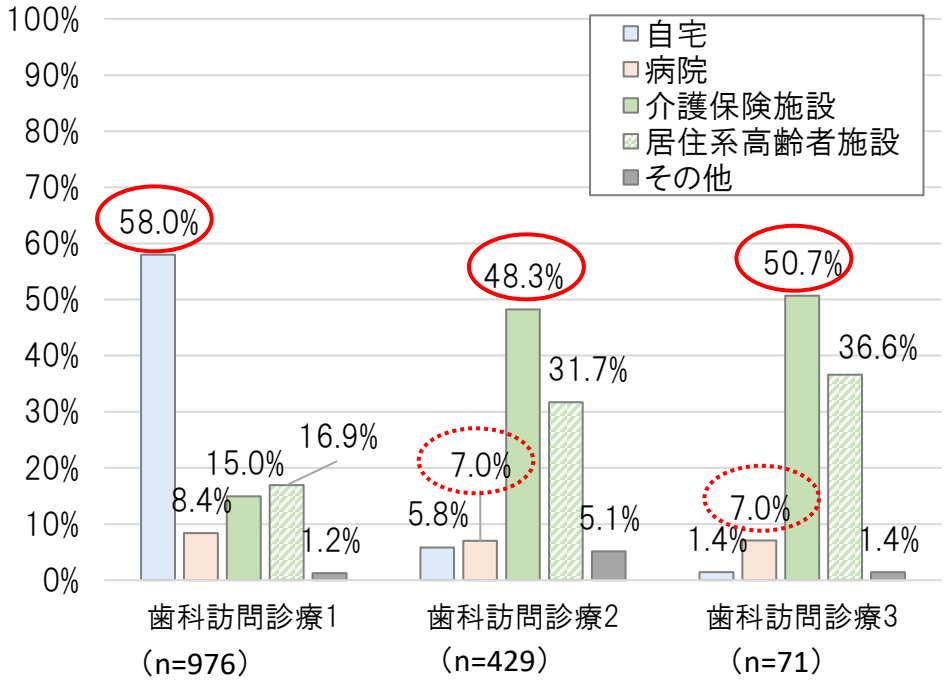
○　歯科訪問診療の訪問先は、患者の自宅に歯科訪問診療を行った歯科医療機関が最も多く73.0%、居住系高齢者施設及び介護保険施設への歯科訪問診療の実施はそれぞれ約半数であった。

○　歯科訪問診療料の区分別にみると、歯科訪問診療１では自宅が最も多く約58%であるが、歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３は、約半数が介護保険施設であり、病院は約７%にとどまっていた。

■歯科訪問診療の訪問先（歯科訪問診療全体）



■歯科訪問診療の訪問先（歯科訪問診療料の区分別）



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査手法：令和4年7月1日～9月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者2名
・回答者数：1,547名
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

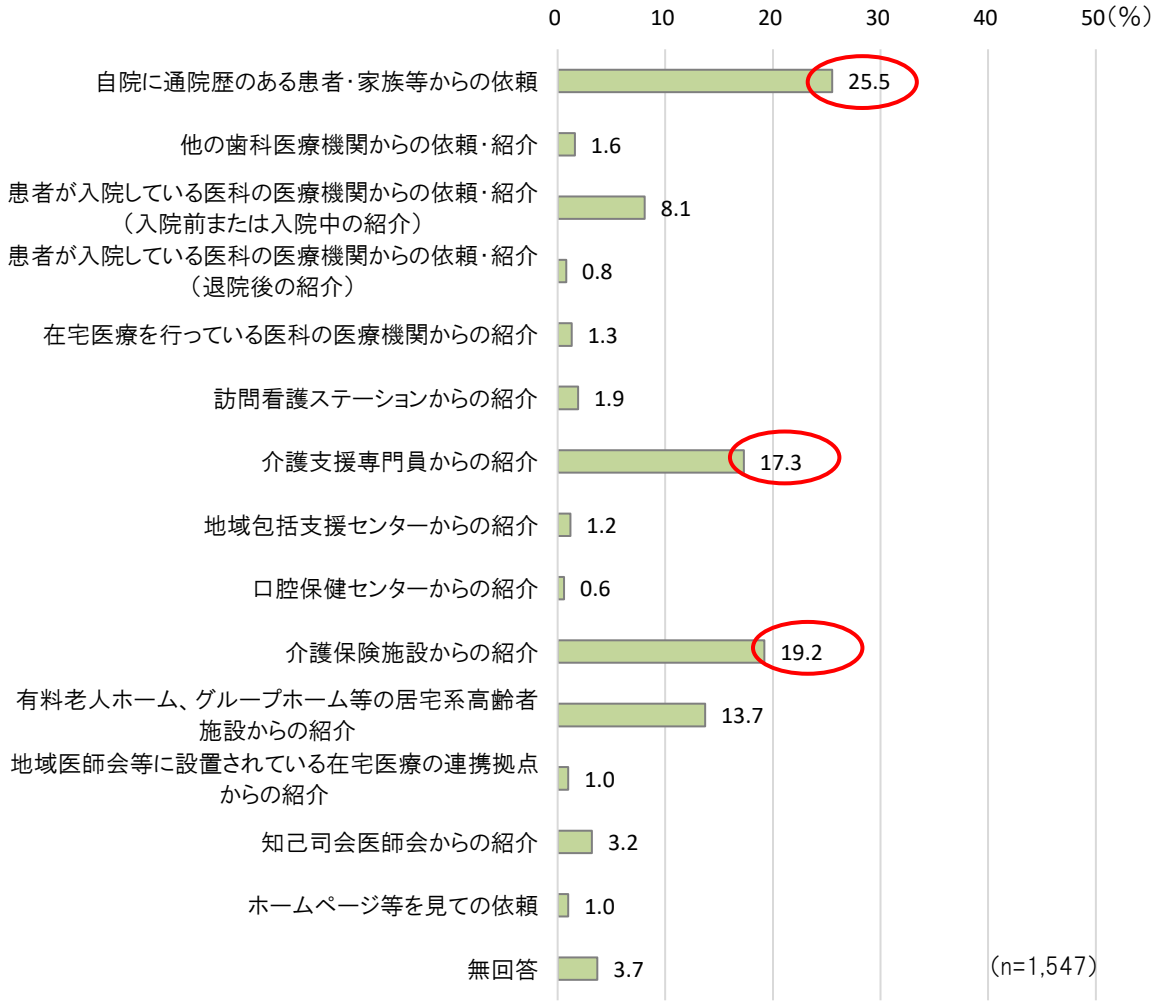
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

歯科訪問診療を行うきっかけと診療内容

○　歯科訪問診療を実施したきっかけは、「自院に通院歴のある患者等からの依頼」が最も多く、次いで介護保険施設や介護支援専門員からの紹介が多かった。

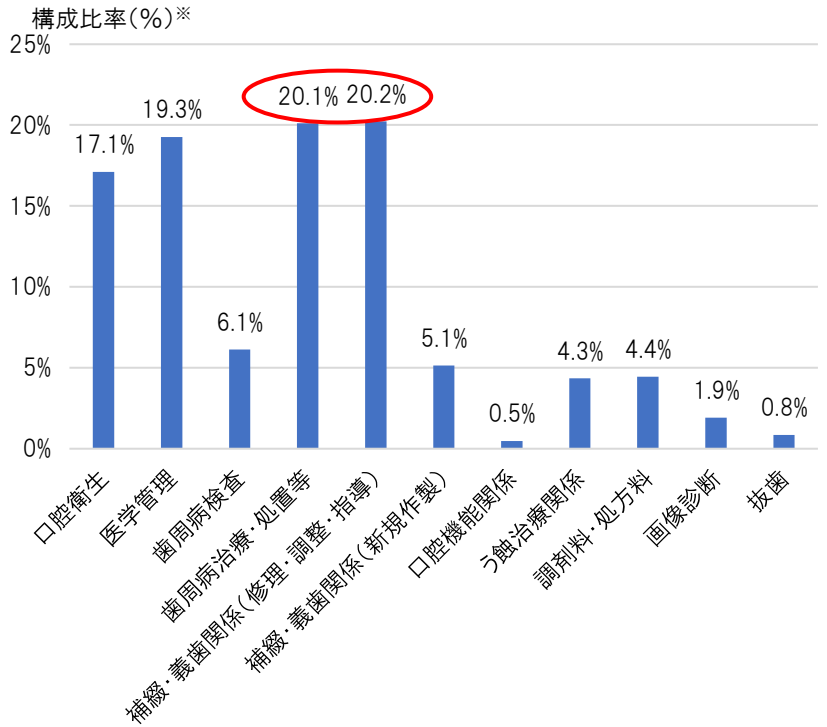
○　歯科訪問診療時に行われた内容は、義歯の修理等と歯周病治療等が多くいずれも約20%であった。

■歯科訪問診療を実施したきっかけ



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）（患者調査）

■歯科訪問診療における診療内容



※歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の11区分に分類し、構成比率を算出

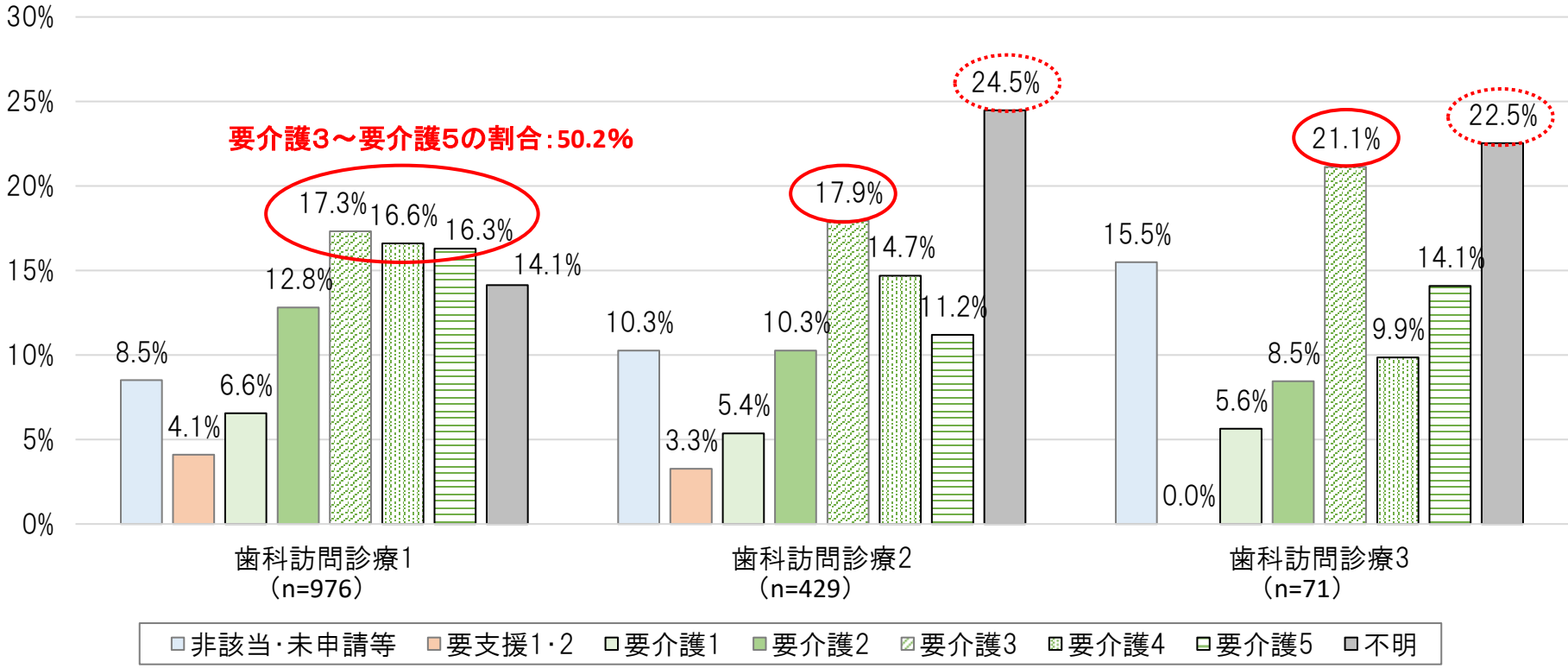
【診療内容の区分】
「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係（修理・調整・指導）」「補綴・義歯関係（新規作製）」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「抜歯」「口腔機能関係」
・「口腔衛生」：訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む
・「医学管理」：歯科疾患在宅療養管理料　等

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

歯科訪問診療を実施した患者の要介護度

○　歯科訪問診療を実施した患者の要介護度は、歯科訪問診療１では要介護度３～５がそれぞれ約16～17%であり、歯科訪問診療１の約半数が要介護３以上であった。

○　歯科訪問診療２及び３では「不明」が最も多く、ついで要介護１が歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３でそれぞれ約18%及び約21%であった。

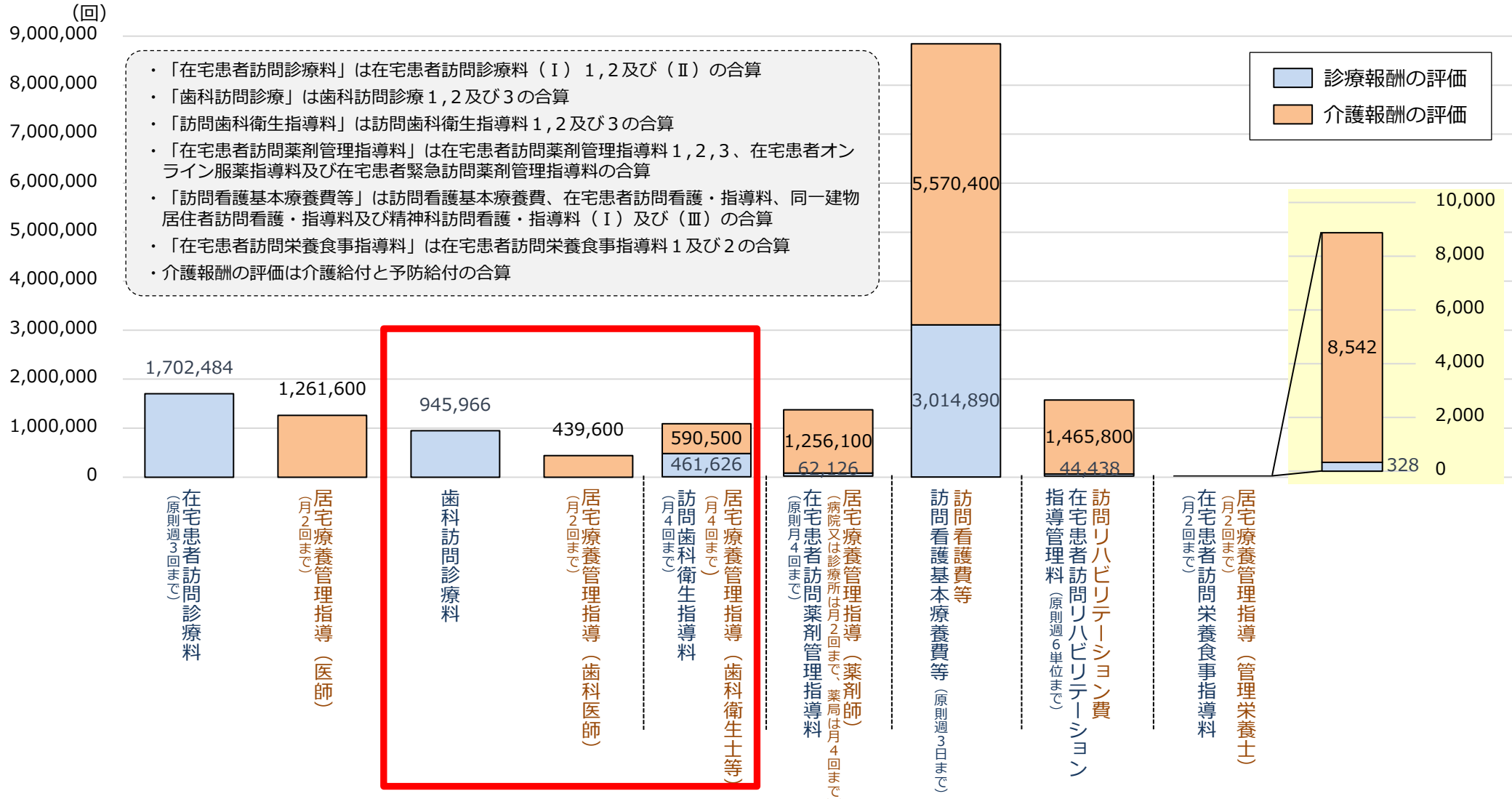


・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査手法：令和4年7月1日～9月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者2名
・回答者数：1,547名
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。



※各職種が行う在宅医療等に係る診療や指導等の一月あたりの算定回数ついては、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。

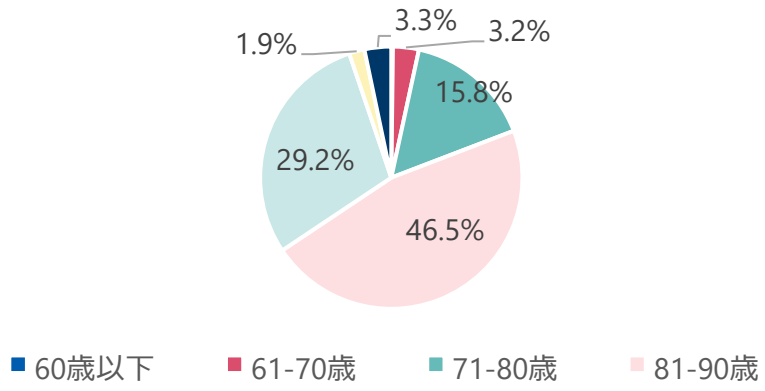
※居宅療養管理指導（医師）及び居宅療養管理指導（歯科医師）は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

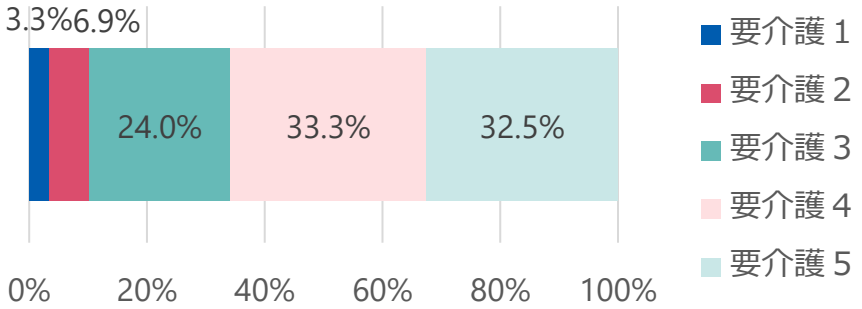
出典：社会医療診療行為別統計（令和3年6月審査分）、介護給付費等実態統計（令和3年6月審査分）、訪問看護療養費実態調査（令和3年6月審査分より推計）

介護保険施設における歯科医療管理

○　介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、定期的な受診を行っている者は11.4%に過ぎず、入所後1度も歯科受診の経験がない者が約3割を占めていた。

介護保険施設37施設に入所し、本人等から同意の得られた1,060人を対象に調査を実施。
（調査期間令和元年10月～令和2年2月）





歯科の受診状況	n	%
定期的に受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

※介護保険施設職員が回答

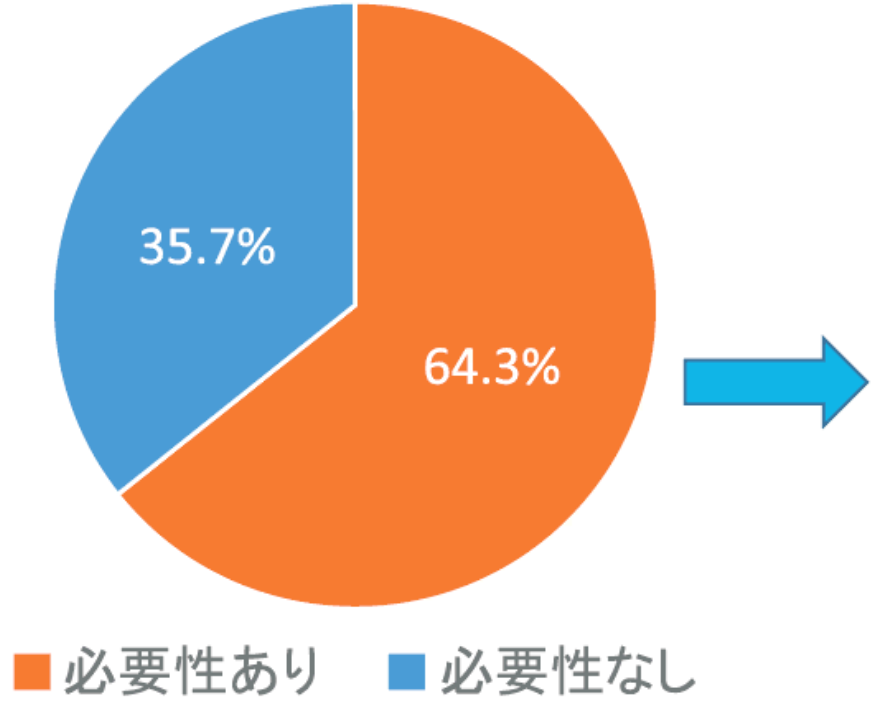
出典：令和元年度老人保健事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究」

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

（改）中医協　総－８
３．８．４

社保審－介護給付費分科会
第191回（R2.11.5）
資料2

○　要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



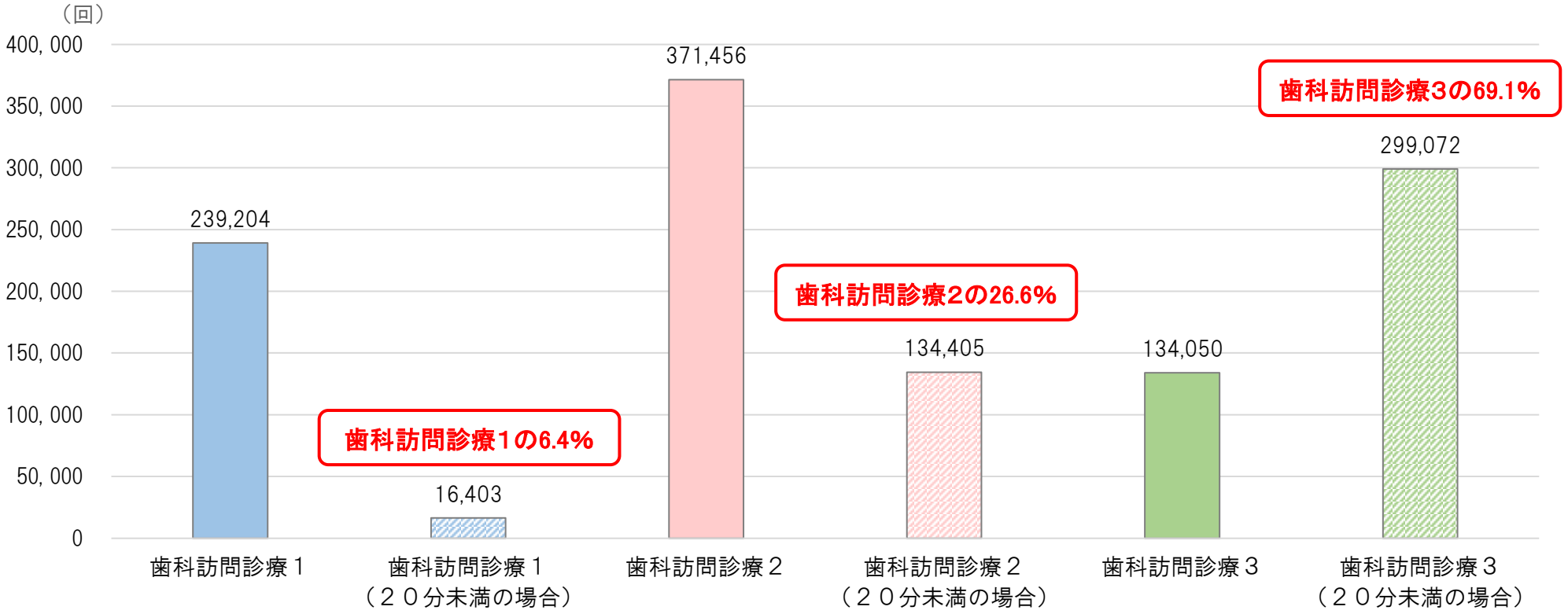
歯科治療が必要な64.3%のうち実際に歯科治療を受けた要介護者は**2.4%**である。

※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定
※要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

出典：令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」

歯科訪問診療の時間区分ごとの算定回数

○　歯科訪問診療料の時間区分ごとの算定回数は、「20分未満の場合」の割合が、歯科訪問診療１は6.4%、歯科訪問診療２では26.6%、歯科訪問診療３では69.1%となっており、歯科訪問診療１では９割以上が20分以上であった。



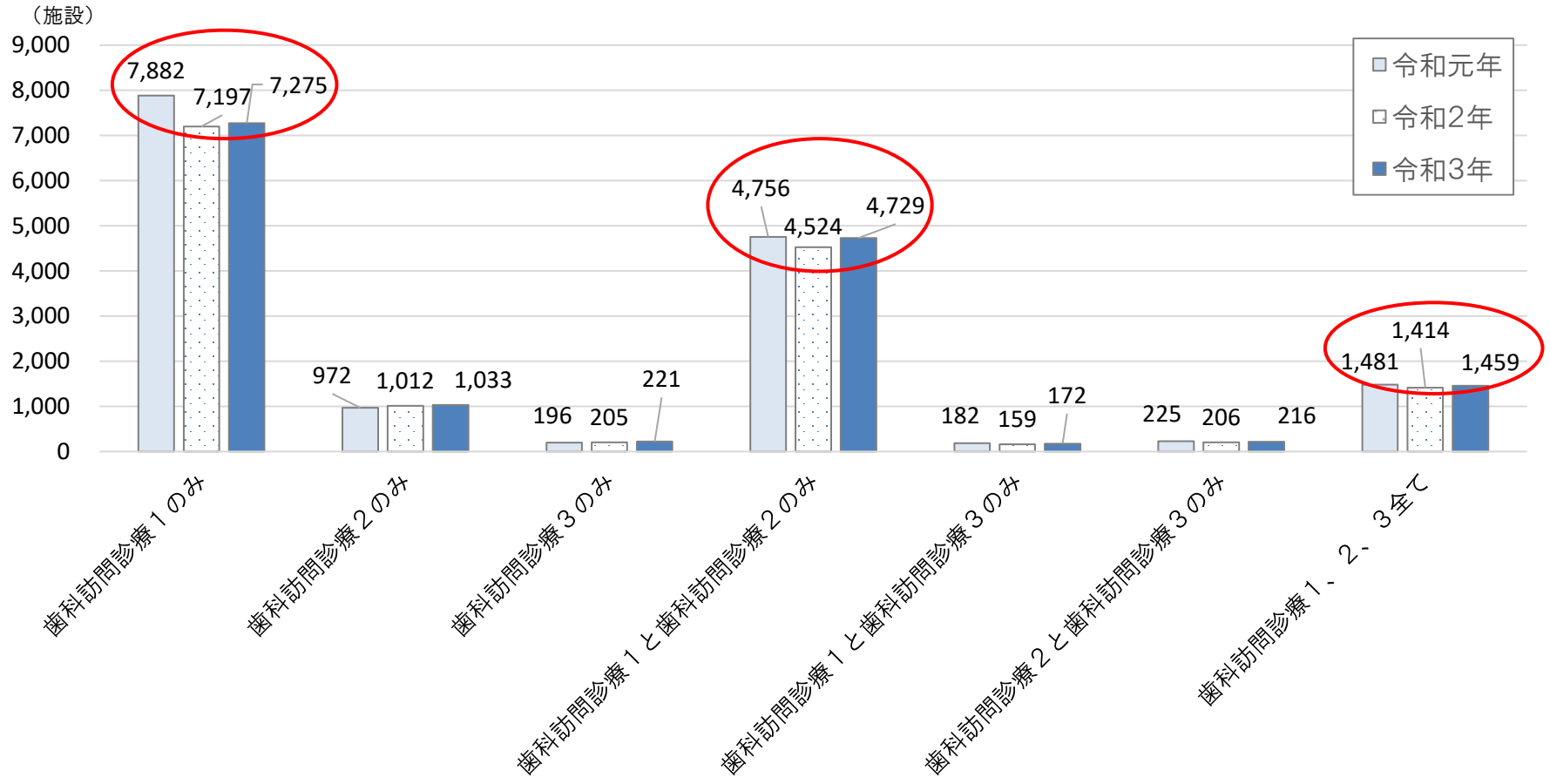
出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

歯科訪問診療の実施状況（医療機関数）

○　令和３年11月において、歯科訪問診療を実施している医療機関のうち、歯科訪問診療１のみを算定している医療機関は7,275施設であり、令和元年、令和２年と同様に最も多い。

○　一方、歯科訪問診療１の算定がない医療機関が令和元年では8.9%（1,393施設）、令和２年では9.7%（1,423 施設）、令和３年では9.7%（1,470施設）であった。

■歯科訪問診療料の区分別算定医療機関の内訳



出典：NDBデータ（各年11月診療分）

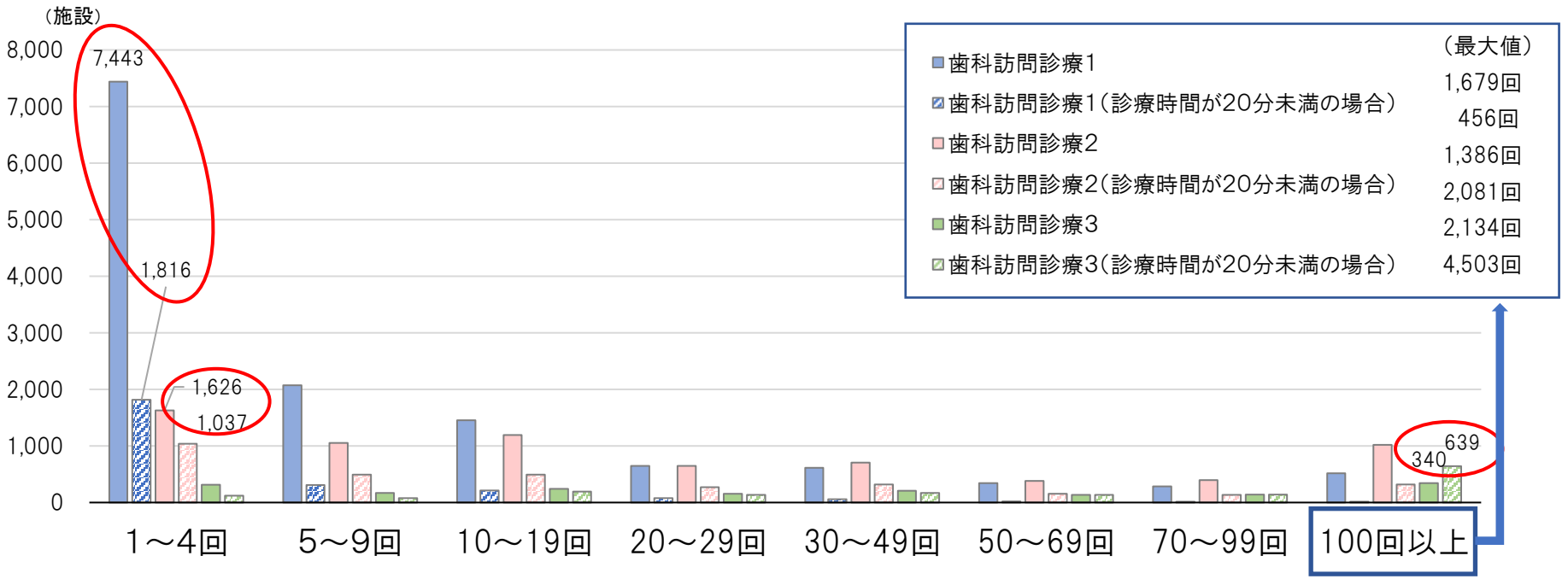
歯科訪問診療の算定回数別　歯科医療機関数

○　１月あたりの歯科訪問診療の算定回数別の施設数は、歯科訪問診療１（20分以上）で算定回数が１～４回の医療機関が最も多い。

○　歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２では１月あたりの算定回数が１～４回である医療機関が多いが、歯科訪問診療３では20分以上、20分未満ともに100回以上算定した医療機関が多い。

○　算定回数100回以上のうち、最大値は歯科訪問診療３（20分未満の場合）で4,503回であった。

■１月あたりの算定回数別　歯科医療機関数



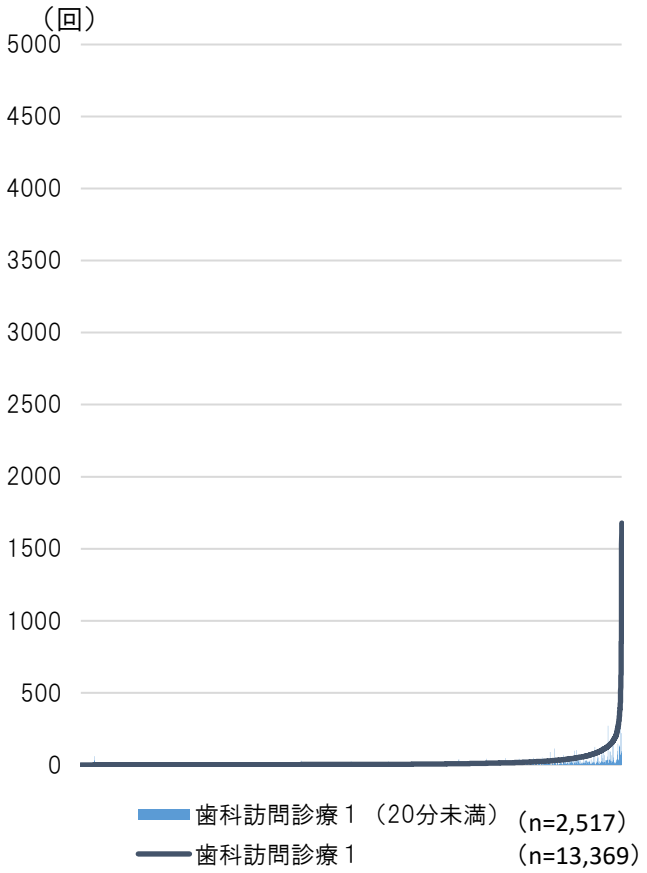
出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数

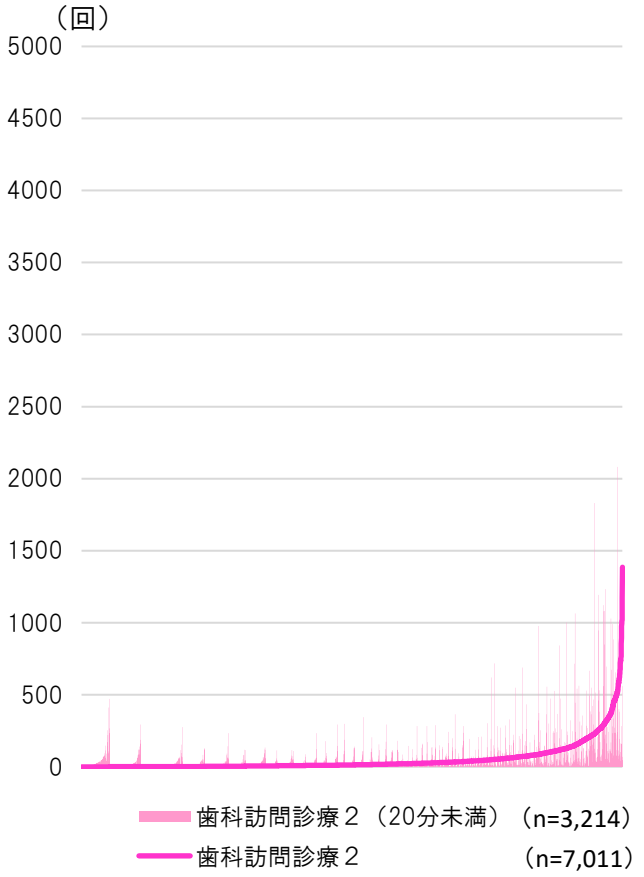
○　歯科訪問診療１の１医療機関あたり算定回数は、20分以上、20分未満いずれも同じ傾向を示す。

○　歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３ではいずれも、20分以上と20分未満の算定回数の差が大きく、歯20分未満の算定回数が多い医療機関が一定数存在し、特に歯科訪問診療３で顕著である。

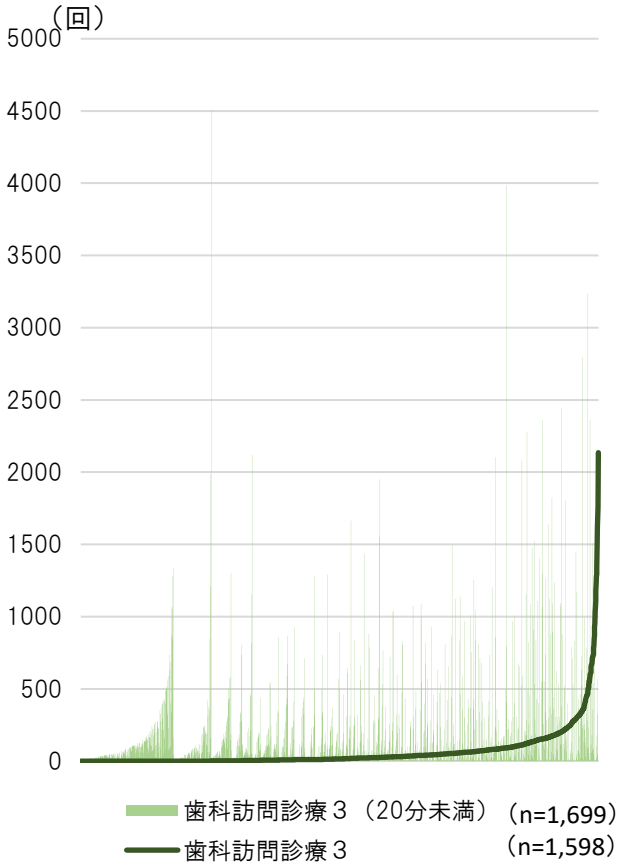
■歯科訪問診療１



■歯科訪問診療２



■歯科訪問診療３



出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

患者の状態により短時間で診療を終了した場合の取扱い

○　歯科訪問診療1について、「患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合」又は「『著しく歯科診療が困難な者』に準ずる状態又は要介護3以上に準ずる状態」の場合には、診療時間が20分未満でも所定点数を算定することとなっている。

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】	【253点】	【111点】

- 患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても、歯科訪問診療1又は2の算定が可能
- 「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能
- 同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可
- 歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

留意事項通知

（5）保険医療機関の歯科医師が、同一建物に居住する通院困難な患者1人のみに対し歯科訪問診療を行う場合は、「1　歯科訪問診療1」を算定する。この場合において、診療時間が20分未満の場合については、880点を算定する。ただし、次の場合においては、診療時間が20分未満であっても「1　歯科訪問診療1」の所定点数を算定して差し支えない。

イ　治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合（必要があって救急搬送を行った場合は、区分番号C002に掲げる救急搬送診療料を算定して差し支えない。）

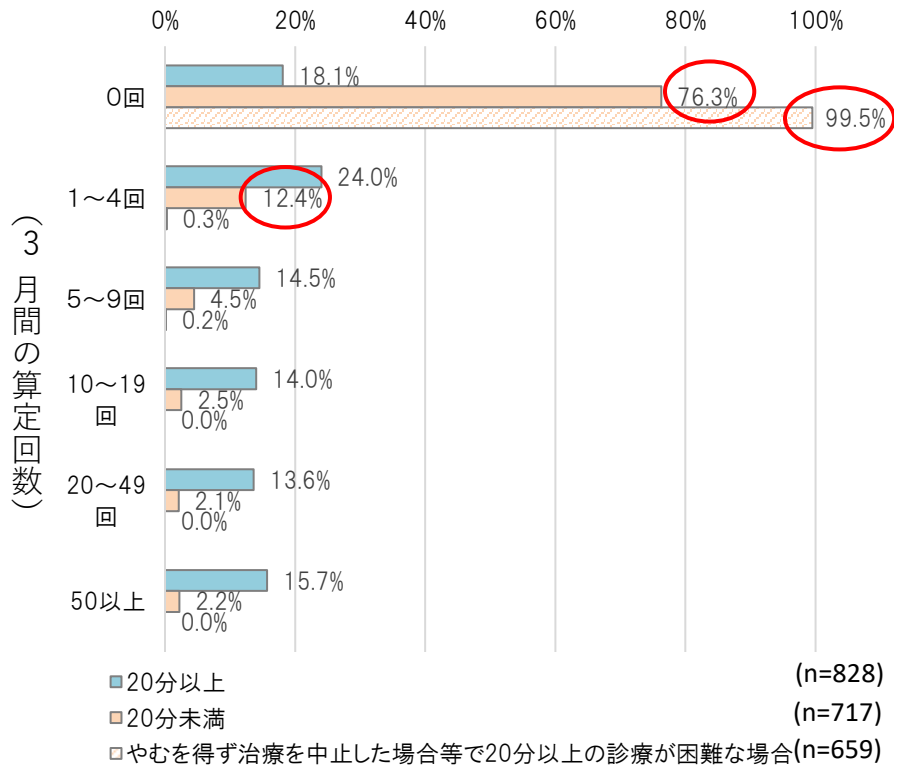
ロ　当該患者が「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」に準ずる状態又は要介護3以上に準ずる状態等により、20分以上の診療が困難である場合（「注6」に規定する加算は算定できない。）

歯科訪問診療の実施状況

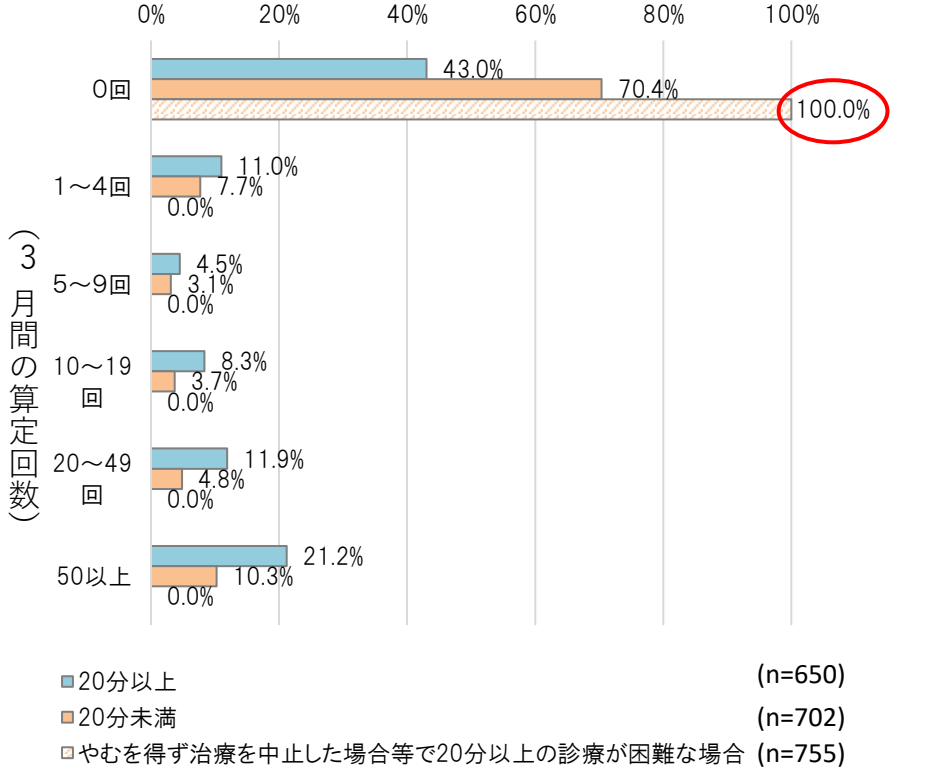
○　歯科訪問診療１及び歯科訪問診療2において、「やむを得ず治療を中止した場合等で20分以上の診療が困難な場合」は、3か月間でいずれも0回と回答した施設（歯科診療所）がほとんどだった。

○　歯科訪問診療１において20分未満の診療は、0回と回答した施設が約76%、次いで１～４回が約12%だった。

■歯科訪問診療１の時間区分ごとの算定回数（３か月間）の割合



■歯科訪問診療２の時間区分ごとの算定回数（３か月間）の割合



※患者の状態により短時間で診療を終了した場合の取扱い：

「患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合」は歯科訪問診療１又は2の所定点数の算定が可能

・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

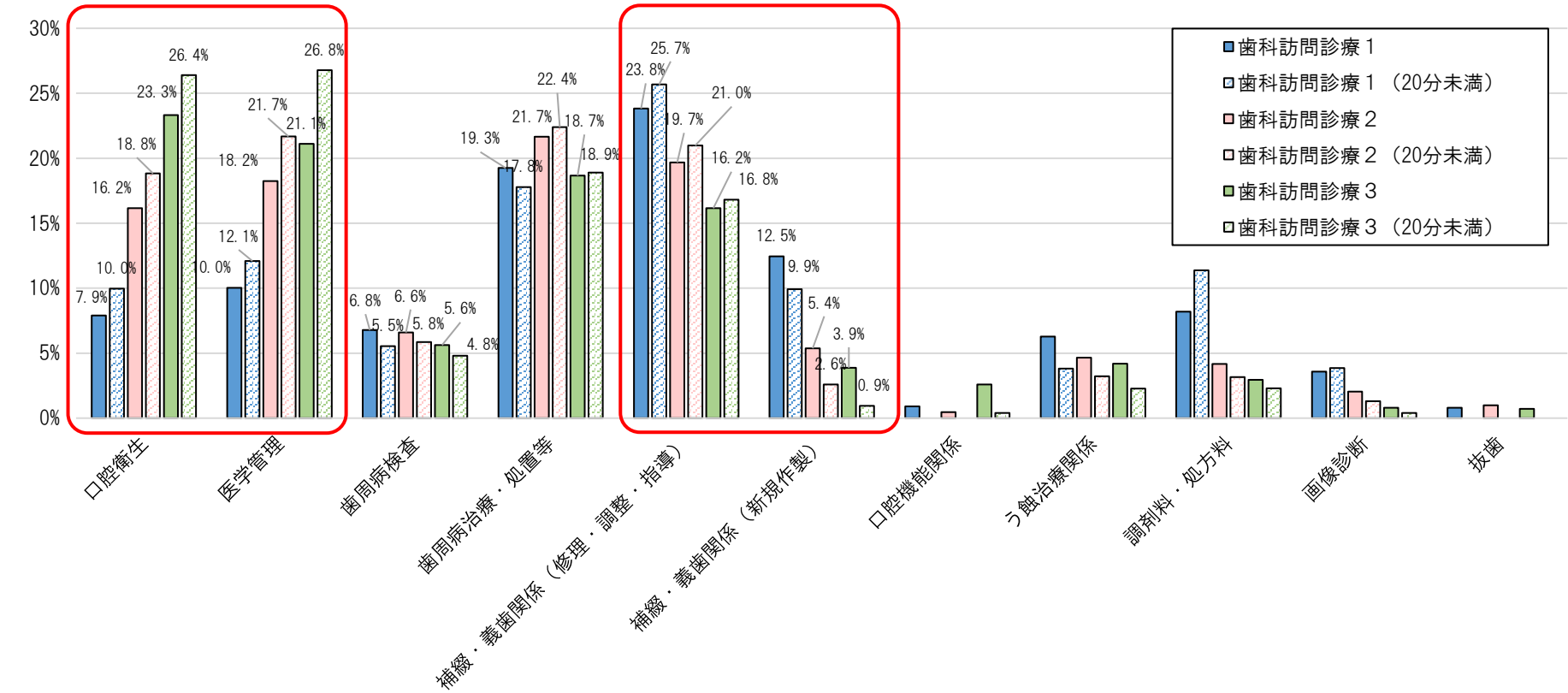
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

歯科訪問診療で行われている診療内容

○ 同一建物診療人数が少ないほど補綴・義歯関係の治療の割合が高い傾向であった。
○ 同一建物診療人数が多いほど、又診療時間が短いほど口腔衛生や医学管理の割合が高くなっていた。

■歯科訪問診療の区分ごとの診療内容の構成比率

構成比率(%)※



※ 歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の11区分に分類し、構成比率を算出

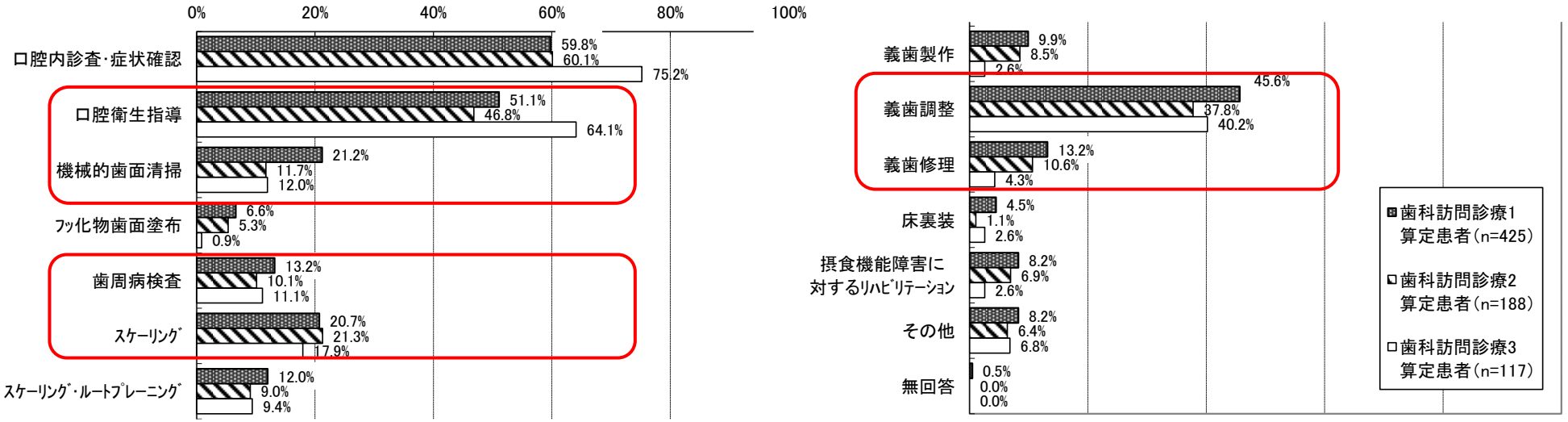
【診療内容の区分】
「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」「補綴・義歯関係(新規作製)」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「抜歯」「口腔機能関係」
・「口腔衛生」:訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む
・「医学管理」:歯科疾患在宅療養管理料　等

出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

歯科訪問診療における診療内容と診療時間

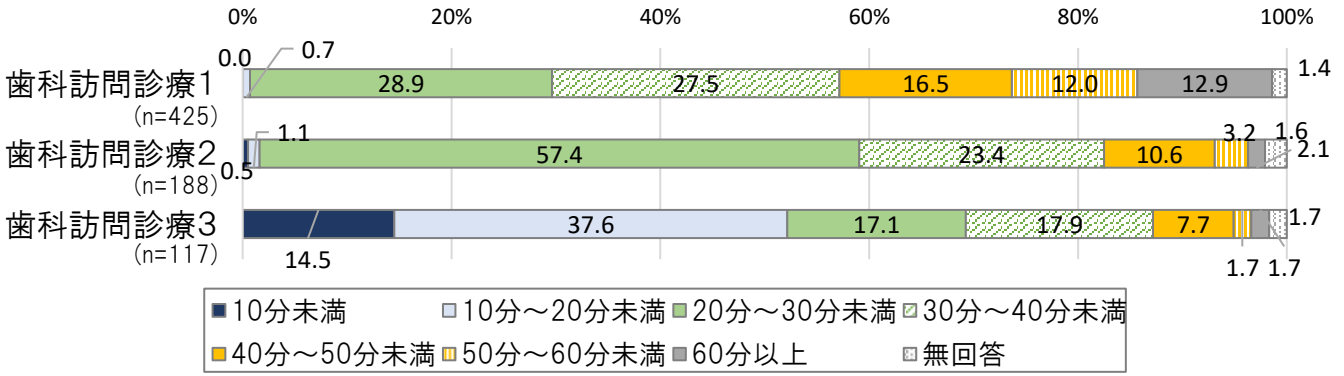
○　歯科訪問診療では、口腔衛生管理や義歯の調整、修理が主に行われており、これらの治療を行い歯科訪問診療１及び歯科訪問診療2を算定した場合の診療時間は9割以上が20分以上となっていた。

■歯科訪問診療の診療内容（主なものを抜粋）



■歯科訪問診療における診療時間

（調査日に算定した歯科訪問診療の区分と診療時間）



・調査対象：施設調査の対象施設（在宅療養支援歯科診療所）が調査日に歯科訪問診療を行った患者1施設に最大2名　・回答数：768件　・回答者：管理者

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）　患者調査

歯科訪問診療における感染予防策

○　歯科訪問診療においては、重症化しやすい高齢者等を対象とし、訪問診療先でも飛沫やエアロゾルが飛散する治療を行うことになるため、外来とは異なる環境を踏まえた感染予防策が必要となる。

歯科訪問診療における感染予防策（主な内容）

標準予防策

- ◆ 歯科訪問診療では、患者や要介護者の生活の場が 診療の場であり、感染予防策を前提とした設計とはなっていないこと がほとんど。
- ◆ ＜医療における手指衛生の 5 つ の瞬間＞を参考に、臨機応変に手指衛生を行う タイミングを判断することが必要。PPEの着脱時も手指衛生が必要。

飛沫感染予防策

- ◆ 標準予防策に加え、感染経路別予防策が必要。
- ◆ 歯科診療では飛沫だけでなく、いわゆるエアロゾルが発生しやすい。
- ◆ エアロゾルが発生する歯科診療の特殊性を考慮し、PPE（マスクや眼の保護具等）を適切に装着し、口腔内バキュームを適切に使用。
- ◆ エアロゾルが発生する環境下では、空気交換率≧10の換気*　必要に応じてN95マスクの使用*　等

※エアロゾル発生の高リスク手技：エアータービン、モーターハンドピース（60,000rpm以上、もしくは回転数によらずチップエアーあり）、超音波スケーラー、3wayシリンジ（エアー・水の同時使用）、エアーポリッシャー、エアーアブレーション

接触感染予防策

- ◆ 歯科訪問診療を含む歯科診療ではエアロゾルが発生する処置が多く、歯科治療で発生したエアロゾルは発生源からおよそ2メートルまで達し、周囲環境を汚染。→接触感染予防策は重要。
- ◆ 患者の体液で汚染されたグローブなどで不用意に周囲環境に触れ、汚染を広げない。
- ◆ 濃度60%以上のアルコールや500～1,000ppmの次亜塩素酸ナトリウム水溶液を用いて、1分間作用させることで環境表面を消毒。
- ◆ 治療中にグローブのまま触れる可能性がある部分はラッピング材で保護。
- ◆ ガウン又はビニールエプロンを着用　　等

換気

- ◆ 可能な限り広い空間で、最小限の人数*で、可能な限り換気を行いつつ行う。
- ◆ 歯科訪問診療の現場は換気が悪いと認識して、対策を行う。
- ◆ 2つ以上の窓をあける。1つしか窓がない場合は、扇風機などで送風する 。*機械換気の場合は治療終了2時間後まで作動させておくことが望ましい
- ◆ 診療終了後に他の医療従事者や介護者等が入るまで、待機時間を設けることが望ましい*　　等

ゾーニング・歯科診療環境の整備

- ◆ 家全体を汚染域と想定する場合は玄関先でPPEを着脱。診療を行う部屋を汚染域と想定する場合は、部屋の外でPPEを装着し、部屋の中で離脱する。
- ◆ PPEを廃棄するためのゴミ袋と擦式アルコール手指消毒薬を診療前に準備する。
- ◆ 診療を行う部屋は換気ができることが望ましい。環境表面は患者の体液や排泄物で汚染されている可能性があると認識する。　　等

安全に歯科訪問診療を提供するために

- ◆ 訪問前の電話による事前確認を行う*
- ◆ 関係者間での情報共有。療養者や関係者の発熱や感染（疑い例も含め）の状況は逐次共有されることが必要。率先してみずから情報を収集・共有する姿勢で臨む。*
- ◆ 重症化リスク等を踏まえて、訪問の順番を検討する。*
- ◆ 訪問する歯科医療従事者は可能な限り固定する。*　　等

（*感染症の流行状況等に応じて、必要な対応を判断する。）

出典：一般社団法人日本老年歯科医学会「歯科訪問診療における感染予防策の指針 2022 年版」より引用改変

新型コロナウイルス感染症流行に伴う
歯科訪問診療に関する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

○　新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、歯科訪問診療時に関する診療報酬上の特例として診療時間が20分未満の場合であっても、所定点数を算定できる取扱いとした。

○　新型コロナウイルス感染症患者の歯科訪問診療時に患者のモニタリングを行った場合には、在宅患者歯科治療時医療管理料を算定できる取扱いとした。

- 新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該疾患の担当医から、歯科治療を行うに当たり当該患者の全身状態や服薬状況等の必要な診療情報の提供を受け、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合、歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する**在宅総合医療管理加算（50点）**を1日につき1回算定できる。この場合、同一保険医療機関の医科の担当医からの診療情報の提供を受けた場合においても算定して差し支えないが、算定に当たっては当該情報提供に関する内容を診療録に記載すること。
- 新型コロナウイルス感染症患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、**診療時間が20分未満の場合であっても、所定点数（歯科訪問診療1　1,100点、歯科訪問診療2　361点、歯科訪問診療3　185点）を算定**できる。
- 新型コロナウイルス感染症患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療を行った場合、**歯科訪問診療料の注7に規定する加算**を算定できる。
- 新型コロナウイルス感染症患者であって、呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の改善を目的として、**口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合、非経口摂取患者口腔粘膜処置（100　点）を　1日につき1回算定**できる。
- 新型コロナウイルス感染症患者に対して、患者の脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度等を把握して歯科治療を行った場合、**在宅患者歯科治療時医療管理料（45点）**を算定できる。

※在宅総合医療管理加算、在宅患者歯科治療時医療管理料については、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ当該点数を算定する保険医療機関においては、施設基準の届出は不要。

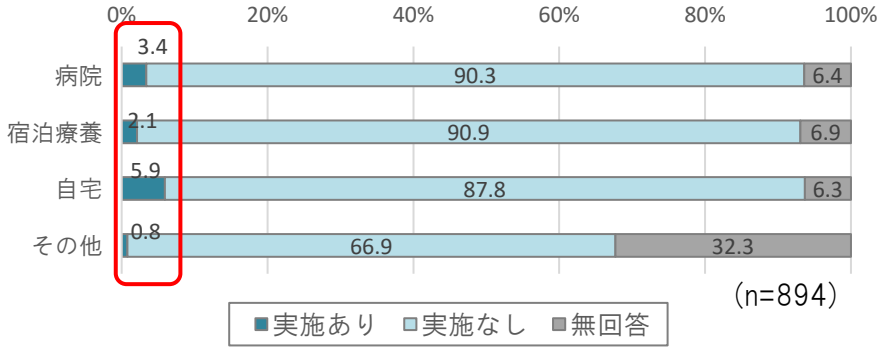
（令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上 の臨時的な取扱いについて（令和5年9月15日事務連絡）より）

新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科訪問診療の実施状況

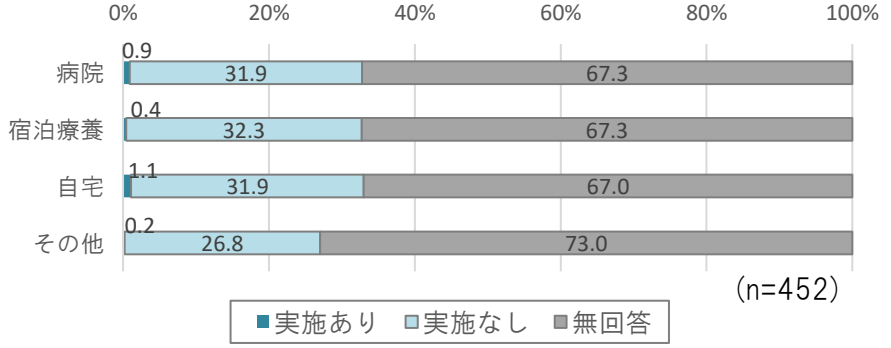
○ 新型コロナウイルス感染症患者に対する令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の歯科訪問診療の実施状況について、いずれの期間も在宅療養支援歯科診療所1，2では自宅が約6%、病院が約3～4%、宿泊療養が約2%、その他（介護保険施設を含む。）は約1%であった。

○ 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、無回答が約7割であった。

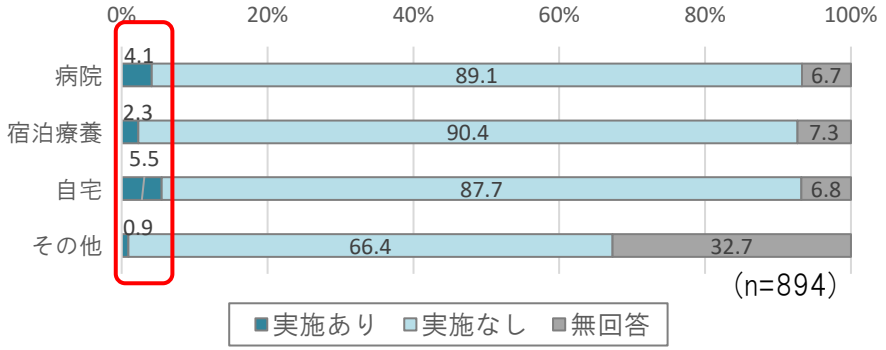
■在宅療養支援歯科診療所１，２（令和４年４月～6月）



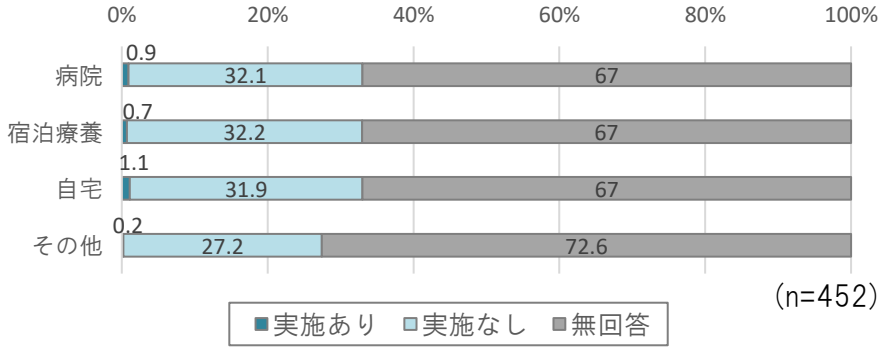
■在宅療養支援歯科診療所以外（令和４年４月～6月）



■在宅療養支援歯科診療所１，２（令和４年７月～９月）



■在宅療養支援歯科診療所以外（令和４年７月～９月）



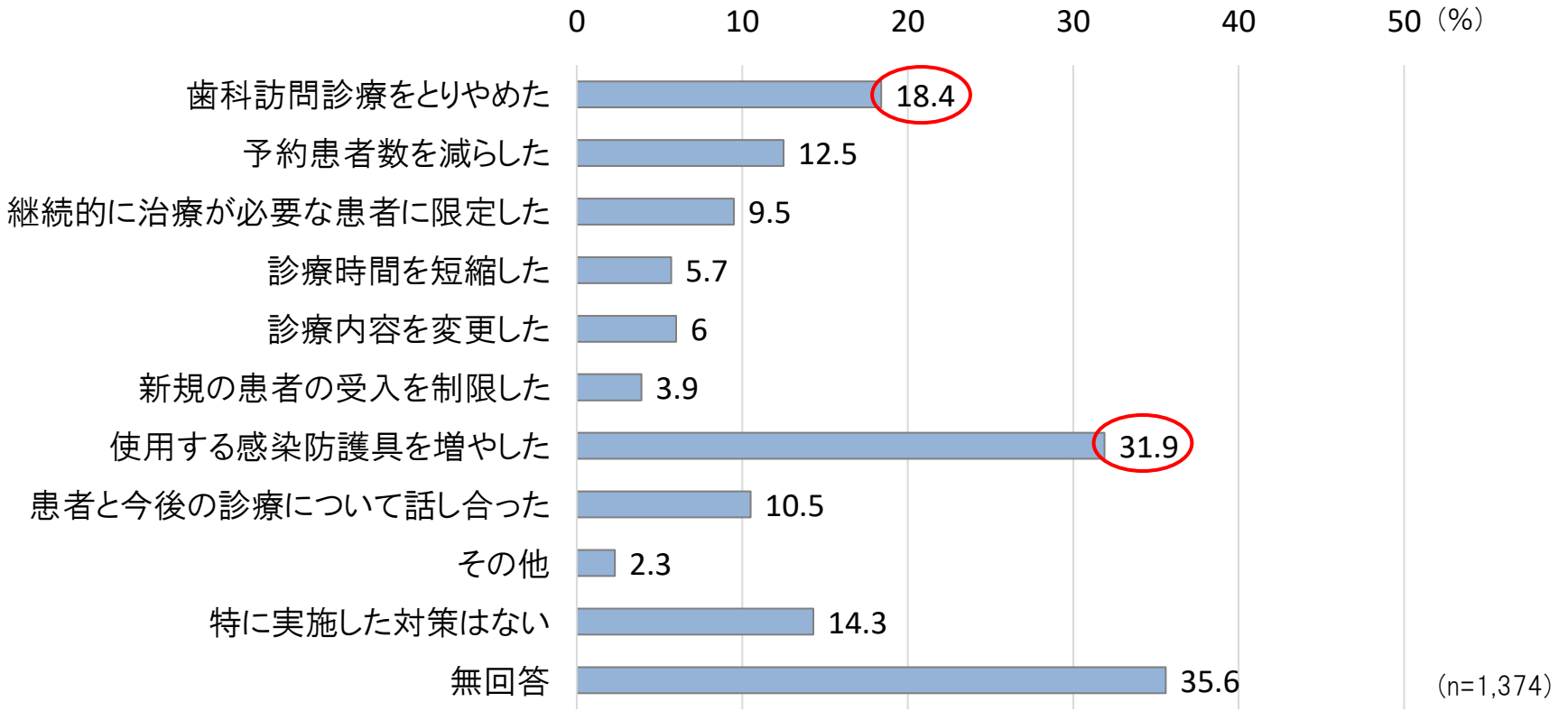
・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

歯科訪問診療に対する新型コロナウイルス感染拡大の影響

○　新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、歯科訪問診療を行う際に実施した対策として、無回答を除くと「使用する感染防護具を増やした」が最も多く約32%であり、次いで「歯科訪問診療をとりやめた」が約18%であった。

■新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を踏まえて、歯科訪問診療を行う際に実施した対策（複数回答）



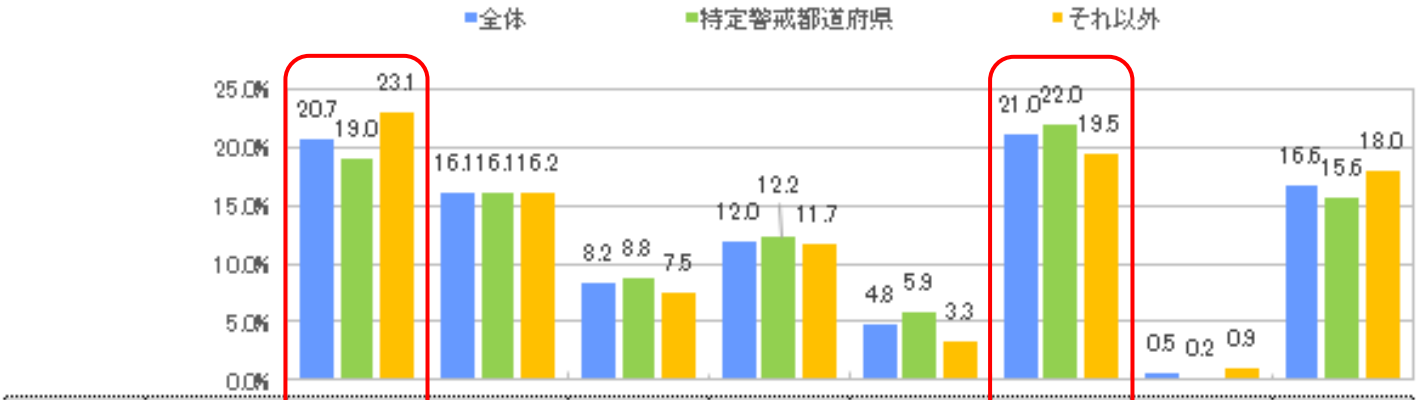
・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

（参考） 歯科訪問診療に対する新型コロナウイルス感染拡大の影響（令和2年4，5月）

○ 新型コロナウイルス感染拡大初期の令和2年4月、5月では、訪問歯科診療の患者数が90%以上減少した施設が約2割であった。一方で、10%未満の施設も約2割となっていた。

■令和２年4月、５月の訪問歯科診療患者数の減少状況（前年同月との比較）



	合計		10%未満減少		減少10%～29.9%		減少30%～49.9%		減少50%～69.9%		減少70%～89.9%		少90%～100%減		不明		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
全体	776	100.0	161	20.7	125	16.1	64	8.2	93	12.0	37	4.8	163	21.0	4	0.5	129	16.6
特定警戒都道府県	441	100.0	84	19.0	71	16.1	39	8.8	54	12.2	26	5.9	97	22.0	1	0.2	69	15.6
それ以外	334	100.0	77	23.1	54	16.2	25	7.5	39	11.7	11	3.3	65	19.5	3	0.9	60	18.0

出典：令和2年度厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた地域における歯科医療提供体制の強化のための研究」

在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制



◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

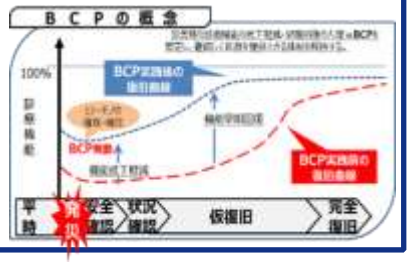
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

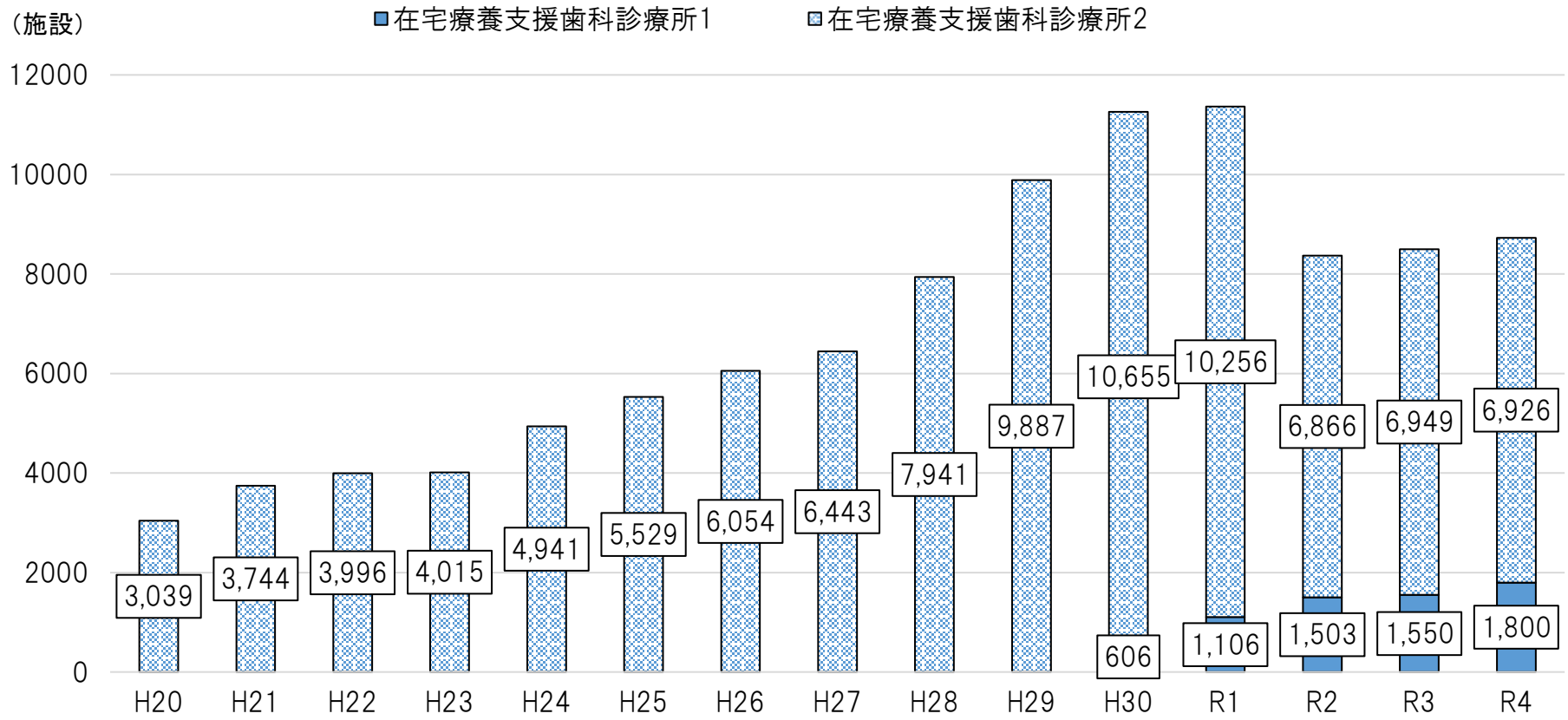
◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準（通知抜粋）

在宅療養支援歯科診療所１	在宅療養支援歯科診療所２
ア）過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計18回以上算定	過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計４回以上算定
イ）高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を１名以上配置	
ウ）歯科衛生士配置	
エ）患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供	
オ）後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
カ）当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上	
キ）以下のいずれか１つに該当すること ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年１回以上出席 ② 過去１年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年１回以上	
ク）過去１年間に、以下のいずれかの算定が１つ以上あること ① 栄養サポートチーム等連携加算１又は栄養サポートチーム等連携加算２の算定 ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③ 退院時共同指導料１、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定	

在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移

○　在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数は、令和元年まで増加していたが、平成30年度診療報酬改定における施設基準の見直しの経過措置が終了した令和２年は減少し、以降はほぼ横ばいで推移している。
○　令和４年時点で、在宅療養支援歯科診療所１は1,800施設、在宅療養支援歯科診療所２は6,926施設となっている。



出典：保険局医療課調べ（７月１日時点定例報告）

参考

在支診・在支病の施設基準（参考）

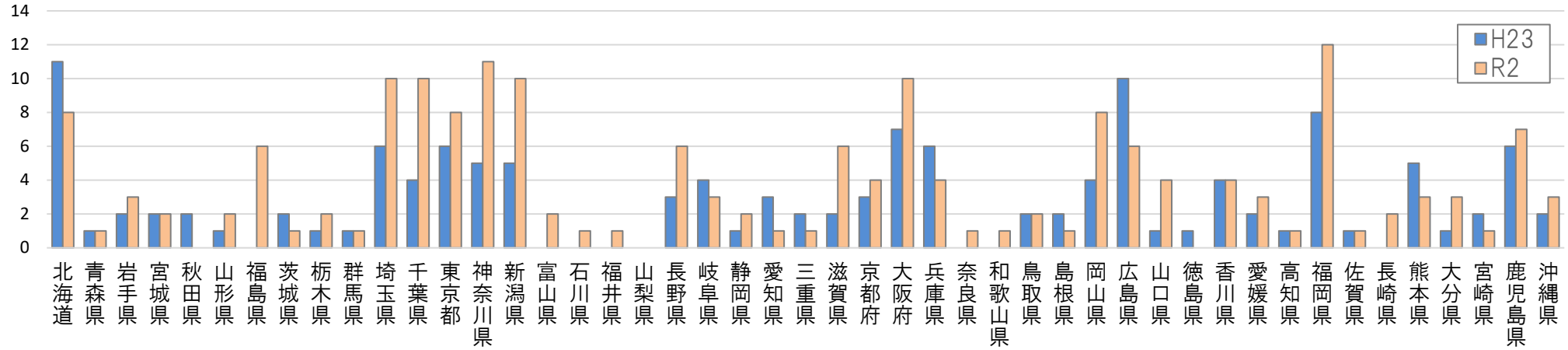
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	（参考）在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制 ③　24時間の訪問看護体制　④　緊急時の入院体制 ⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している **⑦　適切な意思決定支援に係る指針を作成していること**					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 （１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと （２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦　在宅医療を担当する常勤の医師 ３人以上		⑦　在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で３人以上			○　許可病床数200床以上 ○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
	⑧　過去１年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧　次のうちいずれか１つ ・過去１年間の緊急往診の実績 10件以上 **・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上** **・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている**	⑧　過去１年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で４件以上	⑧　次のうちいずれか１つ ・過去１年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で４件以上 **・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上** **・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている**		
	⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか４件以上		⑨　過去１年間の看取りの実績 連携内で４件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか２件以上			
	⑩　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

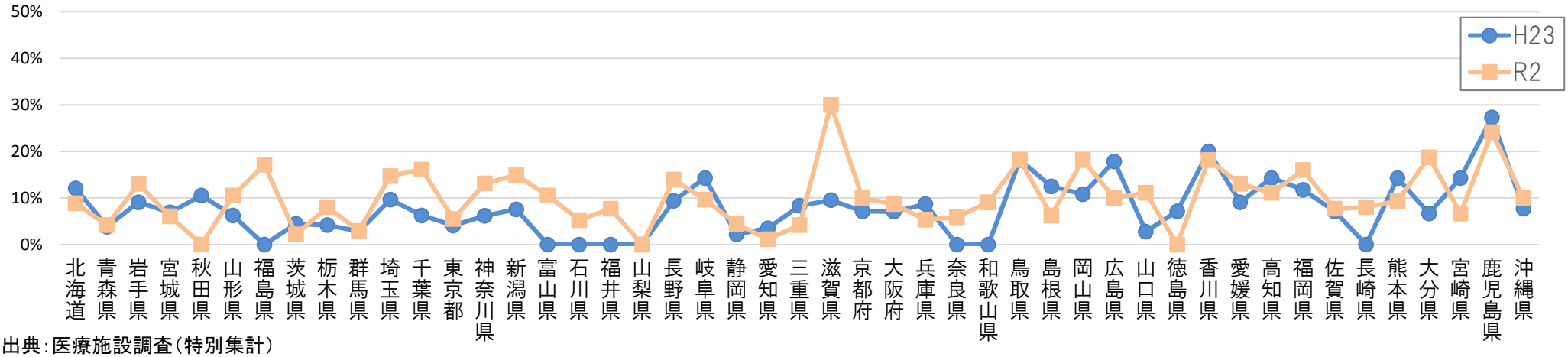
訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院の状況

○　歯科訪問診療を実施する病院（歯科系診療科を標榜）の割合は、平成23年と比較して令和２年では増加している地域が多い（29地域で増加）。

■歯科訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院数



■歯科訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院の割合



出典：医療施設調査（特別集計）

※調査年９月に、「歯科訪問診療」の実施件数が１以上の病院数及び割合

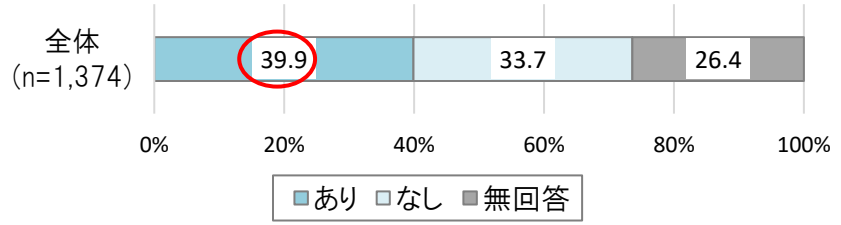
※歯科系の診療科を標榜する病院：歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院

後方支援機能を有する歯科医療機関との連携

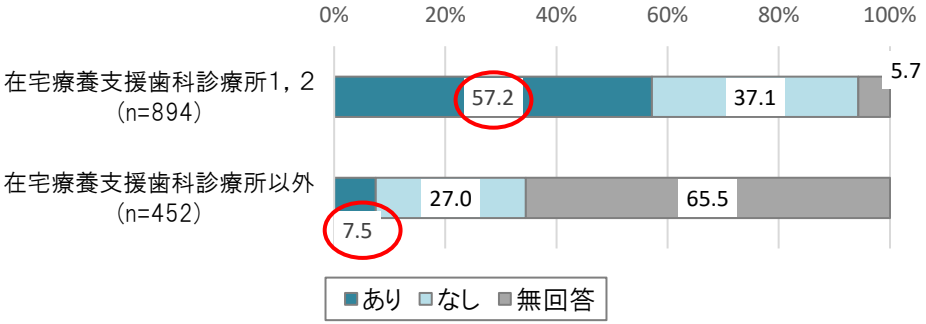
○ 歯科訪問診療の実施にあたって後方支援機能を有する歯科医療機関との連携の有無について、「あり」と回答した歯科診療所は全体で約40%であり、在宅療養支援歯科診療所では約57%、それ以外の歯科診療所では約8%だった。

○ 歯科診療所が、歯科訪問診療において後方支援機能を有する歯科医療機関と連携した内容としては、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療が最も多かった。

■後方支援機能を有する歯科医療機関との連携の有無（全体）

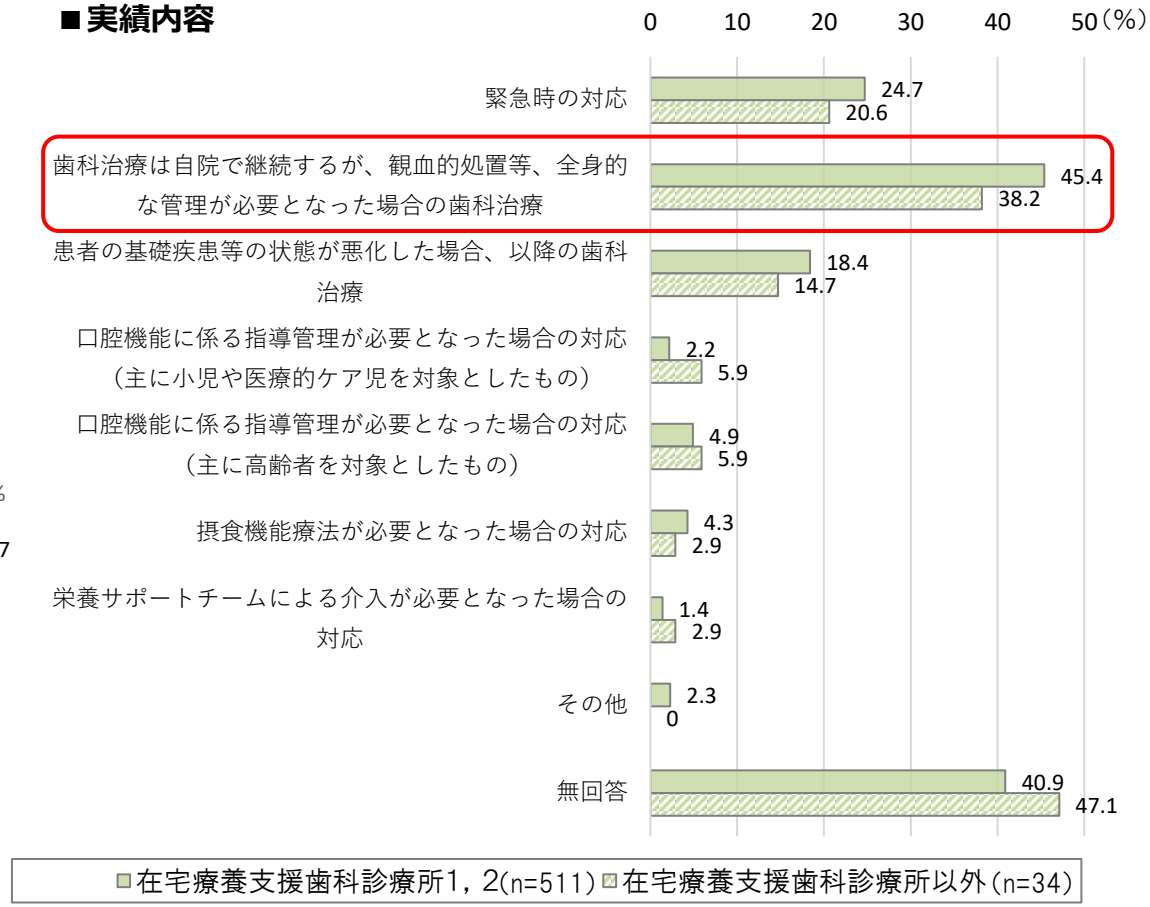


■後方支援機能を有する歯科医療機関との連携の有無



(n=548)

■実績内容



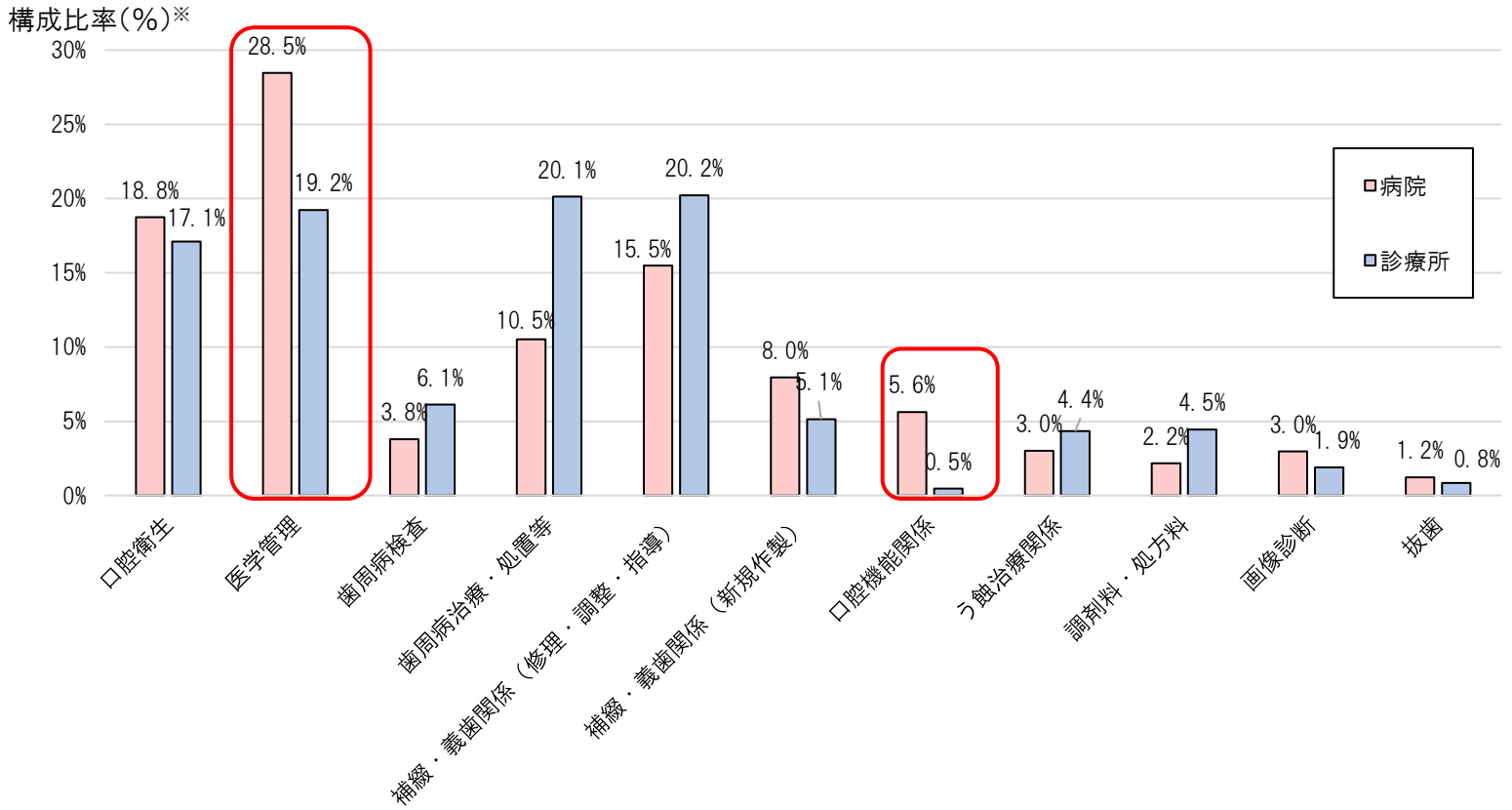
・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

歯科訪問診療において行われている診療行為（病院・診療所別）

○　診療所においては、補綴・義歯関係、歯周病治療・処置に係る内容が多いが、病院においては医学管理、口腔機能関係の内容が多く実施されている。

■歯科訪問診療の区分ごとの診療内容の構成比率



※　歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の11区分に分類し、構成比率を算出

【診療内容の区分】
「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係（修理・調整・指導）」「補綴・義歯関係（新規作製）」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「抜歯」「口腔機能関係」
・「口腔衛生」：訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む
・「医学管理」：歯科疾患在宅療養管理料　等

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

病院歯科の在宅歯科医療支援・地域連携の例

公立能登総合病院の例

公立能登総合病院歯科口腔外科の概要

- 所在地　石川県七尾市（人口約52,000人、高齢化約37%）
- 地域の歯科診療所数　30カ所
- 歯科口腔外科職員　歯科医師数３人、歯科衛生士５名、看護師2名
- 特徴：地域で唯一の病院歯科口腔外科
  - 院内・院外の医科歯科連携、病診連携を積極的に推進
  - 独自に開発した「お口の健康管理手帳」等の多職種連携ツールを活用し、多職種による情報共有によるシームレスな歯科介入を実施

取組の概要

- 同じ能登地域の市立輪島病院（歯科標榜なし）において、入院患者及び外来患者の口腔ケアや摂食嚥下診療を実施。
- 同地域内の別の市内にある特別養護老人ホームにおいて、施設入所者の口腔ケア指導、ミールラウンド、摂食嚥下診療を実施
- 「在宅歯科診療対象者リスト」を作成し、同病院の訪問看護ステーションと連携。リストに１つでも該当がある場合は歯科医師による「口腔機能チェック」の受診を推奨。

※在宅歯科診療対象者リストの項目
・歯や入れ歯に不具合がある　・口の中が乾燥している　・口臭が気になる
・食事中にむせることがある　・食べるのに時間がかかる
・喉で痰がゴロゴロ鳴っている　・口の中が痛い　・口腔ケアがうまくできない
・胃瘻をしている　・人工呼吸器を装着している

社会医療法人　原土井病院の例

社会医療法人　原土井病院の概要

- 所在地　福岡県福岡市　（人口約150万人、高齢化率約22%）
- 地域の歯科診療所数　1,073カ所
- 歯科職員　歯科医師数３人（非常勤２人）、歯科衛生士４名、助手2名
- 特徴：1998年に歯科を開設
  - 院内に2000年に口腔ケア委員会、2001年に嚥下チーム、2005年に糖尿病専門医とともにNST、2015年に摂食・栄養支援部を設立。また、2012年に訪問歯科診療開始。
  - NST委員会は、病態栄養を担当する内科医師と摂食嚥下障害を担当する歯科医師のもと、検査科、管理栄養科、薬剤科、リハビリ科（PT,OT,ST）、医局（医師）、看護部、事務部で構成され、月２回開催

取組の概要

- VFのための２泊3日の検査入院（１～２週間の嚥下リハも含む場合あり。）を実施。
- 嚥下機能障害患者の退院後は、入所する介護施設でミールラウンドを実施。歯科医師、歯科衛生士、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、介護スタッフ等が参加。
- 地域の医科・歯科診療所からの依頼を受け、VEの実施支援を目的とした同行訪問等を実施。

出典:「令和元年度歯科医療提供体制推進等事業」報告書を元に、保険局医療課にて作成（数値は報告書作成当時のもの）

1. 歯科訪問診療の現状等について

2. 歯科訪問診療の提供体制について

3. 歯科訪問診療における口腔の管理について

4. 小児に対する歯科訪問診療について

5. 歯科訪問診療における連携等について

在宅における歯科衛生士による指導管理の実施状況

意見交換　資料－４
参　考　－　１
Ｒ５．３．１５

○ 訪問歯科衛生指導料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
○ 居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数は、緩やかに増加している。

訪問歯科衛生指導料

1　単一建物診療患者が1人の場合　360点
2　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　328点
3　1及び2以外の場合　300点

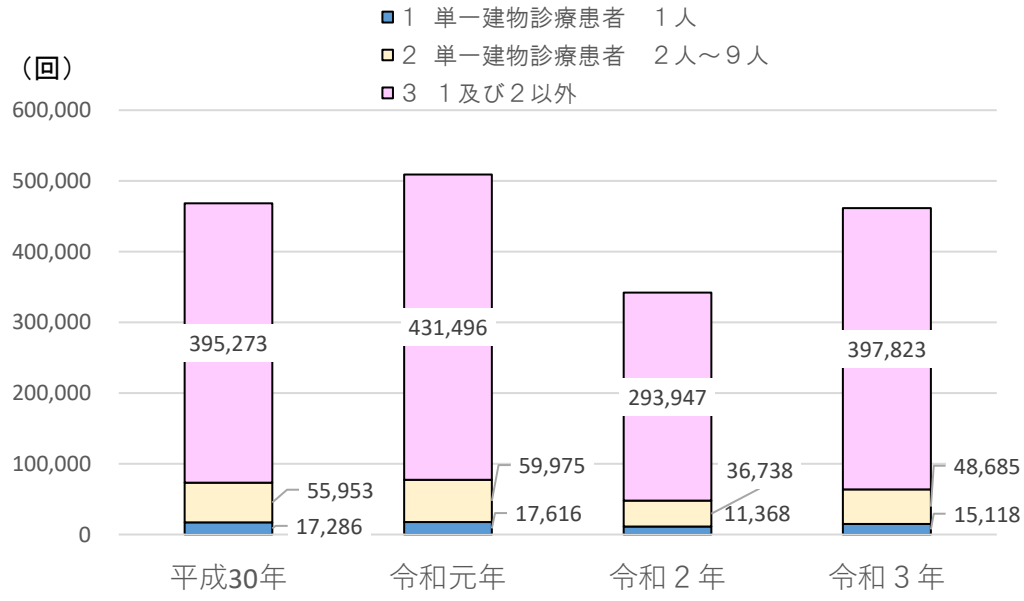
歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、**月4回に限り**、算定する。

居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）

1　単一建物居住者1人に対して行う場合　361単位/回
2　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　325単位/回
3　1及び2以外の場合　294単位/回

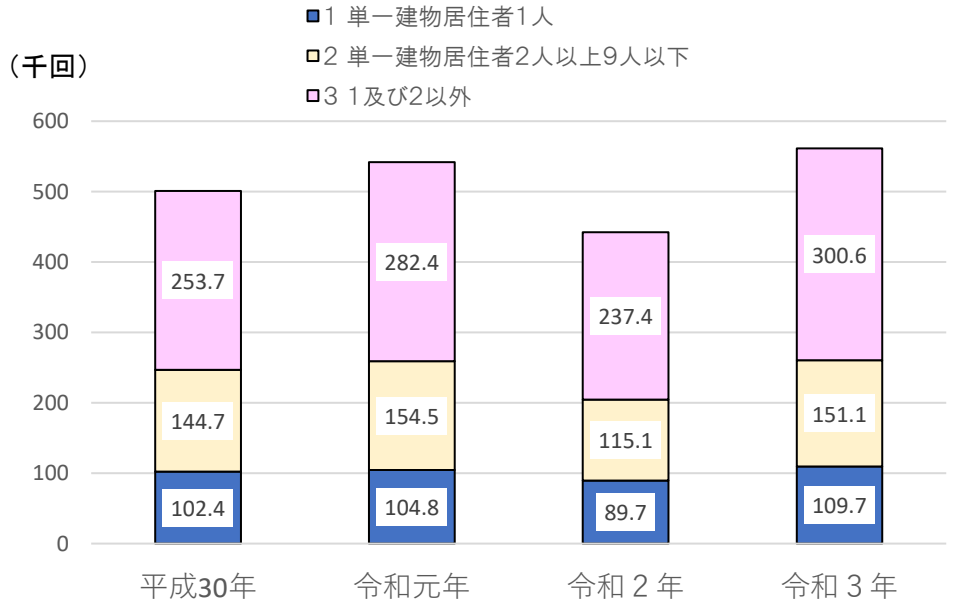
在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、**1月に4回を限度として**、所定単位数を算定する。

訪問歯科衛生指導料　算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）　算定回数



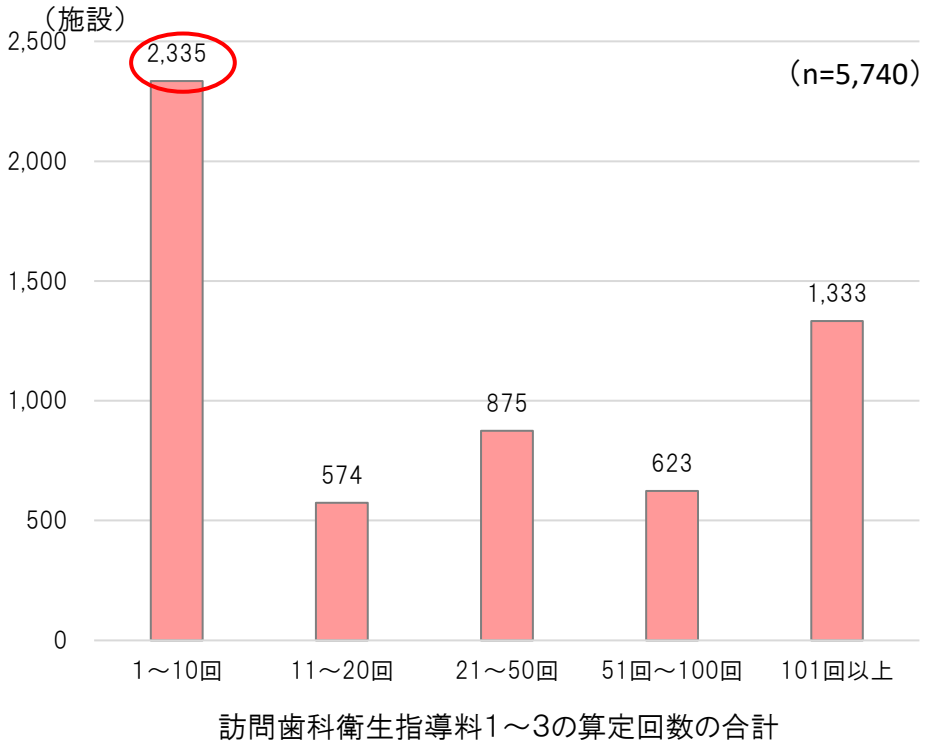
出典：介護給付費等実態統計（各年6月審査分）

１医療機関ごとの訪問歯科衛生指導料の算定回数

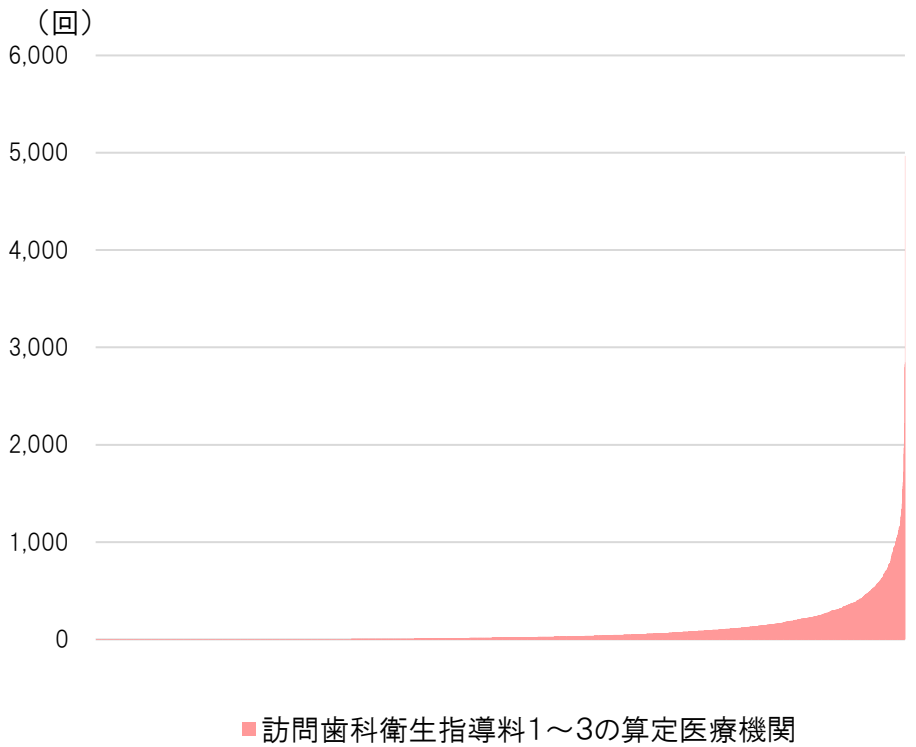
○　訪問歯科衛生指導料の算定回数別医療機関数をみると、1月あたりの算定回数は約半数が1回～10回の医療機関が最も多く、約半数となっている。

○　１医療機関当たりの算定回数をみると、算定回数が多い医療機関も一定数存在する。

■訪問歯科衛生指導料1～3の算定医療機関数



■訪問歯科衛生指導料1～3の算定回数



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

歯科衛生士の訪問に関する評価

○ 歯科衛生士の訪問に関する評価は、歯科訪問診療料の加算である歯科訪問診療補助加算と訪問歯科衛生指導料がある。

○ 訪問歯科衛生指導料については、歯科医師の指示により、歯科訪問診療料を算定した日から1月以内（患者の状態が安定している場合は2月以内）であれば、歯科衛生士のみが訪問して療養上必要な実地指導を行うことができる。

C000　歯科訪問診療料　　注11　歯科訪問診療補助加算

歯科訪問診療補助加算　　イ　在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

同一建物居住者以外の場合：115点　同一建物居住者の場合：50点

ロ　在宅療養支援歯科診療所等以外の保険医療機関の場合

同一建物居住者以外の場合：90点　同一建物居住者の場合：30点

- 歯科衛生士が、歯科医師と同行の上歯科訪問診療の補助を行った場合は、以下の点数を1日につき所定点数に加算

C001　訪問歯科衛生指導料

1	単一建物診療患者が1人の場合	360点
2	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	328点
3	1及び2以外の場合	300点

- 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。
- 訪問歯科衛生指導料は、**歯科訪問診療料を算定した患者等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内（ただし、歯科訪問診療を行う歯科医師により、状態が安定していると判断される場合は2月以内でも差し支えない。）**において、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のみを行った場合は算定できない。

歯科衛生士による口腔の衛生処置の評価

○ 在宅等で療養する患者に対し、歯科衛生士が専門的な口腔衛生処置を行った場合の評価として「在宅等療養患者専門的口腔衛生処置」がある。

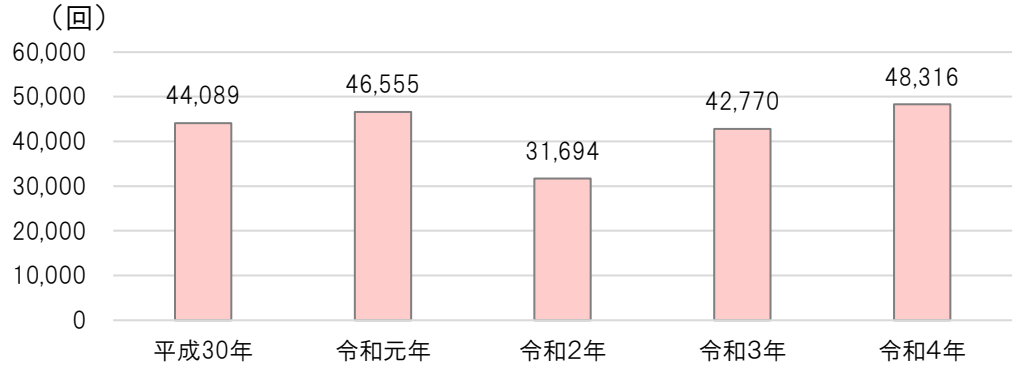
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置　　130点

- 歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月１回に限り算定する。
- 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

＜実施する内容＞

- 当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、義歯清掃又は機械的歯面清掃を行った場合
- 主治の歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。
- 当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

■在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

複数名訪問看護加算

○ 別表第7の利用者等に対し、複数名で訪問看護を行った場合、複数名訪問看護加算を算定できる。
○ 複数名訪問看護加算を算定する利用者数及び全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

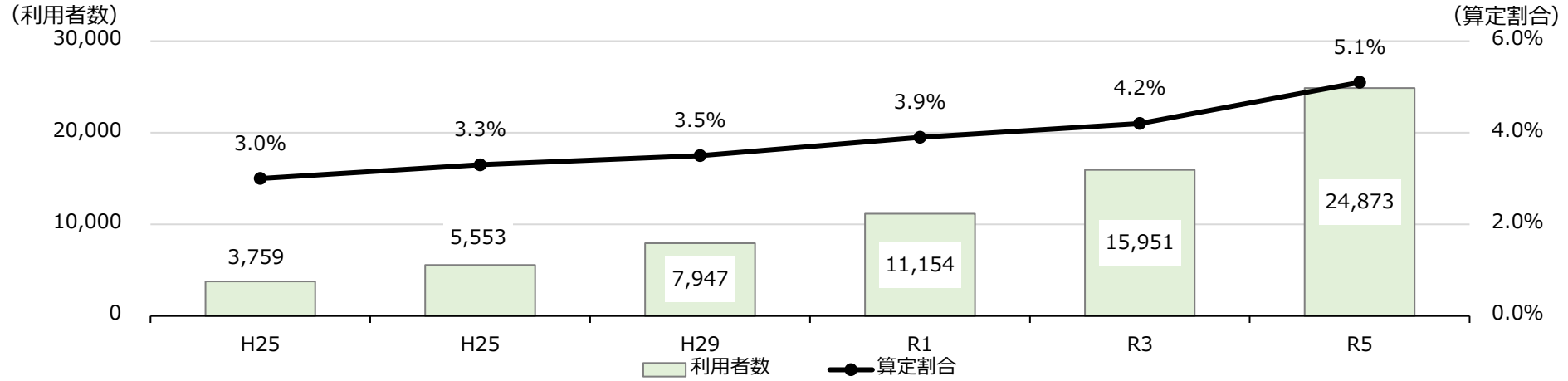
報酬と訪問者	対象者	加算額（※）	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	イ～ニ	4,500円（週１回）	**看護職員** （保健師、助産師、看護師、准看護師）	**保健師、助産師、看護師、 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士**
	イ～ニ	3,800円（週１回）	**看護職員**	**准看護師**
	二～ヘ	3,000円（週３回）	**看護職員**	**その他職員** 保健師、助産師、看護師、准看護師 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 看護補助者
	イ～ハ	3,000円（１日に１回の場合） 6,000円（１日に２回の場合） 10,000円（１日に３回以上の場合）		

対象者

看護職員が、他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、１人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当する場合、所定額に加算。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
ロ　特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
ハ　特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
ホ　利用者の身体的理由により１人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
ヘ　その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※同一建物内３人以上の場合の加算額は別に設定あり

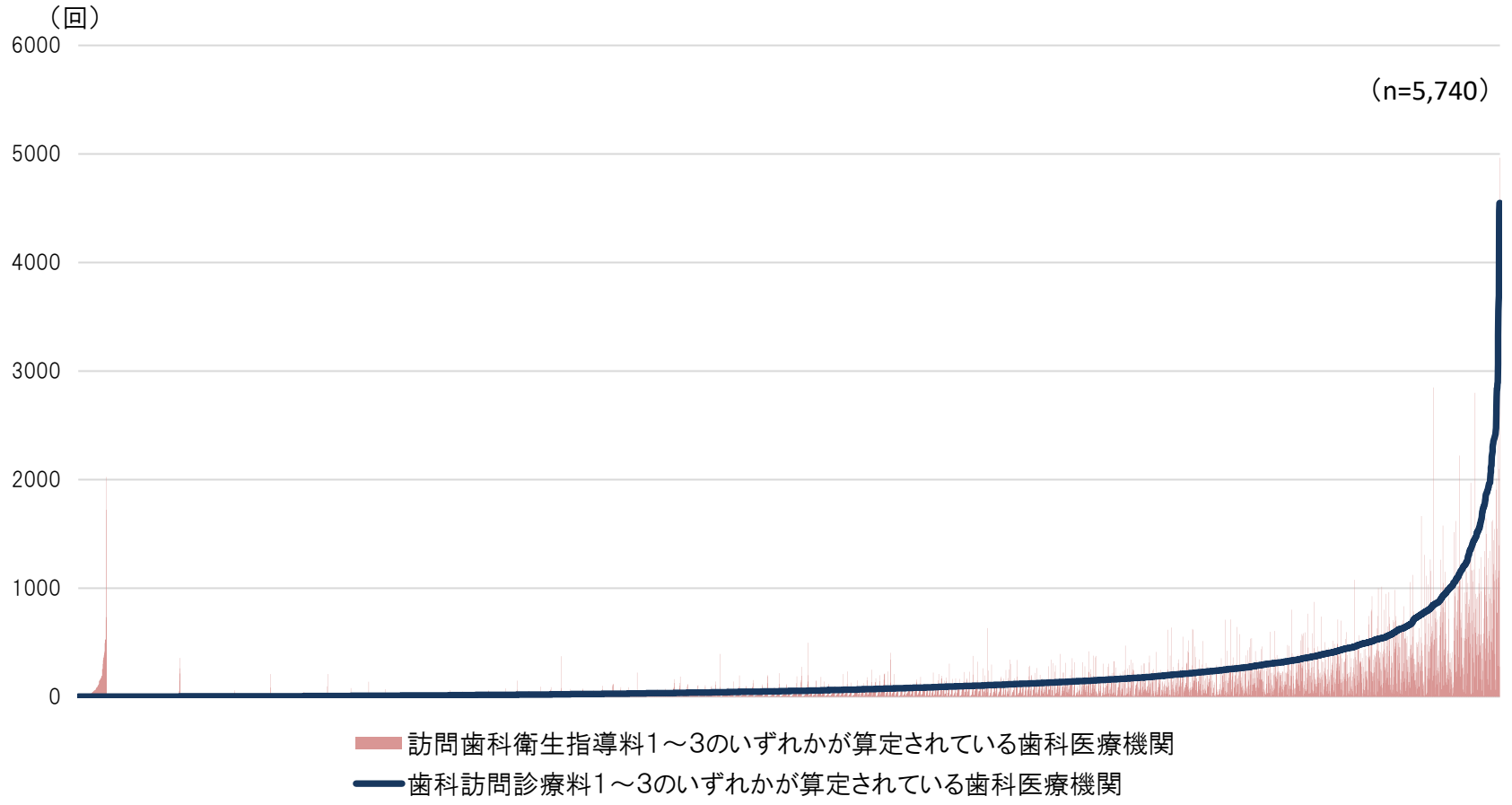


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

医療機関ごとの歯科訪問診療料・訪問歯科衛生指導料の算定回数

○　医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数と訪問歯科衛生指導料の算定回数をみると、歯科訪問診療料の算定回数よりも訪問歯科衛生指導料の算定回数が多い、つまり歯科衛生士のみで訪問して実地指導を行う場合が一定数ある。

■医療機関毎の歯科訪問診療料（歯科訪問診療１～３）と訪問歯科衛生指導料（訪問歯科衛生指導料１～３）の算定回数



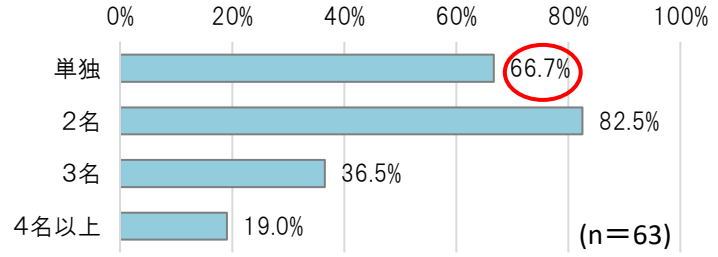
出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

歯科訪問診療において歯科衛生士が訪問する時の状況

○　歯科訪問診療において歯科衛生士が訪問する場合に、約67%で歯科衛生士が単独で訪問している。複数名で訪問する場合の同行者は歯科医師が多く、次いで歯科衛生士が約45%となっている。

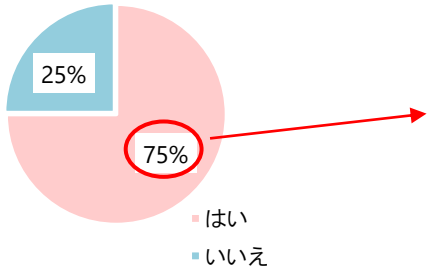
○　訪問時に不安等がある歯科衛生士は約75%であった。不安等が起こった場所は在宅が多く、実際にハラスメントを受けた歯科衛生士が一定数存在していた。

■歯科衛生士が訪問する場合の人数（複数回答）

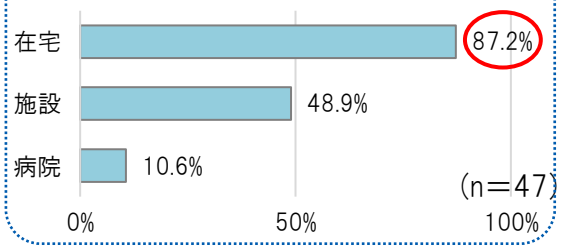


■訪問時の不安や心配事の有無

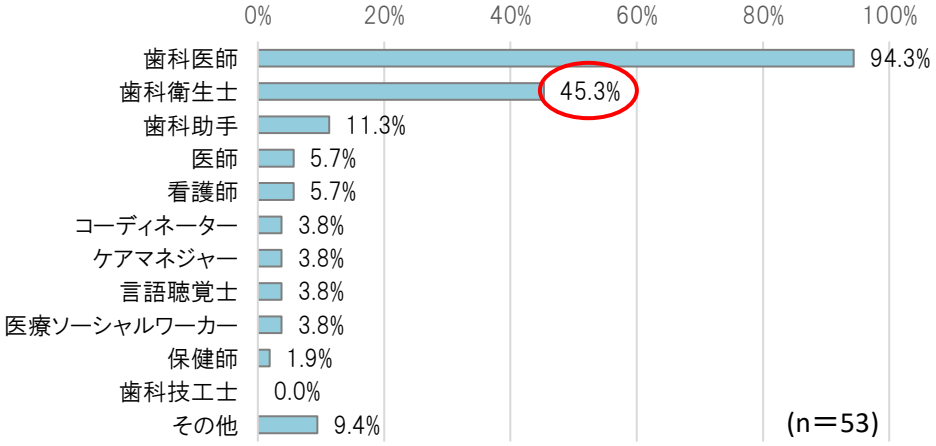
［これまでに訪問で不安や心配事はありましたか］



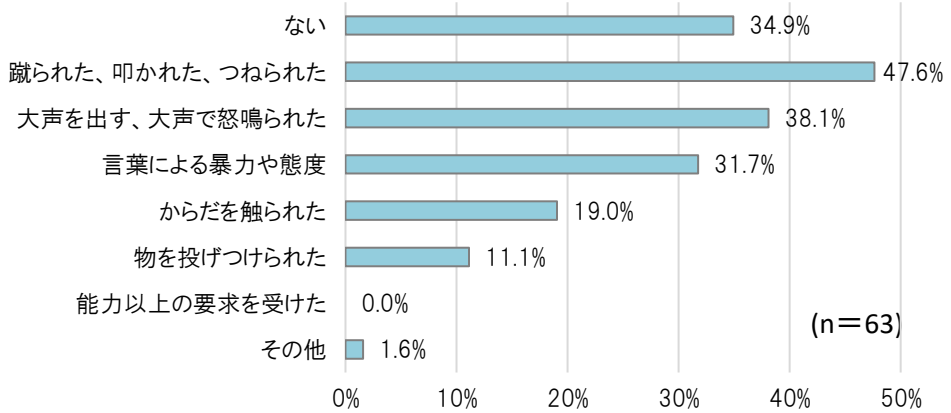
■不安や心配事が起きた場所（複数回答）



■単独訪問以外の同行職種（複数回答）



■患者本人からのハラスメントの状況（複数回答）



・調査対象：都道府県歯科衛生士会（北海道、山形県、東京都、愛知県、奈良県、京都府、大阪府、滋賀県、和歌山県、大分県、沖縄県）に所属する歯科衛生士、団体に所属する歯科衛生士　5,145名
・調査対象期間：令和5年1月7日～1月15日
・調査方法：インターネット調査
・回収数：63名

出典：勇美財団研究報告書　歯科衛生士の医療的ケア児（在宅）に対する訪問歯科診療の実態調査　報告書を元に保険局医療課でグラフ作成

人生の最終段階における口腔管理

○ 要介護の状態になるとADLの低下による口腔清掃能力の低下だけではなく、口腔機能の低下による唾液分泌の減少による自浄作用の低下もおこり、口腔衛生状況が悪くなる。そして、人生の最終段階に近づくにつれ、その傾向は顕著になる。

○ 在宅の終末期がん患者の口腔管理開始から死亡までの期間の歯科的介入の内容を調べた調査では、介入内容は全身状態の低下とともに口腔衛生管理の頻度が増加し、口腔管理の開始から死亡までの期間は、31日以上90日未満が多かった。

人生の最終段階における身体状況から生じる口腔への影響

1．意識障害

脳血管障害・認知症・神経難病の進展により生じる意識障害
→ う蝕や残存歯による**裂傷や褥瘡、それに伴う感染**
原始反射の出現などによる**咀嚼障害**

2．栄養障害

経口摂取不可能や消化吸収作用の減弱、経管栄養でも十分な栄養補給ができない
→ 脱水による**口腔乾燥**、健常では罹患しない**粘膜疾患**

3．循環不全、易出血性の亢進

DICなどの凝固因子欠乏、血管抵抗性の低下など簡単に出血してしまう状態
→ 口腔内からの**不正出血や粘膜の抵抗性低下**

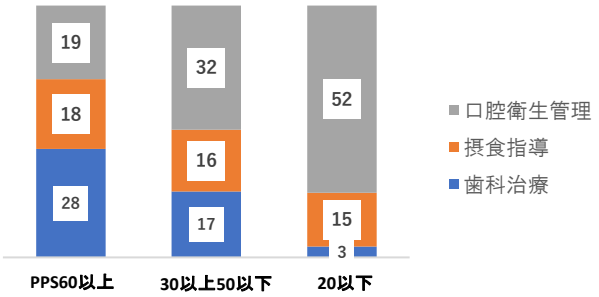
出典：阪口英夫「人生の最終段階における口腔管理」、
日本障害者歯科学会誌40:119-123,2019を元に保険局医療課で作成

在宅終末期がん患者に対する口腔健康管理の状況

- 対象：2019年3月から2020年12月までの間に歯科訪問診療により口腔管理を開始した在宅終末期がん患者34名中の24名（年齢：51歳から90歳）
※途中中断および追跡終了時点で継続していた者を除く。
- 方法：死亡するまで歯科訪問診療にて口腔管理を実施
患者の全身状態を**PPS（Palliative Performance Scale）**を用い、次の3区分で評価し、訪問時に行った管理内容を検討
  - 起居が可能で意識が清明、経口摂取もほぼ正常な**60以上**の者
  - 臥床しがちになり意識に混乱がみられ経口摂取量も減少する**30以上50以下**の者
  - 常に臥床となり傾眠傾向となり数口程度しか経口摂取できなくなる**20以下**の者

■在宅終末期がん患者に実施した歯科治療の内容
・全身状態の悪化に伴い、歯科治療の頻度は減少し、口腔衛生管理の頻度が増加
・身体機能と歯科治療内容の間には有意な関連（$p<0.05$,χ二乗検定）

＜のべ診療回数＞



※のべ診療回数：1回の診療時に「歯科診療、摂食指導、口腔衛生管理」のどれを提供したか積み上げたもの。1回の治療で複数の内容を実施した場合はそれぞれ計上。

■訪問開始から患者が死亡するまでの期間
10日未満:2人　10日以上30日以下:5人　31日以上90日未満:11人
90日以上:6人

出典：日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック　菊谷教授提供資料を元に保険局医療課で作成

終末期がん患者に対する歯科医療の必要性

○　緩和ケア病棟や緩和ケアチームを対象としたアンケート調査（医師又は看護師が回答）において、歯科医師による専門的な歯科治療が頻回に必要だと回答した施設は約27%、歯科専門職による専門的な口腔のケアが頻回に必要だと回答した施設は約62%だった。

○　緩和ケア病棟に入院するがん患者を対象として歯科医師が口腔内の診査を行った調査において、歯科治療が必要と判断された患者の割合は半数を超えていた。

■緩和ケア病棟入院患者の歯科治療や口腔管理（dental services）の必要性
（医師又は看護師に対するアンケート調査）

(N=210)

		N(%)	95% C.I.
General need of dental services	Absolutely necessary	78 (37.1%)	31,44
	Highly necessary	67 (31.9%)	26,38
	Necessary	51 (24.3%)	18,30
	Relatively necessary	14 (6.7%)	3,10
	Relatively unnecessary	0	0
	Unnecessary	0	0
Need of specific dental services			
Dental treatment	Often	57 (27.1%)	21,33
	Sometimes	142 (67.6%)	61,74
	Never	6 (2.9%)	1,5
Oral care	Often	131 (62.4%)	56,69
	Sometimes	72 (34.3%)	28,41
	Never	5 (2.4%)	0,4

・調査対象：日本国内の緩和ケアを行う病院　436施設:
（緩和ケア病棟 244施設、緩和ケアチーム 192チーム）
・調査手法：アンケート調査
・回答者：医師又は看護師
・回答数：210施設

出典：Tomohisa Ohno et al, The need and availability of dental services for terminally ill cancer patients: a nationwide survey in Japan; Support Care Cancer　DOI 10.1007/s00520-015-2734-5

■緩和ケア病棟入院がん患者の歯科治療の必要性
（歯科医師の診査による調査）

	n	%
不要	38	44.2
必要	48	55.8
全体	86	100

・調査対象：日本国内の緩和ケアを行う病院　5施設（緩和ケア病棟3施設、ホスピス2施設）の患者
・調査手法：5施設の入所者に対し、歯科医師による歯科検診の実施等を含む調査を実施
・回答数：本調査への協力に同意したがん患者86名

出典：平成29年度老人保健事業 「終末期を含む中等度の要介護高齢者における歯科医療及び口腔衛生管理ニーズの実態及び歯科医師、歯科衛生士の関与のあり方に関する調査研究」

看取り加算を算定している患者への歯科訪問診療の実施状況

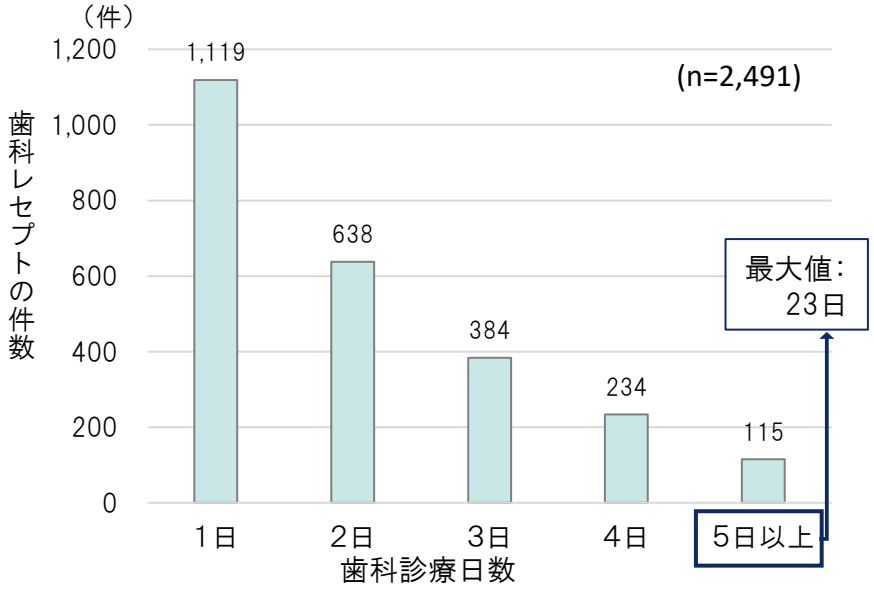
○ 看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の１月以内に歯科診療を行った割合は約16%であり、診療日数は１日が最も多かったが、５日以上も一定数存在する。

○ 看取り加算算定以前の最終の歯科診療の時期をみると、7日前～１日前が多い。

■看取り加算算定の１月以内の歯科診療の頻度

- 看取り加算算定の算定件数：**15,758件**（令和４年５月）
- 看取り加算算定の算定から1月以内に請求があった歯科レセプトの算定件数：**2,491件（15.8%）**

■看取り加算算定の１月以内の歯科診療の頻度

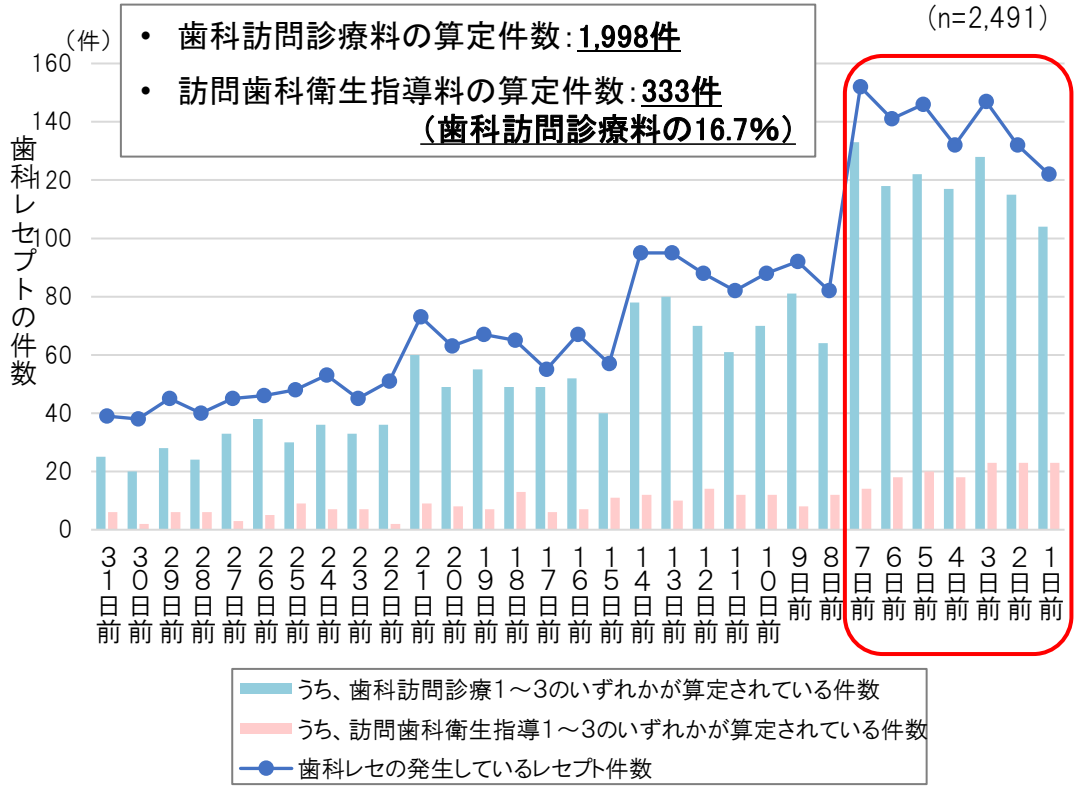


※令和４年５月に「看取り加算」が算定された医科レセプトのうち、看取り加算算定の１月以内に発生した歯科レセプトの診療実日数別件数

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

■看取り加算算定日以前の最終の歯科診療の時期

- 歯科訪問診療料の算定件数：**1,998件**
- 訪問歯科衛生指導料の算定件数：**333件（歯科訪問診療料の16.7%）**



※令和４年５月に「看取り加算」が算定された医科レセプトのうち、看取り加算算定の１月以内に歯科診療を行った日（最終日）別の歯科レセプト算定件数
（１人の患者に対して複数回診療を行っている場合、最後の診療日に計上）

訪問歯科衛生指導の実施時におけるICTの活用に係る評価の新設

情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価

➢ 歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に 、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。

（新）　歯科訪問診療料（１日につき）　通信画像情報活用加算　　30点

［対象患者］
過去２月以内に訪問歯科衛生指導料を算定した患者

［対象施設］
地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２

［算定要件］
訪問歯科衛生指導の実施時に**歯科衛生士等がリアルタイムで口腔内の画像を撮影できる装置を用いて、口腔内の状態等を撮影**し、当該保険医療機関において**歯科医師がリアルタイムで観察**し、得られた情報を次回の歯科訪問診療（歯科訪問診療１又は２に限る。）に活用した場合に算定



通信画像情報活用加算の算定状況

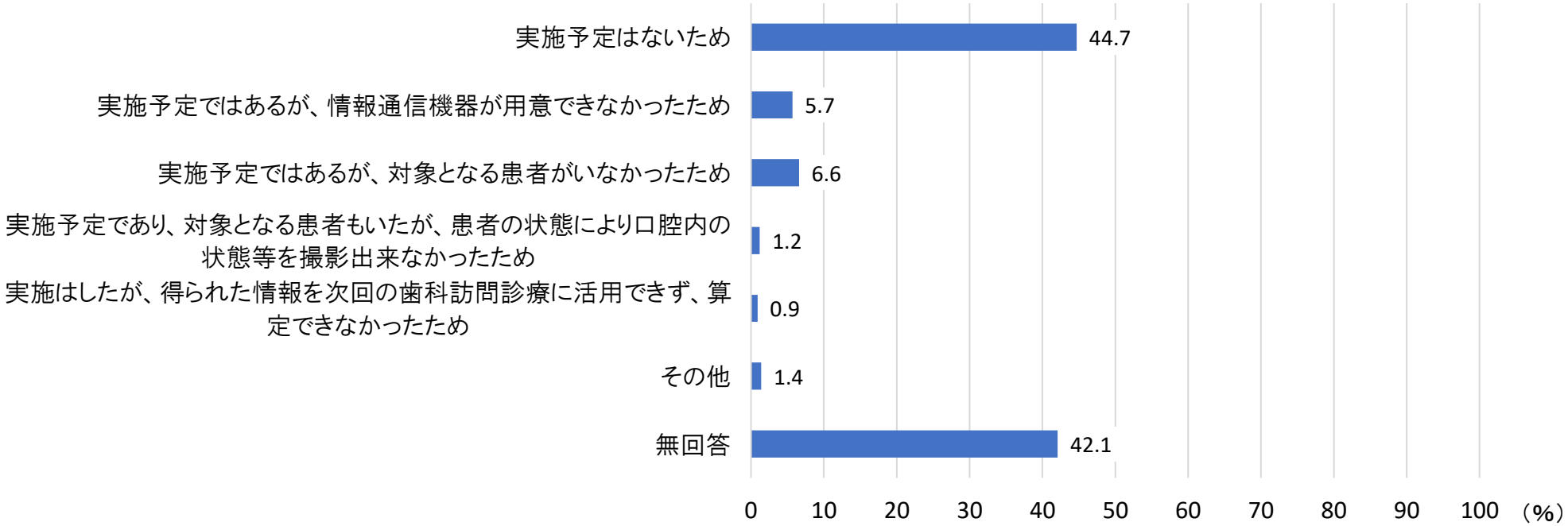
○ 通信画像情報活用加算の算定回数は令和４年７月で262回、算定医療機関数は68施設であった。
○ 算定していない医療機関にその理由を聞いたところ「実施予定はない」が最も多く44.7%であった。

＜通信画像情報活用加算の算定状況＞

	算定医療機関数（施設）	算定件数（件）	算定回数（回）
通信画像情報活用加算	68	262	262

出典：NDBデータ（令和４年７月診療月）

＜通信画像情報活用加算を算定していない理由＞



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

1. 歯科訪問診療の現状等について

2. 歯科訪問診療の提供体制について

3. 歯科訪問診療における口腔の管理について

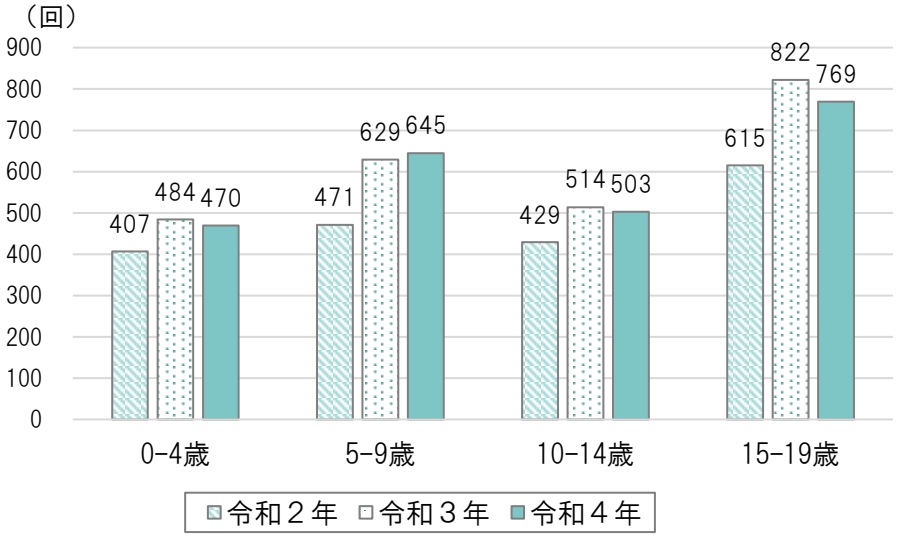
4. 小児に対する歯科訪問診療について

5. 歯科訪問診療における連携等について

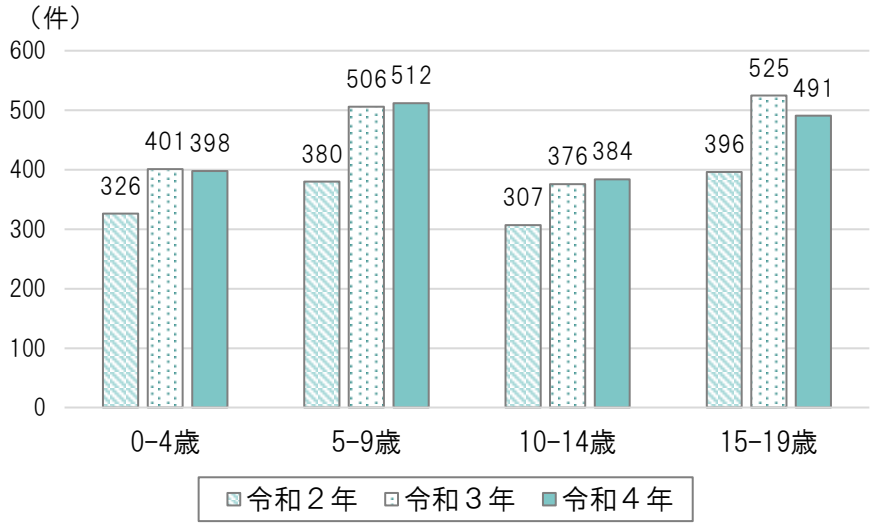
小児に対する歯科訪問診療の実施状況

○　小児に対する歯科訪問診療料及び訪問歯科衛生指導料の算定回数の経年推移をみると、全体としてはまだ少ないが、一定程度歯科訪問診療が提供されている。

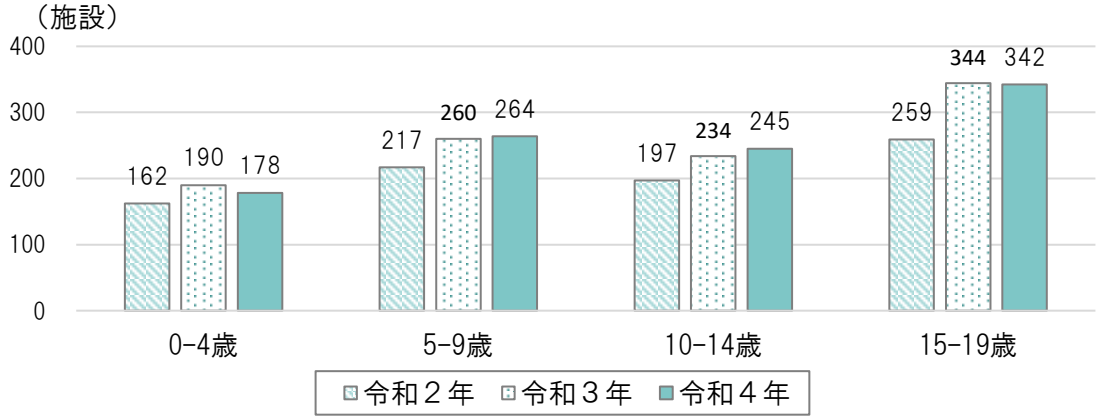
■歯科訪問診療料(20歳未満)の算定回数



■歯科訪問診療料(20歳未満)の算定件数



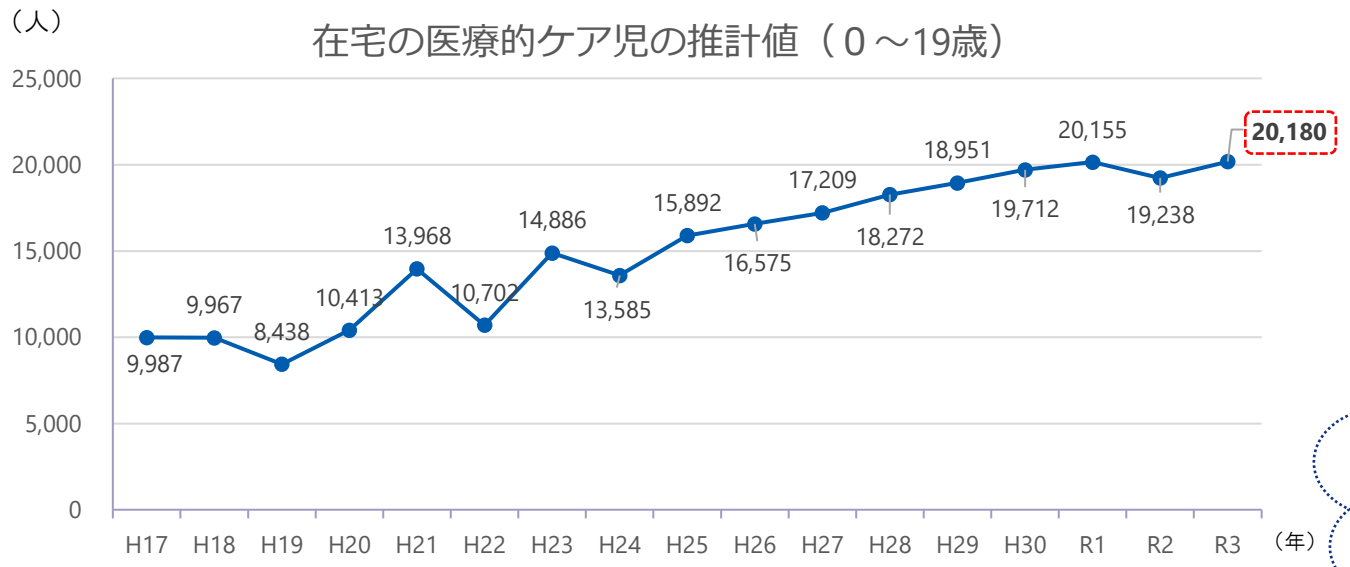
■歯科訪問診療料(20歳未満)の算定医療機関数



出典：NDBデータ　令和2年、令和3年、令和4年7月診療月

医療的ケア児について

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
○ 全国の医療的ケア児（在宅）は、約２万人〈推計〉である。



出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成）



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿　等



医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和３年６月18日公布・同年９月18日施行）

第二条　この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

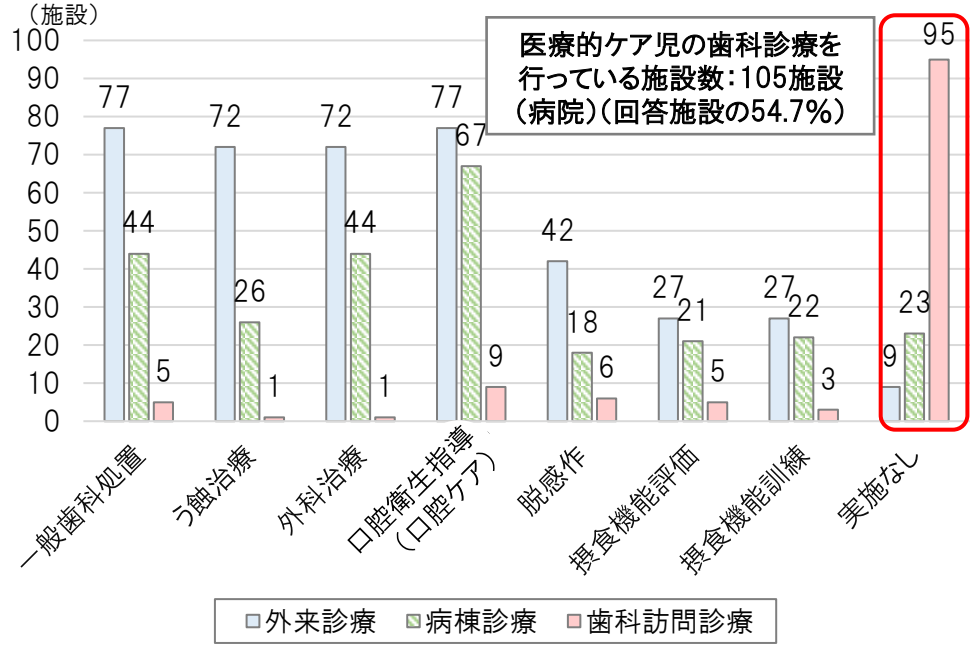
２　この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

医療的ケア児に対する歯科訪問診療の状況

○　病院歯科における医療的ケア児に対する歯科診療は、主に外来や病棟で実施されており、歯科訪問診療を実施している施設（病院）は少ない。

○　小児の歯科訪問診療では、低年齢では口腔機能に関する内容の割合が高く、年齢が上がると口腔衛生や医学管理の割合が大きくなっている。

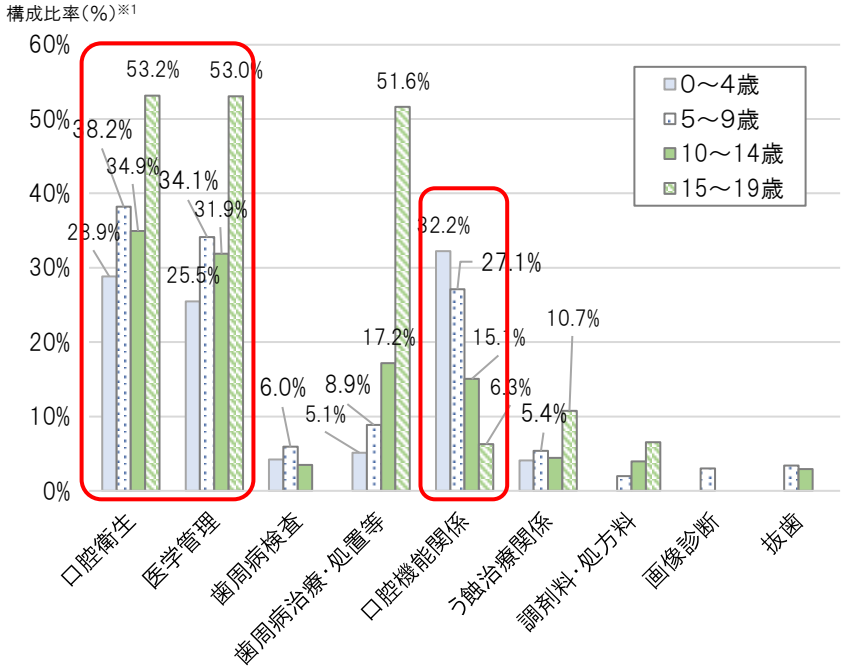
■医療的ケア児に対する診療実施施設数（複数回答）



・調査対象：公益社団法人日本小児歯科学会，公益社団法人日本障害者歯科学、公益社団法人日本口腔外科学会、一般社団法人日本歯科麻酔学会の4 学会、，一般社団法人日本小児総合医療施設協議会加盟38 施設のうち、歯科がある23 施設へアンケート調査を依頼。回答のあった228施設のうち、192 施設（病院）を対象に調査。
図表は医療的ケア児に対し歯科診療を行っている105 施設に対する調査結果。
・調査方法：ウェブアンケート調査

出典：小方清和ら「病院歯科における医療的ケア児への歯科介入についての実態調査」小児歯科学雑誌　61(2)：57–66　2023を元に保険医療課でグラフ作成

■小児の歯科訪問診療で実施されている診療内容



※1　歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の9区分に分類し、構成比率を算出

【診療内容の区分】
「歯周病治療・処置」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「抜歯」「口腔機能関係」
・「口腔衛生」：訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む
・「医学管理」：歯科疾患在宅療養管理料　等

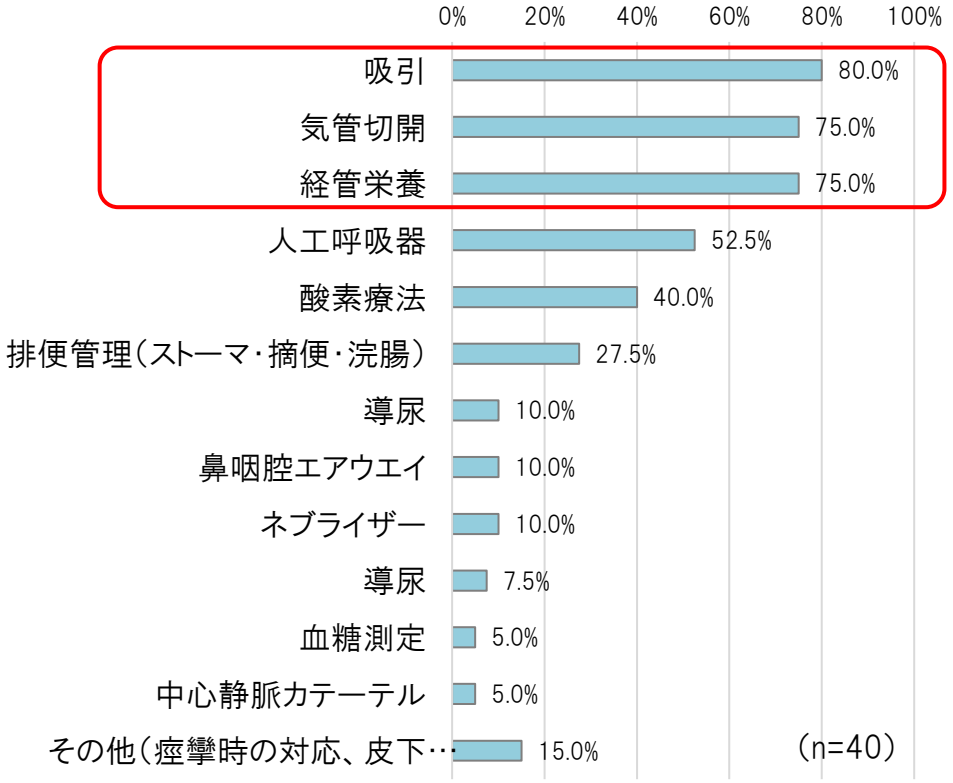
出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

歯科訪問診療を行った医療的ケア児の状況

○ 歯科訪問診療を行った医療的ケア児の医療的ケアの内容は、「吸引」「気管切開」「経管栄養」が多かった。

○ また、呼吸管理と栄養管理の状況をみると、多くの患者で呼吸管理と栄養管理の両方を行っている者が多かった。

■医療的ケアの内容（複数回答）



出典：勇美財団研究報告書　歯科衛生士の医療的ケア児（在宅）に対する訪問歯科診療の実態調査　報告書を元に保険局医療課でグラフ作成

■往診・訪問診療対象の医療的ケア児の呼吸管理と栄養管理の状態

呼吸管理			栄養管理				人数(人)
気管切開	喉頭分離	人工呼吸	経口	経管			
				経鼻	胃瘻	静脈	
			○				1
				○			1
					○		6
○				○			1
○					○		5
○	○				○		4
○		○	○				1
○		○		○			5
○	○	○		○			1
○		○			○		18
○	○	○			○		5
40	10	30	2	8	38		48

※最下段の呼吸管理別合計人数は重複を含むため48人にはならない。

対象：1987年から2022年3月末までの約35年間に往診とそれに続いて訪問診療を受けた初診時0歳～18歳までの在宅医療的ケア児

出典：齋藤知子他．一歯科医院が35年にわたり行ってきた医療的ケア児に対する在宅歯科医療の実態報告．障害誌2023：44：39－45．3を元に保険局医療課で作図

小児における在宅歯科診療時のリスク

○ 在宅で歯科治療を行うにあたっては、患児の疾患・状況により様々なリスクがあり、リスクを見極めた上で治療を行う必要がある。

重症心身障害児、超重症児・医療的ケア児の在宅歯科診療時のリスク（概要）

呼吸障害

■ 要因

- 閉塞性換気障害（上気道狭窄、舌根沈下、中枢性呼吸障害、排痰障害等）
- 拘束性換気障害（胸郭運動障害、呼吸運動障害）

歯科治療時に呼吸抑制

筋緊張の亢進（過緊張）

■ 要因

- 痙直型や混合型の脳性麻痺を合併している場合、心理的な要因（不安、不満、興奮、精神的ストレス）や痛みなど

非対称性緊張性頸反射や緊張性迷路反射、全身の伸展状態などが起こる呼吸障害、むせ（口腔機能低下）や咬反射

筋緊張の低下

■ 要因

- 筋ジストロフィーなどの筋力低下、アテトーゼ型の脳性麻痺など

非対称性緊張性頸反射や緊張性迷路反射、全身の伸展状態などが起こる呼吸障害、むせ（口腔機能低下）や咬反射も起こす

姿勢異常（側弯、四肢拘縮）

顔が片側を向いていると、顔をまっすぐにすることで呼吸が止まることがある

摂食嚥下障害

口腔ケア、診査、処置時に誤嚥を起こす可能性

てんかん

コントロールされていない場合、歯科処置により発作を起こす可能性

発熱

■ 要因

- 体温調節の未熟によるうつ熱、感染症、環境変化やストレス等によるう横紋筋融解症

気管切開患児の気管腕頭動脈ろう

■ 要因

- 気道狭窄や繰り返される誤嚥性肺炎による気管切開後、喉頭気管分離術後の気管カニューレによる気管粘膜のびらんや潰瘍、肉芽などによる気管粘膜の炎症

気管カニューレからの大出血による窒息や循環虚脱をきたし、死亡に至る可能性

気管カニューレの事故（自己）抜去

分泌物の増加

■ 要因

- 気管切開されている場合、口腔内診査や処置に際しての口腔内刺激による唾液分泌増加

咽頭への流入、気道分泌物の増加、SpO_2の低下

CO_2ナルコーシスへの注意

■ 要因

- 在宅酸素療法を行っていると高濃度・高流量の酸素投与により自発呼吸が減弱し、CO_2ナルコーシスを起こすことがある

心不全

■ 要因

- 筋ジストロフィーは、加齢とともに筋の変性・壊死が進み、心不全をきたしやすくなる
- 先天性心疾患

心拍数の増加による心不全が急性増悪し、血圧低下をきたす可能性

出典：小児在宅歯科医療の手引き：一般社団法人日本障害者歯科学会；第1版2021年12月より引用作成

歯科診療で特別な対応が必要な患者について

中医協　総－２
２９．５．３１

障害者への歯科治療の特徴など

○　歯科治療の困難性

・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○　特異的な歯科症状

・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

平成22年度社会保険指導者研修会講演資料「地域で診る障害者歯科」（緒方克也氏）より一部改変

「著しく歯科治療が困難な者」に対する診療を歯科診療特別対応加算として評価

【著しく歯科治療が困難な者】

◆脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

◆知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態

◆重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態

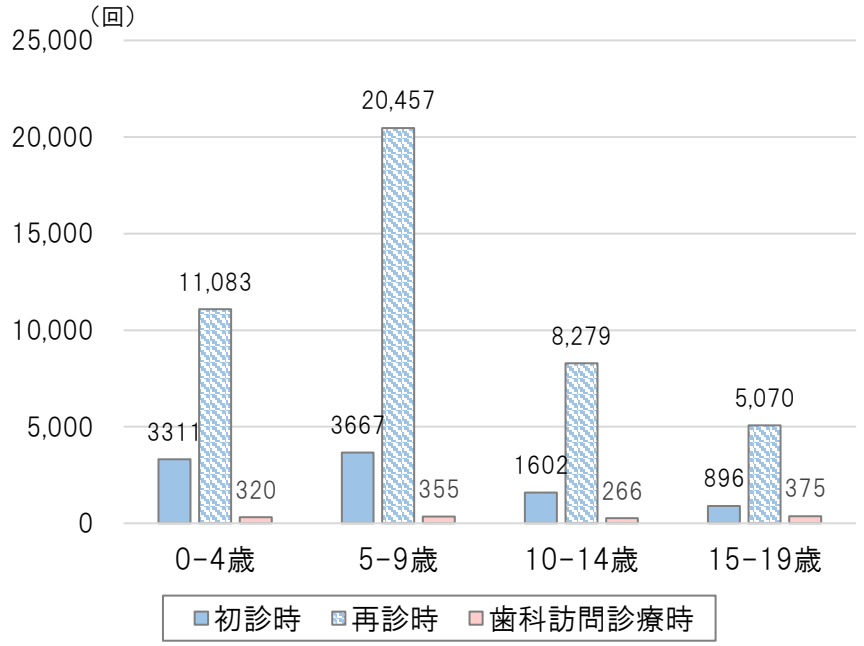
◆日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

小児における歯科診療特別対応加算の算定状況

○　小児における歯科診療特別対応加算の算定回数を年齢階級別にみると、外来診療時（初診時、再診時）と比べて、歯科訪問診療時は年齢による算定回数の差は小さい。

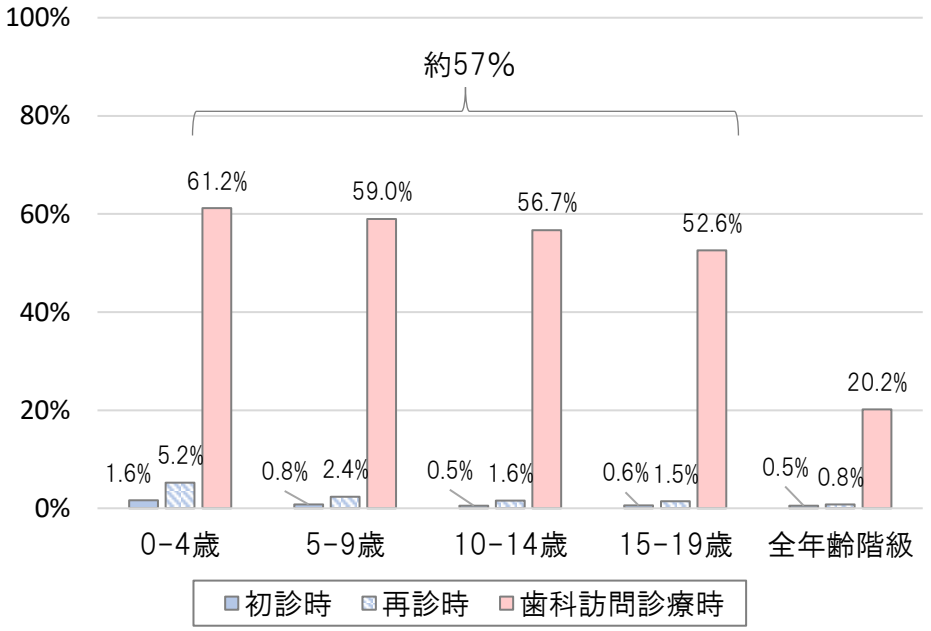
○　歯科訪問診療時の歯科診療特別対応加算は、年齢が低いほどその割合は多く、全年齢階級の約20%、小児（19歳以下）の約57%で算定されている。

■歯科診療特別対応加算（初診時、再診時、歯科訪問診療時）の算定回数



※参考：歯科診療特別対応加算の算定回数（総数）
- 初診時：212,133回
- 再診時：195,461回
- 歯科訪問診療時：212,133回

■各年齢階級における歯科診療特別対応加算の（初診時、再診時、歯科訪問診療時）の基本診療料等に対する算定割合※



※算定割合：各年齢階級における基本診療料及び歯科訪問診療料の算定回数に対する歯科診療特別対応加算の算定回数の割合
（基本診療料等の算定回数の計算に用いた項目
- 初診時：歯科初診料、地域歯科診療支援病院歯科初診料
- 再診時：歯科再診料、地域歯科診療支援病院歯科再診料
- 歯科訪問診療時：歯科訪問診療1、歯科訪問診療1（20分未満）、歯科訪問診療2、歯科訪問診療2（20分未満）、歯科訪問診療3、歯科訪問診療3（20分未満）

出典：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

1. 歯科訪問診療の現状等について

2. 歯科訪問診療の提供体制について

3. 歯科訪問診療における口腔の管理について

4. 小児に対する歯科訪問診療について

5. 歯科訪問診療における連携等について

退院時共同指導料（歯科点数表）

退院時共同指導料

- 保険医療機関に入院中の患者について、**地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士**が、当該患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を 行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を**共同して行った上で、 文書により情報提供した場合**に、１回に限り算定する。
- 入院中１回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と１回以上共同して行う場合は、入院中に２回に限り算定）

	退院時共同指導料１ （在宅療養担当医療機関の評価） 1　歯援診　900点 2　歯援診以外　500点	退院時共同指導料２ （入院医療機関の評価） 400点
共同指導実施職種	医師、歯科医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注１ 歯科医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注２（300点加算） 歯科医師 ※在宅療養を担う医療機関側の歯科医師又は医師と共同指導した場合に限る
		注３（多機関共同指導加算：2,000点加算） 歯科医師又は看護師等が、以下のうち３者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。 ※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

（※）
退院時共同指導料を２回算定できる疾病等の患者

1　末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
2　(1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1)
・在宅自己腹膜灌流指導管理
・在宅血液透析指導管理
・在宅酸素療法指導管理
・在宅中心静脈栄養法指導管理
・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
・在宅人工呼吸指導管理
・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
・在宅自己疼痛管理指導管理
・在宅肺高血圧症患者指導管理
・在宅気管切開患者指導管理
を受けている状態にある者
(2)　ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
(3)　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
3　在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

退院時共同指導料の概要

意見交換　資料－３
参　　考　　－　　１
Ｒ５．３．１５

退院時共同指導料

- 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- 入院中１回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と１回以上共同して行う場合は、入院中に２回に限り算定）

	退院時共同指導料１ （在宅療養担当医療機関の評価） １　在支診　　1,500点 ２　在支診以外　900点	退院時共同指導料２ （入院医療機関の評価） 400点
共同指導実施職種	医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注１ 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注２（300点加算） 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
		注３（多機関共同指導加算：2,000点加算） 医師、看護師等が、以下のうち３者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。 ※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

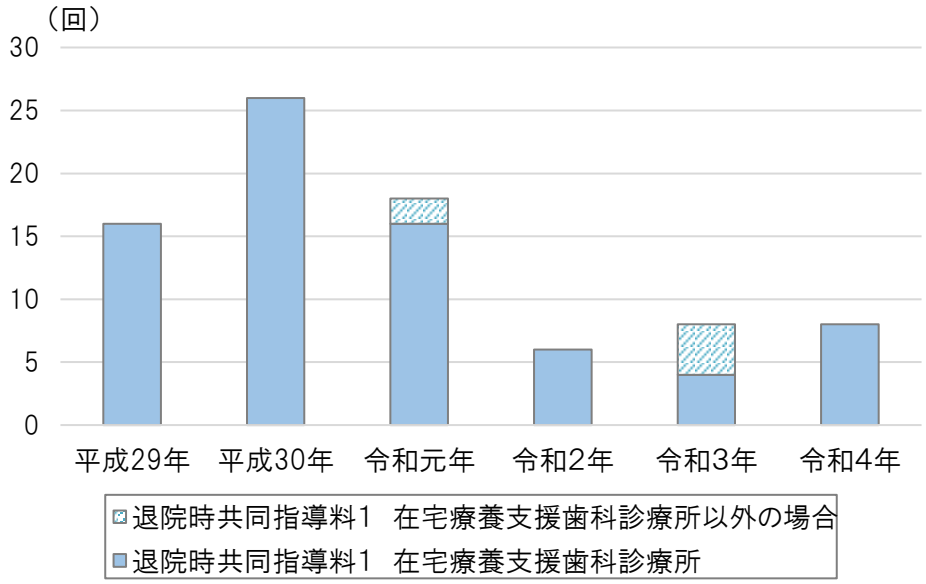
（※）
退院時共同指導料を２回算定できる疾病等の患者

1　末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
2　(1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1)
・在宅自己腹膜灌流指導管理
・在宅血液透析指導管理
・在宅酸素療法指導管理
・在宅中心静脈栄養法指導管理
・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
・在宅人工呼吸指導管理
・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
・在宅自己疼痛管理指導管理
・在宅肺高血圧症患者指導管理
・在宅気管切開患者指導管理
を受けている状態にある者
(2)　ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
(3)　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
3　在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

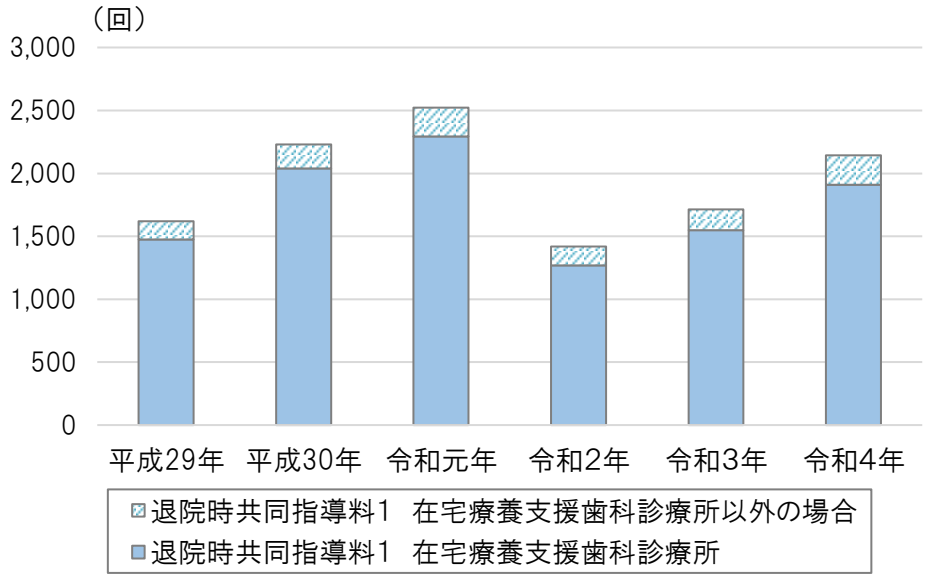
退院時共同指導料１の算定状況

○　歯科医療機関における退院時共同指導料1の算定は少なく、令和元年に減少して以降、近年は1月あたり数件にとどまっている。

■退院時共同指導料１（歯科）の算定回数



（参考）
■退院時共同指導料１（医科）の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

在宅医療における医科歯科連携の状況

○ 歯科医療機関連携加算1（診療情報提供料Ⅰ（医科点数表）の加算）は、平成30年と令和4年に対象歯科医療機関、対象医科医療機関及び対象患者の見直しを行っており、平成30年以降、算定回数は、令和2年を除き、増加傾向となっている。

B009　診療情報提供料（Ⅰ）250点　　歯科医療機関連携加算１　※医科点数表　　100点

歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医 療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医 療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア 又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を 記載すること。

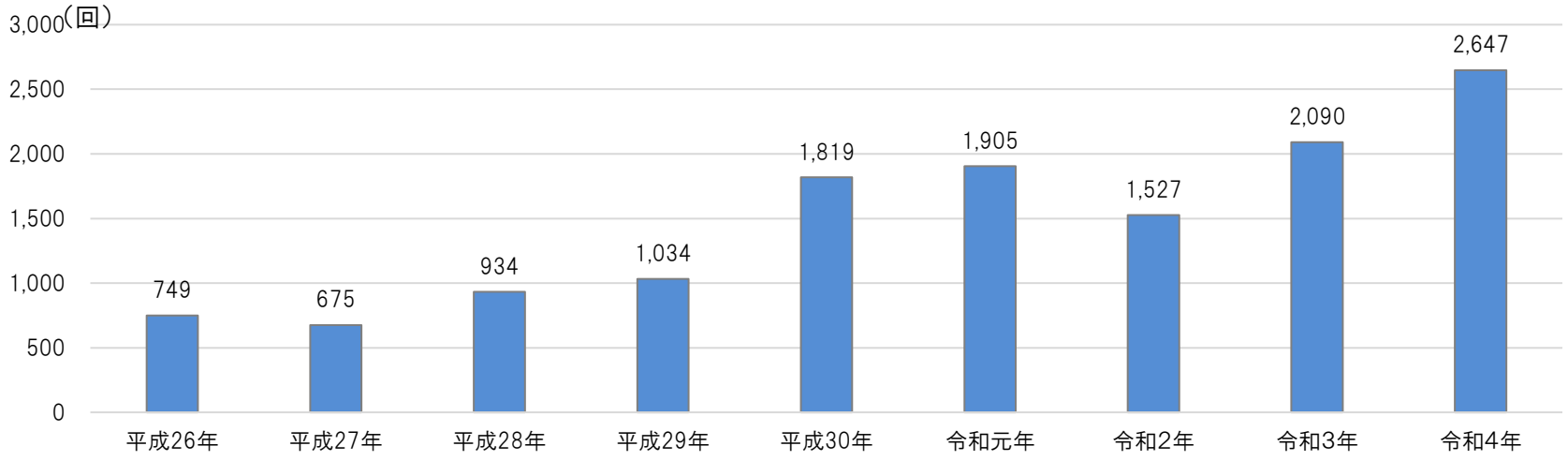
ア （略）

イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の**医師が、歯科訪問診療の必要 性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して 情報提供**を行った場合

※令和4年度診療報酬改定において、紹介元医療機関の要件及び対象患者の見直し：

- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院→医科又は医科歯科併設の保険医療機関
- 訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者→歯科訪問診療の必要性を認めた患者

■診療情報提供料（Ⅰ） 歯科医療機関連携加算1　※医科点数表　の算定回数



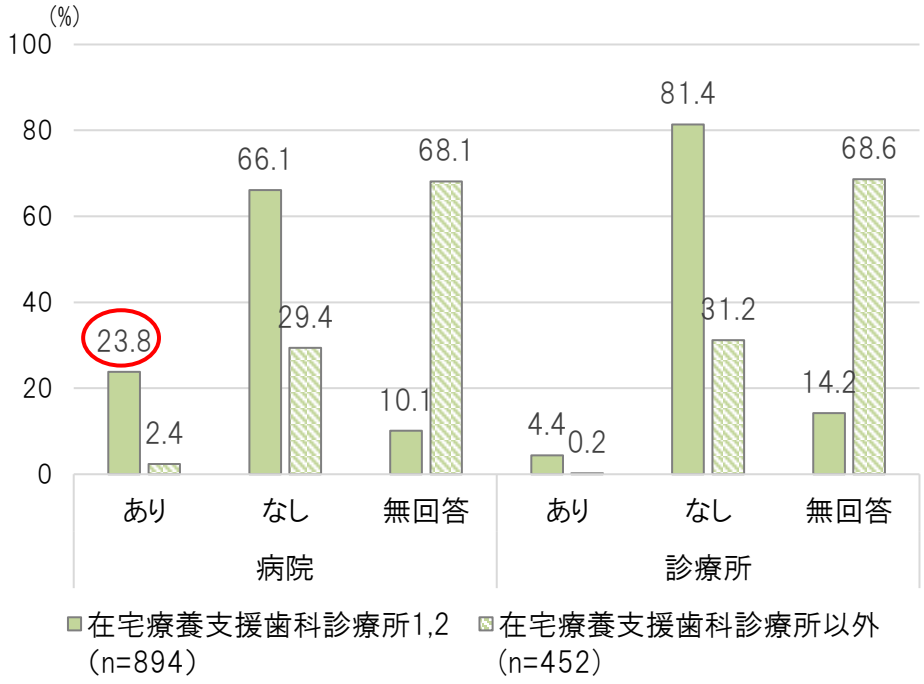
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

病院（医科）との訪問診療等の実施状況

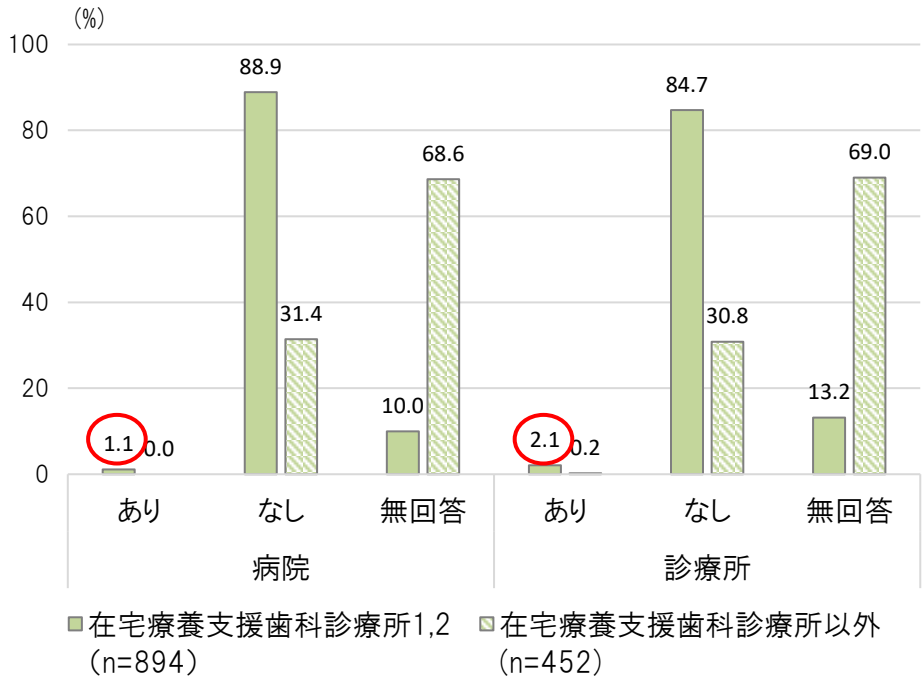
○ 在宅療養支援歯科診療所では、約24%で病院（医科）への歯科訪問診療が行われていた。

○ 一方で、医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療は、在宅療養支援歯科診療所と病院（医科）で約1.1%、診療所（医科）で約2.1%にとどまっていた。

■医科医療機関への歯科訪問診療の実施状況



■医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療の実施状況



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

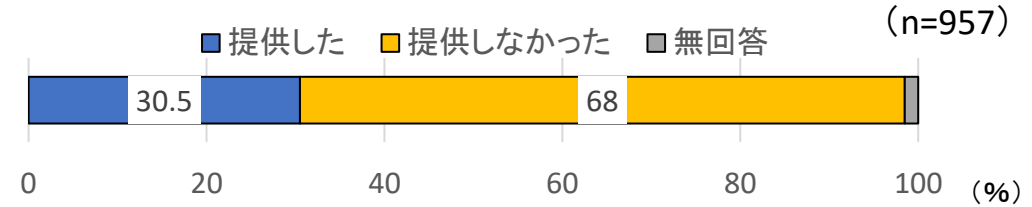
歯科医療機関と介護支援専門員の連携

○ 利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割だった。
○ 介護支援専門員から、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に情報提供を受けた割合は約5割だった。
○ 情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に取得すべき情報を伝えていないため」、「その他」が多く、「その他」の内容としては「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」などが多かった。

調査の概要
調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員2,000名
回収結果：回収数1,087（回収率54.4%）、有効回答数957（有効回答率47.9 %）
調査期間：令和元年12月3日～令和2年1月10日

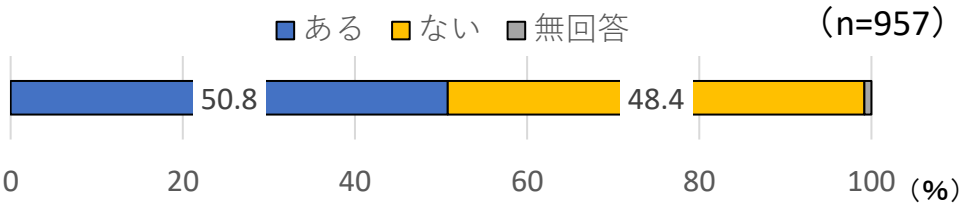
口腔に関する情報提供をした介護支援専門員の割合（介護支援専門員調査）

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査

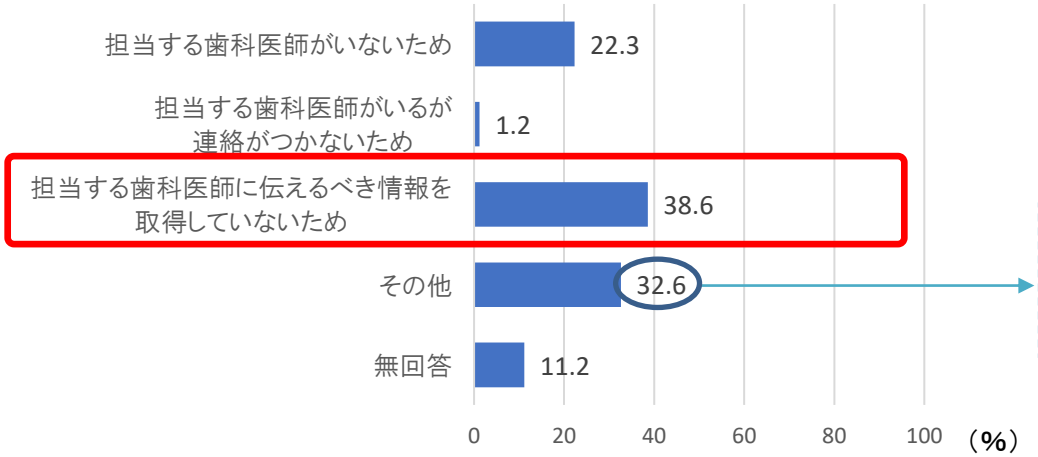


歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた割合（介護支援専門員調査）

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



介護支援専門員が、口腔に関する情報を歯科医師に提供しなかった理由（複数回答）

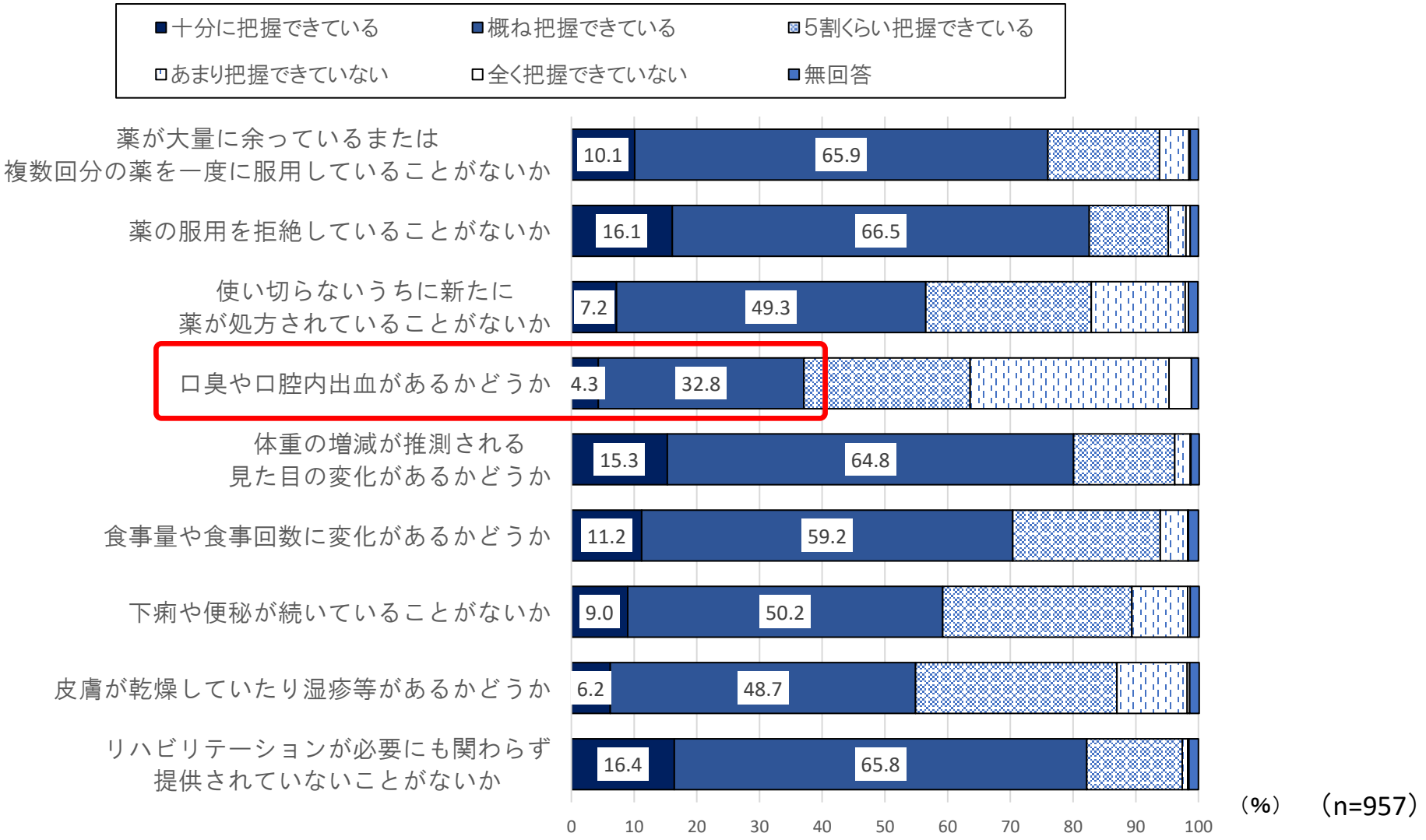


その他の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了承が得られなかった」等

出典：令和元年度老人保健事業推進等事業「利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との連携のあり方に関する調査研究事業」

介護支援専門員による利用者の状況の把握

○　介護支援専門員が、利用者の状況をどの程度把握しているかについて、「口腔や口腔内出血があるかどうか」を「十分に把握できている」「概ね把握できている」と回答した者の割合は約37%であり、最も低かった。



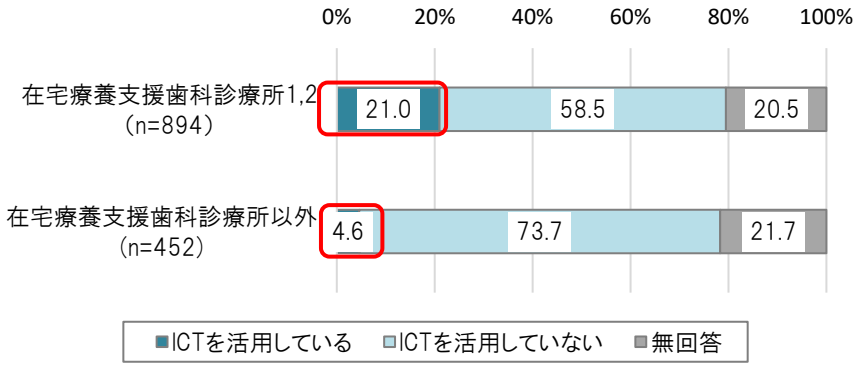
出典：令和元年度老人保健事業推進等事業「利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との連携のあり方に関する調査研究事業」

多職種連携におけるICTの活用状況

○ 他の医療機関等の関係者との情報共有・連携にICTを活用している割合は、在宅療養支援歯科診療所で約21%、在宅療養支援歯科診療所以外では約5%であった。

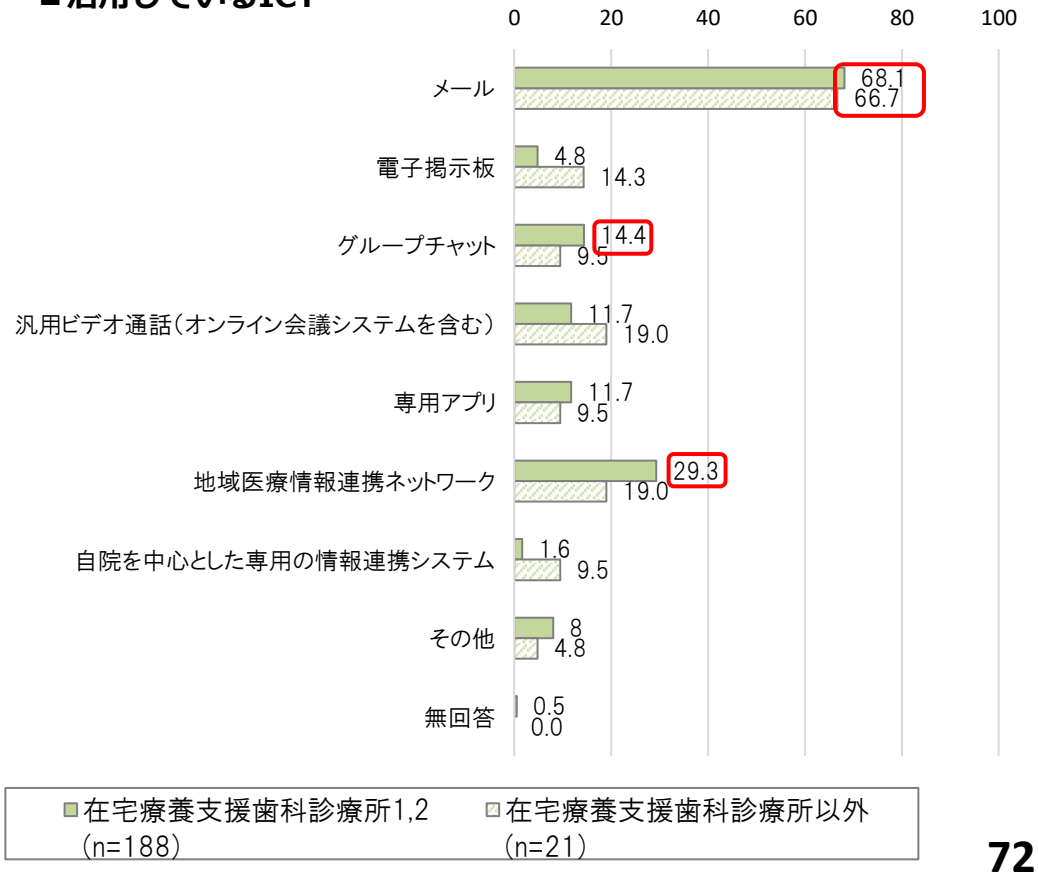
○ 活用しているICTの種類は在宅療養支援歯科診療所、それ以外の歯科診療所ともにメールが最も多いが、在宅在宅療養支援歯科診療所では地域医療情報連携ネットワークやグループチャットの使用割合がそれ以外よりも高い。

■他の医療機関等の職員との情報連携におけるICTの活用



※他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うためのICT（情報通信技術）活用状況

■活用しているICT



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算の算定状況

○　医科点数表の入院基本料等の加算である栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算の算定回数は、平成28年診療報酬改定で新設されて以降増加傾向であったが、令和２年に減少しその後微増傾向である。

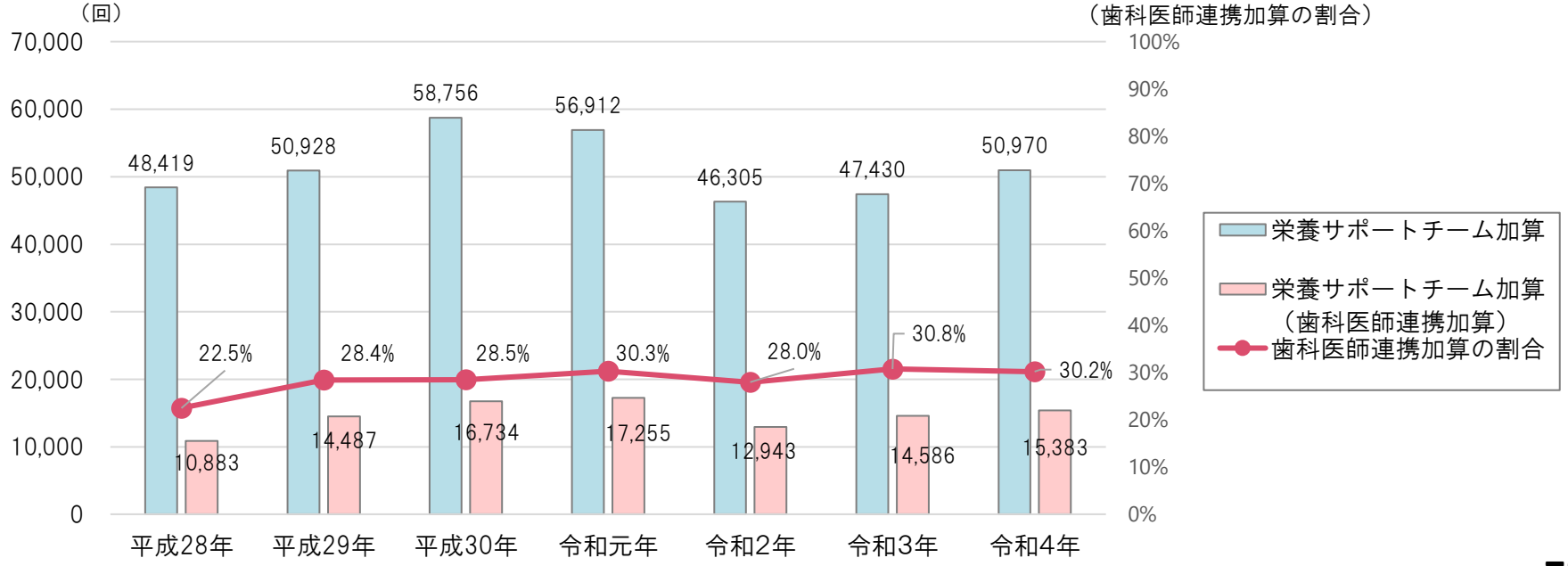
○　近年の歯科医師連携加算の算定割合は、ここ数年約30%で推移している。

A２３３－２　栄養サポートチーム加算（週1回）　※医科点数表　200点　**【入院基本料等加算】**

注３　歯科医師連携加算　50点

- 栄養管理体制その他の事項につき厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として厚生労働大臣が定める患者に対して、保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に週１回に限り加算する。
- 歯科医師が栄養管理を要する患者に必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として所定点数に更に加算する。

■栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算の算定回数と歯科医師連携加算の割合



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

栄養サポートチーム等連携加算の算定状況

○ 栄養サポートチーム等と連携した場合の評価として、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に栄養サポートチーム等連携加算が設けられている。
○ 栄養サポートチーム等連携加算１はほぼ横ばいであるが、栄養サポートチーム等連携加算２の算定回数は緩やかに増加している。

栄養サポートチーム等連携加算１（月１回）80点

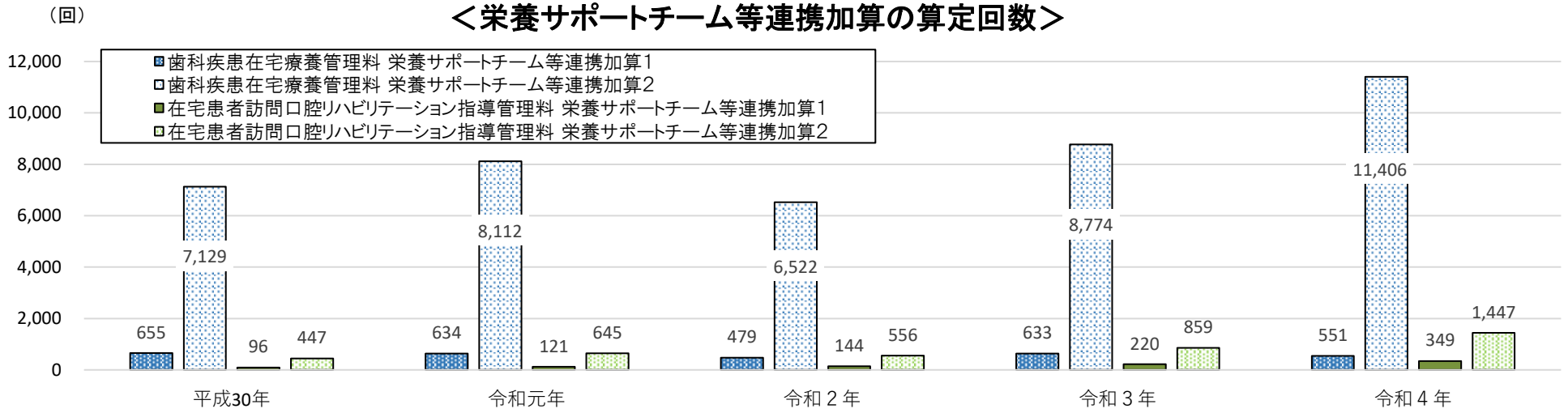
他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算２（月１回）80点

介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を実施。

※ いずれも歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算）

＜栄養サポートチーム等連携加算の算定回数＞



＜参考：歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数＞

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
歯科疾患在宅療養管理料	241,605	262,052	181,357	248,757	278,317
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	11,612	16,071	12,440	18,331	28,211

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

栄養サポートチーム等連携加算（歯科疾患在宅療養管理料等の加算）

歯 科 医 療 機 関

歯科訪問診療

✓ **他の保険医療機関に入院している患者**

✓ **介護保険施設等に入所している患者**

病院（歯科標榜なし）

- **栄養サポートチーム、口腔ケアチーム、摂食嚥下チーム等の多職種チーム**
  - ➢ 当該患者の入院している保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療
  - ➢ カンファレンス及び回診に参加

介護保険施設等

- **経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察**
- **介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力**
  - ➢ 食事観察及び介護施設職員等への技術的助言等に関する会議等に参加

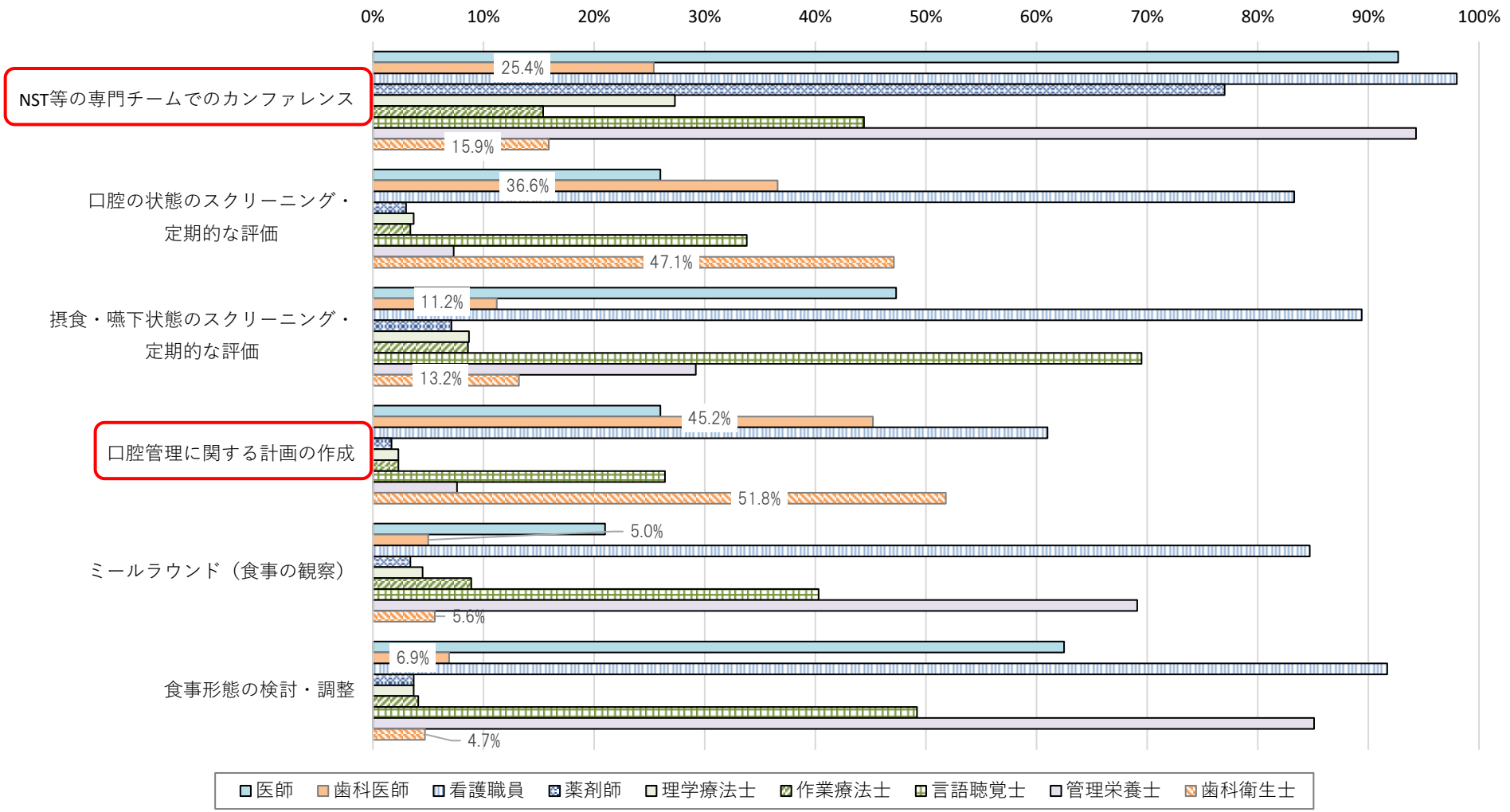
結果に基づいて、2月以内に歯科疾患在宅療養管理料等の**初回の**管理計画（口腔機能評価に基づくもの）を策定

歯科訪問診療・口腔機能の評価等を踏まえた口腔機能管理

２回目以降：少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から６月以内に１回以上参加

病棟における栄養・口腔に係る取組に関与している職種

○　病棟における栄養・口腔に係る取組関与している職種として、歯科医師・歯科衛生士の関与は「口腔管理に関する計画の作成」では半数近くであり、「NST等の専門チームでのカンファレンス」は歯科医師で約25%、歯科衛生士で約16%であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票A）

介護保険施設等との連携

○ 介護保険施設等との連携内容について、栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加は、在宅療養支援歯科診療所で10%未満にとどまっており、それ以外の歯科診療所では1%に満たない。



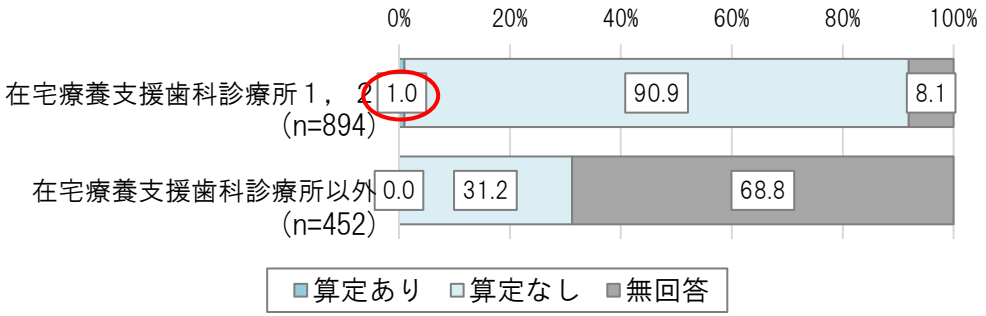
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

栄養サポートチーム等連携加算を算定していない理由

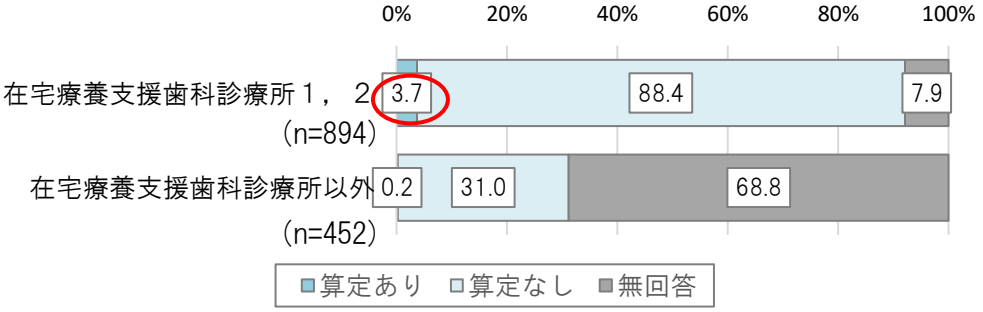
○ 栄養サポートチーム等連携加算を算定している医療機関は、在宅療養支援歯科診療所で数%にとどまっている。

○ 算定していない理由は「依頼がないため実施していない」が約76%と最も多い一方で、約3%は「実施しているが算定できない」と回答していた。

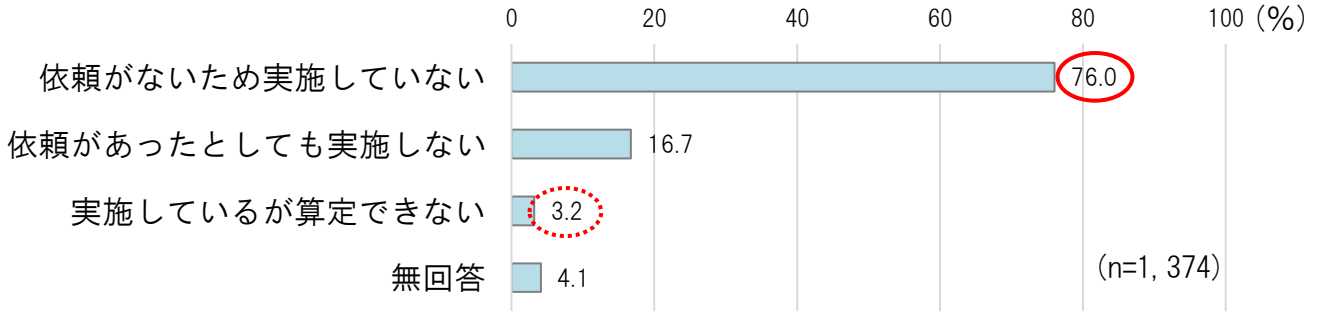
■栄養サポートチーム等連携加算１の算定状況



■栄養サポートチーム等連携加算２の算定状況



■栄養サポートチーム等連携加算１、２を算定していない理由



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

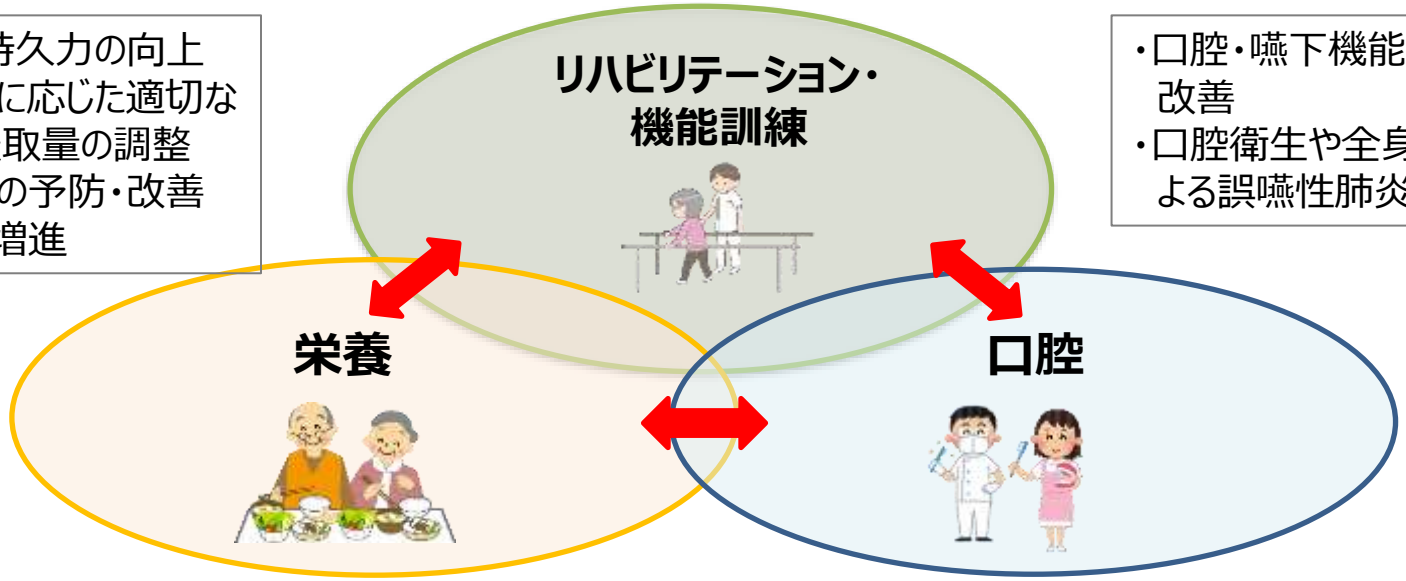
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

・筋力・持久力の向上
・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
・低栄養の予防・改善
・食欲の増進



・口腔・嚥下機能の維持・改善
・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

・適切な食事形態・摂取方法の提供　・食事摂取量の維持・改善　・経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

C009　在宅患者訪問栄養食事指導料　（月２回に限る）　医科点数表のみ

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の**医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を30分以上行った場合**に算定

１　在宅患者訪問栄養食事指導料１

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

イ　単一建物診療患者が１人の場合　530点
ロ　〃　2～9人の場合　480点
ハ　イ及びロ以外の場合　440点

２　在宅患者訪問栄養食事指導料２

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

イ　単一建物診療患者が１人の場合　510点
ロ　〃　2～9人の場合　460点
ハ　イ及びロ以外の場合　420点

【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。）

＜参考＞　管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）　※対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険優先

在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、管理栄養士が計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導または助言を30分以上行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、１月に2回を限度して算定

（1）　居宅療養管理指導費（Ⅰ）　443点～544点
居宅療養管理指導事業所（病院又は診療所）の管理栄養士が実施

（2）　居宅療養管理指導費（Ⅱ）　423～524点
当該居宅療養管理指導事業所以外（他の医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が実施

歯科医師と医師・管理栄養士の連携の評価

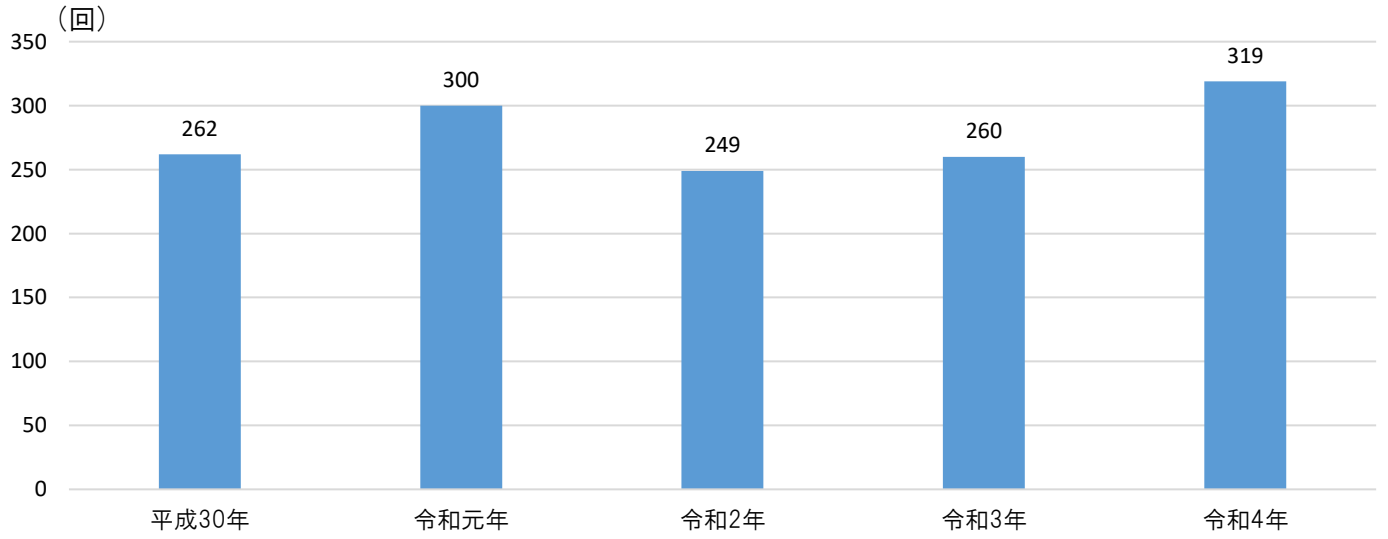
○ 現在、在宅療養患者に対する栄養管理に関して歯科医師と医師・管理栄養士の連携の評価はないが、入院患者については医師と歯科医師の連携の下に管理栄養士が栄養食事指導行う場合の診療報酬上の評価として、入院栄養食事指導料があり、算定回数は多くはないが微増傾向にある。

B００４－１－４　入院栄養食事指導料１（週1回）

入院栄養食事指導料1　　イ 初回 260点　　ロ 2回目 200点

● 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**歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合**に、入院中2回に限り算定する。

■入院栄養食事指導料１の算定回数（初回と２回目の算定回数の合計）

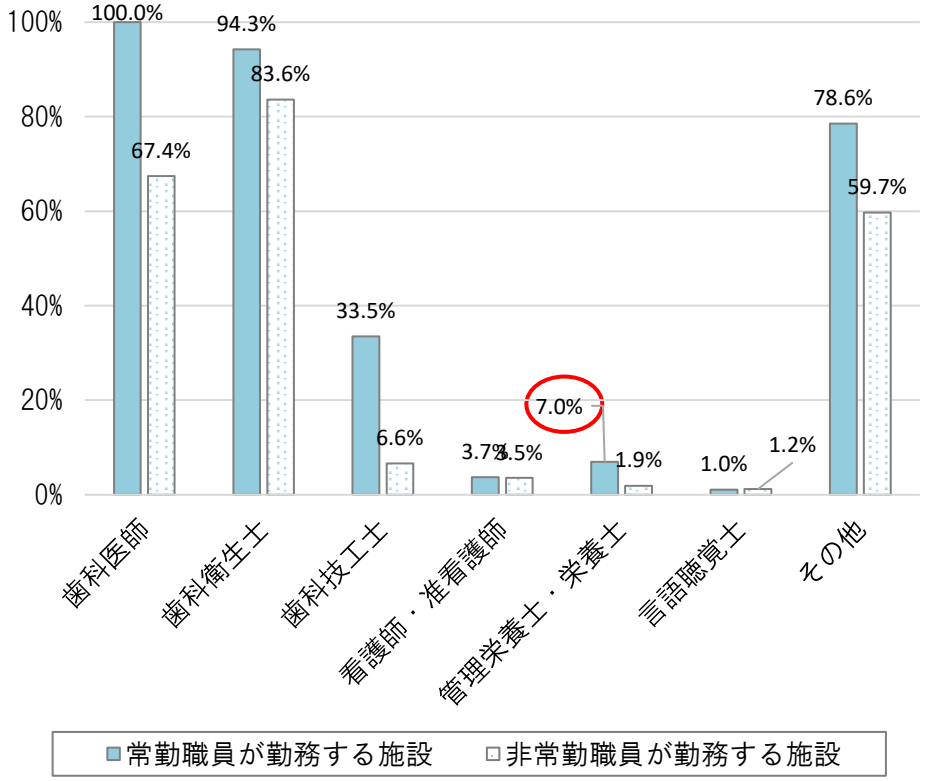


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

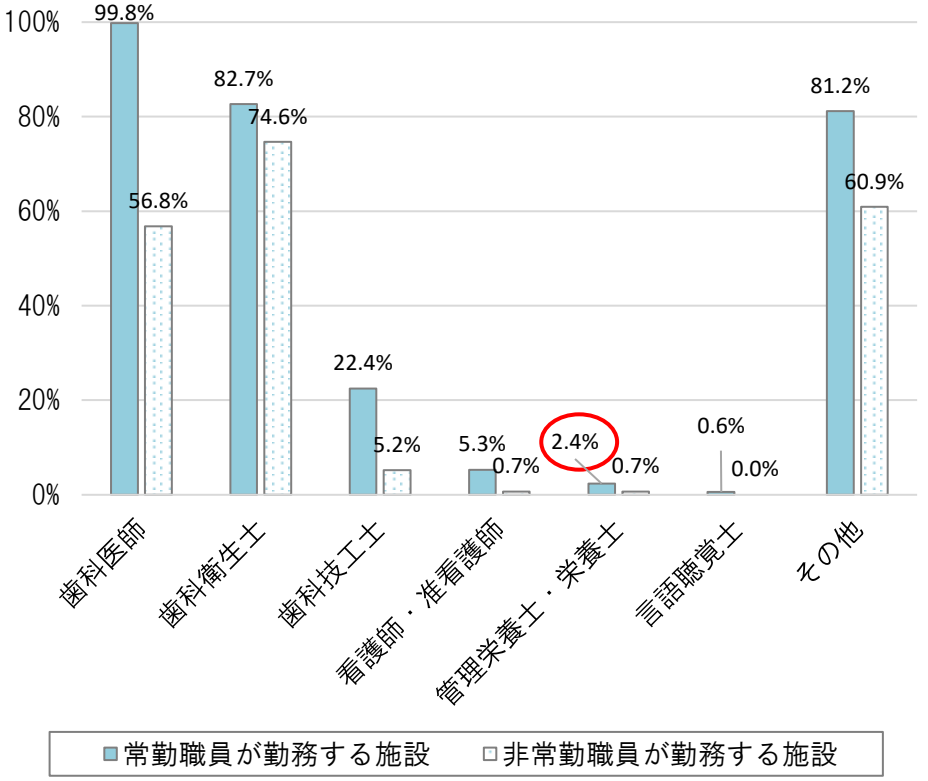
歯科診療所に勤務する職員の状況

○　歯科診療所に勤務する職員を職種別にみると、常勤の管理栄養士が勤務する歯科診療所の割合は、在宅療養支援歯科診療所で約7%、在宅療養支援歯科診療所以外で約2.4%であった。

■各職種（常勤、非常勤）が勤務する割合
（在宅療養支援歯科診療所１，２）



■各職種（常勤、非常勤）が勤務する割合
（在宅療養支援歯科診療所以外）



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）を元に保険局医療課で作成

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（経口摂取への移行・在宅）

90歳　女性　要介護度５

経口摂取への移行をめざし、在宅において多職種が連携

＜主病名＞脳梗塞後後遺症　＜主訴＞食べられるようになりたい

＜経過＞誤嚥性肺炎にて入院、経管栄養にて自宅退院

＜栄養の状態＞経鼻経管栄養（エネルギー1200kcal）にて栄養管理中

＜口腔の状態＞歯の欠損があるが、義歯は使用していない

＜嚥下の状態＞経口摂取なし、誤嚥あり

訪問リハビリテーション

言語聴覚士
- 摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- 食形態の検討
- 高次脳機能に対する訓練の実施

医師
- 基礎疾患の医学管理
- 栄養量の指示

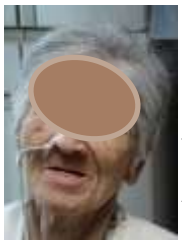
診療所

管理栄養士
- 食形態に応じた栄養管理の実施
- 栄養量に応じたメニューの提案

連携・情報共有
※SNS、患者宅に置いた連絡ノート、診療情報提供書等を活用

歯科診療所

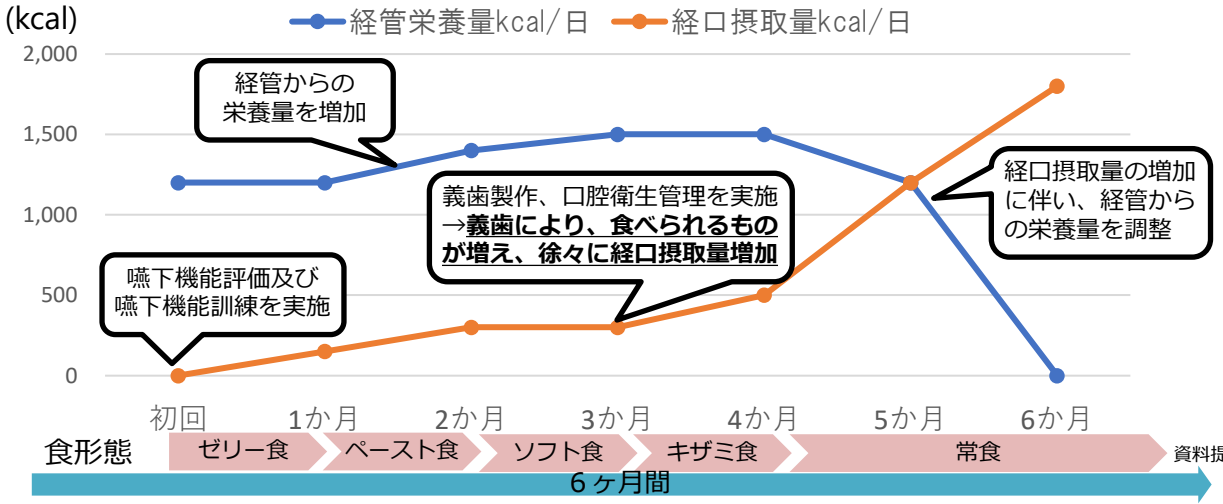
歯科医師、歯科衛生士
- 摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- 義歯の製作、調整
- 食形態の検討
- 口腔の衛生管理の実施・指導





体重（kg）：28
BMI：13.9
ADL（BI※）：20
アルブミン値（g/dL）：3.4

・経管栄養







体重（kg）：37.1
BMI：18.9
ADL（BI※）：45
アルブミン値（g/dL）：4.1

・完全経口摂取に移行
・低栄養の改善

※：Barthel Index

資料提供：日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック　菊谷教授

在宅歯科医療についての課題と論点①

（歯科訪問診療の提供体制について）

- 歯科訪問診療を実施する医療機関数は、令和４年５月時点で15,160施設で歯科医療機関全体の約24%であった。
- 歯科訪問診療料の算定回数は、年々増加傾向にあるが、歯科訪問診療２及び３の割合が大きく、歯科訪問診療２の算定回数が最も多い。歯科訪問診療１は近年あまり変化していない。また、都道府県ごとの算定状況を平成28年と令和３年を比較すると、ほぼすべての地域で増加しているが、地域差が大きい。
- 1月あたりの歯科訪問診療料の算定回数は１～10回である医療機関が最も多いが、算定回数が多い医療機関も一定数ある。
- 歯科訪問診療を行った歯科医療機関のうち、患者の自宅に訪問を行った歯科医療機関は約73%であり、歯科訪問診療のきっかけは、自院に通院歴のある患者等からの依頼や介護支援専門員、介護保険施設からの紹介が多い。診療内容は義歯の修理や歯周病治療が多い。
- 歯科訪問診療を行った患者の要介護度は、歯科訪問診療１では要介護３以上が半数である一方、歯科訪問診療２、３では把握していない割合が高かった。
- 歯科訪問診療料の算定回数は、在宅患者訪問診療料の算定回数の約56%であった。また、要介護高齢者を対象とした調査において、歯科訪問診療を必要とする高齢者は64.3%に対し、実際に歯科治療を受けた患者は2.4%という報告がある。
- 歯科訪問診療の時間区分ごとの算定回数をみると、歯科訪問診療１では20分未満が約６%であるのに対し、歯科訪問診療３では20分未満が約70%となっていた。
- 歯科訪問診療１～３の区分ごとの算定回数は、歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２では１月あたりの１～４回である医療機関が多いが、歯科訪問診療３では100回以上が多かった。
- 歯科訪問診療１及び2において、「やむを得ず治療を中止した場合等で20分以上の診療が困難な場合」は0回である施設がほとんどだった。
- 歯科訪問診療で行われている診療内容を歯科訪問診療１～３の区分別にみると、歯科訪問診療１では補綴・義歯関係の治療の割合が高く、歯科訪問診療３では口腔衛生や医学管理に関する内容の割合が高くなっていた。
- 歯科訪問診療において新型コロナウイルス感染症患者への治療は、在宅療養支援歯科診療所で数%であるが患者の自宅や病院などに訪問して実施されていた。実施する際には使用する感染防護具を増やして対応した施設が多かった。
- 歯科訪問診療を実施する病院は、平成23年と令和２年を比較すると増加している地域が多くなっていた。
- 歯科訪問診療の実施にあたって、後方支援機能を有する歯科医療機関と連携する歯科診療所は約40%であり、観血的処置等の全身的な管理が必要な場合に連携することが多かった。
- 歯科訪問診療で行われた診療内容について、病院では口腔機能関係の割合が診療所よりも高かった。

在宅歯科医療についての課題と論点②

（歯科訪問診療における口腔の管理について）

- １医療機関毎の訪問歯科衛生指導料の算定回数は1～10回が最も多い。
- 歯科訪問診療において、歯科衛生士のみが単独で訪問して実地指導を行う場合も一定数あり、訪問時に不安等を感じた経験がある歯科衛生士が約75%という報告がある。
- 近年、人生の最終段階においても口腔管理の必要性・重要性が報告されており、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を含め、歯科訪問診療において歯科専門職が関わるケースがでてきている。
- 看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の一月以内に歯科診療を行った患者の割合は約16%であり、最終の歯科診療の実施日は看取り加算の算定以前の７日前～１日前が多かった。
- 令和4年診療報酬改定で新設された歯科訪問診療料の通信画像情報活用加算は、算定医療機関数は68施設にとどまり、算定しない理由としては「実施予定がない」が最も多い。

（小児に対する歯科訪問診療について）

- 小児に対する歯科訪問診療は、まだ少ないが一定程度歯科訪問診療が提供されている。
- 医療的ケア児は増加傾向であるが、医療的ケア児に対する歯科訪問診療を実施している施設はまだ少ない。
- 小児の歯科訪問診療では、低年齢では口腔機能に関する内容、年齢が上がると口腔衛生や医学管理に関する内容の割合が大きくなっていた。
- 歯科訪問診療を行った医療的ケア児の医療ケアの内容は、「吸引」「気管切開」「経管栄養」が多かった。在宅で歯科治療を行うにあたっては、患児の疾患・状況に応じてリスクを見極めた上で治療を行う必要がある。

（歯科訪問診療における連携について）

- 退院時共同指導料の算定は低調であり、ほとんど算定されていない。一方、医科点数表の歯科医療機関連携加算（診療情報提供料Ｉの加算）の算定は、増加傾向にある。
- 口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約31%であり、その理由は伝えるべき情報を取得していない、が多かった。
- 医科点数表の入院基本料等の加算である栄養サポートチーム加算の歯科医師連携加算の算定割合は約30%で横ばいになっている。
- 歯科点数表の栄養サポートチーム等連携加算（歯科疾患在宅療養管理料の加算）の算定回数は微増傾向であるが、まだ低調であり、特に病院における連携が進んでいない。
- 在宅での栄養に関する評価はないが、歯科医療機関で常勤の管理栄養士が勤務する歯科診療所の割合は、在宅療養支援歯科診療所で約7%であった。

在宅歯科医療についての課題と論点③

【論点】

（歯科訪問診療の提供体制について）

○ 歯科訪問診療1を算定する医療機関の多くは診療時間が20分以上であることや診療内容の実態や歯科診療が必要な要介護高齢者に対して十分に歯科訪問診療が提供されていないこと等を踏まえ、かかりつけ歯科医による歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療の評価のあり方についてどのように考えるか。

○ 新型コロナウイルス感染拡大時の歯科訪問診療の実態や歯科訪問診療に必要な感染対策の考え方等を踏まえ、今後の新興感染症発生時等の歯科訪問診療の評価についてどのように考えるか。

○ 歯科訪問診療を行う病院が増加傾向にあることや後方支援機能、摂食嚥下機能を含む口腔機能評価や食支援等における連携の必要性が高まっていると考えられること等を踏まえ、各地域の状況に応じた在宅歯科医療提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援歯科診療所や歯科訪問診療に関わる病院の評価についてどのように考えるか。

（歯科訪問診療における口腔の管理について）

○ 訪問歯科衛生指導について、1医療機関毎の訪問歯科衛生指導料の算定回数が多い医療機関が一定数あること等を踏まえて、単一建物の訪問人数が多い場合の訪問歯科衛生指導料の評価についてどのように考えるか。

○ 歯科衛生士のみ単独で訪問することが多いことや訪問時に不安や心配事を経験した者も一定数いるという実態等を踏まえ、安全に歯科訪問診療を提供する観点から歯科衛生士が単独で訪問する際の体制の評価についてどのように考えるか。

○ 終末期がん患者等の人生の最終段階においては、頻回に歯科専門職の関与が必要となる場合があること等を踏まえ、し患者の状態に応じた訪問口腔衛生指導等の口腔管理の評価のあり方についてどのように考えるか。

（小児に対する歯科訪問診療について）

○ 医療的ケア児は増加傾向にあり、小児に対する歯科訪問診療のニーズが一定数あることに鑑み、小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、医療的ケア児等の患者の状態を踏まえた歯科訪問診療の評価についてどのように考えるか。

（歯科訪問診療における連携について）

○ 在宅医療における関係者間の連携を推進する観点から、在宅医療を担う医科の医療機関や介護保険施設等の関係職種、介護支援専門員等との有機的な連携について、ICTの活用も含め、どのように考えるか。

○ 歯科訪問診療における栄養サポートチーム等との連携について、歯科標榜のない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の食支援等を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料等の加算である栄養サポートチーム等連携加算の評価のあり方について、どのように考えるか。

中医協　総－４ ５．１０．２７	中医協　診－２ ５．１０．２７

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）

令和５年 10 月 27 日
入院・外来医療等の調査・評価分科会
分科会長　尾形裕也

Ⅰ．概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等に関する事項等について、技術的な課題に関して専門的な調査及び検討を行うこととされている。入院・外来医療等に関連する事項について、令和４年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和６年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和４年度入院・外来医療等における実態調査」及び「令和５年度入院・外来医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

１．	一般病棟入院基本料について	別添資料①Ｐ12　～Ｐ95
２．	特定集中治療室管理料等について	別添資料①Ｐ96　～Ｐ132
３．	DPC/PDPS について	別添資料②Ｐ２　～Ｐ113
４．	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について	別添資料③Ｐ２　～Ｐ50
５．	回復期リハビリテーション病棟入院料について	別添資料③Ｐ51　～Ｐ103
６．	療養病棟入院基本料について	別添資料③Ｐ104　～Ｐ155
７．	障害者施設等入院基本料等について	別添資料③Ｐ156　～Ｐ178
８．	外来医療について	別添資料④Ｐ２　～Ｐ82
９．	外来腫瘍化学療法について	別添資料④Ｐ83　～Ｐ113
１０．	情報通信機器を用いた診療について	別添資料④Ｐ114　～Ｐ150
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	別添資料④Ｐ151　～Ｐ200
１２．	医療資源の少ない地域に配慮した評価について	別添資料⑤Ｐ２　～Ｐ21
１３．	横断的個別事項について	別添資料⑤Ｐ22　～Ｐ186

Ⅱ．検討結果の概要

○ 2040 年を展望すると、65 歳以上人口の伸びは落ち着くが、2025 年までの間、一時的に 75 歳以上人口が急増すると予想され、2030 年代前半には、85 歳以上人口の増加率が上昇する。一方で、生産年齢人口は一貫して減少が見込まれる。

○ 今後も高齢者向けの医療ニーズが増加することが予想される一方で、医療・介護の支え手の減少が見込まれる。限られた医療資源に配慮しつつ、より質の高い医療を提供でき、高齢化に伴う高齢者救急の需要増大といった医療ニーズの変化にも対応しうるような効果的・効率的な入院・外来医療提供や、医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進といった視点について、調査結果の評価・検討を行う前提として認識を共有した。

１．　一般病棟入院基本料について　（別添資料①　Ｐ12～Ｐ95）

○ 一般病棟入院基本料については、急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し等を行うとともに、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として、令和４年度診療報酬改定において急性期充実体制加算が新設された。

○ これらの改定による影響を確認するとともに、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価の在り方について検討を行った。

１－１．重症度、医療・看護必要度等について

（１）　重症度、医療・看護必要度について（別添資料①　Ｐ13～Ｐ61）

（令和３年度から令和４年度にかけての変化について）

・　令和４年度診療報酬改定において、急性期一般入院料１（許可病床数 200 床以上）又は急性期一般入院料２-５（許可病床数 400 床以上）を算定する病棟は、重症度、医療・看護必要度Ⅱ（以下「必要度Ⅱ」という。）を用いることが要件化された（※令和４年 12 月 31 日までは経過措置期間）。令和４年 11 月１日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、急性期一般入院料１は 89.0%、急性期一般入院料２-３は 71.9%、急性期一般入院料４-６では 34.0%であった。

・　令和３年から令和４年にかけて、必要度Ⅰ、必要度Ⅱともに該当患者割合は低下していた。基準に該当する施設の割合は、必要度Ⅰの施設において、必要度Ⅱの施設よりも低下の幅が大きかった。

・　令和３年から令和４年にかけて、「心電図モニターの管理」の項目が削除された。「点滴ライン同時３本以上の管理（令和３年度）」の項目が「注射薬剤３種類以上の管理（令和４年度）」に変更され、当該項目の該当割合がいずれの入院料でも上昇していた。「輸血や血液製剤の管理」の点数が１点から２点に変更されているが、該当割合に大きな変化は見られなかった。

・　必要度Ⅰの施設のうち急性期一般入院料１の 400 床未満、急性期一般入院料２の 200 床未満、急性期一般入院料５の 200 床未満の施設、必要度Ⅱのうち急性期一般入院料２の 200 床未満の施設においては、「創傷処置」の項目及び「呼吸ケア」の項目の該当割合が上昇していた。
・　重症度、医療・看護必要度の評価方法については、治療室用も含め、早期に必要度Ⅱへ移行する必要があるとの指摘があった。

（入院料ごと・疾患ごとの該当状況について）
・　急性期一般入院料１は、急性期一般入院料２又は急性期一般入院料４と比較し、Ａ得点２点以上の割合、基準２（Ａ得点３点以上）に該当する割合及び基準３（Ｃ得点１点以上）に該当する割合が高く、Ｂ得点３点以上の割合及び「基準２又は基準３には該当しないが基準１（Ａ得点２点以上かつＢ得点３点以上）に該当する割合」が低かった。
・　急性期一般入院料１においては、必要度基準の該当割合は入院２日目～５日目にピークを迎えた後低下し、入院 15 日目以降は横ばいとなっていた。また、Ａ得点の総点数は、入院２日目にピークを迎えた後低下し、入院６日目以降は横ばいとなっていた。
・　急性期一般入院料１の患者は、75 歳以上に限った場合も含め、急性期一般入院料２−６よりも「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。
・　急性期一般入院料１における入院後日数ごとのＡ項目の該当割合は、入院初期は「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。
・　75 歳以上に多い疾患のうち、「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症・部位不明」等は、急性期一般入院料１に入院した場合と地域一般入院料１−２に入院した場合とで１日当たりの医療資源投入量が大きく変わらず、これらの疾患に含まれる「食物及び吐物による肺臓炎」、「肺炎・詳細不明」、「細菌性肺炎・詳細不明」、「尿路感染症、部位不明」等は、１日当たりの医療資源投入量が低いものの、急性期一般入院料１に入院した場合、急性期一般入院料１の施設基準と同程度以上にいずれかの必要度基準に該当する割合が高かった。
・　急性期一般入院料１において、75 歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症・部位不明」及び「腰椎骨折閉鎖性」の患者は、Ｂ得点３点以上の割合が 75 歳以上の全疾患の平均よりも高く、基準２（Ａ得点３点以上）を満たさない場合に、基準１（Ａ得点２点以上かつＢ得点３点以上)に該当する割合が全年齢における全疾患の平均や 75 歳以上における全疾患の平均よりも高かった。
・　急性期一般入院料１に入院する 75 歳以上の「食物及び吐物における肺臓炎」及び「尿路感染症」の患者における必要度基準の該当割合及びＡ得点の総点数は、入院初日～５日目は全疾患の平均よりも高いが、入院６日目以降で低下し、その後の基準該当割合は全疾患の平均を下回る程度になっていた。
・　急性期一般入院料１に入院する 75 歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染

症」の患者においては、全疾患の平均と比べ「専門的な治療・処置」の該当割合が低く、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。また、全疾患の平均としてＡ項目の総得点がピークを迎える入院２日目では、その傾向がより顕著に見られた。

・ 急性期一般入院料１に入院する 75 歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折 閉鎖性」の患者においては、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の該当割合と必要度基準の該当割合の差が、全年齢の平均や全疾患の平均と比較して小さかった。

・ 急性期一般入院料１全体では、75 歳以上に限った場合も含め、急性期一般入院料２－６よりも「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高いが、急性期一般入院料１における 75 歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症・部位不明」の患者は、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合は他の入院料と比較して高いものの、その他の項目は急性期一般入院料２－３や急性期一般入院料４－６と大きく変わらなかった。

・ 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、５日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないかとの指摘があった。

（Ａ項目の状況について）

・ 「注射薬剤３種類以上の管理」については、該当割合が入院２日目にピークに達した後に低下し、その後も長期に入院する患者の中では該当割合が上昇していく傾向にあった。また、「点滴ライン同時３本以上の管理」では、急性期一般入院料１のほうが急性期一般入院料４－６よりも一度該当した場合にその後も継続する割合が高かった一方で、「注射薬剤３種類以上の管理」では、急性期一般入院料１では急性期一般入院料４－６よりも早期に終了する割合が高かった。

・ 「注射薬剤３種類以上の管理」に該当する日における注射薬剤の成分は、該当日数が長期になるに連れて、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」や「チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ12 配合剤」など静脈栄養に関するものの割合が増加していた。

・ 「呼吸ケア」に該当する患者においては、酸素吸入の実施により該当する割合が最も高く、５％の患者において人工呼吸が実施されていた。酸素吸入が入院初期に実施割合が高い一方で、人工呼吸、ハイフローセラピー、鼻マスク式人工呼吸器等は、長期間入院する患者において実施割合が高い傾向にあった。

・ 必要度Ⅰに基づく評価により「呼吸ケア」に該当する患者のうち 15～40%程度は、必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

・ 「創傷処置」に該当する患者のうち必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されている場合は、「創傷処置 100 ㎠未満」又は「創傷処置 100 ㎠以上 500 ㎠未満」が実施されている割合が高いが、必要度Ⅰに基づく評価により「創傷処置」に該当する患者においては、

40%程度で必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

・ 「重度褥瘡処置」の実施割合は、急性期一般入院料１よりも急性期一般入院料４－５や地域一般入院料で高く、また、入院初期の患者よりも長期間入院する患者において高かった。

・ 「専門的な治療・処置（①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「専門的な治療・処置（②抗悪性腫瘍剤の内服の管理）」の対象となる医薬品は入院と外来での使用割合にばらつきがあり、入院で使用する割合が低い医薬品も一定数認められた。

・ 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤３種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないかとの指摘があった。

・ 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないかとの指摘とともに、正確な評価のため、治療室用の重症度、医療・看護必要度の場合も含め、算定の対象とならない診療報酬上の項目についても、業務負担に配慮しつつ、ＥＦファイル等に入力することを検討してはどうかとの指摘があった。

・ 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないかとの指摘があった。

・ 外来での実施率が高い化学療法について外来での実施を推進する観点から、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について必要な見直しを行うべきではないかとの指摘があった。

・ 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料１において、基準１（Ａ得点２点以上かつＢ得点３点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「専門的な治療・処置」によりＡ得点２点となっている場合が多いことも踏まえ、こうした患者のうち急性期医療が必要な患者がＢ項目の状況によらず必要度基準に該当するよう、「専門的な治療・処置」の各項目について重みづけを見直すことが考えられるのではないかとの指摘があった。

（Ｂ項目の状況について）

・ ３日間以上の期間入院した患者のうち入院初日にＢ得点が３点以上である割合は、特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料１で低く、急性期一般入院料４－５や地域一般入院料において高かった。

・ 入院２日目以降にＢ得点が３点以上となる割合は、入院初日にＢ得点が３点以上である場合に高く、入院初日にＢ得点が２点以下である場合との差が大きかった。

・ 入院２日目以降にＢ得点が３点以上となる割合は、入院初日のＢ得点が０点又は１点である場合では入院料間で大きく変わらなかった。一方で、入院初日のＢ得点が２点又は３点である場合では、特定機能病院や急性期一般入院料１よりも急性期一般入院料４－５や地域一般入院料において、入院２日目以降にＢ得点が３点以上となる割合が高かった。

・ 基準１（Ａ得点２点以上かつＢ得点３点以上）のみで必要度基準に該当する患者におい

ては、特定機能病院入院基本料及び急性期一般入院料１では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」又は「専門的な治療・処置」によりＡ得点２点となっている割合が高く、急性期一般入院料２・４や地域一般入院料においては、「呼吸ケア」及び「創傷処置」によりＡ得点２点となっている割合が高かった。

・ Ｂ項目は介護業務を評価している性質があり、急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、７対１病棟の必要度基準においてＢ項目は適さないのではないかとの指摘があった。また、Ｂ項目を必要度基準に用いない場合においても、ＡＤＬの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないかとの指摘や、高齢患者等への対応を行っている現場の負担が増大しないような対応が必要との指摘があった。

・ ＡＤＬが低下した患者や認知症・せん妄状態の患者等への医療・看護に対する評価のためにＢ項目を評価基準に残す場合においても、疾病や治療に伴って一時的に低下したＡＤＬ等の改善等が適切に評価できるよう、項目の追加や評価方法の見直しについて今後検討すべきではないかとの指摘があった。

・ 急性期医療における評価としては、Ｂ項目に基づく状況よりも、ＡＤＬが低下しないための取組を評価することが重要ではないかとの指摘があった。

（Ｃ項目等の状況について）

・ 令和２年度診療報酬改定において、入院での実施率が９割以上等である手術及び検査についてＣ項目の対象に追加されたが、直近の状況としては、現在対象となっている手術等のうち入院での実施率が９割を下回るもの及び現在対象となっていない手術等のうち入院での実施率が９割を上回るものがあった。

・ Ｃ項目に該当する期間については、対象となる手術等を実施した当日から一定の日数まで該当ありと判断され、この一定の日数は当該手術等を実施した患者の在院日数に基づき定められているが、対象となる手術等のうち多くが入院当日ではなく入院２日目以降に実施されていた。

・ 短期滞在手術等基本料を算定する場合や、短期滞在手術等の要件を満たした上で短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施する場合等においては、当該患者は必要度の評価の対象から除外している。

・ Ｃ項目の対象となる手術等については、年度によって入院での実施率にばらつきがある可能性も踏まえ、検討すべきではないかとの指摘があった。

・ 短期滞在手術等基本料３の対象となっている手術の一部について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう必要度の評価対象に加えるべきではないかとの指摘があった。

（２）平均在院日数について　（別添資料①　Ｐ62～Ｐ77）

・ 急性期一般入院料１における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準（18 日）よりも２日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

・　急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群においては、以下の特徴を有していた。
  - 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を併せて行っている割合が低く、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を併せて行っている割合が高かった。
  - 全身麻酔手術の実施件数及び病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあり、病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数は急性期一般入院料２及び急性期一般入院料４と大きく変わらなかった。
  - 救急搬送件数が少ない傾向にあり、急性期一般入院料２と大きく変わらなかった。
  - 入院患者のうち 75 歳以上の割合や認知症を併存する割合、要介護度が高く、急性期一般入院料２や急性期一般入院料４と大きく変わらなかった。
  - 入院患者の入院経路について、家庭からの入院の割合が低く、介護施設・福祉施設からの入院の割合が高かった。
  - 「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症, 部位不明」等、急性期一般入院料１と地域一般入院料とで医療資源投入量の変化が小さい疾患の割合が高かった。
  - 重症度、医療・看護必要度の基準該当患者割合が低く、急性期一般入院料２及び４との差が小さかった。
  - Ａ得点２点以上の割合、基準２に該当する割合、基準３に該当する割合は急性期一般入院料２のうち平均在院日数の短い群との差が見られず、Ｂ得点３点以上の割合及び「基準２又は３には該当しないが、基準１に該当する」割合は急性期一般入院料２や急性期一般入院料４よりも大きかった。
  - 重症度、医療・看護必要度のＡ項目のうち「専門的な治療・処置」の該当割合について、急性期一般入院料２における該当割合及び急性期一般入院料４のうち在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。
  - １入院当たりの出来高換算点数は高いが、入院料及びリハビリテーションを除いた１日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料２及び急性期一般入院料４と同程度に低かった。
  - 75 歳以上の患者の退院先について、家庭への退院の割合が低く、また、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所の割合及び死亡の割合が高かった。
・　平均在院日数の区分による患者の状態や医療の内容の違いを踏まえれば、急性期一般入院料１における指標としては、平均在院日数の短縮化が考えられるのではないかとの指摘があった。

（３）その他

・　急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など 13 対１の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入

を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料１以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

- 高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないかとの指摘があった。一方で、救急外来から他院へ転院搬送する体制には多くの人的資源が必要となり、必ずしも効率的とは言えないのではないかとの指摘もあった。
- 看護のための業務と介護のための業務は異なるため、介護の必要性が高い病棟においては、介護職員の活用を進めるべきではないかとの指摘があった。一方で、入院医療における患者の医療ニーズに対応するためには看護職員及び看護補助者の配置を進めるべきであり、看護より介護の必要性が上回るような患者については、介護を受けられる場に移行すべきとの指摘もあった。
- 病棟間の機能分化や、急性期病棟からの早期転院を推進していくに当たっては、回復期や慢性期の病棟における看護補助者の配置や連携がより重要ではないかとの指摘があった。
- 現状の急性期病棟等においては、看護補助者を教育しても直接患者にケアを提供することが難しい場合や直接患者にケアを提供することを希望しない場合があり、増加する高齢患者への対応の観点からは看護補助者を配置する仕組みでは対応困難ではないかとの指摘があった。

１－２．急性期充実体制加算等について　（別添資料①　Ｐ78～Ｐ95）

- 令和４年７月の時点では、急性期充実体制加算を届け出る医療機関が 157 存在し、同時点における総合入院体制加算を届け出る医療機関の数は、令和３年７月と比較して 138 減少していた。
- 令和４年９月時点で、許可病床数 200 床以上であって急性期充実体制加算を届け出ている医療機関（165 施設）のうち 90%以上が令和２年９月時点で総合入院体制加算を届け出ており、また、急性期充実体制加算の届出施設のうち元々総合入院体制加算を届け出ていた施設では、総合入院体制加算を届け出ていなかった施設に比して、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高かった。
- 令和４年９月時点で総合入院体制加算１を算定している医療機関においては、急性期充実体制加算を算定している医療機関よりも小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高く、また、急性期充実体制加算を算定している医療機関においては、令和２年時点よりも令和４年時点のほうが小児医療及び周産期医療に係る診療実績を有する割合が低かった。
- 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、令和４年時点では精神科の入院医療の提供を行っていたが、令和５年時点では行っていない医療機関が複数あった。

・　総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関の一部が急性期充実体制加算の届出を行う医療機関に移行することにより、高度な医療を行う医療機関における精神科医療の提供体制が縮小しないようにすることが必要ではないかとの指摘があった。
・　高度・専門的な医療の提供体制を評価する観点並びに働き方改革を踏まえた効率的な人員配置及び医療提供の推進の観点から、施設基準に心臓血管外科や脳神経外科に関する手術の実績も加えるべきではないかとの指摘があった。
・　許可病床数が 300 床未満であって急性期充実体制加算の届出を行っている医療機関における診療実績の平均については、急性期充実体制加算の要件のうち 300 床以上の医療機関に適用される基準を満たしていない項目が複数あった。また、これらの医療機関のうち 300 床未満の医療機関に適用される施設基準のみを満たしている施設の平均では、施設基準に係る診療実績の多くの項目において、許可病床数 300 床以上 600 床未満で急性期充実体制加算を届け出ていない医療機関における平均を下回っていた。
・　令和５年４月時点で、許可病床数が 300 床未満であって急性期充実体制加算の届出を行っている６医療機関について、これらの所在する二次医療圏においては全て他に急性期充実体制加算の届出医療機関があり、また、これらの二次医療圏においては、一つの二次医療圏を除き、全て特定機能病院が存在していた。
・　高度かつ専門的な急性期医療の提供について、地域において基幹的な役割を果たす医療機関を評価する観点からは、許可病床数 300 床未満に適用される基準は不要ではないかとの指摘があった。また、新規届出の際には、地域医療構想調整会議において、地域で急性期医療の基幹的な役割を果たすべき医療機関と認められることを要件とすべきではないかとの指摘があった。

２．　特定集中治療室管理料等について　（別添資料①　Ｐ96～Ｐ132）

○　特定集中治療室については、令和４年度診療報酬改定において、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の項目が見直された。
○　また、平成 30 年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料１・２において、ＳＯＦＡスコアの測定が要件とされ、令和２年度診療報酬改定においては、特定集中治療室管理料３・４においても同様にＳＯＦＡスコアを測定することとなった。
○　ハイケアユニットについても、一般病棟ではなくハイケアユニットに入室して治療することが必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を適切に評価するための重症度、医療・看護必要度の在り方について検討を行った。

２－１．特定集中治療室管理料等の重症度、医療・看護必要度等について

（別添資料①　Ｐ97～Ｐ117）

・　特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度の分布は、特定集中治療室管理料１、２、及び４においては６点にピークがあり、特定集中治療室管理料３においては

４点（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）又は２点（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）にピークがある。

- 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度について、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。
- 特定集中治療室に入室している患者は、入室日のＳＯＦＡスコアが低い患者が多いが、５以上、11 以上の患者も一定数認められた。
- 入室日の重症度、医療・看護必要度の該当患者の方が、非該当の患者より、入室日のＳＯＦＡスコアが高い傾向にあった。
- 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のＳＯＦＡスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当、６点以上と比較し、ＳＯＦＡスコア５以上、10 以上の方が退院時の転帰とより相関していた。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。
- 入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。重症度、医療看護必要度が 90%以上の施設に限定しても、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者の割合はばらついていた。
- 入室日の入室日のＳＯＦＡスコアが５以上の患者が 30%以上の特定集中治療室と 30%未満の特定集中治療室で、看護配置に大きな差はなかった。
- 入室当日の重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合を、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者と５未満の患者とで比較すると、輸液ポンプの管理、動脈圧測定ではあまり差がなかったが、他の項目では、ＳＯＦＡスコア５以上の患者の方が高かった。
- 重症度、医療・看護必要度をＨＣＵの併設有無別に比較したが、大きな差はなかった。
- 入室日のＳＯＦＡスコアは、ＨＣＵの併設がないＩＣＵの方が、ＳＯＦＡスコアが低い患者が多い傾向にあった。
- 入室日のＳＯＦＡスコアが高い患者と低い患者を比較すると、高い患者の傷病名として敗血症性ショックが多く見られ、また入室日のＳＯＦＡスコアが高い患者は低い患者に比較し、入室当日又は前日に手術を実施した患者の割合が少なかった。
- ＳＯＦＡスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる、との指摘があった。
- ＳＯＦＡスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか、との指摘があった。
- ＲＲＳ（Rapid Response System）を行っている病院では、ＳＯＦＡスコアが上がる手前の人をＩＣＵで管理し始めるようにしているため、こうした取組も考慮した慎重な検討が必要、との指摘があった。
- 治療室における医師の業務において、夜間の体制は、いずれの業務においても、６割程度の施設が「原疾患の担当科医師が対応する」としており、他の体制よりやや高かった。

・　治療室における術後の患者の管理について、特定集中治療室管理料１・２では「主に治療室の専従の医師が管理」、「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高く、特定集中治療室３・４及びハイケアユニット入院医療管理料では「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高かった。また、特定行為研修修了看護師の配置がある場合、「特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応」している割合が高かった。
・　施設基準において専門性の高い看護師の配置を求めていない特定集中治療室３・４及びハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室にも、それぞれ約６割、３割は専門性の高い看護師を配置していた。

２－２．ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度について

（別添資料①　P118～P132）

・　ＩＣＵを併設しないＨＣＵは、ＩＣＵを併設するＨＣＵよりも、「点滴ライン同時３本以上の管理」及び「人工呼吸器の管理」の該当割合が高く、「動脈圧測定」の該当割合が低く、必要度基準の該当患者割合は高かった。
・　ＨＣＵの入室経路の内訳は施設によってばらつきが大きいが、ハイケアユニット入院医療管理料１においては、いずれの入室経路でも、ＩＣＵを併設しないＨＣＵにおいて必要度基準の該当患者割合が高かった。
・　入室したときの状態や、手術実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目はほぼ全ての患者で該当していた。
・　ＩＣＵを併設するＨＣＵのうち入室後の重症化率が高い群と低い群の比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」はいずれも該当割合が高く差が見られなかったが、重症化率の高い群では「創傷処置」、「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低い群では「呼吸ケア」、「点滴ライン同時３本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かった。
・　人工呼吸器やＥＣＭＯの使用、血管作動薬の使用等、常時監視の必要性が高い治療を行っている割合の高いＨＣＵと低いＨＣＵの比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、これらの項目と「呼吸ケア」は２群間で差が見られなかった。
・　ＩＣＵ併設の有無や病床規模、入室経路によらず、Ａ得点３点以上の患者は、ほぼ全てＢ得点４点以上となっていた。
・　「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」は患者の状態や入室経路によらずほぼ全ての患者に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要ではないかとの指摘があった。
・　重症度の高い患者への対応や常時監視の必要な治療の実施を評価する観点から、一部の項目について、特定集中治療室用と同様に、点数に差をつけることが考えられるのではないかとの指摘があった。

・　一般病棟ではなく治療室に入室が必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を評価する観点からは、特定集中治療室用と同様に、Ｂ項目は適さないではないかとの指摘があった。一方、Ｂ項目の測定結果はＡＤＬ等の改善状況を統一的な指標で把握するために有用であり、Ｂ項目を必要度の基準から外す場合においても、特定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべきではないかとの指摘があった。
・　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についてもレセプト電算コードに基づく評価を導入する際には、現行の評価との比較分析を行ってはどうかとの指摘があった。

３．　DPC/PDPS について　（別添資料② Ｐ２～Ｐ113）

３－１．DPC 対象病院に係る検討について　（別添資料② Ｐ２～Ｐ72）

○　DPC/PDPS の対象病院は、平成 15 年度に特定機能病院を対象として制度が導入されて以降、段階的に拡大され、令和４年４月時点で 1,764 病院となった。、DPC 対象病院数は経年的に増加傾向であり、特に急性期病床が 200 床未満の病院が増加傾向にある。
○　平成 30 年度診療報酬改定に向けた議論において、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は DPC 制度になじまない可能性があると指摘があったことを踏まえ、その後、医療資源投入量や在院日数を指標とした分析や外れ値に該当する病院に対するヒアリングを実施してきている。
○　以上のような経緯も踏まえ、令和６年度診療報酬改定に向けては、DPC 対象病院のあり方について、適切な評価方法も含めて検討を行った。

（１）医療機関別係数による評価について

＜保険診療係数について＞

・　保険診療係数は、提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上を目指す取組を評価する項目として設定されており、適切な DPC データの作成について、以下の３項目の観点から評価を行っている。
　- 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合（10%未満）
　- 様式間の記載矛盾（１%未満）
　- 未コード化傷病名の割合（２%未満）
・　令和５年度係数においては、各項目について、減点対象となった病院はそれぞれ、23 病院（1.3%）、４病院（0.2%）、６病院（0.3%）であった。
・　各項目の基準を満たさない DPC 対象病院がわずかである現状においては、データ提出が非急性期医療機関においても一般化する中で、質の高いデータ提出が安定的な DPC 制度の運用の前提となっていることを踏まえると、適切なデータの作成に係る基準を DPC 対象病院の要件とすることも考えられるのではないか、との指摘があった。
・　一方、適切なコーディングという観点から評価を行っている「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が基準値を上回っている病院については、令和４年度特別調査の結

果も踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要と考えられ、令和５年度特別調査を実施した。

・ アンケート調査及びヒアリングの結果を踏まえ、以下の指摘があった。
  - コーディング担当者の理解不足や病院全体のコーディング体制の不備に起因する不適切なコーディングが見られる。
  - 急性期病棟での入院が本来想定されていない症例においてコーディングが困難になるケースがある。
  - 「部位不明・詳細不明コード」の使用状況に着目し、コーディング体制の見直し等を含む病院全体としての取組をすでに行っている病院も見られる。
・ また、「部位不明・詳細不明コード」の一部については、DPC 病院全体での使用割合の高いものが含まれているとの指摘があり、コーディングテキストの記載内容の充実化も含めて精査を行うこととした。
・ 精査の結果、一部のコードについては「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされ、「部位不明・詳細不明コード」の計算対象からは除外すべきではないか、との指摘があった。

＜効率性係数・複雑性係数について＞

・ 効率性係数は、在院日数短縮の努力を評価する項目として設定されており、算出にあたっては、全国の患者構成への置き換えや一定の診療実績がある包括対象 DPC を計算対象とする等の対応を行っている。
・ 効率性係数の算出方法については、令和４年度特別調査に係る検討過程において、診療対象とする診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏っている医療機関に対して在院日数短縮という本来の趣旨にそぐわない評価となる場合があるとの指摘があった。
・ また、本来、全国の症例数の多い疾患ではなく、各病院が取り扱っているものを重点的に評価する必要があるのではないか、との指摘があった。
・ 複雑性係数については、１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成を評価する項目として設定されている。
・ 複雑性係数についても同様に、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、１日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合、急性期入院医療における評価という点では不適当な評価となっているのではないかとの指摘があった。
・ これらの点については、本来の評価の趣旨や DPC 対象病院のあり方も踏まえ、算出方法の見直しや DPC 対象病院の基準の見直し等の対応が必要ではないかとの指摘があった。
・ 効率性係数については、診療対象とする診断群分類の種類数や構成によらず在院日数短縮の努力を評価するのであれば、各医療機関の平均在院日数と、各医療機関の症例構成による補正を行った全国の平均在院日数の相対値を取る手法に変更することが望ましいのではないか、との指摘があった。

・　また、医療機関群ごとに期待される機能や役割が異なることを踏まえ、効率性係数についても複雑性係数等と同様に医療機関群ごとの評価としてはどうか、との指摘があった。
・　複雑性係数については、以下のような指摘があった。
　- １日当たり医療資源投入の観点での評価の方が急性期入院医療の評価として妥当ではないか。
　- 「１日当たり」での評価の場合、短期での入院に該当する一部の診断群分類については適切な評価とならないのではないか。
　- 「１入院当たり」での現行の評価手法は入院医療の労力の評価という観点では妥当性があり、急性期入院医療の評価という観点から、むしろ評価の対象とする医療機関の基準自体を検討すべきではないか。

＜救急医療係数について＞
・　救急医療係数は、緊急入院の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等により、初期治療や鑑別診断等のために通常の予定入院による診療よりも医療資源投入量が一定程度多くなることを踏まえ、「入院初期の実際の医療資源投入量と診断群分類点数表に基づく点数の乖離」を評価している。
・　救急医療係数については、高度な救急医療の実施や救急車の受け入れ数等を必ずしも直接的に評価する項目ではないことから、評価の趣旨が明確になるよう、名称の変更等も含め検討する必要があるとの指摘があった。

＜地域医療係数（体制評価指数）について＞
・　地域医療指数における体制評価指数については、５疾病５事業等における急性期入院医療への評価という観点から、項目ごとの評価を行っている。
・　令和５年度機能評価係数Ⅱにおいて、体制評価指数の上限値に達する病院の割合は、大学病院本院群で 11.0%（９病院）、DPC 特定病院群で 5.0%（９病院）、DPC 標準病院群で 10.0%（150 病院）であった。
・　また、体制評価指数の上限値の５割以上を取得する病院の割合は、大学病院本院群で 100%（82 病院）、DPC 特定病院群で 88.4%（160 病院）、DPC 標準病院群で 56.4%（845 病院）であった。
・　特に大学病院本院群や DPC 特定病院群については、ほとんどの病院で上限値を満たしている項目があり、評価項目や実績評価の手法については、医療機関群ごとにあり方を検討する必要があると考えられた。
・　令和４年度診療報酬改定においては、第８次医療計画から新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれることを踏まえ、体制評価指数における評価項目に「感染症」を追加した。
・　「感染症」における評価内容については、第８次医療計画において、令和４年の感染症法改正により法定化された都道府県・医療機関間での協定締結を通じ、平時から医

療提供体制の確保を図ることとされていることを踏まえ、令和６年度診療報酬改定以降、新型コロナウイルス感染症対応への評価から、入院医療に係る協定締結の評価へと移行することが考えられるのではないか、との指摘があった。

・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

ア）脳死下臓器提供の実施

- 脳死下臓器提供の実施数は近年停滞しており、国内での十分な臓器提供体制の構築という社会的要請に応えるため、急性期医療機関にはより積極的なコーディネートが求められている。
- 脳死下臓器提供の実施機能や実績を評価することについては、社会的に重要な論点であるという指摘があった一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないか、との指摘があった。

イ）多職種協働による医療提供

- 高齢化の進行等を背景に、急性期入院医療においても、機能回復・維持や生活の質向上に向けた、リハビリ・栄養・口腔等を代表とする多職種協働による取組の重要性が増している。
- 多職種協働による医療提供を評価することについては、高齢者の急性期患者が増加する中で入院患者全体にメリットのある取組への評価と考えられるといった指摘があった一方で、医科点数表上の評価に係る議論を優先すべきではないか、との指摘があった。

ウ）医師少数地域への医師派遣機能

- 令和６年度からの医師の労働時間の上限規制が施行されるにあたり、他の医療機関への医師派遣が危ぶまれる中において、大学病院等に勤務する医師に関しては、医療圏を越えて、他の医療機関へ派遣されている実態があり、特に医師少数地域での地域医療提供体制の維持に大きな役割を果たしていることが指摘されていた。令和５年９月には、文部科学省「今後の医学教育の在り方に関する検討会」の「中間取りまとめ」において、医師の派遣機能が地域社会の維持に不可欠であること等が記載されている。
- 医師少数地域への医師派遣機能を評価することについては、大学病院に期待される役割等を踏まえると、大学病院本院群に限った評価として考えられるのではないかといった指摘があった一方で、大学病院の果たす機能については別途評価を検討する必要があるのではないか、との指摘があった。
- 大学病院の医師派遣機能については、地域医療への支援として重要な役割を担っており、働き方改革の施行を踏まえると、評価する意義があるのではないかとの指摘があった。

エ）外国人患者の受け入れ体制

- 我が国の在留外国人は令和４年末に初めて 300 万人を超え、その国籍や在留資格も多様化している中で、外国人患者に対する医療の質や安全の向上の観点から、外国人患者受入環境の整備が求められており、こうした体制を審査・認証する制度として、外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）等がある。
- 外国人患者の受け入れ体制の評価については、社会状況の変化に伴う重要な論点であるといった指摘があった一方で、地域医療への貢献という観点から適切な評価指標を設定しうるのか慎重に検討する必要がある、との指摘があった。

オ）医療の質向上に向けた取組

- DPC データ等の一般化等により、医療の質向上に向けた取組の重要性が増している中で、厚生労働省補助事業「医療の質向上のための体制整備事業」においては、病院の機能・規模によらず共通に計測可能、等の条件を満たす９指標を用いた医療の質可視化プロジェクトが実施され、一定の実績が得られている。
- DPC データ等を活用した医療の質向上に向けた取組への評価については、DPC 対象病院の評価として適切であるといった指摘や、今後の更なる評価のあり方の検討を前提としつつ、既に保険診療係数において基本的な病院情報の公表を評価していることを念頭に置くと、令和６年度診療報酬改定に向けては上記９指標に係るデータの提出や提出データに基づく指標の算出・公表を評価していく方向性が考えられるのではないか、との指摘があった。
- 医療の質向上に向けた取組については、積極的に評価するべきであり、９指標の中には DPC データに含まれない項目があることも踏まえ、DPC データの項目の見直し等も検討してはどうかといった指摘や、将来的にはより精緻な質指標の活用を評価していくことも検討すべきではないかとの指摘があった。

（２）DPC 対象病院の要件について

- データ/病床比（※）は、DPC 対象病院が満たすべき要件の１つとされている。

  ※ データ/病床比＝対象期間において DPC 算定病床を退院した患者の全データ数（エラーデータ等を除く）／DPC 算定病床数
- 現行の基準（１月あたり 0.875）は、平成 17 年医療施設調査の一般病床の病床利用率（79.4%）及び特定機能病院入院基本料（一般病棟 10：１）の基準在院日数（28 日）に基づき設定されており、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関の大半が満たしている。
- 一方、データ数に着目すると、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関全体と比較してもデータ数が少ない DPC 対象病院が存在する。
- データ数が少ない DPC 対象病院は、複雑性係数の値が高い傾向にあり、データ数が１月あたり 90 以下の病院では、診療密度（相対値）が低い傾向にあった。

・ これらの点については、急性期医療の標準化というDPC制度の趣旨を踏まえ、DPC対象病院の要件とその評価のあり方の両面から検討する必要がある、との指摘があった。
・ また、DPC対象病院に一定の基準を設けるとともに、DPC制度からの退出についても検討する必要がある、との指摘があった。
・ データ数が少ないDPC対象病院については、さらに以下のような指摘があった。
  - 医療機関別係数を含め適切な包括評価となっていない現状があり、急性期医療の標準化という観点からも制度になじまないのではないか。
  - 特に診療密度（相対値）が低い点については、他のDPC対象病院に対する包括評価にも影響することから、何らかの対応が必要である。
  - 複雑性係数に係る検討内容も踏まえると、データ数に係る一定の基準をDPC対象病院の要件として設定することが考えられるのではないか。
・ 保険診療係数に係る検討内容を踏まえ、現在保険診療係数において評価を行っている「適切なDPCデータの作成」に係る３つの基準については、DPC対象病院の要件として位置づけることが望ましいのではないかとの指摘があった。
・ DPC算定病棟の中に地域包括ケア病室がある等の医療機関が散見されるが、DPC制度の趣旨を踏まえると、そのあり方について、算定ルールも含め再検討すべきではないかとの指摘があった。

３－２．算定ルールに係る検討について　（別添資料②　Ｐ73～Ｐ98）

（１）点数設定方式について

・ DPC/PDPSにおいては、診断群分類ごとの在院日数に応じた３段階の１日当たり点数の設定にあたって、入院初期に要する医療資源投入量等に応じた４つの点数設定方式を用いている。
・ 標準的な点数設定方式Aについては、令和４年度診療報酬改定において、入院初期の医療資源投入量が経時的に増加傾向であることを踏まえ、入院期間Ⅰをより重点的に評価する体系へ見直しを行った。
・ 点数設定方式別の在院日数の変化の推移を確認したところ、症例構成の補正を行った場合でも、点数設定方式Aで設定される診断群分類について、在院日数の明らかな延長・短縮は見られてない。
・ 現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間Ⅰでの１日当たり医療資源投入量と１入院期間での１日当たり医療資源投入量の比率(以下、「入院期間Ⅰ／１入院比率」という。)に応じて設定されているが、経年的な医療資源投入量等の変化により、
  - 入院期間Ⅰでの医療資源投入量が増加している診断群分類が多いこと
  - 点数設定方式Aが適用される診断群分類において、「入院期間Ⅰ／１入院比率」が大きくばらついていること

が確認された。

・ また、令和４年度診断群分類点数表において点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが確認された。
・ こうした点については、入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう見直すべきではないか、との指摘があったほか、標準的・定型的な経過をたどれば早期退院できるような診断群分類については、入院期間Ⅱより早期に退院させた場合であっても十分な評価ができるよう検討すべきではないか、との指摘があった。
・ 点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る診断群分類については、在院日数ごとの設定点数と実績点数の関係を踏まえると、点数設定方式Bを適用することで、実際の医療資源投入量に見合った評価が可能となるのではないか、との指摘があった。
・ また、標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対する、現行の点数設定方式による評価の妥当性について検討を行ったところ、以下のような指摘があった。
  - 現行の点数設定方式は、基本的には、医療資源投入のパターンに沿った評価となっており、早期退院させた場合への評価として十分でないのではないか。
  - 入院初期を重点的に評価する点数設定方式として、短期滞在手術等に適用している点数設定方式Dがあるが、一定の入院期間が見込まれる分類について、入院初日に高い評価とすることはなじまない可能性がある。
  - 入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行うことで、粗診粗療への高い評価を避けつつ、入院期間Ⅱより早期での退院を一定程度評価することが可能なのではないか。
  - 不要な在院日数の延伸につながらないような評価方法は重要である一方で、こうした点数設定方法を導入するにあたっては、同質性の高い分類に限るなど条件を設定した上で、疾患や手術の特性に係る臨床的な観点も踏まえつつ、慎重に検討する必要があるのではないか。

（２）短期滞在手術等の算定ルールについて

・ DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料３は算定不可となっており、DPC算定病床において対象手術等を実施した場合、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。
・ 短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、短期滞在手術等基本料１の対象となっている手術等については入院外での実施割合が高いものの、DPC対象病院においては入院外での実施割合が低いものが存在する。
・ また、個別の手術等に着目すると、DPC対象病院の中でも入院/入院外での実施状況に大きなばらつきがあることが確認された。
・ 入院における包括評価のあり方も踏まえつつ、短期滞在手術等の入院/入院外での実施状況等の実態把握のため令和５年度特別調査を実施し、以下の指摘があった。

- 短期滞在手術等の入院外での実施状況については、設備や人員体制が整備できているかが大きく関わっている。
- 患者や家族の意向等により外来に移行できない状況や病床稼働率等により相対的に決まっている部分もあり、短期滞在手術等自体の診療報酬上の評価の見直しにより解決するのは難しいのではないか。
- 日帰り手術として実施可能な手術について、術後の経過観察目的に病床を利用した上で、１日入院として当日に入退院させる場合がある。
- 入院の必要性については、データの取得が可能であればより詳細な検討を進めることができるのではないか。

３－３．診断群分類に係る検討について　（別添資料② Ｐ99～Ｐ105）

・ 診断群分類については、診療報酬改定時に合わせて、最新の診療実態や臨床的知見を踏まえた見直しを行うとともに、適切な診断群分類の設定に必要な様式１の見直し及び「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」の見直しを行っている。

・ 令和６年度診療報酬改定に向けた診断群分類の見直し作業の基本的な実施方針について確認を行う一方、具体的な作業に当たっては疾患ごとの特性も踏まえつつ、発症時期等を含む適切な指標による分岐の設定や、そうした分岐の設定が可能となるような様式１での調査方法を検討する必要があるとの指摘があった。

・ また、重症度を考慮した評価手法（CCP マトリックス）を導入している診断群分類（脳梗塞及び肺炎）については、厚生労働省行政推進調査事業「DPC 制度の適切な運用及び DPC データの活用に資する研究」における検討結果も踏まえ、分類としての妥当性を検証するとともに、必要な見直しを行うこととされた。

・ 診断群分類の見直し作業については、現在も複数班で検討作業を実施しており、医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、ICD コードと傷病名の対応関係の見直しや手術、手術・処置等の見直し等の対応を検討している。

※　診断群分類の見直し作業は、令和４年４月～12 月（９ヶ月分）のデータに基づき実施しており、令和６年度診療報酬改定に向けては、令和４年 10 月～令和５年９月（12 ヶ月分）のデータを用いて最終的な検証を行う。

３－４．退院患者調査に係る検討について　（別添資料② Ｐ106～Ｐ113）

・ 平成 15 年度の DPC/PDPS 導入以降、DPC/PDPS 導入の影響評価等を行うための調査（「DPC 導入の影響評価に係る調査」）として、退院患者ごとの診療情報及び診療報酬請求情報等からなる提出データ（DPC データ）に基づく分析調査（「退院患者調査」）を毎年実施しており、退院患者調査では把握困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

・ 退院患者調査の結果については、DPC/PDPS のモニタリングという観点から、一定の集計結果を毎年中医協総会に「定例報告」するとともに、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データについて広く公開することとしている。

・ DPC/PDPS が既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、退院患者調査の対象施設の増加に伴い、DPC データが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえると、調査の名称（「DPC 導入の影響評価に係る調査」）やその目的について、再整理するべきと考えられた。
・ また、退院患者調査の結果報告のあり方についても、併せて再整理するべきと考えられた。
・ 退院患者調査の様式１の入力状況について分析を行ったところ、一部の医療機関において「不明」データの入力の割合が高い等のばらつきが見られた。
・ 特に診断群分類に用いることが想定されている臨床指標等のデータについては、適切なデータ入力の必要性が高く、今後継続的なモニタリングの対象とすることも考えられた。

４． 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

（別添資料③ Ｐ２～Ｐ50）

・ 地域包括ケア病棟の入棟元、退棟先ともに、自宅が最も多かった。また、自宅等からの入棟割合には病棟ごとにばらつきが見られた。
・ 地域包括ケア病棟を有する病院の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。
・ 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。
・ 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%、緊急入院（外来の初再診後）の患者は 34.9%、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。
・ 救急搬送に係る地域包括ケア病棟への入棟経路を、病院類型、併設する病棟の類型別に分析したが、明確な差は見られない。
・ 令和４年度入院・外来医療等における実態調査の調査結果によれば、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特徴は以下のとおりであった。緊急入院（外来の初再診後）の患者においても、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ほどではないものの、これらの傾向が見られた。
  - 傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。
  - 医療的な状態が不安定である傾向であった。
  - 医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。
  - 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。
  - リハビリテーション実施頻度､リハビリテーション実施単位数は低い傾向にあった。
・ 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についてＤＰＣデータ解析したところ以下のとおりであった。
  - いずれの入棟経路においても、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多く見られた。

- 入棟経路別の医療資源投入量等においては、救急搬送後、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。ついで、緊急入院後の患者の包括範囲の医療資源投入量が多かった。
- 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。
- 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かった。
- 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。

・ 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。
・ 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、自院の病棟から転棟した患者割合が低く、家庭から入棟した患者割合が高く、自宅等に退棟した患者割合が高い傾向にあった。
・ 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、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。
・ 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。
・ 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数について、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。
・ 在宅復帰率について、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。
・ 地域包括ケア病棟を届け出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を行う割合が増えている。
・ 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見られる。
・ 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。
・ 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。
・ 電話等による相談や緊急時の往診等の対応について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。

・　地域包括ケア病棟は施設ごとに果たしている機能が多様であることを尊重すべきではないか、との指摘があった。
・　自宅等からの緊急患者の受け入れをしっかりやっているのであれば、救急がなくとも地域の役割を果たしているのではないか、との指摘があった。
・　救急搬送後直接入棟の患者ではリハビリテーションの実施頻度が低いが、直接入院だとリハビリテーションがすぐには開始できないやむをえない事情もあるという指摘があった。一方で、できるだけ早期にリハビリテーションを提供することは重要ではないか、との指摘があった。
・　高齢者の急性期医療は症状が不安定で医療資源投入量が多く、地域包括ケア病棟で受け入れることを推進する方策が必要である、との指摘があった。また、その推進にあたっては、夜間も含め手厚い看護配置が必要との指摘があった。
・　短期滞在手術について、地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院は多いが、こういった医療機関は、地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、こういった患者の受入が多い地域包括ケア病棟とバランス良く受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要、との指摘があった。
・　病態やＡＤＬが回復しているのに入院期間が長くなることは望ましくなく、必要性が低い長期入院を防ぐために、日数に応じた点数設定等が考えられるのではないかといった指摘があった。
・　介護保険施設との連携は重要であるが、在宅療養後方支援病院であることが多い地域包括ケア病棟入院料２等の届出を行っている医療機関では、電話相談は可能だが緊急時の往診の対応が難しいことも踏まえた推進策が必要との指摘があった。また、介護保険施設と連携を行う医療機関は在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟に限らず、療養等を含めた全ての医療機関を合わせて検討していくべきとの指摘があった。

５．　回復期リハビリテーション病棟入院料について　（別添資料③ Ｐ51～Ｐ103）

○　回復期リハビリテーション病棟入院料は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟である。
○　平成 26 年以降、入棟時ＦＩＭは年々低下傾向である。
○　令和４年度診療報酬改定では回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、重症患者の割合等を見直した。
○　以上のような経緯も踏まえ、令和６年度診療報酬改定に向けては、回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価及び質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について検討を行った。

５－１．回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価について

（別添資料 Ｐ55～Ｐ75）

- 入退棟時のＦＩＭ、バーセルインデックス及びＡＤＬスコアについて年次推移を比較したところ、バーセルインデックス及びＡＤＬスコアにおいても低下傾向を認めた。
- 回復期リハビリテーション病棟において、発症から７日以内の転棟患者と発症後 61 日以上経過してからの転棟患者の割合が増加傾向であり、それらの転棟患者は入棟時ＦＩＭが低い傾向にあった。
- １日あたり提供リハビリテーション単位数について、脳血管疾患リハビリテーションが運動器リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーションと比較して１日あたり６単位以上提供されている割合が高かった。
- リハビリテーションの提供単位数と運動ＦＩＭの変化について、入棟時の運動ＦＩＭに着目して分析をすると、全ての疾患で入棟時ＦＩＭが 76 点以上の患者についてはＦＩＭの変化が小さい傾向にあった。また、運動器疾患においては、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」及び「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。
- データ提出加算では、ＦＩＭについて入退棟時の点数を提出するように求めている。一方で、ＦＩＭの変化の大きさは時期によって異なることを示す報告もあった。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。また、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。
- 第三者機能評価の認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時ＦＩＭの低下傾向が緩やかであり、ＦＩＭの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった。
- 運動器疾患に対するリハビリテーションについて、実施単位数に応じた評価について検討が必要であるとの指摘があった。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるデータ提出加算の提出データ項目であるＦＩＭについて、入院期間中の定期的な提出を求めてはどうかとの指摘があった。
- 体制強化加算について、効果が大きく出ていないことから、見直しの必要があるのではないかとの指摘があった。
- 第三者機能評価について、施設基準の厳格化を図るべきであるとの指摘があった一方、ＦＩＭの適切な評価に係る取組の推進に着目して検討するのが良いのではないかとの指摘もあった。

５－２．質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について

（別添資料 Ｐ76～Ｐ103）

- 回復期リハビリテーション病棟１では、専任管理栄養士を配置しており、入院栄養食事指導料の対象となる患者に対して、約１割の病棟でほぼ全ての患者に算定していた一方で、約２割の病棟では全く算定していなかった。
- 摂食嚥下について、嚥下機能の検査を実施している患者と実施していない患者とを比較すると、検査を実施している患者において経腸栄養の離脱割合が高かった。
- 退院前訪問指導は退院後のＡＤＬ向上等に有効であるが、全く実施していない医療機関が約 40%存在した。
- 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身体的拘束の実施について、以下の特徴があった。
  - 急性期一般入院料や地域包括ケア病棟届出病棟と比較し、身体的拘束の実施率が30%以上の病棟が多い。
  - 身体体拘束の実施理由としては「転棟・転落防止」が多い。
  - 身体的拘束を実施している患者は、主傷病が脳梗塞や心原性脳塞栓症である者が多い。
  - 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約６単位提供されている。
- 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。
- 地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へのリハビリテーション専門職の確保が不足している市町村は半数以上を占める。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における地域貢献活動について、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。
- 入院栄養食事指導を実施していない回復期リハビリテーション病棟１については、必要な患者に実施するよう改善を求めるべきとの指摘があった。
- 嚥下機能検査については、行っていない医療機関が多いため、適切な対応を促すべきとの指摘の一方、嚥下調整食の必要性のある患者の割合も踏まえ妥当であるとの指摘もあった。
- 退院前訪問指導を推進すべきであるとの指摘の一方、多職種のマンパワーを要すること、遠方の患者等で自宅に訪問するのが困難なケースも踏まえ、ＩＣＴの活用や地域の医療機関との連携も考慮すべきとの指摘があった。

・　また、退院後の患者について、リハビリテーションの提供が途絶えてＡＤＬが低下しないように訪問リハビリテーション等を確実に提供できるような体制の整備が必要であるとの指摘があった。
・　栄養食事指導や退院前訪問指導のように、回復期リハビリテーション病棟として当たり前のことが確実に実施されるよう促す仕組みを検討すべきとの指摘があった。
・　回復期リハビリテーション病棟は自宅等への復帰を目指すことを目的としており、回復期リハビリテーション病棟の地域貢献活動への参加を促すような評価が必要ではないか。また、現在の取組状況は回復期リハビリテーション病棟１で 61%と高いとは言えず、向上を目指すべきとの指摘があった。

６．　療養病棟入院基本料について　（別添資料③ Ｐ104～Ｐ155）

○　療養病床入院基本料における医療区分等は、平成 18 年度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図ってきた。
○　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が可能となっている。
○　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。
○　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のうち、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。

６－１．療養病棟入院基本料における医療区分等について

（別添資料③ Ｐ105～Ｐ140）

・　療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等について、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。
・　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かつ処置等の医療区分２における医療資源投入量は、疾患・状態の医療区分２かつ処置等の医療区分１より高いこと
- 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（単位数）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）が多い。
・ 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。
・ 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。
・ 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はないか。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。

６－２．療養病棟入院基本料における中心静脈栄養について

（別添資料 Ｐ141～Ｐ155）

・ 令和４年度診療報酬改定において、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。
・ 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、令和４年度診療報酬改定の前後で大きな変化は見られなかった。
・ 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況について、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が 32.7%であった。
・ 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。
・ 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。
・ 診療ガイドラインにおいて、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を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との報告がある。
・ 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。中心静脈栄養開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罹患歴のある患者割合は高くなり、151 日以上では 31.2%となる。
・ また、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。

７．　障害者施設等入院基本料等について　（別添資料③ Ｐ156～Ｐ178）

・　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。また、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。
・　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%、特殊疾患病棟入院料１では 16.7%、特殊疾患病棟入院料２では 8.3%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について分析したところ、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。

・　これについて、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。

８．　外来医療について　（別添資料④ Ｐ２～Ｐ82）

○ 外来医療について、令和４年度及び令和５年度の外来・入院医療等の実態調査の対象となっており、今回、同調査の結果等を踏まえ議論を行った。
○ かかりつけ医機能、生活習慣病対策、外来機能の分化、それぞれ議論を行った。

８－１．かかりつけ医機能等　（別添資料④ Ｐ３～Ｐ40）

・　令和４年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）の対象医療機関において、約９割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。
・　時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算１～３全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が応対する体制が多かった。相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。
・　地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向にある。
・　令和４年４月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であり、そのうち満たすことができた要件は「在宅療養支援診療所である」が 61.5%、「時間外対応体制加算１の届出を行っている」が 53.8%と高かった。
・　地域包括診療料１・２、地域包括診療加算１・２の届出を行っている施設の疾病別患者数としては、高血圧症を有する患者が平均 201.2 人と最多であった。
・　時間外対応加算１・２の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。
・　施設が有するかかりつけ医機能としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。患者が「かかりつけ医」に求める役割としては「どんな病気でもまずは診療してくれるが多かった。
・　医療機関における介護との連携の取組について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は 96.9%が取り組んでいた。
・　医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。かかりつけ医からの患者への書面を用いた説明について、患者票では、病状また治療内容についての説明を希望する割合が高かった。

・　機能強化加算の届出のある施設の方が、施設が有するかかりつけ医機能を有している割合及び介護との連携、障害福祉サービスとの連携、書面を用いた患者への説明に取り組んでいる割合が高かった。
・　認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成 30 年に増加し、以降は低下傾向である。
・　かかりつけ医の機能はまだまだ不明瞭であるとの指摘があった。
・　高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については２以上の医療機関を受診している患者割合は０～２％であった。
・　特定疾患療養管理料は、算定回数は多いが対象疾患が分かりにくく、見直しが必要との指摘があった。
・　特定疾患療養管理料について、医療法改正に基づく書面交付を意識した対応を考える必要があるとの指摘があった。
・　高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも、再診患者のかなり多くで外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少なく、医学管理の質の観点で、どのような診療報酬が相応しいのか考えることが必要との指摘があった。またその際、併算定を検討する必要があるとの指摘もあった。
・　施設が有するかかりつけ医機能について、患者票では求める機能として「どんな病気でもまずは診療してくれる」の割合が８割であるが、医療機関がこの機能の割合を有する割合は５割となっており、この乖離を今後どのように解消していくかが重要である、との指摘があった。
・　医療機関における介護との連携の取組について、サービス担当者会議や地域ケア会議の参加は機能強化加算の届出がある施設でも５割に留まっており、これらの取組の推進が必要ではないか、との指摘があった。
・　書面を使った説明について、病状と治療について患者票では７割が希望している一方で、医療機関がこれらについて説明している割合は５割程度となっており、乖離があるのは課題であり、本年に制定された医療法改正において患者への説明が努力義務化されたことを踏まえ診療報酬上でも検討していくべき、との指摘があった。

８－２．生活習慣病対策　（別添資料④ Ｐ41～Ｐ64）

・　生活習慣病管理料について、令和４年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。
・　生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。
・　生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多い。

・　生活習慣病管理料を算定した患者がいる施設においては、多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。また、糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性が示されている。
・　高血圧、脂質異常症、糖尿病患者の外来診療においては、外来管理加算および特定疾患療養管理料が算定される割合が多い。
・　生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべきとの指摘があった。
・　生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要との指摘があった。
・　データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい、との指摘があった。

８－３．外来機能の分化の推進　（別添資料④ Ｐ65～Ｐ82）

・　令和４年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関（一般病床 200 床以上に限る）を追加し、医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。
・　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
・　紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において減少傾向が顕著であった。患者数の推移についても同様の結果であった。
・　外来機能の分化・連携をさらに進める必要があるとの指摘があった。
・　紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況については、令和４年５月１日の状況と、令和５年５月１日の状況をみると、導入状況に変化は見られず、また、200 床以上の紹介受診重点医療機関に新たに定額負担が義務化される予定であったが、紹介受診重点医療機関の公表時期が令和５年６月以降に変更されたことから、調査時点では増加が見られなかった。
・　初診における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況については、令和４年 10 月より義務化対象施設（200 床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院）の定額負担（告示に定める額）が約 2,000 円増額になり、当該病院の平均値等も 2,000 円程度の上昇となっていた。
・　再診における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況については、令和４年 10 月より義務化対象施設の定額負担（告示に定める額）が約 500 円（歯科は 400 円）増額になり、当該病院の平均値等は 600 円程度の上昇となっていた。
・　初診時に紹介状なしで受診した患者と定額負担を徴収した患者の割合については、令和４年５月と令和５年５月の状況を見ると、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で 4.3%減少していた。

９．　外来腫瘍化学療法について　（別添資料④ Ｐ83～Ｐ113）

- 外来腫瘍化学療法診療料１については、外来化学療法加算１の施設から９割以上の医療機関は移行できていた。
- 一方、外来腫瘍化学療法診療料２については、令和３年度と比較し、移行している施設数は３割台であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料１及び２の届出医療機関数算定回数は令和４年度以降微増傾向であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料１の算定回数は、診療料１イ及びロの合計値は、303,175 件と増加。診療料２イ及びロの合計値は、4,793 件と減少していた。
- 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「１サイクルも外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値 23.2%であった。
- 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設では、化学療法を実施した実患者数のうち全て入院で化学療法を実施した実患者数の割合は、中央値は 29.2%、24.5%であった。
- 外来化学療法実施施設において、外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由については、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
- 診療科によって、外来・入院化学療法の患者数の違いが認められ、小児科は外来で実施できるレジメン数の割合が少ない傾向であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では 74%、診療所では 58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。
- 時間外の体制については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設が多かった。
- 外来化学療法を実施している診療所で外来腫瘍化学療法診療料１、２を届け出ている施設において、時間外対応加算１～３の届出状況は、「届出していない」が 57%であり最多であった。
- 外来化学療法実施施設における取組内容について、「副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」については、58.6%の施設では、その内容をホームページに掲示していた。「医療機関において実施されている化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合」について院内で掲示している割合は 26.4%であった。

・　療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成 30 年以降徐々に増加しているが、算定回数は低水準であった。この指導料に関しては、算定されにくい仕組みのため、今後、改善の必要があるのではないかとの指摘があった。
・　外来化学療法に係る外来栄養食事指導料を届出しない理由として、「④悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了することが困難であるため」の回答が多かった。
・　外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている病院であっても、化学療法をほぼ全て入院で実施しているというのは、適切な治療といえないのではないか、との指摘があった。
・　外来腫瘍化学療法は多職種が関わるものであり、外来腫瘍化学療法に係る指針を作成することが医療の質の向上にもつながり、また医療機関のチームワークの醸成にも役立つのではないかとの指摘があった。
・　急性期充実体制加算については、外来腫瘍化学療法が施設基準の要件とされているものの、総合入院体制加算を届け出ている施設と比較した際に、入院で化学療法を実施している施設が多い点については改善が必要ではないかとの指摘があった。
・　24 時間の体制については、一部の診療所等においては、例えば、夜間などの時間外において、規模の大きな医療機関に患者の対応を依頼する等の連携体制が必要ではないかとの指摘があった。また、大きな医療機関に連携を依頼する場合においては、連携先の医療機関の負担にも配慮する必要があるのではないかとの指摘があった。
・　仕事との両立支援や外来化学療法中の食事指導、さらには副作用発生時の時間外の対応体制等も含め、がん患者に対する外来化学療法における総合的な体制を構築・評価していくことが必要ではないかとの指摘があった。
・　外来化学療法実施施設における取組内容について、例えば「副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」等については、患者にも理解しやすいようにホームページへの掲示が必要ではないかとの指摘があった。
・　外来化学療法に係る指針や基準等の策定は、一部の診療所等において、有害事象発生時の時間外の対応が求められた際に、規模の大きな医療機関と連携をとる上でも有用ではないかとの指摘があった。

１０．情報通信機器を用いた診療について　（別添資料④ Ｐ114～Ｐ150）

○　オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成 30 年３月に策定された。その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和４年１月の指針の一部改定、令和４年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

１０－１．情報通信機器を用いた診療の算定状況等について

（別添資料④ Ｐ115～Ｐ141）

・　情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和５年４月１日時点において約 7,500 医療機関となっている。

・　情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和４年８月まで増加し、令和４年９月には減少した。
・　令和４年 10 月の情報通信機器を用いた診療の実施状況について、大半の施設では実施実績がなかったものの、初診料では６施設（全体の 2.4%）、再診料・外来診療料では 23 施設（全体の 9.3%）で 15 回を超える算定実績があった。
・　情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数については、令和４年度診療報酬改定前から算定可能な医学管理料は令和２年から令和４年にかけ増加を認めた。令和４年度診療報酬改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が 277 回と最多であった。
・　オンライン診療等に関する意識調査（患者票、一般の方向け票）に回答した患者特性について、患者票は一般の方向け票より男性の割合が低かった。
・　患者票におけるオンライン診療を受診した感想は、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が 38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が 20.5%であった。
・　一般の方向け票におけるオンライン診療を受診した感想は、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」が 63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が 56.1%であった。
・　オンライン診療を受診した感想については年齢区分で分析したところ、患者票では 60 歳未満と 60 歳以上で大きく傾向は異ならなかった一方で、一般の方向け票においては、「対面診療と十分な診察が受けられない」等と回答した割合は、60 歳以上に比べて、60 歳未満で多かった。
・　患者票においては、オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は 6.8%であった。一般の方向け票では、この割合は 28.8%であった。

１０－２．情報通信機器を用いた診療をおこなう医療機関の診療の傾向について

（別添資料④　Ｐ142～Ｐ150）

・　患者の所在毎の、全診療件数のうち、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施した件数割合は、ほとんどの医療機関は 2.5%以下であった。
・　情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合について、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が 97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が 10 件以上の医療機関では 4.8%、100 件以上の医療機関では 3.4%であった。
・　外来診療に占める情報通信機器を用いた診療について、全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が１割を超える医療機関の割合は１割弱であり、５割を超える医療機関の割合は約１%であった。

・　情報通信機器を用いた初診、再診料及び外来診療料における傷病名を分析したところ、いずれにおいても傷病名としてはCOVID-19が最多であった。
・　さらに、対面診療の割合が５割未満の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名を分析したところ、傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。
・　オンライン診療における薬剤処方・管理については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。
・　患者の所在と医療機関の関係については、特に医療資源が乏しい地域でのオンライン診療の実態を把握するために、郵便番号を用いた解析等が考えられるのではないか、との指摘があった。
・　情報通信機器を用いた診療に係る傷病名の分析結果について、指針において初診では向精神薬の処方は行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないか、また、不眠症に係る診療の実態について更に分析をしてはどうか、との指摘があった。
・　患者が看護師等といる場合のオンライン診療（D to P with N）がへき地や在宅の場面で活用されてきていることを踏まえ、へき地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要があるとの指摘があった。
・　また、オンライン診療の効果が出るのは離島・へき地であり、積極的に離島・へき地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘があった。

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

（別添資料④　Ｐ151～Ｐ200）

１１－１．医師の働き方改革について　（別添資料④　Ｐ152～Ｐ176）

・　働き方改革推進の中で、 2024年４月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年960時間の上限規制が適用されるが、地域医療確保暫定特例水準（Ｂ水準）及び集中的技能向上水準（Ｃ水準）の医療機関においては、特例的に年1,860時間の上限規制が適用される。
・　令和３年改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備等が定められ、2024年４月１日に向け段階的に施行されている。
・　年1,860時間の特例的な時間外労働時間の上限も、将来的には縮減方向であり、特に地域医療確保暫定特例水準（Ｂ水準）は2035年度末の終了が目標とされている。
・　現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
・　「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか

不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ 51%であった。

- 勤務医への調査において、１年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は 12%、長くなったと回答した医師は 11%であり、変わらないと回答した医師が 77%を占めた。
- 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明（47%）、医師事務作業補助者の外来への配置・増員（43%）といった取組が挙げられた。
- 医療機関における、「ＩＣＴを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」（56%）等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- 地域医療体制確保加算を届け出ていない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。
- 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担（94%）、 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。
- 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。
- 医師事務作業補助体制加算を届け出ていない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。
- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和４年 10 月１日時点で、令和３年 10 月１日時点より多い傾向が見られた。
- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。
- 急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関において、６割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していた。また、許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容は、救急外来業務、一般病棟業務を挙げる医療機関が多かった。
- 一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、ＭＦＩＣＵが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。
- 急性期一般入院料等を届け出ている医療機関において、20.9%の医療機関が、手術もしくは処置の休日１・時間外１・深夜加算１を届け出ている。手術もしくは処置の休

日１・時間外１・深夜加算１を届け出ている医療機関は、届け出ていない医療機関に比較しても、当直明けの医師の勤務について、勤務間インターバルの配慮をしている割合に大きな差はない。

・ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で労働時間が長い医師の割合が増えているのは、働き方改革が進み、交代勤務にすることにより、日中の勤務が全て時間外になったことや近隣の医療機関が働き方改革を進めたこと等の影響も考えられる、との指摘があった。
・ 医師事務作業補助者には、レセプト請求時の症状詳記の業務を積極的に担っていただくことも考えられる、との指摘があった。
・ 宿日直について考える場合、多くの集中治療室での業務はチームで行われていることにも配慮すべきではないか、との指摘があった。
・ ＭＦＩＣＵにおける宿日直許可取得の割合が高いが、医師の確保が困難であることを考慮しなければならない、との指摘があった。
・ 勤務間インターバルを推進していくべき、との指摘があった。
・ 医師の働き方改革において特定行為研修修了看護師の活用は重要な要素であったはずだが、思ったように育成・活用されていない現状がある。さらなる診療報酬上の後押しを検討すべきではないか、との指摘があった。

１１－２．看護職員の負担軽減について　（別添資料④ Ｐ177～Ｐ193）

・ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では主に、夜間の看護体制の充実及び看護補助者との業務分担・協働に対して評価が行われており、夜間の看護体制については、看護職員や看護補助者の加配に関する評価に加え、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組状況を評価している。
・ 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の状況としては、以下の特徴があった。
  - 備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のＡＤＬや行動の見守り・付添等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い
  - 一方で、看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のＡＤＬや行動の見守り・付添や排泄に関する援助である
・ 看護職員の業務負担軽減策として、他職種の配置やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クラークの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜勤・交代勤務の改善に関するものとしては「11 時間以上の勤務間隔の確保」等が効果があった。
・ 令和４年度診療報酬改定で新設した看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約４割、看護補助加算を届け出る施設では２割超が届け出ていた。
・ 夜間の患者のＡＤＬや行動の見守り・付添等が看護職員の負担となっているが、これらは看護補助者が主となって対応することが難しい場合もあるため、個々の患者の状

態を適切に評価し看護補助者と協働できる看護職員の夜間の手厚い配置についてより評価していく必要があるとの指摘があった。

・ 夜間における看護業務の負担軽減に資する取組について、以下の指摘があった。
  - 「11 時間以上の勤務間隔の確保」は単独の必須項目としてはどうか
  - 「夜勤後の暦日の休日の確保」も効果があるとなっており、必須化していないことで取り組まれていない可能性があるため、準必須項目化も検討してはどうか

・ 看護職員と看護補助者の業務分担について、以下の指摘があった。
  - 急性期か否かにかかわらず、看護職員と看護補助者の業務分担状況に大きな差はなく、直接患者に触れる業務は看護職員が主に担っていることが多い。これらの結果から、医療機関における介護職員の確保は介護施設との競合にもなるという点で留意が必要であるものの、急性期から慢性期のいずれの病棟でも看護と介護のニーズがあることから、看護職員の負担軽減のため、介護福祉士の配置の評価や従来とは異なる看護補助者の配置の評価を考えるべき
  - 看護補助充実体制加算の有無により業務分担の状況は大きな差はないが、加算有りの方が看護職員と看護補助者との協働の割合はやや高く、看護補助者に対する直接患者に係わる業務に関する研修や、協働する看護職員への研修の充実が効果的なのではないか

・ 看護職員の負担感は強く、負担軽減策として看護補助者との業務分担や協働を推進していくことが効果的であるといった指摘があった。

・ 看護補助者の確保が困難になってきていることから、介護が必要な高齢患者等に対してどのように対応すべきか検討が必要との指摘があった。

・ また、看護補助者の減少の理由として介護保険における介護職員処遇改善加算等の影響も考えられ、結果的に、看護職員の離職につながることも想定される。このような中で、看護補助者をいかに定着させるかが重要であり、看護補助体制充実加算について中小病院でも加算が算定できるような配慮が必要である、といった指摘があった。一方で、看護補助者を教育しても直接患者にケアを提供することが難しい場合や直接患者にケアを提供することを希望しない場合があり、看護補助者の教育の充実や処遇の改善だけでは対応しきれないことも直視し、看護職員の負担を増加させないよう留意すべき、といった指摘もあった。

１１－３．病院薬剤師の業務の広がりと現状について　（別添資料④ Ｐ194～Ｐ200）

・ 病棟薬剤業務実施加算１について届出している医療機関は６割程度であり、急性期一般入院料１～３や特定機能病院入院基本料を算定する医療機関以外では、全般的に病棟薬剤業務実施加算１の届出割合が低かった。

・ 回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟・入院医療管理料の病棟では、全般的に薬学的管理が行われているが、項目によって差があった。また、回復期病棟において困っていることの回答が多かったのは、薬剤師の手がまわらないことが最も

多かったが、具体的業務としては、退院時の服用薬の説明や退院後の薬局への情報提供が十分できていないことであった。

- 回復期病棟からの退院後の薬局への情報提供等の業務は、地域包括ケアの観点から重要であるが、薬剤師の手が回らないことによって十分に実施がされていない現状があるため、早急に対応する必要があるとの指摘があった。
- 急性期病棟であっても薬剤師の配置が十分でない施設がある現状があるとの指摘があった。また、地域包括ケア病棟においても、状態の安定しておらず医療を必要とする患者が一定数いる中で、適切な薬物療法を提供する観点から薬剤師の関与が重要との指摘があった。
- 周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約１割であり、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
- 周術期の薬剤管理など診療報酬で評価されている業務が実施できない理由として薬剤師が不足していることが多く挙げられており、このため必要な業務を十分実施することができない状況がある。
- チーム医療やタスク・シフト/シェアの推進の中で、医療機関における薬剤師の業務は集中治療室を含めた様々な病棟薬剤業務や周術期における薬学管理にも広がってきており、医師の負担軽減及び医療の質向上への貢献の観点からも評価されている。今後は外来においても薬剤情報の収集や処方提案、併用薬の確認など医療安全等を高める取組を実施すべきとの指摘があった。

１２．医療資源の少ない地域に配慮した評価について　（別添資料⑤ Ｐ２～Ｐ21）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 医療資源の少ない地域に係るヒアリング調査では回復期患者のリハビリテーション提供体制に関する意見や、D to P with N等も活用した在宅医療・オンライン診療の提供体制の構築に関する意見があった。
- 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が０である地域が 23 地域あり、医療資源の少ない地域全体の 57.5%を占める。
- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差が無かった。
- 医療資源の少ない地域では、回復期リハビリテーション病棟を整備するのが難しい実態があり、そういった実態を踏まえた対応を検討してはどうかといった指摘があった。

・　地域包括ケア病棟の自院の一般病棟からの転棟に関する要件については、周辺に医療機関が存在しないことにより自院からの転棟が多くなることを踏まえ、医療資源の少ない地域における対応を検討してはどうかといった指摘があった。
・　在宅医療の提供体制の構築について、在宅療養支援診療所等のような 24 時間の医療提供体制の確保を行う医療機関の運用が難しい実態も踏まえ、D to P with N 等の活用や、訪問看護との連携が重要であるといった指摘があった。

１３．横断的個別事項について　（別添資料⑤ Ｐ22～Ｐ186）

１３－１．身体的拘束を予防、最小化する取組について　（別添資料⑤ Ｐ22～Ｐ36）

・　ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は０～10%未満（０%を含む）であるが、実施率が 50%を超える病棟・病室も一定程度あった。
・　身体的拘束を実施された患者の状態や実施理由等については、以下のとおりであった。
  - 「認知症あり」かつ「BPSD あり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
  - 「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。
  - 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。
  - 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。
・　身体的拘束を予防・最小化するための医療機関としての取組として、「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね９割程度の病院で策定されていた。
・　身体的拘束を予防・最小化するためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要であることや、急性期の医療機関においても身体的拘束の最小化に取り組む必要があることを指摘されている。
・　身体的拘束ゼロに向けての取組は決して手を緩めてはならず、
  - 好事例の周知・情報共有を図り、身体的拘束に代わる代替的な手段の選択肢を広げる等の取組を進めることが必要
  - 病院全体として理念を掲げ、身体的拘束ゼロに向けた方針を明確にしていく必要があり、多職種からなる職員全体で、組織一丸となった取組が評価されるべき
  - ＡＩ等の活用や介護における取組で参考にすべきことは参考にする等も含めて検討が必要
  - 医療安全の側面から、院内で転倒・転落が起きると、職員が法的に責任を問われる場合もあり、身体的拘束ゼロに向けた取組の妨げともなっている。高齢になれ

ばどこにいても転倒のリスクはあるため、それを受け入れること等も含め身体的拘束をゼロにしていくことについて、社会全体の理解を醸成していくことも必要といった指摘があった。

１３－２．入退院支援について　（別添資料⑤ Ｐ37～Ｐ60）

・ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入退院支援加算による評価を実施するとともに、入院時支援加算等により、外来部門と病棟との連携強化を推進している。
・ 入院料別に入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
  - 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、急性期一般入院料では「緊急入院」、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「ＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い
  - 連携機関の施設数は入院料別に大きな差はなく、いずれも介護保険サービス事業所との連携が最も多い
  - 地域包括ケア病棟では、退院支援に関する各取組を入退院支援部門の職員が実施していることが多い
  - 退院支援を困難にしている事項は、急性期一般入院料１、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟では、「患者１人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い
  - 退院を困難にしている事項は、いずれの入院料においても「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」が多い
・ 特に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、以下のような特徴があった。
  - 急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟両方の届出が無い場合、入退院支援加算１の届出割合が低い
  - 入退院支援加算１を届け出ている方が、早期からの転院患者を受け入れている
  - 入退院支援加算１を届け出ている方が、リハビリテーション専門職による退院前の訪問指導を実施している
・ 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施した事項は、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低かった。
・ 入院時支援加算を届け出ている医療機関の方が、いずれの入院料においても平均在院日数が短かった。
・ 障害を有する者の医療と福祉との連携の必要性を指摘されているが、入退院支援加算の連携機関に障害福祉サービス事業所はほとんど挙げられていなかった。
・ 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、地域包括ケア病棟や回復期リ

ハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないかとの指摘があった。

・ 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも非常に重要。これらの項目の実施率は、必須項目に比べれば低いとはいえ、全体としては、いずれも85%以上という状況であり、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うためにも、全て必須項目としてもよいのではないかとの指摘があった。

１３－３．急性期におけるリハビリテーション・栄養等について

（別添資料⑤ Ｐ61～Ｐ120）

（１）急性期におけるリハビリテーションについて

・ 平成28年度と令和４年度調査を比較すると、急性期一般入院料１（一般病棟入院基本料（７対１）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。

・ 急性期一般入院料１及び２～６における、65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率の分布にはばらつきがあり、特に急性期一般入院料１と比べ、急性期一般入院料２～６でのばらつきが大きかった。

・ 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、リハビリテーション専門職の人数の分布について、届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。

・ 急性期一般入院料１及び２～６における、65歳以上の患者について、リハビリテーション専門職の40床以上２名以上の方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ＡＤＬスコアの改善が大きかった。

・ 急性期一般入院料１を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてＡＤＬスコアが悪化した65歳以上の患者割合の平均値は6.6%であった。急性期一般入院料２～６を届け出ている病棟における、この患者割合の平均値は7.1%であった。

・ 土日祝日にリハビリテーションを実施していない施設は、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。急性期における休日リハビリテーションの有効性がエビデンスとして示されている。

・ ＡＤＬ維持向上等体制加算の届出施設数は令和４年度で98施設であった。同加算を届け出ていない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。

・ 急性期入院医療における高齢者のＡＤＬ悪化を防ぐ取組は喫緊の課題であり、予防の取組を推進することが重要。一方、ＡＤＬ悪化を予防するためには、リハビリテーションを実施するだけではなく、看護体制や介護福祉士の配置等を含めて、パッケージとしての対応を検討するべきとの指摘があった。

・ 休日を含めて早期からの切れ目のないリハビリテーションが提供されることが極めて

重要。土日祝日にリハビリテーションを提供するための体制を確保するため、このような取組は診療報酬において評価されるべきとの指摘があった。

・　ＡＤＬ維持等向上体制加算の届出実態は極めて少ないが、疾患別リハビリテーション料と当該加算を併用できるよう見直すべきではないか、また点数設計を見直す必要があるとの指摘があった。

（２）急性期における栄養管理について

・　低栄養や経管栄養・嚥下調整食が必要な患者は一定数おり、入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。
・　急性期病院における栄養管理体制として、入院時の栄養スクリーニングと定期的な評価を含む個別的な栄養管理により全死亡率等が低下したという報告がある。
・　栄養サポートチーム加算の届出状況は、入院料によって様々である。未届けの理由は、研修を受けた専門職確保が困難であることが多く、チーム設置のメリットが少ないことも３割超だった。
・　入院栄養管理体制加算の届出割合は、38.9%であり、届出をしていない特定機能病院の約３割は、「届出の意向があり、今後届出をする予定」と回答していた。
・　管理栄養士が病棟に配置されている割合は低い。病棟配置の管理栄養士による栄養管理としては、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。
・　入院栄養食事指導料の算定回数は近年は概ね横ばいで、栄養情報提供加算の算定回数は、入院栄養食事指導料に対して少ない。
・　他の病院・診療所や介護施設・福祉施設から入退院する患者は、一定数、低栄養や摂食・嚥下機能障害を有していた。
・　栄養・摂食嚥下状態に関する状況を把握していくことは重要であり、低栄養の世界的診断基準や通常の評価項目等を参考にして、DPC データ（様式１）の項目を検討してはどうかとの指摘があった。
・　病棟における管理栄養士の業務について、
　－　入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要であり、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか
　－　栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえず、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべき
　との指摘があった。
・　他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうかとの指摘があった。

（３）急性期におけるリハビリテーションと栄養の取組

・　誤嚥性肺炎患者に対し、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、できるだけ早期に経口摂取を開始することが重要であることがエビデンスとして示されている。
・　病棟における多職種連携の取組の実施割合について、栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。
・　これについて、栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハビリテーションが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハビリテーションと栄養の取組は組み合わせて推進されるよう検討すべきとの指摘があった。
・　また、リハビリテーションが実施される時間帯以外における、看護職員等による生活リハビリテーションが提供されることも重要との指摘があった。

１３－４．救急医療管理加算について（別添資料⑤ Ｐ121～Ｐ153）

（１）加算を算定する患者数の推移等

・　令和２年度と令和４年度との比較では、救急医療管理加算１を算定する患者数は減少し、救急医療管理加算２を算定する患者は増加していた。
・　救急搬送され救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合よりも、救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算１の割合のほうが、都道府県間のばらつきがやや大きかった。
・　状態別の内訳では、救急医療管理加算１のうち「意識障害又は昏睡」と「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の減少率が高く、救急医療管理加算２のうち「外傷、破傷風等で重篤な状態に準ずる状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」及び「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の増加率が高かった。また、令和４年度診療報酬改定で「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」の分類が新設されているものの、救急医療管理加算２における「その他重症な状態」の患者数の増加率は、救急医療管理加算を算定する患者数全体の増加率よりも高かった。
・　救急医療管理加算を算定する患者の転帰としては、いずれの状態においても、加算１を算定する患者の死亡率が加算２を算定する患者の死亡率よりも高かった。
・　特に二次救急の現場においては、当該加算による評価の意義は大きいという指摘があった。

（２）「意識障害又は昏睡」の患者

・　「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、ＪＣＳ ０である割合は加算１で 6.1%、加算２で 10.8%であり減少していたものの、「意識障害又は昏睡」の状態で救急医療管理加算を算定する患者のうちＪＣＳ ０の割合は、加算１においては、64%の医療機関で５%以下である一方、11%の医療機関で 20%以上であり、加算２においては、46%の医療機関で５%以下である一方、８%の医療機関で 40%以上であり、ＪＣＳ ０の割合が大きい医療機関が一部みられた。
・　「意識障害又は昏睡」の状態で救急医療管理加算を算定する患者のうちＪＣＳ ０の患者に対して人工呼吸や非開胸的心マッサージが実施される割合は、令和２年度と比較し

て低下しており、ＪＣＳ１以上の患者とは大きな差がみられた。

・ 「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算を算定する患者のうち、ＪＣＳ100～200 やＪＣＳ300 で加算２を算定する患者は、ＪＣＳ ０～30 で加算１を算定する患者よりも死亡率が高かった。

・ ＪＣＳごとの「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算１を算定する割合は、医療機関間のばらつきが大きかった。

・ 「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合において加算１を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。また、ＪＣＳ ０の患者で加算１を請求する割合が高い都道府県においては、ＪＣＳ １～３で加算１を請求する割合も高い傾向にあった。

（３）「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者

・ 令和４年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者では、ＮＹＨＡ分類Ⅰ度の割合が減少しており、加算１で 2.8%、加算２で 4.5%の患者がＮＹＨＡ分類Ⅰ度の状態だった。

・ 傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、ＮＹＨＡ分類Ⅰ度の割合は、加算１においては、85%の医療機関で５%以下である一方、５%の医療機関で 10%以上であり、加算２においては、78%の医療機関で５%以下である一方、４%の医療機関で 15%以上であり、ＮＹＨＡ分類Ⅰ度の割合が大きい医療機関が一部みられた。

・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者においては、入院時のＮＹＨＡ分類で死亡率に差がみられるものの、ＮＹＨＡ分類ごとの加算１を算定する場合と加算２を算定する場合とでは、大きな差がみられなかった。

・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者においては、いずれのＮＹＨＡ分類でも加算１を算定する割合が高い医療機関が多いが、医療機関間のばらつきがあった。

・ 傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合において加算１を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。また、ＮＹＨＡ分類Ⅰ度の患者で加算１を請求する割合が高い都道府県においては、ＮＹＨＡ分類Ⅱ度で加算１を請求する割合も高い傾向にあった。

（４）「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者

・ 令和４年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者における P/F 比 400 以上の割合は減少しており、加算１で 4.7%、加算２で 12.3%だった。

・ 傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算１を算定する患者のうち、P/F 比が 400 以上の割合は、61%の医療機関で５%以下で

ある一方、２％の医療機関で 20%以上であり、P/F 比 400 以上の割合が大きい医療機関が一部みられた。

・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F 比が低いほど死亡率が高かったが、P/F 比が 400 以上の場合でも死亡率が 17～24%と高かった。

（５）「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」

・ 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」により救急医療管理加算を算定する患者においては、Burn Index 0 の割合が加算１で 42.5%、加算２で 70.9%であり、いずれも増加していた。

（６）救急医療管理加算１及び救急医療管理加算２の選択について

・ ＪＣＳやＮＹＨＡ分類等の重症度分類が転帰と相関する傾向にあるものの、こうした重症度に関わらず加算１又は加算２が選択されている場合があると考えられることを踏まえ、加算１を算定する場合と加算２を算定する場合の基準を重症度分類に基づき明確化すべきではないかとの指摘があった。一方で、入院時の重症度分類が軽度であってもその後重篤な状態になる患者も存在するため、基準を設けるべきではないのではないかとの指摘や、基準を設ける必要はあるもののＪＣＳやＮＹＨＡ分類のみではなく病態を的確に把握できる指標を用いることが必要ではないかとの指摘があった。また、請求審査の観点からレセプト上で、患者の状態が加算１あるいは加算２に該当するのか、判断できる制度であるべきとの指摘もあった。

（７）「その他の重症な状態」の患者

・ 令和４年度に救急医療管理加算２を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者で多い傷病名は以下のとおりであり、これらの疾患により重篤な状態であれば、「意識障害又は昏睡」、「救急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 両方を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」等、算定対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。

・ 「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者は、重篤な状態であれば他の状態に該当すると考えられるため、「その他の重症な状態」は分類として不要ではないかとの指摘があった。

１３－５．短期滞在手術等基本料について

（別添資料⑤ Ｐ154～Ｐ170）

・ 短期滞在手術等基本料１については、令和４年度診療報酬改定において、評価の見直し等を行うとともに、短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものを対象手術等に追加した。

・ 短期滞在手術等基本料１の算定回数は令和４年度診療報酬改定を経て増加しているが、

届出病院数は届出診療所数に比して増加幅が少なかった。

- DPC/PDPS に係る令和５年度特別調査において、短期滞在手術等基本料１の対象手術等について、術後に外来で経過観察するスペースがないため、１日入院として当日に入退院させている実態を聴取した。
- DPC データによる分析においても、短期滞在手術等基本料１の対象手術等について、１日入院で実施される例が一定程度存在することが確認された。
- 入院外での実施が期待される短期滞在手術等基本料１の対象手術等について、入院外で実施している場合と１日入院として実施している場合とで評価が異なる点については是正すべきではないかとの指摘があった。
- 短期滞在手術等基本料３については、令和４年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等を対象手術等に追加した。
- 短期滞在手術等基本料３の対象手術等は、入院外での実施割合が増加しており、平成 30 年度以降も一定程度算定されていた。
- 短期滞在手術等基本料３の対象手術等の多くについて、令和２年度と比較し、令和４年度に平均在院日数が短縮していた。

１３－６．データ提出加算について

（別添資料⑤ Ｐ171～Ｐ183）

- データを用いた診療実績の適切な評価のため、累次の診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料の範囲を拡大してきている。
- データ提出加算を届け出ている医療機関数は経年的に増加傾向であり、令和４年７月１日時点で全ての病院の約７割（5,770 病院）がデータ提出加算を届け出ていた。
- 提出データ評価加算は、データ提出加算２を算定する医療機関に対し、未コード化傷病名の割合の観点から一定の質が確保されたデータの提出を評価するものとして、平成 30 年度診療報酬改定に新設され、令和２年度診療報酬改定において、実態を踏まえ許可病床数 200 床未満の医療機関に限り算定可能とすることとした。
- 令和５年３月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、データ提出評価加算を算定可能なデータ提出加算２ロを算定する医療機関は 1,477 施設（25.7%）であり、そのうち、提出データ評価加算を算定する医療機関は 1,263 施設（85.5%）であった。
- 令和５年３月時点で、許可病床数の区分によらず、データ提出加算２を算定するほぼ全ての医療機関が、医科診療報酬明細書及び DPC データの様式１・外来 EF ファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準を満たしていた。
- 未コード化傷病名の割合の実態を踏まえると、現行の提出データ評価加算はその役割を終えており、今後は病名選択が適切なのか等の観点から、より一層データの質を担保していくことが必要なのではないかとの指摘があった。

１３－７．人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

（別添資料⑤ Ｐ184～Ｐ186）

- 入院医療における「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料１の届出をしている医療機関では 77.0%の割合で作成している一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、地域一般病棟入院料１～２で 57.8%、地域一般病棟入院料３で 42.0%と指針を作成している割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。
- また、外来医療における「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を作成している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。
- 入院医療における人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援については、指針の作成の有無は入院患者の状況にもよるとは思うが、医療の質の改善を目指す観点からも、指針の作成や有効利用を推進していくべきではないかとの指摘があった。
- 外来医療における人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援については、高齢者が増加し、意思決定支援の必要性が高まっているなか、入院医療と比較し外来医療における取組に差があることや今後は認知症患者が増加することも踏まえ、かかりつけ医による取組の強化が必要ではないかとの指摘があった。

中医協　総－４参考１
５．１０．２７

中医協　診－２参考１
５．１０．２７

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①

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

令和4年度調査全体の概要①

○ 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。

○ 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「治療室調査票」、「患者票」、「医療従事者票」を配布する。

※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。

※医療従事者票は、医師票、病棟看護管理者票、薬剤部責任者票で構成される。調査対象は、1施設あたり医師2～8名（病床規模に応じて）、病棟看護管理者5名、薬剤部責任者1名を、医療機関側で抽出していただき決定する。

○ 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。

○ 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1)一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関
(2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について	
(3)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(4)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1）	感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等
(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目を届け出ている医療機関等
(7)外来医療に係る評価等について（その1）	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料等の届出等を行っている医療機関

調査対象施設の区分に応じて、次頁の通りA票からF票に整理

令和4年度調査全体の概要②

中医協 総－2
４．１０．２６

中医協 診－1
４．１０．２６

診調組 入－1（改）
４．１０．１２

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

令和４年度調査の回収状況

診調組　入－１
５．６．８

○令和4年度入院･外来医療等における実態調査の回収状況

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

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

（参考）令和2年度入院医療等における実態調査の回収状況

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

令和5年度調査全体の概要①

○ 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
○ 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「治療室調査票」又は「患者票」を配布する。
※患者票による調査は、配布対象となる医療機関において、無作為に1施設あたり8名ずつ抽出していただき実施する。
○ 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
○ 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1)一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関
(2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について	
(3)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(4)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について	療養病棟入院基本料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1）	感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等
(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目を届け出ている医療機関等
(7)外来医療に係る評価等について（その1）	機能強化加算、地域包括診療料、外来感染対策向上加算、外来腫瘍化学療法診療料の届出等を行っている医療機関

調査対象施設の区分に応じて、次頁の通りA票からE票及び一般票に整理

令和5年度調査全体の概要②

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その2） （2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について（その2） （4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その2） （5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その2） （6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について（その2）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算、療養病棟入院基本料、緩和ケア病棟入院基本料等の届出を行っている医療機関	約3,100施設
B票	（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その2） （5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その2）	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約1,600施設
E票	（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その2） （7）外来医療に係る評価等について（その2）	機能強化加算、地域包括診療料、外来感染対策向上加算、外来腫瘍化学療法診療料の届出等を行っている医療機関	約2,000施設
F票	（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その2） （7）外来医療に係る評価等について（その2）	（一般の方へのWeb調査）	（約1,000人）
ヒアリング	（8）医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（病院・診療所）	約10施設

令和５年度調査の回収状況

○令和5年度入院・外来医療等における実態調査の回収状況

	調査の対象施設群（届出入院料等）	調査対象施設数	回収施設数（回収率）	病棟票	治療室票	患者票
入院	急性期一般入院基本料等	2,300	1,543（49.8%）	5,839	1,365	-
入院	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	1,600	831（51.9%）	1,245	-	-
入院	療養病棟入院基本料	400	159（39.8%）	264	-	-
入院	緩和ケア病棟入院料	400	221（55.3%）	1,319	-	-
入院	（入院総計）	4,700	2,374（50.5%）	7,084	1,365	-
外来	機能強化加算、地域包括診療料、外来感染対策向上加算、外来腫瘍化学療法診療料の届出等を行っている病院及び診療所	2,000	704（35.2%）	-	-	2,744

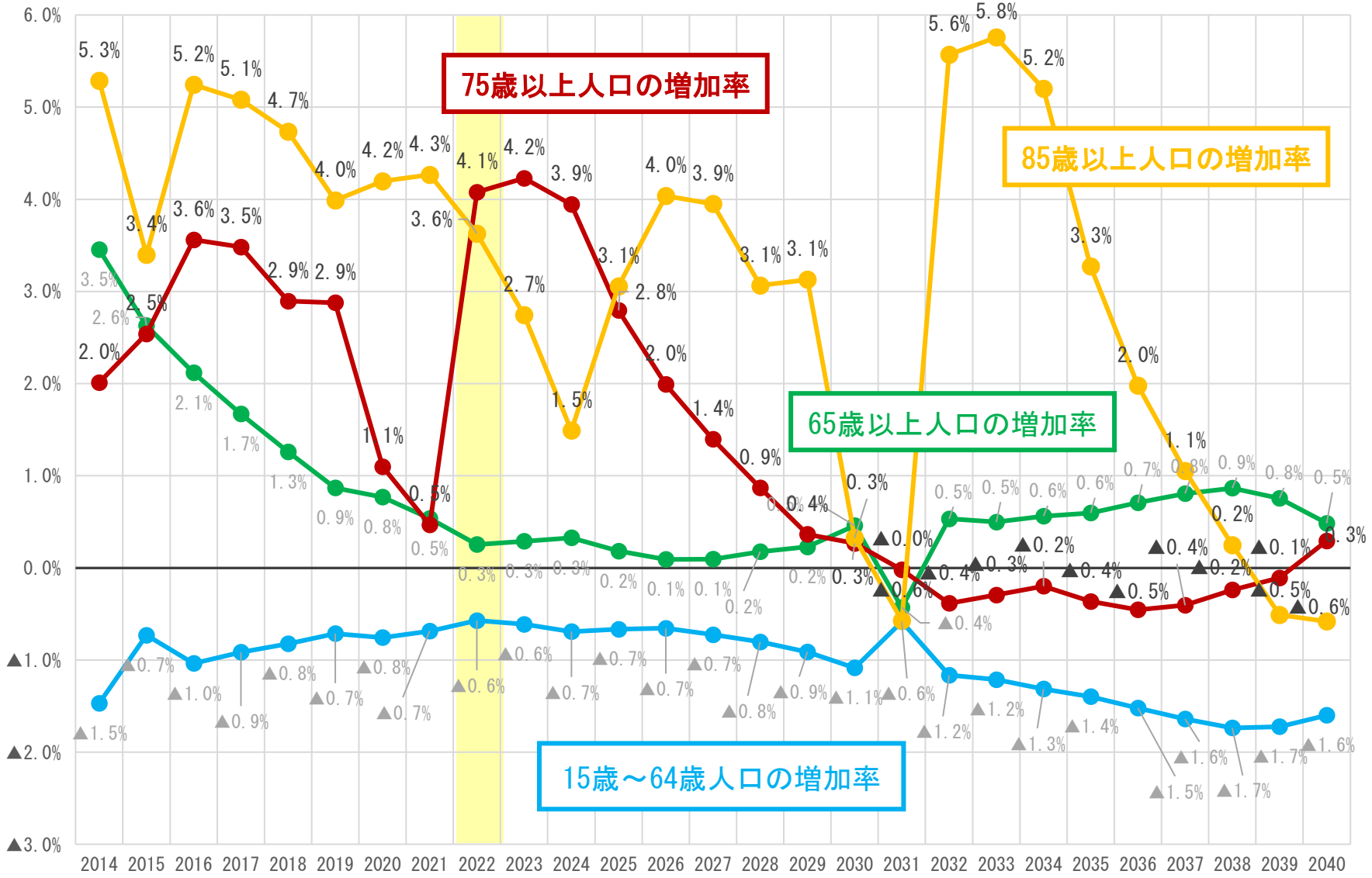
	調査の対象	調査対象人数	回収人数（回収率）
一般	オンライン調査	2,000	2,244

（参考）令和3年度入院医療等における実態調査の回収状況

	調査の対象施設群（届出入院料等）	調査対象施設数	回収施設数（回収率）	病棟票	治療室票
入院	急性期一般入院基本料等	2,300	1,266（55.0%）	3,838	1,132
入院	地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等	1,500	758（50.5%）	806	-
入院	療養病棟入院基本料	1,500	679（45.3%）	529	-
入院	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等	900	439（48.8%）	411	-
入院	（総計）	6,200	3,142（50.7%）	5,584	1,132

（参考）2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

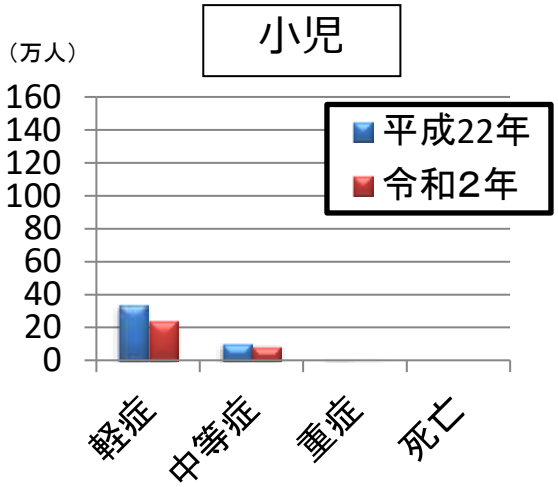
○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。

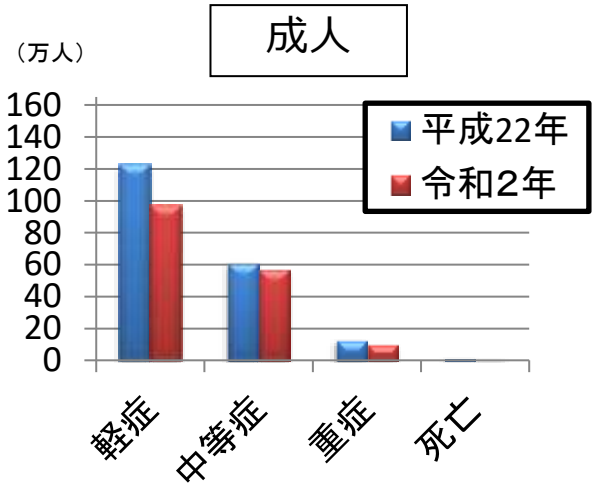


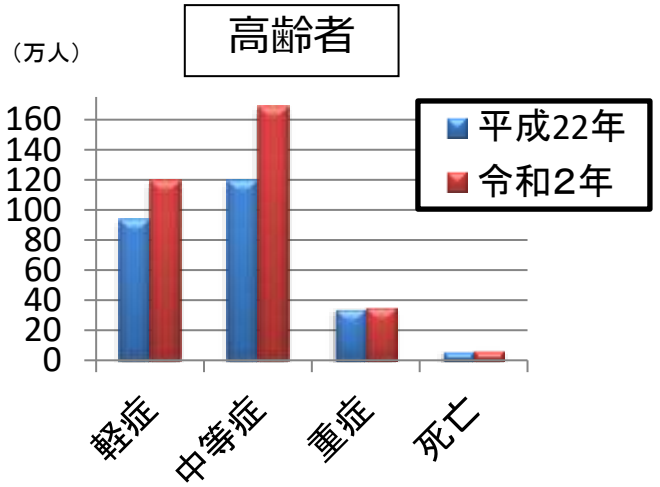
（出所）　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。







平成２２年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

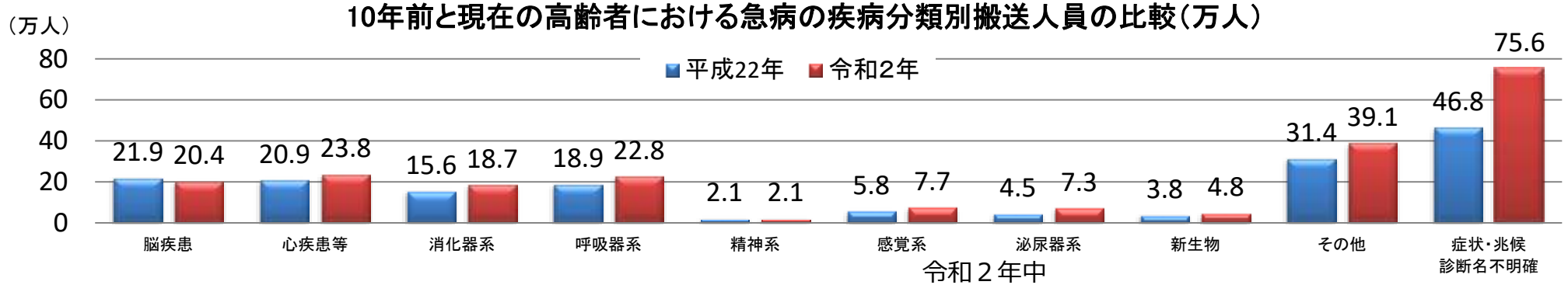
令和２年中

	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
死亡	0．06万人 0．03万人減 ▲33%	1．2万人 0．4万人減 ▲25%	6．5万人 0．6万人増 10%
重症	0．7万人 0．4万人減 ▲36%	9．7万人 3．0万人減 ▲24%	35．3万人 1．3万人増 4%
中等症	8．8万人 1．4万人減 ▲14%	57．0万人 4．2万人減 ▲7%	168．5万人 48．7万人増 41%
軽傷	24．4万人 10．3万人減 ▲30%	97．4万人 25．4万人減 ▲21%	119．4万人 25．5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。

10年前と現在の高齢者における急病の疾病分類別搬送人員の比較（万人）



平成２２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 （0.3万人減）	5.7万人 （2.5万人減）	20.4万人 （1.5万人減）
心疾患等	0.1万人	5.9万人 （1.1万人減）	23.8万人 （2.9万人増）
消化器系	1.0万人 （0.6万人減）	11.3万人 （3.9万人減）	18.7万人 （3.1万人増）
呼吸器系	1.5万人 （1.0万人減）	5.5万人 （0.8万人減）	22.8万人 （3.9万人増）
精神系	0.4万人 （0.1万人減）	7.2万人 （2.7万人減）	2.1万人
感覚系	1.3万人 （0.5万人減）	6.0万人 （0.2万人減）	7.7万人 （1.9万人増）
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 （0.1万人減）	7.3万人 （2.8万人増）
新生物	0.01万人	1.2万人 （0.2万人減）	4.8万人 （1.0万人増）
その他	3.7万人 （1.3万人減）	19.5万人 （3.6万人減）	39.2万人 （7.8万人増）
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 （1.2万人減）	37.8万人 （7.0万人増）	75.6万人 （28.8万人増）
総人口	1835.9万人 （213.7万人減）	7176.0万人 （631.7万人減）	3602.7万人 （654.3万人増）

（出典）救急・救助の現況（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

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

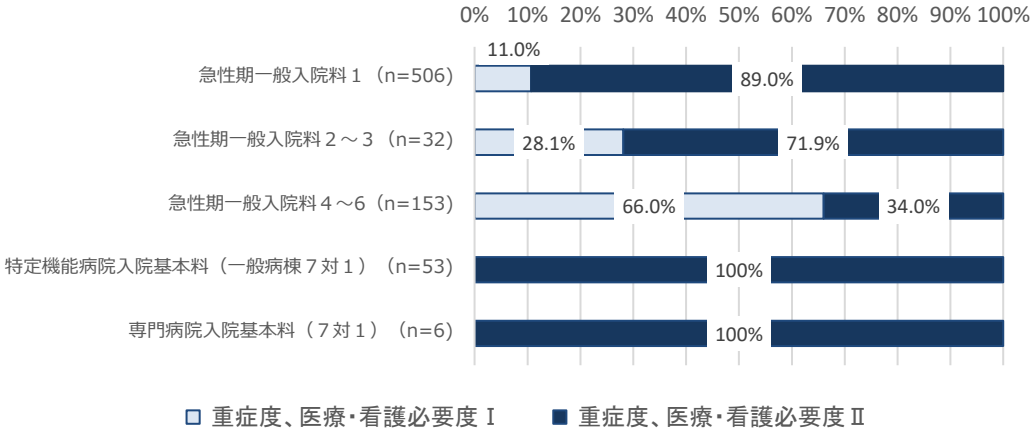
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

13. 横断的個別事項について

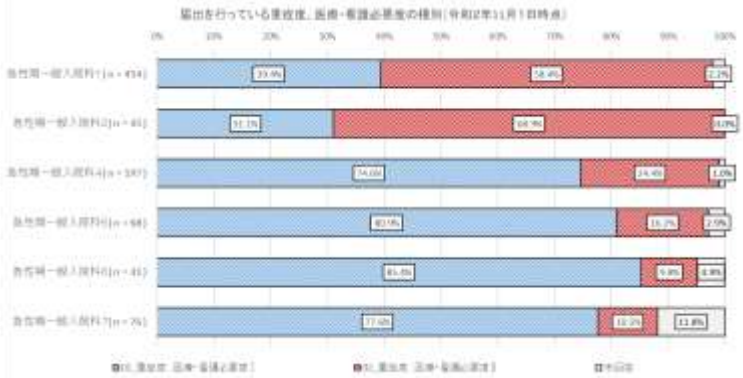
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1は89.0%、急性期一般入院料2～3は71.9%、急性期一般入院料4～6では34.0%であった。
○　重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由は、「必要度Ⅱより評価票の記入のほうが容易であり、必要度Ⅱに変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

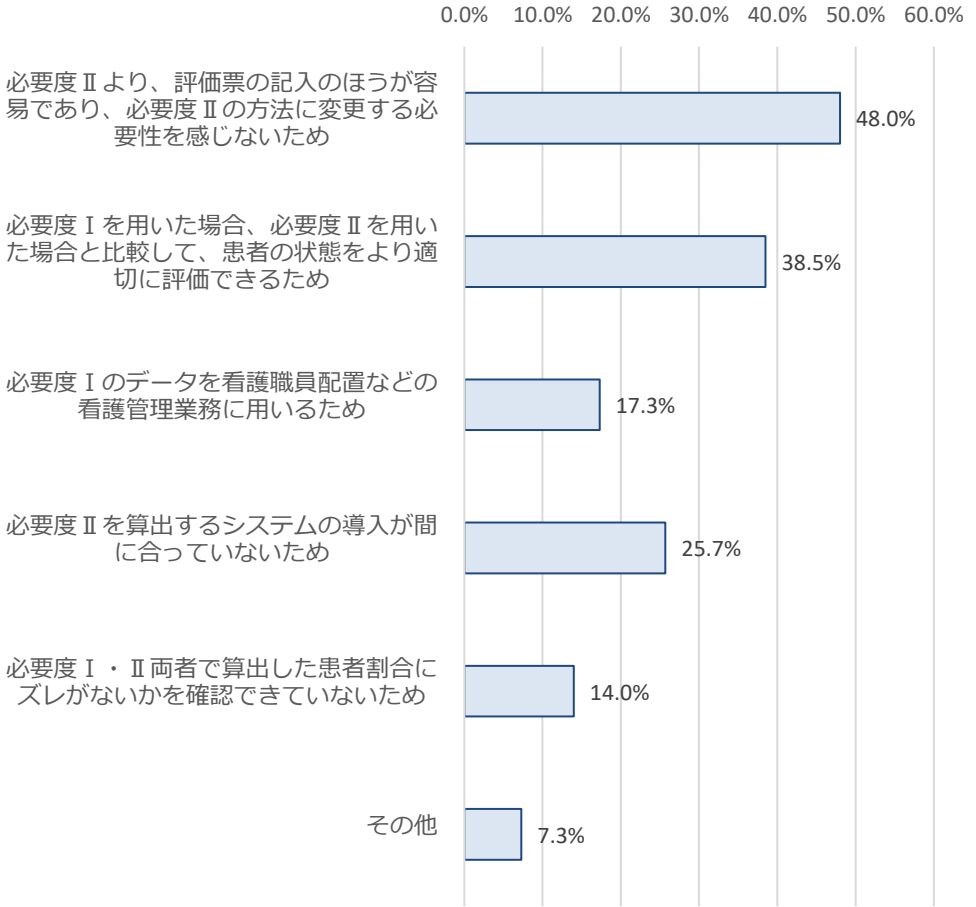
■重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和４年11月１日時点）



（参考）R2.111時点（令和2年度入院医療等の調査（施設票））



■重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由（複数回答）



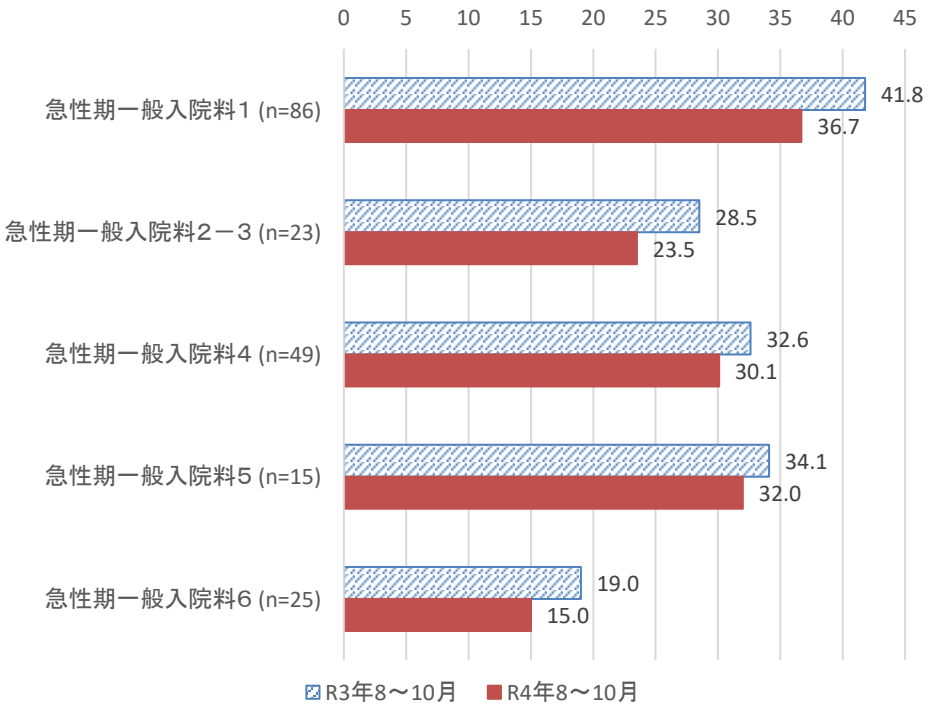
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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

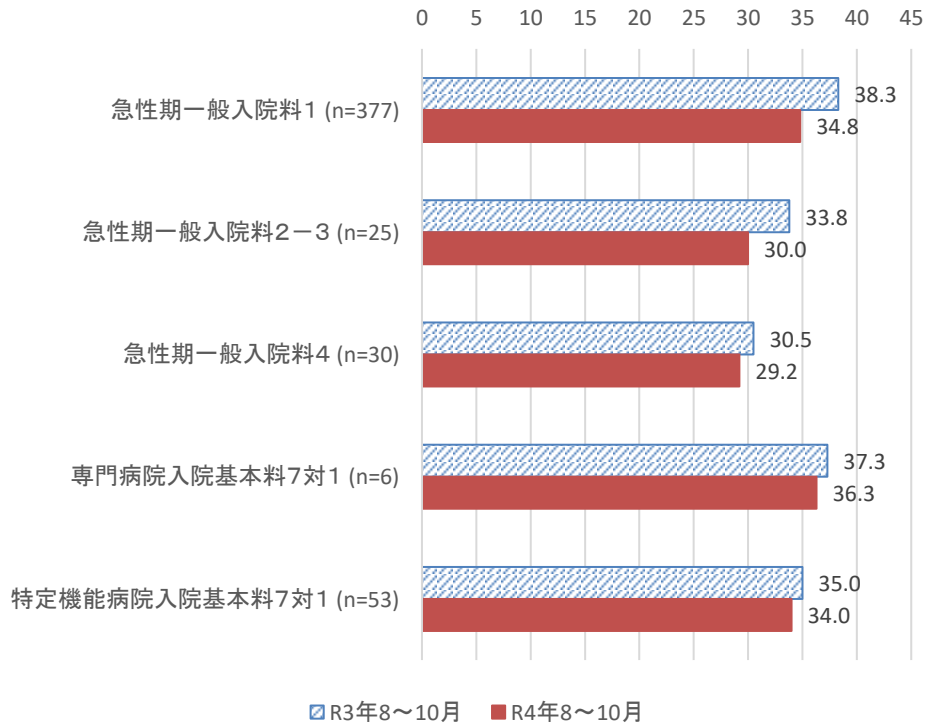
○　重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
○　重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

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

（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）



（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

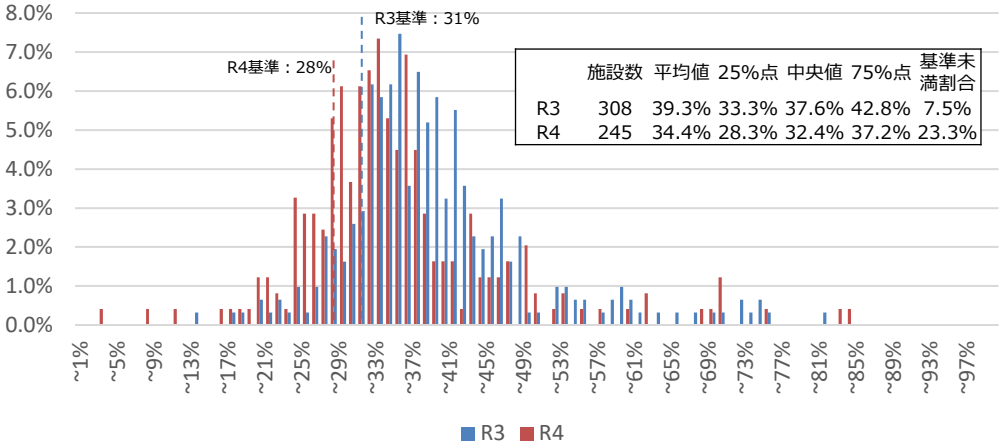


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料・病床規模別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3/R4）①

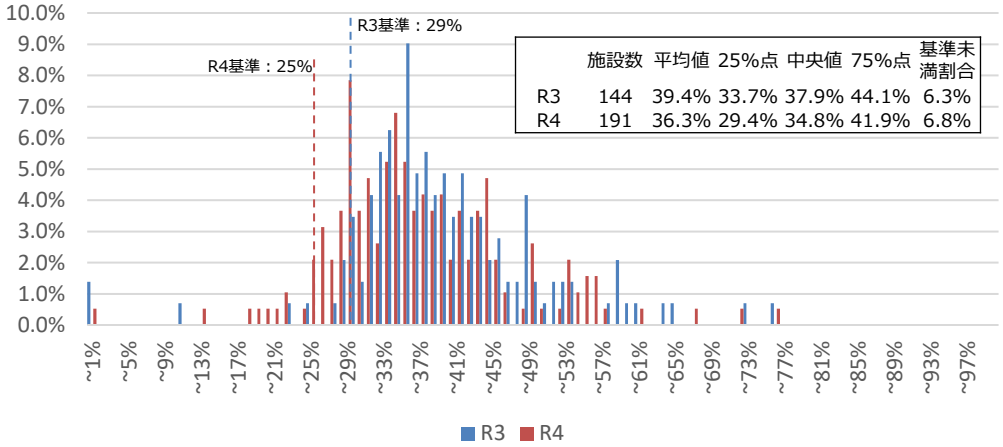
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料1の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料１・200床未満(必要度Ⅰ)>



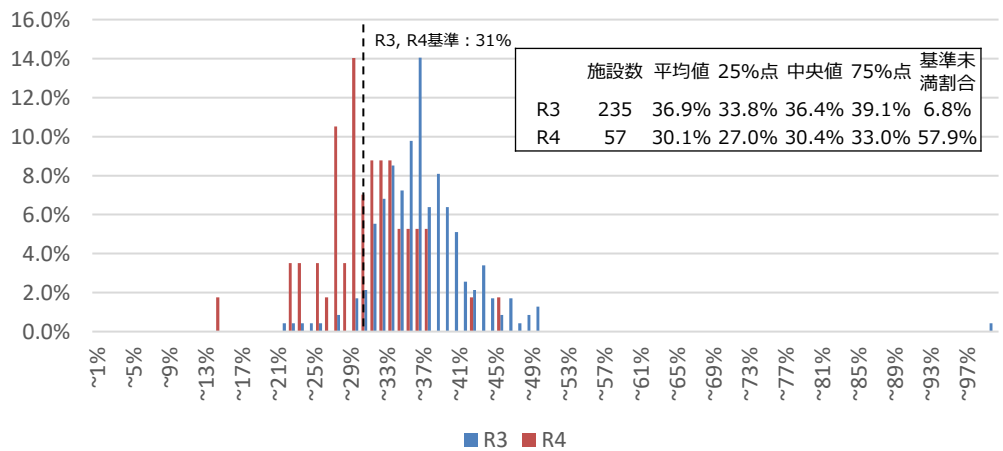
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	308	39.3%	33.3%	37.6%	42.8%	7.5%
R4	245	34.4%	28.3%	32.4%	37.2%	23.3%

<急性期一般入院料１・200床未満(必要度Ⅱ)>



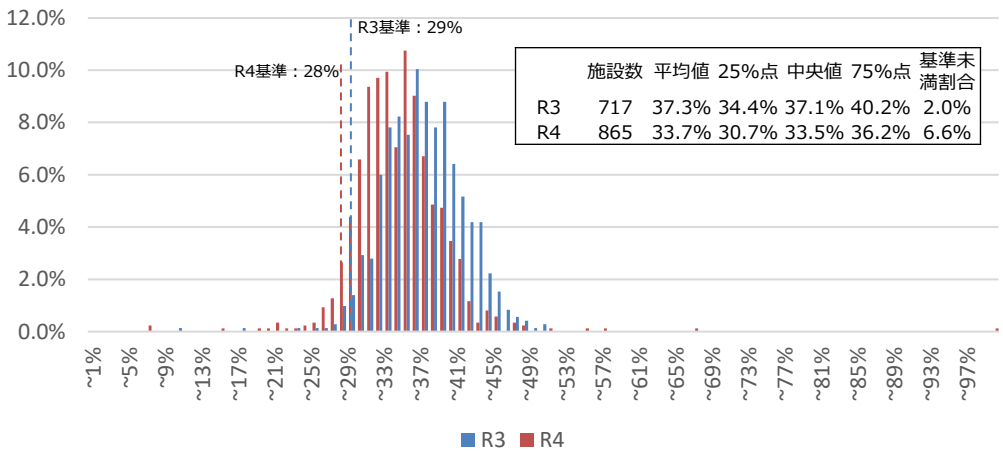
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	144	39.4%	33.7%	37.9%	44.1%	6.3%
R4	191	36.3%	29.4%	34.8%	41.9%	6.8%

<急性期一般入院料１・200床以上(必要度Ⅰ)>



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	235	36.9%	33.8%	36.4%	39.1%	6.8%
R4	57	30.1%	27.0%	30.4%	33.0%	57.9%

<急性期一般入院料１・200床以上(必要度Ⅱ)>



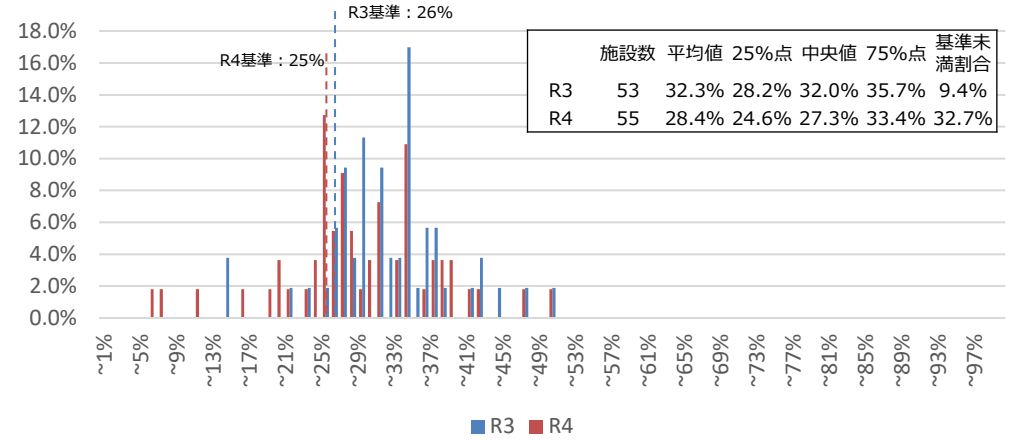
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	717	37.3%	34.4%	37.1%	40.2%	2.0%
R4	865	33.7%	30.7%	33.5%	36.2%	6.6%

出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

入院料・病床規模別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3/R4）②

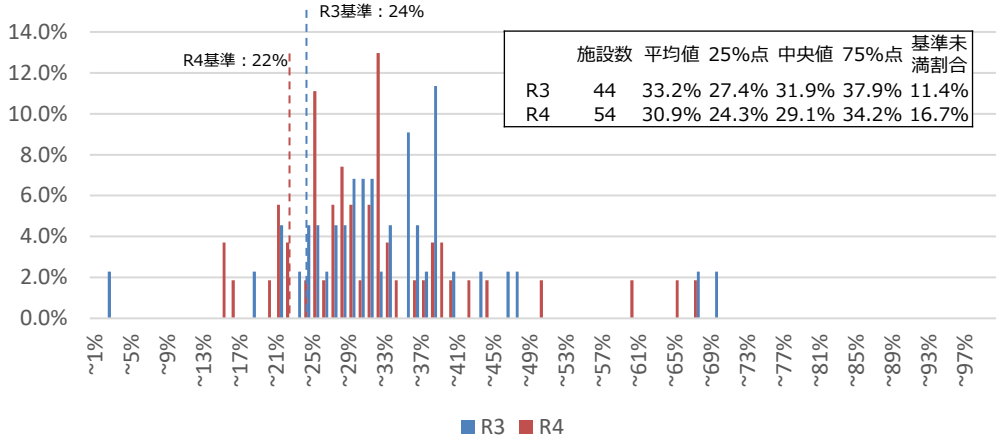
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料2の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料２・200床未満(必要度Ⅰ)>



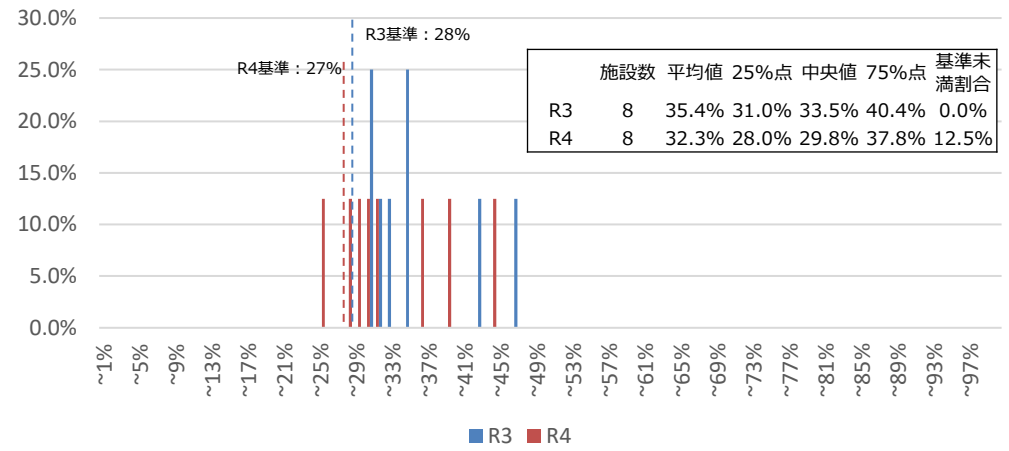
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	53	32.3%	28.2%	32.0%	35.7%	9.4%
R4	55	28.4%	24.6%	27.3%	33.4%	32.7%

<急性期一般入院料２・200床未満(必要度Ⅱ)>



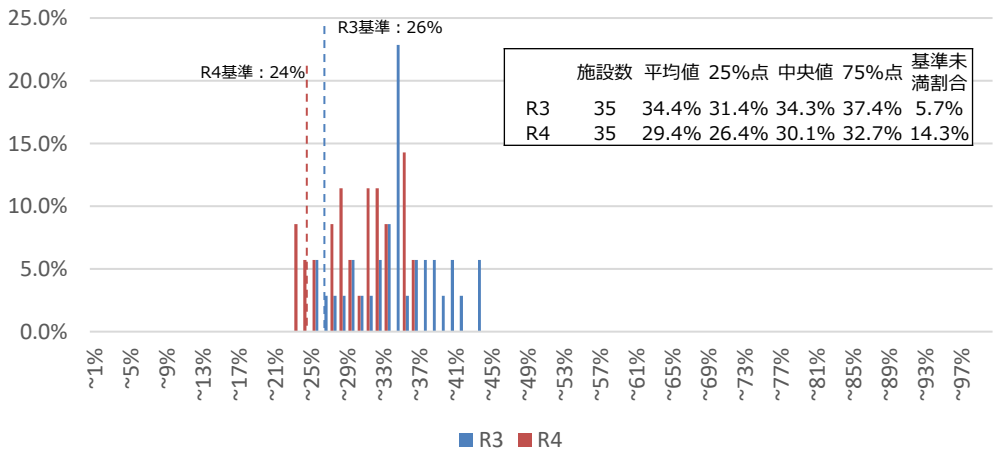
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	44	33.2%	27.4%	31.9%	37.9%	11.4%
R4	54	30.9%	24.3%	29.1%	34.2%	16.7%

<急性期一般入院料２・200床以上(必要度Ⅰ)>



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	8	35.4%	31.0%	33.5%	40.4%	0.0%
R4	8	32.3%	28.0%	29.8%	37.8%	12.5%

<急性期一般入院料２・200床以上(必要度Ⅱ)>



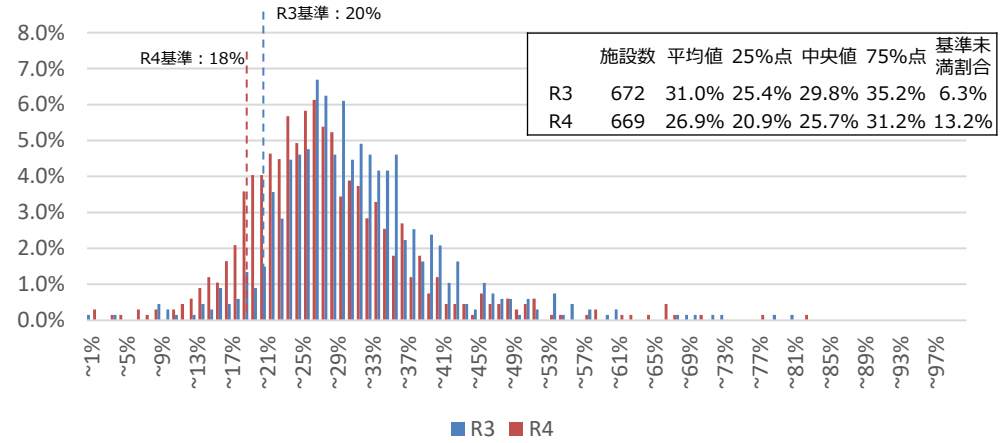
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	35	34.4%	31.4%	34.3%	37.4%	5.7%
R4	35	29.4%	26.4%	30.1%	32.7%	14.3%

