中央社会保険医療協議会 総会（第 556 回）　議事次第

令和５年９月 27 日(水)
診療報酬基本問題小委員会終了後～

議　題

〇診療報酬基本問題小委員会からの報告について

〇最近の医療費の動向について（前回報告の補足）

〇高額医薬品（認知症薬）に対する対応について

中医協　総－１ ５．９．２７	中医協　診－１ ５．９．２７	診調組　入－１ ５．９．１４改

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状況について
検討結果（中間とりまとめ）

令和５年９月 14 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」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①Ｐ９　～Ｐ59
２．	特定集中治療室管理料等について	別添資料①Ｐ60　～Ｐ93
３．	DPC/PDPS について	別添資料②Ｐ２　～Ｐ83
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　～Ｐ45
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③Ｐ46　～Ｐ97
６．	療養病棟入院基本料について	別添資料③Ｐ98　～Ｐ146
７．	外来医療について	別添資料③Ｐ147　～Ｐ193
８．	外来腫瘍化学療法について	別添資料④Ｐ２　～Ｐ29
９．	情報通信機器を用いた診療について	別添資料④Ｐ30　～Ｐ66
１０．	横断的個別事項について	別添資料④Ｐ67　～Ｐ163

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　Ｐ９～Ｐ59）

○ 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　Ｐ９～Ｐ30）

（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。
・　Ａ項目のうち、多くの入院料において令和３年から令和４年にかけて上昇しているもののほか、「創傷処置」や「呼吸ケア」について、該当する状況の詳細について分析を行うべきではないかとの指摘があった。
・　Ｃ項目の各手術等について、直近の時点における入院で実施される割合等を分析してはどうかとの指摘があった。

（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。
・　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」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。

- 75 歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」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。
- Ｂ得点３点以上の割合は、急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群や急性期一般入院料２及び４で高い傾向にあることを踏まえると、機能分化の推進や急性期一般入院料１における高度・専門的な医療を評価する観点からは、急性期一般入院料１においてはＢ項目以外の項目による評価を重視すべきではないかとの指摘があった。一方で、急性期病棟におけるＡＤＬの低下した患者に対するケアの評価の観点からは、Ｂ項目による評価は重要ではないかとの指摘もあった。

（２）平均在院日数について　（別添資料①　Ｐ31～Ｐ46）

- 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ため、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。

１－２．急性期充実体制加算について　（別添資料①　Ｐ47～Ｐ59）

・　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。

・　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。

・　令和４年 11 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。

・　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　Ｐ60～Ｐ93）

○　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の重症度、医療・看護必要度等について

（別添資料①　Ｐ60～Ｐ78）

- 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で管理することによって、あがらないようにしている。ＳＯＦＡスコアの導入に反対ではないが、こうした取り組みも考慮して慎重な検討が必要、との指摘があった。

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　Ｐ79～Ｐ93）

・　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項目は不要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。
・　「創傷処置」や「呼吸ケア」の項目について、具体的にどのような状況で該当しているのか分析し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～Ｐ83）

３－１．DPC 対象病院に係る検討について　（別添資料② Ｐ２～Ｐ49）

○　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ている。

（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り組み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ている。

＜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。

＜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。
・ 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ている。

（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。

３－２．算定ルールに係る検討について　（別添資料② Ｐ50～Ｐ70）

（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。

（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。
・ 短期滞在手術等の入院医療における評価については、DPC/PDPS や短期滞在手術等基本料３による包括評価のあり方も踏まえつつ、引き続き分科会において検討を行うこととされた。

３－３．診断群分類に係る検討について　（別添資料② Ｐ71～Ｐ75）

・ 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。

３－４．退院患者調査に係る検討について　（別添資料② Ｐ76～Ｐ83）

・ 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～Ｐ45）

- 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が増加している。
・ 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。

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 Ｐ46～Ｐ97）

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 Ｐ51～Ｐ70）

・　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。
・　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 Ｐ71～Ｐ97）

・ 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。
・ 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。
・　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 Ｐ98～Ｐ146）

○　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。

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 Ｐ98～Ｐ134）

・　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。入院料Ⅰにおけるリハビリテーションについては、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 Ｐ135～Ｐ146）

- 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．　外来医療について　（別添資料③ Ｐ147～Ｐ193）

７－１．かかりつけ医機能等　（別添資料③ Ｐ147～Ｐ161）

- 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。
- 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。
- 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。
・　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に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。

７－２．生活習慣病対策　（別添資料③ Ｐ162～Ｐ181）

・　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。

７－３．外来機能の分化の推進　（別添資料③ Ｐ182～Ｐ193）

・　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。

８．　外来腫瘍化学療法について　（別添資料④ Ｐ２～Ｐ29）

・　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」が最多であった。
・　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、適切な治療といえるのか、との指摘があった。
・　外来化学療法は多職種が関わるものであり、外来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。
・　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。そのような一部の診療所等においては、新たな算定項目を作成して評価するべき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。

９．　情報通信機器を用いた診療について　（別添資料④ Ｐ30～Ｐ66）

○　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。

９－１．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 Ｐ45～Ｐ55）

・　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。
- 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）が僻地や在宅の場面で活用されてきている。
- これについて、僻地に限らず、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・僻地であり、積極的に離島・僻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。

９－２．情報通信機器を用いた診療をおこなう医療機関の特性について

（別添資料④ Ｐ56～Ｐ66）

- 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上で、郵便番号を使った解析が今後の課題であるとの指摘があった。
・　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。

１０．横断的個別事項について　（別添資料④ Ｐ67～Ｐ163）

１０－１．身体的拘束を予防、最小化する取組について　（別添資料④ Ｐ68～Ｐ81）

・　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。

１０－２．入退院支援について　（別添資料④ Ｐ82～Ｐ100）

・ 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。

１０－３．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④　Ｐ101～Ｐ163）

（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。
・　当該加算の要件には病棟に特定の疾患を有する患者割合があるが、脳血管障害が含まれていないのは課題との指摘があった。

（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
　－　病棟への専従配置を求めるのであれば、給与面の課題も考慮し、増員できるくらい

の評価が必要

－　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、看護師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。

中医協　総－1参考1 ５．９．２７	中医協　診－1参考1 ５．９．２７	診調組　入－1参考1 ５．９．１４改

（令和5年度第7回）
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編①

令和5年9月14日（木）

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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	-	-	-	-	-

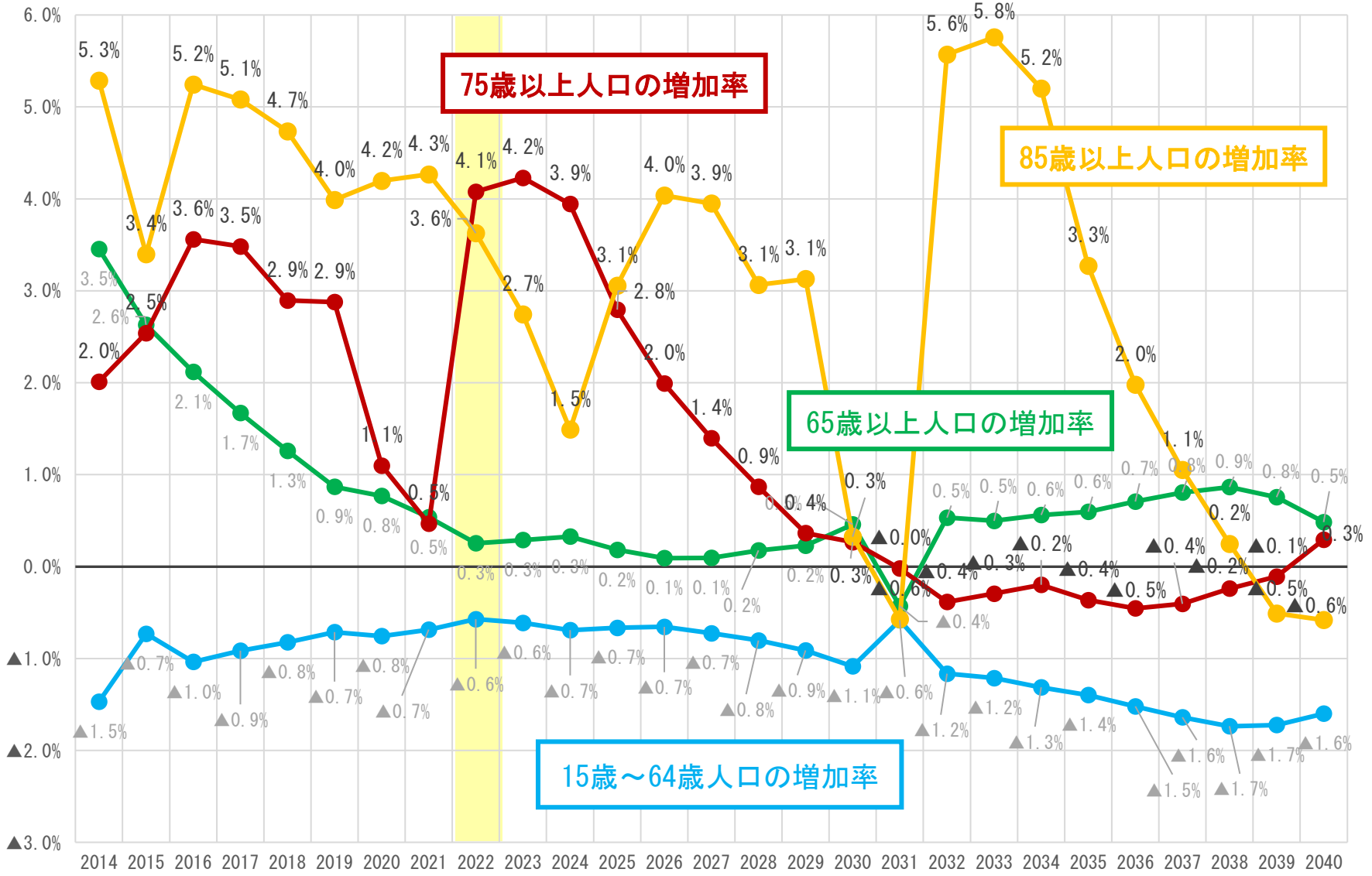
	調査の対象	調査対象人数	回収人数（回収率）
一般	オンライン調査	2,000	2,000（100.0%）

（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

（参考）2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

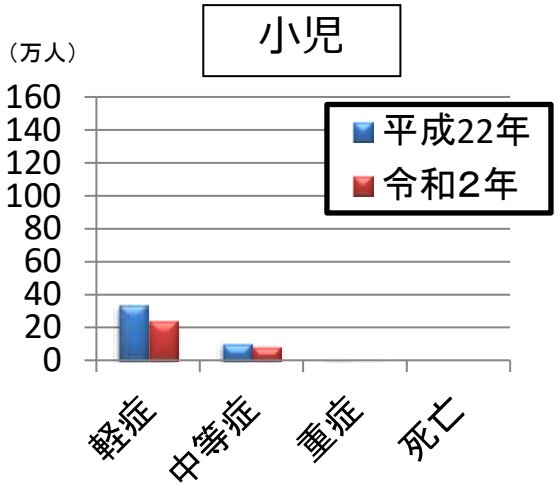
○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。

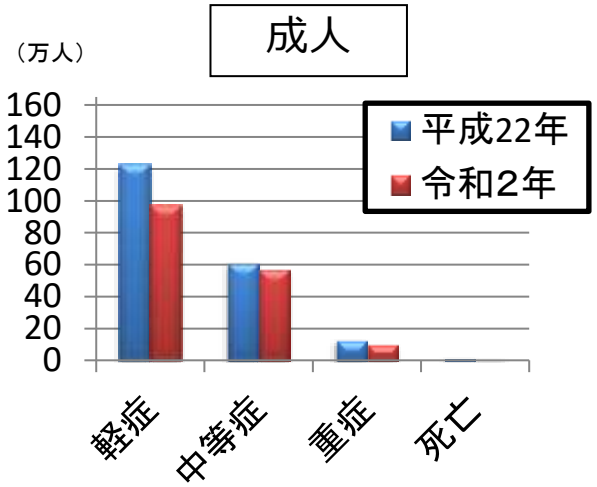


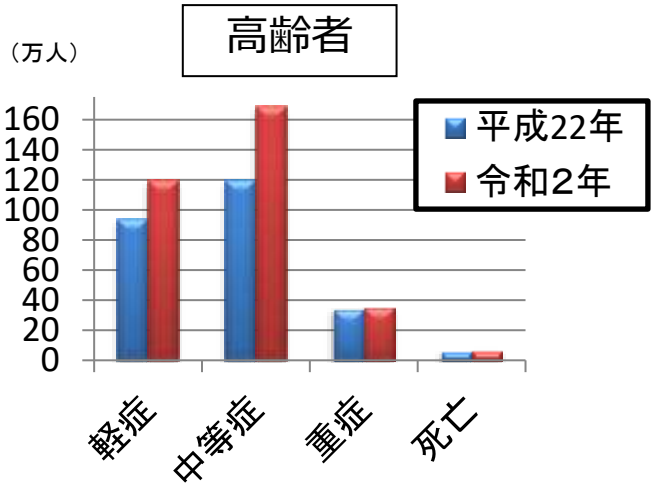
（出所）　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

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

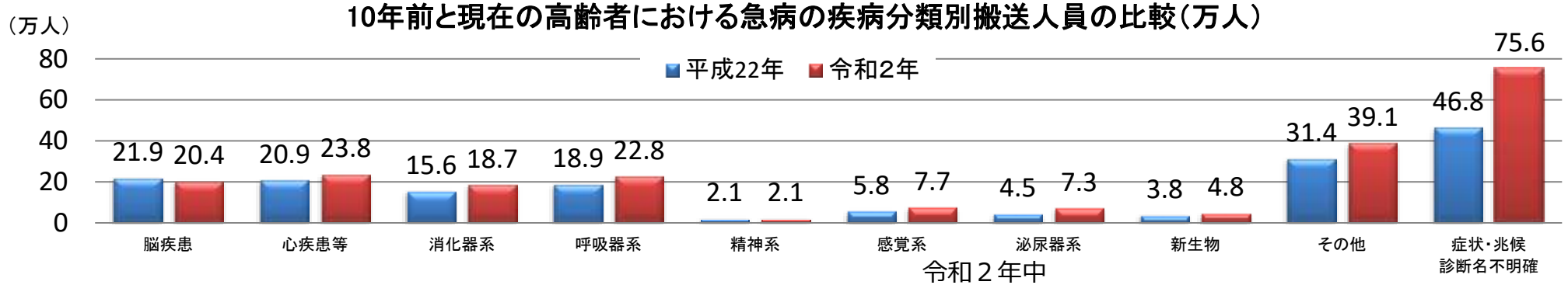
「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

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。



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）

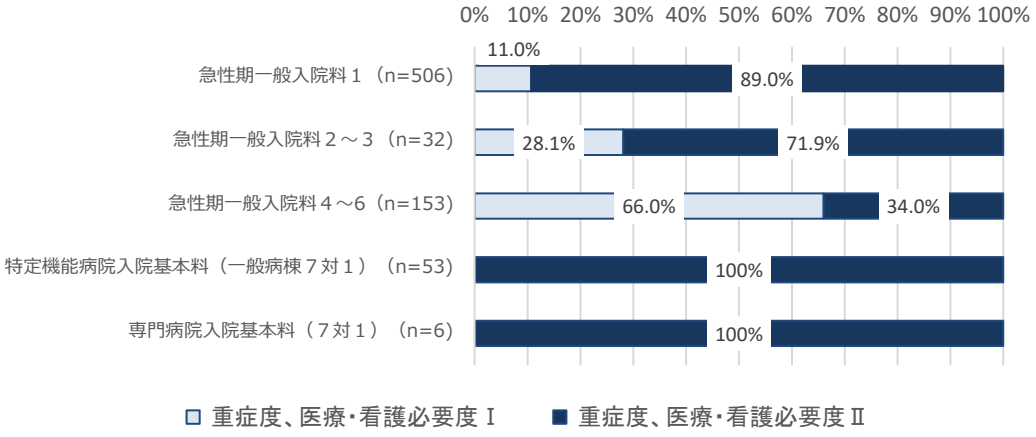
（出典）救急・救助の現況（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 横断的個別事項について

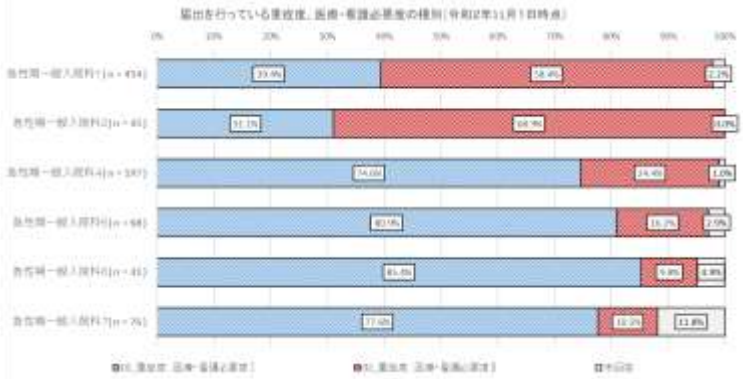
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

○　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。

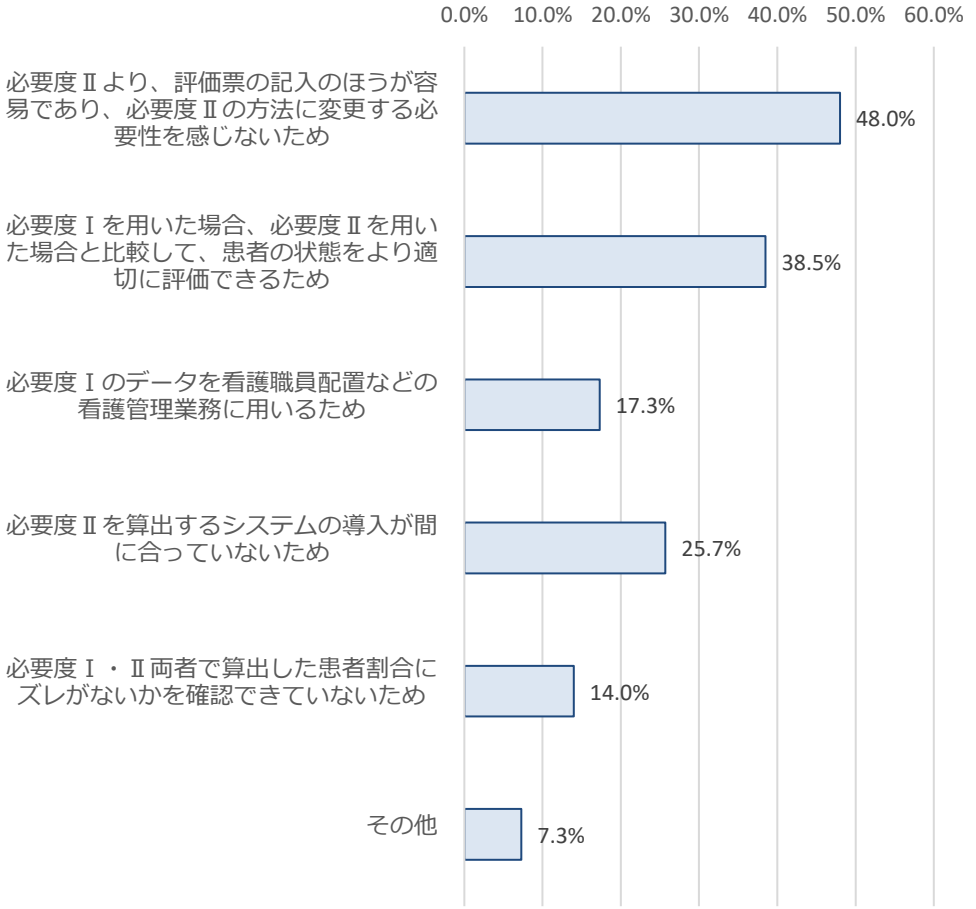
■重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和４年11月１日時点）



（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）



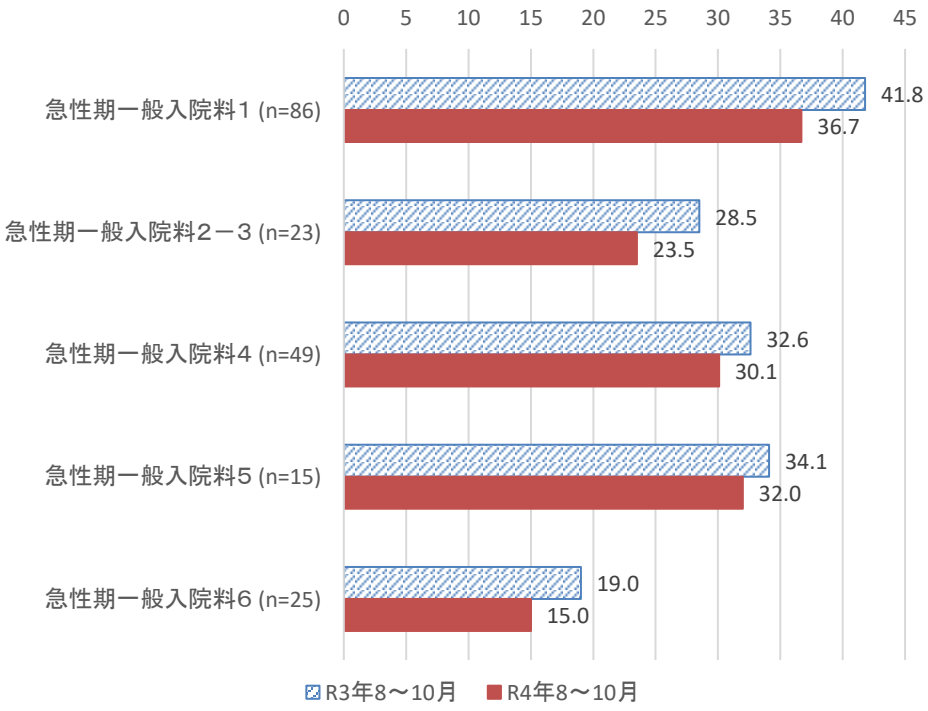
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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）

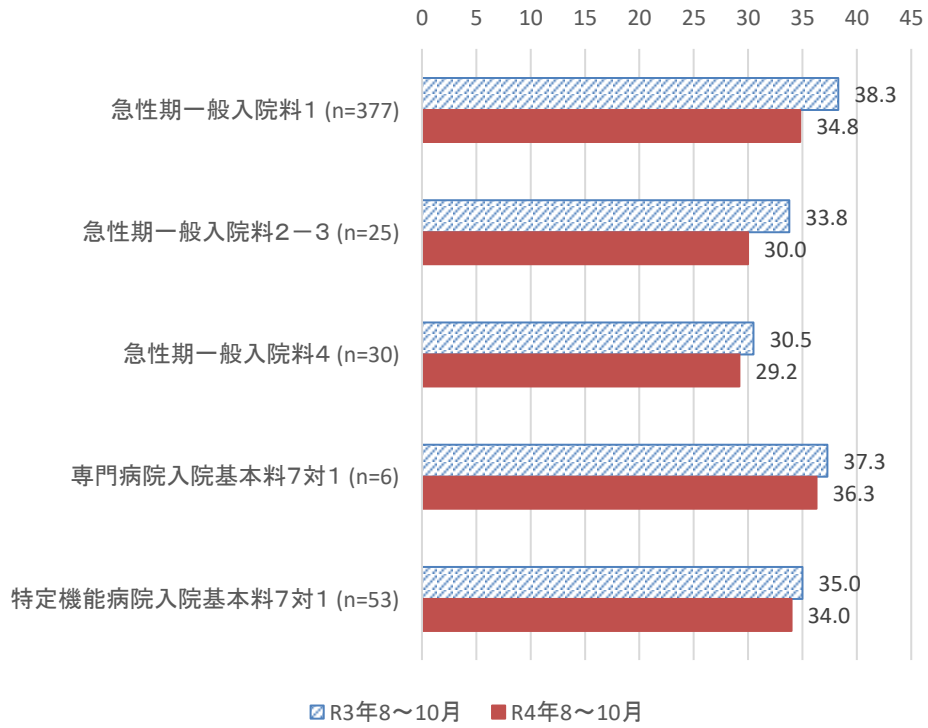
○　重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
○　重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

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）

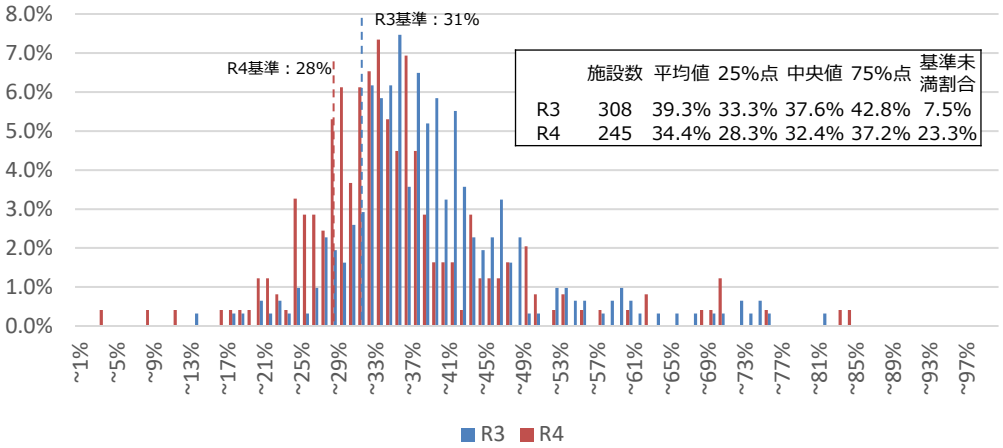


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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

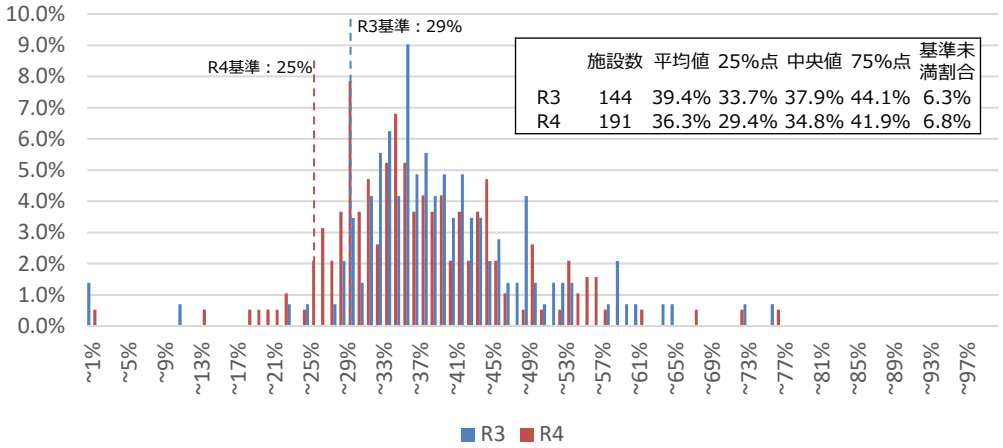
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料1の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料１・200床未満(必要度Ⅰ)>



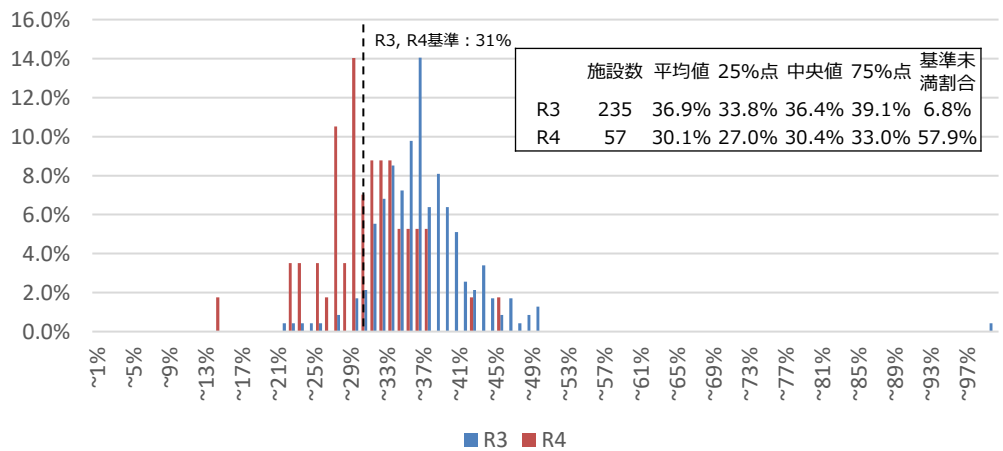
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	308	39.3%	33.3%	37.6%	42.8%	7.5%
R4	245	34.4%	28.3%	32.4%	37.2%	23.3%

<急性期一般入院料１・200床未満(必要度Ⅱ)>



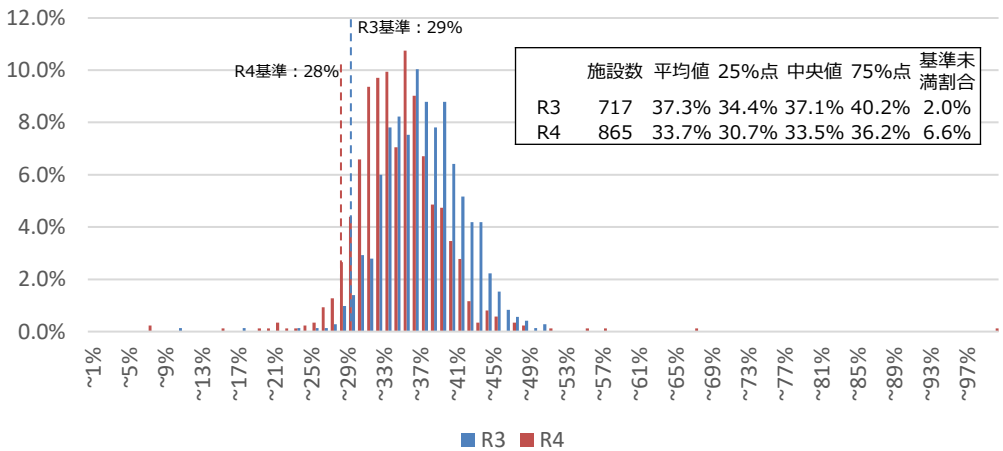
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	144	39.4%	33.7%	37.9%	44.1%	6.3%
R4	191	36.3%	29.4%	34.8%	41.9%	6.8%

<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)>



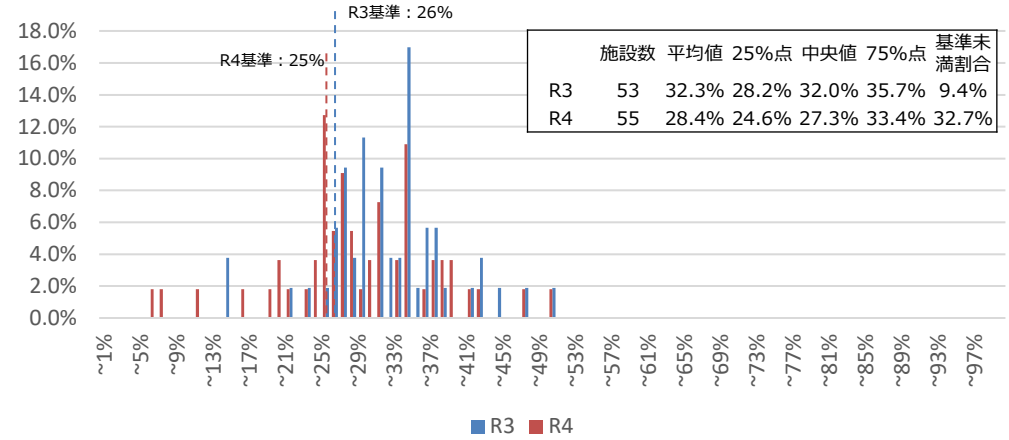
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	717	37.3%	34.4%	37.1%	40.2%	2.0%
R4	865	33.7%	30.7%	33.5%	36.2%	6.6%

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

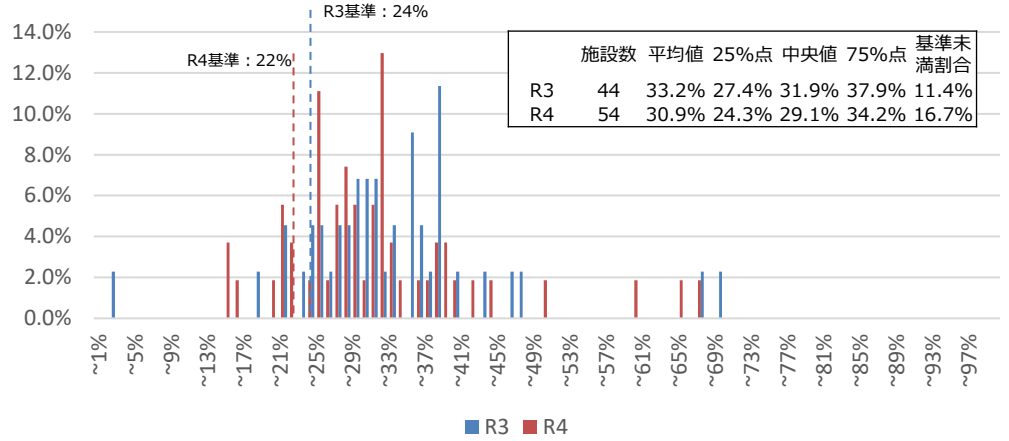
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料2の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料２・200床未満(必要度Ⅰ)>



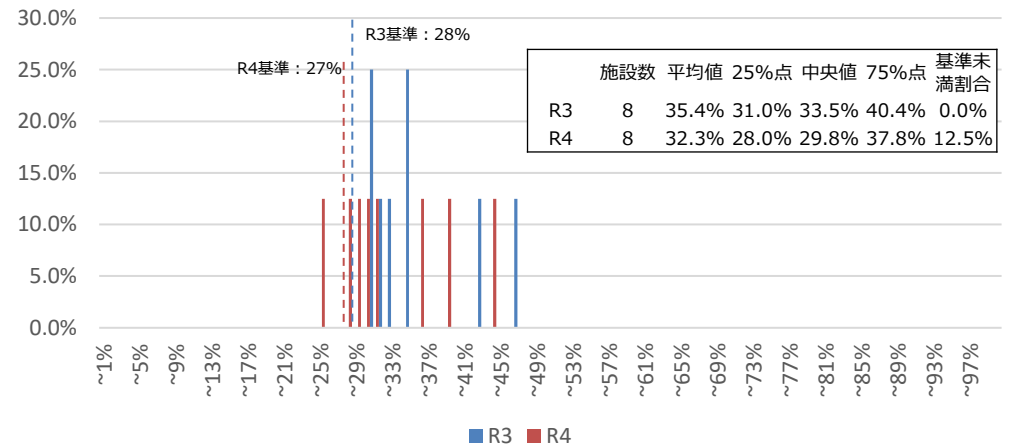
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	53	32.3%	28.2%	32.0%	35.7%	9.4%
R4	55	28.4%	24.6%	27.3%	33.4%	32.7%

<急性期一般入院料２・200床未満(必要度Ⅱ)>



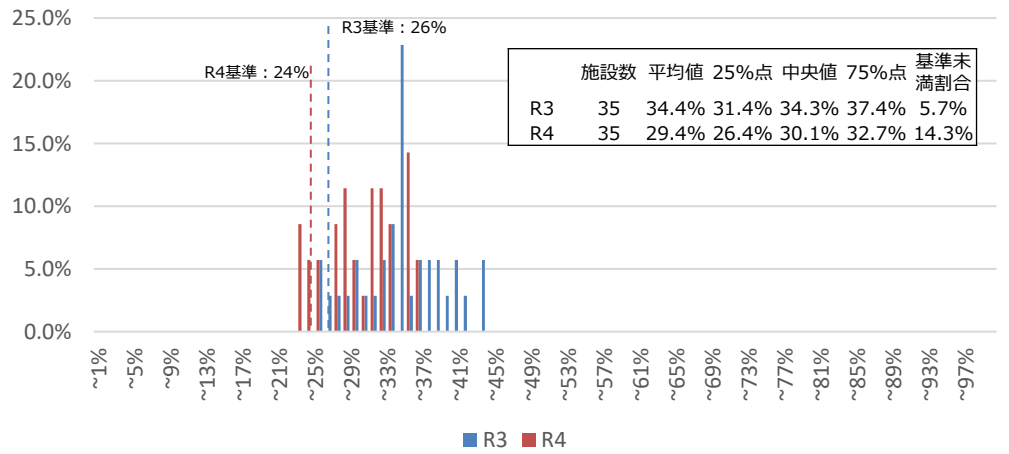
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	44	33.2%	27.4%	31.9%	37.9%	11.4%
R4	54	30.9%	24.3%	29.1%	34.2%	16.7%

<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)>



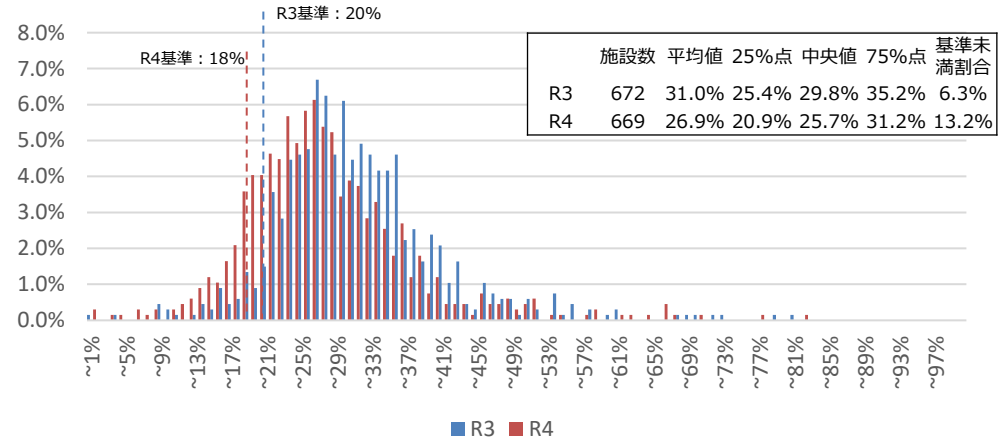
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	35	34.4%	31.4%	34.3%	37.4%	5.7%
R4	35	29.4%	26.4%	30.1%	32.7%	14.3%

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

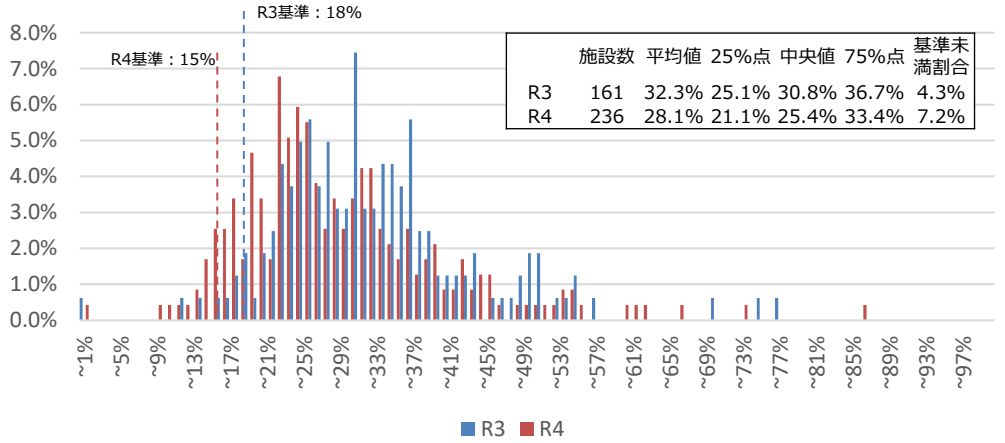
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料4の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<急性期一般入院料４・200床未満(必要度Ⅰ)>



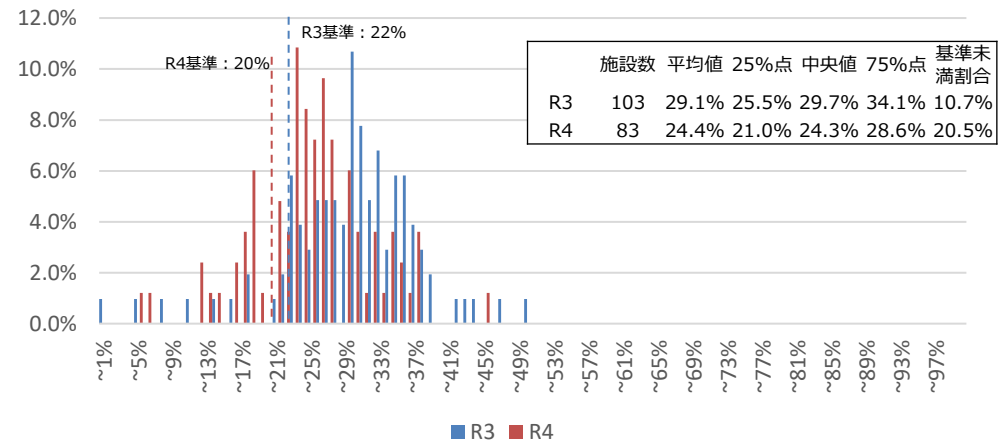
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	672	31.0%	25.4%	29.8%	35.2%	6.3%
R4	669	26.9%	20.9%	25.7%	31.2%	13.2%

<急性期一般入院料４・200床未満(必要度Ⅱ)>



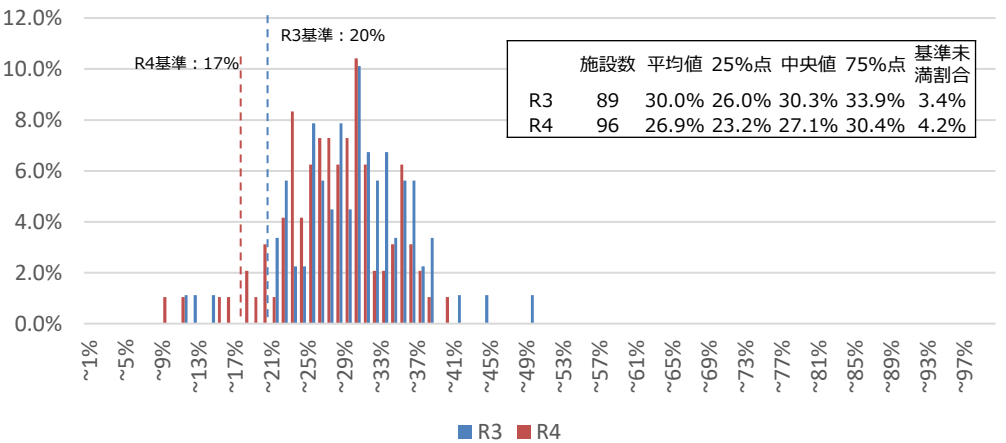
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	161	32.3%	25.1%	30.8%	36.7%	4.3%
R4	236	28.1%	21.1%	25.4%	33.4%	7.2%

<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)>



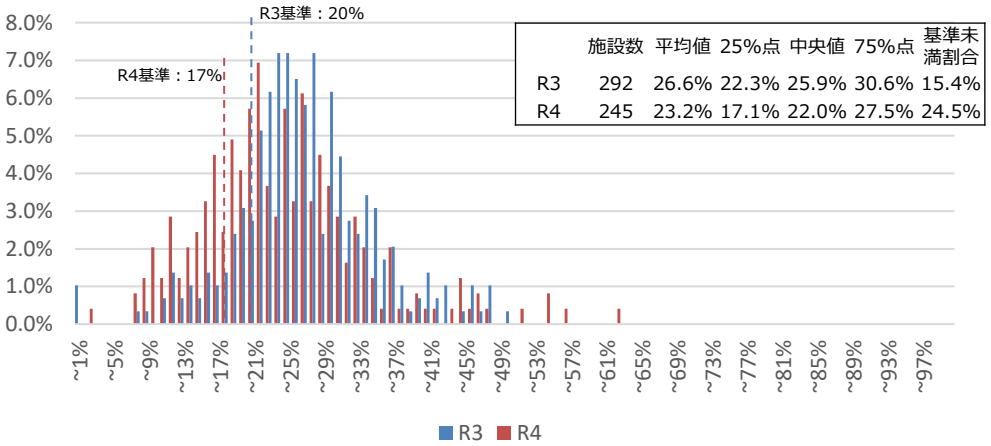
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	89	30.0%	26.0%	30.3%	33.9%	3.4%
R4	96	26.9%	23.2%	27.1%	30.4%	4.2%

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

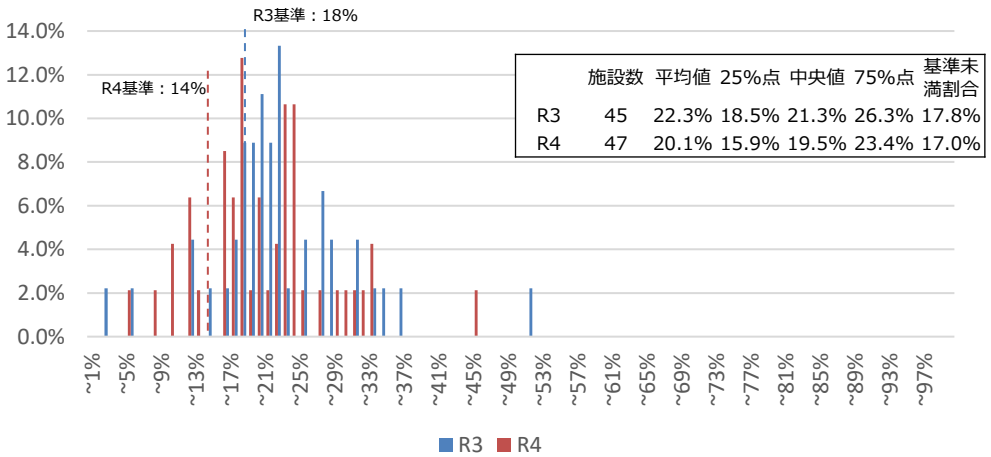
○　令和3年及び令和4年における急性期一般入院料5の必要度該当割合の分布は以下のとおり。

<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)>



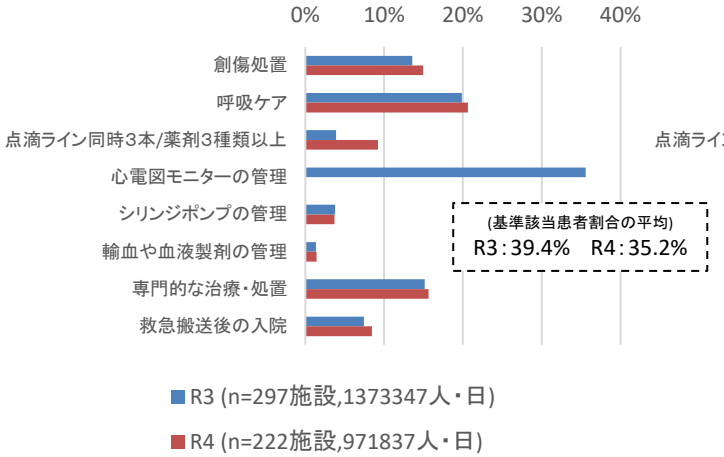
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	45	22.3%	18.5%	21.3%	26.3%	17.8%
R4	47	20.1%	15.9%	19.5%	23.4%	17.0%

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。

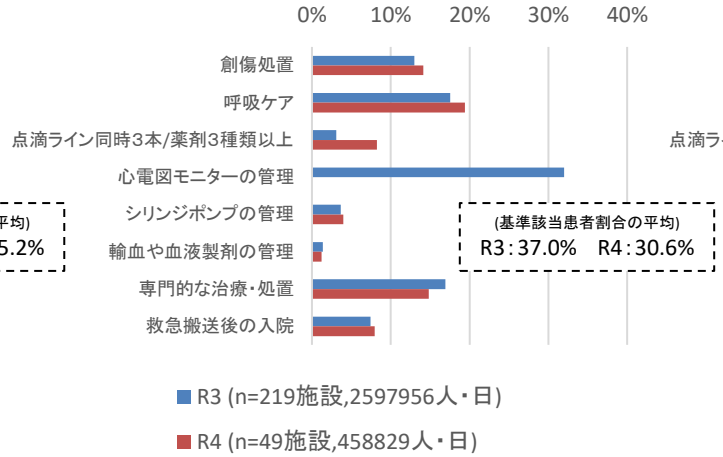
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

○ 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。

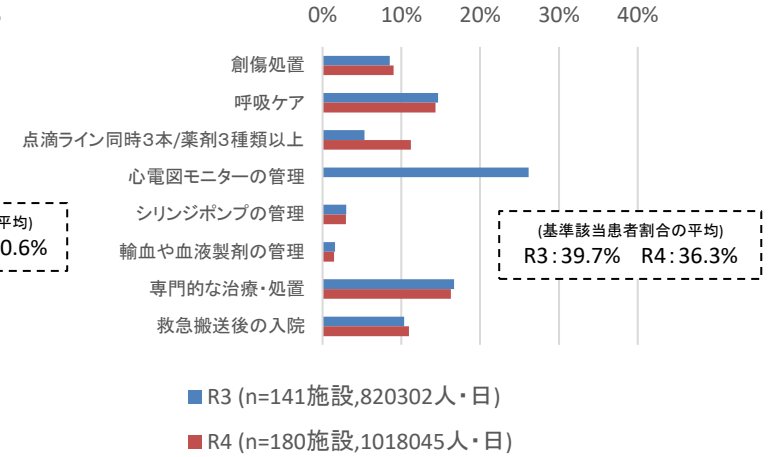
急１・必要度Ⅰ・200床未満



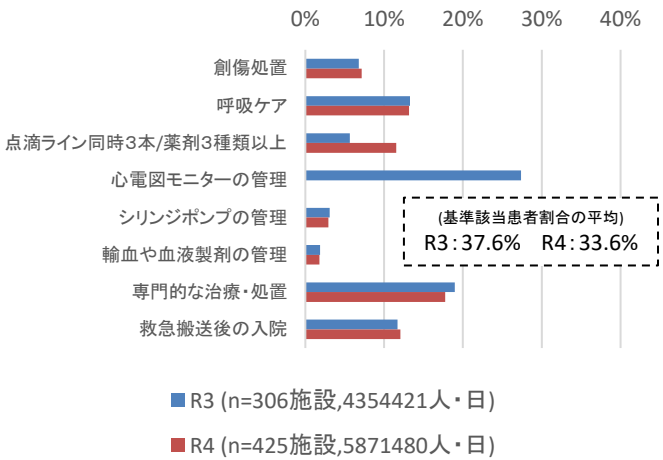
急１・必要度Ⅰ・200床-399床



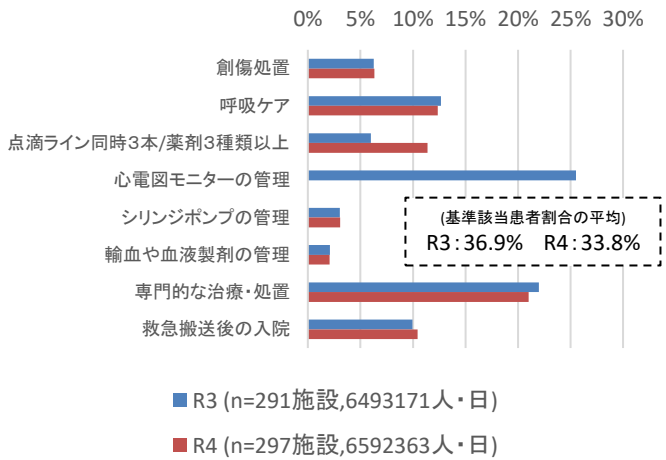
急１・必要度Ⅱ・200床未満



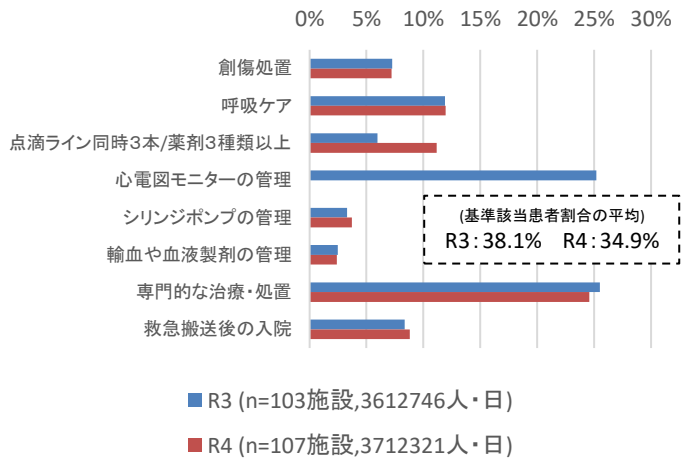
急１・必要度Ⅱ・200-399床



急１・必要度Ⅱ・400-599床



急１・必要度Ⅱ・600床以上

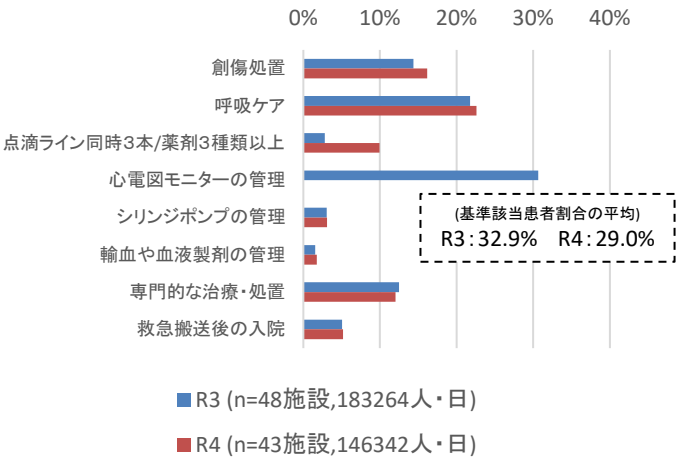


出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

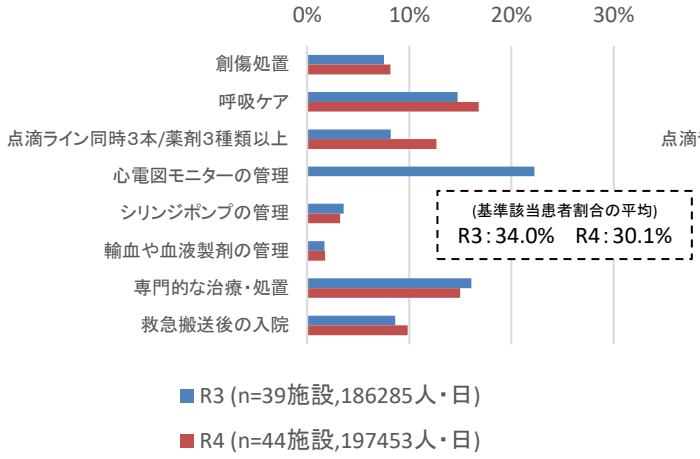
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合②

○ 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。

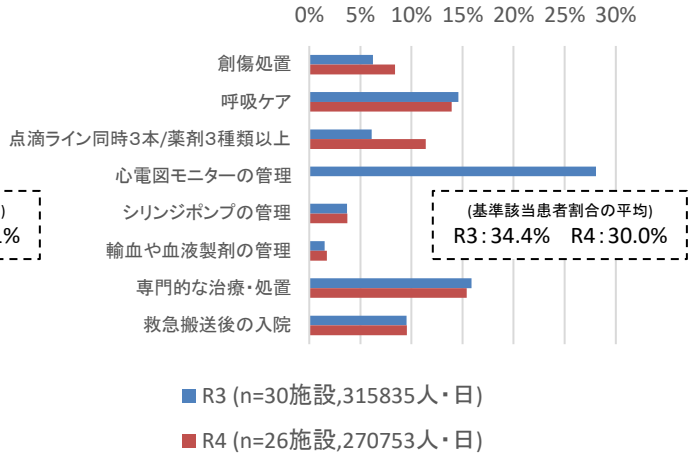
急２・必要度Ⅰ・200床未満



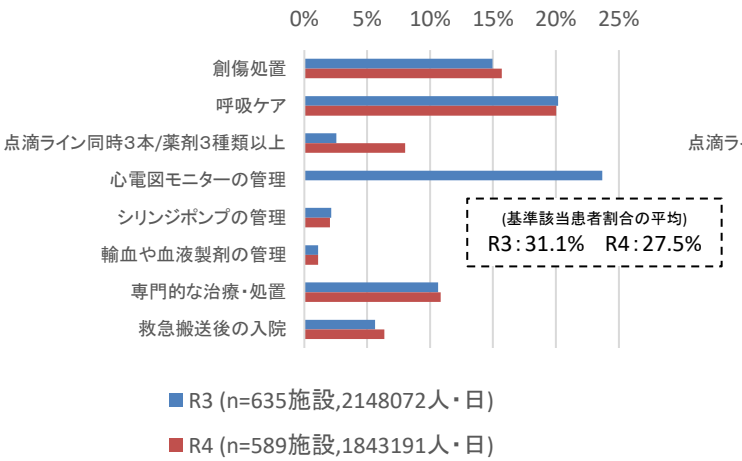
急２・必要度Ⅱ・200床未満



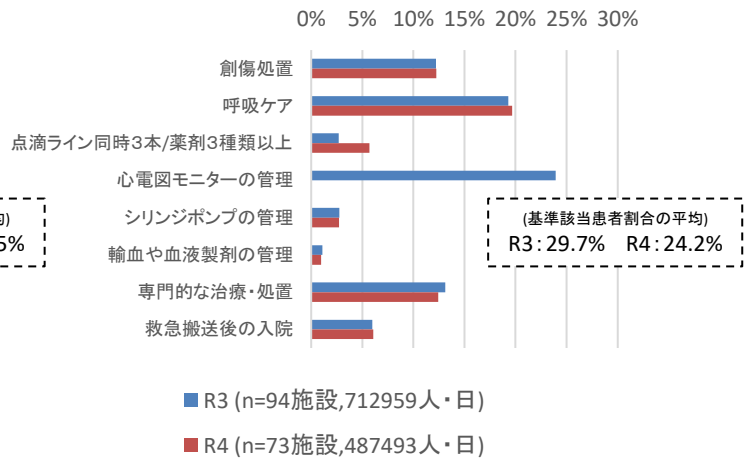
急２・必要度Ⅱ・200-399床



急４・必要度Ⅰ・200床未満



急４・必要度Ⅰ・200-399床

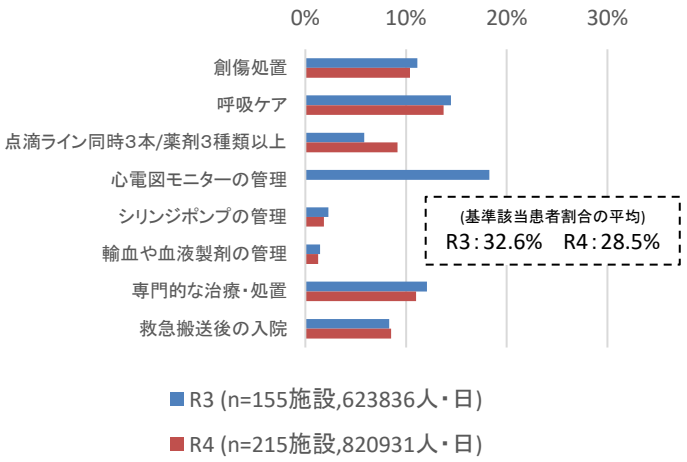


出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分）※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

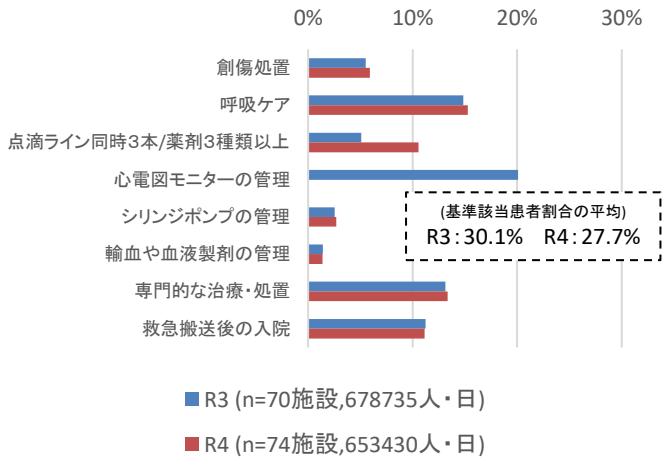
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合③

○ 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。

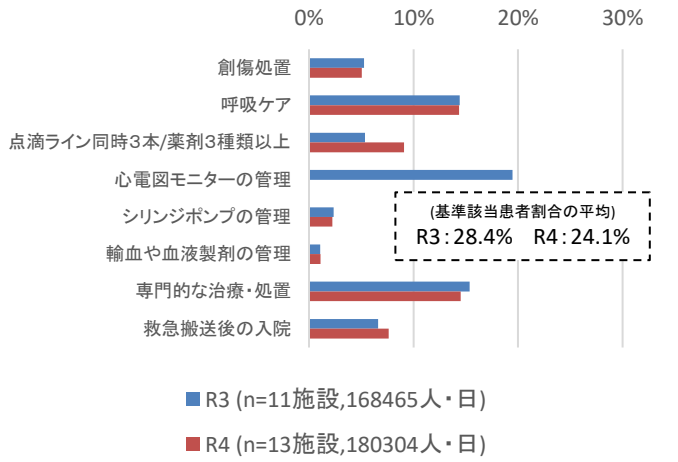
急４・必要度Ⅱ・200床未満



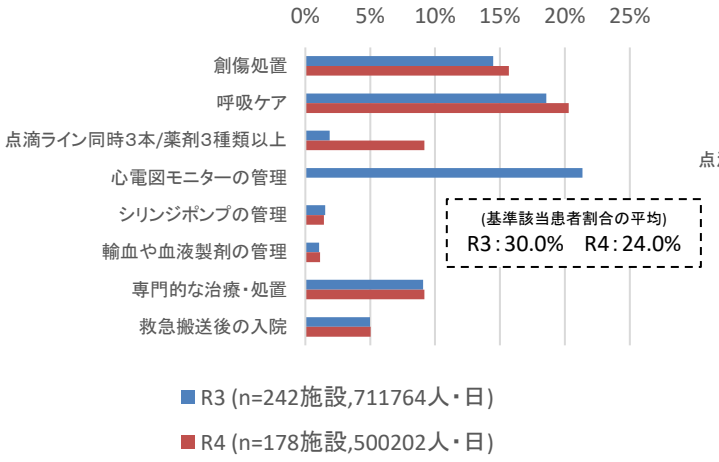
急４・必要度Ⅱ・200-399床



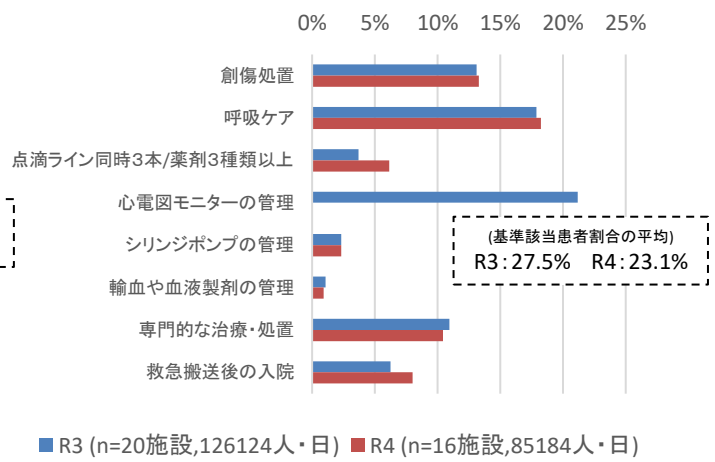
急４・必要度Ⅱ・400-599床



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

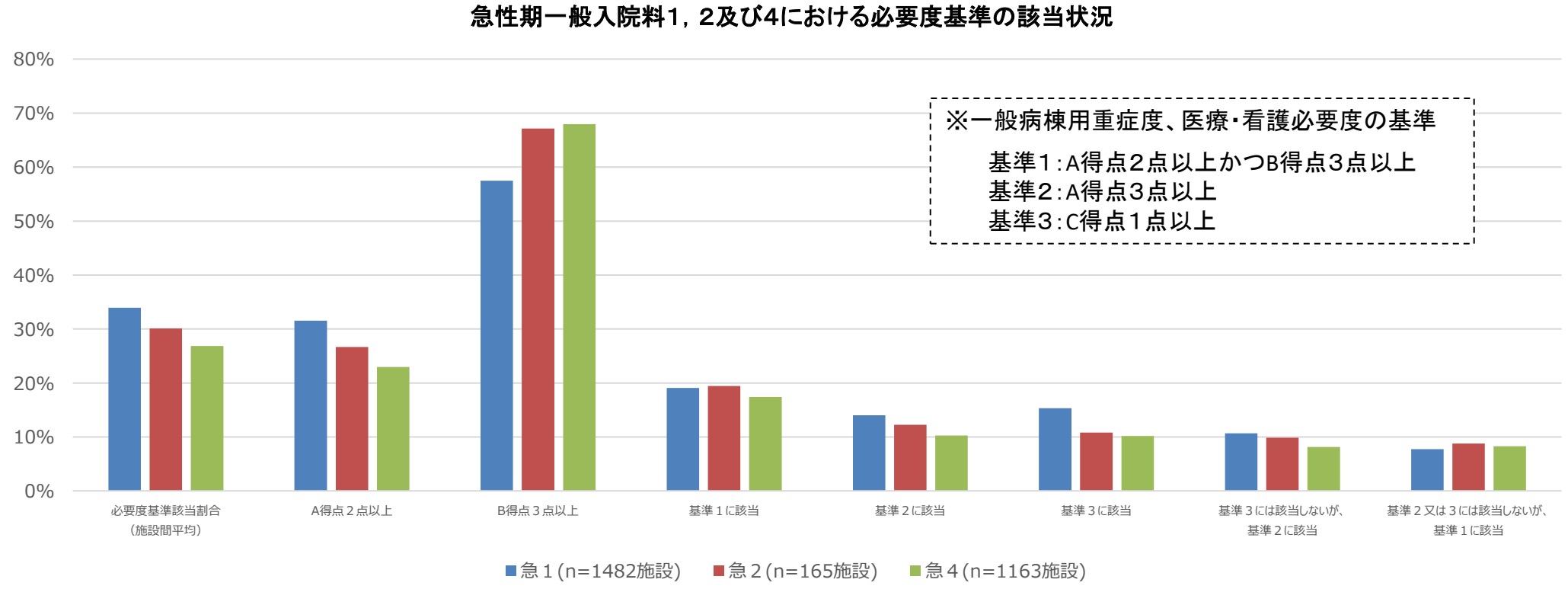
○ 急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の項目のうち「専門的な処置・治療」の該当患者割合は以下のとおり。

			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。



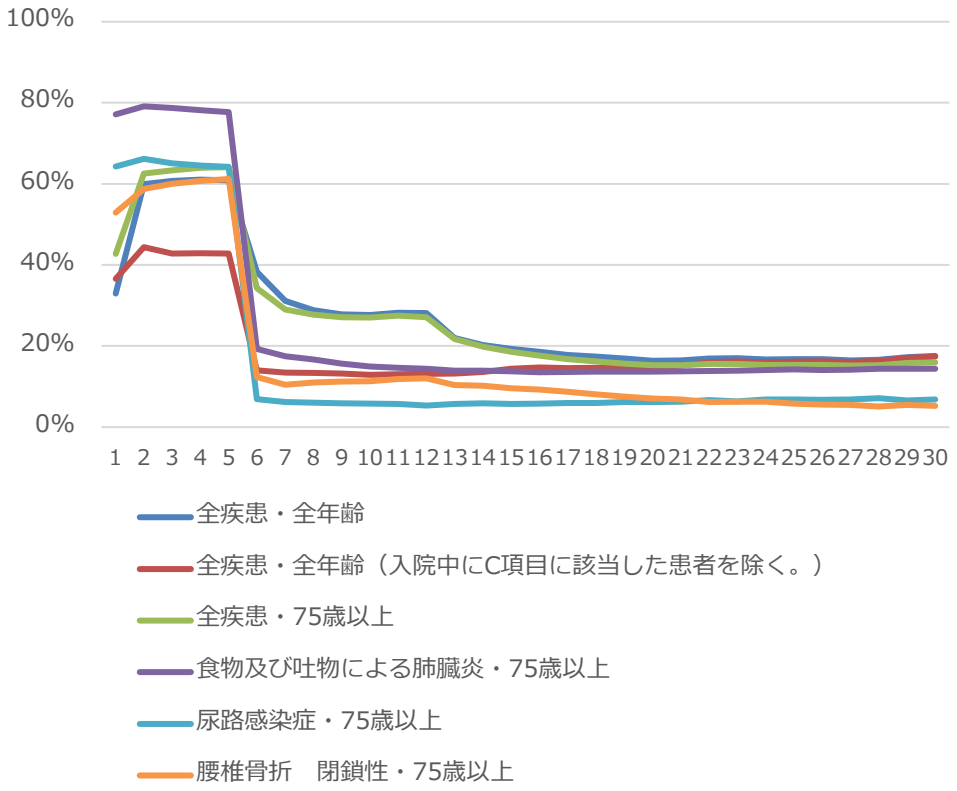
出典：DPCデータ（令和４年８月～10月）

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

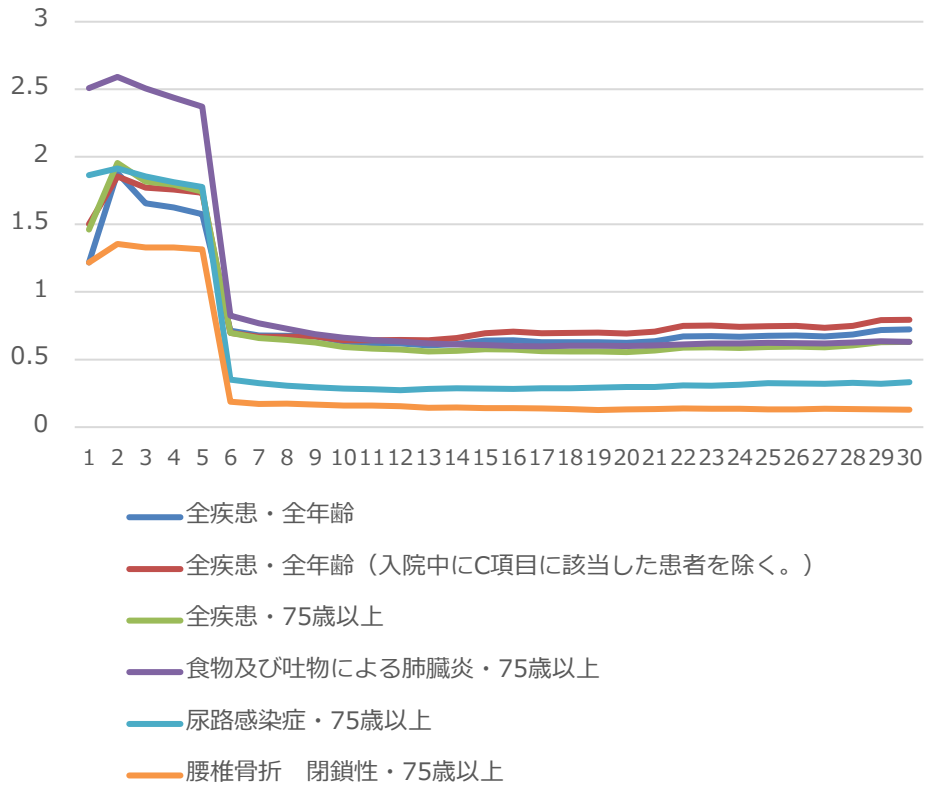
○ 急性期一般入院料1における「食物及び吐物における肺臓炎」及び「尿路感染症」の患者の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合及びA項目の総点数は、入院直後は全疾患の平均よりも高いが、入院6日目以降で低下し、その後の基準該当割合は全疾患の平均を下回る傾向にあった。

○ 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

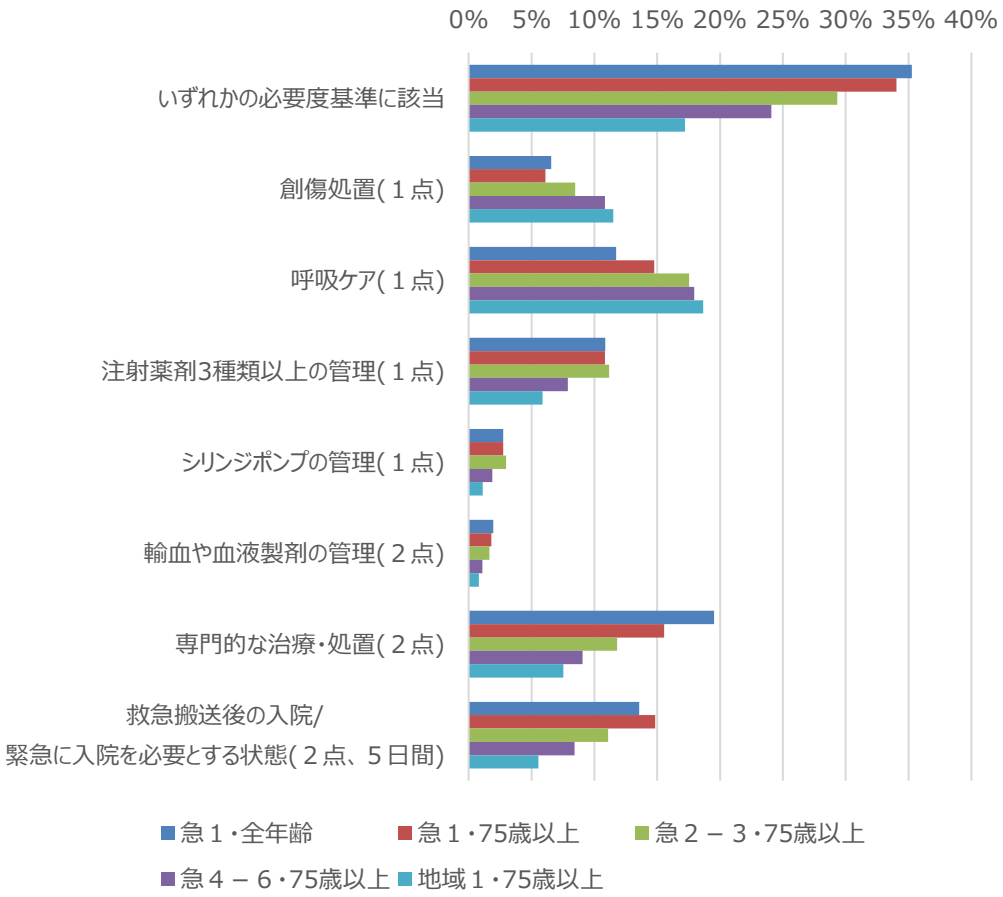


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

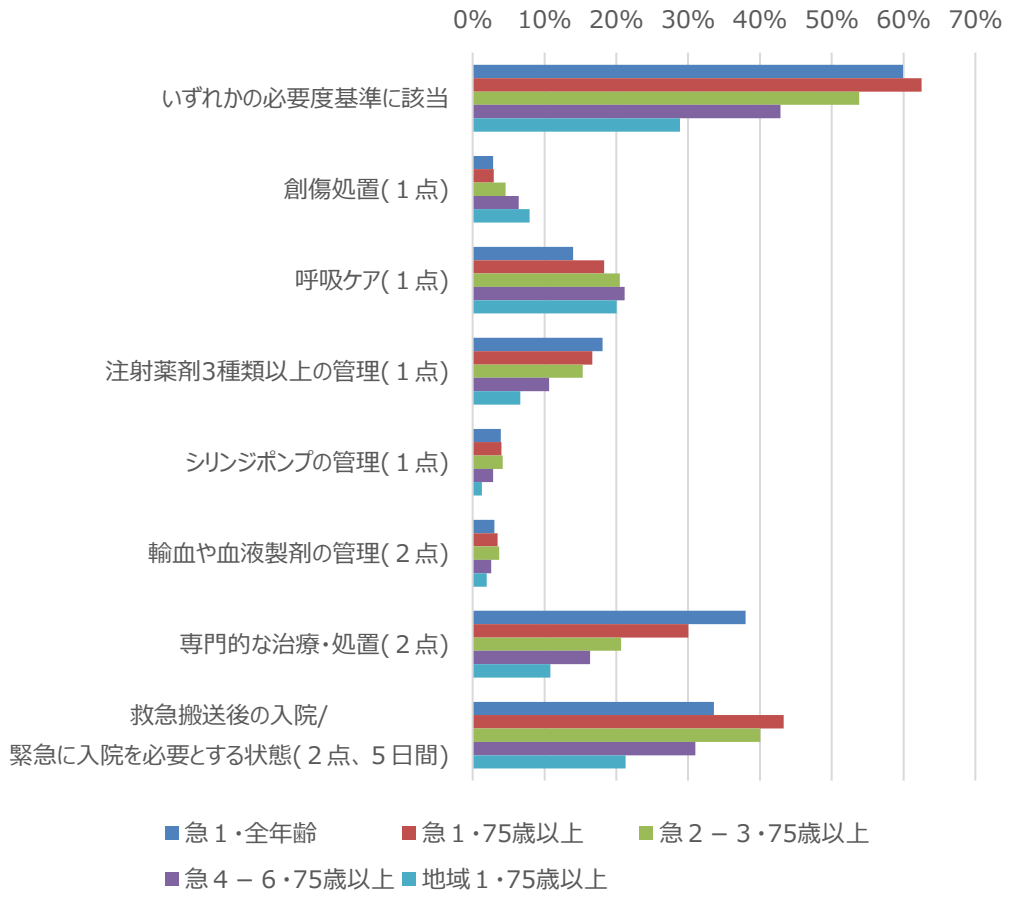
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較①

○ 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）



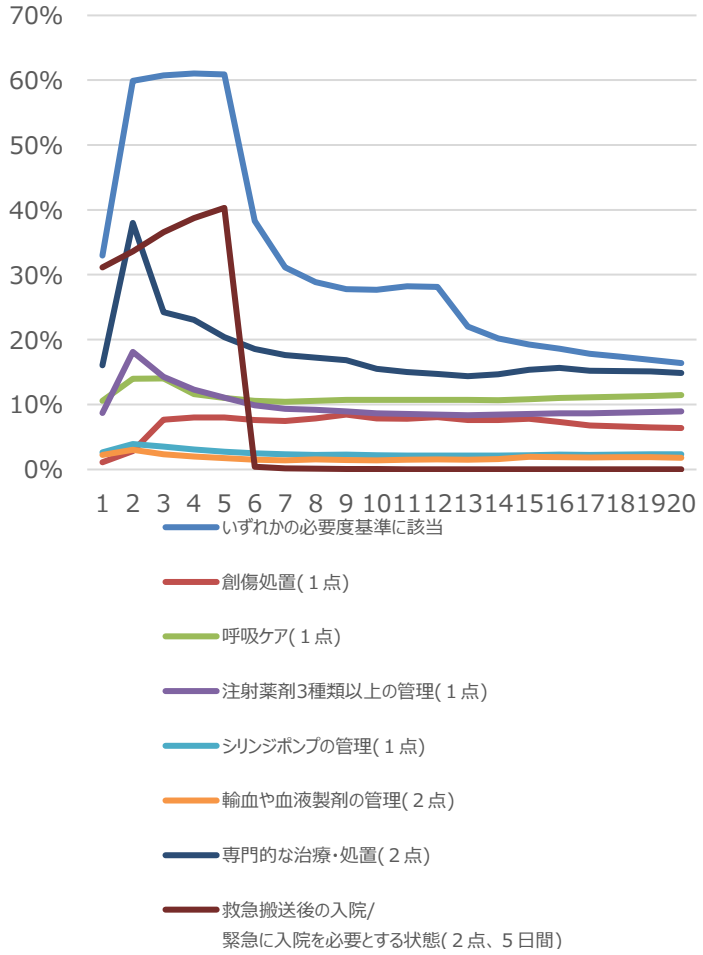
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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

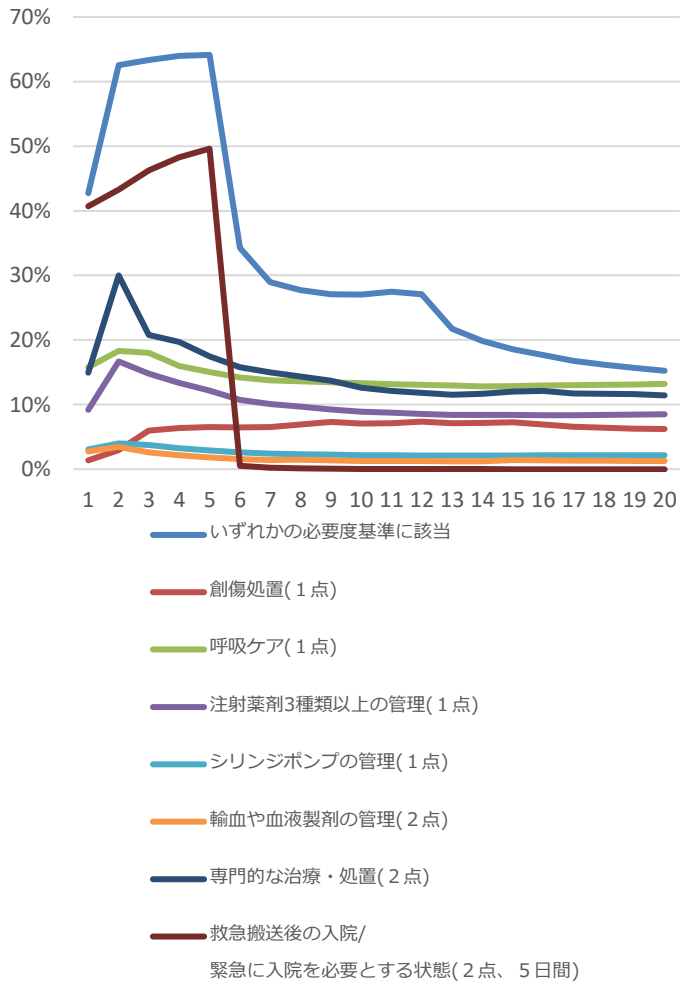
○ 急性期一般入院料1においては、入院初期は「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。

○ 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。

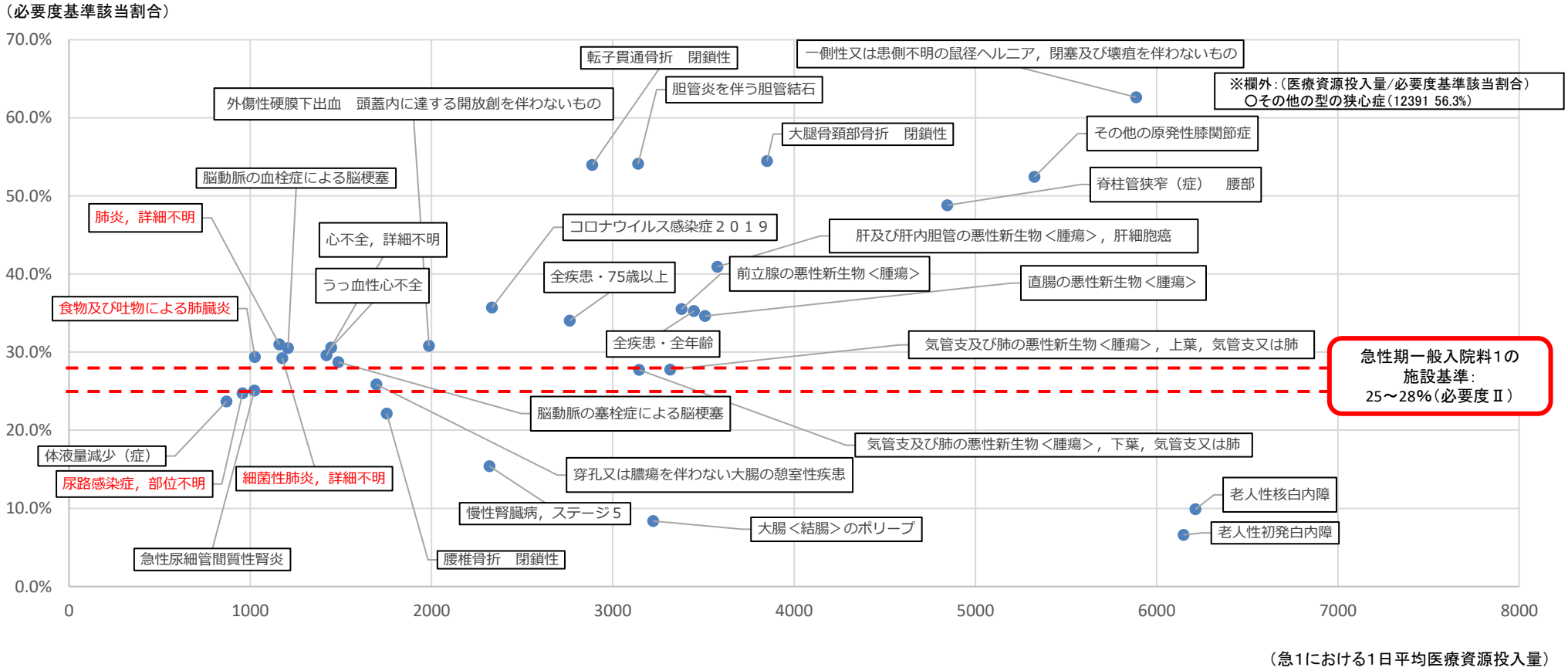
※2　一日平均出来高換算点数から、A（入院料）及びH（リハビリテーション）を除いたもの。

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）

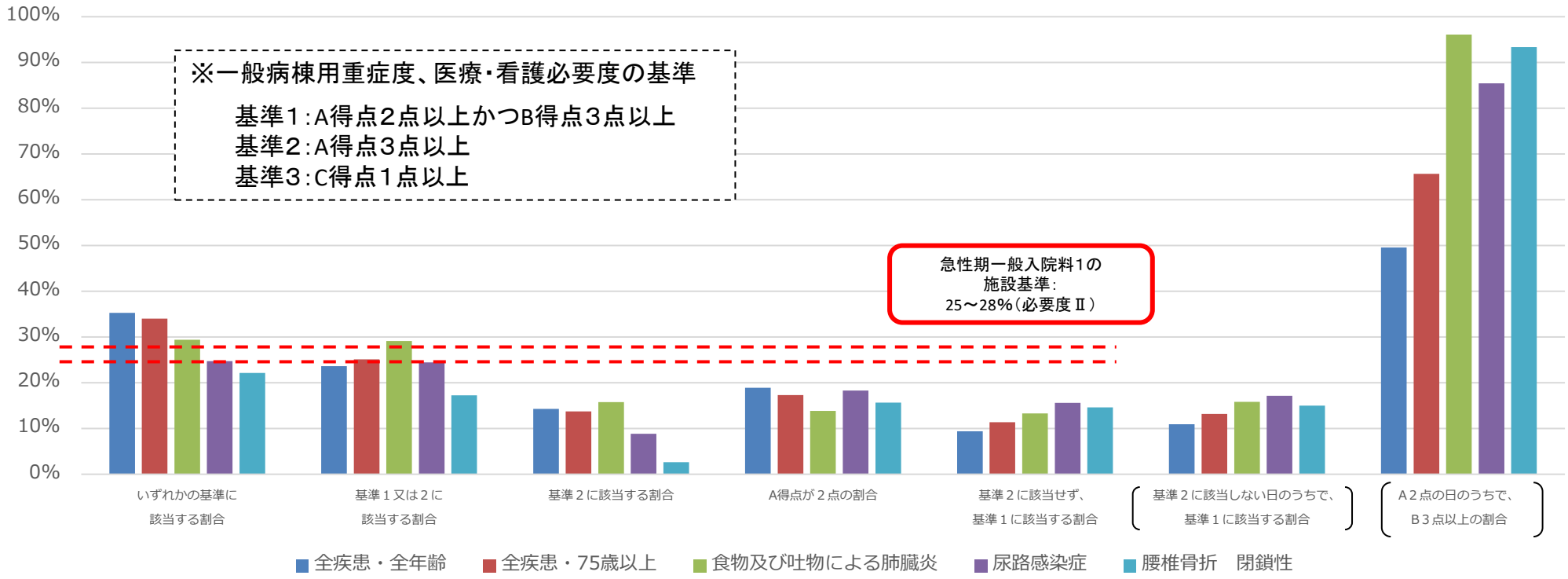
高齢者に多い疾患の一般病棟入院基本料を算定する病棟における必要度該当割合

○ 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

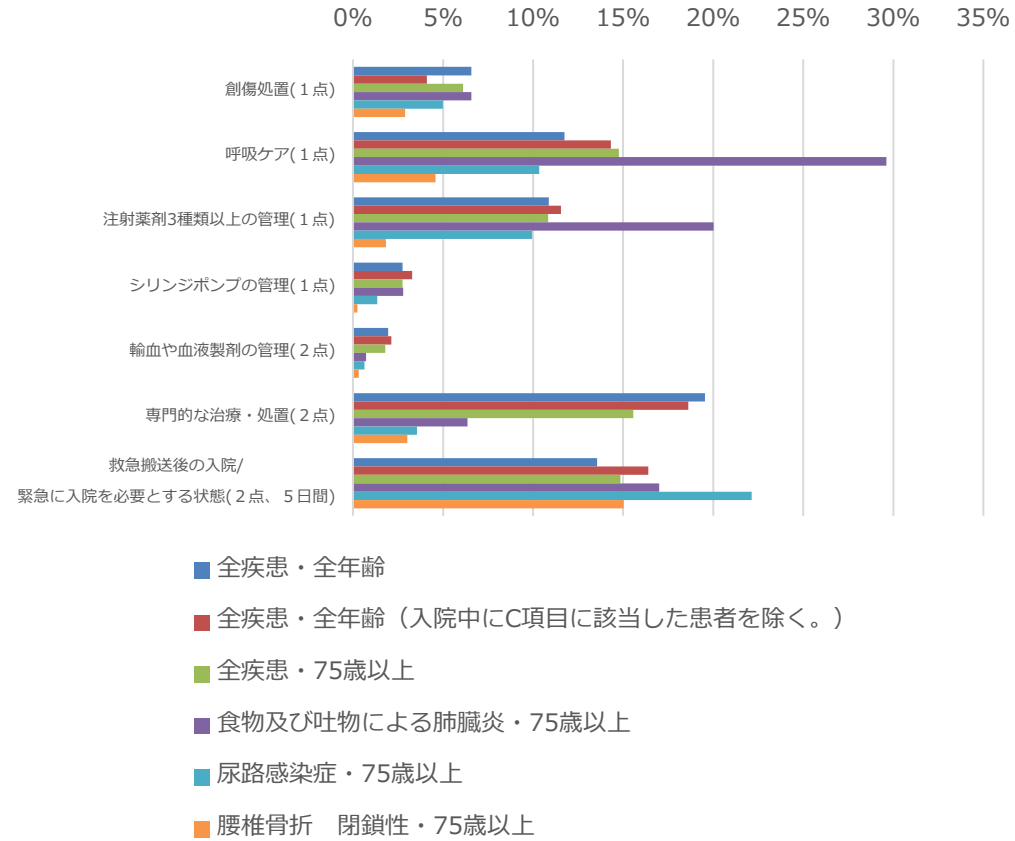


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

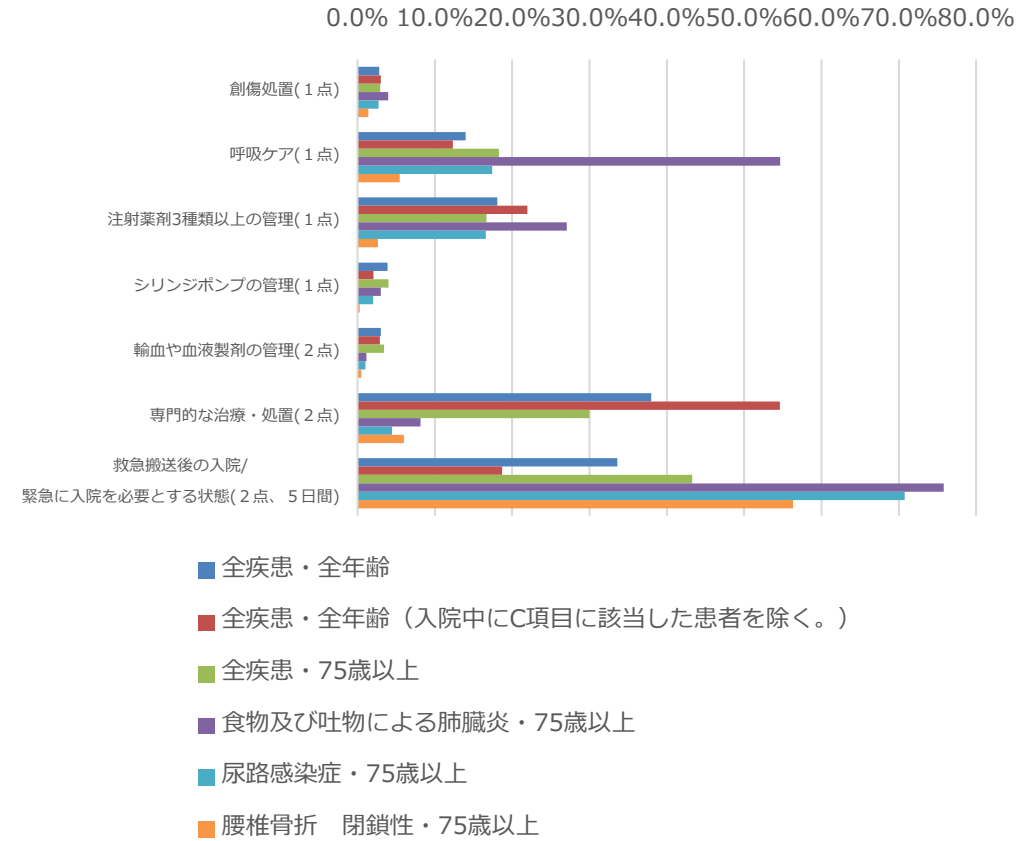
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等①

○ 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）

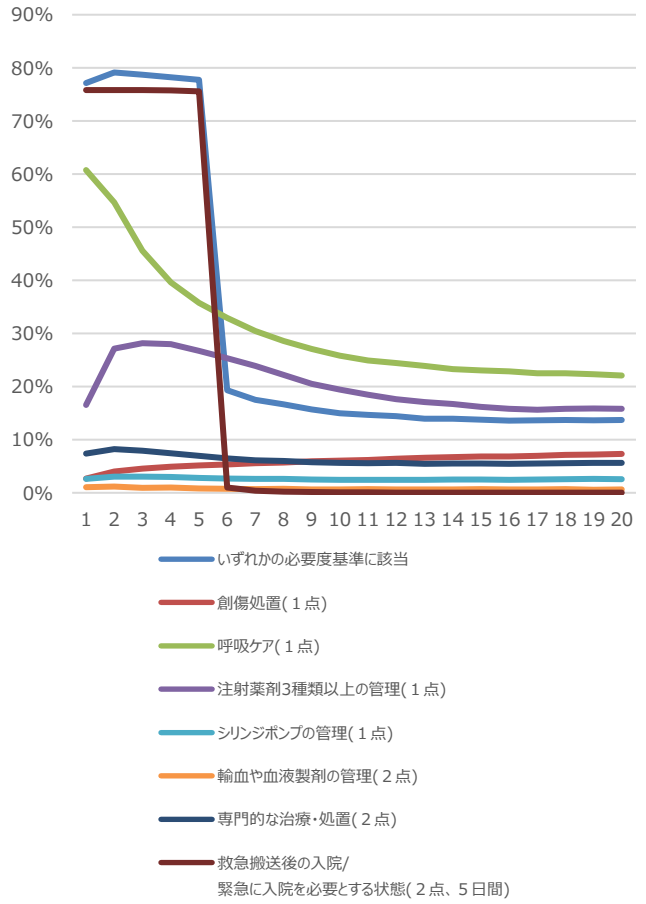


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

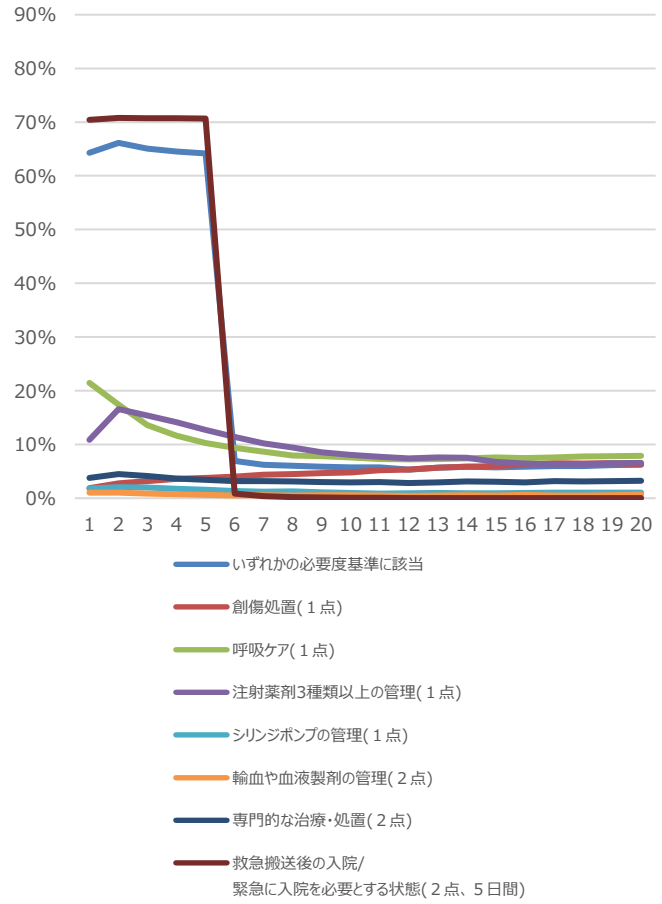
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等②

○ 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。

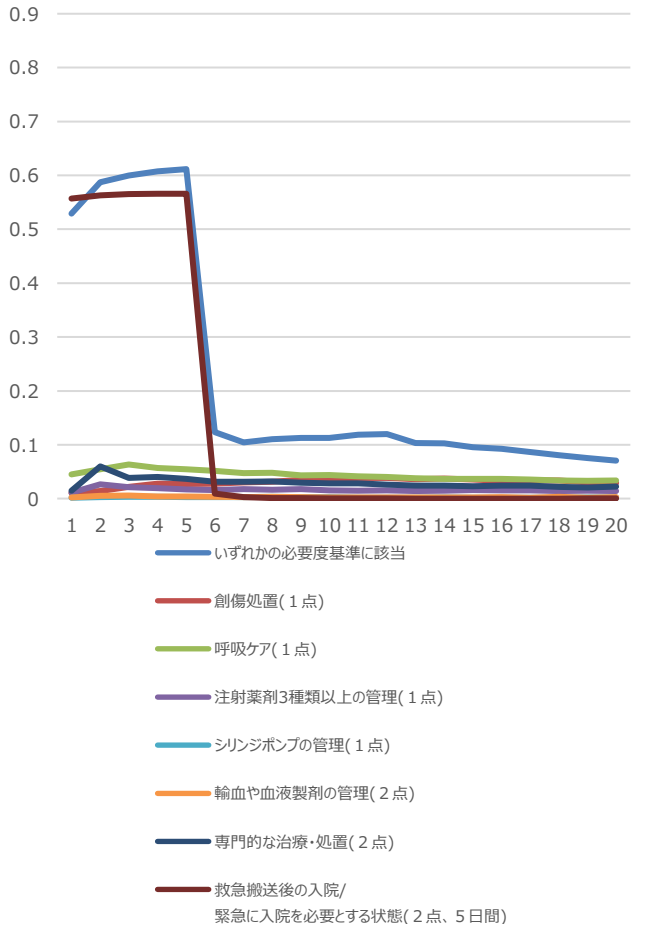
急1における75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合



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

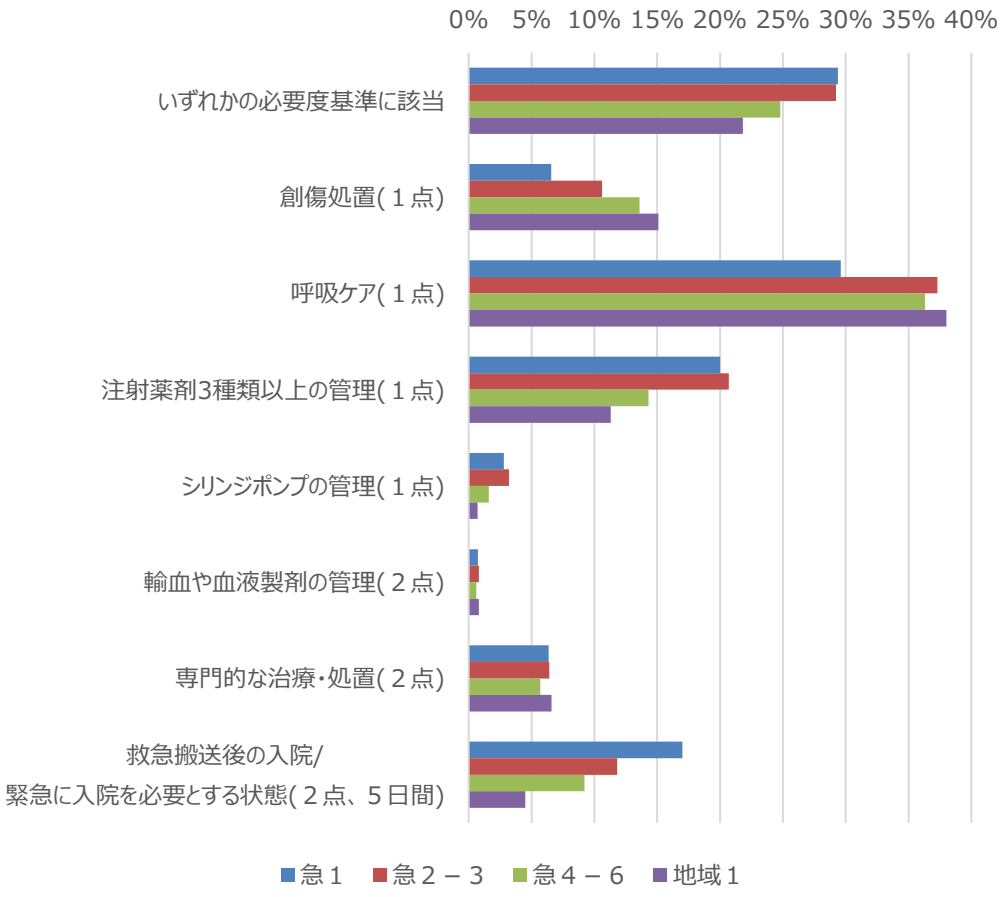


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

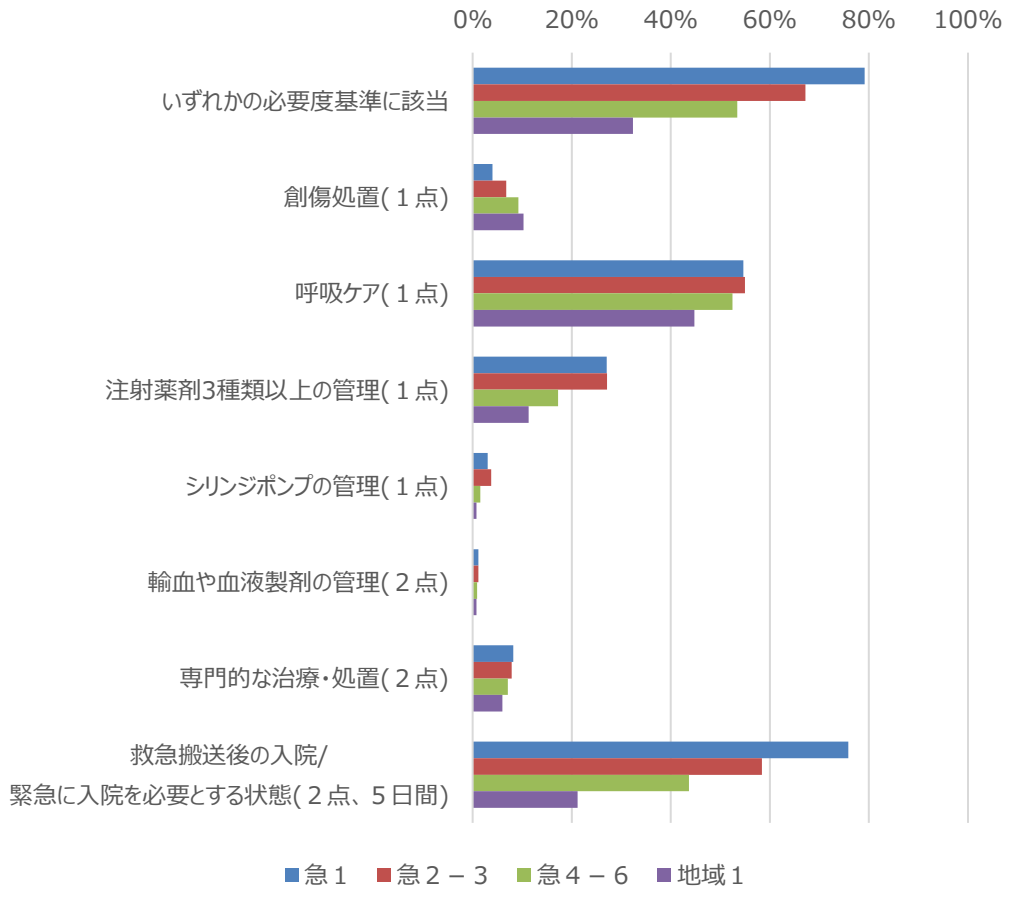
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較②

○ 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

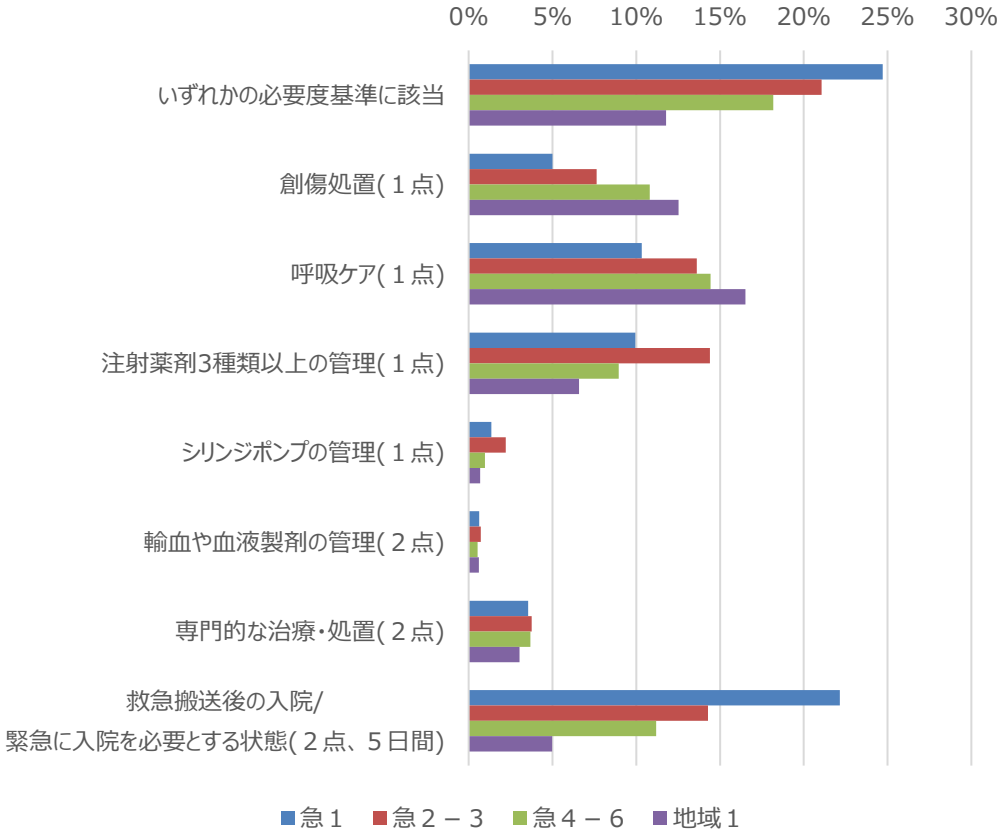


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

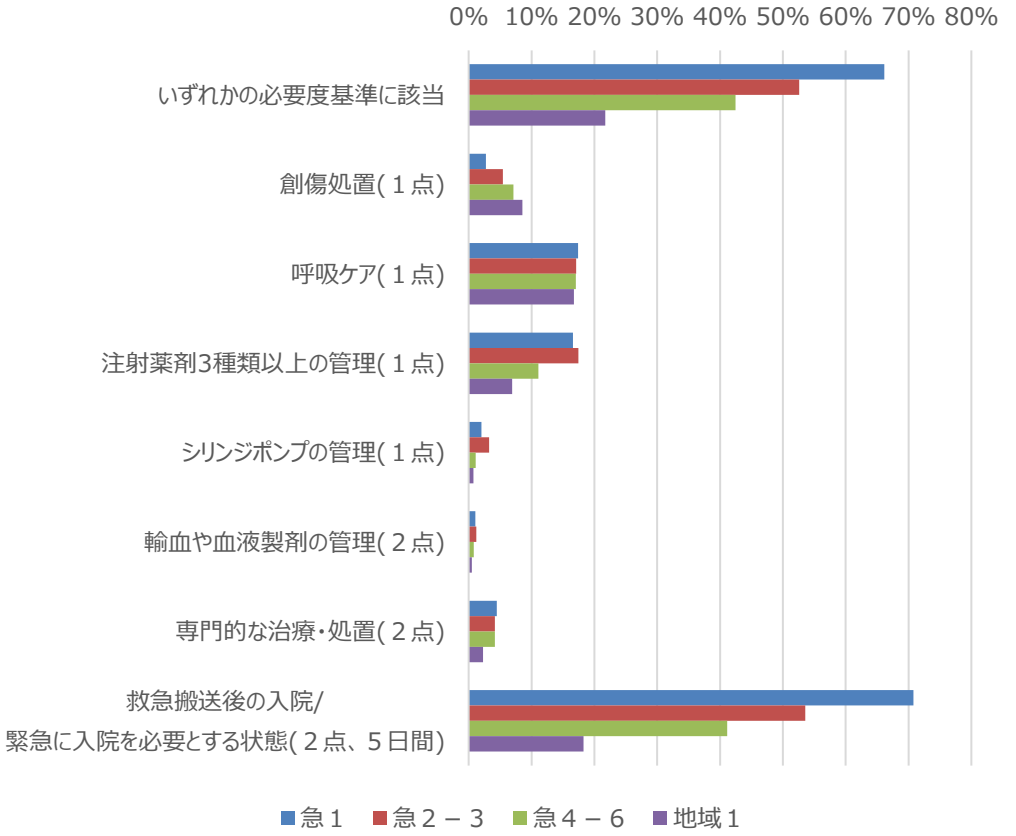
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較③