出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

入院料・病床規模別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3/R4）③

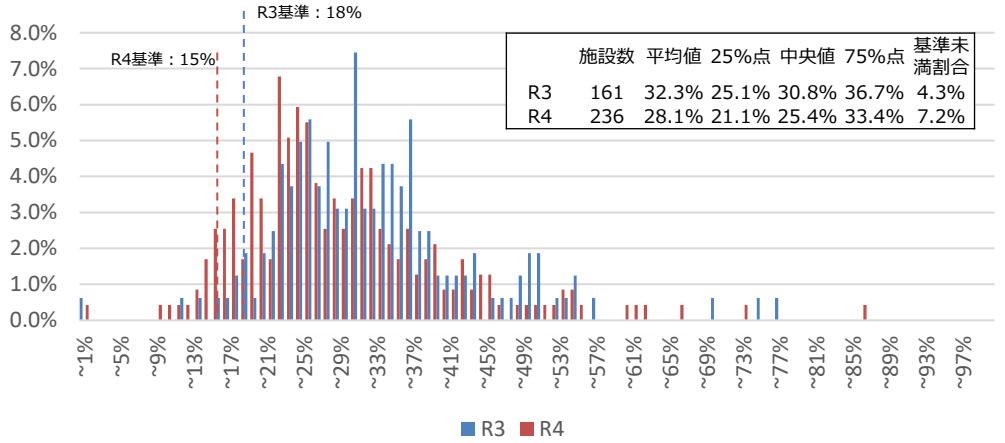
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料4の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料４・200床未満(必要度Ⅰ)>



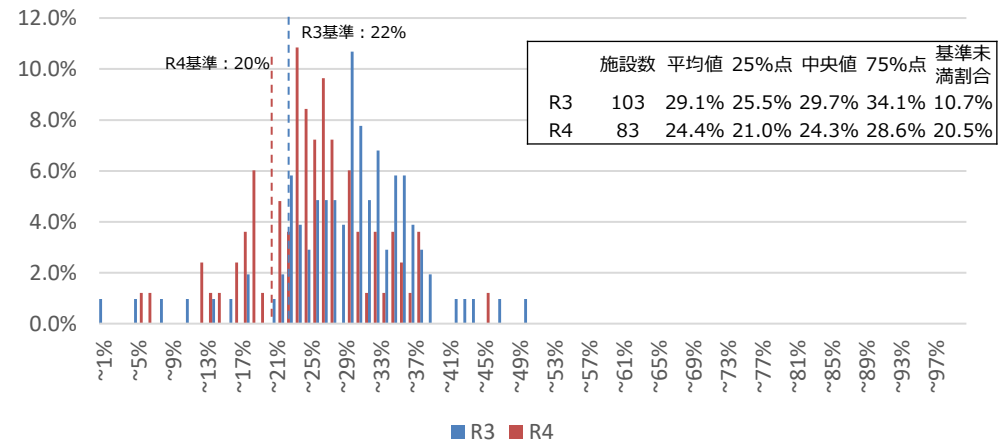
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	672	31.0%	25.4%	29.8%	35.2%	6.3%
R4	669	26.9%	20.9%	25.7%	31.2%	13.2%

<急性期一般入院料４・200床未満(必要度Ⅱ)>



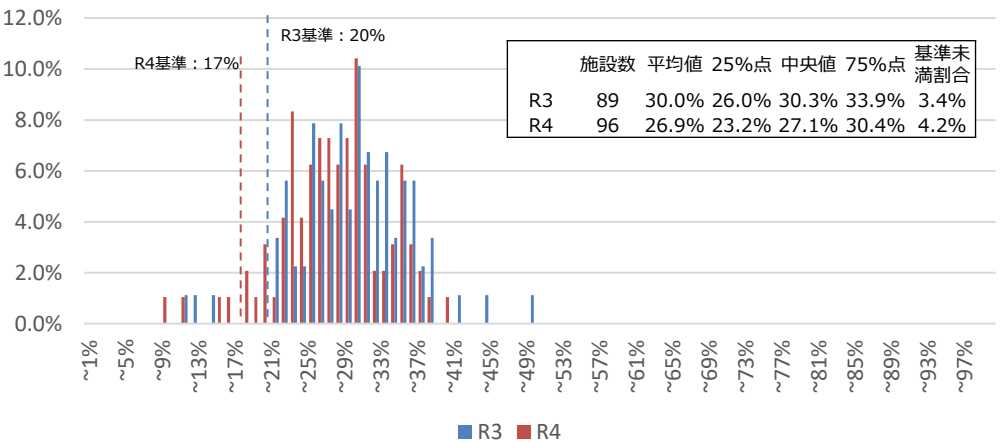
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	161	32.3%	25.1%	30.8%	36.7%	4.3%
R4	236	28.1%	21.1%	25.4%	33.4%	7.2%

<急性期一般入院料４・200床以上(必要度Ⅰ)>



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	103	29.1%	25.5%	29.7%	34.1%	10.7%
R4	83	24.4%	21.0%	24.3%	28.6%	20.5%

<急性期一般入院料４・200床以上(必要度Ⅱ)>



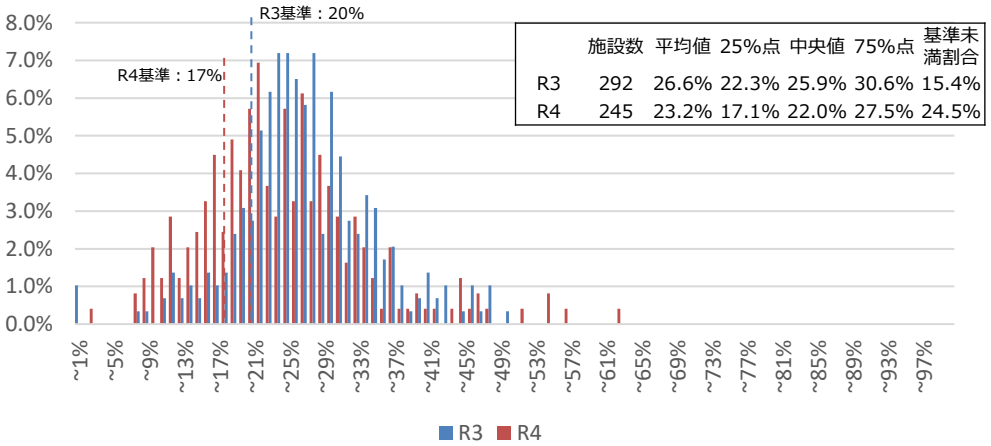
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	89	30.0%	26.0%	30.3%	33.9%	3.4%
R4	96	26.9%	23.2%	27.1%	30.4%	4.2%

出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

入院料・病床規模別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3/R4）④

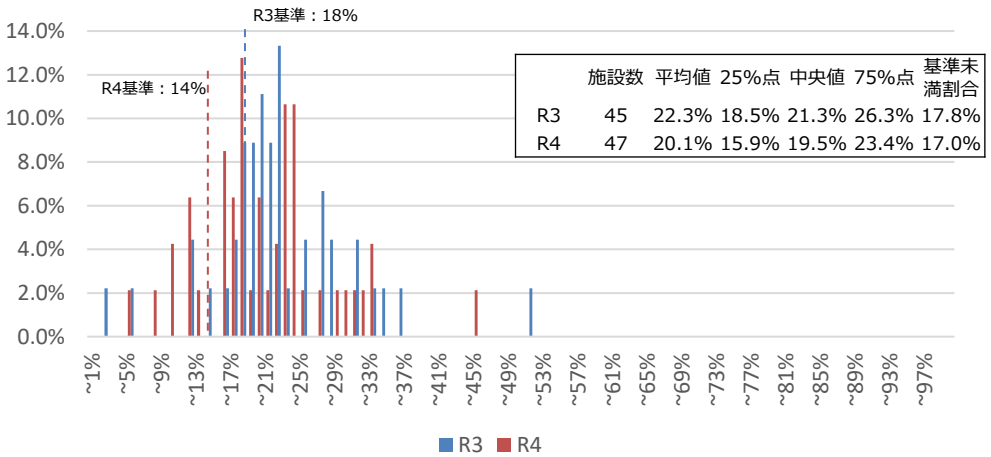
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料5の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料５(必要度Ⅰ)>



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	292	26.6%	22.3%	25.9%	30.6%	15.4%
R4	245	23.2%	17.1%	22.0%	27.5%	24.5%

<急性期一般入院料５(必要度Ⅱ)>



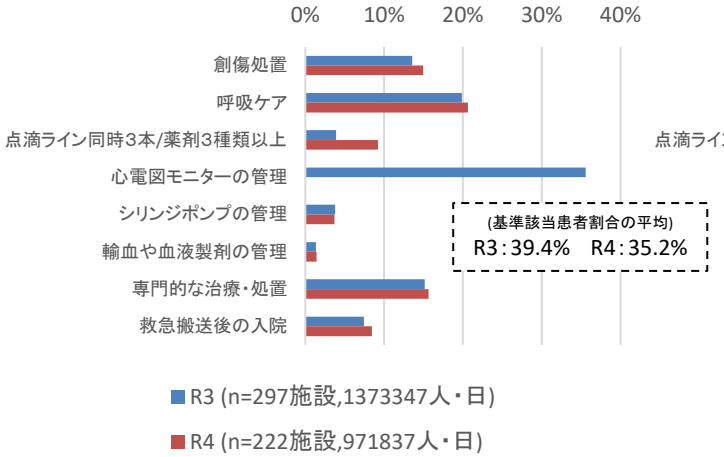
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	45	22.3%	18.5%	21.3%	26.3%	17.8%
R4	47	20.1%	15.9%	19.5%	23.4%	17.0%

出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

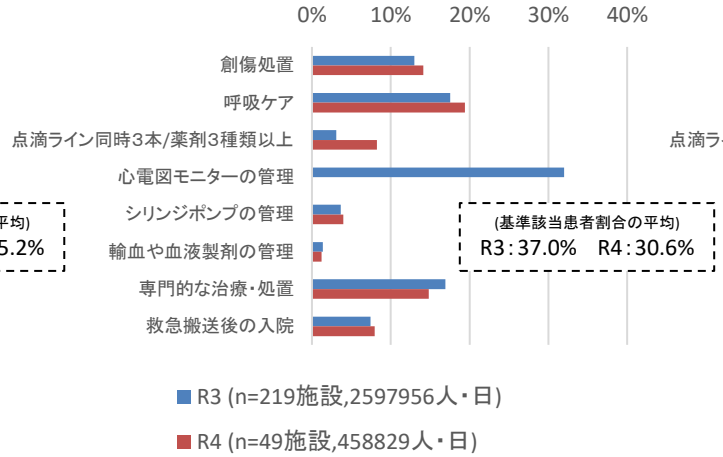
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

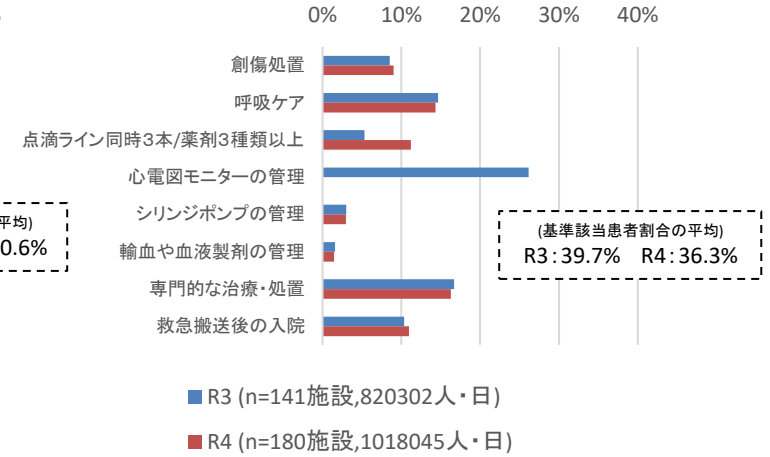
急１・必要度Ⅰ・200床未満



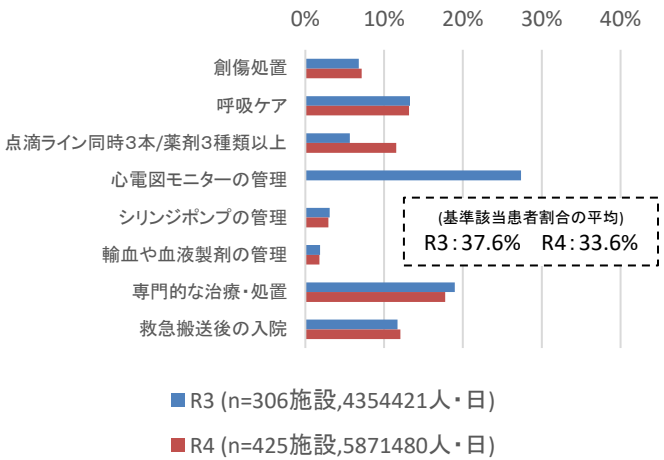
急１・必要度Ⅰ・200床-399床



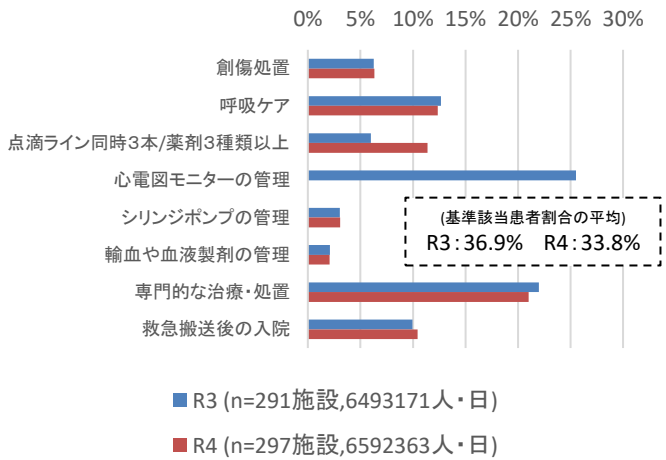
急１・必要度Ⅱ・200床未満



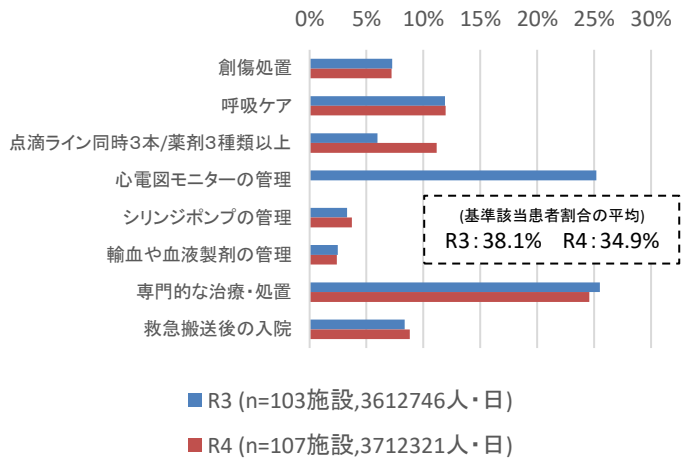
急１・必要度Ⅱ・200-399床



急１・必要度Ⅱ・400-599床



急１・必要度Ⅱ・600床以上

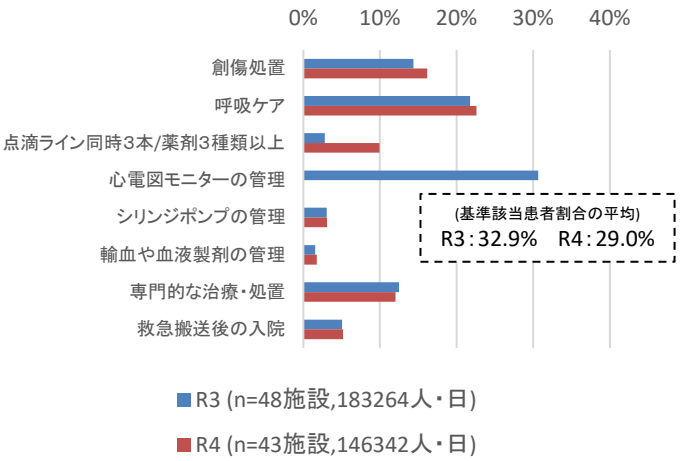


出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

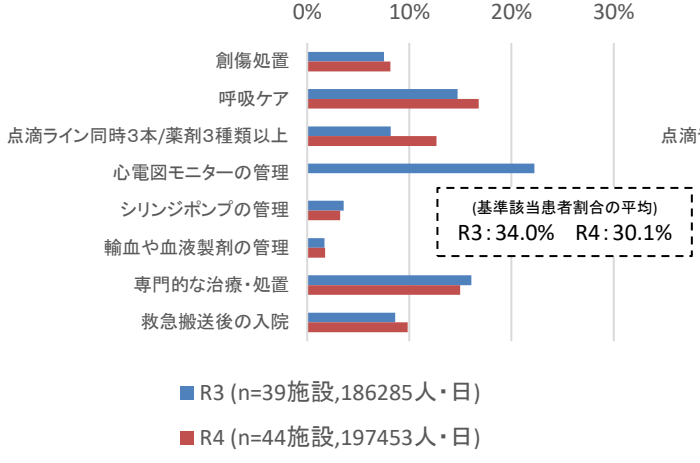
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合②

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

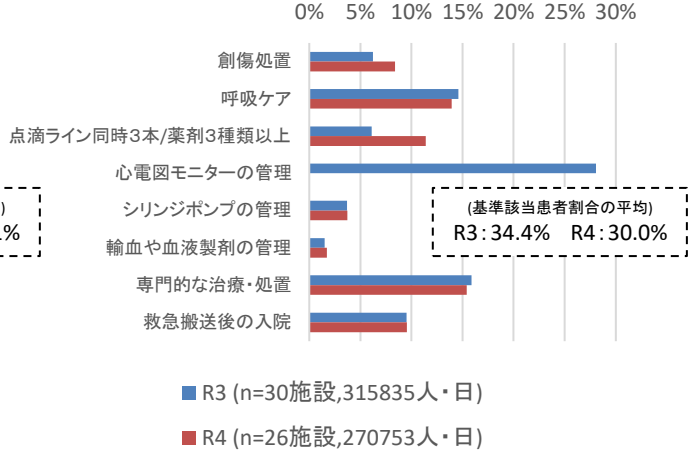
急２・必要度Ⅰ・200床未満



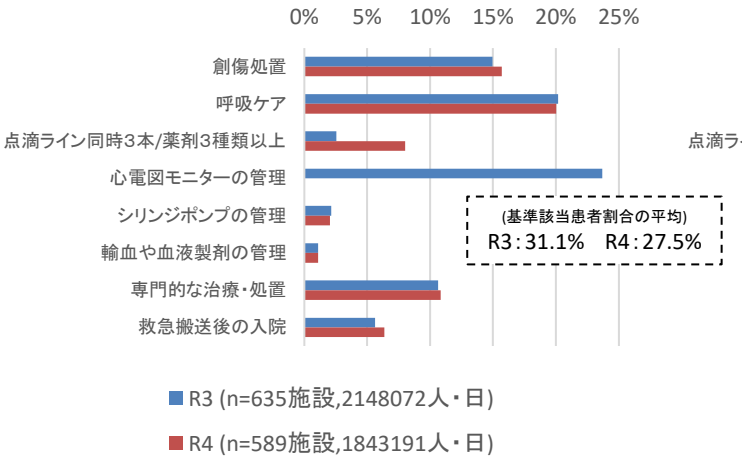
急２・必要度Ⅱ・200床未満



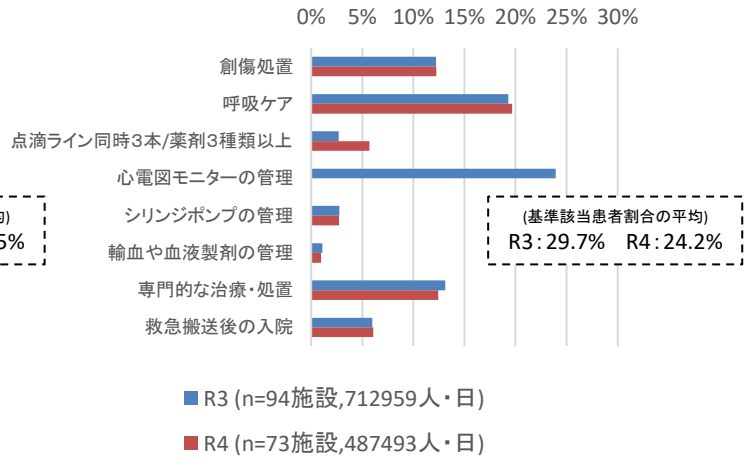
急２・必要度Ⅱ・200-399床



急４・必要度Ⅰ・200床未満



急４・必要度Ⅰ・200-399床

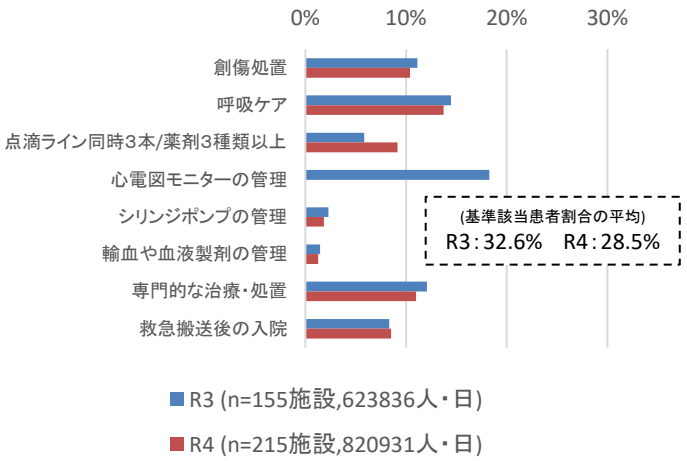


出典：DPCデータ（令和３年８月～10月及び令和４年８月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

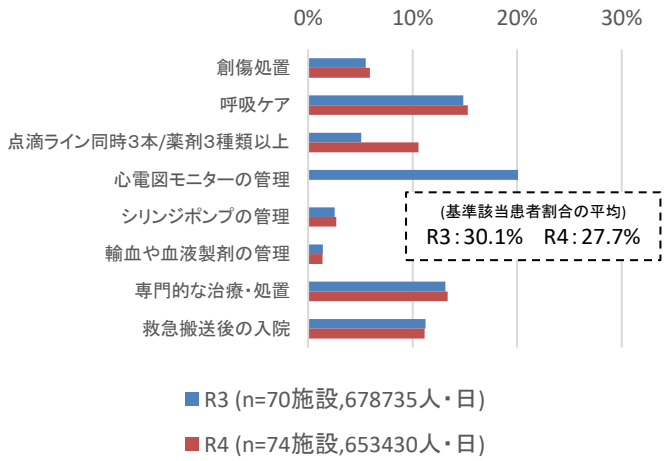
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合③

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

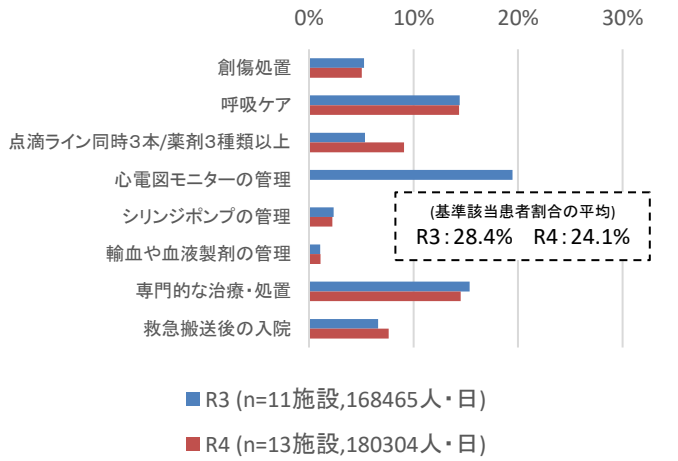
急４・必要度Ⅱ・200床未満



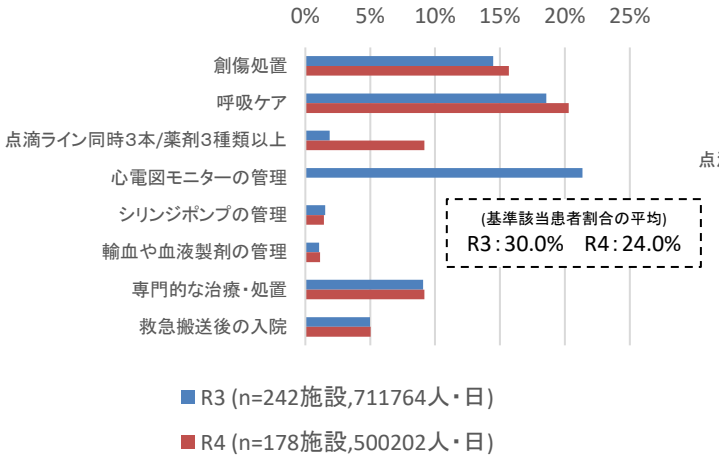
急４・必要度Ⅱ・200-399床



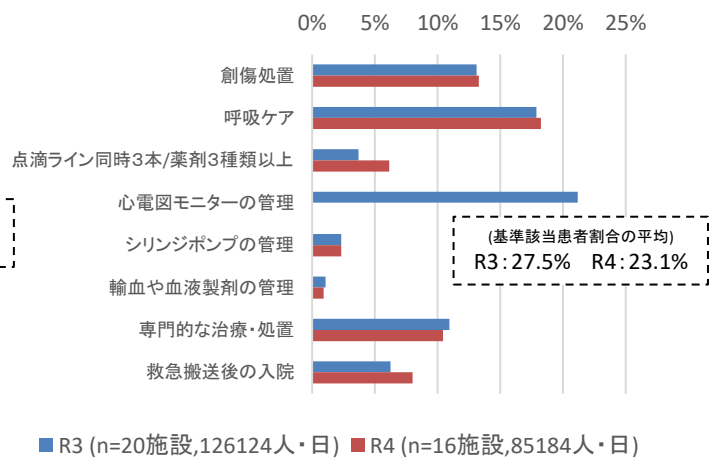
急４・必要度Ⅱ・400-599床



急５・必要度Ⅰ・200床未満



急５・必要度Ⅰ・200床-399床



出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

急性期一般入院料等における「専門的な治療・処置」の該当患者割合

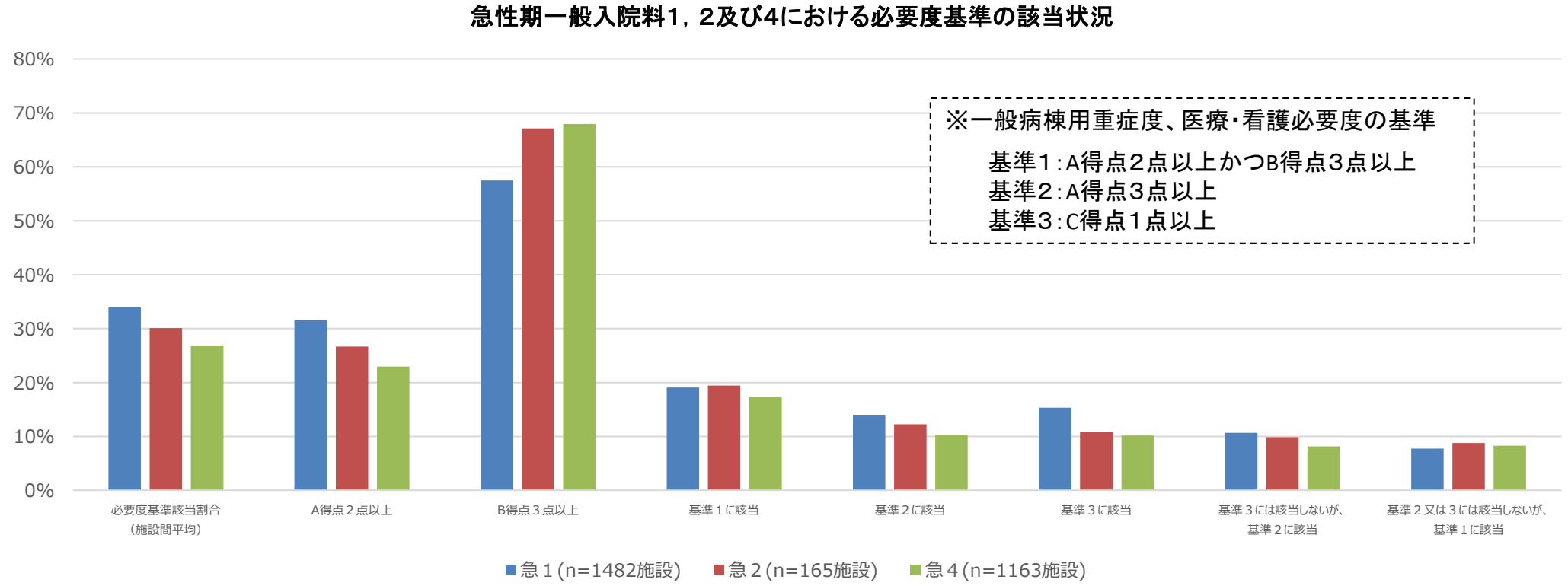
○ 急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の項目のうち「専門的な処置・治療」の該当患者割合は以下のとおり。

			専門的な治療・処置	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	ドレナージの管理	無菌治療室での治療
令和４年	必要度Ⅰ	急１(n=302施設)	15.3%	0.6%	0.7%	1.8%	1.1%	0.2%	2.7%	1.8%	0.4%	3.7%	5.8%	0.3%
		急２－３(n=78施設)	12.7%	0.5%	0.7%	1.2%	1.1%	0.6%	2.7%	1.5%	0.3%	2.6%	4.4%	0.0%
		急４(n=752施設)	11.0%	0.4%	0.4%	1.4%	0.8%	0.1%	2.3%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.0%
		急５(n=245施設)	9.4%	0.3%	0.5%	0.9%	0.8%	0.0%	1.9%	1.1%	0.3%	1.8%	3.3%	0.1%
		急６(n=441施設)	6.8%	0.2%	0.3%	0.7%	0.6%	0.1%	2.0%	0.9%	0.4%	1.4%	1.6%	0.0%
	必要度Ⅱ	急１(n=1056施設)	20.3%	1.6%	1.6%	2.6%	1.7%	0.9%	4.2%	1.8%	0.4%	3.4%	6.6%	0.9%
		急２－３(n=90施設)	15.1%	1.0%	1.0%	1.9%	1.1%	0.5%	3.2%	1.6%	0.3%	2.6%	4.6%	0.7%
		急４(n=332施設)	12.4%	0.7%	0.7%	1.6%	1.0%	0.2%	2.6%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.2%
		急５(n=47施設)	10.2%	0.3%	0.3%	1.0%	0.7%	0.1%	2.4%	1.1%	0.3%	3.2%	2.2%	0.3%
		急６(n=58施設)	7.8%	0.3%	0.6%	0.7%	0.6%	0.0%	2.2%	1.1%	0.1%	2.2%	1.6%	0.0%
		７対１特定(n=84施設)	29.1%	3.3%	2.5%	3.4%	3.0%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	3.8%	8.9%	2.0%
		７対１専門(n=12施設)	42.0%	7.3%	3.9%	4.1%	7.1%	6.5%	10.8%	1.1%	0.4%	2.5%	11.5%	3.6%
令和３年	必要度Ⅰ	急１(n=543施設)	16.5%	0.9%	1.0%	2.1%	0.4%	1.2%	3.3%	1.7%	0.5%	3.2%	6.4%	0.4%
		急２－３(n=66施設)	12.9%	0.7%	0.6%	1.1%	0.9%	0.9%	2.7%	1.2%	0.4%	2.5%	4.9%	0.1%
		急４(n=775施設)	11.2%	0.4%	0.4%	1.5%	0.1%	0.9%	2.5%	1.3%	0.4%	1.9%	4.4%	0.1%
		急５(n=292施設)	9.4%	0.4%	0.5%	1.0%	0.0%	1.0%	2.0%	1.0%	0.4%	1.3%	3.6%	0.1%
		急６(n=176施設)	8.1%	0.2%	0.4%	0.9%	0.1%	0.8%	1.8%	1.1%	0.3%	1.2%	2.8%	0.1%
	必要度Ⅱ	急１(n=861施設)	21.6%	1.8%	1.7%	2.7%	1.1%	1.9%	4.5%	1.8%	0.4%	3.7%	7.0%	1.1%
		急２－３(n=79施設)	16.3%	1.1%	1.0%	2.0%	0.5%	1.3%	3.5%	1.7%	0.4%	2.6%	5.3%	0.7%
		急４(n=250施設)	12.8%	0.7%	0.7%	1.7%	0.2%	1.1%	2.7%	1.4%	0.4%	2.0%	4.5%	0.1%
		急５(n=45施設)	9.3%	0.5%	0.4%	1.3%	0.1%	1.3%	2.3%	1.1%	0.4%	1.3%	2.8%	0.0%
		急６(n=23施設)	9.8%	0.3%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	1.8%	1.0%	0.2%	1.8%	2.8%	0.0%
		７対１特定(n=84施設)	29.5%	3.2%	2.5%	3.2%	3.3%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	4.1%	8.9%	1.9%
		７対１専門(n=10施設)	43.3%	7.0%	3.6%	4.4%	6.5%	6.1%	11.9%	1.4%	0.3%	3.6%	12.0%	3.6%

出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

急性期一般入院基本料における必要度該当状況（入院料間の比較）

○　急性期一般入院料１は、入院料２又は４と比較し、A２点以上の割合、基準２に該当する及び基準３に該当する割合が高く、B得点３点以上の割合及び「基準２又は３には該当しないが基準１に該当する割合」が低かった。



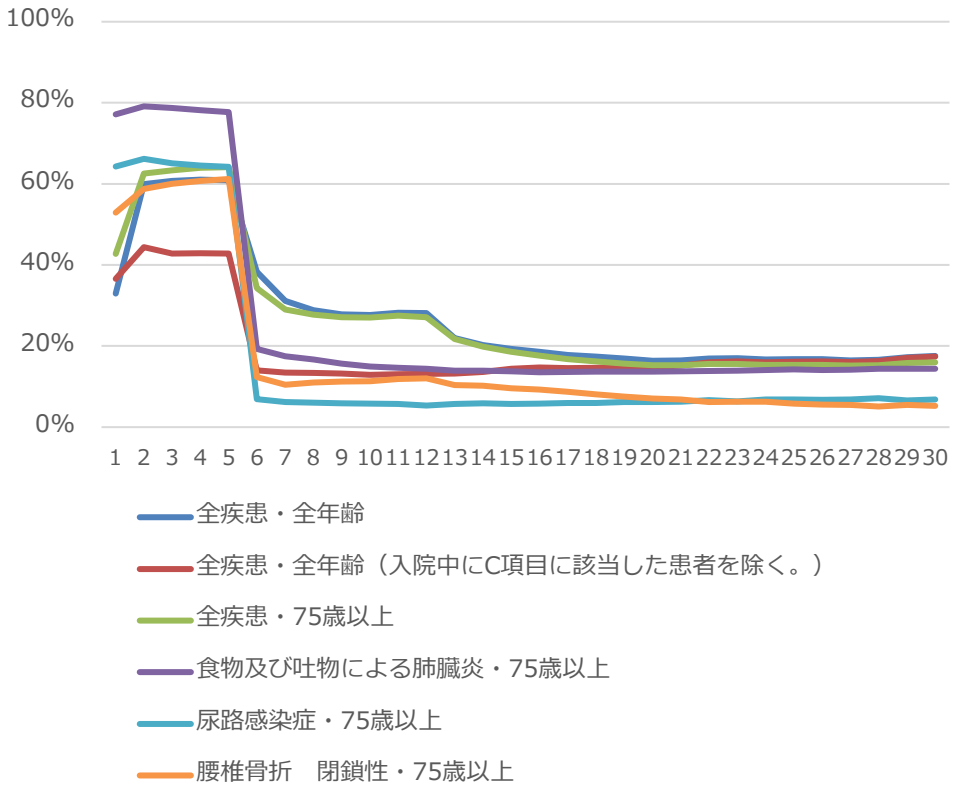
出典：DPCデータ（令和４年８月～10月）

急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等

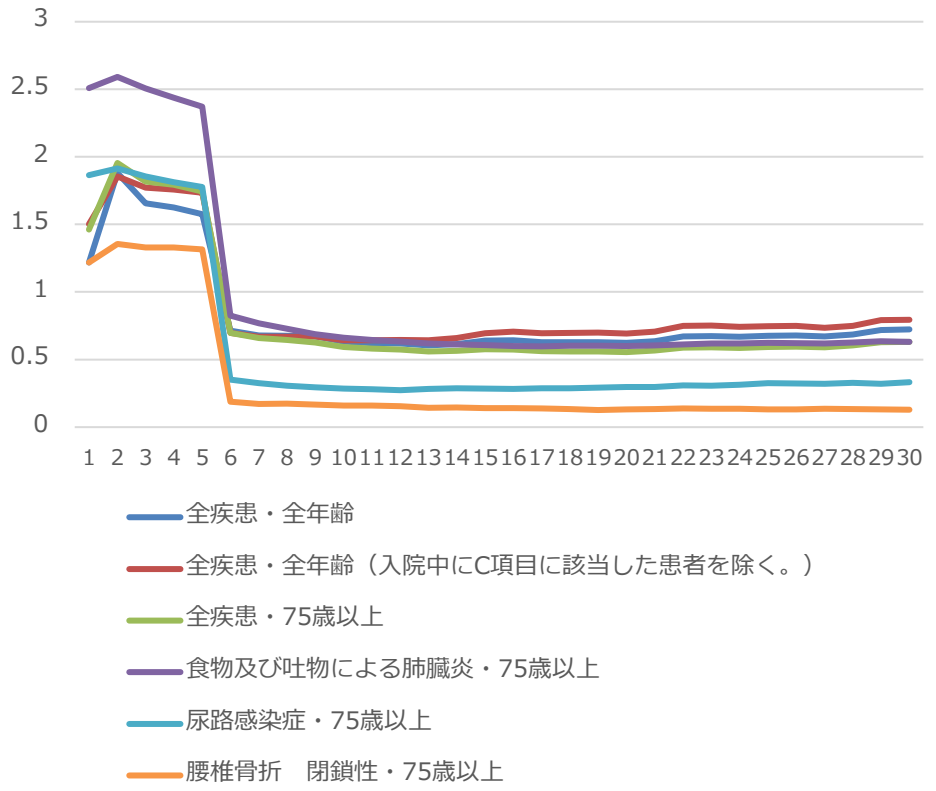
○ 急性期一般入院料1における「食物及び吐物における肺臓炎」及び「尿路感染症」の患者の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合及びA項目の総点数は、入院直後は全疾患の平均よりも高いが、入院6日目以降で低下し、その後の基準該当割合は全疾患の平均を下回る傾向にあった。

○ いずれの場合においても、A項目の総得点は入院2日目にピークを迎え、A項目の総得点は入院6日目頃以降、必要度基準該当割合は入院15日目頃以降は横ばいとなっていた。

急性期一般入院料1における
入院後日数ごとの必要度基準該当割合



急性期一般入院料1における
入院後日数ごとのA項目の総点数

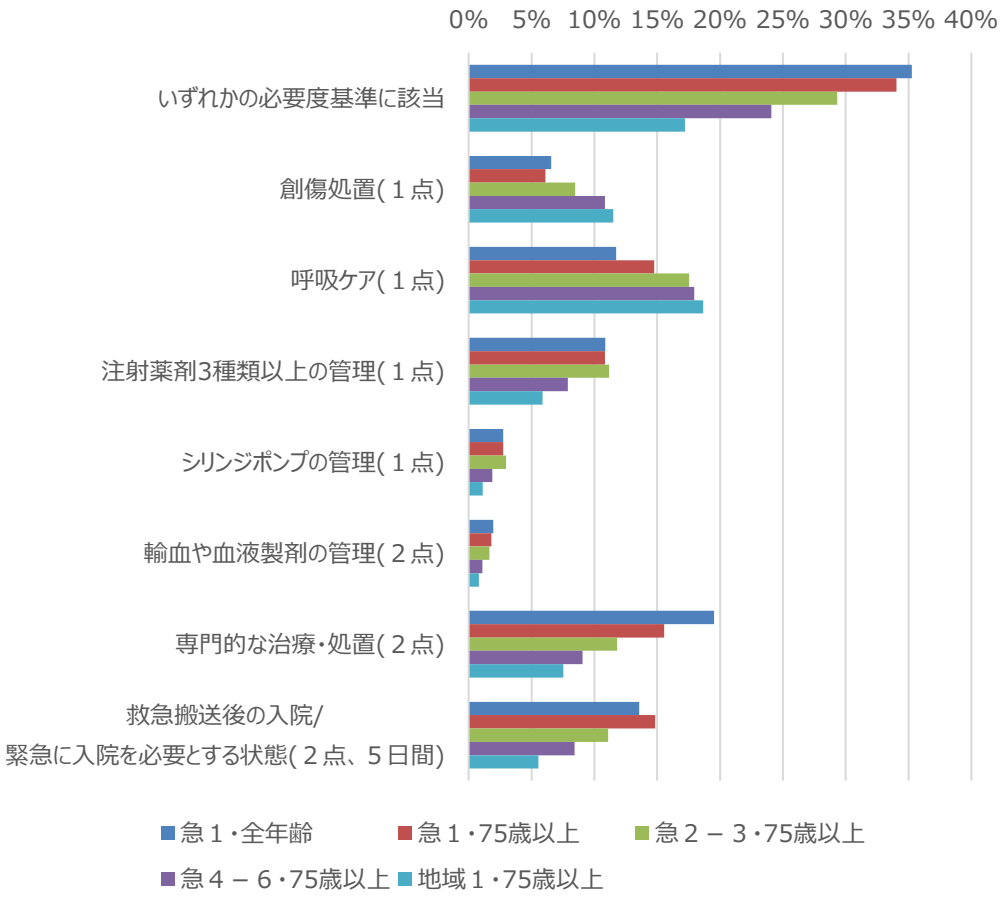


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

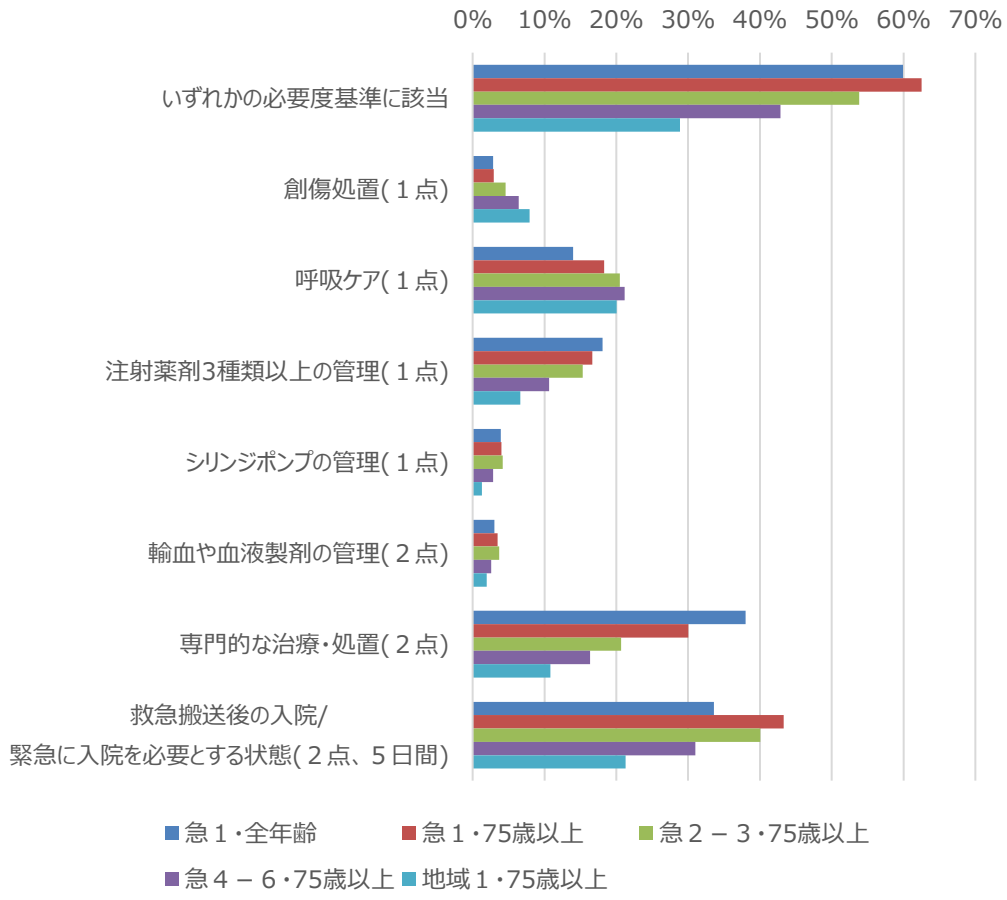
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較①

○ 他の入院料との比較では、急性期一般入院料１の75歳以上の患者全体においては、「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。

75歳以上の患者（全疾患）における必要度基準及びA各項目の各該当割合（全入院期間）



75歳以上の患者（全疾患）における必要度基準及びA各項目の各該当割合（入院2日目）



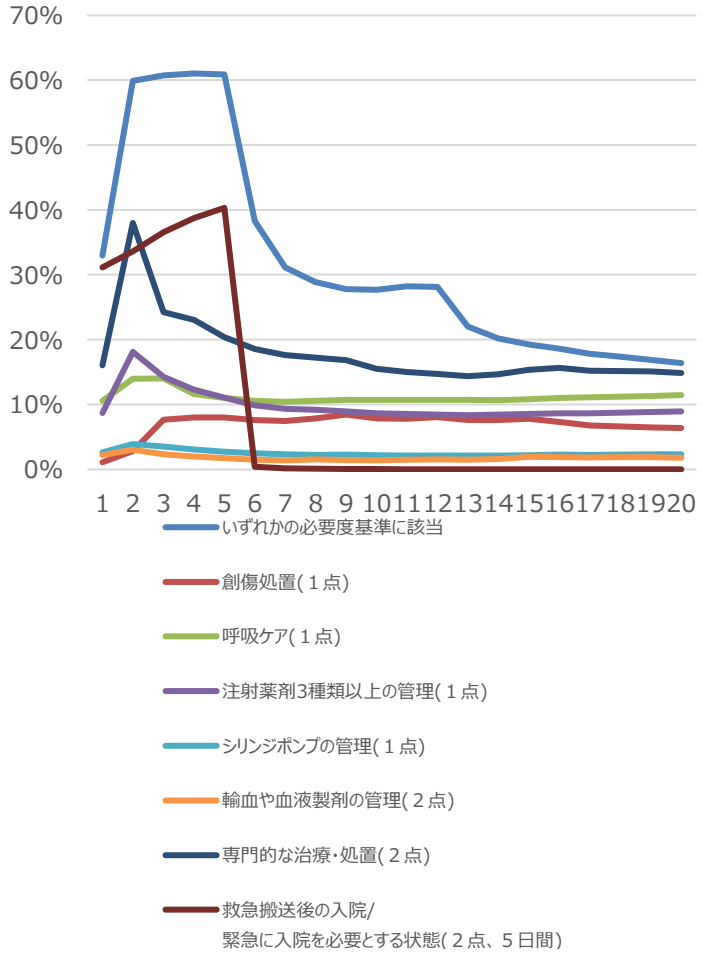
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等

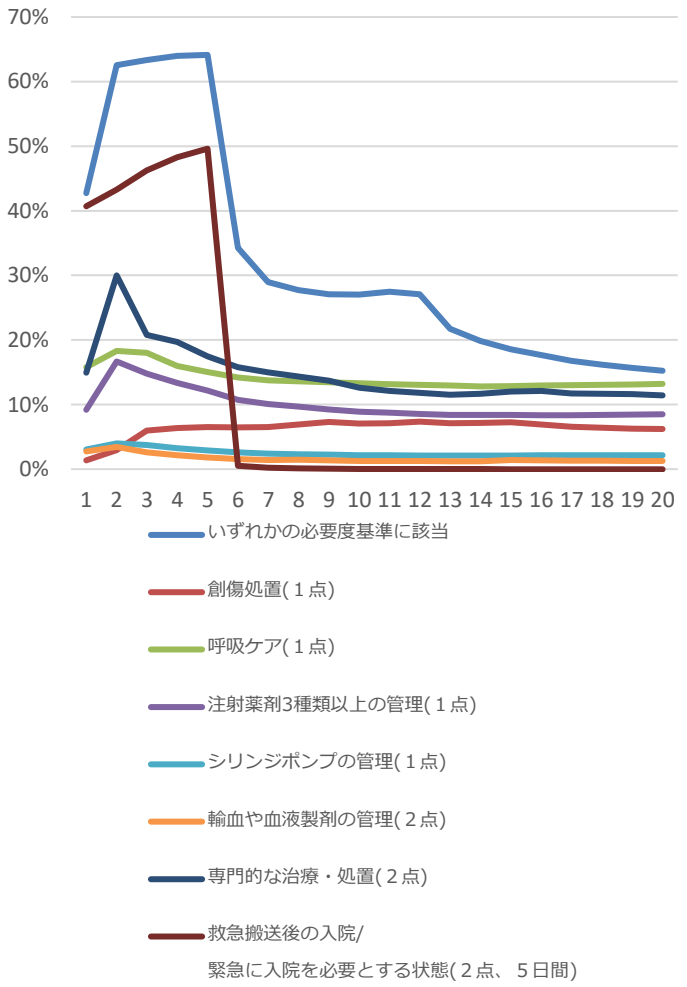
○ 急性期一般入院料1においては、入院初期は「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。

○ 急性期一般入院料1における75歳以上の患者は、入院初期では、全年齢と比較して「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高く、「専門的な治療・処置の」該当割合が低かった。

急1における全疾患・全年齢の
入院後日数ごとの各項目該当割合



急1における全疾患・75歳以上の
入院後日数ごとの各項目該当割合



高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

○ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。（全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症，部位不明」は1.4倍にとどまる。）

75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び地域一般入院料1－2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均（点）	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
（全疾患・全年齢）	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの　部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎，詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少（症）	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎，詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症，部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸＜結腸＞のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病，ステージ５	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿細管間質性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の原発性膝関節症	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
転子貫通骨折　閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞，Ｓ状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
脊柱管狭窄（症）　腰部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
うっ血性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全，詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
前立腺の悪性新生物＜腫瘍＞	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
外傷性硬膜下出血　頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
腰椎骨折　閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞，上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア，閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆管炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折　閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，下葉，気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，上葉，気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
膵の悪性新生物＜腫瘍＞，膵頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞，肝細胞癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1　入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1－2を算定している症例が50例未満である疾患（老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物＜腫瘍＞，胃体部）を除いたもの。

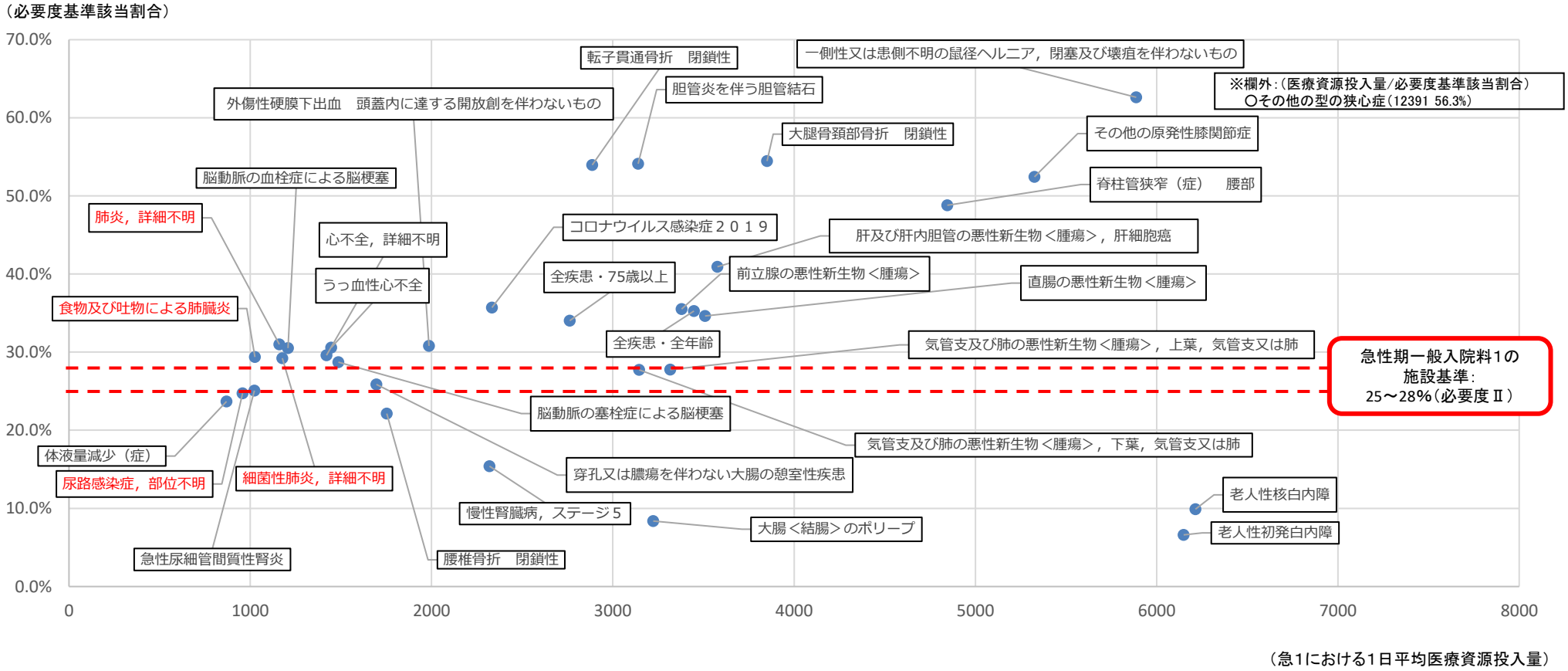
※2　一日平均出来高換算点数から、A（入院料）及びH（リハビリテーション）を除いたもの。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

○ 75歳以上に多い疾患のうち、「食物及び吐物による肺臓炎」、「肺炎・詳細不明」、「細菌性肺炎・詳細不明」、「尿路感染症、部位不明」等は、医療資源投入量が低いものの、急性期一般入院料１の施設基準と同程度に重症度、医療・看護必要度の該当割合が高い。

75歳以上の患者に多い疾患※1における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び一般病棟のいずれかの必要度基準に該当する割合



※1　入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者で多い上位30傷病。
※2　一日平均出来高換算点数から、A（入院料）及びH（リハビリテーション）を除いたもの。

出典：DPCデータ（令和４年４月～12月）

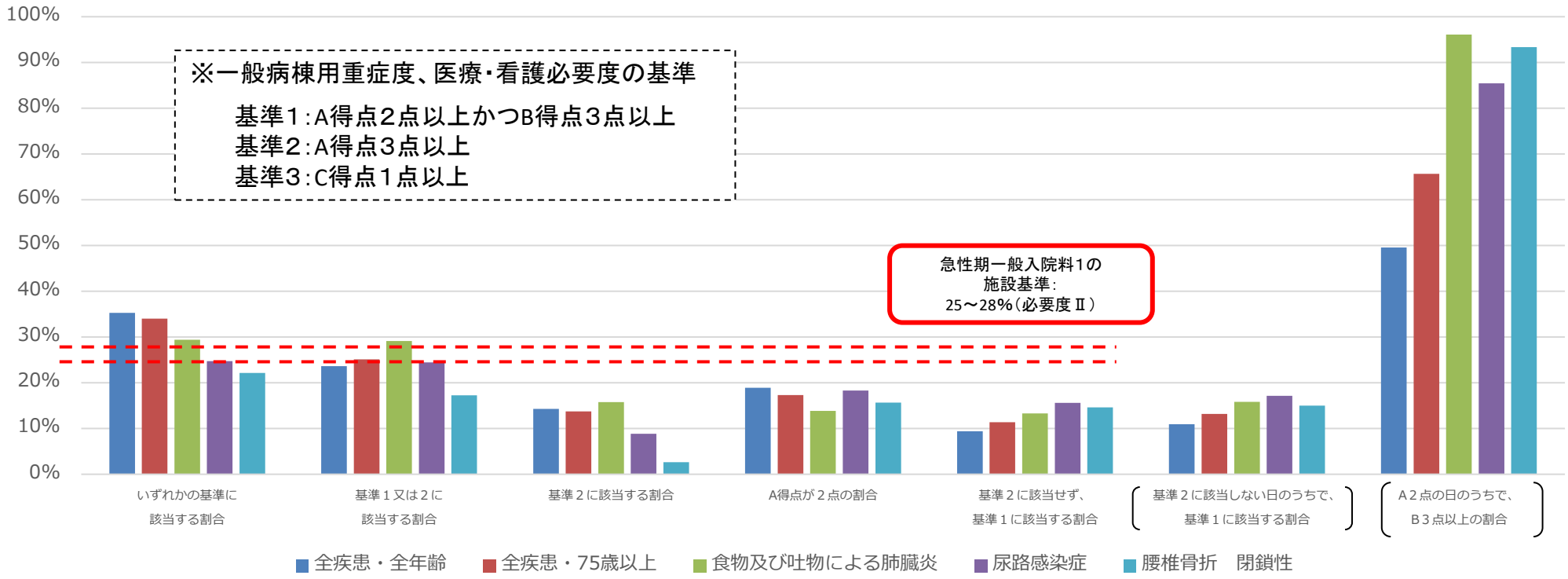
高齢者に多い疾患の一般病棟入院基本料を算定する病棟における必要度該当割合

○ 急性期一般入院料1において、75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折　閉鎖性」の患者は、A得点が3点未満の場合でも、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）を満たす割合が全疾患の平均よりも高かった。

○ 「食物及び吐物による肺臓炎」は、基準1又は2に該当する割合が全疾患の平均より高い。

○ 「尿路感染症」は、基準2の該当割合は全疾患の平均よりも低いが、基準2に該当しない日のうち基準1に該当する日の割合が高く、基準1又は基準2を満たす割合は全疾患の平均と同程度となっている。

急性期一般入院料1を算定する75歳以上の患者における疾患ごとの必要度該当の状況

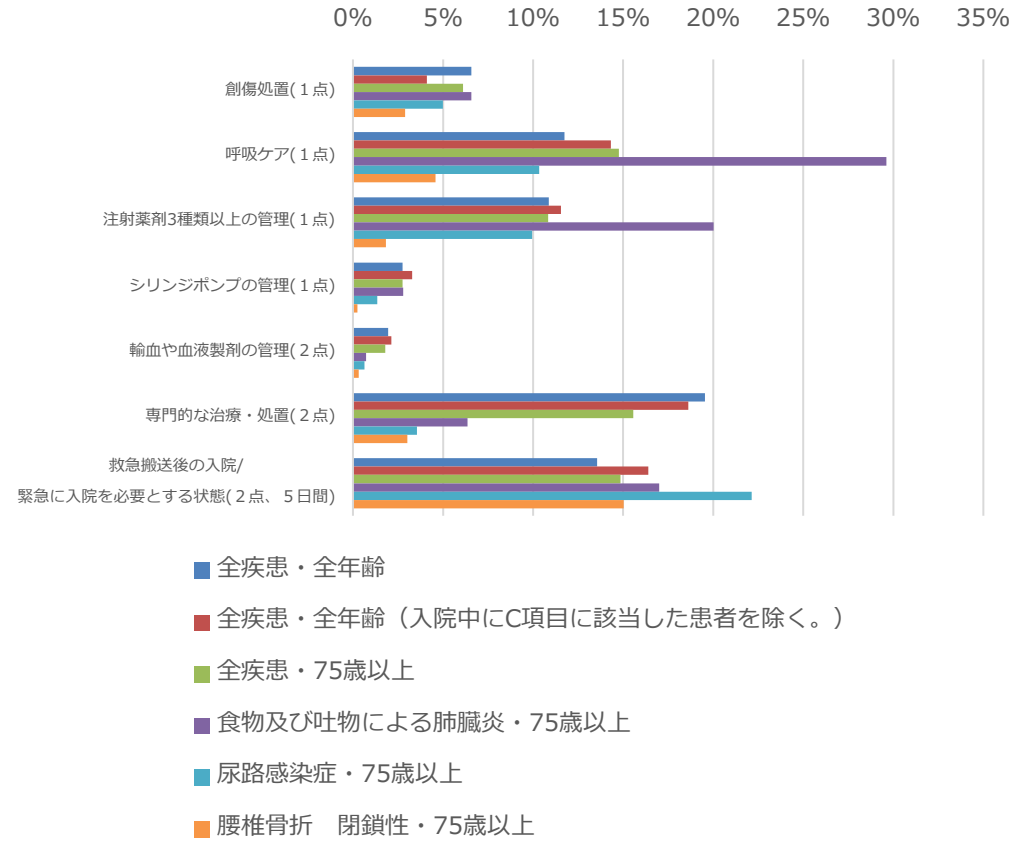


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

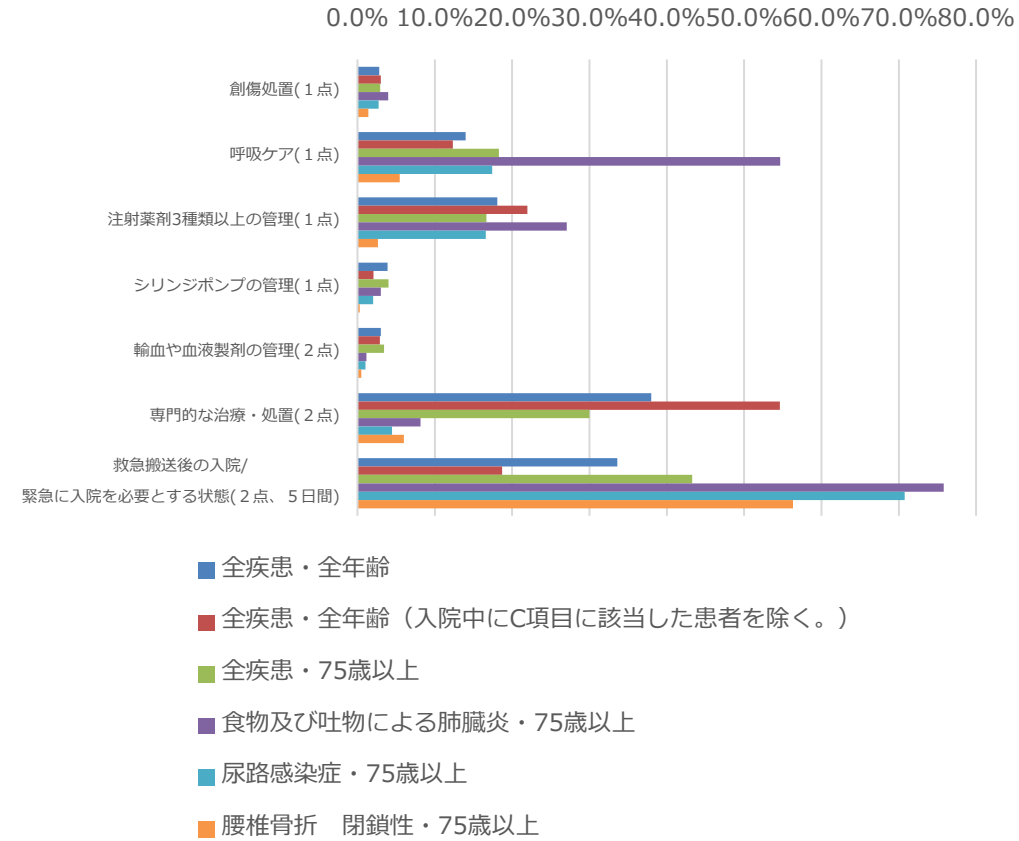
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等①

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」は、全疾患の平均と比べ「専門的な治療・処置」の該当割合が低く、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。また、全疾患の平均としてA項目の総得点がピークを迎える入院2日目では、その傾向がより顕著にみられた。

急性期一般入院料1におけるA項目の各該当割合（全入院期間）



急性期一般入院料1におけるA項目の各該当割合（入院2日目）

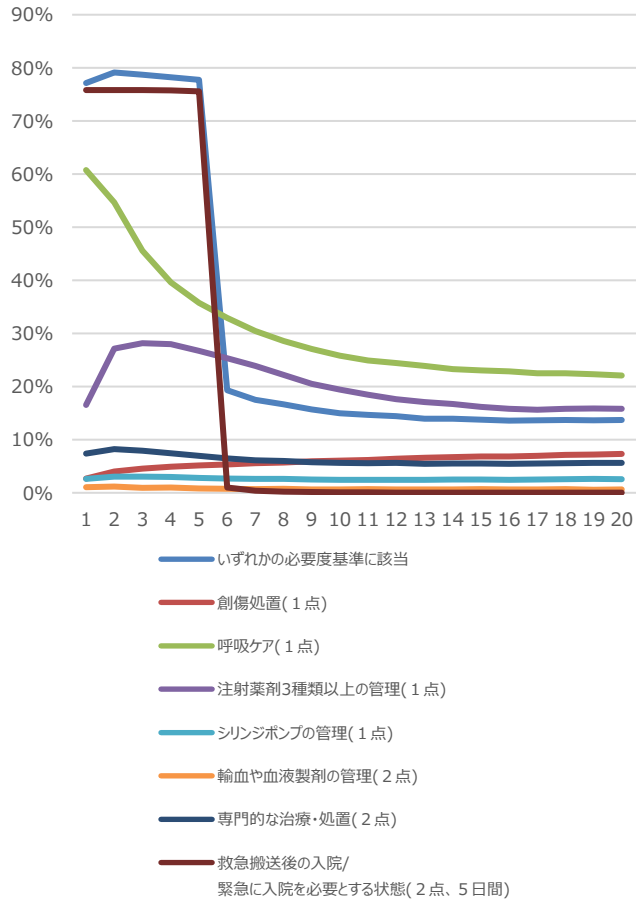


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

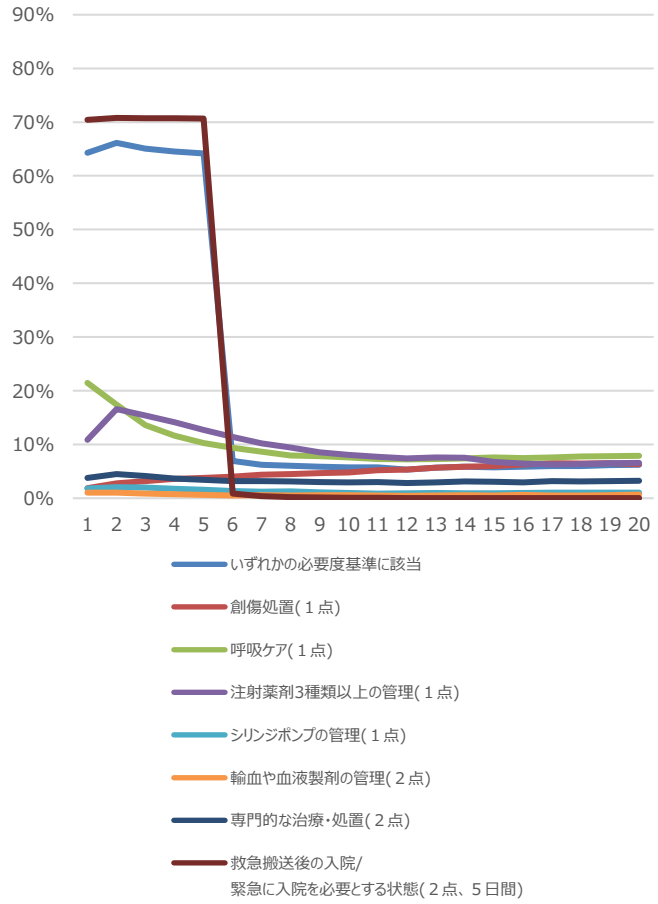
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等②

○ 急性期一般入院料1に入院する75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折　閉鎖性」の患者においては、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の該当割合と、必要度基準の該当割合の差が小さかった。

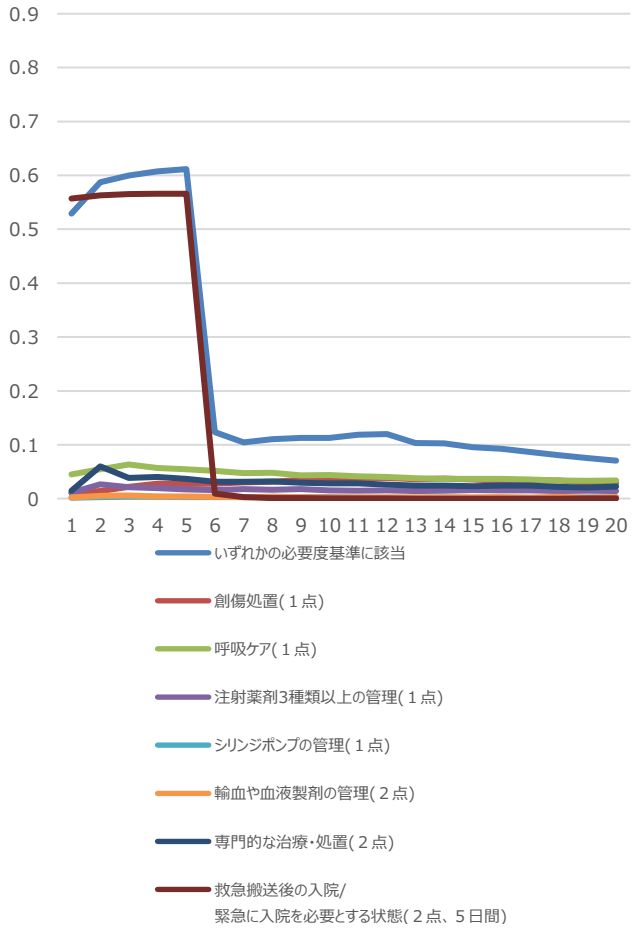
急1における75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合



急1における75歳以上の「尿路感染症」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合



急1における75歳以上の「腰椎骨折　閉鎖性」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合

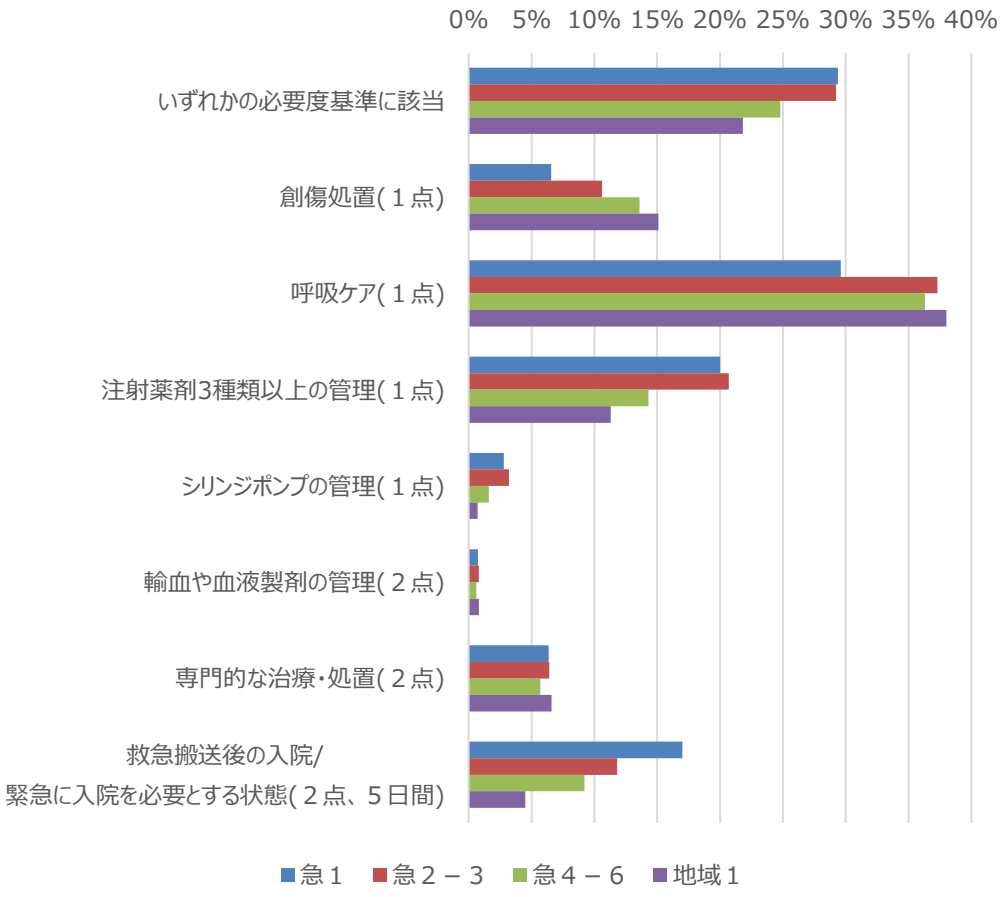


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

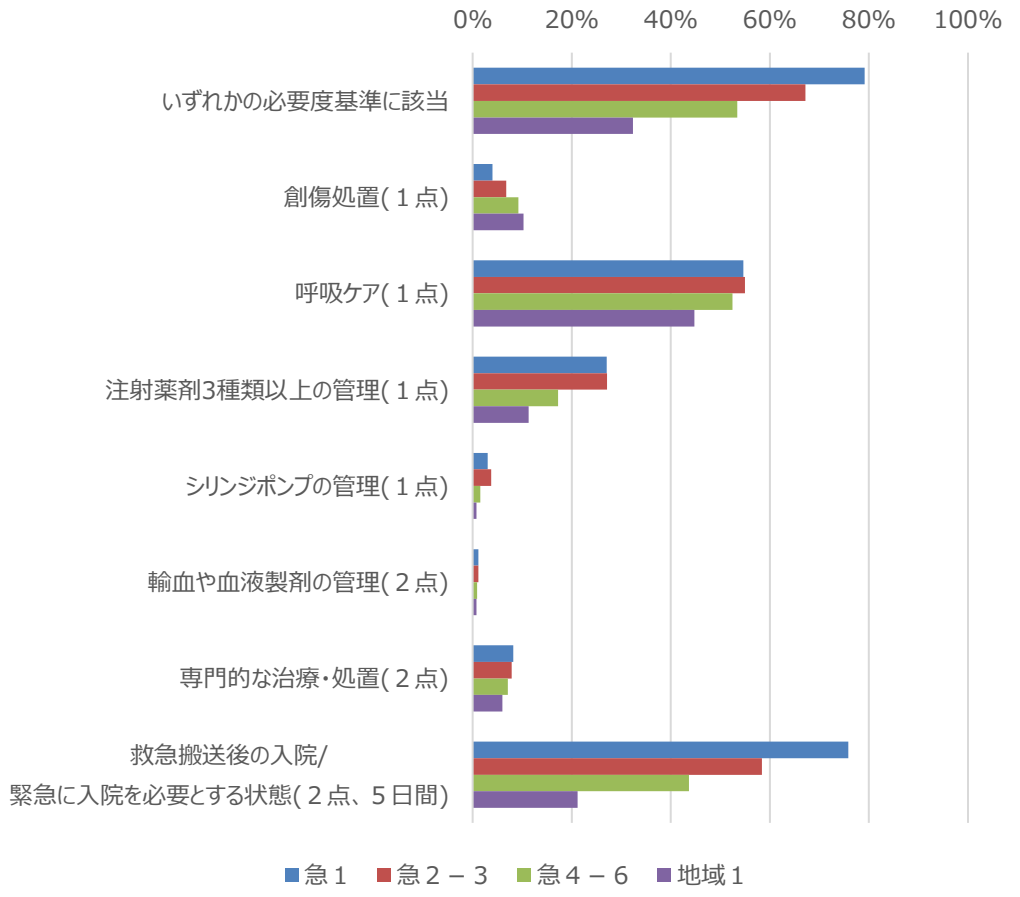
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較②

○ 急性期一般入院料1における75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」の患者では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が他の入院料と比較して高かったが、その他の項目は急性期一般入院料2－3と大きく変わらなかった。

75歳以上の食物及び吐物による肺臓炎の患者における
全入院期間の必要度基準及びA各項目の各該当割合



75歳以上の食物及び吐物による肺臓炎の患者における
入院2日目の必要度基準及びA各項目の各該当割合

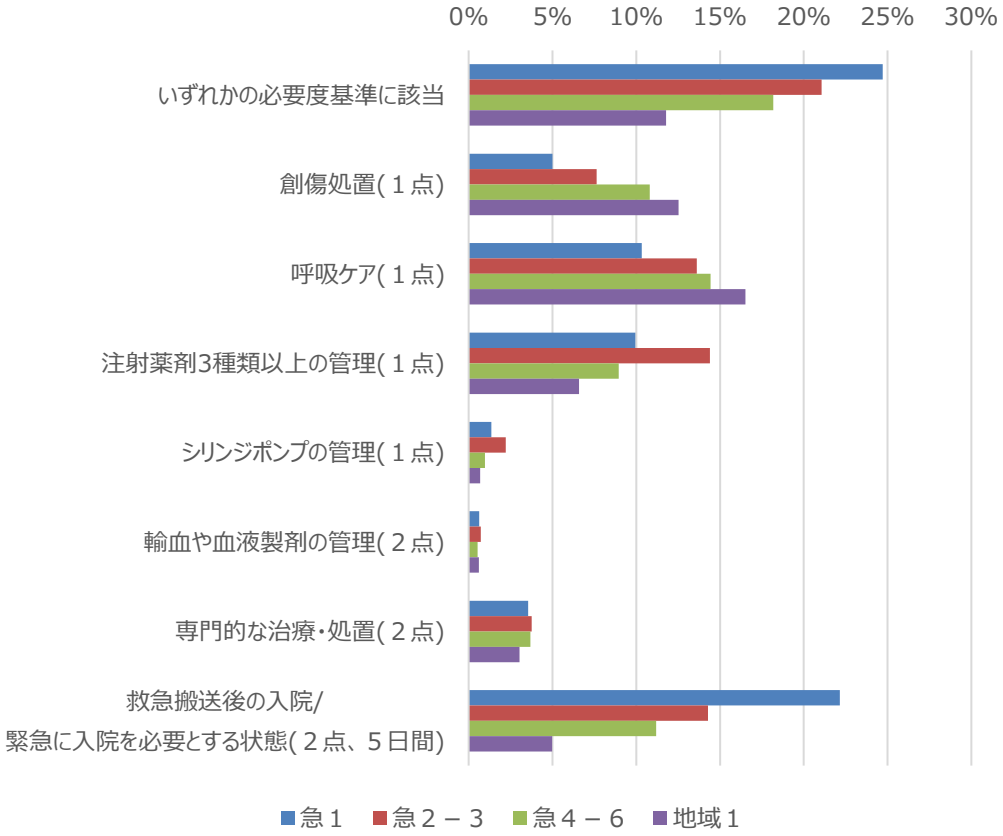


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

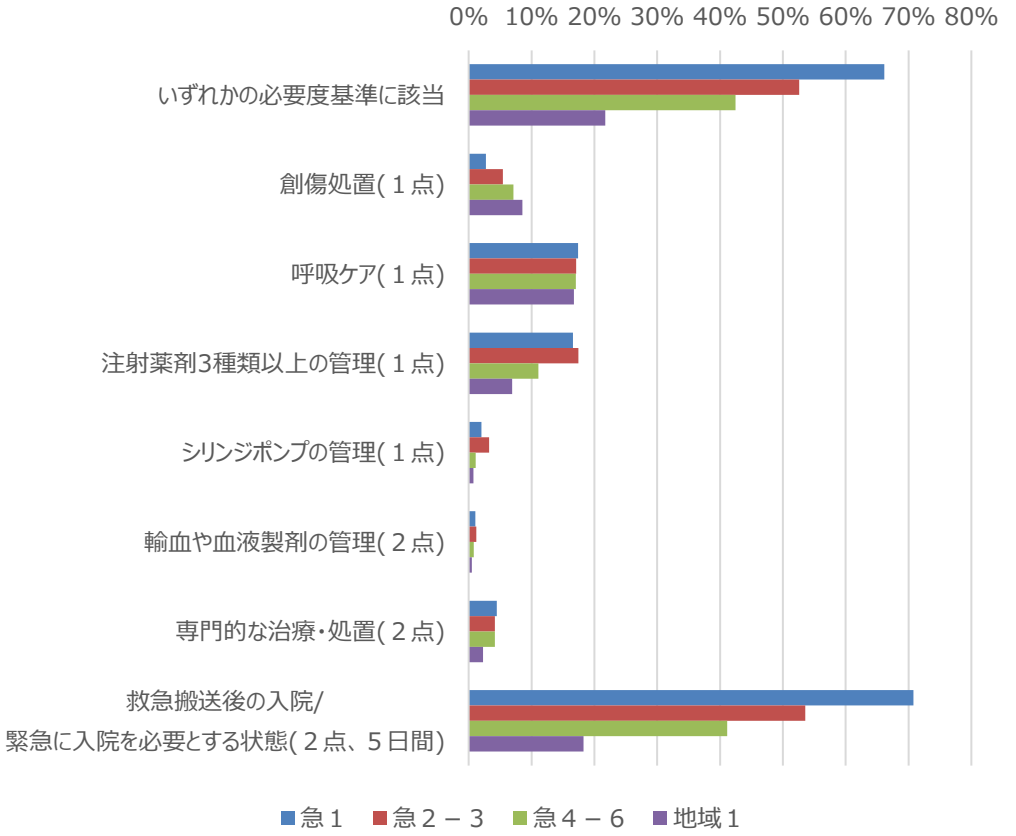
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較③

○ 急性期一般入院料1における75歳以上の尿路感染症の患者では、必要度基準の該当割合は他の入院料と比較して高いが、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」以外の項目は、他の入院料と比較して該当割合が低かった。

75歳以上の尿路感染症の患者における必要度基準及びA各項目の各該当割合（全入院期間）



75歳以上の尿路感染症の患者における必要度基準及びA各項目の各該当割合（入院2日目）



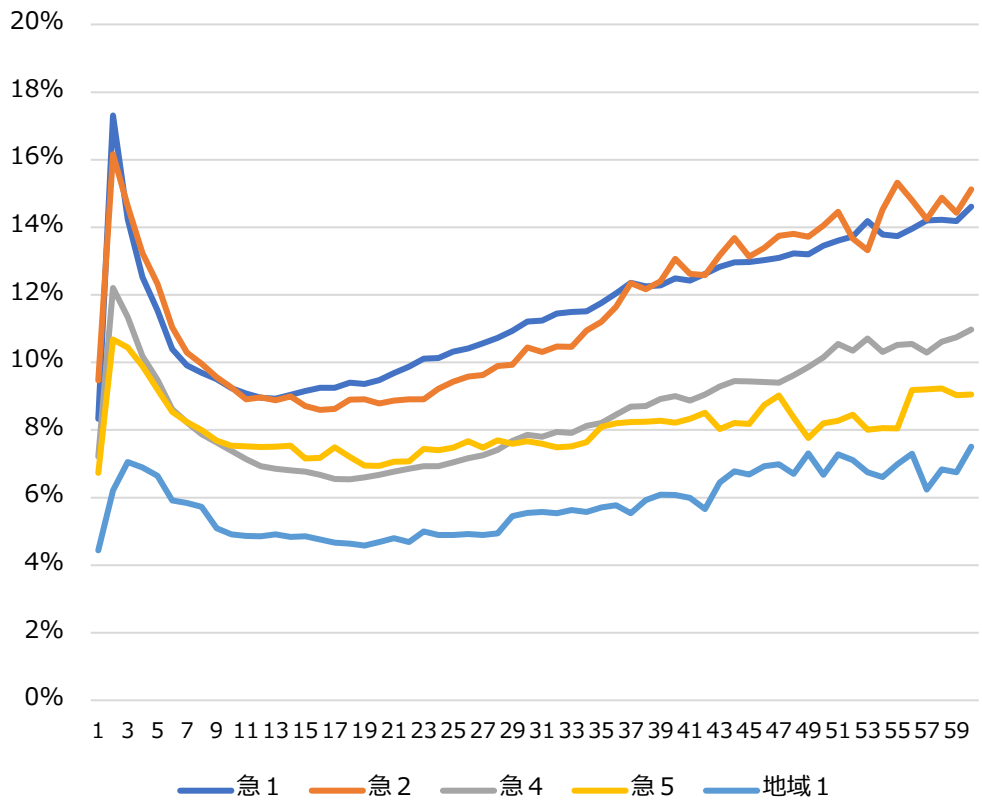
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況①

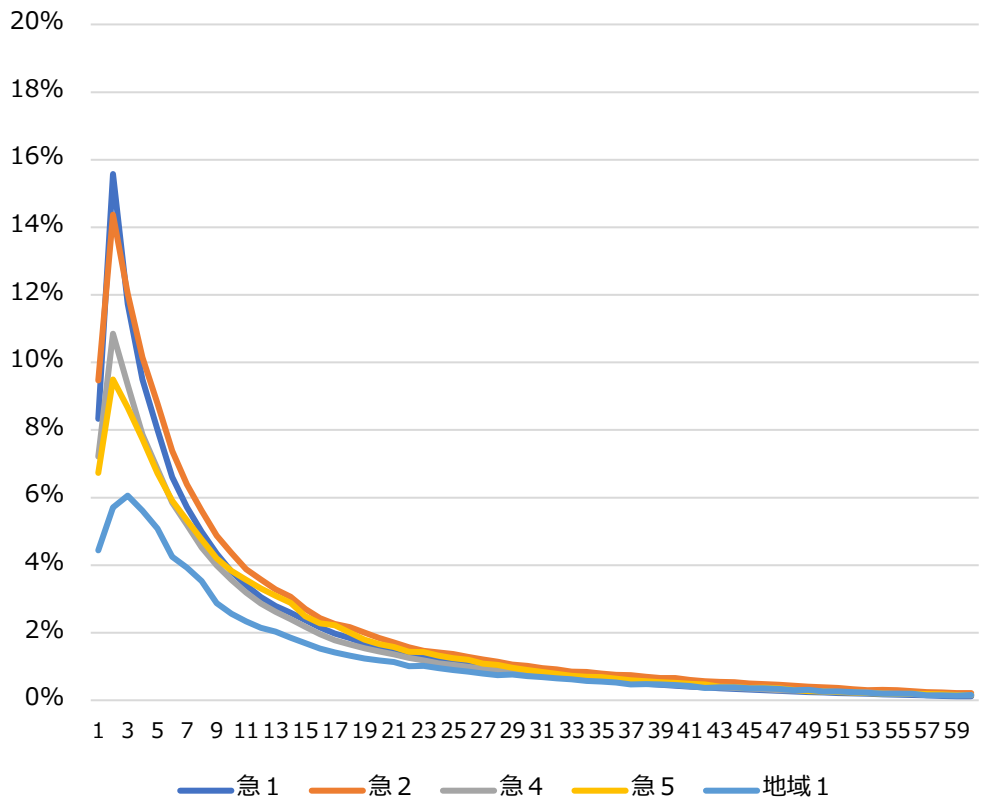
○ 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合は、急性期一般入院基本料では入院2日目の患者においてピークを迎えその後低下し、入院10～20日目の患者から再び上昇する傾向にあった。

入院後日数ごとの「注射薬剤３種類以上の管理」の該当割合
（令和４年８～10月）

（各日の評価対象者における該当割合）



※参考：退院患者を分母に含めた場合の該当割合

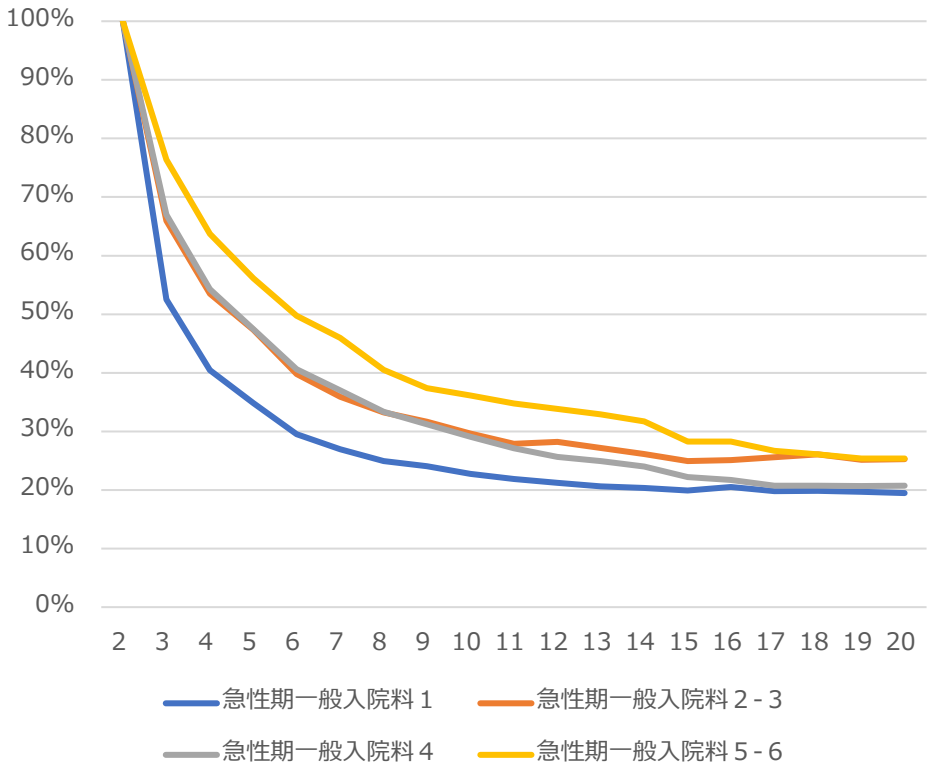


出典：DPCデータ（令和4年8月～10月）

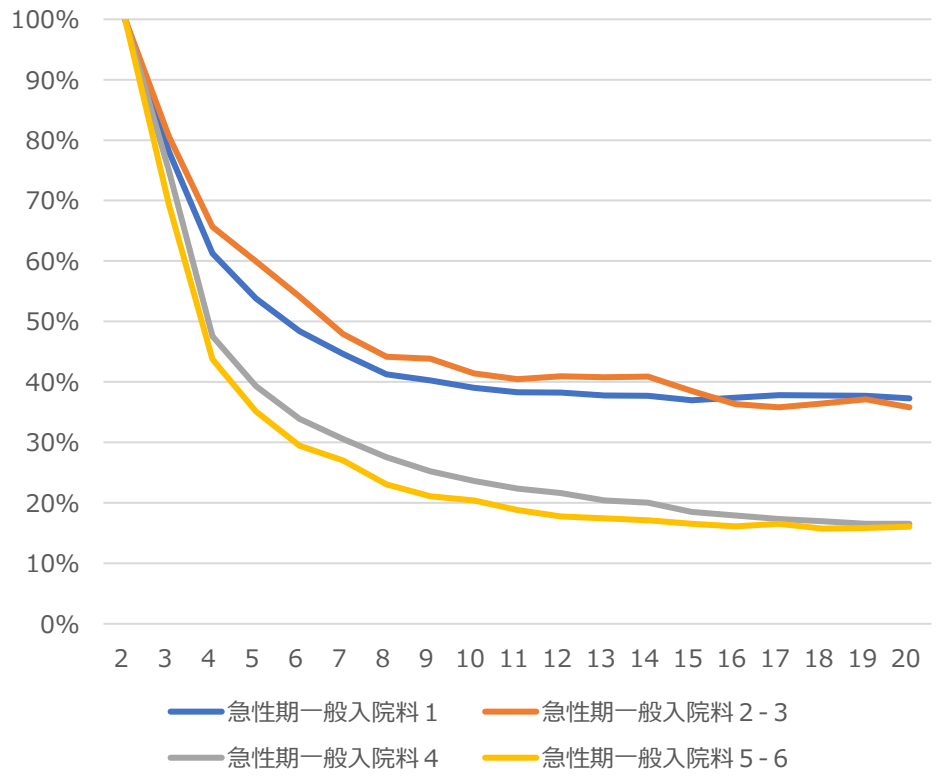
「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

○ 急性期一般入院基本料において「注射薬剤3種類以上の管理」に一度該当した患者がその後の入院期間でも該当し続ける割合は、急性期一般入院料1で低い一方で急性期一般入院料5-6で高く、「点滴ライン3本以上の管理」と異なる傾向にあった。

入院２日目に初めて「注射薬剤３種類以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合（令和４年８～10月）



入院２日目に初めて「点滴ライン３本以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合（令和３年８～10月）



出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月）

「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況③

○ 「注射薬剤3種類以上の管理」に該当する日における注射薬剤の成分は、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」、胃酸分泌抑制薬、インスリン、抗菌薬が多く、該当日数が長くなると、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」の割合が上昇し、抗菌薬や抗ウイルス薬などの割合が低下する傾向にあった。

入院中に「注射薬剤３種類以上の管理」に該当し、その後も連続して該当した日において使用されている注射薬剤として多い成分名

		該当1日目		該当３日目		該当５日目		該当10日目	
急１	1	アセトアミノフェン	8.9%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	10.4%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	11.5%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	13.1%
	2	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	6.3%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	6.2%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	6.0%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	5.7%
	3	セファゾリンナトリウム	4.8%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	4.7%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	5.0%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	5.0%
	4	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.0%	オメプラゾールナトリウム	4.6%	オメプラゾールナトリウム	4.4%	オメプラゾールナトリウム	4.1%
	5	メトクロプラミド	3.6%	アセトアミノフェン	4.4%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.8%	フロセミド	4.0%
	6	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	3.6%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.6%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.7%	メロペネム水和物	3.6%
	7	オメプラゾールナトリウム	3.2%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.5%	フロセミド	3.4%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.4%
	8	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物	3.1%	フロセミド	3.2%	アセトアミノフェン	3.2%	ダイズ油	2.9%
	9	フルルビプロフェンアキセチル	2.9%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.1%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.1%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	2.8%
	10	トラネキサム酸	2.8%	注射用水	2.7%	メロペネム水和物	3.1%	アセトアミノフェン	2.7%
急４	1	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	8.7%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	12.0%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	13.4%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	14.2%
	2	アセトアミノフェン	7.0%	フロセミド	4.8%	フロセミド	5.9%	フロセミド	7.0%
	3	セファゾリンナトリウム	4.3%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.1%	チアミンジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.4%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	4.3%
	4	フロセミド	3.3%	チアミンジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.1%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	3.9%	チアミンジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.2%
	5	ファモチジン	3.3%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.9%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	3.8%	アスコルビン酸	3.4%
	6	メトクロプラミド	3.3%	アスコルビン酸	3.5%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.7%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	3.2%
	7	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.1%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.5%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.6%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.1%
	8	トラネキサム酸	3.0%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	3.3%	アスコルビン酸	3.6%	ファモチジン	3.0%
	9	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	3.0%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	2.8%	ファモチジン	2.9%	メロペネム水和物	3.0%
	10	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物	2.8%	ファモチジン	2.8%	メロペネム水和物	2.7%	セフトリアキソンナトリウム水和物	2.6%
地域一般１	1	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	8.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	10.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	11.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	13.2%
	2	フロセミド	5.3%	フロセミド	6.1%	フロセミド	6.6%	フロセミド	7.7%
	3	レムデシビル	4.3%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.7%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	4.7%	ファモチジン	4.8%
	4	注射用水	4.1%	レムデシビル	4.6%	アスコルビン酸	4.0%	メロペネム水和物	3.8%
	5	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	3.9%	注射用水	4.3%	注射用水	3.9%	アスコルビン酸	3.3%
	6	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.8%	アスコルビン酸	4.0%	レムデシビル	3.8%	インスリン　ヒト（遺伝子組換え）	3.3%
	7	アセトアミノフェン	3.8%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.9%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.6%	チアミンモノホスフェイトジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	3.1%
	8	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.7%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.9%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.5%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	2.9%
	9	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	2.9%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.2%	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.4%	チアミンジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合剤	2.8%
	10	アスコルビン酸	2.9%	ファモチジン	3.2%	ファモチジン	3.4%	セフトリアキソンナトリウム水和物	2.4%

（参考）上表のうち静脈栄養に関連する注射薬剤として多い成分の品名

○「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」:フルカリック1号輸液、フルカリック2号輸液、フルカリック3号輸液、ネオパレン1号輸液、ネオパレン2号輸液、パレセーフ輸液、ビーフリード輸液、パレプラス輸液、、エルネオパNF1号輸液、エルネオパNF2号輸液、ワンパル1号輸液、ワンパル2号輸液

○「チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤」:ビタメジン静注用　○「ダイズ油」:イントラリポス輸液10%、イントラリポス輸液20%

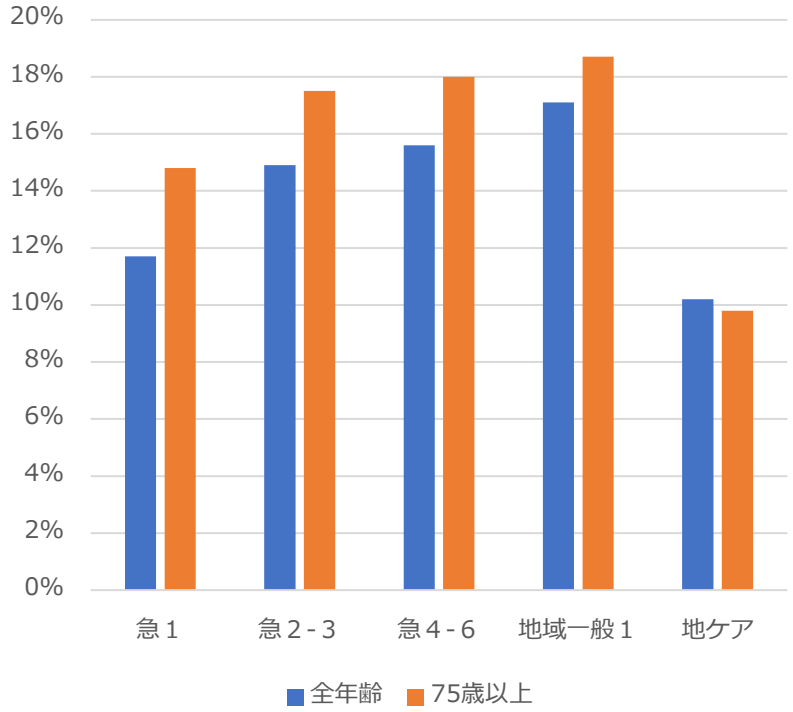
○「チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤」:ジアイナミックス注射液、ナイロジン注、ネオラミン・スリービー液（静注用）、ノルニチカミン注、リメファー3B注射液、ジアイナ配合静注液

出典:DPCデータ（令和4年8月～10月）

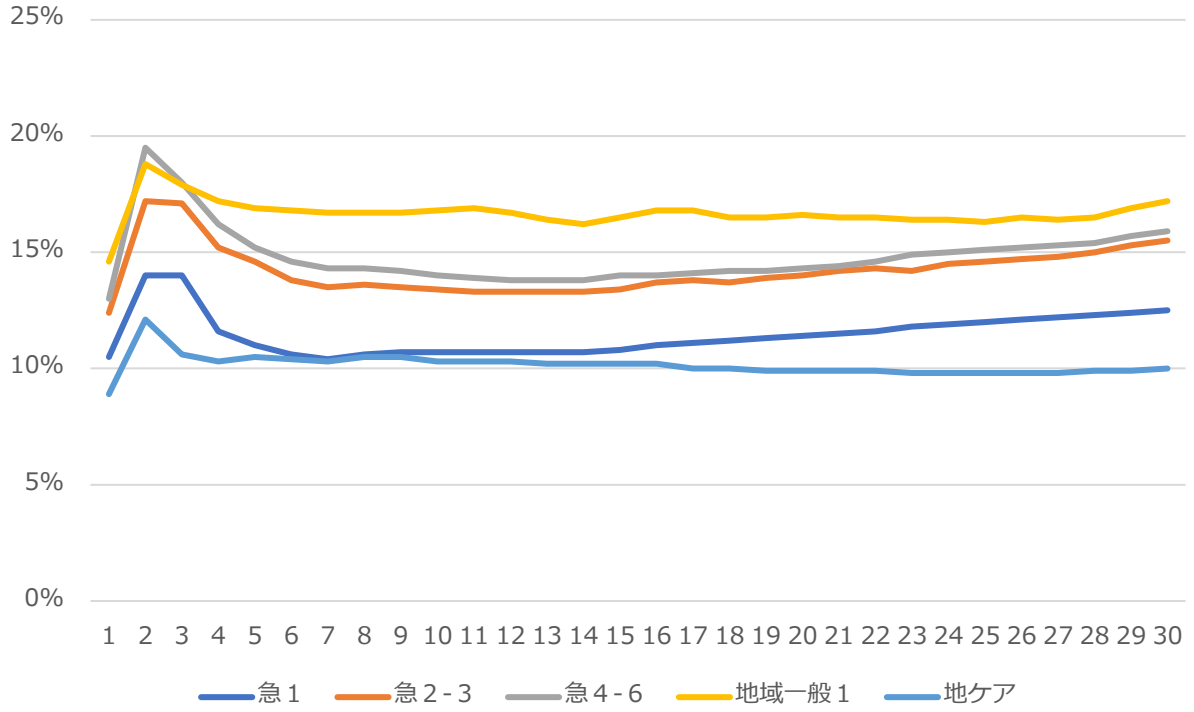
入院料ごとの「呼吸ケア」の該当状況

○ 「呼吸ケア」に該当する割合は、急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料2-6や地域一般入院料で高かった。
○ いずれの入院料においても、該当割合は入院後2日目にピークに達し、その後も長期間入院する患者において該当割合が上昇していく傾向にあった。

必要度の評価対象における「呼吸ケア」の該当割合



入院後の日数ごとの「呼吸ケア」の該当割合



出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

「呼吸ケア」に該当する患者の状況

○ 「呼吸ケア」に該当する患者においては、多くが酸素吸入の実施により該当しているが、5%程度の患者は人工呼吸の実施により該当していた。
○ 人工呼吸の実施割合は、長期間入院する患者において高い傾向にあった。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合

	特定機能病院	急１	急２	急４	急５	地域一般１	参考：HCU
酸素吸入※１	92.2%	89.5%	77.8%	76.6%	74.8%	80.8%	78.9%
人工呼吸※２	4.5%	4.6%	3.8%	4.0%	4.2%	4.6%	15.3%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※３	1.3%	1.3%	1.4%	1.1%	1.0%	0.7%	1.6%
ハイフローセラピー（１５歳以上）	2.3%	2.2%	1.6%	1.0%	0.6%	1.0%	5.0%
その他※４	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%

	（入院１～10日目の患者のみ）						（入院11~20日目の患者のみ）					
	特定機能病院	急１	急２	急４	急５	地域一般１	特定機能病院	急１	急２	急４	急５	地域一般１
酸素吸入※１	94.9%	91.9%	81.8%	78.0%	76.2%	82.4%	91.1%	88.4%	75.4%	77.1%	75.7%	80.0%
人工呼吸※２	2.2%	3.1%	3.2%	3.1%	3.3%	3.8%	4.8%	4.9%	4.2%	4.2%	4.3%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※３	1.1%	1.1%	1.2%	0.9%	0.9%	0.6%	1.5%	1.5%	1.6%	1.2%	1.2%	0.5%
ハイフローセラピー（１５歳以上）	2.0%	1.8%	1.3%	0.9%	0.4%	0.9%	2.7%	2.8%	1.7%	1.1%	0.8%	1.0%
その他※４	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%

※１　酸素吸入、酸素吸入（マイクロアダプター）、酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１４日目まで）、酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１５日目以降）
※２　人工呼吸（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（５時間超１５日目以降）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）、体外式陰圧人工呼吸器治療
※３　人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）、人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）、鼻マスク式補助換気法
※４　間歇的陽圧吸入法、酸素テント、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法（５時間超１４日目まで）、無水アルコール吸入療法（５時間超１５日目以降）

出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

Ａ２「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

必要度Ⅰ　　必要度Ⅱ

項目の定義

酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。

呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含める。

なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140005610	酸素吸入
140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810	酸素テント
140005910	間歇的陽圧吸入法
140037810	鼻マスク式補助換気法
140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
140057410	ハイフローセラピー（15歳以上）
140009310	人工呼吸
140063810	人工呼吸（5時間超15日目以降）
140023510	人工呼吸（5時間超14日目まで）
140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超14日目まで）
140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超15日目以降）
140009450	無水アルコール吸入療法
140023650	無水アルコール吸入療法（5時間超14日目まで）
140063950	無水アルコール吸入療法（5時間超15日目以降）
140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超14日目まで）
140064050	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超15日目以降）
140009650	酸素吸入（マイクロアダプター）
140023850	酸素吸入（マイクロアダプター）（5時間超14日目まで）
140064150	酸素吸入（マイクロアダプター）（5時間超15日目以降）
140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで）
140064450	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降）
140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超14日目まで）
140064350	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超15日目以降）
140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超14日目まで）
140064750	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超15日目以降）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）　別紙7「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」
及び　別紙7別紙1「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」より抜粋

「呼吸ケア」に該当する患者の状況（必要度Ⅰ／Ⅱ別）

○ 必要度Ⅰに基づく評価より「呼吸ケア」に該当する患者においては、入院料により15～40%程度で、必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合
（必要度Ⅰ／Ⅱ別）

	（必要度Ⅰ届出施設の患者）					（必要度Ⅱ届出施設の患者）					
	急１	急２	急４	急５	地域一般１	特定機能病院	急１	急２	急４	急５	地域一般１
酸素吸入※１	61.5%	56.1%	66.4%	71.7%	78.6%	92.2%	92.0%	92.8%	92.6%	89.8%	94.3%
人工呼吸※２	5.6%	3.7%	3.5%	3.5%	4.6%	4.5%	4.5%	3.9%	4.6%	7.5%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※３	0.8%	1.0%	0.8%	0.9%	0.7%	1.3%	1.3%	1.7%	1.5%	1.6%	0.6%
ハイフローセラピー（１５歳以上）	1.0%	1.4%	0.8%	0.5%	1.0%	2.3%	2.3%	1.7%	1.3%	1.2%	0.6%
その他※４	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%

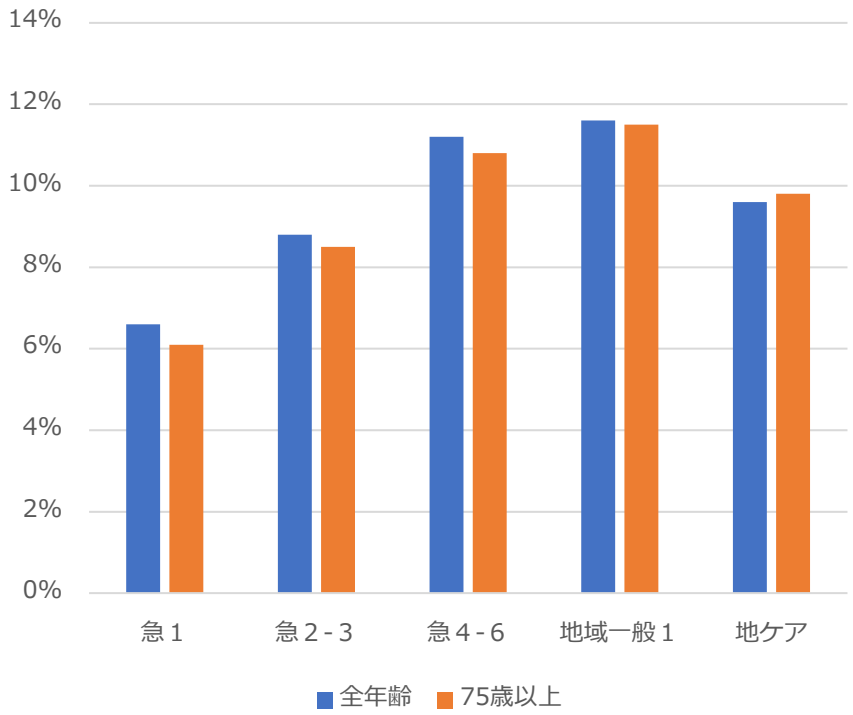
※１　酸素吸入、酸素吸入（マイクロアダプター）、酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１４日目まで）、酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１５日目以降）
※２　人工呼吸（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（５時間超１５日目以降）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）、体外式陰圧人工呼吸器治療
※３　人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）、人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）、人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）、鼻マスク式補助換気法
※４　間歇的陽圧吸入法、酸素テント、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法（５時間超１４日目まで）、無水アルコール吸入療法（５時間超１５日目以降）

出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

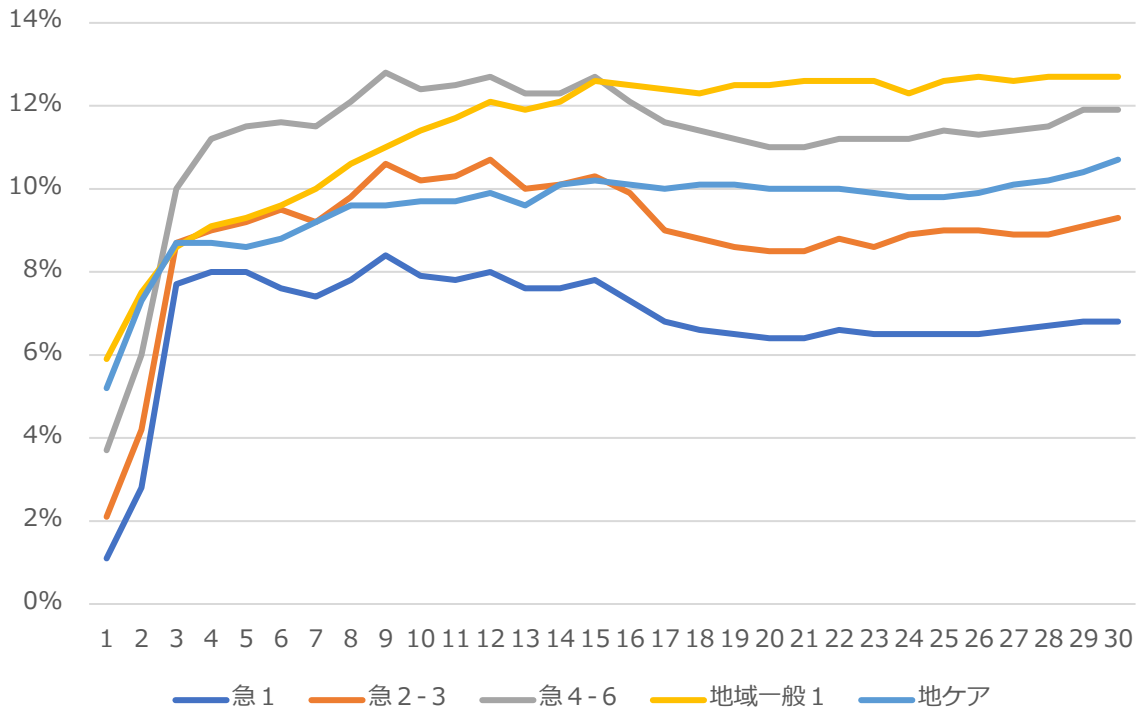
入院料ごとの「創傷処置」の該当状況

○ 「創傷処置」に該当する割合は、急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料2-6や地域一般入院料で高かった。
○ いずれの入院料においても、該当割合は入院後日数が経過するにつれ上昇し、10日目以降は割合が大きく変わらなかった。

必要度の評価対象における「創傷処置」の該当割合



入院後の日数ごとの「創傷処置」の該当割合



出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

「創傷処置」に該当する患者の状況

○ 「創傷処置」に該当する患者においては、多くが「創傷処置100㎠未満」又は「創傷処置100㎠以上500㎠未満」に該当していた。

○ 重度褥瘡処置の実施割合は、急性期一般入院料1，2，4では長期間入院する患者において高い傾向にあるが、急性期一般入院料5及び地域一般入院料では、入院初期とその後とで該当割合が大きく変わらなかった。

「創傷処置」に該当する患者における各診療行為の実施割合

	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1	参考：HCU
創傷処置（１００ｃｍ２未満）	66.0%	56.5%	36.5%	27.0%	13.3%	5.8%	59.1%
創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	24.6%	24.2%	23.1%	21.4%	19.6%	21.5%	25.8%
創傷処置（５００ｃｍ２以上）	6.1%	2.7%	2.4%	1.7%	1.3%	1.1%	5.8%
下肢創傷処置※1	1.7%	2.6%	1.3%	2.3%	2.2%	2.2%	0.8%
熱傷処置（５００ｃｍ２未満）	0.5%	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.5%
熱傷処置（５００ｃｍ２以上）	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	0.3%	0.1%	0.5%
その他※2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重度褥瘡処置	1.5%	7.7%	7.2%	7.3%	7.8%	8.4%	9.2%

	（入院１～10日目の患者のみ）						（入院11~20日目の患者のみ）					
	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
創傷処置（１００ｃｍ２未満）	71.5%	64.1%	43.9%	35.0%	16.9%	7.0%	65.0%	53.8%	36.6%	25.9%	14.2%	7.2%
創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	21.3%	22.1%	23.0%	21.9%	20.6%	19.7%	25.4%	25.7%	23.7%	22.3%	20.2%	23.0%
創傷処置（５００ｃｍ２以上）	5.3%	2.3%	2.4%	1.7%	1.4%	1.3%	6.3%	2.8%	2.5%	1.7%	1.4%	0.7%
下肢創傷処置※1	1.1%	1.7%	1.0%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	2.6%	1.2%	2.2%	1.9%	2.5%
熱傷処置（５００ｃｍ２未満）	0.4%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	1.0%	0.5%	0.7%	0.5%	0.6%	0.8%	0.8%
熱傷処置（５００ｃｍ２以上）	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	0.3%	0.1%
その他※2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重度褥瘡処置	0.8%	4.5%	5.6%	5.0%	6.7%	7.6%	1.5%	8.7%	7.7%	7.1%	8.1%	8.4%

※1　下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）
※2　電撃傷処置、薬傷処置、凍傷処置

出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

Ａ１「創傷処置」の定義

必要度Ⅰ

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

①創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

②褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

必要度Ⅱ

①創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140000610	創傷処置（100cm2未満）
140000710	創傷処置（100cm2以上500cm2未満）
140000810	創傷処置（500cm2以上3000cm2未満）
140000910	創傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）
140001010	創傷処置（6000cm2以上）
140062110	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）
140062210	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）
140062310	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）
140032010	熱傷処置（100cm2未満）
140032110	熱傷処置（100cm2以上500cm2未満）
140032210	熱傷処置（500cm2以上3000cm2未満）
140036510	熱傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）
140036610	熱傷処置（6000cm2以上）
140034830	電撃傷処置（100cm2未満）
140034930	電撃傷処置（100cm2以上500cm2未満）
140035030	電撃傷処置（500cm2以上3000cm2未満）
140035130	電撃傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）
140035230	電撃傷処置（6000cm2以上）
140035430	薬傷処置（100cm2未満）
140035530	薬傷処置（100cm2以上500cm2未満）
140035630	薬傷処置（500cm2以上3000cm2未満）
140035730	薬傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）
140035830	薬傷処置（6000cm2以上）
140036030	凍傷処置（100cm2未満）
140036130	凍傷処置（100cm2以上500cm2未満）
140036230	凍傷処置（500cm2以上3000cm2未満）
140036330	凍傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）
140036430	凍傷処置（6000cm2以上）

②褥瘡の処置

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140048610	重度褥瘡処置（100cm2未満）
140048710	重度褥瘡処置（100cm2以上500cm2未満）
140048810	重度褥瘡処置（500cm2以上3000cm2未満）
140048910	重度褥瘡処置（3000cm2以上6000cm2未満）
140049010	重度褥瘡処置（6000cm2以上）
140700110	長期療養患者褥瘡等処置

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知） 別紙7「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」
及び 別紙7別紙1「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」より抜粋

「創傷処置」に該当する患者の状況（必要度Ⅰ／Ⅱ別）

○ 必要度Ⅰに基づく評価より「創傷処置」に該当する患者においては、40%程度で必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

「創傷処置」に該当する患者における各診療行為の実施割合
（必要度Ⅰ／Ⅱ別）

	（必要度Ⅰ届出施設の患者）					（必要度Ⅱ届出施設の患者）					
	急１	急２	急４	急５	地域一般１	特定機能病院	急１	急２	急４	急５	地域一般１
創傷処置（１００ｃｍ２未満）	25.0%	20.2%	14.9%	10.3%	4.7%	66.0%	60.3%	52.1%	51.9%	33.1%	24.3%
創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	9.0%	13.1%	16.6%	15.8%	20.1%	24.6%	26.1%	32.6%	31.2%	44.5%	44.6%
創傷処置（５００ｃｍ２以上）	1.0%	1.2%	1.0%	1.1%	1.0%	6.1%	2.9%	3.5%	2.9%	3.3%	3.3%
下肢創傷処置※１	1.1%	1.0%	1.6%	1.7%	2.3%	1.7%	2.7%	1.6%	3.9%	5.4%	0.0%
熱傷処置（５００ｃｍ２未満）	0.2%	0.2%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.8%	1.0%	1.0%	1.2%	4.3%
熱傷処置（５００ｃｍ２以上）	0.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%	0.4%	0.4%	0.6%	0.2%	0.3%	0.7%
その他※２	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重度褥瘡処置	5.6%	5.2%	5.7%	6.7%	7.5%	1.5%	7.9%	9.2%	10.5%	15.3%	24.2%

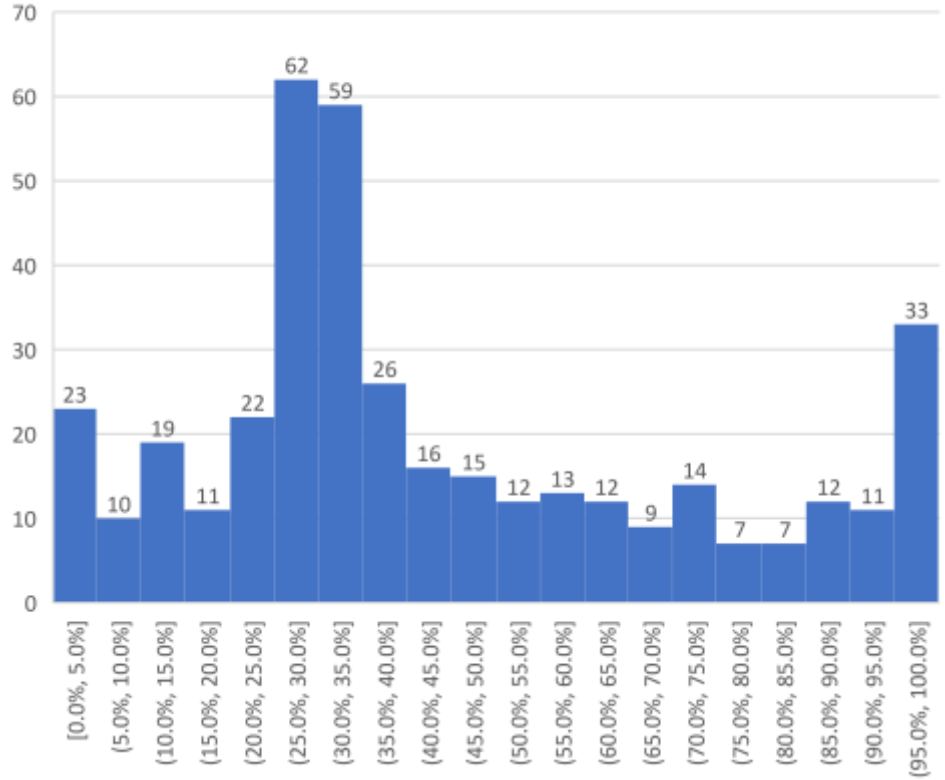
※１　下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）
※２　電撃傷処置、薬傷処置、凍傷処置

出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

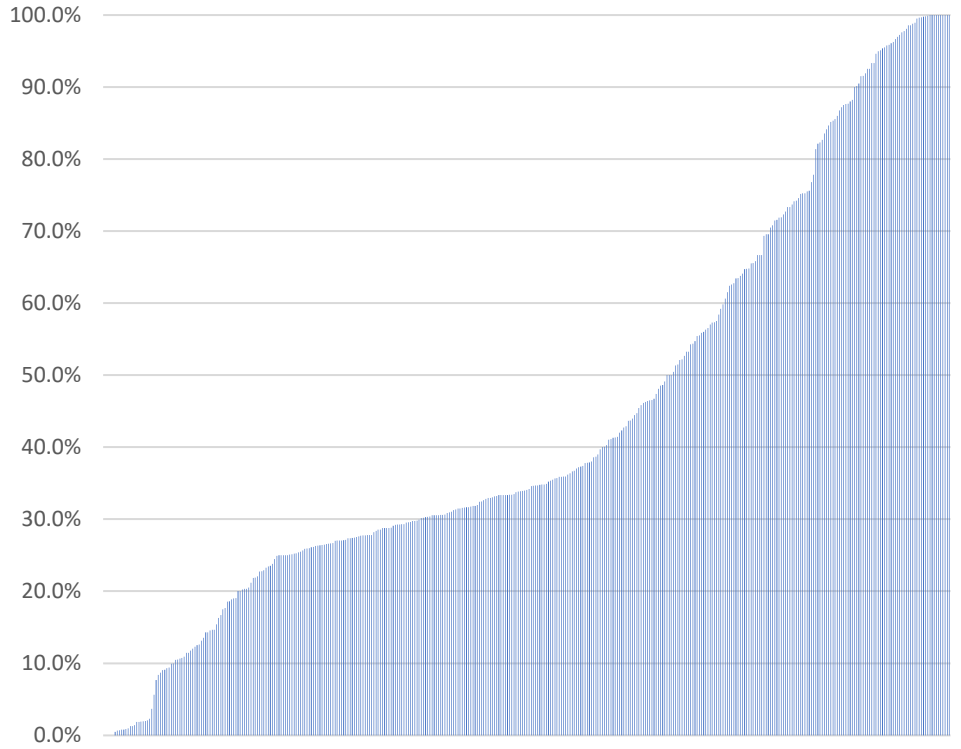
「専門的な治療・処置（①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」の入院及び外来における状況

○ 「専門的な治療・処置（①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」の対象となる医薬品393種類について、入院で使用する割合は、25%～35%の割合で多く、121種類（30.8%）であった。
○ 入院で使用する割合が40%以下である注射剤については、232種類（59.0%）であった。

（医薬品の種類）入院で使用する割合（注射剤393種類）



注射剤ごとの入院で使用する割合（393種類）

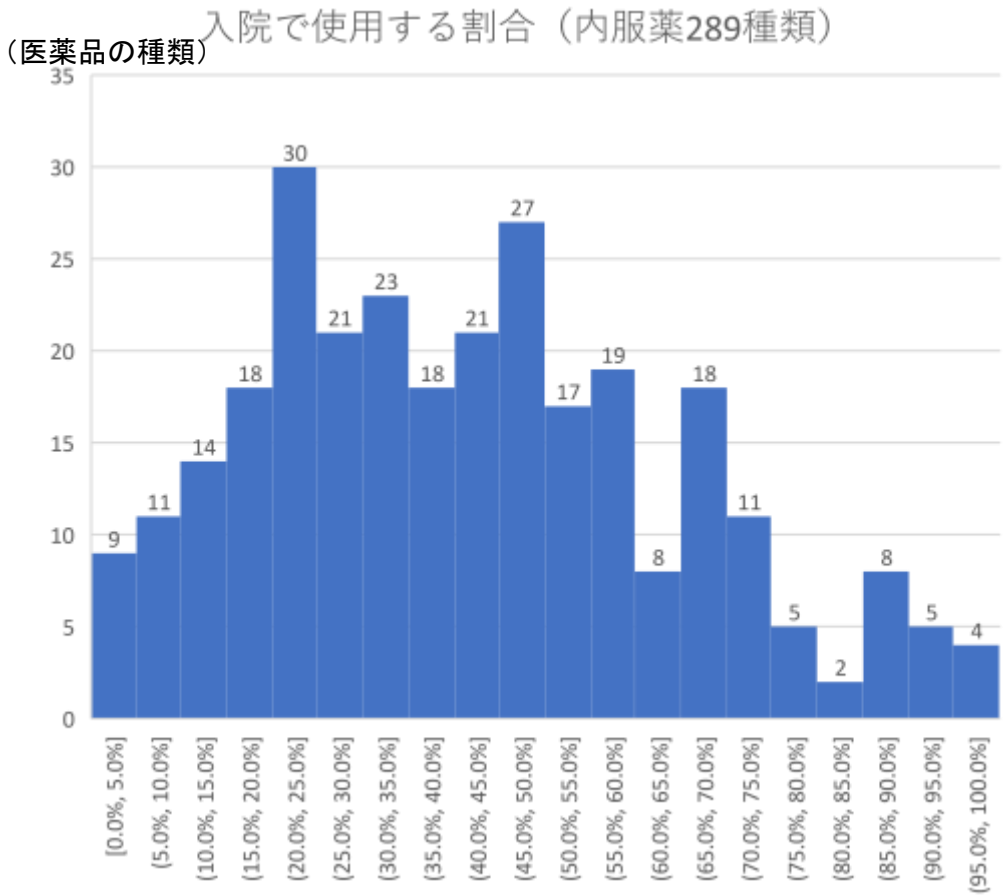


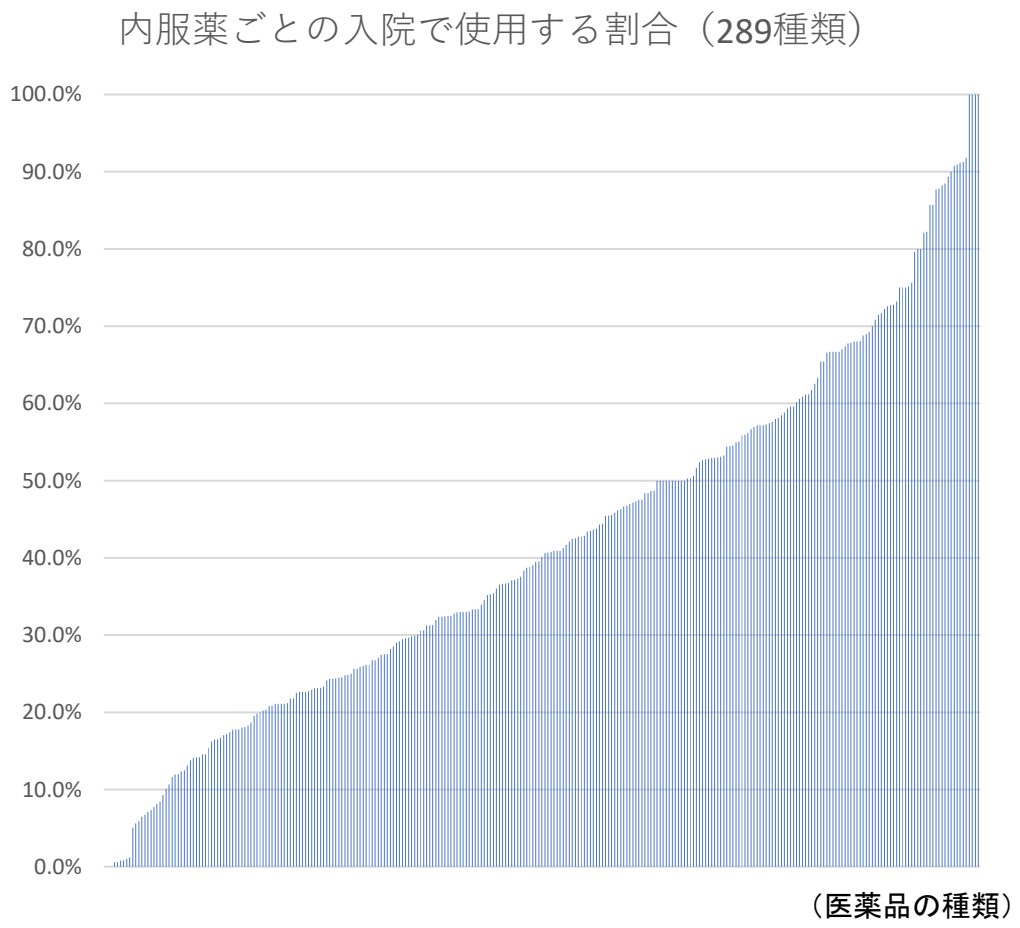
（医薬品の種類）

出典：DPCデータ、NDBデータ（令和4年4月～6月）

「専門的な治療・処置（②抗悪性腫瘍剤の内服の管理）」の入院及び外来における使用状況

○ 「専門的な治療・処置（②抗悪性腫瘍剤の内服の管理）」の対象となる内服薬289種類について、入院で使用する割合が75%より大きい内服薬については、24種類（8.3%）であり少ない傾向であった。
○ 入院で使用する割合が50%以下である内服薬については、192種類（66.4%）であった。

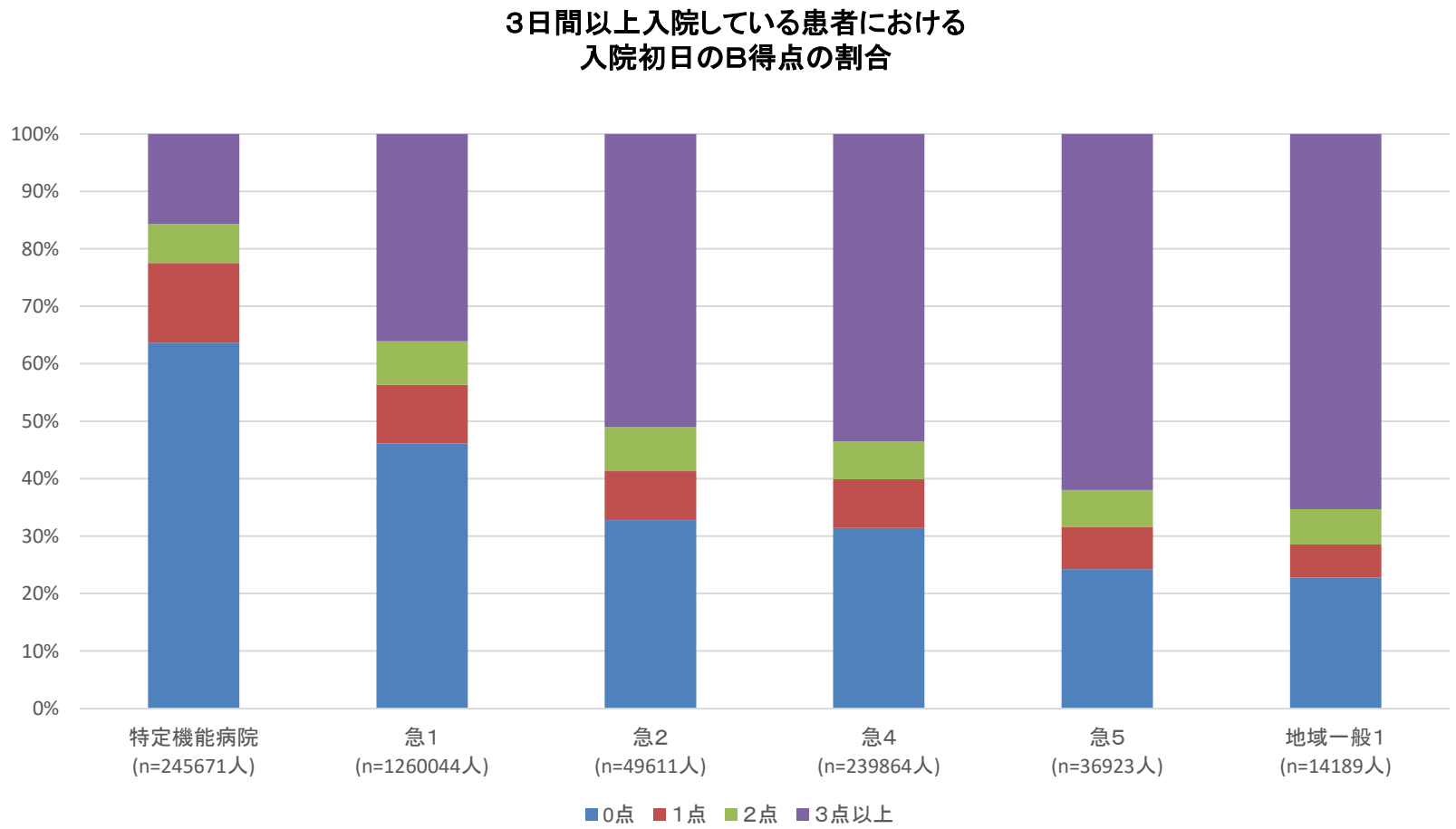




出典：DPCデータ（令和4年4月～6月）

入院初日のB得点の内訳

○　入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。



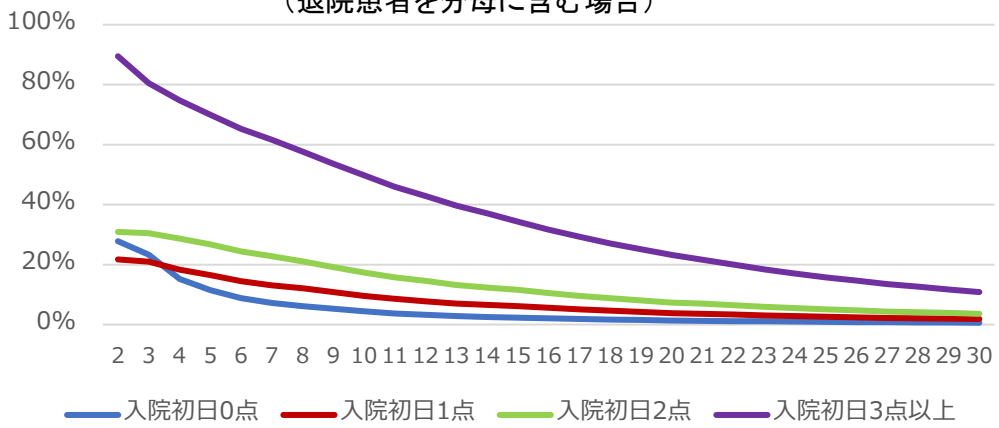
出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

入院後の日数毎のB得点の推移①

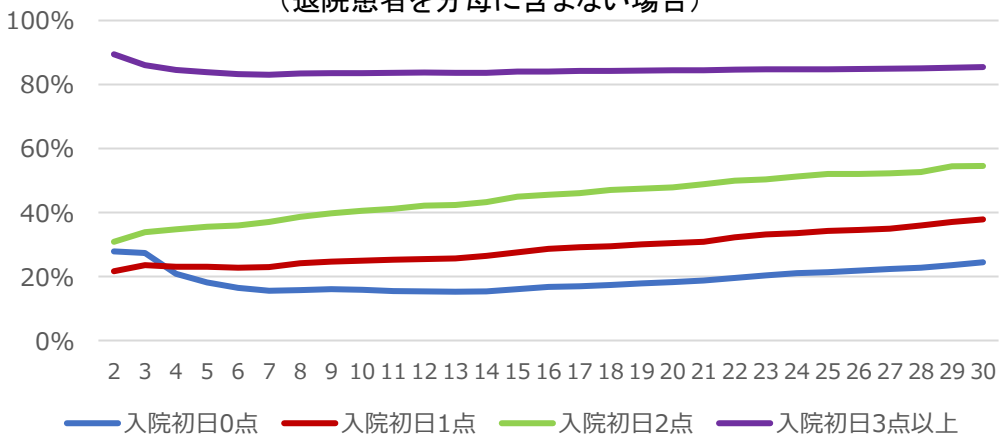
○ 急性期一般入院料１、一般病棟入院基本料全体のいずれも、入院中にB得点が３点以上となる割合は、入院初日にB得点が３点以上である場合に高く、入院初日にB得点が２点以下である場合との差が大きかった。

急性期一般入院料1における入院初日のB得点ごとの、２日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

（退院患者を分母に含む場合）

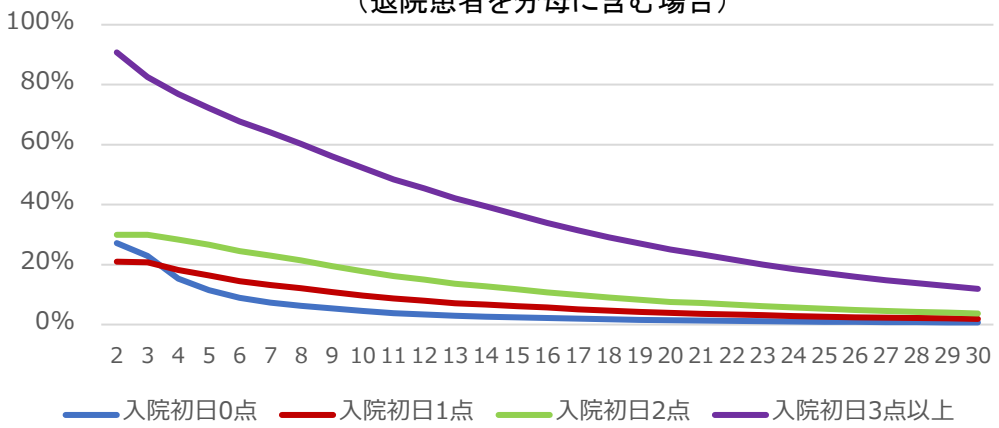


（退院患者を分母に含まない場合）

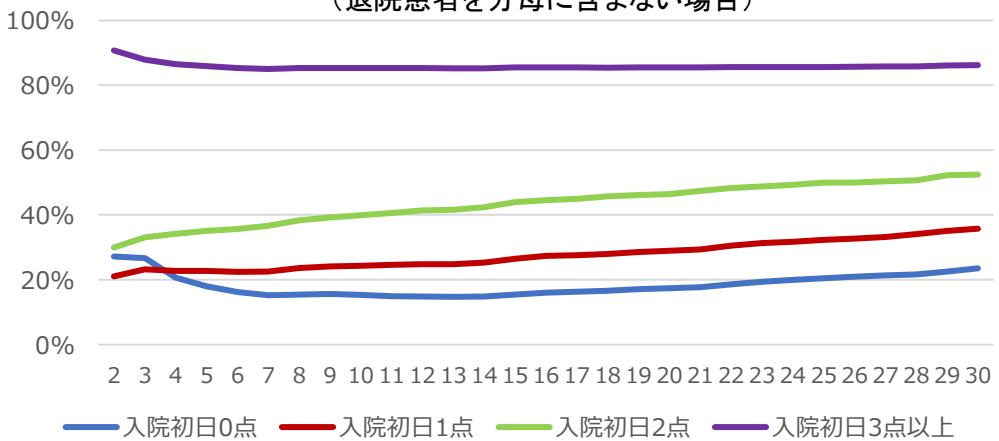


一般病棟入院基本料における入院初日のB得点ごとの、２日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

（退院患者を分母に含む場合）



（退院患者を分母に含まない場合）



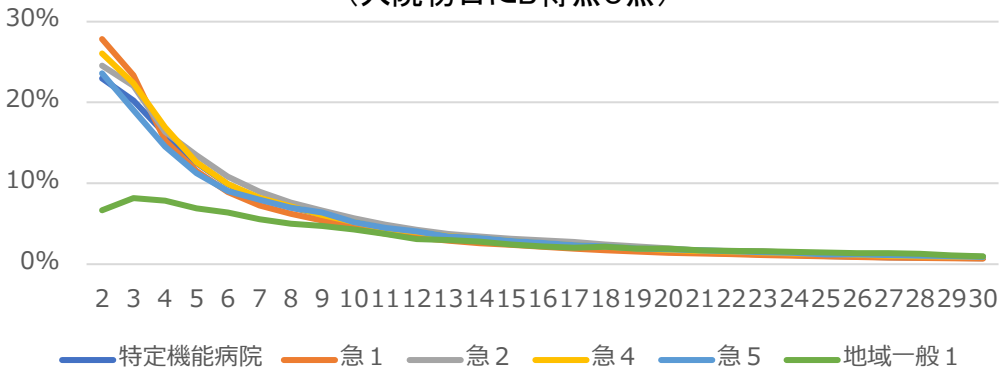
出典：DPCデータ（令和5年１月～３月）

入院後の日数毎のB得点の推移②

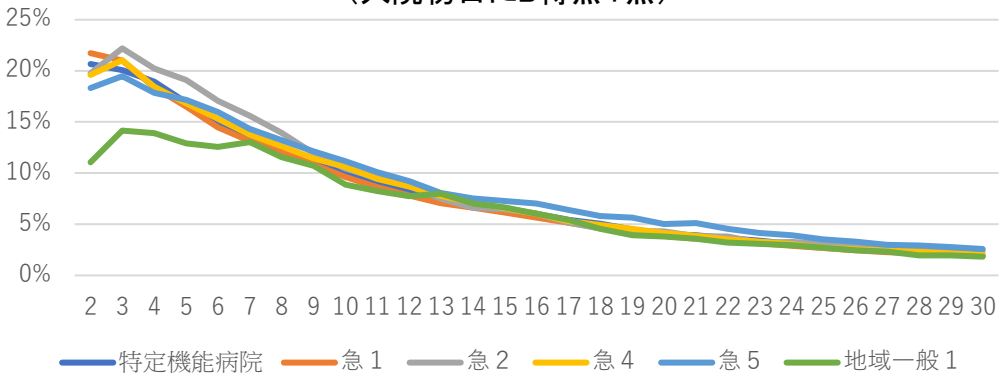
○　入院初日にB得点が0点又は1点の患者におけるその後B3点以上となる割合は、急性期一般入院料の間で大きく変わらなかったが、入院初日にB得点が2点または3点以上の患者におけるその後B3点以上となる割合は、急性期一般入院料1や特定機能病院入院基本料で低かった。

入院料ごと・入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合
（退院患者を分母に含む。）

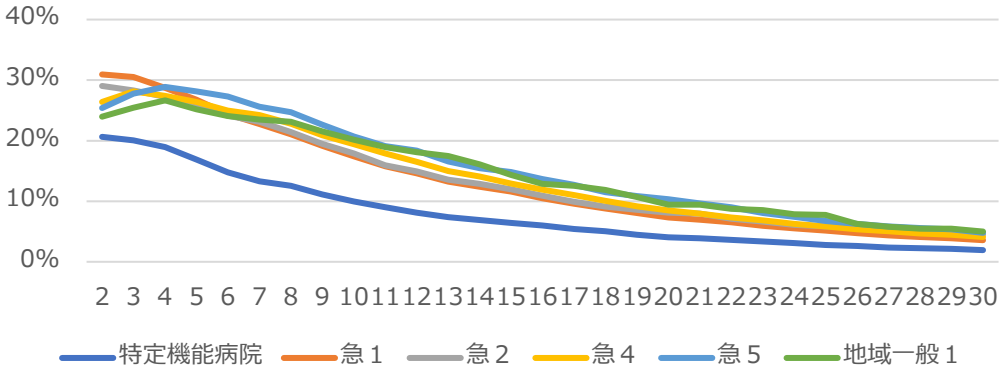
（入院初日にB得点0点）



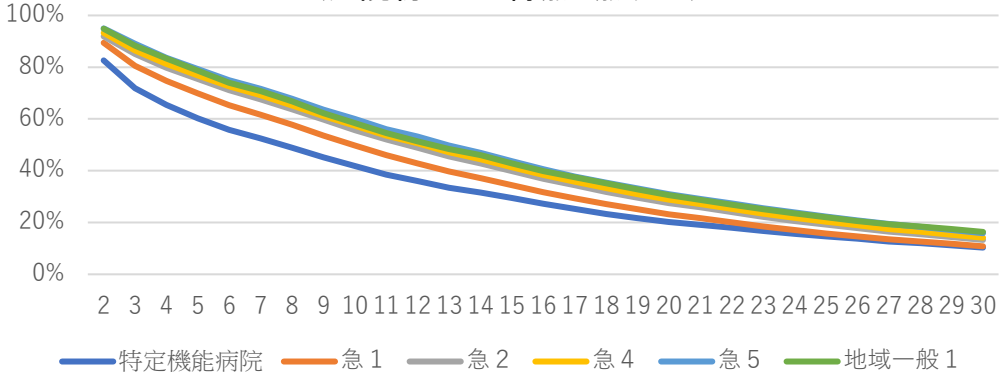
（入院初日にB得点1点）



（入院初日にB得点2点）



（入院初日にB得点3点以上）

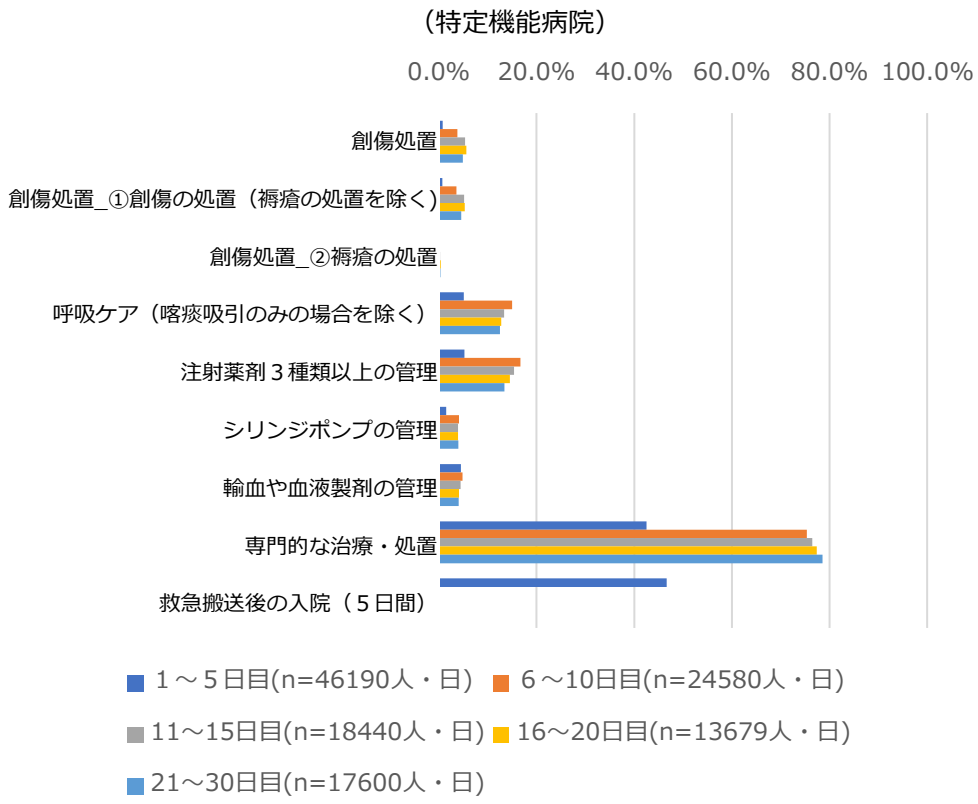


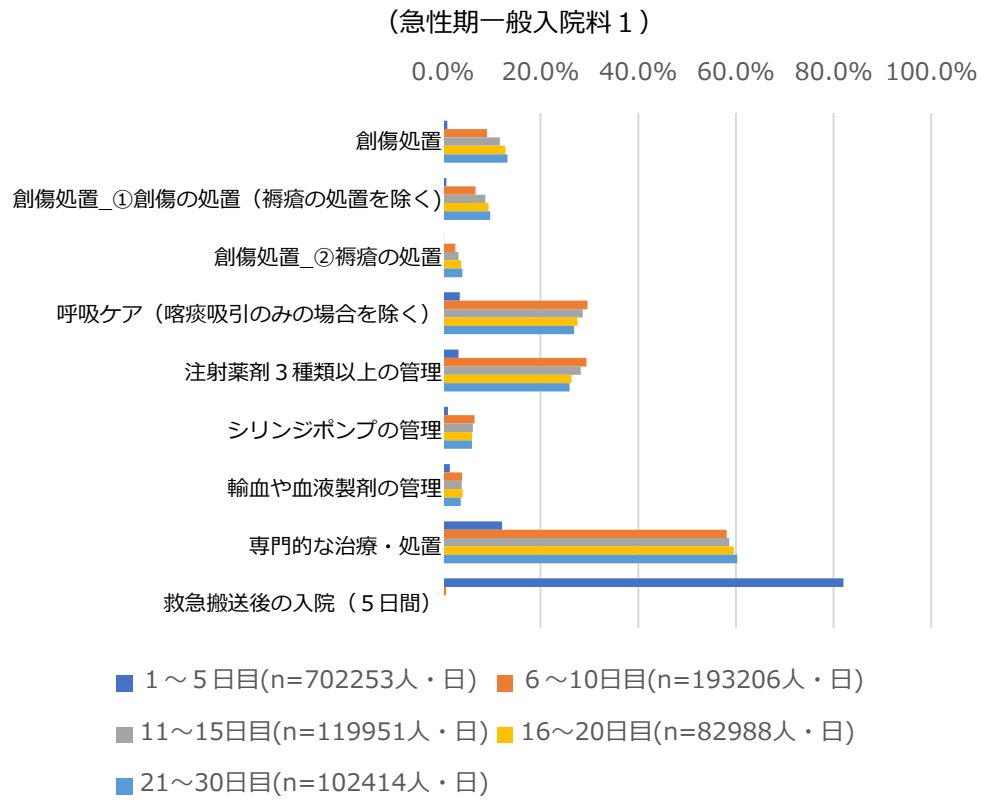
出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

A得点2点、B得点3点以上かつC得点0点の患者の状況①

○ 特定機能病院及び急性期一般入院料1に入院する基準2（A3点以上）又は基準3（C1点以上）に該当せずに基準1（A2点以上かつB3点以上）に該当する患者においては、入院1～5日目は多くが「救急搬送後の入院/緊急に入院が必要な状態」に該当し、入院6日目以降は多くが「専門的な治療・処置」に該当していた。

A2点、B３点以上かつC０点に該当する患者における
入院後日数ごとの各項目の該当割合





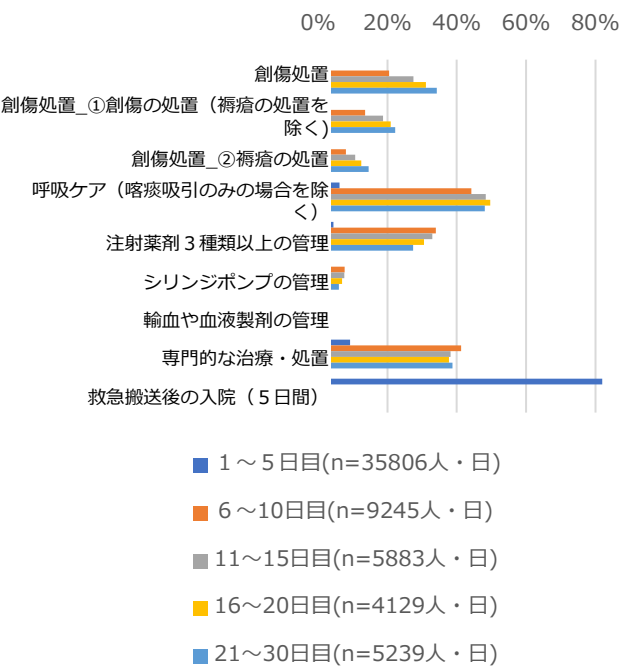
出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

A得点2点、B得点3点以上かつC得点0点の患者の状況②

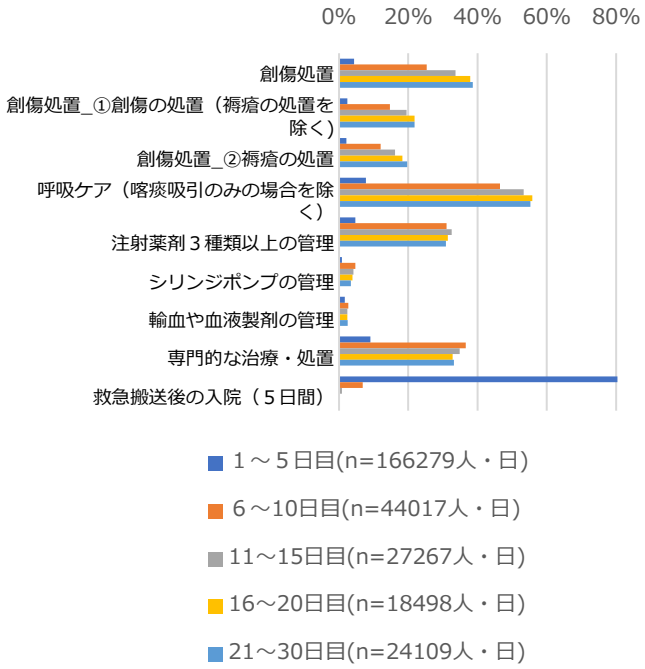
○ 急性期一般入院料2，4，地域一般入院料1に入院する必要度基準のうち基準2又は基準3に該当せずに基準1に該当する患者においては、「創傷処置」や「呼吸ケア」に該当する割合が高かった。

A2点、B３点以上かつC０点に該当する患者における
入院後日数ごとの各項目の該当割合

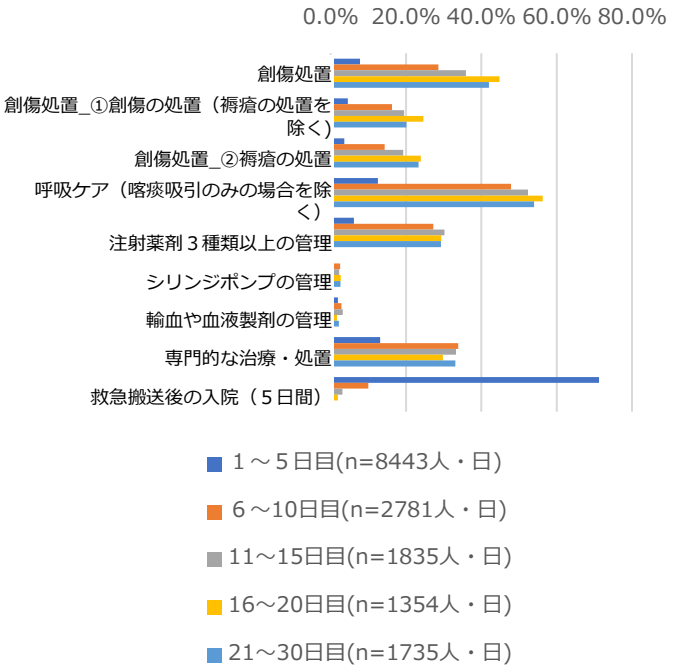
（急性期一般入院料２）



（急性期一般入院料４）



（地域一般入院料１）



出典：DPCデータ（令和5年1月～3月）

入院での実施率が9割超の手術について（速報値）

○ 手術のうち一部の項目には、現在C項目の対象となっていないものの、令和4年度において「点数2万点以上」かつ「入院での実施率が9割以上」を満たすものが存在する。
○ これらについて多くは、令和3年度においても入院での実施率が9割を超えていたが、一部には変動の大きい項目もあった。

区分番号	診療報酬行為名称	算定回数（R４年度）	入院での実施率（R４年度）	令和３年度の状況
K0392	腱移植術（人工腱形成術を含む。）（その他のもの）	421	97.6%	入院での実施率９割以上
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	6856	99.1%	入院での実施率９割以上
K073-22	関節鏡下関節内骨折観血的手術（手）	1086	95.3%	入院での実施率９割以上
K076-21	関節鏡下関節授動術（肩）	3259	99.8%	入院での実施率９割以上
K076-21	関節鏡下関節授動術（膝）	609	99.7%	入院での実施率９割以上
K076-22	関節鏡下関節授動術（肘）	278	99.3%	入院での実施率９割以上
K076-22	関節鏡下関節授動術（足）	138	97.8%	入院での実施率９割以上
K0782	観血的関節固定術（手）	1228	90.3%	入院での実施率９割以上
K0782	観血的関節固定術（足）	2390	99.7%	入院での実施率９割以上
K080-72	上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下で行うもの）	95	97.9%	項目なし（R4改定により新設）
K182-32	神経再生誘導術（その他のもの）	147	91.2%	入院での実施率９割未満（89.6%）
K235	眼窩内腫瘍摘出術（深在性）	418	90.2%	入院での実施率９割未満（54.9%）
K319-21	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術（上鼓室開放を伴わないもの）	1036	99.9%	項目なし（R4改定により新設）
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	58906	99.4%	入院での実施率９割以上
K7811	経尿道的尿路結石除去術（レーザーによるもの）	51894	99.4%	入院での実施率９割以上
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	301	99.7%	入院での実施率９割以上
K841-5	経尿道的前立腺核出術	2163	94.0%	入院での実施率９割以上
K9222	造血幹細胞移植（末梢血幹細胞移植）（同種移植の場合）	53	98.1%	NDBオープンデータにデータなし

出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月）

入院での実施率が9割未満の手術について（速報値）

○ 手術のうち一部の項目には、現在C項目の対象となっているものの、令和4年度において入院での実施率が9割未満のものが存在する。

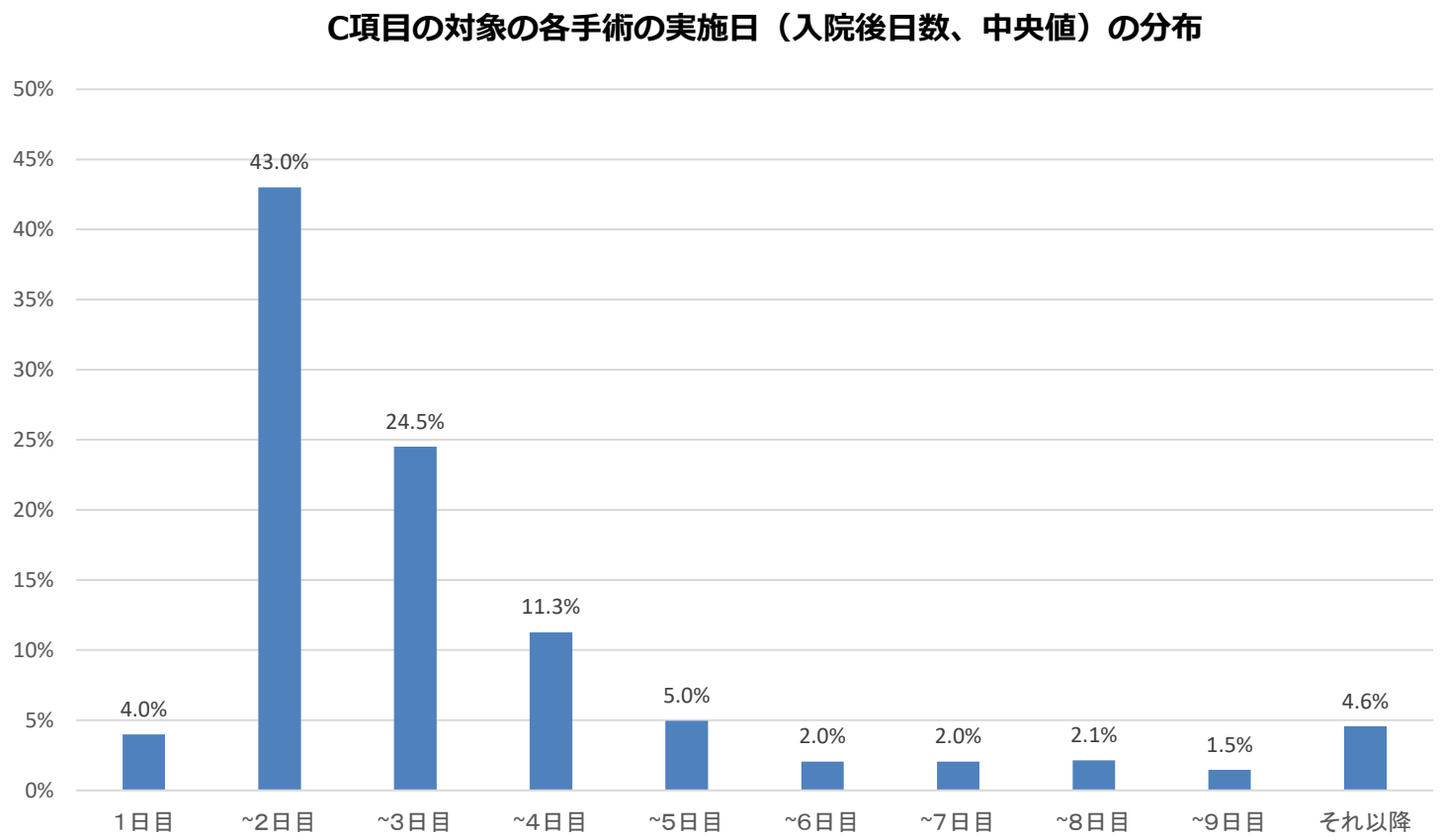
区分番号	診療報酬行為名称	点数	算定回数（R４年度）	入院での実施率（R４年度）
K046-23	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（足）	13120	5	80.0%
K0513	骨全摘術（手）	5160	54	68.5%
K0523	骨腫瘍切除術（鎖骨）	4340	19	78.9%
K0543	骨切り術（鎖骨）	8150	15	86.7%
K0543	骨切り術（手）	8150	184	74.5%
K0563	偽関節手術（手（舟状骨を除く。））	15570	62	77.4%
K0762	観血的関節授動術（手）	28210	182	89.0%
K0802	関節形成手術（手）	28210	3849	89.6%
K0812	人工骨頭挿入術（手）	18810	4	75.0%
K082-23	人工関節抜去術（指（手、足））	15990	23	82.6%
K0823	人工関節置換術（指（手、足））	15970	1586	87.8%
K084	四肢切断術（手）	24320	101	88.1%
K099-23	デュプイトレン拘縮手術（４指以上）	32710	76	88.2%
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	36290	164	89.6%
K228	眼窩骨折整復術	29170	175	75.4%

区分番号	診療報酬行為名称	点数	算定回数（R４年度）	入院での実施率（R４年度）
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	36700	18	88.9%
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	23060	780	88.8%
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術３型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	24910	30295	85.4%
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	28210	51	80.4%
K422	口唇悪性腫瘍手術	33010	134	87.3%
K431	顎関節脱臼観血的手術	26210	9	77.8%
K440	上顎骨切除術	15310	27	66.7%
K6332	ヘルニア手術（白線ヘルニア）	6200	444	82.9%
K701	膵破裂縫合術	24280	12	75.0%
K7393	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）（経腹及び経肛）	18810	28	85.7%
K8081	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	10300	10	80.0%
K8231	尿失禁手術（恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの）	23510	156	87.8%
K887-22	卵管結紮術（腟式を含む。）（両側）（腹腔鏡によるもの）	18810	8	87.5%
K890	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	27380	14	7.1%

出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月）

C項目の対象となる手術の実施日

○ C項目の対象である各手術の実施日（入院後日数）の分布は以下のとおりであり、入院後一定期間が経過してから実施される手術が多く存在する。



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月）

C項目の手術の在院日数について（速報値）

○ C項目の対象となる手術を実施した患者について、在院日数と手術実施日から退院までの日数を比較したところ、差がみられた。

	①	②	③	④	⑤
	現行の対象日数	令和４年度における在院日数※	②の５割の日数（四捨五入）	令和４年度における手術実施日から退院までの日数※	④の５割の日数（四捨五入）
開頭手術	13日間	25.7日	13日	21.5日	11日
開胸手術	12日間	23.2日	12日	18.1日	９日
開腹手術	７日間	14.2日	７日	11.7日	６日
骨の手術	11日間	22.7日	11日	19.8日	10日
胸腔鏡・腹腔鏡手術	５日間	9.1日	5日	7.4日	４日
救命等に係る内視鏡的治療	５日間	8.9日	４日	7.1日	４日
別に定める手術	６日間	12.2日	６日	10.0日	５日

※ 各手術における日数の中央値について、算定件数に基づき加重平均したもの。（現行の基準が定められた際の算出方法と同様。）

出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月）

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象・評価票

[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（同一入院中に医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

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

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		–	–
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	–	×	実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	–		–	–
14	危険行動	ない	–	ある		–	–

[該当患者の基準]

対象入院料
一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度

基準	
基準①	A得点が２点以上かつB得点が３点以上
基準②	A得点が３点以上
基準③	C得点が１点以上

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象　→　**対象外**	対象　→　**対象外**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定） ※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象　→　**対象外**	対象　→　**対象外**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在３を算定する）	対象外	対象外
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

短期滞在手術等の入院外別の算定回数①

○ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
○ そのうち、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を中心として、入院外での実施割合が高いものが存在する。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定以前から対象となっていたものに限る。）

手術等名称	算定回数			入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	入院外	
前立腺針生検法　その他のもの	54,761	4,675	7,842	11.7%
関節鏡下手根管開放手術	1,731	561	3,234	58.5%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	1,014	50	105	9.0%
水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの	361,182	51,010	535,243	56.5%
乳腺腫瘍摘出術　長径5cm未満	1,939	167	2,018	48.9%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	18,421	4,367	68,689	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回の実施後3月以内に実施する場合	4,394	941	14,805	73.5%
下肢静脈瘤手術　抜去切除術	1,098	241	864	39.2%
下肢静脈瘤手術　硬化療法	203	75	7,865	96.6%
下肢静脈瘤手術　高位結紮術	654	107	827	52.1%
ヘルニア手術　鼠径ヘルニア	29,699	4,915	2,473	6.7%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	32,314	3,778	1,887	5.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2cm未満	145,884	40,939	563,249	75.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2cm以上	17,979	3,081	11,372	35.1%
痔核手術（脱肛を含む）　硬化療法（四段階注射法によるもの）	3,749	1,265	8,364	62.5%
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	6,172	2,149	6,910	45.4%
子宮頸部（腟部）切除術	12,519	575	444	3.3%
ガンマナイフによる定位放射線治療	4,394	804	633	10.9%

出典：令和4年4月～9月NDBデータ

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

短期滞在手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定より対象となったものに限る。）

手術等名称	算定回数			入院外での実施割合
	入院	短期滞在3	入院外	
経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	3,262	326	612	14.6%
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）	957	119	1,167	52.0%
骨折観血的手術（手舟状骨）	690	153	246	22.6%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	10,465	1,677	2,683	18.1%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（鎖骨）	3,775	598	307	6.6%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（手）	570	120	699	50.3%
ガングリオン摘出術（手）	327	62	1,190	75.4%
涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡を用いるもの）	583	169	7,816	91.2%
眼瞼内反症手術（皮膚切開法）	2,734	192	7,672	72.4%
眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）	9,469	847	39,655	79.4%
眼瞼下垂症手術（その他のもの）	4,392	466	20,450	80.8%
翼状片手術（弁の移植を要するもの）	2,033	507	11,613	82.1%
斜視手術（後転法）	3,145	227	870	20.5%
斜視手術（前転法及び後転法の併施）	1,828	275	731	25.8%
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	190	81	879	76.4%
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	3,627	453	3,880	48.7%
水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない場合）	1,968	83	1,437	41.2%
鼓膜形成手術	742	35	287	27.0%
鼻骨骨折整復固定術	1,628	69	1,393	45.1%
喉頭・声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの）	229	49	15	5.1%
乳腺腫瘍摘出術（長径5センチメートル以上）	1,612	99	281	14.1%
大伏在静脈抜去術	658	137	297	27.2%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	7,266	952	25,800	75.8%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	1,830	292	4,552	68.2%
肛門ポリープ切除術	1,576	132	2,231	56.6%
肛門尖圭コンジローム切除術	222	90	1,346	81.2%
尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	304	81	590	60.5%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	864	30	876	49.5%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術（電解質溶液利用のもの）	4,477	315	998	17.2%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術（その他のもの）	4,023	370	2,019	31.5%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術（電解質溶液利用のもの）	1,416	235	28	1.7%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術（その他のもの）	1,223	128	64	4.5%
腹腔鏡下卵管形成術	25	53	10	11.4%

出典：令和4年4月～9月NDBデータ

※　短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

病院における短期滞在手術等の入院外別の算定回数①

○ 病院における短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
○ そのうち、一部の対象手術等では、病院での入院外での実施割合が低くなっている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定以前から対象となっていたものに限る。）

手術等名称	病院における算定回数		病院における入院外での実施割合	（参考）全国での入院外での実施割合
	入院	入院外		
前立腺針生検法　その他のもの	9,447	792	7.7%	11.5%
関節鏡下手根管開放手術	317	405	56.1%	60.9%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	29	0	0.0%	9.6%
水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの	37,418	10,913	22.6%	63.7%
乳腺腫瘍摘出術　長径5cm未満	313	208	39.9%	46.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	3,447	6,042	63.7%	75.6%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回の実施後3月以内に実施する場合	809	1,208	59.9%	73.6%
下肢静脈瘤手術　抜去切除術	162	31	16.1%	46.0%
下肢静脈瘤手術　硬化療法	36	241	87.0%	96.7%
下肢静脈瘤手術　高位結紮術	108	76	41.3%	54.6%
ヘルニア手術　鼠径ヘルニア	5,241	9	0.2%	6.6%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	5,443	7	0.1%	4.9%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2cm未満	26,574	37,419	58.5%	74.6%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2cm以上	3,130	809	20.5%	35.4%
痔核手術（脱肛を含む）　硬化療法（四段階注射法によるもの）	485	106	17.9%	63.0%
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	1,093	1,014	48.1%	46.5%
子宮頸部（腟部）切除術	2,087	25	1.2%	3.5%
ガンマナイフによる定位放射線治療	689	86	11.1%	10.0%

出典：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

病院における短期滞在手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定より対象となったものに限る。）

手術等名称	病院における算定回数		病院における入院外での実施割合	（参考）全国での入院外での実施割合
	入院	入院外		
経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	561	65	10.4%	14.6%
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）	172	123	41.7%	49.3%
骨折観血的手術（手舟状骨）	156	33	17.5%	19.0%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	1,687	352	17.3%	17.5%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（鎖骨）	655	44	6.3%	6.3%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（手）	99	98	49.7%	52.2%
ガングリオン摘出術（手）	61	113	64.9%	76.4%
涙管チューブ挿入術　涙道内視鏡を用いるもの	109	422	79.5%	91.5%
眼瞼内反症手術　皮膚切開法	353	344	49.4%	74.5%
眼瞼下垂症手術　眼瞼挙筋前転法	1,700	1,059	38.4%	77.9%
眼瞼下垂症手術　その他のもの	713	840	54.1%	80.5%
翼状片手術　弁の移植を要するもの	240	378	61.2%	84.8%
斜視手術　後転法	431	39	8.3%	24.6%
斜視手術　前転法及び後転法の併施	298	50	14.4%	29.6%
治療的角膜切除術　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	35	37	51.4%	77.7%
緑内障手術　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	395	77	16.3%	56.3%
水晶体再建術　眼内レンズを挿入しない場合	112	31	21.7%	55.7%
鼓膜形成手術	84	20	19.2%	31.5%
鼻骨骨折整復固定術	311	211	40.4%	44.9%
喉頭・声帯ポリープ切除術　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	311	8	2.5%	15.6%
乳腺腫瘍摘出術　長径5センチメートル以上	223	36	13.9%	17.3%
大伏在静脈抜去術	104	12	10.3%	33.5%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1,006	371	26.9%	77.5%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	241	134	35.7%	69.4%
肛門ポリープ切除術	78	32	29.1%	73.1%
肛門尖圭コンジローム切除術	40	25	38.5%	80.1%
尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	52	41	44.1%	65.1%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	122	2	1.6%	49.6%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　電解質溶液利用のもの	598	28	4.5%	18.9%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　その他のもの	622	47	7.0%	31.5%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術　電解質溶液利用のもの	207	0	0.0%	1.3%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術　その他のもの	208	0	0.0%	5.7%
腹腔鏡下卵管形成術	9	0	0.0%	25.0%

出典：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

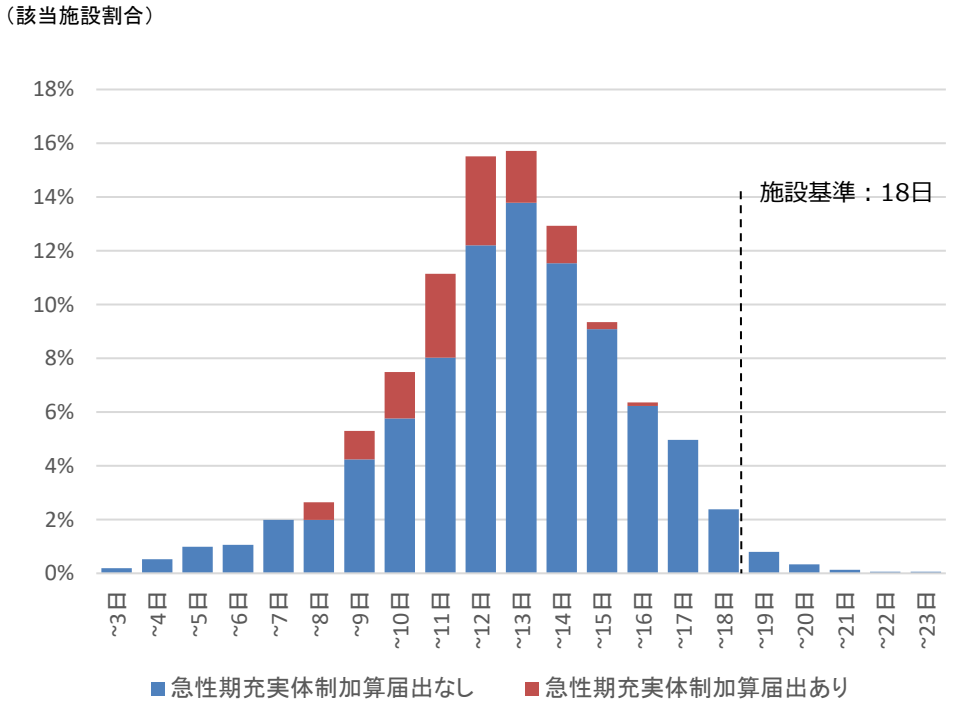
※　短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

急性期一般入院料１における平均在院日数①

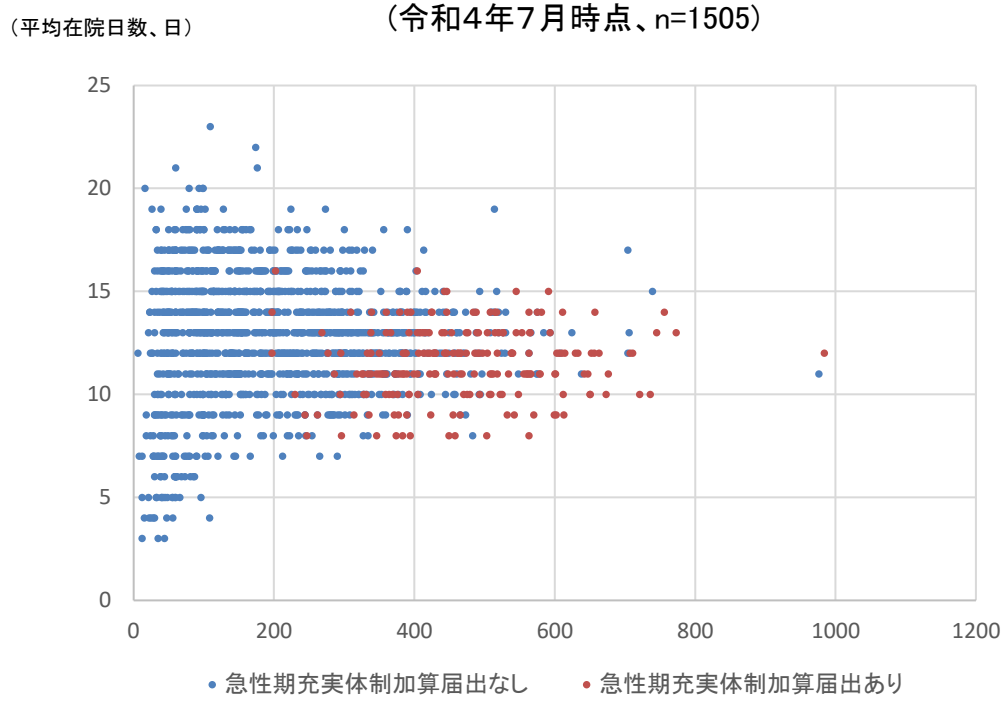
診調組　入－１
５．８．１０改

○　急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布
（令和4年7月時点、n=1508）



急性期一般入院料1における届出病床数と平均在院日数の分布
（令和4年7月時点、n=1505）



（平均在院日数、日）

平均	5%点	10%点	25%点	33%点	50%点	67%点	75%点	90%点	95%点
12.6	8	9	11	12	13	14	14	16	17

本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

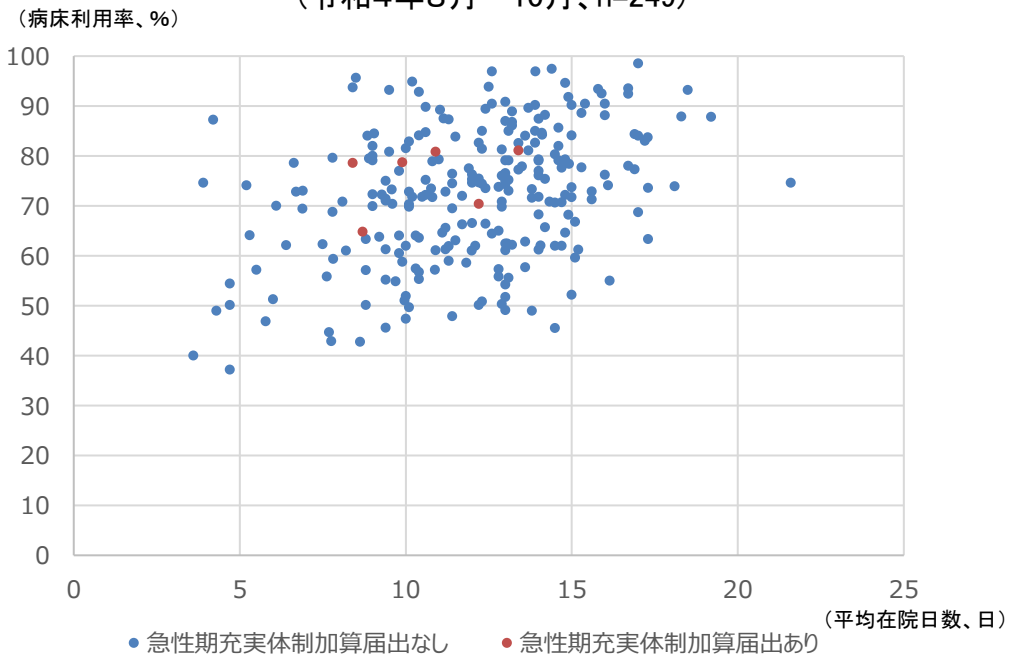
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：保険局医療課調べ（令和4年7月時点の報告）※急性期充実体制加算の届出は、令和5年4月時点の状況（速報値）

急性期一般入院料１における平均在院日数②

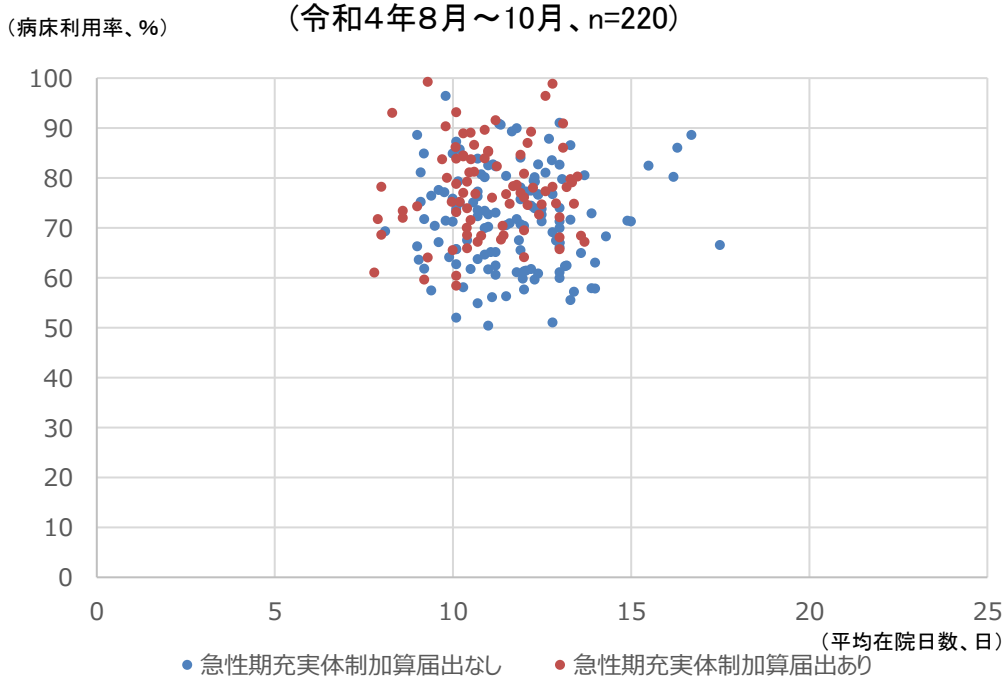
○　急性期一般入院料1を届け出ている施設における平均在院日数及び病床利用率の分布は以下のとおり。

急性期一般入院料1の届出が300床未満の施設における
平均在院日数及び病床利用率
（令和4年8月～10月、n=249）



※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

急性期一般入院料1の届出が300床以上の施設における
平均在院日数及び病床利用率
（令和4年8月～10月、n=220）



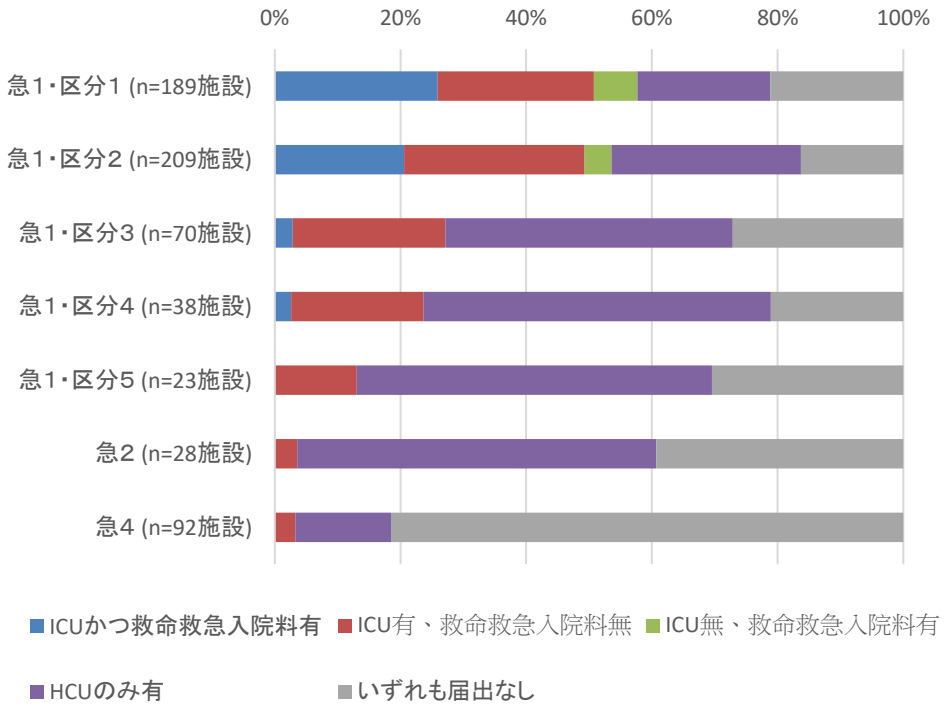
※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

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A）及び保険局医療課調べ

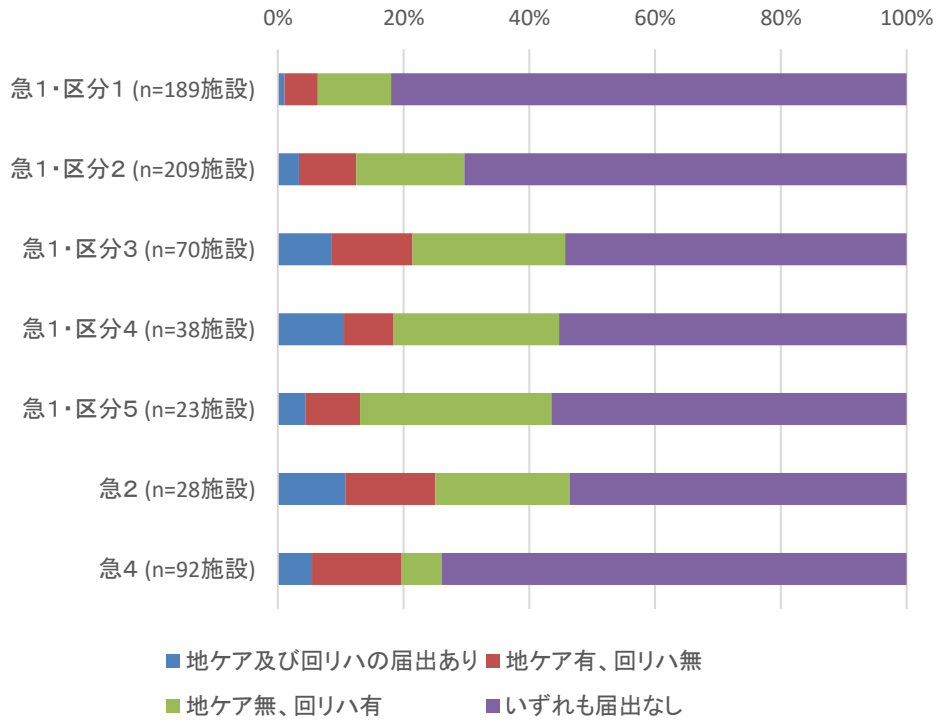
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における特定入院料の届出状況

○　急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、特定集中治療室管理料の届出割合が小さく、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている割合が大きかった。

急性期一般入院料1，2，4における
特定集中治療室管理料、救命救急入院料及び
ハイケアユニット入院医療管理料の届出状況



急性期一般入院料1，2，4における
地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟の
届出状況



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

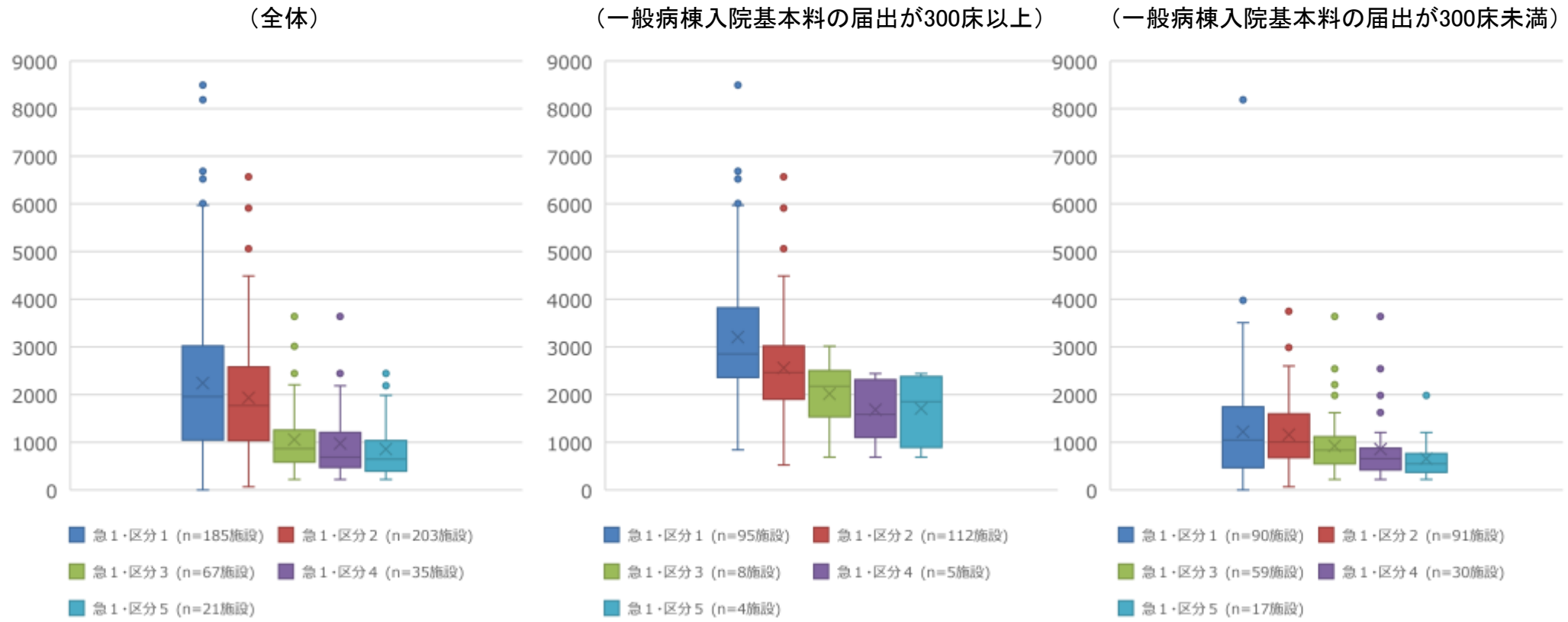
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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A）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における医療提供の実績①

○　急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
全身麻酔手術の実施件数



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

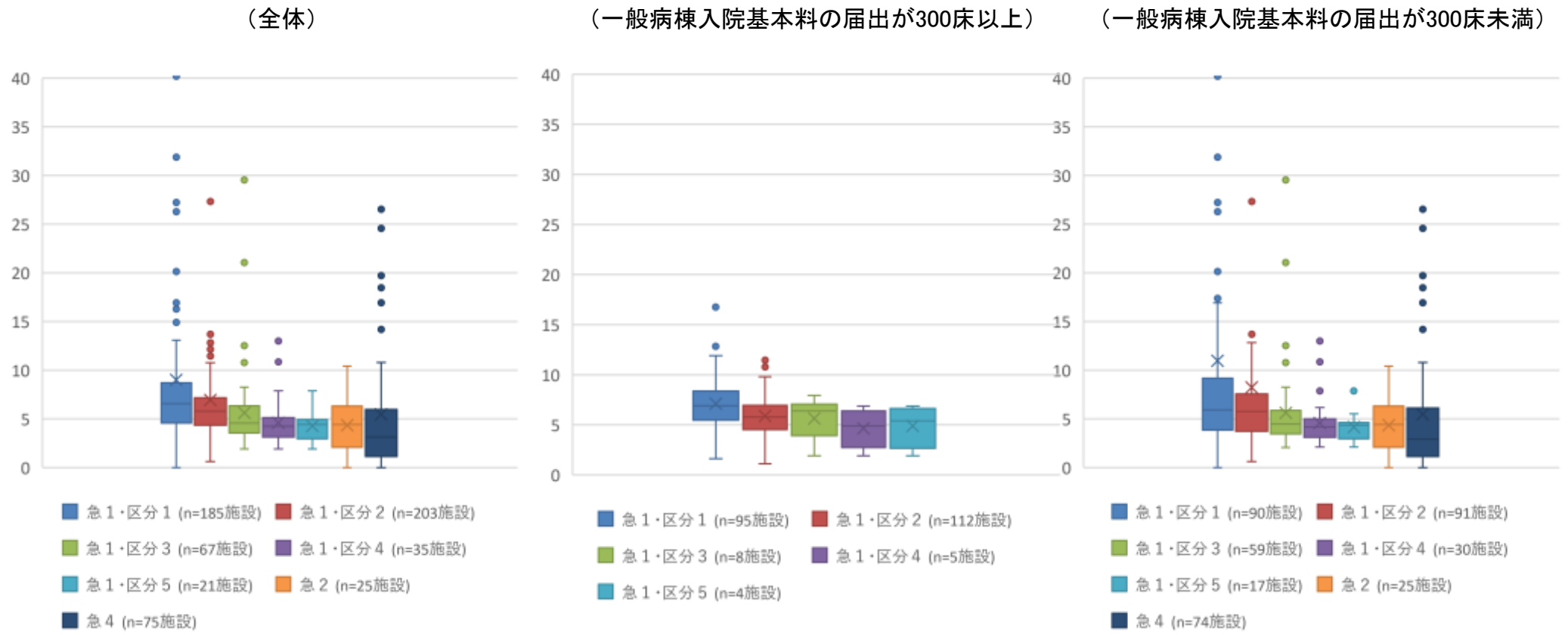
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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A）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における医療提供の実績②

○　一般病棟入院基本料の届出病床当たりの全身麻酔手術の実施件数についても、急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群では、少ない傾向にあり、急性期一般入院料２及び急性期一般入院料４と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料１、２又は４を届け出ている医療機関における
一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

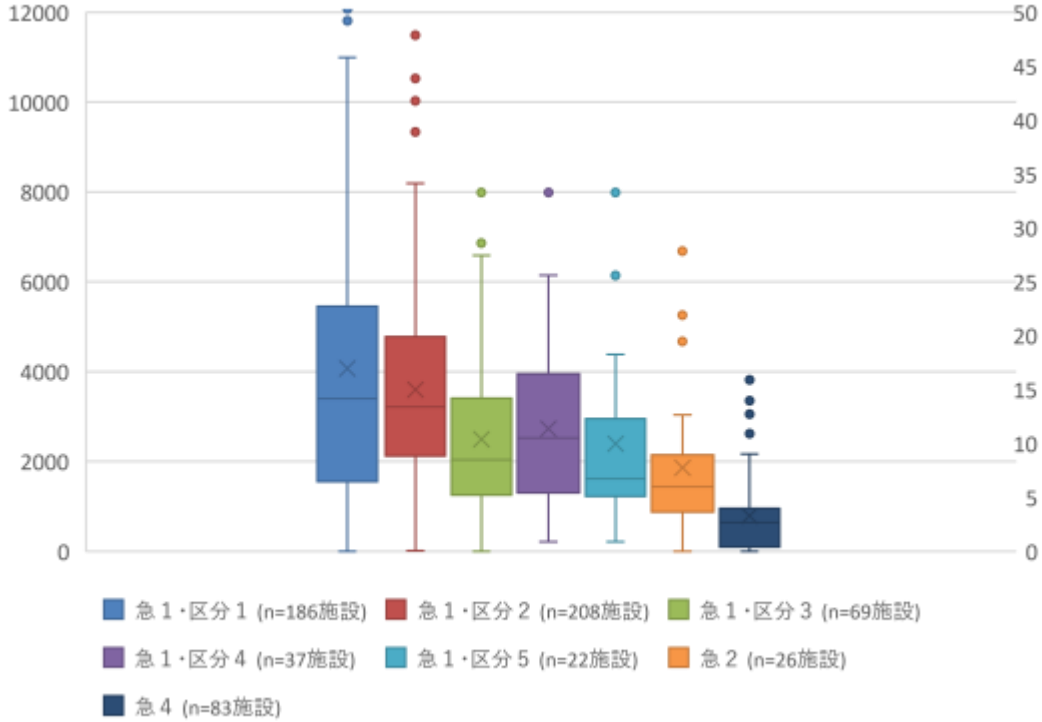
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における医療提供の実績③

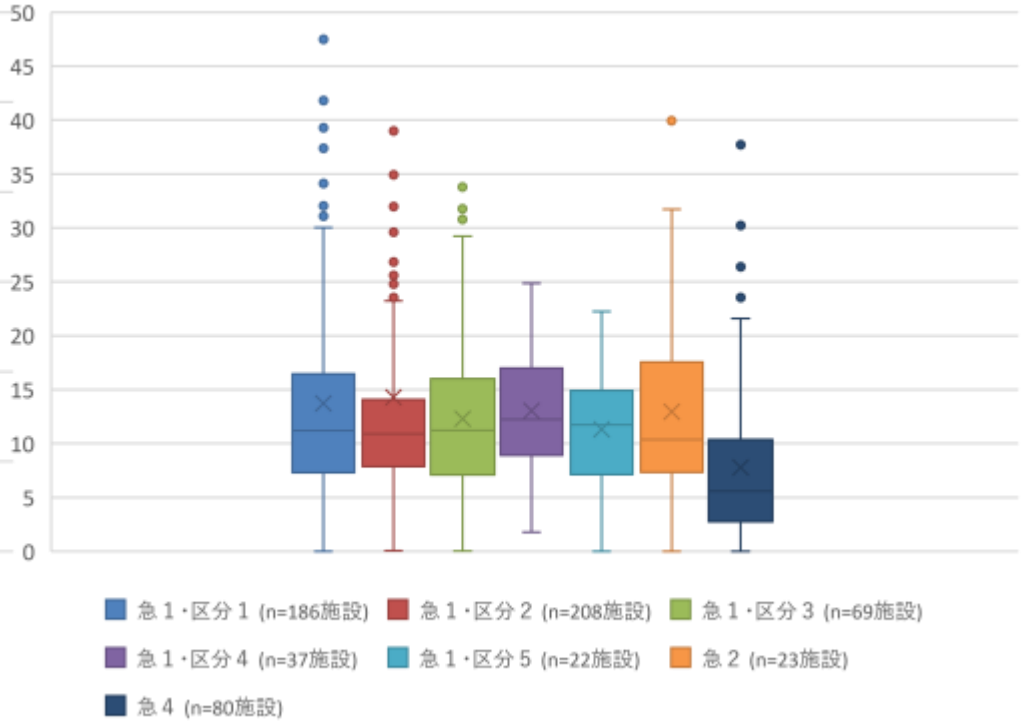
○ 救急搬送件数については、急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
○ 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における
救急搬送件数

（実件数）



（一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数）



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

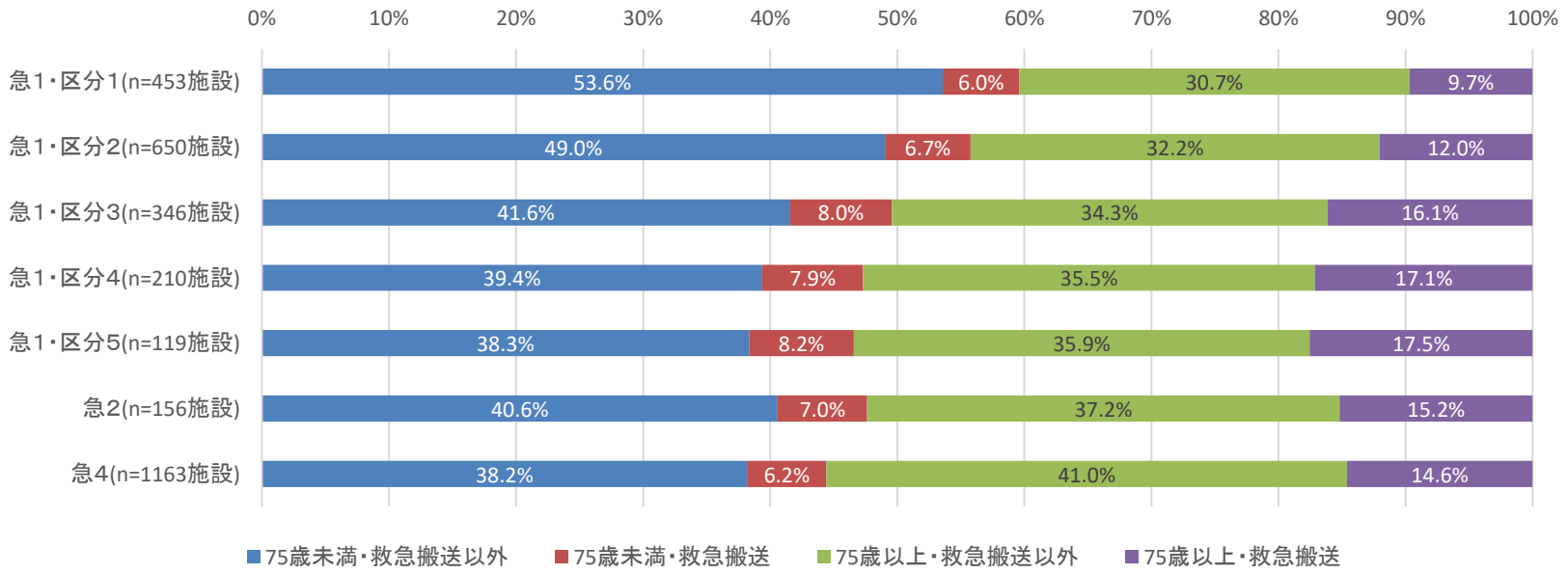
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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A）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況①

○　急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者のうち75歳以上の割合及び75歳以上の入院患者のうち救急搬送で入院する割合が大きく、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1，2，4における入院患者の構成



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

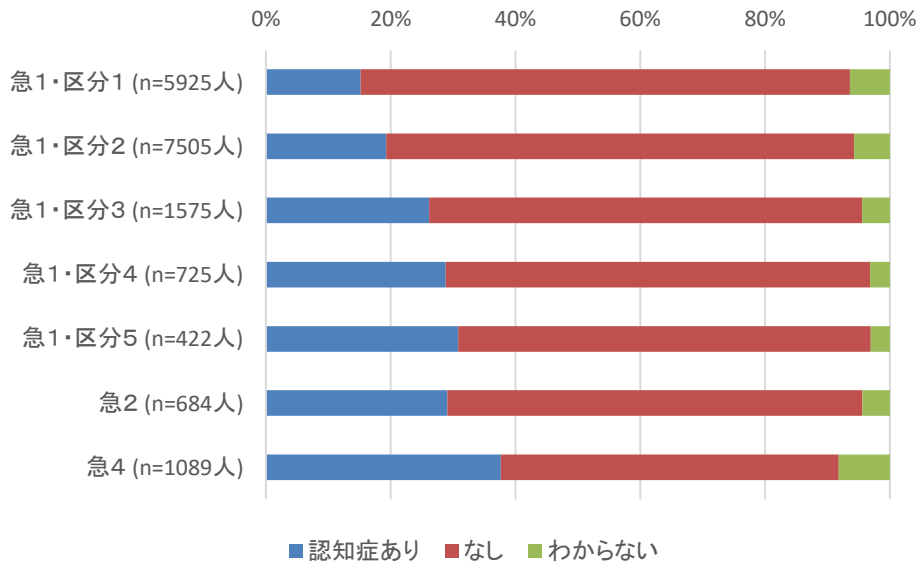
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

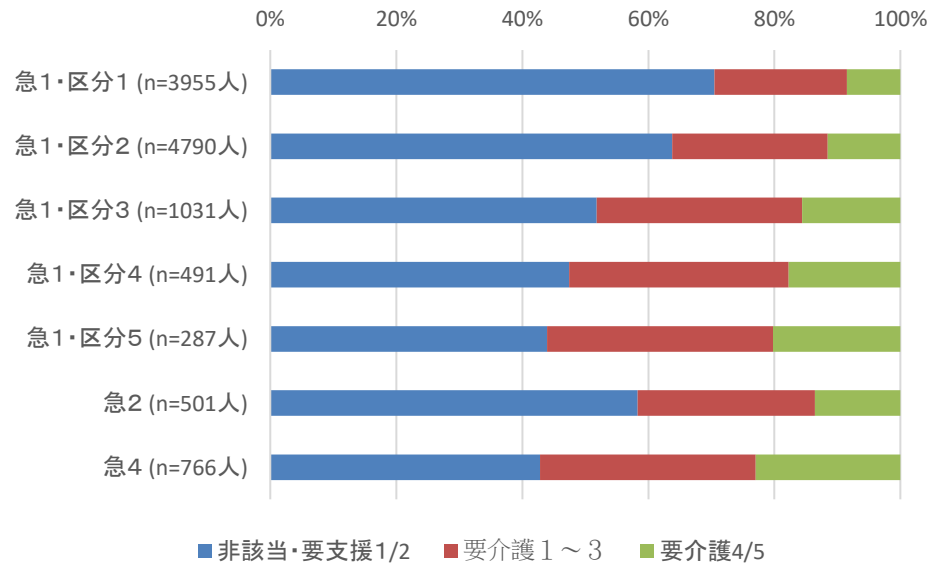
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況②

○　急性期一般入院料１のうち、平均在院日数の長い群では、入院患者が認知症を併存する割合や、要介護度が高い傾向にあった。

急性期一般入院料1、2及び4の入院患者における認知症を罹患する割合



急性期一般入院料1の入院患者における要介護度（不明・未申請・申請中を除く。）



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

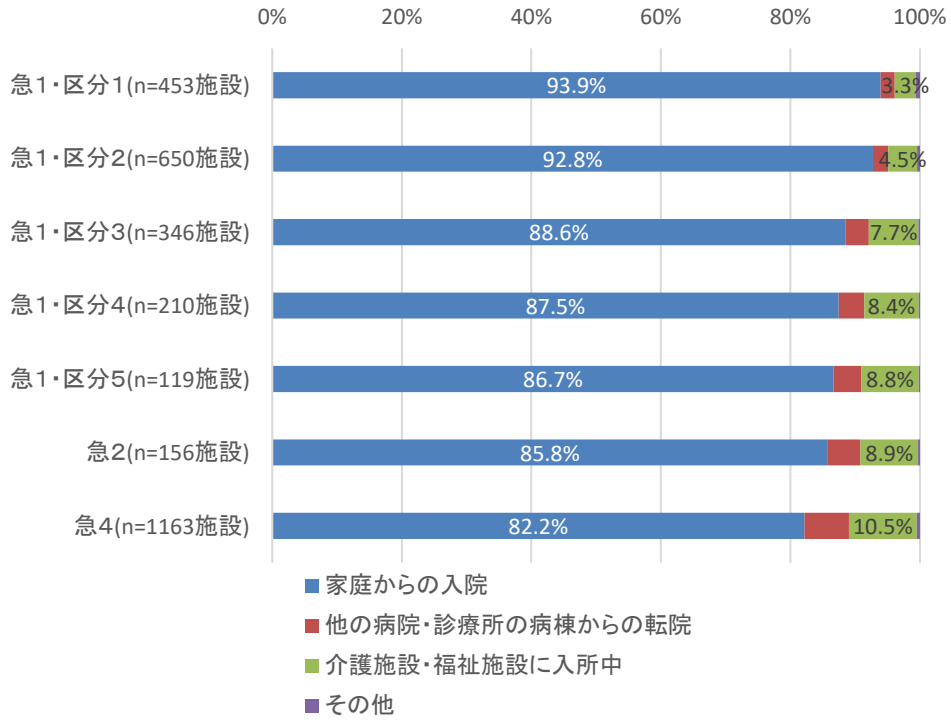
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票A）

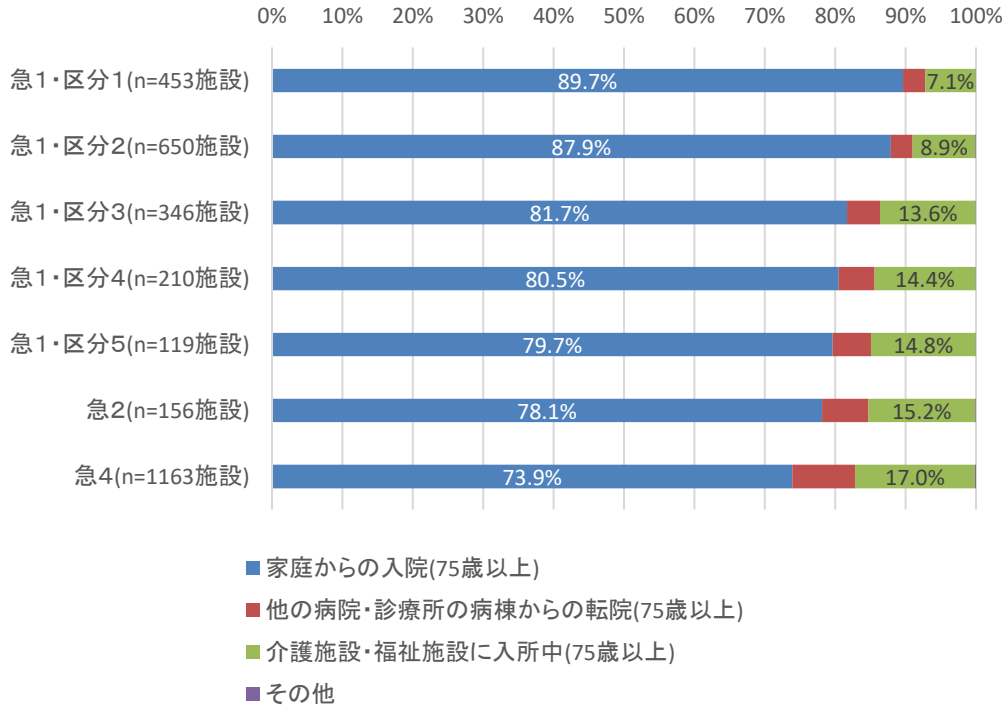
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況③

○　入院患者の入院経路について、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、家庭からの入院の割合が減少し、介護施設・福祉施設からの入院の割合が増加していた。

急性期一般入院料1，2，4における入院患者の入院経路（全年齢）



急性期一般入院料1，2，4における入院患者の入院経路（75歳以上）



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況④

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群における入院患者は、急性期一般入院料1と地域一般入院料とで医療資源投入量が変わらない疾患の割合が大きかった。

75歳以上の患者に多く、急性期一般入院料1と地域一般入院料1-2とで医療資源の差が小さい上位10傷病の75歳以上の患者の割合（カッコ内は延べ入院日数に占める割合）

		急１・区分１ (n=453施設)	急１・区分２ (n=650施設)	急１・区分３ (n=346施設)	急１・区分４ (n=210施設)	急１・区分５ (n=119施設)	急２ (n=156施設)	急４ (n=1163施設)	地域一般1,2	地ケア (転院以外) ※
コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	症例割合	1.4% (2.1%)	1.6% (2.1%)	2.2% (2.5%)	2.3% (2.5%)	2.4% (2.5%)	2.8% (2.9%)	2.9% (2.8%)	18.5% (12.2%)	1.1% (0.9%)
	平均在院日数	10.4	12.3	13.4	13.6	13.3	11.7	10.3	11.4	14.7
食物及び吐物による肺臓炎	症例割合	1.1% (2.3%)	1.4% (2.9%)	2.2% (4.3%)	2.5% (4.7%)	2.6% (4.8%)	2.2% (4.2%)	2.5% (4.3%)	4.2% (5.5%)	3.5% (5.2%)
	平均在院日数	16.6	21.6	23.8	24.8	26.3	23.7	20.3	22.7	28.9
脳動脈の血栓症による脳梗塞	症例割合	0.3% (0.6%)	0.5% (0.9%)	0.9% (1.4%)	1.0% (1.6%)	1.1% (1.6%)	0.6% (1.1%)	0.6% (0.9%)	0.6% (0.6%)	0.2% (0.2%)
	平均在院日数	12.0	17.5	19.5	19.2	20.5	16.1	10.2	17.4	24.8
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの部位不明	症例割合	0.0% (0.1%)	0.0% (0.1%)	0.1% (0.2%)	0.1% (0.3%)	0.1% (0.3%)	0.2% (0.3%)	0.5% (0.8%)	2.2% (2.8%)	1.8% (2.8%)
	平均在院日数	6.7	10.0	11.4	12.6	13.9	10.5	10.6	22.2	30.2
肺炎，詳細不明	症例割合	0.3% (0.6%)	0.4% (0.7%)	0.7% (1.1%)	0.8% (1.3%)	0.8% (1.3%)	0.9% (1.3%)	1.6% (2.5%)	3.9% (4.7%)	2.8% (3.8%)
	平均在院日数	11.3	13.8	16.2	16.5	17.6	13.1	15.0	21.1	26.6
体液量減少（症）	症例割合	0.2% (0.2%)	0.3% (0.3%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.7% (0.8%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.6%)	2.6% (2.6%)	3.7% (4.7%)
	平均在院日数	9.1	11.5	12.8	13.3	14.2	13.0	13.1	17.7	24.6
細菌性肺炎，詳細不明	症例割合	0.3% (0.5%)	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.6% (0.6%)
	平均在院日数	11.6	15.0	16.3	17.0	17.9	12.7	9.9	20.3	22.1
尿路感染症，部位不明	症例割合	0.5% (0.7%)	0.6% (1.0%)	0.9% (1.4%)	1.1% (1.5%)	1.1% (1.6%)	1.1% (1.5%)	1.3% (1.7%)	2.2% (2.5%)	2.6% (3.4%)
	平均在院日数	11.4	15.2	16.1	16.5	17.1	15.2	14.7	19.8	25.2
大腸＜結腸＞のポリープ	症例割合	0.7% (0.2%)	0.6% (0.2%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.6% (0.1%)	0.7% (0.1%)	3.4% (0.4%)
	平均在院日数	1.5	1.8	1.6	1.6	1.5	1.3	1.2	3.1	2.5
慢性腎臓病，ステージ５	症例割合	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.6% (0.8%)	0.7% (0.9%)	0.7% (0.9%)	0.5% (0.7%)	0.4% (0.6%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.0%)
	平均在院日数	9.6	13.9	12.5	12.5	12.3	9.4	6.7	20.4	15.6

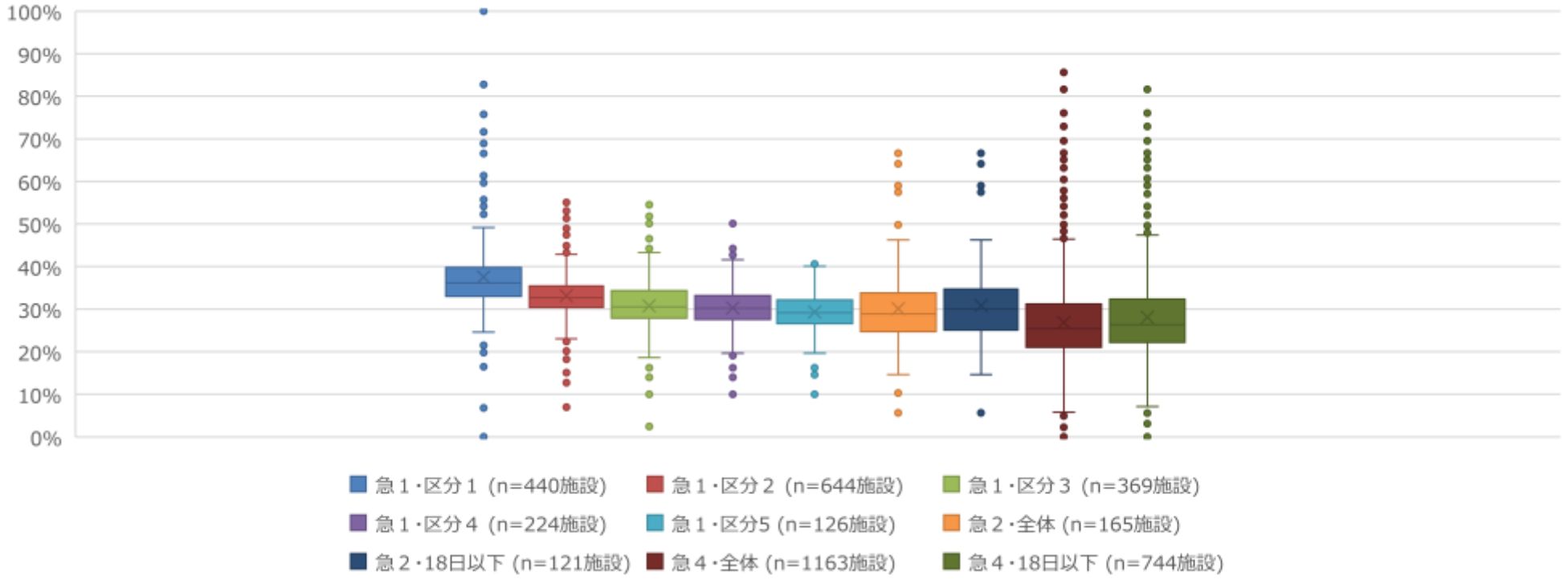
※入院初日に地域包括ケア病棟に入院する他の医療機関からの転院入院以外の症例における集計

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑤

○　急性期一般入院料1においては、平均在院日数の長い群では重症度、医療・看護必要度基準の該当割合が低く、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料4との差が小さかった。

急性期一般入院料1，2及び4における必要度基準の該当割合
（平均在院日数により区分※）



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

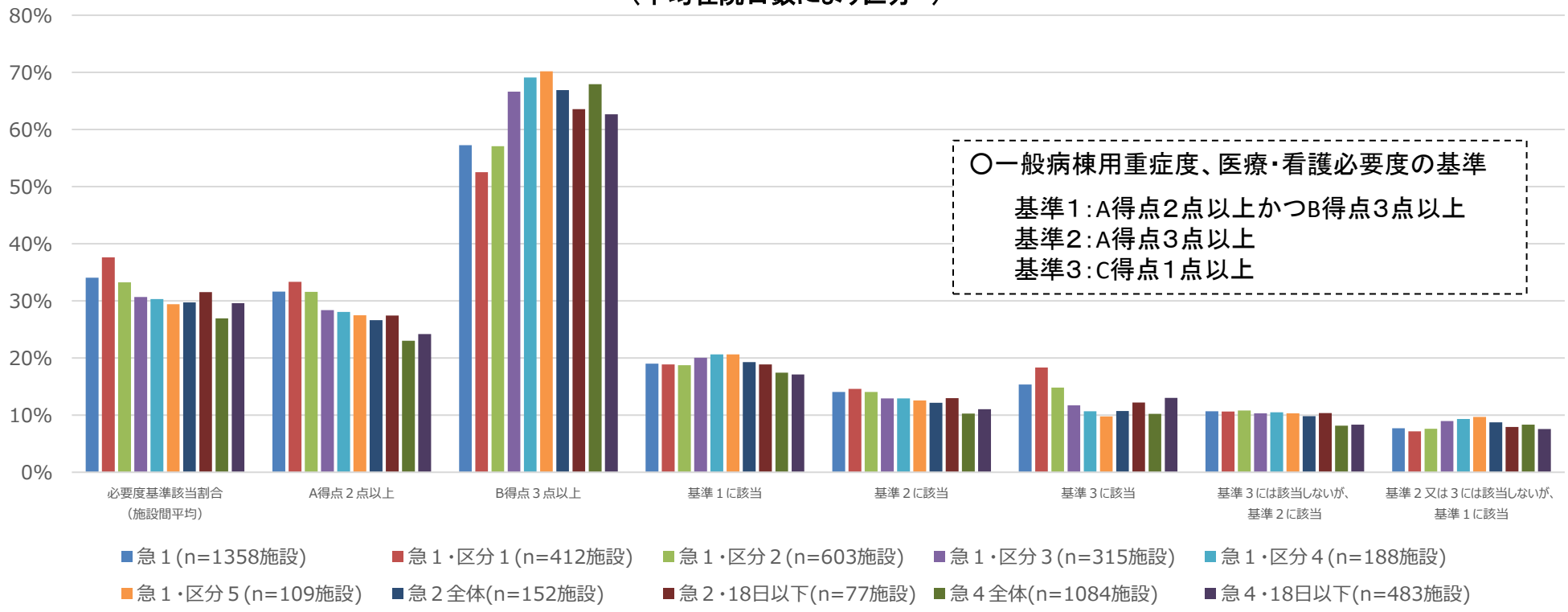
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年8月～10月分）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑥

○　急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、A得点2点以上の割合、基準2に該当する割合、基準3に該当する割合は急性期一般入院料2のうち平均在院日数の短い群との差がみられず、B得点3点以上の割合及び「基準2又は3には該当しないが、基準1に該当する」割合は急性期一般入院料2や急性期一般入院料4よりも大きかった。

急性期一般入院料1，2及び4における必要度基準の該当状況
（平均在院日数により区分※）



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年8月～10月分）※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑦

○　重症度、医療・看護必要度のA項目の該当割合については、急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の短い群は、「専門的な治療・処置」の該当割合が高いが、平均在院日数の長い群では、急性期一般入院料2における該当割合及び急性期一般入院料4のうち在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。

	創傷処置	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	専門的な治療・処置	救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態
急１・区分１(n=412施設)	7.3%	12.6%	11.1%	2.9%	2.0%	22.1%	10.6%
急１・区分２(n=603施設)	7.2%	13.2%	11.3%	3.4%	2.0%	20.0%	10.4%
急１・区分３(n=315施設)	9.3%	15.1%	11.2%	3.4%	1.6%	15.5%	10.4%
急１・区分４(n=188施設)	10.1%	16.1%	11.7%	3.4%	1.5%	14.6%	10.6%
急１・区分５(n=109施設)	11.2%	17.2%	11.8%	3.5%	1.5%	13.4%	10.2%
急２全体(n=152施設)	10.8%	16.7%	11.1%	3.2%	1.7%	14.2%	8.6%
急２・18日以下(n=77施設)	8.1%	16.1%	11.4%	2.9%	1.6%	15.4%	9.9%
急４全体(n=1084施設)	12.2%	17.7%	8.6%	2.2%	1.2%	11.6%	7.6%
急４・18日以下(n=483施設)	10.9%	15.8%	8.1%	2.3%	1.2%	13.0%	8.8%

	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	ドレナージの管理	無菌治療室での治療
急１・区分１(n=412施設)	1.8%	1.6%	3.1%	1.7%	1.0%	4.6%	2.1%	0.4%	3.8%	7.6%	0.9%
急１・区分２(n=603施設)	1.6%	1.6%	2.4%	1.8%	0.9%	4.1%	1.8%	0.4%	3.3%	6.4%	1.0%
急１・区分３(n=315施設)	0.8%	1.2%	1.8%	1.2%	0.5%	3.0%	1.5%	0.4%	3.0%	5.2%	0.5%
急１・区分４(n=188施設)	0.7%	1.2%	1.7%	1.1%	0.3%	2.8%	1.5%	0.4%	3.1%	4.7%	0.4%
急１・区分５(n=109施設)	0.6%	1.0%	1.4%	0.9%	0.2%	2.5%	1.5%	0.3%	3.0%	4.4%	0.2%
急２全体(n=152施設)	0.8%	0.9%	1.7%	1.1%	0.3%	3.0%	1.6%	0.3%	2.6%	4.5%	0.5%
急２・18日以下(n=77施設)	0.9%	0.9%	1.9%	1.2%	0.4%	3.7%	1.7%	0.4%	2.7%	5.0%	0.1%
急４全体(n=1084施設)	0.5%	0.6%	1.5%	0.9%	0.1%	2.4%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.1%
急４・18日以下(n=483施設)	0.7%	0.6%	1.9%	1.0%	0.2%	2.8%	1.4%	0.3%	2.4%	4.6%	0.1%

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

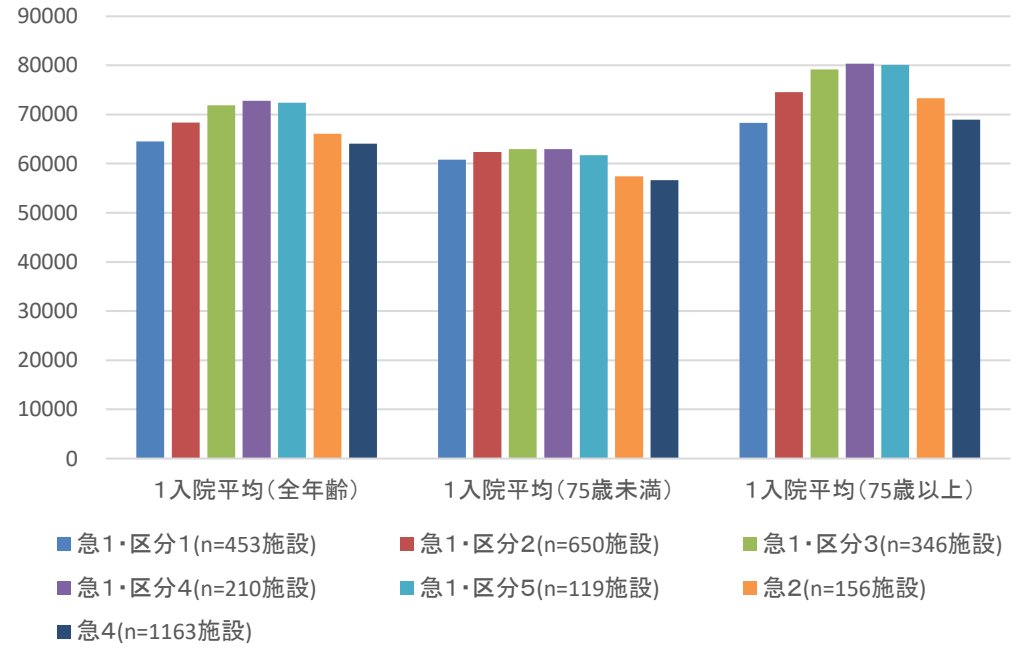
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年8月～10月分）※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

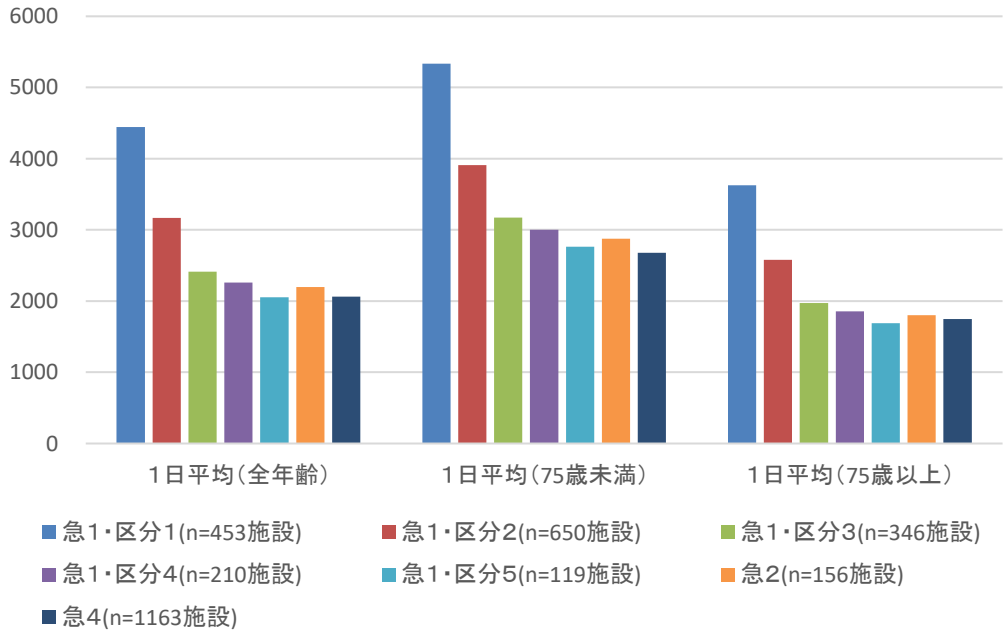
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑧

○　急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群は、１入院当たりの出来高実績点数は高いが、入院料等を除いた１日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料２及び急性期一般入院料４と同程度に低かった。

急性期一般入院料1，2及び4における1入院当たりの平均出来高実績点数（入院料を含む。）



急性期一般入院料1，2及び4における1日当たりの平均医療資源投入量
※総医療資源投入量から、入院料とリハビリテーションを除く。



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

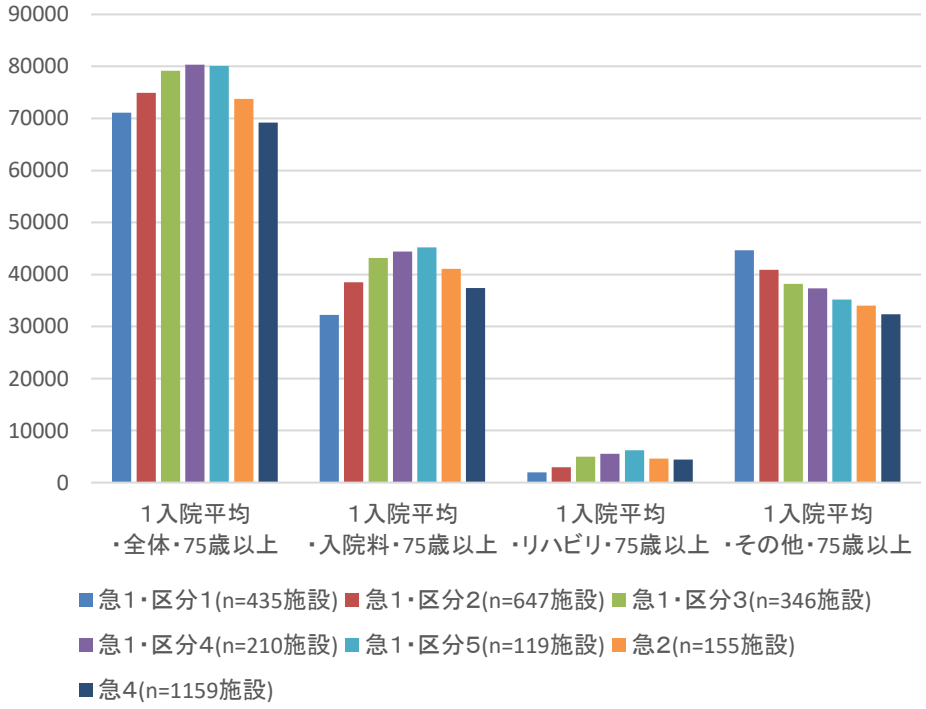
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

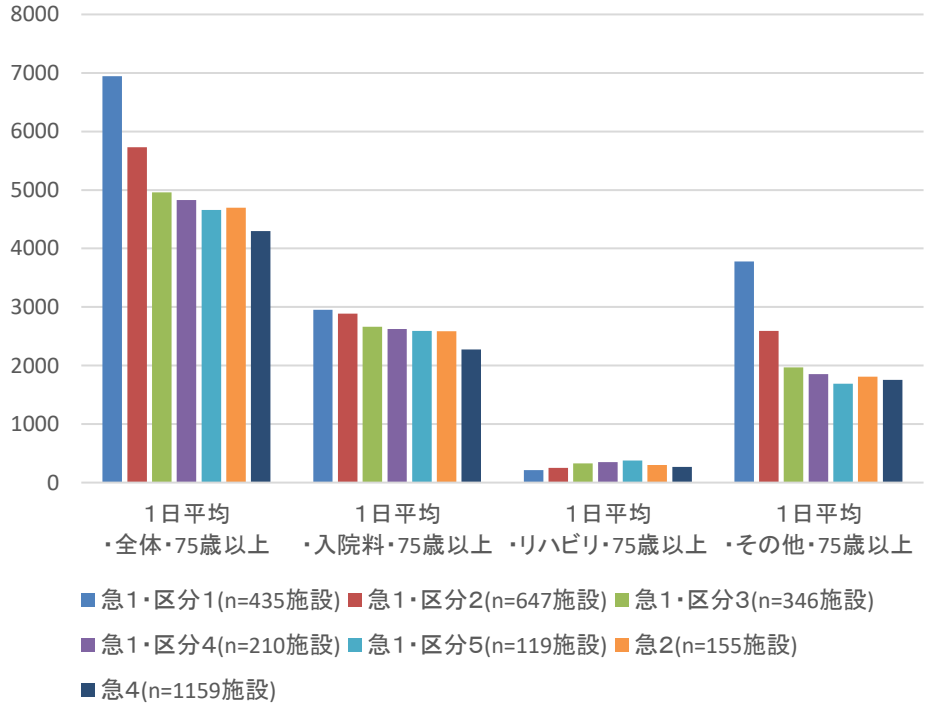
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑨

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、
- 急性期一般入院料2との比較では、1日当たりの入院料の点数及び「その他」の点数は大きく変わらないものの、在院日数が長いことから1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
- 急性期一般入院料4との比較では、1日当たりの「その他」の点数は大きく変わらないものの、入院料の点数が高く、1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
- 急性期一般入院料2と4のいずれとの比較でも、1日当たりのリハビリテーションの点数は高かった。

急性期一般入院料1，2及び4における75歳以上の患者に対する1入院当たりの医療資源投入量（全体、入院料、リハビリテーション、その他）



急性期一般入院料1，2及び4における75歳以上の患者に対する1日当たりの医療資源投入量（全体、入院料、リハビリテーション、その他）



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

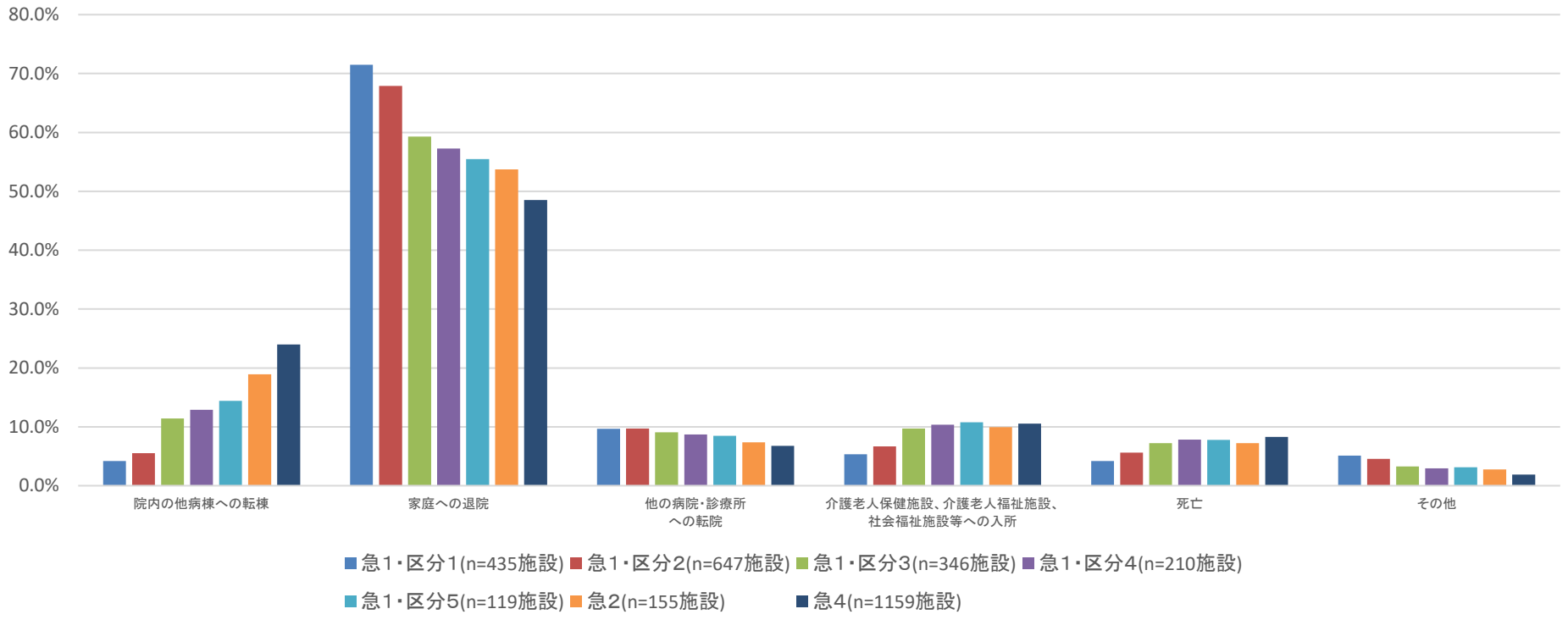
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑩

○　急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群における75歳以上の患者の退院先は、家庭への退院の割合が小さく、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所、死亡の割合が大きかった。

急性期一般入院料1，2及び4の75歳以上の入院患者における退院先



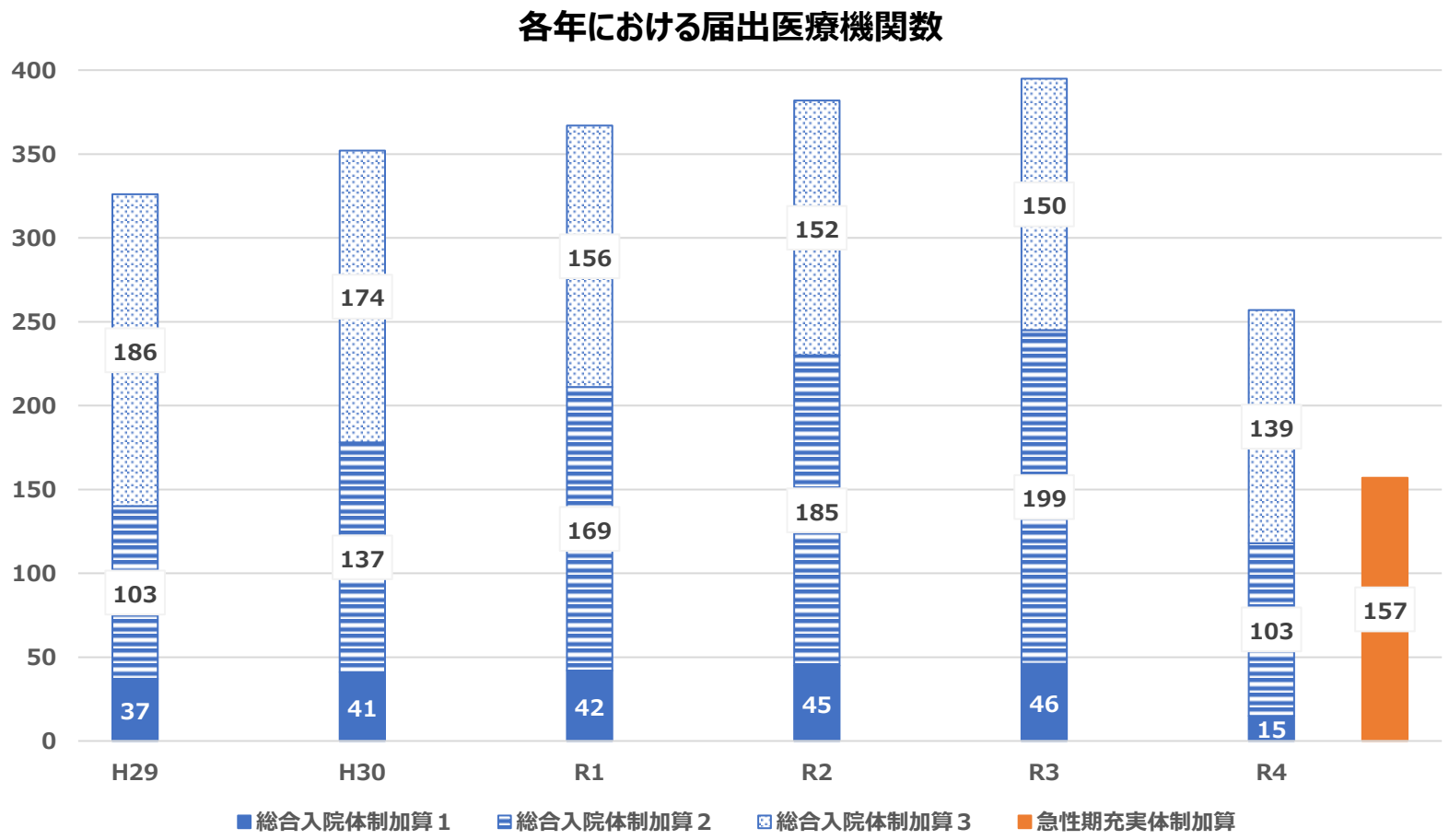
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

○　近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。

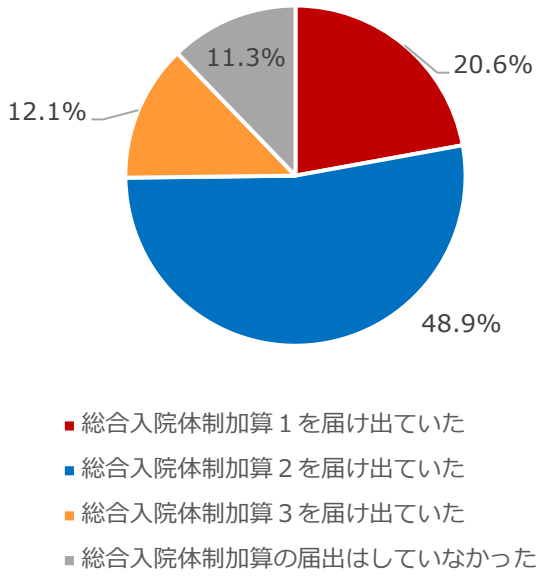


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況）

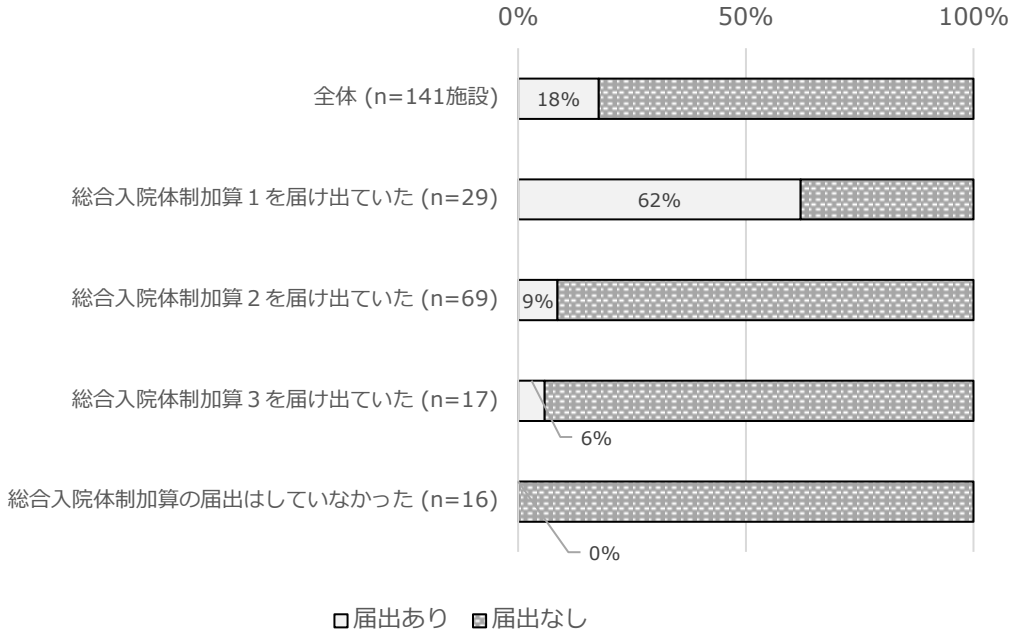
急性期充実体制加算等の届出状況

○ 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関においては、急性期充実体制加算以前は総合入院体制加算１又は2を届け出ている医療機関が多かった。
○ 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、18%が精神科充実体制加算の届出を行っており、急性期充実体制加算の前には総合入院体制加算1を届け出ている施設において、精神科充実体制加算の届出割合が高かった。

令和５年６月時点で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における令和３年度時点の総合入院体制加算の届出状況（n=141）



急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における精神科充実体制加算の届出状況（令和３年度時点の総合入院体制加算の届出状況別）
（令和５年６月時点）



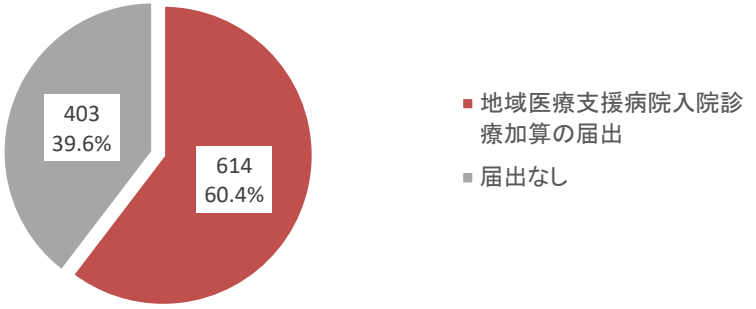
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

急性期医療機関の類型別の小児医療等の実施状況

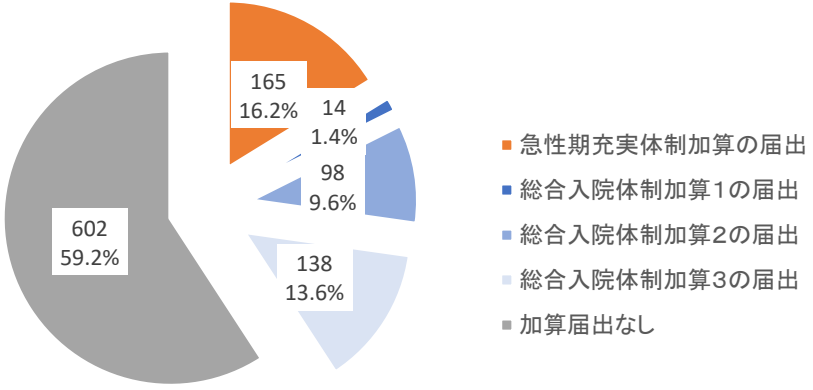
○　令和４年９月時点で、急性期一般入院料１を届け出ている許可病床数200床以上の医療機関のうち、地域医療支援病院入院診療加算、急性期充実体制加算、総合入院体制加算を届け出ている医療機関における小児、周産期、精神医療に係る診療実績は以下のとおり。

○　総合入院体制加算１を届け出ている医療機関では、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い。

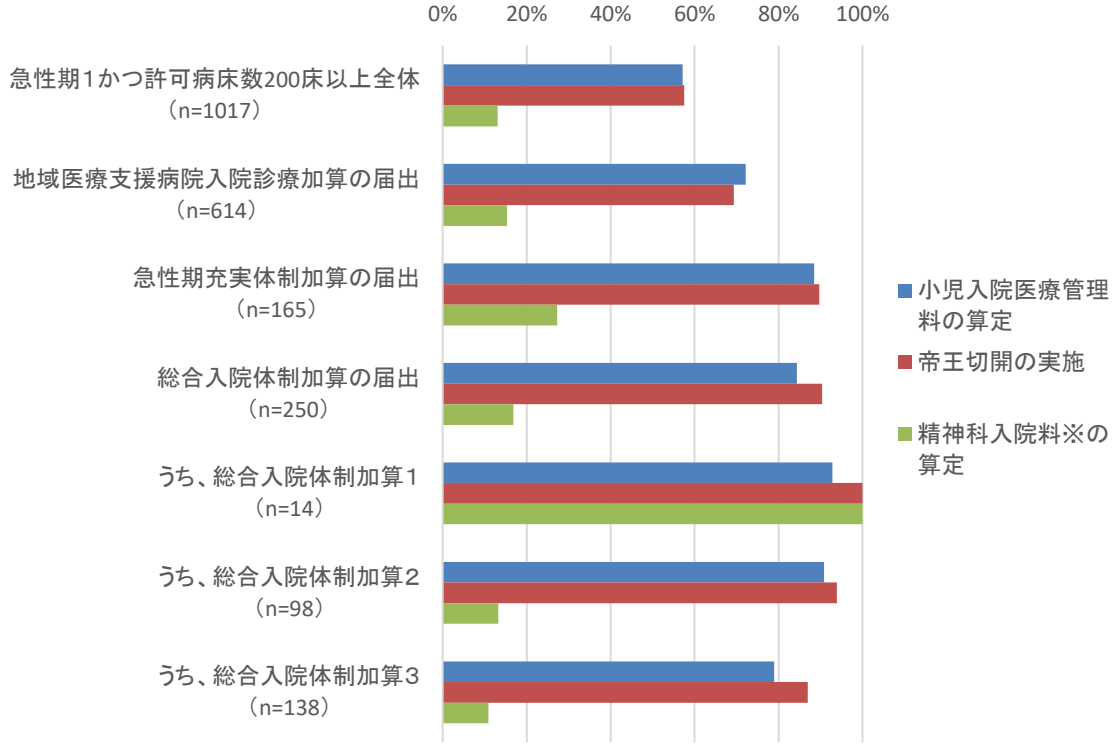
急性期１かつ許可病床数200床以上の医療機関における地域医療支援病院入院診療加算の届出状況



急性期１かつ許可病床数200床以上の医療機関における急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況



急性期医療機関の類型別の小児、周産期、精神医療の診療実績

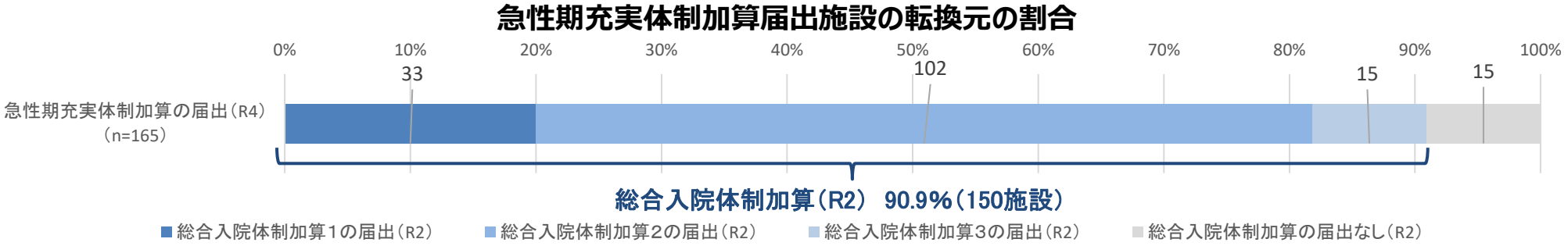


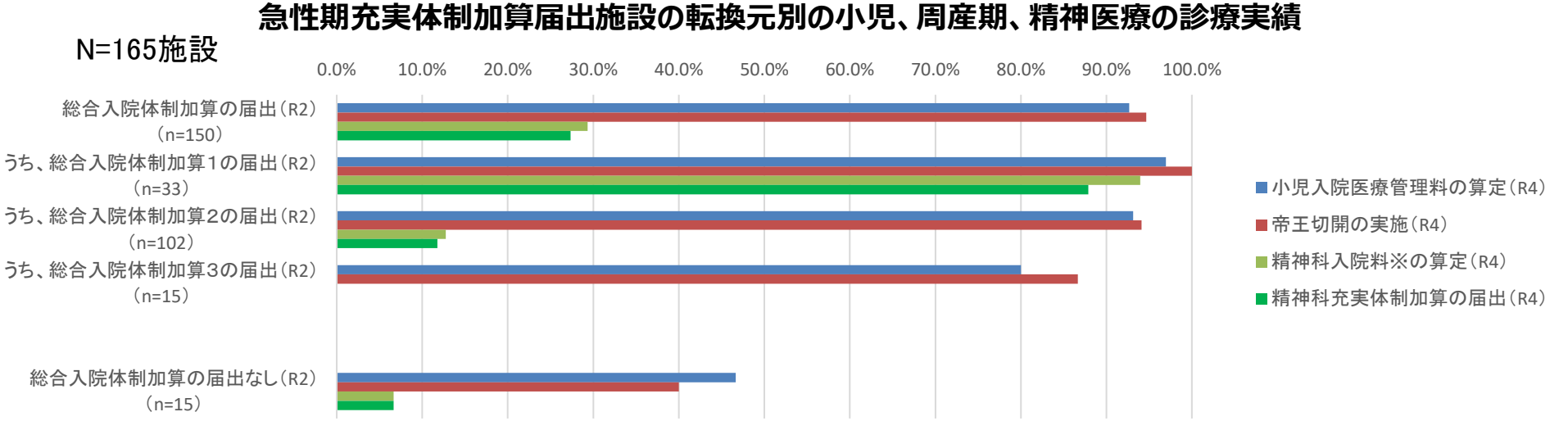
※　出典：令和４年９月DPCデータ

※A103精神病棟入院基本料、A311精神科救急急性期医療入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料

急性期充実体制加算の届出施設の転換元について

○　令和４年９月時点で、許可病床数200床以上であって、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関（165施設）のうち、令和２年９月時点で総合入院体制加算を届け出ていた施設は90.9%（150施設）であった。
○　急性期充実体制加算の届出施設のうち、元々総合入院体制加算を届け出ていた施設では、総合入院体制加算を届け出ていなかった施設に比して、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い。

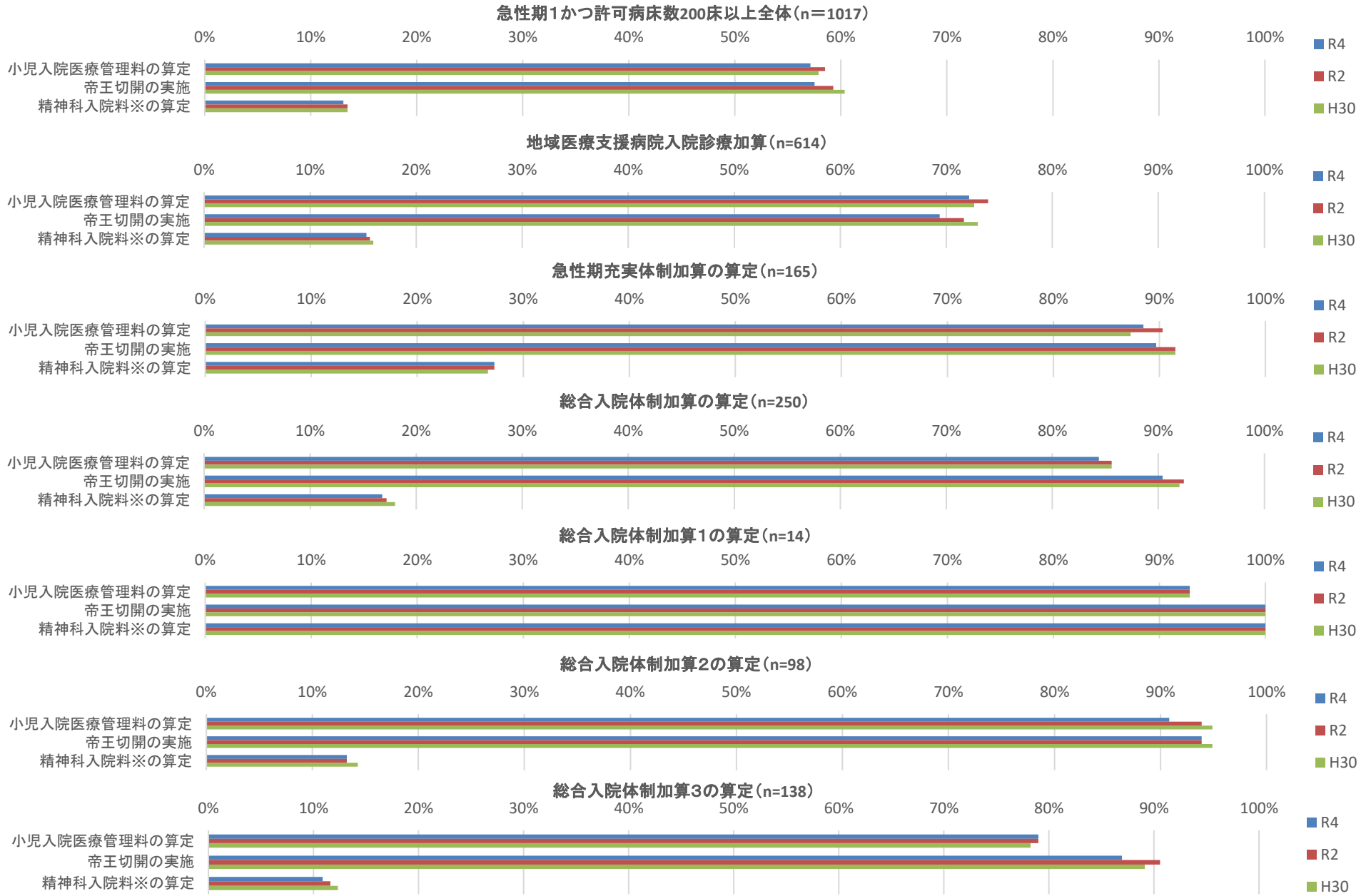




※　出典：各年９月DPCデータ

※A103精神病棟入院基本料、A311精神科救急急性期医療入院料、A311−2精神科急性期治療病棟入院料、A311−3精神科救急・合併症入院料、A311−4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料の算定

急性期医療機関の類型別の小児医療等の実施状況（時系列）



※　出典：各年9月DPCデータ

※A103精神病棟入院基本料、A311精神科救急急性期医療入院料、A311−2精神科急性期治療病棟入院料、A311−3精神科救急・合併症入院料、A311−4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出施設ヒアリング結果①

Ⅰ．ヒアリング実施状況

ヒアリング実施期間：令和5年2月～3月実施　保険局医療課による調査

ヒアリング実施施設：総合入院体制加算届出施設4施設、急性期充実体制加算届出施設9施設

ヒアリング調査の目的：急性期充実体制加算が新設されたことによる、同加算届出医療機関及び総合入院体制加算届出医療機関における提供体制への影響を把握する

Ⅱ．総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の今後の届出見込みについて

- 急性期充実体制加算の施設基準を満たせば、届出を行う施設がある一方で、重症心身障害者病棟を維持するために今後、急性期充実体制加算の届出を行わない施設があった。（病床数の合計9割以上が一般病床である必要があるため）
- 令和4年4月以前、総合入院体制加算2の届出施設が総合入院体制加算1の施設基準の届出に向け、精神科病床の準備を検討していたが、急性期充実体制加算が新設されたため、精神科病床を持たない決断をし、急性期充実体制加算の届出を行った施設があった。
- 令和4年4月以前、総合入院体制加算2の届出を目指していた施設が、総合入院体制加算の施設基準である「転帰が治癒等の患者の割合が4割以上」の条件を満たせなかったが、急性期充実体制加算が新設されたため、急性期充実体制加算の届出を行った施設があった。

Ⅲ．届出施設別の回答状況

＜総合入院体制加算届出施設＞

①急性期充実体制加算の施設基準のうち、満たすことが困難な要件

- 手術の実績要件（手術件数、全身麻酔手術件数、緊急手術件数）
- 一般病棟の病床数の合計が9割以上（重症心身障害者病棟などがあるため）

②総合入院体制加算届出施設の入院受け入れ状況

- 令和4年4月以前の状況と令和5年1月1日時点の状況、今後の見込みについて、大きく体制を変更している施設は無かった。
- 地域の医療機関との役割分担、入院受け入れの状況については、以下の通り。

小児医療 受け入れ・標榜 （4施設／4施設）	・ 総合周産期母子医療センターのNICUが満床の場合、地域周産期母子医療センターとして新生児搬送を受け入れている。 ・ 地域医療支援病院として地域の医療機関と連携し、小児輪番制にも参加している。 ・ 小児地域医療センターとして、小児救急医療を24時間対応している。
周産期医療 受け入れ・標榜 （4施設／4施設）	・ 地域周産期母子医療センターとして、地域と連携して周産期医療を行っている。 ・ 高度な周産期医療及び24時間体制による周産期救急医療（緊急手術含む）を提供している。 ・ 精神症状を有する妊婦等の複合的な疾患を有する患者の診療体制については、4施設とも受け入れ可能。
精神科入院医療 受け入れ・標榜 （4施設／4施設）	・ 2つの精神科病棟にて精神科入院医療を提供している。 ・ 精神科救急医療体制に参加し、措置入院も受け入れている。 ・ 総合病院の特性を活かした精神科機能、連携医療を提供し、精神科救急を持つ施設と輪番体制を取っている。 ・ 精神科として身体合併症を有する患者の対応が地域で求められているため維持する必要がある。 ・ 総合病院でしか対応できない症例に対し、速やかな対応を行うなど急性期医療に特化し、単科精神科病院との機能分化を行っている。

出典：保険局医療課調べ

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出施設ヒアリング結果②

＜急性期充実体制加算届出施設＞

①急性期充実体制加算届出施設の入院受け入れ状況

- 令和4年4月以前の状況と令和5年1月1日時点の状況について、大きく体制を変更している施設は無かった。今後の計画として、精神疾患・身体合併症患者への診療体制充実のため、精神疾患・身体合併症専用病床の配置を検討している施設があった。
- 地域の医療機関との役割分担、入院受け入れの状況については、以下の通り。

小児医療 受け入れ・標榜 （9施設／9施設）	・ 小児救急医療の三次受け入れ、人工呼吸器管理、血液浄化療法を要する患者、重症心身障害児のメディカルショートステイの受け入れ等を行っている。 ・ 主に小児心身症や発達障害について専門的な治療を行っている。 ・ 小児を含む救急の受け入れを行っている（小児外科含む）。小児病床をコロナ病床として運用していたが、状況が落ち着けば、小児入院医療管理料の再届出を行う。
周産期医療 受け入れ・標榜 （9施設／9施設）	・ 精神科疾患のあるハイリスク妊産婦の対応や外国人の受け入れも多く行っている ・ 合併症を有する妊娠も他科と連携して周産期医療を提供している。ハイリスクの妊産婦はNICUを有する施設と連携を行っている。 ・ 合併症妊娠など突発な緊急事態に備えた体制を整備している。 ・ 精神症状を有する妊婦等の複合的な疾患を有する患者の診療体制については、9施設とも受け入れ可能。
精神科入院医療 受け入れ・標榜 （7施設／9施設） ※「精神科主科としての入院受け入れを行っていない」、「精神科標榜なし」の施設が2施設	・ 精神科救急の基幹病院として、身体合併症のある患者の受け入れ、摂食障害等で身体管理の必要な若年の患者の受け入れ等、他の精神科単科病院での対応困難事例について、受け入れを行っている。 ・ 急性期の精神患者を中心に受け入れを行っている。 ・ 入院が必要な急性期の精神患者や精神疾患を有する妊産婦について、受け入れを行っている。 ・ 精神科救急・合併症に特化して受け入れを行っている。 ・ 精神疾患のある急性期治療を必要とする救急患者の受け入れを行っている。 ・ 精神科専用病床を持っていないため、精神科が主科の患者の受け入れは行っていない。

Ⅳ．その他、急性期入院医療の診療報酬上の評価についての意見

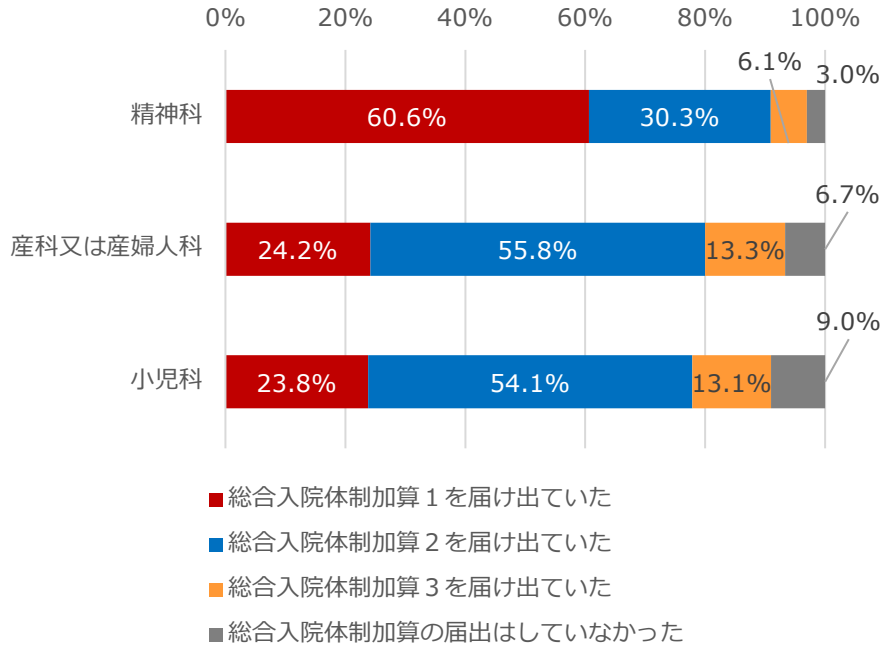
- 地域の特性やそのニーズに応えるべく、高度救命救急センターや周産期母子医療センターなどの急性期医療のみならず、結核やホスピス・重症心身障害者病棟を含め、総合且つ専門的な医療提供を実践している。このような地域の特性を踏まえた急性期医療の評価をして欲しい。
- 一般病院でも取得できるような急性期充実体制加算ではなく、地域の最後の砦として複雑な疾患を受け入れている病院に対し、さらに上の評価があって欲しい。
- 総合入院体制加算の実績要件として、手術件数や手術項目で限定されるため、地方の中核病院で全身麻酔件数2,000件、緊急手術350件といった実績をクリアするのは困難である。
- 精神科領域では、認定看護師などの資格を持った看護師、精神保健福祉士が非常に少なく、体調不良や退職により途端に運用できなくなる。地方の人材維持や確保の困難に対して緩和等の配慮を設けて欲しい。

出典：保険局医療課調べ

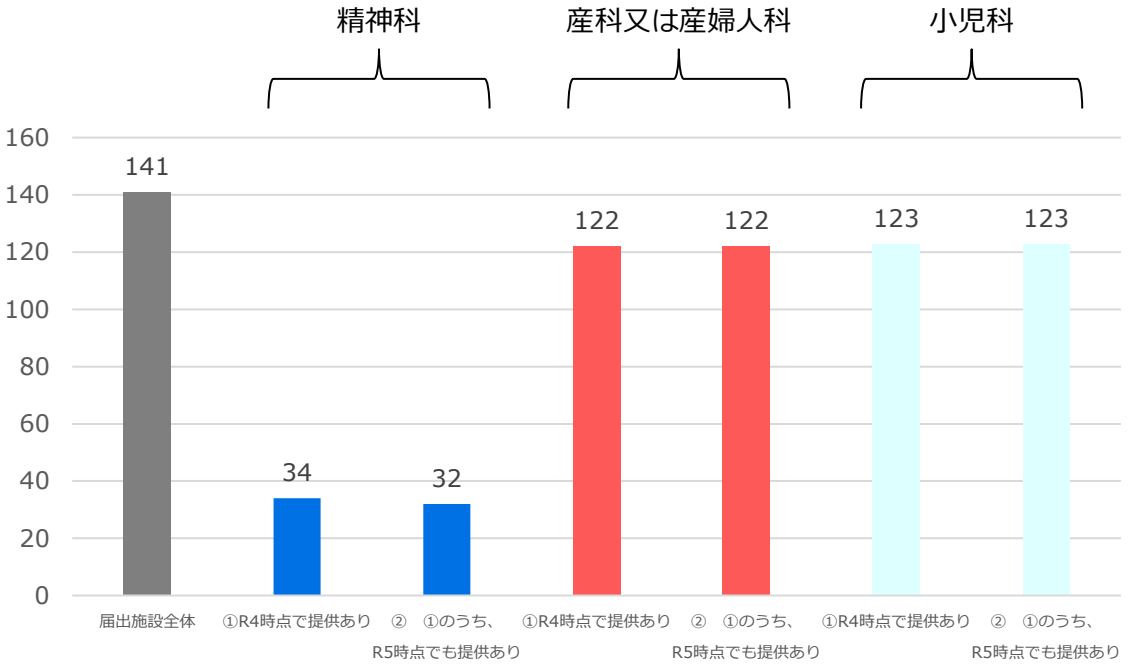
急性期充実体制加算等の届出状況

○ 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、精神科、産科又は産婦人科、小児科の入院医療を提供している医療機関は、急性期充実体制加算の届出以前は総合入院体制加算１又は2を届け出ている場合が多かった。
○ 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち一部に、令和４年時点では精神科の入院医療の提供を行っていたが、令和5年時点では行っていない施設があった。

急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、令和５年６月時点で精神科、産婦人科及び小児科の入院医療を提供している医療機関における令和３年度時点の総合入院体制加算の届出状況



急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における精神科、産婦人科及び小児科の入院医療の提供状況
（令和４年３月時点及び令和５年６月時点）



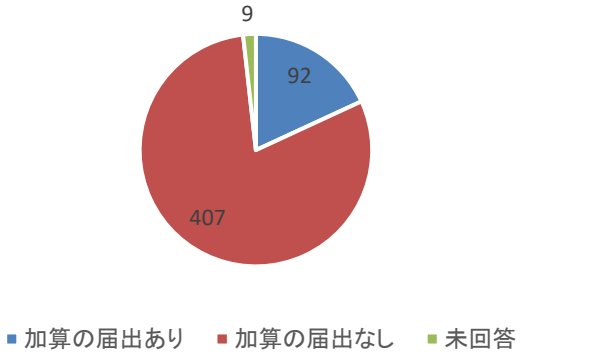
※令和４年３月時点では精神科の入院医療を提供していた施設のうち、令和５年６月時点では提供していない２施設は、急性期充実体制加算の前はそれぞれ総合入院体制加算１、総合入院体制加算３の届出を行っていた。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

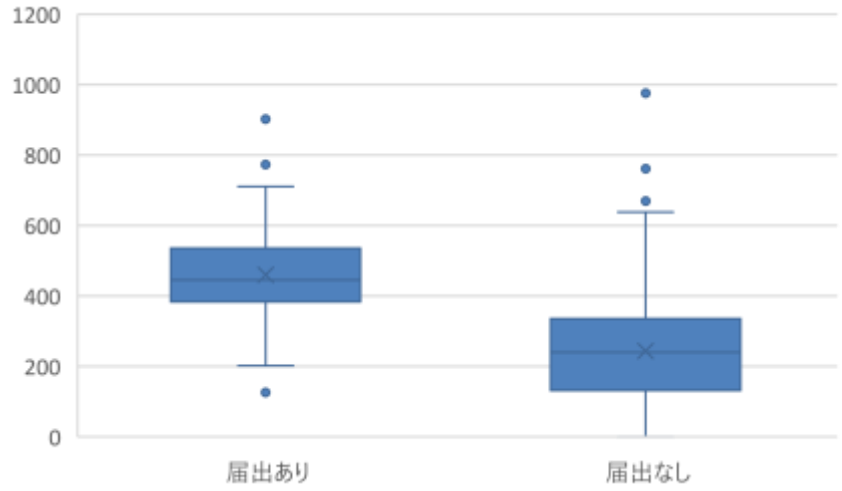
急性期充実体制加算の届出状況①

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

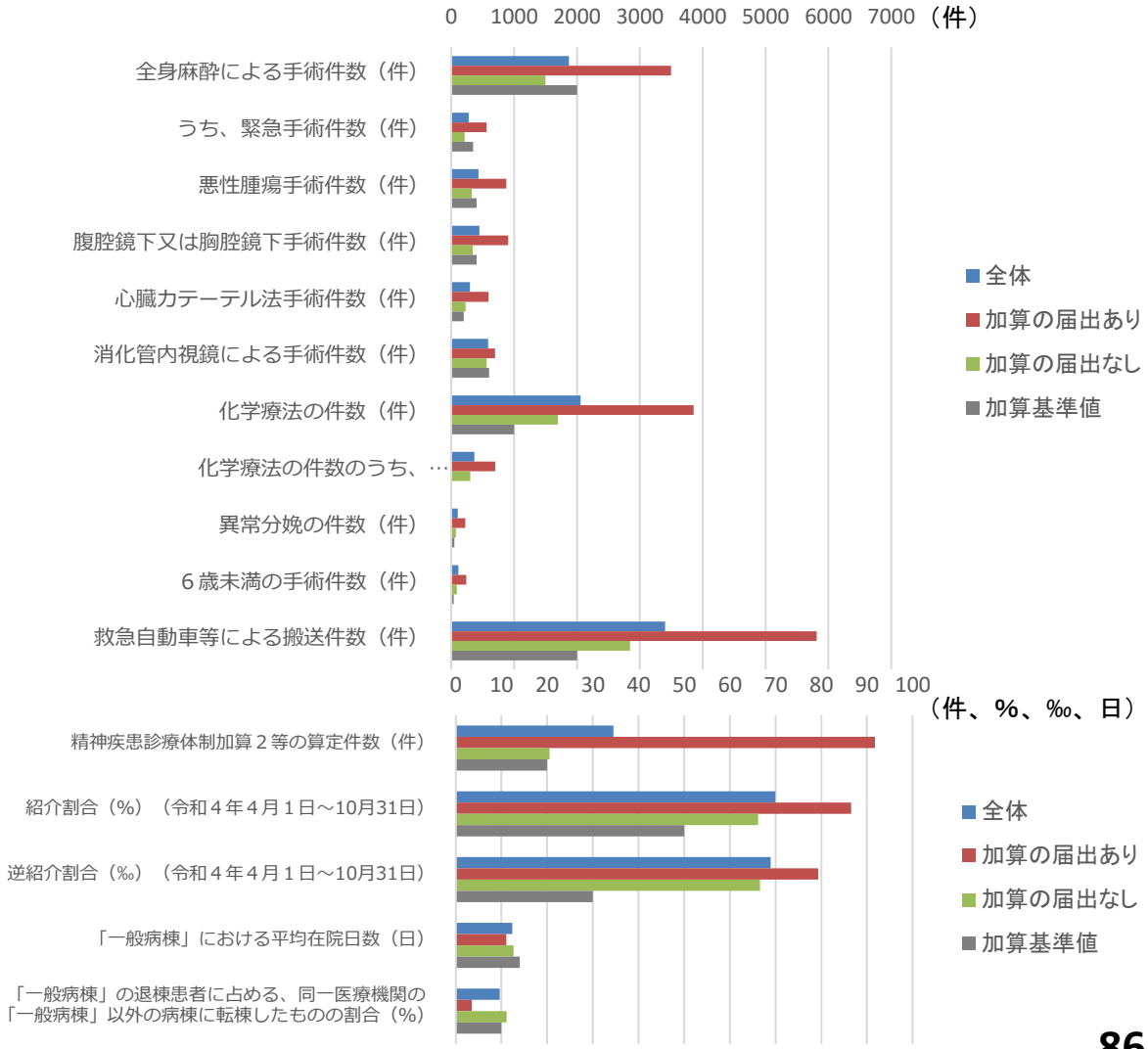
回答施設のうち急性期一般入院料１における急性期充実体制加算の届出状況（n=508）



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料１の届出病床数



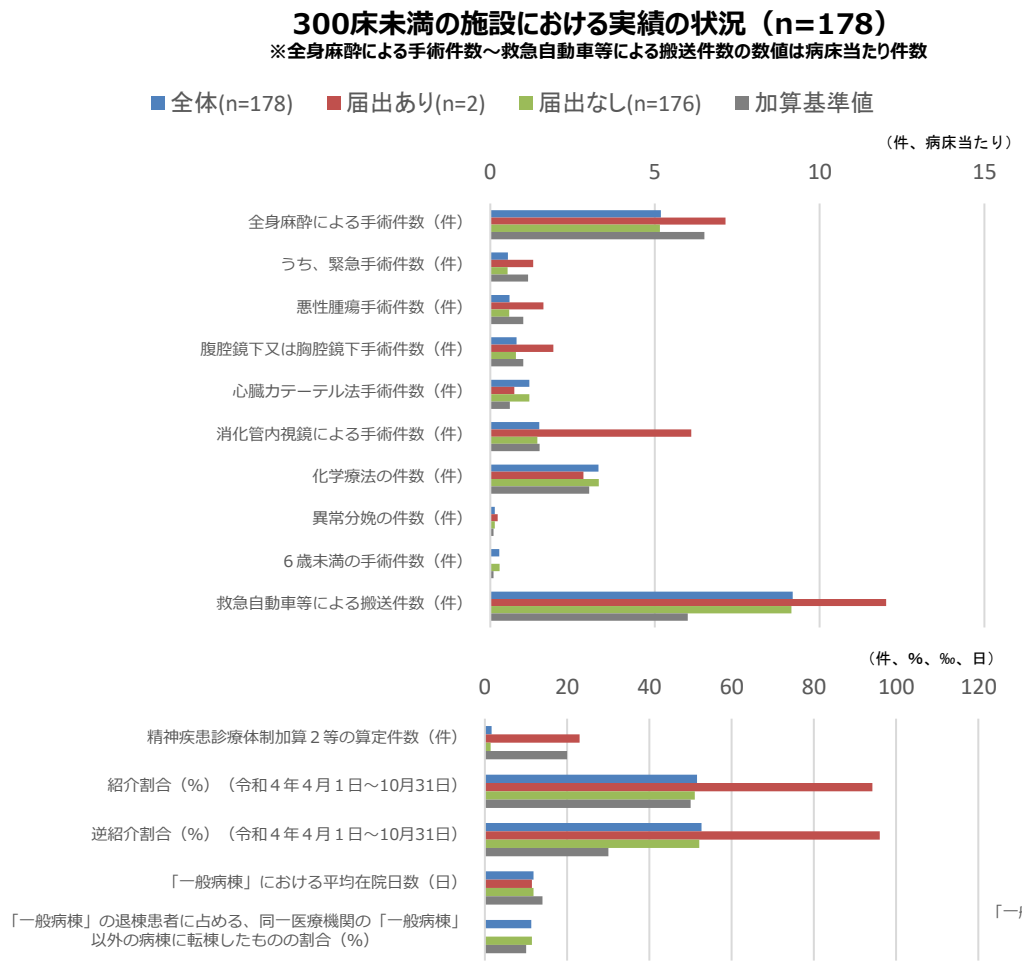
急性期一般入院料１における施設基準に関連する実績の状況（n=508）

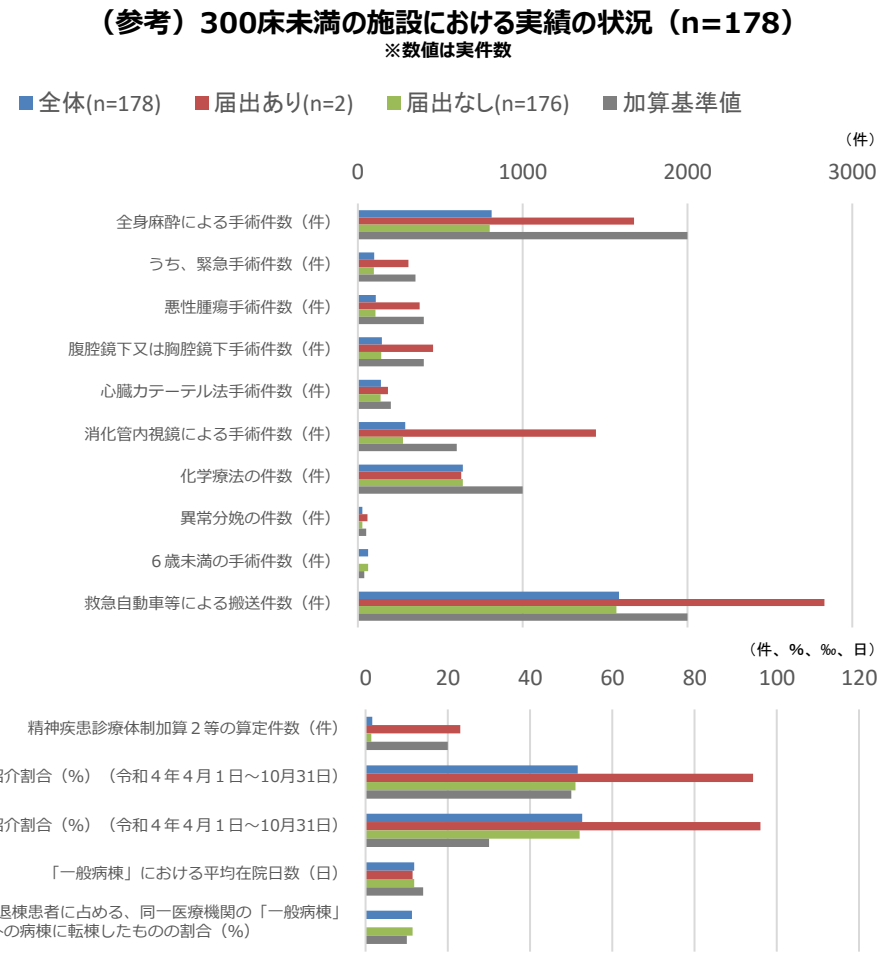


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

病床規模ごとの急性期充実体制加算の届出状況①

○　急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が300床未満の施設における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。



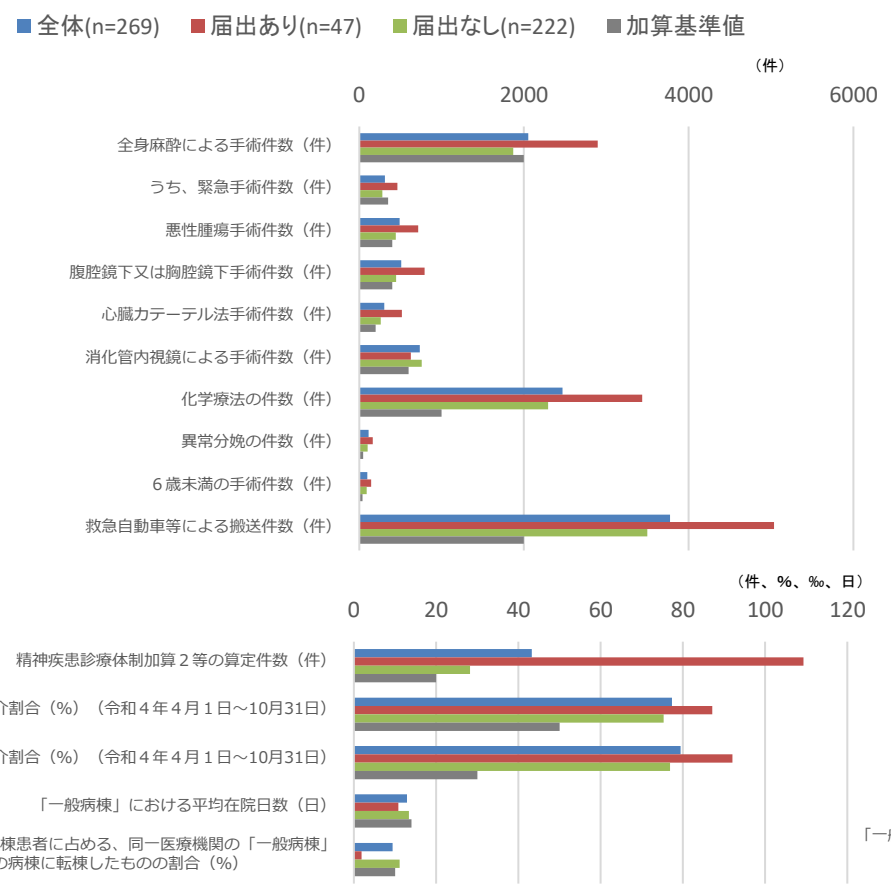


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

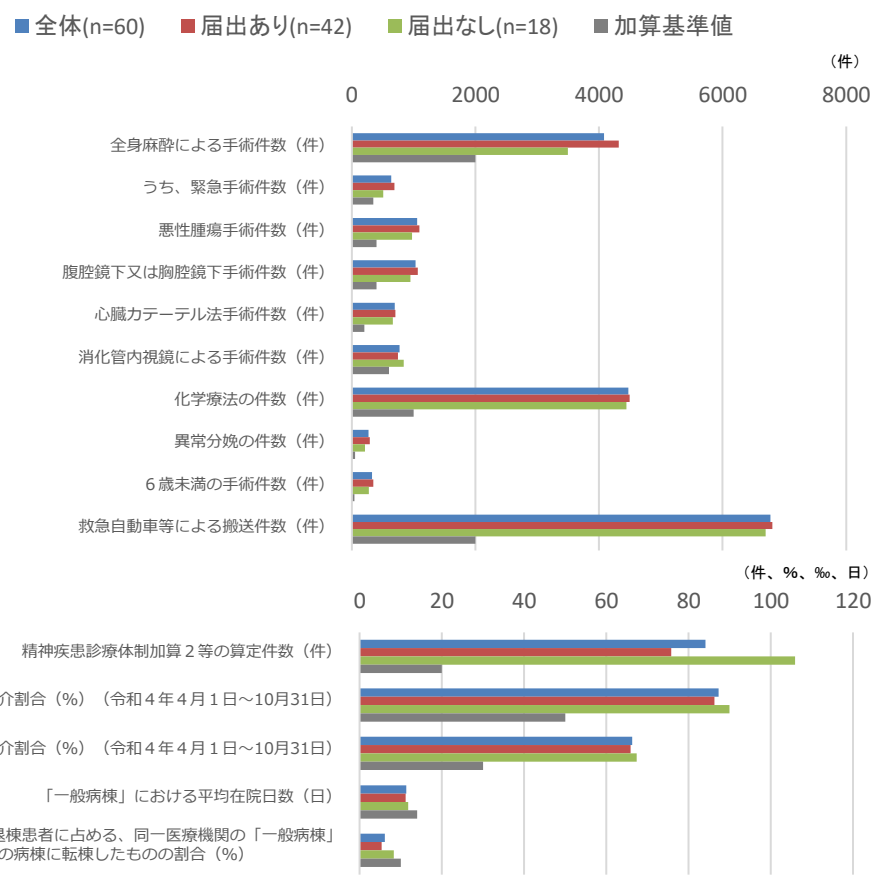
病床規模ごとの急性期充実体制加算の届出状況②

○　急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が300床以上～600床未満の施設及び600床以上の施設における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。
○　300床以上の施設においては、各項目の基準値を超えるものも多かった。

300床以上～600床未満の施設における実績の状況（n=269）
※数値は実件数



600床以上の施設における実績の状況（n=60）
※数値は実件数



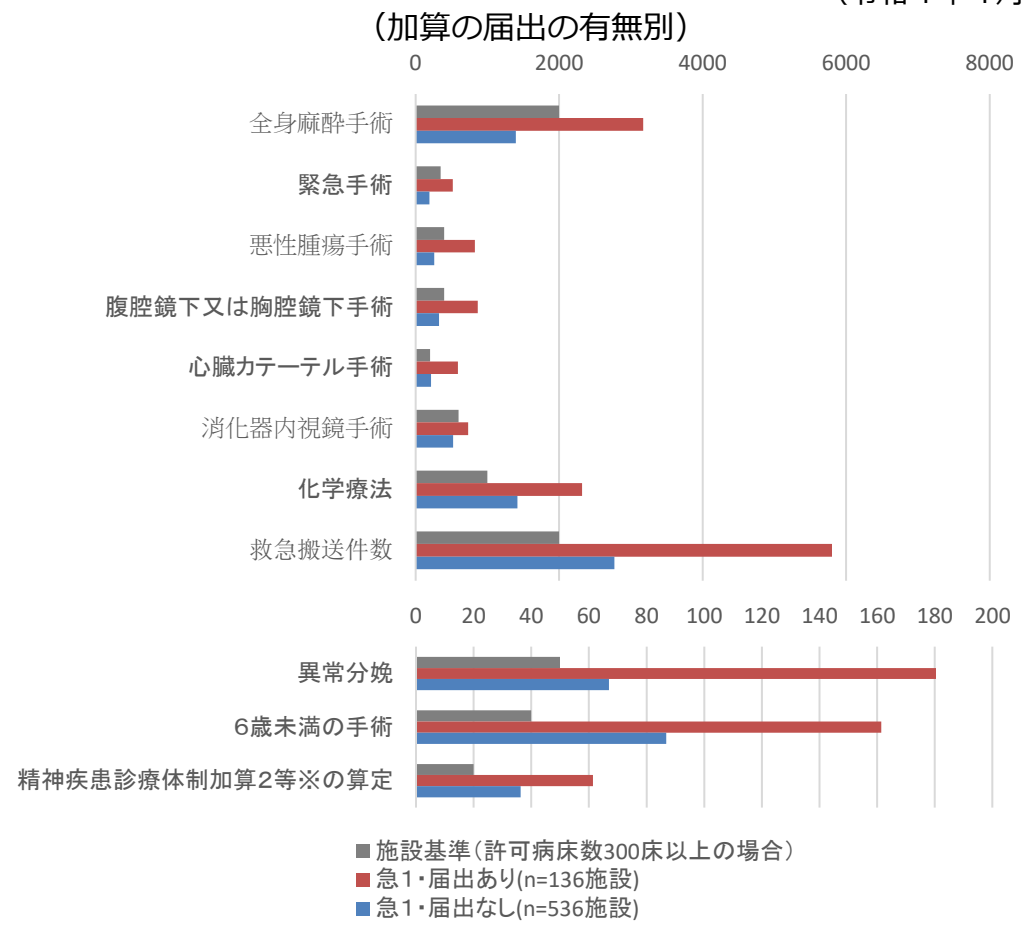
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

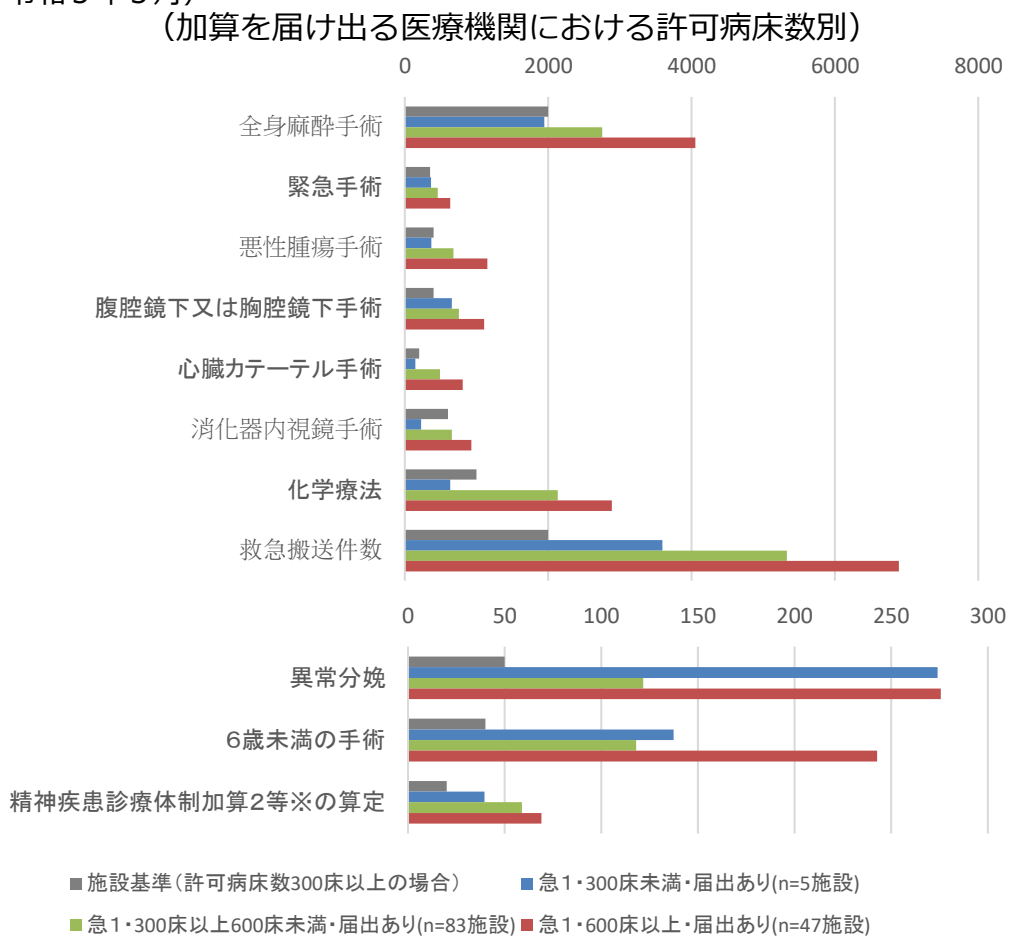
急性期充実体制加算の届出状況

○　令和5年6月時点で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関全体の平均では、施設基準に係る診療実績の件数は、基準を大きく超えているものが多かった。
○　許可病床数別の診療実績の平均では、300床未満で急性期充実体制加算の届出を行う医療機関においては、300床以上の医療機関に適用される基準を満たしていない項目が多かった。

急性期一般入院料１における急性期充実体制加算の施設基準に係る診療実績の平均件数

（令和４年４月～令和５年３月）





※　精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２に規定する精神疾患診断治療初回加算

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

急性期充実体制加算の届出状況

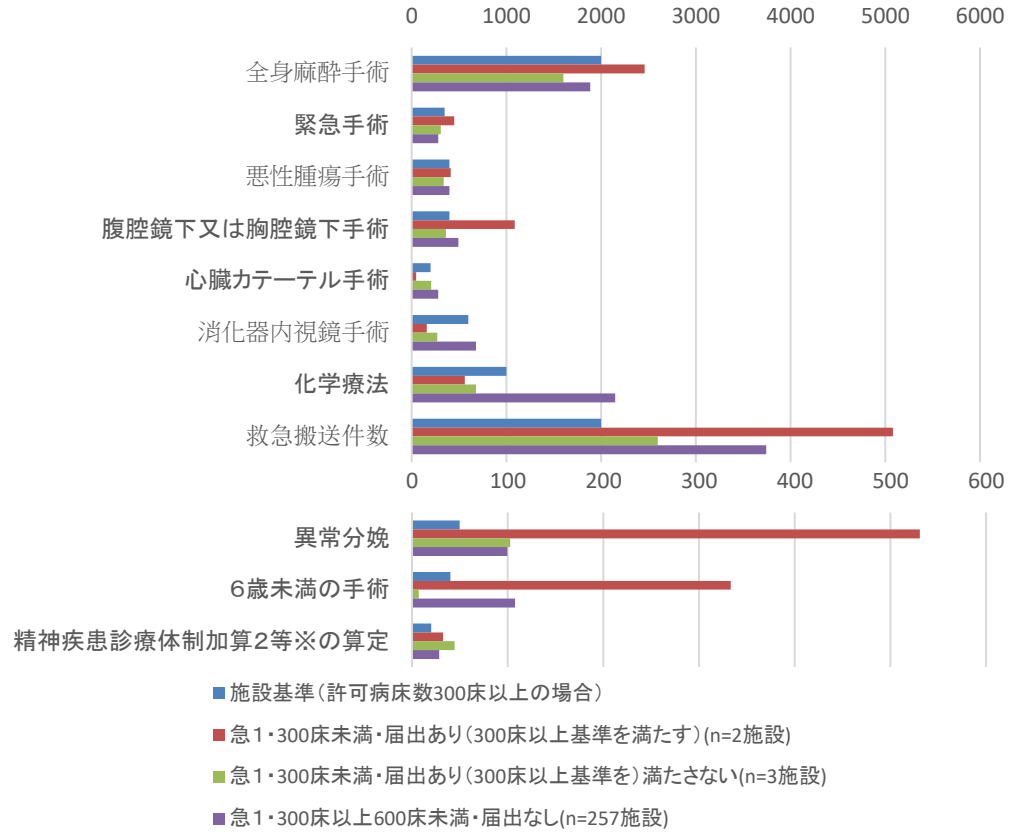
○　許可病床数が300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、一部は、300床以上の医療機関に適用される施設基準を満たしていた。
○　許可病床数が300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、300床未満の医療機関に適用される施設基準のみを満たしている施設の平均では、施設基準に係る診療実績の多くの項目において、許可病床数300床以上600床未満で急性期充実体制加算を届け出ていない医療機関における平均を下回っていた。

許可病床数300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における300床以上の医療機関に適用される施設基準の該当状況
（令和４年４月～令和５年３月の件数。○は基準以上、△は基準未満。）

	1	2	3	4	5
全身麻酔手術	△	△	○	○	△
緊急手術	△	△	○	○	△
悪性腫瘍手術	△	△	○	△	△
腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術	○	△	○	○	△
心臓カテーテル手術	○	○	△	△	△
消化器内視鏡手術	△	△	△	△	△
化学療法	△	△	△	○	○
救急搬送件数	○	○	○	○	○
異常分娩	○	△	△	○	△
６歳未満の手術	△	△	○	○	△
精神疾患診療体制加算２等※の算定	○	○	○	○	○

⇒3番、4番の施設は、300床以上の医療機関に適用される施設基準のみで、急性期充実体制加算の施設基準を満たす。

許可病床数300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関等における300床以上の医療機関に適用される施設基準の該当状況ごとの診療実績（平均値）
（令和４年４月～令和５年３月）

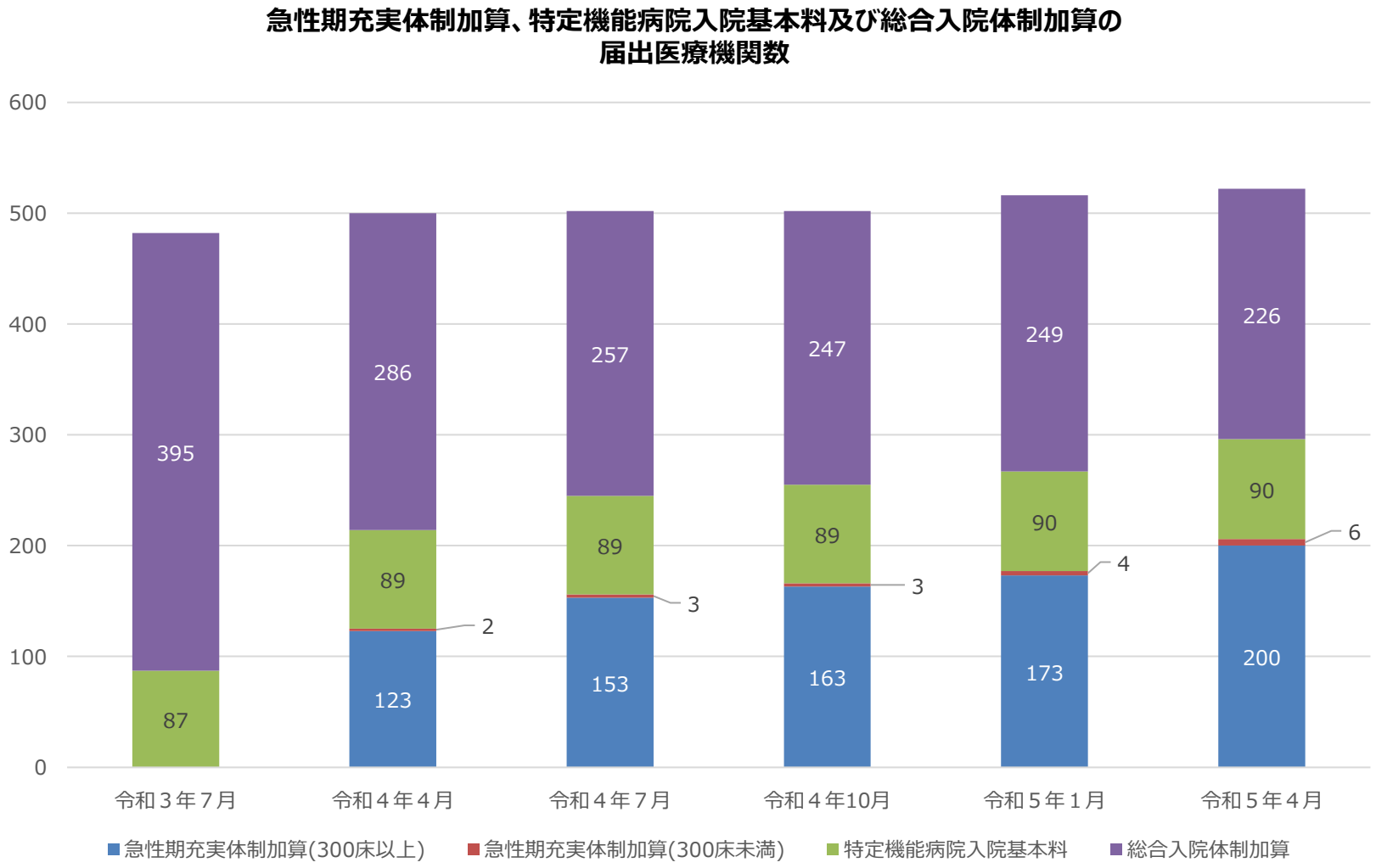


※　精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２に規定する精神疾患診断治療初回加算

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

急性期充実体制加算等の届出医療機関数の推移

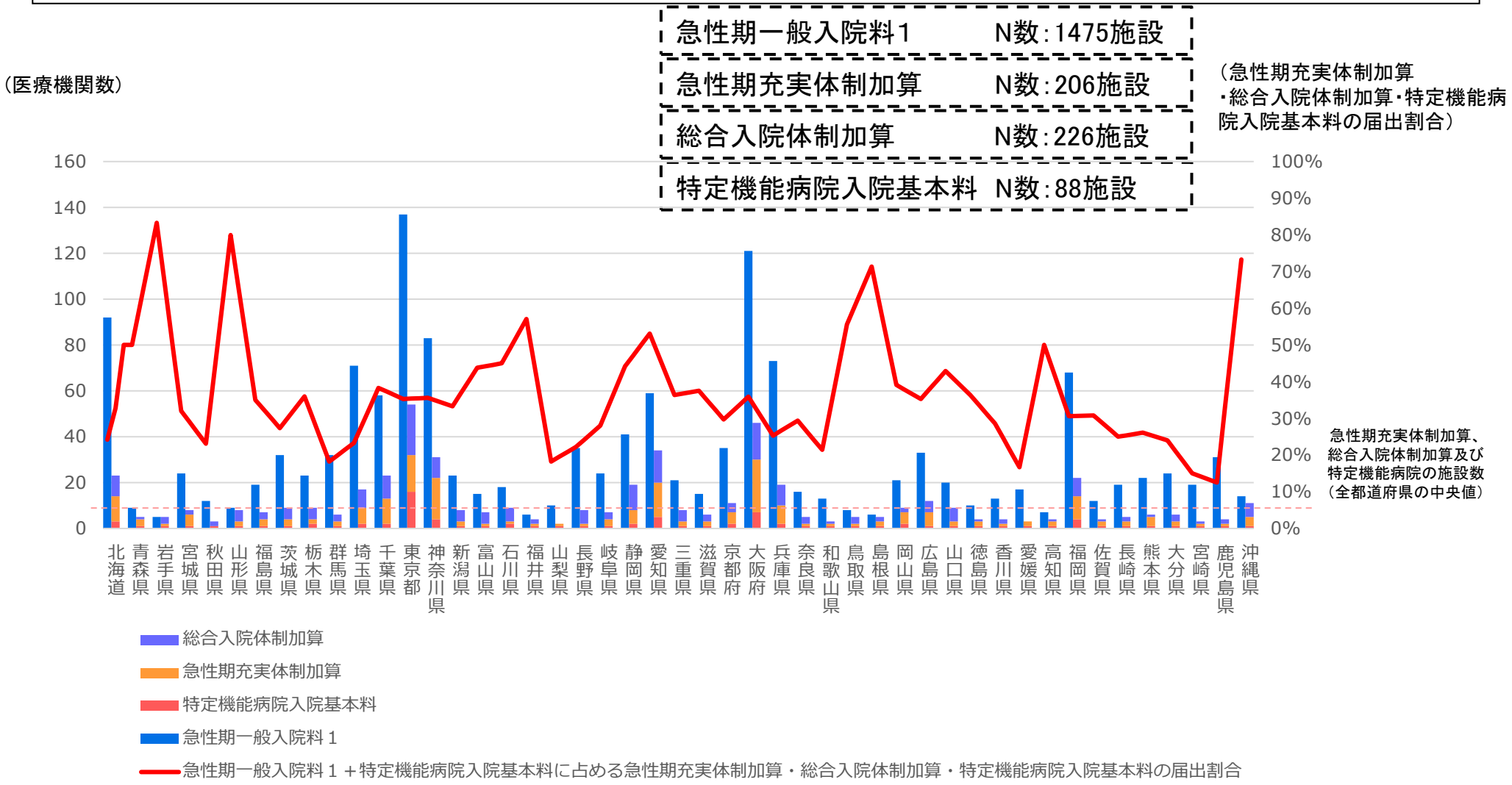
○　急性期充実体制加算の届出医療機関数は、令和４年４月の新設以降、増加傾向となっている。



出典：保険医療課調べ（速報値を含む。）

都道府県別の急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況について

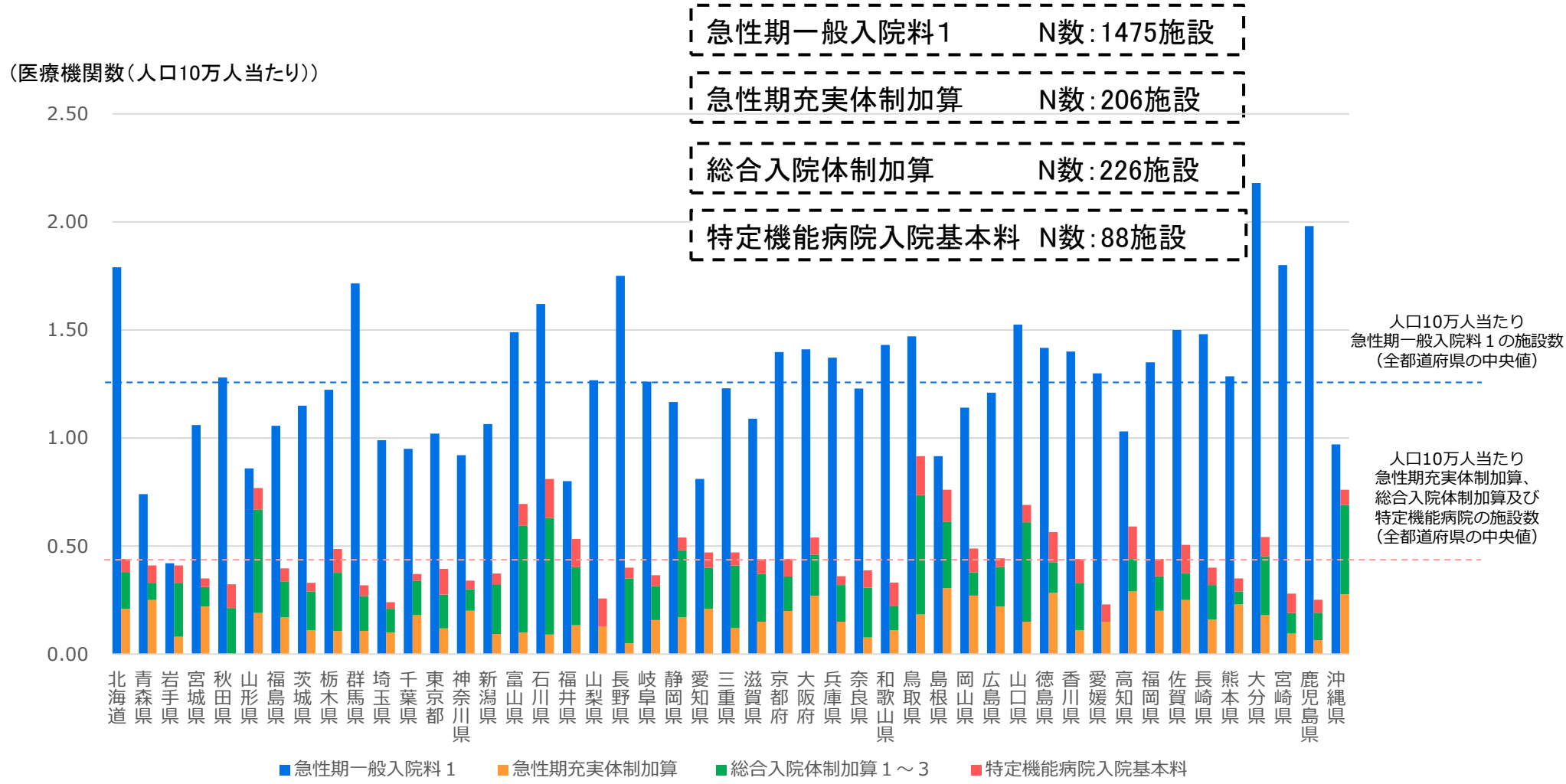
○ 令和5年4月時点における、急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出状況及び急性期一般入院料1の届出施設に占める急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出割合について、都道府県ごとにばらつきが見られる。



出典：保険医療機関等管理システム（令和5年4月1日速報値）

都道府県別の急性期一般入院料１等の届出状況（人口10万人当たり）について

○　令和５年４月時点における、人口10万人当たりの急性期一般入院料１・急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出施設数について、都道府県ごとにばらつきが見られる。

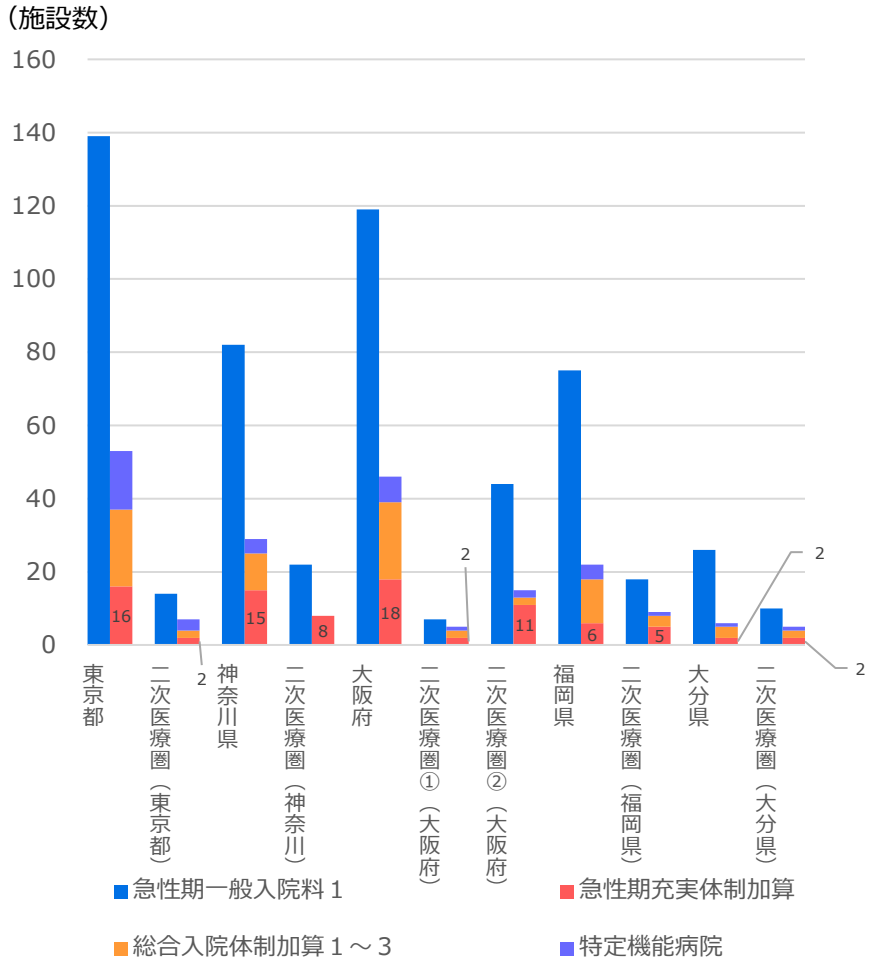


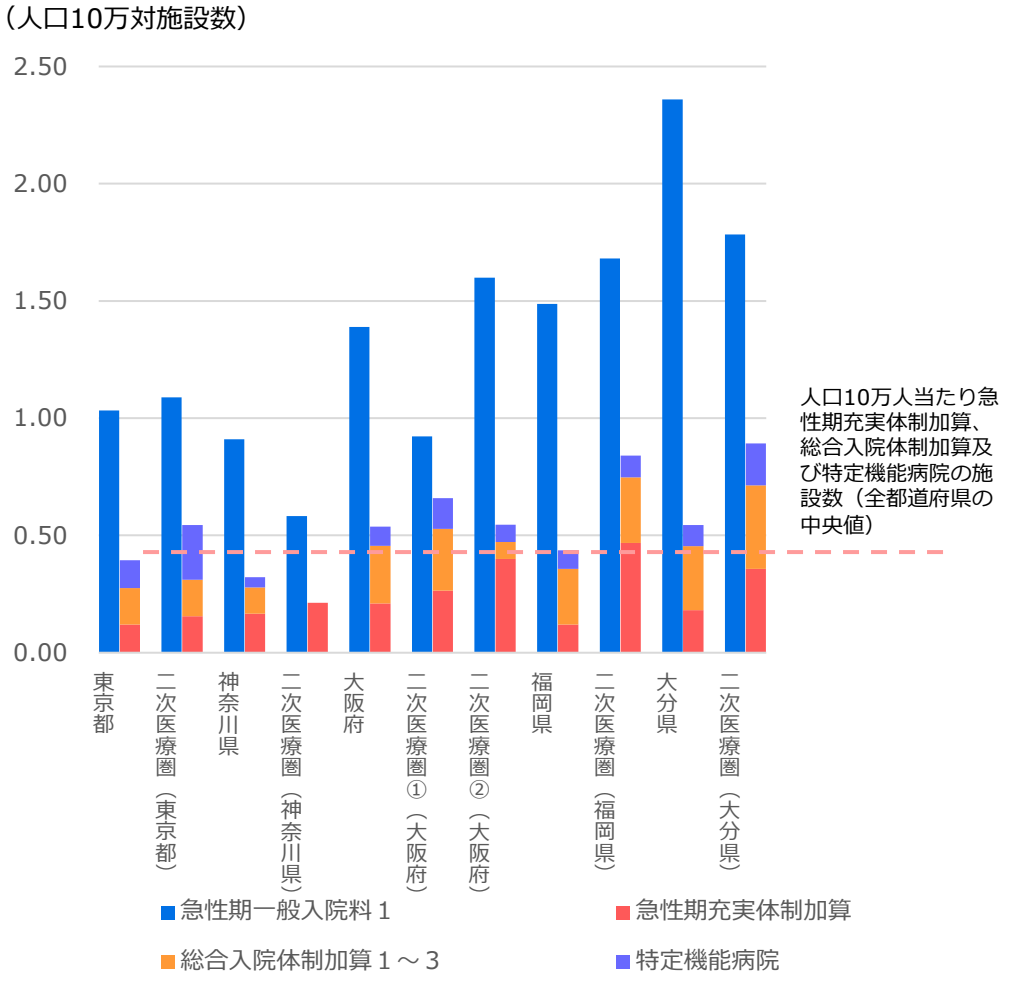
出典：保険医療機関等管理システム（令和５年４月１日速報値）、令和３年人口動態統計（確定数）

300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の状況

○ 令和5年4月の時点では、300床未満で急性期充実体制加算の届出を行っている医療機関は6施設あり、これらの所在する二次医療圏においては、全て他に急性期充実体制加算の届出医療機関があった。

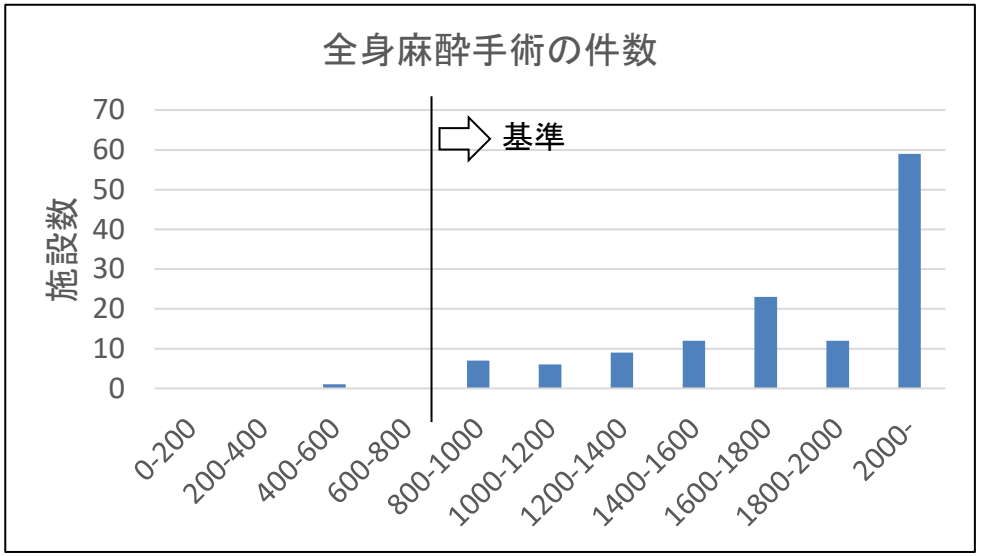
○ また、これらの二次医療圏においては、一つの二次医療圏を除き、全て特定機能病院が存在していた。

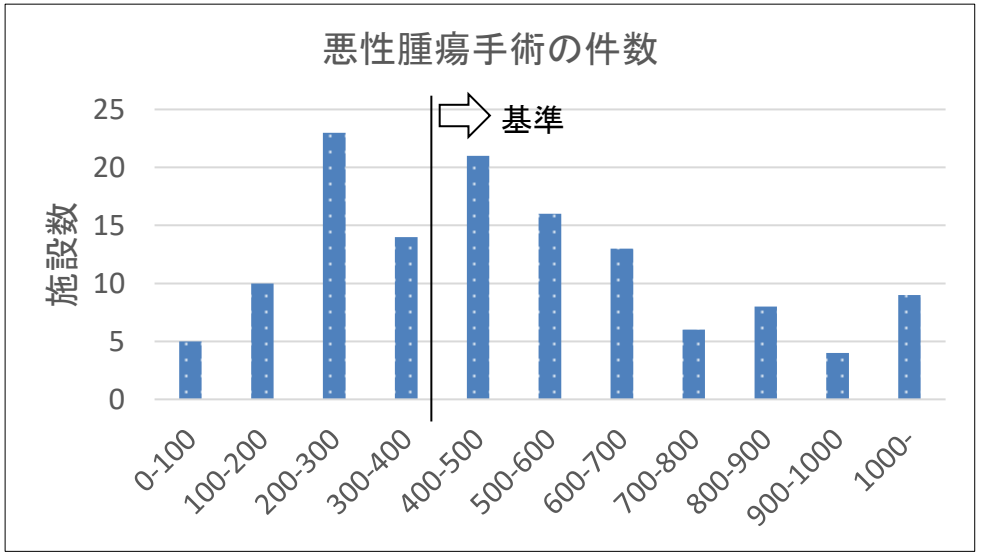


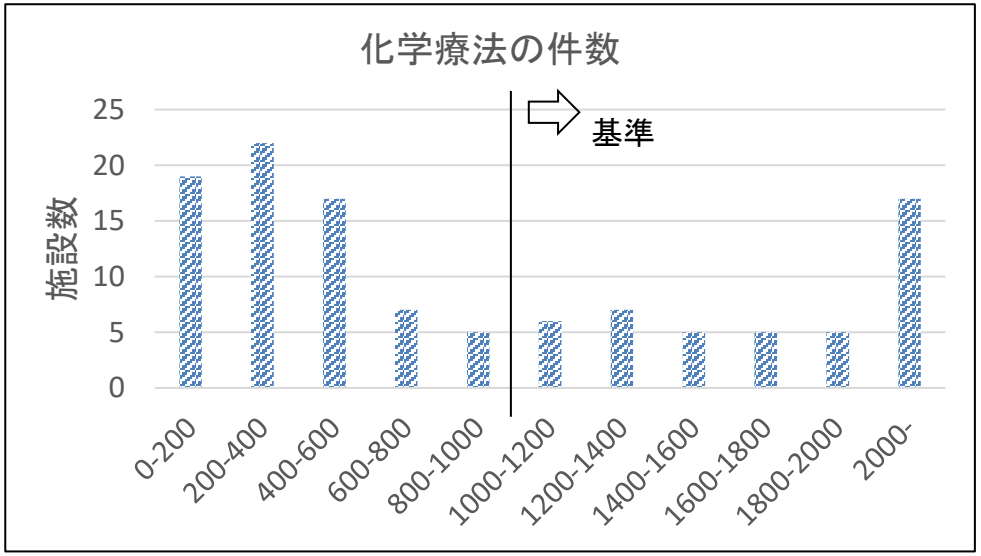


総合入院体制加算の届け出状況

○　総合入院体制加算を届け出ている施設の多くが、実績要件を満たしていた。







総合入院体制加算の施設基準（実績要件）
　全身麻酔による手術件数が800件以上であること及び、以下のア～カのうち全て（総合入院体制加算1）、4つ以上（総合入院体制加算2、2つ以上（総合入院体制加算3）を満たしていること。
　ア　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40 件／年以上
　イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上
　ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上
　エ 放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上
　オ 化学療法 1000 件／年以上
　カ 分娩件数 100 件／年以上

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票、A票）

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

救命救急入院料等の主な施設基準

診調組　入－１
５．８．１０

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		その他
救命救急入院料	入院料1	～3日　10,223点 ～7日　9,250点 ～14日　7,897点	188 3,640床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務（治療室内）	4対1	HCU用	測定評価	救命救急センターを有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日　11,802点 ～7日　10,686点 ～14日　9,371点	22 167床	・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・専任の医師が常時勤務（治療室内）	2対1	ICU用（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：8・7 Ⅱ：7・6割	
	入院料3	イ・ロ：～3日　10,223点 イ・ロ：～7日　9,250点 イ：～14日　7,897点 ロ：～60日　8,318点	79 1,573床	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）	4対1	HCU用	測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日　11,802点 イ・ロ：～7日　10,686点 イ・ロ：～14日　9,371点 ロ：～60日　8,318点	82 906床	・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備	・専任の医師が常時勤務（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）	2対1	ICU用（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：8・7 Ⅱ：7・6割	
特定集中治療室管理料（ICU）	管理料1	～7日　14,211点 ～14日　12,633点	159 1,656床	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務（うち2人がICU経験5年以上）（治療室内）	2対1	ICU用（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：8割 Ⅱ：7割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日　14,211点 イ：～14日　12,633点 ロ：～60日　12,833点	80 927床	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務（うち2人がICU経験5年以上）（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）				
	管理料3	～7日　9,697点 ～14日　8,118点	329 2,317床	・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務（治療室内）			Ⅰ：7割 Ⅱ：6割	
	管理料4	イ・ロ：～7日　9,697点 イ：～14日　8,118点 ロ：～60日　8,318点	54 497床	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）				
ハイケアユニット入院医療管理料（HCU）	管理料1	6,855点	643 6,327床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる（医療機関内）	4対1	HCU用	8割	
	管理料2	4,224点	37 363床			5対1		6割	

※医療機関数及び病床数は令和5年7月5日中医協総-3-1「主な施設基準等の届出状況等」より引用

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

診調組　入－１
５．８．１０

【特定集中治療室用】　基準：A得点３点以上

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

【ハイケアユニット用】　基準：A得点３点以上かつB得点４点以上

A　モニタリング及び処置等	0点	1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　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4　点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5　心電図モニターの装着	なし	あり
6　輸液ポンプの管理	なし	あり
7　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8　シリンジポンプの管理	なし	あり
9　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10　人工呼吸器の装着	なし	あり
11　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
13　特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	あり

（参考）【一般病棟用】

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：救急に入院を必要とする状態（5日間）	なし	―	あり

（参考）一般病棟用、ハイケアユニット用共通B項目

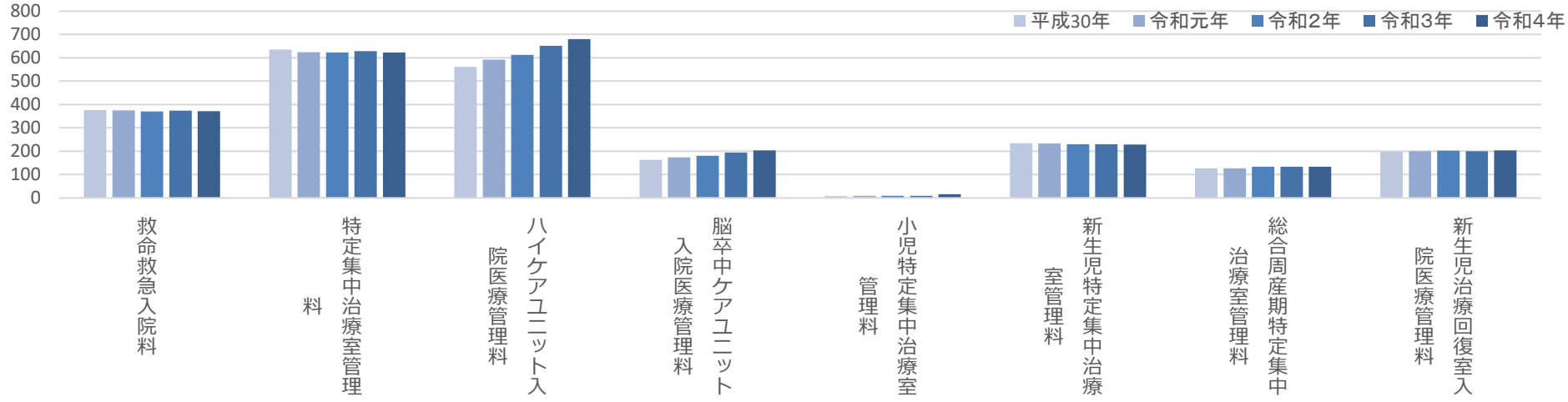
B　患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施	
	0点	1点	2点		0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		―	―
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	―		実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	―		―	―
危険行動	ない	―	ある		―	―

救命救急入院料等の届出状況

○　救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
○　ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

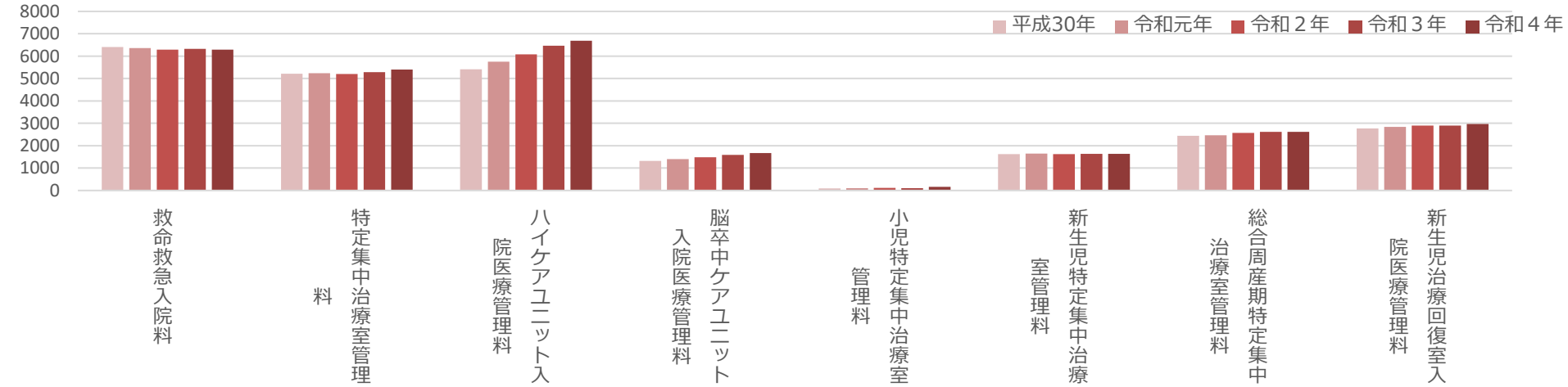
届出医療機関数

（医療機関数）



届出病床数

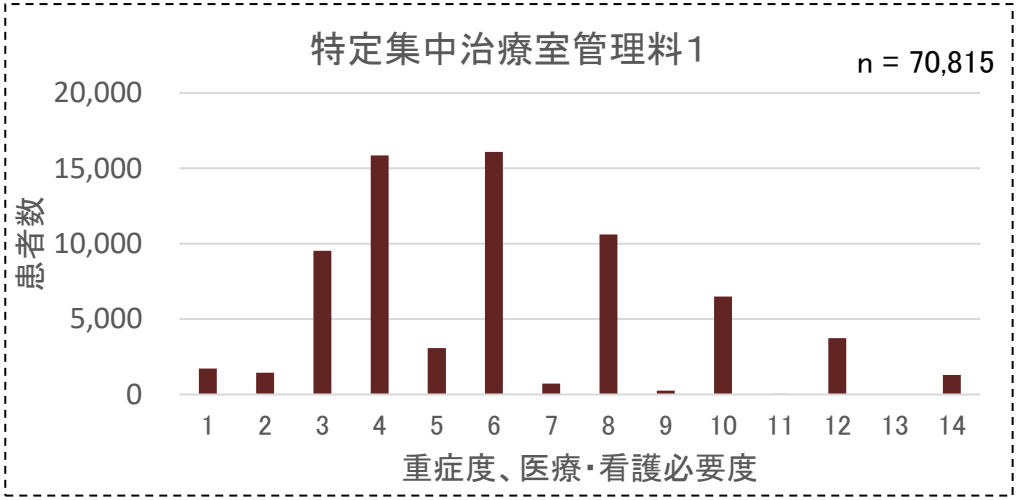
（病床数）

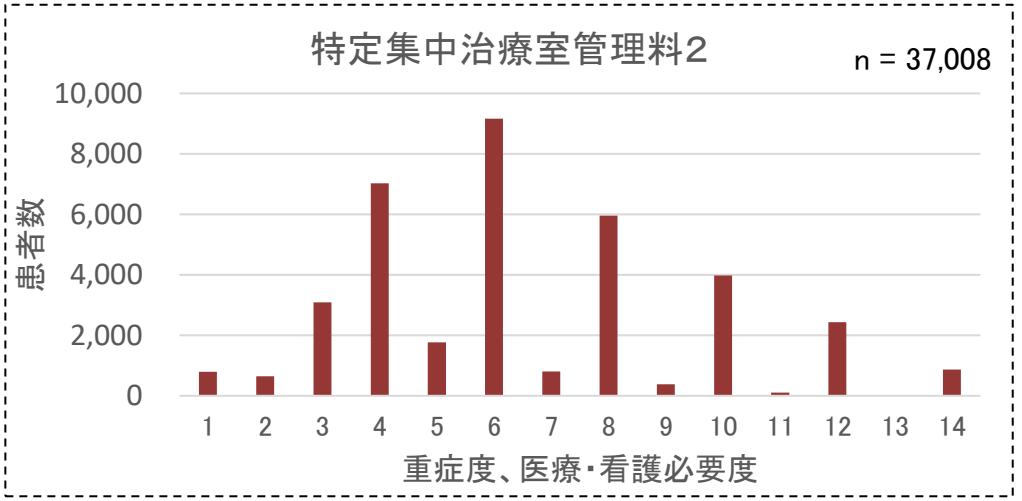


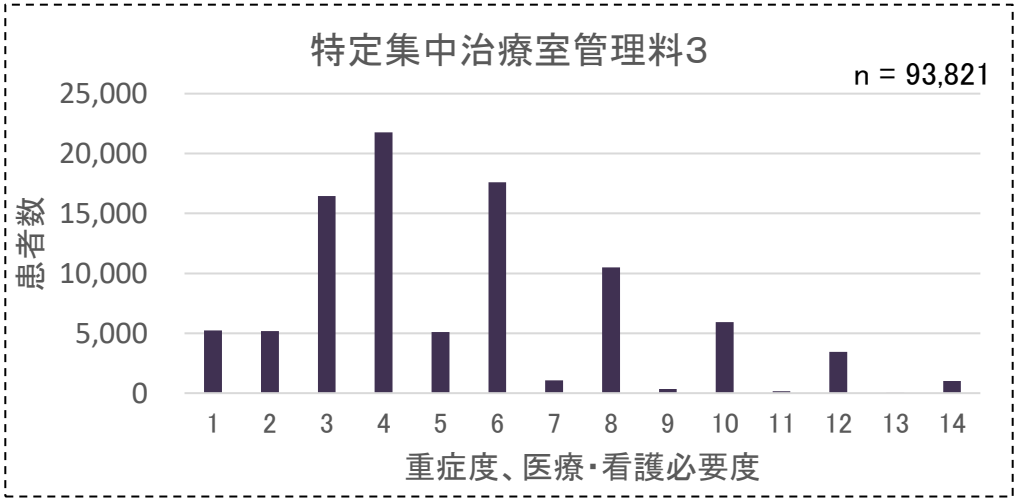
出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

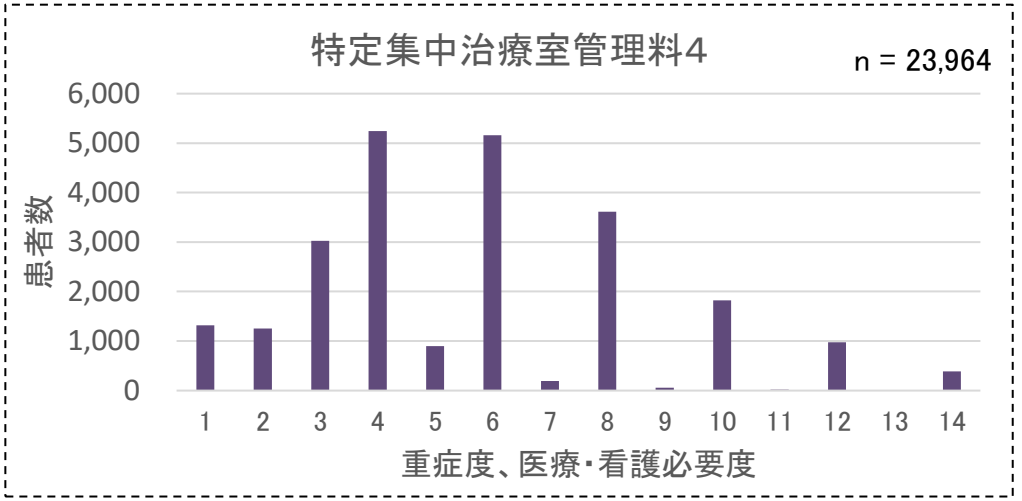
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅰの分布

○　特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅰの分布は、特定集中治療室管理料1、2においては6点にピークがあり、特定集中治療室管理料3、4においては4点にピークがある。







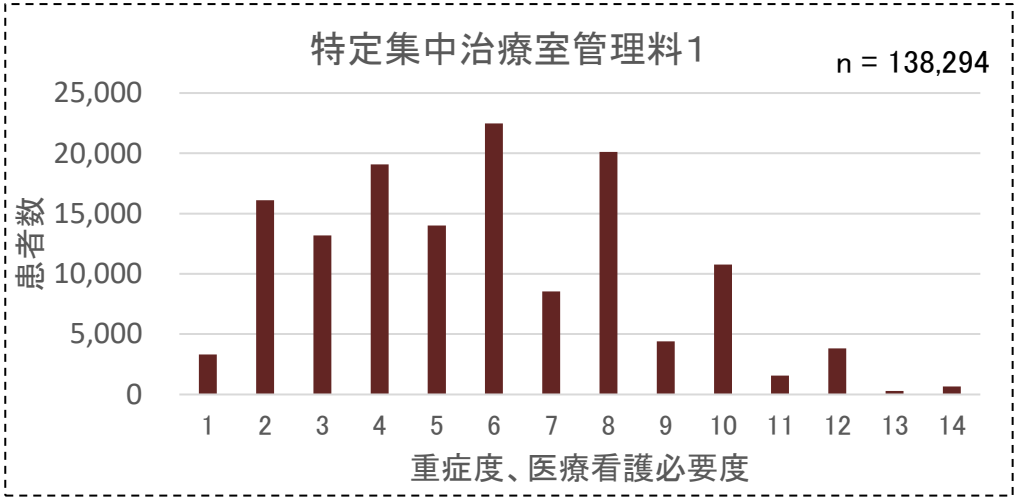


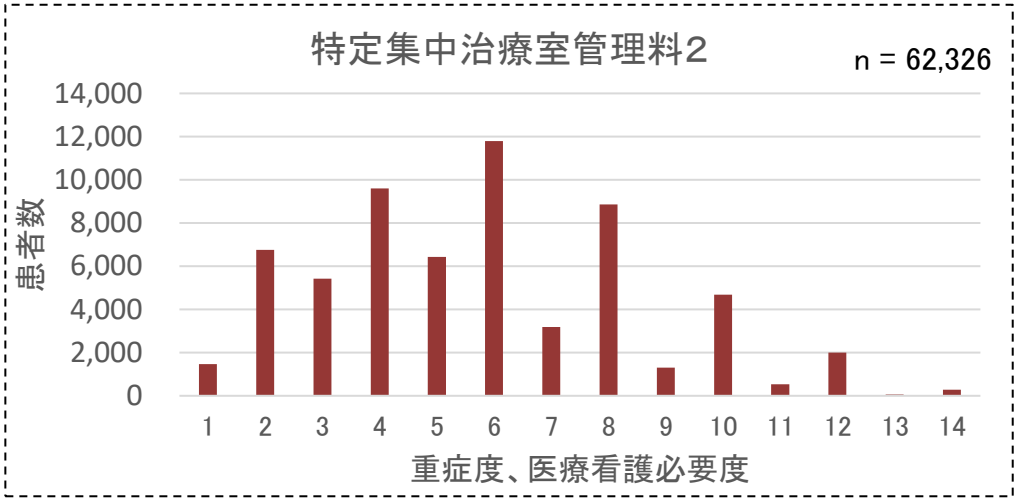
※　重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準　特定集中治療室管理料1～2　重症度、医療看護必要度3点以上

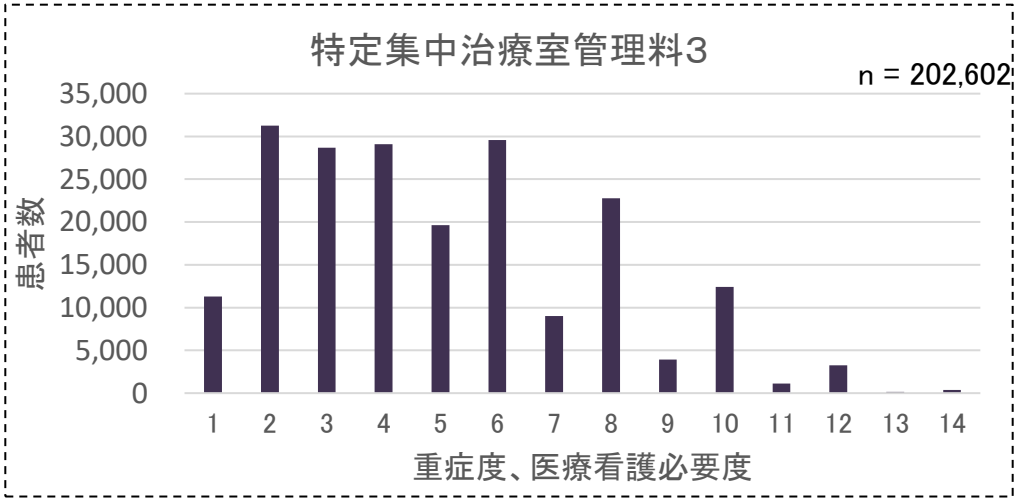
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

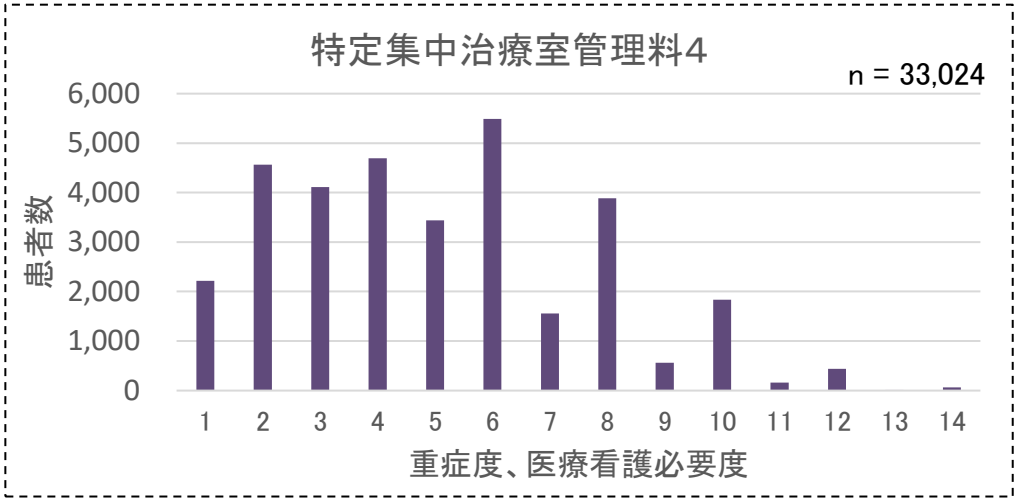
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布

○　特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布は、特定集中治療室管理料１、２及び４においては６点にピークがあり、特定集中治療室管理料３においては２点にピークがある。







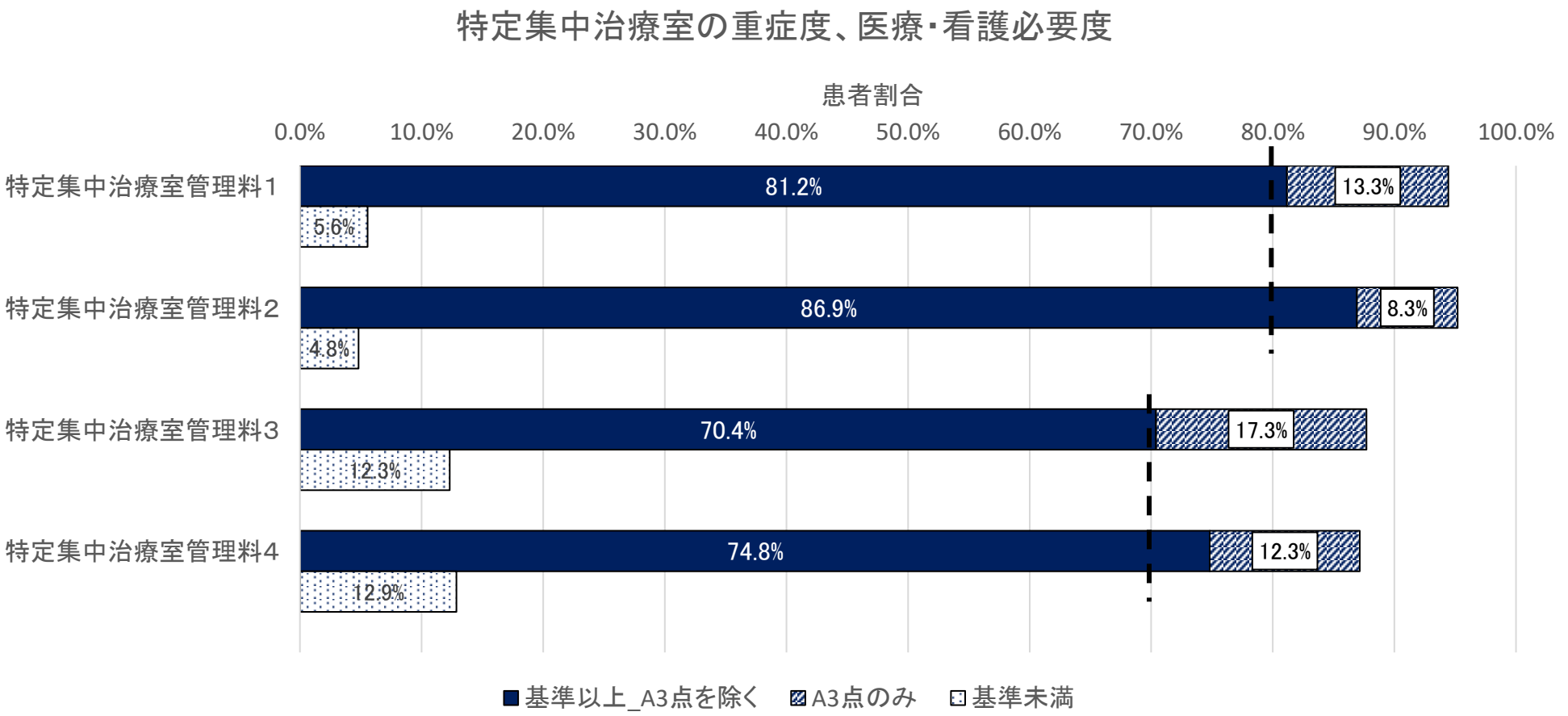


※　重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準　特定集中治療室管理料１～２　重症度、医療看護必要度３点以上

出典：DPCデータ（令和４年４月～12月）

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰ

○　特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。



※　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

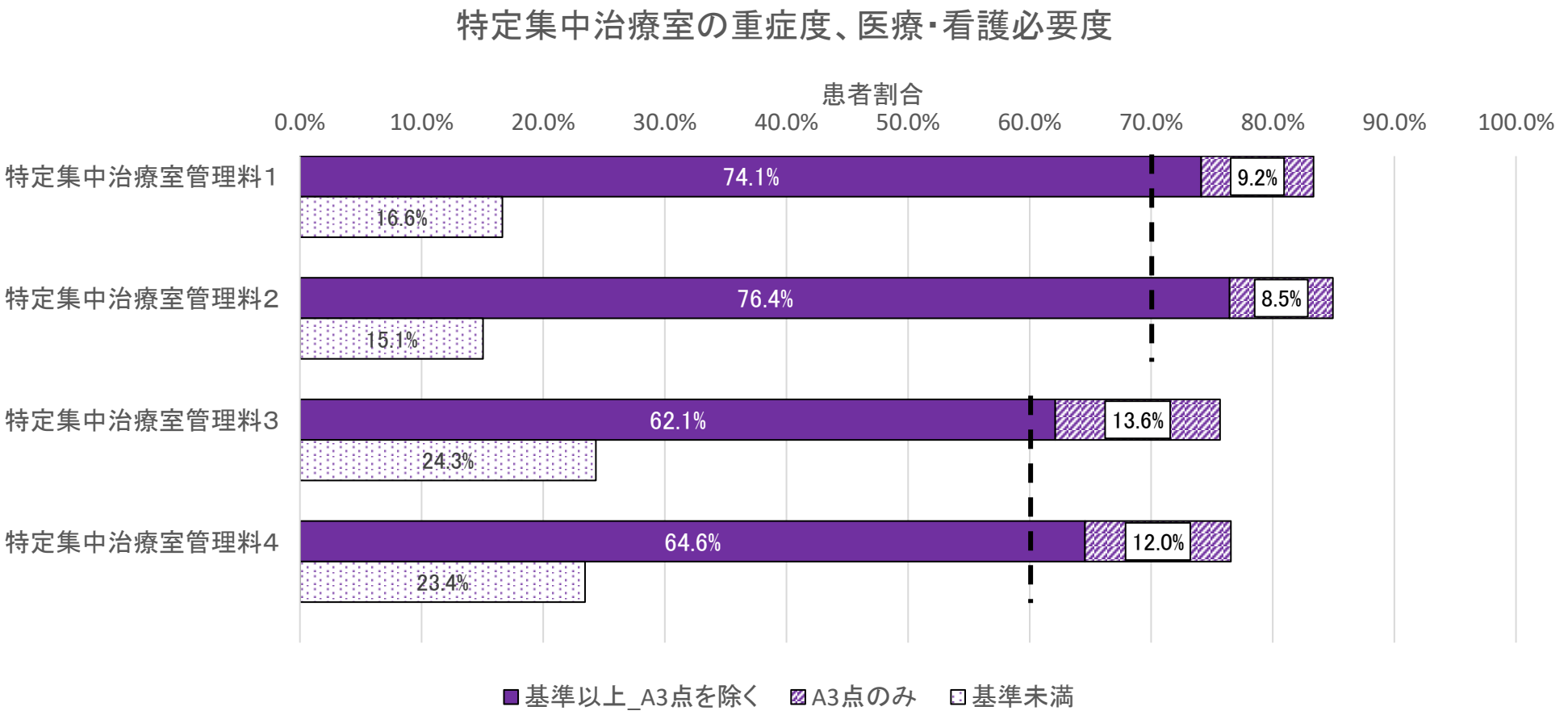
特定集中治療室管理料1・2　**8割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

特定集中治療室管理料3・4　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　6割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

○　特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。



※　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

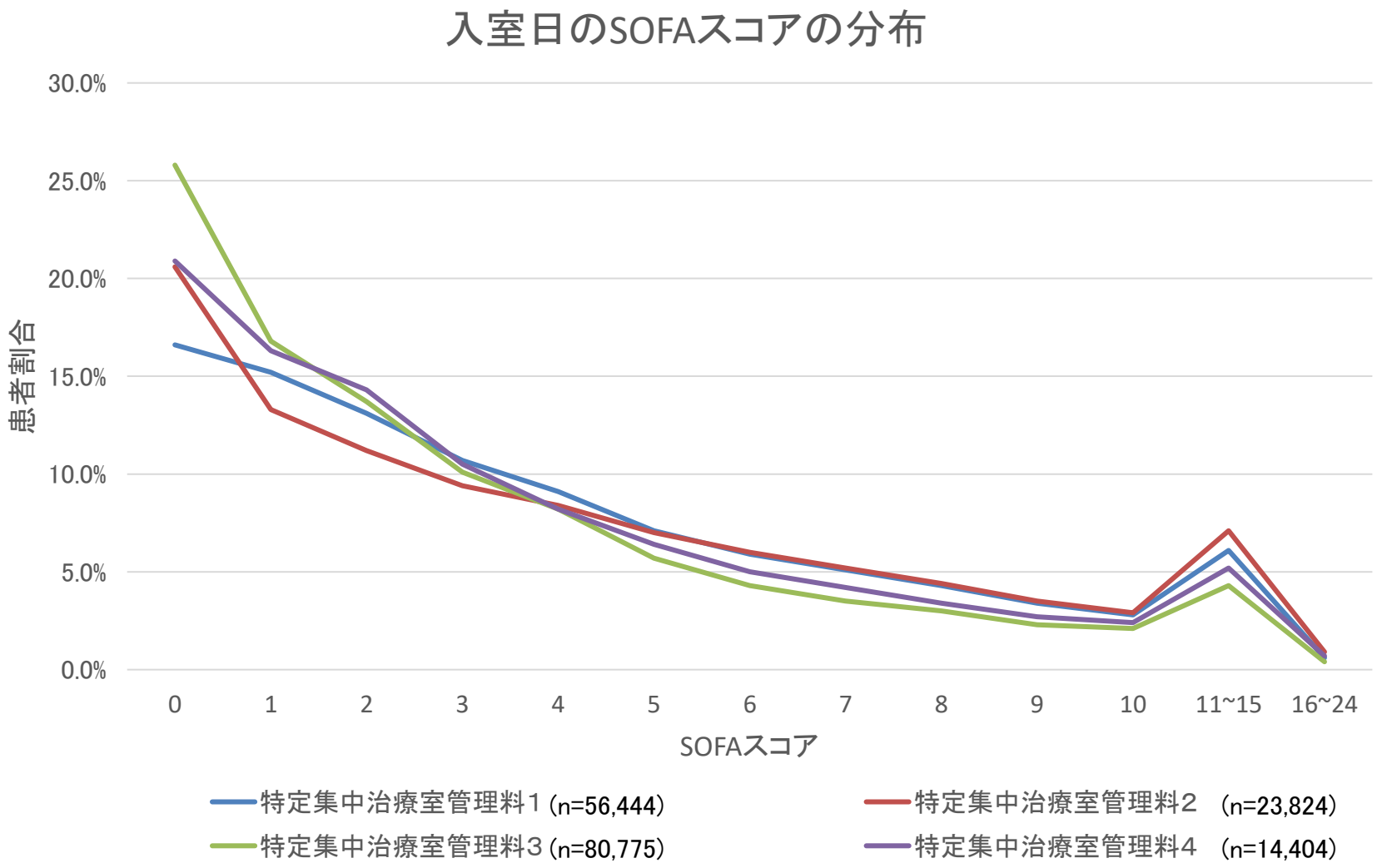
特定集中治療室管理料1・2　8割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