○ 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）



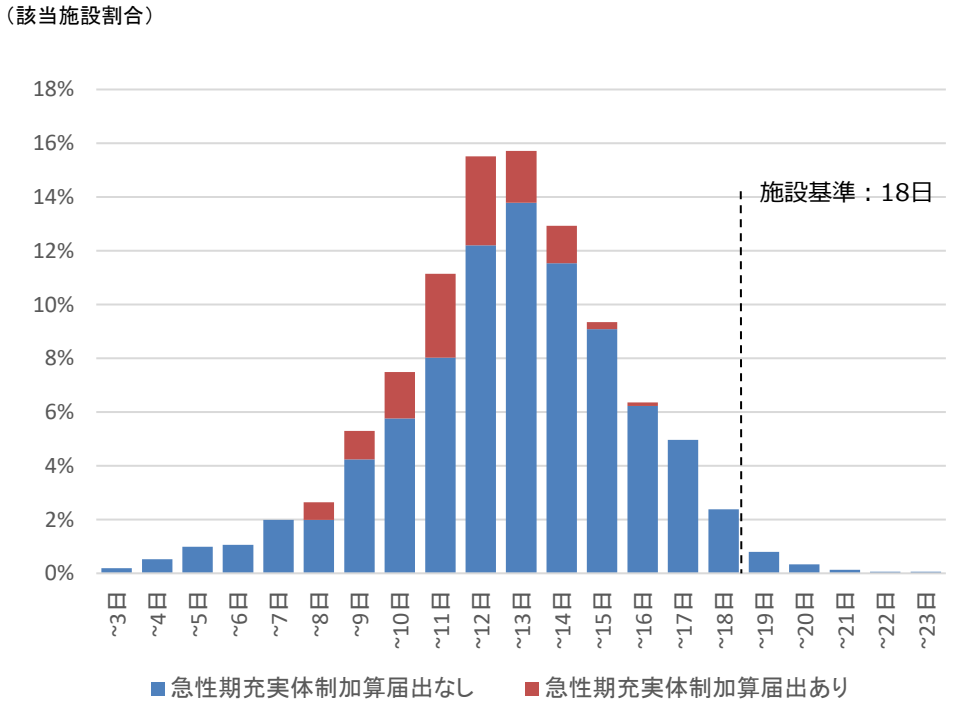
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

急性期一般入院料１における平均在院日数①

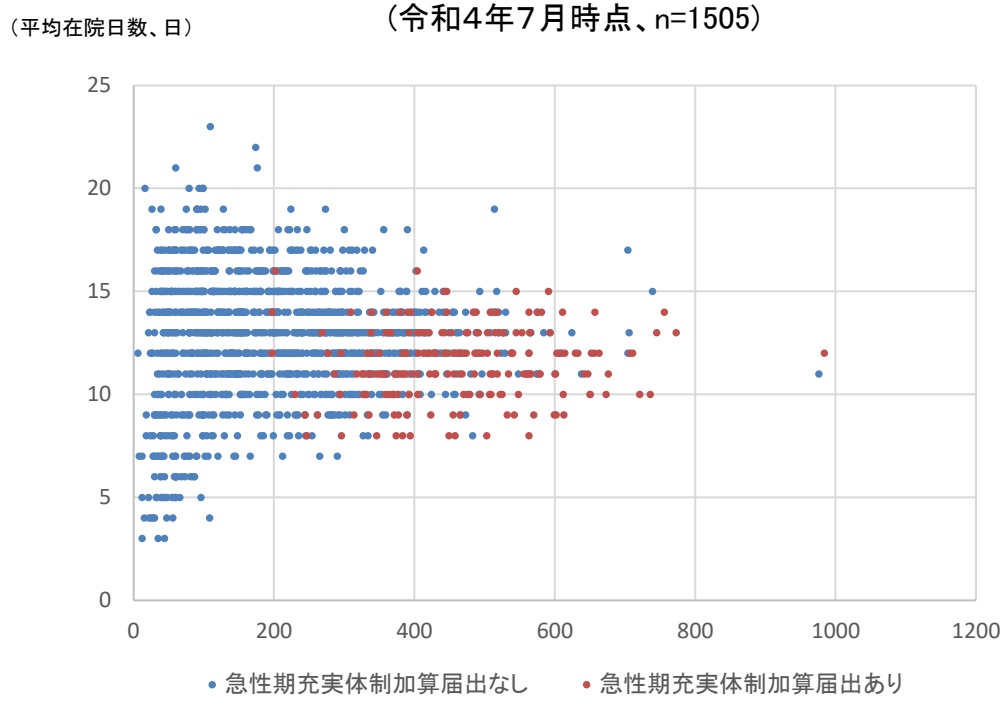
診調組　入－１
５．８．１０改

○　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

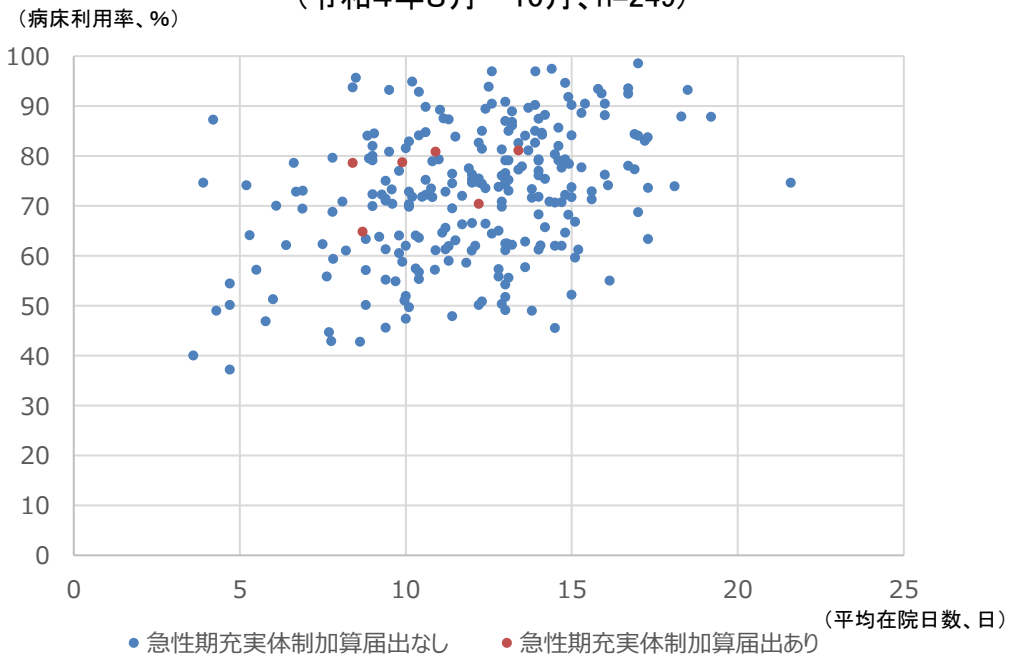
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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

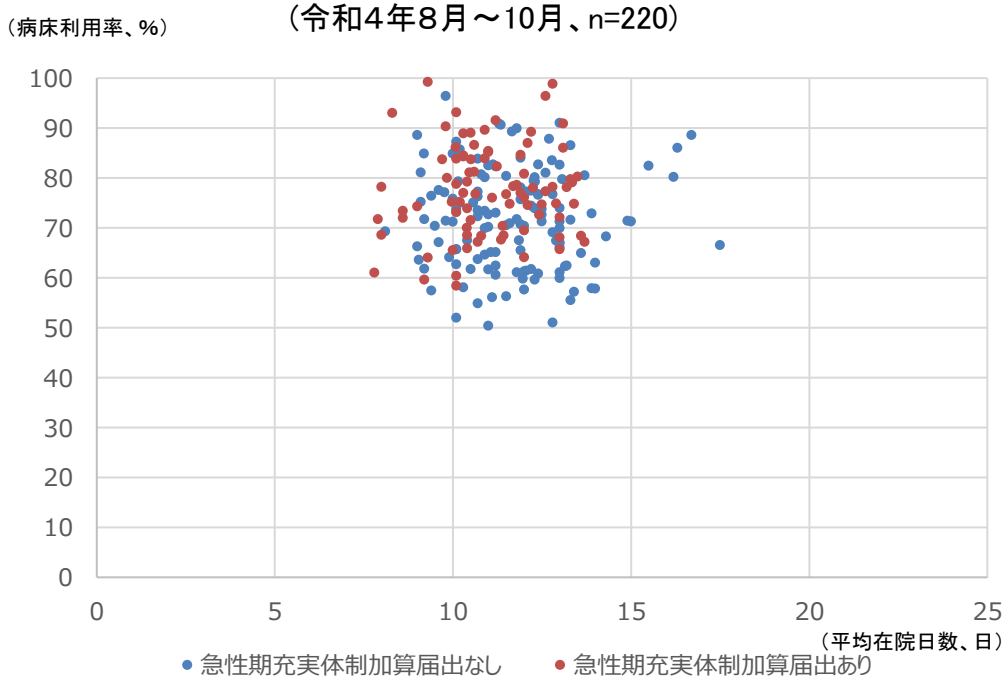
○　急性期一般入院料1を届け出ている施設における平均在院日数及び病床利用率の分布は以下のとおり。

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）



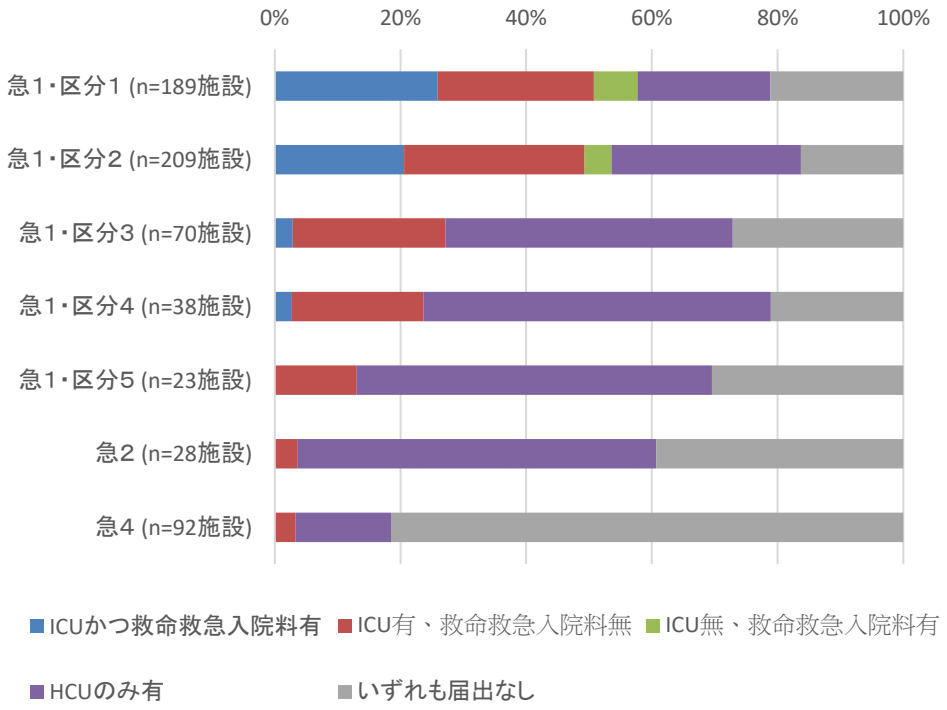
※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

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

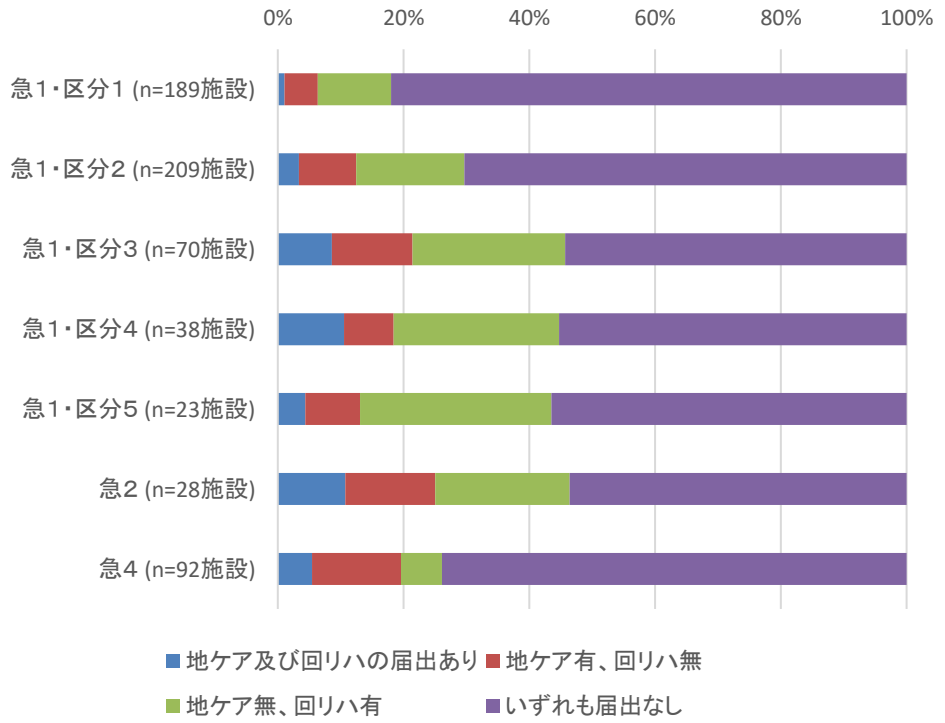
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における特定入院料の届出状況

○　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

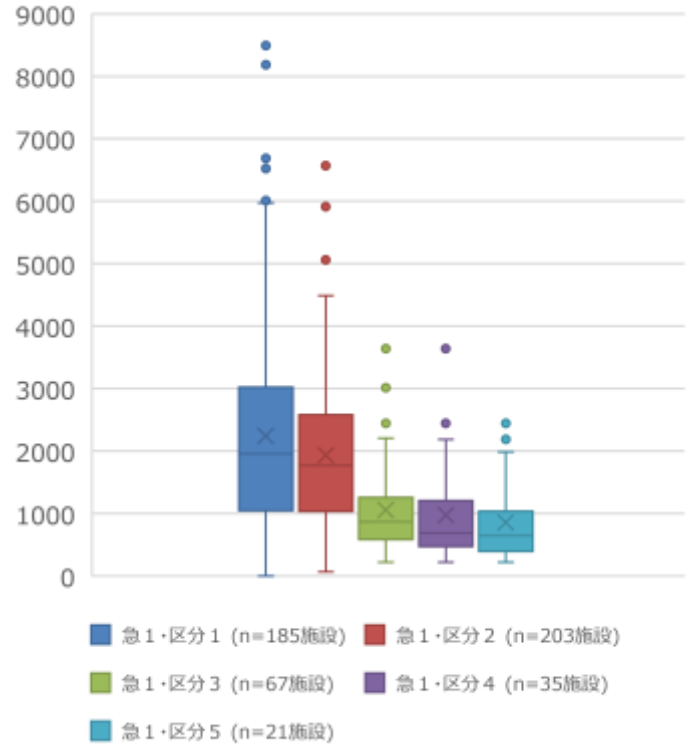
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

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

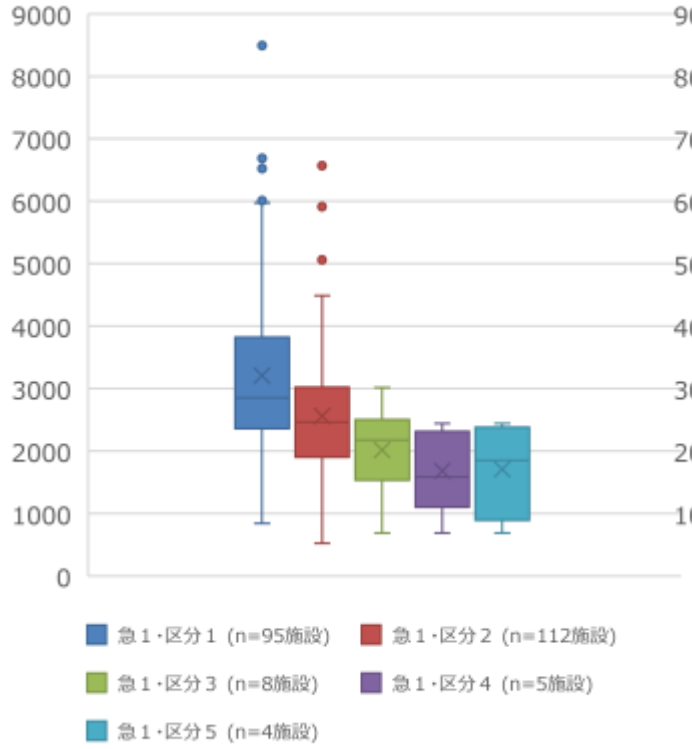
○　急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

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

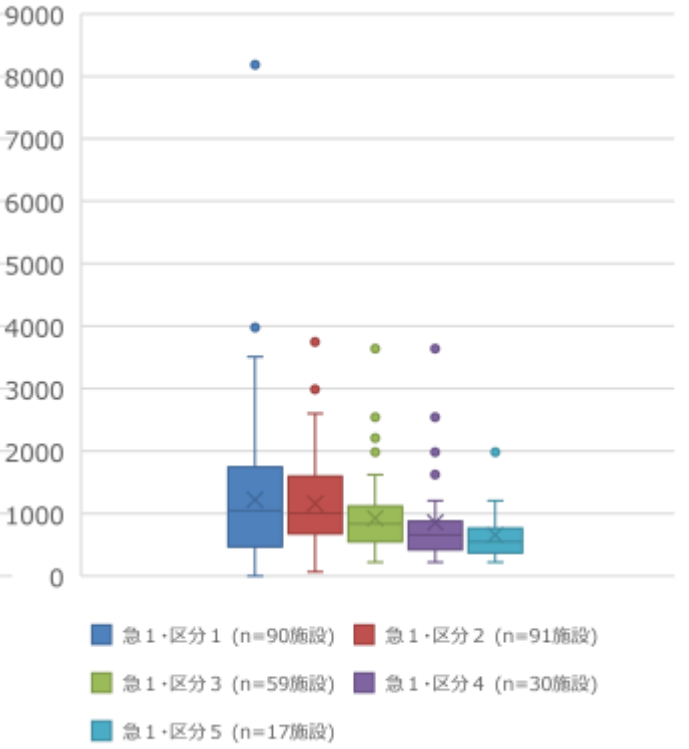
（全体）



（一般病棟入院基本料の届出が300床以上）



（一般病棟入院基本料の届出が300床未満）



※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

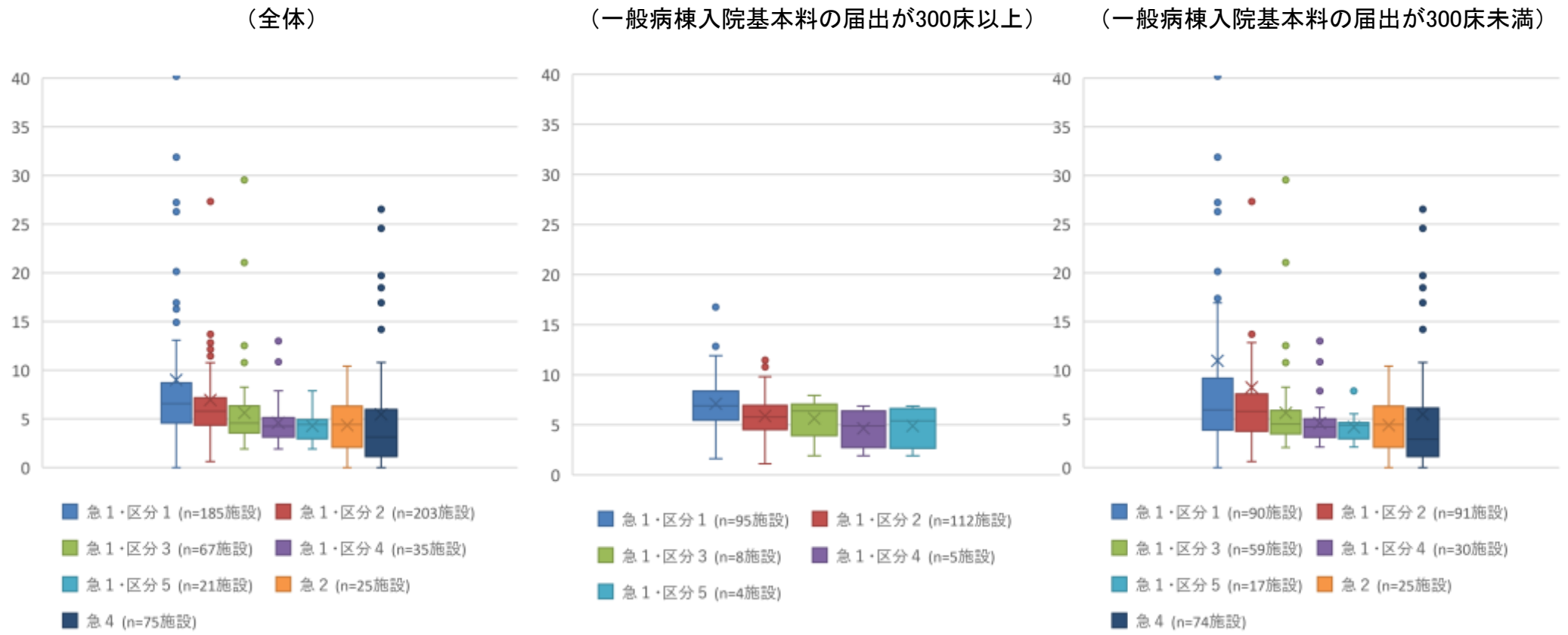
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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

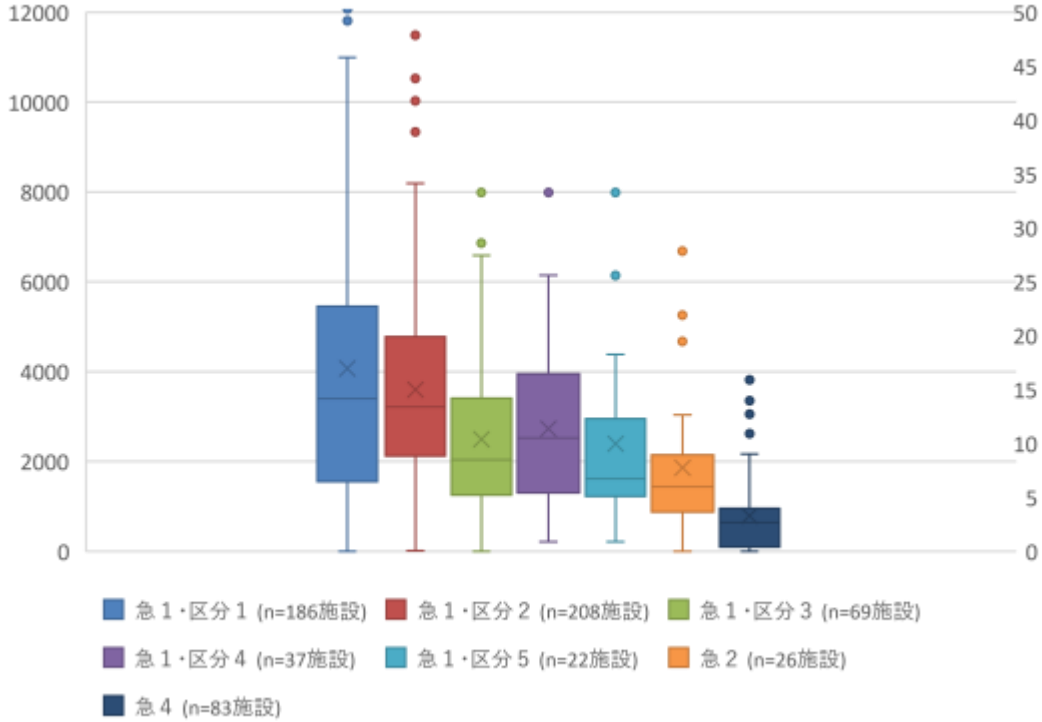
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

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

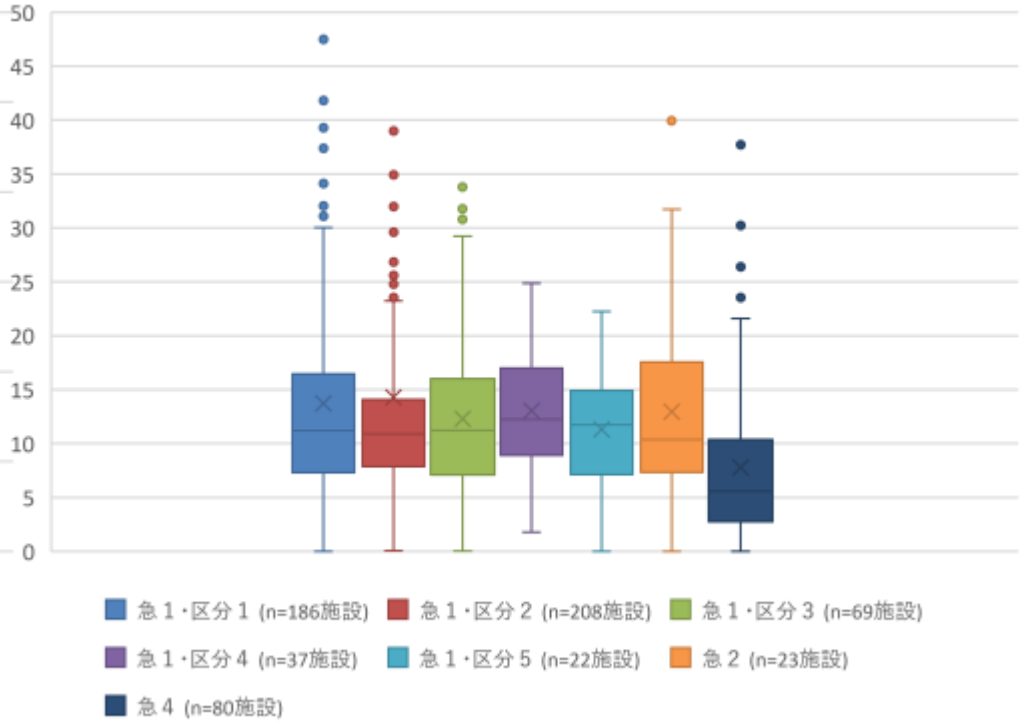
○ 救急搬送件数については、急性期一般入院料１のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
○ 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

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

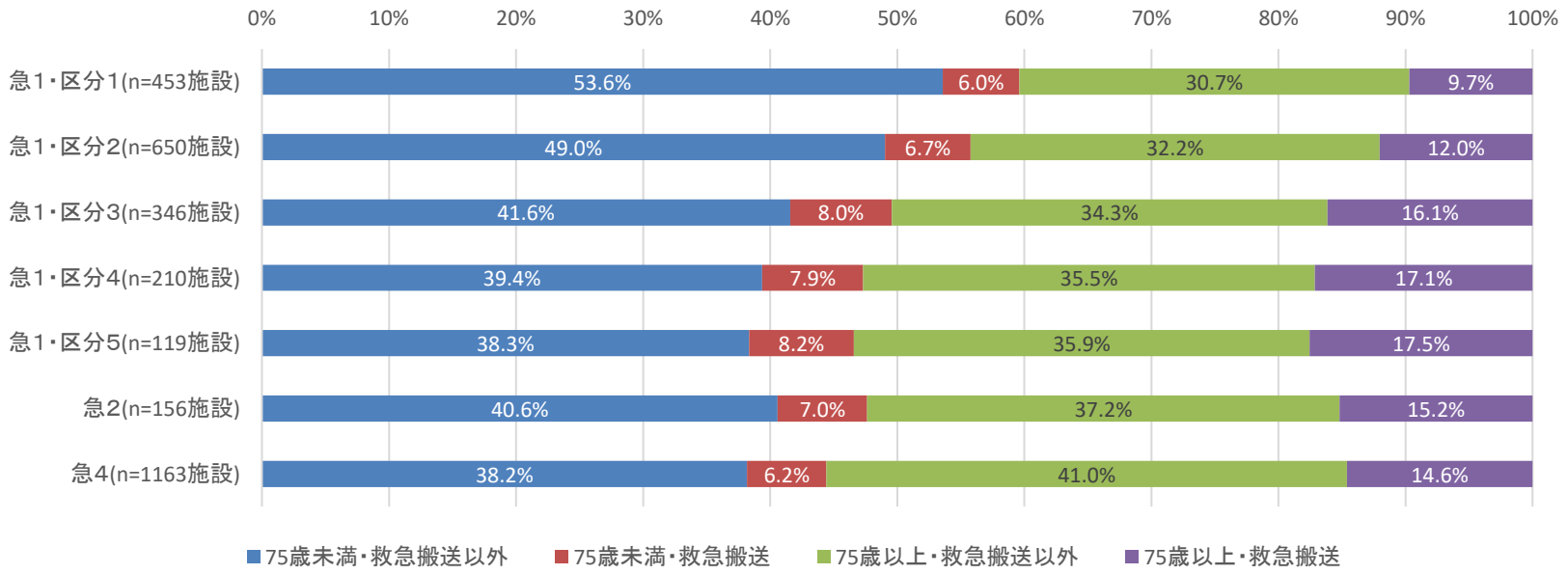
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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

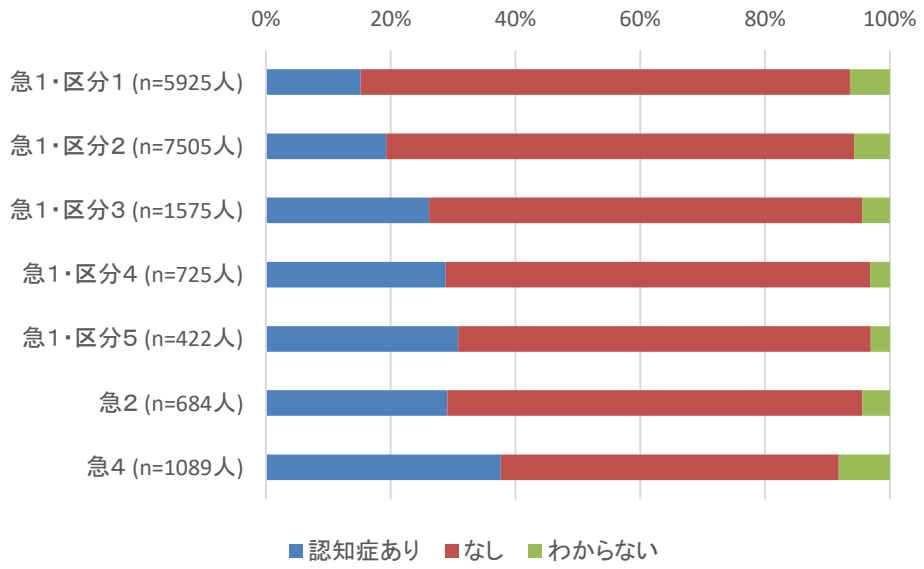
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

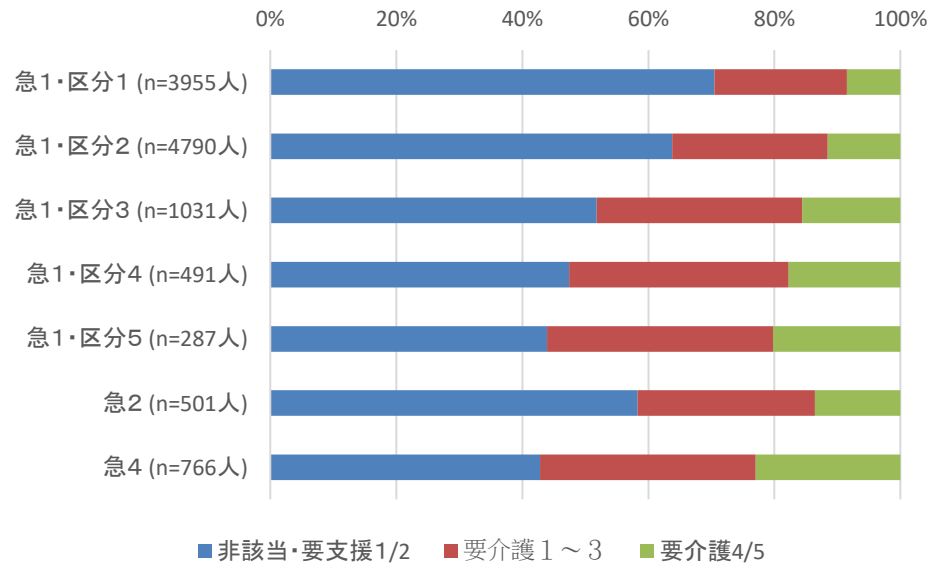
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況②

○　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

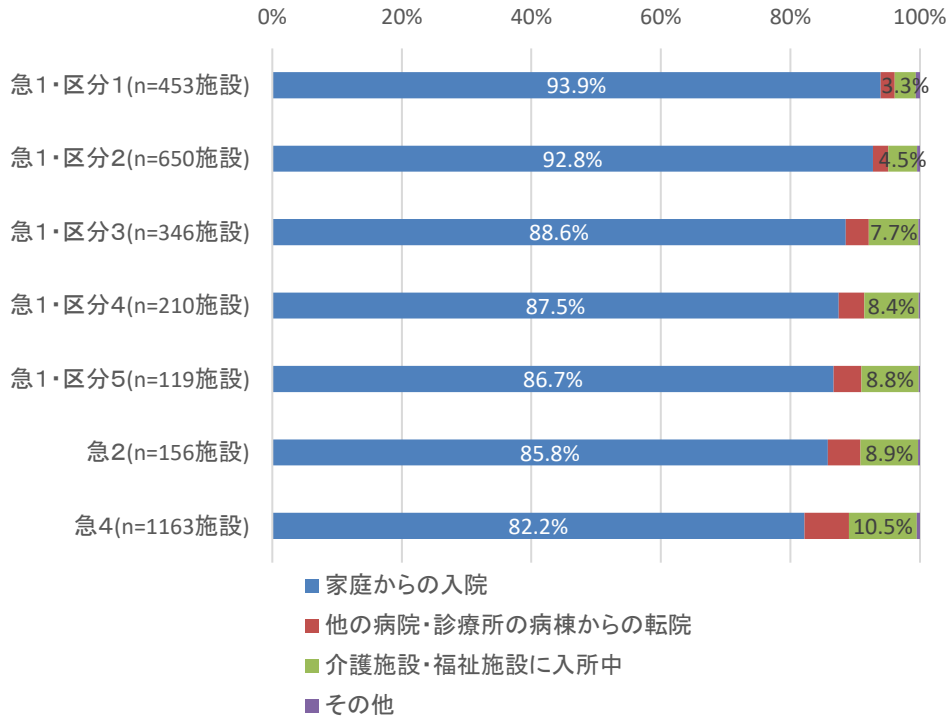
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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）

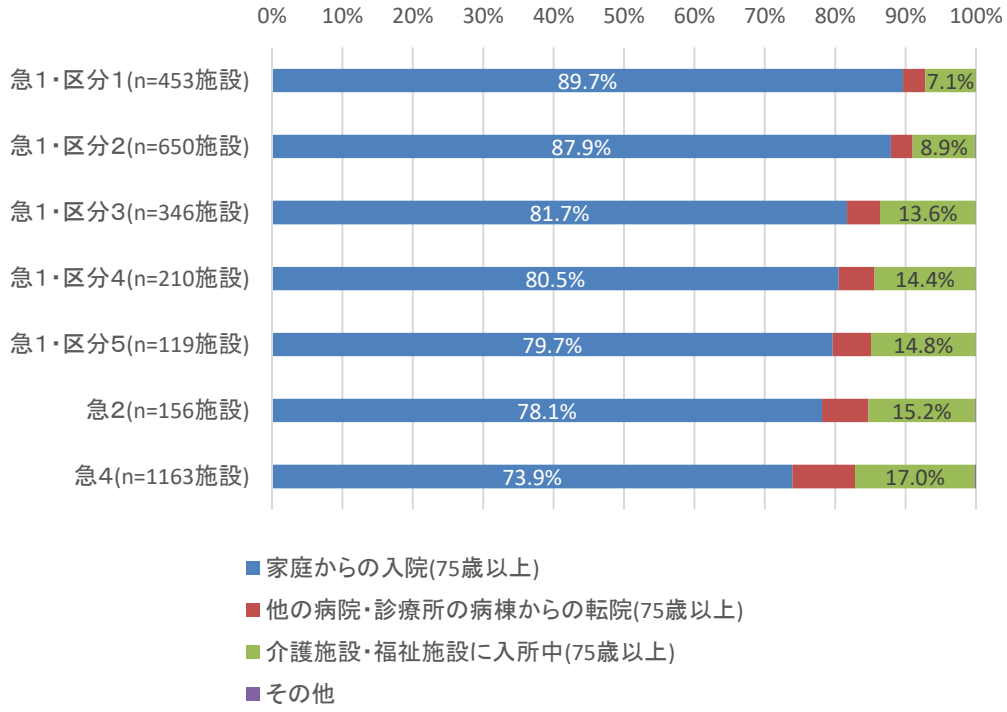
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況③

○　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

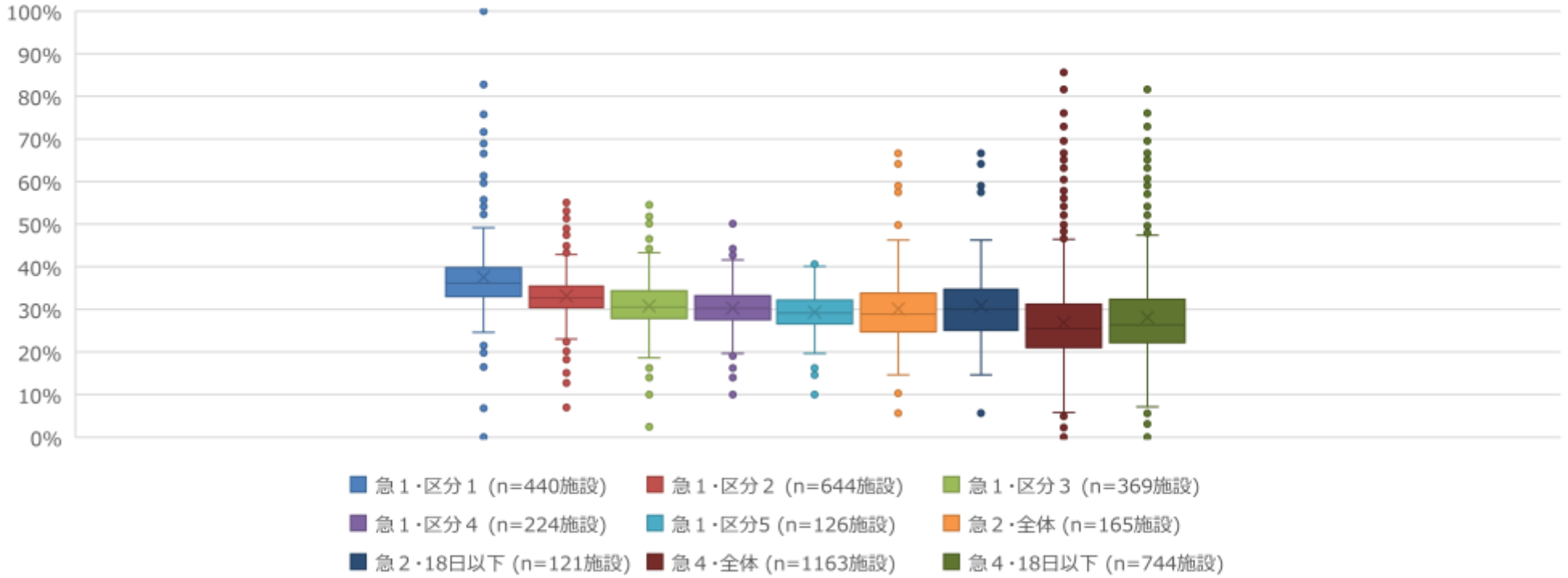
※入院初日に地域包括ケア病棟に入院する他の医療機関からの転院入院以外の症例における集計

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

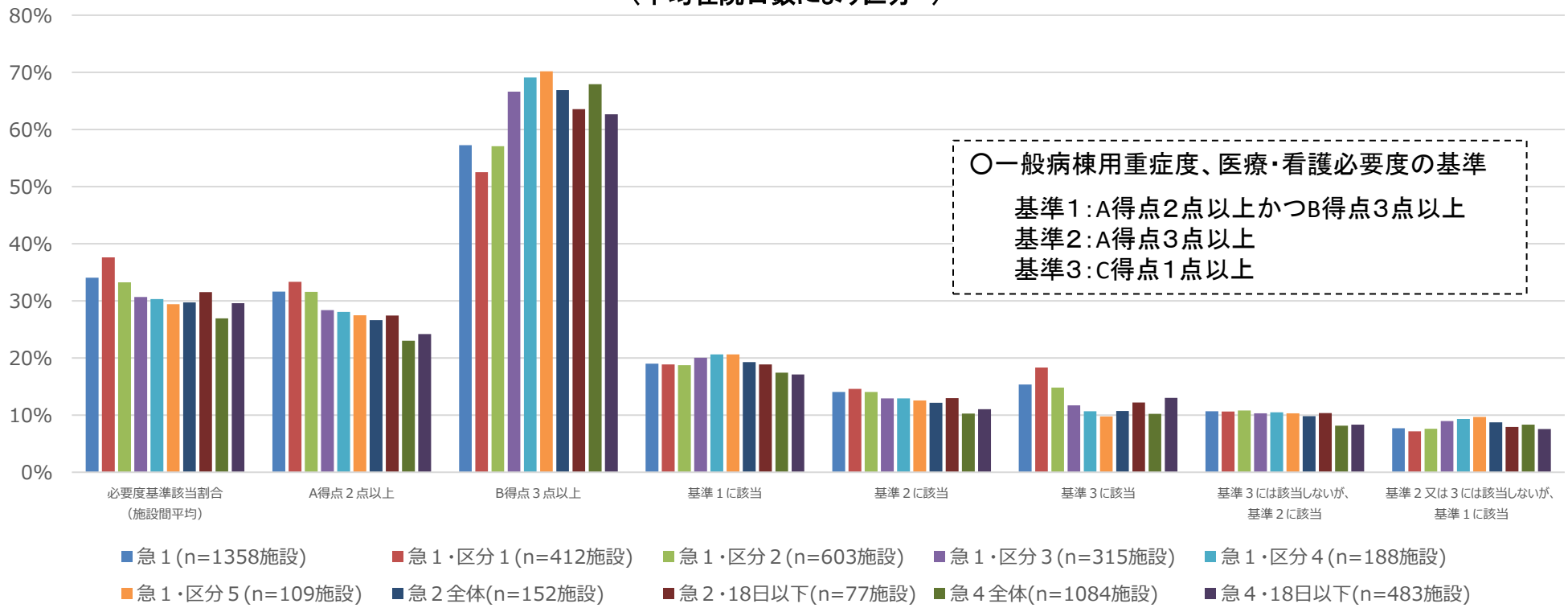
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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

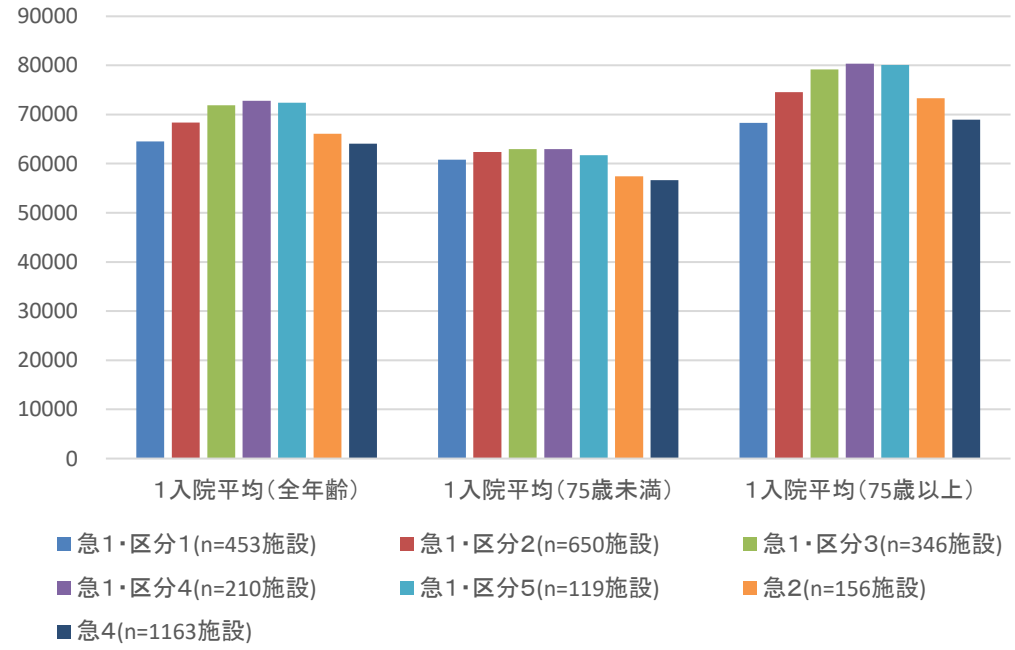
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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。

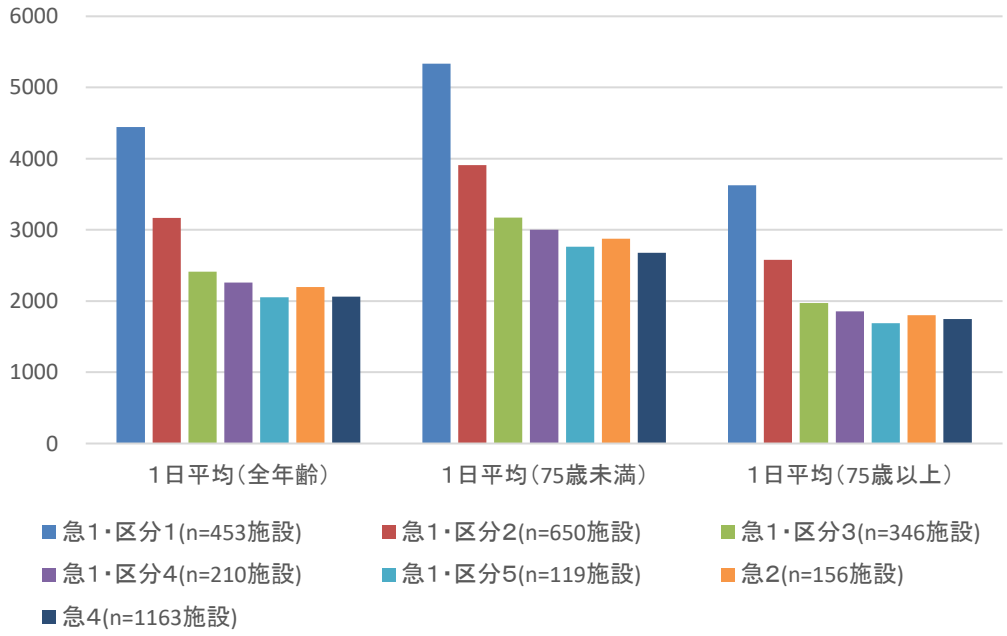
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑧

○　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

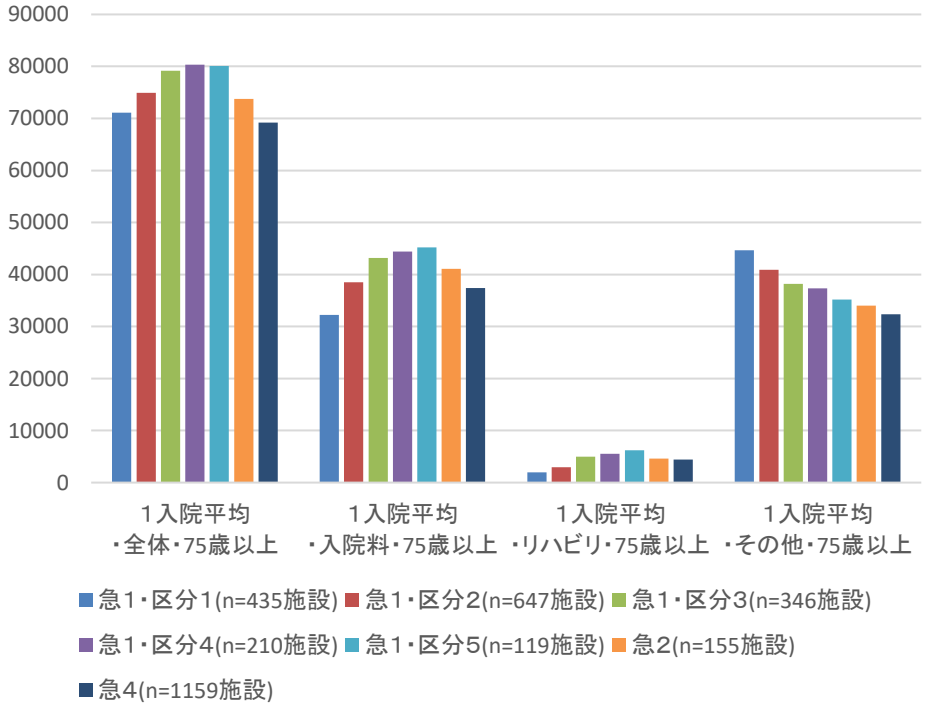
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

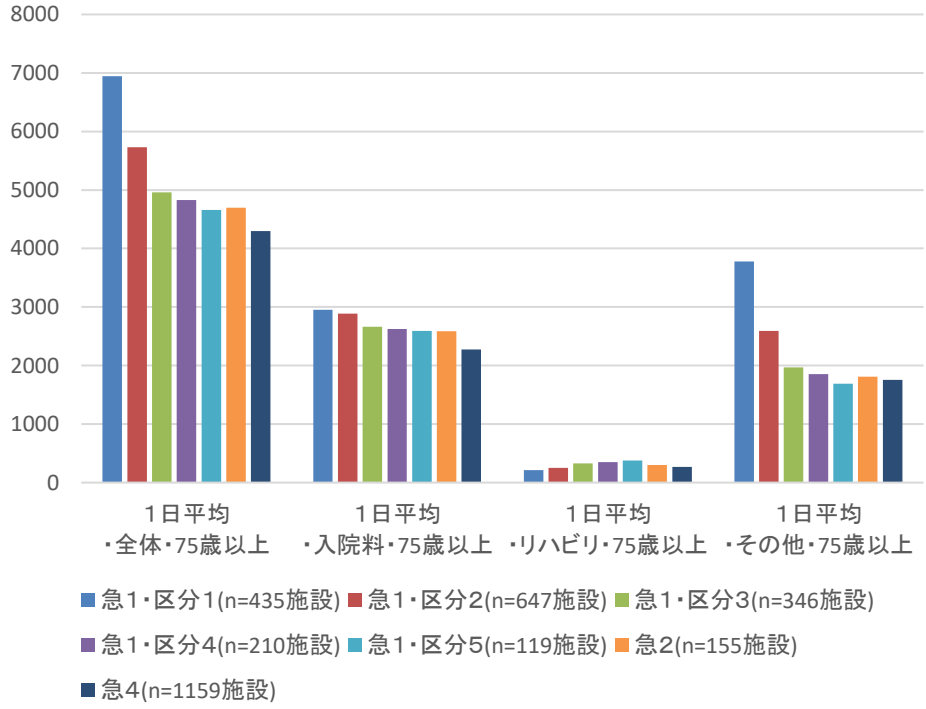
平均在院日数の区分による急性期一般入院料１等における入院医療の状況⑨

○ 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

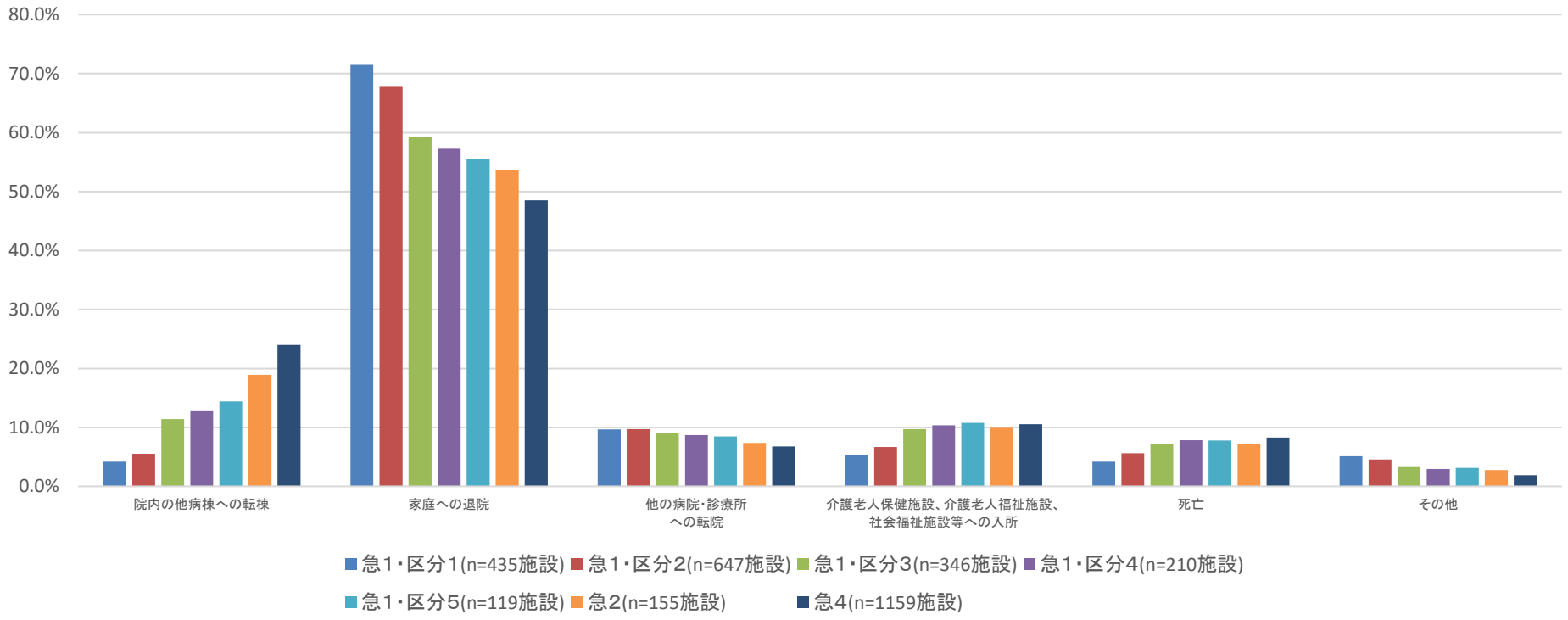
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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

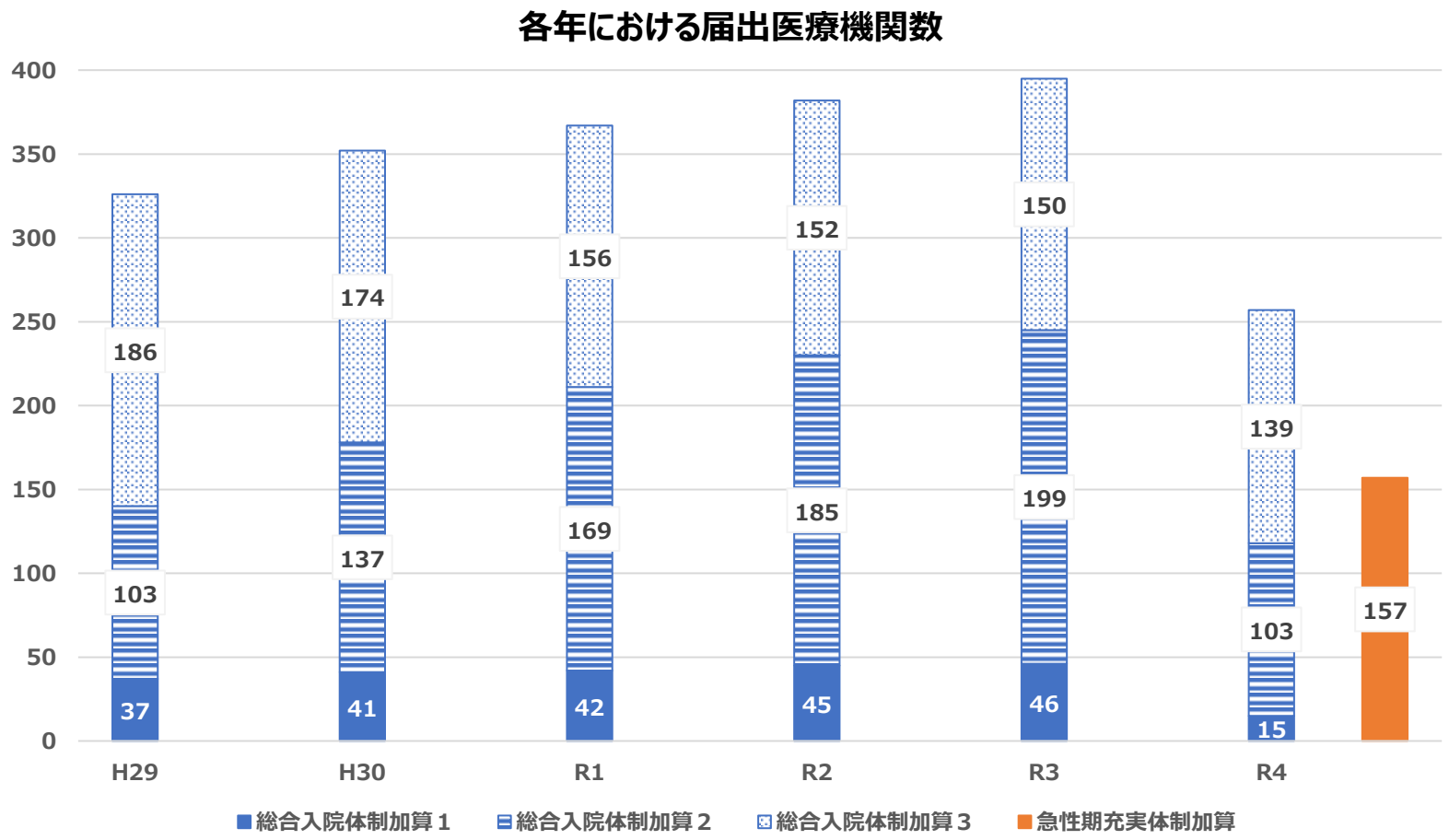
区分1：11日以下、区分2：12日以上14日以下、区分3：15日以上、区分4：16日以上、区分5：17日以上

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

中医協　総－６
５．５．１７改

○　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。

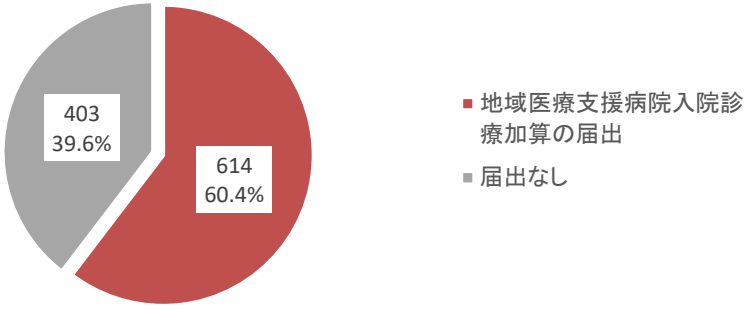


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況）

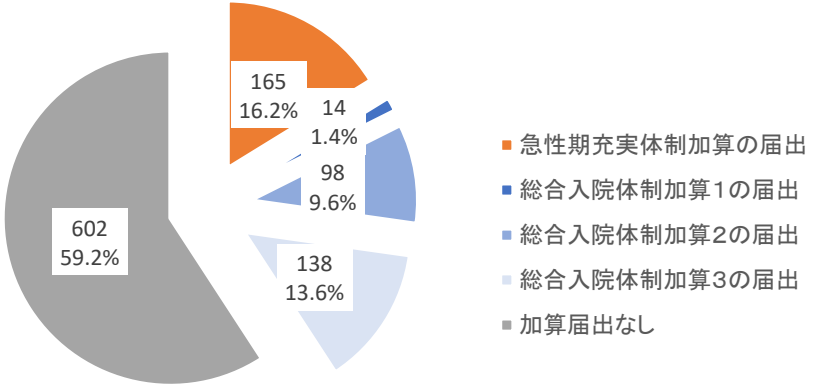
急性期医療機関の類型別の小児医療等の実施状況

○　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。

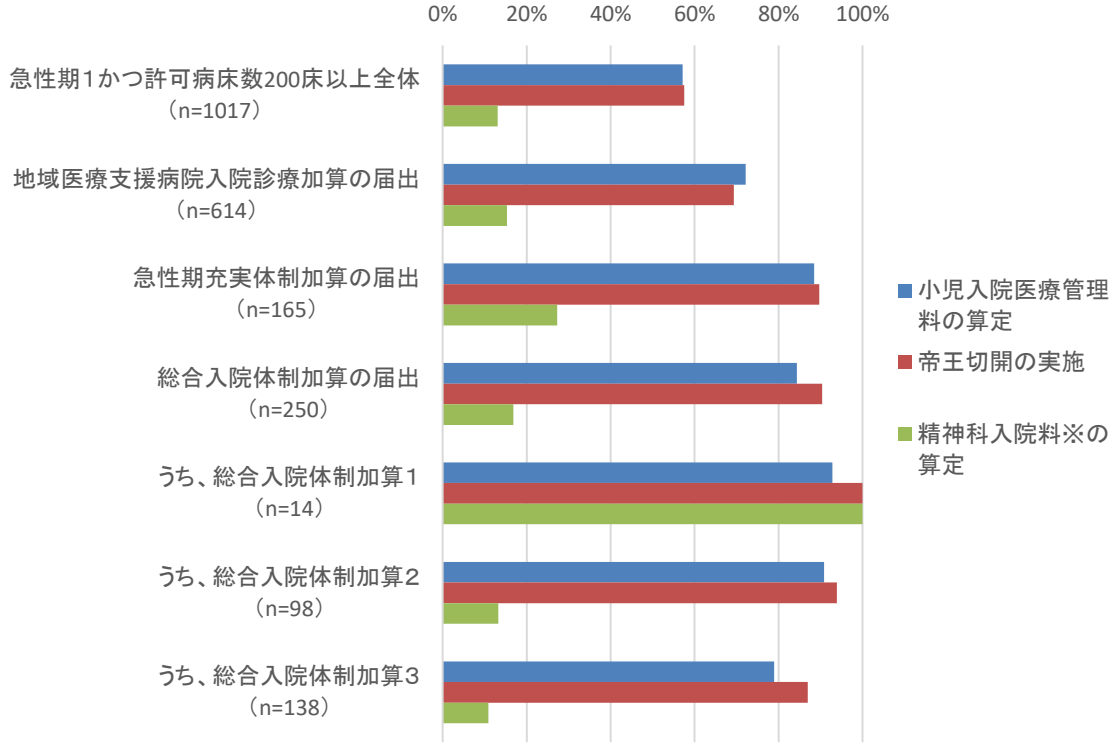
急性期１かつ許可病床数200床以上の医療機関における地域医療支援病院入院診療加算の届出状況



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

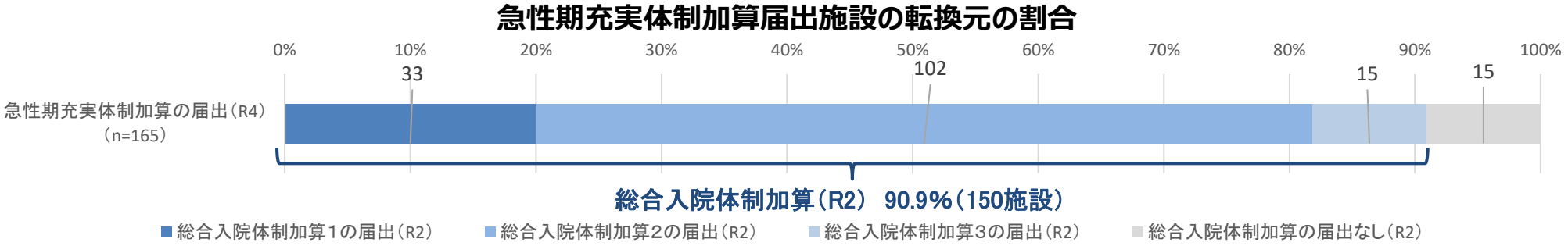


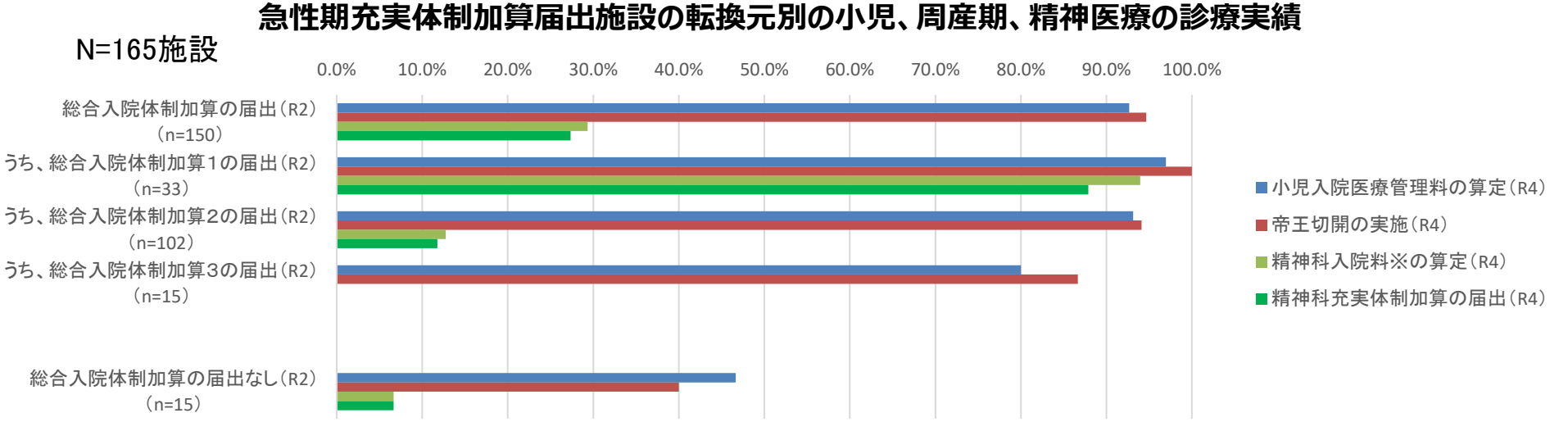
※　出典：令和４年９月DPCデータ

※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。

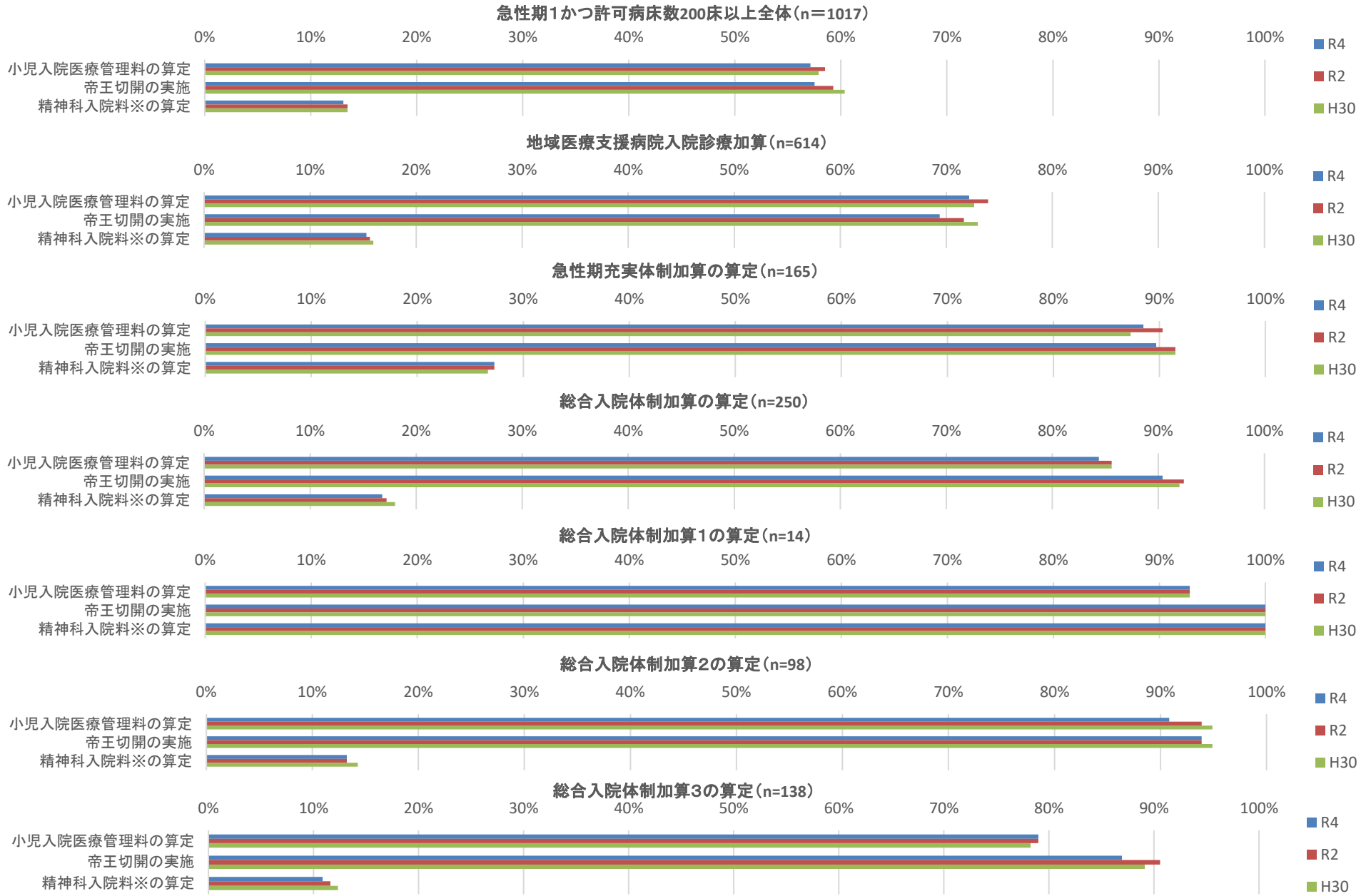




※　出典：各年９月DPCデータ

※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

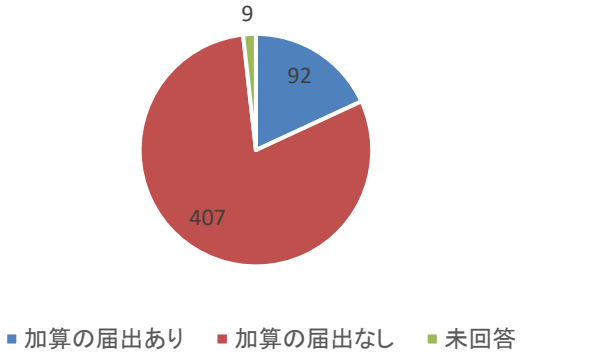
- 地域の特性やそのニーズに応えるべく、高度救命救急センターや周産期母子医療センターなどの急性期医療のみならず、結核やホスピス・重症心身障害者病棟を含め、総合且つ専門的な医療提供を実践している。このような地域の特性を踏まえた急性期医療の評価をして欲しい。
- 一般病院でも取得できるような急性期充実体制加算ではなく、地域の最後の砦として複雑な疾患を受け入れている病院に対し、さらに上の評価があって欲しい。
- 総合入院体制加算の実績要件として、手術件数や手術項目で限定されるため、地方の中核病院で全身麻酔件数2,000件、緊急手術350件といった実績をクリアするのは困難である。
- 精神科領域では、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

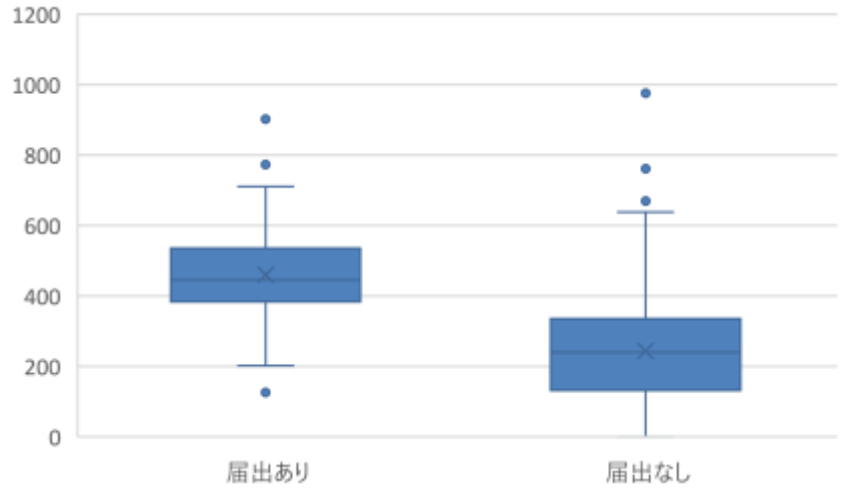
急性期充実体制加算の届出状況①

○　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。

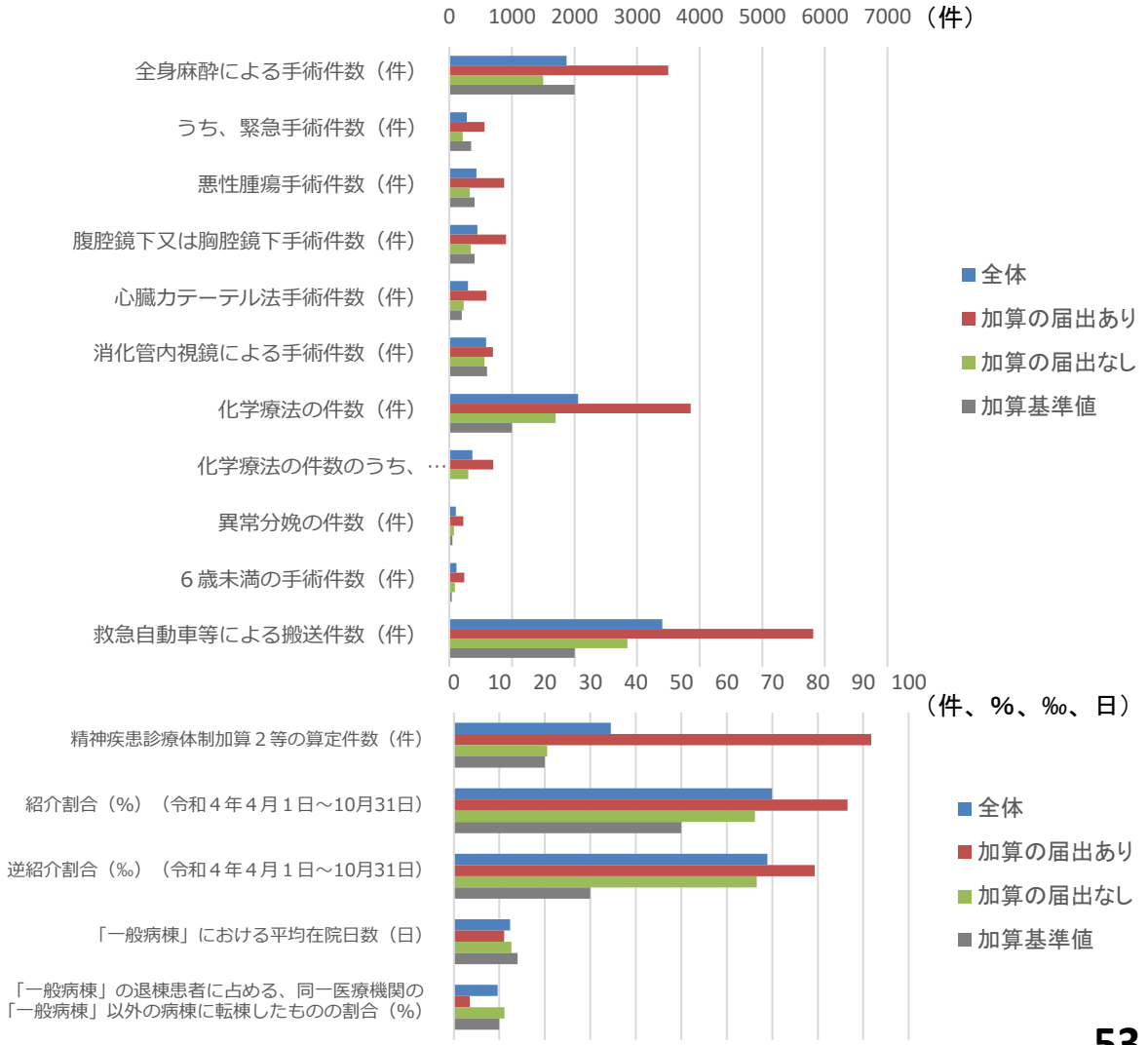
回答施設のうち急性期一般入院料１における急性期充実体制加算の届出状況（n=508）



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



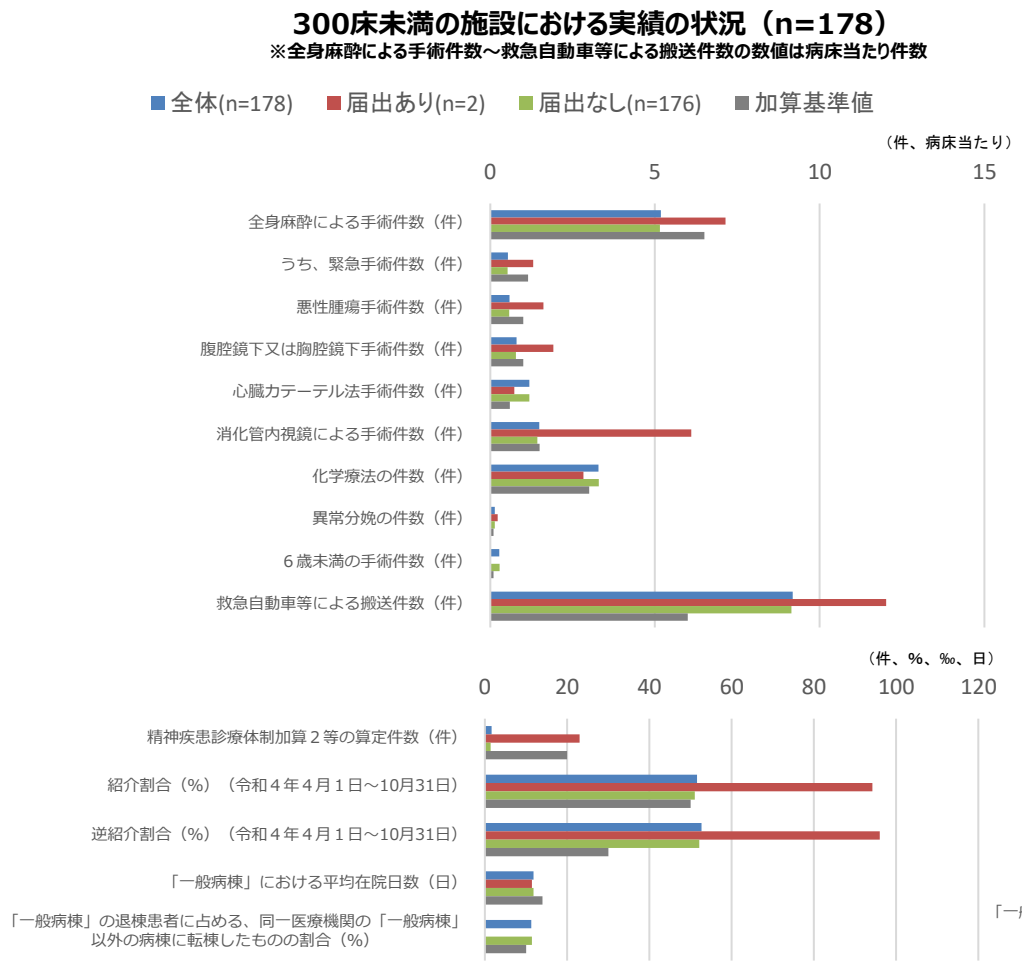
急性期一般入院料１における施設基準に関連する実績の状況（n=508）

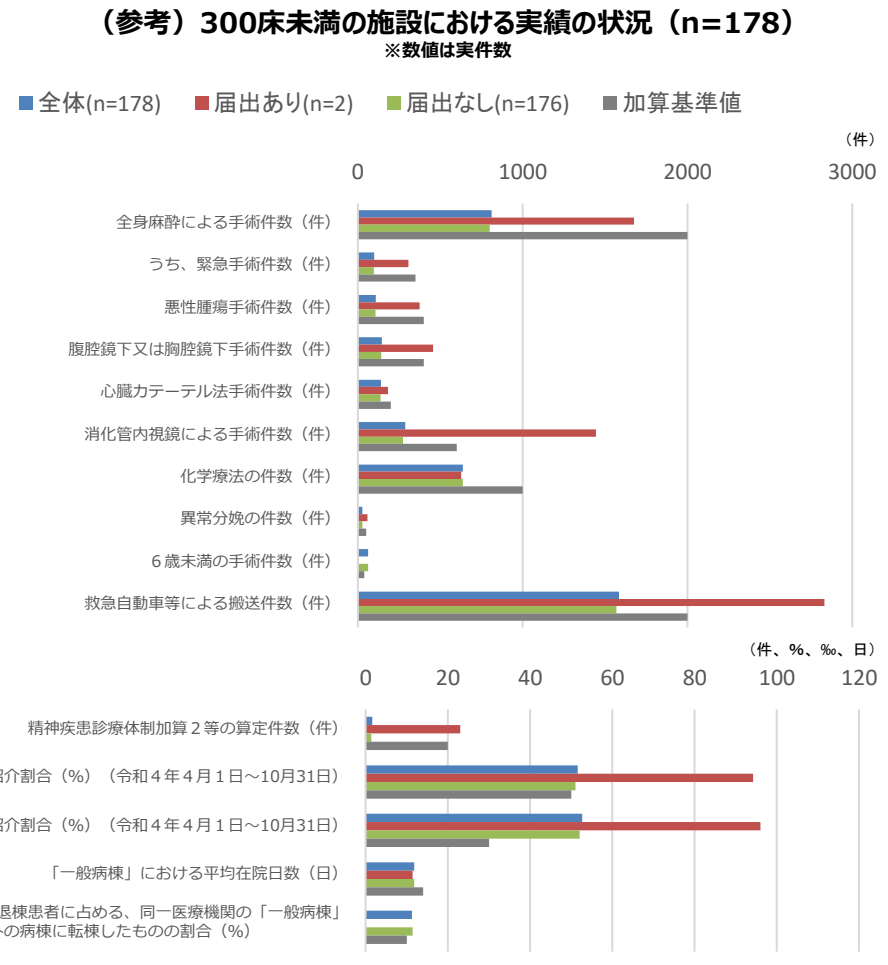


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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。



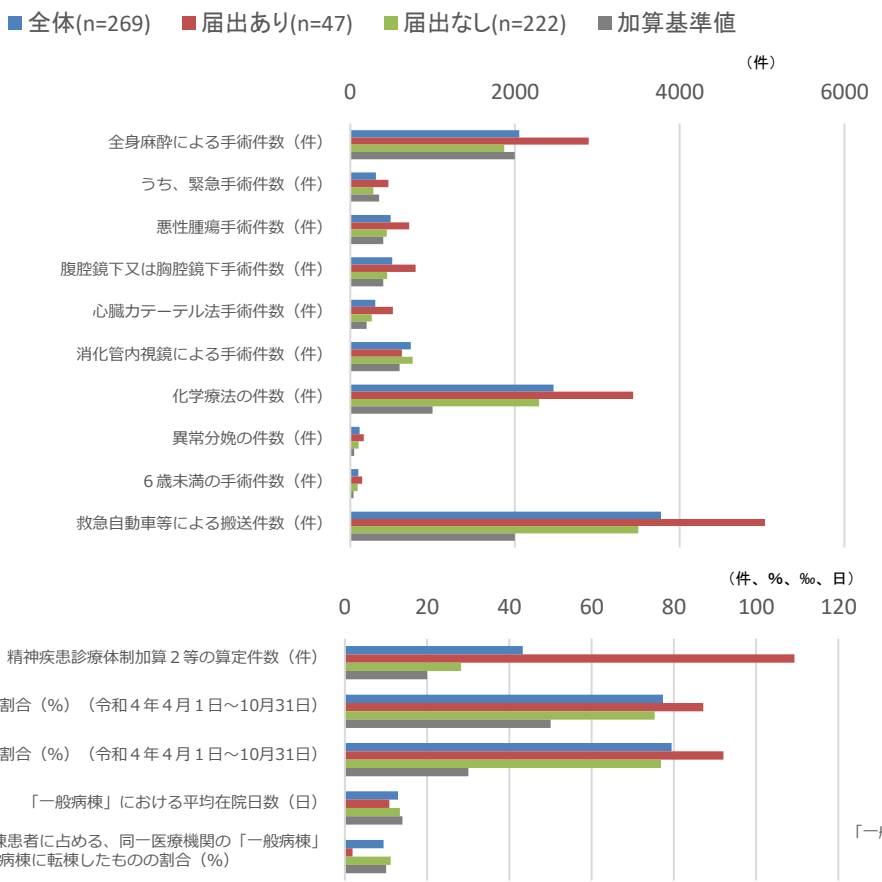


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

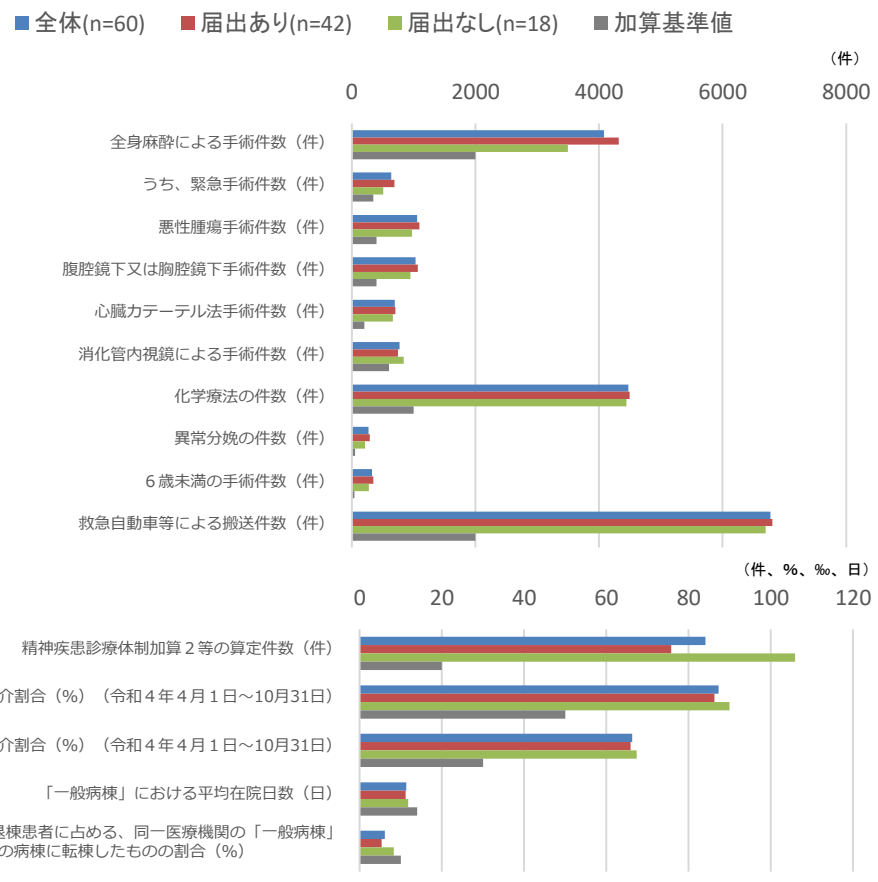
病床規模ごとの急性期充実体制加算の届出状況②

○　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



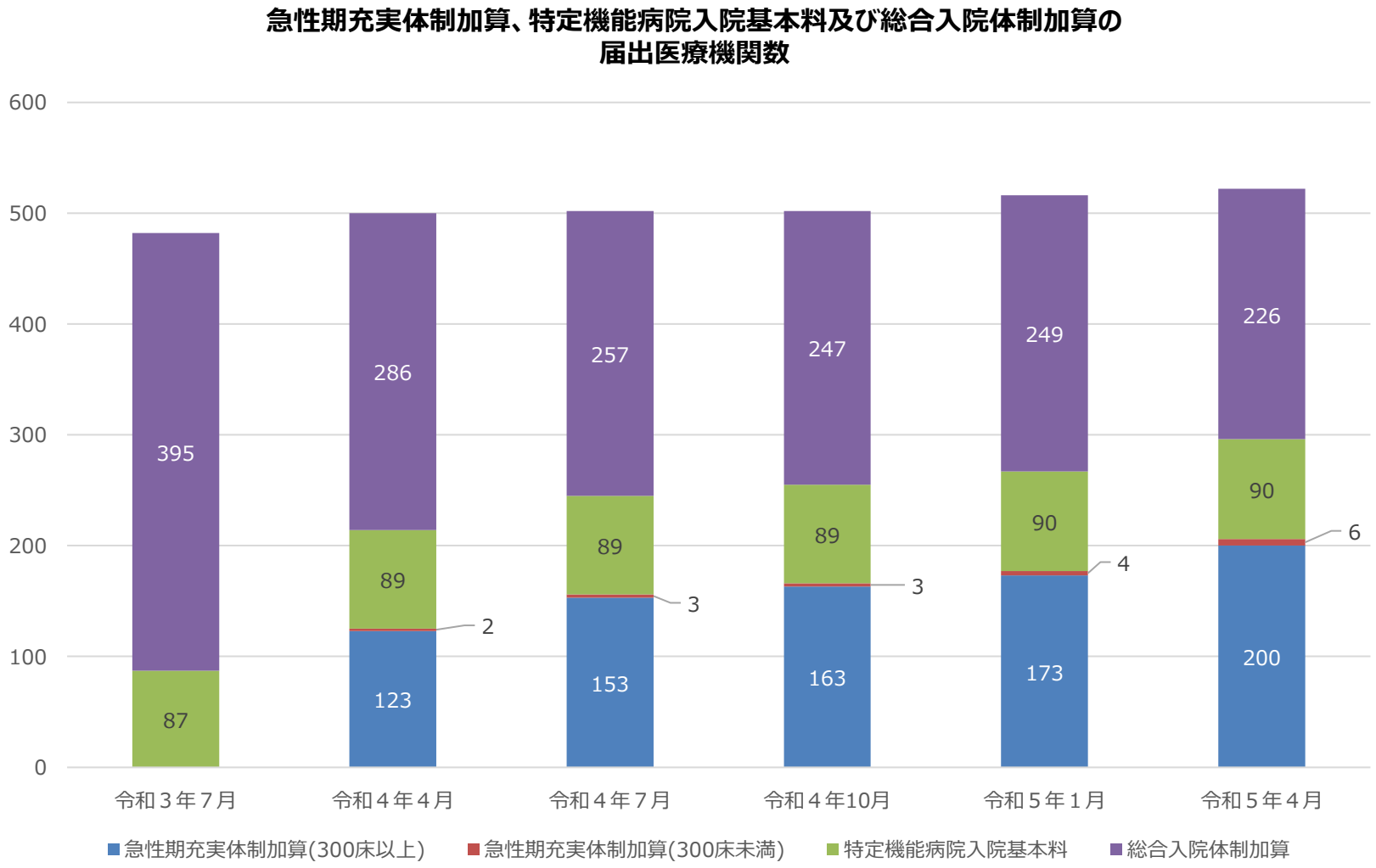
600床以上の施設における実績の状況（n=60）
※数値は実件数



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

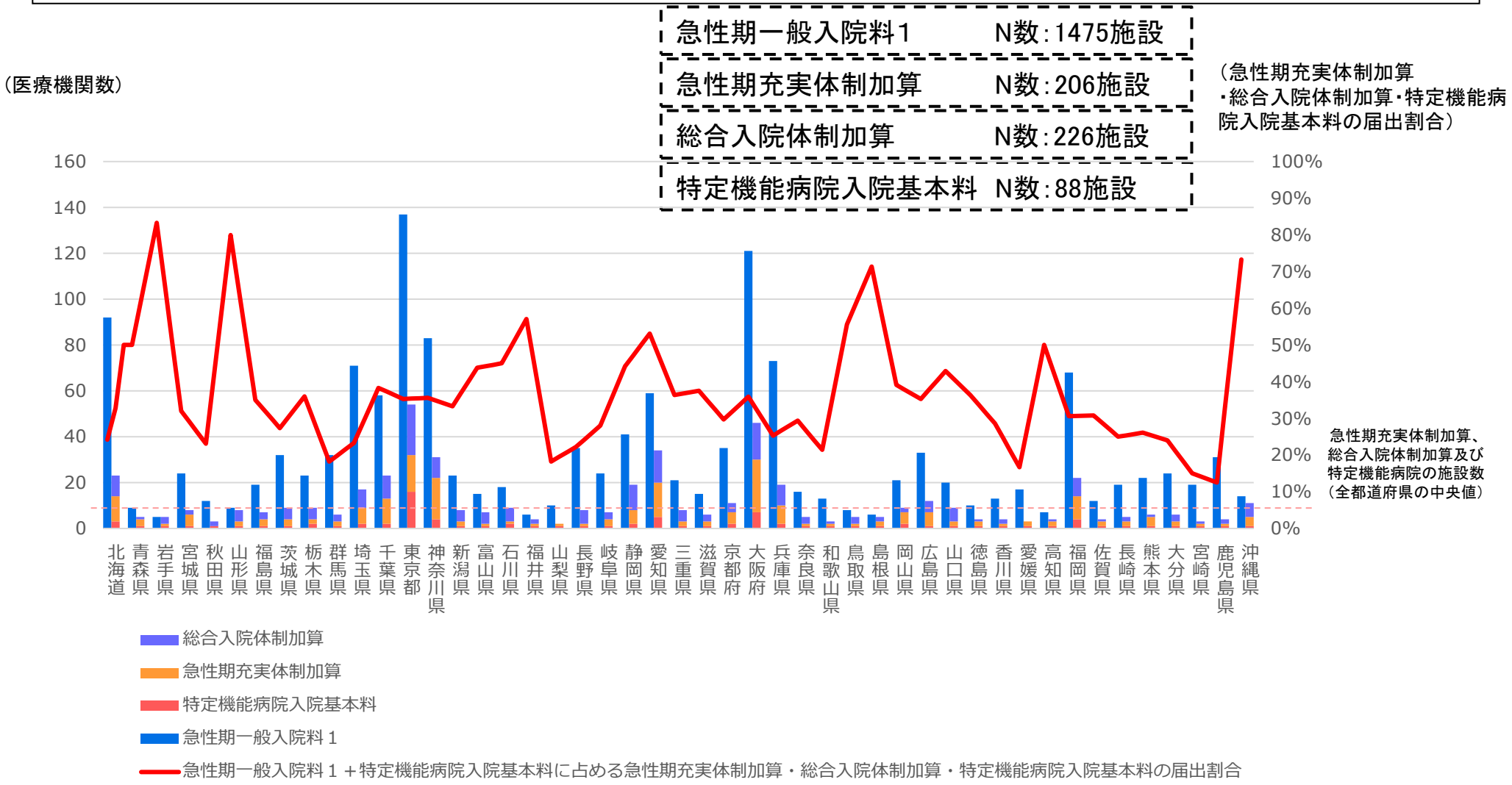
○　急性期充実体制加算の届出医療機関数は、令和４年４月の新設以降、増加傾向となっている。



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

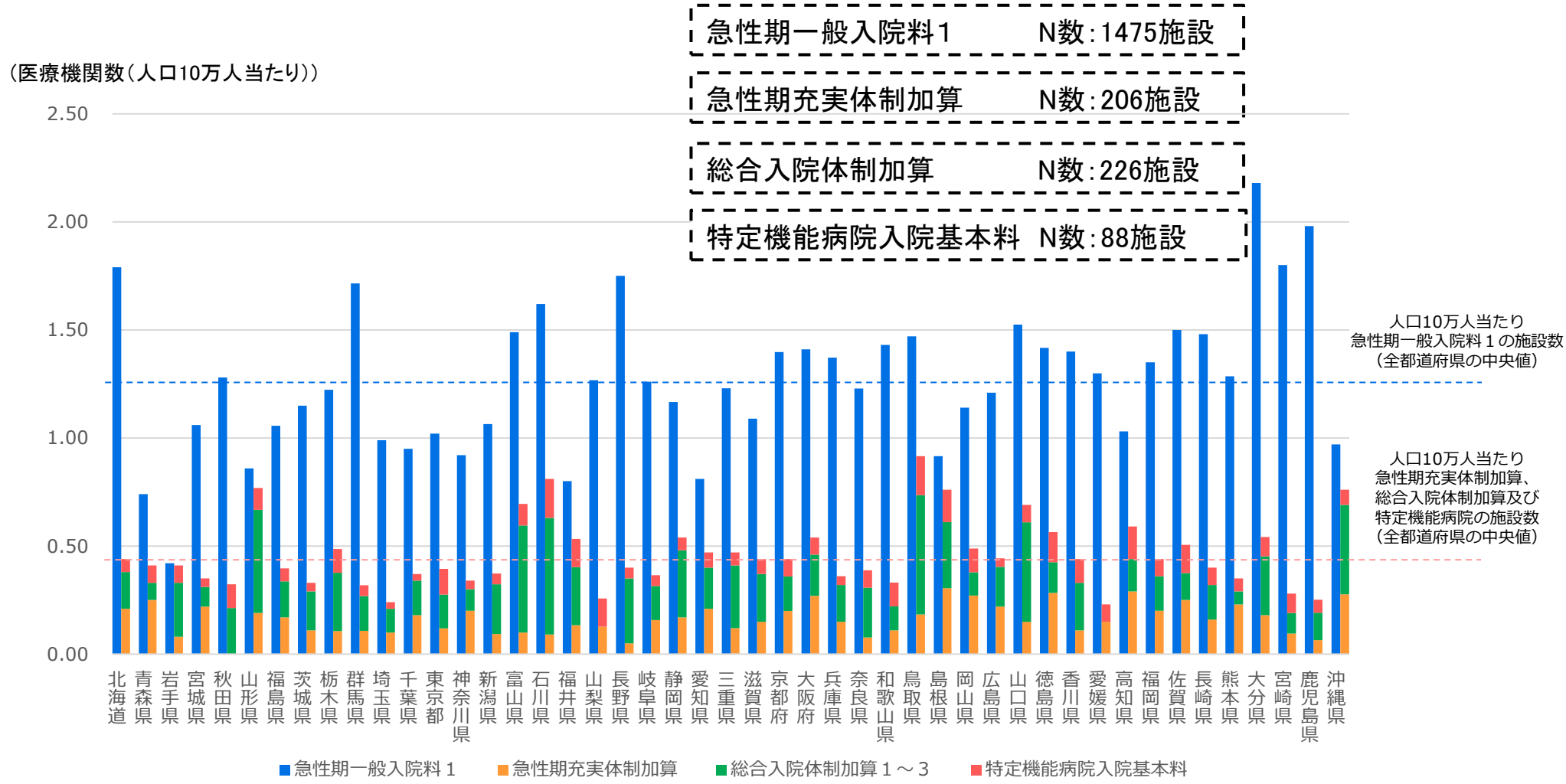
○ 令和5年4月時点における、急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出状況及び急性期一般入院料1の届出施設に占める急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出割合について、都道府県ごとにばらつきが見られる。



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。

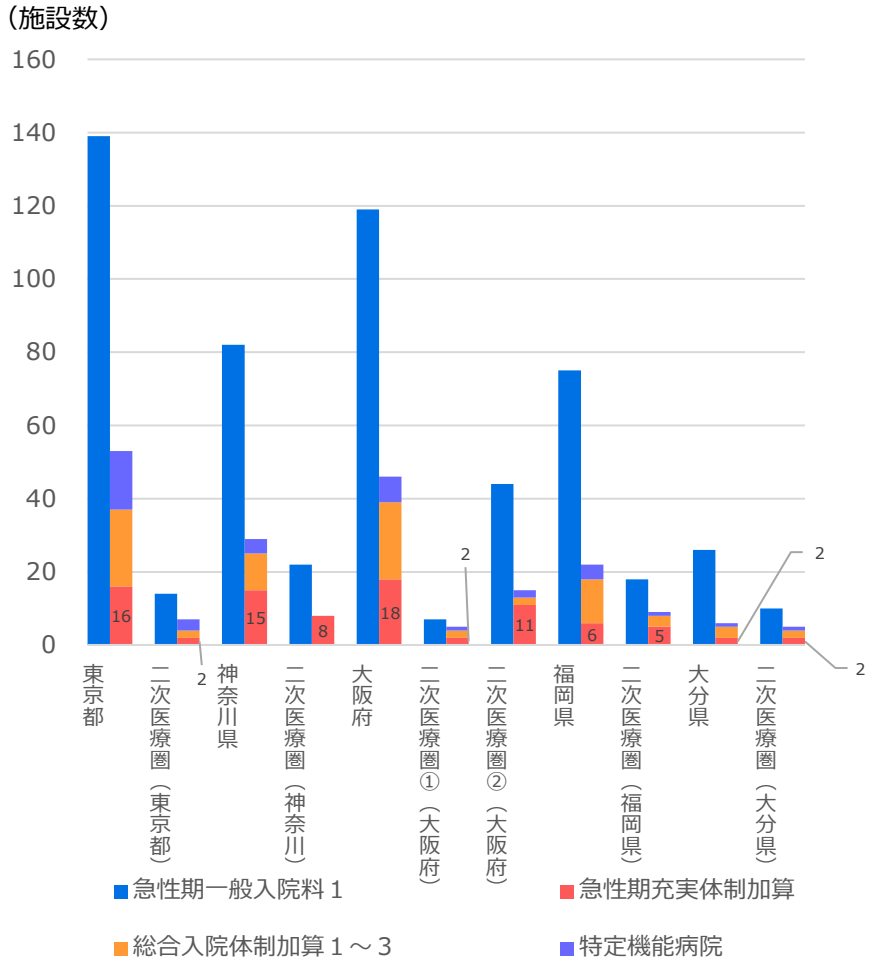


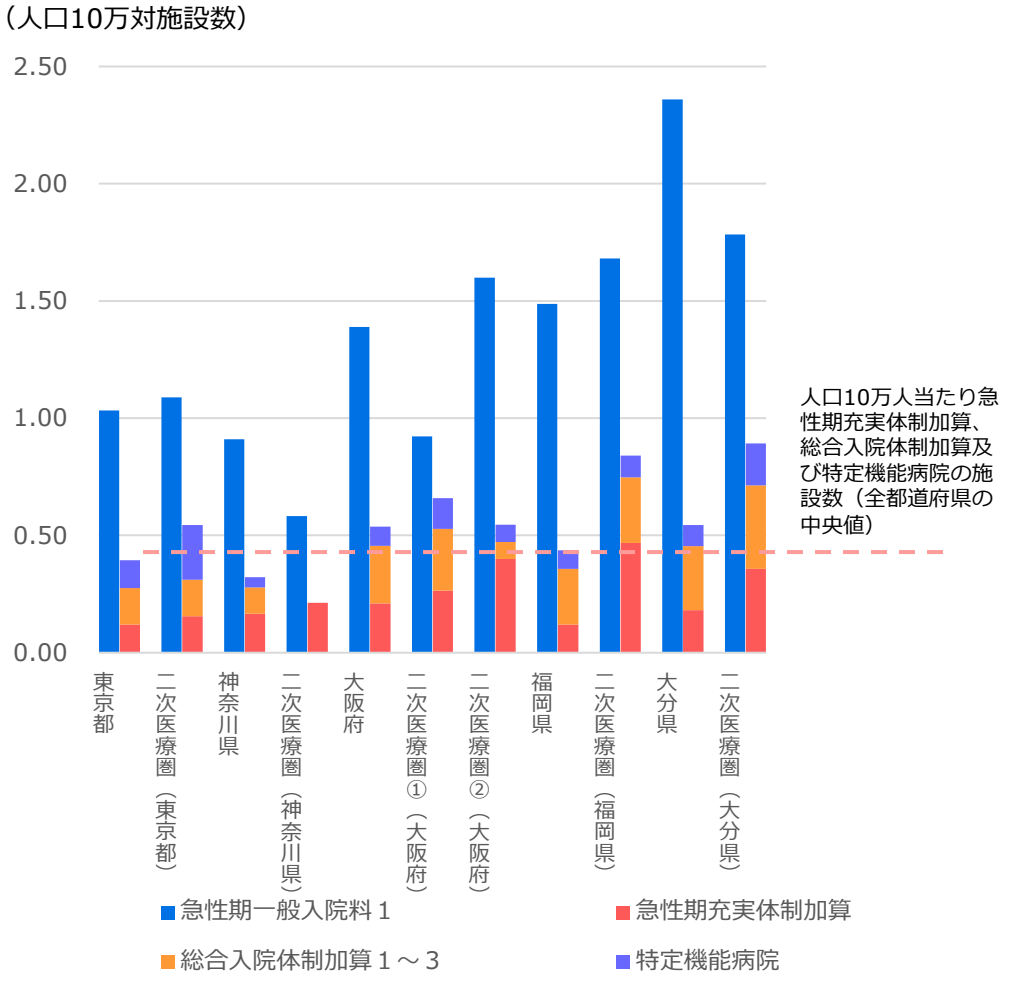
出典：保険医療機関等管理システム（令和５年４月１日速報値）、令和３年人口動態統計（確定数）

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。





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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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

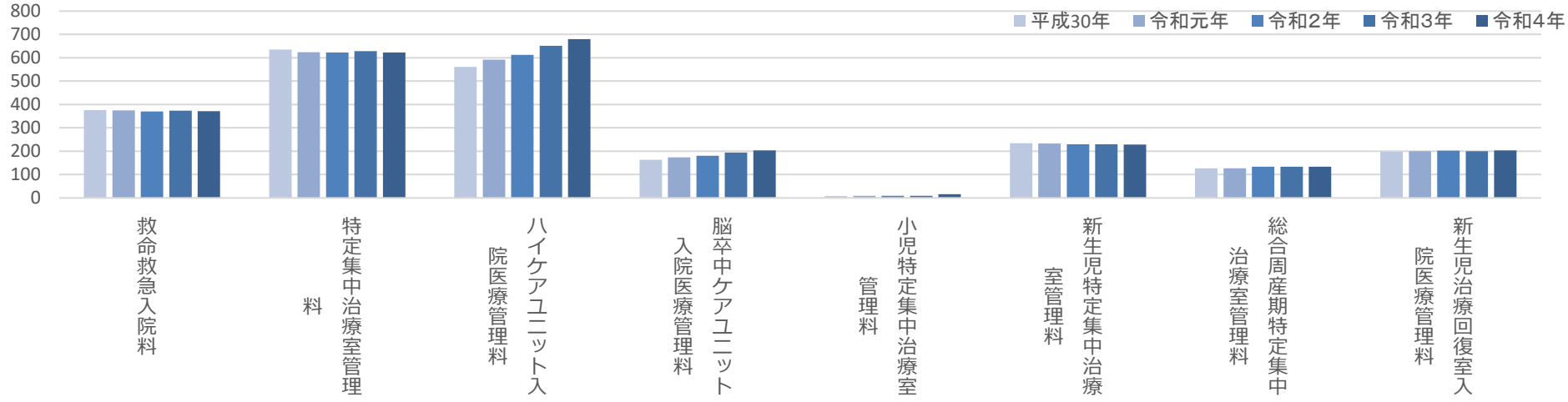
B　患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施	
	0点	1点	2点		0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		―	―
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	―		実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	―		―	―
危険行動	ない	―	ある		―	―

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。

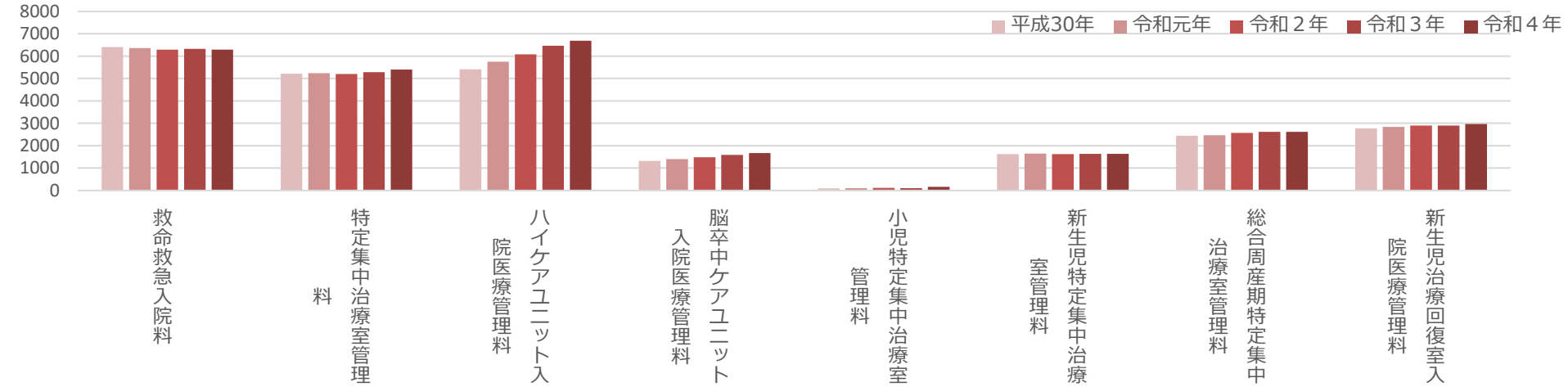
届出医療機関数

（医療機関数）



届出病床数

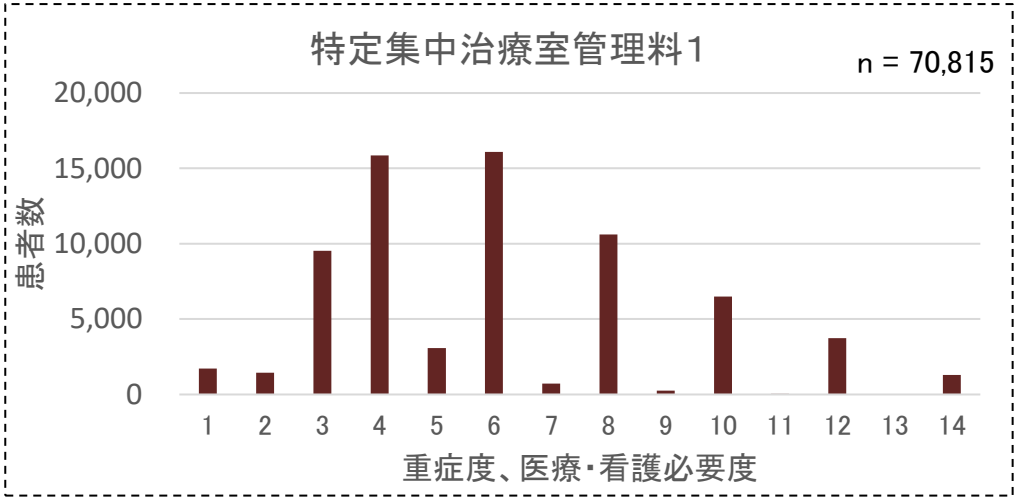
（病床数）

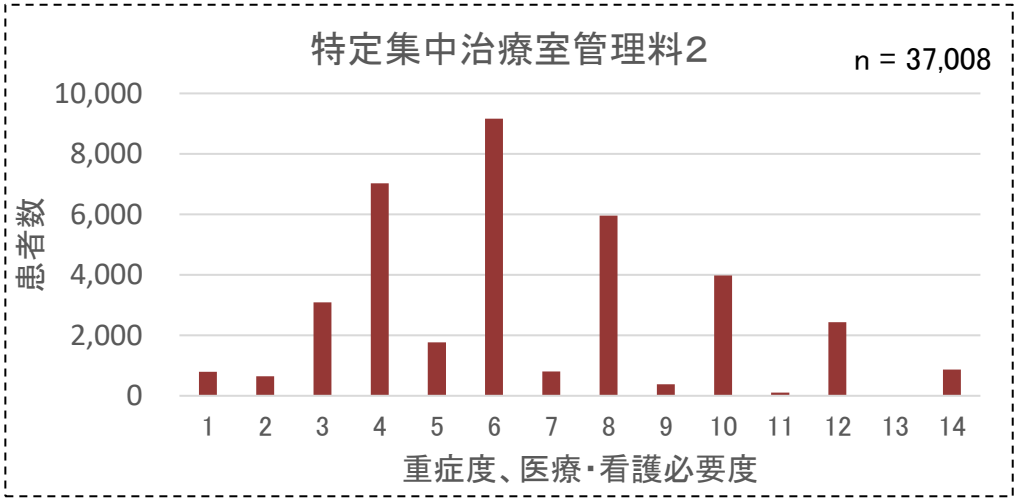


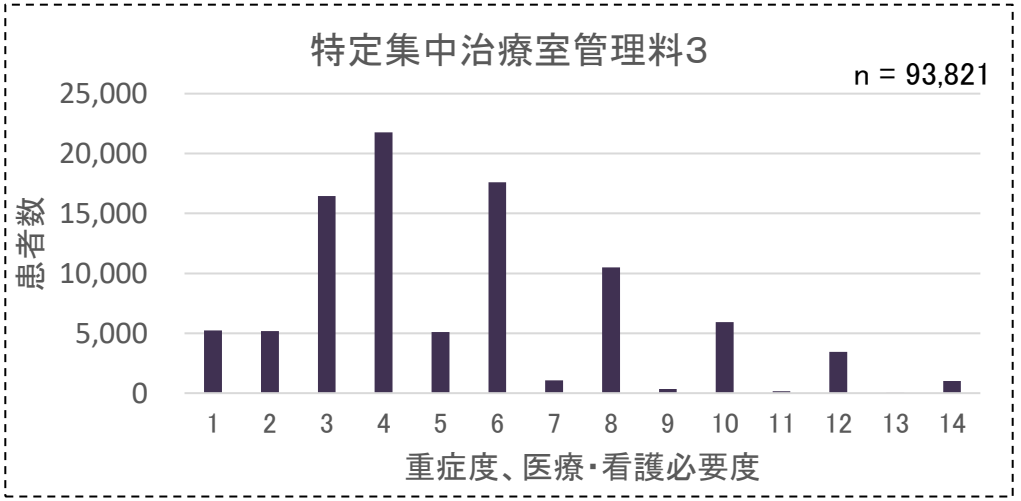
出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

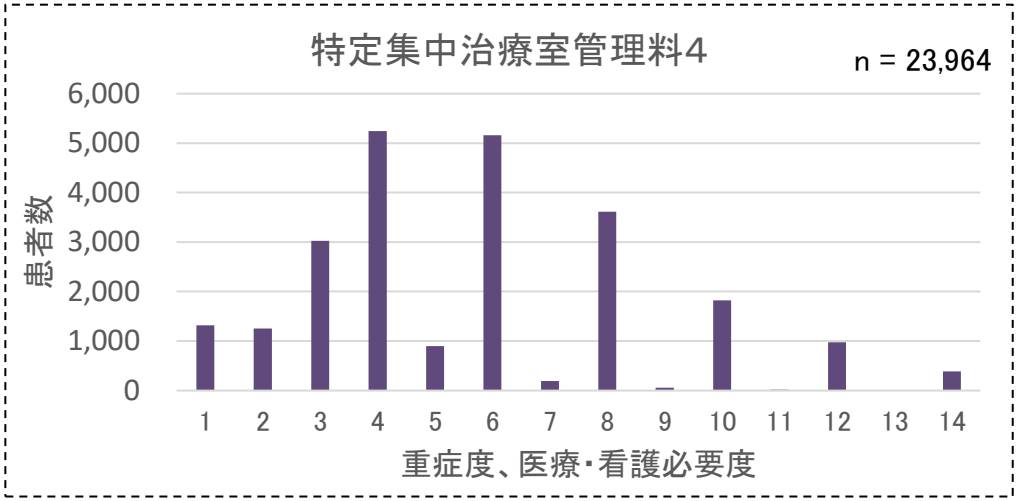
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅰの分布

○　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。







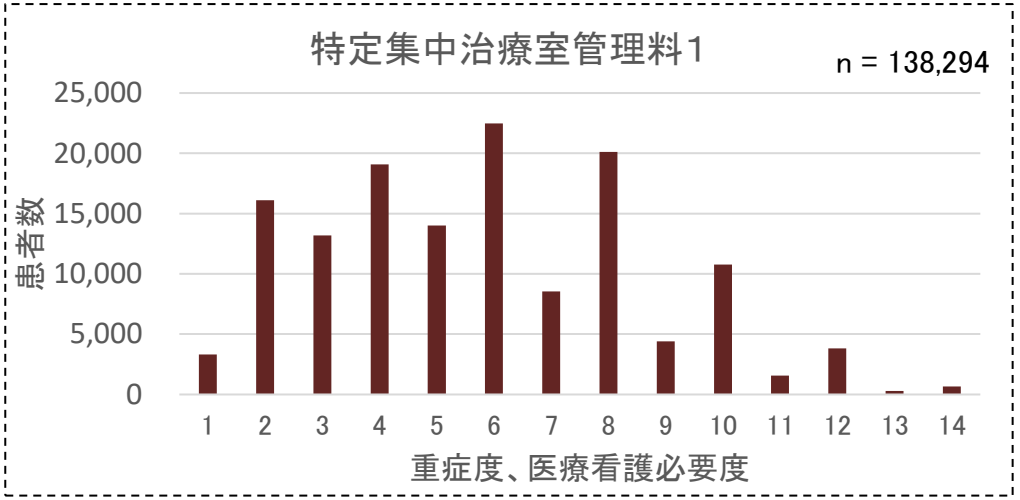


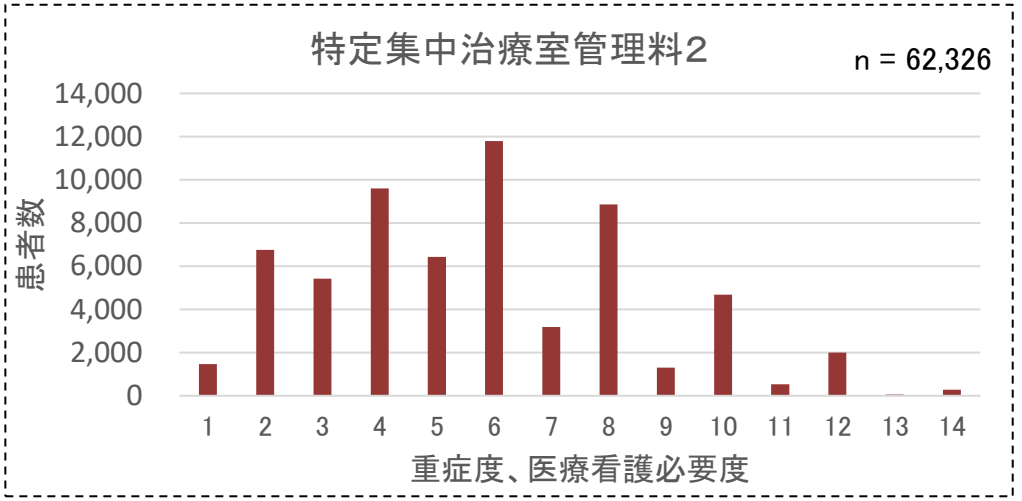
※　重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準　特定集中治療室管理料1～2　重症度、医療看護必要度3点以上

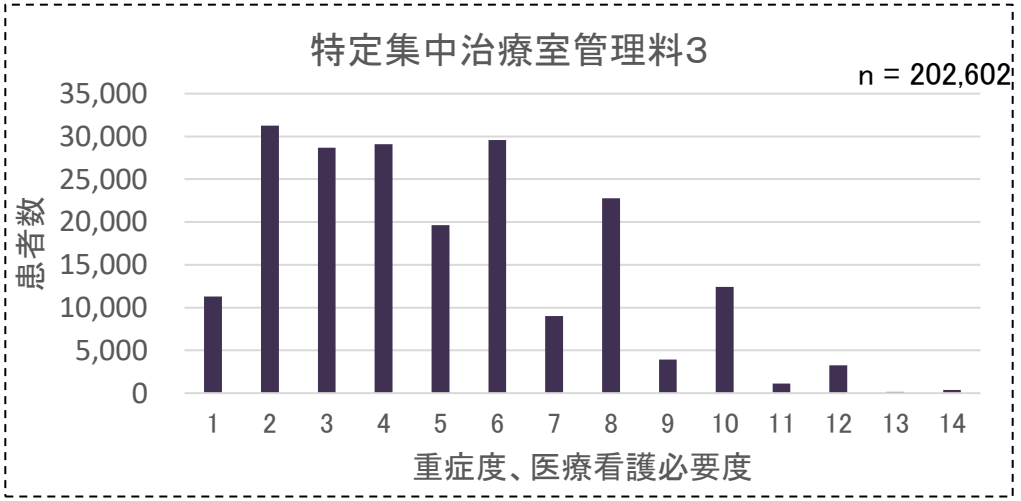
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

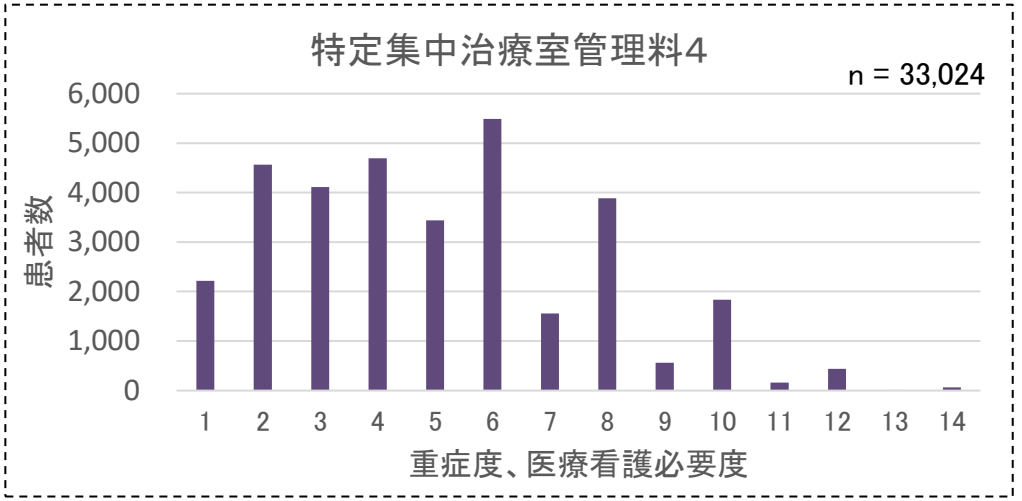
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布

○　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。







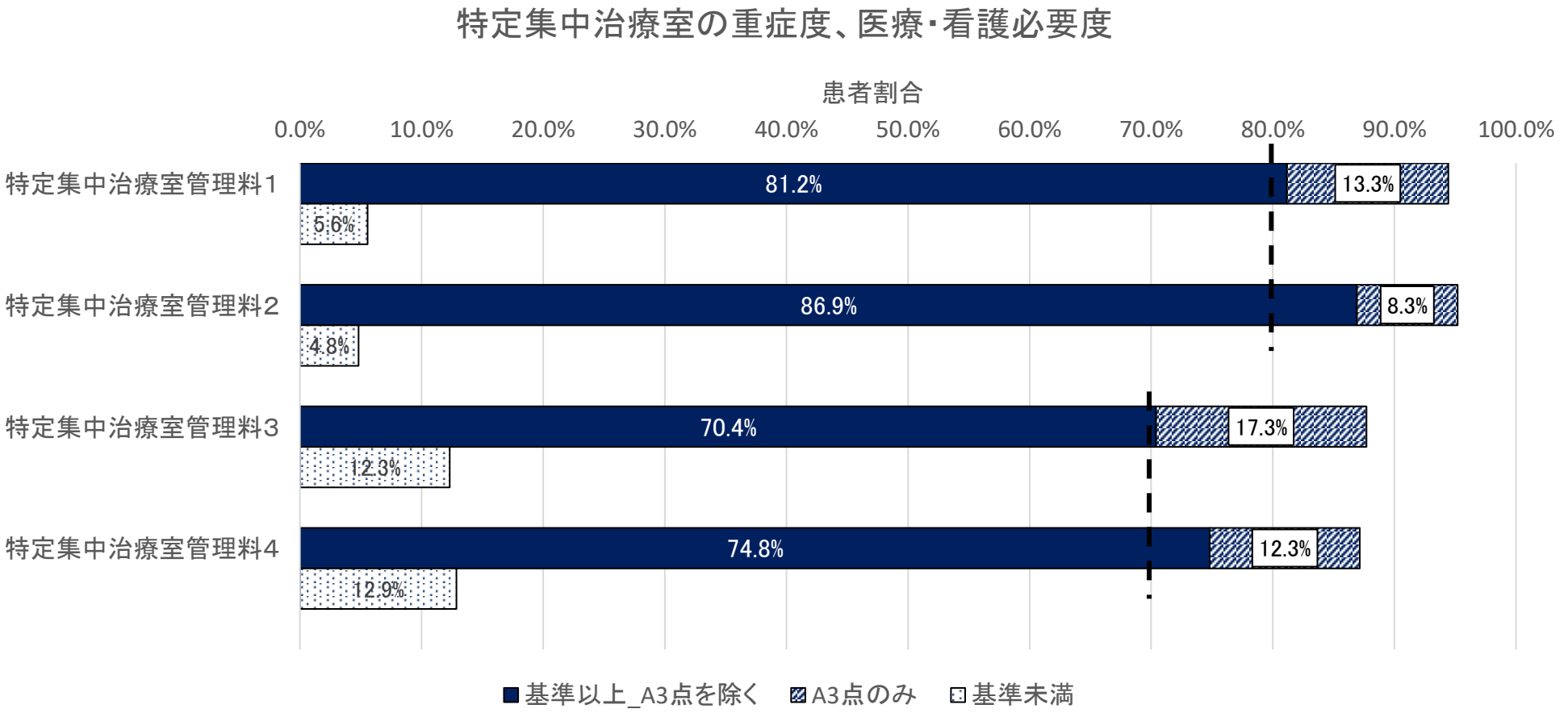


※　重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準　特定集中治療室管理料１～２　重症度、医療看護必要度３点以上

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

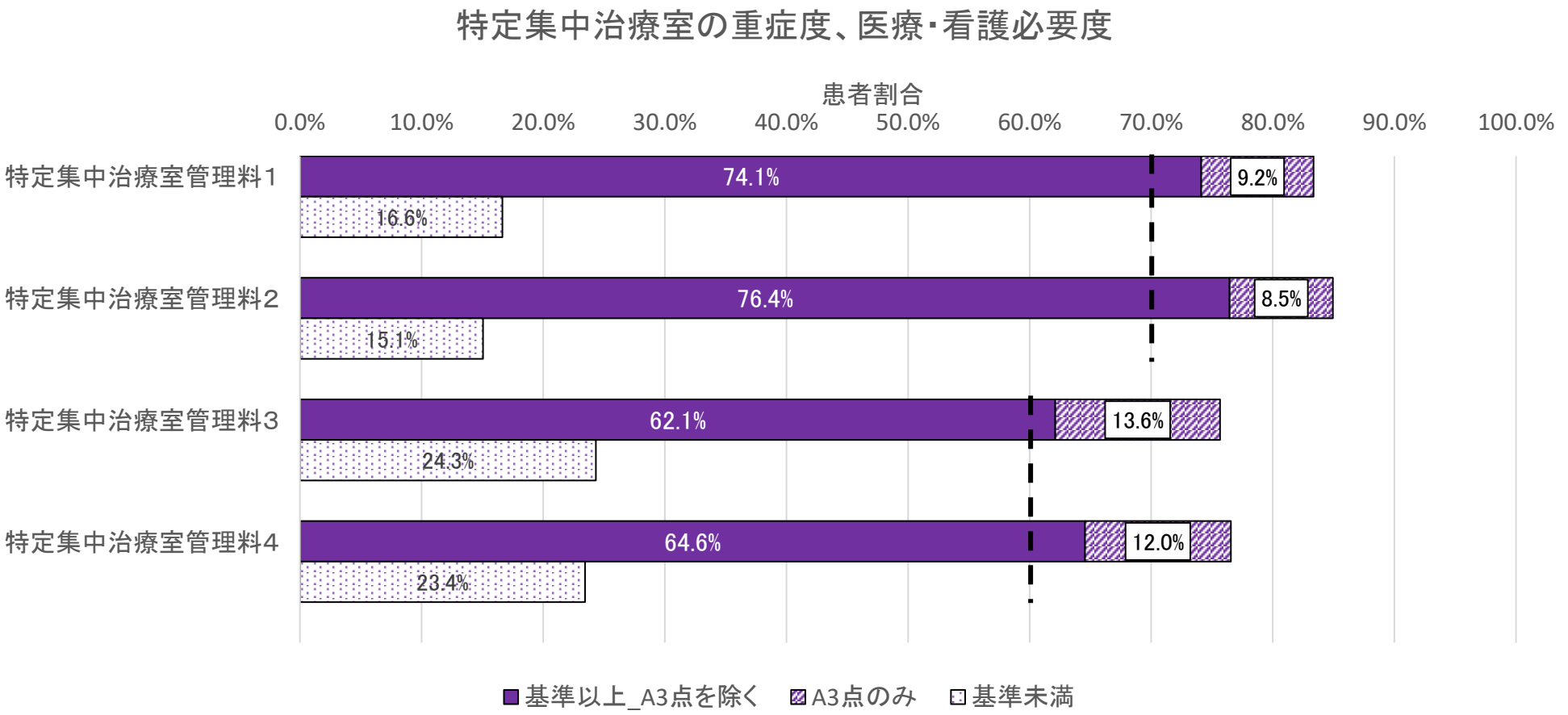
特定集中治療室管理料1・2　**8割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

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

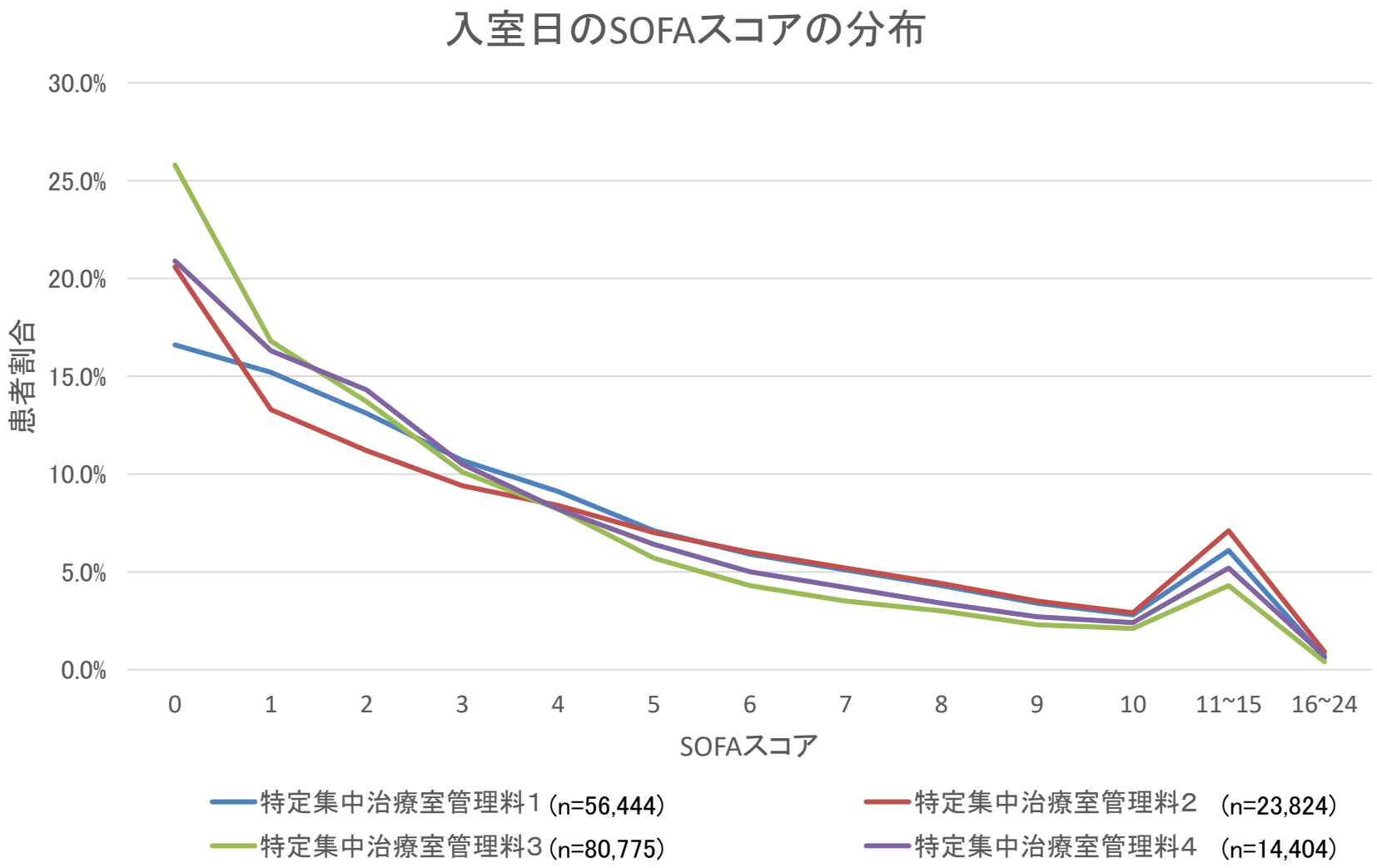
特定集中治療室管理料1・2　8割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

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。



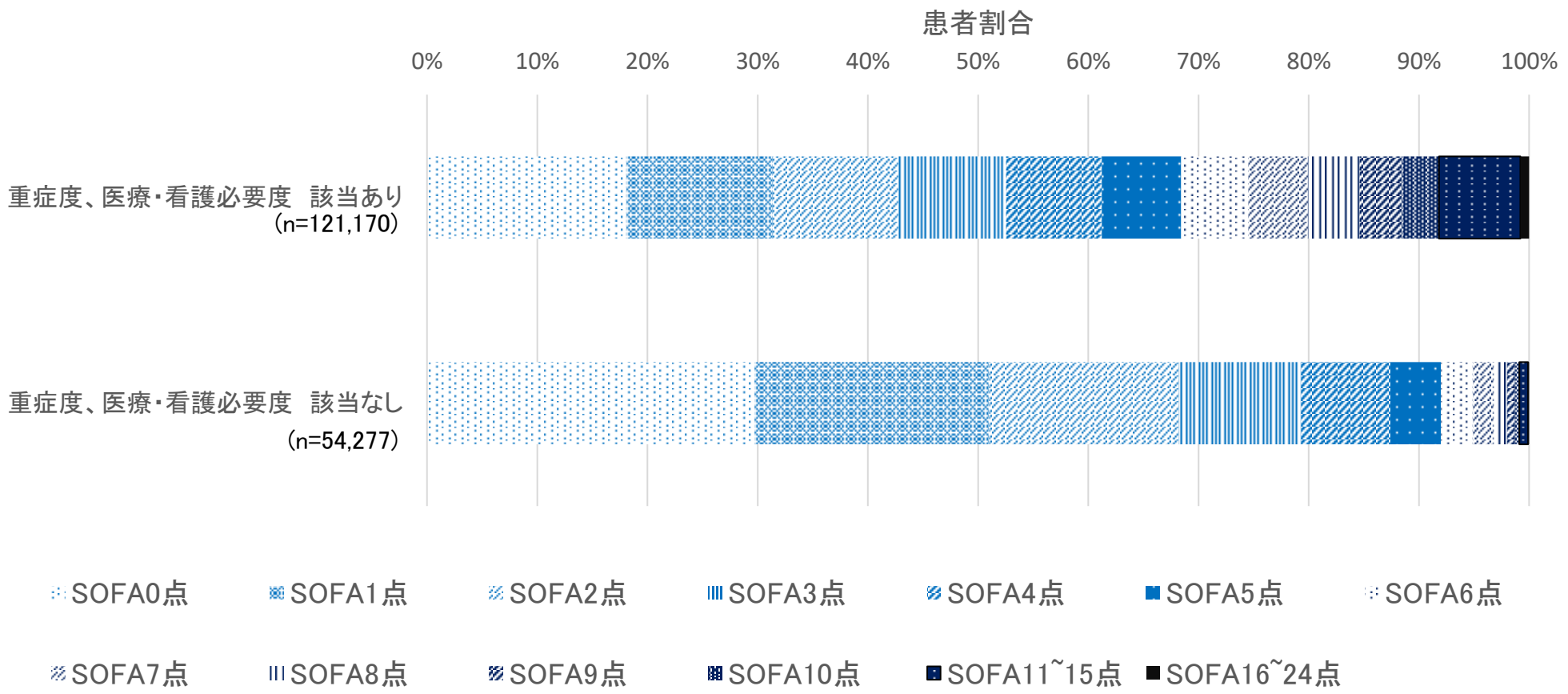
出典：DPCデータ（令和４年４月～12月）

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

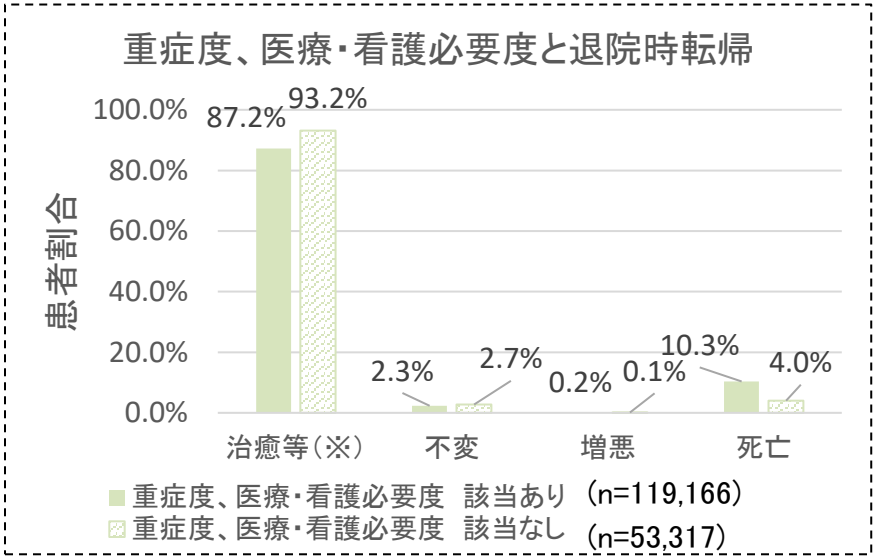


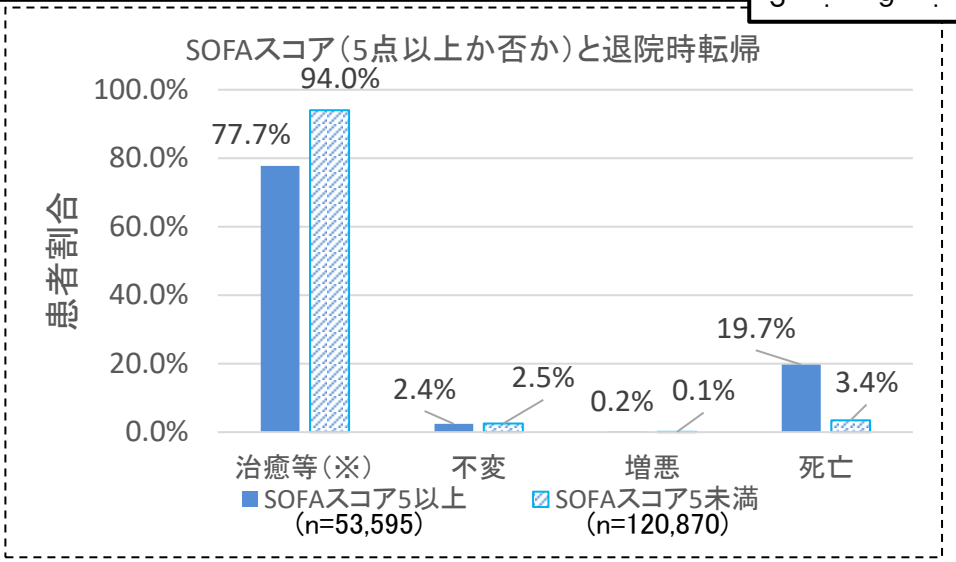
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

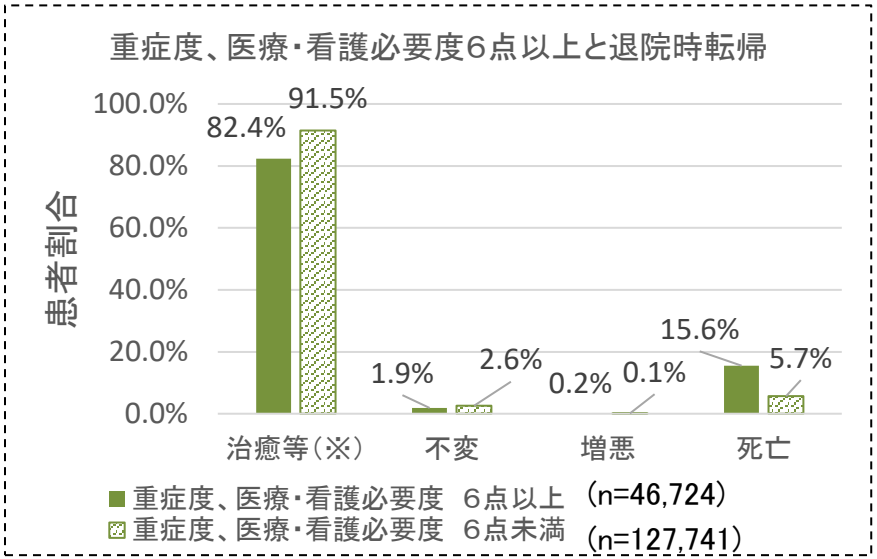
入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

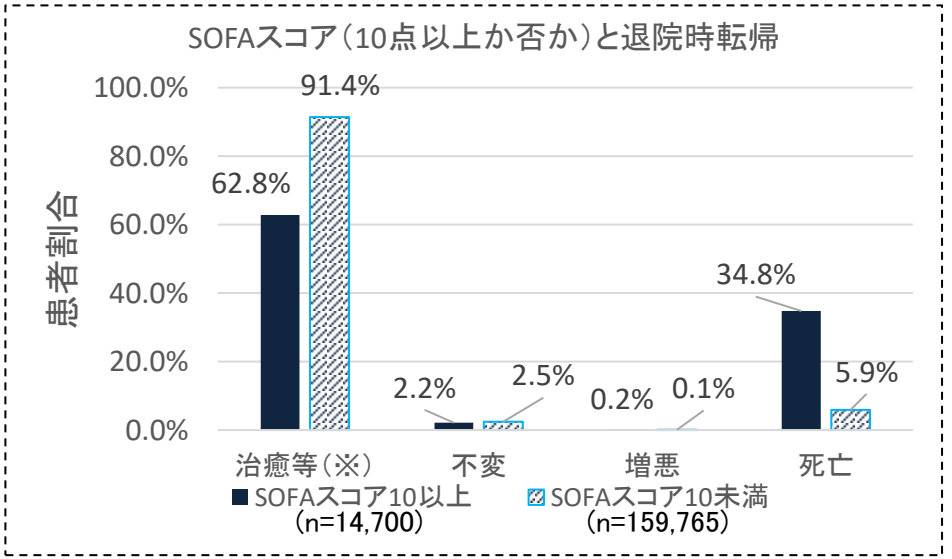
○ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。

診調組　入－1
5．9．6









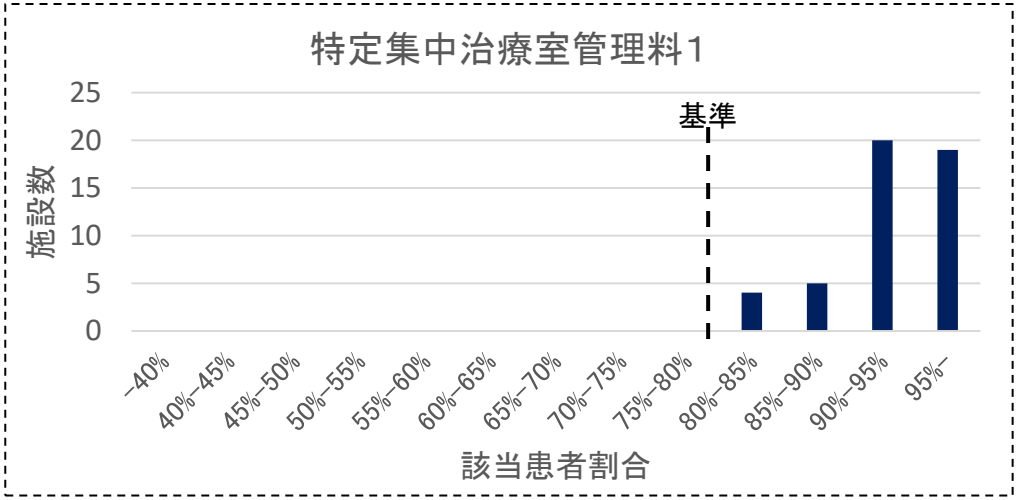
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

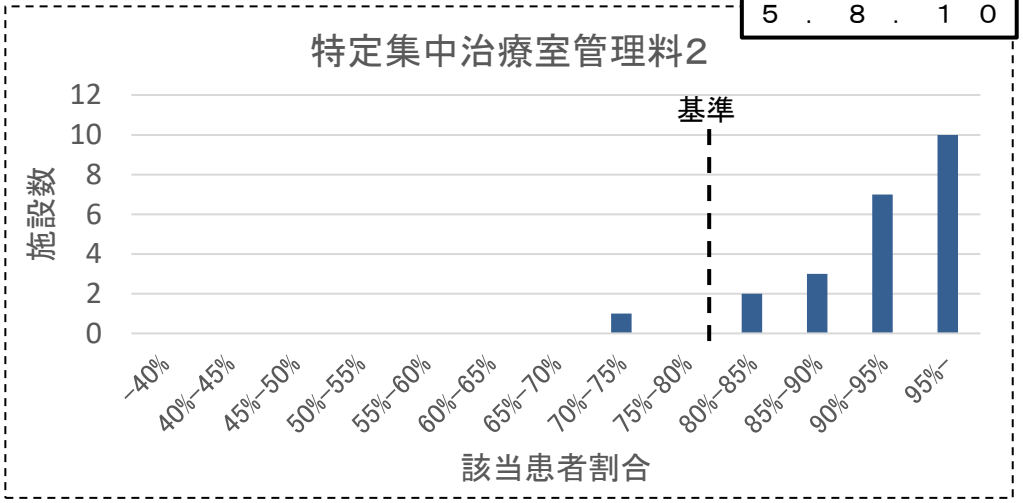
※　治癒等は、治癒、軽快及び寛解

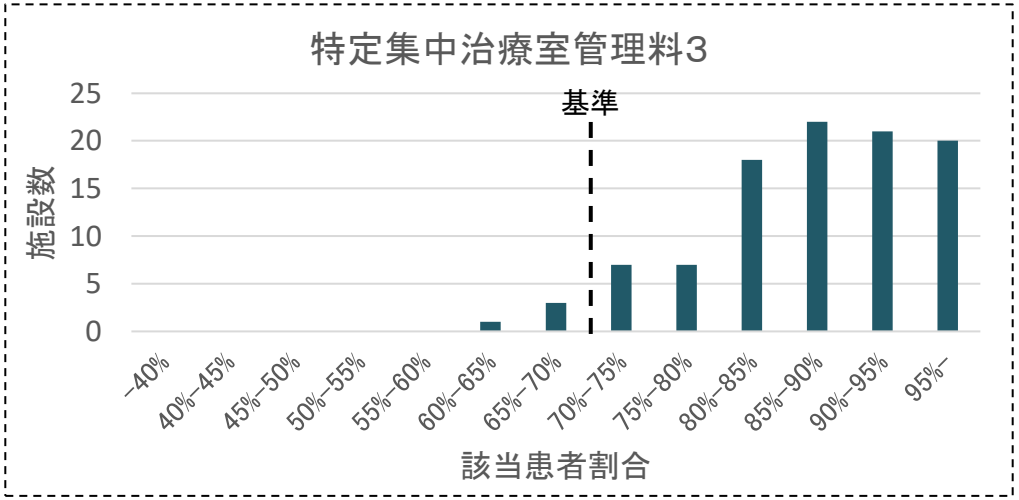
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準に該当する患者の割合の分布

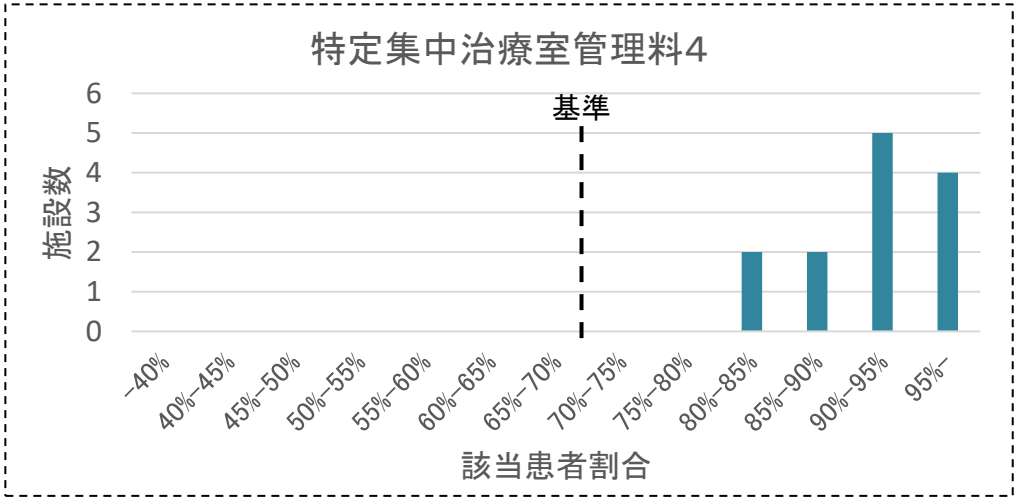
○ 特定集中治療室の治療室ごとに重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。

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）

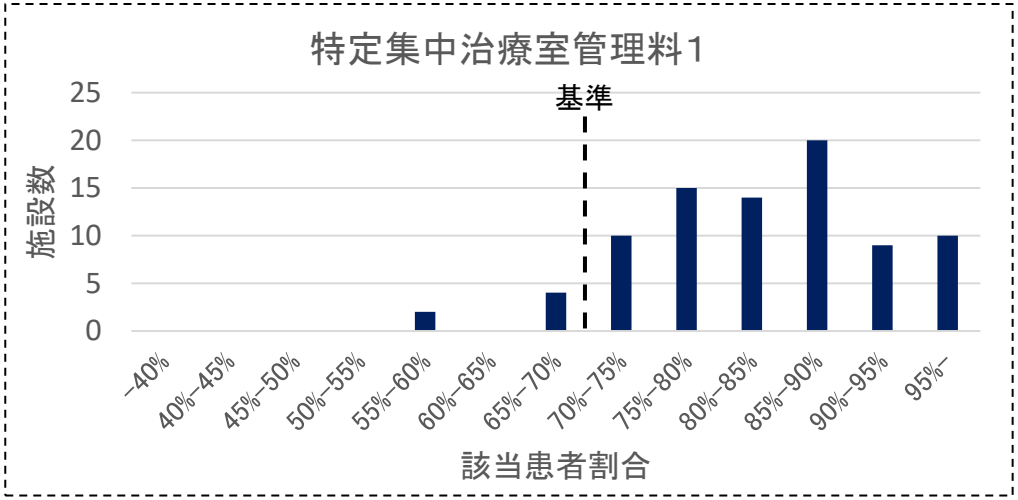
特定集中治療室管理料3・4　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　6割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

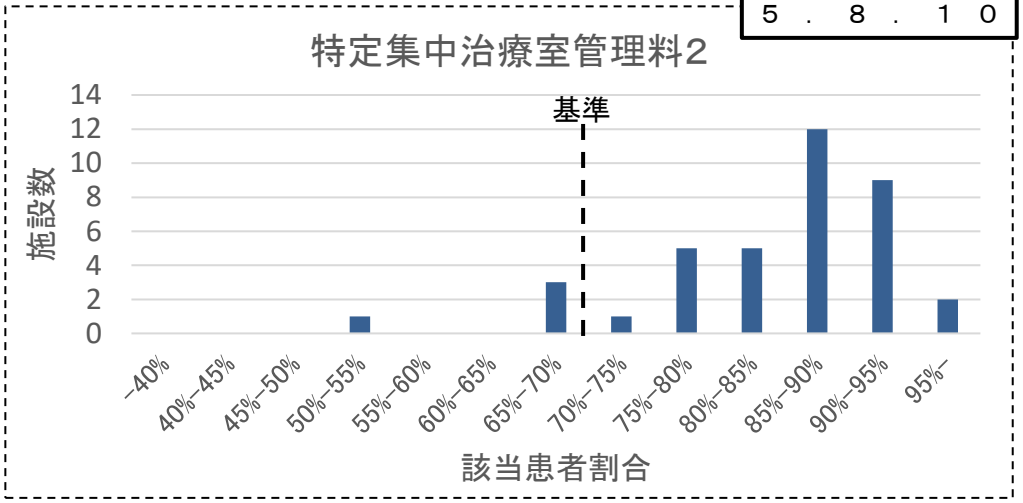
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

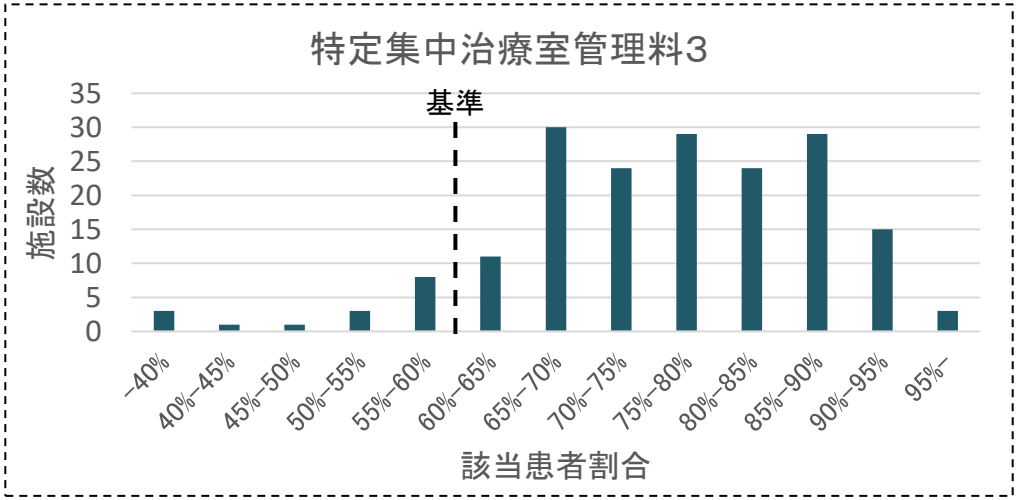
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準に該当する患者の割合の分布

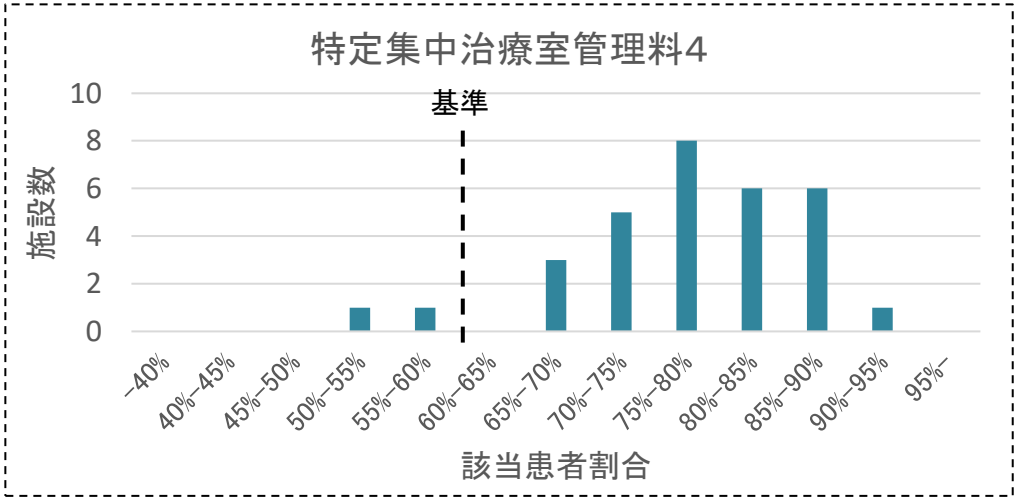
○ 特定集中治療室の治療室ごとに重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。

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

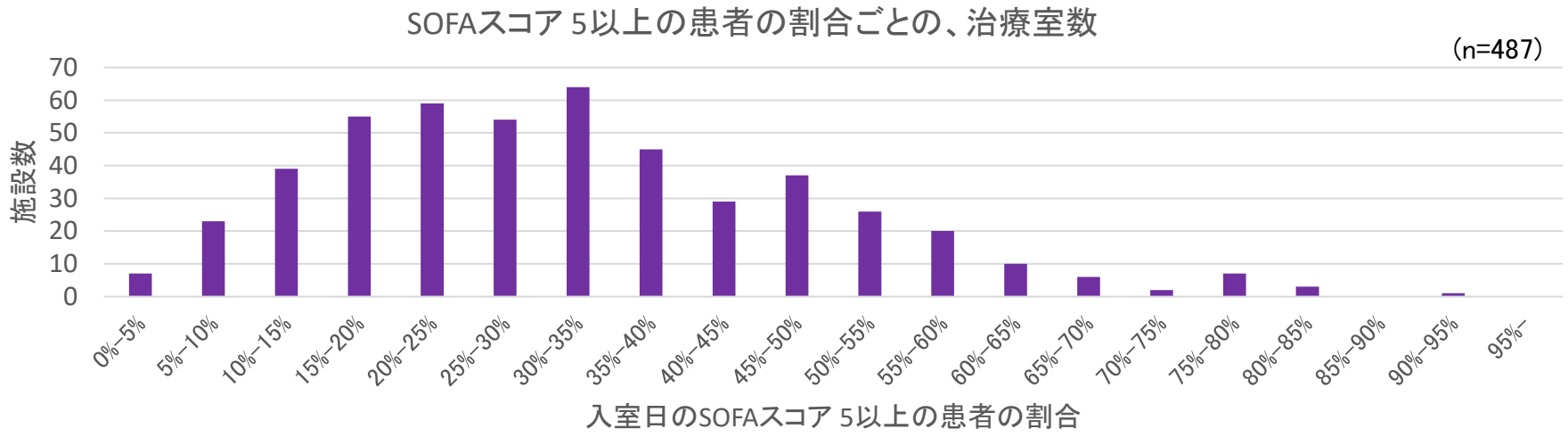
特定集中治療室管理料1・2　8割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**7割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

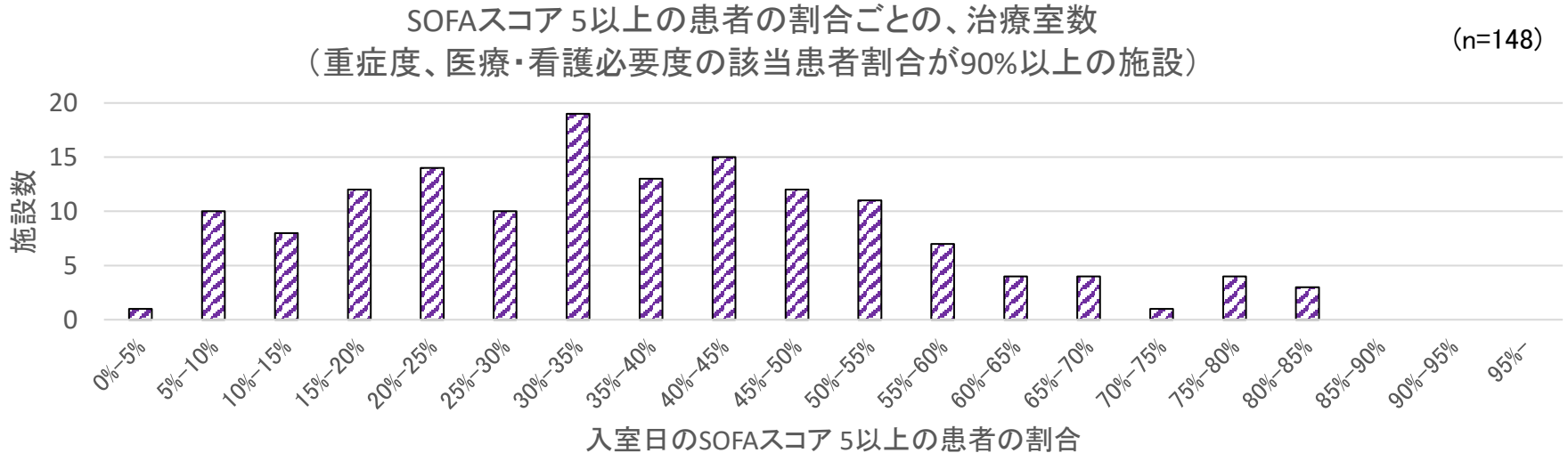
特定集中治療室管理料3・4　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　**6割以上**（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

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。



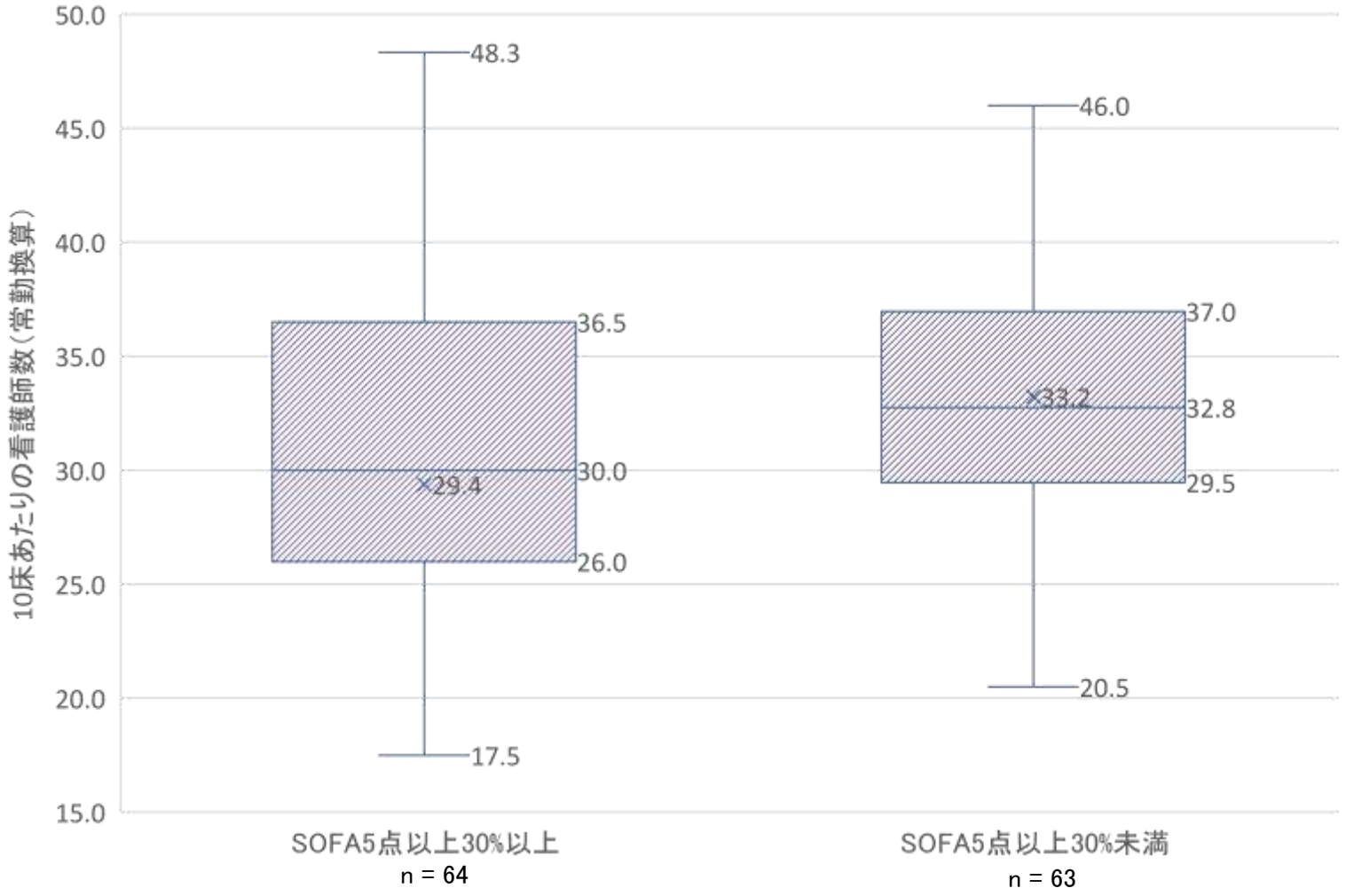


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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。

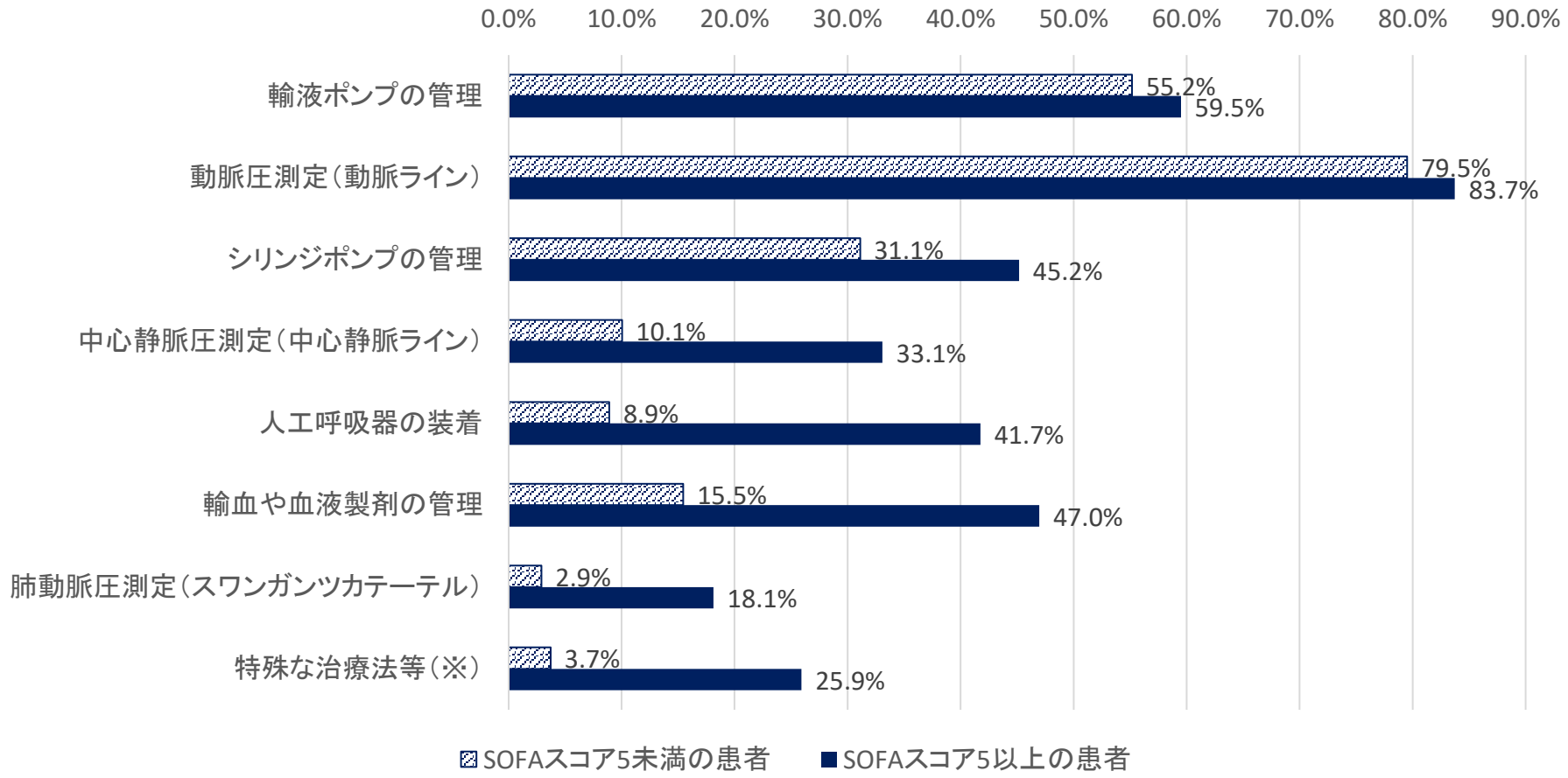


出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室調査票A）

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

診調組　入－１
５．９．６

○　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。



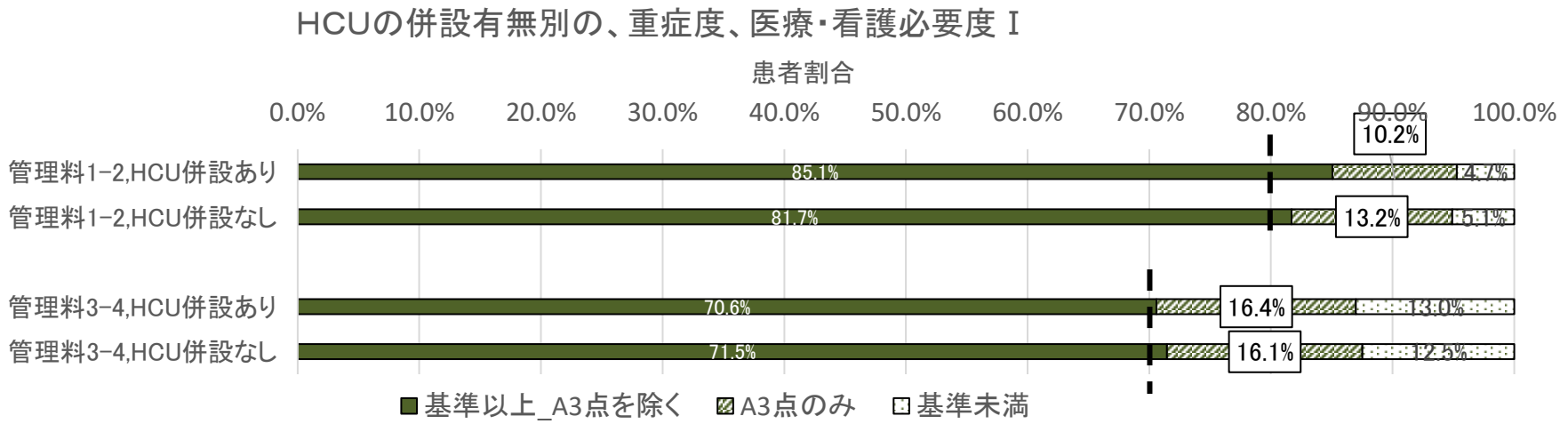
※　特殊な治療法等：CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA

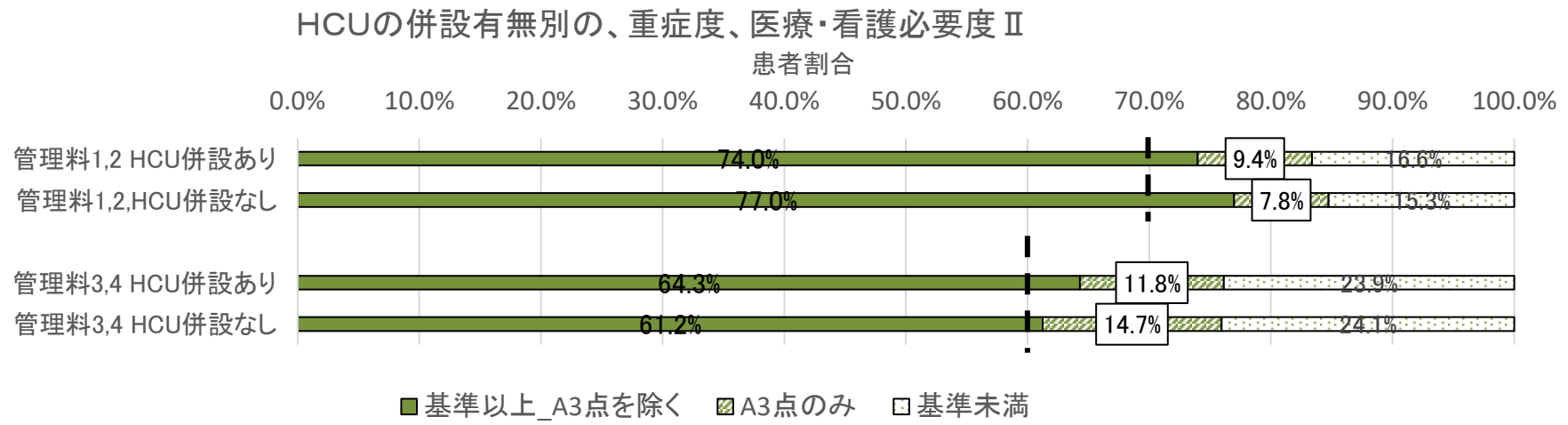
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

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。



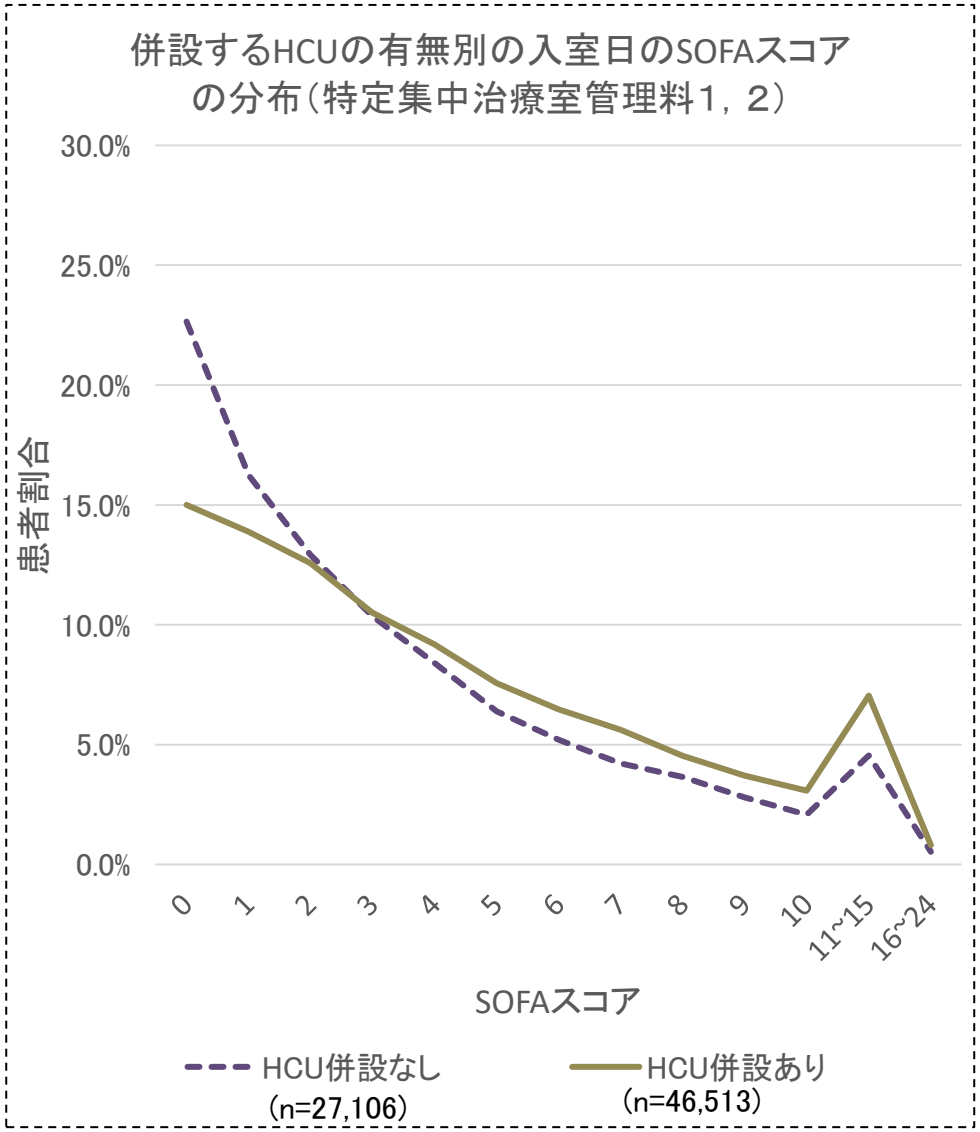


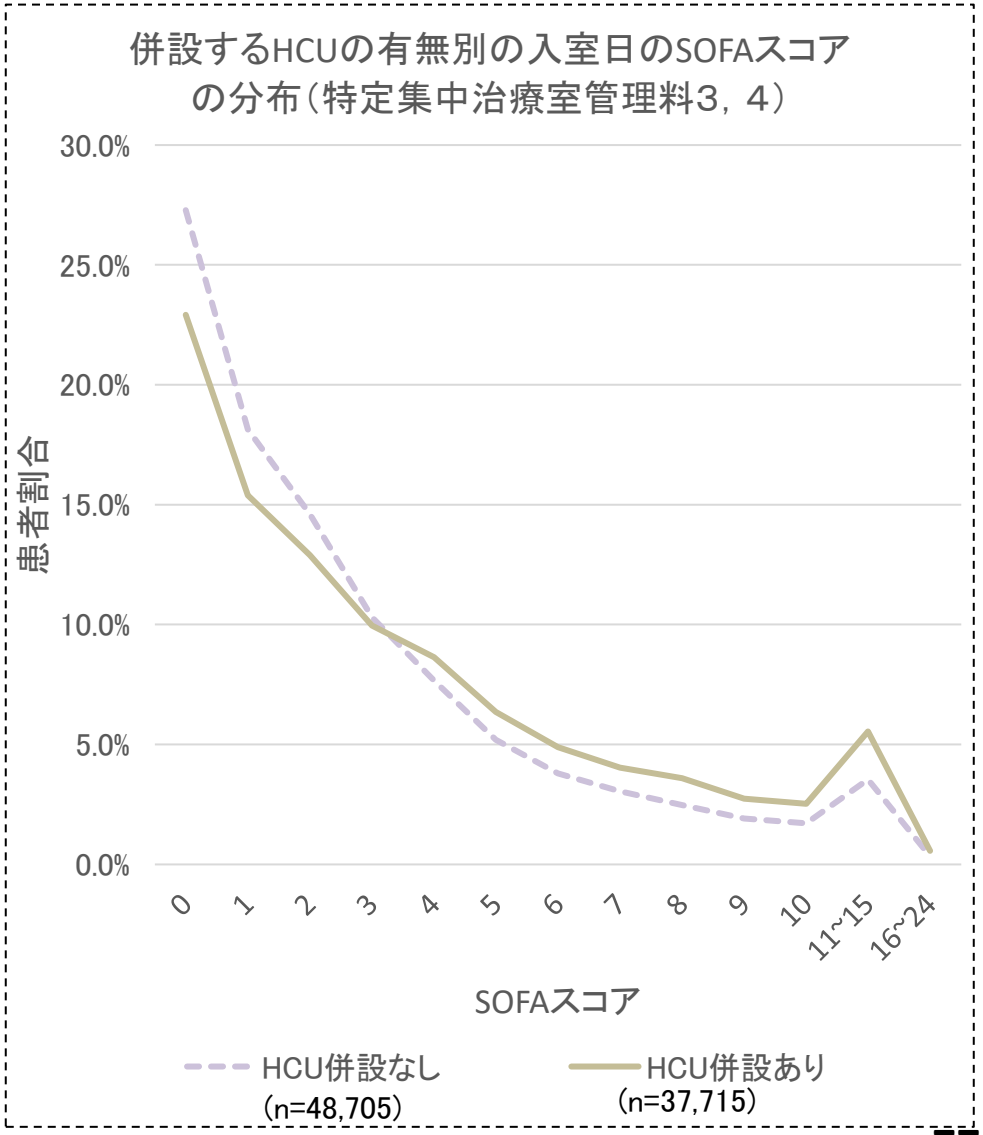
※　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準
特定集中治療室管理料1・2　8割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）
特定集中治療室管理料3・4　7割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）　6割以上（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

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%

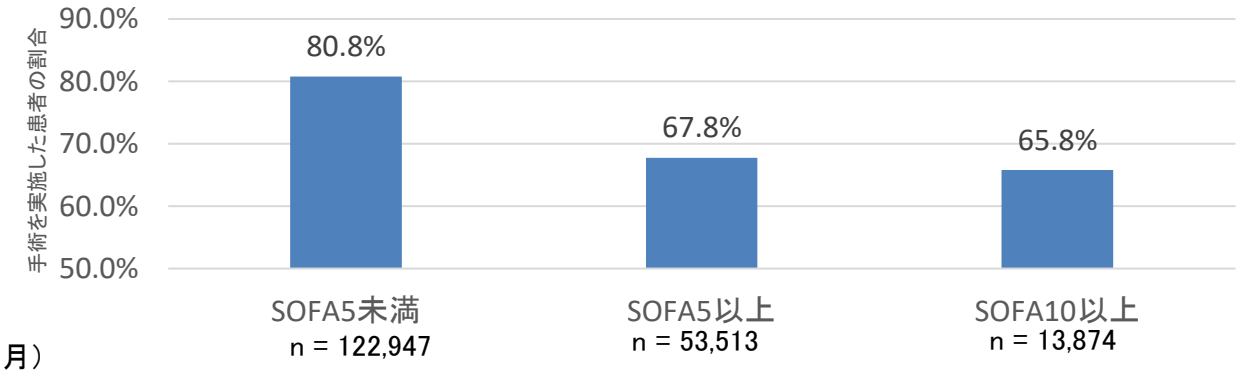
入室時SOFAスコア5以上の患者
（n=54,522）

	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%

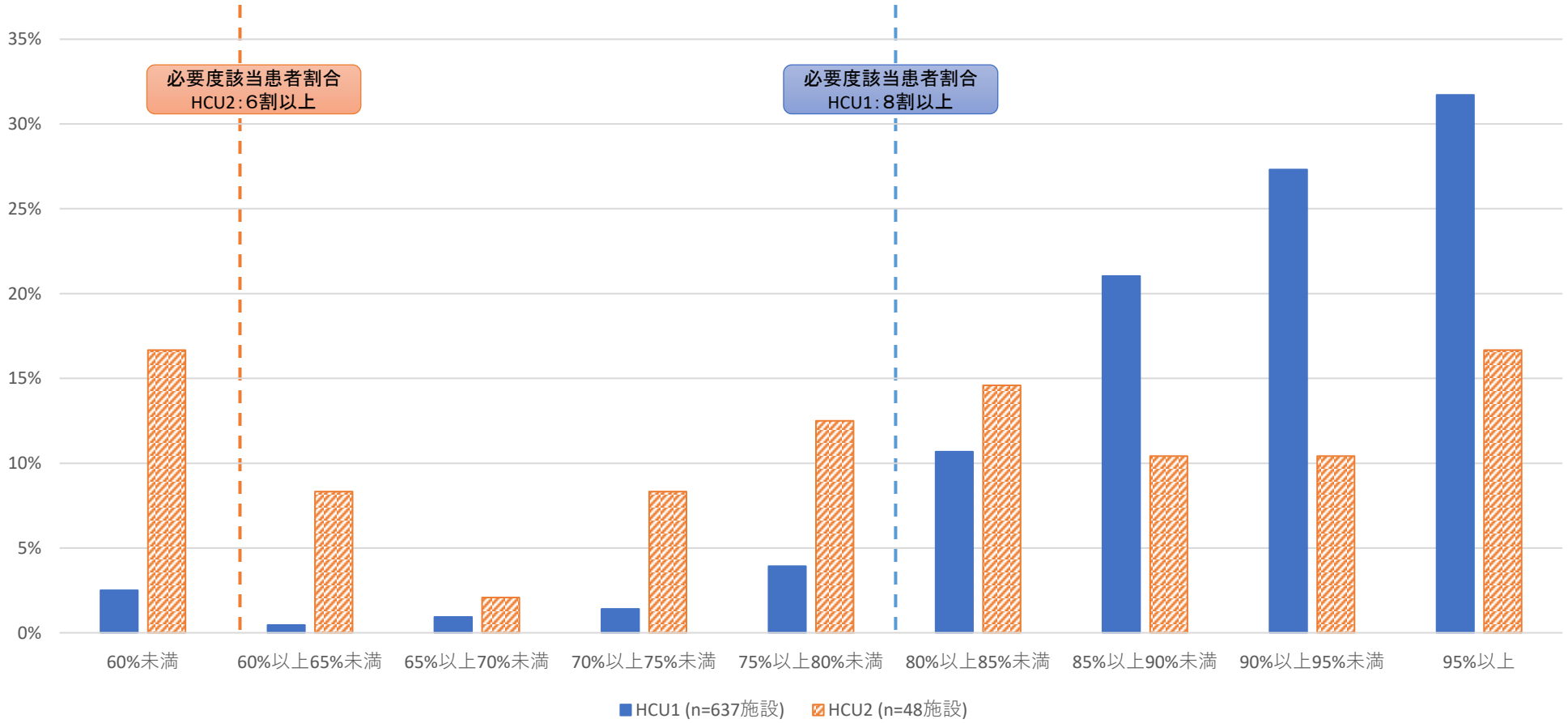
② 入室当日又は前日に手術をした患者の割合



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。



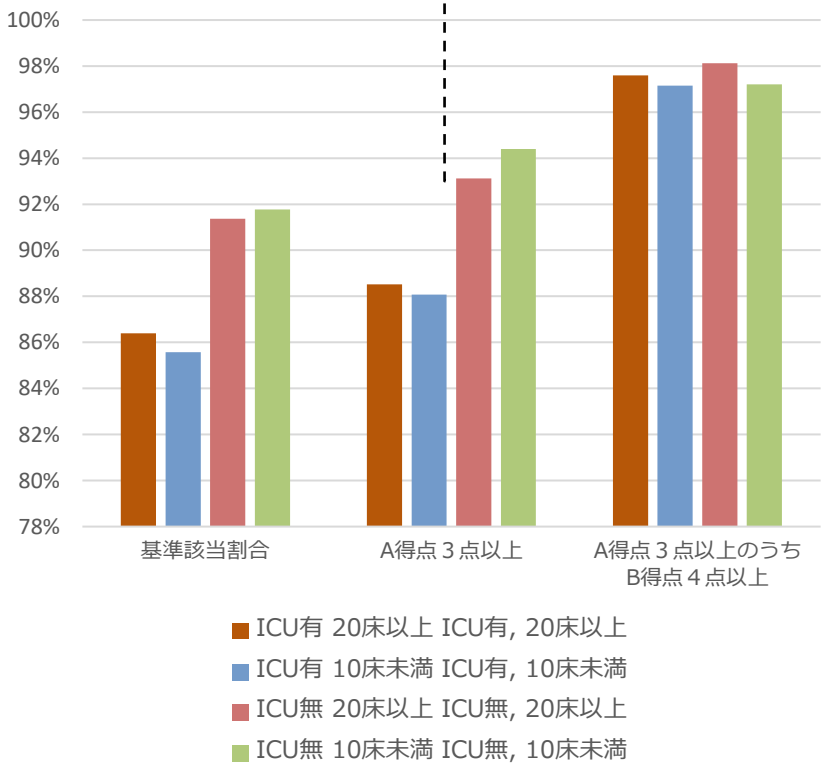
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（新型コロナ患者を除く。）

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

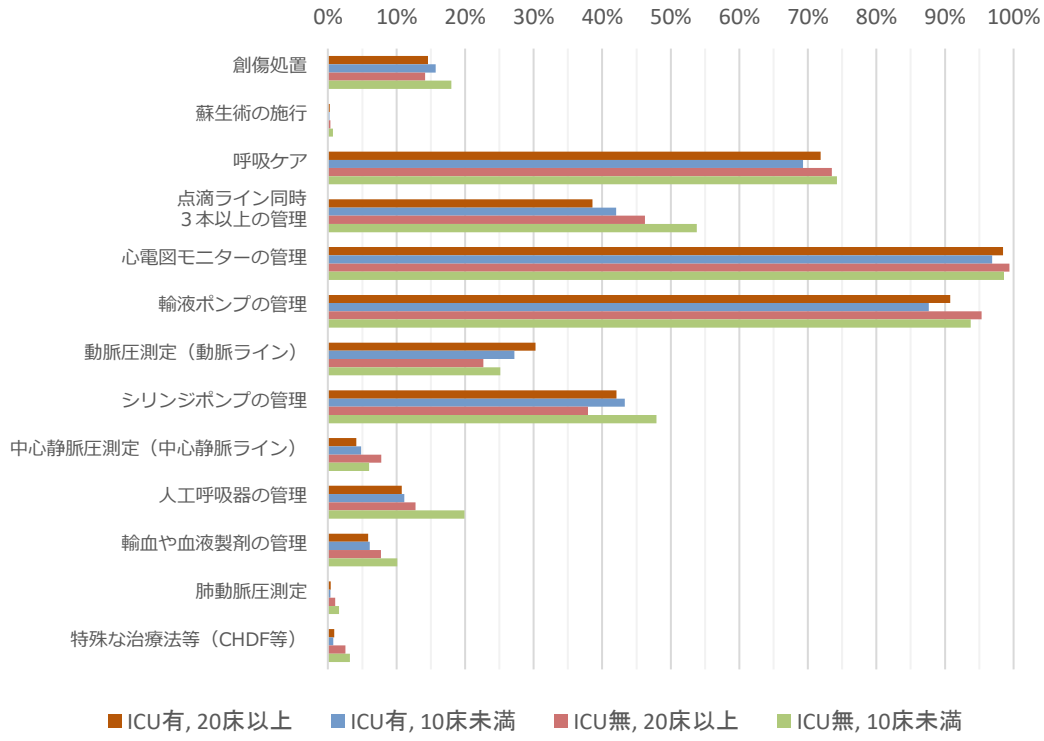
○ ICUを併設するHCUにおいては、病床数が20床以上か10床未満かで必要度の該当状況は大きく変わらなかった。
○ ICUを併設しないHCUのうち病床数が20床以上の施設は、10床未満の施設と比較し、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「シリンジポンプの管理」、「人工呼吸器の管理」の該当割合が低かったが、基準該当割合は大きく変わらなかった。

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）



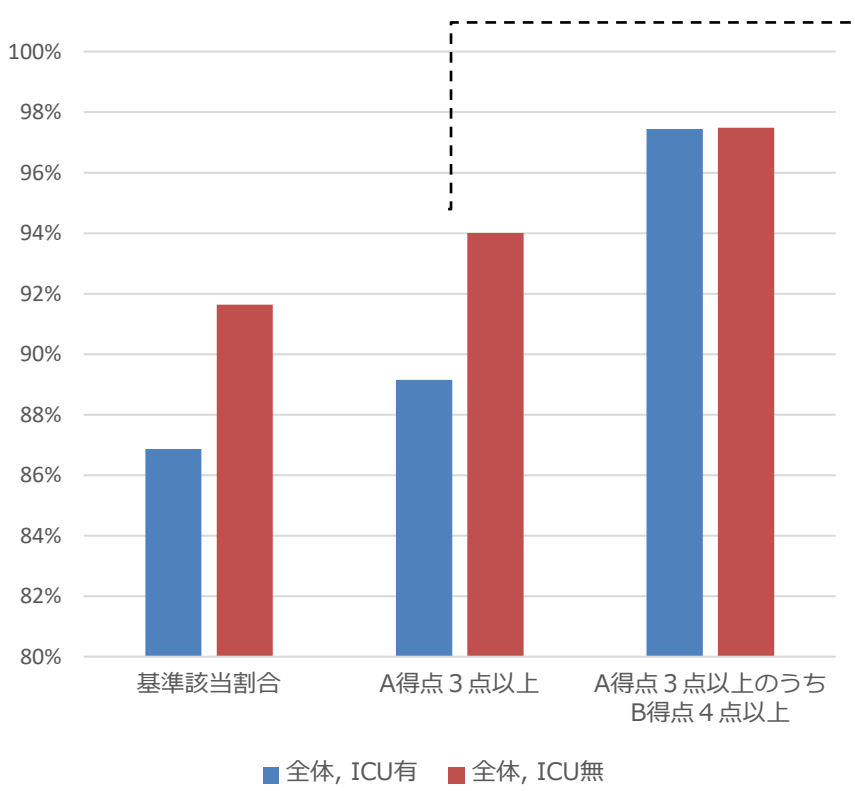
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

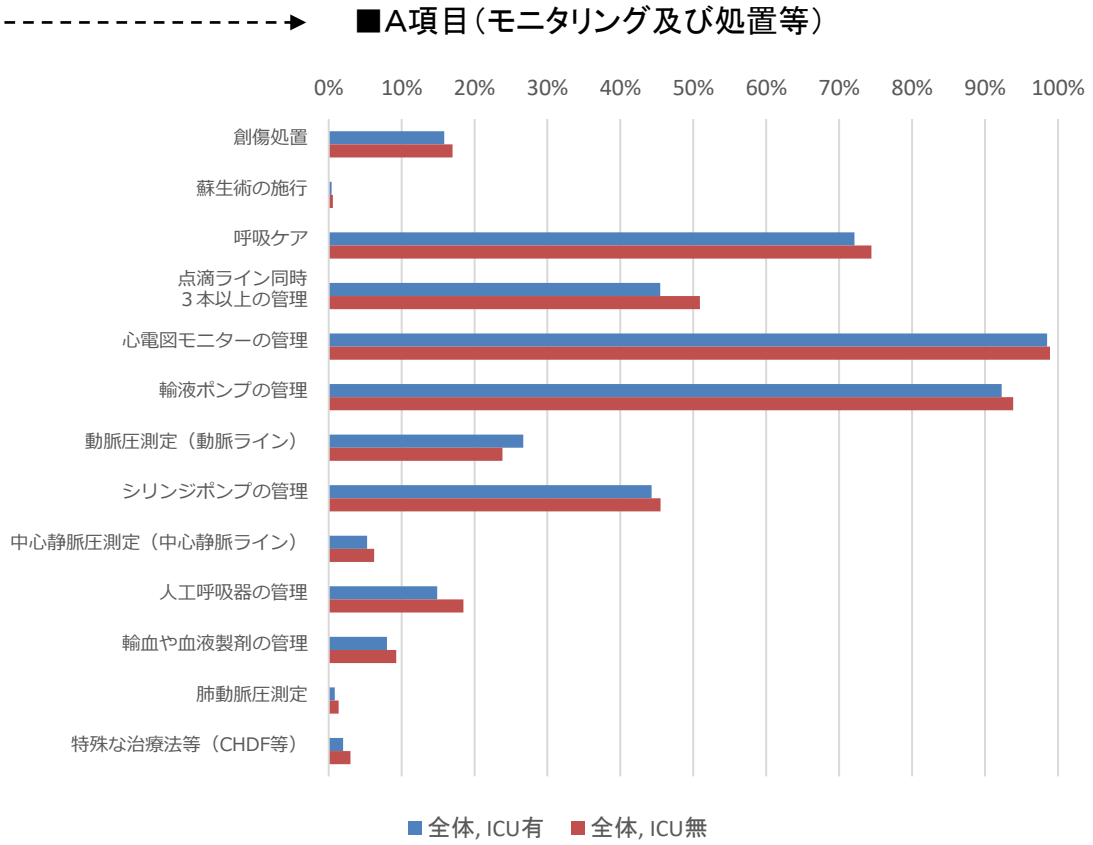
ＨＣＵにおけるＩＣＵの併設有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ 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）



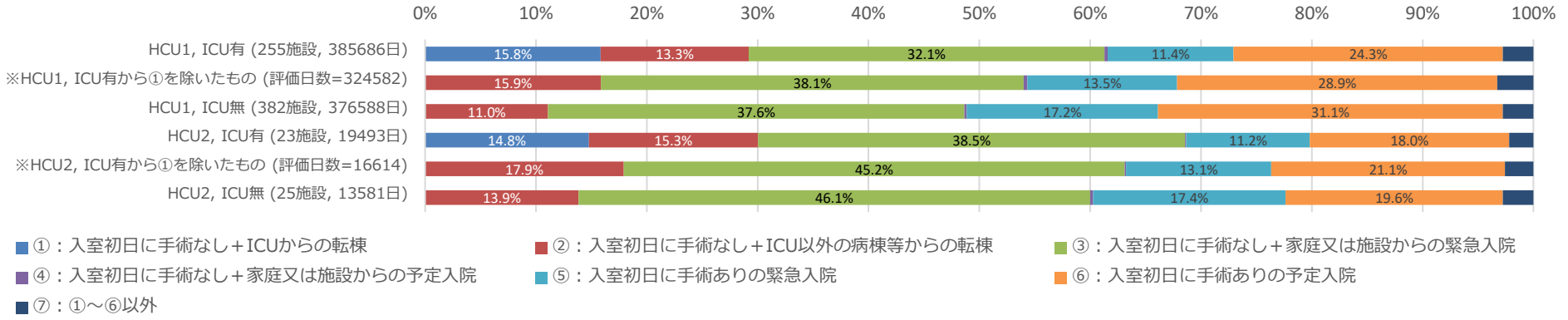


出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

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

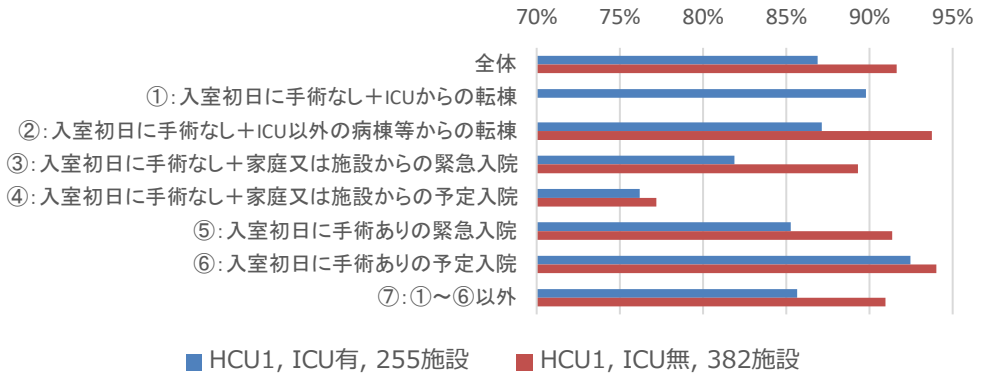
○ ICU併設の有無ごとのHCUの入室の経緯の内訳は、ICUからの転棟患者の割合を除き全体の傾向としては大きく変わらなかった。
○ ハイケアユニット入院医療管理料1については、いずれの入室経路においても、ICUを併設する場合はICUを併設しない場合よりも必要度基準該当割合が低い傾向にあった。

＜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＞

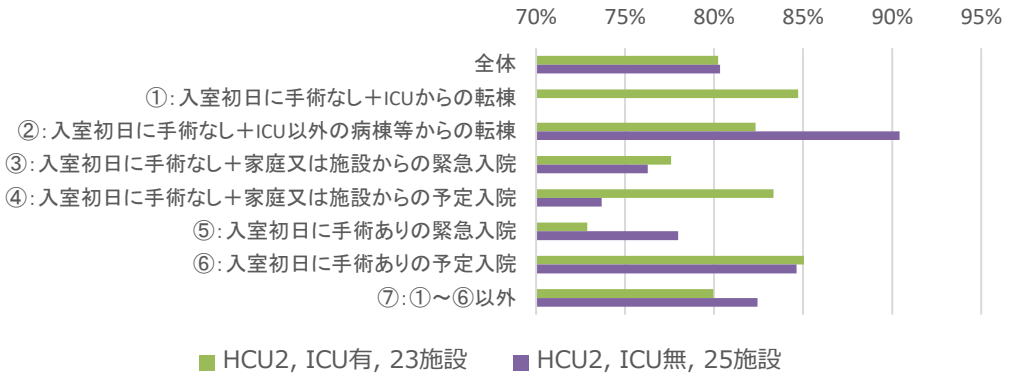


＜ハイケアユニット入院医療管理料1又は2を算定する症例における入室経路ごとの必要度基準該当割合＞

【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】



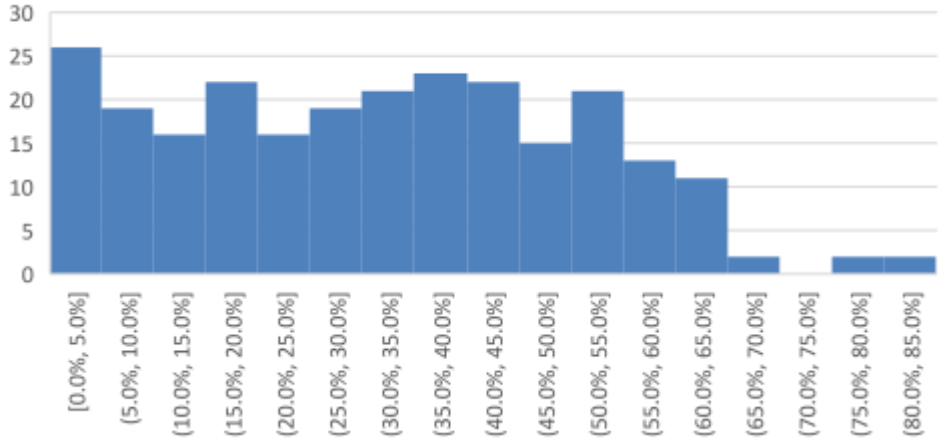
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

ＩＣＵ併設の有無別のＨＣＵの入室経路割合の分布

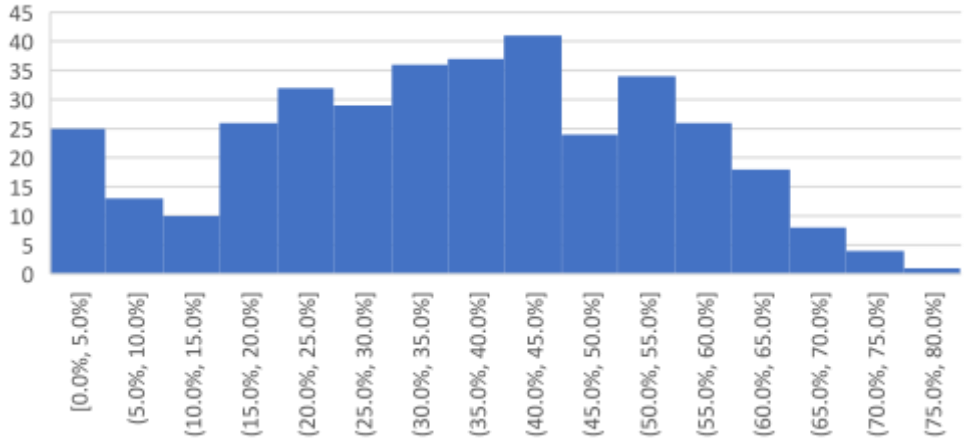
○ HCUに入室している患者の入院経路の割合については、ICUを併設する場合及びしない場合のいずれも、施設間のばらつきが大きい。

＜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

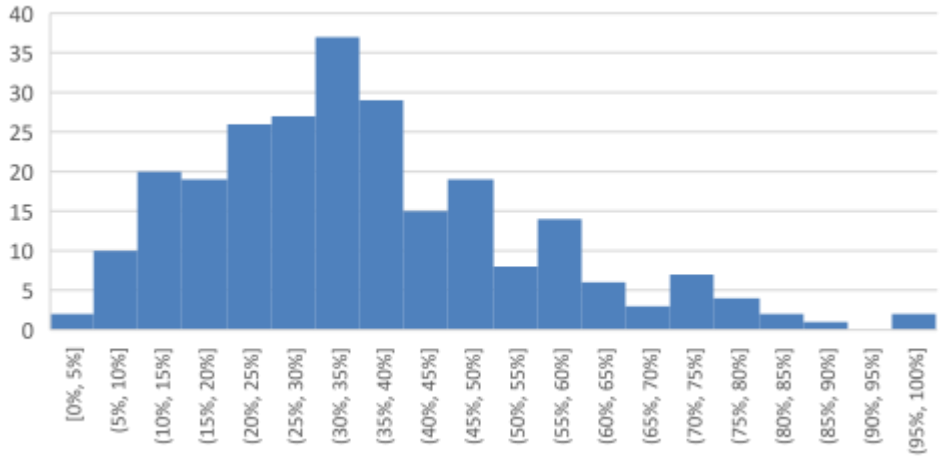


【ICU併設なし】n=364施設

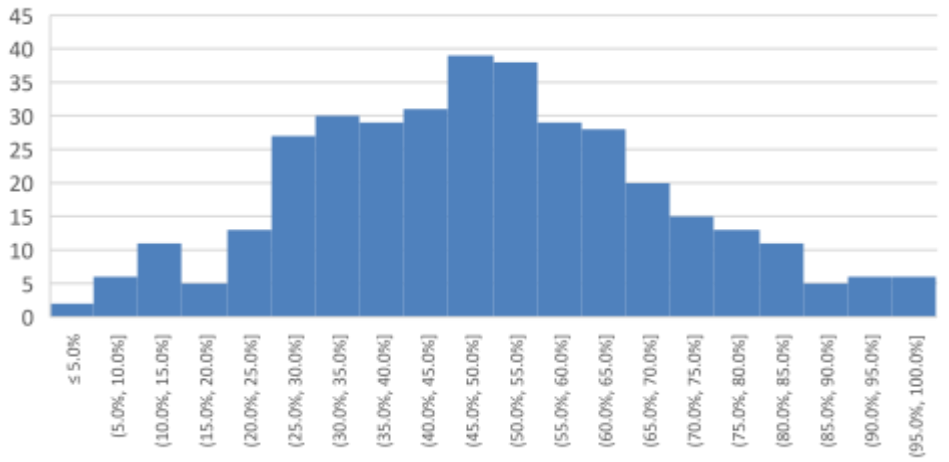


＜各施設のHCU入院医療管理料１又は2を算定する症例における必要度評価対象日数のうち、入室日に手術を実施している症例の割合＞

【ICU併設あり】n=278施設



【ICU併設なし】n=364施設



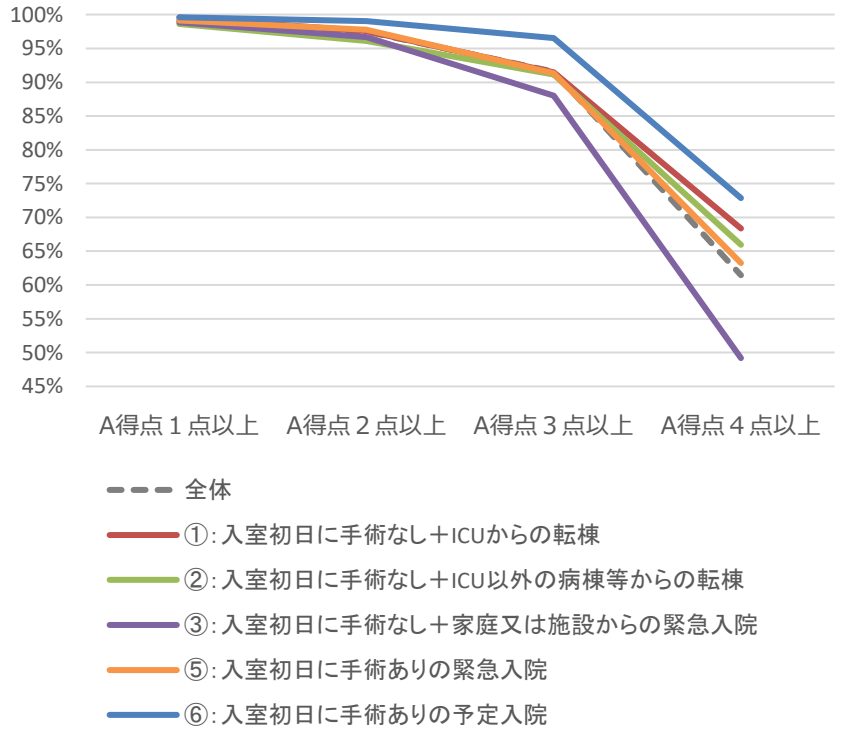
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

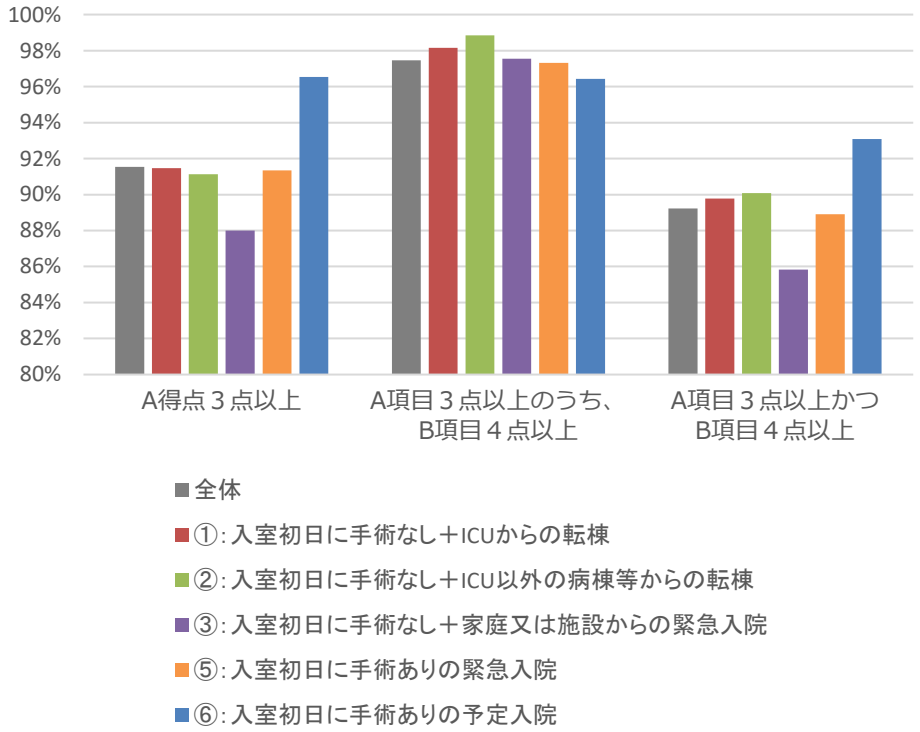
※ HCU入院医療管理料１又は2を算定する施設のうち、HCU入院医療管理料１又は2を算定する必要度評価対象日数が300日未満の施設を除いたものが対象。

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）



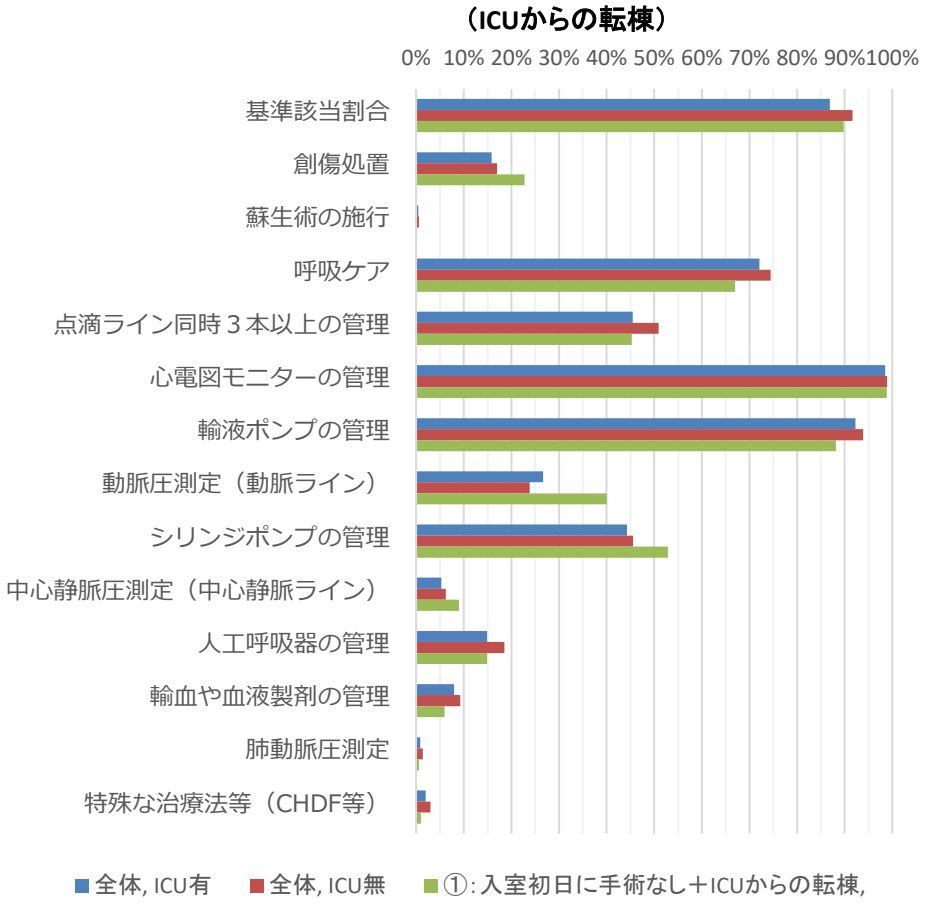


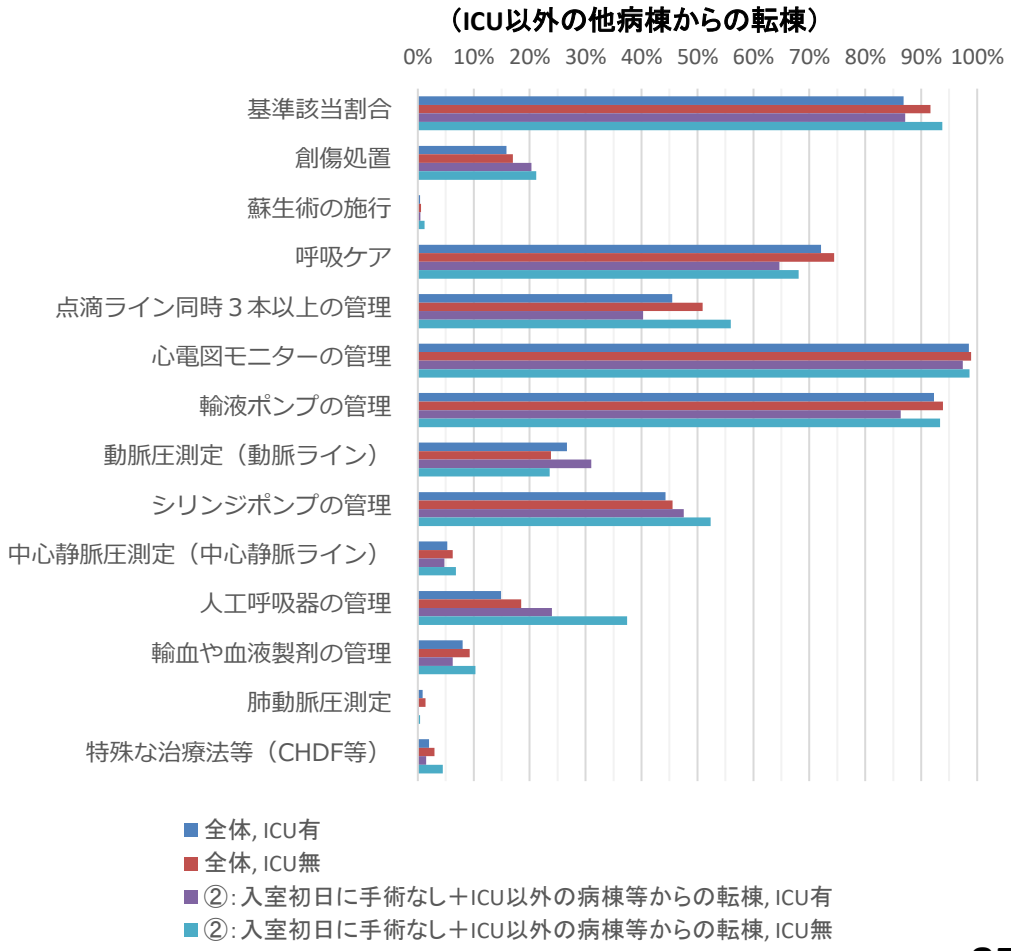
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