特定集中治療室管理料3・4　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**6割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

入室日のSOFAスコア

○　特定集中治療室に入室している患者はSOFAスコアが低い患者が多いが、５点以上、11点以上の患者も一定数認められた。



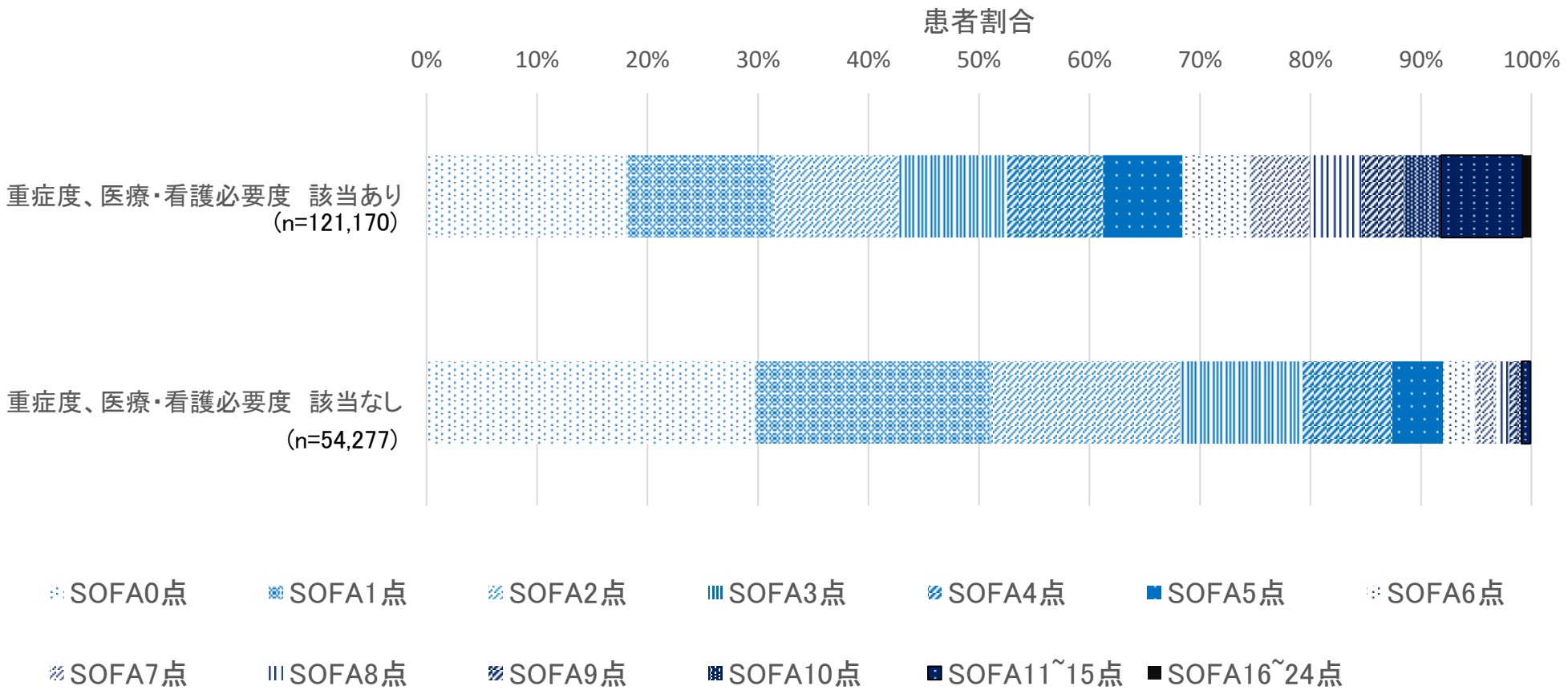
出典：DPCデータ（令和４年４月～12月）

入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア

診調組　入－１
５．８．１０

○　入室日の重症度、医療・看護必要度の該当患者の方が、非該当の患者より、入室日のSOFAスコアが高い傾向にあった。
○　一方で、入室日の重症度、医療・看護必要度の非該当の患者においても、入室日のSOFAスコアが高い患者が一部認められた。

入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア



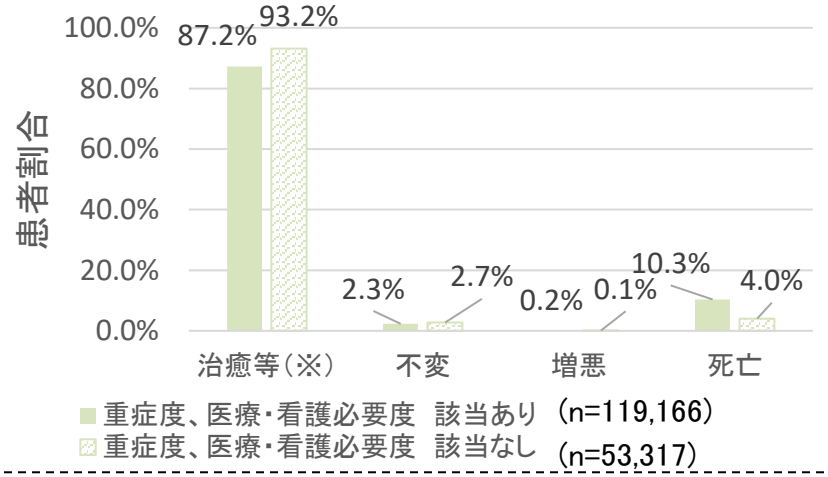
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

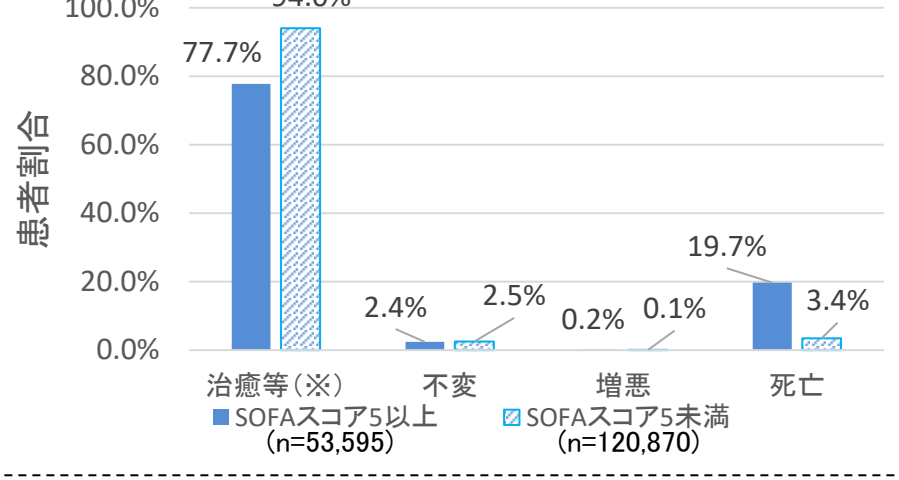
○ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。

診調組　入－1
5．9．6

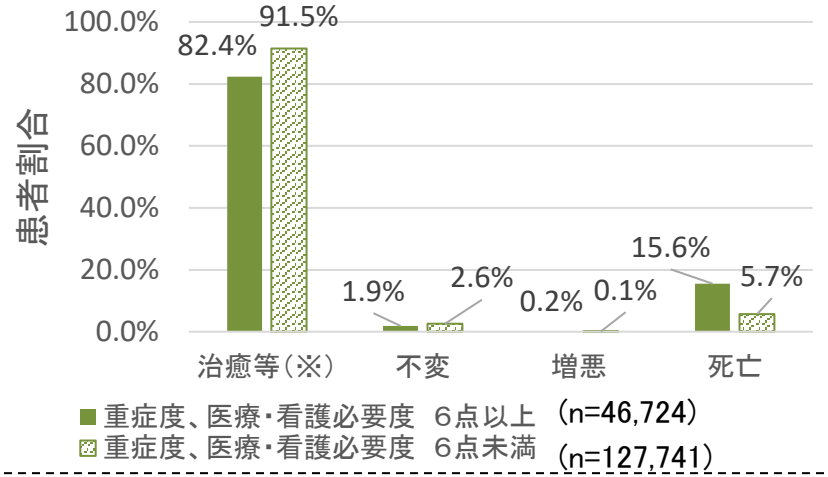
重症度、医療・看護必要度と退院時転帰



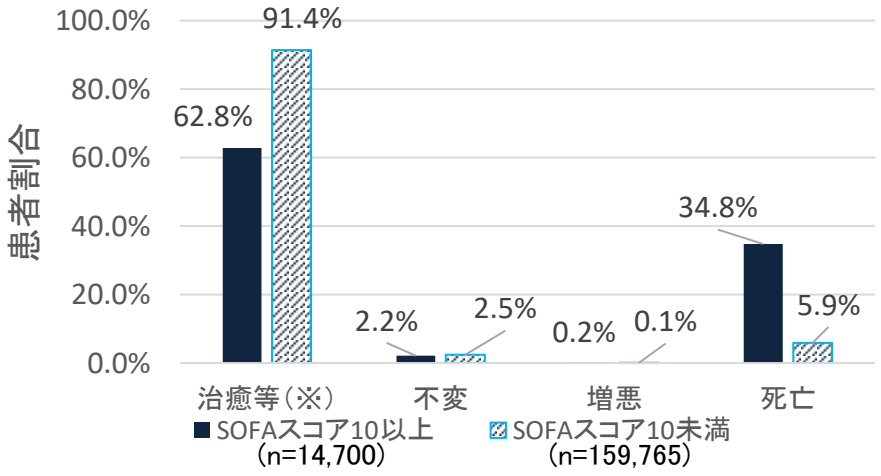
SOFAスコア（5点以上か否か）と退院時転帰



重症度、医療・看護必要度6点以上と退院時転帰



SOFAスコア（10点以上か否か）と退院時転帰



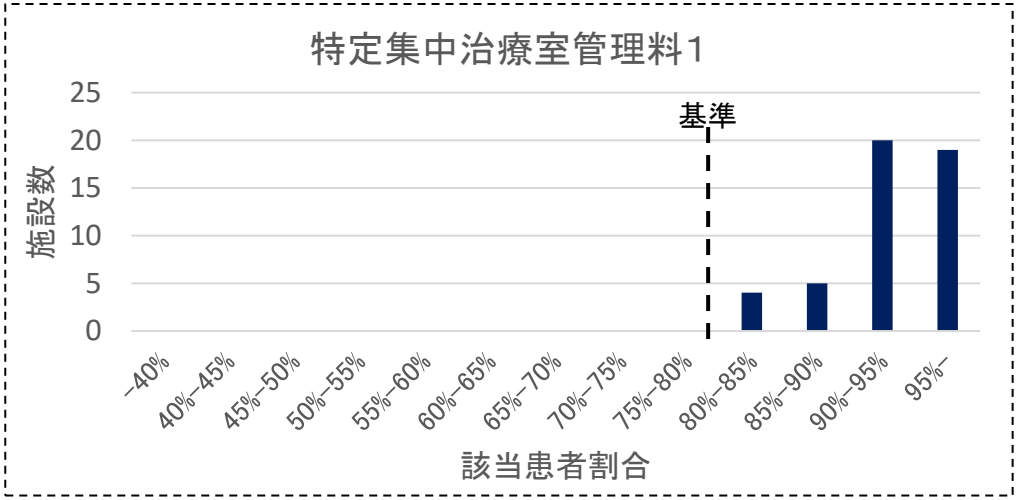
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

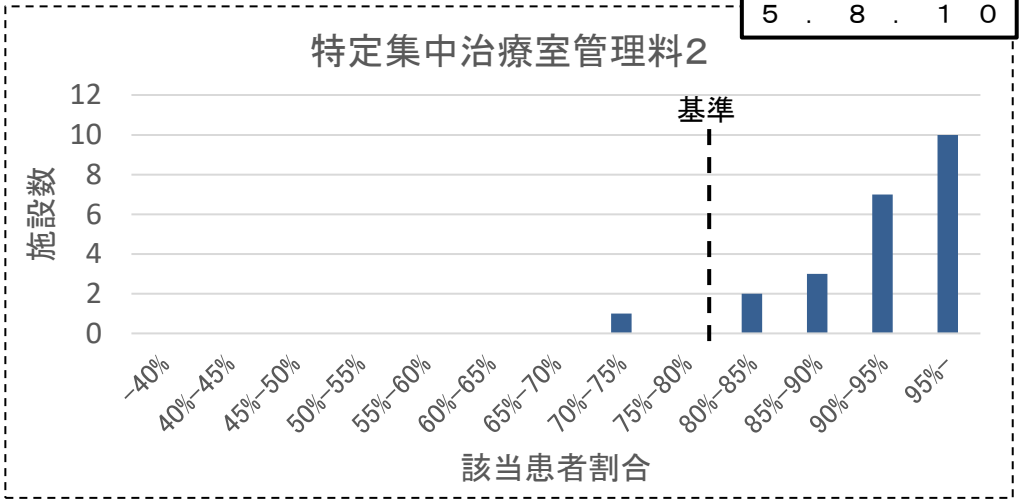
※　治癒等は、治癒、軽快及び寛解

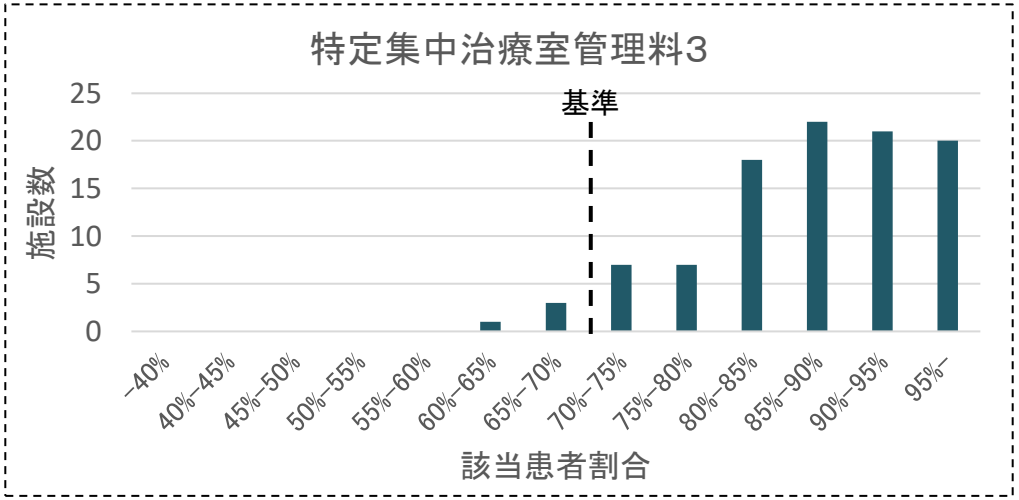
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準に該当する患者の割合の分布

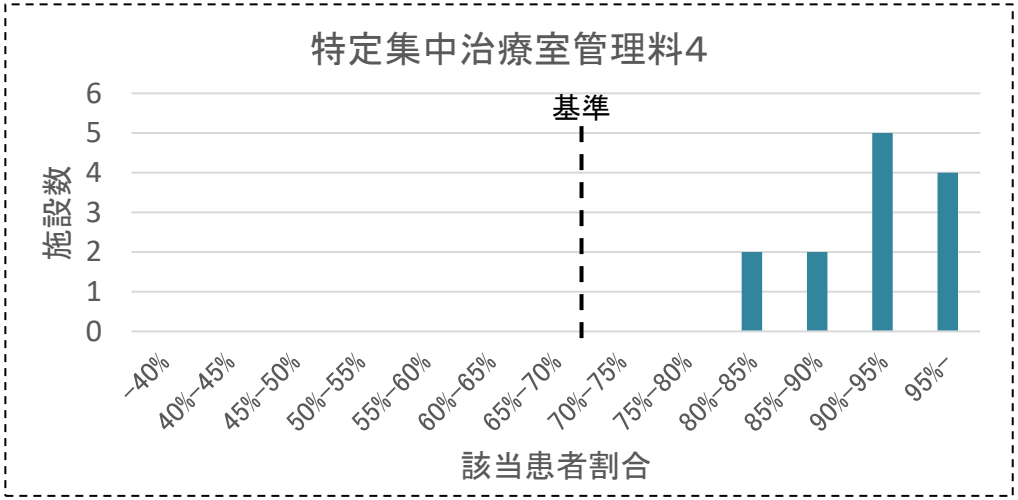
○ 特定集中治療室の治療室ごとに重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。

診調組　入－1
5．8．10









※　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1・2　**8割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

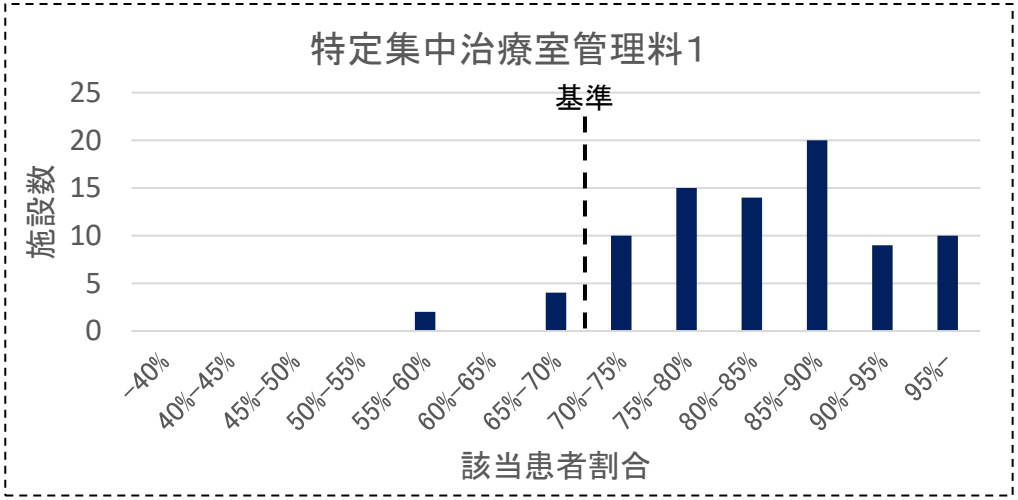
特定集中治療室管理料3・4　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　6割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

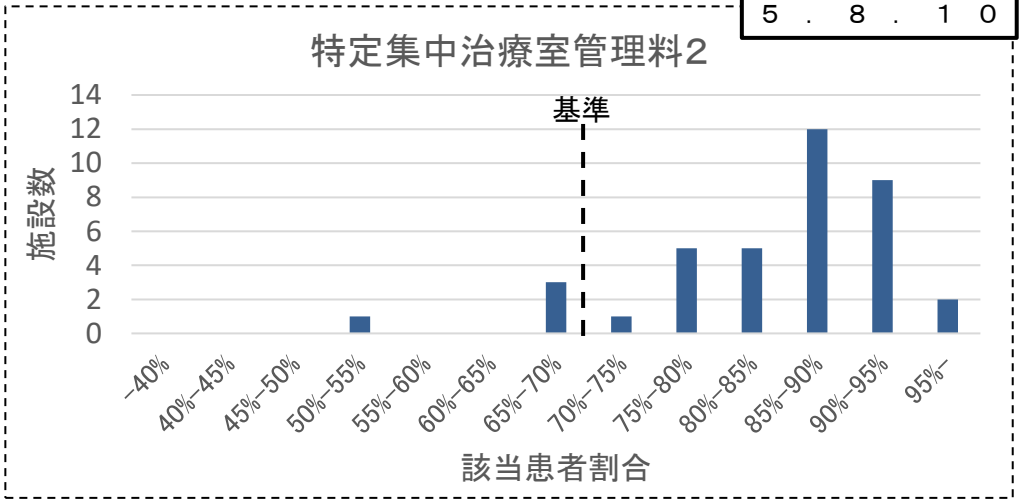
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

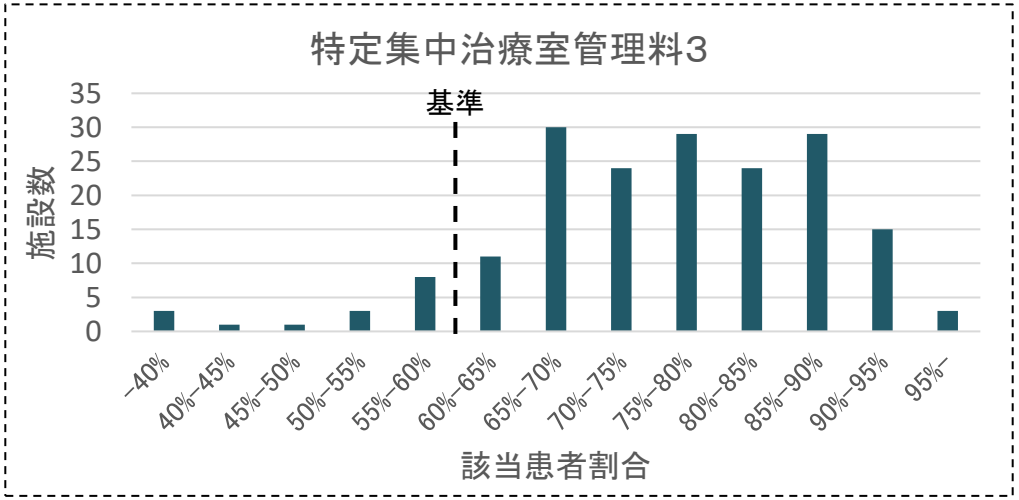
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準に該当する患者の割合の分布

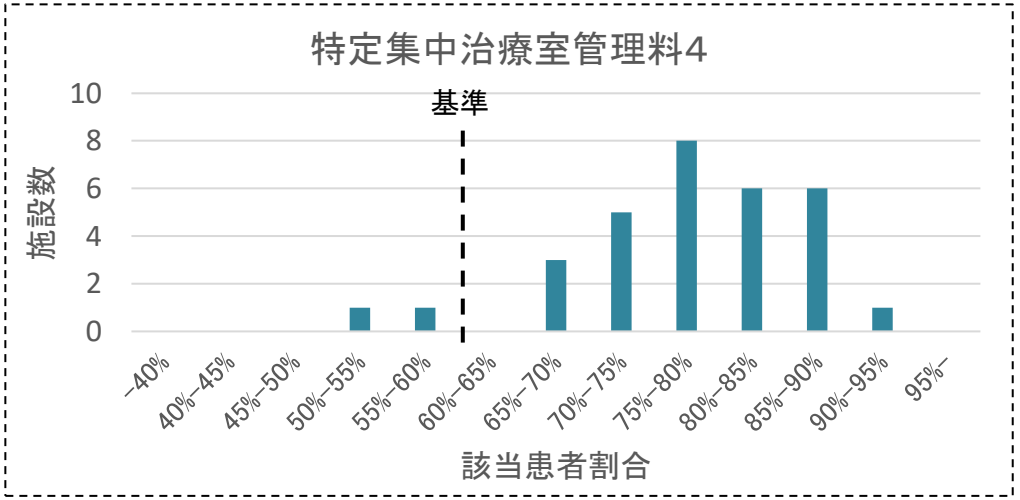
○ 特定集中治療室の治療室ごとに重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。

診調組　入－1
5．8．10









※　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

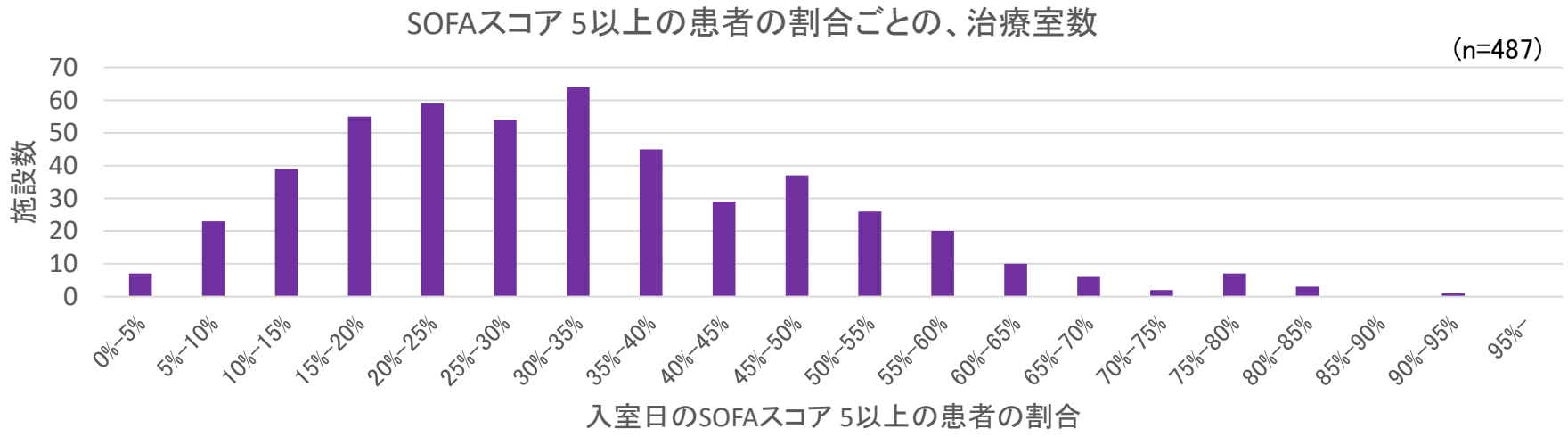
特定集中治療室管理料1・2　8割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

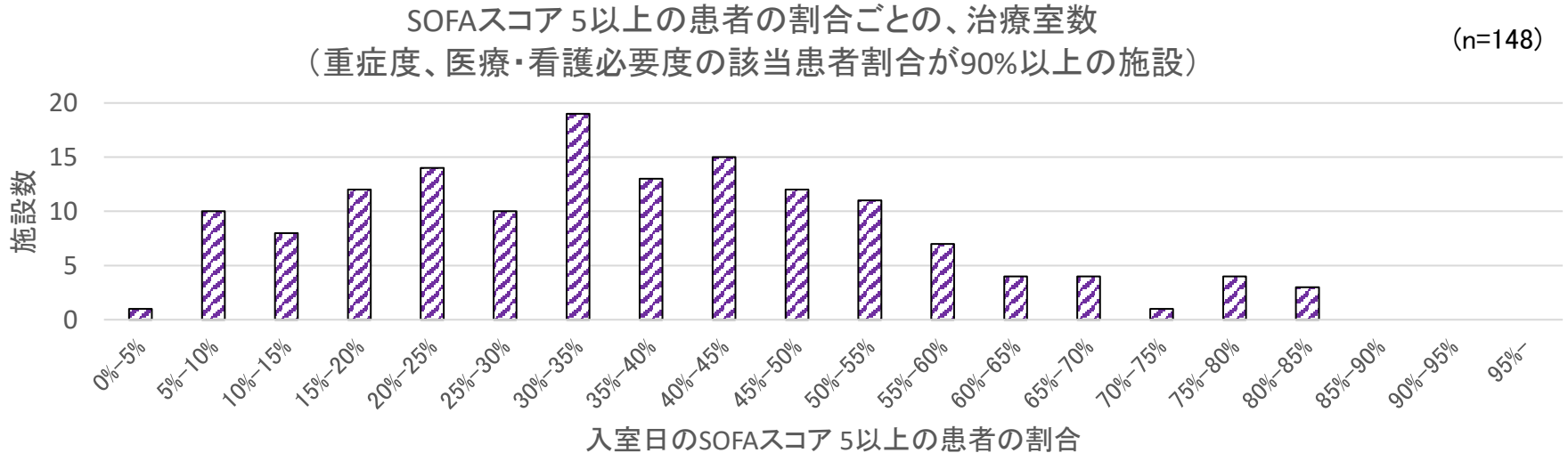
特定集中治療室管理料3・4　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**6割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

入室日のSOFAスコア、５以上の患者の割合の分布

○　入室日のSOFAスコア 5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。
○　重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア 5以上の患者の割合はばらついていた。



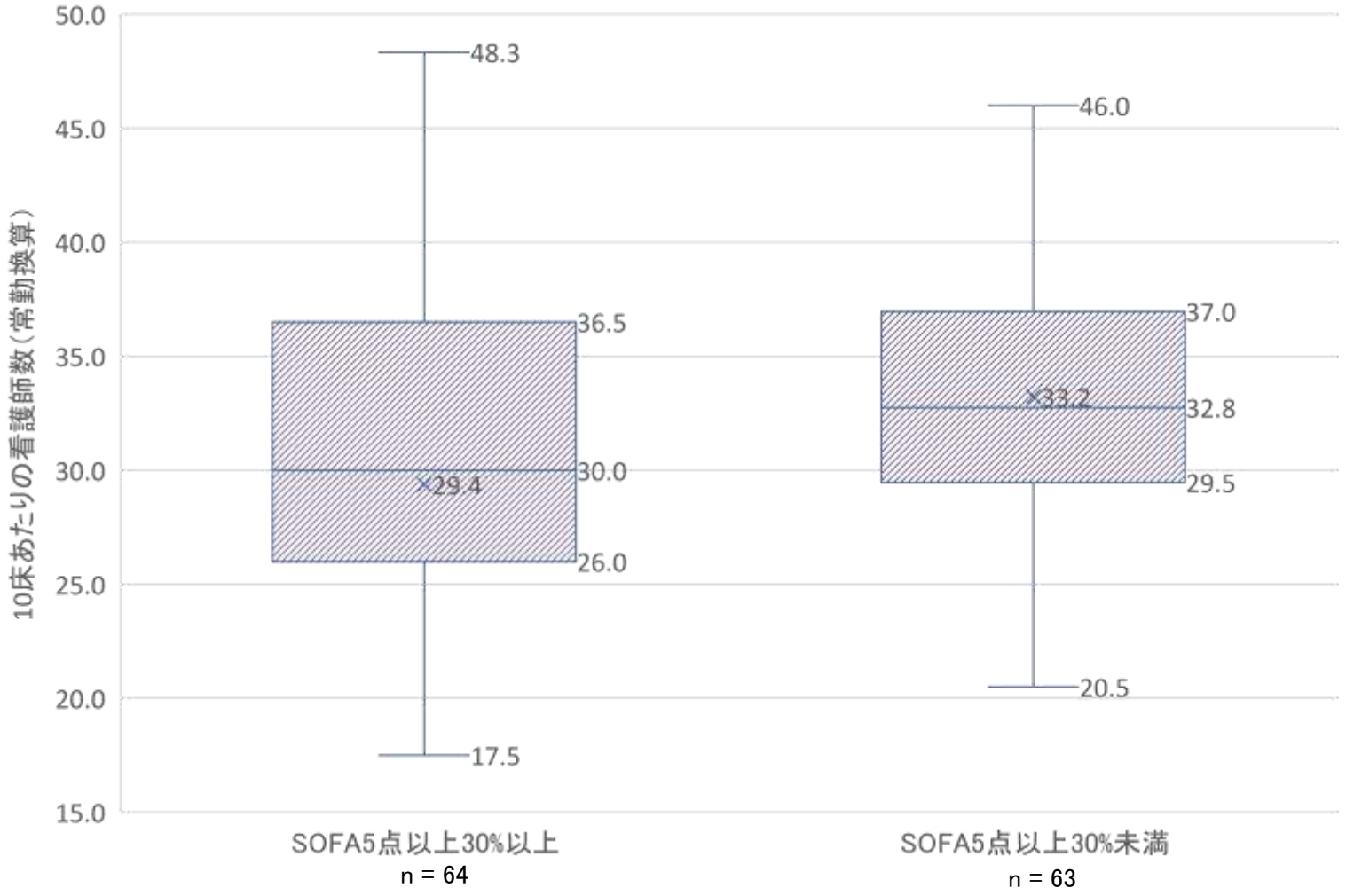


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

SOFAスコア５以上の患者の割合による看護配置

診調組　入－１
５．９．６

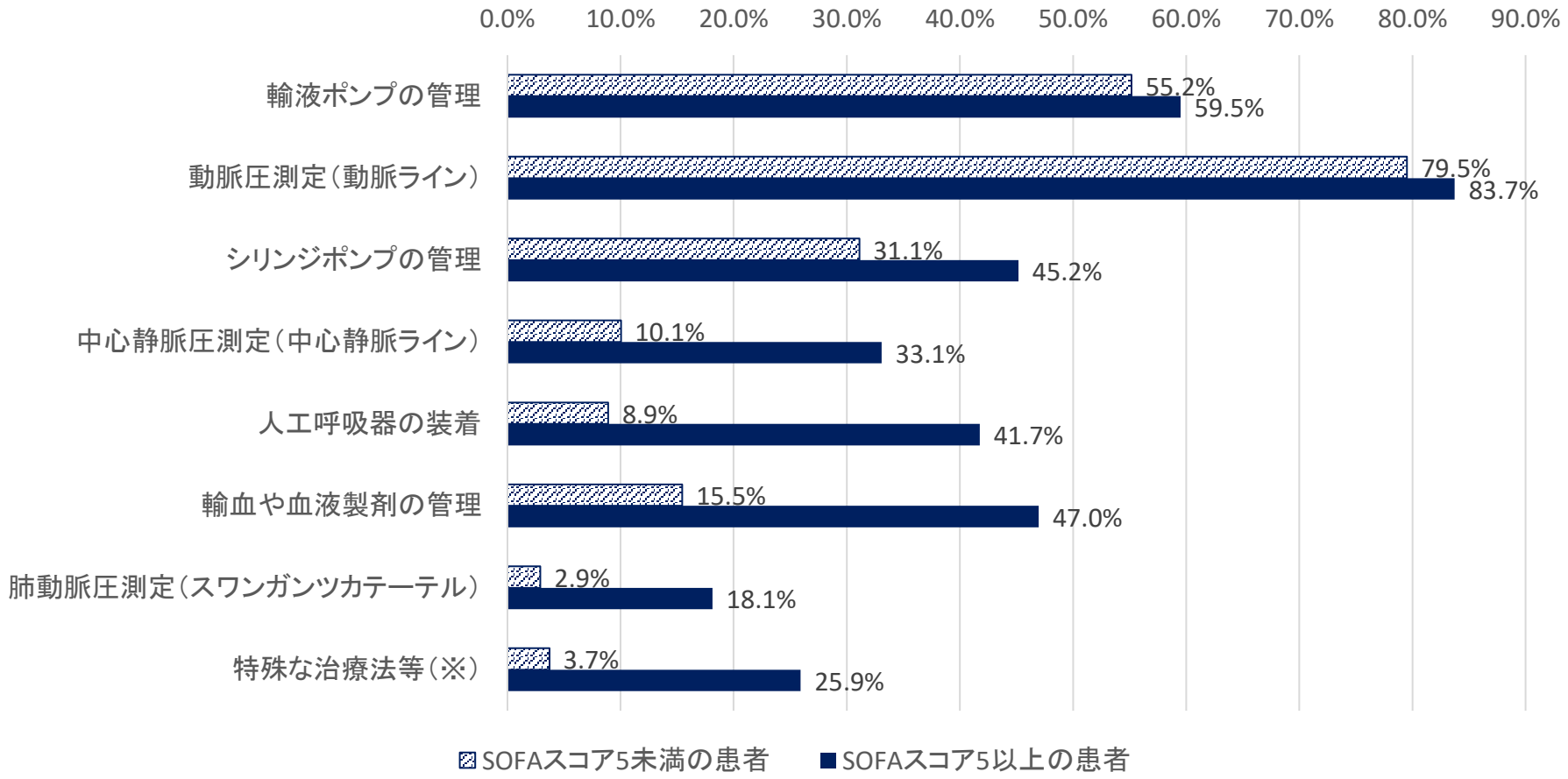
○　入室日のSOFAスコアが5以上の患者が30%以上の特定集中治療室と30%未満の特定集中治療室で、看護配置に大きな差はなかった。



出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室調査票A）

重症度、医療・看護必要度の該当項目割合（入室当日）、入室日のSOFAスコア５以上の患者と５未満の患者

○　入室当日の重症度、医療・看護必要の各項目の該当患者割合を、入室日のSOFAスコア5以上の患者と5未満の患者とで比較すると、輸液ポンプの管理、動脈圧測定ではあまり差がなかったが、他の項目では、SOFAスコア5以上の患者の方が高かった。

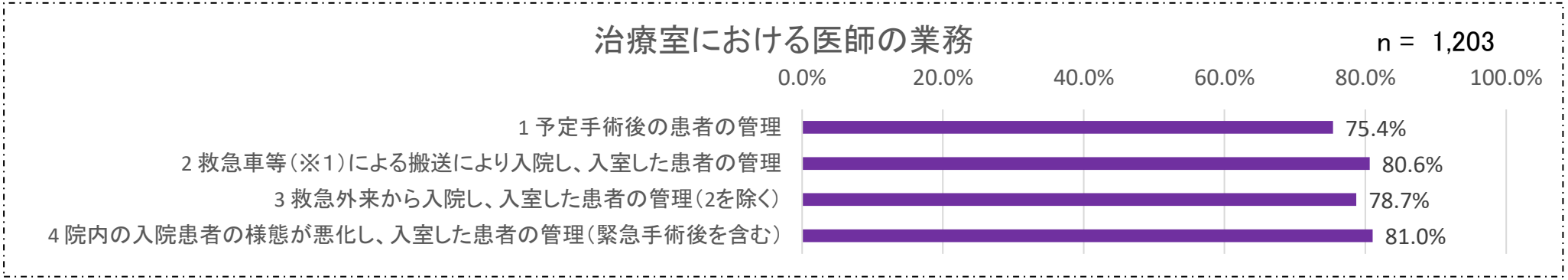


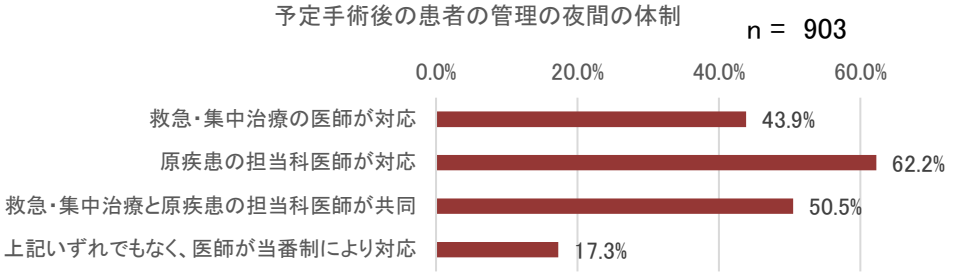
※　特殊な治療法等：CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA

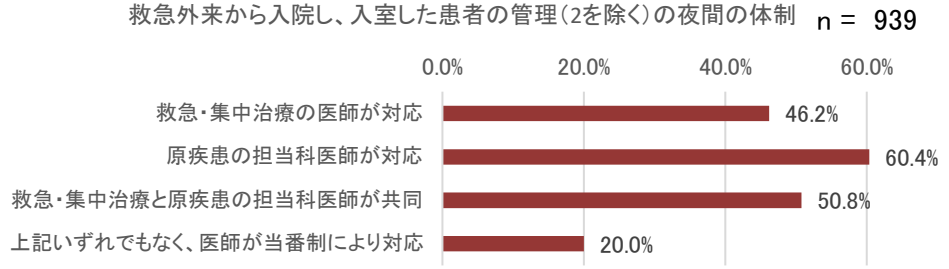
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

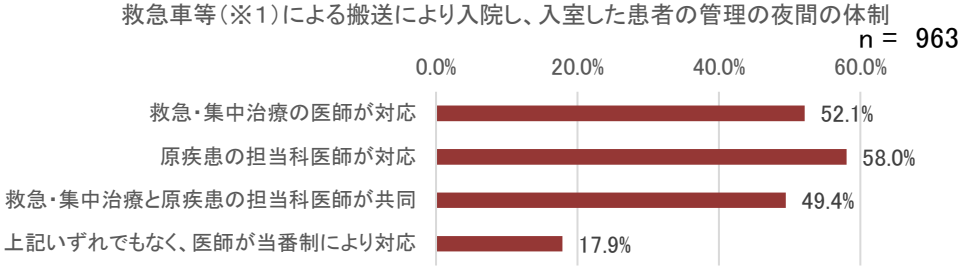
治療室における医師の業務

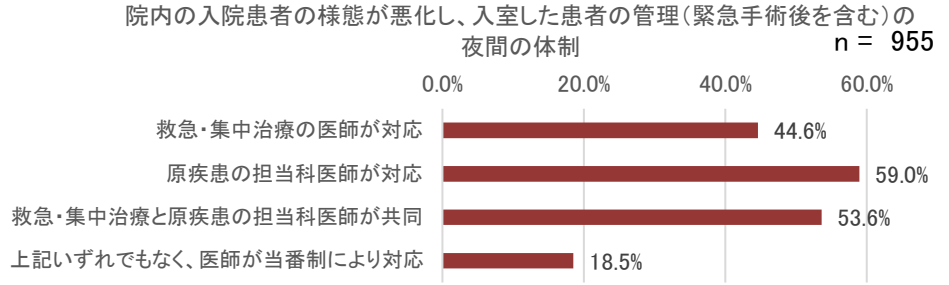
○　治療室における医師の業務において、夜間の体制は、いずれの業務においても、6割程度の施設が「原疾患の担当科医師が対応する」としており、他の体制よりやや高かった。











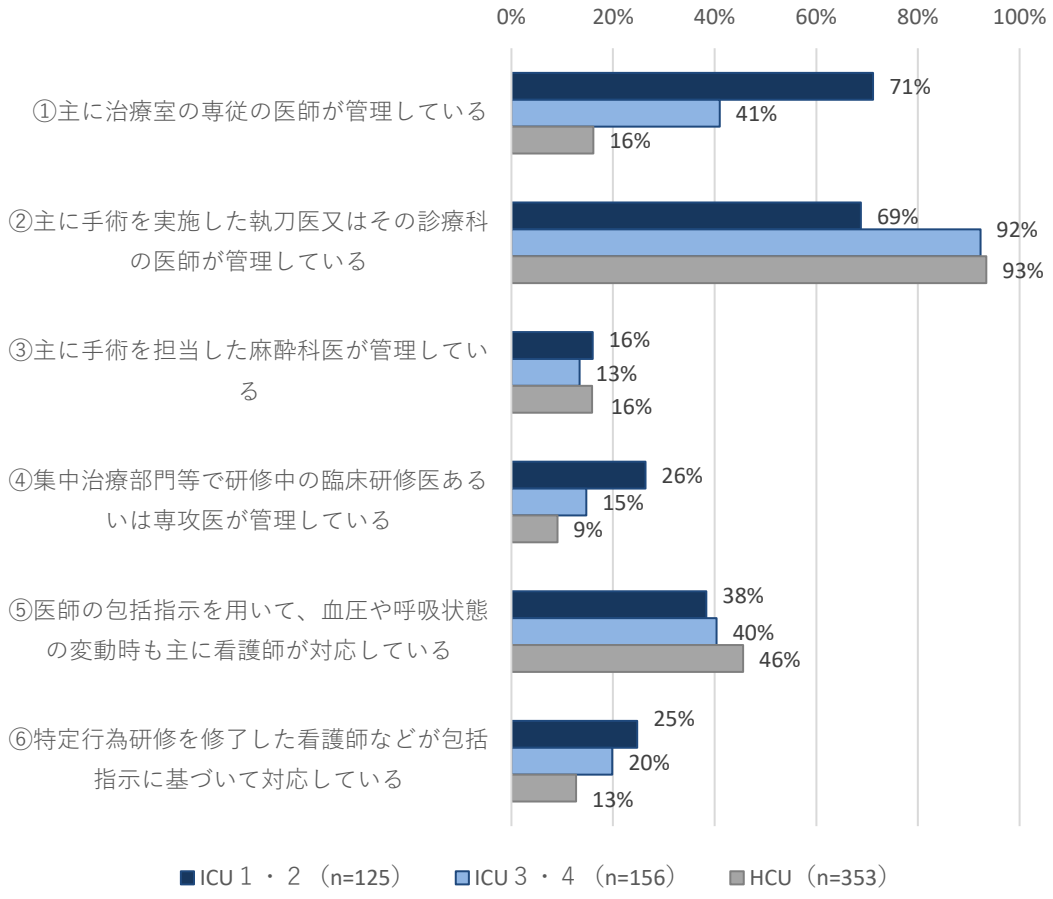
※1　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

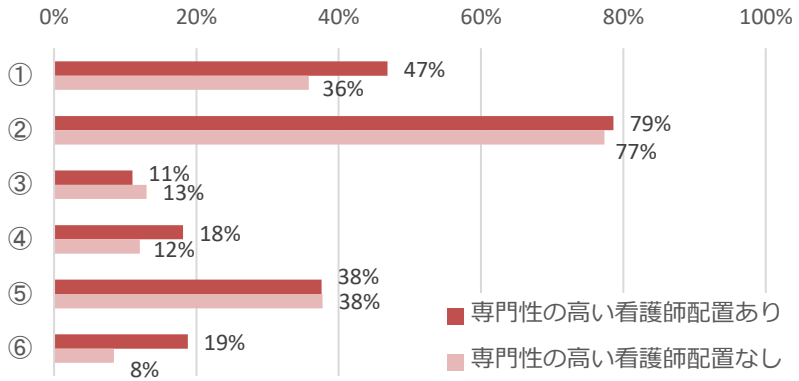
治療室における術後の患者の管理

○ 治療室における術後の患者の管理について、特定集中治療室管理料1・2では「主に治療室の専従の医師が管理」、「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高く、特定集中治療室3・4及びハイケアユニット入院医療管理料では「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高かった。
○ 特定行為研修修了看護師の配置がある場合、「特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応」している割合が高かった。

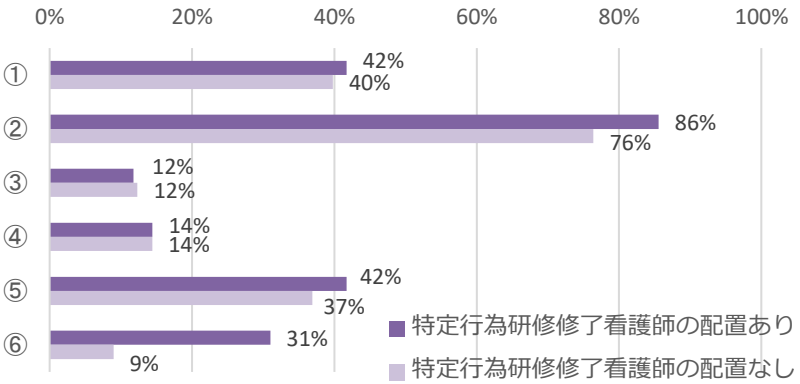
■特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料における術後の患者の管理（複数回答）



■専門性の高い看護師の配置有無別の、術後患者管理



■特定行為研修修了看護師の配置有無別の、術後患者管理

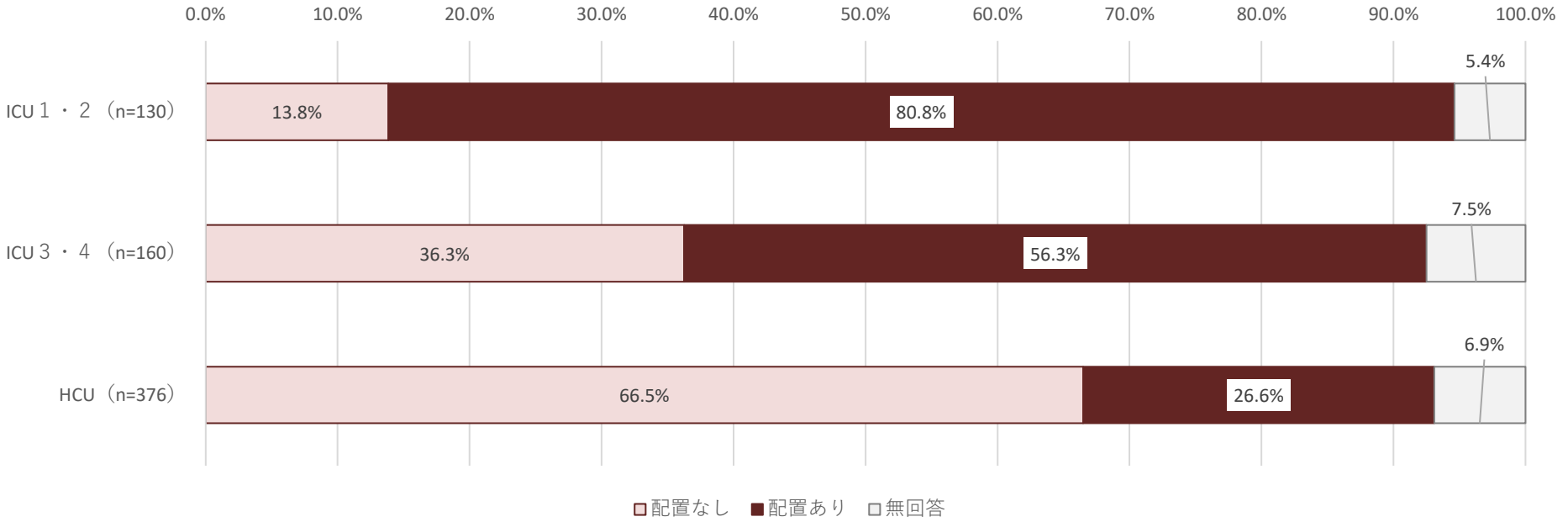


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

治療室における専門性の高い看護師の配置状況

○　施設基準において専門性の高い看護師の配置を求めていない特定集中治療室3・4及びハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室にも、それぞれ約6割、3割は専門性の高い看護師を配置している。

■特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料における専門性の高い看護師（※）の配置状況



（※）以下のいずれかの研修を修了した専任の常勤看護師
① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修。

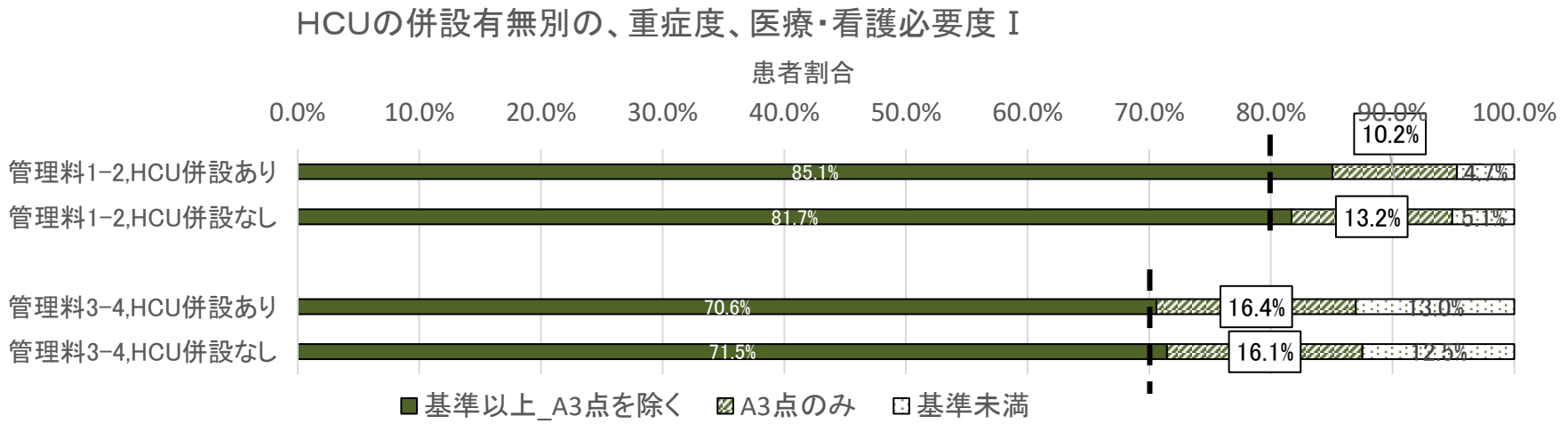
※⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

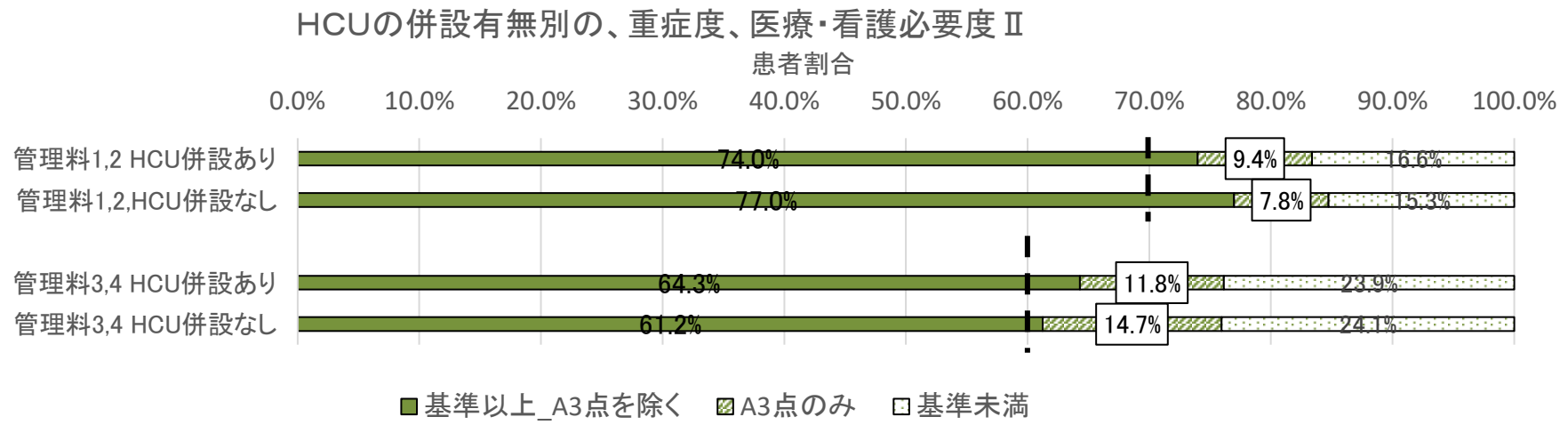
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

ＨＣＵの併設有無別の、重症度、医療・看護必要度

診調組　入－１
５．９．６

○　重症度、医療・看護必要度をHCUの併設有無別に比較したが、大きな差はなかった。



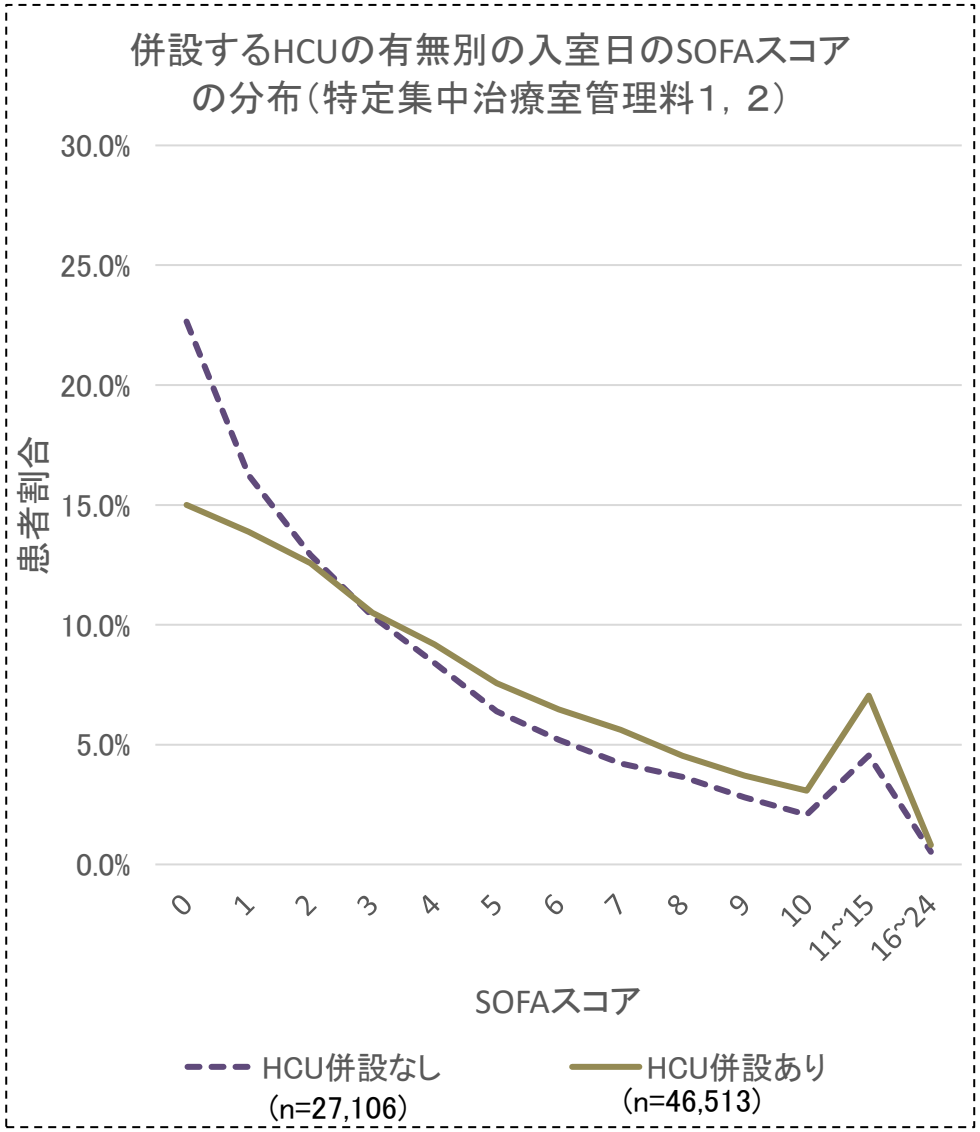


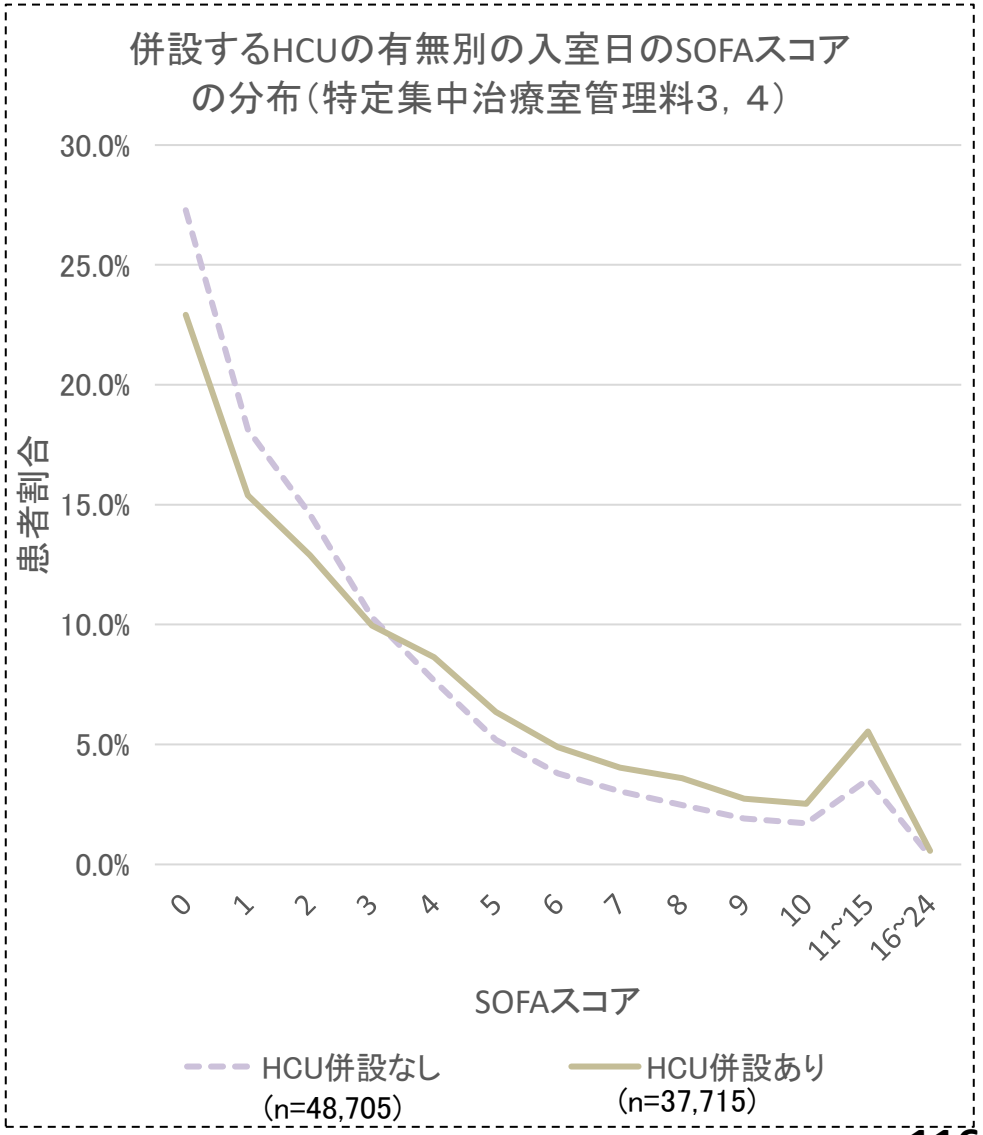
※　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準
特定集中治療室管理料1・2　8割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）
特定集中治療室管理料3・4　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　6割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

併設するＨＣＵの有無別のごとの入室日のSOFAスコア

○　入室日のSOFAスコアは、ＨＣＵの併設がないＩＣＵの方が、SOFAスコアが低い患者が多い傾向にあった。





出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

入室日のSOFAスコアが高い患者と低い患者の比較

○ 入室日のSOFAスコアが高い患者と低い患者を比較すると、高い患者の傷病名として敗血症性ショックが多く見られ、また入室日のSOFAスコアが高い患者は低い患者に比較し、入室当日又は前日に手術を実施した患者の割合が少なかった。

① 傷病名（医療資源を最も投入した傷病）

入室時SOFAスコア5未満の患者
（n=123,282）

	傷病名	患者割合
1	右上葉肺癌	3.4%
2	急性前壁心筋梗塞	3.3%
3	腹部大動脈瘤切迫破裂	3.0%
4	急性大動脈解離StanfordB	2.9%
5	慢性うっ血性心不全の急性増悪	2.7%
6	急性下側壁心筋梗塞	2.7%
7	大動脈弁狭窄症	2.6%
8	右下葉肺癌	2.5%
9	直腸癌	2.0%
10	未破裂脳動脈瘤	2.0%

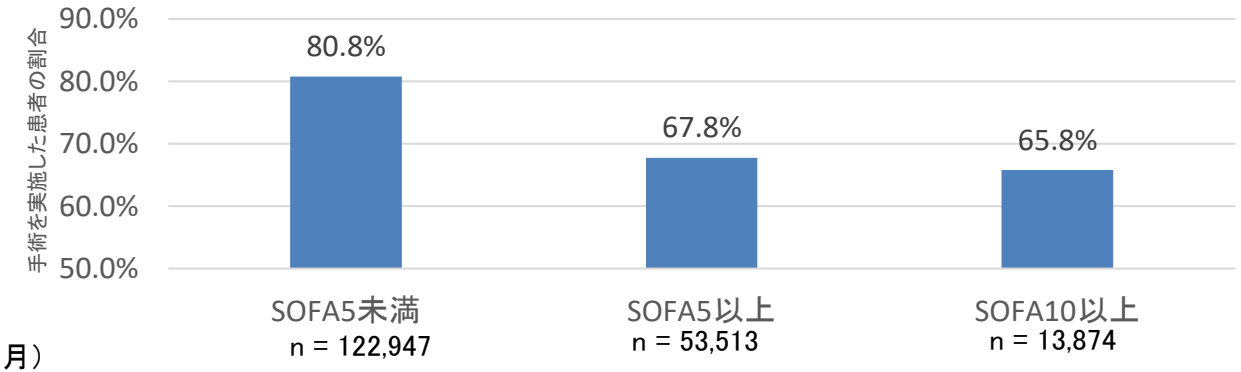
入室時SOFAスコア5以上の患者
（n=54,522）

	傷病名	患者割合
1	大動脈弁狭窄症	4.8%
2	慢性うっ血性心不全の急性増悪	4.5%
3	急性大動脈解離StanfordB	4.4%
4	敗血症性ショック	4.0%
5	僧帽弁閉鎖不全症	3.6%
6	上行胸部大動脈瘤	3.1%
7	労作性狭心症	2.5%
8	急性前壁心筋梗塞	2.3%
9	不安定狭心症	2.0%
10	腹部大動脈瘤切迫破裂	1.9%

入室時SOFAスコア10以上の患者
（n=14,883）

	傷病名	患者割合
1	敗血症性ショック	7.8%
2	大動脈弁狭窄症	5.3%
3	急性大動脈解離StanfordB	5.2%
4	僧帽弁閉鎖不全症	4.1%
5	蘇生に成功した心停止	3.4%
6	上行胸部大動脈瘤	3.4%
7	慢性うっ血性心不全の急性増悪	3.3%
8	労作性狭心症	2.9%
9	急性前壁心筋梗塞	2.6%
10	不安定狭心症	2.3%

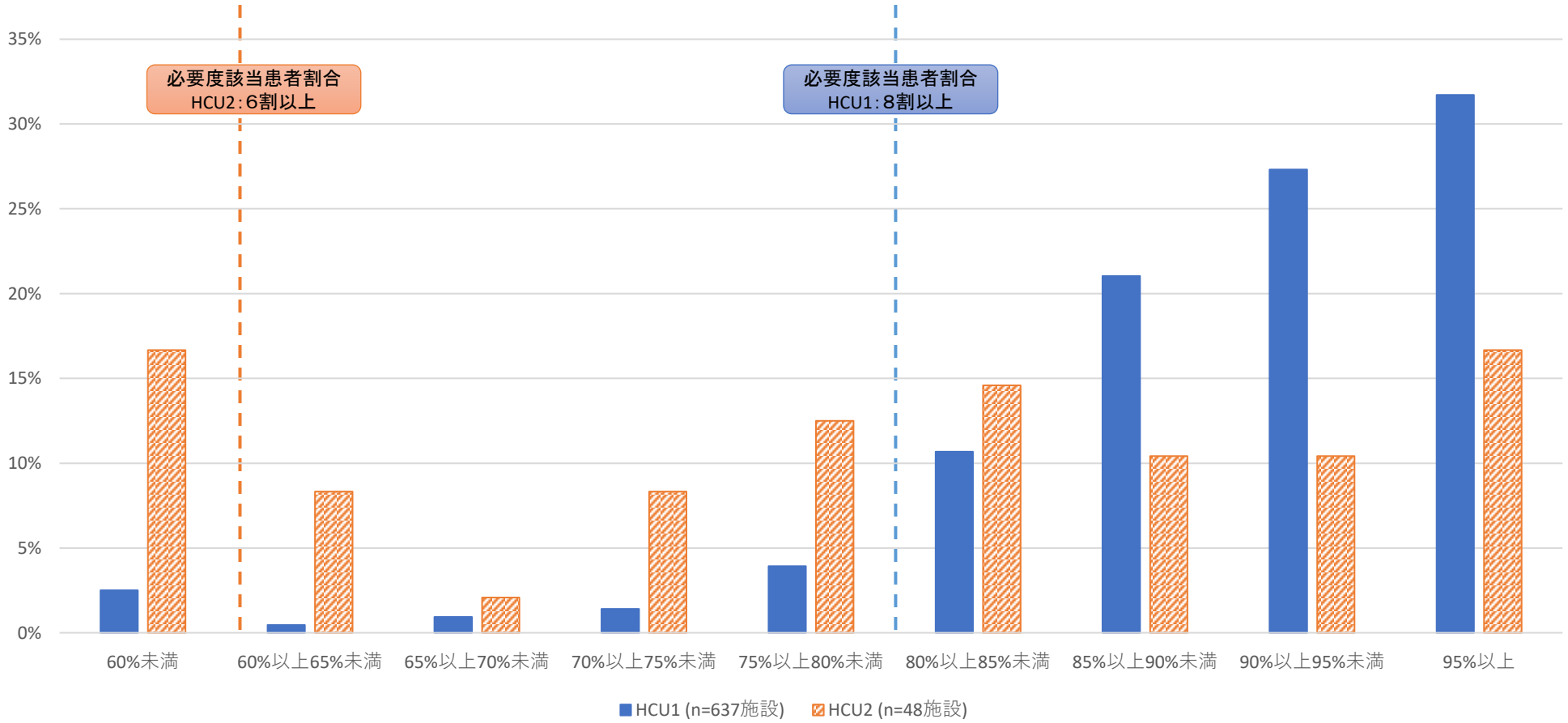
② 入室当日又は前日に手術をした患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

ＨＣＵにおける治療室別の該当患者割合

○ ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、管理料１では該当患者割合が95%以上の治療室が最も多かった。



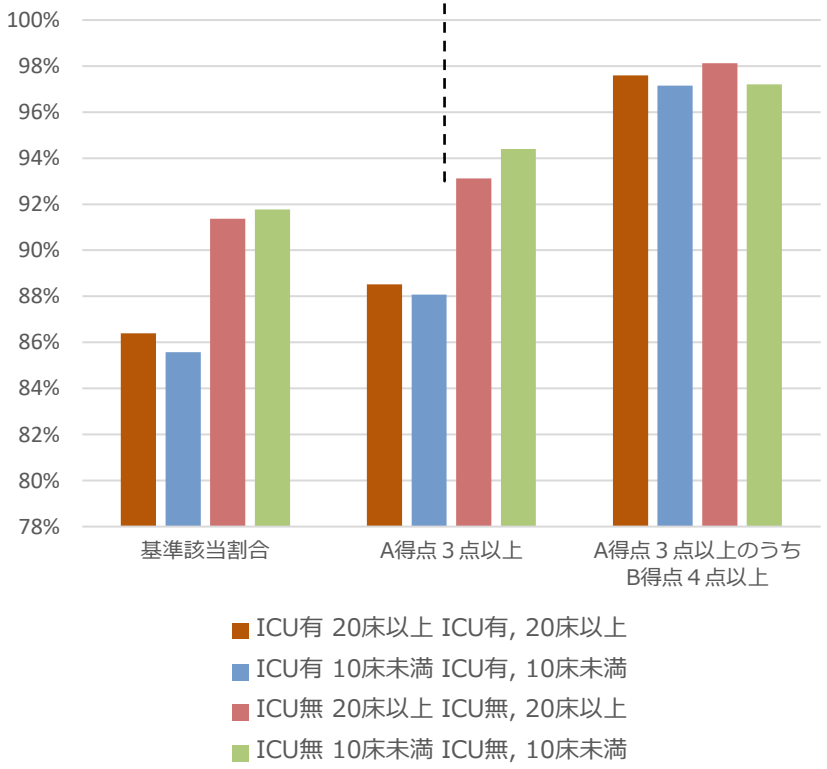
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（新型コロナ患者を除く。）

ＨＣＵにおけるＩＣＵの併設有無別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

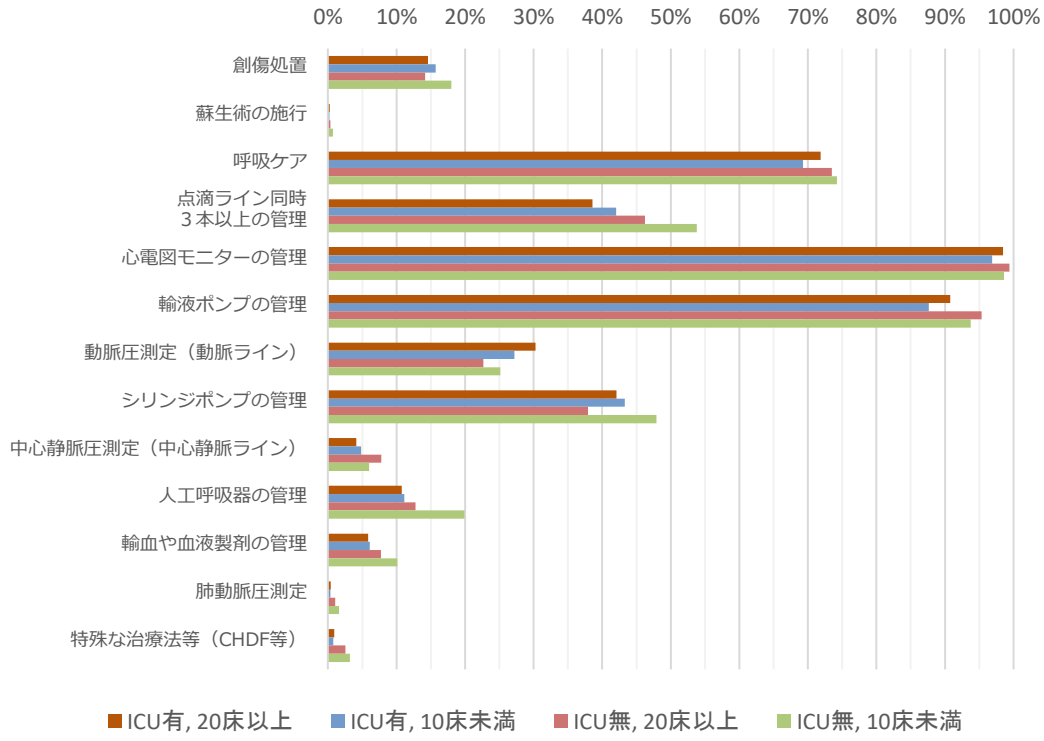
○ ICUを併設するHCUにおいては、病床数が20床以上か10床未満かで必要度の該当状況は大きく変わらなかった。
○ ICUを併設しないHCUのうち病床数が20床以上の施設は、10床未満の施設と比較し、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「シリンジポンプの管理」、「人工呼吸器の管理」の該当割合が低かったが、基準該当割合は大きく変わらなかった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合（令和４年４～12月）

ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料１を算定するHCUのうち、HCUが20床以上の施設（46施設）における患者：n=134,600人・日
ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料１を算定するHCUのうち、HCUが10床未満の施設(113施設)の患者：n=966,32人・日
ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料１を算定するHCUのうち、HCUが20床以上の施設（22施設）における患者：n=47,915人・日
ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料１を算定するHCUのうち、HCUが10床未満の施設(247施設)の患者：n=177,109人・日



■A項目（モニタリング及び処置等）



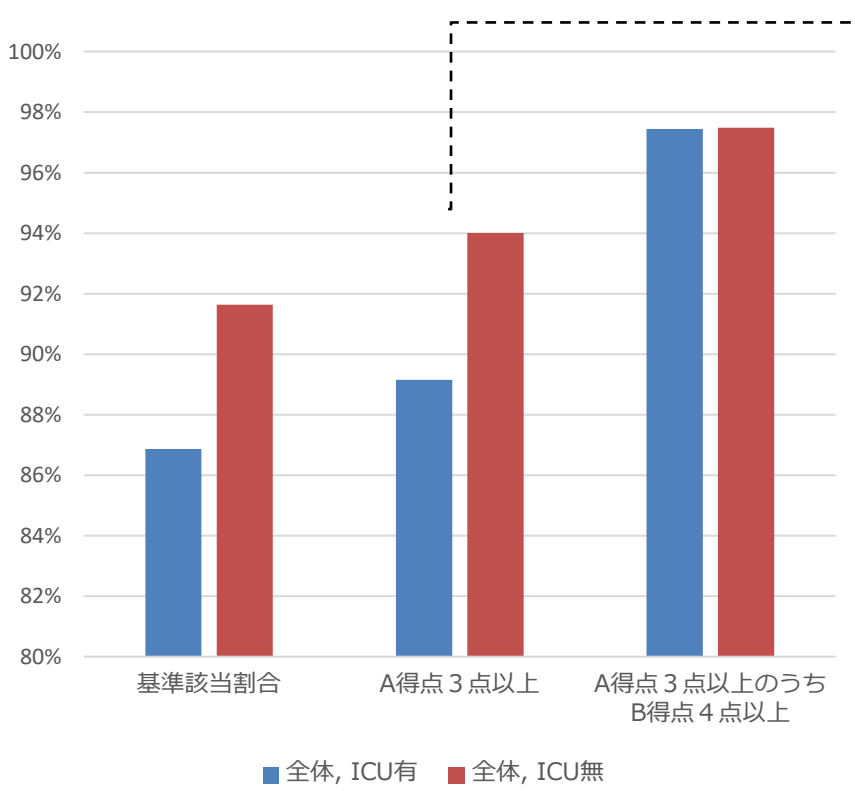
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

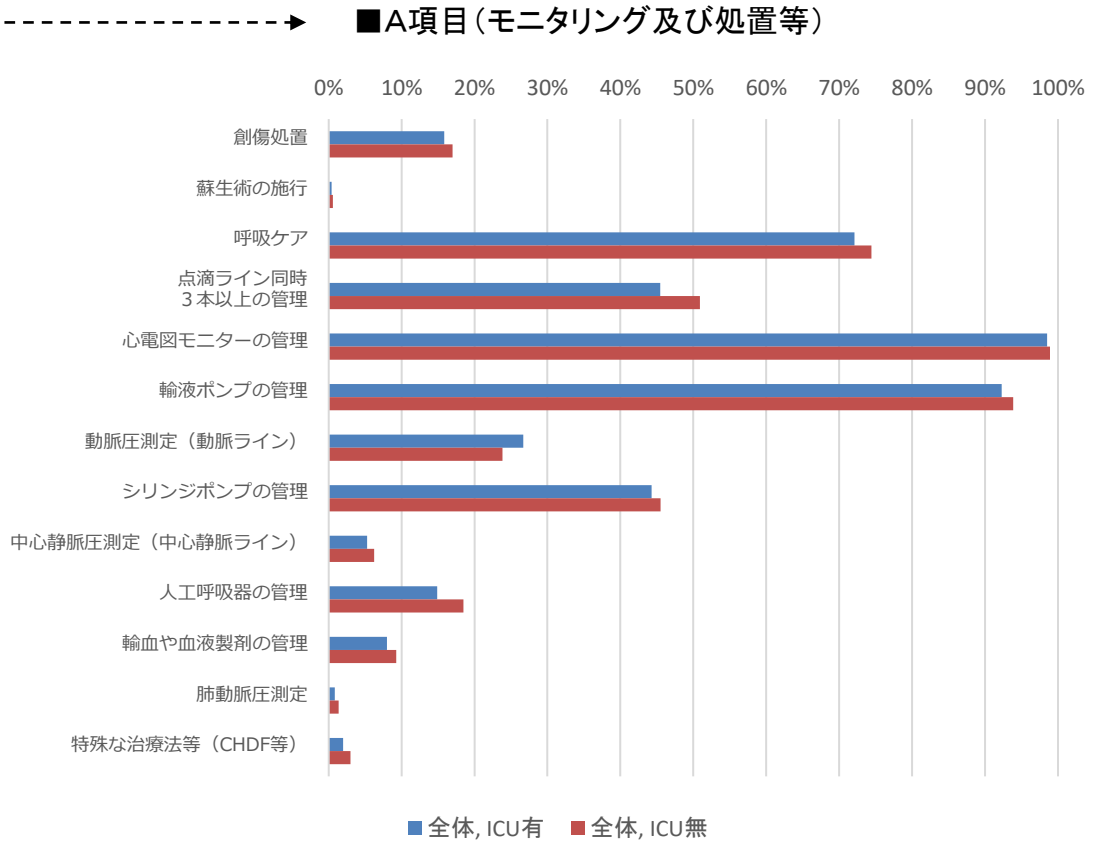
ＨＣＵにおけるＩＣＵの併設有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ ICUを併設しないHCUにおける重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、ICUを併設するHCUよりも高かった。
○ ICUを併設しないHCUでは、ICUを併設するHCUよりも「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸の管理」の該当割合が高く、「動脈圧測定（動脈ライン）」の割合が低かった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合（令和４年４～12月）

（ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料１を算定するHCU（255施設）における患者：n=385,686人・日
ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料１を算定するHCU(382施設)の患者：n=376,588人・日）



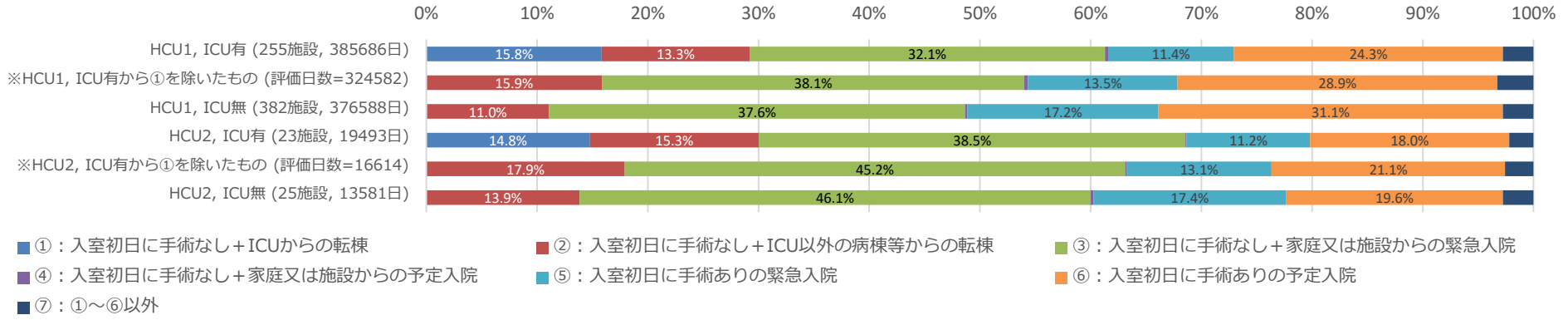


出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ハイケアユニット入院医療管理料を算定する症例の入室の経路

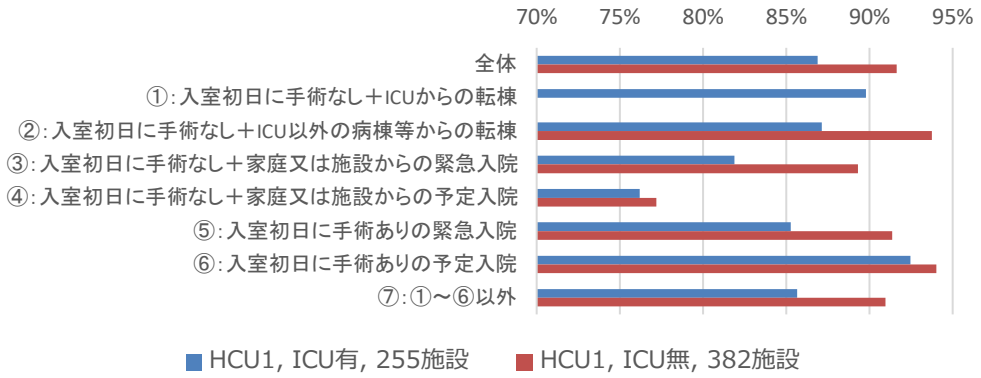
○ ICU併設の有無ごとのHCUの入室の経緯の内訳は、ICUからの転棟患者の割合を除き全体の傾向としては大きく変わらなかった。
○ ハイケアユニット入院医療管理料1については、いずれの入室経路においても、ICUを併設する場合はICUを併設しない場合よりも必要度基準該当割合が低い傾向にあった。

＜ハイケアユニット入院医療管理料1又は2を算定する症例における入室経路ごとの必要度評価対象日数の合計の内訳＞

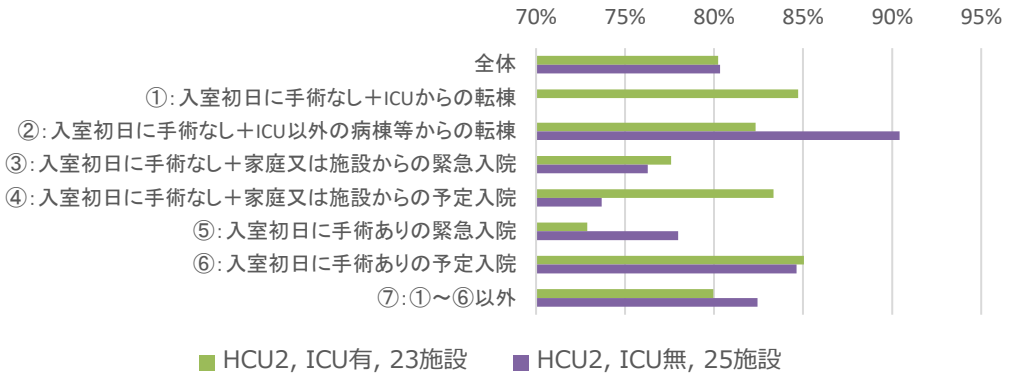


＜ハイケアユニット入院医療管理料1又は2を算定する症例における入室経路ごとの必要度基準該当割合＞

【ハイケアユニット入院管理料1】



【ハイケアユニット入院管理料2】



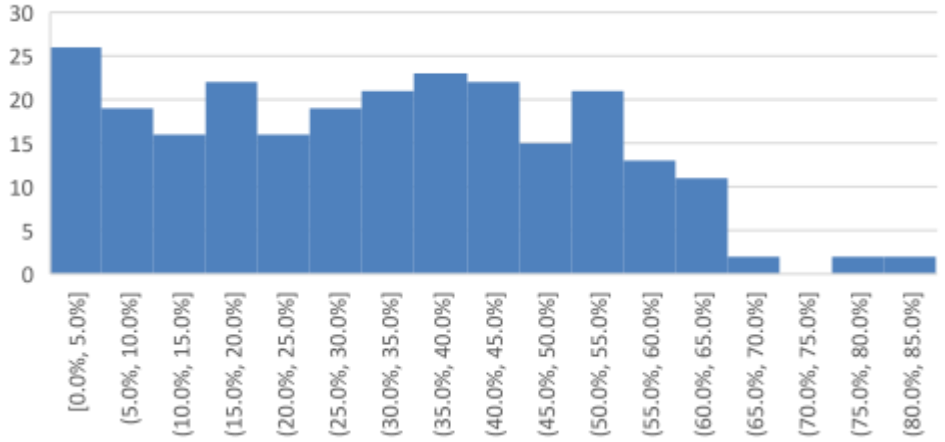
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＩＣＵ併設の有無別のＨＣＵの入室経路割合の分布

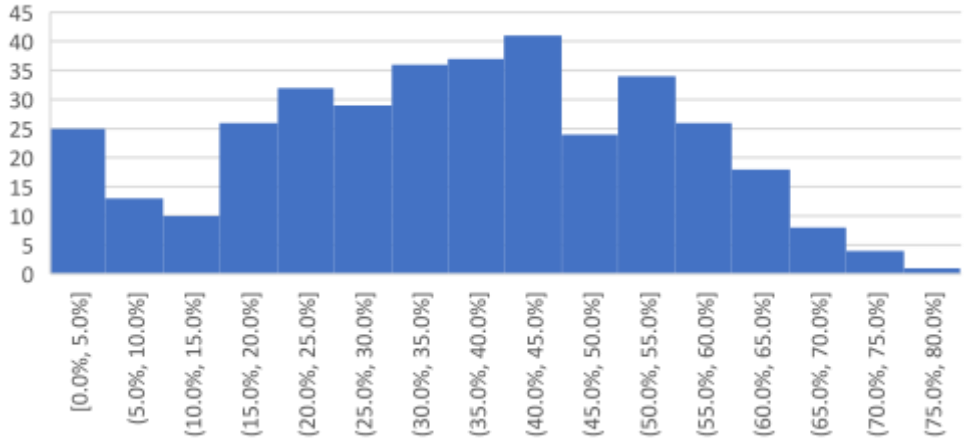
○ HCUに入室している患者の入院経路の割合については、ICUを併設する場合及びしない場合のいずれも、施設間のばらつきが大きい。

＜各施設のHCU入院医療管理料１又は2を算定する症例における必要度評価対象日数のうち、家庭または施設等からの緊急入院症例の割合＞

【ICU併設あり】n=278施設

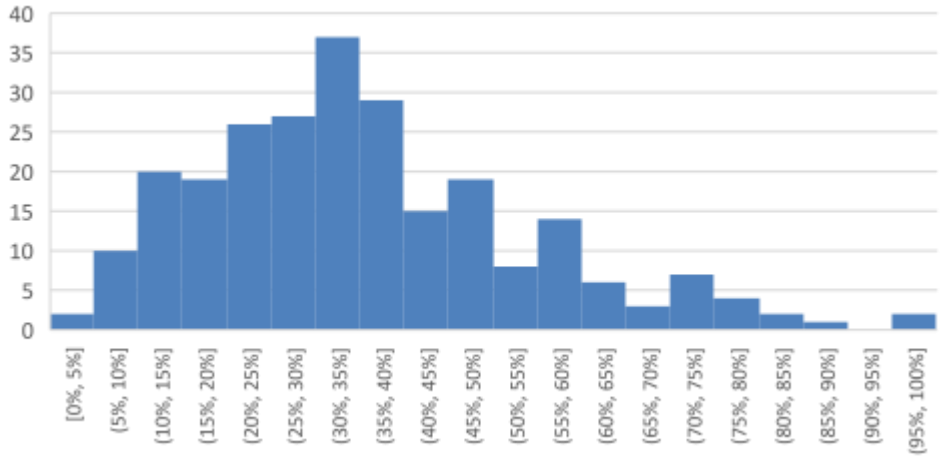


【ICU併設なし】n=364施設

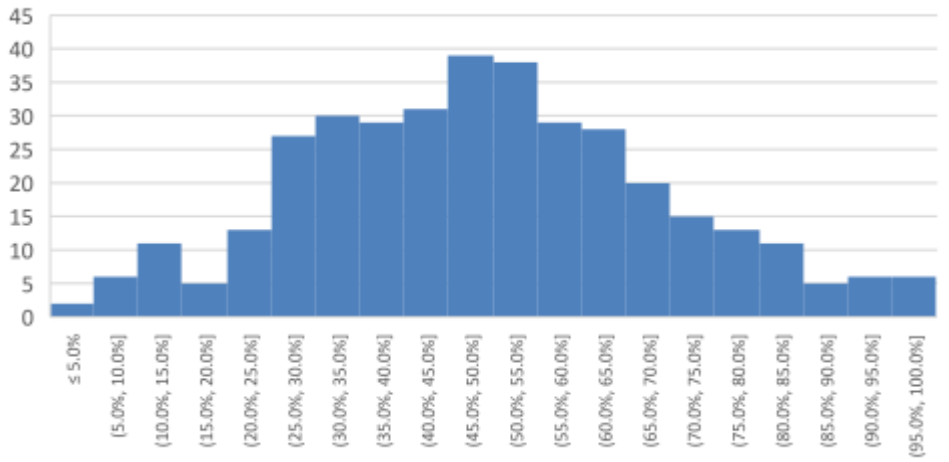


＜各施設のHCU入院医療管理料１又は2を算定する症例における必要度評価対象日数のうち、入室日に手術を実施している症例の割合＞

【ICU併設あり】n=278施設



【ICU併設なし】n=364施設



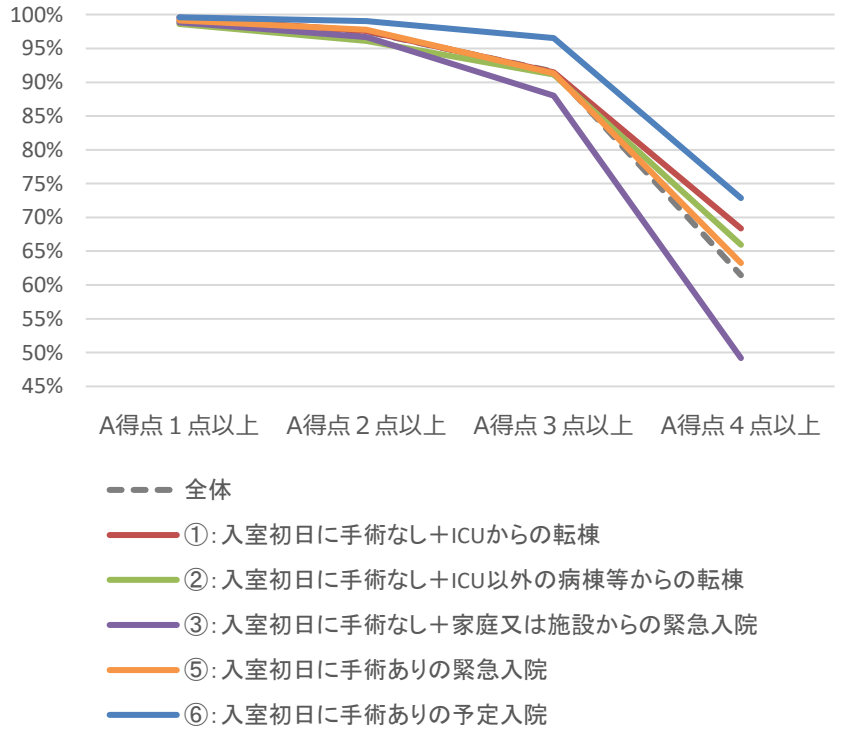
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

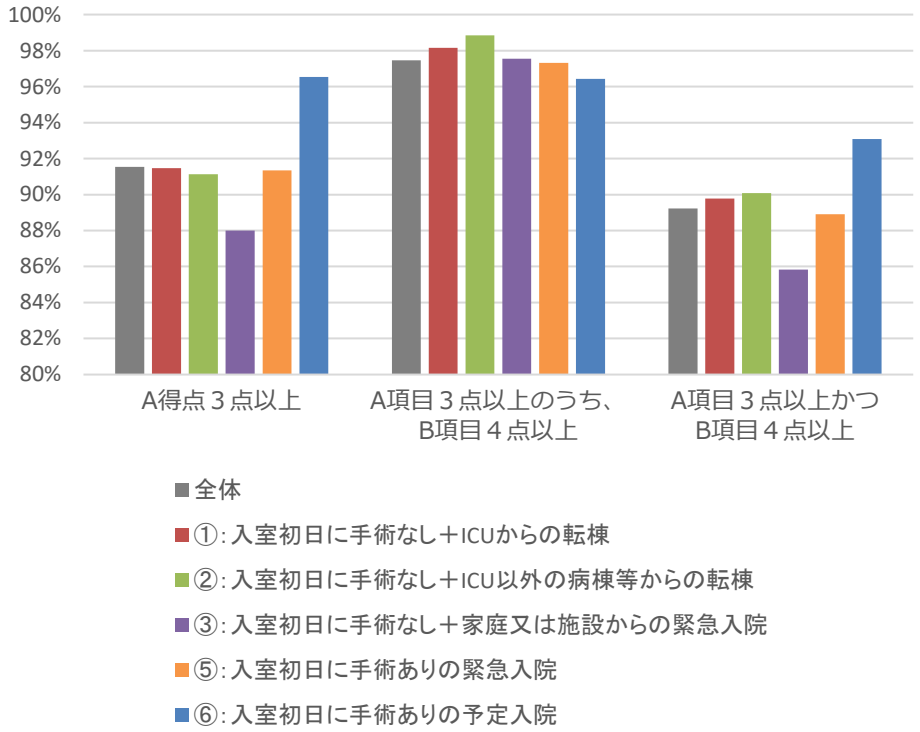
※ HCU入院医療管理料１又は2を算定する施設のうち、HCU入院医療管理料１又は2を算定する必要度評価対象日数が300日未満の施設を除いたものが対象。

ハイケアユニット入院医療管理料１を算定する症例の入室経路ごとの必要度得点の状況

○　入室経路ごとのA項目３点以上の割合は88%～97%程度だが、いずれの入室経路においてもA項目４点以上の割合は大きく低下する傾向にあった。
○　いずれの入室経路においても、A項目３点以上に該当した場合は、ほぼ全ての症例がB項目４点以上にも該当していた。

＜ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとのA項目の総点数及び必要度基準の該当割合＞
（全体：637施設、延べ762,274日）



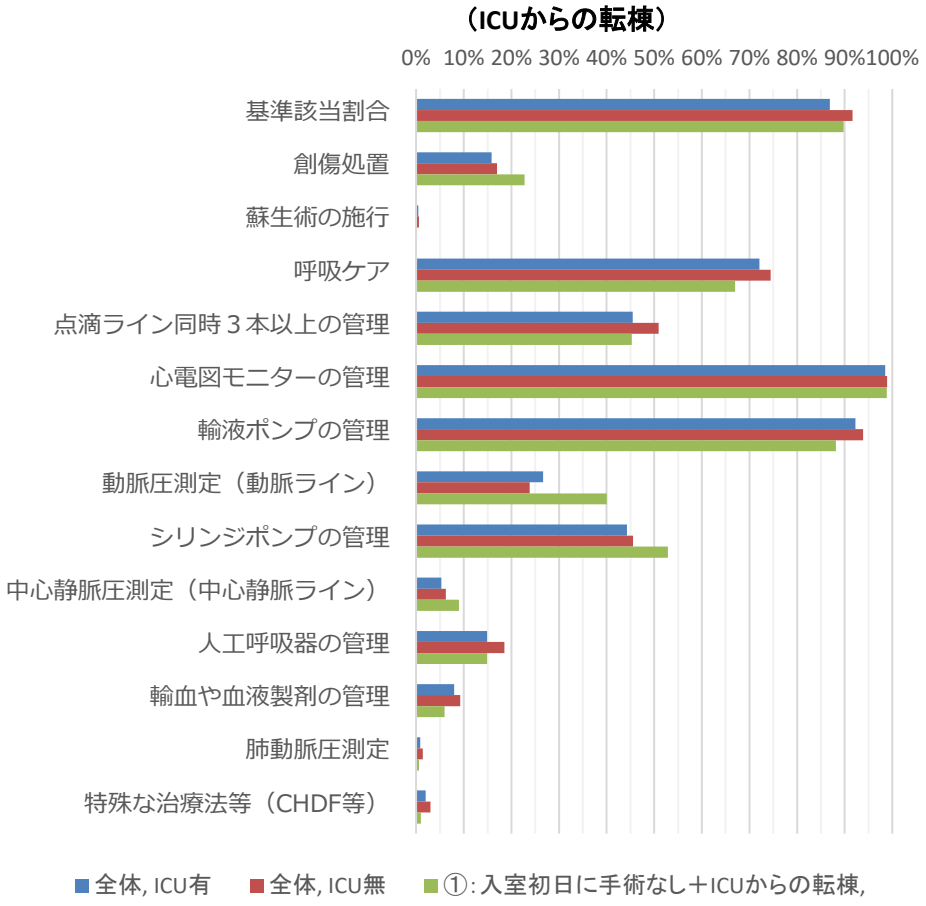


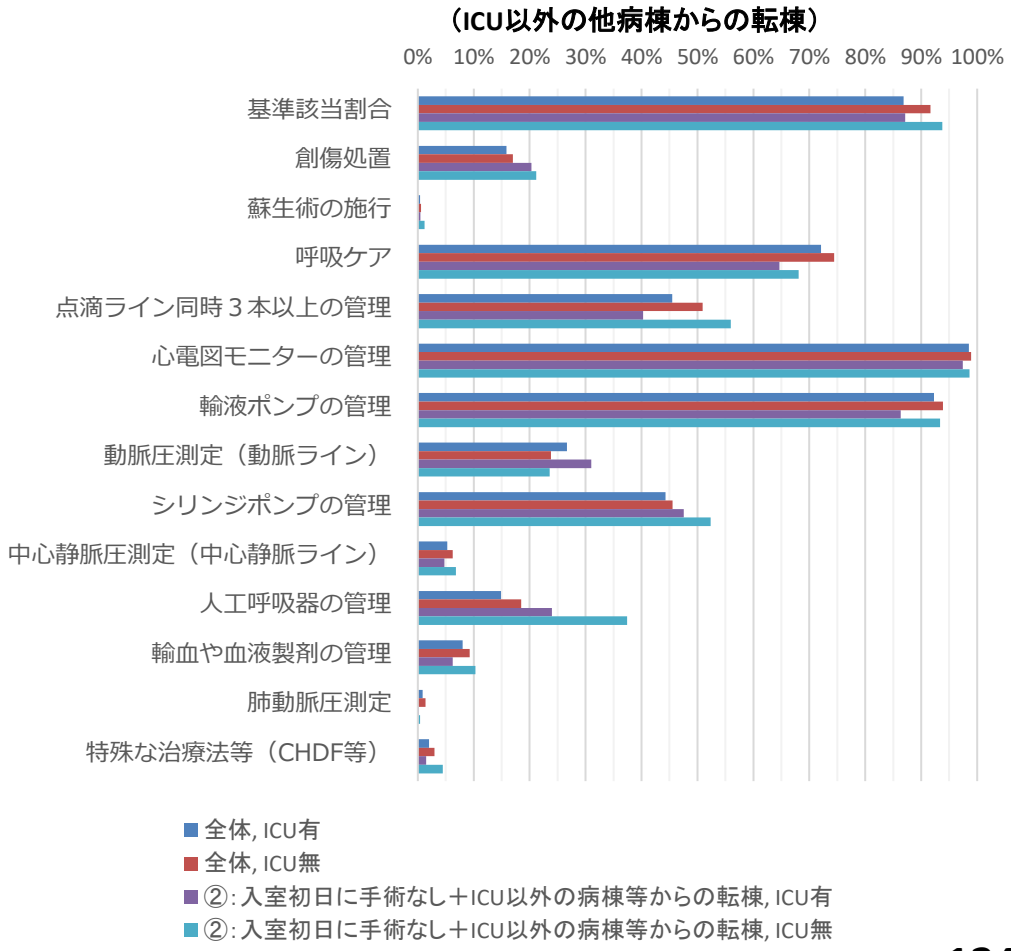
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＩＣＵ併設の有無及び入室の経路別の必要度各項目の該当割合①

○ ICUからの転棟によりHCUに入室する症例においては、「動脈圧測定」に該当する割合が全体の平均よりも高かった。
○ ICU以外の他病棟からの転棟によりHCUに入室する症例においては、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸器の管理」等の項目について、ICUの併設がない施設のほうが該当割合が高かった。

＜ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとの必要度各項目の該当割合＞



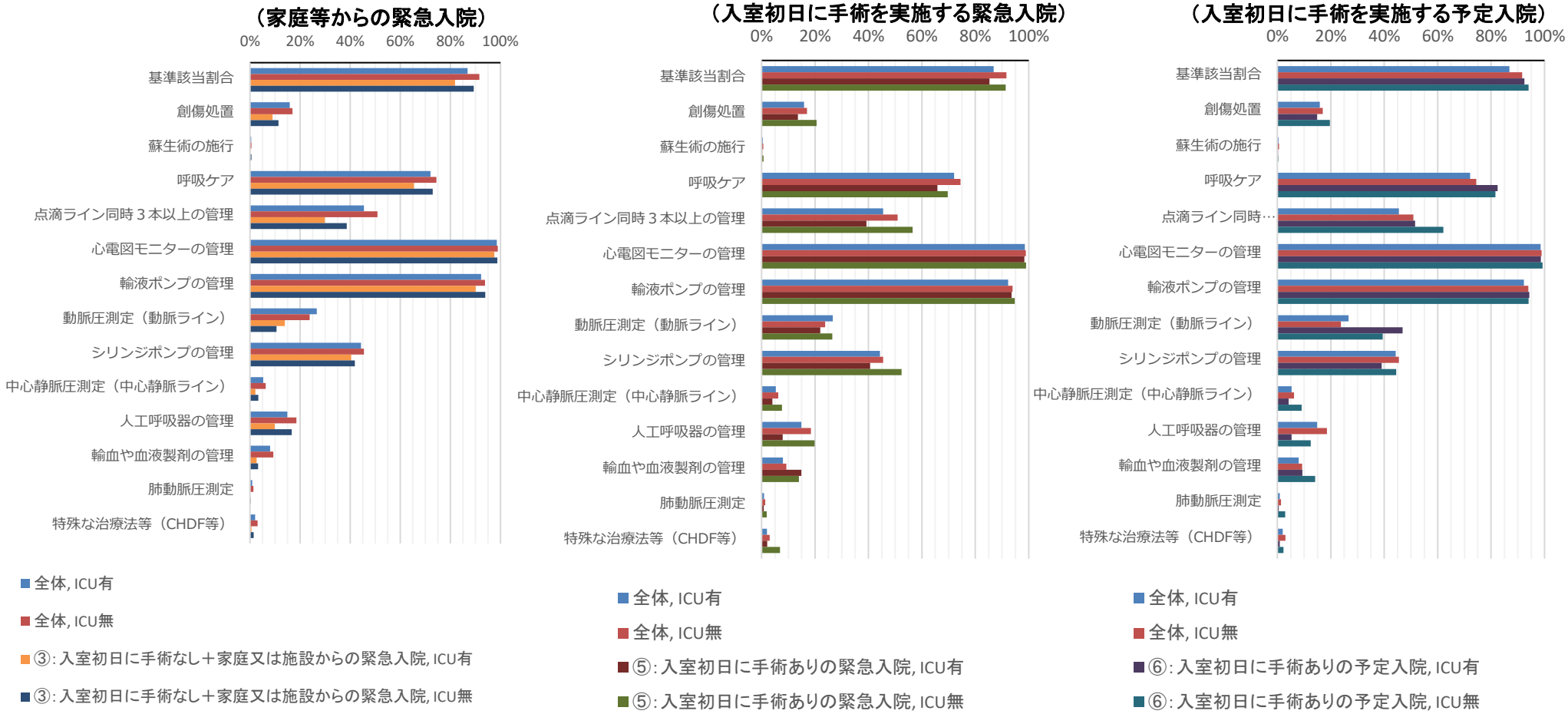


出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＩＣＵ併設の有無及び入室の経路別の必要度各項目の該当割合②

○ 家庭等からの緊急入院や入院初日に手術を実施する緊急入院の症例においては、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸器の管理」について、ICUの併設がない施設のほうが該当割合が高かった。
○ 入室初日に手術を実施する症例においては、予定入院の場合は「呼吸ケア」及び「動脈圧測定」の該当割合が緊急入院の症例よりも高かった。

＜ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとの必要度各項目の該当割合＞



出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＨＣＵにおける入室時の状態別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ HCUに入室した時の状態によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」はほぼ全ての患者が該当していた。

■ ハイケアユニット入室時の状態別、HCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時３本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	539	35.3%	0.9%	59.6%	49.5%	99.4%	98.3%	27.3%	46.8%	9.1%	44.0%	7.6%	2.6%	3.3%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	475	42.3%	0.2%	62.9%	56.6%	99.8%	94.3%	28.4%	52.0%	6.7%	60.6%	12.2%	1.3%	0.0%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	273	20.1%	0.7%	79.1%	56.8%	99.6%	95.2%	34.1%	69.6%	15.0%	25.3%	11.4%	5.9%	3.7%
急性薬物中毒	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ショック	64	7.8%	0.0%	54.7%	75.0%	100.0%	100.0%	15.6%	64.1%	0.0%	9.4%	25.0%	0.0%	0.0%
重篤な代謝障害	99	51.5%	0.0%	75.8%	77.8%	100.0%	91.9%	41.4%	66.7%	4.0%	50.5%	11.1%	4.0%	0.0%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	315	48.6%	0.0%	53.0%	59.0%	98.4%	91.7%	28.9%	46.0%	7.6%	30.8%	16.5%	1.9%	0.0%
救急蘇生後	48	25.0%	8.3%	20.8%	83.3%	100.0%	91.7%	33.3%	41.7%	37.5%	85.4%	20.8%	20.8%	20.8%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	44	13.6%	0.0%	72.7%	0.0%	100.0%	88.6%	9.1%	6.8%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%

（参考）特定集中治療室入室時の状態別、ICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	322	92.5%	91.3%	50.0%	13.7%	88.5%	16.5%	5.9%	5.6%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	436	86.7%	78.9%	71.1%	35.8%	86.0%	45.6%	3.2%	26.6%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	192	73.4%	71.9%	57.3%	32.8%	50.5%	29.2%	33.3%	62.5%
急性薬物中毒	1	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ショック	365	91.5%	75.6%	58.4%	23.0%	73.4%	44.9%	3.6%	42.7%
重篤な代謝障害	52	100.0%	98.1%	80.8%	19.2%	19.2%	17.3%	0.0%	65.4%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	426	88.7%	86.6%	49.8%	16.2%	70.0%	26.8%	3.5%	10.8%
救急蘇生後	14	100.0%	92.9%	85.7%	50.0%	92.9%	0.0%	0.0%	57.1%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	166	88.0%	80.1%	60.2%	7.8%	64.5%	12.7%	0.0%	0.0%

注）
いずれも、新型コロナウイルス感染症あり／感染症疑いの患者を除いて集計

出典：令和4年度入院・外来医療等の実態調査（治療室患者票）

ＨＣＵにおける手術実施の有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ 手術の実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」はほぼ100%の患者が該当する。
○ 手術の実施の有無による、B項目の項目別該当患者割合に大きな差はない。

■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時３本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
手術を実施した	732	37.3%	0.8%	54.0%	64.2%	99.2%	95.1%	34.8%	49.9%	14.5%	40.3%	15.2%	1.4%	1.1%
手術を実施していない	690	28.4%	0.3%	66.8%	45.1%	99.6%	97.0%	20.9%	50.6%	4.1%	40.0%	9.1%	2.0%	1.4%

（参考）手術の有無別、特定集中治療室入室患者におけるICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
手術を実施した	1022	82.5%	80.0%	54.2%	25.2%	69.7%	35.4%	10.3%	27.1%
手術を実施していない	288	97.6%	85.1%	77.1%	19.4%	75.7%	27.1%	0.3%	12.5%

■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度B項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	寝返り	移乗_患者の状態	移乗_介助の実施	口腔清潔_患者の状態	口腔清潔_介助の実施	食事の摂取_患者の状態	食事の摂取_介助の実施	衣服の着脱_患者の状態	衣服の着脱_介助の実施	診療療養上の指示が通る	危険行為
手術を実施した	732	96.2%	88.9%	41.7%	97.7%	93.6%	93.0%	62.7%	98.8%	92.2%	52.7%	20.6%
手術を実施していない	690	98.0%	95.5%	41.3%	86.1%	97.1%	91.0%	62.3%	99.4%	82.3%	42.2%	18.4%

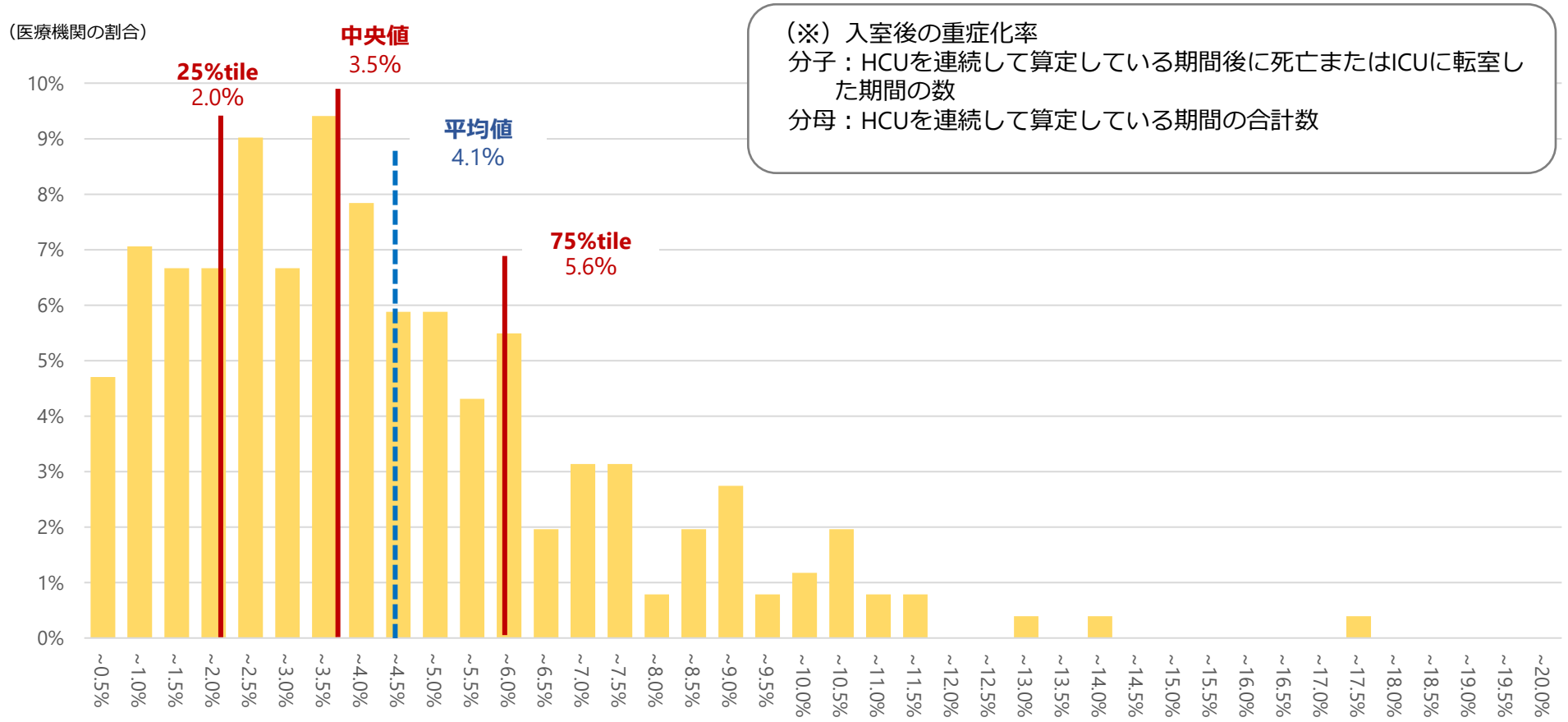
注）
いずれも、新型コロナウイルス感染症あり／感染症疑いの患者を除いて集計

出典：令和4年度入院・外来医療等の実態調査（治療室患者票）

各施設におけるハイケアユニット入室後の重症化率の分布

○ ICUを併設するHCU（HCU入院医療管理料1を算定）における、入室後に重症化（死亡又はICUに転棟）する患者の割合の各施設の分布は以下のとおり。

■ＩＣＵを併設するＨＣＵにおけるハイケアユニット入院医療管理料１に入室後の重症化率（※）の分布（n=255施設）



（※）入室後の重症化率
分子：HCUを連続して算定している期間後に死亡またはICUに転室した期間の数
分母：HCUを連続して算定している期間の合計数

出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＨＣＵ入室後の重症化率による重症度、医療看護必要度の比較（施設間比較）

○ ICUを併設する施設のHCUのうち、入室後重症化率（死亡又はICUに転室）が低いHCUと高いHCUを比較すると、「心電図モニターの管理」、「輸液ポンプの管理」はいずれも該当割合が高く、差がみられなかった。
○ 入室後重症化率の高いHCUでは、「創傷処置」、「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、入室後重症化率の低いHCUでは、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かった。

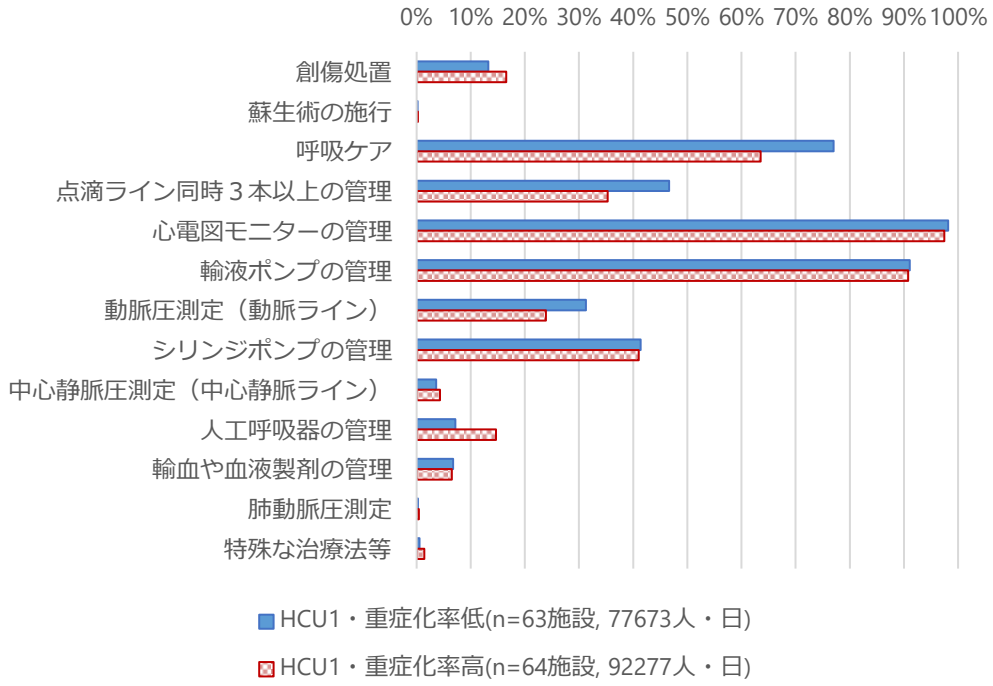
ICUを併設し管理料１を届け出いているHCUにおける重症度、医療・看護必要度の項目別の該当患者割合（令和４年４～12月）

（入室後重症化率（※）が2.0%（25%tile）以下、5.6%（75%tile）以上）※HCUに入室後、死亡又はICUに転室した症例

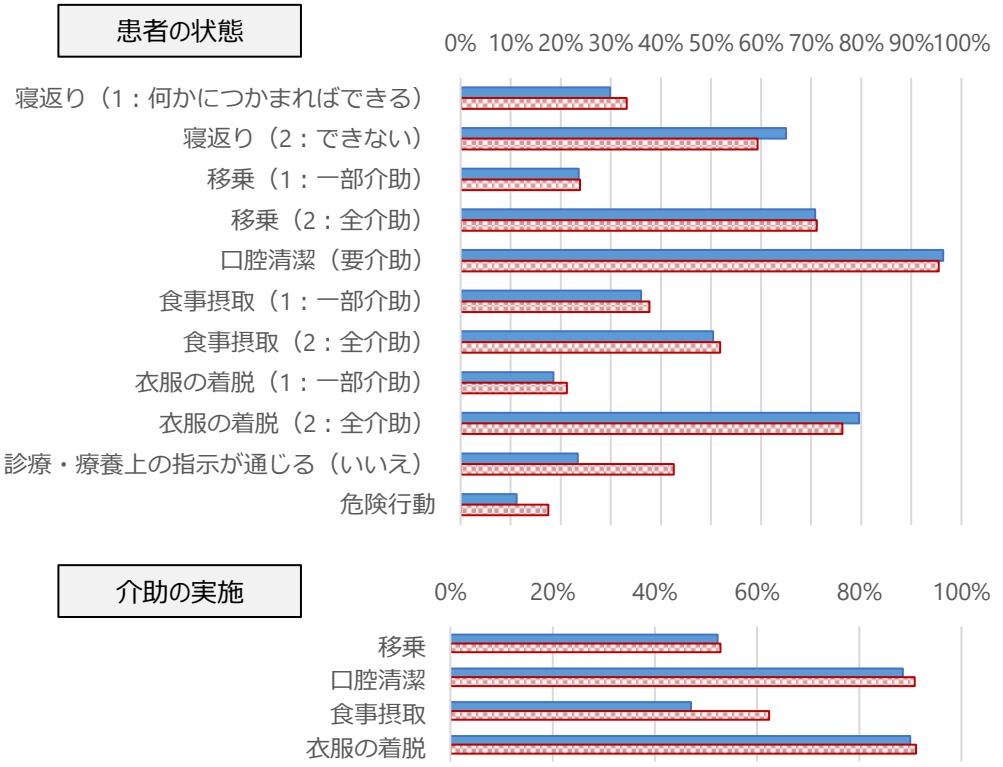
■HCU用必要度の該当患者割合

入室後重症化率が25%tile以下	89.1%
入室後重症化率が75%tile以上	84.2%

■A項目（モニタリング及び処置等）



■B項目（患者の状況等）



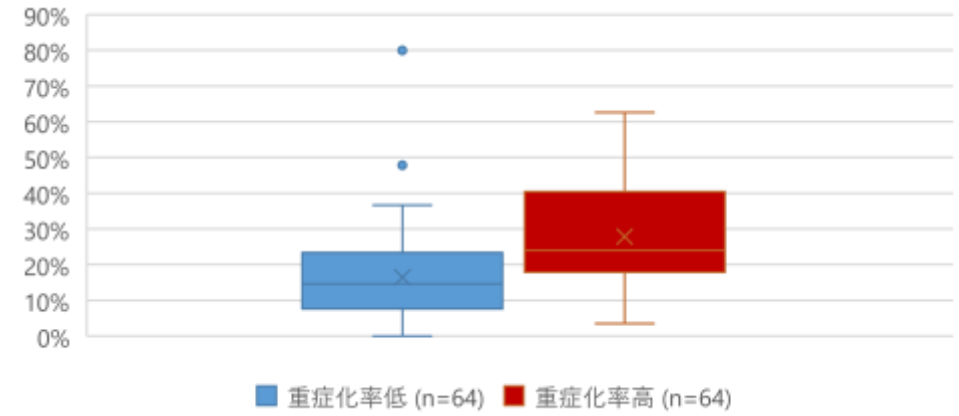
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＨＣＵ１入室後の重症化率と人工呼吸の実施等の関係

○ ICUを併設するHCU（HCU入院医療管理料1を算定）における、入室後に重症化（死亡又はICUに転棟）する患者の割合が高い※1施設においては、人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等を実施している割合※2が高かった。

※1：重症化率高：5.6%（75%tile）以上、重症化率低：2.0%（25%tile）以下

（割合）　**必要度評価対象日のうち、人工呼吸器等を使用する割合**

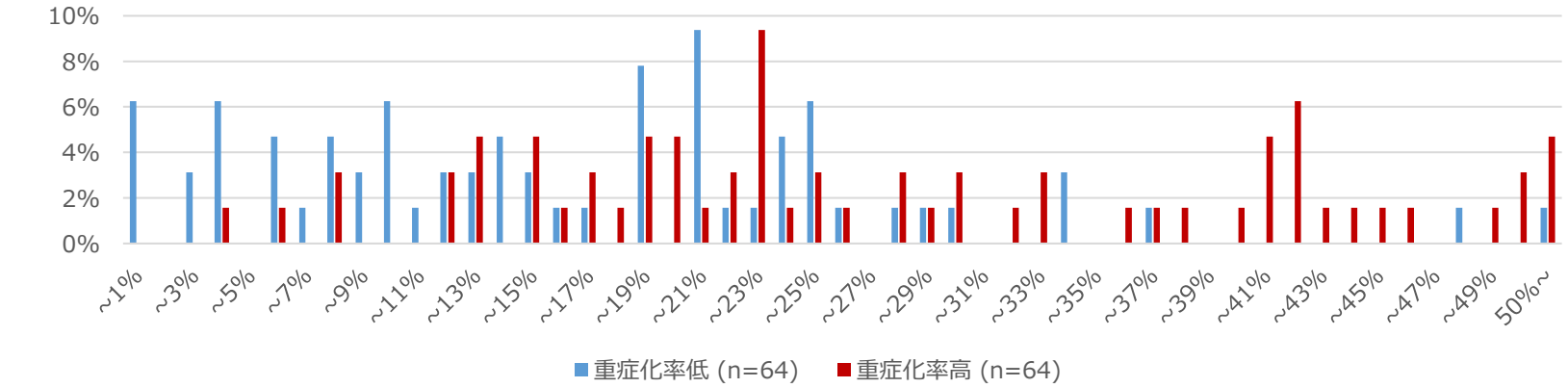


（※２）以下のア～エのいずれかを行っている割合

ア：人工呼吸等を使用している	J026, J026-2, J026-3, J026-4, J029, J045,
イ：透析を行っている	J038, J038-2, J042
ウ：ＥＣＭＯ等を使用している	K386, K386-2, K602, J044
エ：血管作動薬を使用している	エチレフリン塩酸塩,Ｌ－イソプレナリン塩酸塩,エチレフリン塩酸塩,ドパミン塩酸塩,ドブタミン塩酸塩,ブクラデシンナトリウム,オルプリノン塩酸塩水和物,ミルリノン,コルホルシンダロパート塩酸塩,バソプレシン,アドレナリン,ノルアドレナリン

必要度評価対象日のうち、人工呼吸器等を使用する割合の分布

（施設割合）

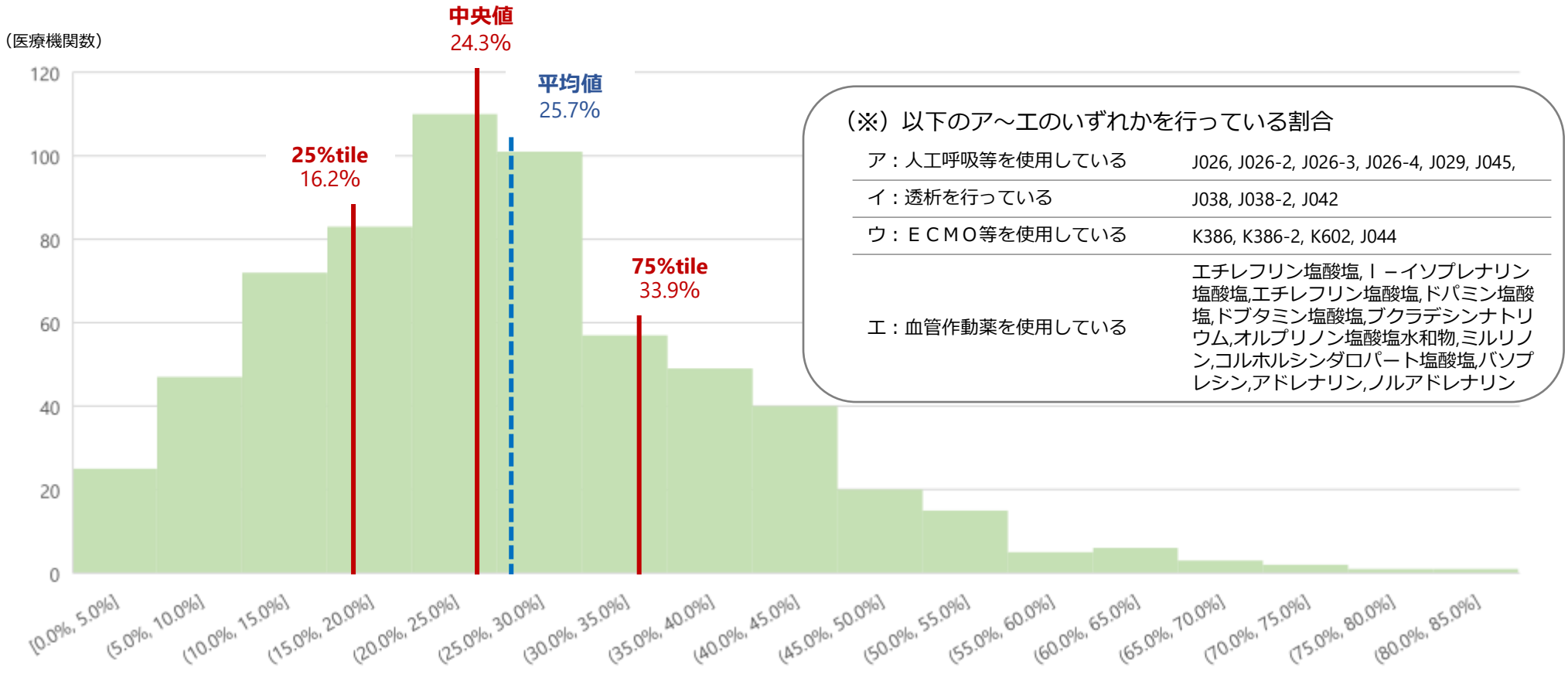


出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＨＣＵ１における常時監視が必要な治療等を受けている患者割合の分布

○ HCU1において、人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等、常時監視が必要な治療等を受けている患者が占める割合は、治療室入室患者の約1／4であった。

■医療機関別の常時監視が必要な治療等を受けている患者の割合（※）の分布（ハイケアユニット入院医療管理料１）
（n=637施設）



（※）以下のア～エのいずれかを行っている割合

ア：人工呼吸等を使用している	J026, J026-2, J026-3, J026-4, J029, J045,
イ：透析を行っている	J038, J038-2, J042
ウ：ＥＣＭＯ等を使用している	K386, K386-2, K602, J044
エ：血管作動薬を使用している	エチレフリン塩酸塩,Ｌ－イソプレナリン塩酸塩,エチレフリン塩酸塩,ドパミン塩酸塩,ドブタミン塩酸塩,ブクラデシンナトリウム,オルプリノン塩酸塩水和物,ミルリノン,コルホルシンダロパート塩酸塩,バソプレシン,アドレナリン,ノルアドレナリン

出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＨＣＵ用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（常時監視治療の患者割合）

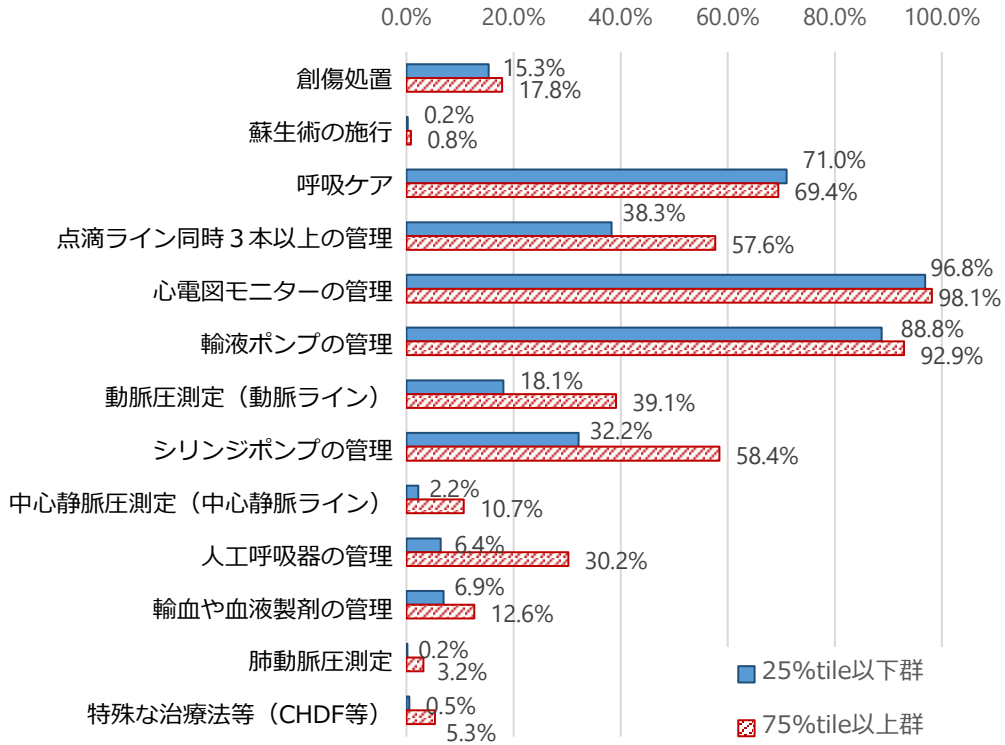
○ 常時監視が必要な治療の患者割合が25%tile（16.2%）以下の治療室と75%tile（33.9%）以上差を見たところ、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、かつ、2群で該当割合の差はなかった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合（令和４年４～６月） ※ハイケアユニット入院医療管理料１算定患者のみ集計
（常時監視が必要な治療等（※）の患者割合が16.2%（25%tile）以下、33.9%（75%tile）以上）

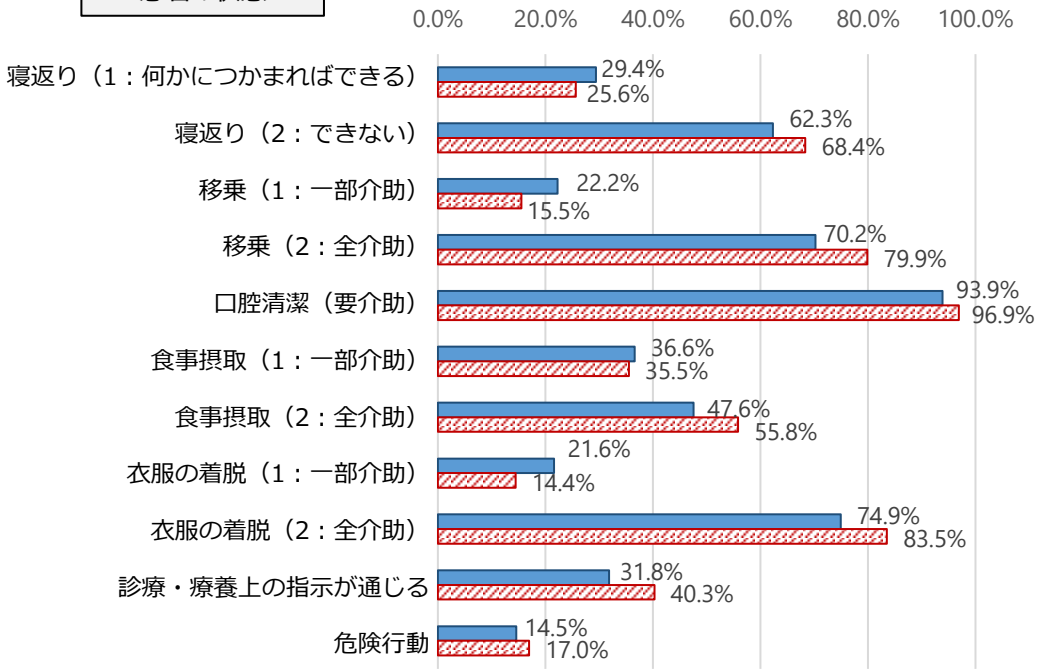
■HCU用必要度の該当患者割合

常時監視が必要な治療等の患者割合25%tile以下	84.3%
常時監視が必要な治療等の患者割合75%tile以上	91.3%

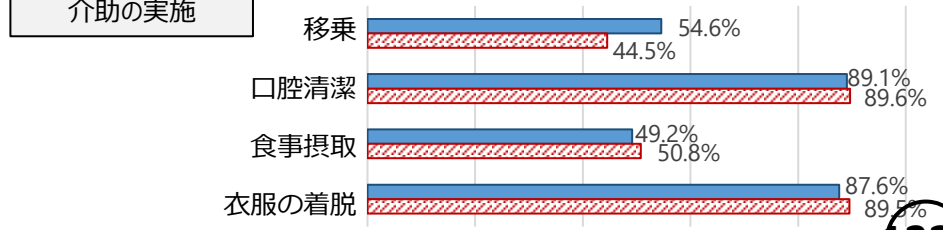
■A項目（モニタリング及び処置等）



■B項目（患者の状態）



介助の実施



出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

中医協　総－４参考２
５．１０．２７

中医協　診－２参考２
５．１０．２７

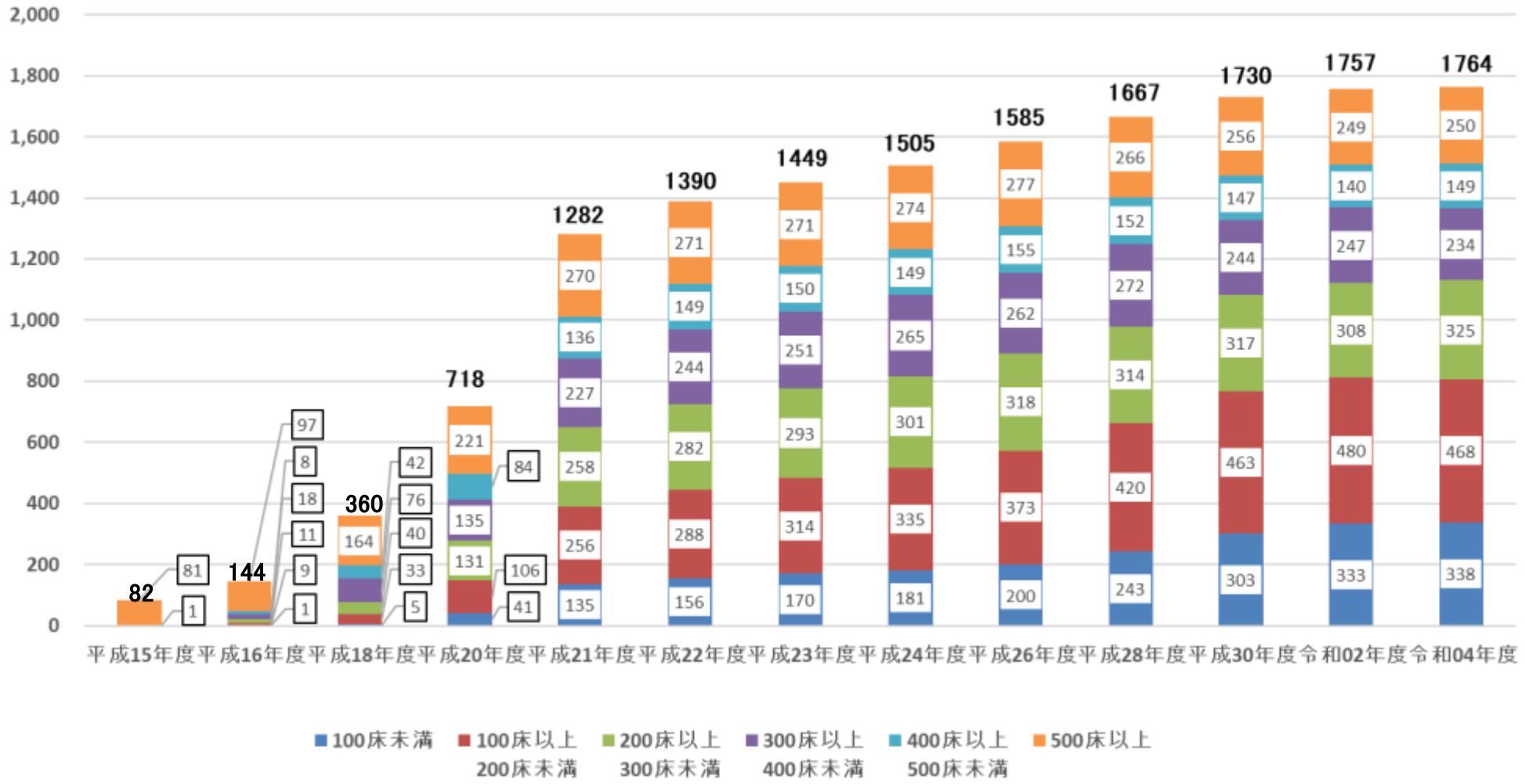
入院・外来医療等の調査・評価分科会
これまでの検討結果
【別添】資料編②

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
　3－1. DPC対象病院に係る検討について
　3－2. 算定ルールに係る検討について
　3－3. 診断群分類に係る検討について
　3－4. 退院患者調査に係る検討について
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

DPC対象病院の規模（DPC算定病床数別）

○　DPC対象病院のうち、特にDPC算定病床数が200床未満である病院が増加傾向にある。

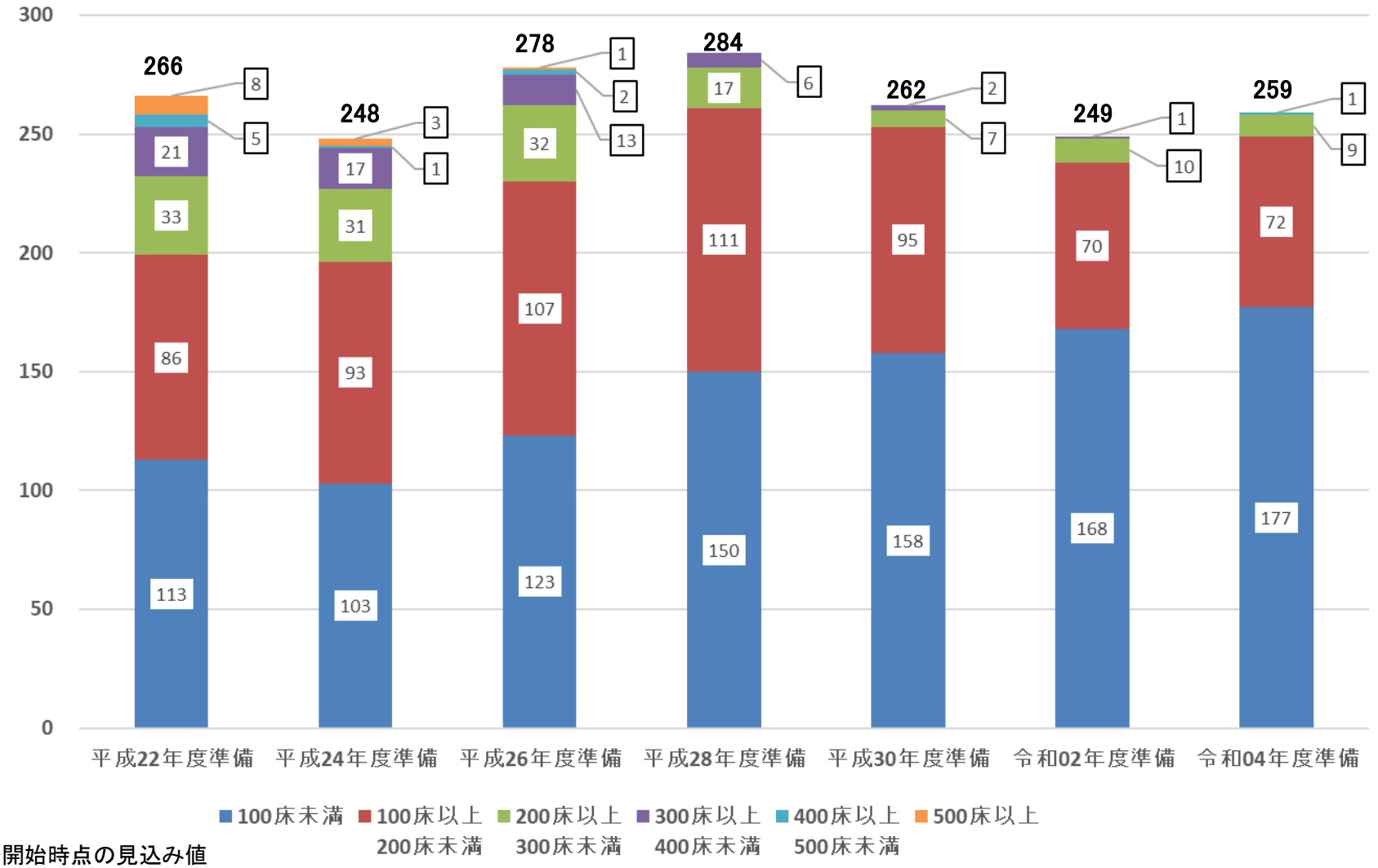


※各年度調査開始時点の見込み値

※病床数区分は、DPC算定病床数による

DPC準備病院の規模（一般病床数別）

○　DPC準備病院数は近年250前後で推移しており、令和４年度DPC準備病院においては、一般病床数が200床未満である病院が9割以上を占める。



※各年度調査開始時点の見込み値
※病床数区分は、一般病床数による

医療機関別係数

１．基礎係数

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。

○　基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

○　機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

３．機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

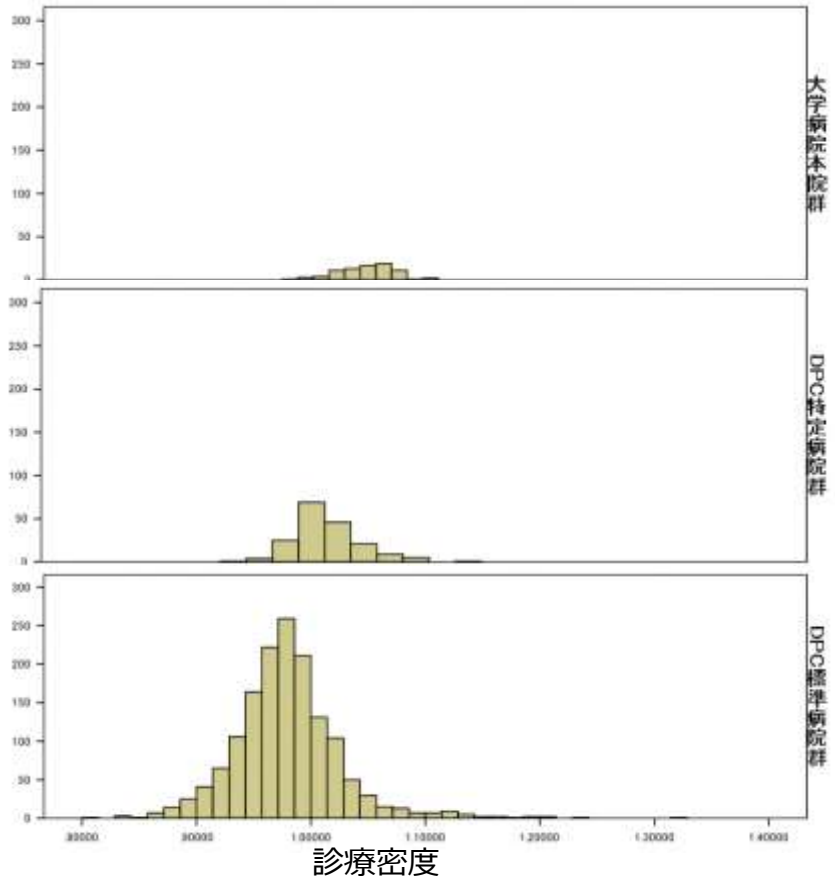
○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

４．激変緩和係数

○　診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度１年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

基礎係数について

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに係数を設定している。
○　医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」（※１）、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」（※２）、その他を「DPC標準病院群」としている。
○　医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつきは、群ごとに比較的少なく、医療機関群の設定手法は合理性が確認されている。



令和4年度改定後の状況（令和4年4月1日時点）

医療機関群	施設数	基礎係数
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680
DPC標準病院群	1,501	1.0395

（※１）大学病院本院群
DPC/PDPSにおいては、原則として、以下の病院を大学病院本院として取り扱うこととしている。
・大学設置基準第39条に基づき、医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院
・上記病院が複数存在する場合には、医学部と同一敷地内にある病院

（※２）DPC特定病院群の設定要件
４つの実績要件の全て（実績要件３は６つのうち５つ）で基準値を満たす。
実績要件１：診療密度
実績要件２：医師研修の実施
実績要件３：医療技術の実施
実績要件４：補正複雑性指数

出典：令和2,3年度DPCデータ

機能評価係数Ⅰについて

○　機能評価係数Ⅰは、医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算）について係数化したもの。

（機能評価係数Ⅰの評価対象となっている項目の例）

急性期入院料の差額	A100	一般病棟入院料（１のイ　急性期一般入院料１）
病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
	A204	地域医療支援病院入院診療加算
	A207	診療録管理体制加算
	A207-2	医師事務作業補助体制加算
	A234	医療安全対策加算
	A234-2	感染対策向上加算
	A243	後発医薬品使用体制加算
	A244	病棟薬剤業務実施加算
	A245	データ提出加算
	A252	地域医療体制確保加算
	D026	検体検査管理加算
看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算
	A207-4	看護職員夜間配置加算
	A214	看護補助加算
地域特性の評価	A218	地域加算
	A218-2	離島加算

機能評価係数Ⅱについて

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
○　各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

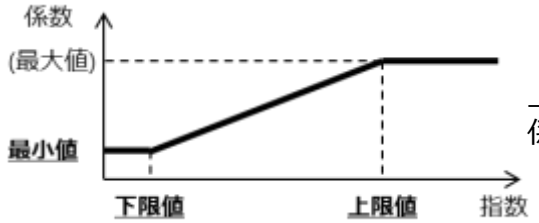
係数の設定手法

・　相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
・　医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

具体的な設定	指数 上限値	指数 下限値	係数 最小値	評価の考え方
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式１で評価） 【病院情報の公表】　自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和6年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

保険診療指数の評価方法

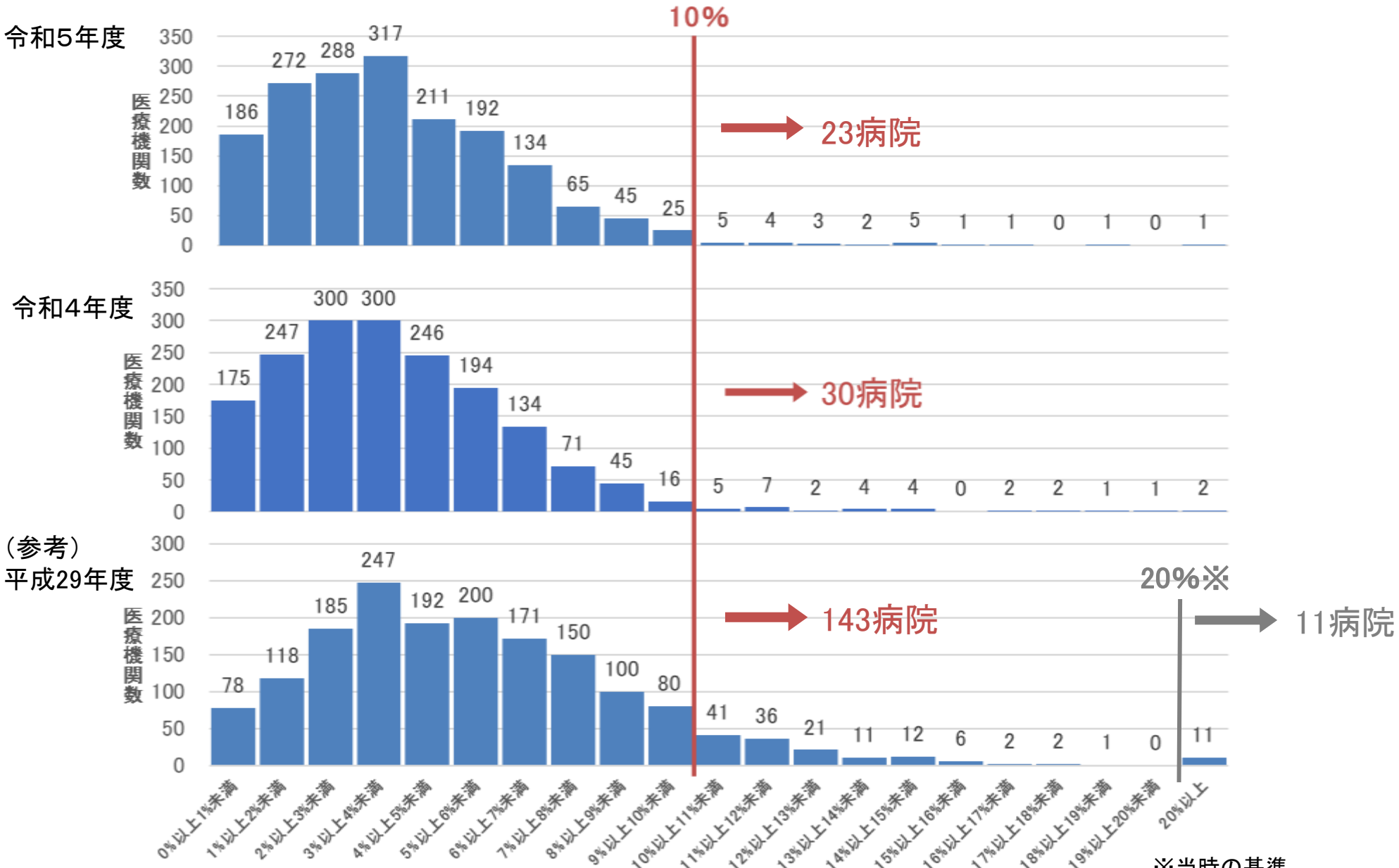
指数	評価内容
保険診療指数	原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。 【適切なDPCデータの作成】 ①「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ②DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 － 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）） － 様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾） － 様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾） － DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ③未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） 【病院情報の公表】 ④自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。

	大学病院本院群（82）	DPC特定病院群（181）	DPC標準病院群（1495）	DPC対象病院（1758）
①「部位不明・詳細不明コード」10%以上	0（0.0%）	0（0.0%）	23（1.5%）	23（1.3%）
②「様式間の矛盾」1%以上	0（0.0%）	0（0.0%）	4（0.3%）	4（0.2%）
③「未コード化傷病名」2%以上	0（0.0%）	0（0.0%）	6（0.4%）	6（0.3%）
④病院情報の公表なし	0（0.0%）	0（0.0%）	10（0.7%）	10（0.6%）

出典：令和5年度改定データ

※合併病院は除外

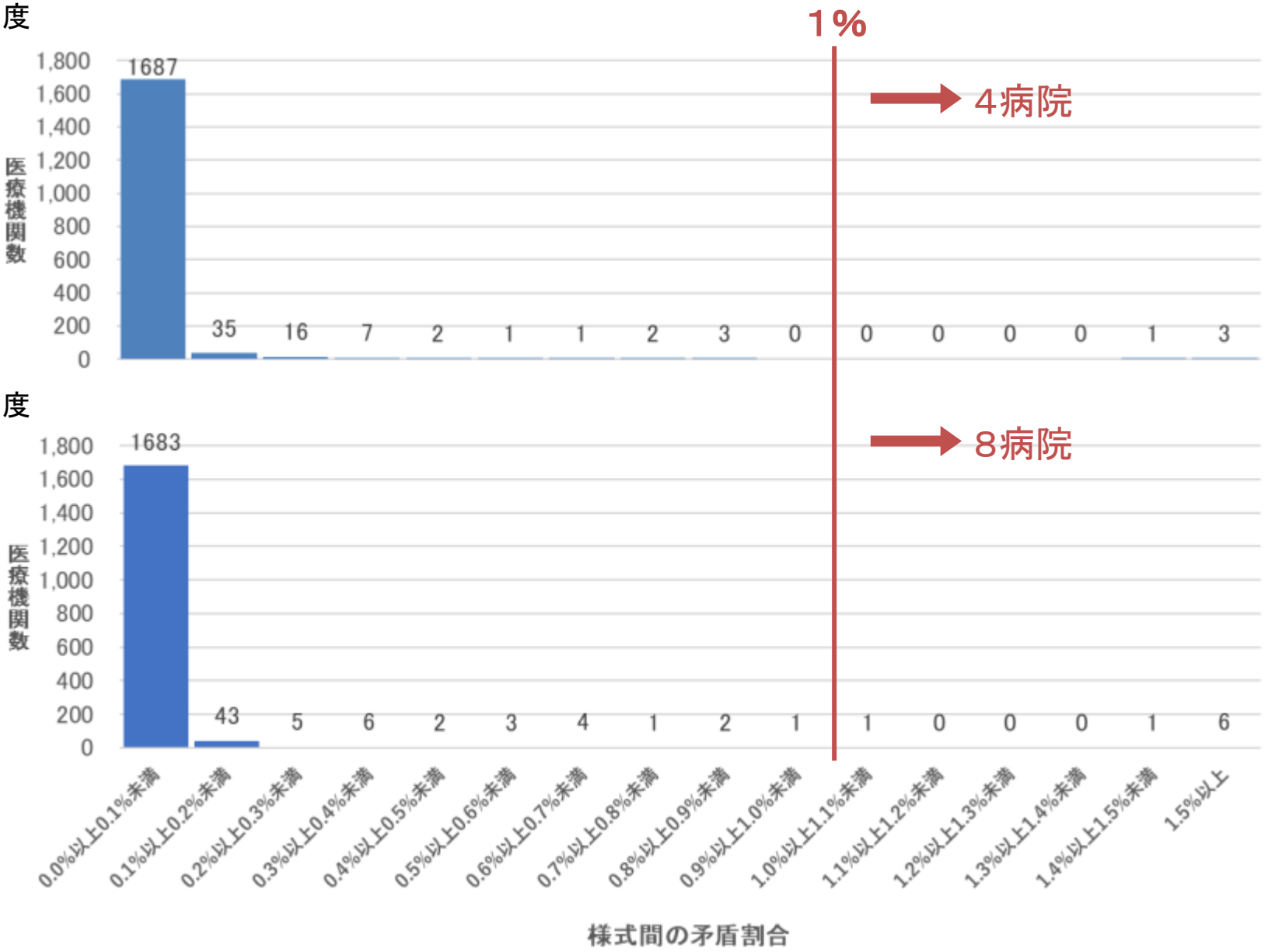
部位不明・詳細不明コードの使用割合



出典：各年度改定データ

様式間の矛盾割合

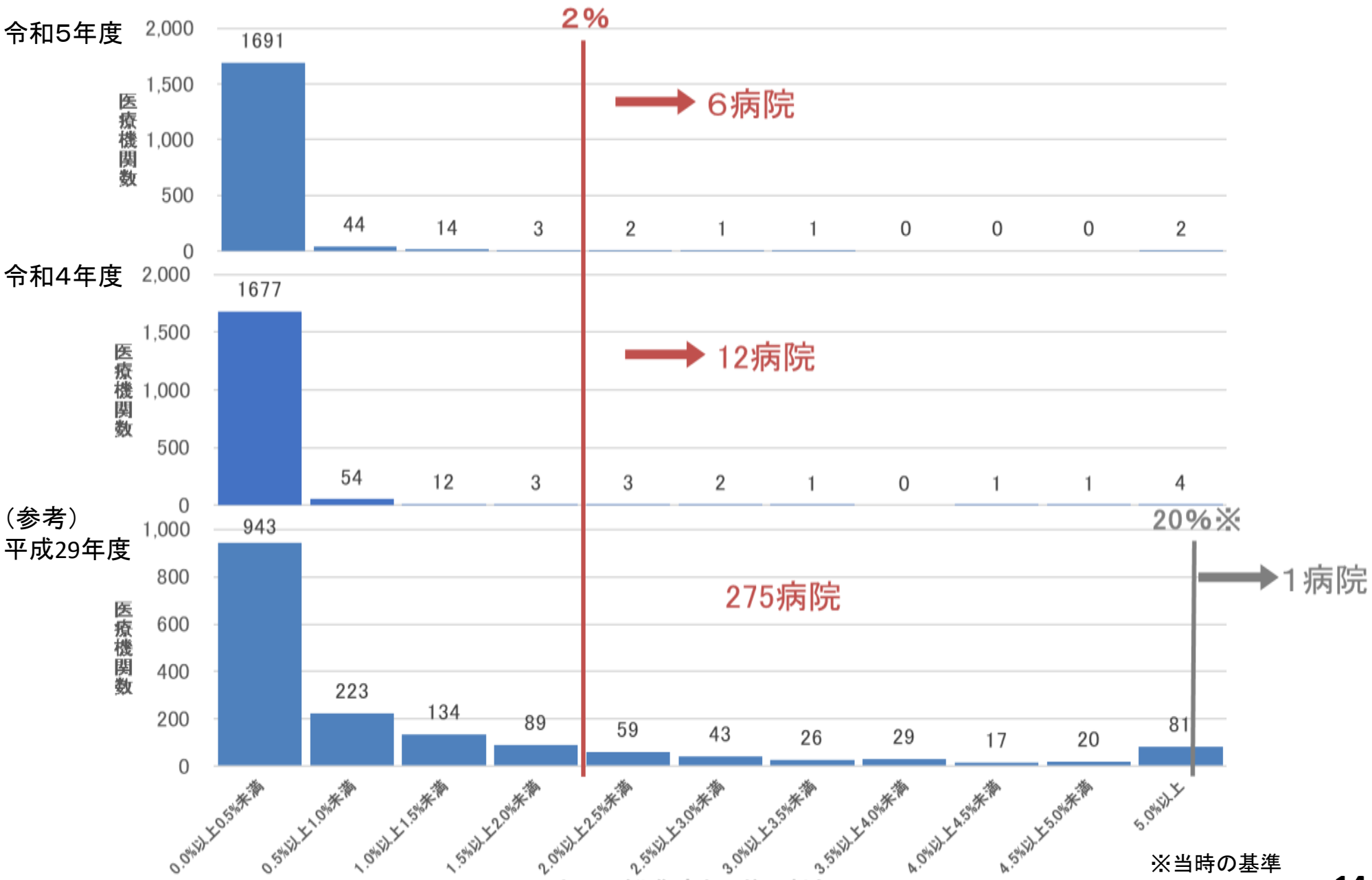
令和5年度



令和4年度

出典:各年度改定データ

未コード化傷病名の使用割合



※当時の基準

出典：各年度改定データ

「部位不明・詳細不明コード」の評価について①

○ いわゆる「DPC調査」の実施にあたっては、「医療資源を最も投入した傷病」に付与されうるICDコードのうち、部位や病態等を確認することによって、他のコードに分類される可能性が高いものを「留意すべきICD分類」として例示している。
○ このうち一部のICDコードを「部位不明・詳細不明コード」と指定し、「医療資源を最も投入した傷病」において、保険診療係数における評価の対象としている。

例）「脳梗塞」において使用が想定されるICDコード　（参考：「2022年度『DPC導入の影響評価に係る調査』実施説明資料」）

ICDコード	分類名称	DPC6桁コード	DPC6桁分類名	「部位不明・詳細不明コード」の指定
I630	脳実質外動脈の血栓症による脳梗塞	010060	脳梗塞	
I631	脳実質外動脈の塞栓症による脳梗塞			
I632	脳実質外動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞			○
I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞			
I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞			
I635	脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞			○
I636	脳静脈血栓症による脳梗塞、非化膿性			
I638	その他の脳梗塞			
I639	脳梗塞、詳細不明			○
I64	脳卒中、脳出血又は脳梗塞と明示されないもの	010070	脳血管障害	
I659	詳細不明の脳実質外動脈の閉塞及び狭窄			○
I669	詳細不明の脳動脈の閉塞及び狭窄			○
I679	脳血管疾患、詳細不明			○
I694	脳卒中の続発・後遺症、出血または梗塞と明示されないもの	010069	脳卒中の続発症	
I698	その他及び詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症			○

「部位不明・詳細不明コード」の評価について②

○ コーディングテキストにおいては、「部位不明・詳細不明コード」の選択は、第三者的に判断ができない場合等の例外的な事例であり、担当医の判断や適切な記録等が確認できる場合には、頻回に発生するとは考えにくい、とされている。

【参考：「部位不明・詳細不明コード」に係るコーディングテキストでの記載について】
（「DPC／PDPS傷病名コーディングテキスト改定版（第5版）」での記載についてより抜粋）

Ⅳ．傷病名の DPC コーディングにあたっての注意点

８．その他、DPCコーディングで留意すべきこと

（5）「部位不明・詳細不明コード」(いわゆる「.9」コード)

○ 傷病名の確定に至らない事例や、必要な検査を実施しても明確な結果が得られない事例があり、また、保険診療の範囲では確実な傷病名の確定に至るとは限らず分類の選択が不可能な場合もあることから、ICDにおいて「部位不明・詳細不明」となる4桁細分類項目が設定されている（ただし、ICDの日本語版と原典（英語版）では表現が異なっている）。

○ 「部位不明、詳細不明」とは、必ずしも臨床現場における診断において不明という事例ではなく、記録としてそれ以上の必要な傷病に関する情報が存在しない、もしくはそれ以上のことがわからないというような事例も多く存在する場合も考えられるため、そのような場合への対応という意味である。

○ 例えば、死亡診断書から傷病名の分類を行う場合、第三者的に判断した時に記録として必要な傷病に関する情報が死亡診断書に記されていない場合があり、そのような場合に限り選択されるべき「部位不明、詳細不明」等の「その他」、「分類不可」等の例外的な分類が存在する。

○ 「部位不明・詳細不明コード」を選択する時は、第三者的に判断ができない場合等の例外的な事例であり、担当した医師の判断や適切な記録等が確認できる場合には、不明確なICDコードの選択が頻回に発生するとは考えにくい。

○ 従って、「部位不明・詳細不明コード」の選択が結果として頻回に発生する場合は、その多くは診療録の記載不備、主治医や執刀医の確認が不十分であることが原因であると考えられることから、適切な確認体制を構築することが求められる。

令和５年度特別調査について①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の実施について（令和5年6月21日中医協総会了承）

1．概要

○　令和6年度診療報酬改定に向け、DPC/PDPSについては、令和4年度特別調査の結果等も踏まえ、令和5年度特別調査の実施に向けた調査設計等を行うこととされている（令和5年5月10日中医協総会了承）。

○　令和5年度特別調査の具体的な調査内容等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2．背景・目的

（1）適切なコーディングについて

○　機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数においては、適切なコーディングを評価する観点から、様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」のICDコードとして、「部位不明・詳細不明コード」（※1）を使用した割合について評価を行っている。

※1　部位や病態等を確認することにより、他のコードに分類される可能性が高いICDコードのうち一部を、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料において指定している。

○　現在は10%以上を減点対象としており、ほとんどの病院で基準値を下回っている一方で、令和5年度において減点対象となっている病院も23病院存在する。

○　適切なコーディングはDPC/PDPSの安定的な運用の前提であり、令和4年度特別調査を踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要であると考えられたことから、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高い理由や背景を把握するため、特別調査を実施することとする。

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

○　DPC/PDPSにおいては、短期滞在手術等基本料3の対象手術等（以下、「短在3対象手術等」という。）は、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。

○　短在3対象手術等には、全国での外来実施割合が高い短期滞在手術等基本料1の対象手術等（以下、「短在1対象手術等」という。）も含まれるが、そのうち、DPC対象病院における外来実施割合が低い手術等も存在する。

○　令和4年度特別調査において、外来で診療可能な症例を入院で診療している等の意見もみられたこと等も踏まえ、DPC/PDPSにおける短期滞在手術等の評価のあり方を検討するにあたり、入院/入院外での実施状況等を把握するため特別調査を実施することとする。

令和５年度特別調査について②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

3. 調査の実施方法

○　下記調査区分に該当する病院に対して調査票の配布・回収を行った。その結果は以下のとおり。

【調査票の回収状況】

区分	調査対象	調査票配布数	回答数	回答率
（1） コーディング に関する調査	①令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、「部位不明・詳細不明コード」を使用した割合が10%以上の病院	23	23	100%
（2） 短期滞在手術等 に関する調査	②短在1対象手術等かつ短在3対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が低い病院	30	30	100%
	③短在1対象手術等かつ短在3対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が高い病院	30	30	100%

※2　令和5年4月時点のDPC対象病院を対象として選定

○　回収状況等を踏まえ、①～③の類型ごとに2施設ずつヒアリング対象医療機関を選定した。

令和５年度特別調査について③

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

4. ヒアリング対象施設の概要

調査区分	入院外実施割合	通番	主な届出入院料	DPC算定病床数（総病床数）	参加年度	医療機関群
（1）		①	急性期一般4 地域包括ケア 療養病棟	100 （199）	平成21年度	標準病院群
		②	急性期一般4 地域包括ケア	100 （148）	令和2年度	標準病院群
（2）	低	③	急性期一般1	500 （500）	平成20年度	特定病院群
		④	急性期一般1 回復期リハ	170 （265）	平成16年度	標準病院群
	高	⑤	急性期一般1	405 （405）	平成18年度	特定病院群
		⑥	急性期一般1 地域包括ケア 療養病棟	248 （384）	平成22年度	標準病院群

令和５年度特別調査の結果について（１）①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（1）適切なコーディングについて

＜「部位不明・詳細不明コード」の使用実態について＞

（共通）

- ○ 医師の決定したコーディングについて、確認不足であった。
- ○ 入院時の初期診断で付与した病名をそのまま使ってしまった。
- ○ コーディングの際に特に詳細分類について確認していなかった。
- ○ 原因が多数あり判断がつかない、あるいは、原疾患の特定ができない場合が多い。

（G459　一過性脳虚血発作、詳細不明）

- ○ 画像検査等を実施しても脳出血や脳梗塞が明らかでなく、原因不明のまま軽快し退院するケースが多い。

（I509　心不全、詳細不明）

- ○ 急性期を脱し安定しているものはすべて慢性心不全として当該コードを付与していた。
- ○ 浮腫や胸水貯留のため入院したものの、心不全の精査ができず、詳細な分類ができない場合に付与する。
- ○ 心不全の詳細が不明なまま死亡退院する場合に付与するケースが多い。
- ○ 心肺停止で救急搬送された場合の医療資源病名として選択する場合が多い。

（I639　脳梗塞、詳細不明）

（I635　脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞）

- ○ MRI検査の実施が不可能で、精査が行えない場合がある。
- ○ リハビリテーション目的の入院で使用する。

（K922　胃腸出血、詳細不明）

- ○ 消化管出血を疑い精査を行ったが、出血源が特定できなかった場合に用いる。
- ○ 高齢患者が多く、検査できないことが多い。

令和５年度特別調査の結果について（１）②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（1）適切なコーディングについて

（M6259　筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの　部位不明）

- ○ 原疾患加療後にADL低下により自宅退院が難しく、リハビリ目的で転入院となったケースに用いる。
- ○ COVID-19の治療後の患者について、急性期病床で受け入れ、リハビリを行った場合に廃用症候群として病名選択を行った。
- ○ 自院で特に発症した疾患なく、脳梗塞後遺症などのADL低下の原因となるような疾患もない場合、付与せざるを得ない。

（C349他　悪性新生物、部位不明）

- ○ 医師が部位不明としてコーディングし、その後部位の確認を行っていなかった。
- ○ 化学療法目的の紹介患者で、紹介状に部位が記載されていない場合に付与する。
- ○ 確定診断がつかないまま退院する場合がある。

＜診療情報管理士の関与について＞

（適切なICD分類の選択）

- ○ 診療情報管理士がコーディングについて全件チェックを行い、疑義があるものは主治医への確認を行っている。また、不明な事項があった場合の問い合わせに対して対応している。
- ○ 入院当初に付与される病名は詳細でないことが多く、カルテ等から治療経過や内容を把握し、より正確な分類になるような病名を提案している。
- ○ 最近、診療報酬請求部門だけでなく、診療情報管理士が重ねて点検を行う体制へ変更し、医師へ適切なICD分類の検討及び提案を行っている。

（院内での教育・研修）

- ○ 適切なコーディングに関する委員会において、主導的な役割を果たしている。
- ○ コーディング委員会とは別に、主治医との定期的な会議において病名選択の検討を行っている。
- ○ ICD分類の5桁目の選択によって診断群分類が変わるものや、詳細不明コードを選びがちな傷病名については口頭にて指導を行っている。

令和５年度特別調査の結果について（１）③

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（1）適切なコーディングについて

＜コーディングテキストの活用について＞

- ○ ICD分類、DPCコードの選択に不明な点がある場合に参照している。
- ○ 医師へ提案、相談をする際に、コーディングテキストの内容を提示している。
- ○ 主に事例集を活用している。
- ○ 検証用途での利用に重宝している。
- ○ コーディング委員会の参加者に配布し、それに基づく検討を行っている。

＜その他＞

- ○ 適切なコーディングに向け取り組みを進めており、現在は「部位不明・詳細不明コード」の使用割合は10%未満となっている。
- ○ 調査結果を受け、改めて検討し直したところ、多くがミスコーディングあるいは分類不十分であった。

【医療機関からの聴取内容】

- ● 基本的に医師に病名をつけてもらい、医事部門や診療情報管理部門で確認している。部位不明・詳細不明コードの場合、医師に確認するようにしているが、基本的に医師の判断でコードを選択した結果としてこうなっている。コーディング委員会は医師も参加しているが、若い医師の参加が中心。ベテランの医師の参加は少ない。
- ● コーディグの確認が不足していたことが主な理由。診療情報管理士は勤務しているものの、配置上指導、管理の立場についており、担当部門の知識、経験が不足していたことも要因。部位不明・詳細不明コードの使用割合は0%になることはないが、10%未満は達成できる見込み。適切なコーディングのためには医師の理解も重要と認識しており、院内で取り組みを進めていきたい。

「部位不明・詳細不明コード」の精査について

○　全DPC対象病院で使用割合が高いコードを中心に、「部位不明・詳細不明コード」の対象について、MDC技術班において精査を行い、以下の例については、「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされた。
○　このほか、標準病名マスターの整備状況を踏まえて配慮を行うべきと考えられるICDコードも指摘されており、引き続き精査を行うこととされた。

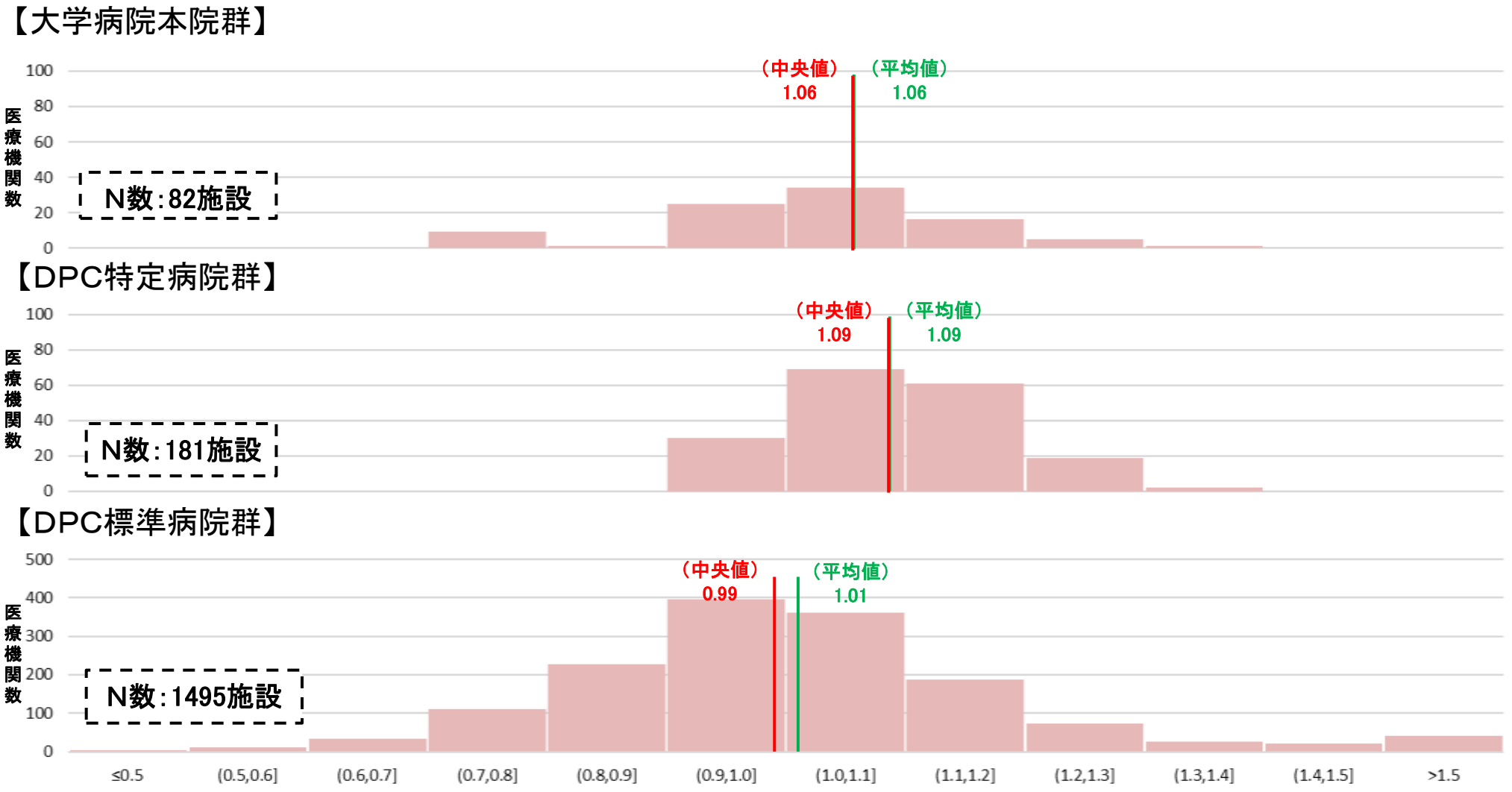
【「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされたコードの例】

ICD-10コード	ICD-10コード名称	DPC6桁	使用回数	DPC6桁分類での使用割合
G459	一過性脳虚血発作，詳細不明	010061 一過性脳虚血発作	8,921	61.55%
G934	脳症＜エンセファロパチ＜シ＞ー＞，詳細不明	010081 免疫介在性脳炎・脊髄炎	2,581	65.64%
N009	急性腎炎症候群，詳細不明	110275 急性腎炎症候群	194	78.54%
N019	急速進行性腎炎症候群，詳細不明	110270 急速進行性腎炎症候群	710	37.25%
N039	慢性腎炎症候群，詳細不明	110280 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	4,250	3.05%
N049	ネフローゼ症候群，詳細不明	110260 ネフローゼ症候群	7,047	51.02%

出典：令和5年度改定データ

効率性指数の分布状況

○　効率性指数について、医療機関群別の比較を行ったところ、DPC特定病院群で指数がやや高く、DPC標準病院群でやや低い傾向にあった。



出典：令和4年度改定データ

※合併病院は除外

効率性指数の評価方法①

指数	評価内容
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

○　効率性指数の計算例（計算対象DPCが少ない場合）　※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	A病院		B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	2	20	3	20	2	2000
②	4	20	6	40	4	2000
③	10	20	－	0	10	2000
④	16	40	－	0	16	2000
⑤	18	100	－	0	18	2000
全DPC	13.8	200	5	60	10	10000
全DPC（患者構成を置き換えた場合）	10	10000	4.5	4000	－	－
効率性指数	10/10＝1.00		10/4.5＝2.22			

- ○　A病院では、患者構成の置き換えにより、指数（全DPC対象病院の在院日数との相対値）は1となる。
- ○　B病院では、DPC③～⑤が計算対象とならないため、指数は高い値をとる。

効率性指数の評価方法②

指数	評価内容
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

○　効率性指数の計算例（全国の患者構成による置き換え）　※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	C病院（パターン1）		C病院（パターン2）		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	8	100	10	100	10	4000
②	10	100	10	100	10	2000
③	10	200	10	200	10	2000
④	10	200	10	200	10	1000
⑤	10	400	8	400	10	1000
全DPC	9.8	1000	9.2	1000	10	10000
全DPC（患者構成を置き換えた場合）	9.2	10000	9.8	10000	－	－
効率性指数	10/9.2＝1.09		10/9.8＝1.02			

➡　○　全DPC対象病院の患者構成への置き換えにより、全DPC対象病院での症例数が多いDPC①の在院日数が短いパターン1がパターン2より高く評価される。

全DPC対象病院で症例数の多い診断群分類

【全DPC対象病院で症例数が上位の診断群分類10個】

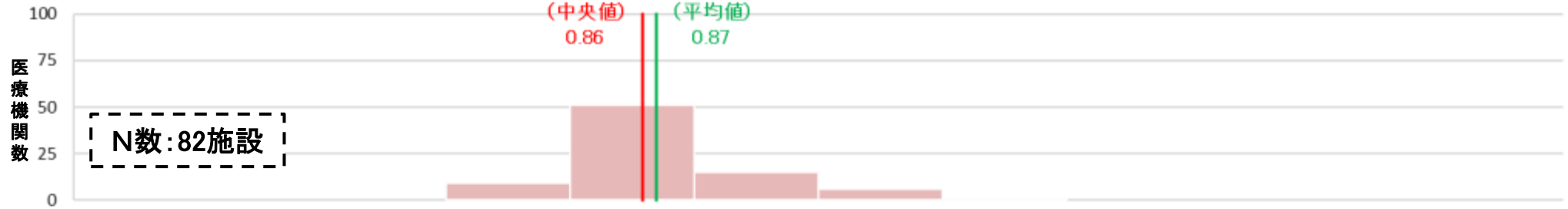
順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	１入院あたり包括範囲出来高点数	１日あたり包括範囲出来高点数
1	060100xx01xxxx 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	215,865 （2.44%）	2.35	6,187	2,628
2	020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	191,184 （2.16%）	2.47	5,045	2,045
3	160800xx01xxxx 股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	130,288 （1.47%）	22.30	49,745	2,230
4	110310xx99xxxx 腎臓又は尿路の感染症 手術なし	124,367 （1.40%）	11.68	29,401	2,486
5	040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし	120,599 （1.36%）	18.43	45,380	2,463
6	050050xx0200xx 狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1 なし、1,2あり 手術・処置等2 なし	119,807 （1.35%）	3.76	9,357	2,486
7	050130xx9900x0 心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外	112,275 （1.27%）	15.57	38,140	2,449
8	050050xx9910x0 狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外	106,839 （1.27%）	2.73	7.923	2,899
9	060340xx03x00x 胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	102,696 （1.16%）	8.29	21,288	2,569
10	010060xxCCPM04 脳梗塞 CCPMグループ04	97,546 （1.10%）	15.98	43,023	2,692
参考：全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

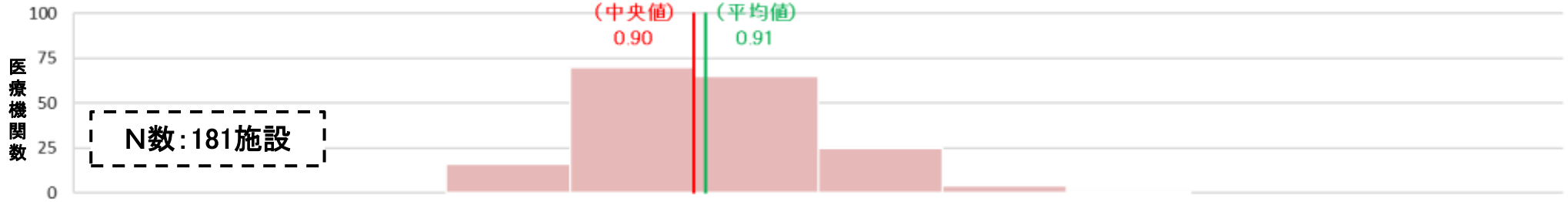
複雑性指数の分布状況

○　複雑性指数について、医療機関群別の比較を行うと、大学病院本院群で指数がやや低い傾向にある。

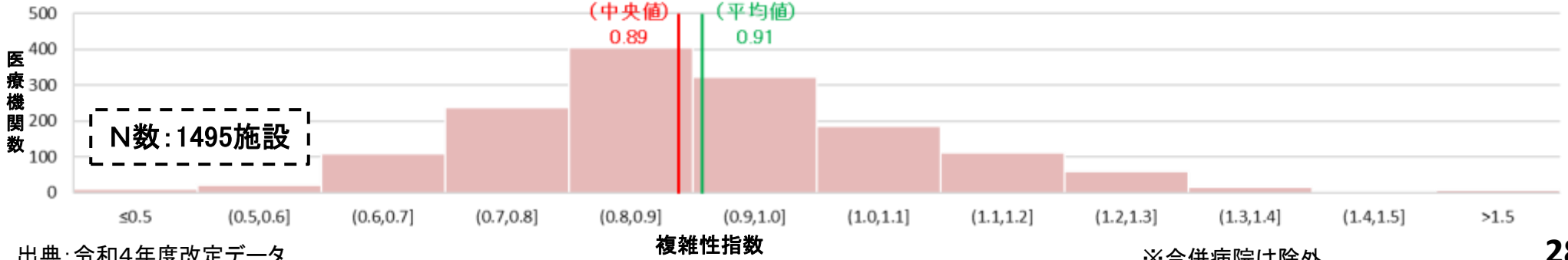
【大学病院本院群】



【DPC特定病院群】



【DPC標準病院群】



出典:令和4年度改定データ

※合併病院は除外

複雑性指数の評価方法

指数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

○　複雑性指数の計算例

DPC	C病院		全DPC対象病院		
	包括範囲出来高点数（一入院当たり）	症例比率	包括範囲出来高点数（一入院当たり）	（参考）平均在院日数	（参考）包括範囲出来高点数（一日当たり）
040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎　手術なし 手術・処置等2なし	52,000	100%	45,380	18.43	2,462
全DPC	52,000	100%	28,730	10.79	2,663
全DPC（点数を置き換えた場合）	45,380	100%	－	－	－
複雑性指数	45,380/28,730＝1.58				

➡　○　誤嚥性肺炎に係る診断群分類は全DPC対象病院における包括範囲出来高点数（一入院あたり）が高いため、症例比率の高いC病院では、指数が高い値をとる。

包括範囲出来高点数（１入院当たり）が高い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数（１入院当たり）が上位の診断群分類10個】

※　全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る（計205個）

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均１入院あたり包括範囲出来高点数	平均１日あたり包括範囲出来高点数
1	130010xx97x2xx 急性白血病　手術あり　手術・処置等2 2あり	12,886 (0.15%)	35.28	116,176	3,293
2	130100xxxxx40x 播種性血管内凝固症候群　手術・処置等2 4あり　定義副傷病 なし	10,699 (0.12%)	23.44	105,575	4,504
3	010060xxCCPM06 脳梗塞　CCPMグループ06	14,595 (0.16%)	38.44	101,208	2,633
4	180010x0xxx2xx 敗血症（1歳以上）　手術・処置等2 2あり	13,770 (0.16%)	29.80	89,971	3,019
5	040081xx97x0xx 誤嚥性肺炎　手術あり　手術・処置等2 なし	15,296 (0.17%)	34.81	82,418	2,368
6	010060xxCCPM05 脳梗塞　CCPMグループ05	14,447 (0.16%)	28.01	71,191	2,542
7	010060xxCCPM03 脳梗塞　CCPMグループ03	10,936 (0.12%)	27.98	67,790	2,423
8	010060xxCCPM07 脳梗塞　CCPMグループ07	10,257 (0.12%)	17.91	65,204	3,640
9	050130xx9902xx 心不全　手術なし　手術・処置等1 なし　手術・処置等2 2あり	17,673 (0.20%)	21.99	62,995	2,865
10	130030xx99x5xx 非ホジキンリンパ腫　手術なし　手術・処置等2 5あり	16,614 (0.19%)	18.25	59,644	3,269
18	040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎　手術なし　手術・処置等2 なし	120,599 (1.36%)	18.43	45,380	2,463
参考：全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

包括範囲出来高点数（１入院当たり）が低い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数（１入院当たり）が下位の診断群分類10個】

※　全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る（計205個）

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均１入院あたり包括範囲出来高点数	平均１日あたり包括範囲出来高点数
196	161060xx99x0xx 詳細不明の損傷等　手術なし　手術・処置等２ なし	14,298 (0.16%)	2.16	5,552	2,575
197	060100xx99xxxx 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）　手術なし	12,998 (0.15%)	2.27	5,161	2,270
198	020230xx97x0xx 眼瞼下垂　手術あり　手術・処置等２ なし	10,197 (0.12%)	2.61	5,053	1,938
199	020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患　手術あり　片眼	191,184 (2.16%)	2.47	5,045	2,045
200	120140xxxxxxxx 流産	13,676 (0.15%)	1.71	4,662	2,726
201	060160x101xxxx 鼠径ヘルニア（15歳未満）　ヘルニア手術　鼠径ヘルニア等	12,224 (0.14%)	2.48	4,624	1,863
202	050180xx02xxxx 静脈・リンパ管疾患　下肢静脈瘤手術等	14,201 (0.16%)	2.16	4,567	2,115
203	11012xxx03xxxx 上部尿路疾患　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	12,483 (0.14%)	1.97	4,425	2,251
204	080270xxxx1xxx 食物アレルギー　手術・処置等１ あり	32,542 (0.37%)	1.16	2,222	1,914
205	080270xxxx0xxx 食物アレルギー　手術・処置等１ なし	18,755 (0.21%)	1.18	2,195	1,867
参考：全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

包括範囲出来高点数（１日当たり）が高い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数（１日当たり）が上位の診断群分類10個】

※　全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る（計205個）

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均１入院あたり包括範囲出来高点数	平均１日あたり包括範囲出来高点数
1	050050xx9920x0 狭心症、慢性虚血性心疾患　手術なし　手術・処置等１ 2あり　手術・処置等2 なし　他の病院・診療所の病棟からの転院以外	47,071 （0.53%）	2.80	22,432	8,020
2	060040xx99x6xx 直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍　手術なし　手術・処置等２ ６あり	13,605 （0.15%）	3.74	22,022	5,887
3	060035xx99x6xx 結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍　手術なし　手術・処置等２ ６あり	21,504 （0.24%）	3.75	21,814	5,824
4	130100xxxxx40x 播種性血管内凝固症候群　手術・処置等２ ４あり　定義副傷病 なし	10,699 （0.12%）	23.44	105,575	4,504
5	130030xx99x4xx 非ホジキンリンパ腫　手術なし　手術・処置等２ ４あり	18,092 （0.20%）	9.42	41,005	4,354
6	030250xx991xxx 睡眠時無呼吸　手術なし　手術・処置等１ あり	36,023 （0.41%）	2.00	7,511	3,757
7	010060xxCCPM07 脳梗塞　CCPMグループ07	10,257 （0.12%）	17.91	65,204	3,640
8	090010xx99x40x 乳房の悪性腫瘍　手術なし　手術・処置等２ ４あり　定義副傷病 なし	12,934 （0.15%）	3.16	11,268	3,561
9	040040xx99200x 肺の悪性腫瘍　手術なし　手術・処置等１ 2あり　手術・処置等2 なし　定義副傷病 なし	50,887 （0.57%）	2.52	8,965	3,552
10	050080xx99100x 弁膜症（連合弁膜症を含む。）　手術なし　手術・処置等１ １あり　手術・処置等2 なし　定義副傷病 なし	13,506 （0.15%）	4.55	15,868	3,486
参考：全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

包括範囲出来高点数（１日当たり）が低い診断群分類について

【全DPC対象病院で包括範囲出来高点数（１日当たり）が下位の診断群分類10個】

※　全DPC対象病院における症例数が10,000以上の分類に限る（計205個）

順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	平均１入院あたり包括範囲出来高点数	平均１日あたり包括範囲出来高点数
114	040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎　手術なし　手術・処置等２ なし	120,599 （1.36%）	18.43	45,380	2,463
196	030230xxxxxxxx 扁桃、アデノイドの慢性疾患	16,102 （0.18%）	7.59	15,542	2,048
197	020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患　手術あり　片眼	191,184 （2.16%）	2.47	5,045	2,045
198	070230xx01xxxx 膝関節症（変形性を含む。）　人工関節再置換術等	48,455 （0.55%）	19.94	40,660	2,040
199	160620xx01xxxx 肘、膝の外傷（スポーツ障害等を含む。）　腱縫合術等	18,513 （0.21%）	12.35	25,148	2,037
200	160610xx01xxxx 四肢筋腱損傷　靭帯断裂形成手術等	12,256 （0.14%）	14.96	29,376	1,963
201	140010x299x0xx 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害（1500g以上2500g未満）　手術なし　手術・処置等２ なし	15,641 （0.18%）	10.03	19,691	1,963
202	020230xx97x0xx 眼瞼下垂　手術あり　手術・処置等２ なし	10,197 （0.12%）	2.61	5,053	1,938
203	080270xxxx1xxx 食物アレルギー　手術・処置等１ あり	32,542 （0.37%）	1.16	2,222	1,914
204	080270xxxx0xxx 食物アレルギー　手術・処置等１ なし	18,755 （0.21%）	1.18	2,195	1,867
205	060160x101xxxx 鼠径ヘルニア（15歳未満）　ヘルニア手術　鼠径ヘルニア等	12,224 （0.14%）	2.48	4,624	1,863
参考：全DPC対象病院の平均値			10.79	28,730	2,663

※点数については、平均値以上に該当する場合橙色で、平均値以下に該当する場合水色で強調表示している

効率性指数の評価方法（変更案）：①計算対象DPCが少ない場合

指数	評価内容
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

○　効率性指数の計算例（計算対象DPCが少ない場合）　※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	3	20	2	2000
②	6	40	4	2000
③	－	0	10	2000
④	－	0	16	2000
⑤	－	0	18	2000
①＋②	5	60	3	4000
①＋②（患者構成を置き換えた場合）	－	－	3.33	60
効率性指数	3.33/5＝0.67			

DPC①･②に限定

○　DPC①･②におけるB病院の平均在院日数は、患者構成をB病院に置き換えた場合の全DPC対象病院の平均在院日数に比較し長いため、指数は小さくなる。

効率性指数の評価方法（変更案）：②患者構成の置き換え

指数	評価内容
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

○　効率性指数の計算例（各医療機関の患者構成による置き換え）　※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

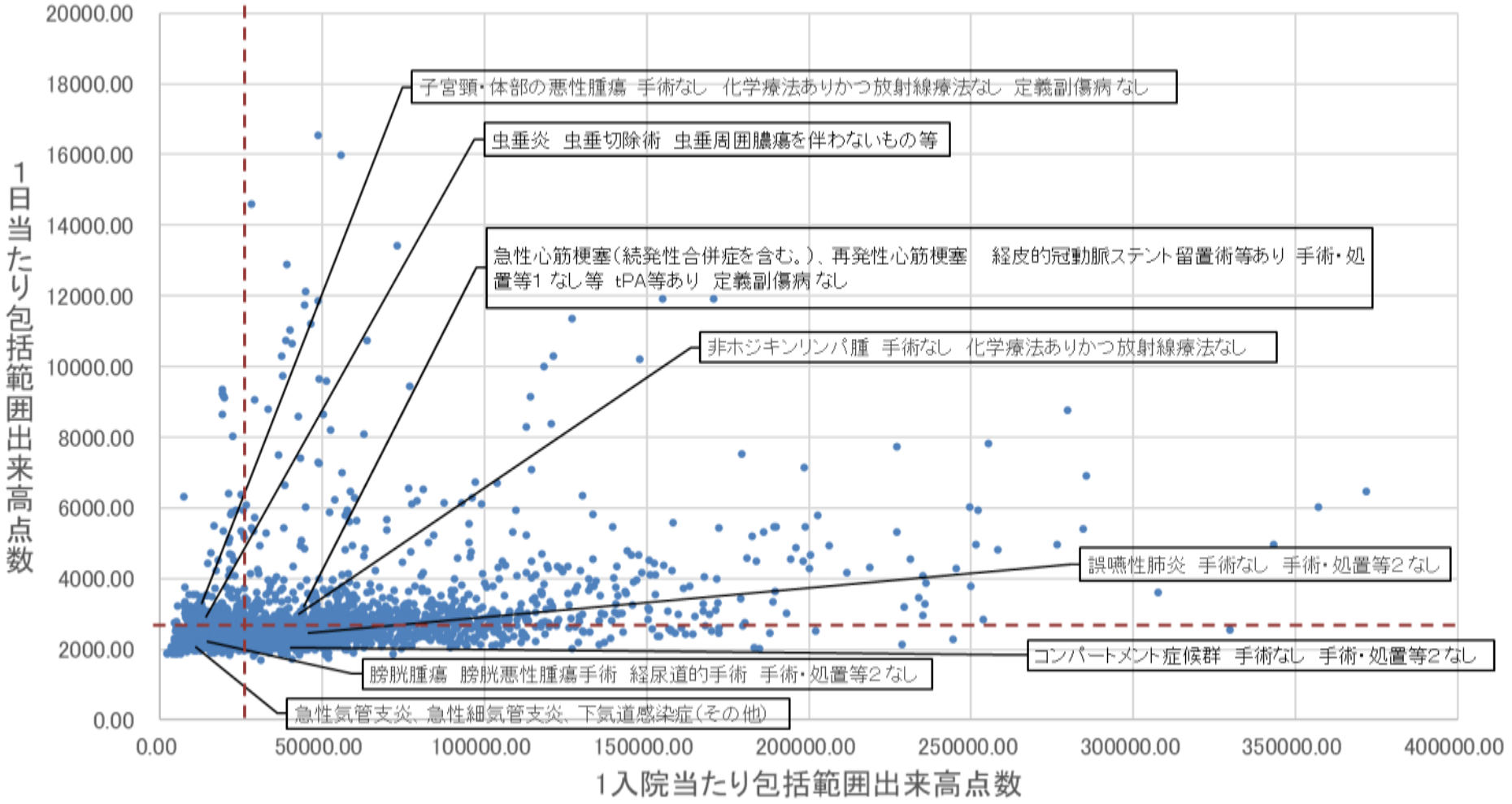
DPC	C病院（パターン1）		C病院（パターン2）		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	8	100	10	100	10	4000
②	10	100	10	100	10	2000
③	10	200	10	200	10	2000
④	10	200	10	200	10	1000
⑤	10	400	8	400	10	1000
①～⑤	9.8	1000	9.2	1000	10	10000
①～⑤（患者構成を置き換えた場合）	－	－	－	－	10	1000
効率性指数	10/9.8＝1.02		10/9.2＝1.09			

パターン2の在院日数＜パターン1の在院日数

○　C病院の患者構成への置き換えにより、C病院での症例数が多いDPC⑤の在院日数が短いパターン2がパターン1より高く評価される。

診断群分類別の包括範囲点数の「１入院当たり」と「１日当たり」について

○　診断群分類ごとの「１入院当たり包括範囲出来高点数」及び「１日当たり包括範囲出来高点数」をプロットすると、「１入院当たり包括範囲出来高点数」が高いものの、「１日当たり包括範囲出来高点数」は低い診断群分類も存在する。



救急医療指数の評価方法①

○　救急医療指数は、緊急入院の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等により、初期治療や鑑別診断等のために通常の予定入院による診療よりも医療資源投入量が一定程度多くなることを踏まえ、「入院初期の実際の医療資源投入量と診断群分類点数表に基づく点数の乖離」を評価している。

指数	評価内容
救急医療指数	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】:救急医療入院の患者

救急医療指数の評価方法②

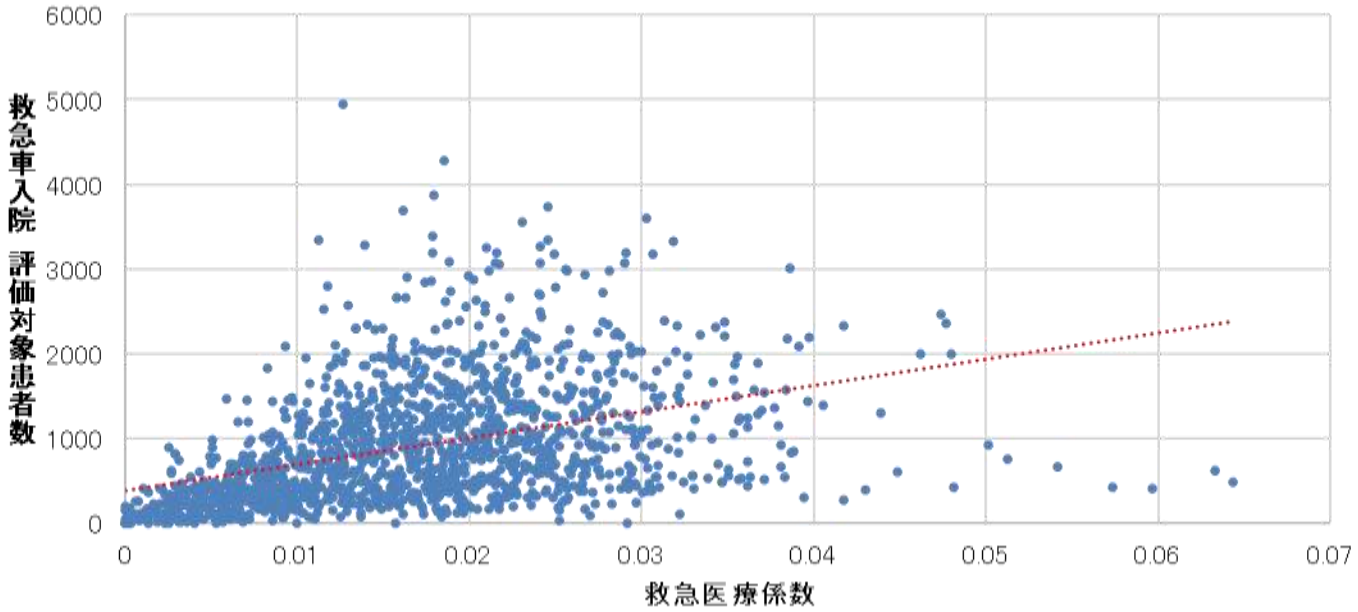
○　救急医療係数について、例えば、体制評価指数の評価項目である「救急車来院による入院患者数」との関連性をDPC標準病院群を対象に分析したところ、相関係数は0.41であった。

○　救急医療係数について、係数値の単純な多寡が、各施設での救急医療実績を必ずしも直接的に反映しない要因として、以下のような点が挙げられる。

①　救急医療入院数自体は少なくても、当該施設全体の入院患者数に比して、相対的に多くの救急医療入院を受け入れている場合、係数値としては高くなる。

②　救急医療入院となる症例が多い診断群分類では、当該分類の包括点数が救急医療入院となる症例の実績点数をより反映する形で設定されるため、そのような診断群分類の診療実績は係数値としては反映されにくい。

【DPC標準病院群】 相関係数0.41



出典：令和5年度改定データ

体制評価指数による現行の評価

○　地域医療指数の体制評価指数においては、医療計画上の5疾病6事業等における急性期入院医療について、各項目ごとの評価を行っている。

【現行の評価項目】

評価項目	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

体制評価指数における評価項目①

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕(0.5P)		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定(0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価(1P) (血管内治療の実施:入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術(K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イのいずれかが算定されている症例)の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価(いずれかで1P) ・「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P)		

体制評価指数における評価項目②

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定（0.5P）、DMATの指定（0.25P）、EMISへの参加（0.25P）、BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） ・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P） ※　上記のいずれも満たした場合（0.75P） ・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合（0.1P）	治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。	

病院群別の体制評価指数の分布

○　令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、体制評価指数の上限値に達する病院の割合は、大学病院本院群で11.0%（9病院）、DPC特定病院群で5.0%（9病院）、DPC標準病院群で10.0%（150病院）であった。
○　また、体制評価指数の上限値の5割以上を取得する病院の割合は、大学病院本院群で100%（82病院）、DPC特定病院群で88.4%（160病院）、DPC標準病院群で56.4%（845病院）であった。



出典：令和5年度改定データ

体制評価指数における評価の手法について

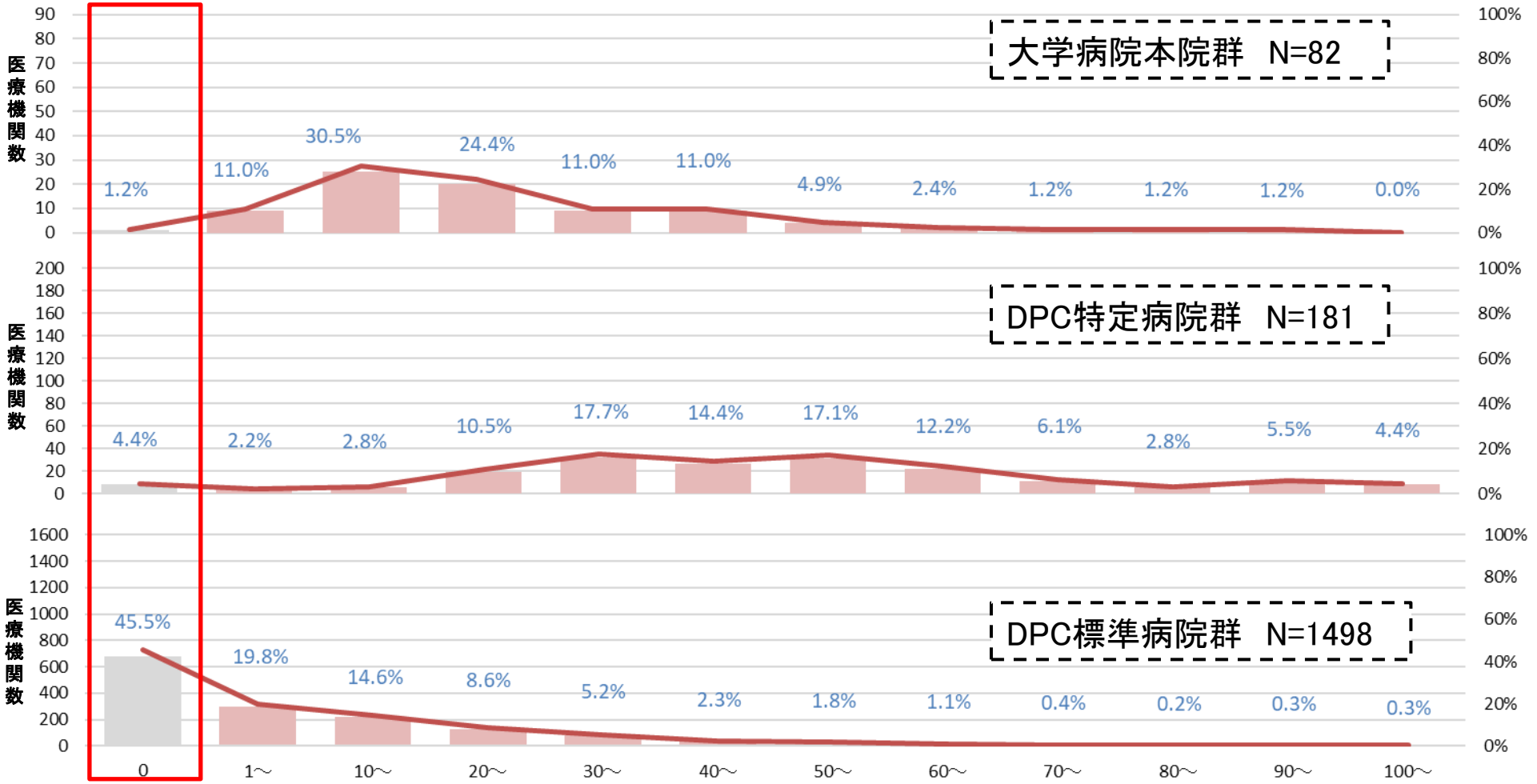
○　5疾病5事業等に係る体制評価指数における評価にあたっては、医療機関の体制への評価と診療実績への評価がともに用いられている。
○　実績評価については、原則として実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile値を上限値として設定している。

評価項目	評価内容	上限値	上限値未満の評価
がん	・がん地域連携	25%tile値	線形評価
	・がん診療連携拠点病院等の指定		
脳卒中	・血管内治療の実施等	25%tile値	0
心血管疾患	・緊急時の心筋梗塞に対するPCI等の実施	25%tile値	線形評価
	・大動脈解離に対する手術の実施		0
精神疾患	・精神科身体合併症管理加算等の算定実績	25%tile値 ※精神科救急・合併症入院料については、1件以上の算定実績を評価	線形評価
災害	・災害拠点病院の指定等		
周産期	・総合周産期母子医療センター等の指定		
へき地	・へき地医療拠点病院等の指定		
救急	・救命救急センター等の体制		
	・救急車来院による入院患者数	25%tile値	線形評価
感染症	・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保等		
	・GMISへの参加割合	25%tile値	線形評価

診療実績への評価の現状について

○　診療実績に係る評価項目の多くについて、大学病院本院群及びDPC特定病院群においては一定の算定実績がみられ（指標データが0より大きい）、多くの病院が上限値又は上限値に近い値を取得することとなっている。

【例：緊急時の急性心筋梗塞に対するPCI等の実施】

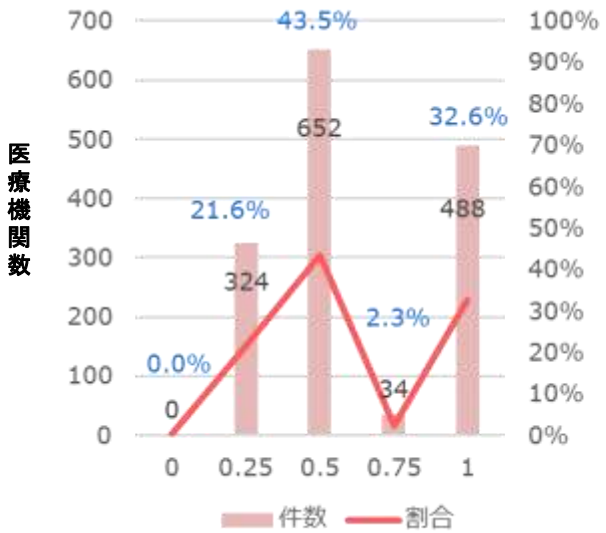


出典：令和5年度改定データ

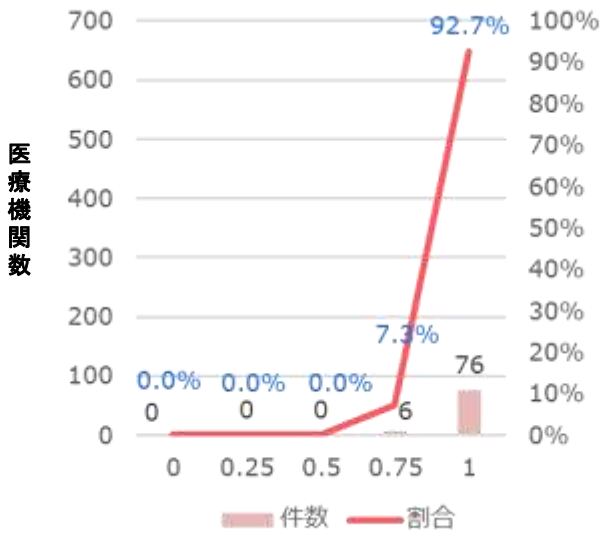
体制評価指数の各項目の分布状況の例（災害）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定（0.5P）、DMATの指定（0.25P）、EMISへの参加（0.25P）、**BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）**		

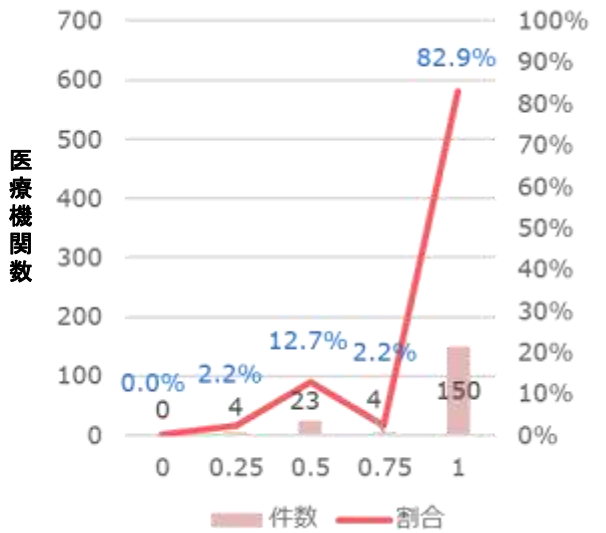
【DPC標準病院群　N=1498】



【大学病院本院群 N=82】



【DPC特定病院群 N=181】



※令和5年度改定データ

新興感染症発生・まん延時の医療体制（第８次医療計画の追加のポイント）

概　　要

- 令和３年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和４年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定（*）を締結する仕組み等が法定化された。（令和６年４月施行）
  （*）病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
- 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。

※　新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

新興感染症発生からの一連の対応

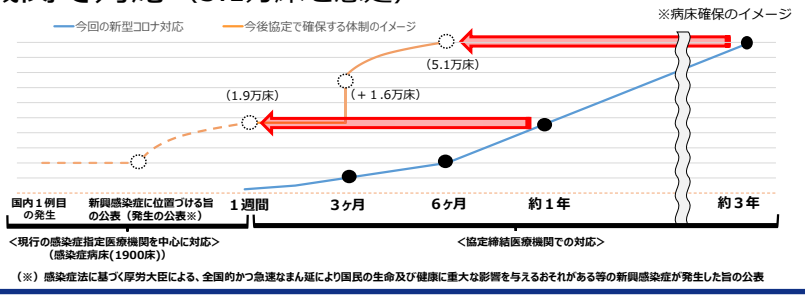
※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（３か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

発生から一定期間経過後

- その他の公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生の公表後６か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



国及び都道府県の平時からの準備等

- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

医療措置協定の内容

医政局地域医療計画課
提出資料

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		病床を確保し（※１）、入院医療を実施 ※１　新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等（※２）に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※２　宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む	（左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	（感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
	実施主体と指定要件	第１種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備		
数値目標 （全国での数値目標） **<予防計画>**		新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す				
	①流行初期（３か月を基本）	約１．９万床	約1500機関	・病院・診療所（約２．７万機関） ・薬局（約２．７万機関） ・訪問看護事業所（約2800機関）	約3700機関	・医師（約2100人） ・看護師（約4000人）
	②流行初期以降（６ヶ月以内）	約５．１万床 流行初期以降開始時点： ①＋約１．６万床（公的医療機関等）	約４．２万機関 流行初期以降開始時点： ①＋約3800機関（公的医療機関等）			
流行初期医療確保措置の要件 （参酌して都道府県知事が定める基準）		①発生の公表後（※４）、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後（※４）、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②１日あたり20人以上の発熱患者を診察	-	-	-

※４　感染症法に基づく厚生労働大臣の発生の公表(新興感染症に位置づける旨の公表)

都道府県と医療機関の協定の仕組み

第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月19日　参考資料1（一部改変）

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と**協議を行い**、感染症対応に係る**協定**（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）**を締結（協定締結医療機関）**することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- **協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定**を含む協定締結する医療機関（**流行初期医療確保措置付き**）を設定。
- **全ての医療機関に対して協議に応じる義務**を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、**全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。**
- 加えて**公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。**
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、**協定の履行確保措置を設定。**

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約3000医療機関程度を想定

支援　補助金（平時の準備行為に応じた支援）

○協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。

○協定は、**①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣　のいずれか1種類以上の実施を想定。**

○さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、**感染初期からの対応**、ピーク時には**一定規模以上の病床確保を行うこと等**を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心的に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

支援　流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

必要に応じて協定変更

必要に応じて対象拡大

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

【図8】 平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針（抜粋）

平 成 ２ ３ 年 ９ 月 ７ 日
中医協総会　総－３－１

(3)　機能評価係数Ⅱ

①　基本的考え方

- DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1)　全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

＜主な視点＞

〇医療の透明化（透明化）
〇医療の質的向上（質的向上）
〇医療の効率化（効率化）
〇医療の標準化（標準化）

2)　社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）

＜主な視点＞

〇高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
〇総合的な医療の提供機能（総合性）
〇重症者への対応機能（重症者対応）
〇地域で広範・継続的に求められている機能（4疾病等）
〇地域の医療確保に必要な機能（5事業等）

②　具体的方法

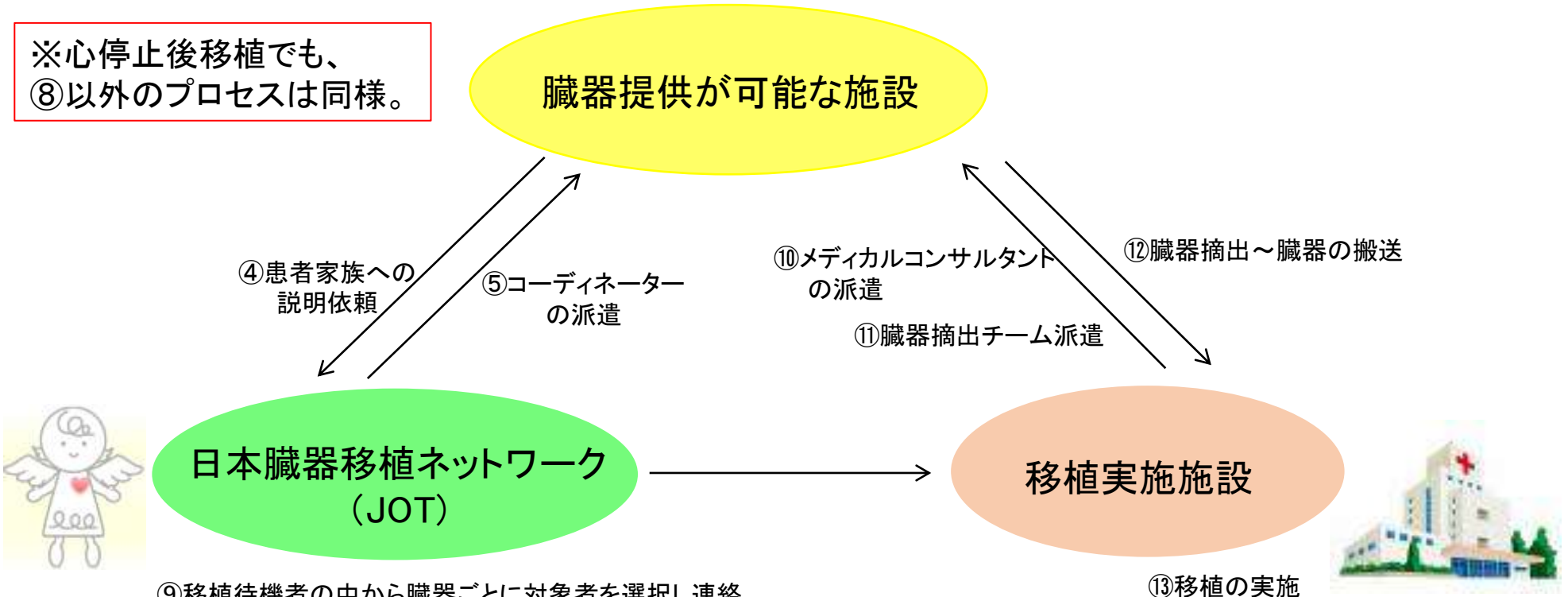
- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

脳死下臓器移植の工程

○ 脳死下臓器移植は、以下の様々な工程に基づいて行われる。
- ・臓器提供施設（患者の診察・加療、家族への説明・意思確認、脳死判定、臓器摘出）
- ・日本臓器移植ネットワーク（コーディネーターの派遣、移植対象者の選択・連絡）
- ・移植実施施設（臓器摘出チームの派遣、臓器摘出・搬送、移植実施）

①患者が臓器提供者となり得る状態となる
②主治医より患者家族に病状説明
③患者家族が臓器提供について話を聞くことを希望
⑥患者家族への説明、意思の確認
⑦検査センター、メディカルコンサルタント、警察、搬送機関等との調整
⑧法的脳死判定（2回）　＜脳死下の場合のみ＞

※心停止後移植でも、
⑧以外のプロセスは同様。



※上記仕組みは、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）（平成9年健医発第1329号）等を参考に記載。

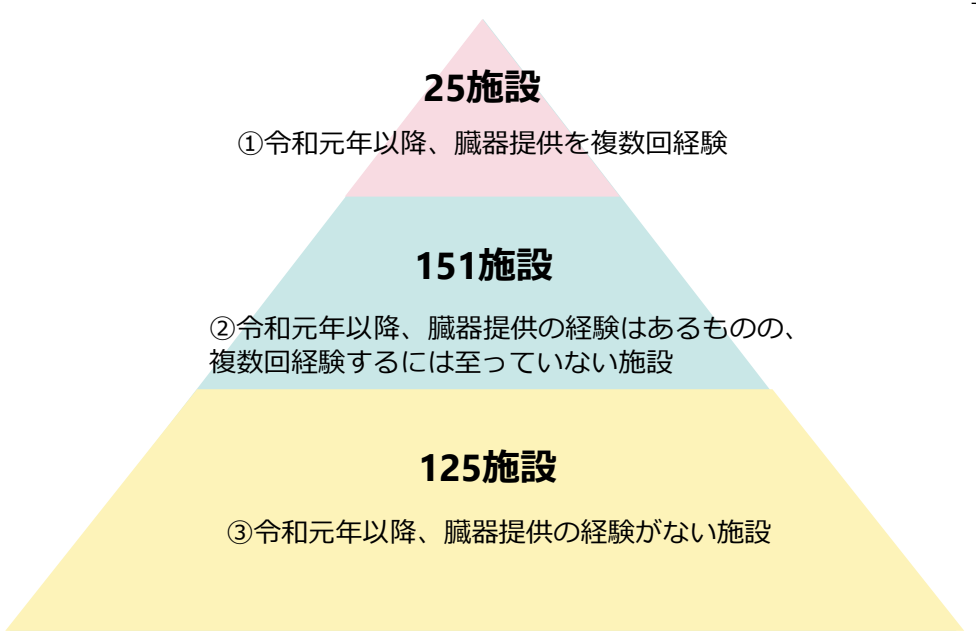
臓器提供体制
臓器提供施設の絶対数

第63回臓器移植委員会
参考資料１
２０２３．５．24

臓器提供の体制整備済み、体制整備を希望している施設のうち、①令和元年以降臓器提供を複数回経験している施設が25施設、②令和元年以降臓器提供の経験はあるものの複数回経験するには至っていない施設が151施設、③令和元年以降臓器提供の経験がない施設が125施設、存在する。

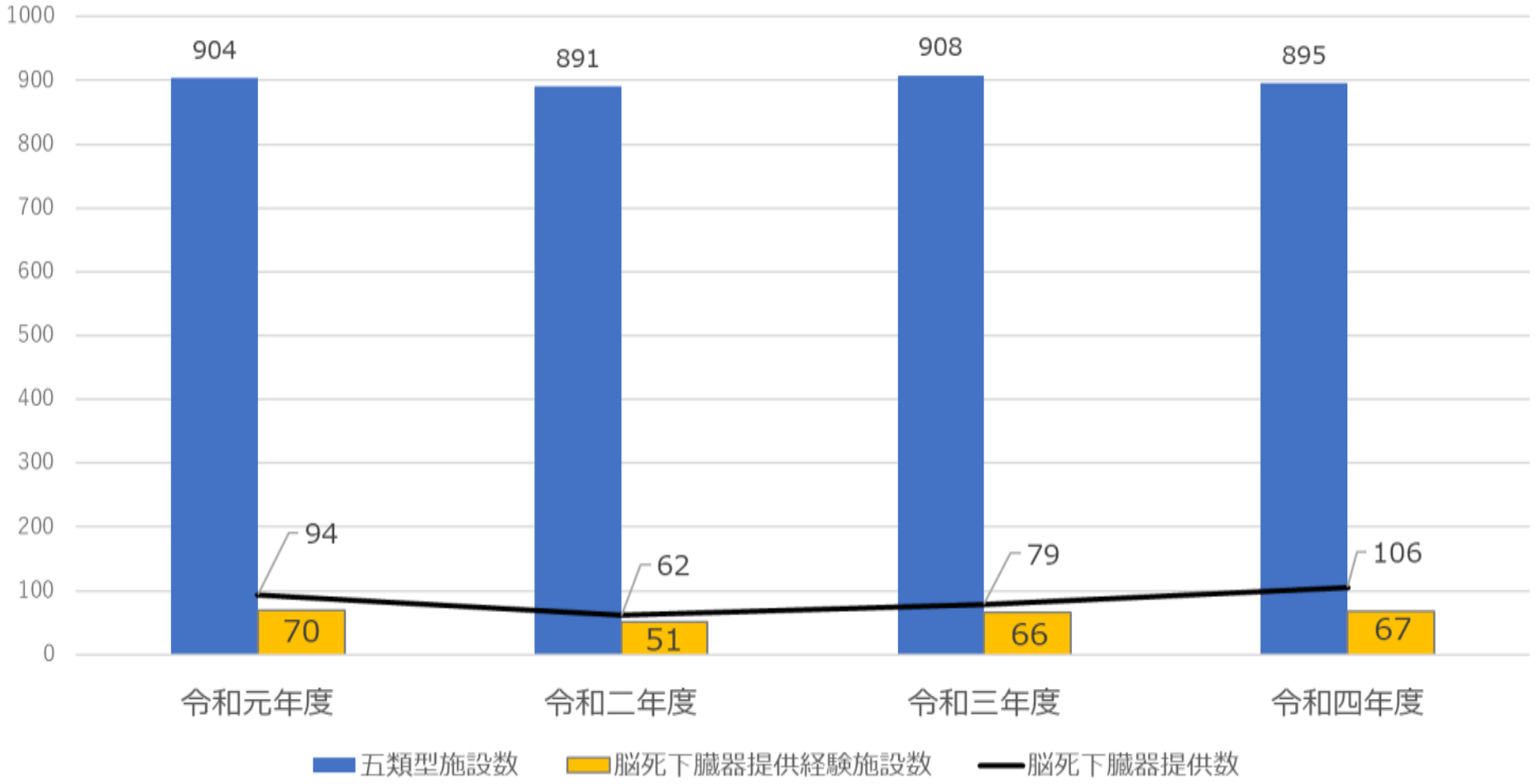
【５類型該当施設（令和４年３月31日）】

合　計	大学附属病院	日本救急医学会 指導医指定施設	日本脳神経外科学 会基幹施設 又は連携施設	救命救急 センター	日本小児総合 医療施設協議会 の会員施設
908	150	149	565	285	39



５類型施設908施設のうち、
臓器提供を実施する可能性がある
施設はおよそ**300施設**

脳死下臓器提供数と脳死下臓器提供経験施設数の推移



（脳死下臓器提供数および脳死下臓器提供経験施設数は、法的脳死判定が実施されたが臓器の摘出に至らなかった事例も含む）

（資料）（公社）日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に
健康・生活衛生局移植医療対策推進室で加工

※ 健康･生活衛生局難病対策課移植医療対策推進室提供資料

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

○　入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%
出典：Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

○　禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される
出典：Geriar. Med. 55(11):1239-1241,2017

○　誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた
出典：Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

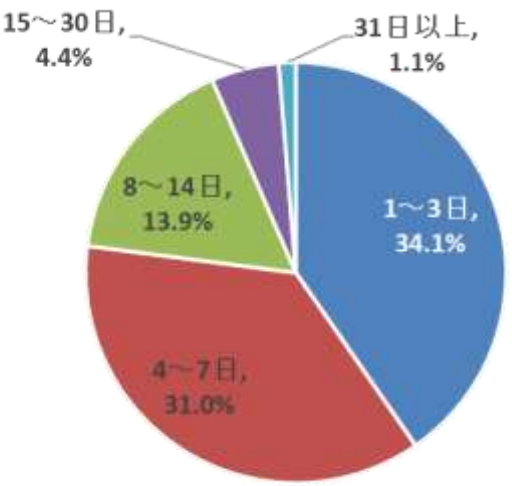


図　禁食から食事が開始された時期
（n = 72,315）

○　経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない
出典：Geriatr Gerontol Int. 2016［PMID：25953259］

○　誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入（口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等）を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された
出典：日摂食嚥下リハ会誌　24(1):14-25, 2020

急性期入院医療における多職種連携の取組の主な評価

周術期

術後疼痛管理チーム加算（100点・日、手術日の翌日から起算して3日）【R4～】

- 麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して質の高い術後疼痛管理を行った場合の評価

集中治療室等

早期離床・リハビリテーション加算（500点・日、14日を限度）【H30～】

- 特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションによる総合的な離床の取組を行った場合の評価

早期栄養介入管理加算（250点・日、早期に経腸栄養を開始した場合400点・日）【R2～】

- 特別集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合の評価

一般病棟等

栄養サポートチーム加算（200点 ・週1回）【H22～】

- 栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合の評価

摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点、2：190点・週1回）【R2～】

- 摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合の評価

排尿自立支援加算（200点・週1回、12週を限度）【H28～】

- 排尿に関する専門的知識を有した多職種からなるチーム（排尿ケアチーム）を設置し、患者の診療を担う、医師、看護師等が排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法などを組み合わせるなど、下部尿路障害の回復のための包括的なケアを実施した場合の評価

複数の医療機関に勤務する医師について

R4.9.21 第7回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1

課題

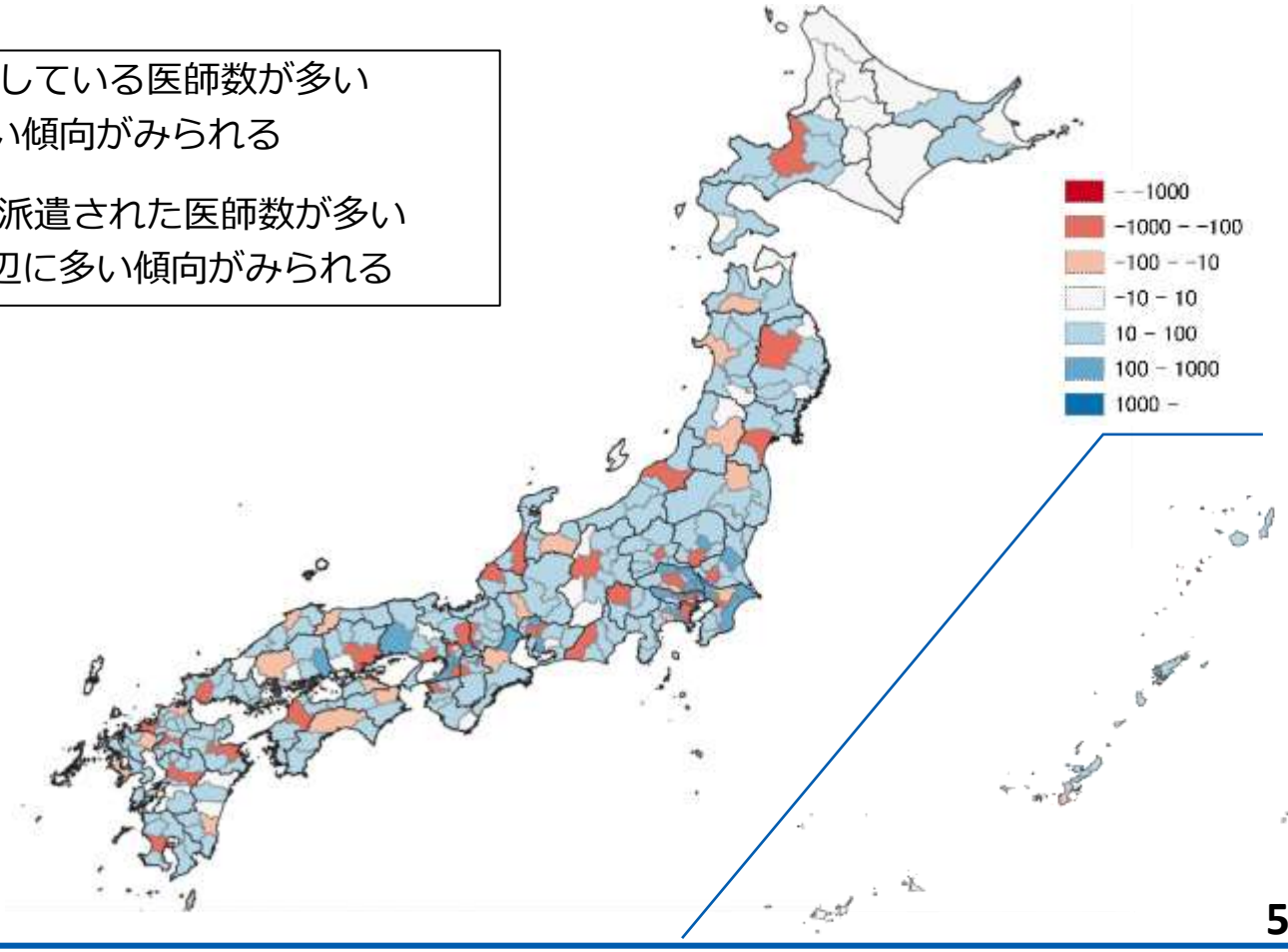
・大学病院等に勤務する医師が他の医療機関へ非常勤医師として派遣されている実態がある。
・現在の医師偏在指標では、主たる従事先のみを考慮しており従たる従事先は考慮できていない。
・二次医療圏を越えた派遣がある場合、医師偏在指標は派遣元医療圏では実態より大きく、派遣先医療圏では実態より小さくなっている。

主たる従事先・従たる従事先による医師の医療圏移動状況

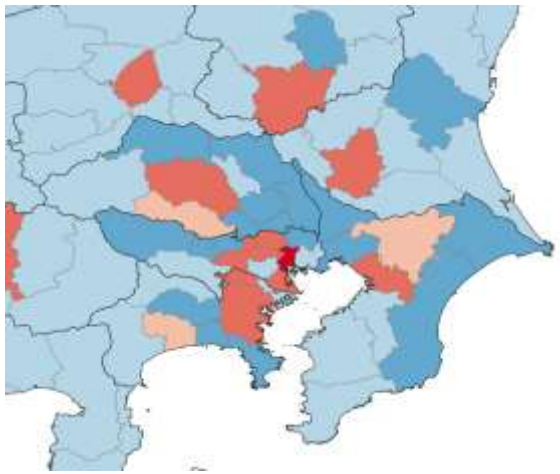
・複数の医療機関に勤務する医師について、異なる二次医療圏へ派遣されてる医師について三師統計から入手し、各医療圏ごとに、「従たる従事先としている医師数」ー「主たる従事先としている医師数」を算出し、医師の移動状況を示す。

● 濃い赤色ほど従たる従事先に派遣している医師数が多い
⇒ 大学所在地の二次医療圏に多い傾向がみられる

● 濃い青色ほど従たる従事先として派遣された医師数が多い
⇒ 大学所在地の二次医療圏の周辺に多い傾向がみられる



（東京周辺拡大）



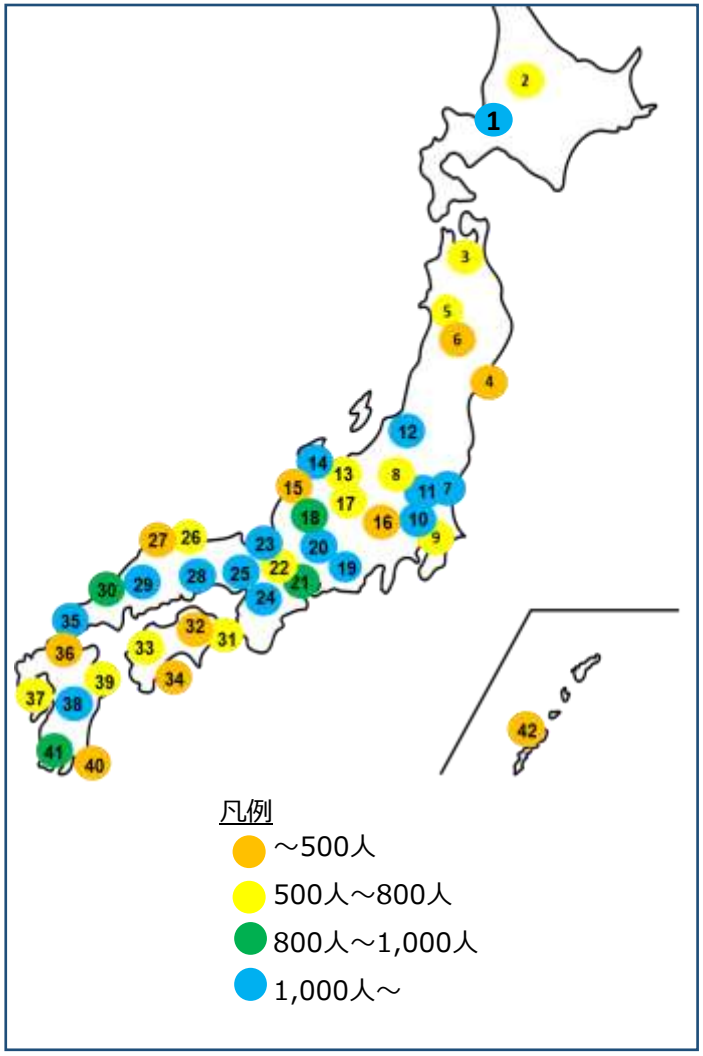
地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献①

資料4
今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）
R5．5．26

- 令和３年６月時点で、国立大学病院42病院から**43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣**しており、地域医療提供体制の維持に貢献している。

① 北海道大学（1,351人）
② 旭川医科大学（615人）
③ 弘前大学（507人）
④ 東北大学（182人）
⑤ 秋田大学（534人）
⑥ 山形大学（468人）
⑦ 筑波大学（1,426人）
⑧ 群馬大学（636人）
⑨ 千葉大学（685人）
⑩ 東京大学（1,087人）
⑪ 東京医科歯科大学（1,767人）
⑫ 新潟大学（1,094人）
⑬ 富山大学（554人）
⑭ 金沢大学（1,112人）
⑮ 福井大学（295人）
⑯ 山梨大学（313人）
⑰ 信州大学（683人）
⑱ 岐阜大学（941人）
⑲ 浜松医科大学（1,014人）
⑳ 名古屋大学（3,561人）
㉑ 三重大学（951人）
㉒ 滋賀医科大学（593人）
㉓ 京都大学（2,374人）
㉔ 大阪大学（3,671人）
㉕ 神戸大学（1,550人）
㉖ 鳥取大学（557人）
㉗ 島根大学（456人）
㉘ 岡山大学（2,531人）
㉙ 広島大学（2,085人）
㉚ 山口大学（855人）
㉛ 徳島大学（692人）
㉜ 香川大学（327人）
㉝ 愛媛大学（835人）
㉞ 高知大学（246人）
㉟ 九州大学（2,065人）
㊱ 佐賀大学（468人）
㊲ 長崎大学（897人）
㊳ 熊本大学（1,227人）
㊴ 大分大学（563人）
㊵ 宮崎大学（189人）
㊶ 鹿児島大学（880人）
㊷ 琉球大学（320人）

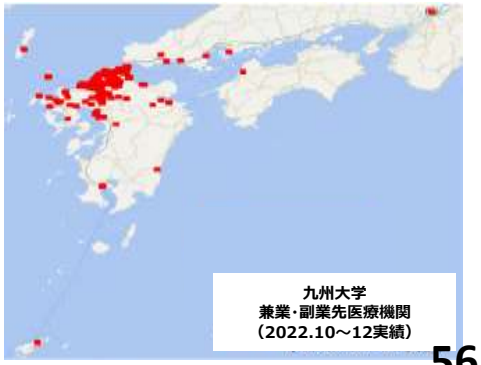
※他医療機関で常勤の勤務形態をとっている場合のみを集計しており、週1回程度の非常勤や短期派遣は含まない。



【参考】兼業・副業の状況

- 国立大学病院で勤務している医師は、令和5年3月時点で、全国の**9,475の医療機関※で兼業・副業**を行っており、地域医療提供体制の維持に貢献している。 ※大学病院ごとの兼業・副業先医療機関の合計
- その兼業・副業先は、**勤務する大学病院が所在する都道府県以外にも広域に分布**している。（下図：2大学病院の例）





出典： R4.6.24 国立大学病院長会議　記者会見資料　（「国立大学病院　病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）
国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献②

資料4
今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）
R5. 5. 26

- 平成31年1月時点で、私立大学29大学から、**4,279の医療機関**に対し、**15,685人の医師を常勤医師として派遣**している。

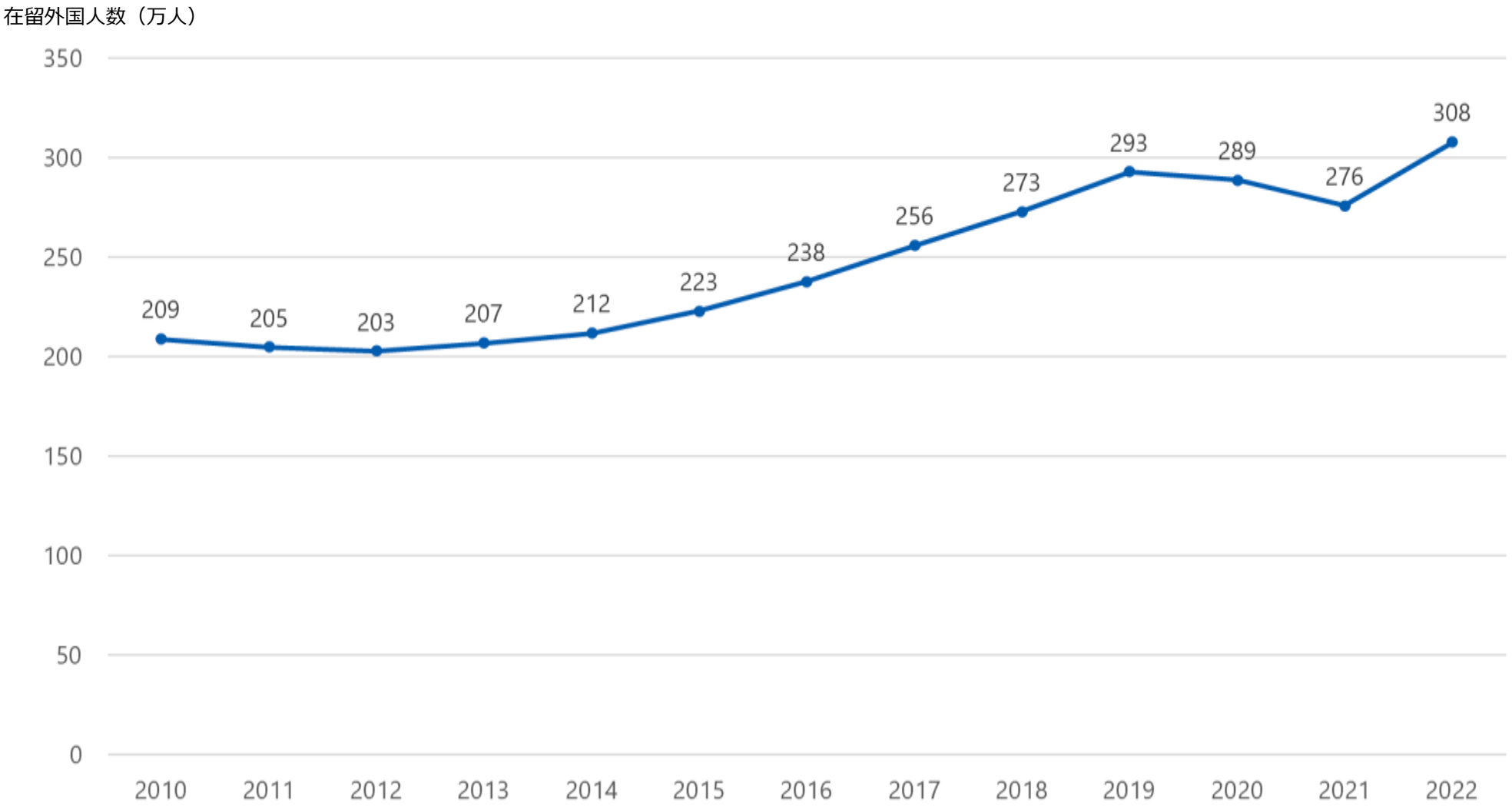
※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

※ **青字**は同概況の人口10万対医師数。



出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

在留外国人数の経年的推移



出入国在留管理庁発表資料より https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00033.html （各年末時点での人数）

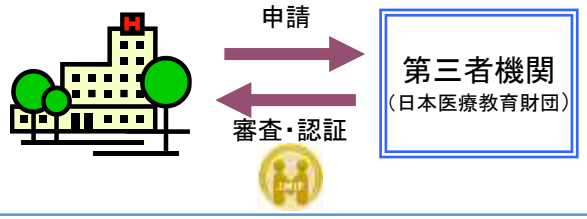
※ 医政局総務課医療国際展開推進室提供資料

外国人患者に対する医療提供体制整備等の推進

- 我が国の訪日外国人は、令和元年まで増加傾向で推移した後（3,188万人：令和元年）、新型コロナウイルス感染症の影響で大幅に減少していたが、令和4年10月の水際対策の緩和等に伴い、再び増加がみられ、今後も更なる増加が見込まれる。また、在留外国人も、約308万人（令和4年12月末時点）と増加傾向にある。
- こうした中、外国人患者が安心して日本の医療機関を受診できるよう、国内の医療機関における外国人患者受入のための環境整備が不可欠。
- 今後は、都道府県が選定する「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」（※）を中心に、医療通訳者等の配置支援、電話通訳の利用促進等を通じて、外国人患者の受入れ環境の更なる充実を目指す。

外国人患者受入れに資する医療機関認証制度推進事業

- 背景： 外国人が安心して医療機関を受診できる環境を整備するため、外国人患者受入体制について第三者認証制度が必要
- 事業概要： 医療機関の申請に基づき第三者機関（日本医療教育財団）が外国人患者の受入れ体制を審査・認証する制度（JMIP)に関する情報発信やセミナーの開催等を行う。
- 補助率：定額



団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進等事業

- 背景： 電話通訳は、利便性が高いものの、医療機関における認知度は十分でない
- 事業概要：選定されたとりまとめ団体※)と電話通訳事業者との間で、一括して通訳の利用に係る契約（団体契約）を行い、傘下の医療機関が電話通訳を利用できるようにする。
- 補助率：1／2

※) 複数の医療機関から構成される法人（病院団体・グループ、医師会等）、地方公共団体等



医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター配置等支援事業

背景：地域の外国人患者受入の拠点となる医療機関における多言語対応等の体制整備を進める必要がある

- 事業概要：
  外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関（※）から10～箇所を選定し、以下の支援を実施
  ① 医療通訳者や外国人患者受入れ医療コーディネーターの配置
  ② 拠点的な医療機関の体制整備を支援するための情報提供や助言
- 補助率：定額（間接補助先：1／2）

※外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関
「「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の選出及び受入体制に係る情報の取りまとめについて（依頼）」（平成31年3月26日付け医政総発0326第3号、観参発800号）に基づき選出された医療機関

都道府県単位の医療・観光等連携ワンストップ対応

都道府県に、地域の課題の協議等を行う業界分野横断的な関係者による協議会を設置し、実態の把握・分析や受入医療機関の整備方針の協議、リスト作成と関係者への周知、地域の課題の協議などを行う。

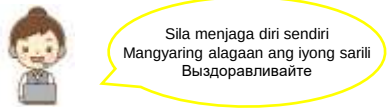
- 都道府県に、医療機関等から寄せられる様々な相談にも対応できるワンストップ窓口を設置。

補助先：都道府県
補助率：1／2



希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業

- 民間サービスがなく、行政が通訳者を確保することも難しい希少言語に対応可能な遠隔通訳サービスを国が提供。



外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修事業

- 医療機関の外国人患者受入対応能力向上のため、外国人患者受入れ医療コーディネーターの養成研修を実施。

※ 医政局総務課医療国際展開推進室提供資料

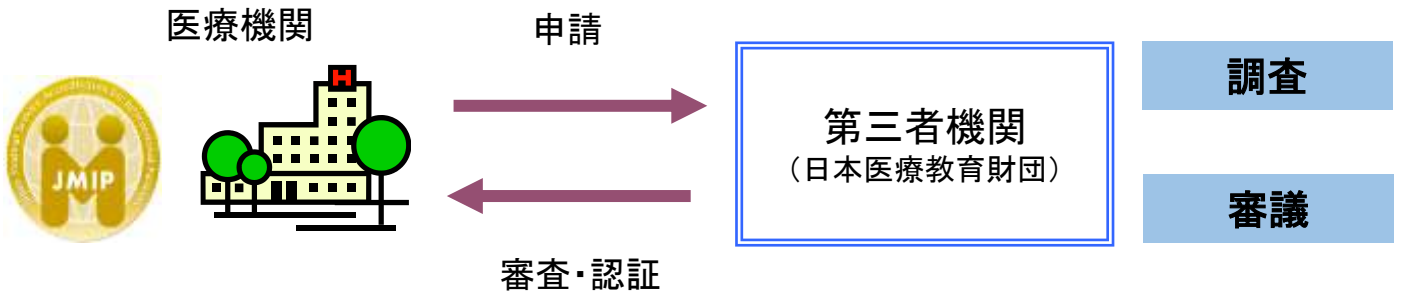
外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）
Japan Medical Service Accreditation for International Patients（H24.7～）

国際医療交流の観点から、外国人が安心・安全に医療機関を受診できる環境を整備するため、
医療機関の申請に基づき第三者機関（日本医療教育財団）が、外国人受入体制等について審査・認証する制度。

対　　象：日本医療機能評価機構、Joint Commission International（JCI）等による認証制度によって、医療施設機能が評価されている病院又は健診施設

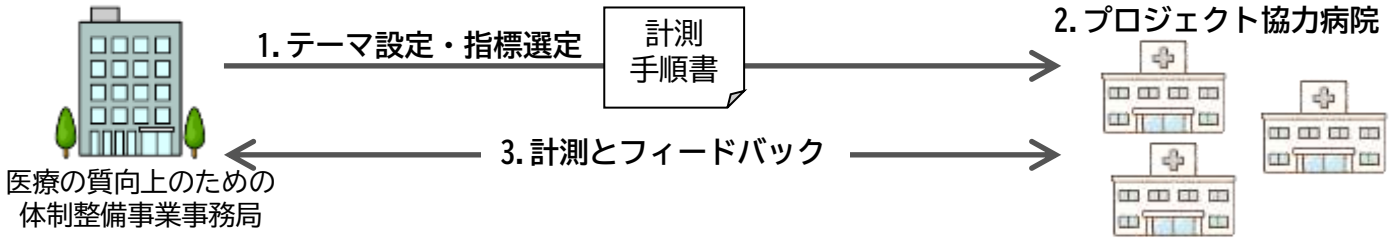
審査方法：書面調査と訪問調査を実施
書面調査では、「現況調査票」、「自己評価票」及び「事前提出資料を事前に提出。
訪問調査では、合同面接や院内ラウンドを通じて、院内（施設内）の外国人受入れ体制を確認。
書面調査、訪問調査の結果をもとに、有識者からなる「認証審査会」において最終的な判定を行う。

評価項目：外国人患者担当者（医師、看護、薬剤等各部門）の有無、日本語以外の言語による診療案内、外国人患者に配慮した対応方法（診療、看護、検査等）、各種宗教・習慣に配慮した対応方法、通訳を提供できる体制　等



※　医政局総務課医療国際展開推進室提供資料

医療の質可視化プロジェクトの概要

目的	①多くの病院(特に今まで計測に取り組んでこなかった病院)に**計測活動を継続的に行っていただく**。 ②**病院の機能・規模によらず共通的に計測可能**で、かつ**作業負荷の少ない指標**を設定する。 ③他施設との比較を通じて**質改善活動を動機づける**。
対象病院	○　医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院(各団体のQI事業に参加する病院を含む) ○　募集数は700病院を目安　(各団体のQI事業に参加していない7,000病院の1割程度)
実施期間	2022年9月1日～2023年3月31日
テーマ	①医療安全　②感染管理　③ケア
指標数	3テーマで9指標
計測とフィードバック	○計測　　：1回目：2021年10-12月/2022年1-3月分のデータを計測し、10月末提出 2回目：2022年4-6月/7-9月分のデータを計測し、2023年1月末提出 ○フィードバック：全体集計グラフおよび基本統計量をフィードバックする
アウトプット	○協力病院…計測した指標の時系列推移データ、フィードバックデータ ○協議会　…ガイドに準拠した指標（例示指標）、適用指標に関する全国状況のデータ
運営主体	○　本プロジェクトの運用は主に標準化部会が担当する。 ○　質指標の計測のみならず、改善活動へと発展させるための施策等の実施については、活用支援部会が担当する。
体制図	

※　医政局総務課提供資料

医療の質可視化プロジェクト適用指標一覧（全9指標）

テーマ	指標ID	指標名	分子	分母	算出元
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-02	入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-03	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	DPC
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダ日数	DPC
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC/レセプト
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	手術室で行った手術件数	サーベイランス
ケア	CRM-01	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数	入院患者延べ数	サーベイランス
	CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	65歳以上の退院患者数	サーベイランス
	CRM-03	身体抑制率	分母のうち、物理的身体抑制を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	サーベイランス

※ 医政局総務課提供資料

病院情報の公表について

○　DPC/PDPSにおいては、平成29年度より、自院のホームページ上でDPCデータの集計値を公表した場合に、保険診療係数において加点を行っている。
○　また、集計にあたっては、単に数値を示すだけでなく、「医療広告ガイドライン」に定められた範囲内で特性等について必要にして十分な解説を行うこととされている。

（「令和 5年度 病院情報の公表の集計条件等について」より抜粋）

＜集計項目＞
1）　年齢階級別退院患者数
2）　診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位3 位まで）
3）　初発の5大癌のUICC 病期分類別ならびに再発患者数
4）　成人市中肺炎の重症度別患者数等
5）　脳梗塞のICD10 別患者数等
6）　診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
7）　その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

＜使用するデータ＞
・　様式1
・　様式4
・　Dファイル

DPC対象病院の要件について

○ DPC対象病院の要件の1つである、1月あたりのデータ/病床比（※）の基準は、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関の大半が満たしている。

※ データ/病床比＝対象期間においてDPC算定病床を退院した患者の全データ数（エラーデータ等を除く）／DPC算定病床数

DPC対象病院の要件

①急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出

②A207診療録管理体制加算の届出

③以下の調査に適切に参加

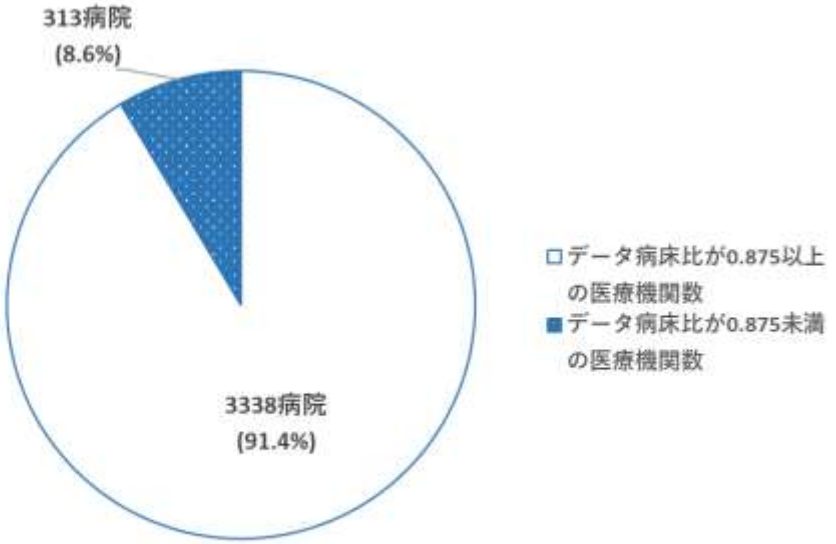
・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」

・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」

④調査期間1月あたりのデータ/病床比が0.875以上

⑤適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

急性期一般入院基本料の届出医療機関のデータ病床比の状況



出典：令和3年10月～令和4年9月データ

※令和4年9月時点の病院（合併病院等は除く）
※データ／病床比の算出にあたりコロナ対応期間の補正は行っていない

データ/病床比について

○　データ/病床比は、DPC対象病院が満たすべき要件の1つとされており、病床あたりのデータ数について一定の基準を求めている。

○　現行の基準値（1月あたり0.875）は、平成17年医療施設調査の一般病床の病床利用率（79.4%）及び特定機能病院入院基本料（一般病棟10:1）の基準在院日数（28日）に基づき設定されている。

【平成19年11月21日　診療報酬基本問題小委員会　診－2－2（抜粋）】

中医協　診－2－2 19．11．21	診調組　D－1－2 19．11．12

（データ／病床）比に係る整理

1　（データ／病床）比の考え方

ア　対象期間において退院した患者の全データ数／病床のこと。

イ　全データ数を病床利用率や在院日数等を用いて算出する場合には、
全データ数＝[対象期間（A）×病床数（B）×病床利用率（C）]／在院日数（D）
となる。

ウ　従って、
（データ／病床）比＝全データ数／病床数（B）
＝[対象期間（A）×病床利用率（C）]／在院日数（D）
となり、病床利用率が高く、在院日数が短ければ、（データ／病床）比は大きくなる。

2　具体例について

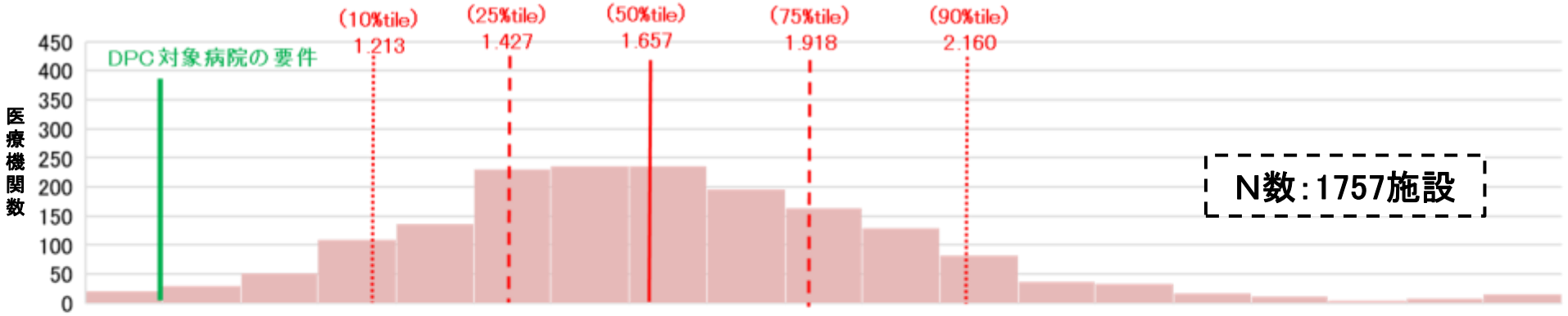
・対象期間＝７月～１０月（１２３日）
・一般病床の病床利用率＝７９．４％（平成17年医療施設調査）
・平均在院日数＝２８日（10：1入院基本料における特定機能病院の基準在院日数）
とした場合

（データ/病床）比＝（対象期間１２３日×病床利用率79.4%）／平均在院日数28日
＝3．49

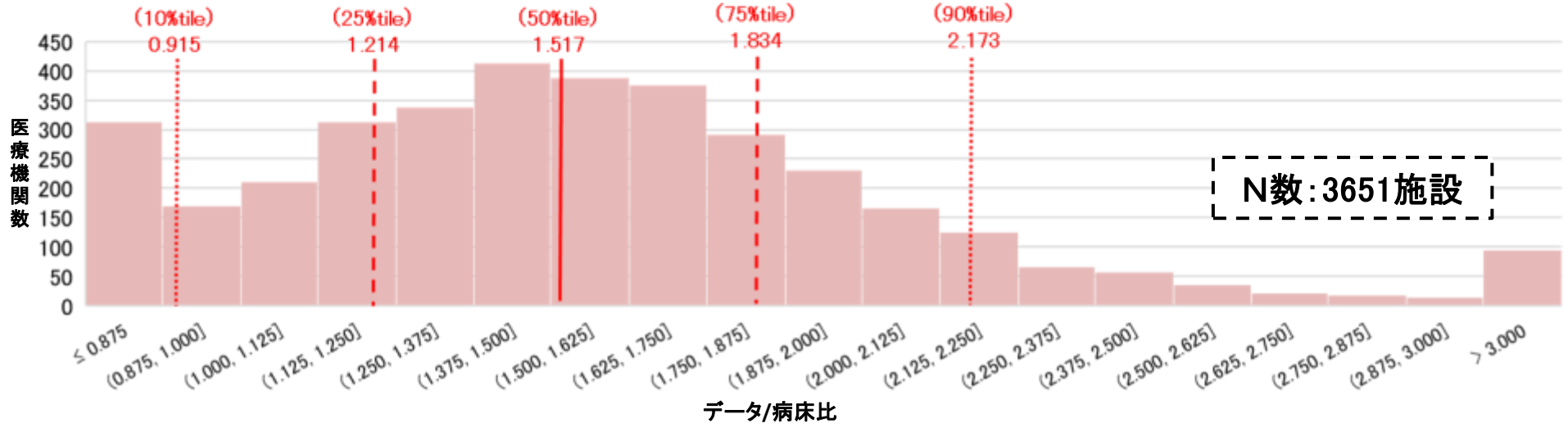
DPC対象病院におけるデータ/病床比（１月あたり）の分布

○　令和3年10月～令和4年9月データに基づく、DPC対象病院及び急性期一般入院基本料の届出を行う病院のデータ/病床比（１月あたり）の分布は以下のとおり。

【DPC対象病院】



【急性期一般入院基本料の届出を行う病院】



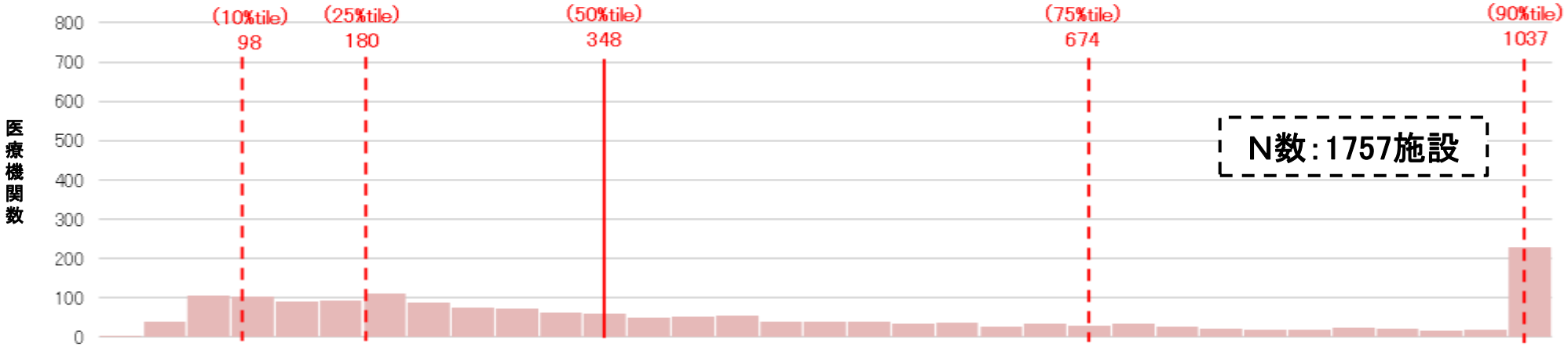
出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※令和4年9月時点のDPC対象病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正は行っていない

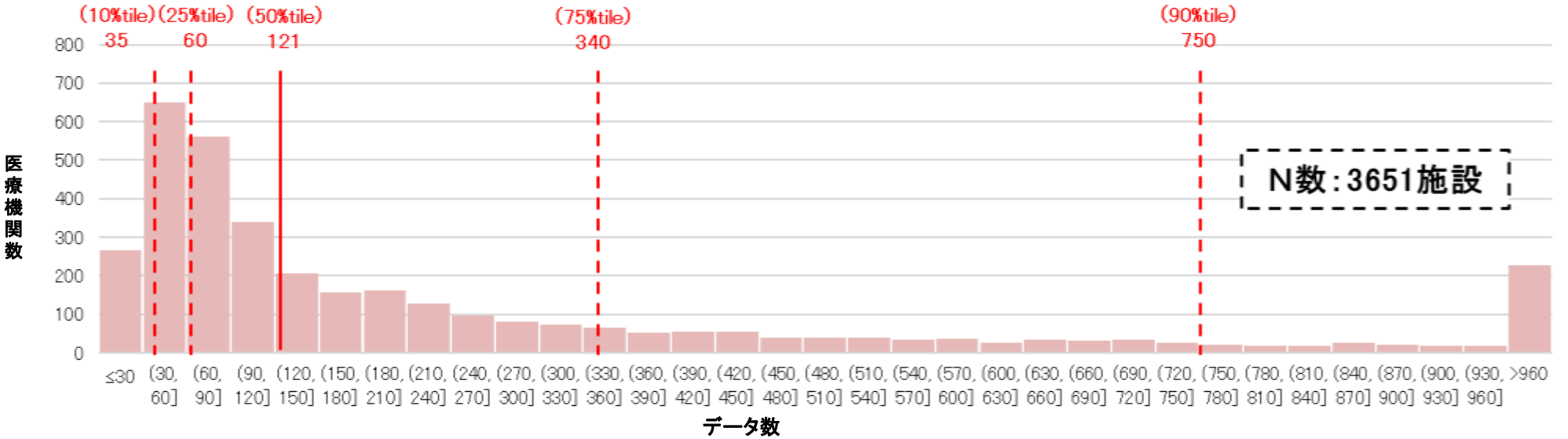
DPC対象病院におけるデータ数（１月あたり）の分布

○ 令和3年10月～令和4年9月データに基づく、データ数（１月あたり）の分布は以下のとおり。
○ データ数（１月あたり）が少ないDPC対象病院も存在する。

【DPC対象病院】



【急性期一般入院基本料の届出を行う病院】

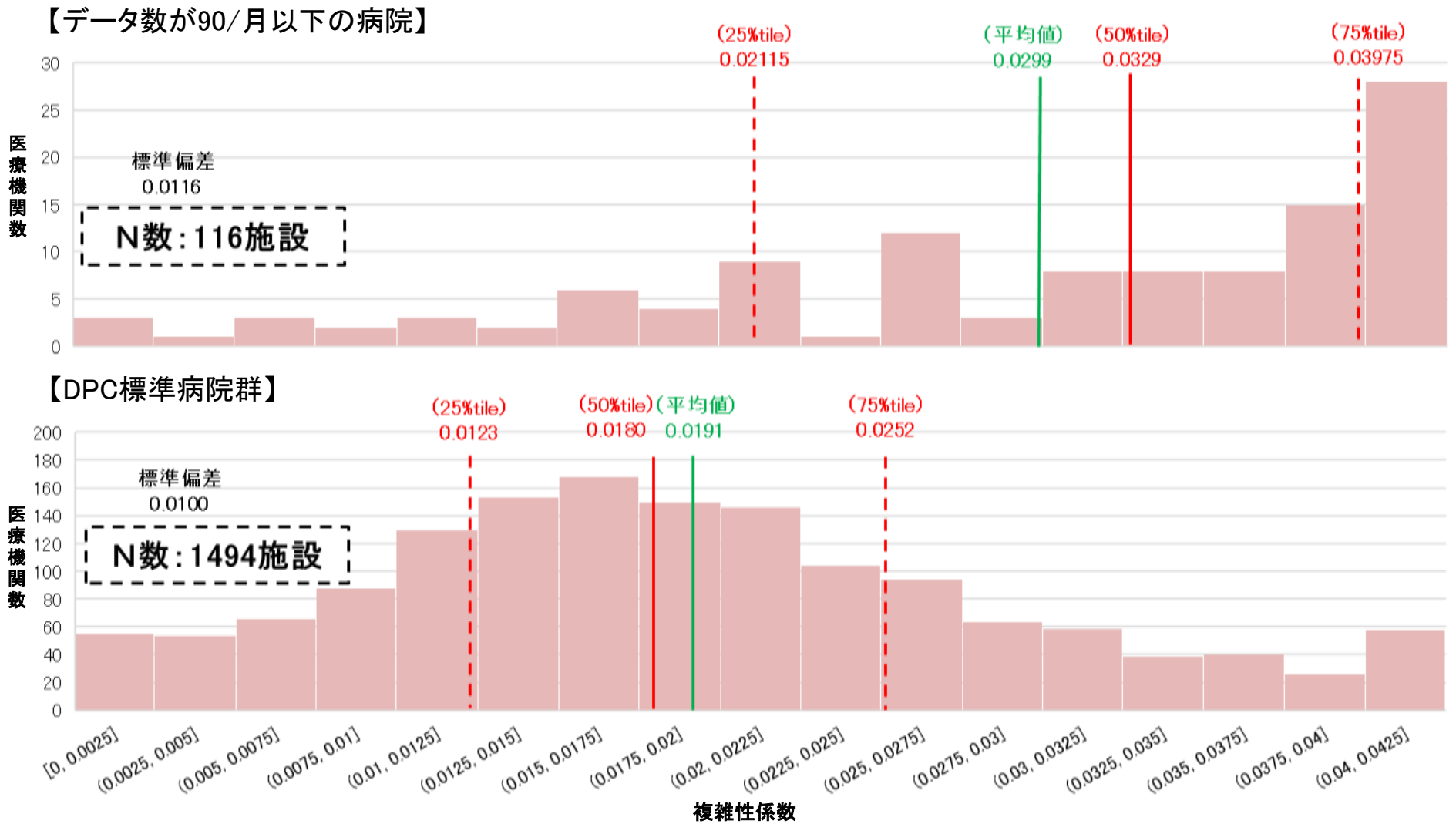


出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※令和4年9月時点のDPC対象病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正は行っていない

データ数が少ない病院の複雑性係数

○　1月あたりのデータ数が90（DPC対象病院の約10%tile値）以下のDPC対象病院の現行の複雑性係数は、標準病院群全体と比較して高い傾向にある。

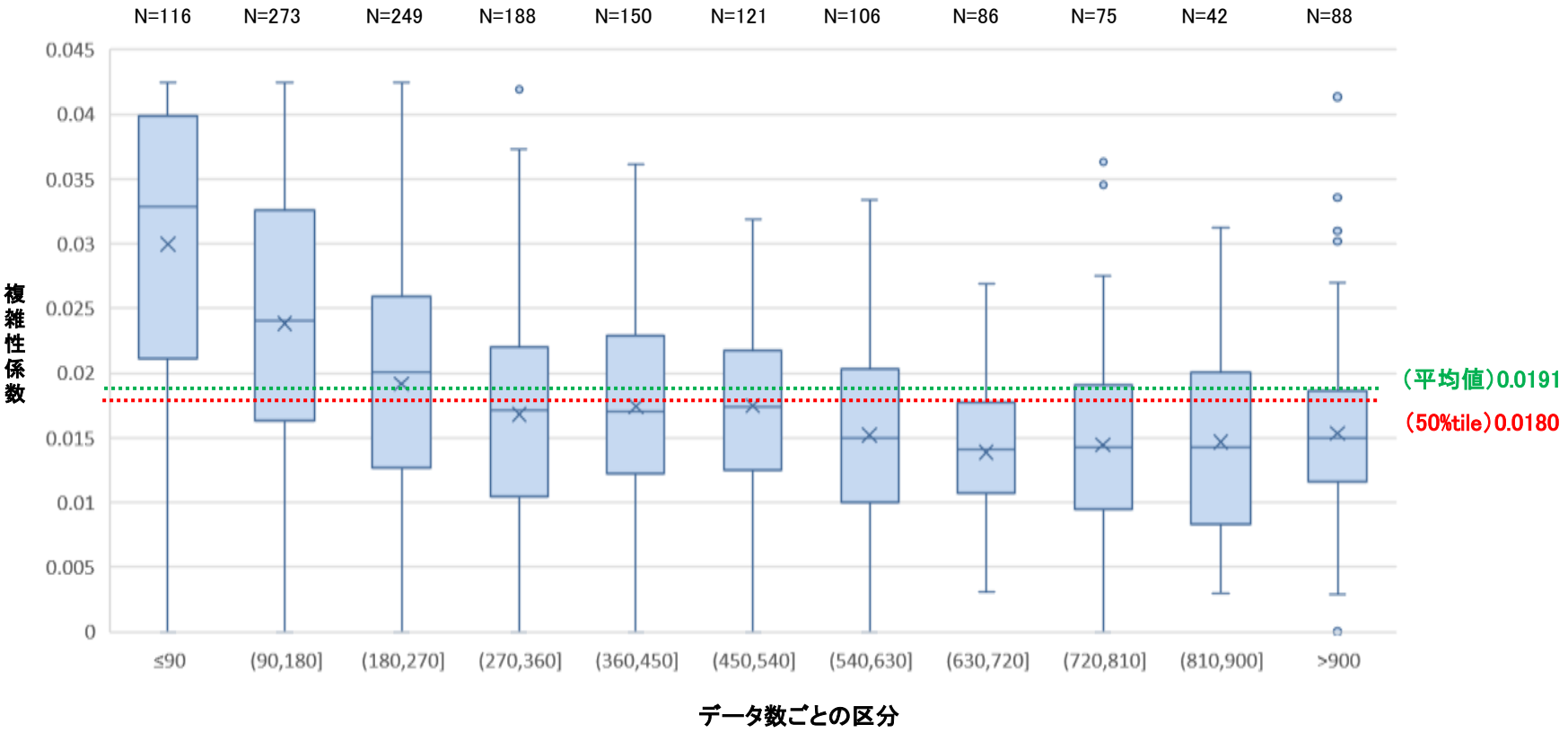


出典：令和5年度改定データ

※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

データ数の規模別の複雑性係数の分布

○　DPC標準病院群について、１月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の複雑性係数の分布は以下のとおり。
○　１月あたりのデータ数が少ない区分に該当する病院では複雑性係数が高い傾向にある。



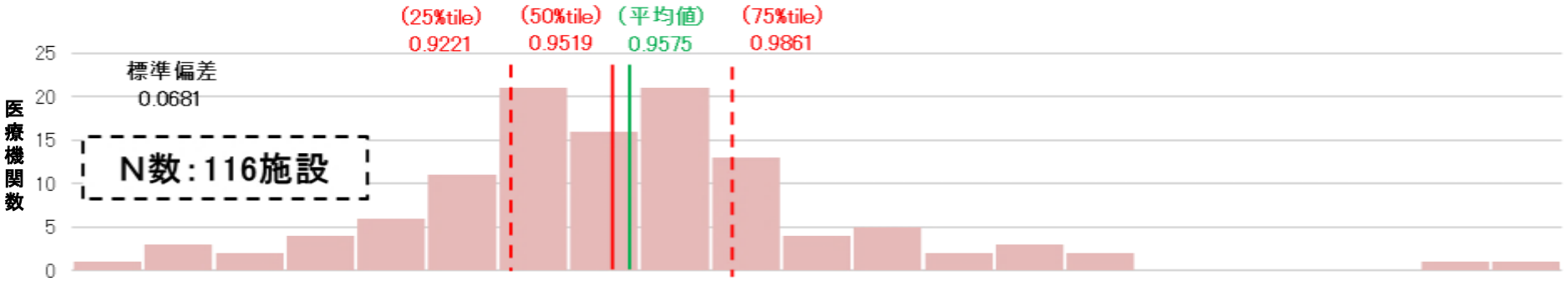
出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

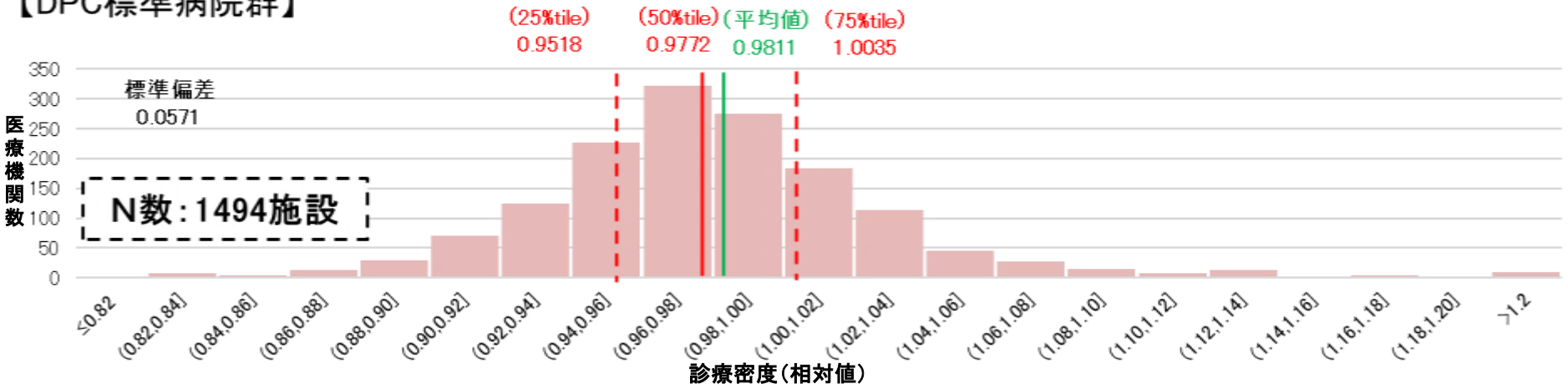
データ数が少ない病院の診療密度（相対値）

○　１月あたりのデータ数が90以下のDPC対象病院の診療密度（相対値）は、標準病院群全体と比較して低い傾向にある。

【データ数（１月あたり）が90を下回る病院】



【DPC標準病院群】

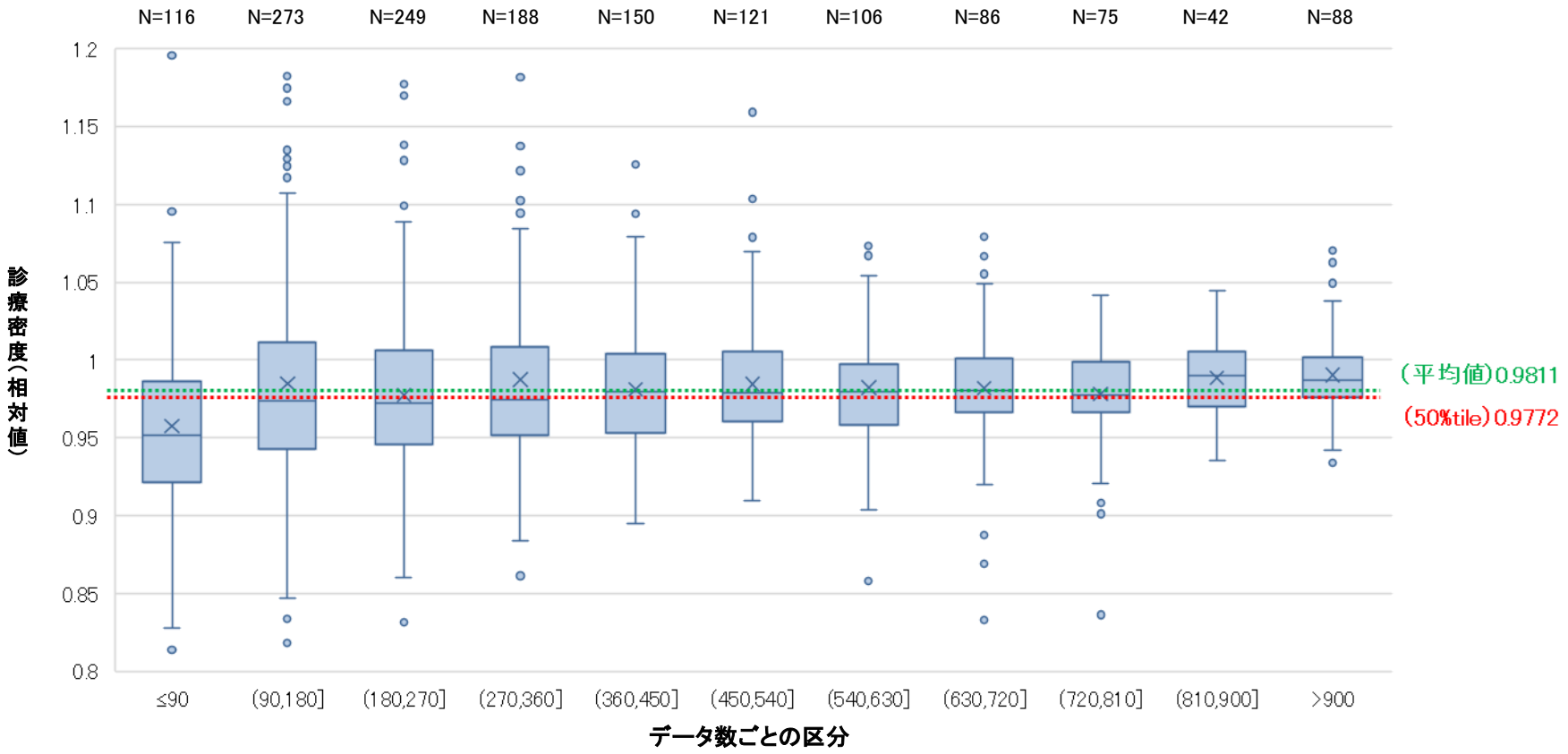


※令和４年９月時点のDPC標準病院群に該当する病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている
※診療密度（相対値）：１日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値（当該病院の症例構成による補正後）

出典：令和３年10月～令和４年９月DPCデータ

データ数の規模別の診療密度（相対値）の分布

○　DPC標準病院群について、１月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の診療密度（相対値）の分布は以下のとおり。
○　１月あたりのデータ数が90以下の区分に該当する病院は他の区分に該当する病院と比較して、診療密度（相対値）が低い傾向にある。

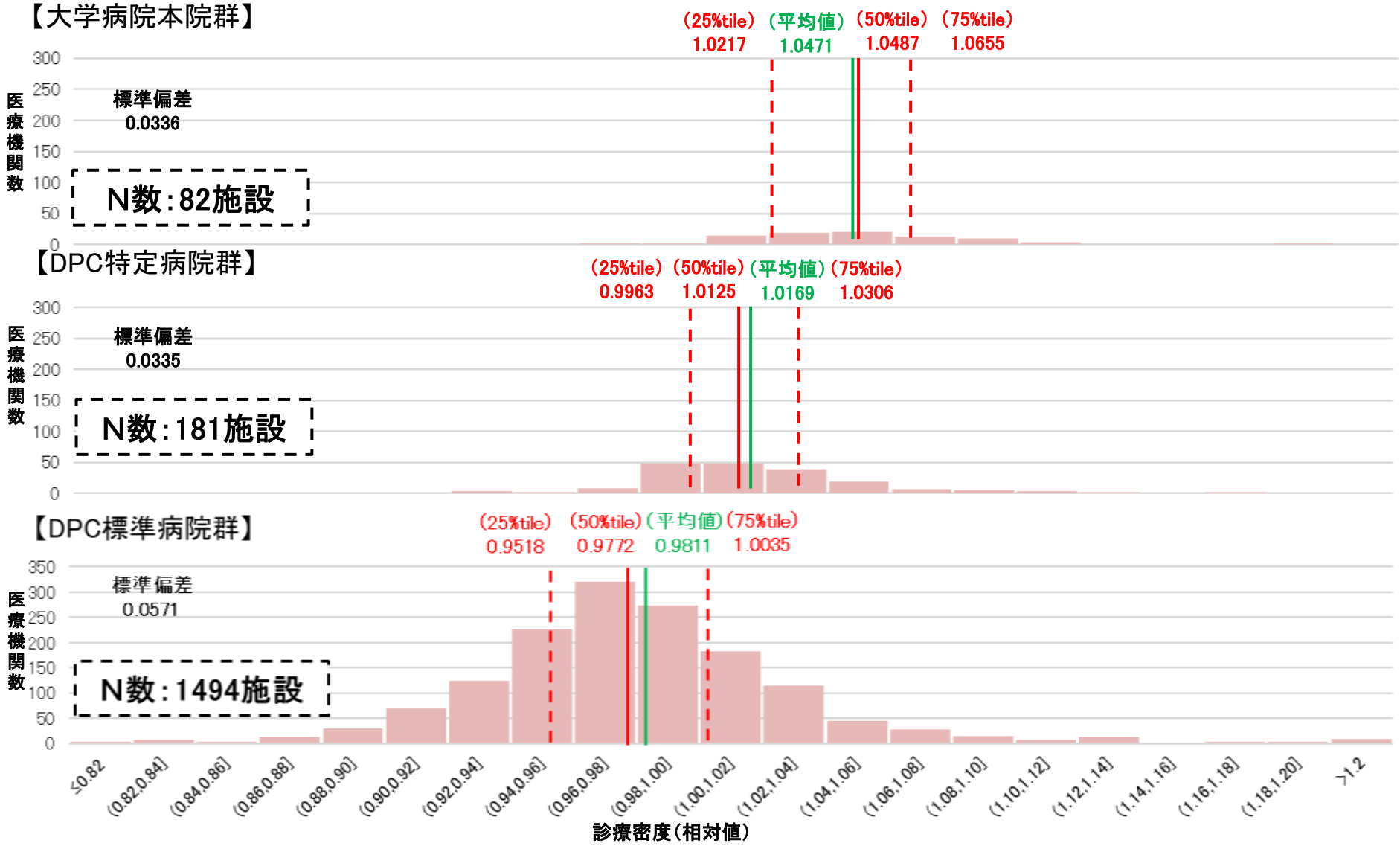


※令和４年９月時点のDPC標準病院群に該当する病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている
※診療密度（相対値）：１日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値（当該病院の症例構成による補正後）
※診療密度（相対値）が1.2を超える5施設、0.8を下回る1施設は表示していない

出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

（参考） DPC対象病院における診療密度（相対値）の分布

○ 全DPC対象病院の医療機関群別の診療密度（相対値）の分布は以下のとおり。



出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※令和4年9月時点のDPC対象病院（合併病院等は除く）
※診療密度（相対値）：1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値（当該病院の症例構成による補正後）

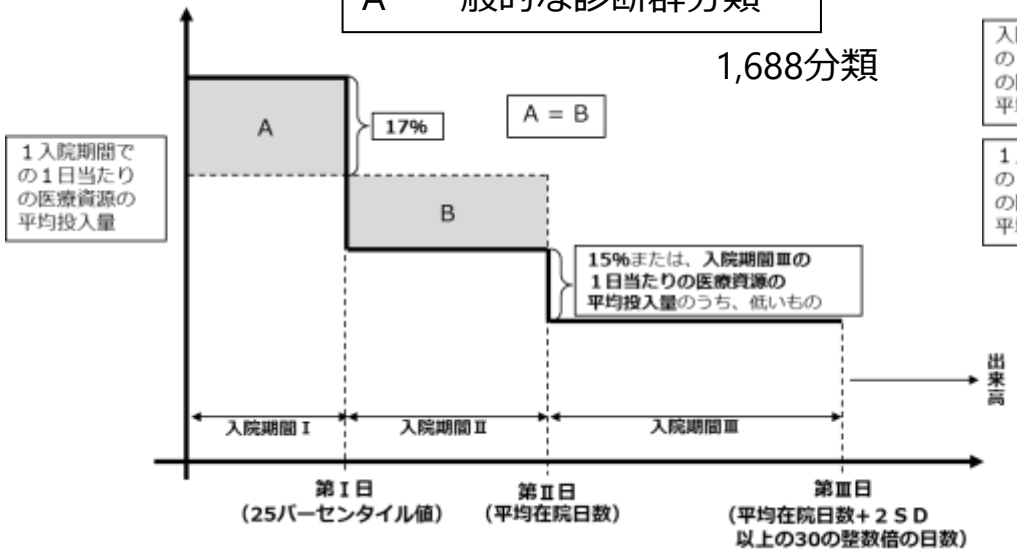
0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
　3－1. DPC対象病院に係る検討について
　3－2. 算定ルールに係る検討について
　3－3. 診断群分類に係る検討について
　3－4. 退院患者調査に係る検討について
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、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

1日当たり点数の設定方法（４つの点数設定方式）

➢ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた４つの点数設定方式により点数が設定される。

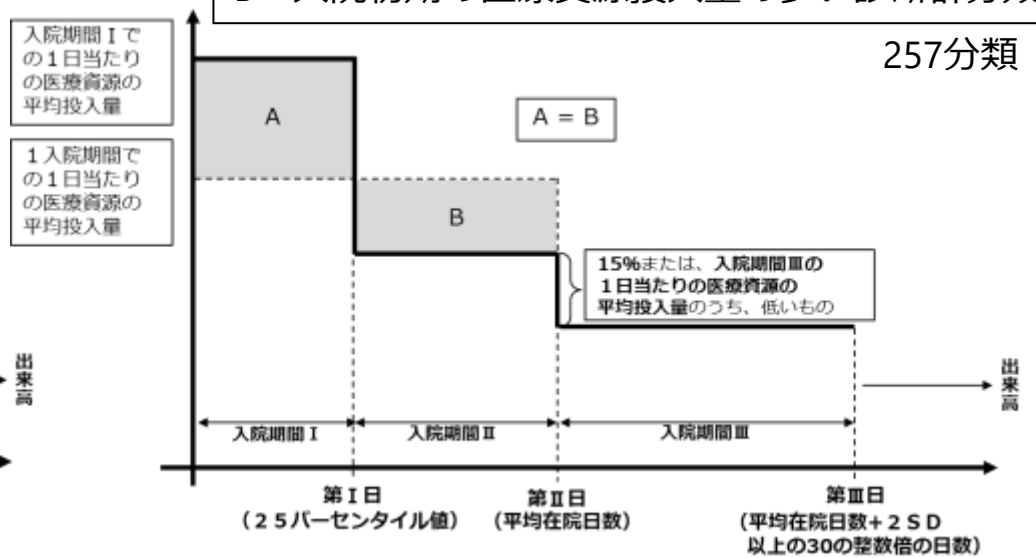
A　一般的な診断群分類

1,688分類



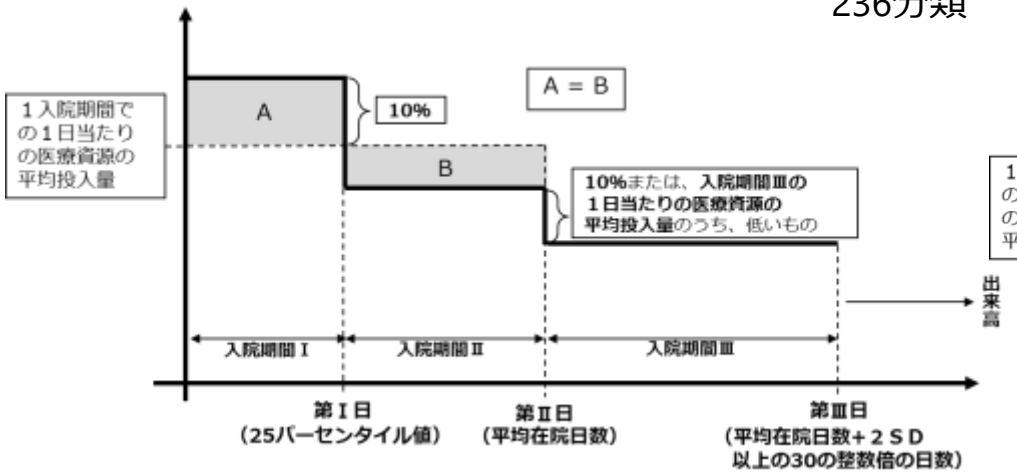
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

257分類



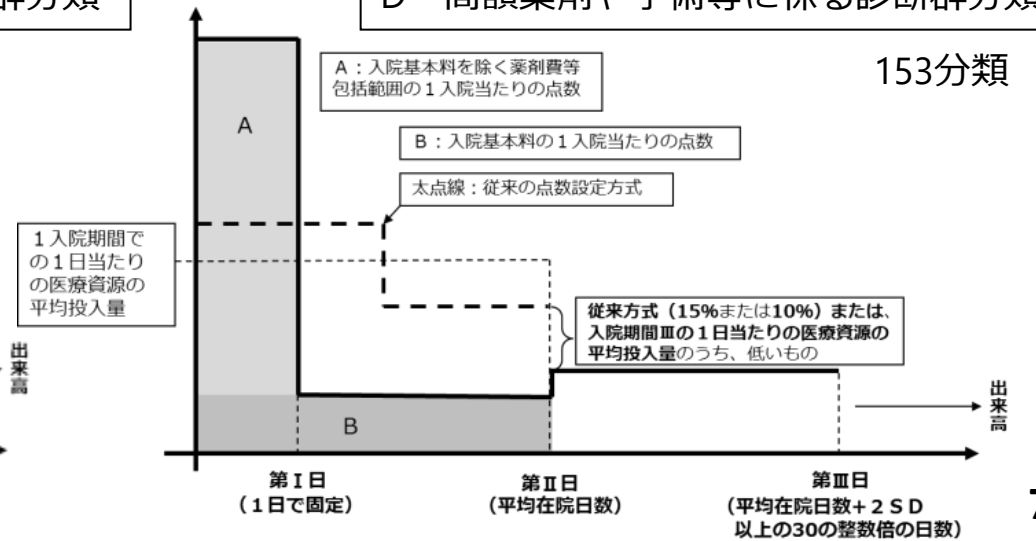
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類

236分類



D　高額薬剤や手術等に係る診断群分類

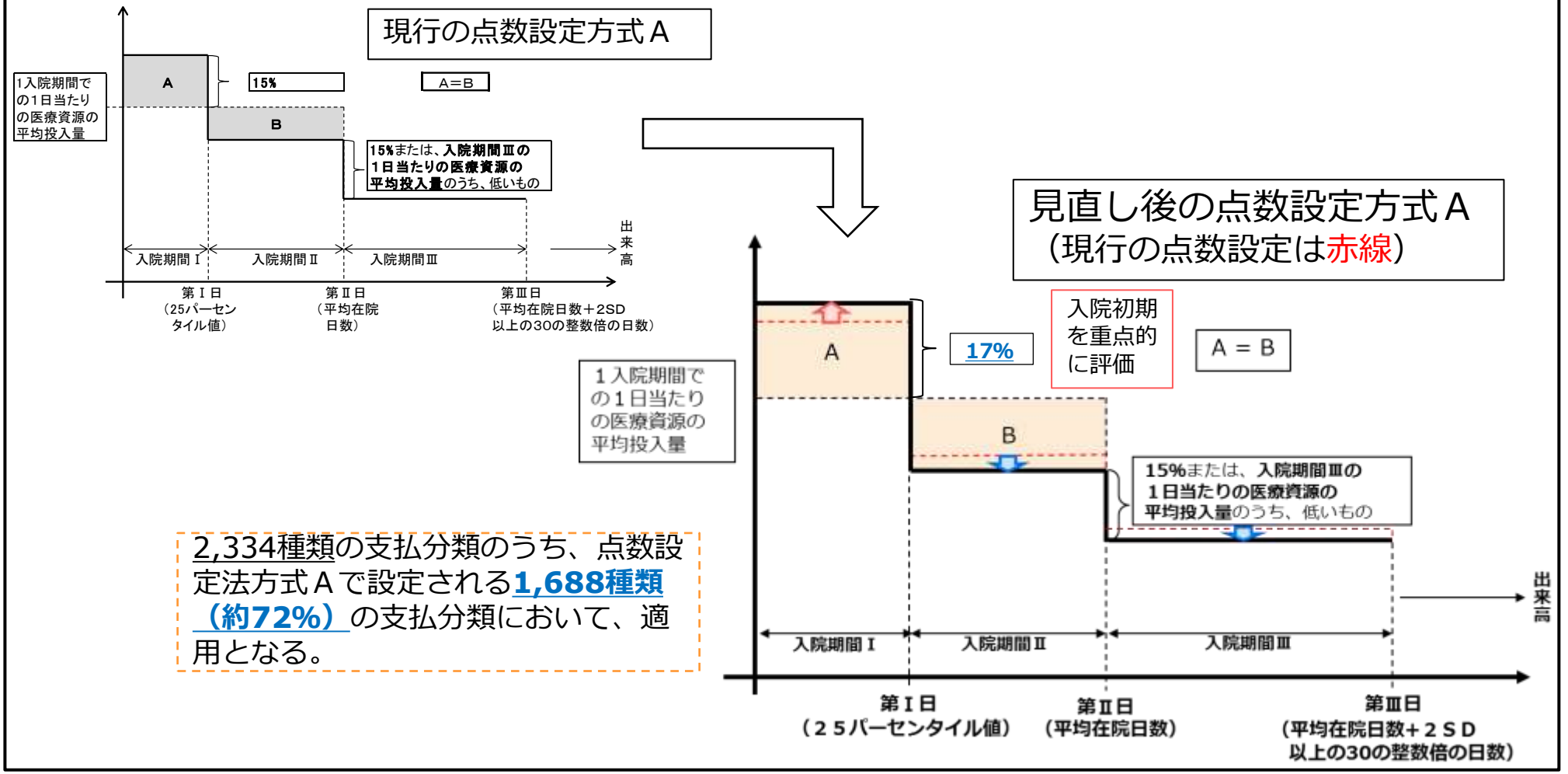
153分類



診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

➢ 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Ａについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。

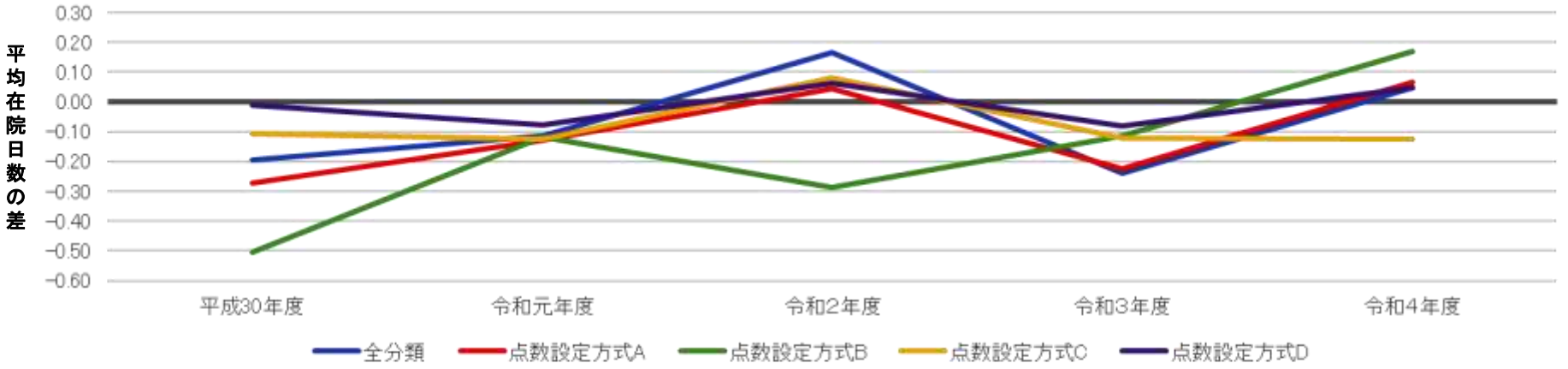


2,334種類の支払分類のうち、点数設定法方式Ａで設定される**1,688種類（約72%）**の支払分類において、適用となる。

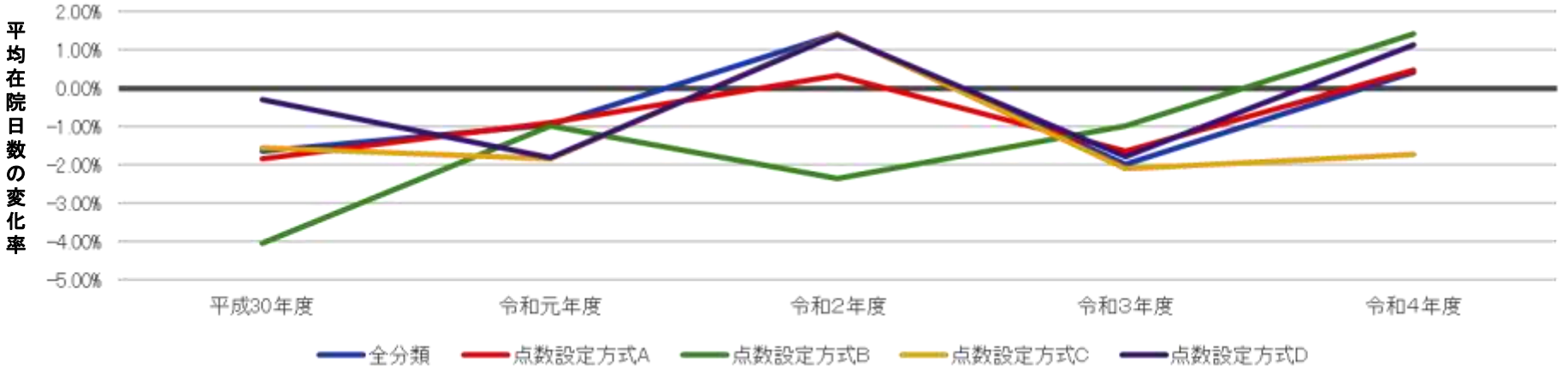
点数設定方式別の在院日数の変化の推移

○　点数設定方式別の平均在院日数の差及び変化率（対前年度）の経年的な推移は以下のとおり。

【平均在院日数の差（対前年度）】



【平均在院日数の変化率（対前年度）】

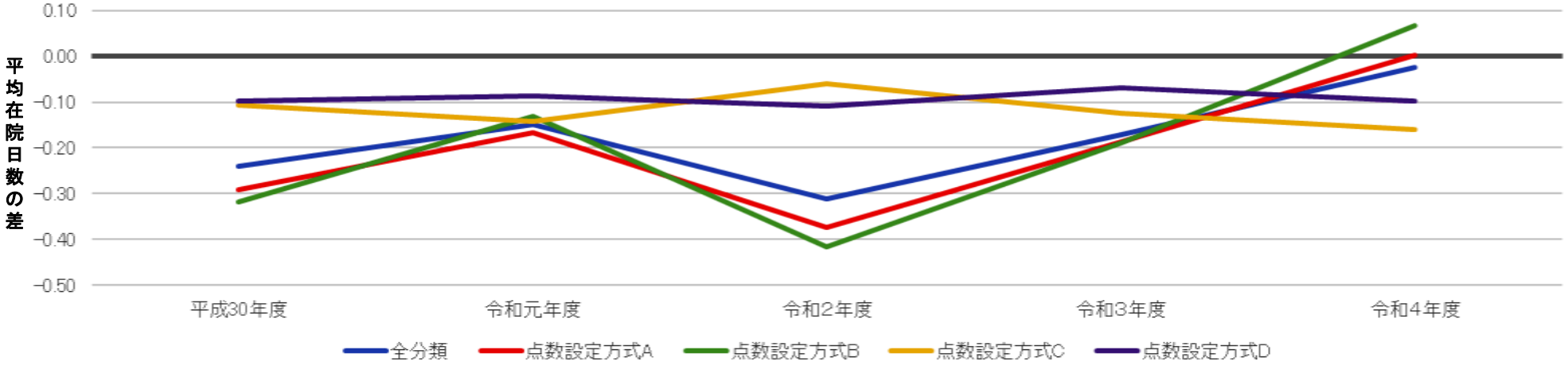


出典：各年度DPCデータ　※令和4年度は速報値

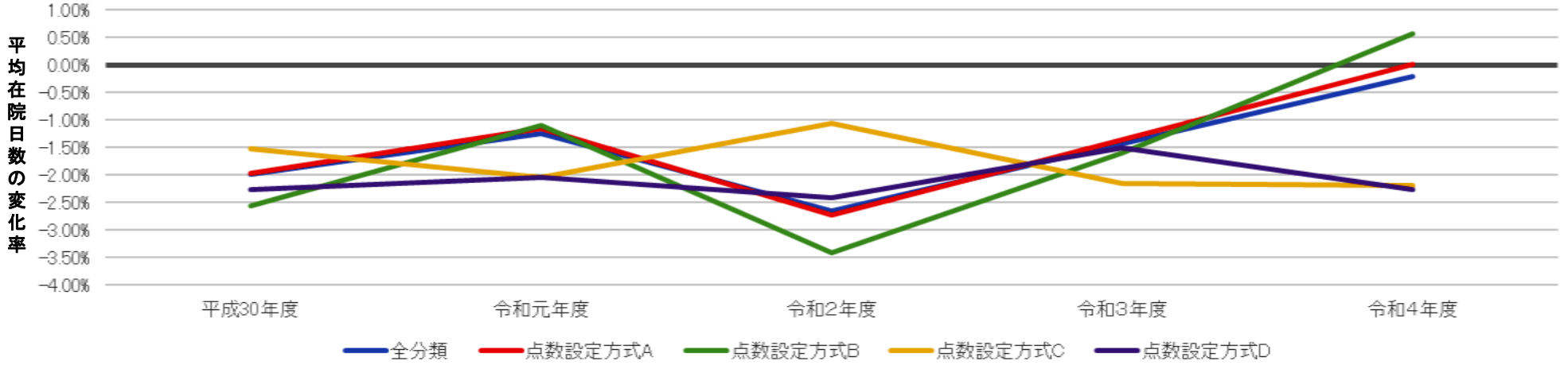
点数設定方式別の在院日数の変化（症例構成の補正後）の推移

○　点数設定方式別の平均在院日数の差及び変化率（対前年度）について、症例構成を前年度に合わせて算出した場合の経年的な推移は以下のとおり。
○　令和４年度において、点数設定方式Ａで設定される診断群分類について、在院日数の明らかな延長・短縮はみられていない。

【平均在院日数の差（対前年度）】



【平均在院日数の変化率（対前年度）】



出典：各年度DPCデータ　※令和４年度は速報値

現行の点数設定方式の適用条件について

○　現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間Ⅰでの１日当たり医療資源投入量と1入院期間での１日当たり医療資源投入量の比率（以下、「入院期間Ⅰ/１入院比率」という。）に基づき設定されている。

診調組　Ｄ－１
２２．０４．２２

＜平成２２年２月１２日　中医協総会資料より抜粋＞

平成２２年度診療報酬改定について（DPC 部分）

第２　具体的な内容

３．診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

改　(2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの２種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき３種類に変更する。

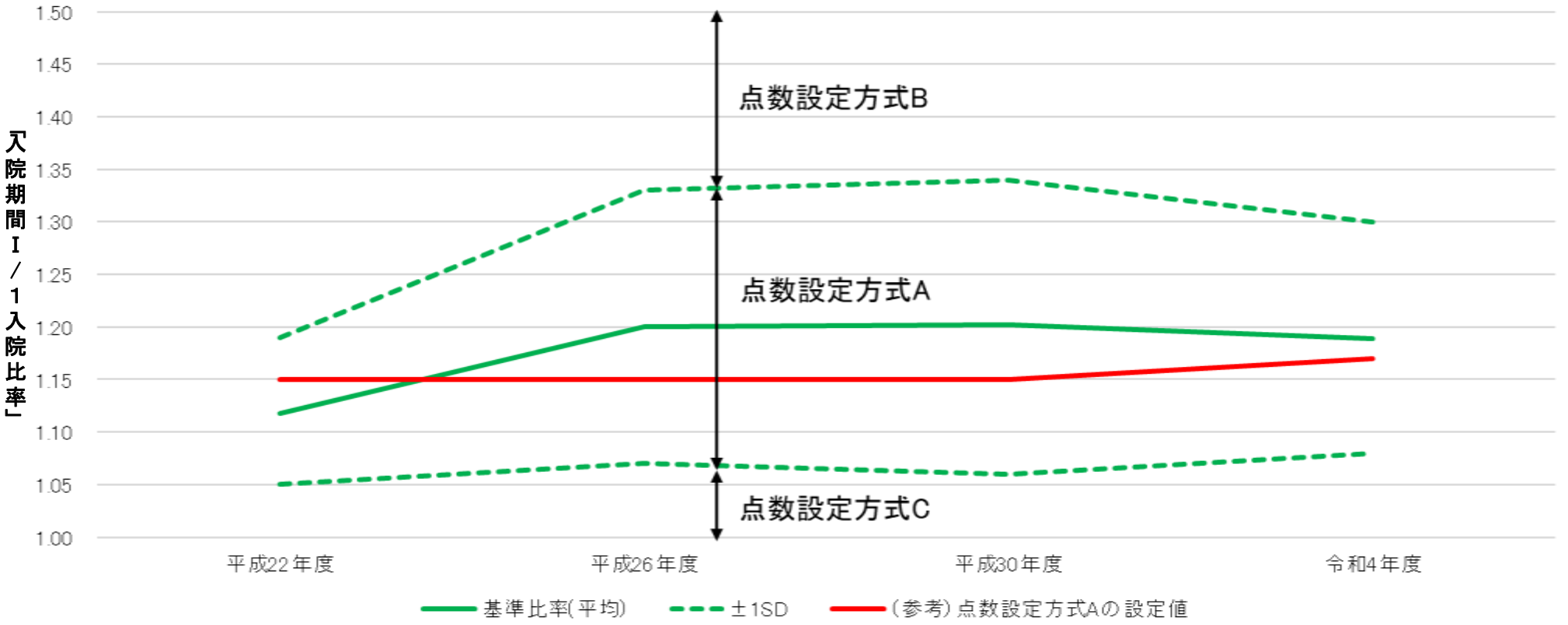
（基準）

「入院期間Ⅰでの１日当たり包括範囲点数／１入院期間での１日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差（ＳＤ）が

① 平均－１ＳＤから平均＋１ＳＤの間の場合 ： 設定Ａ
② 平均＋１ＳＤ以上の場合 ： 設定Ｂ
③ 平均－１ＳＤ以下の場合 ： 設定Ｃ

「入院期間Ⅰ/1入院比率」の経年的な推移

○　「入院期間Ⅰ/1入院比率」の平均値及び±1SD値の経年的な推移は以下のとおり。

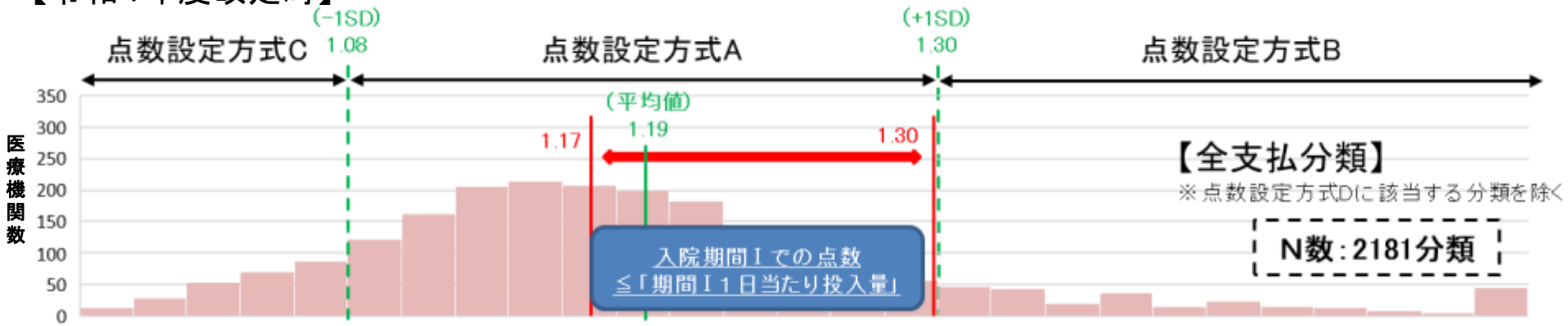


出典：各年度改定データ　　※　「入院期間Ⅰ/1入院比率」＝入院期間Ⅰでの1日当たり医療資源投入量／1入院期間での1日当たり医療資源投入量

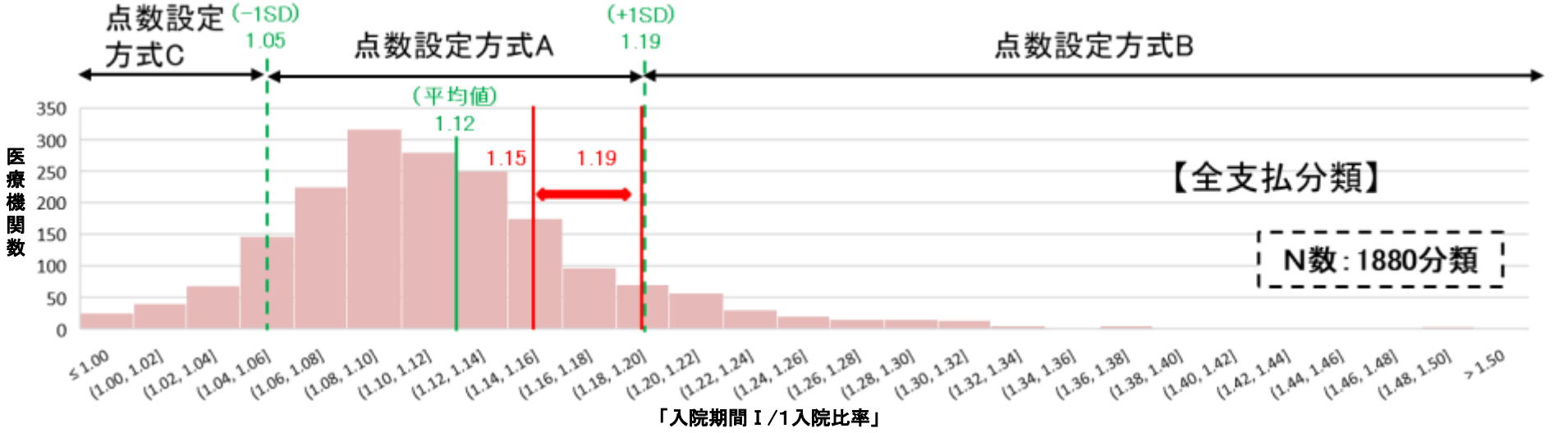
診断群分類ごとの「入院期間Ⅰ/1入院比率」の分布

○　令和4年度改定における、診断群分類ごとの「入院期間Ⅰ/1入院比率」の分布は以下のとおり。
○　点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、「入院期間Ⅰ/1入院比率」が1.17を超える（＝入院期間Ⅰにおいて、医療資源投入量が設定点数を上回る）分類は805分類存在した。

【令和4年度改定時】



【（参考）平成22年度改定時】

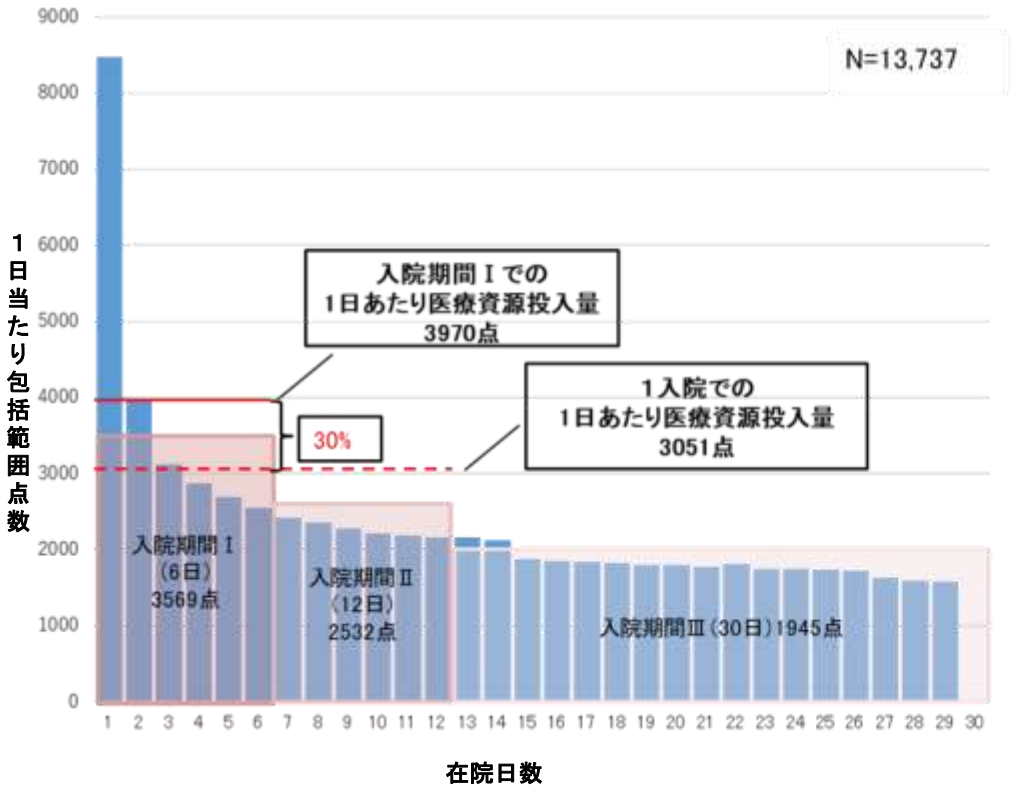


出典：各年度改定データ　　※　「入院期間Ⅰ/1入院比率」＝入院期間Ⅰでの1日当たり医療資源投入量／1入院期間での1日当たり医療資源投入量

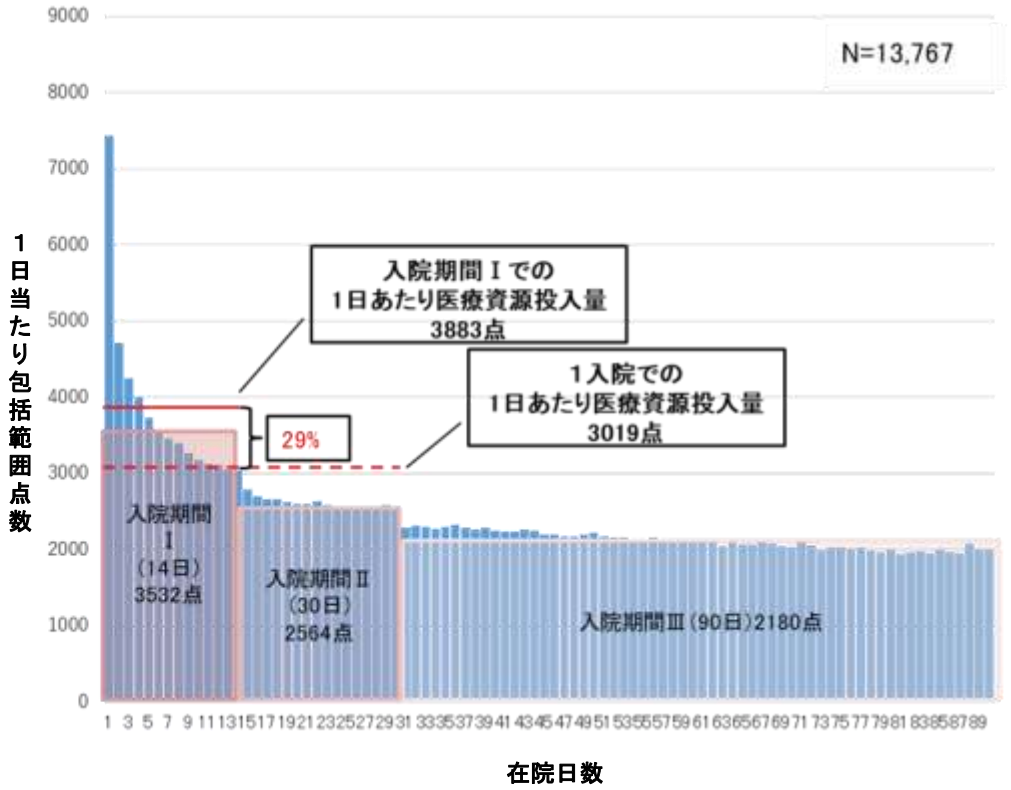
入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を上回る例①

○　点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間Ⅰにおいて、医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在する。

060210xx9910xx
ヘルニアの記載のない腸閉塞　手術なし
イレウス用ロングチューブ挿入法あり　手術・処置等2 なし



180010x0xxx2xx
敗血症（1歳以上）　人工呼吸等あり

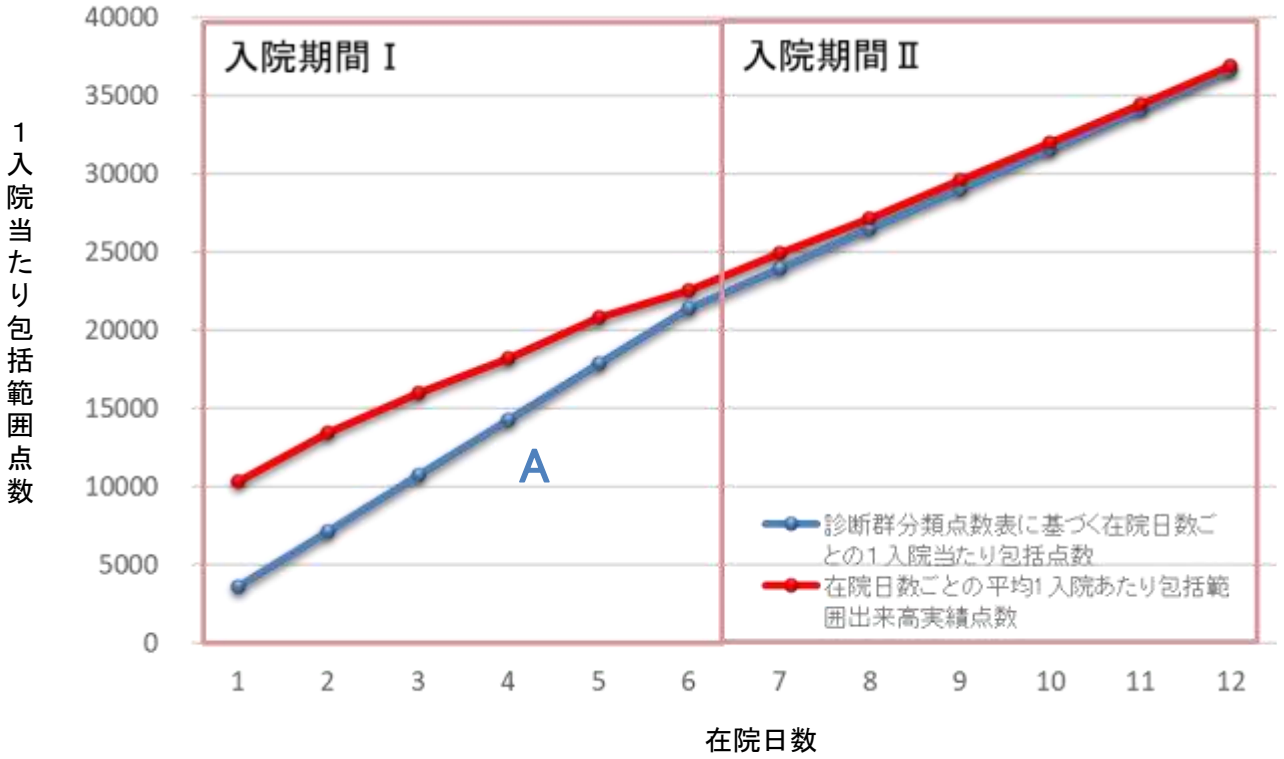


出典：令和4年度改定データ

入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を上回る例②

○　点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例について、在院日数ごとの平均１入院当たり包括範囲出来高実績点数と設定点数の関係は以下のとおり。
○　入院期間Ⅰにおいて、平均実績点数が設定点数を大きく上回っている。

（例）060210xx9910xx　ヘルニアの記載のない腸閉塞　手術なし　イレウス用ロングチューブ挿入法あり　手術・処置等２ なし



【診断群分類点数表】
＜060210xx9910xx＞　　A

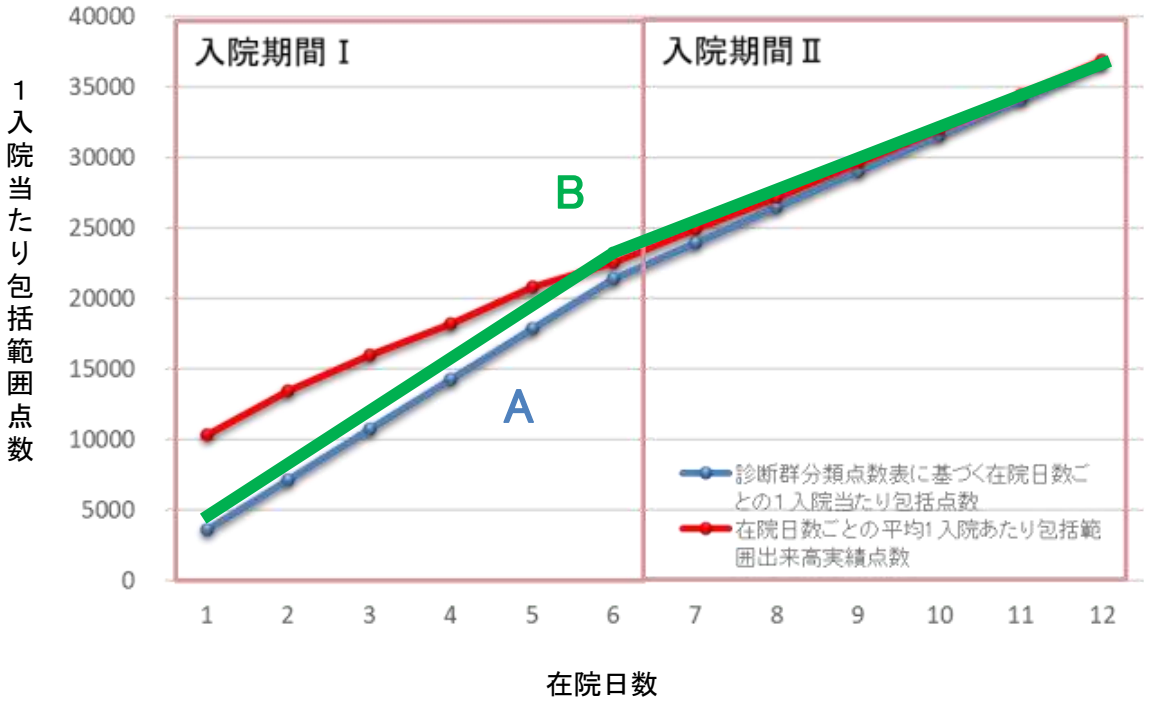
	日数	１日当たり点数
入院期間Ⅰ	6	3569（＋17%）
入院期間Ⅱ	12	2532

出典：令和4年度改定データ

入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を上回る例③

○　点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例について、例えば点数設定方式Bを適用した場合（当該例では、入院期間Ⅰを「＋30%」で設定）の在院日数ごとの平均1入院当たり包括範囲出来高実績点数と設定点数の関係は以下のとおり。

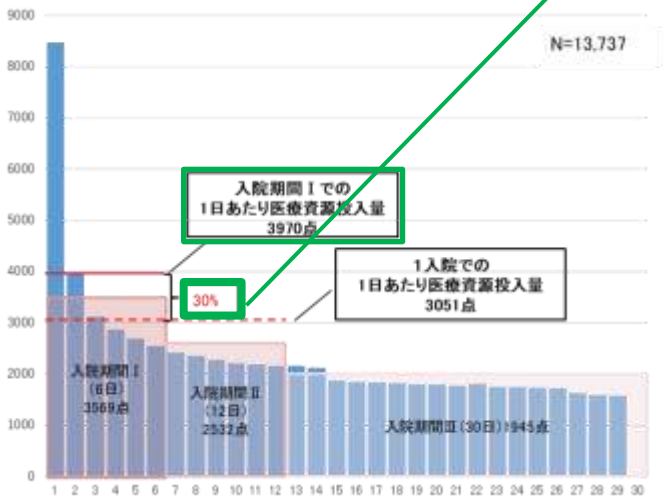
（例）060210xx9910xx　ヘルニアの記載のない腸閉塞　手術なし　イレウス用ロングチューブ挿入法あり　手術・処置等2 なし



【診断群分類点数表】

＜060210xx9910xx＞

	日数	1日当たり点数（A）	点数設定方式Bの場合（B）
入院期間Ⅰ	6	3569（＋17%）	（＋30%）
入院期間Ⅱ	12	2532	

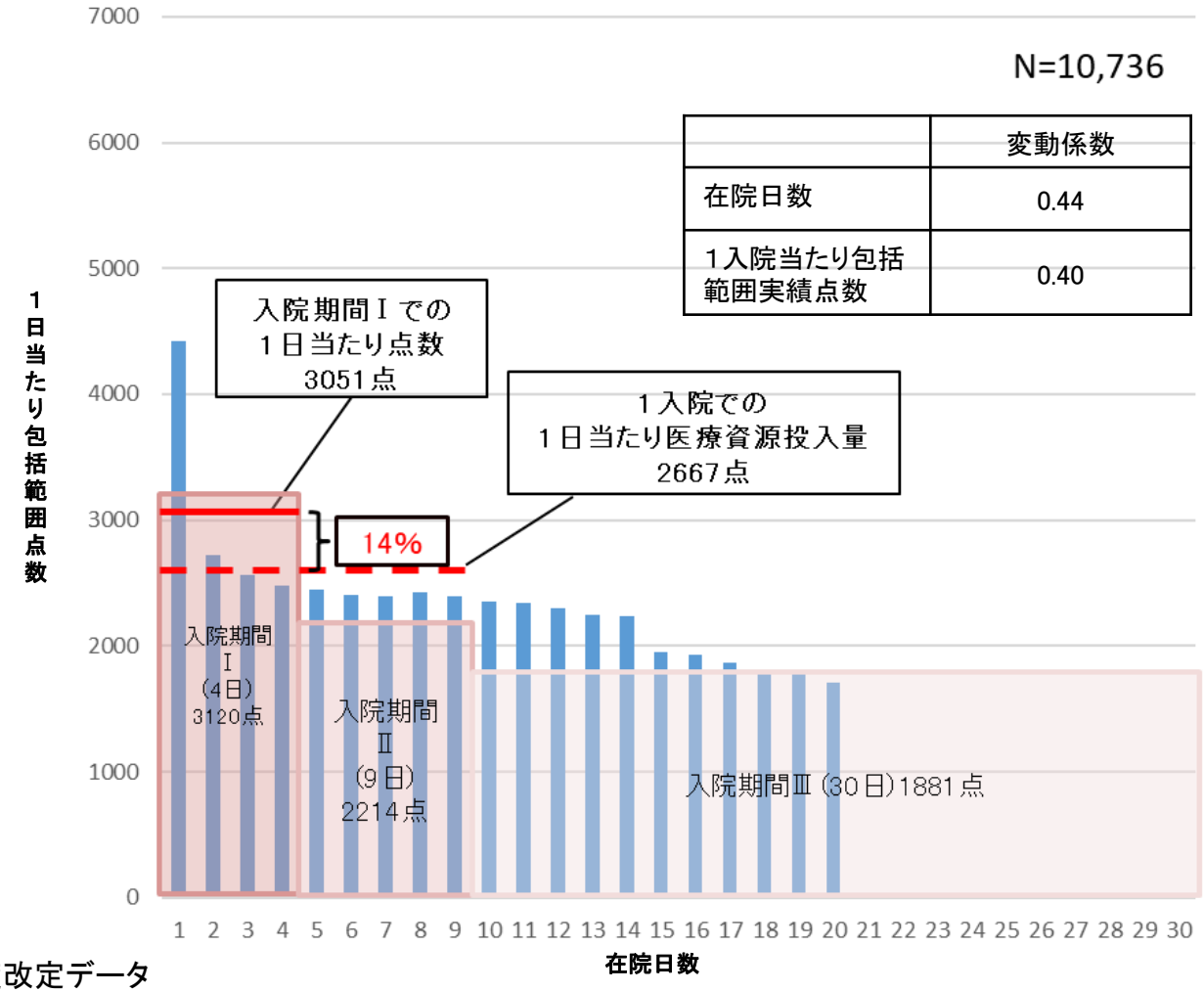


出典：令和4年度改定データ

標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例①

○　点数設定方式Aが適用される一般的な診断群分類のうち、手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる例について、１日当たり医療資源投入量の分布は以下のとおり。

（例）040200xx01x00x　気胸　肺切除術等　手術・処置等２ なし　定義副傷病 なし

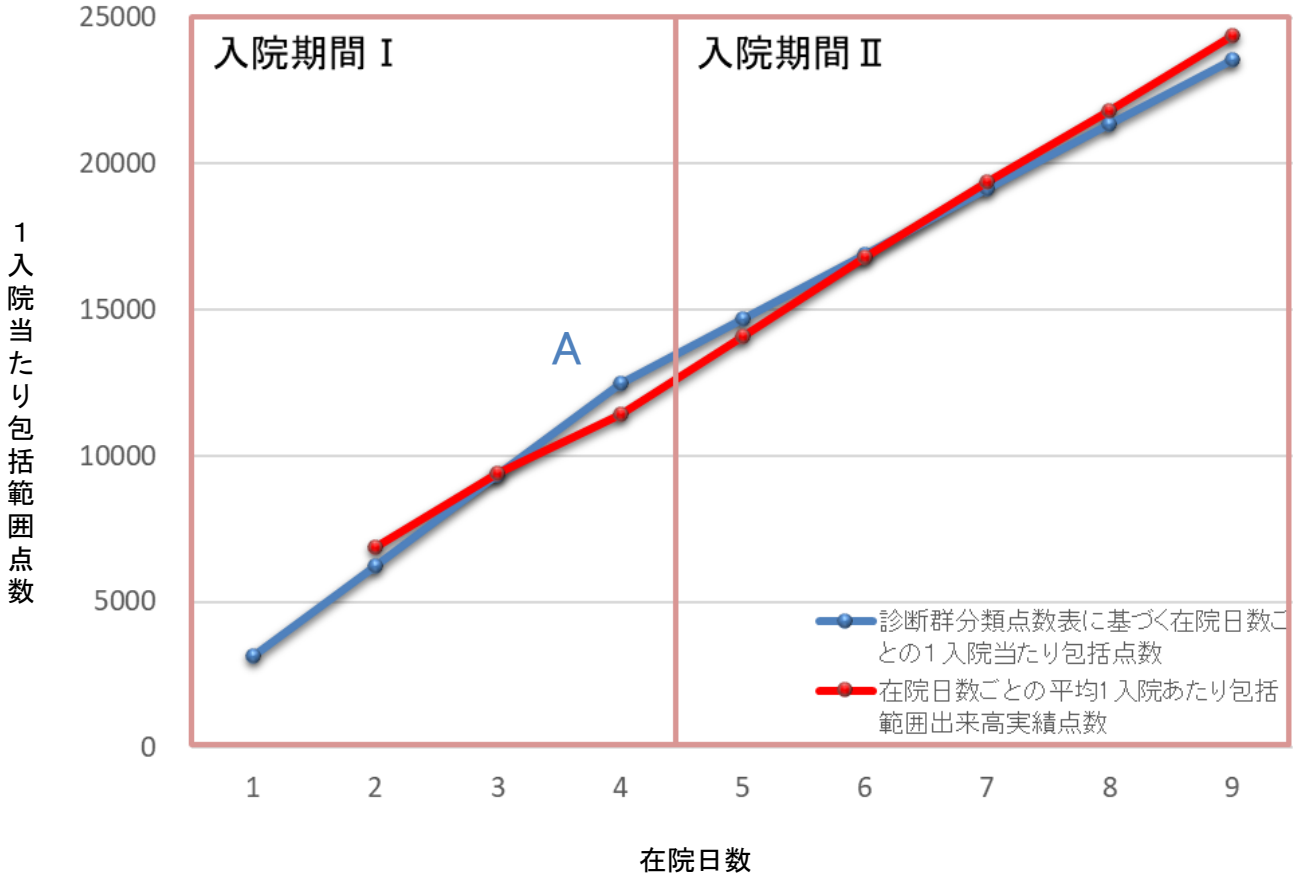


出典：令和4年度改定データ

標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例②

○　点数設定方式Aが適用される一般的な診断群分類のうち、手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる例について、在院日数ごとの平均１入院当たり包括範囲出来高実績点数と設定点数の関係は以下のとおり。

（例）040200xx01x00x　気胸　肺切除術等　手術・処置等２ なし　定義副傷病 なし



【診断群分類点数表】
＜040200xx01x00x＞

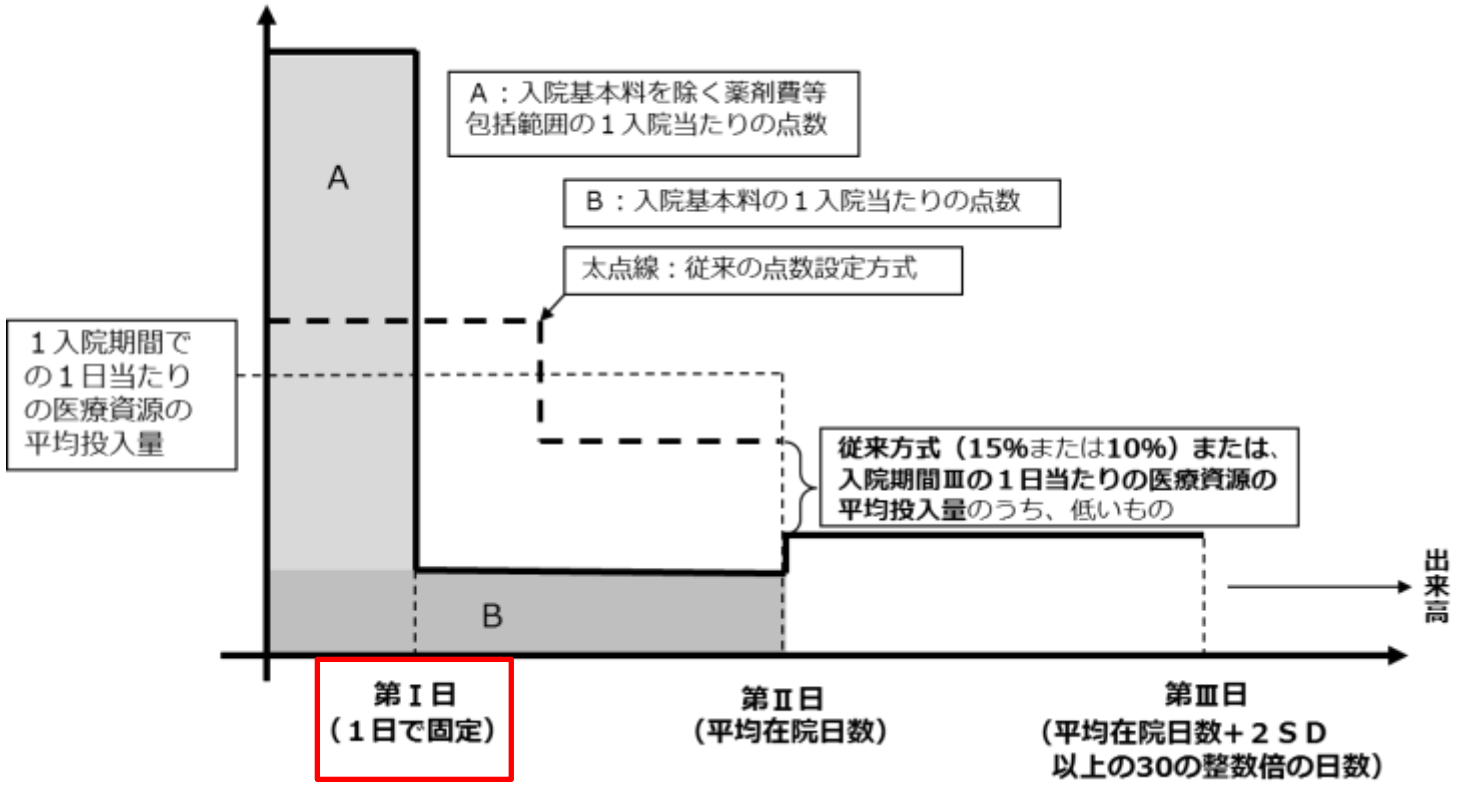
	日数	A １日当たり点数
入院期間Ⅰ	4	3120 （＋17%）
入院期間Ⅱ	9	2214

出典：令和4年度改定データ

入院初期を重点的に評価する点数設定方式について

○　点数設定方式Dは、高額薬剤に係る分類や短期滞在手術等基本料に相当する分類等を対象に導入されており、入院初日に入院基本料を除く包括範囲の１入院当たり点数を支払う評価体系としている。

【点数設定方式D】 ※令和4年度改定時は153分類



短期滞在手術等基本料の概要

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

（共通の要件）

1　手術室を使用していること

2　術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること

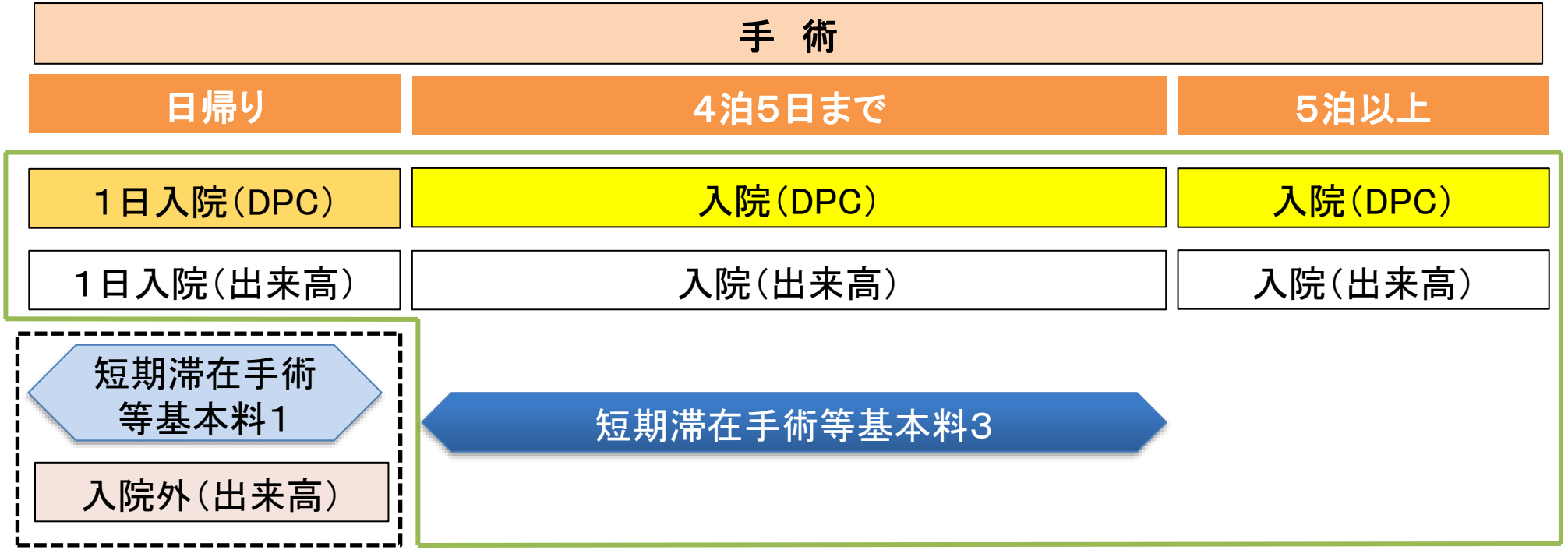
3　退院翌日に患者の状態を確認する等，十分なフォローアップを行うこと

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
届出	届出が必要	届出は不要
主な施設基準	・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること	・DPC対象病院又は診療所ではないこと
包括される検査等	・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）	・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料，薬材料，特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像（イメージ）

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



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

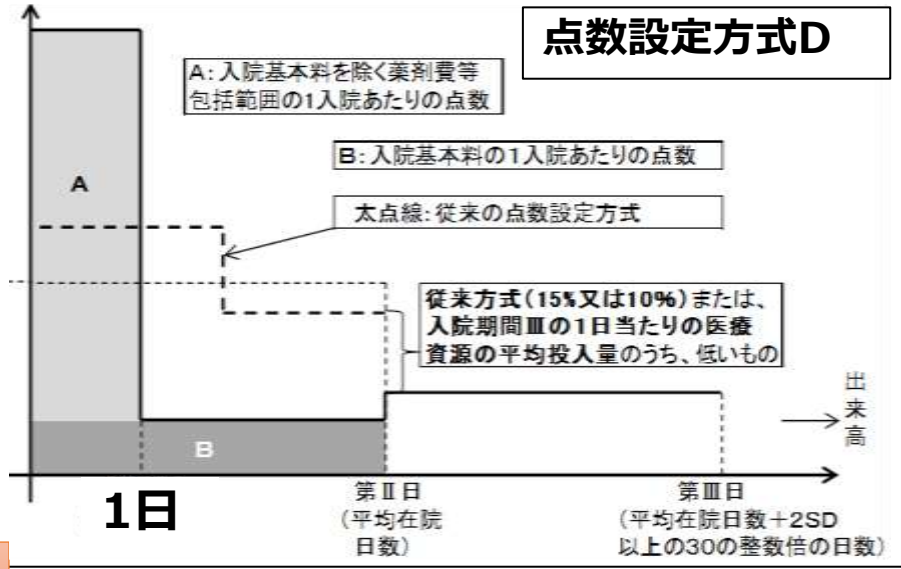
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC象病院以外（病院）	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外（診療所）	○	×

○：算定可能、×：算定不可

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

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



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

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

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

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

短期滞在手術等基本料1の対象手術等 （15項目（R2改定後） → 38項目（R4改定後））

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）
D291－2 小児食物アレルギー負荷検査
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 3 長径4センチメートル以上（6歳未満に限る。）
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満（6歳未満に限る。）
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 4 長径12センチメートル以上（6歳未満に限る。）
K008 腋臭症手術 1 皮弁法
K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術
K008 腋臭症手術 3 その他のもの
K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。）
K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K068 半月板切除術
K068－2 関節鏡下半月板切除術
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
K093 手根管開放手術
K093－2 関節鏡下手根管開放手術
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K508 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
K510 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K617－4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K823－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K834－3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
K841－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
K841－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

※ 短期滞在手術等基本料3の対象になっている手術等は青字としている。 ※ 対象手術等は区分番号ごとに列挙している。

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等 （19項目（R2改定後） → 57項目（R4改定後））

D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　ロ　その他のもの
D237－2　反復睡眠潜時試験（MSLT）
D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（GH）（一連として）
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査
D413　前立腺針生検法　2　その他のもの
K007－2　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足（手に限る。）
K046　骨折観血的手術　2　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　3　前腕、下腿（前腕に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K070　ガングリオン摘出術　1　手、足、指（手、足）（手に限る。）
K093－2　関節鏡下手根管開放手術
K196－2　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの
K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法
K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法
K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの
K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K242　斜視手術　2　後転法
K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施
K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）、（両側）
K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合（片側）、（両側）
K318　鼓膜形成手術
K333　鼻骨骨折整復固定術
K389　喉頭・声帯ポリープ切除術　2　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径5センチメートル未満
K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径5センチメートル以上
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　1の実施後3月以内に実施する患者
K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術
K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法（一連として）
K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術
K617－2　大伏在静脈抜去術
K617－4　下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6　下肢静脈瘤血管内塞栓術
K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）、（3歳以上6歳未満に限る。）、（6歳以上15歳未満に限る。）、（15歳以上に限る。）
K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）、（3歳以上6歳未満に限る。）、（6歳以上15歳未満に限る。）、（15歳以上に限る。）
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径2センチメートル未満
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径2センチメートル以上
K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法(四段階注射法によるもの)
K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
K823－6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K834－3　顕微鏡下精索静脈瘤手術
K867　子宮頸部(腟部)切除術
K872－3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　1　電解質溶液利用のもの
K872－3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　2　その他のもの
K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　1　電解質溶液利用のもの
K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　2　その他のもの
K890－3　腹腔鏡下卵管形成術
M001－2　ガンマナイフによる定位放射線治療

※　短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術等は赤字としている。　※　対象手術等は区分番号ごとに列挙している。

DPC対象病院における短期滞在手術等の入院外別の算定回数①

○ DPC対象病院における短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合は次のとおりであった。
※ DPC/PDPSにおいて包括対象となる検査等は除く。
○ そのうち、一部の対象手術等では、DPC対象病院での入院外での実施割合が低くなっている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定以前から対象となっていたものに限る。）

手術等名称	DPC対象病院における算定回数		DPC対象病院における入院外での実施割合	（参考）全国での入院外での実施割合
	入院	入院外		
前立腺針生検法　その他のもの	79,227	7,459	8.6%	11.7%
関節鏡下手根管開放手術	1,725	2,465	58.8%	58.5%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	257	0	0.0%	9.0%
水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの	322,791	85,746	21.0%	56.5%
乳腺腫瘍摘出術　長径5cm未満	2,739	2,143	43.9%	48.9%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	23,500	41,252	63.7%	75.1%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回の実施後3月以内に実施する場合	5,148	8,183	61.4%	73.5%
下肢静脈瘤手術　抜去切除術	1,424	238	14.3%	39.2%
下肢静脈瘤手術　硬化療法	298	2,151	87.8%	96.6%
下肢静脈瘤手術　高位結紮術	948	689	42.1%	52.1%
ヘルニア手術　鼠径ヘルニア	42,314	103	0.2%	6.7%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	47,904	28	0.1%	5.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2cm未満	185,787	334,334	64.3%	75.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2cm以上	24,856	7,213	22.5%	35.1%
痔核手術（脱肛を含む）　硬化療法（四段階注射法によるもの）	1,999	403	16.8%	62.5%
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	7,867	8,478	51.9%	45.4%
子宮頸部（腟部）切除術	18,369	156	0.8%	3.3%
ガンマナイフによる定位放射線治療	7,085	1,421	16.7%	10.9%

出典：令和4年4月～12月DPCデータ（DPC対象病院）、令和4年4月～9月NDBデータ（全国）

※ 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

DPC対象病院における短期滞在手術等の入院外別の算定回数②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定より対象となったものに限る。）