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＞



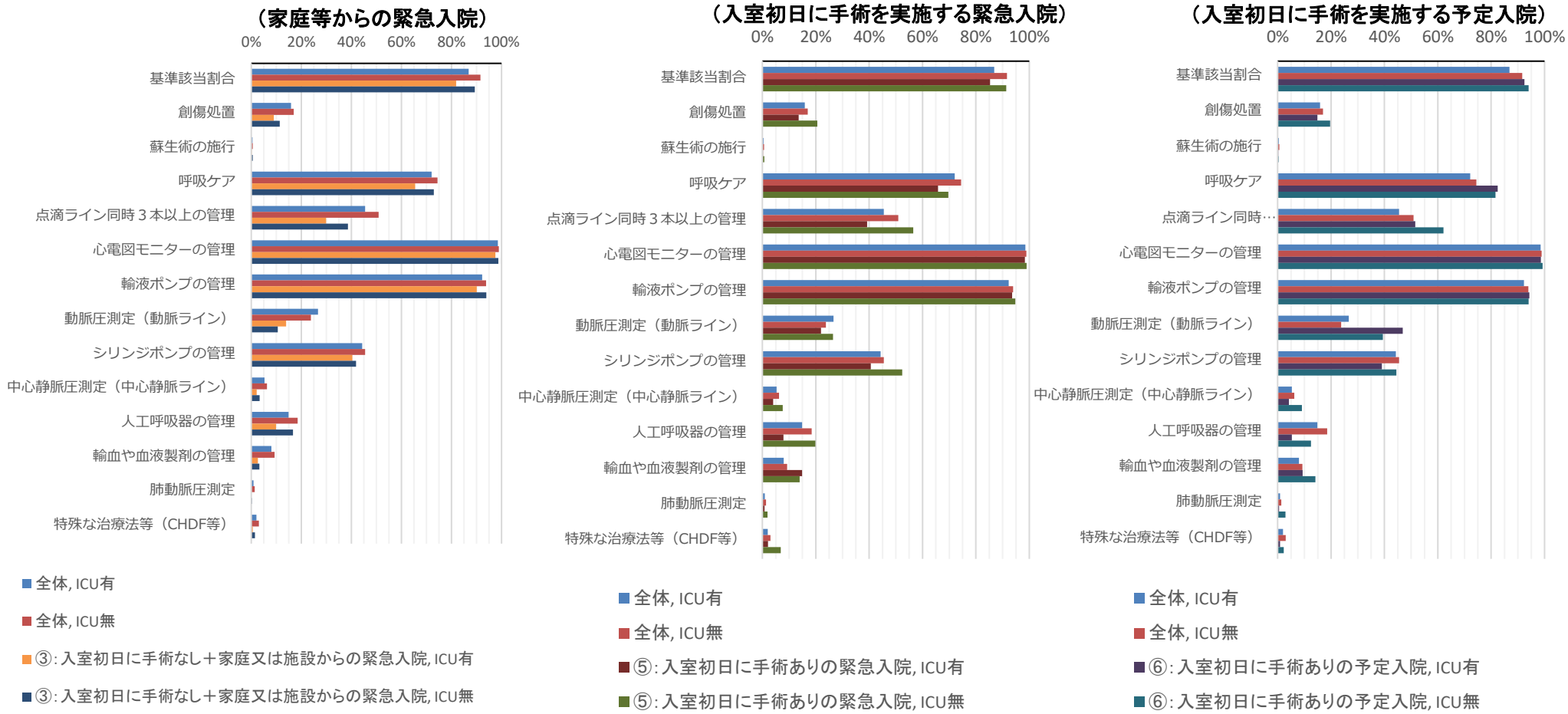


出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

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%

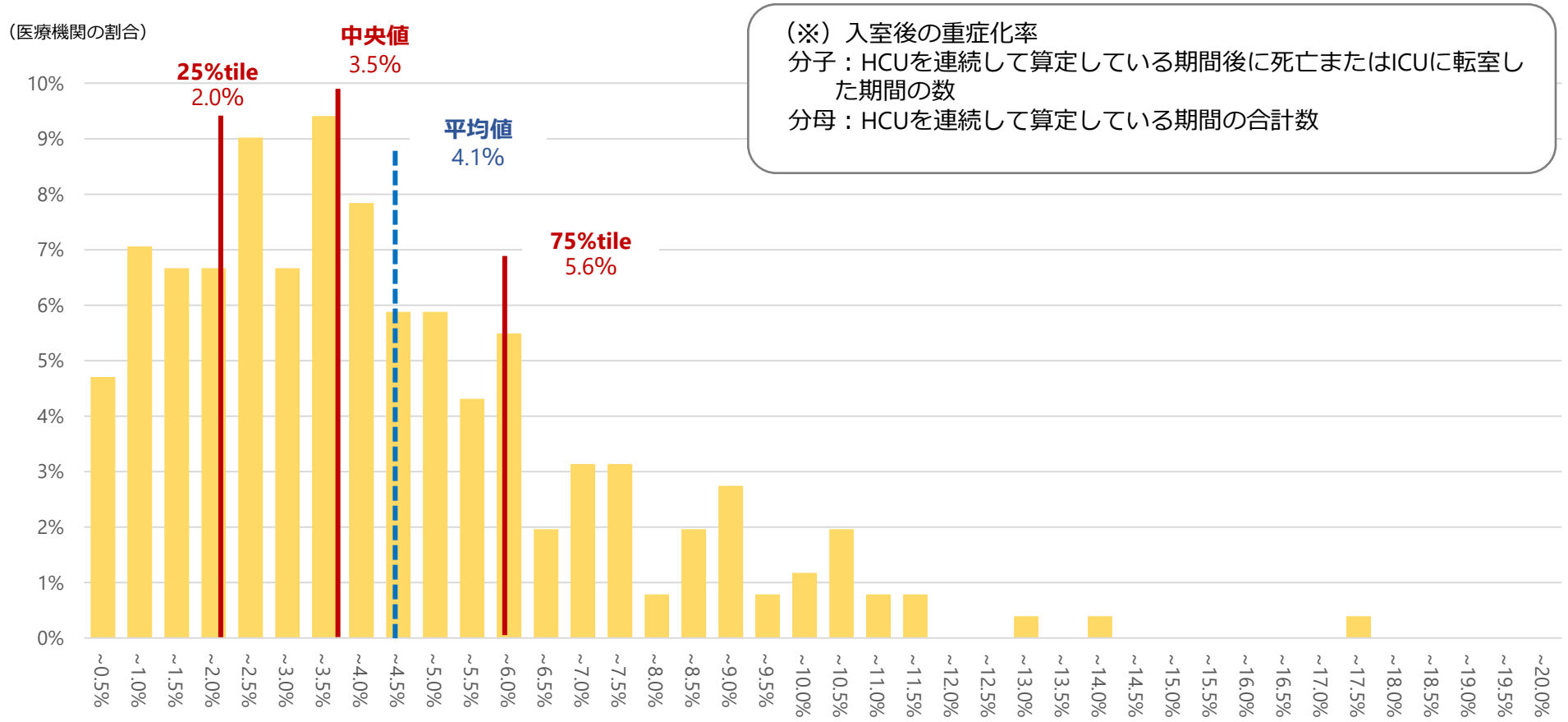
出典：令和4年度入院・外来医療等の実態調査（治療室患者票）

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

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。

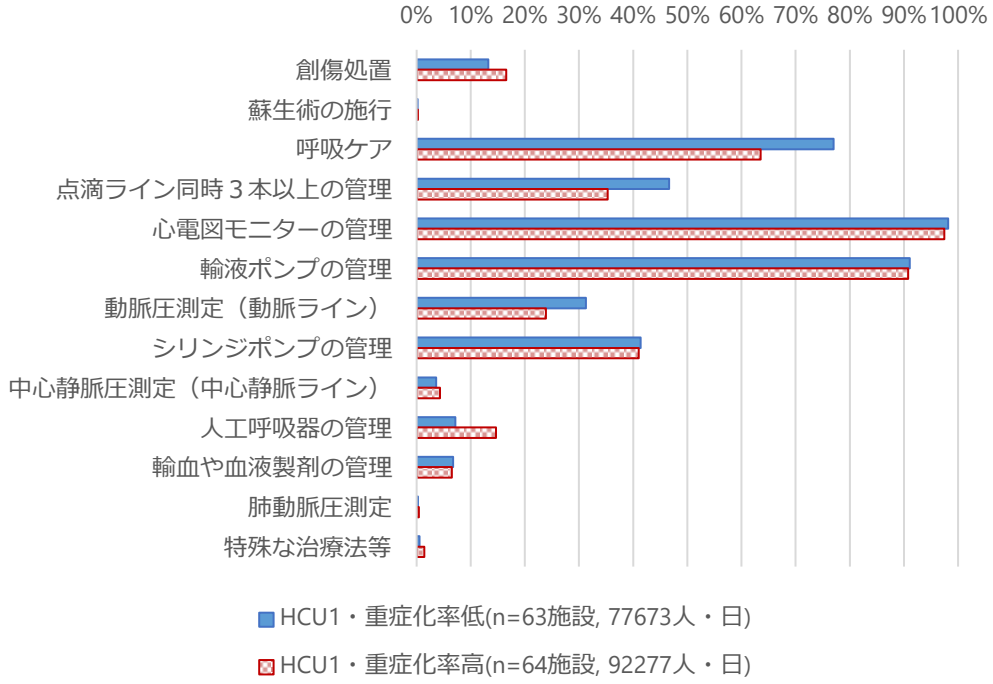
ICUを併設し管理料１を届け出いているHCUにおける重症度、医療・看護必要度の項目別の該当患者割合（令和４年４～12月）

（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

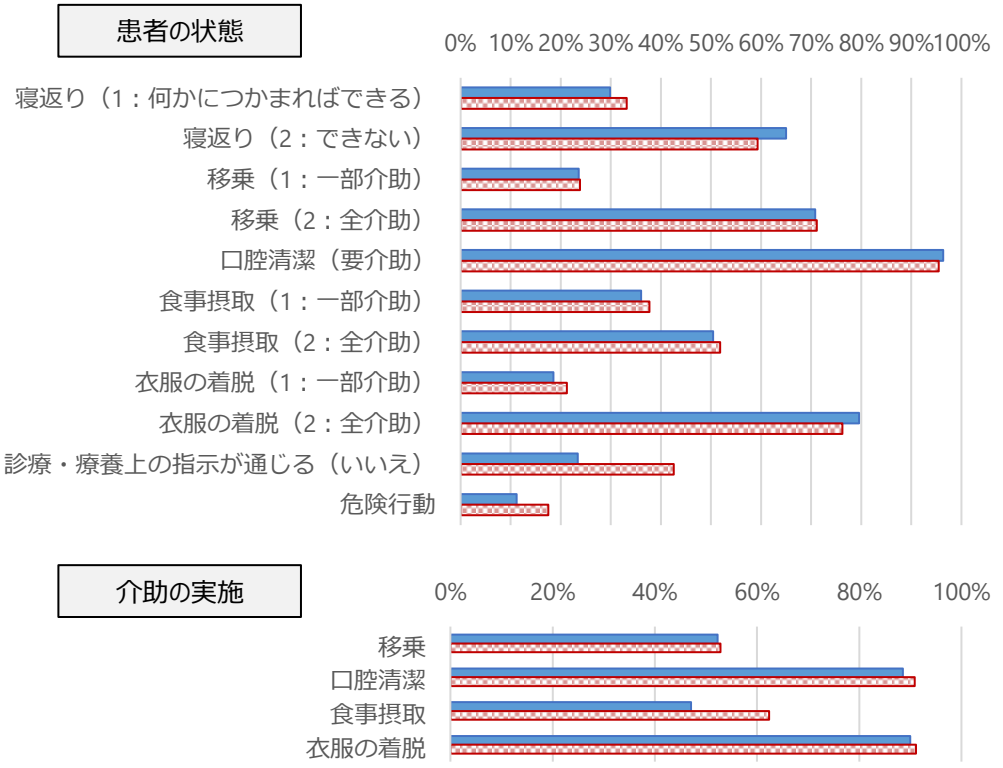
■HCU用必要度の該当患者割合

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）



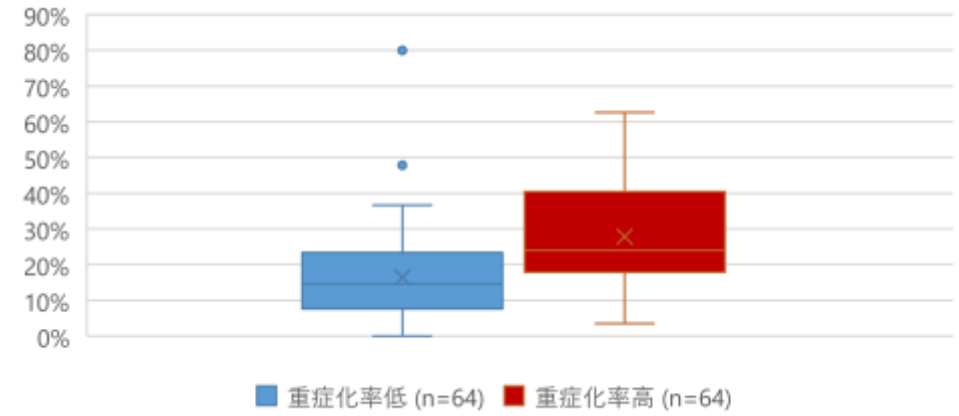
出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

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**

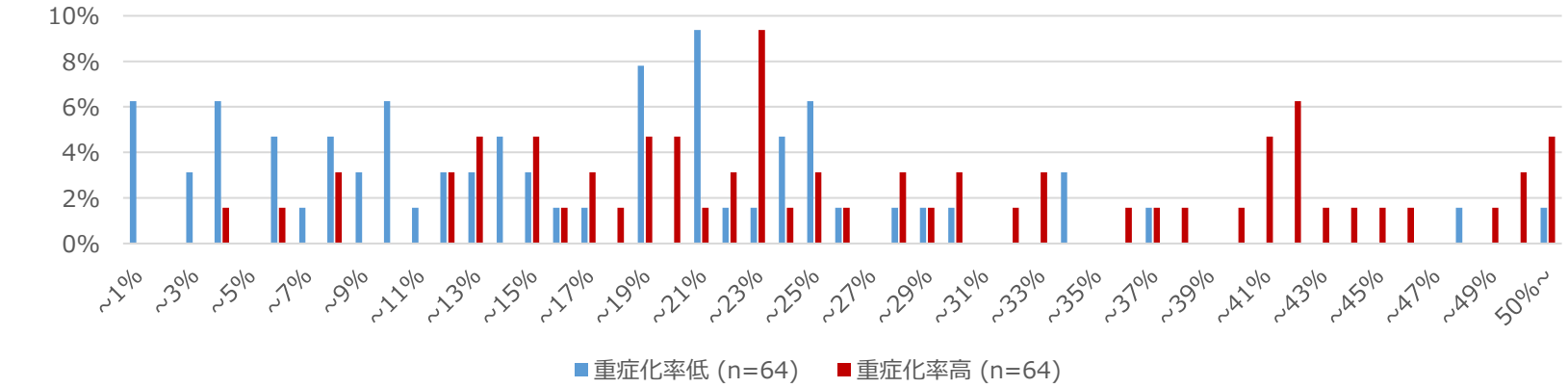


（※２）以下のア～エのいずれかを行っている割合

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）

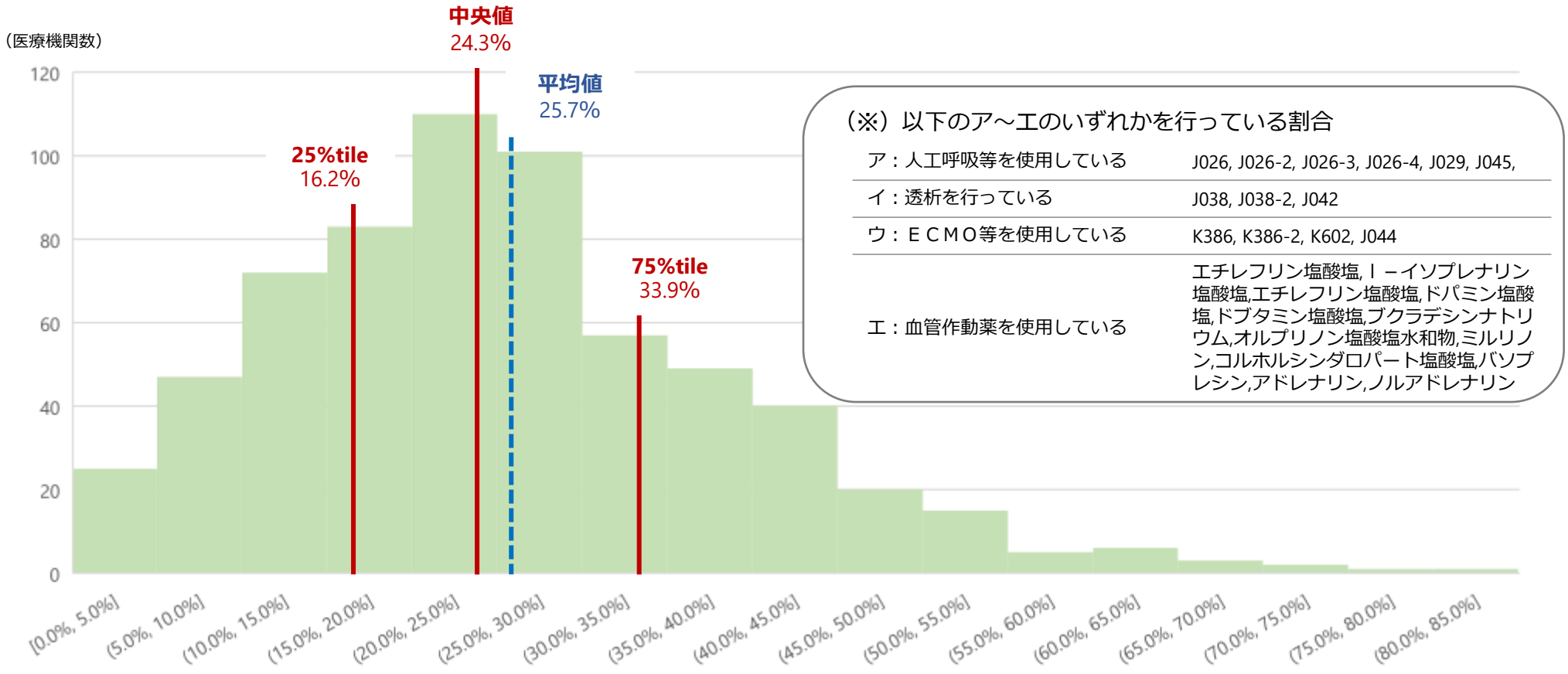


出典：保険局医療課調べ（DPCデータ）
※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計（コロナ感染症患者は除く。）

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）

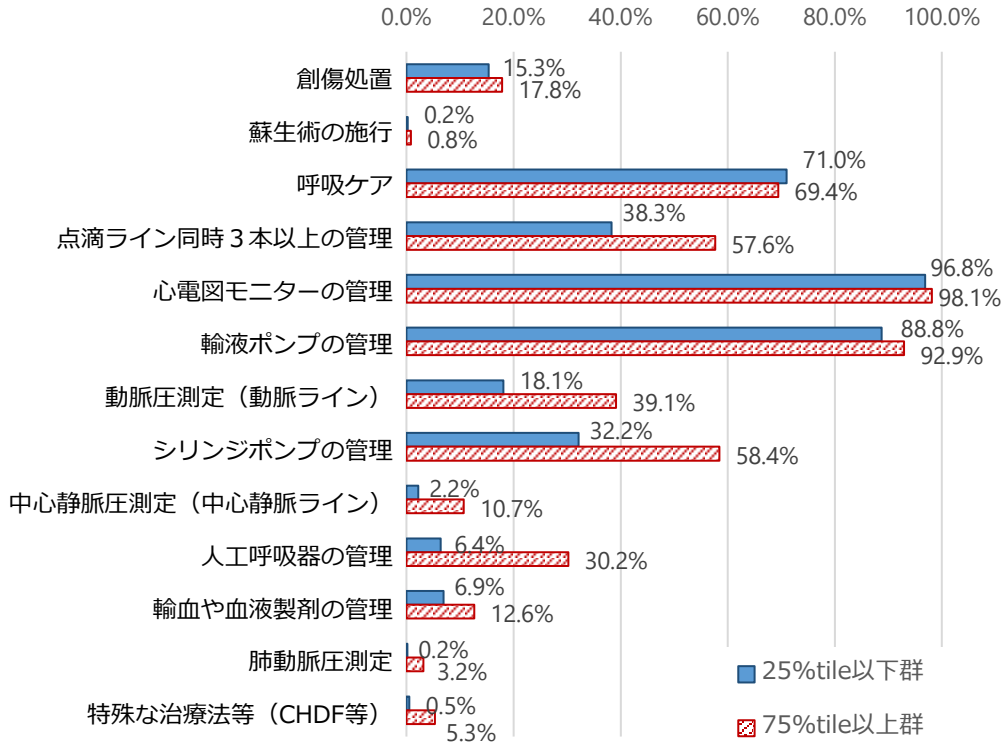
○ 常時監視が必要な治療の患者割合が25%tile（16.2%）以下の治療室と75%tile（33.9%）以上差を見たところ、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、かつ、2群で該当割合の差はなかった。

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）

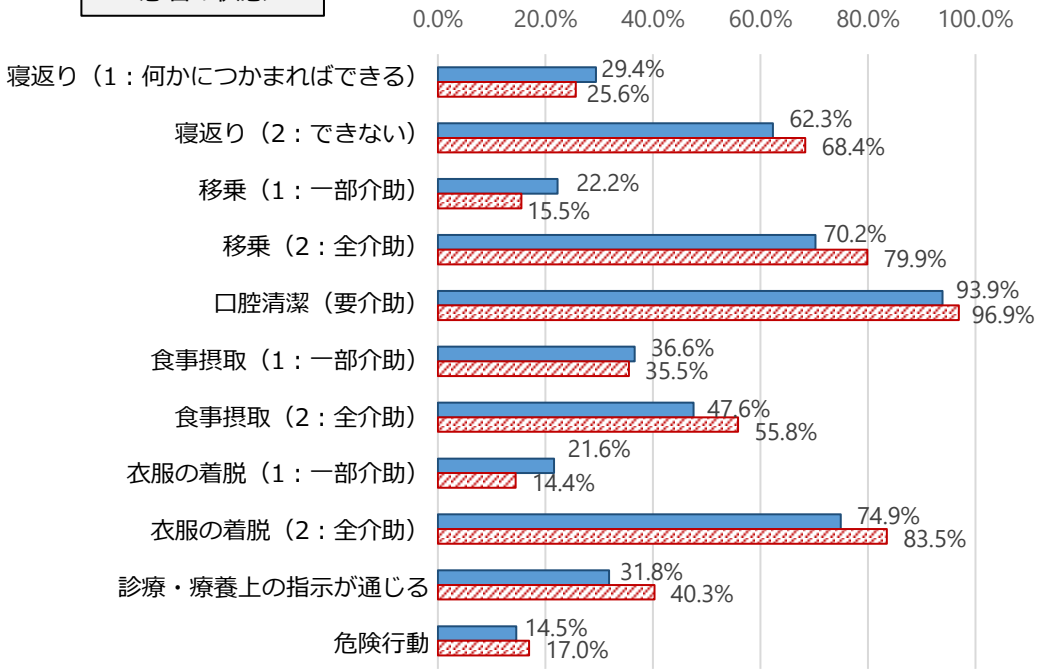
■HCU用必要度の該当患者割合

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%

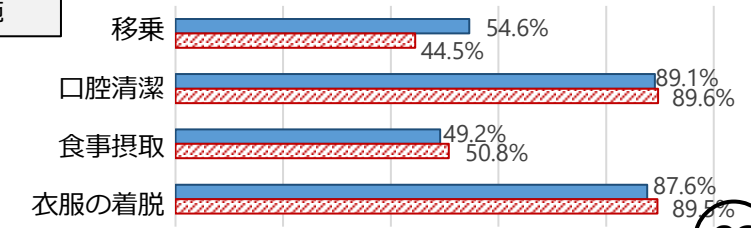
■A項目（モニタリング及び処置等）



■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－1参考2 ５．９．２７	中医協　診－1参考2 ５．９．２７	診調組　入－1参考2 ５．９．１４改

（令和5年度第7回）
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編②

令和5年9月14日（木）

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. 外来医療について

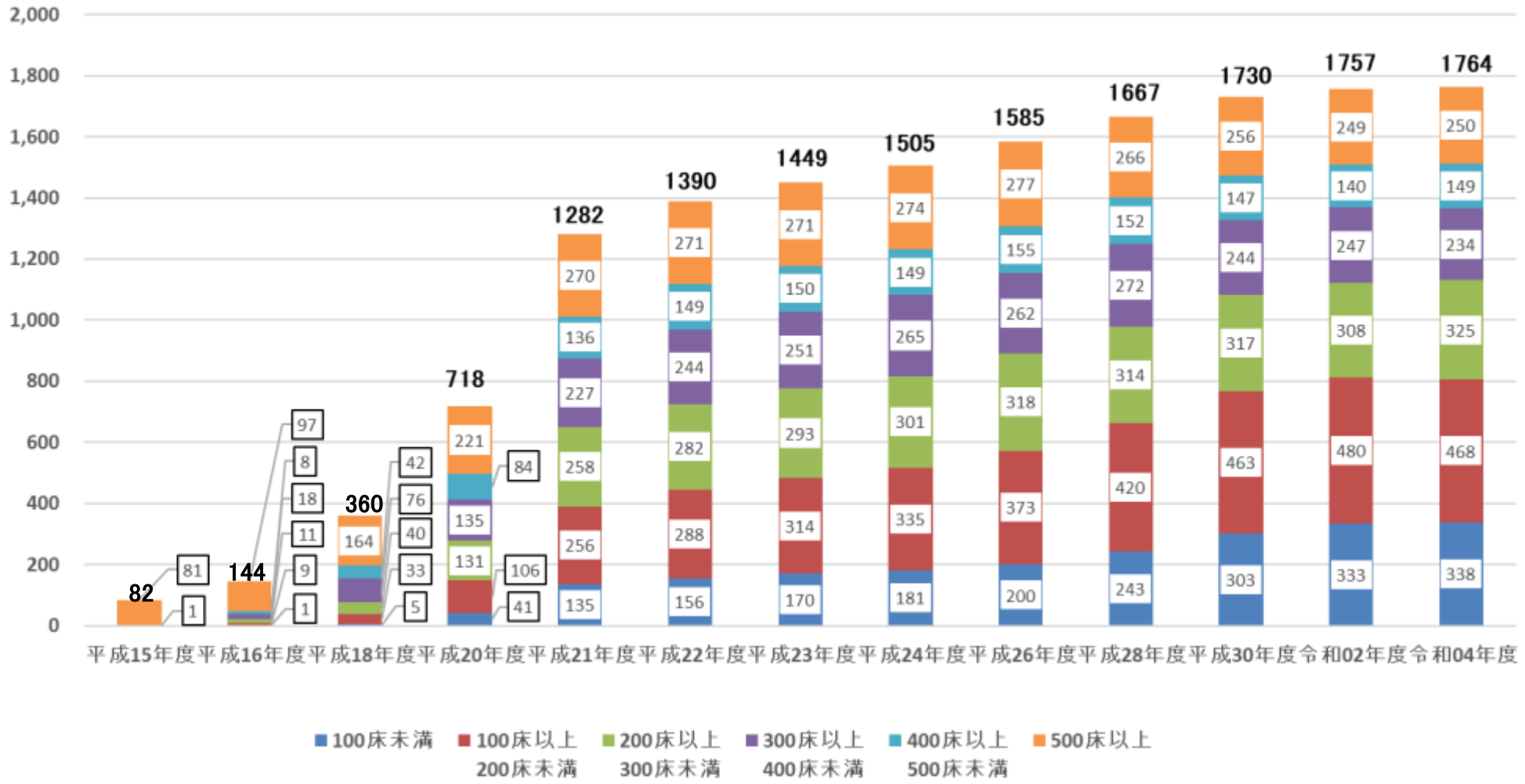
8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 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。

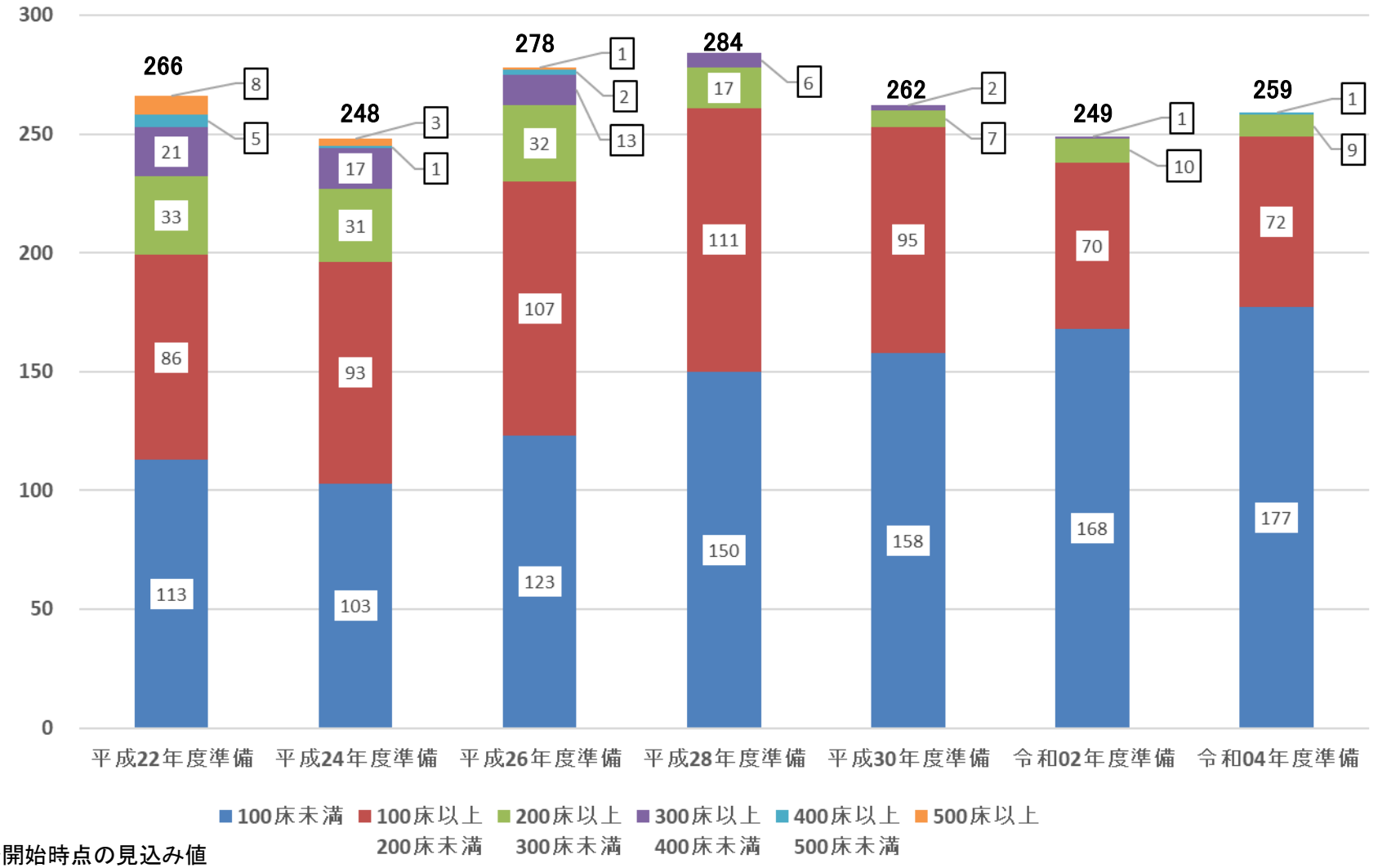


※各年度調査開始時点の見込み値

※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。

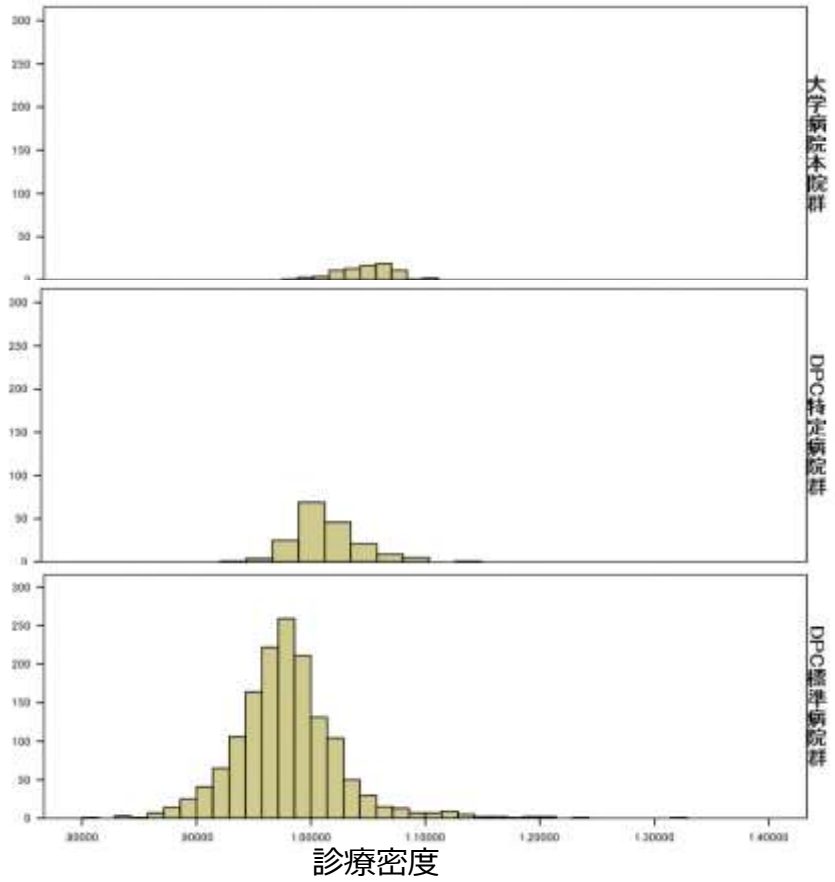
○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

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

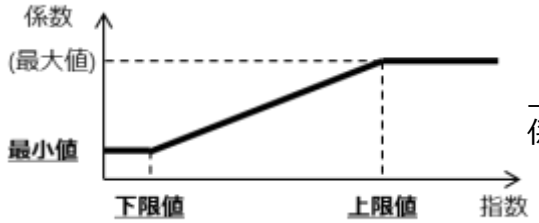
係数の設定手法

・　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

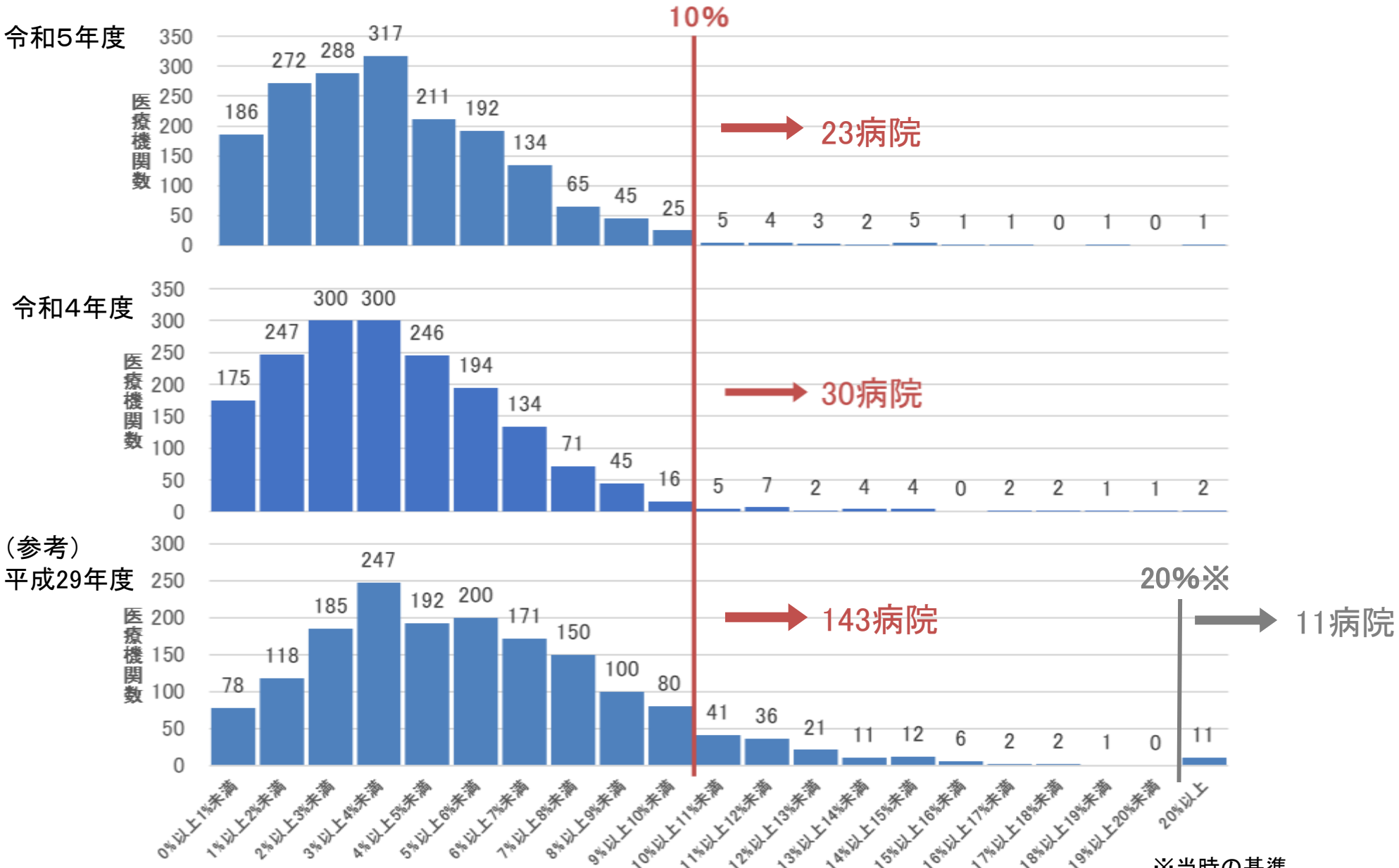
指数	評価内容
保険診療指数	原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。 【適切なDPCデータの作成】 ①「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ②DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 － 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）） － 様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾） － 様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾） － DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ③未コード化傷病名である傷病名の割合が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

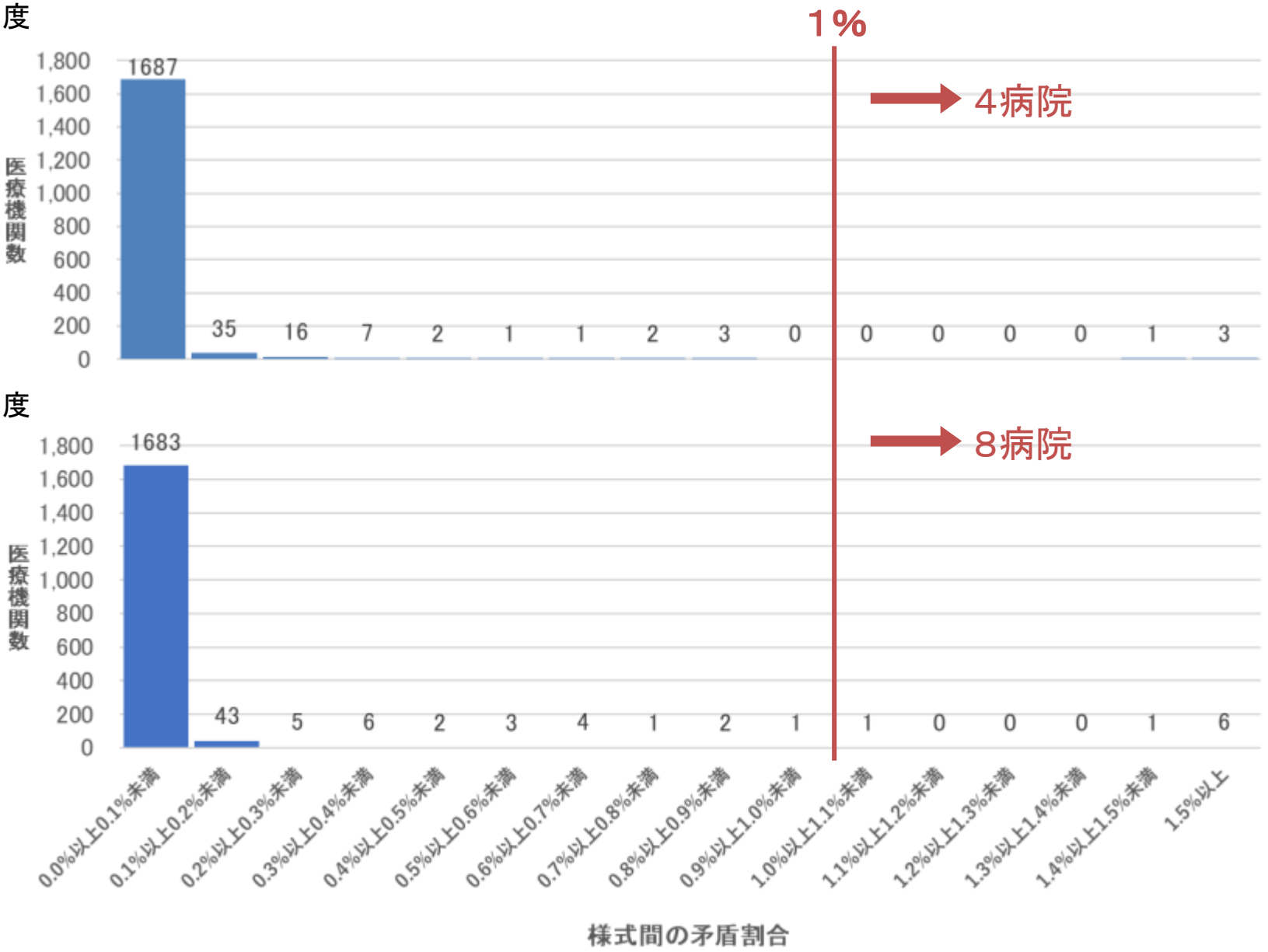
部位不明・詳細不明コードの使用割合



出典：各年度改定データ

様式間の矛盾割合

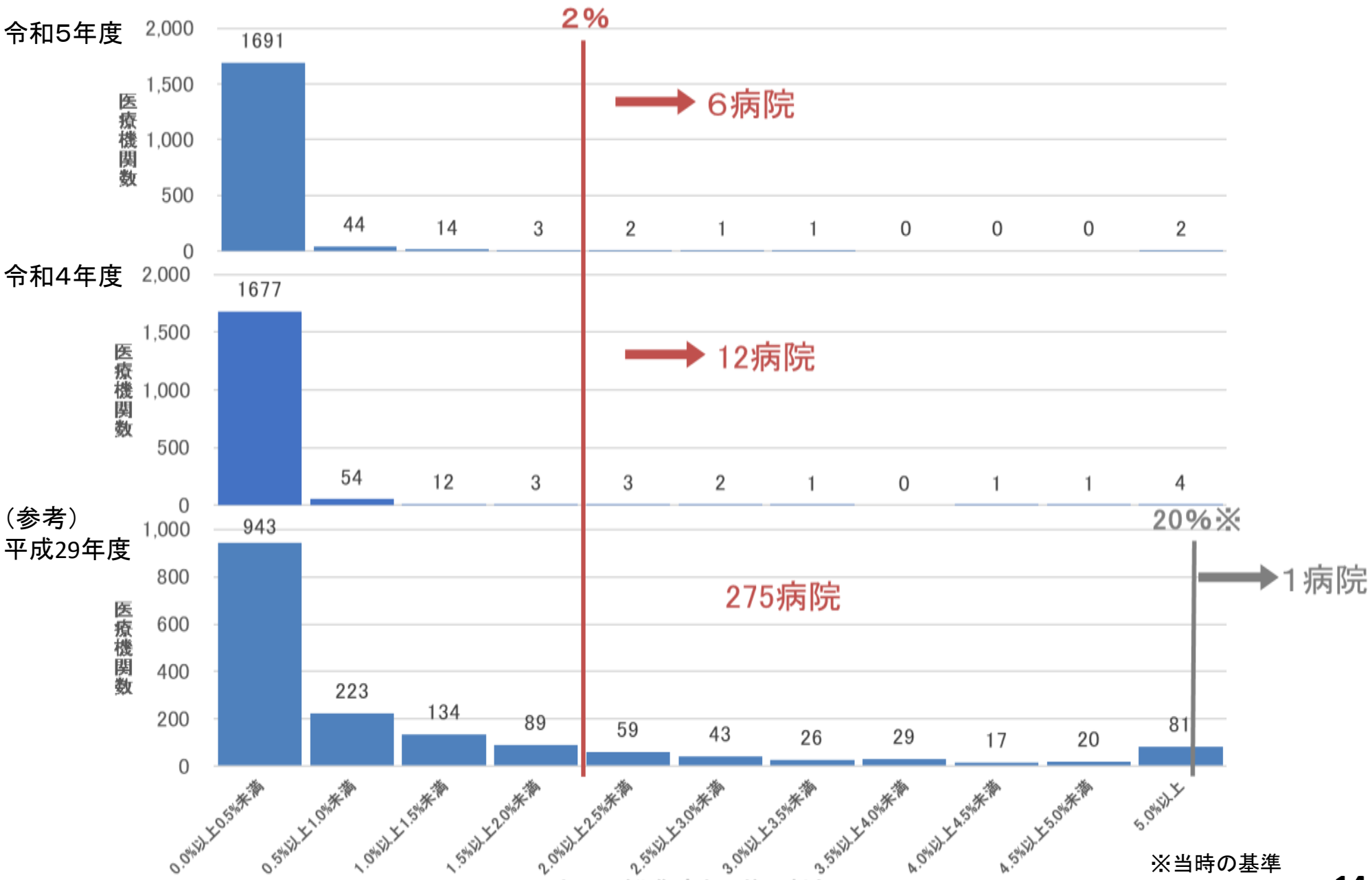
令和5年度



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＞

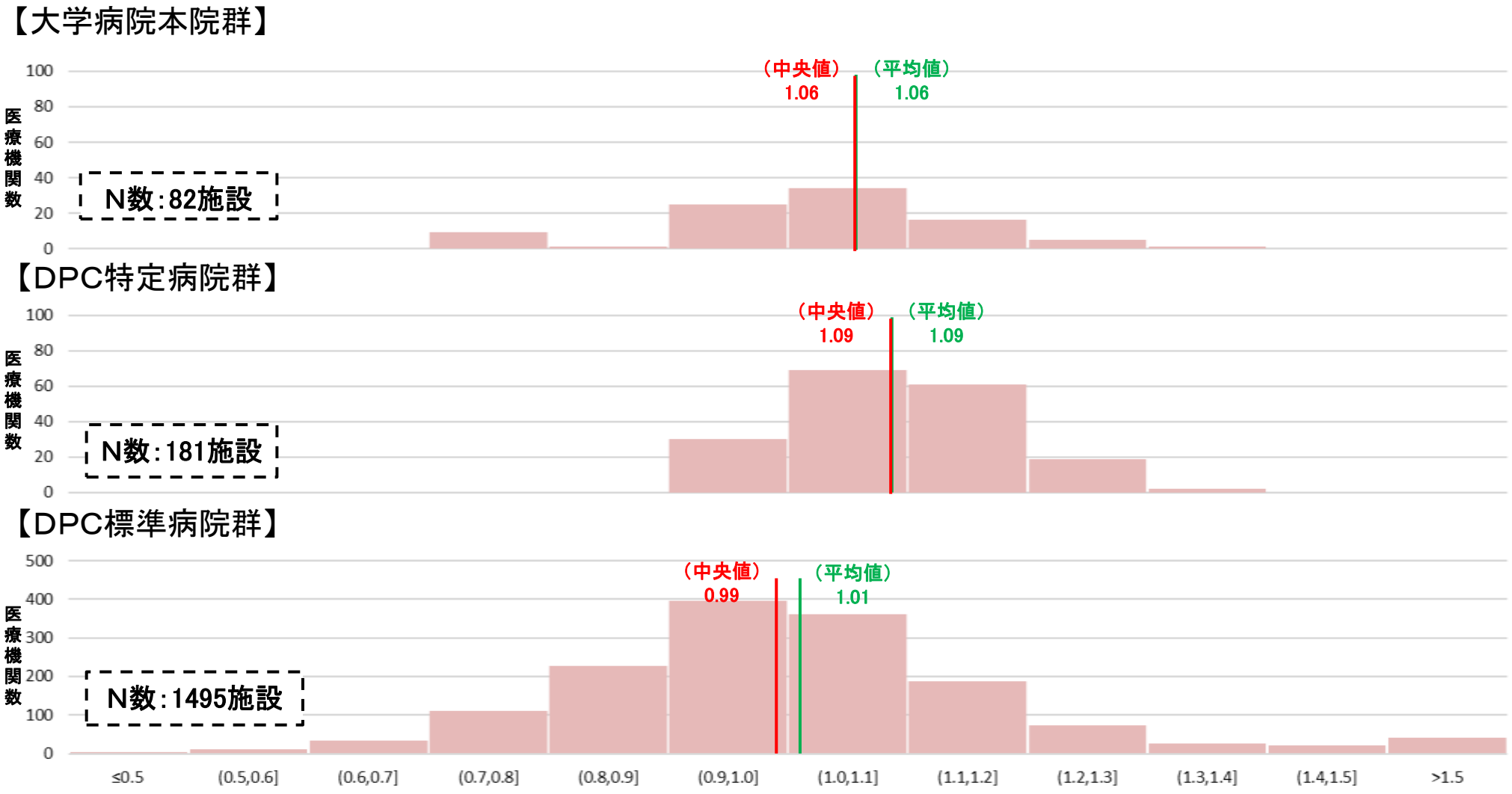
- ○ 適切なコーディングに向け取り組みを進めており、現在は「部位不明・詳細不明コード」の使用割合は10%未満となっている。
- ○ 調査結果を受け、改めて検討し直したところ、多くがミスコーディングあるいは分類不十分であった。

【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。

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】

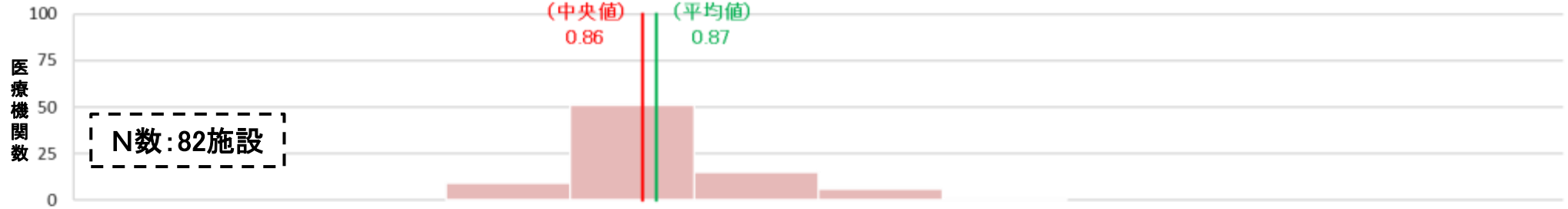
順位	DPC14桁	全DPC対象病院における症例数	全DPC対象病院における平均在院日数	1入院あたり包括範囲出来高点数	1日あたり包括範囲出来高点数
1	060100xx01xxxx 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	215,865 （2.44%）	2.35	6,187	2,628
2	020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	191,184 （2.16%）	2.47	5,045	2,045
3	160800xx01xxxx 股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	130,288 （1.47%）	22.30	49,745	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

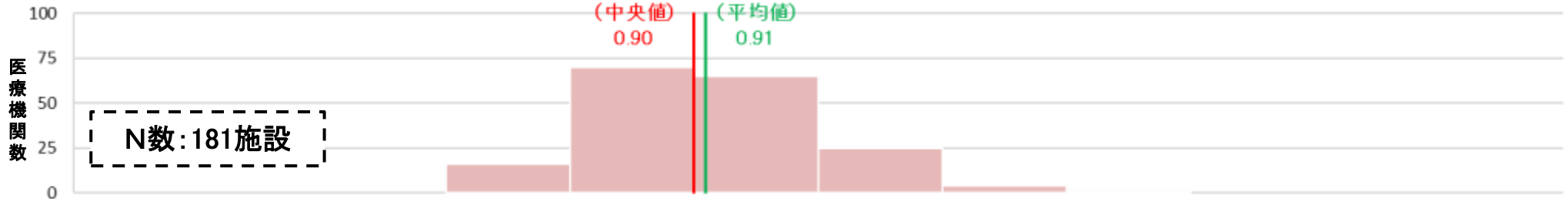
複雑性指数の分布状況

○　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。

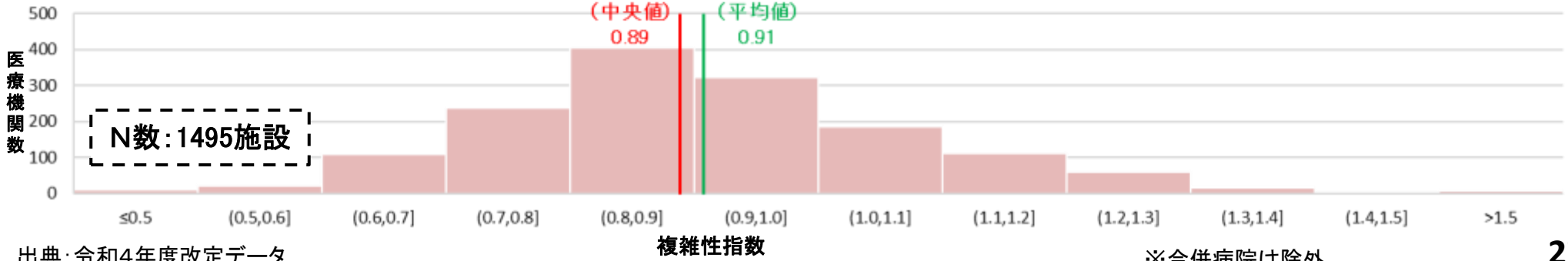
【大学病院本院群】



【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

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

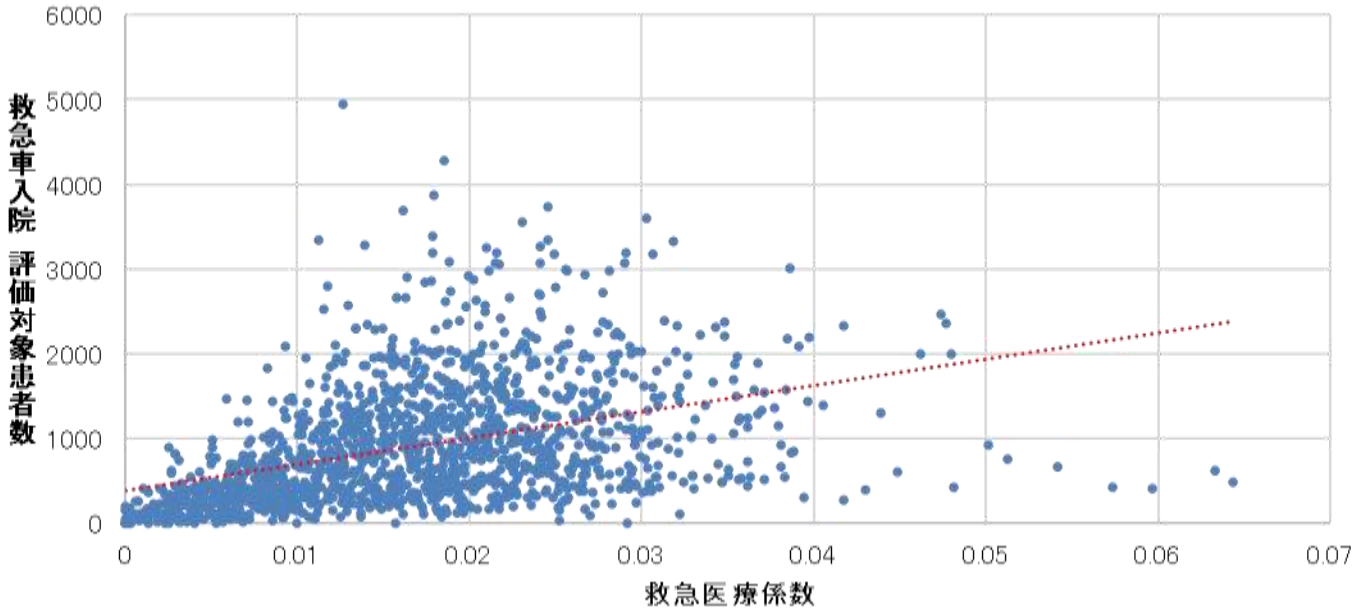
○　救急医療係数について、例えば、体制評価指数の評価項目である「救急車来院による入院患者数」との関連性をDPC標準病院群を対象に分析したところ、相関係数は0.41であった。

○　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

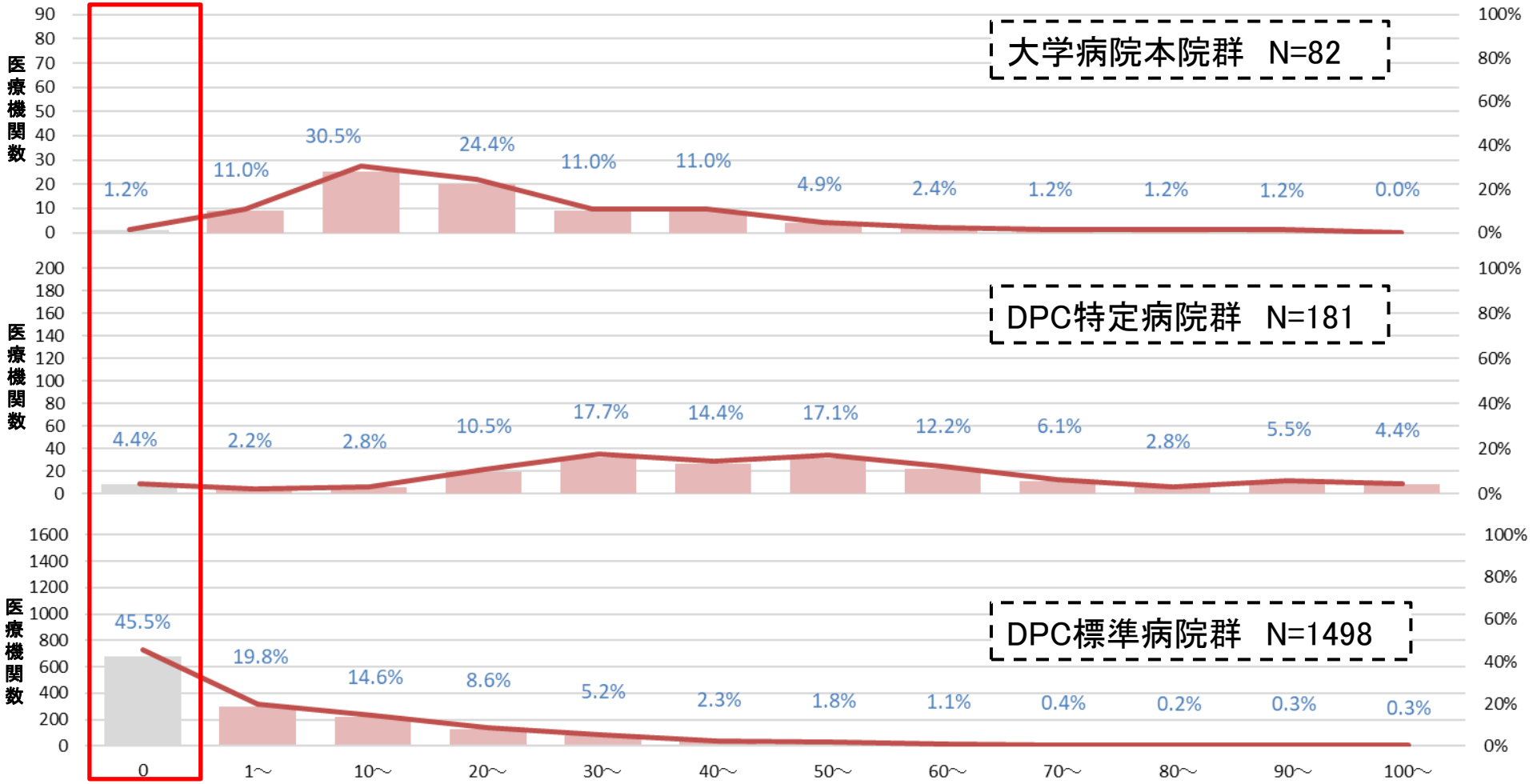
○　5疾病5事業等に係る体制評価指数における評価にあたっては、医療機関の体制への評価と診療実績への評価がともに用いられている。
○　実績評価については、原則として実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile値を上限値として設定している。

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

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

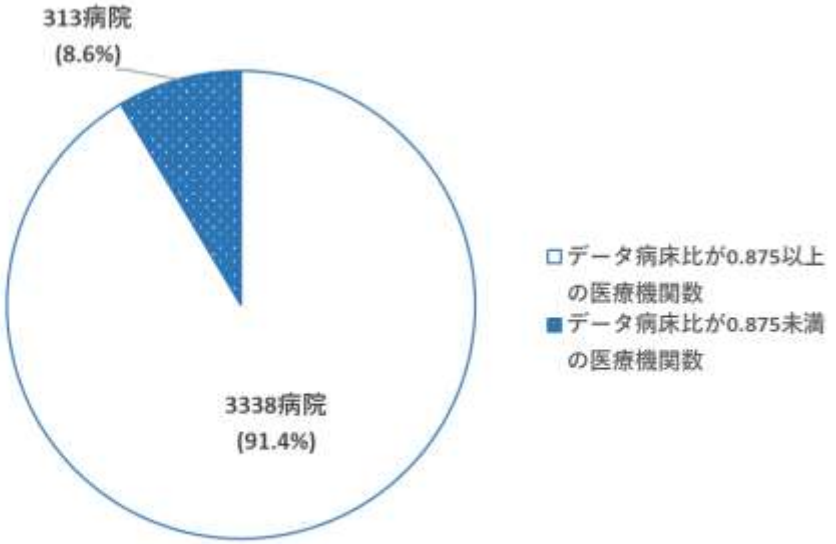
・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」

・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

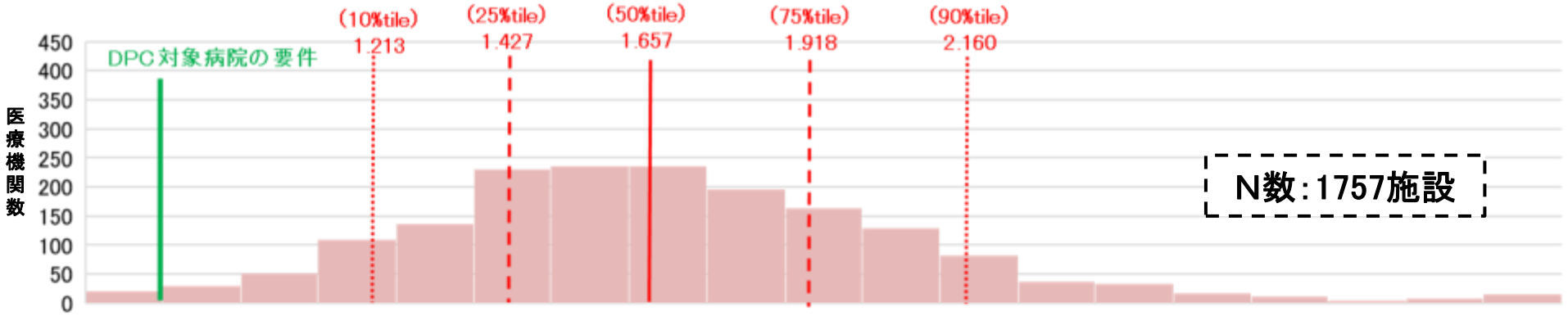
・対象期間＝７月～１０月（１２３日）
・一般病床の病床利用率＝７９．４％（平成17年医療施設調査）
・平均在院日数＝２８日（１０：１入院基本料における特定機能病院の基準在院日数）
とした場合

（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

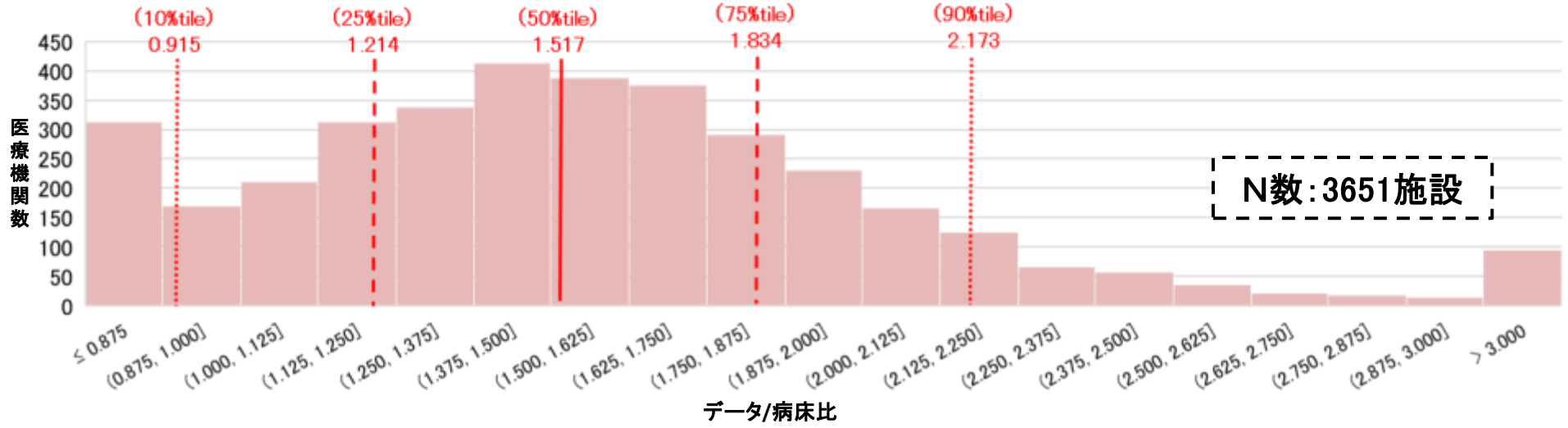
DPC対象病院におけるデータ/病床比（１月あたり）の分布

○　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】



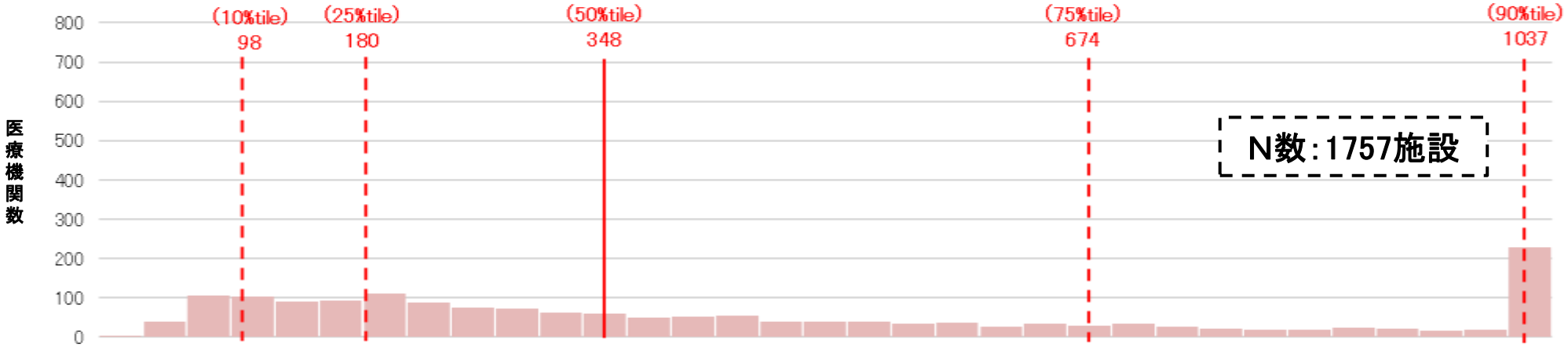
出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※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

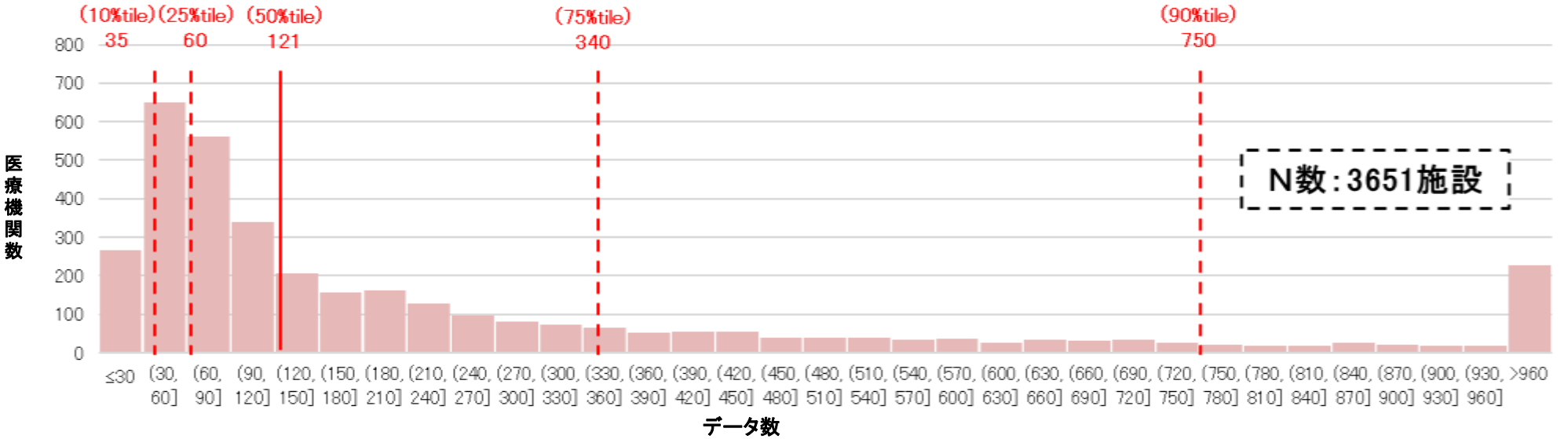
DPC対象病院におけるデータ数（１月あたり）の分布

○ 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】



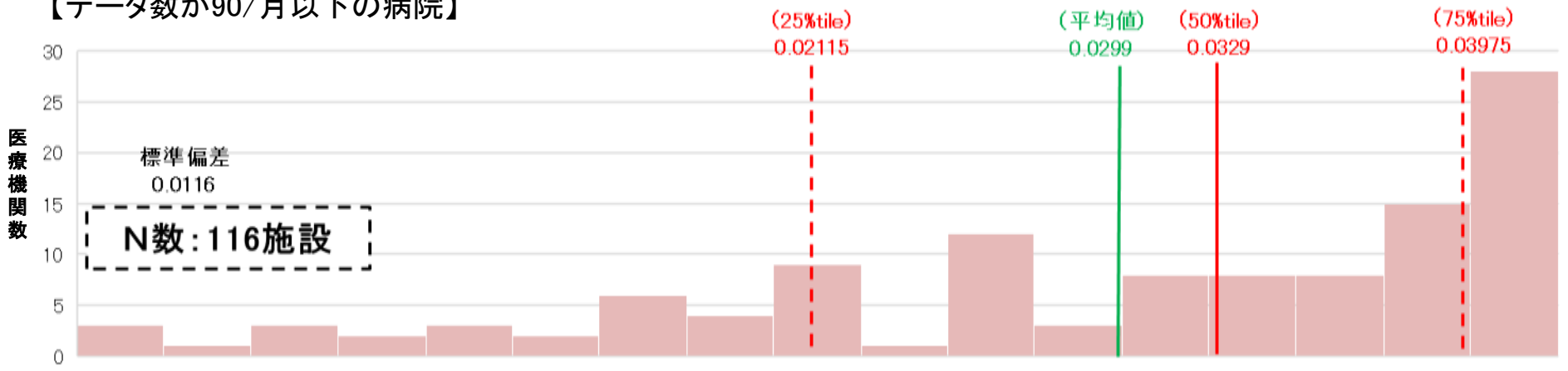
出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※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

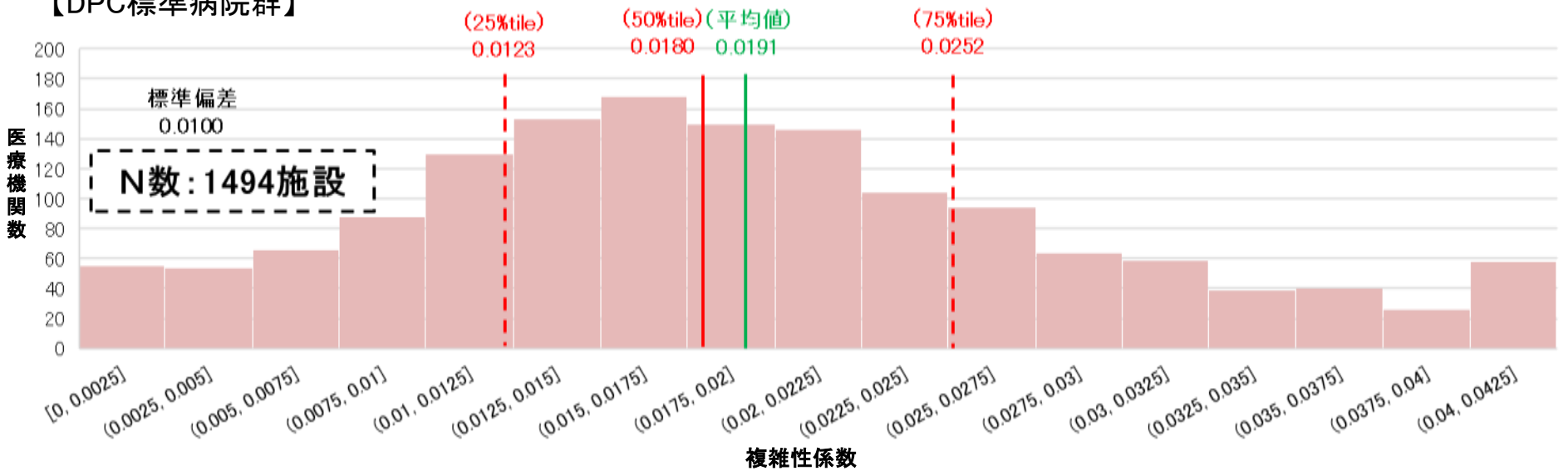
データ数が少ない病院の複雑性係数

○　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。

【データ数が90/月以下の病院】



【DPC標準病院群】

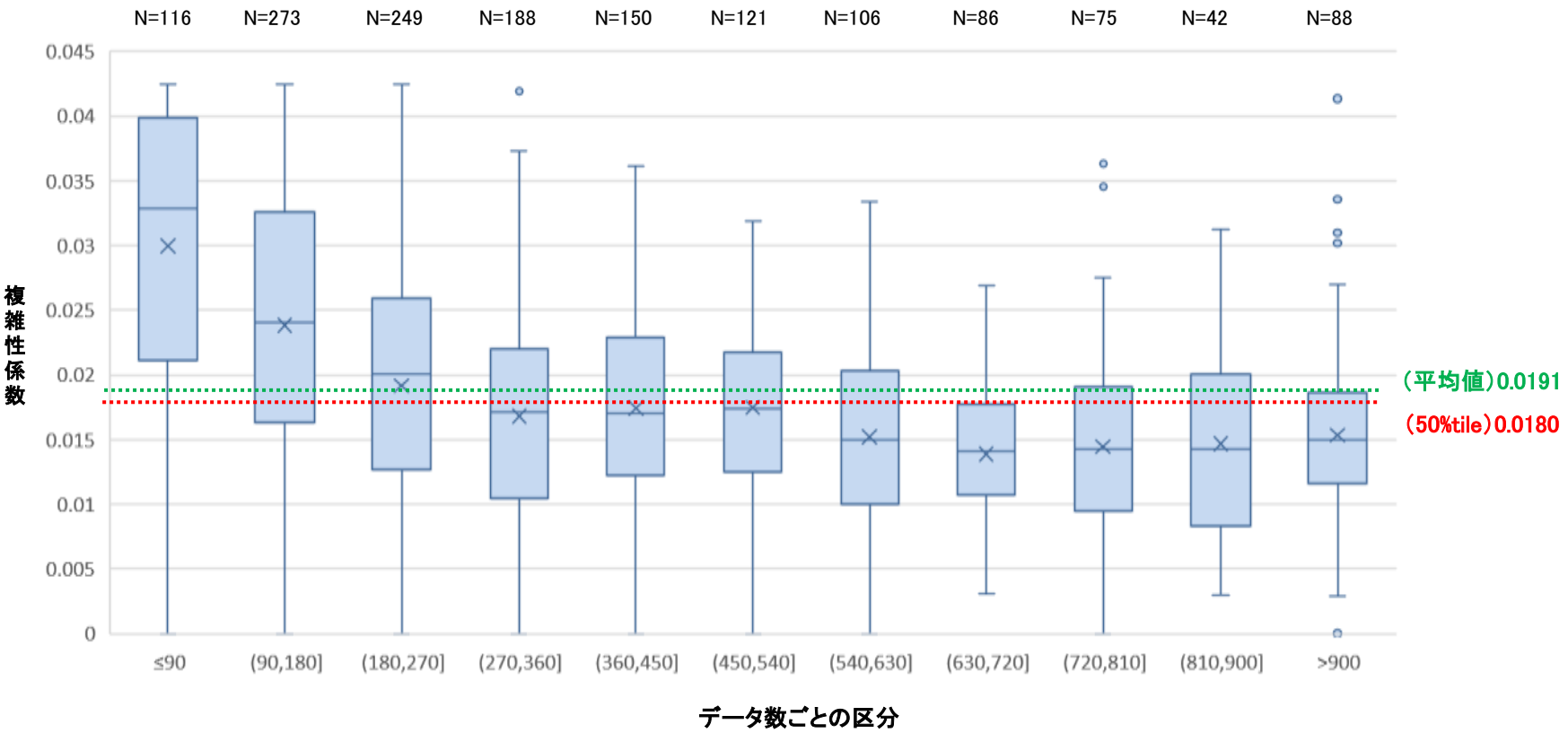


出典：令和5年度改定データ

※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。



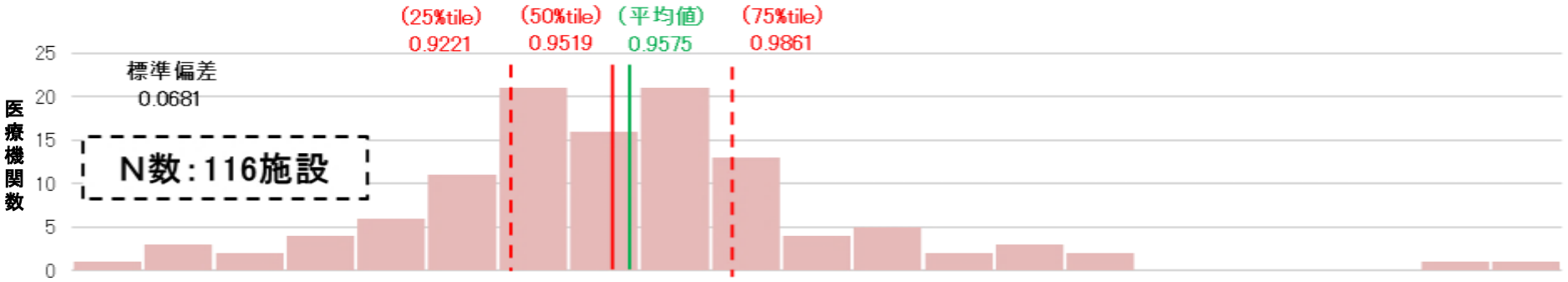
出典：令和3年10月～令和4年9月DPCデータ

※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

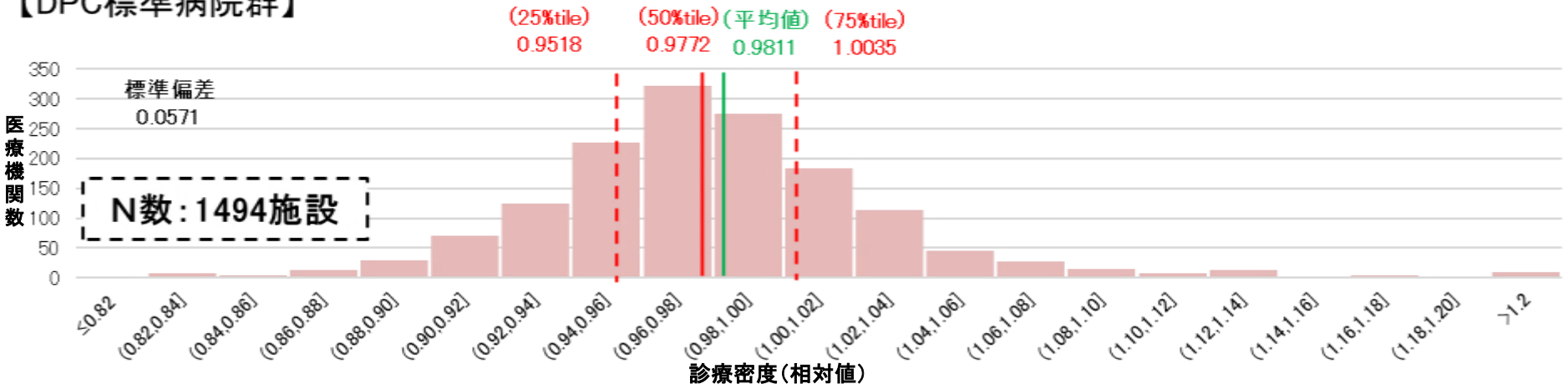
データ数が少ない病院の診療密度（相対値）

○　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】

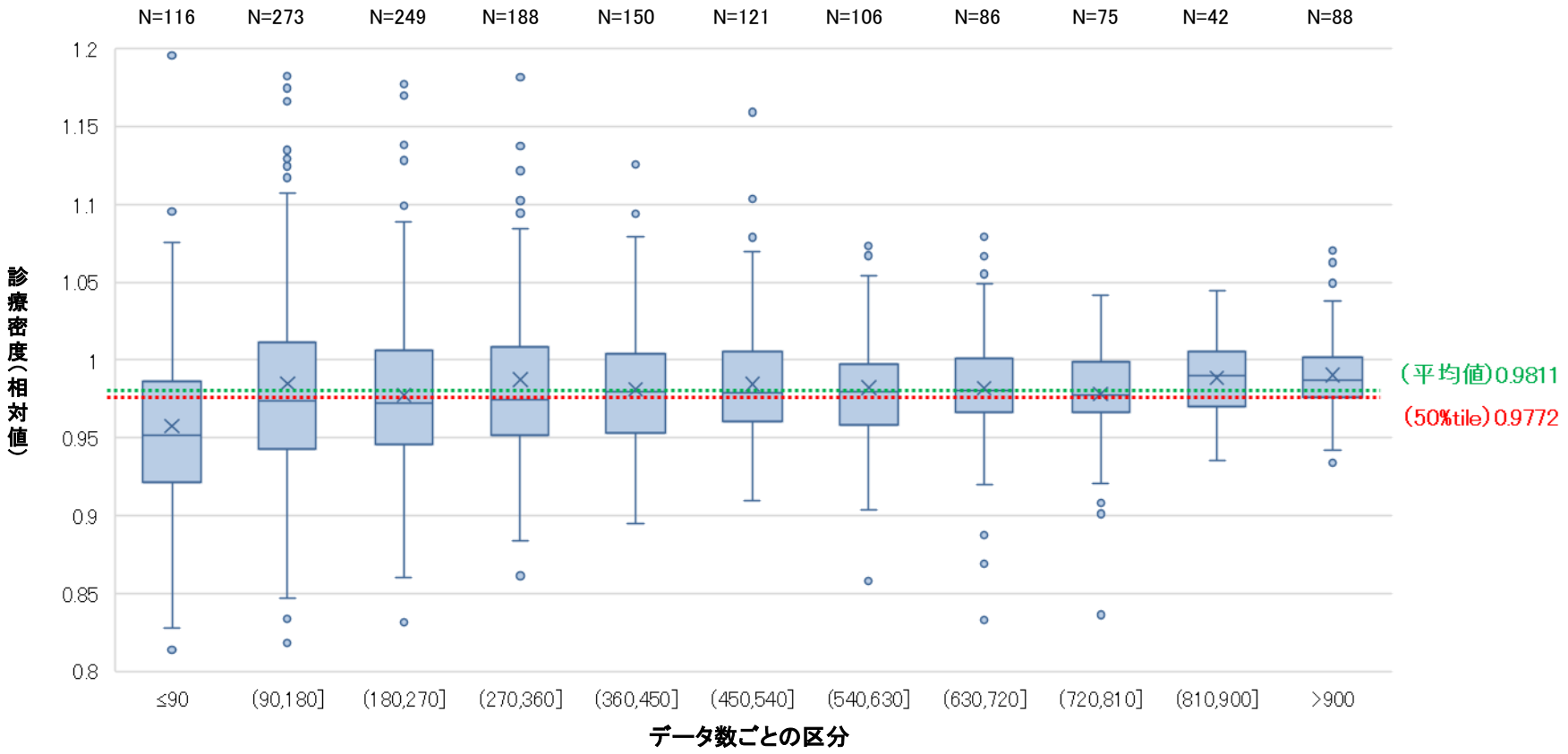


※令和４年９月時点のDPC標準病院群に該当する病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている
※診療密度（相対値）：１日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値（当該病院の症例構成による補正後）

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。

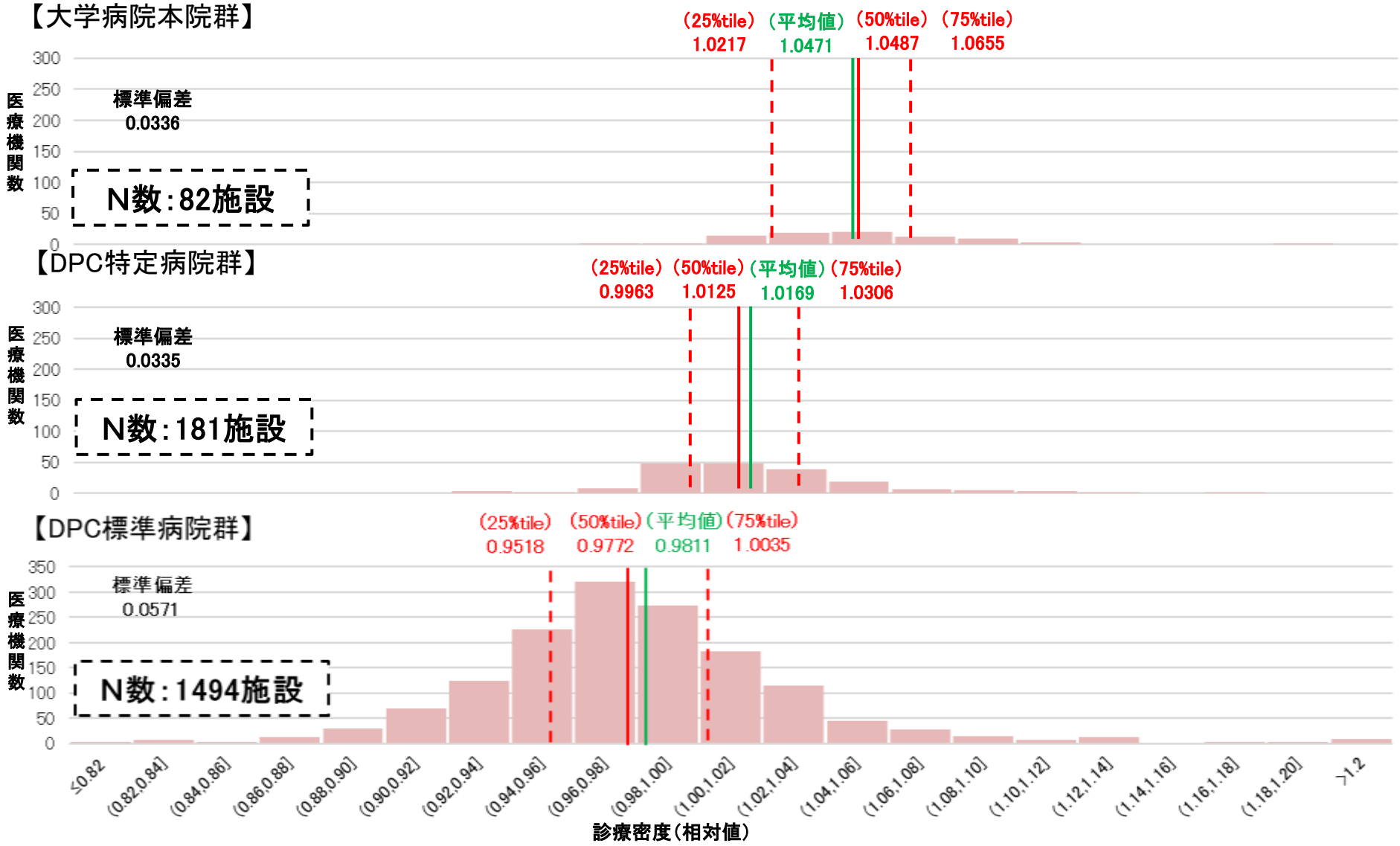


※令和４年９月時点のDPC標準病院群に該当する病院（合併病院等は除く）
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている
※診療密度（相対値）：１日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値（当該病院の症例構成による補正後）
※診療密度（相対値）が1.2を超える5施設、0.8を下回る1施設は表示していない

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. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

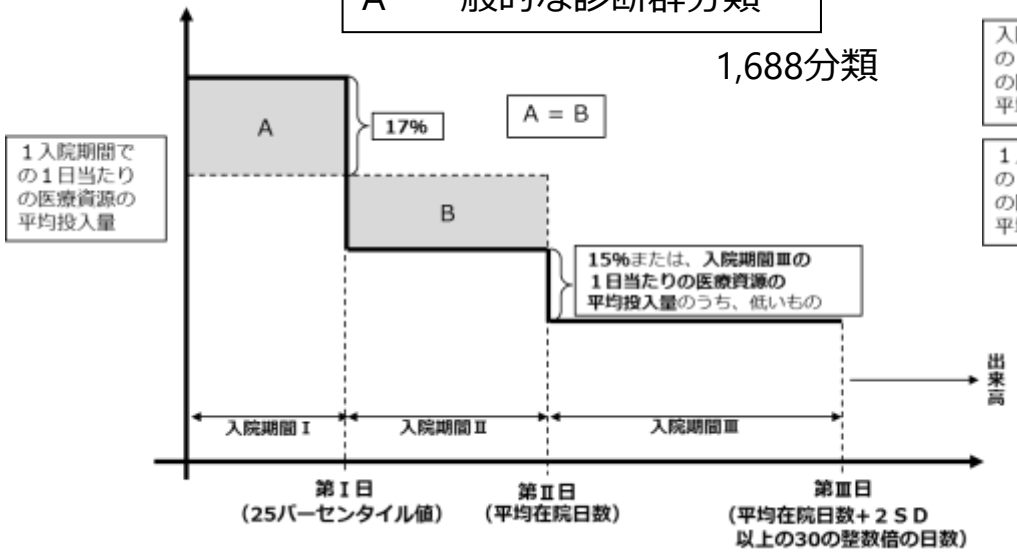
10. 横断的個別事項について

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。

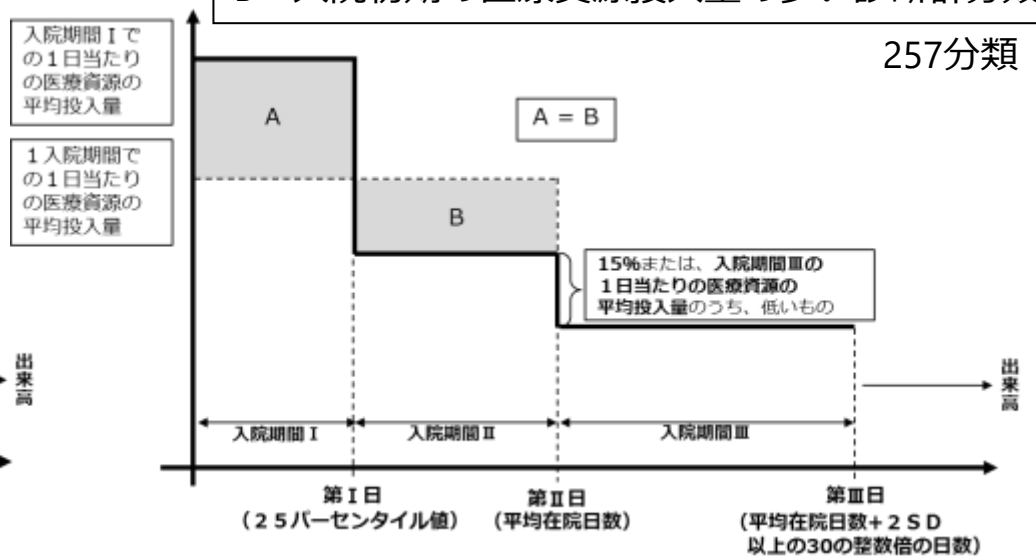
A　一般的な診断群分類

1,688分類



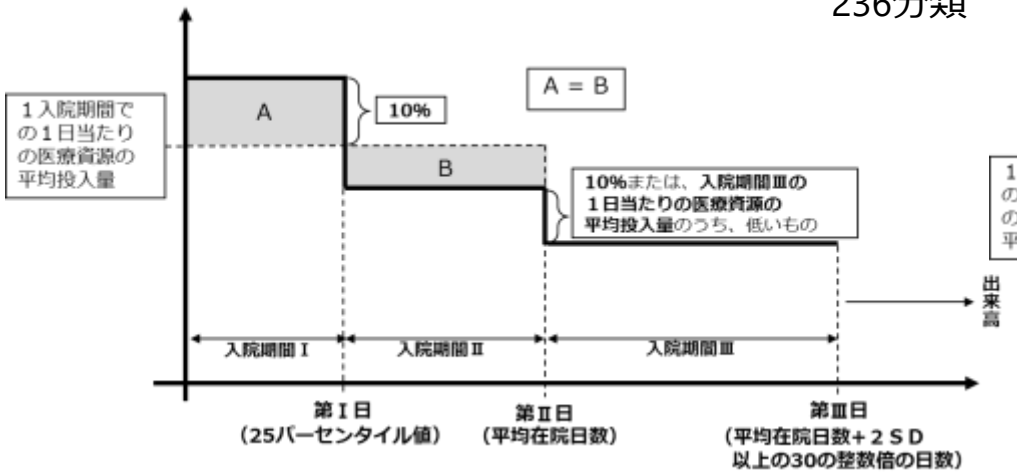
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

257分類



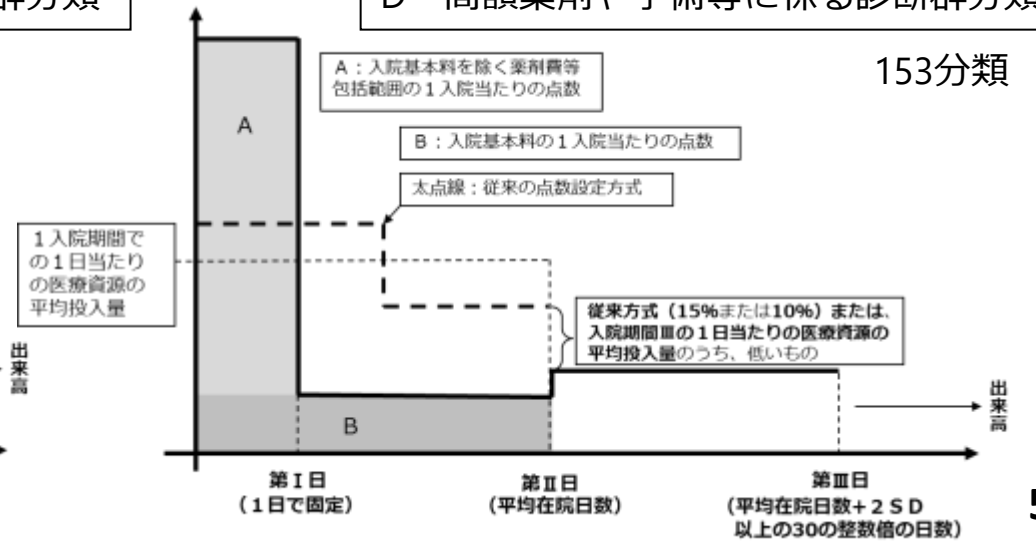
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類