手術等名称	DPC対象病院における算定回数		DPC対象病院における入院外での実施割合	（参考）全国での入院外での実施割合
	入院	入院外		
経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	4,303	582	11.9%	14.6%
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）	1,373	1,316	48.9%	52.0%
骨折観血的手術（手舟状骨）	872	269	23.6%	22.6%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	13,916	3,430	19.8%	18.1%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（鎖骨）	5,142	358	6.5%	6.6%
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（手）	758	809	51.6%	50.3%
ガングリオン摘出術（手）	413	742	64.2%	75.4%
涙管チューブ挿入術　涙道内視鏡を用いるもの	718	3,153	81.5%	91.2%
眼瞼内反症手術　皮膚切開法	4,058	2,900	41.7%	72.4%
眼瞼下垂症手術　眼瞼挙筋前転法	12,331	7,265	37.1%	79.4%
眼瞼下垂症手術　その他のもの	5,620	6,530	53.7%	80.8%
翼状片手術　弁の移植を要するもの	1,907	3,246	63.0%	82.1%
斜視手術　後転法	4,689	399	7.8%	20.5%
斜視手術　前転法及び後転法の併施	2,733	380	12.2%	25.8%
治療的角膜切除術　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	217	230	51.5%	76.4%
緑内障手術　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	3,402	783	18.7%	48.7%
水晶体再建術　眼内レンズを挿入しない場合	2,507	361	12.6%	41.2%
鼓膜形成手術	1,119	237	17.5%	27.0%
鼻骨骨折整復固定術	2,612	1,648	38.7%	45.1%
喉頭・声帯ポリープ切除術　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	2,775	88	3.1%	5.1%
乳腺腫瘍摘出術　長径5センチメートル以上	2,209	282	11.3%	14.1%
大伏在静脈抜去術	772	42	5.2%	27.2%
下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,051	3,480	25.7%	75.8%
下肢静脈瘤血管内塞栓術	2,488	1,372	35.5%	68.2%
肛門ポリープ切除術	886	177	16.7%	56.6%
肛門尖圭コンジローム切除術	172	123	41.7%	81.2%
尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	422	388	47.9%	60.5%
顕微鏡下精索静脈瘤手術	1,193	25	2.1%	49.5%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　電解質溶液利用のもの	5,973	308	4.9%	17.2%
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　その他のもの	5,207	396	7.1%	31.5%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術　電解質溶液利用のもの	2,141	7	0.3%	1.7%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術　その他のもの	1,771	3	0.2%	4.5%
腹腔鏡下卵管形成術	46	0	0.0%	11.4%

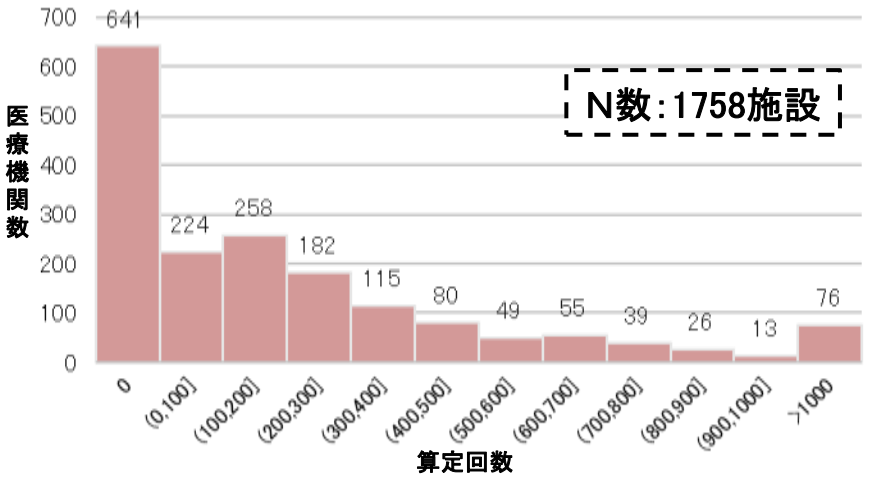
出典：令和4年4月～12月DPCデータ（DPC対象病院）　令和4年4月～9月NDBデータ（全国）

※　短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

DPC対象病院における短期滞在手術等の実施状況①

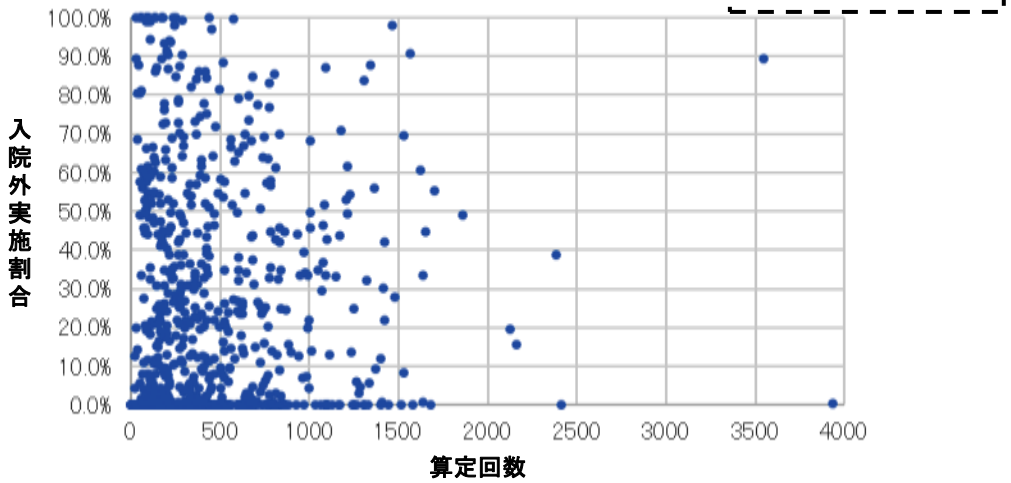
（例）K282 1 ロ　水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの

【DPC対象病院における算定回数】



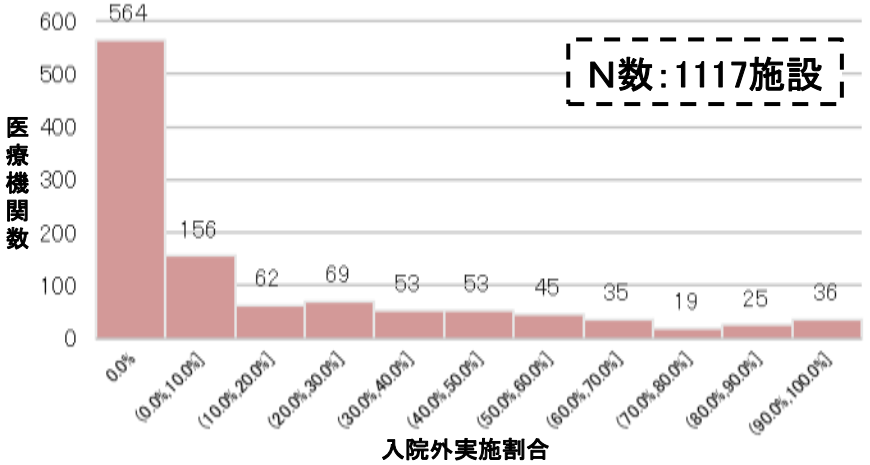
【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】

＜全病院＞※　算定回数が1以上の病院に限る



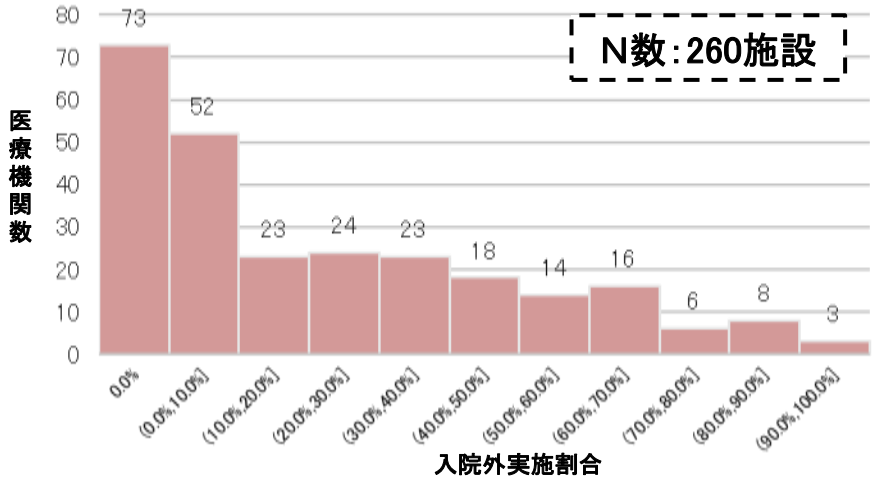
【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※　算定回数が1以上の病院に限る



【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※　算定回数が500以上の病院に限る

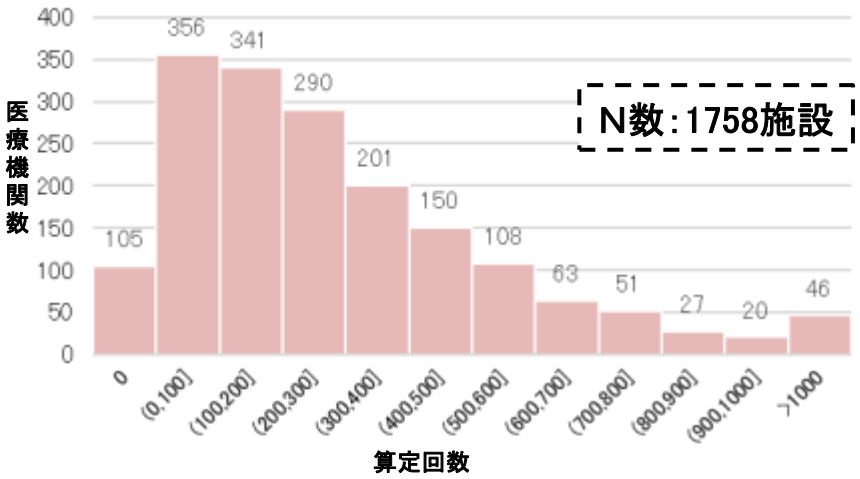


出典：令和4年4月～12月DPCデータ

DPC対象病院における短期滞在手術等の実施状況②

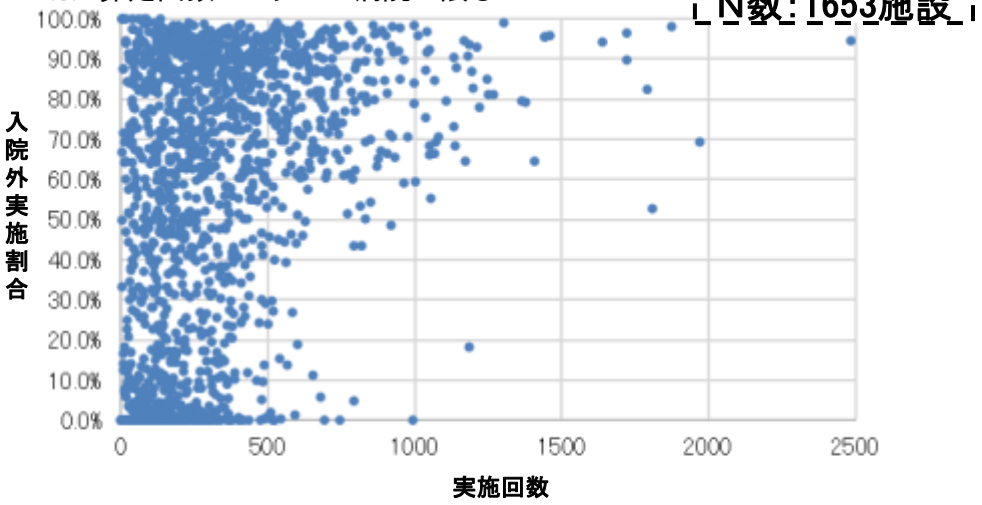
（例）K721 1　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル未満

【DPC対象病院における算定回数】



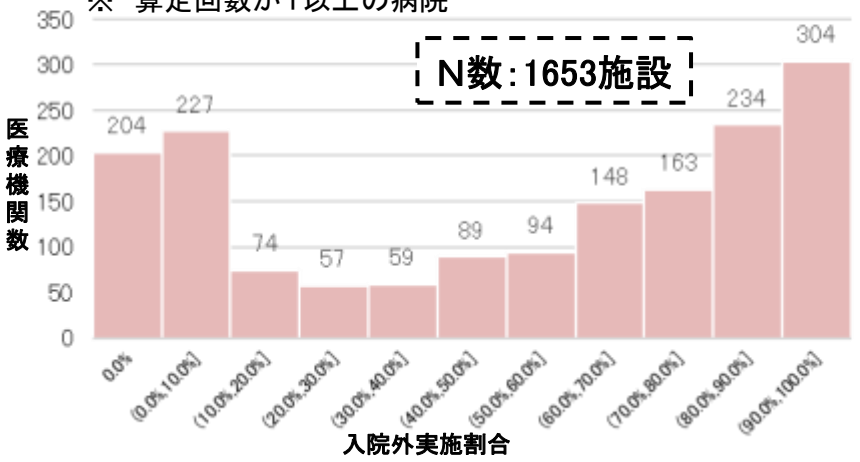
【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】

※　算定回数が1以上の病院に限る



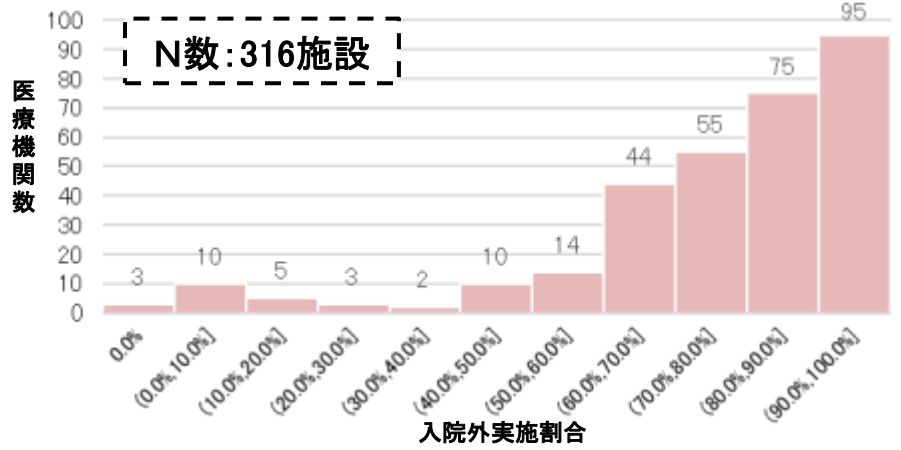
【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※　算定回数が1以上の病院



【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※　算定回数が500以上の病院に限る



出典：令和4年4月～12月DPCデータ

令和５年度特別調査の結果について（２）①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

＜入院外で実施する場合の設備・体制＞

○ 患者数に比して、外来や日帰りで対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
○ 外来看護師等のスタッフが不足している。
○ 術後の夜間等に緊急で対応する体制が整っていない。

＜短期滞在手術等を実施する症例の特徴＞

○ 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
○ 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
○ 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
○ 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

＜入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準＞

○ 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
○ 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
○ 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
○ 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

● 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
● 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

令和５年度特別調査の結果について（２）②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

② 入院外での実施割合が高い病院

＜入院外で実施する場合の設備・体制＞

○ 日帰り手術センターを設置しており、手術実施後は当該センター内の専用ベッドで経過観察している。
○ 入院、入院外を問わず、手術実施場所については、中央手術室で実施しており、中央手術室内に回復室を整備している。
○ 内視鏡センター内に「回復室」の設置がある。
○ 手術実施後は、外来ブースにおいて術後の経過観察を行っており、看護師も配置している。

＜短期滞在手術等を実施する症例の特徴＞

○ 手術施設のない近隣からの紹介患者が多い。
○ 近隣医院で実施できないような困難症例を紹介で受けている。
○ 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

＜入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準＞

○ 手術の難易度や合併症のリスク評価を行ったうえで、患者・家族の希望を考慮した上で総合的に判断している。
○ 基本的に入院外での実施としており、年齢や全身状態等を考慮して一部の患者について入院での実施としている。
○ 遠方の在住等により有事の受診が困難な場合については入院で実施としている。
○ 社会背景や交通手段等の問題により手術実施後翌日の来院が困難な場合には入院で実施としている。
○ 新型コロナウイルス感染症の影響による病床制限や、一般病棟看護師の不足のため、結果として入院外での実施割合が増加した。

【医療機関からの聴取内容】

● 病床稼働率が高く、救急搬送による入院症例の病床を確保するため、外来や日帰りで実施可能な症例は日帰り手術センターで診療する体制を整えた。いずれの手術も基本的に日帰りで実施し、リスクや通院等の社会状況を踏まえて必要に応じて入院対応とすることとしている。
● 比較的ゆとりのある回復室を備えている。コロナの影響により外来に移行した部分も大きい。高齢者の場合は患者、家族が入院を希望されることがある。

令和５年度特別調査の結果について（２）③

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

③ 共通

＜短期滞在手術等基本料1の届出を行っていない理由＞

- ○ 術後の患者の回復のための回復室が確保できないため。
- ○ 看護師を患者4人に1人の割合で回復室に配置できないため。
- ○ 入院加療を必要とする症例の加療のみ行っているため。
- ○ 算定要件である「退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいる」を満たせない症例（遠方から来院する患者）が多いため。

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
　3－1. DPC対象病院に係る検討について
　3－2. 算定ルールに係る検討について
　3－3. 診断群分類に係る検討について
　3－4. 退院患者調査に係る検討について
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

診断群分類点数表の見直し①

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和４年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※１	傷病名数	診断群分類数	包括対象※２	支払い分類※3
平成15年４月	16	575	2,552	1,860	
平成16年４月	16	591	3,074	1,726	
平成18年４月	16	516	2,347	1,438	
平成20年４月	18	506	2,451	1,572	
平成22年４月	18	507	2,658	1,880	
平成24年４月	18	516	2,927	2,241	
平成26年４月	18	504	2,873	2,309	
平成28年４月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年４月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和２年４月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和４年４月	18	502	4,726	4,064	2,334

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

令和4年度診療報酬改定に向けた入院分科会における指摘事項③

中医協　総－2
3．11．24

○　回復期リハビリテーション病棟について、他院からDPC対象病棟に転院してきた群と、自院に直接入院してきた群とを比べ、他院から転院してきた群において、転棟までの日数が極端に短く、回復期病棟への転棟前に、一時的にDPC対象病棟を利用している実態があることは、DPC制度になじまない側面があるのではないか、「リハビリ目的」で他院から転院してきた症例について、治療目的で入院してきた症例と同様の診断群分類はなじまないのではないか。

○　治療目的での手術が定義されている診断群分類（160800xx01xxxx）の場合に、他院からの転院と自院への直接入院とで医療資源投入量の傾向に違いが見られなかったが、これは、明確に手術という治療目的での転院・入院が行われていることによると想定される一方で、それ以外の診断群分類の場合には、入院元によって医療資源投入量の傾向に違いが見られたことを踏まえると、例えば、診断群分類を医療資源投入量の実態も捉えた上で区別することも考えられるのではないか。

○　コーディングについては、DPC対象病院は、コーディングについて適切に理解することが求められることから、「コーディングテキスト」は、全てのDPC対象病院において、確実に認知・活用いただくことが重要ではないか。

○　コーディングの適切性を高める観点から、中長期的に、「コーディングテキスト」における事例の追加なども検討すべきではないか。

○　例えば、急性心筋梗塞のように、発症からの日数によって病態が変わる疾患については、今後、発症日からの日数で、さらに診断群分類を区別できるよう検討することも考えられるのではないか。

○　これらを踏まえ、今後の対応については、DPC制度においてどのように急性期入院医療を評価するのかというこれまでの視点に加え、医療の標準化を通じて、医療の質を高める取組につなげる視点もあわせて議論していくことが必要ではないか。

退院患者調査の見直し①

様式１の見直し

項目名	見直しの内容
【新】**Ｐ／Ｆ比、呼吸補助の有無**	救急医療入院の場合であって、医療資源病名が040130（呼吸不全）に定義される傷病名になる場合、「救急受診時」及び「治療室又は病棟入室時」の入力を必須とする。
【新】**急性心筋梗塞患者情報**	医療資源病名が050030（急性心筋梗塞）に定義される傷病名になる場合、発症の時期を入力する。
【新】**左室駆出率**	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名になる場合、左室駆出率を入力する。
【新】**解離性大動脈瘤情報**	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、スタンフォード分類を入力する。
ＮＹＨＡ	救急医療入院の場合であって、主傷病等が心不全等の場合、「**救急受診時**」及び「**治療室又は病棟入室時**」の入力を必須とする。
ＪＣＳ	救急医療入院の場合であって、意識障害がある場合、「**救急受診時**」及び「**治療室又は病棟入室時**」の入力を必須とする。
ＦＩＭ	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に加え、**特定機能病院リハビリテーション入院料**を算定する患者についても、入力必須とする。
自傷行為・自殺企図の有無	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に定義する傷病名の場合を入力対象に追加する。**入力項目を見直す**。
【新】**過去の自傷行為・自殺企図**	「自傷行為・自殺企図の有無」が「無」以外の場合に入力する。
【簡】要介護度	60歳未満の患者又は40歳未満の介護保険が適用されていない患者は**入力不要とする**。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

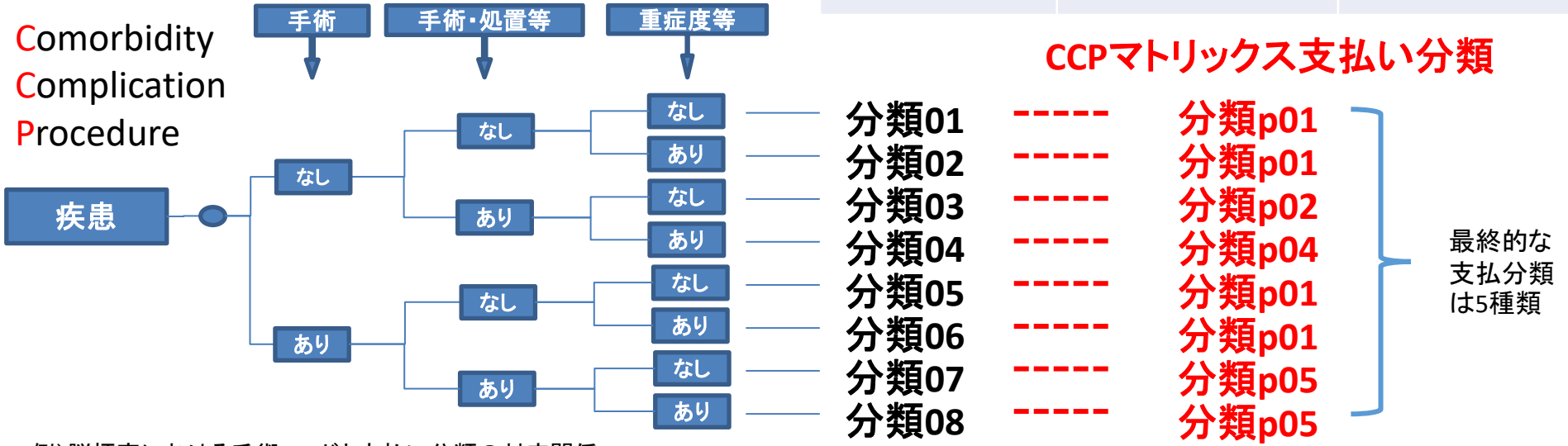
CCPマトリックスを導入している診断群分類について

○　脳梗塞及び肺炎に係る診断群分類については、重症度を考慮した評価手法（CCPマトリックス）を導入しており、重症度等によりきめ細かく分類を設定した上で、医療資源投入の類似性に基づく支払い分類の集約を行っている。

○　CCPマトリックスの導入により、臨床指標による精緻な分類設定が可能となっている一方で、脳梗塞において実施した手術等と支払い分類の関係性が不明瞭になる等、その複雑性も指摘されている。

＜参考＞CCPマトリックスのイメージ図（ツリー図）

傷病名	診断群分類数	支払い分類数
010060　脳梗塞	1584分類	7分類
040080　肺炎	168分類	15分類



例）脳梗塞における手術コードと支払い分類の対応関係

手術コード/支払い分類	CCPM1	CCPM2	CCPM3	CCPM4	CCPM5	CCPM6	CCPM7
99　手術なし	○	○	○	○	○	○	○
97　その他の手術	×	○	○	×	○	○	×
02　経皮的脳血管形成術等	○	×	×	○	×	○	○
01　動脈形成術、吻合術　頭蓋内動脈等	×	○	×	○	×	○	×

診断群分類の見直し作業の具体例：ICDコードと傷病名の対応関係

○　医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、ICDコードと傷病名（DPC上6桁コード）の対応関係について整理を行っており、新たな傷病名の設定等の対応を検討している。

【例：070600　骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢以外）】

ICD名称	ICDコード	見直し前			見直し後	
		疾患コード	傷病名		疾患コード	傷病名
骨折の変形癒合　骨盤部及び大腿	M8405	070600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢以外）		070620	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（骨盤部・大腿）
骨折の骨癒合不全［偽関節］　骨盤部及び大腿	M8415					
骨折の癒合遅延　骨盤部及び大腿	M8425			⇒		
病的骨折，他に分類されないもの　骨盤部及び大腿	M8445					
骨のその他の癒合障害　骨盤部及び大腿	M8485					
胸部＜郭＞及び骨盤部のその他の骨折の続発・後遺症	T912					
骨折の変形癒合　下腿	M8406				070600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢、骨盤部・大腿以外）
骨折の変形癒合　足関節部及び足	M8407					
骨折の骨癒合不全［偽関節］　下腿	M8416					
骨折の骨癒合不全［偽関節］　足関節部及び足	M8417					
骨折の癒合遅延　下腿	M8426					
骨折の癒合遅延　足関節部及び足	M8427			⇒		
病的骨折，他に分類されないもの　下腿	M8446					
病的骨折，他に分類されないもの　足関節部及び足	M8447					
骨のその他の癒合障害　下腿	M8486					
骨のその他の癒合障害　足関節部及び足	M8487					
骨癒合術後又は関節固定術後の偽関節	M960					
脊椎骨折の続発・後遺症	T911					
下肢のその他の骨折の続発・後遺症	T932					

※　令和6年度改定用データに基づき、最終的な検証が行われる。

診断群分類の見直し作業の具体例：手術、手術・処置等の設定

○　医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、五号告示の対象となっている手術や高額薬剤等を含め、手術や手術処置等1・2の設定について整理を行っており、分岐の新設等の対応を検討している。

【例：110060　腎盂・尿管の悪性腫瘍】

疾患コード	傷病名	見直し前			見直し後	
		手術・処置等2			手術・処置等2	
		対応コード	処置等名称		対応コード	処置等名称
110060	腎盂・尿管の悪性腫瘍	3	ペムブロリズマブ		4	ニボルマブ
		3	アベルマブ		4	ペムブロリズマブ
		2	化学療法	⇒	4	アベルマブ
		1	放射線療法		3	エンホルツマブ　ペドチン
		1	中心静脈注射		2	化学療法
		1	人工呼吸		1	放射線療法
					1	中心静脈注射
					1	人工呼吸

※　令和6年度改定用データに基づき、最終的な検証が行われる。

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
　3－1. DPC対象病院に係る検討について
　3－2. 算定ルールに係る検討について
　3－3. 診断群分類に係る検討について
　3－4. 退院患者調査に係る検討について
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

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

・退院患者調査
　診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。
・特別調査
　中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和３年６～８月に実施）

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

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

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。

病棟＼許可病床数	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床以上のものにあっては**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床未満のものにあっては**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って、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。

退院患者調査の結果報告について

○　退院患者調査の結果については、DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的として、直近5年分のデータに基づく在院日数や病床利用率等の基本的な情報に係る集計結果を中医協総会へ「定例報告」している。

【令和5年3月22日中医協総会　資料総－7　令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について（抜粋）】

・ 在院日数の平均

施設類型	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	12.79	12.43	12.21	12.25	11.84
DPC特定病院群	11.66	11.46	11.37	11.46	11.23
DPC標準病院群	12.04	11.87	11.77	11.99	11.78
DPC準備病院	12.91	12.70	12.63	12.46	12.14
出来高算定病院	13.80	13.59	13.57	13.35	13.17

・ 退院時転帰

施設類型	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	77.6%	77.3%	77.3%	76.9%	76.8%
DPC特定病院群	81.1%	81.0%	80.6%	80.3%	80.5%
DPC標準病院群	81.8%	81.7%	81.7%	81.2%	81.5%
DPC準備病院	79.0%	79.2%	79.9%	79.2%	79.4%
出来高算定病院	77.0%	77.2%	78.3%	78.5%	78.5%

・ 再入院種別

施設類型		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	計画的	10.3%	10.6%	10.7%	11.4%	10.8%
	計画外	3.3%	3.3%	3.3%	3.4%	3.3%
DPC特定病院群	計画的	8.3%	8.3%	8.4%	8.9%	8.3%
	計画外	4.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.0%
DPC標準病院群	計画的	7.0%	6.8%	6.9%	7.3%	6.9%
	計画外	4.4%	4.4%	4.4%	4.4%	4.1%
DPC準備病院	計画的	6.2%	6.1%	5.9%	6.4%	6.1%
	計画外	4.0%	4.0%	3.8%	3.8%	3.5%
出来高算定病院	計画的	5.0%	5.1%	5.1%	5.5%	5.2%
	計画外	4.3%	4.0%	4.0%	3.9%	3.6%

退院患者調査の結果の公開について

○　退院患者調査の結果については、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データの他、データの入力状況等について、ホームページ上で広く公開することとしている。

【公開データの例】

・（医療機関ごとの）在院日数の状況

告示番号	通番	施設名	平成29年度								～	令和3年度							
			件数	平均値	変動係数	最小値	パーセンタイル			最大値		件数	平均値	変動係数	最小値	パーセンタイル			最大値
							25	50	75							25	50	75	
XXXXX	YYYYY	○○病院	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○

・ 診断群分類ごとの集計

診断群分類番号	診断群分類名称	包括	MDC	MDC名称	当該MDCに含まれるDPCの数	当該MDCの症例数	件数	当該MDCに対する当該DPCの比率	全症例に対する当該DPCの比率	性別				年齢分布		～	入院情報		～	退院時転帰	～	在院日数	～
										男性		女性		0～2歳			他院よりの紹介			治癒・軽快		平均値	
										件数	比率	件数	比率	件数	比率		件数	比率		件数			
XXXXXXXXXXXXXX	○○	○	○○	○○疾患	○	○	○	○%	○%	○	○%	○	○%	○	○%		○	○%		○		○	

・ 要介護度の入力状況

告示番号	通番	施設名	療養病床数	入院患者に占める要介護度の入力対象割合	要介護度入力対象の平均年齢	無	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	不明
XXXXX	YYYYY	○○病院	○	○%	○	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

様式1における入力項目の例について

○　退院患者調査の様式1においては、患者属性や病態等の情報の入力を求めており、身長・体重等の基本的な情報の他、患者の状態に係る情報（ADLスコア等）や診断群分類の設定に必要な臨床情報等（脳卒中患者の発症前Rankin Scale等）の入力を求めている。

【様式1での入力項目の例】

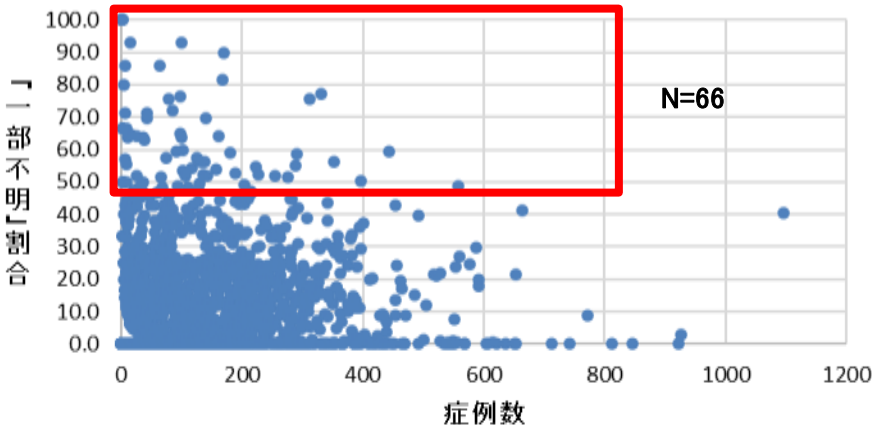
コード	大項目	項目名	入力条件	入力内容
A001010	患者プロファイル/身長・体重	身長	必須	センチメートル単位入力 例　156 ※不明の場合は「000」を入力
		体重		キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例　52.5 ※不明の場合は「000」を入力
ADL0010	ADLスコア/入院時	入院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
ADL0020	ADLスコア/退院時	退院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、死亡退院・産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
M010010	脳卒中患者/入院前	発症前 Rankin Scale	医療資源を最も投入した傷病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する。	発症前概ね一週間のADLを病歴等から推測して入力 0. まったく症候がない 1. 明らかな障害はない：日常の勤めや活動は行える 2. 軽度の障害：自分の身の回りのことは介助なしで行える 3. 中等度の障害：何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える 4. 中等度から重度の障害：歩行や身体的要求には介助が必要である 5. 重度の障害：寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする 6. 死亡 9. 不明
		脳卒中の発症時期		1. 発症3日目以内 2. 発症4日目以降7日目以内 3. 発症8日目以降 4. 無症候性（発症日なし）
M010020	脳卒中患者/退院時	退院時 modified Rankin Scale		発症前RankinScaleと同じ値より選択

様式1の入力状況について　例）ADLスコア

○　該当症例において、ADLスコア（入院時）の一部が「9」（不明）となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で3.8%（66施設）、全病院で14.8%（760施設）存在する。
○　該当症例において、ADLスコア（入院時）の全てが「9」（不明）となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で0.4%（7施設）、全病院で1.1%（55施設）存在する。

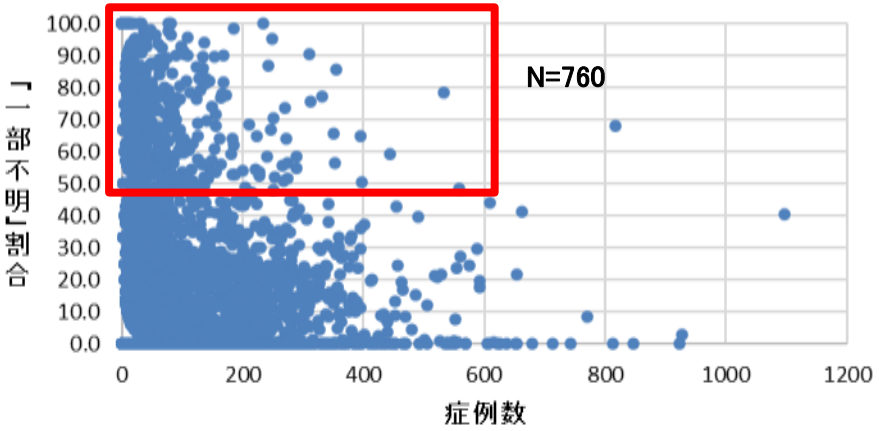
【DPC対象病院　N=1,715】

・　医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「一部不明」割合

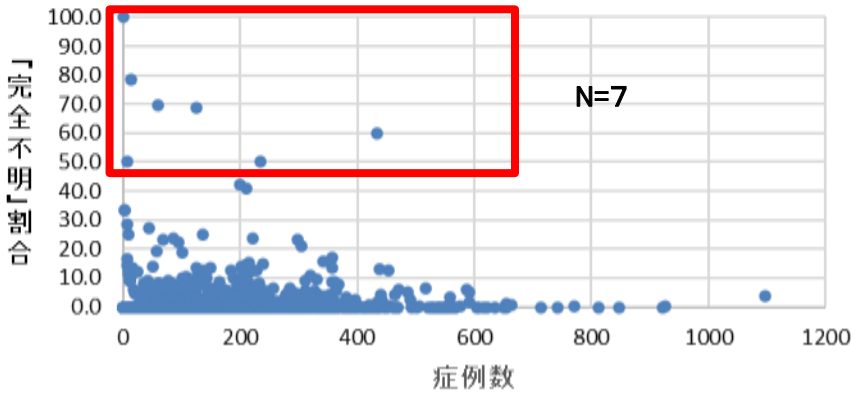


【全病院　N=5,138】

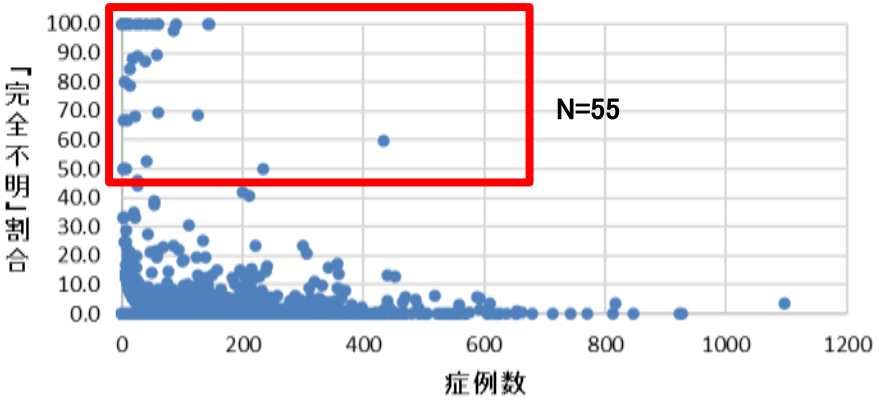
・　医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「一部不明」割合



・　医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「完全不明」割合



・　医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「完全不明」割合



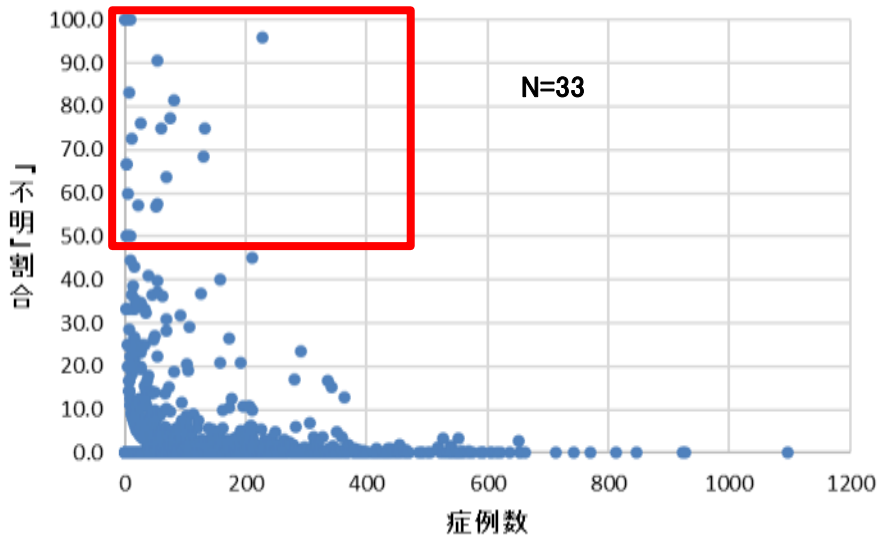
出典：令和4年4月～12月DPCデータ　　※「医療資源病名」＝I63$に該当する場合

様式1の入力状況について　例）発症前Rankin Scale

○　該当症例において、発症前 Rankin Scaleが「9」（不明）となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で1.9%（33施設）、全病院で14.9%（764施設）存在する。

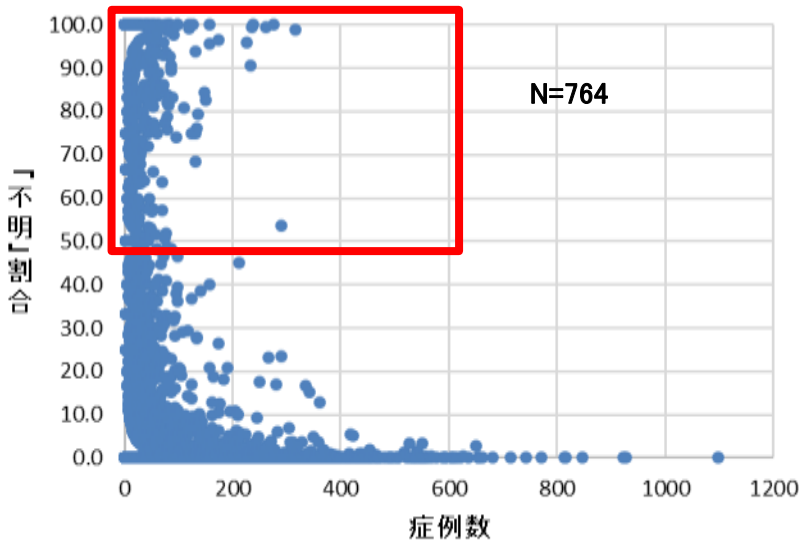
【DPC対象病院　N=1,715】

・　医療機関ごとの発症前 Rankin Scaleの「不明」割合



【全病院　N=5,138】

・　医療機関ごとの発症前 Rankin Scaleの「不明」割合



出典：令和4年4月～12月DPCデータ　　※「医療資源病名」＝I63$に該当する場合

中医協　総－４参考３
５．１０．２７

中医協　診－２参考３
５．１０．２７

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）



2,809点
実績
・在宅復帰率 (72.5%)
・室面積

2,620点
・在宅復帰率 (72.5%)
・室面積

2,285点
実績

2,076点

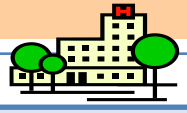
【実績部分】
・自宅等からの入棟患者割合　２割以上
・自宅等からの緊急患者の受入れ　９人以上
・在宅医療等の提供等　２項目以上

（基本部分）
看護職員配置　１３対１
在宅復帰に係る職員の配置
リハビリテーションに係る職員の配置
救急医療（一般病床の場合）
在宅復帰率　７割

（基本的な実績部分）
重症度、医療・看護必要度
自院の一般病棟から転棟した患者割合

入院料１　入院料２　入院料３　入院料４

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	**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。）**							
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）**（満たさない場合85／100に減算）**	－	－		６割未満（許可病床数**200床以上**の場合）**（満たさない場合85／100に減算）**	－
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）（「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）**		**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）（「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）**	
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 **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）**							
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	0.4%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
特別の関係にある医療機関		0.5%
有床診療所		0.0%
その他		0.1%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

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

参考：令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

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

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=546)

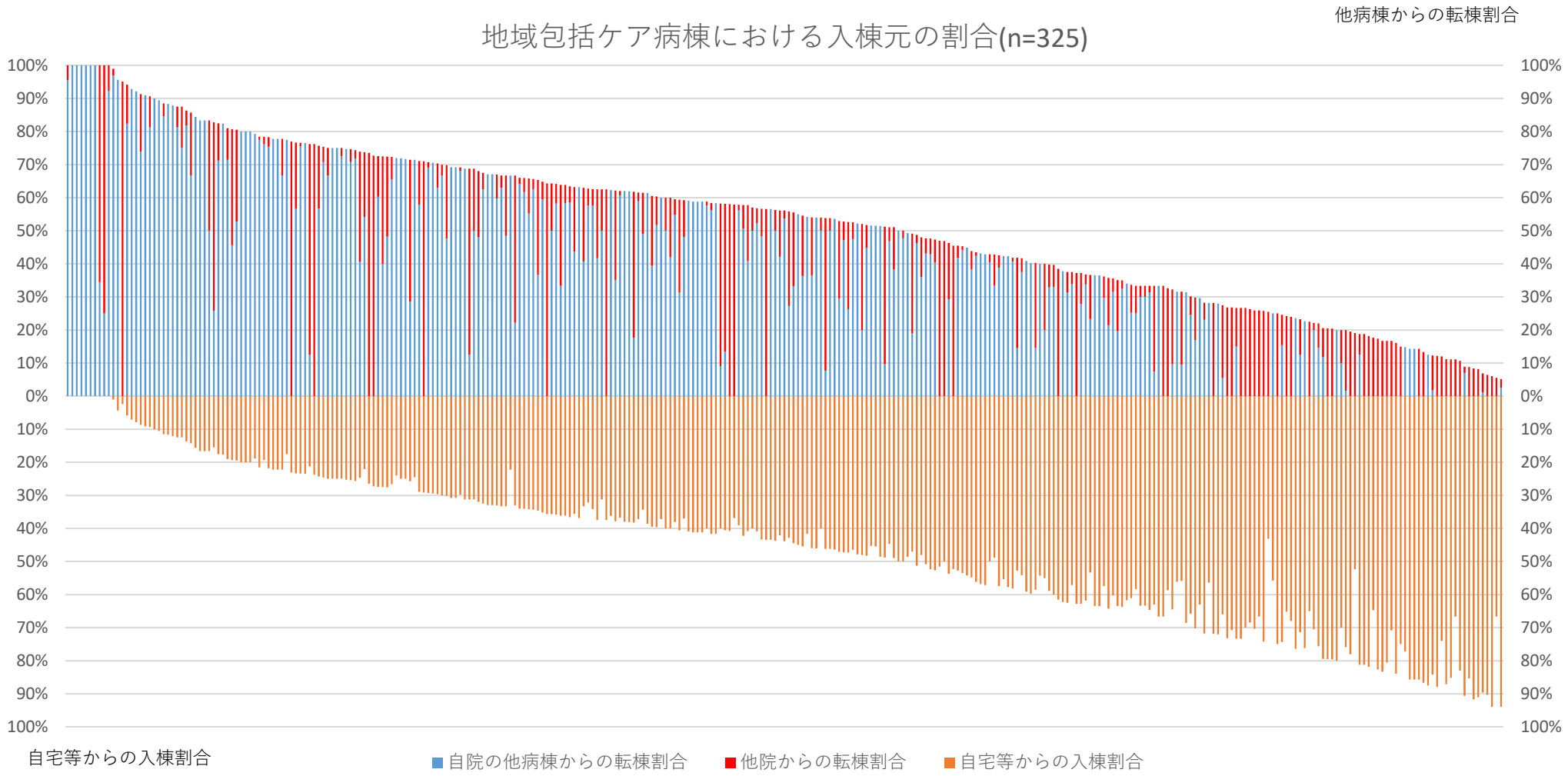
自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	11.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	1.6%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
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%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

診調組　入－１
５．６．８

○　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。



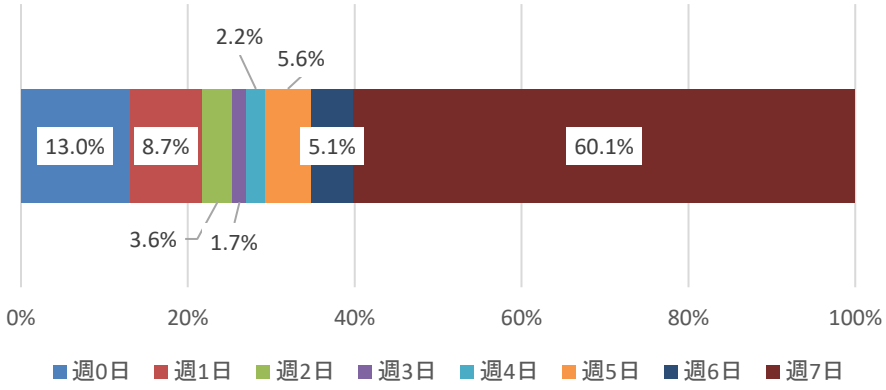
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

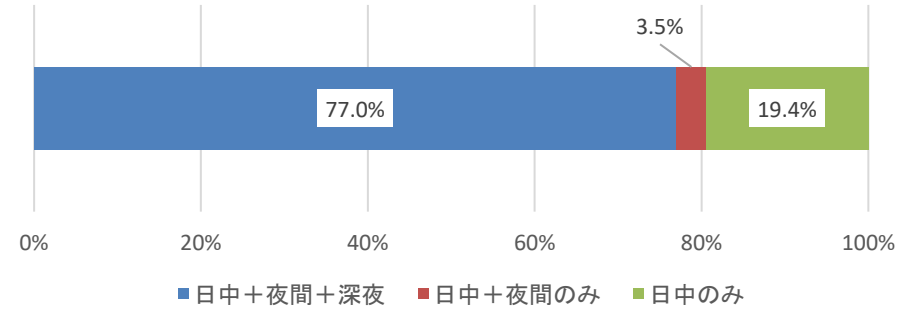
診調組　入－1
５．６．８（改）

○　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。

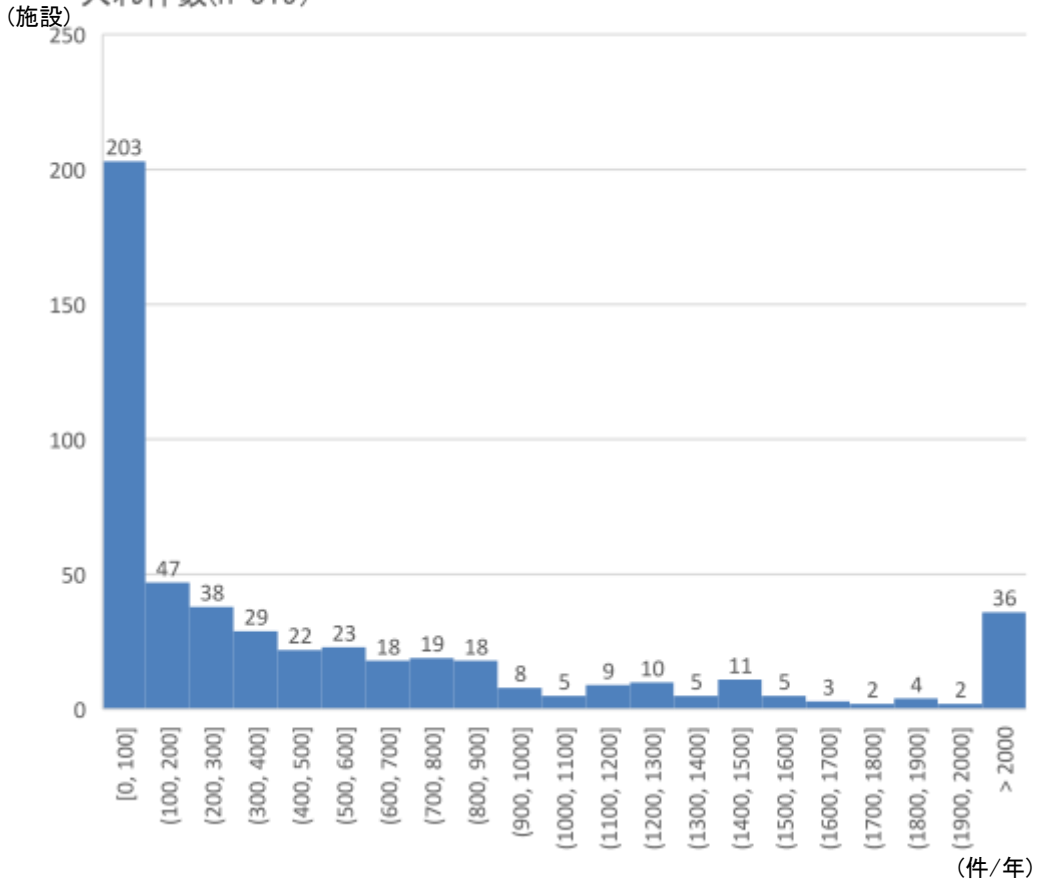
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



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)



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。

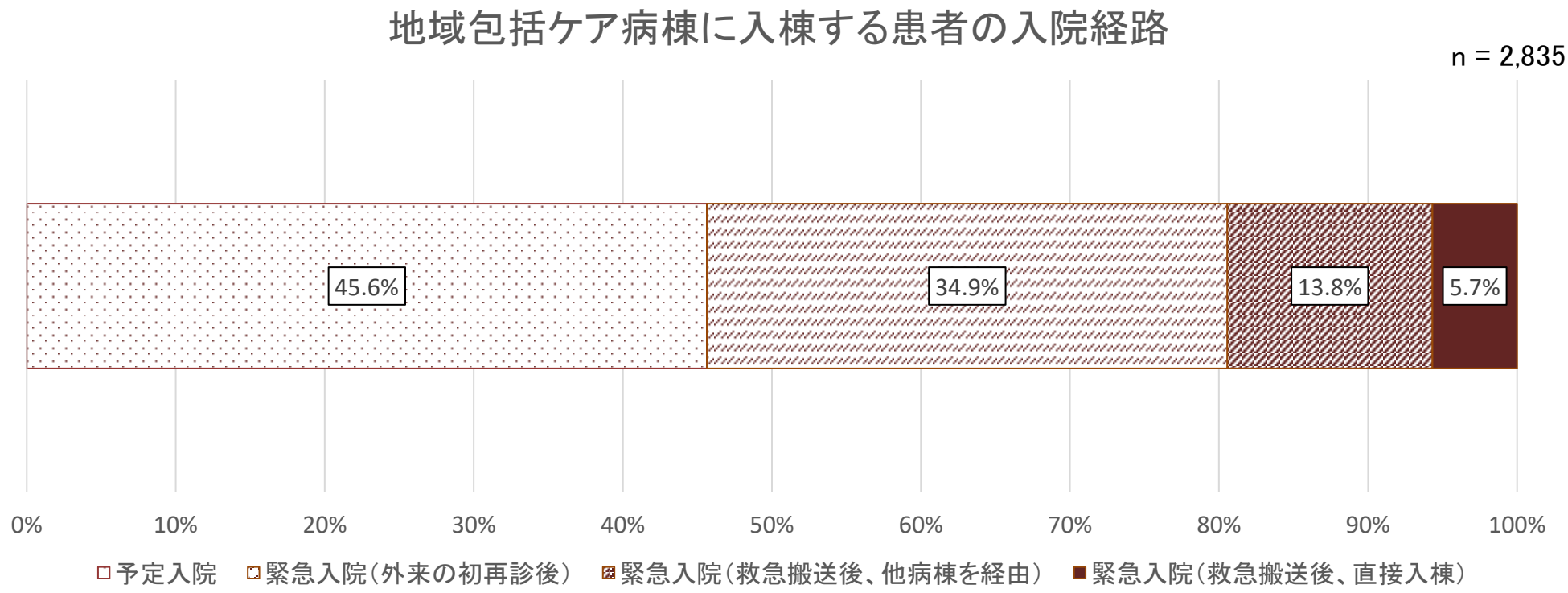
	全体 (n=601)	地域包括ケア病棟入院料１ (n=179)	地域包括ケア入院医療管理料１ (n=130)	地域包括ケア病棟入院料２ (n=61)	地域包括ケア入院医療管理料２ (n=98)	地域包括ケア病棟入院料３ (n=2)	地域包括ケア入院医療管理料３ (n=4)	地域包括ケア病棟入院料４ (n=1)	地域包括ケア入院医療管理料４ (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	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。



※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。

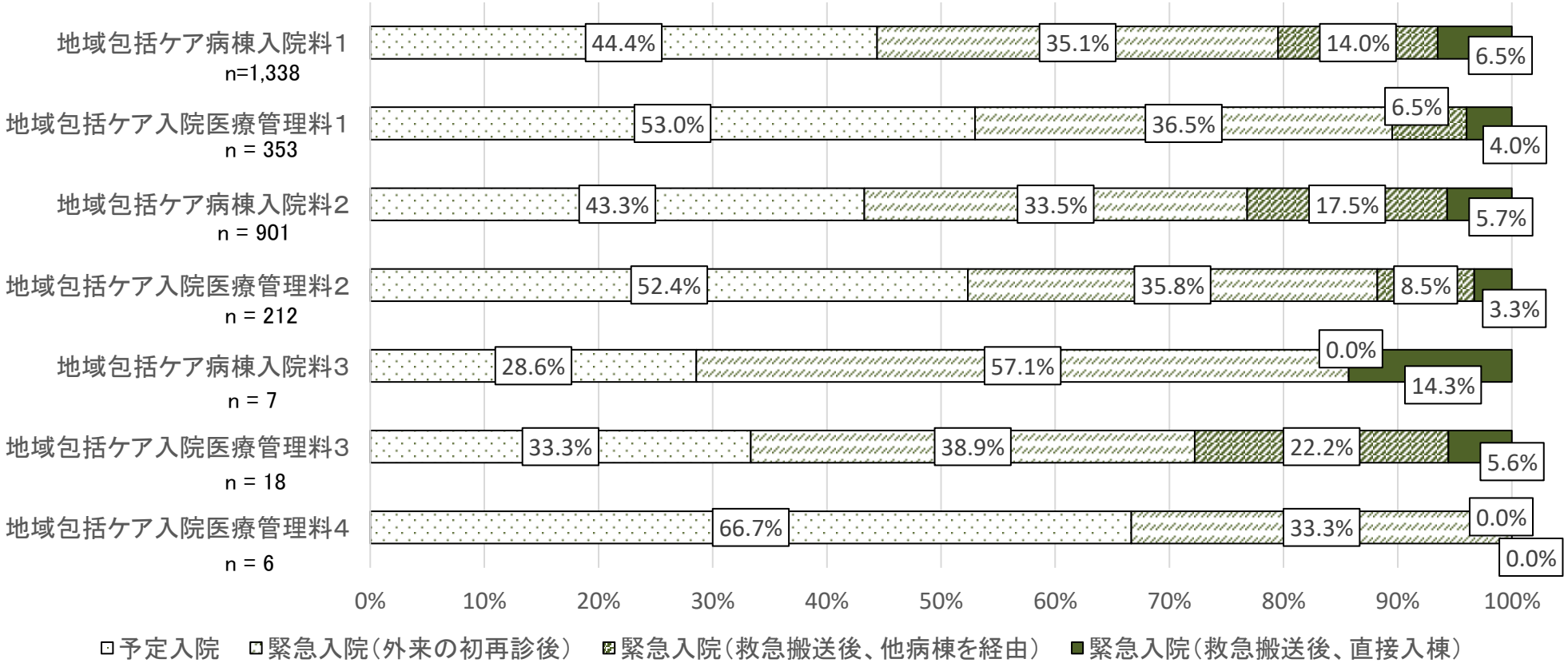
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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



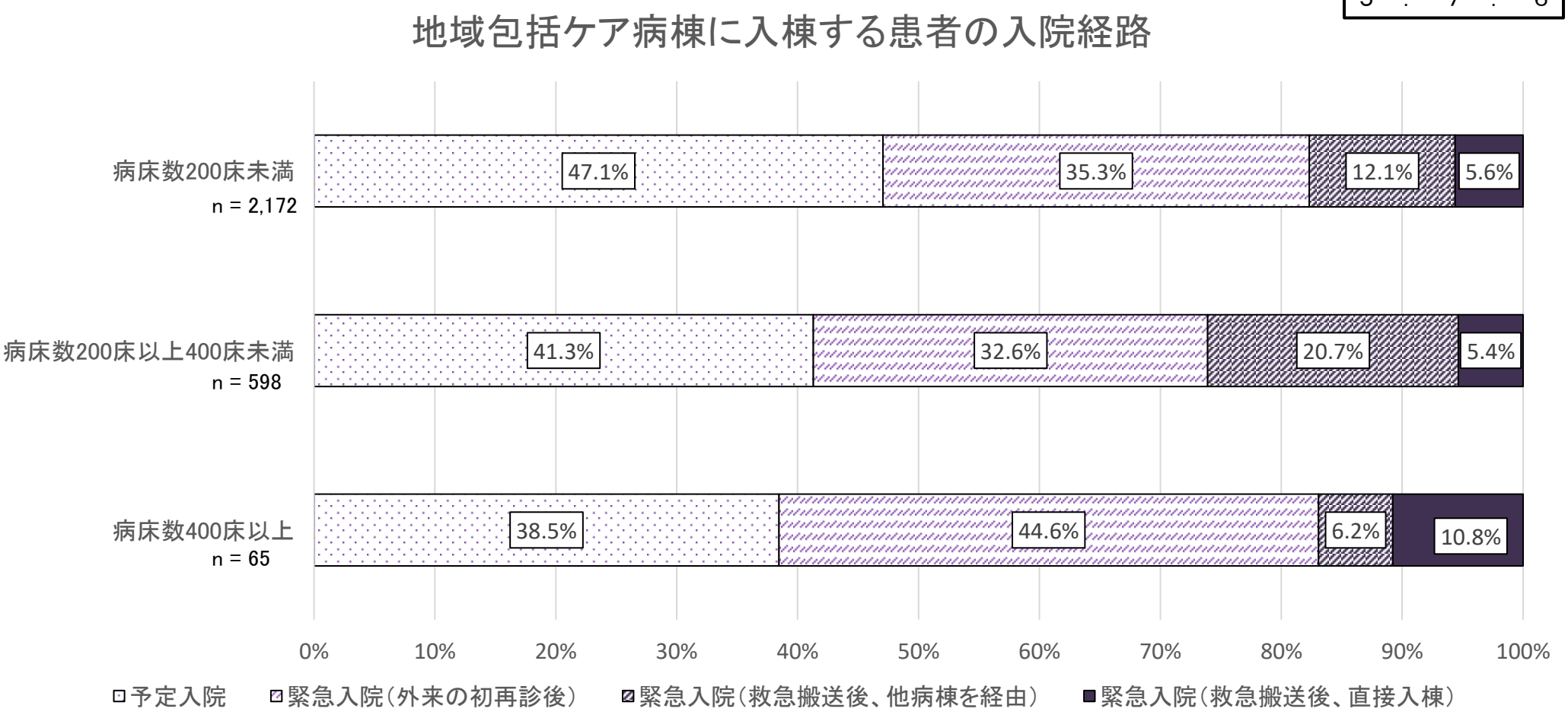
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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



※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。

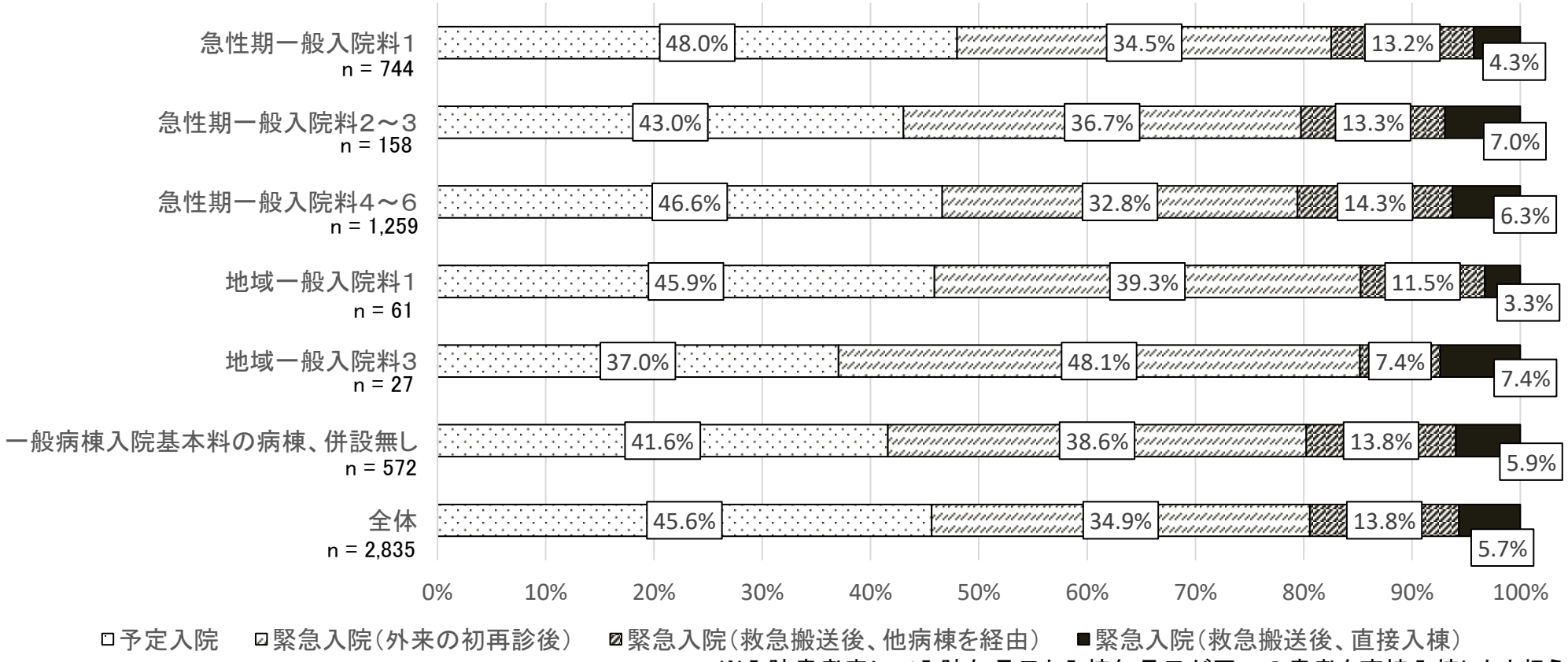
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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。

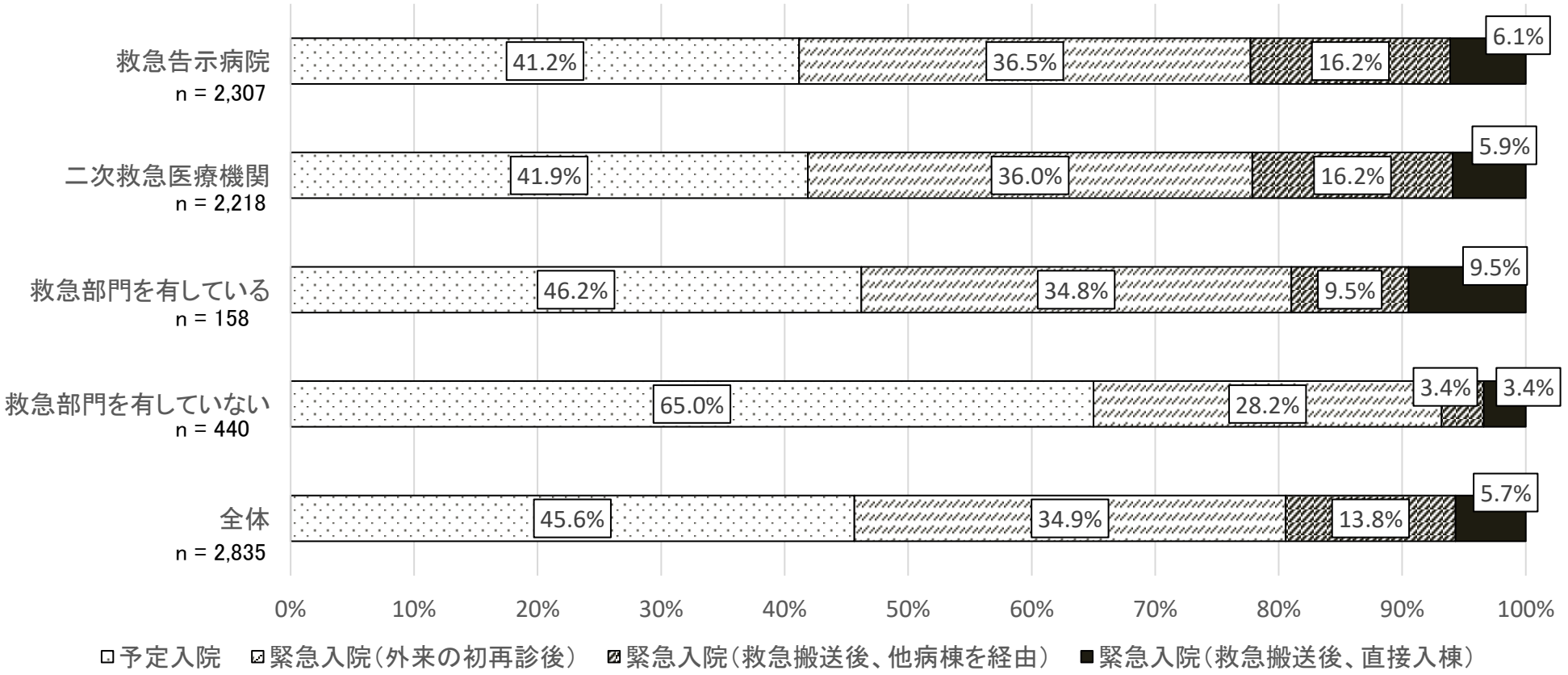
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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
５．８．１０

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	大腿骨頚部骨折	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	大腿骨頚部骨折	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）

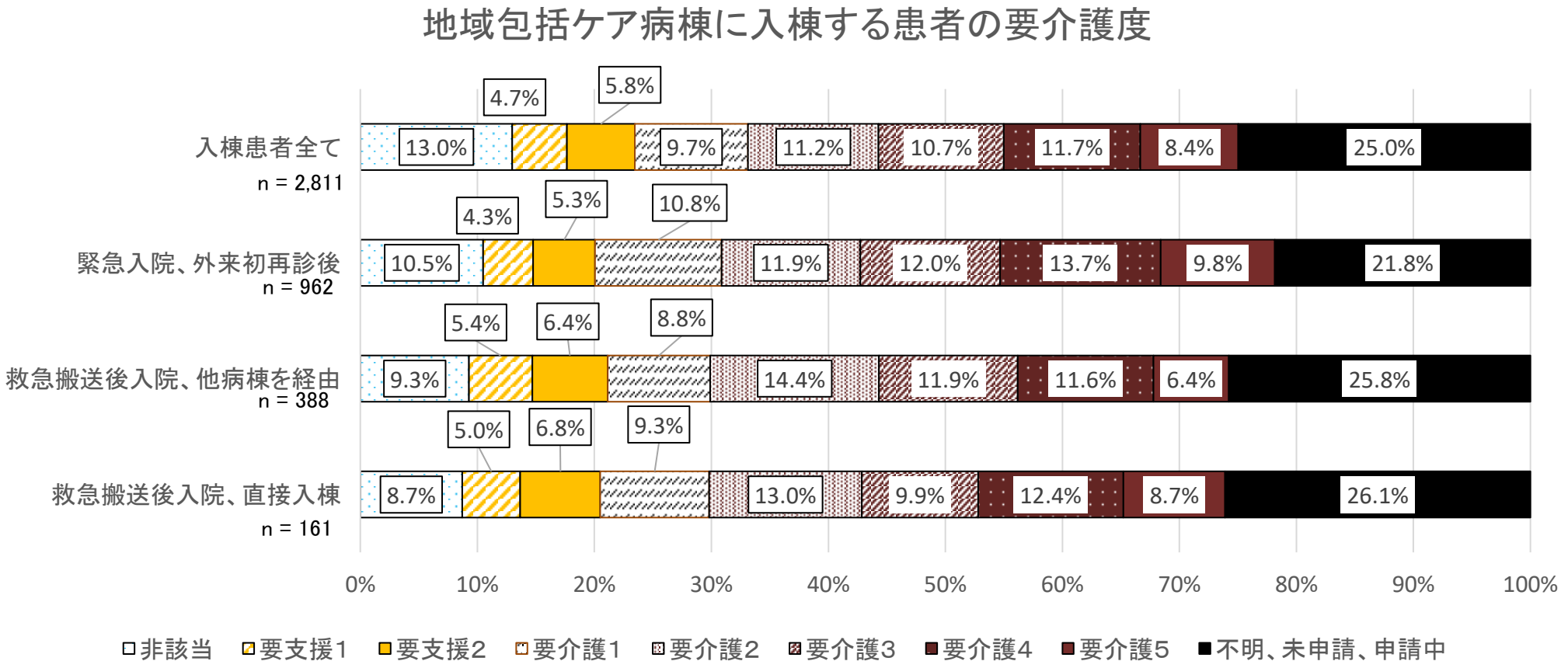
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頚部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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
５．８．１０

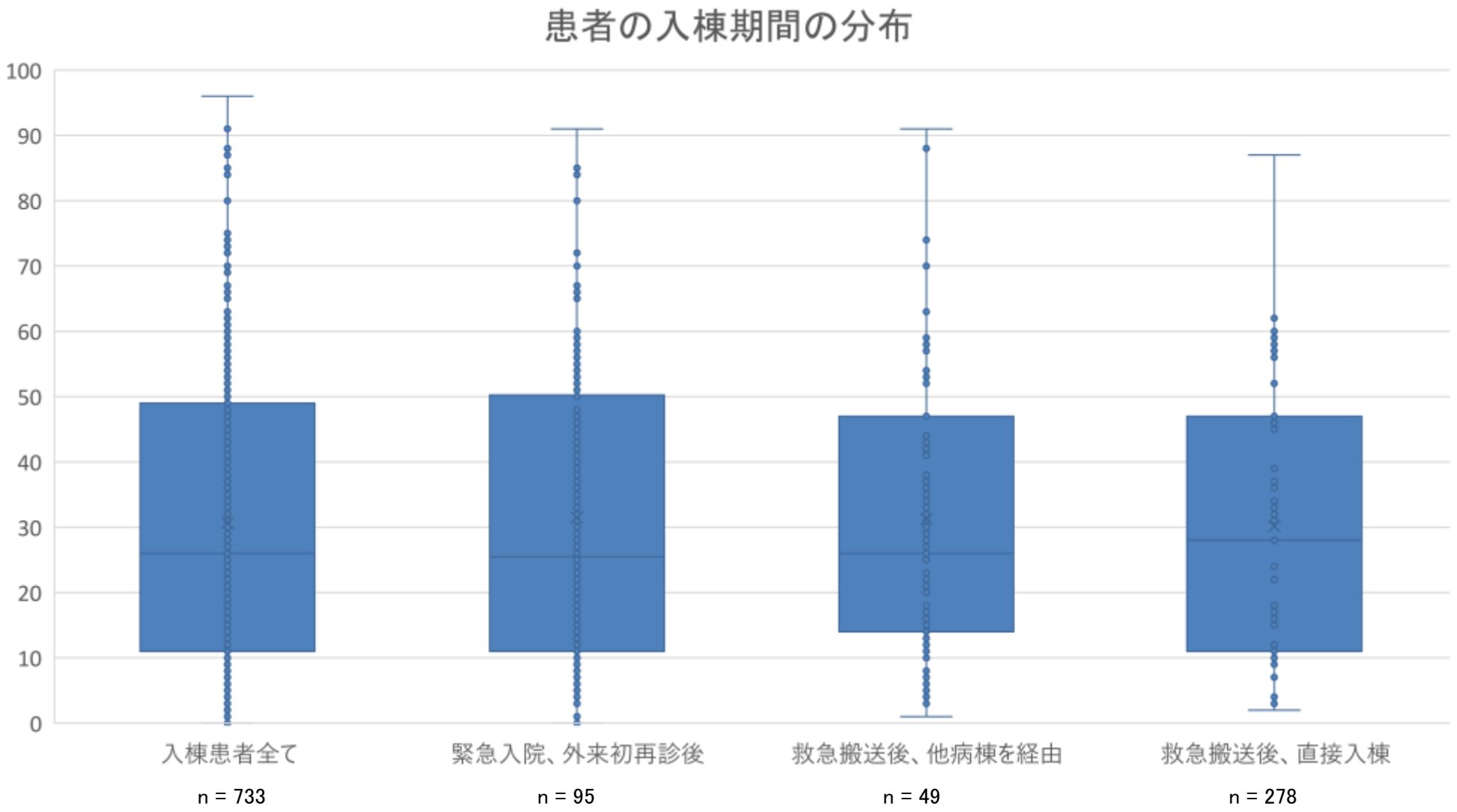


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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
５．８．１０

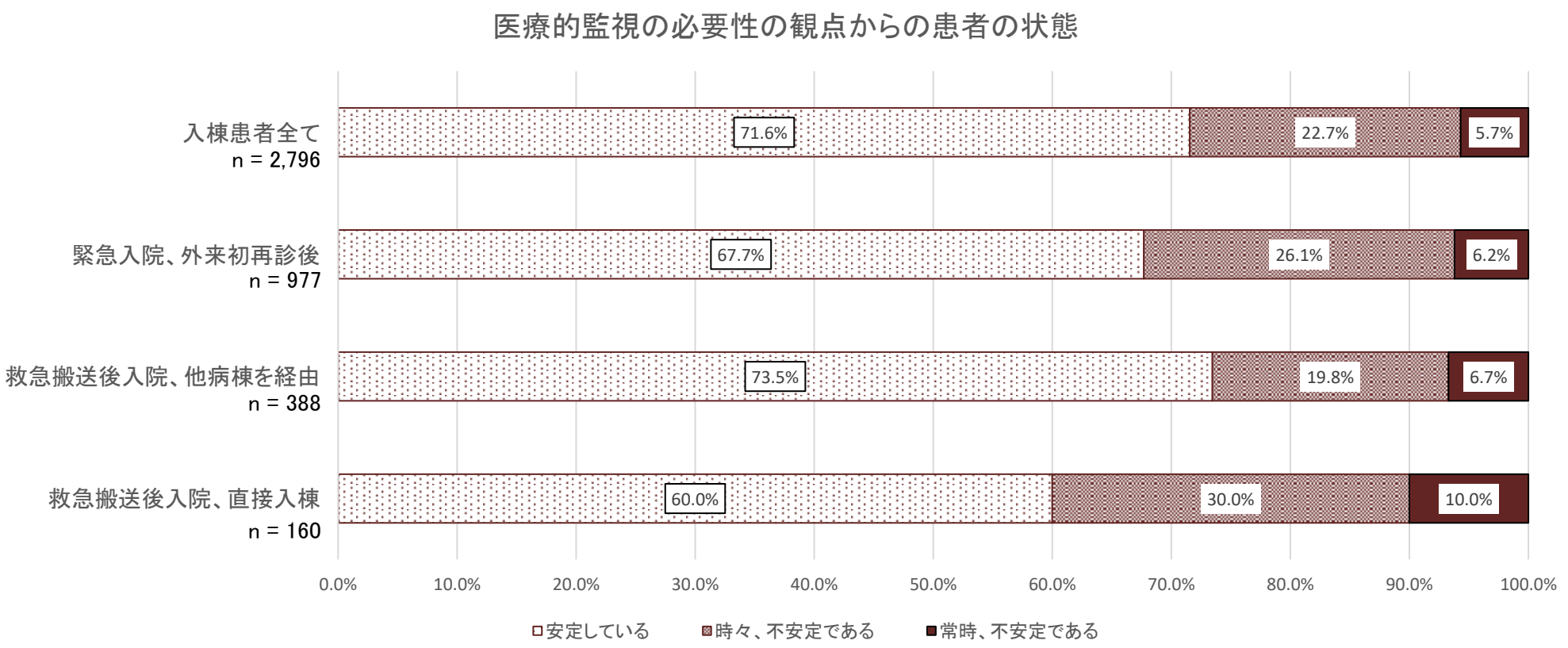
○　地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医療の必要性

○　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、医療的に不安定である傾向であった。

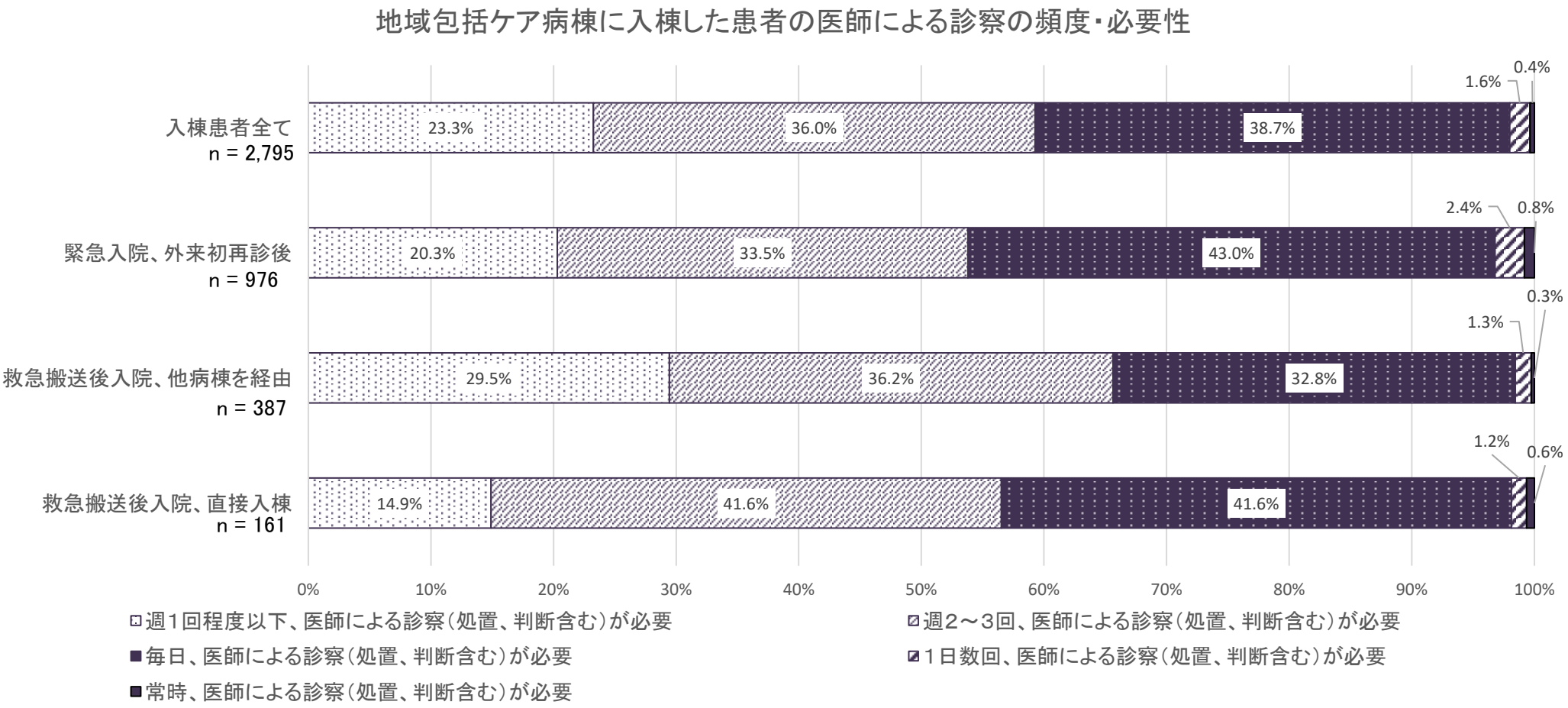


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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

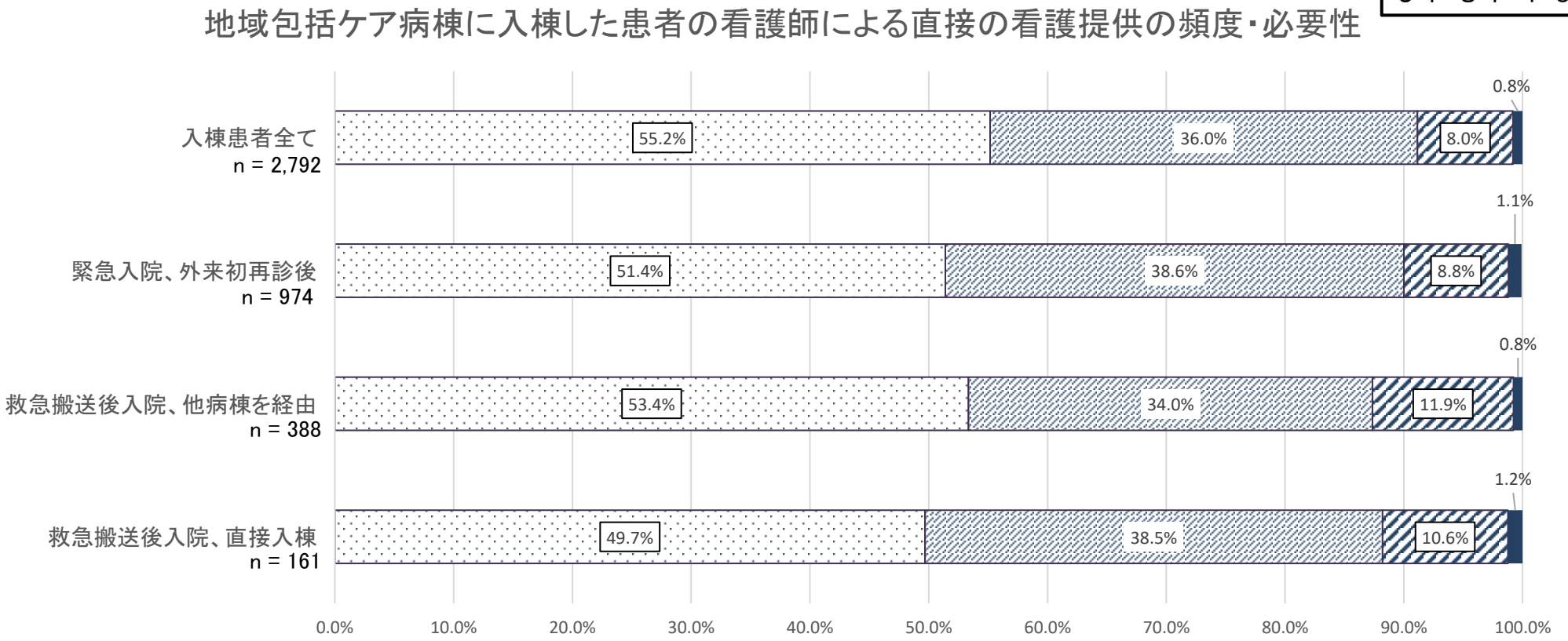


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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
５．８．１０

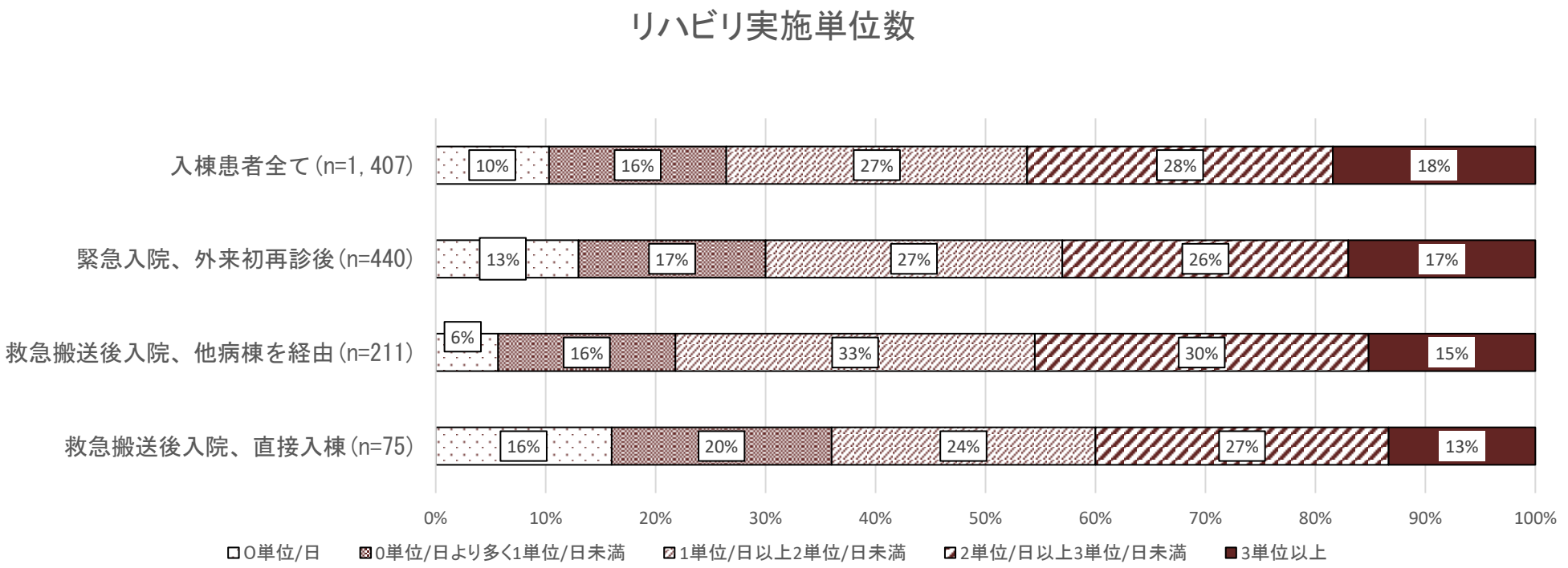


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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
５．８．１０



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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
５．８．１０

○ 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%

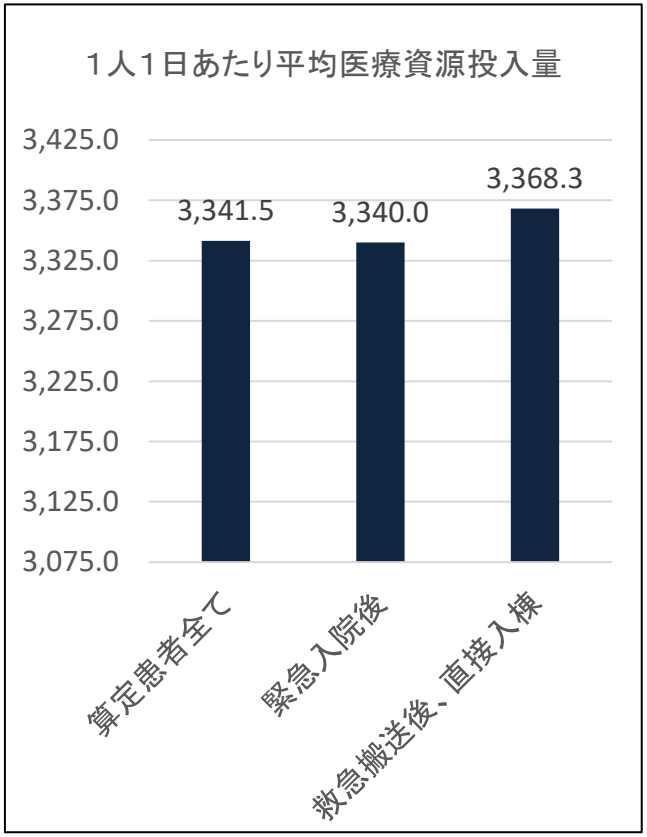
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

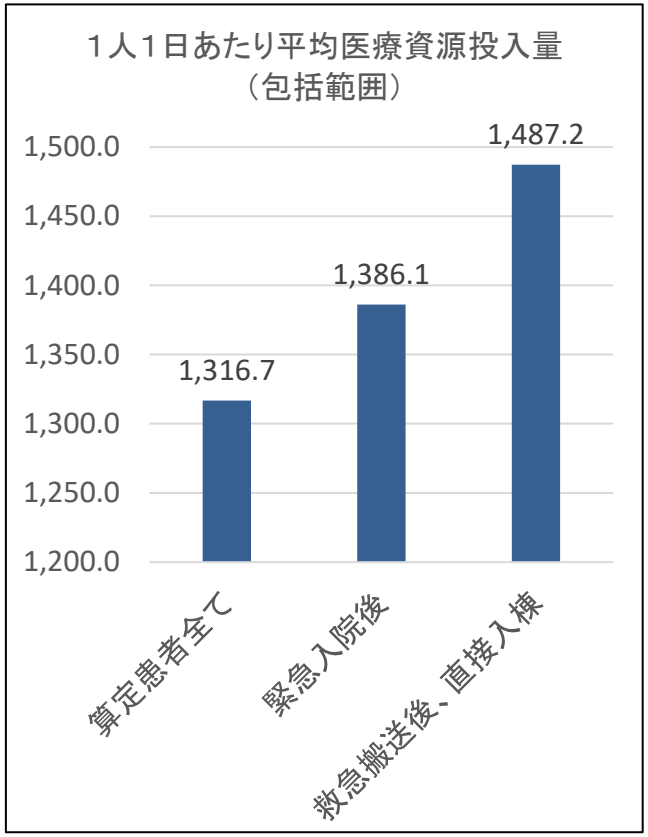
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

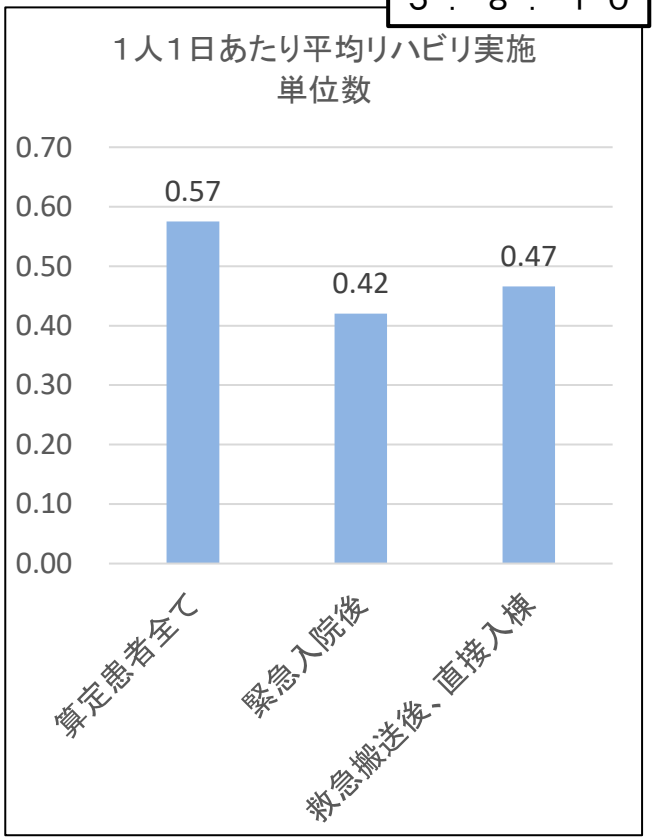
地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析②　入棟経路別の医療資源投入量等

○ 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







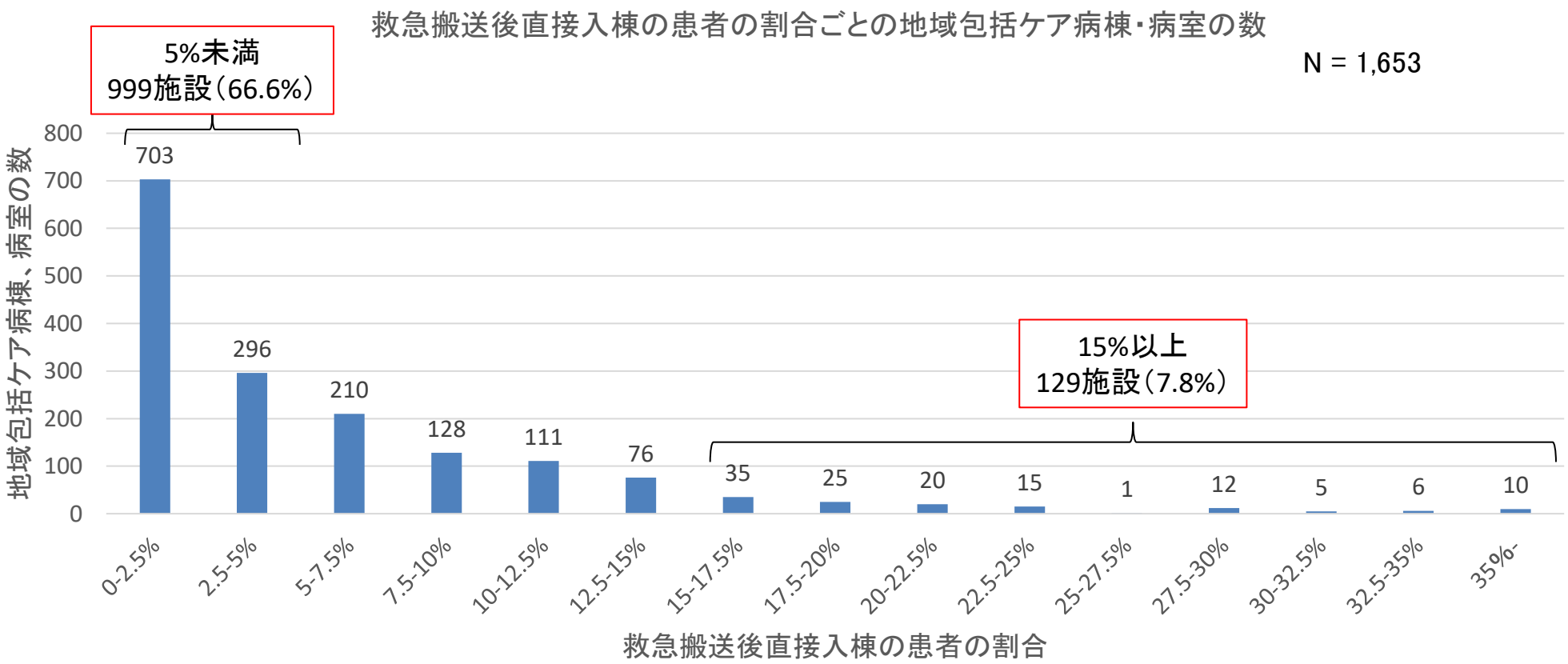
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て － 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者　（n = 731,936）
②緊急入院後 － ①のうち、緊急入院である患者　（n = 178,017）
③救急搬送後、直接入棟 － 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者　（n = 39,757）

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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

診調組　入－１
５．８．１０

○ 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。



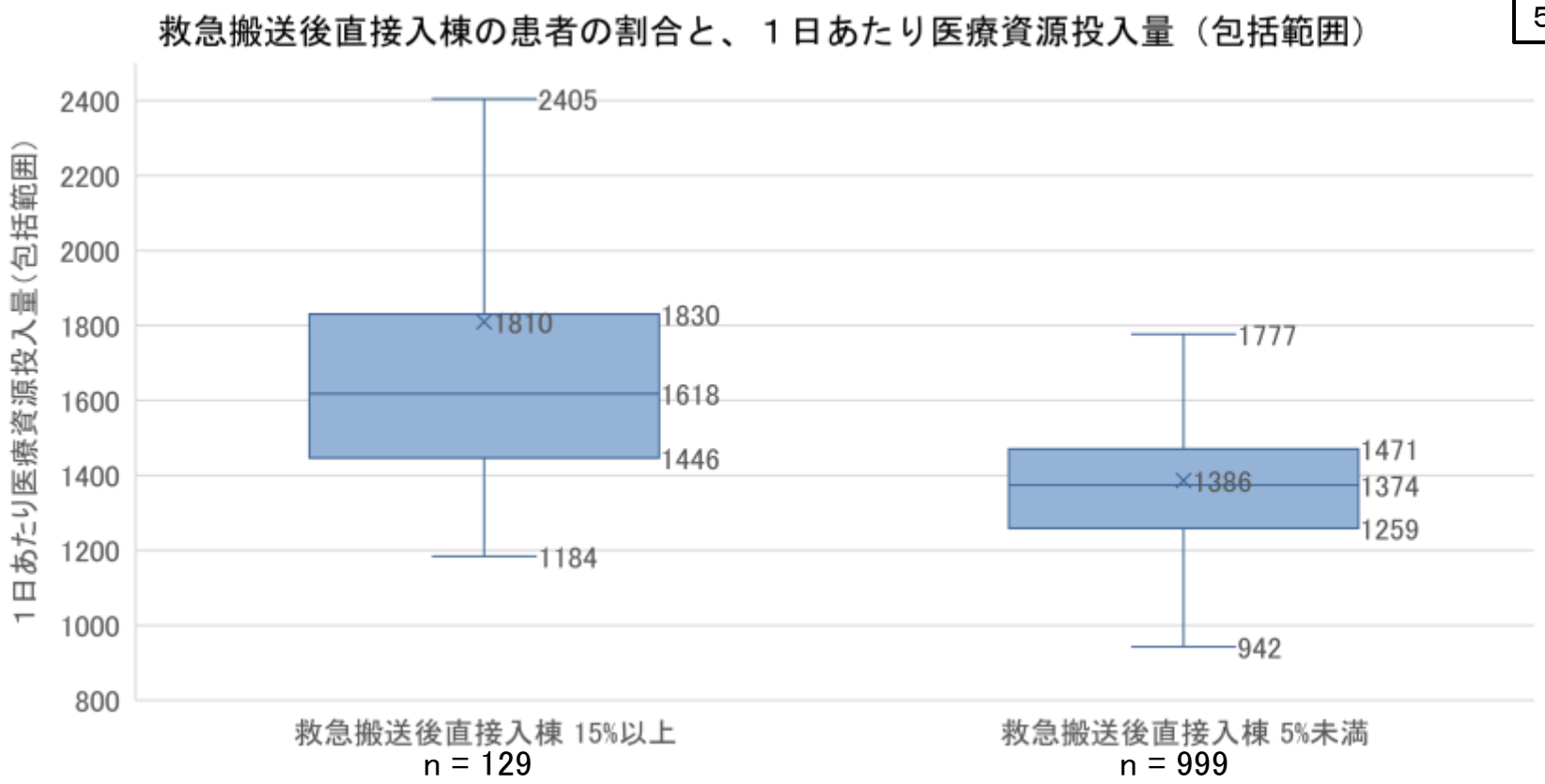
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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
５．８．１０

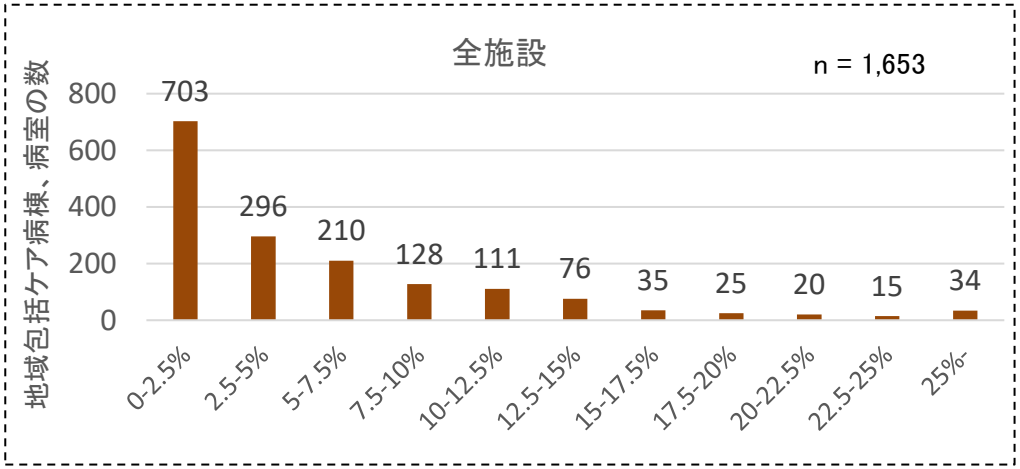


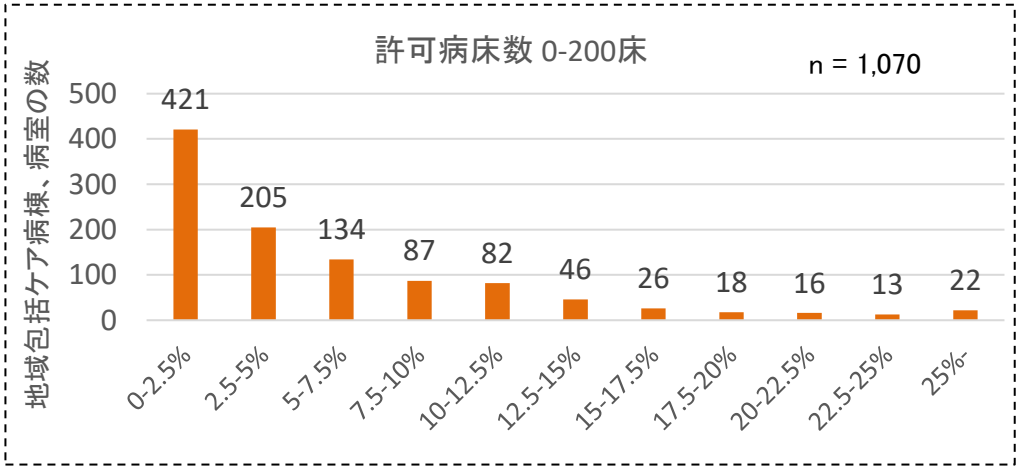
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

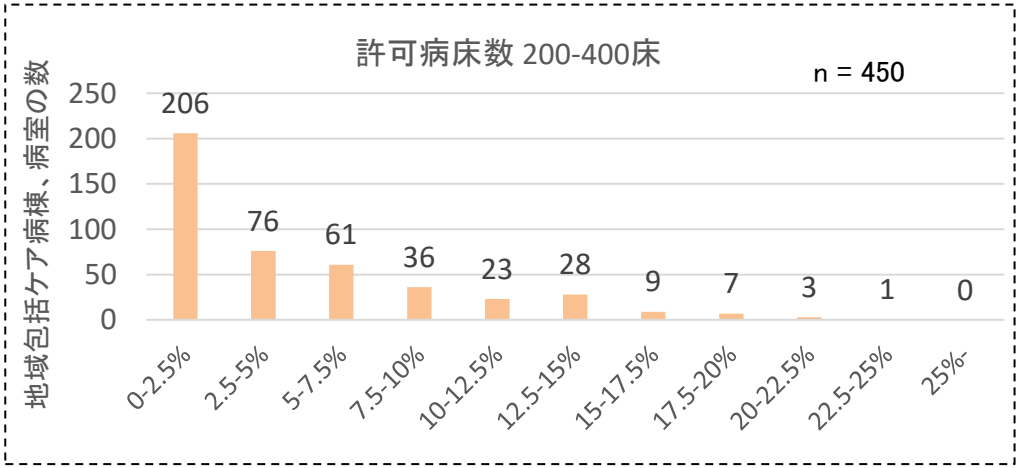
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

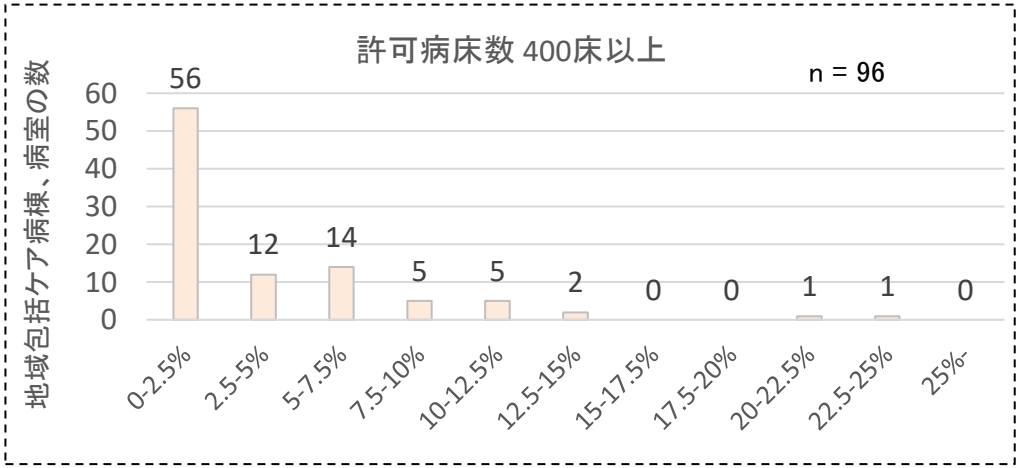
地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析⑤
救急搬送後直接入棟の患者の割合、病院の病床規模別

○　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。









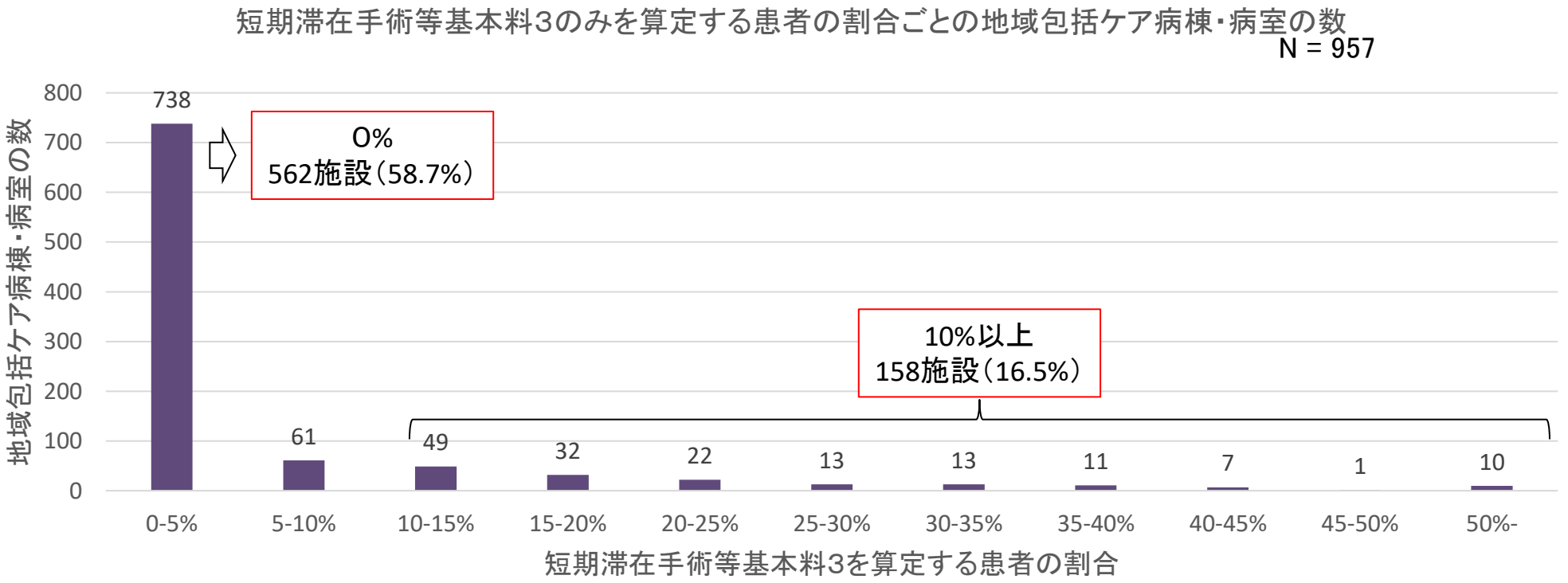
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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
５．８．１０



（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）＝（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）／（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）

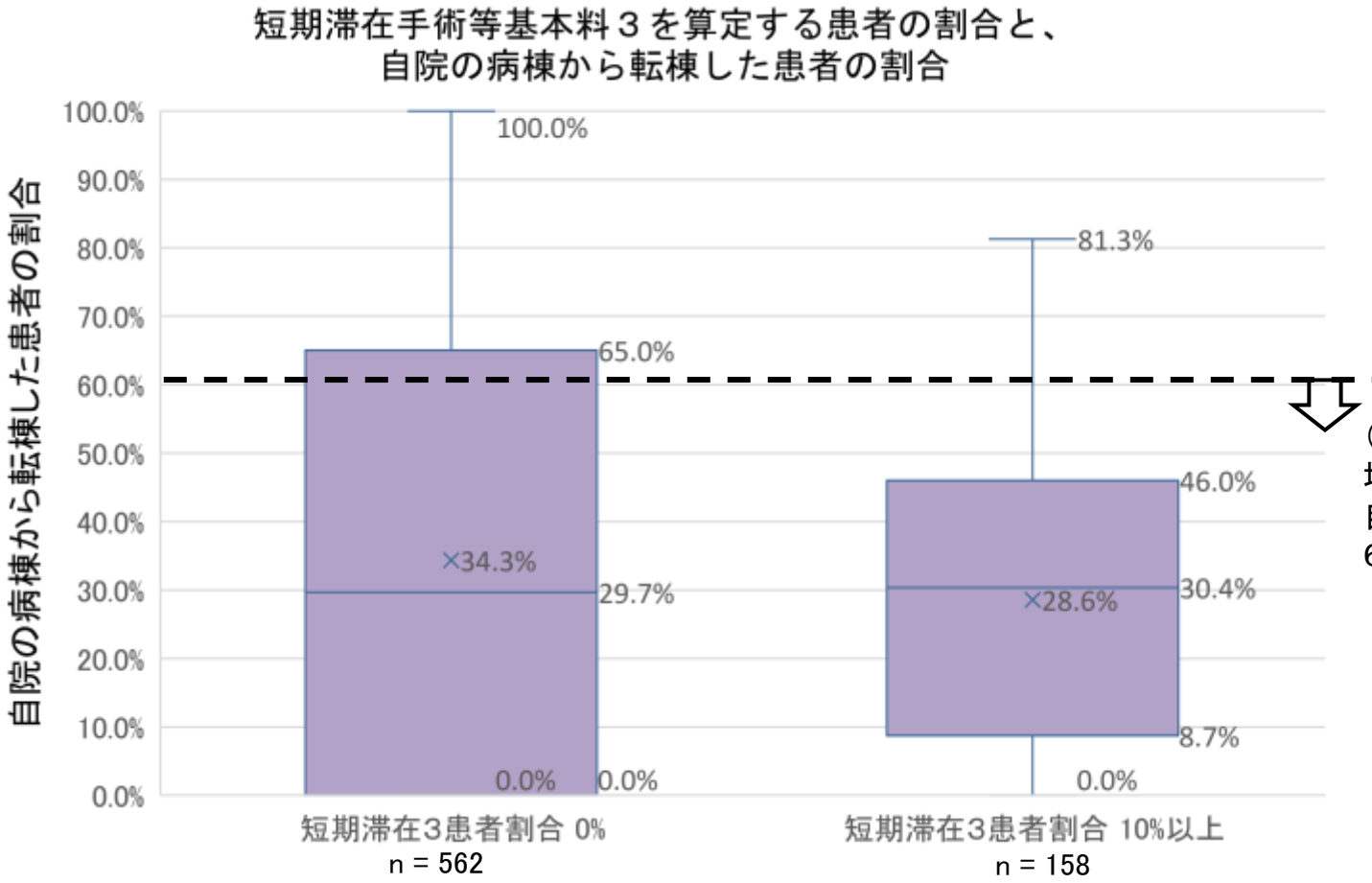
※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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
５．８．１０



（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

（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）＝（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）／（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）

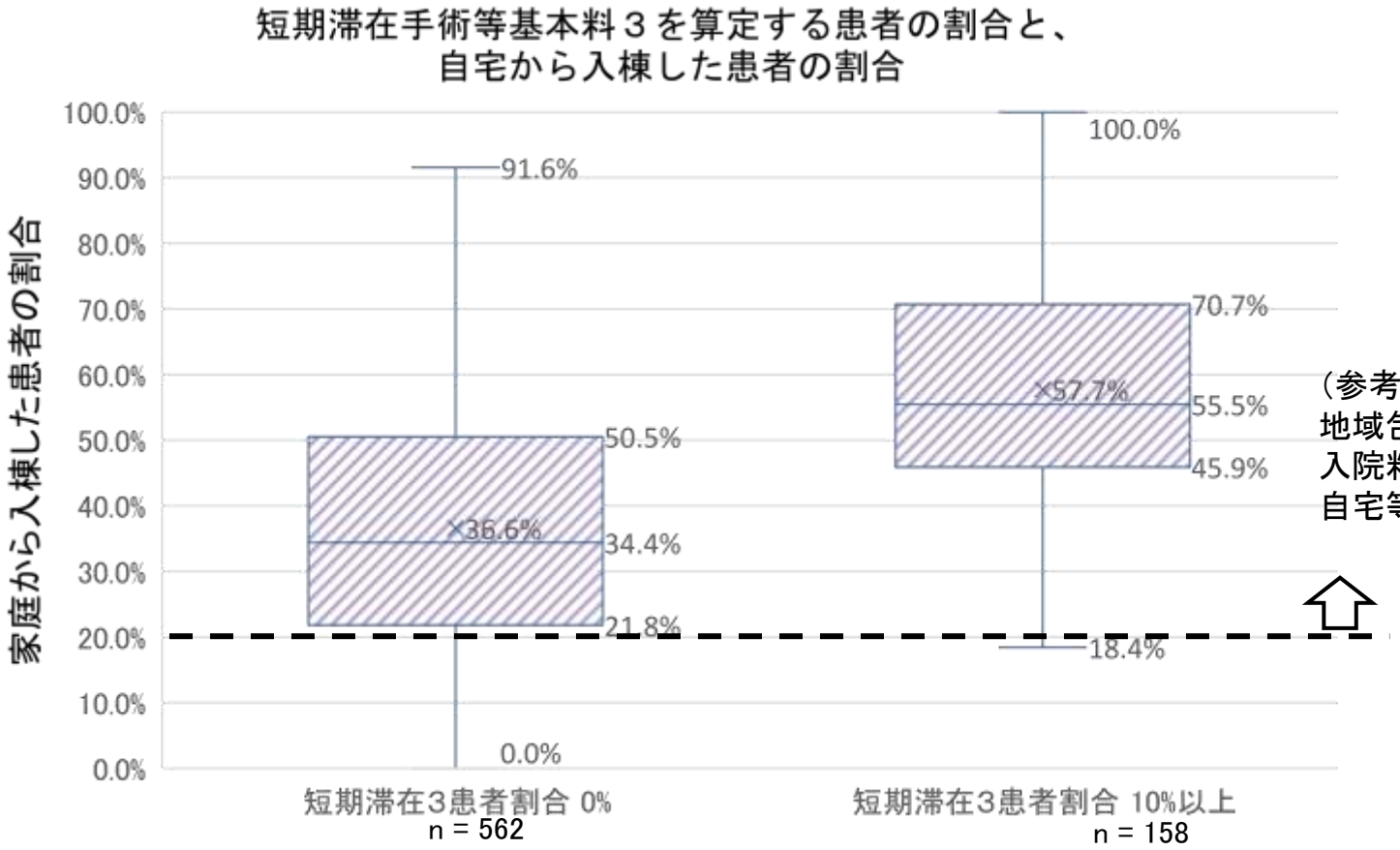
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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
５．８．１０



（参考）
地域包括ケア病棟
入院料・管理料１、入院料・管理料3の基準
自宅等（※）から入棟した患者割合　2割以上

（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）＝（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）／（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）

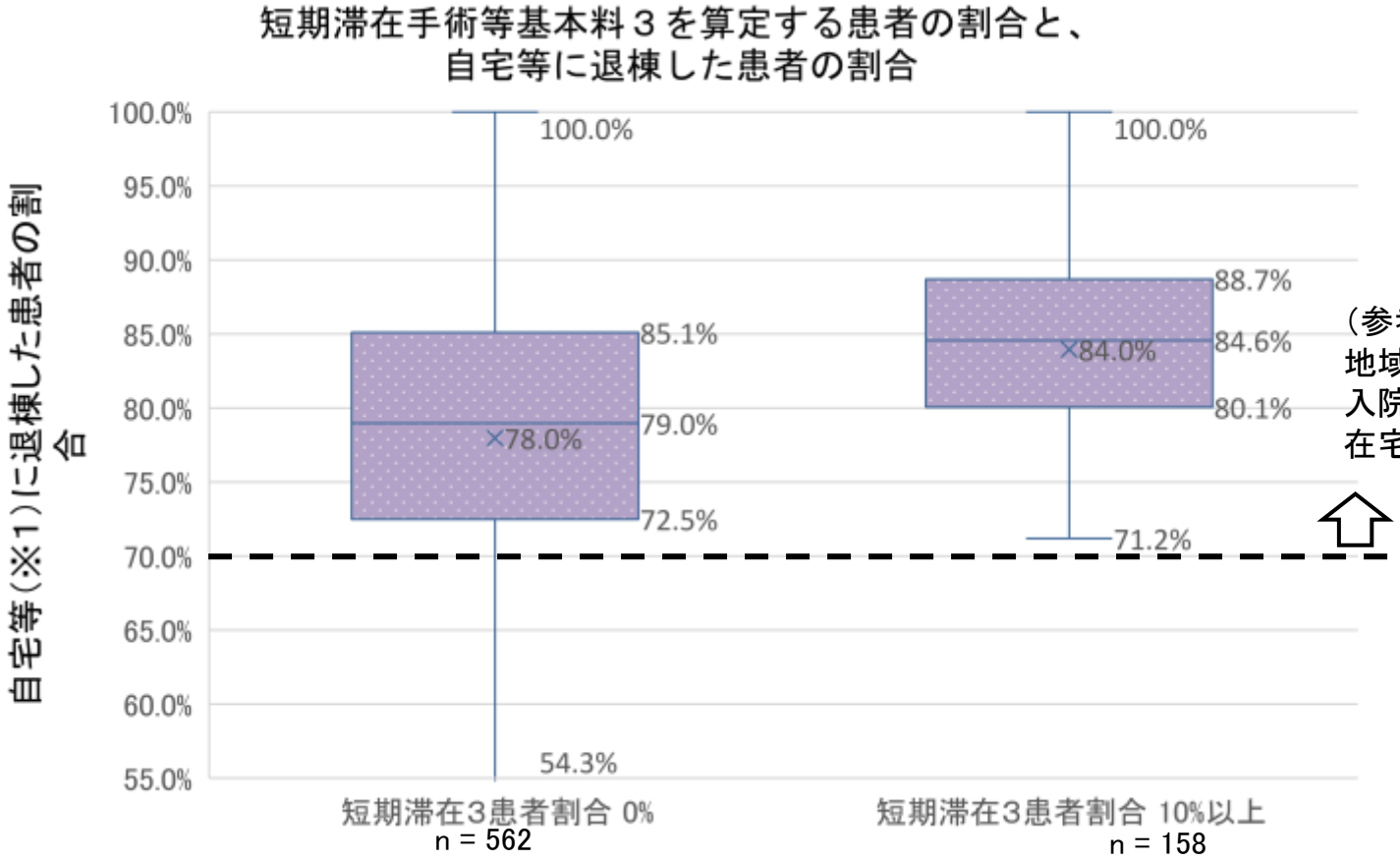
※　施設規準における自宅等：　自宅又は有料老人ホーム等（介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等）
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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
５．８．１０



（参考）
地域包括ケア病棟
入院料・管理料3、入院料・管理料4の基準
在宅復帰率（※2） 7割以上

（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）＝（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）／（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）

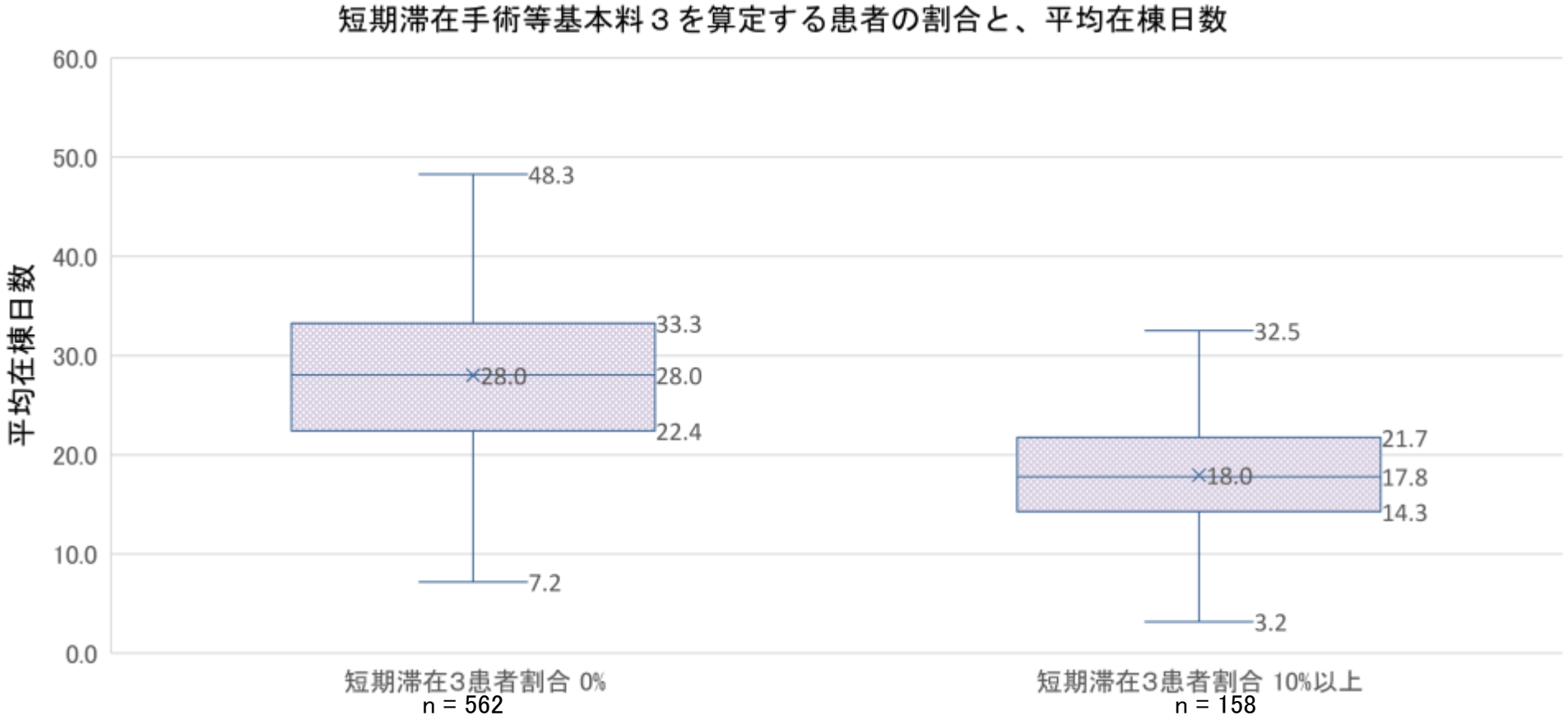
※1　集計における自宅等　：家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
※2　施設規準における在宅復帰率における分子　：他の保険医療機関（有床診療所を除く）に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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
５．８．１０

○　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。



(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) = (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) / (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)

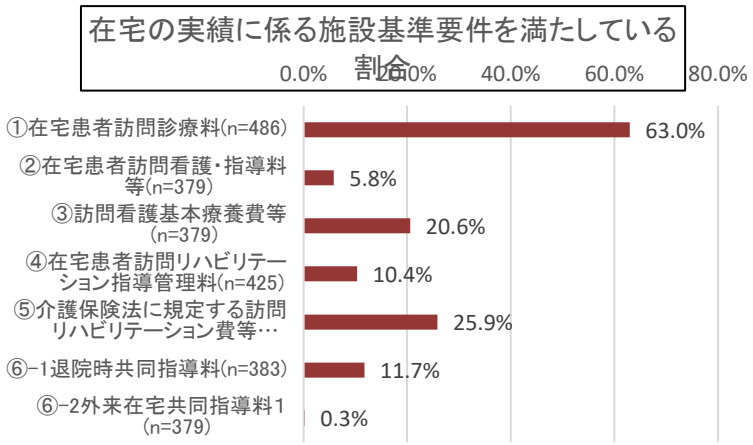
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

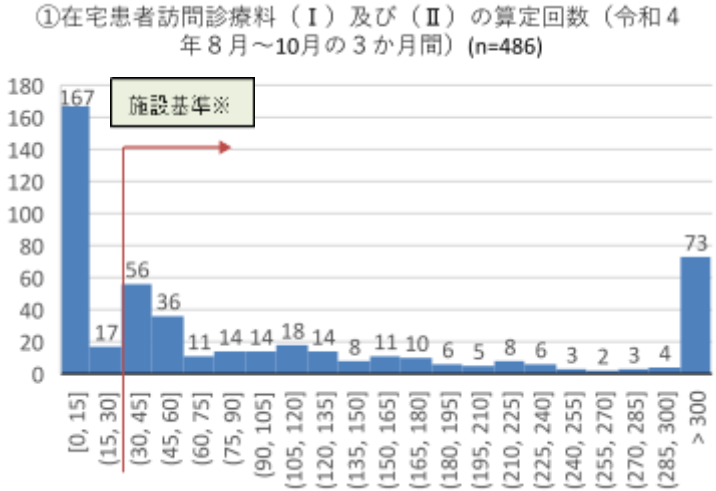
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

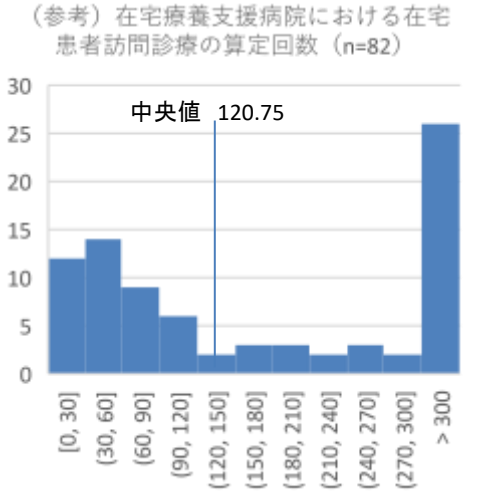
在宅医療等の提供状況①

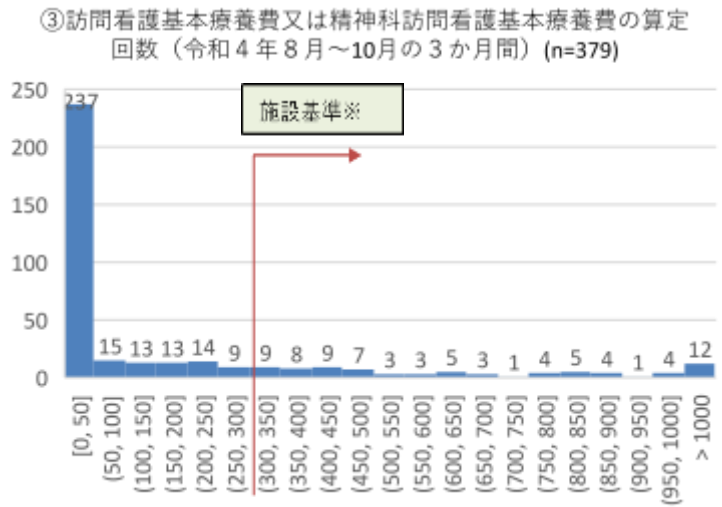
診調組　入－１
５．６．８（改）

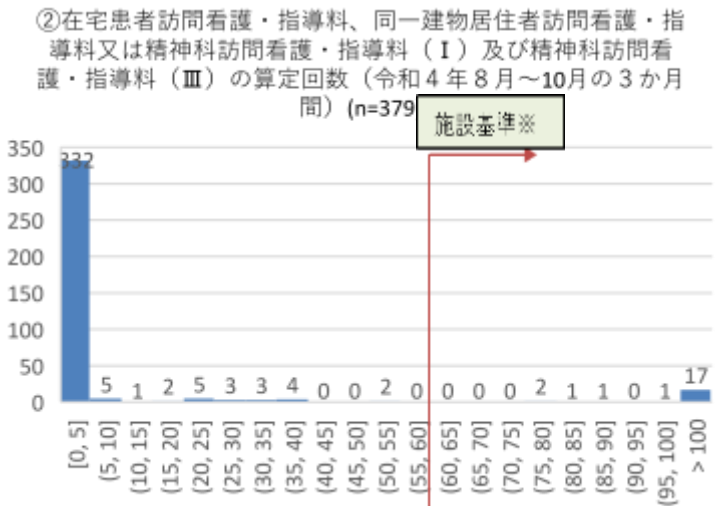
○　地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

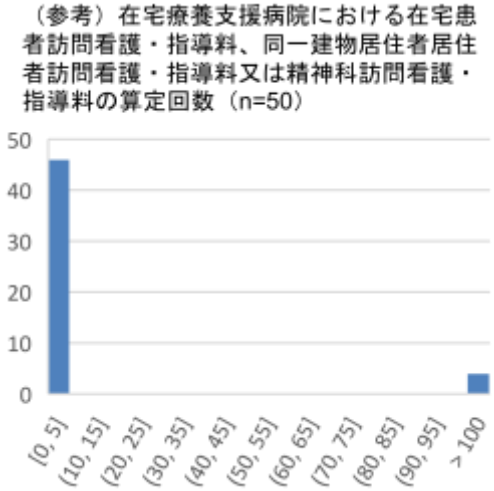












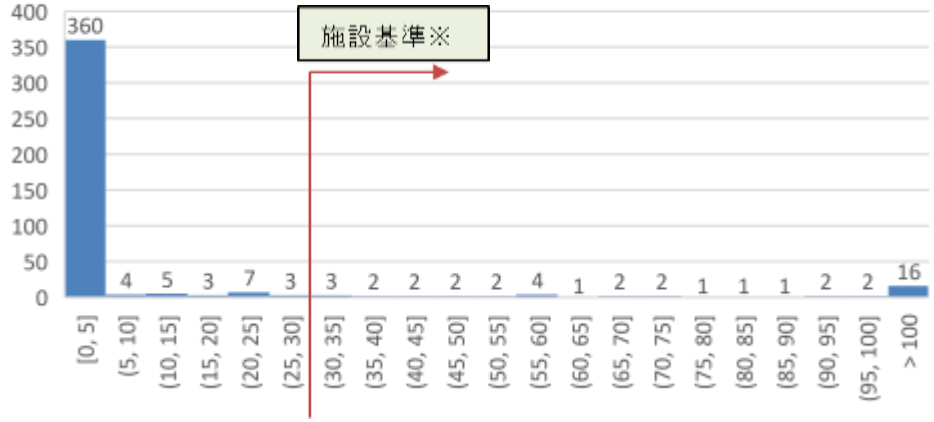
※地域包括ケア病棟入院料１・３においては上記①～⑥の要件について２つ以上満たしている必要がある。（２・４については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について１つ満たすことが要件）

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）、令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

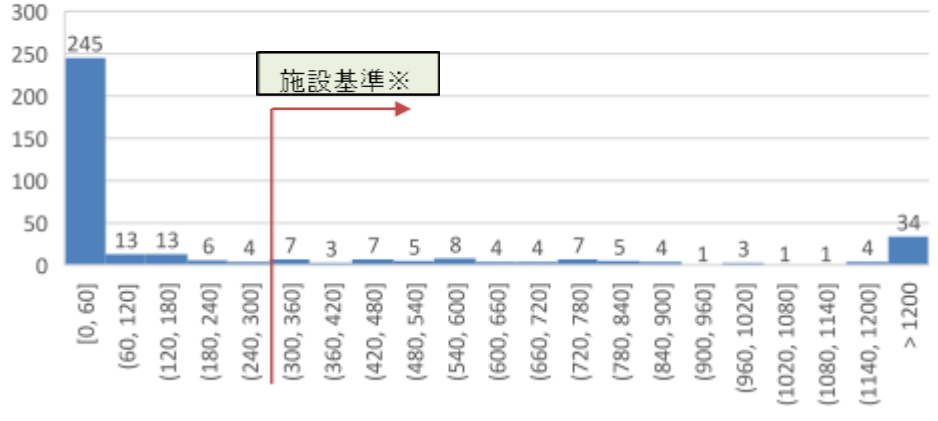
在宅医療等の提供状況②

○　地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。

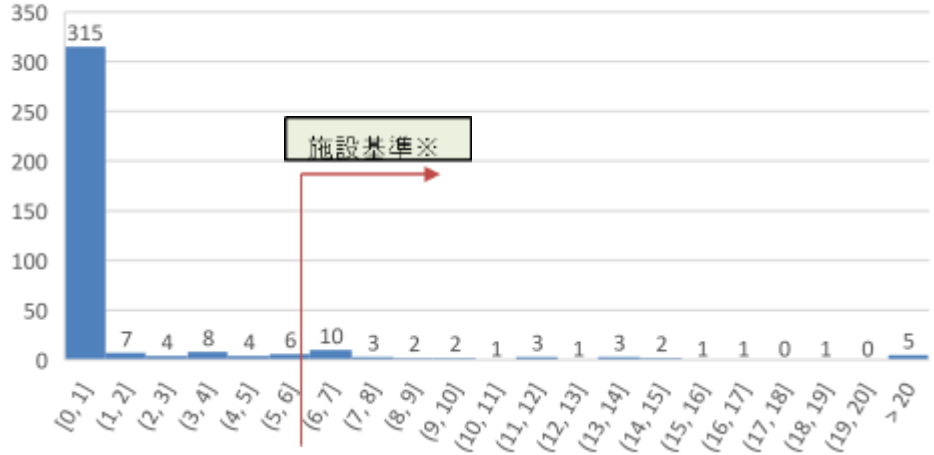
④区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和４年８月～10月の３か月間）(n=425)



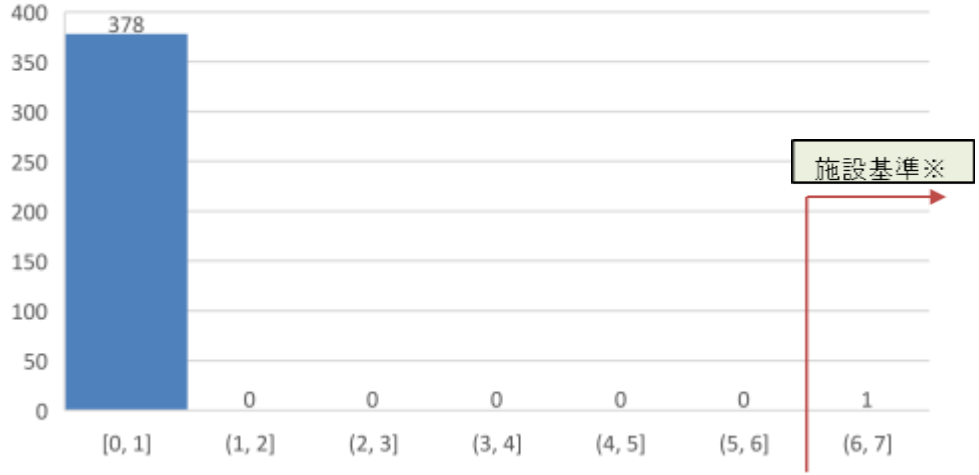
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和４年８月～10月の３か月間）(n=379)



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）

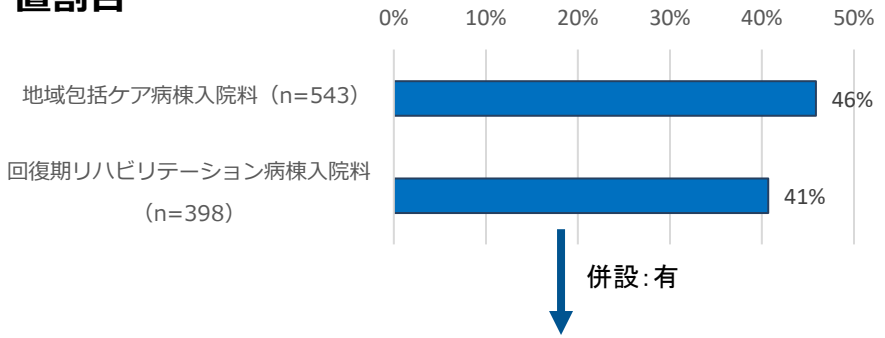
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院における訪問看護

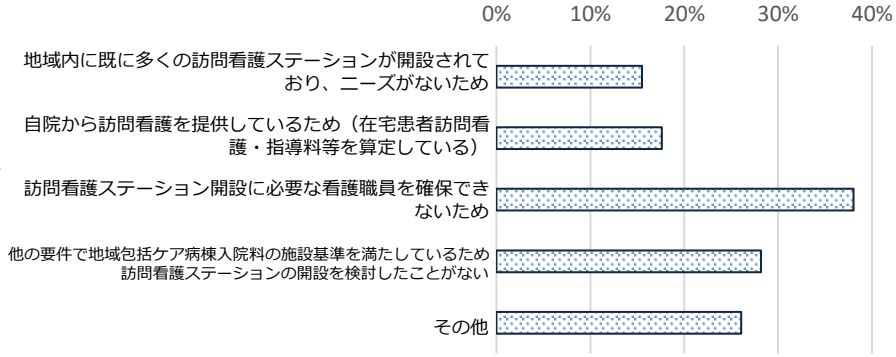
診調組　入－１
５．６．８

○ 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。

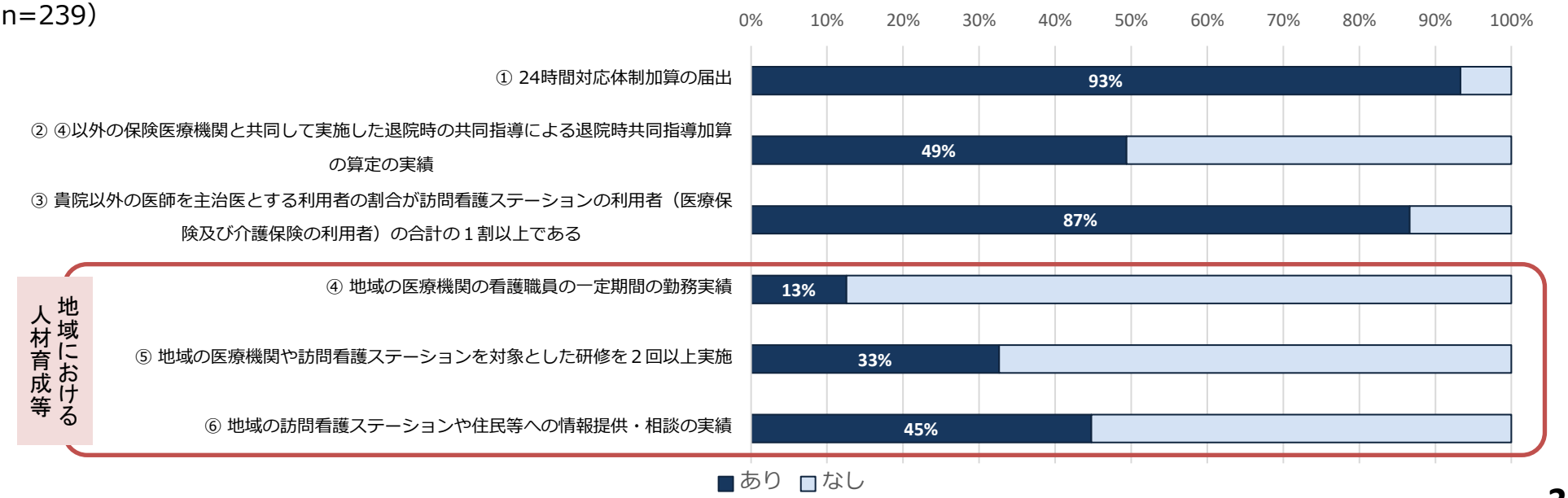
■同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



■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）



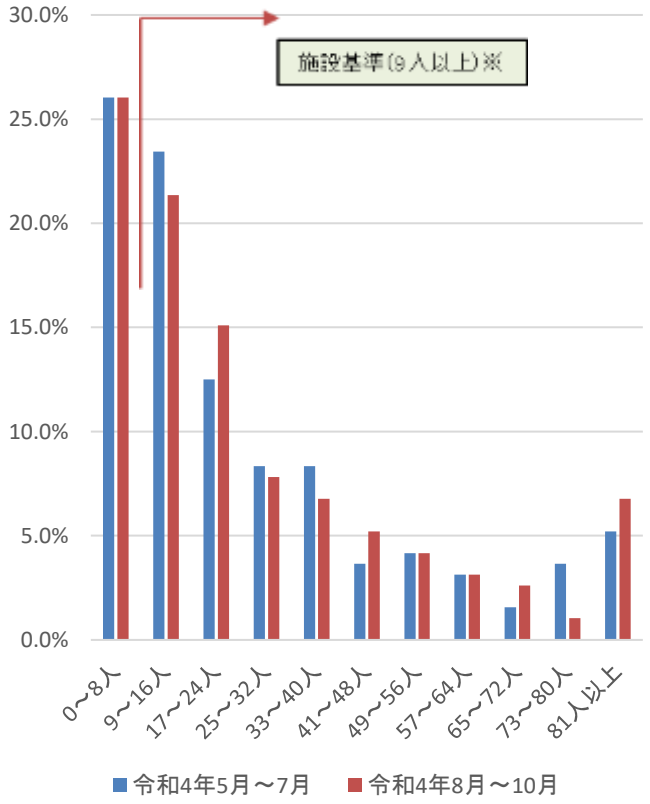
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（B票））

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

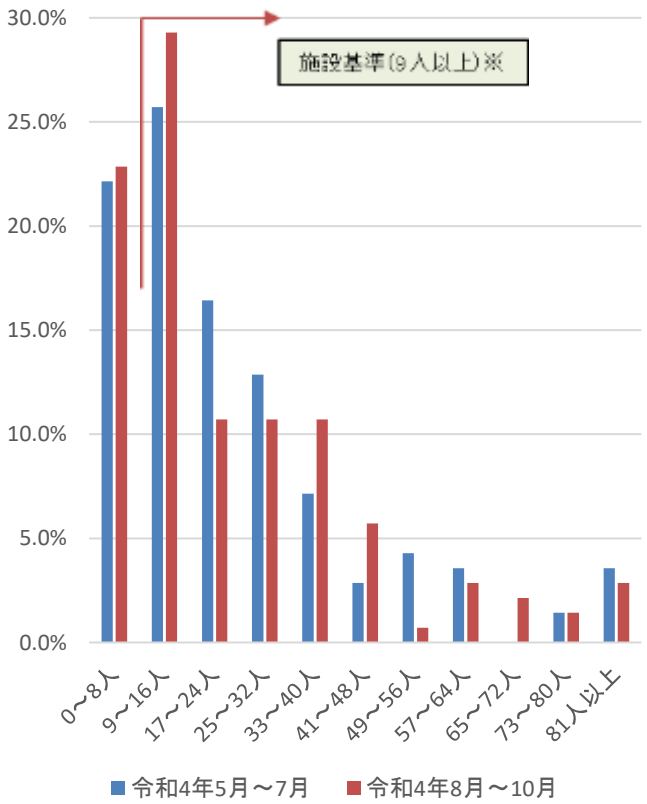
診調組　入－１
５．６．８

○　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。

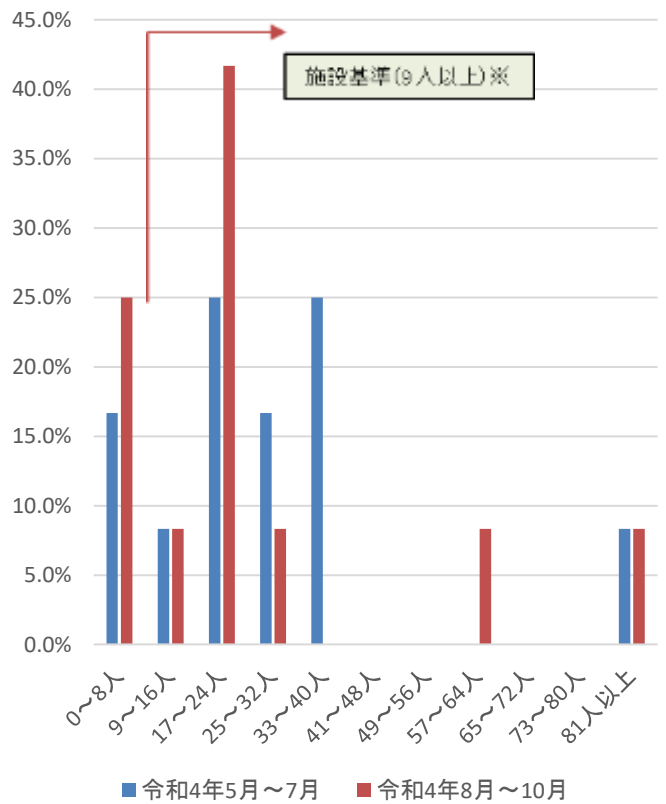
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



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)

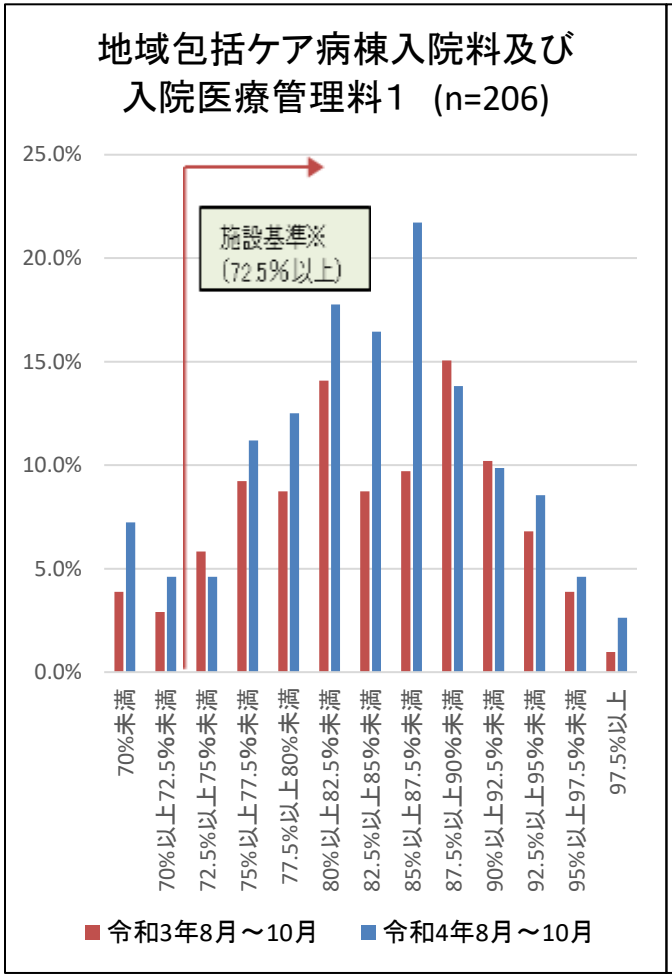


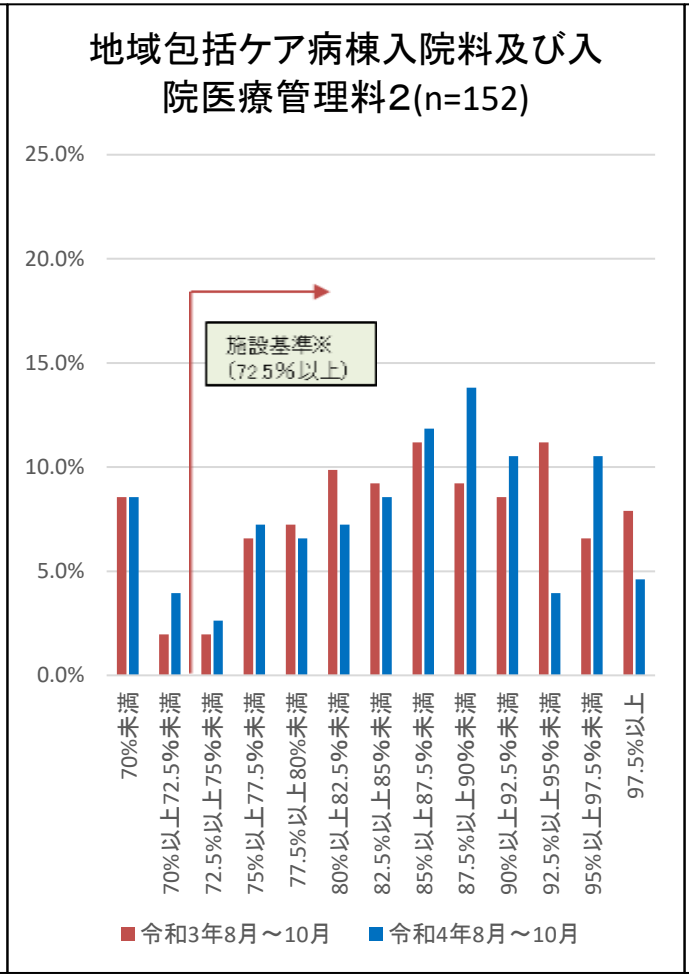
※令和４年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料１・３においては当該病棟において３ヶ月で９人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。（２・４については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要）

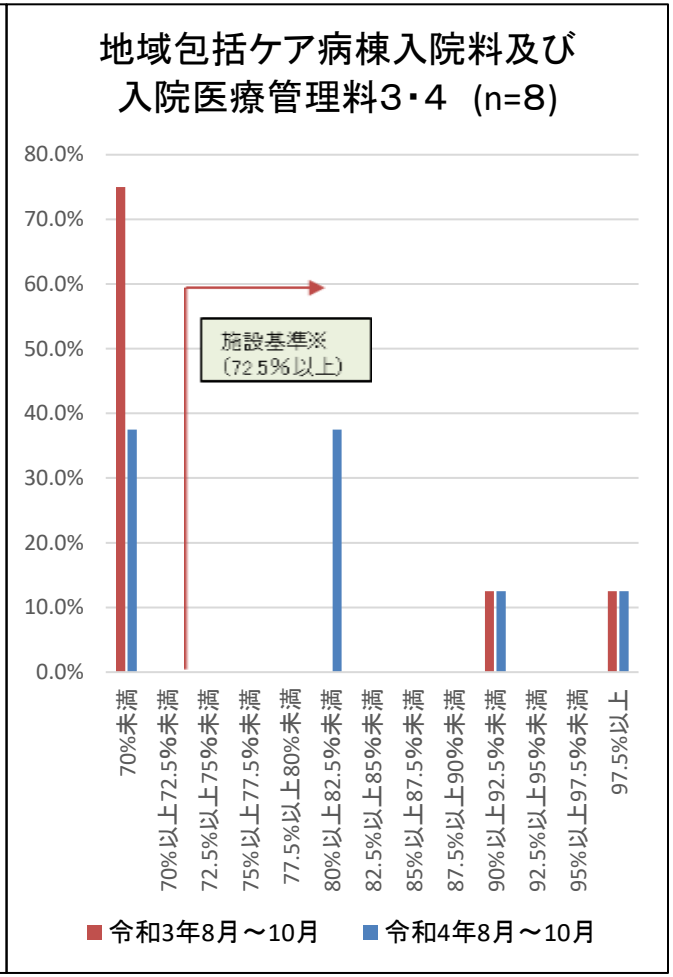
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○　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。







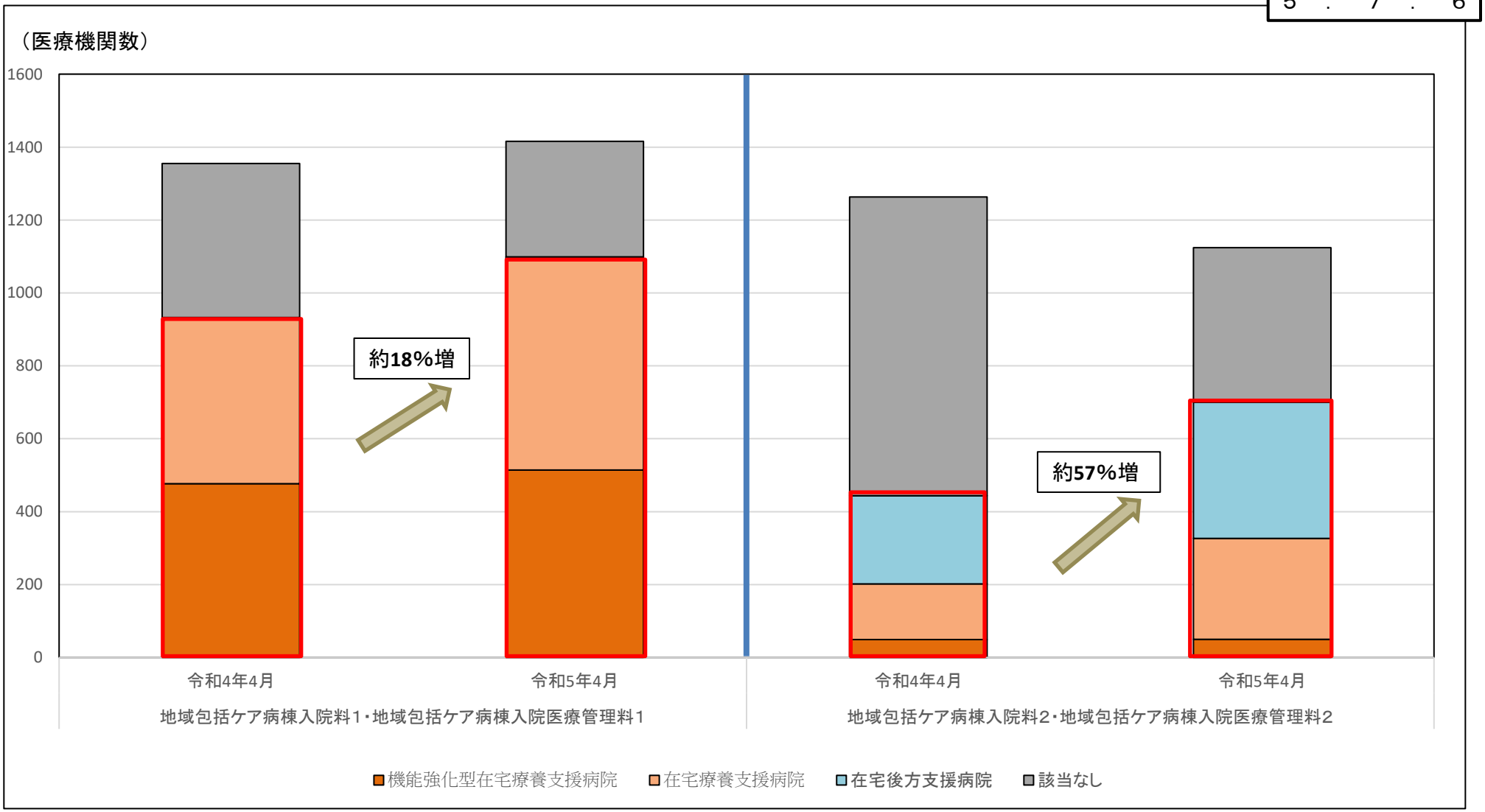
※令和４年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料１・２については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料３・４については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟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



出典：保険局医療課調べ

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	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	【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	改定後
【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。	【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］

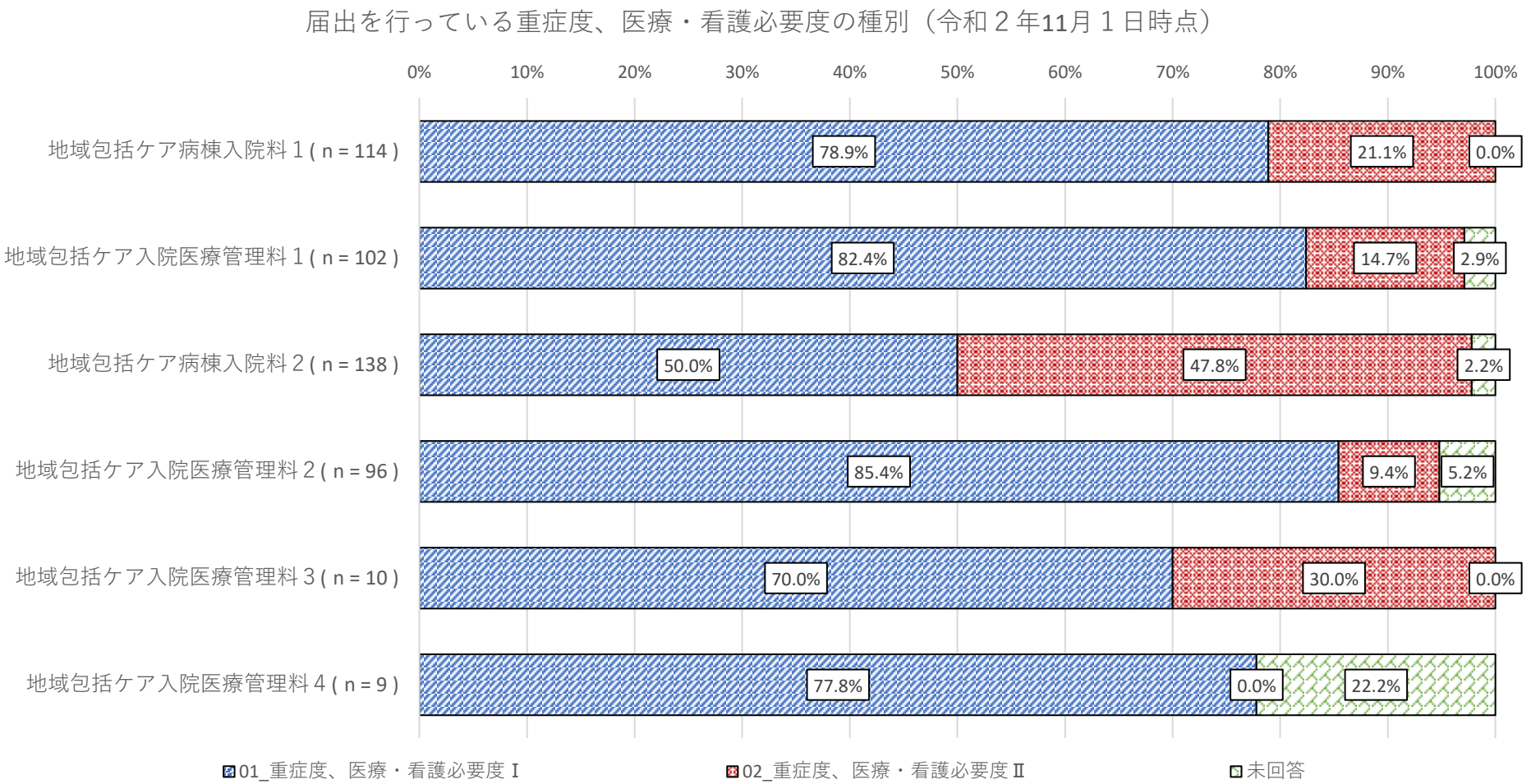
対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が１点以上又はC得点が１点以上

［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（同一入院中に医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の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○　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。



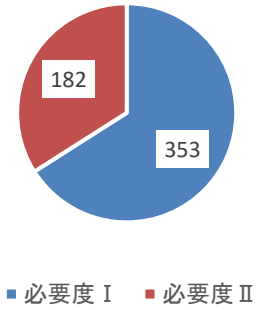
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度①

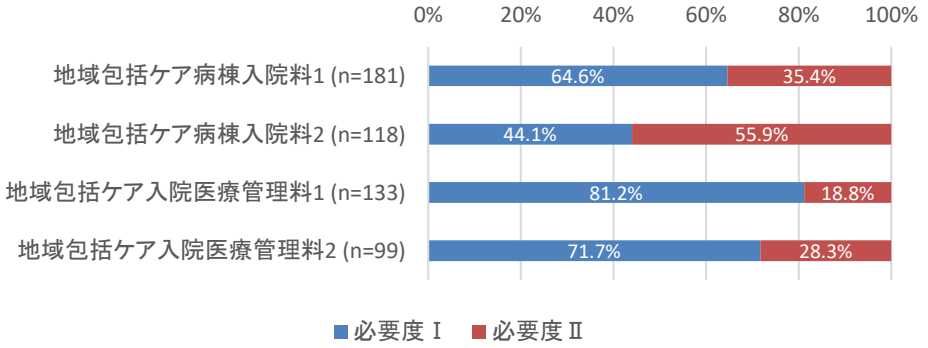
診調組　入－１
５．８．１０

○　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。

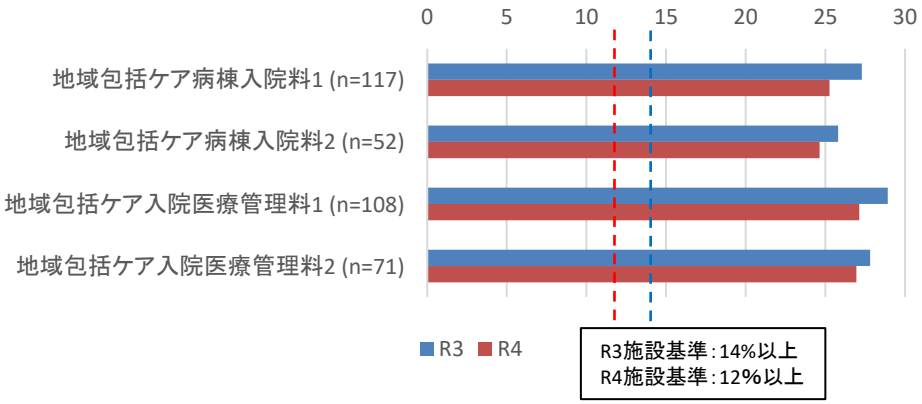
必要度Ⅰ/Ⅱの届出状況
（令和4年11月時点、n=535）



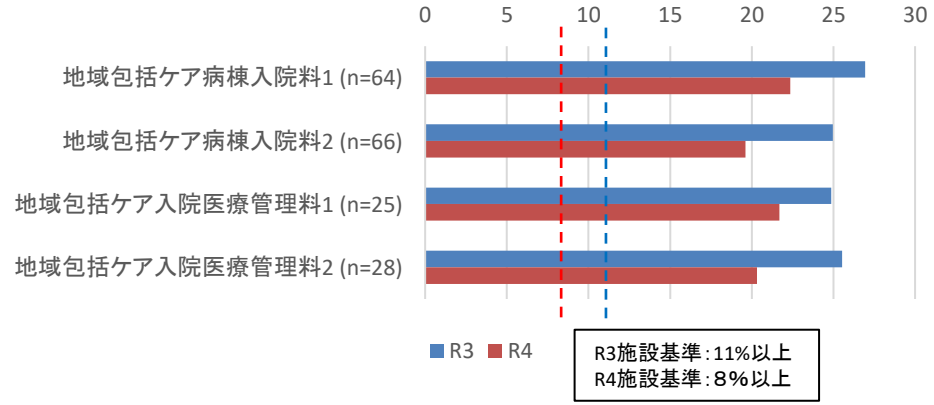
入院料の届出種類別の必要度Ⅰ/Ⅱの届出状況
（令和4年11月時点）



必要度Ⅰの届出施設※における該当患者割合（%）
※令和4年11月時点



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



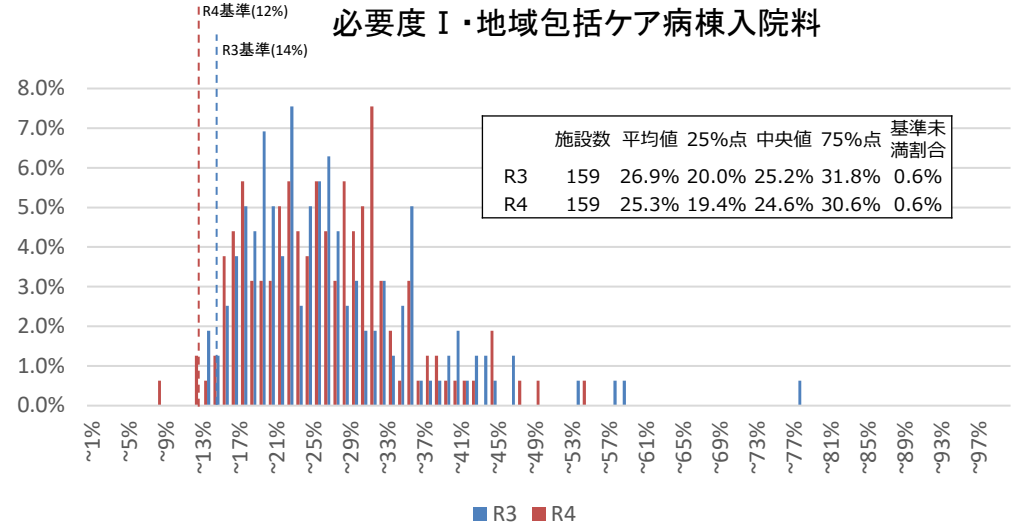
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票B）

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
５．８．１０

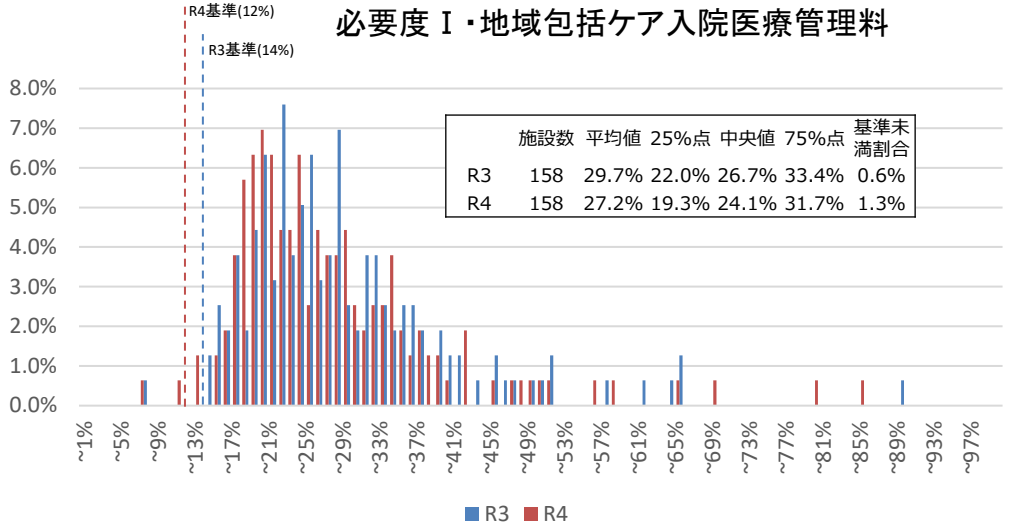
○　地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

必要度Ⅰ・地域包括ケア病棟入院料



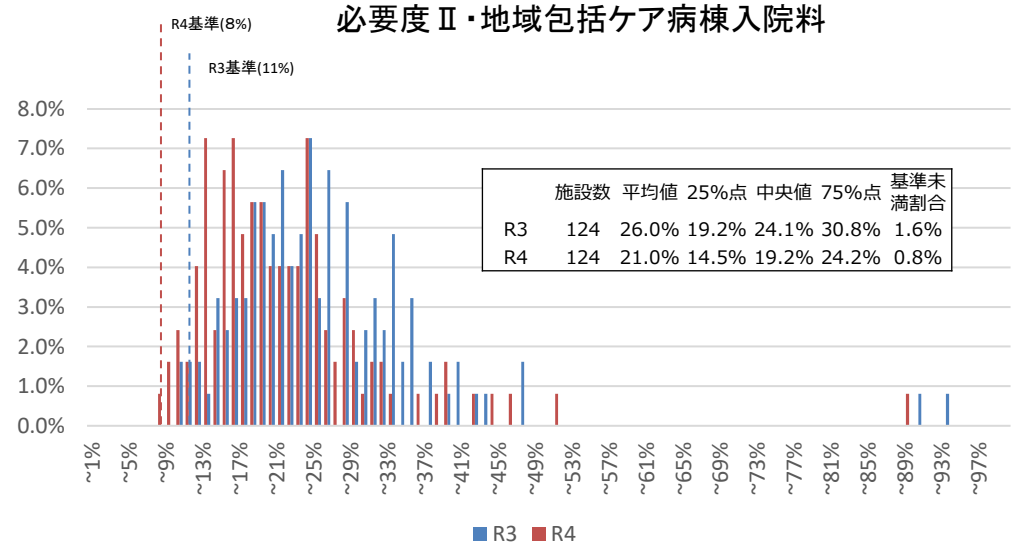
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	159	26.9%	20.0%	25.2%	31.8%	0.6%
R4	159	25.3%	19.4%	24.6%	30.6%	0.6%

必要度Ⅰ・地域包括ケア入院医療管理料



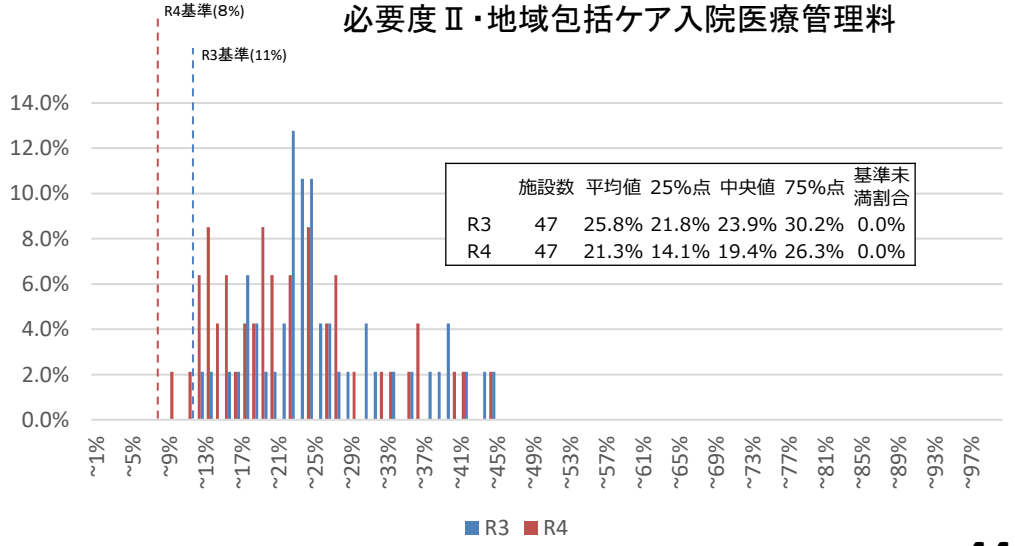
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	158	29.7%	22.0%	26.7%	33.4%	0.6%
R4	158	27.2%	19.3%	24.1%	31.7%	1.3%

必要度Ⅱ・地域包括ケア病棟入院料



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	124	26.0%	19.2%	24.1%	30.8%	1.6%
R4	124	21.0%	14.5%	19.2%	24.2%	0.8%

必要度Ⅱ・地域包括ケア入院医療管理料



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	47	25.8%	21.8%	23.9%	30.2%	0.0%
R4	47	21.3%	14.1%	19.4%	26.3%	0.0%

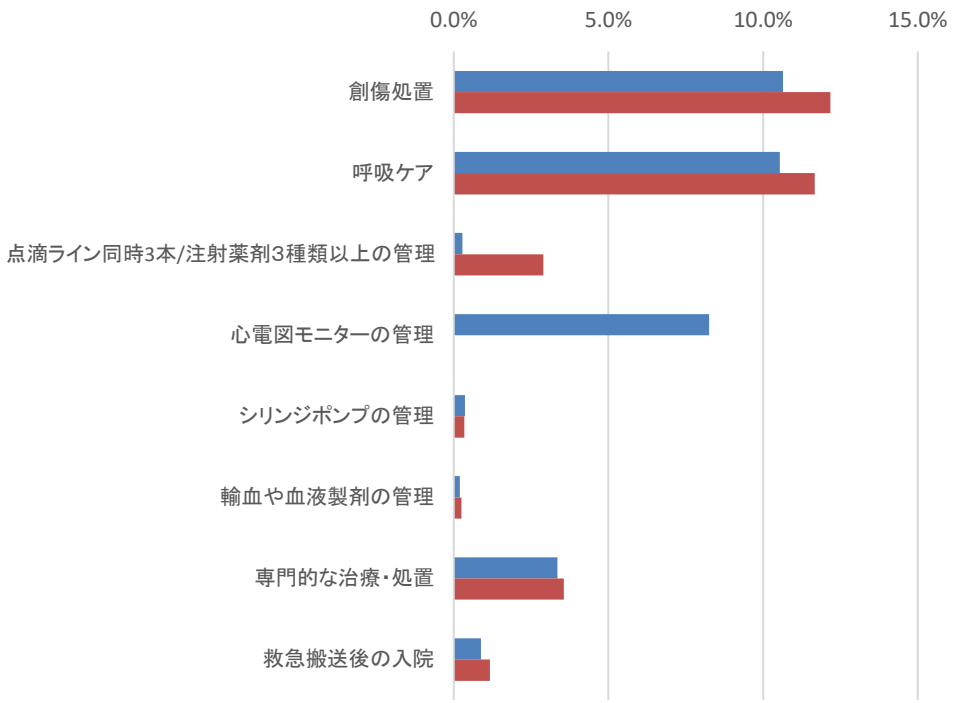
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票B）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度③

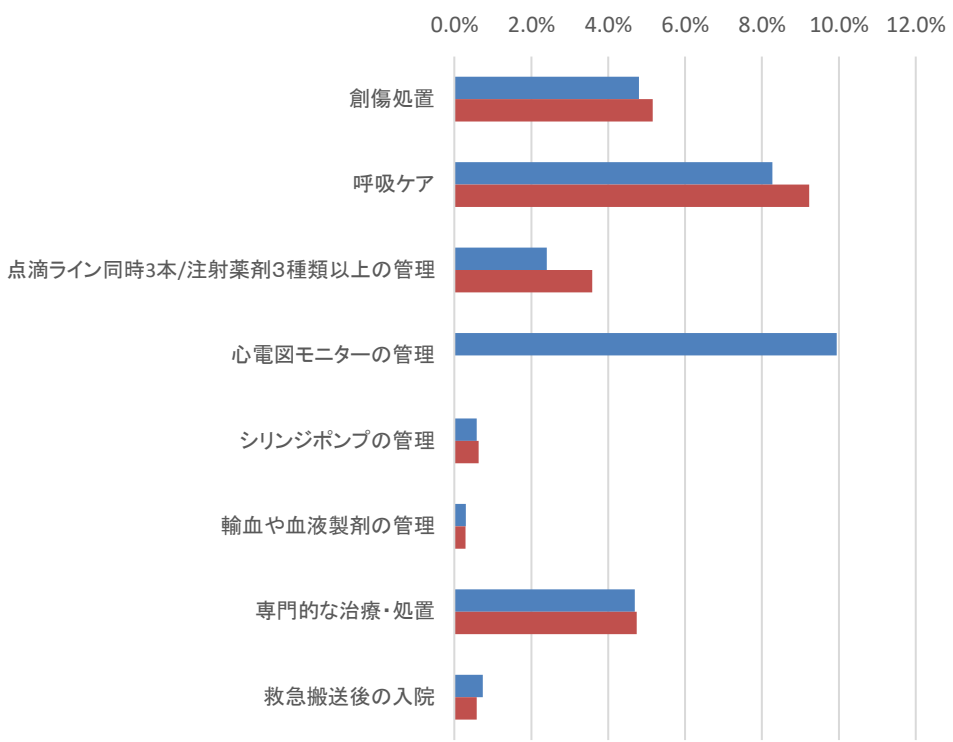
診調組　入－１
５．８．１０

○　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＞



＜重症度、医療・看護必要度Ⅱ＞

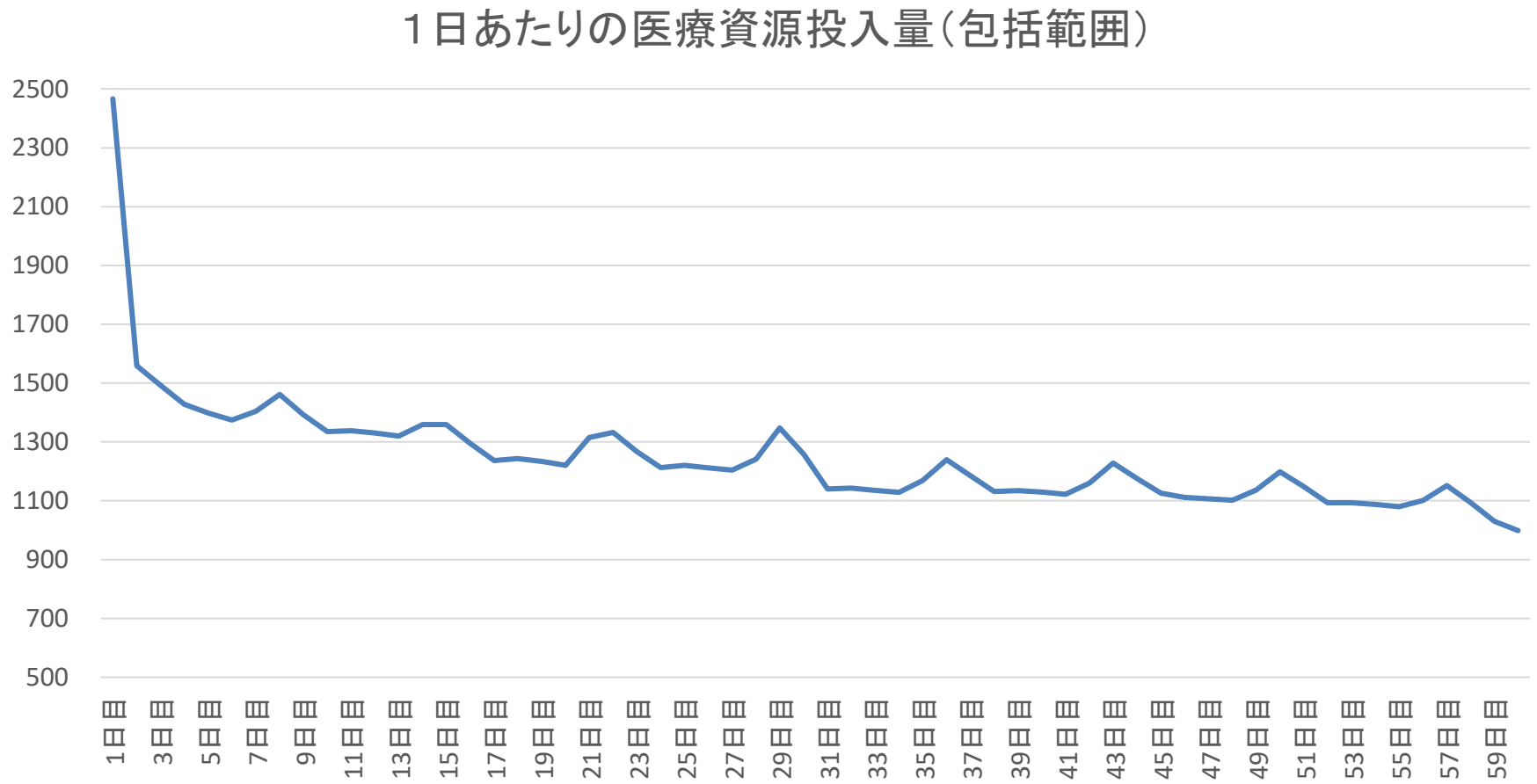


出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月）

入院日数に応じた医療資源投入量

診調組　入－１
５．９．２９

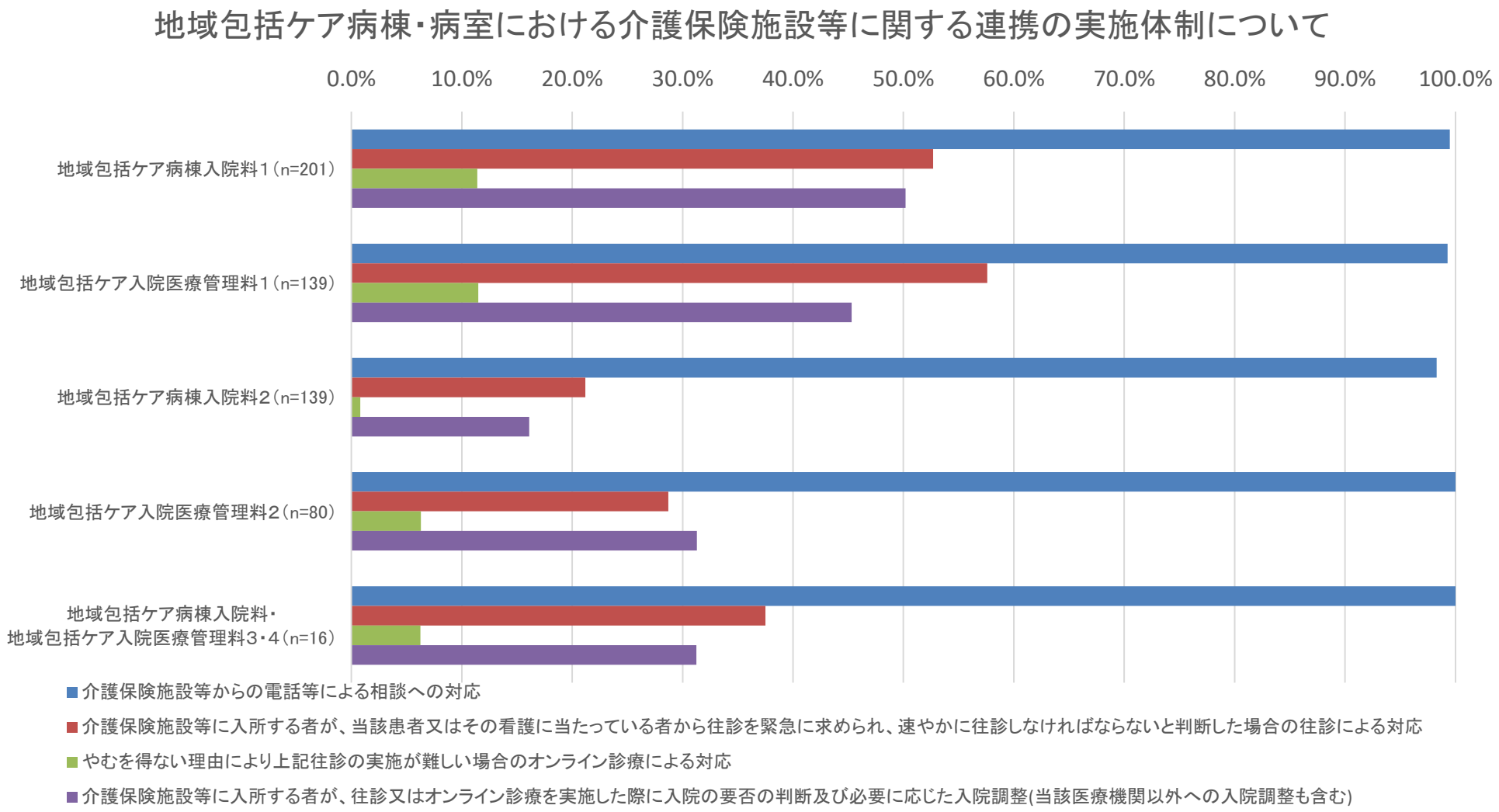
○　地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、１日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。



出典：DPCデータ（令和４年４月～12月）

介護保険施設等との連携に係る状況①

○　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。

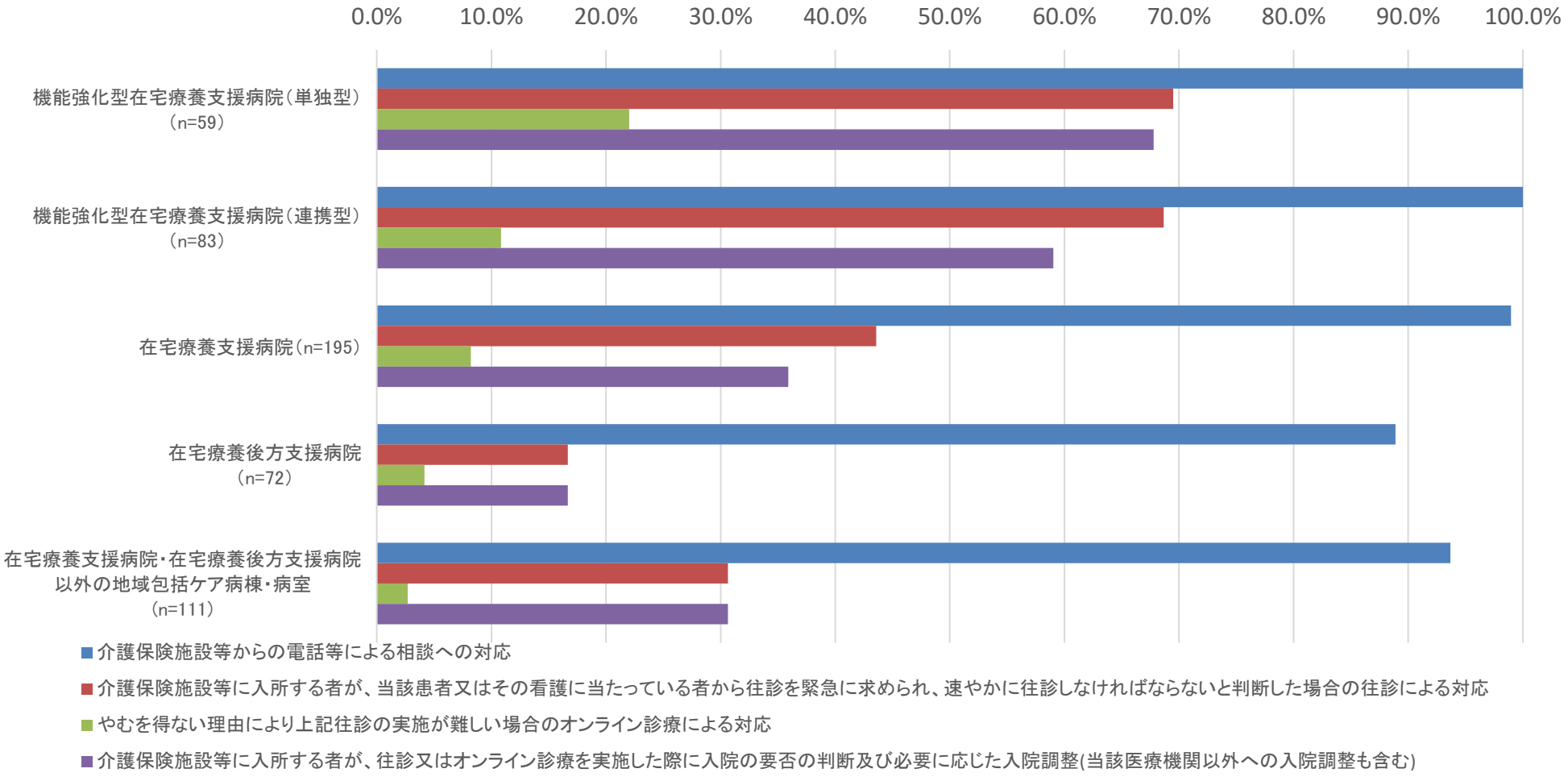


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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

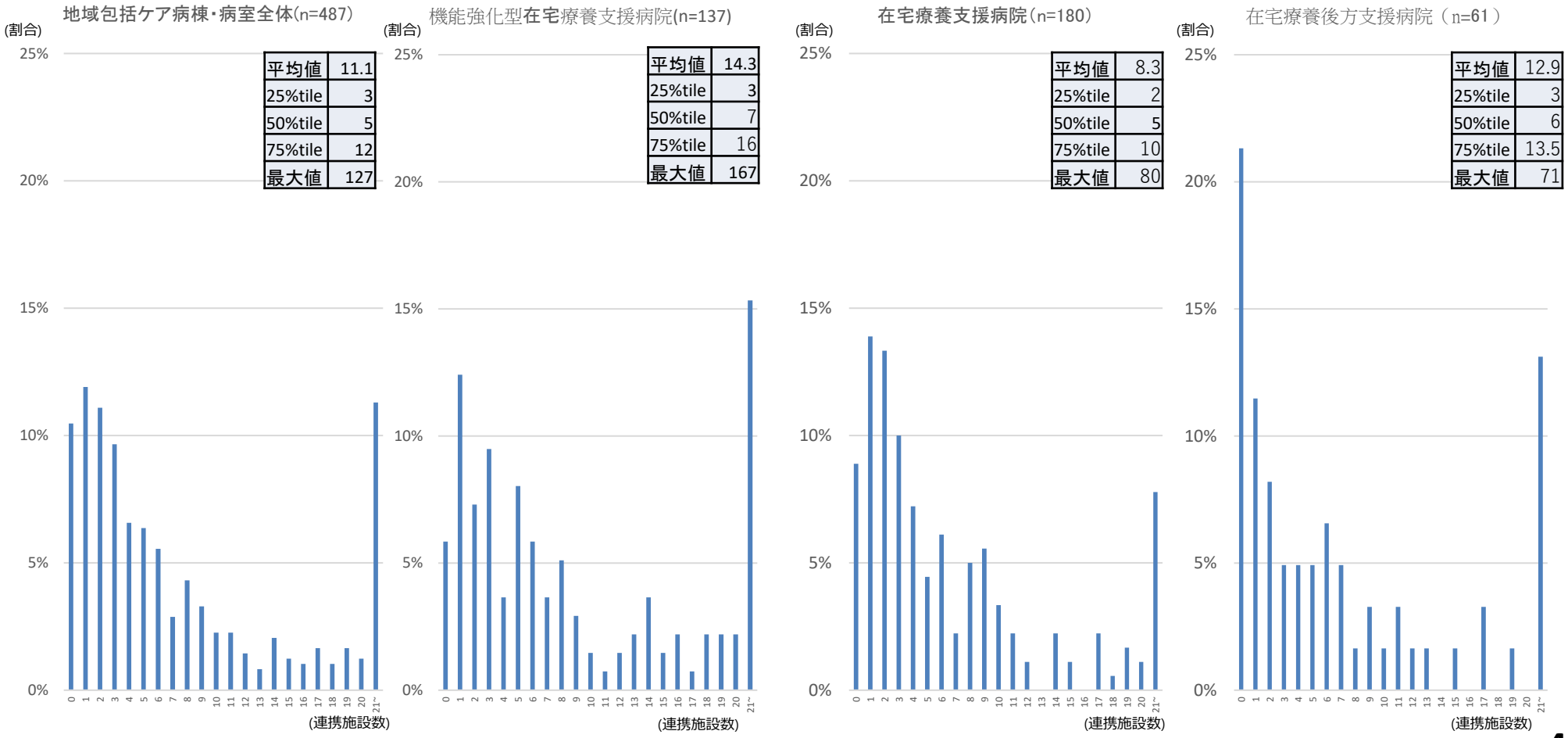


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

介護保険施設等との連携に係る状況③

○　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



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

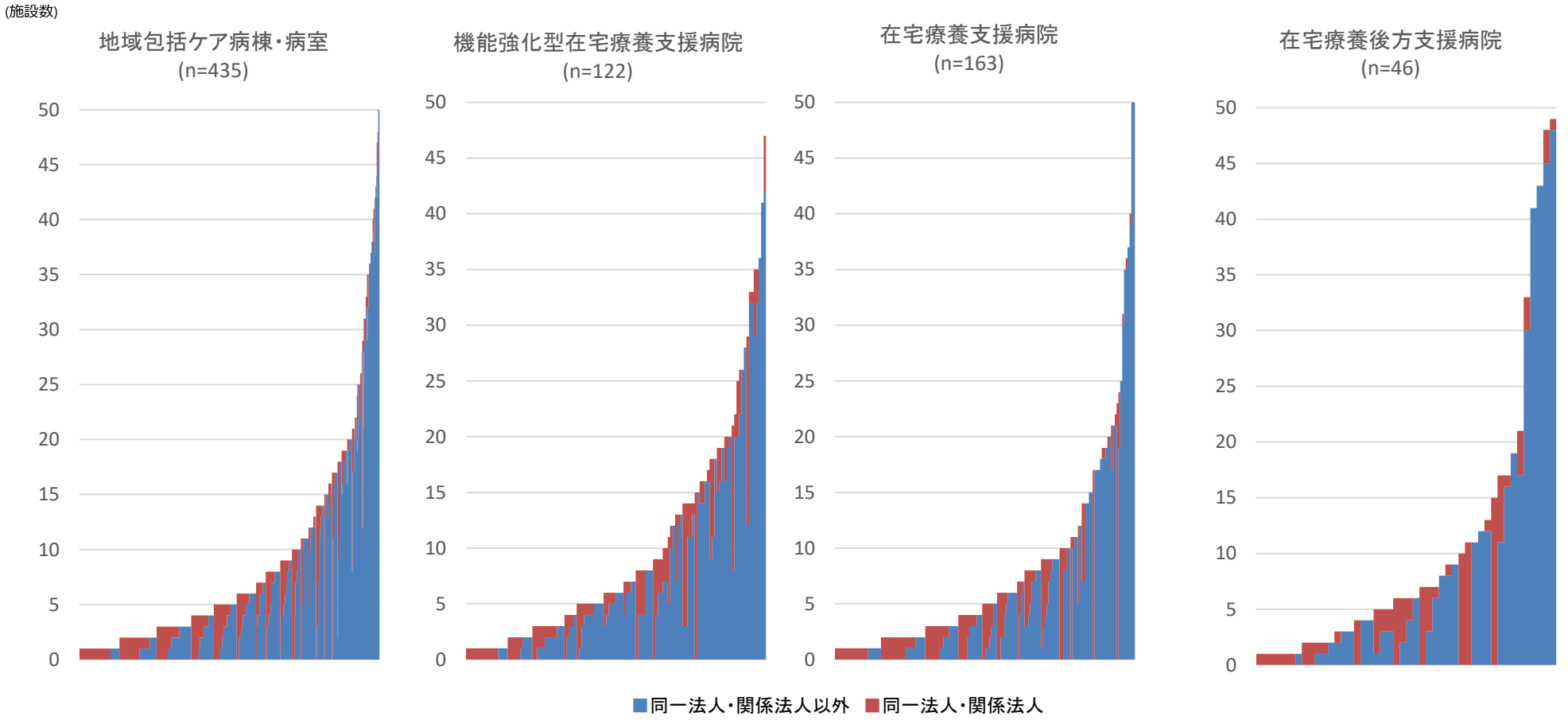
介護保険施設等：介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設、認知症高齢者グループホーム

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、機能強化型在支病：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　）



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

介護保険施設等：介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設、認知症高齢者グループホーム

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

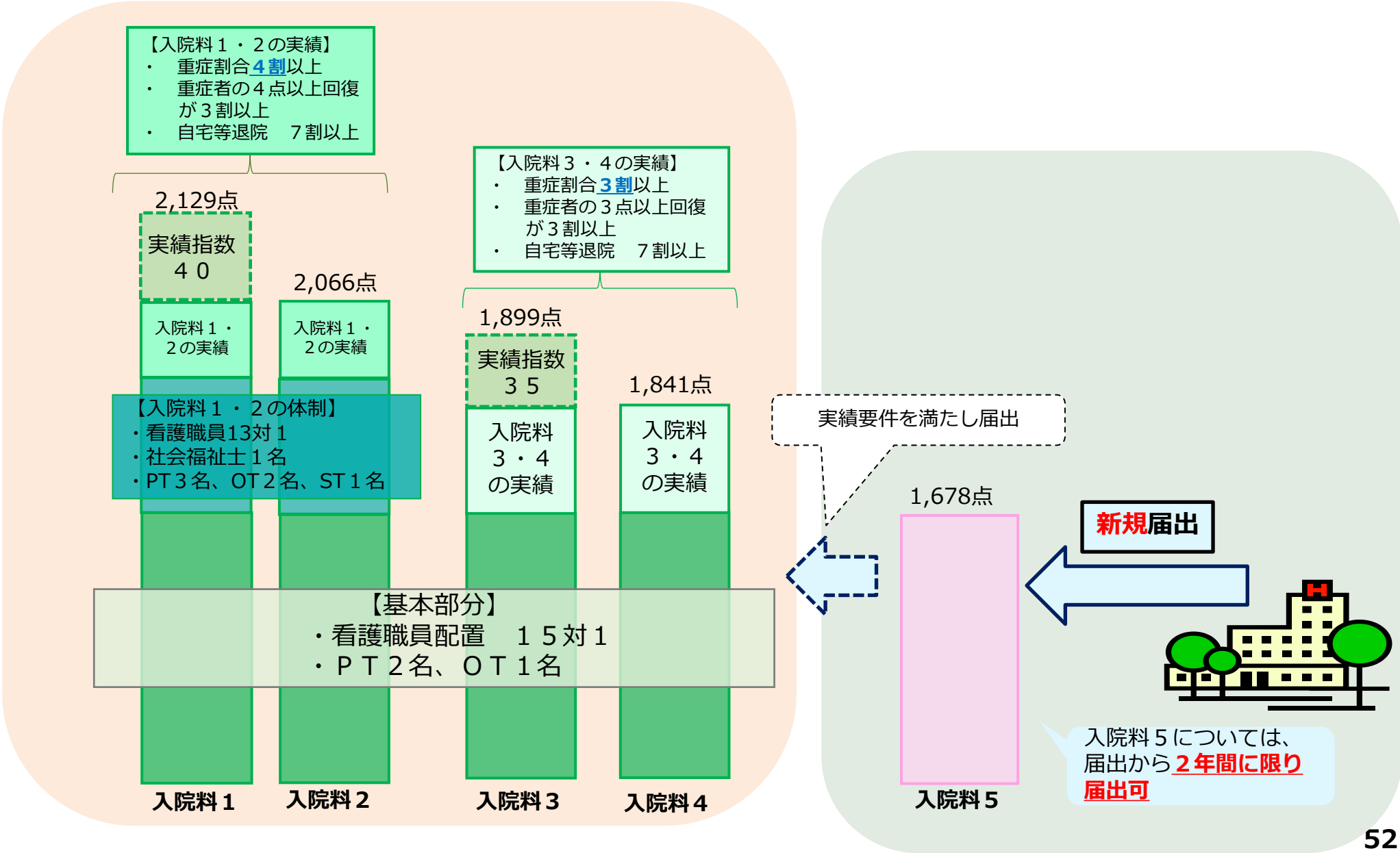
10. 情報通信機器を用いた診療について

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）



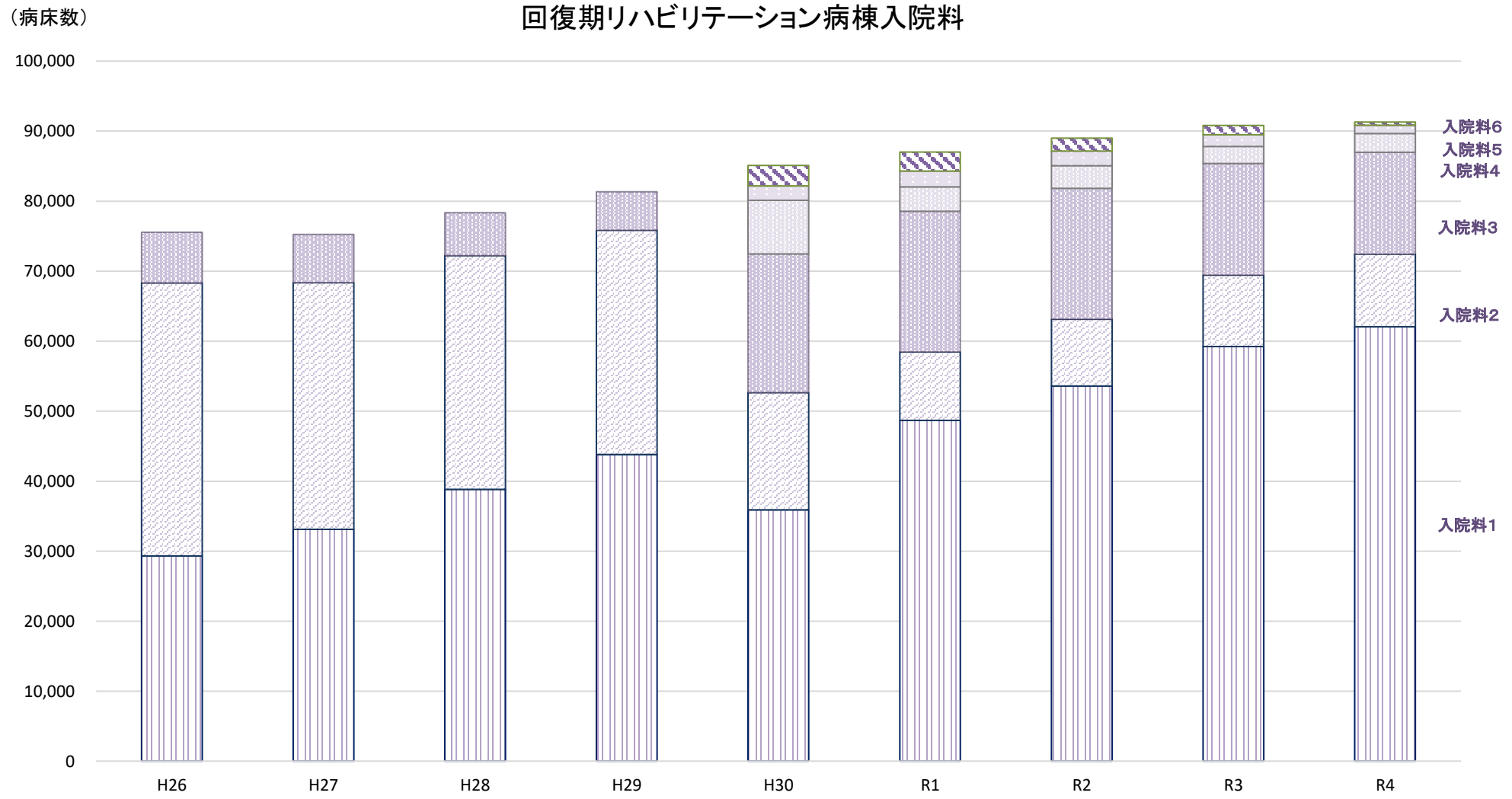
回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	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	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
看護補助者	３０対１以上				
リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１名以上		
社会福祉士	専任常勤１名以上		－		
管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
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→４割以上		２割以上→３割以上		－
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。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

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。

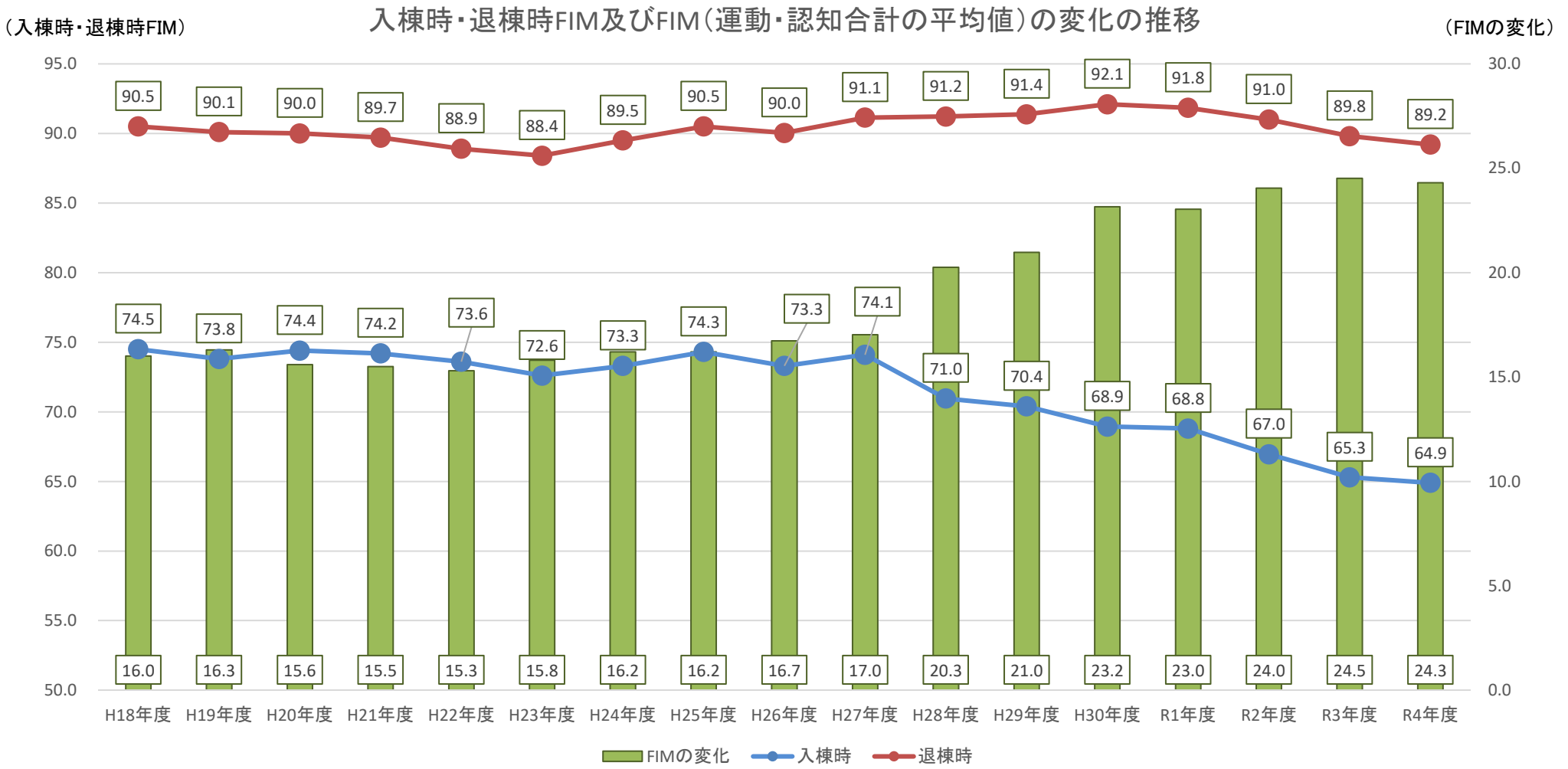
Functional Independence Measure（FIM）

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	排尿コントロール	ベッド・椅子・車椅子	歩行・車椅子	理解（聴覚・視覚）	社会的交流
整容	排便コントロール	トイレ	階段	表出（音声・非音声）	問題解決
清拭		浴槽・シャワー			記憶
更衣（上半身）					
更衣（下半身）					
トイレ動作					
計42～６点	計14～２点	計21～３点	計14～２点	計14～２点	計21～３点
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

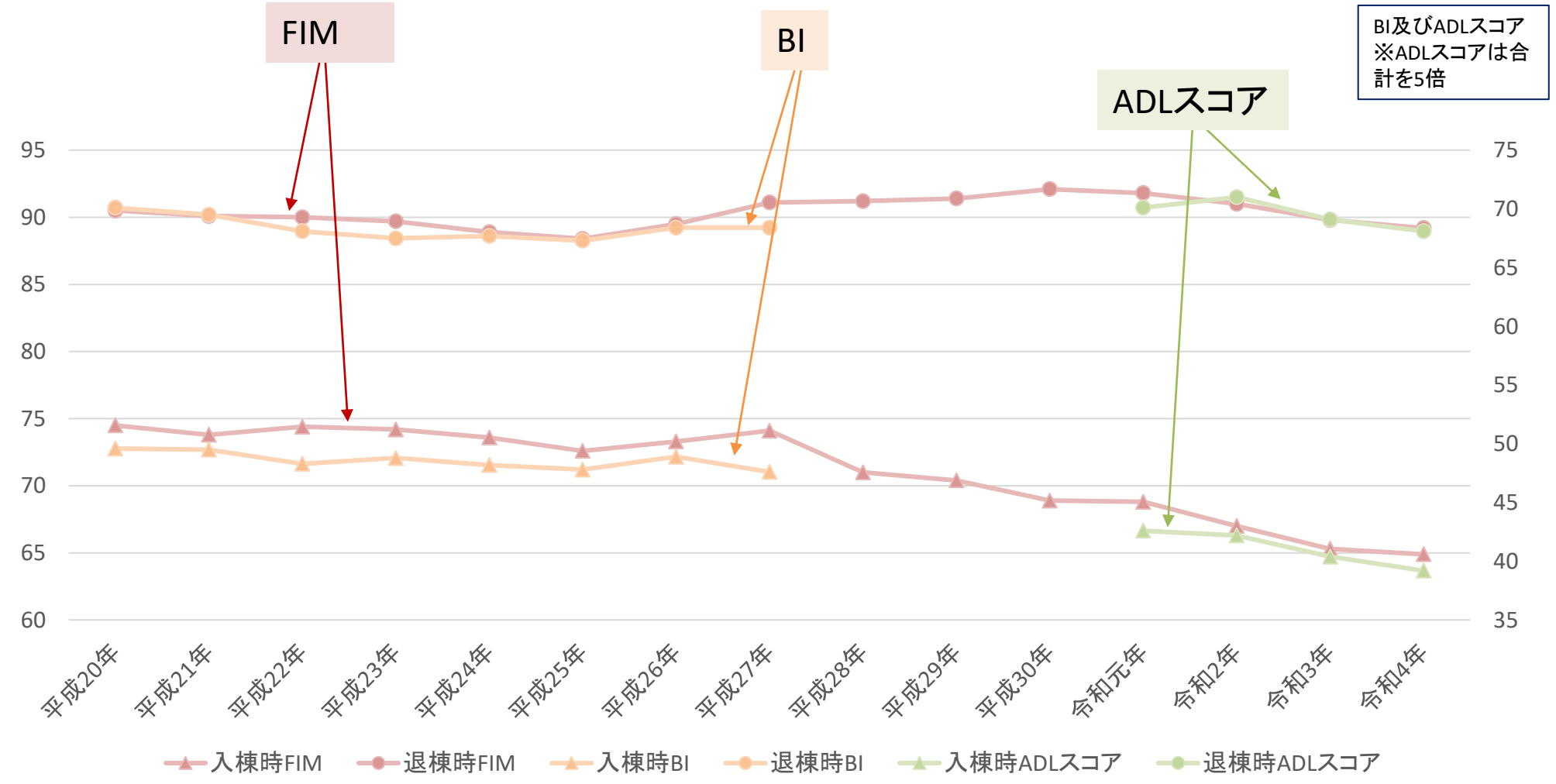
BI（バーセルインデックス）の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから１人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	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できる。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 1 高度の介助を必要とするが、座っていられる。	0 座位バランス困難	9
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できる。	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
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

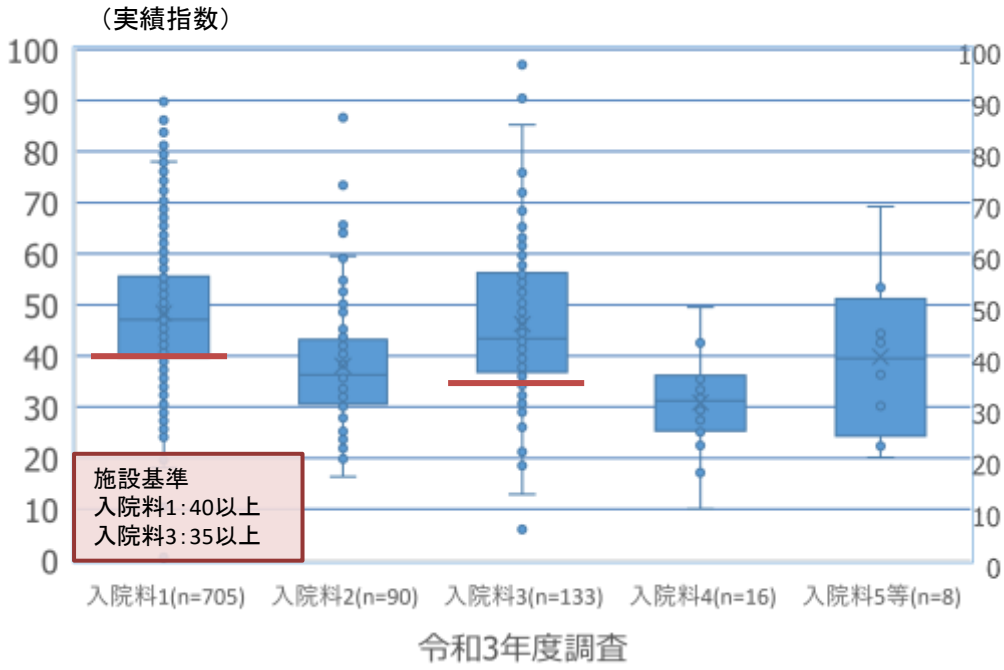
○　入退棟時FIMと入退棟時BI及び入退棟時ADLスコアの年次推移は以下のとおり。
○　BI及びADLスコアでも同様の低下傾向を認めた。

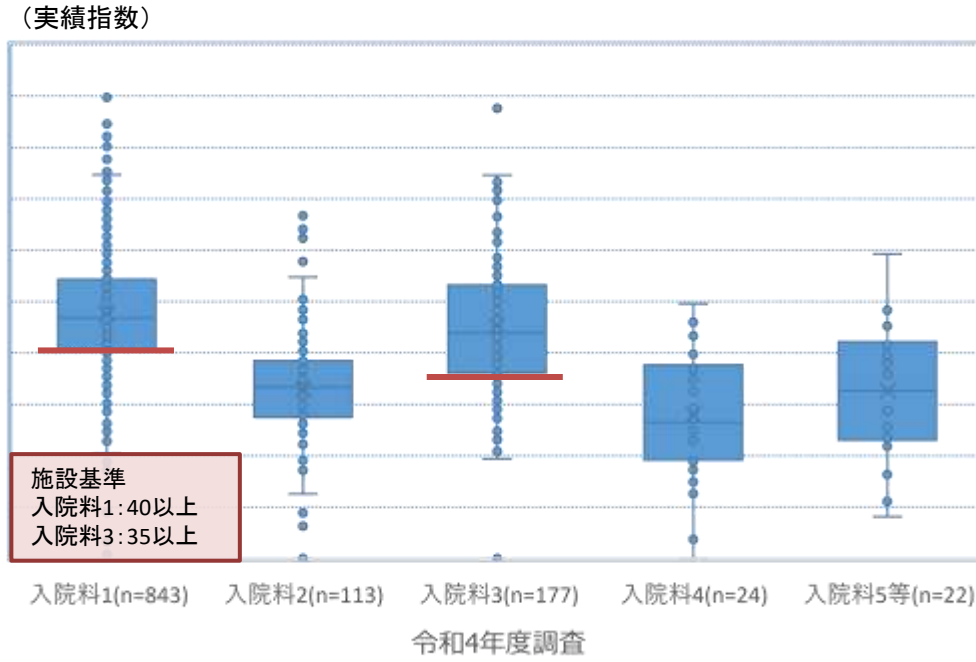


出典：FIM及び2015年までのBIについては一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）
令和元年以降のADLスコアについてはDPCデータより（令和4年度診療分のみ4～6月、令和元年～3年診療分は当年4月～翌年3月まで）

実績指数について

○　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

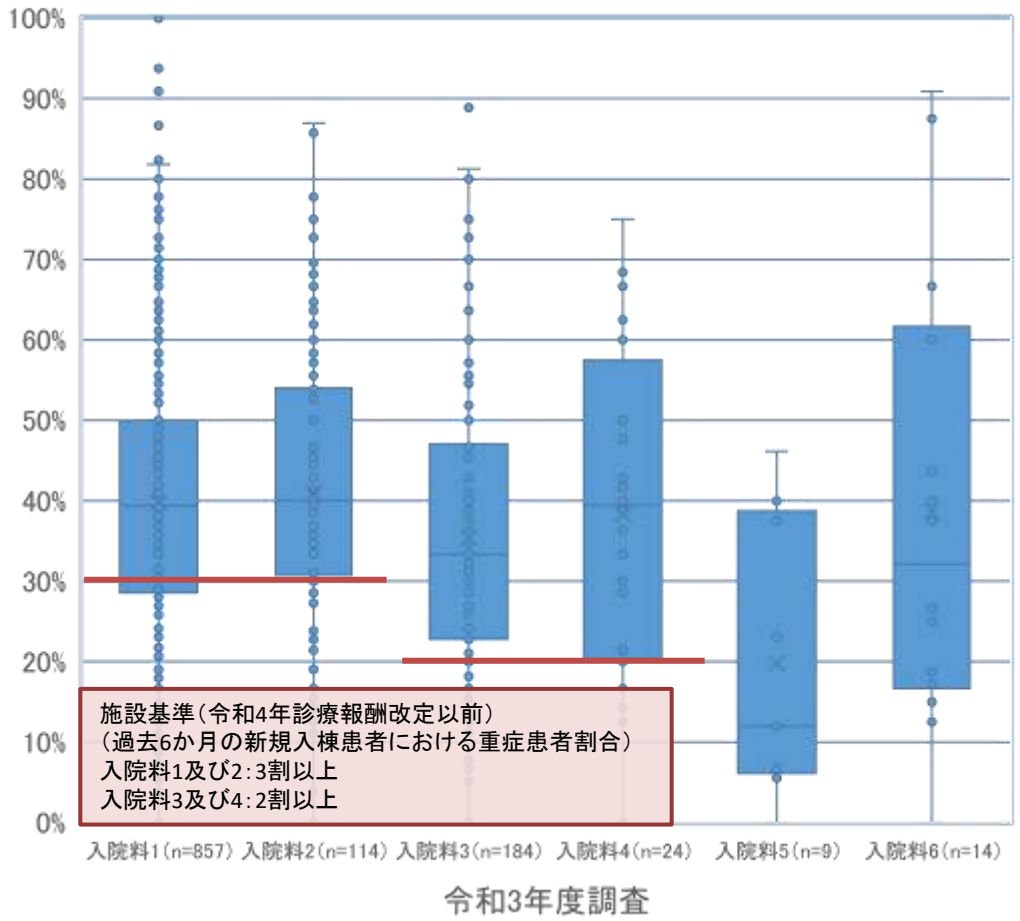
○　3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

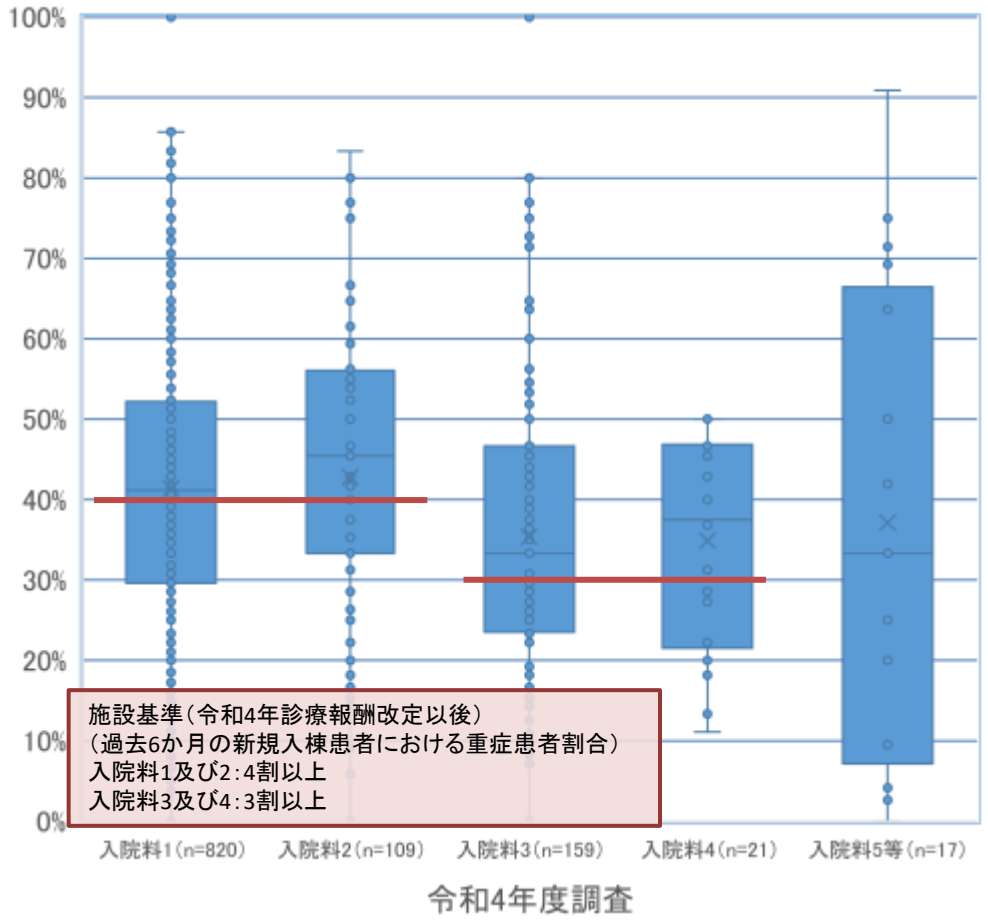
$$\text{実績指数} = \frac{\text{（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）}}{\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)}$$

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
（2021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」及び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」）

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。





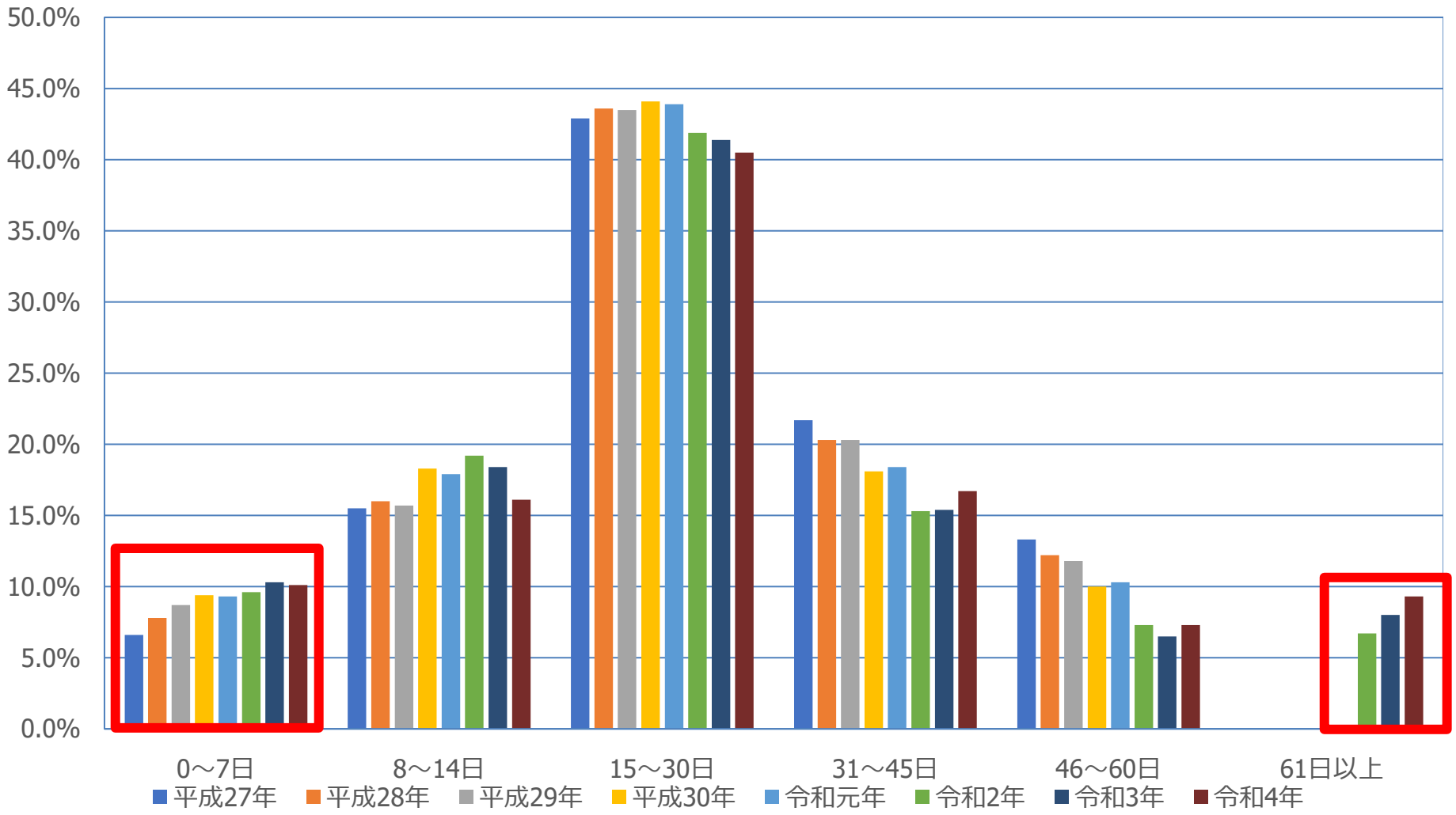
※FIMによる重症患者：FIMが55点以下の患者

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
（2021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」及び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」）

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

診調組　入－1参考
5　．　9　．　6

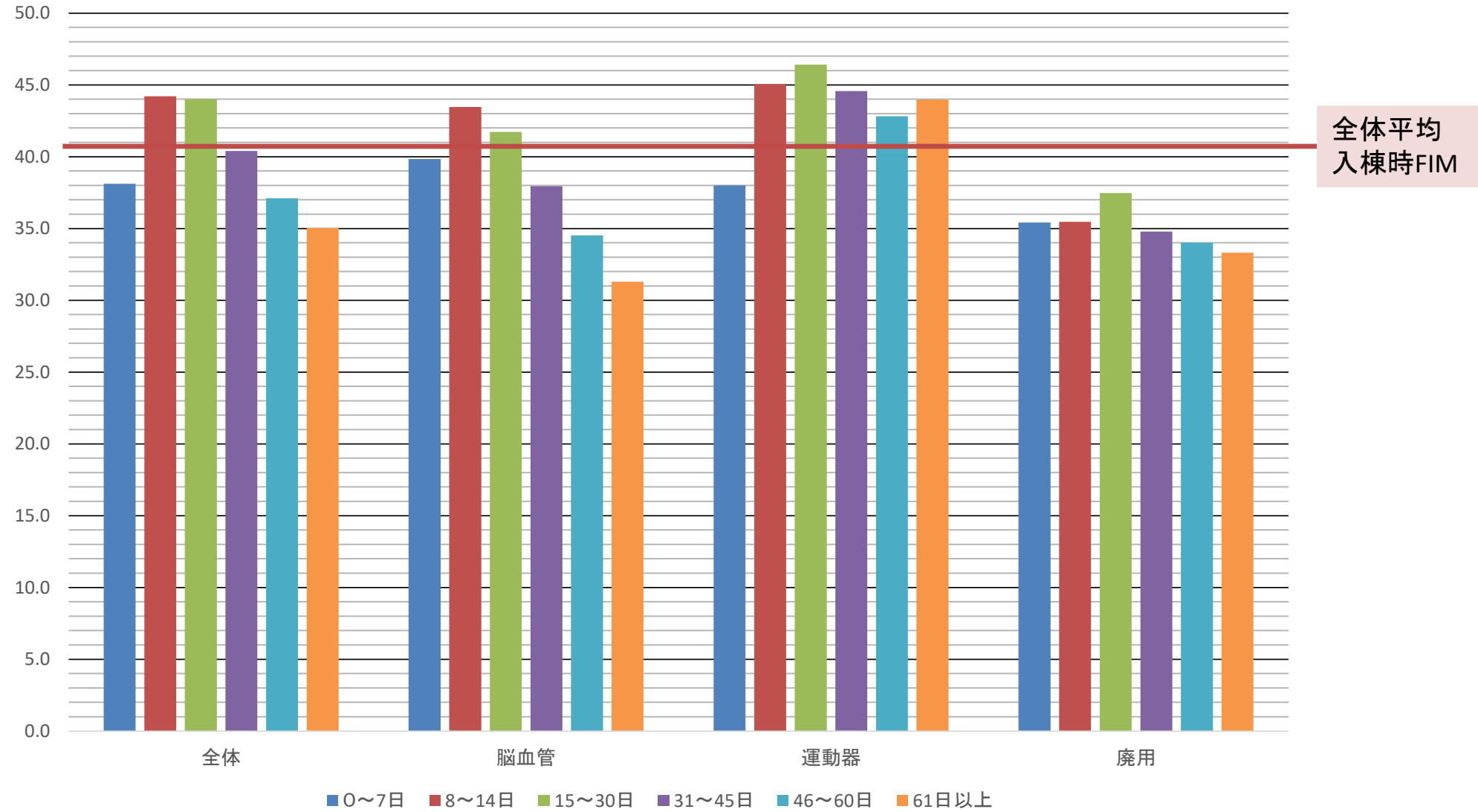
○　発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移は以下のとおり。
○　発症早期の患者と発症後61日以上の患者が増加傾向であった。



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。

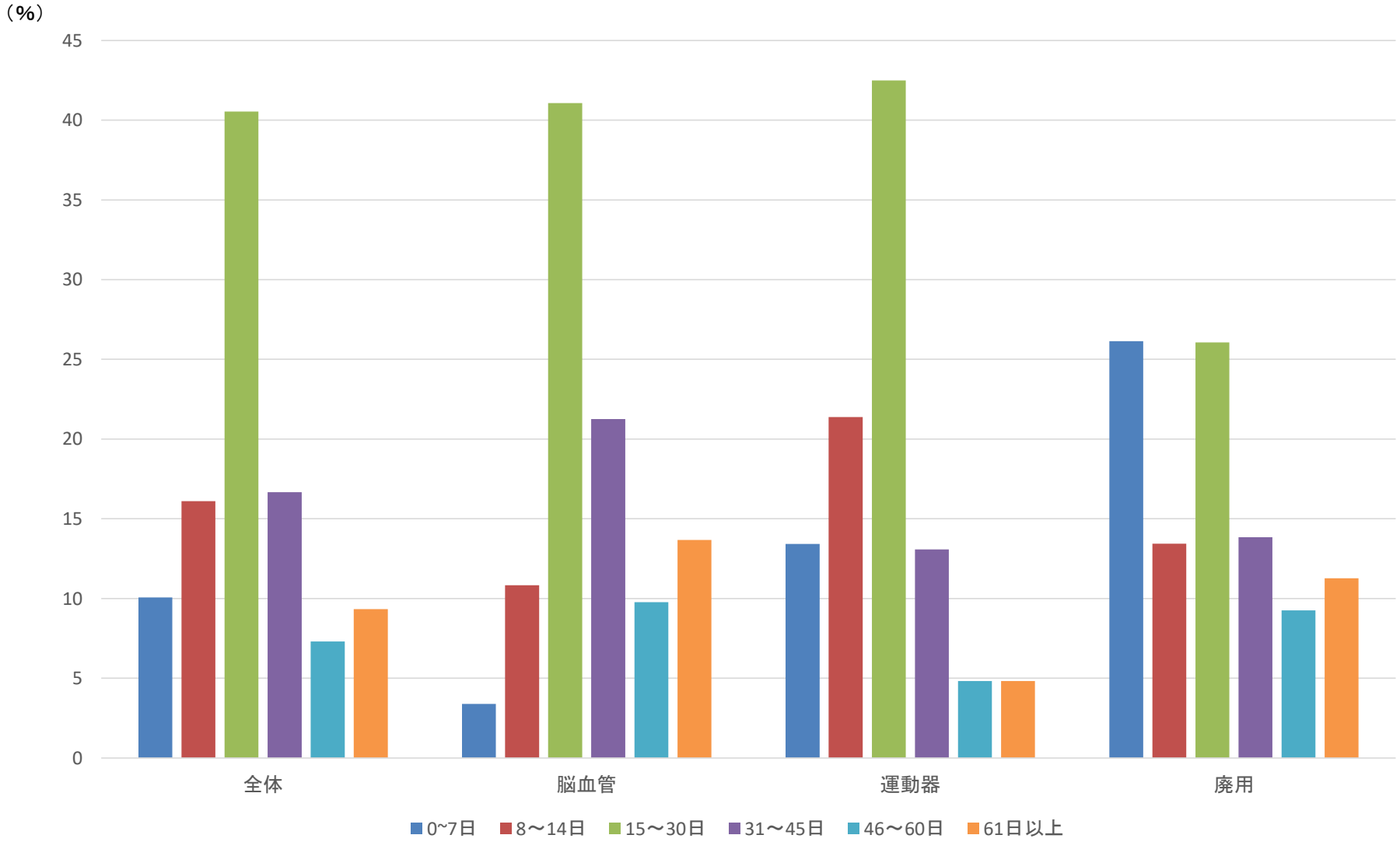


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

発症から入棟までの日数と患者割合について

診調組　入－1参考
5　.　9　.　6

○　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。

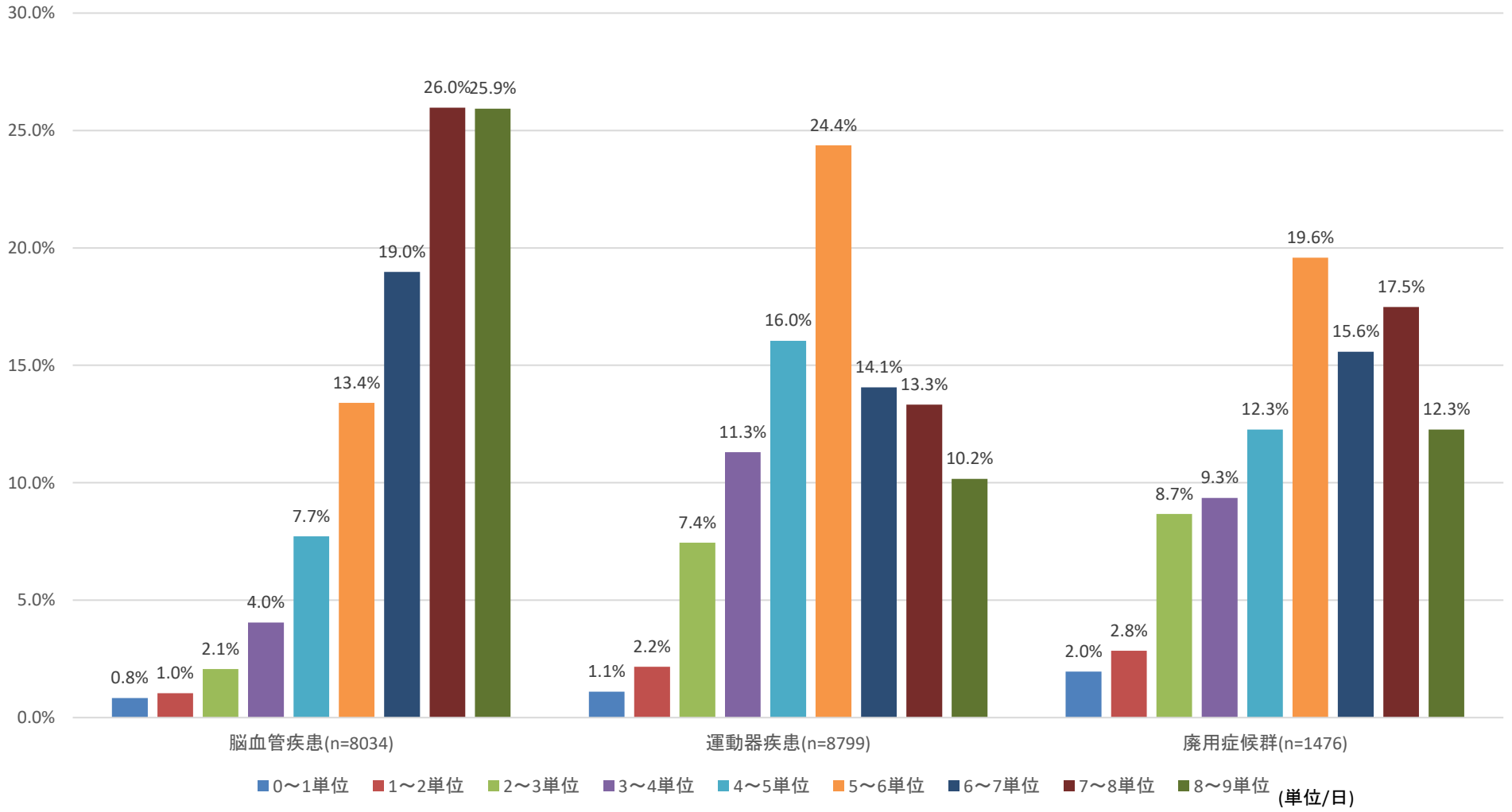


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

リハ提供単位毎の分布

診調組　入－1参考
5　.　9　.　6

○　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。

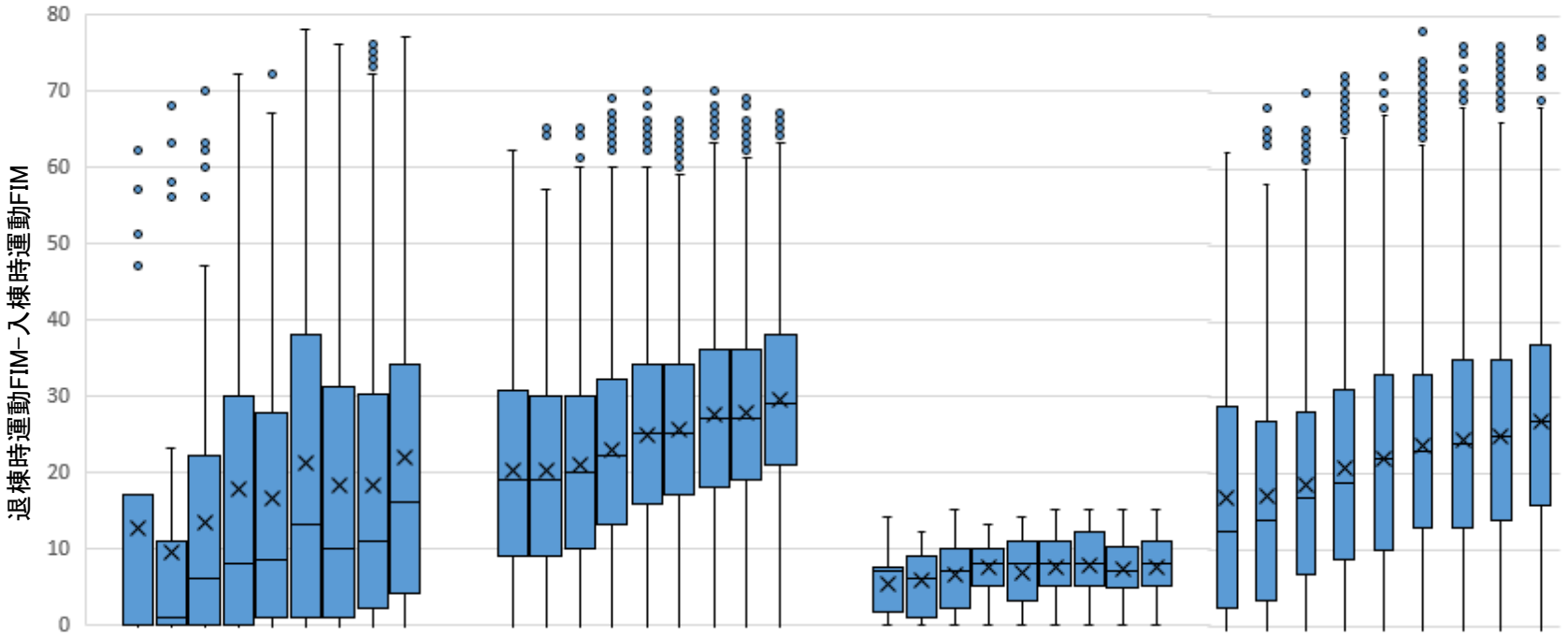


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（全疾患）

診調組　入－1参考
5．9．6

○ 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。



単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	27	47	139	252	332	468	481	530	459

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
92	175	604	942	1466	2517	1937	2376	2204

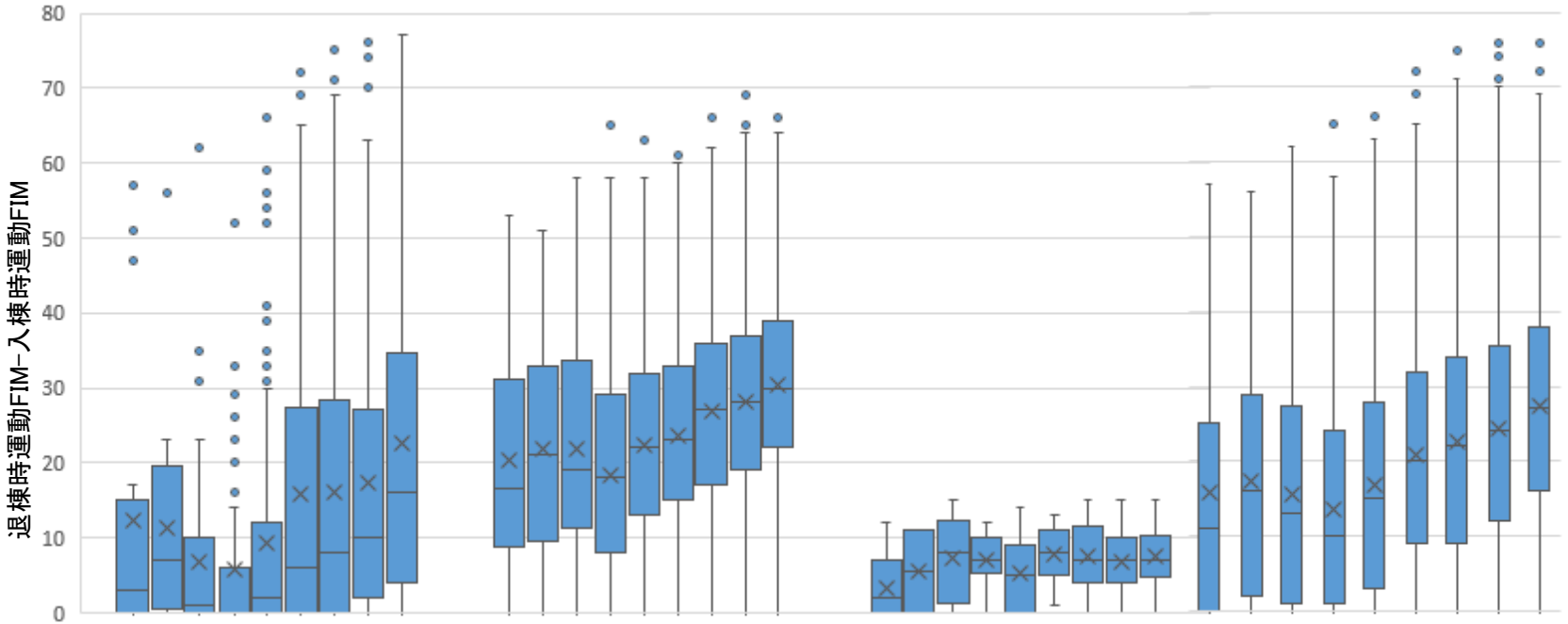
0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
17	15	47	76	150	163	146	162	165

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
136	237	790	1270	1948	3148	2564	3068	2828

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（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。



単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	16	17	37	79	142	210	318	396	364

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
26	28	60	153	302	631	813	1243	1329

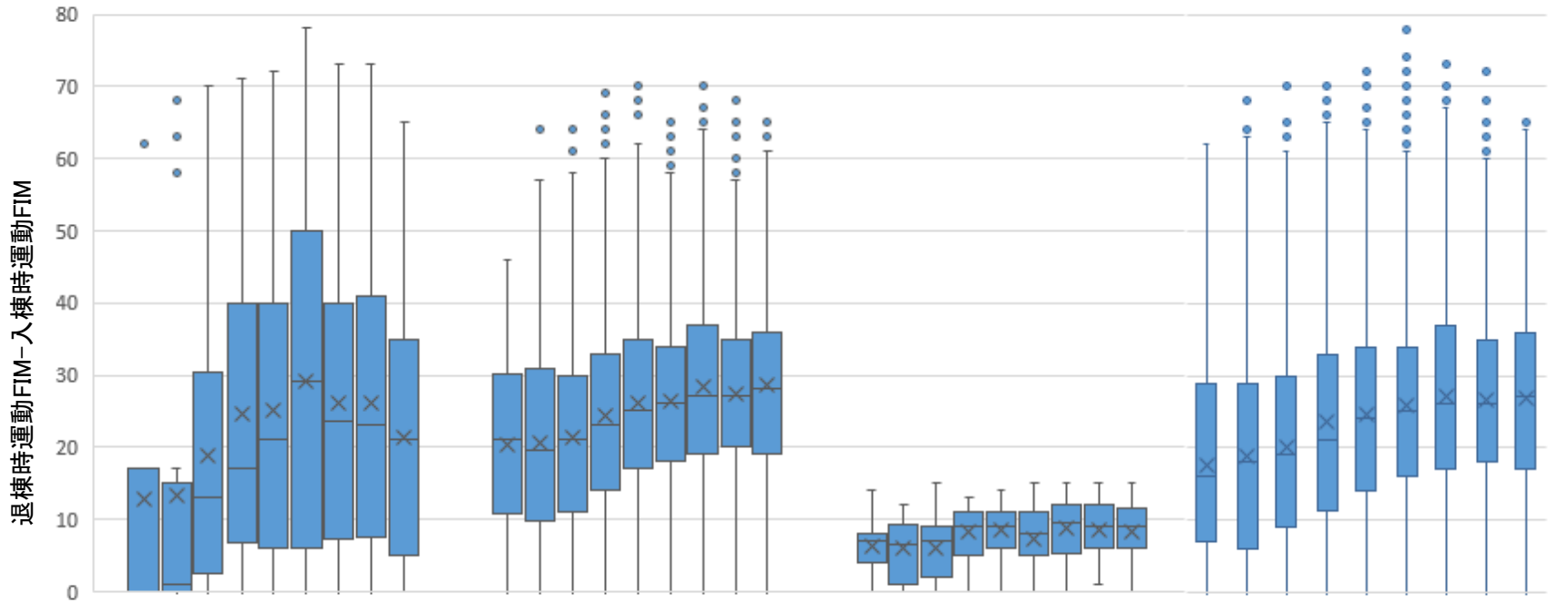
0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
5	2	8	20	47	45	85	106	106

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
50	47	107	258	506	901	1235	1768	1836

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（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。



入棟時運動FIM20以下

単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	7	17	77	138	155	197	108	85	59

入棟時運動FIM21～75

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
54	130	446	683	1024	1674	965	945	715

入棟時運動FIM76以上

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
11	10	35	43	82	96	52	41	49

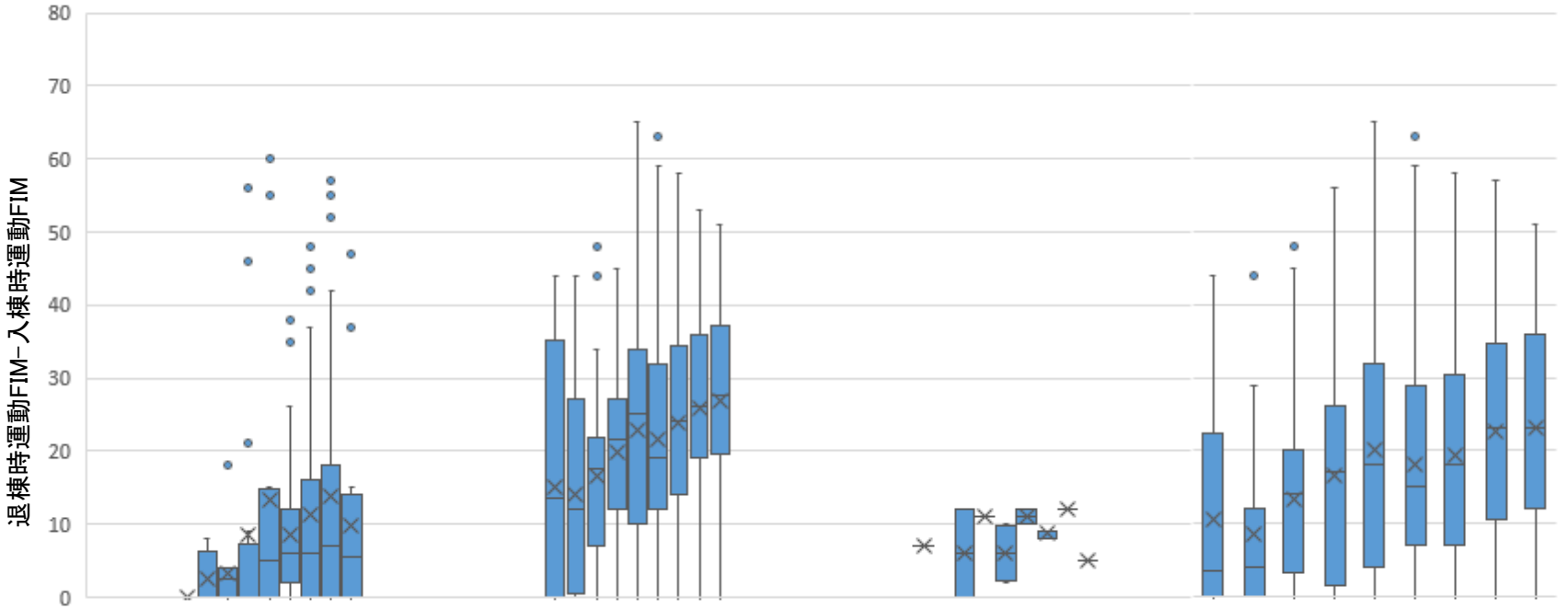
全体

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
73	158	582	886	1281	1997	1154	1089	836

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。



入棟時運動FIM20以下

単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	3	8	10	16	12	31	29	28	18

入棟時運動FIM21～75

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
8	9	36	40	51	85	61	79	66

入棟時運動FIM76以上

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
1	0	2	1	4	2	3	1	1

全体

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
12	17	49	60	71	123	94	108	86

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」）

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り、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。

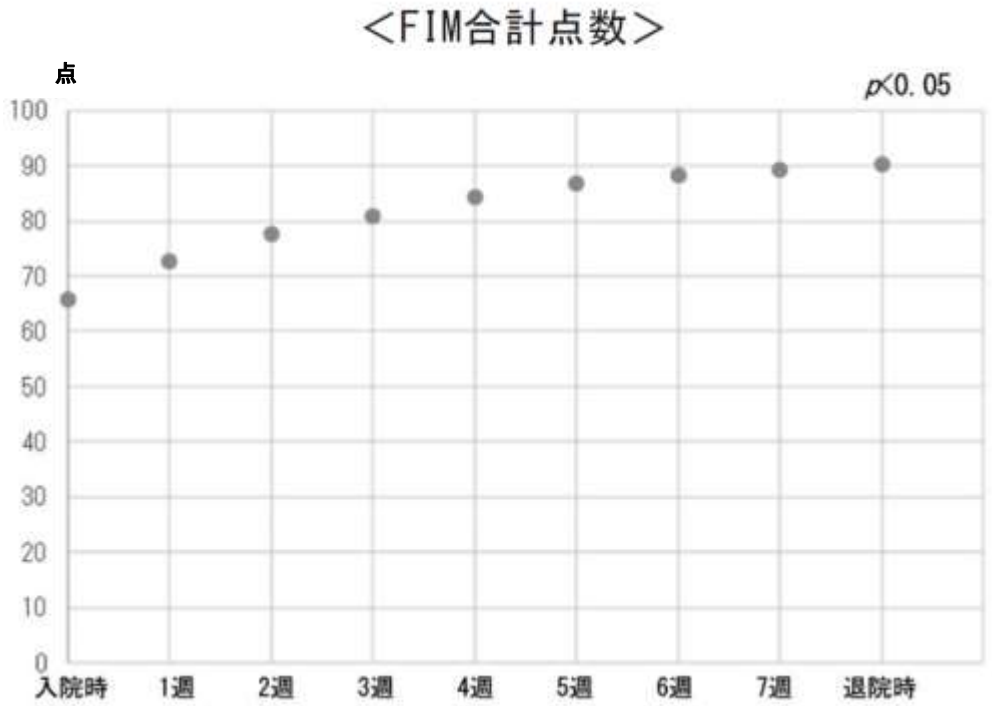
様式1で提出するデータ （主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成）

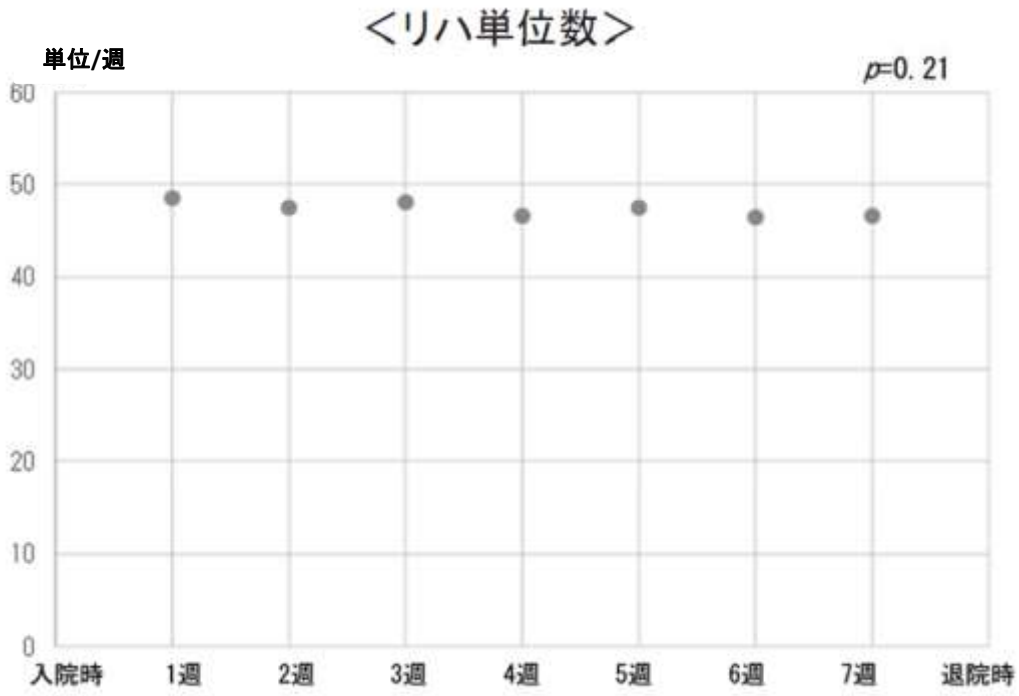
性別	ADL（入院時、退院時）
郵便番号	FIM（回リハ病棟で、入退棟時）
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS（入院時、退院時）
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の急性期重症度分類
診療科	自傷行為・自殺企図の有無
病棟	産科患者情報　等
身長	

入院後の週数とFIMの変化について（脳血管疾患）

○　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）





※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

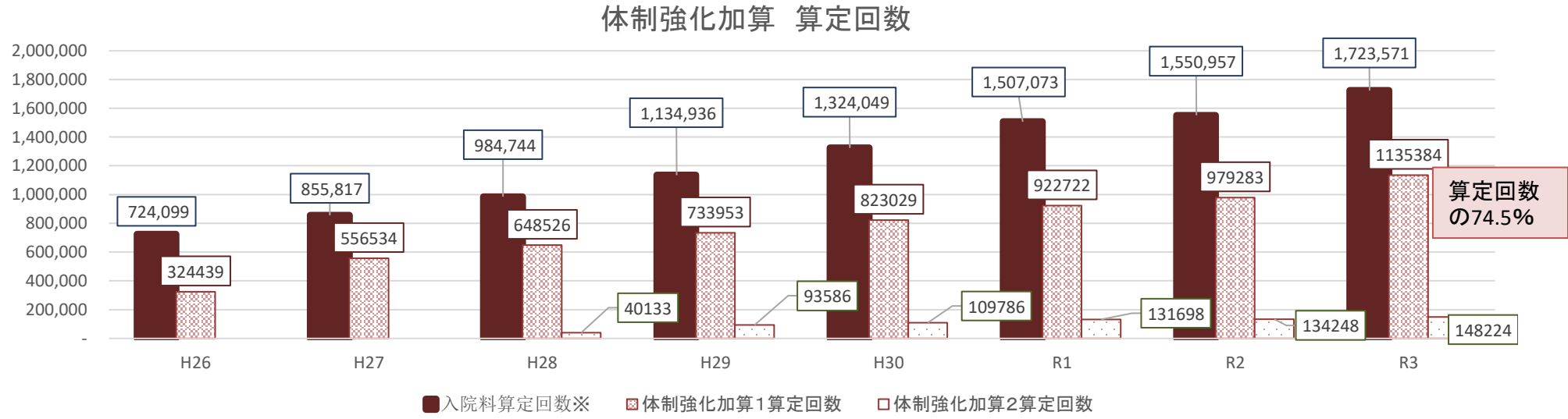
石森卓矢：回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション料包括化に関する検討,社会保険旬報．No.2896：6-12, 2023

体制強化加算の概要

A308　注4　体制強化加算1（1日につき）　200点
**　　体制強化加算2（1日につき）　120点**

【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。

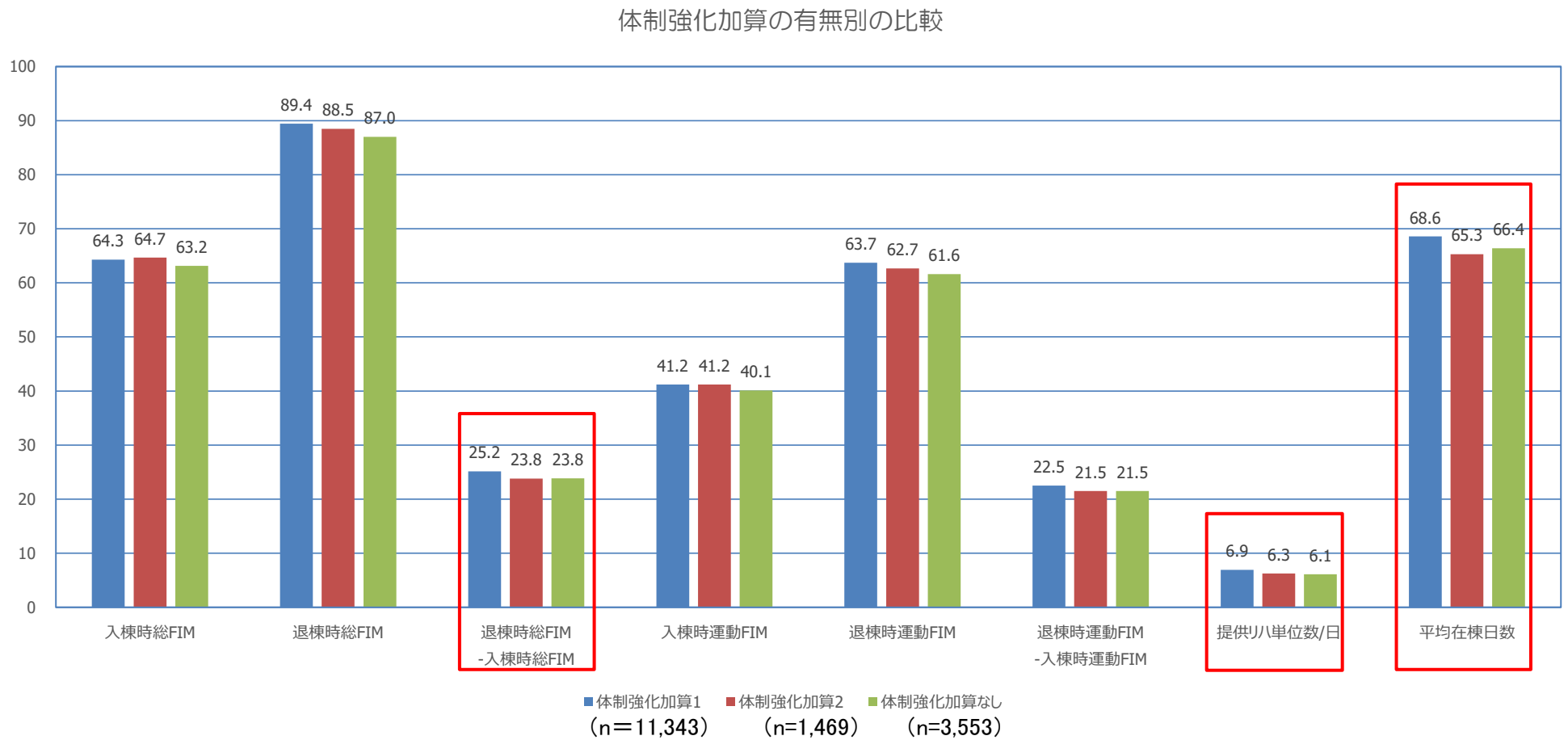
※　体制強化加算２については専従の常勤医師を2名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。
　①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
　②病棟外業務をする２名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
　③週のうち32時間以上において、当該２名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
　④当該２名の医師は、いずれも当該病棟業務に週８時間以上従事していること。



※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。



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」）

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。

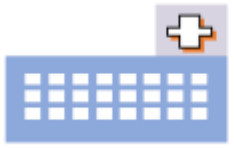
病院機能評価本体審査機能種別の設定
（機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0）R5年4月現在

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）

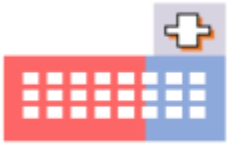
○主たる機能種別の決定
　病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する
　最も病床が多い機能に基づくことを原則とする（医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断）
○副機能について（任意）
　主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる
　副機能は、主たる機能種別と同時あるいは後日（主たる機能種別の認定後）、受審することができる

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



（主たる機能種別）リハビリテーション病院 ■

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



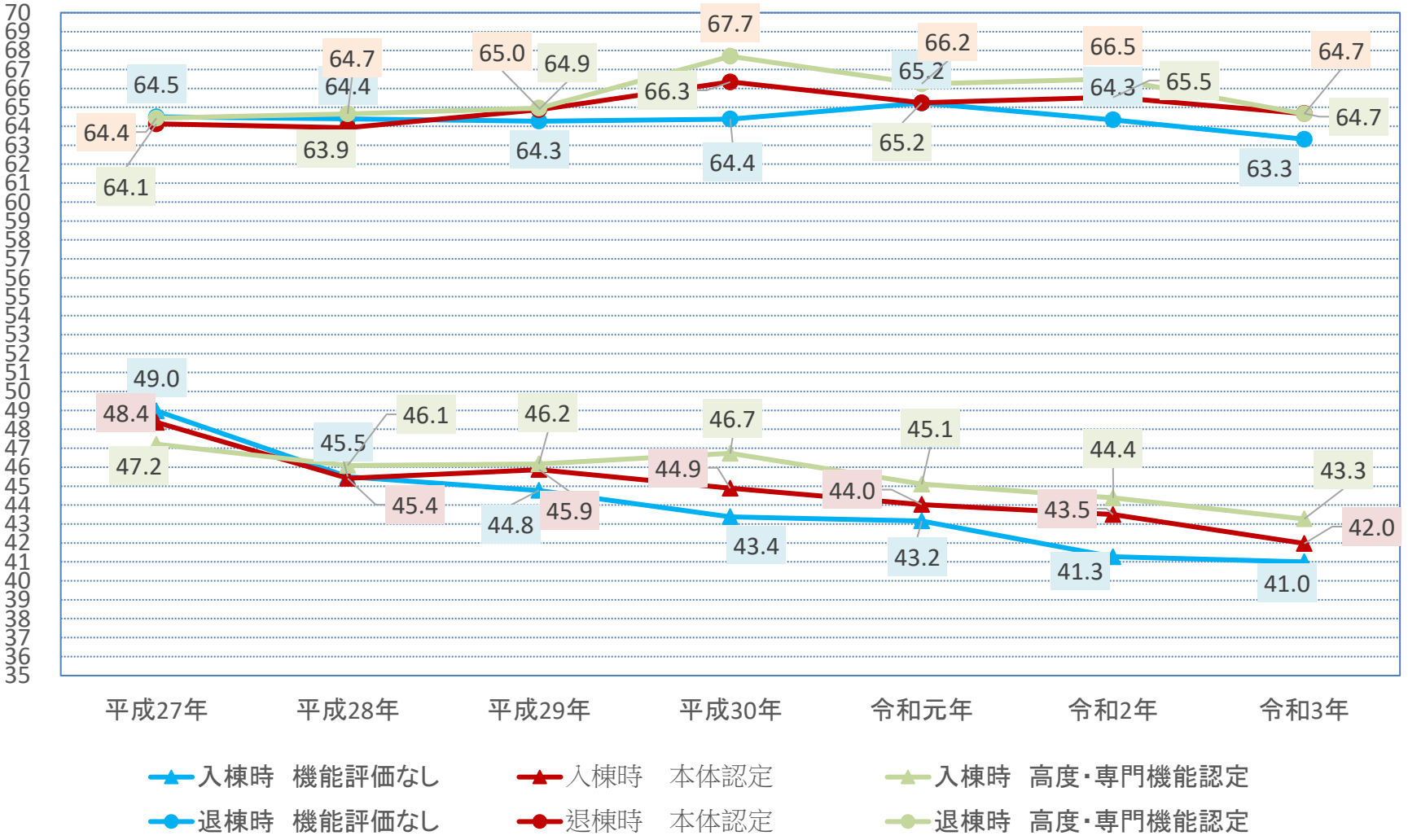
（主たる機能種別）一般病院1 ■
（副機能）リハビリテーション病院 ■

出典：日本医療機能評価機構より提供

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。

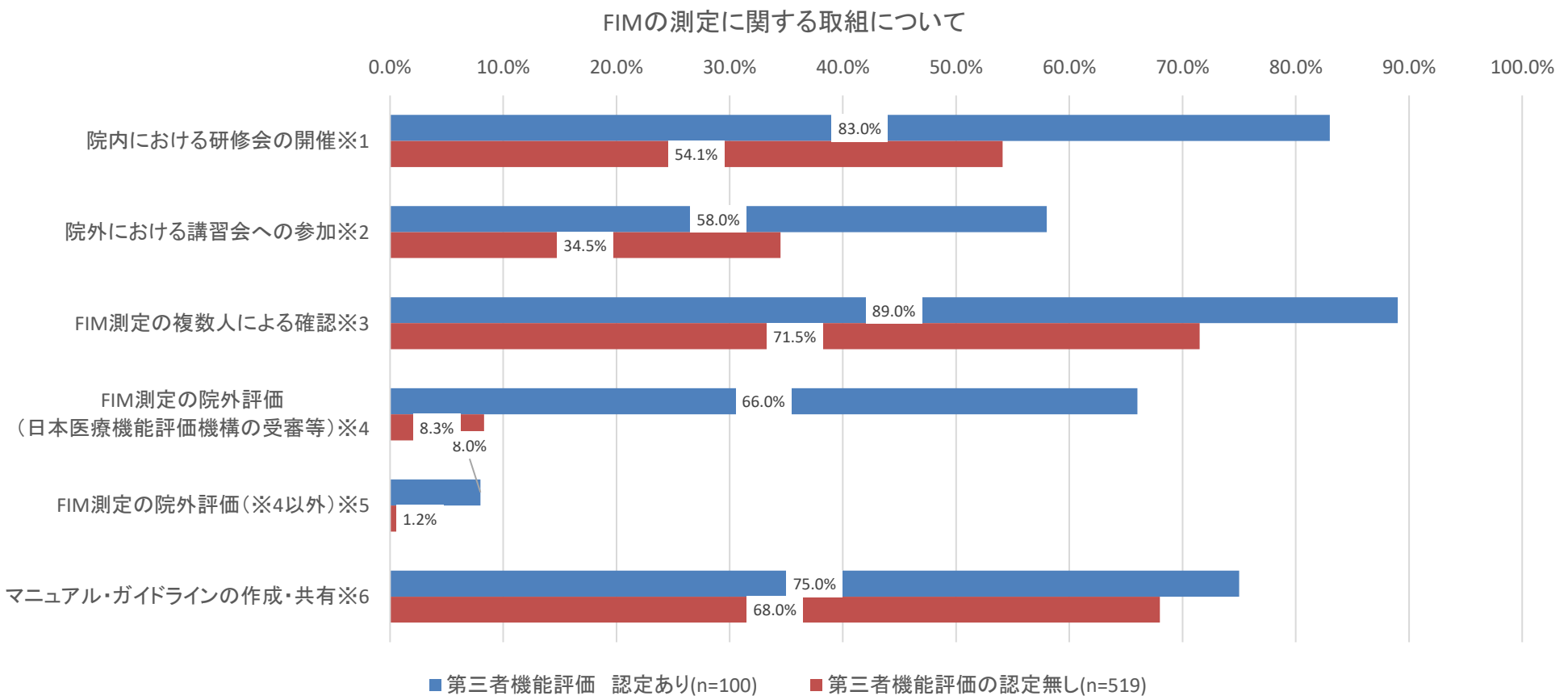
（入棟時・退棟時FIM）



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」）

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。



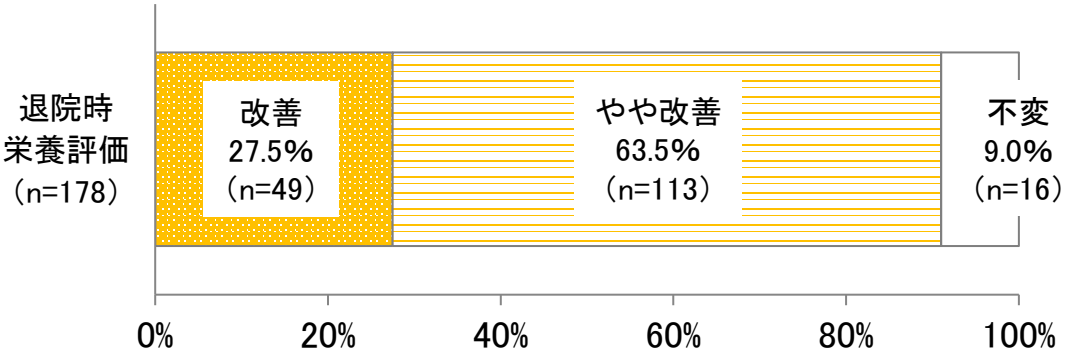
※1　院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に開催している。
※2　院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
※3　FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
※4　FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（日本医療機能評価機構の受審などによるもの）。
※5　FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（※4以外）。
※6　FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）（速報値）　第三者機能評価の認定の有無については保険局医療課調べ

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

○　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。

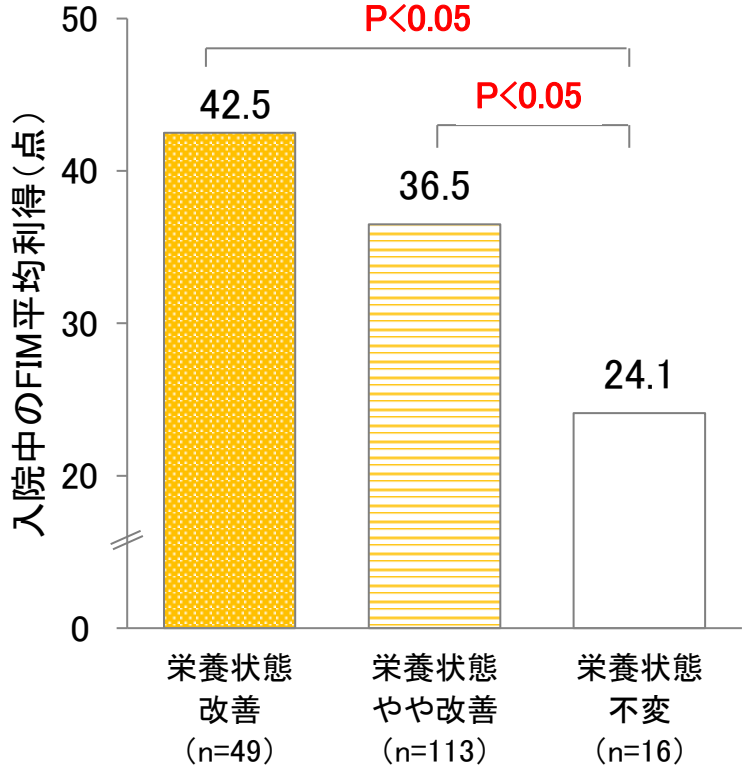
○　栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：　栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF※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®-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

出典：Nishioka S et al. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM：FIM総得点

回復期リハビリテーション病棟における栄養管理の状況

○　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。

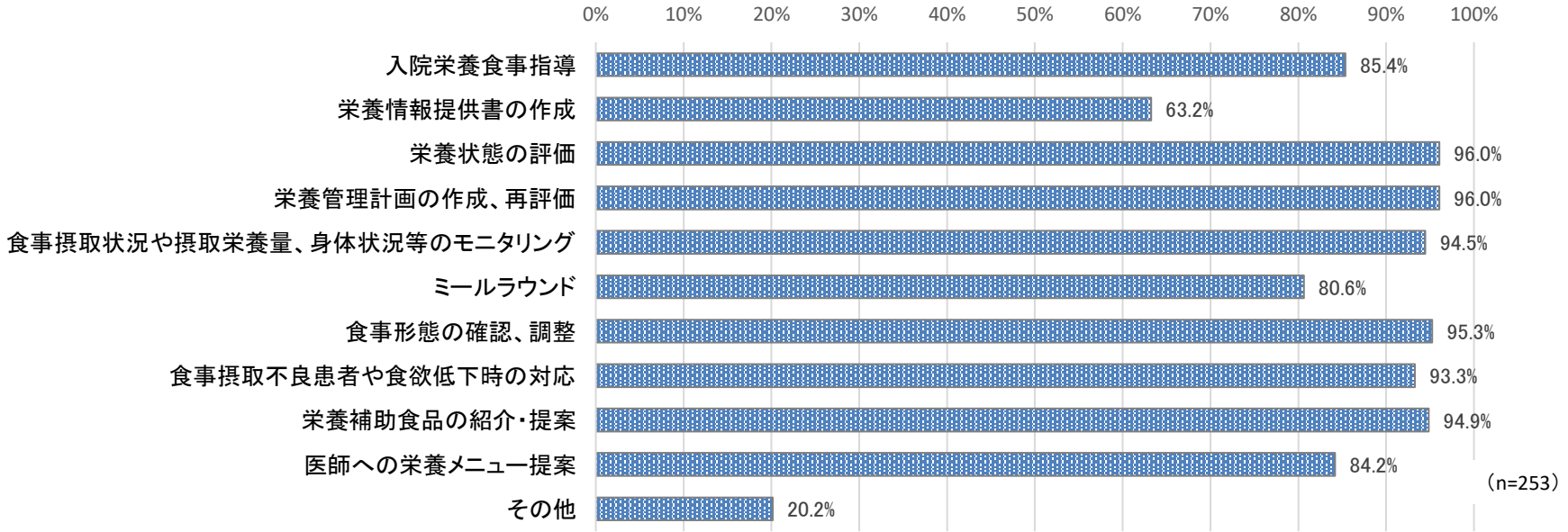
■　回復期リハビリテーション病棟　職員数

	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）	0.9	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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の概要

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**

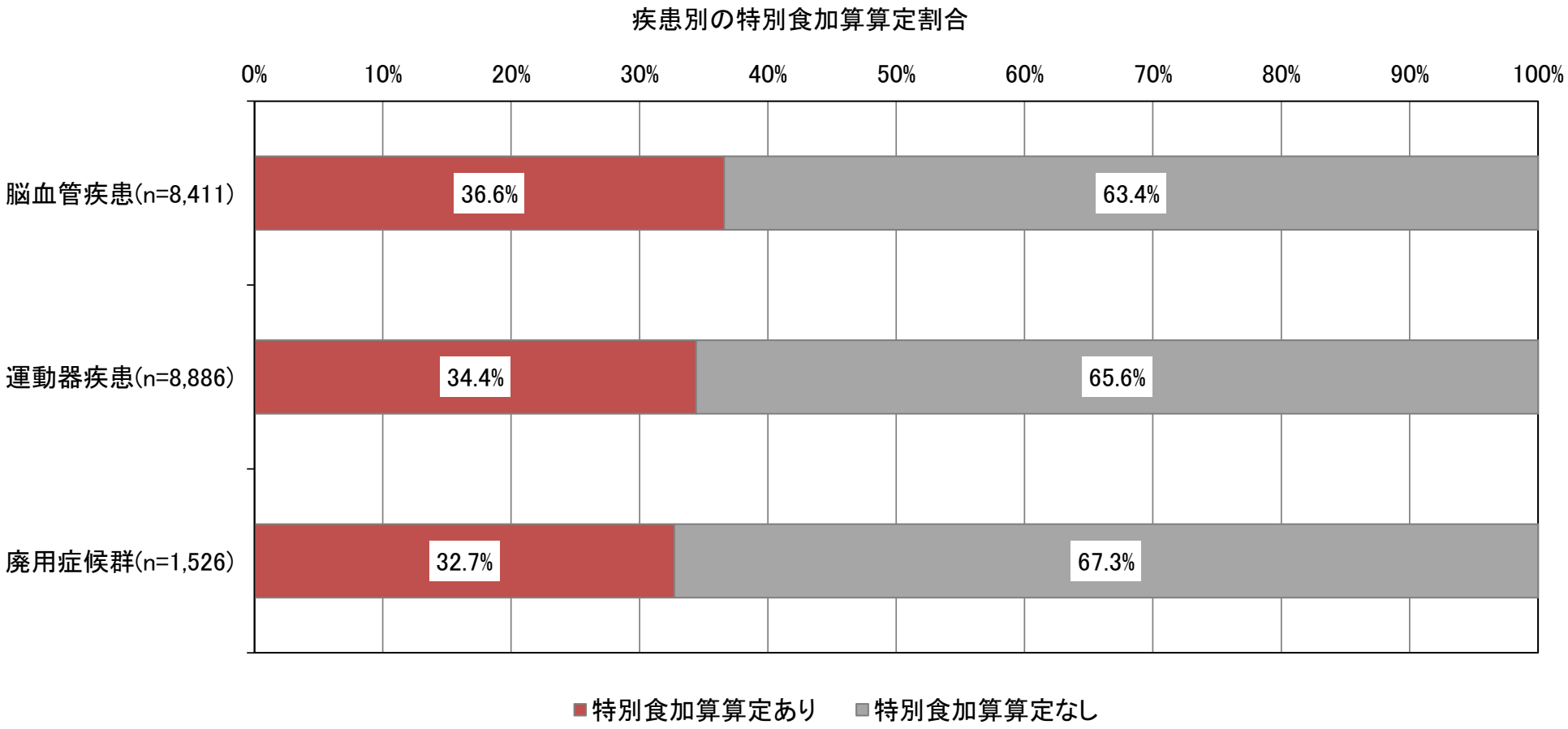
※別表第三

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。



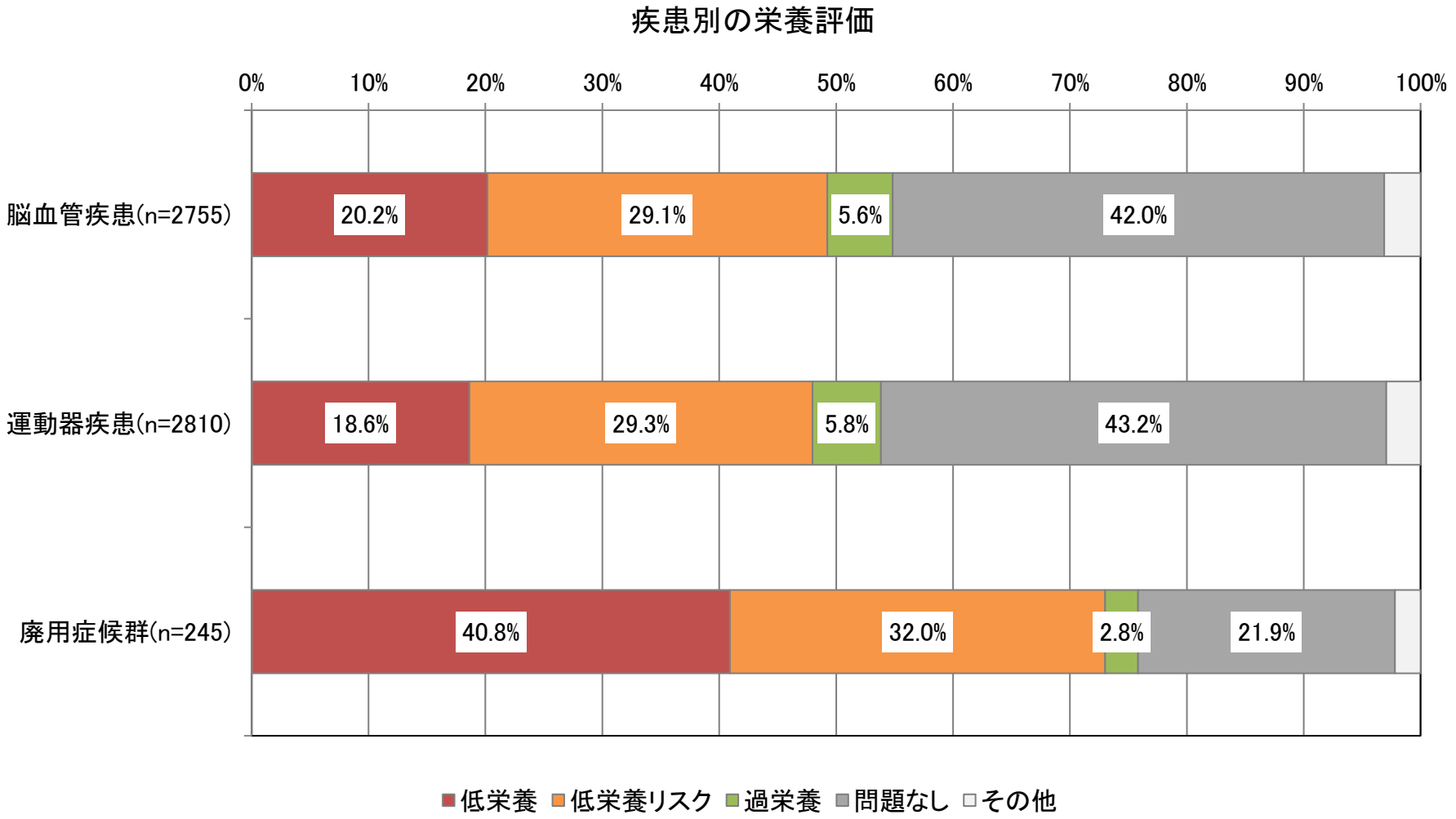
※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

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、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、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。）

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」）

回復期リハビリテーションにおける疾患別の栄養評価

○　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。

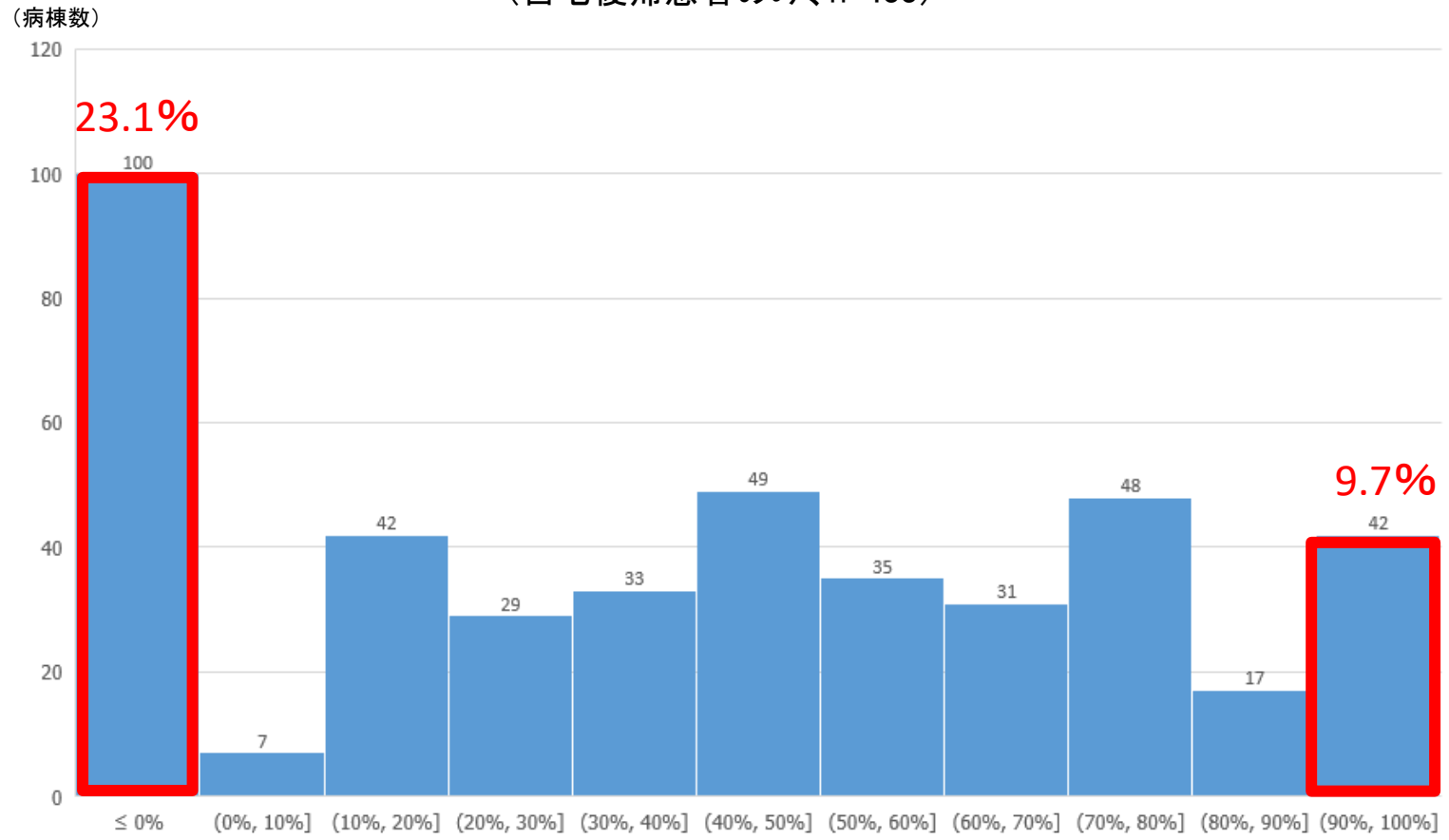


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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

○　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）



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」）

摂食嚥下支援加算の見直し②

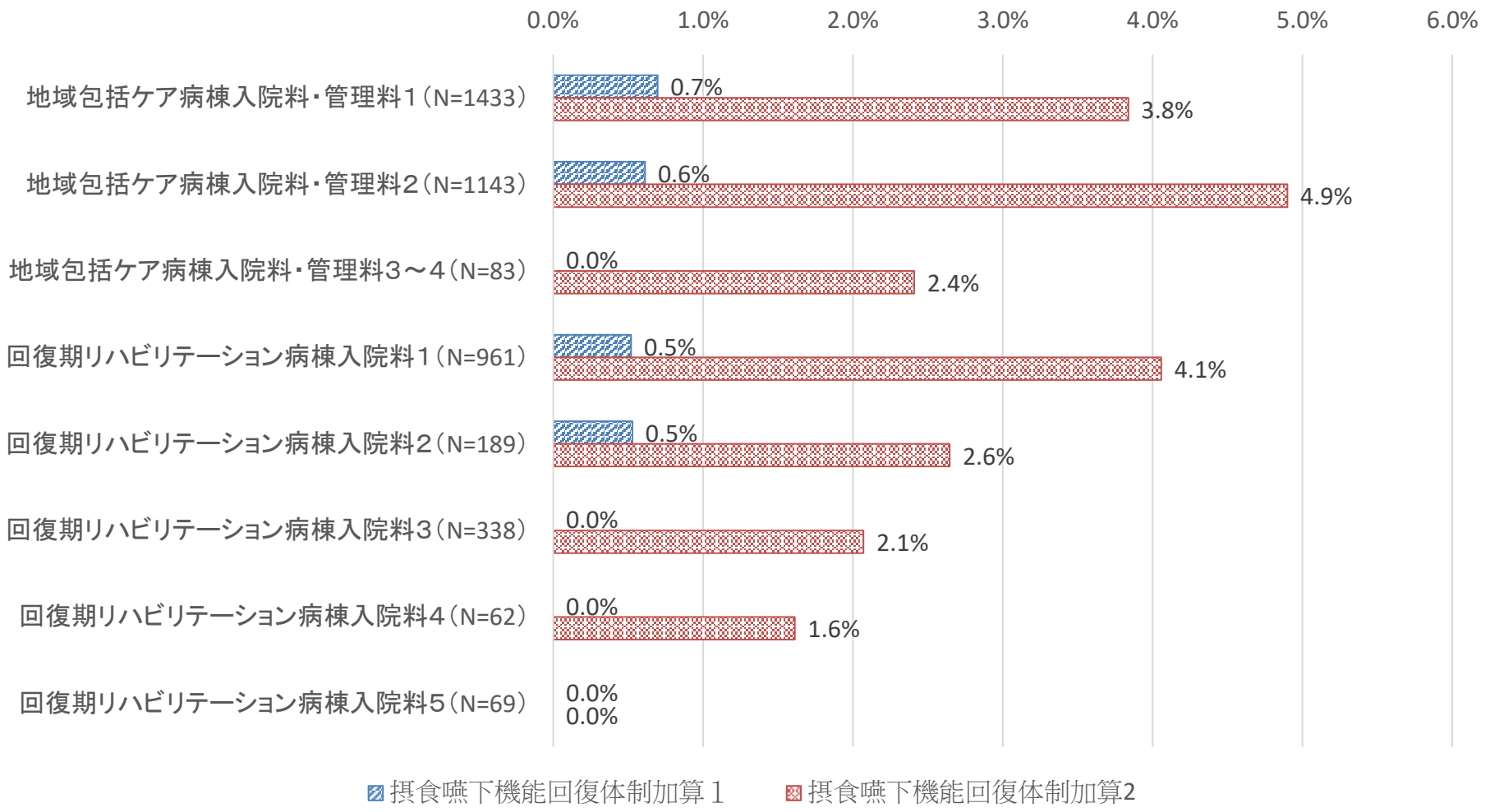
➢ 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

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	◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） ・医師又は歯科医師 ・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、脳卒中看護認定看護師） ・管理栄養士 ◆ カンファレンスに参加：その他職種も		◆ 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	・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 ・実績（FIM　及びFOIS）の記録（全員・月に１回以上）	・実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に１回以上）	・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 ・実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）
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。

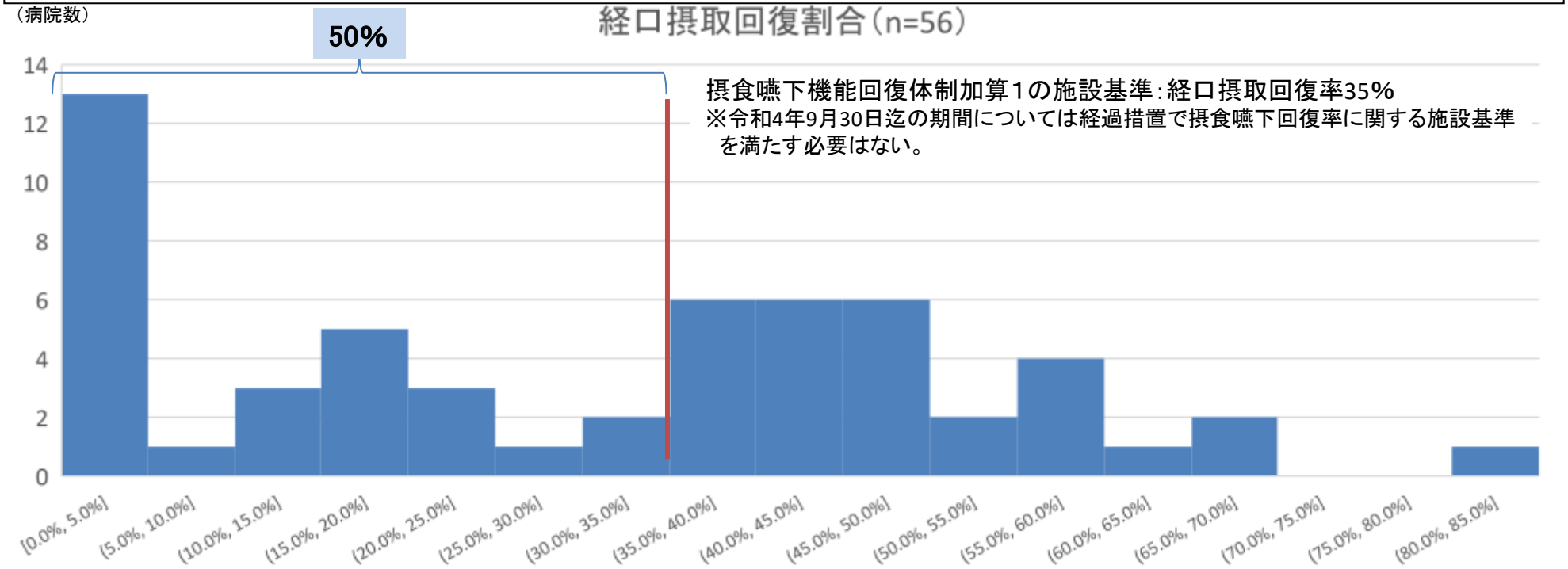


出典：保健局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

摂食嚥下機能回復体制加算１届出の回リ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。



摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準：経口摂取回復率35%
※令和4年9月30日迄の期間については経過措置で摂食嚥下回復率に関する施設基準を満たす必要はない。

経口摂取回復割合の算出方法

$$\frac{\text{経口摂取に回復した患者数}}{\text{自院導入患者数＋紹介患者数}} = \frac{\text{栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者（1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者）［1年以内注］}}{\text{自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」＋紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」「中心静脈栄養」の患者（「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」）}}$$

注）回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設した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。

分子及び分母から除くもの

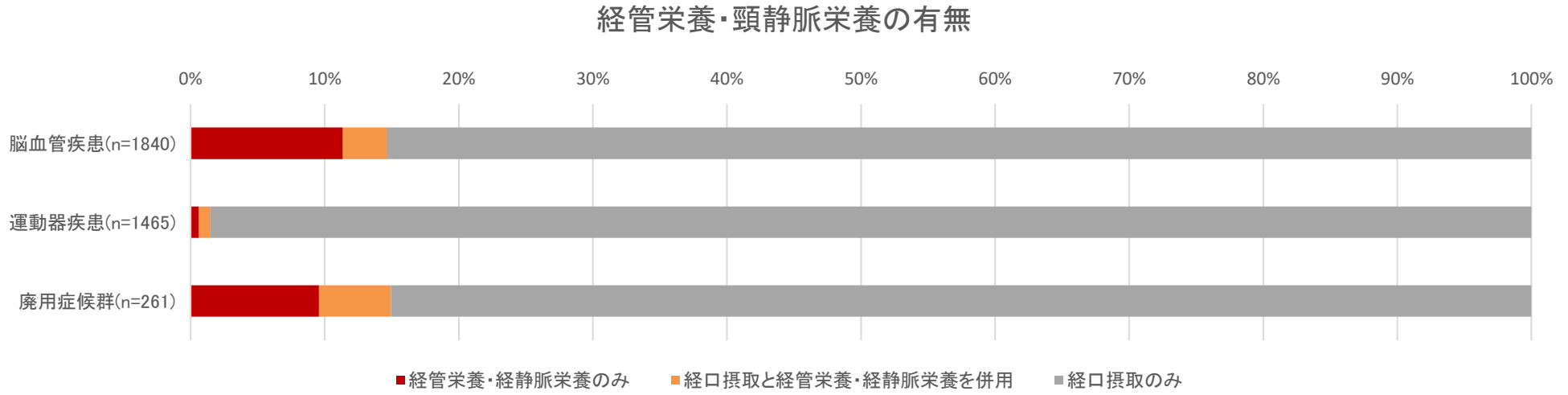
① １年以内※に死亡した患者　（ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。）
② １か月以内※に経口摂取に回復した患者
③ １年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者
④ 減圧ドレナージ目的（消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑤ 成分栄養剤の経路目的（※経管栄養の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

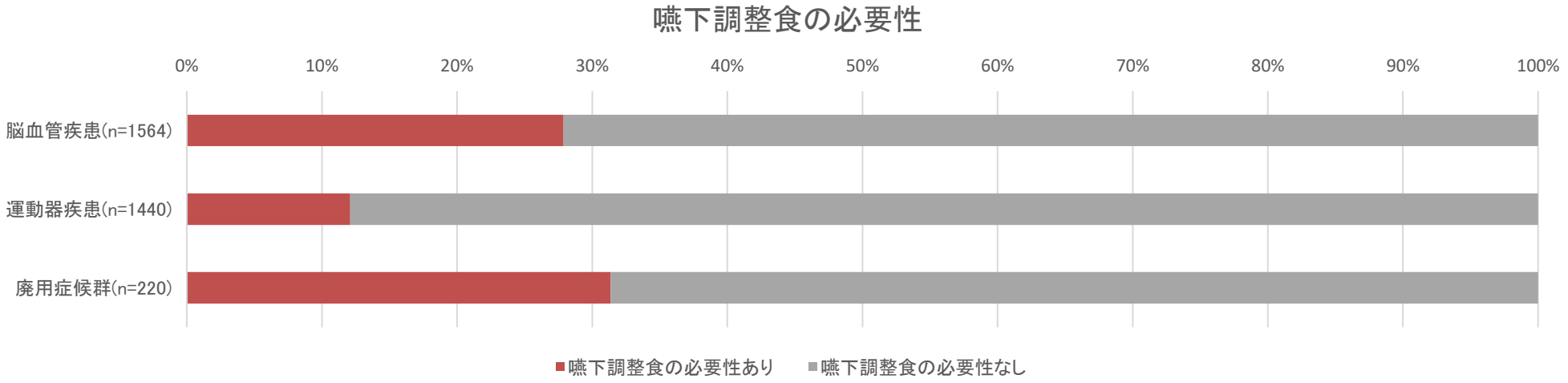
※　鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算

出典：保険局医療課調べ（令和4年7月時点の報告）

疾患別の摂食嚥下の状態

○　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。



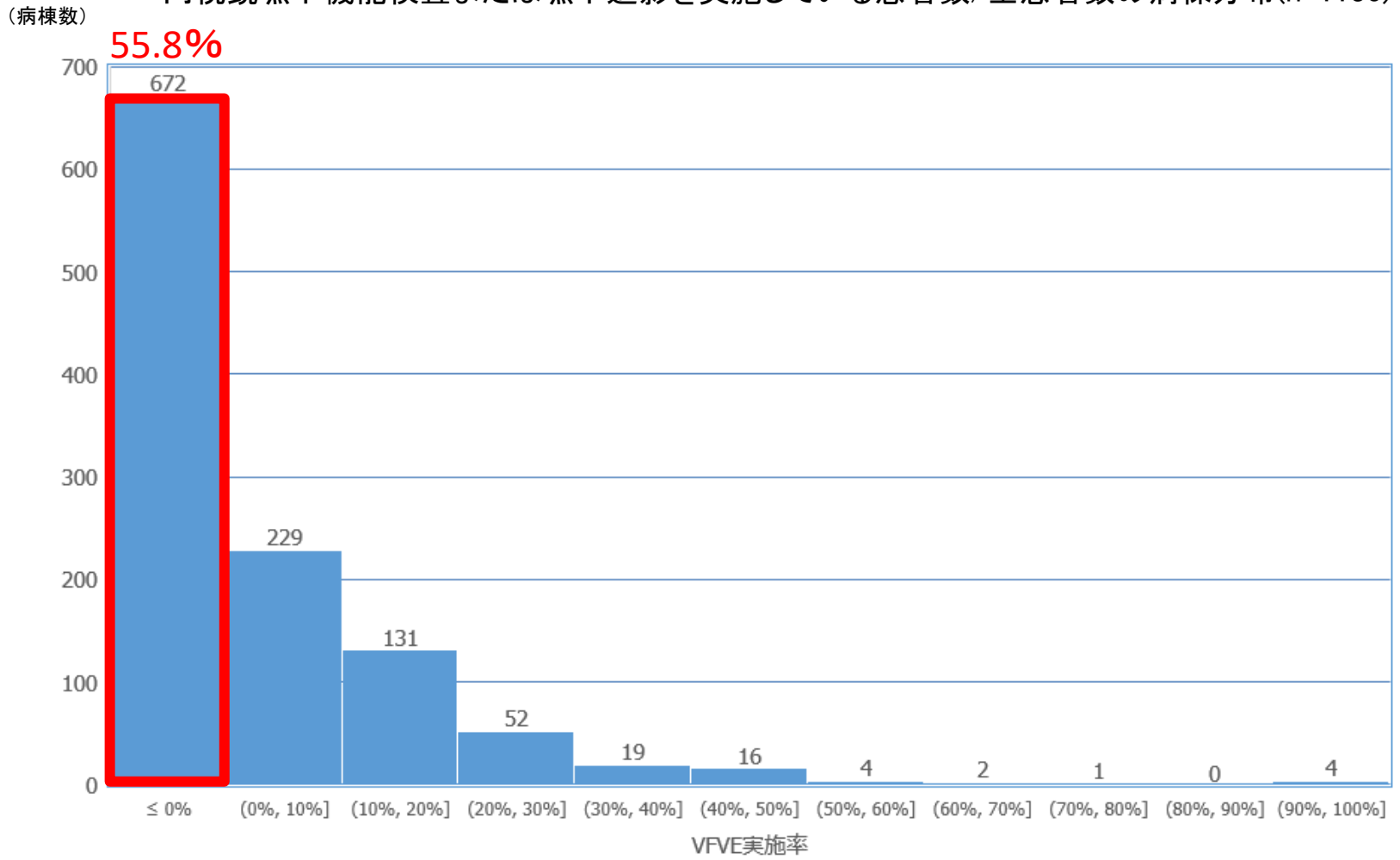


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

回復期リハビリテーション病棟における嚥下機能の検査の状況

○　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。

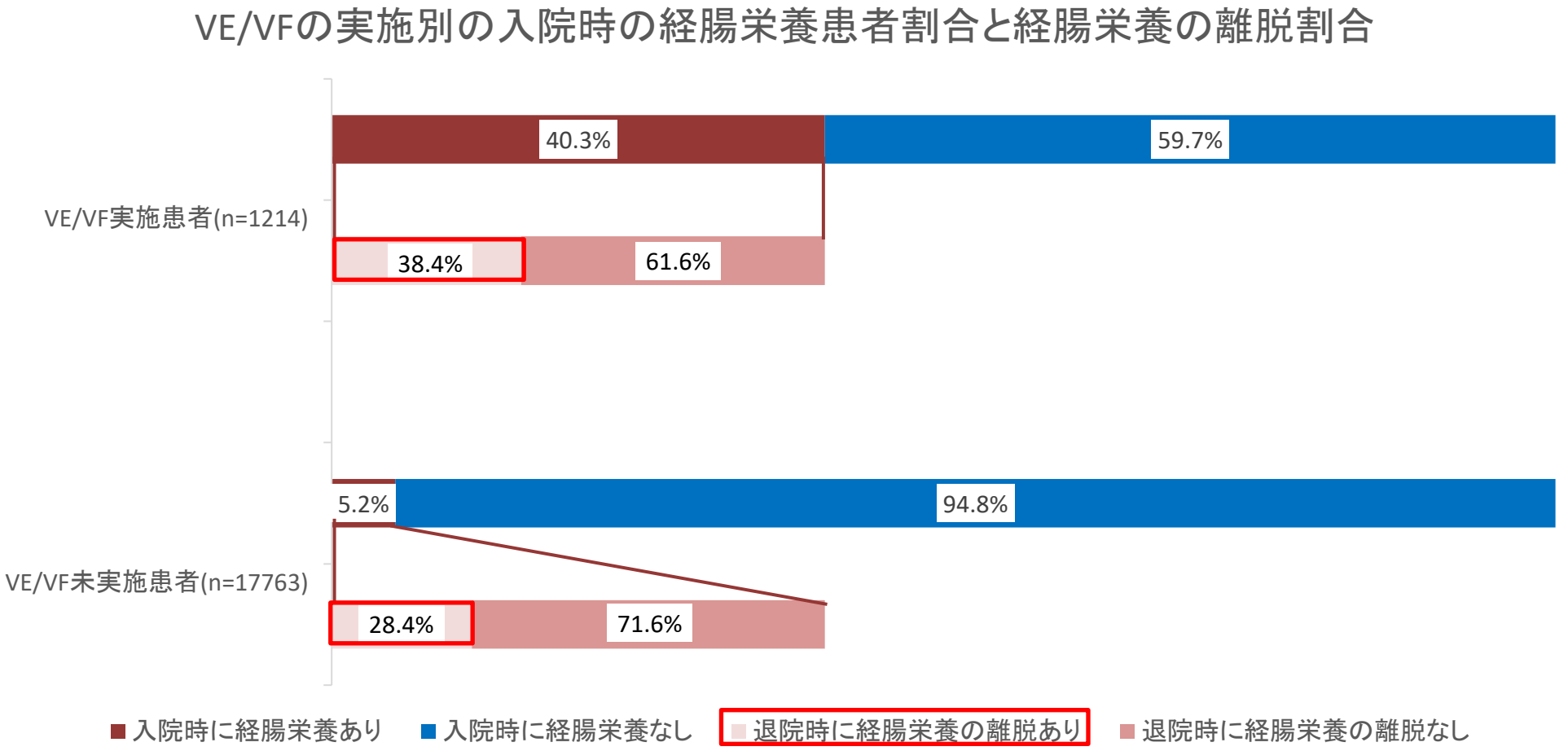
内視鏡嚥下機能検査または嚥下造影を実施している患者数/全患者数の病棟分布(n=1130)



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」）

嚥下機能の検査の有無による影響について

○　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。



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」）

退院前訪問指導について

○　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。

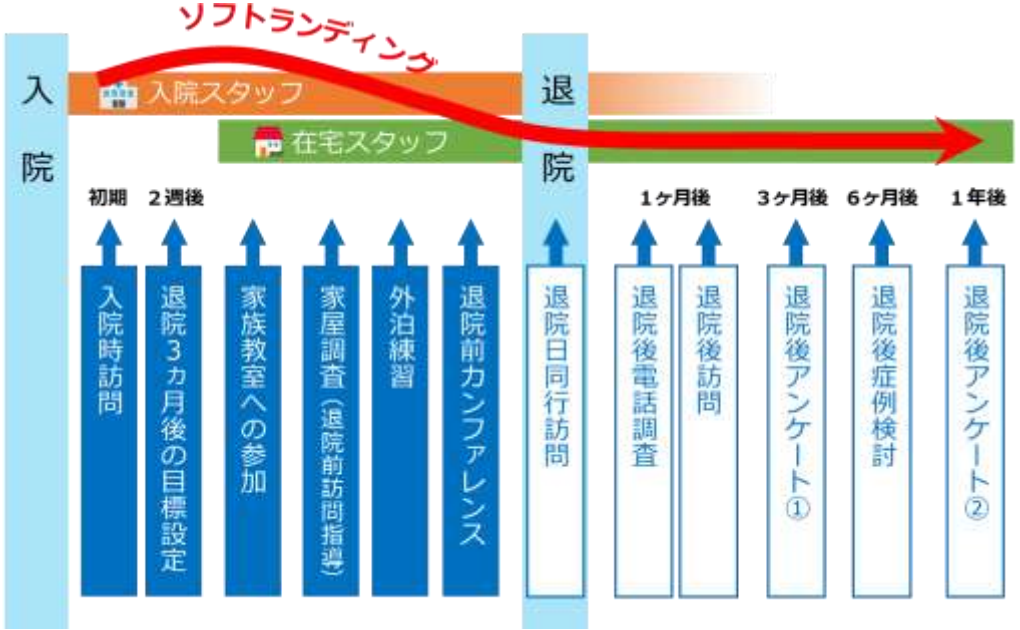
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.

○　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.

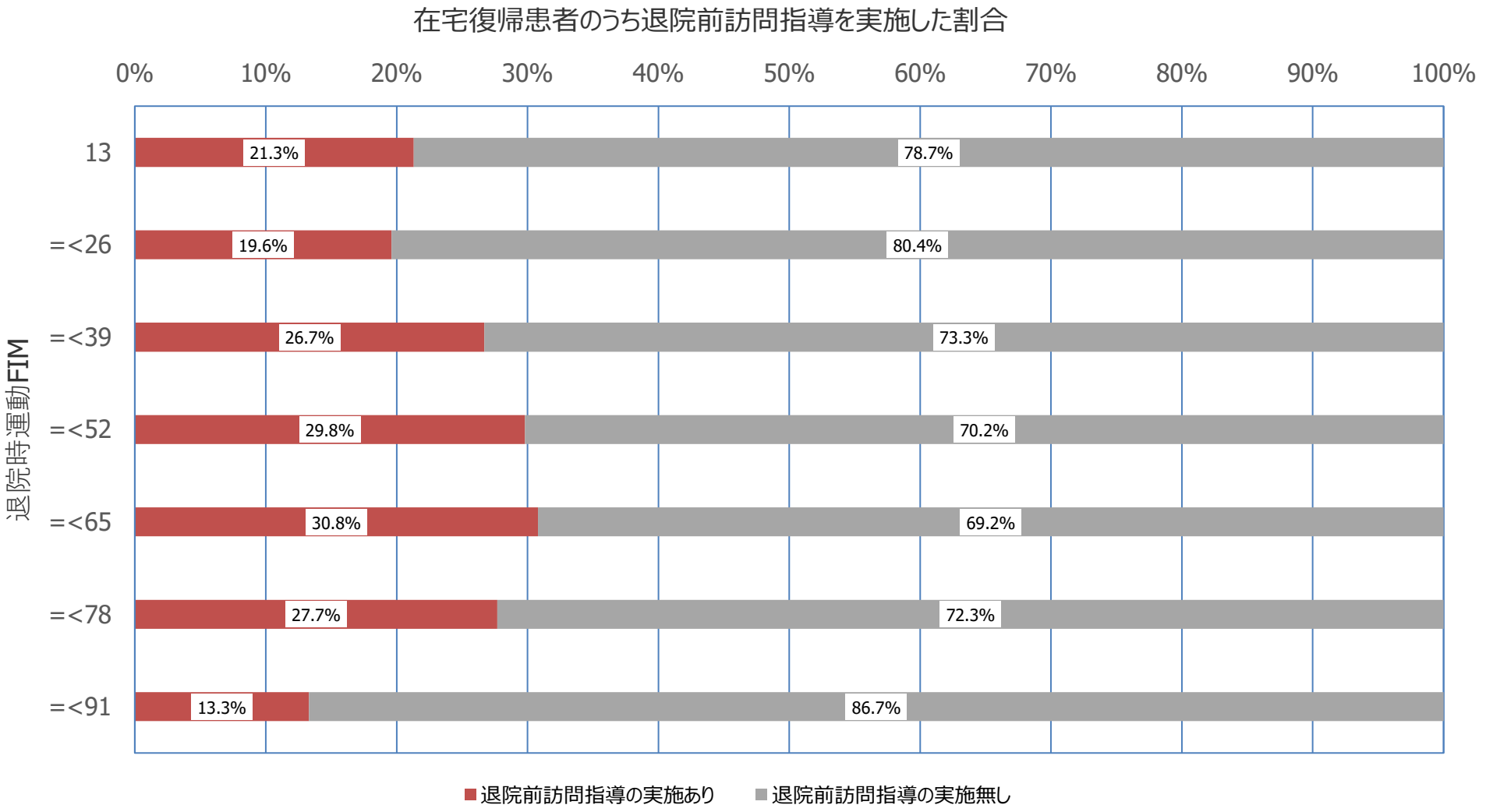
○　家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。

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。



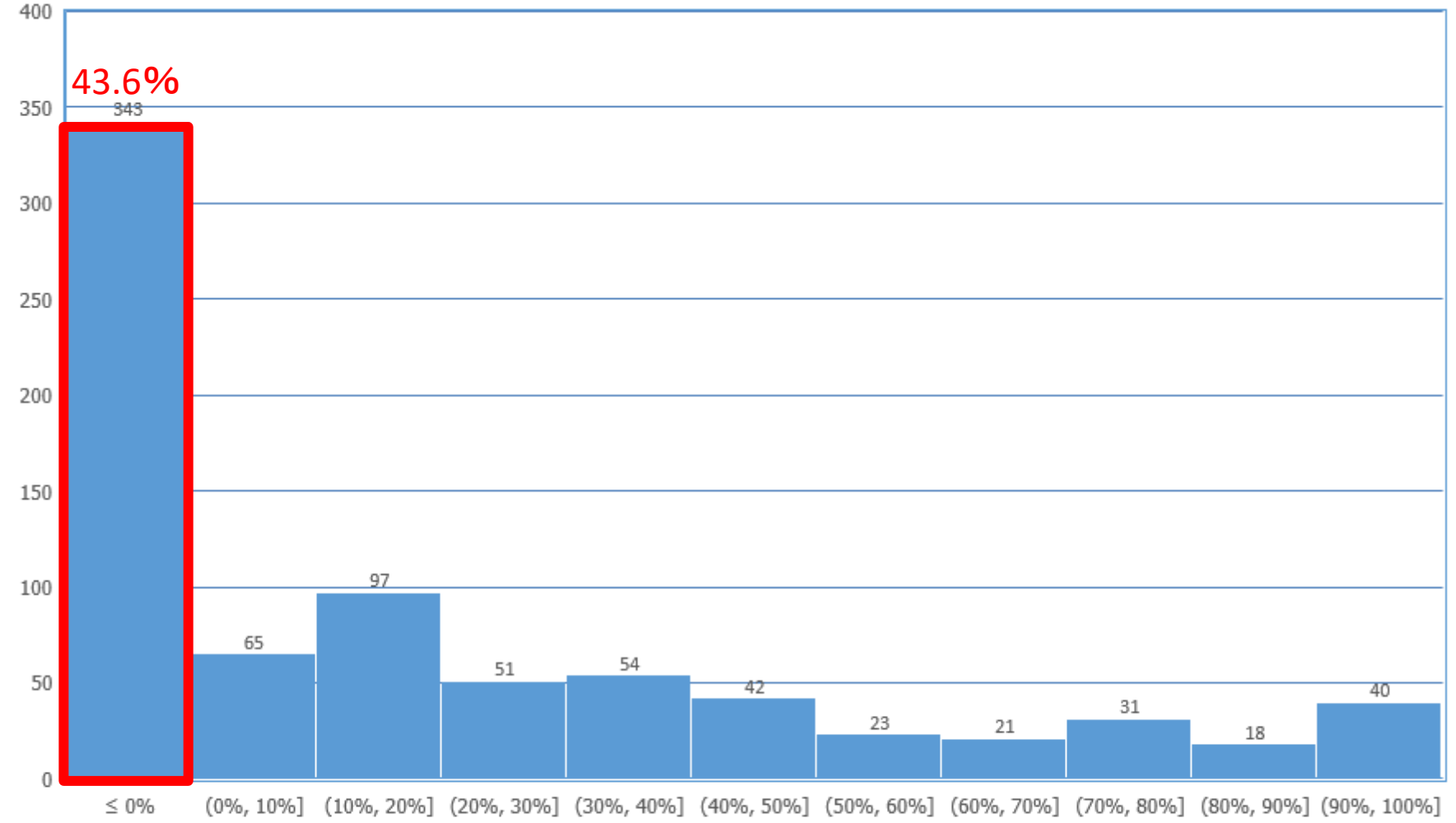
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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)

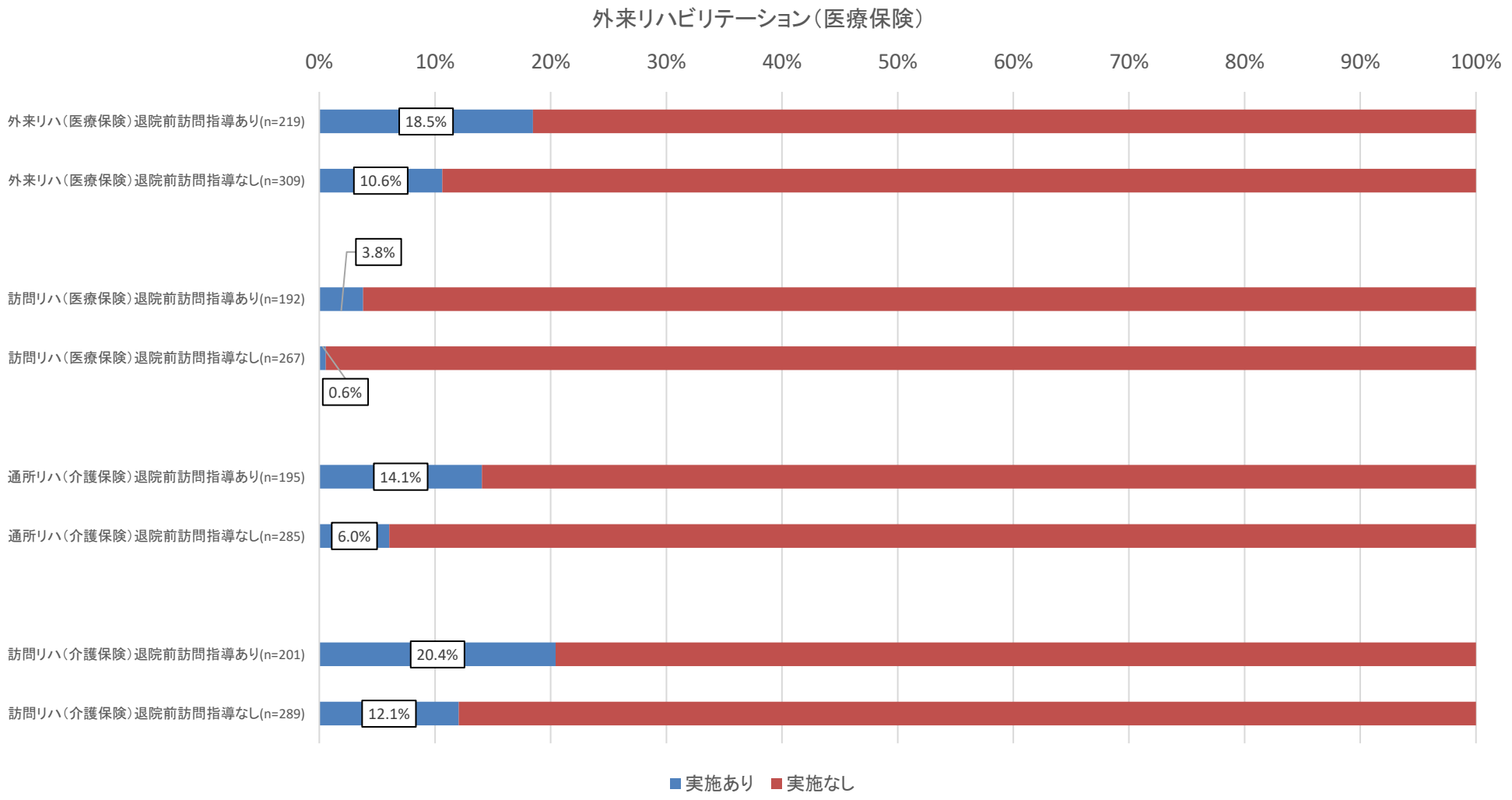


※退院前訪問指導：入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

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」）

退院前訪問指導と退院後リハビリテーションの実施

○　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。

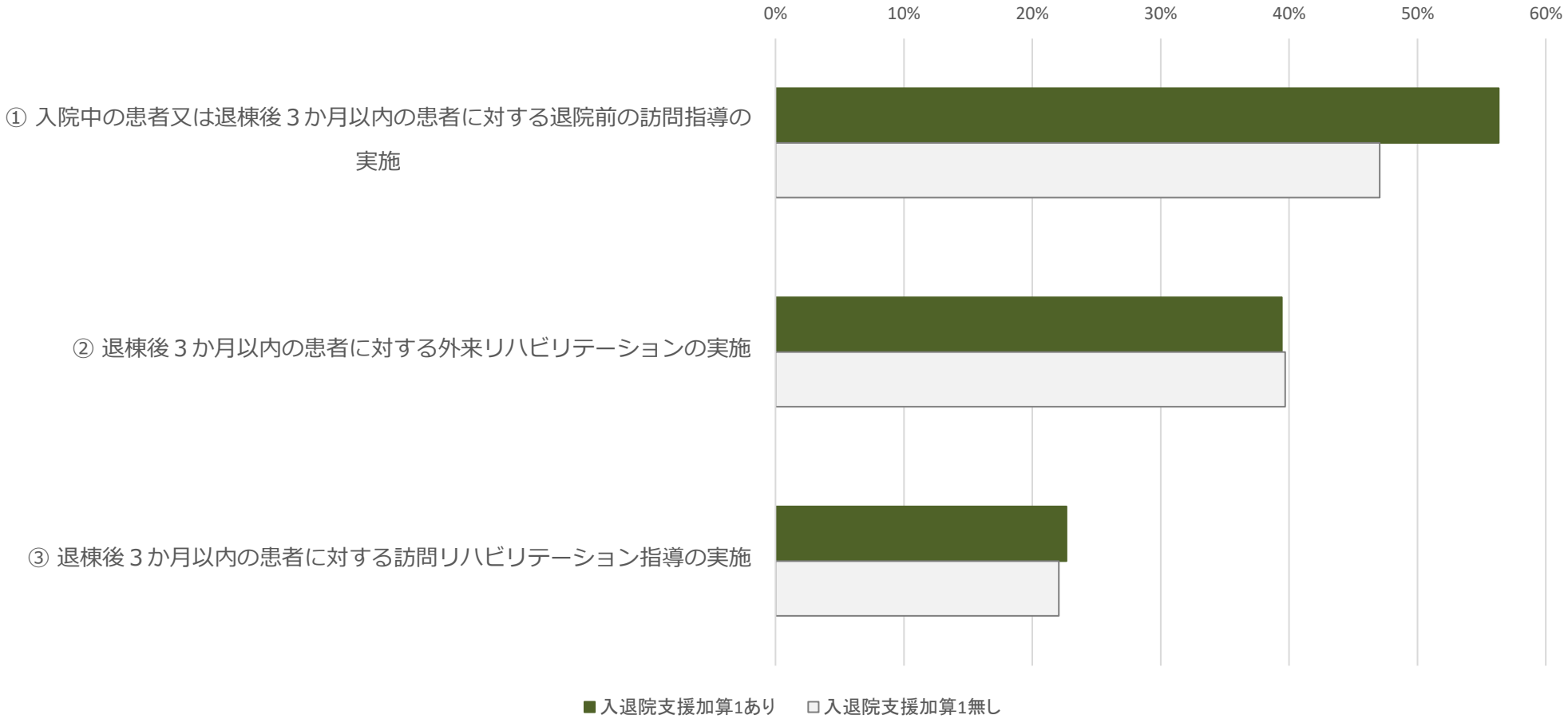


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算1の届出別の退院前後の指導・リハビリについて（回リハ）

○　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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟に求められる役割

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

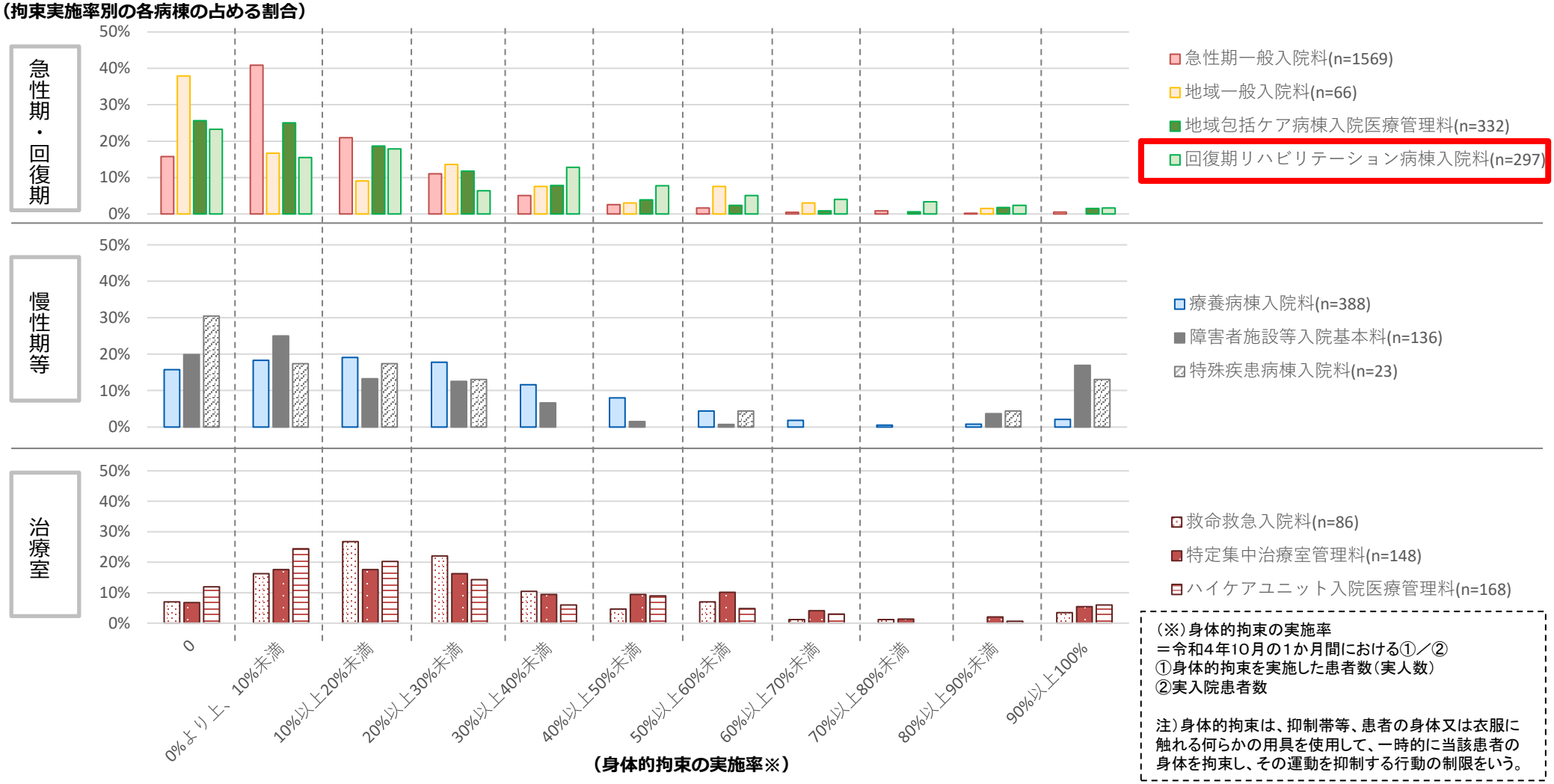
6．精神神経系
- 1）　せん妄等

出典：佐藤和香　Jpn J Rehabil Med.2019: 56::842-847.