236分類



D　高額薬剤や手術等に係る診断群分類

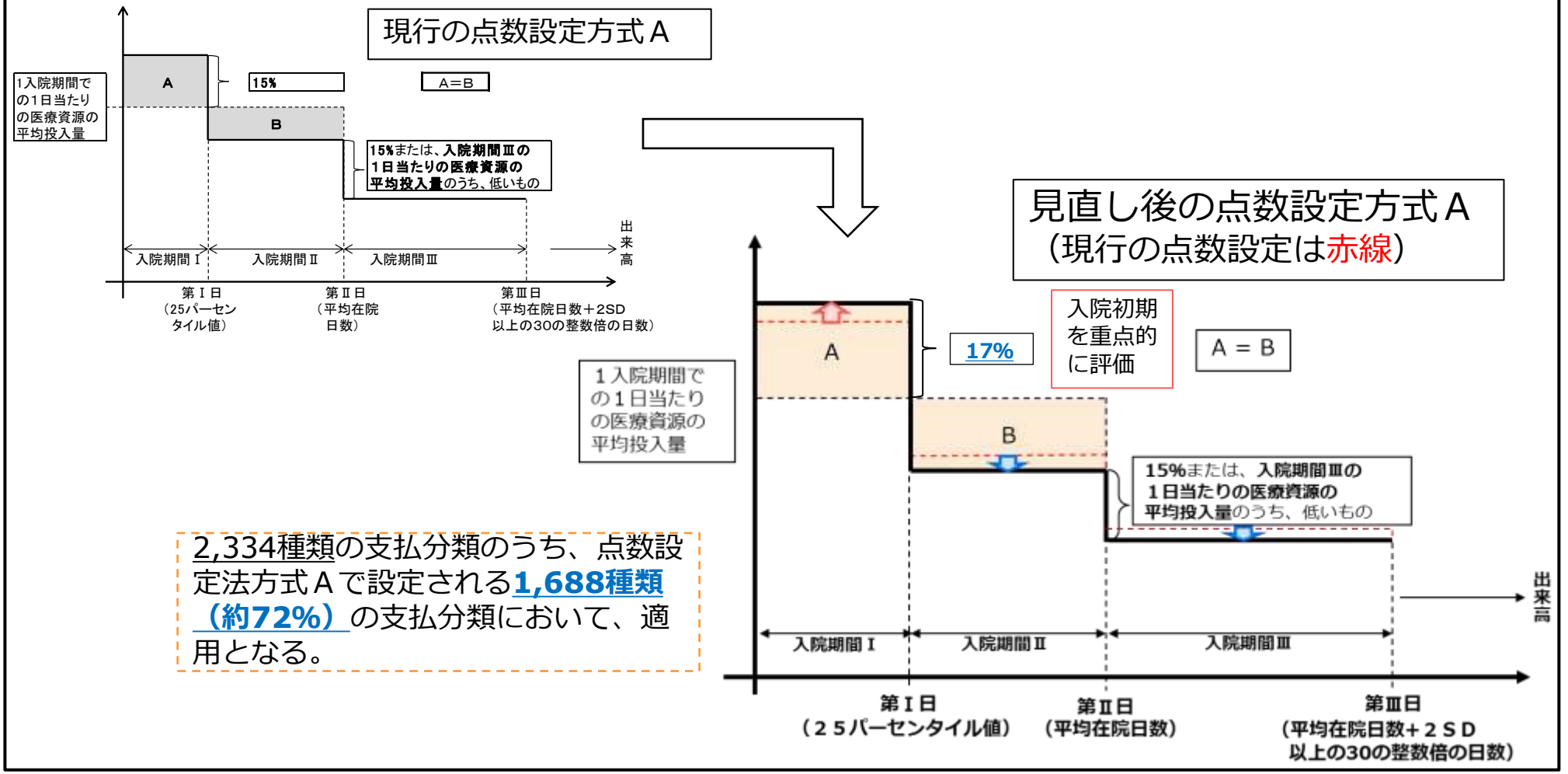
153分類



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。

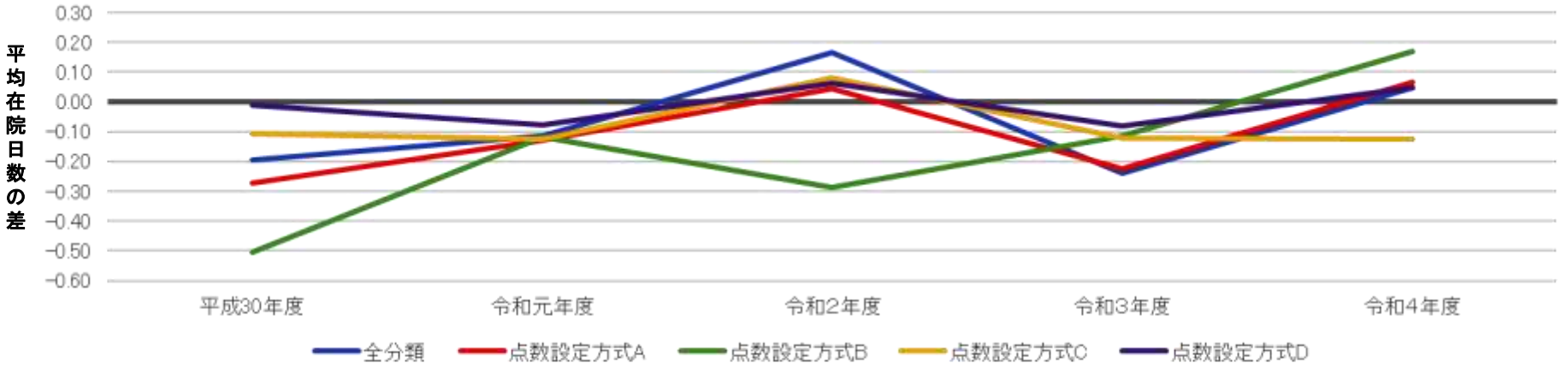


2,334種類の支払分類のうち、点数設定法方式Ａで設定される**1,688種類（約72%）**の支払分類において、適用となる。

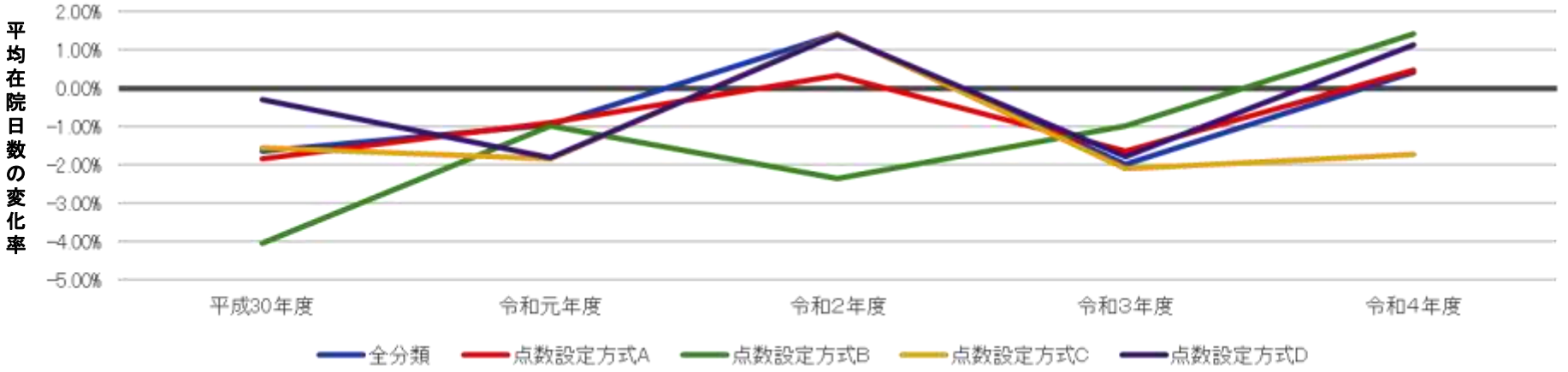
点数設定方式別の在院日数の変化の推移

○　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）】

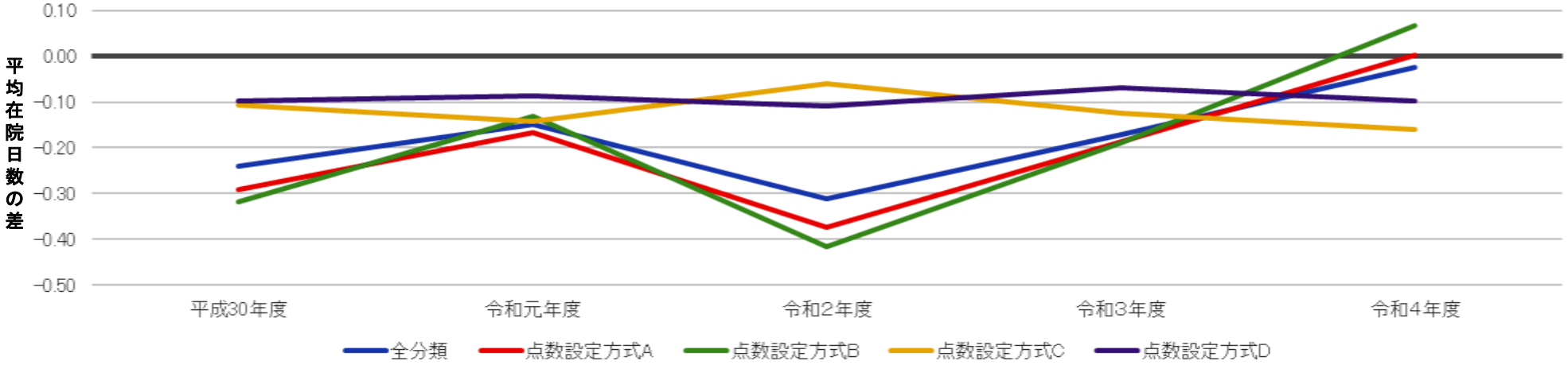


出典：各年度DPCデータ　※令和4年度は速報値

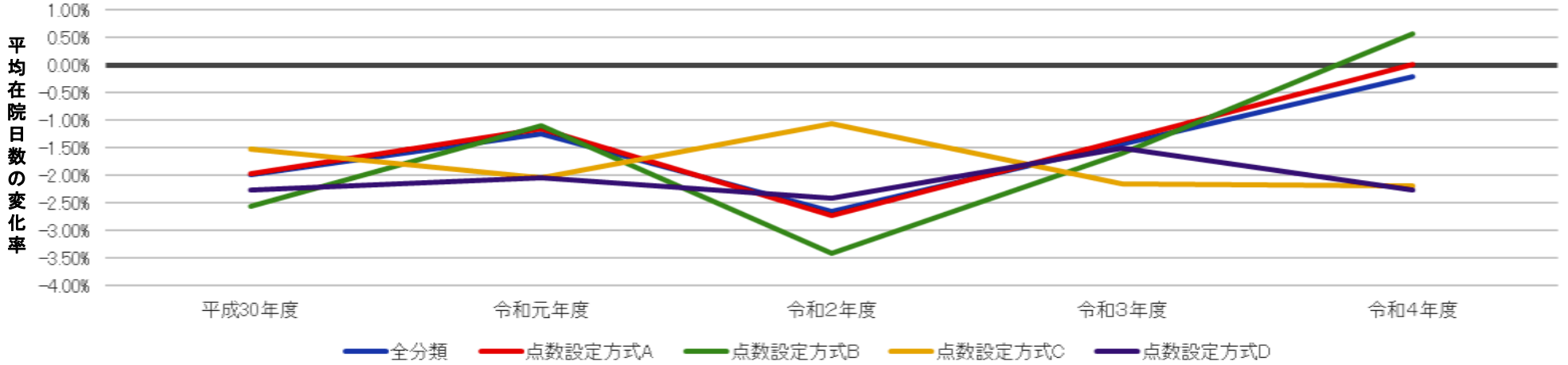
点数設定方式別の在院日数の変化（症例構成の補正後）の推移

○　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。

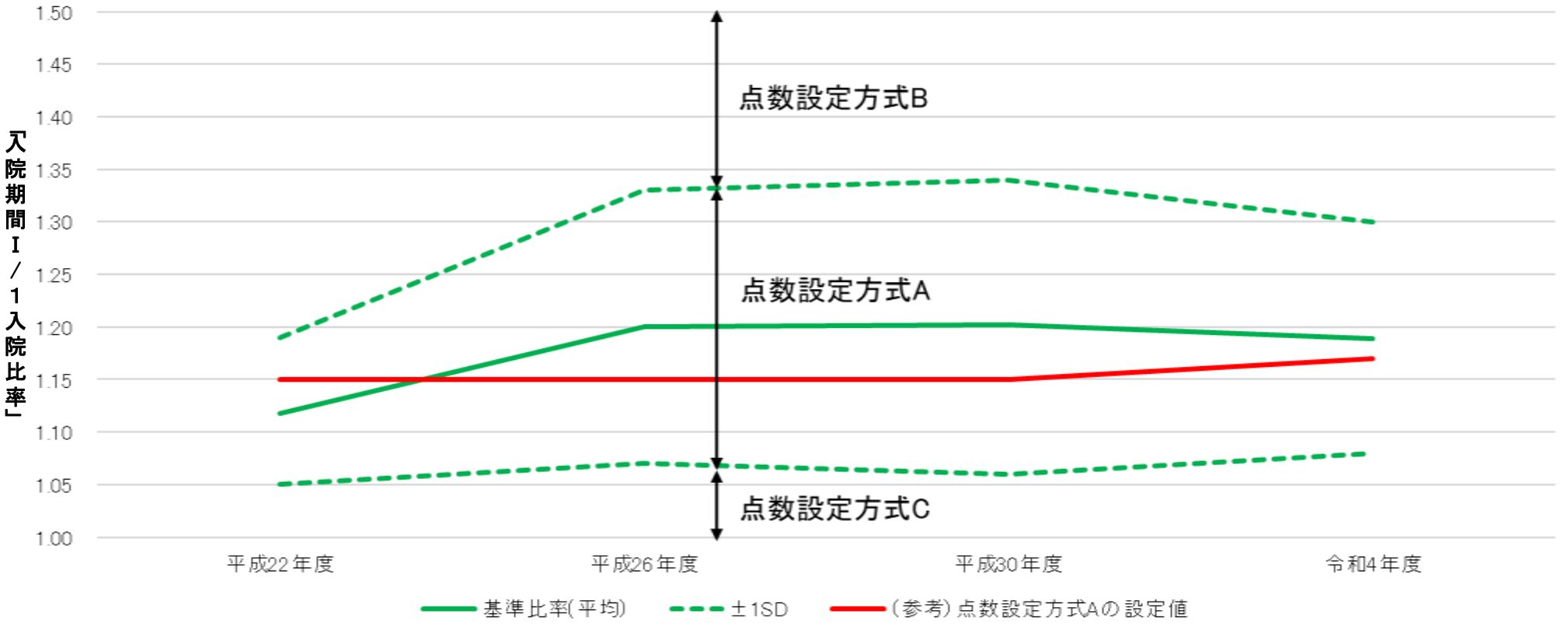
（基準）

「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。

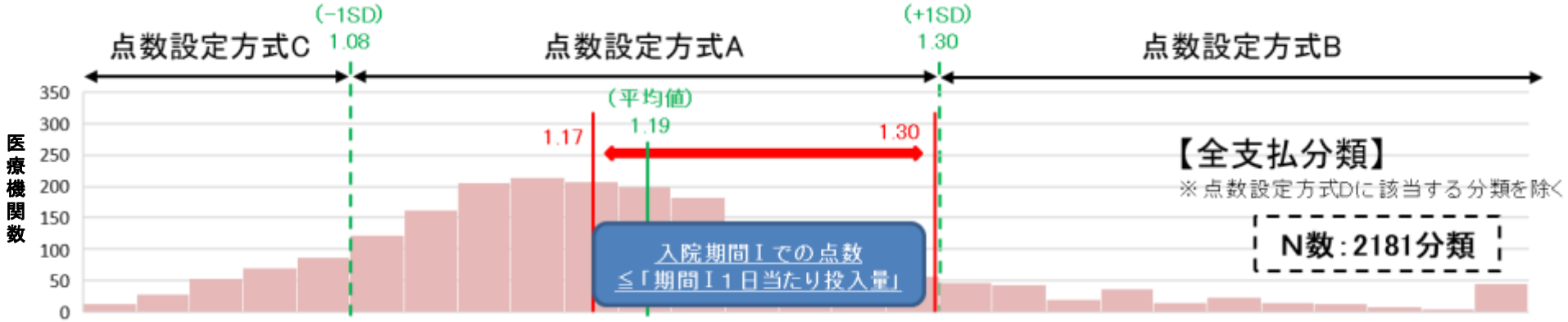


出典：各年度改定データ

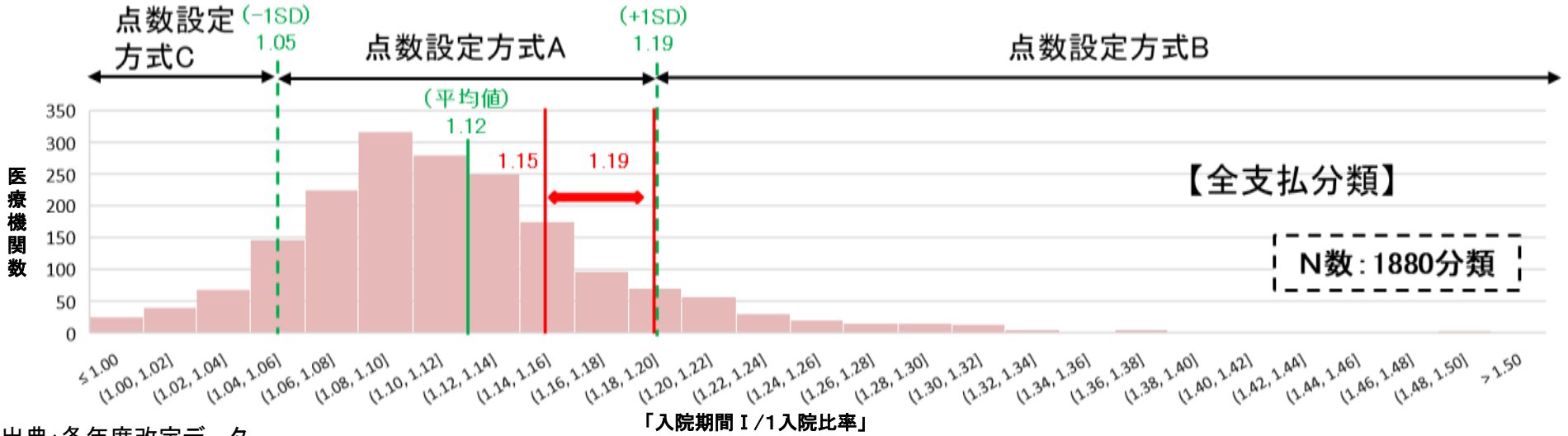
診断群分類ごとの「入院期間Ⅰ/1入院比率」の分布

○　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】

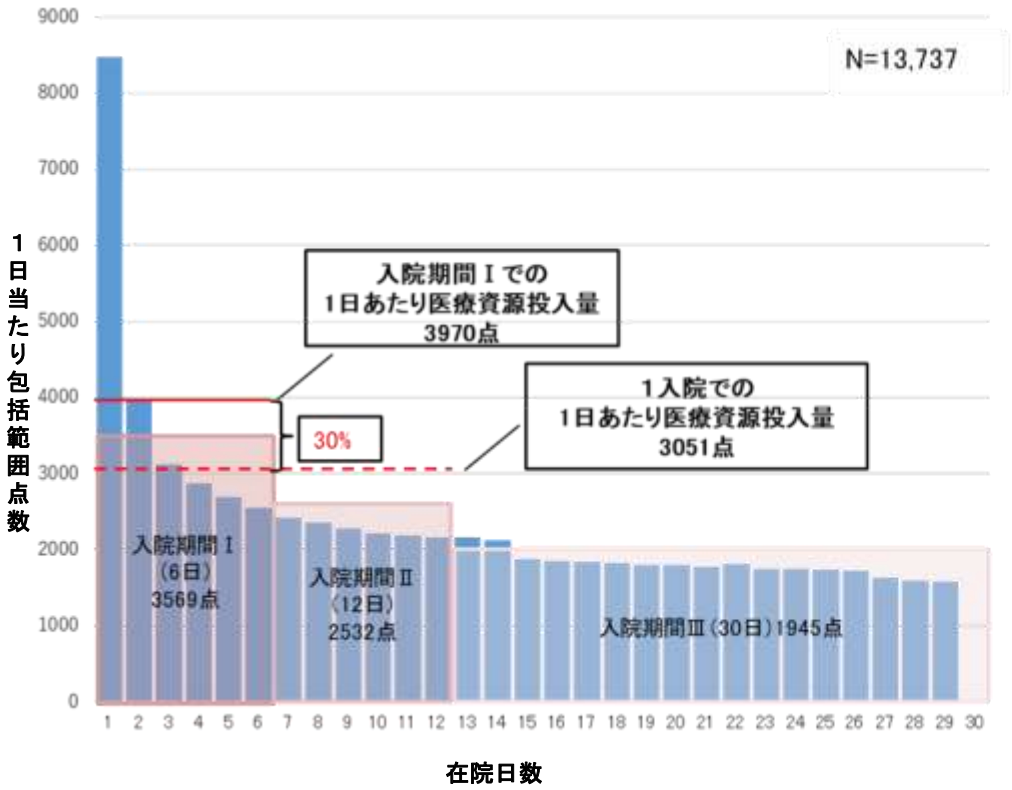


出典：各年度改定データ

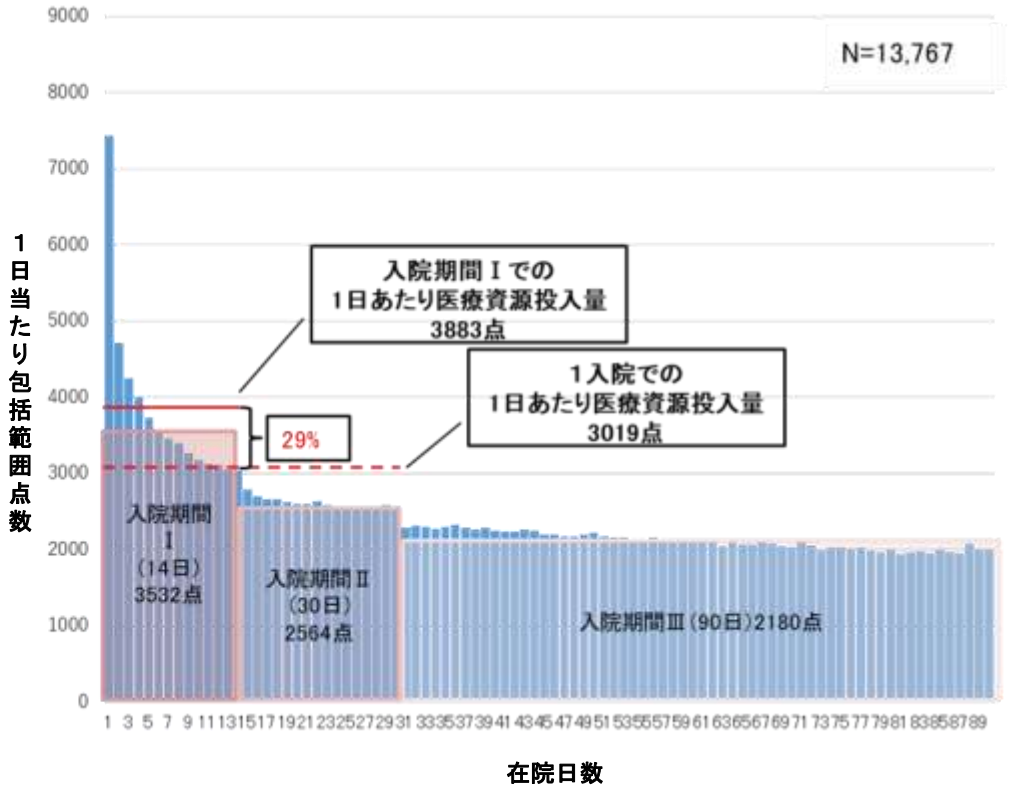
入院期間Ⅰにおいて医療資源投入量が設定点数を上回る例

○　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

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

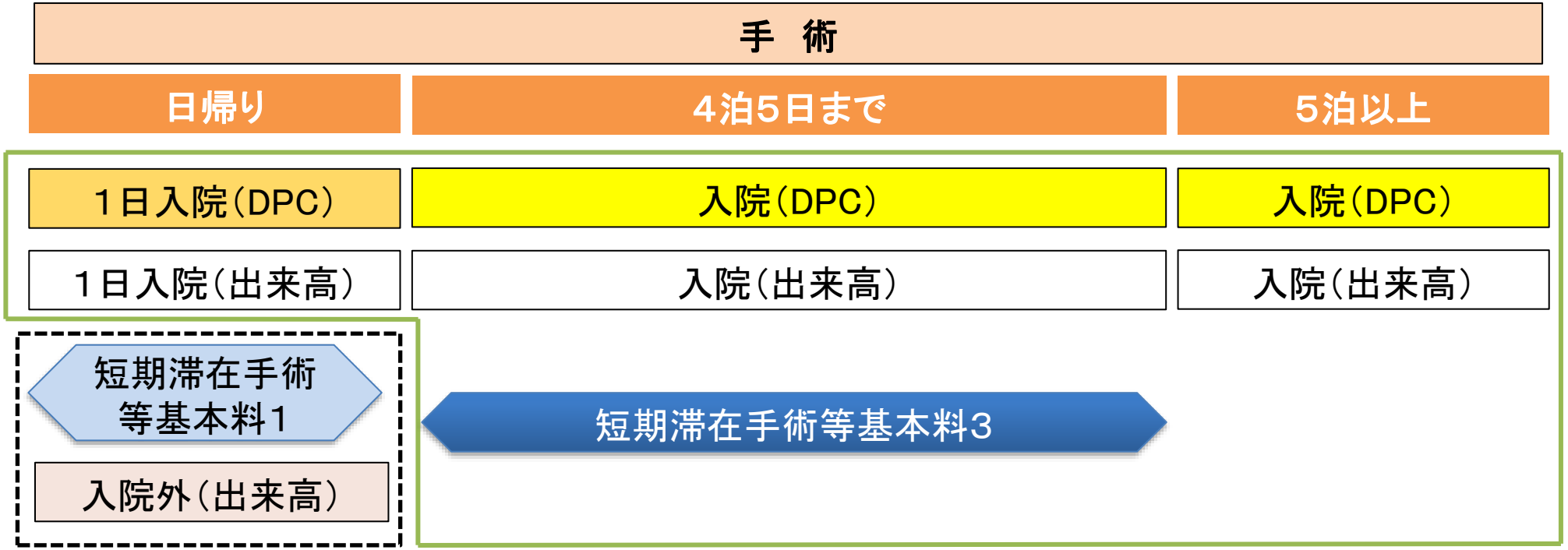
3　退院翌日に患者の状態を確認する等，十分なフォローアップを行うこと

	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】

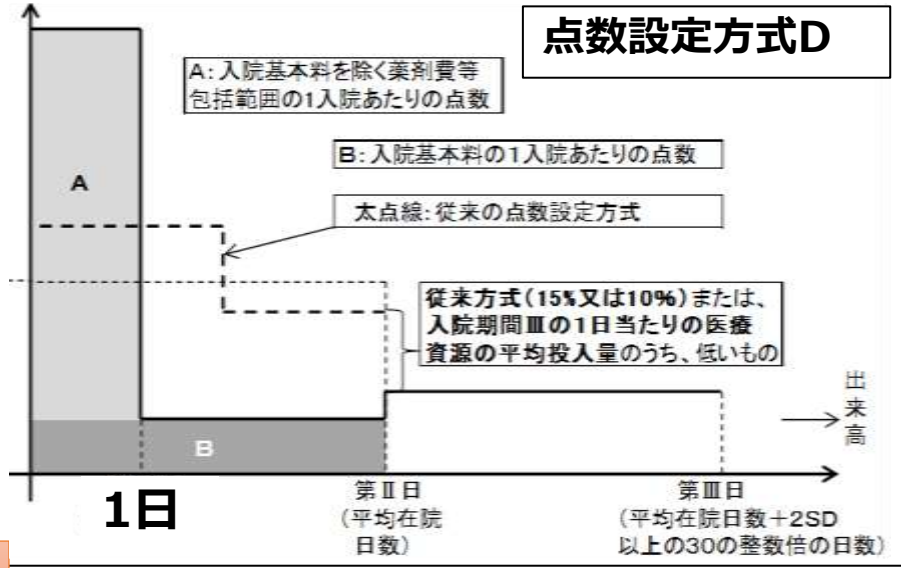
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC象病院以外（病院）	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外（診療所）	○	×

○：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%

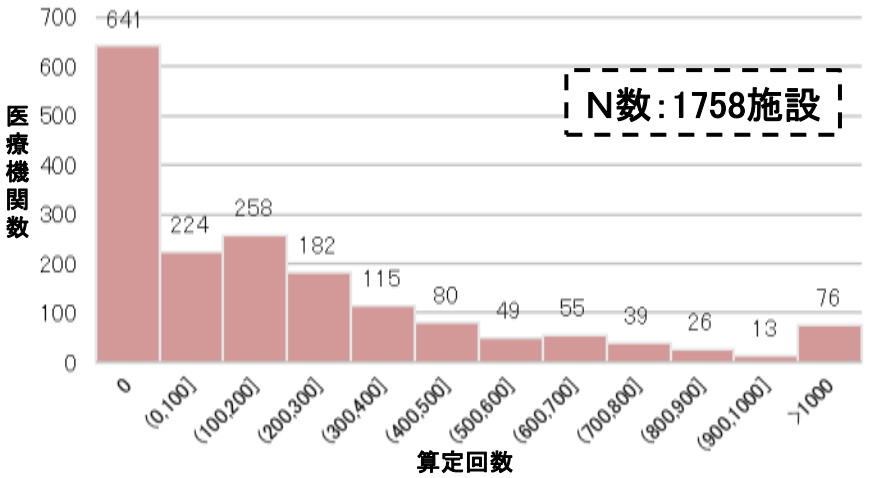
出典：令和4年4月～12月DPCデータ（DPC対象病院）　令和4年4月～9月NDBデータ（全国）

※　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

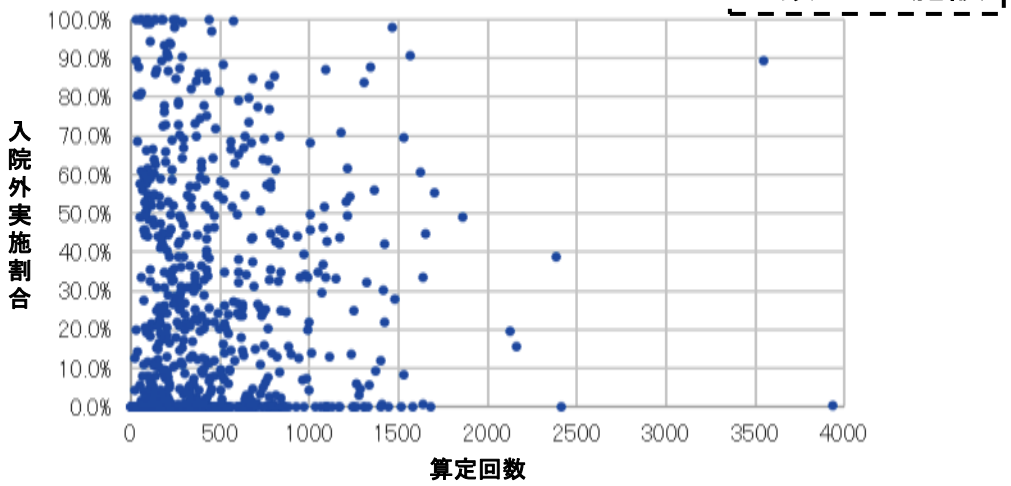
（例）K282 1 ロ　水晶体再建術　眼内レンズを挿入する場合　その他のもの

【DPC対象病院における算定回数】



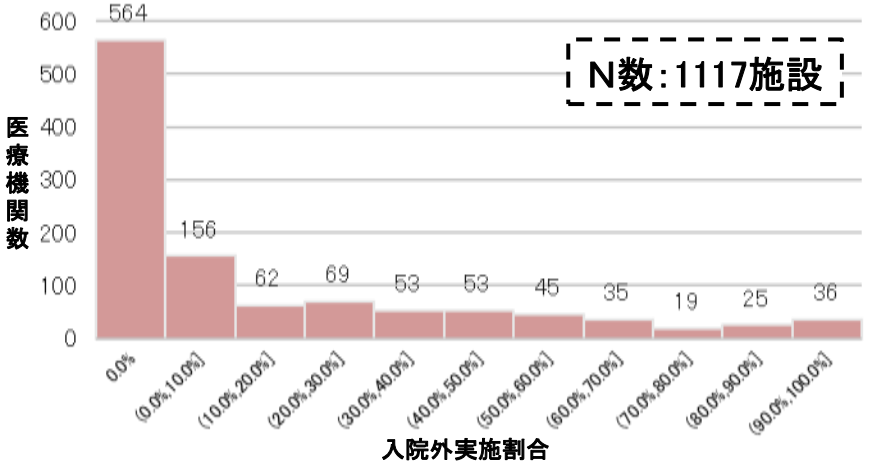
【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】

＜全病院＞※　算定回数が1以上の病院に限る



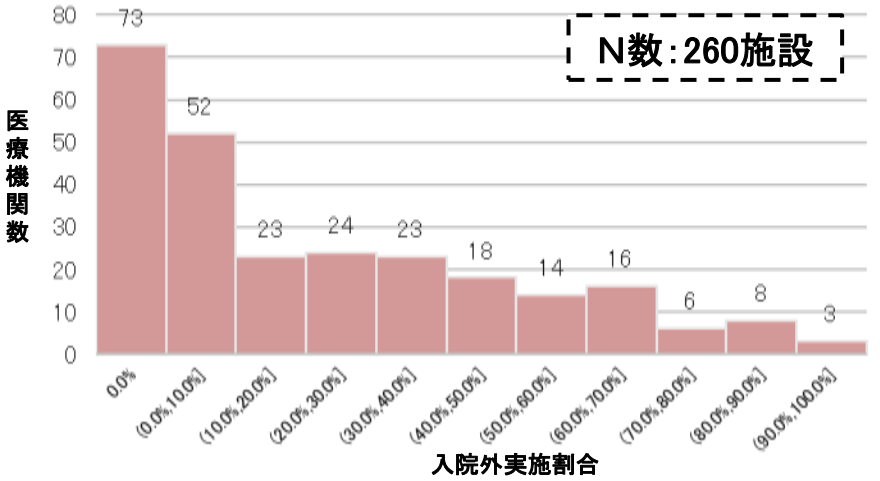
【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※　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

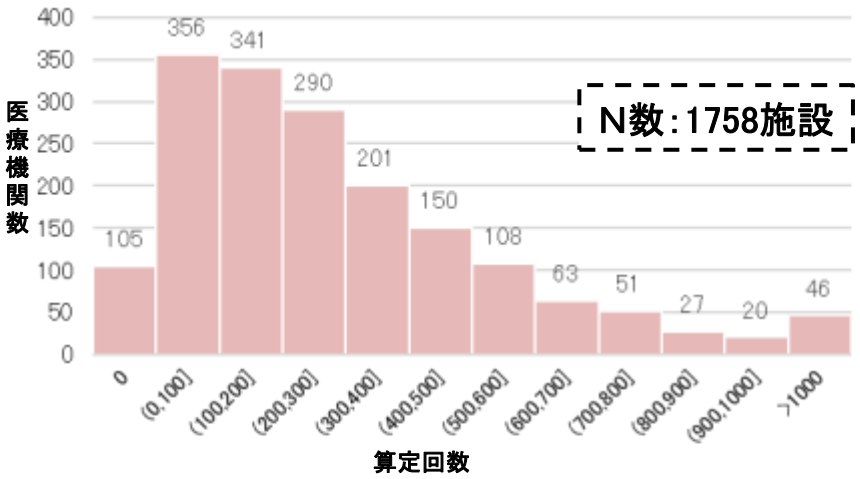


出典：令和4年4月～12月DPCデータ

DPC対象病院における短期滞在手術等の実施状況②

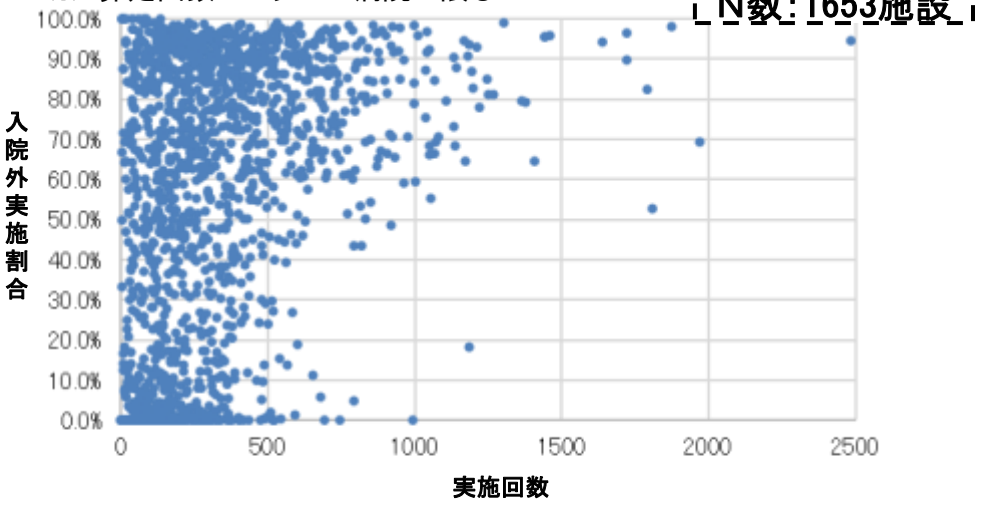
（例）K721 1　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル未満

【DPC対象病院における算定回数】



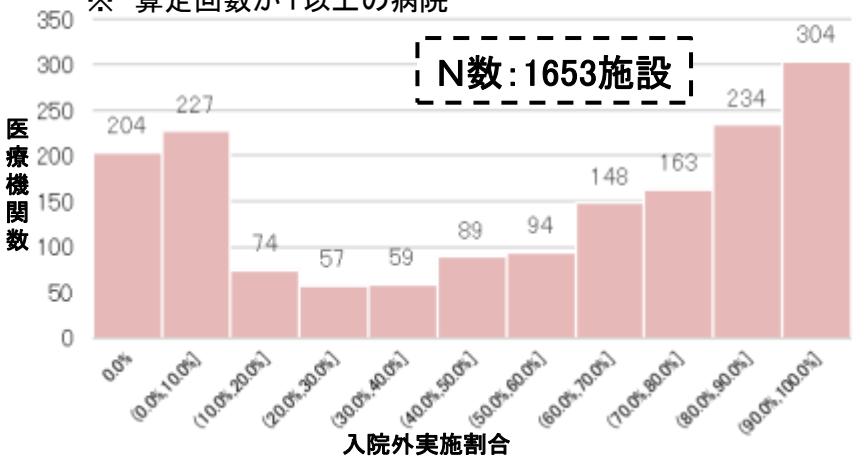
【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】

※　算定回数が1以上の病院に限る



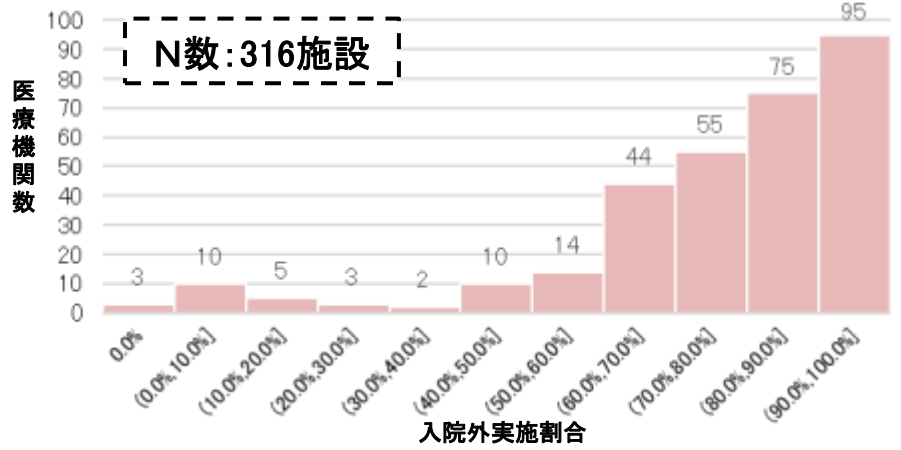
【DPC対象病院における入院外での実施割合】

※　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. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 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**。

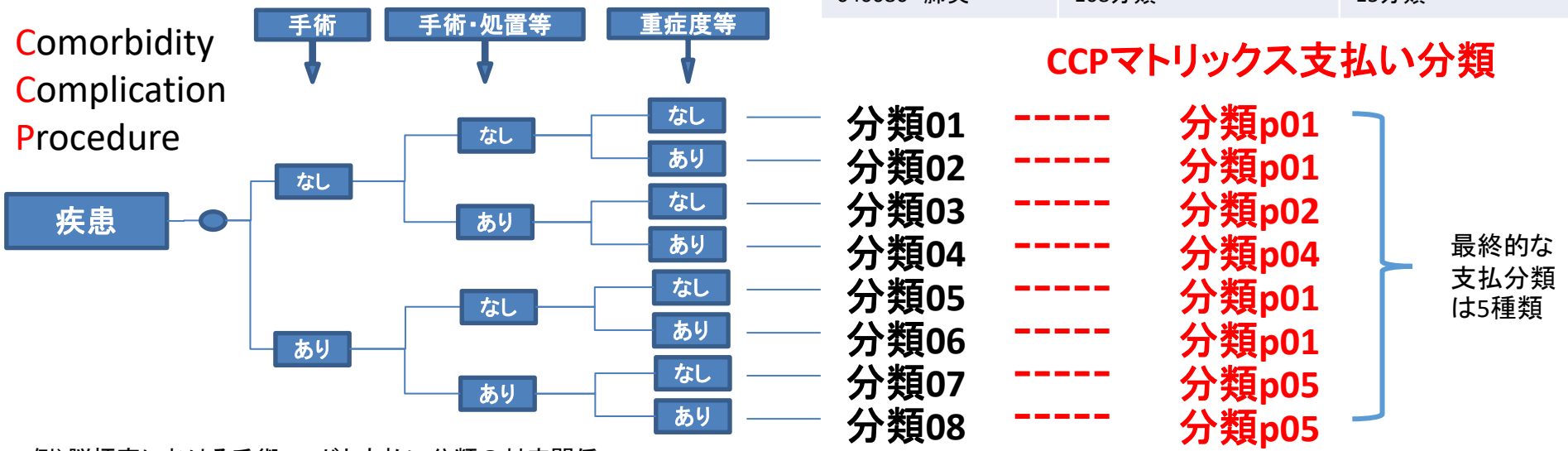
【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

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	×	○	×	○	×	○	×

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. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 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。

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。

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】

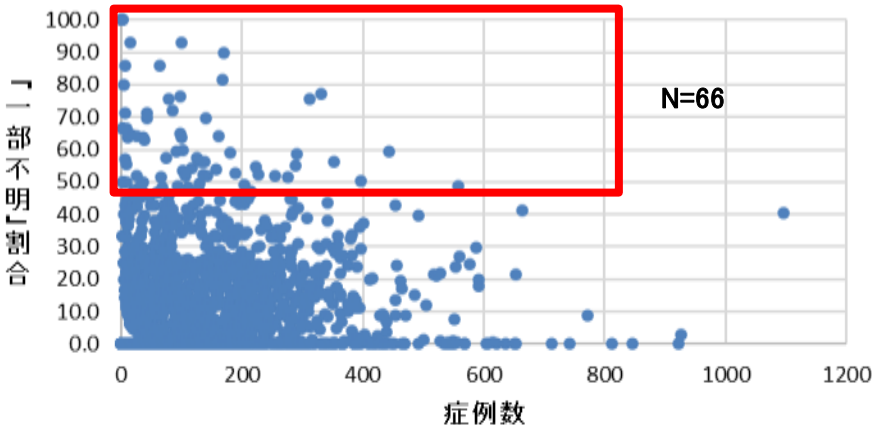
コード	大項目	項目名	入力条件	入力内容
A001010	患者プロファイル/身長・体重	身長	必須	センチメートル単位入力 例　156 ※不明の場合は「000」を入力
		体重		キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例　52.5 ※不明の場合は「000」を入力
ADL0010	ADLスコア/入院時	入院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
ADL0020	ADLスコア/退院時	退院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、死亡退院・産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字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。

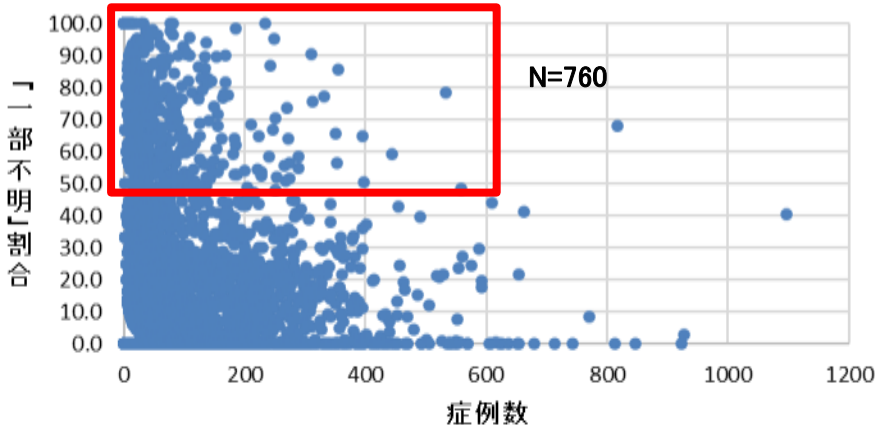
【DPC対象病院　N=1,715】

・　医療機関ごとの「ADLスコア／入院時」の「一部不明」割合

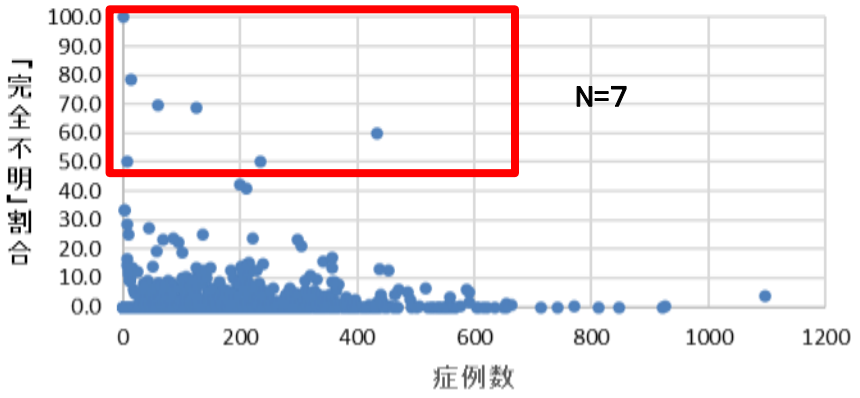


【全病院　N=5,138】

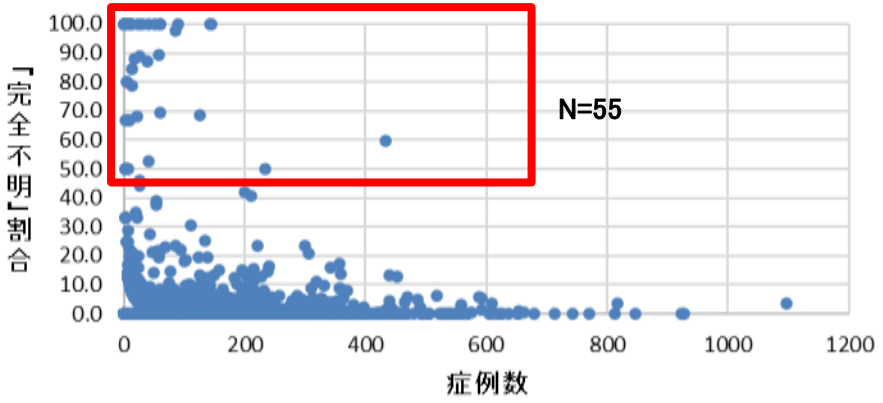
・　医療機関ごとの「ADLスコア／入院時」の「一部不明」割合



・　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



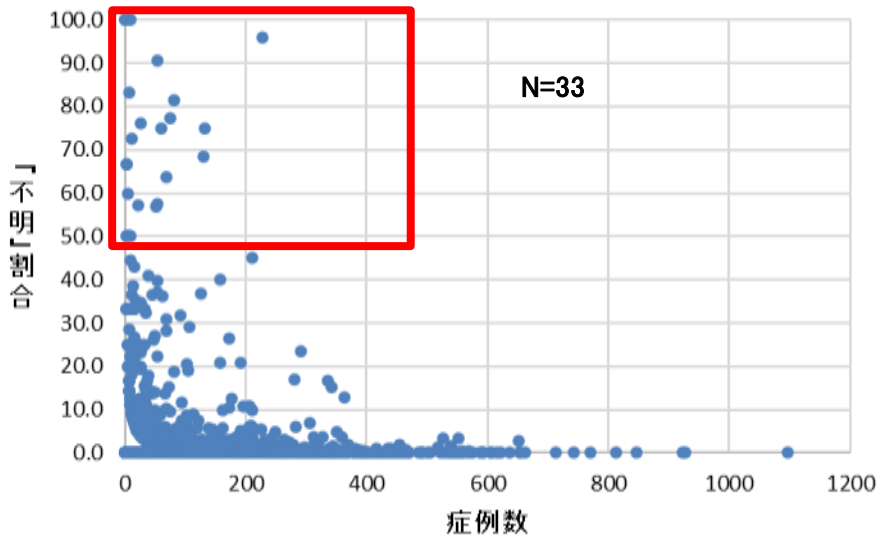
出典：令和4年4月～12月DPCデータ　　※「医療資源病名」＝I63$に該当する場合

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。

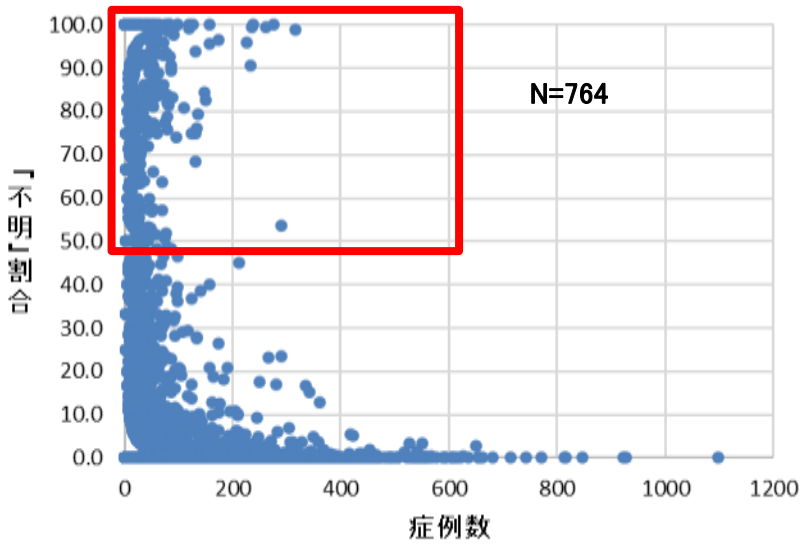
【DPC対象病院　N=1,715】

・ 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－１参考３ ５．９．２７	中医協　診－１参考３ ５．９．２７	診調組　入－１参考３ ５．９．１４改

（令和5年度第7回）
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編③

令和5年9月14日（木）

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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

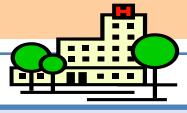
【実績部分】
・自宅等からの入棟患者割合　２割以上
・自宅等からの緊急患者の受入れ　９人以上
・在宅医療等の提供等　２項目以上

（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)

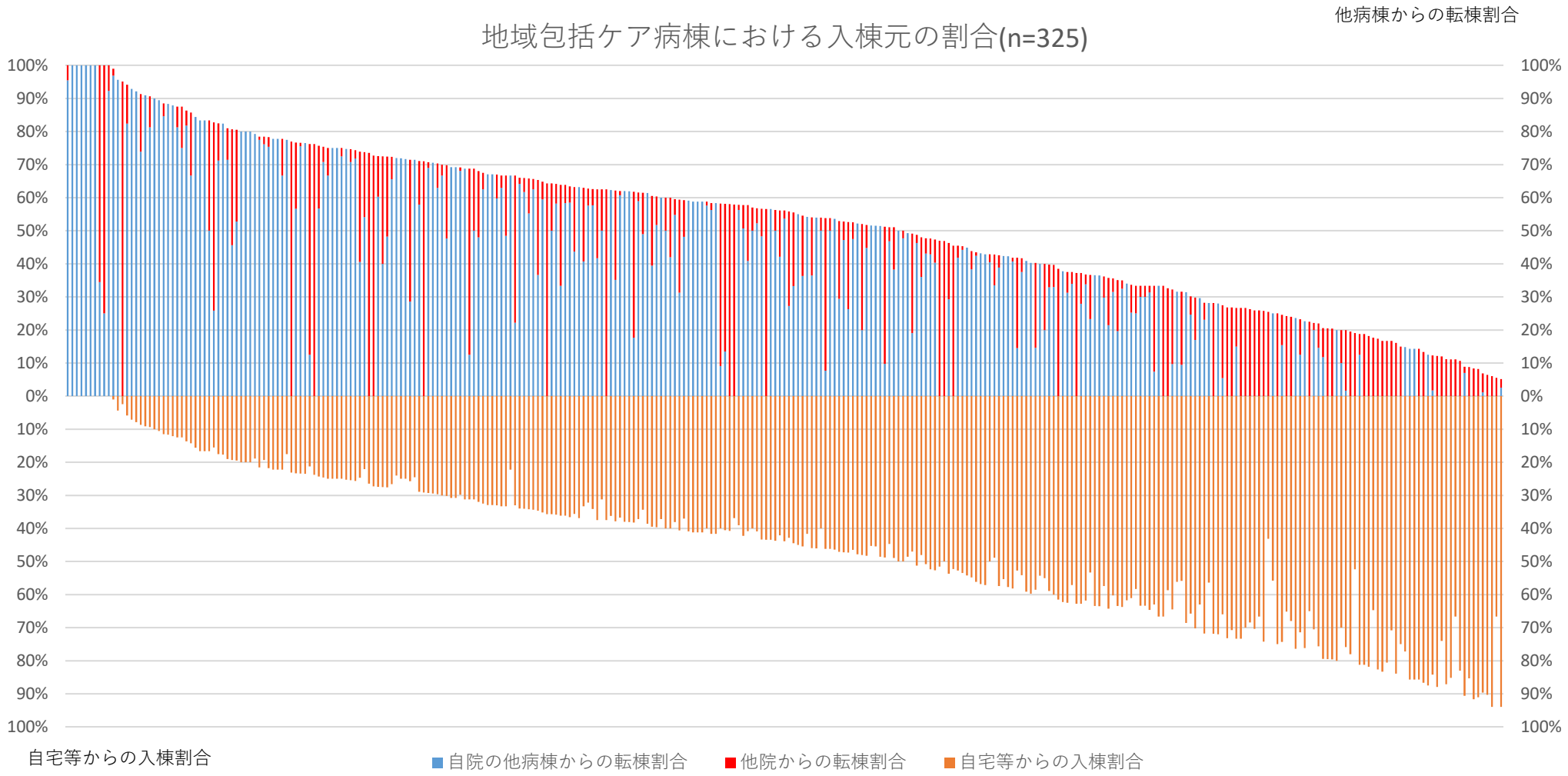
自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	11.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.8%
	他院の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



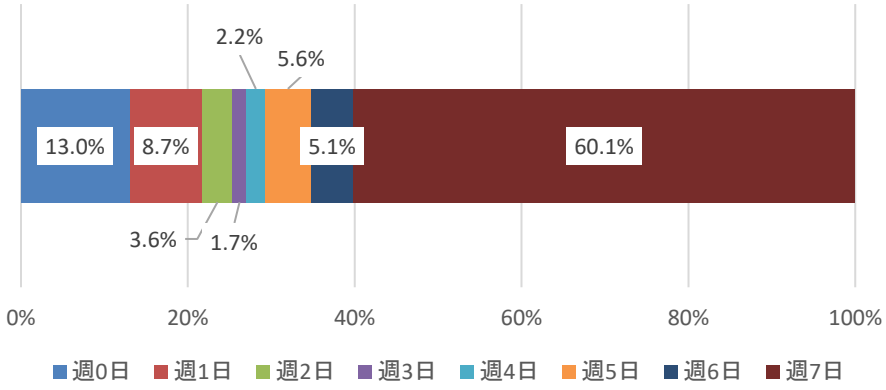
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

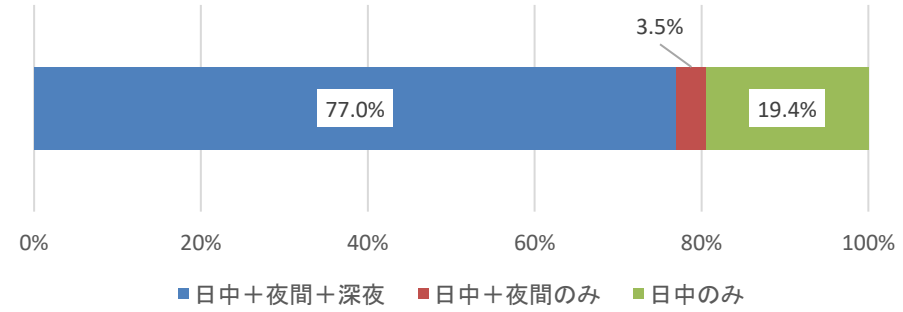
診調組　入－1
５．６．８（改）

○　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。

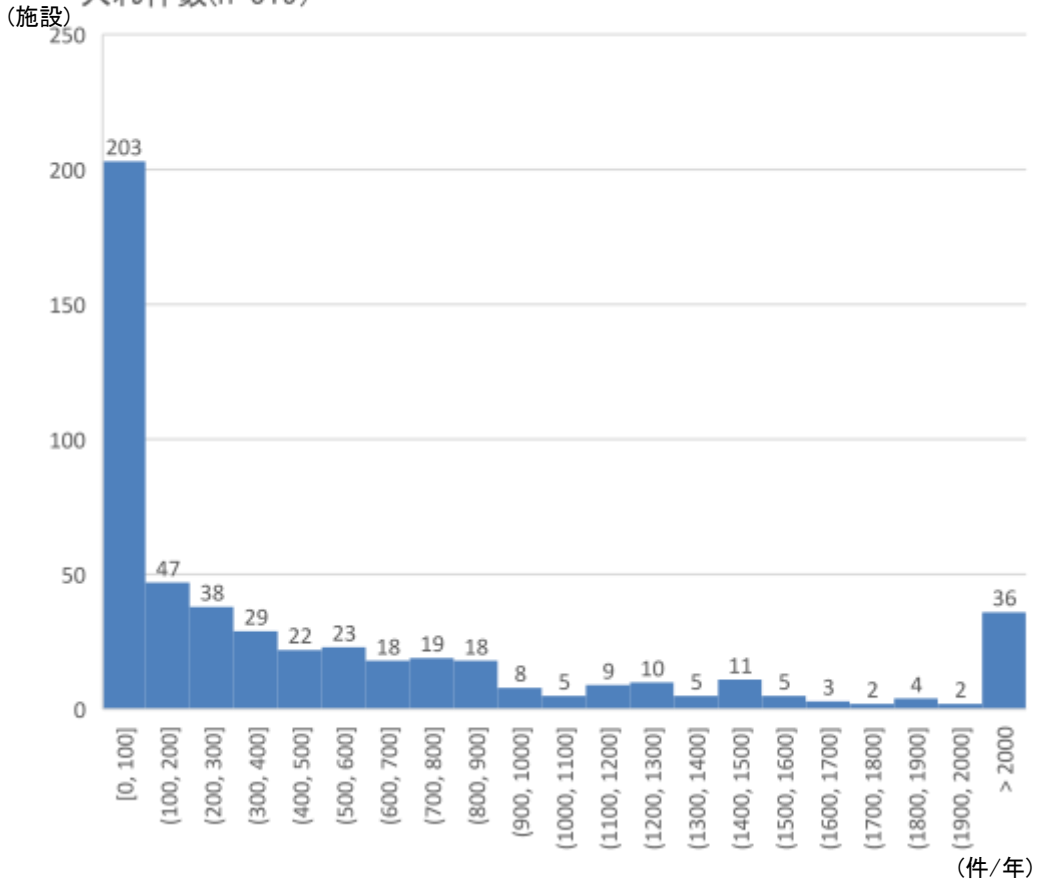
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



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。

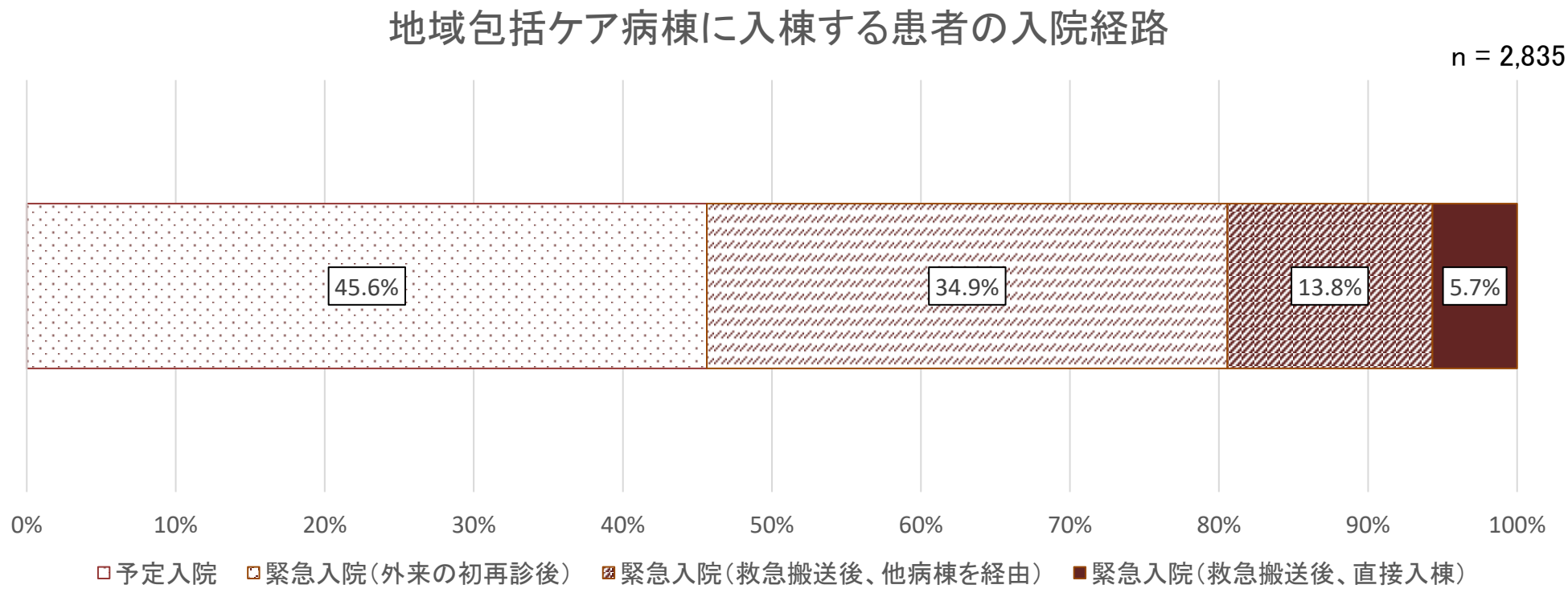
	全体 (n=601)	地域包括ケア病棟入院料１ (n=179)	地域包括ケア入院医療管理料１ (n=130)	地域包括ケア病棟入院料２ (n=61)	地域包括ケア入院医療管理料２ (n=98)	地域包括ケア病棟入院料３ (n=2)	地域包括ケア入院医療管理料３ (n=4)	地域包括ケア病棟入院料４ (n=1)	地域包括ケア入院医療管理料４ (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	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。

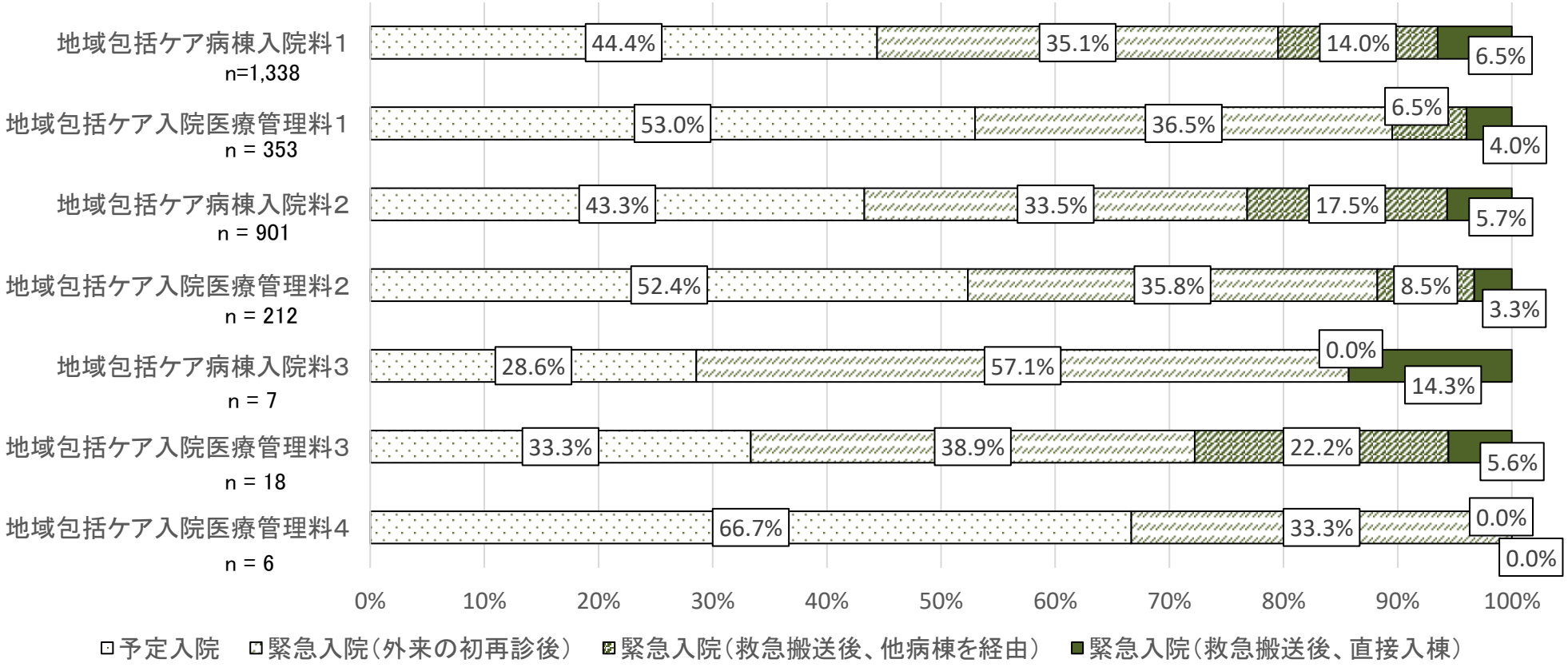
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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



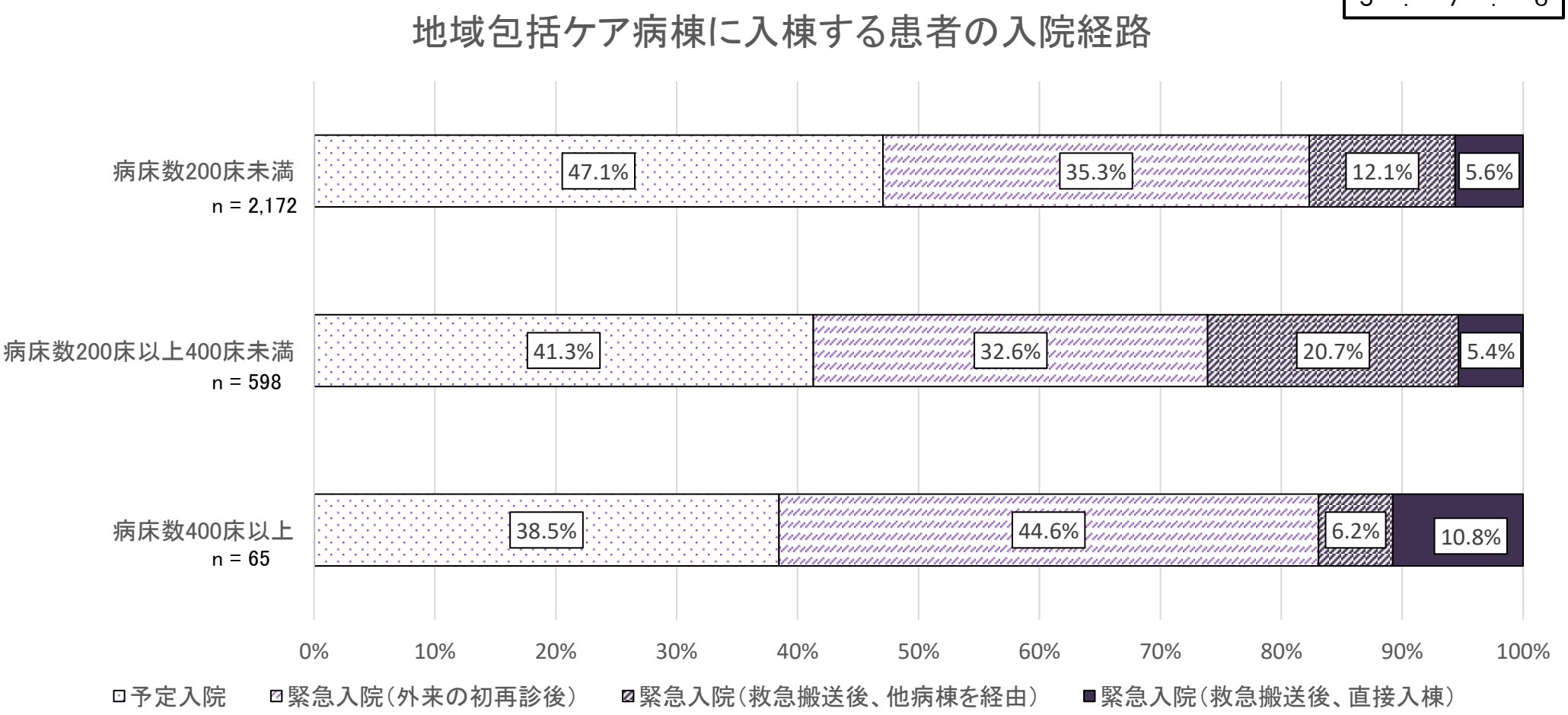
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

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。

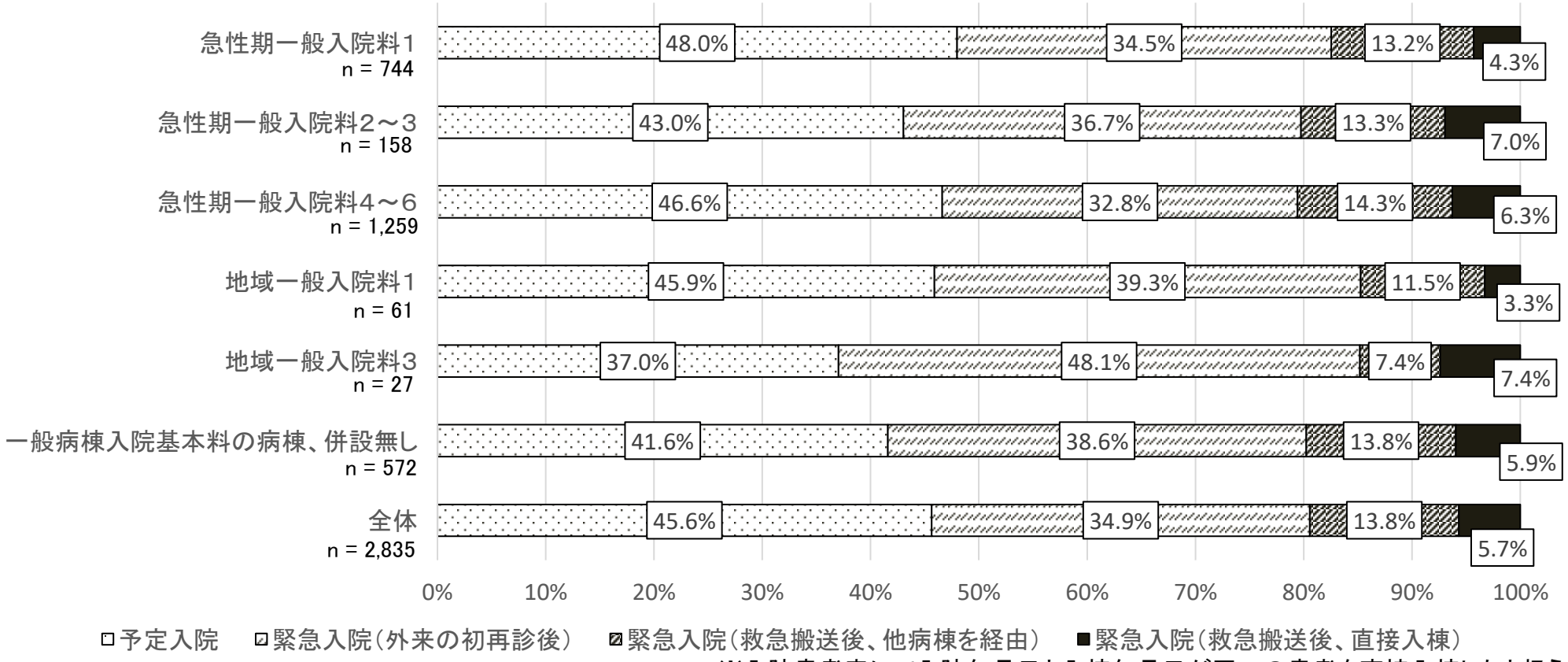
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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。

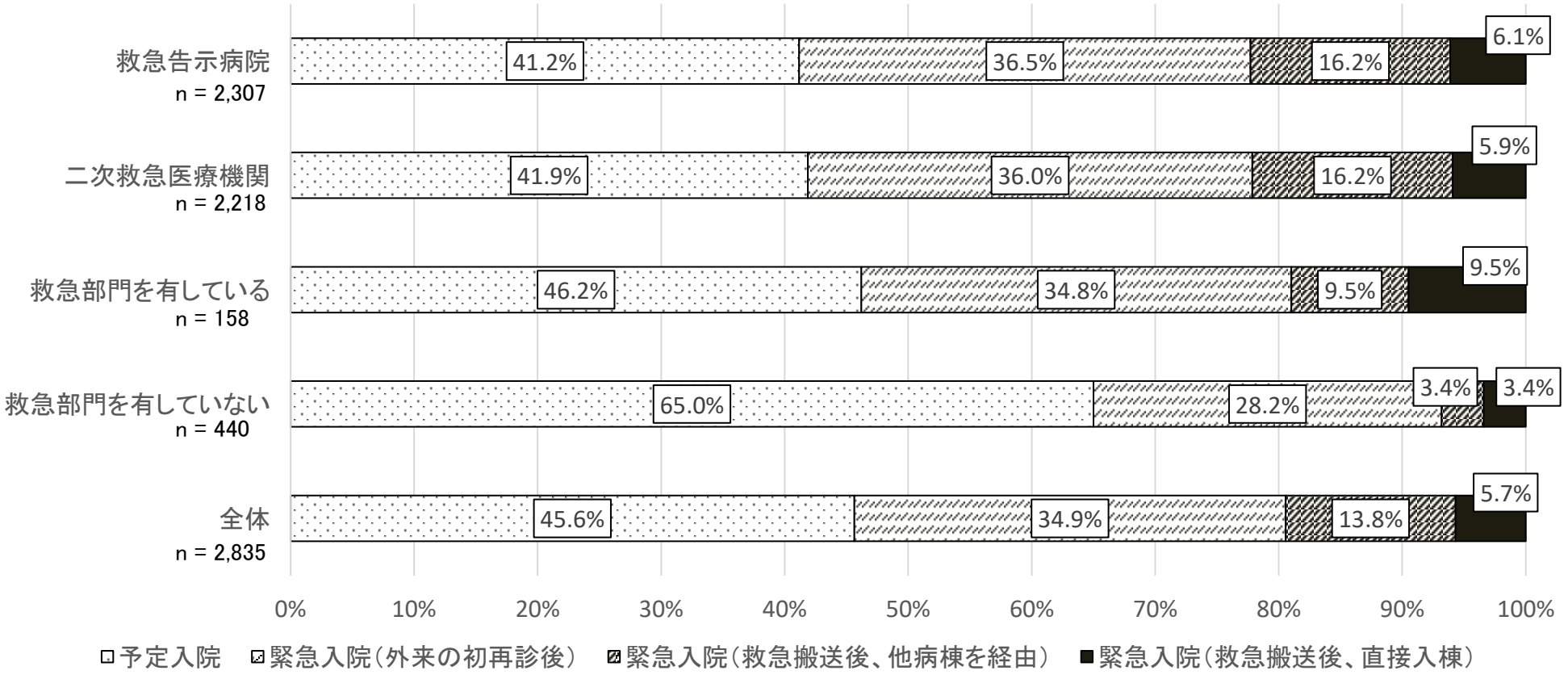
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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）

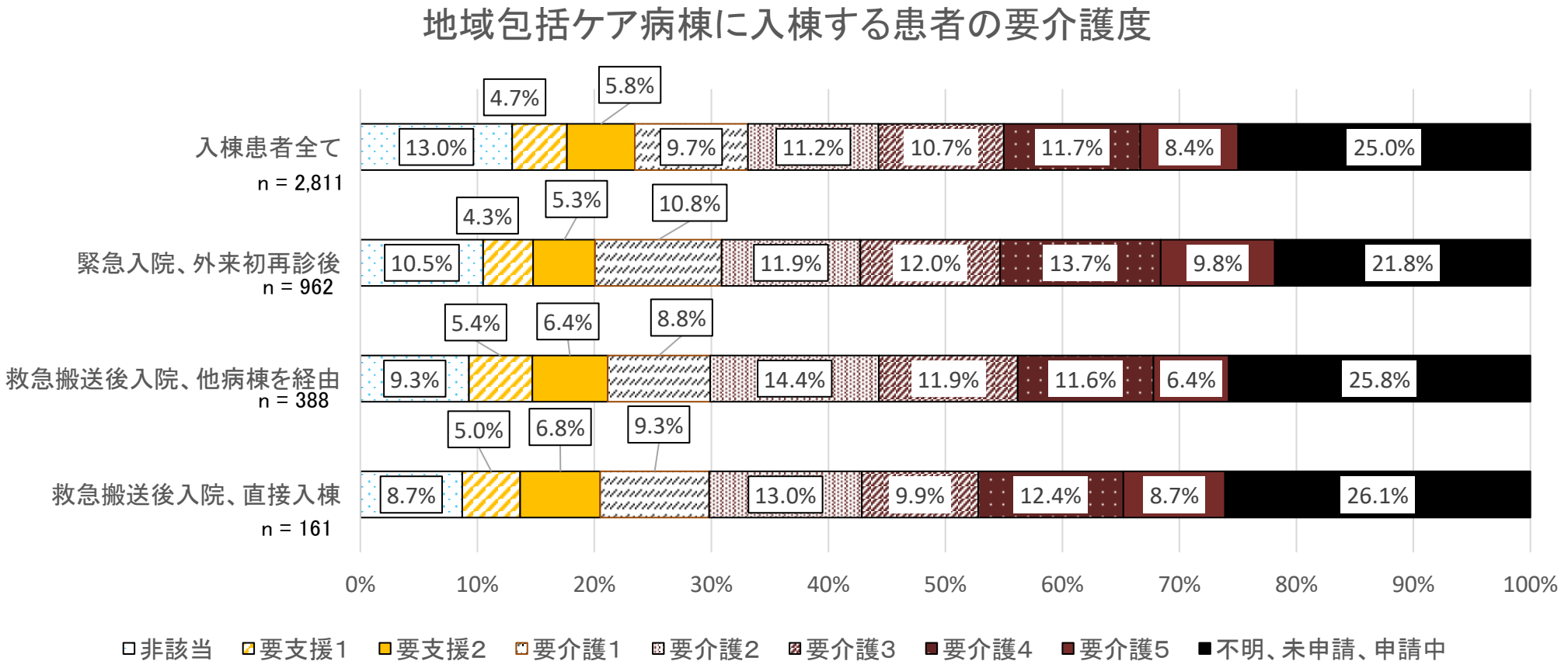
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頚部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

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

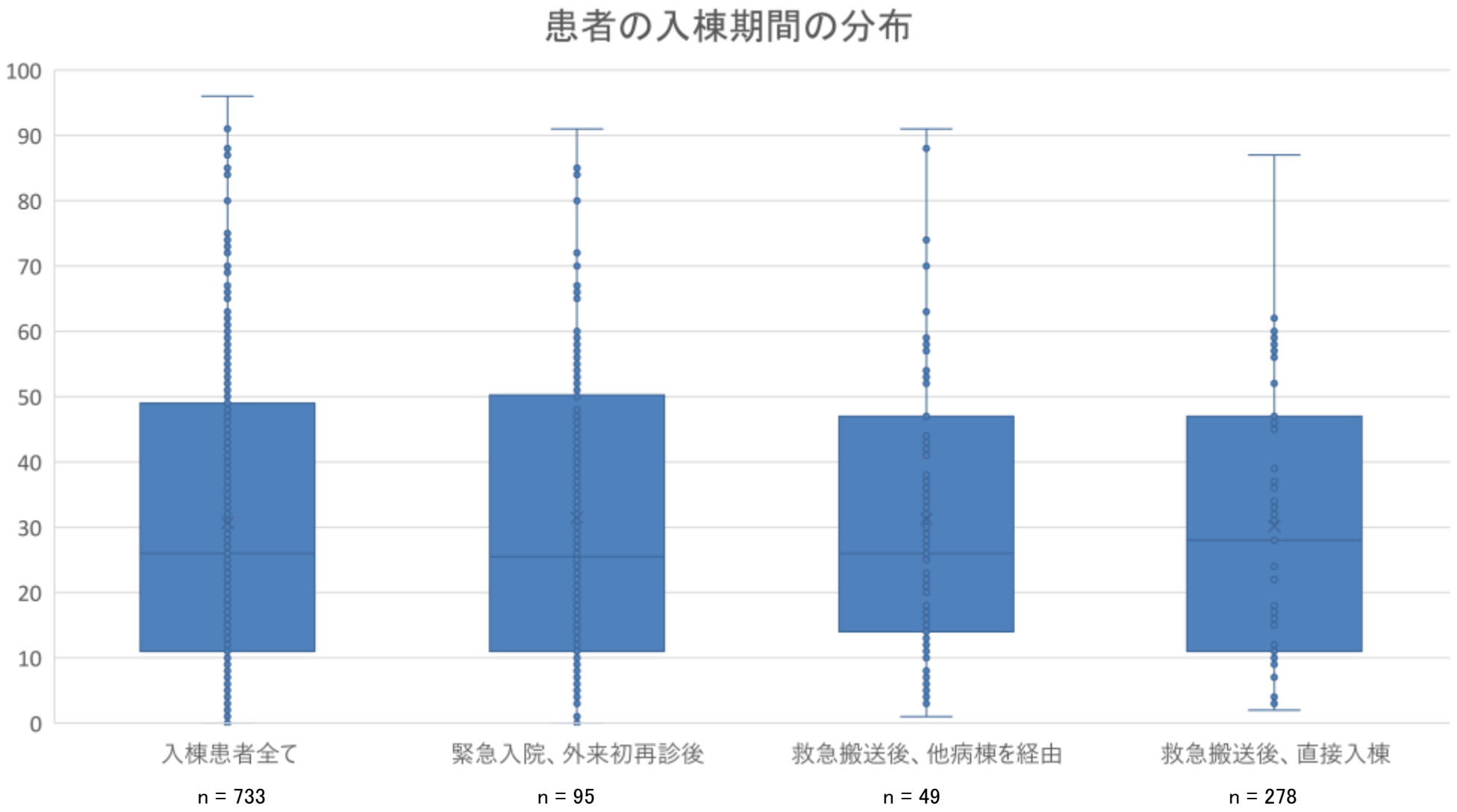


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

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

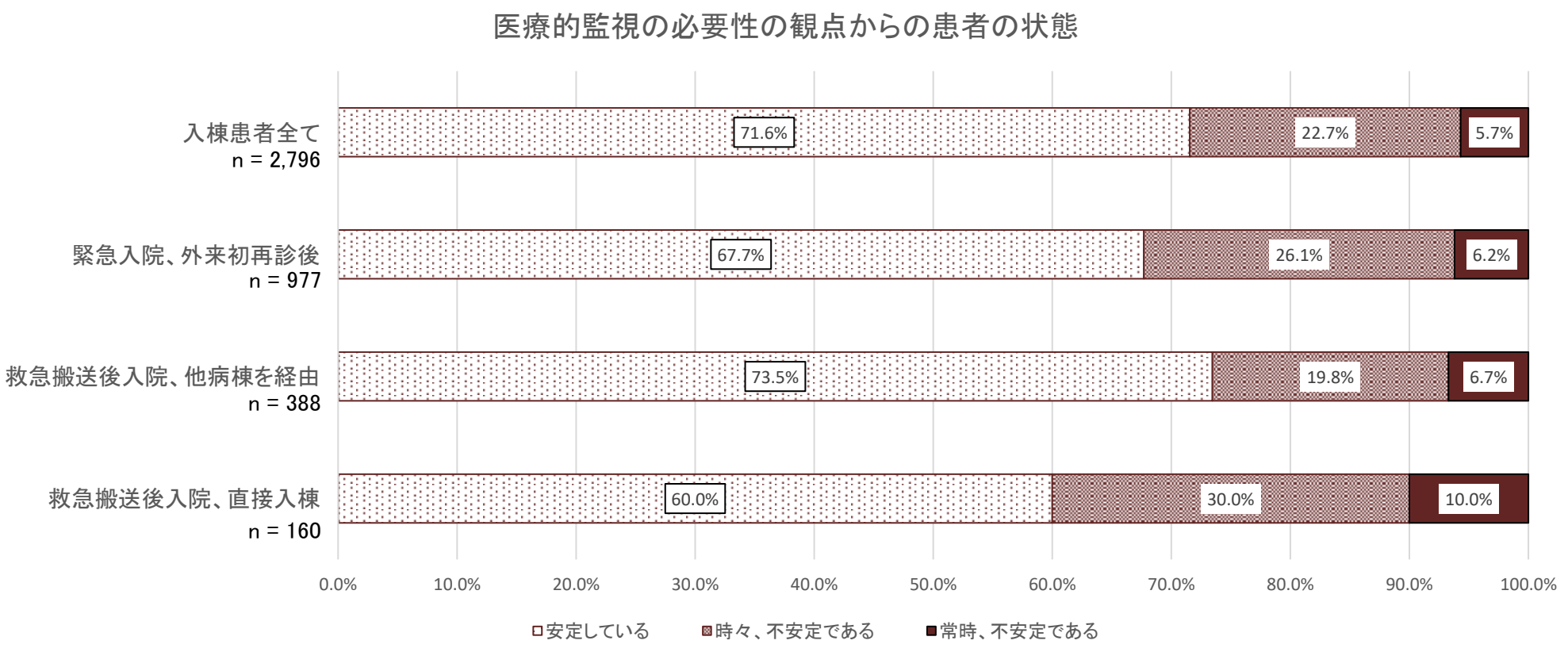
○　地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。



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。

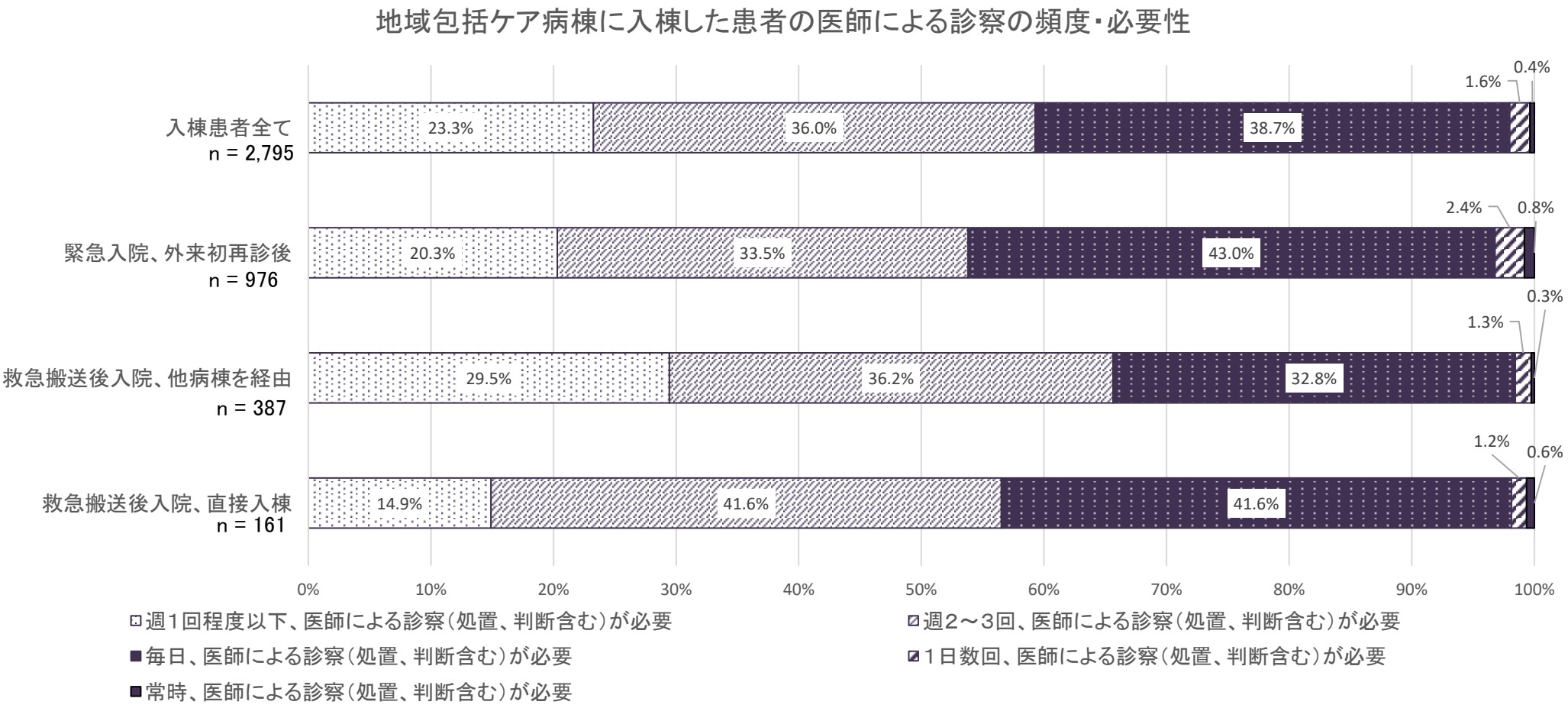


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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

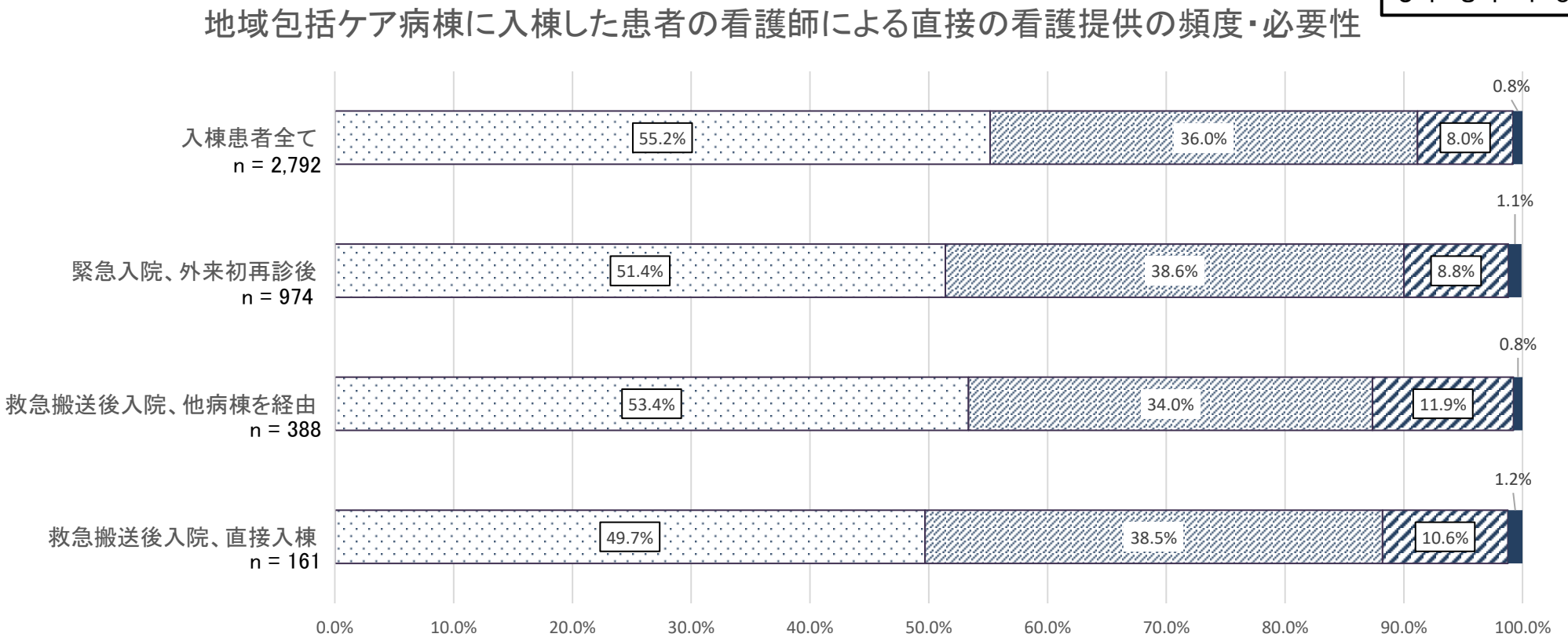


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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

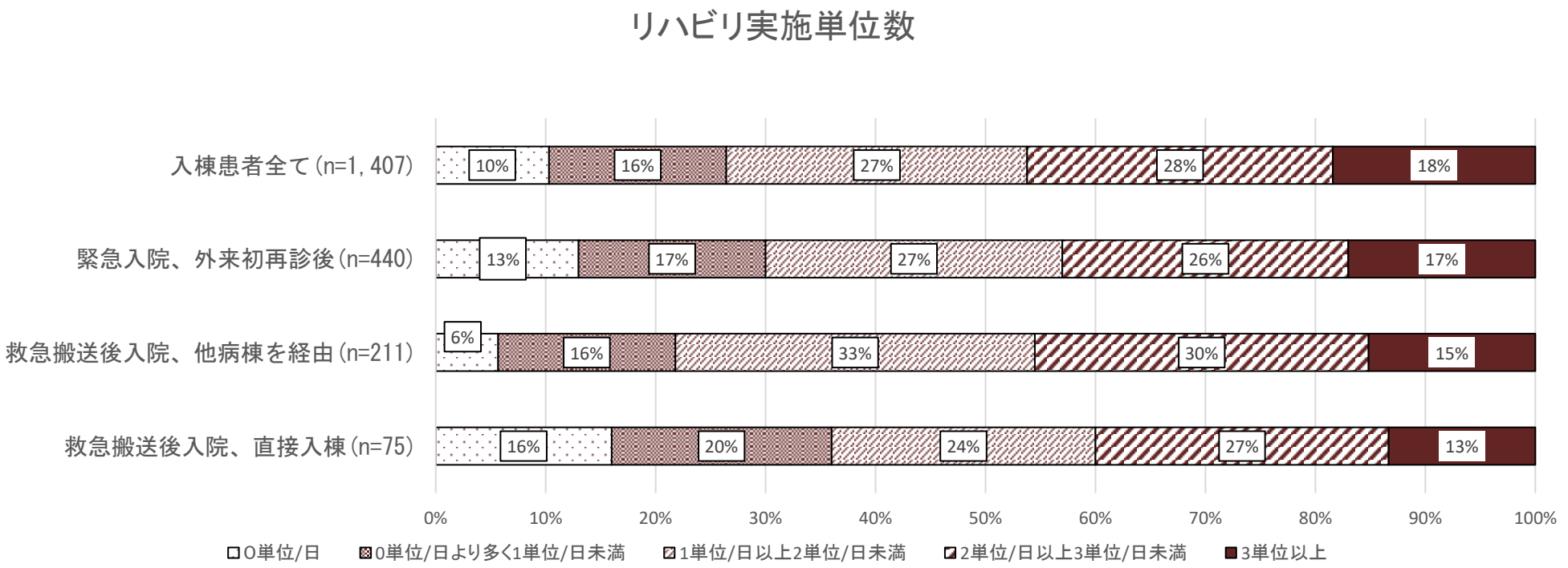


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

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%

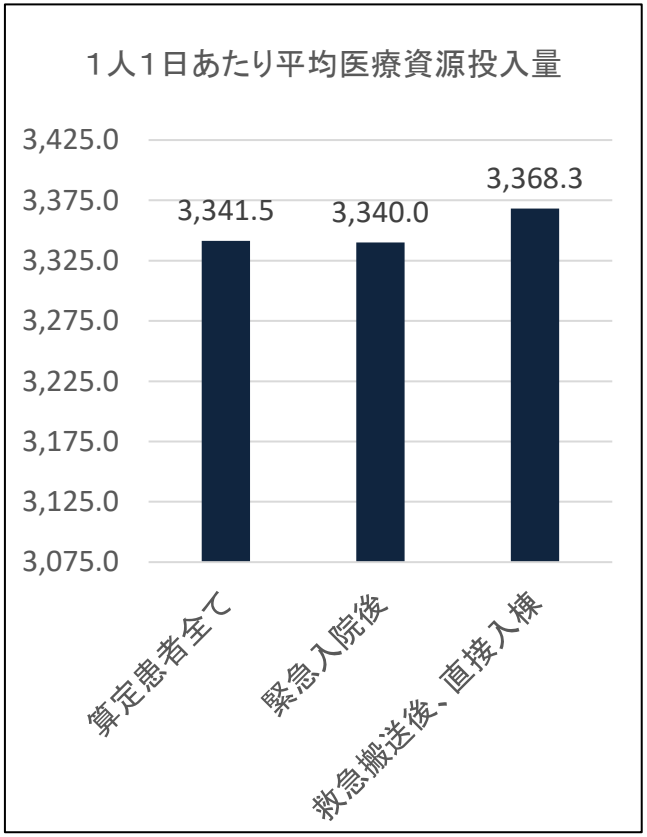
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

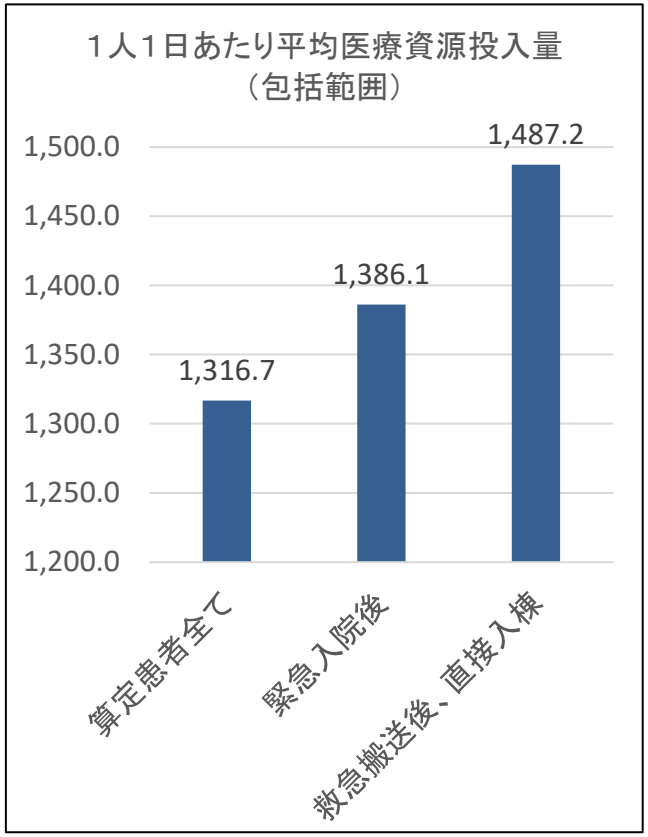
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

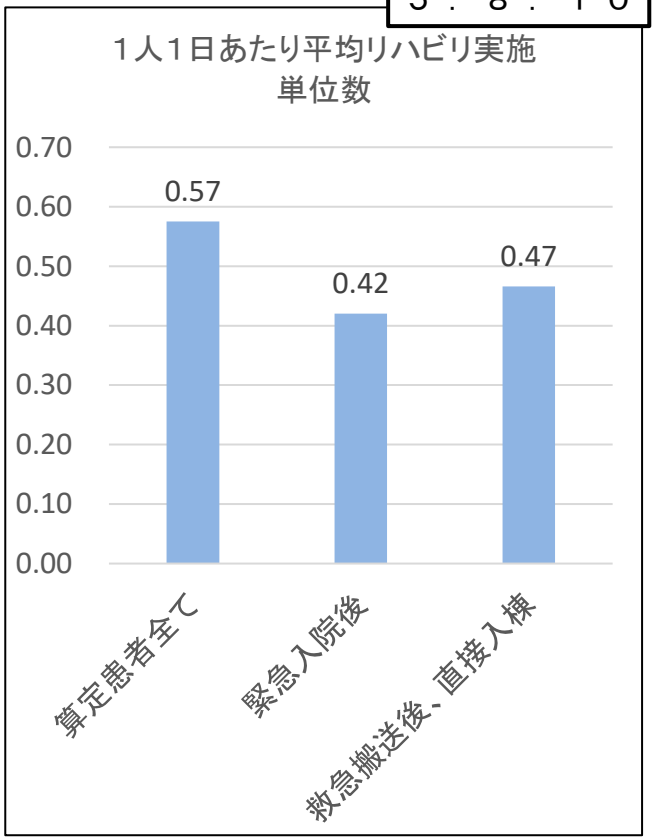
地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析②　入棟経路別の医療資源投入量等

○ 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







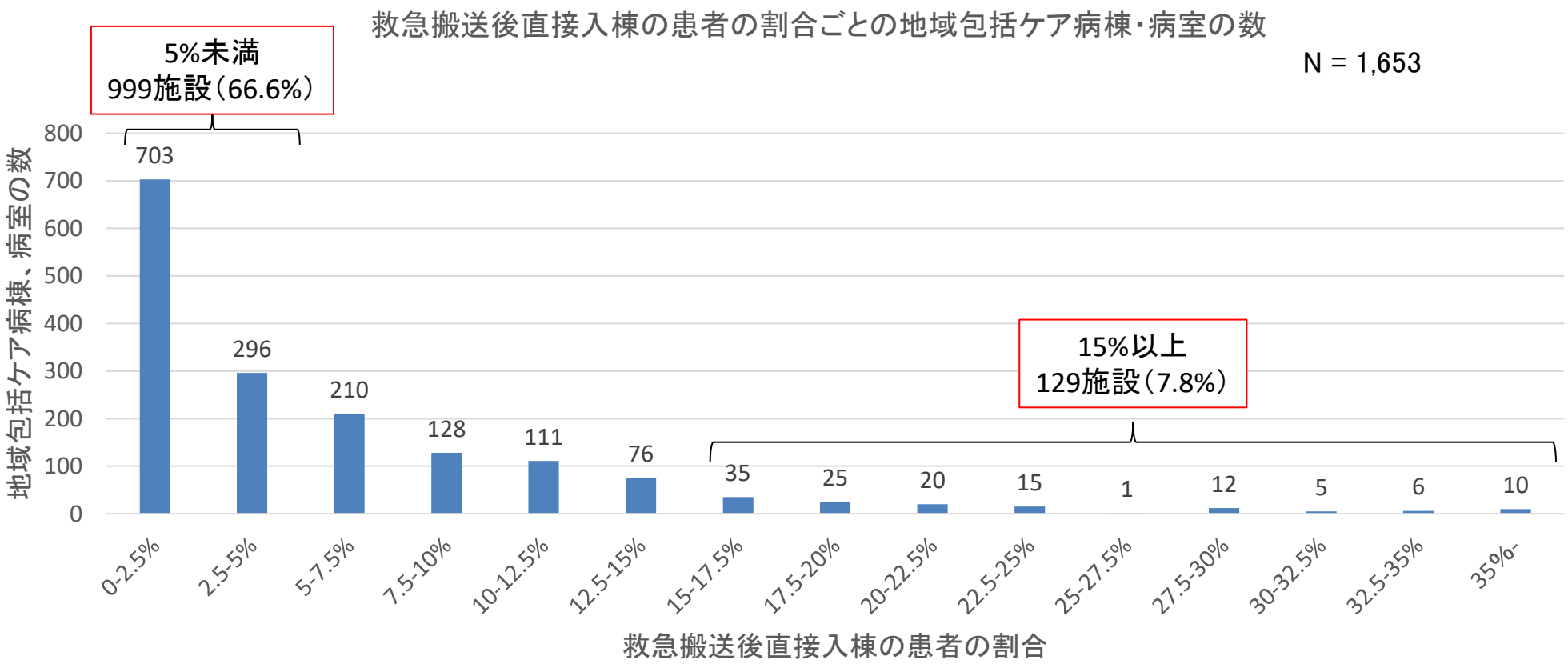
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て － 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者　（n = 731,936）
②緊急入院後 － ①のうち、緊急入院である患者　（n = 178,017）
③救急搬送後、直接入棟 － 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者　（n = 39,757）

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。



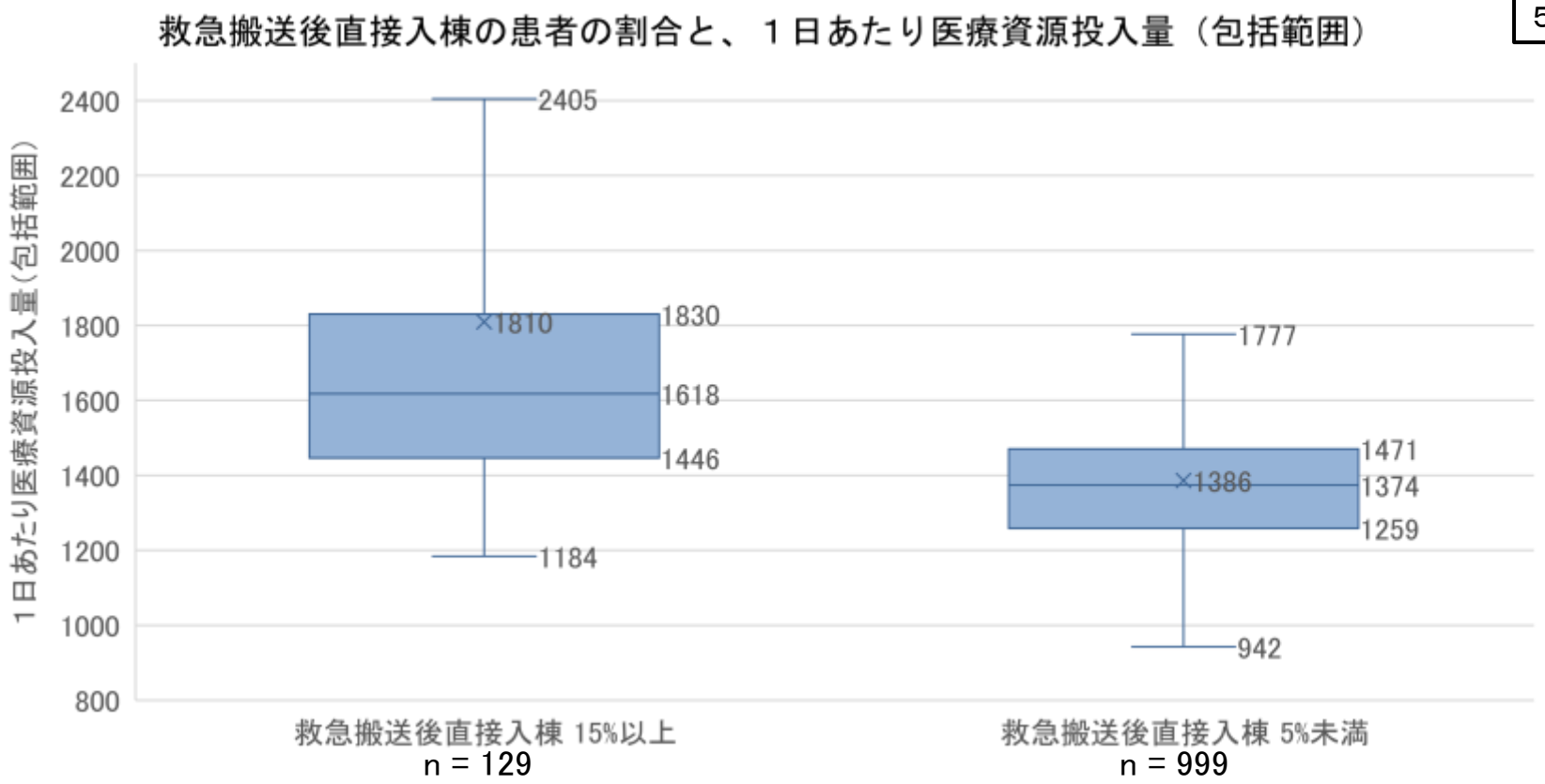
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

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

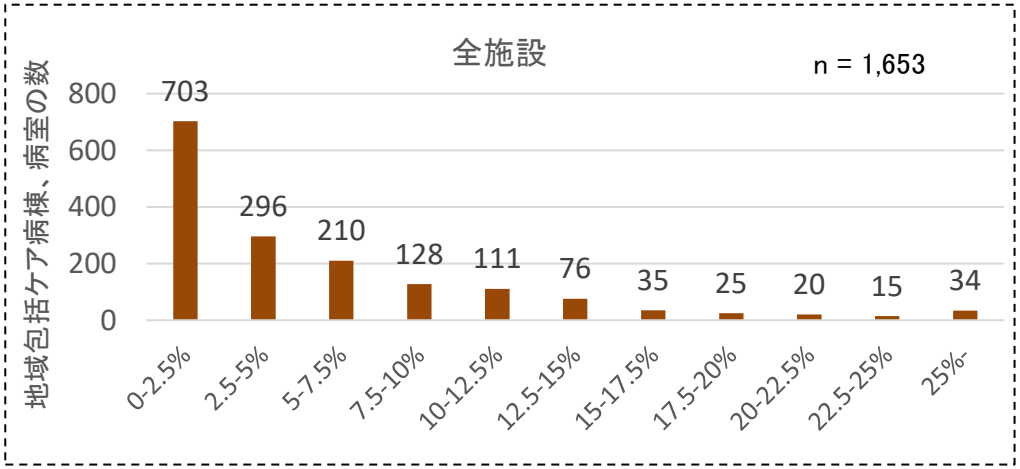


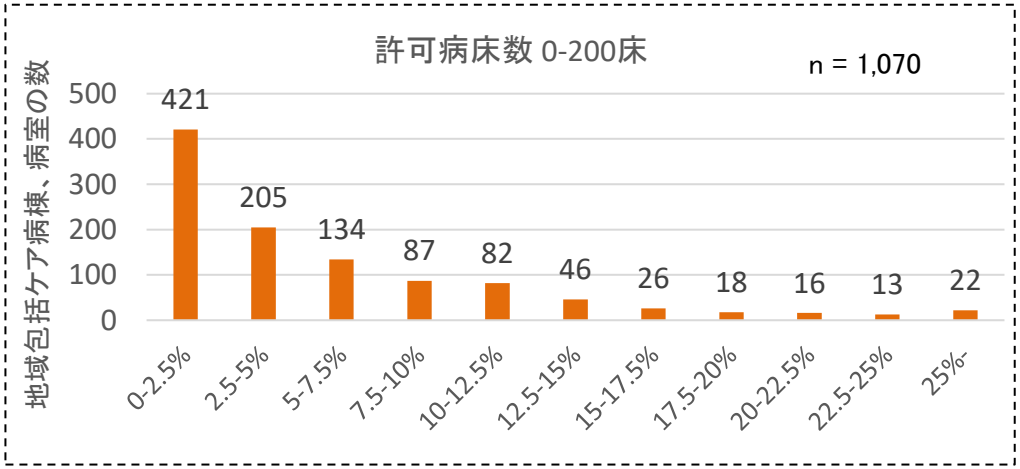
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

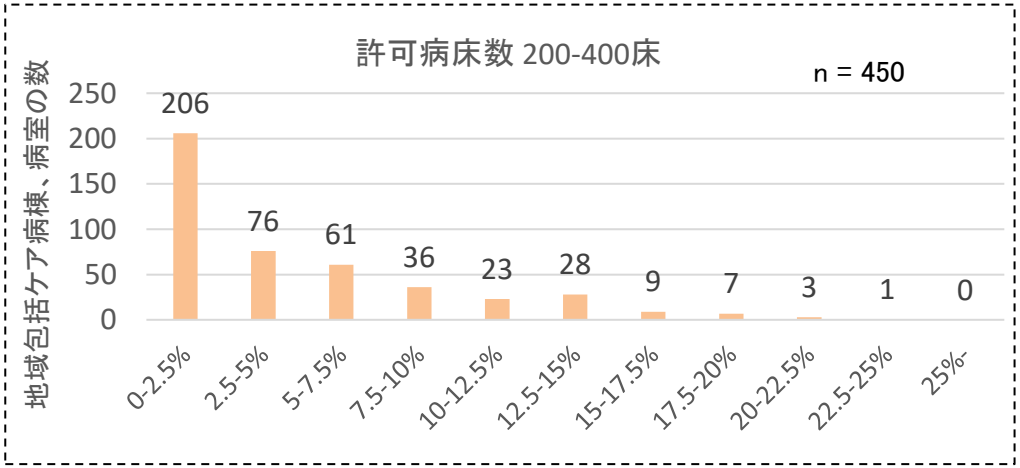
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

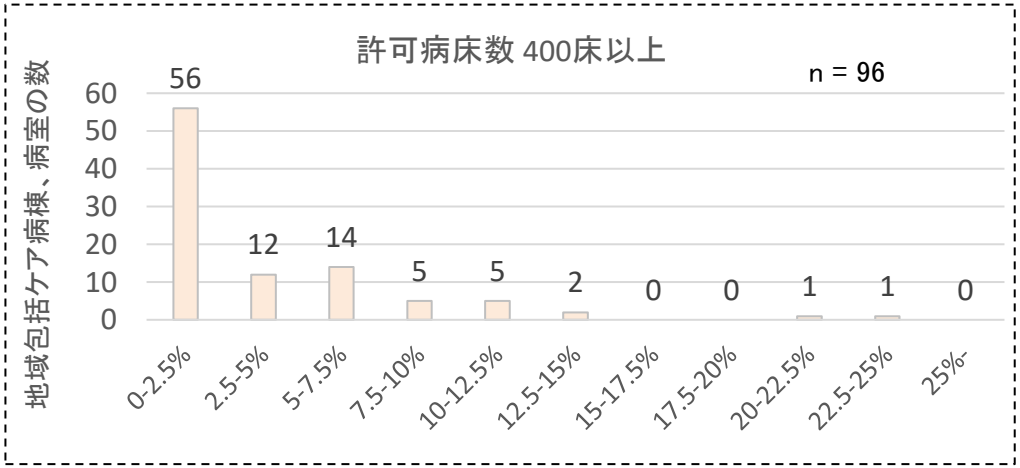
地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析⑤
救急搬送後直接入棟の患者の割合、病院の病床規模別

○　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。









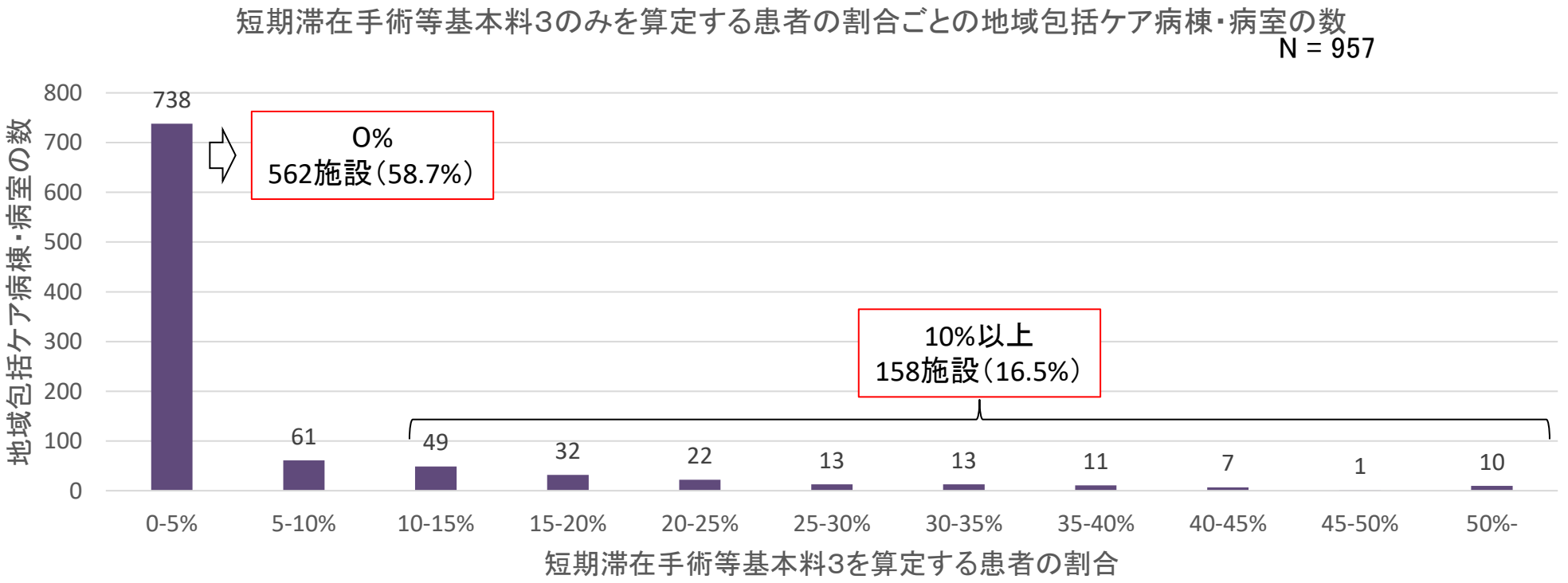
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

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）

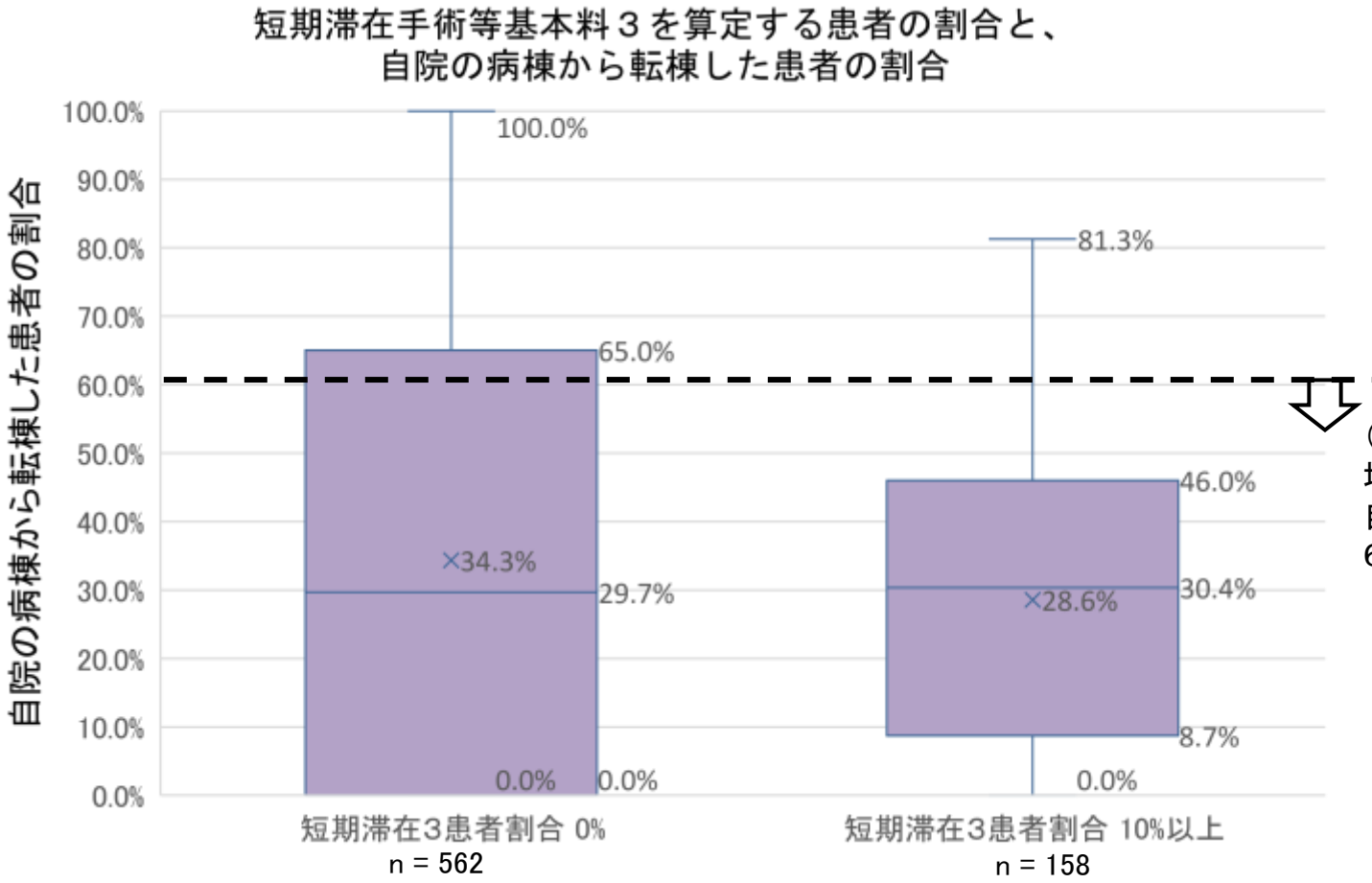
※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