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（※）



（※）身体的拘束の実施率
＝令和4年10月の1か月間における①／②
①身体的拘束を実施した患者数（実人数）
②実入院患者数

注）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用具を使用して、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。

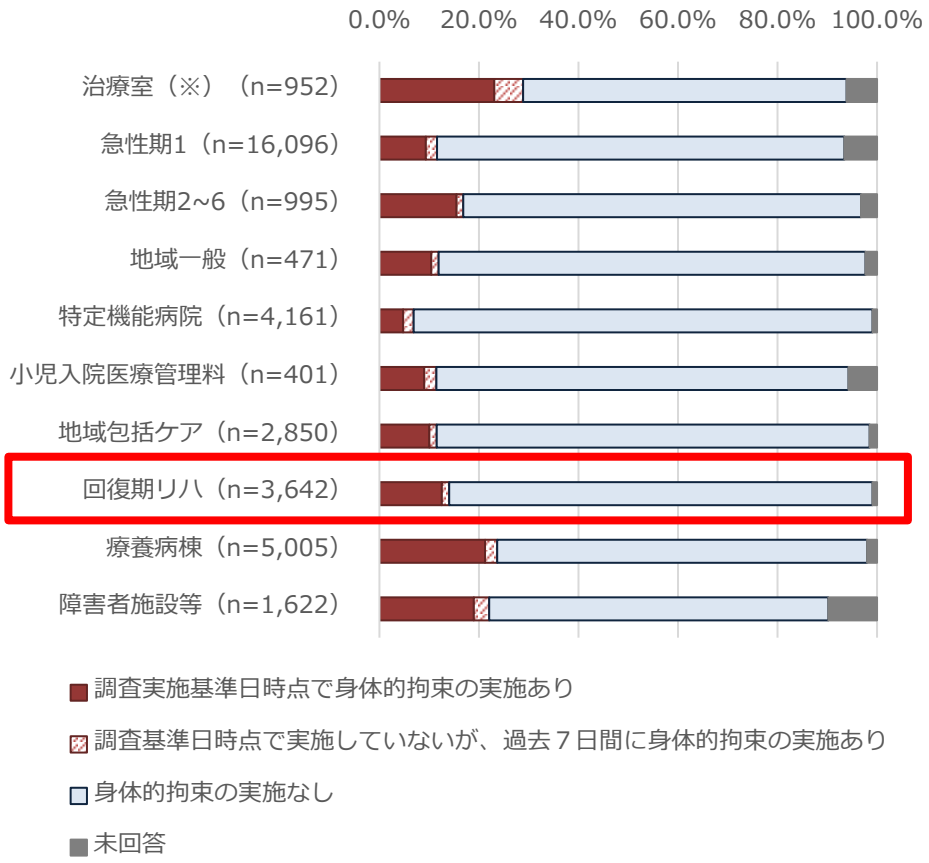
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

診調組　入－１
５．７．８改

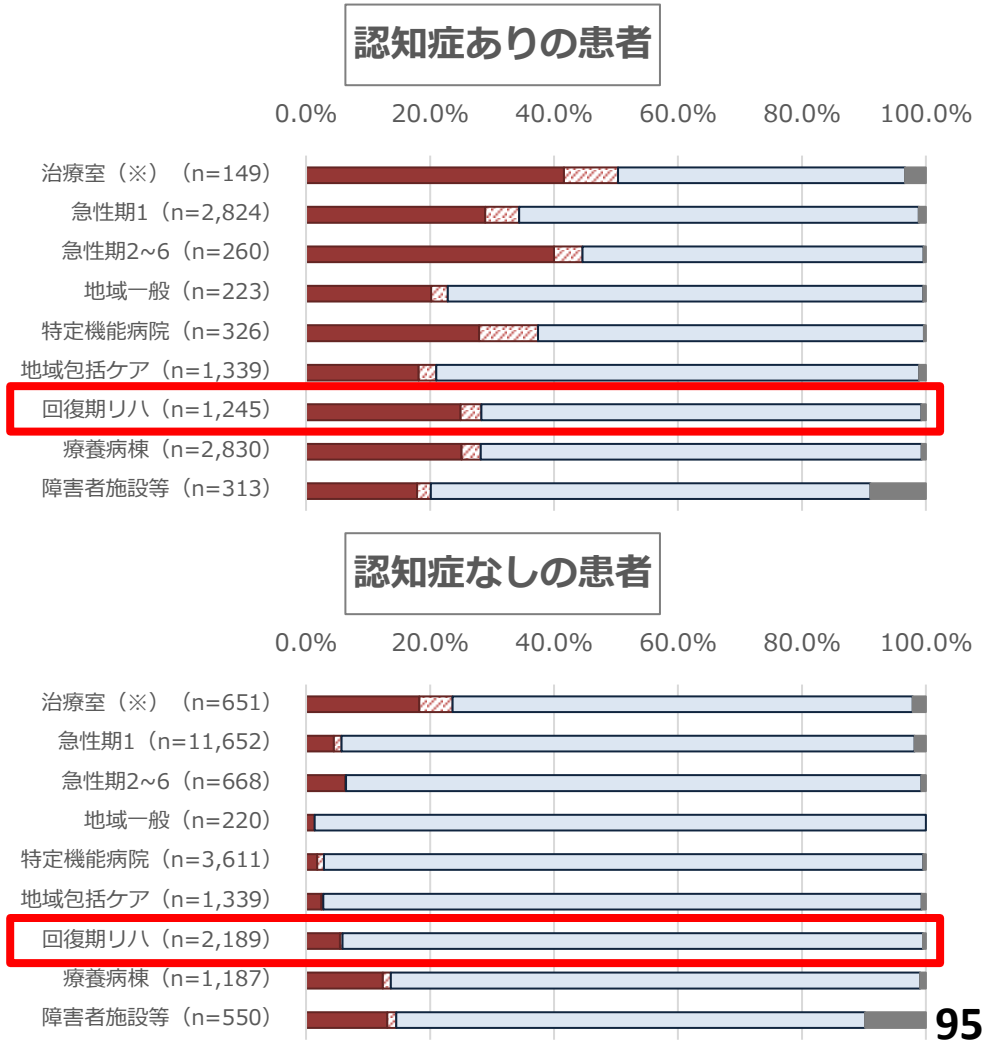
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■入院料別の身体的拘束の実施有無



（※）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



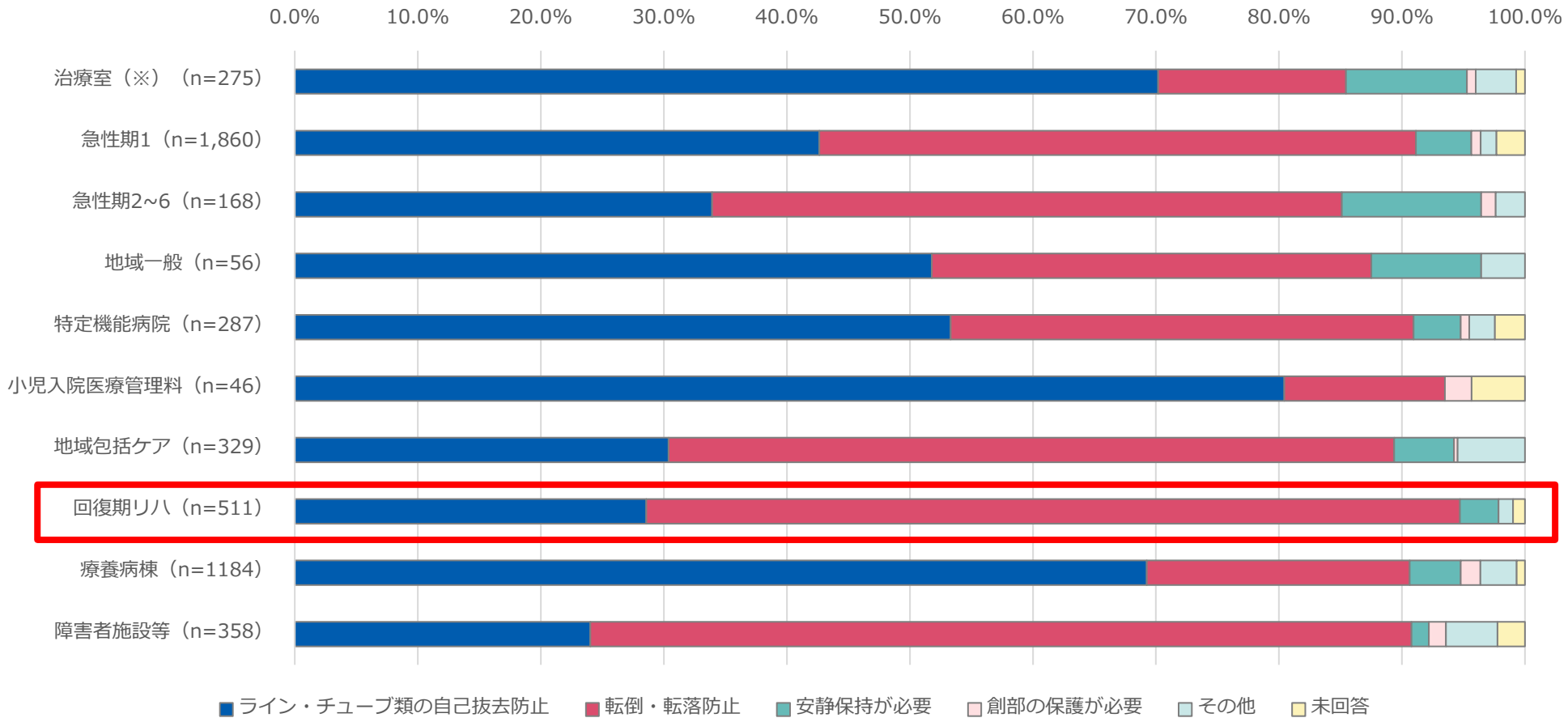
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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。

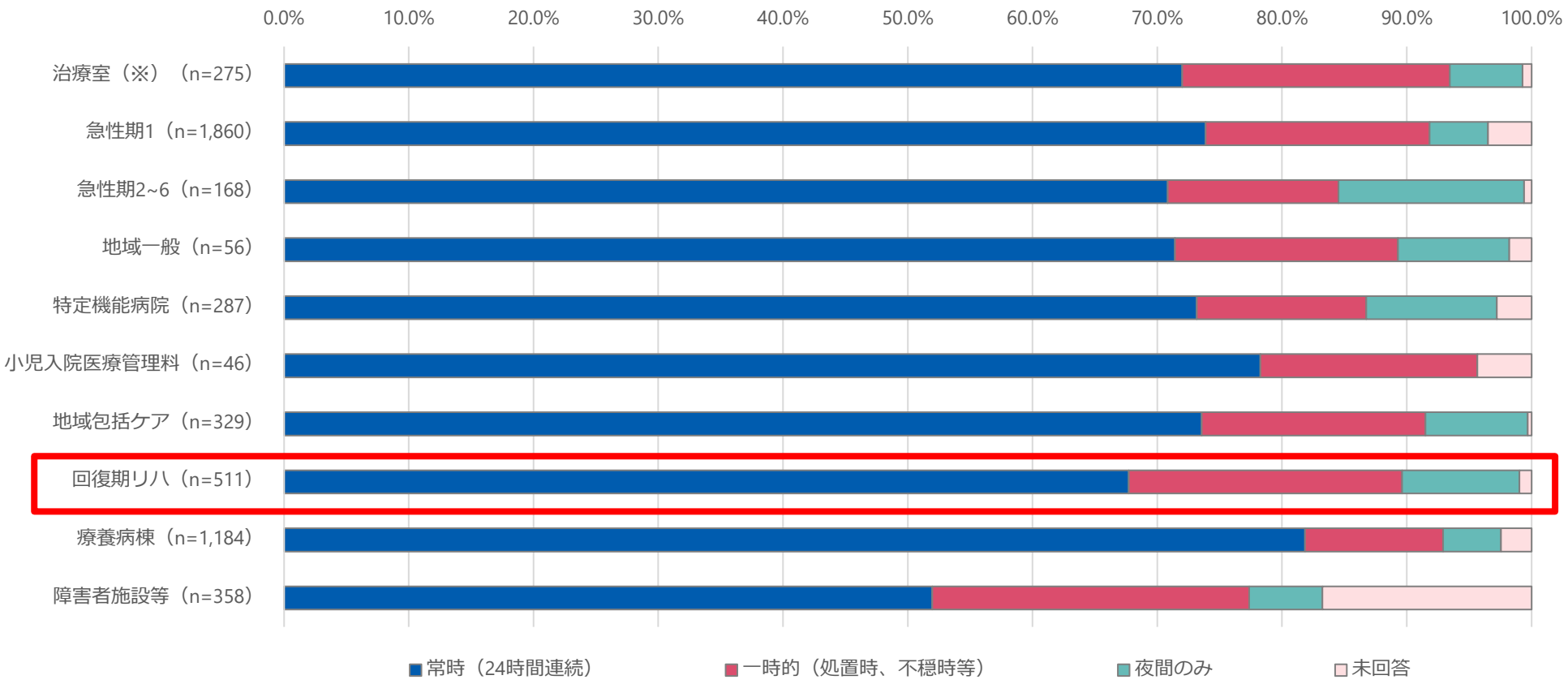
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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）

	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	大腿骨頚部骨折	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%

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）

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%
大腿骨頚部骨折	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%

身体的拘束の実施なし（n=3,099）

主傷病	n数	割合
大腿骨転子部骨折	246	7.9%
大腿骨頚部骨折	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%

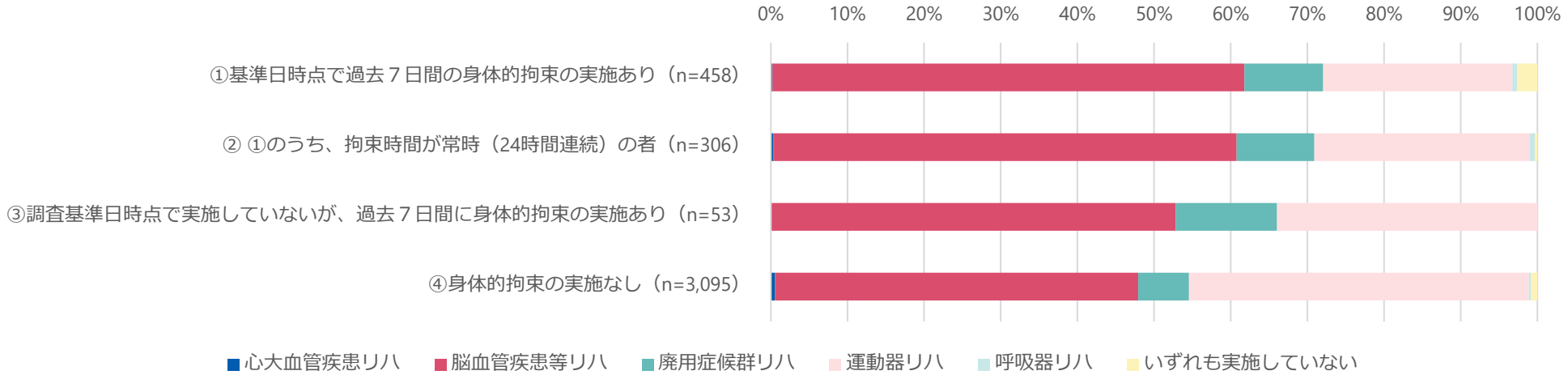
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

認知症ケア加算で求める身体的拘束に関する対応

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用具を使用して、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用具を使用して、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ついては、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



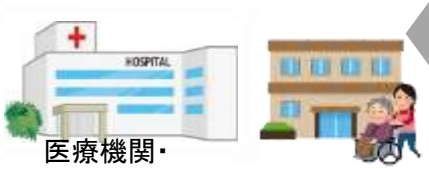
介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援

派遣



地域包括支援センター

連携



医療機関・
介護サービス事業所等



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

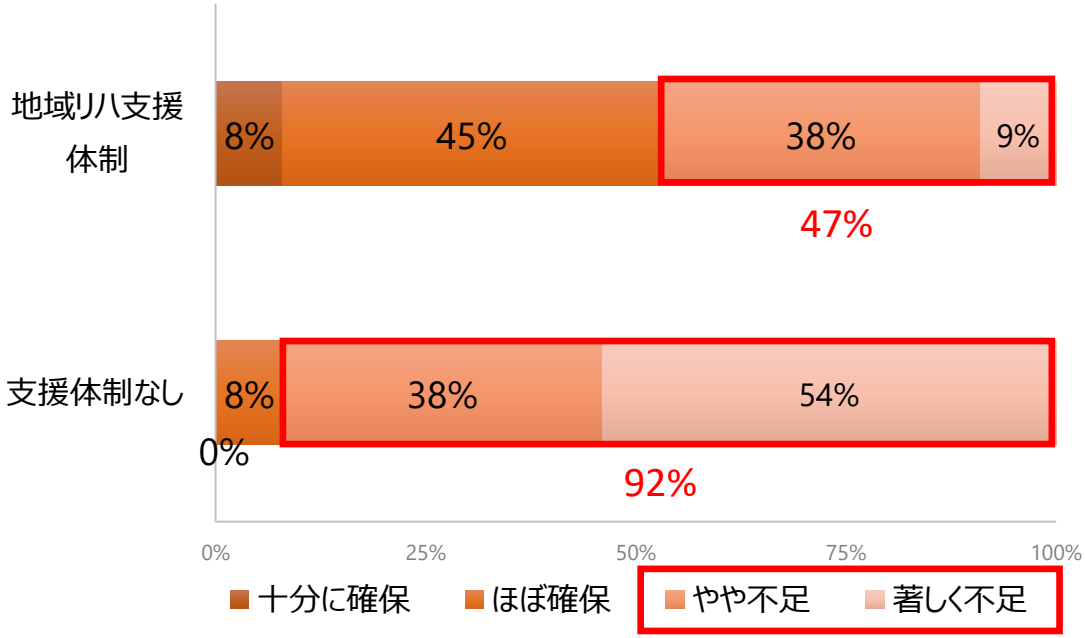
○　地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
○　総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

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

地域貢献活動について

○　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%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）（速報値）

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 75／100を算定

＊：生活療養を受ける場合の点数は除く。

※青字下線はR4年度改定事項

療養病棟入院基本料について

診調組　入－１
５．６．８

【施設基準】 療養病棟入院基本料 １

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

【施設基準】 療養病棟入院基本料 ２

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

【疾患・状態】
・スモン
・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がある場合）
【医療処置】
・２４時間持続点滴
・中心静脈栄養**（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）**
・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄
・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　　・感染隔離室における管理
・酸素療法（常時流量３L/分以上を必要とする状態等）

医療区分２

【疾患・状態】
・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患
・その他の難病（スモンを除く）
・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD）
・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症
・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（**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**）
・脱水かつ発熱を伴う状態
・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創
・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）
・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がない場合）
【医療処置】
・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（１日８回以上）
・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査
・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置）
・酸素療法（医療区分３に該当するもの以外のもの）

医療区分１　医療区分２・３に該当しない者

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

※青字下線はR4年度改定事項

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	・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	・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	・大きな変更なし
平成18年	・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	・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	・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	・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。

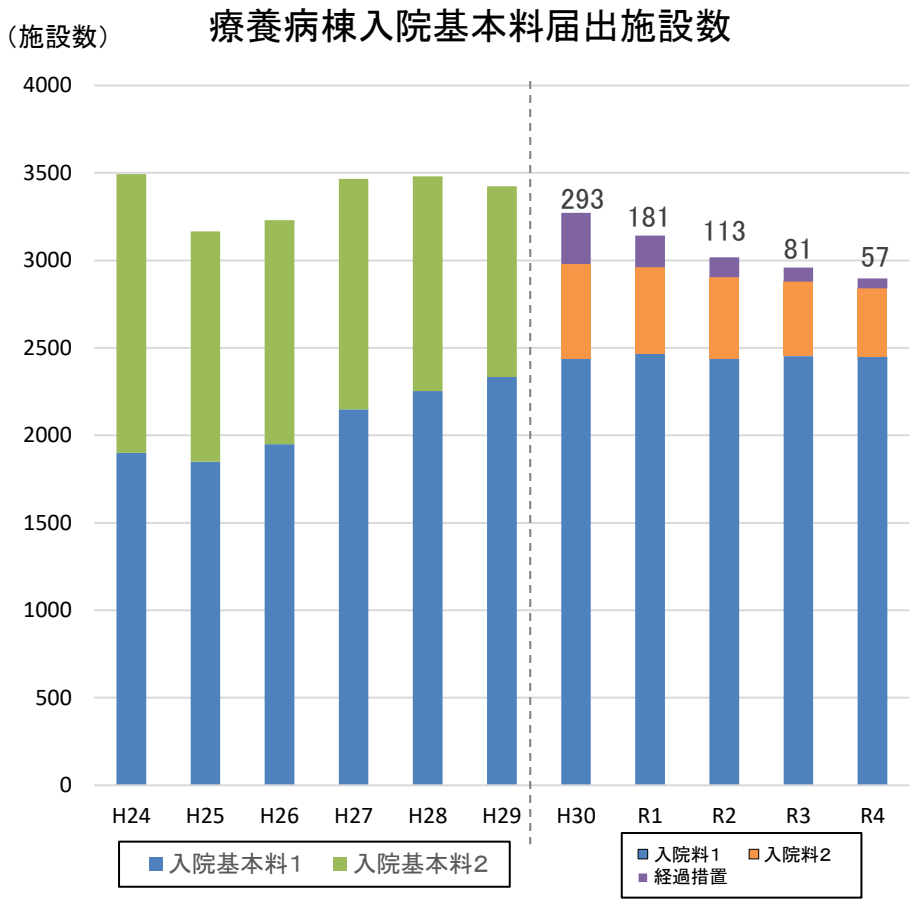
※平成12、14、16年の点数は、社会保険の場合の診療報酬点数

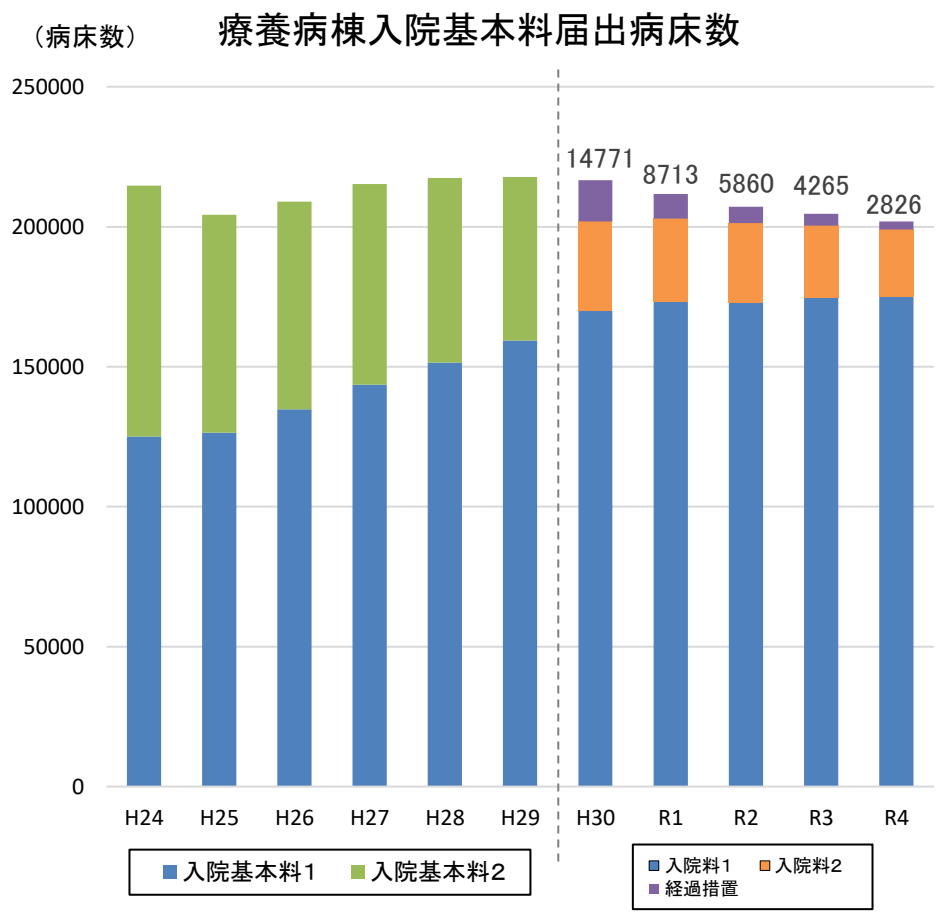
療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

平成26年	・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	・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	・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	・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	・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。

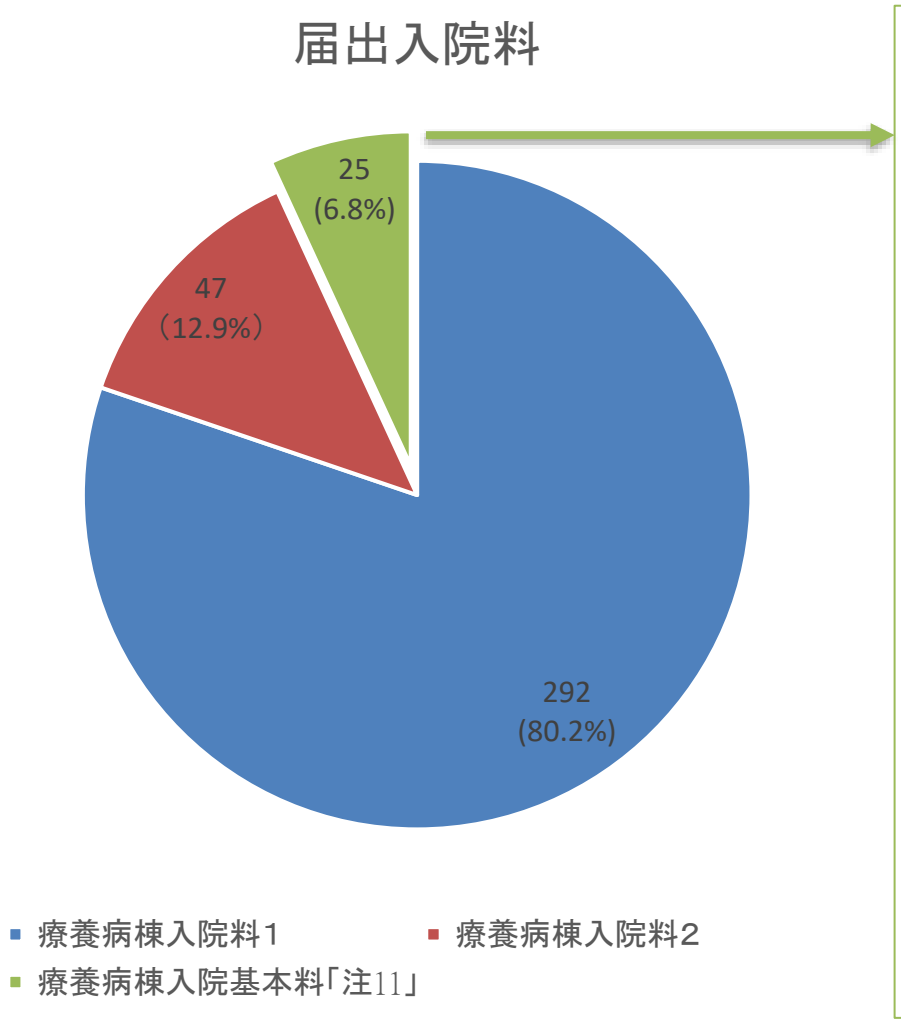


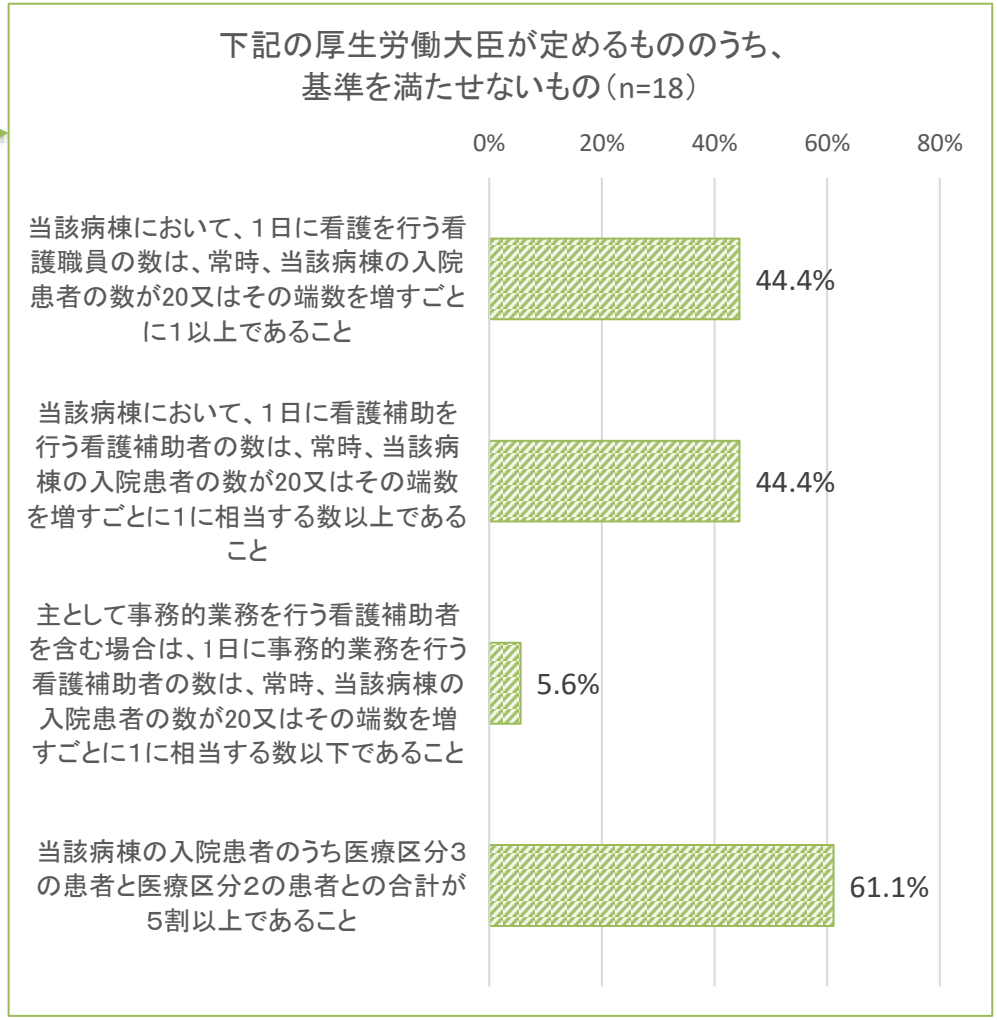


出典：保険局医療課調べ（７月１日時点）
※平成24年及び平成25年は７対１入院基本料の経過措置病棟のデータを除く　※H30-R1の経過措置１・２は合算

療養病棟入院基本料の状況

○　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。





出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票）

※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。

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）

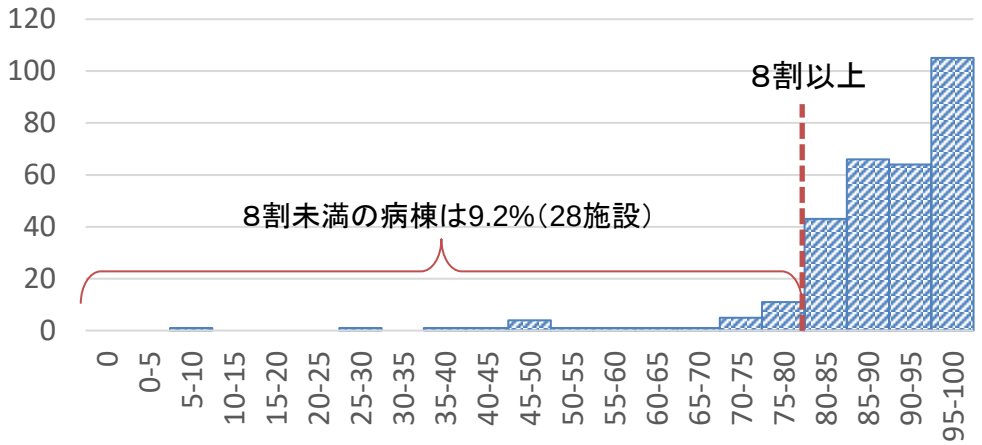
【結果】令和5年9月19日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、
○　医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は2施設
○　厚生労働省において状況が把握できていない医療機関は1施設
であり、合計3施設（全て診療所）となっている。

（※）医政局総務課による調査

医療区分２・３の該当割合

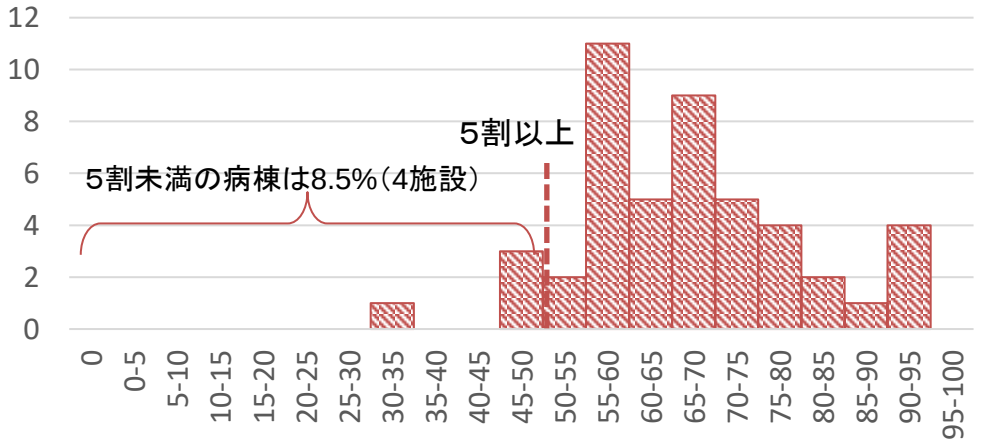
○　令和5年6月1日時点で療養病棟に入院していた入院患者のうち、医療区分2・3に該当する患者割合についての各施設毎の分布は以下のとおり。

療養病棟入院料1（n=306）

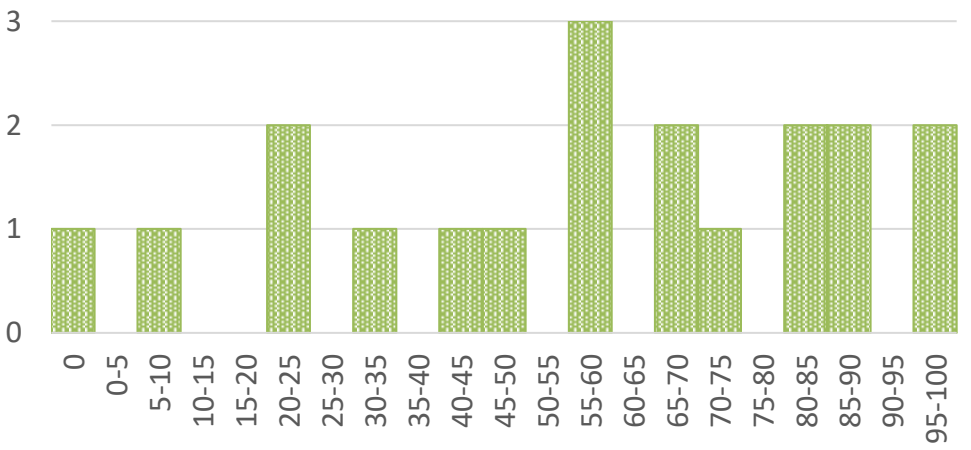


	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
療養病棟入院料1（n=306）	89.6%	85.7%	91.8%	97.3%
療養病棟入院料2(n=47）	66.8%	58.4%	66.7%	73.3%
療養病棟入院基本料_経過措置(n=19）	57.8%	37.3%	60.0%	82.1%

療養病棟入院料2（n=47）



療養病棟入院料_経過措置（n=19）



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

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床以上のものにあっては**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床未満のものにあっては**令和６年３月31日まで**の経過措置を設ける。

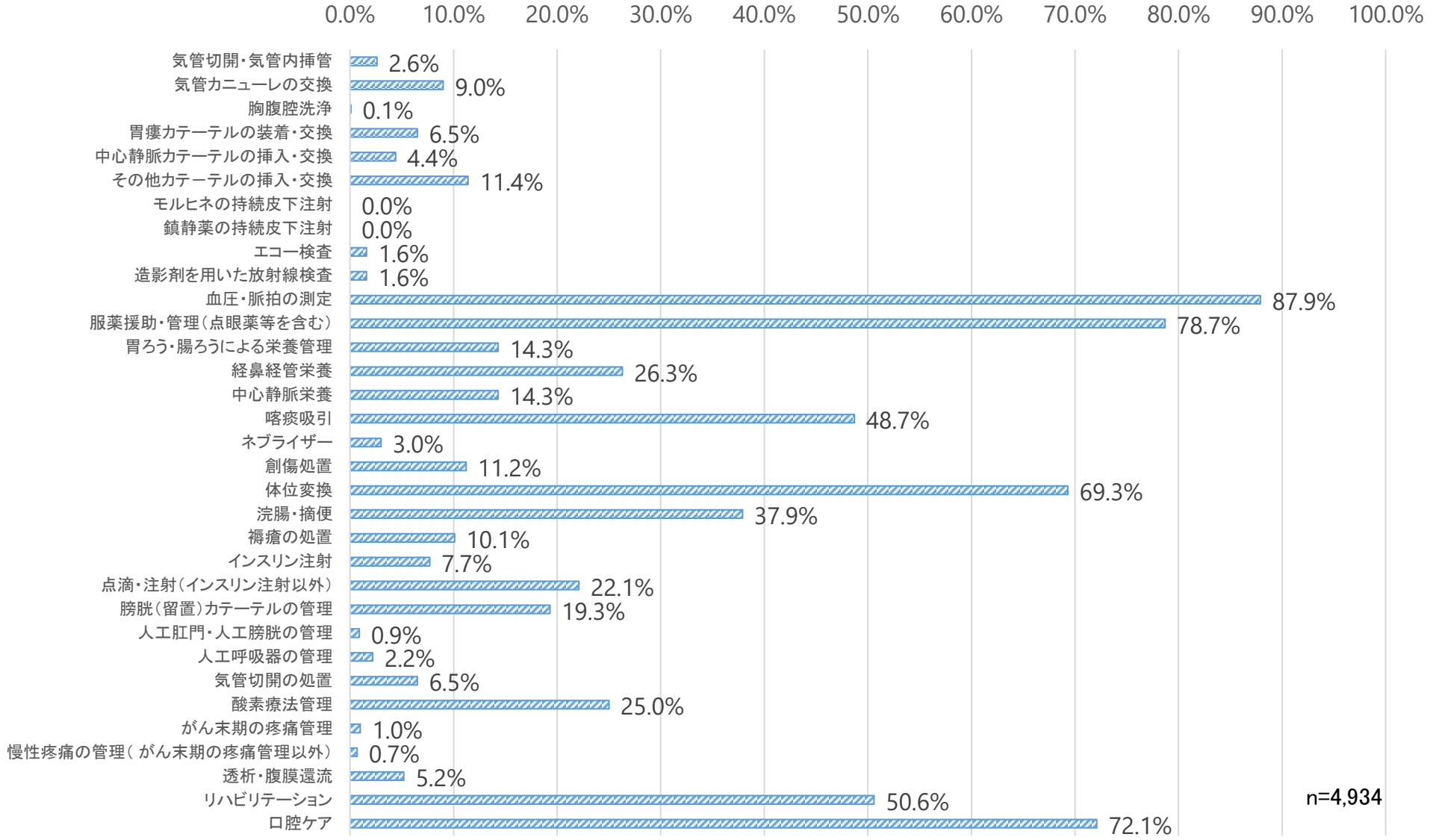
③ 令和４年３月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

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

診調組　入－１
５．６．８

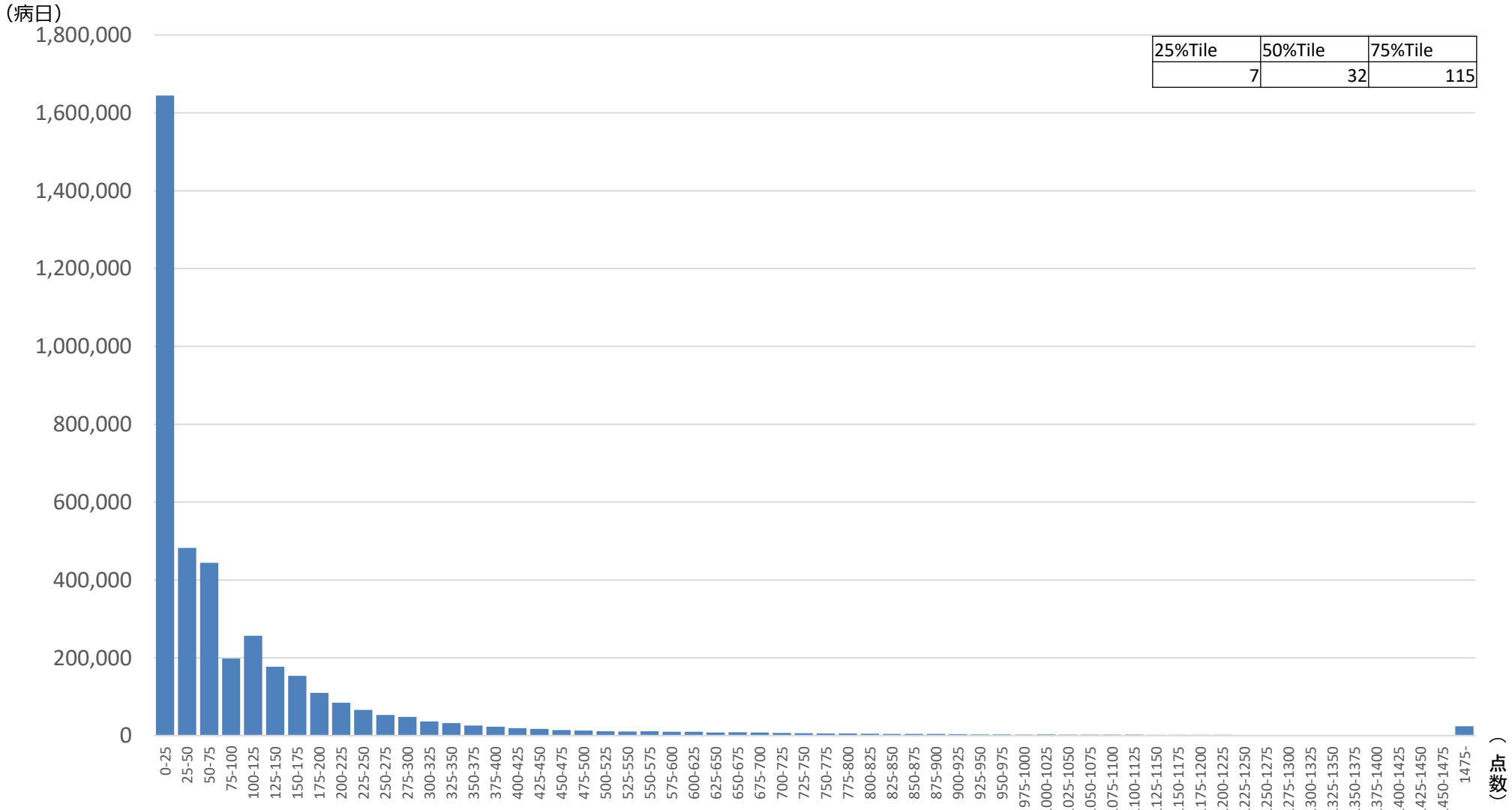
○　療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

医療区分１に係る医療資源投入量

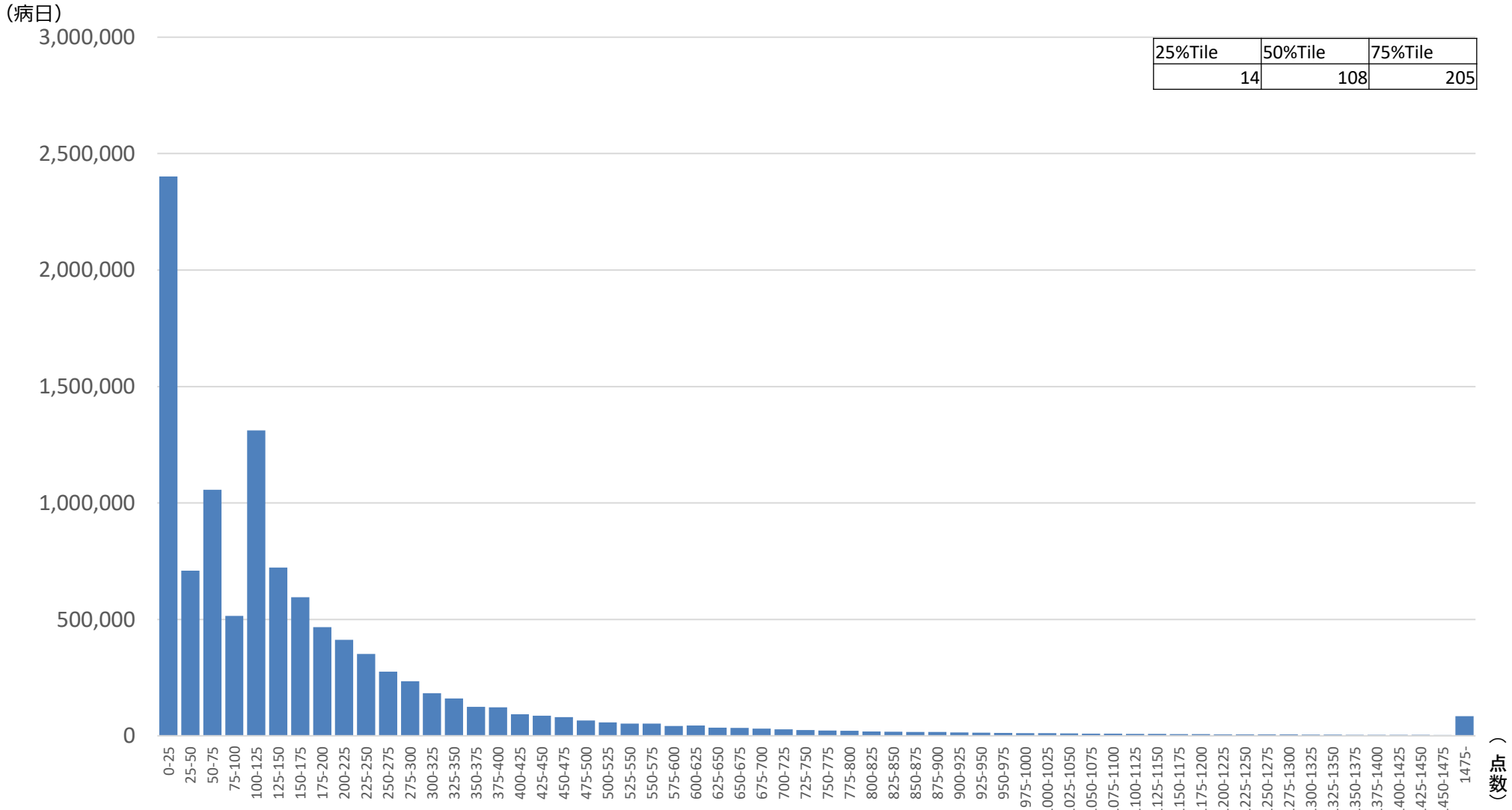
○　医療区分1（療養病棟入院基本料G･H･I）に係る医療資源投入量（包括範囲内）の分布は以下のとおり。



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

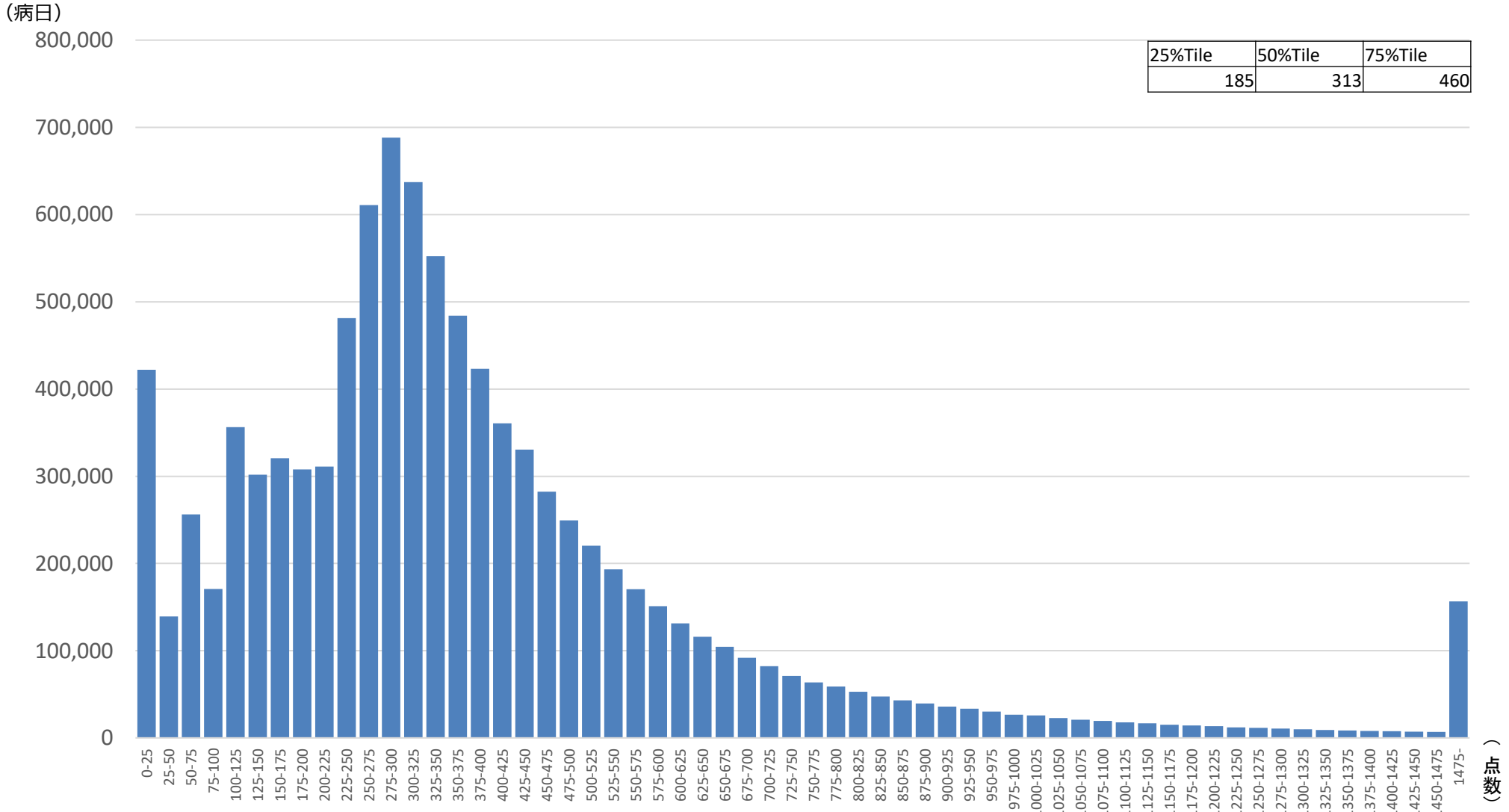
○　医療区分2（療養病棟入院基本料D・E・F）に係る医療資源投入量（包括範囲内）の分布は以下のとおり。



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。

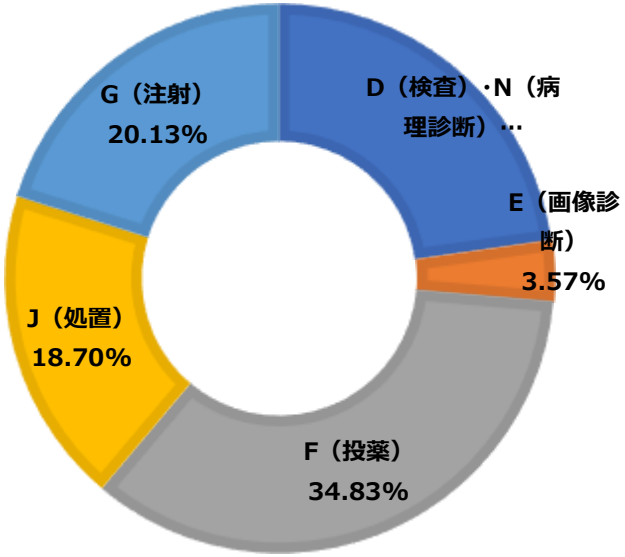


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

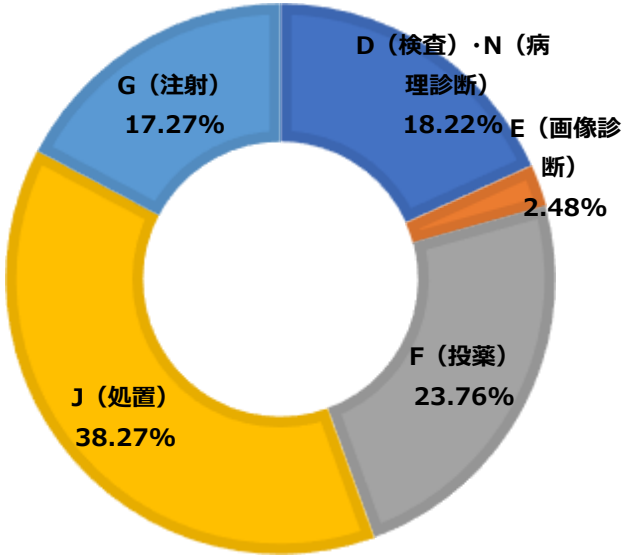
医療区分毎の医療資源投入量の内訳

○　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。

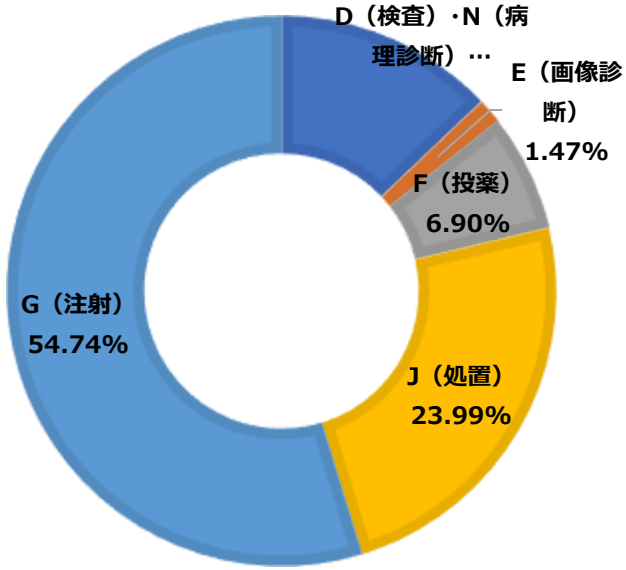
現行の医療区分１における割合



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。

解析に用いた医療区分について

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・ジョーンズの分類が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

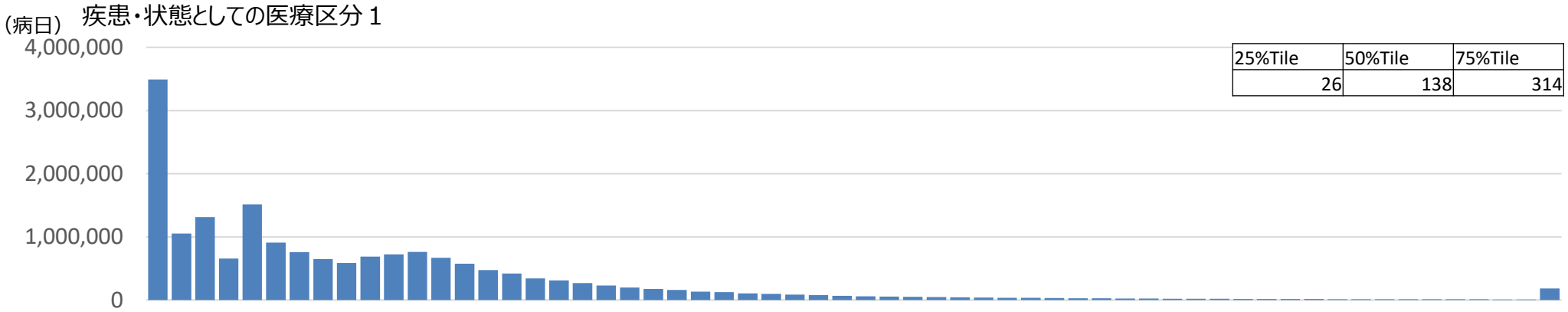
【対象となる処置等】

・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

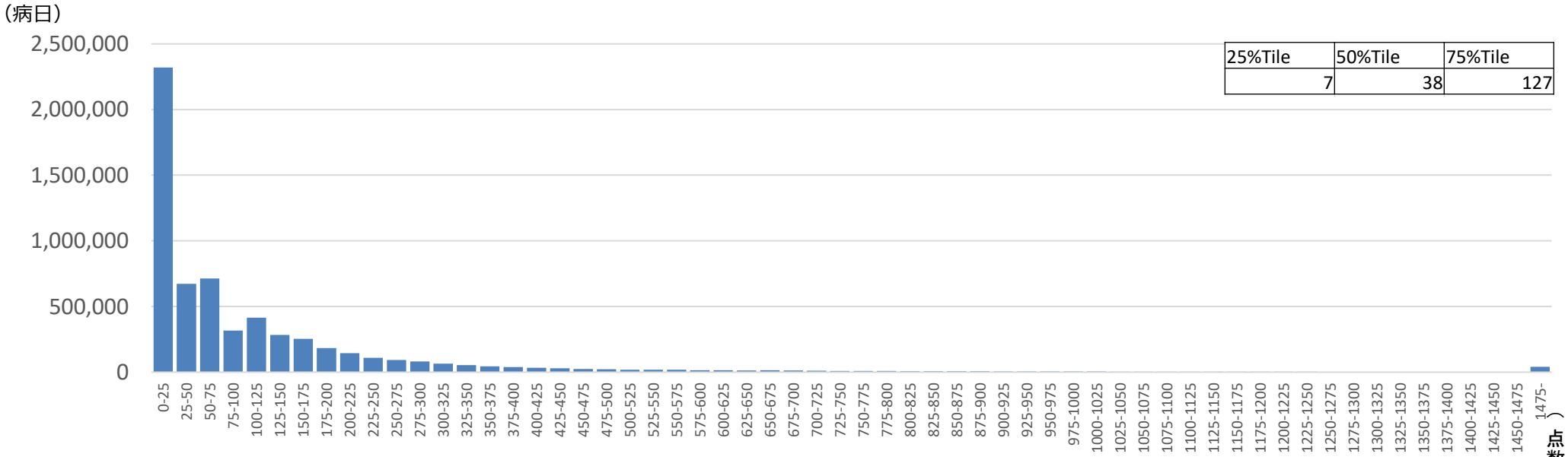
○　疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量（包括範囲内）の分布は以下のとおり。

疾患・状態としての医療区分１



25%Tile	50%Tile	75%Tile
26	138	314

処置等としての医療区分１



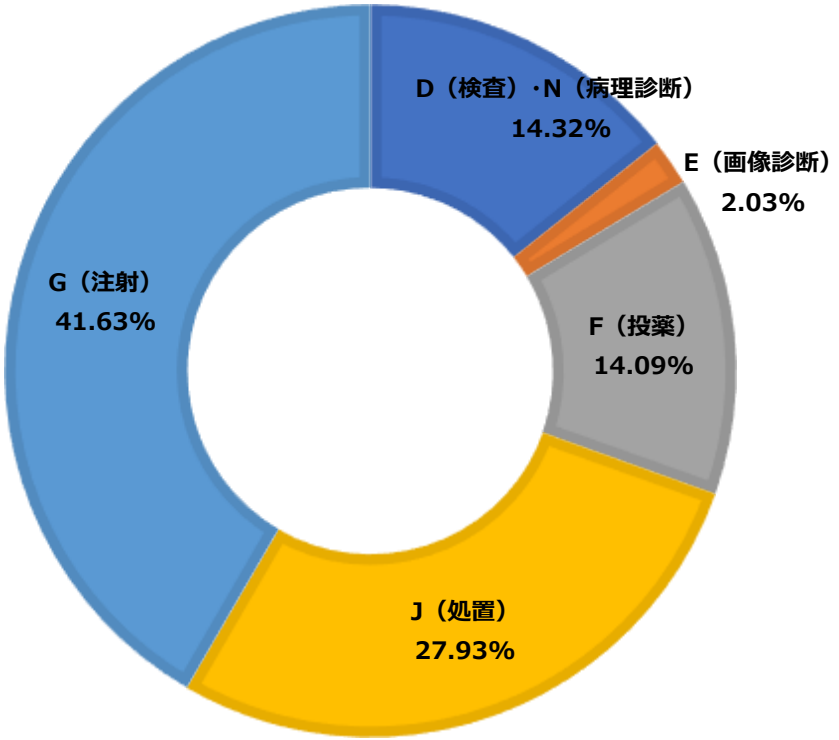
25%Tile	50%Tile	75%Tile
7	38	127

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。

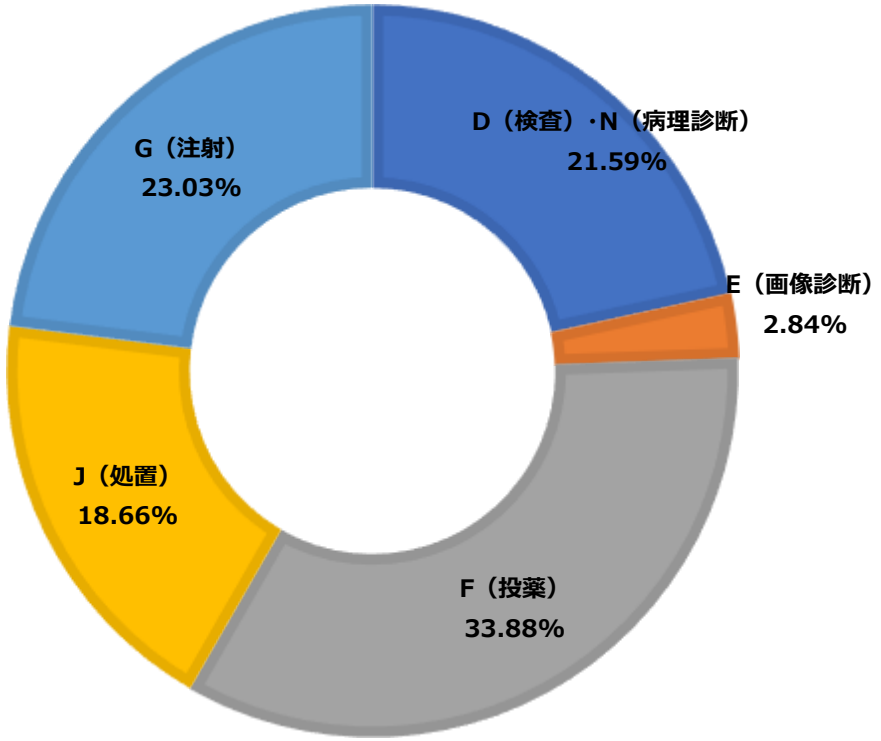
医療区分１に係る医療資源投入量の内訳

○　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

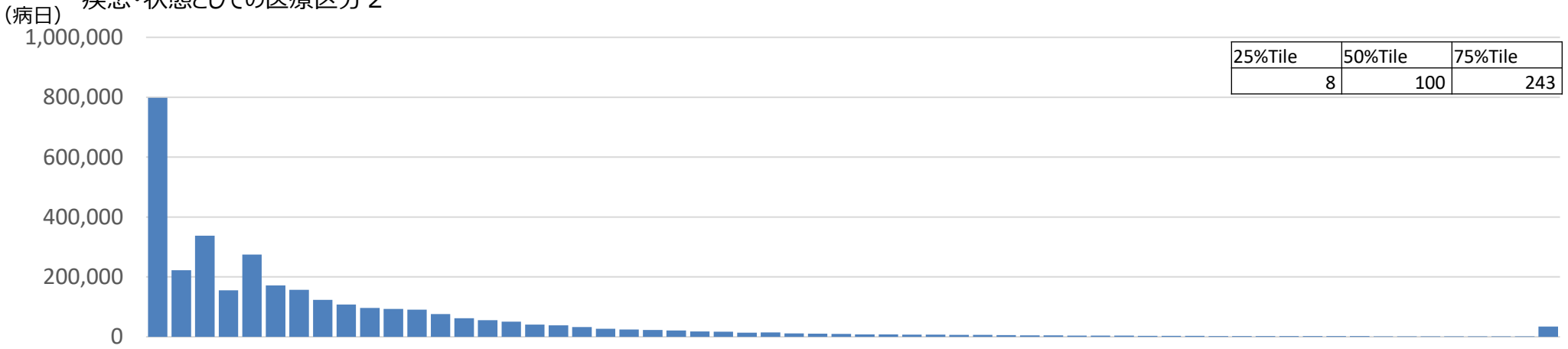


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

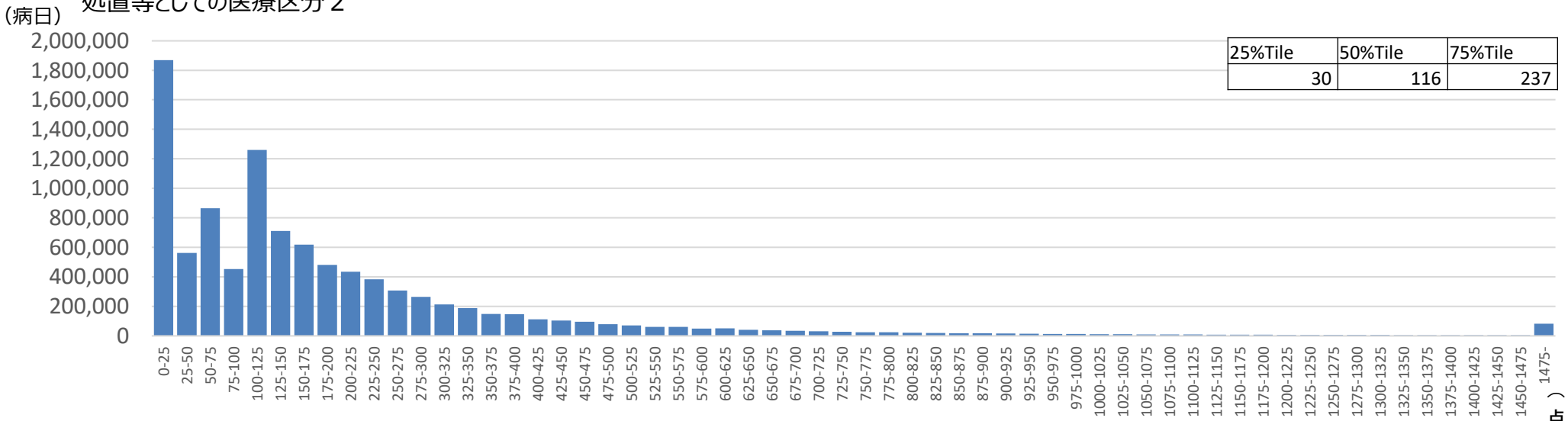
疾 患・状態及び処置等としての医療区分２に係る医療資源投入量

○ 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

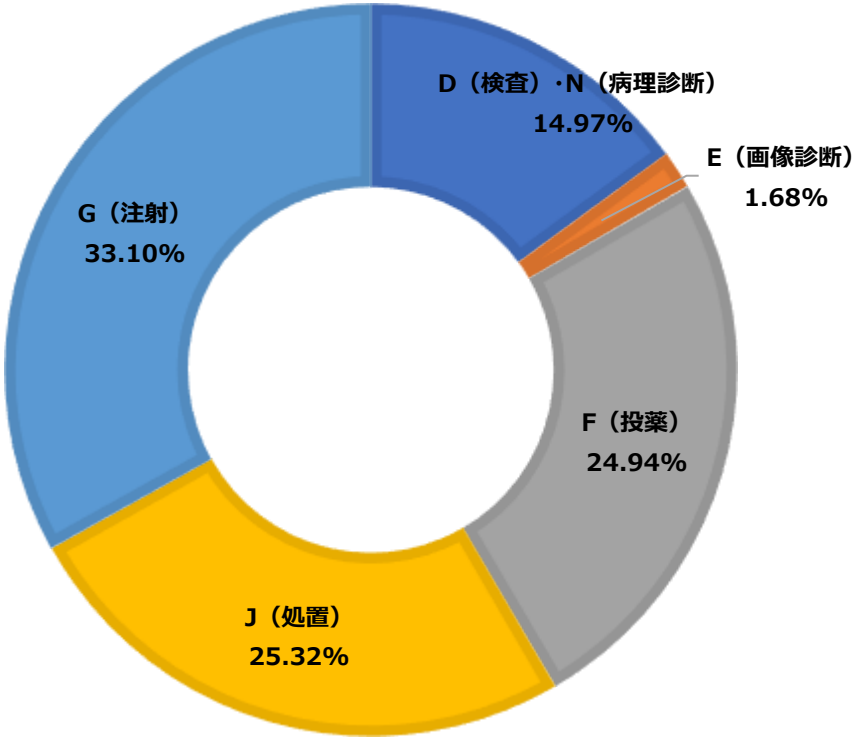


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

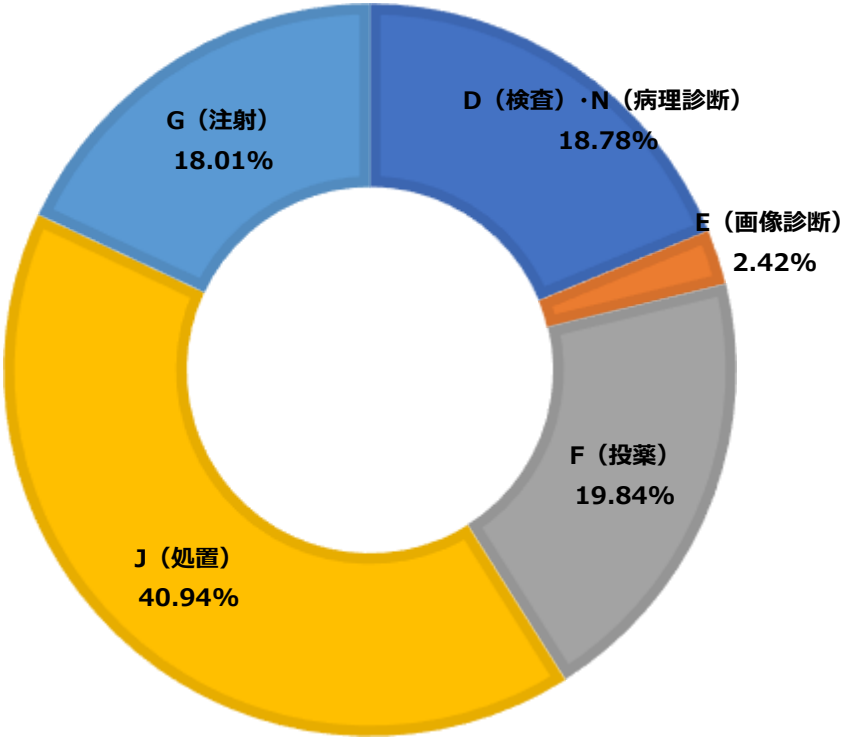
医療区分２に係る医療資源投入量の内訳

○　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



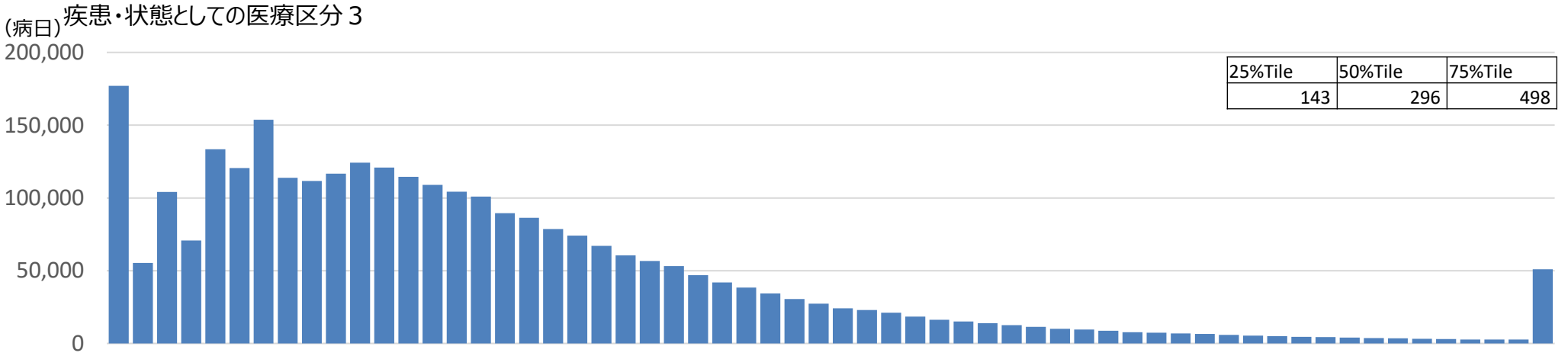
処置の医療区分２全体における割合

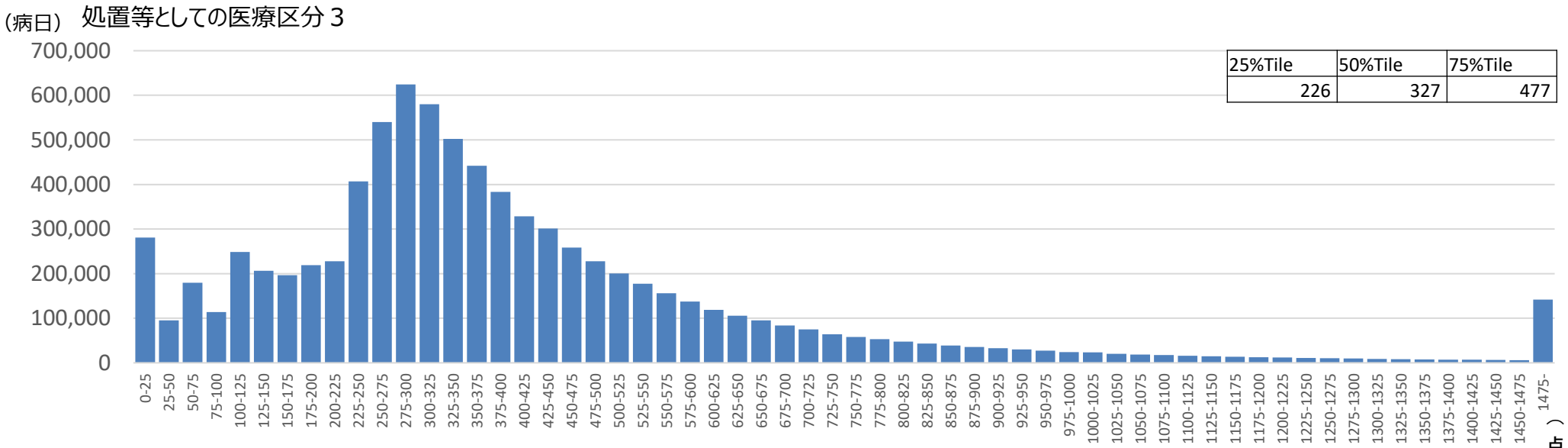


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

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。



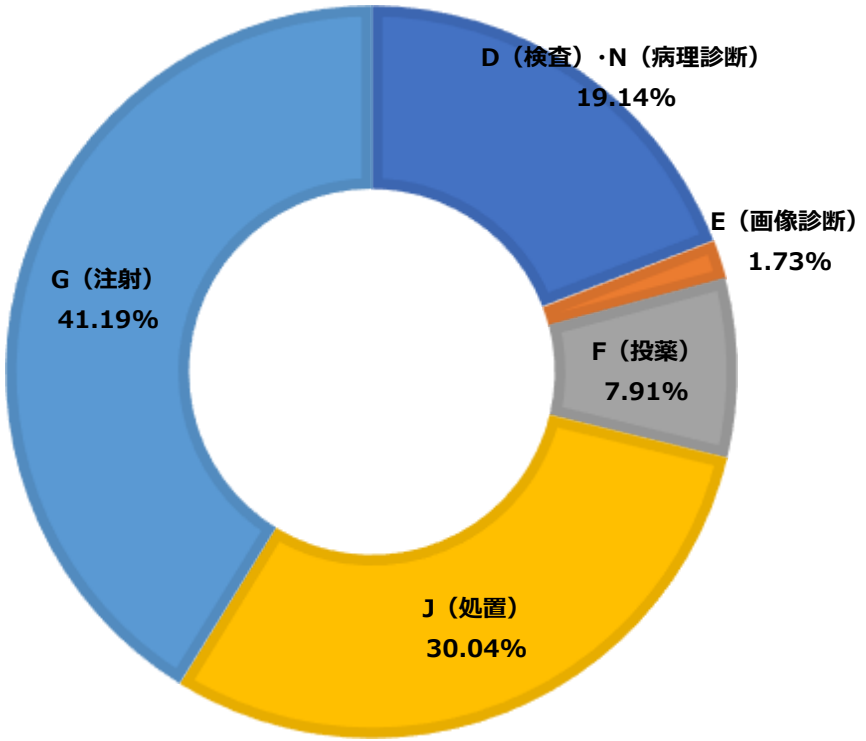


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

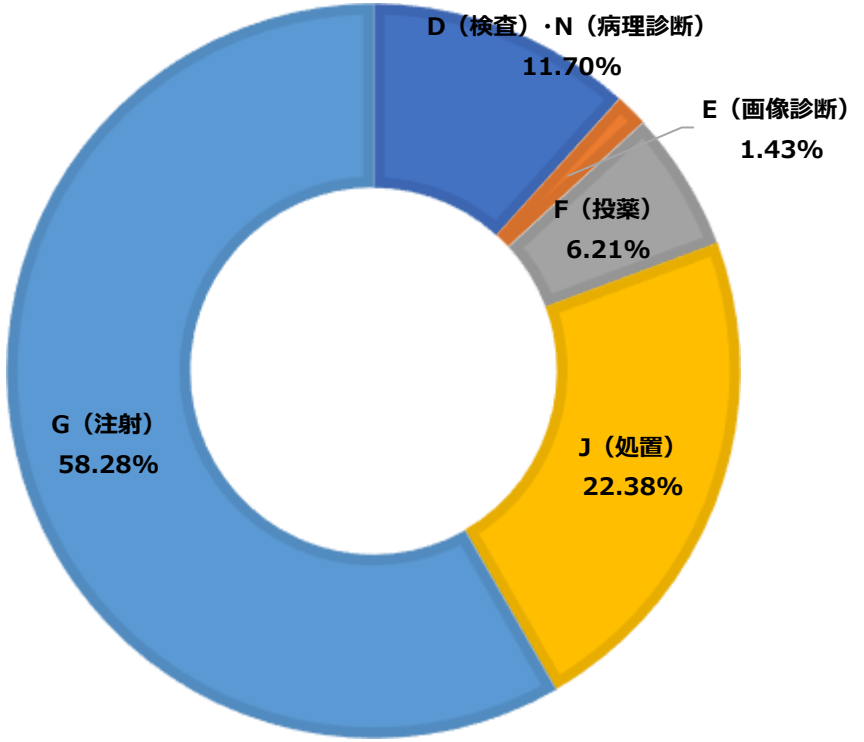
医療区分３に係る医療資源投入量の内訳

○　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



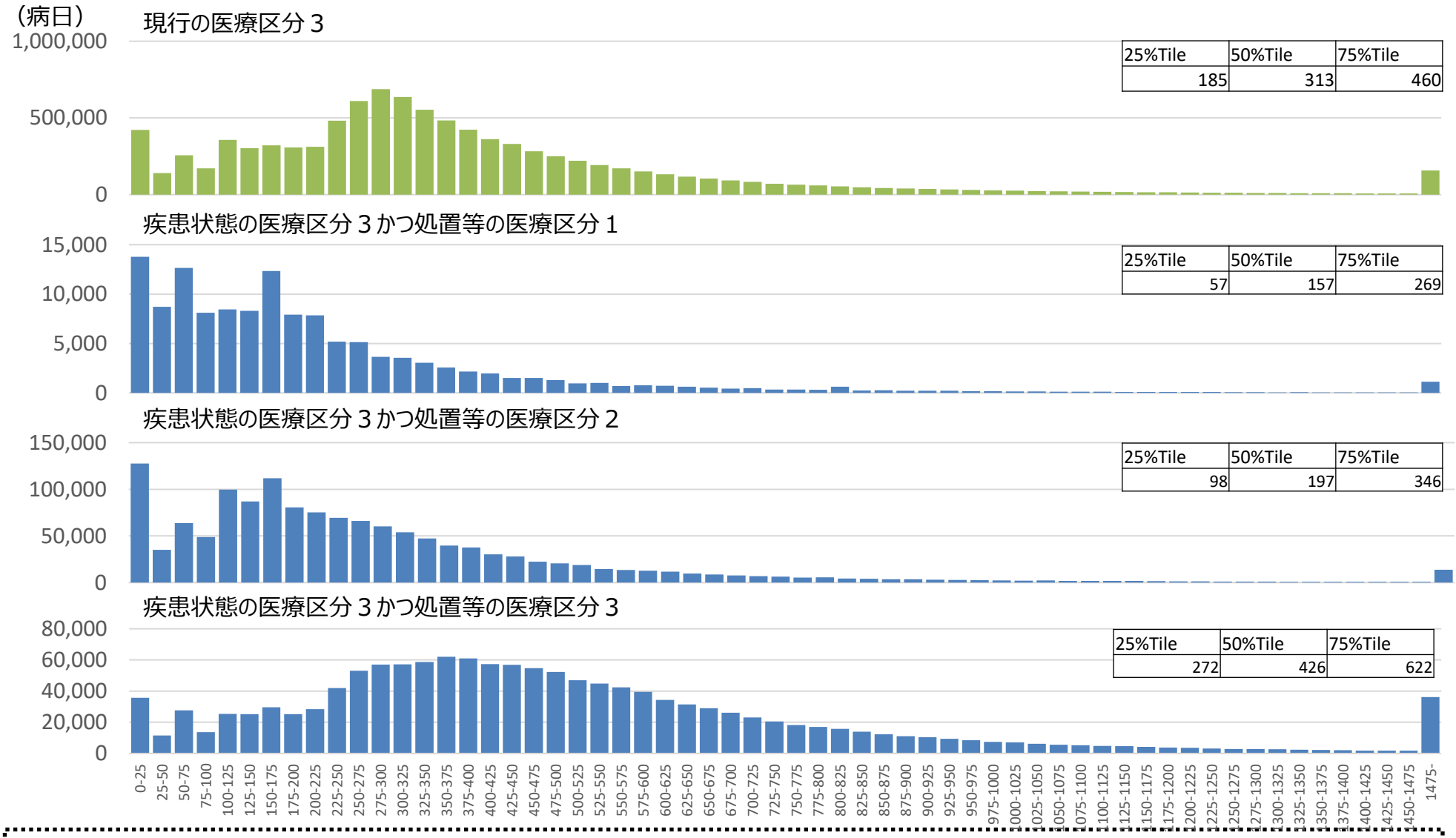
処置の医療区分３全体における割合



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

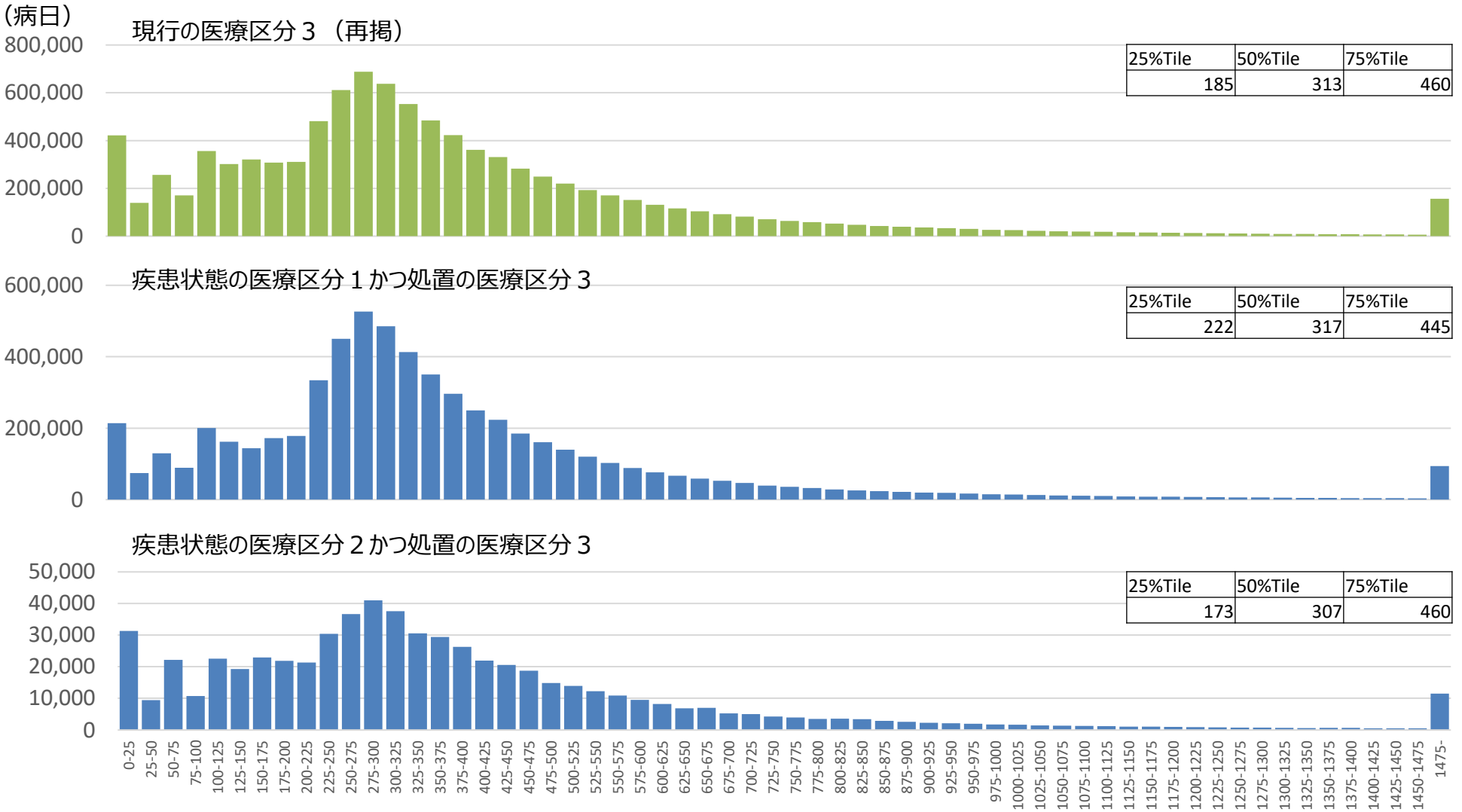
○　医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



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。



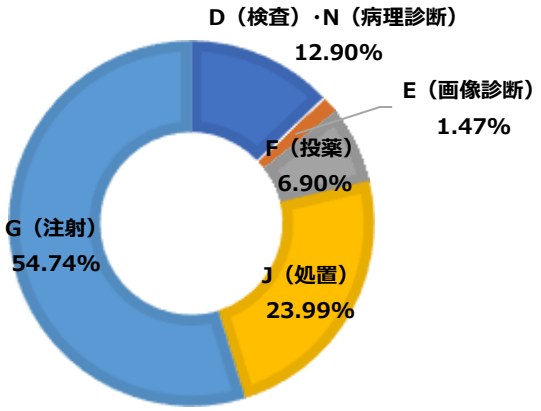
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間･データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分３と疾患・状態と処置等の組み合わせの内訳

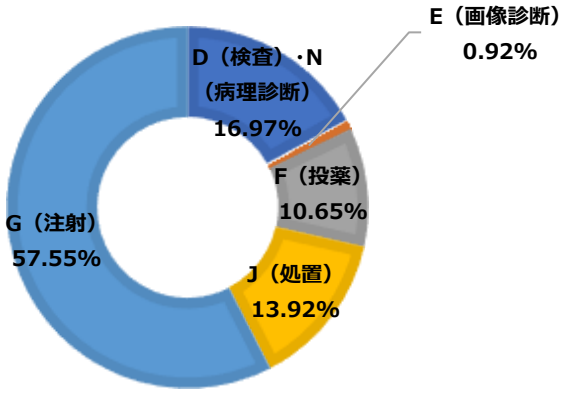
診調組　入－３
５．９．６

○　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。

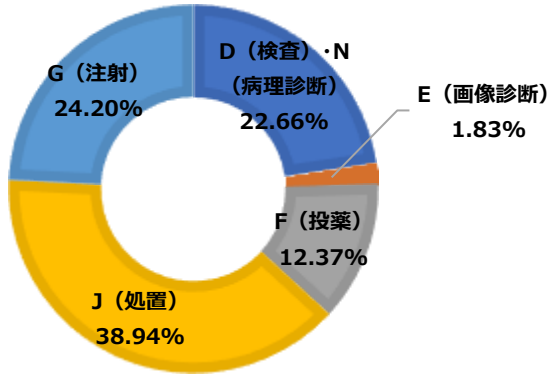
現行の医療区分３全体における割合（再掲）



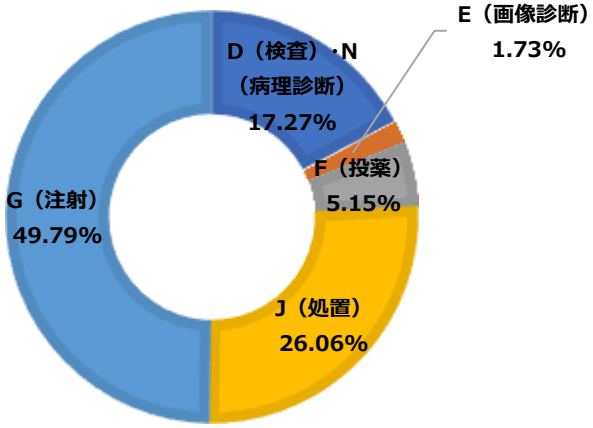
【疾患状態】医療区分３かつ【処置】医療区分１全体における割合



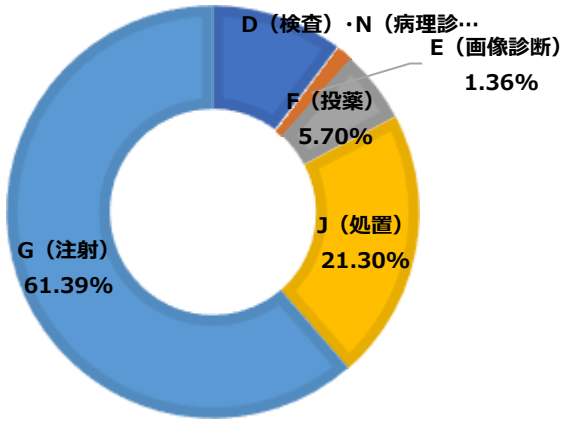
【疾患状態】医療区分３かつ【処置】医療区分２全体における割合



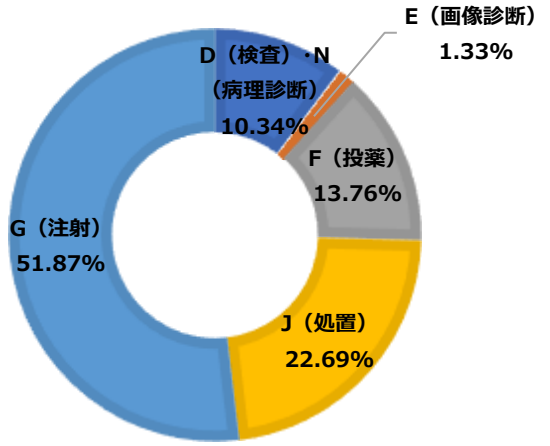
【疾患状態】医療区分３かつ【処置】医療区分３全体における割合



【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



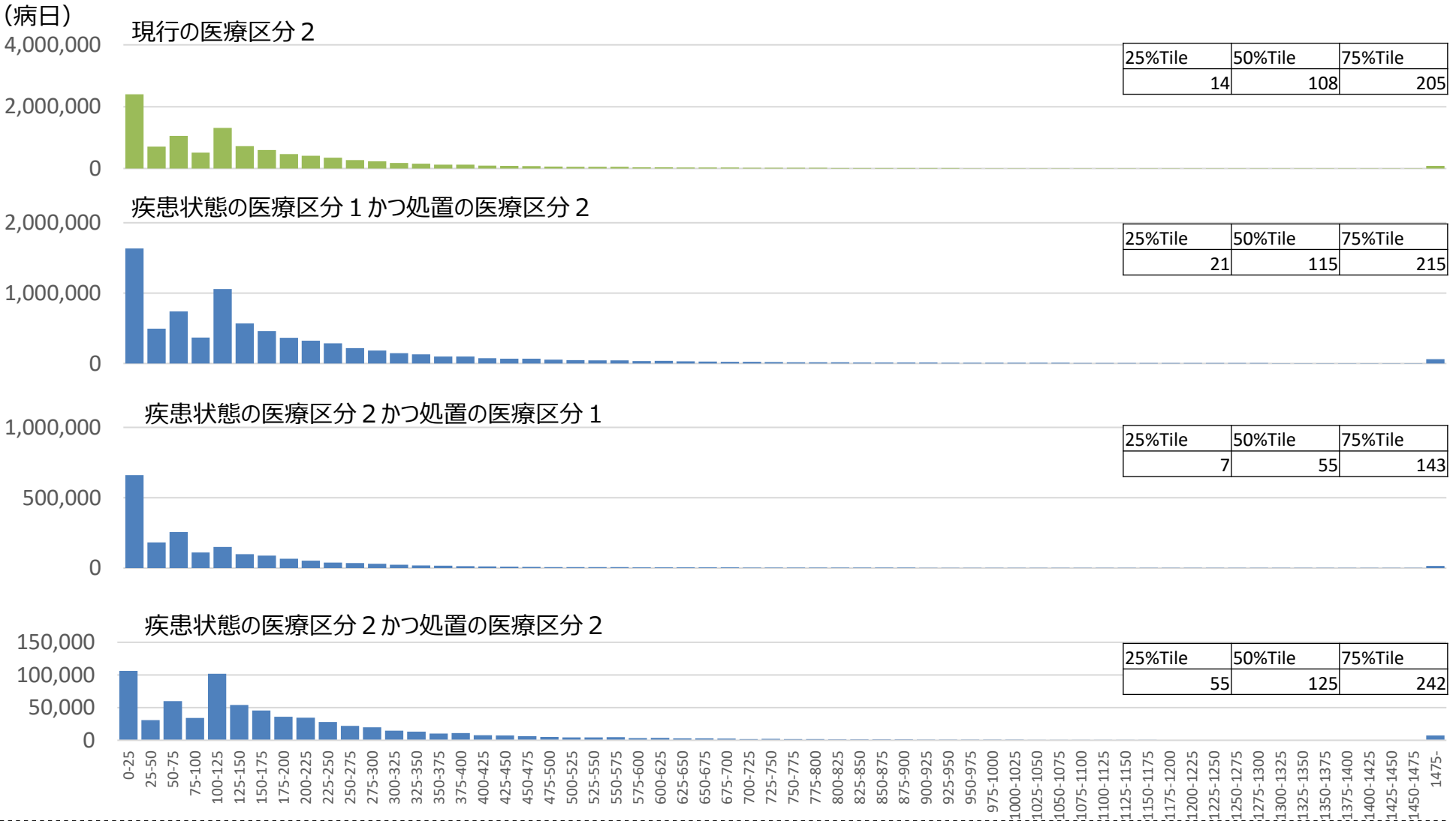
【疾患状態】医療区分２かつ【処置】医療区分３全体における割合



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。



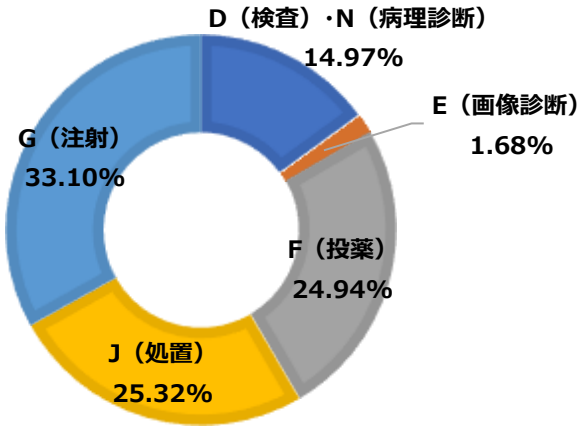
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間･データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分２と疾患・状態と処置等の組み合わせの内訳

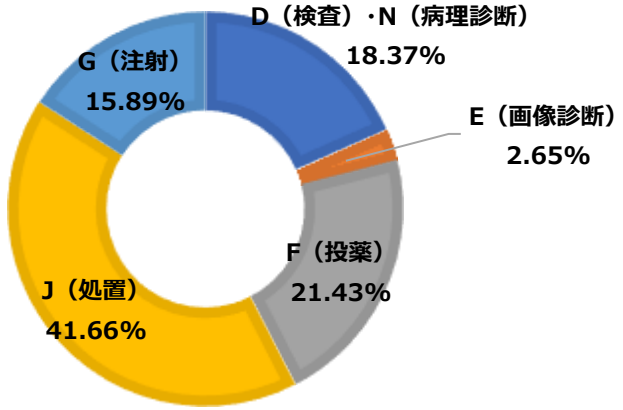
診調組　入－３
５．９．６

○　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。

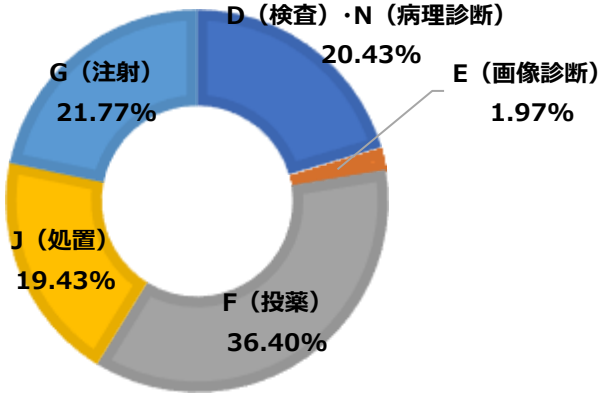
疾患・状態の医療区分２全体における割合



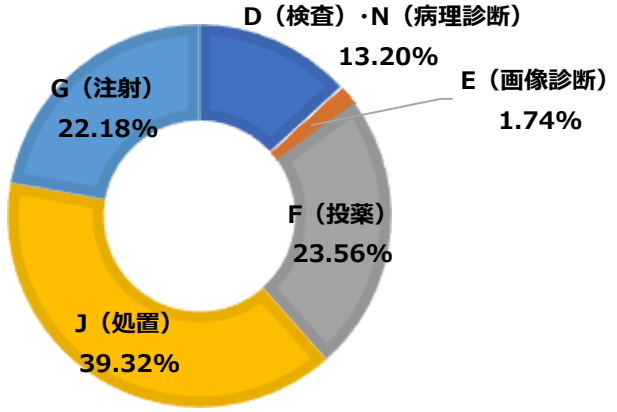
【疾患状態】医療区分１かつ【処置】医療区分２全体における割合



【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

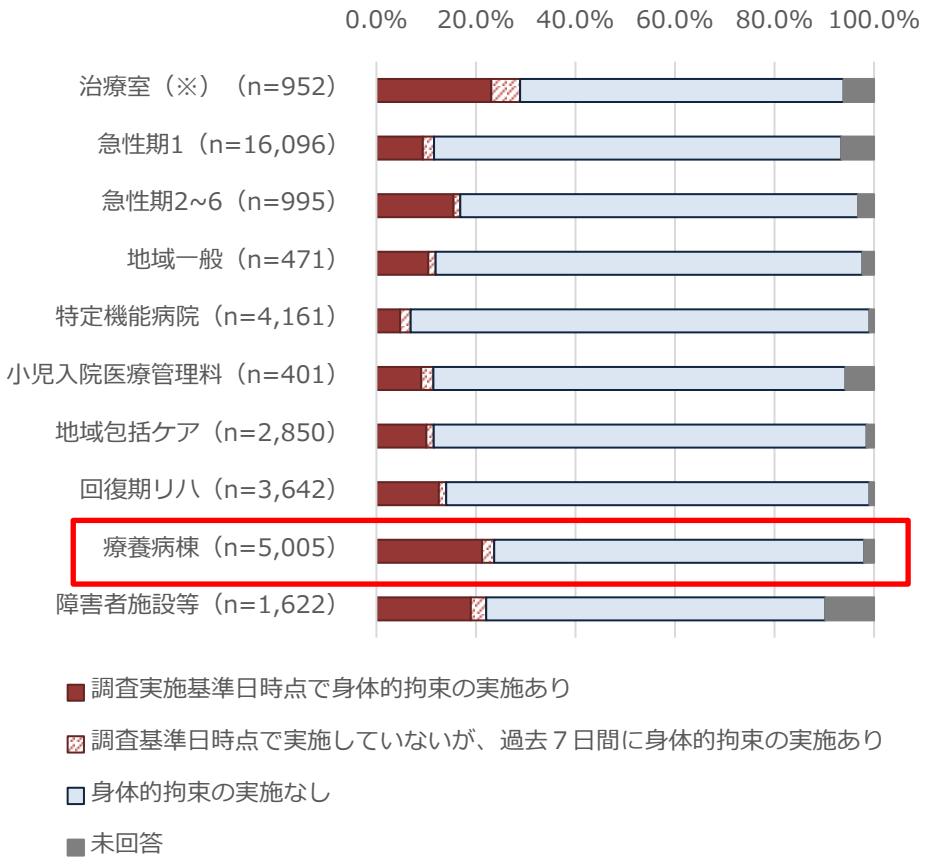


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

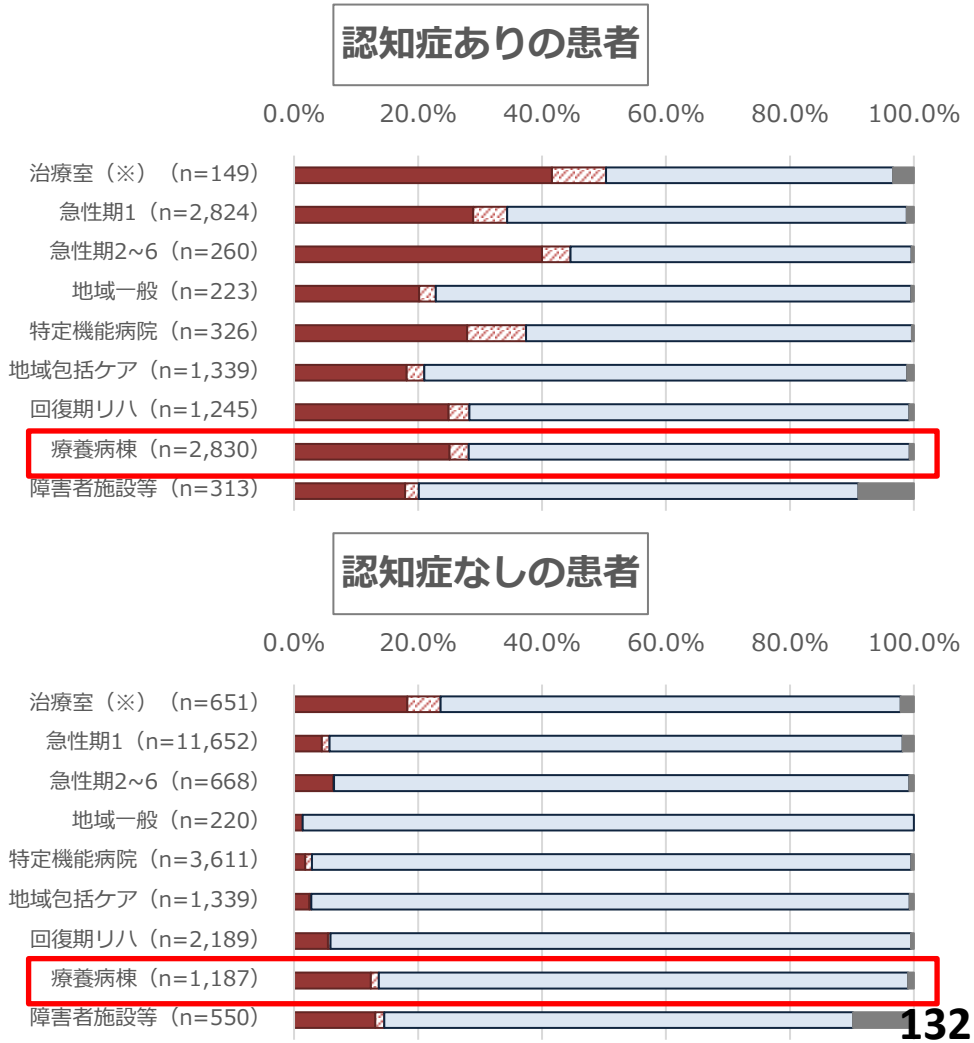
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■入院料別の身体的拘束の実施有無



（※）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



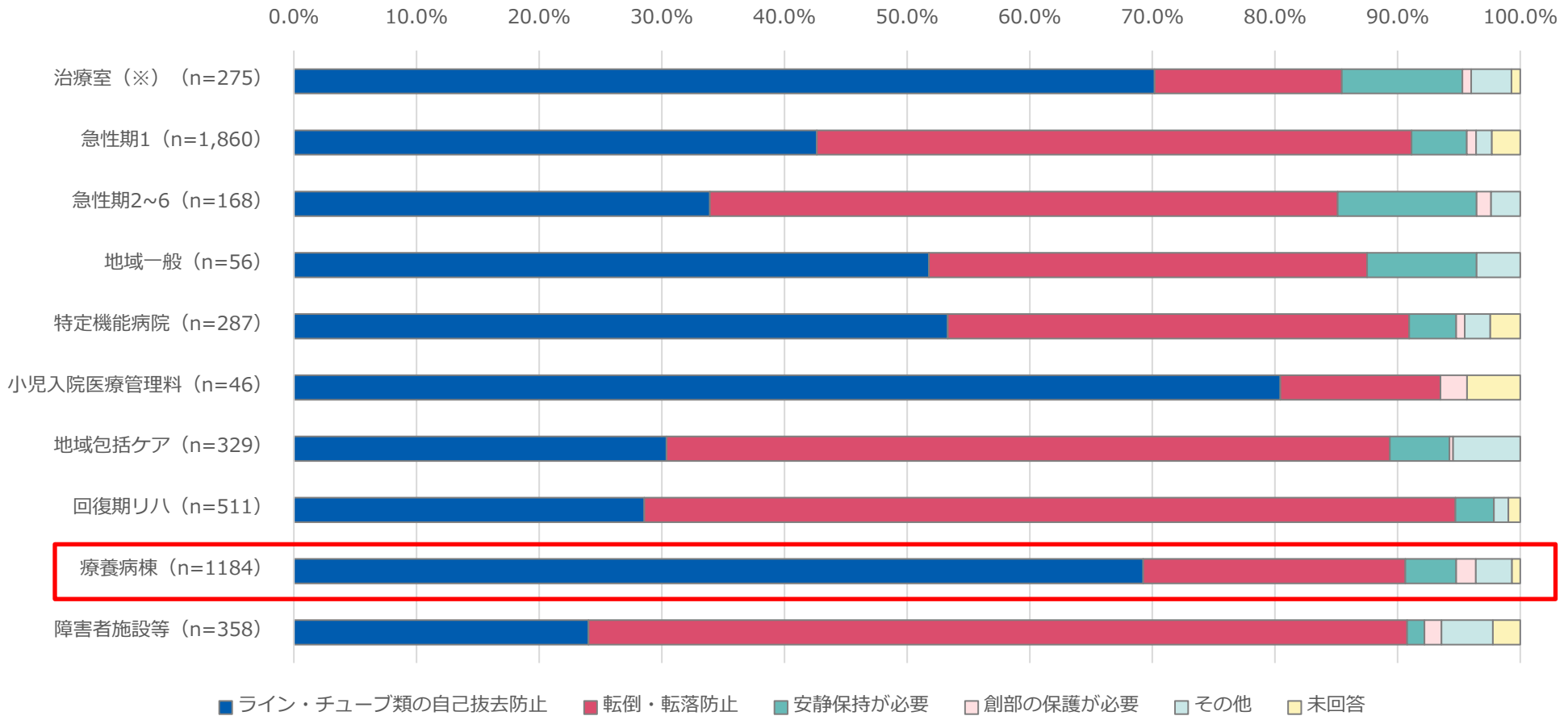
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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）



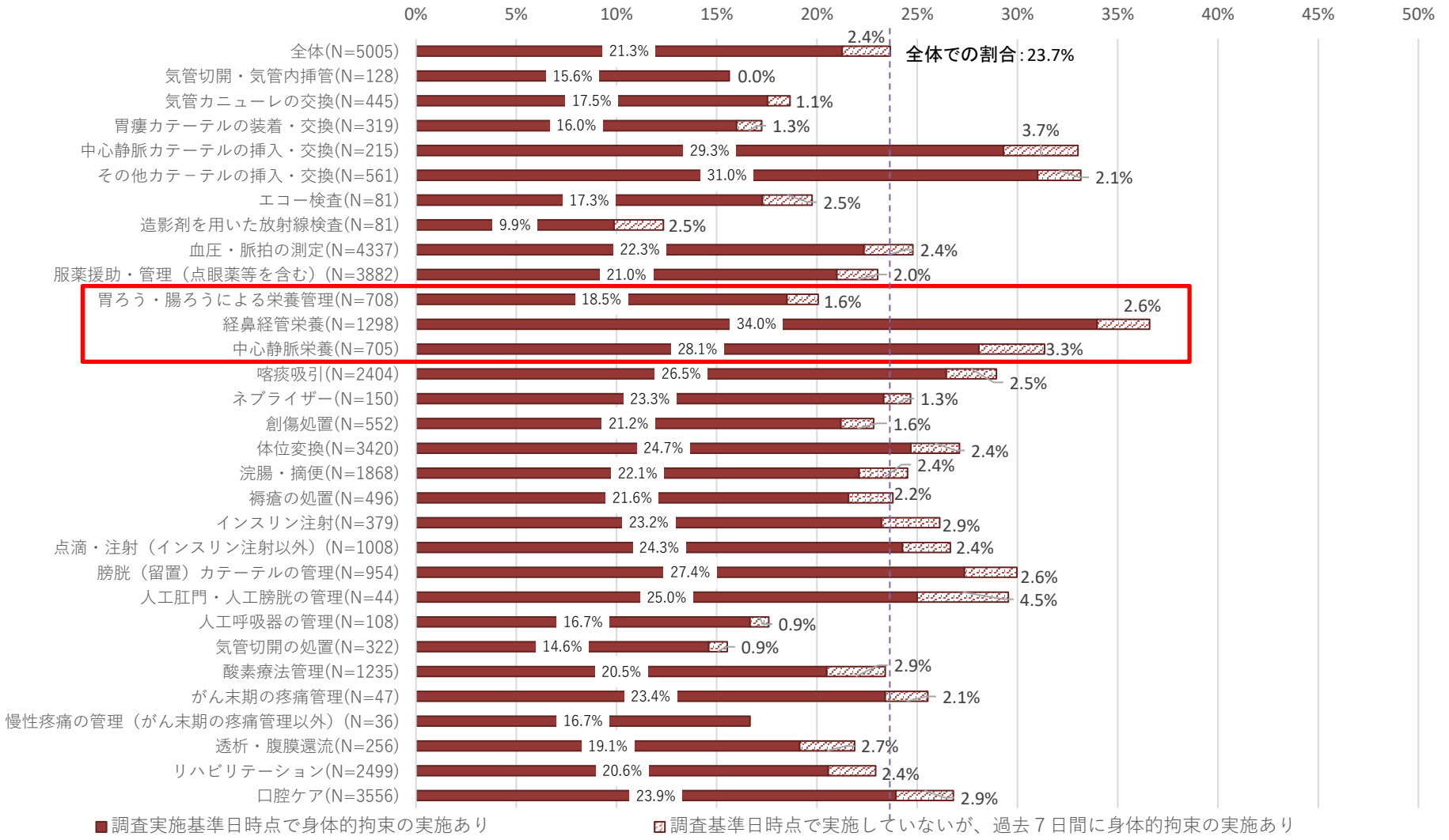
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施有無

診調組　入－１
５．８．１０

○　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。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

（※）療養病棟を対象に、N=10以上の医療行為・処置等について分析

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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ことが何よりも大切。

○　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	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90に相当する点数を算定する。	【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	・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。 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。			・下記のいずれかを満たすこと 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

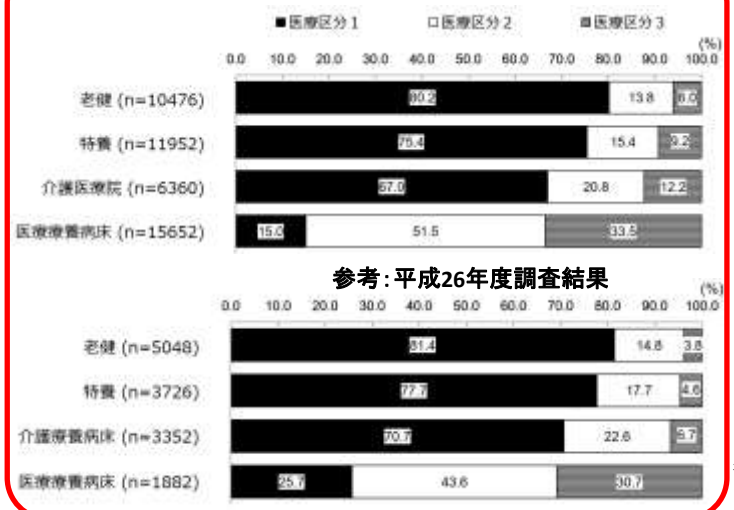
n=21,165　**図表10　医療区分及びADL区分（特養）**　単位：%

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

図表12　医療区分



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（%）

	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
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5
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
ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	84.8	84.6	70.2	87.9
喀痰吸引（1日８回未満）	87.6	95.9	73.5	93.9
喀痰吸引（1日８回以上）	50.3	83.7	24.1	91.5
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7
酸素療法（酸素吸入）	66.1	90.5	53.9	92.7
鼻カヌラ	63.8	87.3	52.0	88.3
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9
マスク式（NPPV 等）	7.2	14.9	1.1	47.8
静脈内注射（点滴含む）	60.6	81.9	32.0	87.9
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4

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)
抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
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
簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
疼痛管理（麻薬なし）	68.1	69.2	42.4	83.8
疼痛管理（麻薬使用）	19.5	46.2	15.7	76.5
内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
摘便	92.8	95.0	86.7	93.9
導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	31.6	83.3	7.6	91.9
リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
透析	8.9	7.7	9.8	25.1
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

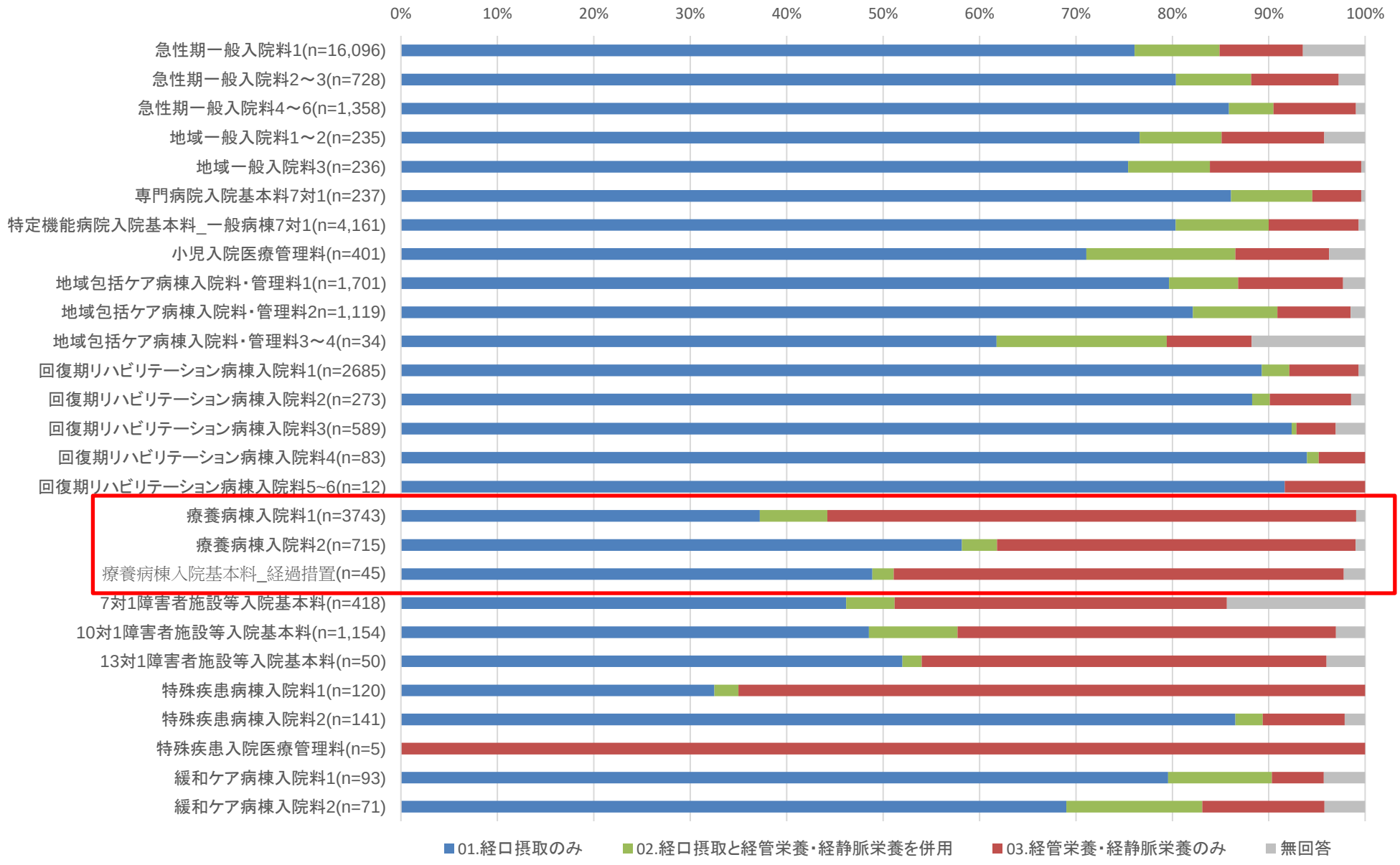
○ 療養病棟におけるリハビリテーションの１日あたり医療資源投入量と算定件数（単位数）は以下の通り。
○ 特に入院料I（医療区分1・ADL区分1）において医療資源投入量が高く、算定件数（単位数）が多い。

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
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）

入院料ごとの栄養摂取の状況

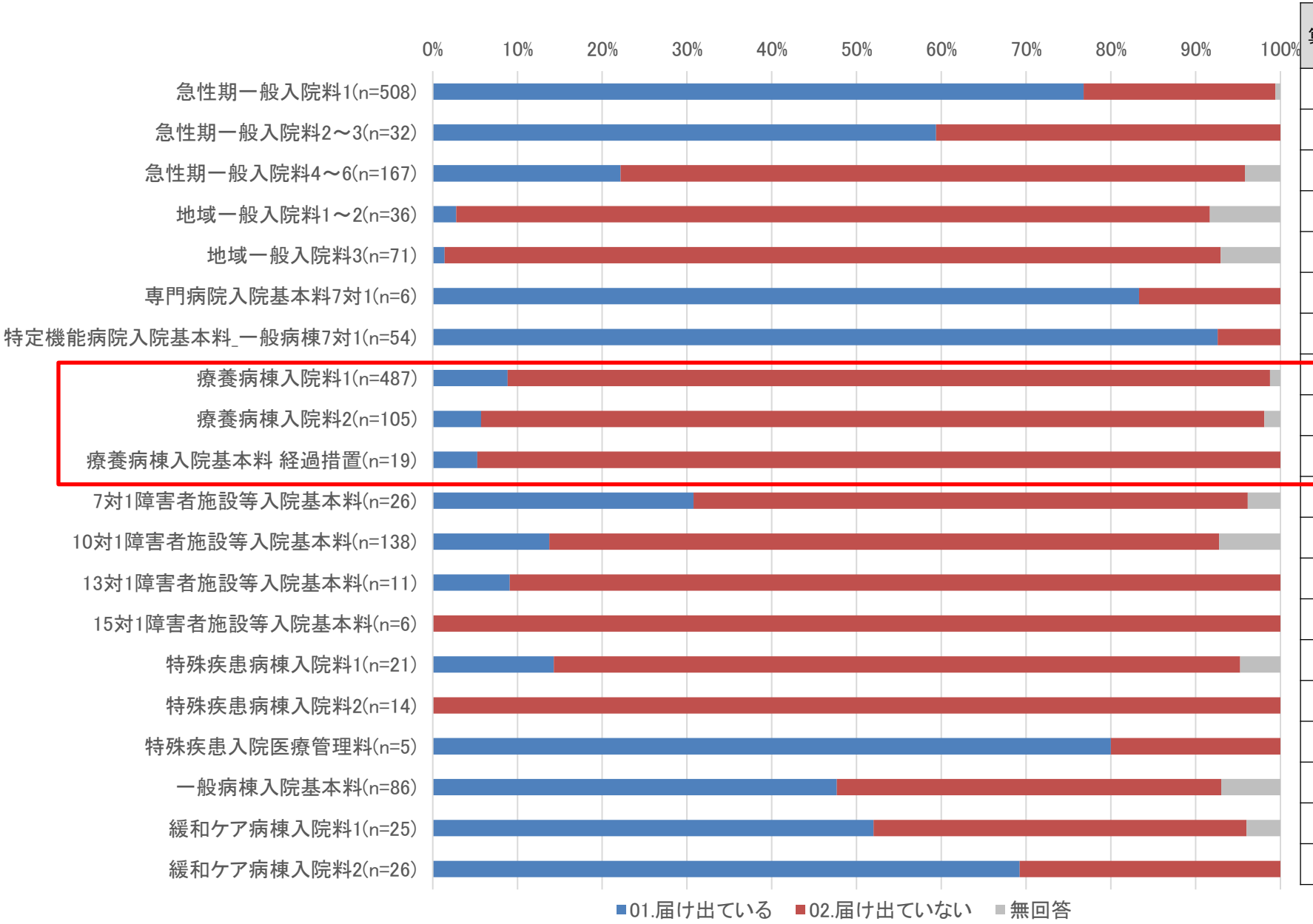
診調組　入－１
５．６．８改



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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



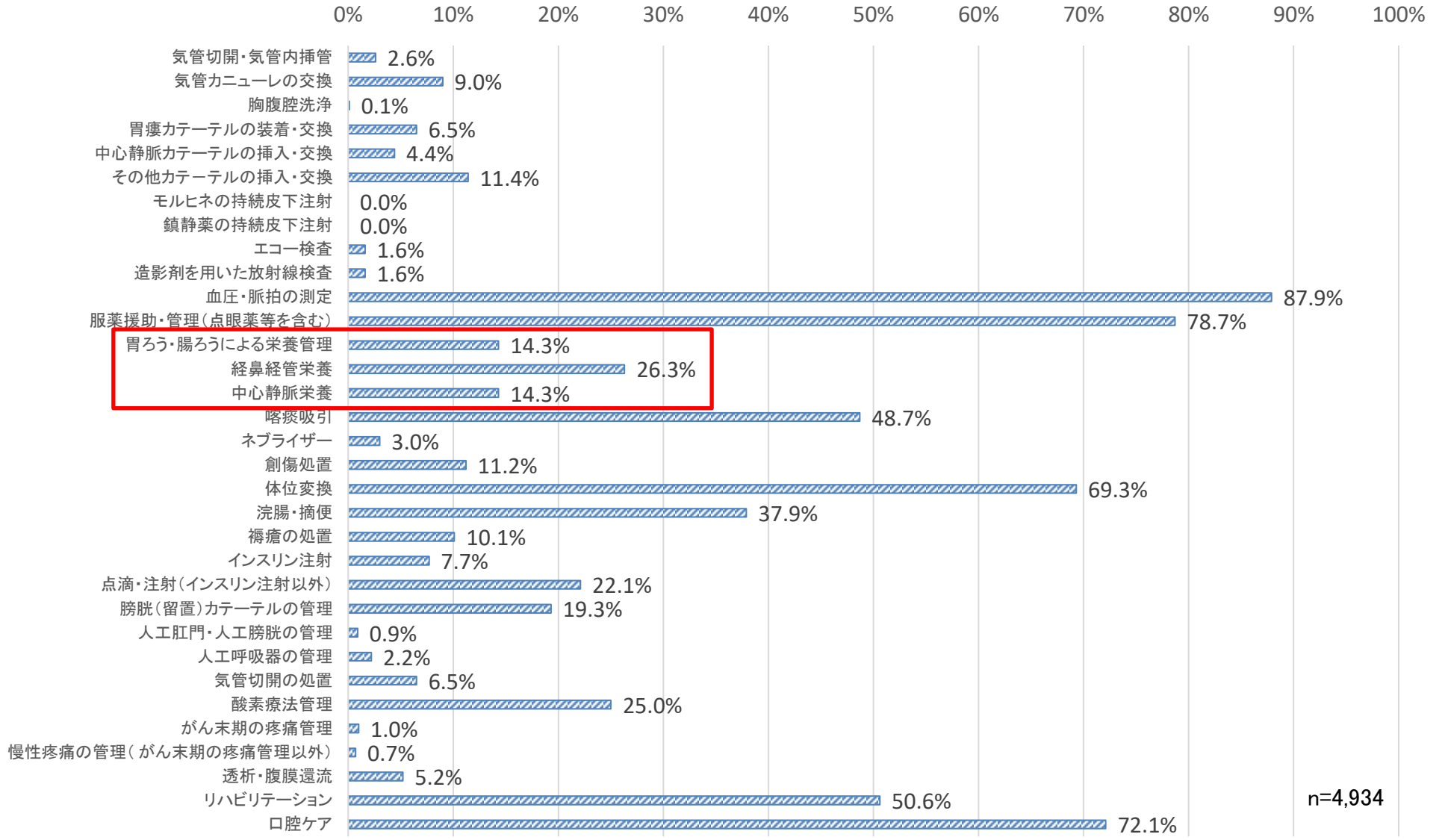
	届出施設 算定件数（中央値） （R4.10　1か月）
急性期一般入院料1(n=508)	32.0
急性期一般入院料2～3(n=32)	26.0
急性期一般入院料4～6(n=167)	16.0
地域一般入院料1～2(n=36)	－
地域一般入院料3(n=71)	15.0
専門病院入院基本料7対1(n=6)	41.0
特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1(n=54)	47.5
療養病棟入院料1(n=487)	16.0
療養病棟入院料2(n=105)	4.0
療養病棟入院基本料 経過措置(n=19)	3.0
7対1障害者施設等入院基本料(n=26)	22.5
10対1障害者施設等入院基本料(n=138)	12.0
13対1障害者施設等入院基本料(n=11)	－
15対1障害者施設等入院基本料(n=6)	－
特殊疾患病棟入院料1(n=21)	9.0
特殊疾患病棟入院料2(n=14)	－
特殊疾患入院医療管理料(n=5)	21.5
一般病棟入院基本料(n=86)	21.0
緩和ケア病棟入院料1(n=25)	25.0
緩和ケア病棟入院料2(n=26)	21.0

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）

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

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。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

中心静脈栄養の適切な管理の推進

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

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻,虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻,虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。
［算定要件］
（1） 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、**当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態 等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行う**こと。
（2） 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、**他の保険医療機関等に患者を紹介する場合**は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を**情報提供**すること。





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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。
［施設基準］
中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。
ア　中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。
イ　当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。





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

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

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

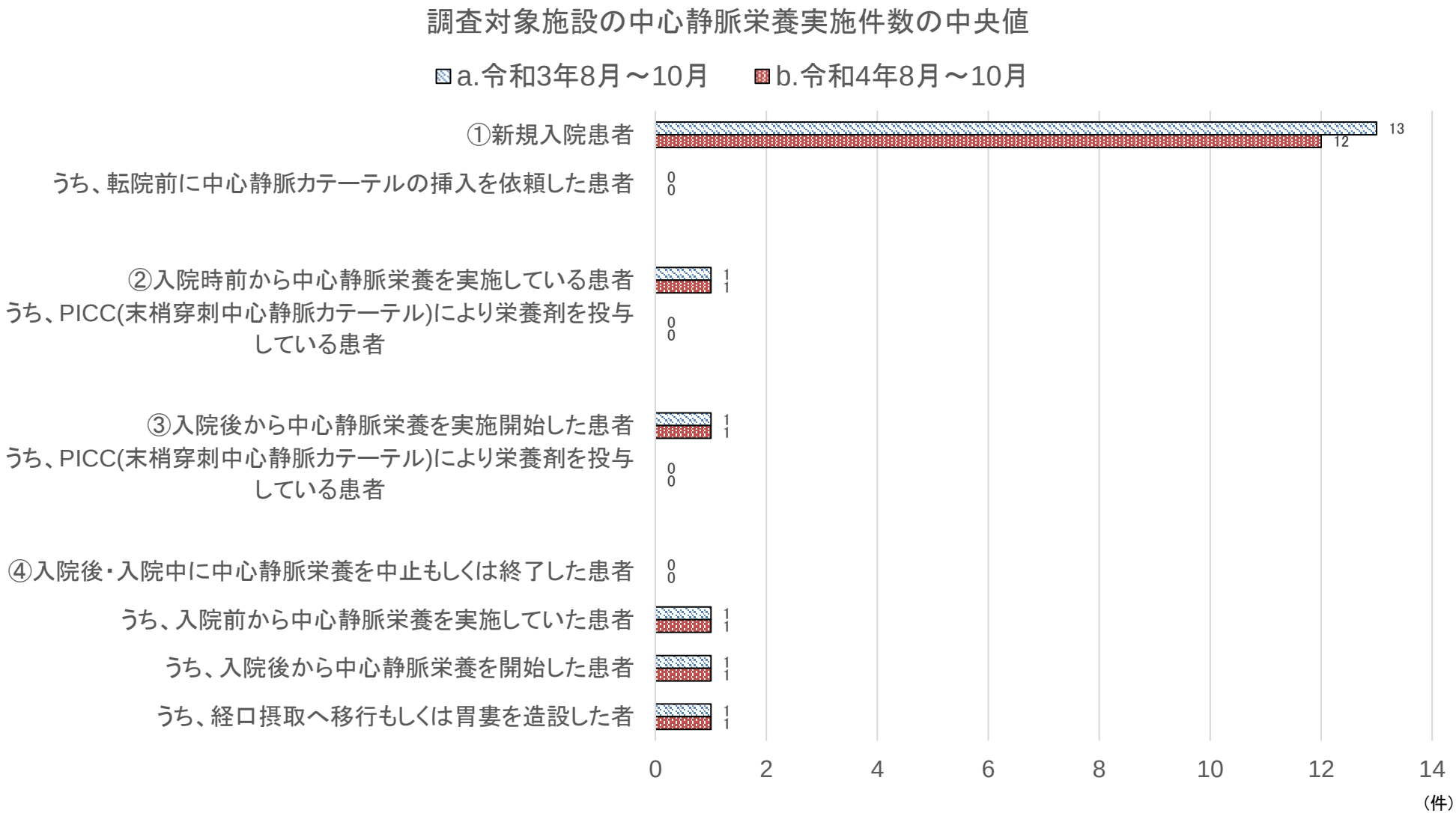
【療養病棟入院基本料】
［算定要件］（概要・抜粋）
注１　１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、**当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定**

【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

診調組　入－１
５．６．８改

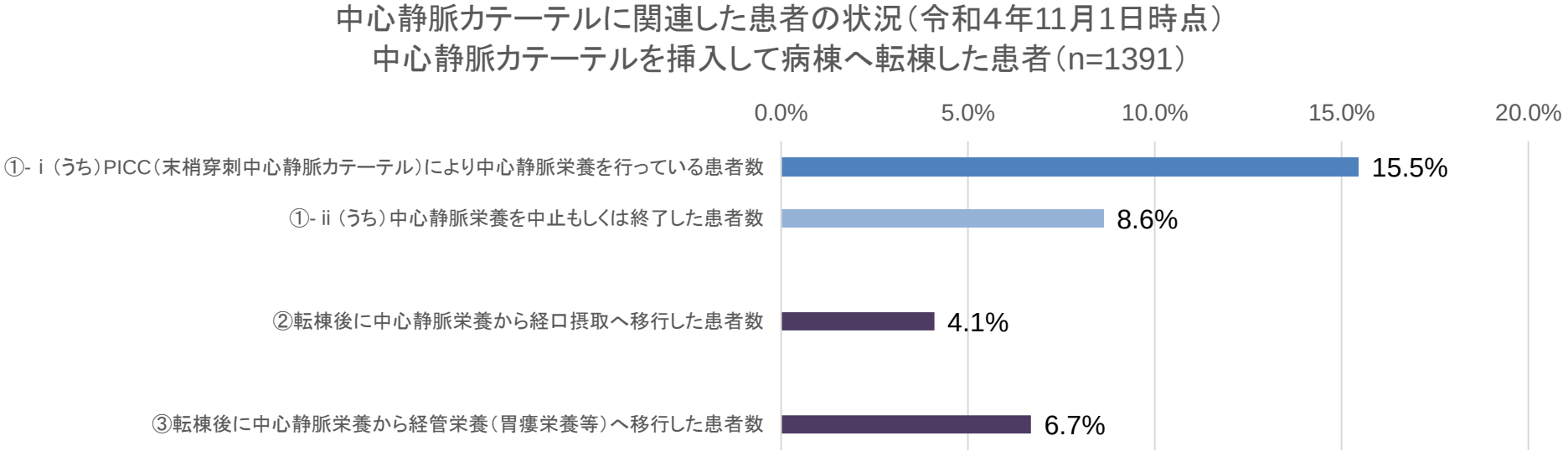
○　各調査対象施設（597施設）における3か月間の中心静脈栄養の実施患者数の中央値は、以下のとおりであり、令和4年度診療報酬改定前後で大きな変化は見られなかった。

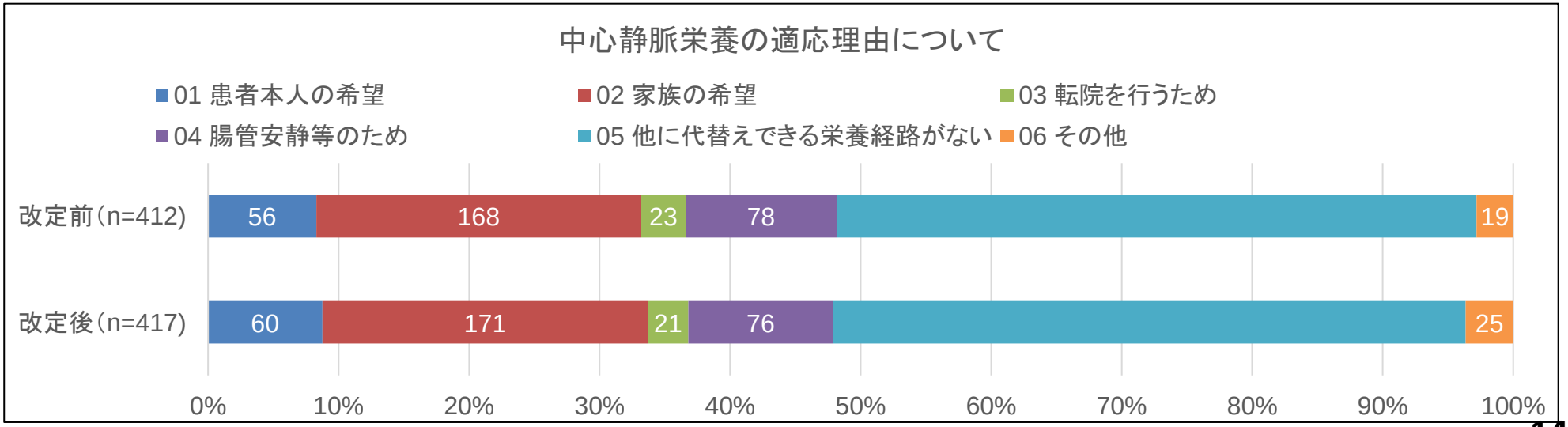


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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。



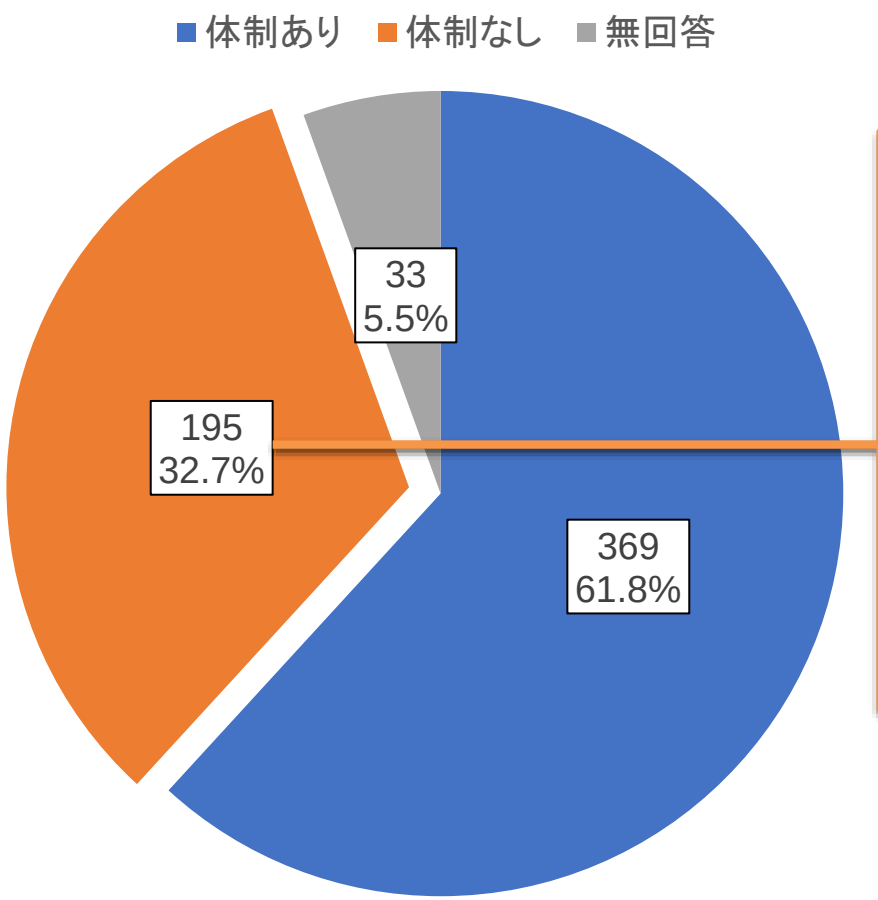


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

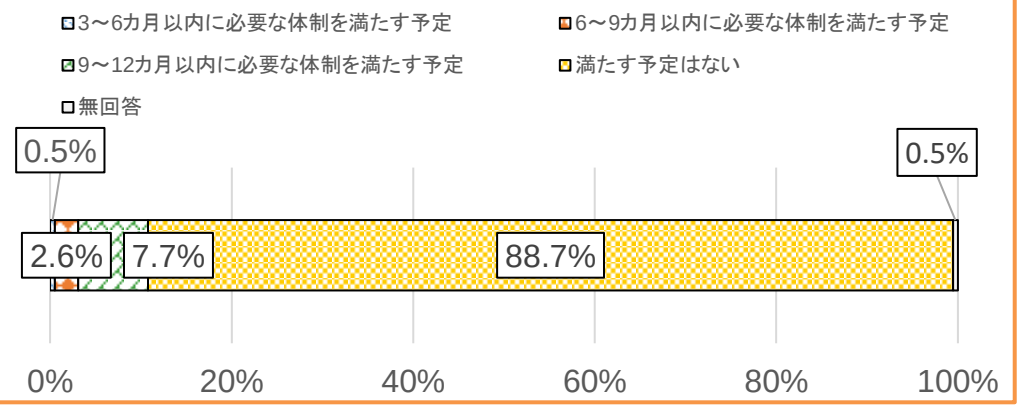
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○　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。

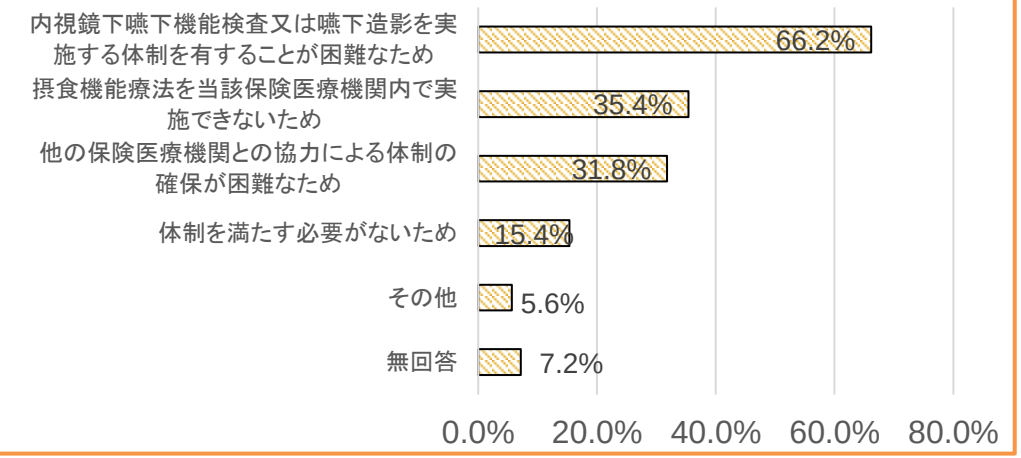
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無（n=597）



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

○　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営検査の実施が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%

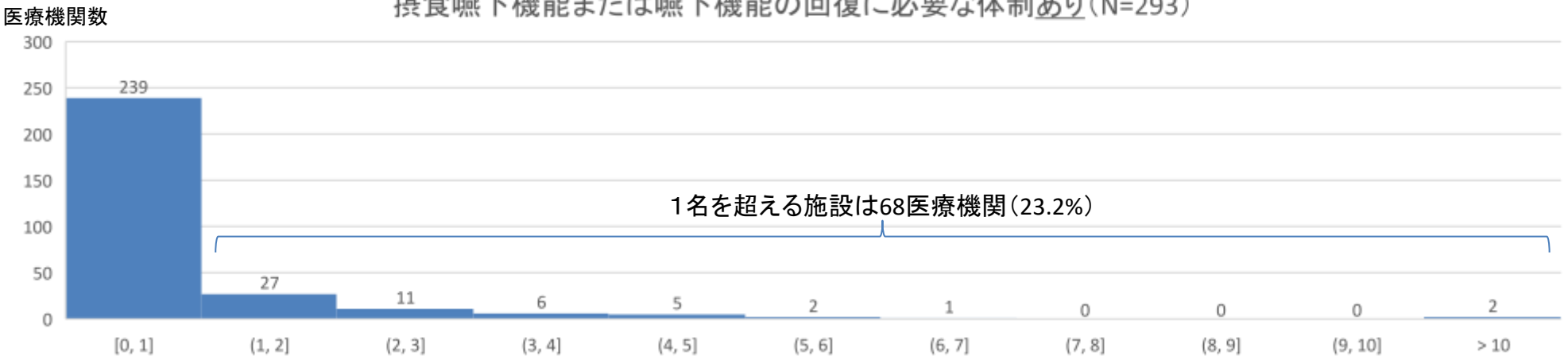
（※）自施設内あるいは連携施設における内視鏡的嚥下機能検査及び嚥下造影検査の年間実施症例数

出典：保健局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）

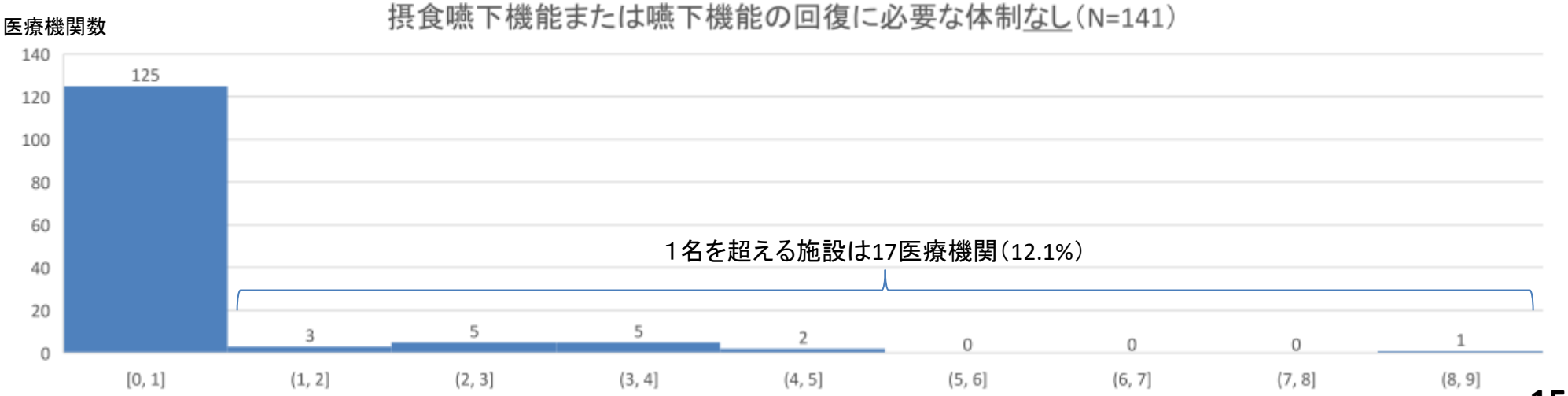
中心静脈栄養を中止・終了した患者数

○　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）



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）

静脈栄養と経腸栄養の選択基準

○　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）。

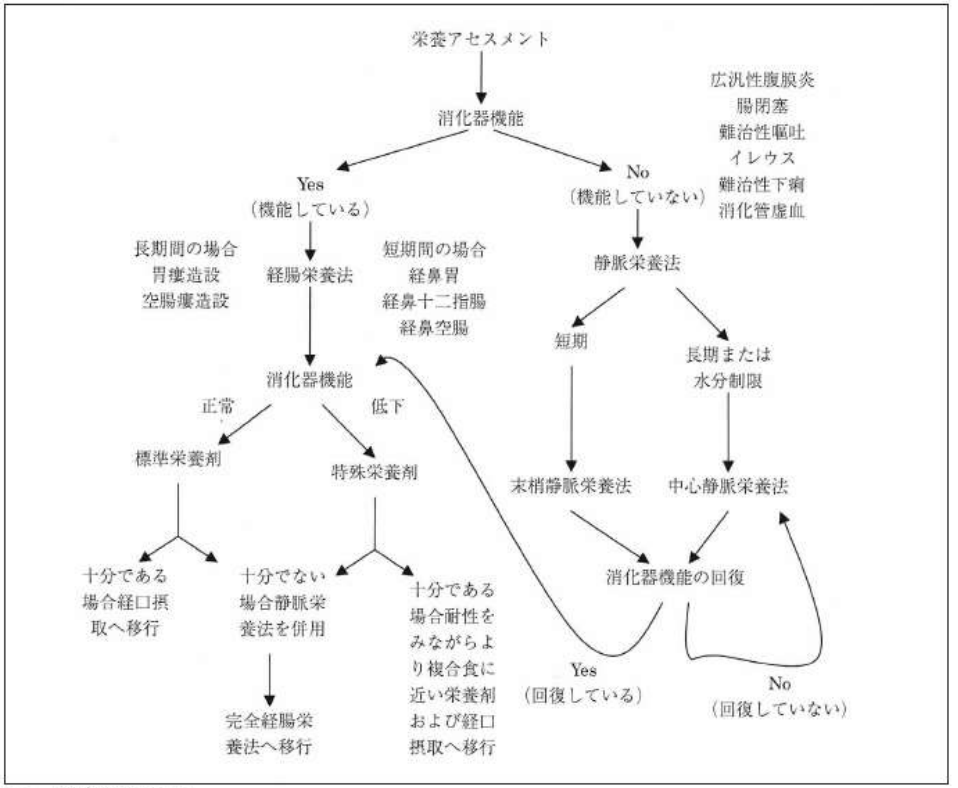
○　経腸栄養が不可能な場合や、経腸栄養のみでは必要な栄養量を投与できない場合には、静脈栄養の適応となる（推奨度Aエビデンスレベル2）。

○　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



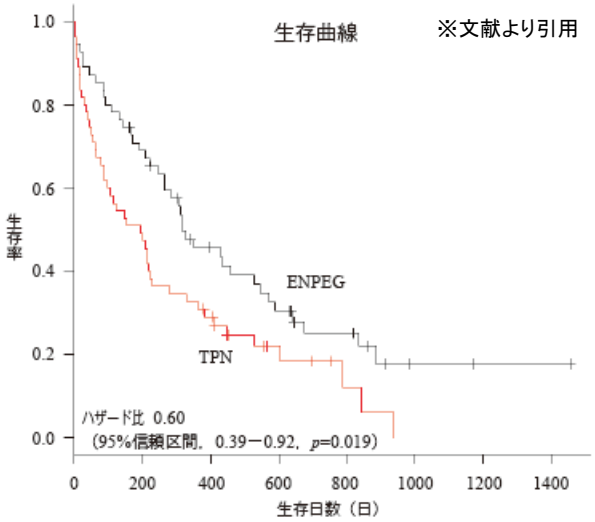
宮澤靖. 静脈経腸栄養(1344-4980)22巻4号 Page455-463(2007.12)

療養病棟における中心静脈栄養と経腸栄養

○　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)

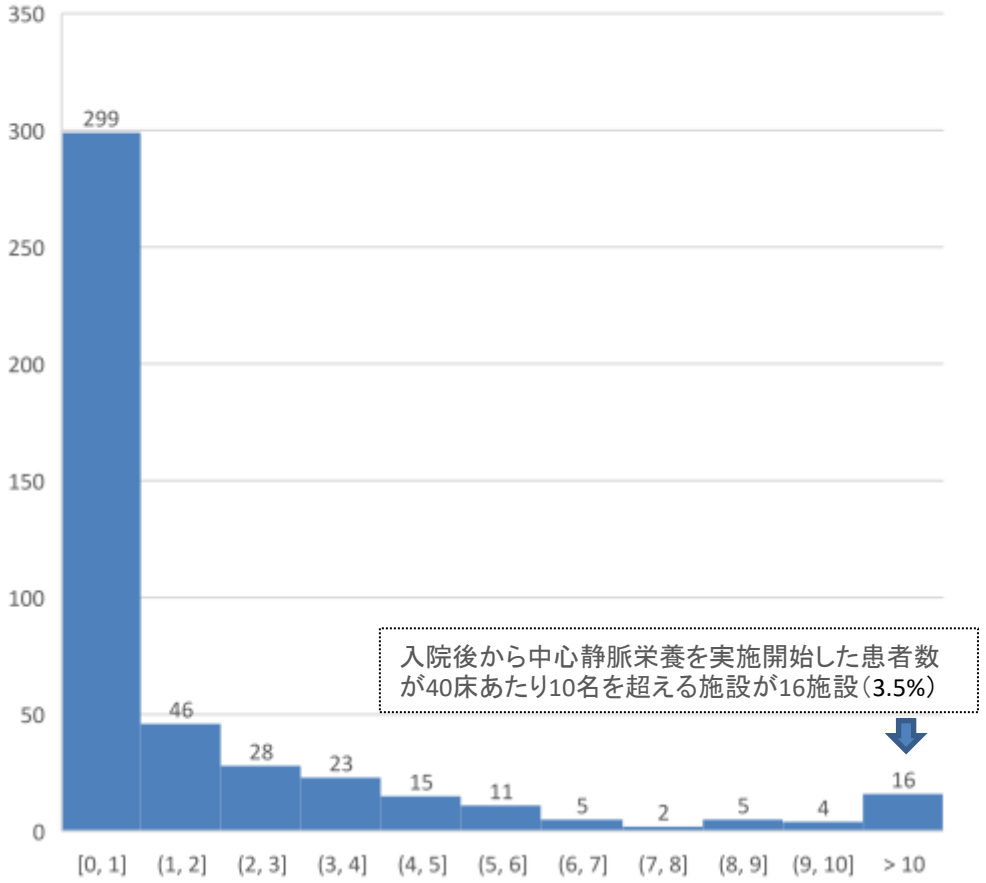
○　平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。

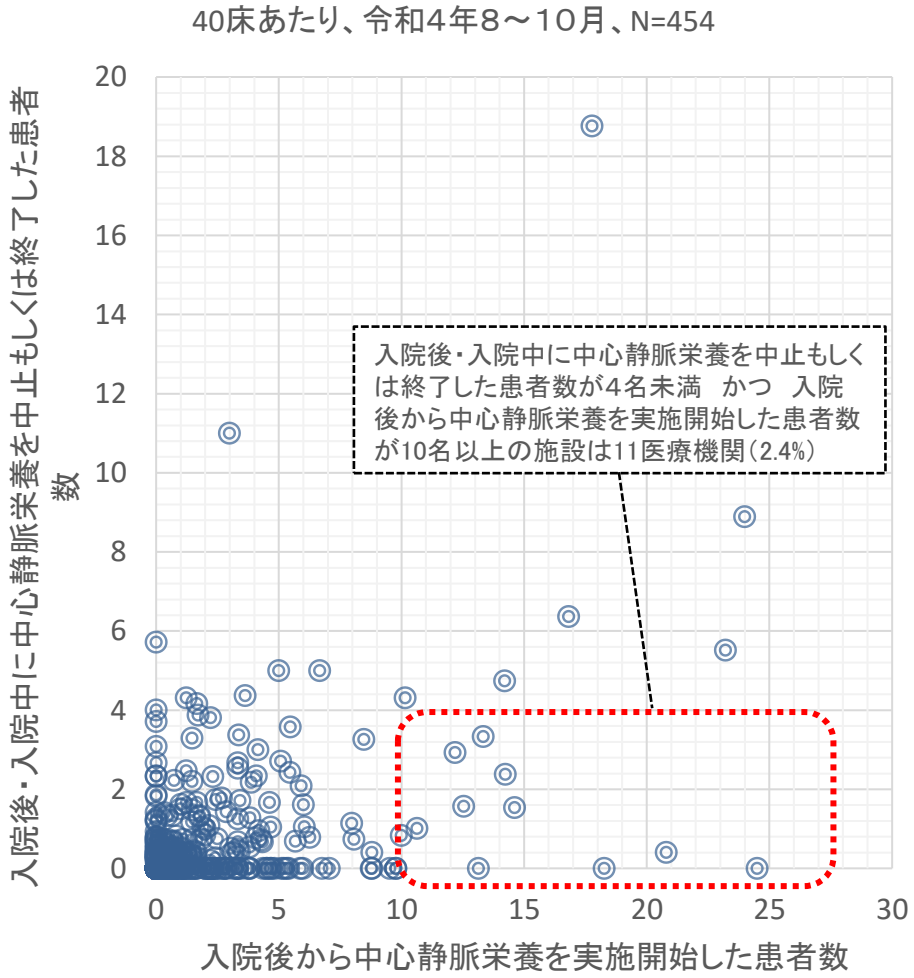
近藤由利ほか　日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)

中心静脈栄養を実施開始した患者数

診調組　入－１
５．８．１０

○　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%）。





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）

（参考）中心静脈カテーテルの留置期間について

○　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

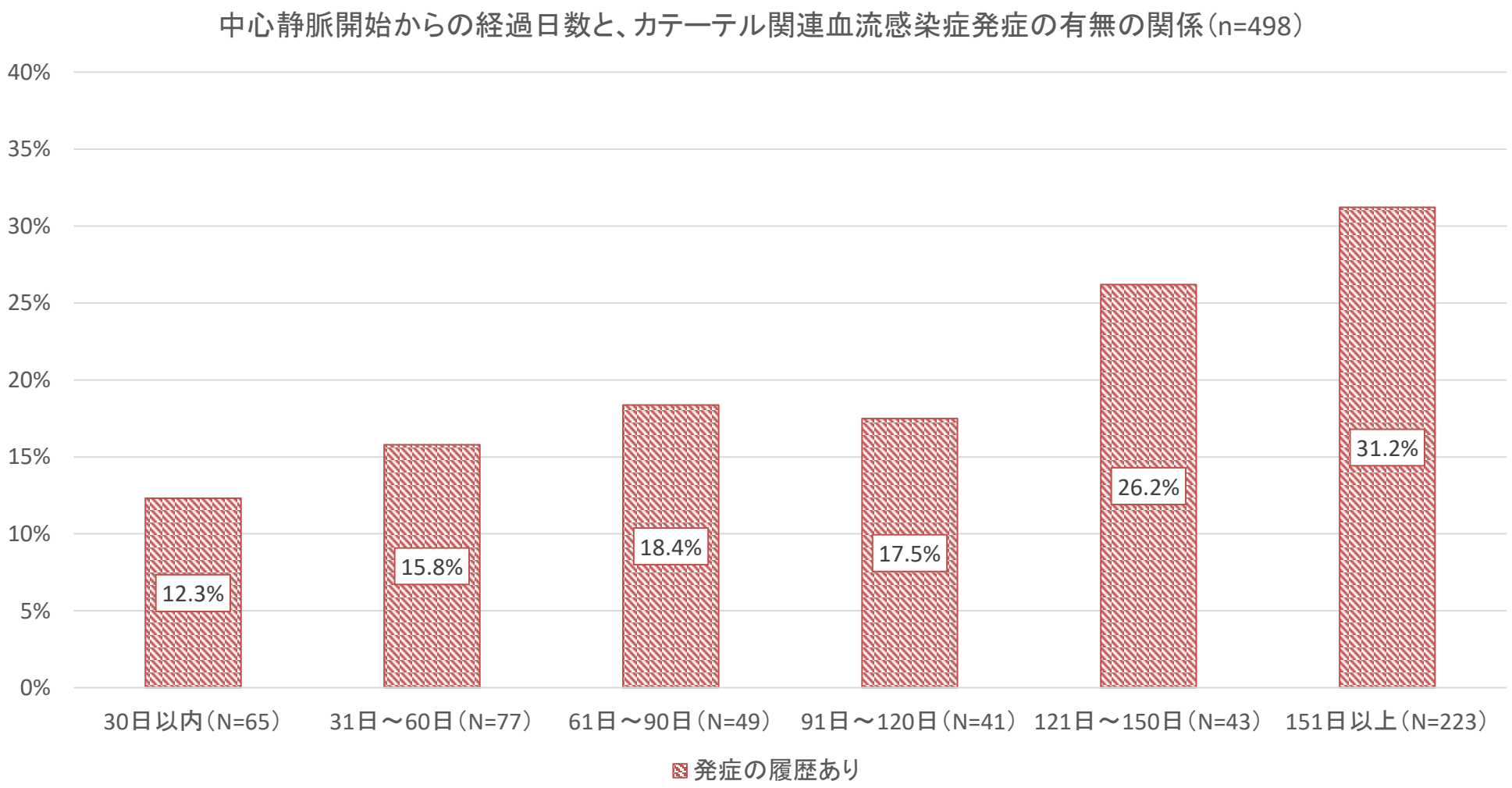
XI.中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策
感染予防に関する推奨
⑧留置期間

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

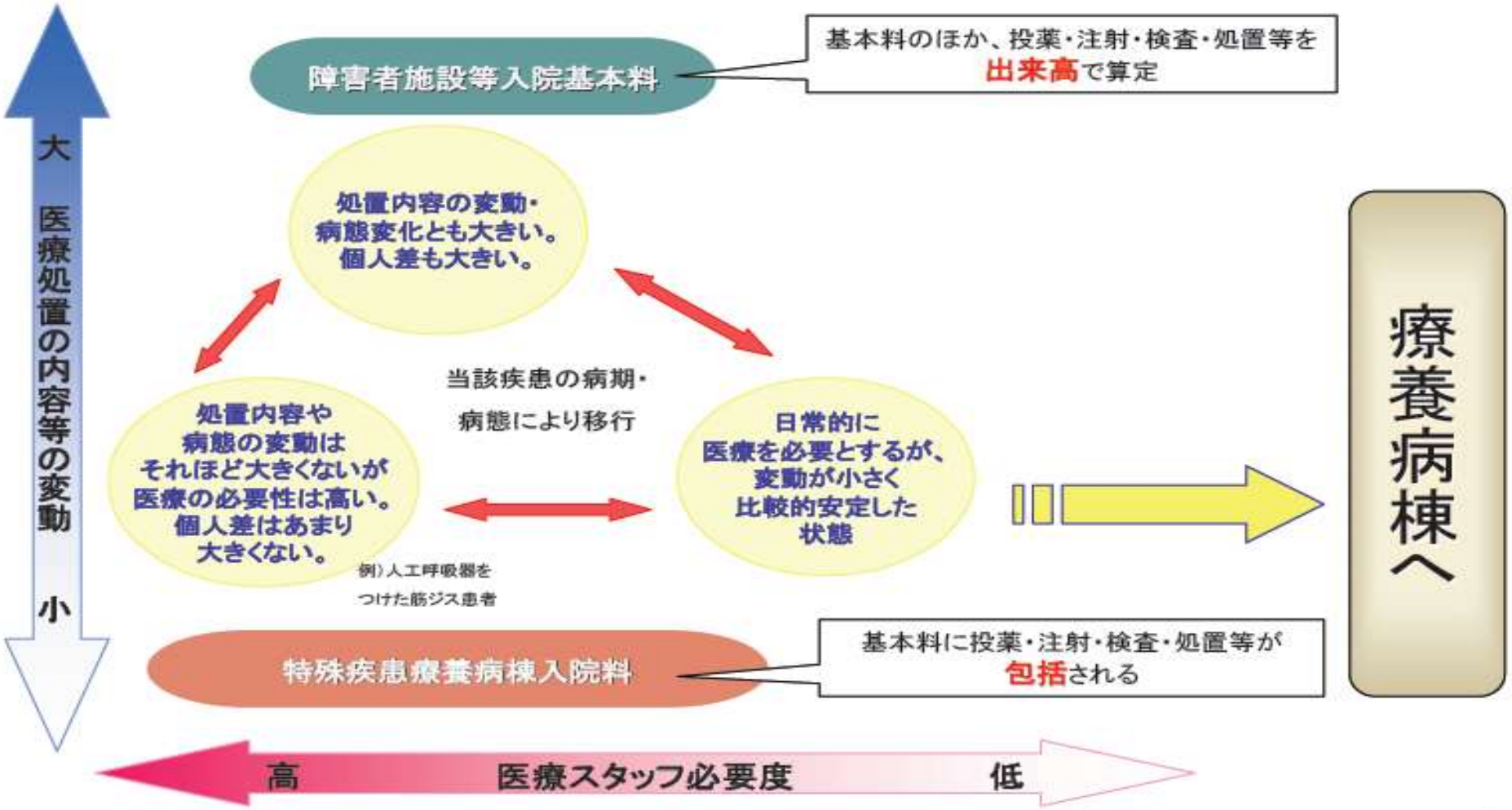
○　中心静脈栄養を実施している患者について、中心静脈栄養開始からの日数と、カテーテル関連血流感染症発症（CRBSI）の履歴の有無についてみると、開始からの日数が長期になるほど、発症の履歴のある患者割合は高くなり、151日以上では31.2%となる。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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						

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

H12 障害者施設等入院基本料を新設

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

【上記施設以外における要件】
○重度の肢体不自由児（者）
○脊髄損傷等の重度障害者
○重度の意識障害者
○筋ジストロフィー患者
○難病患者等
これらの患者が概ね7割以上

＜障害者施設等入院基本料の特徴＞
個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象
→投薬・注射・処置等が出来高払い

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

H20 平成20年度診療報酬改定
（特殊疾患病棟に合わせた見直し）
・対象疾患の見直し（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外）
・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援（経過措置）

H28 平成28年度診療報酬改定
（特殊疾患病棟に合わせた見直し）
・ 重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分１又は２に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

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。

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの係る経緯

＜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**

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）

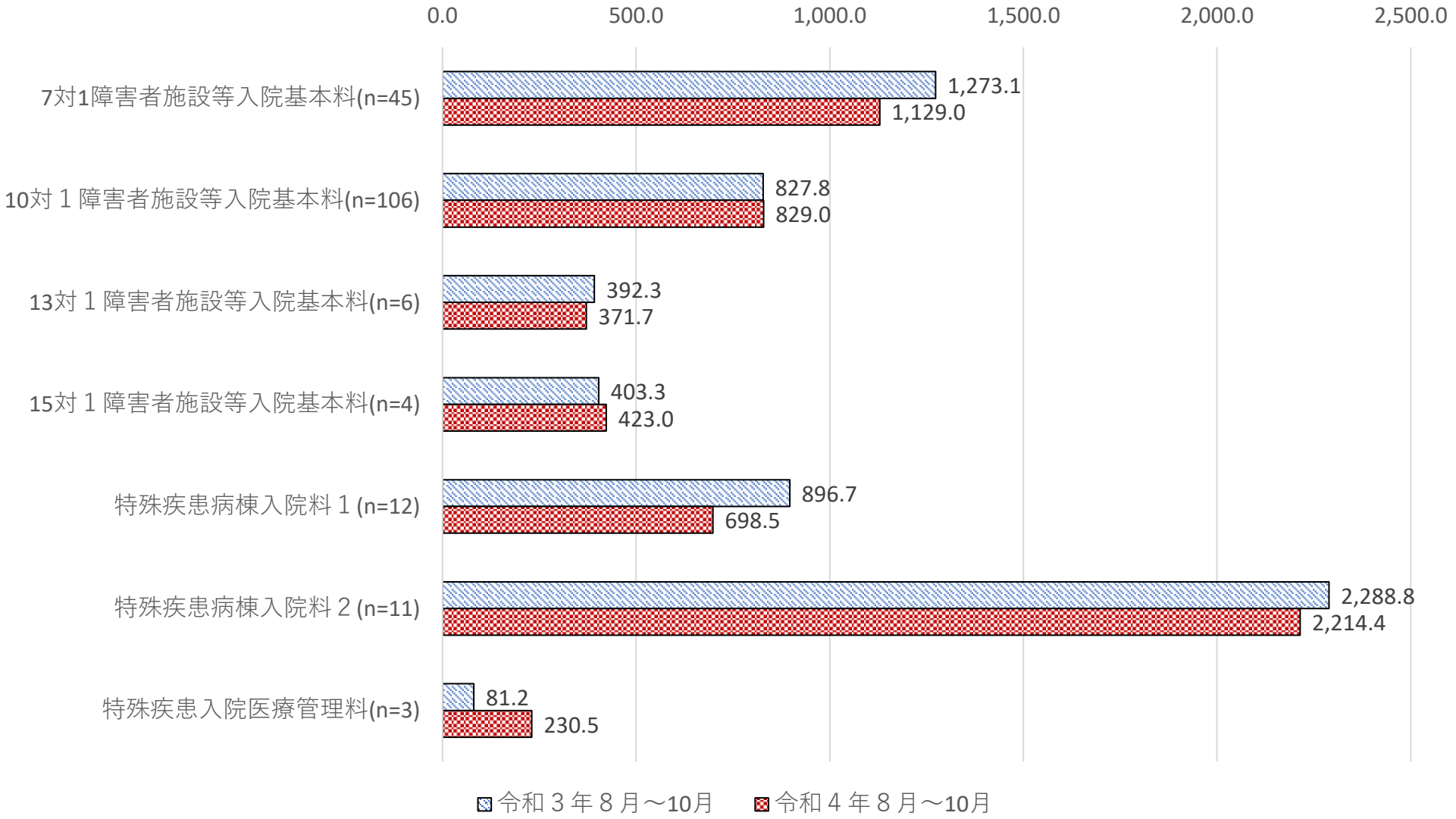
H28 平成28年度診療報酬改定
・　重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分１又は２に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

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。

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

診調組　入－１
５．６．８

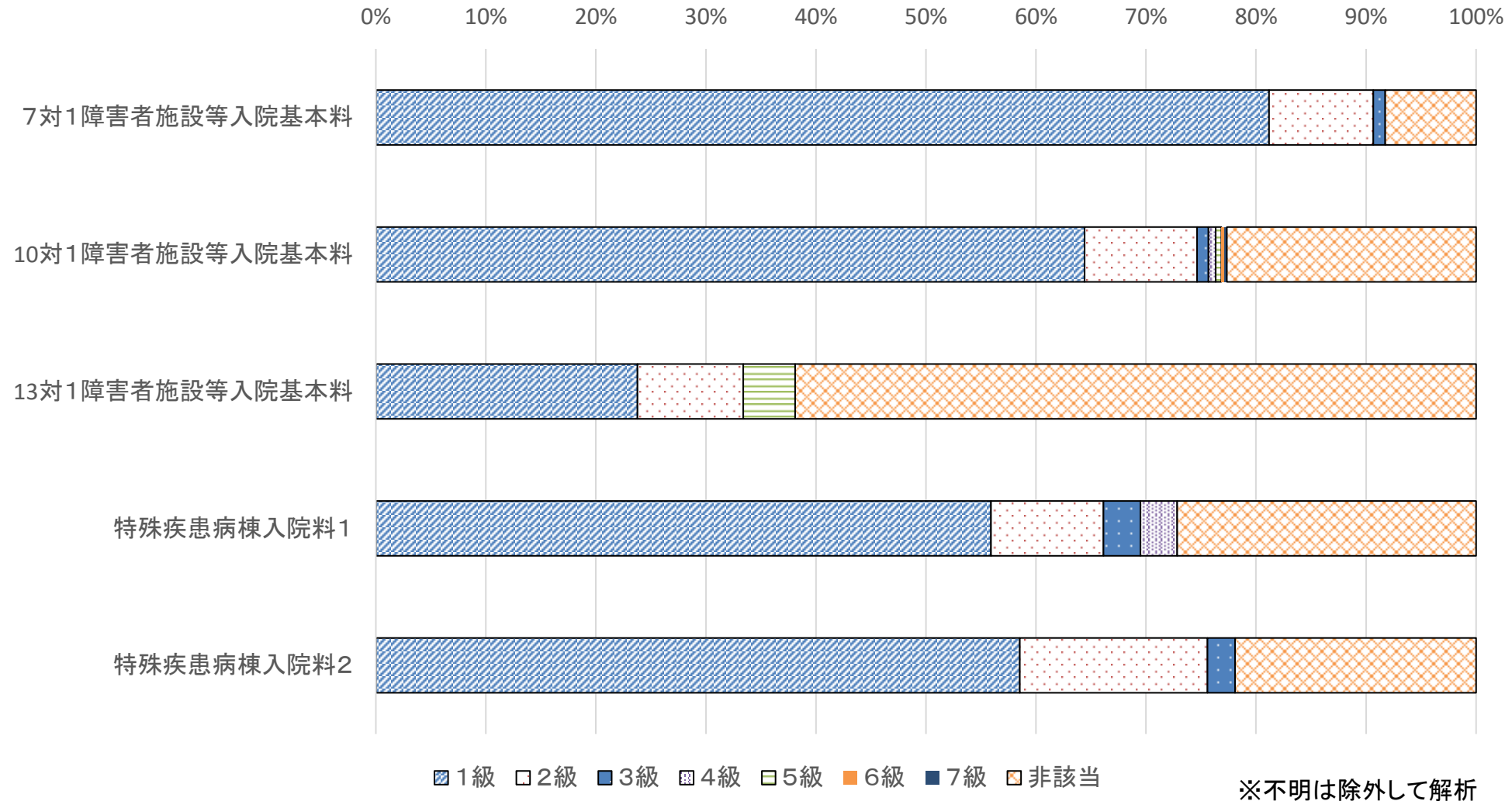
○　障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数は以下のとおり。
○　7対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患入院料1・2では平均在院日数が短縮していた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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
ロ　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

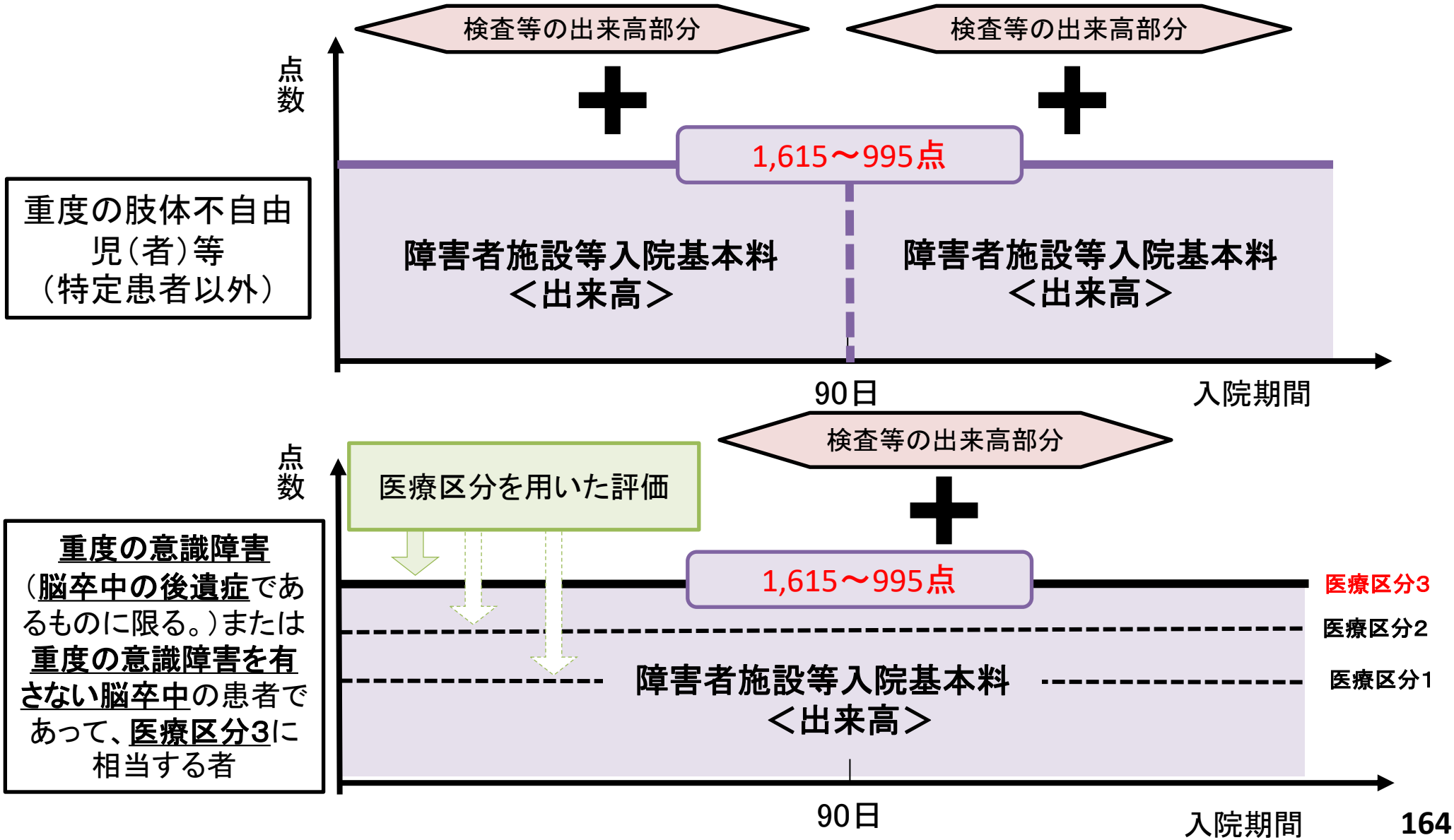
【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注6　イ　特殊疾患病棟入院料1
（1）　医療区分2の患者に相当するもの　1,717点
（2）　医療区分1の患者に相当するもの　1,569点
ロ　特殊疾患病棟入院料2
（1）　医療区分2の患者に相当するもの　1,490点
（2）　医療区分1の患者に相当するもの　1,341点

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。

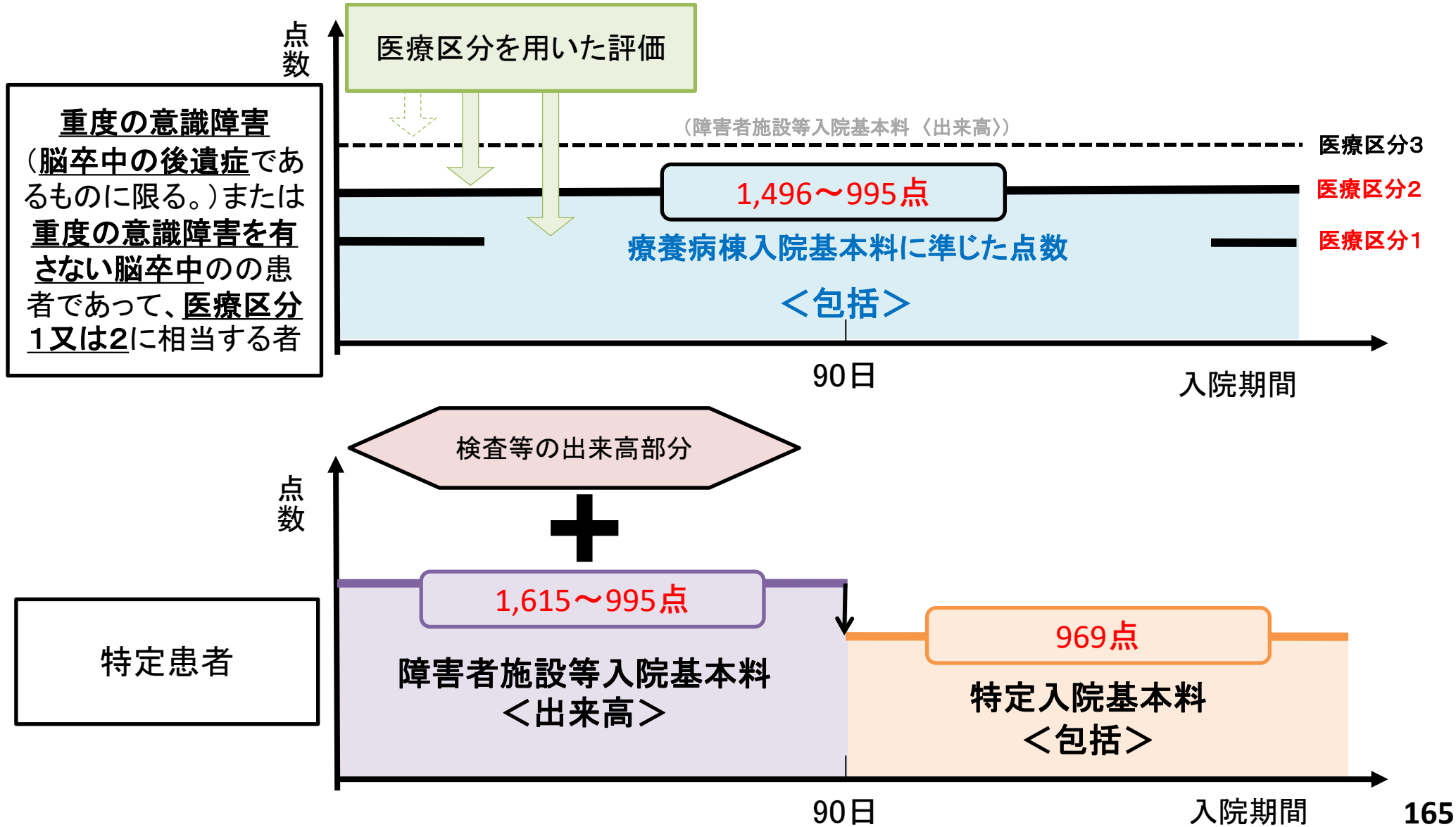
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

○ 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。



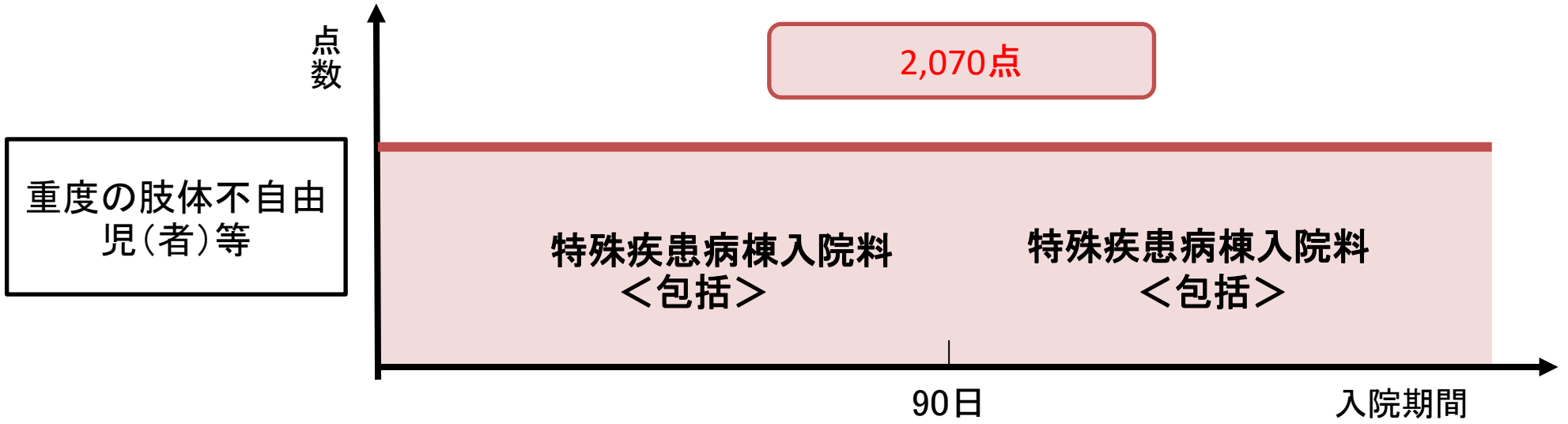
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

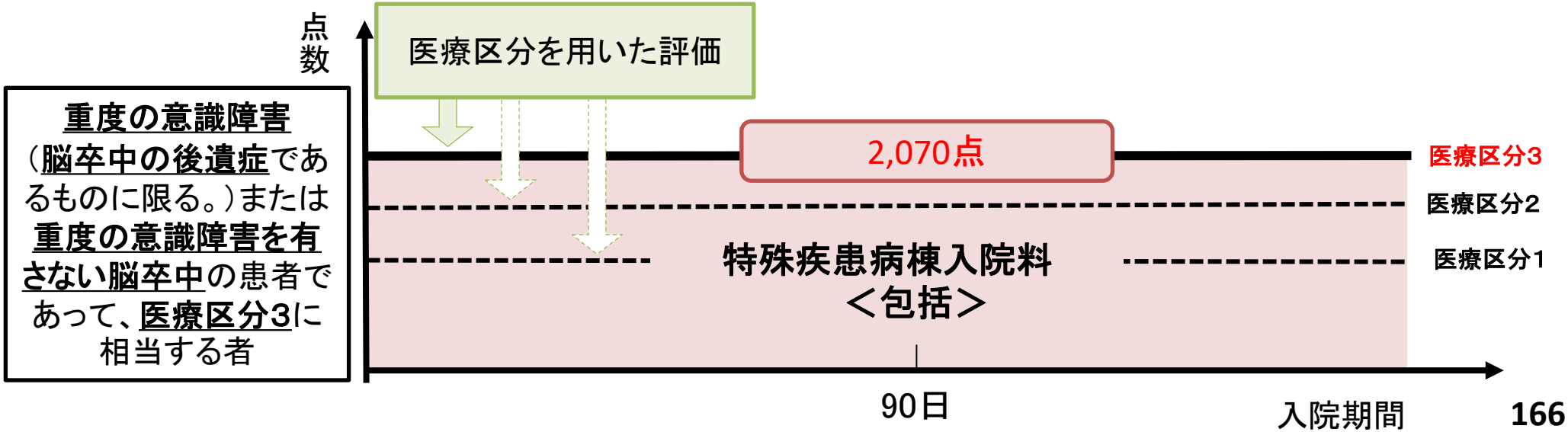
○　障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。



特殊疾患病棟入院料の算定する入院料のイメージ①

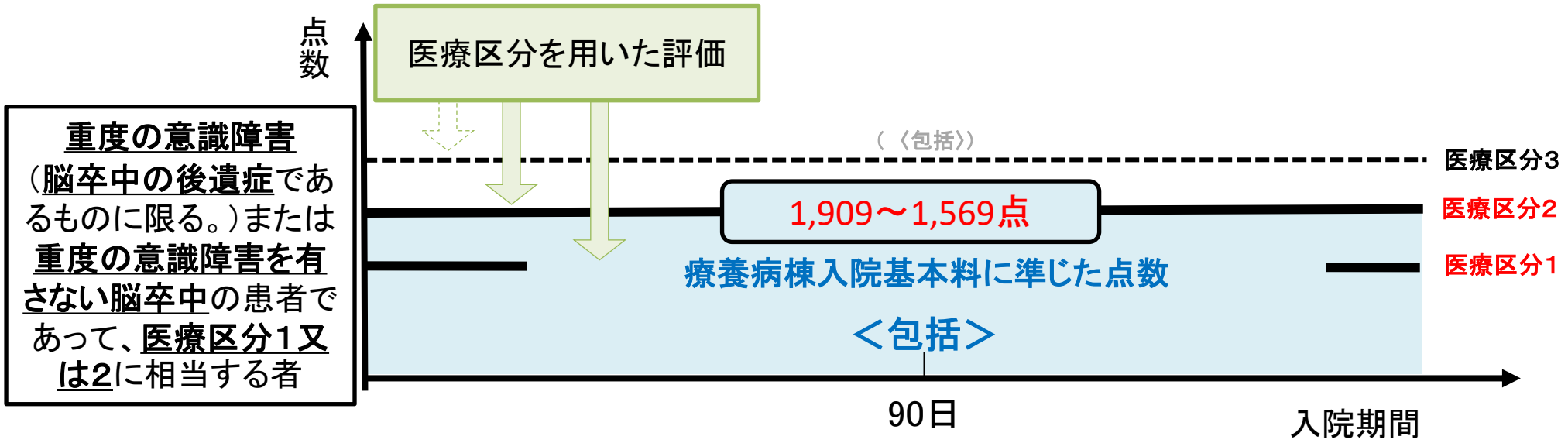
○ 特殊疾患病棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり（入院料１の場合）。





特殊疾患病棟入院料の算定する入院料のイメージ②

○　特殊疾患病棟入院料について、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

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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%

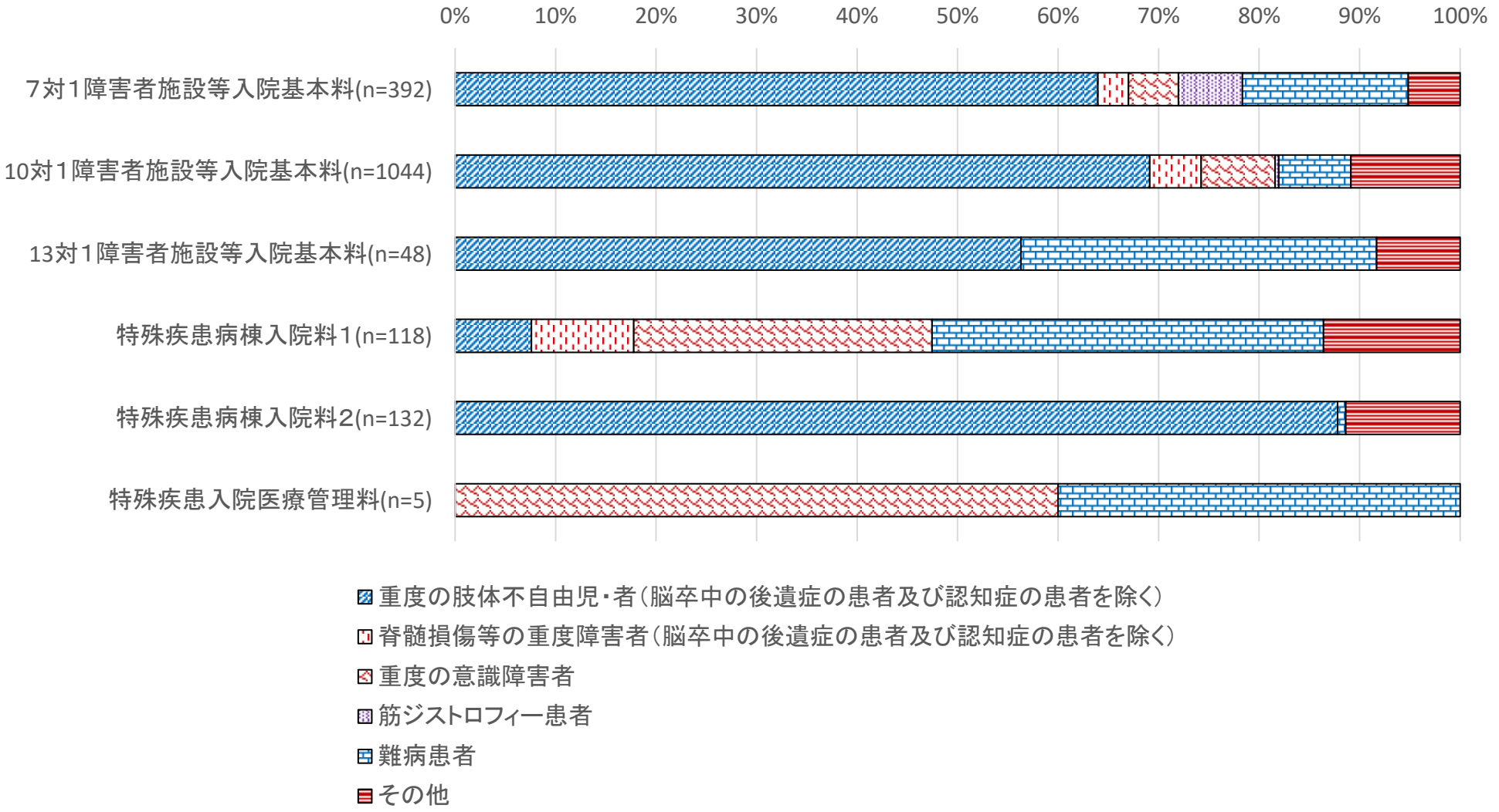
※最右列は令和4年の入院管理料・基本料に占める割合

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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

診調組　入－１
５．６．８

○　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。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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

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）

障害者施設等・特殊疾患病棟の患者構成①

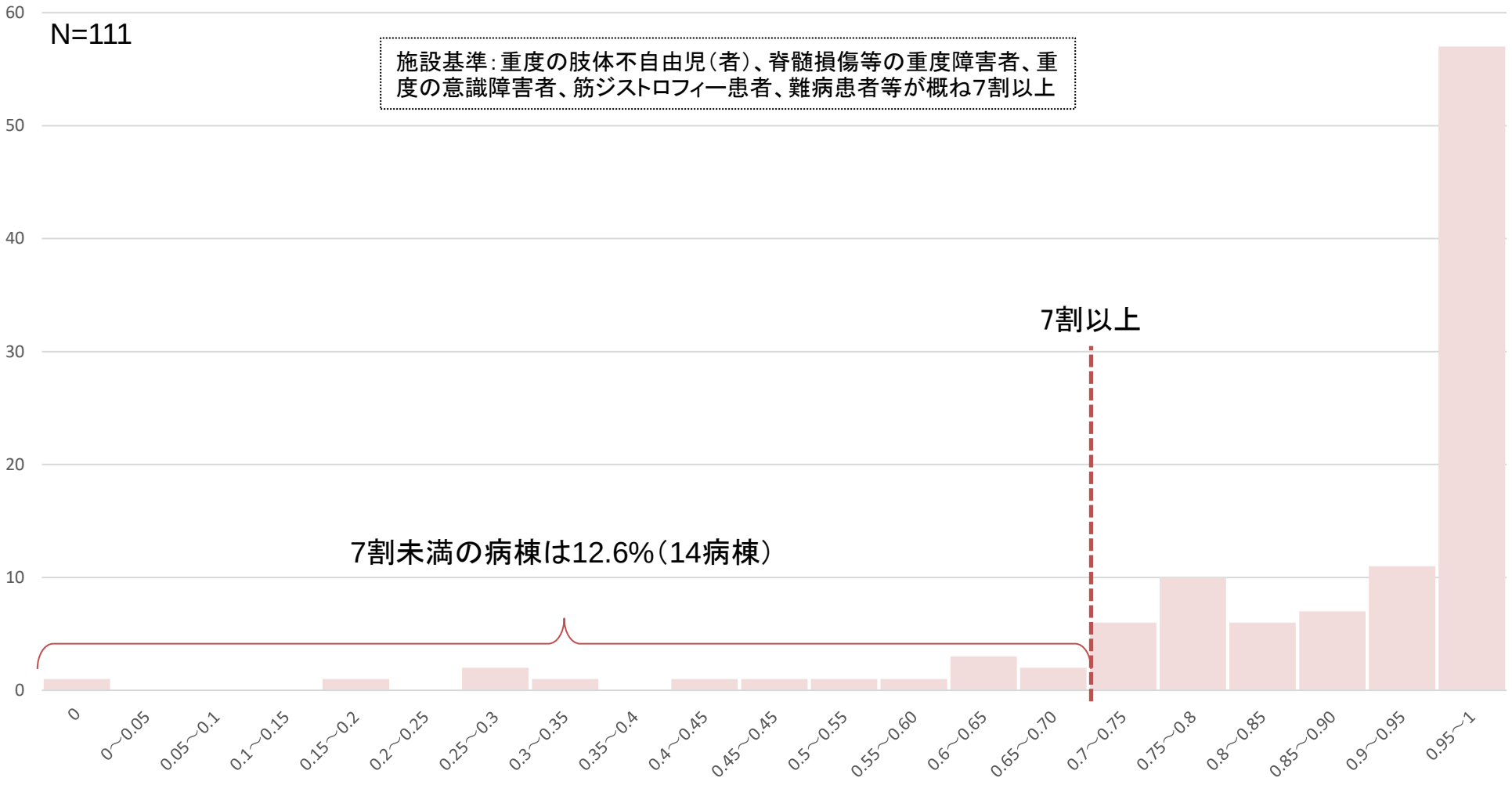
○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者構成は、以下のとおり。

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

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票（D票））

障害者施設等入院基本料２～４の患者構成

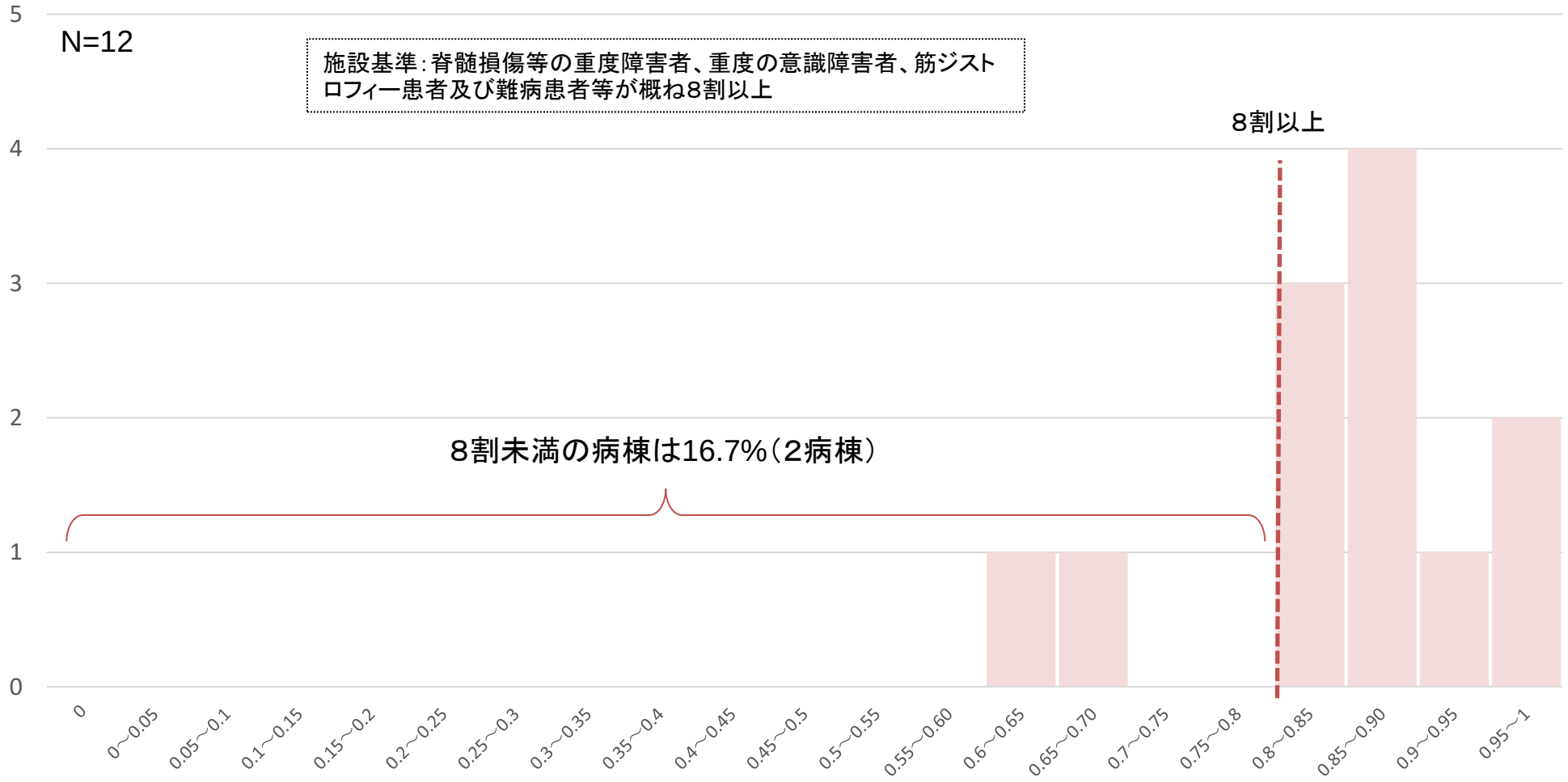
○　障害者施設等入院基本料2～4を算定する病棟における、全入院患者に占める、重度の肢体不自由児・者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者の合計人数の構成比率の分布は以下のとおり。該当患者割合が７割未満の病棟は12.6%であった。



出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票（D票））

特殊疾患病棟入院料１の患者構成

○　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。



出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票（D票））

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。



出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票（D票））

障害者施設等入院基本料２～４の患者傷病名

○　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Ｙａｈｒ３	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	アテトーシス型脳性麻痺	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	大腿骨頚部骨折	2	2.3%
10	パーキンソン病Ｙａｈｒ５	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%

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票、患者票）

障害者施設等入院基本料２～４における慢性腎臓病

○　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%）

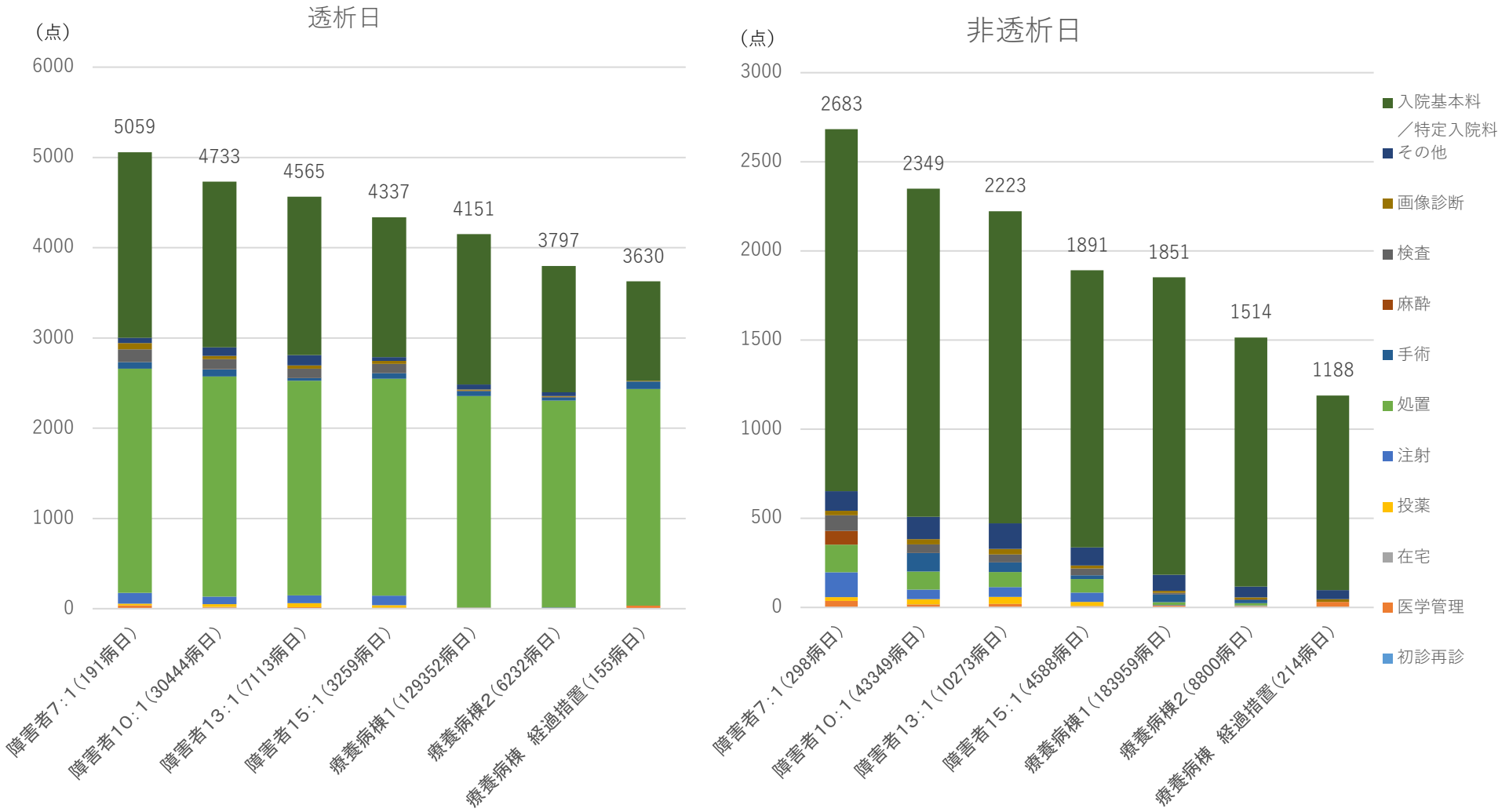
（※）慢性腎臓病患者は全例非該当患者

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

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票、患者票）

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。



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

中医協　総－４参考４
５．１０．２７

中医協　診－２参考４
５．１０．２７

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④

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

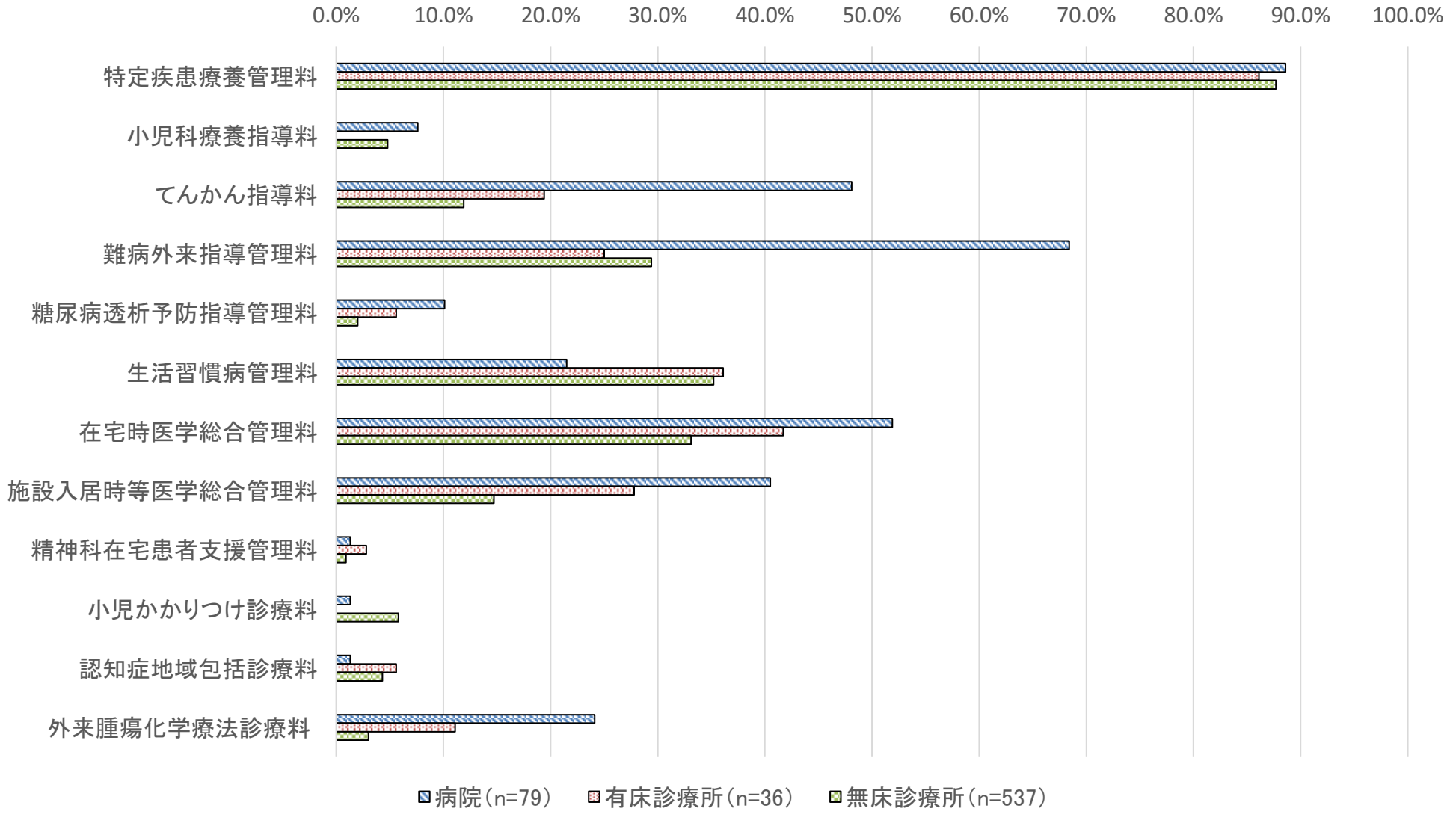
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について

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

特掲診療料の届出又は算定状況

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

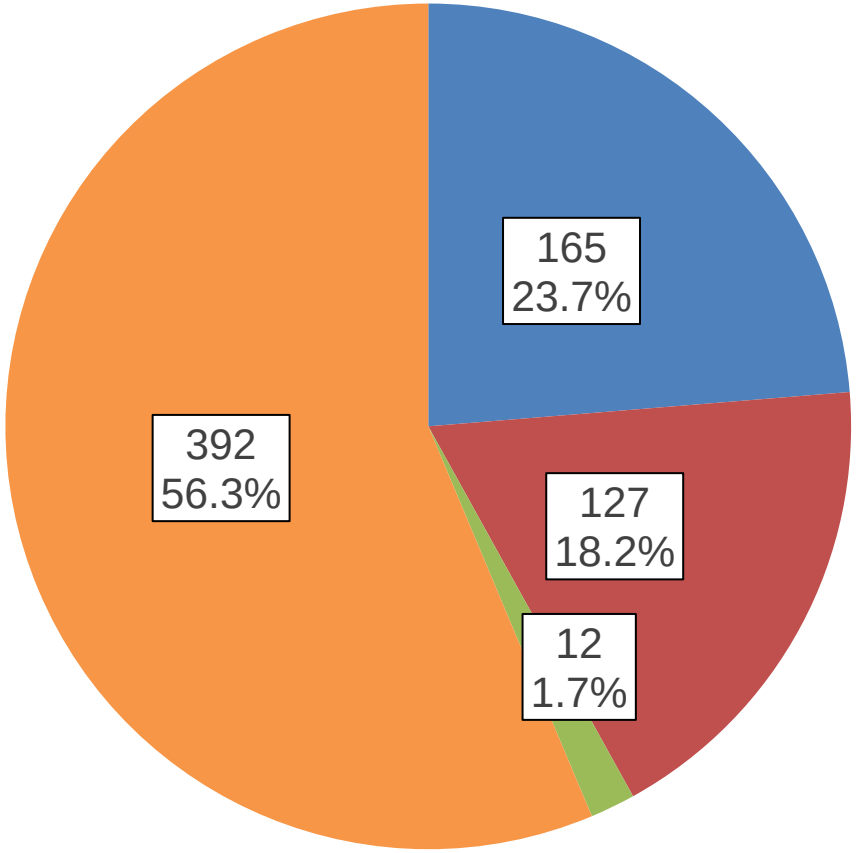


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

時間外対応加算の種類

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

n=696（診療所のみ）



時間外対応加算の施設基準

（１）　時間外対応加算１の施設基準

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

（２）　時間外対応加算２の施設基準

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

（３）　時間外対応加算３の施設基準

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

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

時間外対応加算に係る体制

○　時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算１～３全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が応対する体制が多かった。
○　相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。

時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制	01_診療所に勤務している常勤の医師が応対	02_診療所に勤務している非常勤の医師が応対	03_診療所に勤務している看護職員が応対	04_診療所に勤務している事務職員が応対	05_その他
時間外対応加算１(n=213)	84.0%	14.1%	43.7%	22.5%	1.4%
時間外対応加算２(n=110)	89.1%	6.4%	18.2%	12.7%	6.4%
時間外対応加算３(n=8)	87.5%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%

※　時間外対応加算3については当番日に限る

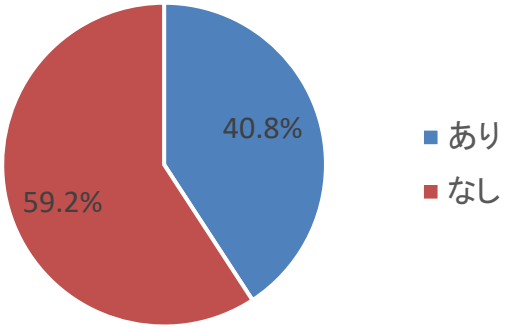
電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応について	01_診療所における外来診療	02_診療所の医師による往診	03_診療所の医師（当該診療所における対面診療の実績を有するものに限る）によるオンライン診療	04_03に示す医師以外によるオンライン診療	05_他の医療機関との連携または緊急搬送等	06_その他
時間外対応加算１(n=217)	70.0%	67.7%	13.4%	0.9%	81.6%	0.9%
時間外対応加算２(n=112)	66.1%	52.7%	7.1%	1.8%	85.7%	1.8%
時間外対応加算３(n=8)	62.5%	50.0%	12.5%	0.0%	50.0%	0.0%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

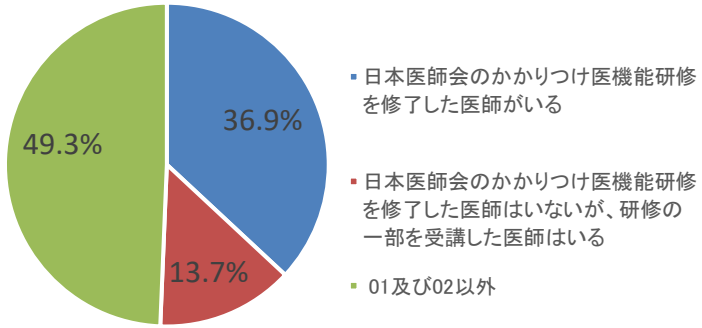
医師に係る研修の修了状況

○　医療機関における研修を修了した医師の状況は以下のとおり。
○　慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。

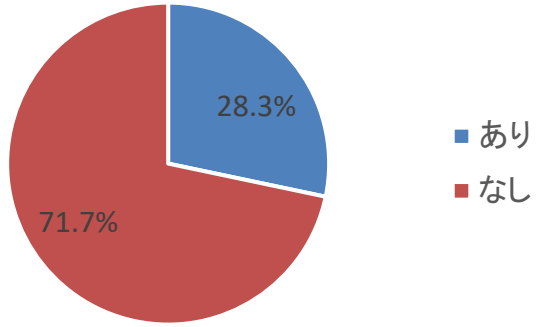
慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=684)



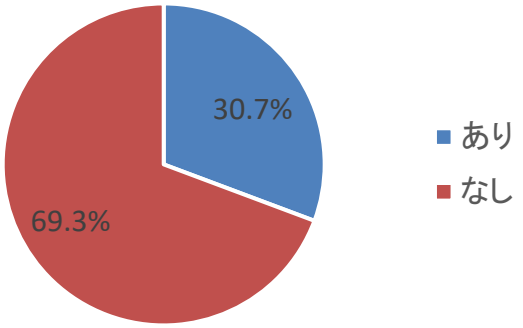
日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=685)



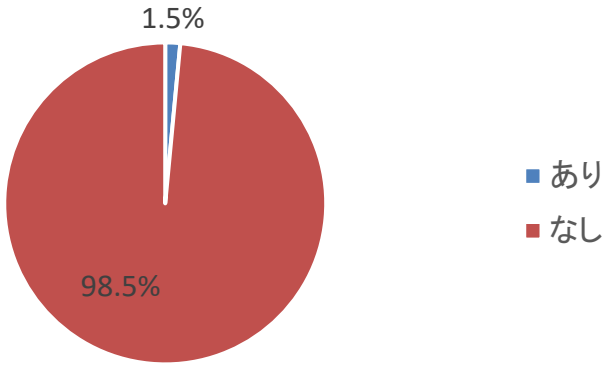
「認知症サポート医養成研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



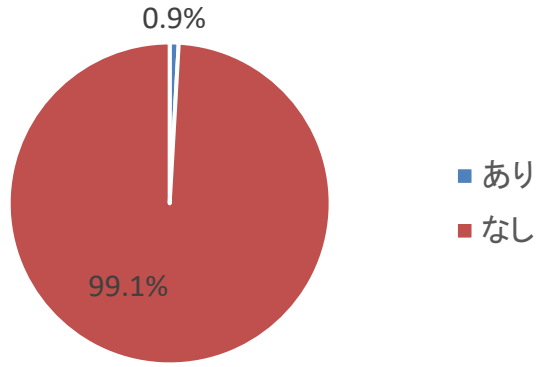
「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=672)



日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=675)



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料・加算について

中医協　総－８
５．６．２１改

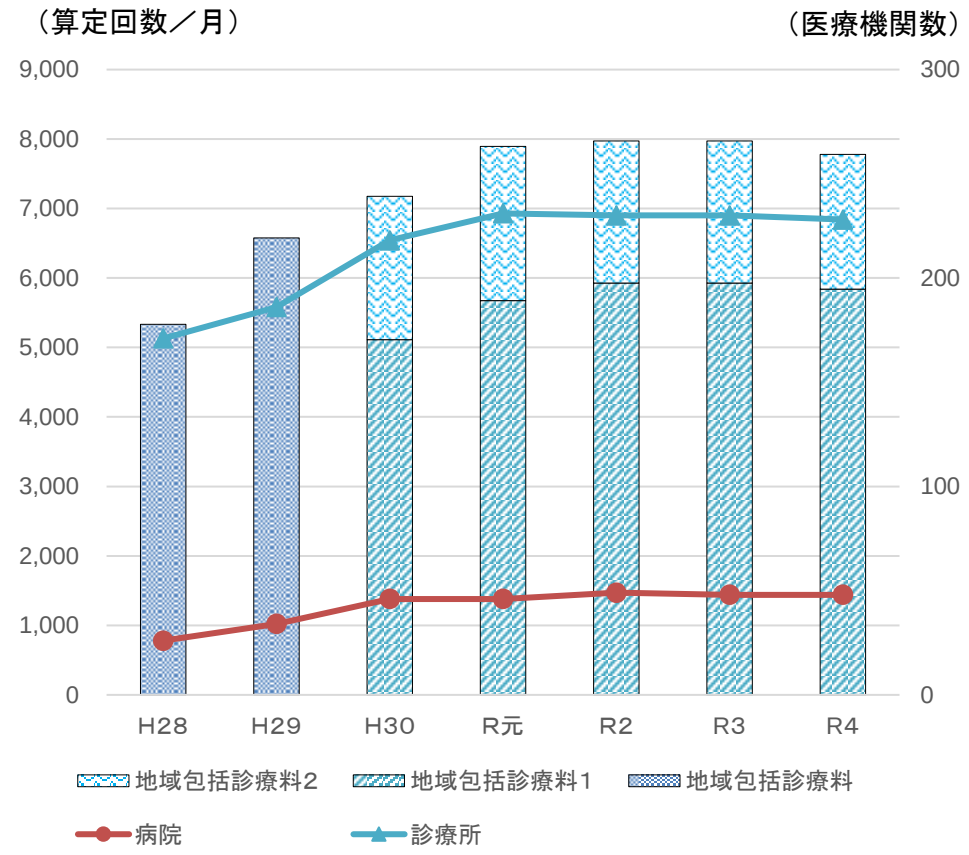
	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の６疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。） ※　地域包括診療加算２については在宅医療の提供及び当該患者に対し、２４時間の連絡体制の確保していること。		
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

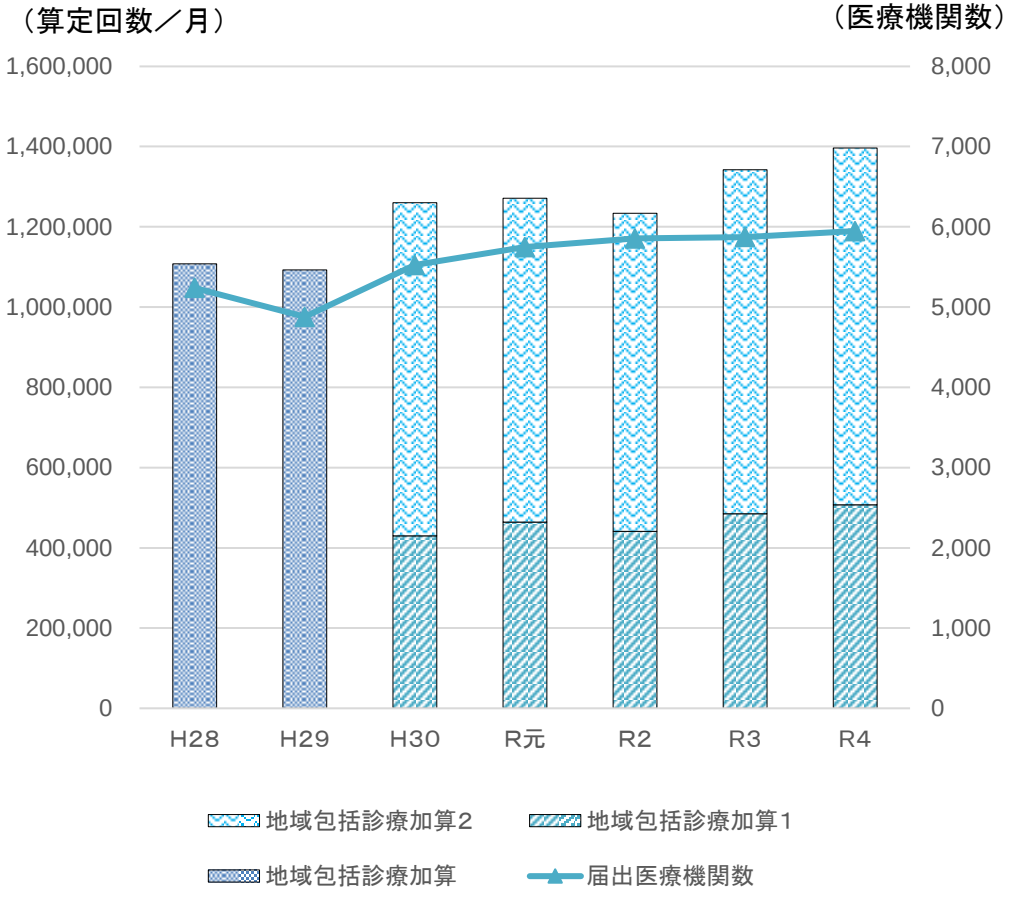
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

○ 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
○ 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
（届出医療機関数）各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出状況

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

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

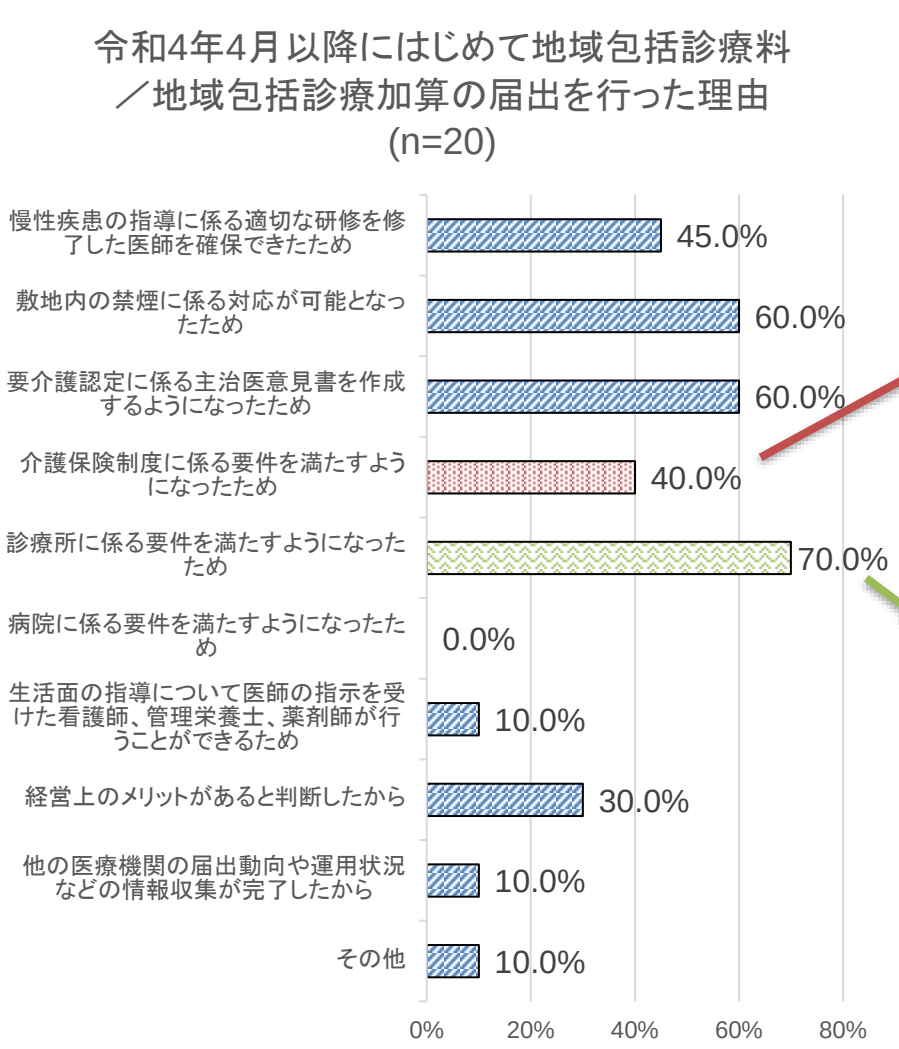
＜参考＞令和３年度調査

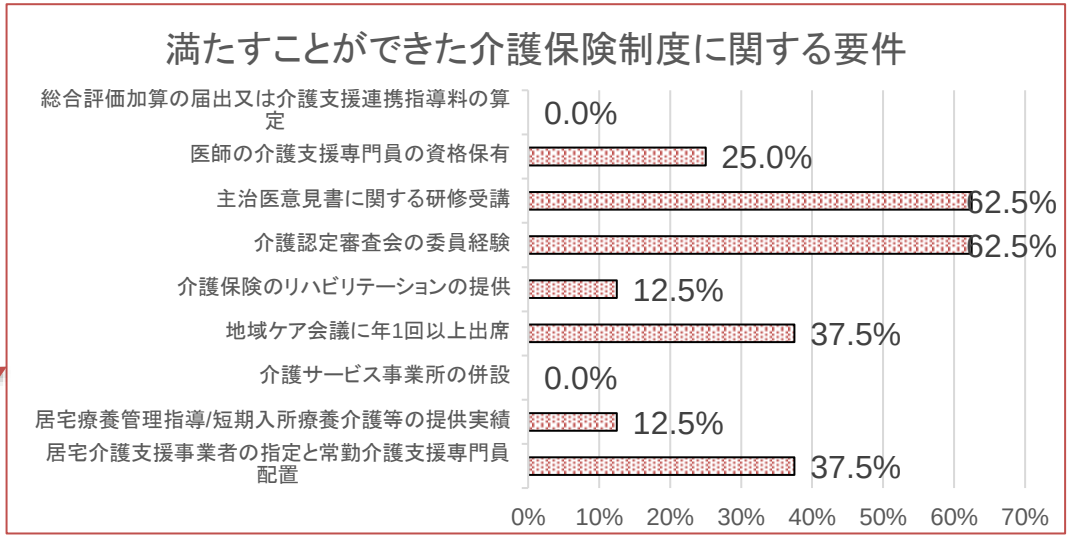
		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

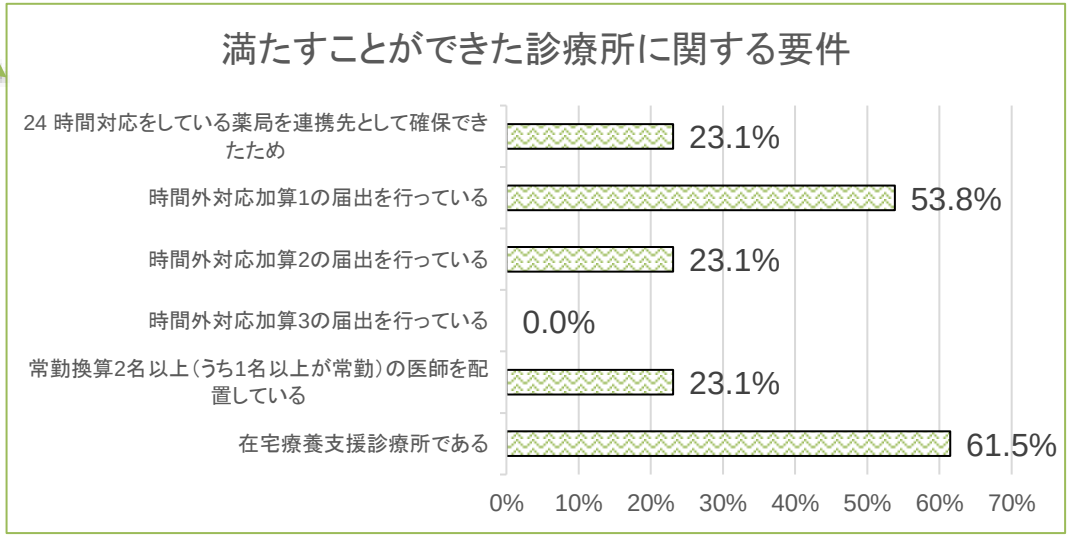
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

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



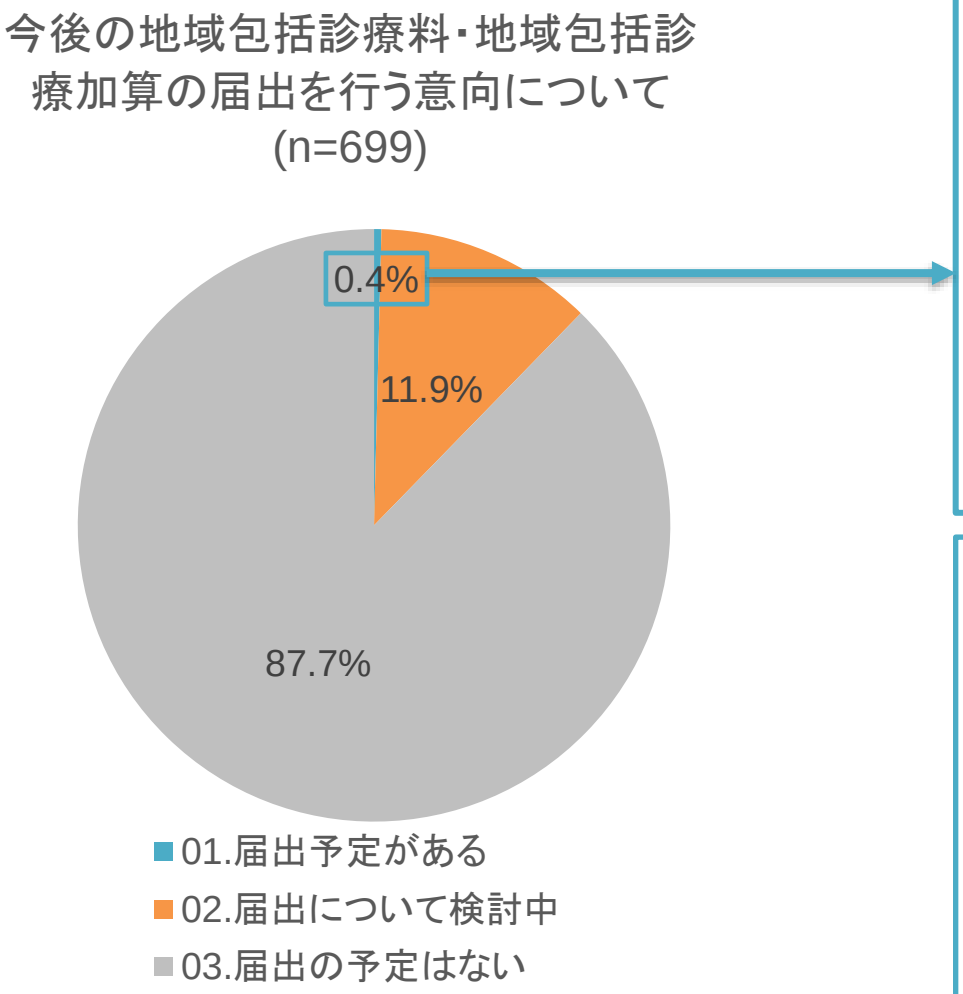


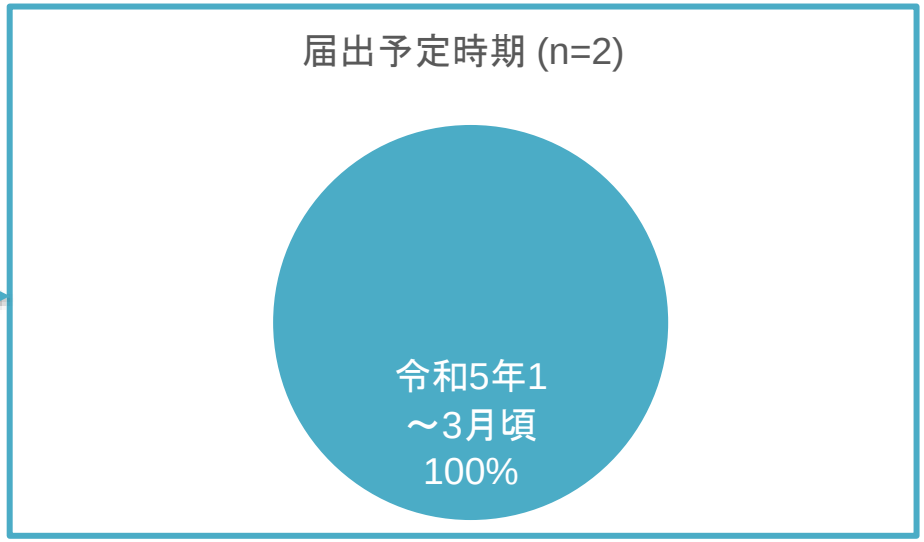


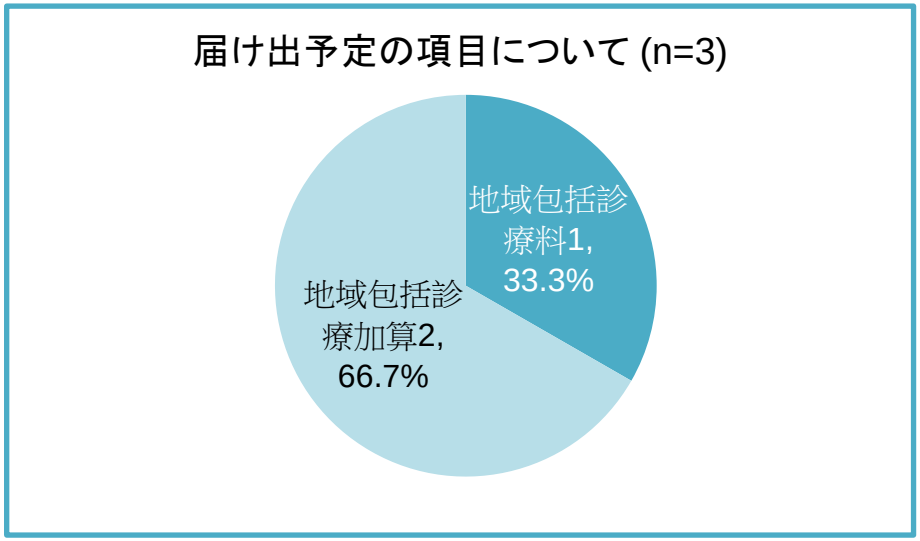
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料／地域包括診療加算の届出意向

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





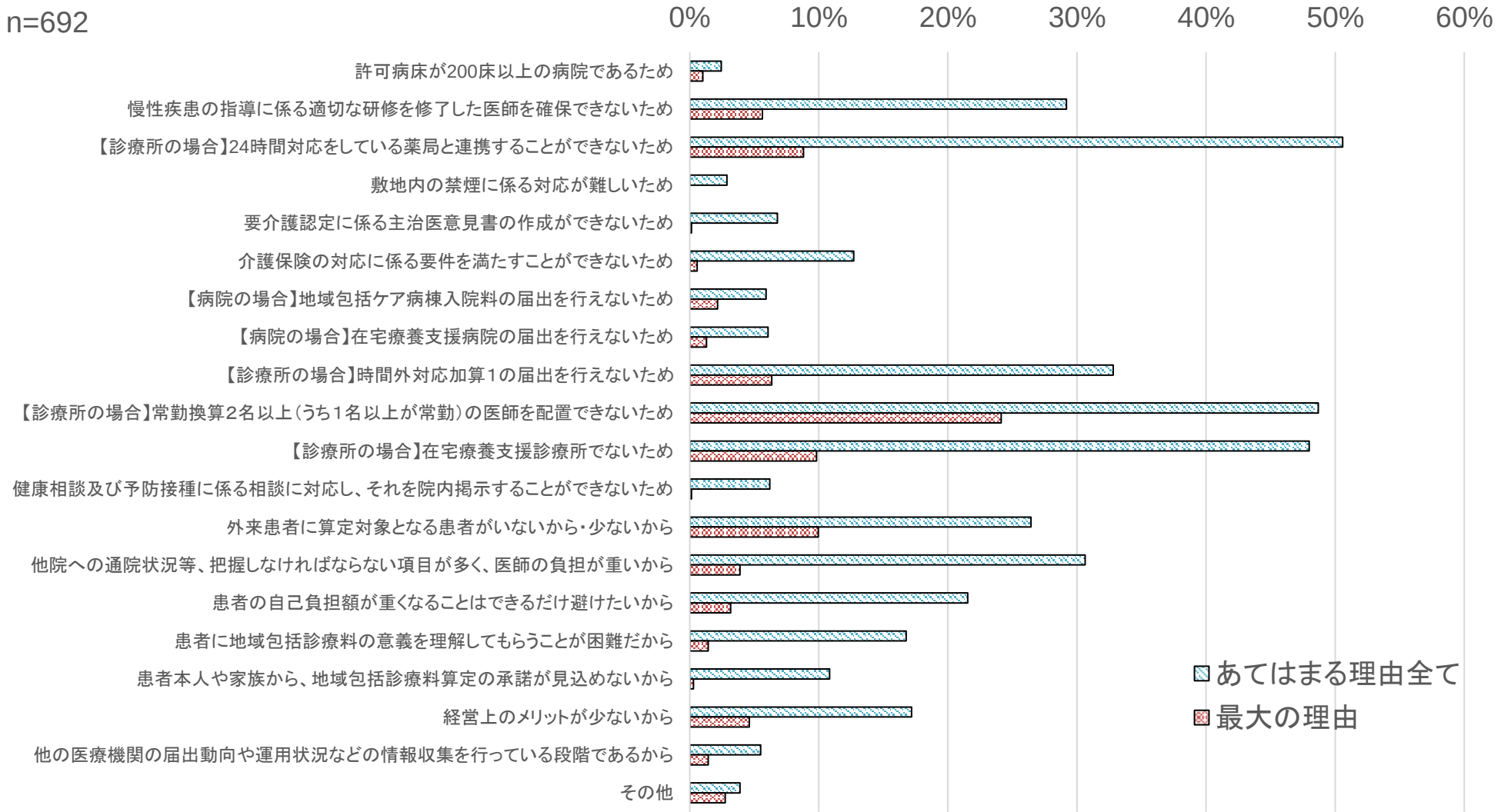


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料を届け出ていない理由

診調組　入－１
５．６．８

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

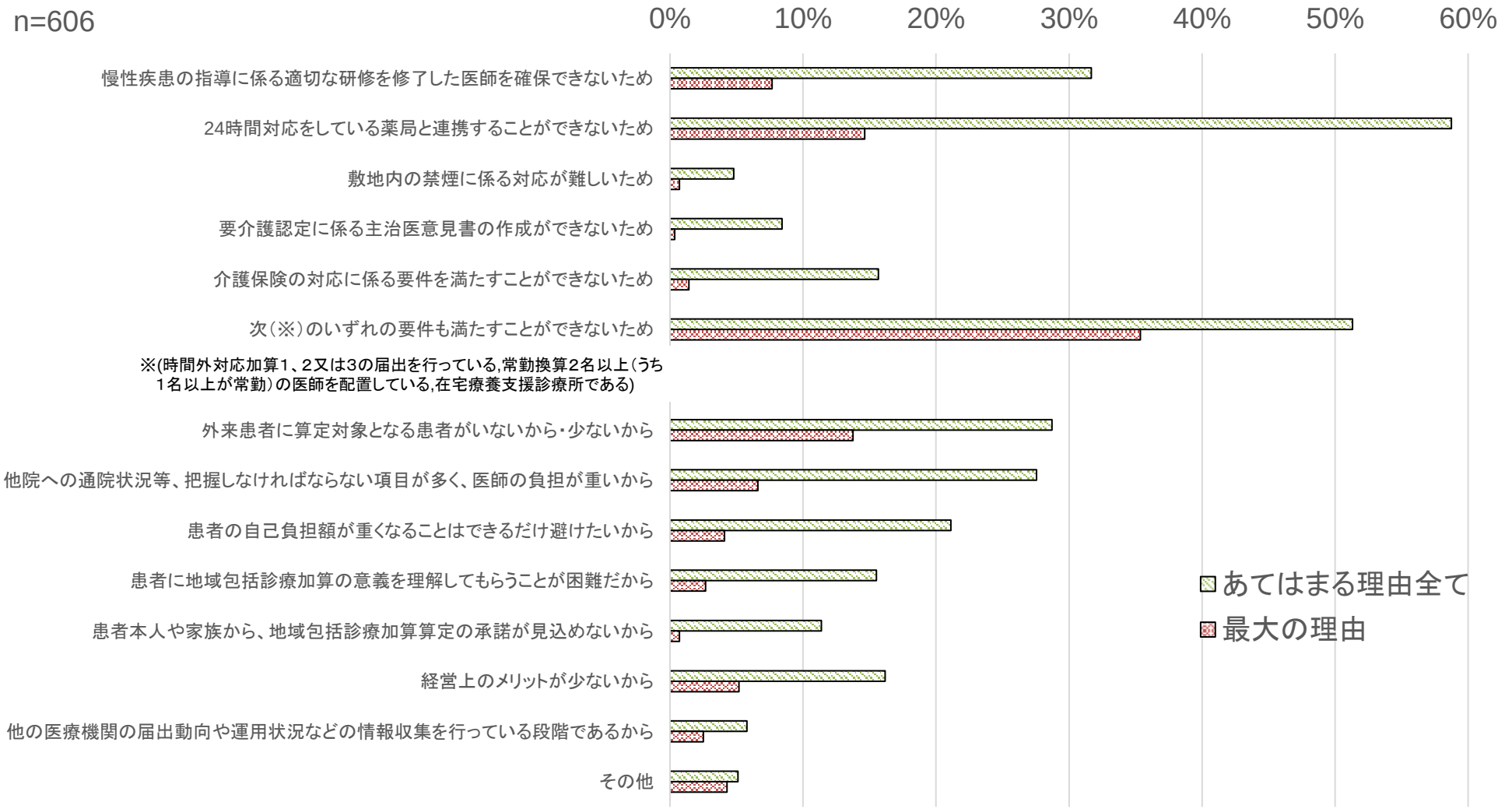


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療加算を届け出ていない理由

診調組　入－１
５．６．８

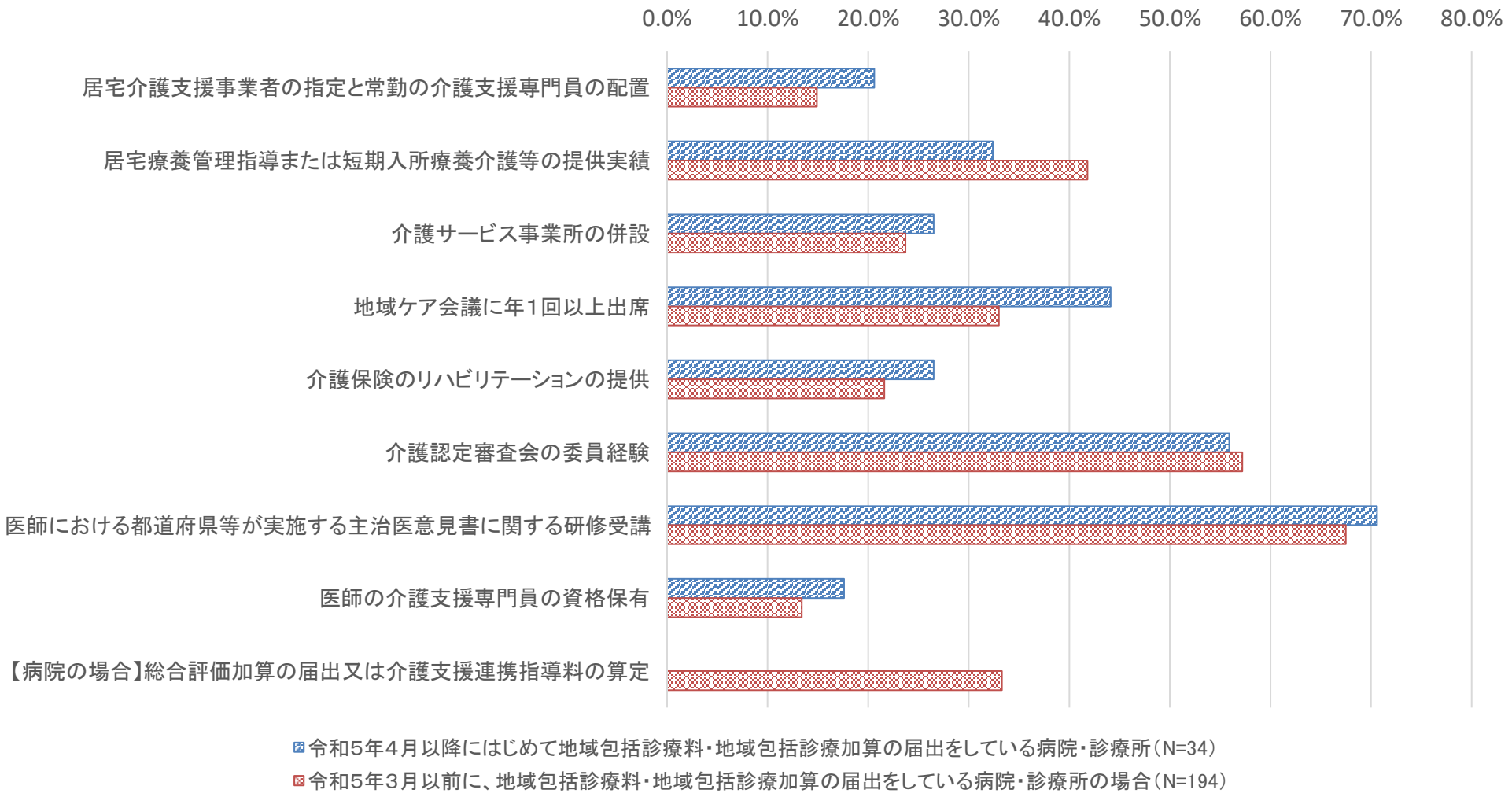
○　地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

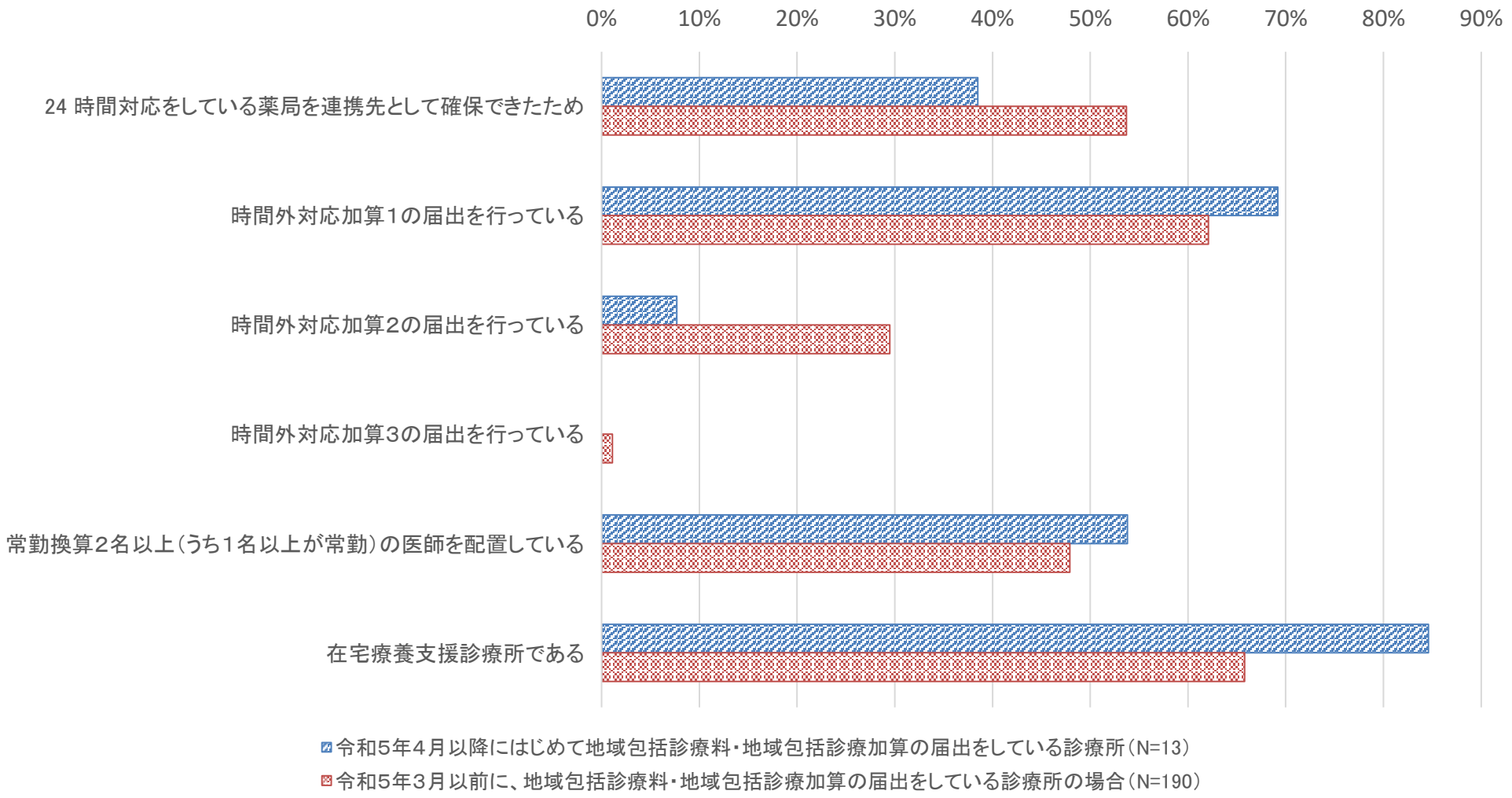
○　地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
○　令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料・加算の診療所に関する要件

○　地域包括診療料・加算における満たすことができている診療所の要件は以下のとおり。
○　令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている診療所それぞれにおいて、「在宅療養支援診療所である」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

日常的に連携している医療機関等の数

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

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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料／加算算定施設の疾病別患者数

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

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

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

継続的かつ全人的に診療を行っている患者の疾患別患者数

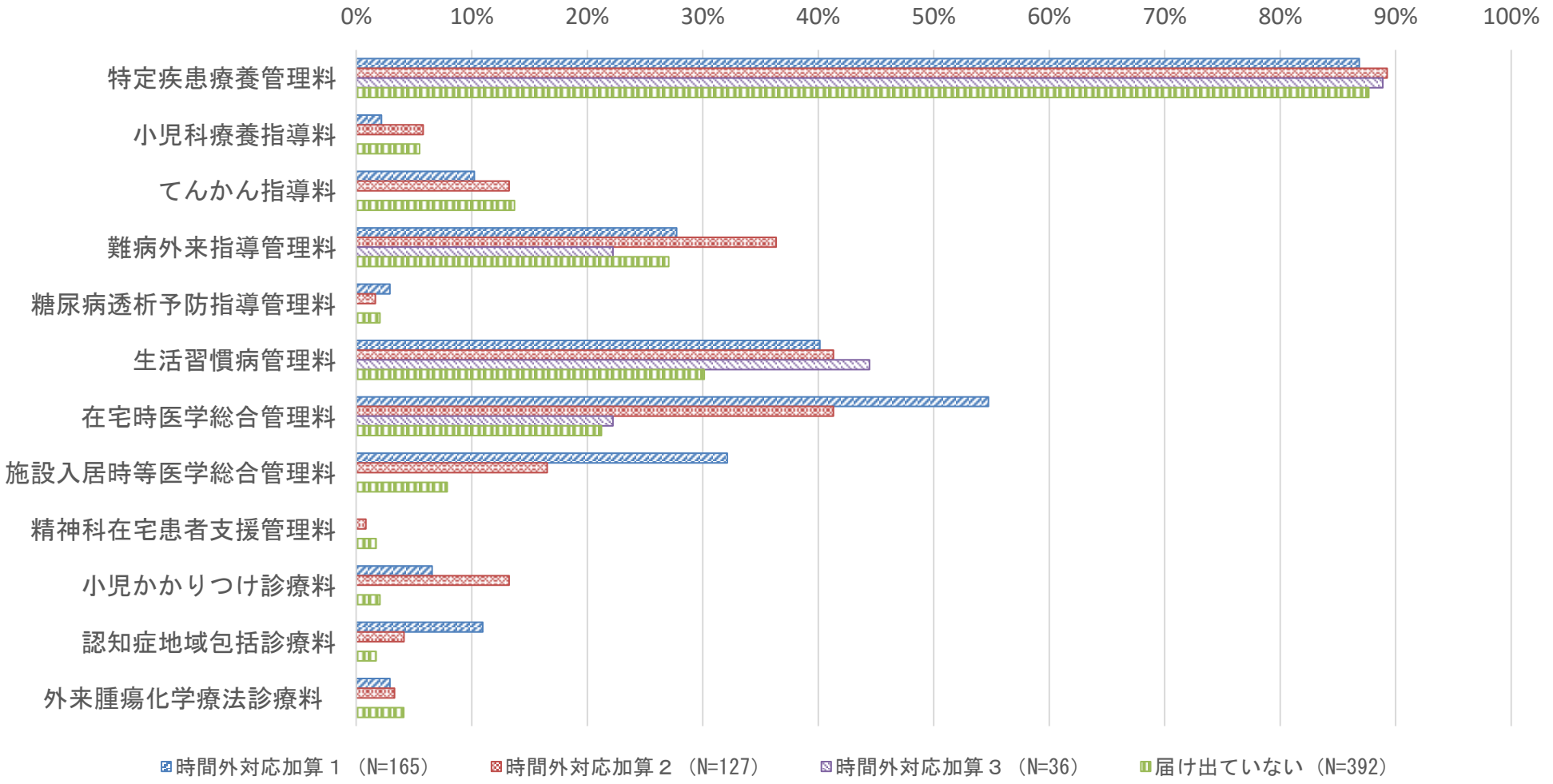
	回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

特掲診療料の届出又は算定状況（時間対応加算の届出別）

診調組　入－１
５．７．２０

○　対象施設の時間対応加算の届出別の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
○　時間外対応加算１・２の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

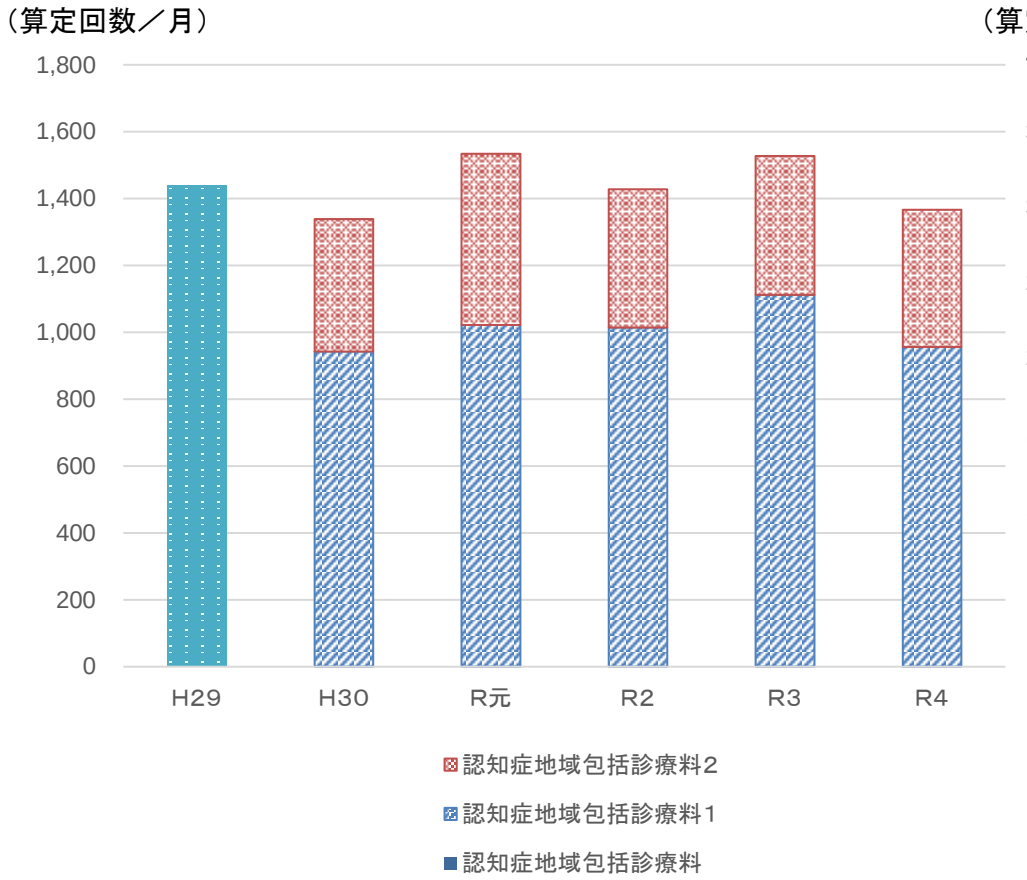
認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料１　1,681点 認知症地域包括診療料２　1,613点 （月１回）		認知症地域包括診療加算１　35点 認知症地域包括診療加算２　28点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に１以上の疾病を有する（疑いは除く） ・同月に、当該保険医療機関において「１処方につき５種類を超える内服薬」「１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）		
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること 診療料１：地域包括診療料１ 診療料２：地域包括診療料２		それぞれ以下の届出を行っていること 加算１：地域包括診療加算１ 加算２：地域包括診加算２

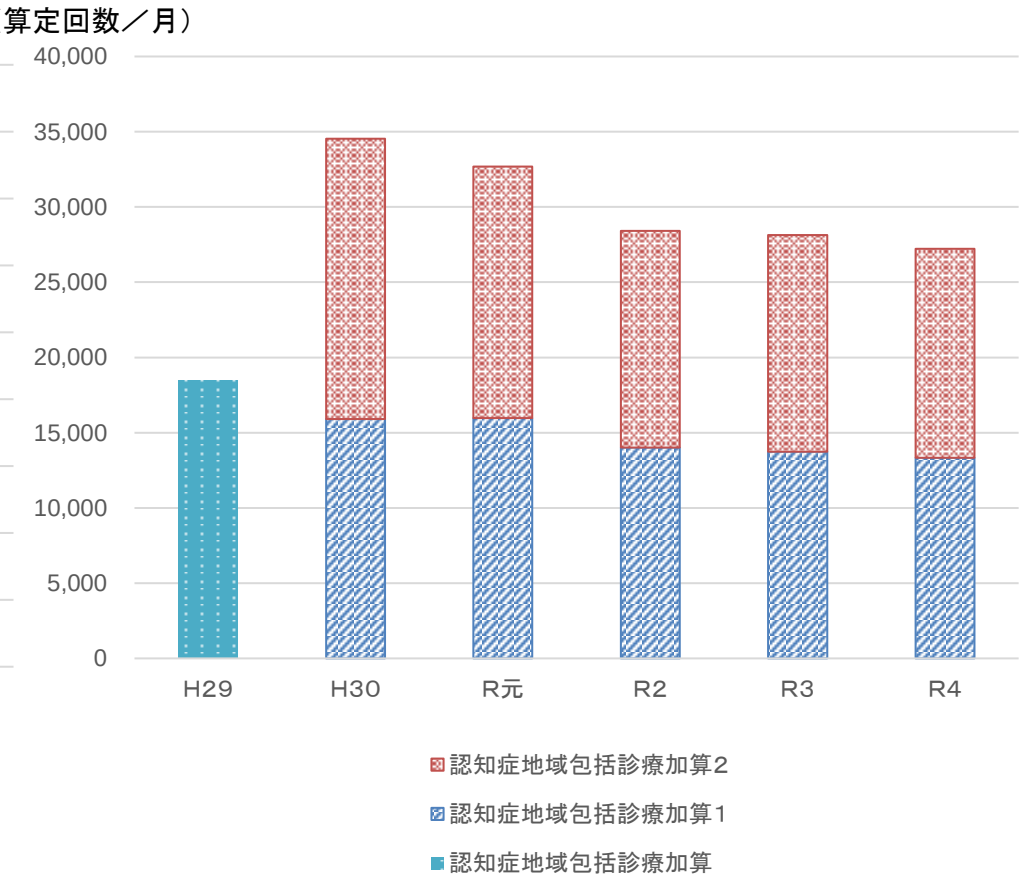
認知症地域包括診療料・加算の算定状況

○ 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
○ 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数



認知症地域包括診療加算
算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

機能強化加算に係る実績

○　地域包括診療料2又は地域包括診療加算2を届出を行っている施設の機能強化加算の実績状況は以下のとおり。地域包括診療料／地域包括診療加算の算定患者は20人以上が70%であった。

	施設数	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6-9人	10-19人	20人以上
地域包括診療料／地域包括診療加算の算定患者	70	15.7%	0.0%	0.0%	5.7%	2.9%	1.4%	0.0%	4.3%	70.0%
在宅患者訪問診療料１の「１」を算定した患者数	68	22.1%	5.9%	4.4%	1.5%	5.9%	5.9%	4.4%	13.2%	36.8%
「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る）を算定した患者数	62	93.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	3.2%	1.6%
往診料を算定した患者数	67	22.4%	10.4%	3.0%	1.5%	1.5%	3.0%	16.4%	14.9%	26.9%

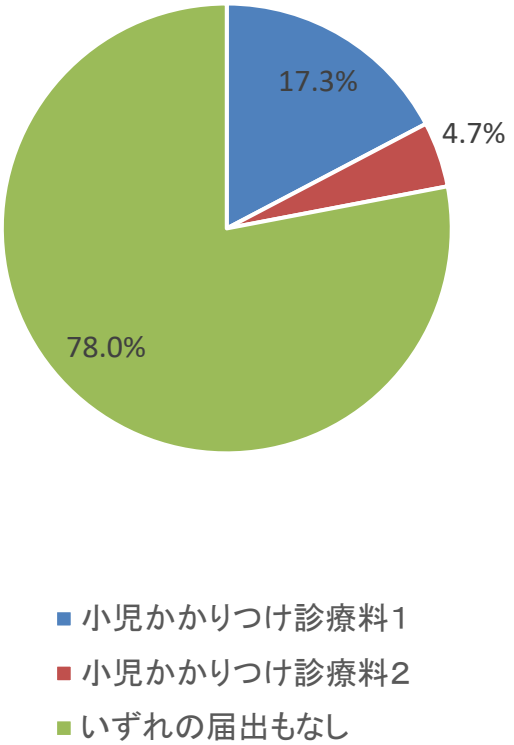
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

小児かかりつけ診療料の届出状況

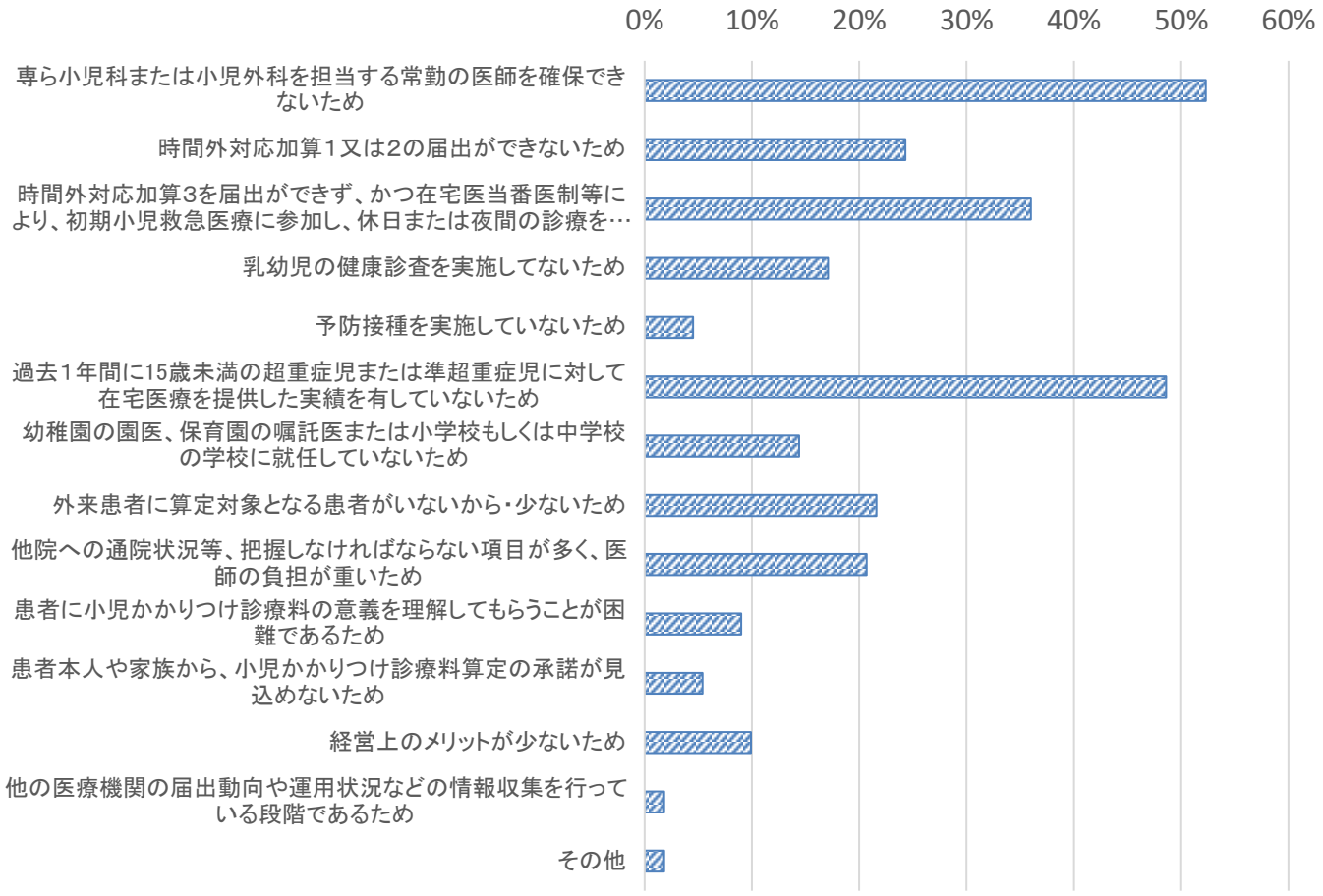
診調組　入－５
５．１０．５

○　小児科を標榜している施設のうち、小児かかりつけ診療料１は17.3%、小児かかりつけ診療料２は4.7%の施設が届出を行っていた。
○　小児かかりつけ診療料を届け出ていない理由としては、「専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できない」が多い。

小児科を標榜している施設の届出状況（N=150)



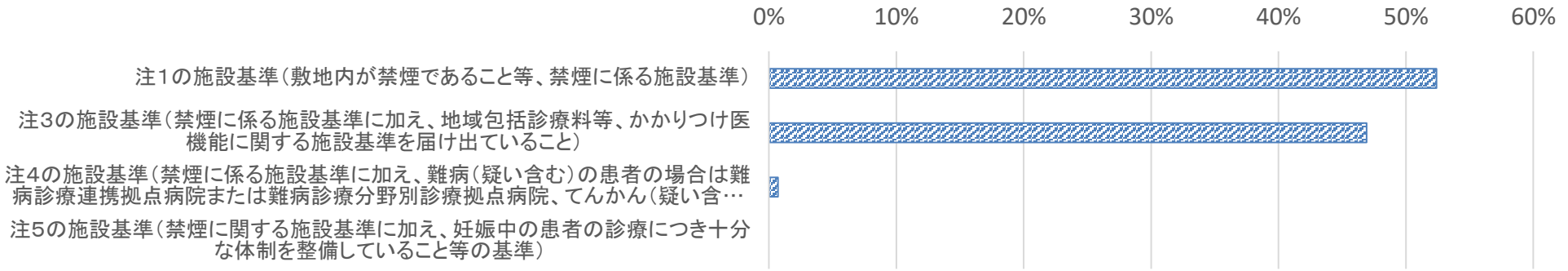
小児かかりつけ診療料を届け出ていない理由（N=111）



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

連携強化診療情報提供料の算定状況等

○　連携強化診療情報提供料の施設基準としては注１の施設基準（敷地内が禁煙であること等、禁煙に係る施設基準）が最も多い。
○　自院に、他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合以外は殆ど算定されていない。



連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしている病院・診療所における算定延べ回数（令和5年5月1か月間）

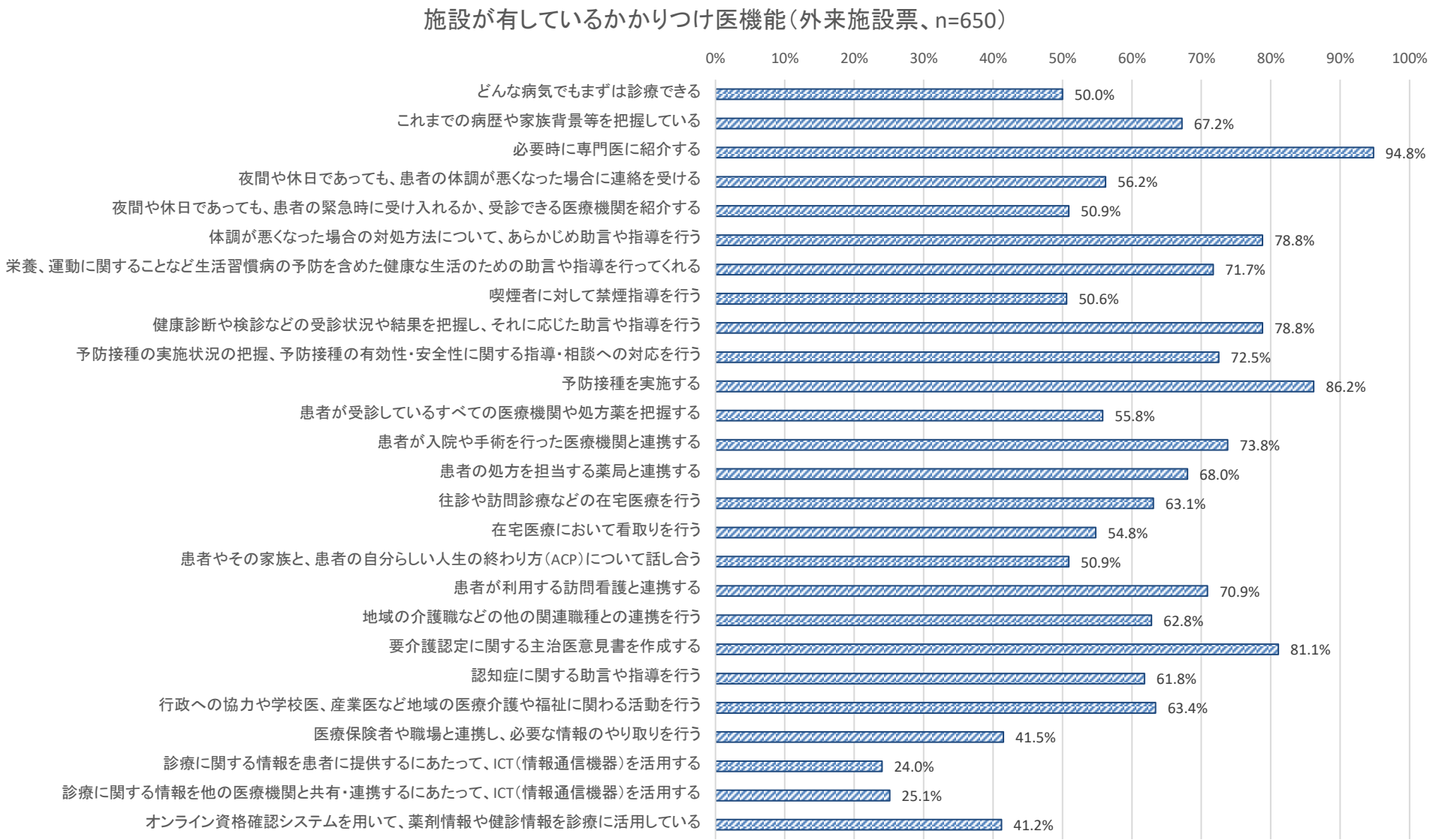
	件数	平均値
01 地域包括診療加算等※1を届け出ている医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	122	0.574
02 自院（地域包括診療加算等※1を届け出ている場合）に、他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	127	7.386
03 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院において、他院から紹介された難病（疑い含む）の患者について、当該患者を紹介した医療機関から応じて情報提供の求めに応じて情報提供した場合	121	0.000
04 てんかん支援拠点病院であって、他院から紹介されたてんかん（疑い含む）の患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	121	0.000
05 産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された妊娠している患者について、当該患者を紹介した医療機関に情報提供した場合	121	0.008
06 自院が産科若しくは産婦人科を標榜していて、妊娠している患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	120	0.000
07 01~04以外で、妊娠している患者について情報提供した場合	118	0.000

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

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

かかりつけ医機能（施設票）

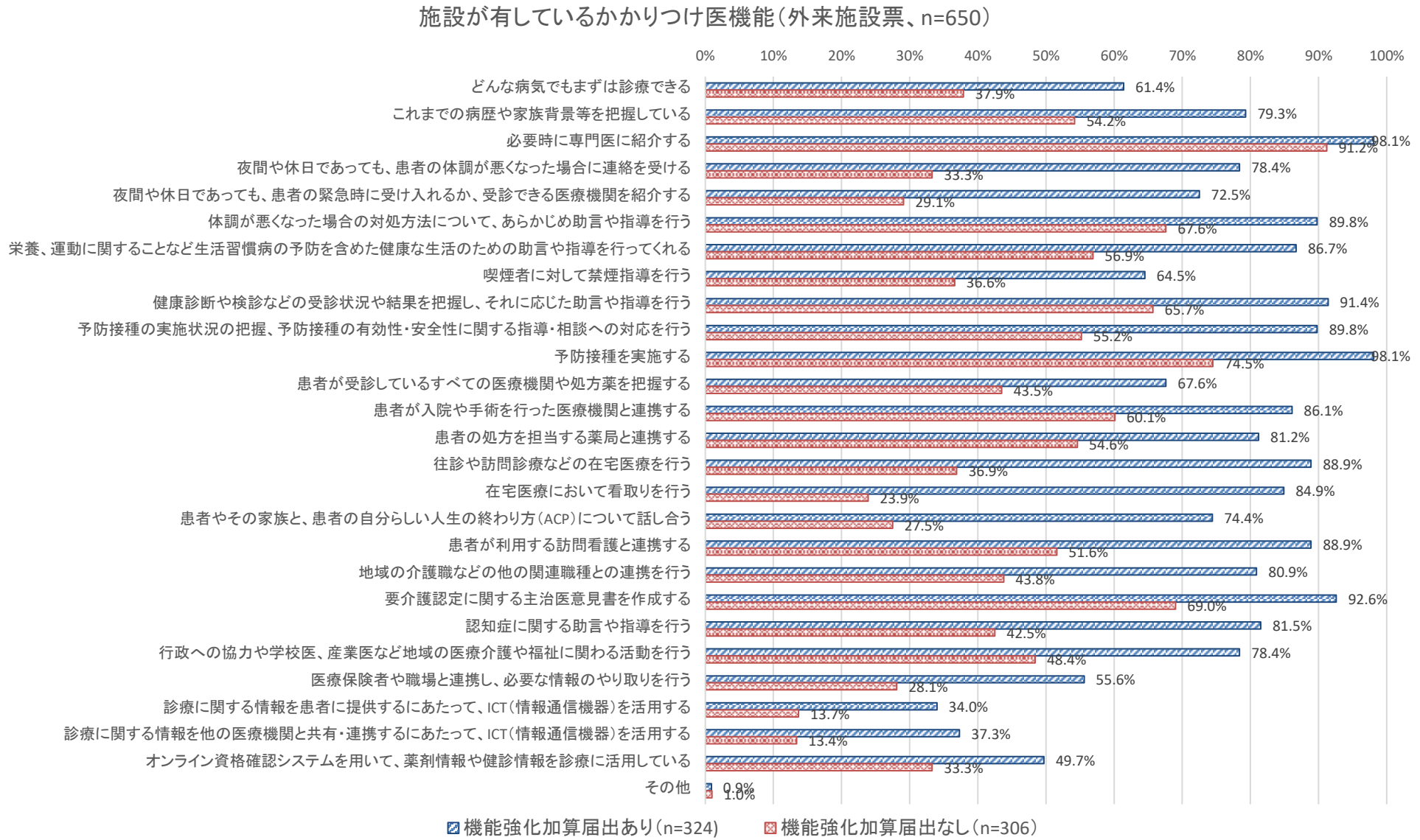
○　施設が有するかかりつけ医機能としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

かかりつけ医機能（機能強化加算届出有無）

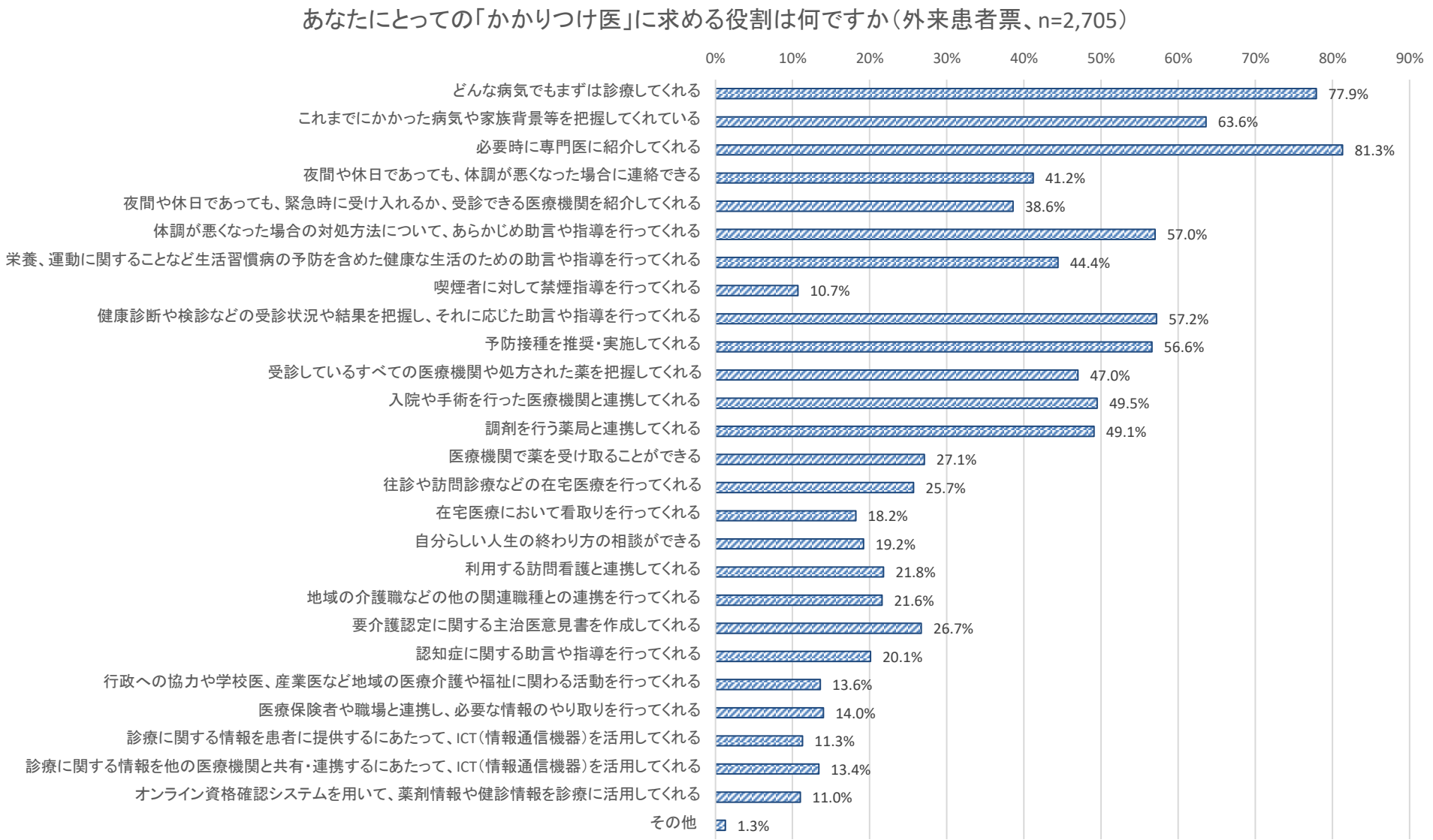
○　施設が有するかかりつけ医機能としては、機能強化加算の届出がある施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高かった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

かかりつけ医機能（患者票）

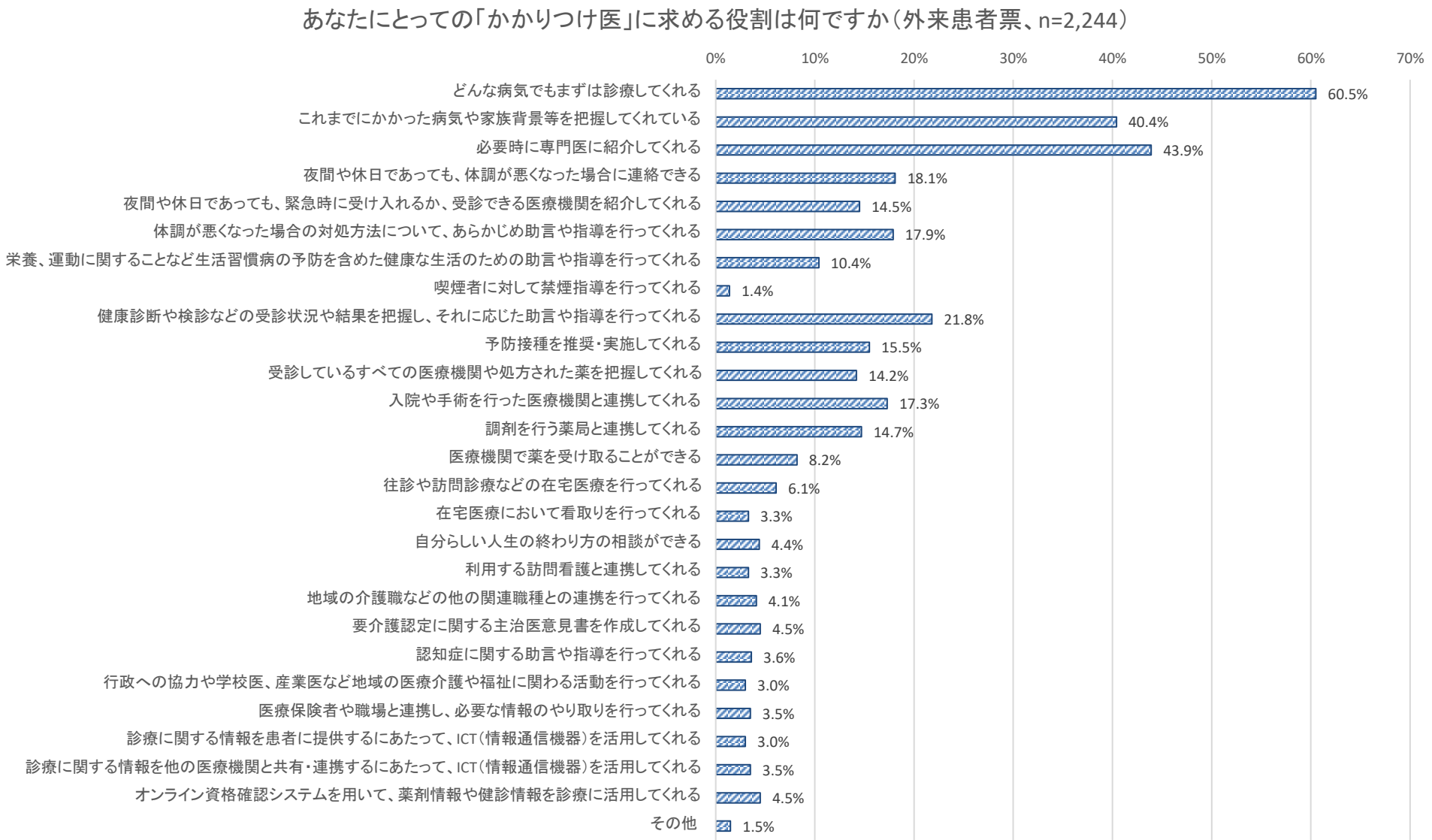
○　患者が「かかりつけ医」に求める役割としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施患者票）

かかりつけ医機能（インターネット調査）

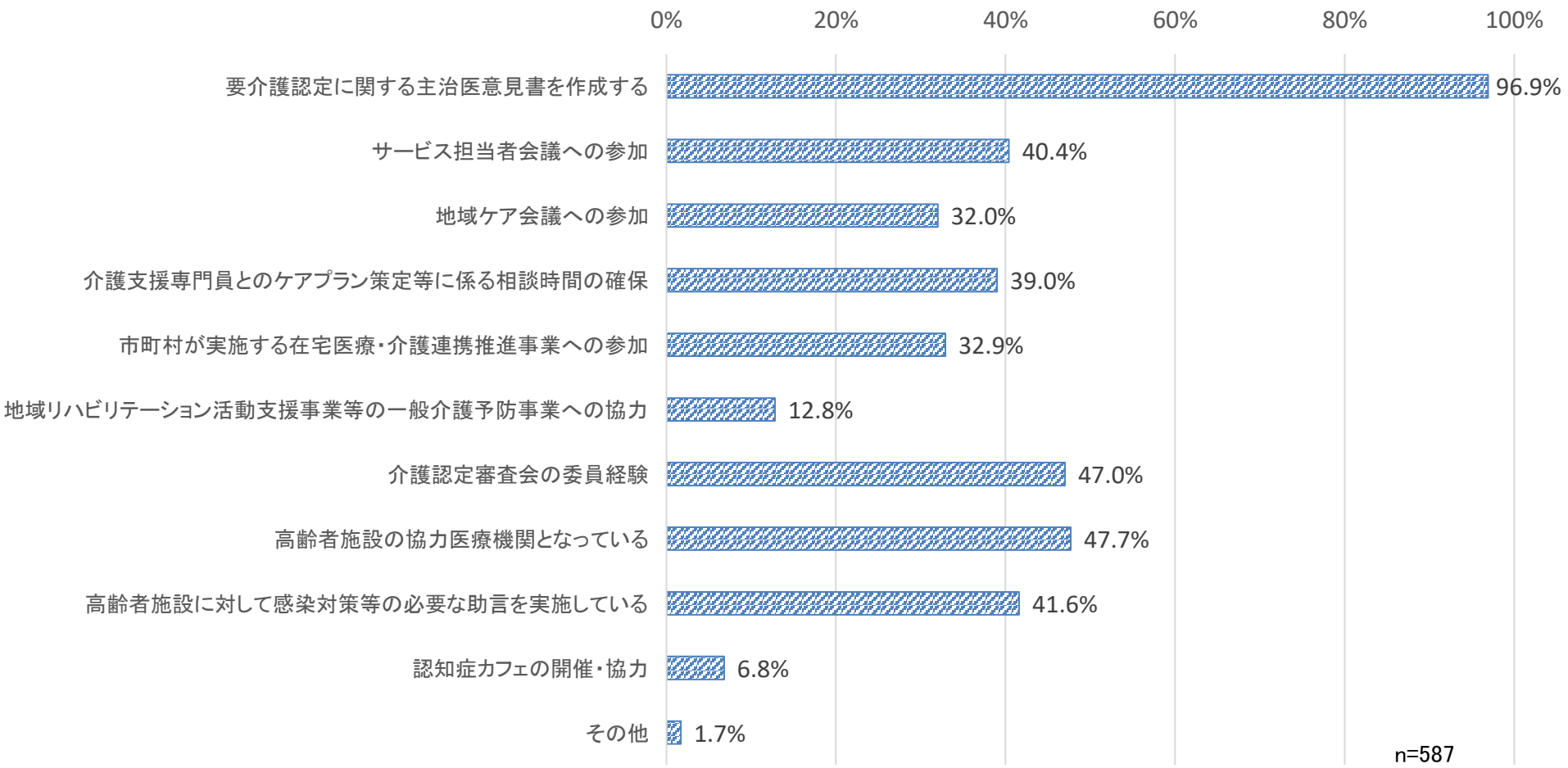
○　患者が「かかりつけ医」に求める役割としては、「どんな病気でもまずは診療してくれる」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（インターネット調査票）

介護との連携

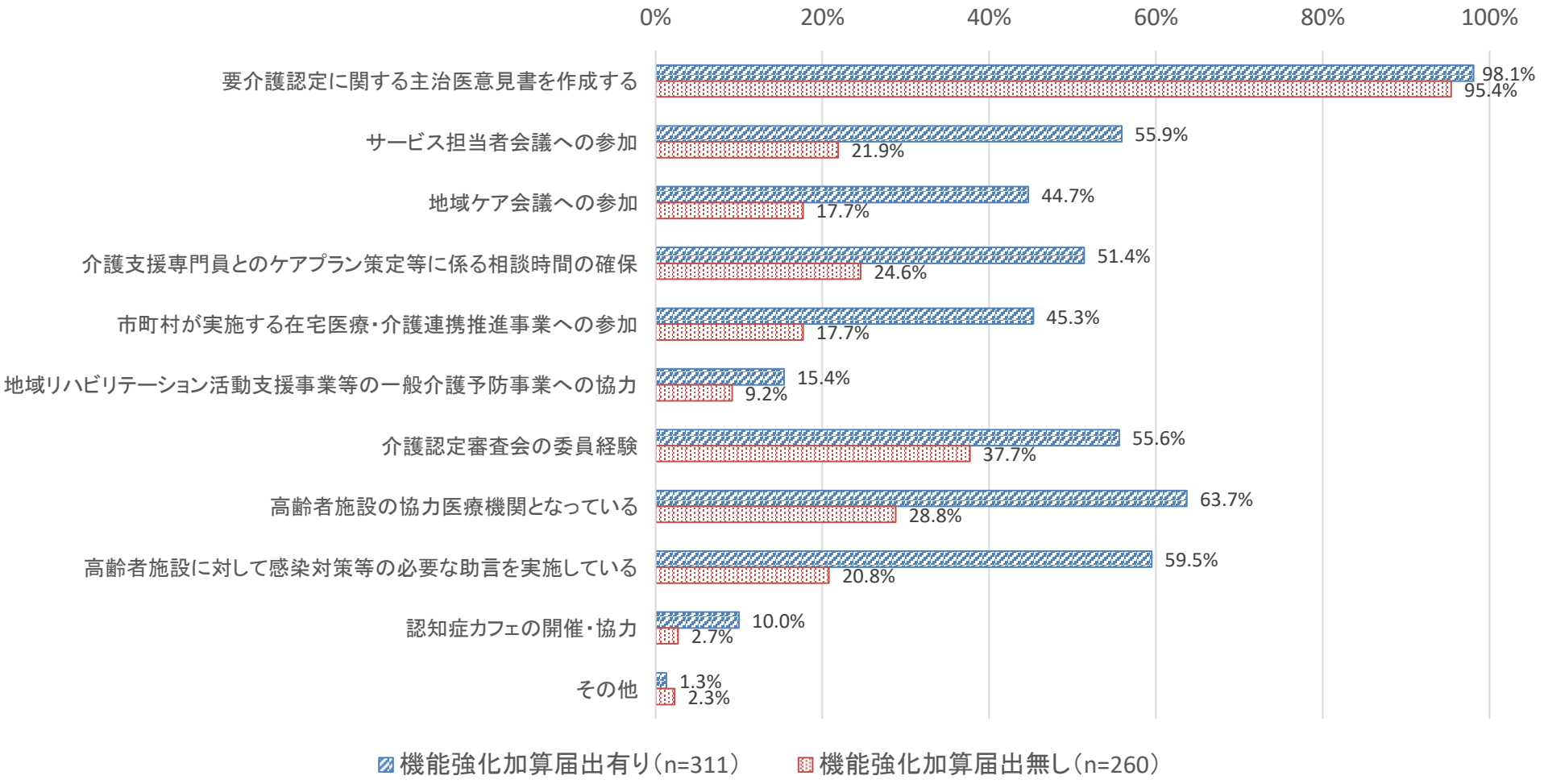
○　医療機関における介護との連携の取組について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は96.9%が取り組んでいた。
○　「サービス担当者会議への参加」は40.4%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は39.0%の医療機関が取り組んでいた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

介護との連携（機能強化加算届出有無）

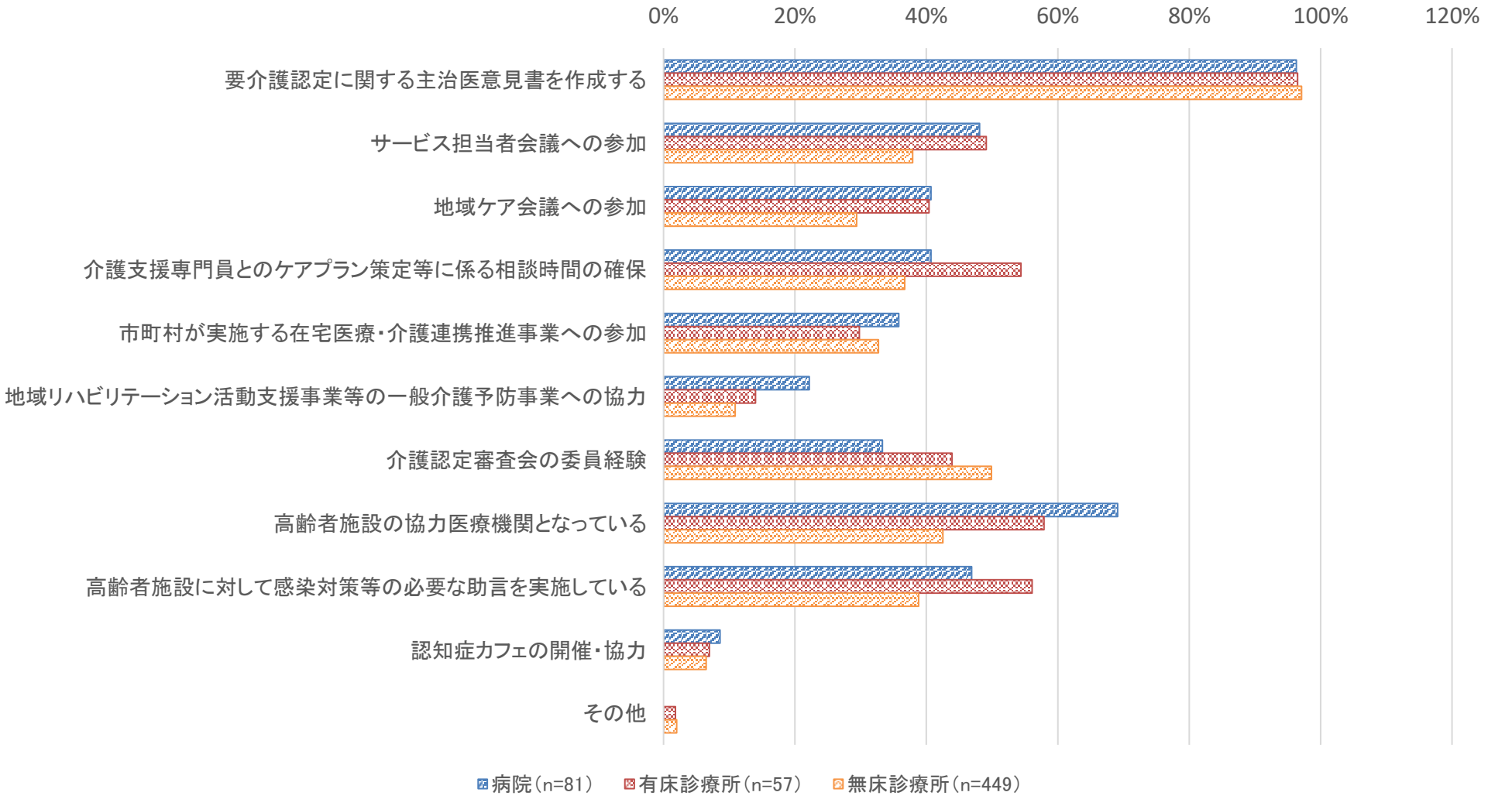
○　医療機関における介護との連携について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は9割以上が取り組んでいた。
○　機能強化加算を届出している医療機関の方が介護との連携に取り組んでいた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

介護との連携（施設類型別）

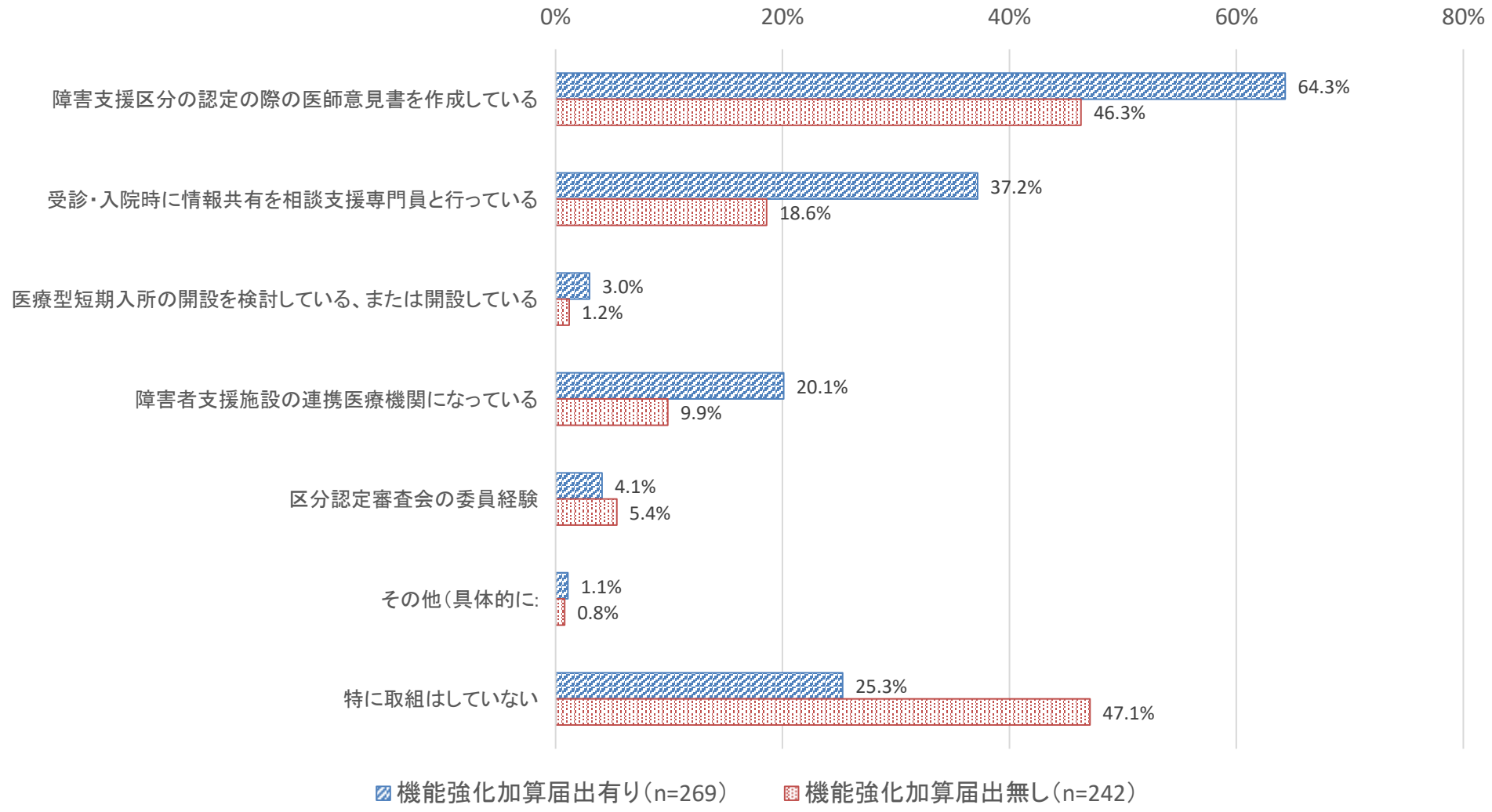
○　介護との連携について、病院、有床診療所、無床診療所別の回答割合は以下のとおり。
○　有床診療所は「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」「高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している」割合が高かった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

障害福祉サービスとの連携（機能強化加算届出有無）

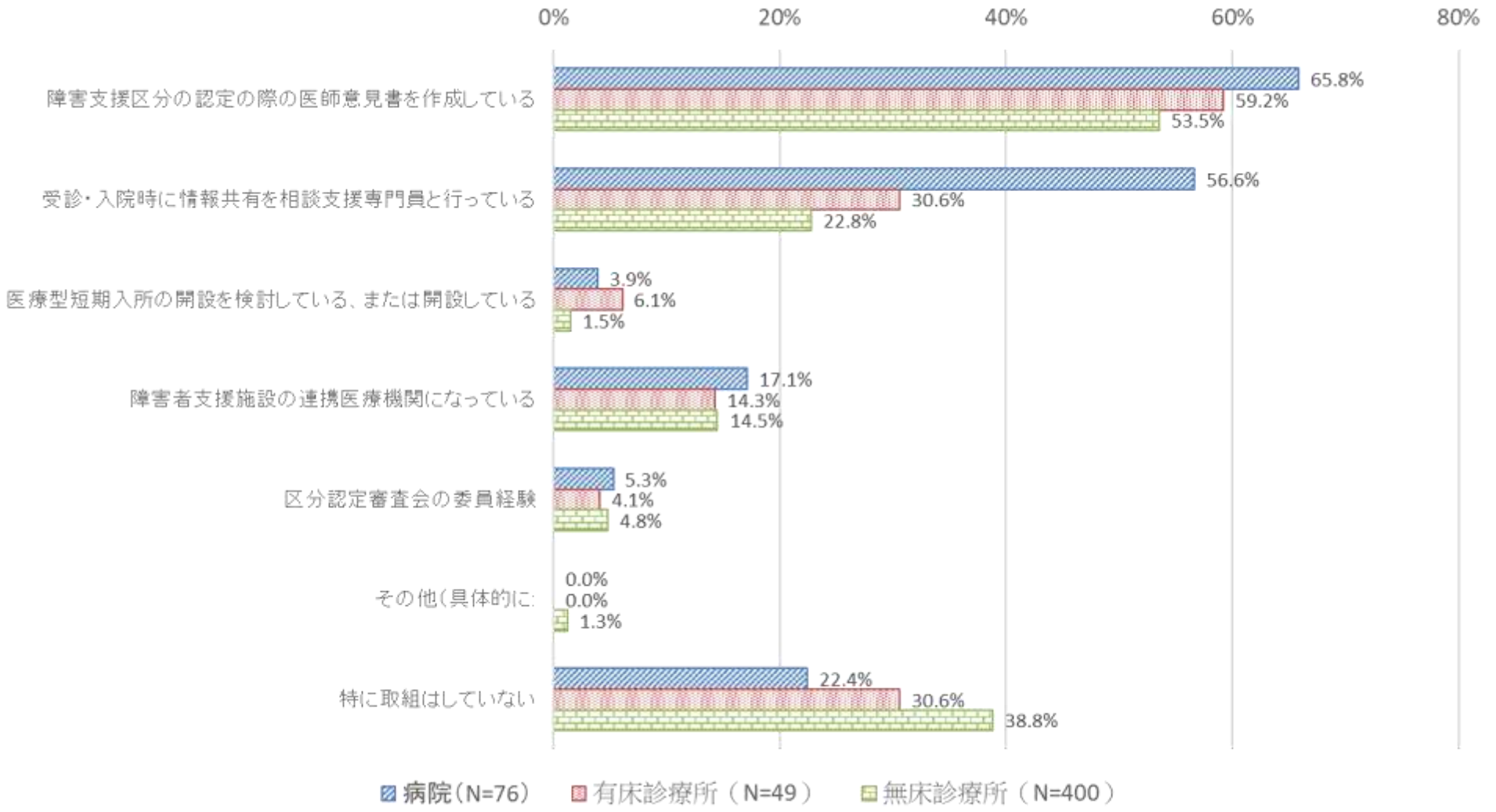
○　医療機関における障害福祉サービスとの連携について、「障害支援区分の認定の際の医師意見書の作成」等の取り組みについて、機能強化加算を届出している医療機関の方が取り組んでいた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

障害福祉サービスとの連携（施設類型別）

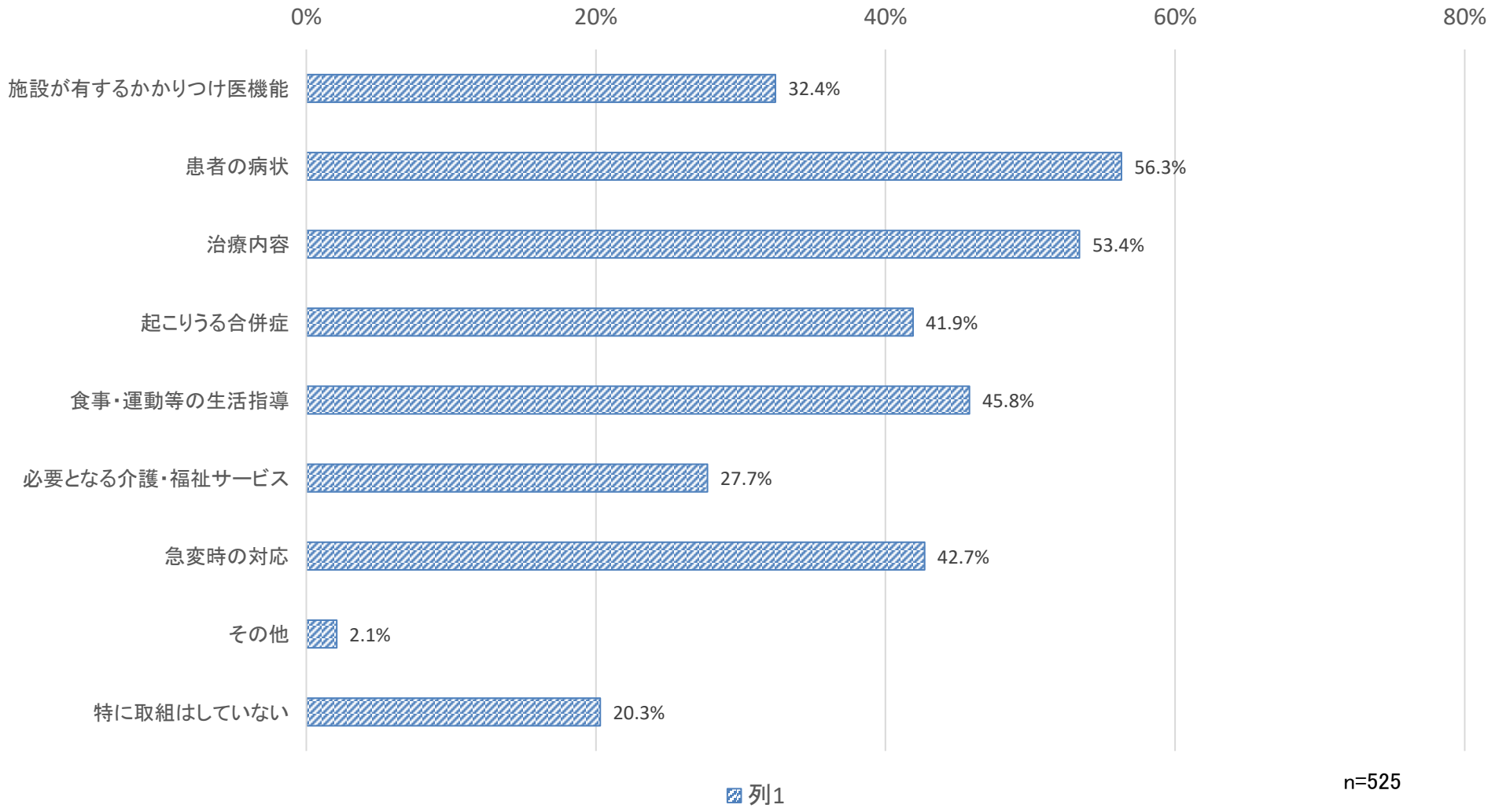
○　医療機関における障害福祉サービスとの連携について、病院・有床診療所・無床診療所別の取組の状況は以下のとおり。有床診療所において、医療型短期入所の開設を検討している、または開設している割合は6.1%であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

書面を用いた患者への説明

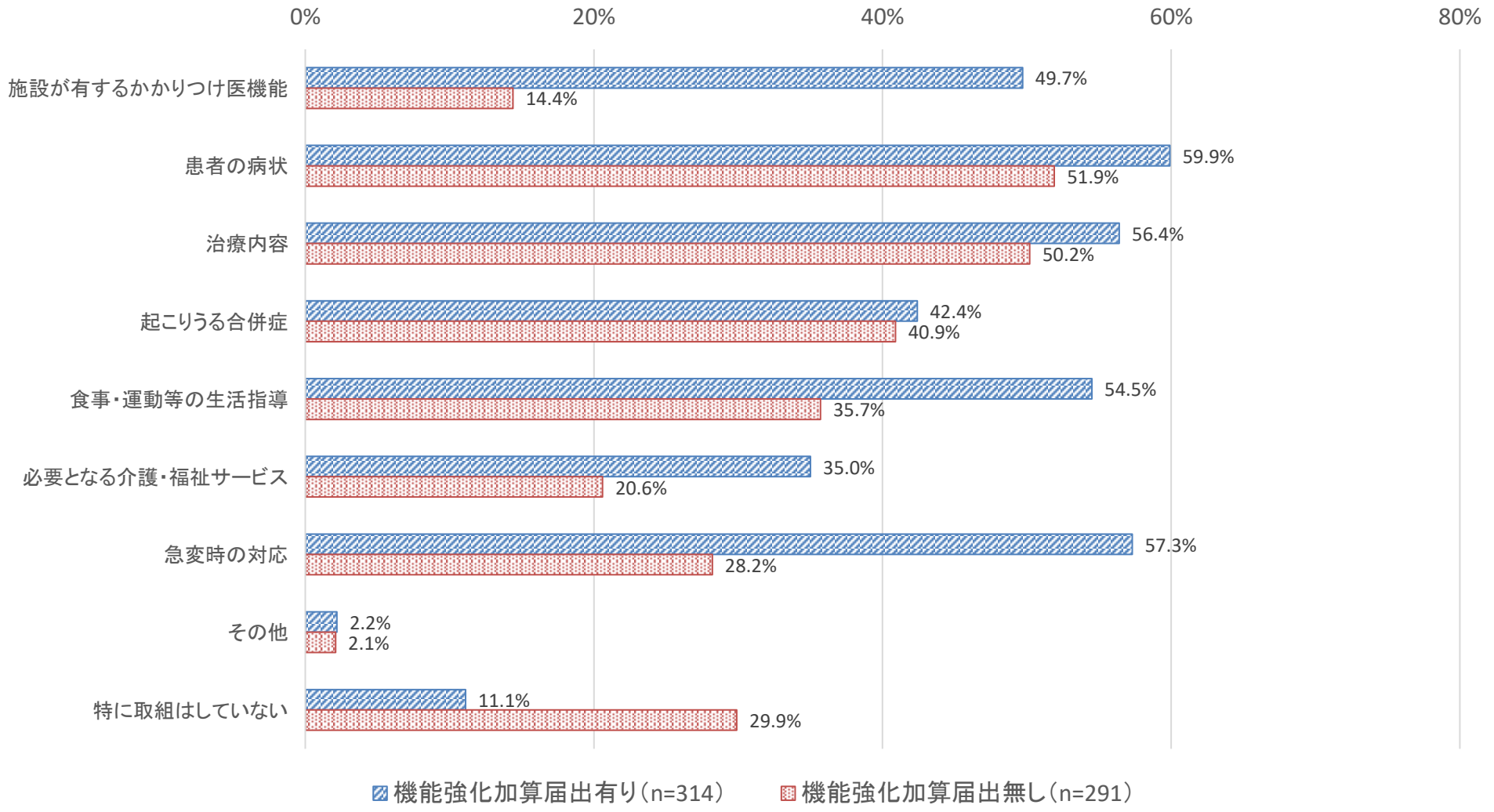
○　医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は27.7%であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

書面を用いた患者への説明（機能強化加算届有無）

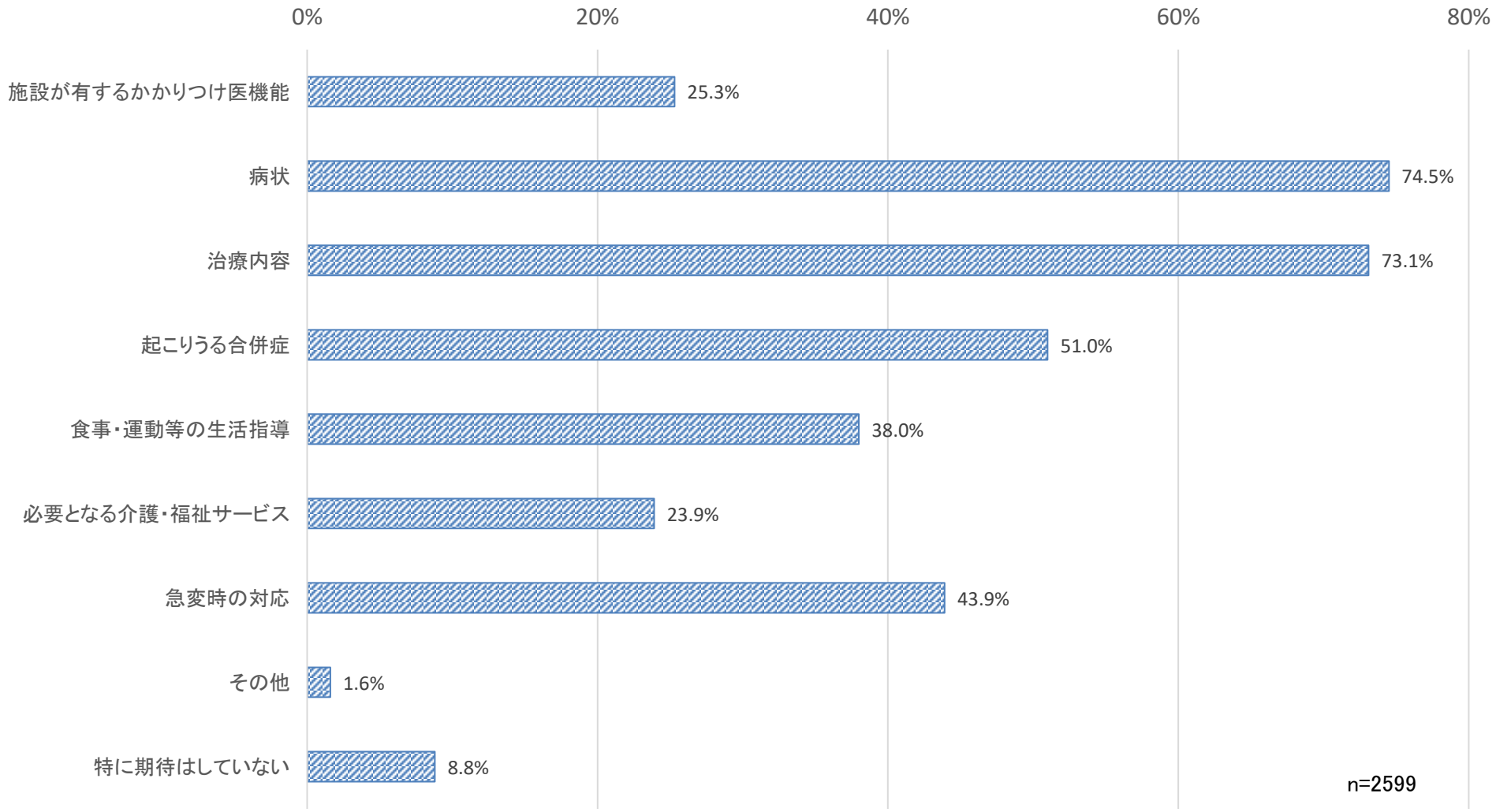
○　医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。機能強化加算を届出している医療機関の方が、それ以外より、積極的に書面を用いた説明を実施していた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

書面を用いた説明について患者が求める内容（患者票）

○　かかりつけ医からの患者への書面を用いた説明について、患者票では、病状また治療内容についての説明を希望する割合が高かった。

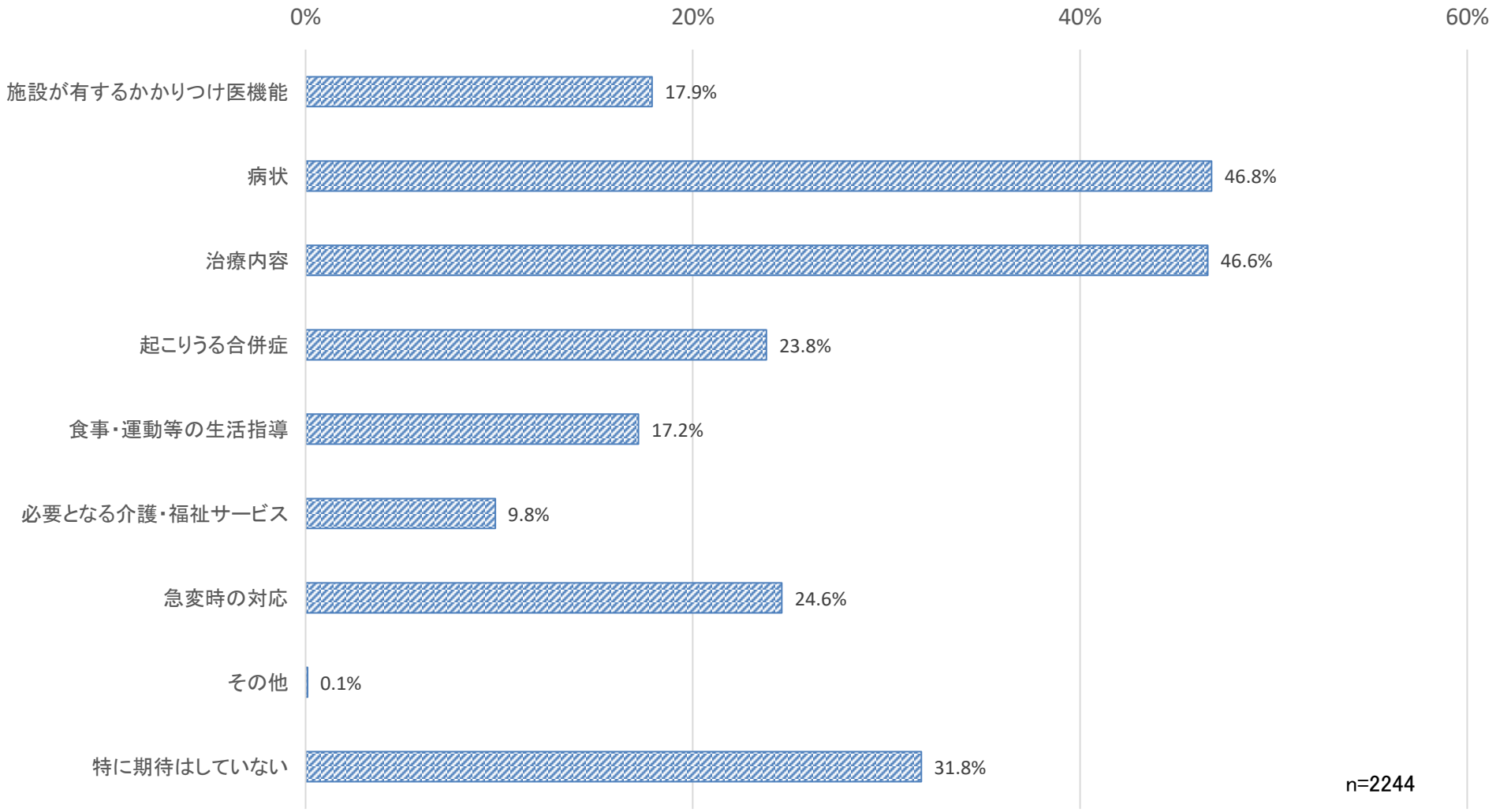


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

書面を用いた説明について患者が求める内容（インターネット調査）

○　かかりつけ医からの患者への書面を用いた説明について、患者票では、病状また治療内容についての説明を希望する割合が高かった。

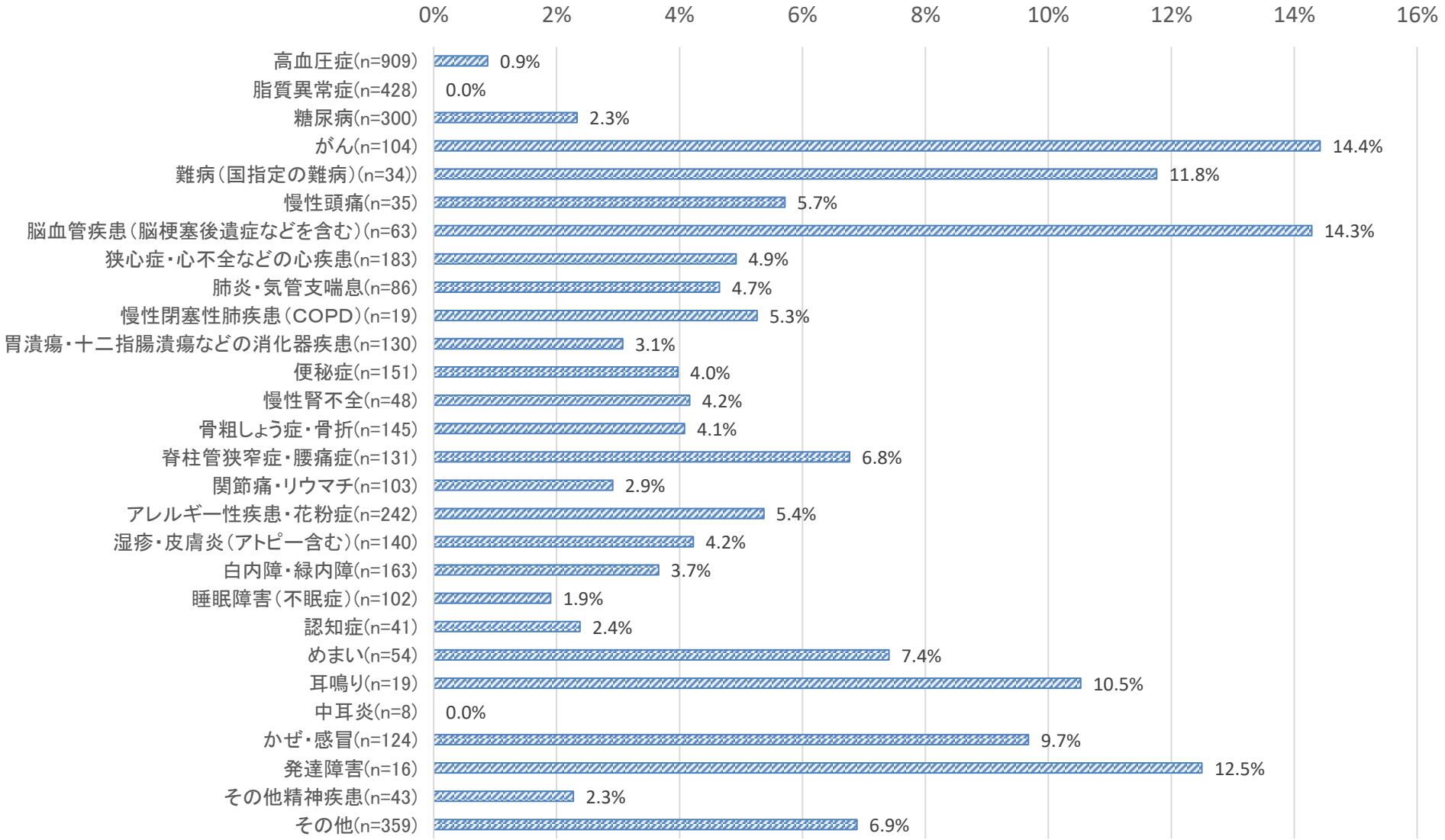
診調組　入－５
５．１０．５



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（インターネット調査票）

疾病毎の複数医療機関受診割合（患者票）

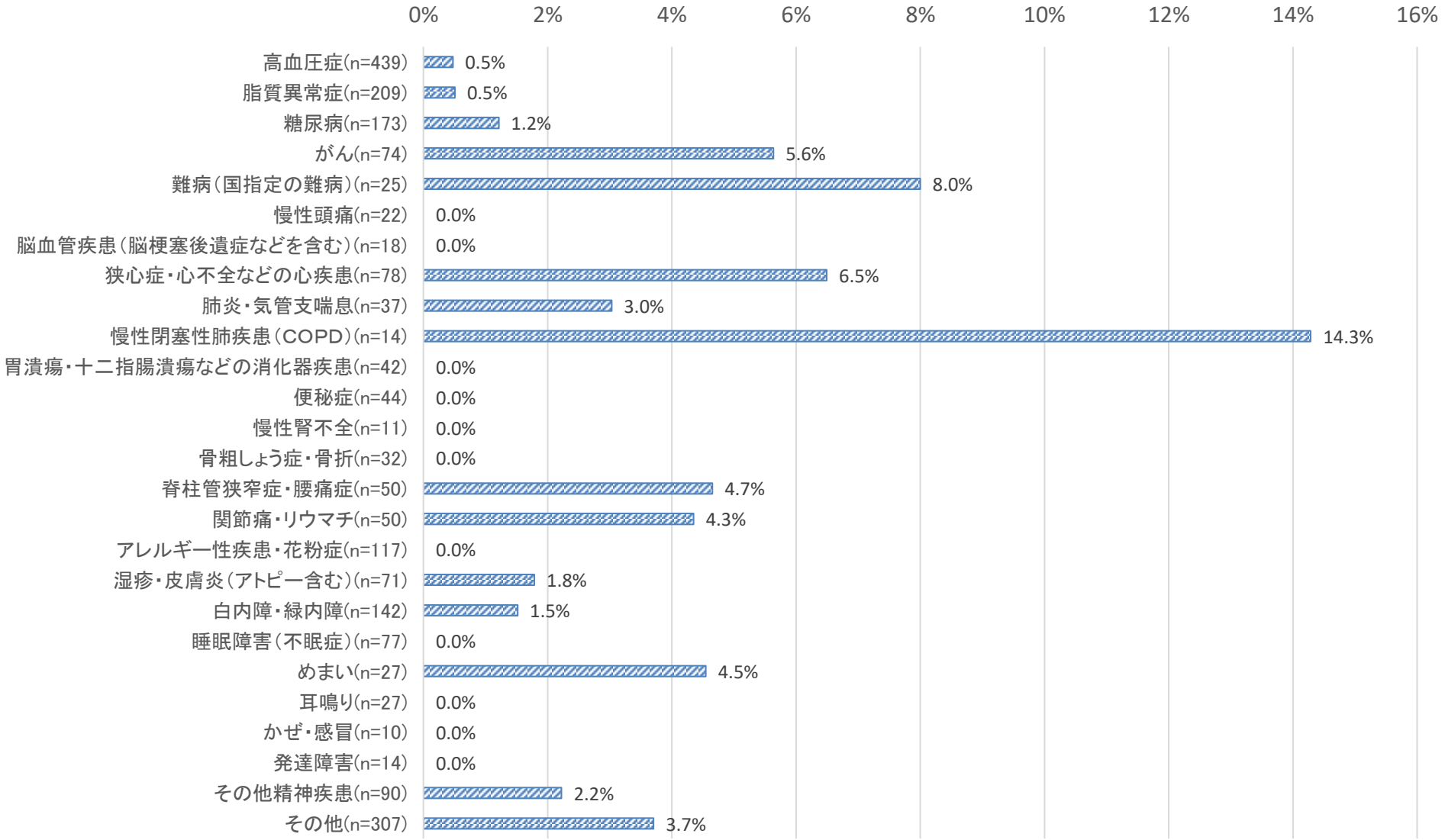
○　疾病に対して定期的（3か月に1回以上）に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0～2%であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

疾病毎の複数医療機関受診割合（インターネット調査票）

○　疾病に対して定期的（3か月に1回以上）に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は1%前後であった。

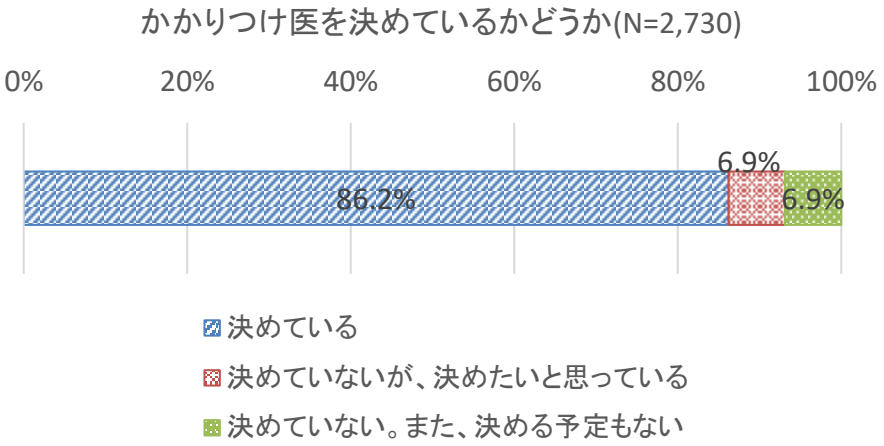


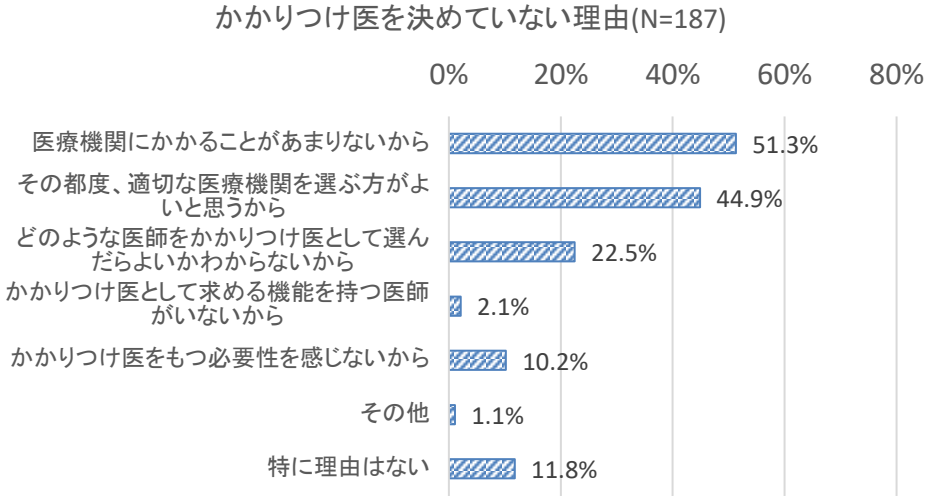
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（インターネット調査票）

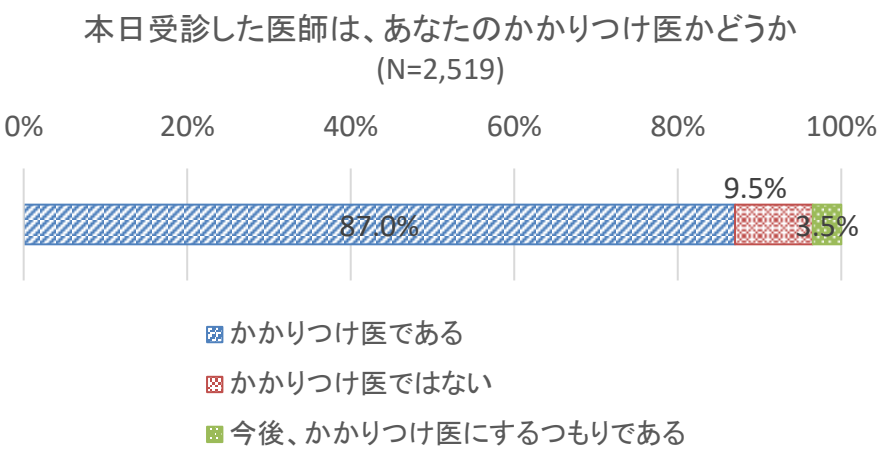
※　回答件数10件未満の疾病は解析から除外

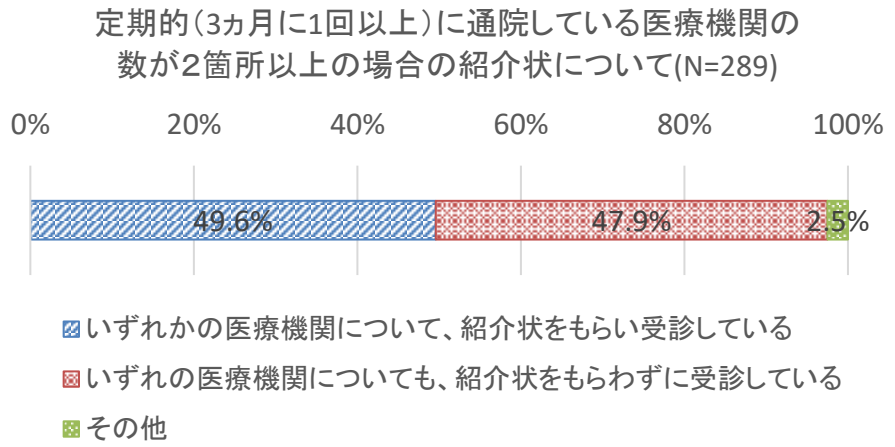
患者がかかりつけ医を決めていない理由等（患者票）

○　86.2%の患者がかかりつけ医を決めていたが、6.9%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりない、その都度適切な医療機関を選ぶ方が良いと思うが多かった。
○　複数の医療機関を受診している患者について、紹介状をもらわずに受診している患者が47.9%であった。









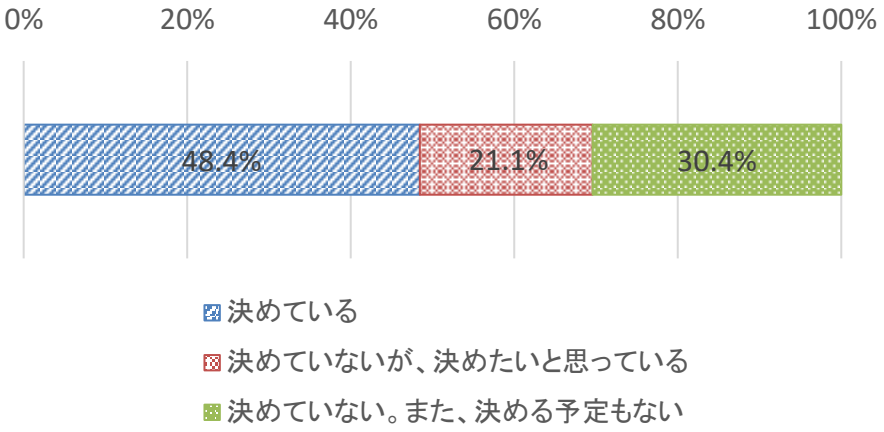
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

患者がかかりつけ医を決めていない理由等（インターネット調査）

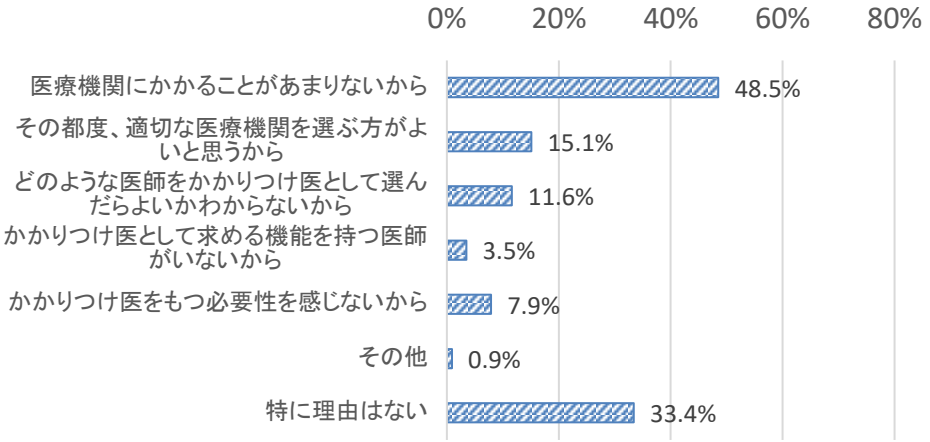
○　48.4%の患者がかかりつけ医を決めていたが、30.4%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりないが多かった。
○　複数の医療機関を受診している患者について、紹介状をもらわずに受診している患者が42.9%であった。

診調組　入－５
５．１０．５

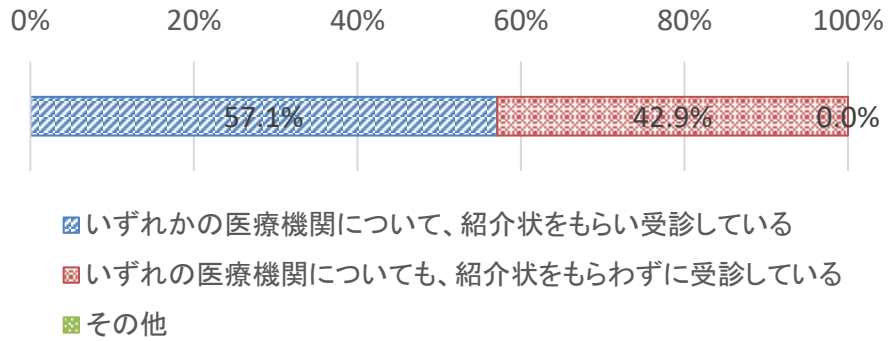
かかりつけ医を決めているかどうか(n=2,244)



かかりつけ医を決めていない理由(n=683)



定期的（3ヵ月に1回以上）に通院している医療機関の数が2箇所以上の場合の紹介状について(N=35)



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（インターネット調査票）

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

➢ 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

【生活習慣病管理料】
（１：処方箋を交付する場合／２：それ以外の場合）
イ　脂質異常症を主病とする場合　650点／1,175点
ロ　高血圧症を主病とする場合　700点／1,035点
ハ　糖尿病を主病とする場合　800点／1,280点

［算定要件］
- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

改定後

【生活習慣病管理料】

（改）１　脂質異常症を主病とする場合　**570点**
２　高血圧症を主病とする場合　**620点**
３　糖尿病を主病とする場合　**720点**

［算定要件］
- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

算定要件の見直し

➢ 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】［算定要件］
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。

改定後

【生活習慣病管理料】［算定要件］
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
（削除）

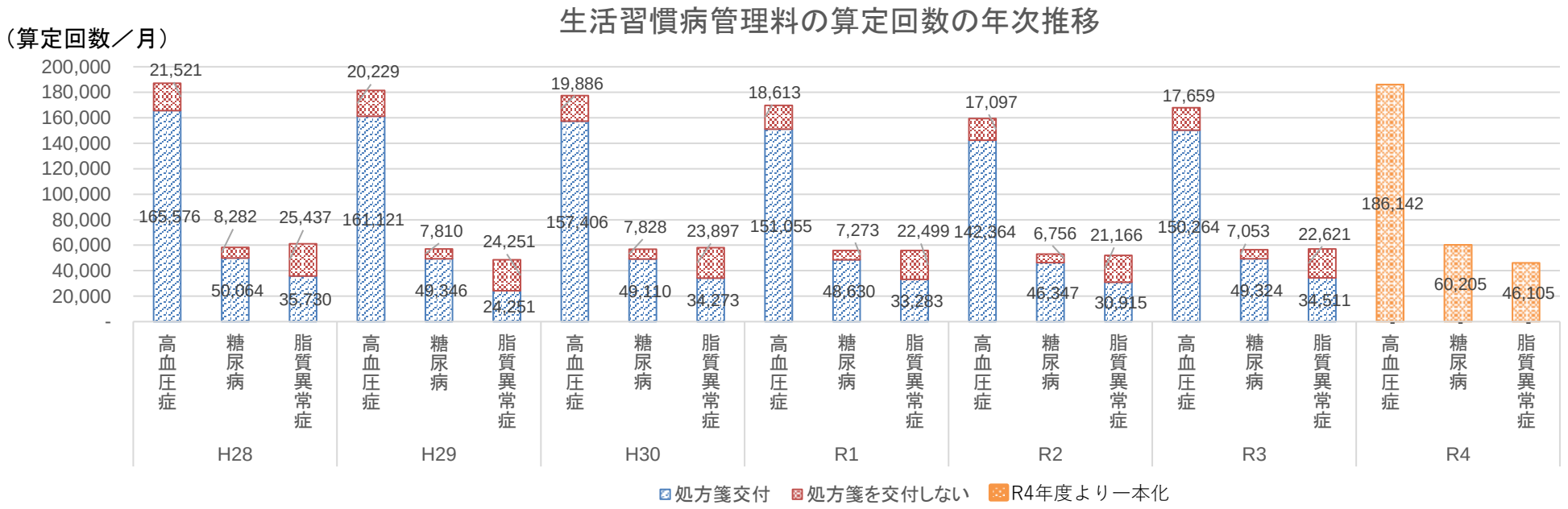
生活習慣病の診療の評価について

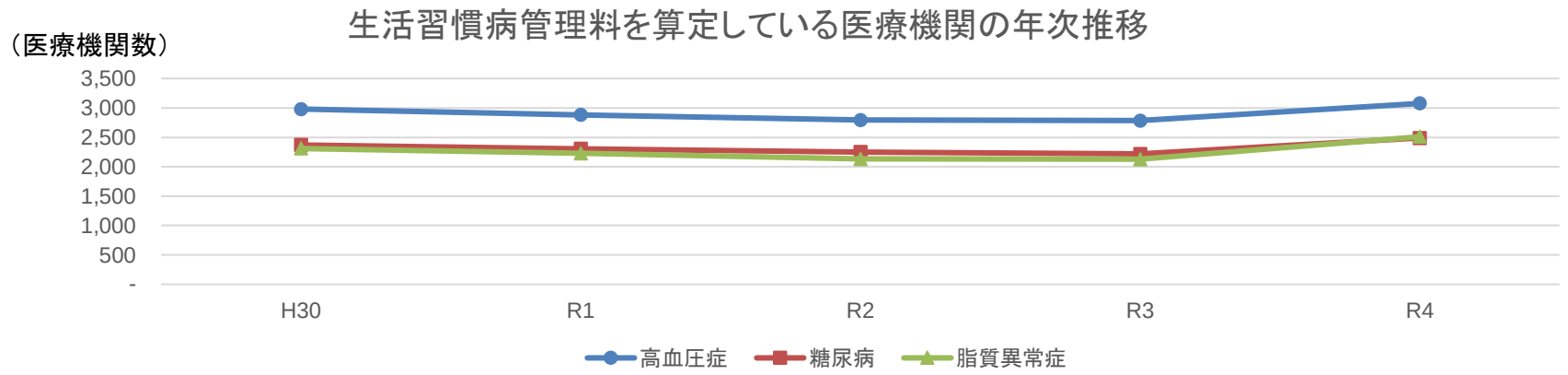
	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570～720点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第２期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73㎡未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	• 療養計画書を作成。 • 少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う。この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。 • 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 • 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 • 糖尿病患者に対しては年１回程度眼科の診察を促す。	• 指導計画を作成。 • ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。	• 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 • 指導計画を作成する。 • 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。	• 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	• 200床未満の病院及び診療所	• 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する専任の常勤医師１名以上配置。 • 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を１名以上配置。	• 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤。 • 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。 • 糖尿病教室を定期的に実施している。 • 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。	次の②の①に対する割合が５割以上。 ①　３か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者 ②　①から３月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

生活習慣病管理料の算定状況

○　生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。



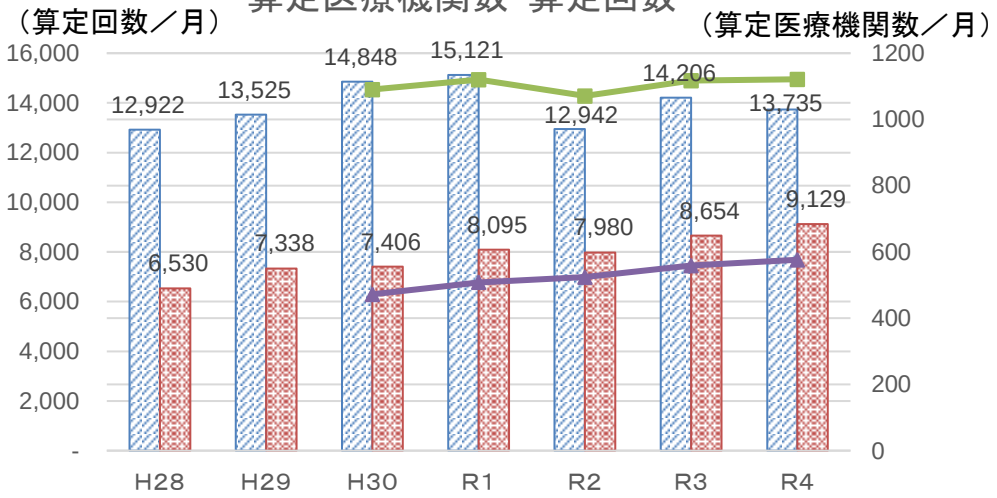


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

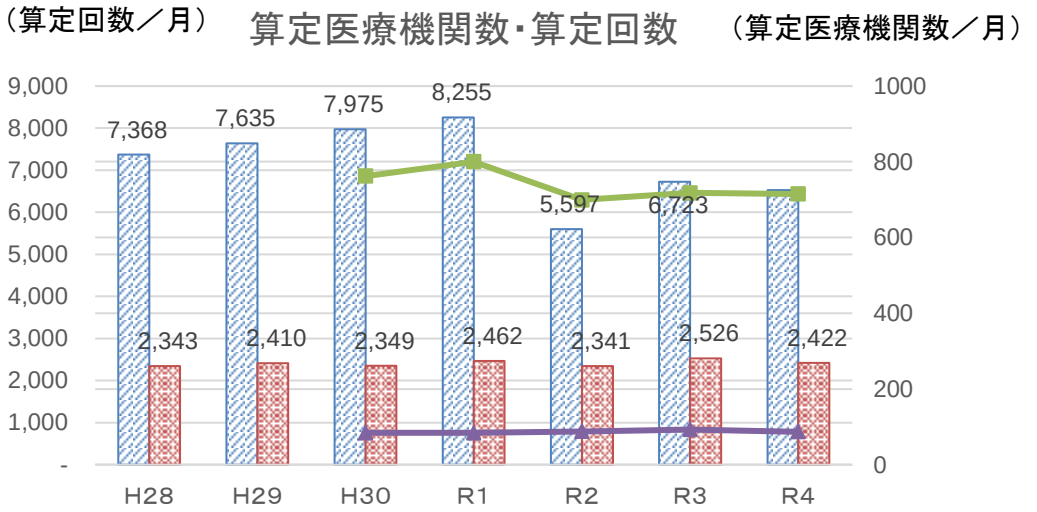
生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

○　生活習慣病の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

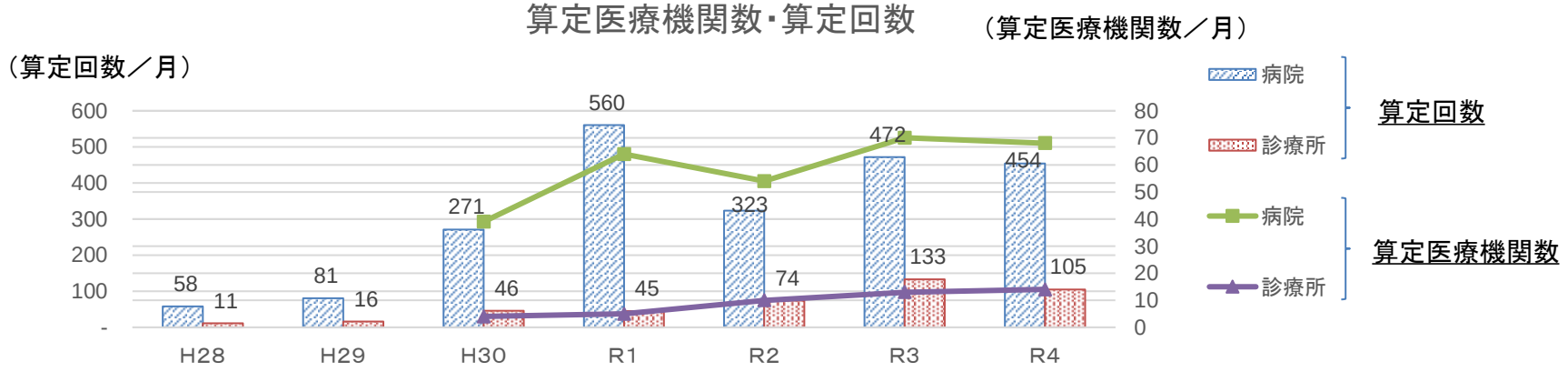
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

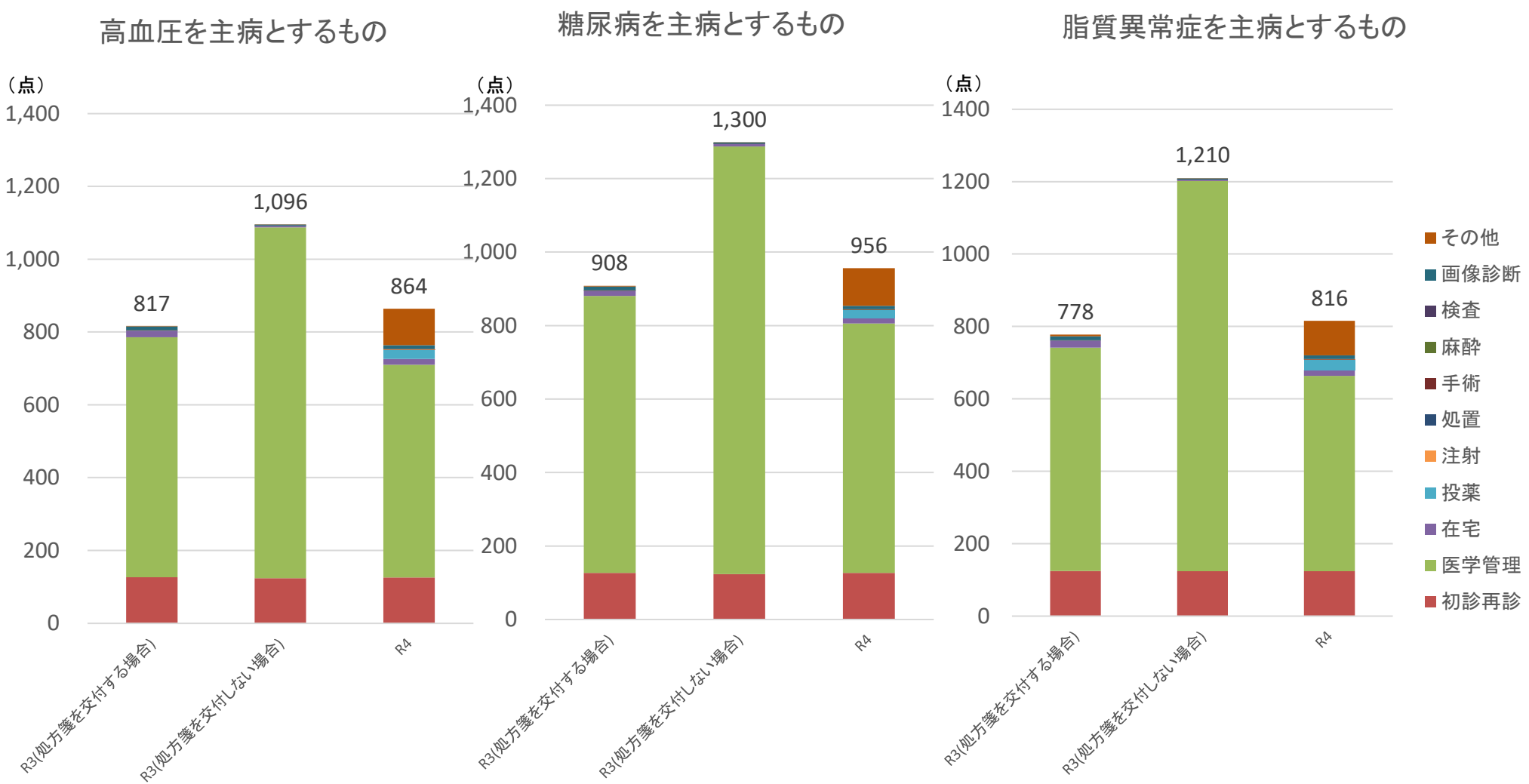


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

診調組　入－１
５．７．２０

○ 生活習慣病管理料の算定日における診療費（平均）の内訳は以下のとおり。
○ 令和４年度診療報酬改定後において、「投薬」に係る費用が増加している。



出典：NDBデータ（令和3年及び令和4年5月診療分）

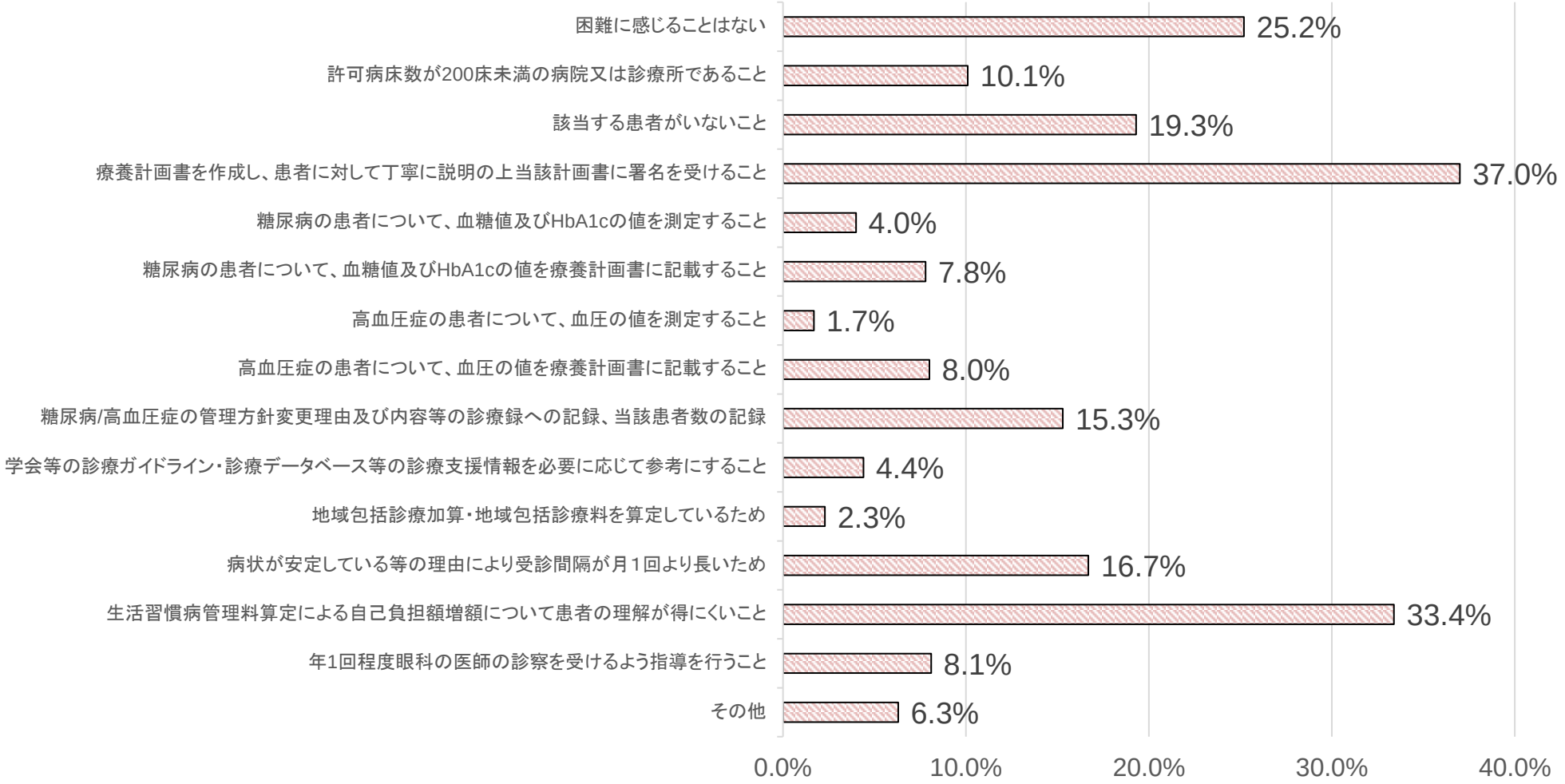
※　令和4年の「その他」の内訳としては「処方箋料」と「特定疾患処方管理加算2」で約9割を占める。

生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

診調組　入－１
５．６．８

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

n=652

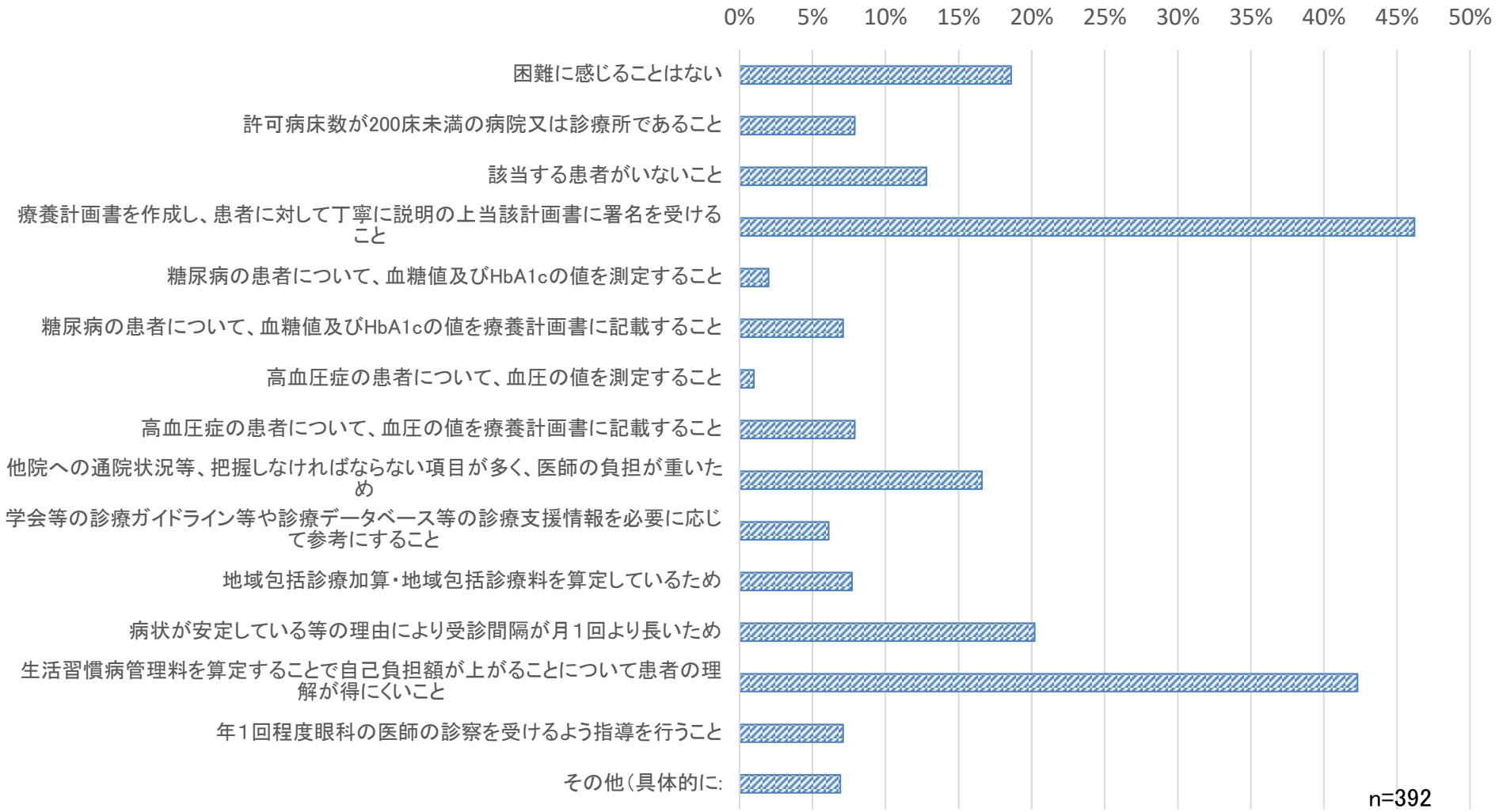


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病管理料の算定について困難なこと

診調組　入－５
５．１０．５

○　生活習慣病管理料の算定について困難なこととしては、「療養計画書を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けること」が最も多い。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病管理料の療養計画書

中医協　総－８
５．６．２１

○　生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目（食事、運動、たばこ等）、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。



（別紙様式9）

生活習慣病　療養計画書　初回用　（記入日：　年　月　日）

患者氏名：　（男・女）
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）

主病：
□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】
【検査項目】
□身　長（　cm）
□体　重：現在（　kg）→目標（　kg）
□BMI（　）
□腹　囲：現在（　cm）→目標（　cm）
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
□収縮期／拡張期血圧：現在（　／　mmHg）
→目標（　／　mmHg）
□運動負荷心電図
□その他（　）

【血液検査項目】（採血日　月　日）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　）時間）
（　mg/dl）
□HbA1c：現在（　%）→目標（　%）
□総コレステロール（　mg/dl）
□中性脂肪（　mg/dl）
□HDLコレステロール（　mg/dl）
□LDLコレステロール（　mg/dl）
□その他（　）

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□歯科の受診状況　□その他の生活
【①達成目標】：患者と相談した目標
【②行動目標】：患者と相談した目標
医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】
□食事
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）
□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□夜食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□食べ方：〔ゆっくり食べる・その他（　）〕
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
担当者の氏名　（印）

□運動
□運動処方：種類（ウォーキング・　）
時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）
強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）
□運動時の注意事項など（　）
担当者の氏名　（印）

□たばこ
□非喫煙者である
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
担当者の氏名　（印）

□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
□その他（　）
担当者の氏名　（印）

【服薬指導】　□処方なし　□薬の説明
担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】
【他の施設の利用状況について】
【特定健康診査の受診の有無】　□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】　□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】　□有　□無

※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名　（印）

（別紙様式9の2）

生活習慣病　療養計画書　継続用　（記入日：　年　月　日）（　）回目

患者氏名：　（男・女）
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）

主病：
□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】
【検査項目】
□体　重：現在（　kg）→目標（　kg）
□BMI（　）
□腹　囲：現在（　cm）→目標（　cm）
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
□収縮期／拡張期血圧：現在（　／　mmHg）
→目標（　／　mmHg）
□運動負荷心電図
□その他（　）

【血液検査項目】（採血日　月　日）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　）時間）
（　mg/dl）
□HbA1c：現在（　%）→目標（　%）
□総コレステロール（　mg/dl）
□中性脂肪（　mg/dl）
□HDLコレステロール（　mg/dl）
□LDLコレステロール（　mg/dl）
□その他（　）

【目標の達成状況と次の目標】：患者と相談した目標
【①達成目標】：患者と相談した目標
【②行動目標】：患者と相談した目標
医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】
□食事
□今回は、指導の必要なし
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）
□間酒：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□食べ方：〔ゆっくり食べる・その他（　）〕
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
担当者の氏名　（印）

□運動
□今回は、指導の必要なし
□運動処方：種類（ウォーキング・　）
時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）
強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）
□運動時の注意事項など（　）
担当者の氏名　（印）

□たばこ
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
担当者の氏名　（印）

□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
□その他（　）
担当者の氏名　（印）

服薬指導　□処方なし　□薬の説明
担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】
【他の施設の利用状況について】
【特定健康診査の受診の有無】　□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】　□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】　□有　□無

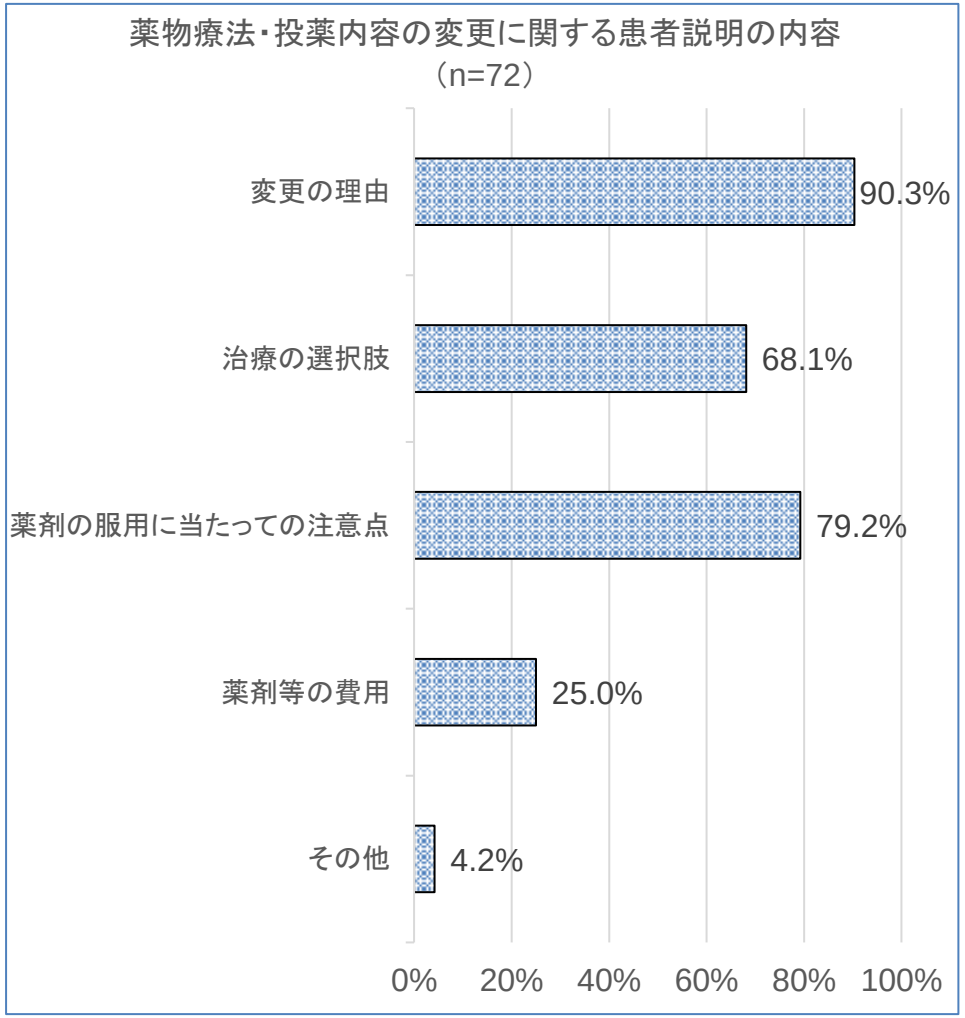
※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

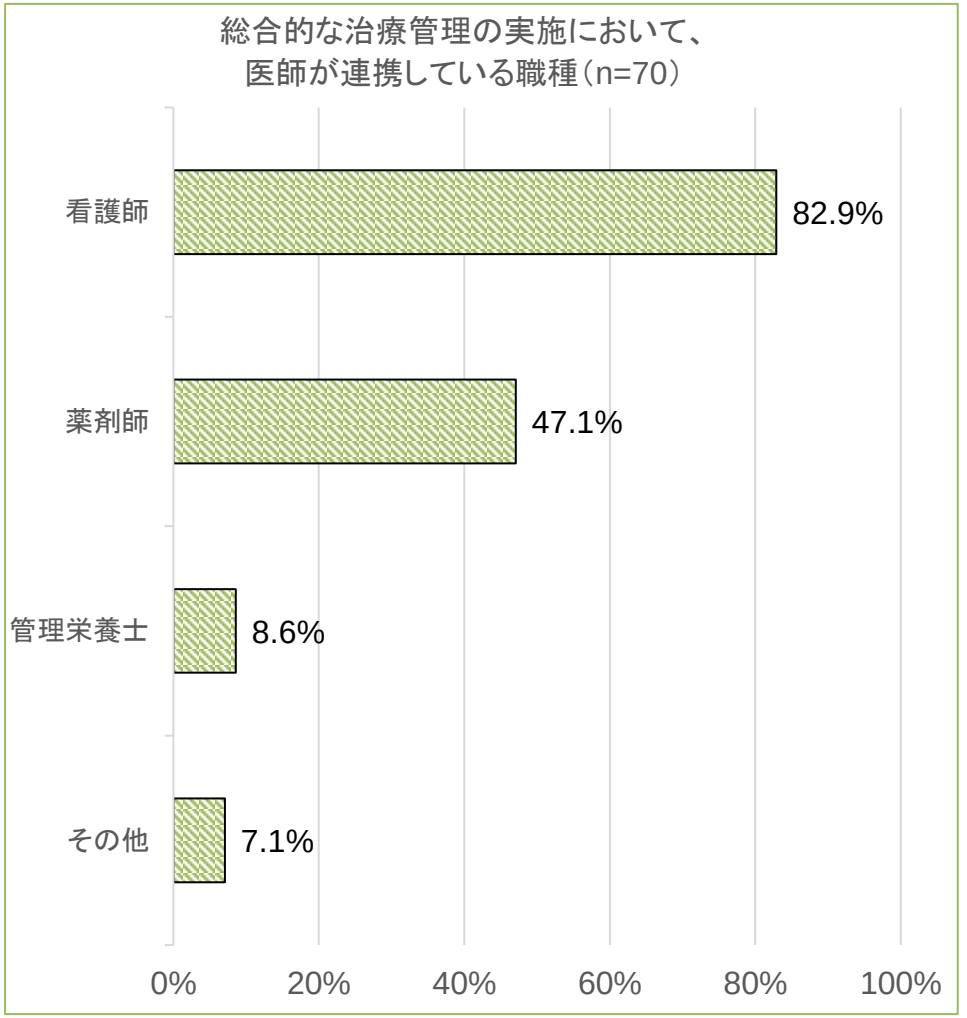
患者署名
医師氏名　（印）

薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明・職種間連携の状況

診調組　入－１
５．６．８

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

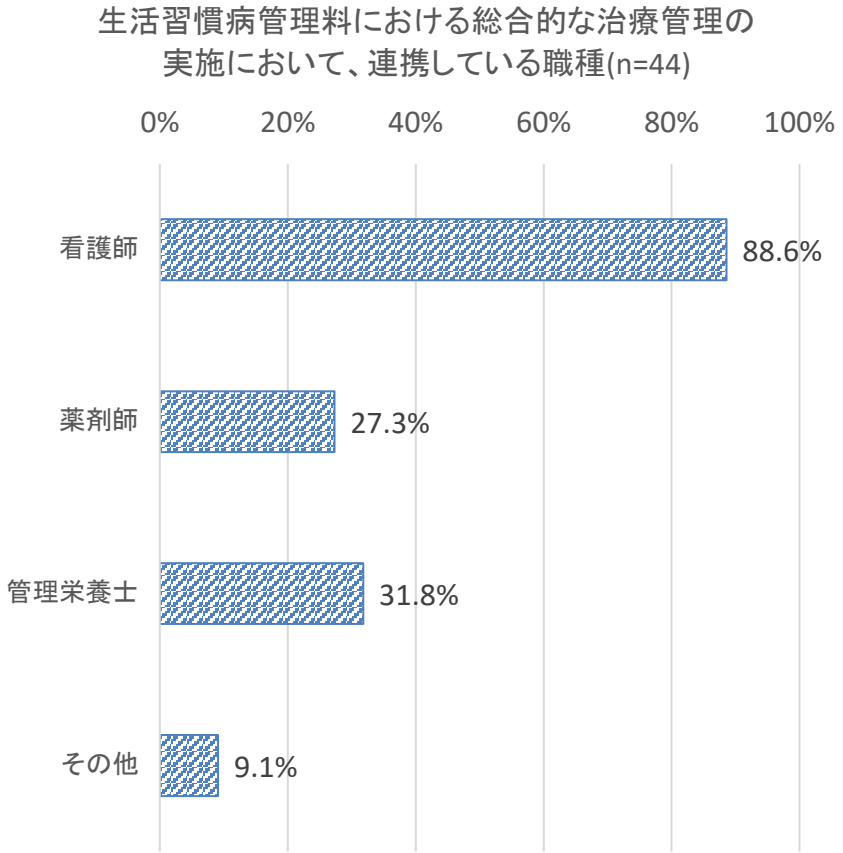


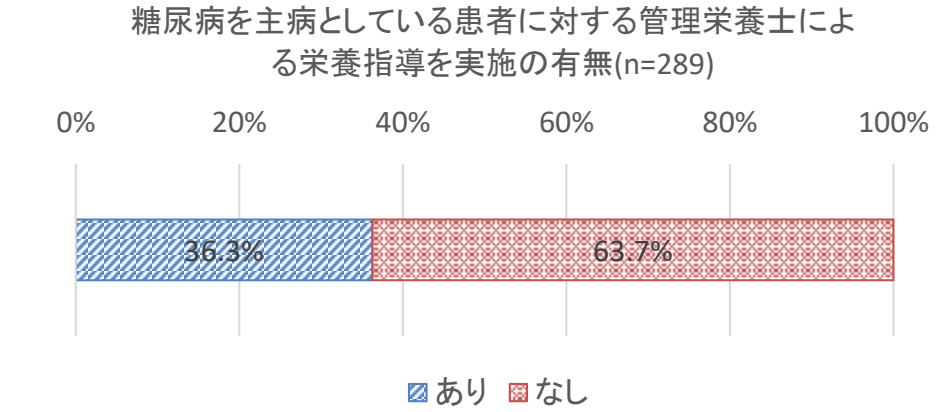


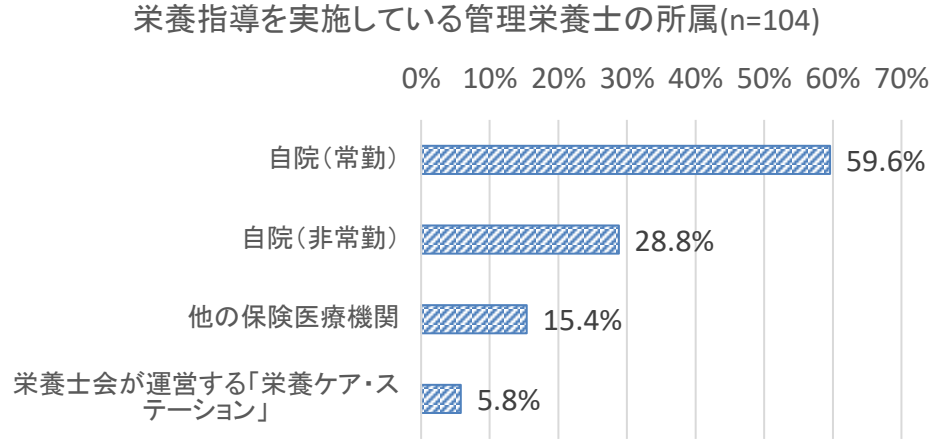
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病にかかる多職種の関与

○　生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、連携している職種としては看護師が最多であった。
○　糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施しているのは36.3%であった。また、栄養指導を実施している管理栄養士の所属としては自院（常勤）が最多であった。



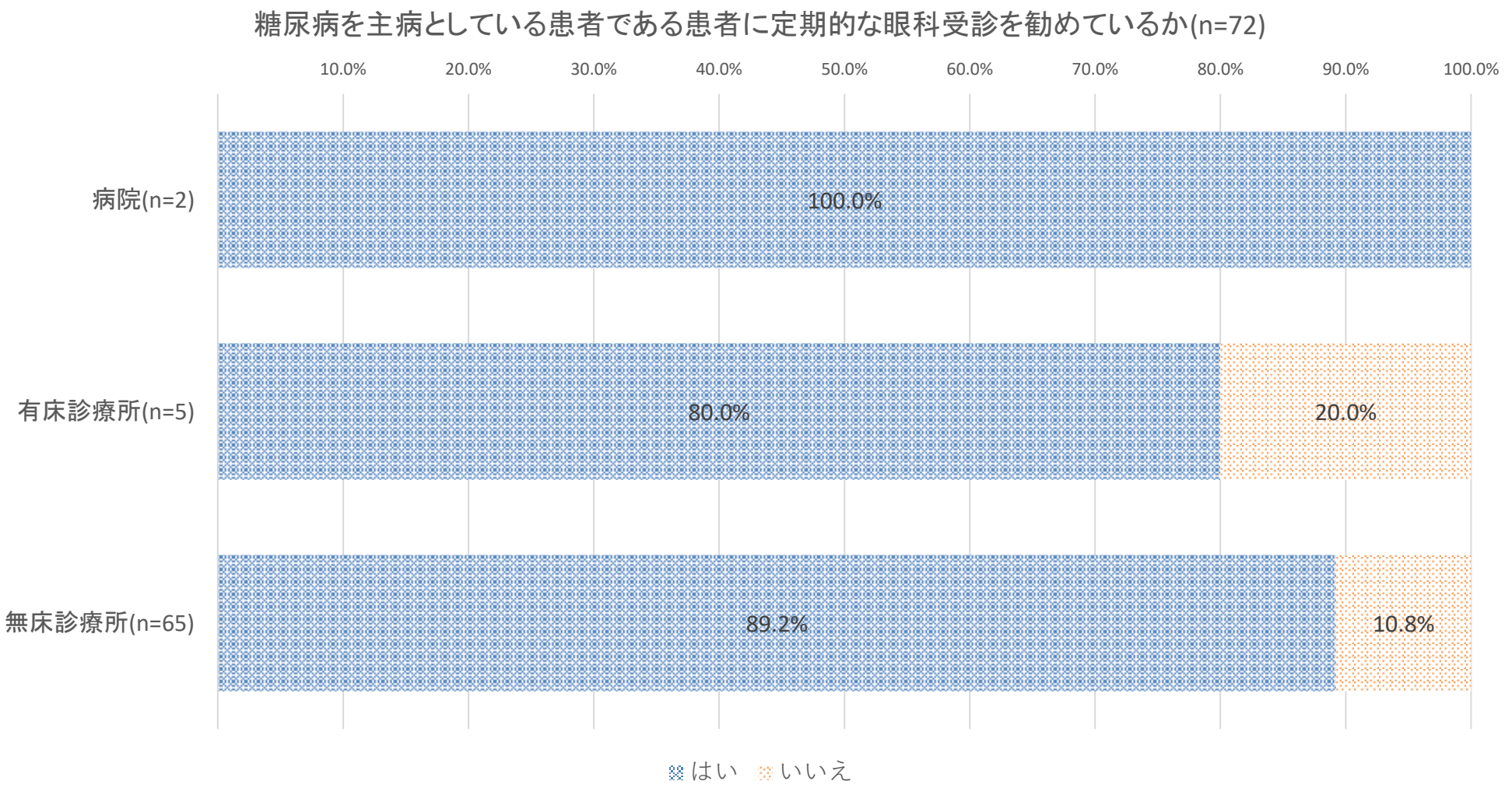




出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

糖尿病患者への眼科受診勧奨

○　多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。

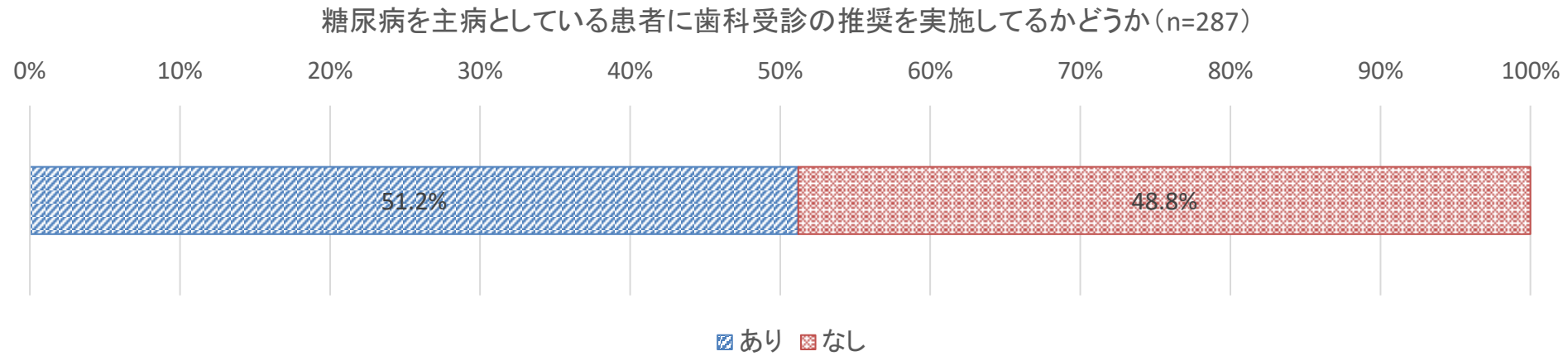


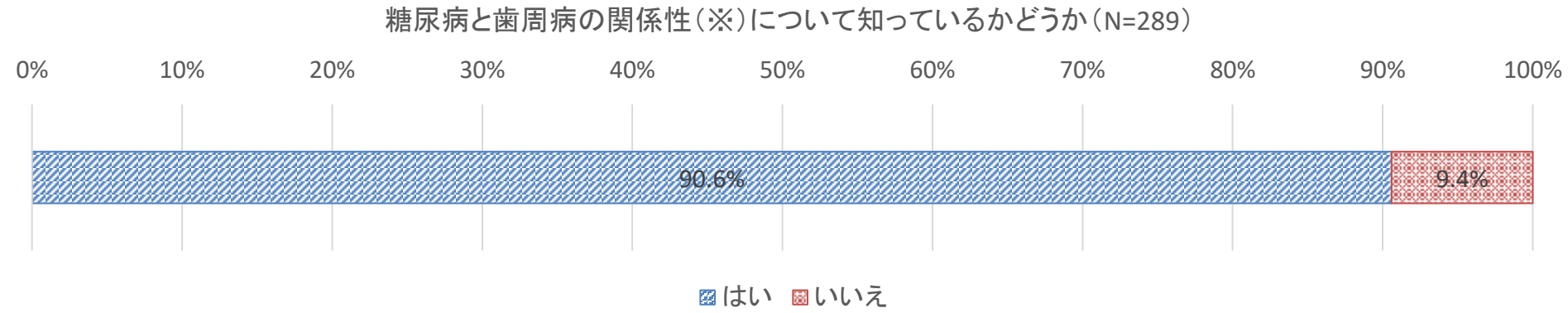
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病にかかる医科歯科連携

診調組　入－５
５．１０．５

○　糖尿病を主病とする患者が1名以上いる施設において、糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施している施設は51.2%、糖尿病と歯周病の関係性（※）について知っている施設は90.6%であった。





※　糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）において、歯周病は慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすこと等が示されている。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

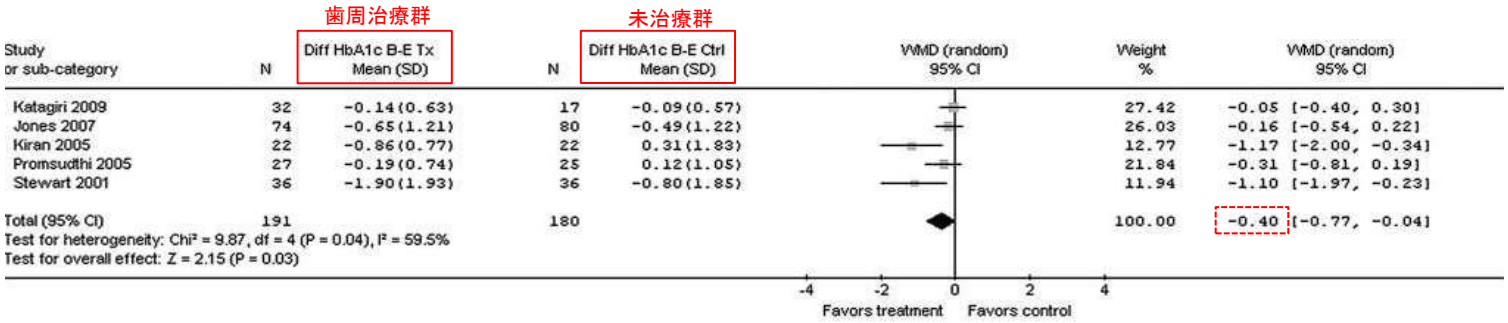
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
・２型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考１》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29～0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第２版 2014（日本歯周病学会）

・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考２》
・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

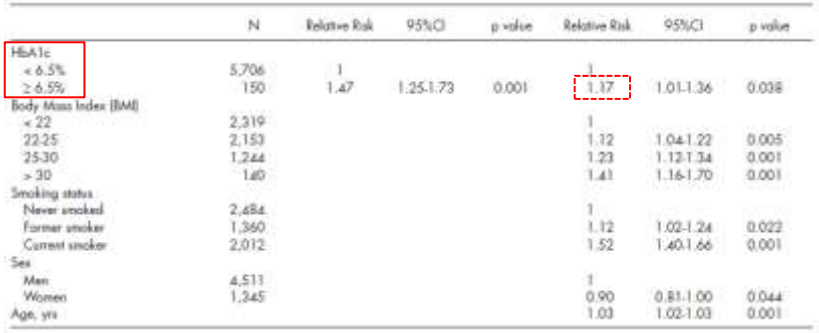
○**歯周治療による血糖コントロール改善効果**：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、２型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考１》出典：Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG : Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients : a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33 : 421-427, 2010

○**糖尿病患者の歯周病発症率**：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第６の合併症」とされる）



	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319				1		
22-25	2,153				1.12	1.04-1.22	0.005
25-30	1,244				1.23	1.12-1.34	0.001
> 30	140				1.41	1.16-1.70	0.001
Smoking status							
Never smoked	2,484				1		
Former smoker	1,360				1.12	1.02-1.24	0.022
Current smoker	2,012				1.52	1.40-1.66	0.001
Sex							
Men	4,511				1		
Women	1,345				0.90	0.81-1.00	0.044
Age, yrs					1.03	1.02-1.03	0.001

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≧6.5の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考２》出典：Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al□Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91 : 161-166, 2012

生活習慣病の管理を中心とした評価のイメージ

200床未満の病院及び診療所における
生活習慣病の管理を中心とした評価

専門的

生活習慣病の管理

日常的

生活習慣病管理料

地域包括診療料・
地域包括診療加算



かかりつけ医機能

なし

充実

生活習慣病を主病とする患者の状況

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

令和４年10月の受診患者数

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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病に係る外来受診実人数

診調組　入－５
５．１０．５

○　生活習慣病にかかる外来受診患者数は以下のとおり。
○　脂質異常症、高血圧、糖尿病それぞれについて、多くの患者は特定疾患療養管理料を算定しているのが約7～8割であり、生活習慣病管理料を算定しているのは約1%であった。

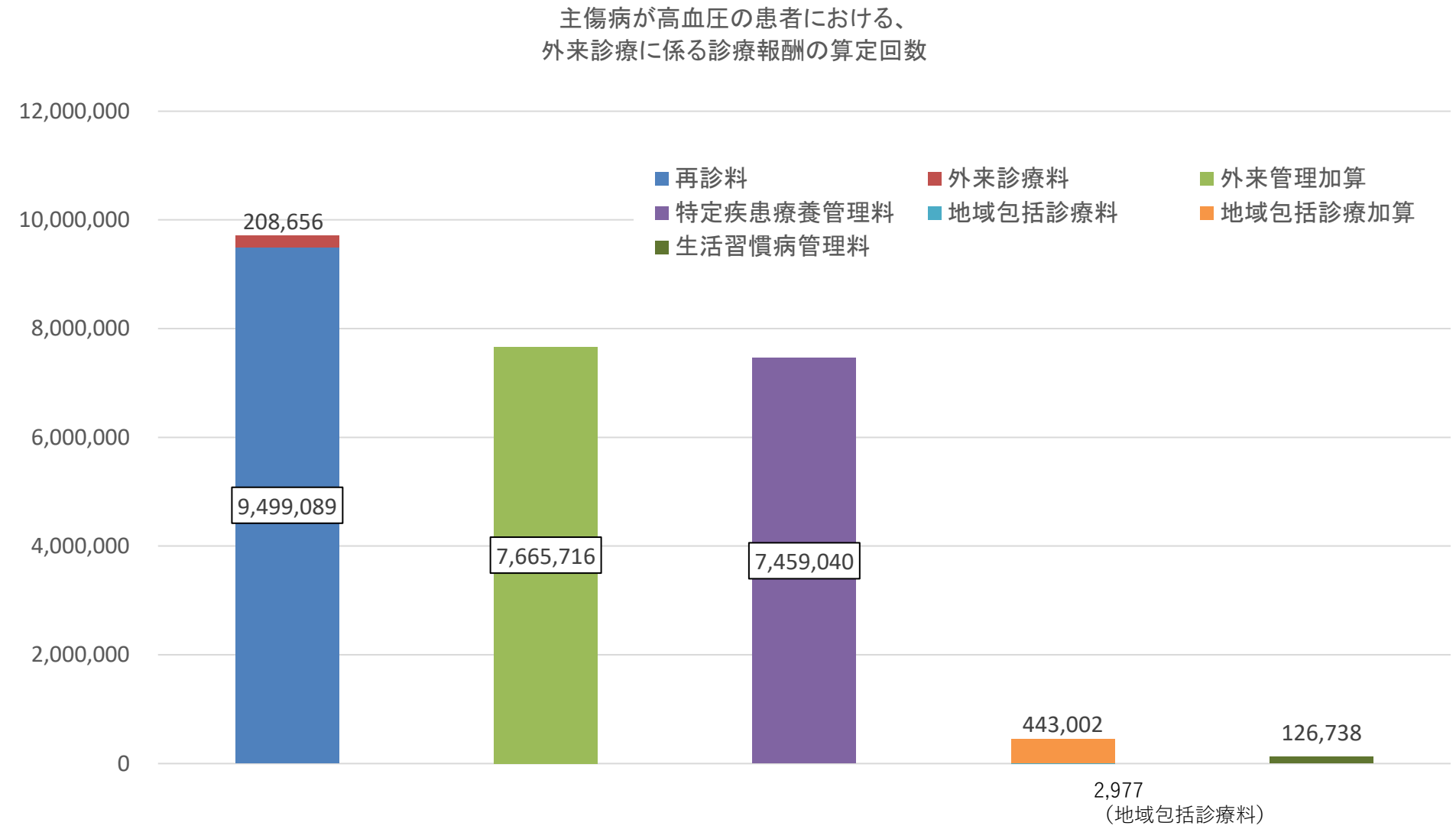
令和5年5月1か月間の外来患者の実人数 （令和5年5月1か月間の実人数）	件数	平均値	平均値の割合	25%tile値	50%tile値	75%tile値
01 脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	427	110.6	-	0.0	34.0	131.0
02 01のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	427	1.4	1.3%	0.0	0.0	0.0
03 01のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	427	92.3	83.5%	0.0	20.0	102.5
04 高血圧を主病とする患者の概ねの人数	430	261.4		0.0	131.0	352.8
05 04のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	430	4.0	1.5%	0.0	0.0	0.0
06 04のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	430	206.0	78.8%	0.0	89.5	295.5
07 糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	428	124.7		0.0	34.5	126.3
08 07のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	428	1.3	1.1%	0.0	0.0	0.0
09 07のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	428	90.5	72.5%	0.0	20.0	100.0

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組　入－１
５．７．２０

○　主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

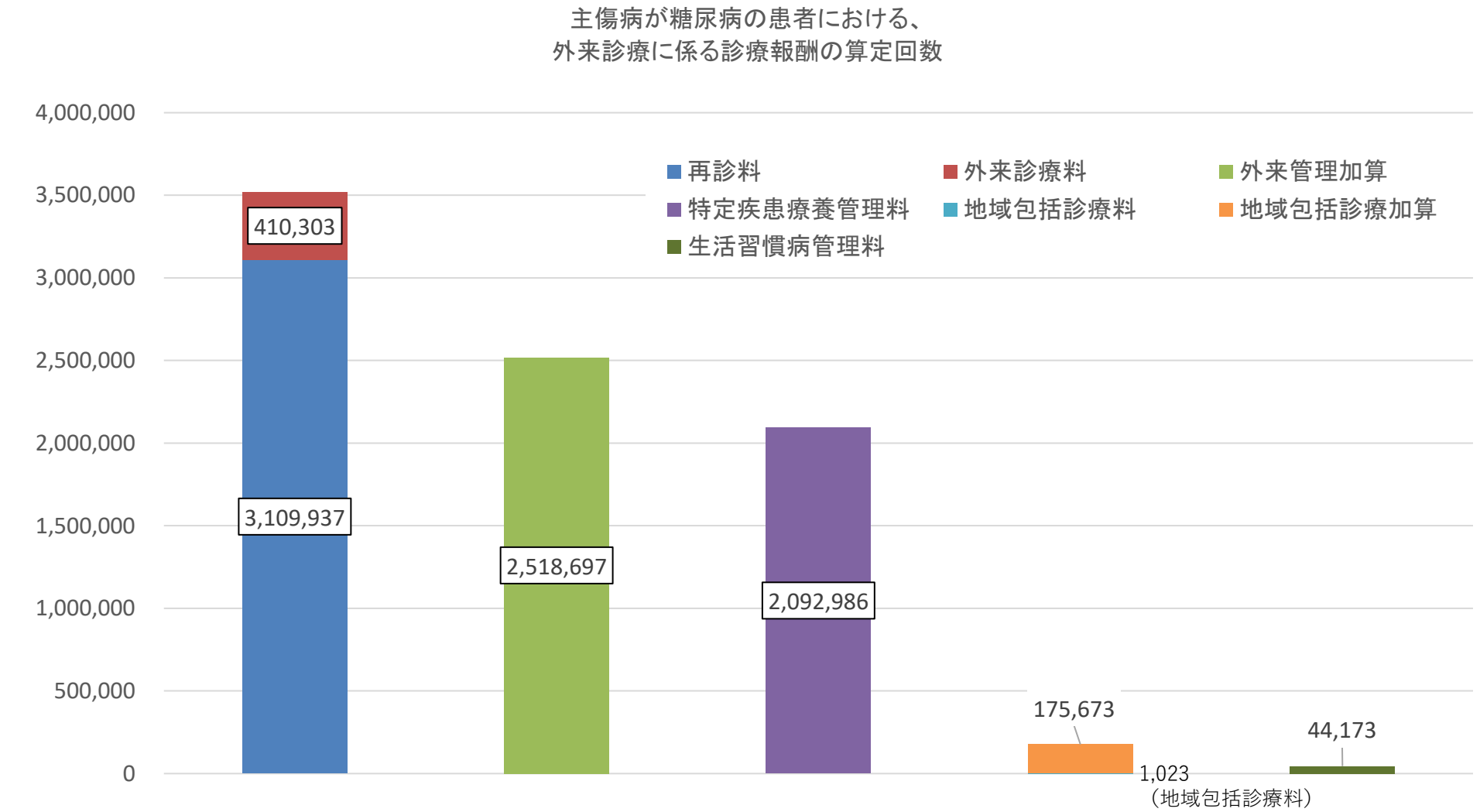


出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組　入－１
５．７．２０

○　主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

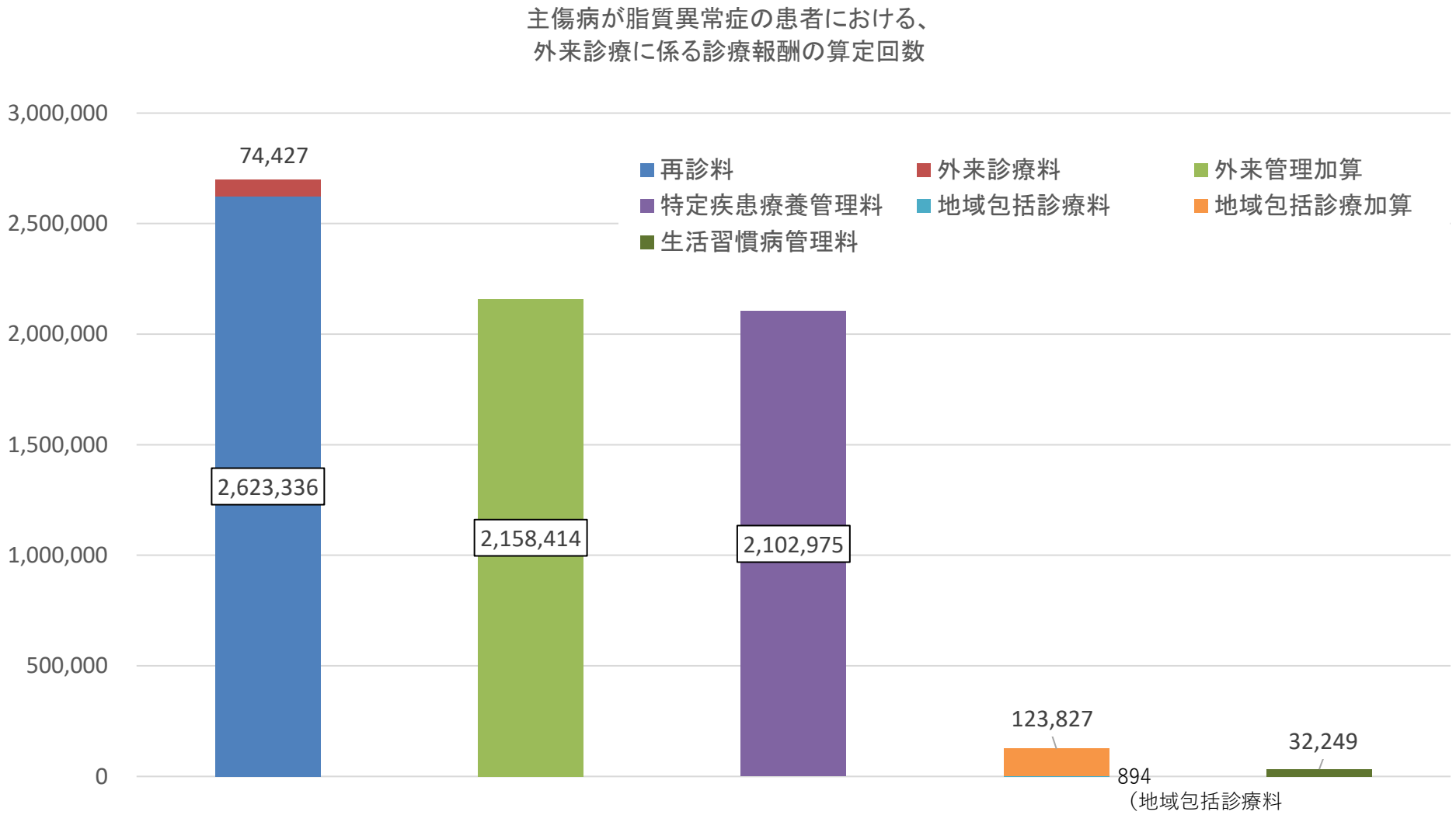


出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組　入－１
５．７．２０

○　主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。



出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組　入－１
５．７．２０

○　特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
○　同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。

No.	傷病名	ICDコード	令和４年度 ５月診療月 回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数		12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病（計）		2,092,986	16.2%
	脂質異常症（計）		3,092,941	23.9%
	高血圧症（計）		7,459,040	57.7%
	心不全（計）		292,875	2.3%
1	高血圧症	I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症	E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病	E14	1,081,173	8.4%
4	２型糖尿病	E11	994,862	7.7%
5	高脂血症	E785	989,977	7.7%
6	気管支喘息	J459	925,271	7.2%
7	慢性胃炎	K295	742,738	5.7%
8	脂質異常症	E785	629,425	4.9%
9	本態性高血圧症	I10	429,611	3.3%
10	狭心症	I209	295,917	2.3%
11	アレルギー性鼻炎	J304	256,012	2.0%
12	胃潰瘍	K259	209,380	1.6%
13	脳梗塞	I639	197,959	1.5%
14	便秘症	K590	171,476	1.3%
15	胃炎	K297	170,414	1.3%
16	腰痛症	M5456	159,965	1.2%
17	慢性腎不全	N189	151,821	1.2%
18	逆流性食道炎	K210	147,866	1.1%
19	甲状腺機能低下症	E039	147,114	1.1%
20	慢性心不全	I509	136,812	1.1%
21	高尿酸血症	E790	135,955	1.1%
22	不眠症	G470	131,632	1.0%
23	肝機能障害	K769	109,162	0.8%

No.（続き）	傷病名	ICDコード	令和４年度 ５月診療月 回数	構成比%
24	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	108,900	0.8%
25	前立腺癌	C61	107,572	0.8%
26	変形性膝関節症	M171	105,192	0.8%
27	慢性気管支炎	J42	104,927	0.8%
28	湿疹	L309	103,063	0.8%
29	脂肪肝	K760	102,149	0.8%
30	骨粗鬆症	M8199	98,959	0.8%
31	非弁膜症性心房細動	I489	92,547	0.7%
32	心房細動	I489	92,171	0.7%
33	心不全	I509	90,796	0.7%
34	脳梗塞後遺症	I693	80,414	0.6%
35	乳癌	C509	75,967	0.6%
36	アレルギー性結膜炎	H101	74,012	0.6%
37	慢性肝炎	K739	72,277	0.6%
38	鉄欠乏性貧血	D509	71,524	0.6%
39	頭痛	R51	69,632	0.5%
40	バセドウ病	E050	66,639	0.5%
41	急性気管支炎	J209	65,314	0.5%
42	前立腺肥大症	N40	64,057	0.5%
43	萎縮性胃炎	K294	62,497	0.5%
44	不整脈	I499	62,298	0.5%
45	アルツハイマー型認知症	G309	61,009	0.5%
46	肩関節周囲炎	M750	61,001	0.5%
47	急性上気道炎	J069	58,753	0.5%
48	うっ血性心不全	I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱	N328	56,043	0.4%
50	胃癌	C169	55,021	0.4%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合にもそれぞれを集計

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組　入－１
５．７．２０

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の６疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に１以上の疾病を有する（疑いは除く） ・同月に、当該保険医療機関において「１処方につき５種類を超える内服薬」「１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であって入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

➢ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

[算定要件]
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

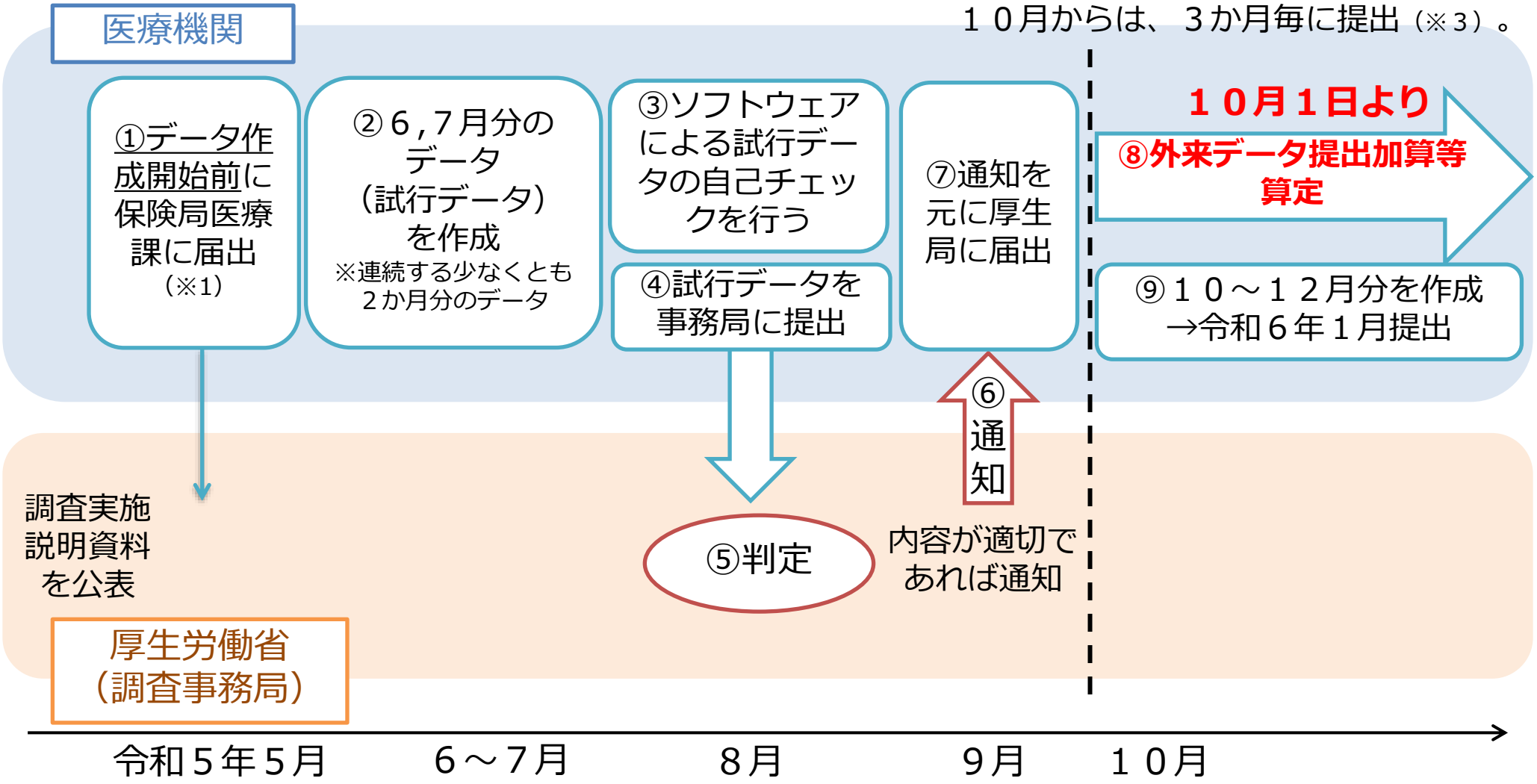
（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

※　在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

外来データ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈外来データ提出加算〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

2022年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

➢ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

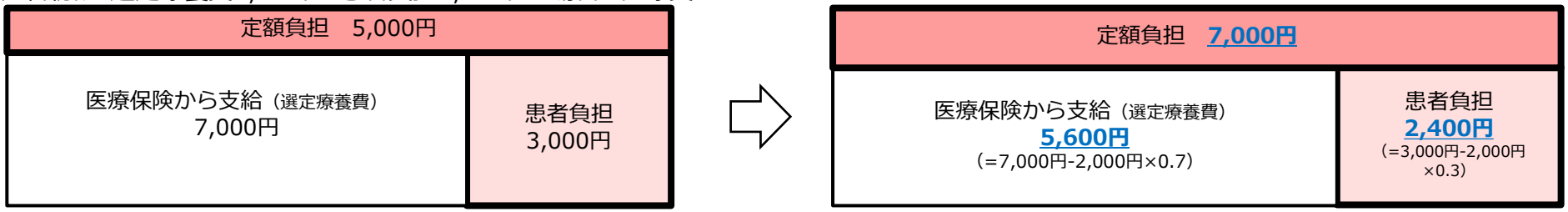
見直し後

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
・再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

［保険給付範囲からの控除］
外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**
・初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
・再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費



［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから６か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

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

※　緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
※　正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

«定額負担を求めなくても良い場合»　※初診・再診共通
① 自施設の他の診療科を受診している患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➢　定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

［初診の場合］
① 自施設の他の診療科**から院内紹介されて受診する**患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）**

［再診の場合］
~~① 自施設の他の診療科を受診している患者~~
~~② 医科と歯科との間で院内紹介された患者~~
~~③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者~~
① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
② 外来受診から継続して入院した患者
~~⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者~~
~~⑦ 治験協力者である患者~~
③ 災害により被害を受けた患者
④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）**

※　再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

【改定後】　初診料の注２、３　214点（情報通信機器を用いた初診については186点）　外来診療料の注２、３　55点

	特定機能病院	地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	**紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）**	許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）
減算規定の基準	**紹介割合**50%未満　**又は** **逆紹介割合30‰未満**			**紹介割合**40%未満　**又は** **逆紹介割合20‰未満**
紹介割合（%）	（紹介患者数＋救急患者数）／初診患者数 × 100			
逆紹介割合（‰）	**逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000**			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を**除く**。 • 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	**患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。** **• 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者**			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 **• 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。**			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 **• B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。** **• 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。**			
救急患者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

病院区分別の紹介・逆紹介割合

○　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。

○　特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%
	30‰未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30‰未満	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20‰以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20‰未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

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

逆紹介割合(‰)

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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票（A票））

病院区分別の紹介・逆紹介割合

○　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分においても、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
○　特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が8.5%であった。地域医療支援病院では紹介割合は4.2%、逆紹介割合は5.0%の施設が基準を下回っていた。許可病床400床以上病院では紹介割合は2.0%、逆紹介割合は3.4%の施設が基準を下回っていた。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=59)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	54施設	91.5%	0施設	0.0%
	30‰未満	4施設	6.8%	1施設	1.7%

地域医療支援病院(n=362)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	335施設	92.5%	9施設	2.5%
	30‰未満	12施設	3.3%	6施設	1.7%

許可病床400床以上(n=294)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20‰以上	279施設	94.9%	5施設	1.7%
	20‰未満	9施設	3.1%	1施設	0.3%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=59)	地域医療支援病院 (n=362)	許可病床400床以上病院 (n=294)
第3四分位点	96.3	98.4	97.3
中央値	88.3	86.8	87.0
第1四分位点	83.0	76.1	76.2
平均値	88.5	90.4	88.3

逆紹介割合(‰)

	特定機能病院 (n=59)	地域医療支援病院 (n=362)	許可病床400床以上病院 (n=294)
第3四分位点	51.9	92.5	83.6
中央値	40.5	71.0	60.2
第1四分位点	35.8	52.4	42.4
平均値	44.6	79.7	66.0

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票）

初診及び再診における紹介・逆紹介の状況

○　令和4年・令和5年の5月の初診及び再診における紹介・逆紹介の状況は以下のとおり。

令和4年5月（n=507）

	初診患者数	うち、紹介状により紹介された患者数	うち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された患者数
75%Tile値	212.5	9.0	0.0
中央値	88	3	0
25%Tile値	35.0	0.0	0.0
平均値	180.8	14.0	2.4

	再診患者数（延数）	紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数
75%Tile値	1,280.5	27.5
中央値	737	12
25%Tile値	450.0	4.0
平均値	1,128.3	27.8

令和5年5月（n=507）

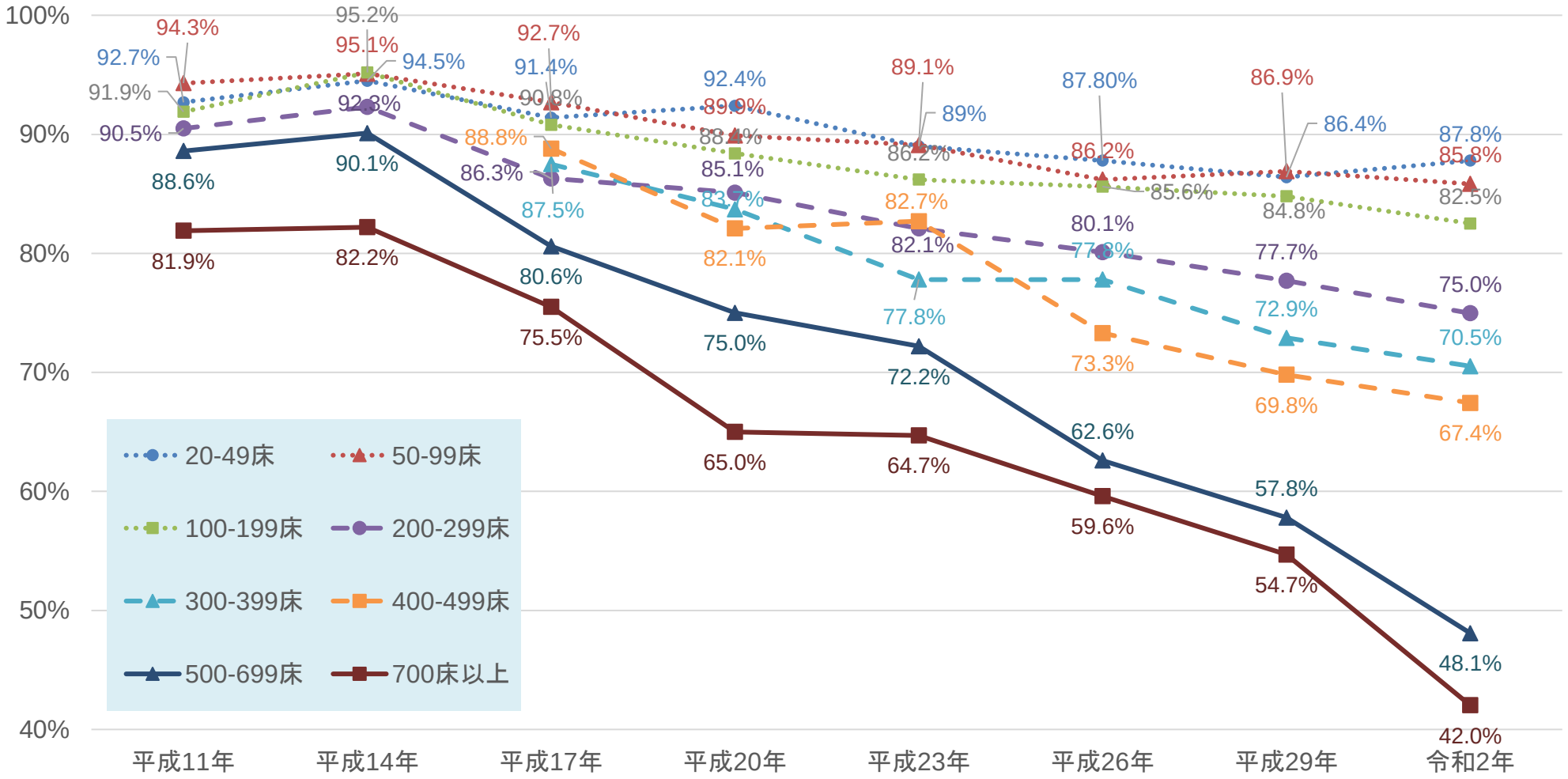
	初診患者数	うち、紹介状により紹介された患者数	うち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された患者数
75%Tile値	231.5	10.0	1.0
中央値	110	3	0
25%Tile値	39.5	0.0	0.0
平均値	198.9	14.8	2.3

	再診患者数（延数）	紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数
75%Tile値	1,343.0	27.5
中央値	790	14
25%Tile値	466.0	5.0
平均値	1,175.8	28.2

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

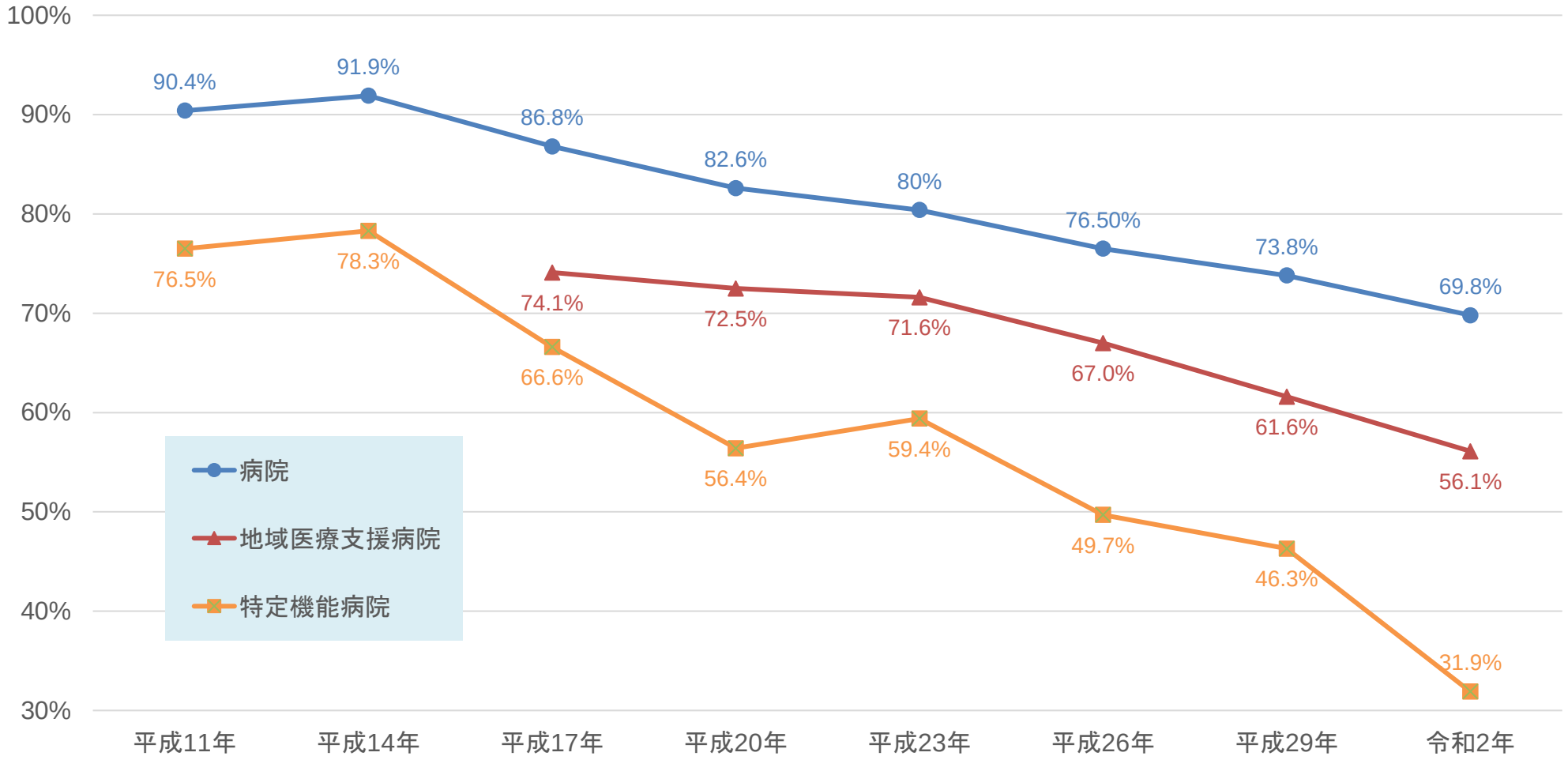
○　紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和２年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注1：平成11年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。
注2：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

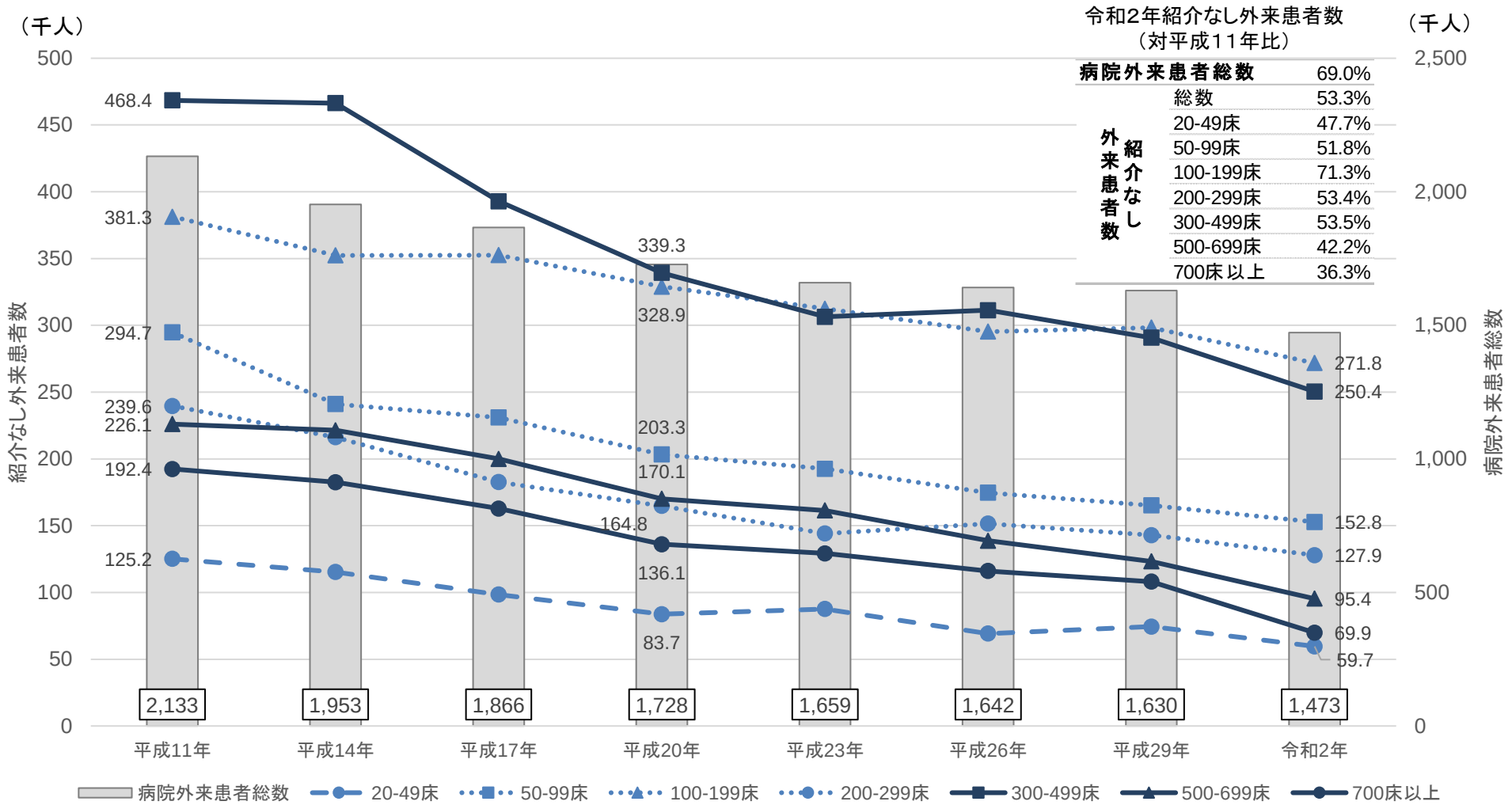
○　紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和２年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者数の推移（病床規模別）

○　病院の外来患者総数が減少していることに伴い、全ての病床規模で紹介無しで外来受診した患者数が減少しているが、とりわけ300床以上の病院での減少が目立つ。



令和2年紹介なし外来患者数
（対平成11年比）

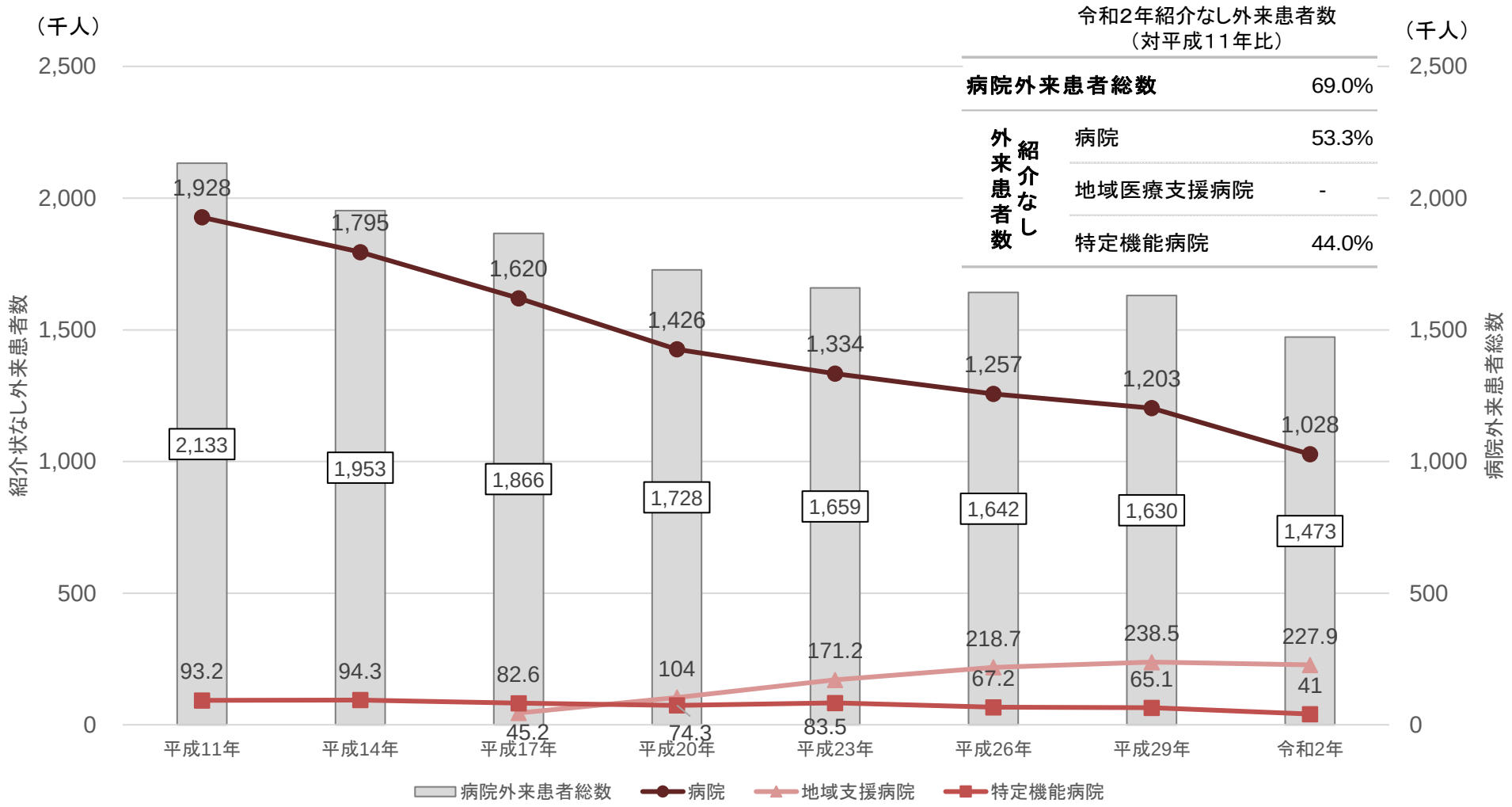
病院外来患者総数		69.0%
紹介なし外来患者数	総数	53.3%
	20-49床	47.7%
	50-99床	51.8%
	100-199床	71.3%
	200-299床	53.4%
	300-499床	53.5%
	500-699床	42.2%
	700床以上	36.3%

出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注1：当グラフでは「300～499床」をまとめて集計している。
注2：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者数の推移（機能別）

診調組　入－１
５．７．２０

○　令和2年の特定機能病院の紹介無し外来受診患者数は平成11年の約44%まで減少している。



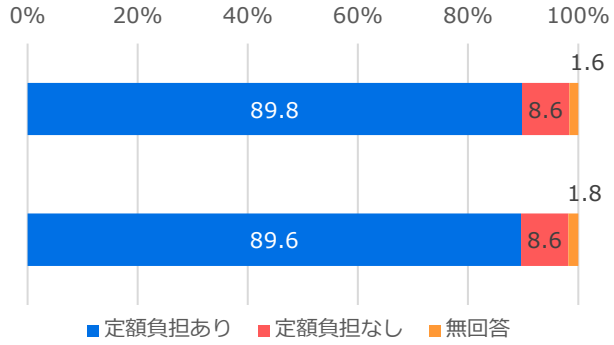
令和2年紹介なし外来患者数
（対平成11年比）

病院外来患者総数		69.0%
紹介なし外来患者数	病院	53.3%
	地域医療支援病院	-
	特定機能病院	44.0%

出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

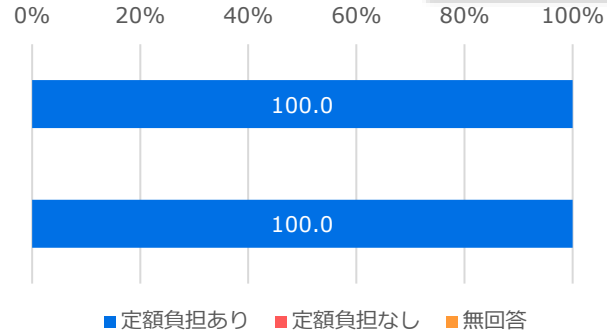
紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況

○　令和４年５月１日の状況と、令和５年５月１日の状況をみると、導入状況に変化は見られなかった。
○　200床以上の紹介受診重点医療機関に新たに定額負担が義務化される予定であったが、紹介受診重点医療機関の公表時期が令和５年６月以降にずれ込んだことから、調査時点では増加が見られなかった。

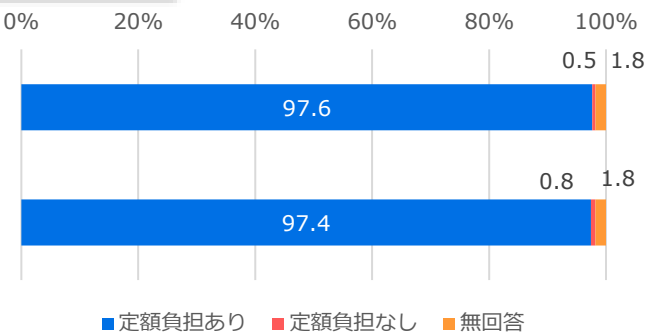


【全体（n＝626）】

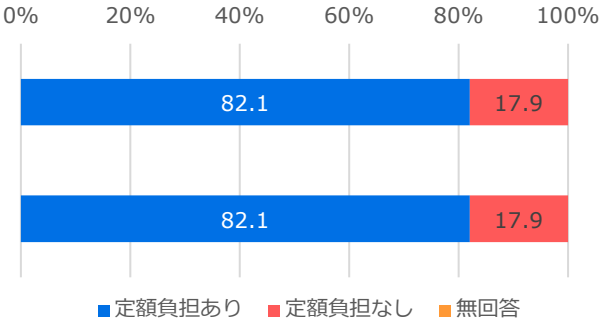
義務化対象施設



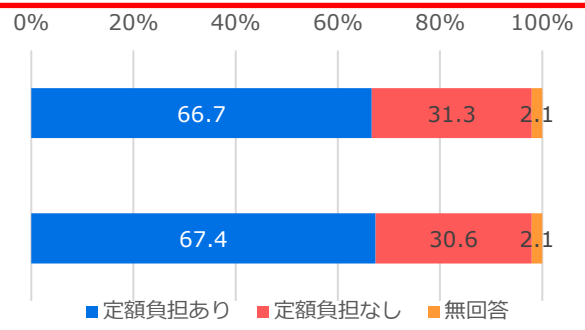
【特定機能病院（n＝61）】



【一般病床200床以上の地域医療支援病院（n＝382）】



【一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）（n＝39）】



【徴収義務のない一般病床200床以上の病院（n＝144）】

上段：令和４年５月１日の状況
下段：令和５年５月１日の状況

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（初診時）

診調組　入－２
５．１０．１２

○　令和４年５月１日と令和５年５月１日の設定金額の状況は以下のとおり。
○　令和４年10月より義務化対象施設（200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院）の定額負担（告示に定める額）が2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっている。

令和４年５月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	550	5,065	5,500	440	11,000
義務化対象施設	424	5,817	5,500	3,300	11,000
特定機能病院	61	6,411	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の地域医療支援病院	363	5,717	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	2,913	2,840	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	94	2,407	2,200	440	8,800

令和５年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	552	6,672	7,700	440	13,200
義務化対象施設	425	7,824	7,700	5,500	13,200
特定機能病院	60	8,614	7,700	5,500	13,200
一般病床200床以上の地域医療支援医療病院	365	7,694	7,700	5,500	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	3,410	2,930	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	95	2,614	2,200	440	8,800

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（再診時）

診調組　入－２
５．１０．１２

○　令和４年５月１日と令和５年５月１日の設定金額の状況は以下のとおり。
○　令和４年10月より義務化対象施設の定額負担（告示に定める額）が500円（歯科は400円）増額になり、平均値等は600円程度の上昇となっている。

令和４年５月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	486	2,332	2,750	370	11,000
義務化対象施設	384	2,880	2,750	1,650	11,000
特定機能病院	56	2,943	2,750	2,500	5,500
一般病床200床以上の地域医療支援病院	329	2,869	2,750	1,650	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	31	193	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	71	273	0	0	3,300

令和５年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	510	2,839	3,300	370	11,000
義務化対象施設	408	3,476	3,300	2,090	11,000
特定機能病院	58	3,504	3,300	3,000	6,050
一般病床200床以上の地域医療支援病院	350	3,460	3,300	2,090	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	30	330	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	72	326	0	0	3,850

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

初診時に紹介状なしで受診した患者と定額負担を徴収した患者の割合

診調組　入－２
５．１０．１２

○　令和４年５月と令和５年５月の状況を見ると、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3ポイント減少している。

全体	令和４年5月（N＝505）	令和5年5月（N＝534）
①初診患者数（延べ人数）	1,567	1,524
②うち、紹介状なしの患者数（人）	767	680
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	198	184
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	48.9%	44.6%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	12.6%	12.1%

義務化対象施設	令和４年5月（N＝367）	令和5年5月（N＝393）
①初診患者数（延べ人数）	1,637	1,587
②うち、紹介状なしの患者数（人）	710	620
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	159	143
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	43.4%	39.1%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	9.7%	9.0%

一般病床200床以上の地域医療支援病院	令和４年5月（N＝316）	令和5年5月（N＝337）
①初診患者数（延べ人数）	1,574	1,517
②うち、紹介状なしの患者数（人）	726	632
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	163	147
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	46.1%	41.7%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	10.4%	9.69%

特定機能病院	令和４年5月（N＝51）	令和5年5月（N＝56）
①初診患者数（延べ人数）	2,031	2,009
②うち、紹介状なしの患者数（人）	613	549
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	138	119
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	30.2%	27.3%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	6.79%	5.92%

徴収義務のない一般病床200床以上の病院	令和４年5月（N＝104）	令和5年5月（N＝107）
①初診患者数（延べ人数）	1,234	1,190
②うち、紹介状なしの患者数（人）	837	753
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	257	249
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	67.8%	63.3%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	20.8%	20.9%

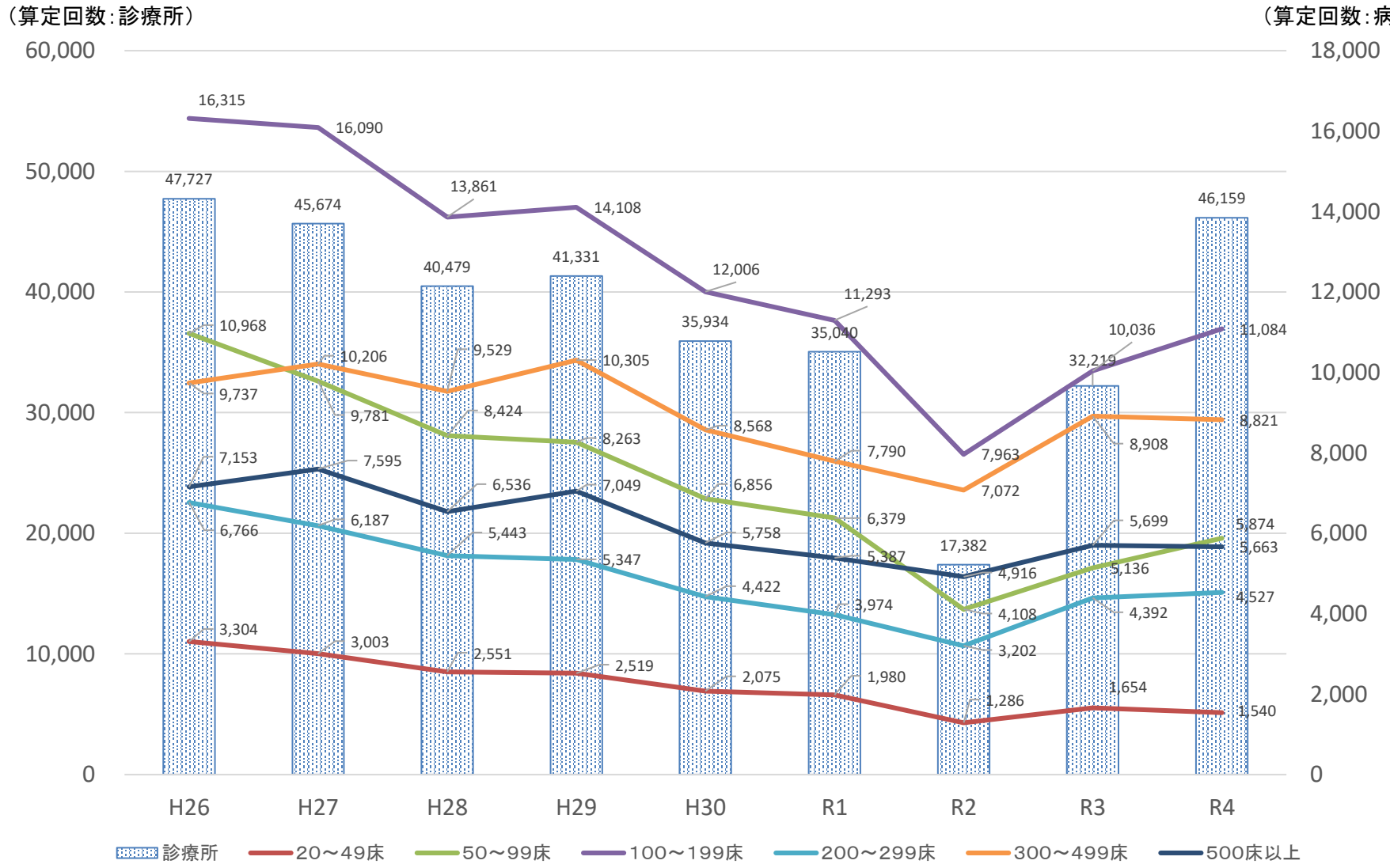
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	令和４年5月（N＝30）	令和5年5月（N＝30）
①初診患者数（延べ人数）	1,945	1,957
②うち、紹介状なしの患者数（人）	1,224	1,193
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	467	459
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	62.9%	61.0%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	24.0%	23.5%

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。未回答は除いている。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○　令和4年の時間外加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。

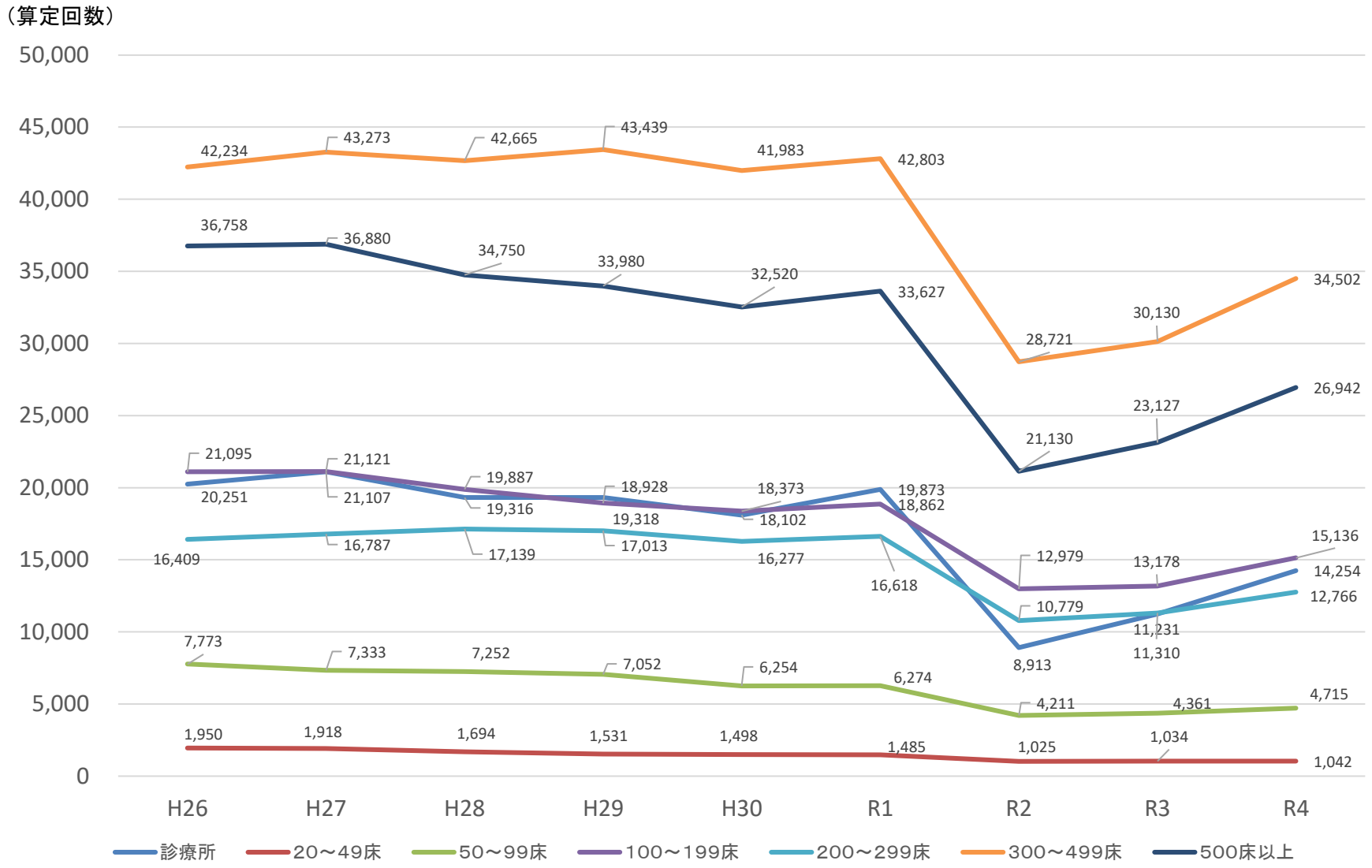


比率	R4／H26（%）
診療所	96.7%
20～49床	46.6%
50～99床	53.6%
100～199床	67.9%
200～299床	66.9%
300～499床	90.6%
500床以上	79.2%

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○　令和4年の深夜加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。



比率	R4／H26（%）
診療所	70.4%
20～49床	53.4%
50～99床	60.7%
100～199床	71.8%
200～299床	77.8%
300～499床	81.7%
500床以上	73.3%

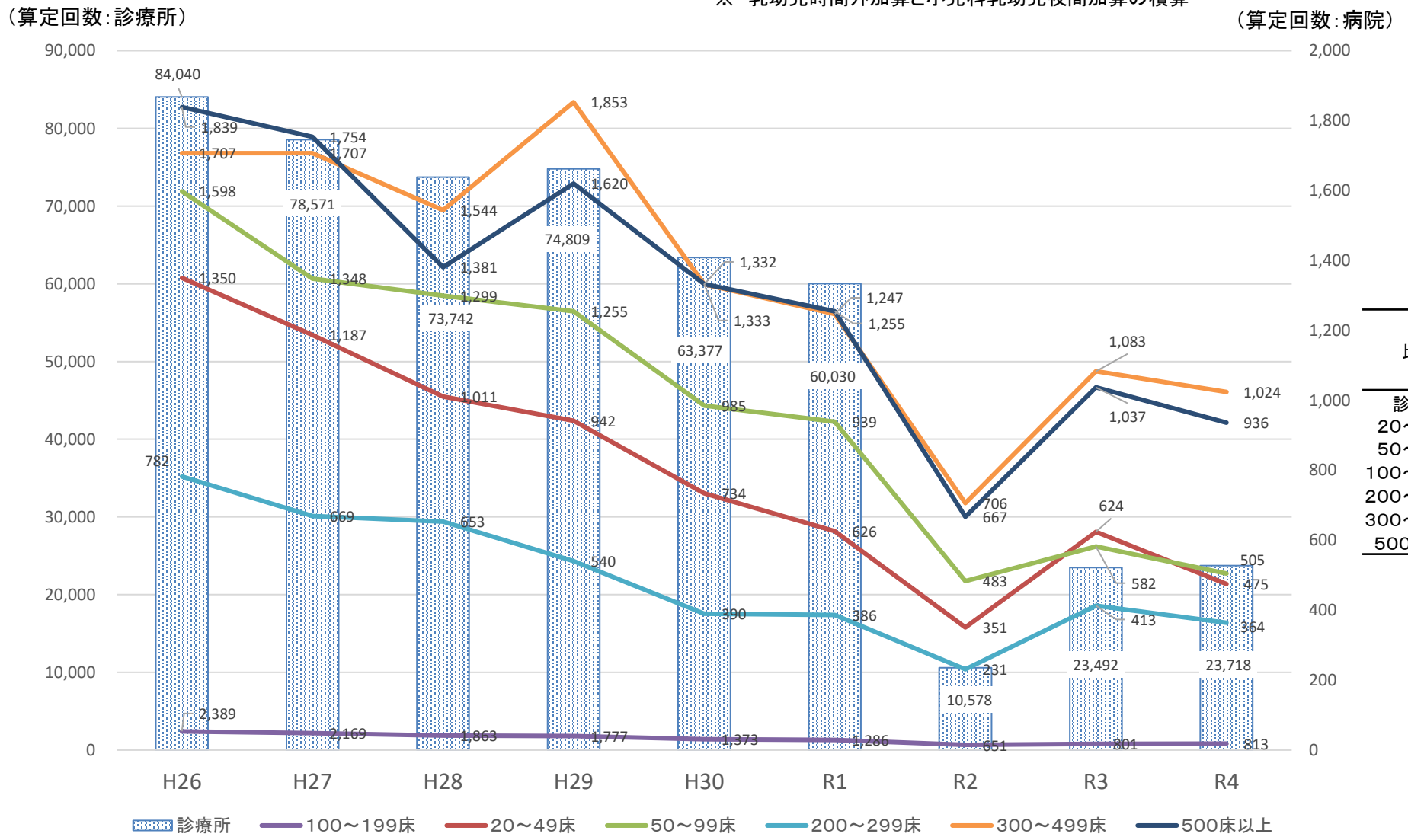
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

乳幼児時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組　入－１
５．７．２０

○　令和4年の乳幼児時間外加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※　乳幼児時間外加算と小児科乳幼児夜間加算の積算



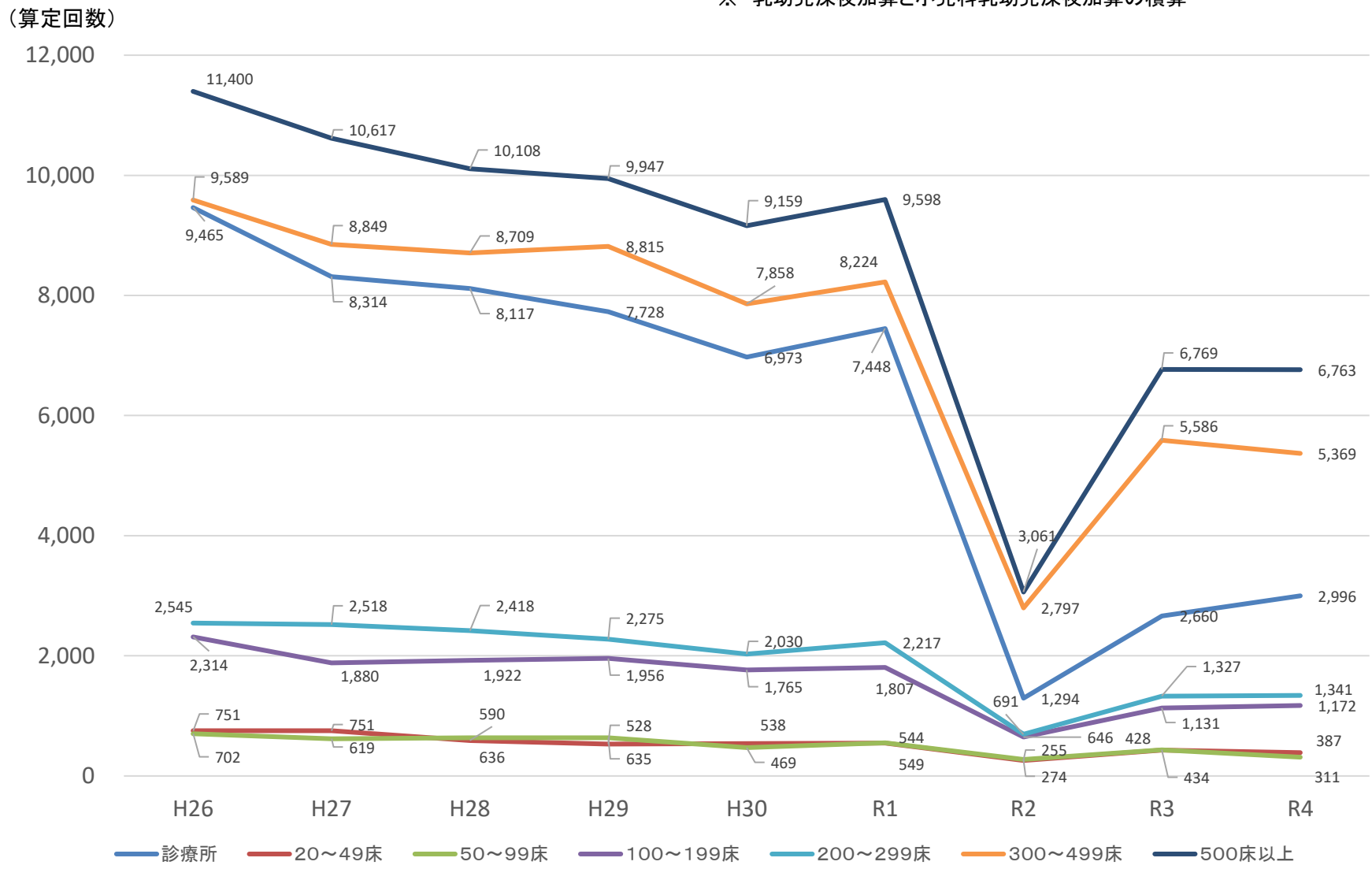
比率	R4／H26（%）
診療所	28.2%
20～49床	35.2%
50～99床	31.6%
100～199床	34.0%
200～299床	46.5%
300～499床	60.0%
500床以上	50.9%

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

乳幼児深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○　令和4年の乳幼児深夜加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※　乳幼児深夜加算と小児科乳幼児深夜加算の積算



比率	R4／H26（%）
診療所	31.7%
20～49床	51.5%
50～99床	44.3%
100～199床	50.6%
200～299床	52.7%
300～499床	56.0%
500床以上	59.3%

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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

外来腫瘍化学療法診療料の算定要件及び施設基準

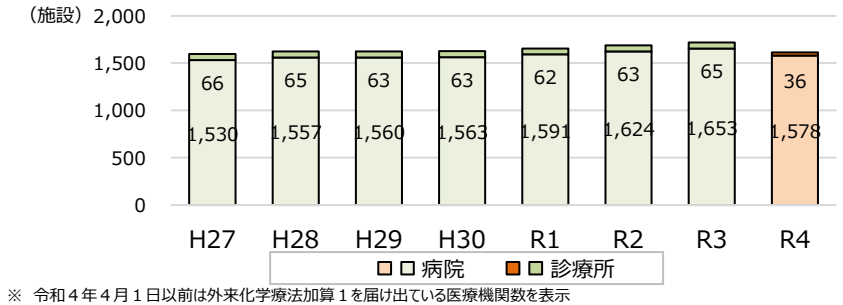
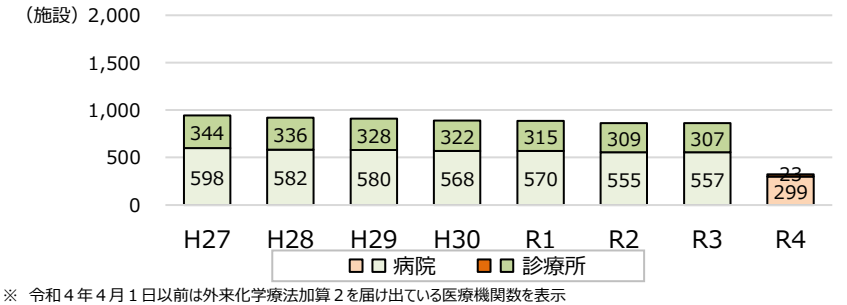
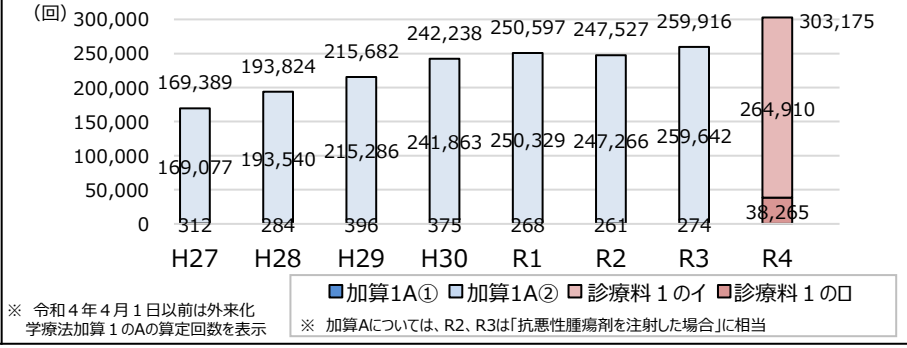
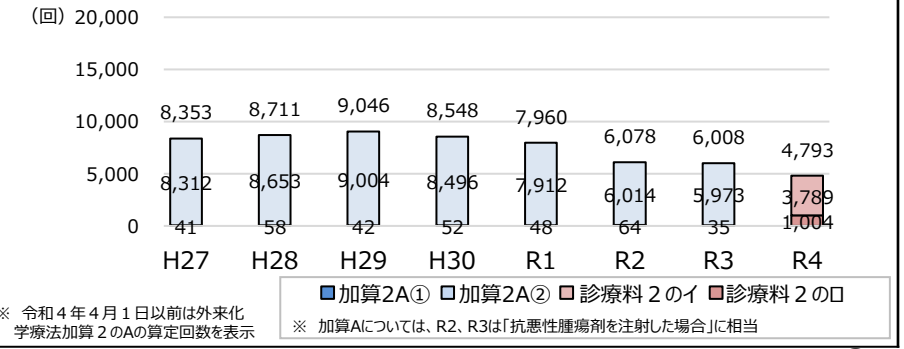
○ 外来腫瘍化学療法診療料１及び2が令和４年度診療報酬改定で新設された。
○ 主な施設基準については、「患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備」が追加された。

	外来腫瘍化学療法診療料１		外来腫瘍化学療法診療料２	
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270点
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者			
主な算定要件	○ 患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定 ○「１」の「ロ」及び「２」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価			
	○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能		－	
主な施設基準	（１）外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 （２）化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師 （３）化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） （４）化学療法に係る調剤の経験を５年以上有する専任の常勤薬剤師 （５）専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※１）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※２） （６）急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 （７）実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年１回開催）		（１）外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 （２）化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） （３）専任の常勤薬剤師 （４）専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※１）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※２） （５）急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保	

※1 「常時とは、24時間」のことを指す（令和4年3月31日事務連絡）。
※2 令和4年3月 31 日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月 30 日までの間に体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が 24 時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月 31 日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよい（令和4年7月26日事務連絡）。

外来腫瘍化学療法診療料の算定状況

○　令和４年の外来腫瘍化学療法診療料１の届出医療機関数は、令和３年における外来化学療法加算１の届出医療機関数と比較して、94%の医療機関が届出を行っていた。
○　算定回数については、令和４年の診療料１イ及びロの合計値（303,175件）は、令和３年（259,916件）と比較して増加。
○　令和４年の外来腫瘍化学療法診療料２の届出医療機関数は、令和３年における外来化学療法加算２の届出医療機関数と比較して、37%の医療機関が届出を行っていた。
○　算定回数については、令和４年の診療料２イ及びロの合計値（4,793件）は、令和３年（6,008件）と比較して減少。

	外来腫瘍化学療法診療料１		外来腫瘍化学療法診療料２	
	イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270点
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者			
届出医療機関数				
算定回数				

※　令和４年４月１日以前は外来化学療法加算１を届け出ている医療機関数を表示

※　令和４年４月１日以前は外来化学療法加算２を届け出ている医療機関数を表示

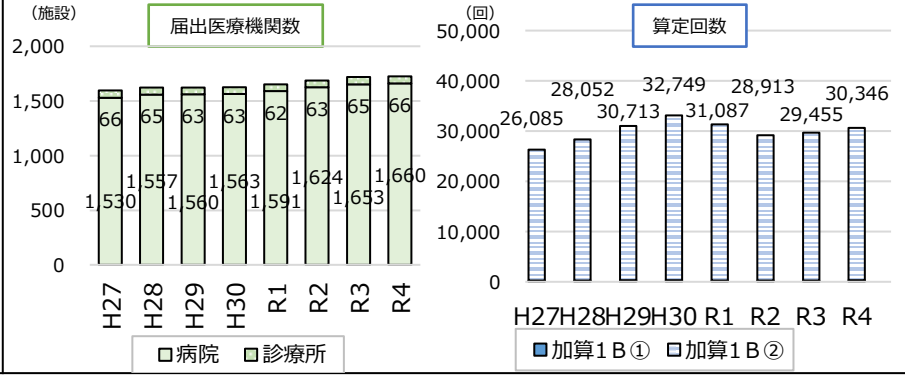
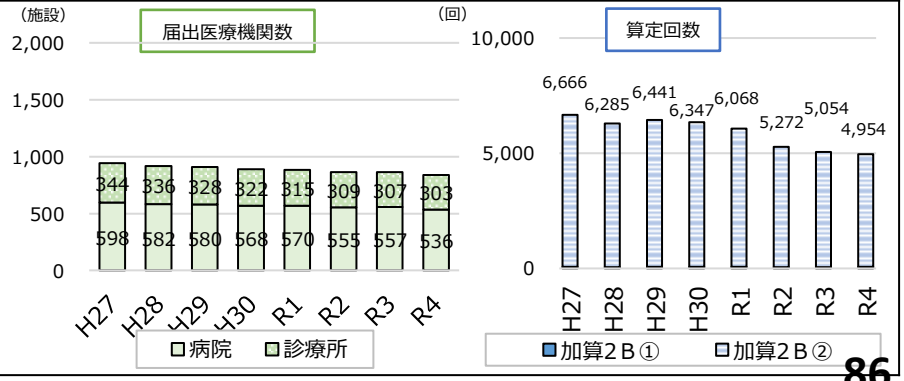
※　令和４年４月１日以前は外来化学療法加算１のAの算定回数を表示
※　加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当

※　令和４年４月１日以前は外来化学療法加算２のAの算定回数を表示
※　加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当

出典：届出医療機関数：各年7月1日時点の主な施設、算定回数：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

外来化学療法加算の算定要件と算定状況

○ 外来化学療法加算1の届出医療機関数は増加傾向。算定回数は横ばい。
○ 外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は微減。

	外来化学療法加算１		外来化学療法加算２	
	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上
点数(1日につき)	670点	450点	640点	370点
算定対象	入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く） （G001静脈内注射、G002動脈注射、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射に加算）			
主な算定要件	○ 注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算			
	○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能		－	
主な施設基準	(１) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (２) 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師 (３) 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (４) 化学療法に係る調剤の経験を５年以上有する専任の常勤薬剤師 (５) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (６) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年１回開催）		(１) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (２) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (３) 専任の常勤薬剤師 (４) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保	
届出医療機関数及び算定回数				

出典：届出医療機関数：各年7月1日時点の主な施設、算定回数：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

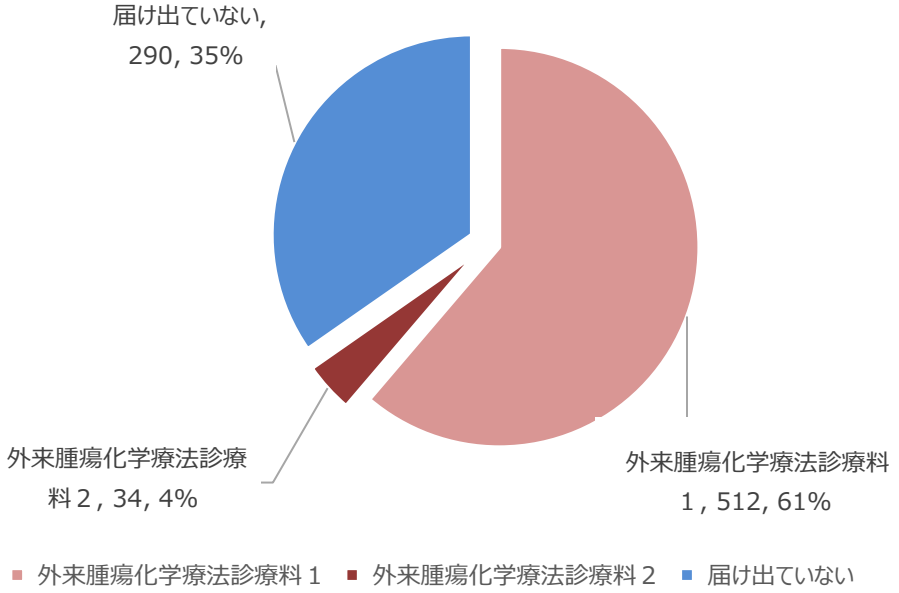
※加算Bについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」に相当

外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

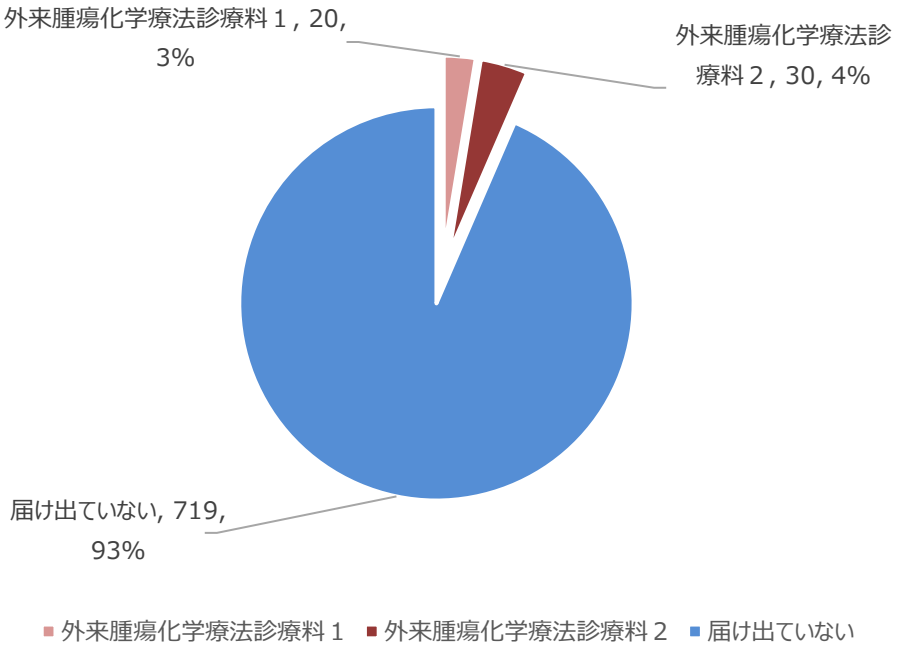
診調組　入－１
５．６．８

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

施設票（A票）で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数（割合）（n=836）



外来施設票で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数（割合）（n=769）



※　施設票（A票）：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

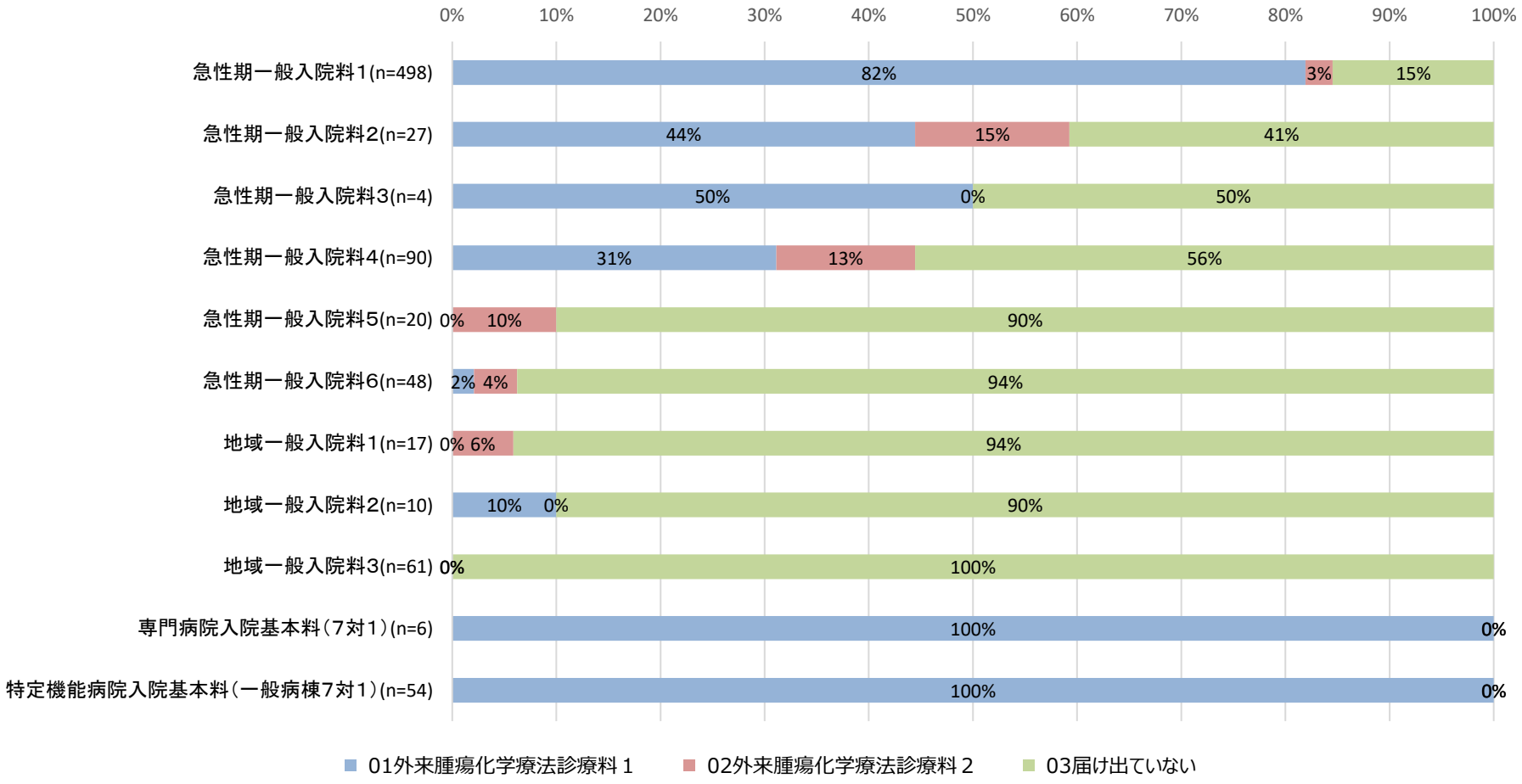
※　外来施設票：情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

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（A票）、外来施設票）

外来腫瘍化学療法診療料と入院基本料

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

入院料ごとの外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

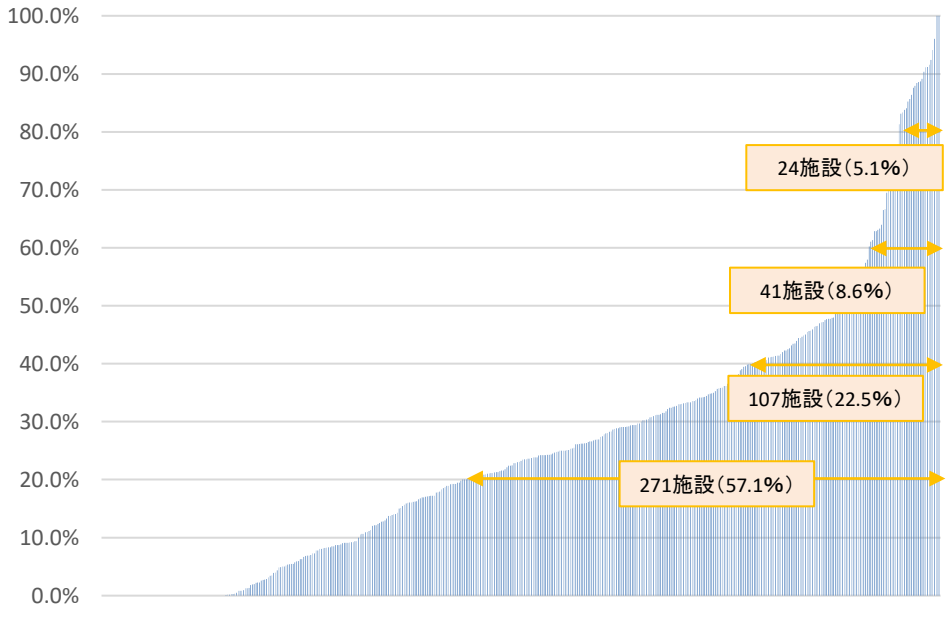


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

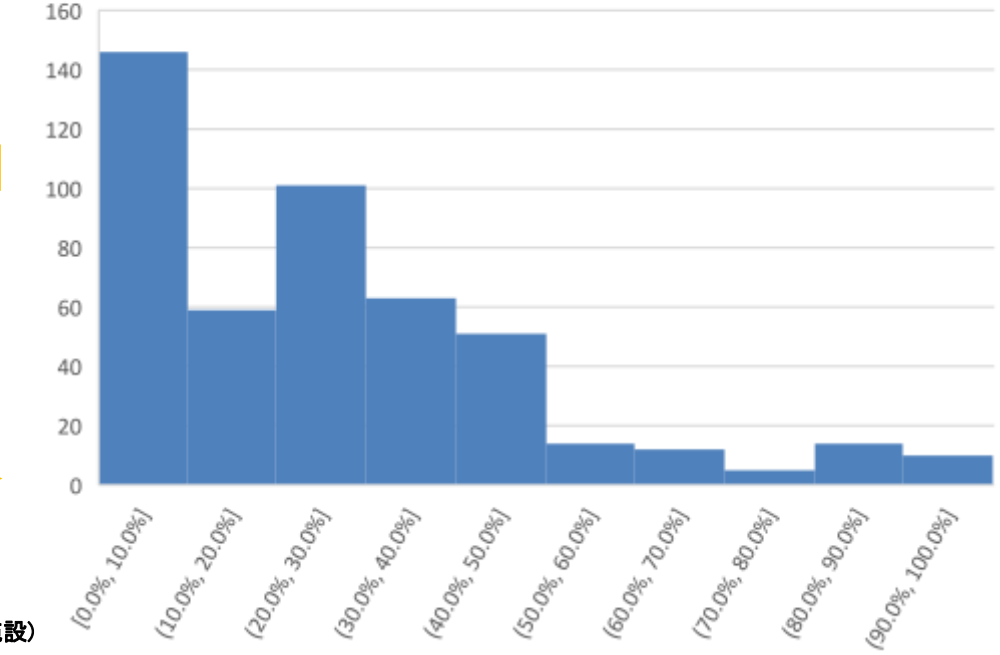
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）①

○　外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院（n=475）において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「１サイクル（※1）も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%であった。

「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
（各施設ごとの割合）



「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
（各割合ごとの施設数）



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
475	25.9%	7.1%	23.2%	36.9%

※1　クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す
※2　「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」＝１－「１サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」／「化学療法を実施した実患者数」

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（A票））

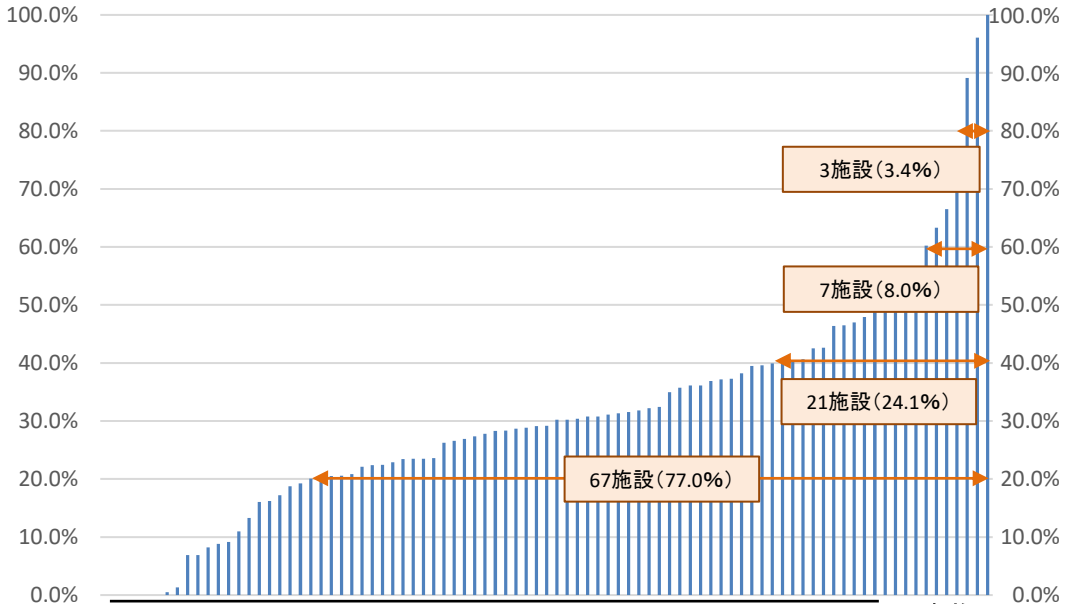
※　令和3年4月1日～令和4年3月31日に化学療法を実施した患者を集計

外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）②

診調組　入－１
５．７．２０改

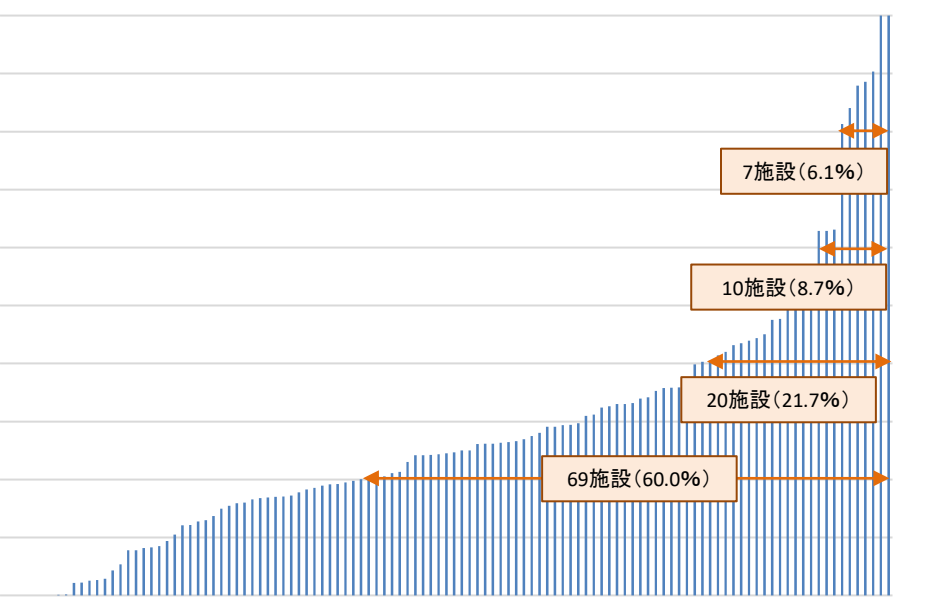
○　急性期充実体制加算（※1）及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「１サイクル（※2）も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数（※3）」の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。

急性期充実体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合（**各施設ごとの割合**）



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
87	31.1%	20.4%	29.2%	39.8%

総合入院体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合（**各施設ごとの割合**）



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
115	28.0%	15.2%	24.5%	35.8

※1　急性期充実体制加算に関する施設基準（化学療法に関する事項について抜粋）
（2）　手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。
ア　以下のうち、（イ）及び、（ロ）から（ヘ）までのうち4つ以上を満たしていること。
（イ）～（ホ）（略）
（ヘ）　化学療法の実施について、1,000件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり3.0件／年以上
イ（略）

（4）（2）のアの（ヘ）を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。
ア　区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
イ　区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。

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

※3　「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」＝1－「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」／「化学療法を実施した実患者数」

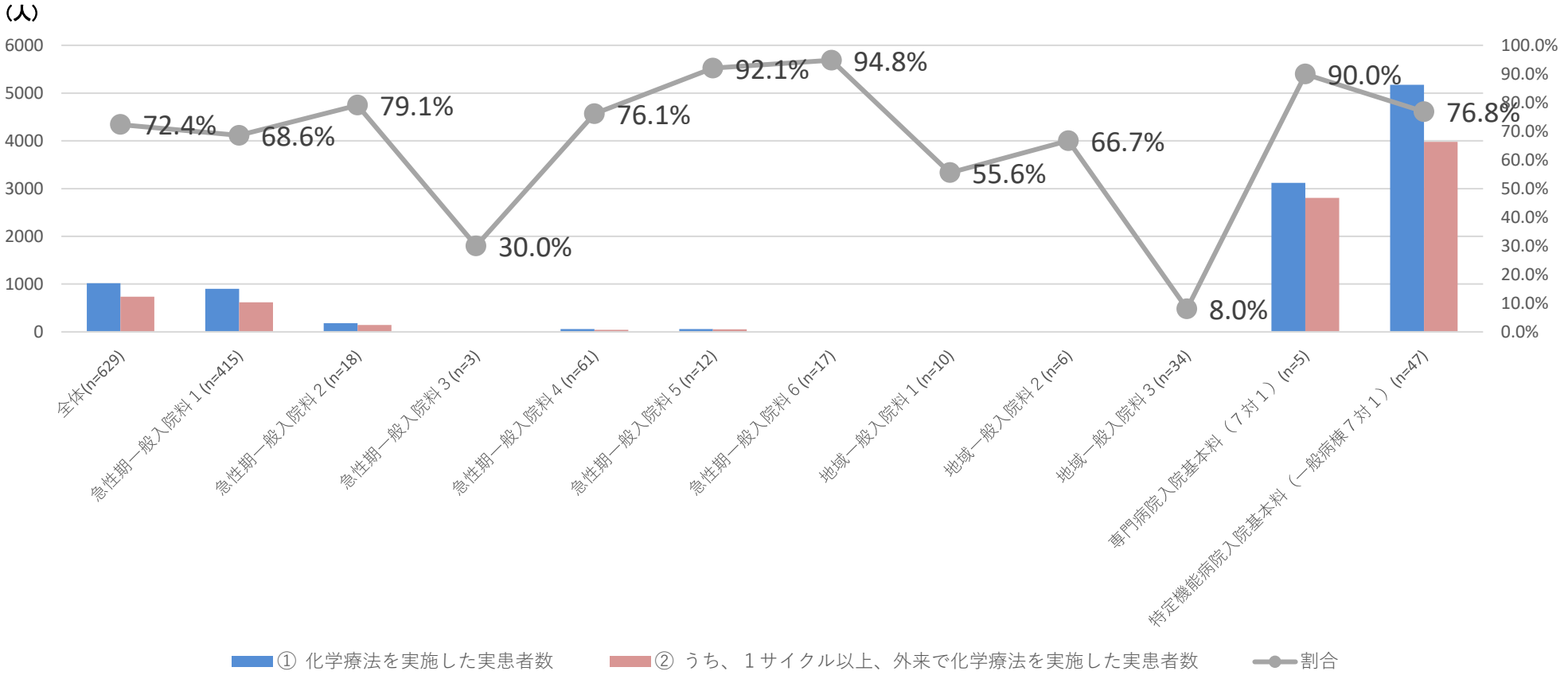
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

入院料ごとの外来化学療法の実施状況（実患者数）

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

※1　悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの
※2　クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

「化学療法を実施した実患者数（平均値）のうち、「１サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」の割合



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（A票））

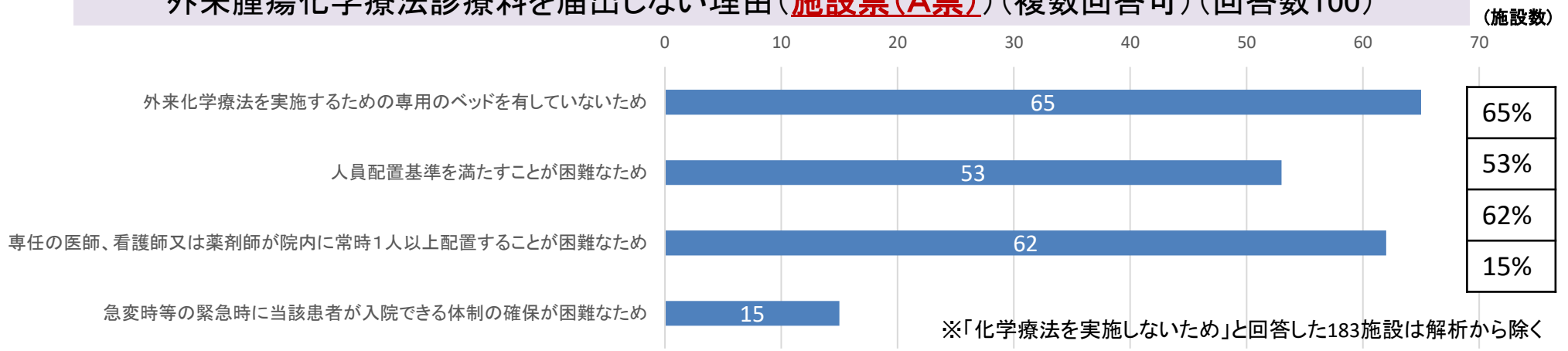
※　令和3年4月1日～令和4年3月31日に化学療法を実施した患者を集計

外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない理由

診調組　入－１
５．６．８改

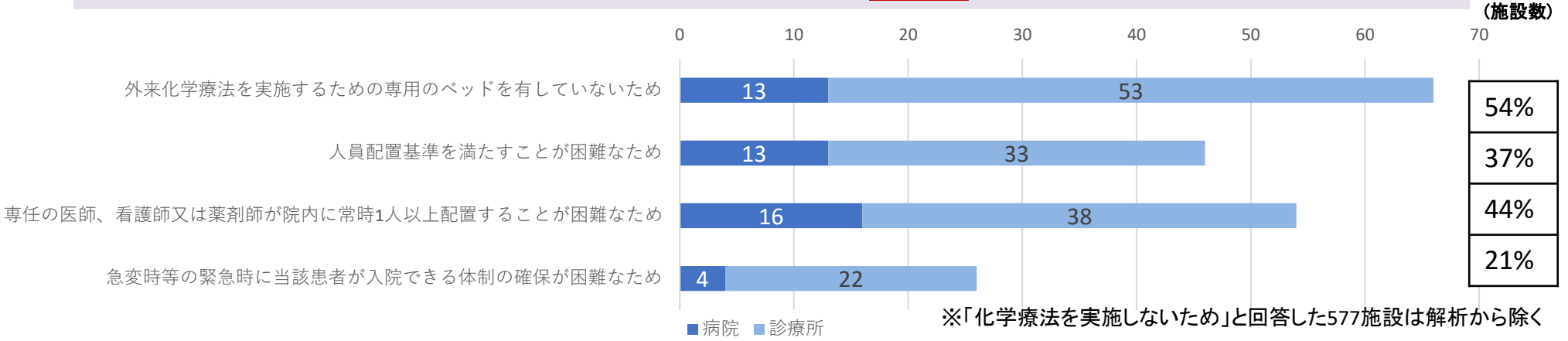
○ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない理由については、化学療法を実施しないという理由を除くと、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
○ 「急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため」という理由を挙げている施設は、施設票（A票）（15%）及び外来施設票（21%）と他の理由に比較して少なかった。

外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由（施設票（A票））（複数回答可）（回答数100）



※「化学療法を実施しないため」と回答した183施設は解析から除く

外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由（外来施設票）（複数回答可）（回答数123）



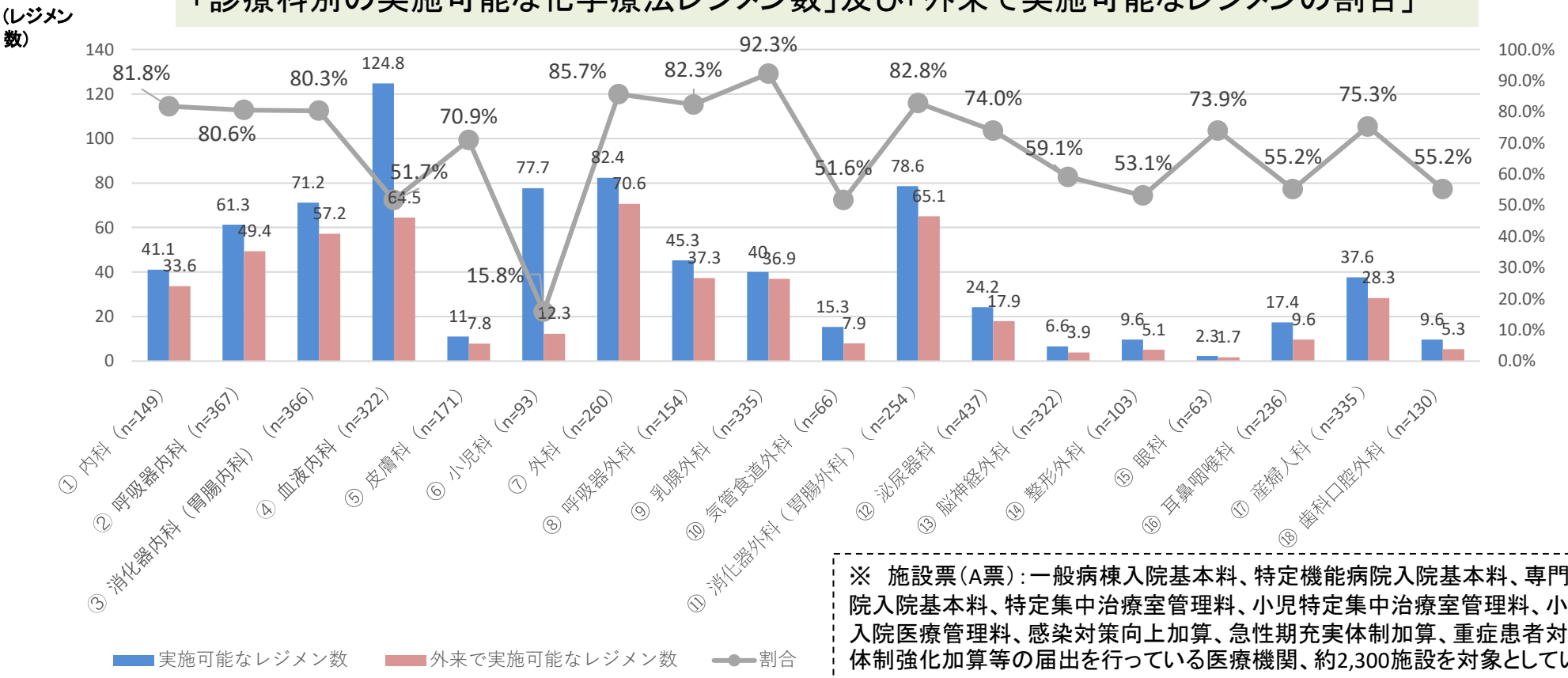
※「化学療法を実施しないため」と回答した577施設は解析から除く

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（A票）、外来施設票）

診療科別の化学療法レジメン数①

○　診療科別の実施可能なレジメン（平均値）については、血液内科（124.8種類）、外科（82.4種類）、消化器外科（78.6種類）、小児科（77.7種類）、消化器内科（71.2種類）が多い傾向であった。
○　そのうち外来で実施できるレジメン数（平均値）の割合は、乳腺外科（92.3%）、外科（85.7%）、消化器外科（82.8%）、呼吸器外科（82.3%）、内科（81.8%）では多い傾向であった。
○　一方で、小児科（15.8%）、気管食道外科（51.6%）、血液内科（51.7%）、整形外科（53.1%）においては、外来で実施できるレジメン数（平均値）の割合が少ない傾向であった。

「診療科別の実施可能な化学療法レジメン数」及び「外来で実施可能なレジメンの割合」



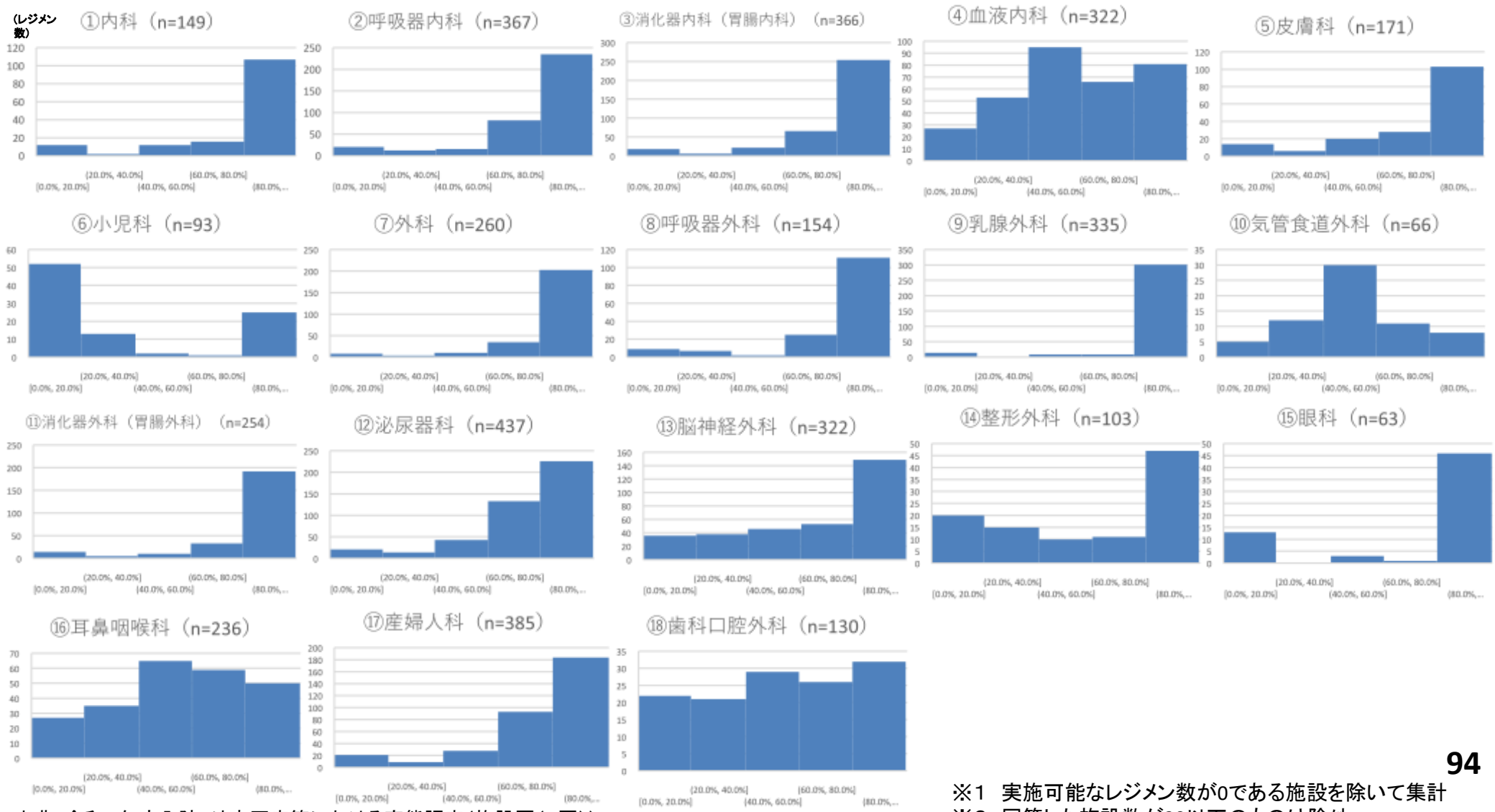
※　施設票（A票）：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

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（A票））

※1　実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計
※2　回答した施設数が30以下のものは除外

診療科別の化学療法レジメン数②

○　実施可能な化学療法のレジメン数のうち、外来で実施可能なレジメン数の割合は、⑥小児科においては、割合が0-20%である施設が最も多かった。
○　血液内科、気管食道外科、耳鼻咽喉科では、割合が40-60%である施設が最も多かった。



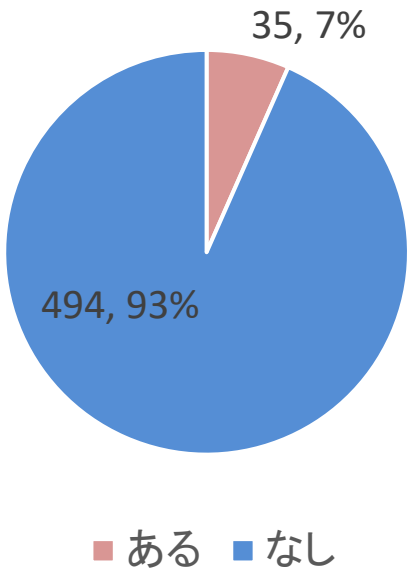
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

※1　実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計
※2　回答した施設数が30以下のものは除外

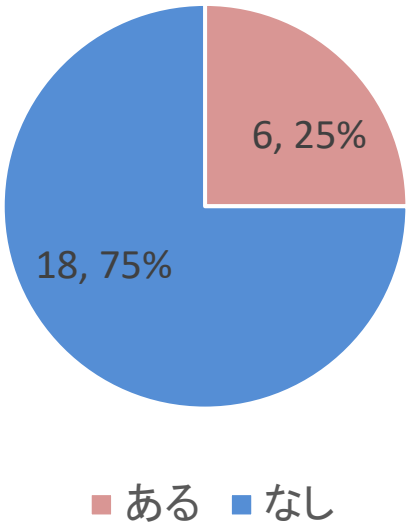
専用室を使用可能な診療科の制限について

○　外来腫瘍化学療法診療料を届出している施設において、専用室を使用可能な診療科の制限の有無については、「制限がない」が病院では93%、診療所では75%であった。

専用室を使用可能な診療科の制限の有無
（病院）（n=529）



専用室を使用可能な診療科の制限の有無
（診療所）（n=24）



※病院のデータは施設票（A票）から抽出

※　施設票（A票）：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※診療所のデータは外来施設票から抽出

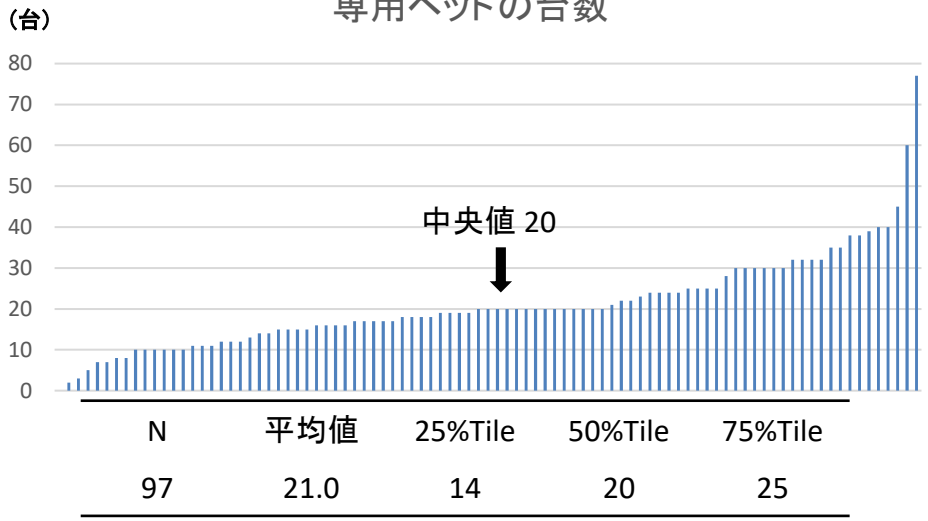
※　外来施設票：情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

外来化学療法の専用ベッドの台数及び使用制限について

診調組　入－１
５．７．２０

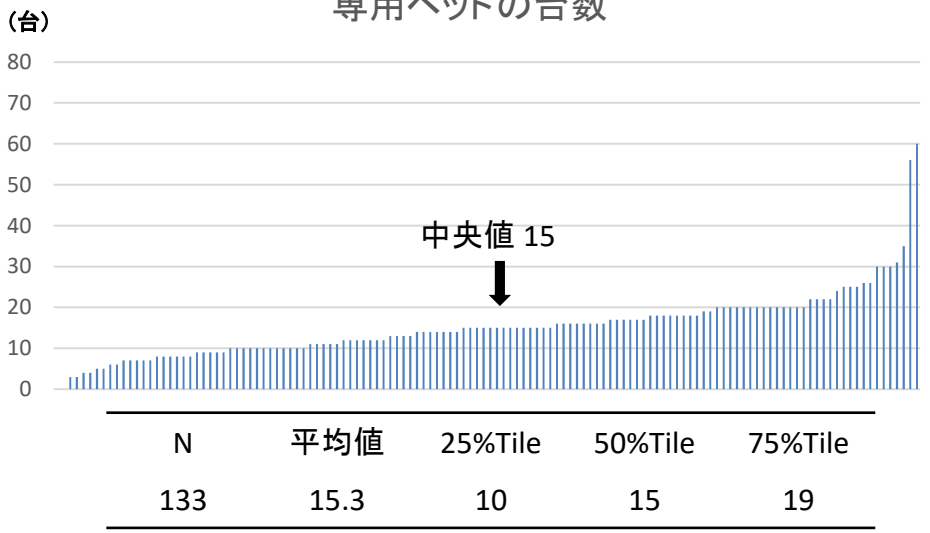
○　急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の届出施設における専用ベッドの台数の中央値は、それぞれ20台及び15台であった。

急性期充実体制加算届出施設における
専用ベッドの台数

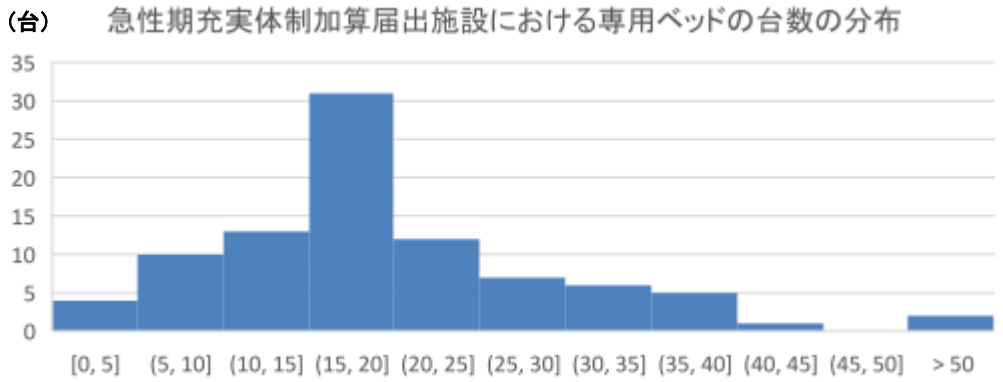


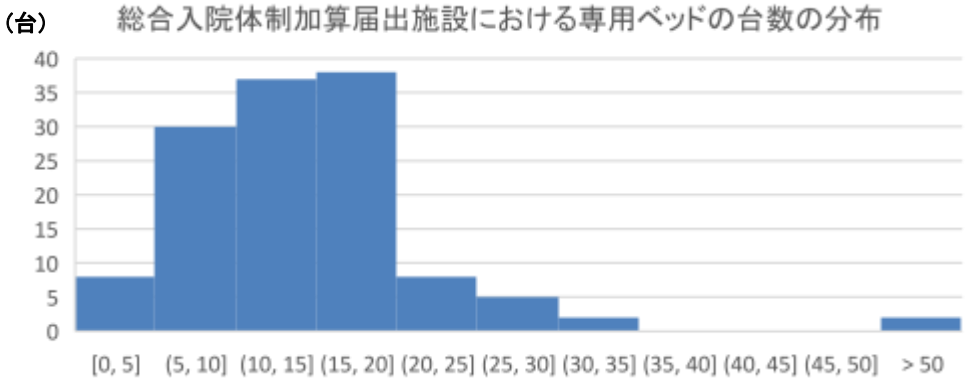
N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
97	21.0	14	20	25

総合入院体制加算届出施設における
専用ベッドの台数



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
133	15.3	10	15	19





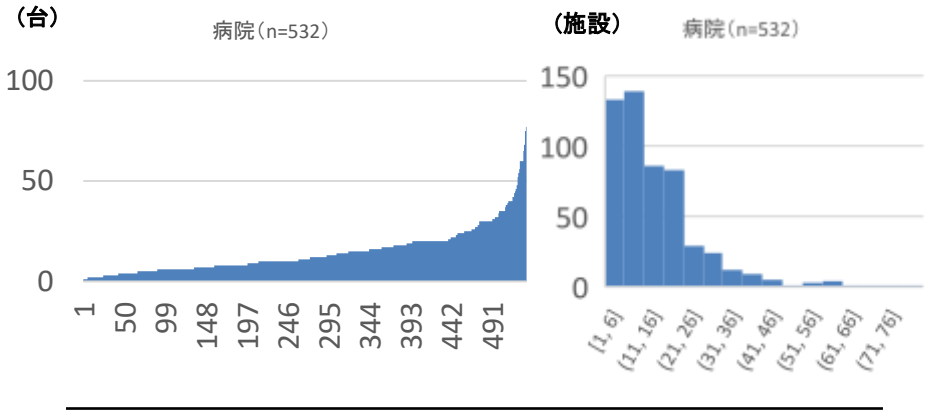
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

外来化学療法の専用ベッドの台数について

○　外来化学療法の専用ベッドの台数については、外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設は台数が多い傾向であった。
○　病院と診療所を比較すると、病院の方が専用ベッドの台数は多い傾向であった。

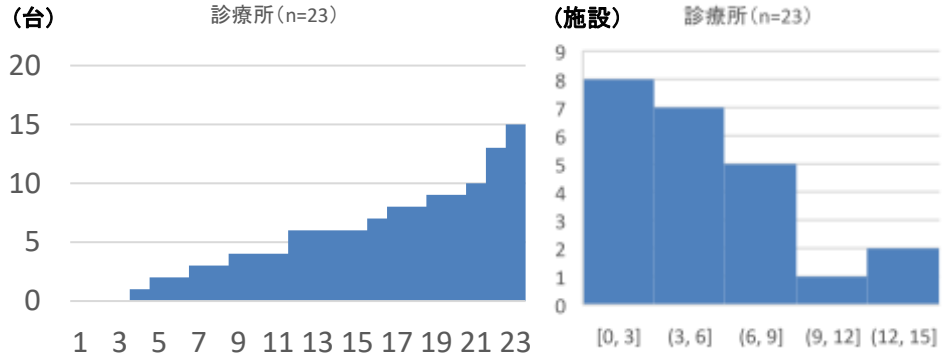
外来腫瘍化学療法診療料届出あり

病院



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
532	14.5	6.75	11	20

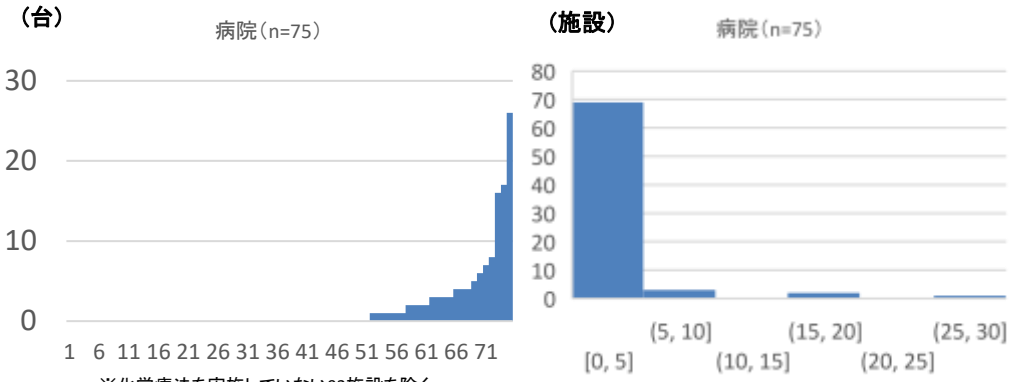
診療所



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
23	5.5	2.5	6	8

外来腫瘍化学療法診療料届出なし

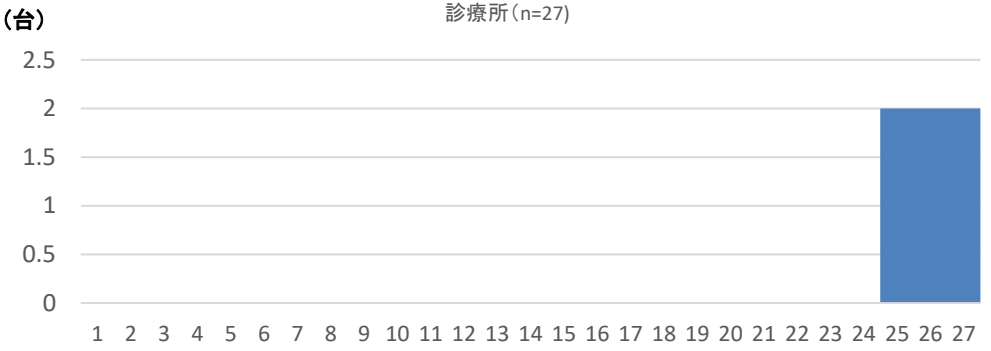
病院



※化学療法を実施していない92施設を除く

N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
75	0.8	0	0	1

診療所



※化学療法を実施していない100施設を除く

N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
27	0.05	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（A票）、外来施設票）

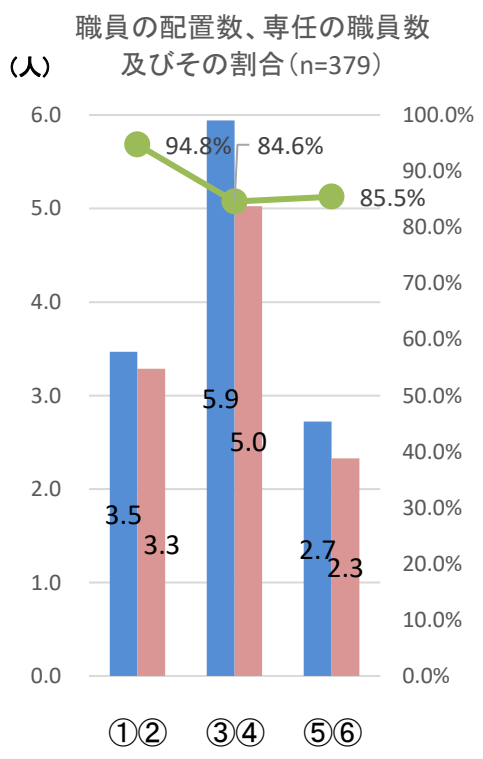
外来化学療法の職員の配置状況

診調組　入－１
５．６．８改

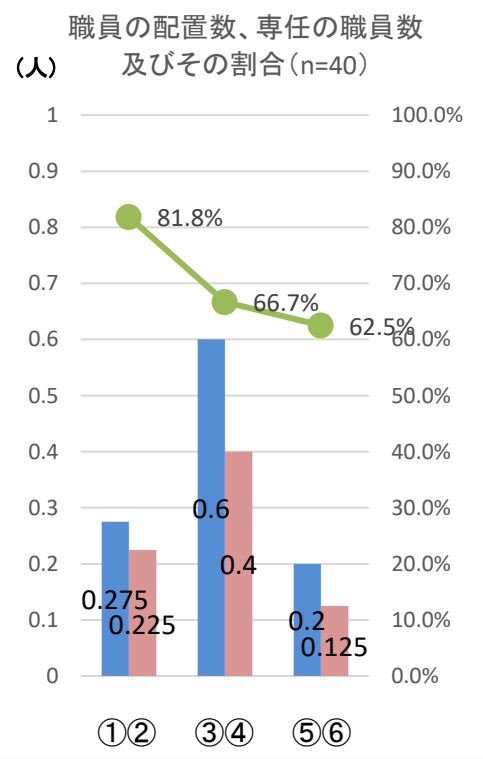
○　病院、診療所それぞれにおける、外来化学療法の職員の配置状況については、外来化学療法診療料を届け出ている施設は、専任の職員数の割合が多い傾向であった。
○　薬剤師については、看護師や医師と比較して、配置数が少なかった。

病院

外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=379）

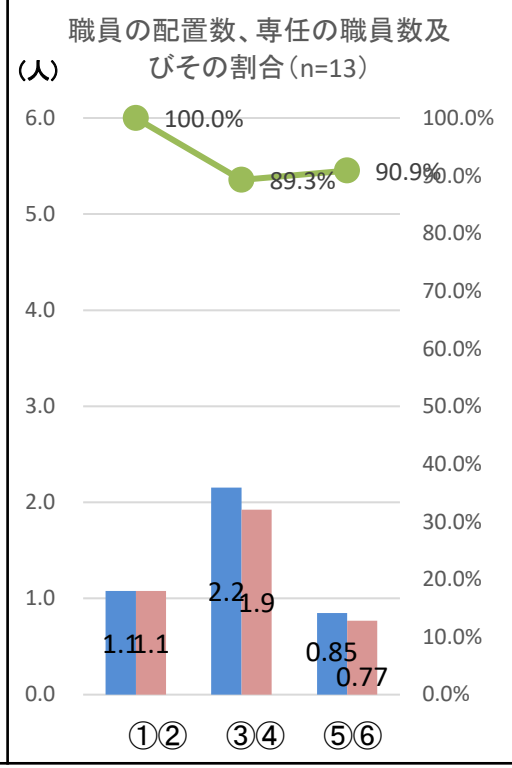


外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=40）
※化学療法を実施していない65施設を除く

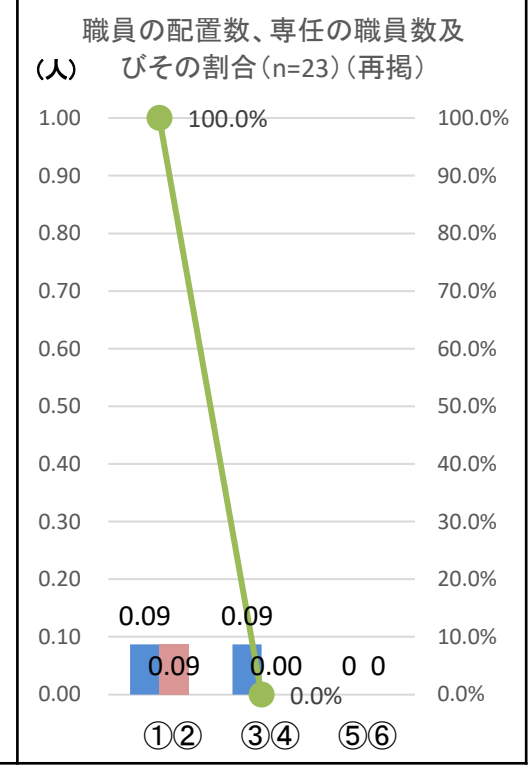


診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=13）



外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=23）
※化学療法を実施していない80施設を除く

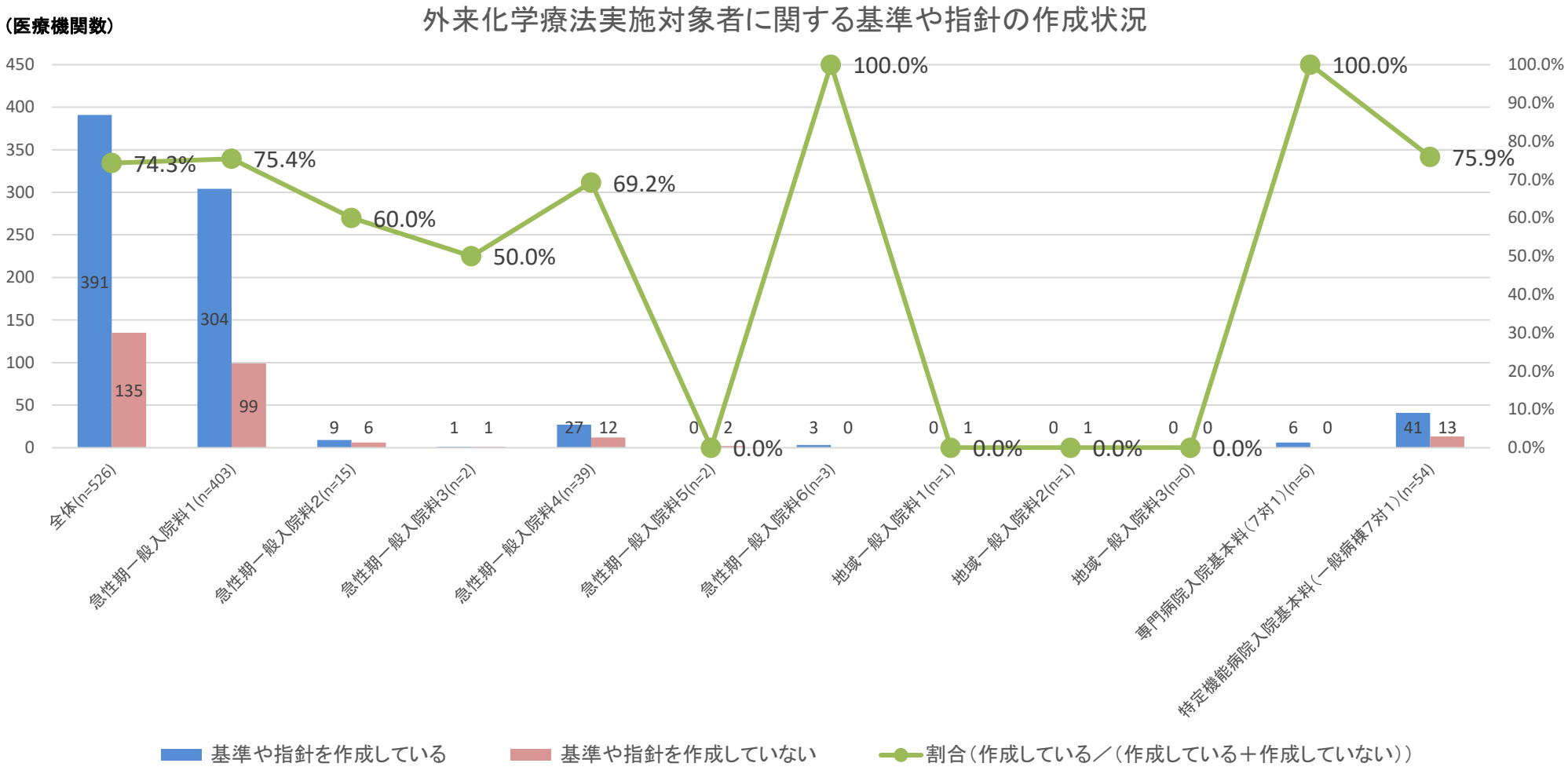


① 専任の医師
②うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師
③ 専任の看護師
④ うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師
⑤ 専任の薬剤師
⑥うち 化学療法にかかる調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師

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（A票）、外来施設票）

外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成①

○　外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成状況については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、74%の施設では「作成している」であった。

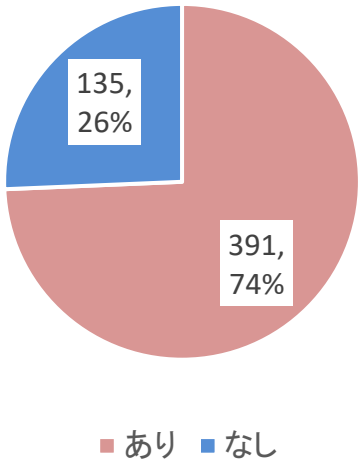


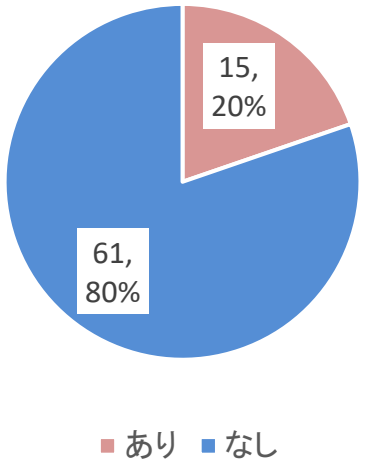
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

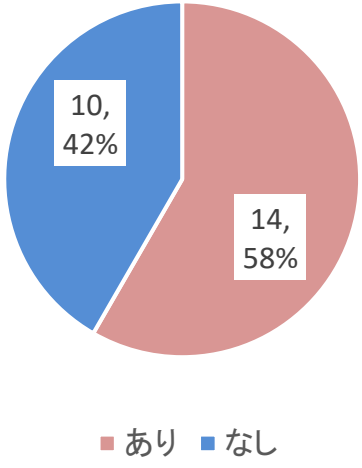
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成②

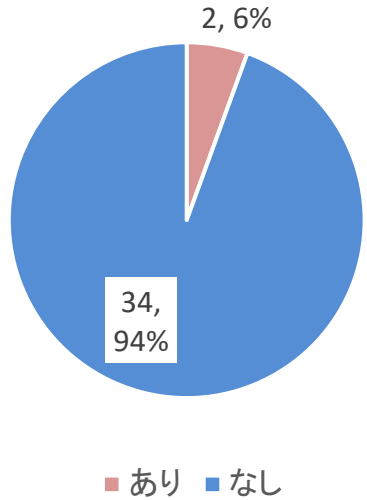
○ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
○ 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。

病院		診療所	
外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=526）	外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=76） ※化学療法を実施していない100施設を除く	外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=24）	外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=36） ※化学療法を実施していない133施設を除く







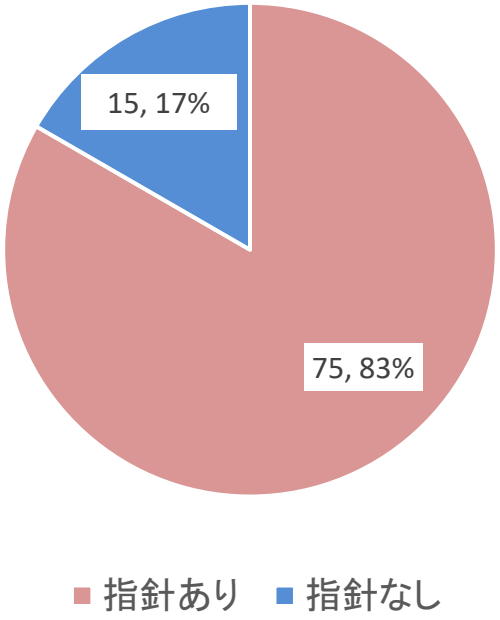


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

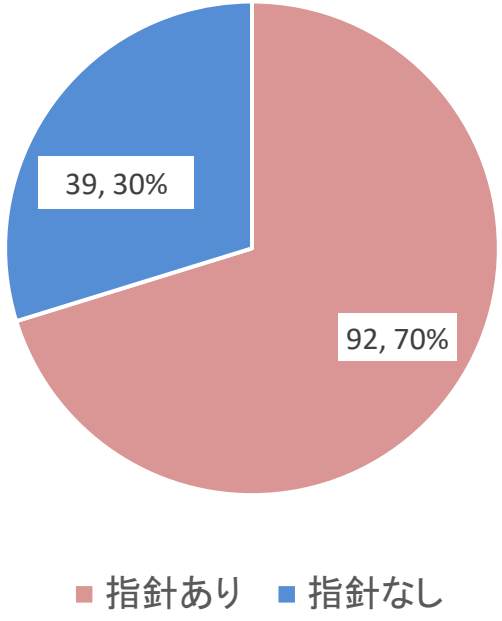
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成③

○　急性期充実体制加算を届け出ている90施設において、75施設（83%）は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
○　総合入院体制加算を届け出ている131施設において、92施設（70%）は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。

急性期充実体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無



総合入院体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無

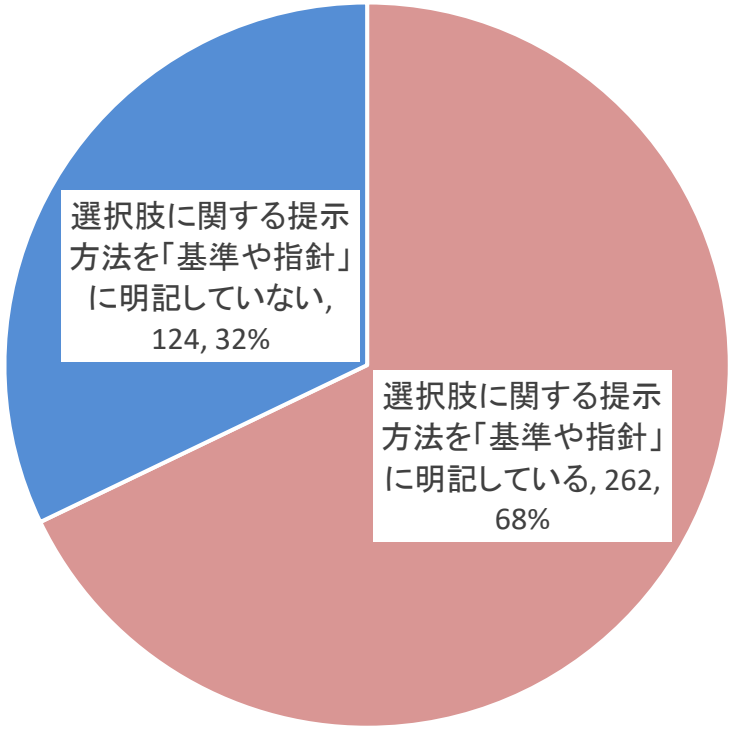


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法

○　外来腫瘍化学療法診療料を届出し、「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針」を作成している病院において、68%（262施設）においては、患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法を「基準や指針」に記載していた。

患者に対する外来での化学療法の選択肢に
関する提示方法を「基準や指針」に記載しているかどうか（n=386）

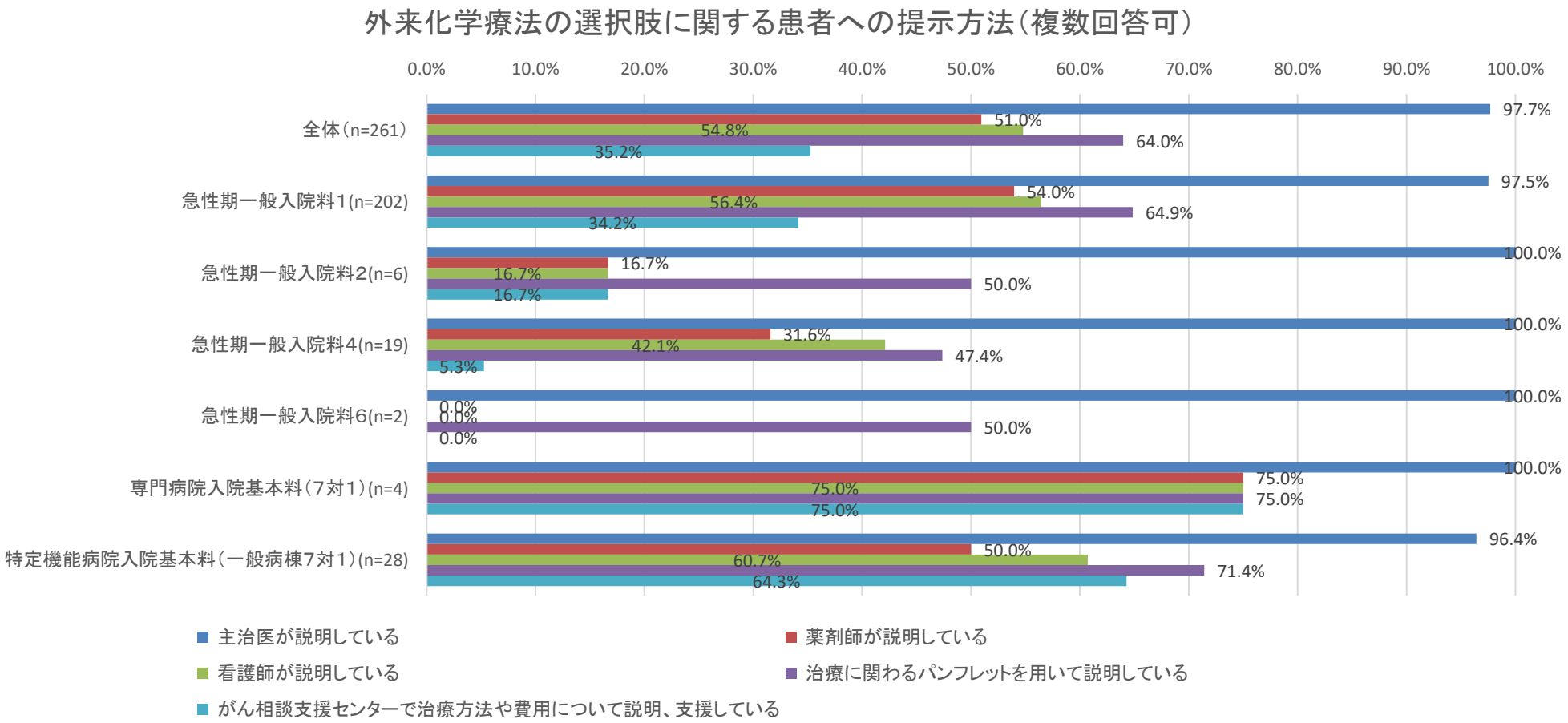


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

患者への選択肢の提示方法について

診調組　入－１
５．６．８改

○「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成」し、「選択肢に関する提示方法を明記している」施設（n=261）においては、外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法については、主治医が基本的に説明し、治療に関わるパンフレットを用いられている割合が高かった。
○　がん相談支援センターでの説明や支援については、35.2%の施設で実施されていた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

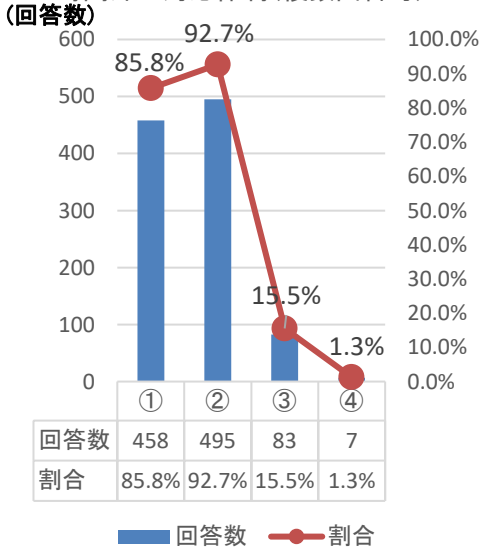
外来化学療法患者への時間外の対応体制

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、「①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制」、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」をとっている割合が高かった。
○ 一方、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設（66.7%）が多かった。
○ 診療所では、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」を取っている施設の割合は低い傾向であった。

病院

外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=534）

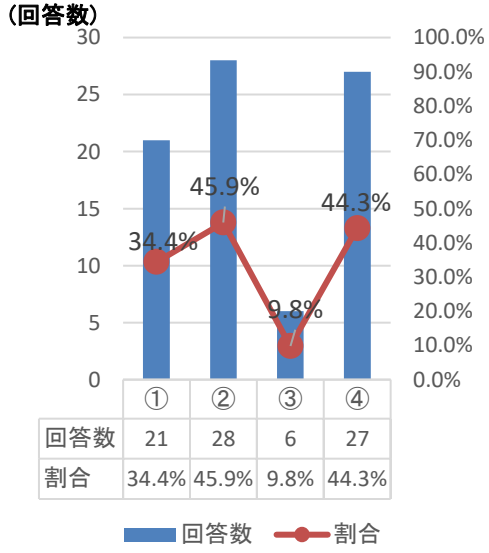
時間外の対応体制（複数回答可）



	①	②	③	④
回答数	458	495	83	7
割合	85.8%	92.7%	15.5%	1.3%

外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=61）
※化学療法を実施していない39施設を除く

時間外の対応体制（複数回答可）

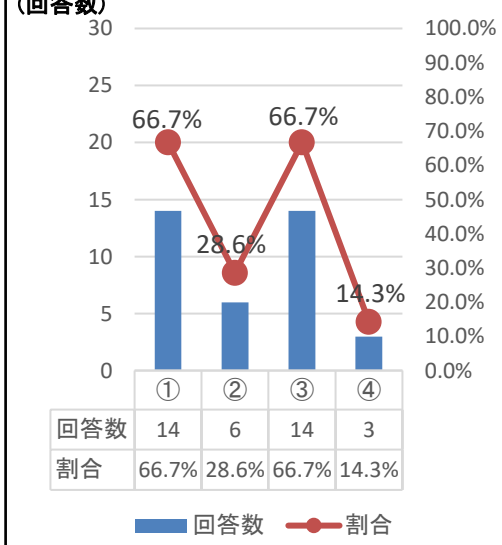


	①	②	③	④
回答数	21	28	6	27
割合	34.4%	45.9%	9.8%	44.3%

診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=21）

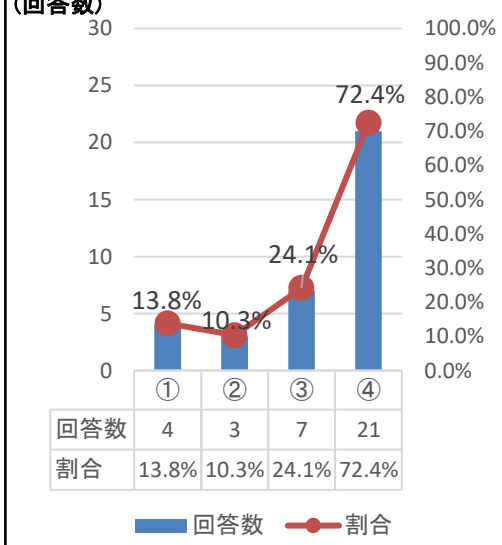
時間外の対応体制（複数回答可）



	①	②	③	④
回答数	14	6	14	3
割合	66.7%	28.6%	66.7%	14.3%

外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=29）
※化学療法を実施していない115施設を除く

時間外の対応体制（複数回答可）



	①	②	③	④
回答数	4	3	7	21
割合	13.8%	10.3%	24.1%	72.4%

①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
④ 時間外の対応体制は取っていない

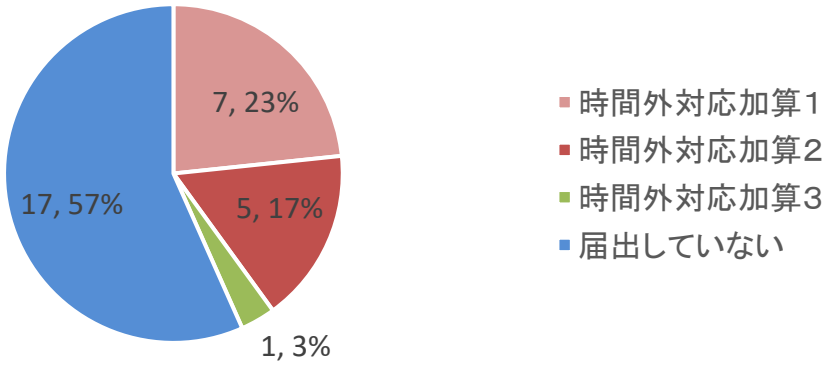
出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

※ なお、令和4年7月26日事務連絡において、令和4年3月 31 日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月 30 日までの間に外来腫瘍化学療法診療料の施設基準に示す体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が 24 時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月 31 日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいことを示している。

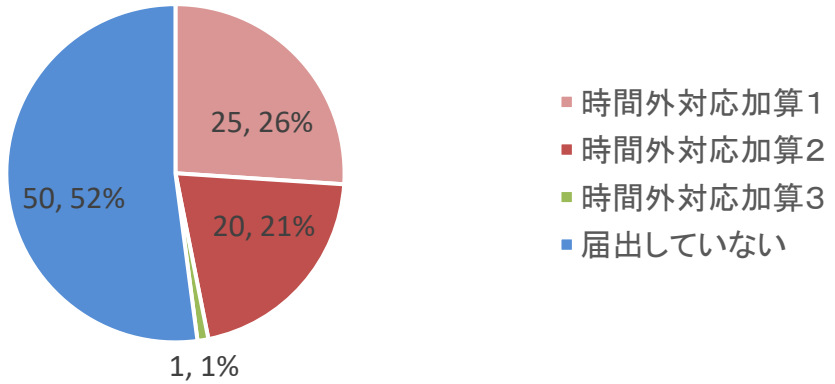
診療所における時間外の対応体制（外来化学療法を実施している施設）

○　外来化学療法を実施している診療所において、「時間外対応加算１～３」の届出状況は、外来腫瘍化学療法診療料１、２を届け出ている施設は、それぞれ「加算１」が23%、「加算２」が17%、「加算３」が３%、「届出していない」が57%であった。

外来腫瘍化学療法診療料を**届け出ている施設**における
時間外対応加算の届出状況（n=30）



外来腫瘍化学療法診療料を**届け出ていない施設**における
時間外対応加算の届出状況（n=96）



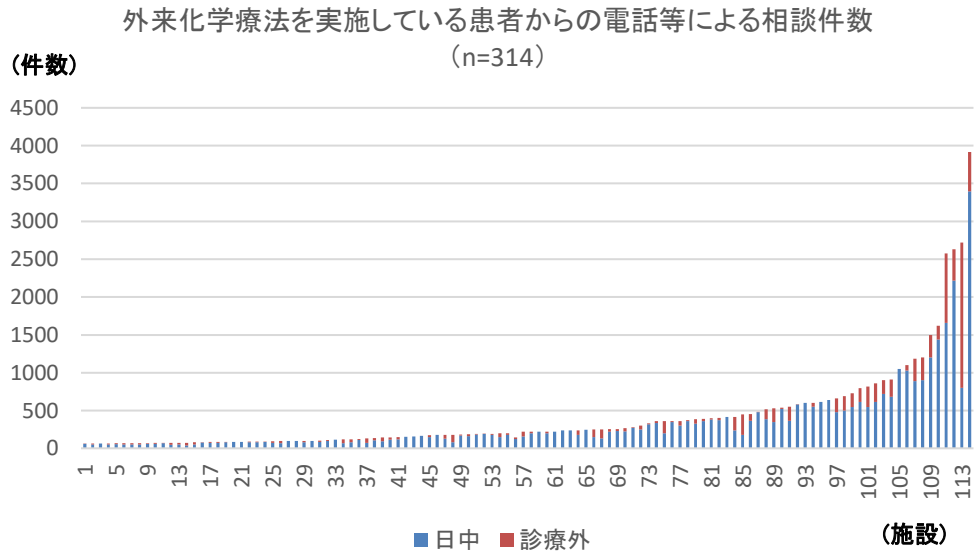
時間外対応加算の施設基準
１通則
(1) 診療所であること。
(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。
２時間外対応加算1に関する施設基準
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
３時間外対応加算2に関する施設基準
(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
(2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。
４時間外対応加算3に関する施設基準
(1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
(2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
(3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
(4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

患者からの相談件数

診調組　入－１
５．７．２０

〇外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数（平均値）は、病院では161.7件、診療所では24.9件であった。
〇　うち、診療時間外の割合（平均値）は、病院が20.1%、診療所は18.8%であった。

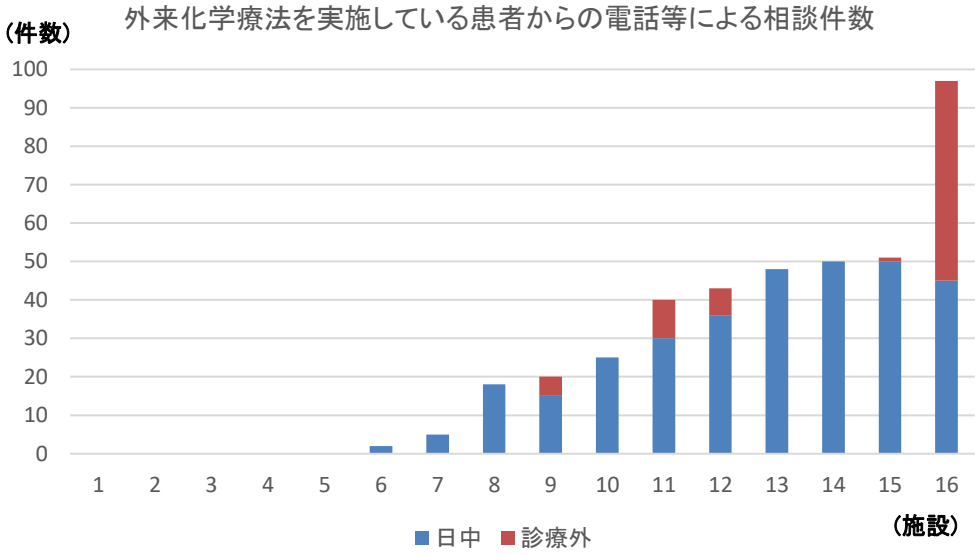
病院（n=314）



※　件数の少ない200施設はグラフから除外

	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	161.7	128.9	32.6	20.1%

診療所（n=16）



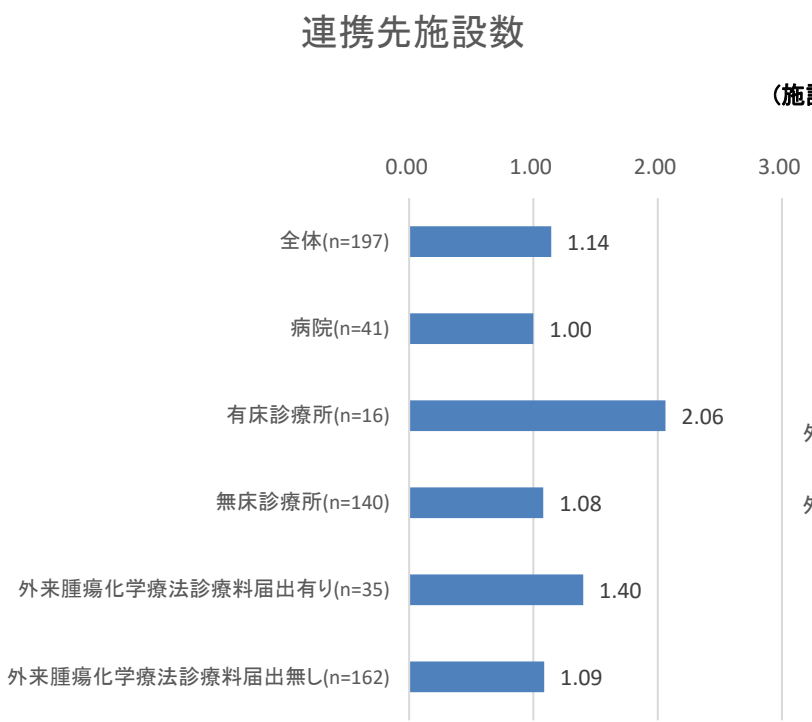
	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	24.9	20.3	4.9	18.8%

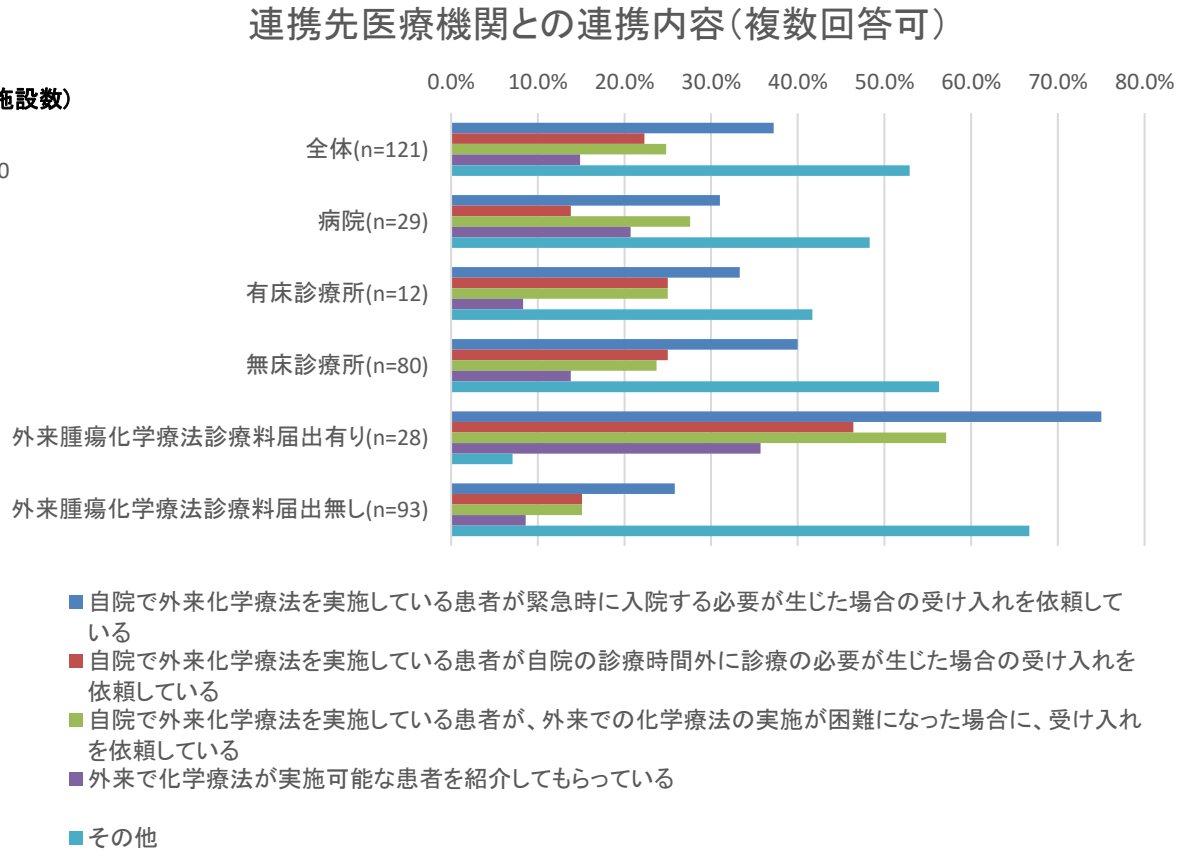
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

※令和4年4月1日～令和4年9月1日の期間の相談件数を集計

外来化学療法を実施する施設の他の医療機関との連携内容

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



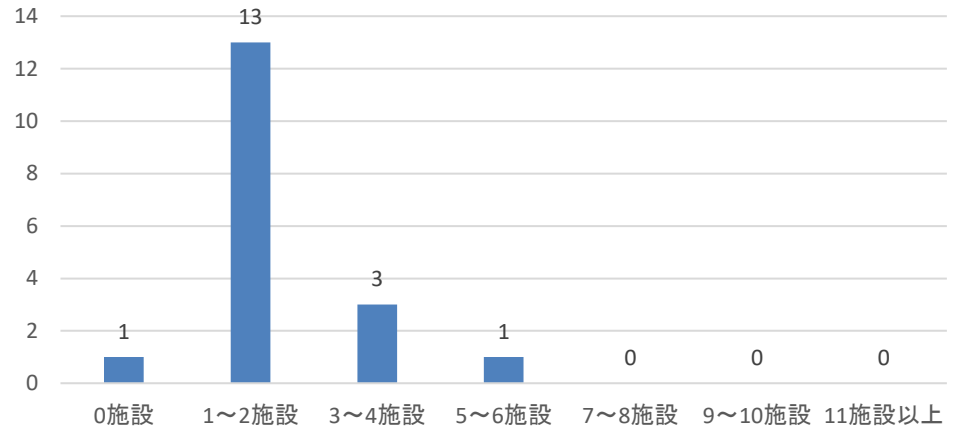


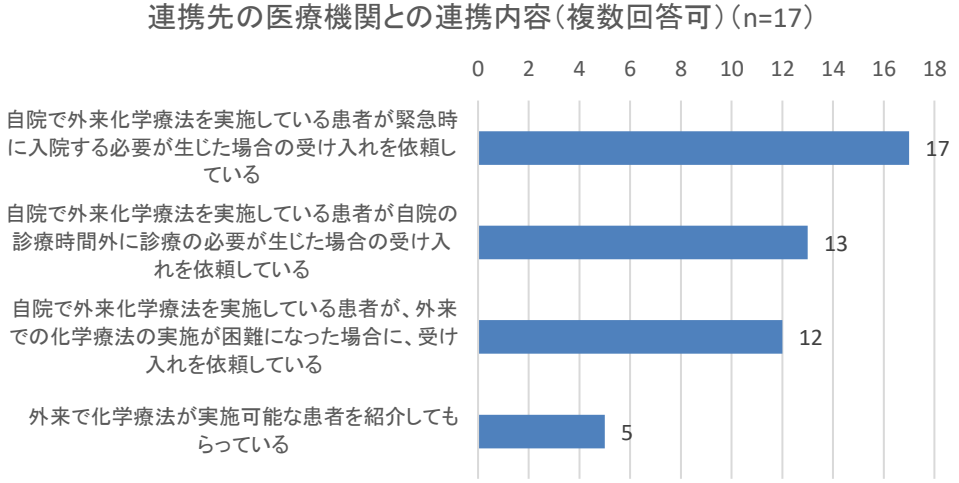
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

診療所における他の医療機関との連携状況

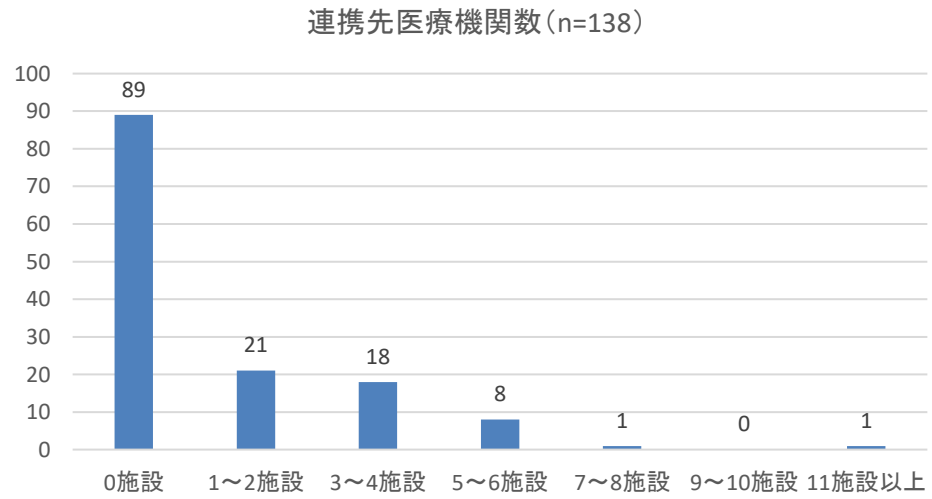
○　外来腫瘍化学療法診療料届出施設では、入院や診療時間外の対応について、他の医療機関との連携施設数は、１～２施設と回答した施設が最も多かった。
○　具体的な連携内容については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」と回答する施設が多かった。

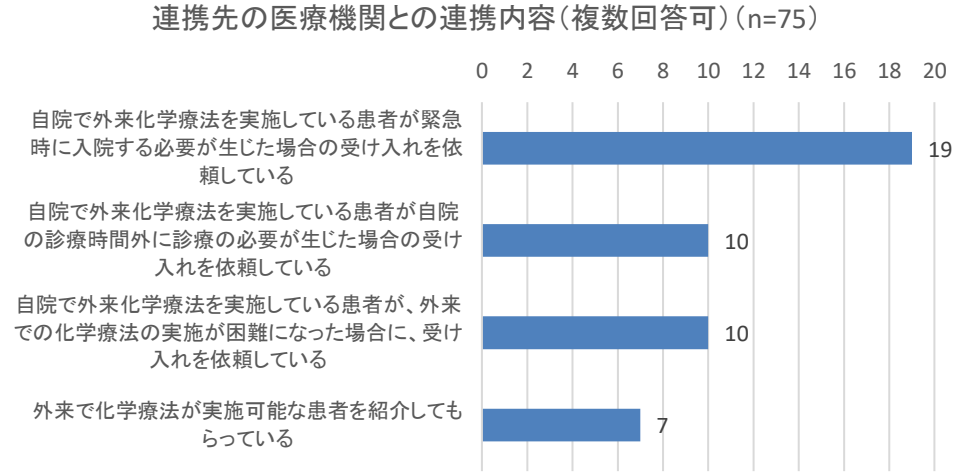
外来腫瘍化学療法診療料届出あり





外来腫瘍化学療法診療料届出なし



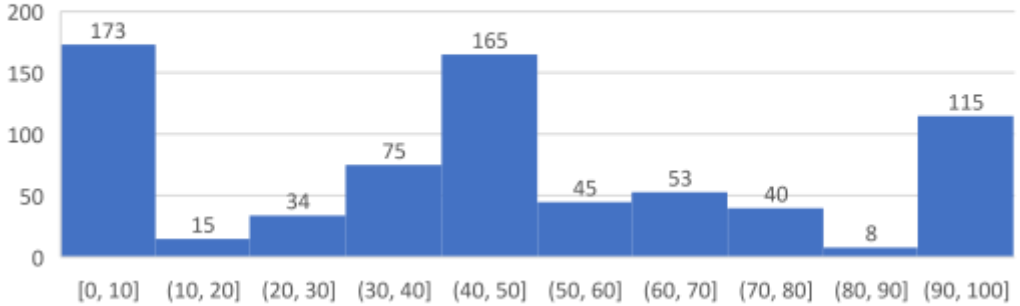


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

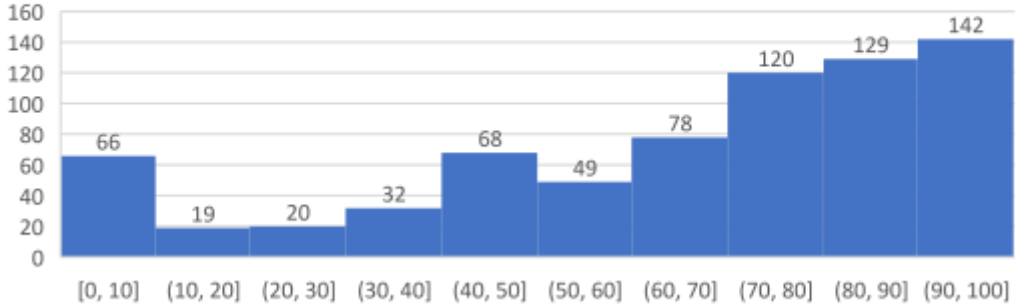
院内で採用している外来化学療法に用いる薬剤の後発品の割合

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設において、抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）における後発医薬品の割合については、0以上10%以下（173施設（24%））、40%より大きく50%以下（165施設（22.8%）、及び90%より大きく100%以下（115施設（15.9%））の群において、多い傾向であった。
○ バイオ医薬品以外の抗悪性腫瘍薬における後発医薬品の割合については、70%より大きい施設が、54%であった。

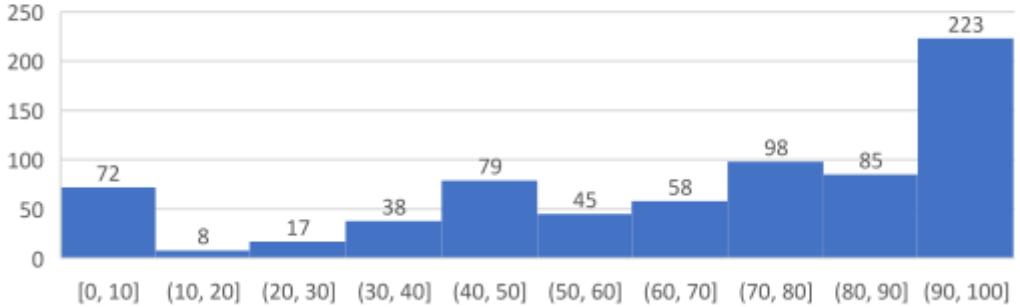
抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）の後発医薬品数（バイオ後続品を含む）の割合（n=723）



抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）の後発医薬品（バイオ後続品を含む）の割合（n=723）



支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）（n=723）



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票A）
※　令和5年6月1日時点におけるデータに基づき集計

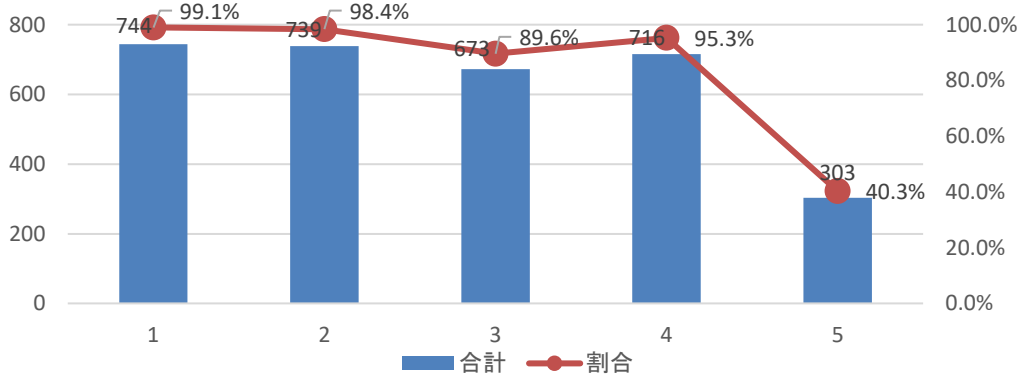
外来化学療法実施施設の対応内容について、ホームページ等への掲示状況

診調組　入－５
５．１０．５改

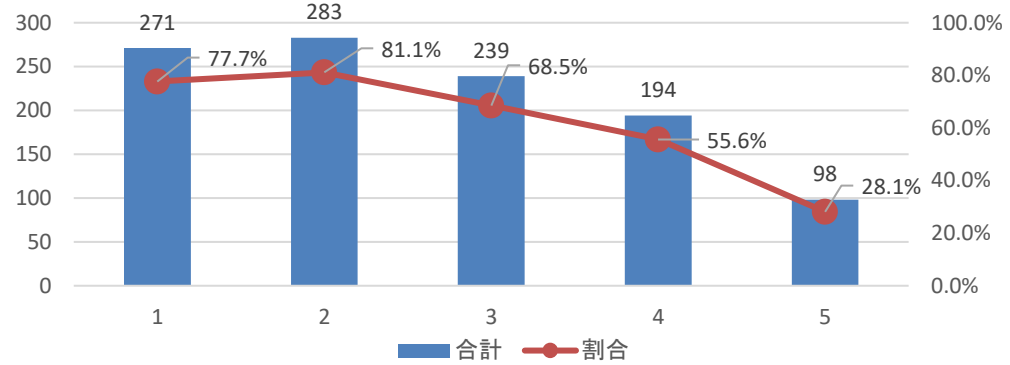
○　外来化学療法実施施設における取組み内容について、「副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」については、院内に掲示している施設は68.5%、ホームページに掲示している施設は58.6%であった。

○　「医療機関において実施されている化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合」について院内に掲示している施設は28.1%、ホームページに掲示している施設は26.4%であった。

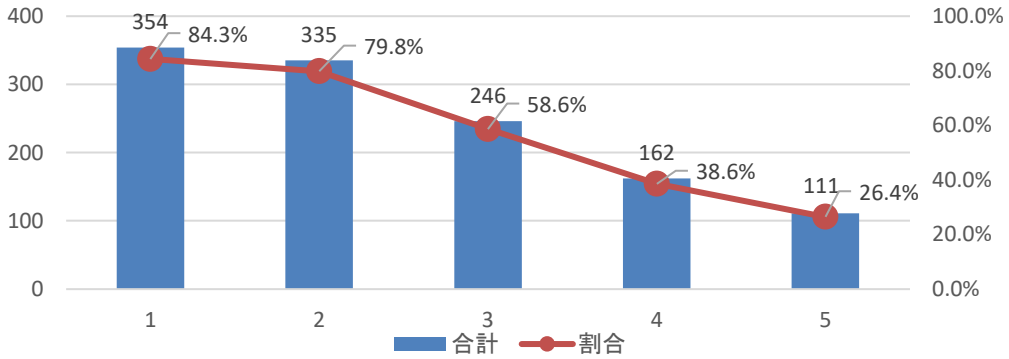
外来化学療法に係る取組内容について、対応を実施している施設数及び割合（n=751）



外来化学療法に係る取組み内容について、院内の見やすい場所への掲示している施設数及び割合（n=349）



外来化学療法に係る取組内容について、ホームページへの掲示している施設数及び割合（n=420）



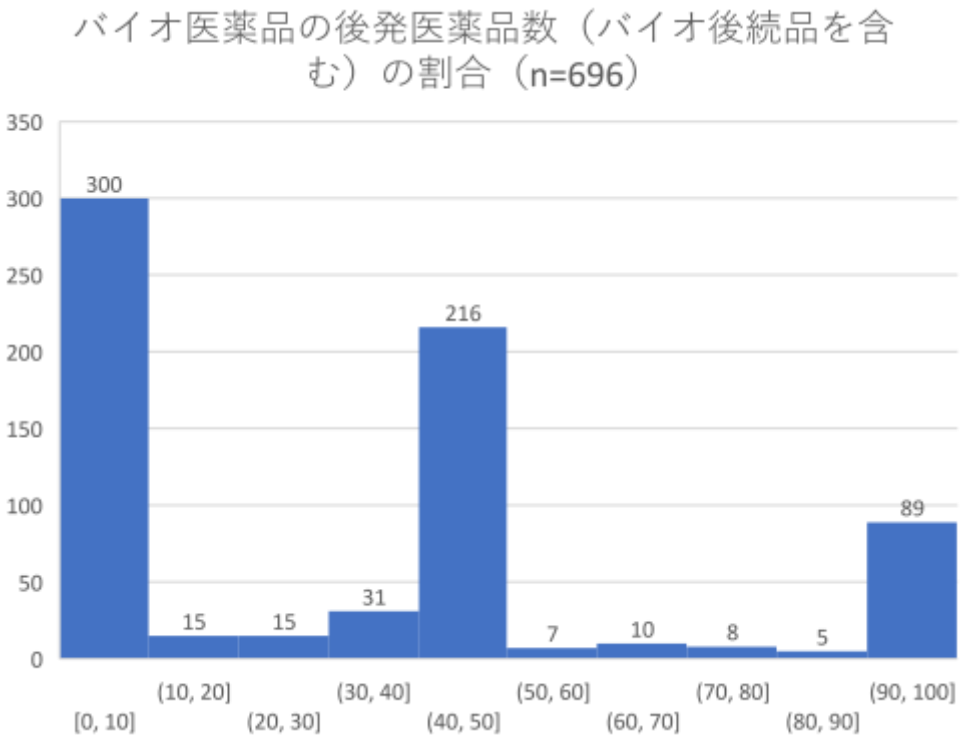
1　外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っている
2　当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じている
3　当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている
4　当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されている
5　医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示している

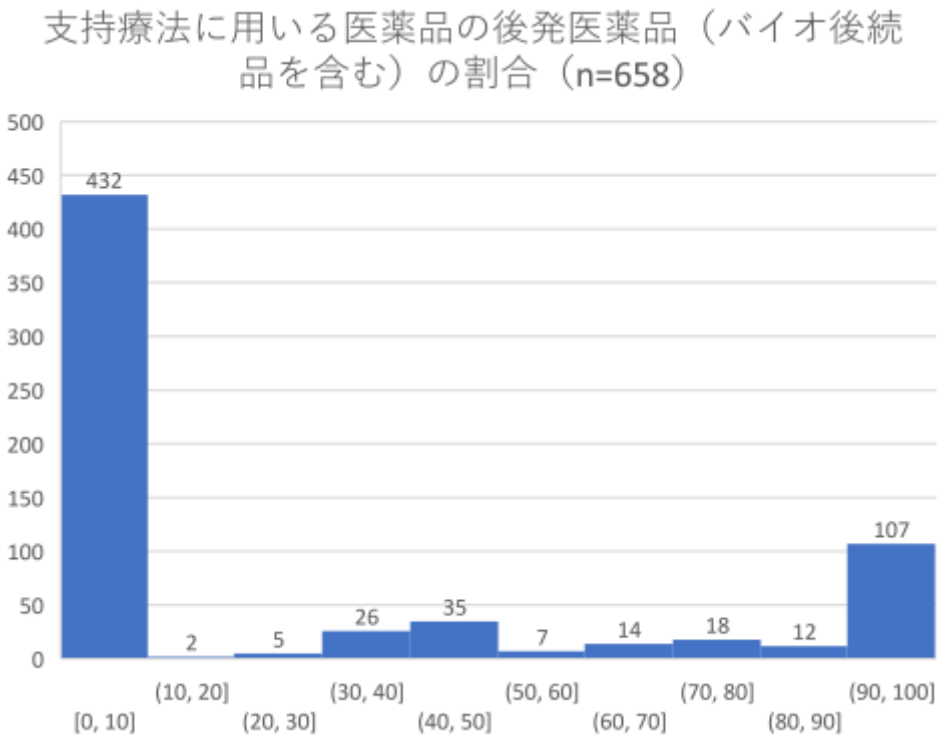
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票A）

院内で採用している外来化学療法に用いる薬剤の後発品の割合

○　外来化学療法加算を届け出ている施設において、バイオ医薬品における後発医薬品の割合については、0以上10%以下である割合の施設は300施設（43.1%）であったが、40%より大きく50%以下である割合の施設数は216施設（31.0%）であり、２番目に多かった。

○　支持療法に用いる医薬品の後発医薬品の割合については、0%以上10%未満である施設が432施設（65.7%）と多かった。



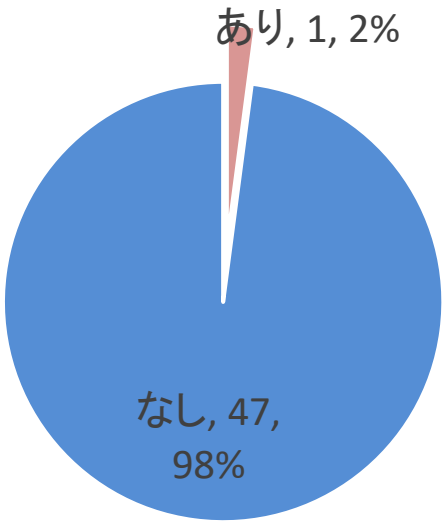


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票A）

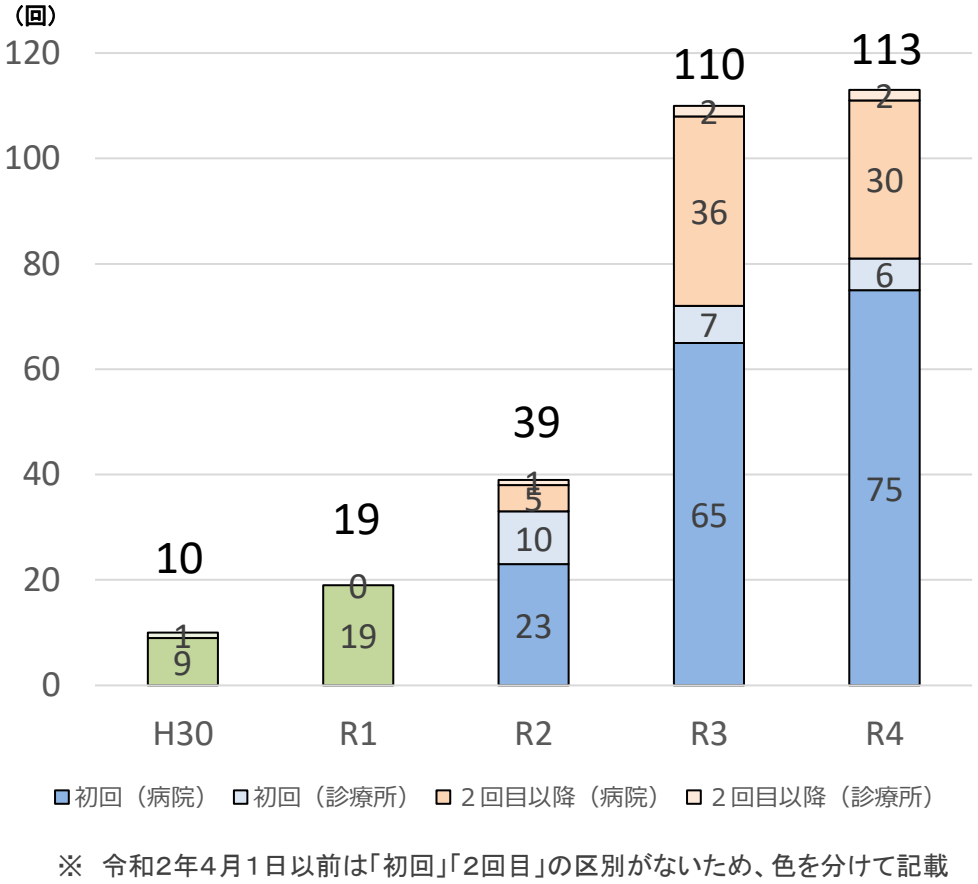
外来腫瘍化学療法診療料と療養・就労両立支援指導料

○　外来施設票において、外来腫瘍化学療法診療料１及び2を届出していた48施設のうち47施設（98%）では、令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定していなかった。
○　療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、令和4年6月の1か月間では、「初回」及び「2回目以降」の算定回数の合計は、113回であった。

外来腫瘍化学療法診療料を算定した施設における、令和4年4月～9月の6か月間での、療養・就労両立支援指導料を算定状況



療養・就労両立支援指導料の算定状況



※　令和2年4月1日以前は「初回」「2回目」の区別がないため、色を分けて記載

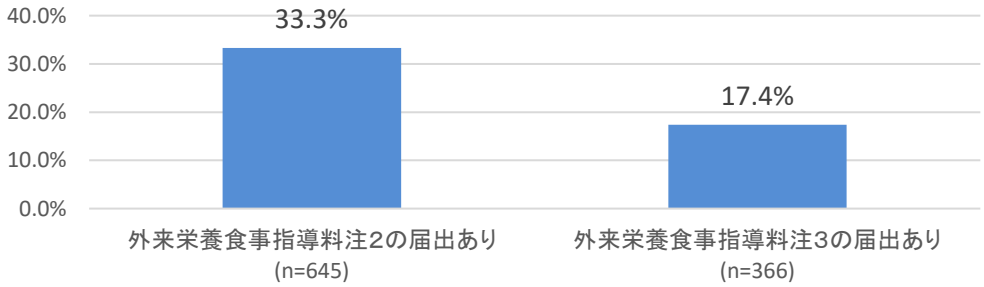
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

出典：算定回数：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

外来腫瘍化学療法診療料と外来栄養食事指導料

○　外来腫瘍化学療法診療料届出施設において、外来栄養食事指導料注2及び注3の届出を行っていた施設の割合は33.3%及び17.4%であった。
○　施設基準のうち満たすのが困難な要件として、「④③の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修（中略）を修了することが困難であるため」の回答が多かった。

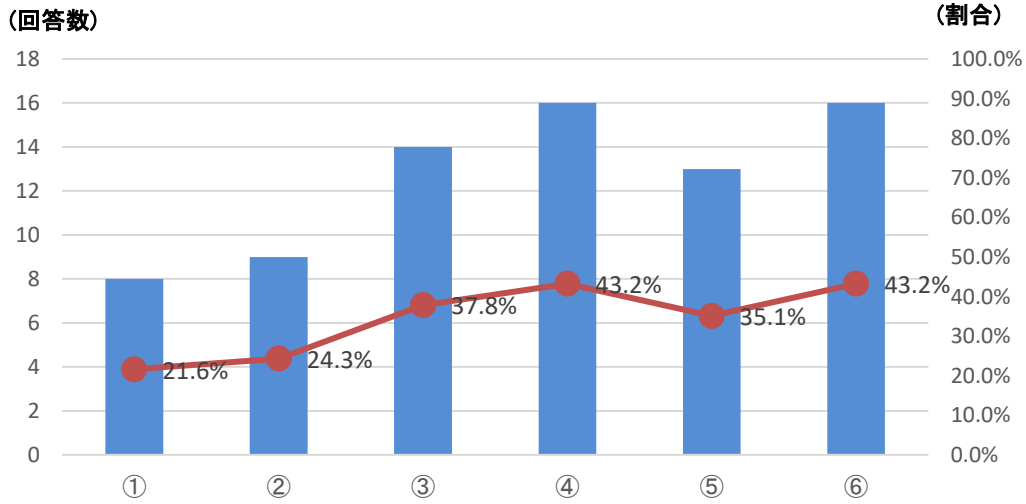
外来栄養食事指導料注2及び注3の外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関数（n=1,936）に占める割合



注2：管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、外来腫瘍化学療法診察料の算定日と同日に月2回以上（時間不問）の指導を行った場合
注3：専門的な知識を有した管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、療養のため必要な指導を行った場合

出典：令和4年7月1日時点の主な施設基準の届出状況

外来栄養食事指導料注2及び注3を届け出ていない施設において、外来栄養食事指導料注2及び注3の施設基準のうち満たすのが困難な要件（複数回答可）（n=37）



①外来腫瘍化学療法診察料を算定していないため
②外来腫瘍化学療法診察料の算定日と同日に外来栄養食事指導を行うことが困難であるため
③外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士の確保が困難であるため
④③の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため
⑤栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士を配置することが困難であるため
⑥専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修（医療関係団体等が実施する300時間以上の研修もしくは悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修）を修了することが困難であるため

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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

オンライン診療にかかる評価の経緯

○ オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年３月に策定された。
○ その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和４年１月の指針の一部改定、令和４年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度（医師法など）	診療報酬
平成30年３月	**「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定** ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。	
４月		**平成30年度 診療報酬改定** ・「オンライン診療料」を新設（対象は再診のみ） ・ 対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和２年４月	**新型コロナの時限的・特例的取扱い** （４月10日付け事務連絡） ・ 医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。	**新型コロナの診療報酬の特例措置** （４月10日付け事務連絡）
令和３年６月	「規制改革実施計画」閣議決定 ・ オンライン診療の特例措置の恒久化の方針	
令和４年１月	**指針の一部改定** ・ 一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。	
令和４年４月		**令和４年度 診療報酬改定** ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 ➢初診：診療報酬の評価を新設 ➢再診：対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

○ 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。

○ 医師−患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。

○ 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

		定義	本指針の適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン診療**	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン受診勧奨**	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な情報提供	**遠隔健康医療相談**	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

○医師－患者関係／患者合意
○適用対象
○診療計画
○本人確認
○薬剤処方・管理
○診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

○医師の所在
○患者の所在
○患者が看護師等といる場合のオンライン診療
○患者が医師といる場合のオンライン診療
○通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

○医師教育／患者教育
○質評価／フィードバック
○エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回―19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

○　初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

○　診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。 適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。
　なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。

○　診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。

○　診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

○　オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。
なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

○　現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

○　患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

対面診療の実施体制

○　「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、

- 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
- 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
- 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合

が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。

○　オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

令和5年3月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)において、不適切な診療に対する必要な措置や情報セキュリティの確保のための方策についての指針の見直し等を行うこととされたことを受け、第95回社会保障審議会医療部会における議論も踏まえ検討し、令和5年3月に指針を改訂した。

オンライン診療の適切な実施について

○　適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。特に、オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが向上するという側面がある一方で、得られる情報が少なくなってしまうという側面もあることを考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならない。

○　オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

本人確認について

○　初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、２種類以上の身分証明書を用いる、あるいは１種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせて、本人確認を行う。

○　オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにすること。

○　オンライン診療システムを用いる場合は、患者がいつでも医師の本人確認ができる情報及び医療機関の問い合わせ先をオンライン診療システム上に掲載すること。

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

○　医療機関は、オンライン診療に用いるシステムを提供する事業者による説明を受け（システムに関する個別の説明を受けることのみならず、事業者が提示している情報提供内容を自ら確認することを含む。）、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認すること。また、当該確認に際して、医療機関は責任分界点について確認し、システムの導入に当たっては、そのリスクを十分に理解すること。

○　オンライン診療の際、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるオンライン診療システムを使用する際は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を併せて実施すること。なお、汎用サービスを使用する際は、汎用サービスが医療情報システムに影響を与えない設定とすること。

○　医療機関は 、患者に対してオンライン診療の実施に伴うセキュリティリスクを説明し、オンライン診療に用いるシステムを利用することについての合意を得た上で、双方が合意した旨を診療録に記載し、オンライン診療を実施すること。

○　医師は、オンライン診療実施時に、意図しない第三者が当該通信に紛れ込むような三者通信（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために、医師の同意なく第三者を呼び込む場合等）や患者のなりすましが起こっていないことに留意すること。

○　オンライン診療においてチャット機能を補助的に用いる場合には、医療機関が、セキュリティリスクとベネフィットを勘案したうえで、使用するソフトウェアやチャット機能の使用方法について患者側に指示を行うこと。

○　医療機関や患者から、検査結果画像や患者の医療情報等を画面共有機能を用いて提示すること及び画面共有機能を用いずに画面を介して提示することは、多くの場合、後述の場合と比較して相対的にセキュリティリスクが低減されているものと考えられる。一方で、患者から提示された二次元バーコードやURL等のリンク先へのアクセス及びファイルのダウンロード等はセキュリティリスクが高いため、セキュリティリスクが限定的であることを医療機関が合理的に判断できる場合を除き、このようなアクセスやダウンロード等は行わないことが望ましい。

○　医療機関が、オンライン診療を実施する際に、医療情報を取得する目的で外部のPHR等の情報を取り扱うことが、医療情報システムに影響を与える場合は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を実施しなければならない。他方で、医療機関が、医療情報システムに影響を与えずに当該情報を取り扱う場合には、セキュリティリスクについて医療機関と患者の間で合意を得た上で、オンライン診療を実施すること。　　等

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

○　事業者は医療機関に対して、オンライン診療のセキュリティに係る責任分界点について明確に説明し、合意した範囲において責任を負うこと。　　等

遠隔医療の更なる活用について

令和４年３月28日
第87回社会保障審議会医療部会　資料

現状

- 直近では、医師法第20条（無診察治療の禁止）との関係を中心に、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において、指針の見直しについて議論を行い、今年１月に改訂を行った。
- 今後は、地域において、オンライン診療を含めた遠隔医療が幅広く適正に実施されるよう、取組を進めていく必要がある。

今後の取組

- 遠隔医療の更なる活用に向けた「基本方針」について検討。（本医療部会において協議）

  【検討の視点（例）】

  1. 地域の医療提供体制の確保において、遠隔医療が果たす役割
  2. 国、都道府県、医療関係者、それぞれが取り組むべき内容
  3. 患者・住民の理解を進めるための取組
  4. 個人情報の取扱いや情報セキュリティの在り方　　等

- 地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、遠隔医療の活用に関する好事例を収集するとともに、横展開に向け、都道府県等を通じて周知。

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（案）の概要-1

令和５年５月12日
第98回社会保障審議会医療部会　資料１

Ⅰ　基本方針の目的

・本方針は、厚生労働省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、導入及び実施上の課題及びその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とする。
・ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。

Ⅱ　オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

オンライン診療、オンライン受診勧奨　（患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為）

期待される役割

〇通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
〇訪問診療および往診等に伴う医療従事者の負担軽減
〇医療資源の柔軟な活用
〇患者がリラックスした環境での診療の実施
〇感染症への感染リスクの軽減

様々な形態

・D to P
・D to P with D
・D to P with N
・D to P with その他医療従事者
・D to P with オンライン診療支援者（医療従事者以外）

現状の課題

・医療機関におけるオンライン診療等に関する職員のリテラシーの向上について
・オンライン診療等に用いるシステムの導入・運用について
・オンライン診療等に関する患者の理解促進について

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】
・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成
・オンライン診療等に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築　　等

【都道府県及び市町村の取組み】
・地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫する　等

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（案）の概要-２

令和５年５月12日
第98回社会保障審議会医療部会　資料１

Ⅲ　医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等

期待される役割

○ 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
○ 効率的・効果的な医療提供体制の整備
○ 医療従事者の働き方改革等への寄与

様々な形態

・D to D
・D to N、D to その他医療従事者
・N to N、N to その他医療従事者、その他医療従事者 to その他医療従事者（支援・指導）

現状の課題

・遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
・個人情報保護法制に沿った遠隔医療における患者の医療情報の共有
・遠隔医療システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討　等

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】
・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書等の作成
・遠隔医療に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築　等

【都道府県及び市町村の取組み】
・遠隔医療に関する地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築を支援する　等

Ⅳ　その他遠隔医療に関連する事項

1　地域の医療提供体制の充実に向けた都道府県又は市町村の取組み
2　医療従事者教育／患者教育の充実
3　質評価／フィードバック
4　エビデンスの蓄積
5　新しい技術を踏まえた遠隔医療の推進

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　251点
（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　73点
（新）　外来診療料（情報通信機器を用いた場合）　73点

［算定要件］（初診の場合）
（１）保険医療機関において初診を行った場合に算定する。**ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。**
（２）情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
（３）情報通信機器を用いた診療は、**原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。**
（４）情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、**以下の内容について、診療録に記載**しておくこと。
ア　当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
イ　当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
（５）**指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。**
（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている**一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、**一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。
（７）（８）略
［施設基準］
（１）**情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制**が整備されていること。
（２）**厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関**であること。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

・ウイルス疾患指導料
・皮膚科特定疾患指導管理料
・小児悪性腫瘍患者指導管理料
・がん性疼痛緩和指導管理料
・がん患者指導管理料
・外来緩和ケア管理料
・移植後患者指導管理料
・腎代替療法指導管理料
・乳幼児育児栄養指導料
・療養・就労両立支援指導料
・がん治療連携計画策定料２
・外来がん患者在宅連携指導料
・肝炎インターフェロン治療計画料
・薬剤総合評価調整管理料

（※）検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）
① 入院中の患者に対して実施されるもの
② 救急医療として実施されるもの
③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

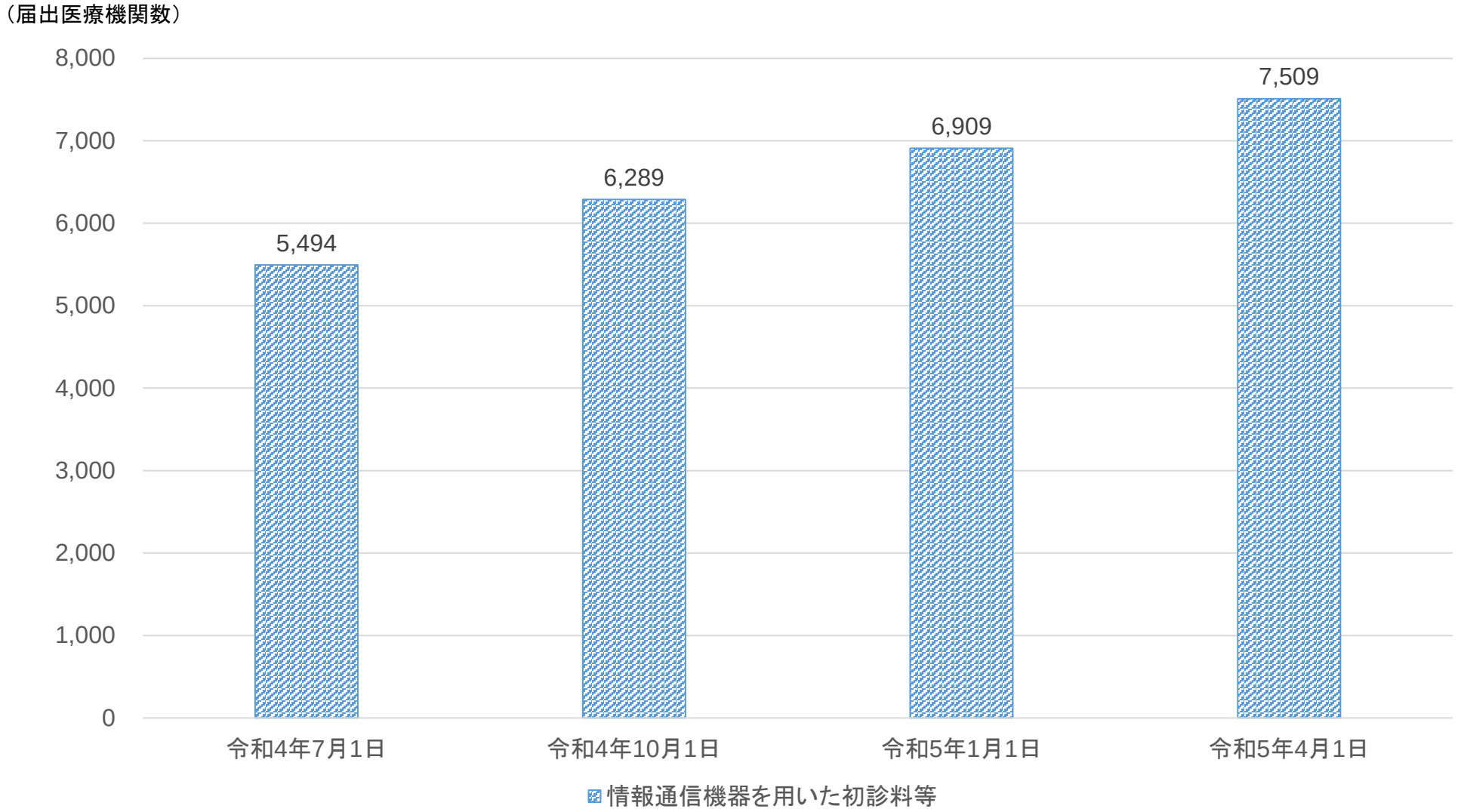
	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	**196点**
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	**128点**
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	**76点**
B001 5 小児科療養指導料	270点	**235点**
B001 6 てんかん指導料	250点	**218点**
B001 7 難病外来指導管理料	270点	**235点**
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	**305点**
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	**1,070点**
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	**566点**
ロ 月28回以上の場合	750点	**653点**

➢ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料１	240点	**209点**
ウイルス疾患指導料２	330点	**287点**
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	**218点**
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	**87点**
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	**479点**
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	**174点**
B001 23 がん患者指導管理料		
イ　略	500点	**435点**
ロ　略	200点	**174点**
ハ　略	200点	**174点**
ニ　略	300点	**261点**
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	**252点**
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	**261点**
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	**261点**
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	**435点**
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	**113点**
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	**696点**
2 2回目以降	400点	**348点**
B005-6 がん治療連携計画策定料２	300点	**261点**
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	**435点**
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	**609点**
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	**218点**

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

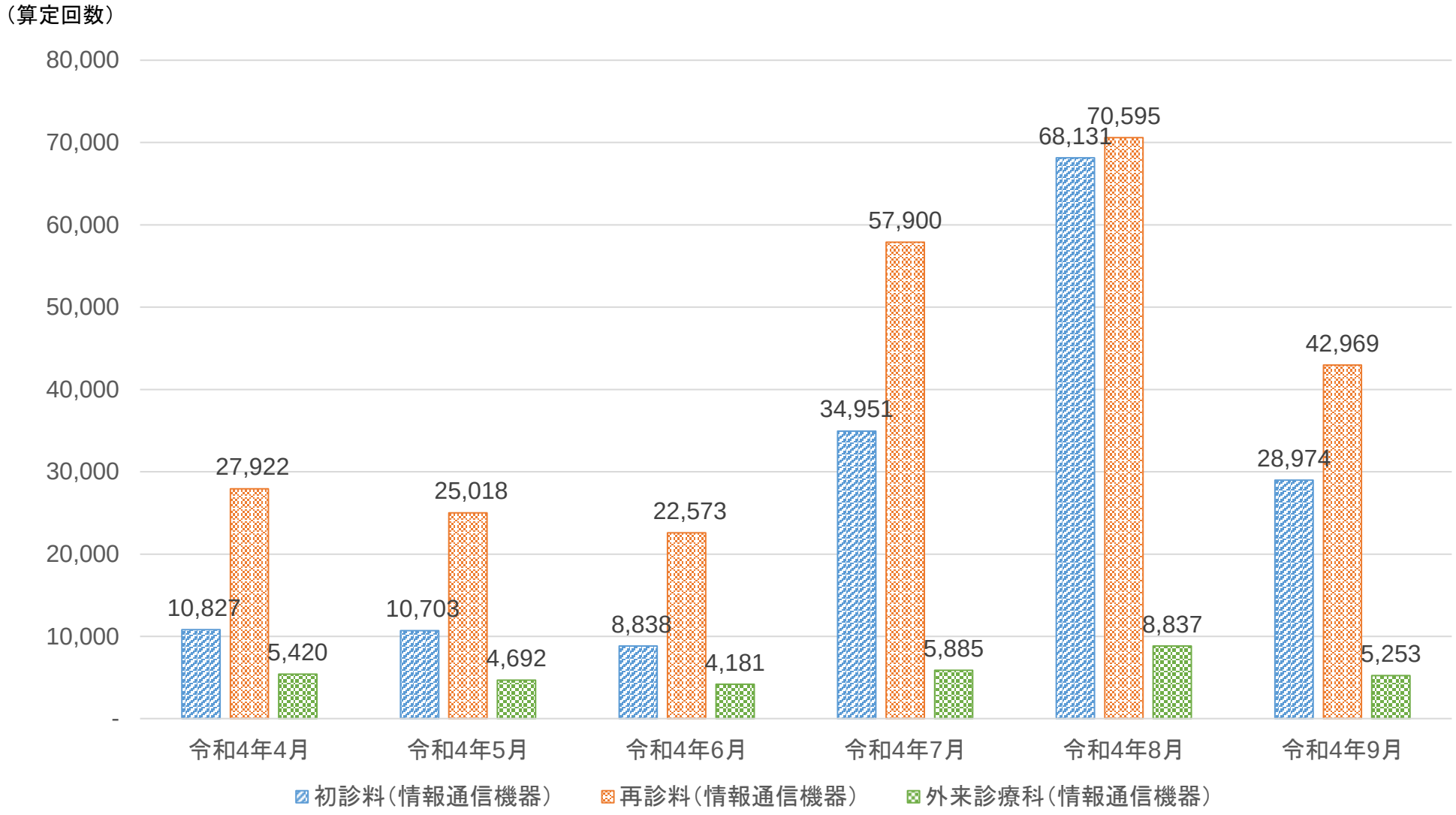
○　情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。



出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○　情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和４年８月まで増加し、令和４年９月には減少した。



出典：NDBデータ

情報通信機器を用いた診療の実施状況①

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

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

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

① 回数毎の分布

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

② 回数毎の分布

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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の実施状況②

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

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

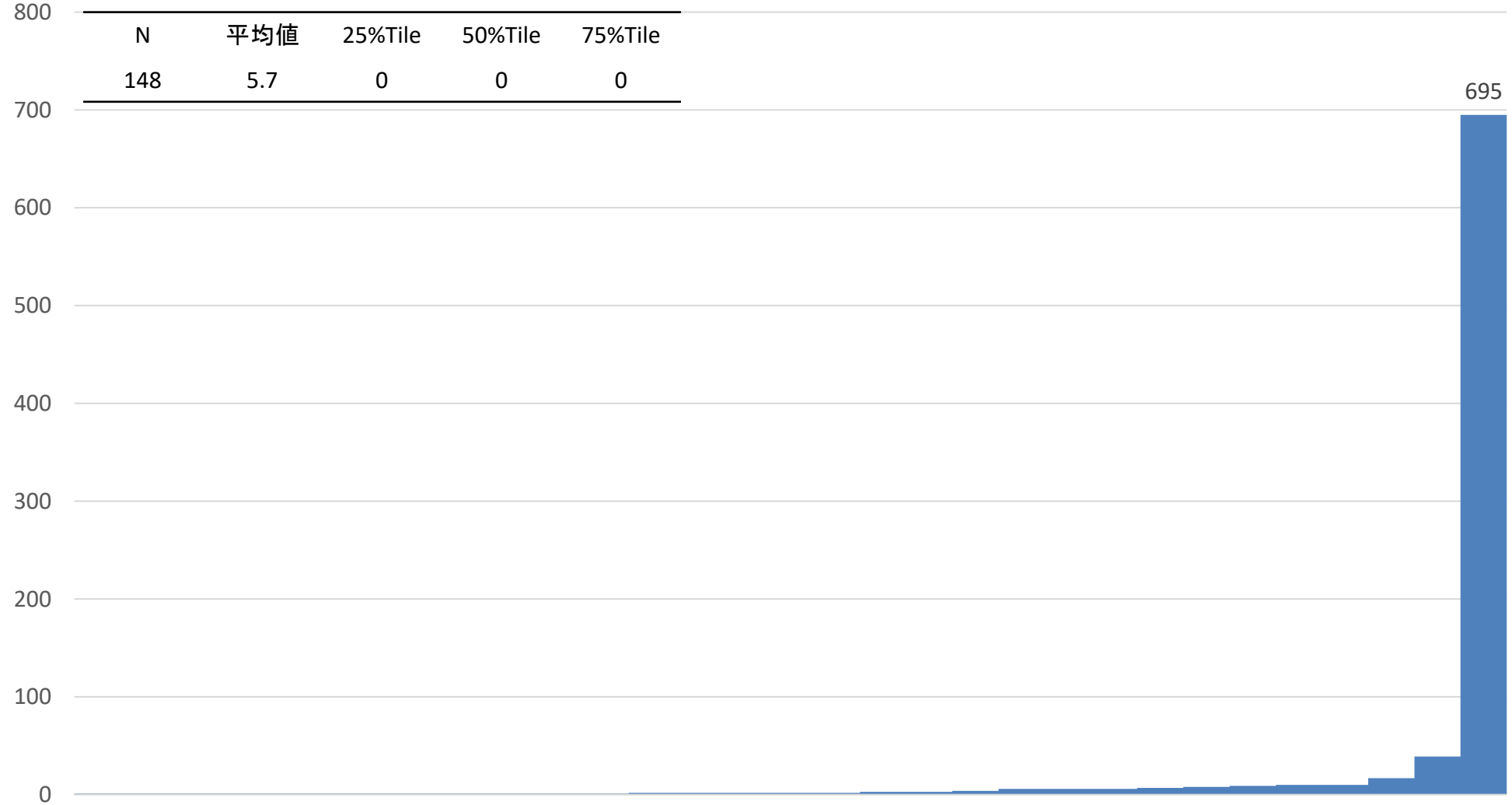
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の実施状況③

○ 情報通信機器を用いた診療における特定疾患管理料の医療機関ごとの算定状況は以下のとおり。
○ 多くの医療機関の算定件数は0件であったが、算定件数が約700件である医療機関を認めた。

（件数）

N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
148	5.7	0	0	0



※グラフは算定回数0件である117医療機関を除いて作図

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定状況

○ 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
○ 令和４年度改定前から算定可能な医学管理料は令和２年から令和４年にかけ増加を認めた。
○ 令和４年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和４年度改定前から算定可能な医学管理料

	R2	R3	R4
特定疾患療養管理料	1138	384	4603
小児科療養指導料	6	3	26
てんかん指導料	54	33	173
難病外来指導管理料	119	49	378
糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1
在宅自己注射指導管理料	117	20	244

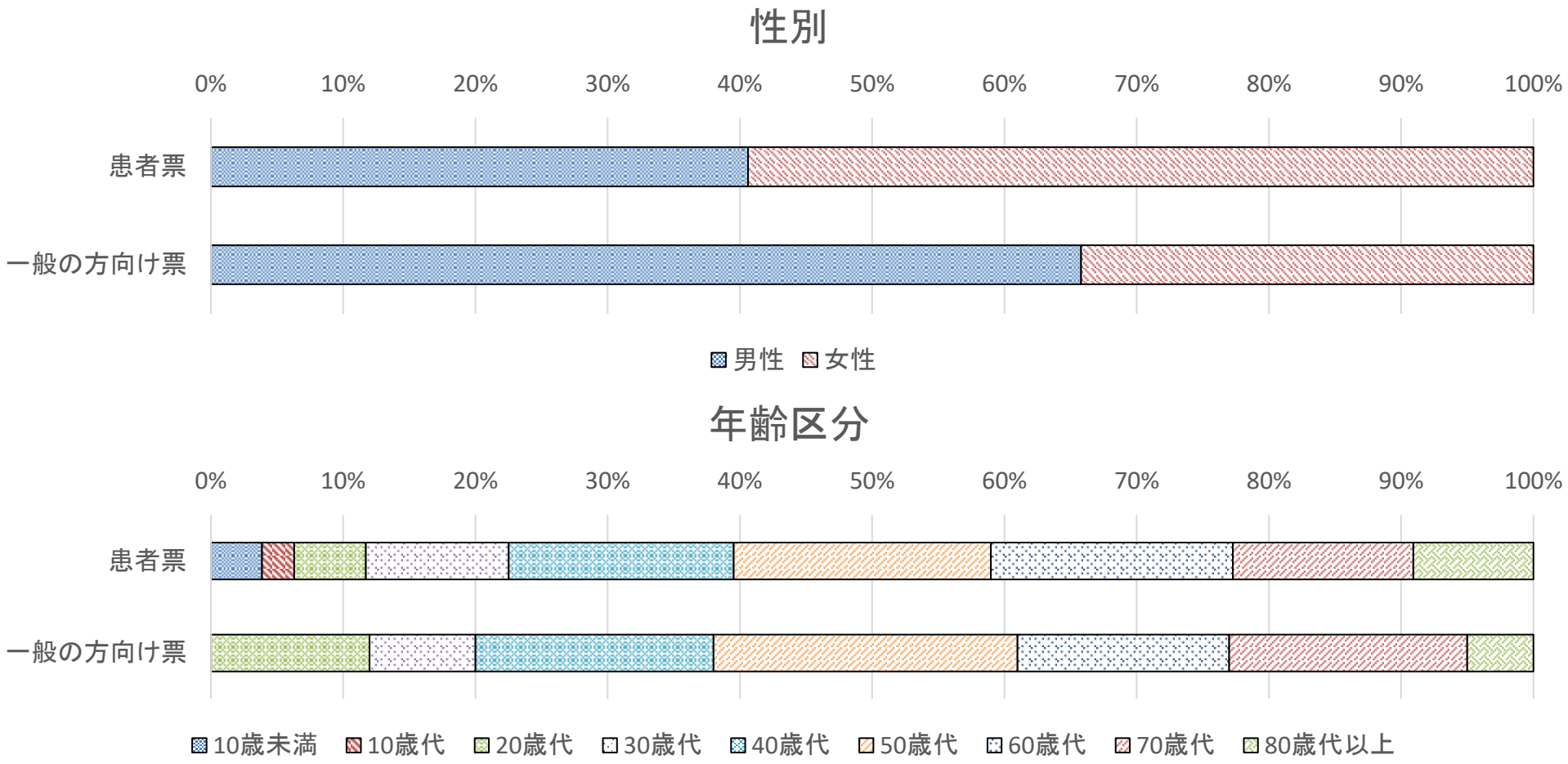
令和４年度改定後より算定可能な医学管理料

	R4
ウイルス疾患指導料	5
皮膚科特定疾患指導管理料	277
小児悪性腫瘍患者指導管理料	0
がん性疼痛緩和指導管理料	2
がん患者指導管理料	6
外来緩和ケア管理料	0
移植後患者指導管理料	1
腎代替療法指導管理料	0
乳幼児育児栄養指導料	72
療養・就労両立支援指導料	0
がん治療連携計画策定料2	0
外来がん患者在宅連携指導料	1
肝炎インターフェロン治療計画料	0
薬剤総合評価調整管理料	0

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

患者票と一般の方向け票の患者特性

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

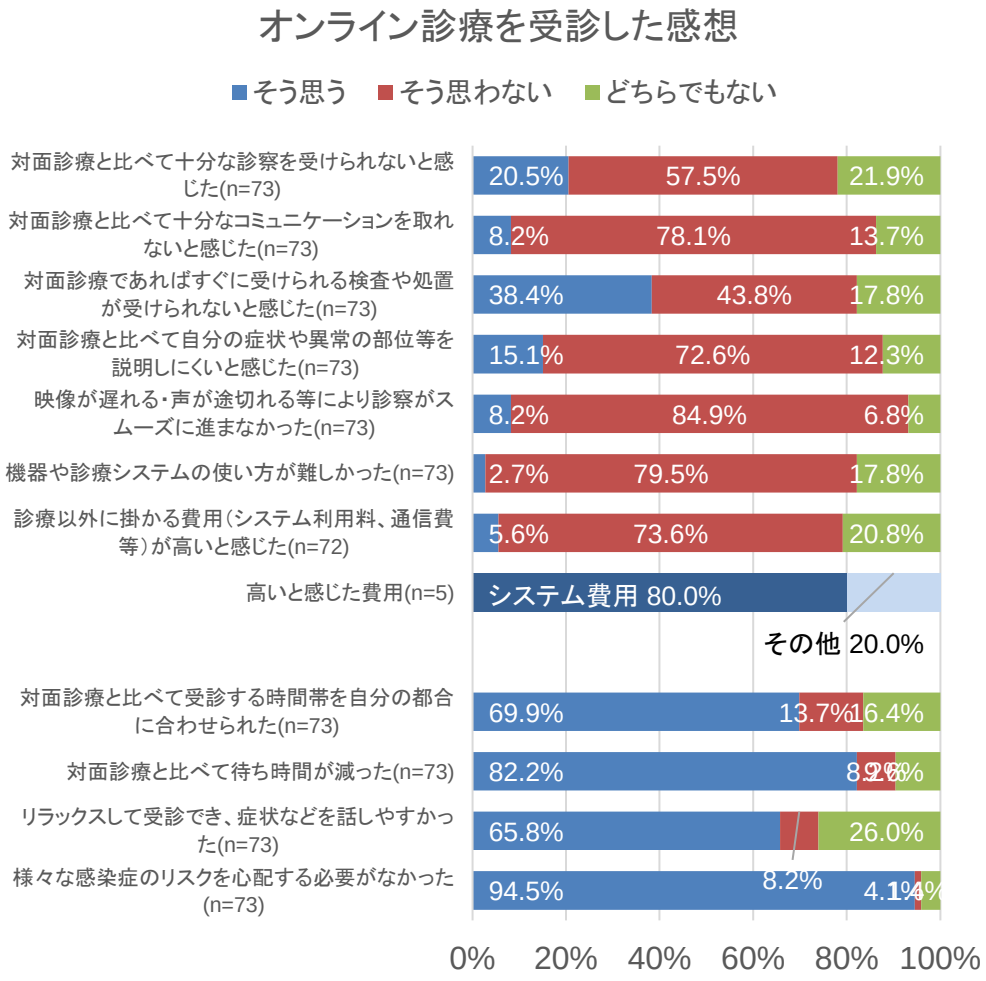


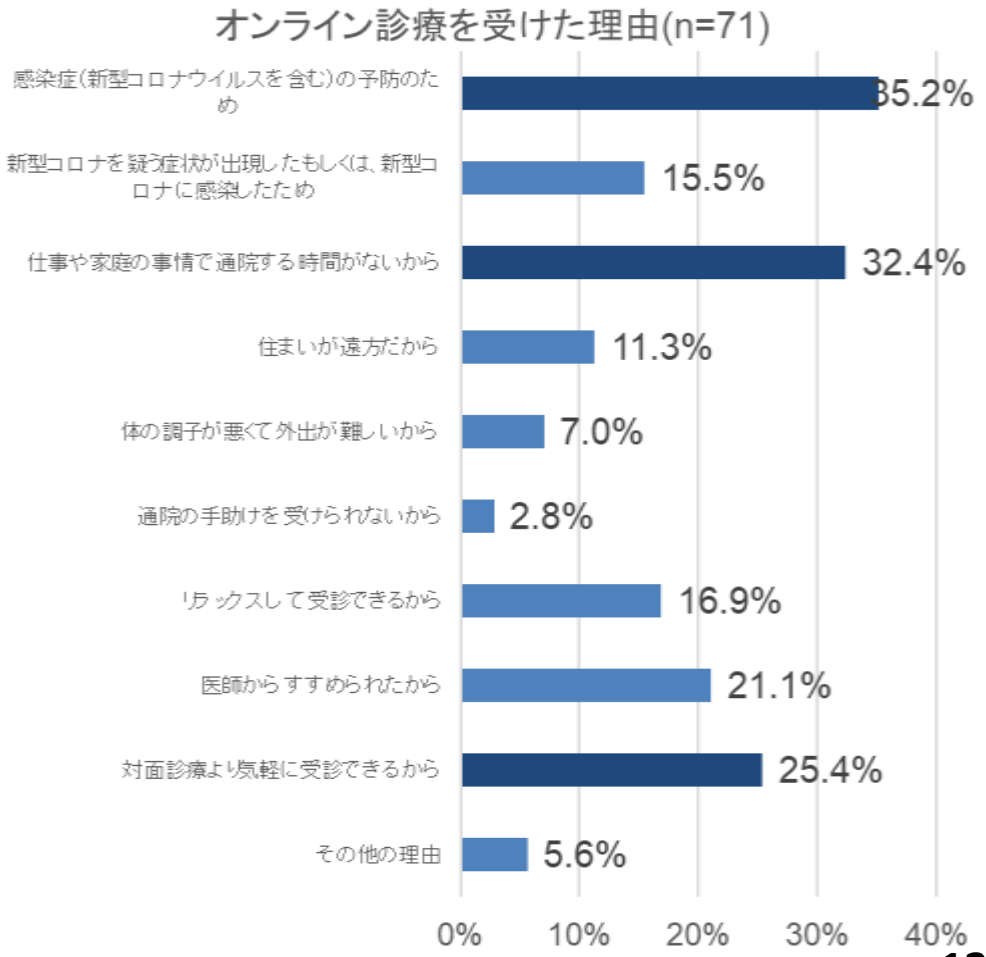
※　患者票は外来受診患者を対象とし、一般の方向け票はインターネットによる調査となっている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票、一般の方向け票）

オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

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



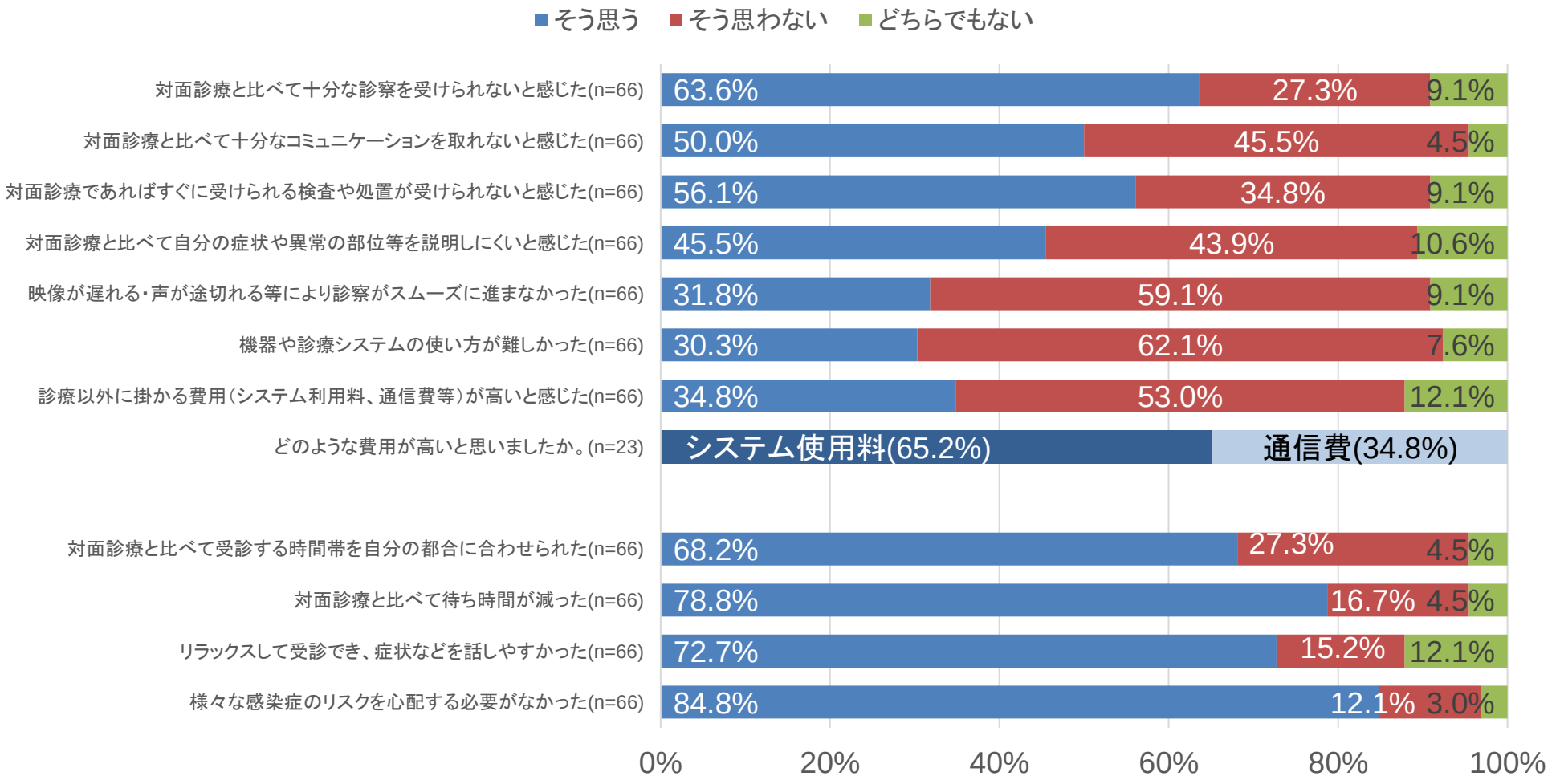


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療を受けた際に感じたこと（インターネット調査）

診調組　入－１
５．６．８

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

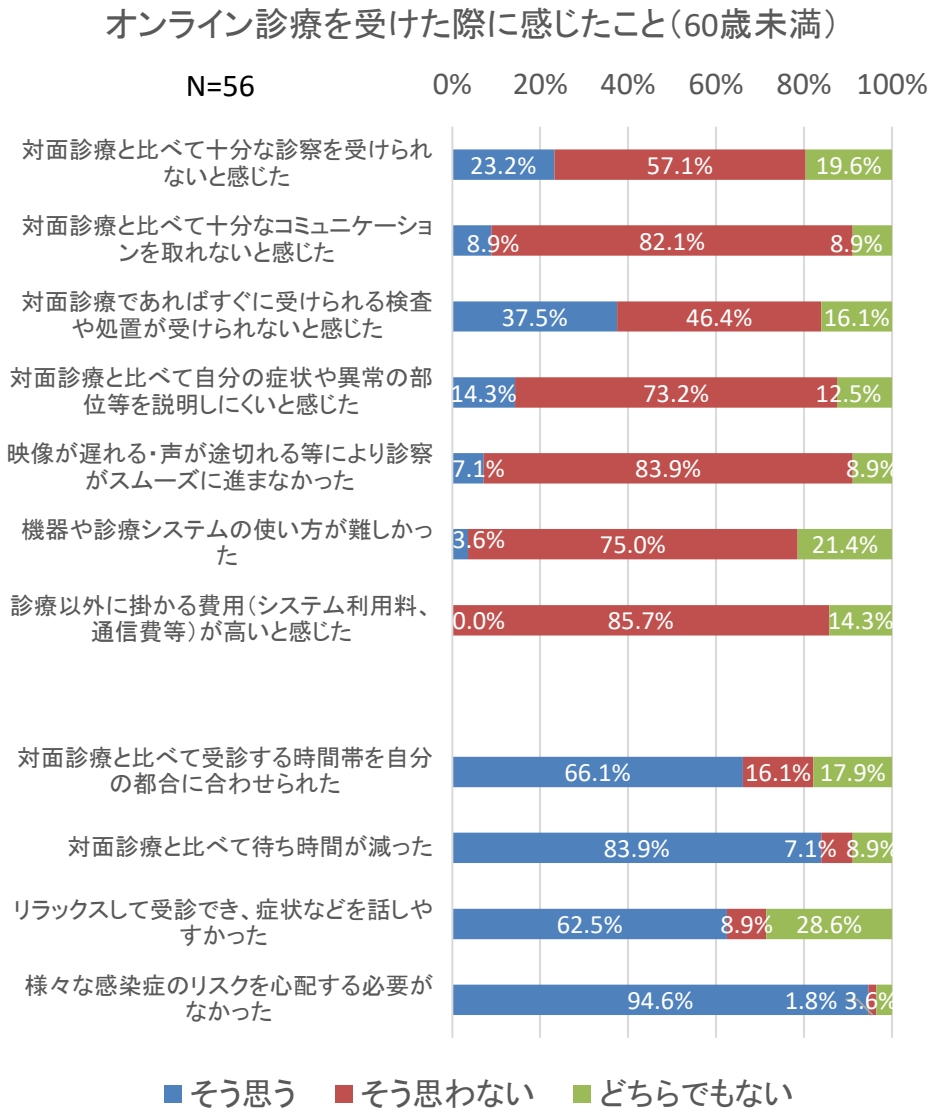


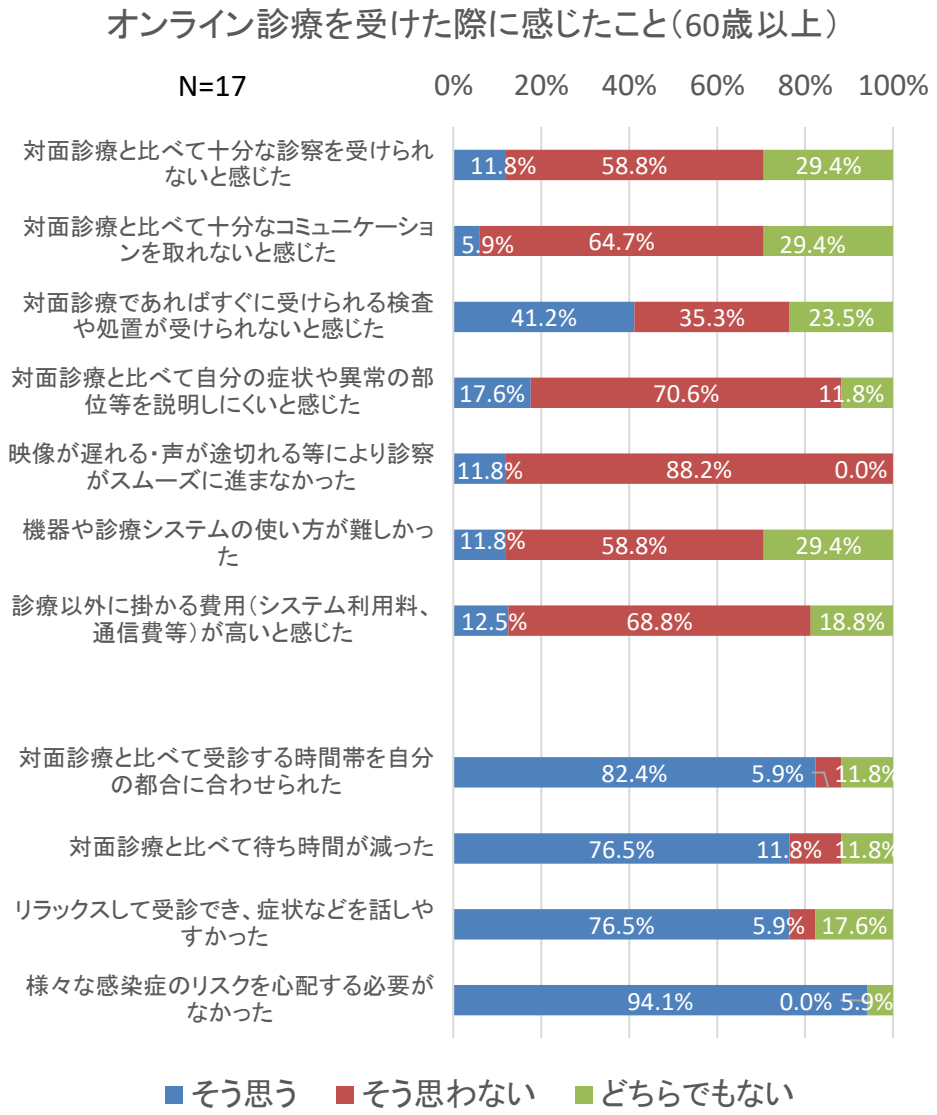
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査、年齢別）

診調組　入－１
５．７．２０

○　オンライン診療を受けた際に感じたことについて、60歳未満と60歳以上で大きく傾向は異ならなかった。

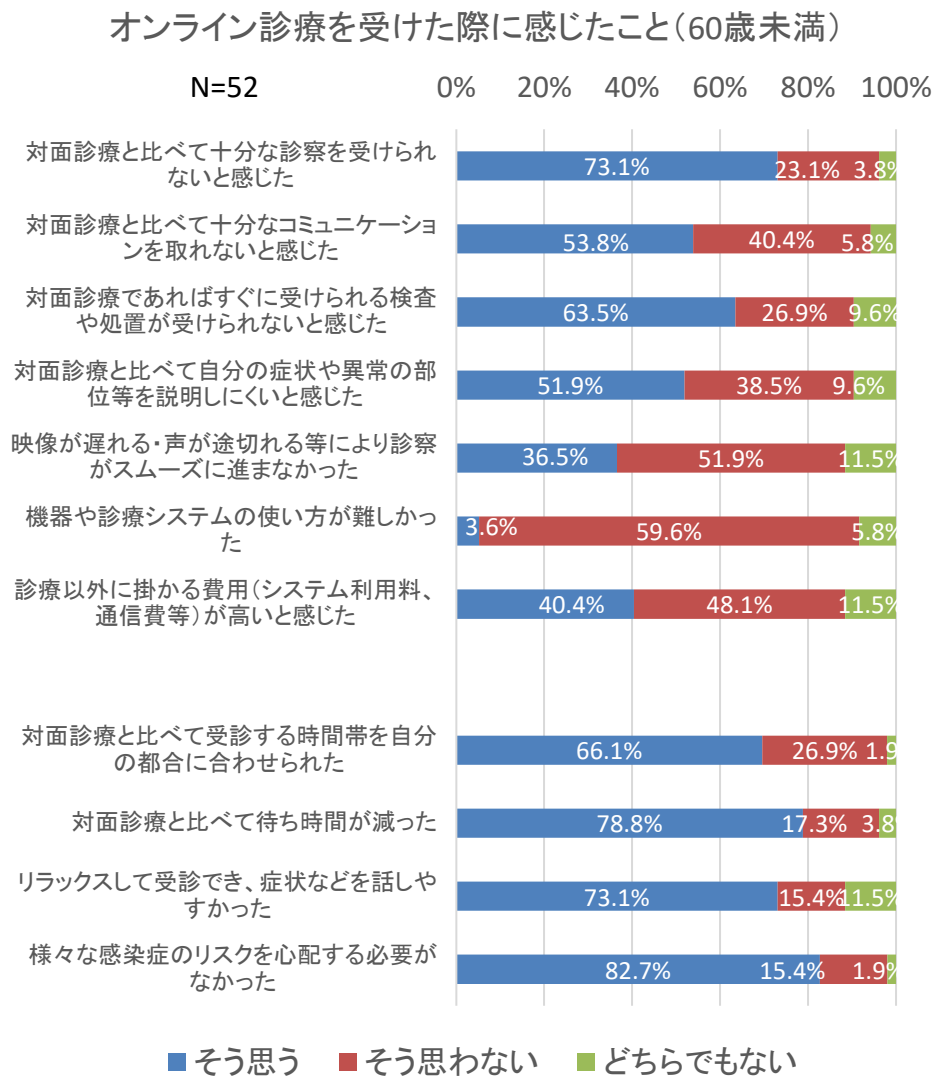


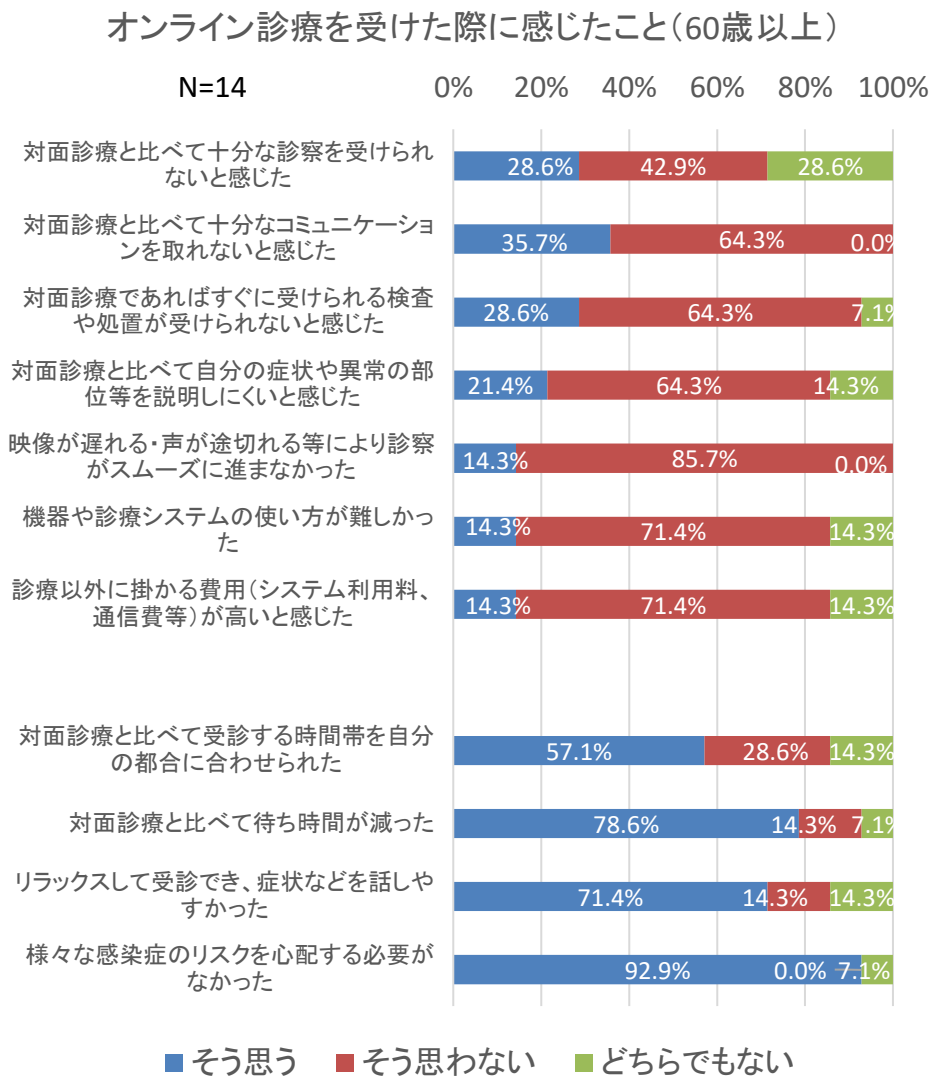


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療を受けた患者の状況等（インターネット調査、年齢別）

○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、対面診療と比べ、「十分な診察が受けられない」等と回答した割合は60歳以上に比べて、60歳未満が多かった。





出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

オンライン診療の適切な実施に関する指針（抄）

オンライン診療の提供体制に関する事項　患者が看護師等といる場合のオンライン診療

1.考え方等

患者が看護師等といる場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2.実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

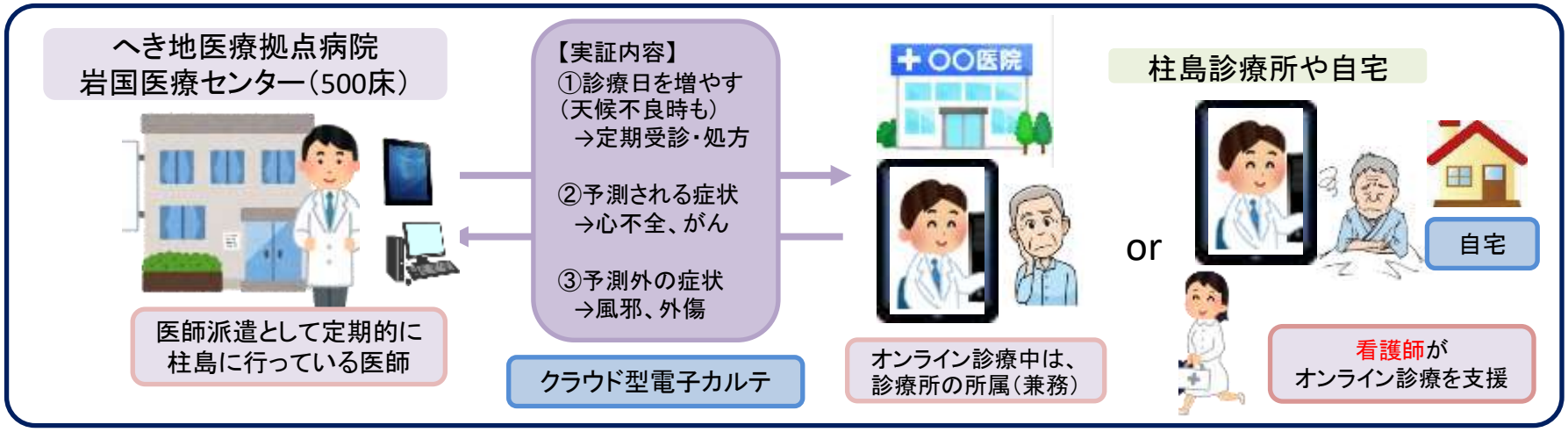
3.提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

出典：オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和5年３月一部改訂））

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）
・同医療圏のへき地医療拠点病院から月２回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
・令和２年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。
・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】
① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けることができる。
② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

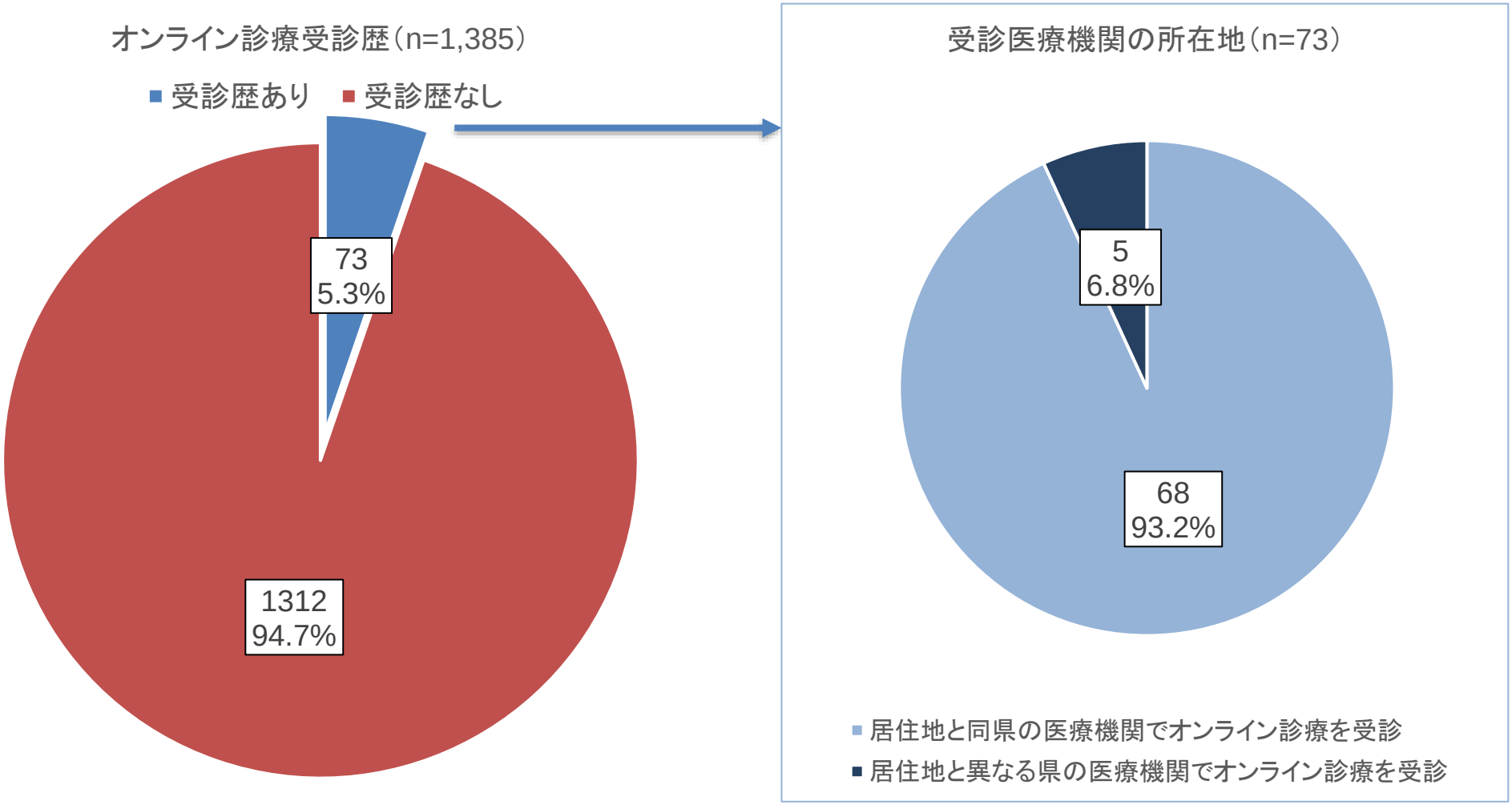
課題
・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

厚生労働行政推進調査事業費「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」研究班作成

オンライン診療の受診歴及び受診医療機関の所在地（患者調査）

診調組　入－１
５．６．８

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

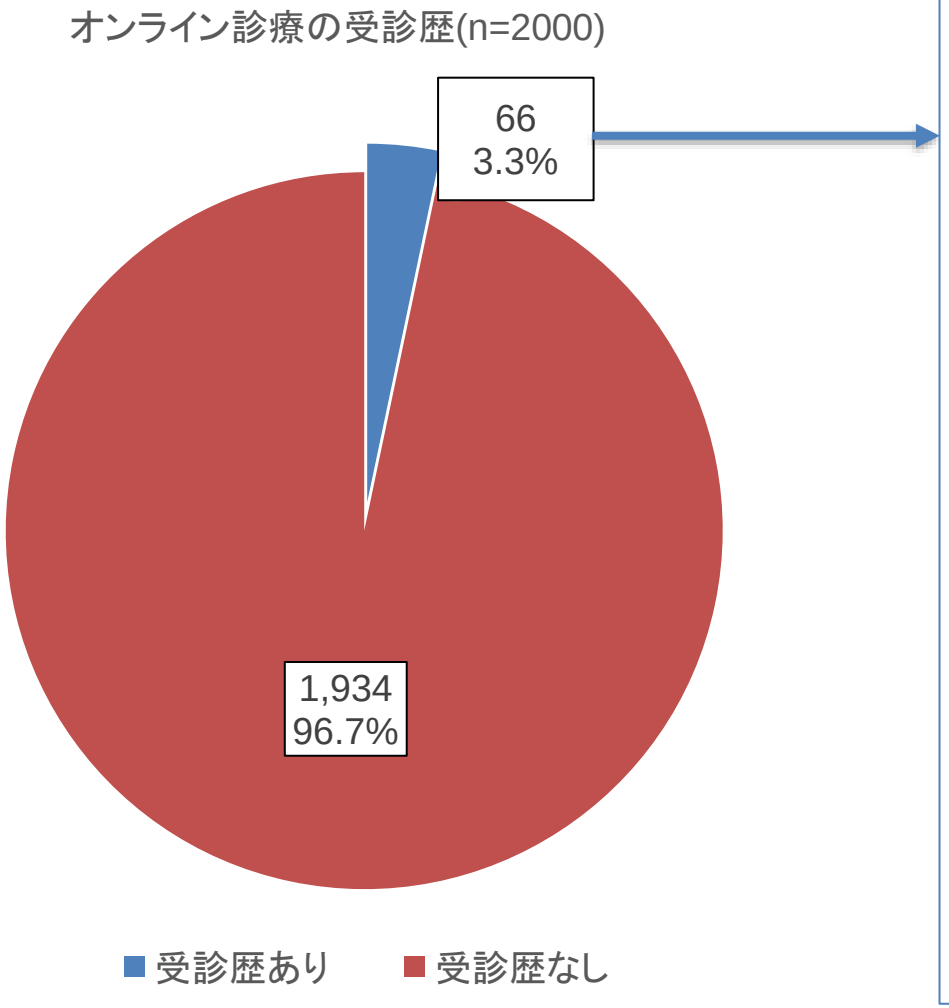


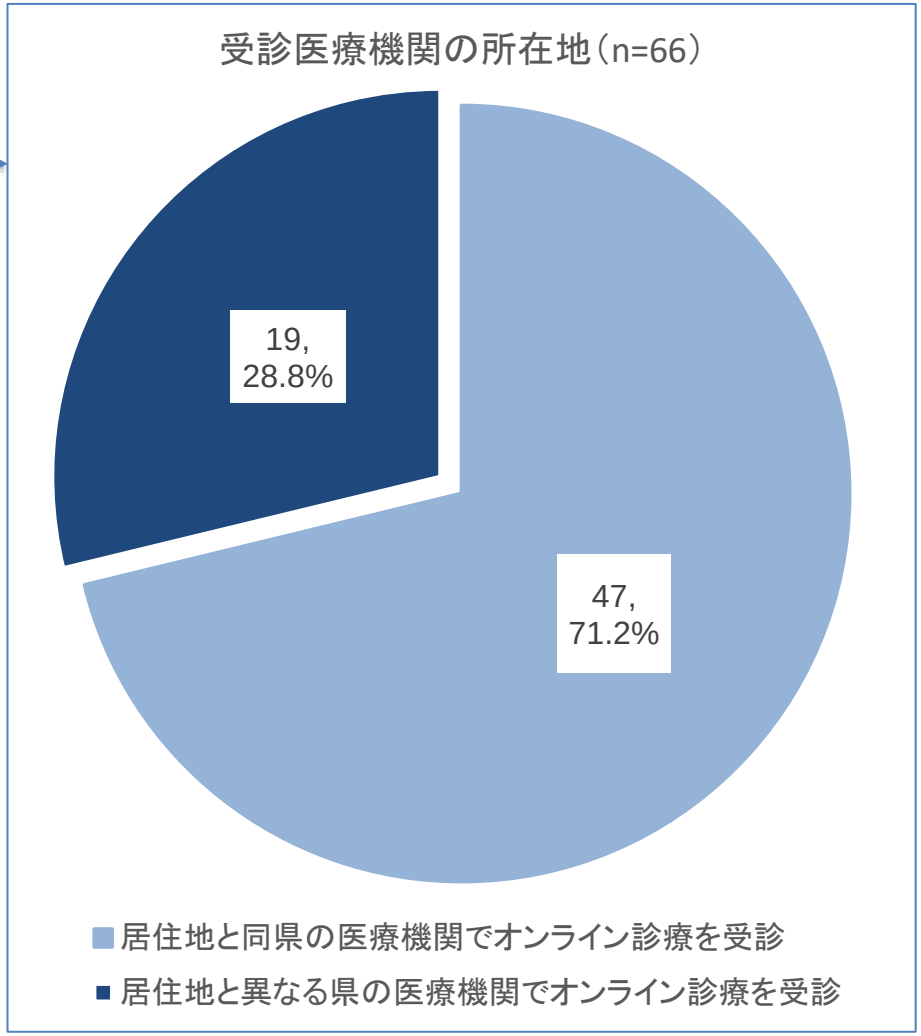
※　受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療の状況（インターネット調査）

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





※　受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

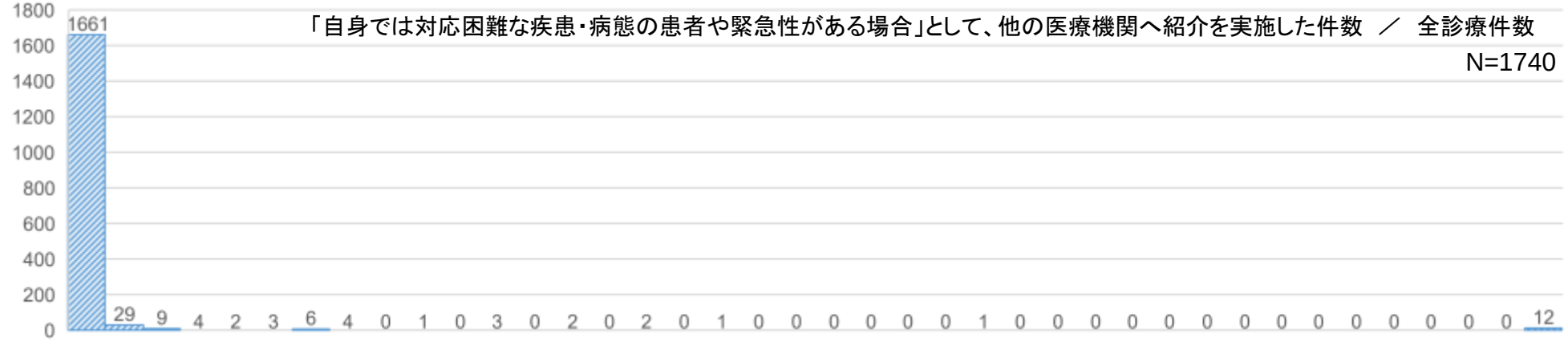
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

他の医療機関へ紹介を実施した件数割合

○　患者の所在毎の、全診療件数のうち、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施した件数割合は以下のとおり。殆どの医療機関は2.5%以下であった。

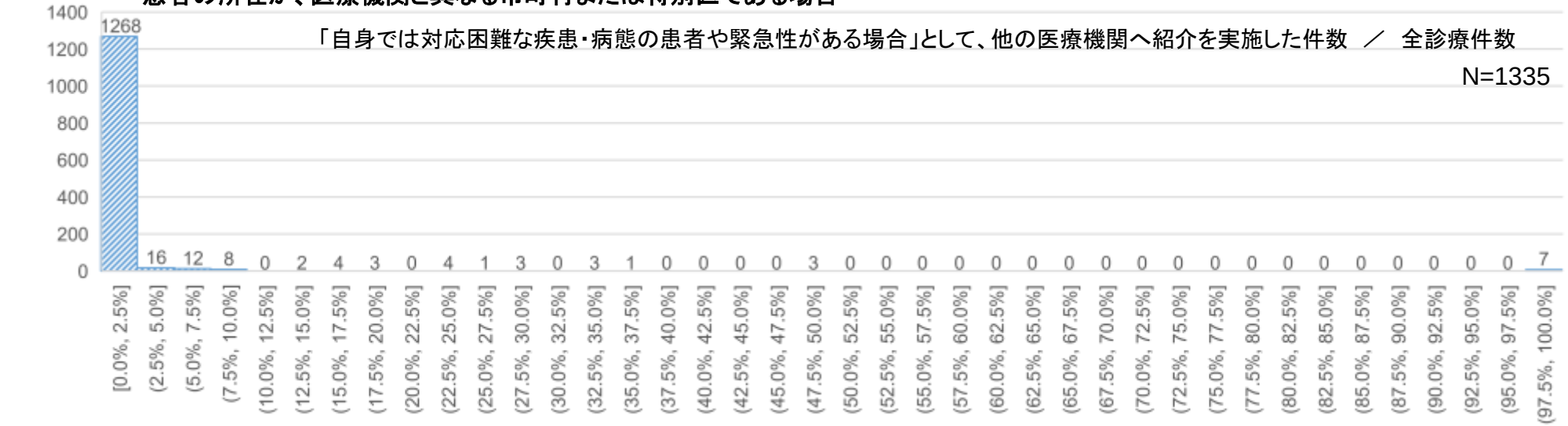
（医療機関数）

患者の所在が、医療機関と同一の市町村または特別区である場合



（医療機関数）

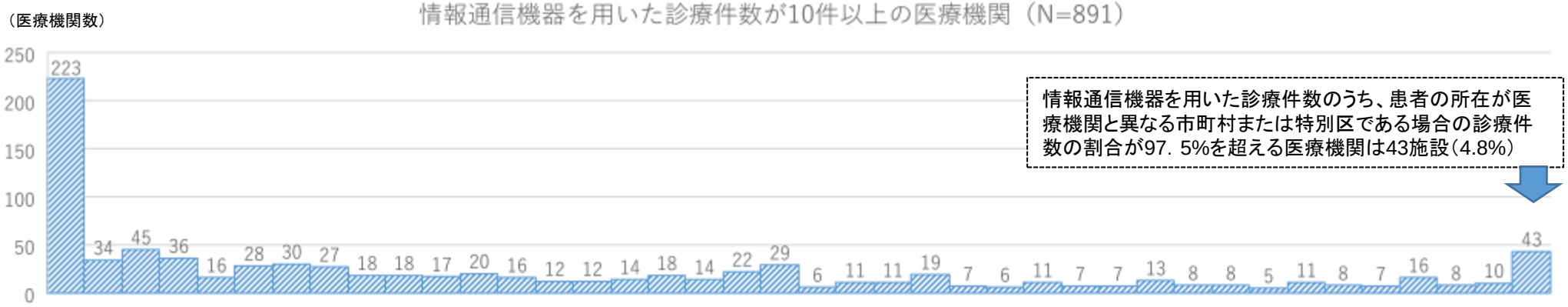
患者の所在が、医療機関と異なる市町村または特別区である場合

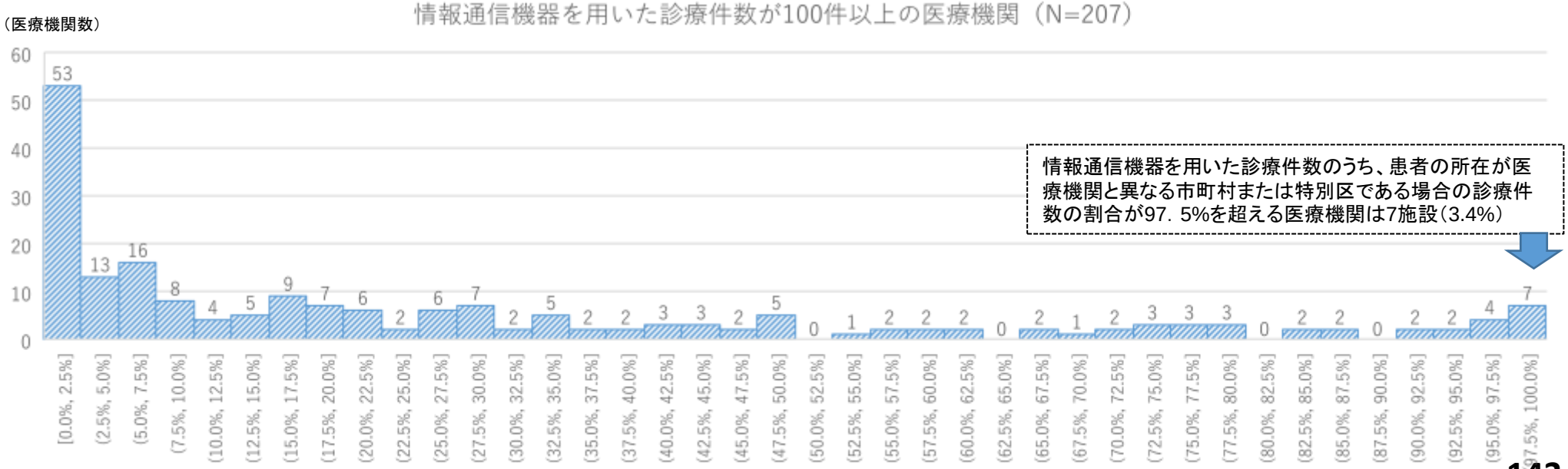


出典：保険局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）

患者の所在について

○ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合は以下のとおり。患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設（4.8%）、100件以上の医療機関では7施設（3.4%）であった。

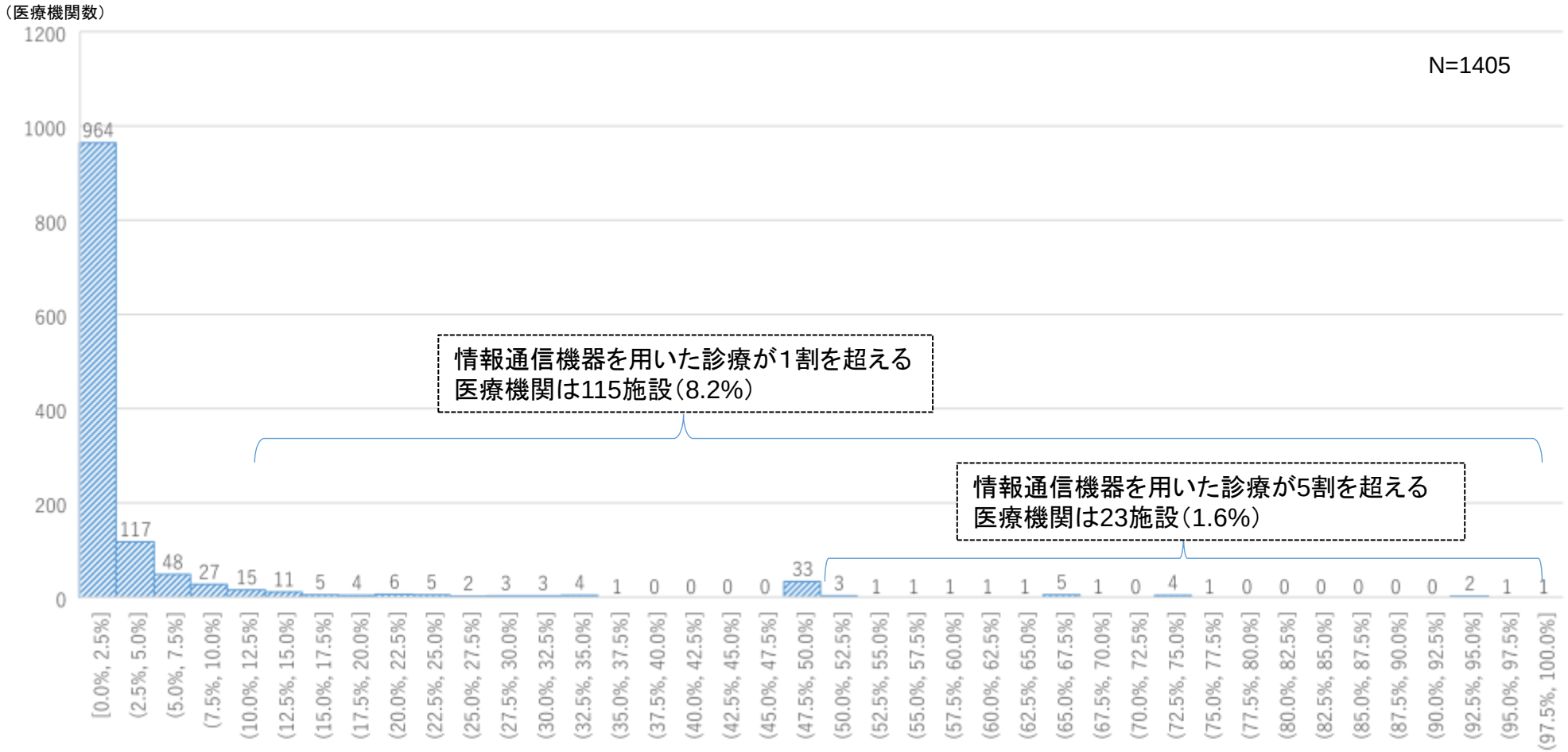




出典：保険局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）　「患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数　／　全診療件数」

情報通信機器を用いた診療の算定割合（保険局医療課調べ）

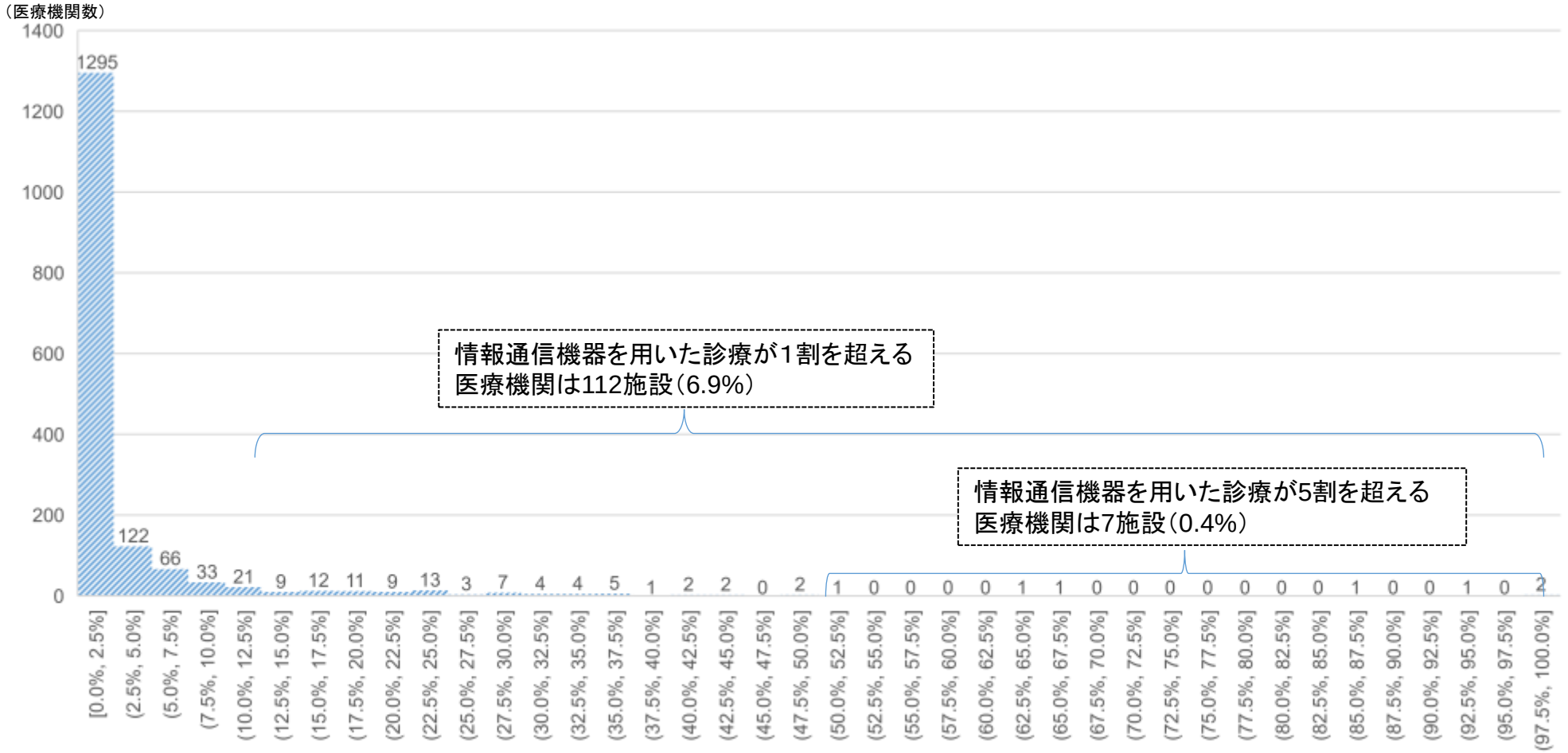
○　外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
○　全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が１割を超える医療機関は115施設（8.2%）であり、５割を超える医療機関は23施設（1.6%）であった。



出典：保健局医療課調べ（令和4年5月診療分）

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

○　外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
○　全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が１割を超える医療機関は112施設（6.9%）であり、５割を超える医療機関は７施設（0.4%）であった。



情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料を算定した1628医療機関を対象
初診・再診・外来診療料に占める情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料の割合を算出

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

○　情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。
　情報通信機器を用いた初診における傷病名としてはCOVID-19が56.5%と最多であった。
○　対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和４年度 5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	10,682	100.0%
1	ＣＯＶＩＤ－１９	6,035	56.5%
2	急性上気道炎	2,120	19.8%
3	急性気管支炎	1,756	16.4%
4	アレルギー性鼻炎	1,083	10.1%
5	急性咽頭炎	669	6.3%
6	発熱	646	6.0%
7	咽頭炎	642	6.0%
8	コロナウイルス感染症	542	5.1%
9	気管支喘息	420	3.9%
10	急性胃腸炎	377	3.5%
11	扁桃炎	306	2.9%
12	湿疹	268	2.5%
13	急性咽頭喉頭炎	234	2.2%
14	不眠症	232	2.2%
15	感冒	226	2.1%
16	咽頭喉頭炎	211	2.0%
17	頭痛	177	1.7%
18	急性胃炎	154	1.4%
19	じんま疹	152	1.4%
20	下痢症	151	1.4%
21	廃用症候群	134	1.3%
22	皮脂欠乏症	134	1.3%
23	急性扁桃炎	129	1.2%
24	皮脂欠乏性湿疹	128	1.2%
25	嘔吐症	121	1.1%

No.	傷病名	令和４年度 5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数	18,097,507	100.0%
1	ＣＯＶＩＤ－１９	2,226,897	12.3%
2	アレルギー性鼻炎	1,562,467	8.6%
3	近視性乱視	1,138,705	6.3%
4	急性気管支炎	975,795	5.4%
5	急性上気道炎	892,046	4.9%
6	湿疹	742,671	4.1%
7	急性咽頭喉頭炎	678,311	3.7%
8	アレルギー性結膜炎	548,146	3.0%
9	糖尿病	524,424	2.9%
10	耳垢栓塞	519,903	2.9%
11	急性副鼻腔炎	498,260	2.8%
12	気管支喘息	461,144	2.5%
13	急性咽頭炎	443,514	2.5%
14	皮脂欠乏症	428,591	2.4%
15	高血圧症	404,342	2.2%
16	遠視性乱視	385,952	2.1%
17	アトピー性皮膚炎	381,011	2.1%
18	慢性胃炎	365,715	2.0%
19	発熱	356,222	2.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	350,153	1.9%
21	胃炎	315,687	1.7%
22	腰痛症	312,640	1.7%
23	ドライアイ	298,589	1.6%
24	頭痛	296,906	1.6%
25	肝機能障害	295,340	1.6%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

○　情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面診療における再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が27.2%と最多であった。

○　対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和４年度 5月診療月 回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診・外来診療料の算定回数	24,880	100.0%
1	ＣＯＶＩＤ－１９	6,765	27.2%
2	アレルギー性鼻炎	6,702	26.9%
3	高血圧症	3,884	15.6%
4	急性上気道炎	3,657	14.7%
5	気管支喘息	3,340	13.4%
6	便秘症	2,805	11.3%
7	急性気管支炎	2,791	11.2%
8	不眠症	2,754	11.1%
9	アレルギー性結膜炎	2,113	8.5%
10	皮脂欠乏症	2,071	8.3%
11	慢性胃炎	2,061	8.3%
12	高コレステロール血症	1,973	7.9%
13	糖尿病	1,791	7.2%
14	湿疹	1,734	7.0%
15	腰痛症	1,687	6.8%
16	急性咽頭炎	1,405	5.6%
17	高脂血症	1,396	5.6%
18	鉄欠乏性貧血	1,345	5.4%
19	アトピー性皮膚炎	1,256	5.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	1,210	4.9%
21	コロナウイルス感染症	1,128	4.5%
22	骨粗鬆症	1,113	4.5%
23	逆流性食道炎	1,108	4.5%
24	胃潰瘍	1,079	4.3%
25	頭痛	1,007	4.0%

No.	傷病名	令和４年度 5月診療月 回数	構成比%
計	対面による再診・外来診療料の算定回数	62,206,981	100.0%
1	高血圧症	19,348,105	31.1%
2	アレルギー性鼻炎	8,944,790	14.4%
3	不眠症	8,730,208	14.0%
4	便秘症	8,206,032	13.2%
5	糖尿病	8,024,647	12.9%
6	高コレステロール血症	7,770,380	12.5%
7	慢性胃炎	7,157,835	11.5%
8	高脂血症	7,092,086	11.4%
9	腰痛症	6,844,633	11.0%
10	骨粗鬆症	5,421,005	8.7%
11	変形性膝関節症	4,636,653	7.5%
12	逆流性食道炎	4,552,906	7.3%
13	２型糖尿病	4,465,986	7.2%
14	脂質異常症	4,446,350	7.1%
15	高尿酸血症	4,366,523	7.0%
16	アレルギー性結膜炎	4,248,100	6.8%
17	気管支喘息	4,179,183	6.7%
18	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	4,048,947	6.5%
19	湿疹	3,521,267	5.7%
20	狭心症	3,318,654	5.3%
21	近視性乱視	3,202,902	5.1%
22	鉄欠乏性貧血	3,141,966	5.1%
23	皮脂欠乏症	3,079,372	5.0%
24	胃潰瘍	3,032,102	4.9%
25	肩関節周囲炎	2,897,913	4.7%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名（対面診療の割合５割未満）

○　対面診療の割合が５割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の５割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。

No.	初診料に係る傷病名	令和4年度 5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	807	100.0%
1	ＣＯＶＩＤ－１９	306	37.9%
2	咽頭炎	268	33.2%
3	不眠症	165	20.4%
4	廃用症候群	134	16.6%
5	神経痛	111	13.8%
6	アレルギー性鼻炎	46	5.7%
7	腰痛症	36	4.5%
8	喘息性気管支炎	32	4.0%
9	頚肩腕症候群	32	4.0%
10	急性上気道炎	28	3.5%
11	湿疹	15	1.9%
12	気管支喘息	15	1.9%
13	皮脂欠乏症	15	1.9%
14	睡眠時無呼吸症候群	15	1.9%
15	胃炎	12	1.5%
16	便秘症	10	1.2%
17	急性胃腸炎	8	1.0%
18	虫刺性皮膚炎	7	0.9%
19	肩関節炎	6	0.7%
20	皮膚そう痒症	6	0.7%
21	浮腫	5	0.6%
22	慢性便秘	5	0.6%
23	咽頭喉頭炎	5	0.6%
24	更年期症候群	5	0.6%
25	変形性膝関節症	4	0.5%

No.	再診料・外来診療料に係る傷病名	令和４年度 5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数	973	100.0%
1	不眠症	386	39.7%
2	アレルギー性鼻炎	296	30.4%
3	高血圧症	239	24.6%
4	気管支喘息	229	23.5%
5	高コレステロール血症	184	18.9%
6	急性胃炎	156	16.0%
7	変形性腰椎症	149	15.3%
8	ＣＯＶＩＤ－１９	143	14.7%
9	２型糖尿病	139	14.3%
10	便秘症	135	13.9%
11	慢性胃炎	133	13.7%
12	頚肩腕症候群	123	12.6%
13	糖尿病	115	11.8%
14	逆流性食道炎	112	11.5%
15	胃炎	101	10.4%
16	アトピー性皮膚炎	90	9.2%
17	高脂血症	87	8.9%
18	アレルギー性結膜炎	86	8.8%
19	変形性膝関節症	83	8.5%
20	浮腫	83	8.5%
21	神経症	79	8.1%
22	低酸素血症	77	7.9%
23	皮脂欠乏症	70	7.2%
24	慢性心不全	65	6.7%
25	急性上気道炎	60	6.2%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

オンライン診療の初診に適さない症状

○　日本医学会連合による提言において、オンライン診療の初診に適さない症状については例えば以下のように示されている。発熱については重症化のリスク因子等がなければオンライン診療は可能とされている。

「日本医学会連合オンライン診療の初診に関する提言（2022 年 11 月 24 日版）」より抜粋

Ⅰ 内科系の症状
1．緊急性により初診からのオンライン診療に適さない状態
(1) 呼吸器系の症状
　ア 急性・亜急性に生じた息苦しさ、または呼吸困難　イ 安静時の呼吸困難　ウ 喀血（大量の血痰）
　エ 急性の激しい咳　オ 喘鳴　カ 急性・亜急性に生じた嗄声
(2) 循環器系の症状
　ア 強い、あるいは悪化する胸痛/胸部圧迫感　イ 突然始まる動悸　ウ 症状を伴う血圧上昇
(3) 消化器系の症状
　ア 強い腹痛　イ 強い悪心/嘔吐　ウ 吐血　エ 血便/下血
(4) 腎尿路系の症状
　ア 発熱を伴う腰痛、排便障害、下肢の症状を伴う腰痛
(5) その他
　ア 強い痛み

2．情報量や対応手段の問題で初診からのオンライン診療に適さない状態
　発熱、咳嗽、咽頭痛などのいわゆる「かぜ症状」のうち、下記の重症化のリスク因子に該当するもの→ 新型コロナウイルス感染症の拡大を受けたオンライン診療の議論の出発点が、感染症患者が医療機関の待合室に集まることを回避することにもあるとすると、発熱こそまずオンラインで診療すべきと考えられ、実際に実績の検証においても、初診からのオンライン診療の症状は発熱やかぜ症状が多い。一方、発熱の鑑別診断は、範囲が広くそれぞれ評価が必要になってくるので、オンライン診療で行えることには限界がある。これらに鑑み、新型コロナウイルス感染者との曝露、感染地域への渡航、重症化のリスク因子（下記参照）、重篤な症状がなければ、適切な自宅療養と対面診療のタイミングを指導し、オンライン診療を行うことは可能と考える。

【重症化のリスク因子】
・高齢者（65 歳以上）・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・心血管疾患・肥満（BMI 30 以上）
・数日間で進行する体重減少又は増加、浮腫・持続性または増加傾向の血痰

オンライン診療における薬剤処方・管理

○ オンライン診療における薬剤処方・管理については指針上以下のように規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。

(5)薬剤 処方・管理

①考え方

医薬品の使用 は 多くの場合 副作用 のリスク を伴うものであり、その処方に当たっては、効能 ・効果 と副作用のリスクとを正確に判断 する必要がある。

このため、医薬品を処方する前に、患者の心身の状態を十分評価できている必要がある。特に、現在行われている オンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない 医薬品 がある 。

また、医薬品の飲み合わせに配慮するとともに 、適切な用量 ・日数を処方し過量処方とならないよう 、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が 払われる べきである。

②最低限遵守する 事項

ⅰ　現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については 、医師の判断により 、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び 新たな 疾患に対 して 医薬品の処方 を行う場合 は 、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと 。

ただし 、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

また、重篤な 副作用 が発現するおそれのある 医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の 患者の 服薬状況の把握に努めるなど 、その リスク管理に最大限努めなければならない 。

ⅱ　医師は、患者に対し、現在服薬し ている医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

③推奨される事項

医師は、患者に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の下、医薬品の一元管理を行うことを求めることが望ましい。

④不適切な例

ⅰ　患者が 、向精神薬 、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない 体重減少目的に使用され うる利尿薬 や糖尿病治療薬 、美容目的 に使用されうる 保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を 希望する など、医薬品の転売 や 不適正 使用 が疑われるような場合に 処方することはあってはなら ず 、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例 。

ⅱ 勃起不全治療薬等 の医薬品を 、禁忌の確認 を行うのに 十分な 情報が得られていないにもかかわらず 、オンライン診療 のみで 処方する例 。

出典：オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和5年３月一部改訂））

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

医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正事項

医療機関：労働時間短縮に向けた取組と適切な労務管理

- 労働時間短縮に向けた取組
  - ・タスク・シフト／シェア
  - ・医師の業務の削減
  - ・変形労働時間制等の導入
  - ・ＩＣＴ等の活用
  - ・その他の業務削減・効率化

医師労働時間短縮計画

＋

（取組の前提として）

- 労務時間管理の徹底
  - ・客観的な手法による労働時間の把握
  - ・36協定の締結
  - ・宿日直、研鑽の適正な取扱い　等
- 追加的健康確保措置
  - ・連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息
  - ・面接指導　等

- 医師の確保
  - ・地域の医療機関間の医師配置の見直し等

医師偏在対策

- 診療体制の見直し
  - ・救急等の医療提供の見直し
  - ・診療科の見直し、病院の再編・統合

地域医療構想

適切な労働時間の把握・給与の支払い

医療の質を確保しつつ、時間外・休日労働時間数を削減

大学・大学病院（医育機関・医局機能）

- 診療
- 研究
- 医師の養成

等

医療機関勤務環境評価センター

労働時間短縮に向けた取組・労務管理状況について評価

労働時間短縮に向けた取組や労務管理に関して支援を実施

住民：適切なかかり方

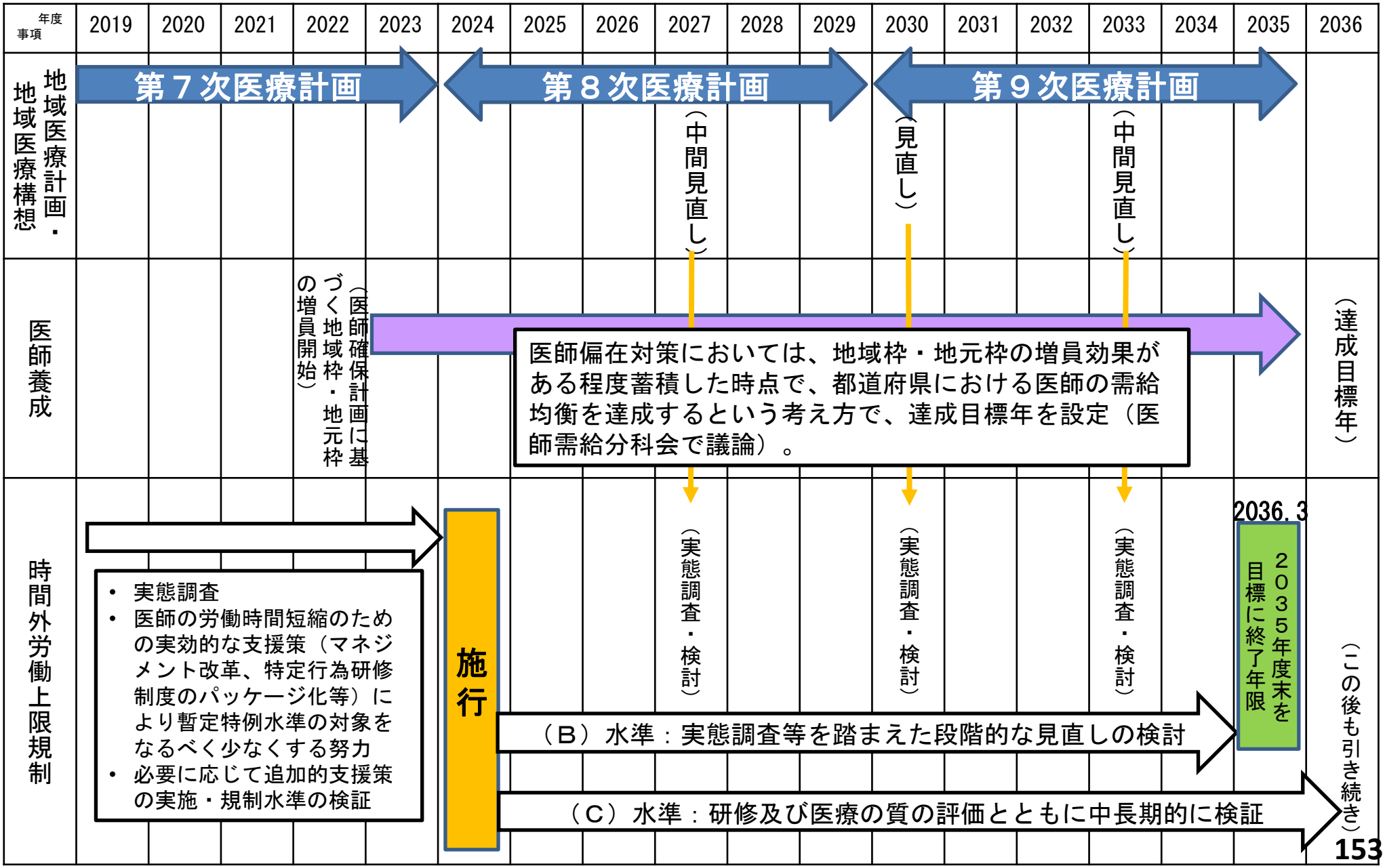
- 医療のかかり方の見直し
- かかりつけ医の活用

⇒ 大病院への集中の緩和

都道府県：地域の医療提供体制の確保

- **勤務環境改善支援**
  - ・医療勤務環境改善支援センター等を通じ、医療機関に対する労働時間短縮等に向けた勤務環境改善の支援
- **医師偏在対策**
  - ・医師確保計画等を通じた地域及び診療科の医師偏在対策
  - ・総合診療専門医の確保等
  - ・臨床研修医の定員の配置等による偏在対策
- **地域医療構想**
  - ・地域の医療ニーズに即した効率的な医療機能の確保
  - ・公立・公的医療機関等の2025年に向けた具体的対応方針の検証

時間外労働規制の施行について（中長期の見通し）

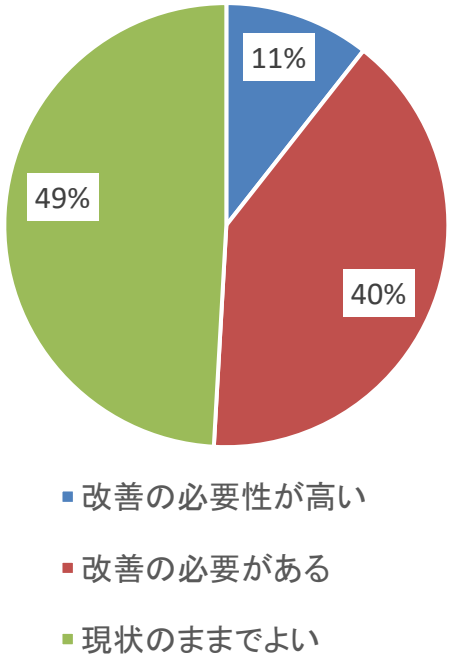


医師の勤務状況の改善の必要性

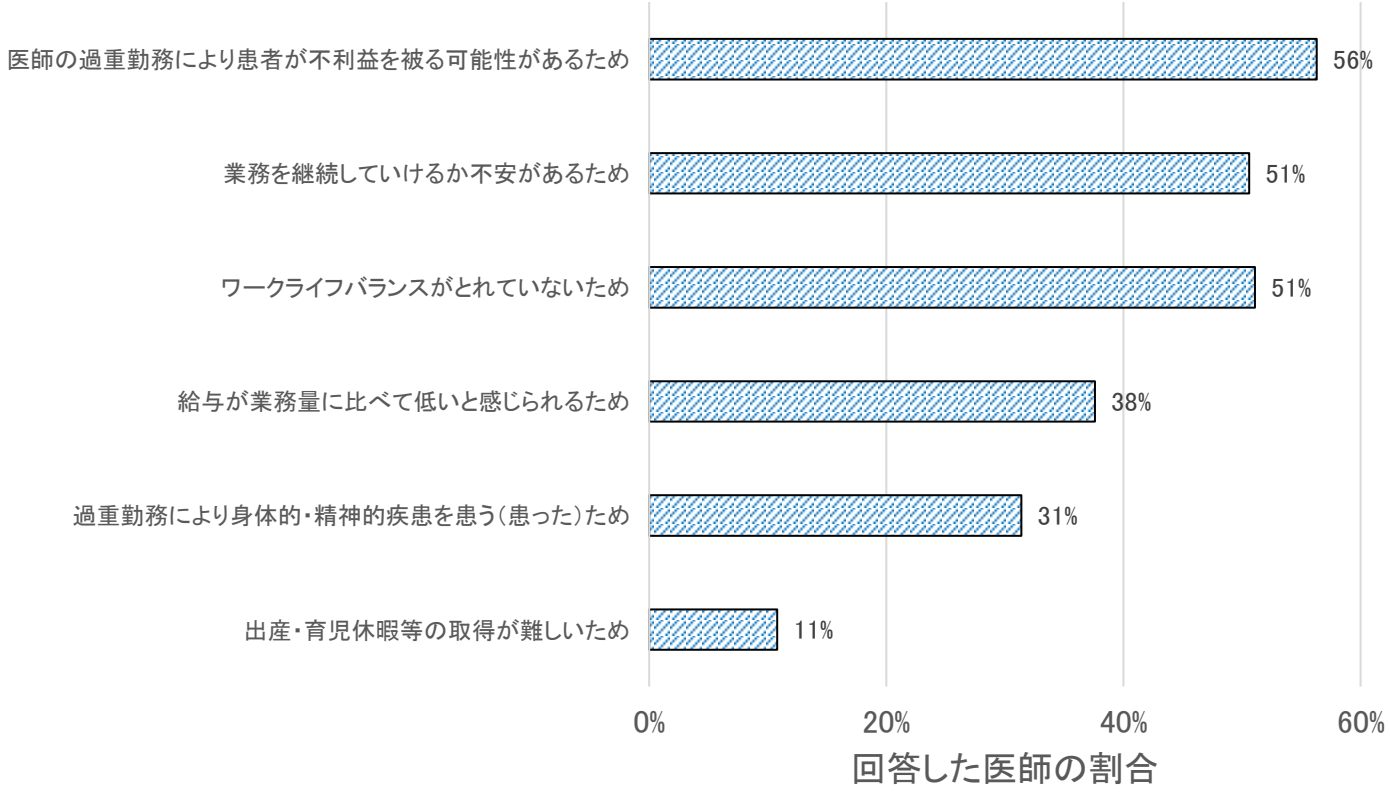
診調組　入－１
５．６．８

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

①現在の勤務状況（n数=2505）
（令和4年11月1日時点）



②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



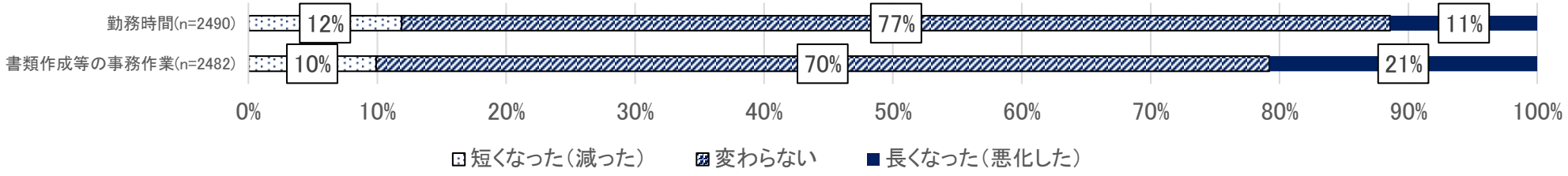
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

医師の勤務状況の以前との比較

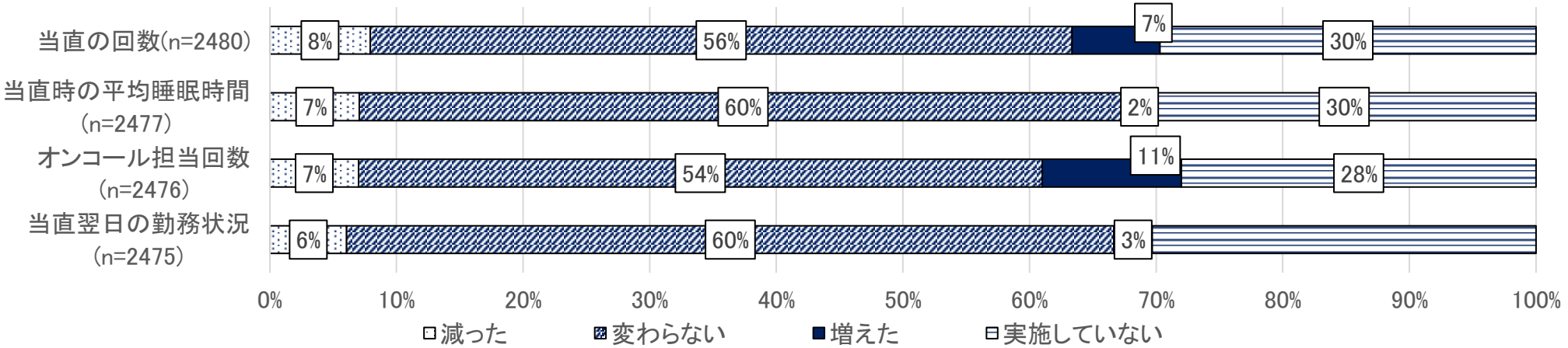
診調組　入－１
５．６．８

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

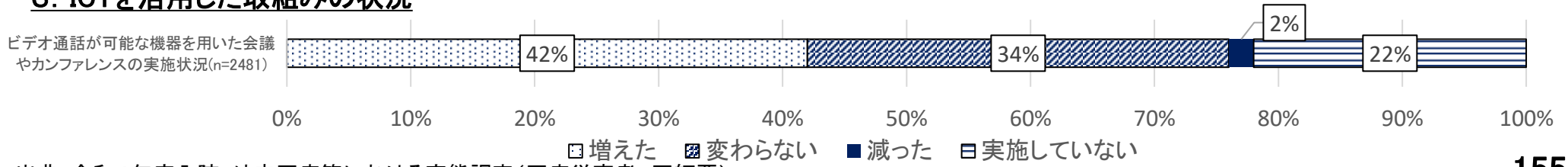
１．勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



２．当直の状況



３．ICTを活用した取組みの状況



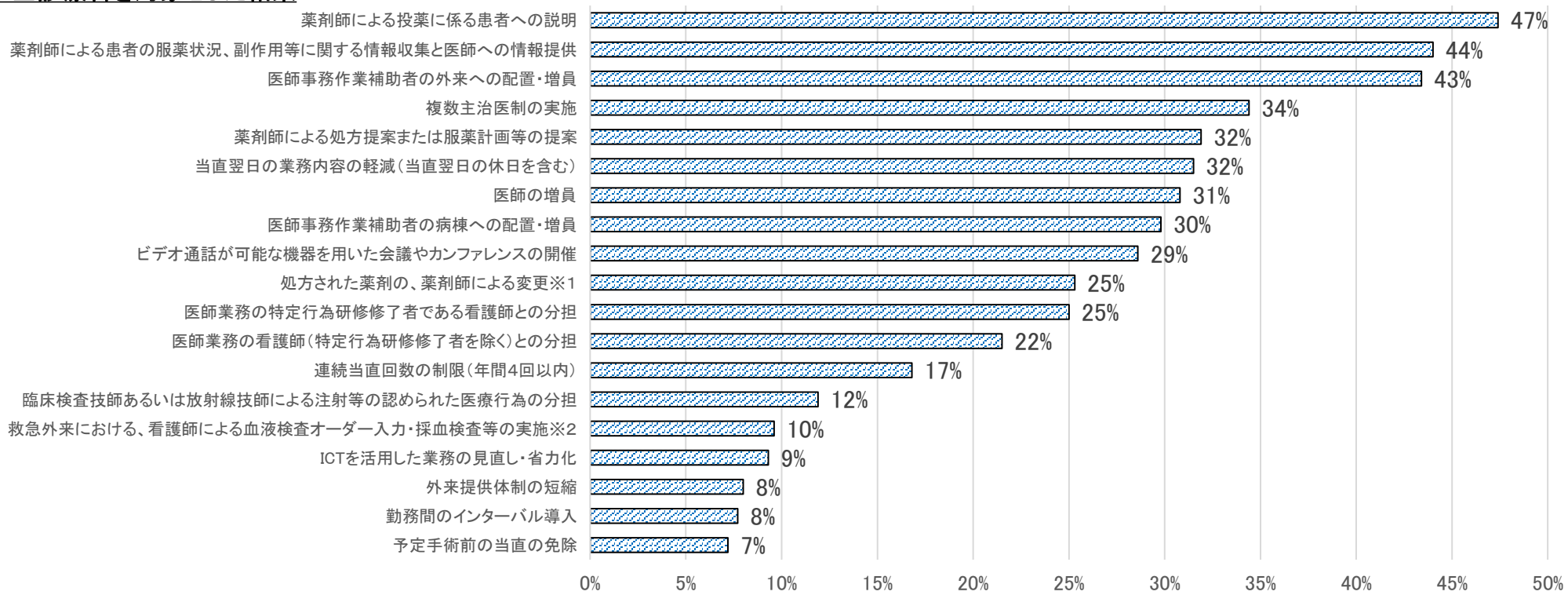
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

医師の負担軽減策の実施状況

診調組　入－１
５．６．８

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

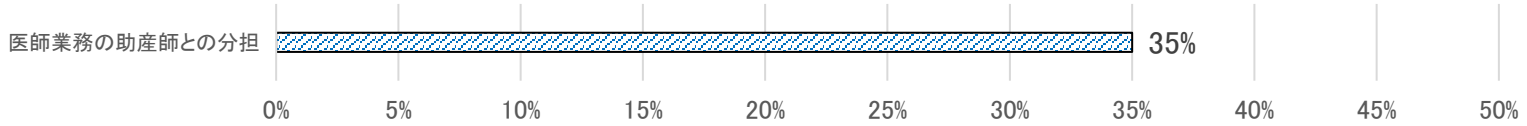
1. 全診療科を対象とした結果



所属している診療科で実施している、と回答した医師の割合（n=2400）

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

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



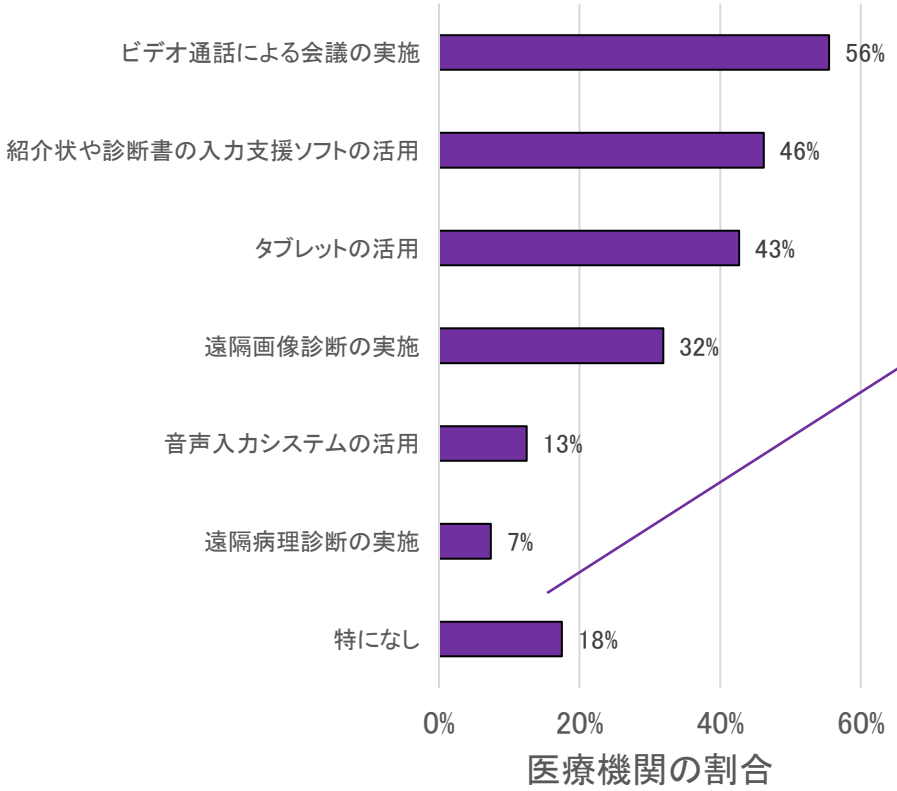
所属診療科で実施している、と回答した医師の割合（産婦人科抜粋）（n=49）

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

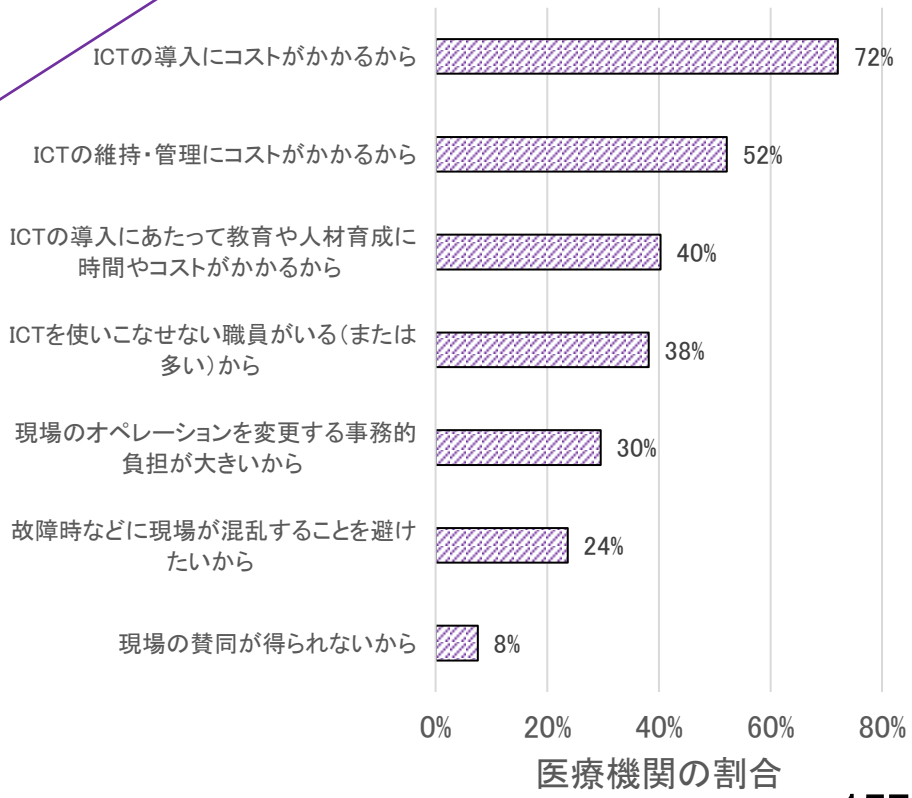
医療機関におけるICTを活用した業務の見直し、省力化の取組

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

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況（n=1,094）



② ICTを活用していない理由（n=186）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

➢ 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。



（新）　地域医療体制確保加算　　520点（入院初日に限る）

※　消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設（改定率0.08%、公費126億円分を充当）。

［算定要件］

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である（※1）こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」（※2）の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開（当該保険医療機関内に掲示する等）

※1　診療報酬の対象とならない医療機関（B水準相当）を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

ア　医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
イ　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
ウ　勤務間インターバルの確保
エ　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
オ　当直翌日の業務内容に対する配慮
カ　交替勤務制・複数主治医制の実施
キ　短時間正規雇用医師の活用



地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

➢ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算　　520点

［施設基準］
「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算　　**620点**

［施設基準］
「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ　**救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。**

ウ　**「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年３月31日医政地発0331第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。**

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

➢ 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めることとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞現行の要件
(地域医療体制確保加算)

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、**必要な事項を記載**すること。（※例示は省略）

⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

（１）労働時間数
以下の全ての項目について、**①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載**
- 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- 年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合
- 年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合

（２）労務管理・健康管理
以下の全ての項目について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載**
- 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- 労使の話し合い、36 協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

（３）意識改革・啓発
以下の項目のうち、最低１つの取組について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中**の取組目標を計画に記載
- 管理者マネジメント研修
- 働き方改革に関する医師の意識改革
- 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）
⑴～⑸それぞれにおいて、最低１つの取組について**①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載**

（１） タスク・シフト／シェア

（２） 医師の業務の見直し

（３） その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

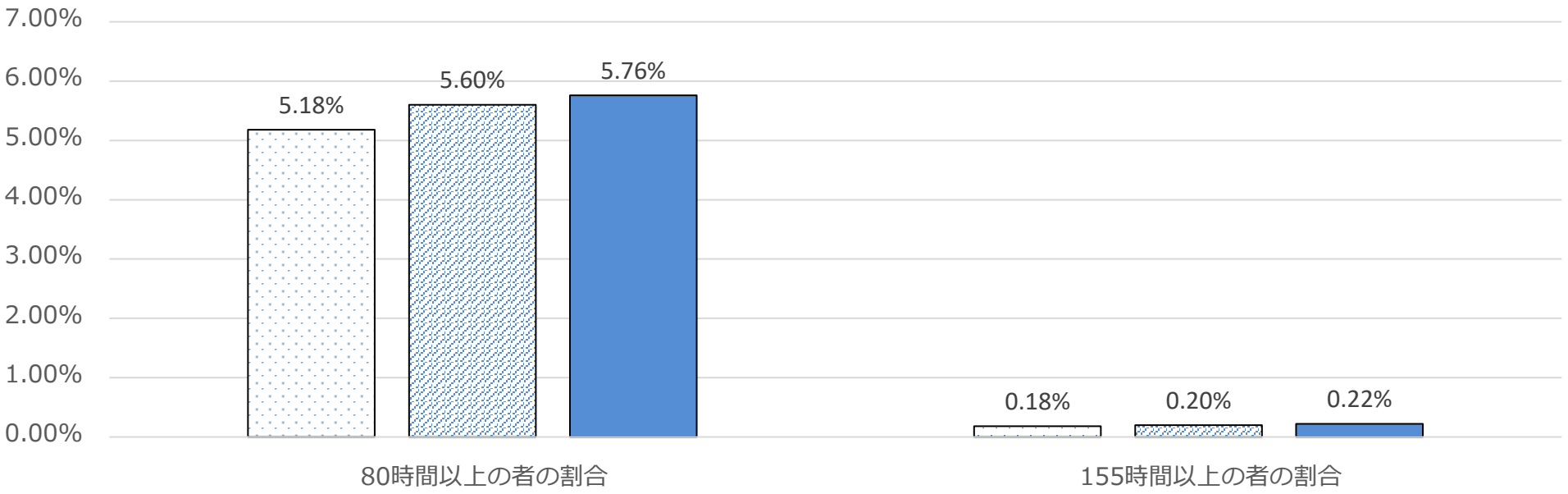
（４）副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

（５）C-１水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況②
長時間労働している勤務医数の推移

○　時間外労働の時間が月155時間（年1,860時間相当）以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間（年960時間相当）以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。

常勤の医師のうち、超過勤務時間が80時間以上、155時間以上の者の割合



	2020		2021		2022	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
80時間以上の者の人数	6,275	5.18%	6,978	5.60%	7,371	5.76%
155時間以上の者の人数	218	0.18%	251	0.20%	280	0.22%
1037医療機関における常勤医師数合計	121,111	100%	124,651	100%	127,982	100%

出典：保険局医療課調べ

地域医療体制確保加算

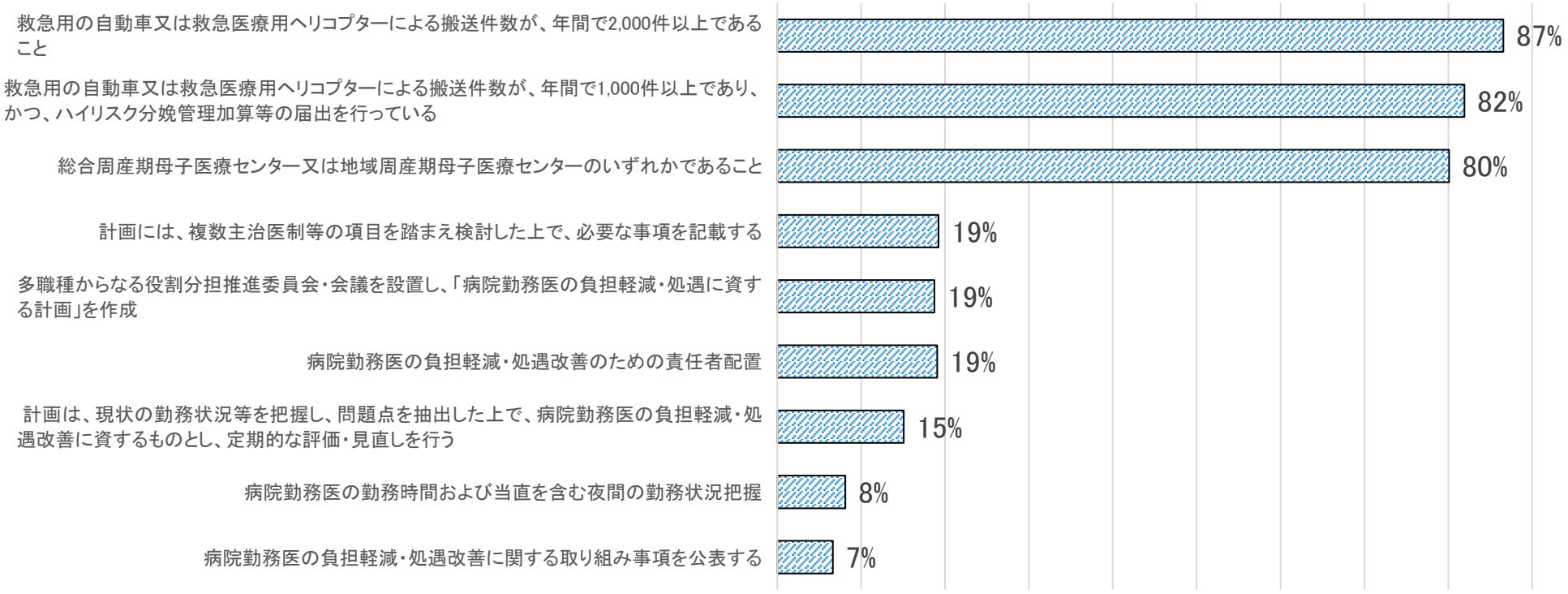
○ 地域医療体制確保加算を届け出ていた医療機関は41%であった。
○ 地域医療体制確保加算を届け出ていない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。

■地域医療体制確保加算の届出有無　(n=1,095)

	医療機関数	(割合)
届出:無	650	59%
届出:有	445	41%

届出:無

■満たせない要件（n=603）

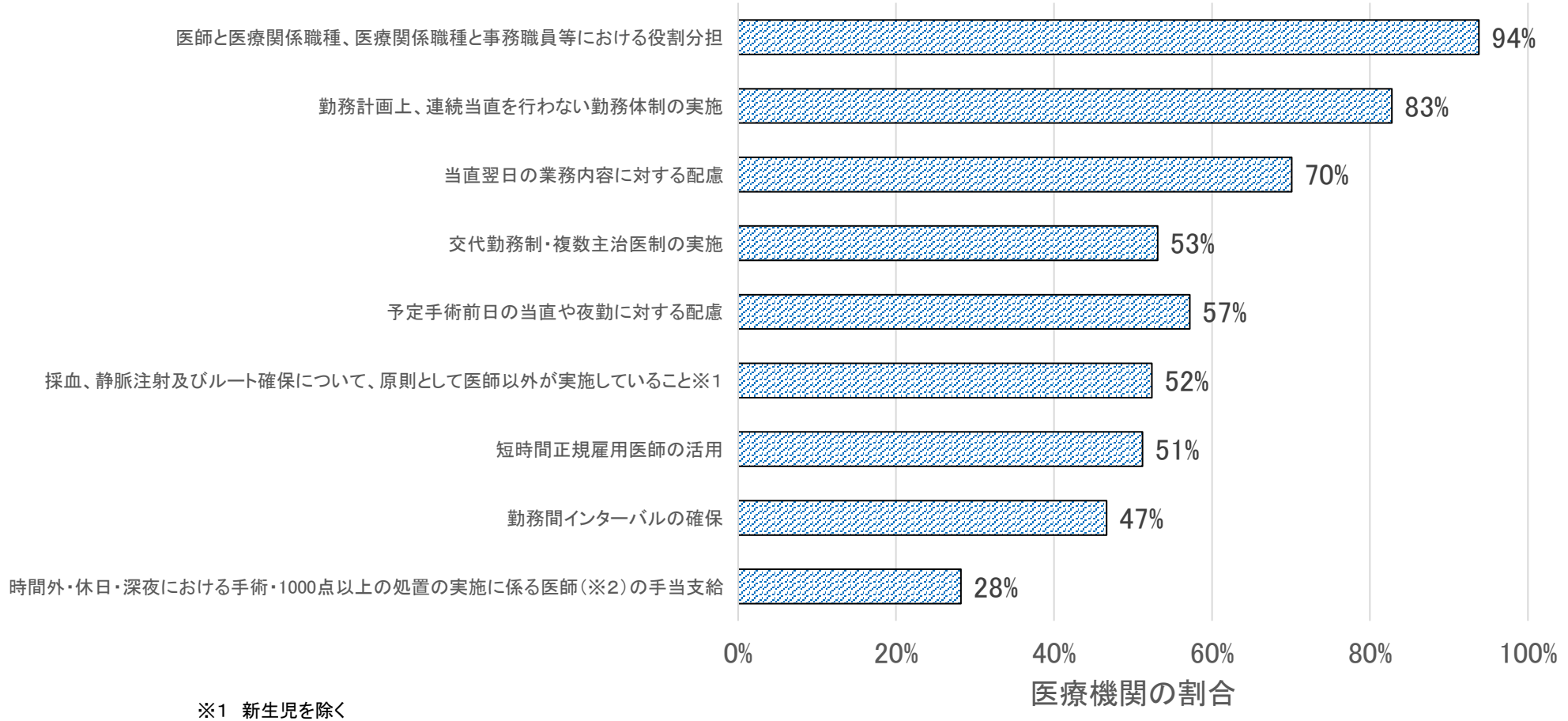


出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票、D票))

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

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

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



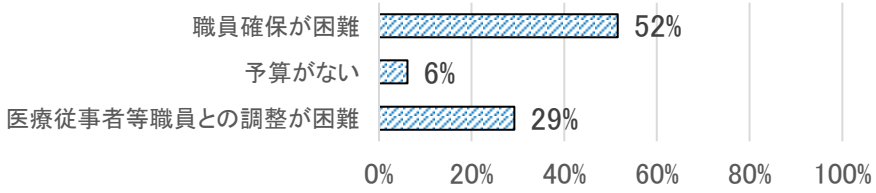
※1　新生児を除く
※2　術者又は第一助手

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

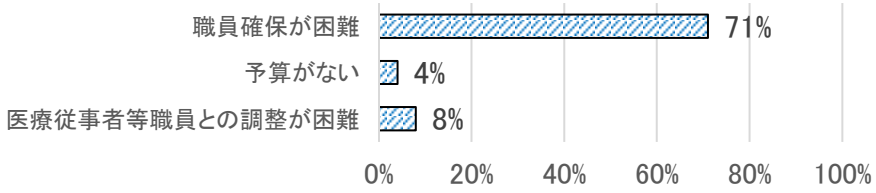
「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施しない理由

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

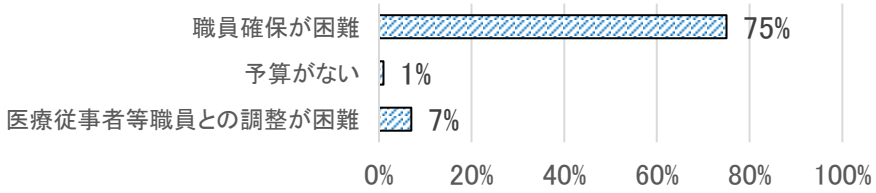
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担



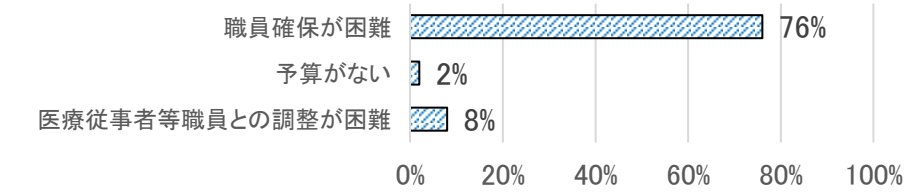
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務



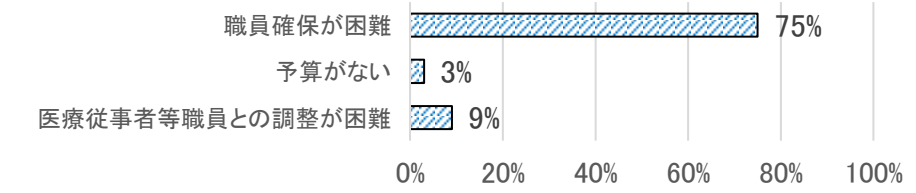
③ 勤務間インターバルの確保



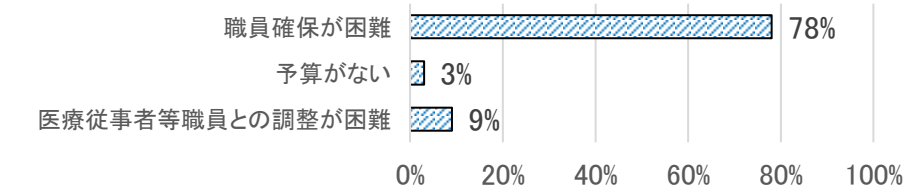
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮



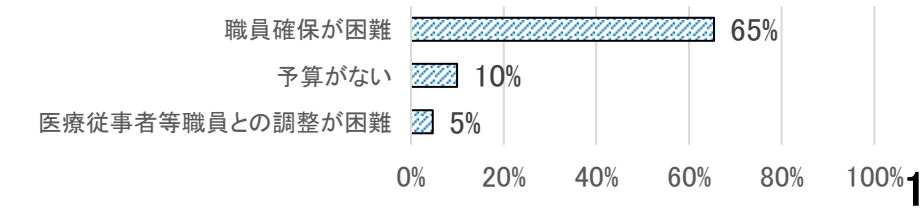
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮



⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施



⑦短時間正規雇用医師の活用



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

○　勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。

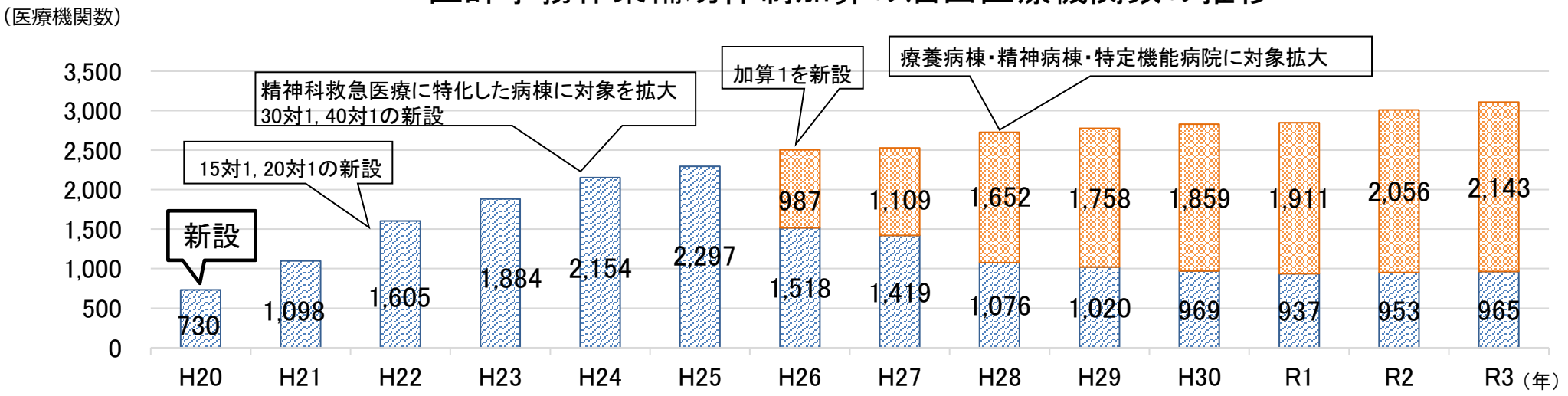
○　病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※　①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容　（必須）
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助者の配置	点数（加算１／加算２）
15対1	1，050点／975点
20対1	835点／770点
25対1	705点／645点
30対1	610点／560点
40対1	510点／475点
50対1	430点／395点
75対1	350点／315点
100対1	300点／260点

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

➢ 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算１及び２について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

現行	改定後
医師事務作業補助体制加算１の施設基準 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。 （新設）	医師事務作業補助体制加算１の施設基準 **（削除）** **当該保険医療機関における３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。** ※　医師事務作業補助体制加算２については上記要件を設けない

（※）医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

➢ 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算１	加算２
１５対１	９７０点	９１０点
２０対１	７５８点	７１０点
２５対１	６３０点	５９０点
３０対１	５４５点	５１０点
４０対１	４５５点	４３０点
５０対１	３７５点	３５５点
７５対１	２９５点	２８０点
１００対１	２４８点	２３８点

改定後

医師事務作業補助者の配置	加算１	加算２
１５対１	**１，０５０点**	**９７５点**
２０対１	**８３５点**	**７７０点**
２５対１	**７０５点**	**６４５点**
３０対１	**６１０点**	**５６０点**
４０対１	**５１０点**	**４７５点**
５０対１	**４３０点**	**３９５点**
７５対１	**３５０点**	**３１５点**
１００対１	**３００点**	**２６０点**

医師事務作業補助体制加算

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

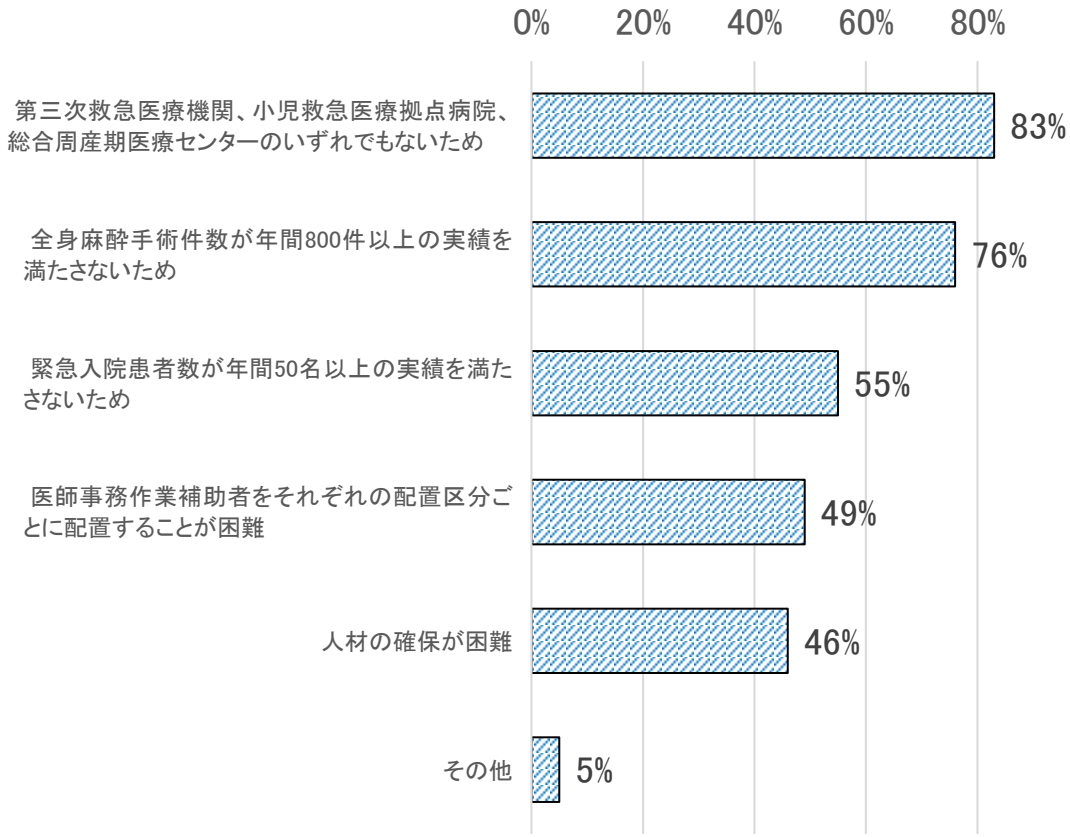
■医師事務作業補助体制加算の届出有無　（n=1086）

	医療機関数	（割合）
届出：無	346	32%
届出：有	740	68%

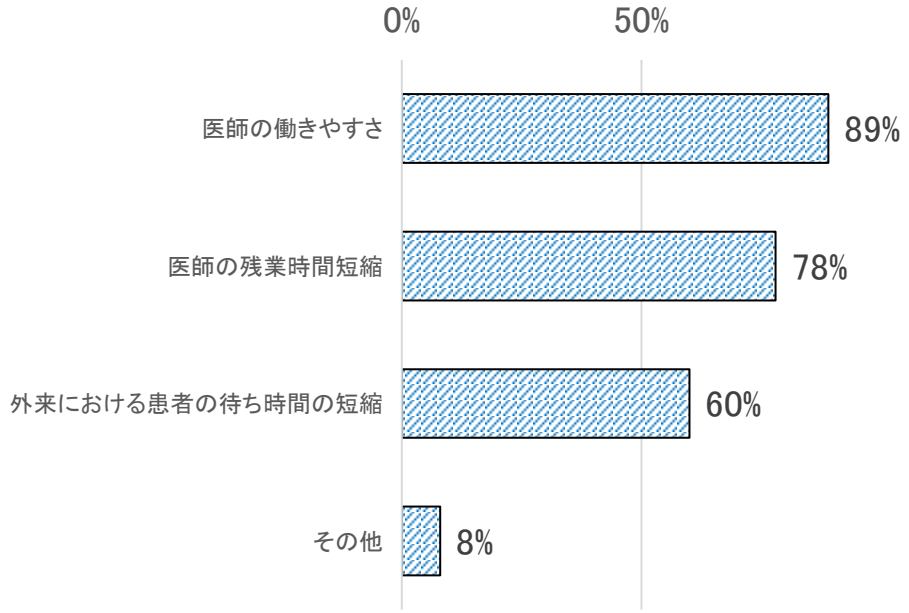
届出：無

届出：有

■届出が困難な理由　（n=340）



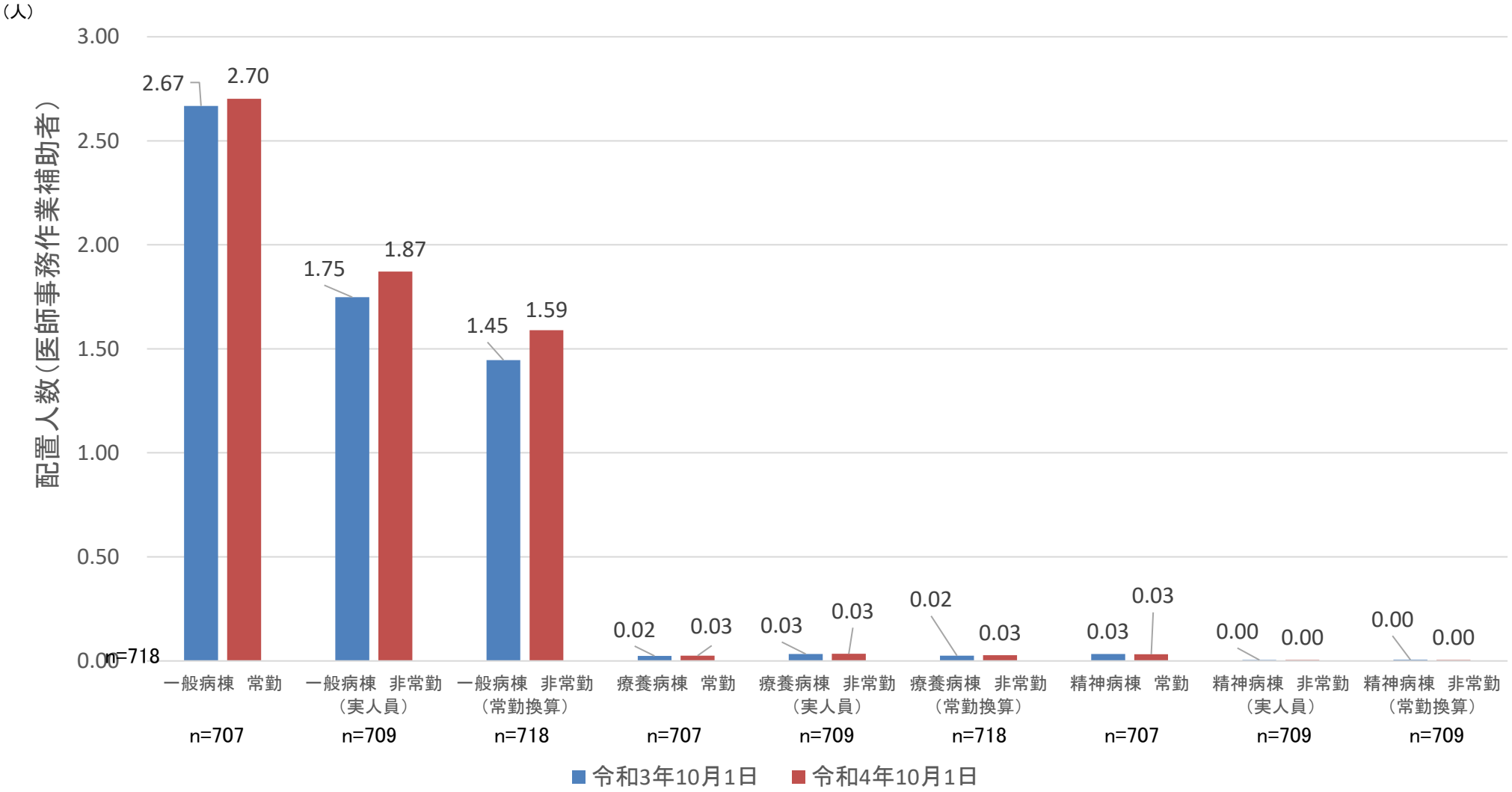
■医師事務作業補助者の効果　（n=725）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

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

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

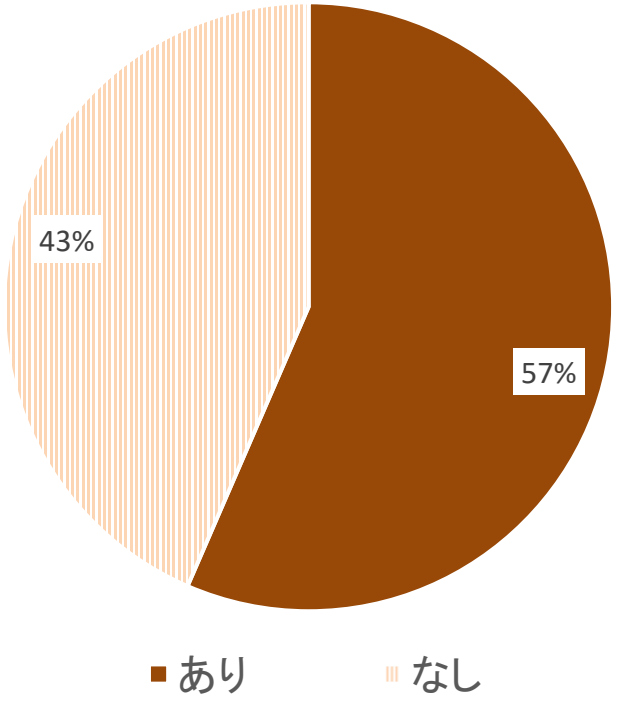


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

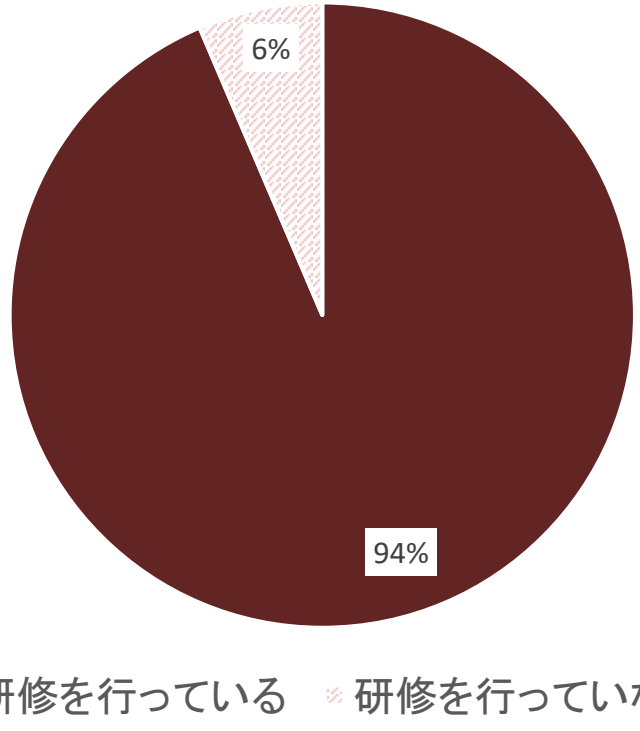
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における医師事務作業補助者の人事

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

■医師事務作業補助者の人事考課の有無
（n=722）



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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		その他
救命救急入院料	入院料1	～3日　10,223点 ～7日　9,250点 ～14日　7,897点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務（治療室内）	4対1	HCU用	測定評価	救命救急センターを有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日　11,802点 ～7日　10,686点 ～14日　9,371点	26 200床	・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・専任の医師が常時勤務（治療室内）	2対1	ICU用（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：8・7 Ⅱ：7・6割	
	入院料3	イ・ロ：～3日　10,223点 イ・ロ：～7日　9,250点 イ：～14日　7,897点 ロ：～60日　8,318点	80 1,639床	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）	4対1	HCU用	測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日　11,802点 イ・ロ：～7日　10,686点 イ・ロ：～14日　9,371点 ロ：～60日　8,318点	80 891床	・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備	・専任の医師が常時勤務（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）	2対1	ICU用（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：8・7 Ⅱ：7・6割	
特定集中治療室管理料（ICU）	管理料1	～7日　14,211点 ～14日　12,633点	141 1,487床	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務（うち2人がICU経験5年以上）（治療室内）	2対1	ICU用（Ⅰ・Ⅱ）	Ⅰ：8割 Ⅱ：7割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日　14,211点 イ：～14日　12,633点 ロ：～60日　12,833点	76 867床	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務（うち2人がICU経験5年以上）（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）				
	管理料3	～7日　9,697点 ～14日　8,118点	349 2,365床	・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務（治療室内）			Ⅰ：7割 Ⅱ：6割	
	管理料4	イ・ロ：～7日　9,697点 イ：～14日　8,118点 ロ：～60日　8,318点	62 565床	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務（治療室内） ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師（医療機関内）				
ハイケアユニット入院医療管理料（HCU）	管理料1	6,855点	621 6,153床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる（医療機関内）	4対1	HCU用	8割	
	管理料2	4,224点	30 309床			5対1		6割	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料（SCU）		6,013点	194 1,592床	・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務（医療機関内） ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可	3対1	一般病棟用（Ⅰ・Ⅱ）	測定評価	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

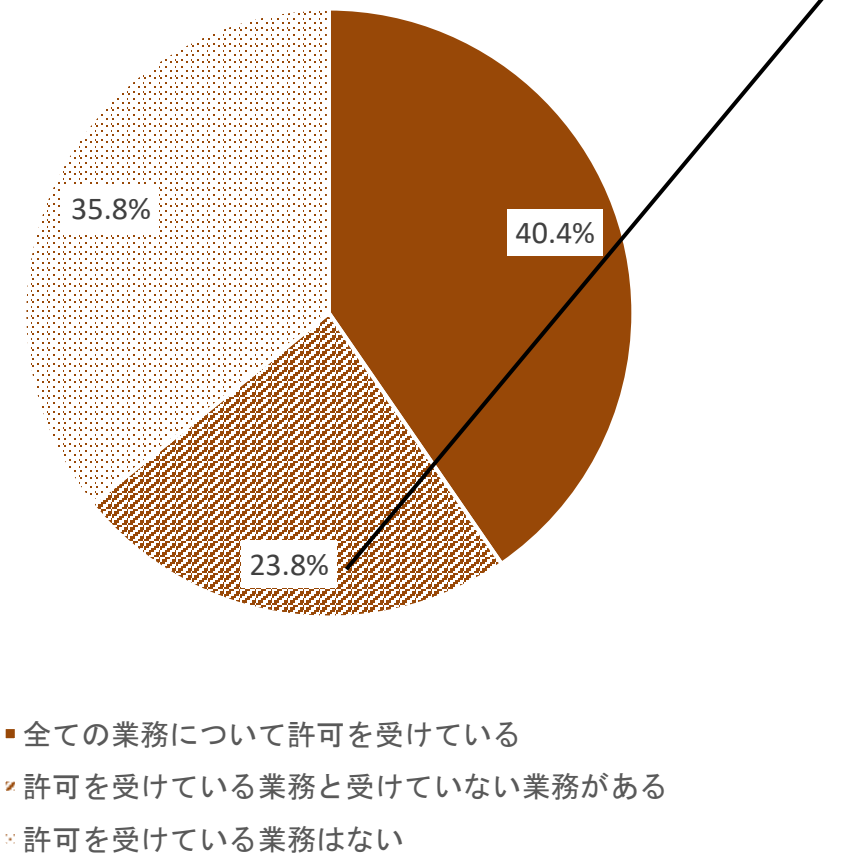
		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護配置	その他
小児特定集中治療室管理料（PICU）		～7日 16,317点 8日～ 14,211点	9 100床	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日（急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日）を限度とする。	・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア：他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ：他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上（そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上）	・専任の医師が常時勤務（うち2名以上がPICU勤務経験を5年以上）（治療室内）	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
新生児特定集中治療室管理料（NICU）	管理料1	10,539点	80 751床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア：直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ：直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	・専任の医師が常時勤務（治療室内）	3対1	
	管理料2	8,434点	149 885床		・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上	・専任の医師が常時勤務（医療機関内）		
総合周産期特定集中治療室管理料（MFICU）	管理料1	7,381点	134 857床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	・専任の医師が常時勤務（治療室内）	3対1	総合/地域周産期母子医療センターであること
	管理料2	10,539点	134 1,755床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置	・専任の医師が常時勤務（治療室内）		
新生児治療回復室入院医療管理料（GCU）		5,697点	200 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日（出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日）を限度とする。		・専任の小児科医師の常勤医師（医療機関内） ※　週3日以上勤務しており、かつ、22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師でも可	6対1	

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

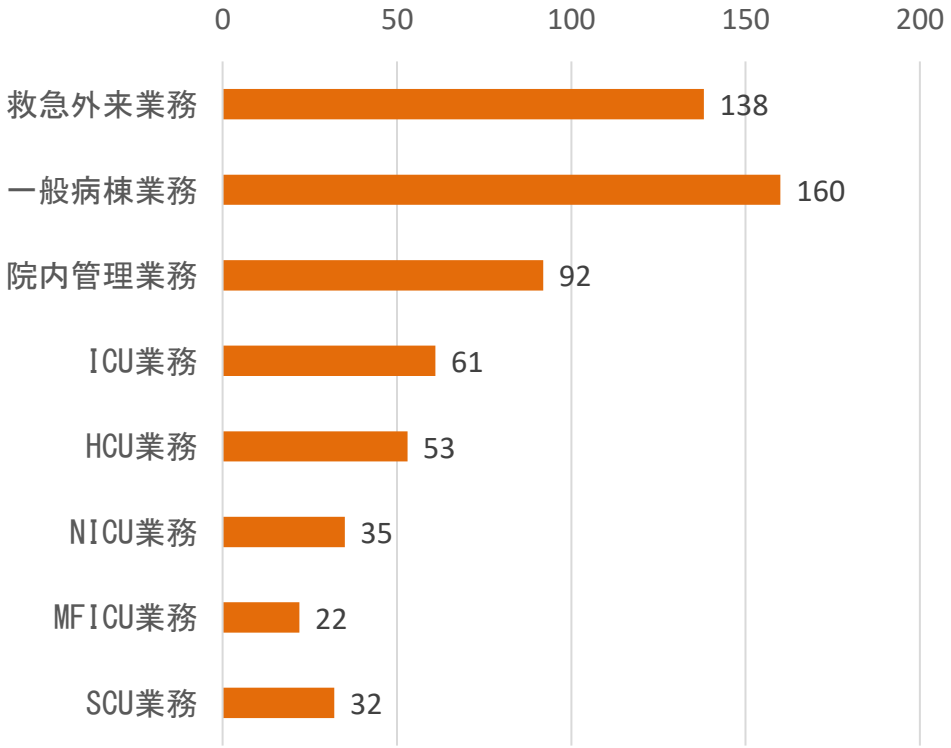
夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可の取得状況