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）

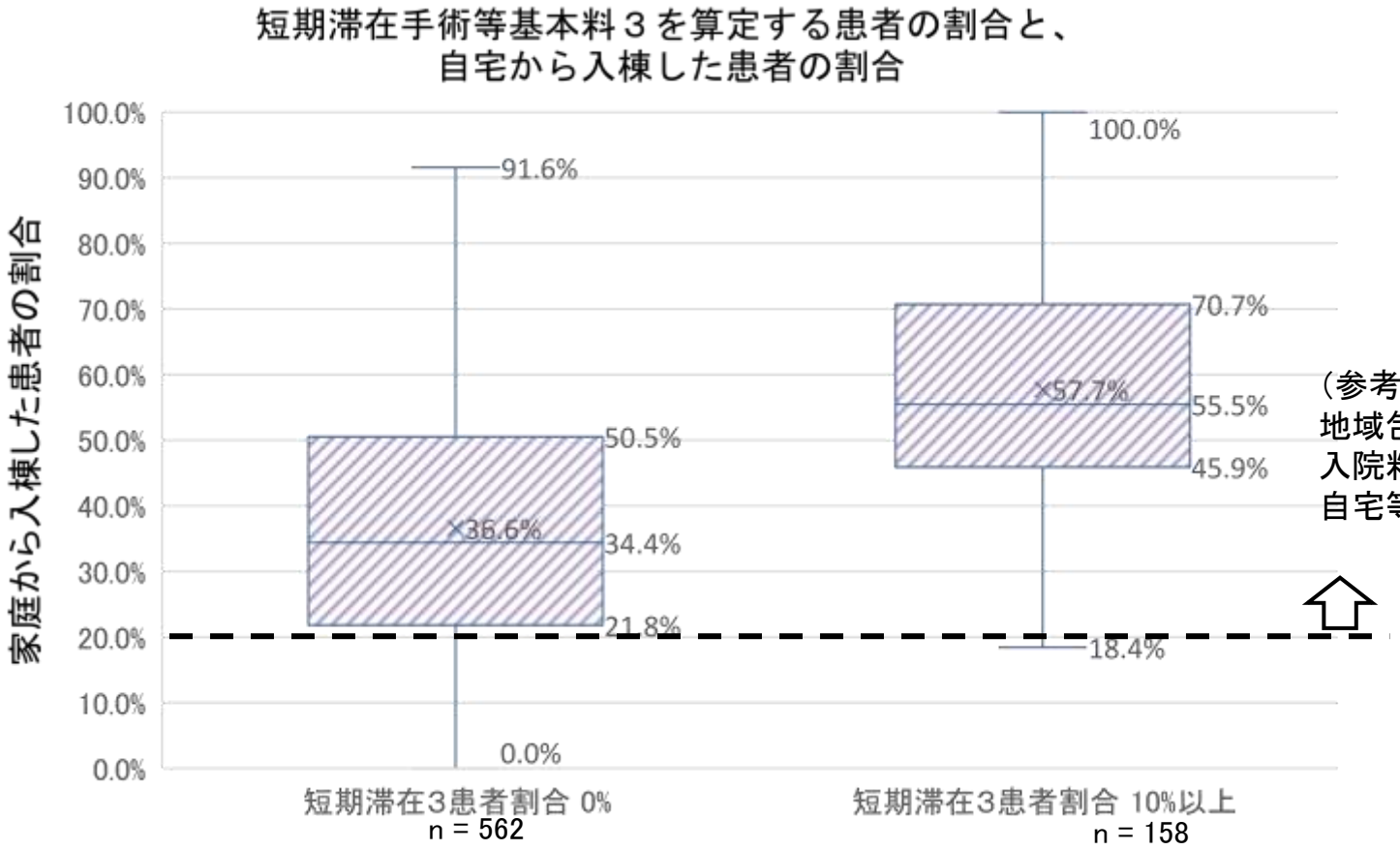
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

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）

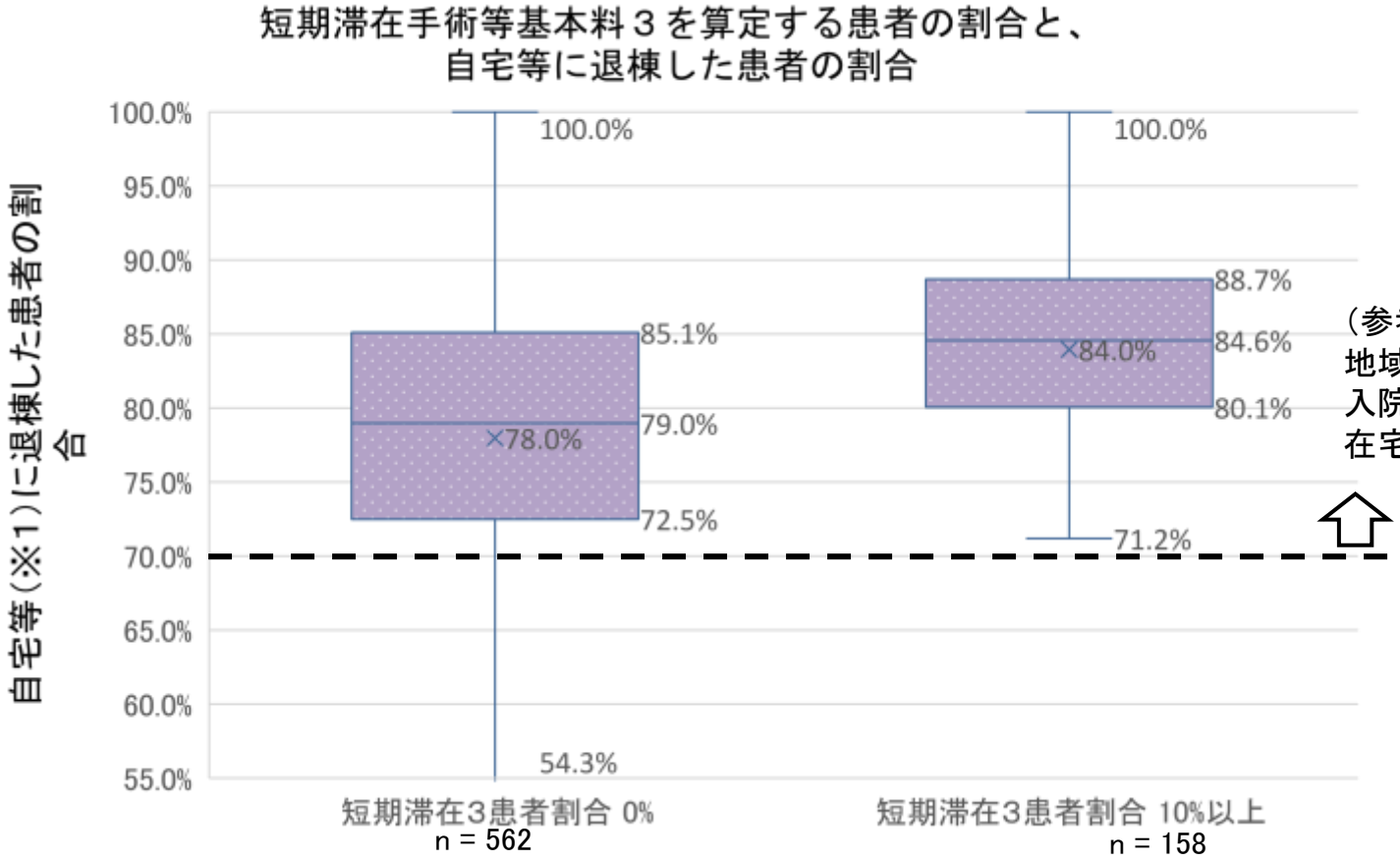
※　施設規準における自宅等：　自宅又は有料老人ホーム等（介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等）
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

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）

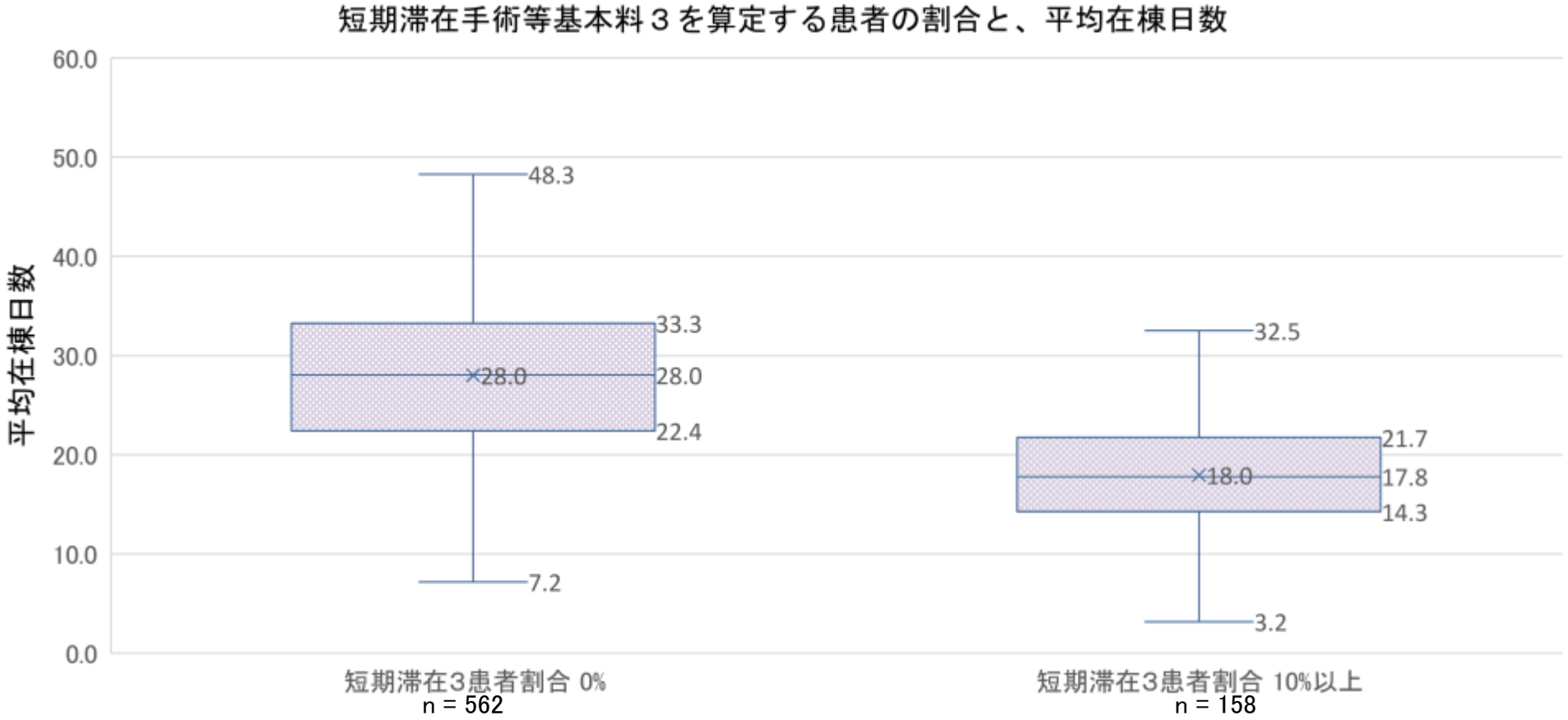
※1　集計における自宅等　：家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
※2　施設規準における在宅復帰率における分子　：他の保険医療機関（有床診療所を除く）に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

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)

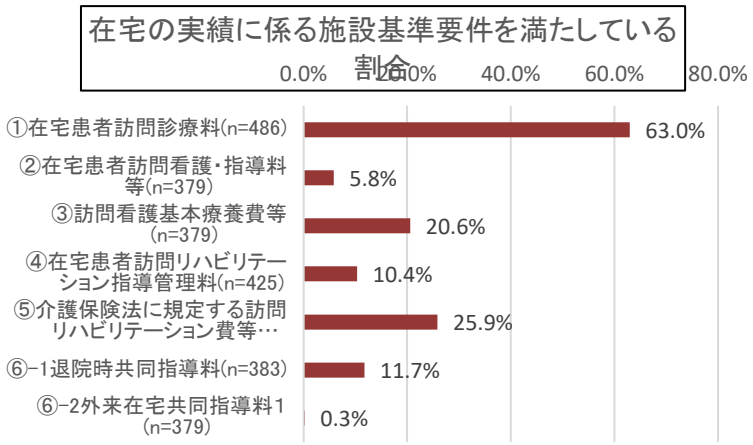
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

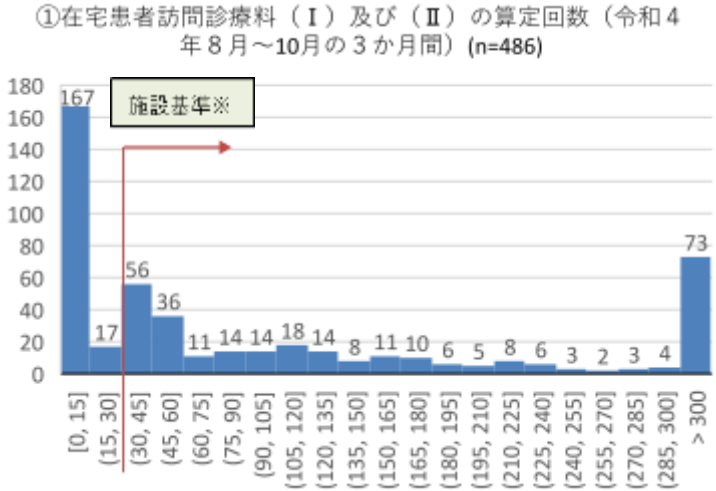
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

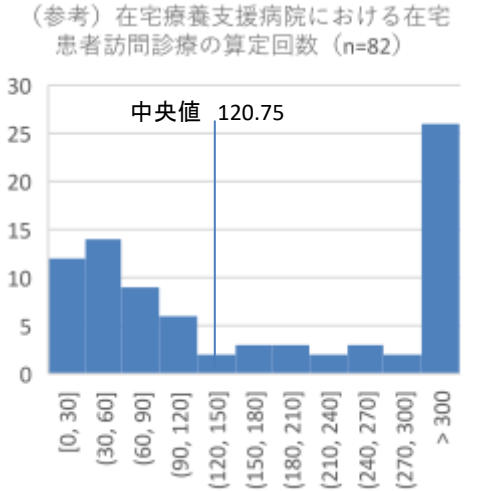
在宅医療等の提供状況①

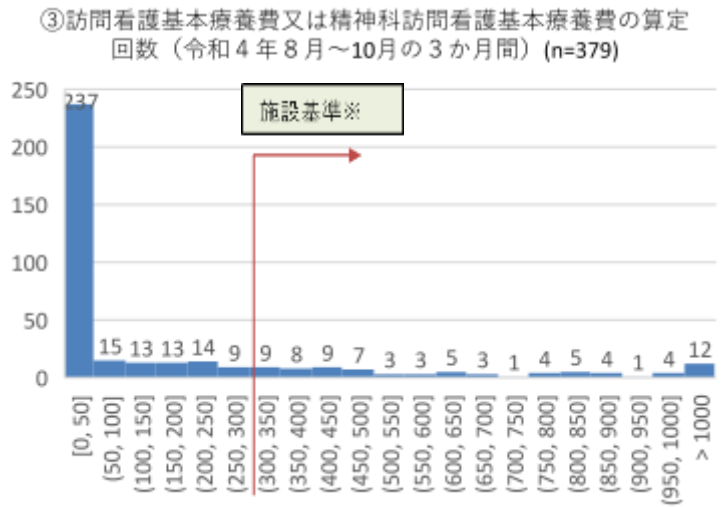
診調組　入－１
５．６．８（改）

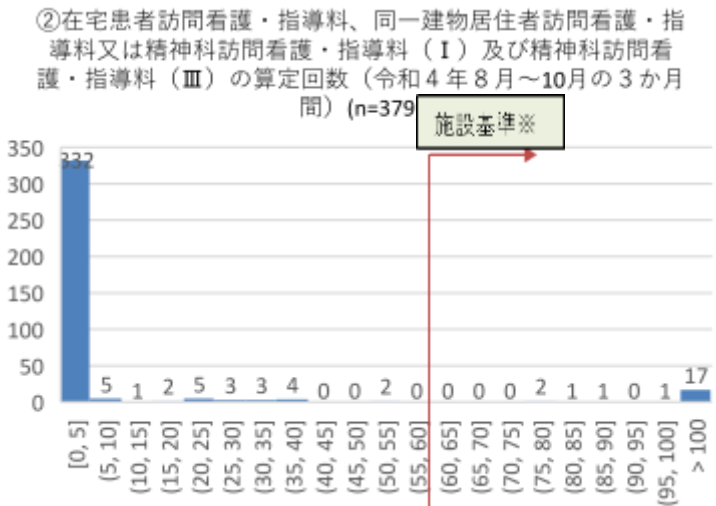
○　地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

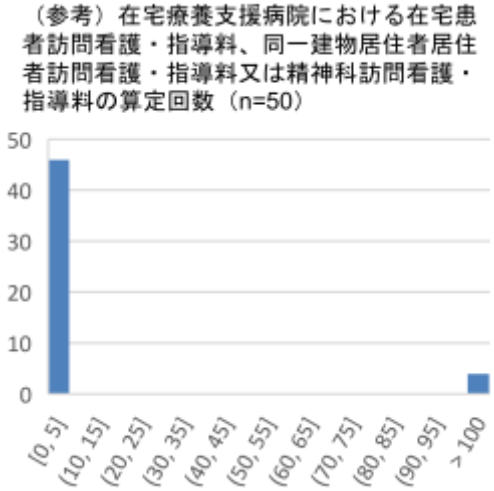












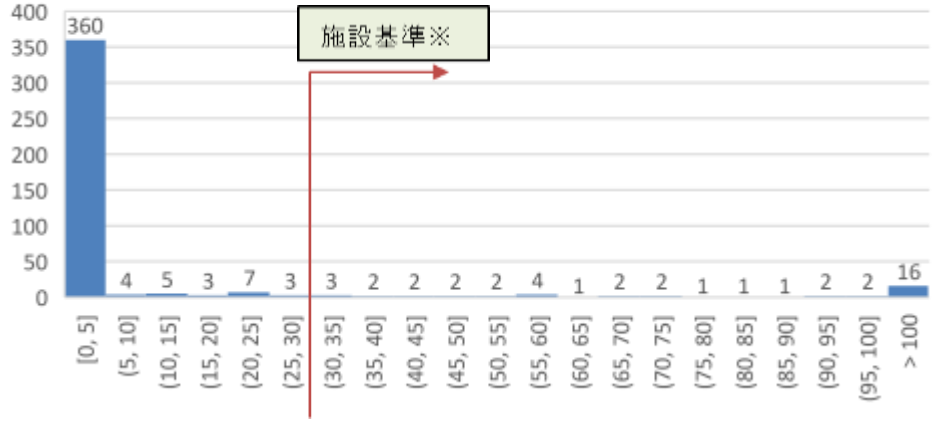
※地域包括ケア病棟入院料１・３においては上記①～⑥の要件について２つ以上満たしている必要がある。（２・４については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について１つ満たすことが要件）

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

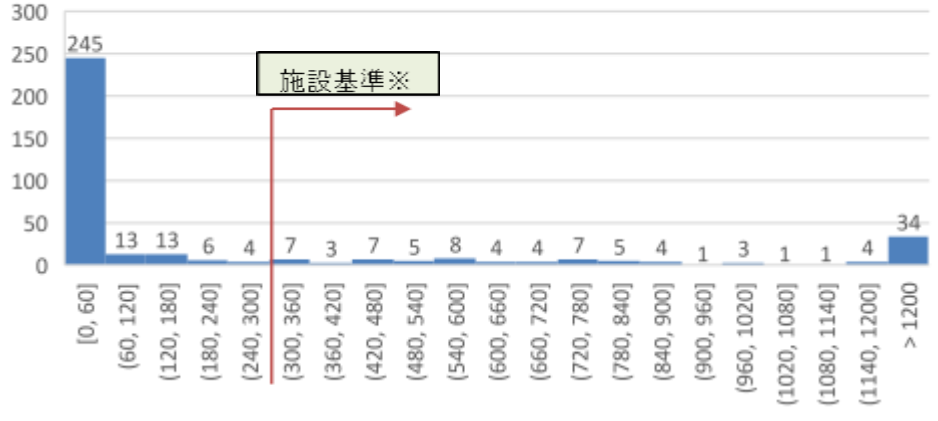
在宅医療等の提供状況②

○　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。

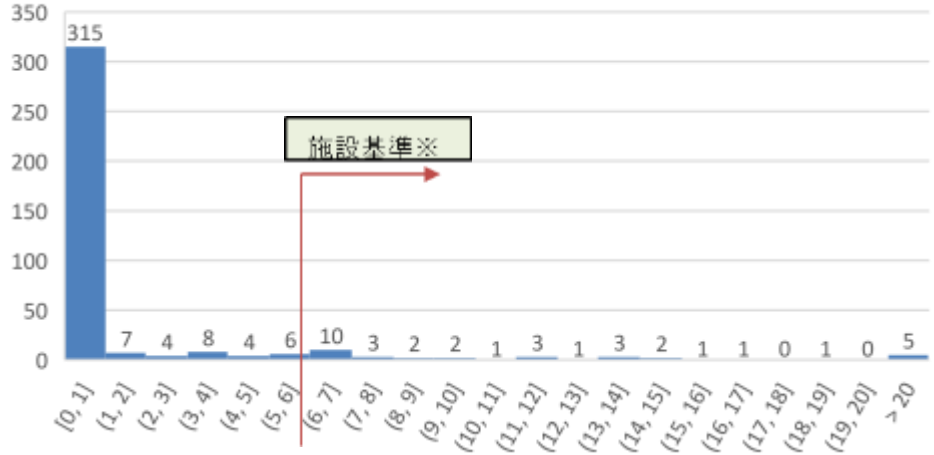
④区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和４年８月～10月の３か月間）(n=425)



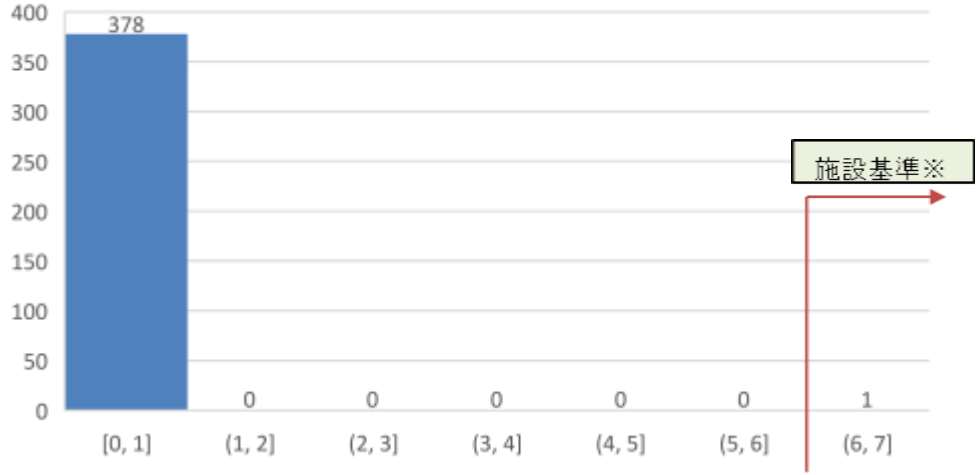
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和４年８月～10月の３か月間）(n=379)



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）

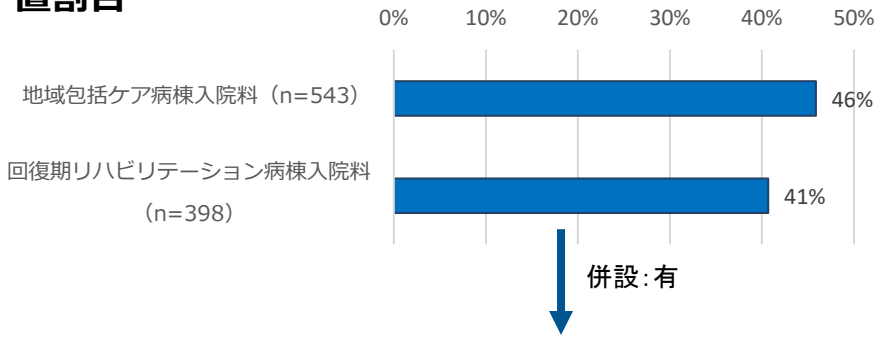
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院における訪問看護

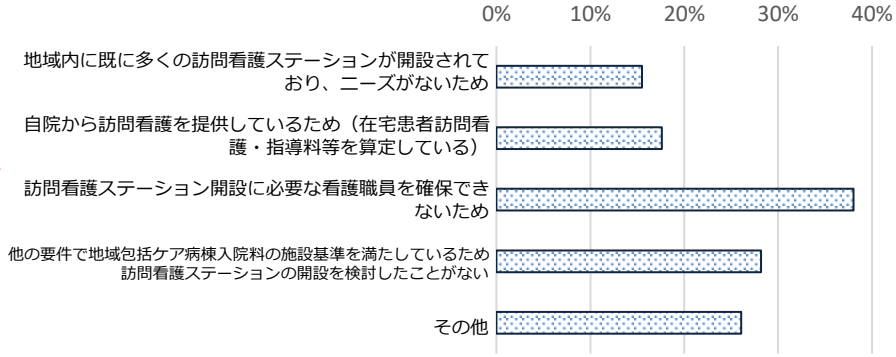
診調組　入－１
５．６．８

○ 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。

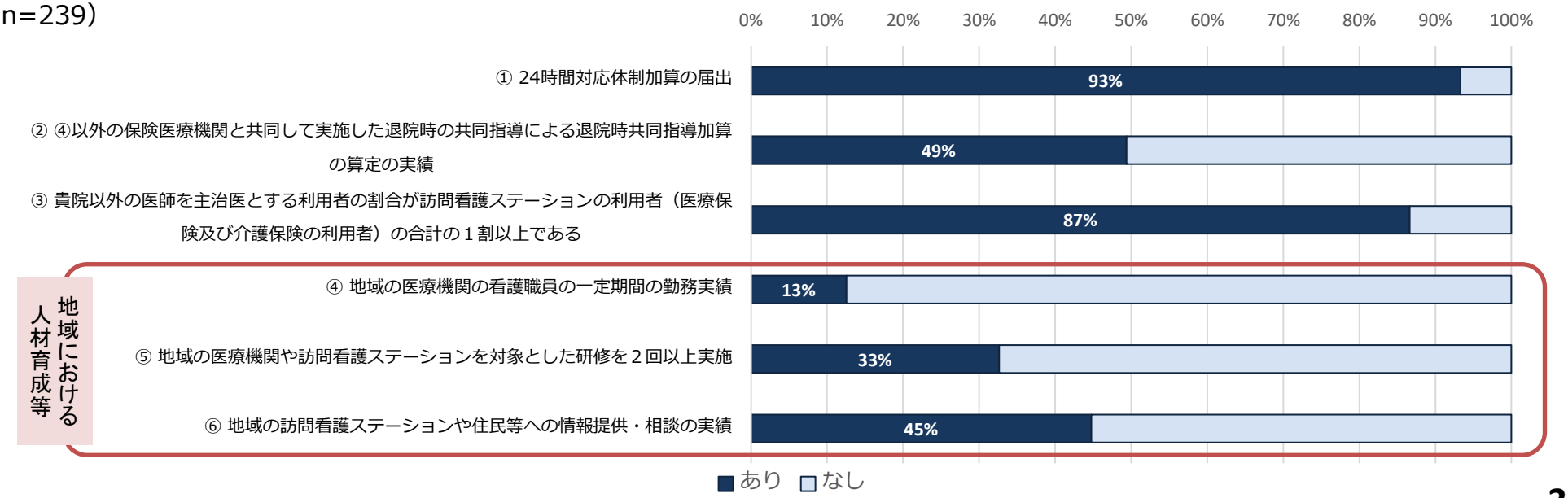
■同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



■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）



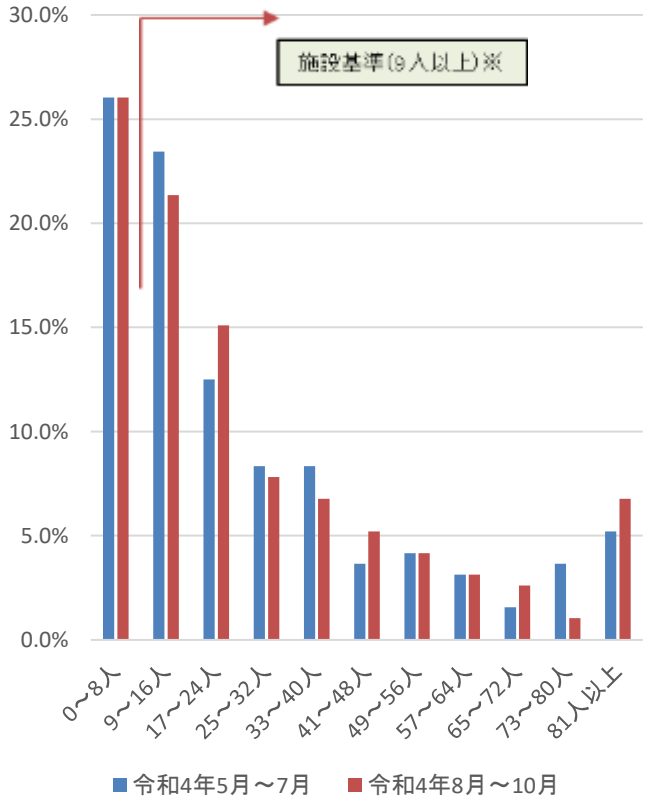
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（B票））

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

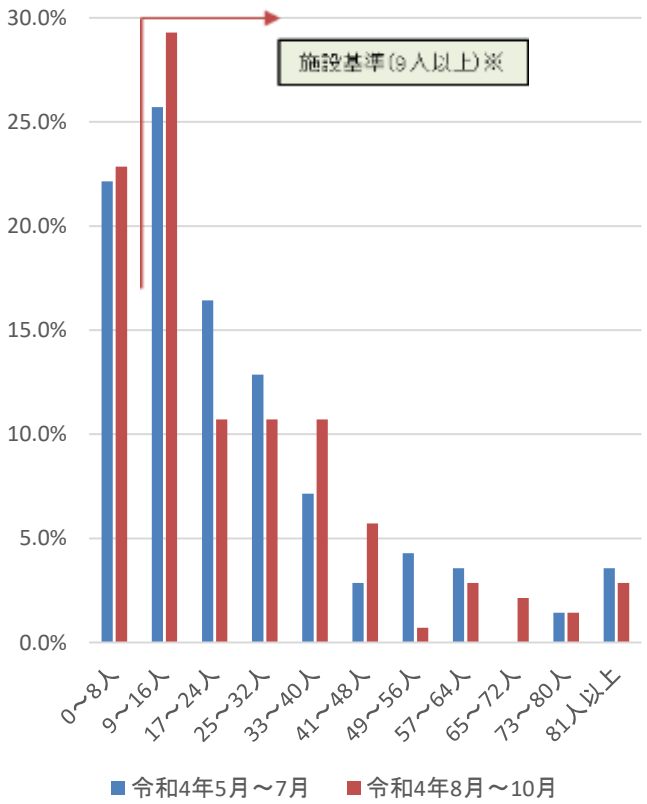
診調組　入－１
５．６．８

○　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。

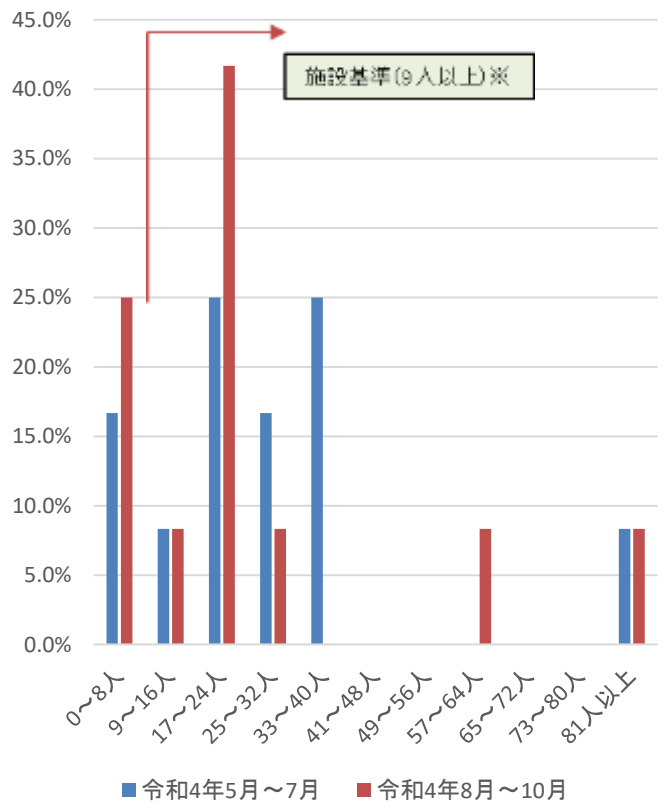
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



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)

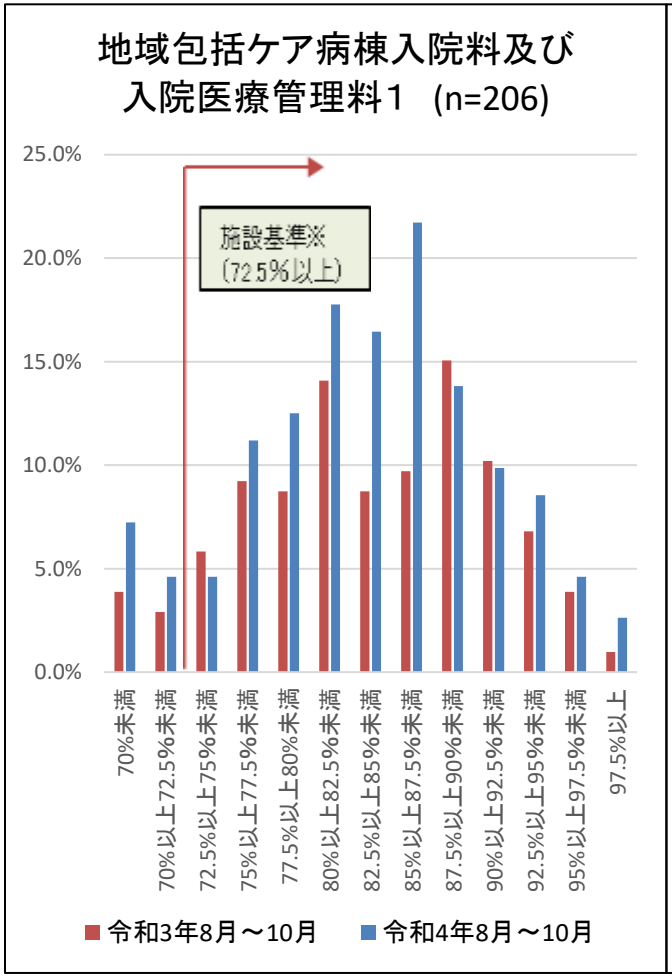


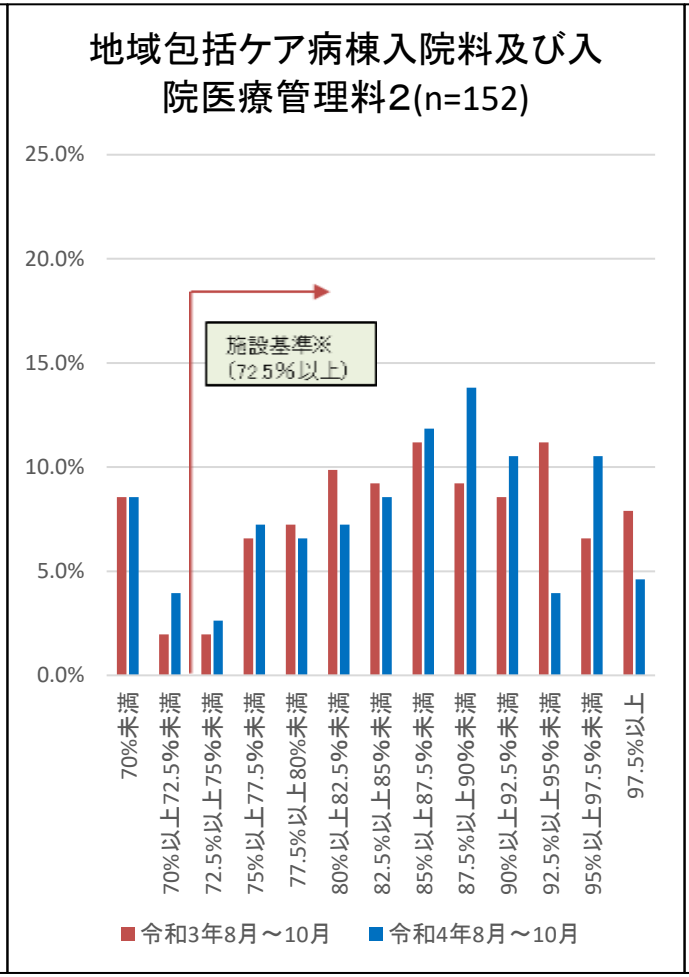
※令和４年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料１・３においては当該病棟において３ヶ月で９人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。（２・４については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要）

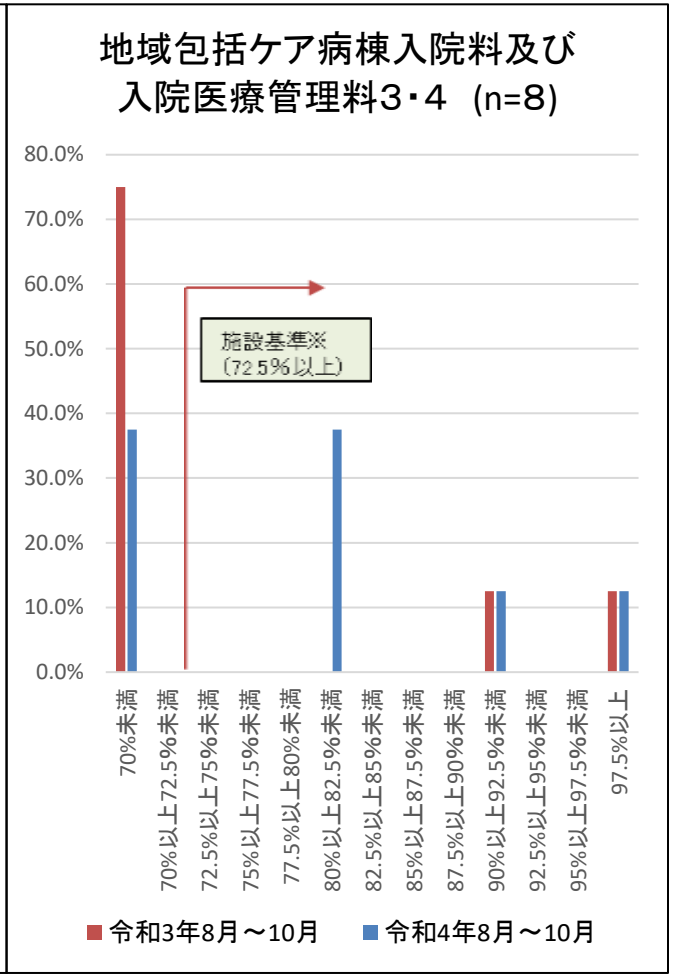
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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。







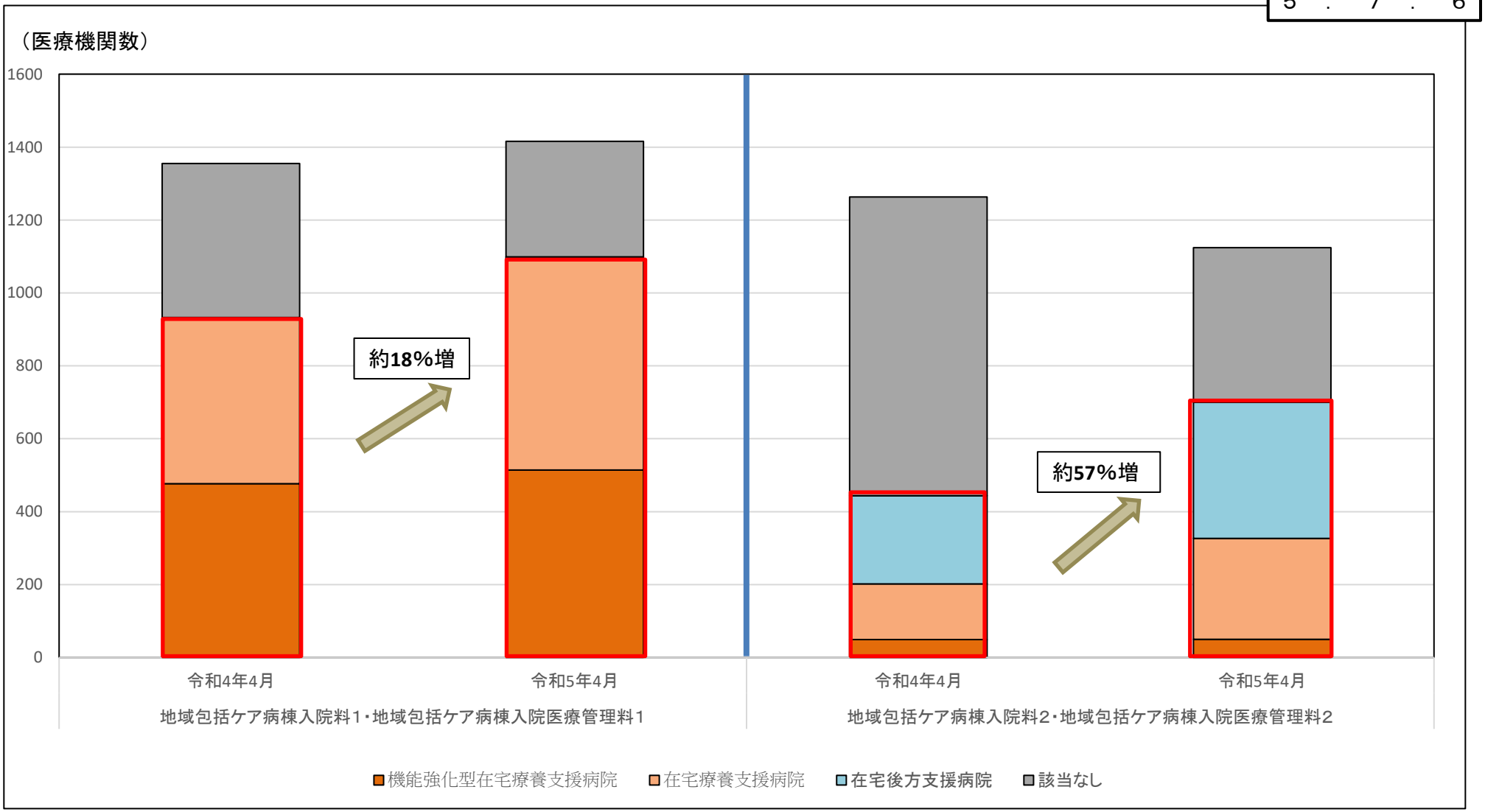
※令和４年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料１・２については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料３・４については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

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け出状況について

○ 地域包括ケア病棟入院料の届け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け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］

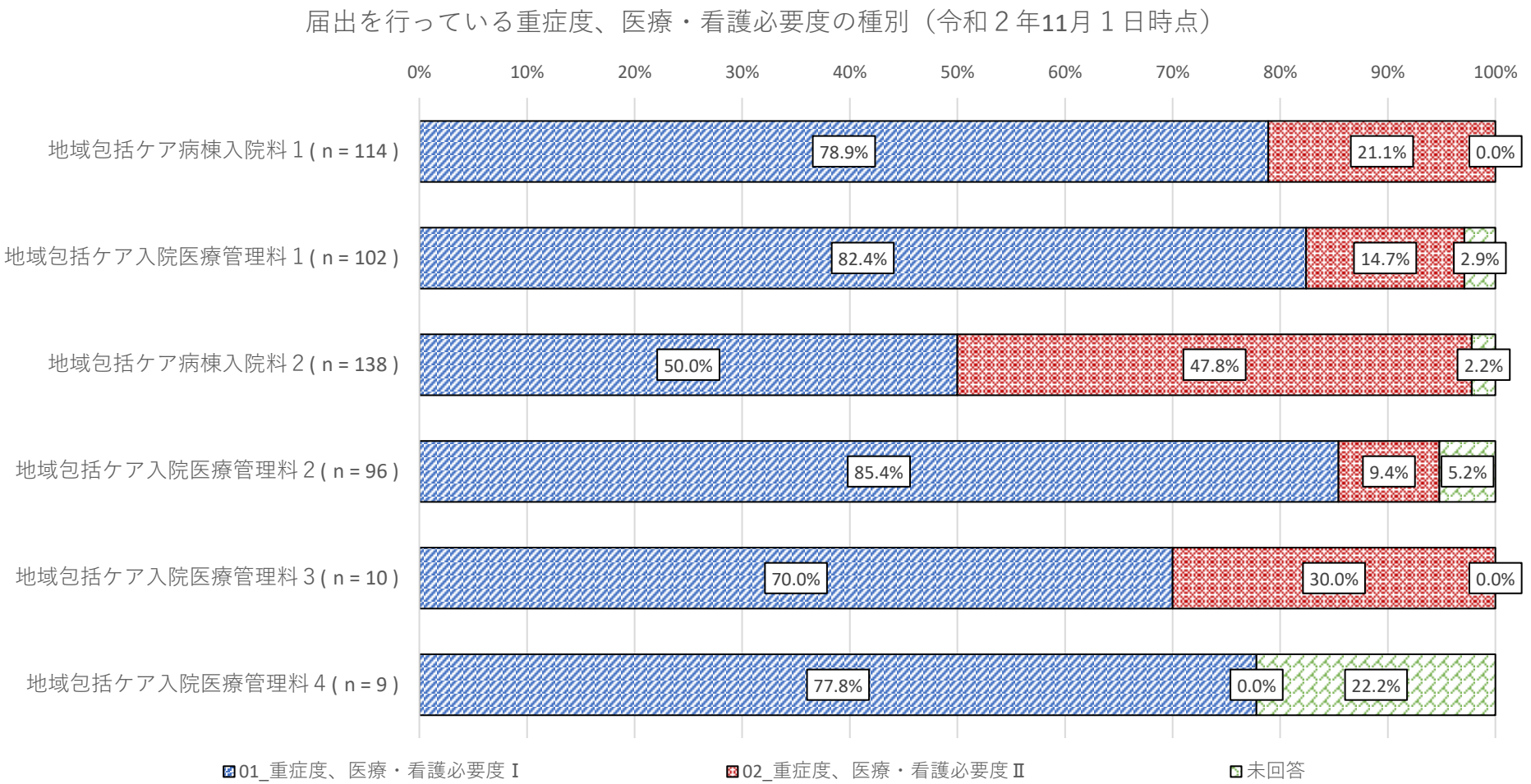
対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が１点以上又はC得点が１点以上

［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。



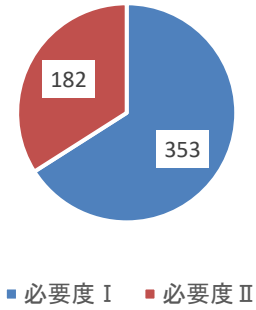
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度①

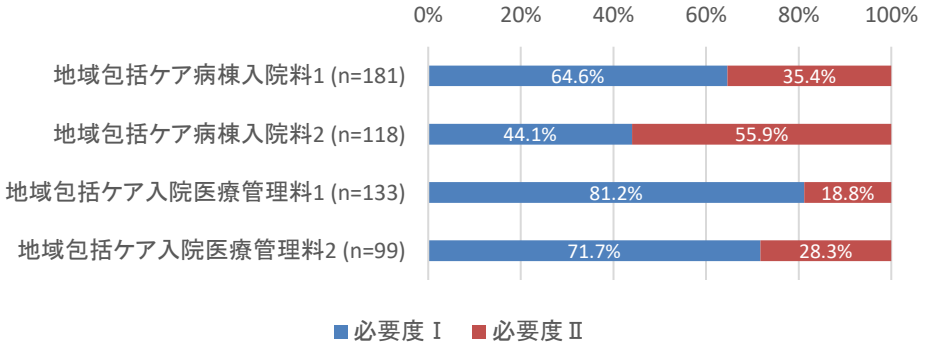
診調組　入－１
５．８．１０

○　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。

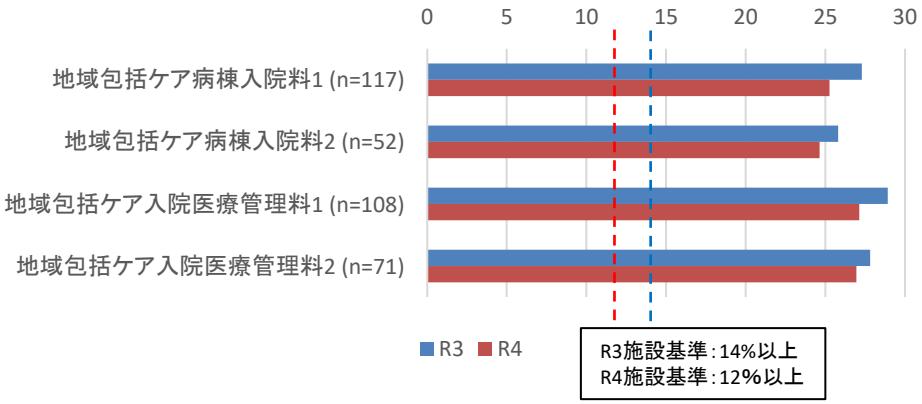
必要度Ⅰ/Ⅱの届出状況
（令和4年11月時点、n=535）



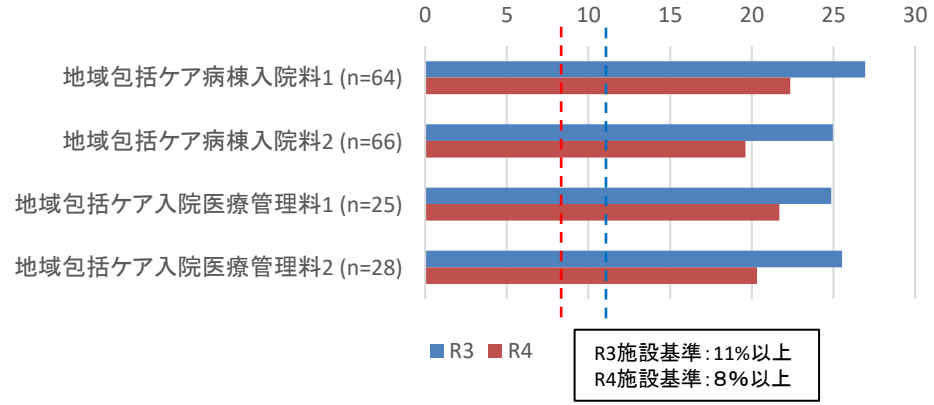
入院料の届出種類別の必要度Ⅰ/Ⅱの届出状況
（令和4年11月時点）



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



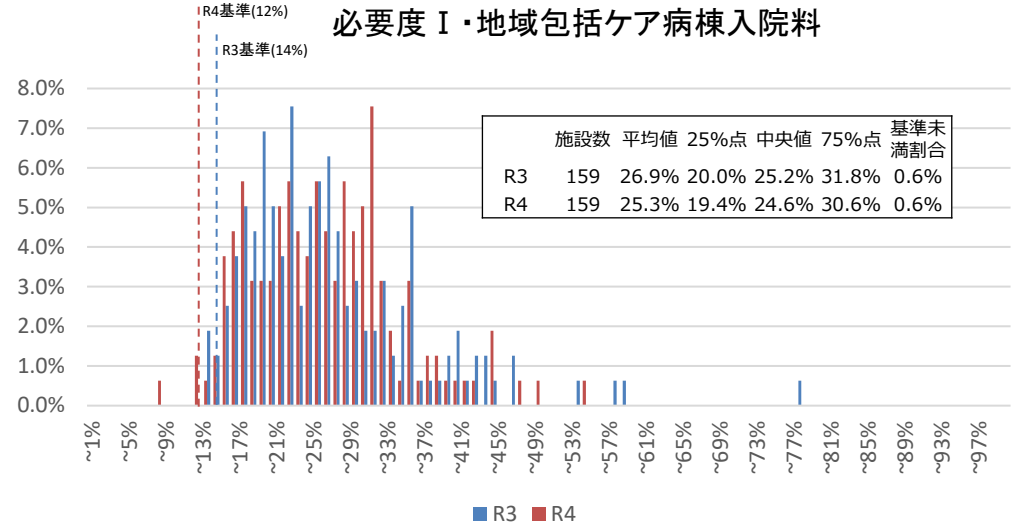
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票B）

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

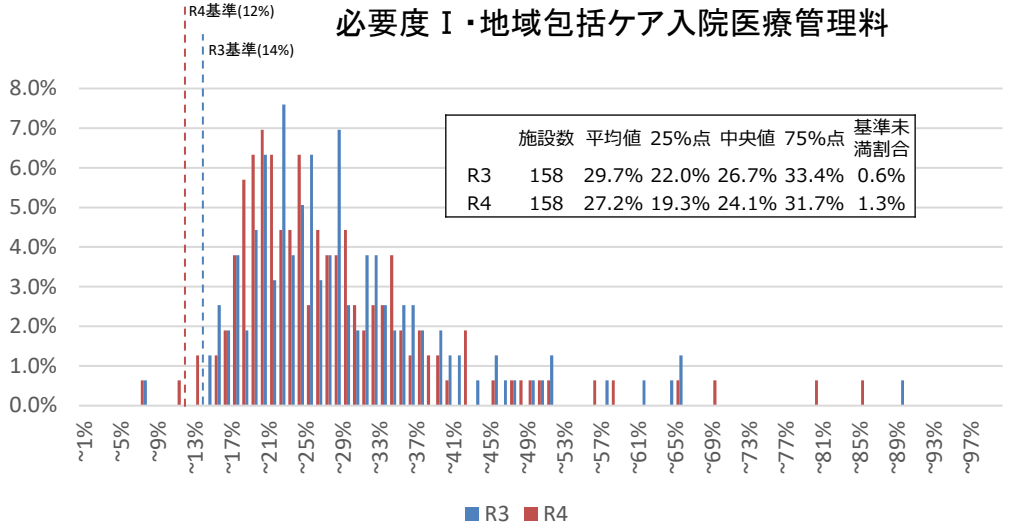
○　地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

必要度Ⅰ・地域包括ケア病棟入院料



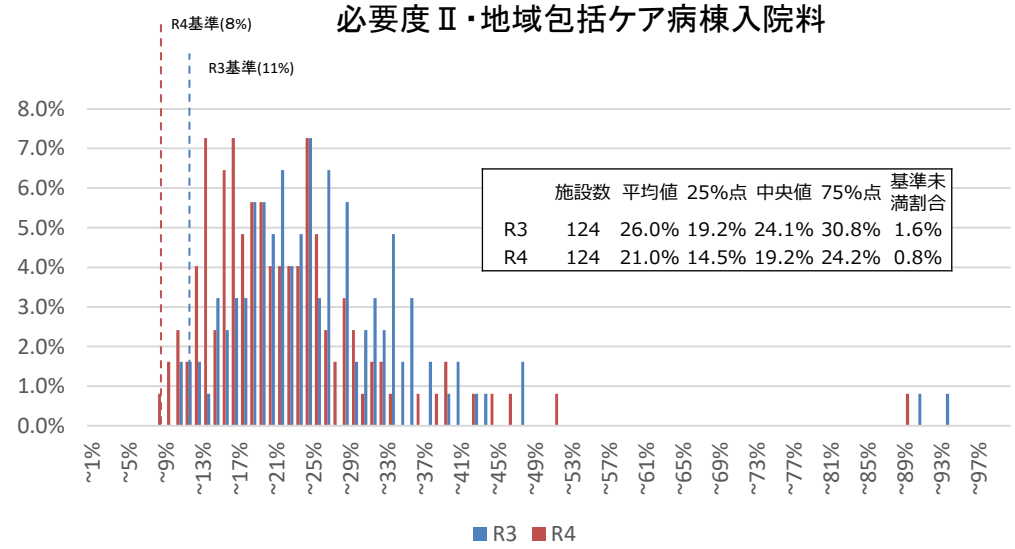
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	159	26.9%	20.0%	25.2%	31.8%	0.6%
R4	159	25.3%	19.4%	24.6%	30.6%	0.6%

必要度Ⅰ・地域包括ケア入院医療管理料



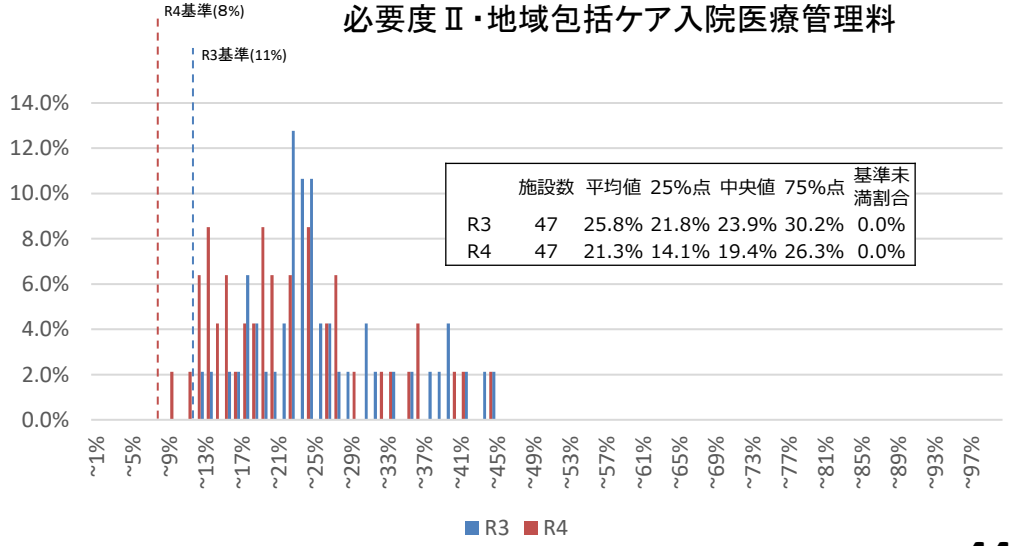
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	158	29.7%	22.0%	26.7%	33.4%	0.6%
R4	158	27.2%	19.3%	24.1%	31.7%	1.3%

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%

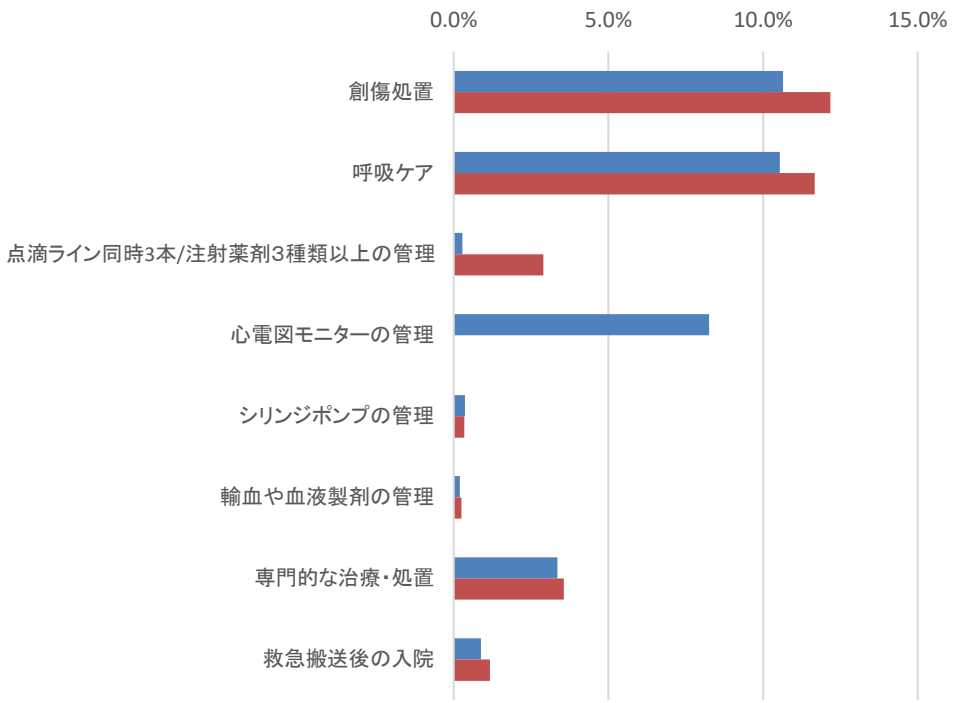
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票B）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度③

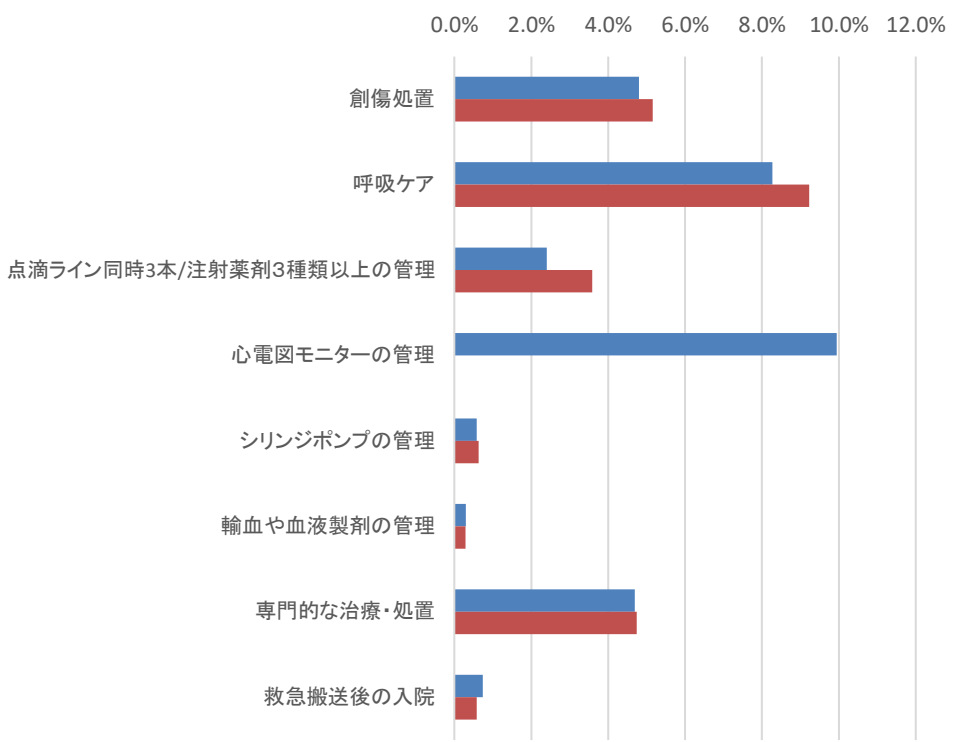
診調組　入－１
５．８．１０

○　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）

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

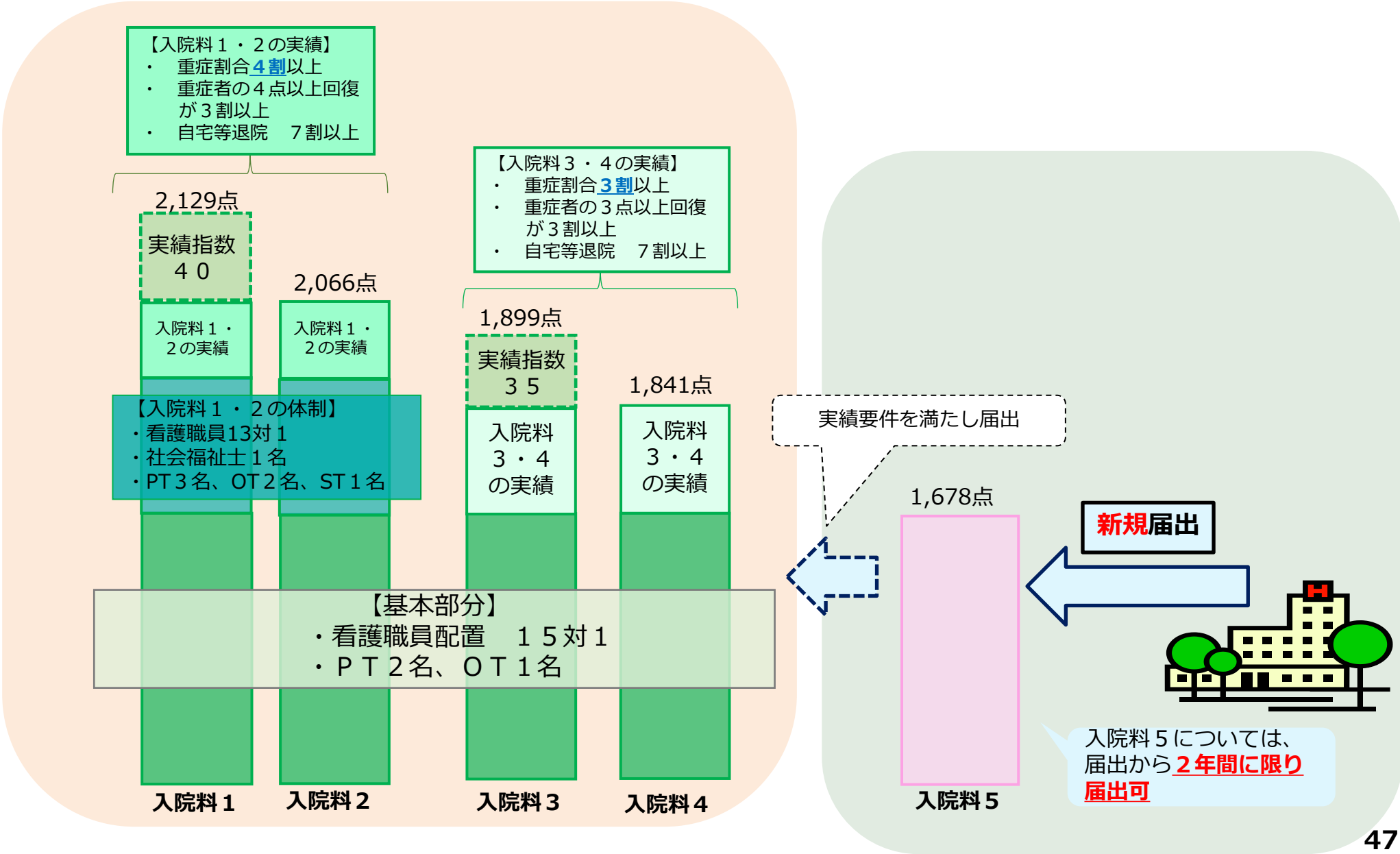
7. 外来医療について

8. 外来腫瘍化学療法について

9. 情報通信機器を用いた診療について

10. 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）



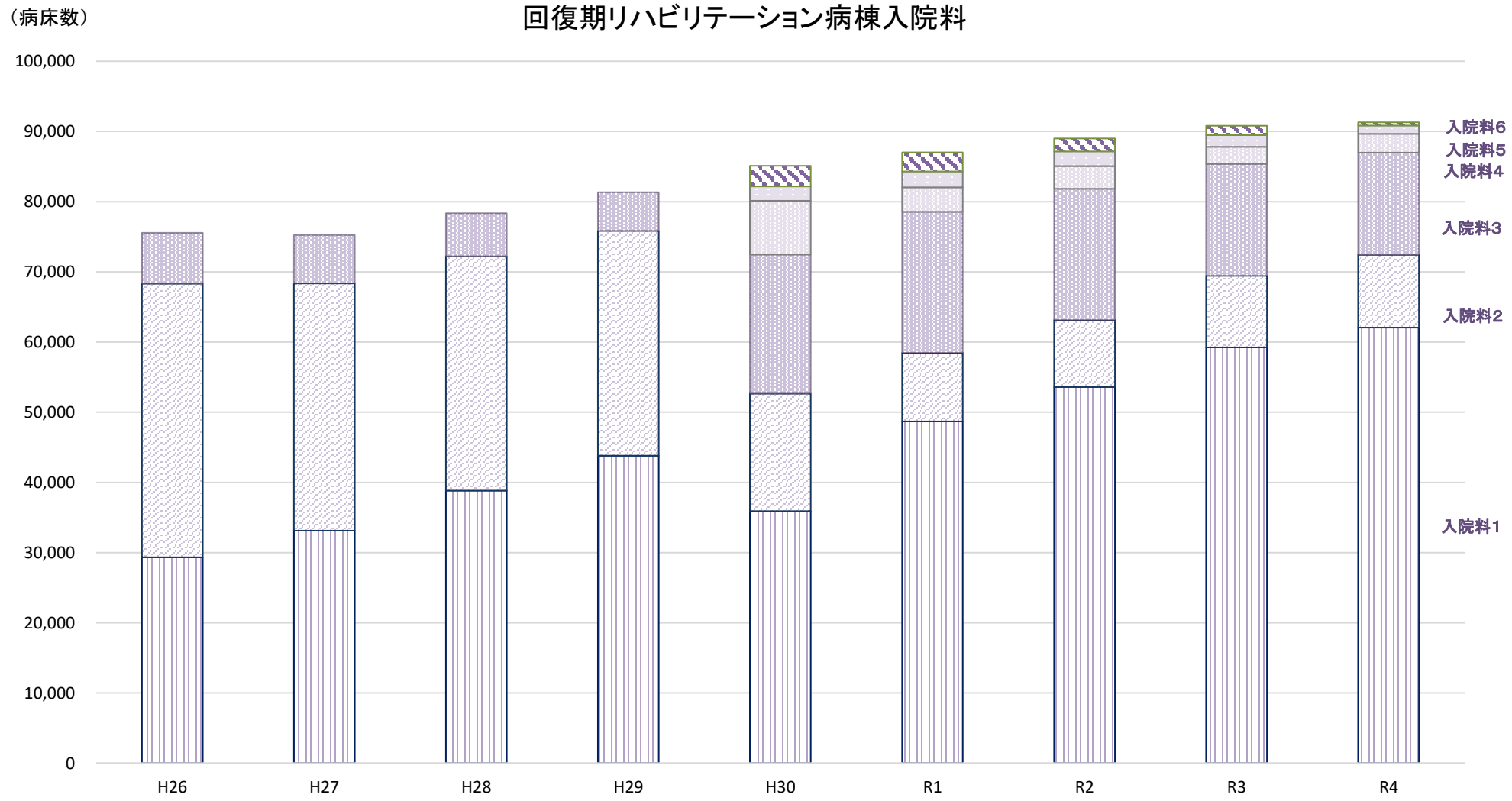
回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	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。

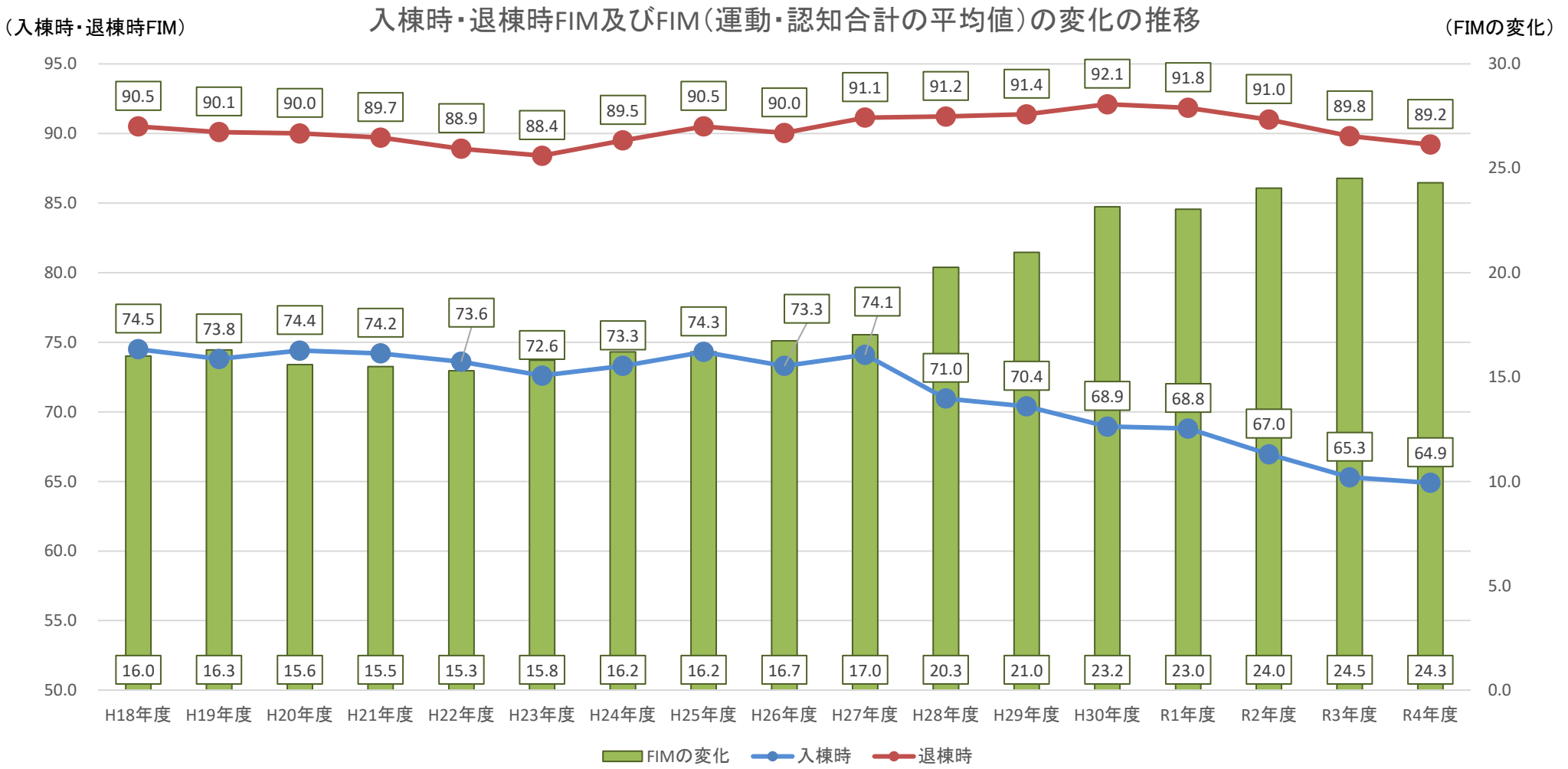
Functional Independence Measure（FIM）

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	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段		理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）		社会的交流	問題解決	記憶
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

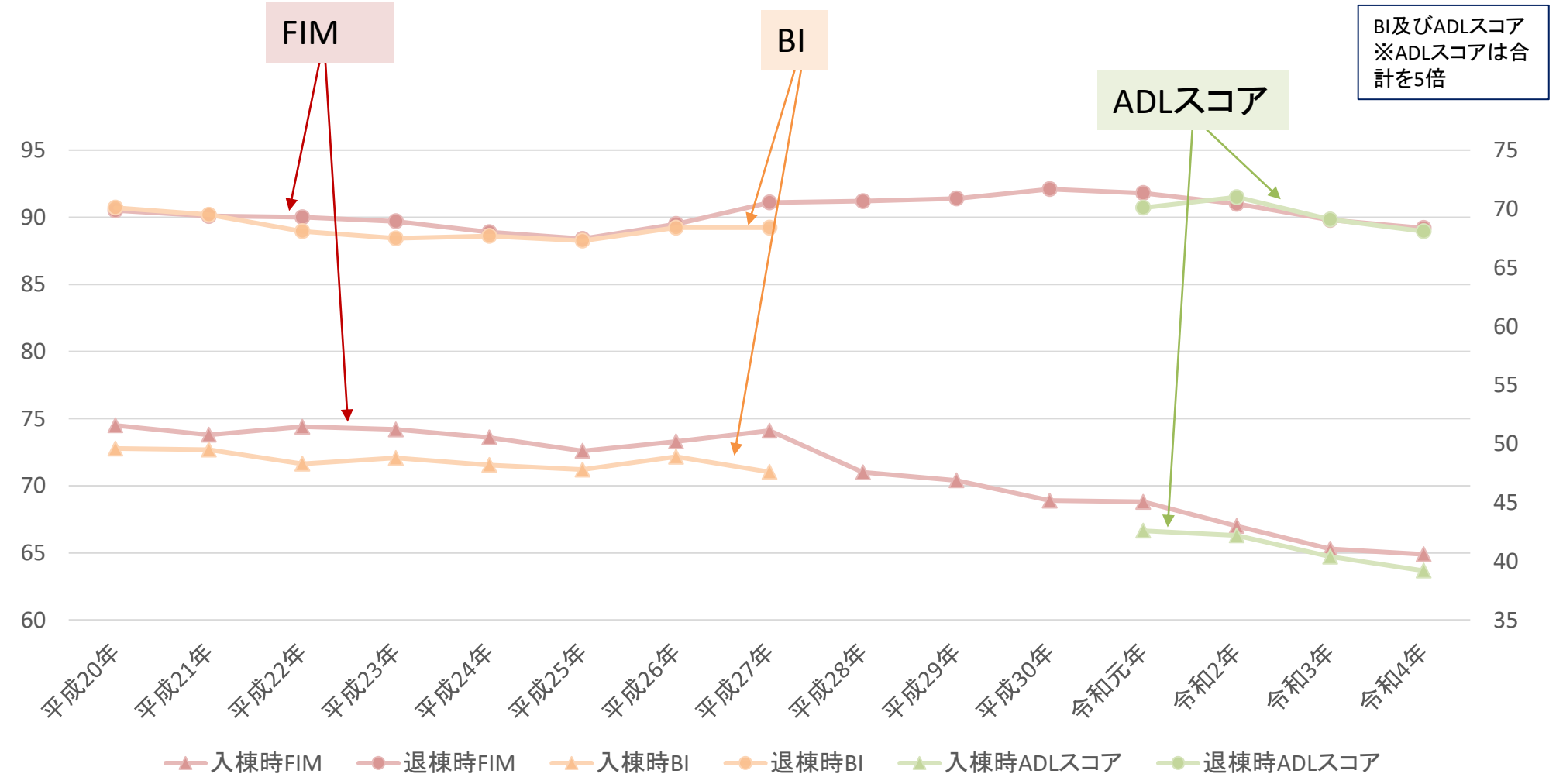
BI（バーセルインデックス）の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから１人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	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

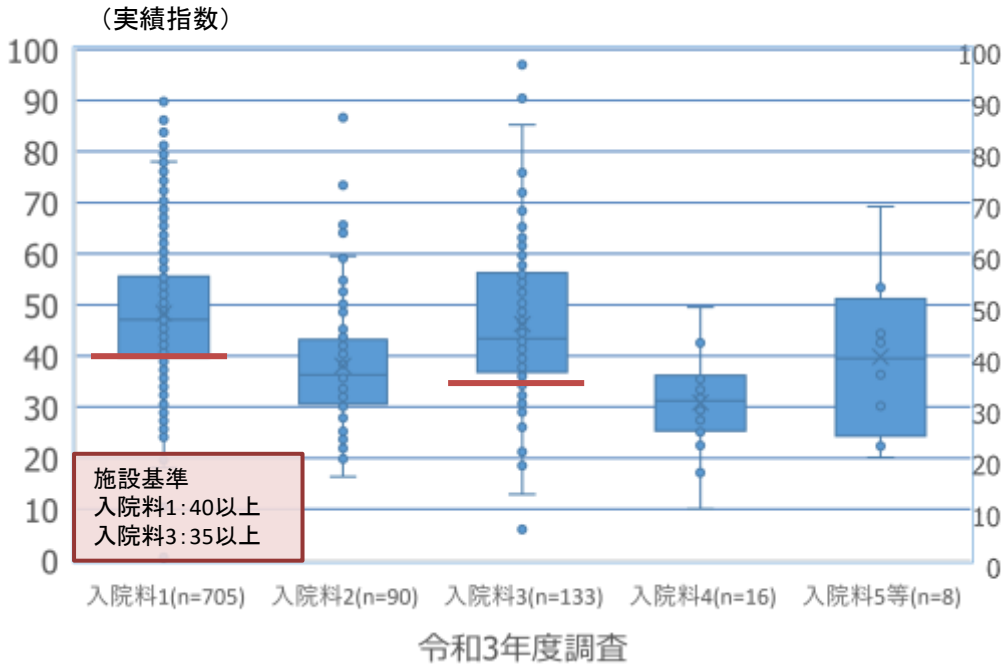
○　入退棟時FIMと入退棟時BI及び入退棟時ADLスコアの年次推移は以下のとおり。
○　BI及びADLスコアでも同様の低下傾向を認めた。

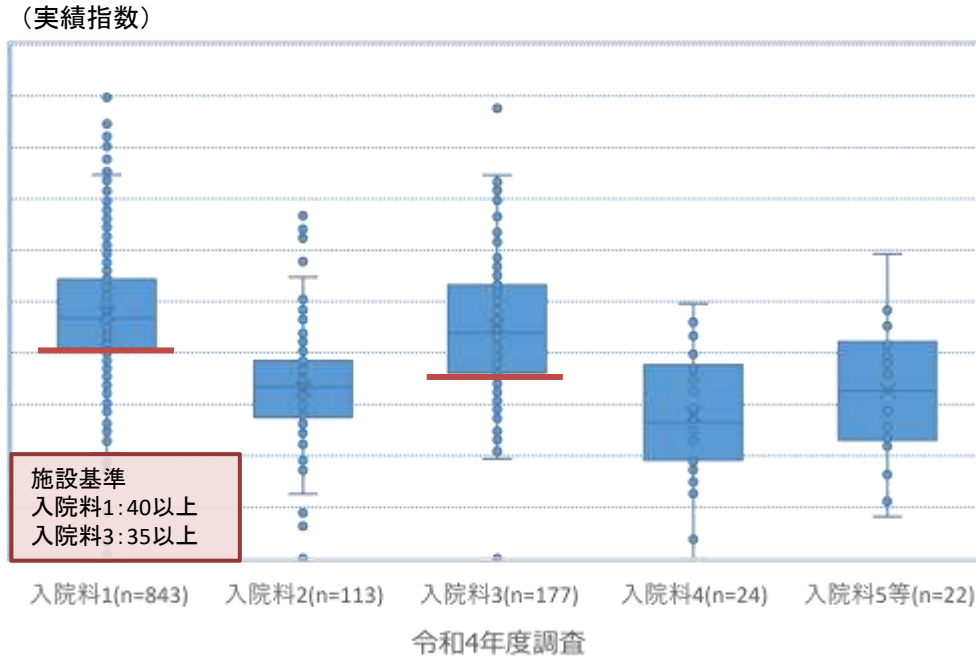


出典：FIM及び2015年までのBIについては一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）
令和元年以降のADLスコアについてはDPCデータより（令和4年度診療分のみ4～6月、令和元年～3年診療分は当年4月～翌年3月まで）

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

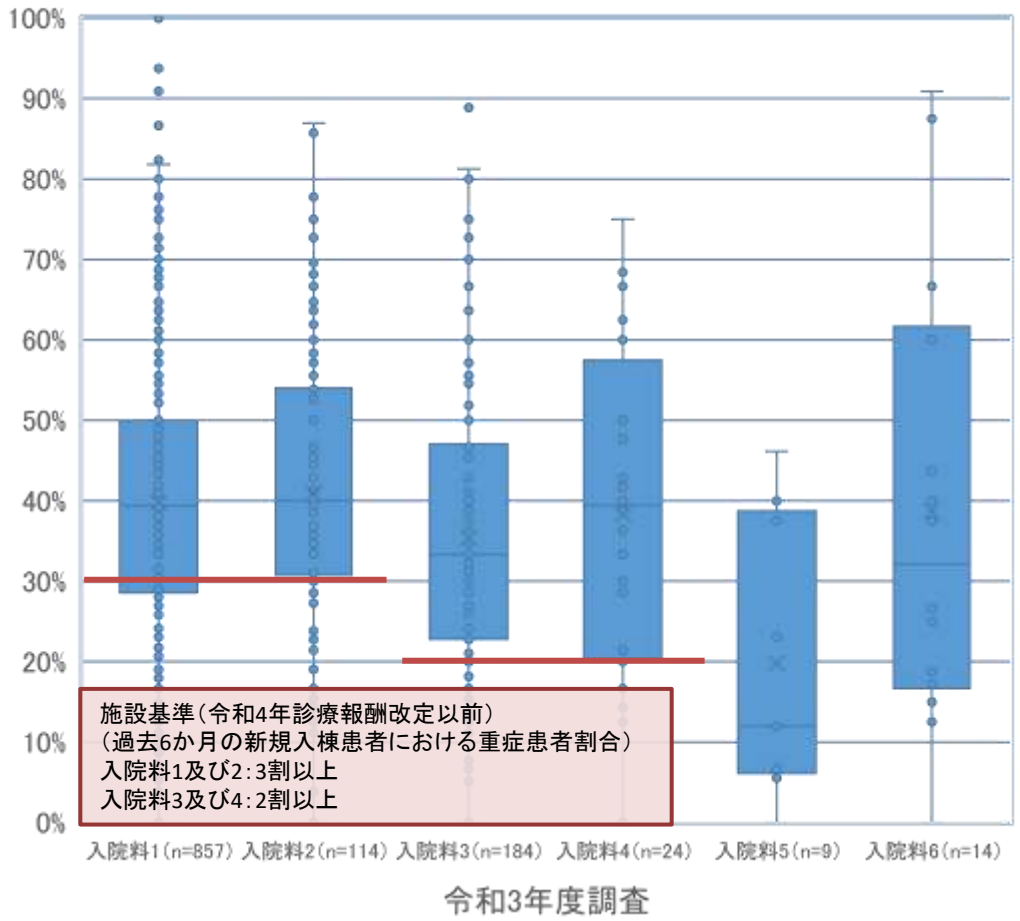
○　3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

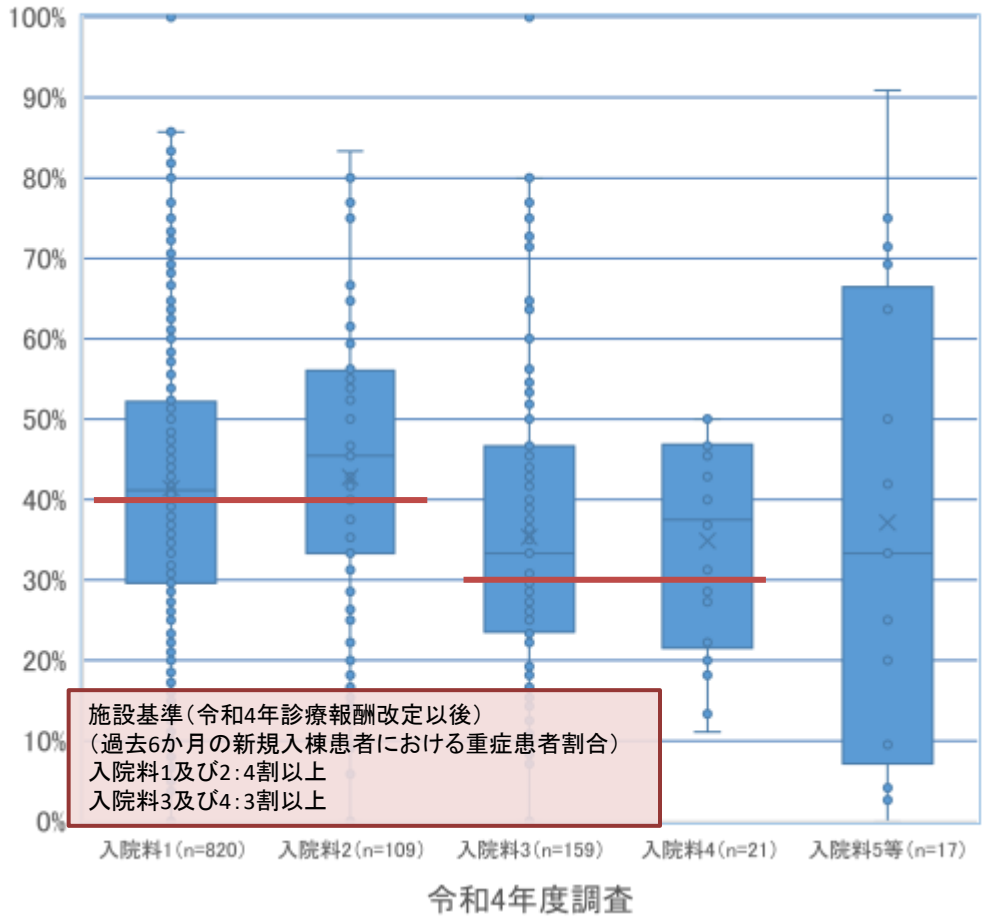
$$\text{実績指数} = \frac{\text{（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）}}{\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)}$$

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。



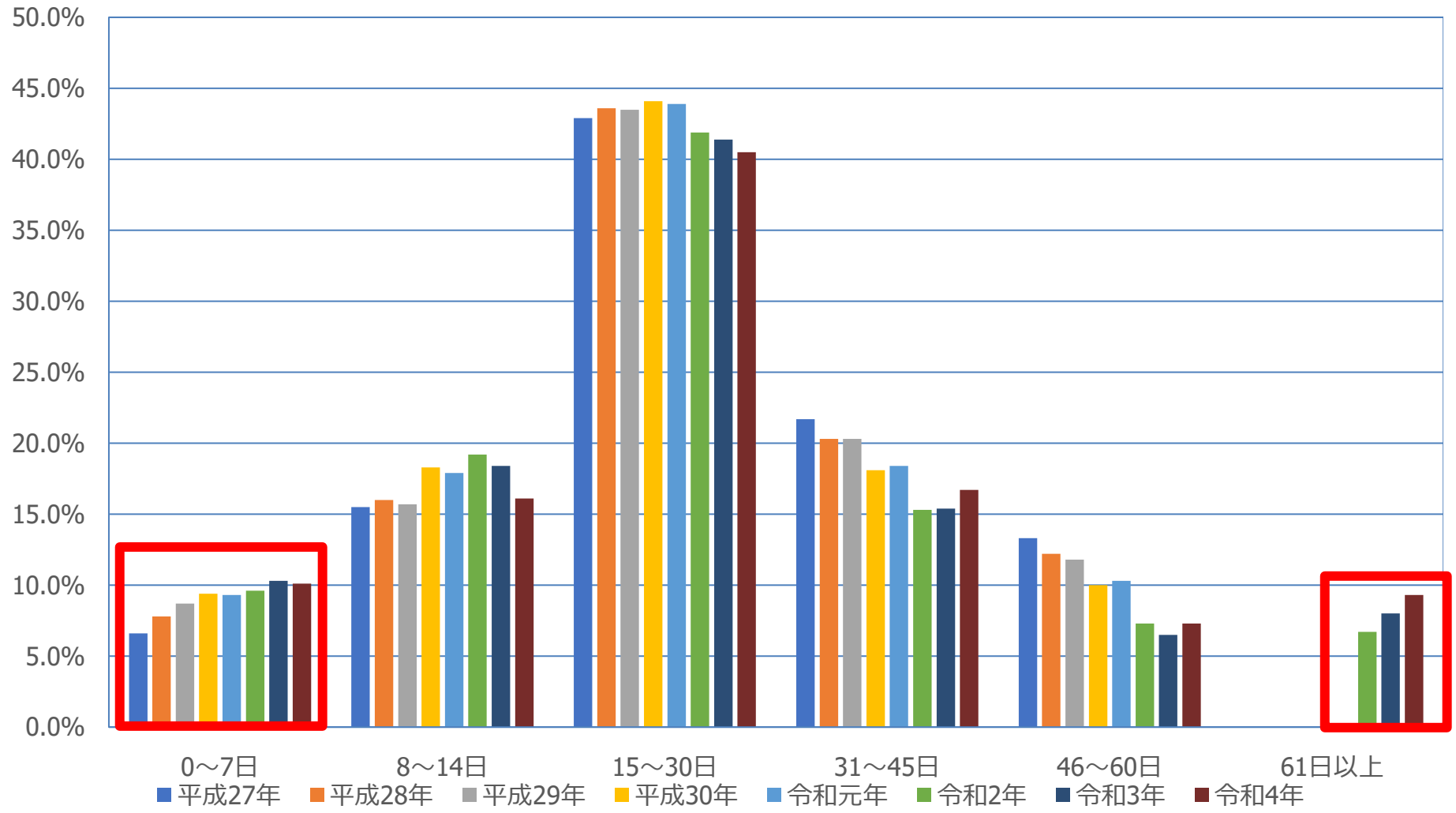


※FIMによる重症患者：FIMが55点以下の患者

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

○　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。

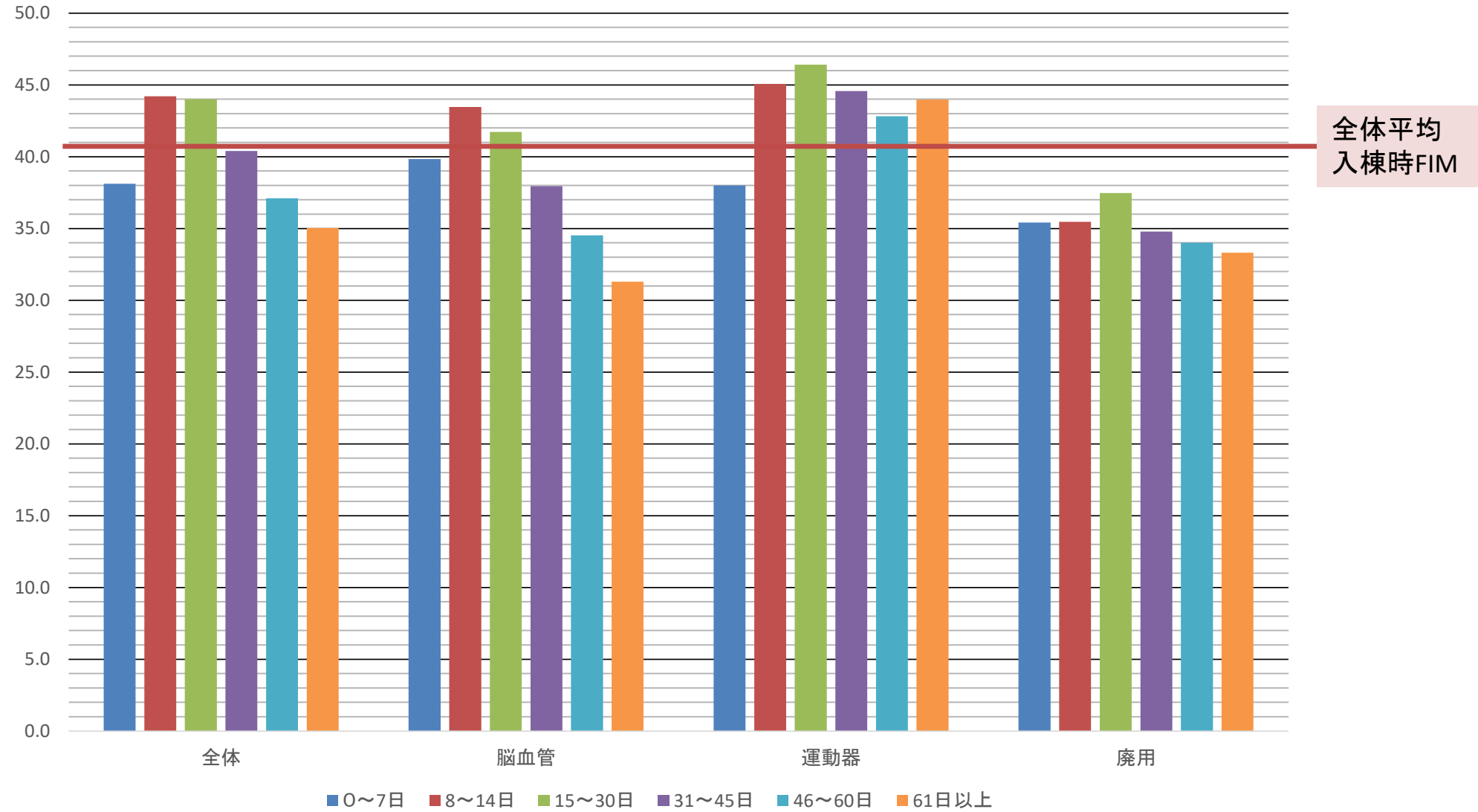


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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

診調組　入－1参考
5　.　9　.　6

○　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。

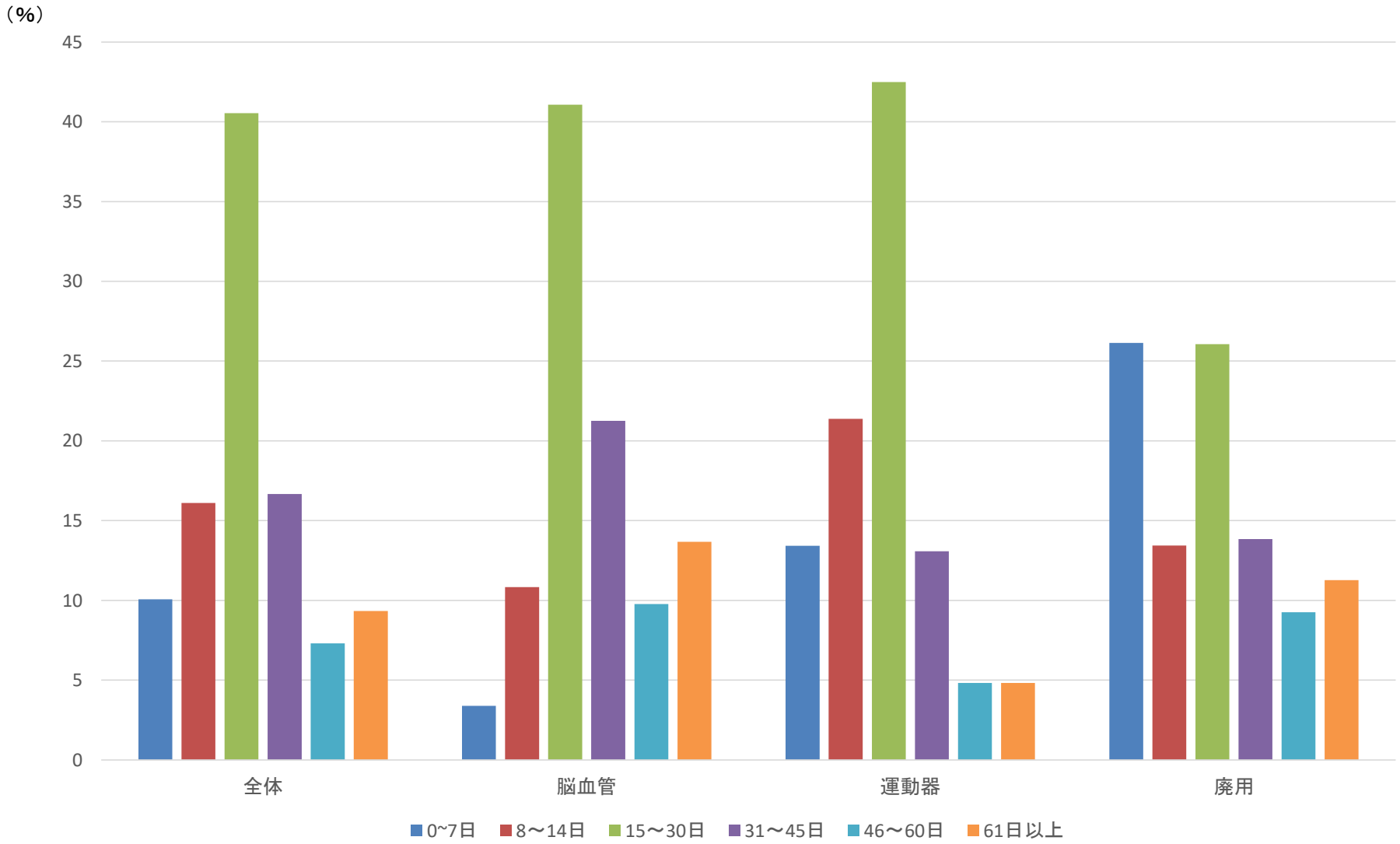


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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。

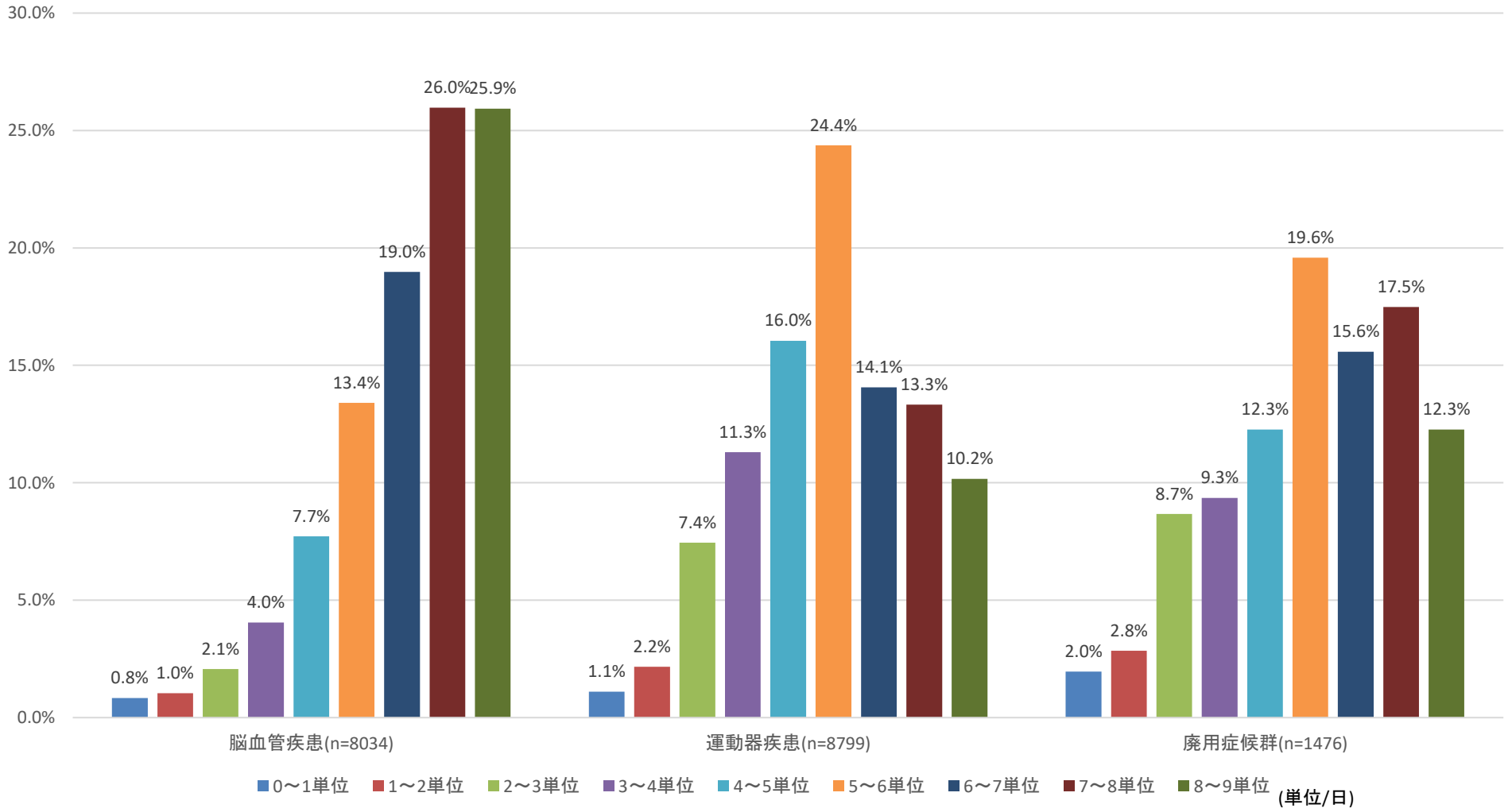


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

リハ提供単位毎の分布

診調組　入－1参考
5　.　9　.　6

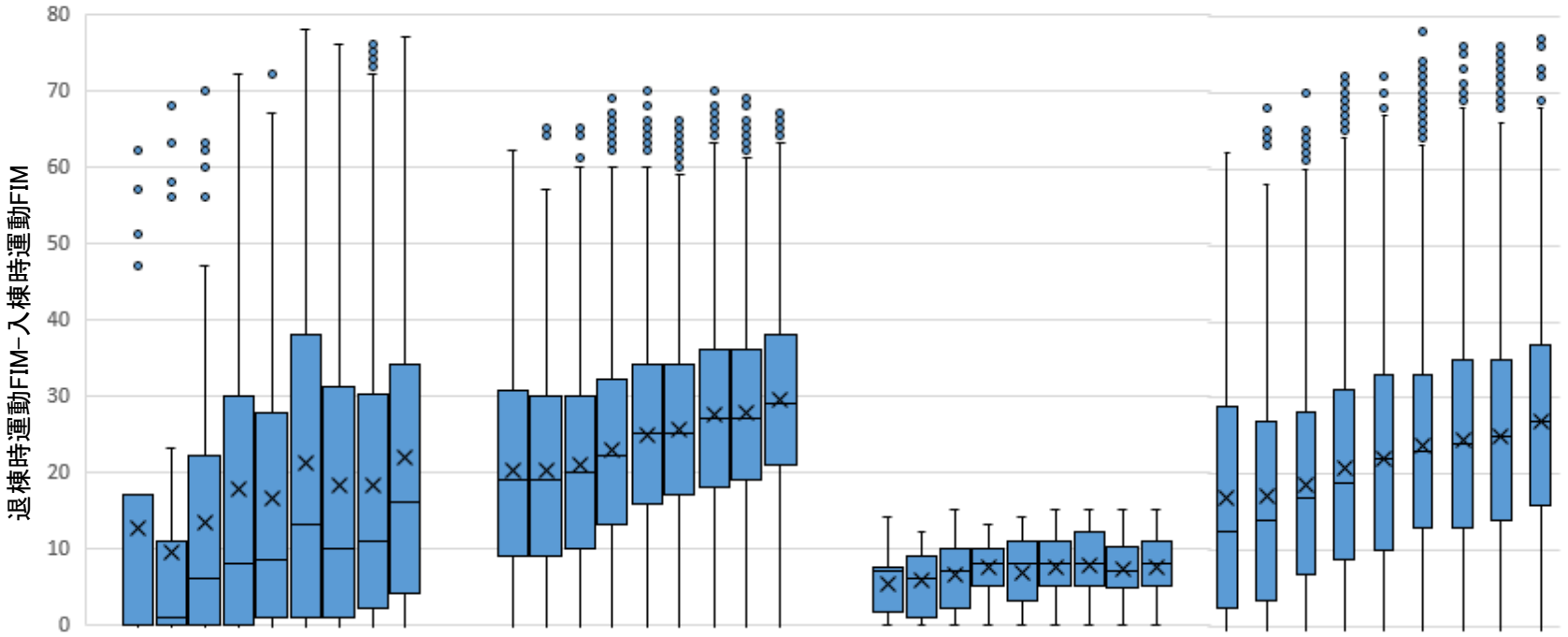
○　疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の患者分布については以下のとおり。
○　脳血管疾患については8～9単位/日に、運動器疾患と廃用症候群については5～6単位/日にピークが認められた。