○　６割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していた。
○　許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容は、救急外来業務、一般病棟業務を挙げる医療機関が多かった。

■宿日直許可の取得状況
（n=1,295）



■許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容　（n=308）



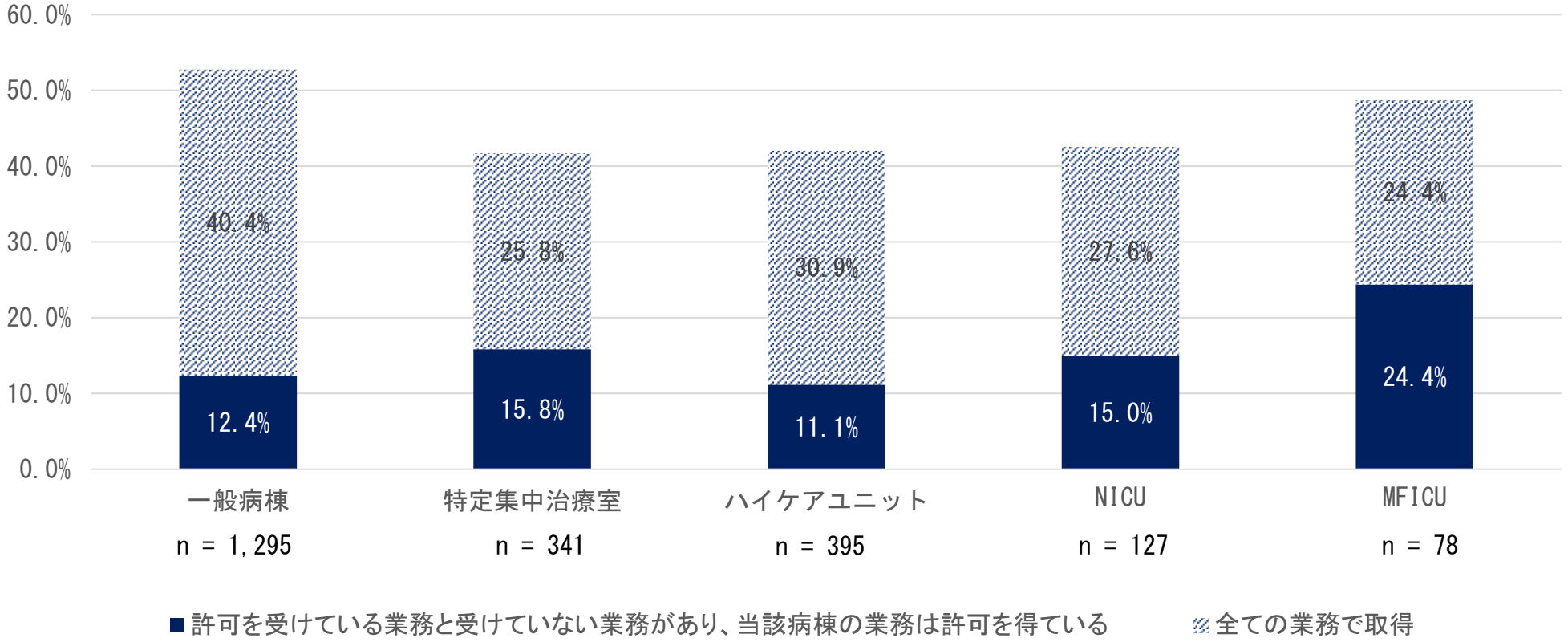
※　A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

病棟の種類別の宿日直許可の取得状況

○　一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。

■病棟の種類別の宿日直許可の取得状況



※　A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。
※　医療機関単位で、医師の業務に係る宿日直許可が取得されている割合を集計。
※　医療機関単位での調査であり、特定集中治療室等において、施設基準で求める専任の医師が宿日直許可を受けているか、当該専任の医師以外で勤務している医師が宿日直許可を受けているかは区別できない。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

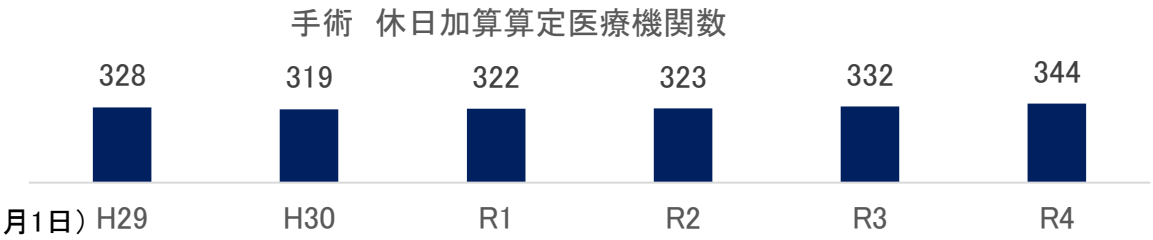
勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

○　当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し（平成26年度改定、令和４年度改定）等を実施した。

（例）

手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1　所定点数の100分の160に相当する点数
(2) ～(4)（略）
・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。
（対象患者）
次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。
ア～イ（略）
（主な施設基準）
１～３（略）
４　**医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備**していること。
(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)～(6)（略）
５　**静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について**次のいずれも実施していること。(1)~(2)（略）
６　当該加算を算定している全ての診療科において、**予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮**として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)（略）
７　当該加算を算定する全ての診療科において、**次のいずれか**を実施していること。
(1)**交替勤務制を導入**しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ（略）
(2)**チーム制を導入**しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ（略）
(3)**医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給**しており、以下の又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。～(略)
ア～イ（略）
８～９（略）



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算１等に係る要件の見直し

- 手術及び処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の要件について、医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師１人当たりの当直回数に要件を変更する。

現行	改定後
【時間外加算１・休日加算１・深夜加算１】 ［施設基準］ 手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数 届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日６人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。	【時間外加算１・休日加算１・深夜加算１】 ［施設基準］ 手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数**及び２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数** (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の**各医師について年間４日以内**であり、**かつ、(2)のイの２日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間４回以内であること。**

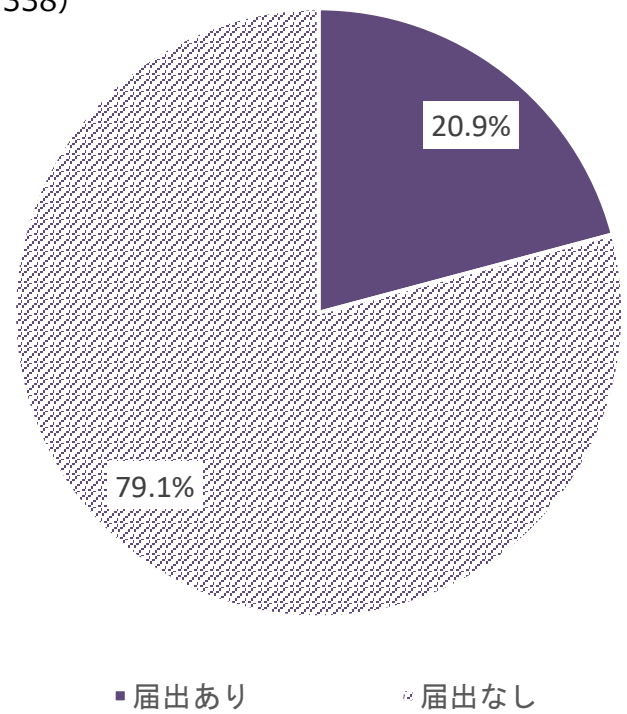
手術もしくは処置の休日１・時間外１・深夜加算１の届け出状況

○ 急性期一般入院料等を届け出ている医療機関において、20.9%の医療機関が、手術もしくは処置の休日１・時間外１・深夜加算１を届け出ている。
○ 手術もしくは処置の休日１・時間外１・深夜加算１を届け出ている医療機関は、届け出ていない医療機関に比較し、当直明けの医師の勤務について、勤務間インターバルの配慮をしている割合に大きな差はない。

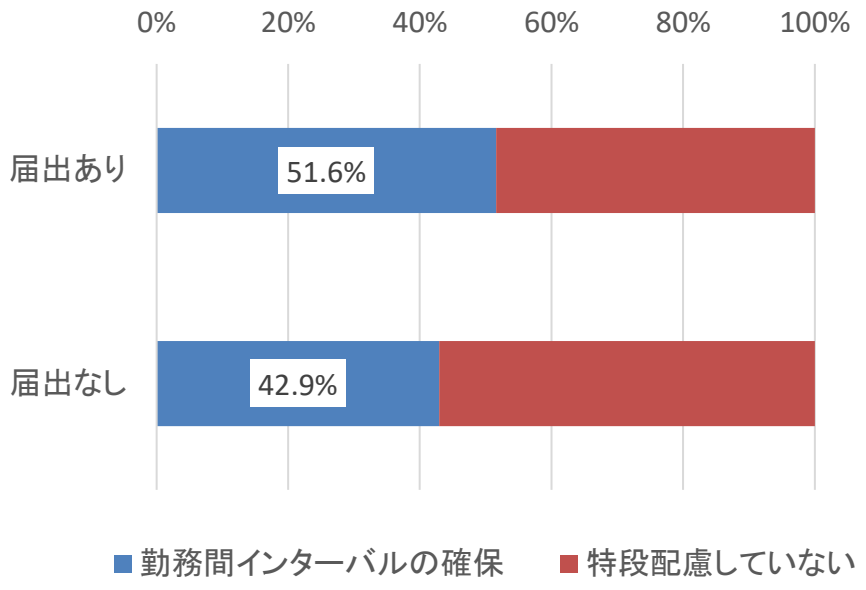
診調組 入－1
5．9．29

■手術もしくは処置の休日１・時間外１・深夜加算１の届け出状況

（n=1,338）



■手術もしくは処置の休日１・時間外１・深夜加算１の届け出の有無別の自院での当直明けの医師の勤務に対する対応



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

看護職員の負担軽減策の全体像

○　看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	回復期・慢性期
看護補助者との役割分担の推進		**【急性期看護補助体制加算】** ・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料（一般病棟） ・専門病院入院基本料（７対１、10対１）	**【看護補助加算】** ・地域一般入院基本料 ・13対１、15対１、18対１、20対１※1 ・障害者施設等入院基本料（７対１、10対１）の注加算 ・特定一般病棟入院料 **【看護補助者配置加算】** ・地域包括ケア病棟入院料の注加算
看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進		**【看護補助体制充実加算】** ・急性期看護補助体制加算の注加算	**【看護補助体制充実加算】** ・看護補助加算の注加算等※2
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	**【看護職員夜間配置加算】** ・急性期一般入院基本料 ・特定機能病院入院基本料（一般病棟） ・専門病院入院基本料（７対１、10対１）	**【夜間看護加算】** ・療養病棟入院基本料の注加算 **【看護職員夜間配置加算】** ・地域包括ケア病棟入院料の注加算 ・精神科救急急性期医療入院料の注加算 ・精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	**【夜間急性期看護補助体制加算】** ・急性期看護補助体制加算の注加算	**【夜間75対１看護補助加算】** ・看護補助加算の注加算（地域一般入院料１又は２、13対１※1のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	**【夜間看護体制加算】** ・急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ）	**【夜間看護体制加算】** ・看護補助加算の注加算 ・障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	**【夜間看護体制特定日減算】** ・一般病棟入院基本料　・結核病棟入院基本料　・精神病棟入院基本料 ・専門病院入院基本料　・障害者施設等入院基本料　・地域包括ケア病棟入院料	
	適切な夜勤時間の管理	**【月平均夜勤時間が72時間以下であること】** ・病院の入院基本料等の施設基準	

※１ 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料
※２ 看護補助加算に加え、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）及び看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）にも加算あり

看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷

	急性期		回復期・慢性期	
	急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算	看護補助加算等	看護職員夜間配置加算等
H22改定	・急性期における医師や看護職員の負担軽減、業務分担推進のために**加算を新設**	－	・（H12新設） ・（加算１は15～20対１、加算２・３は13～20対１入院基本料が対象）	・（夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）はH20新設）
H24改定	・25対１、夜間50対１、夜間100対１、看護職員**夜間配置加算**を**新設** ・**負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化**	－	・加算１の対象施設に13対１入院基本料も追加（必要度10%以上が要件）	
H26改定	・夜間50対１、夜間100対１の評価引上げ ・夜間25対１を新設	・急性期看護補助体制加算の看護職員夜間配置加算を独立	・必要度の要件を５%以上に変更 ・負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化 ・看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）を新設	
H28改定	・夜間25対１を30対１に変更 ・夜間30対１、夜間50対１、夜間100対１の評価引上げ ・**夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件**とした夜間看護体制加算を**新設** ・定期的な**業務範囲の見直しを要件化**	・12対１加算２の評価引上げ ・**夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件**とした12対１加算１と16対１を**新設**	・夜間75対１、夜間看護体制加算を新設 ・定期的な**業務範囲見直しを要件化**	・夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）の評価引上げ
H30改定	・全区分の評価引上げ ・定期的な**業務内容の見直し**、**身体的拘束を最小化する取組**、**看護補助者への院内研修を要件化** ・障害者施設等入院基本料（７対１、10対１）の注加算として看護補助加算を新設	・全区分の評価引上げ ・16対１加算２を新設	・全区分の評価引上げ ・定期的な**業務内容の見直し**、**身体的拘束を最小化する取組**、**看護補助者への院内研修を要件化**	・夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）を新設 ・**看護職員夜間配置加算**（地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の注加算）を**新設**
R02改定	・全区分の評価引上げ	・全区分の評価引上げ ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し	・全区分の評価引上げ	・全区分の評価引上げ
R04改定	・**夜間**急性期看護補助体制加算の**評価引上げ** ・**看護補助体制充実加算を新設**	・全区分の評価引上げ ・夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し	・**夜間**75対１看護補助加算の**評価引上げ** ・**看護補助体制充実加算を新設**	・**看護職員夜間配置加算**の**評価引上げ**

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

➢ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

	現行		改定後	
看護職員の配置に係る加算	【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】	
	看護職員夜間12対１配置加算１	105点	看護職員夜間12対１配置加算１	**110点**
	看護職員夜間12対１配置加算２	85点	看護職員夜間12対１配置加算２	**90点**
	看護職員夜間16対１配置加算１	65点	看護職員夜間16対１配置加算１	**70点**
	看護職員夜間16対１配置加算２	40点	看護職員夜間16対１配置加算２	**45点**
	【注加算の看護職員夜間配置加算】		【注加算の看護職員夜間配置加算】	
	地域包括ケア病棟入院料	65点	地域包括ケア病棟入院料	**70点**
	精神科救急入院料	65点	精神科救急急性期医療入院料	**70点**
	精神科救急・合併症入院料	65点	精神科救急・合併症入院料	**70点**
看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】		【急性期看護補助体制加算】	
	夜間30対１急性期看護補助体制加算	120点	夜間30対１急性期看護補助体制加算	**125点**
	夜間50対１急性期看護補助体制加算	115点	夜間50対１急性期看護補助体制加算	**120点**
	夜間100対１急性期看護補助体制加算	100点	夜間100対１急性期看護補助体制加算	**105点**
	【看護補助加算】		【看護補助加算】	
	夜間75対１看護補助加算	50点	夜間75対１看護補助加算	**55点**
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	**50点**
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
	イ　14日以内の期間	141点	イ（１）14日以内の期間	**146点**
	ロ　15日以上30日以内の期間	116点	（２）15日以上30日以内の期間	**121点**
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）		夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
	八　夜間看護配置加算１	100点	八　夜間看護配置加算１	**105点**
	二　夜間看護配置加算２	50点	二　夜間看護配置加算２	**55点**

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

➢ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。

①「ア　11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ　連続する夜勤の回数が２回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。

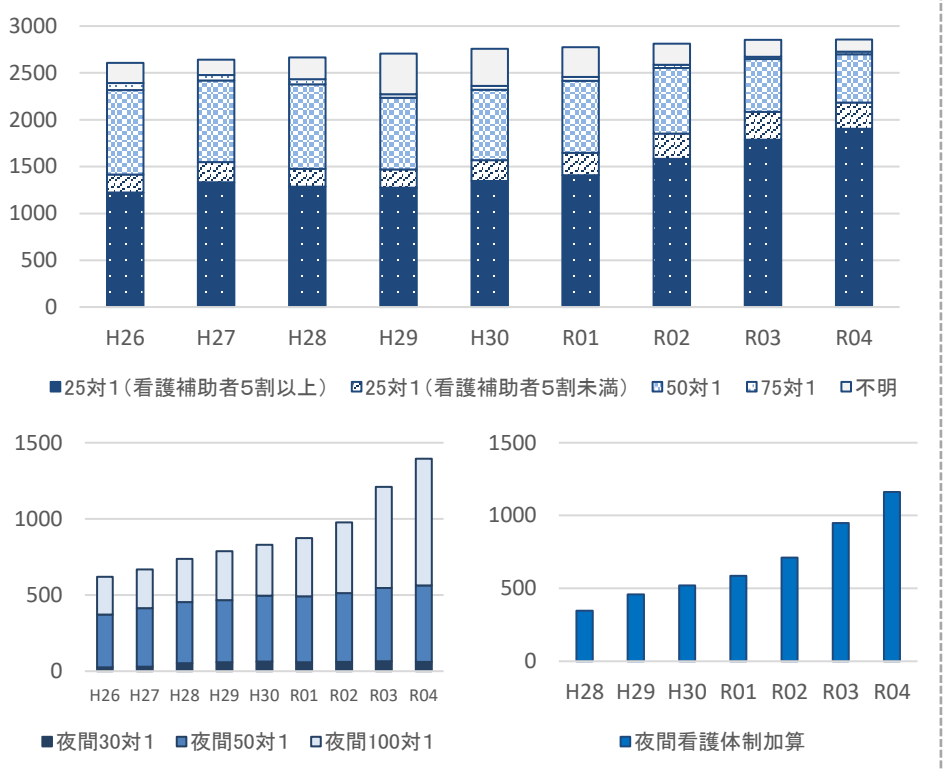
②看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**２項目以上から３項目以上に変更**する。

※１　３交代制勤務又は変則３交代勤務の病棟のみが対象 ※２ 夜間30・50・100対１急性期看護補助体制加算の届出が該当	**看護職員夜間配置加算** 12対１加算１ 16対１加算１	**夜間看護体制加算** 急性期看護補助体制加算の注加算	**夜間看護体制加算** 看護補助加算の注加算	**夜間看護体制加算** 障害者施設等入院基本料の注加算	**看護職員夜間配置加算** 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（アⅩはウを含むこと）	**４項目以上**	**３項目以上**	**４項目以上**	**４項目以上**	**３項目以上**
ア　11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ　正循環の交代周期の確保（※１）	○	○	○	○	○
ウ　夜勤の連続回数が２連続（２回）まで	○	○	○	○	○
エ　夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ　夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ　夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ　看護補助業務のうち５割以上が療養生活上の世話			○	○	
ク　看護補助者の夜間配置（※２）	○				
ケ　みなし看護補助者を除いた看護補助者比率５割以上	○	○	○	○	
コ　夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ　ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

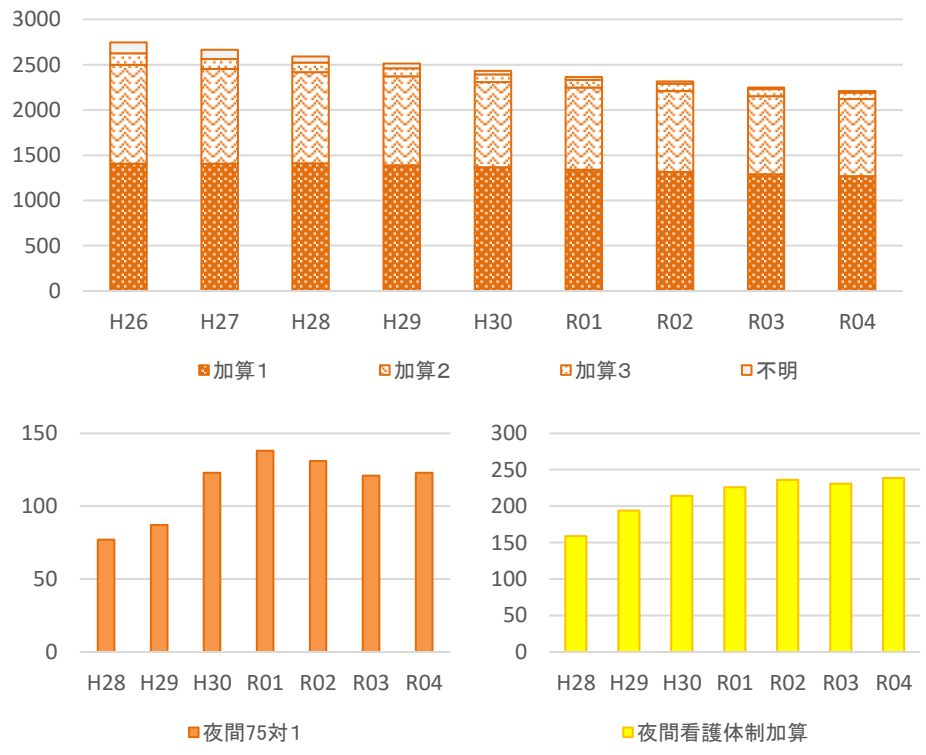
急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○　届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算は微増傾向、看護補助加算は減少傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



■ 看護補助加算の届出医療機関数



参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

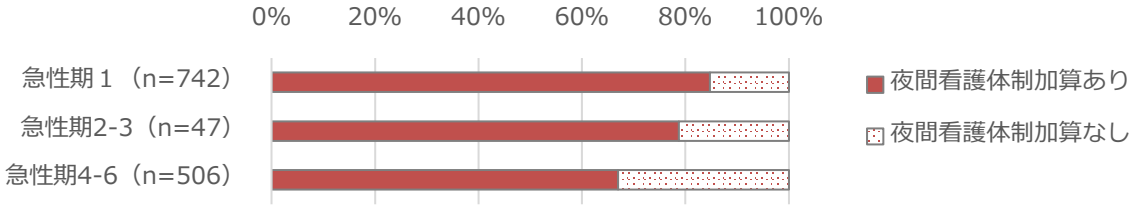
○　当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（みなし看護補助者）計算することができる。
○　ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対１看護補助加算については、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

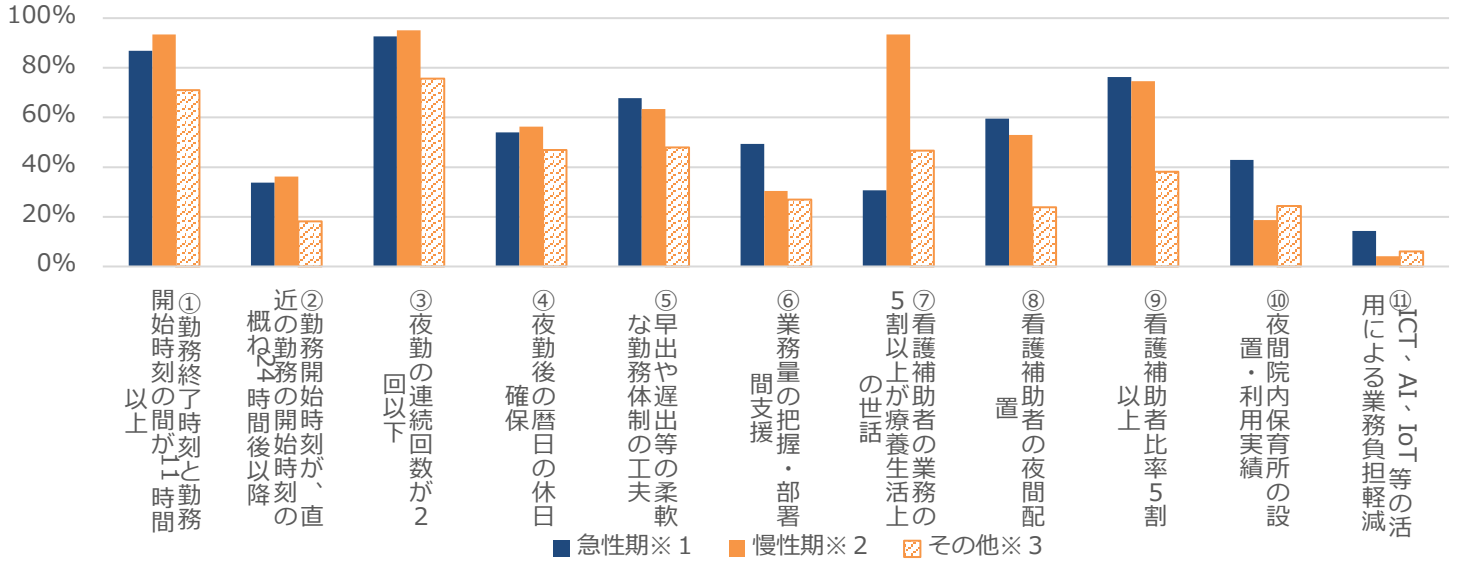
夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況

○　急性期看護補助体制加算届出施設のうち約8割は、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の評価である「夜間看護体制加算」を届け出ていた。
○　負担軽減に資する取組として、「勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上」や「夜勤の連続回数が2回以下」は約8割の施設が実施していた。
○　急性期の医療機関は、慢性期等の医療機関に比べ「看護補助者の業務の5割以上が療養生活上の世話」である割合が低く、約3割であった。

■急性期看護補助体制加算届出施設における、夜間看護体制加算の届出状況



■夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況



（※1）急性期：看護職員夜間配置加算（12対1加算1、16対1加算1）、急性期看護補助体制加算の夜間夜間看護体制加算届出施設

（※2）慢性期：看護補助加算の夜間看護体制加算届出施設

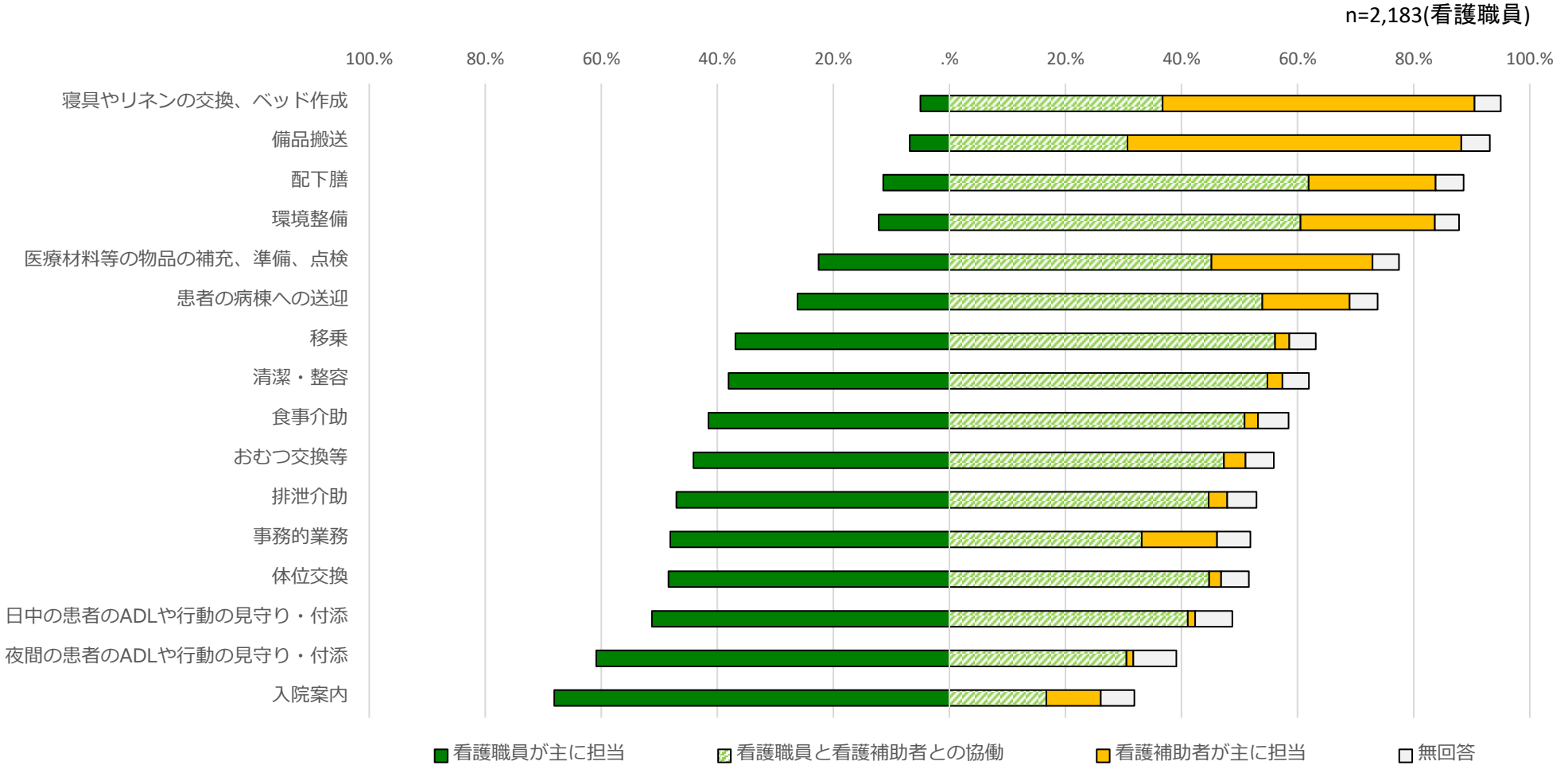
（※3）その他：障害者施設等入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の夜間看護体制加算届出施設

出典：保険局医療課調べ（令和4年7月1日現在）

看護職員と看護補助者の業務分担状況

○　看護職員と看護補助者の業務分担状況として、備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い。

■看護職員と看護補助者の業務分担状況



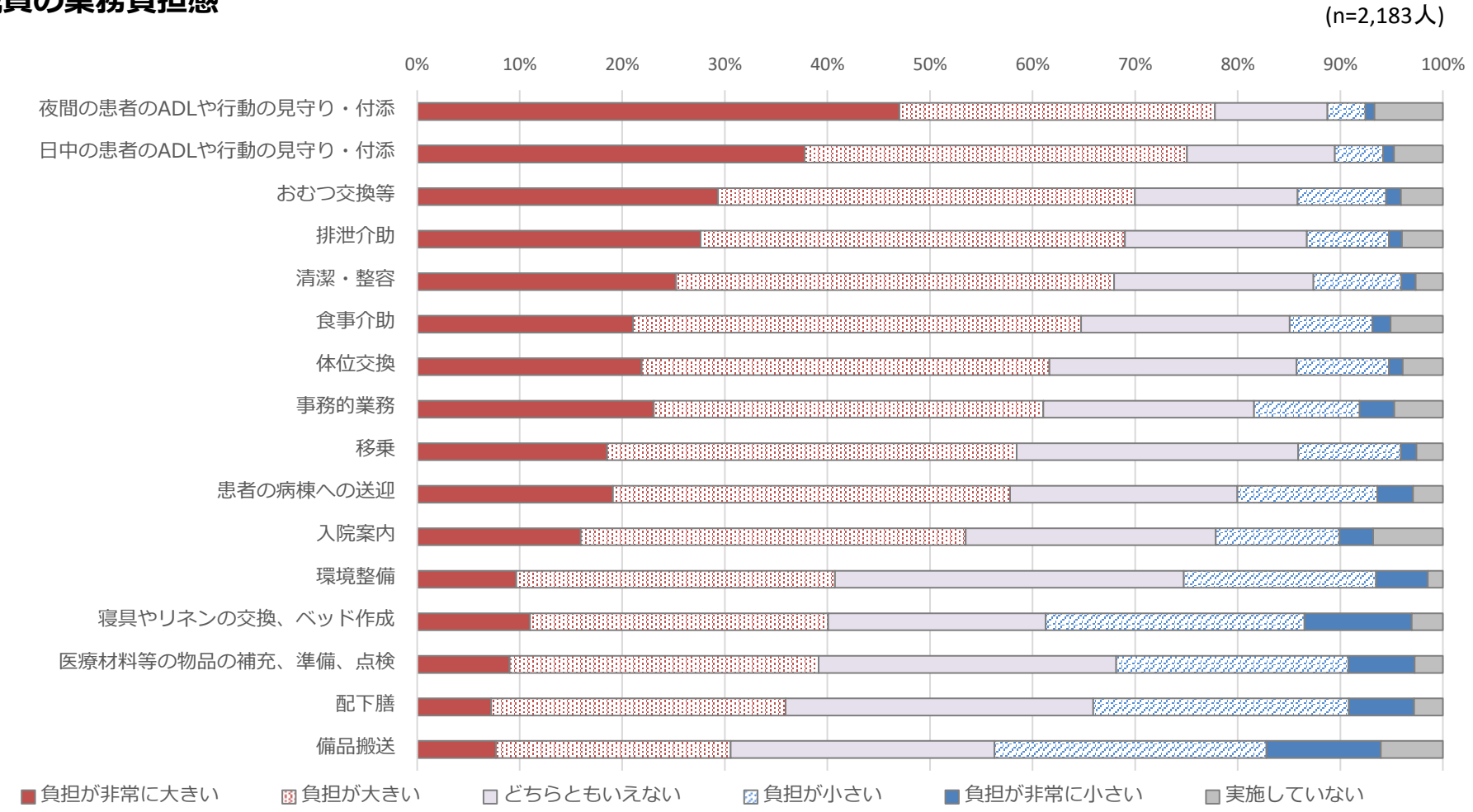
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

看護職員の業務負担感

診調組　入－１
５．９．２９

○　看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助が挙げられた。

■看護職員の業務負担感



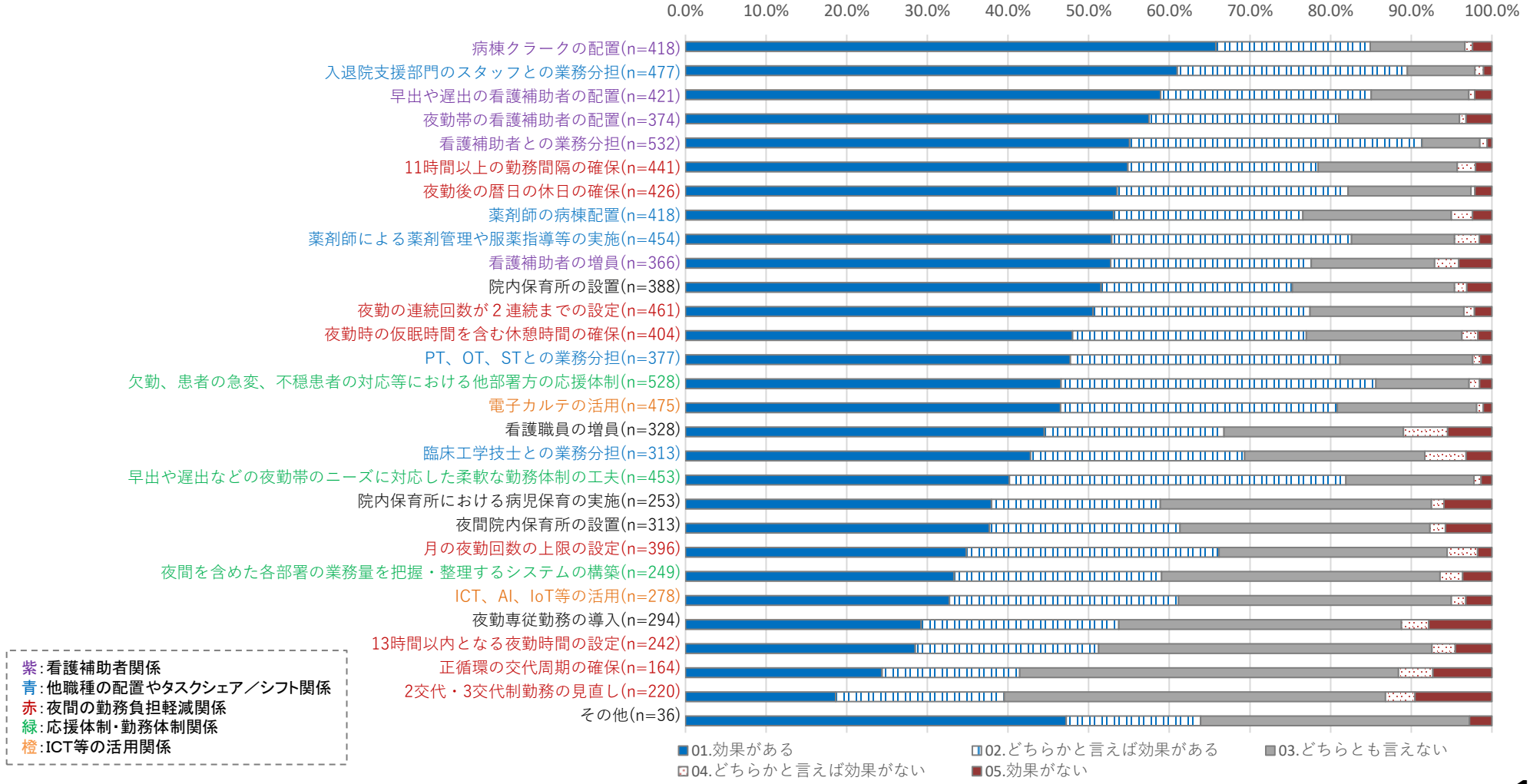
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

看護職員の業務負担軽減策に対しての効果

診調組　入－１
５．９．２９

○　看護職員の業務負担軽減策について、他職種の配置やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クラークの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜間の勤務負担軽減に関するものとしては「11時間以上の勤務間隔の確保」等が、効果があるものとして挙げられた。

■看護補助者を配置している病棟における、看護職員の業務負担軽減策に対しての効果（無回答を除く）



紫：看護補助者関係
青：他職種の配置やタスクシェア／シフト関係
赤：夜間の勤務負担軽減関係
緑：応援体制・勤務体制関係
橙：ICT等の活用関係

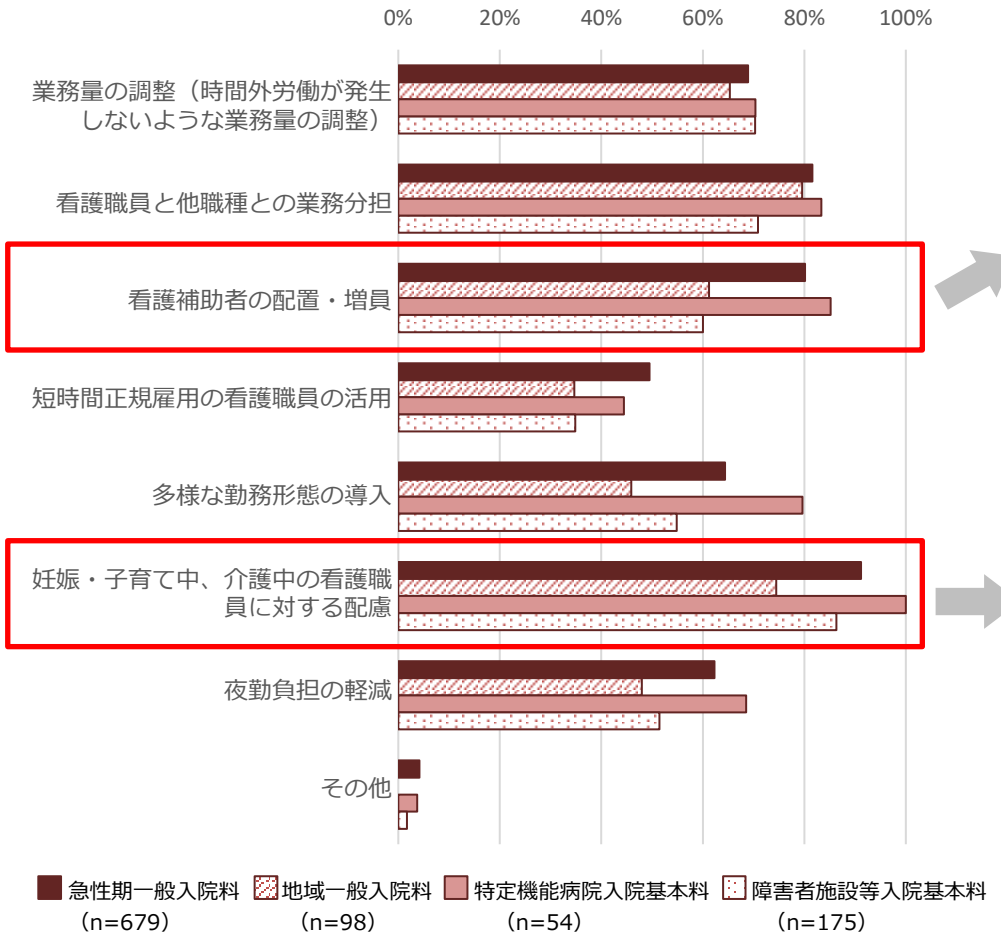
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

看護職員の負担軽減・処遇改善に係る取組の実施状況

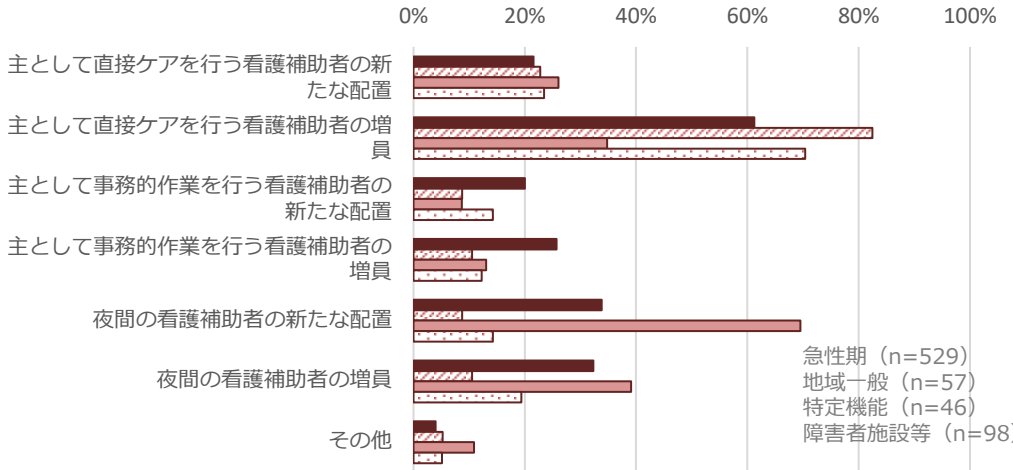
診調組　入－１
５．６．８

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

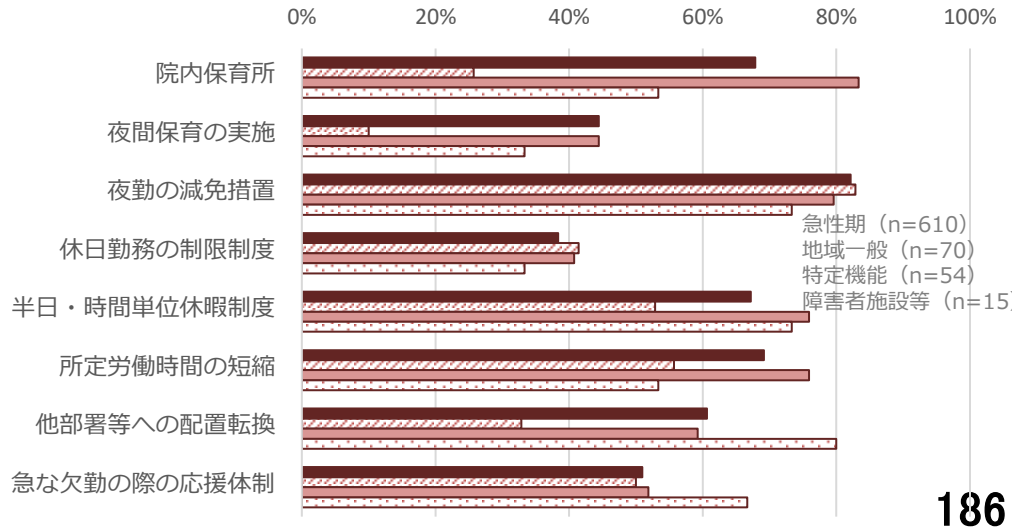
■看護職員の負担軽減・処遇改善に関する具体的な取組状況（複数回答）



■看護補助者の配置・増員の状況（複数回答）



■妊娠・子育て中、介護中の者に対する具体的な配慮（複数回答）

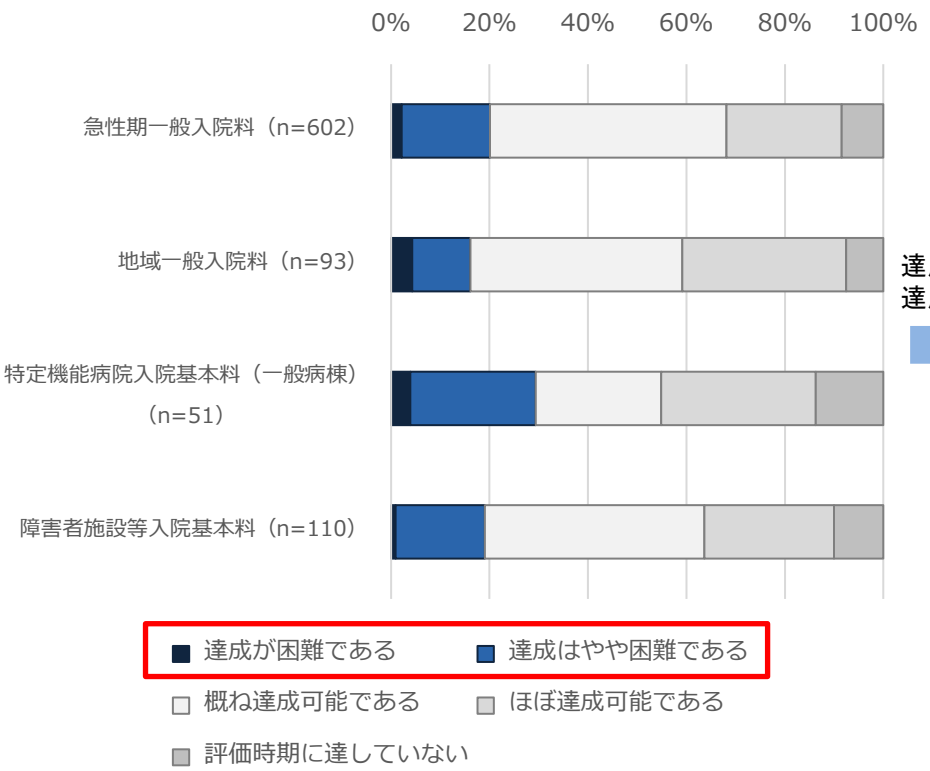


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

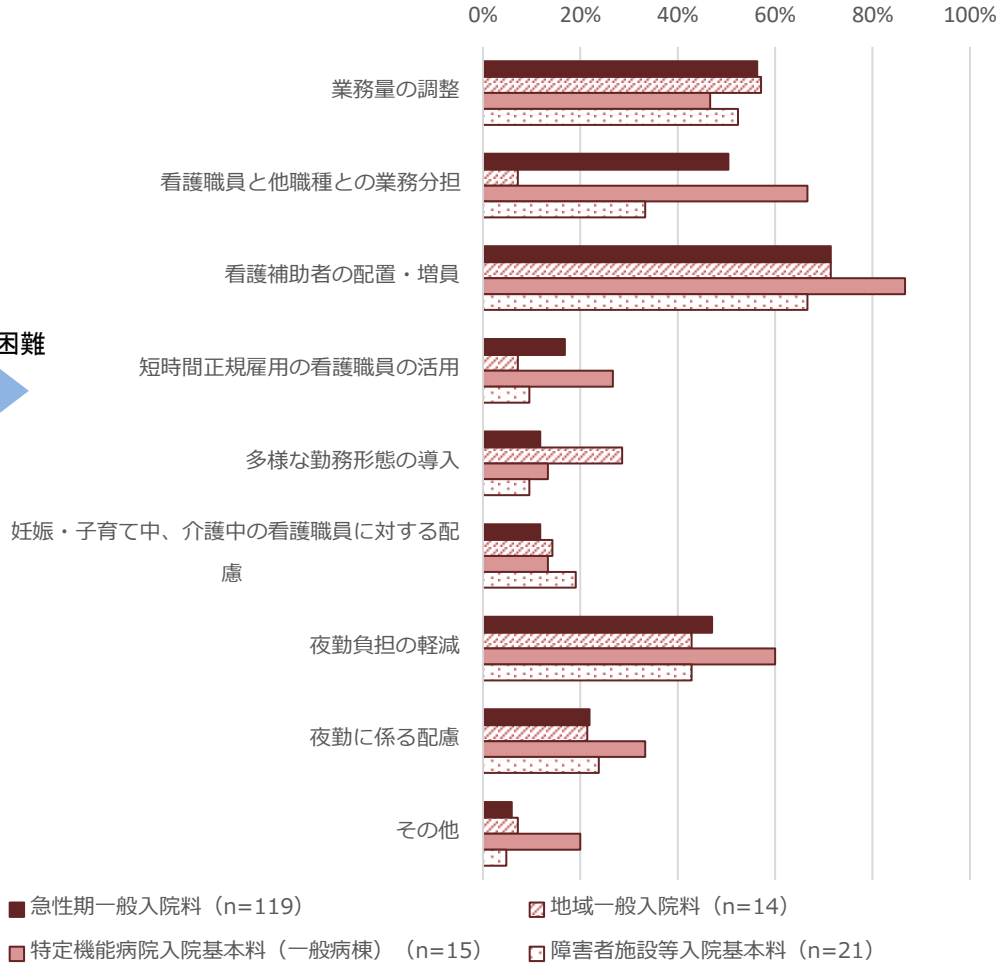
○　看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の状況としては、約2割の病院が「達成困難」、「達成はやや困難」であるとしていた。
○　達成が困難な項目としては、「看護補助者の配置・増員」、「業務量の調整」の割合が高かった。

■加算※算定病院における看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況



達成が困難
達成はやや困難

■達成が困難である項目



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

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

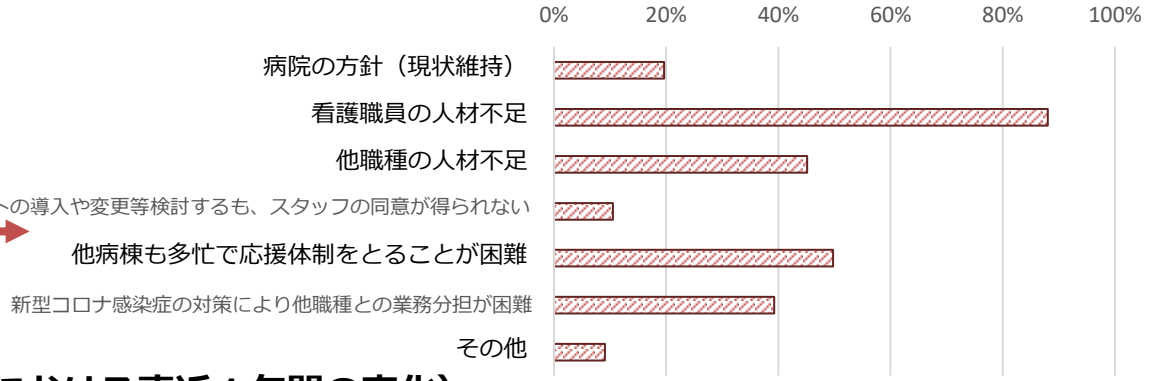
病棟における看護職員の業務負担軽減の取組、勤務状況

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

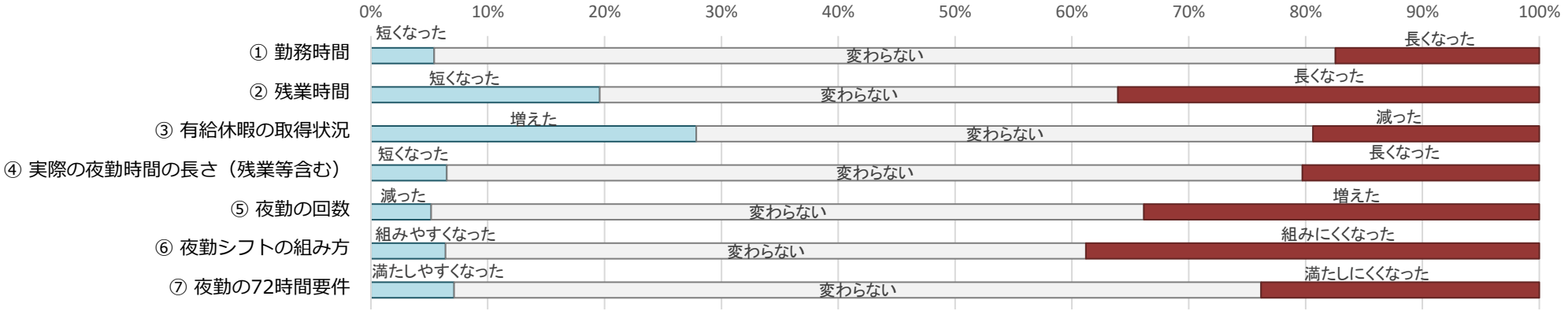
■病棟の業務負担軽減の取組

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

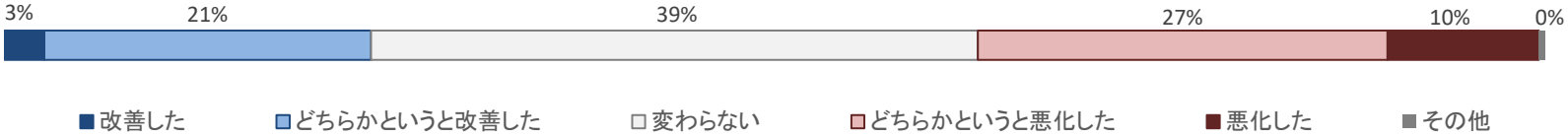
■「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）



■病棟の看護職員の勤務状況（令和４年11月時点における直近１年間の変化）



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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

➢ 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）

［施設基準］

・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】 25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上 ）　240点 25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　220点 50対１急性期看護補助体制加算　200点 75対１急性期看護補助体制加算　160点 （新設）	【急性期看護補助体制加算】 25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　240点 25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　220点 50対１急性期看護補助体制加算　200点 75対１急性期看護補助体制加算　160点 **（新）　看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算**
【看護補助加算】 看護補助加算１　141点 看護補助加算２　116点 看護補助加算３　88点 （新設）	【看護補助加算】 看護補助加算１　141点 看護補助加算２　116点 看護補助加算３　88点 **（新）　看護補助体制充実加算として、1日につき５点を更に所定点数に加算**
夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）　45点 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算） （１）14日以内の期間　141点 （２）15日以上30日以内の期間　116点 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）　160点	イ　夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）　**50点** **（新）ロ　看護補助体制充実加算　55点** イ　看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算） （１）14日以内の期間　**146点** （２）15日以上30日以内の期間　**121点** **（新）ロ　看護補助体制充実加算** **（１）14日以内の期間　151点** **（２）15日以上30日以内の期間　126点** イ　看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）　160点 **（新）ロ　看護補助体制充実加算　165点**

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。 研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。 イ（イ）看護補助者との協働の必要性 （ロ）看護補助者の制度的な位置づけ （ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 （ニ）看護補助者との協働のためのコミュニケーション （ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※2のうち、エ（日常生活にかかわる業務）について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。

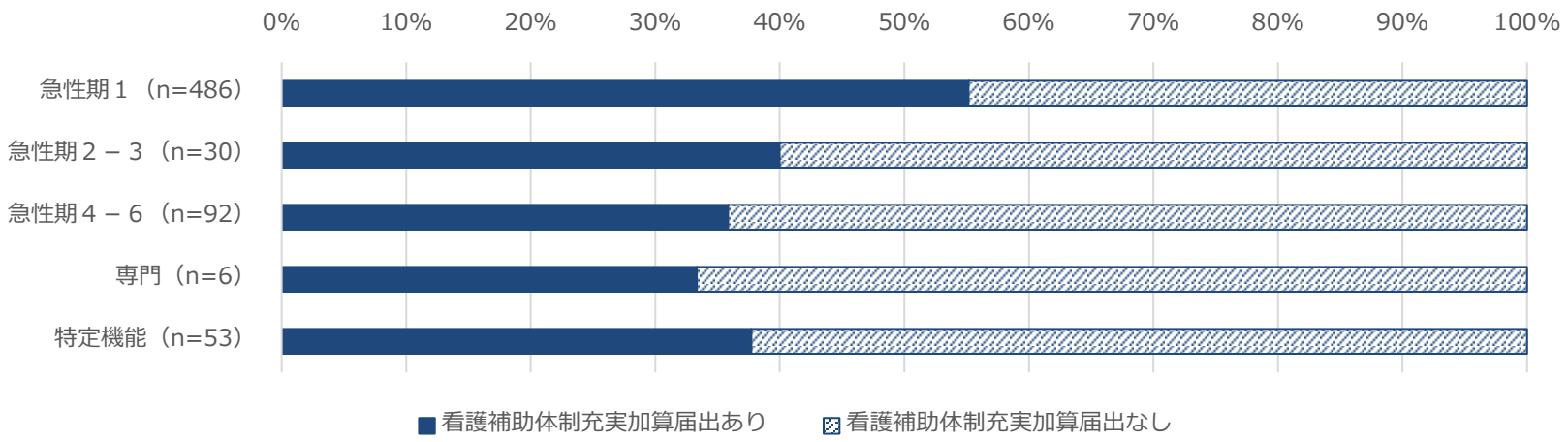
※１（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（５時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
② 看護職員との連携と業務整理
③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
④ 看護補助者の雇用形態と処遇等

※２ ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ 日常生活にかかわる業務
オ 守秘義務、個人情報の保護
カ 看護補助業務における医療安全と感染防止　等

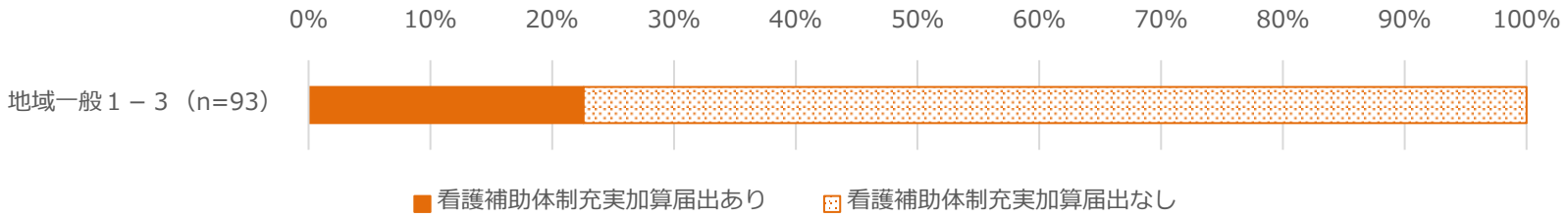
看護補助体制充実加算の届出状況

○　看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合の評価である看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ていた。

■急性期看護補助体制加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和４年11月１日時点）



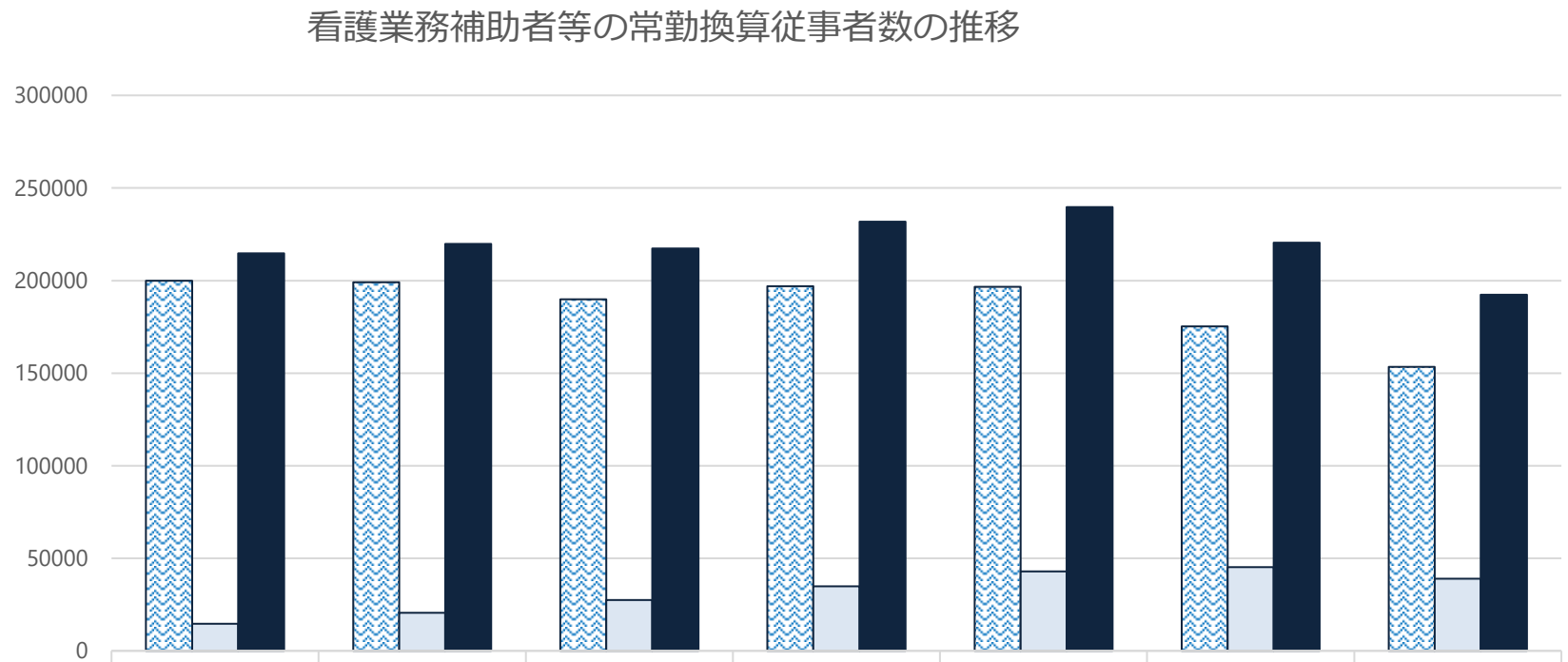
■看護補助加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和４年11月１日時点）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

看護業務補助者等の従事者数

○　医療機関に勤務する看護業務補助者の従事者数は、平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様の傾向である。



	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和２年
看護業務補助者	199977.6	199141.8	189838.3	196894.2	196696	175234.8	153382.3
介護福祉士	14690.7	20600.5	27481	34942.4	42987.9	45197.1	38965.7
看護業務補助者＋介護福祉士	214668.3	219742.3	217319.3	231836.6	239683.9	220431.9	192348

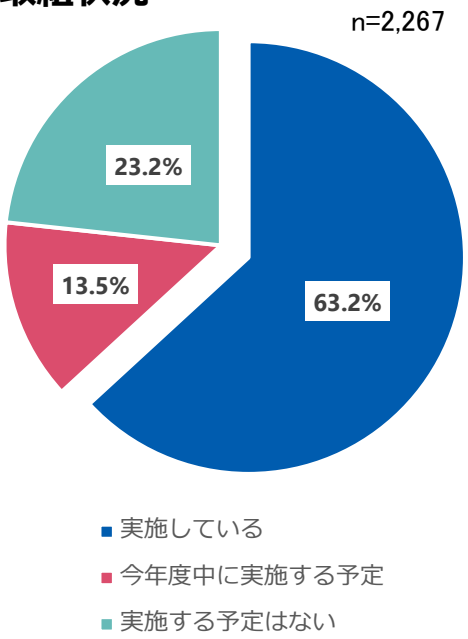
○看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：令和2年　医療施設調査　全国編　第46表（報告書第9表）　病院の従事者数
注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

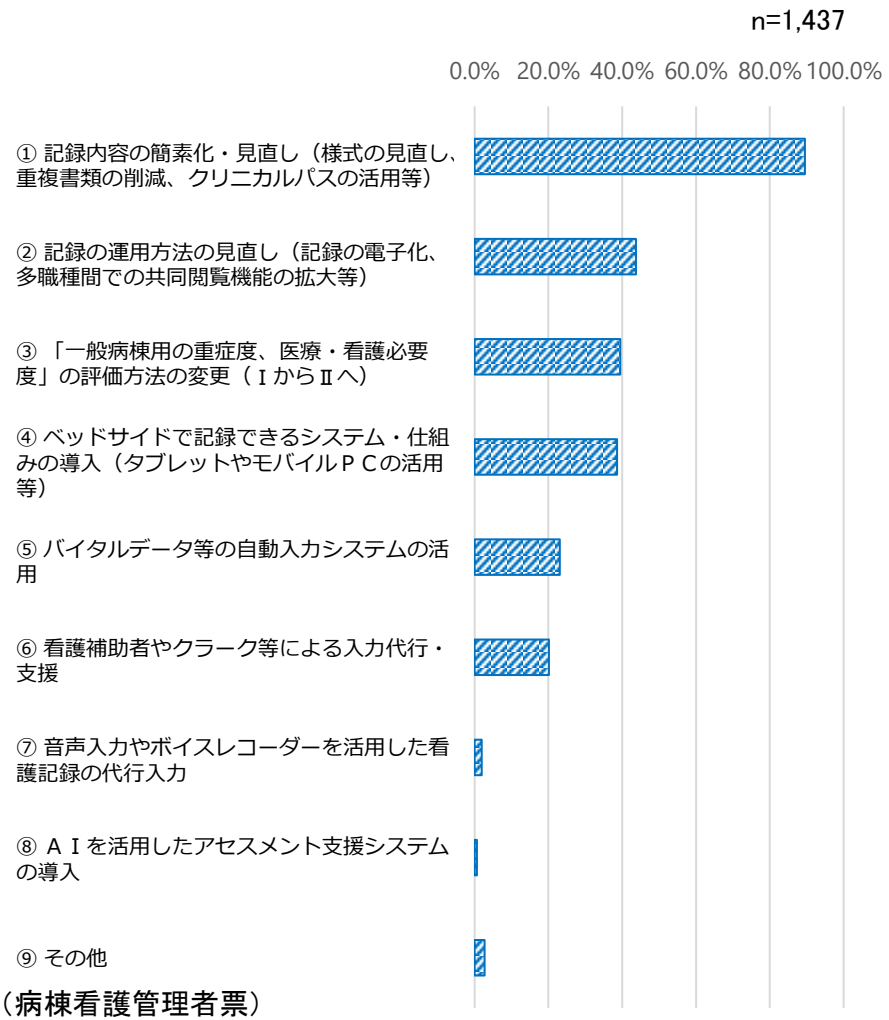
看護記録に係る負担軽減のための取組

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

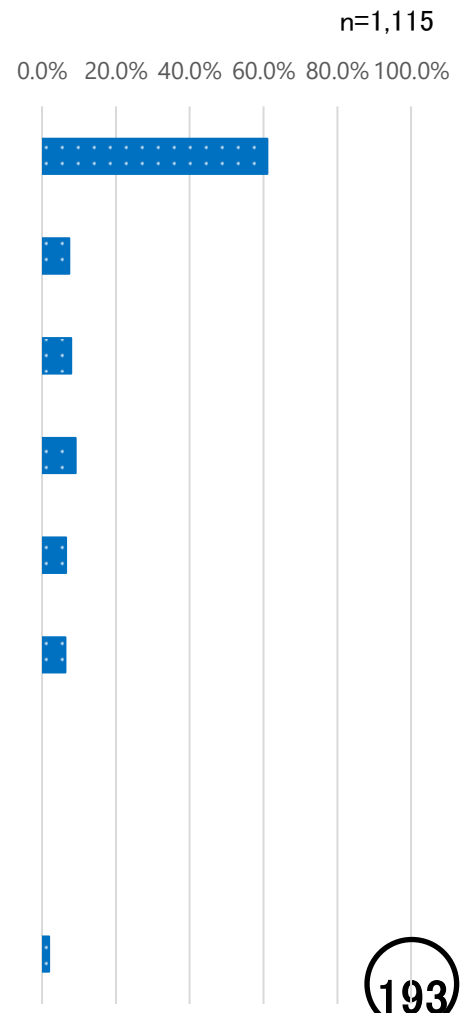
①看護記録に係る負担軽減の取組状況



② 看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）



③ ②のうち最も負担軽減に寄与している取組

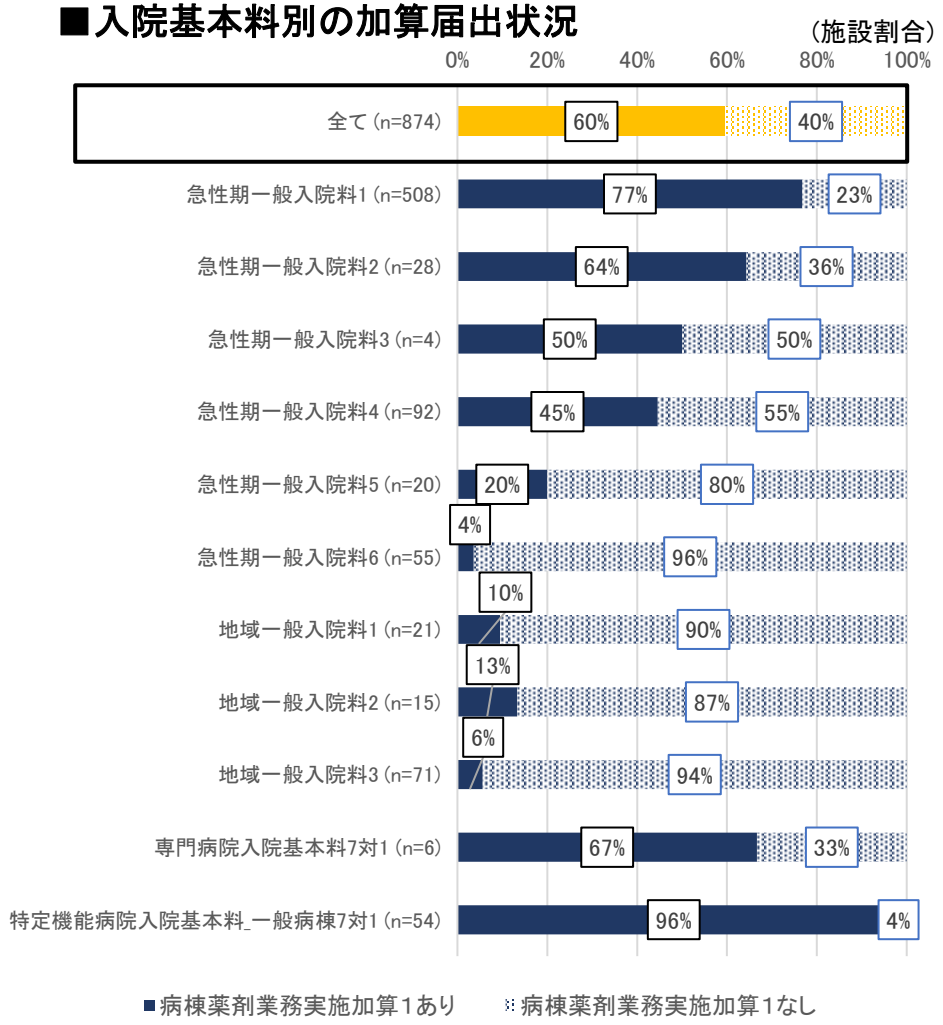


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

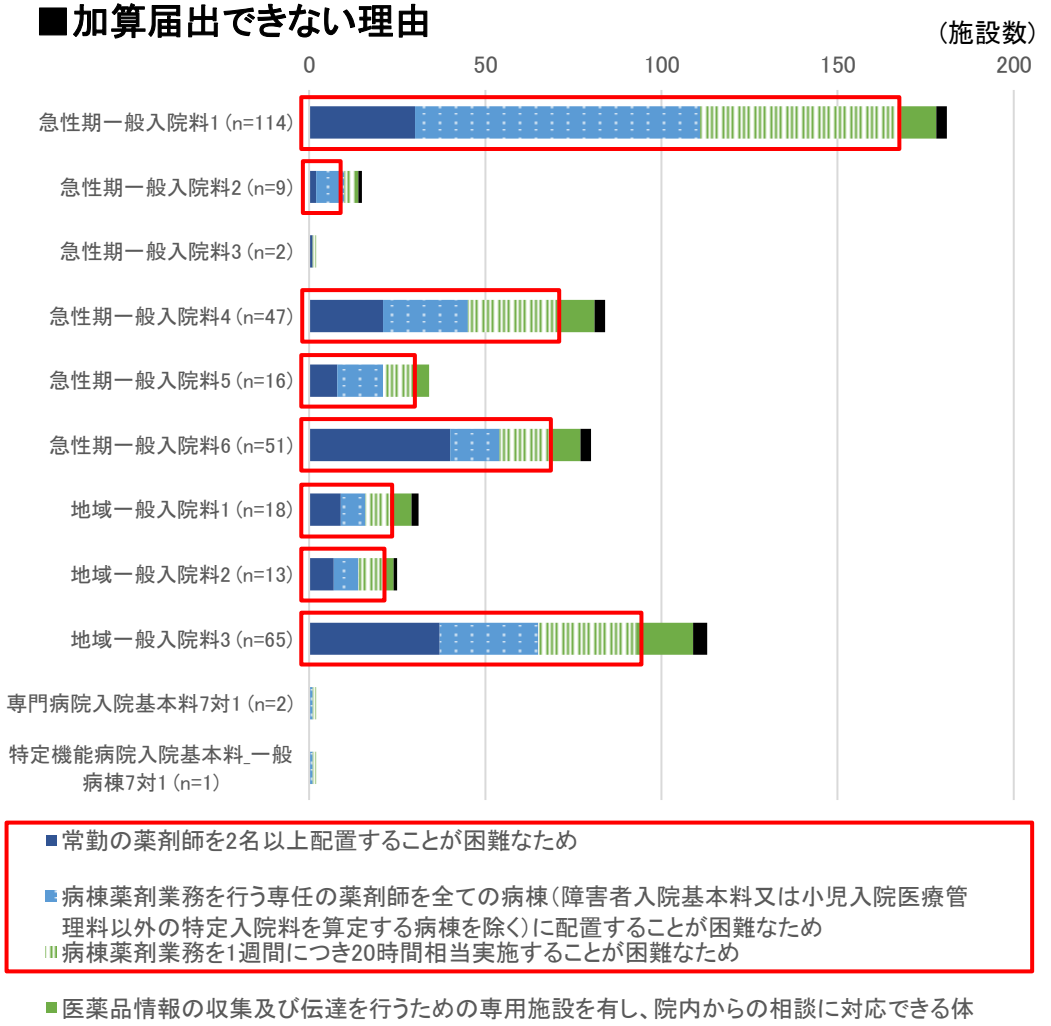
病棟薬剤業務実施加算１の届出状況等

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

■入院基本料別の加算届出状況



■加算届出できない理由

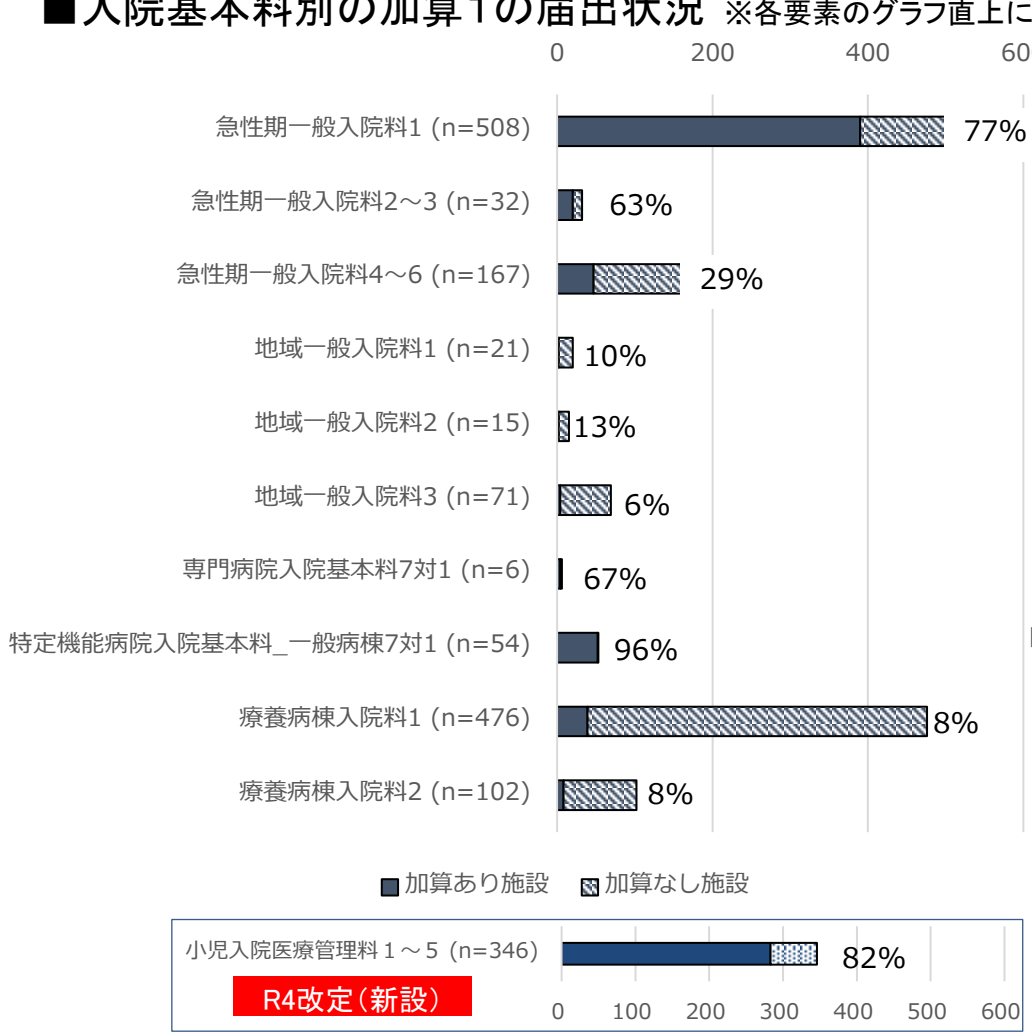


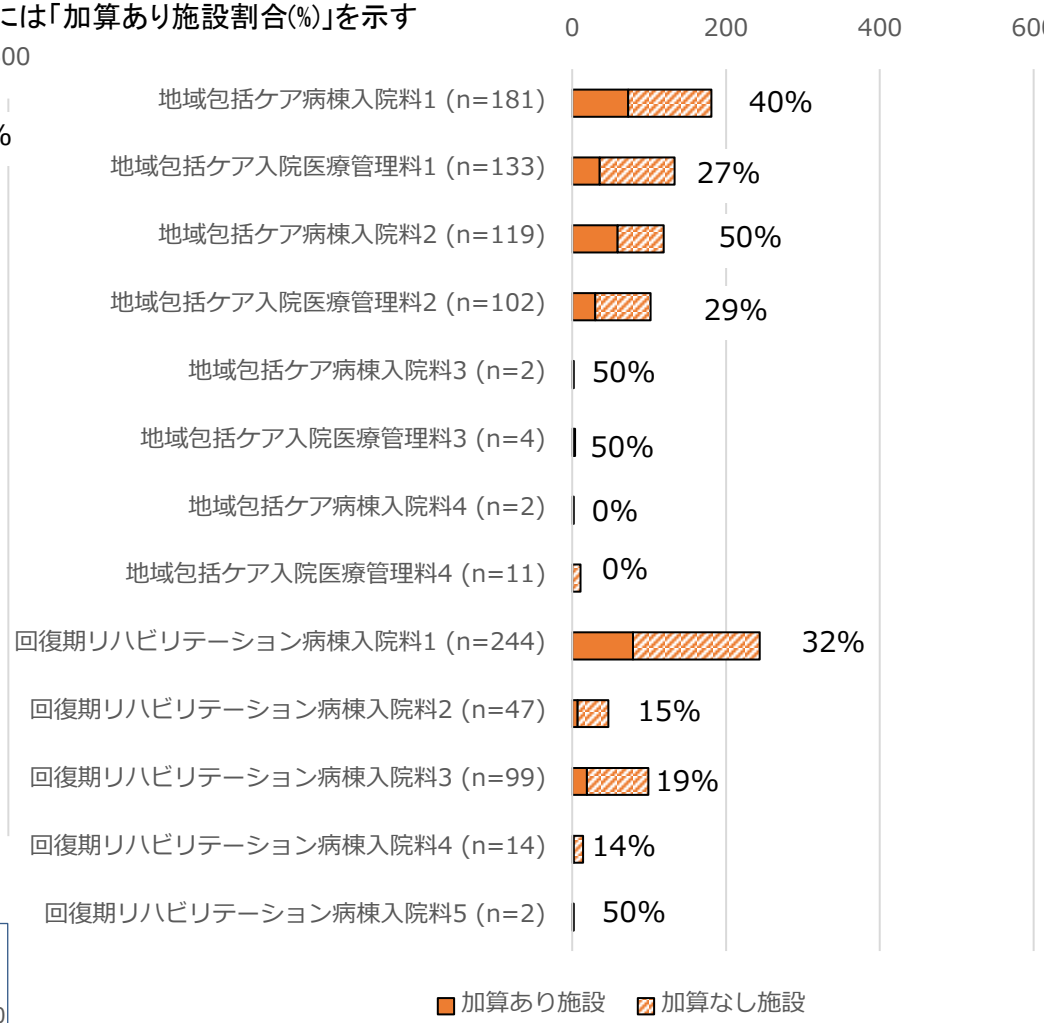
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

施設調査における病棟薬剤業務実施加算１の届出状況について

○　急性期一般入院料１～３や特定機能病院入院基本料を算定する医療機関以外では、全般的に病棟薬剤業務実施加算１の届出割合が低い。
○　小児入院医療管理料を算定する医療機関における同加算１の届出割合は高い。

■入院基本料別の加算１の届出状況　※各要素のグラフ直上には「加算あり施設割合(%)」を示す





出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票）

病棟に勤務する薬剤師数について

○　40床あたりの病棟に勤務する平均薬剤師数は急性期病棟で1.05人、回復期病棟で0.67人。

急性期病棟

入院料	病棟数	平均病床数	40床あたり平均薬剤師数
急性期一般入院料１	1804	43.7	1.15
急性期一般入院料２～３	72	46.7	0.63
急性期一般入院料４～６	150	46.0	0.52
地域一般入院料１～２	39	43.2	0.56
地域一般入院料３	45	44.8	0.71
専門病院入院基本料（７対１）	25	44.9	0.60
特定機能病院入院基本料（一般７対１）	453	43.3	0.92
小児入院医療管理料	86	32.6	1.06
（小計）急性期病棟	**2742**	**42.5**	**1.05**

回復期病棟

入院料	病棟数	平均病床数	40床あたり平均薬剤師数
地域包括ケア病棟入院料・管理料１	139	39.2	0.84
地域包括ケア病棟入院料・管理料２	148	38.2	0.83
地域包括ケア病棟入院料・管理料３	4	37.5	0.68
回復期リハビリテーション病棟１	238	48.3	0.51
回復期リハビリテーション病棟２	34	44.8	0.28
回復期リハビリテーション病棟３	71	38.3	0.58
回復期リハビリテーション病棟４	8	45.3	0.72
（小計）回復期病棟	**717**	**42.1**	**0.67**

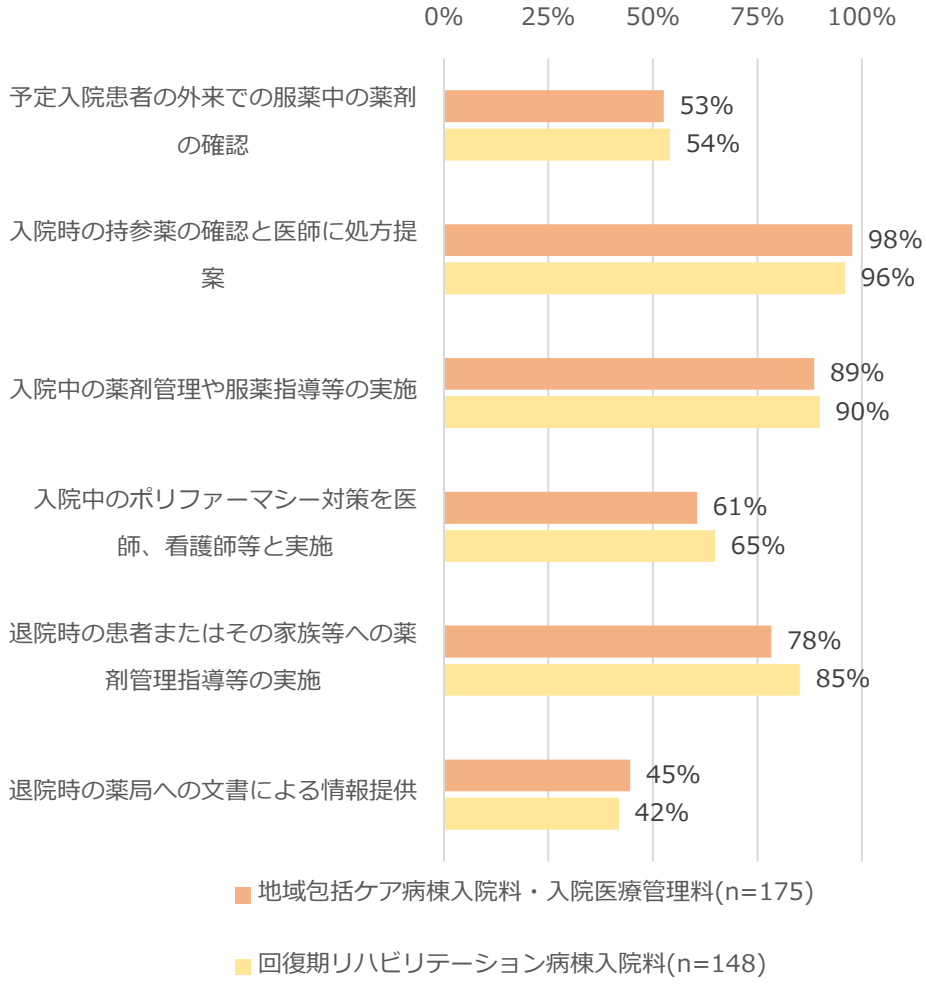
※薬剤師数について回答のあった施設のみを集計
地域一般入院料はA票およびB票からの回答を集計

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票（A票、B票））

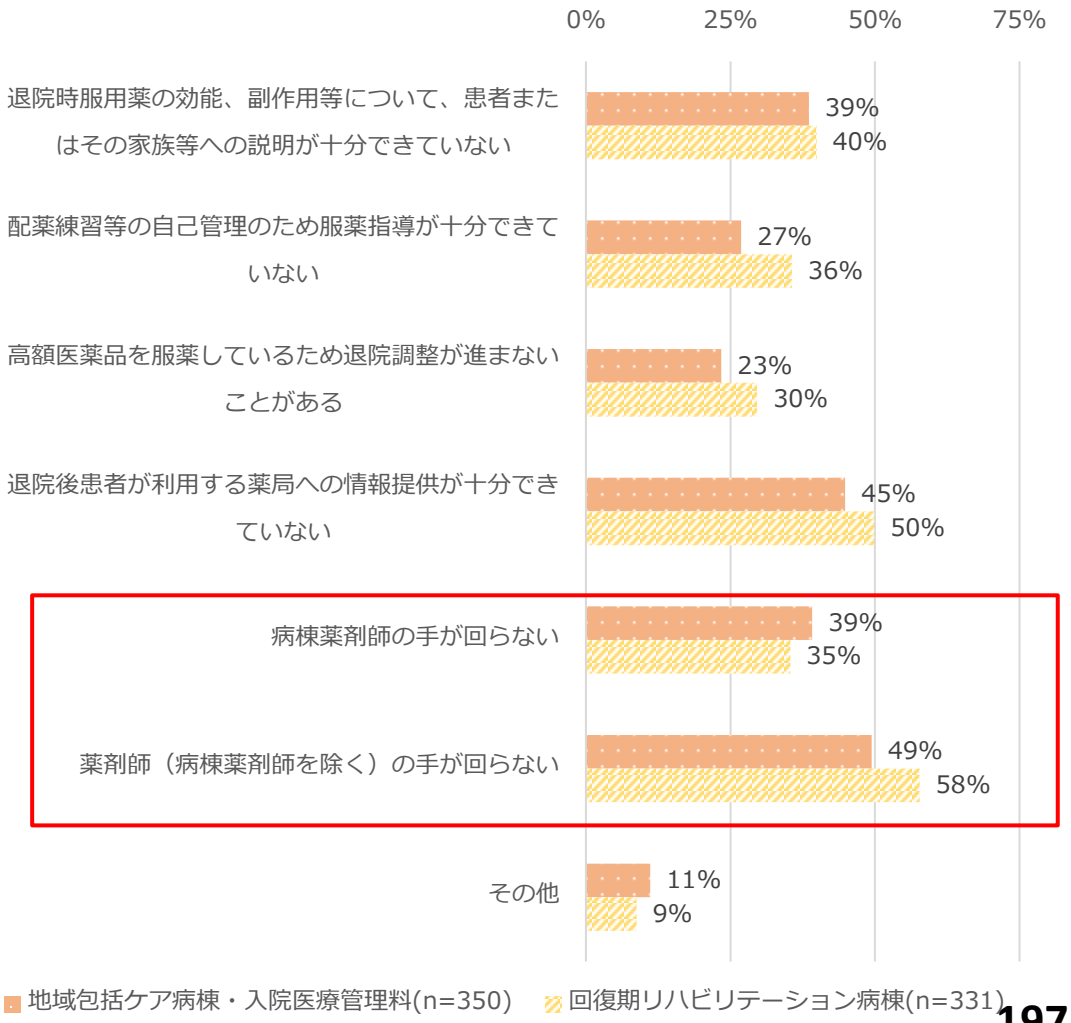
回復期病棟における薬剤師の業務の状況等

○　回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟・入院医療管理料の病棟では、全般的に薬学的管理が行われているが、項目によって差がある。
○　これらの病棟において困っていることの回答が多かったのは、薬剤師の手がまわらないことであり、具体的業務としては、退院時の服用薬の説明や退院後の薬局への情報提供が十分できていないことであった。

■病棟において実施している薬学的管理の状況



■病棟において薬剤管理や服薬指導で困っていること

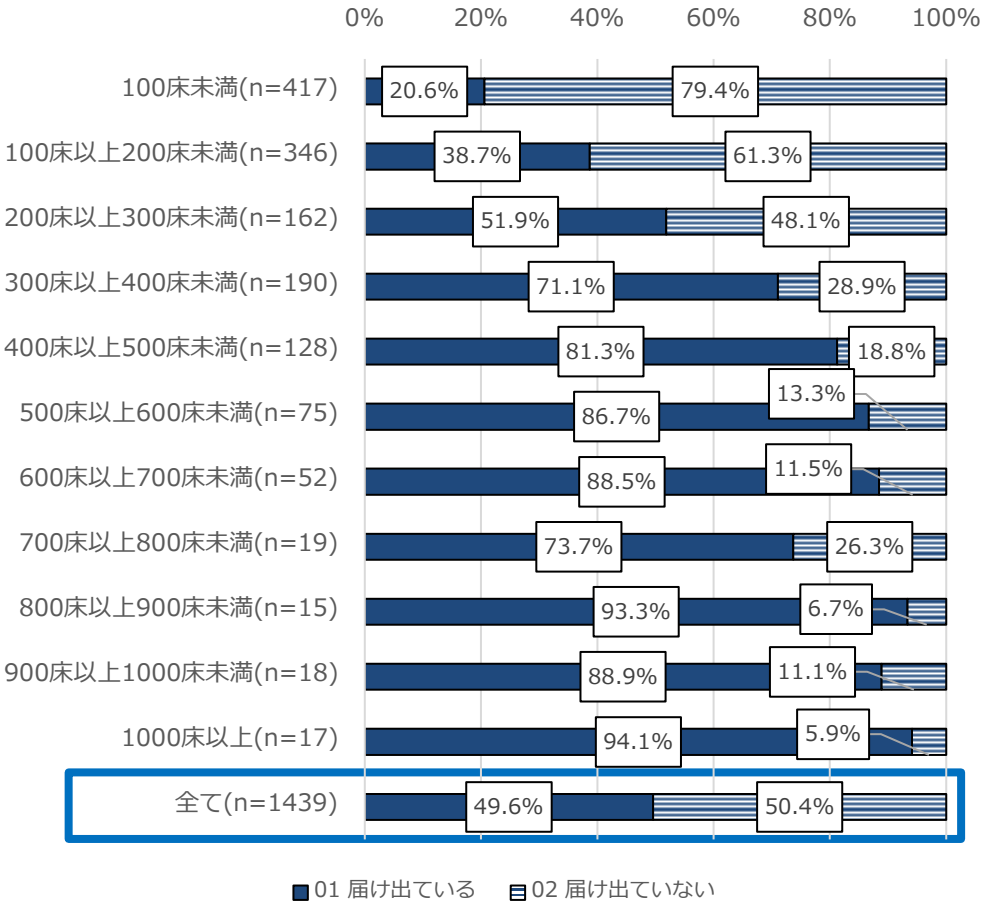


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票（A票、B票））

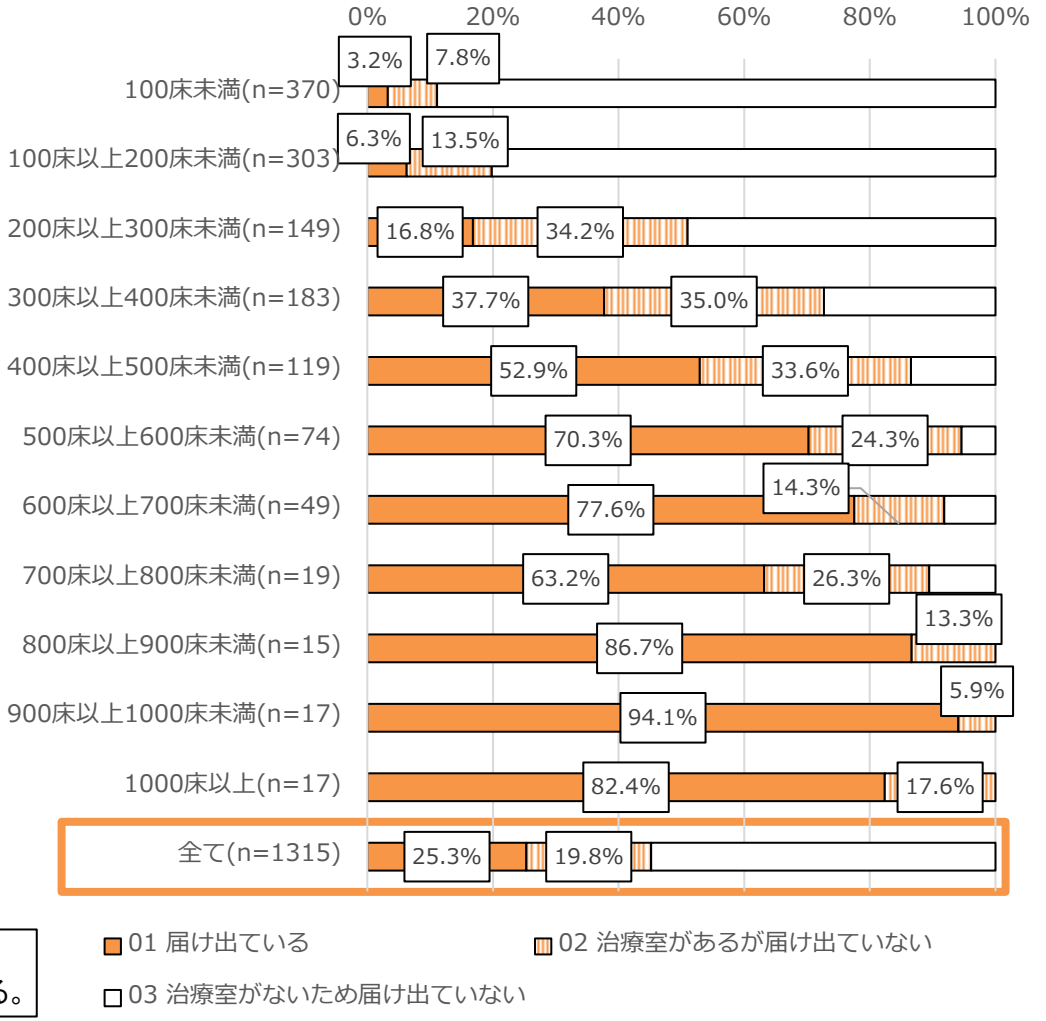
病棟薬剤業務実施加算の届出状況

○ 病棟薬剤業務実施加算１を届出している施設は49.6%、加算２は25.3%の施設であった。
○ 病床規模が大きくなるにつれて、届出率が高い。
○ 加算２について200床から500床の施設では「治療室があるが届け出ていない」の割合が多かった。

■病棟薬剤業務実施加算１の届出状況　(n=1439)



■病棟薬剤業務実施加算２の届出状況　(n=1315)



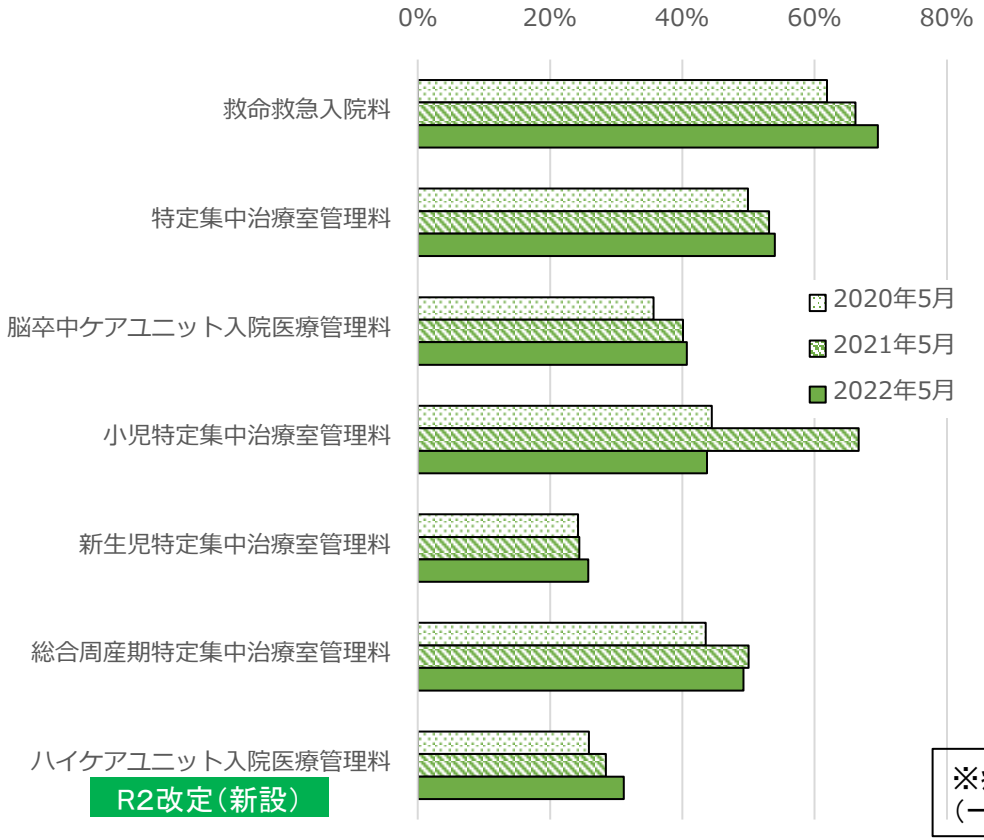
※病棟薬剤業務実施加算２（治療室等における薬剤師業務の評価）は同加算１（一般病棟等における薬剤師業務の評価）を算定していることが算定要件となっている。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

集中治療室等における病棟薬剤業務の実施状況等

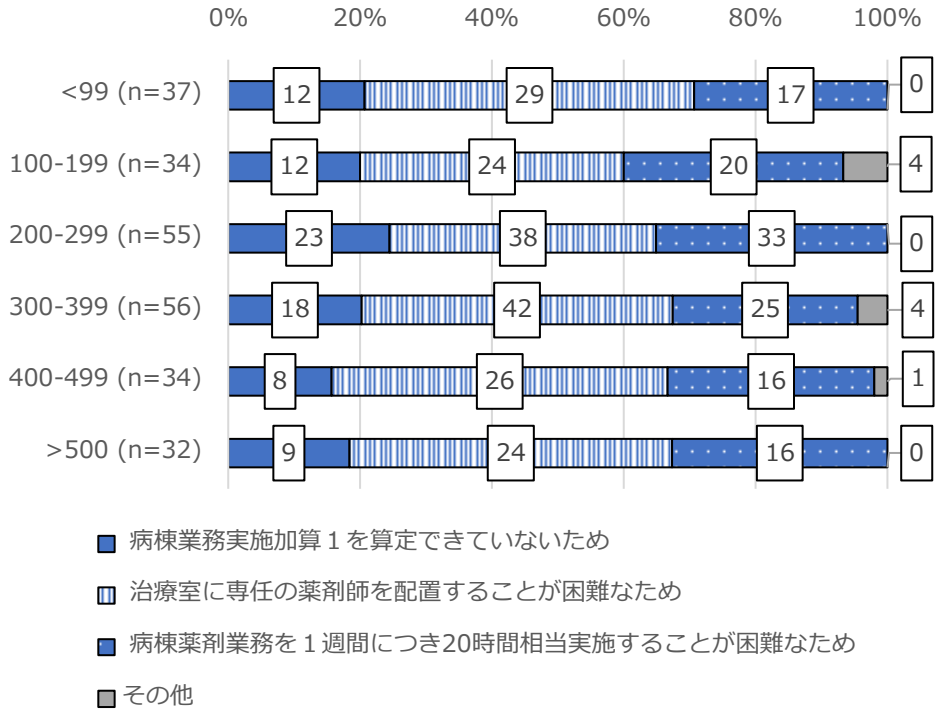
○ 病棟薬剤業務実施加算2を算定している治療室は増加傾向にあり、救命救急入院料を算定する治療室のうち約7割が算定している。
○ R2改定において、同加算2が算定可能となったハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室における算定は、増加傾向にある。
○ 同加算2が届出できない理由としては、治療室へ配置する薬剤師が不足しているほか、同加算1を算定できていないため（全対象病棟に薬剤師を配置する必要がある）が、いずれの病床規模においても約2割を占めていた。

■治療室別の病棟薬剤業務実施加算2の算定状況



出典：各年6月審査分NDBデータ（令和2年～4年）

■病棟薬剤業務実施加算2が届出できない理由



※病棟薬剤業務実施加算2（治療室等における薬剤師業務の評価）は同加算1（一般病棟等における薬剤師業務の評価）を算定していることが算定要件となっている。

出典：入院・外来医療等における実態調査（令和5年度調査）（施設調査票A）

周術期薬剤管理加算の届出状況等

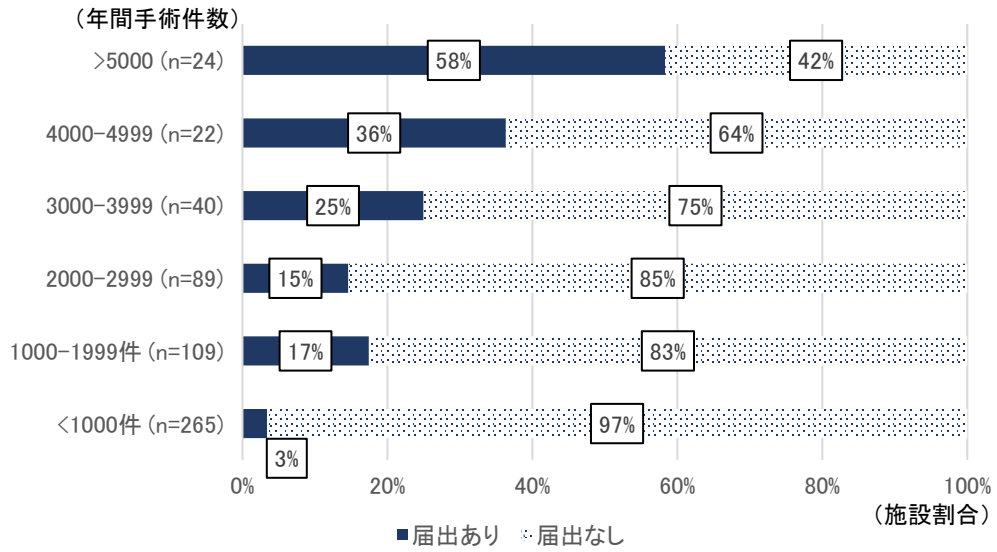
○　令和4年度改定で新設された周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり（729施設中、76施設）、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
○　加算を算定できない理由としては、「専任の薬剤師の配置」を満たせないとの回答が多かった。

■周術期薬剤管理加算の届出の有無

（令和4年11月1日時点）（n=729）

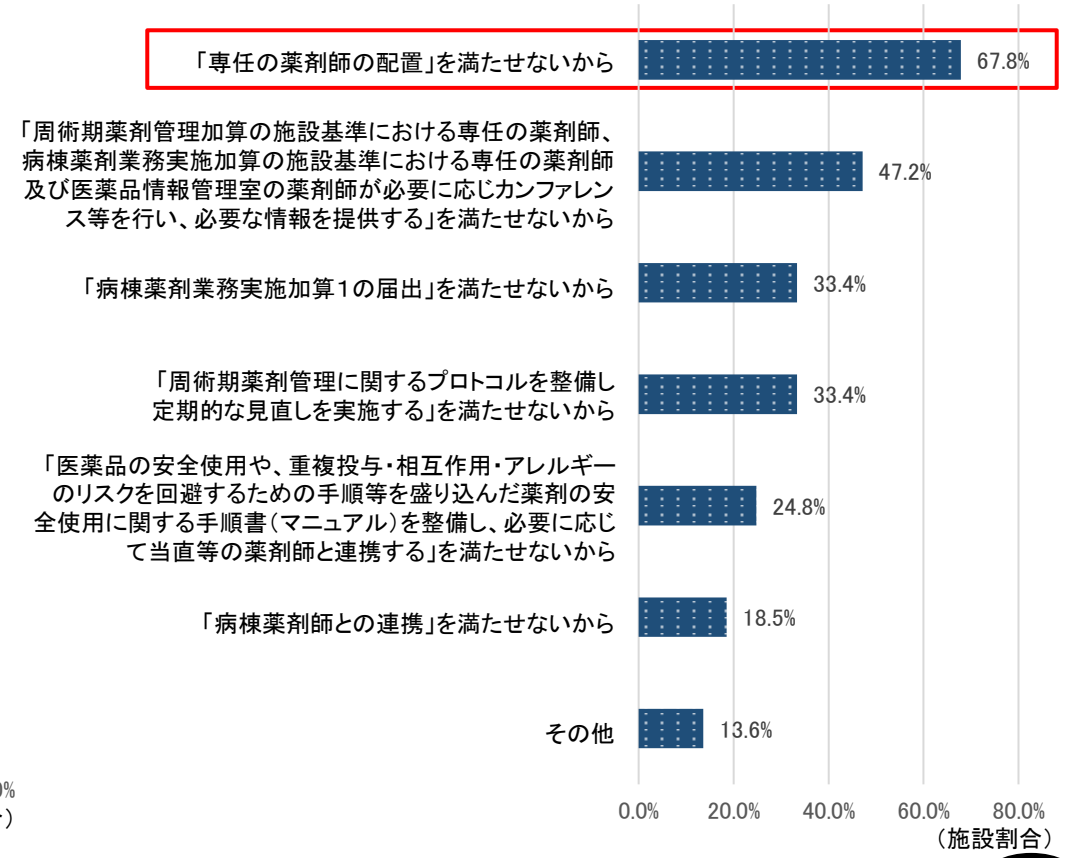
	治療室数	（割合）
届出：有	76	10.4%
届出：無	653	89.6%

■年間手術件数別の届出状況



■周術期薬剤管理加算を届け出ていない理由

（n=653、複数回答）



出典：令和4年度入院医療等における実態調査（施設票A及び薬剤部責任者票）

中医協　総－４参考５
５．１０．２７

中医協　診－２参考５
５．１０．２７

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⑤

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

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

○　医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
○　急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

＜評価の概要＞

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２０７　医師事務補助体制加算	20対１から100対１までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※1看護職員の最小必要数の４割以上※2が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

➢ 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。

現行	改定後
【入退院支援加算】 ［施設基準］ ５　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること	【入退院支援加算】 ［施設基準］ ５　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。**なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしているとみなすことができる。**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

➢ 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
（１）　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。（２）　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
（１）次のいずれかを満たしていること。
ア　略
イ　次のいずれも満たしていること。
（イ）**「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築**されていること。
（ロ）日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
（ハ）日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置**されていること。

施設基準の見直し

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。

改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。**ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。**
ア　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
イ　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
ウ　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してＭＲＩ撮影ができる等、乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

医療資源の少ない地域 算定状況①

○　医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
特定一般病棟入院料１	124	1520	192	2549	194	2352	169	2058	170	2217	153	1832
特定一般病棟入院料２	190	3061	119	1680	60	1025	68	1286	57	974	60	953
特定一般病棟入院期間加算（１４日以内）	227	1767	237	1879	185	1410	170	1418	167	1310	163	1152
特定一般病棟入院期間加算（１５日以上３０日以内）	73	639	116	831	81	710	89	797	82	725	59	469
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	62	527	131	1156	116	970	97	834	119	935	109	730
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	-	-	91	1446	66	854	56	871	62	871	64	884
特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）	-	-	-	-	7	86	4	81	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（A）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（B）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（C）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（D）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（E）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（F）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（G）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（H）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料１（I）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

社会医療診療行為別統計　各年6月審査分より

医療資源の少ない地域 算定状況②

○　医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	20	42	3	7	15	43	-	-	-	-	11	18
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	1	-	-	-	-	4	4	6	7	-	-
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	-	-	5	5	16	16	2	2	37	38	18	18
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料１（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）	9	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料１（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料２（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料２（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料３（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料３（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料４（生活療養）（特定地域）	-	-	22	562	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料４（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料２（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料２（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料４（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料４（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

社会医療診療行為別統計　各年6月審査分より

医療資源の少ない地域の考え方

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。

平成30年度改定時	令和2年度改定後
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	→ 「人口当たり医師数が下位1/2」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

（平成30年度改定）
41
医療圏

引き続き要件に該当する二次医療圏数	34 医療圏
新たに要件に該当する二次医療圏数	6 医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	7 医療圏

（令和2年度改定）
40
医療圏

※：上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

改定年度	改定内容
平成24年	○　一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※　特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○　1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○　チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○　地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○　特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○　チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○　医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し ＜対象地域に関する要件＞ ➢　患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢　二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○　一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた （特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く） ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位１/３かつ人口当たり看護師数が下位１/２ ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
平成30年	○　医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○　医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ ○地域包括ケア入院医療管理料1～4　○地域包括ケア病棟入院料1・3　○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算　○在宅療養支援診療所　○在宅療養支援病院　○在宅療養後方支援病院
令和2年	○　医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和（※）するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○　へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした
令和4年	○　入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。 ○　超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。

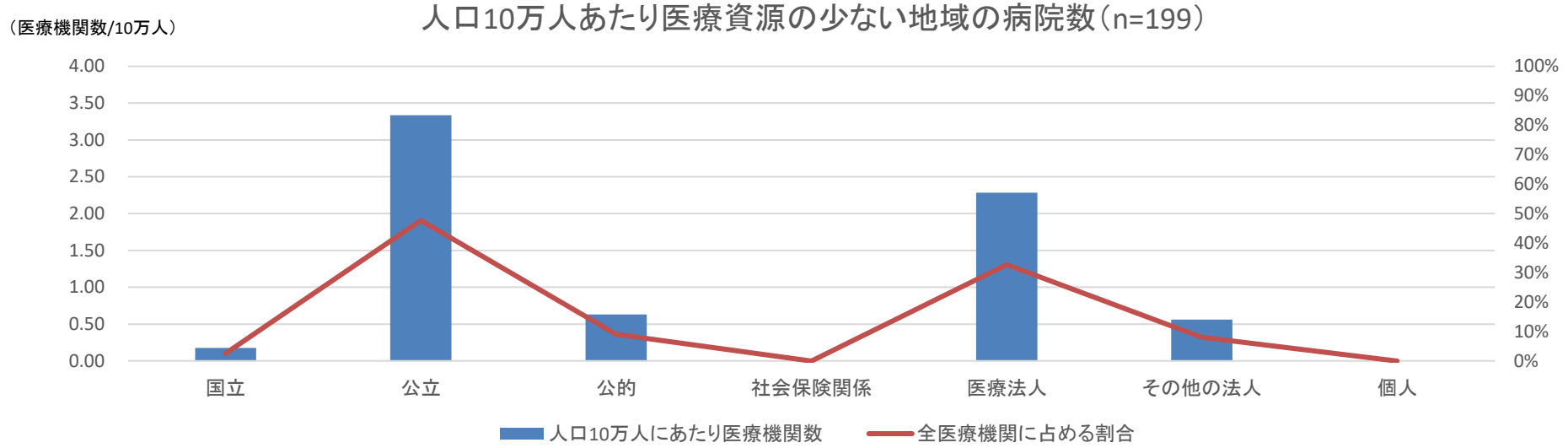
医療資源の少ない地域（令和２年度診療報酬改定）

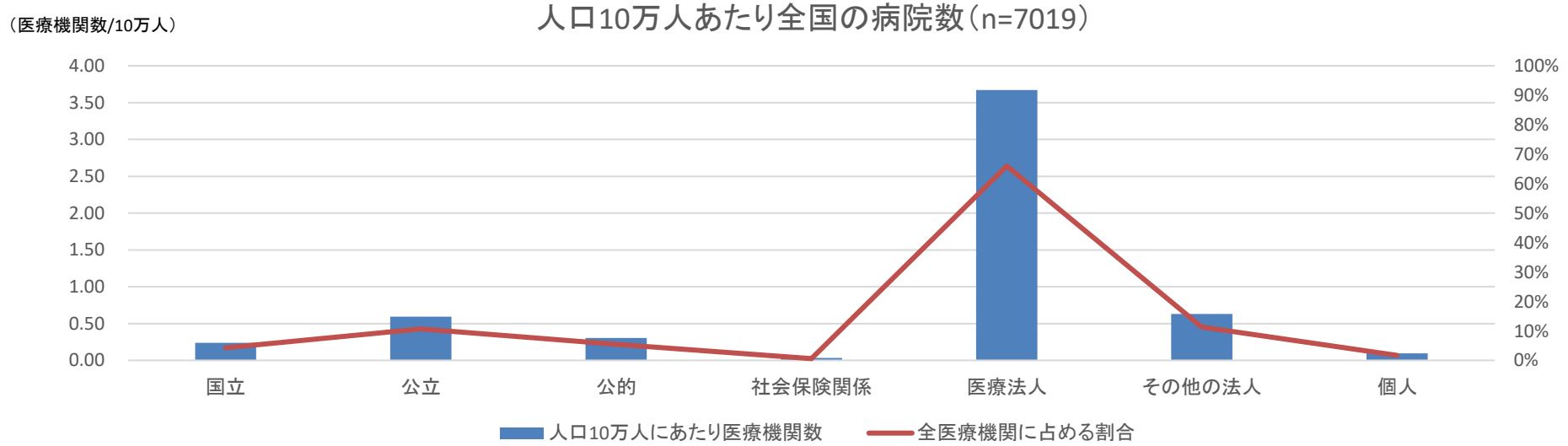
都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曽	木曽郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

○　全国の病院と医療資源の少ない地域に存在する人口10万人あたりの病院の設置主体は以下のとおりであった。
○　医療資源の少ない地域においては設置主体が公立の医療機関が最も多く、全国でみると医療法人が最も多かった。





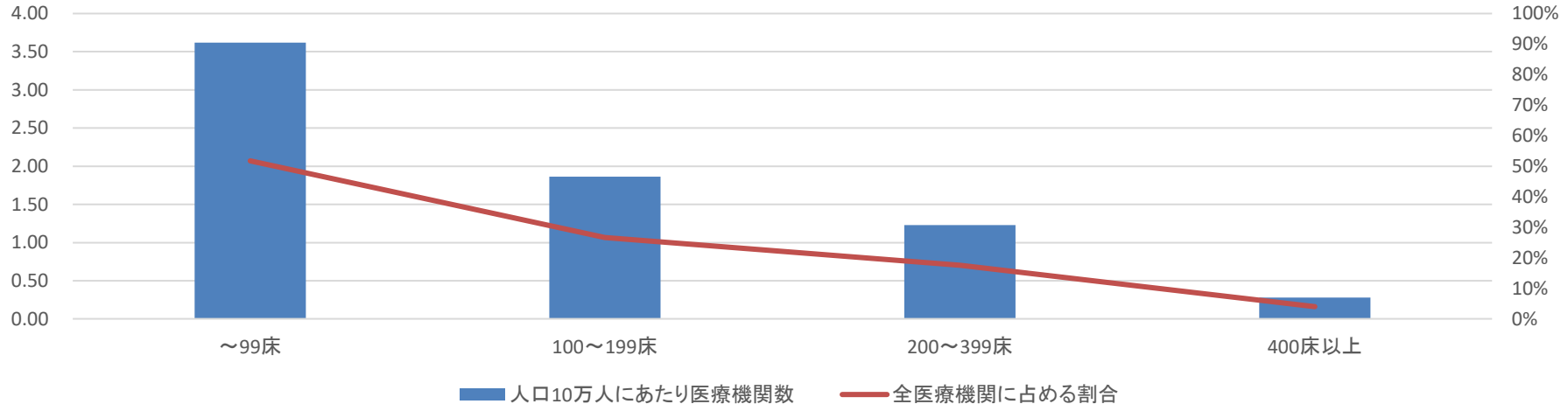
保険局医療課調べ（令和3年度病床機能報告、令和2年度国勢調査より）

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

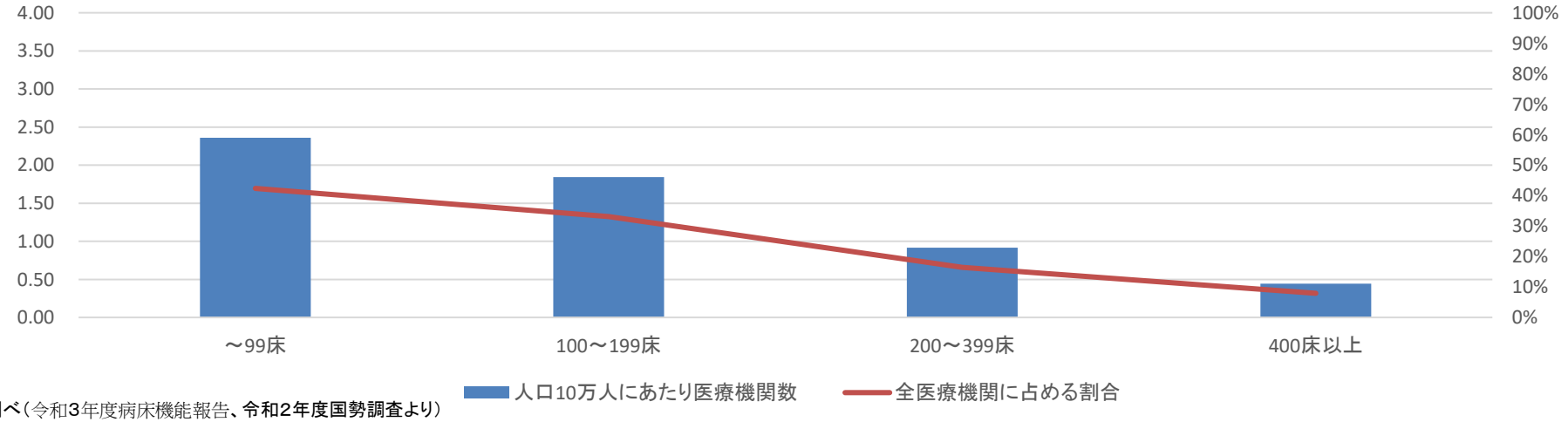
○　医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり許可病床数は以下のとおりであった。

○　医療資源の少ない地域に存在する病院の許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多く、全体の約50%を占めていた。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の許可病床数（n=199）



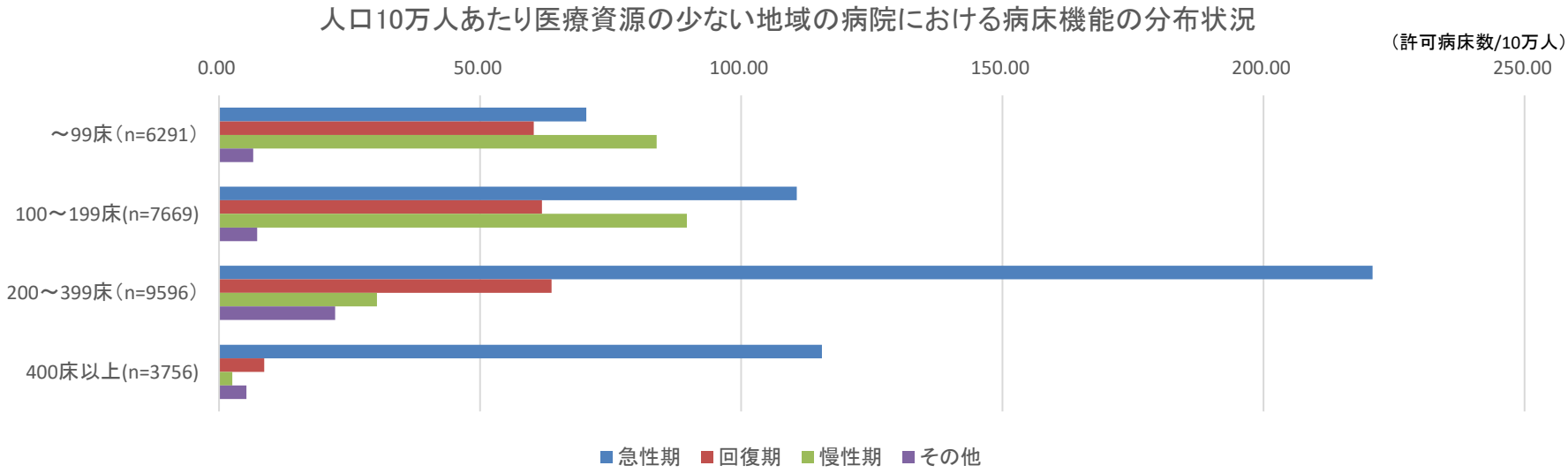
人口10万人あたり全国の病院における許可病床数（n=7019）

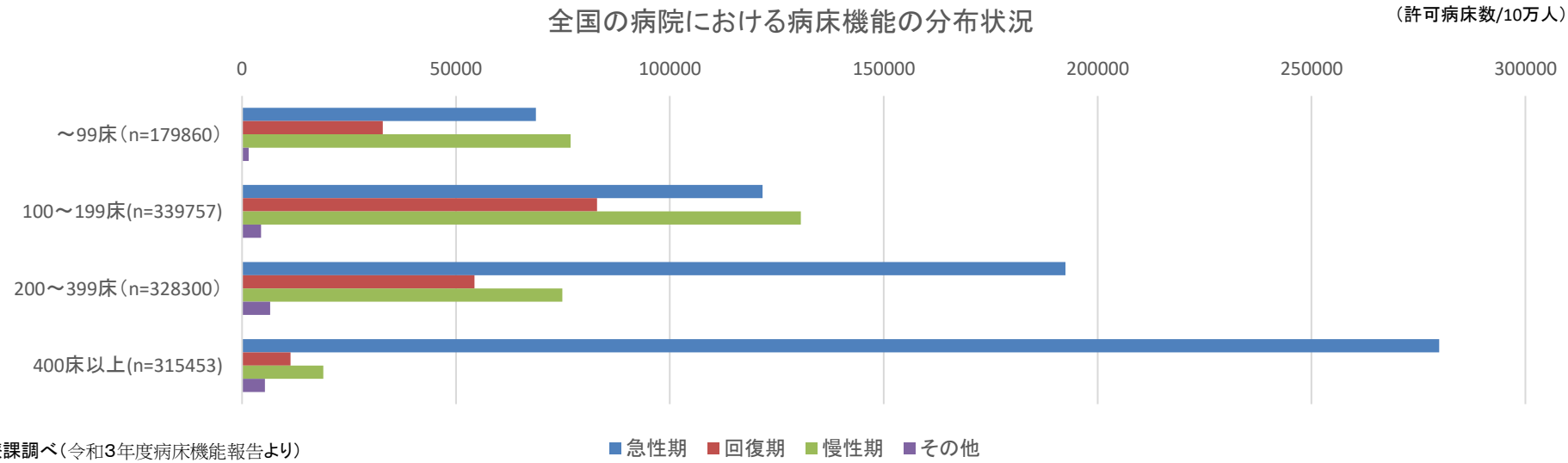


保険局医療課調べ（令和3年度病床機能報告、令和2年度国勢調査より）

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について③

○　医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり病床機能の分布状況は以下のとおりであった。





保険局医療課調べ（令和3年度病床機能報告より）

医療資源の少ない地域でのヒアリング調査について

令和5年度　令和5年度入院・外来医療等における実態調査
医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について（ヒアリング調査）

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

【調査の概要】

１．調査対象

医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関　12施設

２．調査日

7月24日（月）～8月18日（金）の期間に適宜ヒアリングを実施

３．調査内容

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況等

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果①

	医療機関の主な意見等
入院について	**〇急性期** ・　救急患者は受け入れるが、十分な医師の確保が困難なため、手術を必要とする患者や高度急性期の患者はほとんど転院となる。 ・　周囲の医療機関と輪番制を構築していたが、医師の高齢化により輪番制が廃止となって継続困難となり廃止となった。 ・　地域連携ネットワークを導入したおかげで急性期疾患の患者の経過を確認できるようになり、回復期に移行し地域に戻ってくるときの計画を立てやすくなった。 **〇回復期** ・　地域に回復期リハビリテーション病棟が少なく、遠方にあるため患者や家族に負担がかかる。 ・　自院で回復期リハビリテーション病棟を届出できるほど周辺地域に対象となる患者がいないため、回復期に集中的なリハビリテーションを必要とする場合、地域包括ケア病棟に入院となる場合があり、包括評価のため経営上の負担になる。 ・　周辺に医療機関がなく機能分化ができないため、急性期も回復期も担う医療機関は地域包括ケア病棟の自院からの転棟割合の要件を満たすのが難しい。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（ヒアリング）

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果②

	医療機関の主な意見等
外来・在宅について	**○　在宅医療** ・　医師の数が少ないため、在宅療養支援診療所を維持していくための医師の24時間対応体制の構築が負担になっている。 ・　在宅のニーズの増加に合わせて、訪問診療や往診の体制を整えていきたいが、そもそもの医師の数等が不足しており難しい。 ・　施設に入所する患者が増加しており、看取りの件数自体は減ってきている。 ・　自宅までの距離が遠く離れており、自施設から20km離れた訪問看護ステーションの方が近いような患者の場合は、一旦そこの看護師に依頼して様子を見てもらうことがある。 **○　情報通信機器を用いた診療** ・　必要な患者に往診を提供できる様に努力しているが、遠方の患者は移動時間もかかり医師の負担になる。患家の近くの訪問看護ステーションから看護師が向かい、D to P with Nでの診療体制ができたら良い。 ・　オンライン診療での費用が低く、患者の指導や医療機関内での体制の整備に時間がかかるのに対して、採算がとれない。 ・　普及を目指しているが、患者は高齢者が多く、デバイスをうまく扱えないため、中々オンライン診療を希望する患者がいない。 ・　D to P with Nの取組を進めたいが、そもそも看護師の数が足りない。 ・　オンライン診療導入の意向はあるが、ソフトや機器の値段が高く購入が困難。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（ヒアリング）

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果③

設問	医療機関の主な意見等
医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について	・　専従の要件を満たす医療従事者の確保が困難である。 ・　連携を要件としている加算はそもそも周辺に連携のとれる医療機関が少なく、要件を満たすのが困難。 ○　入退院支援加算 ・　入退院支援部門に配置する人材の確保が困難。 ・　家族が遠方にいると退院支援計画書の同意がもらえない場合がある。 ○　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１ ・　当直日数の基準を満たすのが困難。 ○　手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１ ・　全身麻酔の手術件数の要件を満たせない。 ○　遠隔画像診断 ・　ソフト・ハード共に費用負担が大きい。 ○　医師事務作業補助体制加算 ・　業務負荷の軽減に寄与しているが、医師の減少の負担の増加の方が大きい。 ○　超急性期脳卒中加算 ・　対応できる医師を確保できず、施設基準が満たせない。
その他	○　コロナの影響で講習会やカンファレンスのオンラインでの開催が増えたことで、移動時間も減り、業務の負担が軽減された。 ○　地域に急性期の病院がなく、自院で急性期の患者を多く受け入れているので、宿日直許可の取得が困難。 ○　医療従事者の人材不足や患者の減少もあり、医療機関の努力で採算を合わせることに限界が来ている。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（ヒアリング）

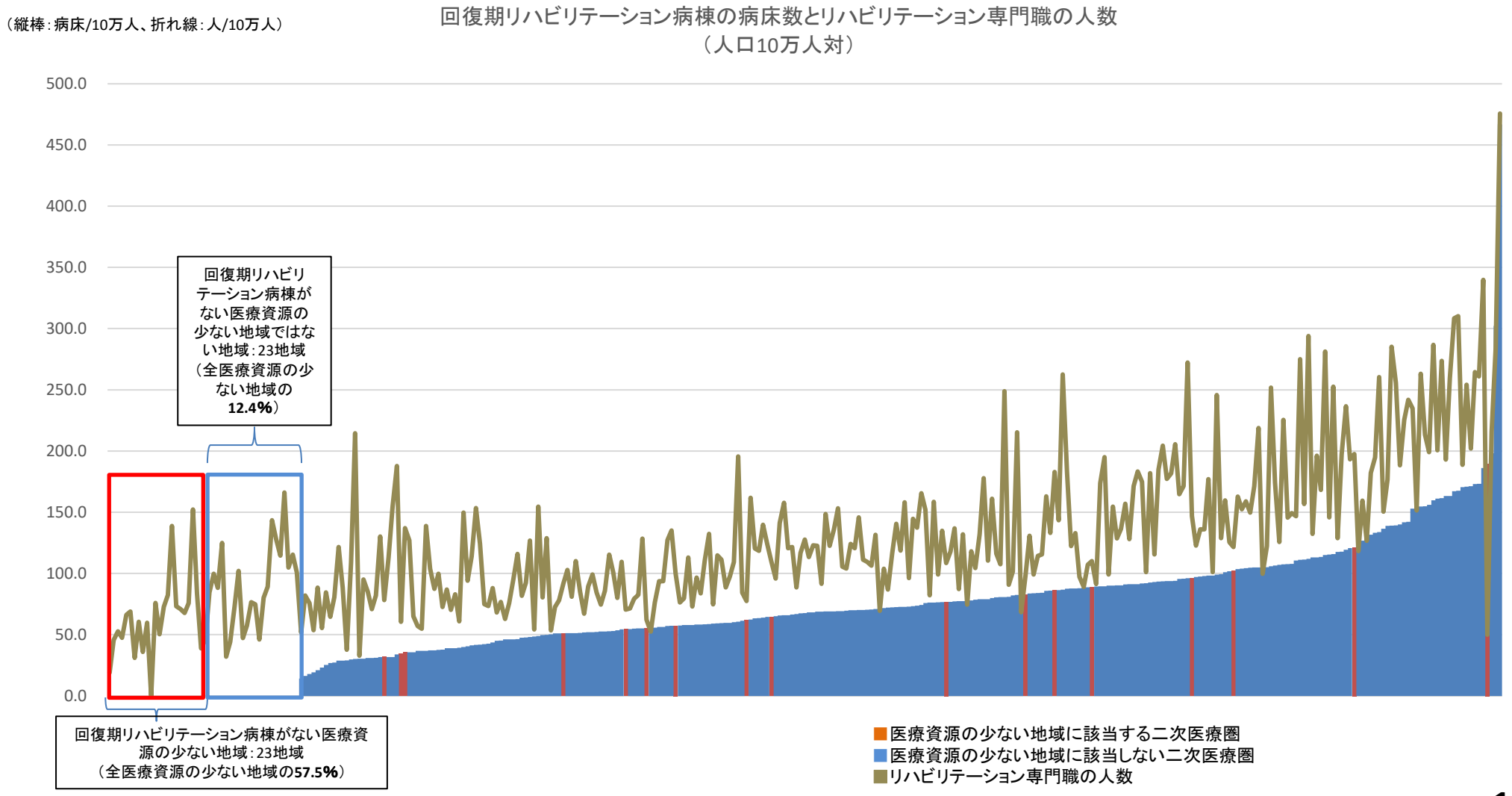
回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	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	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
看護補助者	３０対１以上				
リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１名以上		
社会福祉士	専任常勤１名以上		－		
管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
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→４割以上		２割以上→３割以上		－
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。

医療資源の少ない地域におけるリハビリテーション

○　医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域はリハビリテーション専門職の人数については配置が少ないが一定数は存在する。



出典：令和３年度病床機能報告、令和２年医療施設静態調査

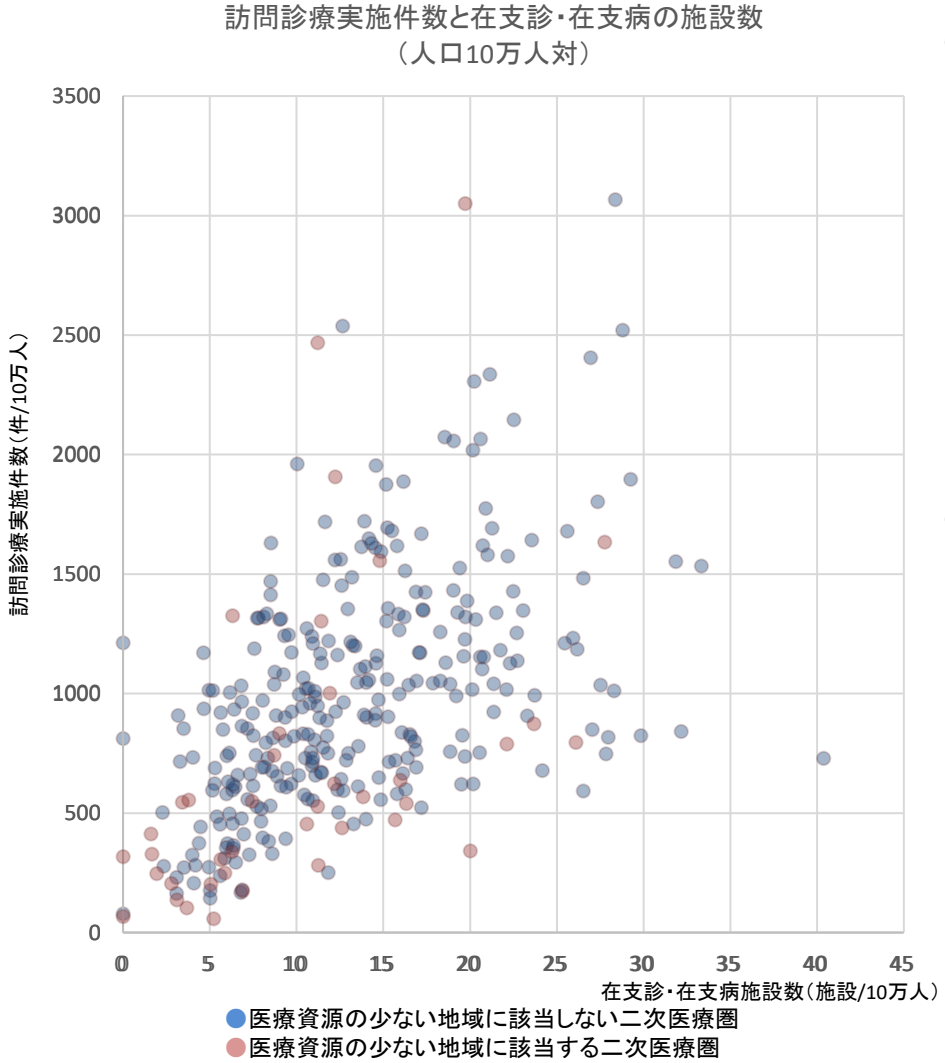
在支診・在支病の施設基準（参考）

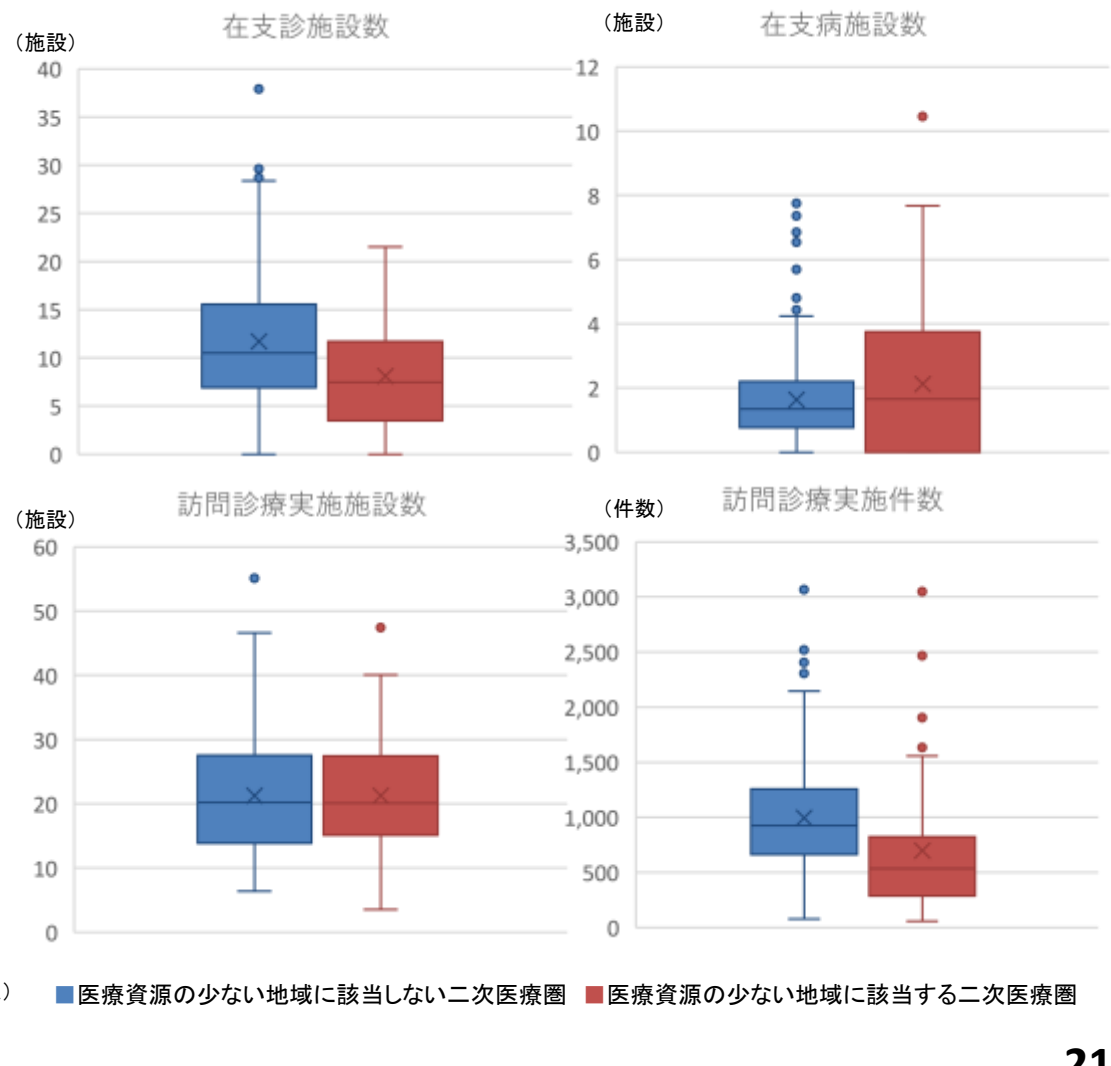
<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="4">①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制
③　24時間の訪問看護体制　④　緊急時の入院体制
⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している
⑦　適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</td><td colspan="2" rowspan="2">○　許可病床数200床以上
○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="4">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
（２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="4">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑩　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
</table>

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

在宅療養支援病院・診療所について

○　医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差が無かった。
○　訪問診療の実施件数は医療資源の少ない地域の方が少なかった。





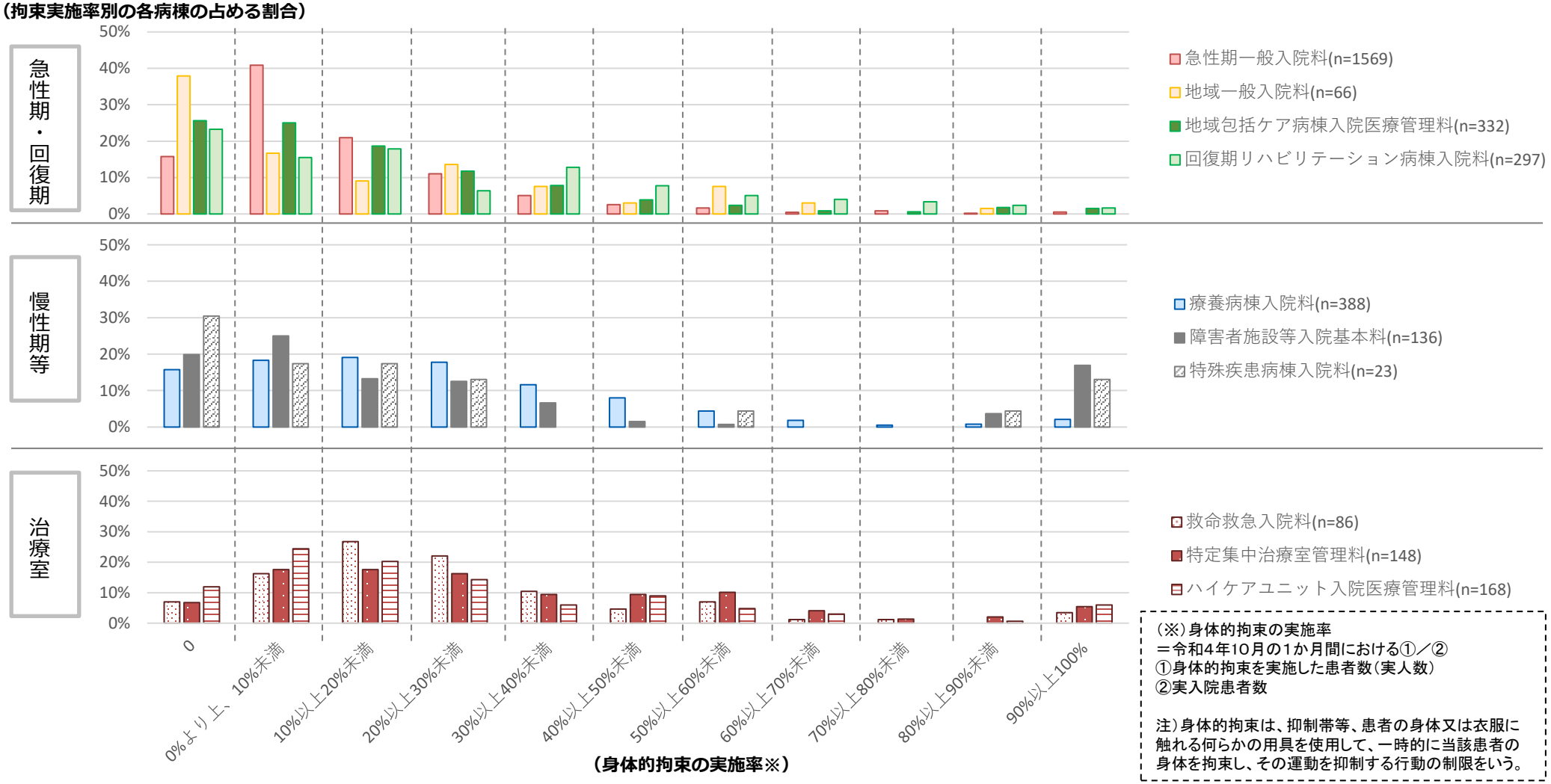
出典：令和２年医療施設静態調査

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
13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
13－2. 入退院支援について
13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
13－4. 救急医療管理加算について
13－5. 短期滞在手術等基本料について
13－6. データ提出加算について
13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

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（※）



（※）身体的拘束の実施率
＝令和4年10月の1か月間における①／②
①身体的拘束を実施した患者数（実人数）
②実入院患者数

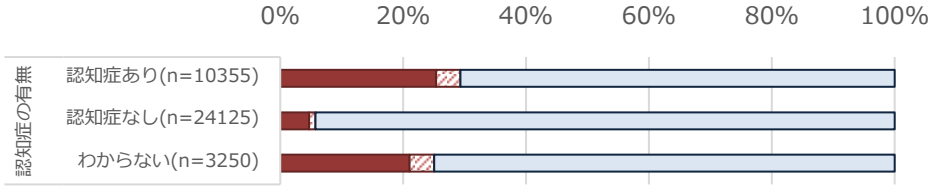
注）身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

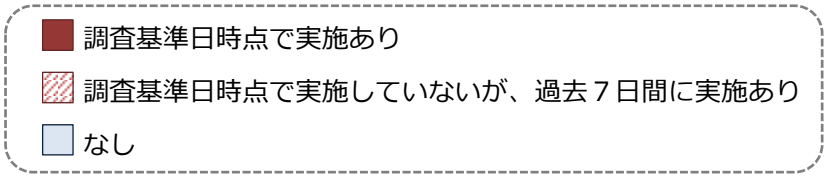
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

患者の状態別の身体的拘束の実施有無

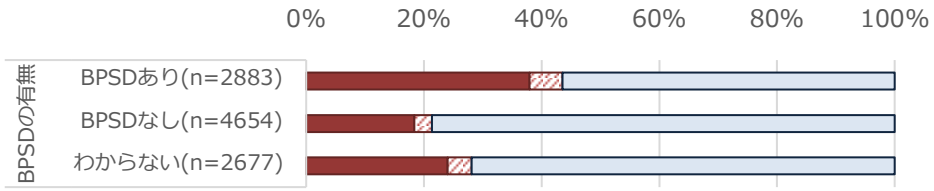
○ 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
○ 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

■認知症の有無別

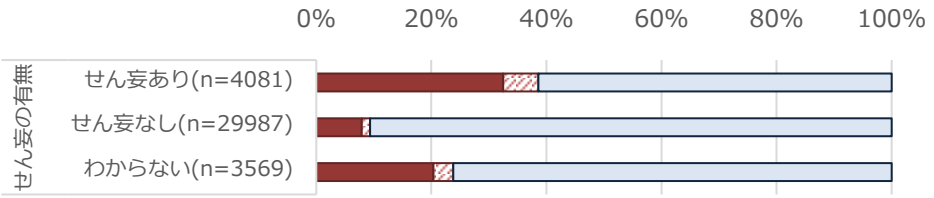




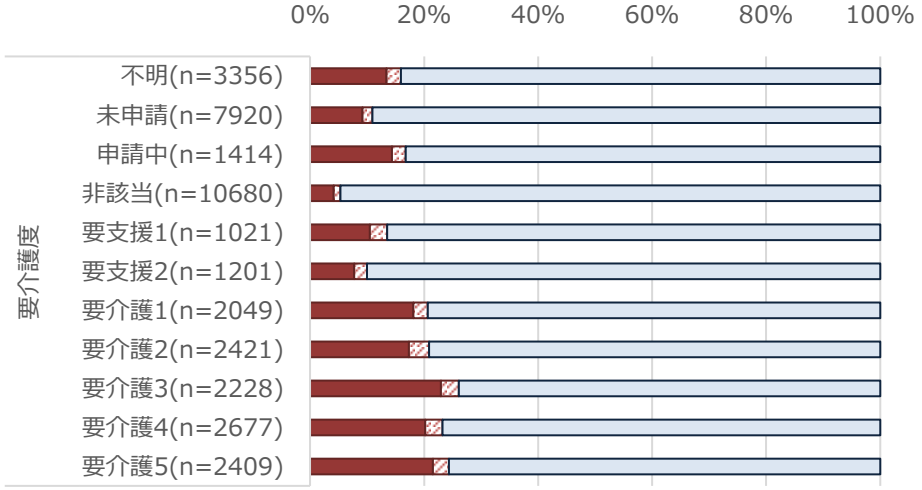
■「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



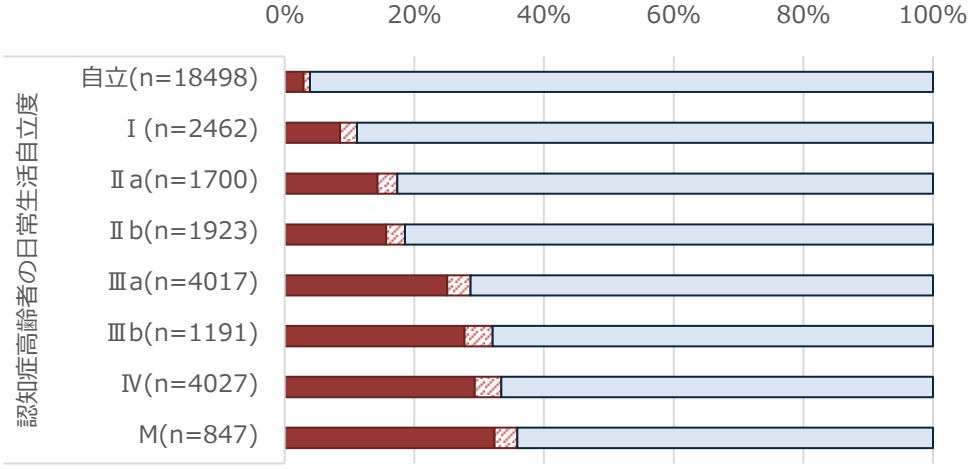
■せん妄の有無別



■要介護度別



■認知症高齢者の日常生活自立度別

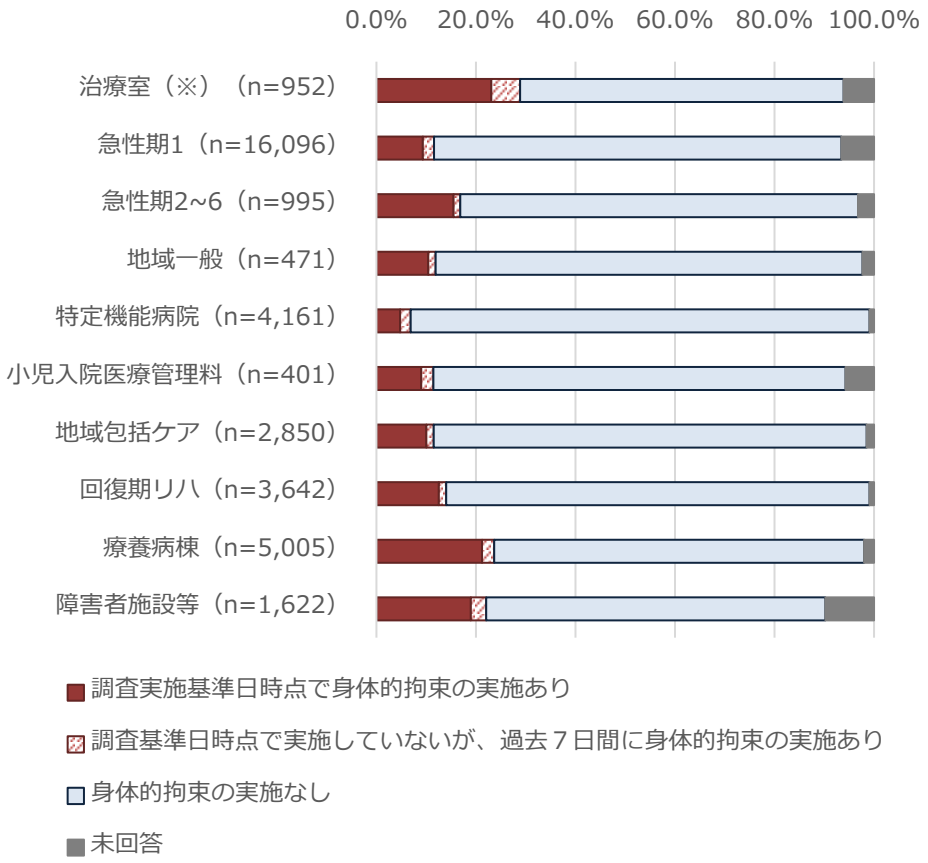


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

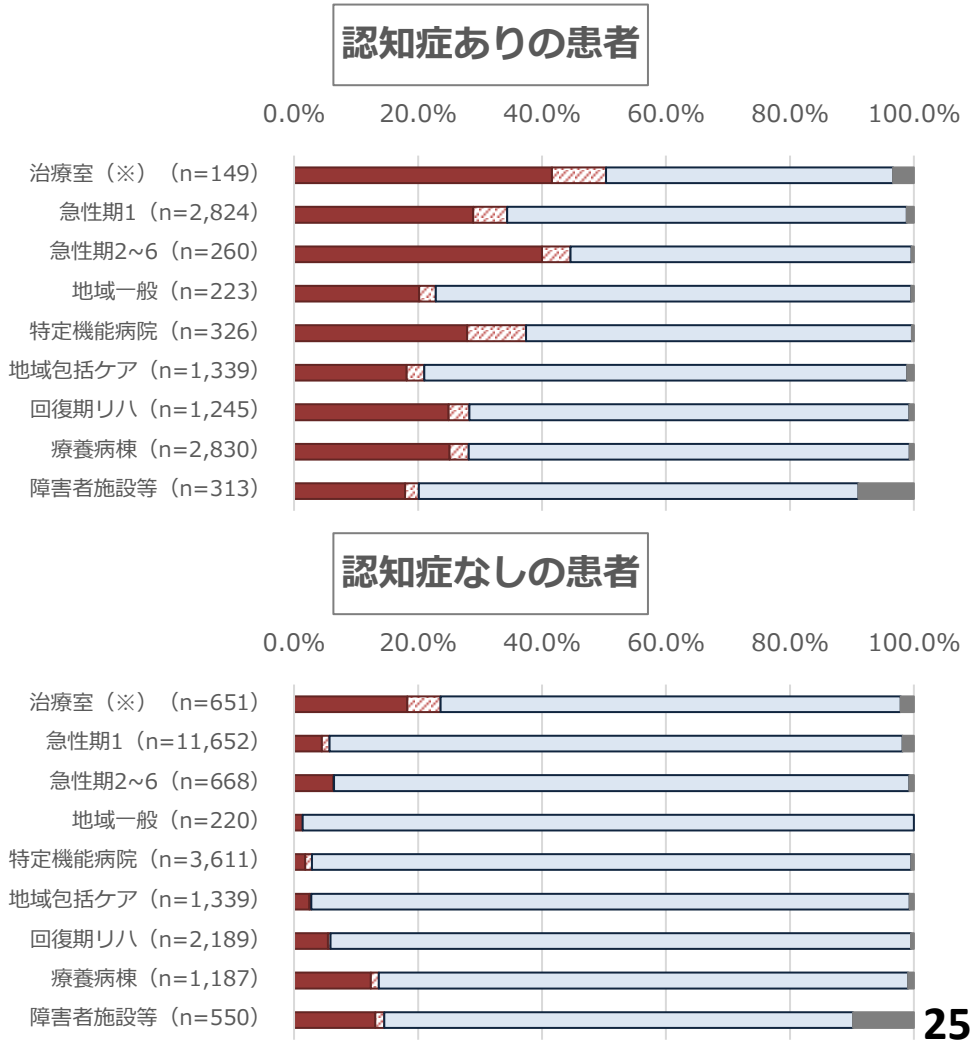
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■入院料別の身体的拘束の実施有無



（※）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。

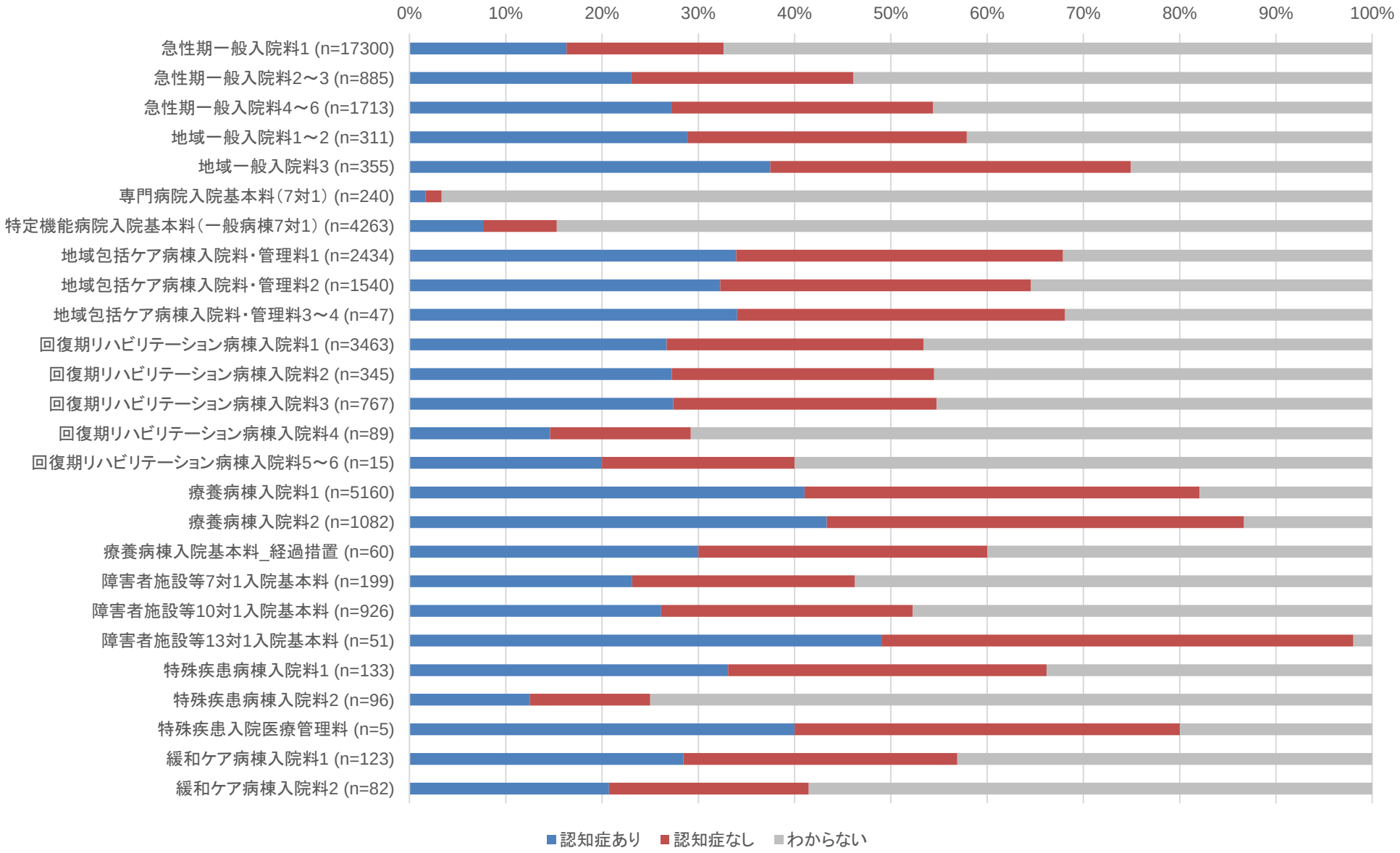
■認知症の有無別の身体的拘束の実施有無



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの認知症の有無

診調組　入－１
５．６．８

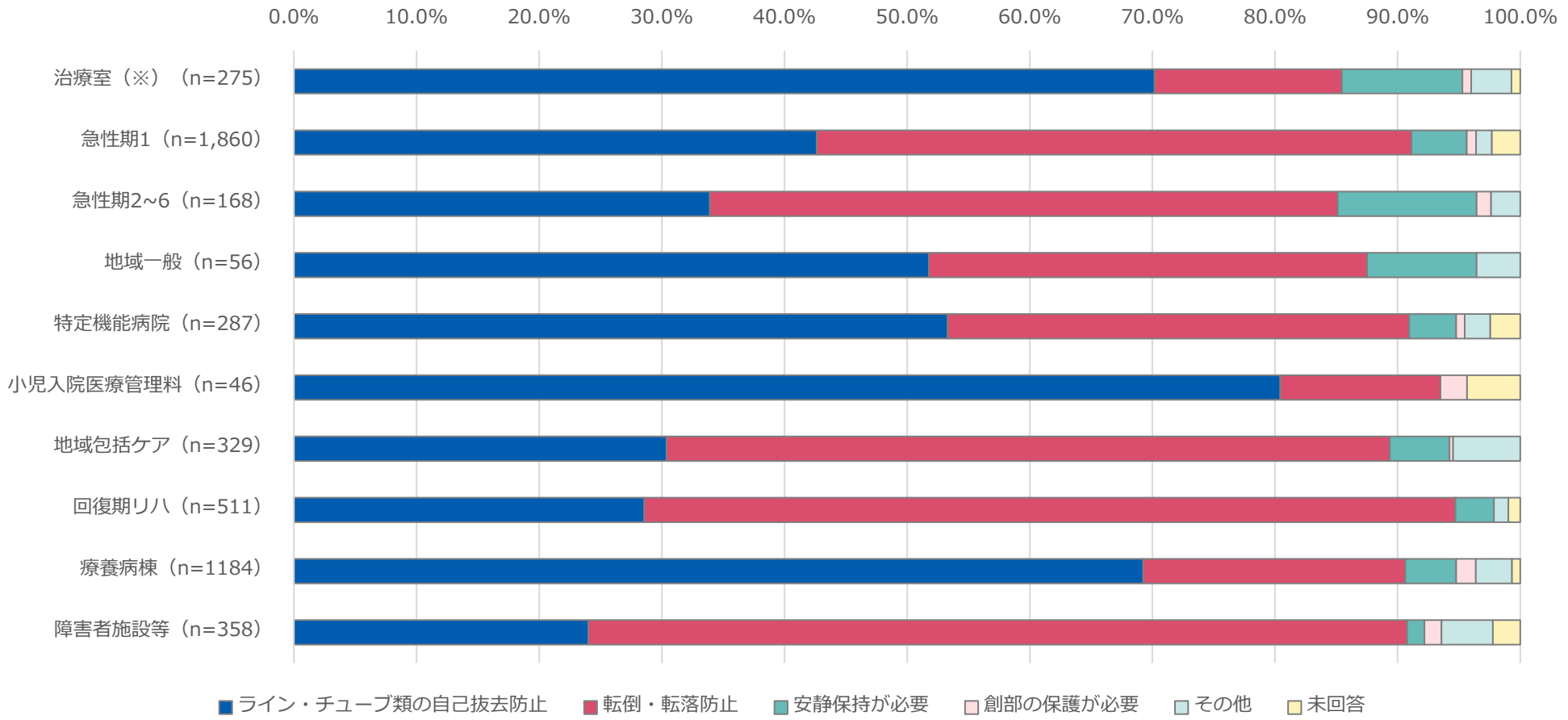


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の身体的拘束の実施理由

○　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）



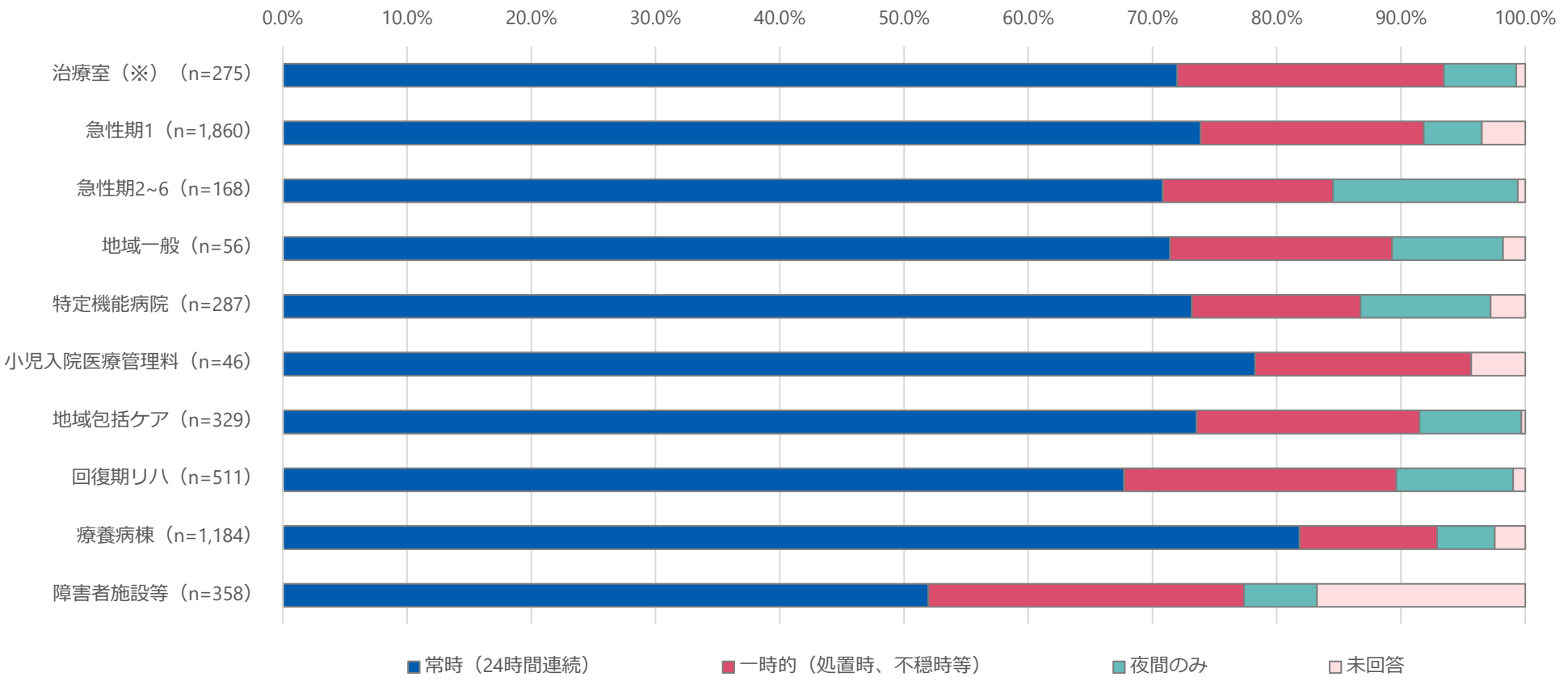
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の拘束時間

○　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。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

認知症ケア加算の概要

意見交換　資料－２参考－１
Ｒ　５　．　４　．　１　９　改

認知症ケア加算（１日につき）

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

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

認知症ケア加算で求める身体的拘束に関する対応

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用具を使用して、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。

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。

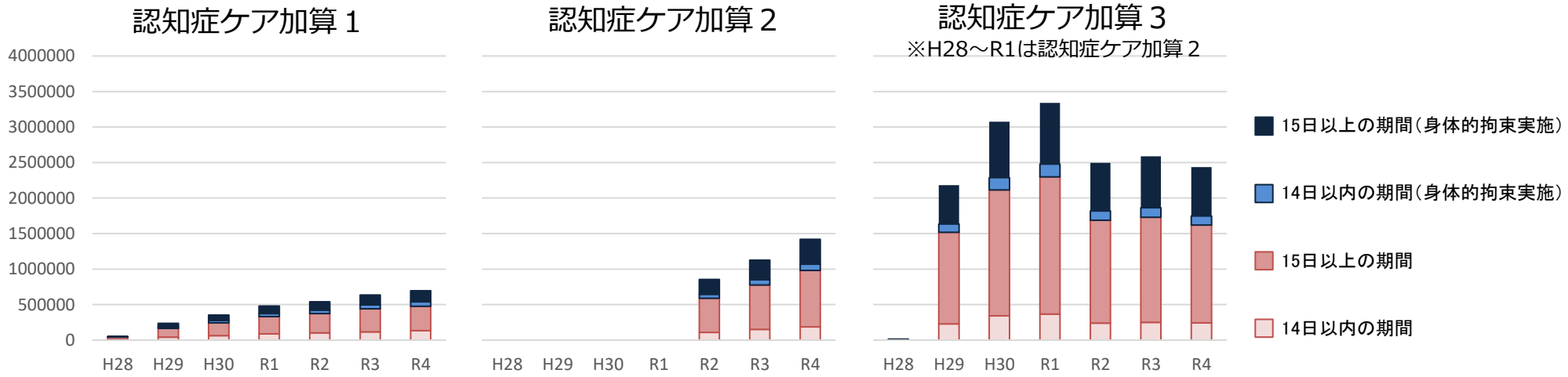
認知症ケア加算3

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。

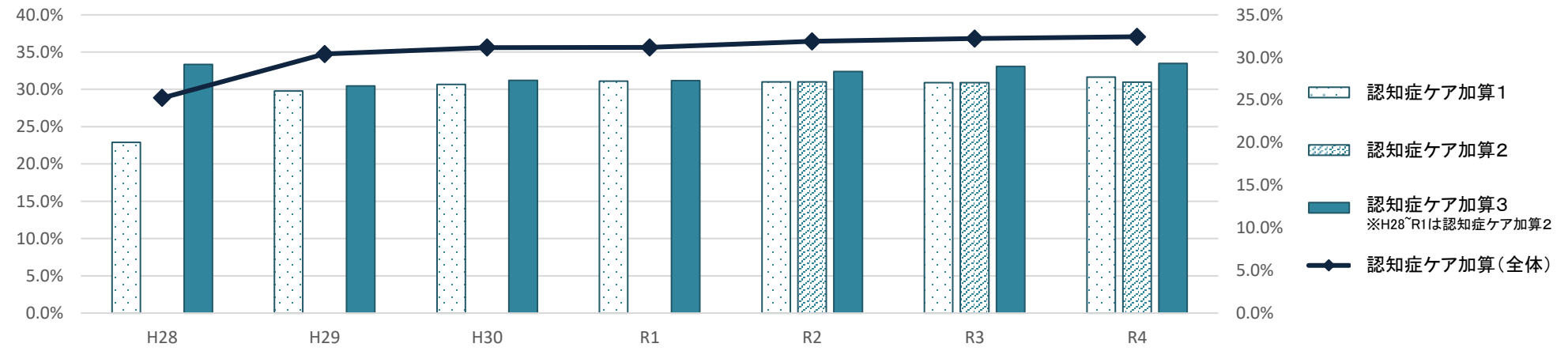
認知症ケア加算の算定の推移

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

■認知症ケア加算の算定回数の推移（各年６月審査分）



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



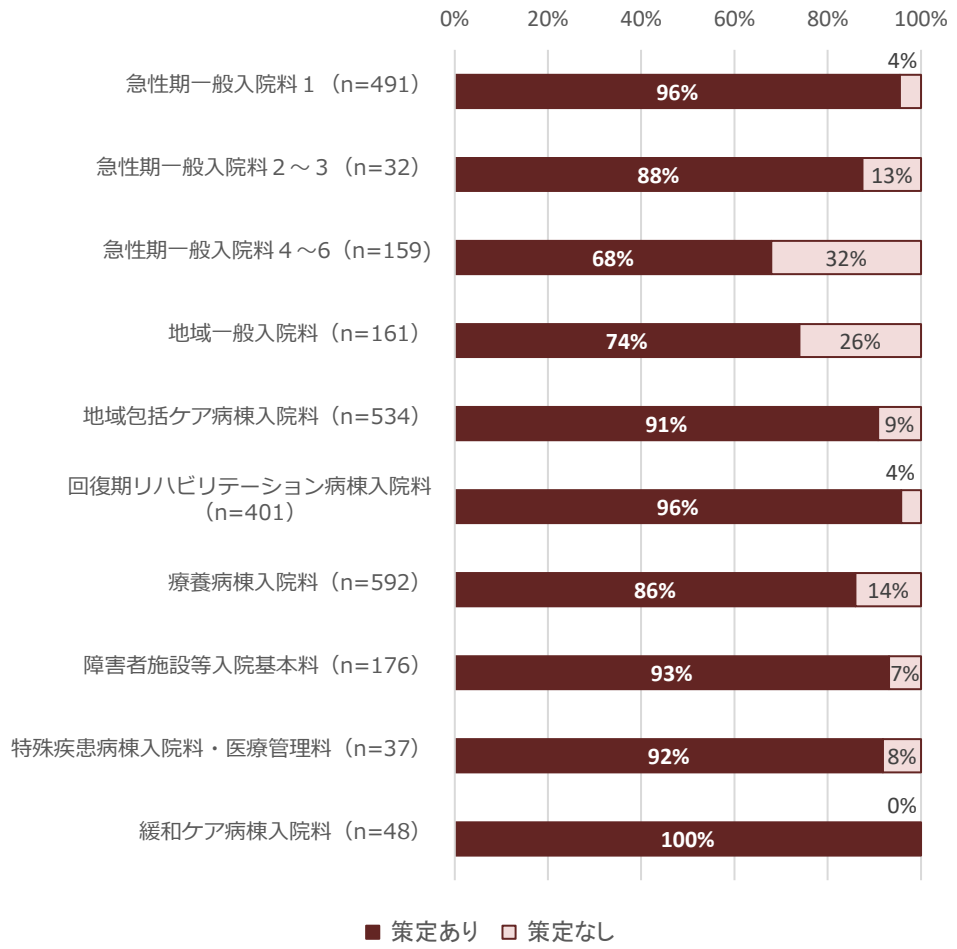
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

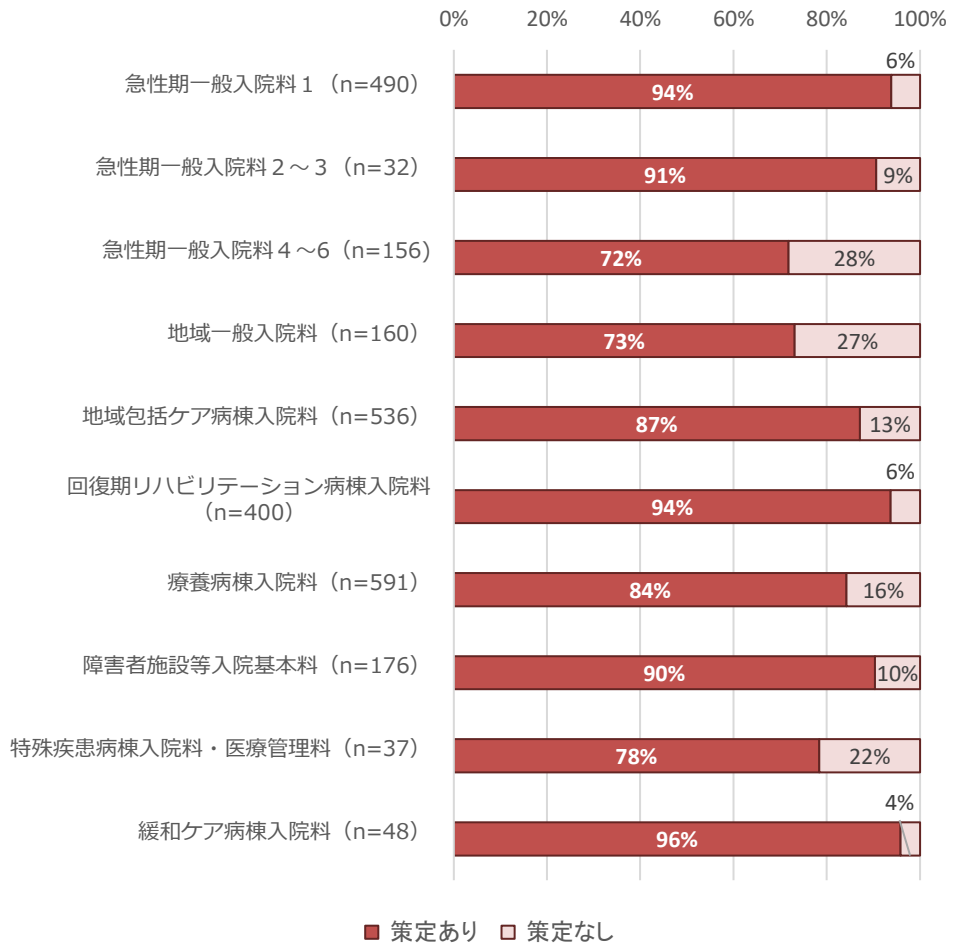
診調組　入－１
５．６．８

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

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



■院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



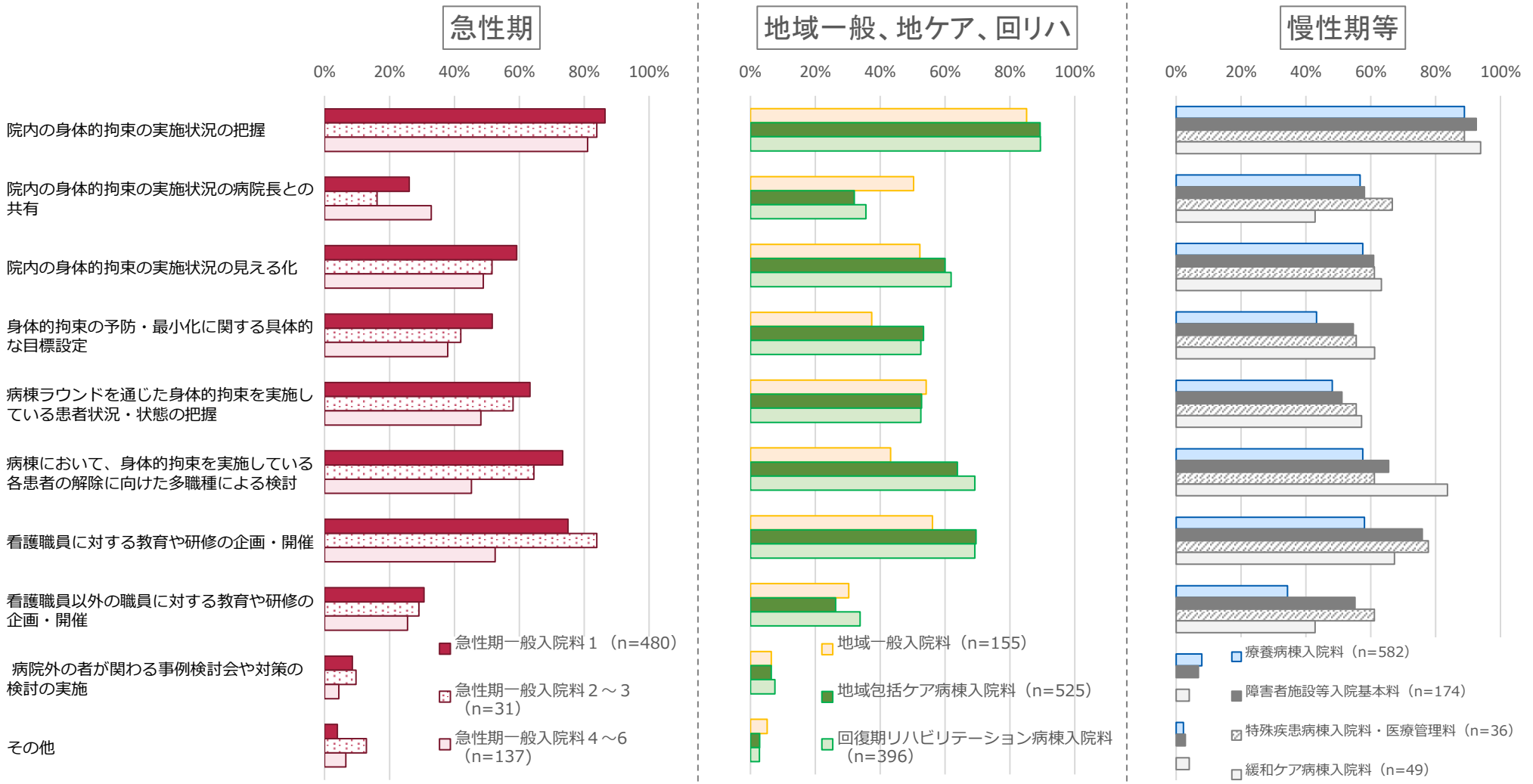
出典：令和4年度入院･外来医療等における実態調査（施設票）

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

診調組　入－１
５．６．８

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

■身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



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）

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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ことが何よりも大切。

○　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。

一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床　／　入院料：急性期一般入院料１など

➢ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1．身体拘束が必要となる場面を減少させる	• 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 • CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） • 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 • 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2．多様な視点から身体拘束を検討する	• 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 • 身体拘束解除カンファレンス • 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3．患者の安全を守る	• 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 • インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➢ インシデント・アクシデント発生時の対応

- 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➢ 医師と看護師等との協働

- 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始２年３か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

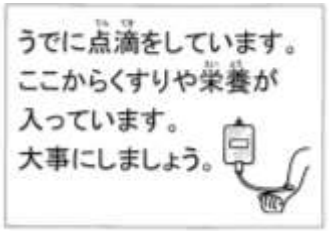
B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年４月１日
病床数：464床（一般460床、感染４）、救命救急センター24床　／　入院料：急性期一般入院料１

➢ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- 病棟では、
  - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
  - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらう
  - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る　等

【注意を促す掲示物の一例】



出典：看護管理, 30(6), 2020をもとに保険局医療課にて作成

（参考）身体拘束予防ガイドライン

身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと　ー　５つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
   次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
   - スタッフの行為や言葉掛けが不適当か、またはその意味がわからない場合
   - 自分の意思にそぐわないと感じている場合
   - 不安や孤独を感じている場合
   - 身体的な不快や苦痛を感じている場合
   - 身の危険を感じている場合
   - 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

身体拘束をせずにケアを行うために　ー　３つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. ５つの基本的ケアを徹底する。
   ①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

出典：日本看護倫理学会　臨床倫理ガイドライン検討委員会「身体拘束予防ガイドライン」, 2015

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
    13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
    13－2. 入退院支援について
    13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
    13－4. 救急医療管理加算について
    13－5. 短期滞在手術等基本料について
    13－6. データ提出加算について
    13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

入退院支援加算の概要

Ａ２４６　　入退院支援加算（退院時１回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算１　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　７００点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　１，３００点
  入退院支援加算２　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　１９０点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　６３５点
  入退院支援加算３　　１，２００点
- 入退院支援加算１又は２を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。　　小児加算　２００点

［主な算定要件・施設基準］

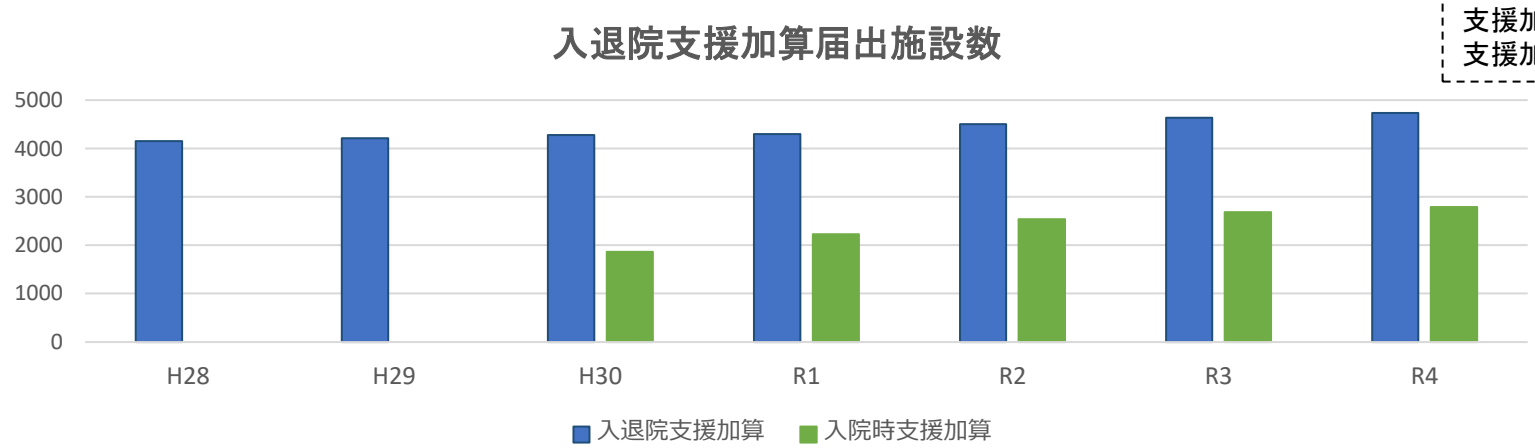
	入退院支援加算１	入退院支援加算２	入退院支援加算３
退院困難な要因	ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ．緊急入院 ウ．要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ．生活困窮者であること カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ．排泄に介助を要すること ク．同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ．退院後に医療処置が必要 コ．入退院を繰り返している サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ　その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア．先天奇形 イ．染色体異常 ウ．出生体重1,500g未満 エ．新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ．その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後３日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は７日以内 療養病棟入院基本料等は１４日以内　に実施 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後７日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・７日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後１か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が１名以上 かつ、①もしくは②　（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置 （※）週３日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤２名以上の組み合わせも可。		５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（２病棟に１名以上）	－	－
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	－	－
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	－	－

入退院支援加算の届出・算定状況

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

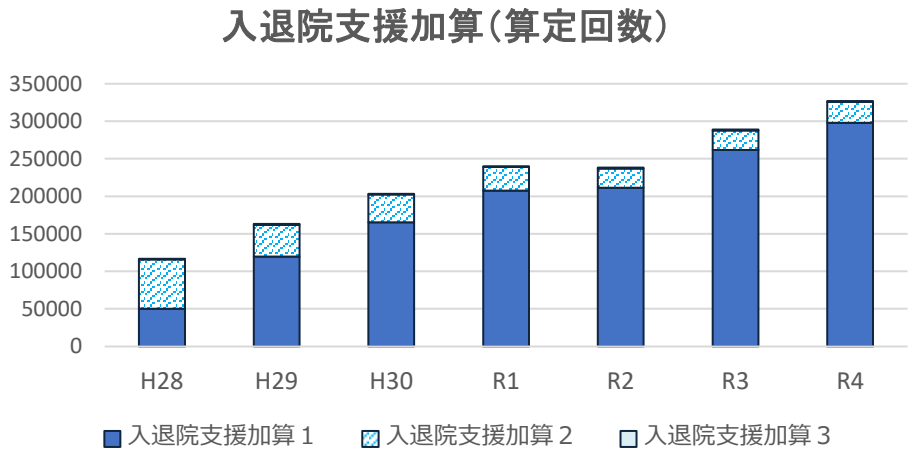
（※）
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

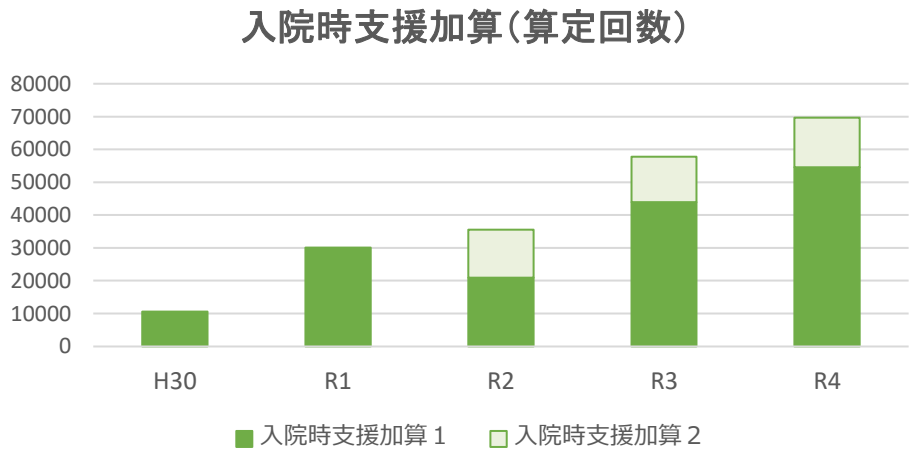


出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■入退院支援加算（※）の算定状況の推移



■入院時支援加算の算定状況の推移



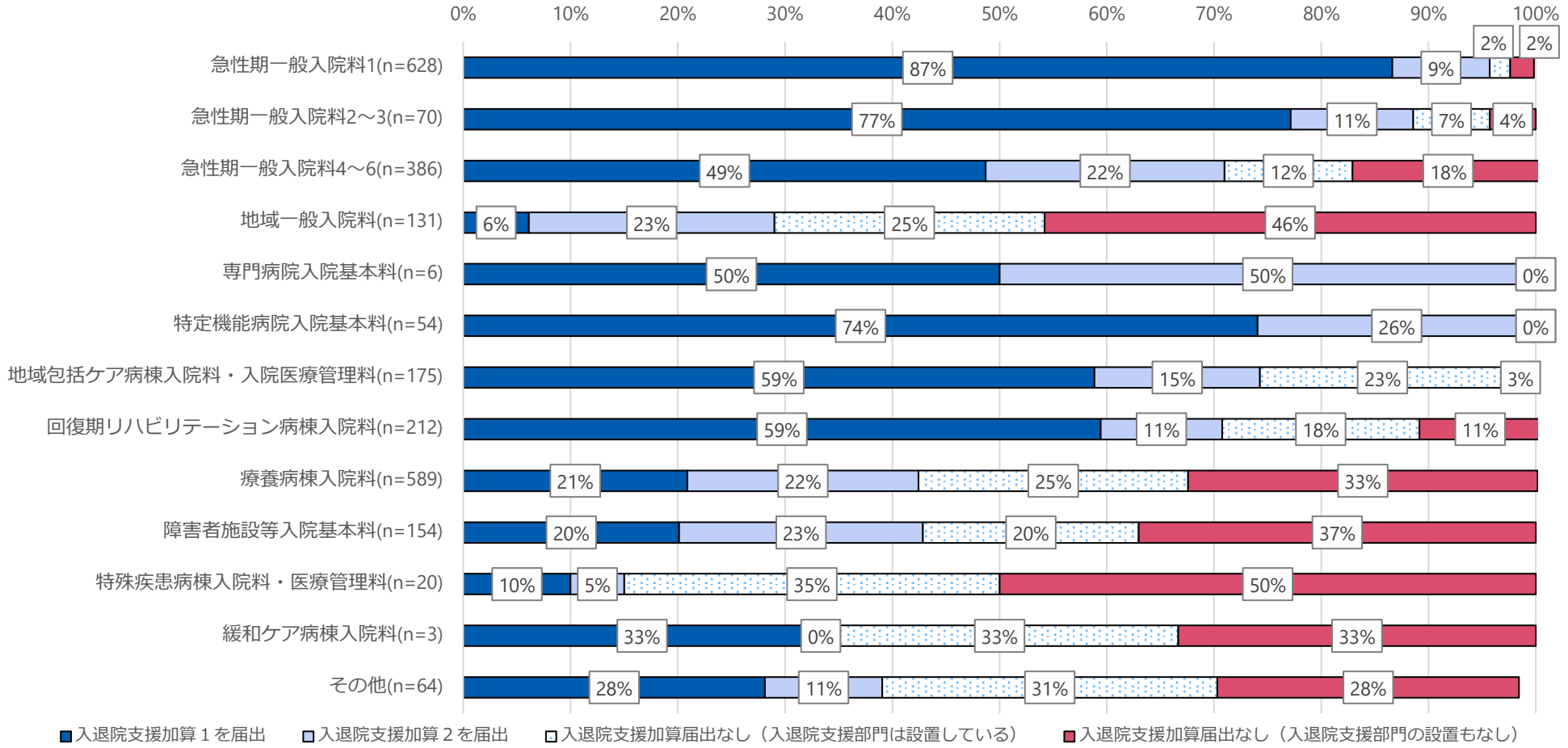
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

入退院支援加算１・２の届出状況

診調組　入－１
５．６．８

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

■入退院支援加算１又は２の届出状況



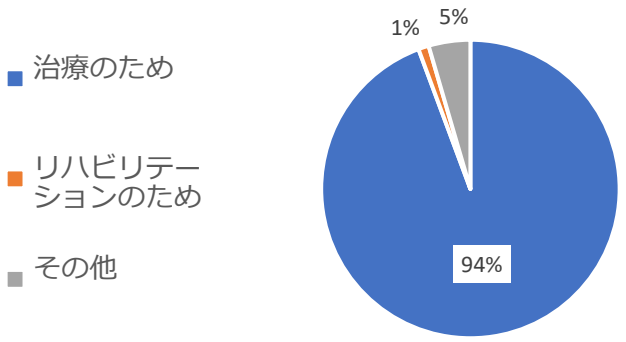
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

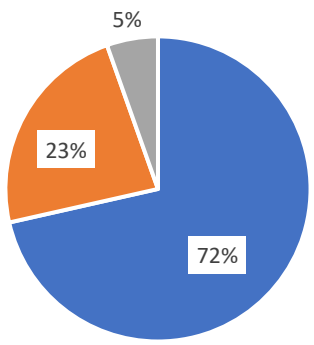
入院料別の入院患者の特徴

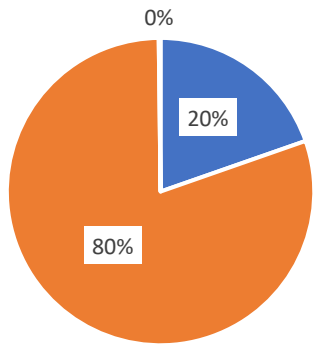
○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

		急性期一般入院料			地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
		急性期１	急性期２・３	急性期４～６		
平均在院日数		11.7日	14.9日	13.8日	26.9日	66.0日
予定・緊急入院区分	予定	38.1%	35.0%	35.5%	45.6%	82.7%
	緊急（救急車等）	34.4%	37.2%	30.2%	19.4%	9.2%
	緊急（外来初再診後）	27.4%	27.8%	34.4%	34.9%	8.1%
入棟前の場所	他院（有床診含む）	4%	5%	8%	19%	65%
	自院の他病棟	12%	10%	3%	27%	24%
	その他	84%	86%	89%	54%	11%
入院中の手術の実施		43.4%	42.8%	38.8%	17.9%	10.5%

入院の理由







出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）
その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○　入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」の割合が高かった。

	急性期一般入院料1(n=356)	急性期一般入院料2～3(n=46)	急性期一般入院料4～6(n=170)	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(n=82)	回復期リハビリテーション病棟入院料(n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

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）

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

○ 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
○ 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

（※）連携機関
① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）であり、
かつ
② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている
施設等をいう。

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）

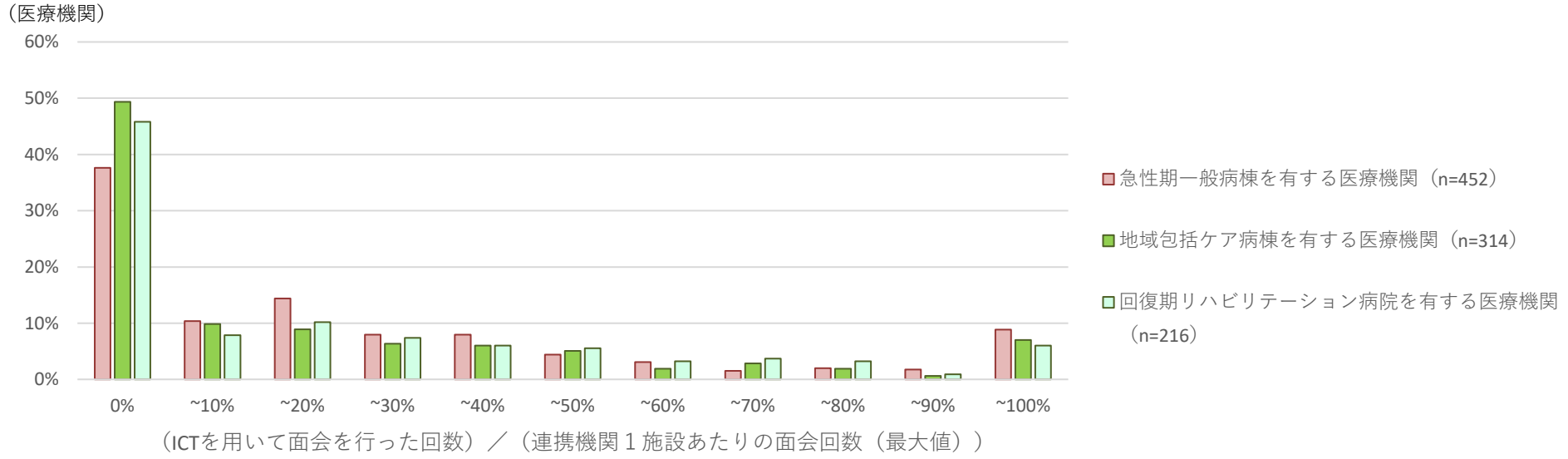
入退院支援加算１届出医療機関における連携機関との面会回数

○ 入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数の最大値は、入院料別に大きな差はない。
○ 連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）のうちICTを用いた面会回数の割合をみると、0%の医療機関が約４～５割であるが、９割以上の医療機関も一定程度ある。

■入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）（令和３年11月１月～令和４年10月31日）

	中央値	（25%tile）	（75%tile）	最頻値	平均値
急性期一般病棟を有する医療機関（n=455）	10	6	18	5	17.0
地域包括ケア病棟を有する医療機関（n=316）	10	6	23.3	6	19.3
回復期リハビリテーション病院を有する医療機関（n=218）	9	5	20	3	16.1

■入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）のうち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会を行った回数の割合の分布

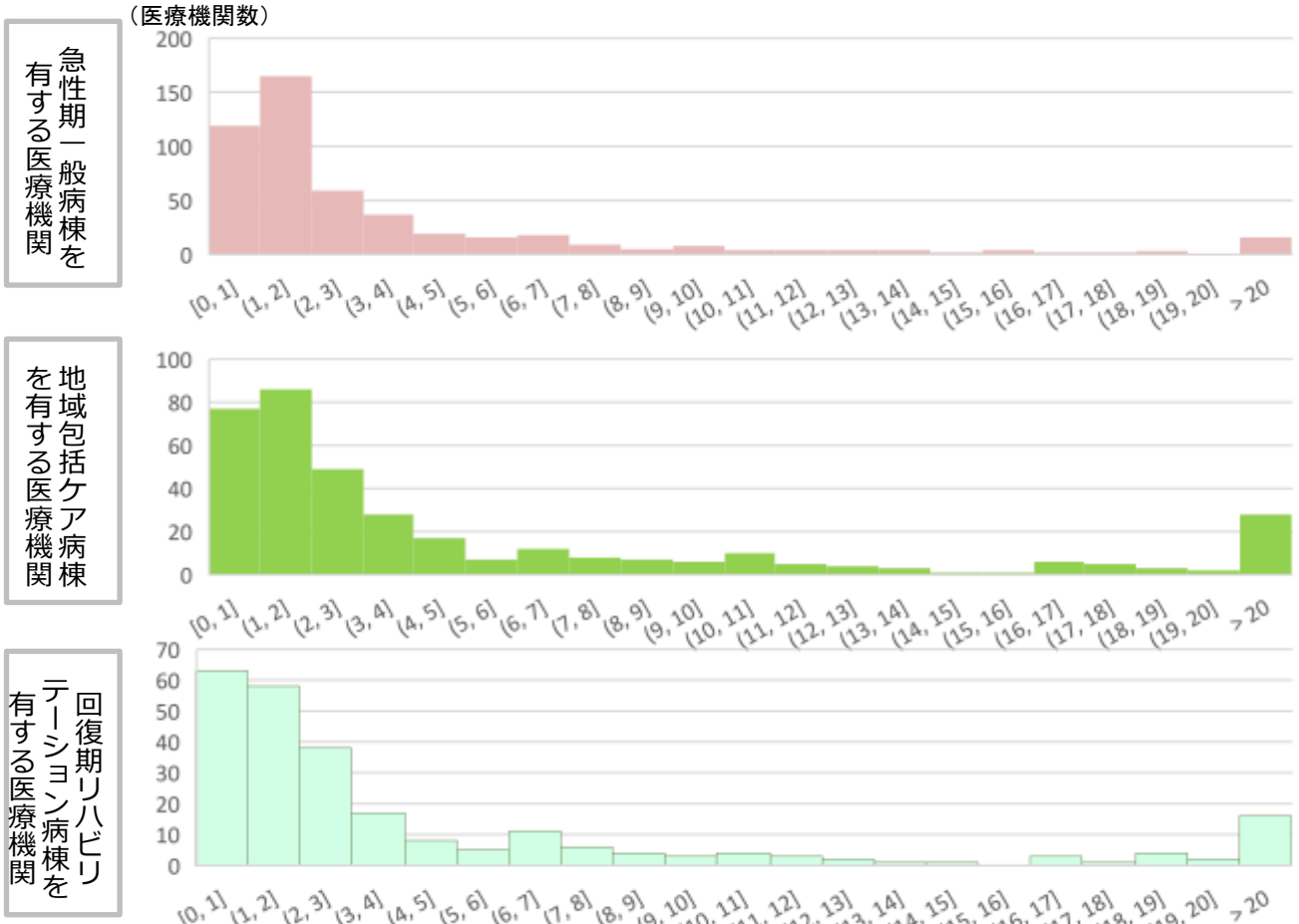


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算１届出医療機関における介護支援等連携指導料の算定回数

○ 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布は、以下のとおり。
○ 地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、算定対象病床数に対して介護支援等連携指導料の算定回数が多い医療機関が一定数ある。

■（介護支援等連携指導料の算定回数）／（「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.1 を乗じた数の合計）（令和３年11月１月～令和４年10月31日）



（※）入退院支援加算1における介護支援等連携指導料に係る施設基準

過去１年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。

ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計

イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数

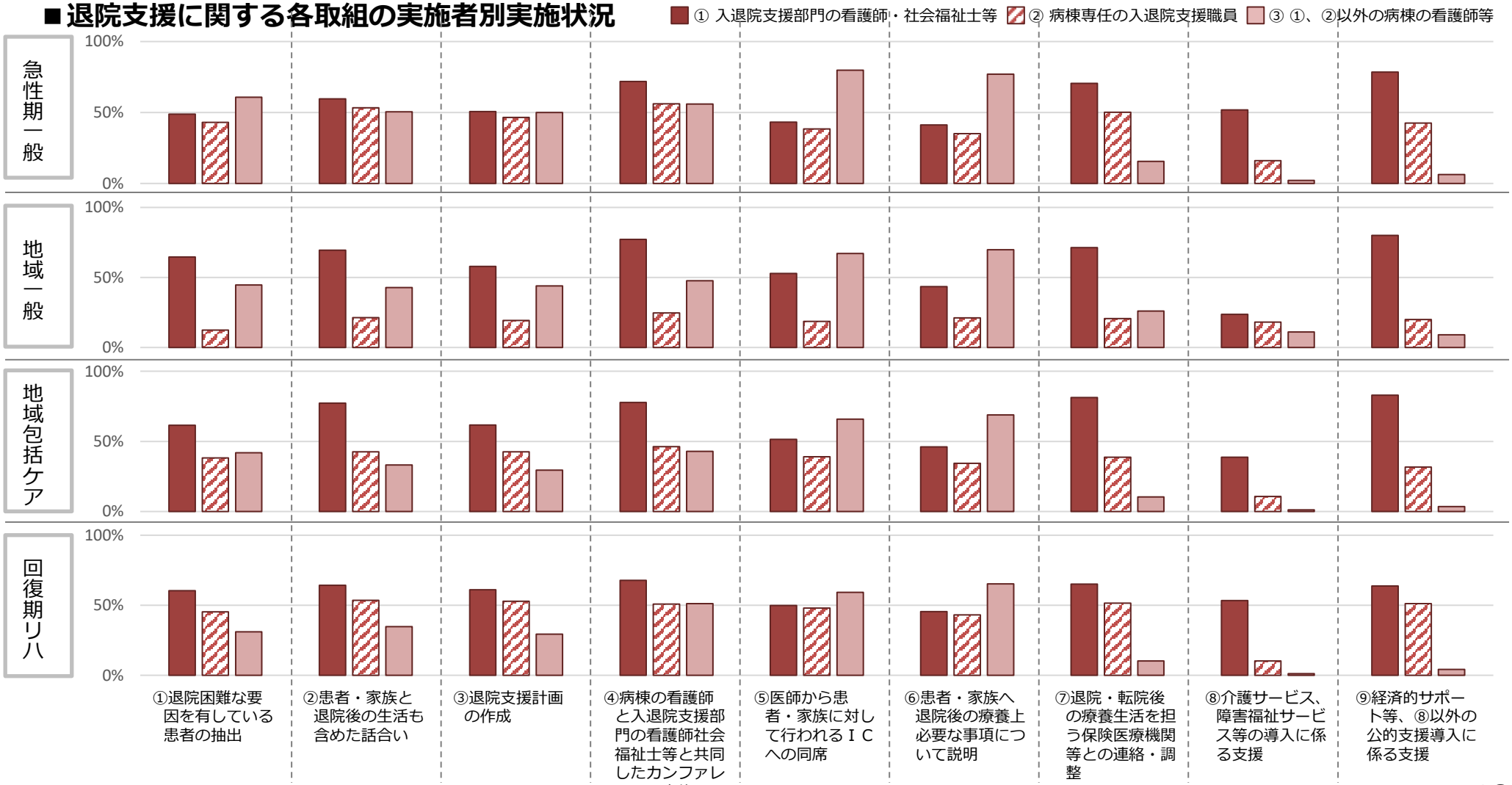
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

診調組　入－１
５．６．８

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

■退院支援に関する各取組の実施者別実施状況

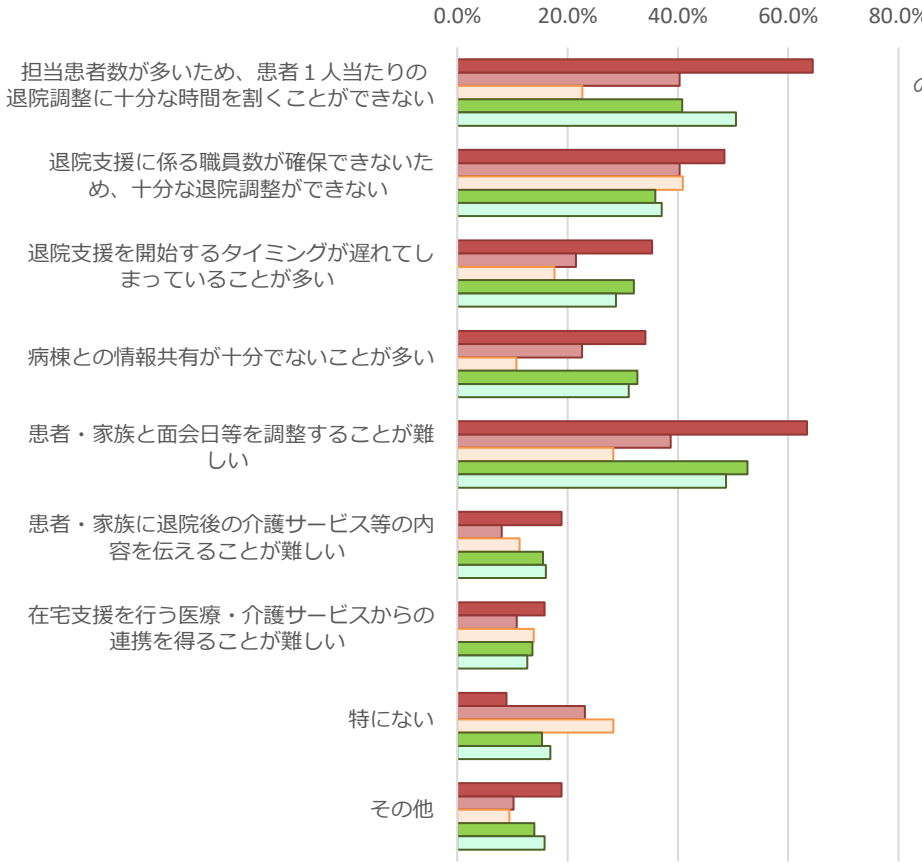


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

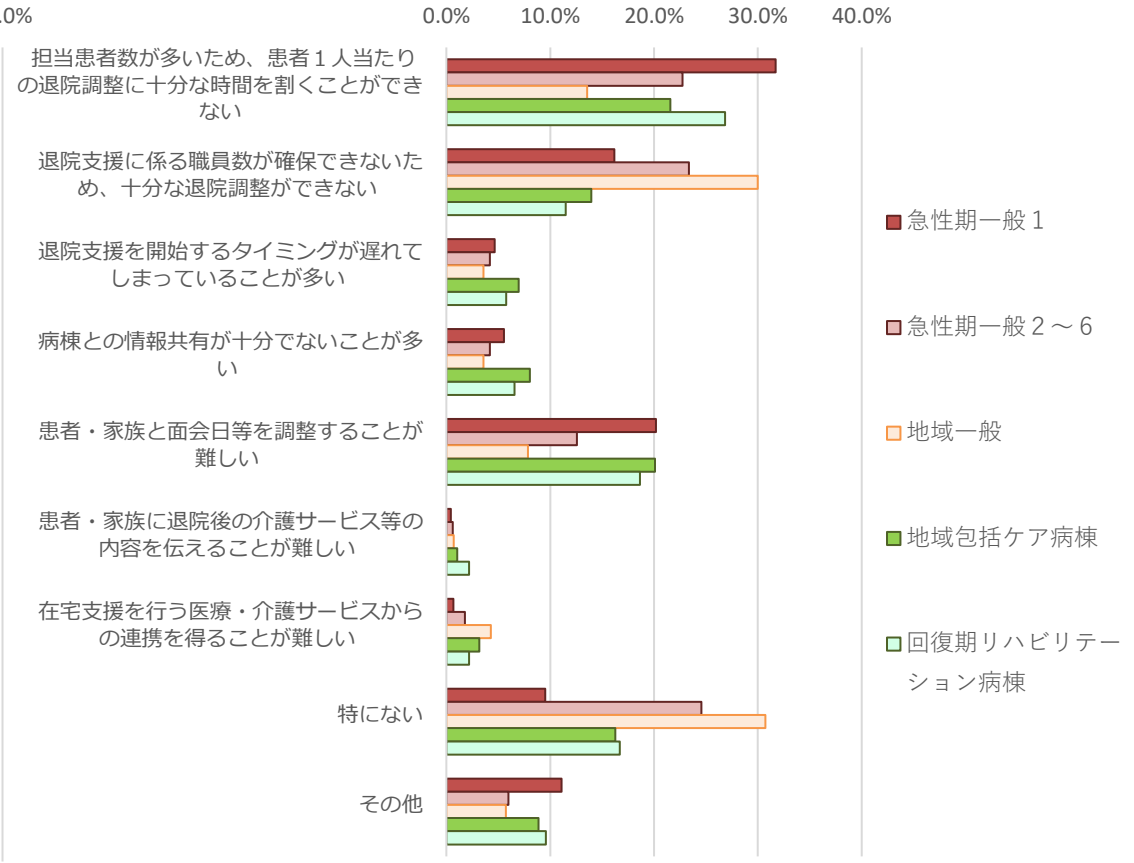
入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料１、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者１人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）

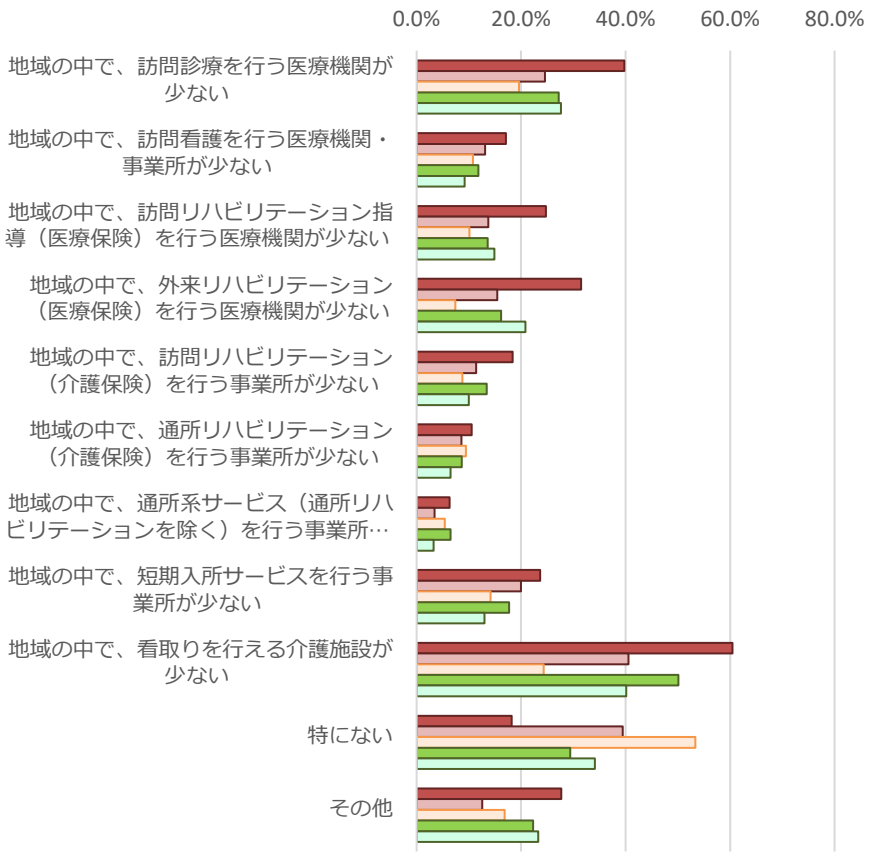


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

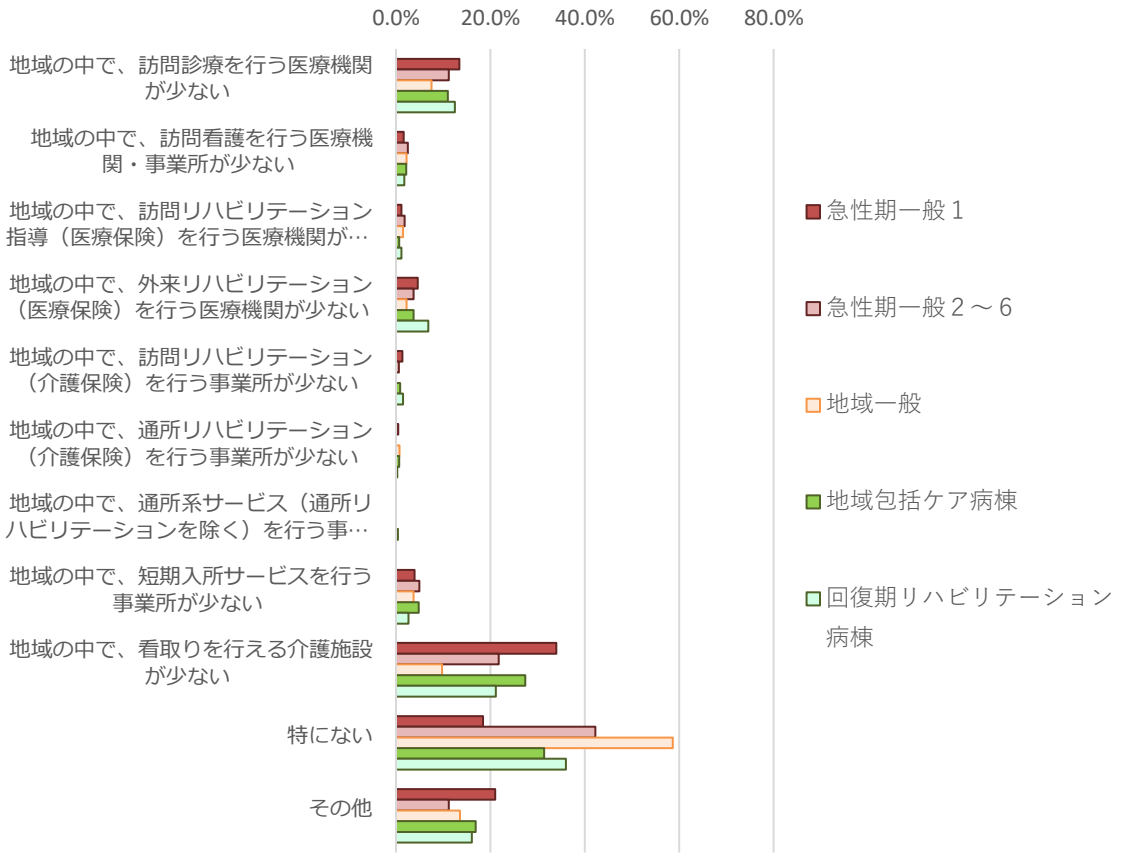
入院料別の退院を困難にしている事項

○ その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

■その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）

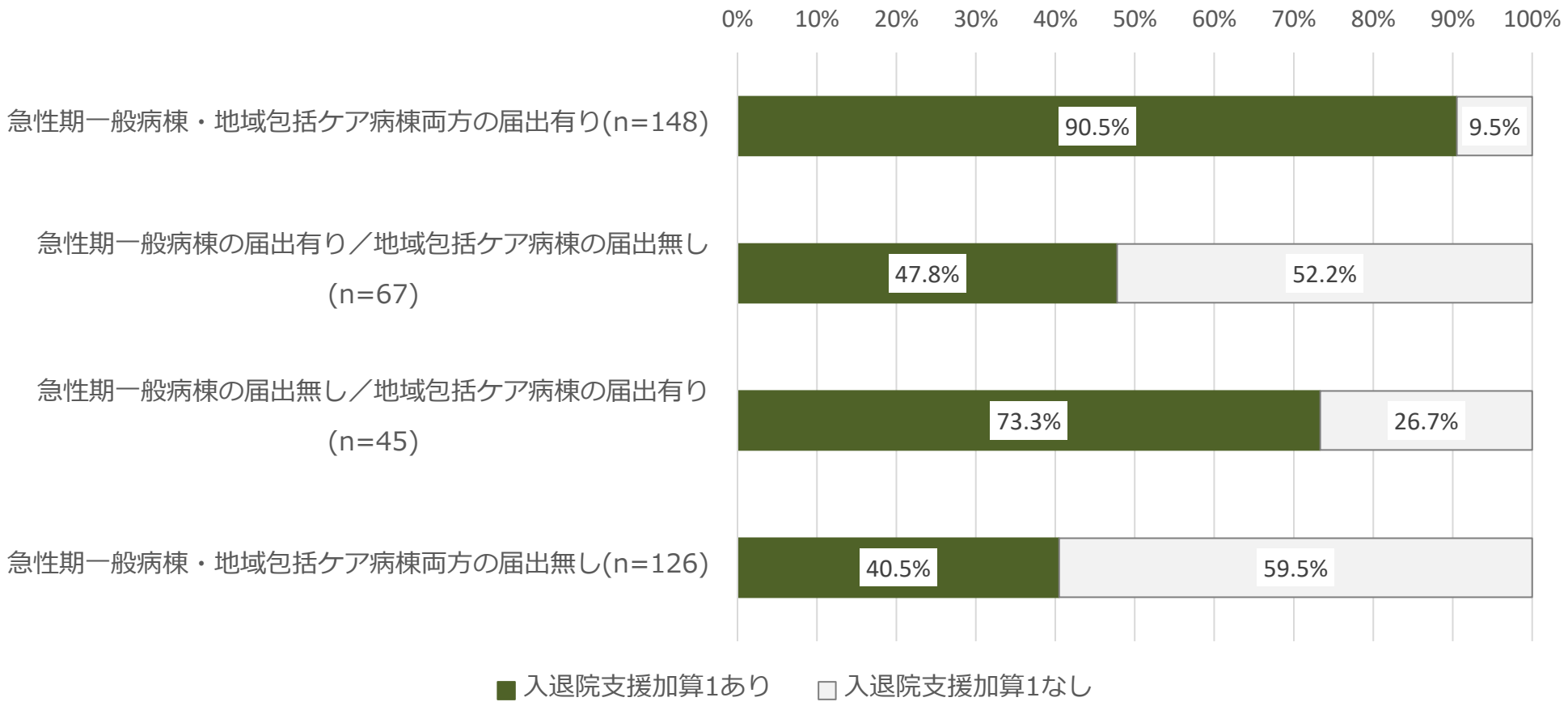


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟における入退院支援加算1の届出状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関において、急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟の届出有無別に入退院支援加算１の届出状況を見ると、急性期一般病棟・地域包括ケア病棟の届出がない医療機関において、入退院支援加算１の届出割合が低い。

■他の入院料の届出別、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の届出状況



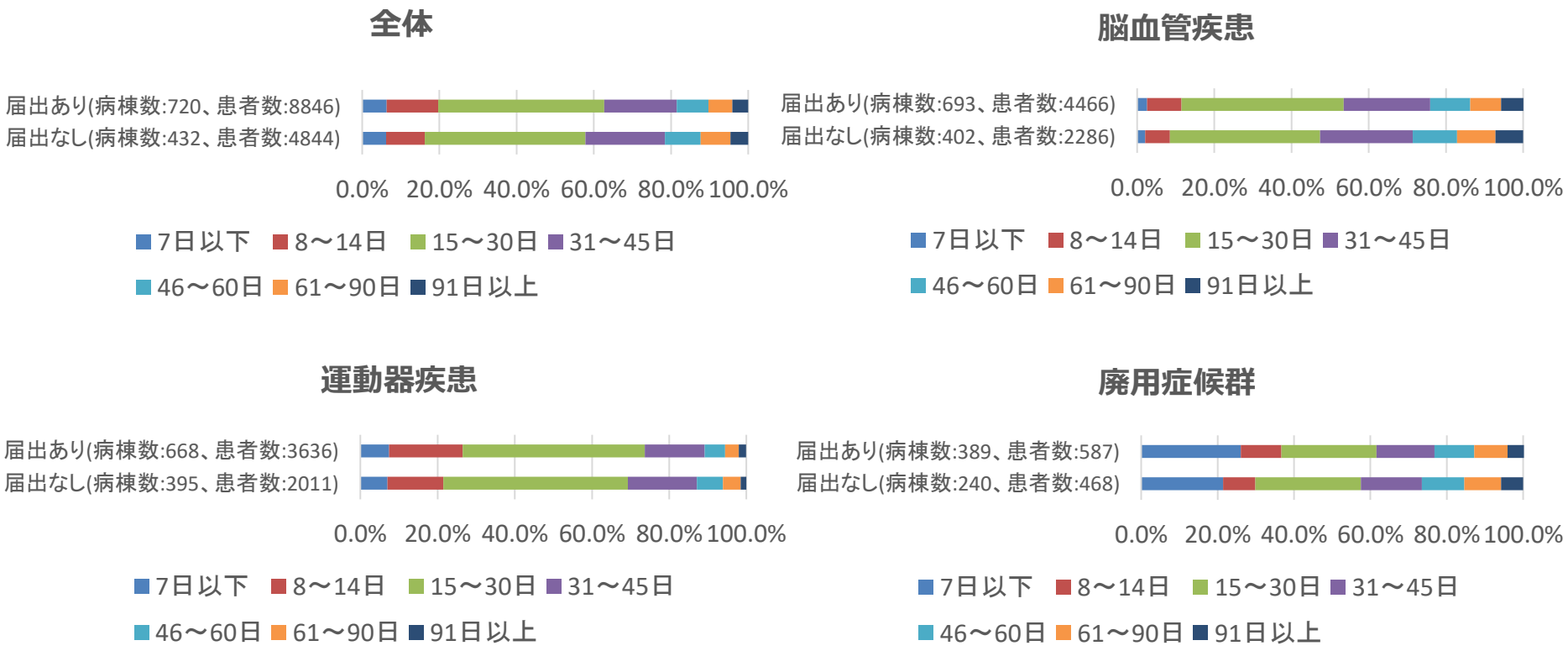
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算1の届出別の他院からの患者の受け入れについて（回リハ）

○ 入退院支援加算１の届出有無別に、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数を見ると、入退院支援加算１の届出を行っている医療機関において、入退院支援加算１の届出を行っていない医療機関と比較して早期から転院患者の受け入れを行っている。

■回復期リハビリテーション病棟における、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数

他院から転院した患者の発症から入棟までの平均日数	入退院支援加算1	
	届出あり	届出なし
脳血管	37.9	43.4
運動器	28.2	29.9
廃用	29.9	43.9
全体	33.3	37.9

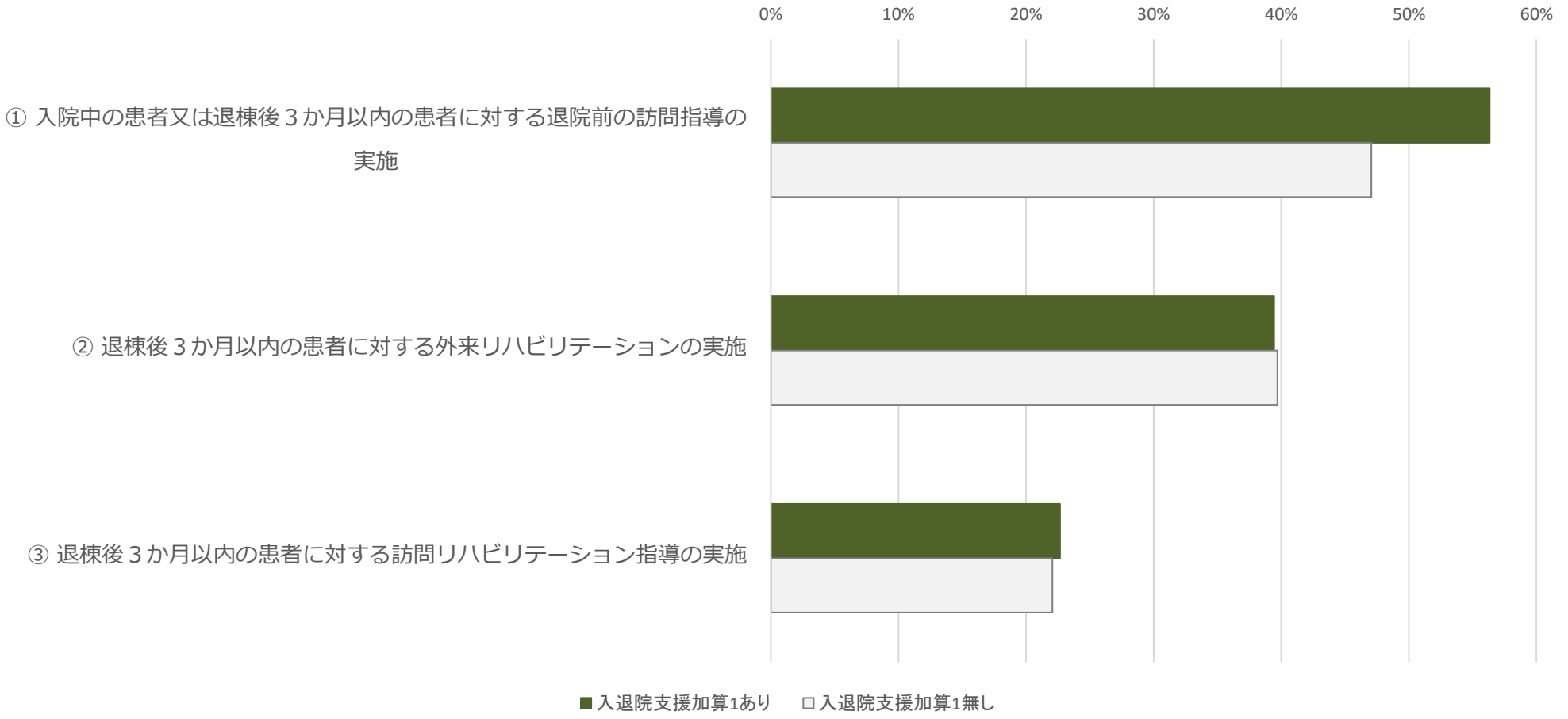


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

入退院支援加算1の届出別の退院前後の指導・リハビリについて（回リハ）

○ 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の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



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）

入院前からの支援の機能強化（イメージ）

従来

外来

●治療方針の説明

入院

検査・治療
●検査・治療内容の説明
✓持参薬の確認

療養の支援
●入院生活の説明
✓患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
✓療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症 等）

退院調整
✓退院支援スクリーニング

外来（地域、在宅）

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、、

入院前からの支援の機能強化

外来

外来において、
・入院生活のオリエンテーション
・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング　等を事前に実施

入院

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来（地域、在宅）



患者は、**入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める**。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院時支援加算の概要

入院前からの支援を行った場合の評価

➢ 入院時支援加算１　230点　　入院時支援加算２　200点（退院時１回）

[算定対象]

①　自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。

②　入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

①　入退院支援加算１、２又は３の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

«許可病床数200床以上»
- 専従の看護師が１名以上　又は
- 専任の看護師及び専任の社会福祉士が１名以上

«許可病床数200床未満»
- 専任の看護師が１名以上

が配置されていること。

②　地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア）からク）を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア）からク）まで全て実施した場合は、入院時支援加算１を、患者の病態等によりア）、イ）及びク）を含む一部項目を実施した場合は加算２を算定する。

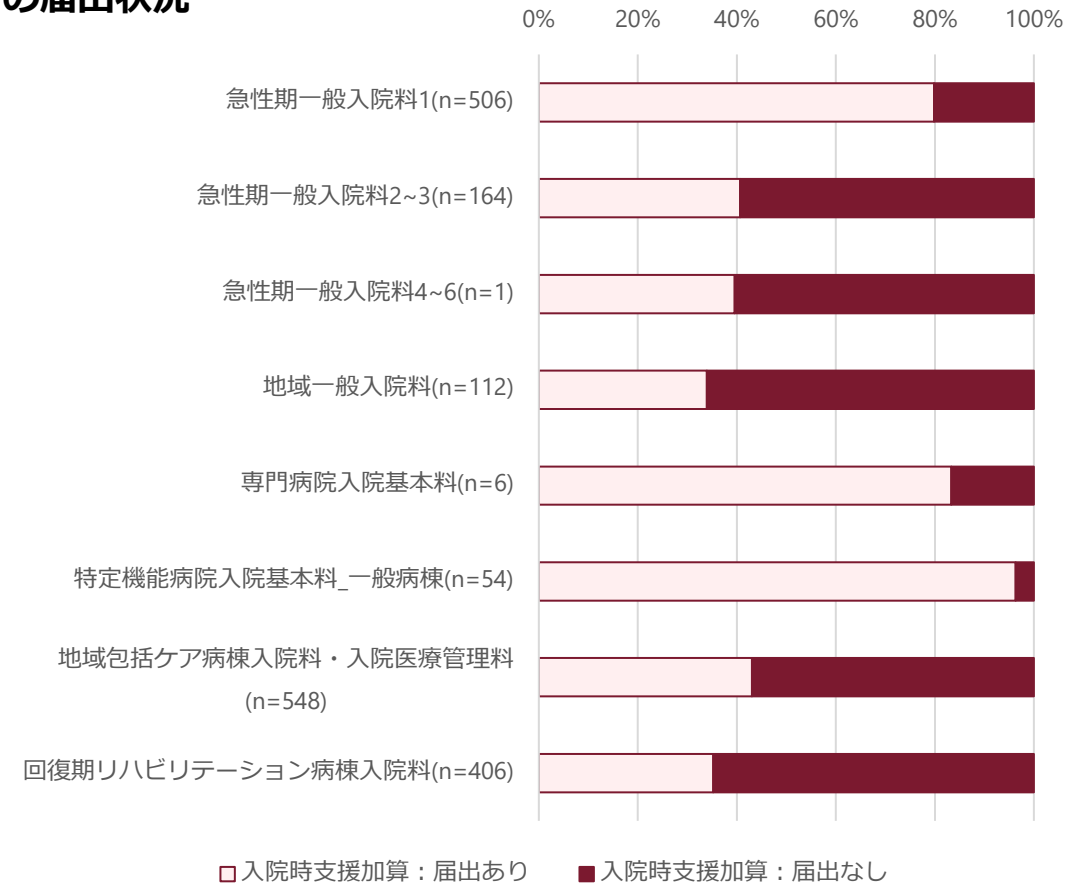
ア）　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ）　入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握（※）
ウ）　褥瘡に関する危険因子の評価
エ）　栄養状態の評価
オ）　服薬中の薬剤の確認
カ）　退院困難な要因の有無の評価
キ）　入院中に行われる治療・検査の説明
ク）　入院生活の説明

（※）要介護・要支援状態の場合のみ実施

入院時支援加算の届出状況

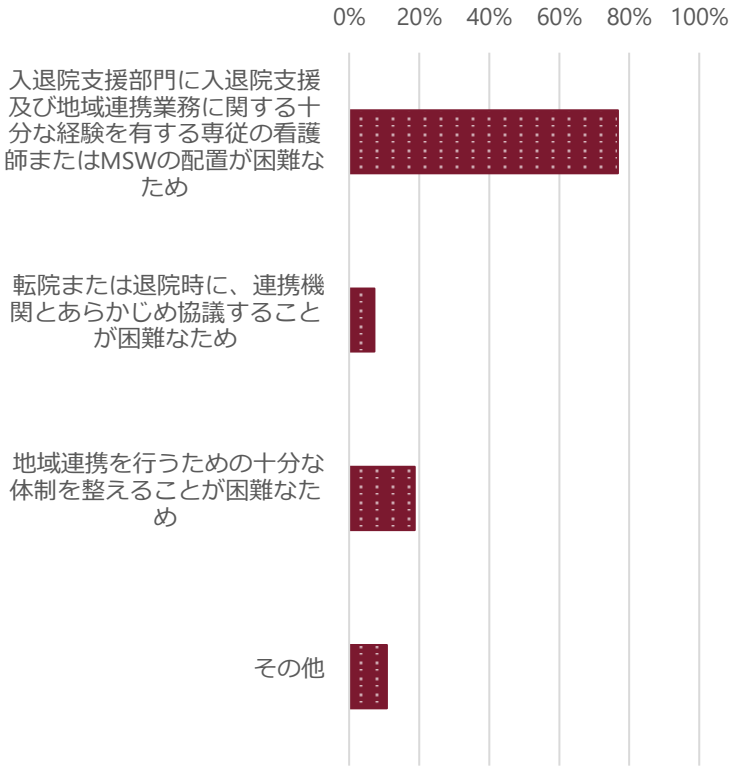
○ 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
○ 入院時支援加算を届け出ていない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■入退院支援加算１・２届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



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

（※）急性期一般病棟、特定機能病院（一般）、専門病院

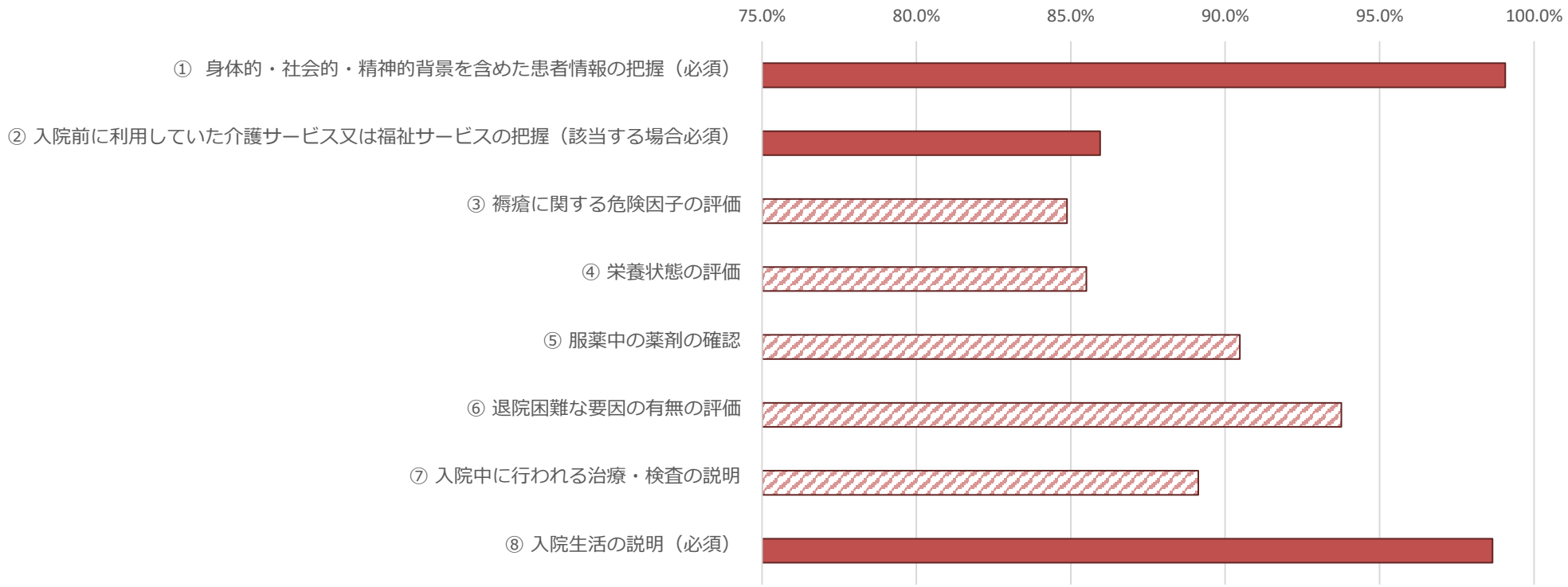


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

○ 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和４年８月～10月の３か月間）



※
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援**加算１**
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援**加算２**

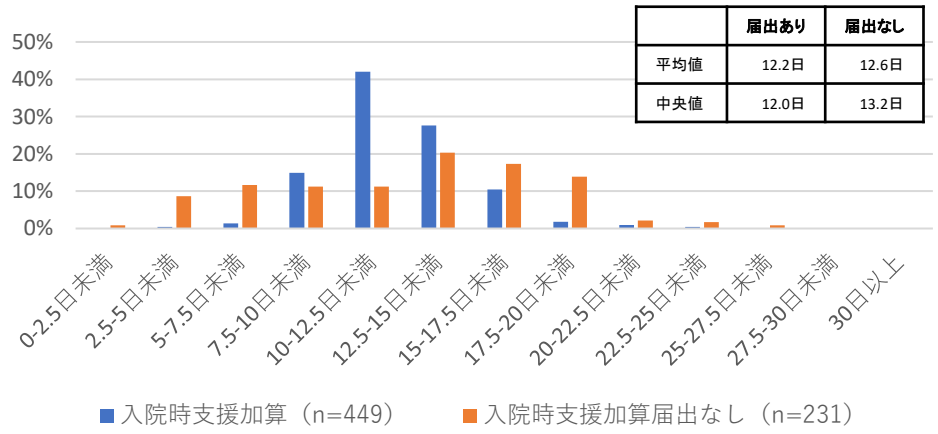
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出が無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

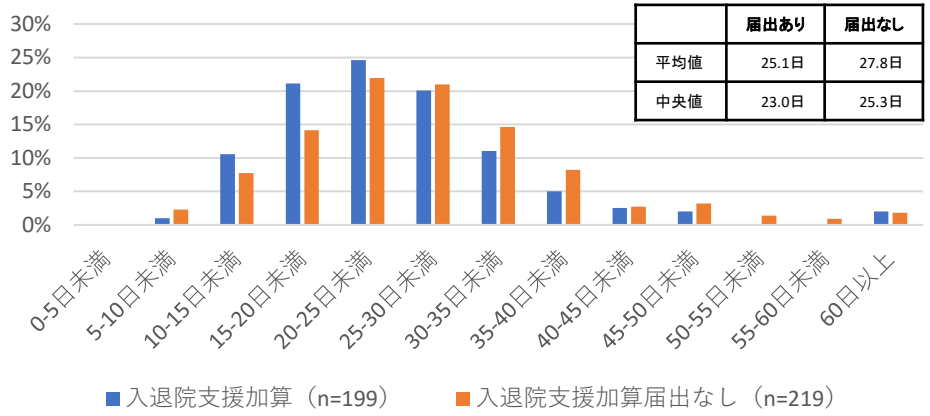
■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

急性期一般入院基本料



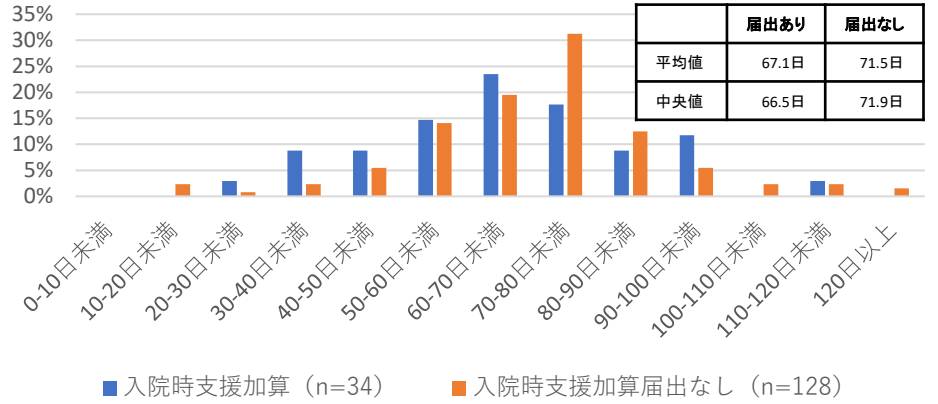
	届出あり	届出なし
平均値	12.2日	12.6日
中央値	12.0日	13.2日

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



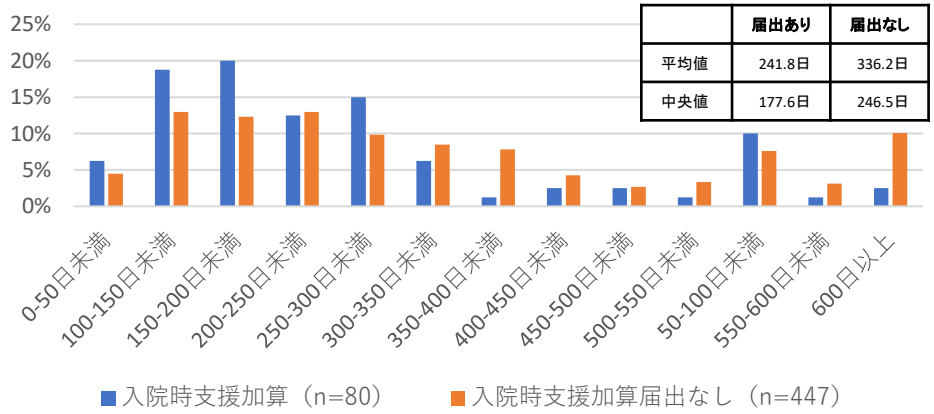
	届出あり	届出なし
平均値	25.1日	27.8日
中央値	23.0日	25.3日

回復期リハビリテーション病棟入院料



	届出あり	届出なし
平均値	67.1日	71.5日
中央値	66.5日	71.9日

療養病棟入院基本料



	届出あり	届出なし
平均値	241.8日	336.2日
中央値	177.6日	246.5日

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）

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ１：地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3）医療・介護と障害福祉サービスとの連携

○　障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

○　医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。

○　既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのかが重要。

（2）医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

○　介護支援専門員は利用者の既に様々な情報（例：家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等）を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。

○　各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。

○　ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価

入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に報酬上評価を行っている。

入院時

相談支援



退院時



○入院時情報連携加算
入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
（Ⅰ）訪問　（Ⅱ）文書等





○介護支援等連携指導料
患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○診療情報提供料（Ⅰ）
患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合（退院日の前後２週間）
介護支援等連携指導料を算定した場合は算定不可。

○入退院支援加算１　○入退院支援加算２
退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合







○医療・保育・教育機関等連携加算
【計画作成時】
障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○退院・退所加算　【計画作成時】
退院退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○集中支援加算 ※Ｒ３年度報酬改定で新設
【計画作成時・モニタリング時以外】
障害福祉サービス等の利用に関して、以下の支援を行った場合（①～③について各々月１回算定可）
①月２回以上の居宅等への訪問による面談
②サービス担当者会議の開催
③他機関の主催する利用者の支援についての検討を行う会議への参加

診療報酬（医療機関）

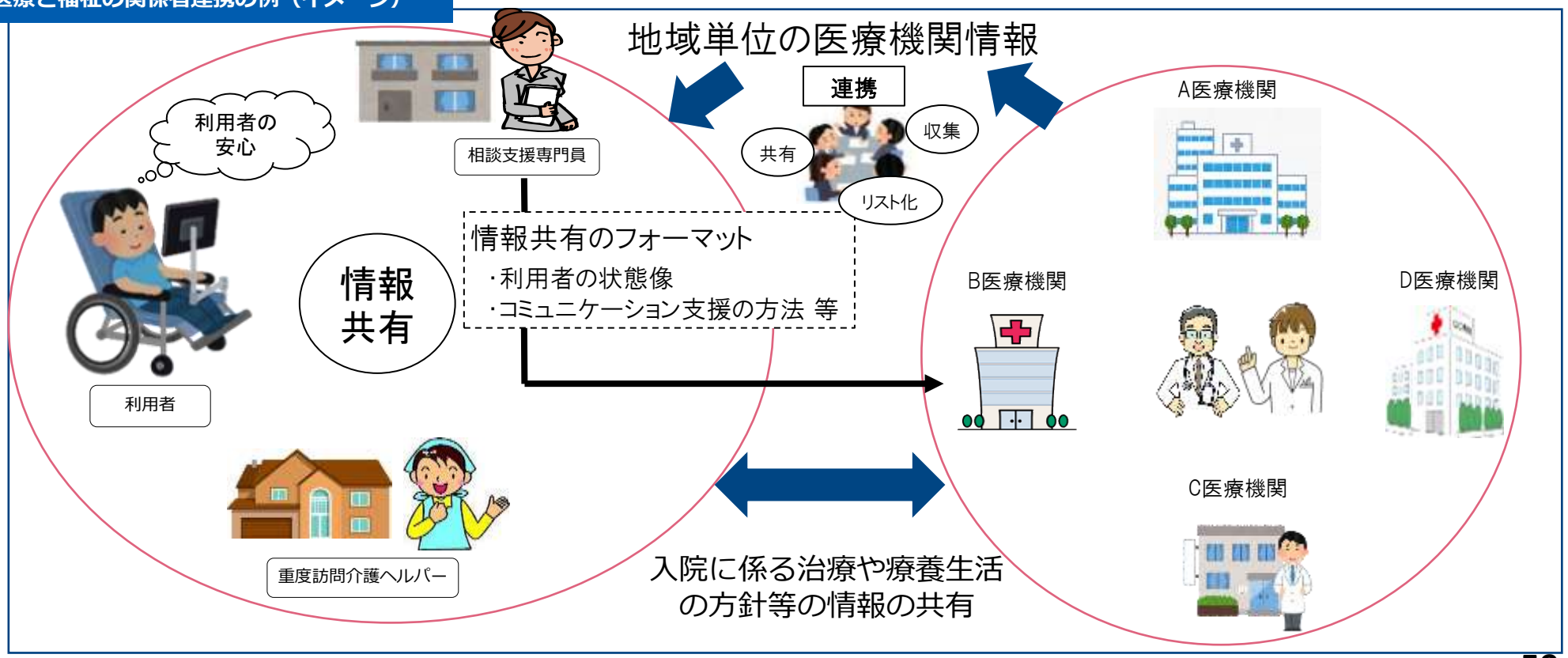
障害福祉サービス等報酬
（計画相談支援・障害児相談支援）

入院中の重度障害者に係る医療と福祉の連携（イメージ）

○　入院中の重度障害者のコミュニケーション支援等が行われる場合には、医療機関と支援者は当該入院に係る治療や療養生活の方針等の情報を共有するなど十分に連携することが必要である。このため、利用者の普段の状態像・支援ニーズや入院中の個々の利用者の症状に応じたコミュニケーション支援の方針・方法等について、関係者間で情報を共有するためのフォーマットの作成など、より円滑な連携に向けての検討が必要である。

○　また、入院時に重度訪問介護を利用する者にとって地域の医療機関における重度障害者の受入等に関する情報があれば有用である。このため、医療と福祉の関係者が連携して、地域の医療機関情報をリスト化し、共有を図ること等の検討も必要である。

医療と福祉の関係者連携の例（イメージ）



※連携する場として（自立支援）協議会を活用する等も考えられる。

障害者への医療・介護サービス提供に当たって求められる対応

○ 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
○ 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。

医療機関 介護サービス施設・事業所

入院 入所

○障害特性に応じた受け入れ体制
- 様々な障害特性に応じた支援を受けながら医療を受けられる体制（特に、特別なコミュニケーション支援を要する障害者、強度行動障害を有する者等が医療を受ける場合の受け入れ体制）
- 高齢化した障害者が、介護施設への入所を希望する場合等に、精神障害、知的障害などの障害特性に応じた支援を受けられる体制

訪問

○障害特性に応じた医療・介護サービスの提供体制
- 精神疾患の患者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者などが、訪問医療を必要とする場合等に障害特性に応じて訪問診療・看護等を受けられる体制

通院 通所

ケアマネジャ

障害福祉サービス事業所

○障害者入所施設における医療ニーズへの対応
- 医療ニーズのある施設入所者が医療を受けられる体制（必要に応じ、施設外からの訪問により医療を受けられる体制を含む）

入所

訪問

○通所サービス等における医療ニーズへの対応
- 通所などの障害福祉サービス等を受けている医療的ケア児などが、必要な医療等を受けられる体制

通所

相談支援

○医療・介護・障害福祉サービスの連携体制
- 精神障害者の地域移行など、病院からの退院時における介護・障害福祉サービスとの連携体制
- 地域生活において必要な医療や通所・訪問サービス、ケアマネジメント等を障害福祉サービスなどとともに切れ目なく受けられるための連携体制

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
    13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
    13－2. 入退院支援について
    13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
    13－4. 救急医療管理加算について
    13－5. 短期滞在手術等基本料について
    13－6. データ提出加算について
    13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

高齢者の多疾患併存について

○　高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

○　東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
○　3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
○　頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
　・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
　・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
　・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%) 。
○　女性では以下の通り。
　・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
　・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
　・高血圧・脂質異常症・変形性関節症/脊椎障害(10.7%)。
○　多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis. 2019 Jan 31;16:E11.

入院関連機能障害について

○　入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害（特に運動障害）は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30−40%に発生すると報告されている[1]。
○　入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子[2-5]
○　高齢であること（特に85歳以上）
○　入院前のADL低下
○　認知機能低下
○　歩行機能障害
○　栄養状態不良（低アルブミン血症）
○　悪性腫瘍の既往
○　脳卒中の既往　等

1. Ettinger WH. Can hospitalizatien－associated disability beprevented？」AMA. 2011;306:1800－1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645－52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC. Chren M－M, et al. A clinical index to strati fy hospitalized older adults according to risk fbr new－onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206－16.
4. Mahoney JE, Sager MA. Jalaluddin M. Use of an ambutation assistive device predicts functional decline
5. associated with hospitalization.』Gerontel Med Sci. 1999;54A:M83－8.
6. Lindenberger EC, Landcfeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. teadiness reperted by older hospitalized patients predicts functional decline. JArn Geriatr Soc. 2003;51:621－6.

安静臥床の弊害について

○　安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

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

出典：佐藤和香　Jpn J Rehabil Med.2019: 56::842−847.

○　ギプス固定で１日で1-4%、３～５週間で約50%の筋力低下が生じる。
出典：Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○　疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。
出典：Puthucheary ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○　3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。
出典：長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

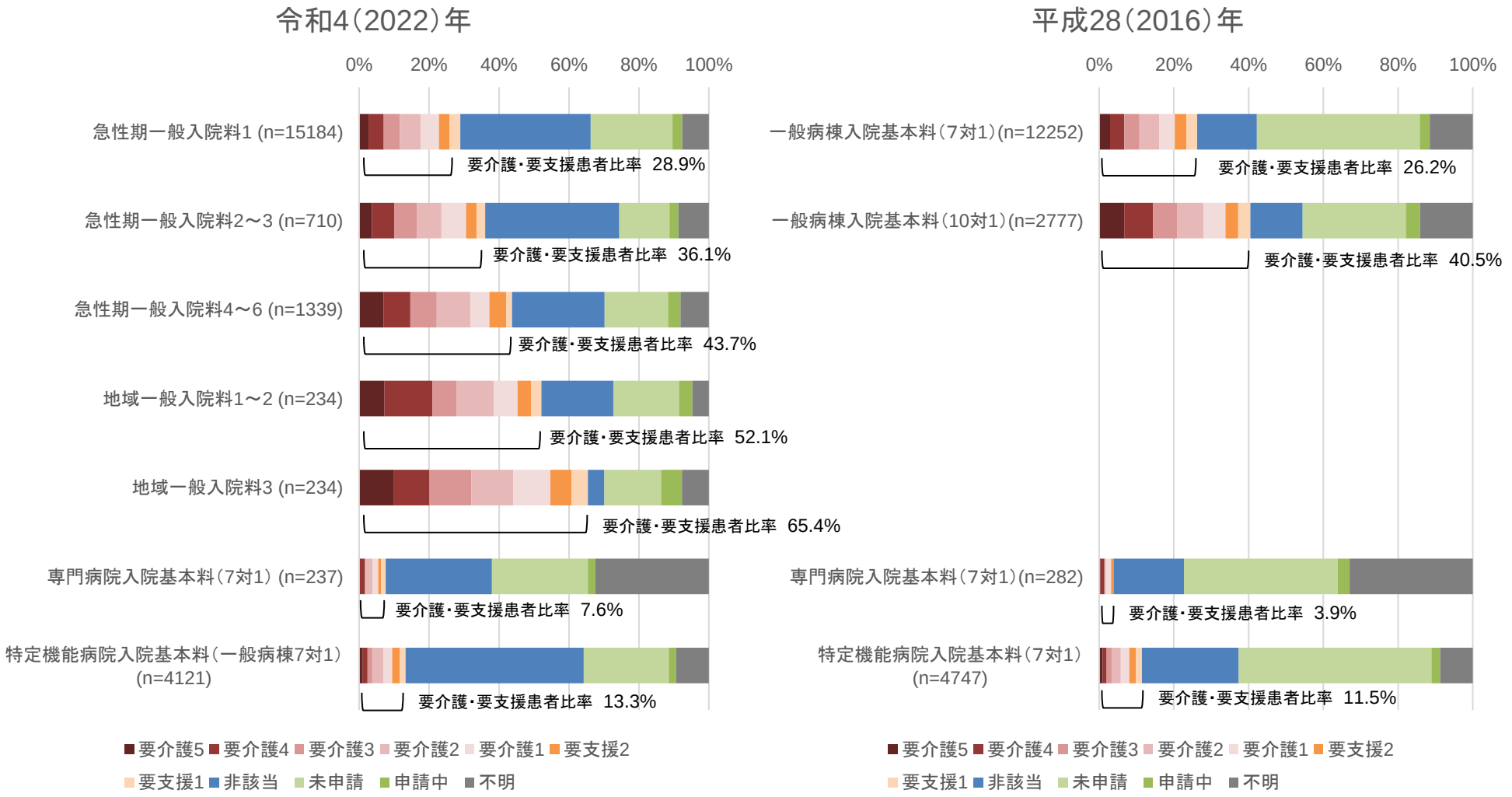
○　長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。
出典：佐々木信幸.Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○　高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。
出典：Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

入院料ごとの要介護度別の患者割合（対平成28年度）

診調組　入－１
５．９．６

○　平成28年度と令和４年度調査を比較すると、急性期一般入院料１（一般病棟入院基本料（７対１）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。



出典：平成28年度入院医療等の調査・令和４年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

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

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

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

現行

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

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

改定後

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

［施設基準］
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　**当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

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

現行

特定集中治療室管理料1～4

改定後

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

早期離床・リハビリテーション加算の概要

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

早期離床・リハビリテーション加算　　500点/日　※入室した日から起算して14日を限度

特定集中治療室等入室後早期から多職種による離床に向けた取組が行われた場合に加算する。

【算定要件（抜粋）】

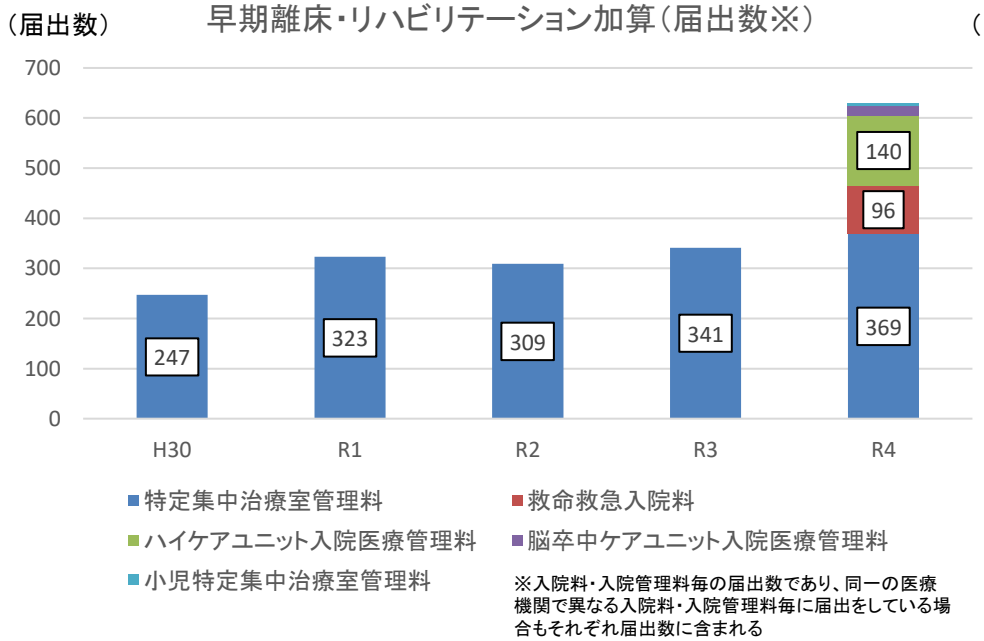
○　早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価

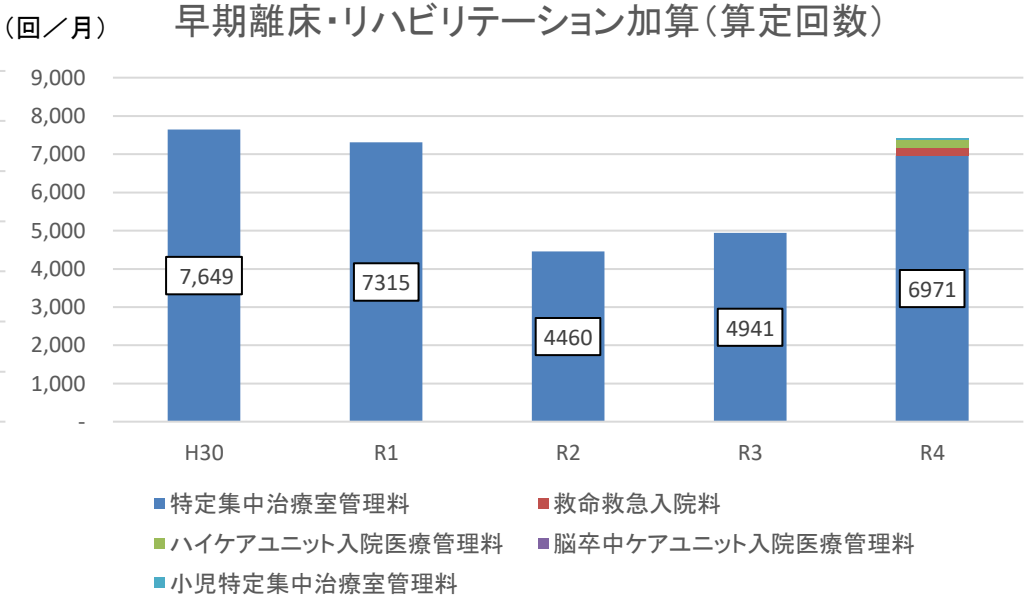
ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ　当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ　早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

エ　アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。



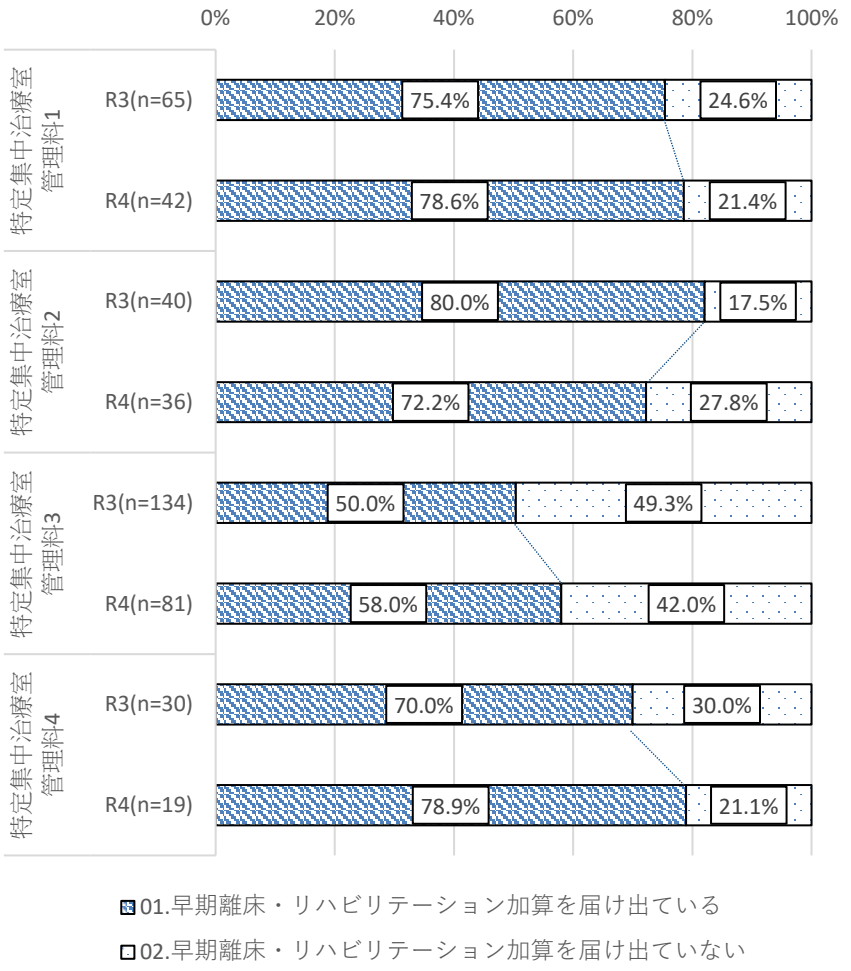


出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

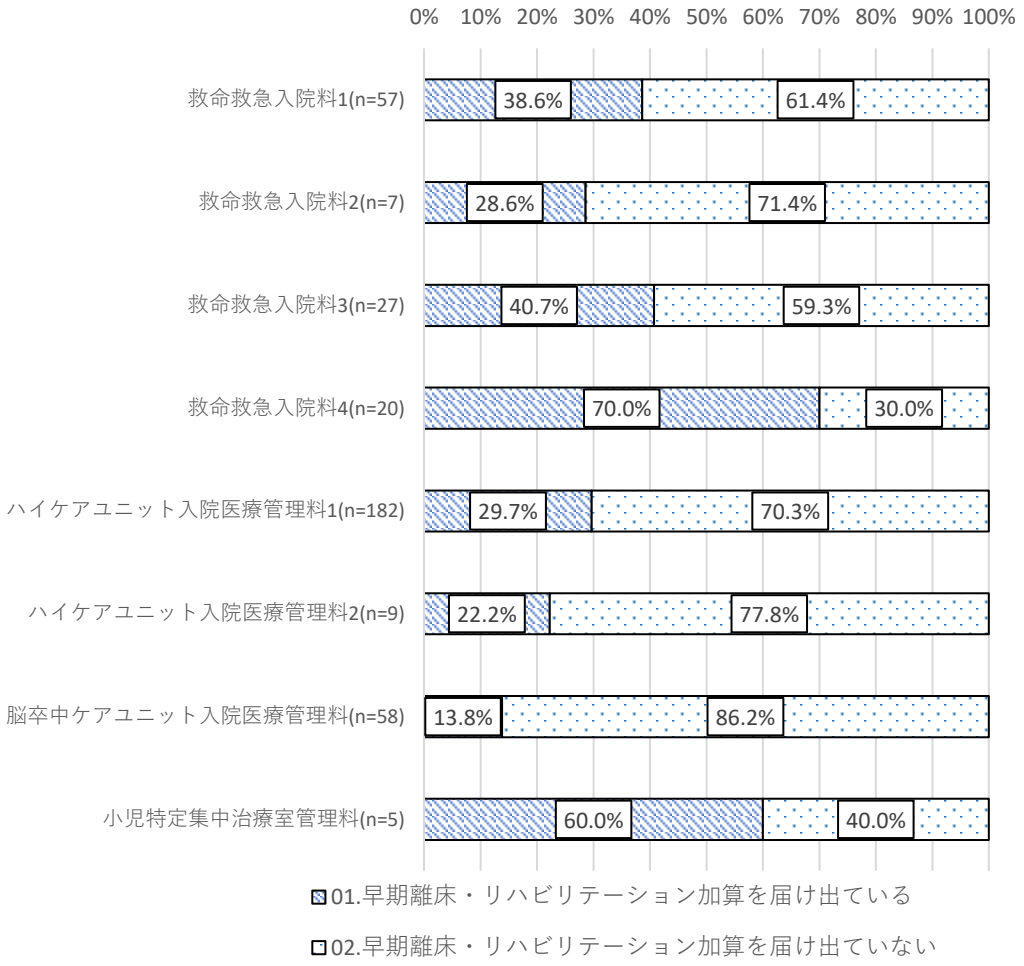
○　特定集中治療室管理料1及び3～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
○　令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、救命救急入院料4における届出割合が最も高く、70.0%であった。

■　届出状況（特定集中治療室）R3／R4



■　届出状況（特定集中治療室以外）

※　令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等

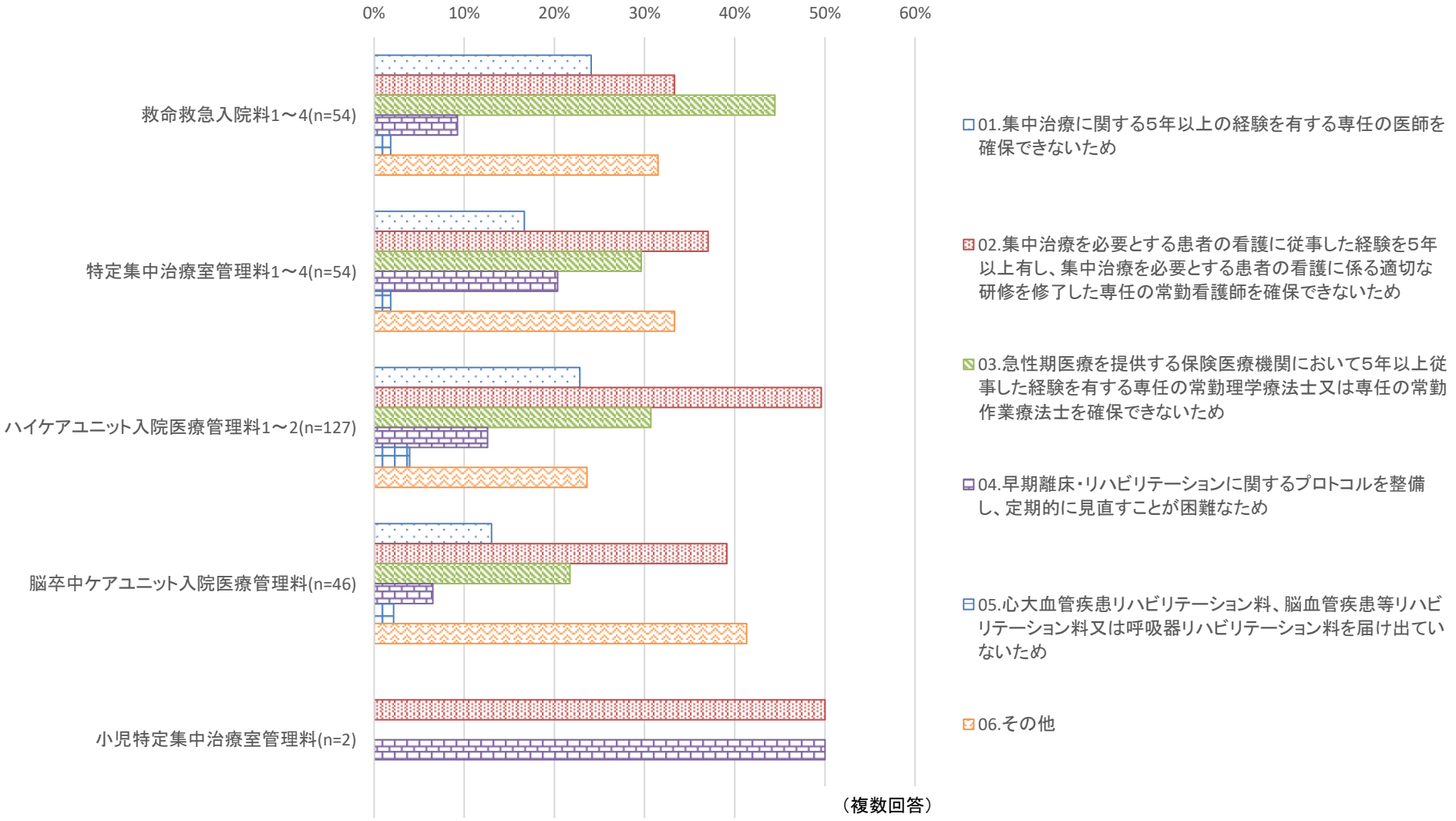


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）、令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

早期離床・リハビリテーション加算の届出をしていない理由

診調組　入－1
５．９．６

○　届出をしていない理由として、救命救急入院料においては「経験を有する専任・常勤のPT・OTの確保」、その他の治療室では「経験を有し研修を修了した専任・常勤看護師の確保」が最も多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

早期栄養介入管理加算の概要

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

早期栄養介入管理加算　250点／日　※入室した日から起算して７日を限度

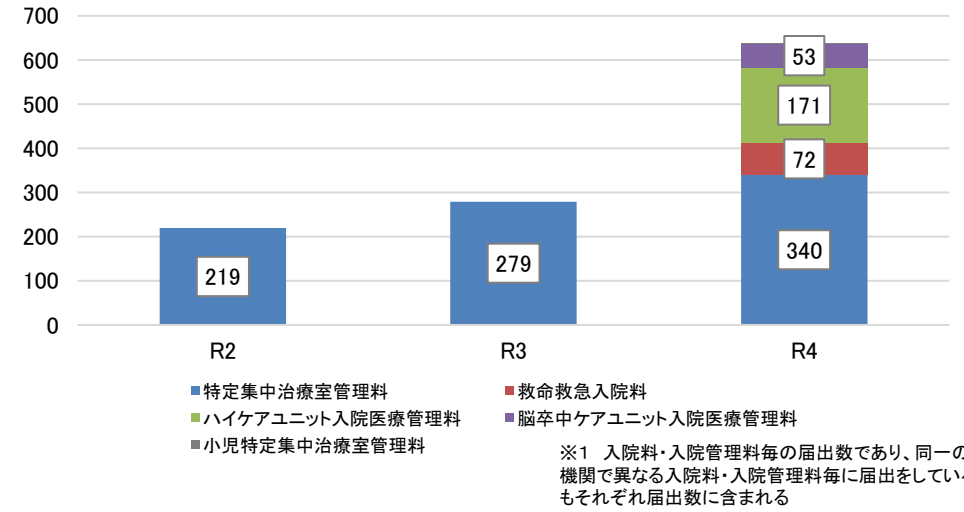
（早期から経腸栄養を開始した場合、当該開始日以降 400点／日）

特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

【算定要件（抜粋）】

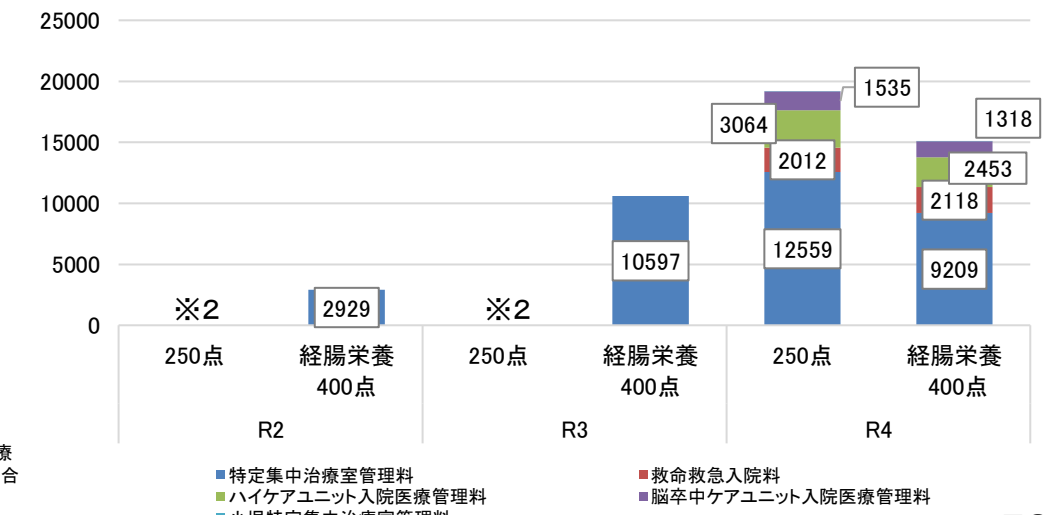
- 日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- 入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ（「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまで）は入室後 48 時間以内に実施すること。
  ア）栄養アセスメント、イ）栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施、ウ）腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養等を開始、エ）経腸栄養開始後は、１日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施、オ）再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認、カ）アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること
- 上記項目を実施する場合、治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

（届出数）



※1　入院料・入院管理料毎の届出数であり、同一の医療機関で異なる入院料・入院管理料毎に届出をしている場合もそれぞれ届出数に含まれる

（回／月）



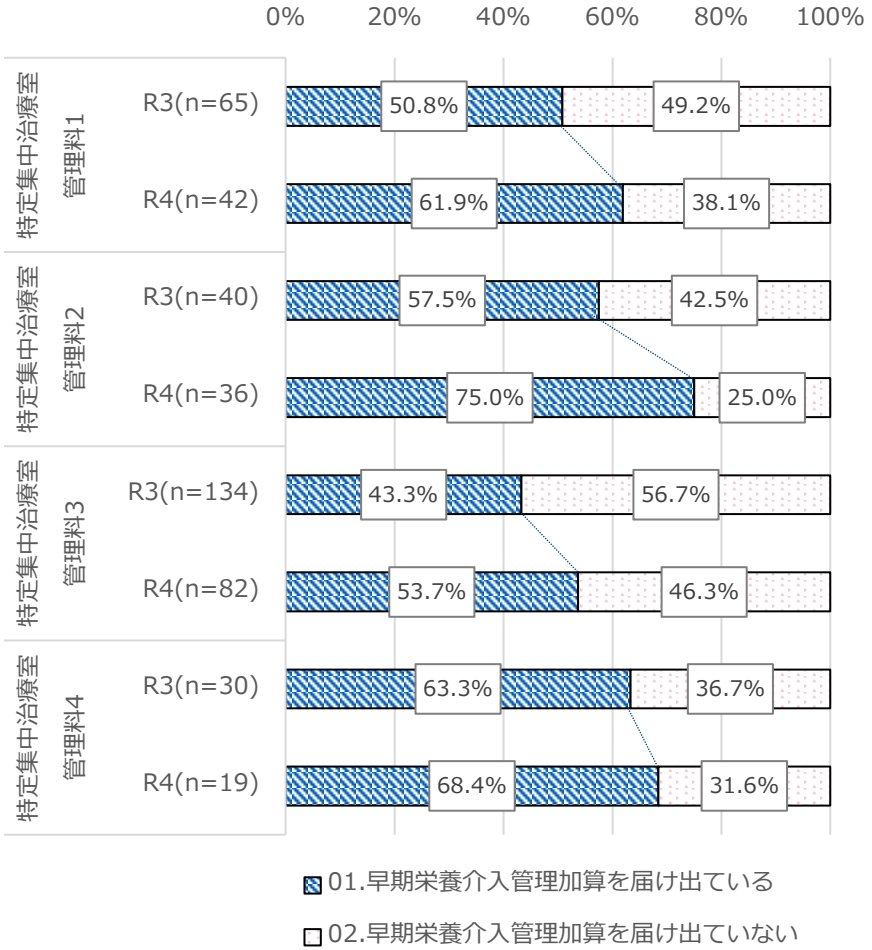
※2　R2、R3は、経腸栄養を開始した場合のみ評価

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

早期栄養介入管理加算の届出状況

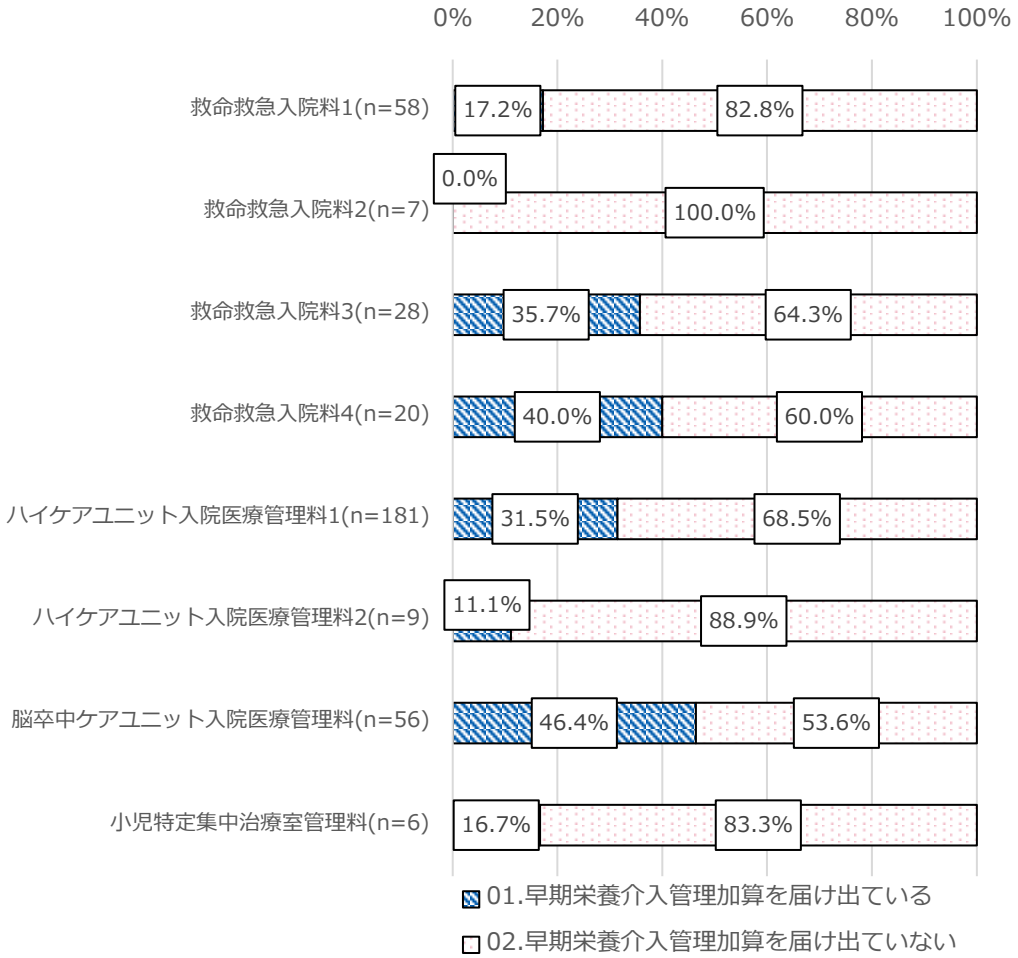
○ 特定集中治療室管理料1～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
○ 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、脳卒中ケアユニット入院医療管理料における届出割合が最も高く、46.4%であった。

■ 届出状況（特定集中治療室）R3／R4



■ 届出状況（特定集中治療室以外）

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等

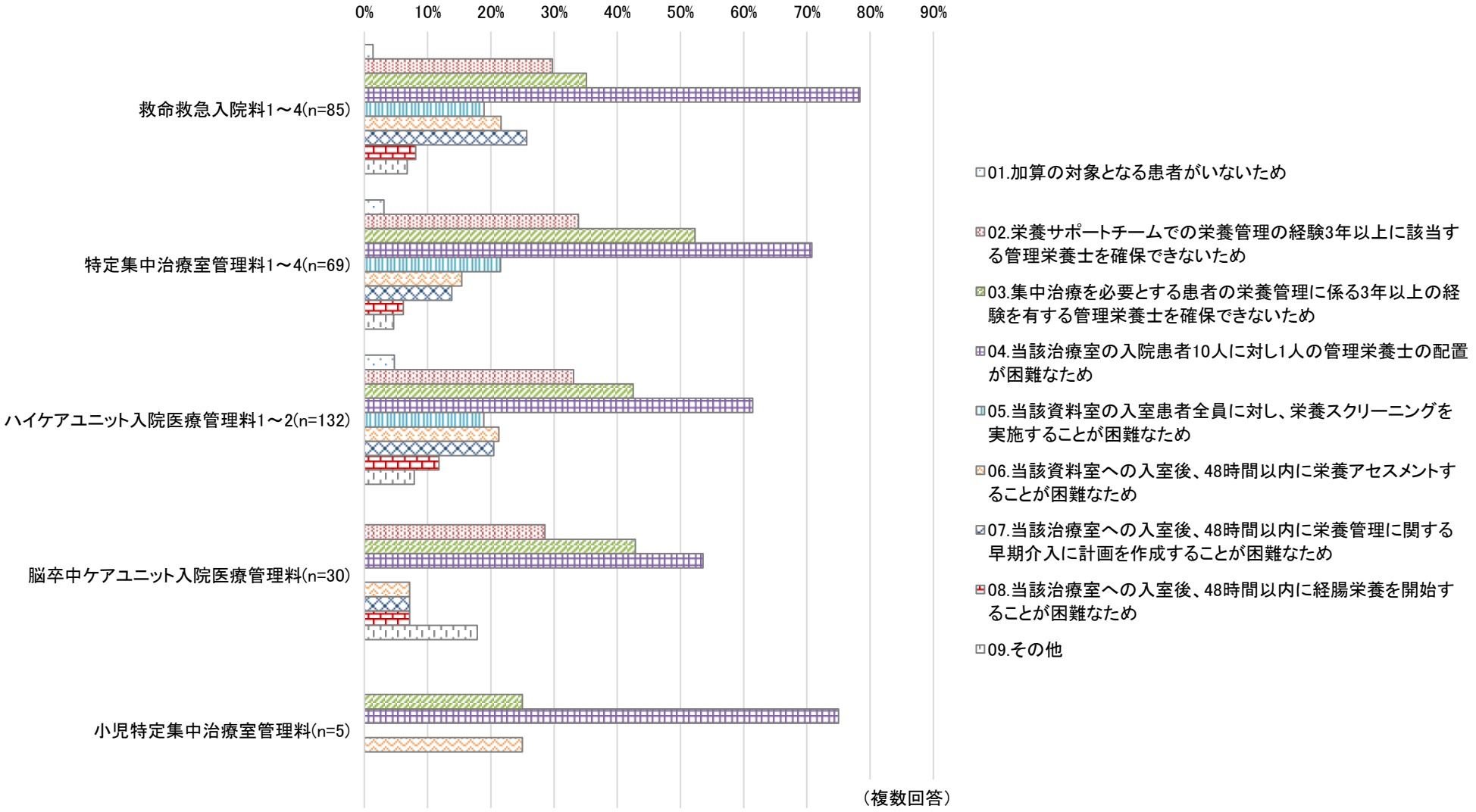


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）、令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

診調組　入－1
５．９．６

○　届出をしていない理由として、いずれの治療室においても、「当該治療室の入院患者10人に対し１人の管理栄養士の配置が困難なため」が最も多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

○　急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることが示されている。
○　早期リハビリテーションを実施する場合において、１日２単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることが示されている。

○　DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後３日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった（オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群（N=16,835）	対照群（N=51,749）	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※　論文を元に医療課で作成　数値は平均値±標準偏差または度数（%）

○　DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後７日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった（オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64）。

Yagi M,et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群（N=48,201）	対照群（N=64,357）	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※　論文を元に医療課で作成　数値は平均値±標準偏差または度数（%）

○　入院後３日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者（4,148例）を対象としたデータベース研究において、１日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下（オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97）、自宅退院割合（オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71）、在院日数の短縮（係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40）に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

急性期脳卒中に対する早期リハビリテーション

診調組　入－１
５．９．６

○　診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

脳卒中治療ガイドライン2021（一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会）より抜粋

○　合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル高）。

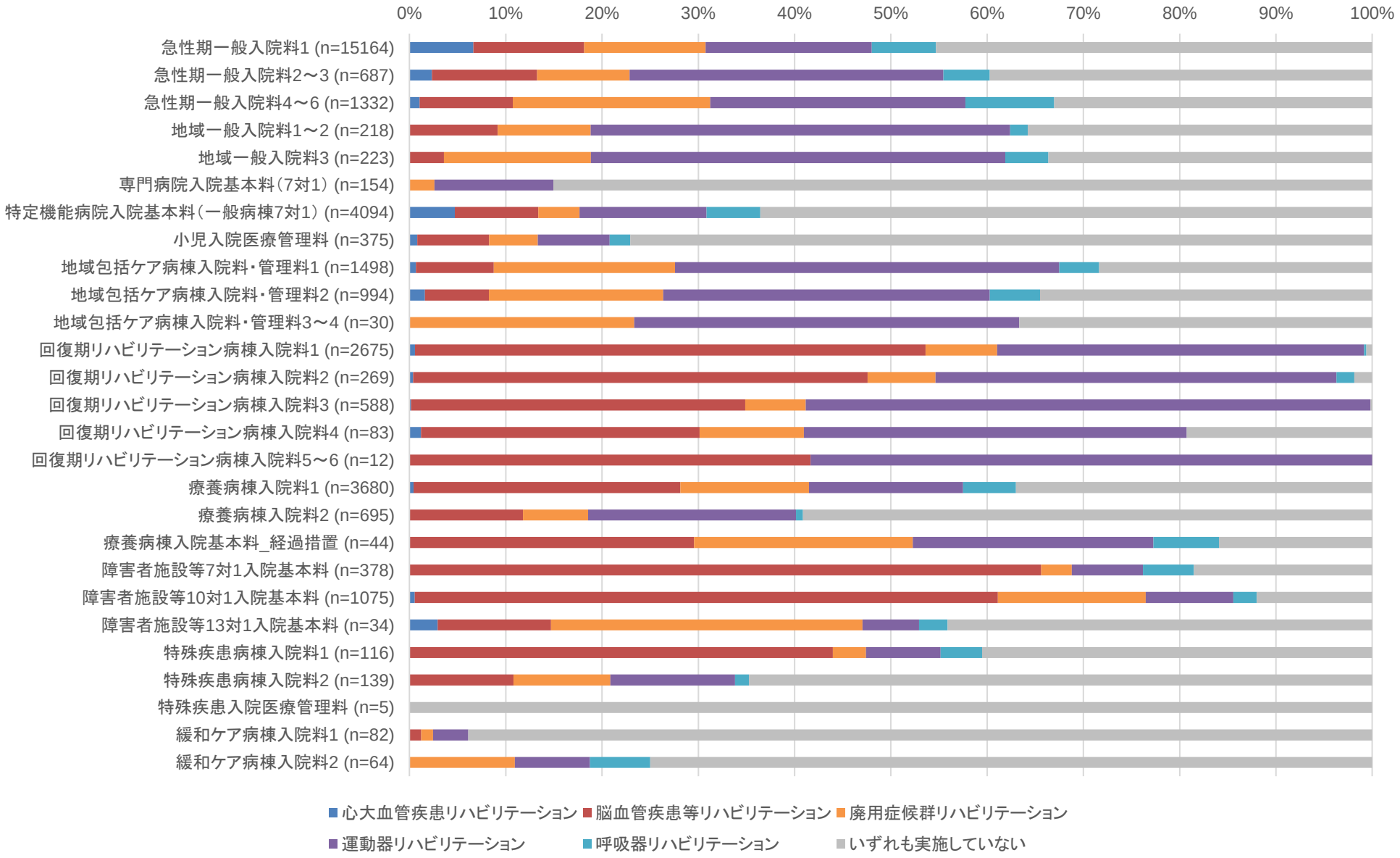
○　十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことがすすめられる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

○　脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit（SU）で治療することが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル高）。

○　リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作（ADL）の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況

診調組　入－1
５．６．８

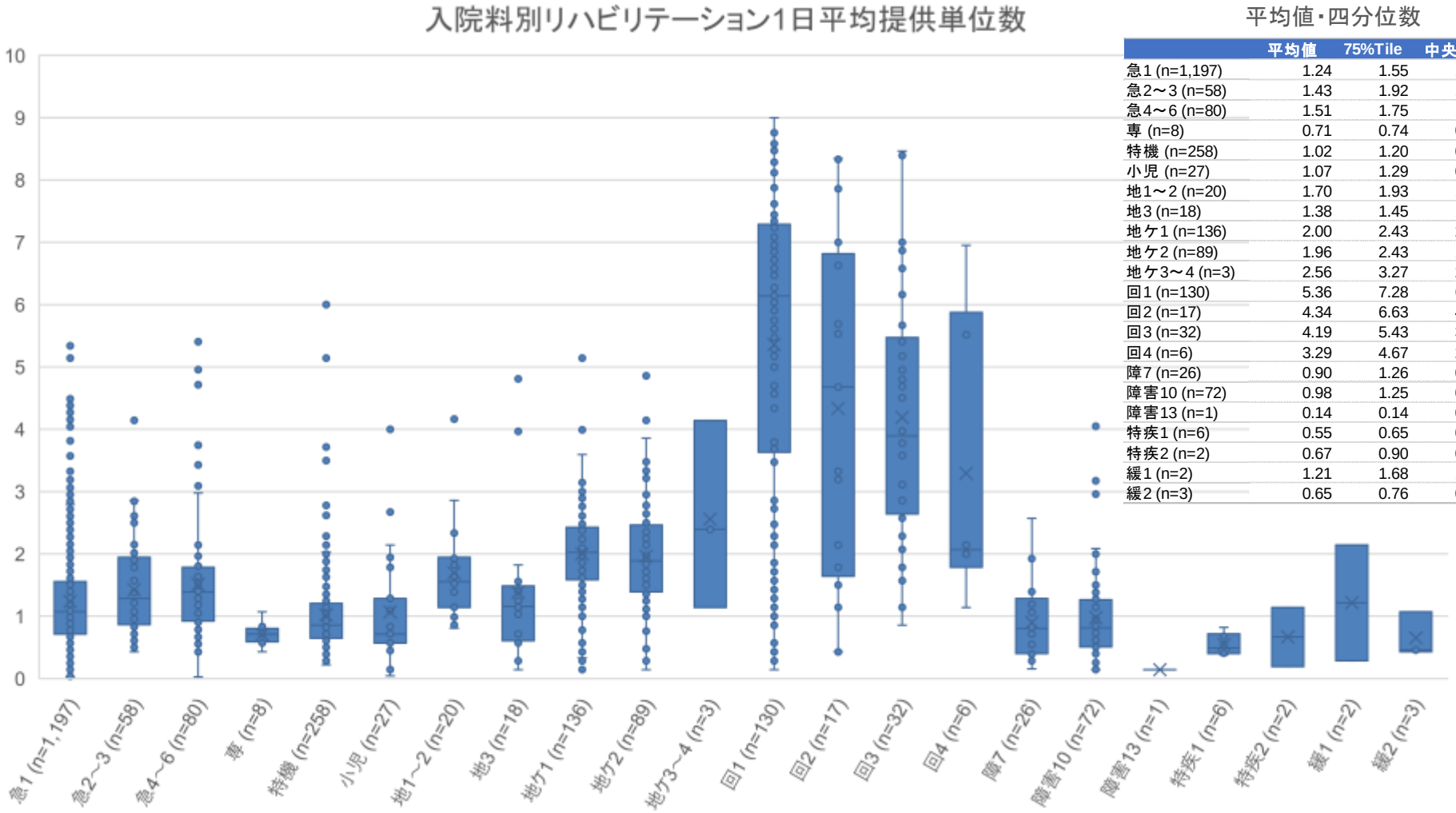


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

診調組　入－1
５．９．６

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。



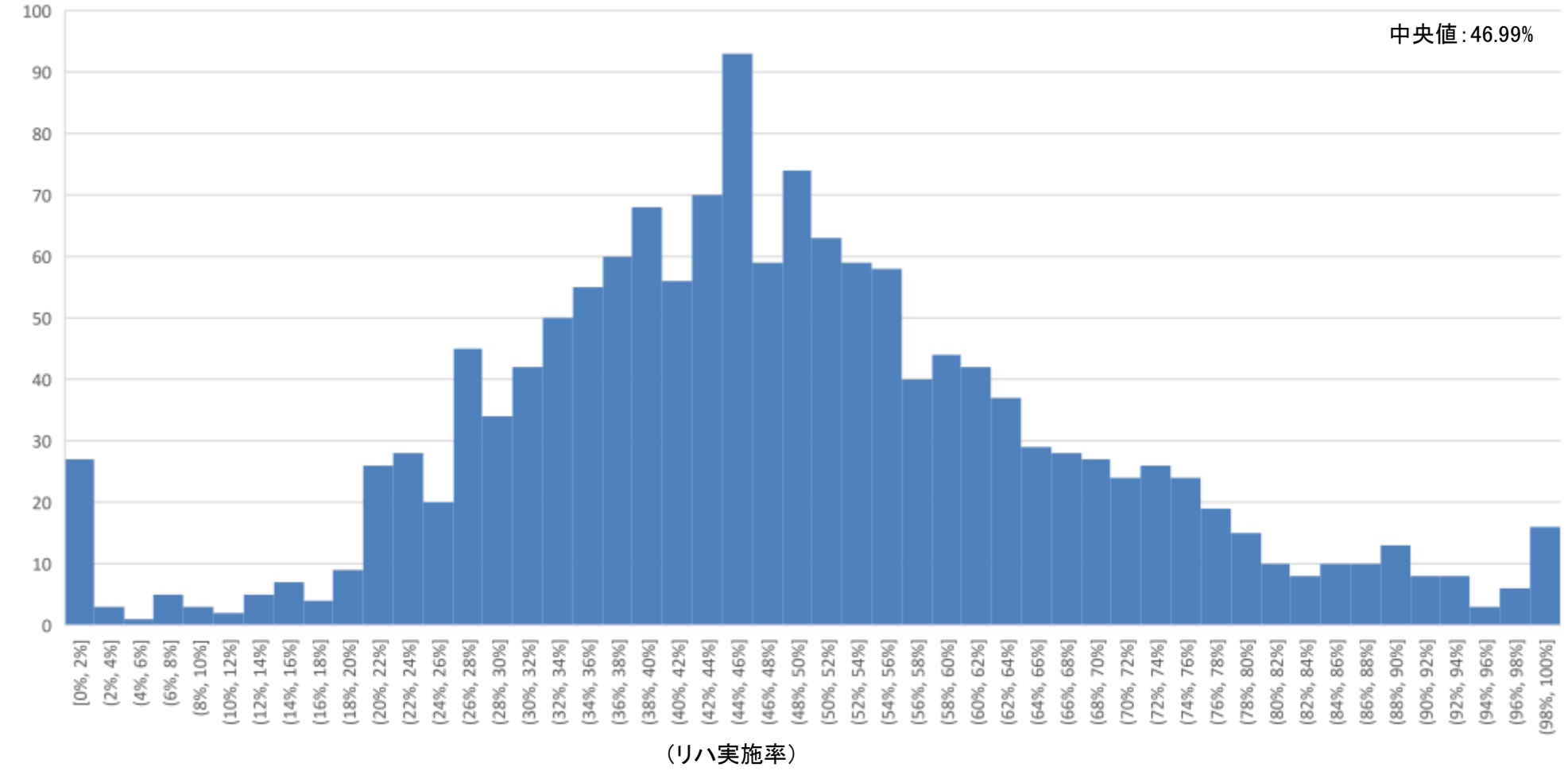
平均値・四分位数

	平均値	75%Tile	中央値	50%Tile
急1 (n=1,197)	1.24	1.55	1.07	0.71
急2～3 (n=58)	1.43	1.92	1.29	0.87
急4～6 (n=80)	1.51	1.75	1.39	0.93
専 (n=8)	0.71	0.74	0.71	0.63
特機 (n=258)	1.02	1.20	0.86	0.65
小児 (n=27)	1.07	1.29	0.71	0.57
地1～2 (n=20)	1.70	1.93	1.56	1.14
地3 (n=18)	1.38	1.45	1.16	0.64
地ケ1 (n=136)	2.00	2.43	2.02	1.61
地ケ2 (n=89)	1.96	2.43	1.89	1.43
地ケ3～4 (n=3)	2.56	3.27	2.39	1.77
回1 (n=130)	5.36	7.28	6.14	3.71
回2 (n=17)	4.34	6.63	4.68	1.79
回3 (n=32)	4.19	5.43	3.90	2.79
回4 (n=6)	3.29	4.67	2.07	2.00
障7 (n=26)	0.90	1.26	0.80	0.44
障害10 (n=72)	0.98	1.25	0.81	0.51
障害13 (n=1)	0.14	0.14	0.14	0.14
特疾1 (n=6)	0.55	0.65	0.49	0.42
特疾2 (n=2)	0.67	0.90	0.67	0.43
緩1 (n=2)	1.21	1.68	1.21	0.75
緩2 (n=3)	0.65	0.76	0.46	0.44

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

急性期一般入院料１におけるリハ実施率

○　急性期一般入院料１における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

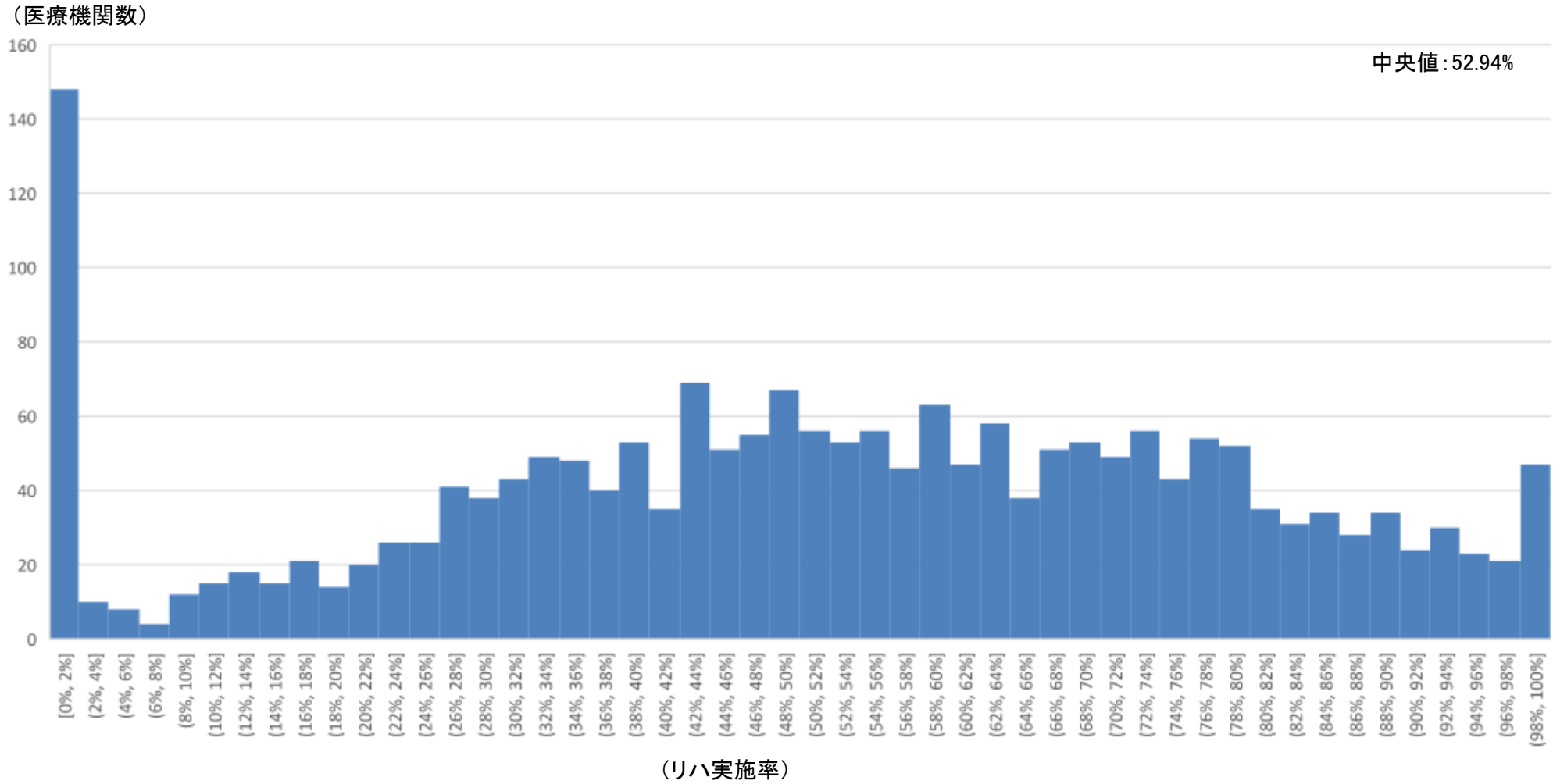


抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典：DPCデータ

急性期一般入院料２～６におけるリハ実施率

○　急性期一般入院料２～６における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。



抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

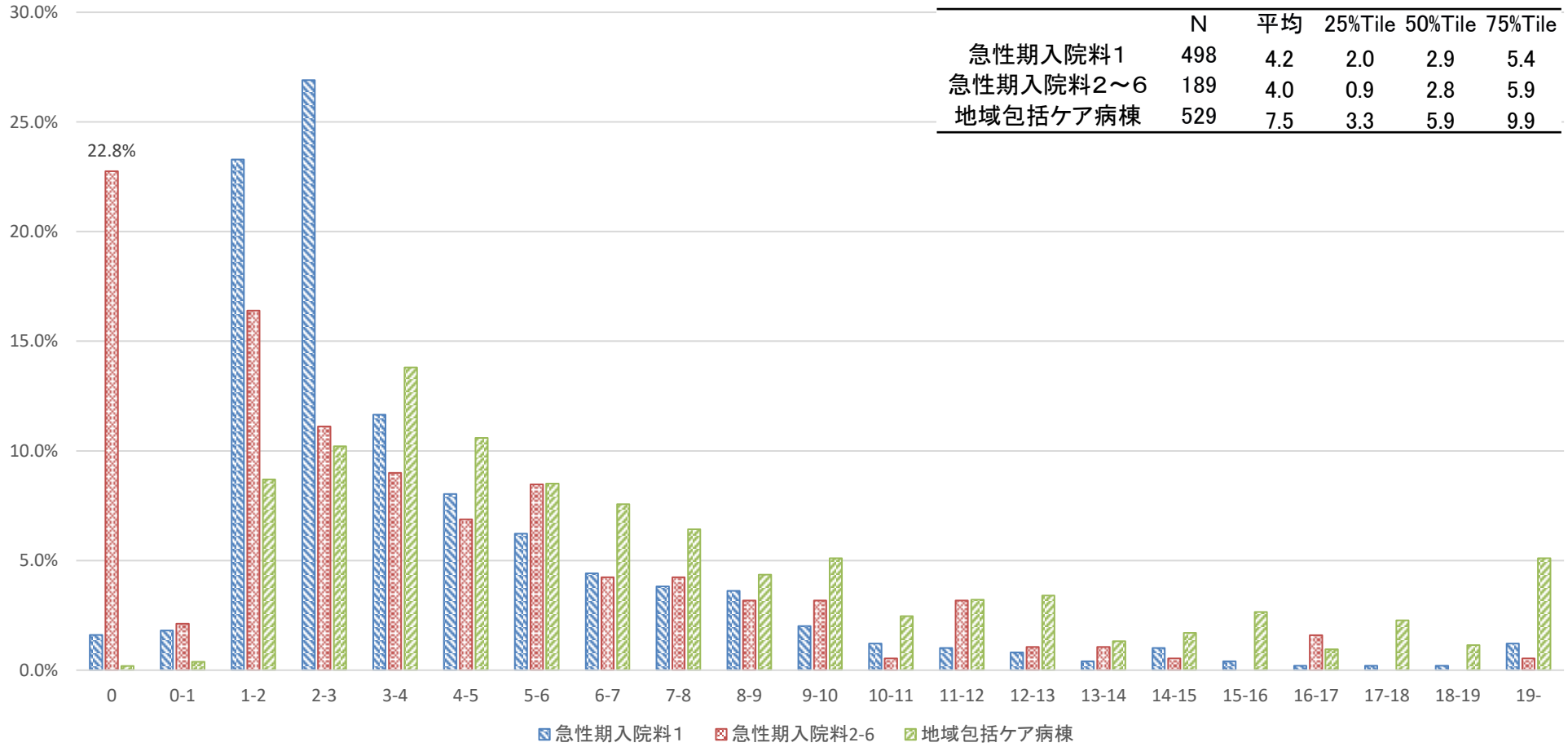
出典：DPCデータ

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

診調組　入－1
５．９．６

○　一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期一般入院料１を届け出ている医療機関の配置は40床あたり２～３人が最多であった。急性期一般入院料２～６を届け出ている医療機関では０人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期一般入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。

○　届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。

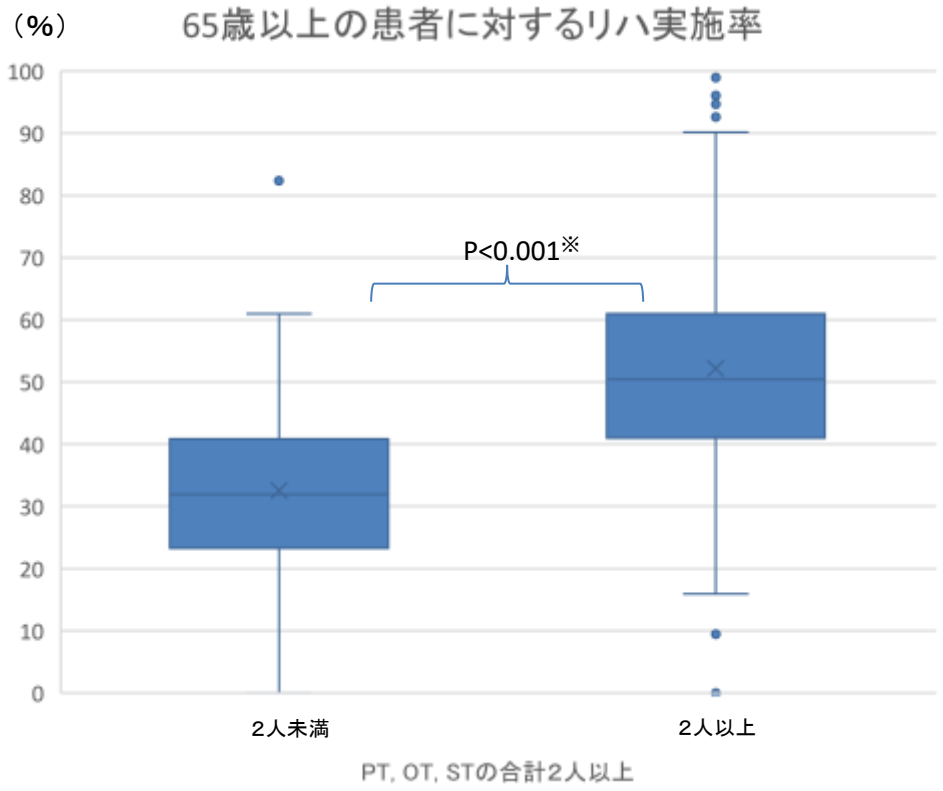


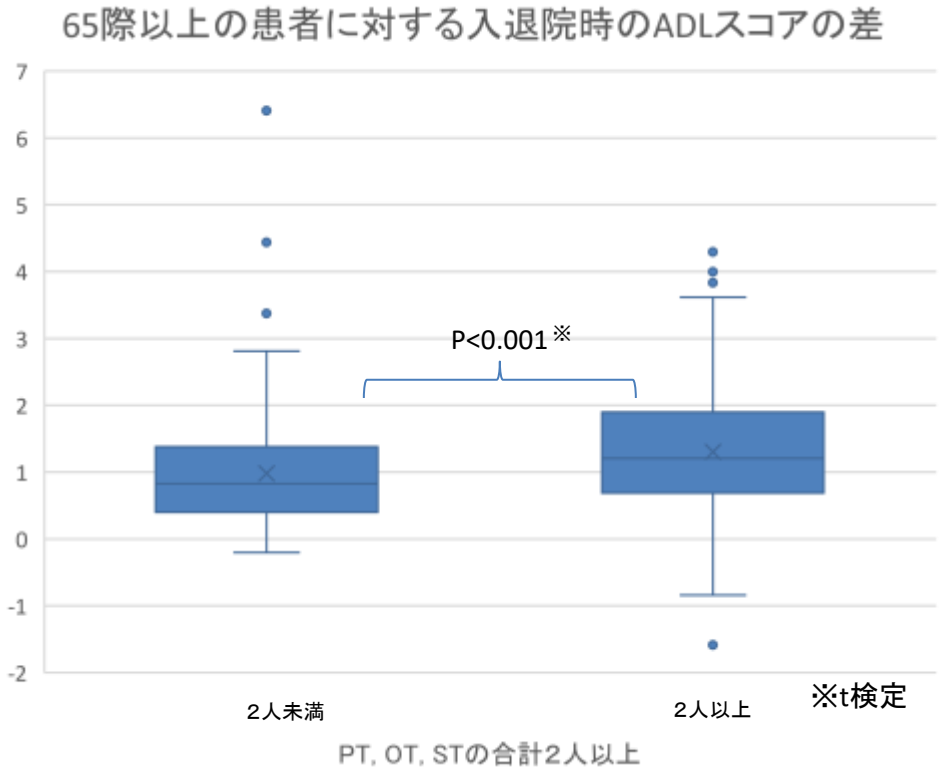
	N	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
急性期入院料１	498	4.2	2.0	2.9	5.4
急性期入院料２～６	189	4.0	0.9	2.8	5.9
地域包括ケア病棟	529	7.5	3.3	5.9	9.9

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）

リハビリテーション専門職の配置とＡＤＬ改善（急１）

○　急性期一般入院料１における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。





	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

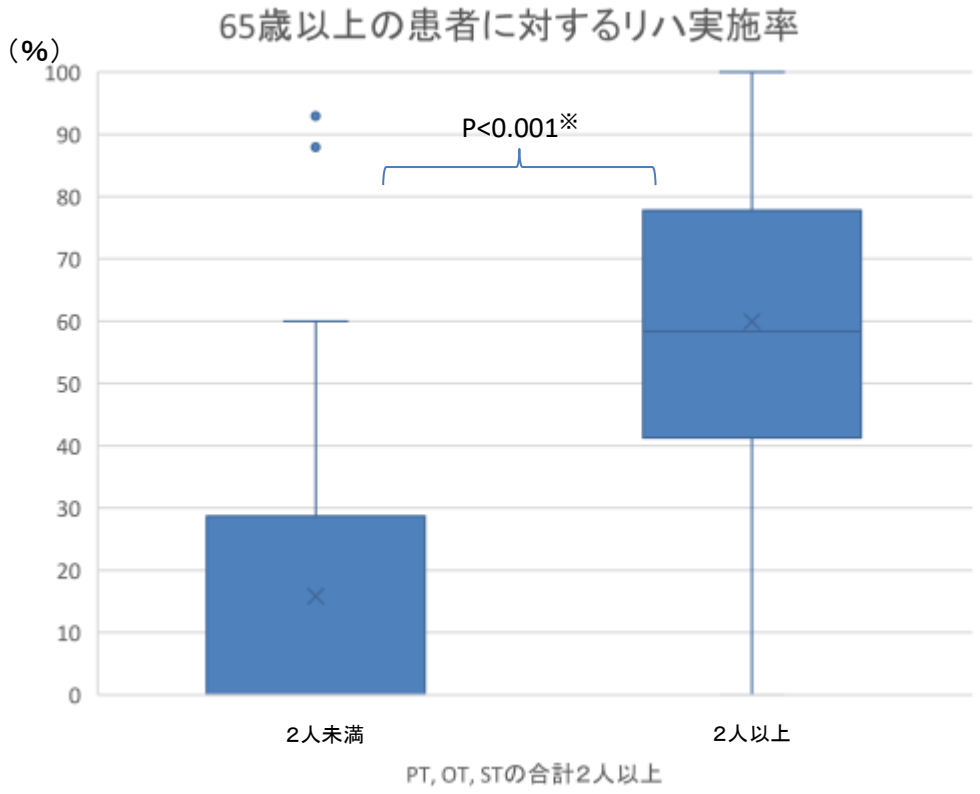
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

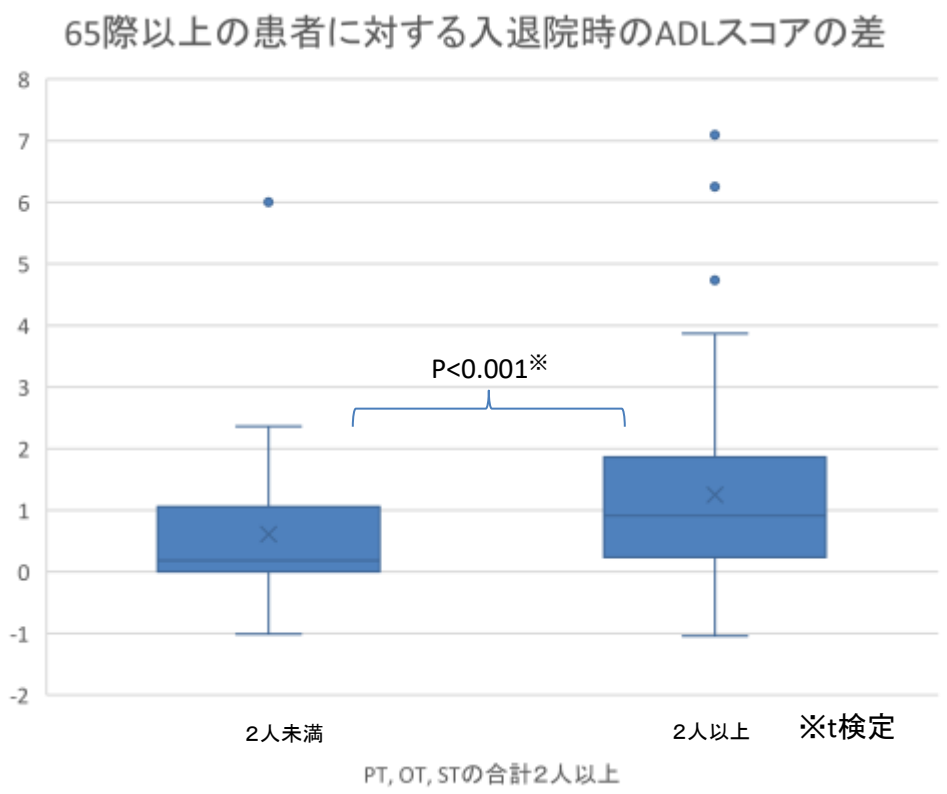
出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

リハビリテーション専門職の配置とＡＤＬ改善（急２～６）

診調組　入－１
５．９．６

○　急性期一般入院料２～６における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。





	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

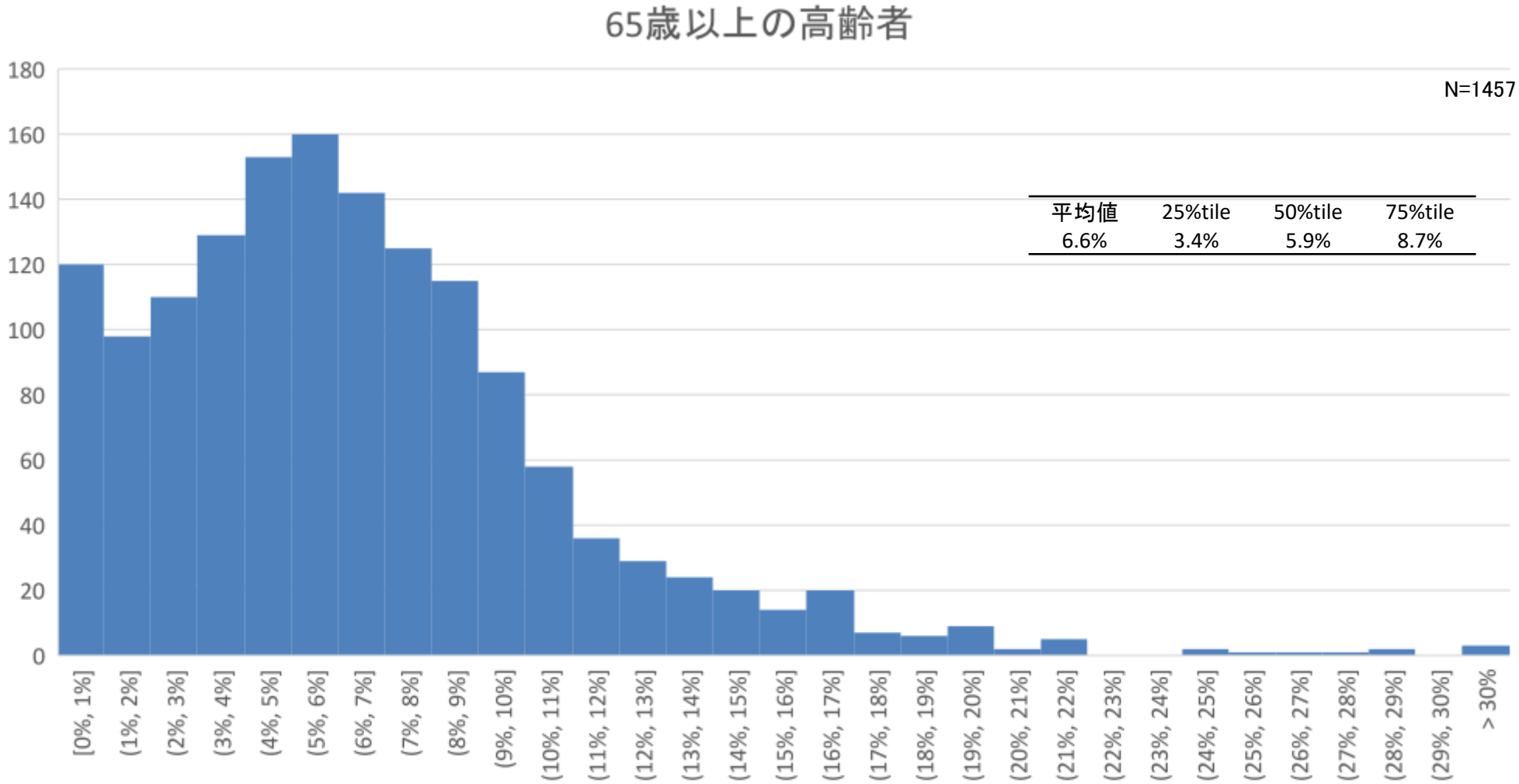
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

ADL悪化患者（65歳以上）割合の分布（急１）

診調組　入－１
５．９．６

○　急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。



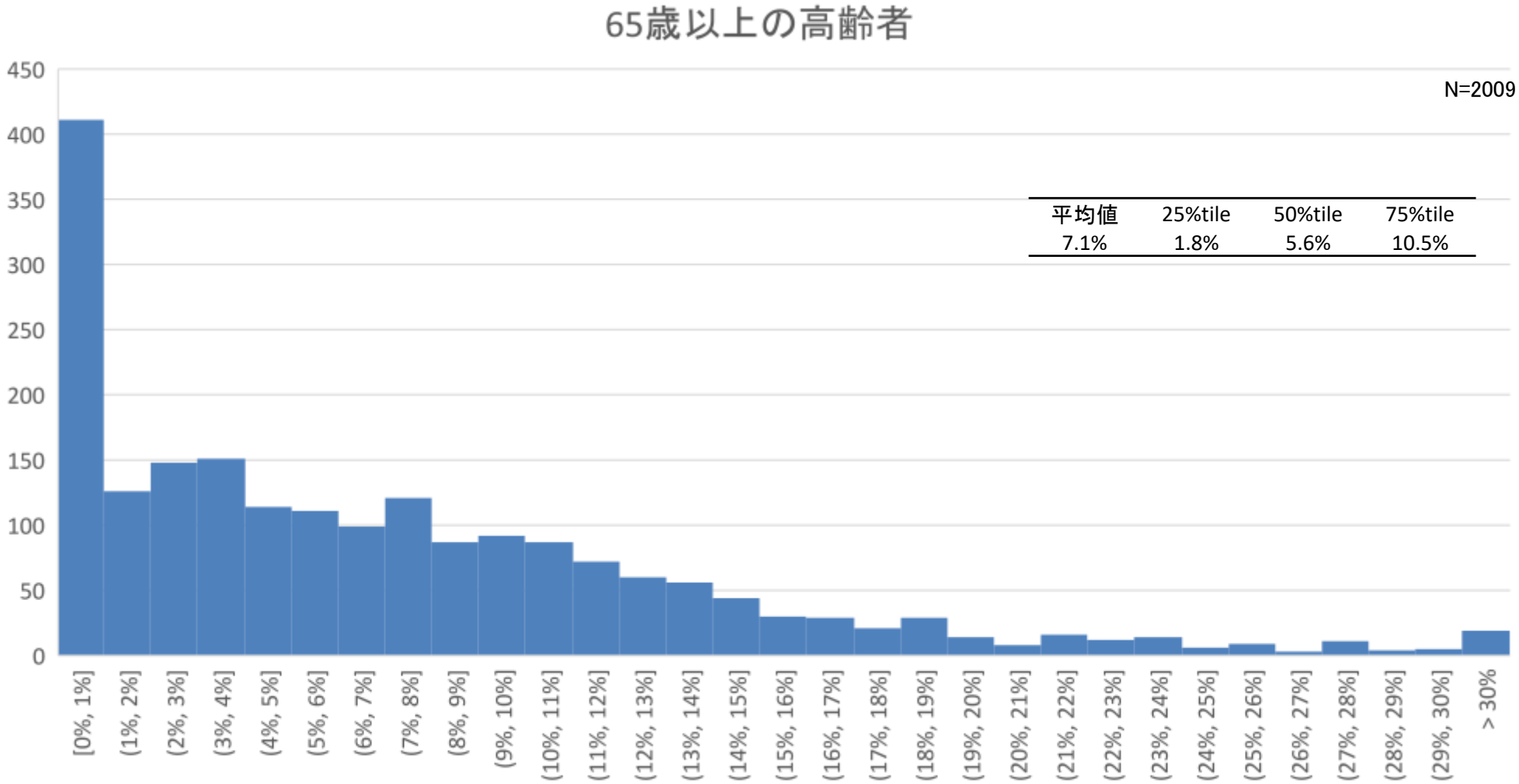
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

ADL悪化患者（65歳以上）割合の分布（急２～６）

診調組　入－１
５．９．６

○　急性期一般入院料2～6を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。



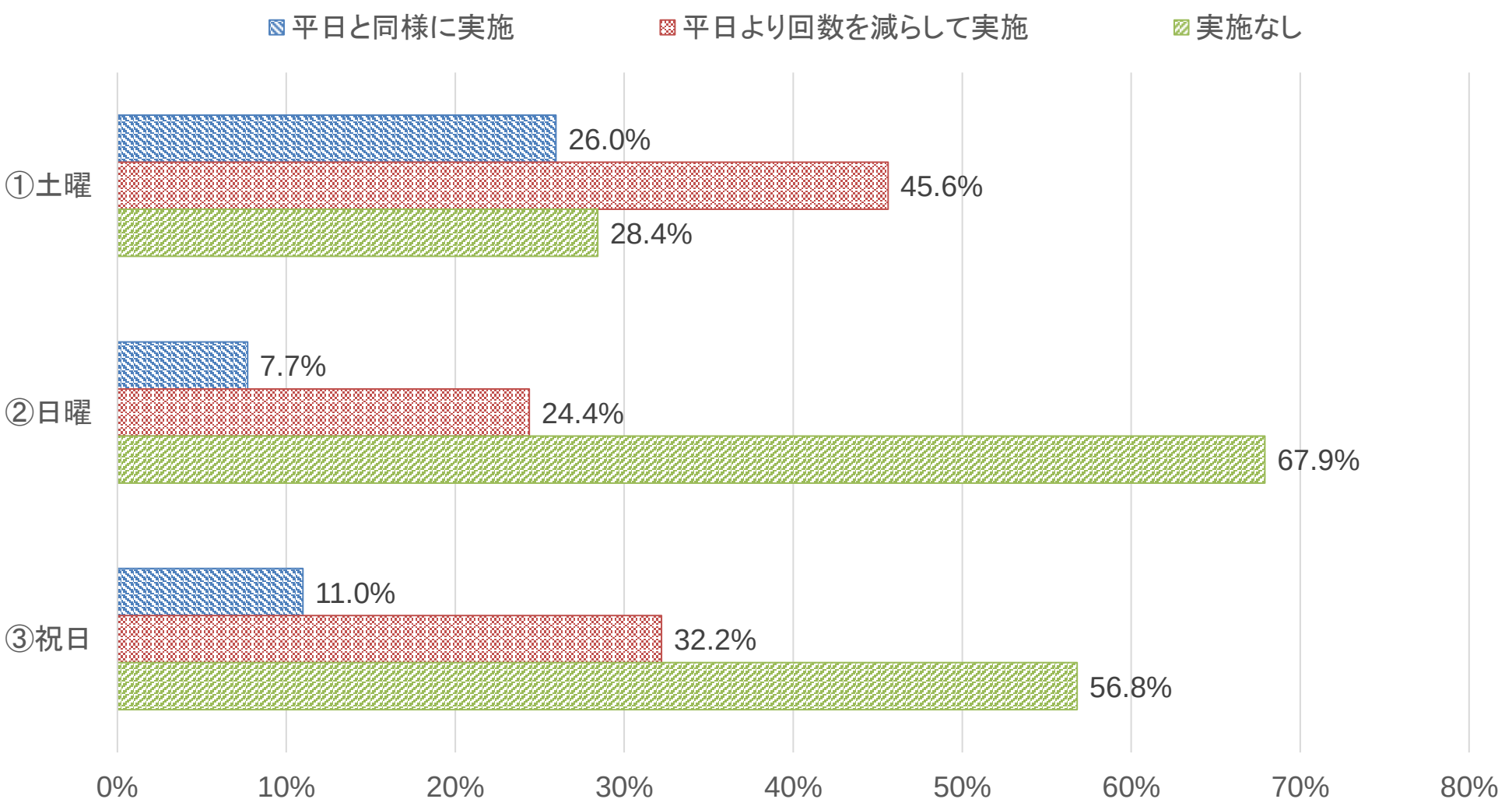
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

土日祝日のリハビリテーションの実施状況

診調組　入－１
５．９．６

○　土日祝日のリハビリテーションの実施状況は、以下のとおり。リハビリテーションを実施していない施設は、土曜日は28.4%、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。



出典：令和4年度入院医療等における実態調査（施設票）

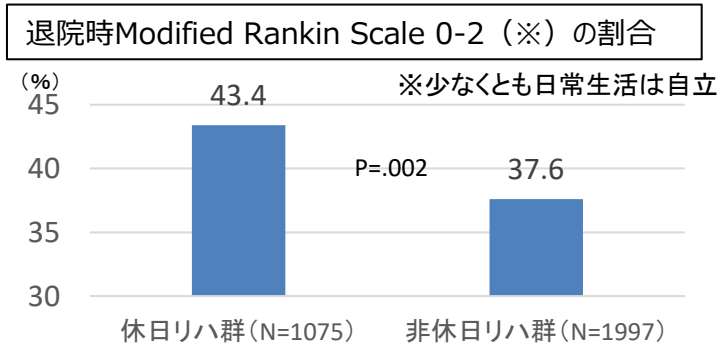
急性期における休日リハビリテーションについて

診調組　入－１
５．９．６

○ 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
○ 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

○ 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

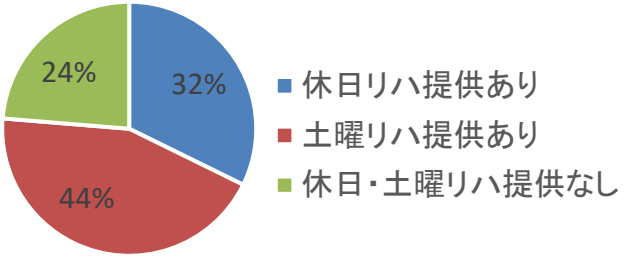
出典：Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



○ 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜はリハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

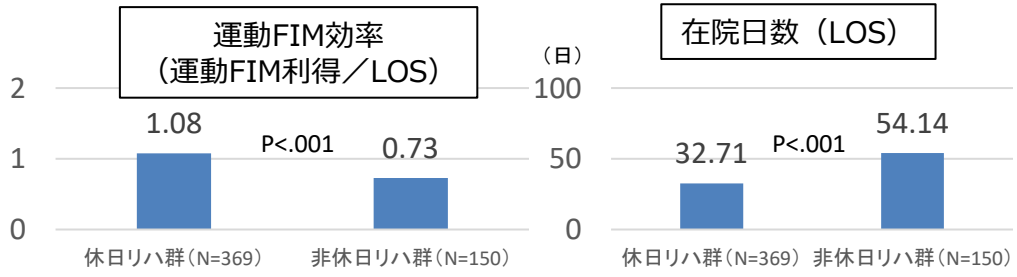
出典：角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター959施設に対するアンケート調査結果（有効回答数595施設）。



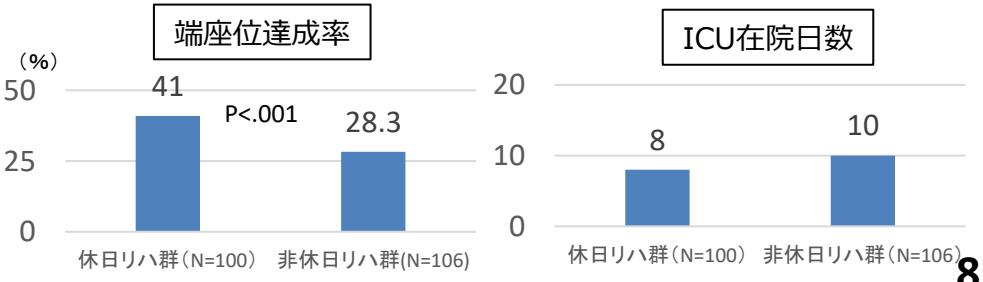
○ 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典：Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



○ ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典：森田ら.日集中医誌.2020;27:395-402.



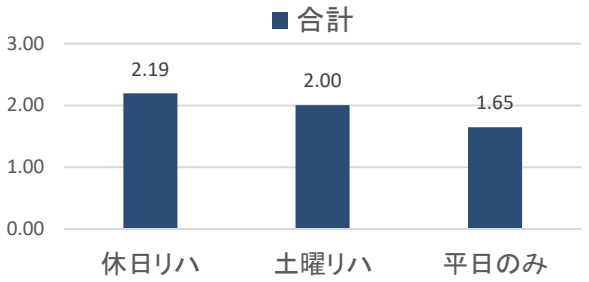
文献データを元に医療課で作図

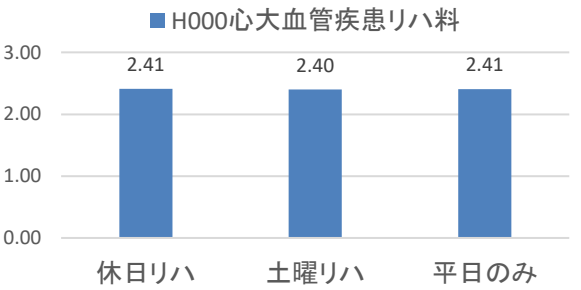
急性期における休日リハビリテーションについて

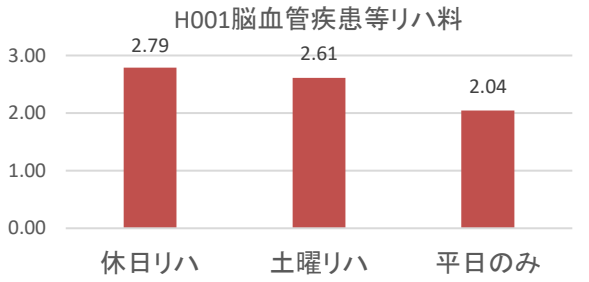
○　急性期における休日リハビリテーションについてのDPCデータの解析結果は以下のとおり。
○　休日リハが提供される方が平日のみと比較しADL利得（※）が高い。疾患別リハの種類毎に分析すると、脳血管・運動器・廃用において休日リハが提供されることが平日と比較してADL利得が高かった。

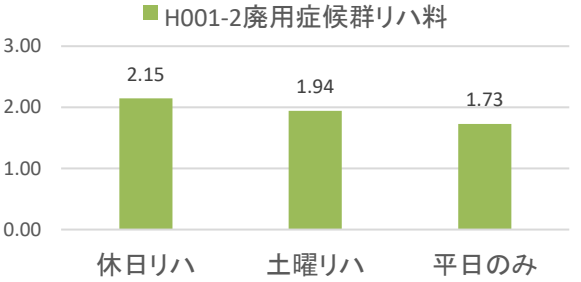
		症例数	
		すべて	入院時・退院時ADLに入力あり・不明なし
令和3年4月1日～4月23日に入院した患者のうち、入院期間が7日以上180日未満		150,867	120,564
4月に土日祝日を含めてリハ実施あり（土曜のみにリハを実施した症例は除く）	H000心大血管疾患リハビリテーション料	1,550	1,237
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	6,518	5,221
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	7,569	5,908
	H002運動器リハビリテーション料	13,992	11,793
	H003呼吸器リハビリテーション料	3,408	2,614
	H007-2がん患者リハビリテーション料	1,715	1,467
	上記いずれかのリハを4月の土日祝に実施	34,752	28,240
4月の土曜にリハ実施あり。4月の日曜・祝日リハ実施なし。	H000心大血管疾患リハビリテーション料	2,770	2,233
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	6,677	5,120
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	7,926	6,150
	H002運動器リハビリテーション料	16,299	13,425
	H003呼吸器リハビリテーション料	3,961	3,034
	H007-2がん患者リハビリテーション料	2,416	2,029
	上記いずれかのリハを4月の土曜に実施	40,049	31,991
4月の土日祝日にリハ実施なし	H000心大血管疾患リハビリテーション料	6,973	5,584
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	10,896	8,670
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	17,236	13,001
	H002運動器リハビリテーション料	21,403	17,525
	H003呼吸器リハビリテーション料	9,829	7,403
	H007-2がん患者リハビリテーション料	9,729	8,150
	上記いずれかのリハを4月の平日または5月に実施	76,066	60,333

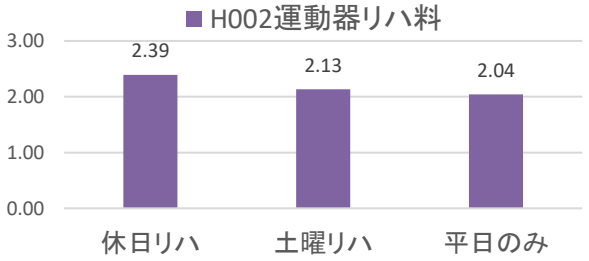
退院時ADLスコア合計－入院時ADLスコア合計（※）の平均

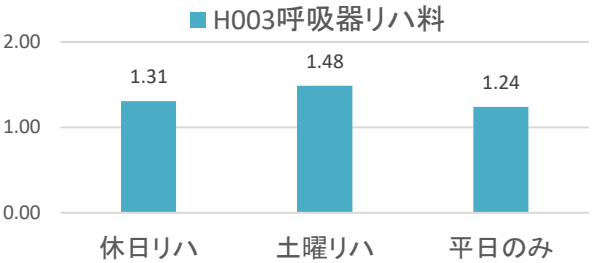


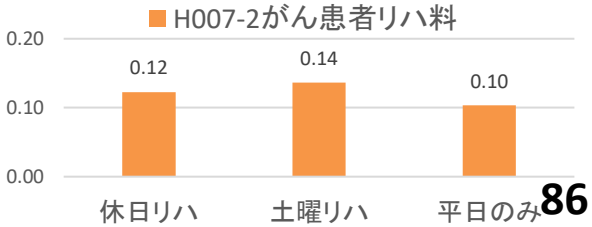












出典：DPCデータ
集計データ：令和3年4月1日～令和3年4月23日に入院し、入院期間が7日以上180日未満の症例。一般病棟入院基本料（特別入院基本料は除く）・特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ算定している症例。
（※）入退院時のADLスコアが両方が入力されており、かつ不明のない症例に限定して算出

ADL維持向上等体制加算の概要

A100　一般病棟入院基本料
注12　ADL維持向上等体制加算　　80点（１日につき）

※　一般病棟入院基本料のほか、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の 7対１病棟、10対１病棟で算定可能

【算定要件（抜粋）】

○　急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

【施設基準（抜粋）】

○　当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが2名以上配置。又は当該病棟に専従常勤のPT,OT若しくはSTが１名以上配置され、かつ、当該病棟に専任常勤のPT,OT若しくはSTが１名以上配置。

○　当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が１名以上勤務していること。

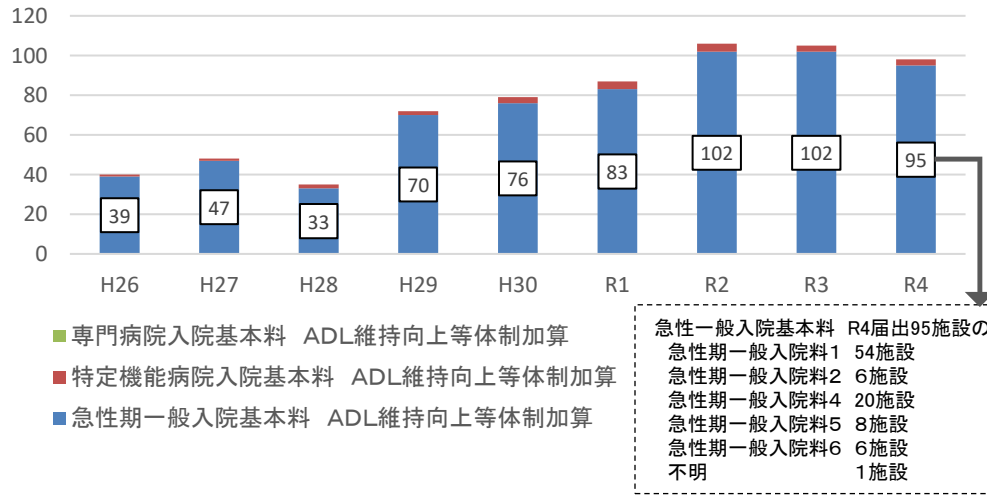
ア　リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

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。

○　当該病棟の直近１年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

○　アウトカム評価としてBarthel Indexで評価されたADLが入院時として比較して低下した患者の割合が3%未満であること等。

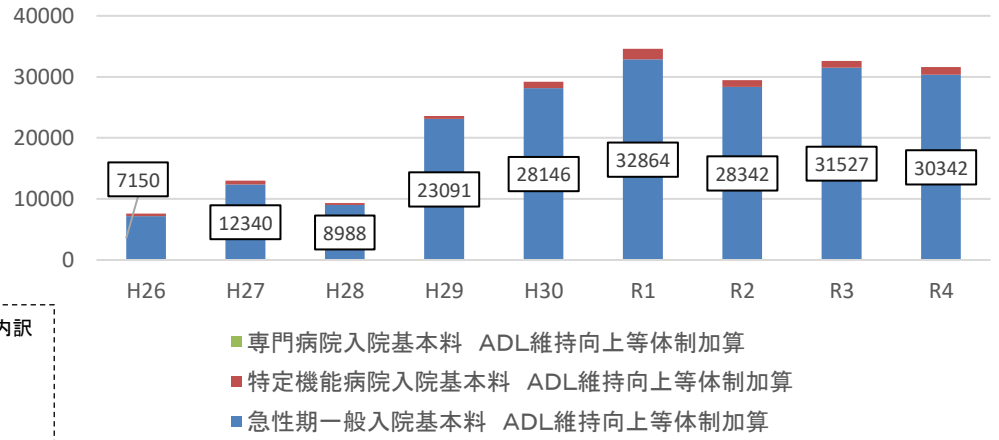
（施設）　ADL維持向上等体制加算（届出医療機関数）



急性一般入院基本料　R4届出95施設の内訳

急性期一般入院料1	54施設
急性期一般入院料2	6施設
急性期一般入院料4	20施設
急性期一般入院料5	8施設
急性期一般入院料6	6施設
不明	1施設

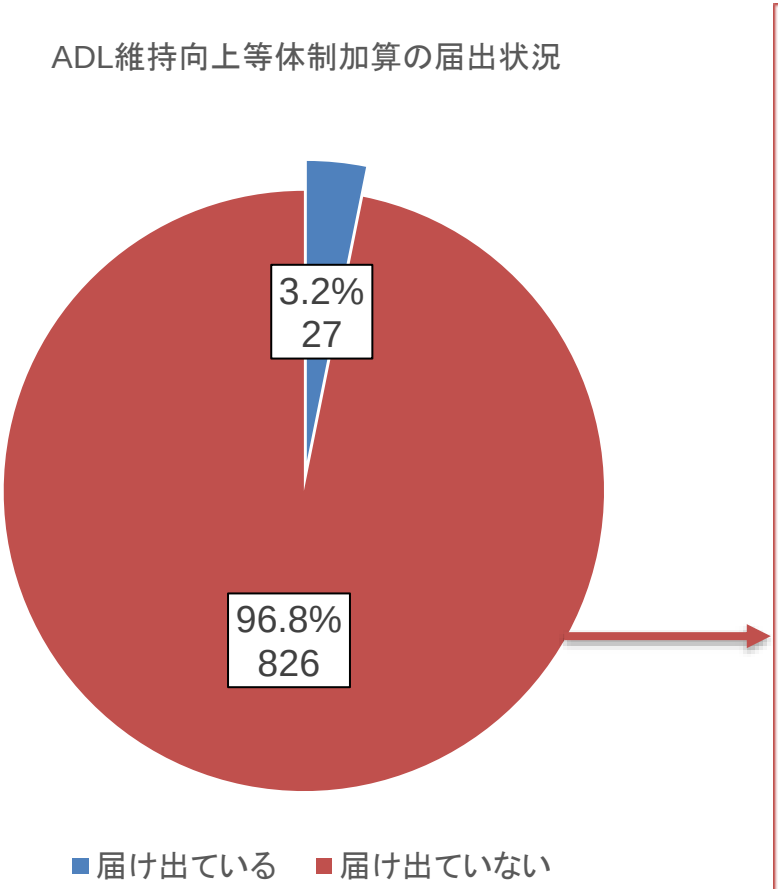
（回）　ADL維持向上等体制加算（算定回数）

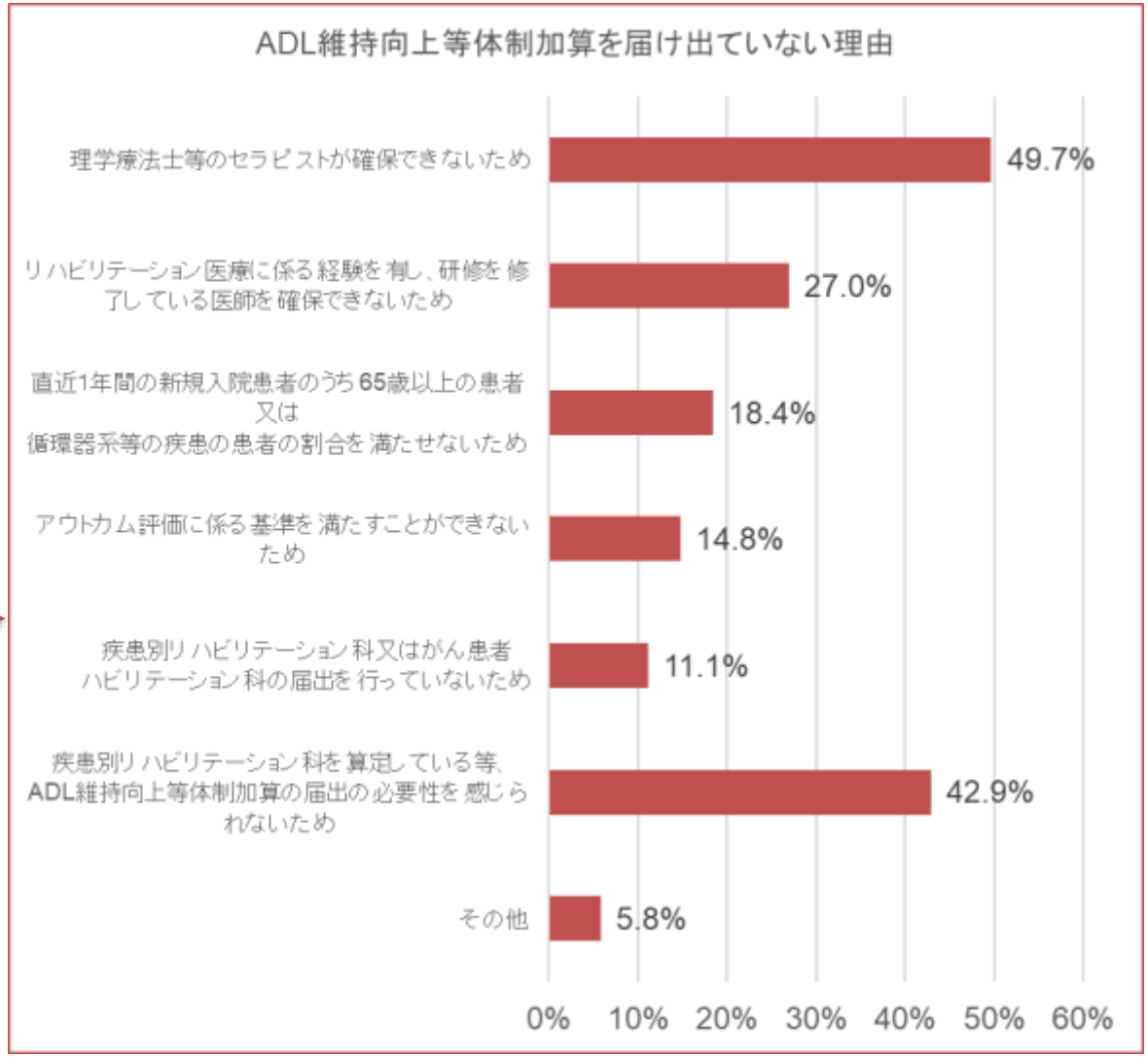


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

ADL維持向上等体制加算の届出状況

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





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）

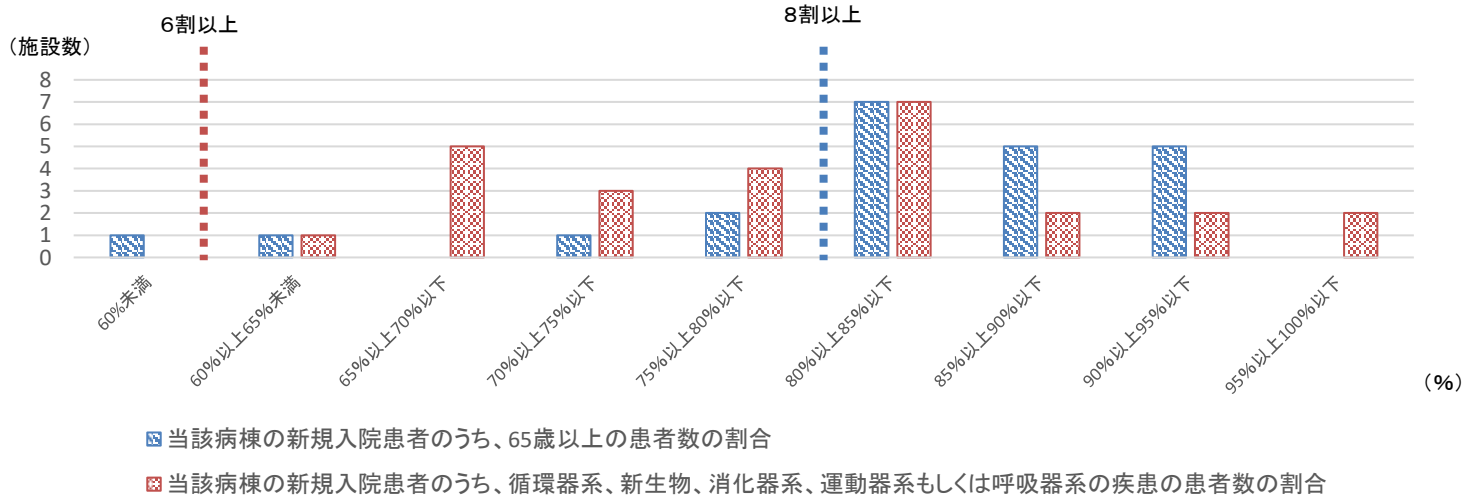
ADL維持向上等体制加算の実績

診調組　入－1
５．９．６

○　ADL維持向上等体制加算を届け出ている病棟における実績は以下の通り。
○　患者割合の要件のうち、年齢及び疾患の要件ともに、80%以上85%未満の回答が最多であった。

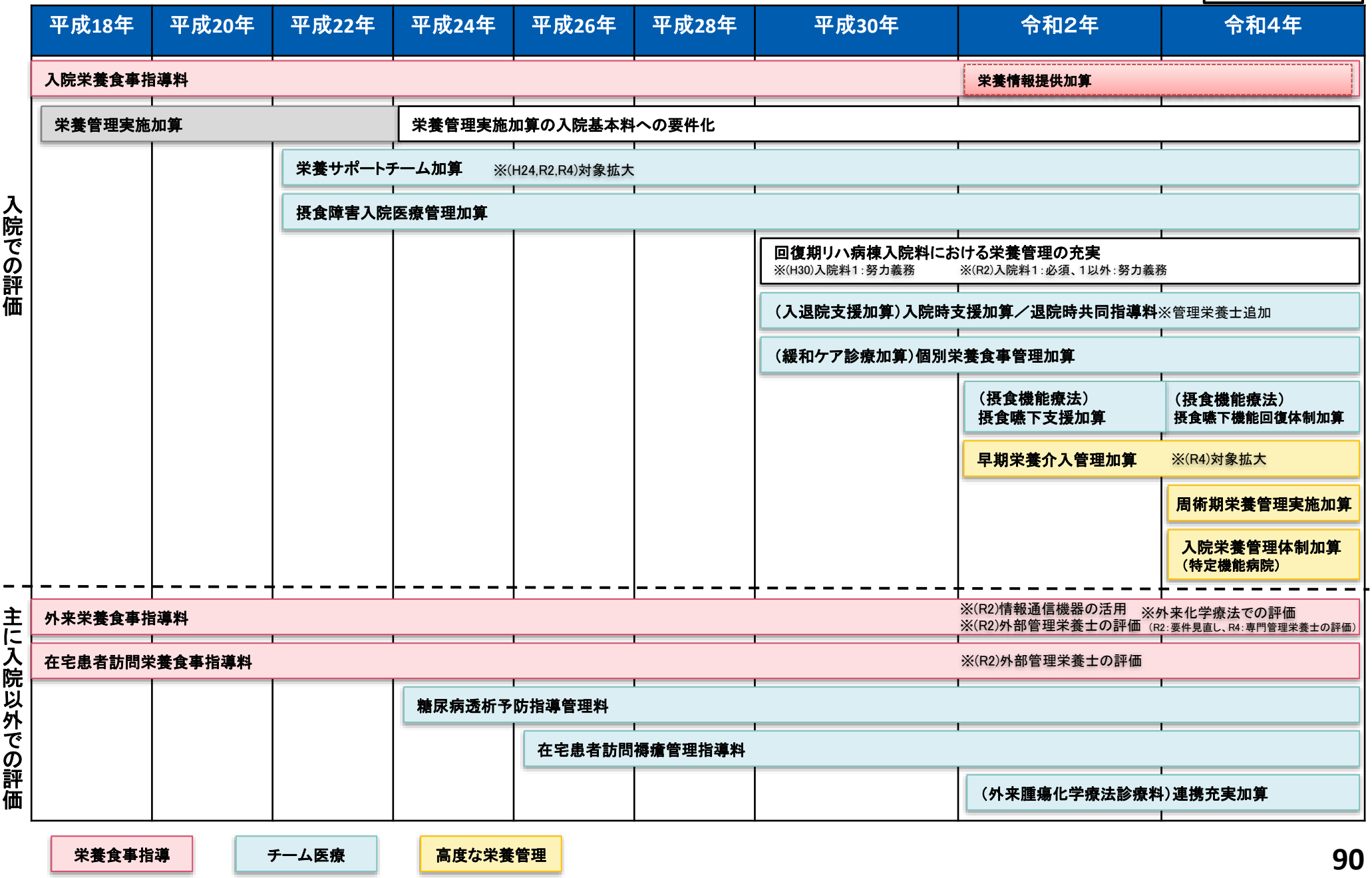
N=41	平均	25パーセンタイル	中央値	75パーセンタイル
１．当該病棟の新規入院患者のうち、65歳以上の患者数の割合（８割以上）	82.5	79.7	84.3	88.3
２．当該病棟の新規入院患者のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系もしくは呼吸器系の疾患の患者数の割合（６割以上）	79.3	71.9	80.2	85.4
３．当該病棟を退院または転棟した患者数（死亡退院を除く）のうち、退院または転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数の割合（３%未満）	1.26	0.64	1.09	1.91
４．当該病棟の入院患者数のうち、褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上）を保有する患者（入院時すでに褥瘡保有が記録された患者を除く）の割合（2.5%未満）	0.06	0.00	0.00	0.03

（※）1と2の基準はいずれかを満たせばよい



出典：保険局医療課調べ（令和4年7月時点の報告）

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷



診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



急性期　回復期　慢性期

入院料

栄養管理体制（通則）
・ 常勤管理栄養士1名以上を配置　・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成　・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

回復期リハビリテーション病棟入院料
管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

加算

チーム医療

（入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点,2：200点/退院時1回）
入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）
患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

（摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点,2：190点,3：120点/週1回）
専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点,31日以上60日以内：100点/日）
摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

高度な栄養管理

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

入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）
特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

早期栄養介入管理加算
（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）
特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）
全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養サポートチーム加算【再掲】

（緩和ケア診療加算）個別栄養食事管理加算（70点/日）
緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導料（初回 1：260点,2:250点、2回目 1：200点,2：190点/週1回・入院中2回）　**栄養情報提供加算**（50点/入院中1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

集団栄養食事指導料（80点/月1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

入院時の高齢患者の栄養状態

○　入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。

○　高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表　入院時の栄養状態

		総数	40歳～69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	**41.9%**
低栄養**		18.0%	10.6%	**25.7%**

＊簡易栄養状態評価表（Mini Nutritional Assessment-Short Form）による評価
＊＊GLIM基準（Global Leadership Initiative on Malnutrition）による評価

対象者：国内の大学病院　入院患者1,987名
（40～69歳 717名、70歳以上 1,270名）

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

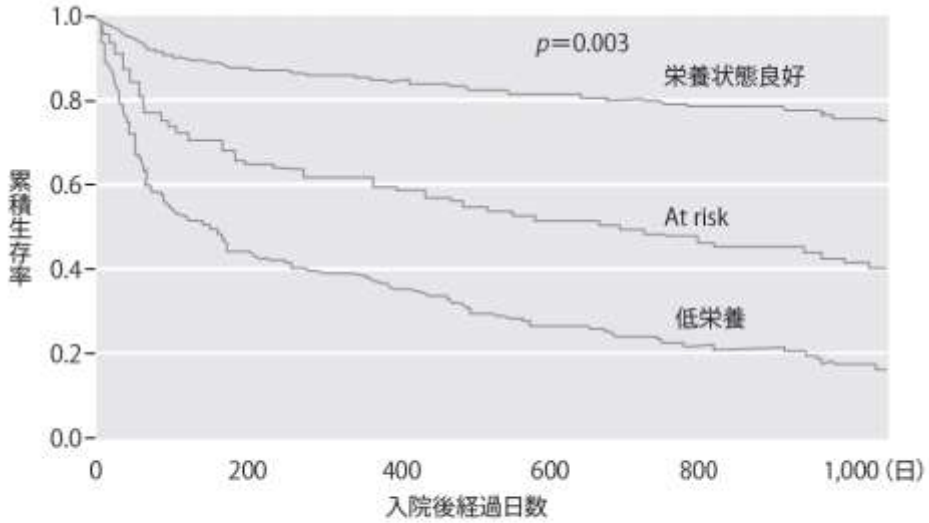
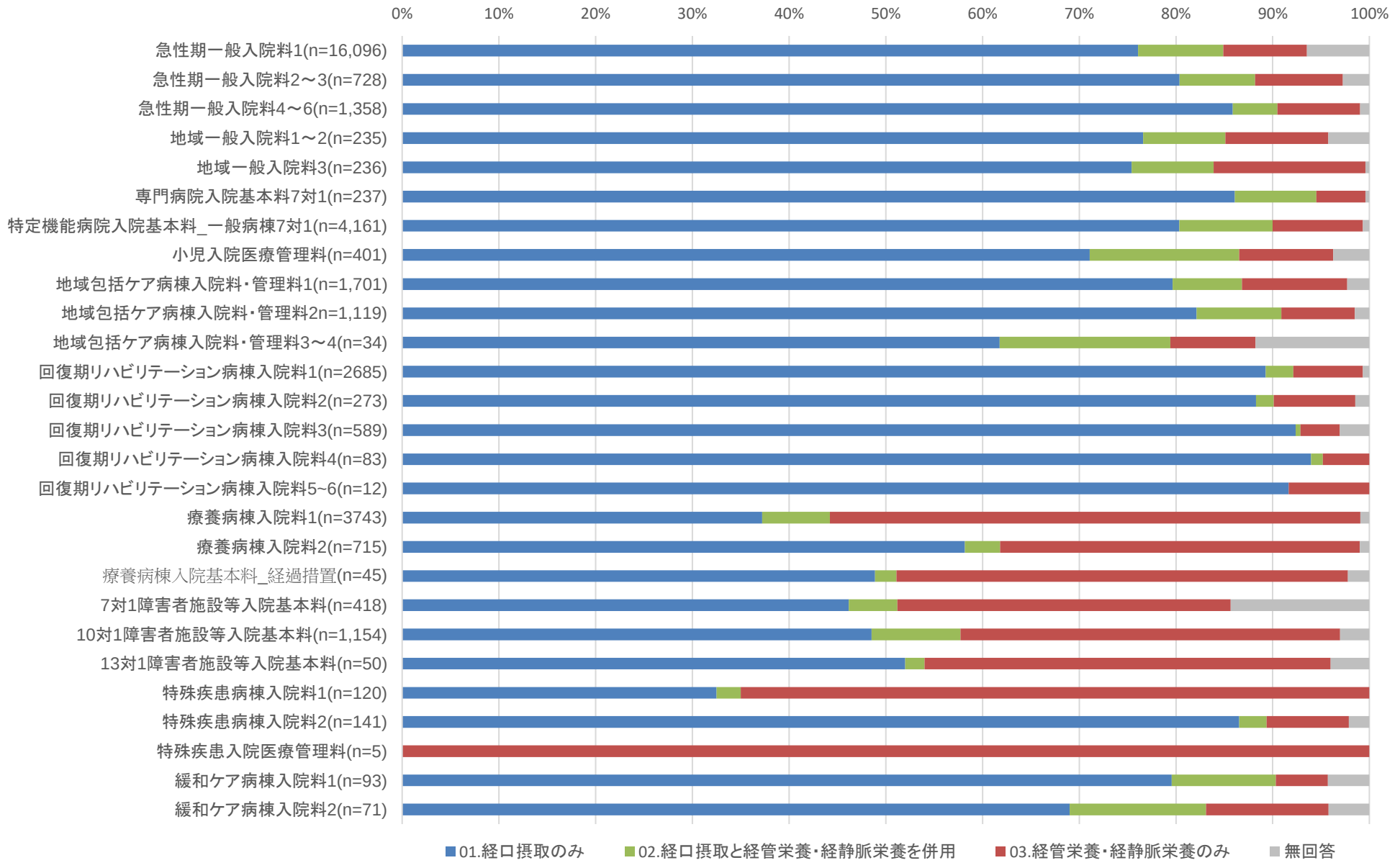


図1　入院高齢者の生命予後と栄養状態（文献1）
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し，3群に分けた生存曲線（Kaplan-Meier法）を示す．

出典：前田；日内会誌　110：1184～1192，2021
（文献1）Kagansky N, et al. Am JClin Nutr 82 : 784—791, 2005.

入院料ごとの栄養摂取の状況

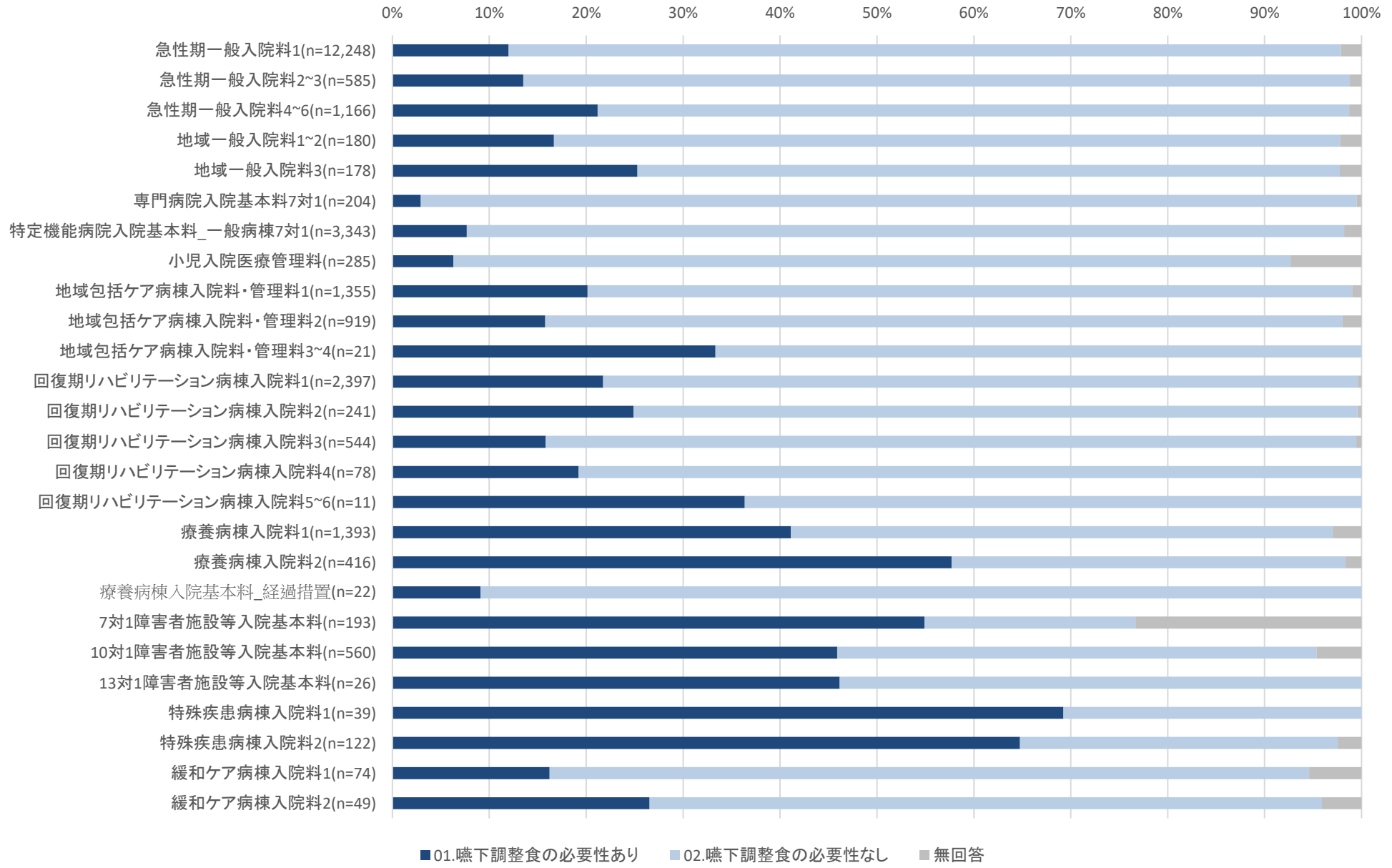
診調組　入－１
５．６．８



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組　入－１
５．９．６



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

医療機関における栄養管理体制について

○　入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準（施設基準）】

① 栄養管理を担当する**常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。

② **管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順**（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）**を作成**すること。

③ **入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認**し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、**医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成**していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。

⑥ 当該患者について、**栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直し**ていること。

⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

診調組　入－1
５．９．６

○　急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

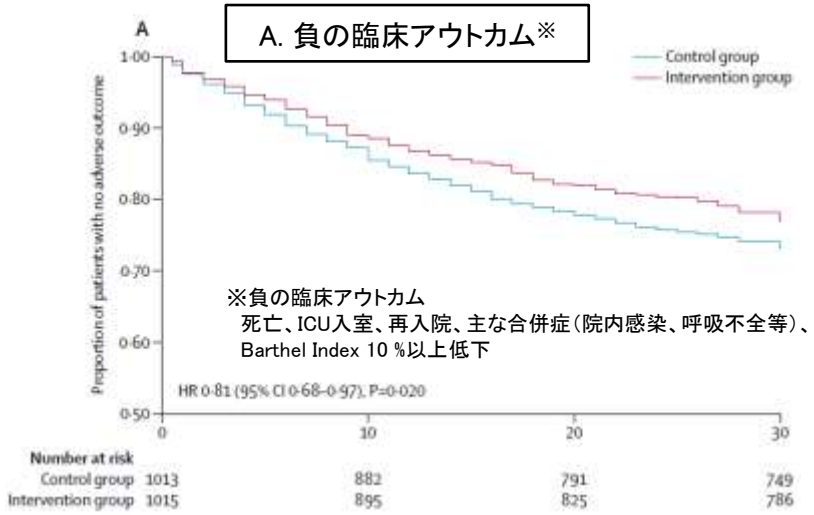
対象：入院時の栄養スクリーニング（NRS2002)で低栄養リスクがあり、４日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法：8つの急性期病院において、介入群（目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施）と対照群（通常の病院給食）を比較（RCT）

個別的な栄養管理

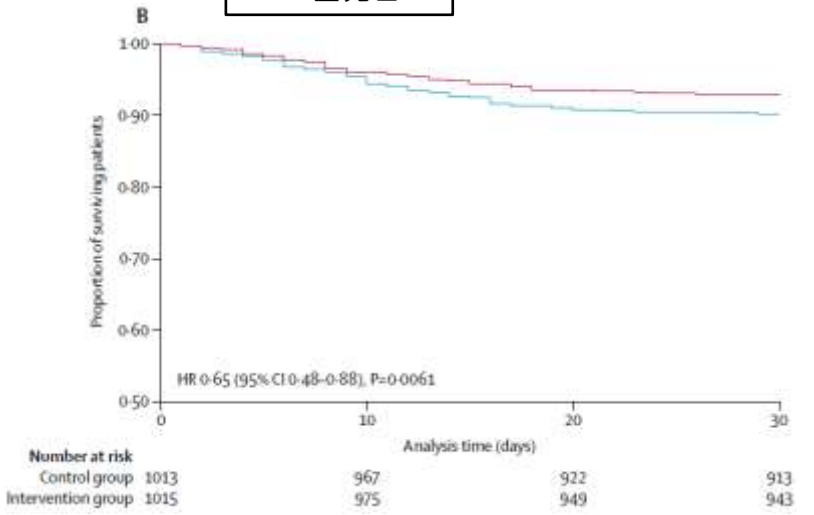
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標（たんぱく質・エネルギー等）を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養（患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供）と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ ５日以内に経口栄養で１日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施

A. 負の臨床アウトカム※



※負の臨床アウトカム
死亡、ICU入室、再入院、主な合併症（院内感染、呼吸不全等）、Barthel Index 10 %以上低下

B. 全死亡



出典：Schuetz P, et al :Lancet 393 : 2312—2321, 2019.

ＤＰＣデータ（様式１）における栄養関連項目

診調組　入－１
５．９．６

○　入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ（様式1）において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■　患者プロファイル

- ➢ 身長（入院時のみ）
- ➢ 体重（入院時のみ）※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- ➢ 褥瘡の有無（入棟時・退棟時）　※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■　要介護情報

➢ 低栄養の有無（様式1開始日時点・様式1終了日時点）

※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、 血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

➢ 摂食・嚥下機能障害の有無（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。）

➢ 経管・経静脈栄養の状況（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

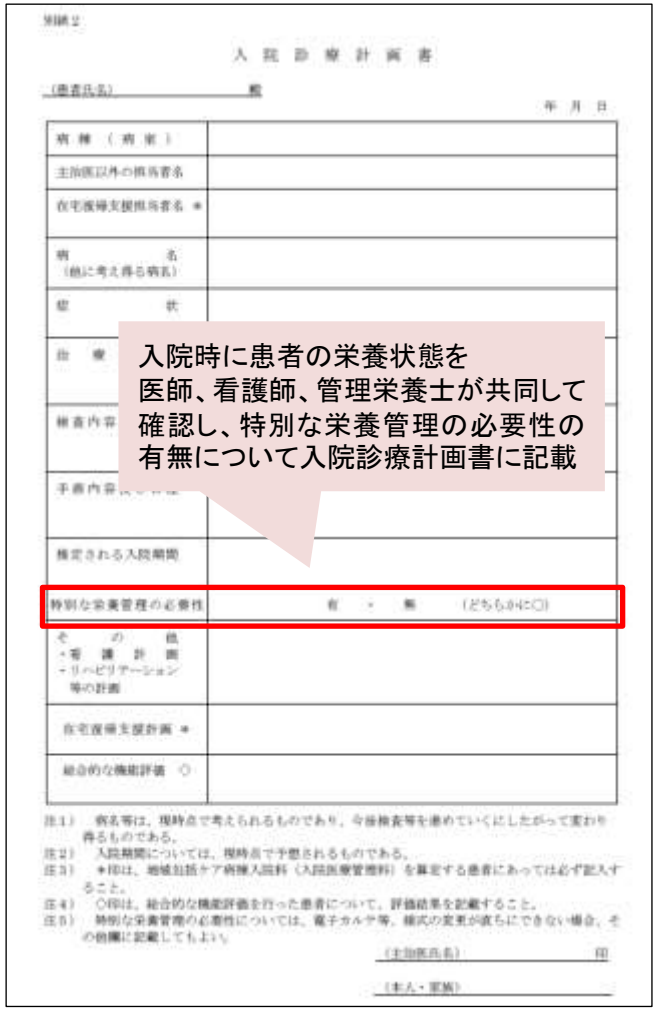
※　経鼻胃管 、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

栄養管理計画書における栄養補給に関する事項

診調組　入－1
５．９．６

○　特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者に対して作成する栄養管理計画書の項目として、「栄養補給量（エネルギー、たんぱく質、水分等）、栄養補給方法（経口、経腸栄養、静脈栄養）、嚥下調整食の必要性の有無（有の場合は、学会分類コード）がある。

＜入院診療計画書＞


別紙２

入院診療計画書

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 ＊	
病名（他に考え得る病名）	
症状	
治療	
検査内容	
手術内容	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有・無（どちらかに○）
その他・看護計画・リハビリテーション等の計画	
在宅復帰支援計画 ＊	
総合的な機能評価 ○	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。
注３）　＊印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。
注４）　○印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注５）　特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

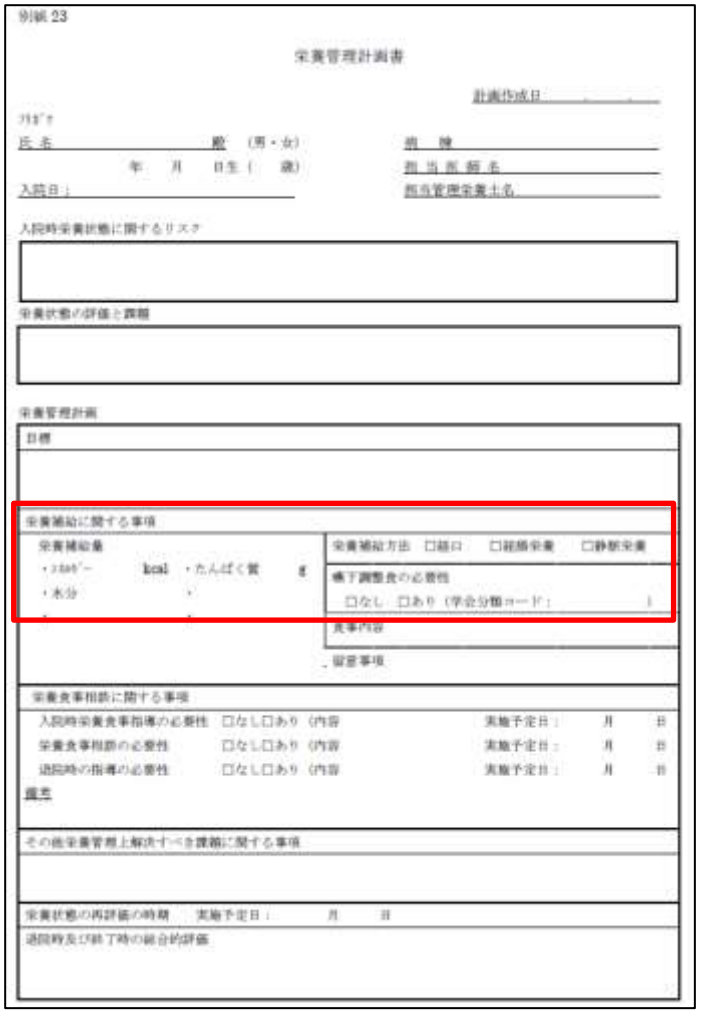
（主治医氏名）　　印

（本人・家族）

入院時に患者の栄養状態を
医師、看護師、管理栄養士が共同して
確認し、特別な栄養管理の必要性の
有無について入院診療計画書に記載

特別な栄養管理が
必要と医学的に
判断される患者

＜栄養管理計画書＞


別紙 23

栄養管理計画書

計画作成日　　

フリガナ

氏名　　殿（男・女）　　病棟

年　月　日生（　歳）　　担当医師名

入院日：　　担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給量
・エネルギー　kcal　・たんぱく質　g
・水分

栄養補給方法　□経口　□経腸栄養　□静脈栄養

嚥下調整食の必要性
□なし　□あり（学会分類コード：　　）

食事内容

留意事項

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性　□なし□あり（内容　　実施予定日：　月　日
栄養食事相談の必要性　□なし□あり（内容　　実施予定日：　月　日
退院時の指導の必要性　□なし□あり（内容　　実施予定日：　月　日

備考

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の再評価の時期　実施予定日：　月　日

退院時及び終了時の総合的評価

＜参考＞　嚥下調整食分類2021

診調組　入－１
５．９．６

○　日本摂食嚥下リハビリテーション学会により、嚥下調整食分類が示されている。

コード		名称	形態	目的・特色	主食の例
0	j	嚥下訓練食品 0j	均質で，付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく，スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんぱく質含有量が少ない	
	t	嚥下訓練食品 0t	均質で，付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 （原則的には，中間のとろみあるいは濃いとろみ＊ のどちらかが適している）	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんぱく質含有量が少ない	
1	j	嚥下調整食 1j	均質で，付着性，凝集性，かたさ，離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている （少量をすくってそのまま丸呑み可能） 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー，ミキサー粥のゼリー など
2	1	嚥下調整食 2－1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など，均質でなめらかで，べたつかず，まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの （咽頭では残留，誤嚥をしにくいように配慮したもの）	粒がなく，付着性の低いペースト状のおもゆや 粥
	2	嚥下調整食 2－2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで，べたつかず，まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質（粒がある）でもやわらかく，離水もなく付着性も低い粥類
3	嚥下調整食 3		形はあるが，押しつぶしが容易，食塊形成や移送が容易，咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し（あるいはそれらの機能を賦活 し），かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など
4	嚥下調整食 4		かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが，上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など

出典：日摂食嚥下リハ会誌　25(2)：135-149, 2021を基に医療課にて作成

本表は学会分類2021（食事）の早見表　抜粋
＊上記0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については，学会分類2021（とろみ）を参照

低栄養の世界的診断基準　ＧＬＩＭ基準

○ ESPEN（欧州臨床代謝学会）、A.S.P.E.N（アメリカ静脈経腸栄養学会）、PENSA（アジア静脈経腸栄養学会）、FELANPE（南米栄養治療・臨床栄養代謝学会）による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良（低栄養）の定義が策定された。　※　Global Leadership Initiative on Malnutrition
○ 表現型（体重変化、BMI、筋肉量）と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール（NRS-2002,MNA-SF等）を使用

診断のためのアセスメント（GLIM基準）

● **表現型**
- 体重減少
  6か月以内で5%　6か月以上で10%
- 低BMI
  <20kg/m² 70歳未満　　アジア　<18.5kg/m² 70歳未満
  <22kg/m² 70歳以上　　<20kg/m² 70歳以上
- 筋肉量減少

● **病因（※）**
- 食事摂取量減少／吸収障害
- 疾病負荷／炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

＜重症度判定＞

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の低栄養	5～10%：過去6か月以内 10～20%：過去6か月以上	<20：70歳未満 <22：70歳以上 アジア <18.5：70歳未満 <20：70歳以上	軽度－中等度の減少
ステージ2 重度の低栄養	＞10%：過去6か月以内 ＞20%：過去6か月以上	<18.5：70歳未満 <20：70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注）臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

（※）　病因に基づく診断分類
慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養（社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因）
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

出典：外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

栄養サポートチーム加算の概要

A233-2 栄養サポートチーム加算　200点（週1回※）

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

※ ①療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る）を算定している患者で入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間の場合、②障害者施設等入院基本料を算定している患者は、月1回

【対象患者】

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

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

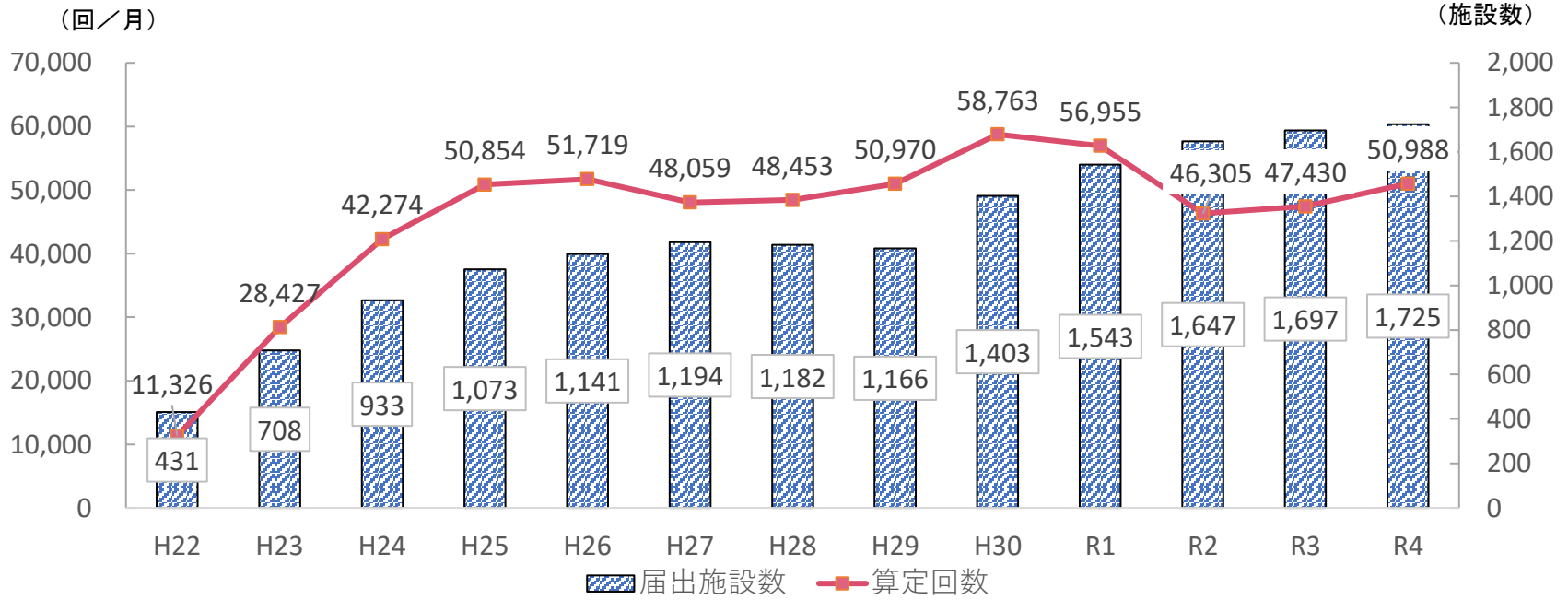


図　栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年7月1日）

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
ロ　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
ロ　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。

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

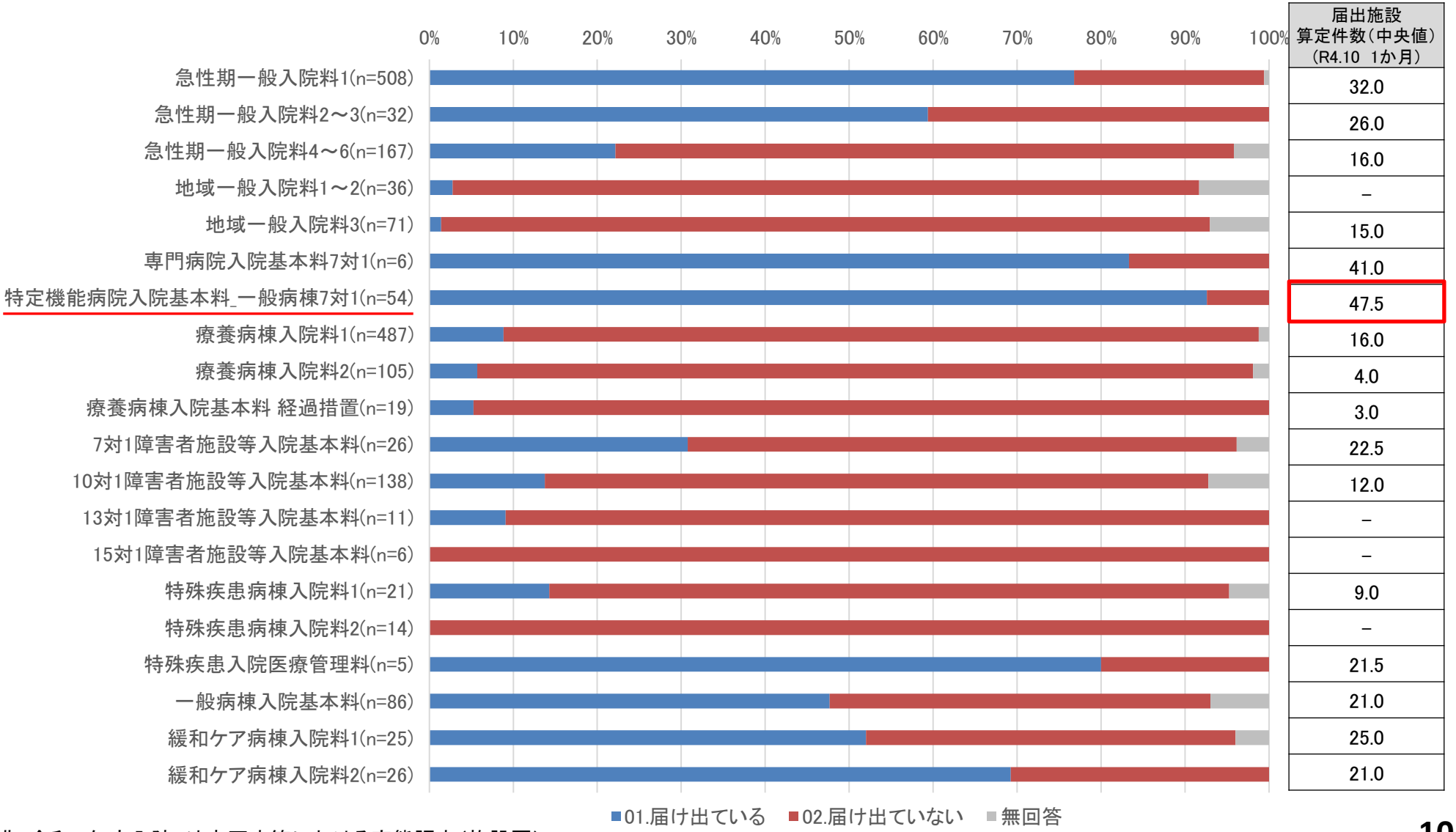
○　当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
○　また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
○　平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
○　令和２年度改定において、結核病棟、精神病棟、令和４年度改定において、障害者施設等入院基本料も算定可能となった。

○：算定可、×：算定不可

	基本入院料									特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料（一般病棟）	特定機能病院入院基本料（結核病棟）	特定機能病院入院基本料（精神病棟）	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○（7対1、10対1のみ）	×	×	×	○	×	×	○（7対1、10対1のみ）	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
令和4年	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
備考	平成26年度改定から医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定から専従要件を緩和										

入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

○ 栄養サポートチーム加算の届出状況は、入院料によって様々である。
○ 届出割合が最も高い特定機能病院入院基本料における算定件数は月50件程度である。



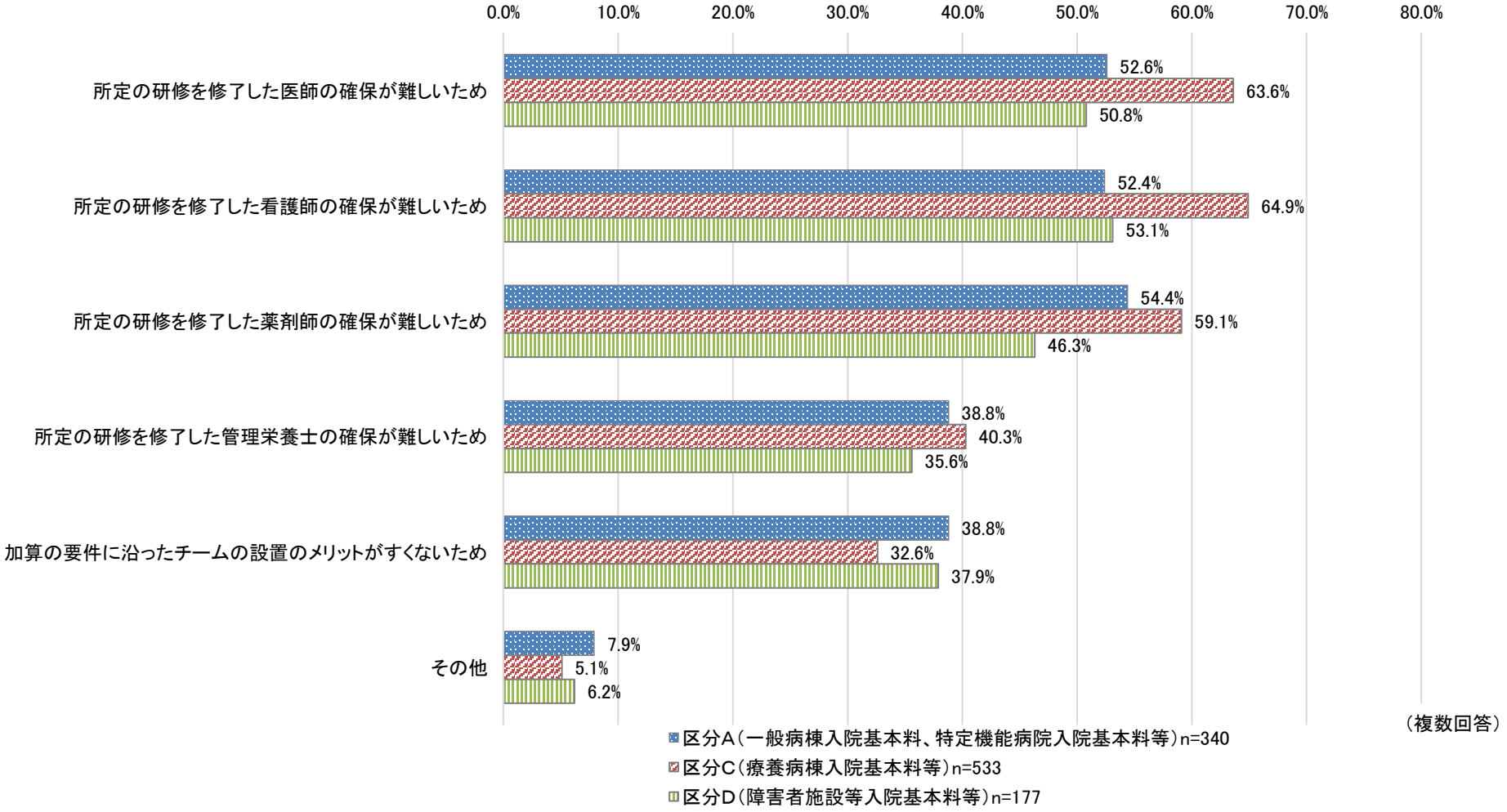
	届出施設 算定件数（中央値）（R4.10 1か月）
急性期一般入院料1(n=508)	32.0
急性期一般入院料2～3(n=32)	26.0
急性期一般入院料4～6(n=167)	16.0
地域一般入院料1～2(n=36)	－
地域一般入院料3(n=71)	15.0
専門病院入院基本料7対1(n=6)	41.0
特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1(n=54)	47.5
療養病棟入院料1(n=487)	16.0
療養病棟入院料2(n=105)	4.0
療養病棟入院基本料 経過措置(n=19)	3.0
7対1障害者施設等入院基本料(n=26)	22.5
10対1障害者施設等入院基本料(n=138)	12.0
13対1障害者施設等入院基本料(n=11)	－
15対1障害者施設等入院基本料(n=6)	－
特殊疾患病棟入院料1(n=21)	9.0
特殊疾患病棟入院料2(n=14)	－
特殊疾患入院医療管理料(n=5)	21.5
一般病棟入院基本料(n=86)	21.0
緩和ケア病棟入院料1(n=25)	25.0
緩和ケア病棟入院料2(n=26)	21.0

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）

栄養サポートチーム加算の届出をしていない理由

診調組　入－１
５．９．６

○　栄養サポートチーム加算を届け出ていない理由として、所定の研修を修了した医師・看護師・薬剤師の確保が難しいことが上位を占めていた。
○　また、「加算の要件に沿ったチームの設置のメリットがすくないため」と回答した施設が、３割を超えていた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］
（１）特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

ア　**入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。

イ　当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。

ウ　**医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

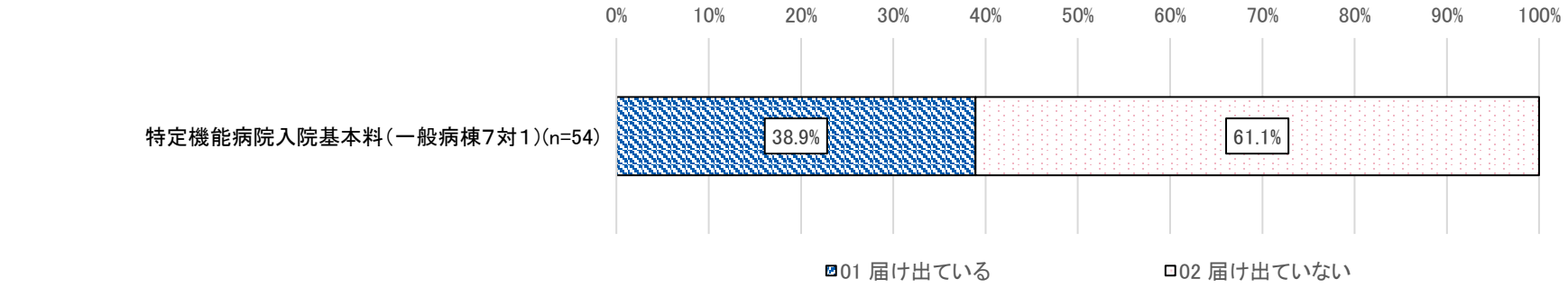
（２）別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時１回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
（２）**入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
（３）栄養情報提供加算の対象患者は、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特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

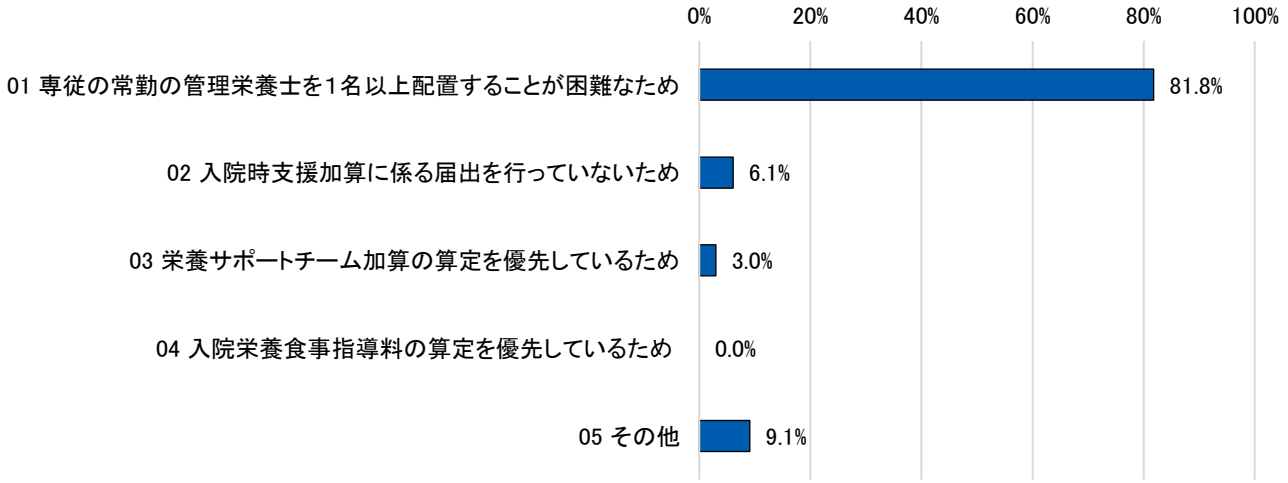
入院栄養管理体制加算の届出状況・届出をしていない理由

○　入院栄養管理体制加算の届出割合は、38.9%。
○　届出をしていない理由は、「専従の常勤の管理栄養士を１名以上配置することが困難なため」が最も多かった。
○　届出をしていない特定機能病院の約3割は、「届出の意向があり、今後届出をする予定」と回答。

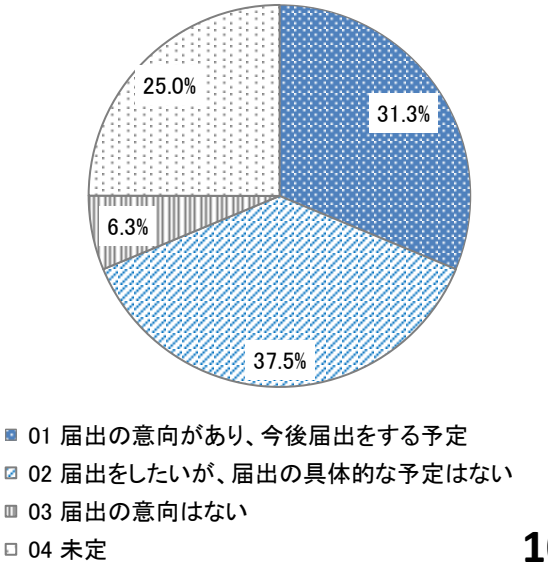
■　届出状況（特定機能病院入院基本料）



■　届出をしていない理由（特定機能病院入院基本料）（n=33）



■　今後の意向（特定機能病院入院基本料）（n=32）



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）

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

○　施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料１以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2～3 (n=72)	急性期一般入院料4～6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1～2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5～6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料_経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料 2～4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	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（病棟票）

病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容

診調組　入－１
５．９．６

○　病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。
○　一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。

区分A（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料等）	配置あり (n=720)	専従 (n=91)	専任 (n=629)
入院栄養食事指導	89.3%	90.1%	89.2%
栄養情報提供書の作成	57.4%	54.9%	57.7%
栄養状態の評価	95.8%	94.5%	96.0%
栄養管理計画の作成、再評価	96.5%	95.6%	96.7%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	94.0%	89.0%	94.8%
ミールラウンド	71.8%	64.8%	72.8%
食事形態の確認、調整	95.8%	94.5%	96.0%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.5%	93.4%	93.5%
栄養補助食品の紹介・提案	93.5%	87.9%	94.3%
医師への栄養メニュー提案	85.3%	69.2%	87.6%
その他	20.0%	15.4%	20.7%

区分B（地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ病棟入院料等）	配置あり (n=378)	専従 (n=93)	専任 (n=285)
入院栄養食事指導	84.7%	80.6%	86.0%
栄養情報提供書の作成	61.1%	54.8%	63.2%
栄養状態の評価	95.8%	88.2%	98.2%
栄養管理計画の作成、再評価	96.0%	88.2%	98.6%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	95.5%	90.3%	97.2%
ミールラウンド	82.5%	73.1%	85.6%
食事形態の確認、調整	96.6%	91.4%	98.2%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.9%	84.9%	96.8%
栄養補助食品の紹介・提案	95.0%	90.3%	96.5%
医師への栄養メニュー提案	83.3%	76.3%	85.6%
その他	18.8%	7.5%	22.5%

区分C（療養病棟入院基本料等）	配置あり (n=160)	専従 (n=66)	専任 (n=94)
入院栄養食事指導	55.0%	45.5%	61.7%
栄養情報提供書の作成	35.6%	24.2%	43.6%
栄養状態の評価	92.5%	92.4%	92.6%
栄養管理計画の作成、再評価	94.4%	98.5%	91.5%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	85.0%	78.8%	89.4%
ミールラウンド	65.0%	57.6%	70.2%
食事形態の確認、調整	91.3%	90.9%	91.5%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	83.1%	81.8%	84.0%
栄養補助食品の紹介・提案	78.1%	71.2%	83.0%
医師への栄養メニュー提案	60.0%	53.0%	64.9%
その他	4.4%	1.5%	6.4%

区分D（障害者施設等入院基本料等）	配置あり (n=53)	専従 (n=18)	専任 (n=35)
入院栄養食事指導	43.4%	27.8%	51.4%
栄養情報提供書の作成	26.4%	11.1%	34.3%
栄養状態の評価	96.2%	94.4%	97.1%
栄養管理計画の作成、再評価	94.3%	94.4%	94.3%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	83.0%	77.8%	85.7%
ミールラウンド	58.5%	61.1%	57.1%
食事形態の確認、調整	94.3%	88.9%	97.1%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	79.2%	83.3%	77.1%
栄養補助食品の紹介・提案	75.5%	77.8%	74.3%
医師への栄養メニュー提案	66.0%	66.7%	65.7%
その他	11.3%	5.6%	14.3%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

管理栄養士の病棟配置による効果

診調組　入－１
５．９．６

○　管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■ **病棟配置有無別の管理栄養士介入状況**

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
管理栄養士訪問までの日数	（日）	1.0（1.0 - 1.5）	5.0 （2.0 - 9.8）	<0.001
食事箋の変更回数	（回）	4.0（1.0 – 7.8）	5.0（2.0 - 8.0）	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	（回）	1.0（1.0 – 2,0）	1.0（1.0 - 1.5）	0.526

Mann–Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ **病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率**

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
体重減少量	（kg）	1.1（0.5 - 2.8）	3.5（1.0 - 4.8）	0.002
体重減少率	（%）	3.1（1.1 - 4.0）	5.9（2.2 - 7.6）	0.002

Mann–Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出
（体重記録なし、BMI25以上等を除外）
調査項目：診療録調査（入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等）、栄養科アンケート調査（常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等）

出典：本川 他, 日本臨床栄養学会雑誌44(2)：85–89, 2022(2023)

周術期の栄養管理の推進

➢ 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

（新）　周術期栄養管理実施加算　270点（１手術に１回）

［算定対象］
全身麻酔を実施した患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**手術の前後に必要な栄養管理を行った場合**であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式**全身麻酔を伴う手術を行った**場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

（１）周術期栄養管理実施加算は、**専任の管理栄養士が医師と連携**し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、**術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合**に算定する。
（２）栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline：Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
（３）（２）の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する**入院栄養管理体制加算**並びに救命救急入院料の注９、特定集中治療室管理料の注５、ハイケアユニット入院医療管理料の注４、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び小児特定集中治療室管理料の注４に規定する**早期栄養介入管理加算は別に算定できない**。

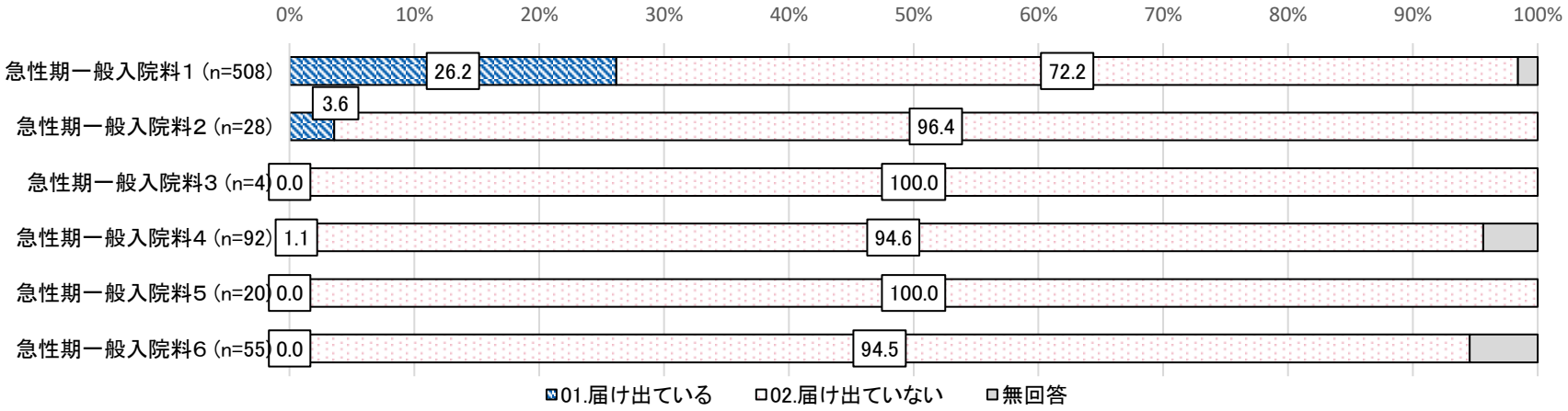
［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置**されていること。
（２）**総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

周術期栄養管理実施加算の届出状況・届出をしていない理由

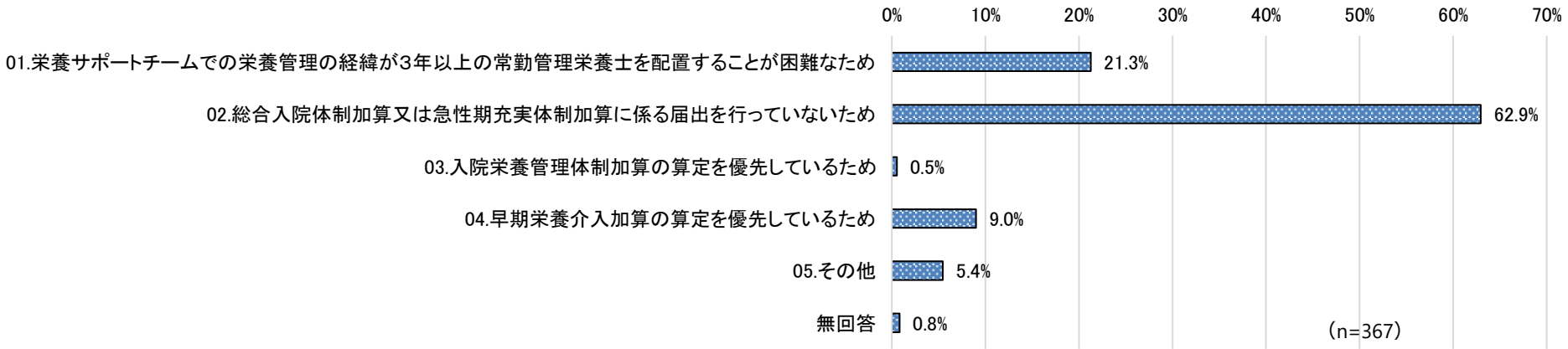
診調組　入－１
５．９．６

○　周術期栄養管理実施加算の届出割合は、急性期一般入院料１で26.2%であった。
○　届出をしていない理由としては、「総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っていないため」が最も多かった。

■　届出状況（急性期一般入院料１～６）



■　届出をしていない理由（急性期一般入院料１）



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）

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の概要

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

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。）

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

➢ 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。



（新）　栄養情報提供加算　　50点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



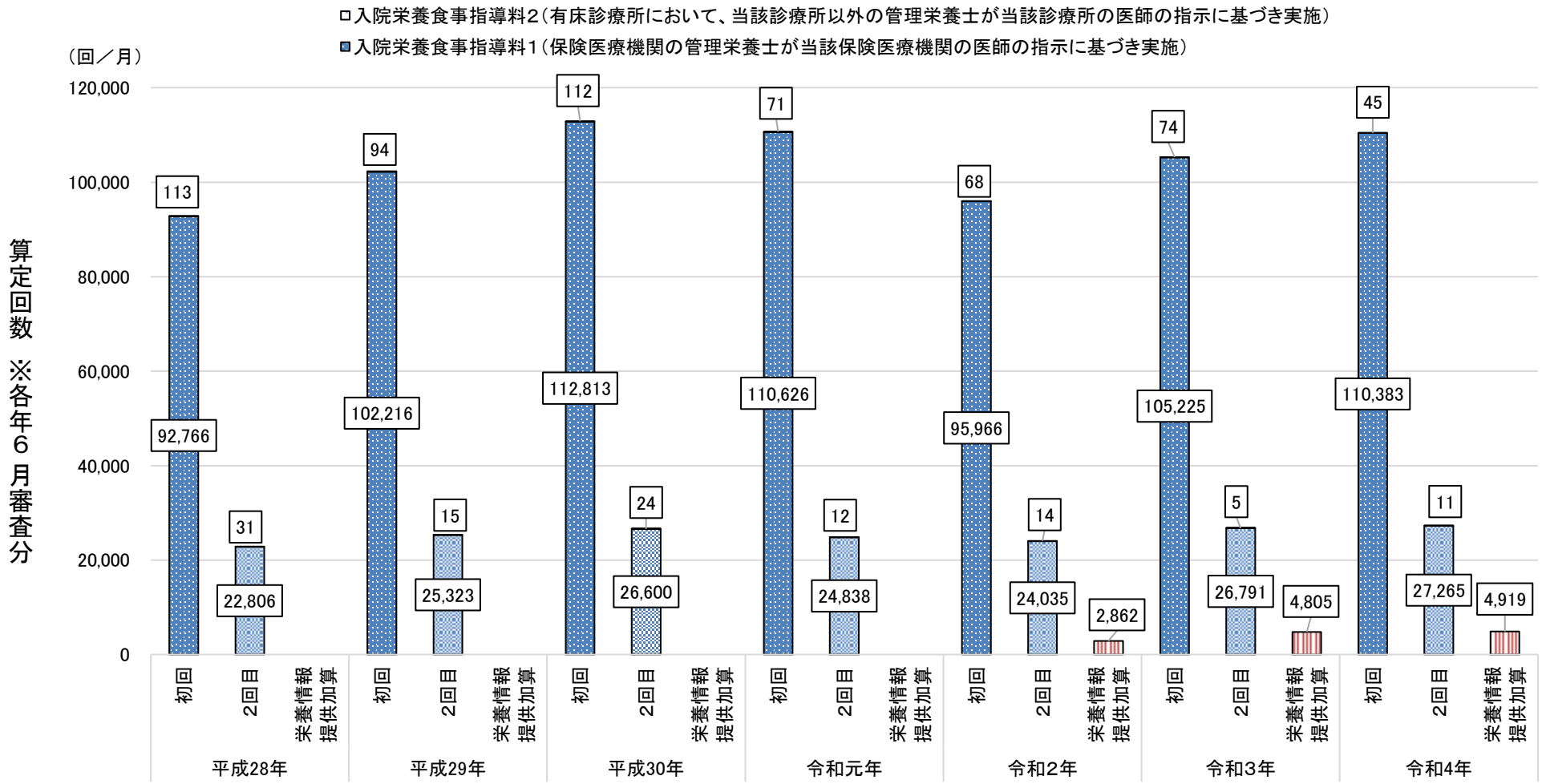
＜入院中の栄養管理に関する情報＞
・必要栄養量
・摂取栄養量
・食事形態（嚥下食コードを含む。）
・禁止食品
・栄養管理に係る経過　　等



在宅担当医療機関等

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の算定状況

○　入院栄養食事指導料の算定回数は、令和２年に減少したものの、近年は概ね横ばいである。
○　栄養情報提供加算の算定回数は、入院栄養食事指導料の算定回数に対して少ない。



※令和２年度診療報酬改定において、栄養情報提供加算を新設

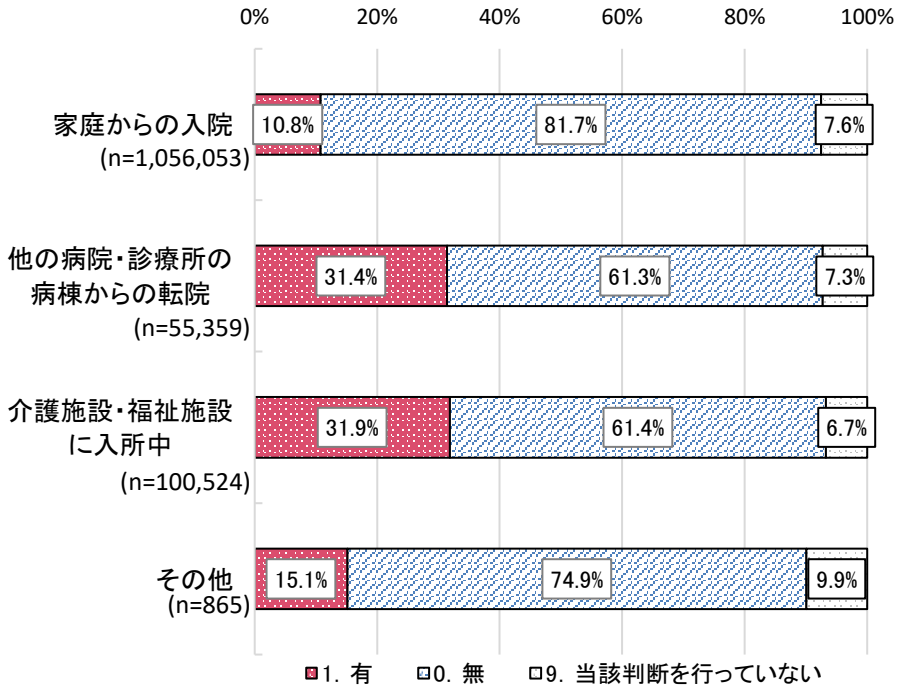
出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）

高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（入院時）

診調組　入－１
５．９．６

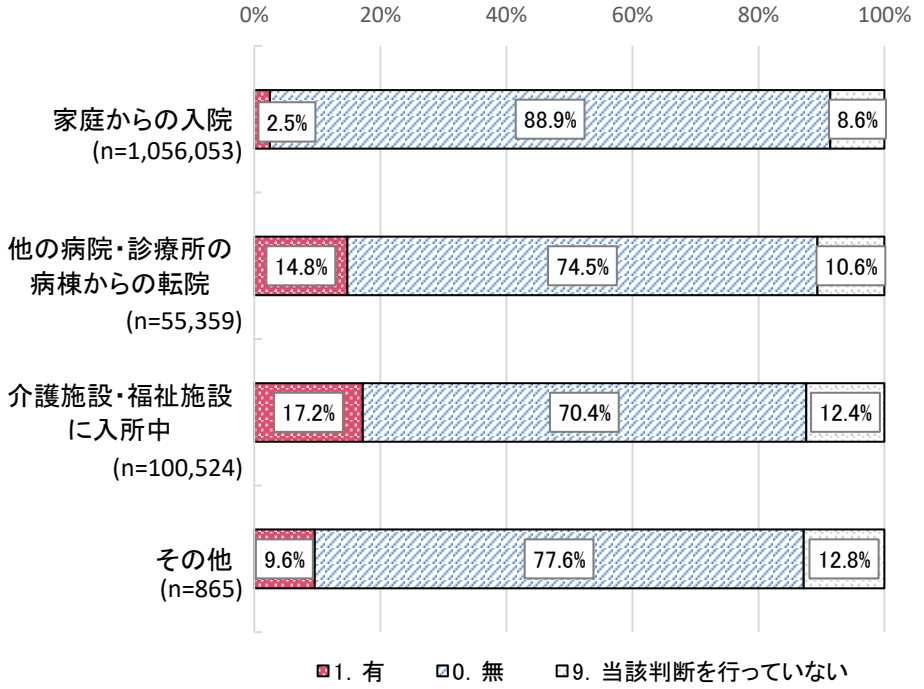
○　入院経路が「他の病院・診療所の病棟から転院」・「介護施設・福祉施設に入所中」の患者は、入院時に低栄養の割合が約3割、摂食・嚥下機能障害を有する割合が２割弱だった。

■　入院時の低栄養の有無　（入院経路別）



※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式１開始日又は様式１終了時を含む７日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

■　入院時の摂食・嚥下機能障害の有無　（入院経路別）



※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。）

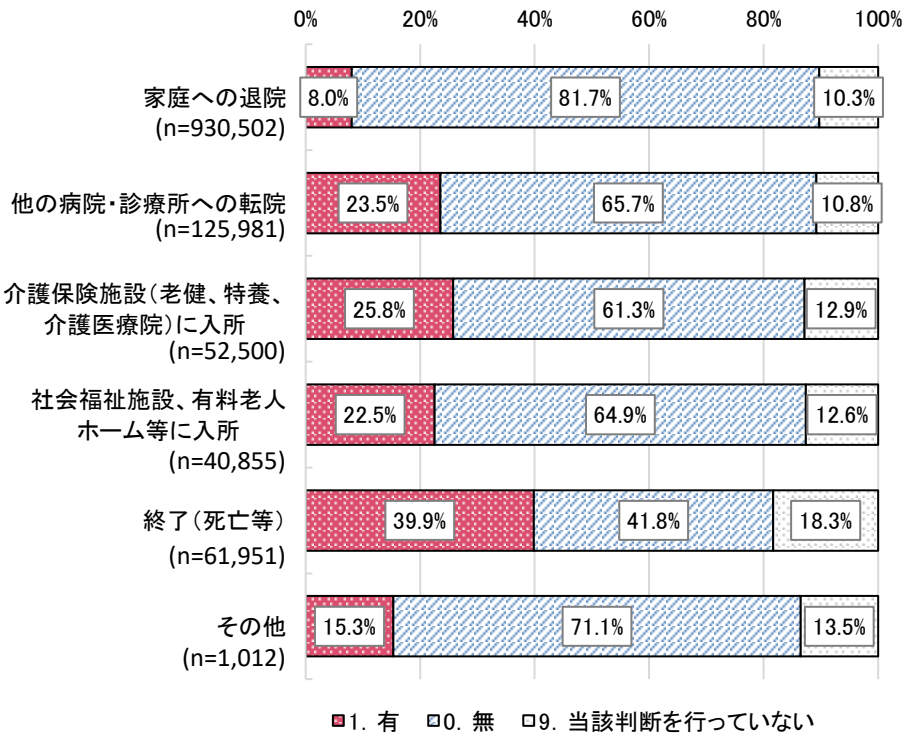
出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（退院時）

診調組　入－1
５．９．６

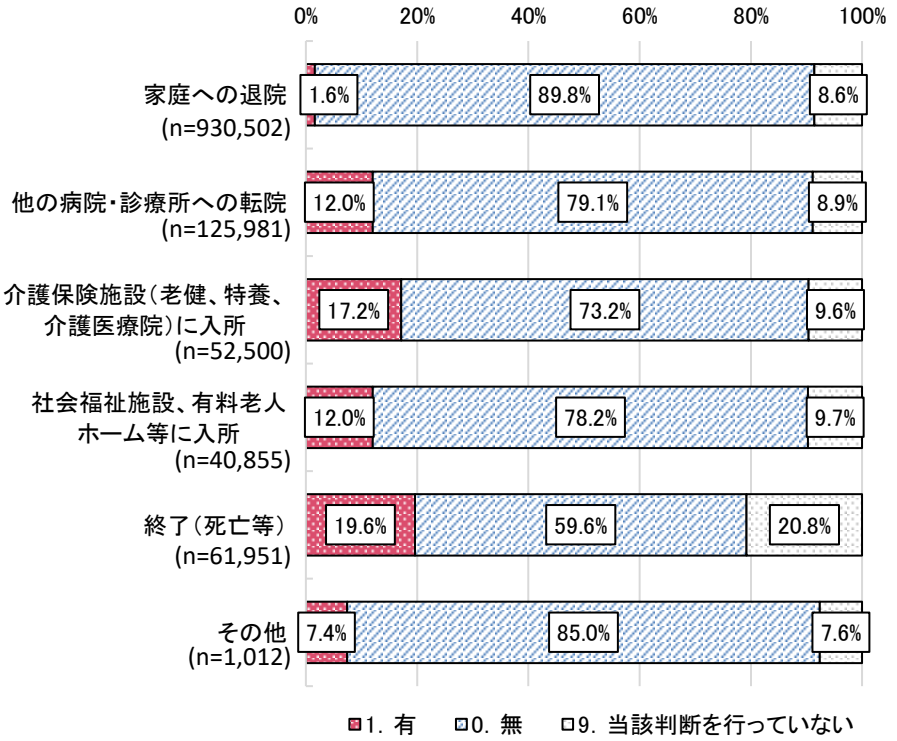
○　退院後、介護保険施設に入所する高齢患者の約４人に１人は退院時に低栄養であり、約５人に１人は摂食・嚥下機能障害を有する。
○　低栄養及び摂食・嚥下機能障害を有する者の割合は、終了（死亡等）の場合が最も高い。

■　退院時の低栄養の有無　（退院先別）



※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式１開始日又は様式１終了時を含む７日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

■　退院時の摂食・嚥下機能障害の有無　（退院先別）



※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。）

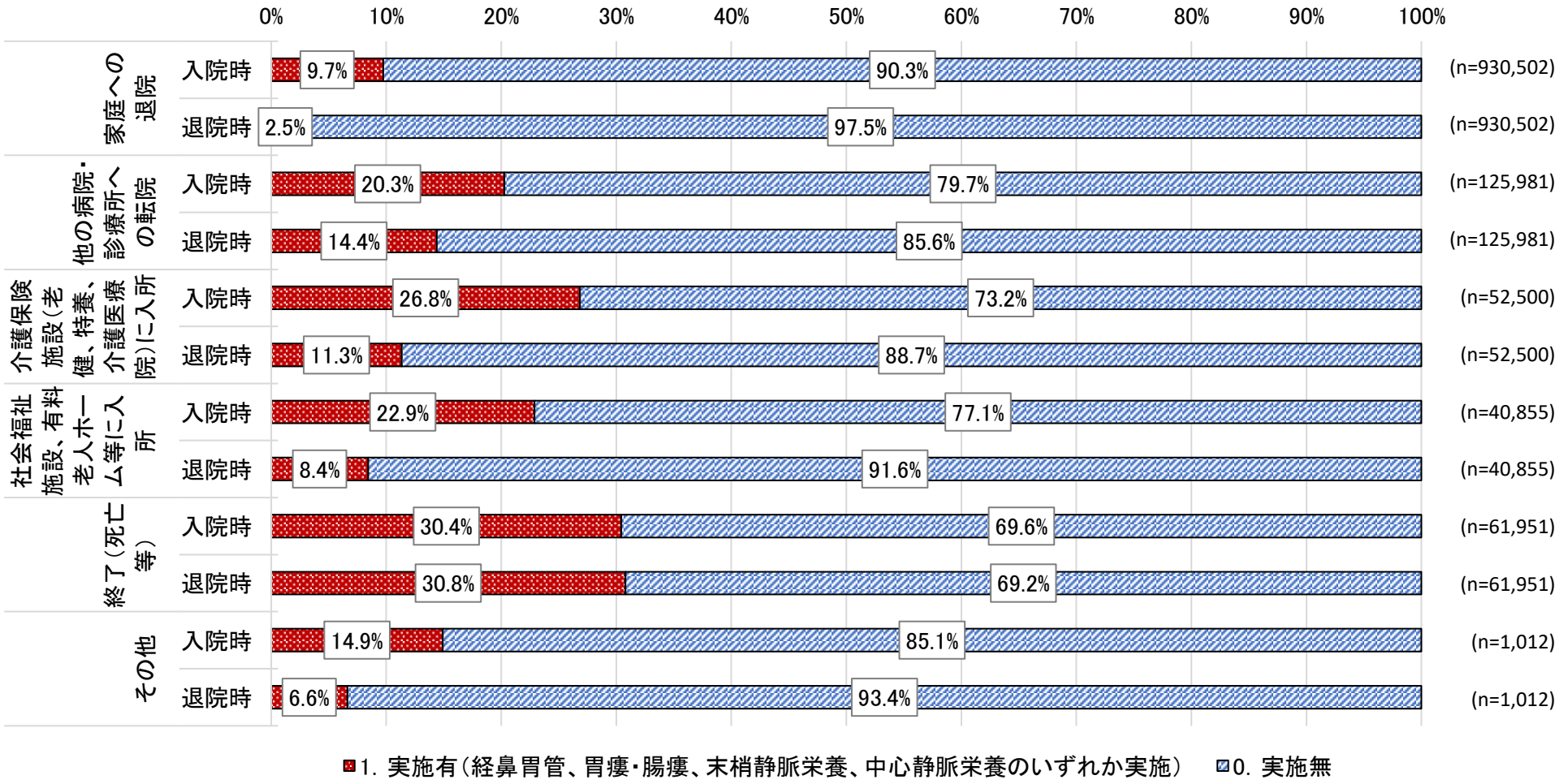
出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

高齢入院患者の経管・経静脈栄養の状況（入院時・退院時）

診調組　入－１
５．９．６

○　退院先が「終了（死亡等）」以外の場合は、入院時と比べ退院時は経管・経静脈栄養の実施割合が減少。
○　一方で、他の医療機関への転院や介護保険施設に入所する場合は、退院時も1割強が経管・経静脈栄養を実施。

■　入・退院時の経管・経静脈栄養の状況　（退院先別）



出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

○　入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%
出典：Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

○　禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される
出典：Geriar. Med. 55(11):1239-1241,2017

○　誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた
出典：Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

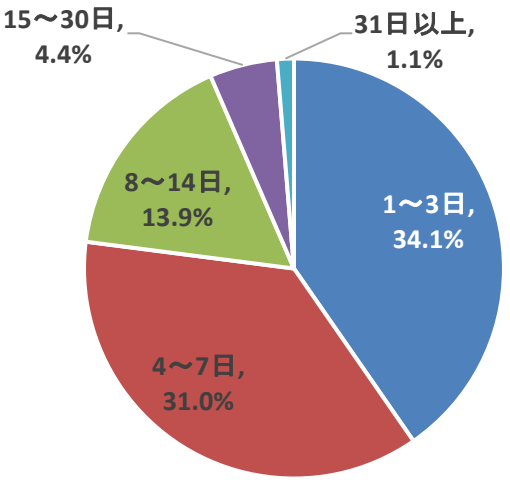


図　禁食から食事が開始された時期
（n = 72,315）

○　経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない
出典：Geriatr Gerontol Int. 2016［PMID：25953259］

○　誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入（口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等）を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された
出典：日摂食嚥下リハ会誌　24(1):14-25, 2020

病棟における多職種連携の取組状況

診調組　入－1
５．９．６

○　病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
○　栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■　各取組の実施割合及び関与している職種

		実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	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
01	NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02	01以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03	褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04	栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05	ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06	認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07	口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08	摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09	栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11	口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12	ミールラウンド（食事の観察）	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13	食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14	経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15	退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16	退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）【速報値】

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
    13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
    13－2. 入退院支援について
    13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
    13－4. 救急医療管理加算について
    13－5. 短期滞在手術等基本料について
    13－6. データ提出加算について
    13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

救急医療管理加算の概要

A205　救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

1　救急医療管理加算1　1,050点
2　救急医療管理加算2　420点

【算定要件】（抜粋）

○　救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。

○　救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。

○　救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ◆　アからサのうち該当する状態（加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの）
- ◆　イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆　当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
- ◆　イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn IndexOの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

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

【施設基準】（抜粋）

（1）　休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30 条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア　地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

（2）　第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

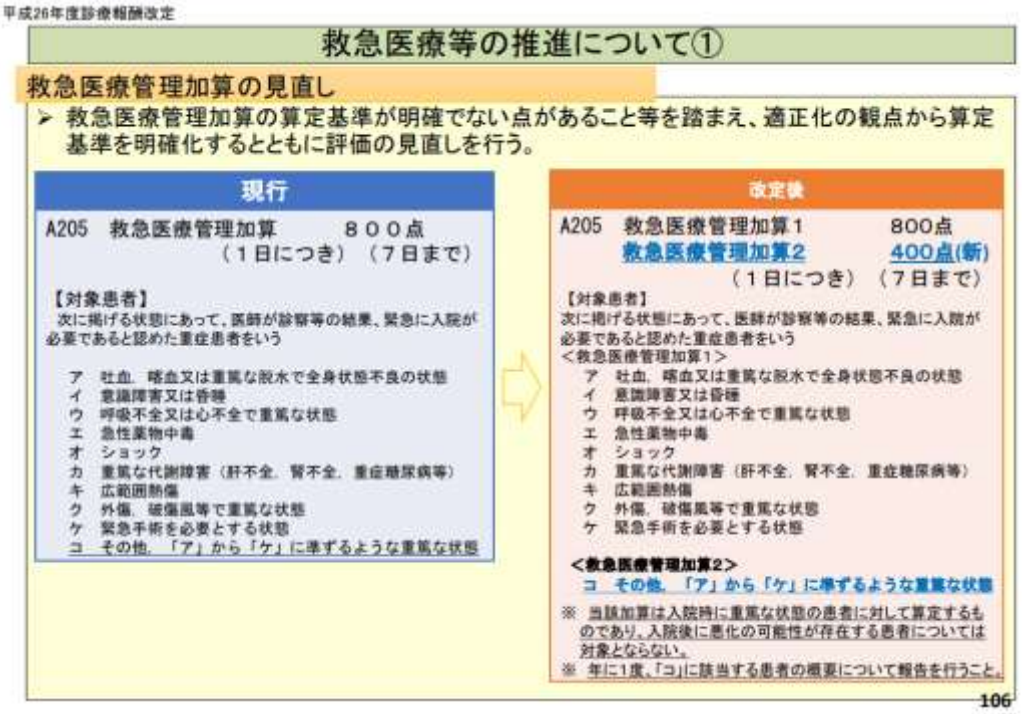
（3）　夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

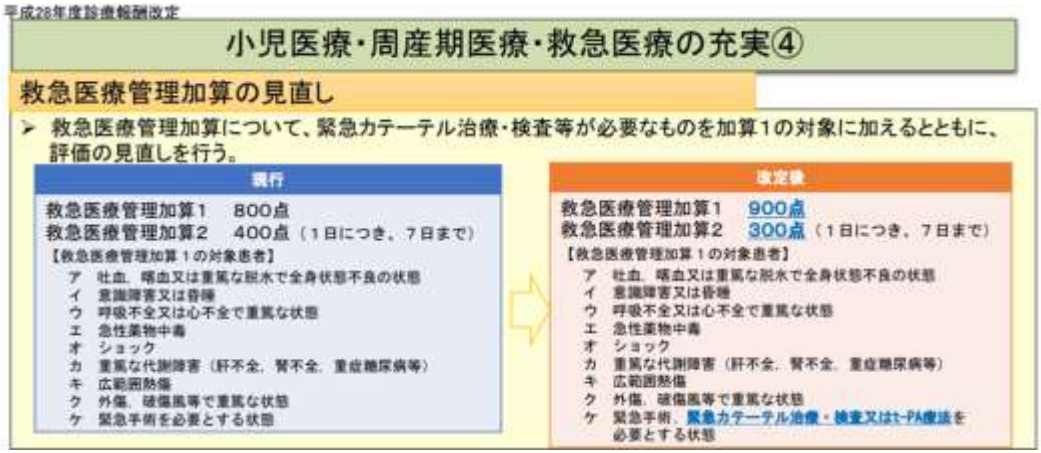
（4）　施設基準に係る届出を行うこと。

近年における救急医療管理加算の改定①

○ 平成26年度改定において、救急医療管理加算を「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」により算定する場合について、単なる予定外入院等で算定されている場合があること及び別の項目で入院する患者よりも1入院当たりの医療資源投入量が少ないことから、救急医療管理加算2を新設し、「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」は加算2で算定することとされた。

○ その後、平成28年度改定においては、救急医療管理加算2を算定した患者のうち脳梗塞でt-PAを投与された患者や、虚血性心疾患で緊急のカテーテル治療等を行われた患者が存在し、これらは入院後の医療資源投入量が比較的高い傾向にあったことから、「緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が加算1の対象として追加された。





近年における救急医療管理加算の改定②

○　令和2年度改定においては、加算2を算定する患者の実態の把握のため、加算2の対象患者を細分化するとともに、入院時の状態に応じた重症度に係る指標及び入院後3日以内に実施した処置、手術等について摘要欄に記載することとされた。

○　令和4年度改定においては、加算1の算定対象として「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」、「蘇生術を必要とする重篤な状態」及び「顔面熱傷又は気道熱傷」（「広範囲熱傷」への追加）を追加した。また、入院時の患者の重症度をより適切に把握するため、意識障害患者、心疾患患者又は呼吸不全の患者においては重症度に関する記載を救急受診時及び治療室又は病棟入室時に記載することとし、さらに、JCS 0で「意識障害又は昏睡の状態」に該当する場合、NYHA Ⅰ度又はP/F比400以上で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合及びBurn Index 0で広範囲熱傷に該当する場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠についても摘要欄に記載することとされた。

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－7－5　小児医療、周産期医療、救急医療の充実　－③

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

➢ 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】
1　救急医療管理加算1　900点
2　救急医療管理加算2　300点

［算定要件］
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
［届出について］
施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

改定後

【救急医療管理加算】
1　救急医療管理加算1　950点
2　救急医療管理加算2　350点

［算定要件］
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
(3)救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
［届出について］
施設基準の届出を行うこと。（※施設基準は従来と変更なし）

算定対象となる状態

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

➢ 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

◆ アからケのうち該当する状態（加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

19

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－４－６　小児医療、周産期医療、救急医療の充実－③

救急医療管理加算の見直し

➢ 患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

➢ 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）
1　救急医療管理加算1　950点
2　救急医療管理加算2　350点

改定後

【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）
1　救急医療管理加算1　1,050点
2　救急医療管理加算2　420点

［対象患者］
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サのいずれかの状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
・救急医療管理加算2の対象となる患者は、ア～サまでに準ずる状態又はシの状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

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

算定要件の見直し

➢ 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。
➢ DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

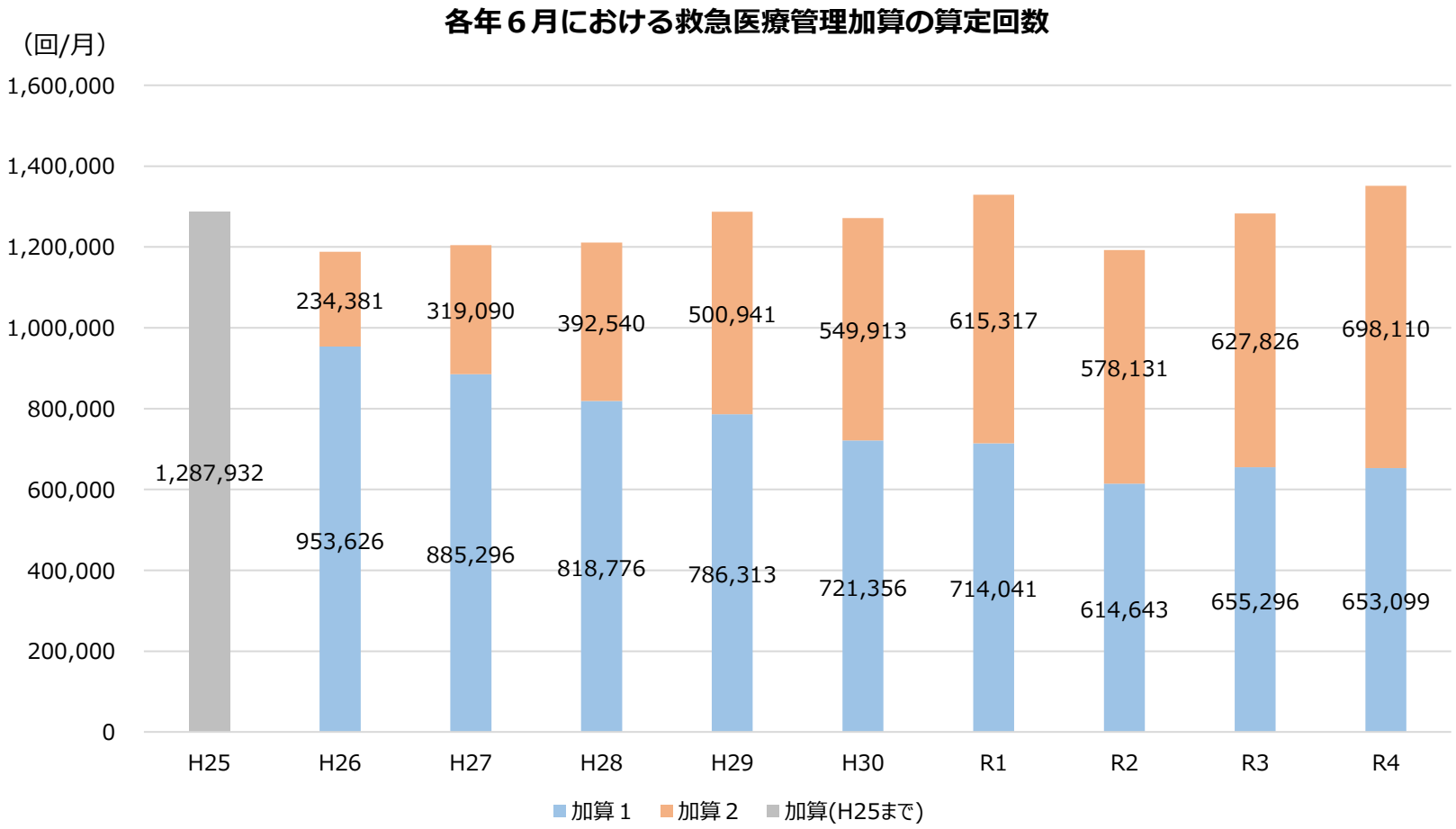
［摘要欄記載事項］
◆ アからサのうち該当する状態
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn IndexDの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算2においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）
◆ 当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

［DPC様式１］※予定・救急医療入院の患者に限る

患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害者/JCS	救急受診時
	治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	救急受診時
	治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	救急受診時
	治療室又は病棟入室時
広範囲熱傷/Burn Index	治療室又は病棟入室時又は熱傷が発生した時点

救急医療管理加算の算定回数

○　平成25年以降の救急医療管理加算の算定回数の推移は以下のとおり。



出典：社会医療診療行為別統計（各年６月）

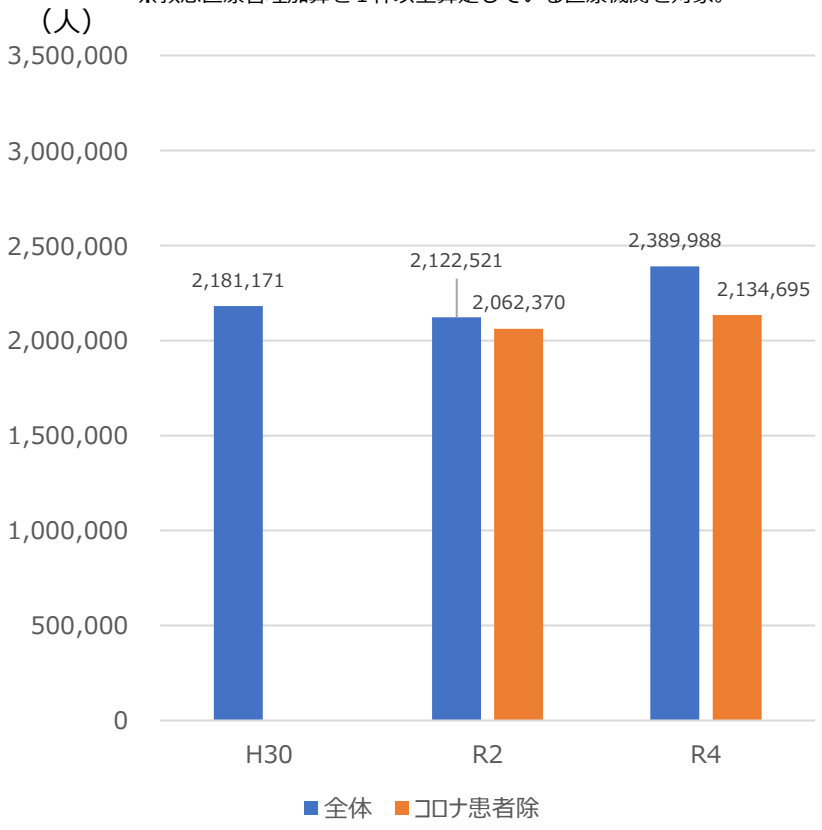
救急搬送されて入院した患者数の推移

○　救急医療管理加算を算定する医療機関における、救急搬送されて入院した患者の数は、新型コロナ患者を除けば令和2年度から4年度にかけて3.5%程度増加していた。

○　平成30年度から令和4年度の推移では、救急医療管理加算1を算定する患者数は減少傾向、救急医療管理加算2を算定する患者数は増加傾向にあった。

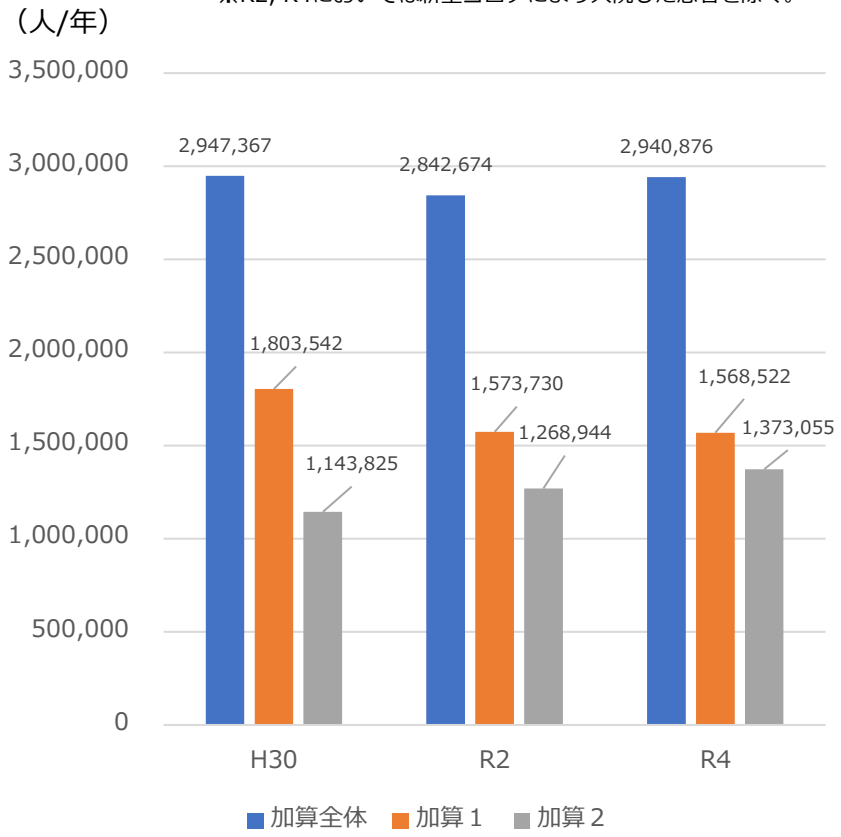
救急搬送されて入院した患者数

※救急医療管理加算を１件以上算定している医療機関を対象。



各年度における救急医療管理加算を算定する患者数

※R2, R4においては新型コロナにより入院した患者を除く。



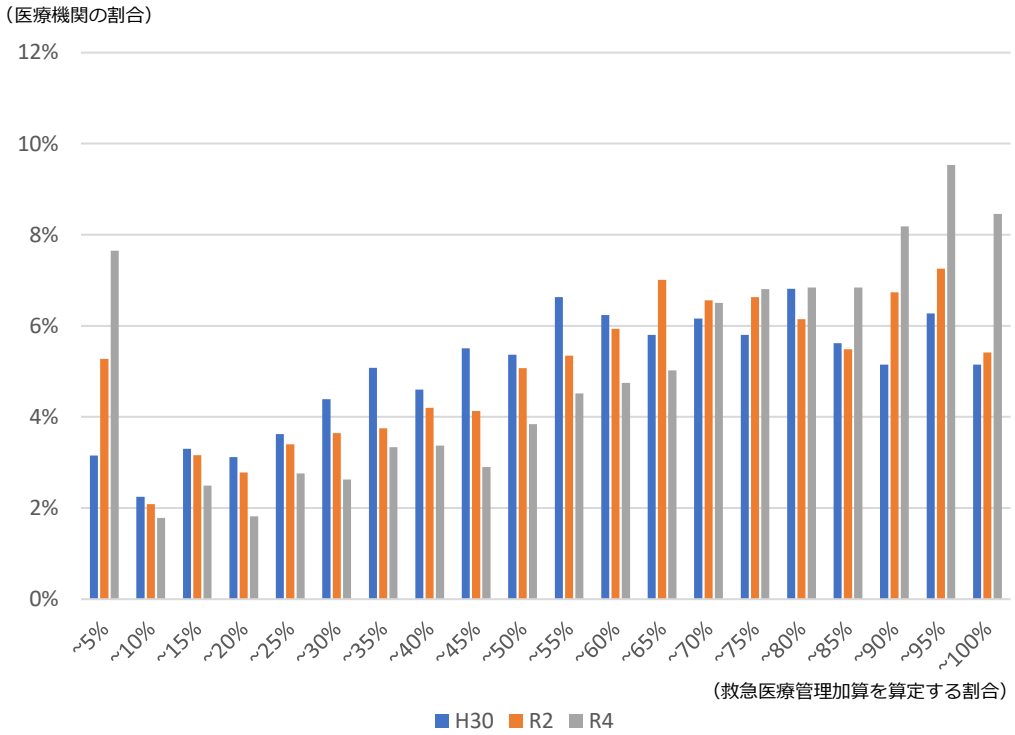
出典：DPCデータ（各年度４月～３月）

救急医療管理加算の算定の状況

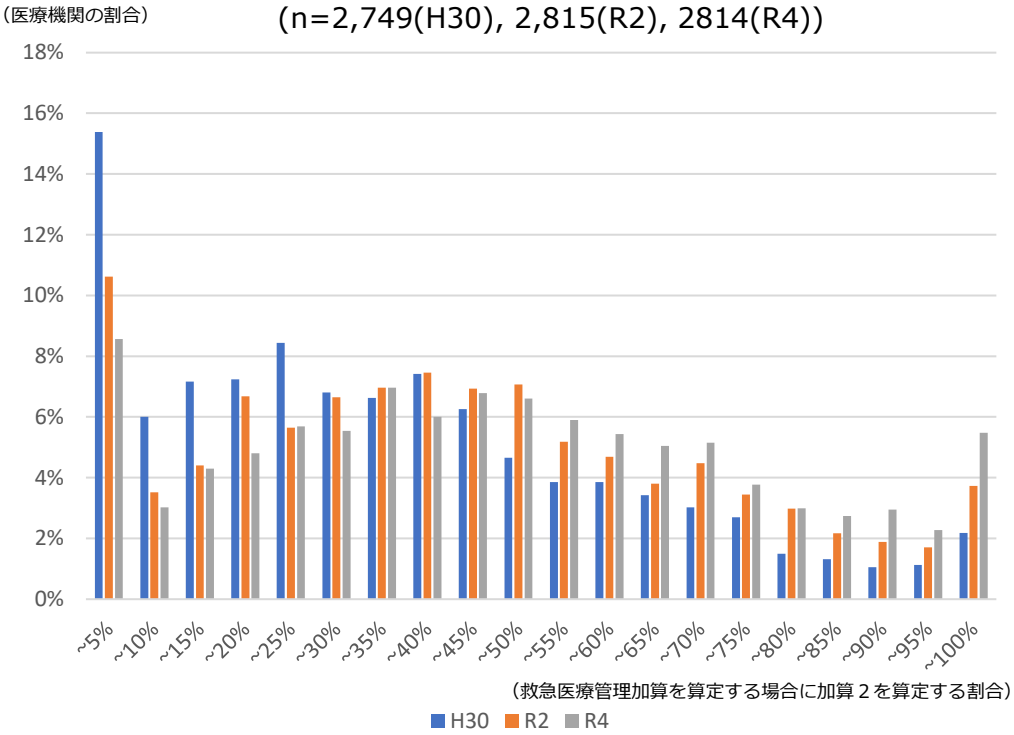
○　医療機関ごとの、救急搬送され入院した患者のうち救急医療管理加算を算定した割合の分布は、平成30年度から令和4年度にかけて増加する方向に変化していた。

○　医療機関ごとの、救急医療管理加算を算定する患者のうち救急医療管理加算2を算定している割合の分布についても、増加する方向に変化していた。

医療機関ごとの救急搬送され入院した患者において
救急医療管理加算を算定した患者の割合の分布
※救急搬送され入院した患者が50例以上の医療機関に限る。
(n=2,759(H30), 2,881(R2), 2969(R4))



医療機関ごとの救急医療管理加算を算定した患者において
加算２を算定している割合の分布
※救急搬送され入院した患者が50例以上かつ
救急医療管理加算を１例以上算定している医療機関に限る。
(n=2,749(H30), 2,815(R2), 2814(R4))



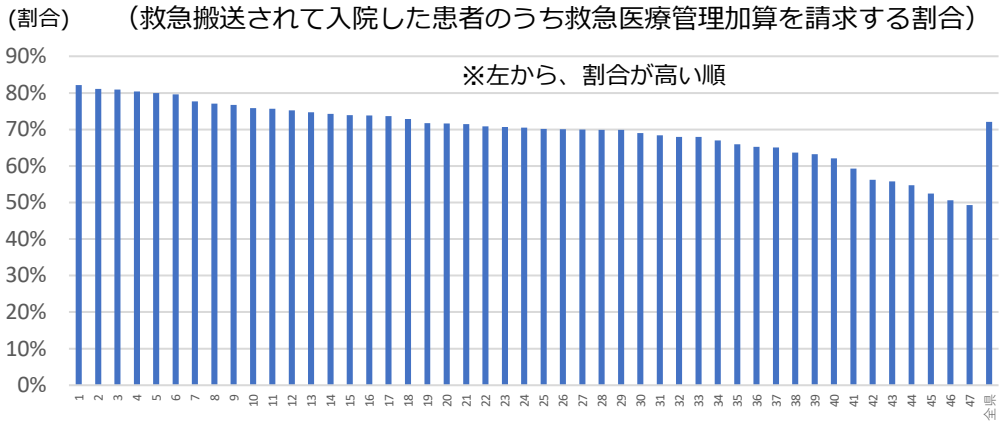
出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

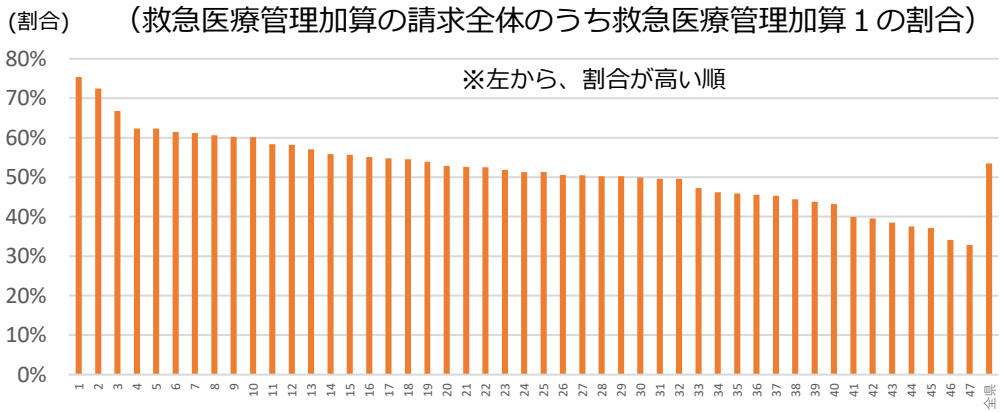
都道府県別の救急管理加算の算定状況

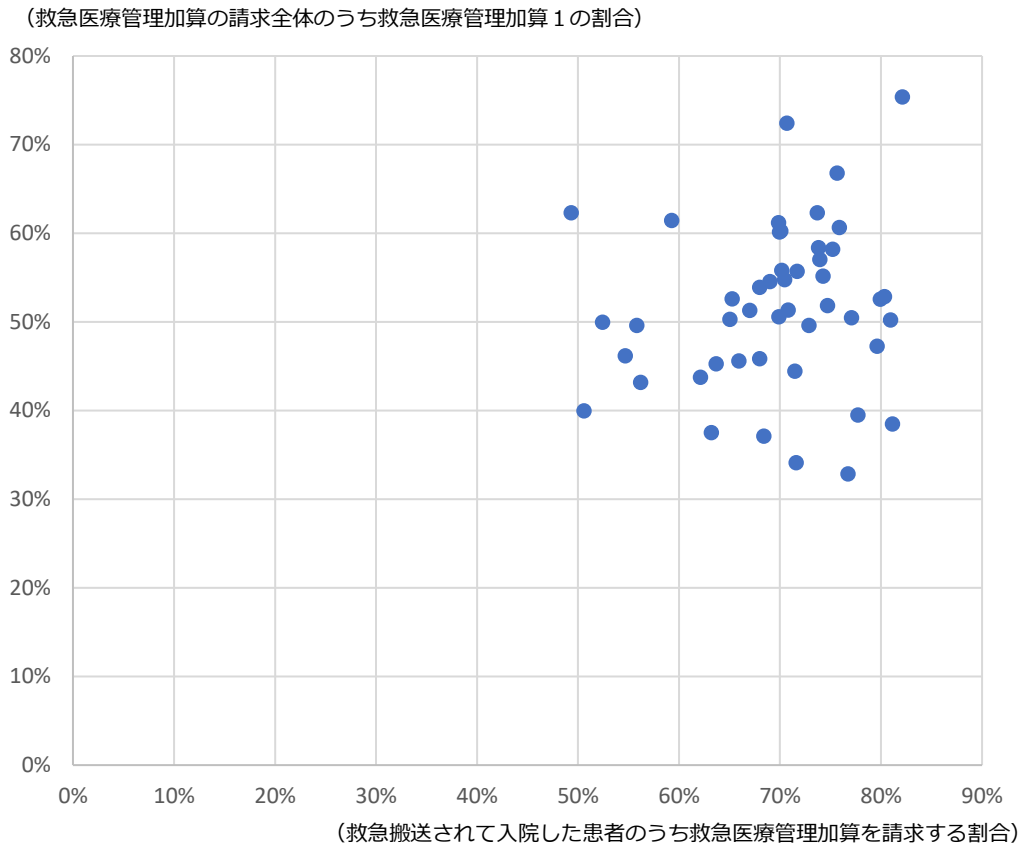
○ 救急搬送され救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合よりも、救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算１の割合のほうが、都道府県間のばらつきがやや大きかった。

○ 各都道府県における救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合及び救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算１の割合には、明らかな相関は認められなかった。

救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合及び
救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算１の割合（都道府県別）







出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算の算定の状況（状態別）

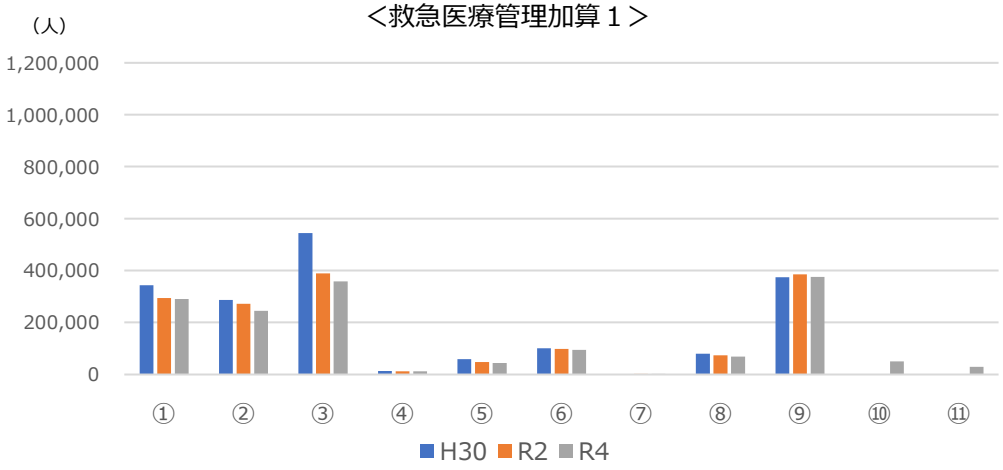
○ 令和2年度から4年度にかけて、対象となる状態に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が追加されたが、加算2のうち「その他の重症な状態」の算定患者数は増加していた。

○ 「意識障害又は昏睡」及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する算定患者の人数は、加算1で減少し、加算2で増加していた。

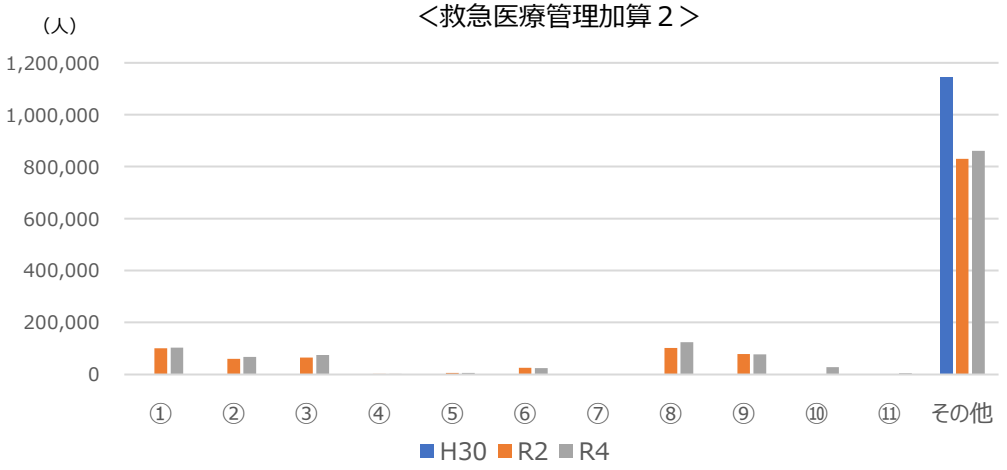
救急医療管理加算の対象となる状態ごとの算定人数

①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　②意識障害又は昏睡　③呼吸不全又は心不全で重篤な状態　④急性薬物中毒　⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）　⑦広範囲熱傷(R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4)　⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態　⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態　⑪蘇生術を必要とする重篤な状態
※加算２は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

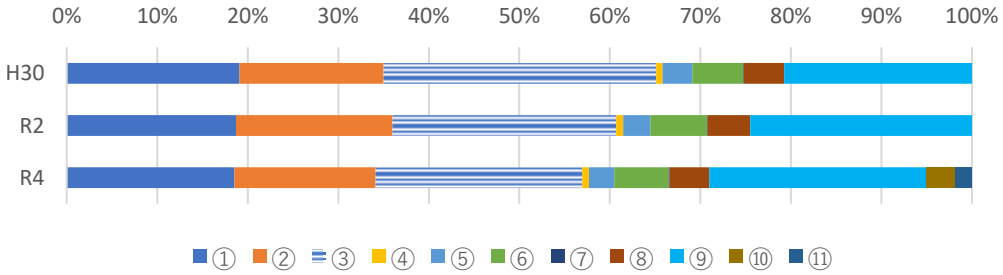
＜救急医療管理加算１＞



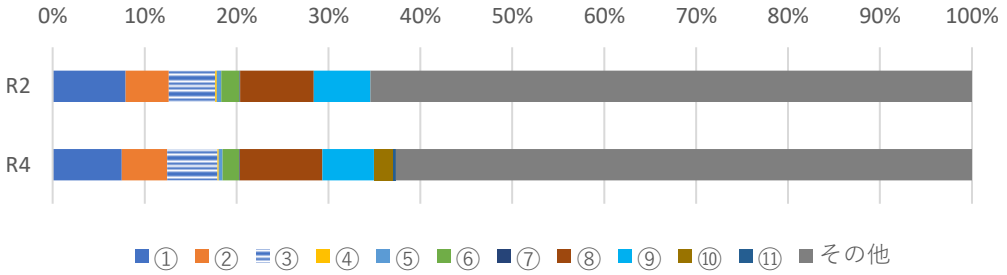
＜救急医療管理加算２＞



（加算１の内訳）



（加算２の内訳）

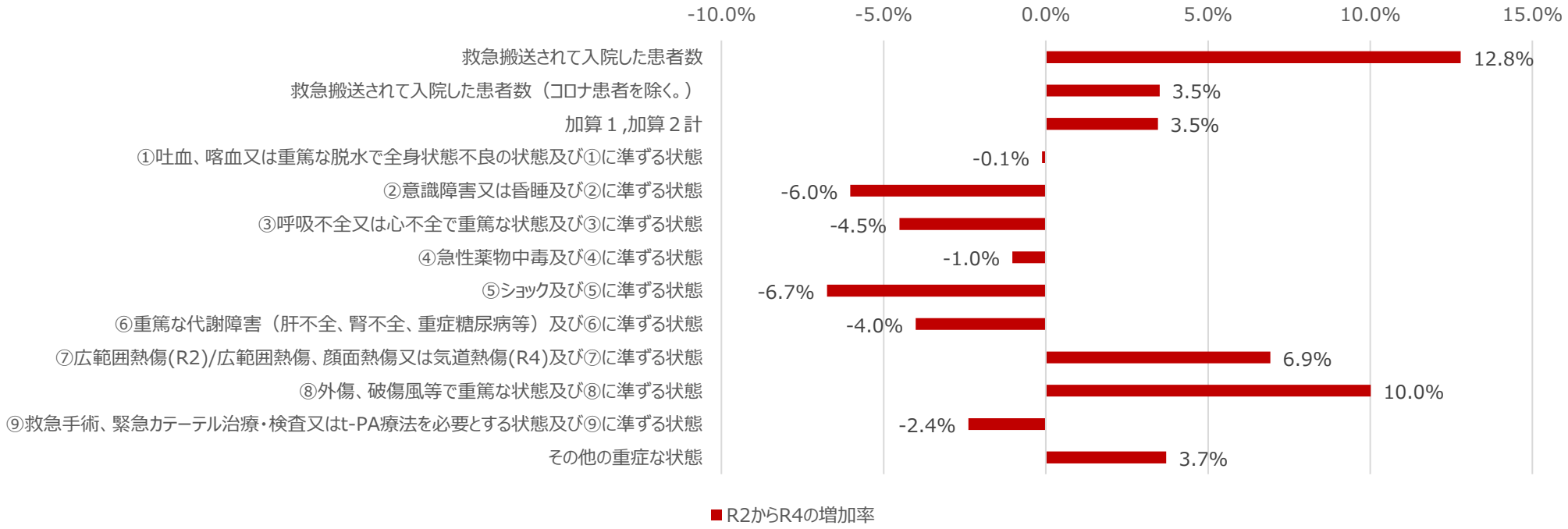


出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算１又は２を算定する患者数の変化

〇令和４年度に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が新設されているが、「その他の重症な状態」によって救急医療管理加算が算定される患者数は、加算１及び加算２の合計よりも増加率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



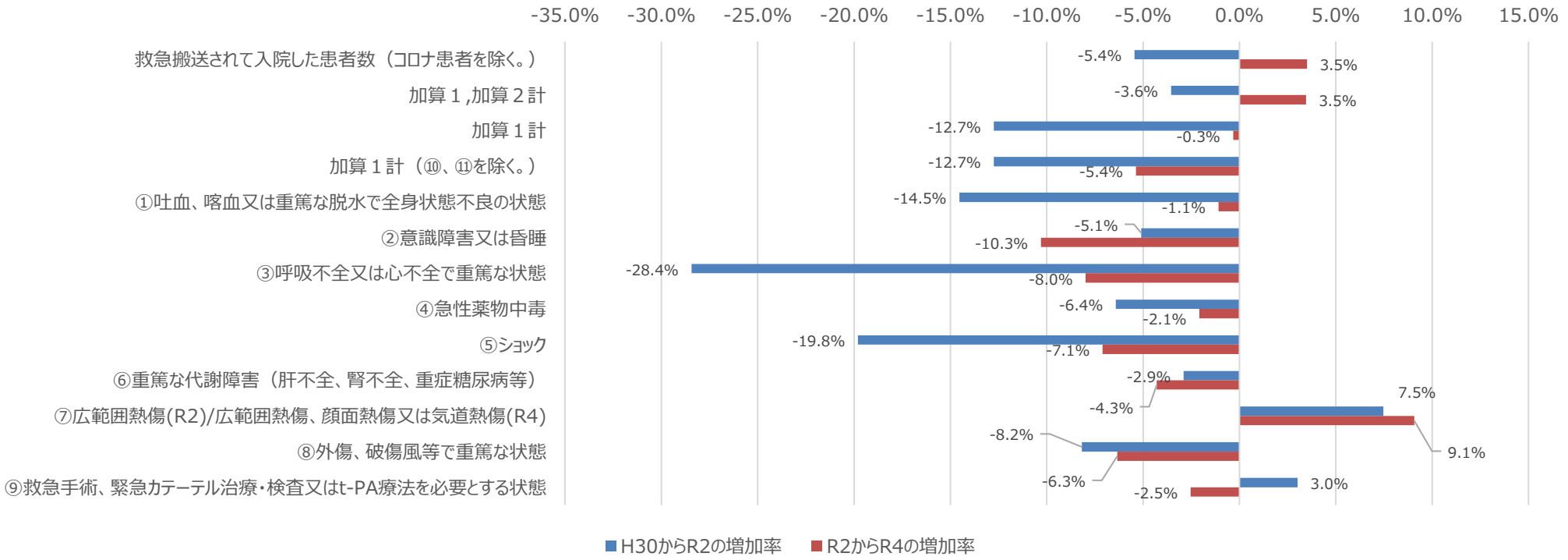
＜救急医療管理加算１の算定対象＞
①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　②意識障害又は昏睡　③呼吸不全又は心不全で重篤な状態　④急性薬物中毒　⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）　⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4)　⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態　⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4)　⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算２の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算１を算定する患者数の変化

○　救急医療管理加算1については、令和4年度に新設された「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を除くと、「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」以外の状態は、令和2年度から4年度にかけて算定患者数が減少していた。

救急医療管理加算１を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



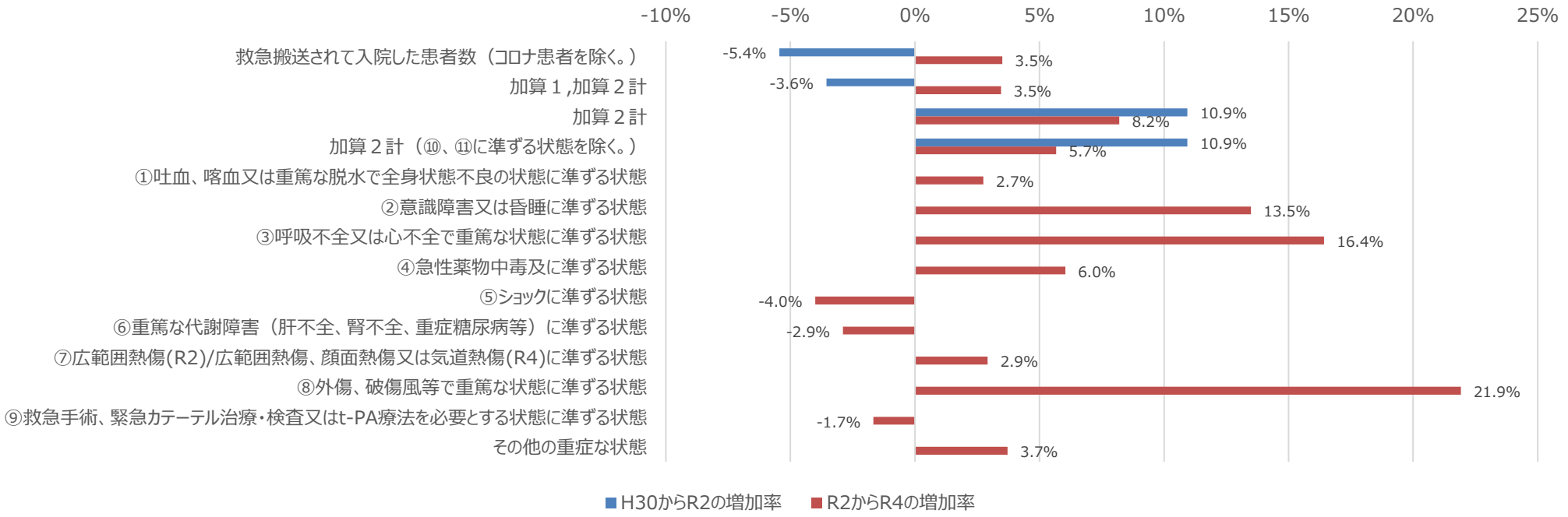
＜救急医療管理加算１の算定対象＞
①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　②意識障害又は昏睡　③呼吸不全又は心不全で重篤な状態　④急性薬物中毒　⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）　⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4)　⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態　⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4)　⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算２の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算２を算定する患者数の変化

○　救急医療管理加算2のうち多くの状態は、令和2年度と比較し令和4年度で算定患者数が増加していた。

救急医療管理加算２を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率

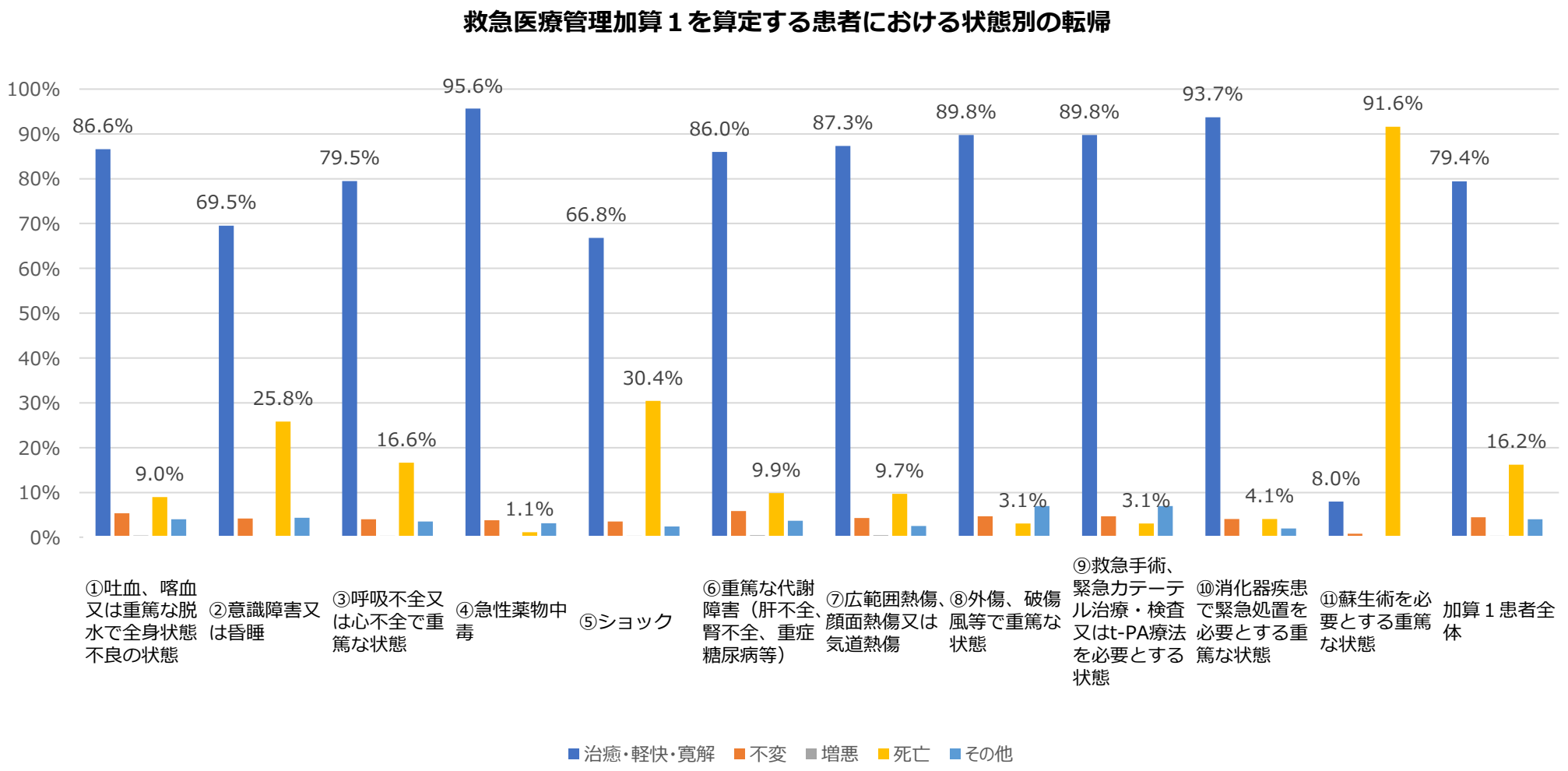


＜救急医療管理加算１の算定対象＞
①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　②意識障害又は昏睡　③呼吸不全又は心不全で重篤な状態　④急性薬物中毒　⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）　⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4)　⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態　⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4)　⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算２の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算１を算定する患者の転帰

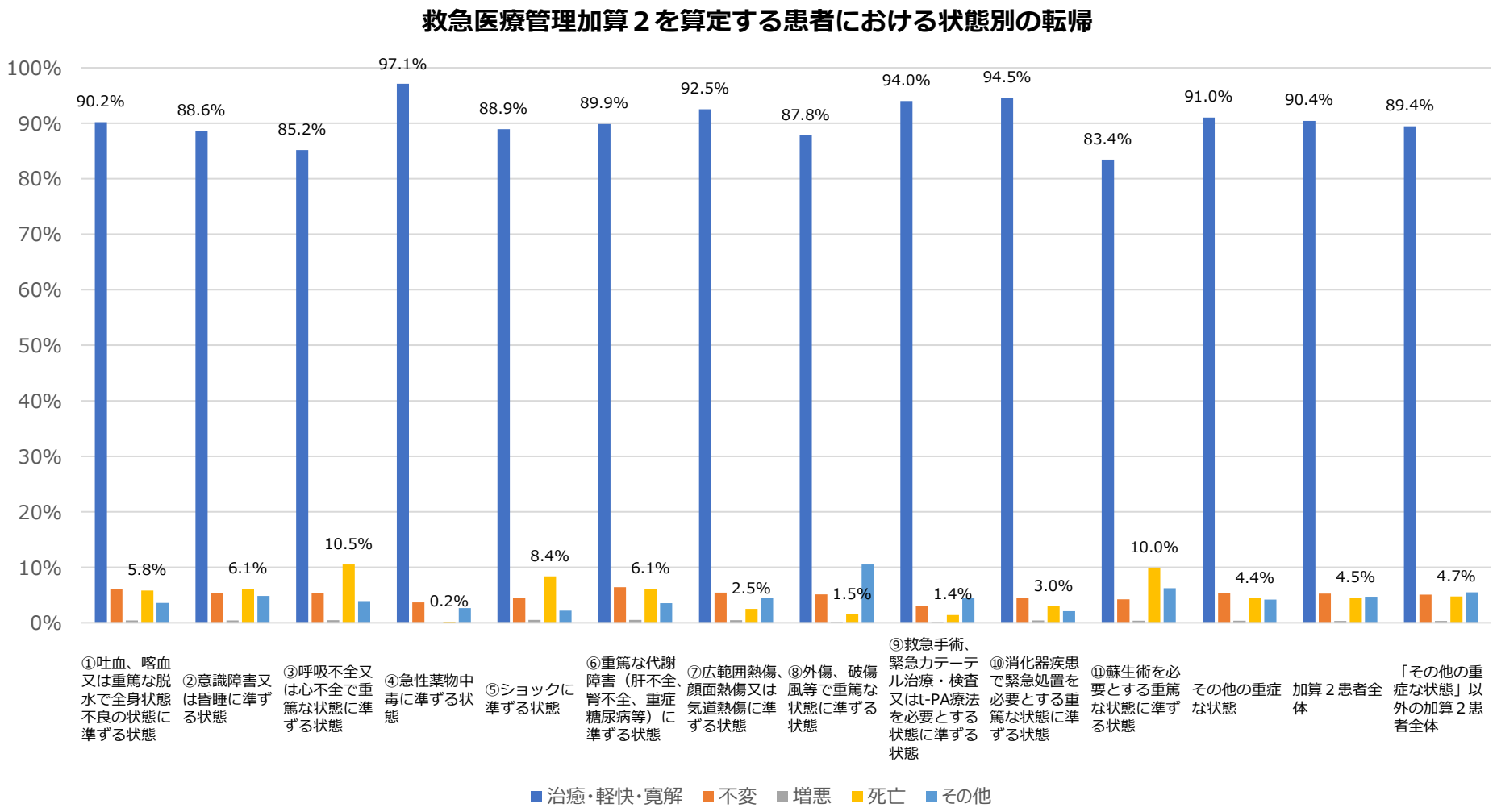
○　救急医療管理加算1を算定する患者においては、「蘇生術を必要とする重篤な状態」、「ショック」、「意識障害又は昏睡」の状態で死亡率が特に高かった。



出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算２を算定する患者の転帰

○　救急医療管理加算2を算定する患者においては、救急医療管理加算1を算定する患者よりも死亡率が低い傾向にあった。

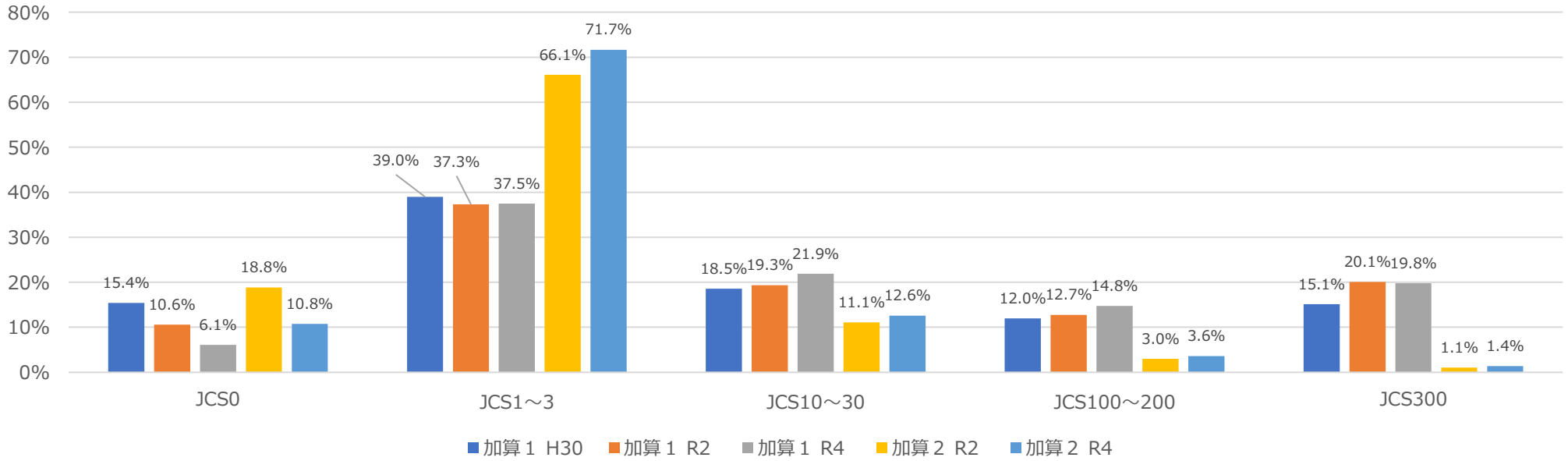


出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況①

○ 各年度の基準によるJCSの分類では、「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS 0である割合は減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCSスコアの分布



※JCSは、平成30年度及び令和２年度は入院時の分類、令和４年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

（参考） JCS：Japan Coma Scale　　出典：脳卒中ガイドライン2009

Ⅰ.刺激しないでも覚醒している状態 （1桁の点数で表現） 0 意識清明 1 意識清明とはいえない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない	Ⅱ.刺激をすると覚醒する状態 （2桁の点数で表現） 10 普通の呼びかけで容易に開眼する 20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する	Ⅲ.刺激しても覚醒しない状態 （3桁の点数で表現） 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる 300 痛み刺激に全く反応しない

出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

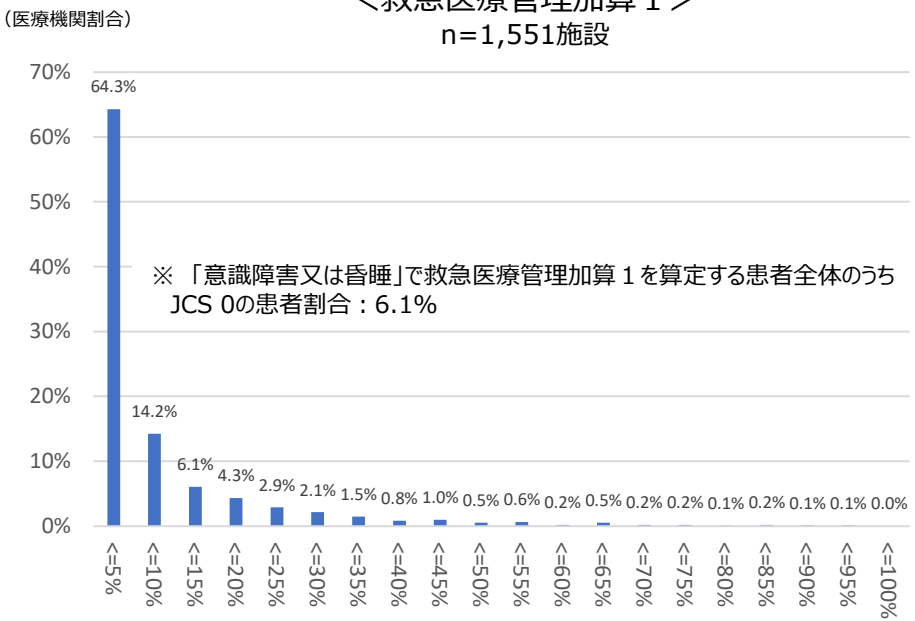
「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況②

○ 「意識障害又は昏睡」の状態で救急医療管理加算を算定する患者のうちJCS 0の割合は、
- 加算1においては、64%の医療機関で5%以下である一方、11%の医療機関で20%以上
- 加算2においては、46%の医療機関で5%以下である一方、8%の医療機関で40%以上

であり、JCS 0 の割合が大きい医療機関が一部みられた。

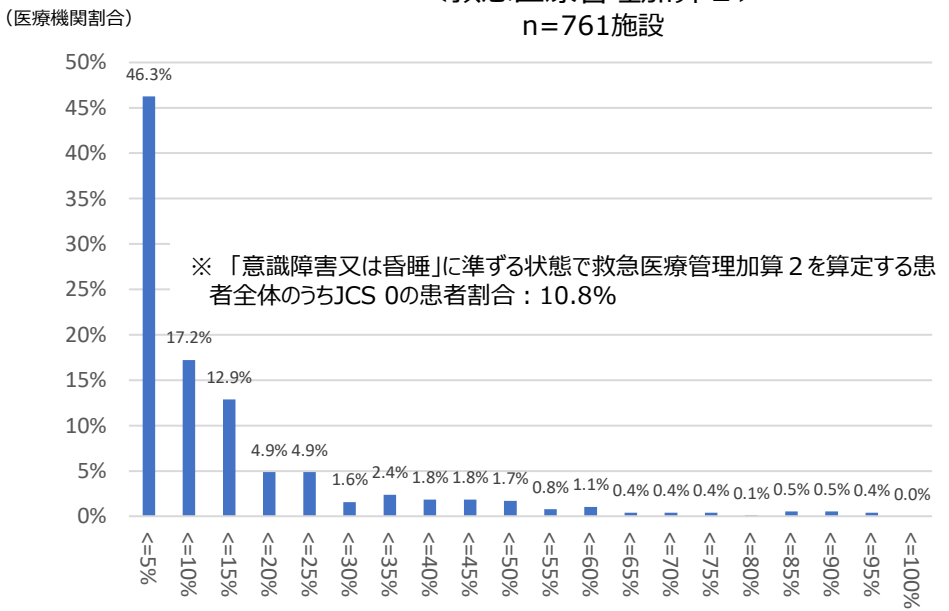
救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCS０の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)

＜救急医療管理加算１＞
n=1,551施設



(「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算１を算定する患者のうち、JCS０の割合)

＜救急医療管理加算２＞
n=761施設



(「意識障害又は昏睡」に準ずる状態で救急医療管理加算２を算定する患者のうち、JCS０の割合)

※令和４年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況③

○「意識障害又は昏睡」又は「意識障害または昏睡に準ずる状態」に該当する患者について、JCS0及びJSC1以上それぞれに多い傷病名は以下のとおり。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い傷病名

＜救急医療管理加算１＞

JCS0			JCS1以上		
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1153	7.8%	（大脳）半球の脳内出血，皮質下深部脳内出血	20533	9.0%
食物及び吐物による肺臓炎	654	4.4%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16983	7.4%
その他の脳梗塞	534	3.6%	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	15995	7.0%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	466	3.1%	食物及び吐物による肺臓炎	10872	4.7%
その他のてんかん	418	2.8%	その他のてんかん	10733	4.7%
（大脳）半球の脳内出血，皮質下深部脳内出血	402	2.7%	心停止，詳細不明	10396	4.5%
尿路感染症，部位不明	392	2.6%	外傷性硬膜下出血	7131	3.1%
外傷性硬膜下出血	322	2.2%	その他の脳梗塞	6500	2.8%
脳梗塞，詳細不明	310	2.1%	尿路感染症，部位不明	3650	1.6%
熱性けいれん＜痙攣＞	263	1.8%	外傷性くも膜下出血	3077	1.3%
体液量減少（症）	242	1.6%	敗血症，詳細不明	3069	1.3%
肺炎，詳細不明	225	1.5%	脳梗塞，詳細不明	2908	1.3%
てんかん，詳細不明	206	1.4%	心臓性突然死＜急死＞と記載されたもの	2734	1.2%
心停止，詳細不明	199	1.3%	肺炎，詳細不明	2552	1.1%
うっ血性心不全	187	1.3%	脳幹の脳内出血	2527	1.1%
外傷性くも膜下出血	184	1.2%	蘇生に成功した心停止	2388	1.0%
低血糖症，詳細不明	181	1.2%	小脳の脳内出血	2082	0.9%
急性尿細管間質性腎炎	173	1.2%	うっ血性心不全	2013	0.9%
敗血症，詳細不明	162	1.1%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害，急性中毒	1895	0.8%
低浸透圧及び低ナトリウム血症	161	1.1%	急性尿細管間質性腎炎	1803	0.8%

＜救急医療管理加算２＞

JCS0			JCS1以上		
脳動脈の血栓症による脳梗塞	589	8.1%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	7,198	11.9%
その他の脳梗塞	321	4.4%	（大脳）半球の脳内出血，皮質下深部脳内出血	4,539	7.5%
その他のてんかん	226	3.1%	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	4,438	7.3%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	226	3.1%	その他のてんかん	3,230	5.3%
食物及び吐物による肺臓炎	189	2.6%	その他の脳梗塞	3,172	5.3%
熱性けいれん＜痙攣＞	185	2.5%	食物及び吐物による肺臓炎	2,124	3.5%
尿路感染症，部位不明	182	2.5%	外傷性硬膜下出血	1,971	3.3%
脳梗塞，詳細不明	174	2.4%	尿路感染症，部位不明	1,197	2.0%
（大脳）半球の脳内出血，皮質下深部脳内出血	146	2.0%	外傷性くも膜下出血	1,159	1.9%
外傷性硬膜下出血	140	1.9%	脳梗塞，詳細不明	1,122	1.9%
一過性脳虚血発作，詳細不明	139	1.9%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害，急性中毒	723	1.2%
急性尿細管間質性腎炎	114	1.6%	一過性脳虚血発作，詳細不明	720	1.2%
体液量減少（症）	113	1.6%	てんかん，詳細不明	672	1.1%
外傷性くも膜下出血	106	1.5%	急性尿細管間質性腎炎	672	1.1%
てんかん，詳細不明	104	1.4%	脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	656	1.1%
その他の末梢性めまい＜眩暈（症）＞	87	1.2%	振とう＜盪＞（症）	620	1.0%
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	85	1.2%	体液量減少（症）	611	1.0%
肺炎，詳細不明	79	1.1%	肺炎，詳細不明	522	0.9%
振とう＜盪＞（症）	78	1.1%	低浸透圧及び低ナトリウム血症	509	0.8%
うっ血性心不全	76	1.0%	硬膜下出血（急性）（非外傷性）	489	0.8%

※　令和４年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術

○ 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCSOの患者とJCS1以上の患者の処置・手術を比較すると以下のとおりであった。

○ 救急医療管理加算1を算定する患者については、JCSOの患者の一部において、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった、緊急性が高いと思われる処置が行われていた。

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

出典：令和2年度DPCデータ

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況④

○　令和４年度において、「意識障害又は昏睡」の状態で救急医療管理加算１を算定する患者であってJCSOの患者に対して人工呼吸や非開胸的心マッサージが実施される割合は令和２年度と比較して低下しており、JCS１以上とは大きな差がみられた。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い
入院３日以内に実施される処置及び手術

＜救急医療管理加算１＞

JCS 0			JCS 1以上		
	件数	実施割合		件数	実施割合
酸素吸入（１日につき）	3867	26.0%	酸素吸入（１日につき）	87326	38.1%
留置カテーテル設置	2716	18.3%	留置カテーテル設置	70809	30.9%
喀痰吸引	1336	9.0%	喀痰吸引	51496	22.4%
導尿（尿道拡張）	518	3.5%	救命のための気管内挿管	21335	9.3%
輸血　２ 保存血液輸血（200ｍＬごとに）	410	2.8%	非開胸的心マッサージ	21267	9.3%
救命のための気管内挿管	382	2.6%	人工呼吸（30分までの場合）	20946	9.1%
人工呼吸（30分までの場合）	352	2.4%	鼻腔栄養	17114	7.5%
非開胸的心マッサージ	344	2.3%	胃持続ドレナージ	16334	7.1%
ドレーン法（ドレナージ）　（その他のもの）	323	2.2%	人工呼吸（５時間を超えた場合）	14742	6.4%
人工呼吸（５時間を超えた場合）	323	2.2%	ドレーン法（ドレナージ）　（その他のもの）	12363	5.4%

＜救急医療管理加算２＞

JCS 0			JCS 1以上		
	件数	実施割合		件数	実施割合
酸素吸入（１日につき）	1338	18.4%	酸素吸入（１日につき）	15711	26.0%
留置カテーテル設置	869	11.9%	留置カテーテル設置	11898	19.7%
喀痰吸引	401	5.5%	喀痰吸引	7522	12.5%
導尿（尿道拡張）	204	2.8%	導尿（尿道拡張）	2390	4.0%
輸血　２ 保存血液輸血（200ｍＬごとに）	144	2.0%	鼻腔栄養	2107	3.5%
創傷処置（100平方センチメートル未満）	138	1.9%	創傷処置（100平方センチメートル未満）	1256	2.1%
人工腎臓（１日につき）１ 慢性維持透析を行った場合１	136	1.9%	摘便	1161	1.9%
摘便	107	1.5%	ドレーン法（ドレナージ）　（その他のもの）	1120	1.9%
創傷処理　４ 筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）	93	1.3%	胃持続ドレナージ	1075	1.8%
ドレーン法（ドレナージ）　（その他のもの）	81	1.1%	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	877	1.5%

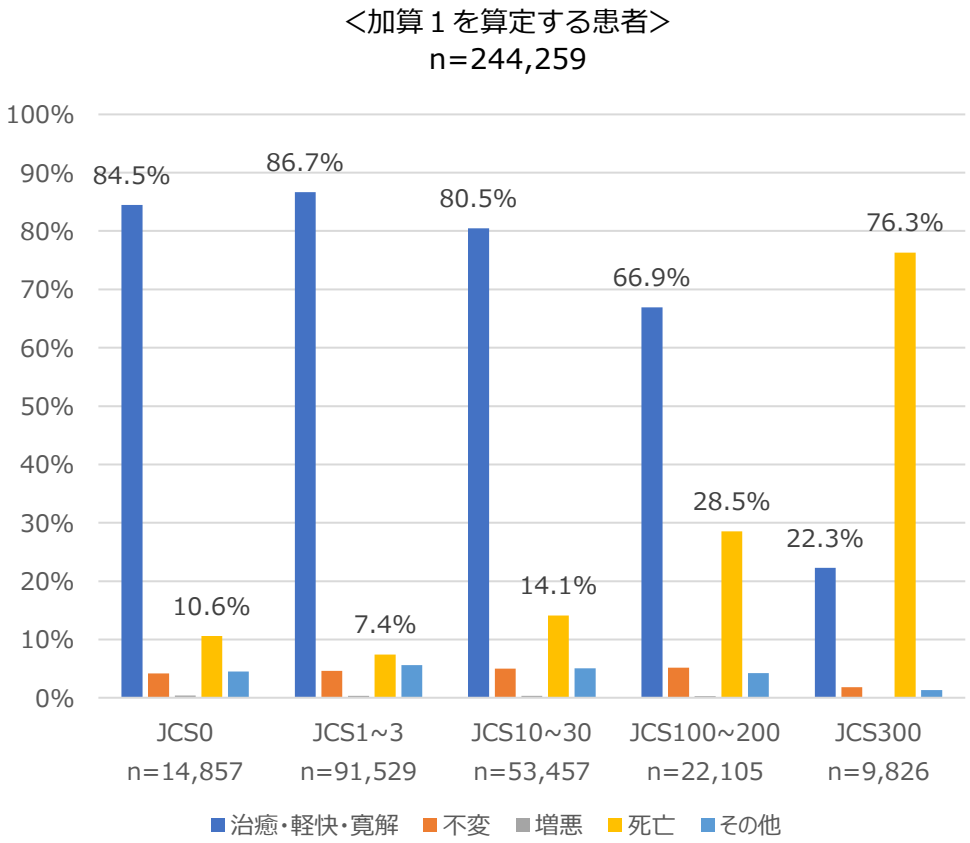
※令和４年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

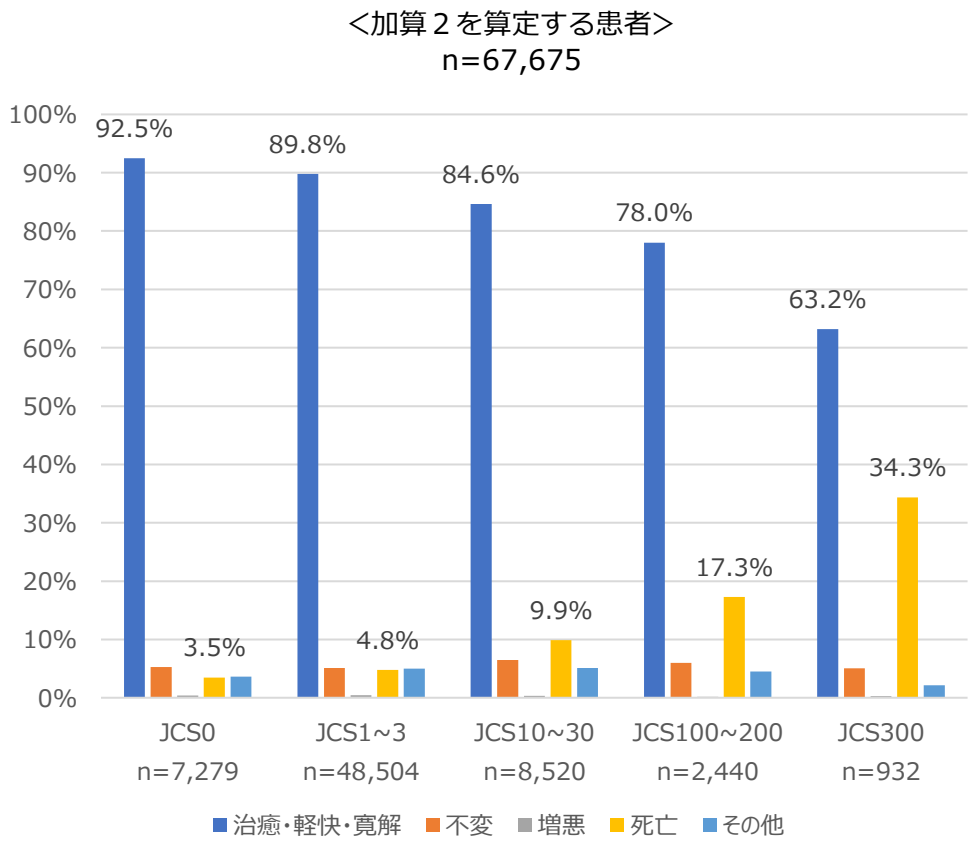
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」の状態の患者の転帰

○　令和4年度に「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS100～200やJCS300で加算2を算定する患者は、JCS 0～30で加算1を算定する患者よりも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者における入院時のJCSごとの転帰





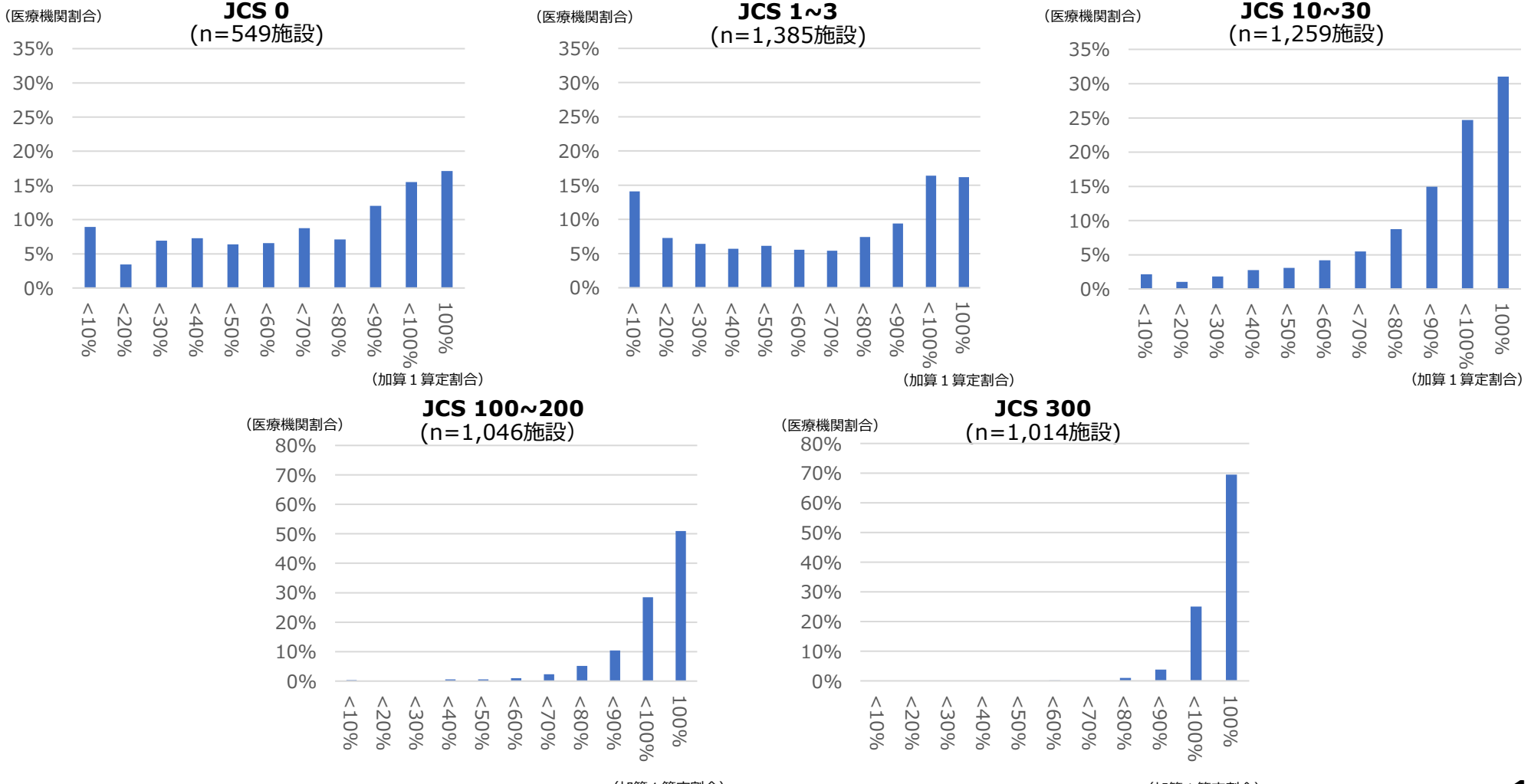
※JCSスコアは、入院時、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いもの。

出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況⑤

○ JCSごとの「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合は、特にJCS 0～200では、医療機関間のばらつきが大きかった。

医療機関ごとの、「意識障害又は昏睡」又は準ずる状態により救急管理加算を算定する患者のうち加算１を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ



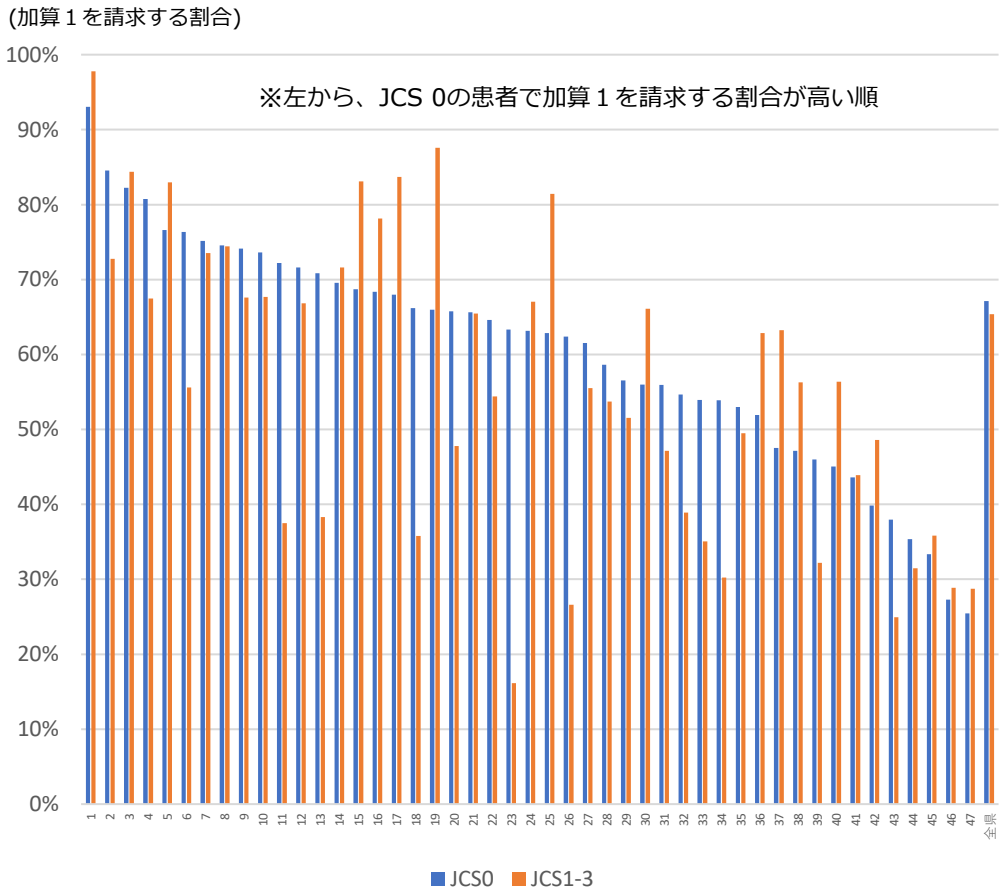
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

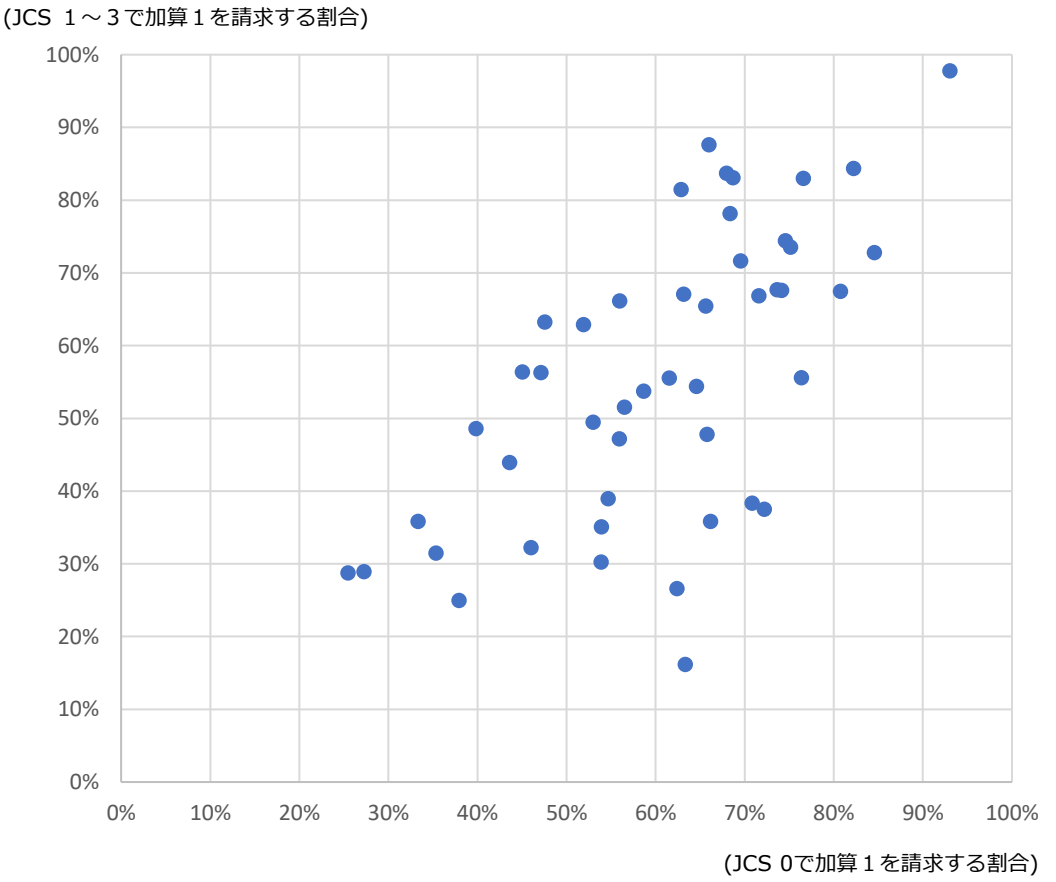
「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況（都道府県別）

○ 「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合において加算１を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。

○ JCS 0の患者で加算１を請求する割合が高い都道府県においては、JCS １～３で加算１を請求する割合も高い傾向にあった。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合における
ＪＣＳごとの加算１を請求する割合（都道府県別）



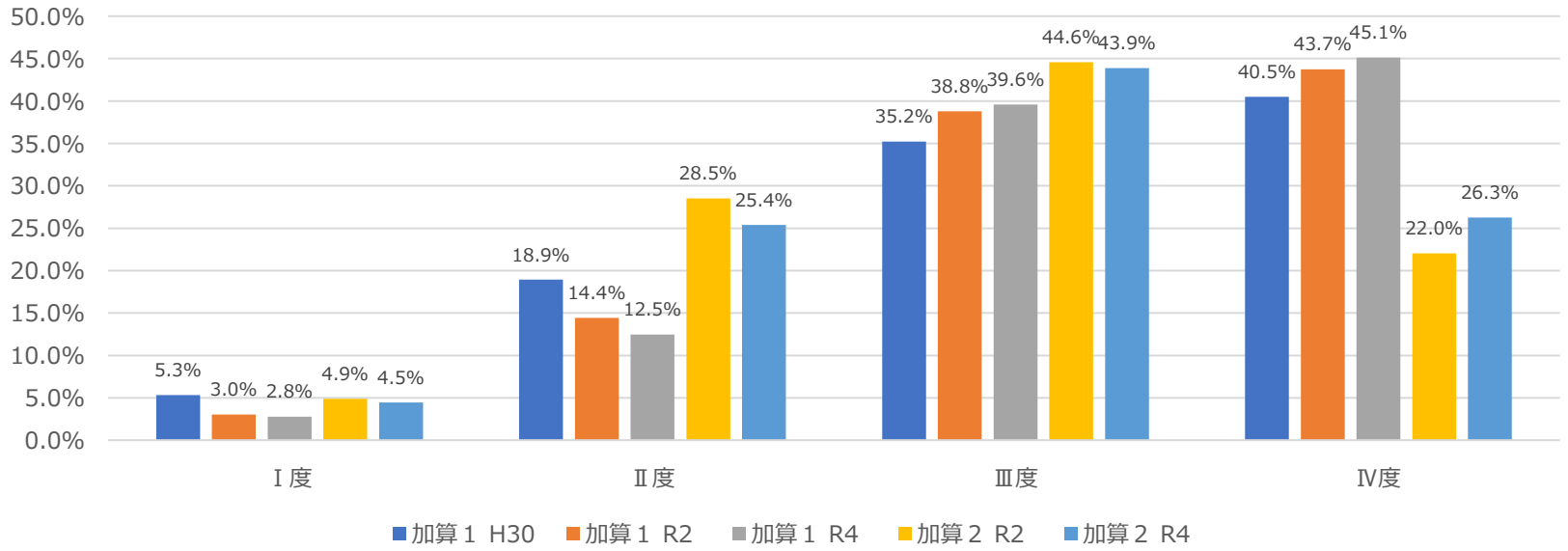


出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況①

○　令和４年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者では、NYHA分類Ⅰ度の割合が減少しており、加算１で2.8%、加算２で4.5%の患者がNYHA分類Ⅰ度の状態だった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類の分布



※　平成30年度及び令和２年度は入院時の分類、令和４年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

（参考）NYHA心機能分類　　急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改定版）より抜粋

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

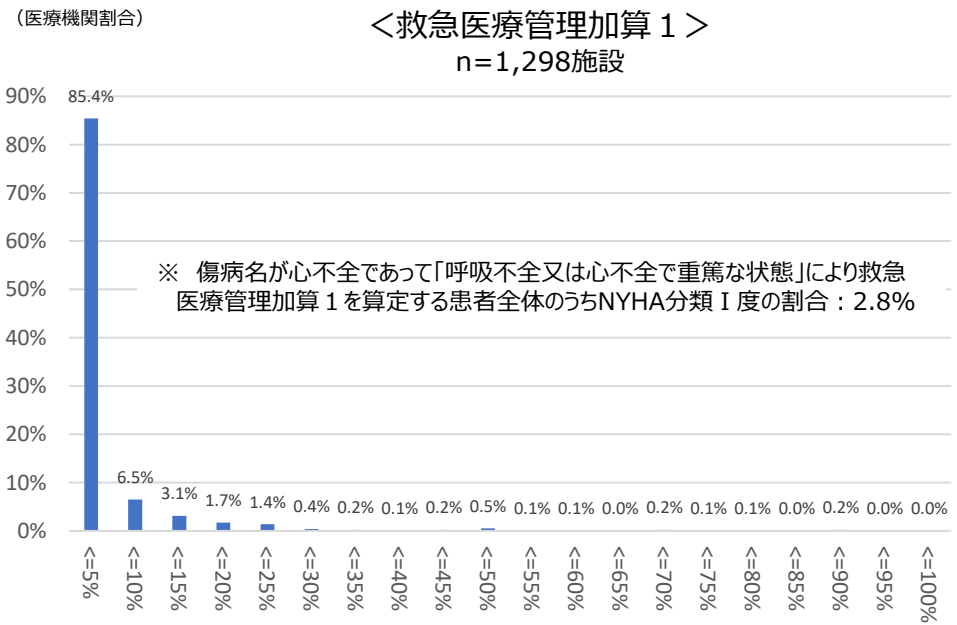
出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

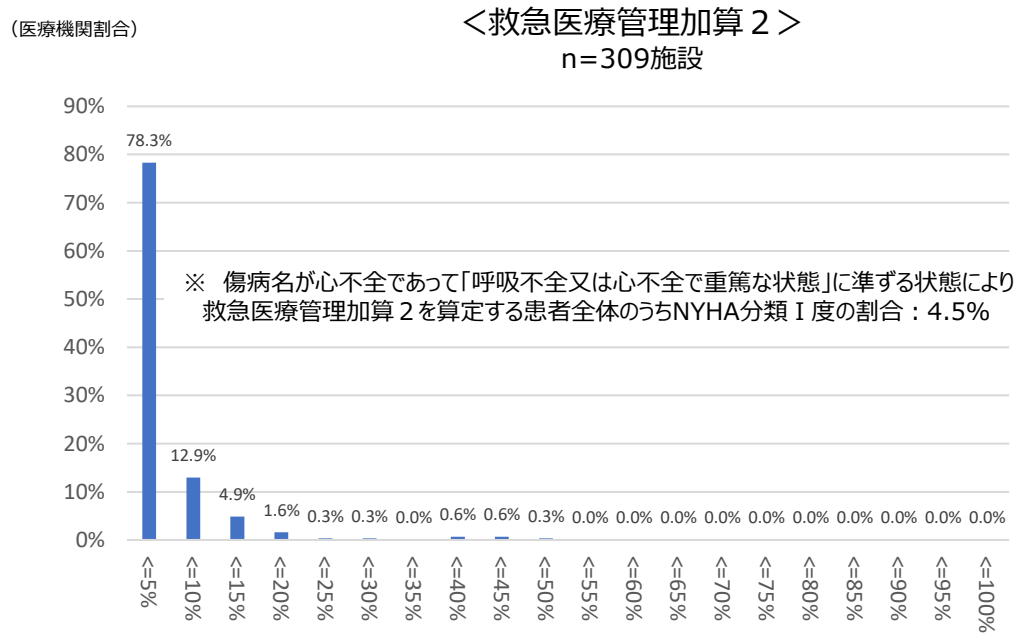
○ 傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、NYHA分類Ⅰ度の割合は、
- 加算1においては、85%の医療機関で5%以下である一方、5%の医療機関で10%以上
- 加算2においては、78%の医療機関で5%以下である一方、4%の医療機関で15%以上

であり、NYHA分類Ⅰ度の割合が大きい医療機関が一部みられた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって
傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類Ⅰ度の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)



(傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算１を算定する患者のうち、NYHAⅠの割合)



(傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態により救急医療管理加算１を算定する患者のうち、NYHAⅠの割合)

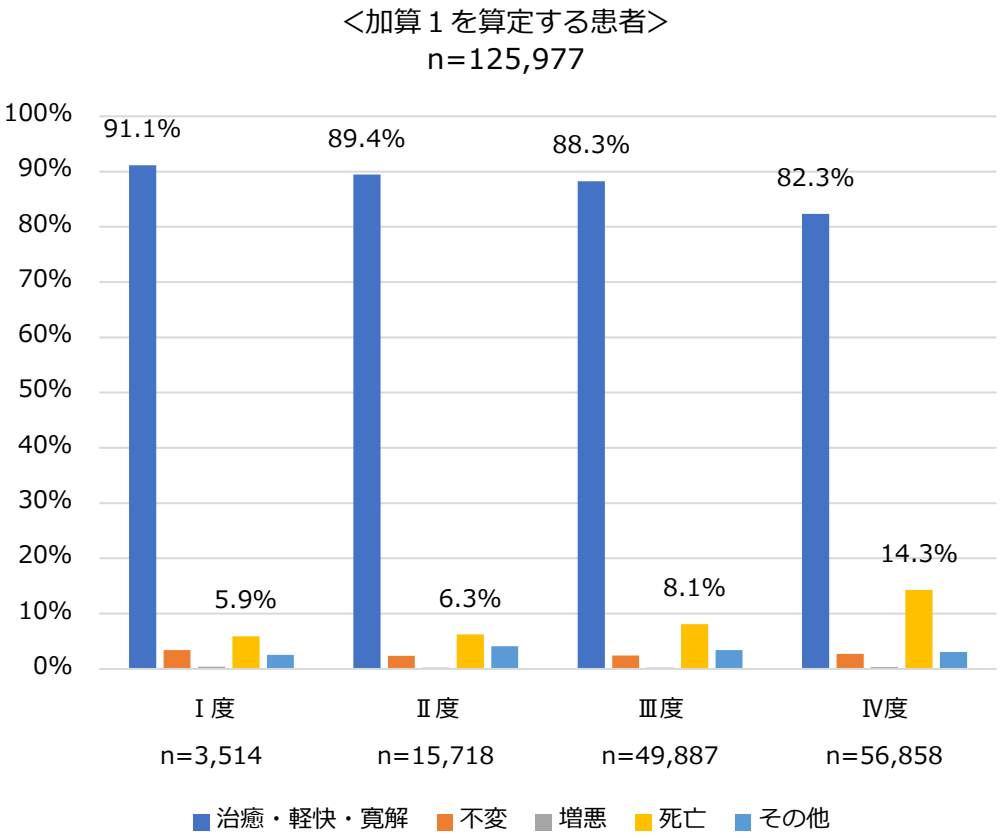
※令和４年度のNYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

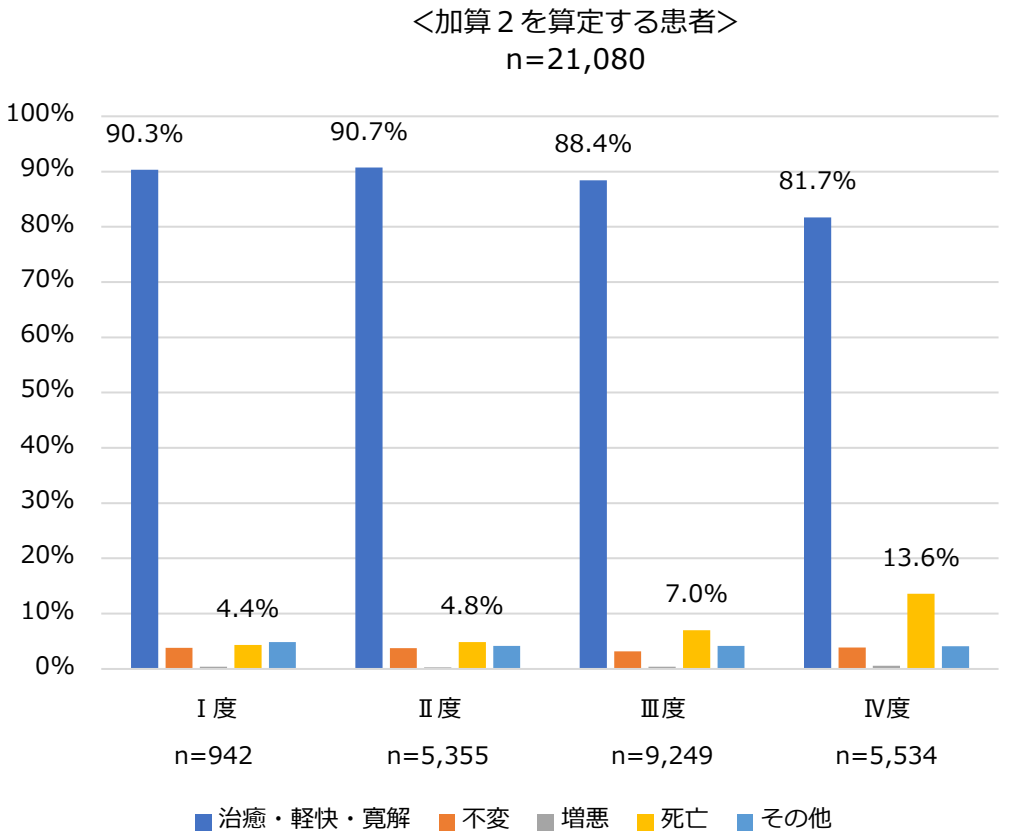
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者の転帰

○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者においては、入院時のNYHA分類で死亡率に差がみられるものの、NYHA分類ごとの加算1を算定する場合と加算2を算定する場合とでは、大きな差がみられなかった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又は
それに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者における入院時のNYHA分類ごとの転帰





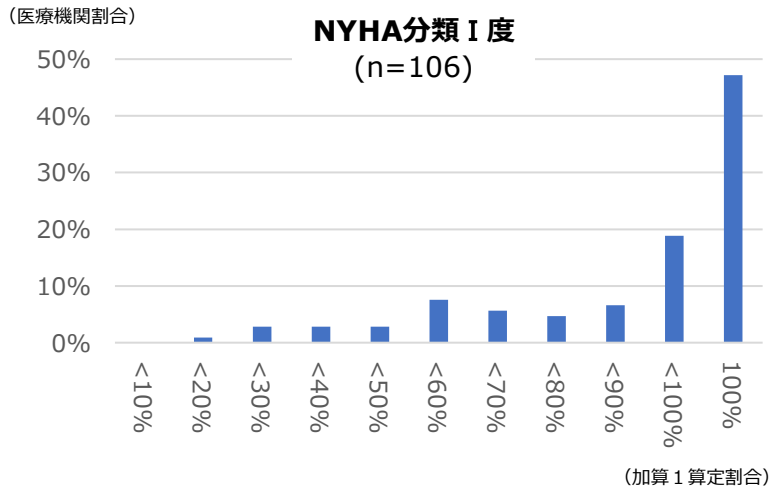
※　NYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

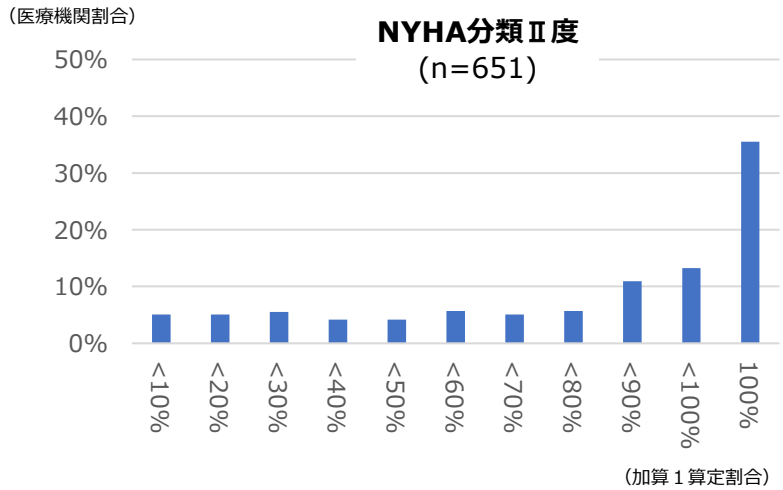
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

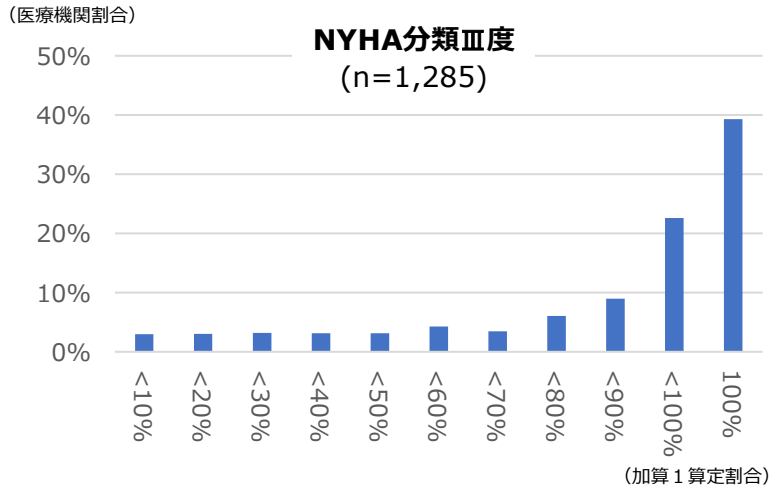
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況③

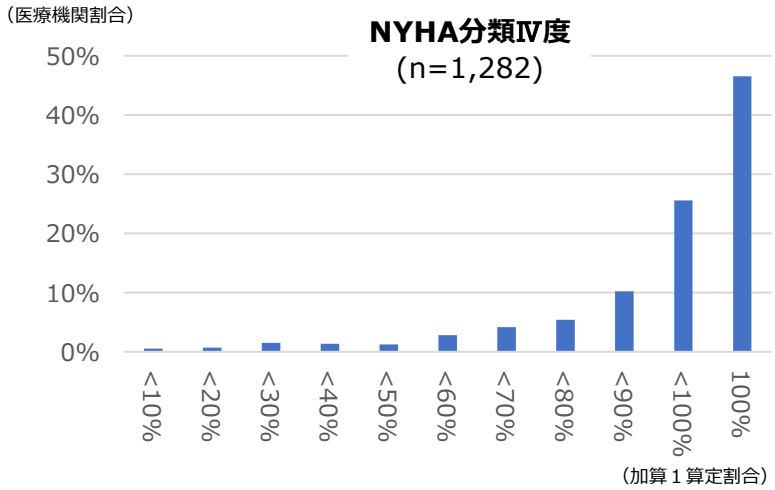
○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者においては、いずれのNYHA分類でも加算1を算定する割合が高い医療機関が多いが、医療機関間のばらつきがあった。

医療機関ごとの、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により
救急管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者のうち加算１を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ









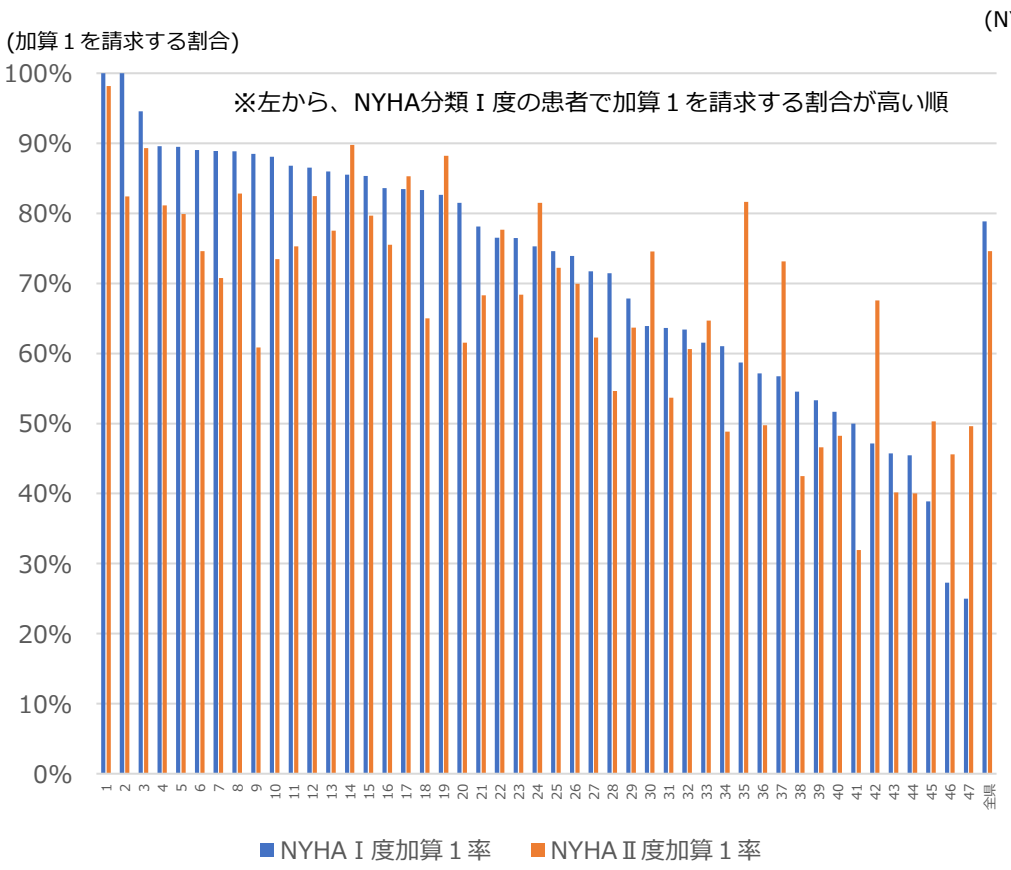
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

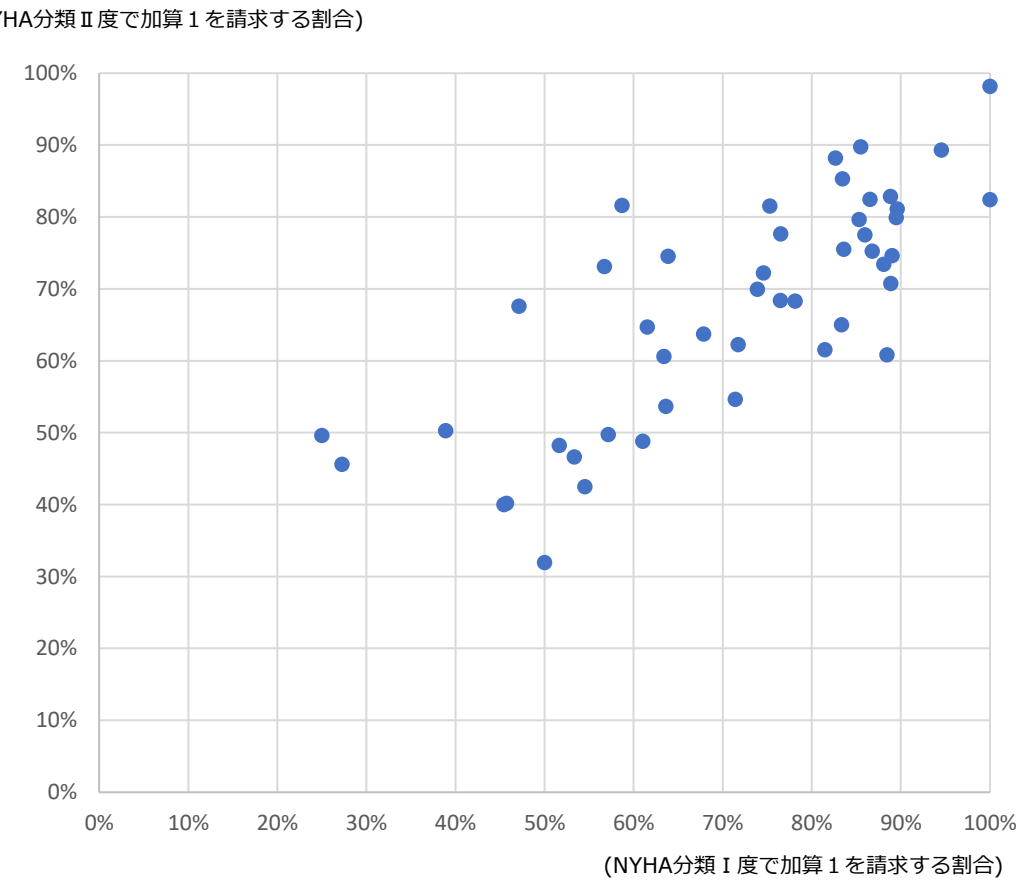
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況（都道府県別）

○ 傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合において加算１を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。

○ NYHA分類Ⅰ度の患者で加算１を請求する割合が高い都道府県においては、NYHA分類Ⅱ度で加算１を請求する割合も高い傾向にあった。

傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合における NYHA分類ごとの加算１を請求する割合（都道府県別）



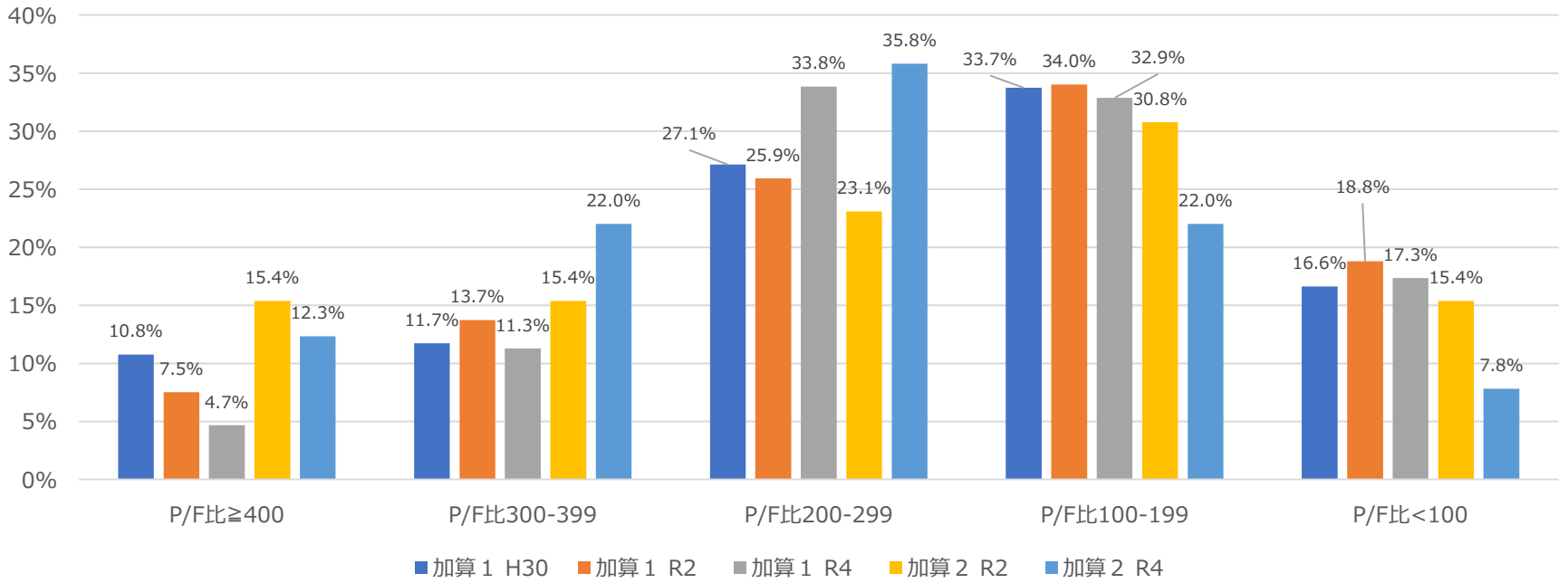


出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況①

○　令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の割合は、特に加算1において平成30年度以降減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比の分布



※　P/F比は平成30年度及び令和２年度は入院時、令和４年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いものによる。

（参考）

$$\text{P/F ratio（P/F 比）} = \frac{\text{PaO2（動脈血酸素分圧）}}{\text{FIO2（吸入気酸素）}}$$

※　呼吸状態（酸素化）を評価する指標

参考：SOFAスコア（呼吸の評価）

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

※出典：日本版敗血症診療ガイドライン2016

出典：DPCデータ（各年度４月～３月）　※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

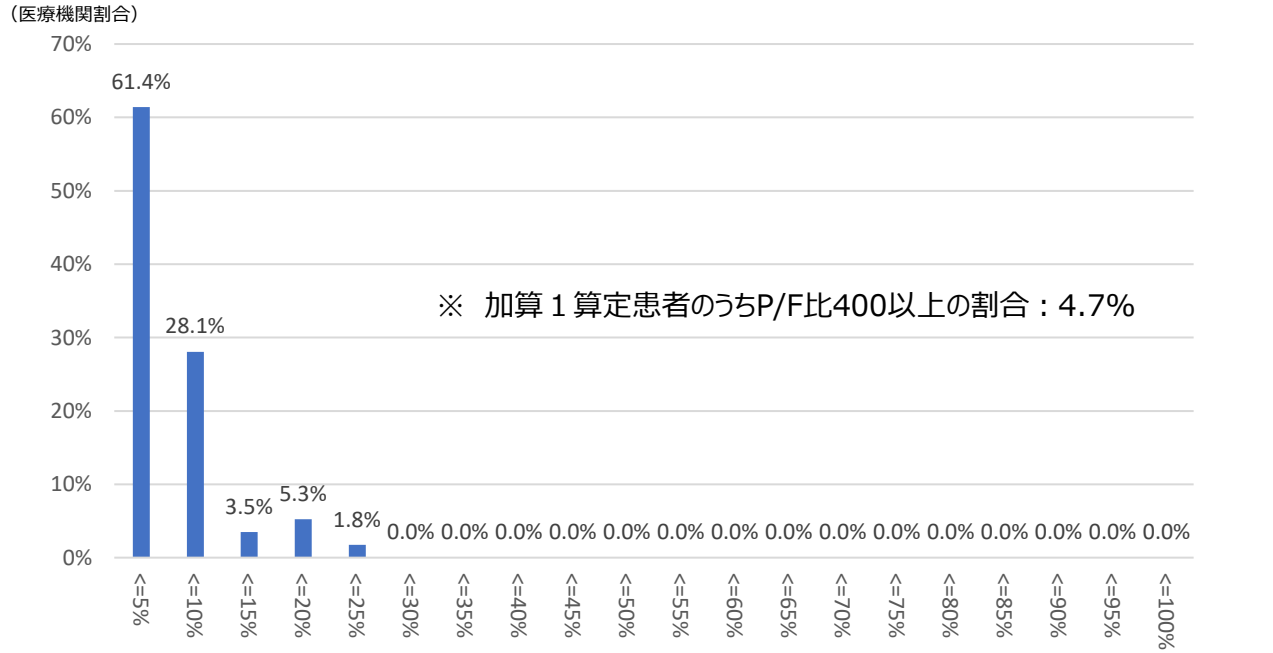
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

○ 傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算1を算定する患者のうち、P/F比が400以上の割合は、61%の医療機関で5%以下である一方、2%の医療機関で20%以上であり、P/F比400以上の割合が大きい医療機関が一部にみられた。

救急医療管理加算１を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の患者が占める割合ごとの医療機関の分布

(加算１を10人以上算定する医療機関のみ, n=57)

※令和４年度のP/F比は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。



（傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算１を算定する患者のうち、P/F比400以上の割合）

※傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態より加算２を算定する患者数が10人以上の医療機関が少数であるため加算１のみ集計

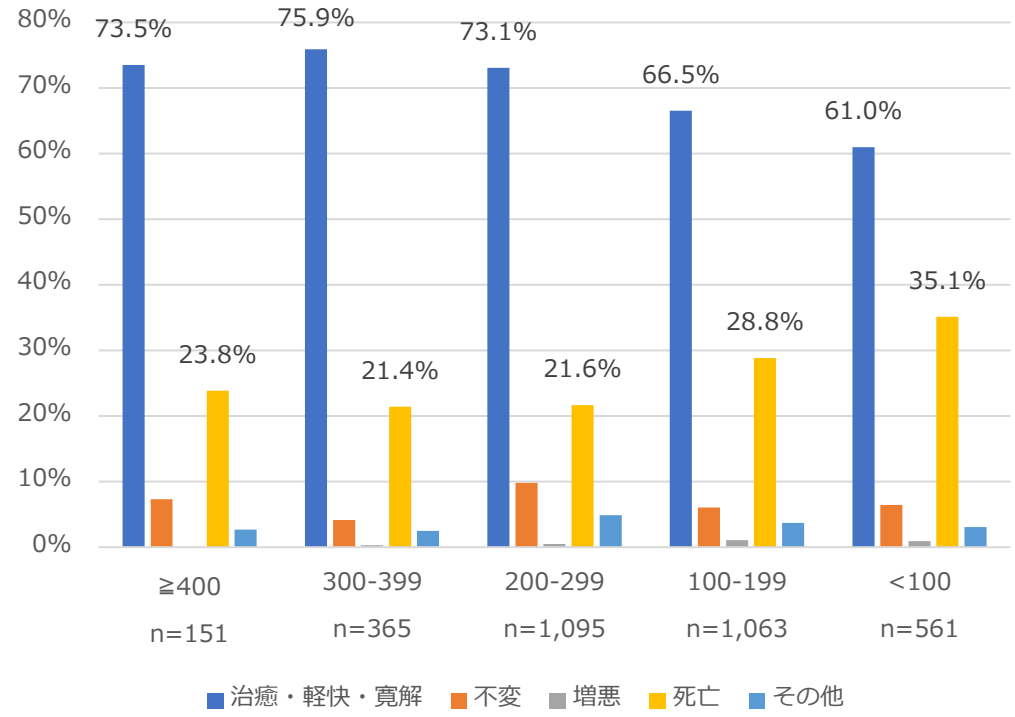
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者の転帰

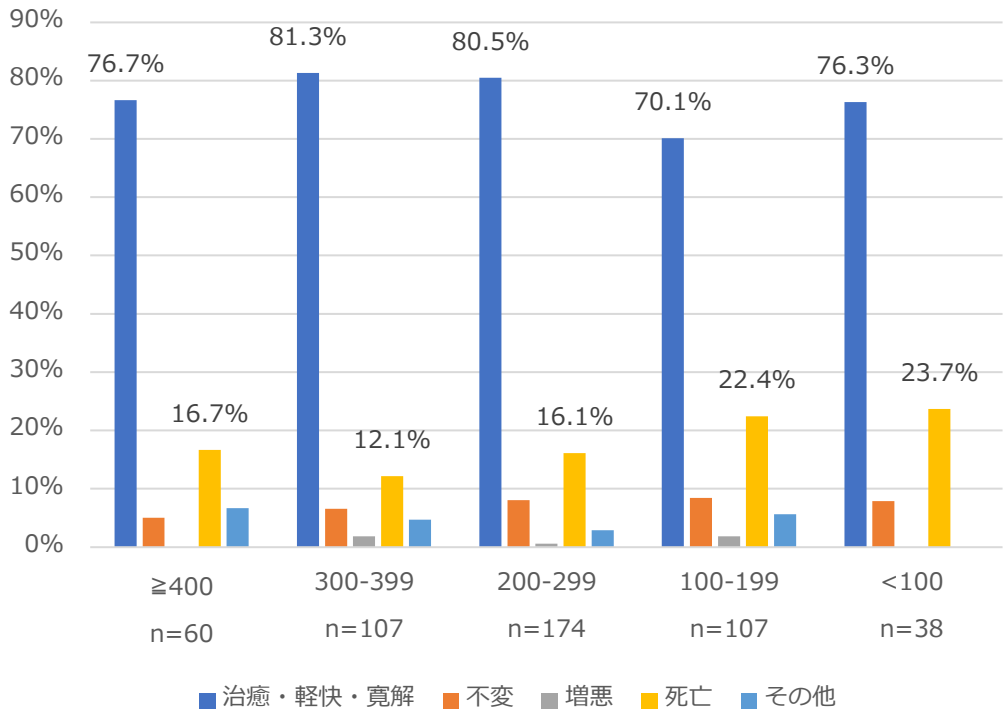
○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F比が低いほど死亡率が高かったが、P/F比が400以上の場合でも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又は
それに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者における入院時のP/F比ごとの転帰

<加算１を算定する患者>
n=3,235



<加算２を算定する患者>
n=486



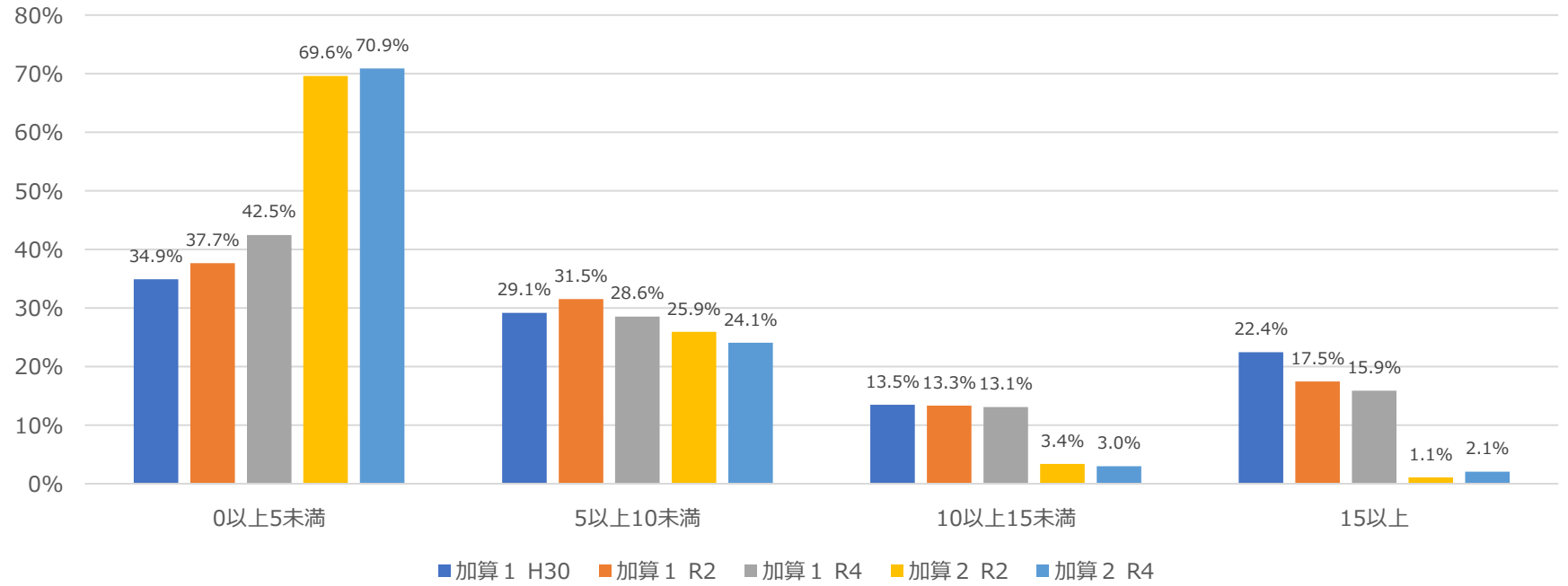
出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」による救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算を算定する患者のうち広範囲熱傷等の患者においては、Burn Index 0以上5未満の割合が増加していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷※」の患者におけるBurn Indexの分布

※H30, R2は広範囲熱傷のみ



（参考） Burn Index

＝ Ⅲ度熱傷面積（％） ＋ Ⅱ度熱傷面積（％） × 1／2

※Burn Index 10～15以上が重症とされる

出典：日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

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

出典：DPCデータ（各年度４月～３月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況①

○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者で多い傷病名は以下のとおりであり、これらの疾患により重篤な状態であれば、「意識障害又は昏睡」、「救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA両方を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」等、算定対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。

「その他の重症な状態」により救急医療管理加算２を算定する患者に多い傷病

（最も医療資源を投入した傷病）

脳動脈の血栓症による脳梗塞	34826	4.0%
食物及び吐物による肺臓炎	27860	3.2%
尿路感染症，部位不明	21552	2.5%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	20535	2.4%
急性尿細管間質性腎炎	20183	2.3%
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	17806	2.1%
その他の脳梗塞	17455	2.0%
肺炎，詳細不明	15308	1.8%
転子貫通骨折　閉鎖性	14898	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13319	1.5%
細菌性肺炎，詳細不明	11483	1.3%
腰椎骨折　閉鎖性	11076	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	9948	1.2%
急性虫垂炎，その他及び詳細不明	9208	1.1%
閉塞を伴う腸癒着［索条物］	9167	1.1%

（入院の契機となった病名）

脳動脈の血栓症による脳梗塞	32662	3.8%
食物及び吐物による肺臓炎	25348	2.9%
尿路感染症，部位不明	23388	2.7%
急性尿細管間質性腎炎	20353	2.4%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	18657	2.2%
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	18179	2.1%
肺炎，詳細不明	16833	2.0%
その他の脳梗塞	16159	1.9%
転子貫通骨折　閉鎖性	15049	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	12156	1.4%
細菌性肺炎，詳細不明	11845	1.4%
腰椎骨折　閉鎖性	11382	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	10623	1.2%
胆管炎	10101	1.2%
急性虫垂炎，その他及び詳細不明	9737	1.1%

＜救急医療管理加算１の算定対象＞

①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　②意識障害又は昏睡　③呼吸不全又は心不全で重篤な状態　④急性薬物中毒　⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）　⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4)　⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態　⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4)　⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
※加算２の対象は、上記①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況②

〇令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち「その他の重症な状態」の患者おいて、入院3日以内に実施した処置及び手術で多いものは以下のとおり。

「その他の重症な状態」により救急医療管理加算２を算定する患者における
入院３日以内に多く実施されている処置及び手術
（「その他の重症な状態」の患者に多い傷病ごと）

	脳動脈の血栓症による脳梗塞			食物及び吐物による肺臓炎			尿路感染症，部位不明			穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患			急性尿細管間質性腎炎		
		件数	実施割合		件数	実施割合		件数	実施割合		件数	実施割合		件数	実施割合
1	酸素吸入（１日につき）	2881	8.3%	酸素吸入（１日につき）	15676	56.3%	留置カテーテル設置	4994	23.2%	輸血　２ 保存血液輸血	3234	15.1%	留置カテーテル設置	4591	22.4%
2	留置カテーテル設置	2657	7.6%	喀痰吸引	12737	45.7%	酸素吸入（１日につき）	4193	19.5%	酸素吸入	1353	6.3%	酸素吸入	3124	15.2%
3	喀痰吸引	1055	3.0%	留置カテーテル設置	4571	16.4%	導尿（尿道拡張）	2223	10.3%	小腸結腸内視鏡的止血術	1287	6.0%	導尿（尿道拡張）	1442	7.0%
4	導尿（尿道拡張）	563	1.6%	導尿（尿道拡張）	2545	9.1%	喀痰吸引	1991	9.2%	留置カテーテル設置	419	2.0%	喀痰吸引	1100	5.4%
5	高気圧酸素治療（１日につき）２ その他のもの	553	1.6%	摘便	900	3.2%	摘便	575	2.7%	人工腎臓 １ 慢性維持透析を行った場合１	206	1.0%	経尿道的尿管ステント留置術	632	3.1%
6	鼻腔栄養	528	1.5%	鼻腔栄養	788	2.8%	膀胱洗浄（１日につき）	418	1.9%	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 １ 長径２センチメートル未満	170	0.8%	膀胱洗浄	442	2.2%
7	人工腎臓（１日につき） １ 慢性維持透析を行った場合１	507	1.5%	超音波ネブライザ	663	2.4%	輸血　２ 保存血液輸血（200ｍＬごとに）	318	1.5%	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	169	0.8%	摘便	359	1.8%
8	摘便	292	0.8%	胃持続ドレナージ	457	1.6%	創傷処置（100平方センチメートル未満）	254	1.2%	導尿（尿道拡張）	89	0.4%	輸血　２ 保存血液輸血	261	1.3%
9	胃持続ドレナージ	203	0.6%	創傷処置（100平方センチメートル未満）	428	1.5%	鼻腔栄養	228	1.1%	喀痰吸引	85	0.4%	尿路ストーマカテーテル交換法	163	0.8%
10	創傷処置（100平方センチメートル未満）	188	0.5%	ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	406	1.5%	創傷処置（100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満）	218	1.0%	人工腎臓４ その他の場合	76	0.4%	人工腎臓 １ 慢性維持透析を行った場合１	157	0.8%

出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※新型コロナにより入院した患者を除く。

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
    13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
    13－2. 入退院支援について
    13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
    13－4. 救急医療管理加算について
    13－5. 短期滞在手術等基本料について
    13－6. データ提出加算について
    13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

短期滞在手術等基本料の概要

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

（共通の要件）

1　手術室を使用していること

2　術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること

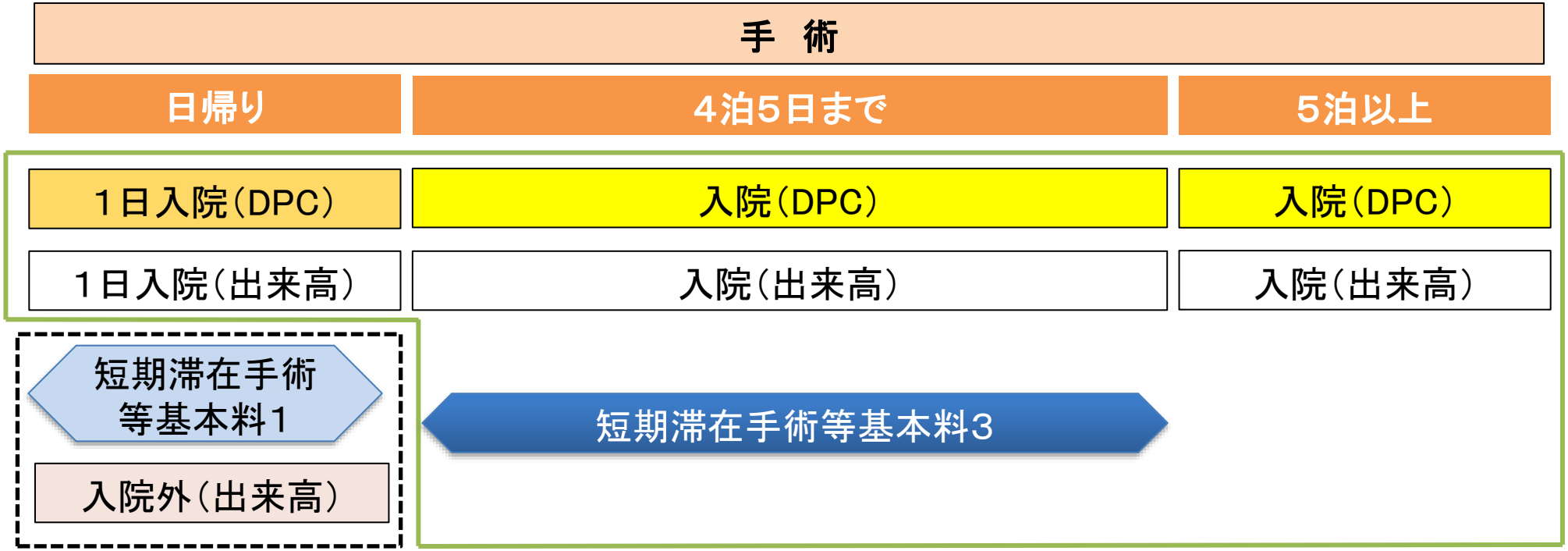
3　退院翌日に患者の状態を確認する等，十分なフォローアップを行うこと

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
届出	届出が必要	届出は不要
主な施設基準	・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること	・DPC対象病院又は診療所ではないこと
包括される検査等	・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）	・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料，薬材料，特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像（イメージ）

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



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

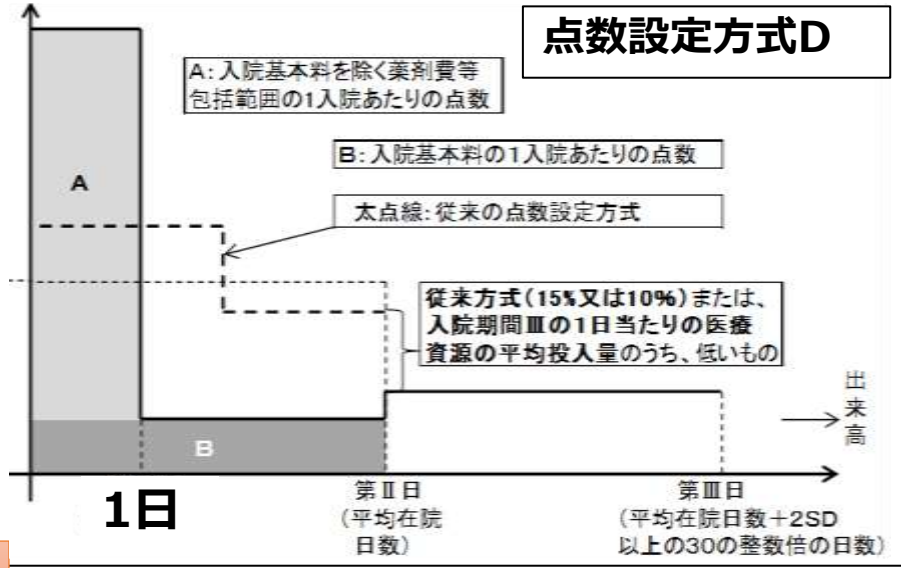
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC象病院以外（病院）	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外（診療所）	○	×

○：算定可能、×：算定不可

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

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



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

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

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

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

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

➢ 短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料１の対象とする（15項目→38項目）。

➢ 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料１の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料２の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

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

追加する手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

短期滞在手術等基本料1の対象手術等 （15項目（R2改定後） → 38項目（R4改定後））

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）
D291－2 小児食物アレルギー負荷検査
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 3 長径4センチメートル以上（6歳未満に限る。）
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満（6歳未満に限る。）
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 4 長径12センチメートル以上（6歳未満に限る。）
K008 腋臭症手術 1 皮弁法
K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術
K008 腋臭症手術 3 その他のもの
K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。）
K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K068 半月板切除術
K068－2 関節鏡下半月板切除術
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
K093 手根管開放手術
K093－2 関節鏡下手根管開放手術
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K508 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
K510 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K617－4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K823－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K834－3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
K841－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
K841－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

※ 短期滞在手術等基本料3の対象になっている手術は青字としている。 ※ 対象手術等は区分番号ごとに列挙している。

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

短期滞在手術等基本料3の対象手術等 （19項目（R2改定後） → 57項目（R4改定後））

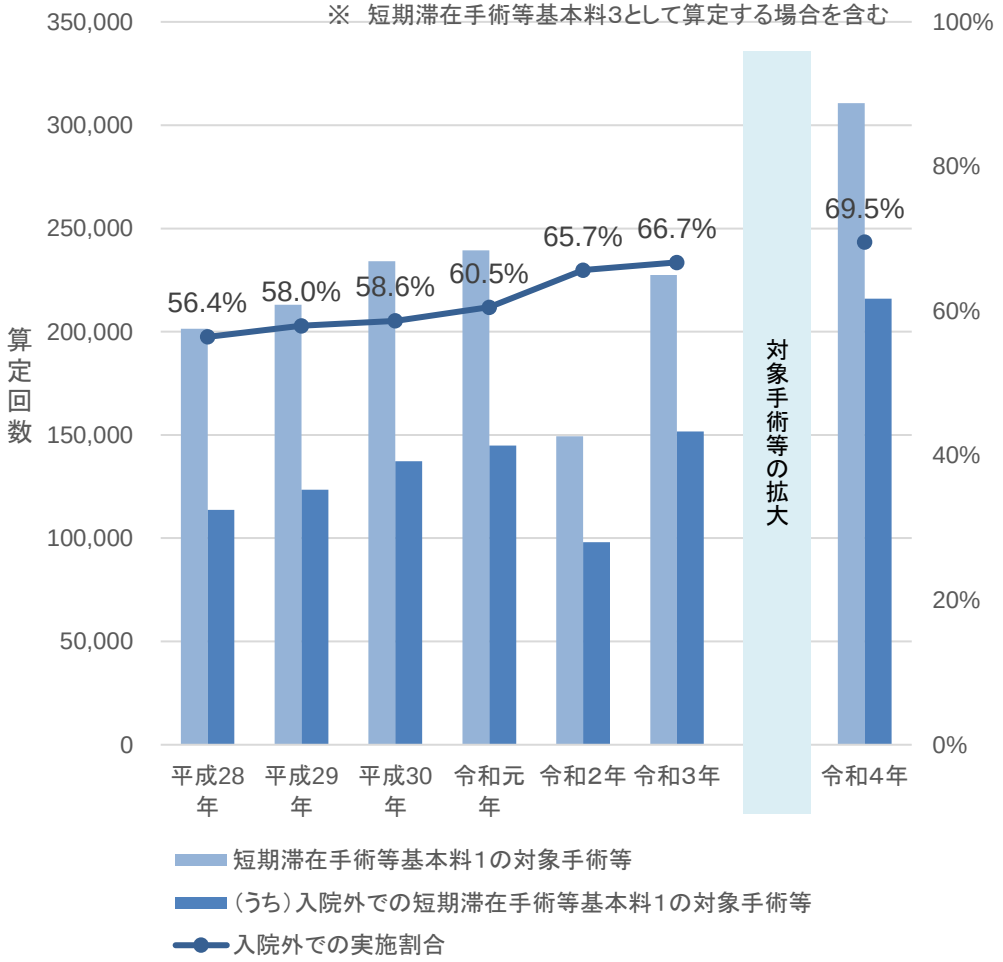
D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　ロ　その他のもの
D237－2　反復睡眠潜時試験（MSLT）
D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（GH）（一連として）
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査
D413　前立腺針生検法　2　その他のもの
K007－2　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足（手に限る。）
K046　骨折観血的手術　2　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　3　前腕、下腿（前腕に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K070　ガングリオン摘出術　1　手、足、指（手、足）（手に限る。）
K093－2　関節鏡下手根管開放手術
K196－2　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの
K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法
K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法
K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの
K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K242　斜視手術　2　後転法
K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施
K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）、（両側）
K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合（片側）、（両側）
K318　鼓膜形成手術
K333　鼻骨骨折整復固定術
K389　喉頭・声帯ポリープ切除術　2　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径5センチメートル未満
K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径5センチメートル以上
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　1の実施後3月以内に実施する患者
K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術
K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法（一連として）
K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術
K617－2　大伏在静脈抜去術
K617－4　下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6　下肢静脈瘤血管内塞栓術
K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）、（3歳以上6歳未満に限る。）、（6歳以上15歳未満に限る。）、（15歳以上に限る。）
K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）、（3歳以上6歳未満に限る。）、（6歳以上15歳未満に限る。）、（15歳以上に限る。）
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径2センチメートル未満
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径2センチメートル以上
K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法(四段階注射法によるもの)
K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
K823－6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K834－3　顕微鏡下精索静脈瘤手術
K867　子宮頸部(腟部)切除術
K872－3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　1　電解質溶液利用のもの
K872－3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　2　その他のもの
K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　1　電解質溶液利用のもの
K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　2　その他のもの
K890－3　腹腔鏡下卵管形成術
M001－2　ガンマナイフによる定位放射線治療

※　短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術は赤字としている。　※　対象手術等は区分番号ごとに列挙している。

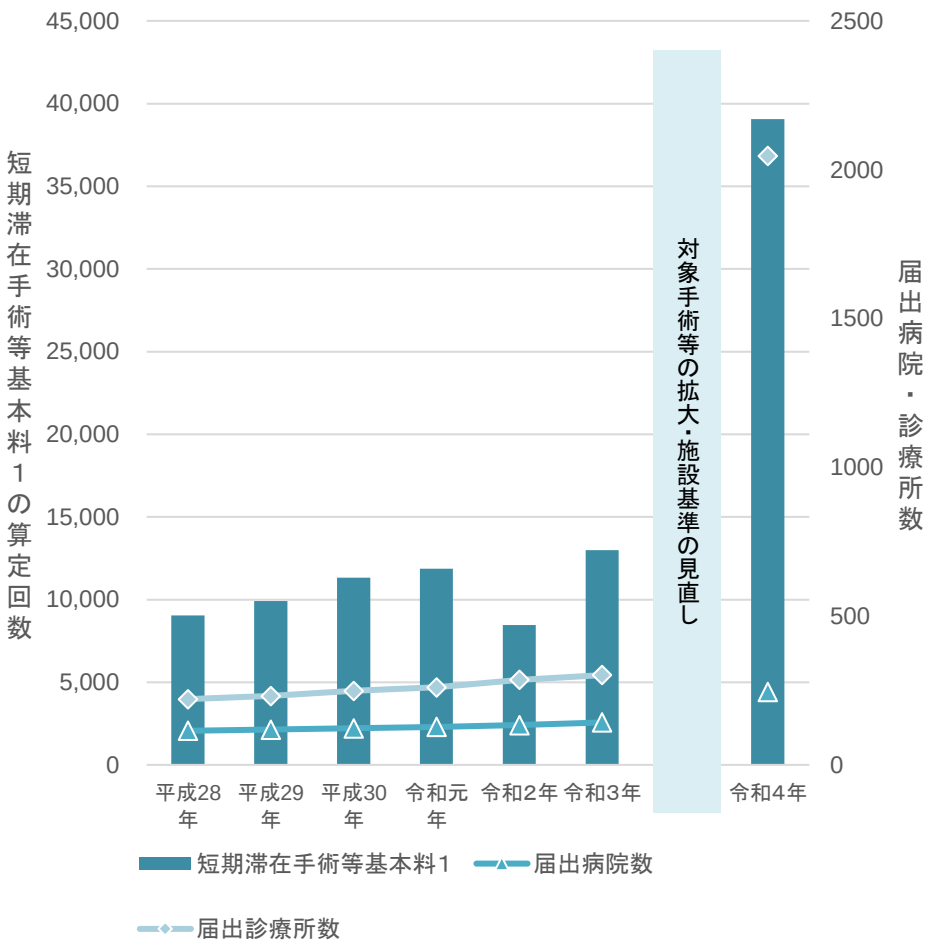
短期滞在手術等基本料１の年次推移

○　短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
○　短期滞在手術等基本料1の算定回数及び届出病院・診療所数は、いずれも令和4年度改定を経て増加している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の算定実績



短期滞在手術等基本料1の算定実績



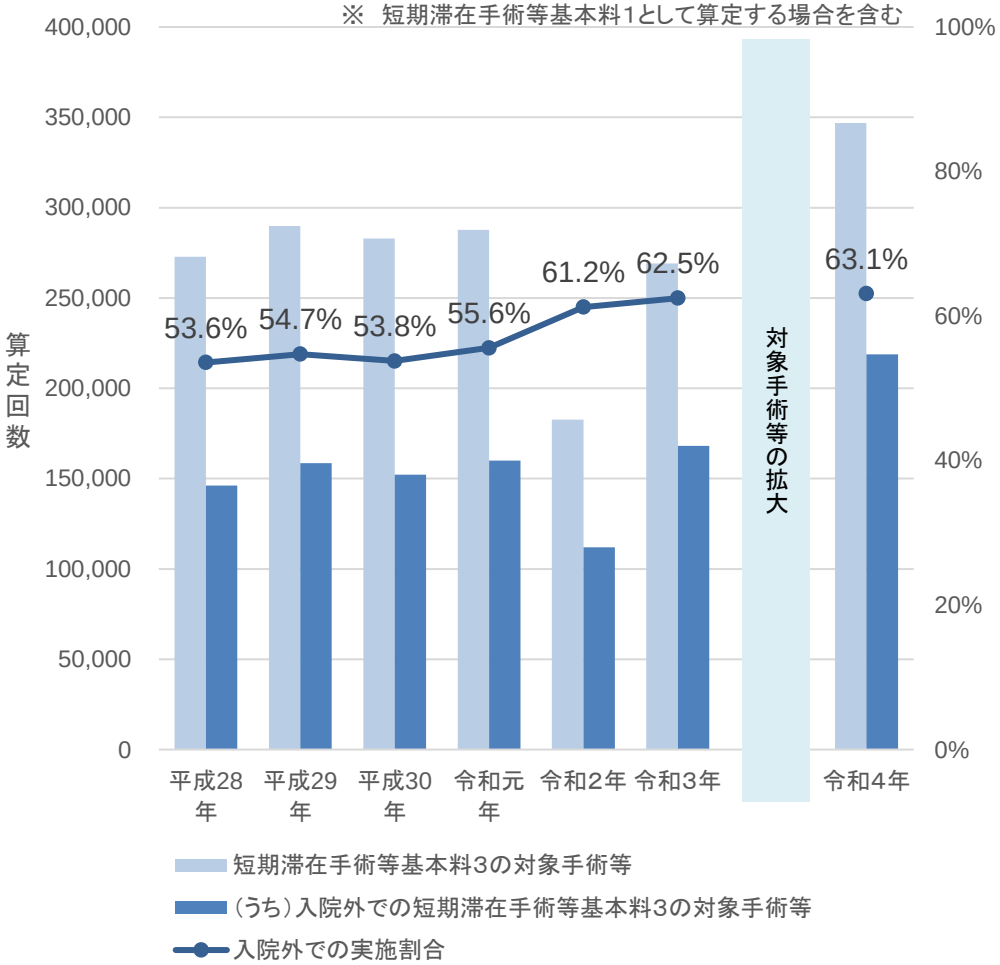
出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計　各年6月審査分　（届出医療機関数）保険局医療課調べ　各年7月1日時点

短期滞在手術等基本料３の年次推移

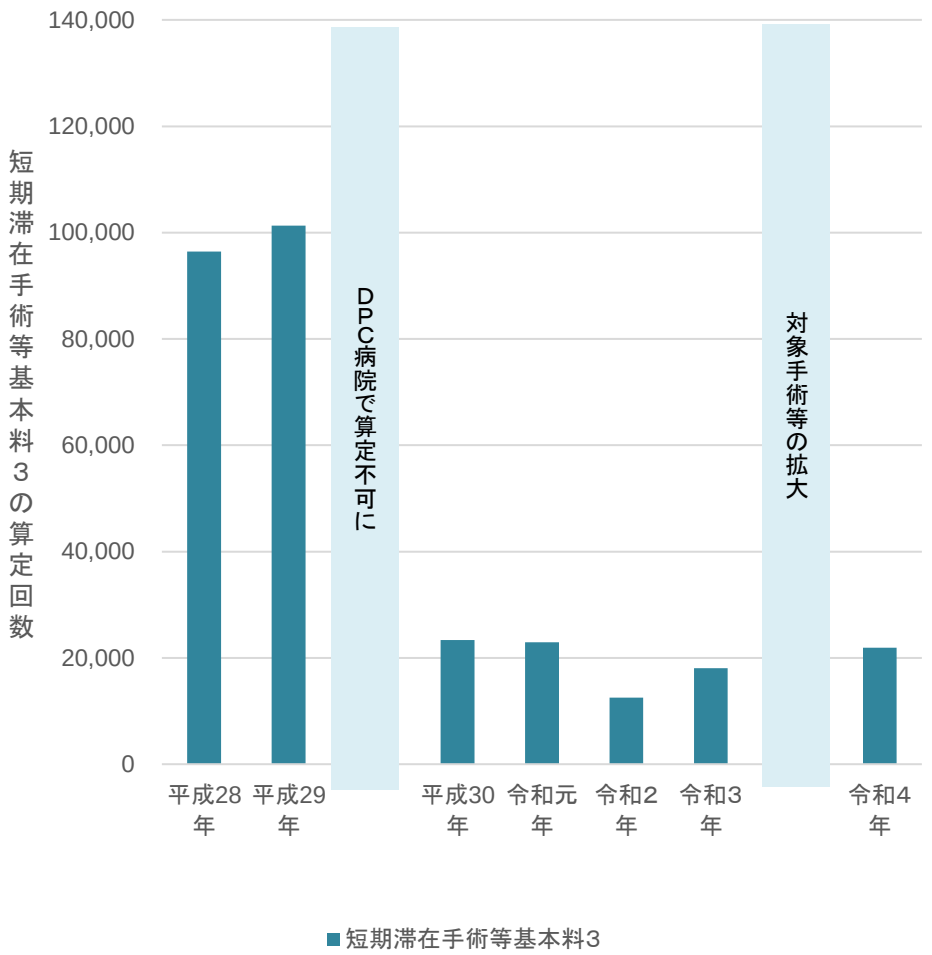
○ 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
○ 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定実績

※ 短期滞在手術等基本料1として算定する場合を含む



短期滞在手術等基本料3の算定実績



出典：社会医療診療行為別統計　各年6月審査分

令和５年度特別調査について①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の実施について（令和5年6月21日中医協総会了承）

1．概要

○　令和6年度診療報酬改定に向け、DPC/PDPSについては、令和4年度特別調査の結果等も踏まえ、令和5年度特別調査の実施に向けた調査設計等を行うこととされている（令和5年5月10日中医協総会了承）。

○　令和5年度特別調査の具体的な調査内容等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2．背景・目的

（1）適切なコーディングについて

○　機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数においては、適切なコーディングを評価する観点から、様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」のICDコードとして、「部位不明・詳細不明コード」（※1）を使用した割合について評価を行っている。

※1　部位や病態等を確認することにより、他のコードに分類される可能性が高いICDコードのうち一部を、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料において指定している。

○　現在は10%以上を減点対象としており、ほとんどの病院で基準値を下回っている一方で、令和5年度において減点対象となっている病院も23病院存在する。

○　適切なコーディングはDPC/PDPSの安定的な運用の前提であり、令和4年度特別調査を踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要であると考えられたことから、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高い理由や背景を把握するため、特別調査を実施することとする。

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

○　DPC/PDPSにおいては、短期滞在手術等基本料3の対象手術等（以下、「短在3対象手術等」という。）は、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。

○　短在3対象手術等には、全国での外来実施割合が高い短期滞在手術等基本料1の対象手術等（以下、「短在1対象手術等」という。）も含まれるが、そのうち、DPC対象病院における外来実施割合が低い手術等も存在する。

○　令和4年度特別調査において、外来で診療可能な症例を入院で診療している等の意見もみられたこと等も踏まえ、DPC/PDPSにおける短期滞在手術等の評価のあり方を検討するにあたり、入院/入院外での実施状況等を把握するため特別調査を実施することとする。

令和５年度特別調査の結果について（２）①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

＜入院外で実施する場合の設備・体制＞

○ 患者数に比して、外来や日帰りで対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
○ 外来看護師等のスタッフが不足している。
○ 術後の夜間等に緊急で対応する体制が整っていない。

＜短期滞在手術等を実施する症例の特徴＞

○ 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
○ 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
○ 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
○ 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

＜入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準＞

○ 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
○ 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
○ 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
○ 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

● 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。

● 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の1日入院での実施割合

○　短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院症例のうち、1日入院（同一の日に入院及び退院した場合（※））の割合は、DPC対象病院で4.5%、出来高病院では10.8%であった。
（※）　短期滞在手術等基本料1を算定する場合は含まれない。

	DPC対象病院	出来高病院
短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した入院数	763,658	246,528
うち、短在1対象手術等を実施した1日入院数 （割合）	34,354 （4.5%）	26,711 （10.8%）

出典：令和4年度DPCデータ

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の在院日数別の実施割合

○　短期滞在手術等基本料1の主な対象手術等について、入院から5日以内に当該手術等を実施した入院症例に占める1日入院、1泊2日入院、2泊以上入院の割合はそれぞれ以下のとおりであった。
○　手術等によりバラツキはあるものの、1日入院で実施される症例が一定程度存在する。

対象手術等	DPC対象病院				出来高病院			
	5日以内の入院症例数	割合			5日以内の入院症例数	割合		
		1日	1泊2日	2泊以上		1日	1泊2日	2泊以上
水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの	309,512	6.6%	41.2%	52.1%	91,468	15.5%	48.7%	35.8%
乳腺腫瘍摘出術　長径5センチメートル未満	2,995	1.0%	21.3%	77.7%	319	8.5%	49.8%	41.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	21,226	19.3%	53.4%	27.4%	7,893	33.1%	51.1%	15.8%
下肢静脈瘤手術　抜去切除術	1,297	3.0%	36.4%	60.6%	389	19.8%	42.2%	38.0%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル未満	224,012	0.9%	67.8%	31.3%	81,111	3.6%	74.7%	21.7%
痔核手術（脱肛を含む。）　硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,350	17.2%	56.3%	26.4%	2,137	14.8%	60.9%	24.3%

出典：令和4年度DPCデータ

短期滞在手術等基本料３の算定回数・平均在院日数の状況①

○　令和4年度改定以前より短期滞在手術等基本料3の対象となっていた手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
○　多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定以前より対象となっていたものに限る。）

手術等名称	令和2年度 短期滞在手術等基本料3		令和4年度 短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
小児食物アレルギー負荷検査	3,187	1.04	2,727	1.10
前立腺針生検法　その他のもの	8,171	2.51	9,550	2.43
関節鏡下手根管開放手術	975	3.19	1,035	3.69
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	107	2.01	108	2.02
水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの（片側）	77,058	2.60	83,975	2.47
水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの（両側）	5,765	4.92	7,493	4.76
乳腺腫瘍摘出術　長径5センチメートル未満	400	3.21	319	2.88
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	8,115	2.75	7,893	2.76
経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回の実施後3月以内に実施する場合	1,535	3.21	1,602	3.05
下肢静脈瘤手術　抜去切除術	580	3.06	389	2.99
下肢静脈瘤手術　硬化療法	153	2.14	139	1.34
下肢静脈瘤手術　高位結紮術	162	1.89	180	1.89
ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）（3歳未満）	125	3.00	59	2.49
ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）（3歳以上6歳未満）	62	2.24	40	2.20
ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）（6歳以上15歳未満）	64	2.50	40	2.60
ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）（15歳以上）	9,266	5.60	9,245	5.42
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満）	27	2.74	30	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満）	45	2.64	44	2.77
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満）	27	2.81	21	2.24
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上）	5,619	4.97	7,418	4.76
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル未満	79,045	2.44	81,111	2.40
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル以上	5,839	3.21	6,115	3.11
痔核手術（脱肛を含む。）　硬化療法（四段階注射法によるもの）	2,119	2.38	2,137	2.31
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	4,897	2.28	3,892	2.16
子宮頸部（腟部）切除術	1,181	3.02	1,027	3.05
ガンマナイフによる定位放射線治療	1,521	3.19	1,561	3.47

出典：DPCデータ（各年度1年分）　※　短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。　※　平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料３の算定回数・平均在院日数の状況②

○　令和4年度改定より新たに短期滞在手術等基本料3の対象となった手術等について、令和2年度及び令和4年度における算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
○　多くの手術等について、令和2年度と比較して、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定より対象となったものに限る。） その1

手術等名称	令和2年度 出来高算定（DPC対象病院を除く）		令和4年度 短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
終夜睡眠ポリグラフィー　1及び2以外の場合　安全精度管理下で行うもの	345	2.14	724	2.09
終夜睡眠ポリグラフィー　1及び2以外の場合　その他のもの	11,478	2.38	10,703	2.07
反復睡眠潜時試験（MSLT）	227	2.03	213	2.08
内分泌負荷試験　下垂体前葉負荷試験　成長ホルモン（GH）（一連につき）	394	3.09	180	2.51
経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	585	3.20	729	3.02
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）	319	3.41	263	3.26
骨折観血的手術（手舟状骨）	291	3.74	250	4.49
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	4,734	4.34	3,680	3.57
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（鎖骨）	1,835	4.28	1,350	3.69
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（手）	331	3.43	255	2.93
ガングリオン摘出術（手）	178	3.61	131	2.78
涙管チューブ挿入術　涙道内視鏡を用いるもの	191	2.13	314	2.08
眼瞼内反症手術　皮膚切開法	391	2.52	315	2.27
眼瞼下垂症手術　眼瞼挙筋前転法	1,437	2.95	1,485	2.59
眼瞼下垂症手術　その他のもの	768	2.67	884	2.33
翼状片手術　弁の移植を要するもの	771	2.93	948	2.84
斜視手術　後転法	533	3.53	467	2.80
斜視手術　前転法及び後転法の併施	504	2.83	581	2.61
治療的角膜切除術　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	106	3.78	146	3.60
緑内障手術　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	539	2.62	1,017	2.15
水晶体再建術　眼内レンズを挿入しない場合　その他のもの（片側）	177	2.99	163	2.99
水晶体再建術　眼内レンズを挿入しない場合　その他のもの（両側）	3	15.33	1	6.00

出典：DPCデータ（各年度1年分）

※　短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
※　平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料３の算定回数・平均在院日数の状況③

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（令和4年度改定より対象となったものに限る。） その2

手術等名称	令和2年度 出来高算定（DPC対象病院を除く）		令和4年度 短期滞在手術等基本料3	
	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
鼓膜形成手術	110	3.01	65	2.92
鼻骨骨折整復固定術	127	3.86	136	2.95
喉頭・声帯ポリープ切除術　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	326	3.72	101	5.50
乳腺腫瘍摘出術　長径5センチメートル以上	253	4.75	199	3.69
大伏在静脈抜去術	339	4.38	279	2.37
下肢静脈瘤血管内焼灼術	3,056	2.22	1,743	2.09
下肢静脈瘤血管内塞栓術	270	1.77	663	1.46
肛門ポリープ切除術	218	3.61	269	2.81
肛門尖圭コンジローム切除術	216	1.92	161	2.14
尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	191	2.38	212	2.11
顕微鏡下精索静脈瘤手術	140	2.05	73	2.00
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　電解質溶液利用のもの	400	2.81	559	2.43
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　その他のもの	834	2.51	701	2.37
子宮鏡下子宮筋腫摘出術　電解質溶液利用のもの	373	2.90	408	2.84
子宮鏡下子宮筋腫摘出術　その他のもの	316	2.79	283	2.51
腹腔鏡下卵管形成術	115	4.32	92	4.14

出典：DPCデータ（各年度1年分）

※　短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。
※　平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

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
    13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
    13－2. 入退院支援について
    13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
    13－4. 救急医療管理加算について
    13－5. 短期滞在手術等基本料について
    13－6. データ提出加算について
    13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3
　イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
　ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4
　イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
　ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算（施設基準を満たす場合） 40点

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

データ提出加算1・3：　「入院データ」のみ提出
データ提出加算2・4：　「入院データ」＋「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

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

ただし、特定入院料（区分番号「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算１又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

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

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

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

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

データ提出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床以上のものにあっては**令和５年３月31日まで**の経過措置を設ける。

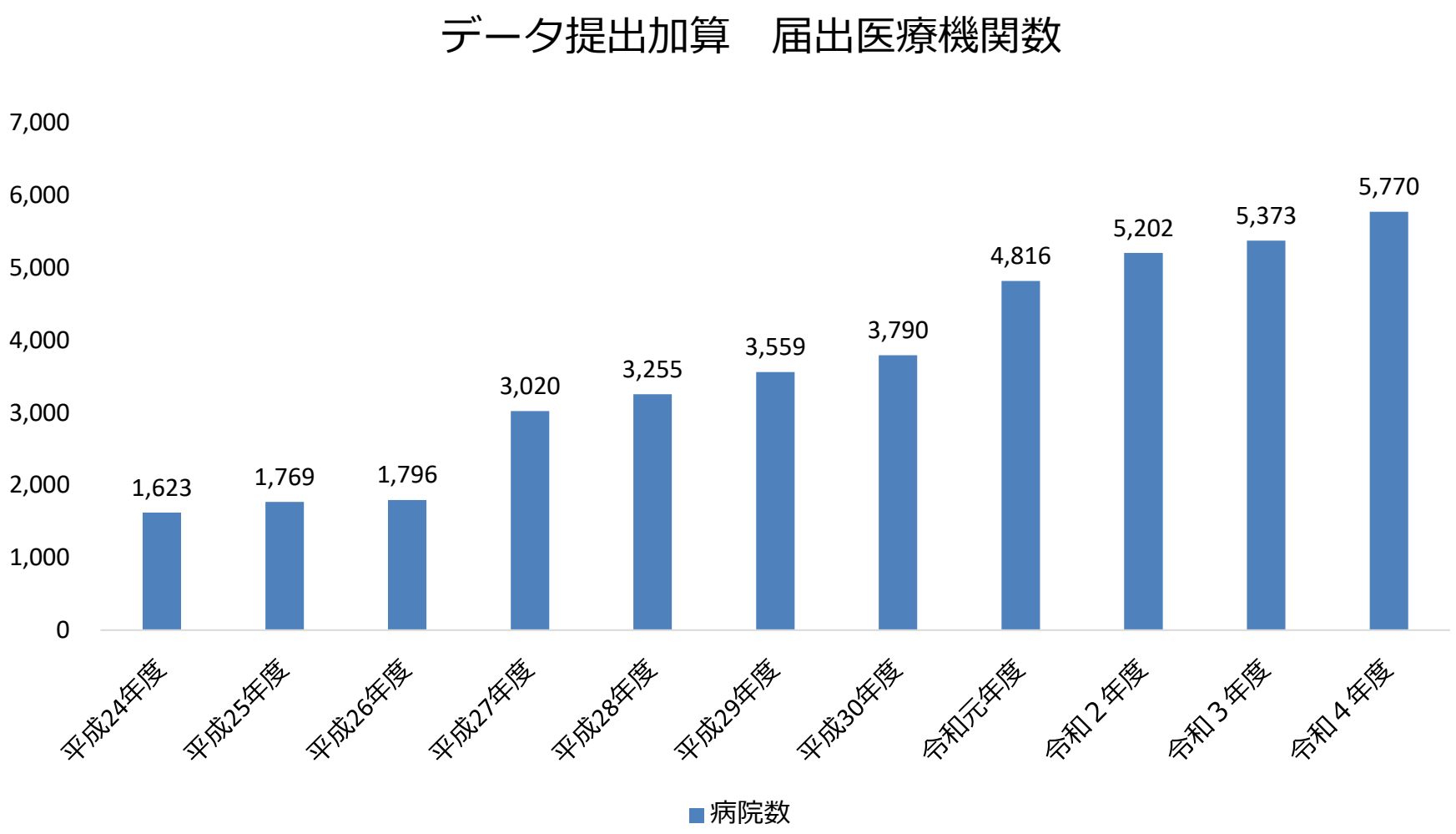
② 令和４年３月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあっては**令和６年３月31日まで**の経過措置を設ける。

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って、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。

データ提出加算の届出医療機関数の推移

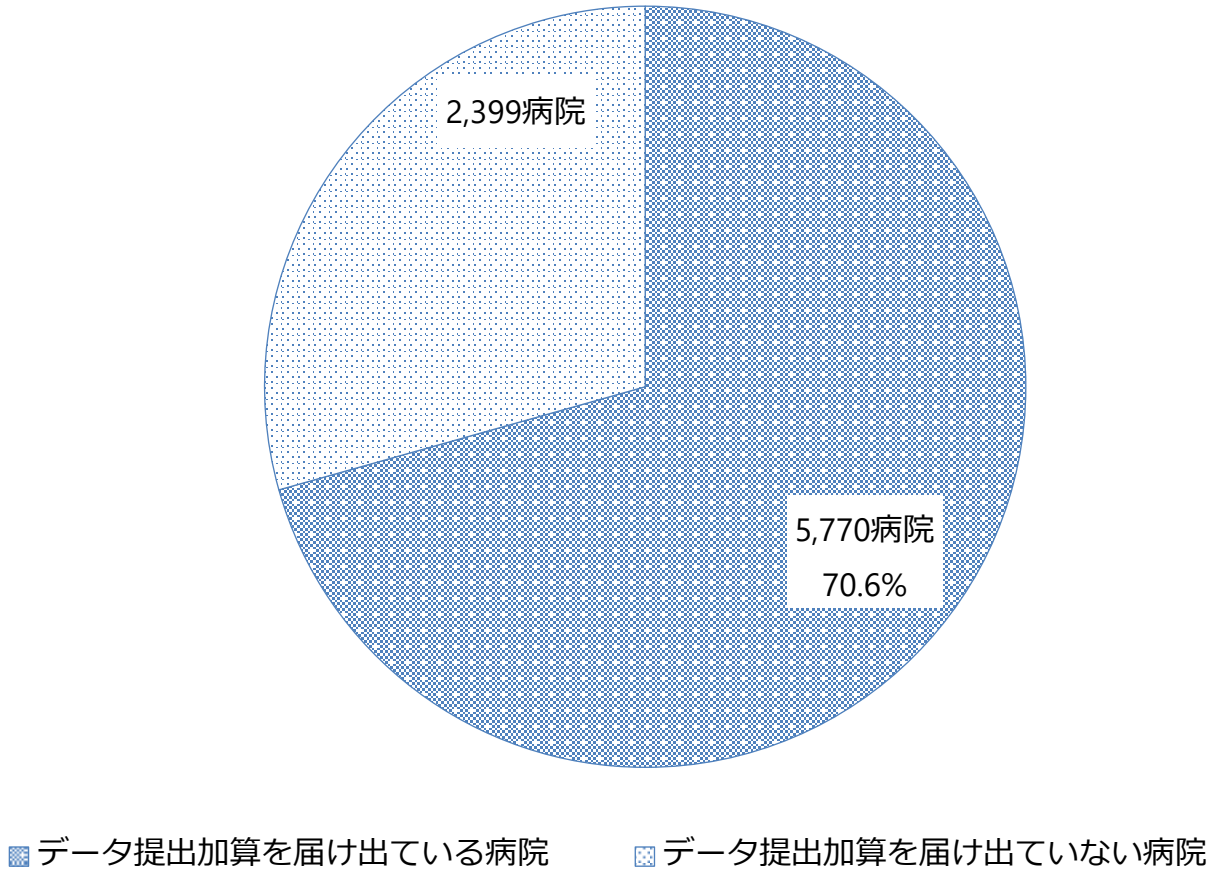
○　データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。



出典：保険局医療課調べ　各年7月1日時点

データ提出加算の届出医療機関の割合

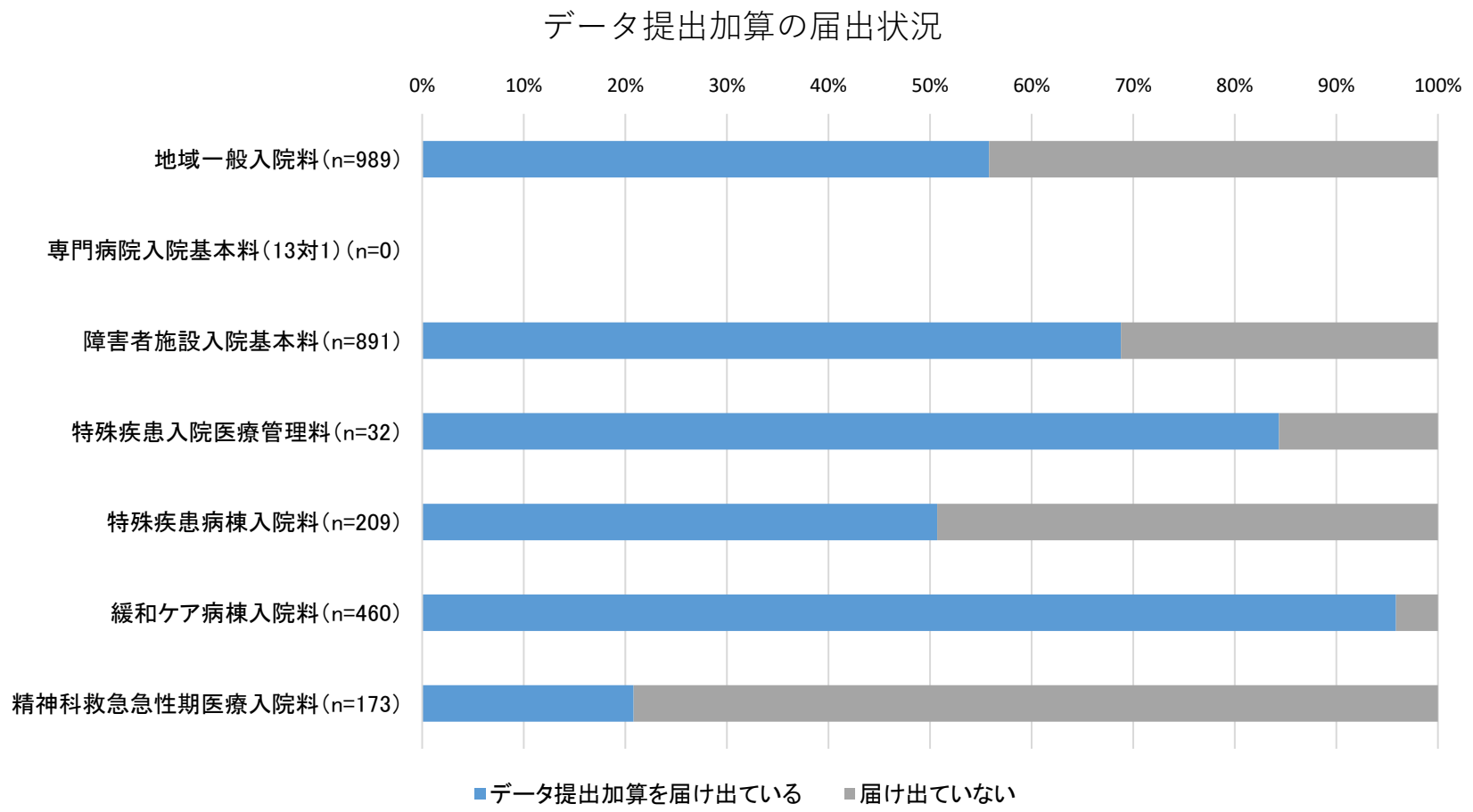
○　令和４年７月時点のデータで比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届け出ている病院の割合は、70.6%であった。（令和２年７月時点は63.0%）



出典：保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

○　令和４年度診療報酬改定で新たにデータ提出加算の届出が要件となった各入院料の届出をしている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。



出典：保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

➢　データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行（要件となる入院料）	
1　データ提出加算1　（入院中1回）	
イ　200床以上の病院の場合	120点
ロ　200床未満の病院の場合	170点
2　データ提出加算2　（入院中1回）	
イ　200床以上の病院の場合	130点
ロ　200床未満の病院の場合	180点

改定後（要件となる入院料）	
1　データ提出加算1　（入院中1回）	
イ　許可病床200床以上の病院の場合	150点
ロ　許可病床200床未満の病院の場合	200点
2　データ提出加算2　（入院中1回）	
イ　許可病床200床以上の病院の場合	160点
ロ　許可病床200床未満の病院の場合	210点

［経過措置］

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

➢　作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

（新）　提出データ評価加算　　20点

［施設基準］

- データ提出加算2の届け出を行っていること。
- DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名（レセプト電算処理用コード：0000999）の割合が全て1割未満であること。
- データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

➢ 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関（入院及び外来データを提出する場合に限る）において算定可能とする。

現行	改定後
提出データ評価加算　20点 ［算定要件］ イ　データ提出加算2を算定する医療機関であること ロ　未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。	提出データ評価加算　**40点** ［算定要件］ イ　データ提出加算**2ロ**を算定する病院であること ロ　未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて**2%未満**、診療報酬明細書において**10%未満**であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

➢ 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

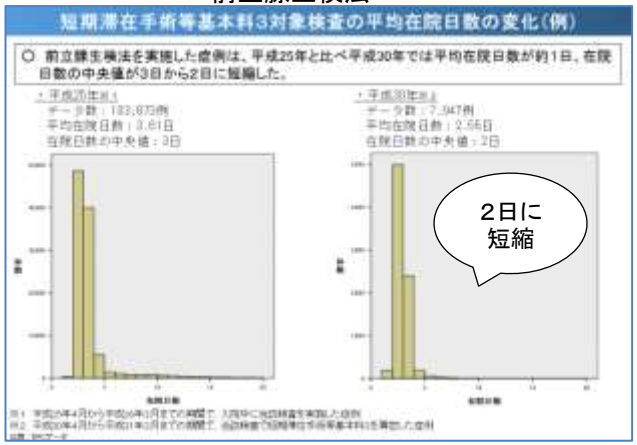
D237 終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

➢ 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

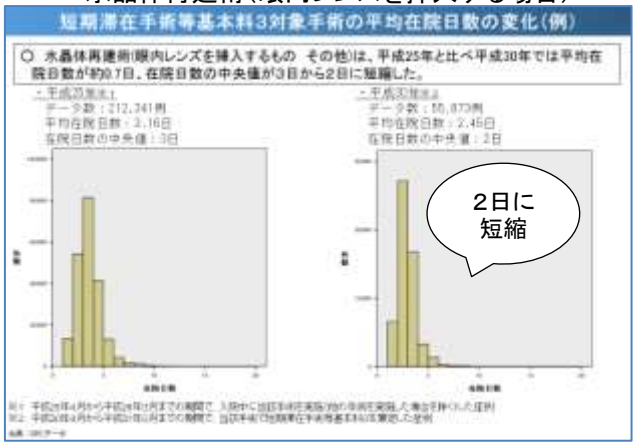
現行（例）	改定後（例）
D413 前立腺生検法 11,736点	D413 前立腺生検法 **10,309点**
K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの 22,411点	K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの **19,873点**

（平均在院日数の検討例）

前立腺生検法



水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）



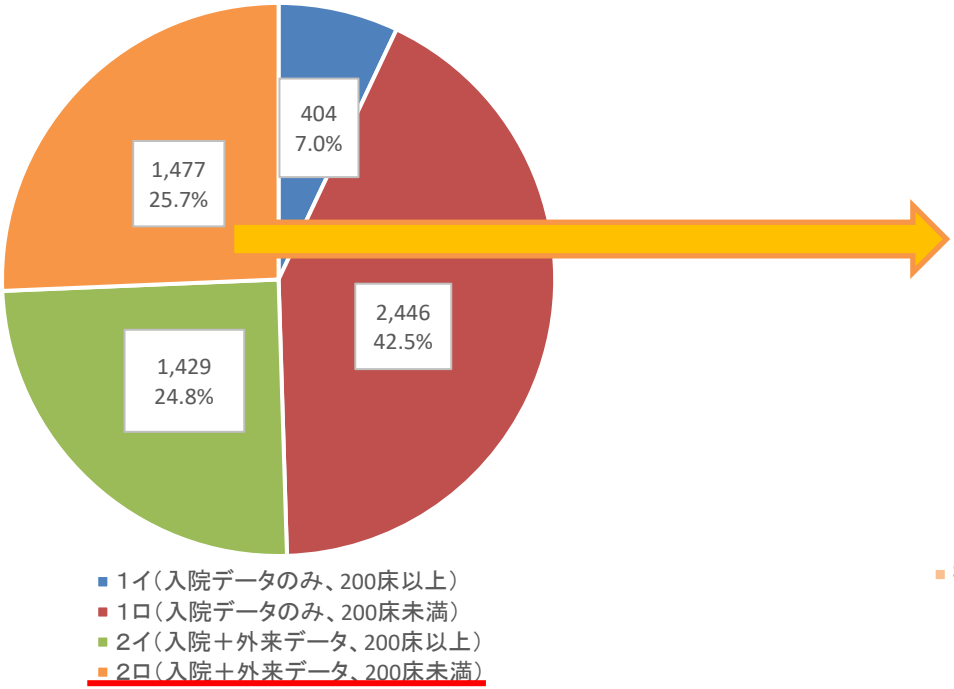
➢ 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載（選択式）することとする。

提出データ評価加算の算定状況

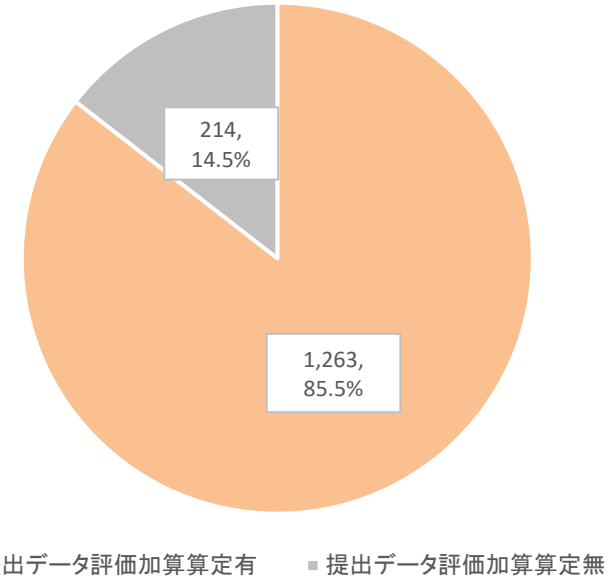
○　令和5年3月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、提出データ評価加算の算定が可能なデータ提出加算2ロを算定する医療機関は1,477施設（25.7%）であった。

○　提出データ評価加算を算定する医療機関は1,263施設であり、データ提出加算2ロを算定する医療機関の85.5%を占めている。

データ提出加算の算定種別施設数（n=5,756）



データ提出加算2ロの算定施設数（n=1,477）

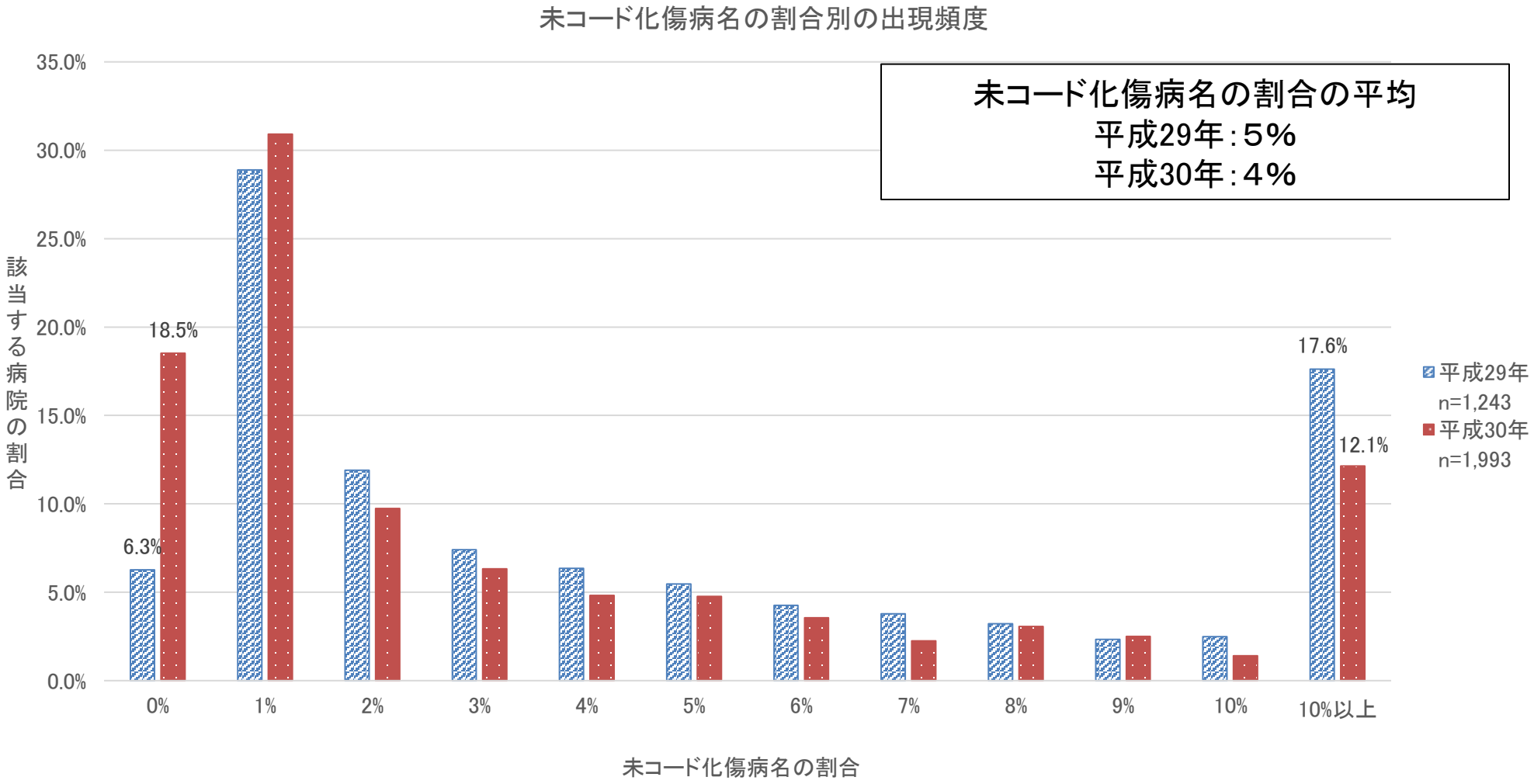


出典：令和5年3月DPCデータ

未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

○　医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。

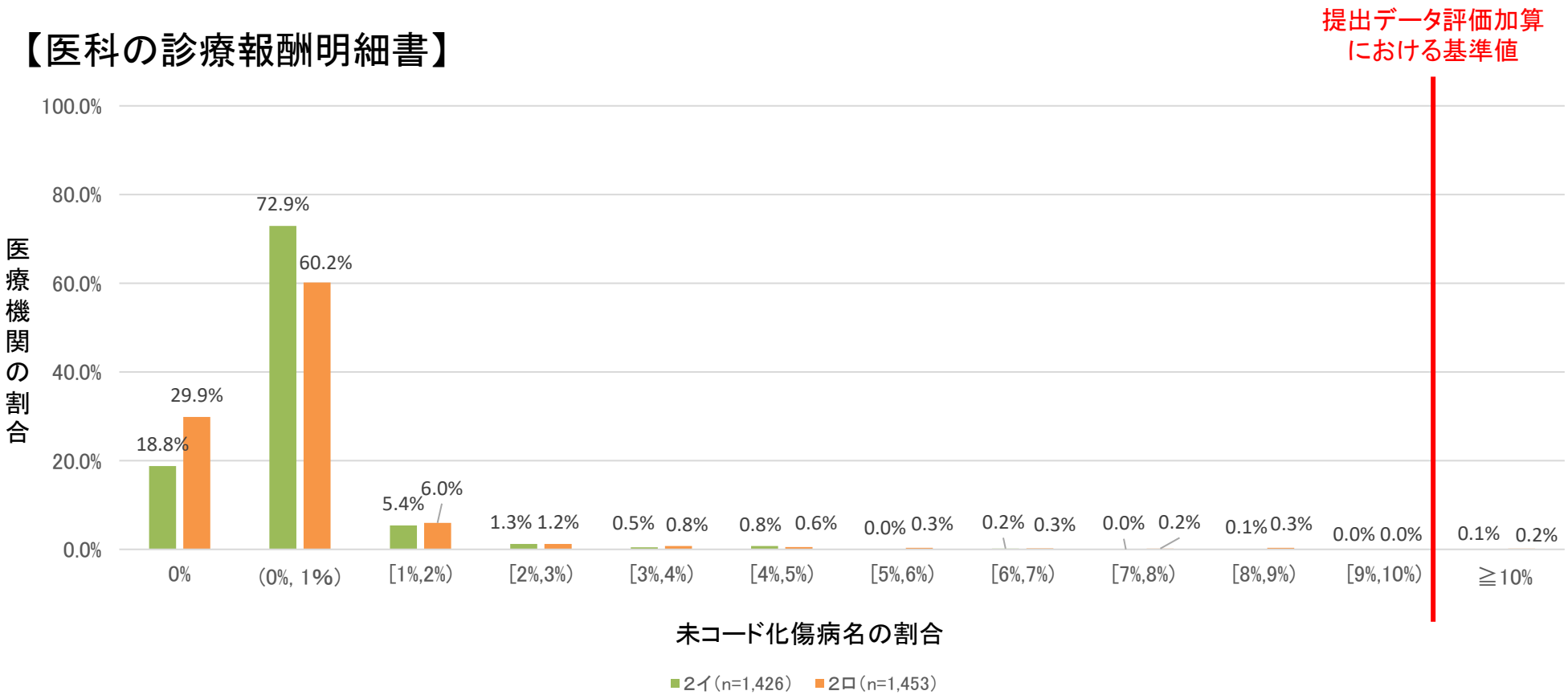
○　提出データ評価加算の基準（1割未満）を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。



出典：NDB（各年12月時点）
※データ提出加算２を算定する病院に限る

未コード化傷病名の割合（医科診療報酬明細書）

○　令和5年3月時点で、データ提出加算2イ、2ロを算定する医療機関のそれぞれ99.9%、99.8%が、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合に係る基準（10%未満）を満たしていた。

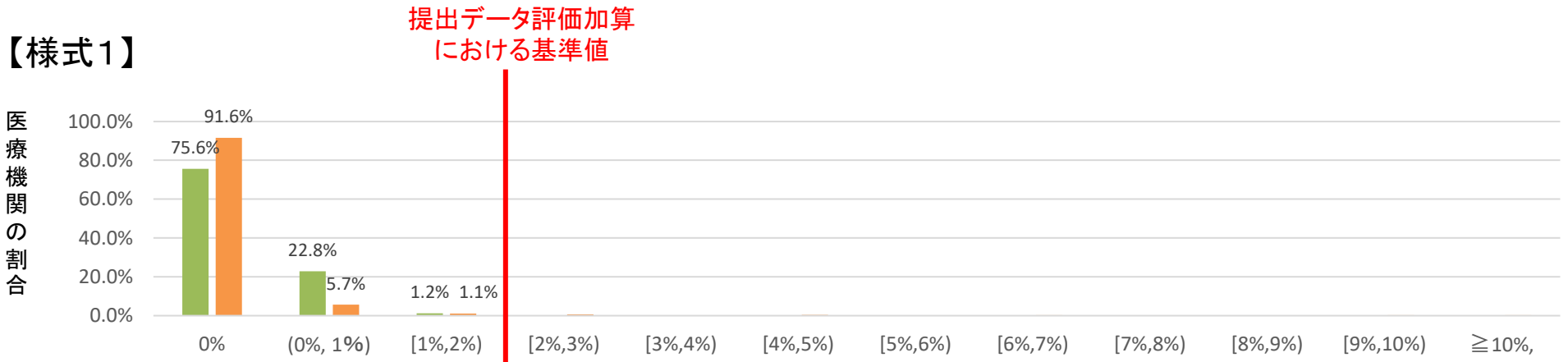


出典：令和5年3月NDBデータ

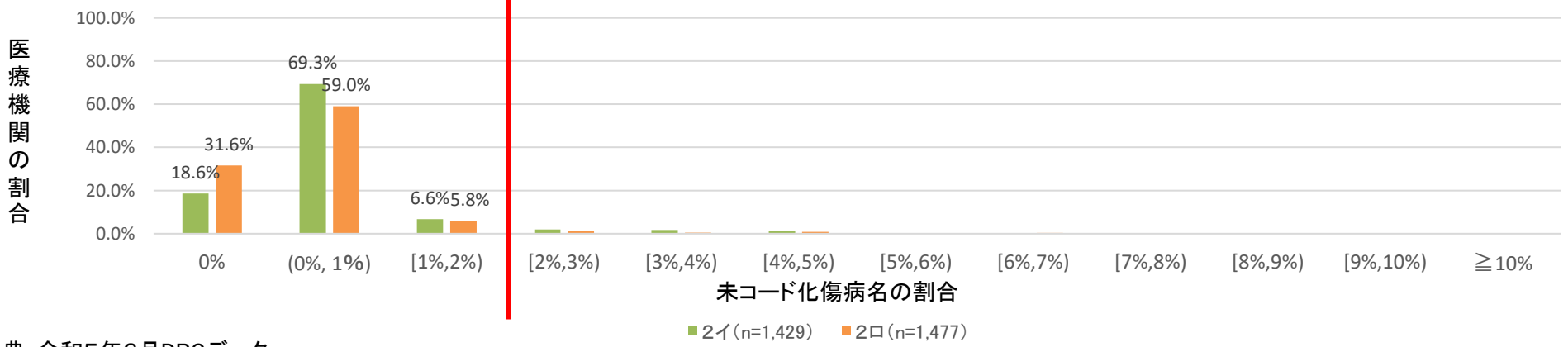
未コード化傷病名の割合（様式１、外来EFファイル）

○　令和５年３月時点で、データ提出加算２イ、２ロを算定する医療機関のそれぞれ99.6%、98.4%が、様式１における未コード化傷病名の割合に係る基準（２%未満）を満たしていた。
○　また、令和５年３月時点で、データ提出加算２イ、２ロを算定する医療機関のそれぞれ94.5%、96.4%が、外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準（２%未満）を満たしていた。

【様式１】



【外来EFファイル】



出典：令和５年３月DPCデータ

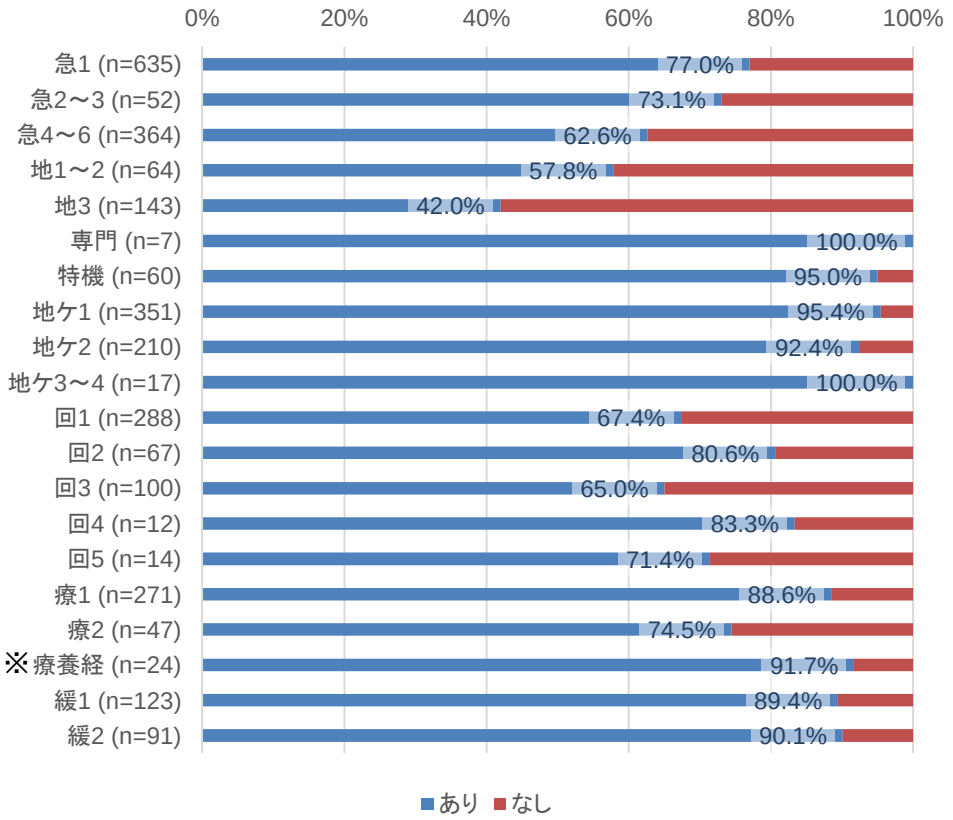
0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. 横断的個別事項について
    13－1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について
    13－2. 入退院支援について
    13－3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について
    13－4. 救急医療管理加算について
    13－5. 短期滞在手術等基本料について
    13－6. データ提出加算について
    13－7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

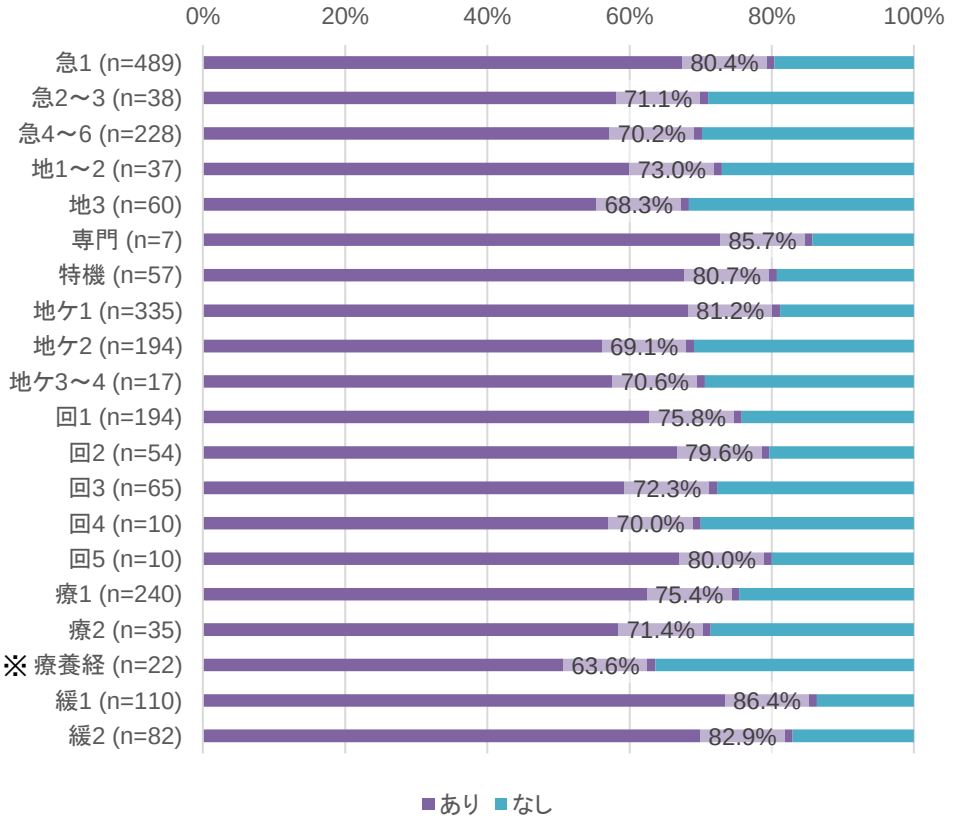
○「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料１の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を作成している割合がその他の医療機関と比較して低かった。

○ 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



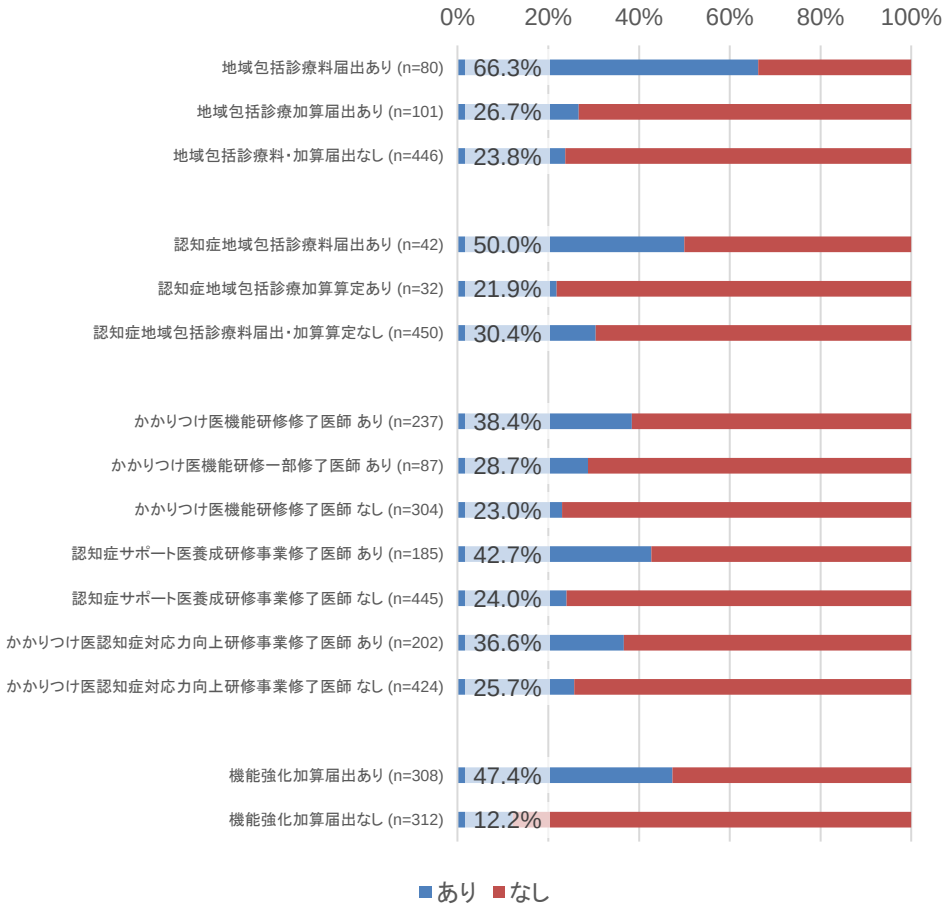
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票）

※療養病棟入院基本料（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

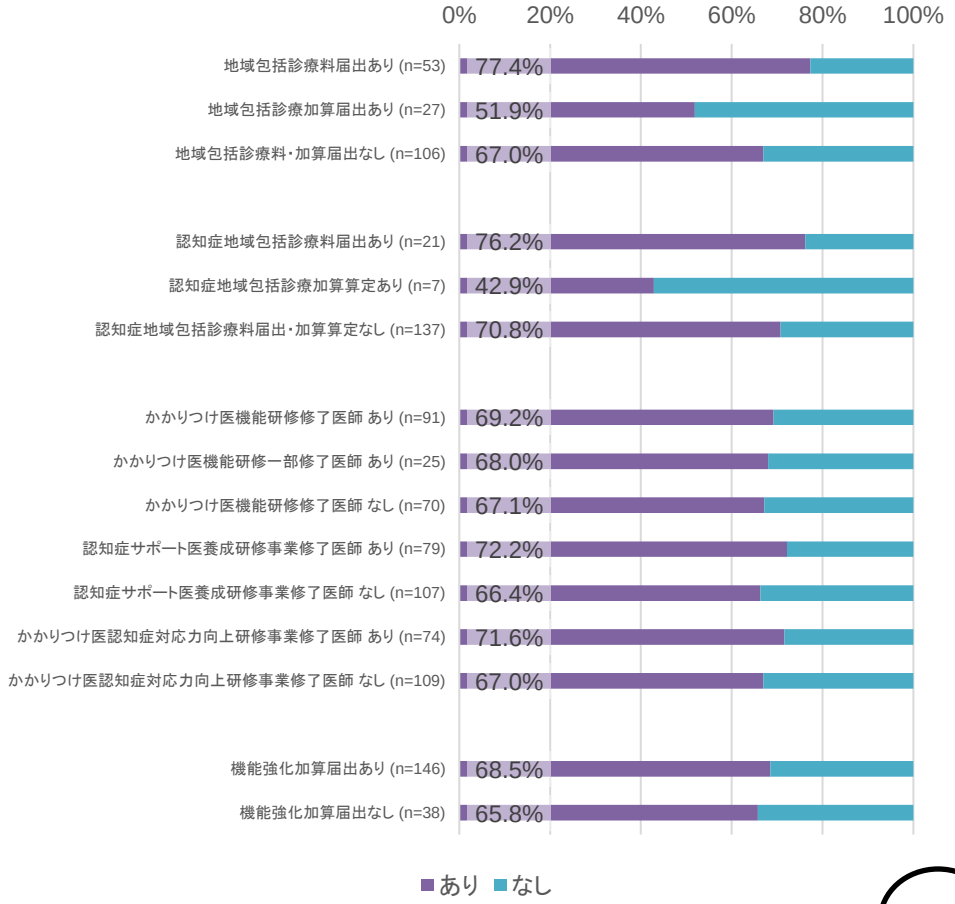
適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

○「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を作成している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

中医協　総－５－１ ５．１０．２７	中医協　診－１－１ ５．１０．２７	診調組　入－１ ５．１０．１２

看護職員処遇改善評価料の実績報告について

令和5年10月12日（木）

看護職員処遇改善評価料の新設①

➢ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和４年10月以降収入を３%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

（新）　看護職員処遇改善評価料１　１点　（１日につき）
看護職員処遇改善評価料２　２点
↓
看護職員処遇改善評価料165　340点

［算定要件］
・**看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき**施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

［施設基準の概要］
（１）次のいずれかに該当すること。
イ　**救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
ロ　**救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置**していること。

（２）（１）のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度１年間（新規届出の場合は、前年度１年間（※１））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する６か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。

（３）当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表１に定めるコメディカルである職員も加えることができる**。

（４）（３）について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

（５）（３）賃金改善の合計額の**3分の２以上（※２）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図る**こと。

※１　令和４年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和２年度における実績とする。
※２「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和４年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

看護職員処遇改善評価料の新設②

（６）次の式により算出した数【Ａ】に基づき、別表２に従い該当する区分を届け出ること。

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数×12,000円×1.165）}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数×10円}}$$

（７）（６）について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【Ａ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表３のとおりとする（新規届出時は、直近の別表３の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いる）。また、**毎年３、６、９、12月に上記の算定式により新たに算出**を行い、区分に変更がある場合は届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる３か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【Ａ】のいずれの変化も**１割以内である場合においては、区分の変更を行わない**ものとすること。

（８）**「賃金改善計画書」**を毎年４月に作成し、毎年７月において、地方厚生局長等に提出すること。

（９）毎年７月において、前年度における取組状況を評価するため、**「賃金改善実績報告書」**を作成し、地方厚生局長等に報告すること。

【別表１】看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル

視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種

【別表３】算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【Ａ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
３月	前年12月～２月	４月
６月	３～５月	７月
９月	６～８月	10月
12月	９～11月	翌年１月

【別表２】看護職員処遇改善評価料の区分

【Ａ】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料１	１点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料２	２点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料３	３点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料４	４点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料５	５点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料６	６点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

費用の継続的な見える化について

令和4年12月2日
公的価格評価検討委員会

１．基本的な考え方

○　本委員会の「中間整理」で整理したとおり、処遇改善を行うに当たっては、医療や介護、保育・幼児教育などの各分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要。

○　しかしながら、見える化に関する取組状況は分野ごとに様々であり、継続的な見える化に向けて必要な取組を、各分野において、順次進めていく必要がある。

２．今後の取組

（１）共通事項

○　看護職員、介護・障害福祉職員、幼稚園・保育所・認定こども園等の職員の処遇改善について、令和４年10月から、診療報酬等により給与を恒久的に３%程度引き上げるための措置が講じられている。まずはこの措置について、厚生労働省、内閣府において、職員の給与にどのように反映されているか等の検証を行うべきである。

○　また、各分野の経営実態調査等について、その性質も踏まえつつ、調査について指摘されている課題の改善を図りながら、調査が実施された際には、今後とも分析を継続的に行うべきである。

Ｒ４看護職員処遇改善評価料の実績報告の状況

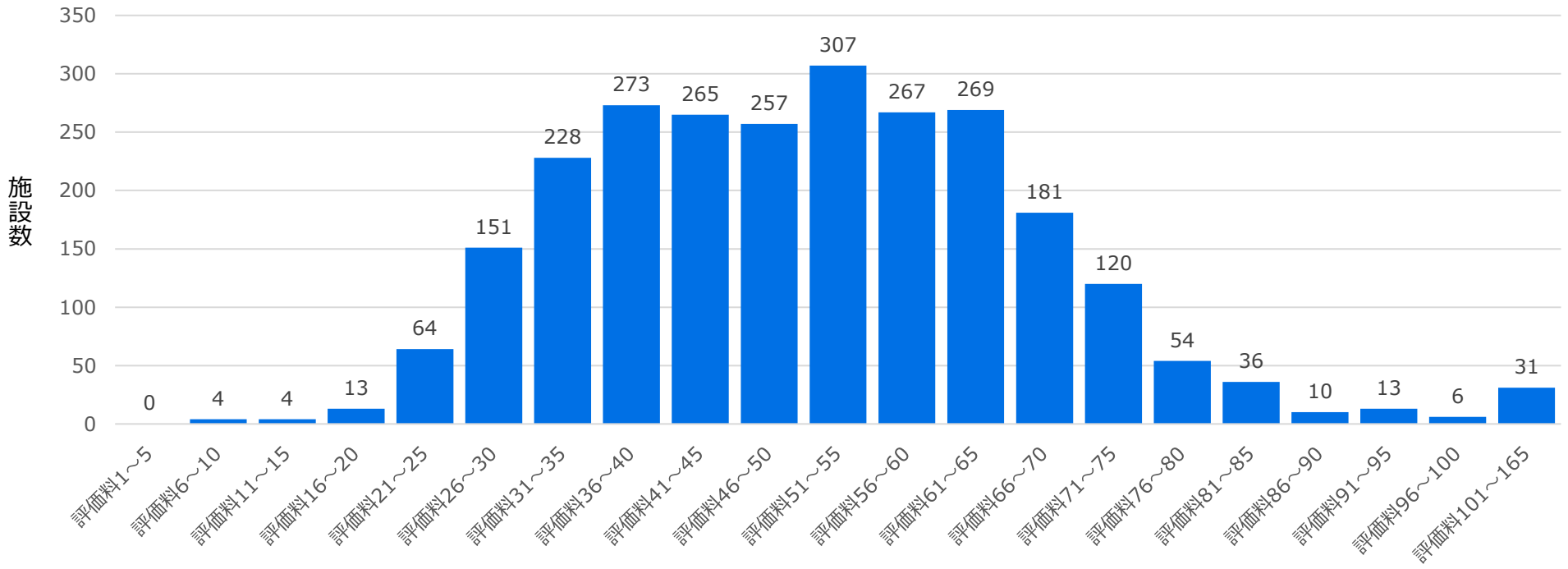
○ 看護職員処遇改善評価料の実績報告は、令和５年９月30日で2,553施設が提出した。
○ 届出区分については、約8割の医療機関が評価料31～70であったが、評価料101以上のところも31施設あった。

■看護職員処遇改善評価料の報告状況（全国計）

厚生局への報告書を提出した医療機関数（※）	2,553

※ 「看護職員等処遇改善事業補助金」の申請を行った医療機関数は、2,411施設。

■看護職員処遇改善評価料の届出区分の分布（令和５年３月時点）



出典:「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計。

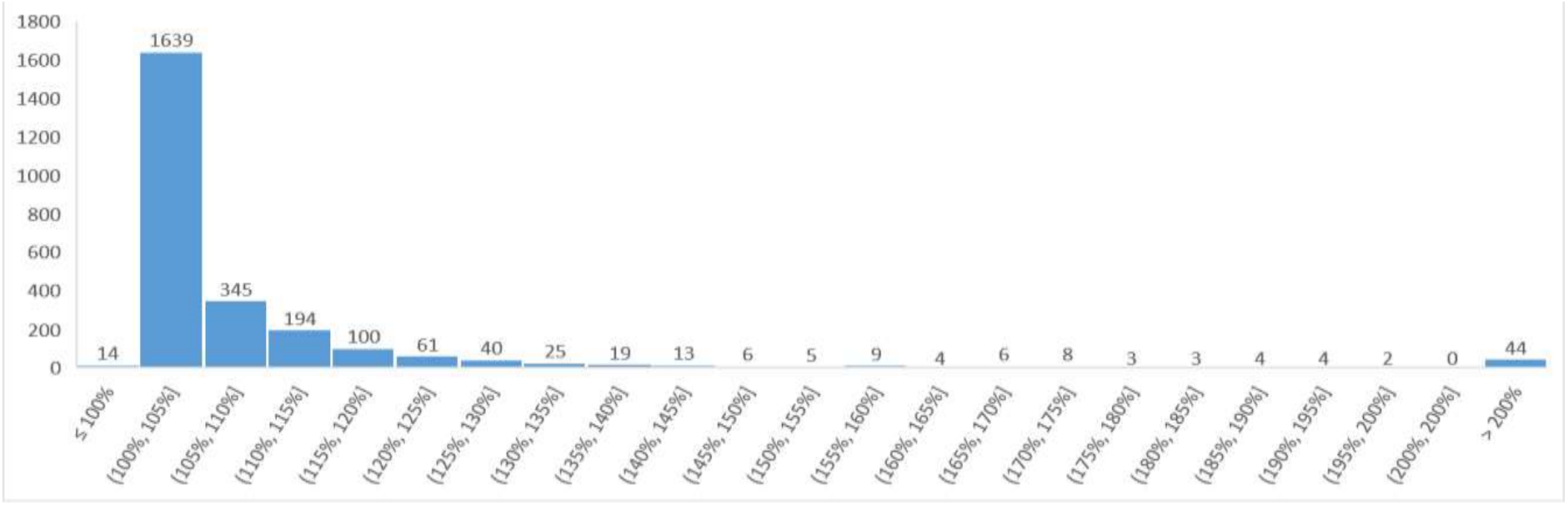
Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要①

○ 看護職員処遇改善評価料による収入に占める賃金改善の実績額の割合は、100%～105%未満であった医療機関が約6割あったが、看護職員処遇改善評価料による収入より1割以上多く支出している医療機関も約2割あった。

■看護職員処遇改善評価料による収入に占める賃金改善の実績額の割合の分布

区分	施設数	割合
① 110%を超える医療機関数	550	21.6%
② 105%～110%未満の医療機関数	345	13.5%
③ 100%～105%未満の医療機関数	1,639	64.3%
④ 100%未満の医療機関数（精査中）	14	0.55%

※届出・報告は実施しているが、算定はしていない医療機関を除いているため報告数とは一致しない。



出典:「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）
※ 割合は、賃金改善実績額/看護職員処遇改善評価料による収入額にて算出。

Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要②

○　一人あたり賃金改善目標額12,000円／月（給与の3%相当額）に対し、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は11,388円／月であった。賃金改善額が12,000円／月未満だった医療機関のうち、8割以上は看護職員等以外の職員の処遇改善を実施していた。

○　賃金改善額のうち、ベア等の割合は約88%であり、3分の2以上の要件を大幅に上回っていた。

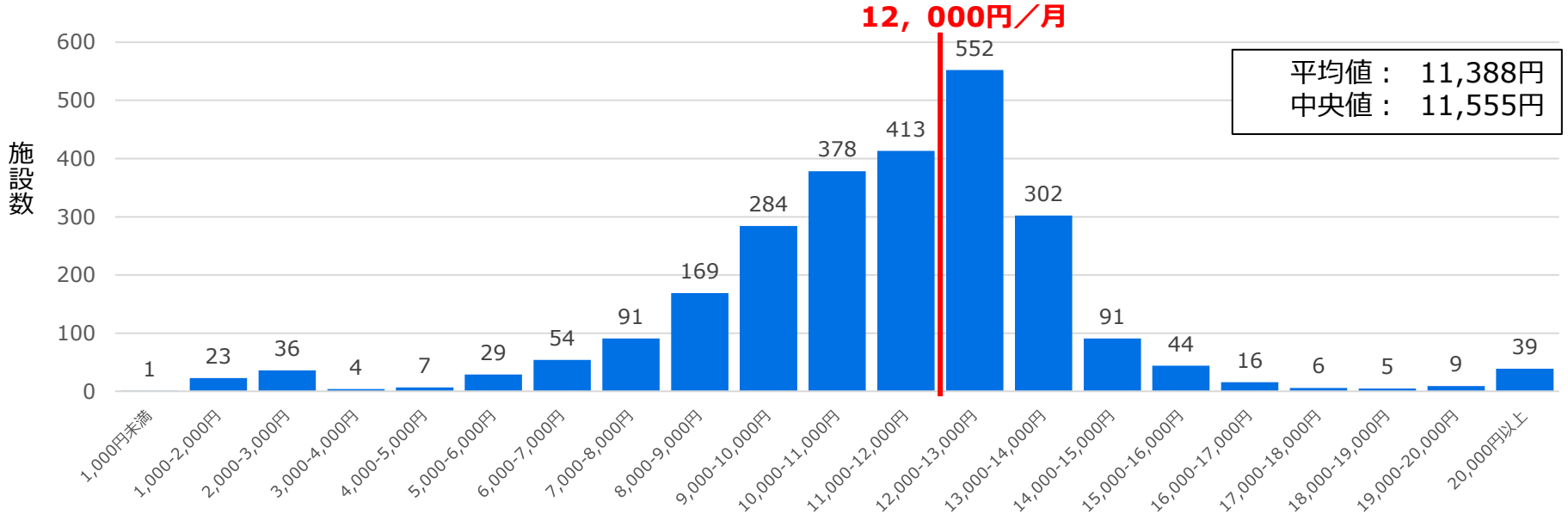
■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）における賃金改善の実績

	①　１人あたりの賃金改善額	②　①のうち、ベア等の金額	③　ベア等の割合
1※1	13,267円／月	11,679円／月	88.3%
2※2	11,388円／月	10,025円／月	88.3%

ベア等：基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げ

※１：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を含めた実績額
※２：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対する１人あたり賃金改善額の実績の分布

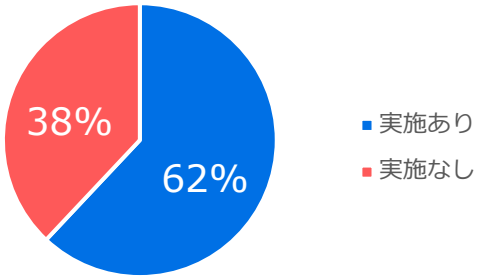


出典：「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）

Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要③

○ 報告書提出2,553施設のうち、1,581施設（62%）は、看護職員処遇改善評価料を用いて看護職員等以外の職員へ処遇改善を実施していた。
○ 看護職員等以外の職員への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は、6,329円／月であった。
○ 賃金改善額のうち、ベア等の割合は約89%であり、看護職員等と同等程度であった。

■看護職員等以外の職員への処遇改善の実施有無

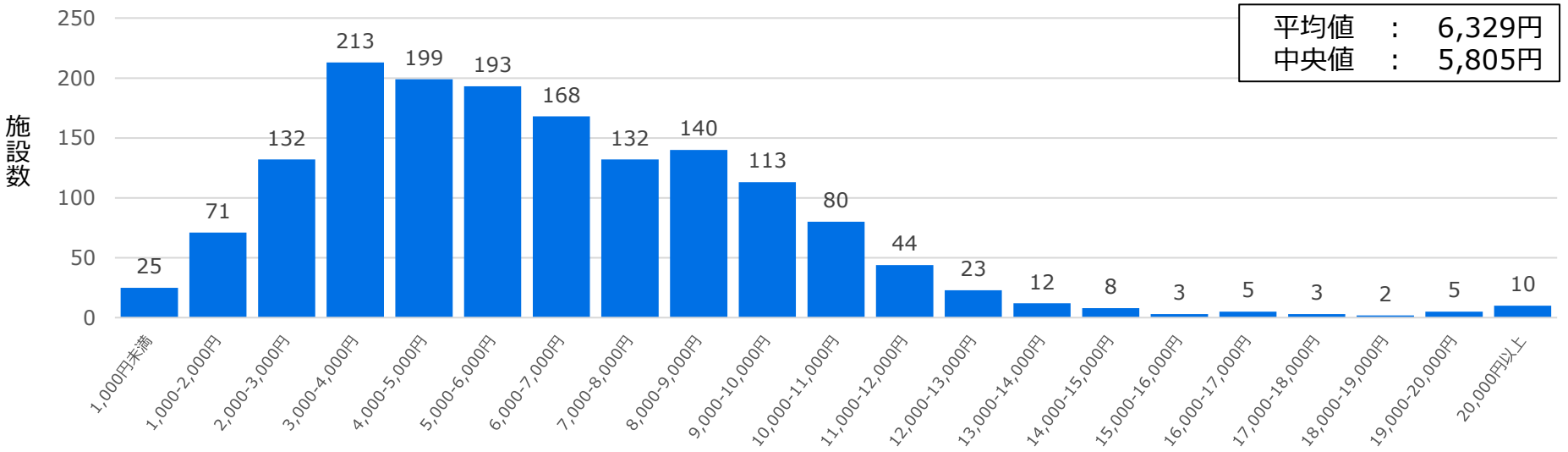


■看護職員等以外の職員への賃金改善の実績（実施施設の平均額）

	① １人あたりの賃金改善額	② ①のうち、ベア等の金額	ベア等の割合
1※1	7,373円／月	6,568円／月	89.3%
2※2	6,329円／月	5,656円／月	89.3%

※１：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を含めた実績額
※２：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等以外の職員に対する１人あたり賃金改善額の実績の分布（実施施設に限る）



出典：「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）

Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要④

○ 看護職員処遇改善評価料による賃金改善について、看護職員等のみを対象とした医療機関に比べ、看護職員等以外のコメディカルの職員も対象とした医療機関の方が、看護職員等一人当たりの賃金改善額は小さくなっていた。

○ 看護職員処遇改善評価料による収入のみを用いて賃金改善した医療機関の賃金改善額に比べ、評価料による収入に加えて一定の支出による賃金改善を行った医療機関の賃金改善額の方が大きくなっていた。

■「看護職員処遇改善評価料」の報告書提出医療機関：2,553施設

（１）評価料により看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）のみ賃金改善を実施：38%（968施設）

※実績報告は評価料により賃金改善した対象職員を報告する仕組みであり、（１）の医療機関の中には、評価料によらずコメディカルの賃金改善を行った医療機関もあり得る。

医療機関の分類	医療機関数	①	②	③
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%未満の医療機関（おおむね評価料のみを用いて賃金改善を行った医療機関）	653（67.5%）	＋12,241円／月	＋10,939円／月	89.4%
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%以上の医療機関（評価料に加え医療機関の一定の支出による賃金改善を行った医療機関）	315（32.5%）	＋15,053円／月	＋13,233円／月	88.0%

（２）評価料により看護職員等以外のコメディカルの職員の賃金改善も実施：62%（1,580施設）

医療機関の分類	医療機関数	看護職員等の賃金改善			看護職員等以外の賃金改善		
		①	②	③	①	②	③
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%未満の医療機関（おおむね評価料のみを用いて賃金改善を行った医療機関）	1,000（63.3%）	＋9,937円／月	＋8,739円／月	87.9%	＋6,009円／月	＋5,352円／月	89.1%
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%以上の医療機関（評価料に加え医療機関の一定の支出による賃金改善を行った医療機関）	580（36.7%）	＋10,935円／月	＋9,454円／月	86.5%	＋6,882円／月	＋6,111円／月	88.8%

《表中の記載》
① １人あたりの賃金改善額、② ①のうちベア等の金額、③ ベア等の割合
（注１）いずれも事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額
（注２）（１）・（２）の医療機関数は、届出・報告は実施しているが、算定しなかった医療機関を除いており報告医療機関数と一致しない。

【参考】看護職員処遇改善評価料　実績報告書

様式３

看護職員処遇改善評価料　実績報告書（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

Ⅰ．看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分

	算定期間	点数の区分	点数
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点

②算定回数

	算定期間	算定回数
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
計		回

③本評価料による収入の実績額

	算定期間	実績額
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
計		円

Ⅱ．賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円
⑥は③以上か	

Ⅲ．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ベア等による引上げ分（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑩ベア等の割合（⑨÷⑧）	%
⑨が⑧の2/3以上であるか	

Ⅳ．処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額	円
⑭ベア等による引上げ分（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）	%
⑭が⑬の2/3以上であるか	

Ⅴ．賃金改善実施期間

⑯　令和　年　月　～　令和　年　月

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　年　月　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Ⅰの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。

2　「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。

3　「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。

4　「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。

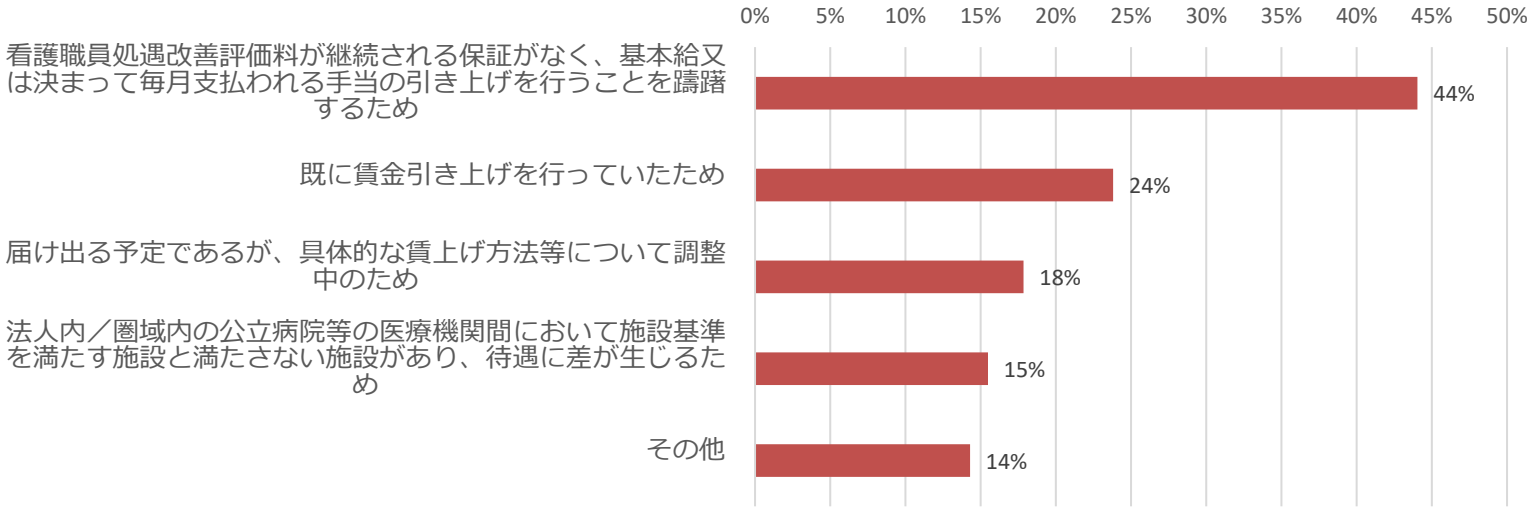
5　「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月１日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。

6　「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

看護職員処遇改善評価料を届け出ていない理由等

○ 令和5年度入院・外来医療等における実態調査において、看護職員処遇改善評価料を届け出ていない施設であって、施設基準は満たす施設における評価料を届け出ていない理由は、「看護職員処遇改善評価料が継続される補償がなく、基本給又は毎月支払われる手当の引き上げを行うことを躊躇するため」が約4割で最も多かった。

■看護職員処遇改善評価料を届け出ていない施設（※）であって、施設基準は満たす施設における評価料を届け出ていない理由（複数選択）（n=84）



※看護職員処遇改善評価料を届け出ていない施設の内訳
・施設基準を満たす：84（14%）
・施設基準を満たさない：462（77%）
・未回答：52（9%）

（参考）本調査の回答施設内訳

	全体 (n=1,497)	急性期一般入院料１ (n=662)	急性期一般入院料２～３ (n=54)	急性期一般入院料４～6 (n=372)	地域一般入院料１～３ (n=209)	専門病院入院基本料（７対１） (n=7)	特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１） (n=60)	療養病棟入院料１～２ (n=321)
届け出ている	60%	92%	80%	44%	11%	43%	92%	31%
届け出ていない	40%	8%	20%	56%	89%	57%	8%	69%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票）

中医協　総－５－２ ５．１０．２７	中医協　診－１－２ ５．１０．２７

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主な指摘について

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

【10月12日　入院・外来医療等の調査・評価分科会】

○　「看護職員処遇改善評価料」が予定通り運用されていることがわかったが、今後、賃金引き上げの対象を拡大するうえで、現行の評価料では対応しきれないのではないか。

○　次回改定においては、医療機関に従事する全ての職種について、他業種並みの賃金引上げが可能となるよう、原資の確保の検討をお願いしたい。

○　患者からすると、「看護職員処遇改善評価料」がどのように理解されているか疑問。今後、賃金引上げの対象を他職種に広げるとすれば患者負担も増加するため、患者が納得する仕組みを検討すべきではないか。

○　病院勤務の薬剤師の確保が難しくなっている中、薬剤師は「看護職員処遇改善評価料」の支給対象となっていないなどの課題があり、職種に関わらず、病院職員全体の賃金引上げができる仕組みを検討すべきではないか。

○　今回の「看護職員処遇改善評価料」は、地域のコロナ医療を担う看護職員を評価するために創設されたものであり、賃金引上げのための議論とは本来、切り離すべきではないか。

○　他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか。

○　賃金引上げの在り方については、今後、入院基本料等での対応も含め、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論すべきではないか。

中医協　総－５－３
５．１０．２７

処遇改善（その１）

１．これまでの経緯について

２．看護職員処遇改善評価料の実績報告について

３．医療を取り巻く状況等について

４．論点

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和３年11月19日閣議決定）抜粋

Ⅲ．未来社会を切り拓く「新しい資本主義」の起動

２．分配戦略～安心と成長を呼ぶ「人」への投資の強化～

（２）公的部門における分配機能の強化等

①看護、介護、保育、幼児教育など現場で働く方々の収入の引上げ等

看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入の引上げを含め、全ての職員を対象に公的価格の在り方を抜本的に見直す。民間部門における春闘に向けた賃上げの議論に先んじて、保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を３％程度（月額9,000 円）引き上げるための措置[48]を、来年２月から前倒しで実施する。

看護については、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、段階的に収入を３％程度引き上げていくこととし、収入を１％程度（月額4,000 円）引き上げるための措置[49]を、来年２月から前倒しで実施した上で、来年10 月以降の更なる対応について、令和４年度予算編成過程において検討し、必要な措置を講ずる。

48　他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

49　看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

看護職員等処遇改善事業補助金の概要

◎**対象期間**　令和４年２月～９月の賃金引上げ分（以降も、別途賃上げ効果が継続される取組みを行う）

◎**補助金額**　対象医療機関の看護職員（常勤換算）１人当たり月額平均4,000円の賃金引上げに相当する額
※ 4,000円の賃金引上げに伴う社会保険料の事業主負担の増加分も含む

◎**対象となる医療機関**：以下の全ての要件を満たす医療機関
- ✓ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関であること：一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）
- ✓ 令和４年２・３月分（令和３年度中）から実際に賃上げを行っていること（医療機関は都道府県に賃上げを実施した旨の用紙を提出。メール等での提出も可能。）。なお、令和４年２月分の支給に間に合わない場合は、３月に一時金等により支給することを可能とする。
- ✓ 令和４年４月分以降は、賃上げ効果の継続に資するよう、補助額の2/3以上をベースアップ等（基本給又は決まって毎月支払われる手当による賃金改善）に使用すること。なお、就業規則（賃金規程）改正に一定の時間を要することを考慮し、令和４年２・３月分は一時金等による支給を可能とする。

◎**賃金改善の対象となる職種**
- ✓ 看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）
- ✓ 医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士･作業療法士等のコメディカル（※）の賃金改善に充てることが可能

（※）看護補助者、理学療法士及び作業療法士のほか、以下の職種が対象。
視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種（診療エックス線技師、衛生検査技師、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業従事者、介護支援専門員、医師事務作業補助者といった職種が該当するものと想定）

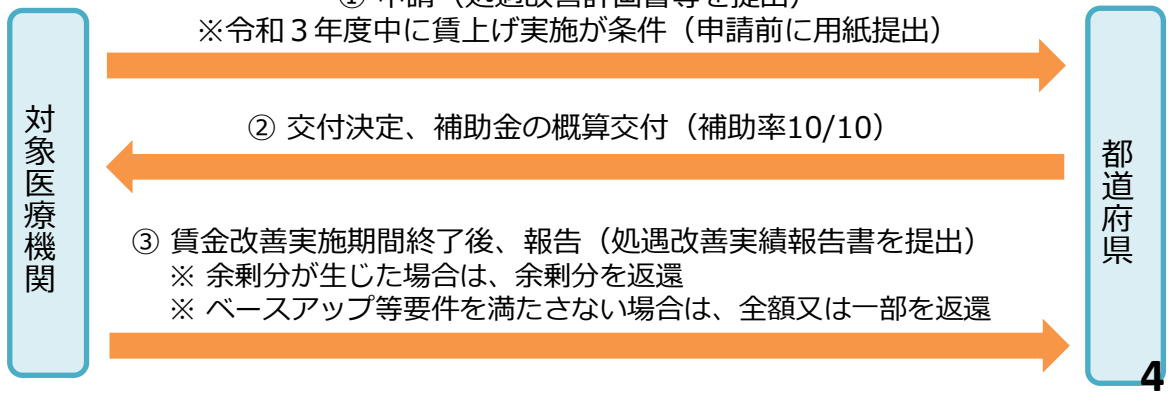
◎**申請方法**　対象医療機関が都道府県に対して、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した計画書を提出

◎**報告方法**　対象医療機関が都道府県に対して、賃金改善実施期間終了後、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した実績報告書を提出

◎**補助金の交付方法**
対象医療機関は都道府県に対して申請を行い、都道府県から対象医療機関に対して補助金を交付（国費10／10、約215.6億円）

◎**申請・交付スケジュール**
- ✓ 賃上げ開始月（２・３月）に、その旨の用紙を都道府県に提出
- ✓ 実際の申請は、都道府県における準備等を勘案し、令和４年４月から受付、６月から補助金を交付
- ✓ 賃金改善実施期間終了後、処遇改善実績報告書を提出

【執行のイメージ】



「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和３年12月21日）抜粋

４．今後の処遇改善について

（２）処遇改善の方向性

（略）

他方、従前より全産業平均を上回る賃金水準である看護師については、今般の経済対策を踏まえ、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員について、収入を３％程度引き上げていくべきである。

（略）

また、看護師の処遇改善に関して、今回の処遇改善の取組が確実に賃上げにつながることを担保することを、令和４年度診療報酬改定の中で検討すべきである。その際、今回の経済対策において柔軟な運用を認めていることとの整合性を図るべきである。

（略）

今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要である。また、デジタルやＩＣＴ技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。

本委員会は、こうした処遇改善に向けた政策手法を実現する観点から、それぞれの分野における費用の見える化やデジタル等の活用に向けた課題等について検討し、来夏までに方向性を整理することとする。

令和３年12月22日大臣折衝事項（抄）

診療報酬改定

１．診療報酬　　＋０．４３％

※１　うち、※２～５を除く改定分　＋０．２３％
　　各科改定率　　医科　＋０．２６％
　　歯科　＋０．２９％
　　調剤　＋０．０８％

※２　うち、看護の処遇改善のための特例的な対応　＋０．２０％

※３　うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化　▲０．１０％（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※４　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．２０％

※５　うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲０．１０％
　　なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

２．薬価等

①　薬価　　▲１．３５％

※１　うち、実勢価等改定　▲１．４４％

※２　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．０９％

②　材料価格　▲０．０２％

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置７対１の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和３年12月22日大臣折衝事項（抄）

看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和３年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和３年12月21日）を踏まえ、令和４年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注１）に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を３％程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注２）を創設する。 これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注１）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関
（注２）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

診療報酬による看護職員の処遇改善(令和4年10月～)の仕組み
【看護職員処遇改善評価料】

1．対象となる医療機関・職種

➢ いずれも、**看護職員処遇改善補助金（令和４年２月～９月）と同様**とする。

※対象医療機関
- 診療報酬における救急医療管理加算の算定対象となっており、かつ、１年間における救急搬送件数が200件以上であること　又は
- 三次救急を担う医療機関(救命救急センター)であること

※対象職種
- 看護職員(看護師、准看護師、保健師、助産師)
- 医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士･作業療法士等のコメディカル(注)の賃金改善に充てることが可能

(注)　看護補助者、理学療法士及び作業療法士のほか、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種(診療エックス線技師、衛生検査技師、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業従事者、介護支援専門員、医師事務作業補助者といった職種が該当するものと想定)

2．具体的な点数の制度設計

➢ 入院日数に応じて支払われる入院基本料等に、それぞれの医療機関の**看護職員数（常勤換算）と延べ入院患者数に応じて、点数を上乗せ**

$$\text{それぞれの医療機関の必要点数} = \frac{\text{看護職員の賃上げ必要額　（それぞれの医療機関の看護職員数× 12,000円×社会保険負担率）}}{\text{それぞれの医療機関の延べ入院患者数×10円}}$$

➢ **看護職員処遇改善補助金と同様、点数による収入の全額について、看護職員等の賃上げに充当する**ことを求めるとともに、**点数による収入の2/3について、看護職員等の賃金のベースアップ**(「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ)**に使用する**ことを求める。

※　令和４年度については、９月までの補助金に基づくベースアップの維持で足りるものとする。

➢ **看護職員処遇改善補助金と同様**、各医療機関に対し、看護職員等の賃金改善額と点数による収入額を記載した**計画書及び実績報告書の提出**を求める(賃金改善額≧点数による収入額となることが必要)

１．これまでの経緯について

２．看護職員処遇改善評価料の実績報告について

３．医療を取り巻く状況等について

４．論点

看護職員処遇改善評価料の新設①

➢ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和４年10月以降収入を３%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

（新）　看護職員処遇改善評価料１　１点　（１日につき）
看護職員処遇改善評価料２　２点
↓
看護職員処遇改善評価料165　340点

［算定要件］
・**看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき**施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

［施設基準の概要］
（１）次のいずれかに該当すること。
イ　**救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
ロ　**救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置**していること。

（２）（１）のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度１年間（新規届出の場合は、前年度１年間（※１））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する６か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。

（３）当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表１に定めるコメディカルである職員も加えることができる**。

（４）（３）について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

（５）（３）賃金改善の合計額の**3分の２以上（※２）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図る**こと。

※１　令和４年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和２年度における実績とする。
※２「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和４年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

看護職員処遇改善評価料の新設②

（６）次の式により算出した数【Ａ】に基づき、別表２に従い該当する区分を届け出ること。

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数×12,000円×1.165）}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数×10円}}$$

（７）（６）について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【Ａ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表３のとおりとする（新規届出時は、直近の別表３の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いる）。また、**毎年３、６、９、12月に上記の算定式により新たに算出**を行い、区分に変更がある場合は届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる３か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【Ａ】のいずれの変化も**１割以内である場合においては、区分の変更を行わない**ものとすること。

（８）**「賃金改善計画書」**を毎年４月に作成し、毎年７月において、地方厚生局長等に提出すること。

（９）毎年７月において、前年度における取組状況を評価するため、**「賃金改善実績報告書」**を作成し、地方厚生局長等に報告すること。

【別表１】看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル

視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種

【別表３】算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【Ａ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
３月	前年12月～２月	４月
６月	３～５月	７月
９月	６～８月	10月
12月	９～11月	翌年１月

【別表２】看護職員処遇改善評価料の区分

【Ａ】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料１	１点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料２	２点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料３	３点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料４	４点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料５	５点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料６	６点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

費用の継続的な見える化について

令和4年12月2日
公的価格評価検討委員会

１．基本的な考え方

○　本委員会の「中間整理」で整理したとおり、処遇改善を行うに当たっては、医療や介護、保育・幼児教育などの各分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要。

○　しかしながら、見える化に関する取組状況は分野ごとに様々であり、継続的な見える化に向けて必要な取組を、各分野において、順次進めていく必要がある。

２．今後の取組

（１）共通事項

○　看護職員、介護・障害福祉職員、幼稚園・保育所・認定こども園等の職員の処遇改善について、令和４年10月から、診療報酬等により給与を恒久的に３%程度引き上げるための措置が講じられている。まずはこの措置について、厚生労働省、内閣府において、職員の給与にどのように反映されているか等の検証を行うべきである。

○　また、各分野の経営実態調査等について、その性質も踏まえつつ、調査について指摘されている課題の改善を図りながら、調査が実施された際には、今後とも分析を継続的に行うべきである。

Ｒ４看護職員処遇改善評価料の実績報告の状況

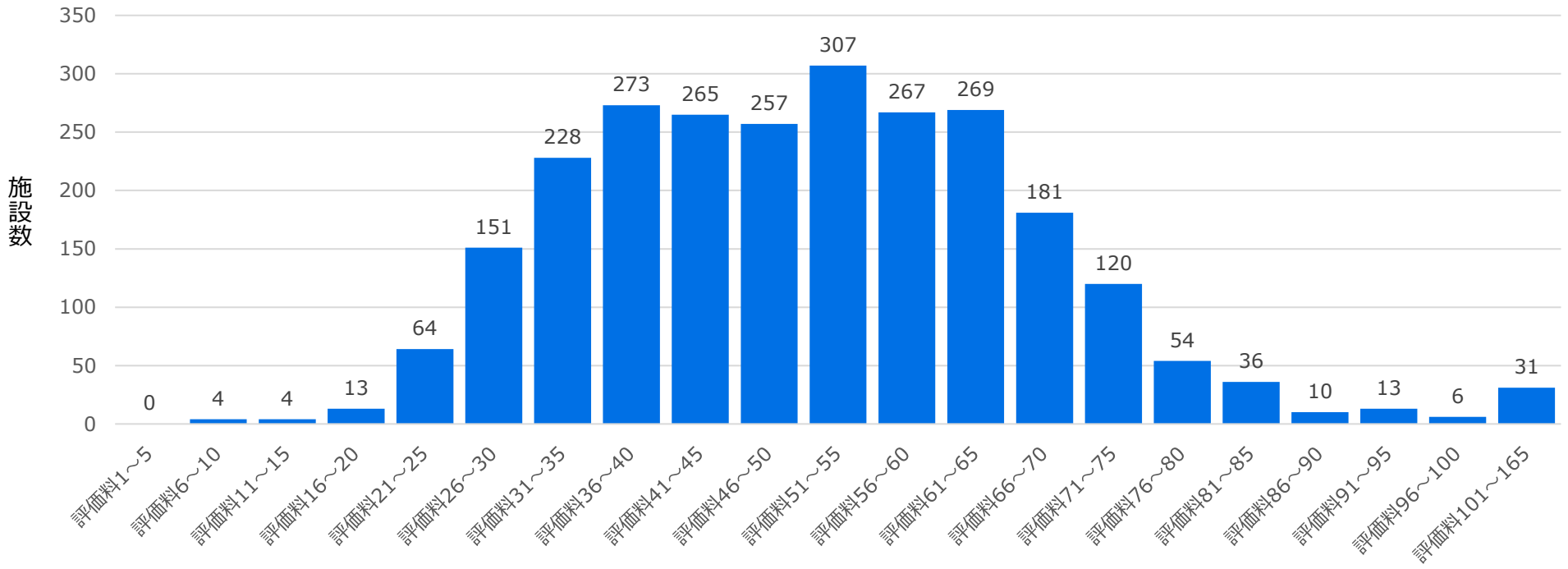
○　看護職員処遇改善評価料の実績報告は、令和５年９月30日で2,553施設が提出した。
○　届出区分については、約8割の医療機関が評価料31～70であったが、評価料101以上のところも31施設あった。

■看護職員処遇改善評価料の報告状況（全国計）

厚生局への報告書を提出した医療機関数（※）	2,553

※　「看護職員等処遇改善事業補助金」の申請を行った医療機関数は、2,411施設。

■看護職員処遇改善評価料の届出区分の分布（令和５年３月時点）



出典:「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計。

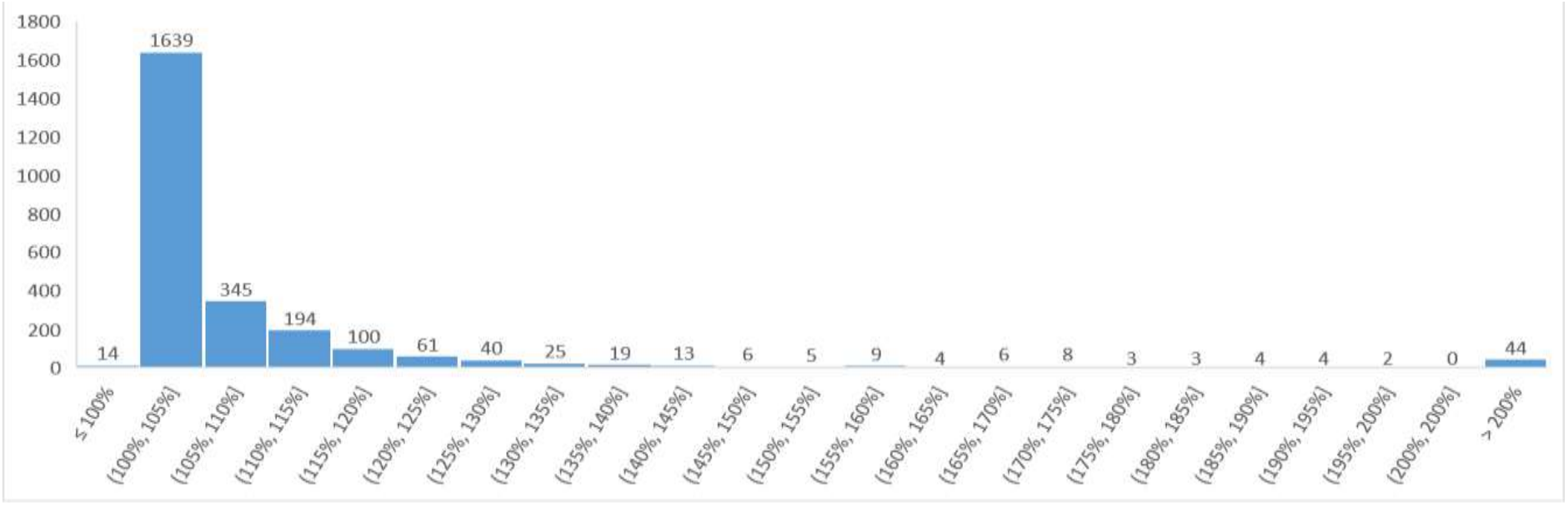
Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要①

○　看護職員処遇改善評価料による収入に占める賃金改善の実績額の割合は、100%～105%未満であった医療機関が約6割あったが、看護職員処遇改善評価料による収入より1割以上多く支出している医療機関も約2割あった。

■看護職員処遇改善評価料による収入に占める賃金改善の実績額の割合の分布

区分	施設数	割合
①　110%を超える医療機関数	550	21.6%
②　105%～110%未満の医療機関数	345	13.5%
③　100%～105%未満の医療機関数	1,639	64.3%
④　100%未満の医療機関数（精査中）	14	0.55%

※届出・報告は実施しているが、算定はしていない医療機関を除いているため報告数とは一致しない。



出典:「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）
※　割合は、賃金改善実績額/看護職員処遇改善評価料による収入額にて算出。

Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要②

○　一人あたり賃金改善目標額12,000円／月（給与の3%相当額）に対し、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は11,388円／月であった。賃金改善額が12,000円／月未満だった医療機関のうち、8割以上は看護職員等以外の職員の処遇改善を実施していた。

○　賃金改善額のうち、ベア等の割合は約88%であり、3分の2以上の要件を大幅に上回っていた。

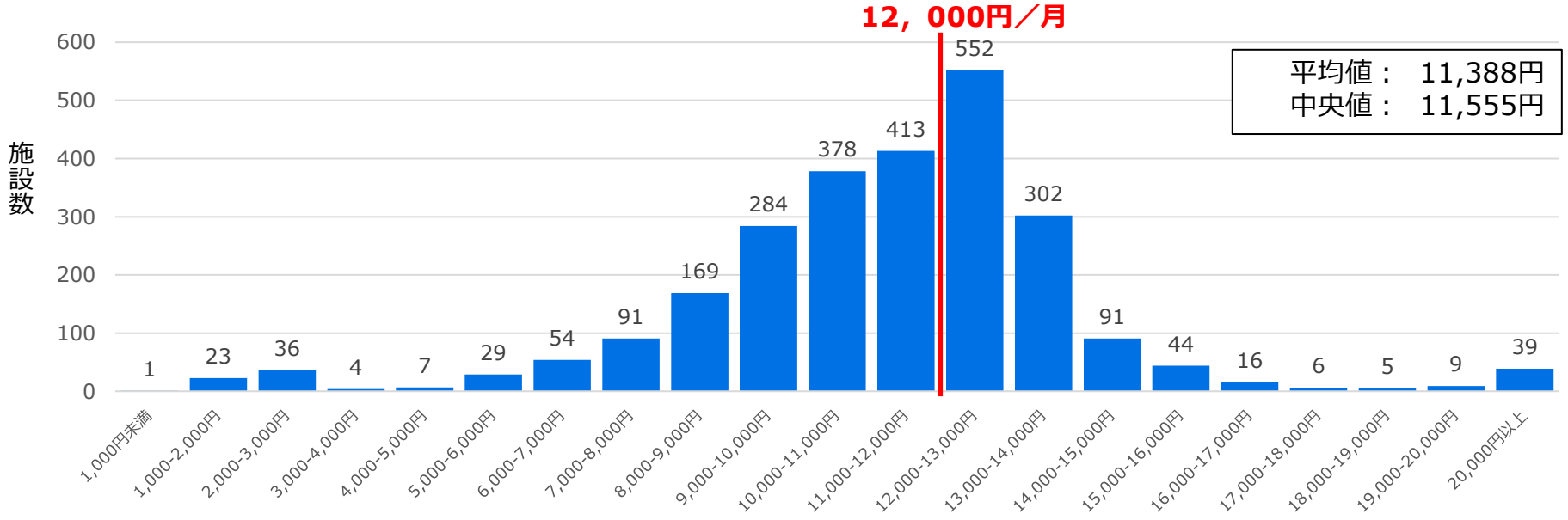
■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）における賃金改善の実績

	①　１人あたりの賃金改善額	②　①のうち、ベア等の金額	③　ベア等の割合
1※1	13,267円／月	11,679円／月	88.3%
2※2	11,388円／月	10,025円／月	88.3%

ベア等：基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げ

※１：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を含めた実績額
※２：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対する１人あたり賃金改善額の実績の分布

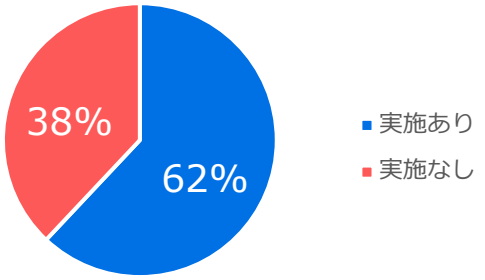


出典：「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）

Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要③

○　報告書提出2,553施設のうち、1,581施設（62%）は、看護職員処遇改善評価料を用いて看護職員等以外の職員へ処遇改善を実施していた。
○　看護職員等以外の職員への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は、6,329円／月であった。
○　賃金改善額のうち、ベア等の割合は約89%であり、看護職員等と同等程度であった。

■看護職員等以外の職員への処遇改善の実施有無

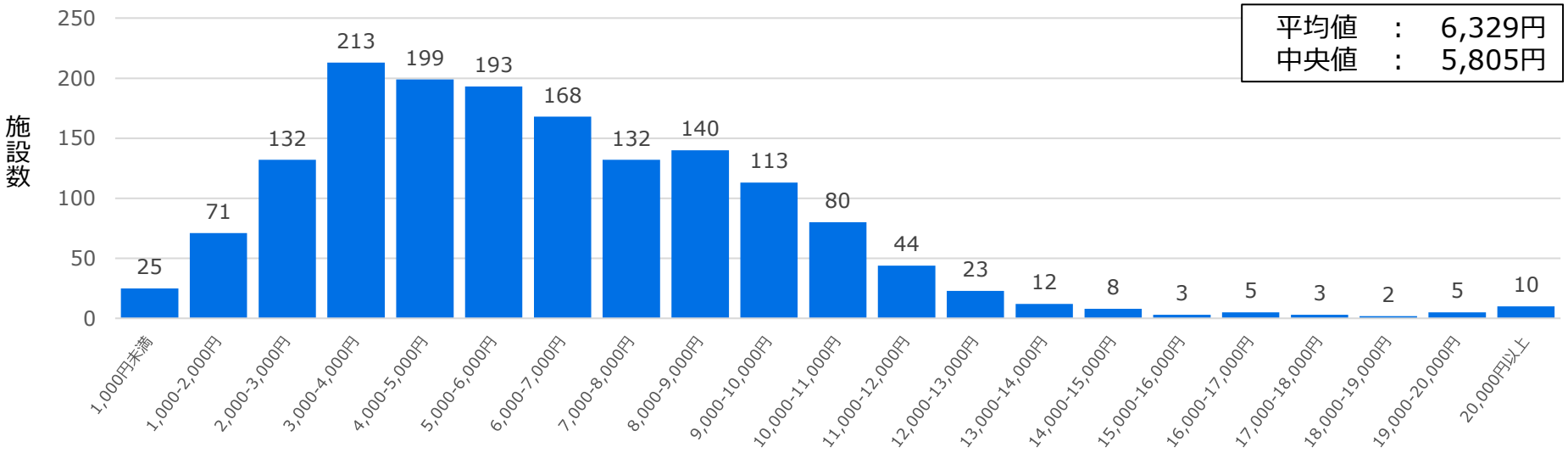


■看護職員等以外の職員への賃金改善の実績（実施施設の平均額）

	①　１人あたりの賃金改善額	②　①のうち、ベア等の金額	ベア等の割合
1※1	7,373円／月	6,568円／月	89.3%
2※2	6,329円／月	5,656円／月	89.3%

※１：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を含めた実績額
※２：①、②ともに事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等以外の職員に対する１人あたり賃金改善額の実績の分布（実施施設に限る）



出典：「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）

Ｒ４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要④

○ 看護職員処遇改善評価料による賃金改善について、看護職員等のみを対象とした医療機関に比べ、看護職員等以外のコメディカルの職員も対象とした医療機関の方が、看護職員等一人当たりの賃金改善額は小さくなっていた。

○ 看護職員処遇改善評価料による収入のみを用いて賃金改善した医療機関の賃金改善額に比べ、評価料による収入に加えて一定の支出による賃金改善を行った医療機関の賃金改善額の方が大きくなっていた。

■「看護職員処遇改善評価料」の報告書提出医療機関：2,553施設

（１）評価料により看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）のみ賃金改善を実施：38%（968施設）

※実績報告は評価料により賃金改善した対象職員を報告する仕組みであり、（１）の医療機関の中には、評価料によらずコメディカルの賃金改善を行った医療機関もあり得る。

医療機関の分類	医療機関数	①	②	③
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%未満の医療機関（おおむね評価料のみを用いて賃金改善を行った医療機関）	653（67.5%）	＋12,241円／月	＋10,939円／月	89.4%
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%以上の医療機関（評価料に加え医療機関の一定の支出による賃金改善を行った医療機関）	315（32.5%）	＋15,053円／月	＋13,233円／月	88.0%

（２）評価料により看護職員等以外のコメディカルの職員の賃金改善も実施：62%（1,580施設）

医療機関の分類	医療機関数	看護職員等の賃金改善			看護職員等以外の賃金改善		
		①	②	③	①	②	③
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%未満の医療機関（おおむね評価料のみを用いて賃金改善を行った医療機関）	1,000（63.3%）	＋9,937円／月	＋8,739円／月	87.9%	＋6,009円／月	＋5,352円／月	89.1%
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%以上の医療機関（評価料に加え医療機関の一定の支出による賃金改善を行った医療機関）	580（36.7%）	＋10,935円／月	＋9,454円／月	86.5%	＋6,882円／月	＋6,111円／月	88.8%

《表中の記載》
① １人あたりの賃金改善額、② ①のうちベア等の金額、③ ベア等の割合
（注１）いずれも事業主負担相当額（16.5%）を抜いた実質的な賃金の上昇額
（注２）（１）・（２）の医療機関数は、届出・報告は実施しているが、算定しなかった医療機関を除いており報告医療機関数と一致しない。

【参考】看護職員処遇改善評価料　実績報告書

診調組　入－１
５．１０．１２

様式３

看護職員処遇改善評価料　実績報告書（令和　　年度分）

保険医療機関コード
保険医療機関名

Ⅰ．看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分

	算定期間	点数の区分	点数
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点

②算定回数

	算定期間	算定回数
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
計		回

③本評価料による収入の実績額

	算定期間	実績額
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
計		円

Ⅱ．賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円
⑥は③以上か	

Ⅲ．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ベア等による引上げ分（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑩ベア等の割合（⑨÷⑧）	%
⑨が⑧の2/3以上であるか	

Ⅳ．処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額	円
⑭ベア等による引上げ分（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）	%
⑭が⑬の2/3以上であるか	

Ⅴ．賃金改善実施期間

⑯　令和　年　月　～　令和　年　月

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　年　月　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Ⅰの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。

2　「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。

3　「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。

4　「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。

5　「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月１日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。

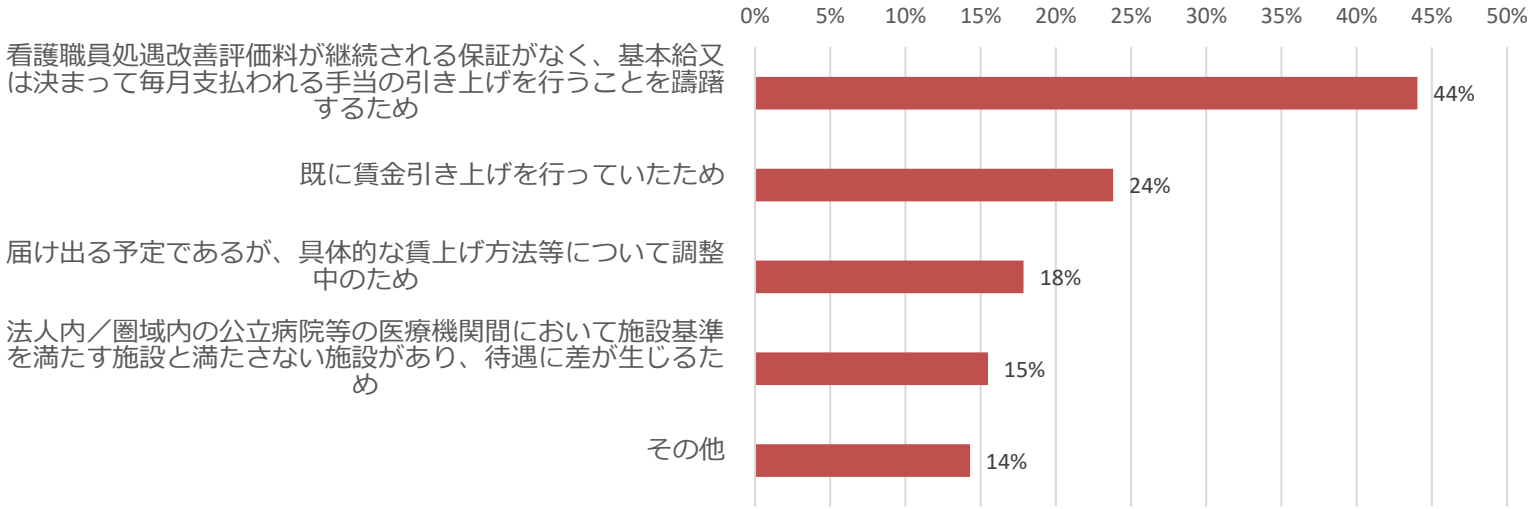
6　「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

看護職員処遇改善評価料を届け出ていない理由等

診調組　入－１
５．１０．１２

○　令和5年度入院・外来医療等における実態調査において、看護職員処遇改善評価料を届け出ていない施設であって、施設基準は満たす施設における評価料を届け出ていない理由は、「看護職員処遇改善評価料が継続される補償がなく、基本給又は毎月支払われる手当の引き上げを行うことを躊躇するため」が約4割で最も多かった。

■看護職員処遇改善評価料を届け出ていない施設（※）であって、施設基準は満たす施設における評価料を届け出ていない理由（複数選択）（n=84）



※看護職員処遇改善評価料を届け出ていない施設の内訳
・施設基準を満たす：84（14%）
・施設基準を満たさない：462（77%）
・未回答：52（9%）

（参考）本調査の回答施設内訳

	全体 (n=1,497)	急性期一般入院料１ (n=662)	急性期一般入院料２～３ (n=54)	急性期一般入院料４～6 (n=372)	地域一般入院料１～３ (n=209)	専門病院入院基本料（７対１） (n=7)	特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１） (n=60)	療養病棟入院料１～２ (n=321)
届け出ている	60%	92%	80%	44%	11%	43%	92%	31%
届け出ていない	40%	8%	20%	56%	89%	57%	8%	69%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票）

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

【10月12日　入院・外来医療等の調査・評価分科会】

○　「看護職員処遇改善評価料」が予定通り運用されていることがわかったが、今後、賃金引き上げの対象を拡大するうえで、現行の評価料では対応しきれないのではないか。

○　次回改定においては、医療機関に従事する全ての職種について、他業種並みの賃金引上げが可能となるよう、原資の確保の検討をお願いしたい。

○　患者からすると、「看護職員処遇改善評価料」がどのように理解されているか疑問。今後、賃金引上げの対象を他職種に広げるとすれば患者負担も増加するため、患者が納得する仕組みを検討すべきではないか。

○　病院勤務の薬剤師の確保が難しくなっている中、薬剤師は「看護職員処遇改善評価料」の支給対象となっていないなどの課題があり、職種に関わらず、病院職員全体の賃金引上げができる仕組みを検討すべきではないか。

○　今回の「看護職員処遇改善評価料」は、地域のコロナ医療を担う看護職員を評価するために創設されたものであり、賃金引上げのための議論とは本来、切り離すべきではないか。

○　他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか。

○　賃金引上げの在り方については、今後、入院基本料等での対応も含め、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論すべきではないか。

１．これまでの経緯について

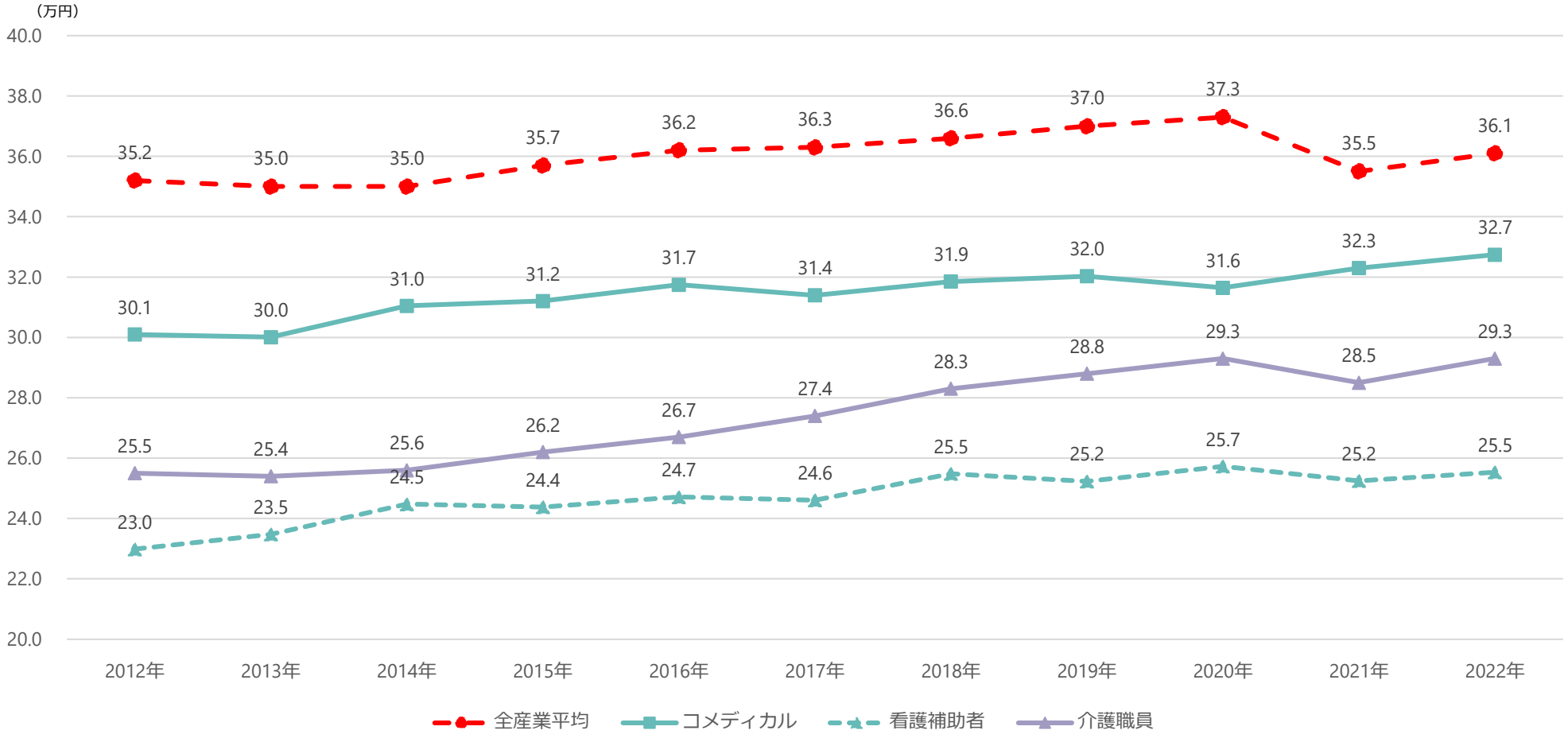
２．看護職員処遇改善評価料の実績報告について

３．医療を取り巻く状況等について

４．論点

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○　コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。

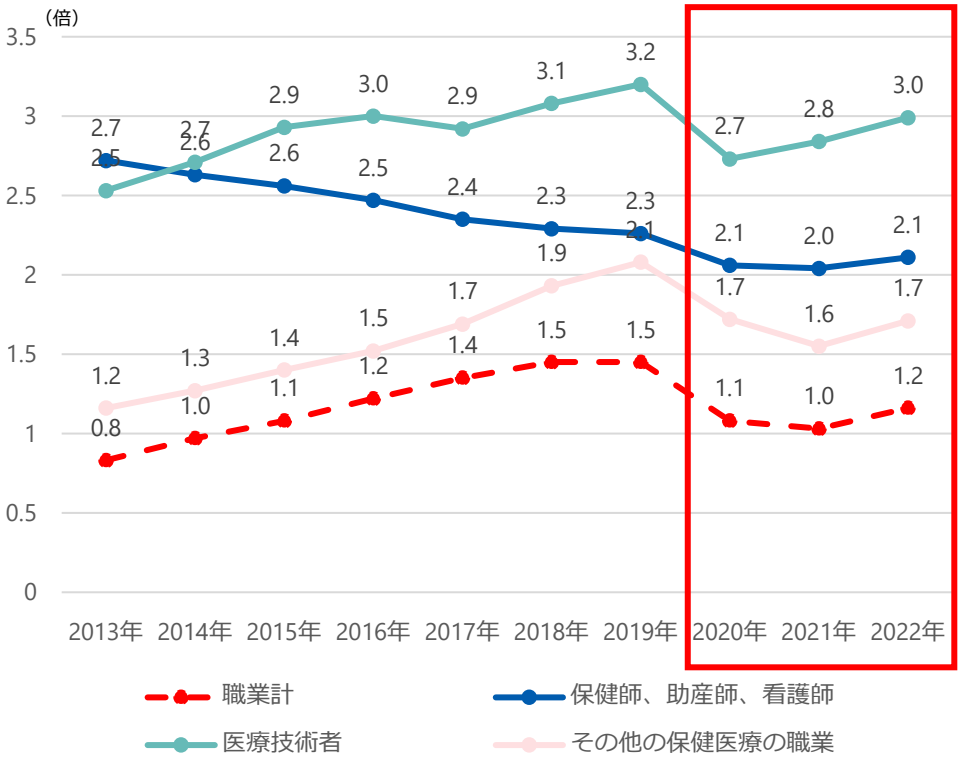


出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。
注１）「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。
注２）「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

医療関係職種の人材確保の状況について

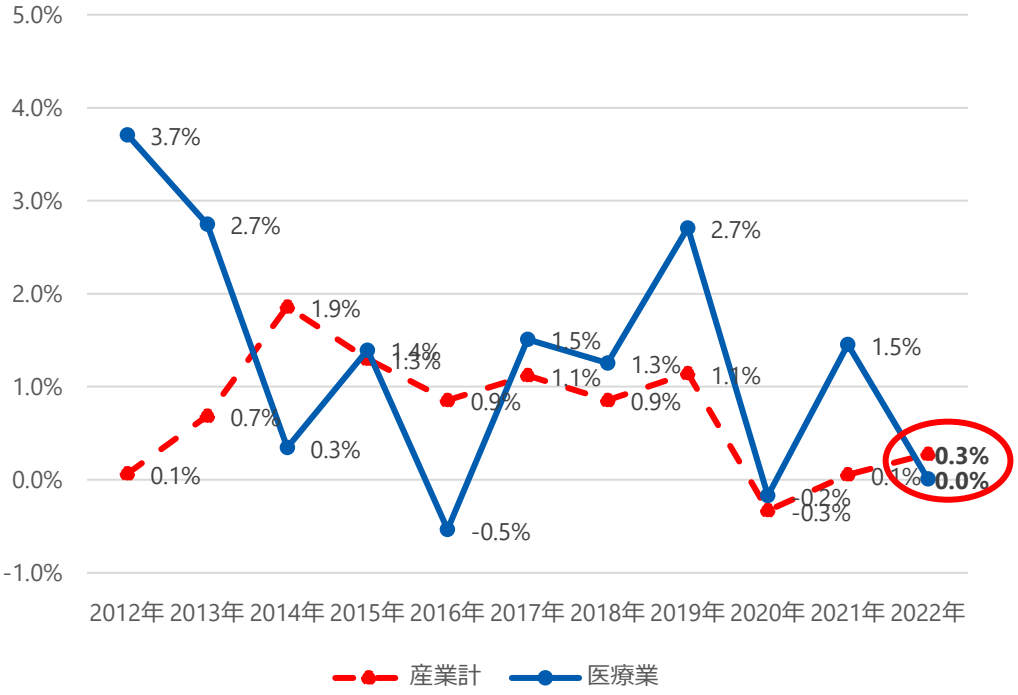
○直近の医療関係職種の有効求人倍率は２倍～３倍程度でほぼ横ばいであり、入職超過率は2022年には産業計を0.3%下回っている状況。

■　医療関係職種の有効求人倍率の推移



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」一般職業紹介状況
注１）有効求人倍率にはパート採用も含んでいる。

■　医療関係職種の入職超過率の推移



出典：雇用動向調査（厚労省）
注１）入職超過率は、入職率（入職者数÷常用労働者数）と離職率（離職者数÷常用労働者数）の差。
常用労働者とは、期間を定めずに雇われている者または1か月以上の期間を定めて雇われている者をいう。入（離）職者数には、常用労働者のうち、調査対象期間中に事業所が新たに採用した者または事業所を退職したり、解雇された者をいい、他企業からまたは他企業への出向者・出向復帰者を含み、同一企業内の他事業所からまたは同一企業内の他事業所への転入者を除く。

賃金の動向

○　2023年春季生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は、10,560円/3.58%となっている。

（参考）賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」（定期昇給相当分を除いたもの）の加重平均は5,983 円/2.12%

【全産業】

①平均賃金方式　（集計組合員数による加重平均）

平均賃金方式	2023回答（2023年7月5日公表） 集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計 額	定昇相当込み賃上げ計 率	昨年対比	2022回答（2022年7月5日公表） 集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計 額	定昇相当込み賃上げ計 率
	5,272 組合 2,877,053 人	10,560 円	3.58 %	4,556 円 1.51 ポイント	4,944 組合 2,710,296 人	6,004 円	2.07 %
300人未満 計	3,823 組合 362,688 人	8,021 円	3.23 %	3,178 円 1.27 ポイント	3,596 組合 340,095 人	4,843 円	1.96 %
～99人	2,313 組合 96,456 人	6,867 円	2.94 %	2,480 円 1.05 ポイント	2,184 組合 88,939 人	4,387 円	1.89 %
100～299人	1,510 組合 266,232 人	8,451 円	3.32 %	3,441 円 1.34 ポイント	1,412 組合 251,156 人	5,010 円	1.98 %
300人以上 計	1,449 組合 2,514,365 人	10,957 円	3.64 %	4,774 円 1.55 ポイント	1,348 組合 2,370,201 人	6,183 円	2.09 %
300～999人	978 組合 524,199 人	9,389 円	3.44 %	3,994 円 1.44 ポイント	902 組合 485,271 人	5,395 円	2.00 %
1,000人～	471 組合 1,990,166 人	11,380 円	3.69 %	4,984 円 1.57 ポイント	446 組合 1,884,930 人	6,396 円	2.12 %

※ 2023年と2022年で集計対象組合が異なるため、「定昇相当込み賃上げ計」の昨年対比は整合しない。

《参考》賃上げ分が明確に分かる組合の集計（加重平均）	2023回答（2023年7月5日公表） 集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計	賃上げ分	賃上げ分 昨年対比	2022回答（2022年7月5日公表） 集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計	賃上げ分
	3,186 組合 2,320,523 人	10,995 円 3.69 %	5,983 円 2.12 %	4,119 円 1.49 ポイント	2,213 組合 1,938,910 人	6,474 円 2.20 %	1,864 円 0.63 %
300人未満 計	2,019 組合 238,848 人	9,169 円 3.57 %	4,982 円 1.96 %	3,210 円 1.24 ポイント	1,376 組合 167,398 人	5,769 円 2.26 %	1,772 円 0.72 %
～99人	967 組合 49,072 人	8,333 円 3.36 %	4,433 円 1.87 %	2,636 円 1.10 ポイント	636 組合 32,128 人	5,461 円 2.24 %	1,797 円 0.77 %
100～299人	1,052 組合 189,776 人	9,387 円 3.62 %	5,124 円 1.99 %	3,358 円 1.28 ポイント	740 組合 135,270 人	5,842 円 2.27 %	1,766 円 0.71 %
300人以上 計	1,167 組合 2,081,675 人	11,222 円 3.71 %	6,098 円 2.14 %	4,225 円 1.52 ポイント	837 組合 1,771,512 人	6,546 円 2.19 %	1,873 円 0.62 %
300～999人	772 組合 417,141 人	10,139 円 3.68 %	5,698 円 2.09 %	3,919 円 1.43 ポイント	533 組合 291,462 人	6,093 円 2.25 %	1,779 円 0.66 %
1,000人～	395 組合 1,664,534 人	11,502 円 3.71 %	6,198 円 2.16 %	4,306 円 1.55 ポイント	304 組合 1,480,050 人	6,637 円 2.18 %	1,892 円 0.61 %

出典：「2023春季生活闘争まとめ」（令和５年7月21日）（日本労働組合総連合会）

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和５年６月16日 閣議決定）（関係箇所抜粋）①

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第５章２における「令和６年度予算編成に向けた考え方」※14を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

勤労者皆保険の実現、年齢や性別にかかわらず働き方に中立的な社会保障制度の構築に向け、企業規模要件の撤廃など短時間労働者への被用者保険の適用拡大、常時５人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消等について次期年金制度改正に向けて検討するほか、いわゆる「年収の壁」について、当面の対応として被用者が新たに106万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援などを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

※14　第５章２②で引用されている骨太方針2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。
（参考）第５章　当面の経済財政運営と令和６年度予算編成に向けた考え方
２．令和６年度予算編成に向けた考え方
② 令和６年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。
ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和５年６月16日 閣議決定）（関係箇所抜粋）②

第２章 新しい資本主義の加速

１．三位一体の労働市場改革による構造的賃上げの実現と「人への投資」の強化、分厚い中間層の形成

（家計所得の増大と分厚い中間層の形成）

（略）公的セクターの賃上げを進めるに当たり、2022年10月からの処遇改善の効果が現場職員に広く行き渡るようになっているかどうかの検証を行い、経営情報の見える化を進める。

２．持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

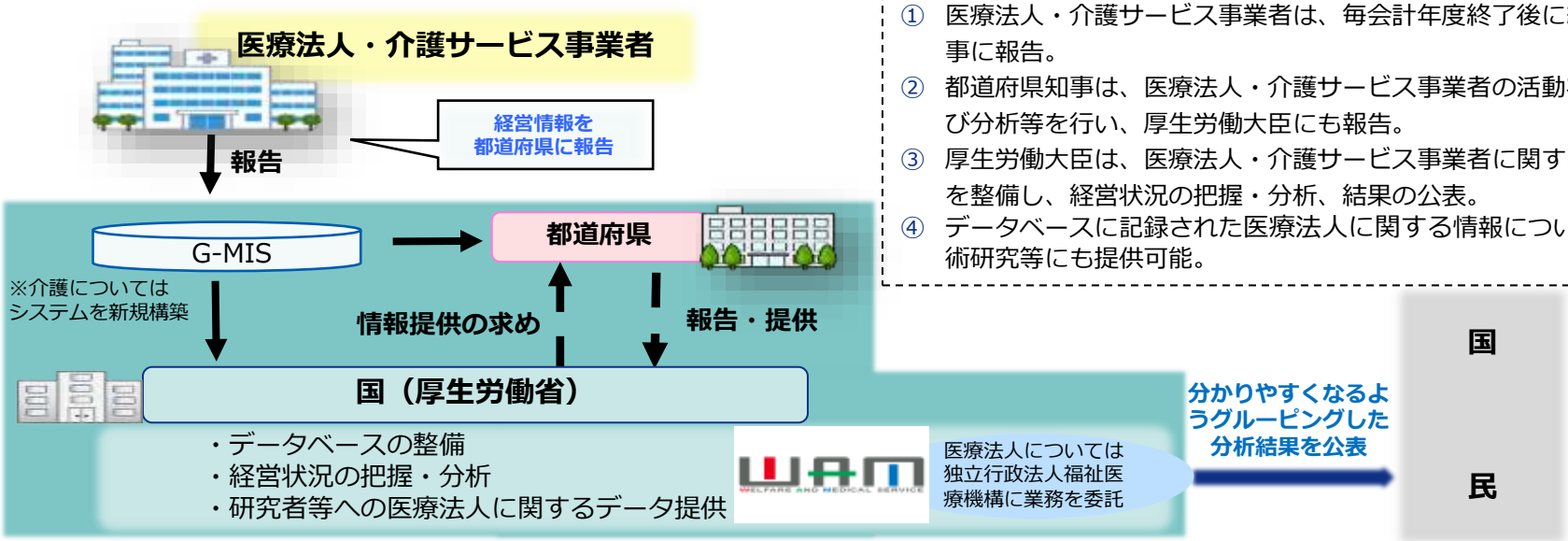
（略）急速な高齢化が見込まれる中で、医療機関の連携、介護サービス事業者の介護ロボット・ＩＣＴ機器導入や協働化・大規模化、保有資産の状況なども踏まえた経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担軽減が適切に図られるよう取り組む。介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る。介護保険外サービスの利用促進に係る環境整備を図る。

医療法人・介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等（参考資料）

➢ 医療・介護の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、**①医療法人・介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度**を創設する。
【施行日：①及び②（医療）令和５年８月１日（介護）令和６年４月１日　③は公布日から三年以内に政令で定める日】

【データベースの概要】

- **対象**：原則、**全ての医療法人**・介護サービス事業者
- **収集する情報**：**病院・診療所**及び介護施設・事業所**における収益及び費用**並びに、**任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数**
  （収集する内容は省令以下で規定）
  ※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用に当たっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に 応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。
- **公表方法**：国民に分かりやすくなるよう**属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表**



① 医療法人・介護サービス事業者は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告。
② 都道府県知事は、医療法人・介護サービス事業者の活動状況等に関する調査及び分析等を行い、厚生労働大臣にも報告。
③ 厚生労働大臣は、医療法人・介護サービス事業者に関する情報のデータベースを整備し、経営状況の把握・分析、結果の公表。
④ データベースに記録された医療法人に関する情報については、研究者が行う学術研究等にも提供可能。

１．これまでの経緯について

２．看護職員処遇改善評価料の実績報告について

３．医療を取り巻く状況等について

４．論点

処遇改善についての課題と論点

（看護職員処遇改善評価料について）

○ 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和４年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（※1）に勤務する看護職員を対象に、令和４年10月以降収入を３%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（※2）として看護職員処遇改善評価料が創設された。

（※1）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（※2）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

○ 令和４年度の看護職員処遇改善評価料は、令和５年９月30日時点で2,553施設が実績報告を提出した。これらの医療機関における本評価料を用いた看護職員の処遇改善の平均実績額（定期昇給による賃金上昇分は含まれない）は、11,388円／月であった。

（※）2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は10,560円/3.58%であり、賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」（定期昇給相当分を除いたもの）の加重平均は5,983 円/2.12%。

○ 看護職員処遇改善評価料の実績報告の結果、本評価料は予定通り運用され評価料の収入に基づき賃金改善されていることが確認された、今後の運用等にあたっては以下のような指摘があった。

- 今後、賃金引き上げの対象を拡大するならば、現行の看護職員処遇改善評価料の仕組みでは対応しきれない
- 病院薬剤師は看護職員処遇改善評価料の対象となっていない等の課題があり、職種に関わらず医療機関の職員全体の賃金引き上げができる仕組みを検討すべき
- 他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか

（医療を取り巻く状況等について）

○ 医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く）の給与の平均は全産業平均を下回っている。

○ 直近の医療関係職種の有効求人倍率は2倍～3倍程度であり、入職超過率は2022年には産業計を0.3%下回っている。

○ 2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は、10,560円/3.58%となっている。

○ 医療法人の経営状況については、収益及び費用並びに任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数について、分かりやすくなるようグルーピングした分析結果を公表していくこととなっている。

【論点】

○ 看護職員処遇改善評価料の実績報告や全産業における賃金上昇を含む医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療機関等の職員の処遇改善についてどのように考えるか。