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）

○　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

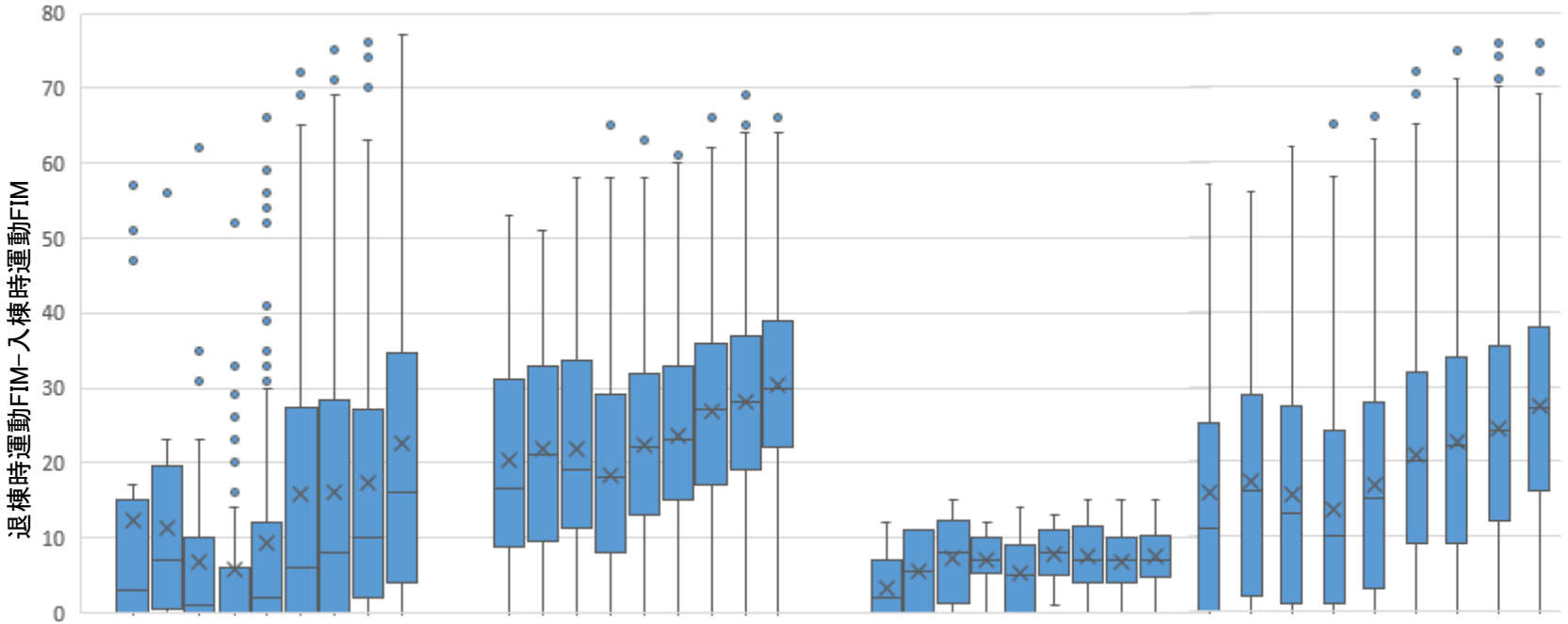
0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
17	15	47	76	150	163	146	162	165

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

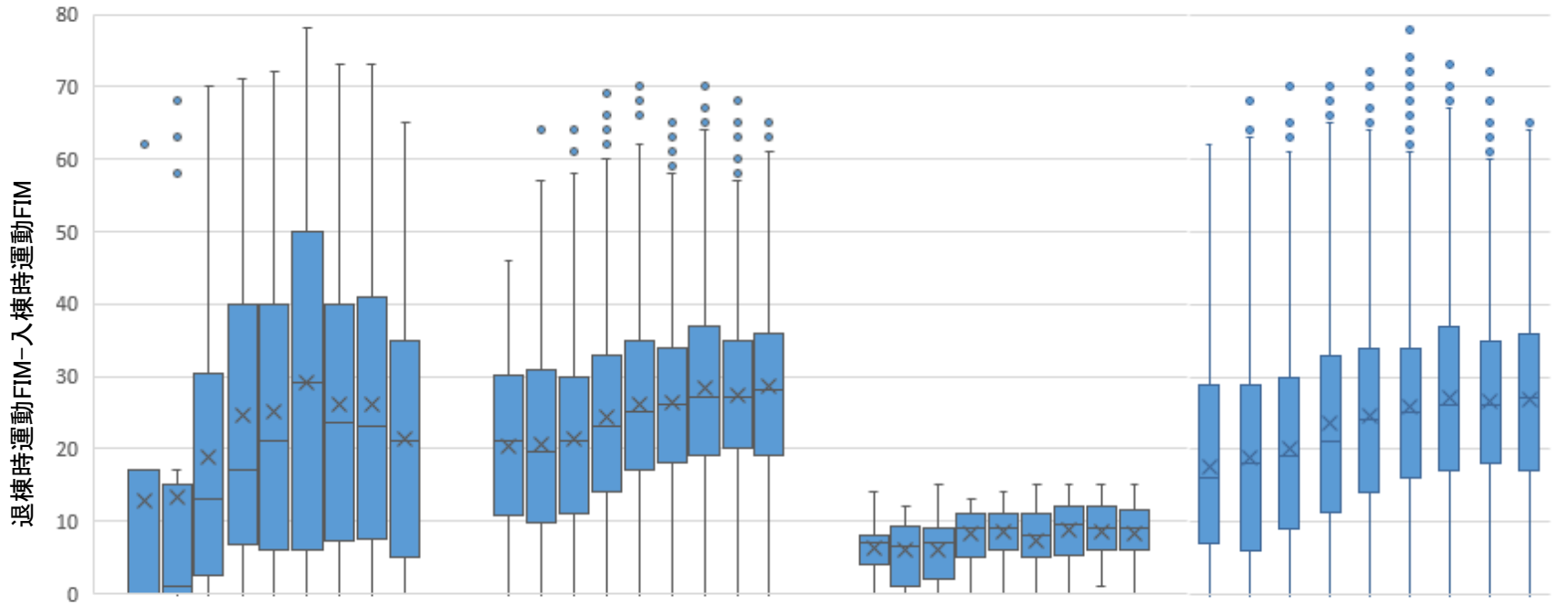
0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
5	2	8	20	47	45	85	106	106

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

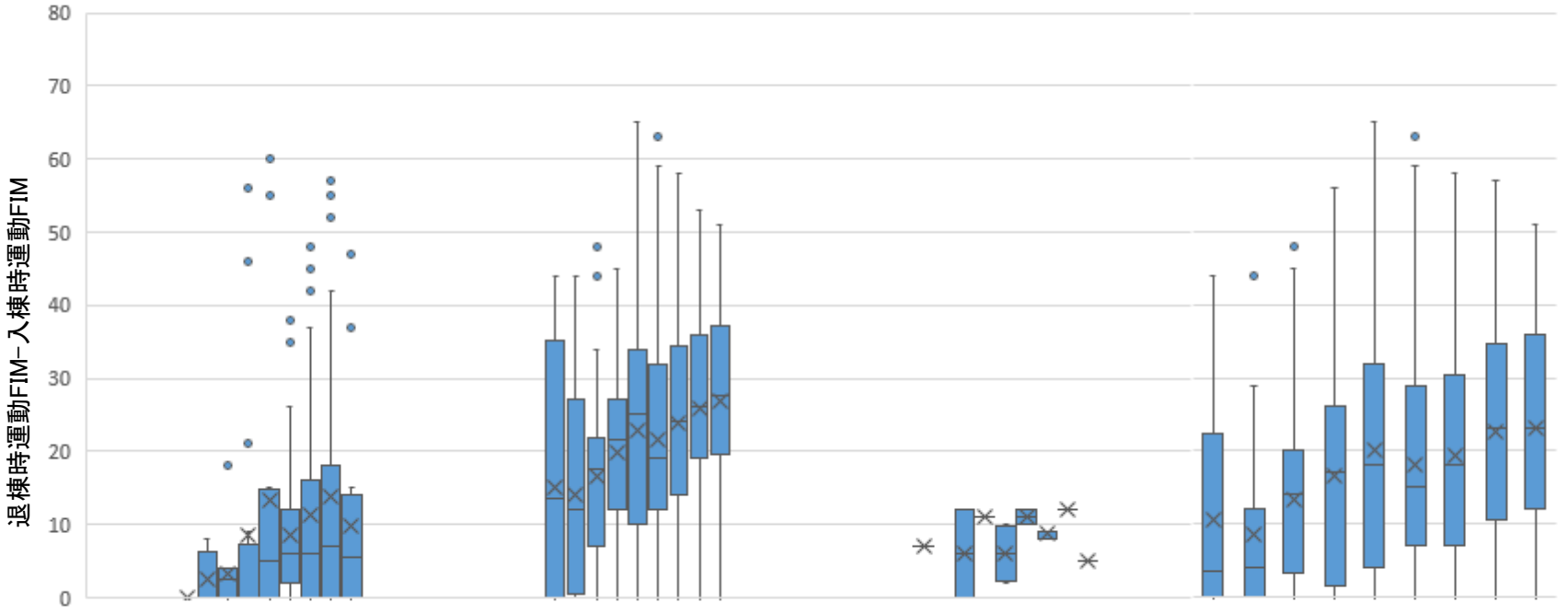
全体

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。



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

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

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

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。

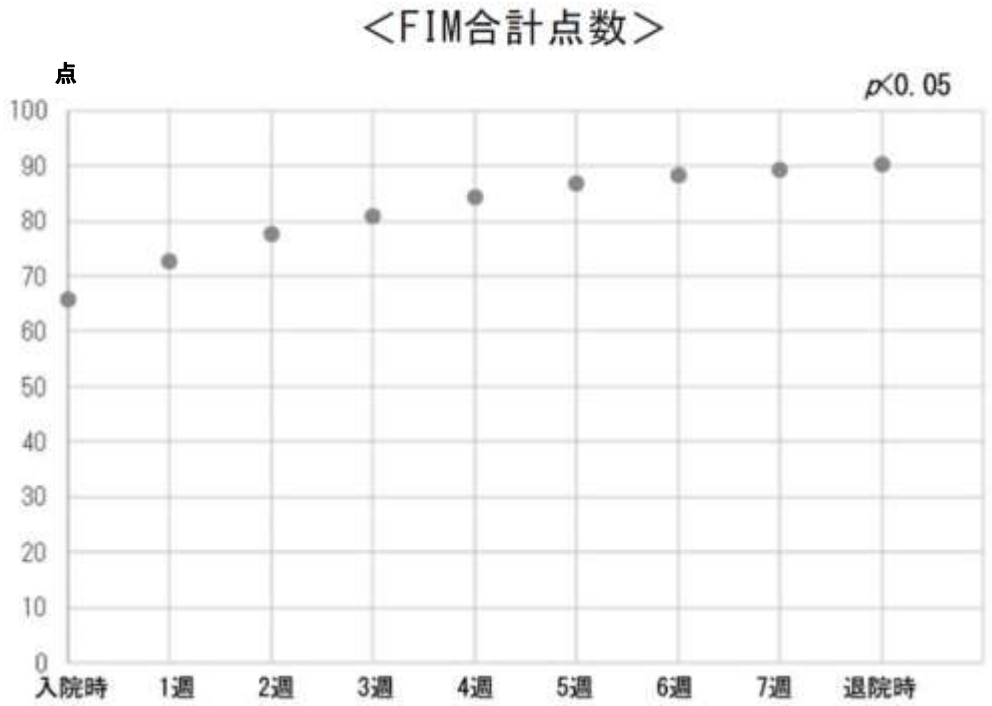
様式1で提出するデータ （主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成）

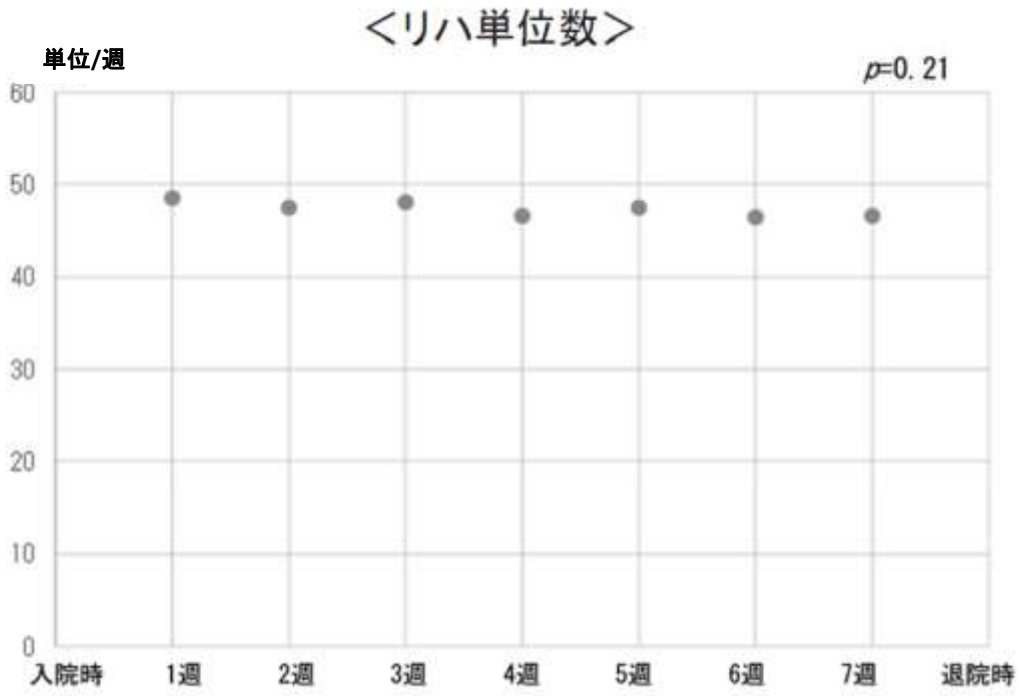
性別	ADL（入院時、退院時）
郵便番号	FIM（回リハ病棟で、入退棟時）
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS（入院時、退院時）
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の急性期重症度分類
診療科	自傷行為・自殺企図の有無
病棟	産科患者情報　等
身長	

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

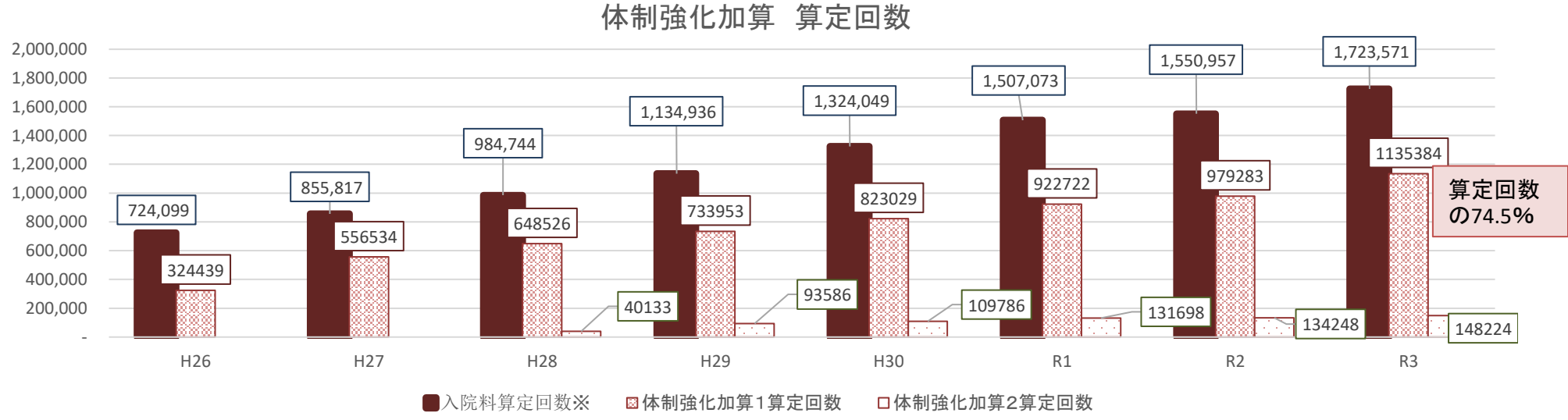
石森卓矢：回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション料包括化に関する検討,社会保険旬報．No.2896：6-12, 2023

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。

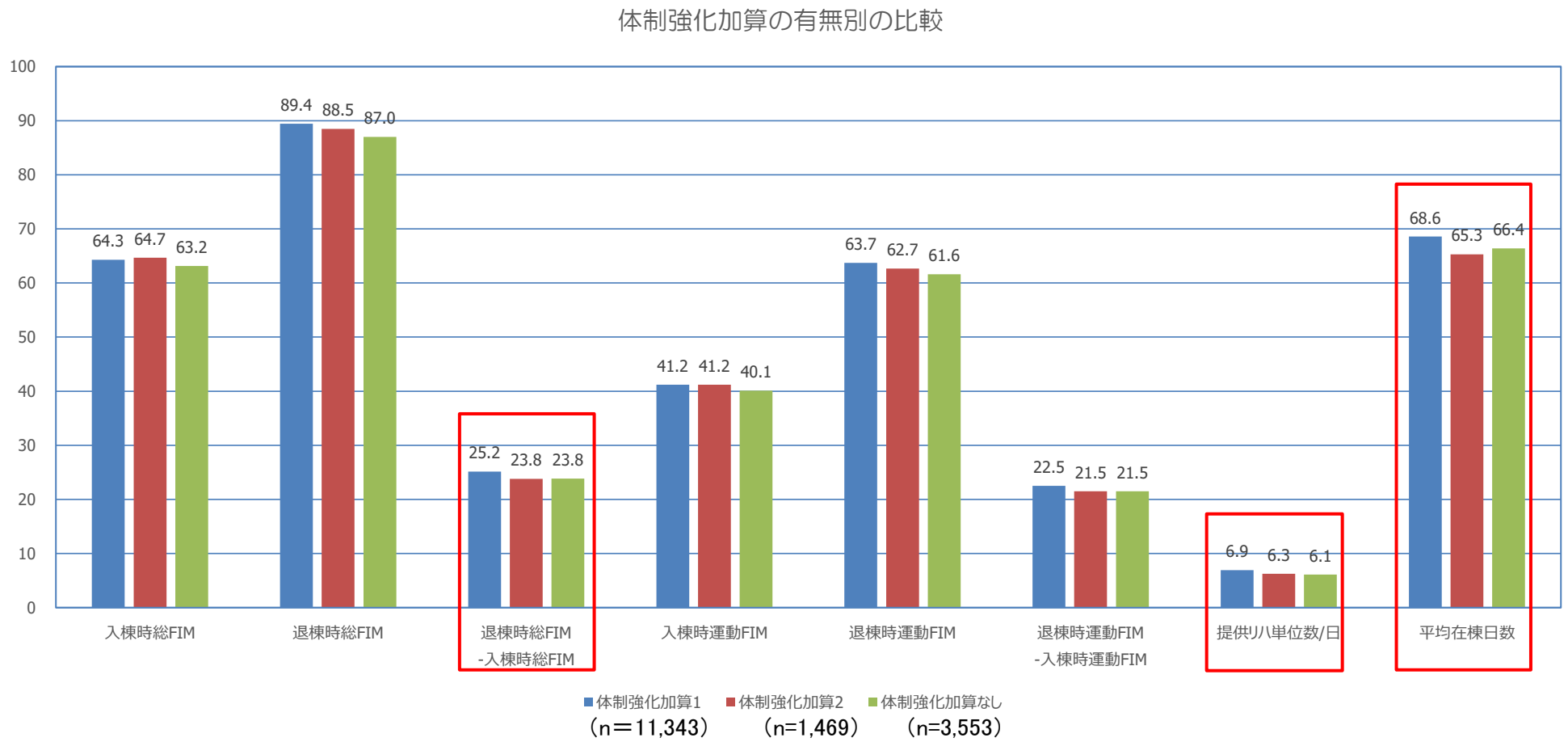
※　体制強化加算２については専従の常勤医師を2名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。
　①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
　②病棟外業務をする２名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
　③週のうち32時間以上において、当該２名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
　④当該２名の医師は、いずれも当該病棟業務に週８時間以上従事していること。



※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。

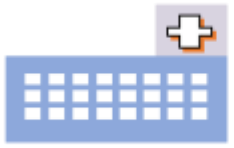
病院機能評価本体審査機能種別の設定
（機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0）R5年4月現在

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）

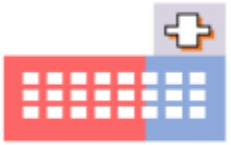
○主たる機能種別の決定
　病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する
　最も病床が多い機能に基づくことを原則とする（医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断）
○副機能について（任意）
　主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる
　副機能は、主たる機能種別と同時あるいは後日（主たる機能種別の認定後）、受審することができる

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



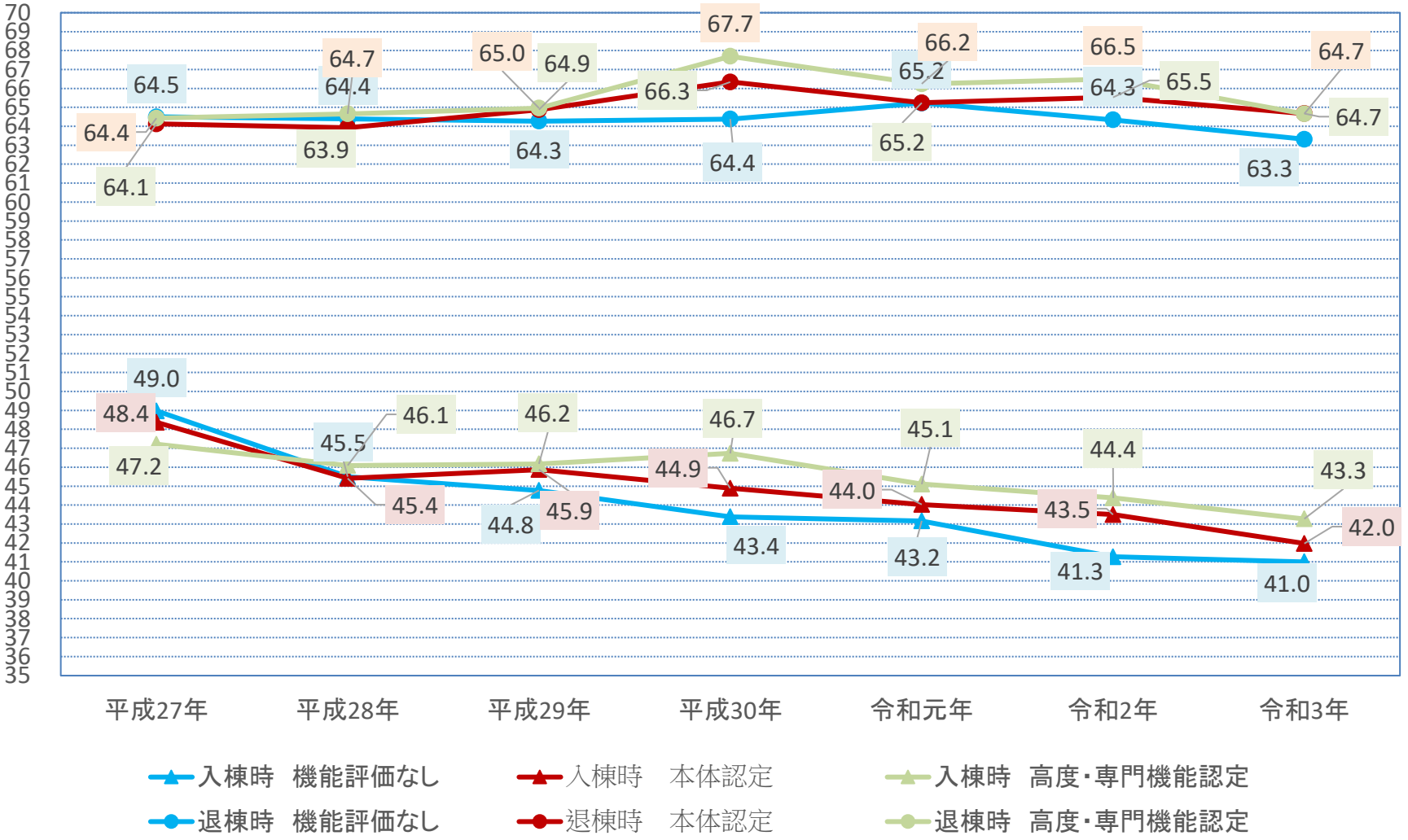
（主たる機能種別）一般病院1
（副機能）リハビリテーション病院

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。

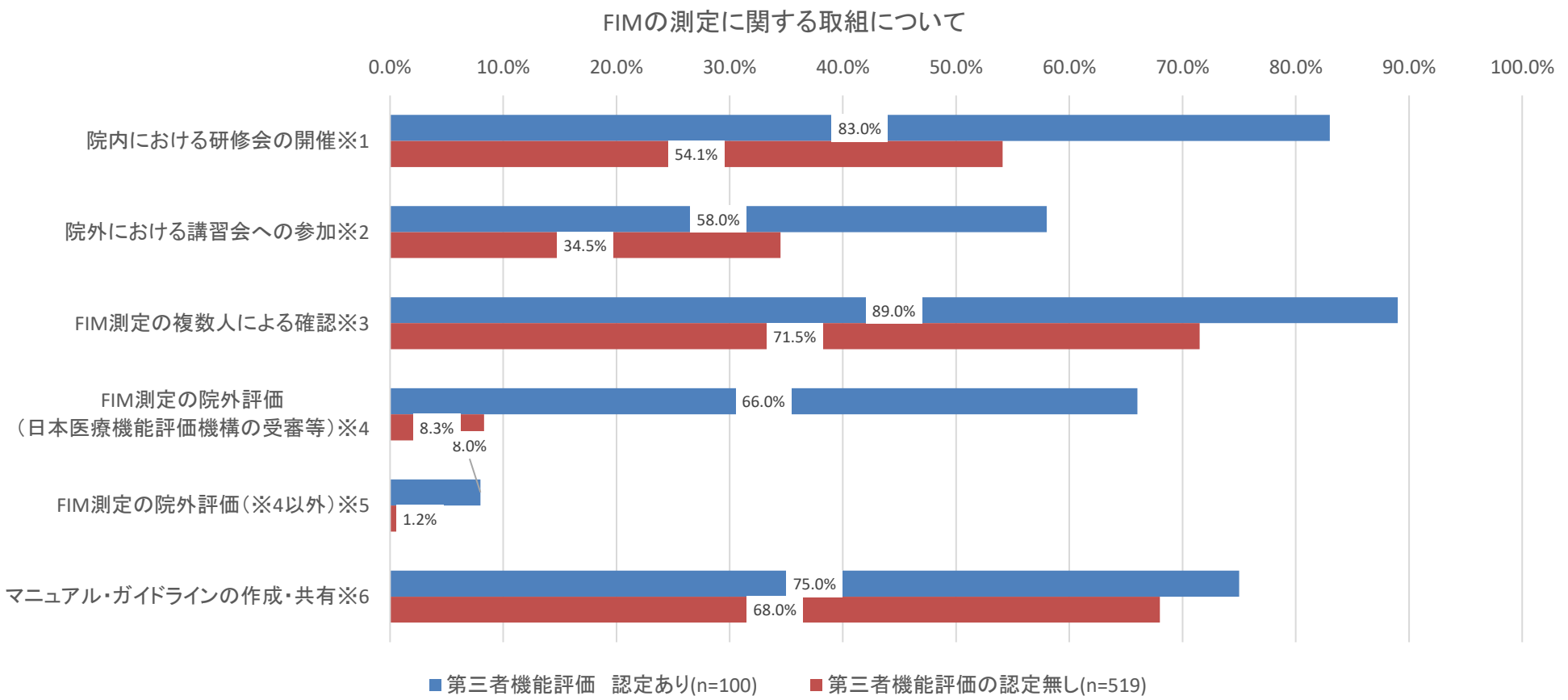
（入棟時・退棟時FIM）



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。



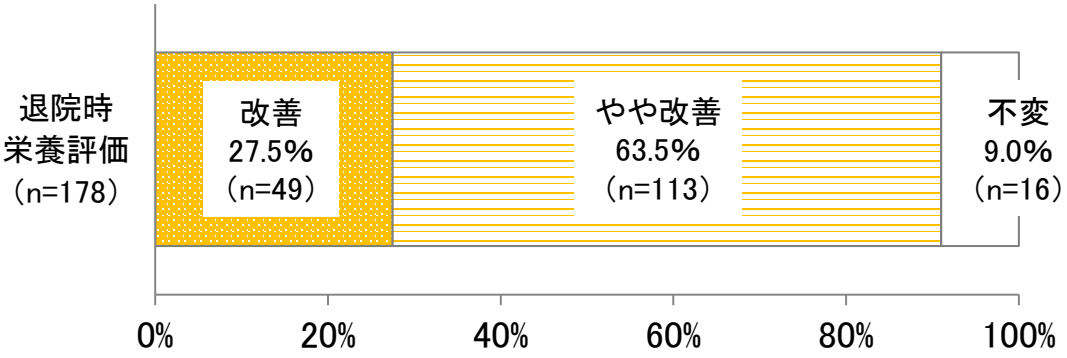
※1　院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に開催している。
※2　院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
※3　FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
※4　FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（日本医療機能評価機構の受審などによるもの）。
※5　FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（※4以外）。
※6　FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

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。

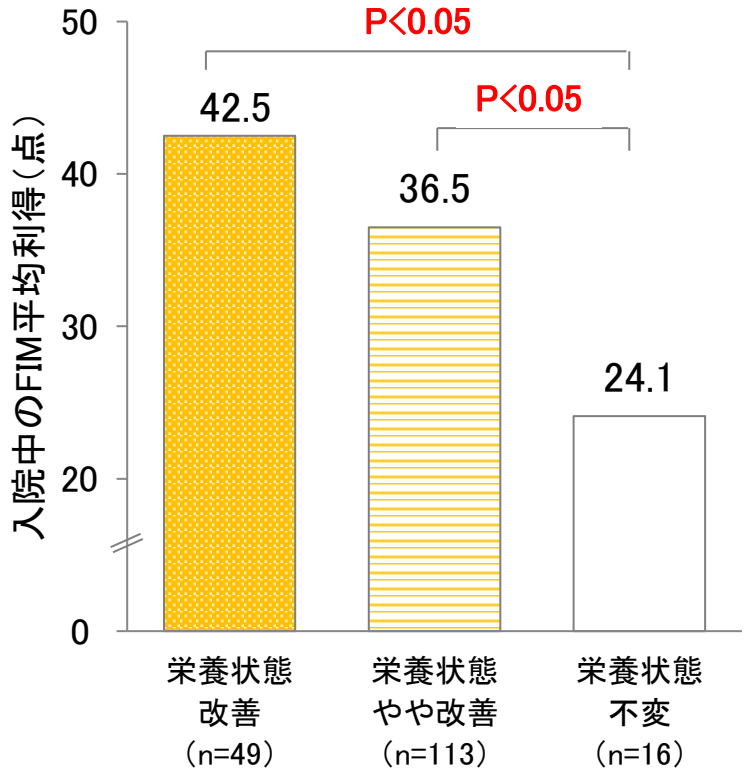
○　栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



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。

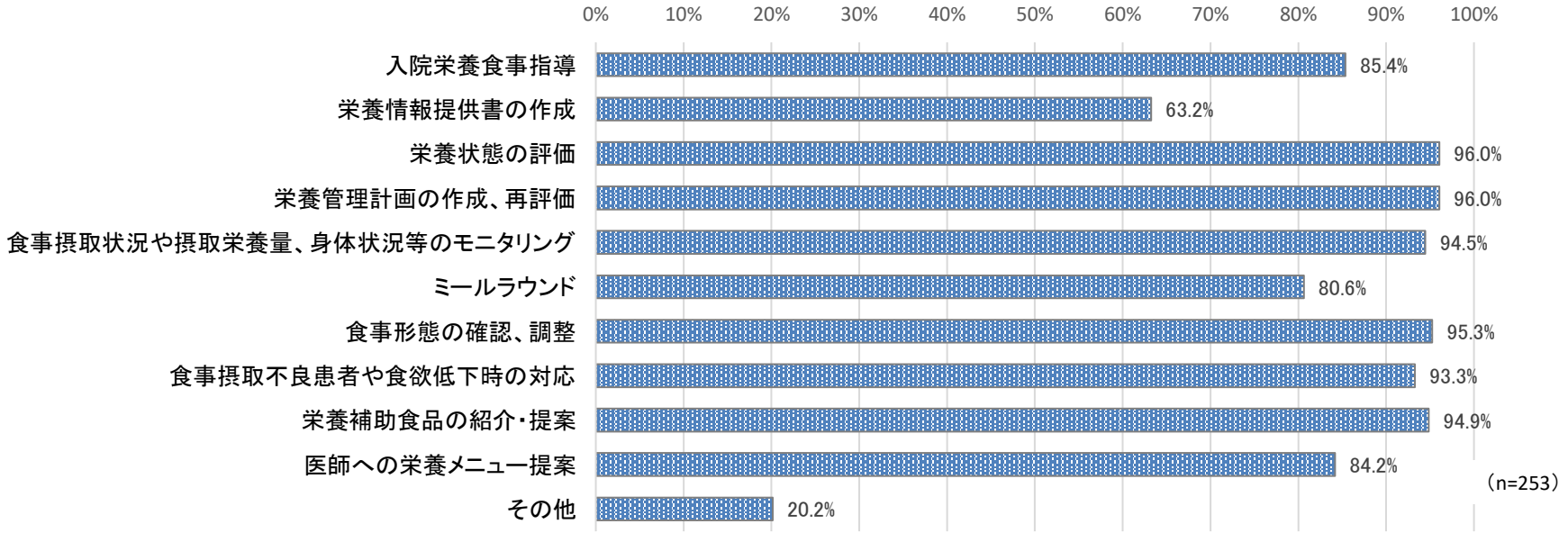
■　回復期リハビリテーション病棟　職員数

	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**

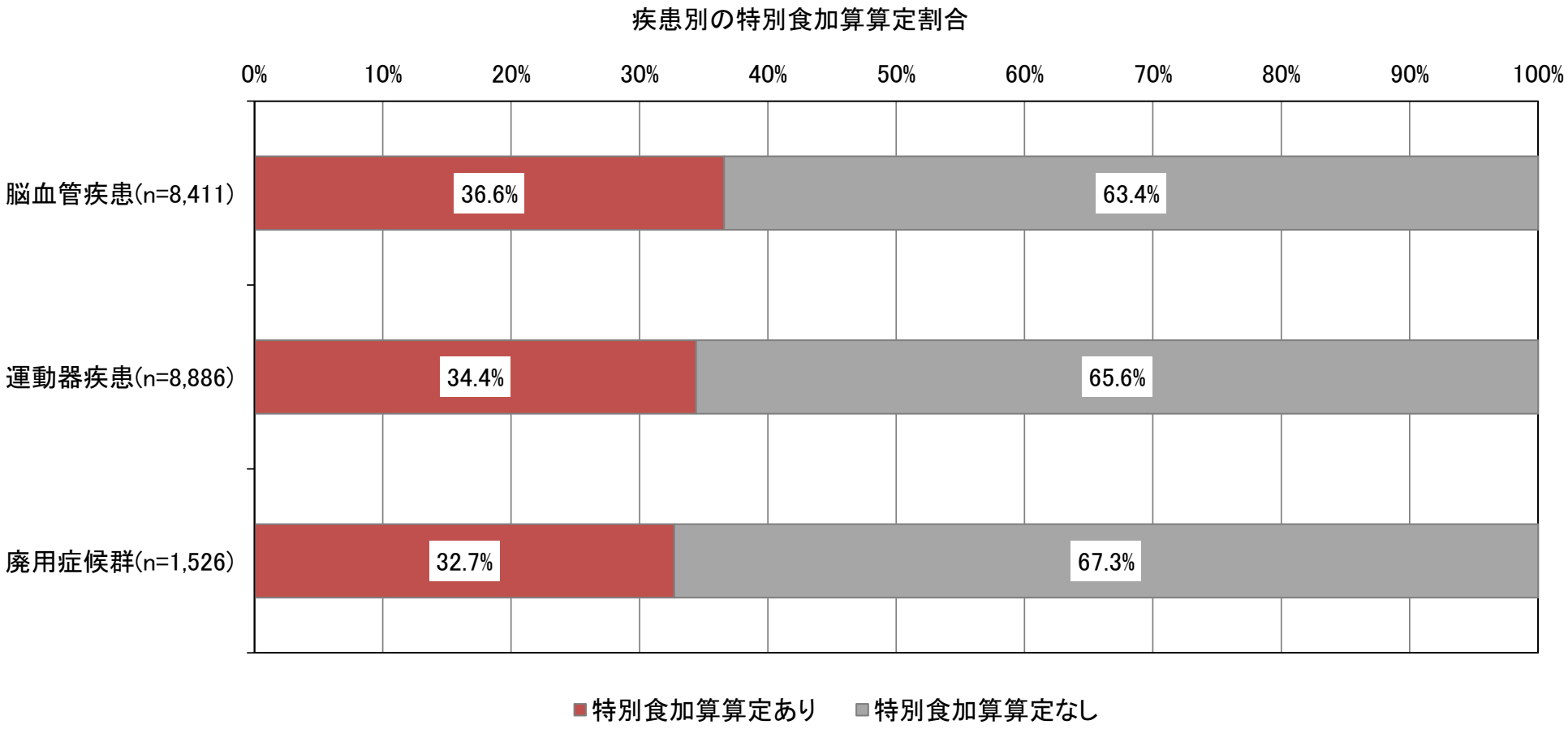
※別表第三

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。



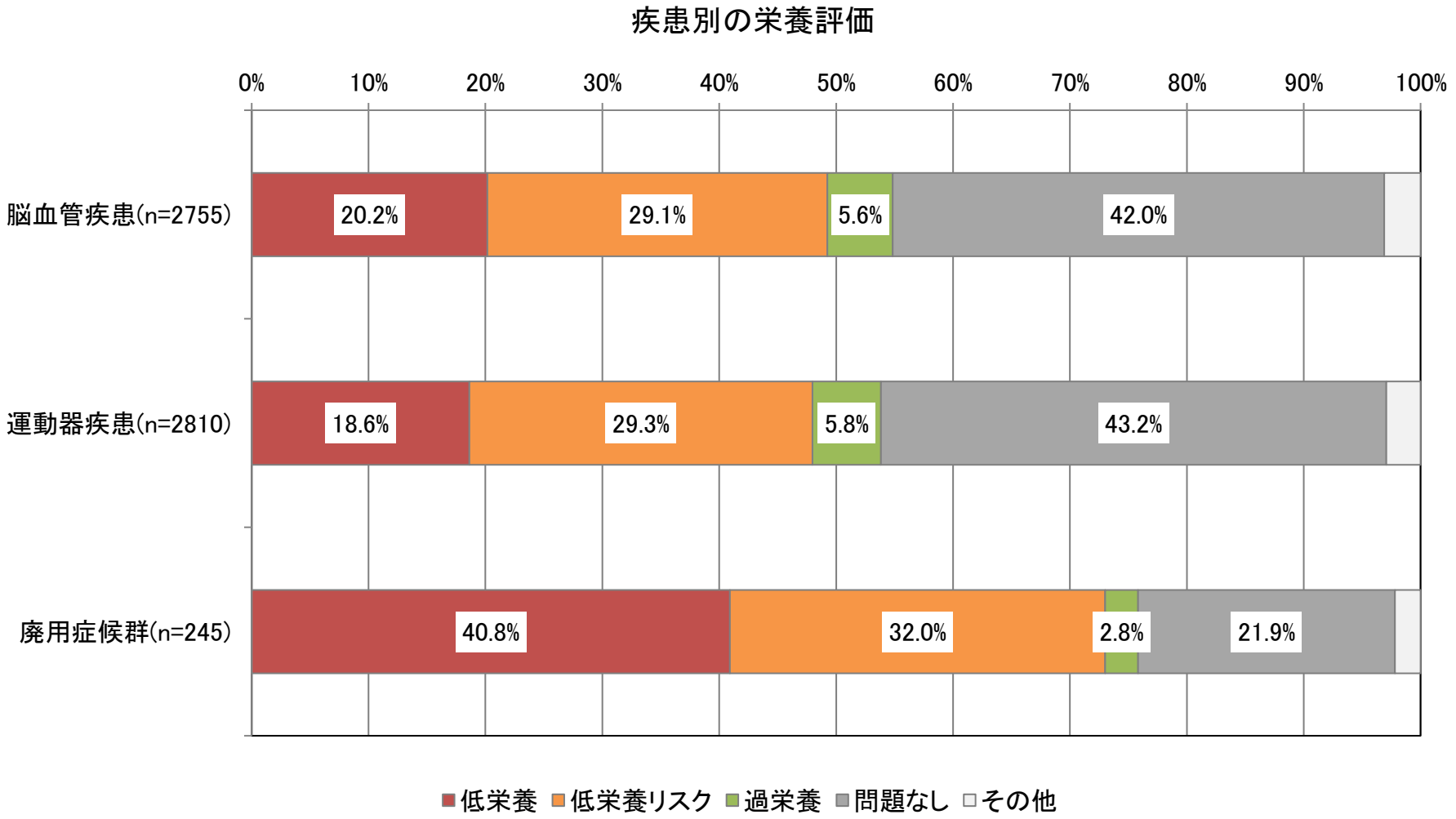
※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

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。

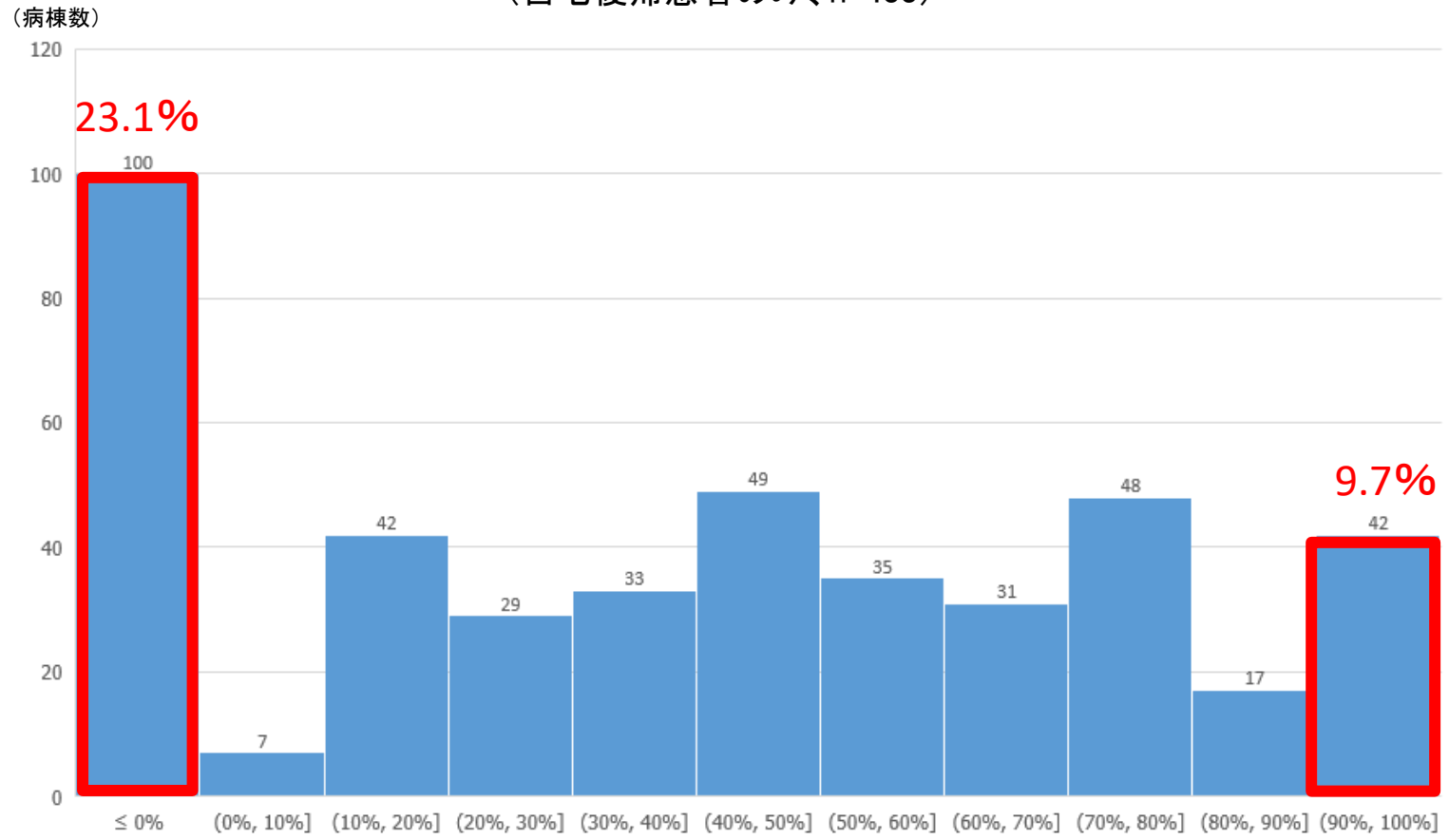


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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

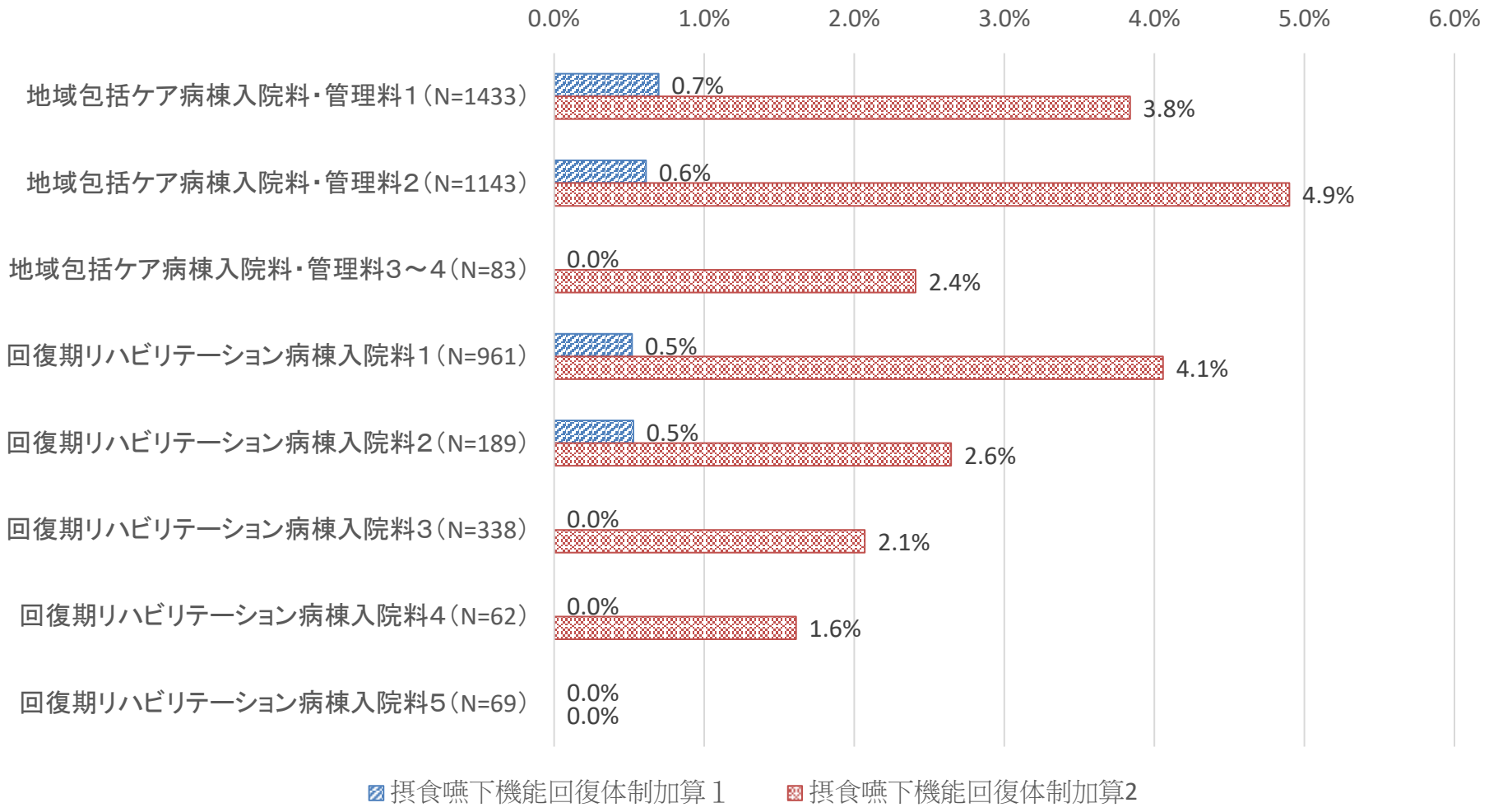
➢ 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

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%が届け出していた。

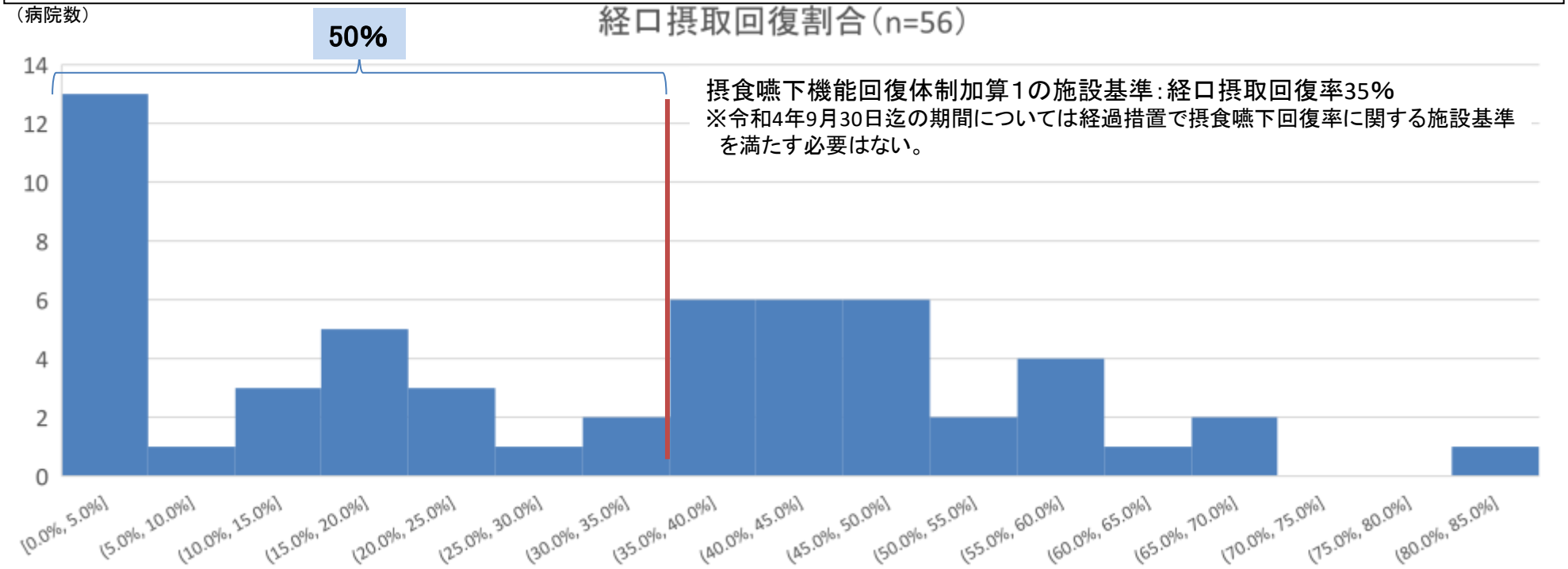


出典：保健局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

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

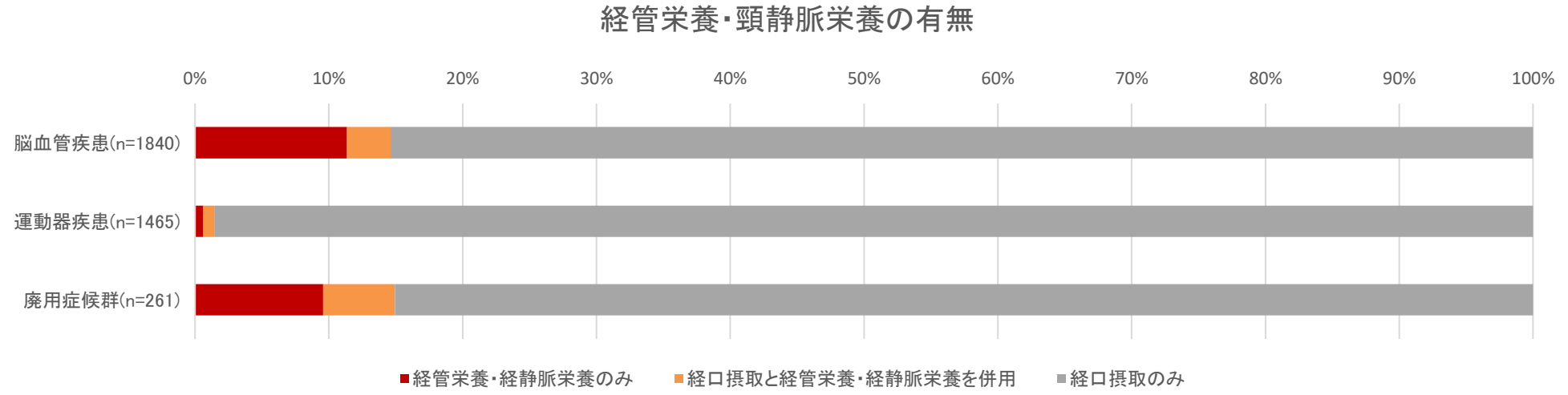
① １年以内※に死亡した患者　（ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。）
② １か月以内※に経口摂取に回復した患者
③ １年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者
④ 減圧ドレナージ目的（消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑤ 成分栄養剤の経路目的（※経管栄養の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

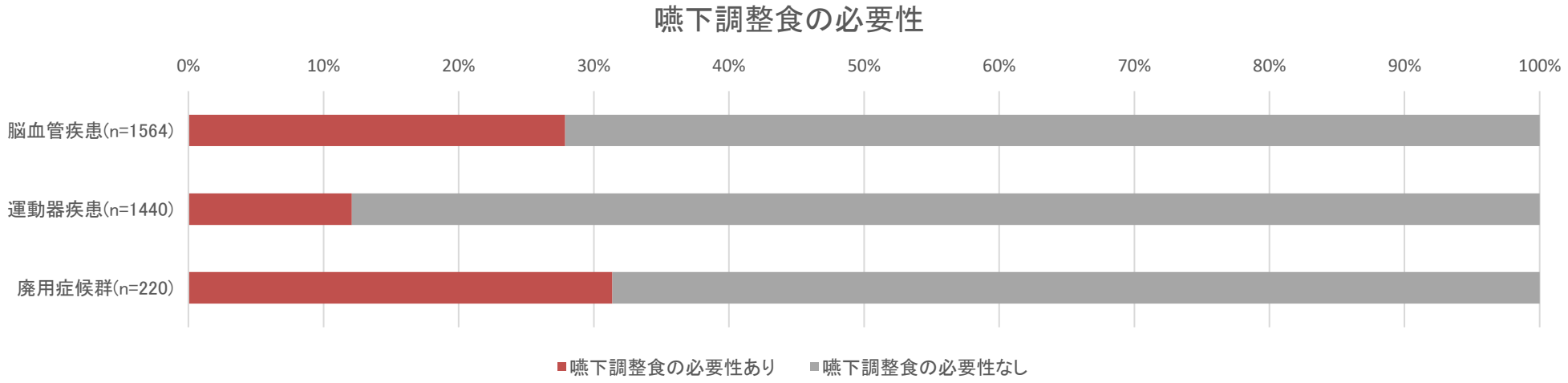
※　鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算

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。

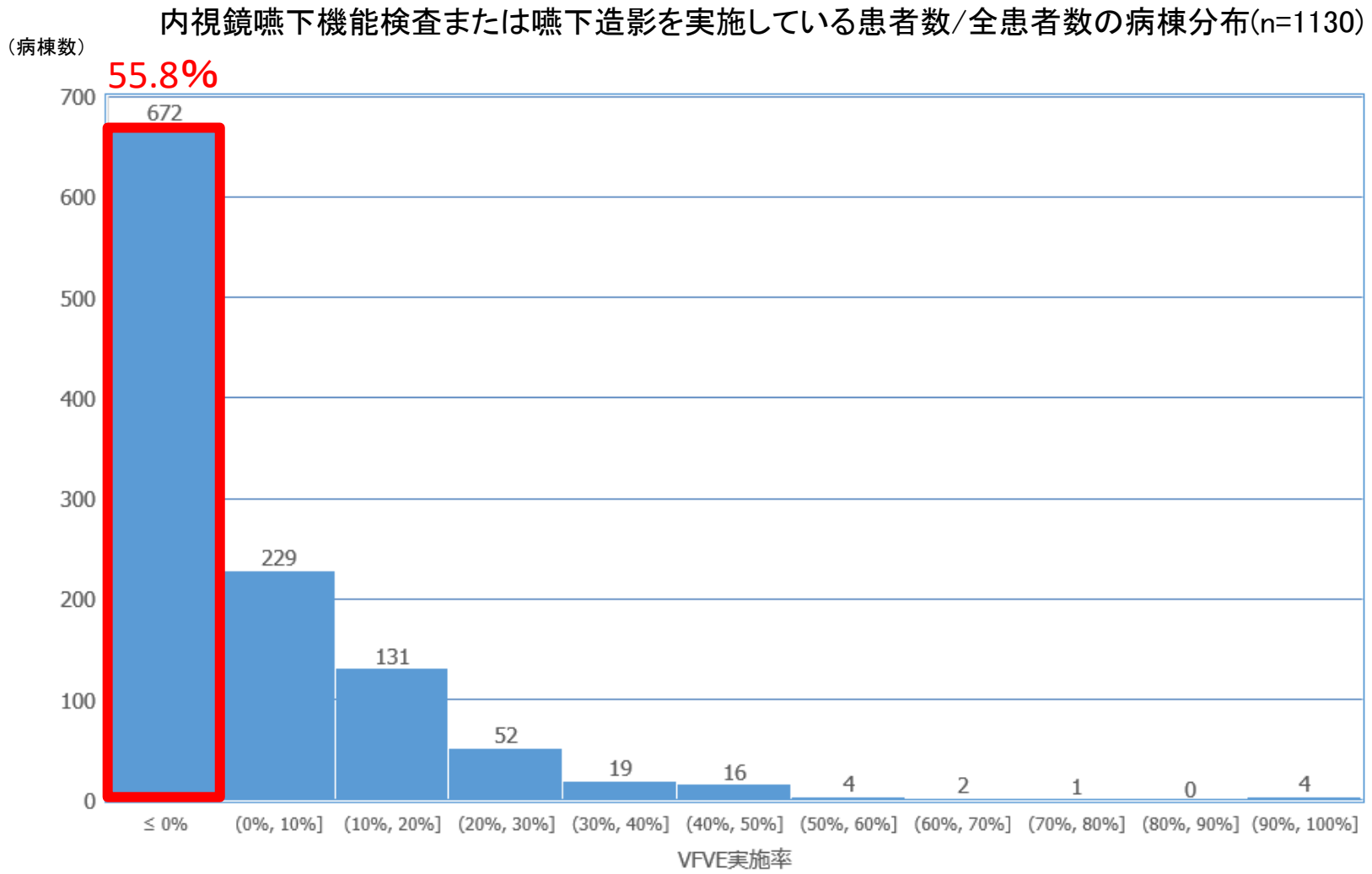




出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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

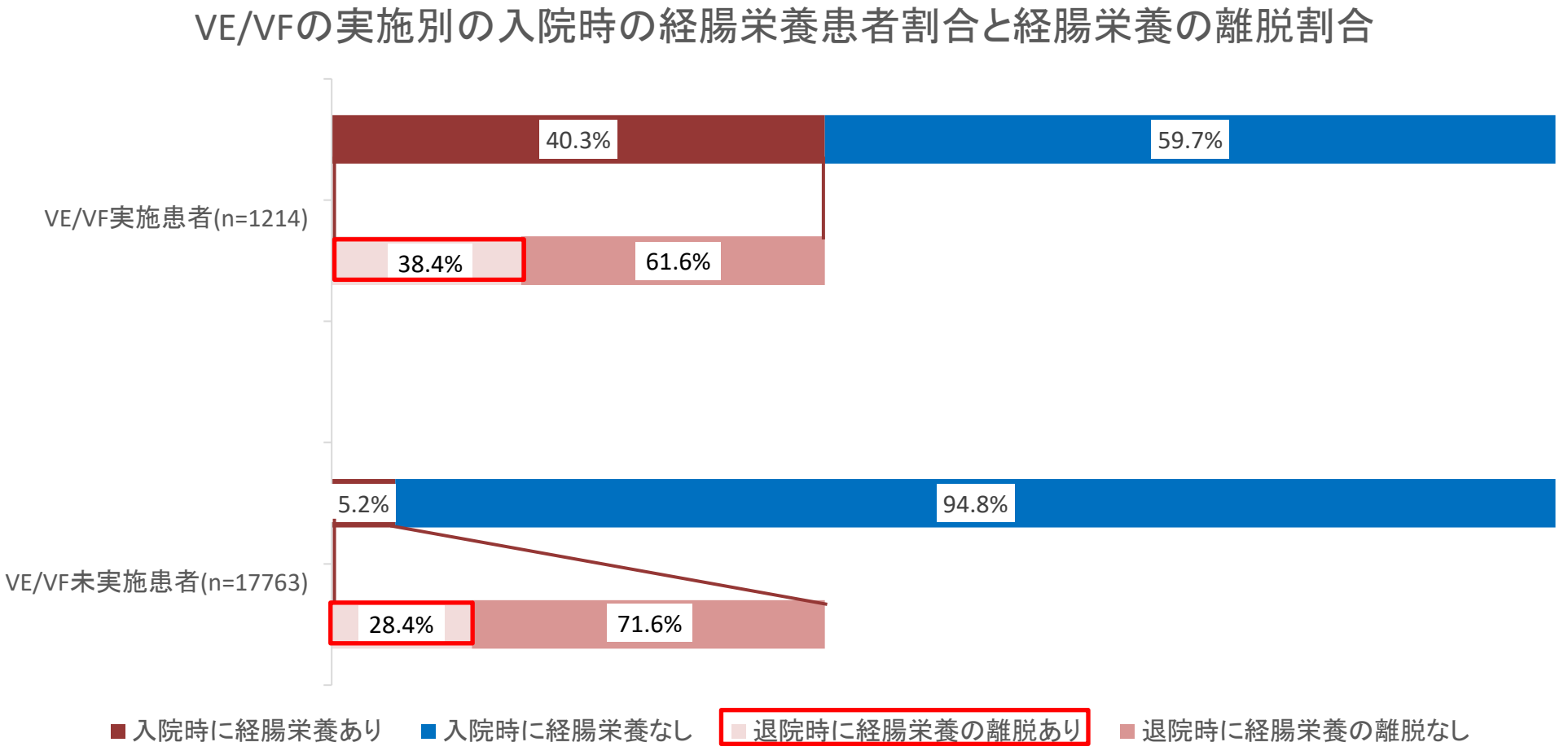
○　回復期リハビリテーション病棟において、嚥下機能の検査が行われていない病棟が55.8%存在する。



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。

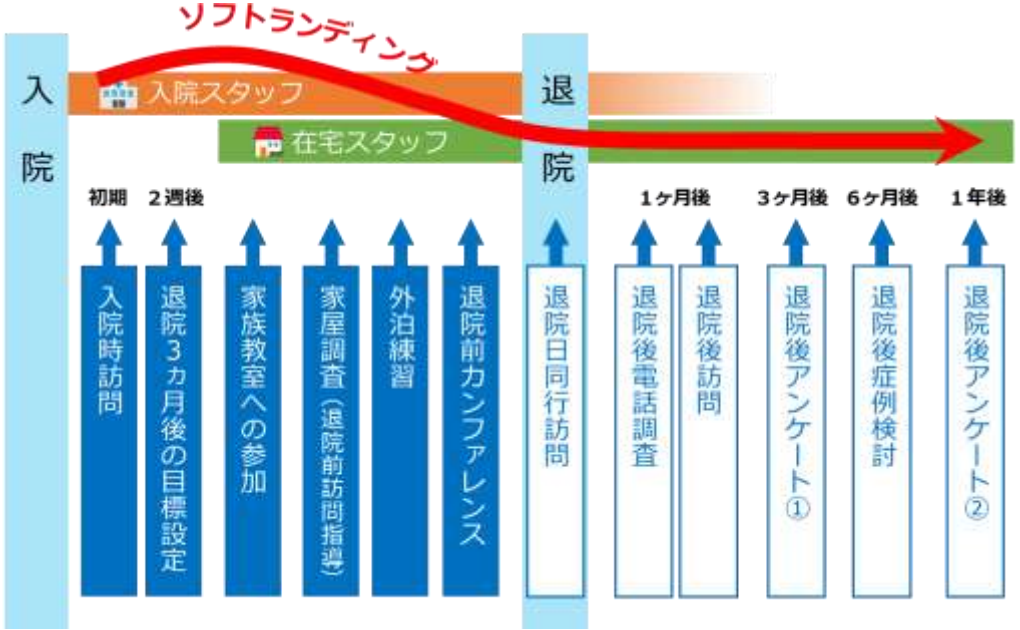
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.

○　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.

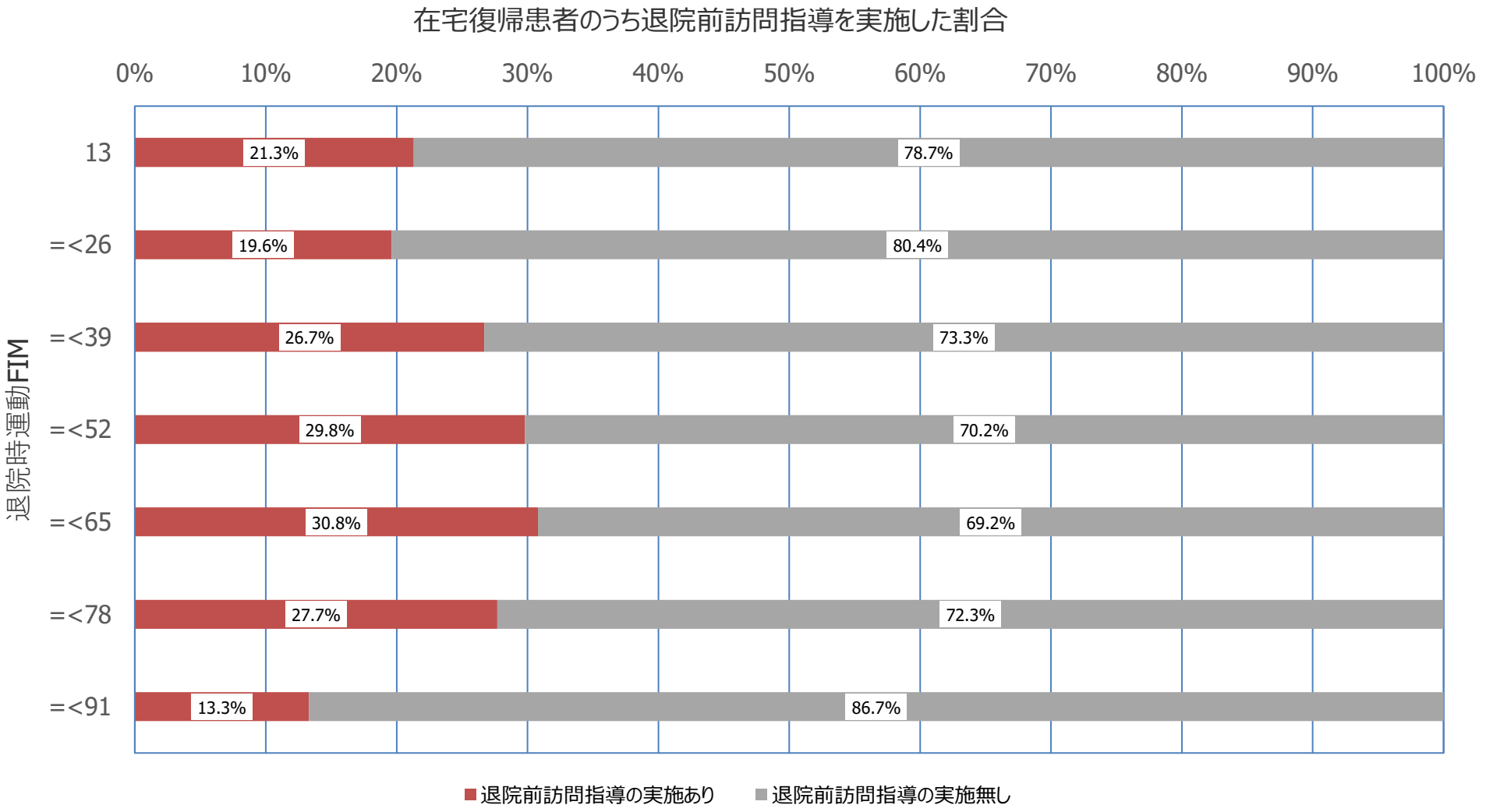
○　家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。

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。

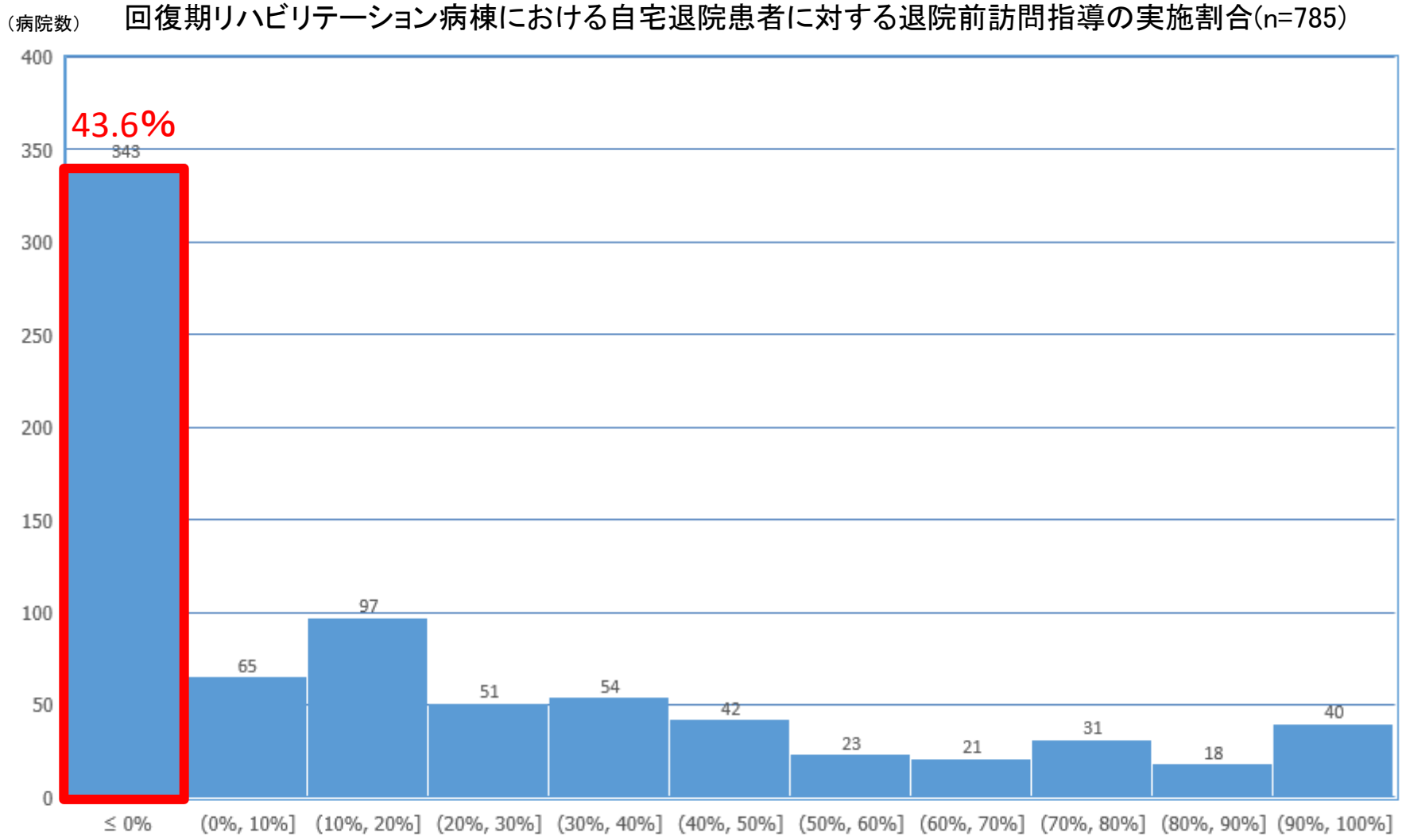


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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。



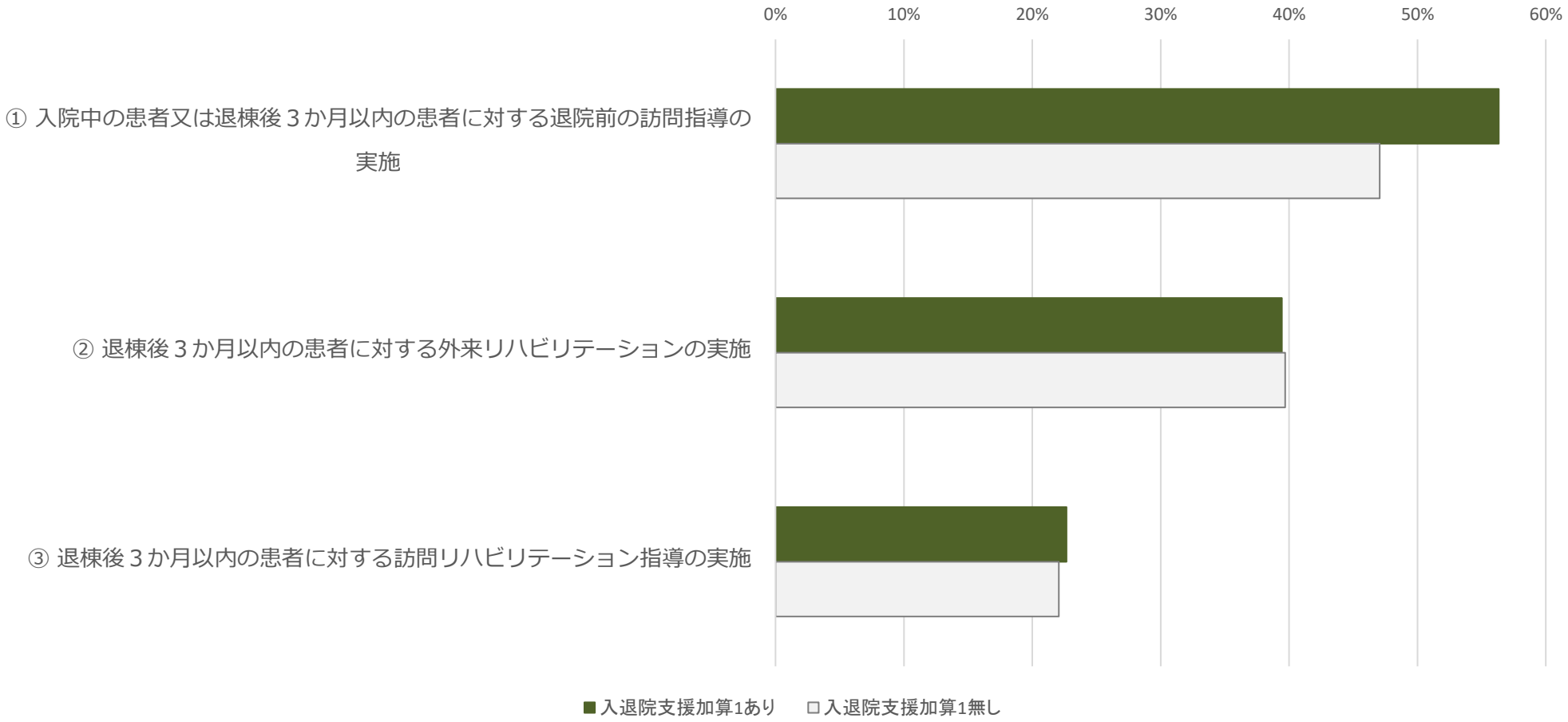
※退院前訪問指導：入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

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」）

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

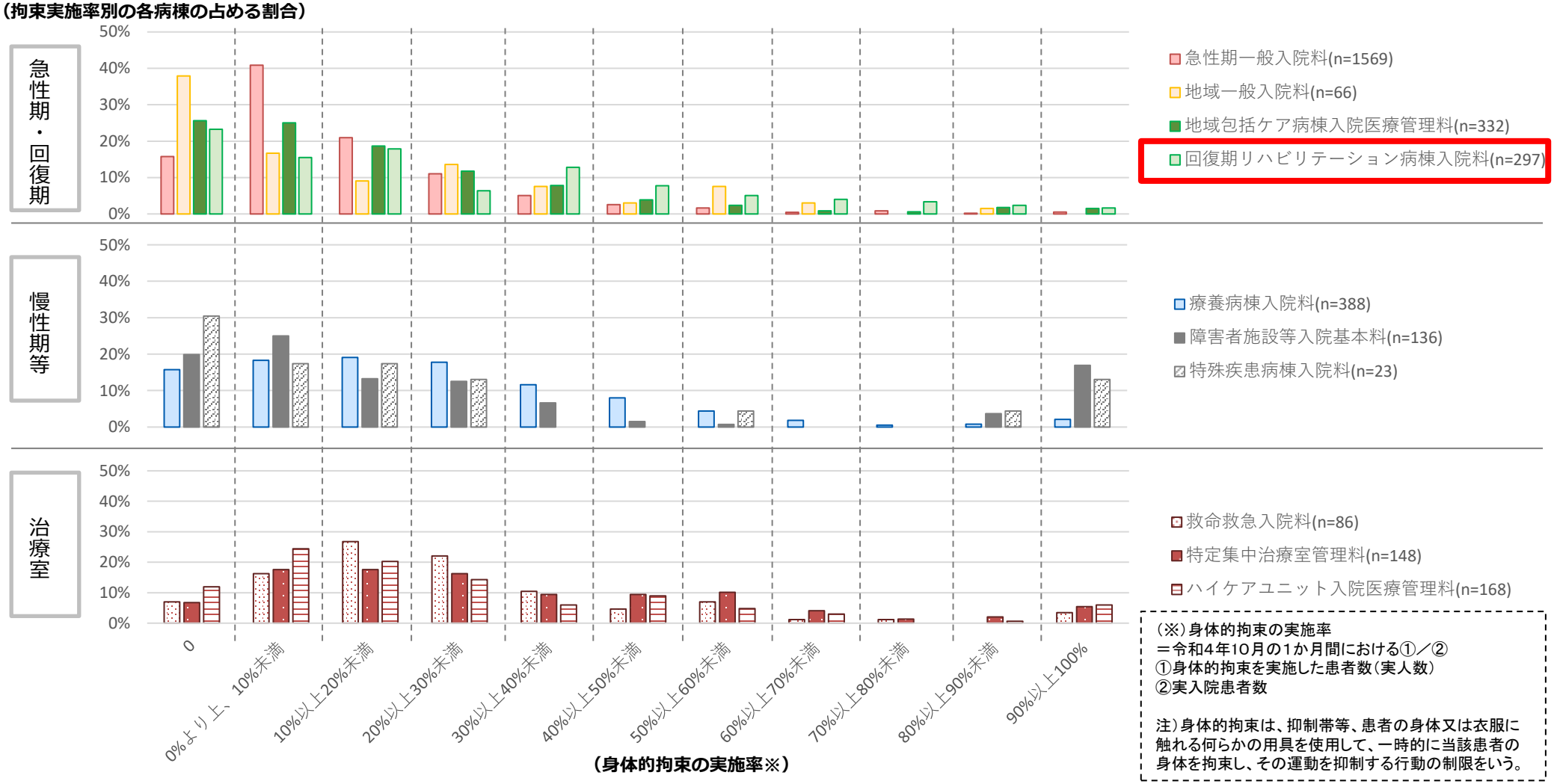
6．精神神経系
- 1）　せん妄等

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。

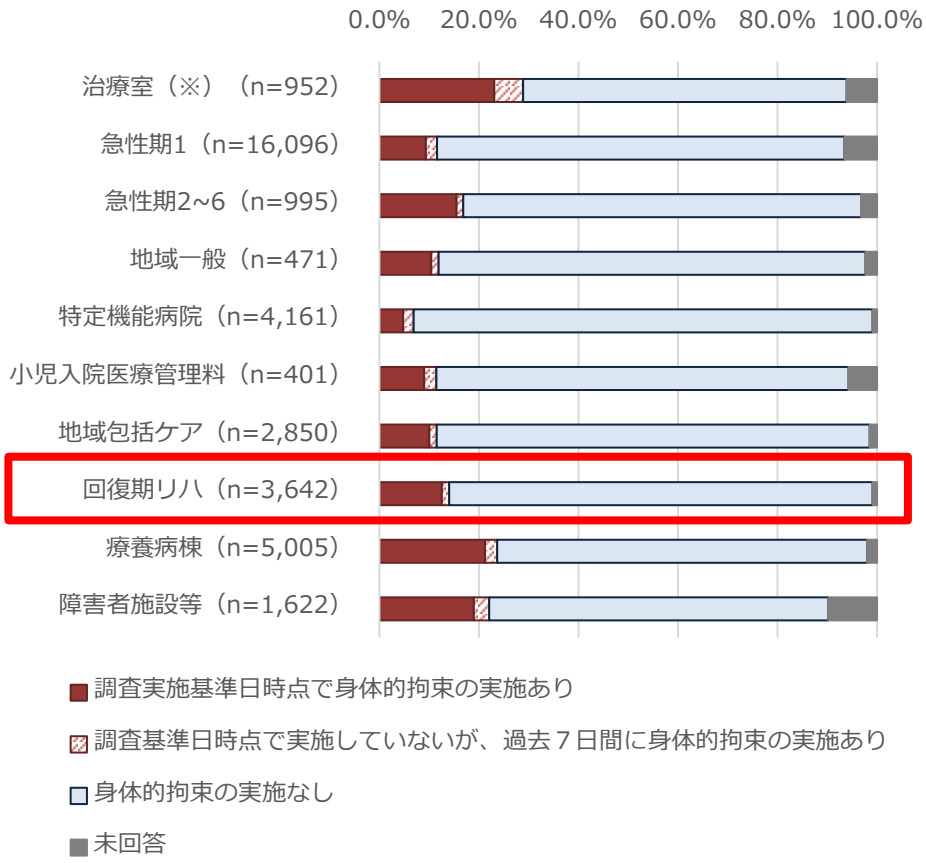
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

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

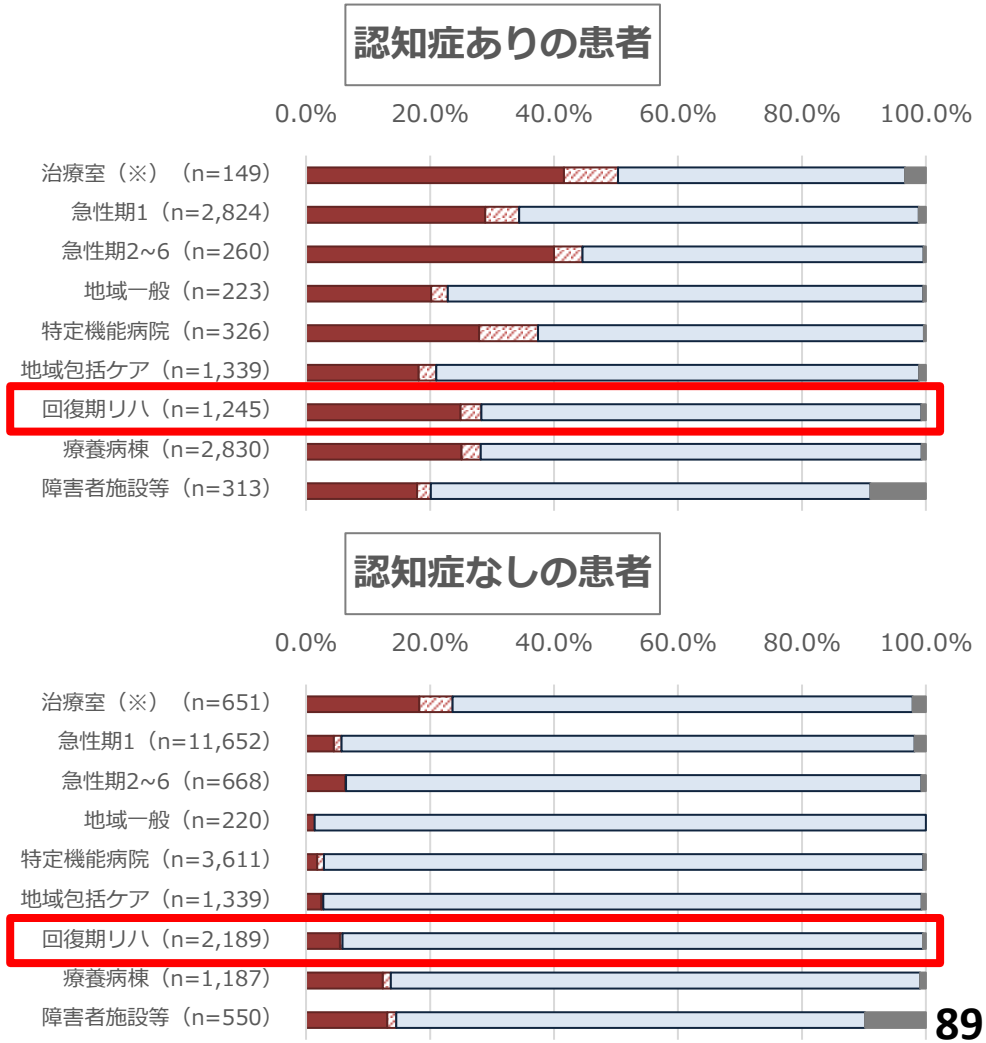
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■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



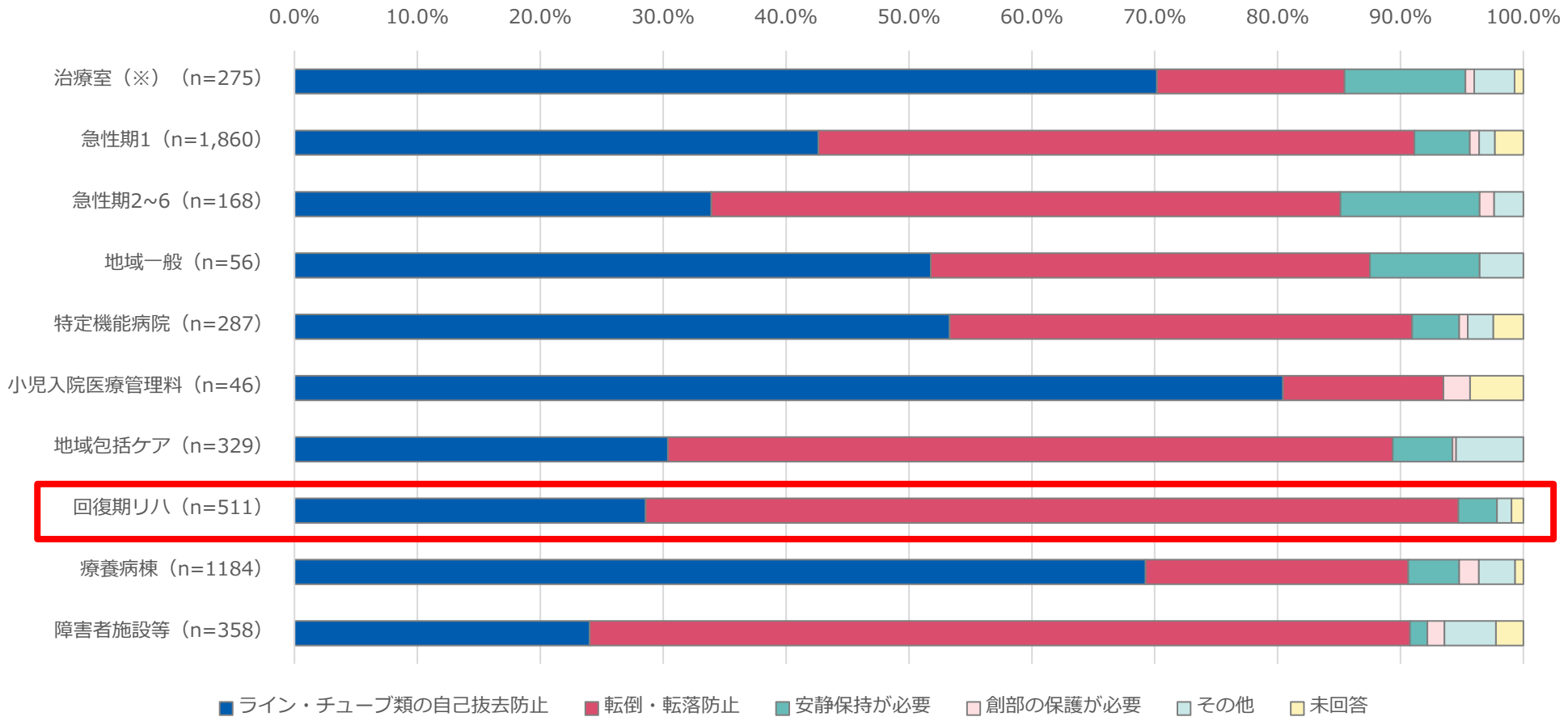
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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。

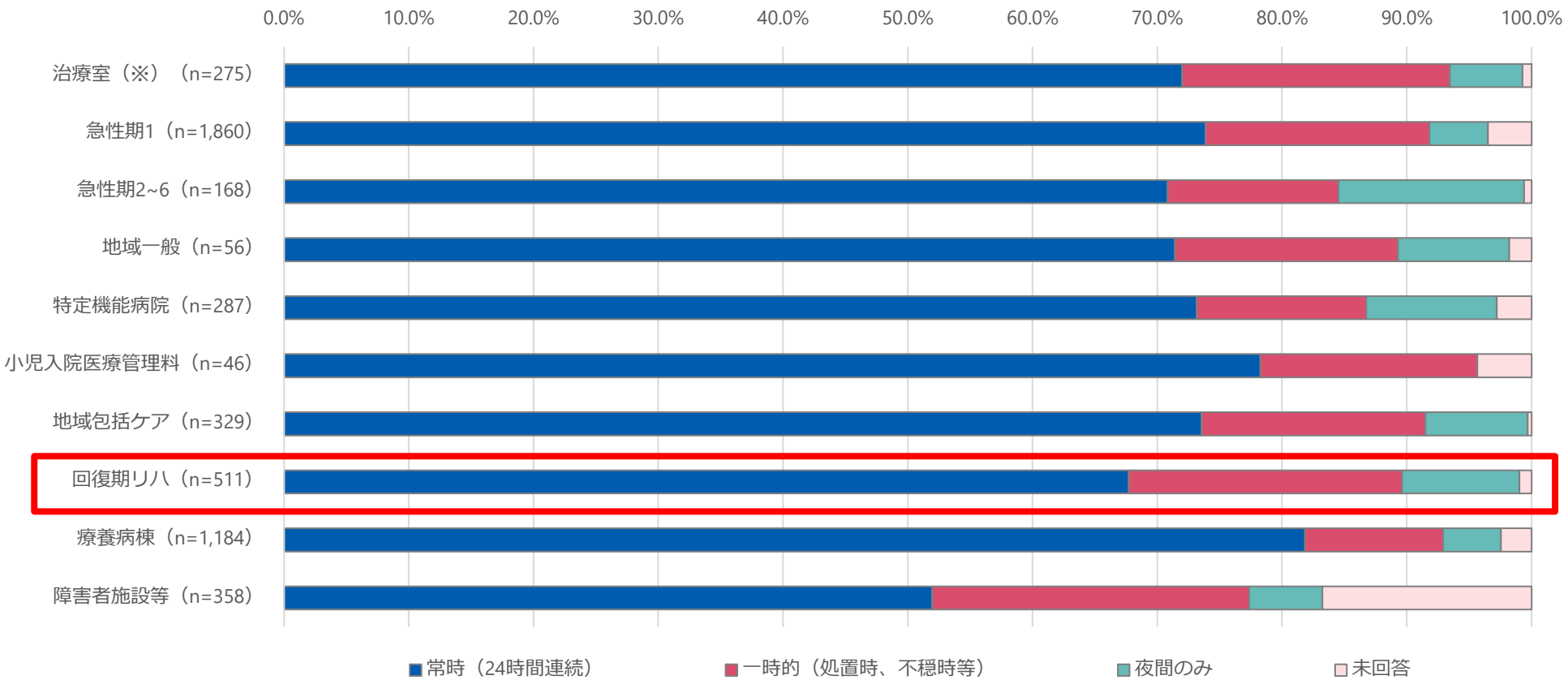
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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）

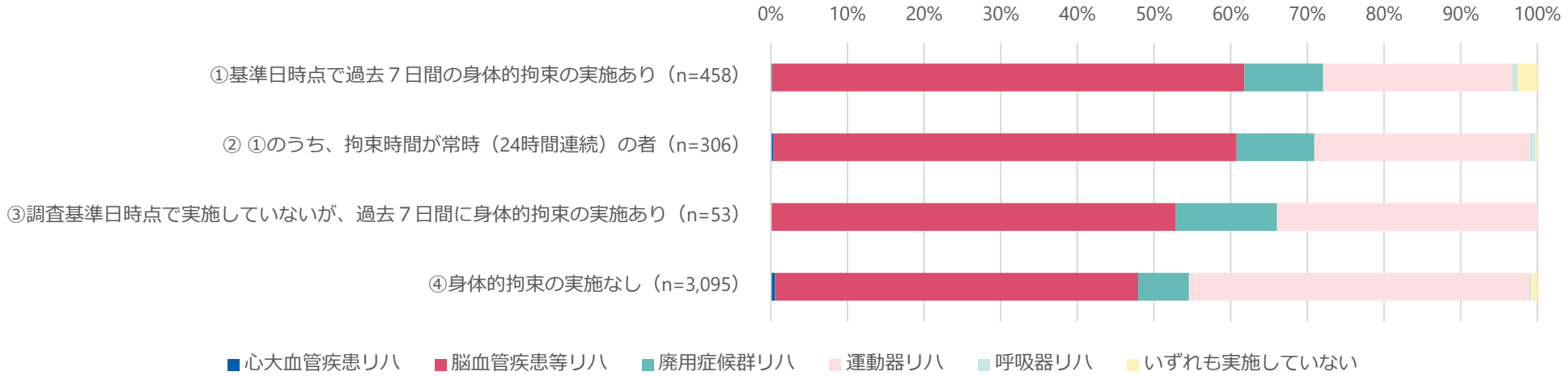
回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

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



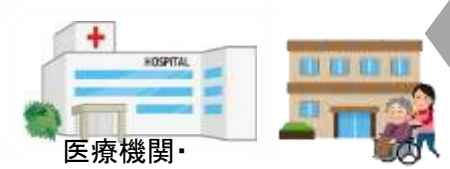
介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援

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

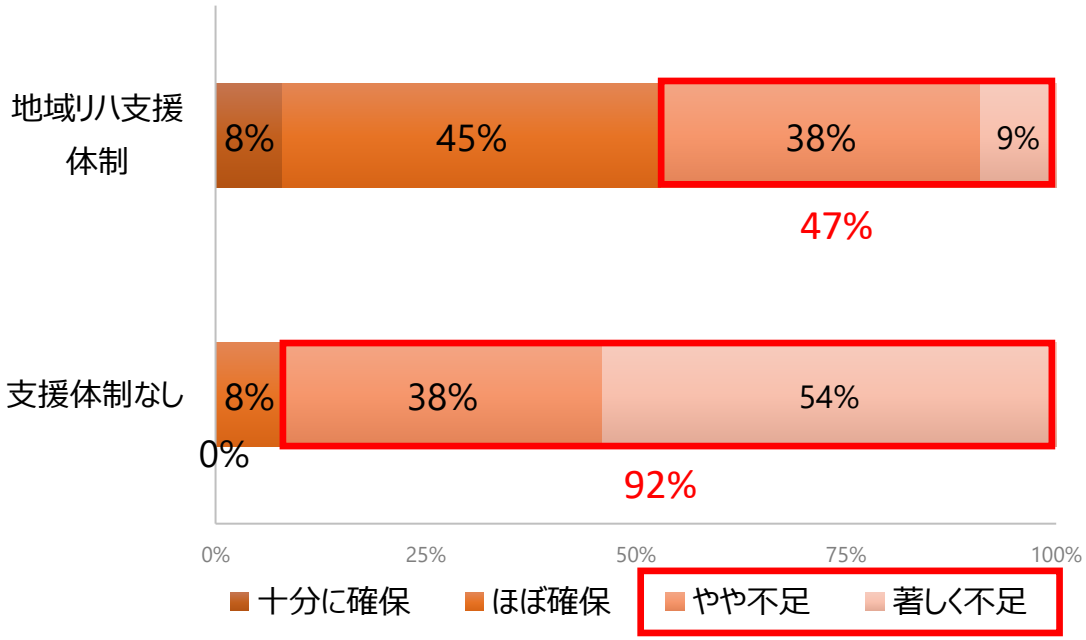
○　地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
○　総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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。

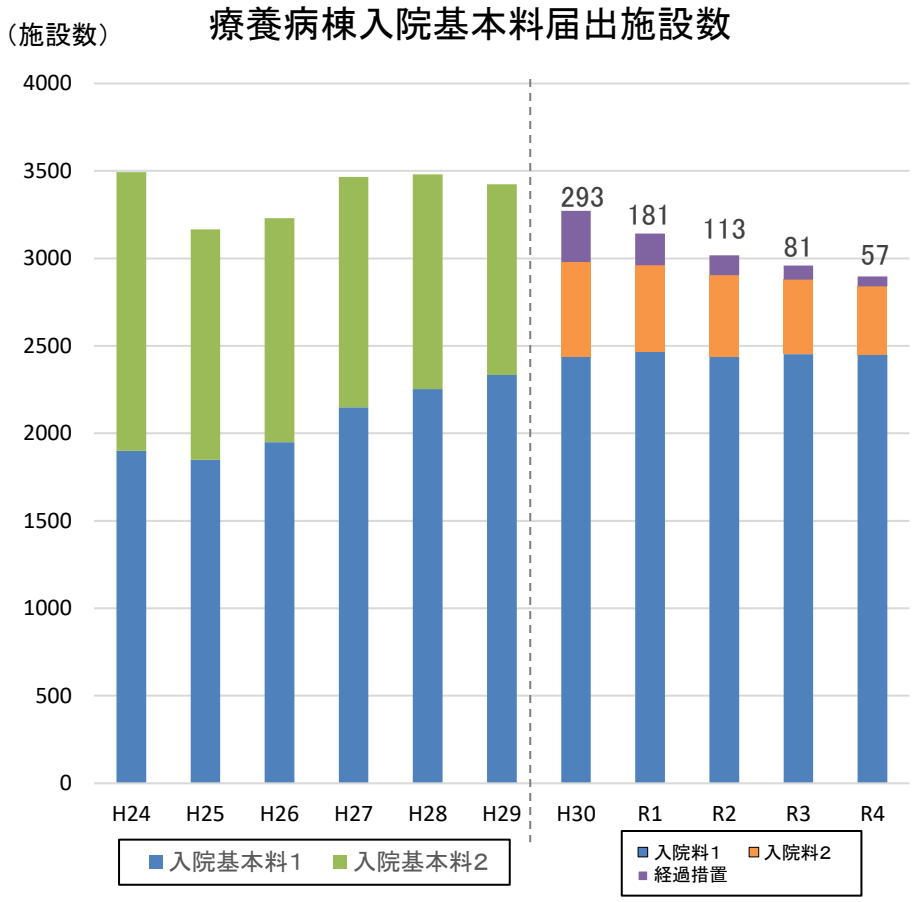
※平成12、14、16年の点数は、社会保険の場合の診療報酬点数

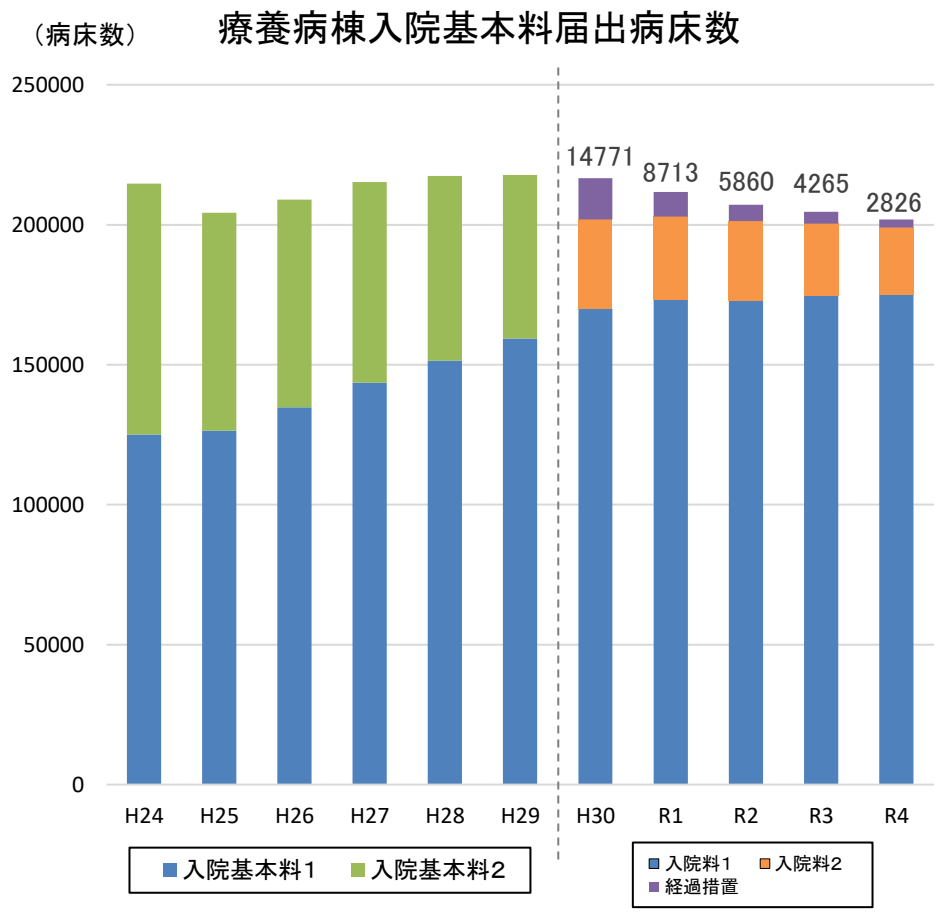
療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

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

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。

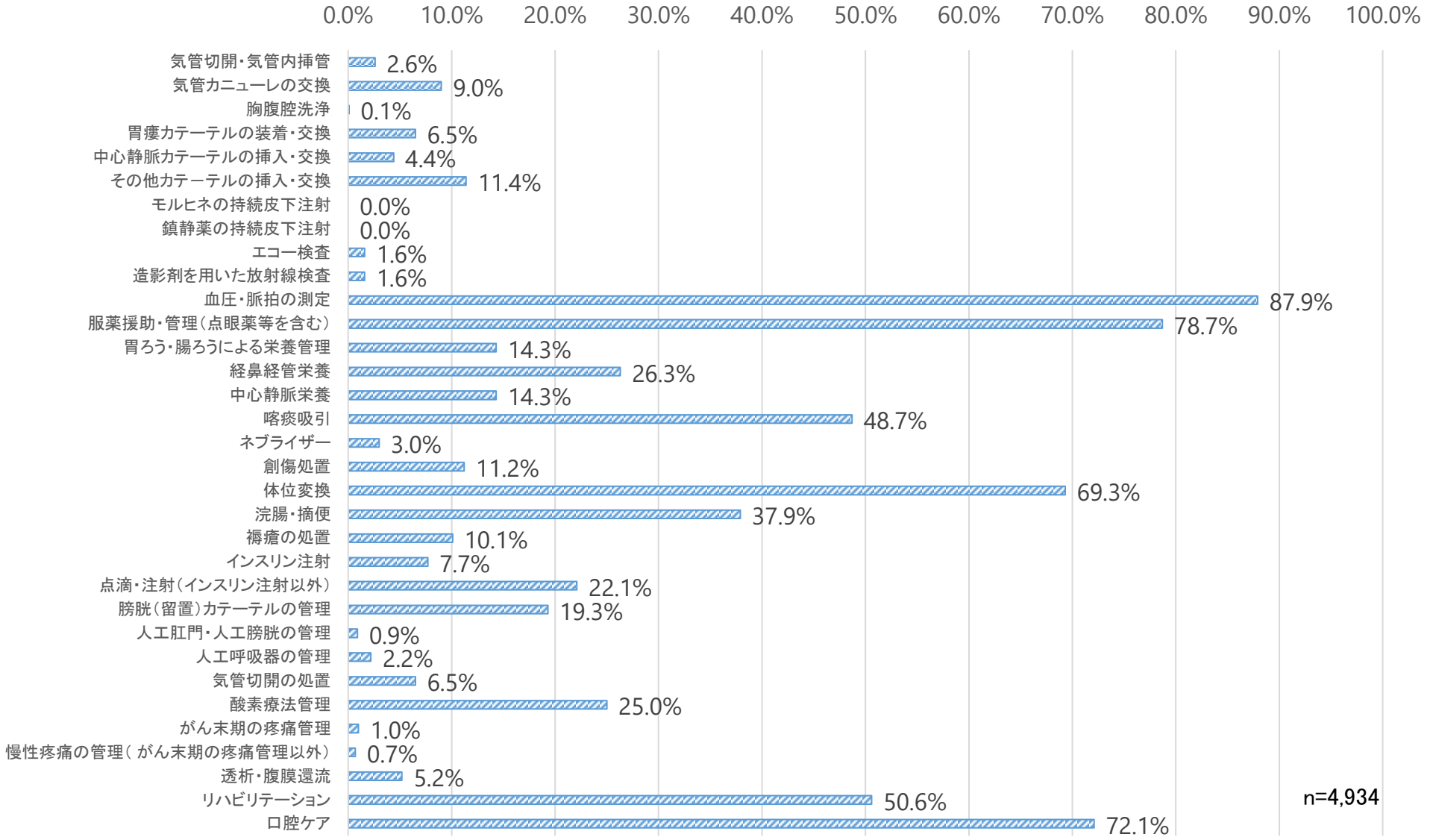
③ 令和４年３月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

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。

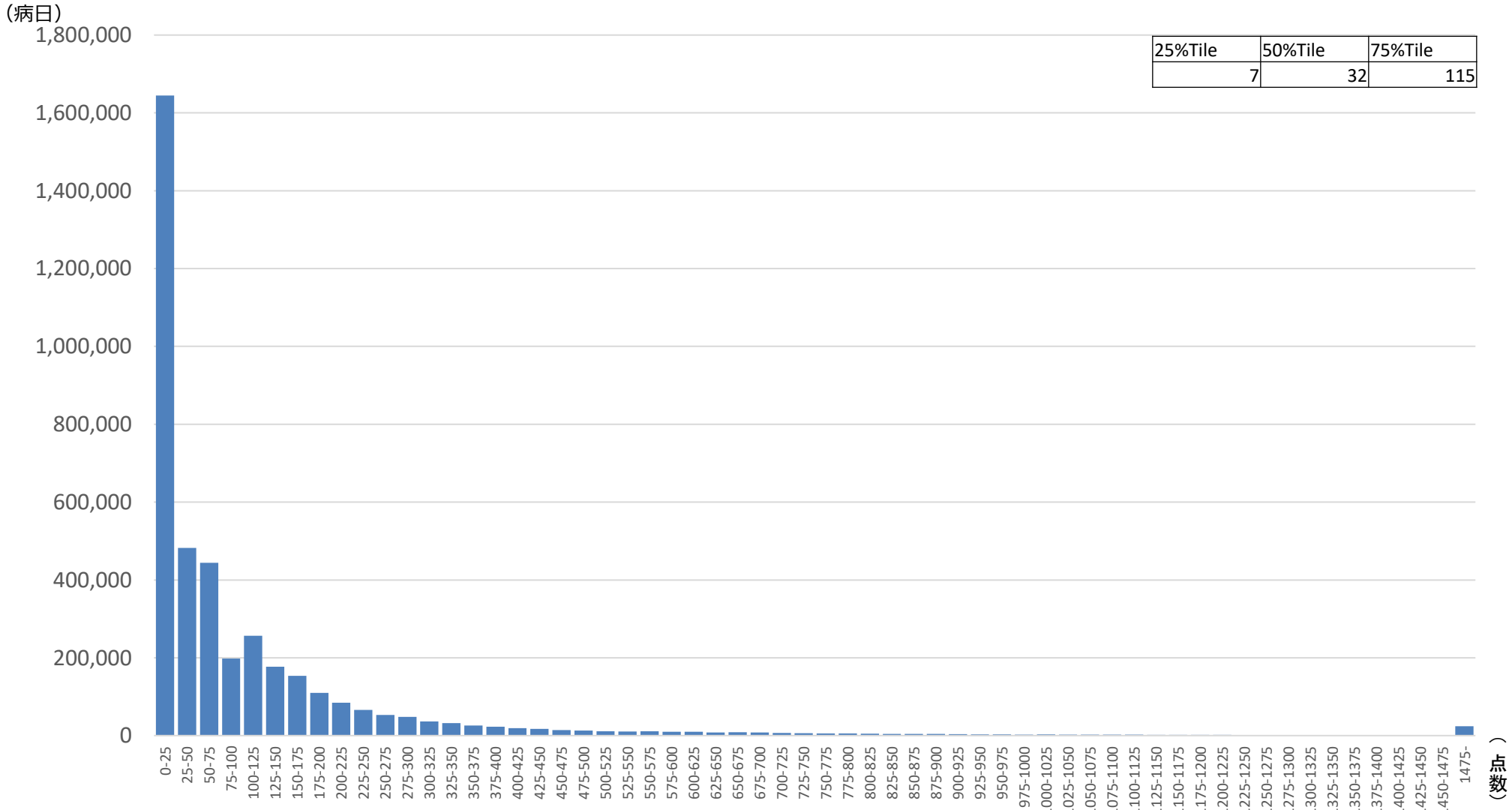


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

医療区分１に係る医療資源投入量

診調組　入－１
５．８．１０

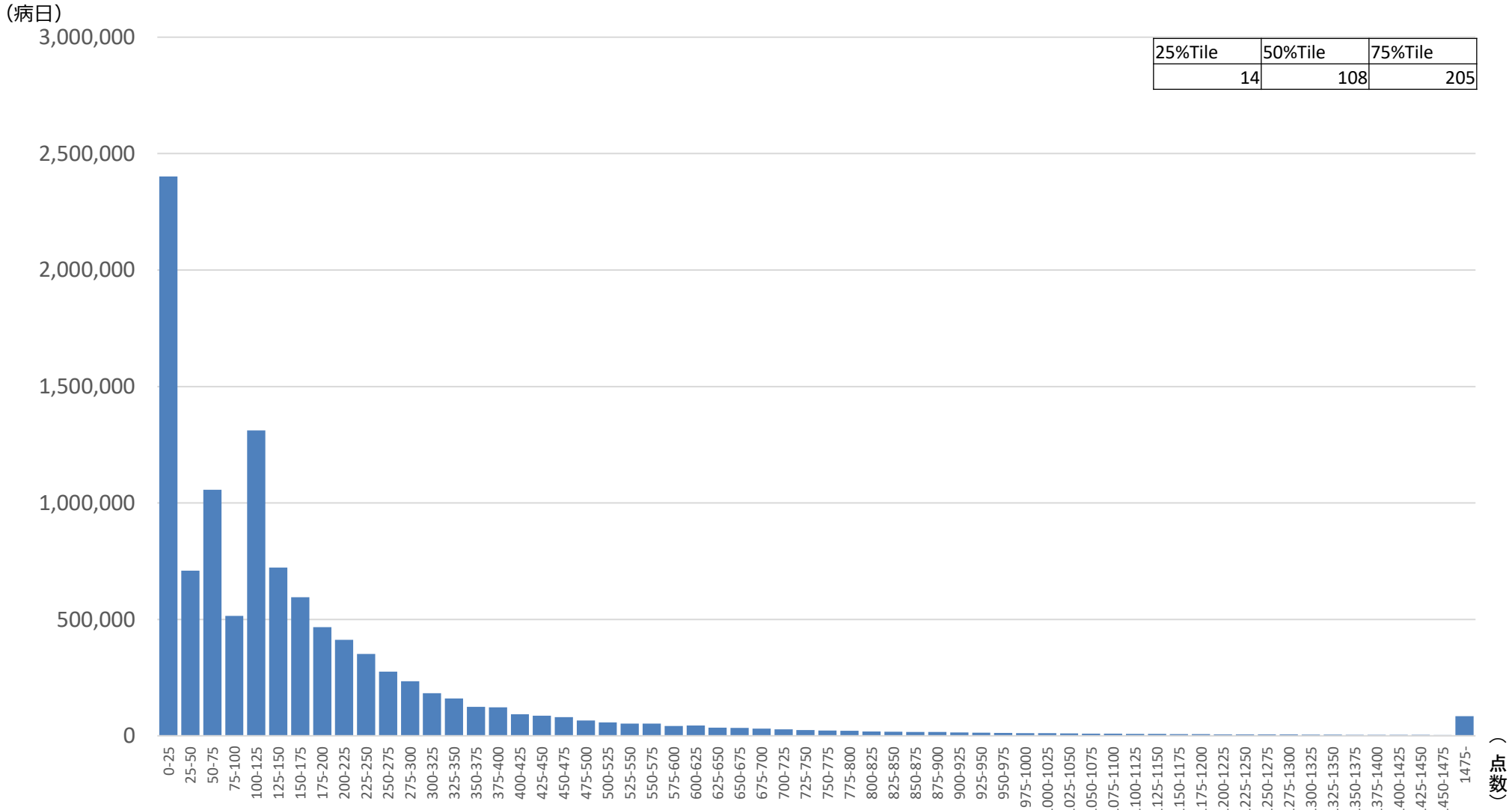
○　医療区分1（療養病棟入院基本料G･H･I）に係る医療資源投入量（包括範囲内）の分布は以下のとおり。



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

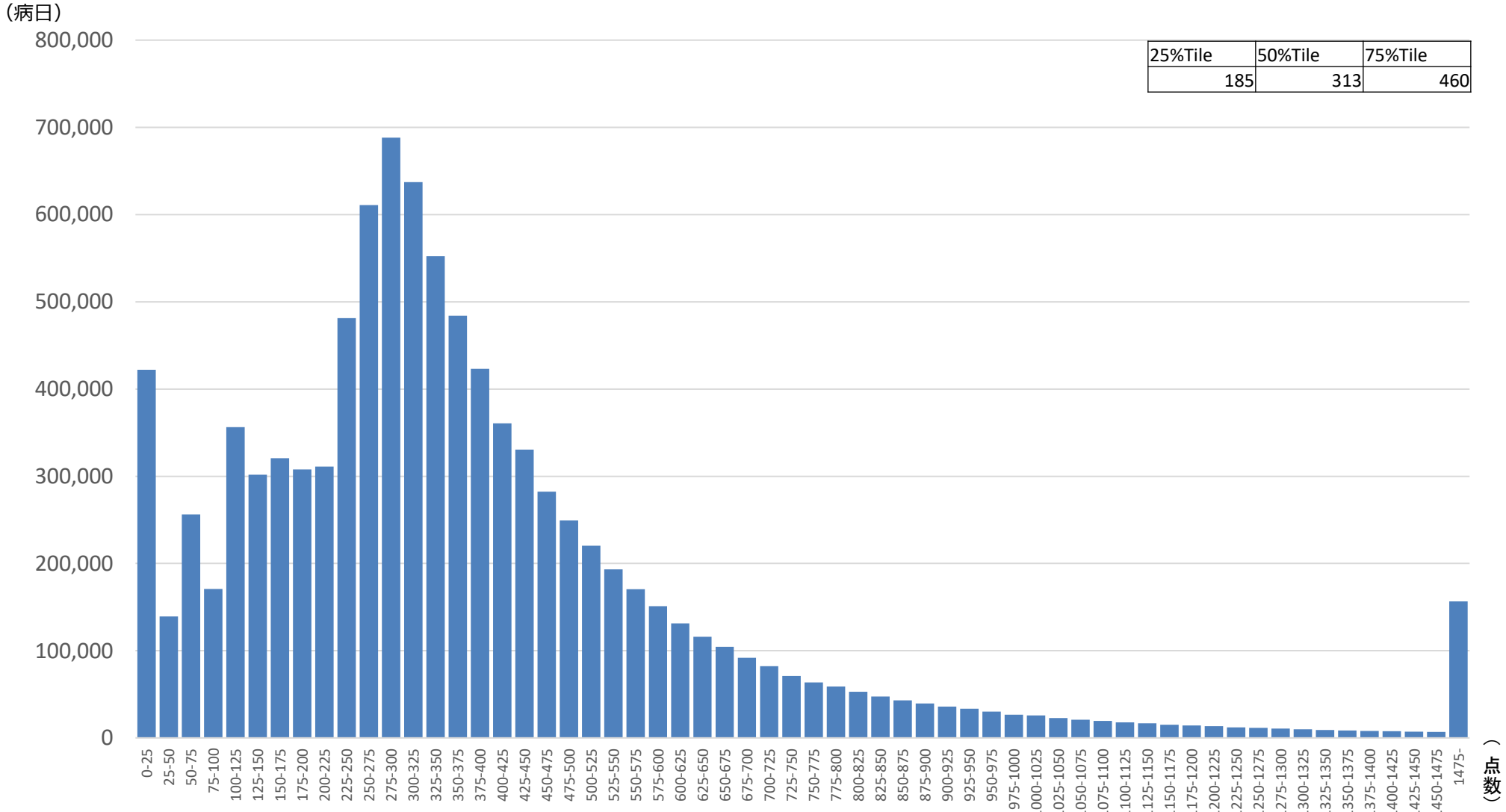
○　医療区分2（療養病棟入院基本料D・E・F）に係る医療資源投入量（包括範囲内）の分布は以下のとおり。



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。

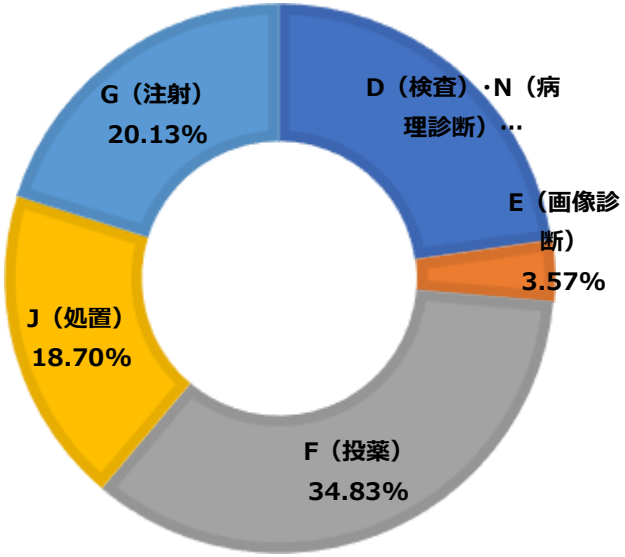


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

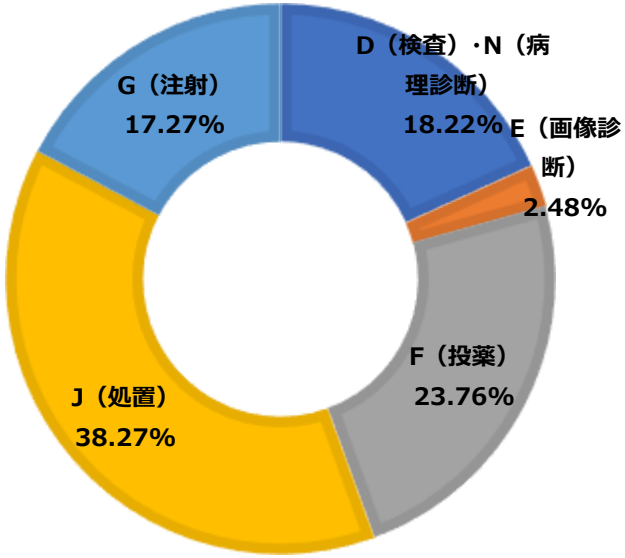
医療区分毎の医療資源投入量の内訳

○　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。

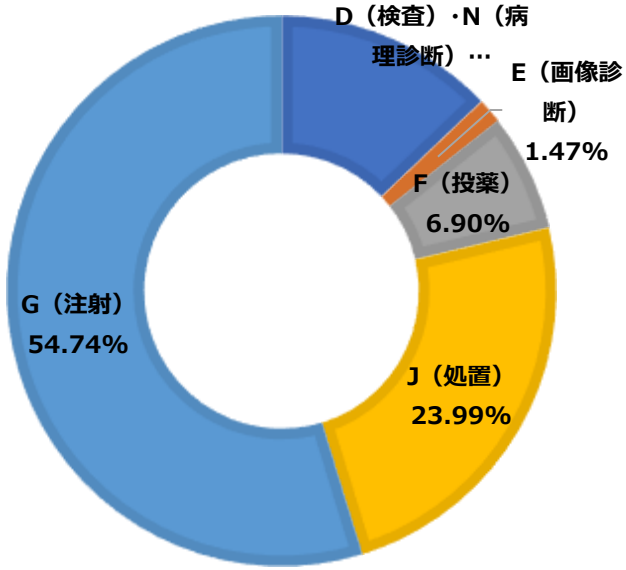
現行の医療区分１における割合



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】

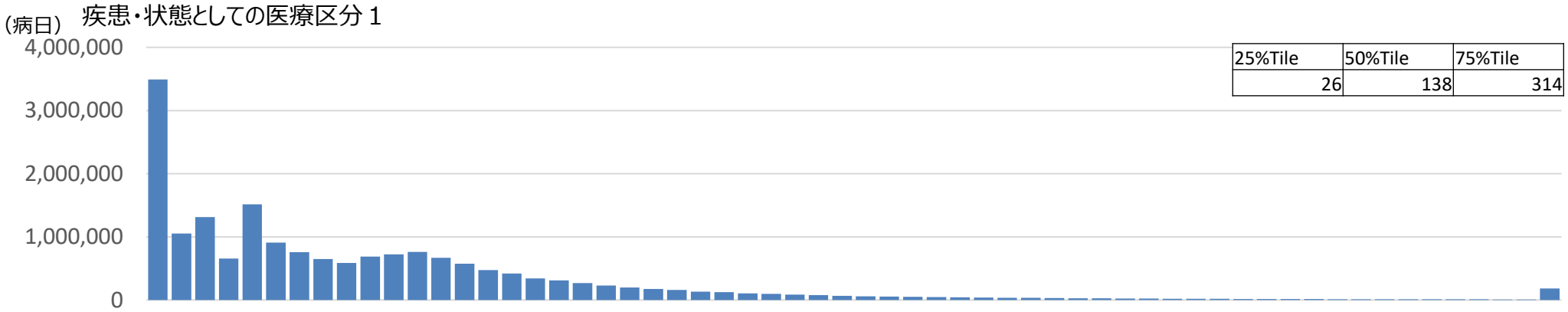
・肺炎に対する治療を実施している状態　・尿路感染症に対する治療を実施している状態
・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態　・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態　・せん妄に対する治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

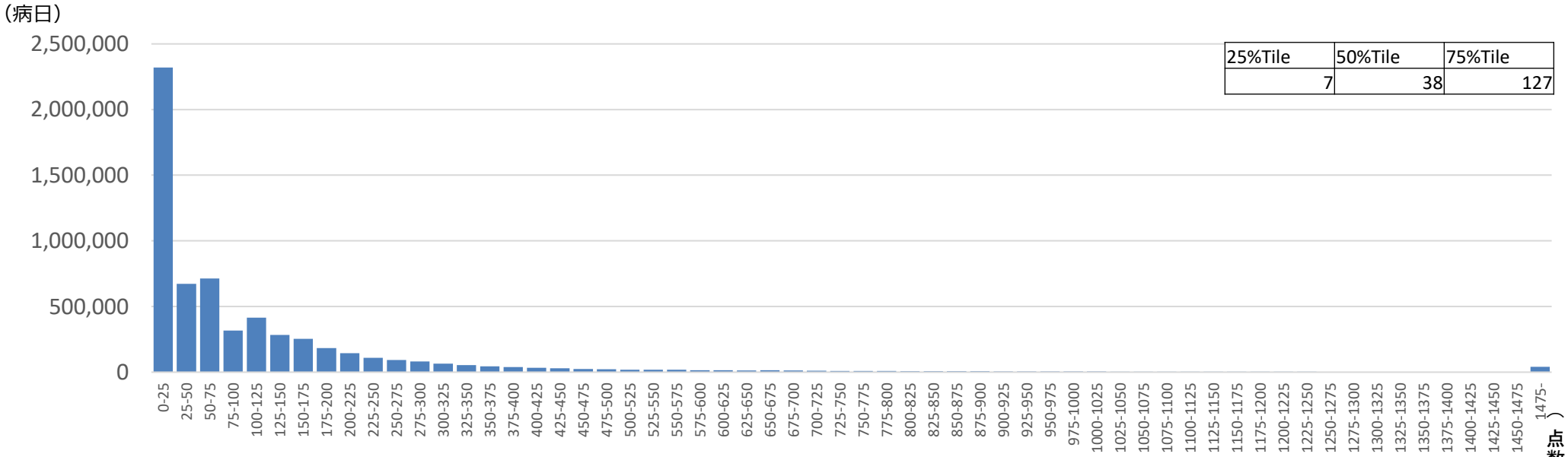
診調組　入－１
５．８．１０

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

疾患・状態としての医療区分１



処置等としての医療区分１

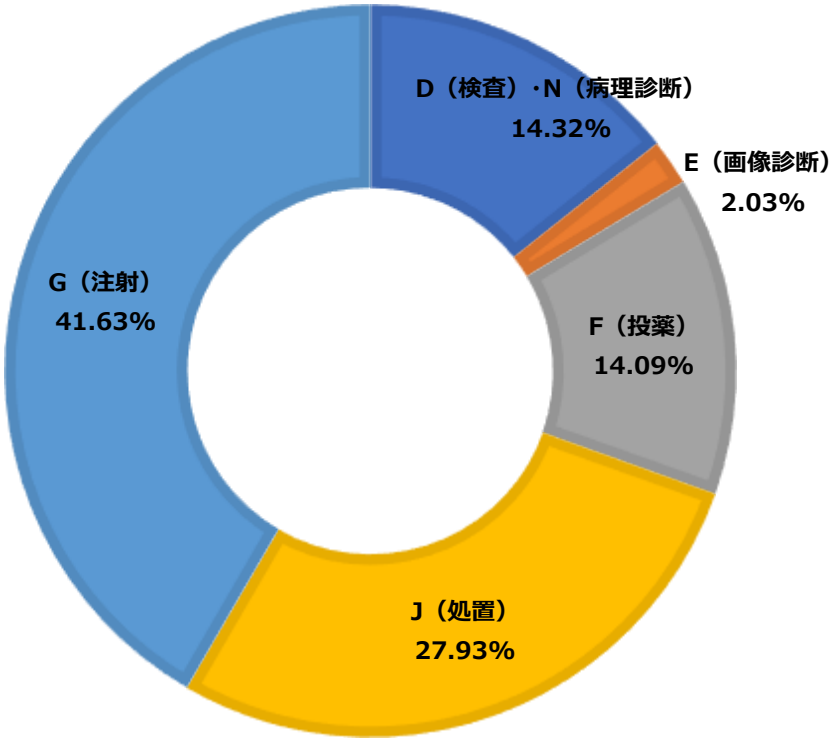


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

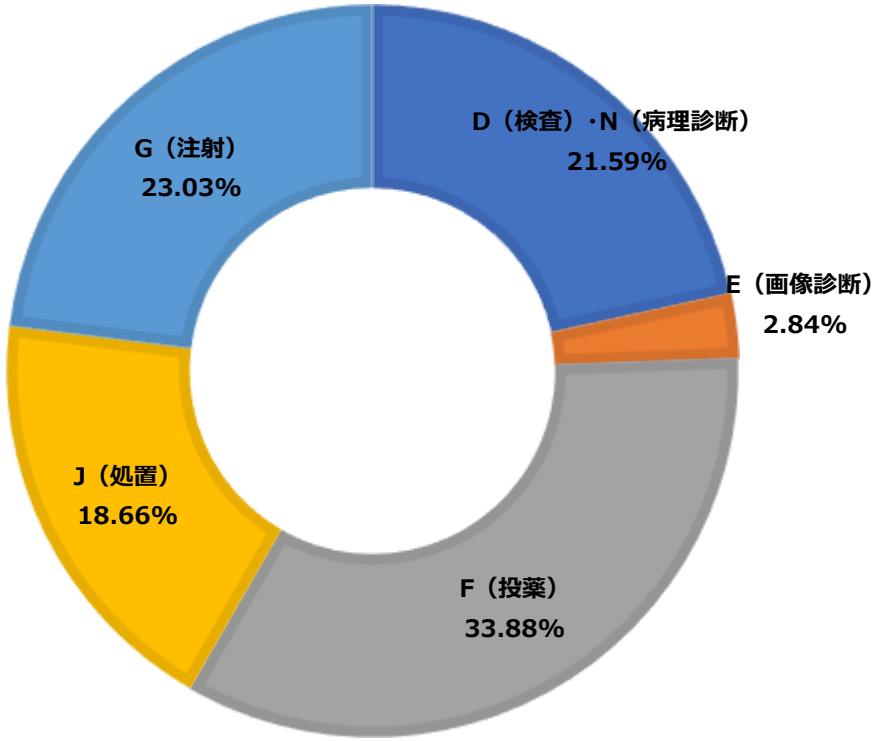
医療区分１に係る医療資源投入量の内訳

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

疾患・状態の医療区分１全体における割合



処置の医療区分１全体における割合

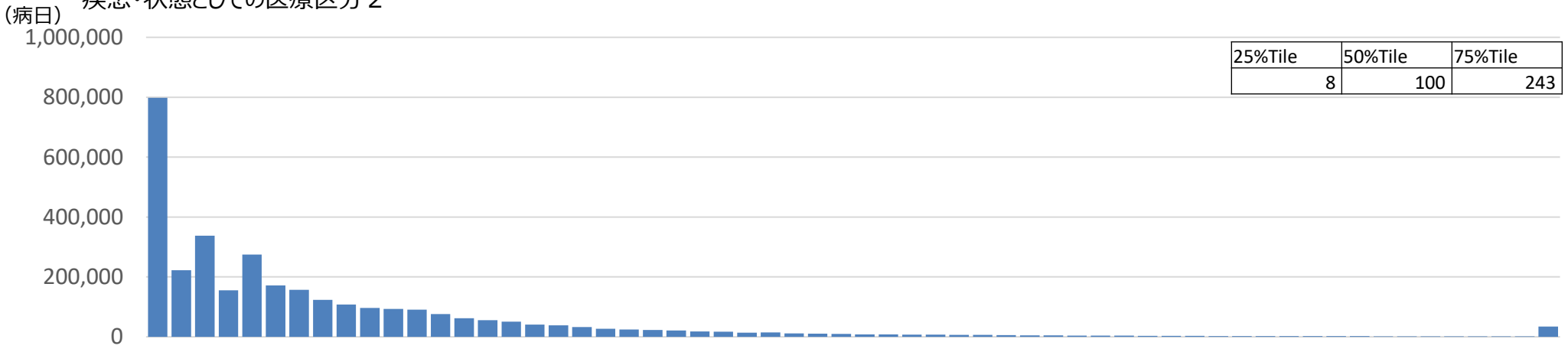


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

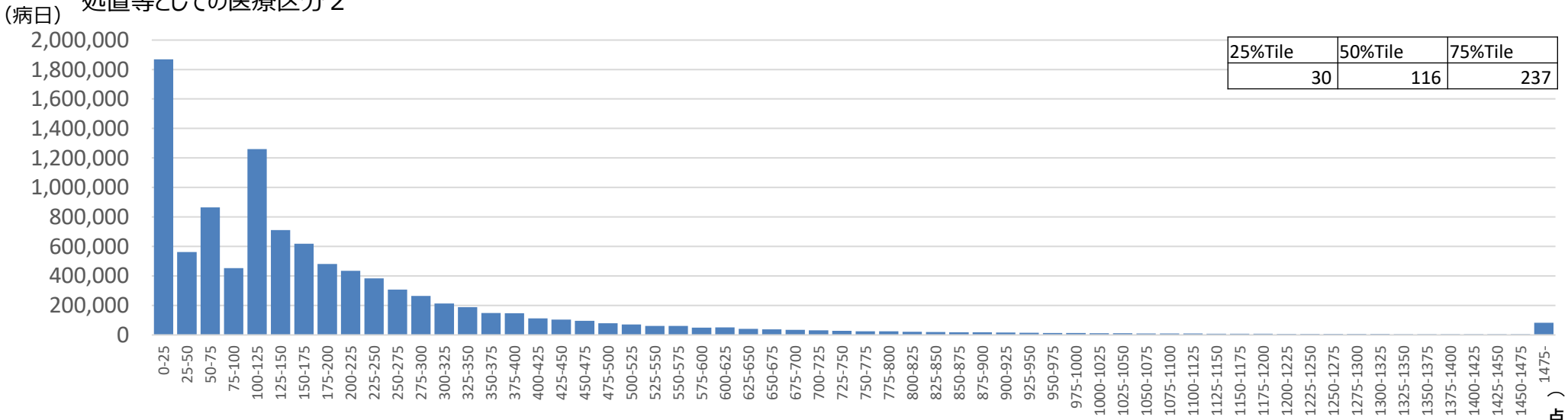
疾 患・状態及び処置等としての医療区分２に係る医療資源投入量

○ 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

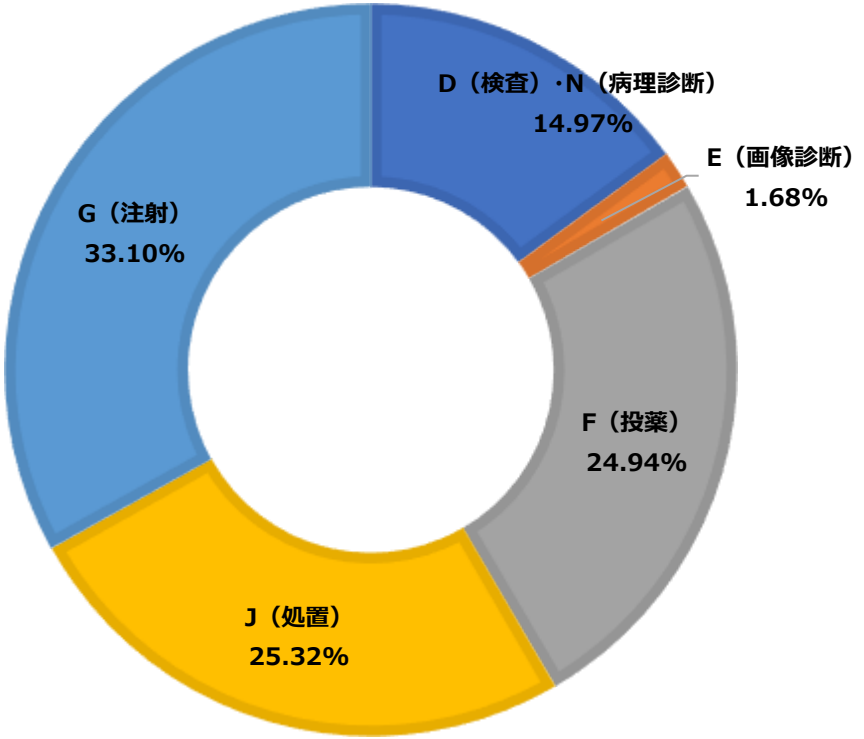


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

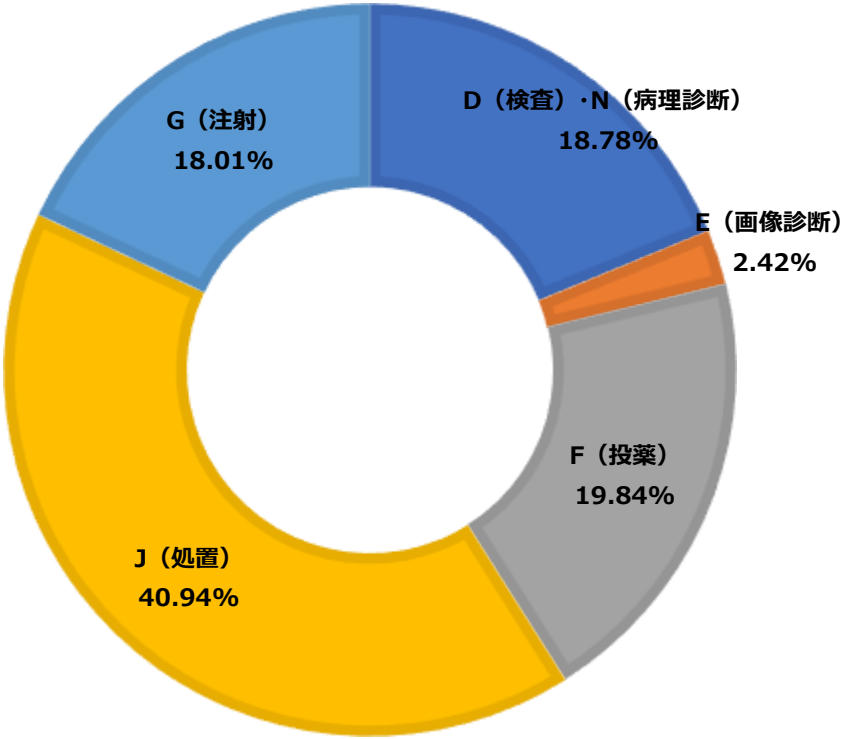
医療区分２に係る医療資源投入量の内訳

○　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



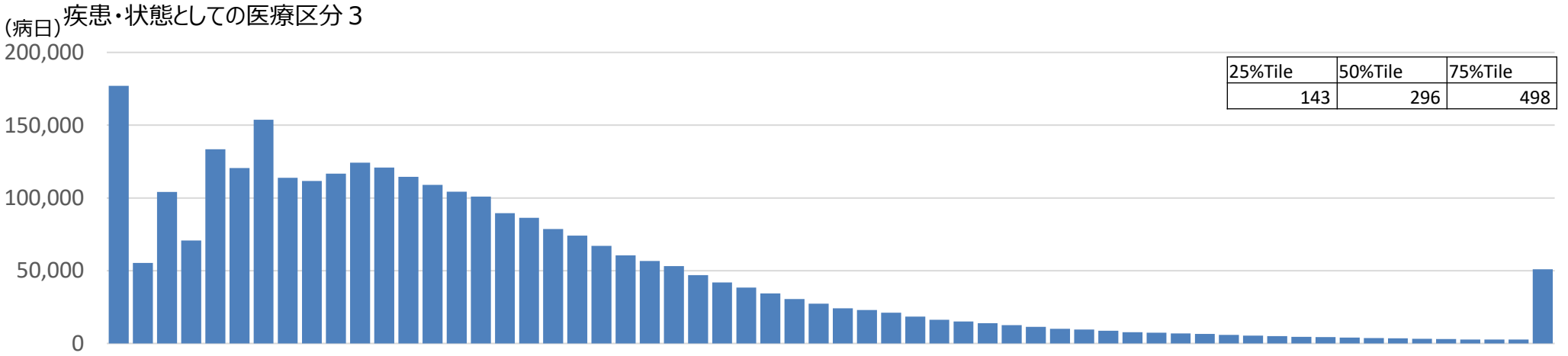
処置の医療区分２全体における割合

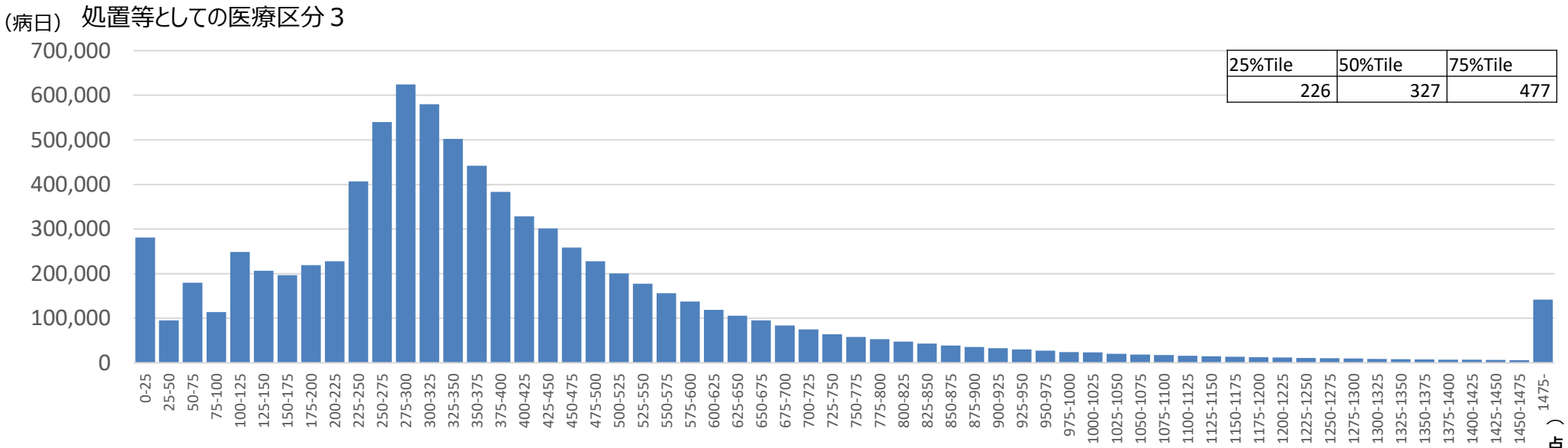


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

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。



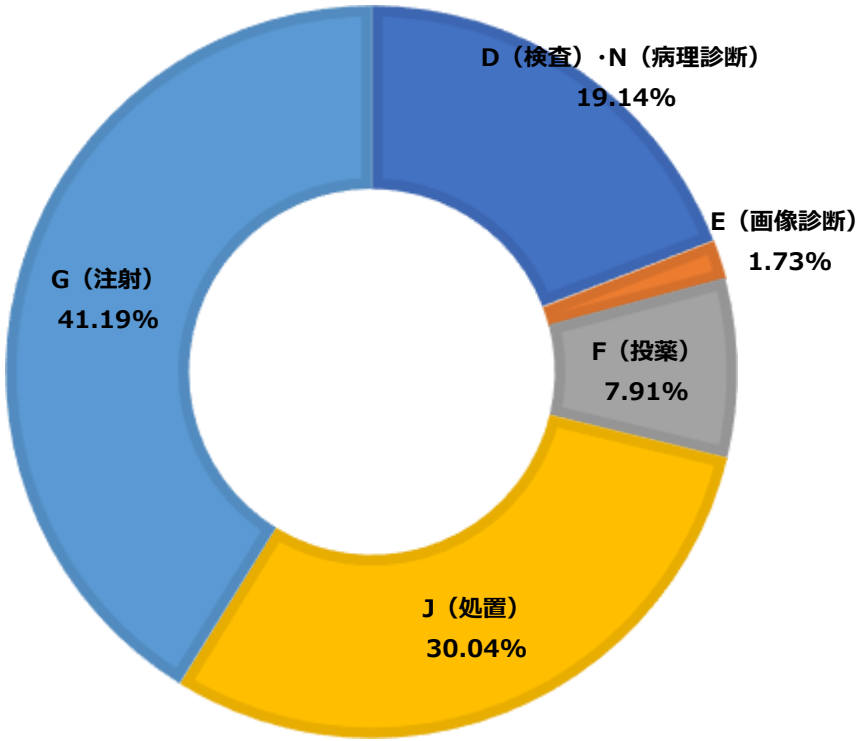


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

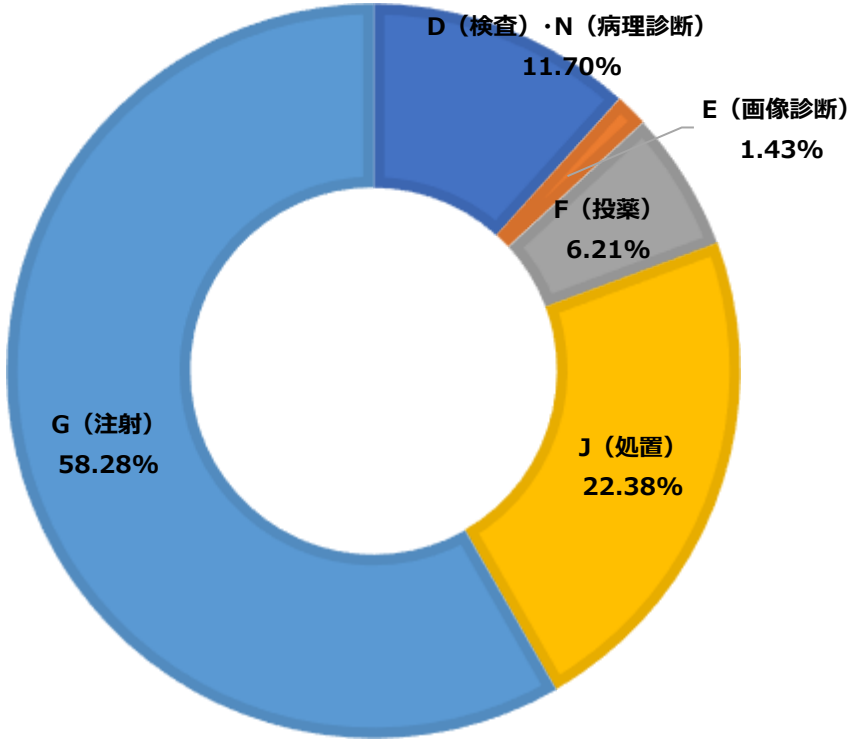
医療区分３に係る医療資源投入量の内訳

○　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



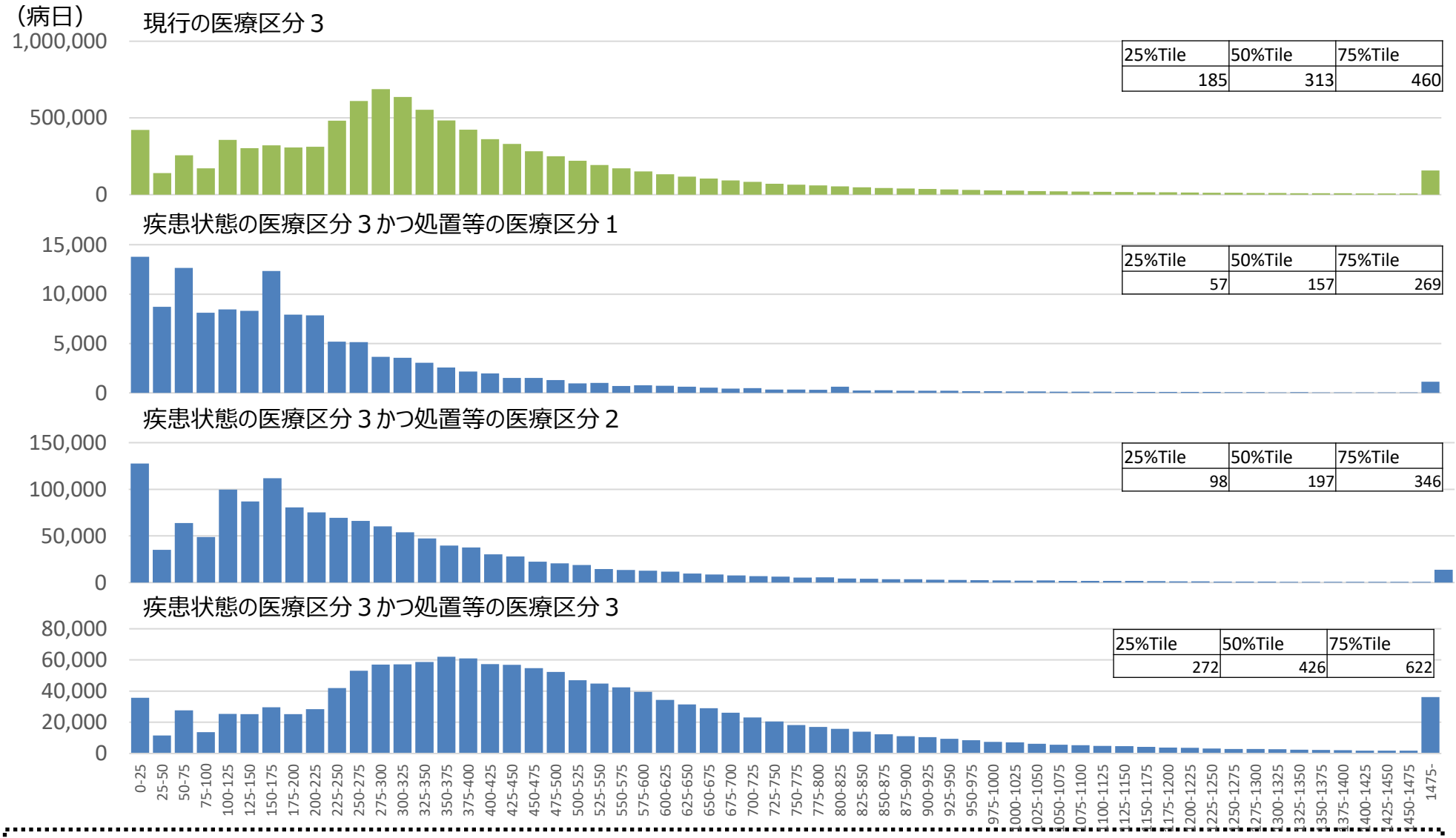
処置の医療区分３全体における割合



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

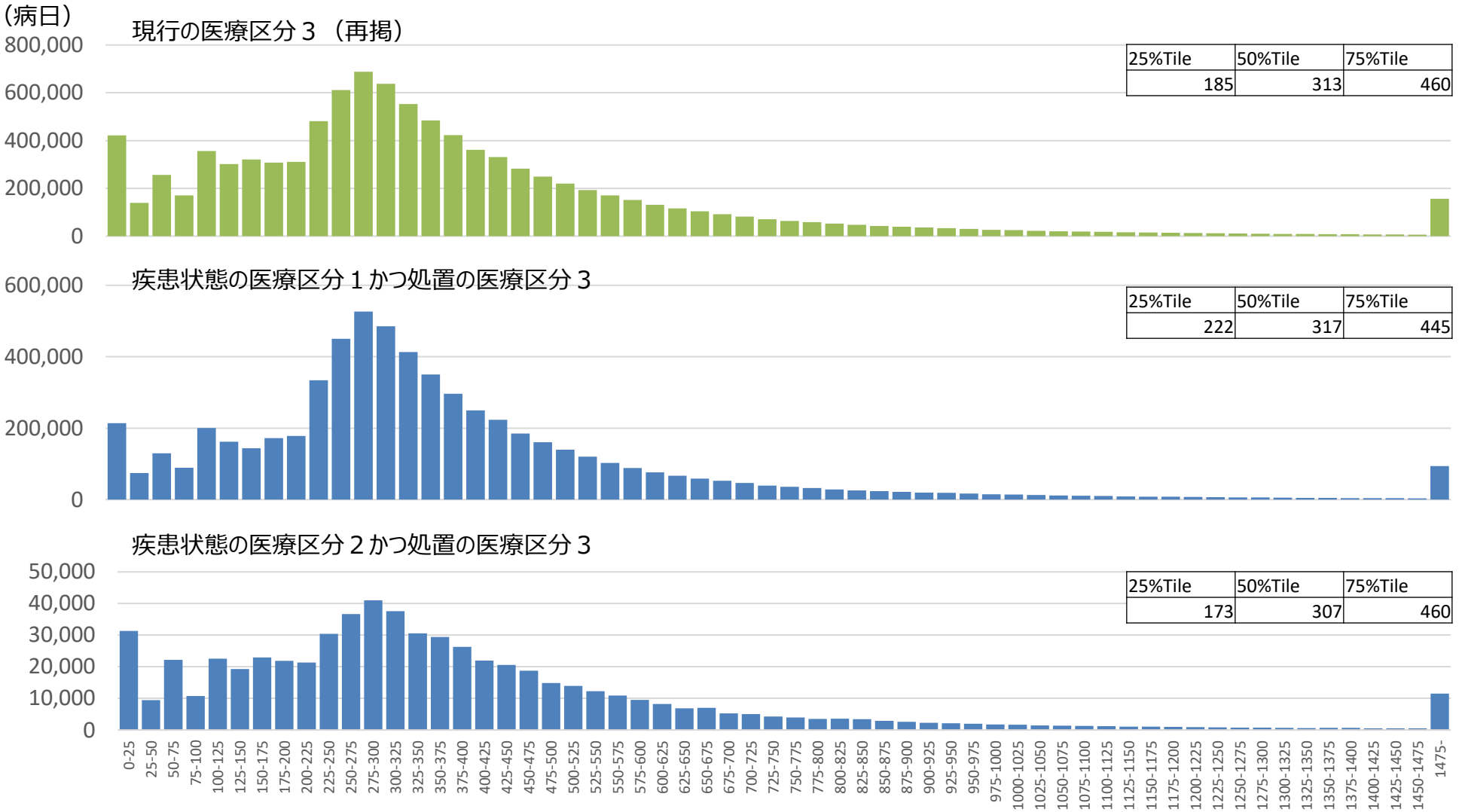
○　医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



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。



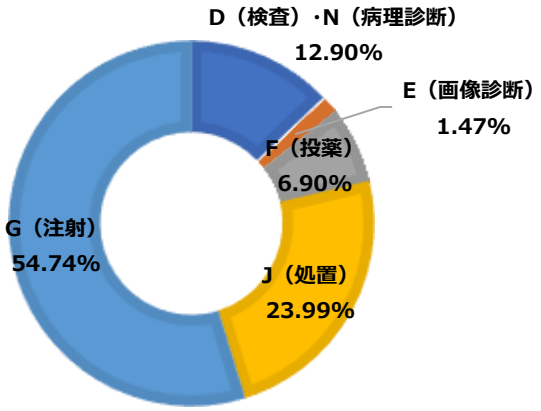
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間･データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分３と疾患・状態と処置等の組み合わせの内訳

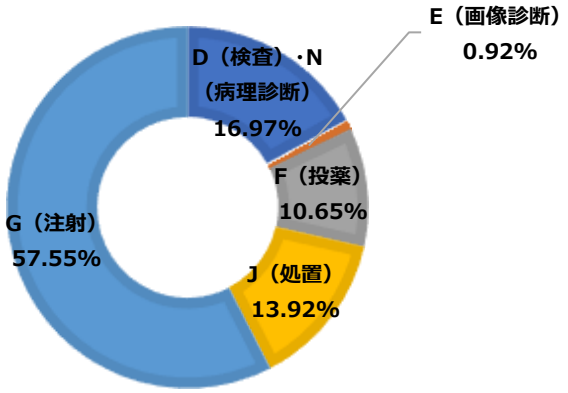
診調組　入－３
５．９．６

○　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。

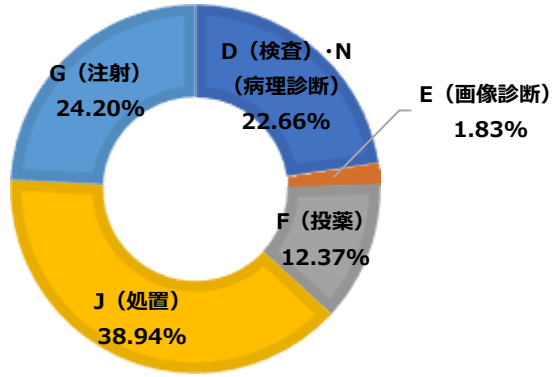
現行の医療区分３全体における割合（再掲）



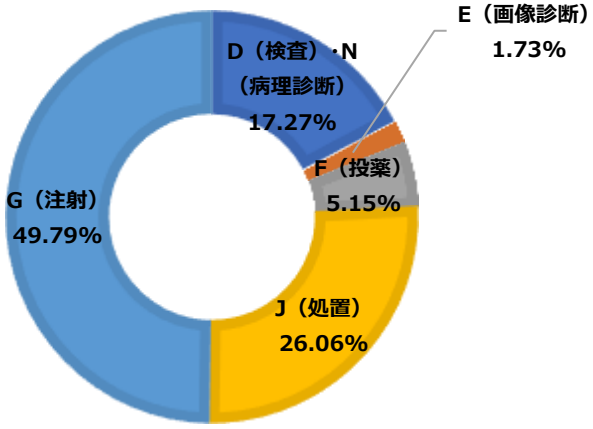
【疾患状態】医療区分３かつ【処置】医療区分１全体における割合



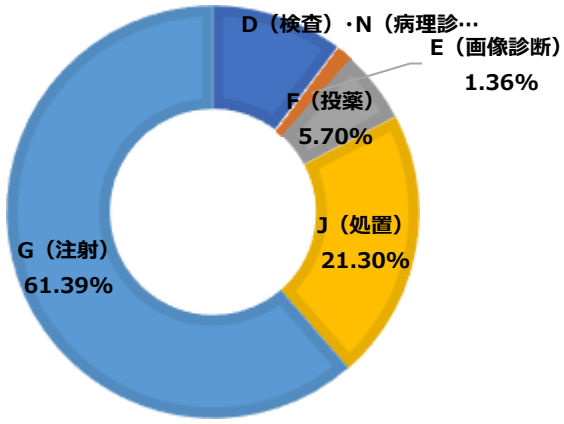
【疾患状態】医療区分３かつ【処置】医療区分２全体における割合



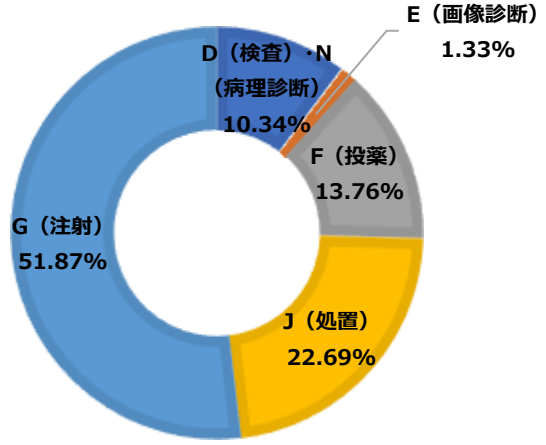
【疾患状態】医療区分３かつ【処置】医療区分３全体における割合



【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



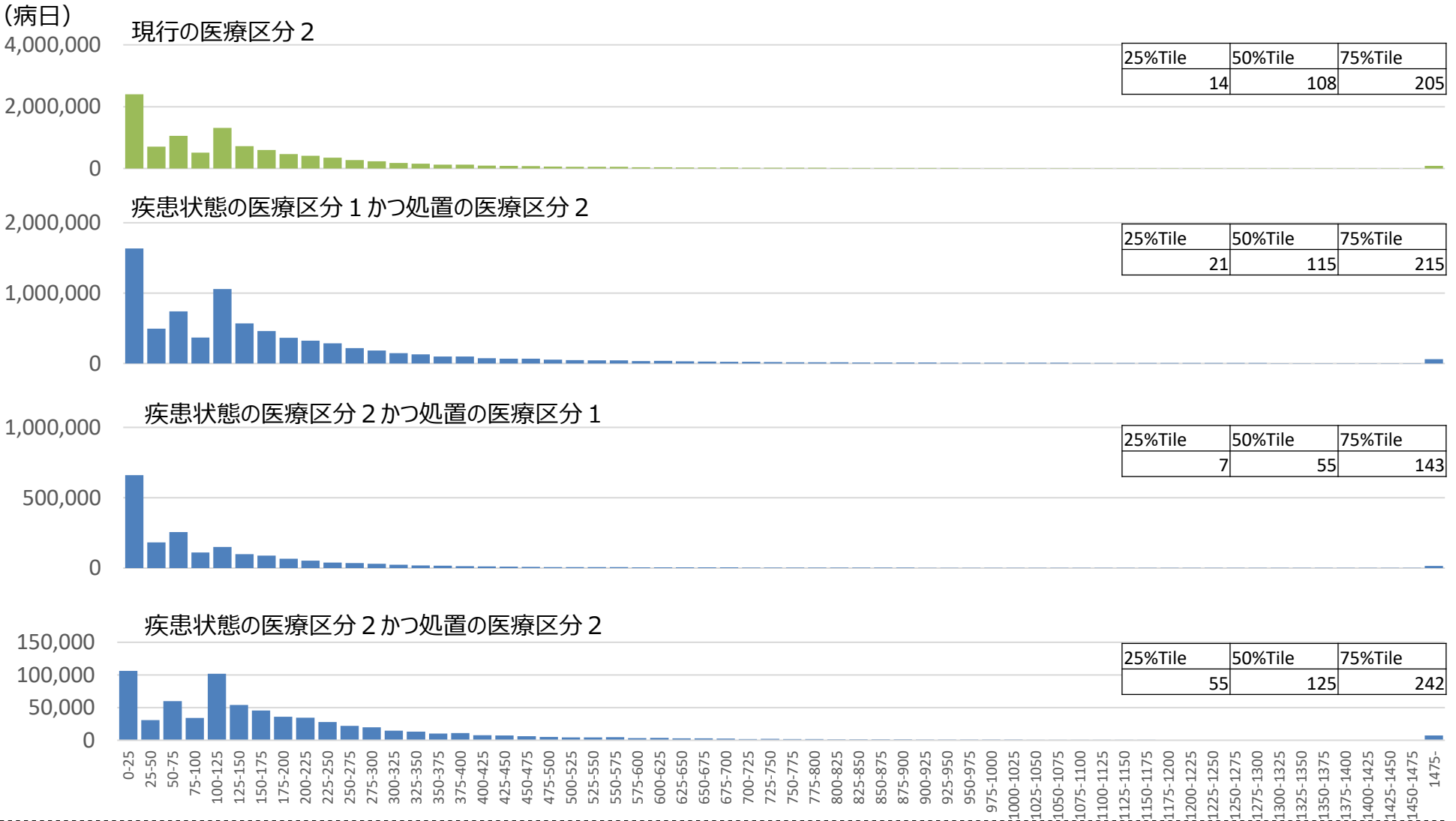
【疾患状態】医療区分２かつ【処置】医療区分３全体における割合



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。



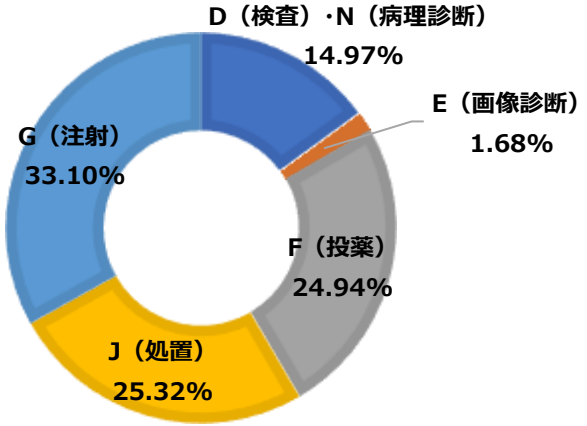
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間･データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分２と疾患・状態と処置等の組み合わせの内訳

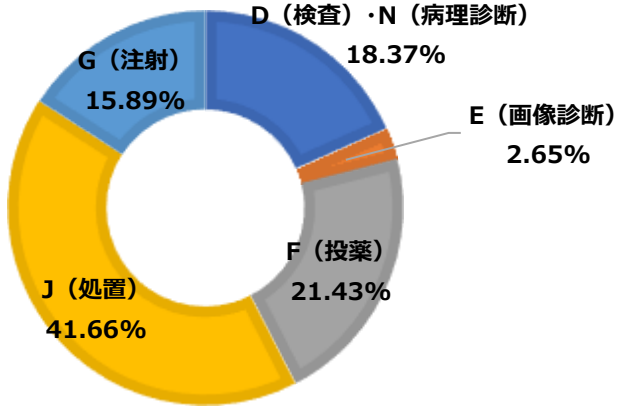
診調組　入－３
５．９．６

○　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。

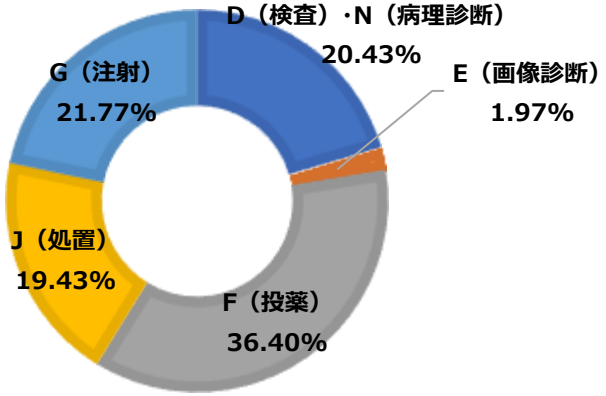
疾患・状態の医療区分２全体における割合



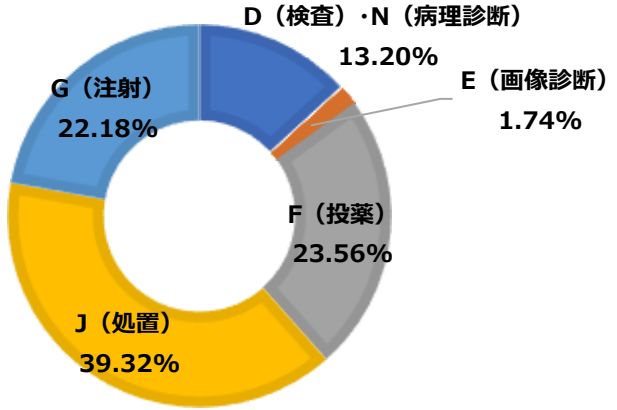
【疾患状態】医療区分１かつ【処置】医療区分２全体における割合



【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

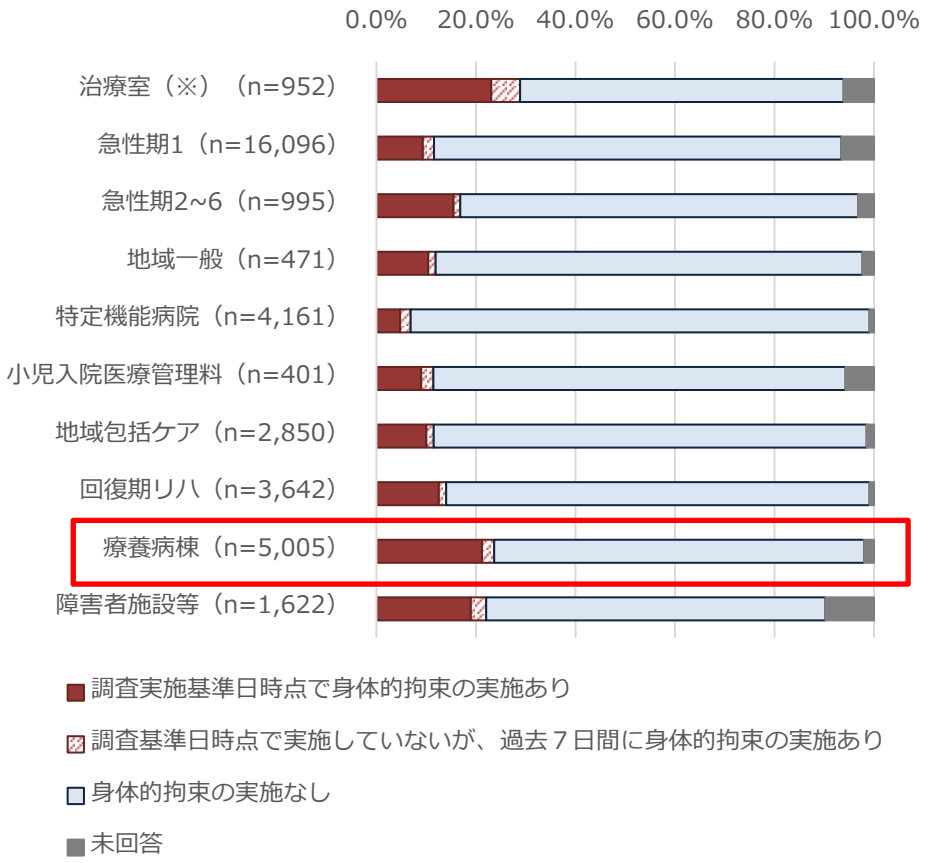


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

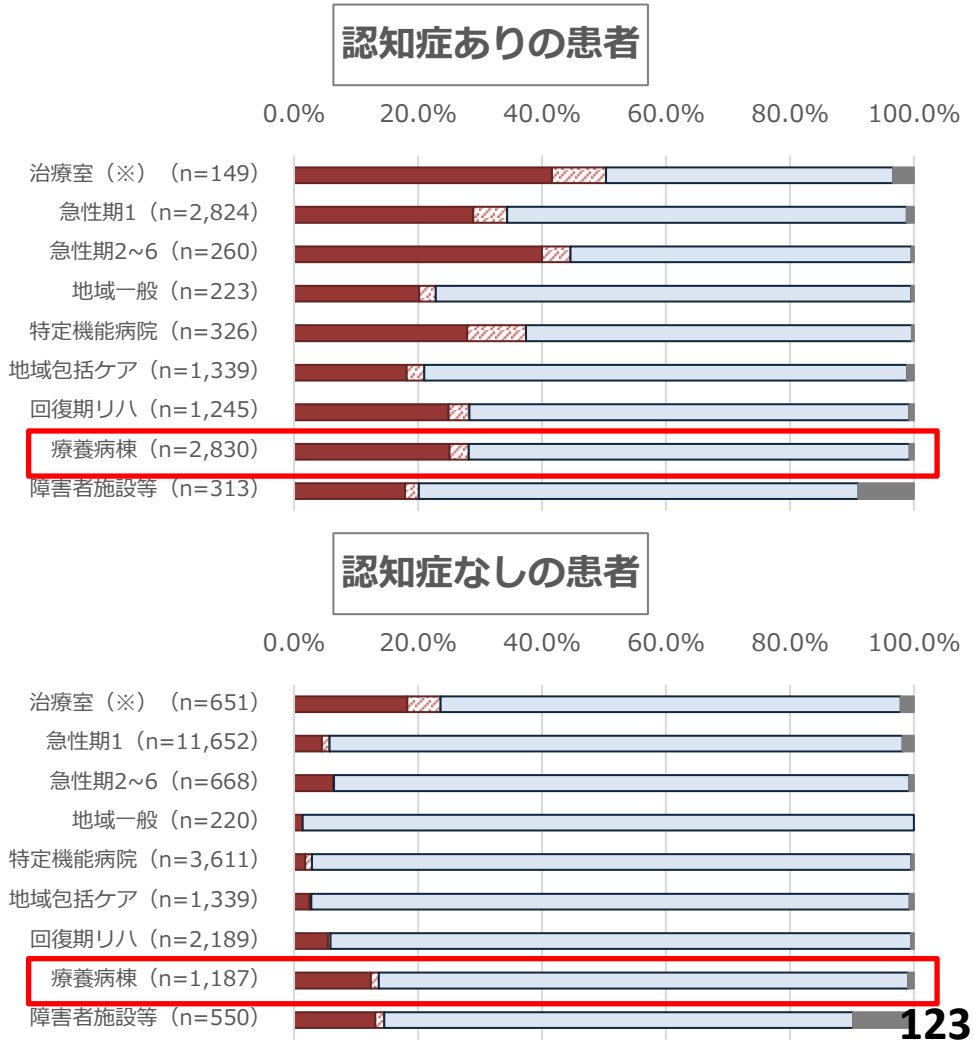
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■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



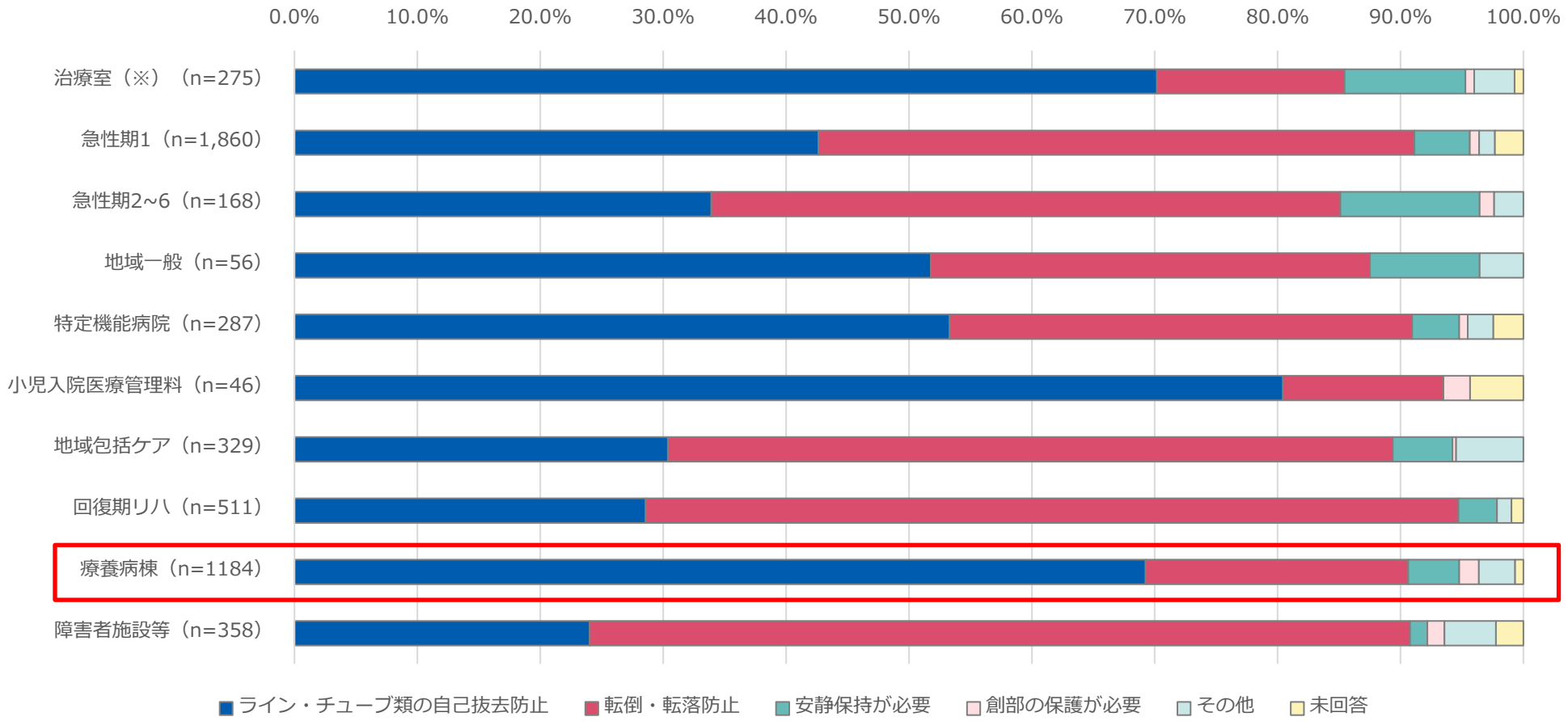
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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）



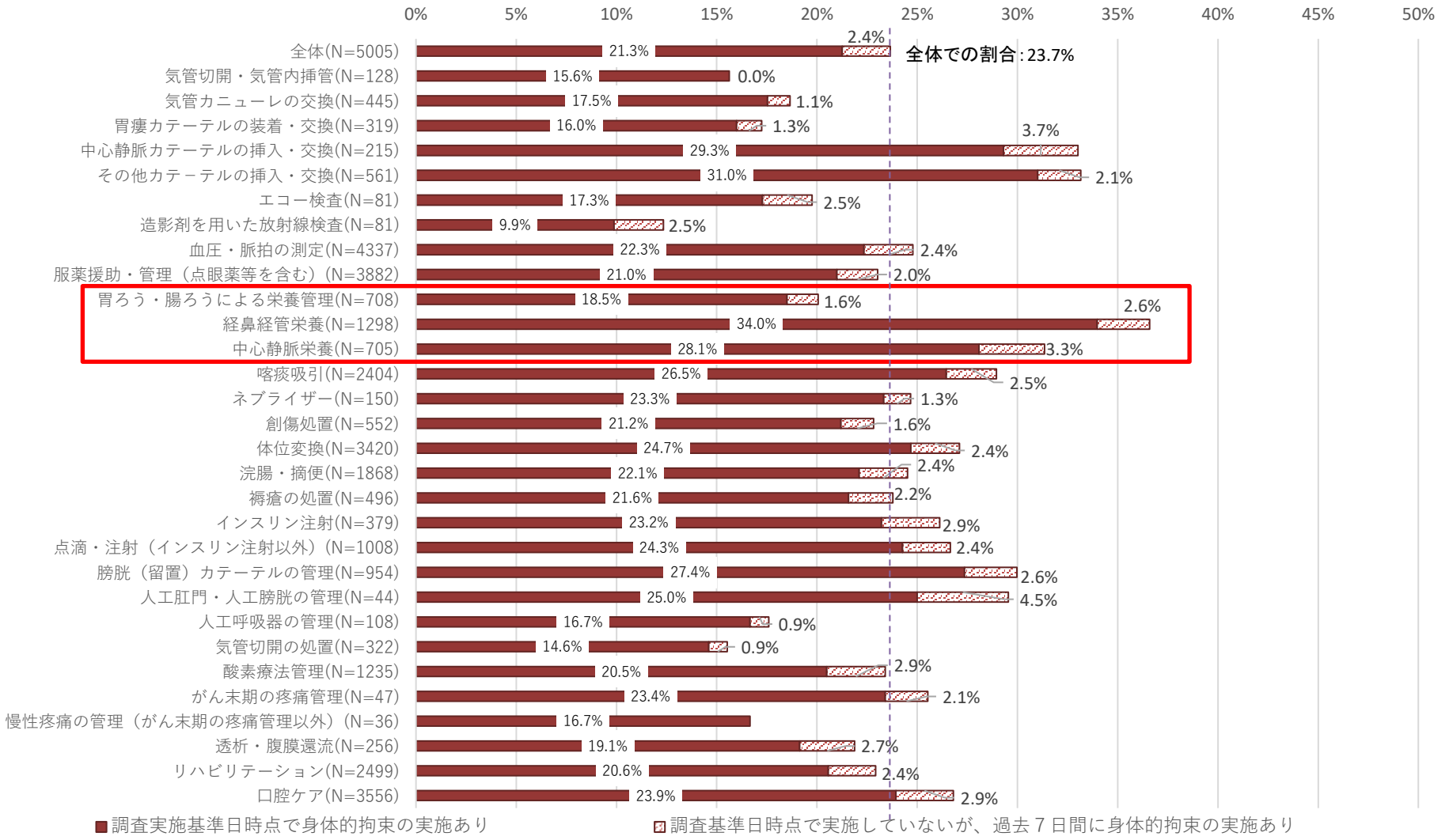
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

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

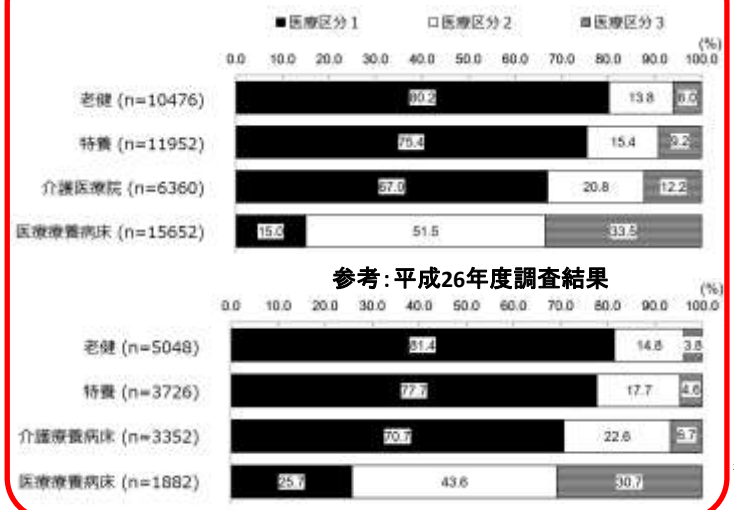
n=21,165　**図表10　医療区分及びADL区分（特養）**　単位：%

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

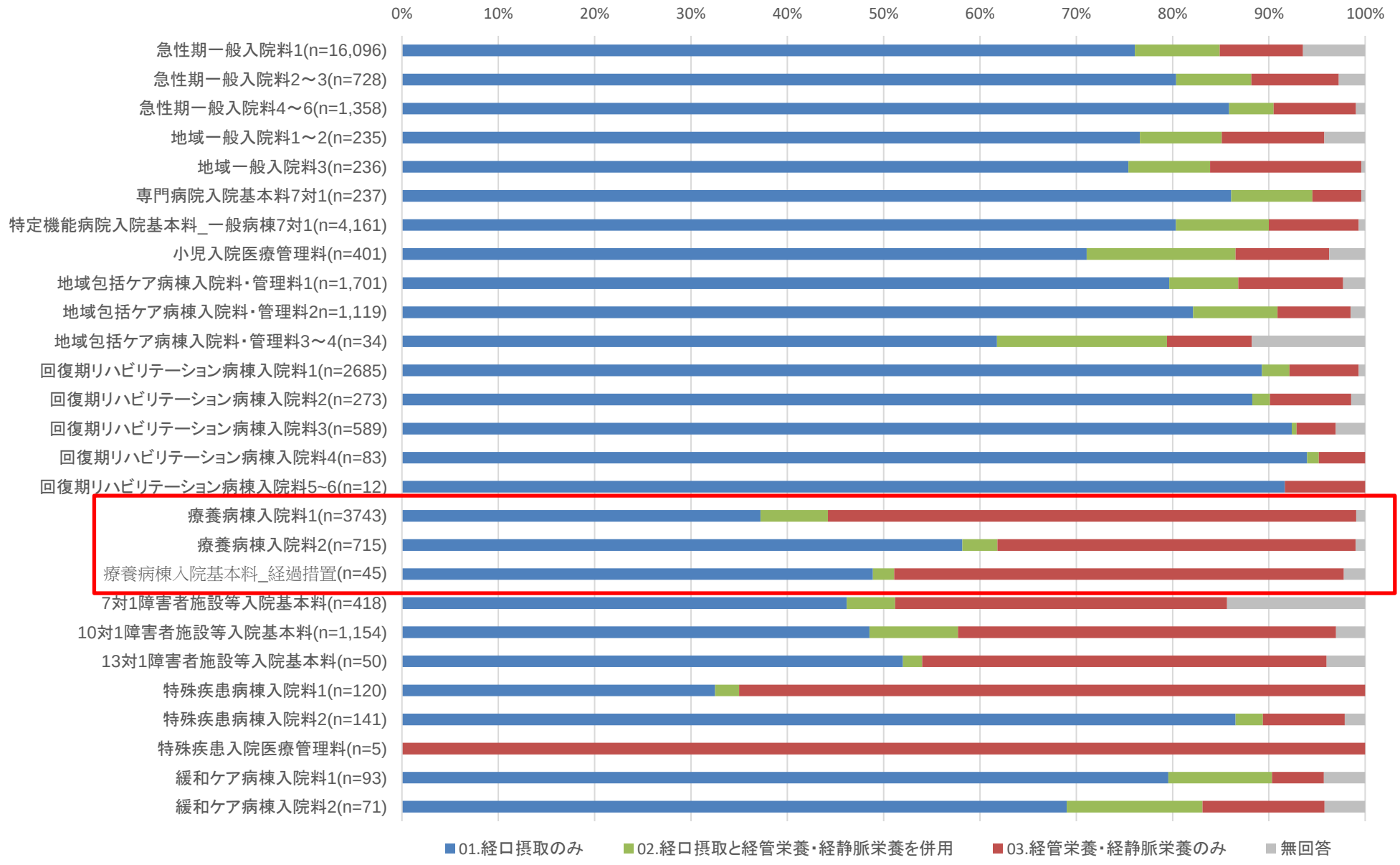
○　療養病棟におけるリハビリテーションの１日あたり医療資源投入量と算定件数（単位数）は以下の通り。
○　特に入院料I（医療区分1・ADL区分1）において医療資源投入量が高く、算定件数（単位数）が多い。

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

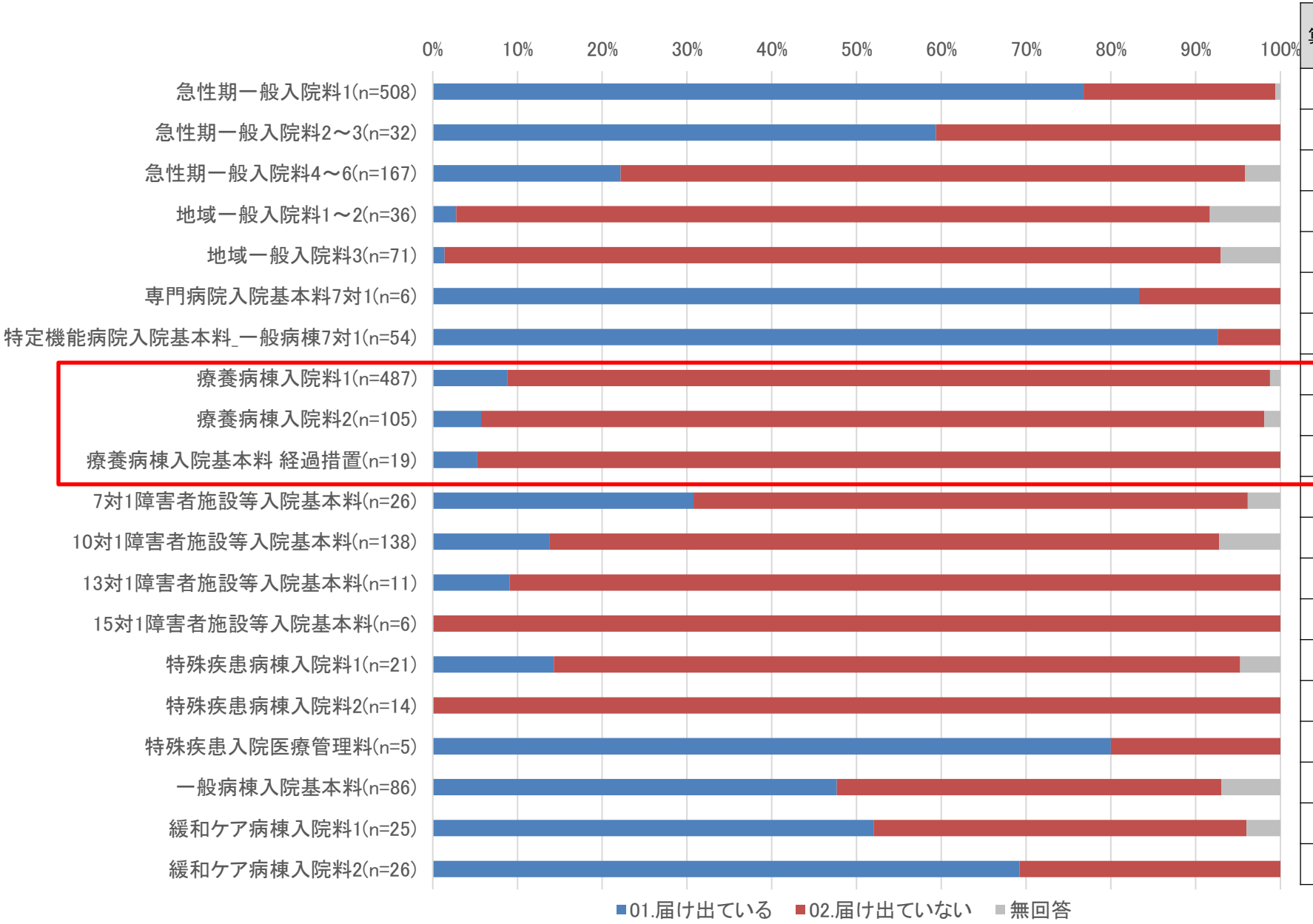
診調組　入－１
５．６．８改



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



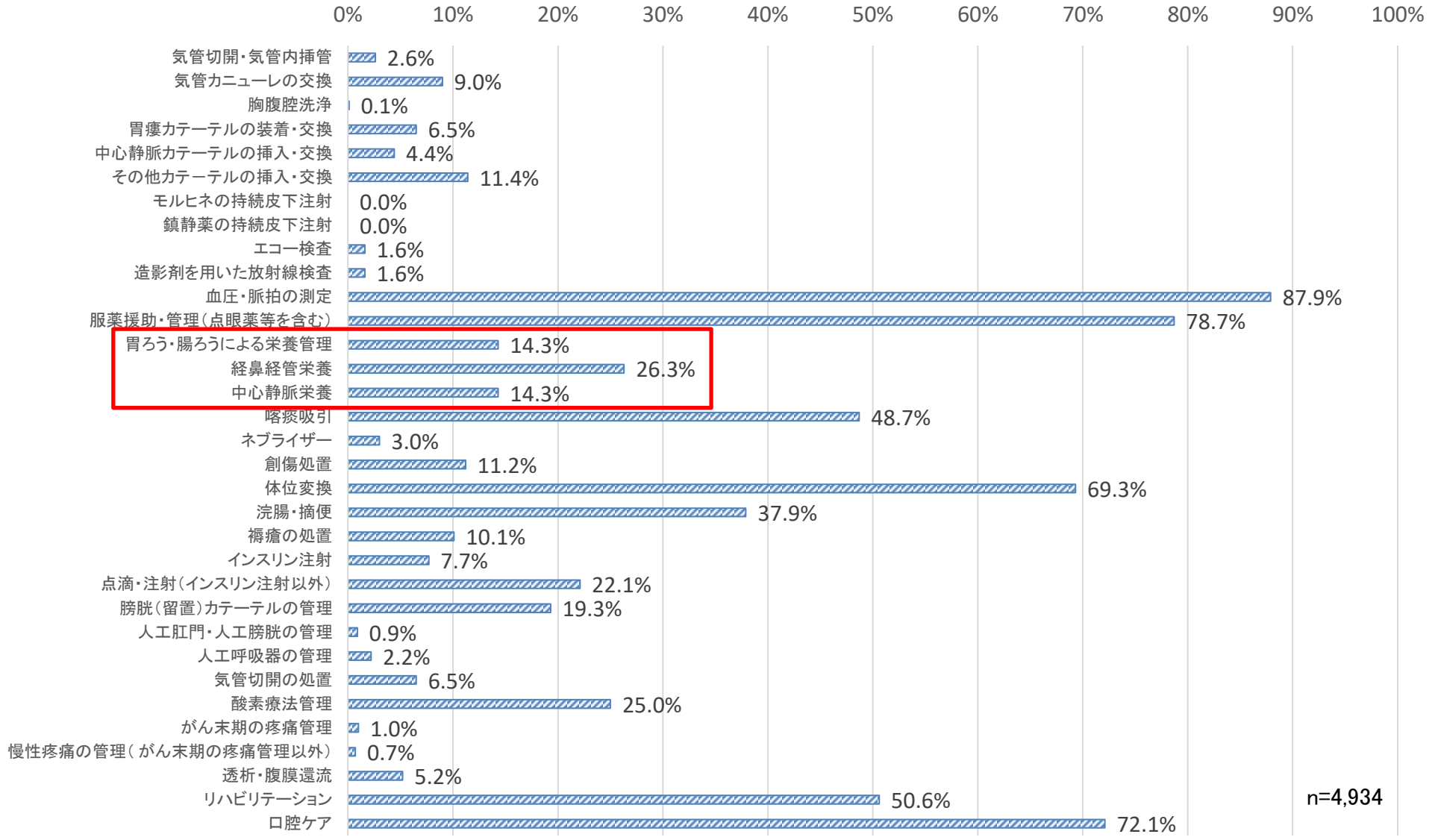
届出施設 算定件数（中央値） （R4.10　1か月）
32.0
26.0
16.0
－
15.0
41.0
47.5
16.0
4.0
3.0
22.5
12.0
－
－
9.0
－
21.5
21.0
25.0
21.0

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

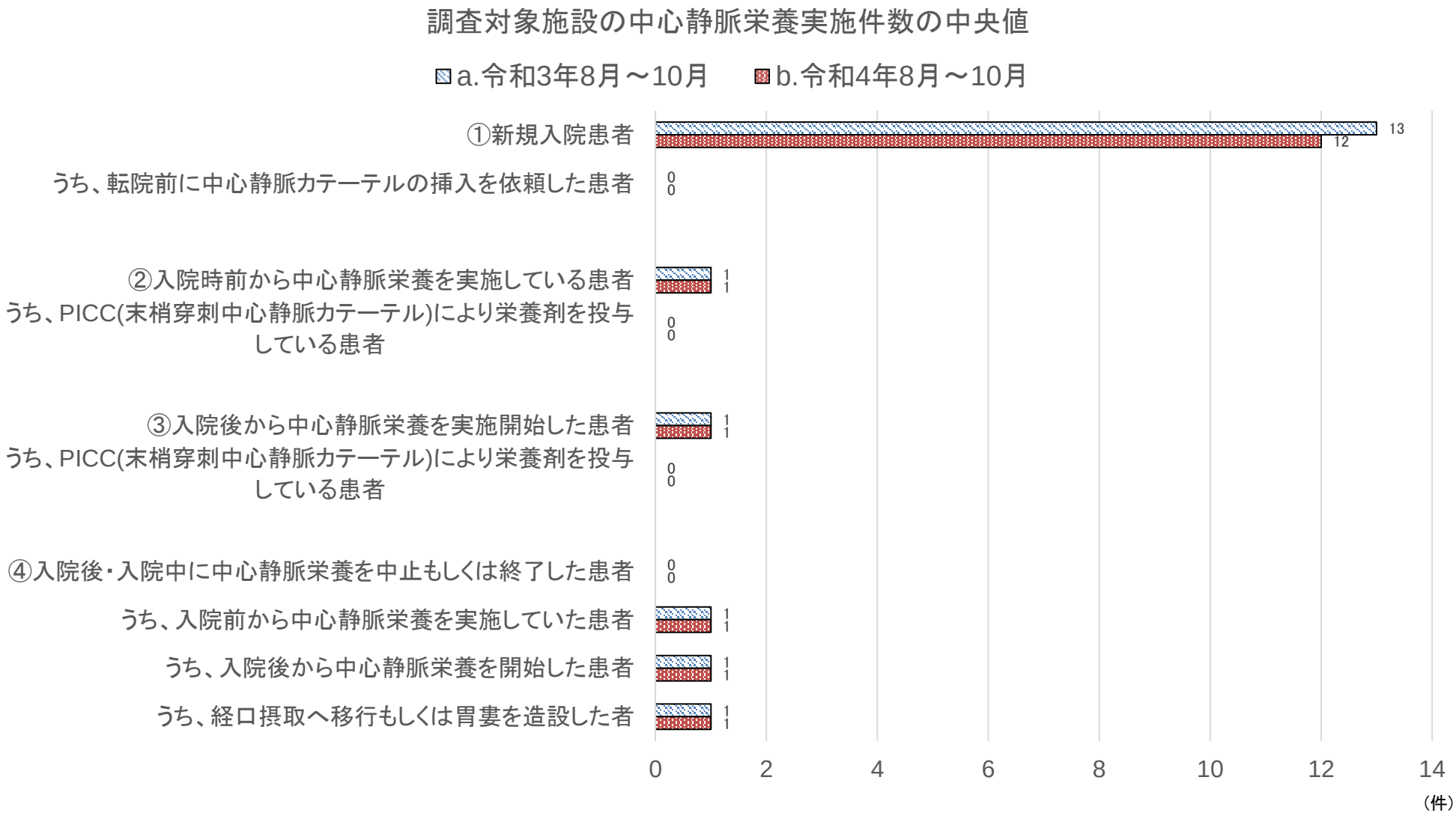
【療養病棟入院基本料】
［算定要件］（概要・抜粋）
注１　１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、**当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定**

【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

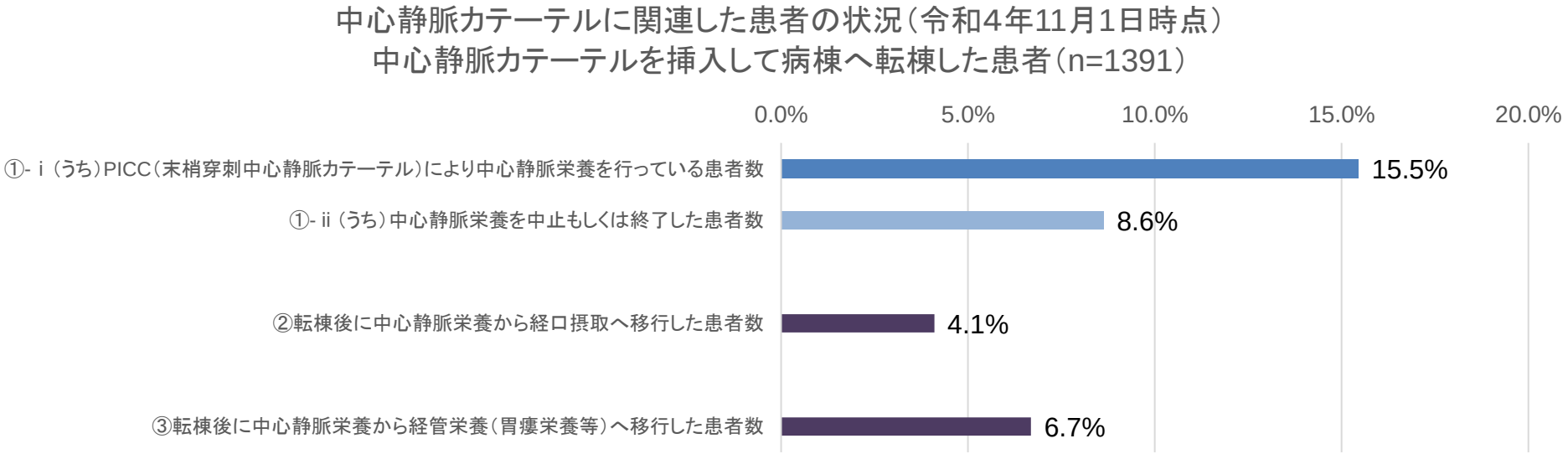
○　各調査対象施設（597施設）における3か月間の中心静脈栄養の実施患者数の中央値は、以下のとおりであり、令和4年度診療報酬改定前後で大きな変化は見られなかった。

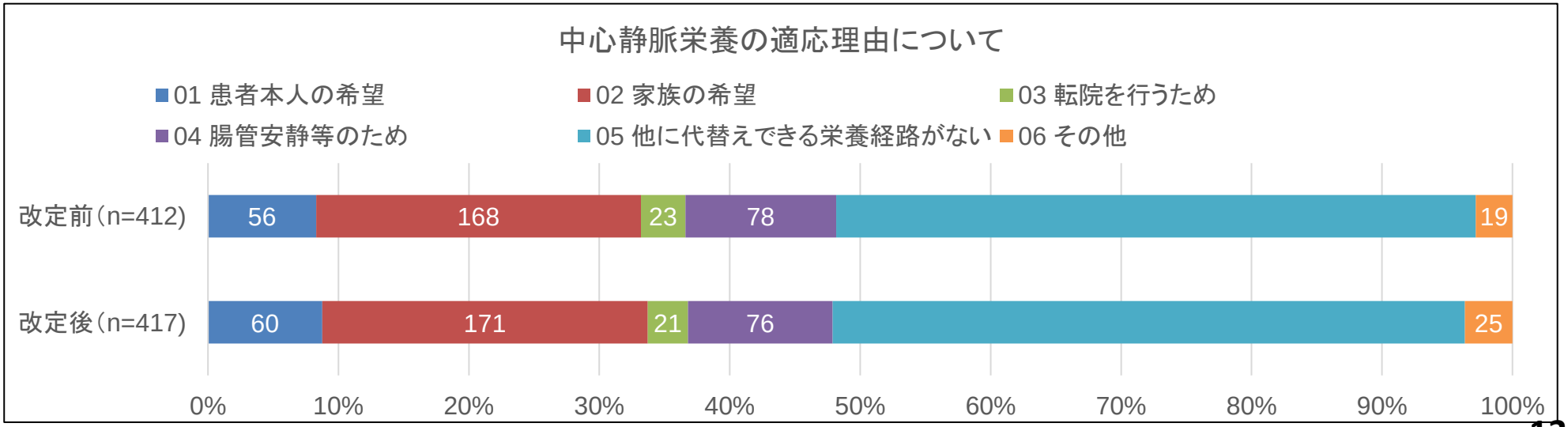


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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。



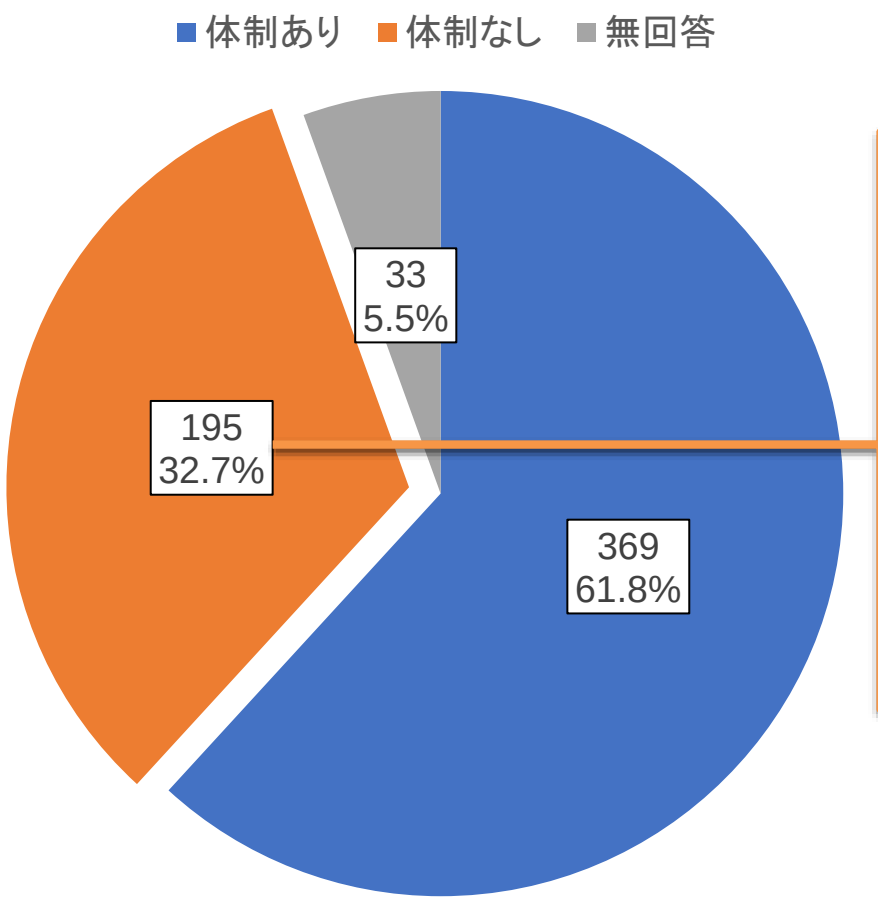


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

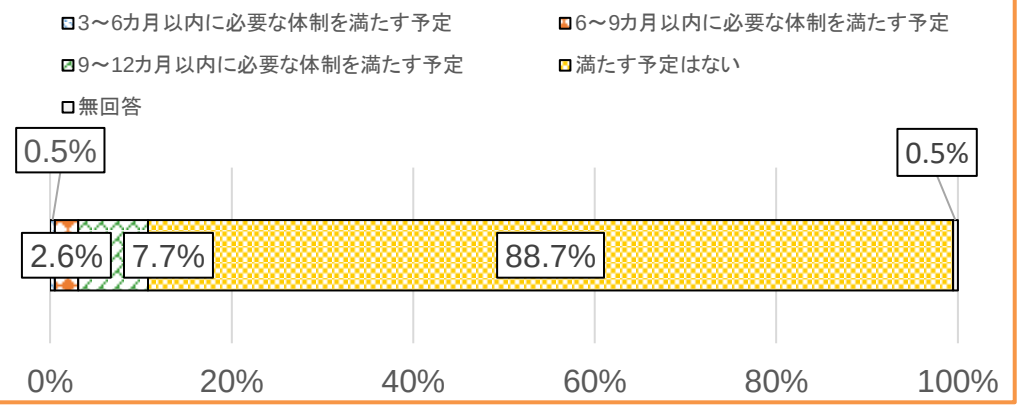
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○　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。

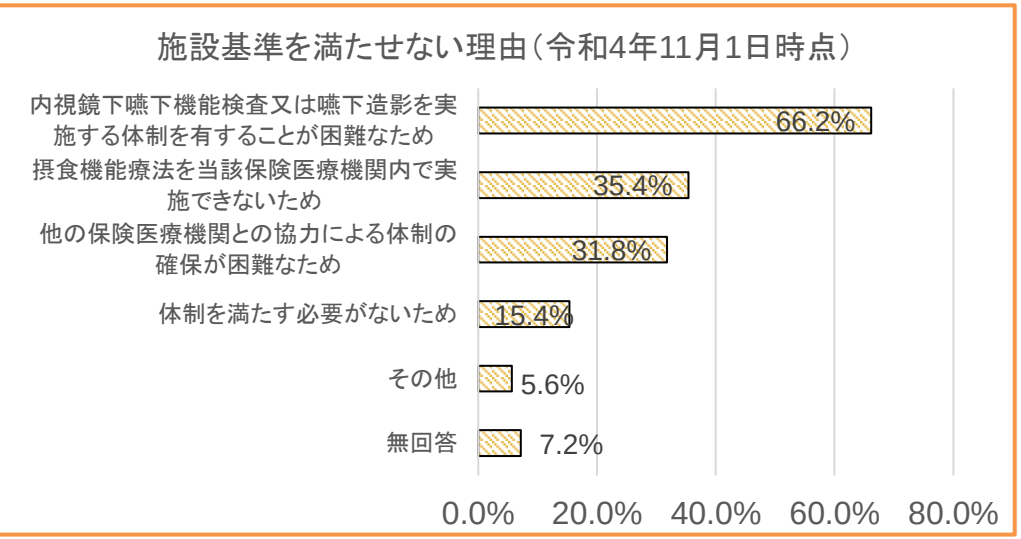
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無（n=597）



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%

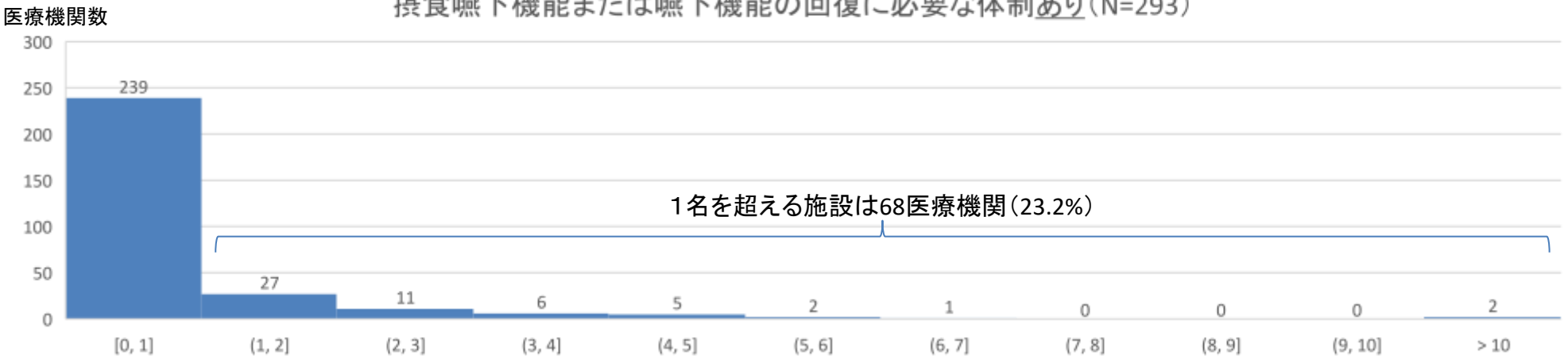
（※）自施設内あるいは連携施設における内視鏡的嚥下機能検査及び嚥下造影検査の年間実施症例数

出典：保健局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）

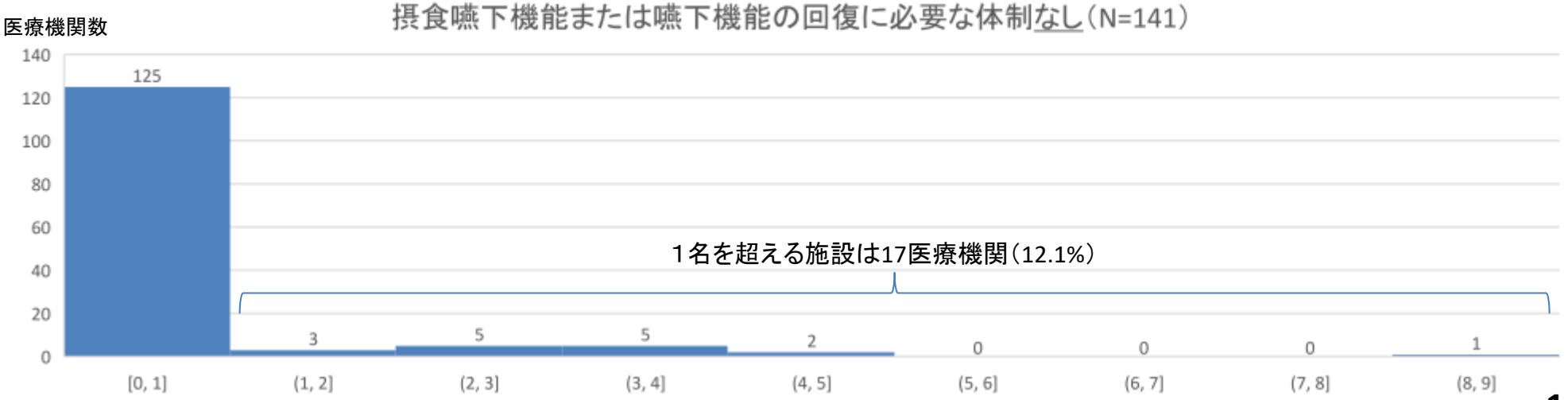
中心静脈栄養を中止・終了した患者数

○　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）。

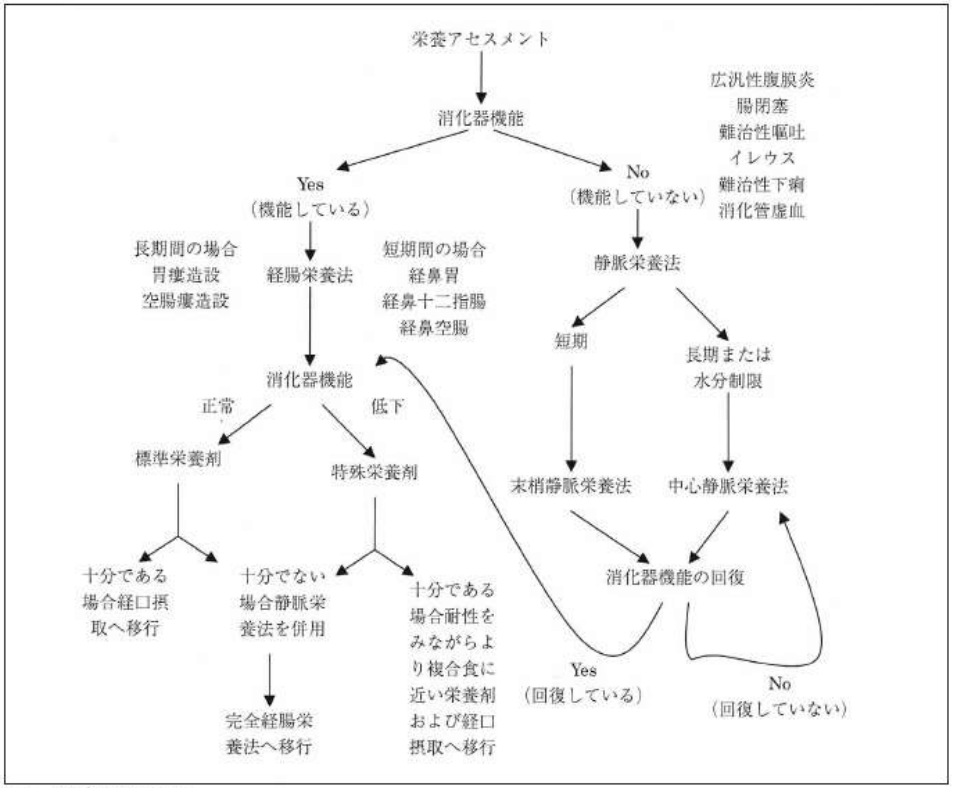
○　経腸栄養が不可能な場合や、経腸栄養のみでは必要な栄養量を投与できない場合には、静脈栄養の適応となる（推奨度Aエビデンスレベル2）。

○　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



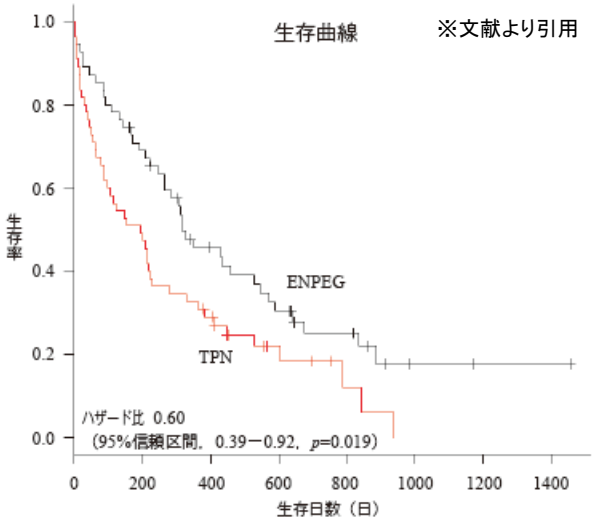
宮澤靖. 静脈経腸栄養(1344-4980)22巻4号 Page455-463(2007.12)

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)

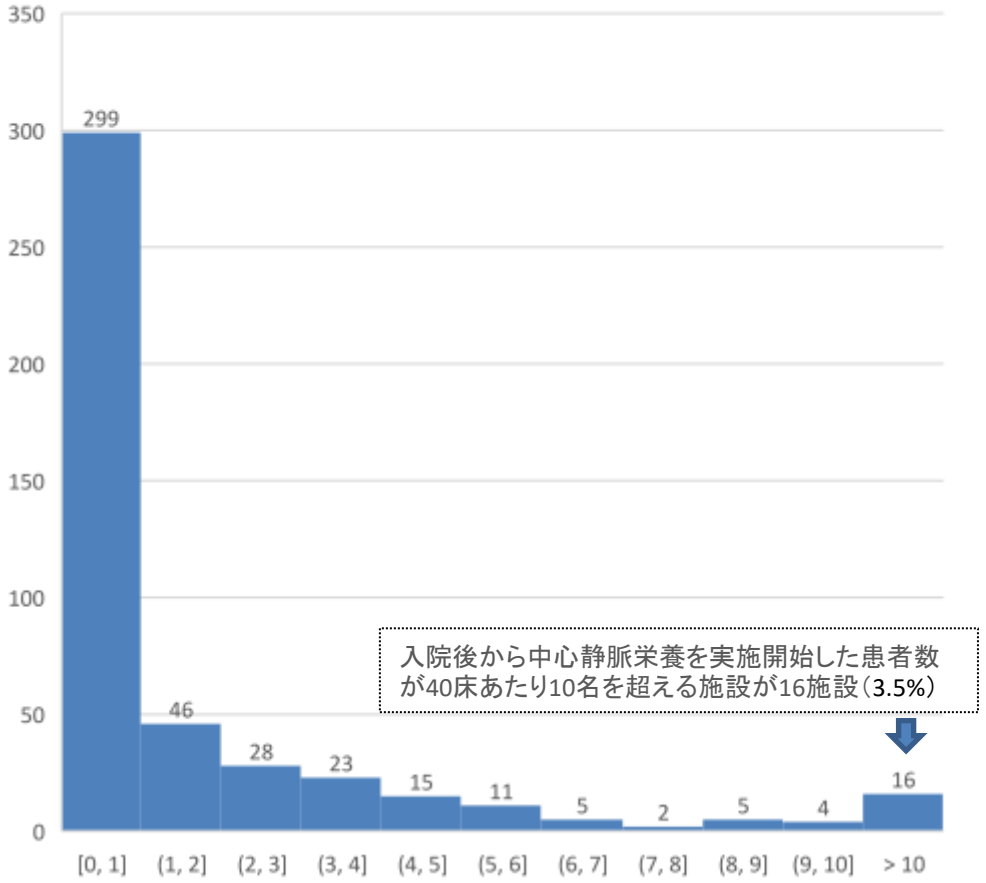
○　平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。

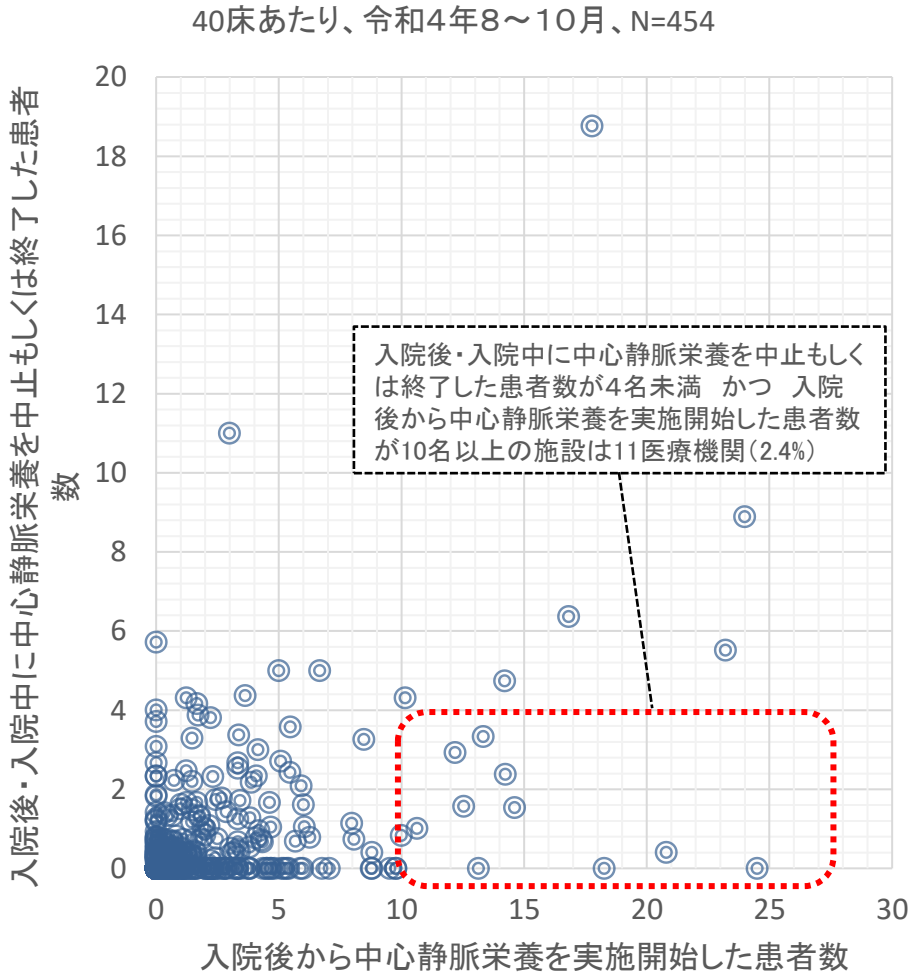
近藤由利ほか　日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)

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

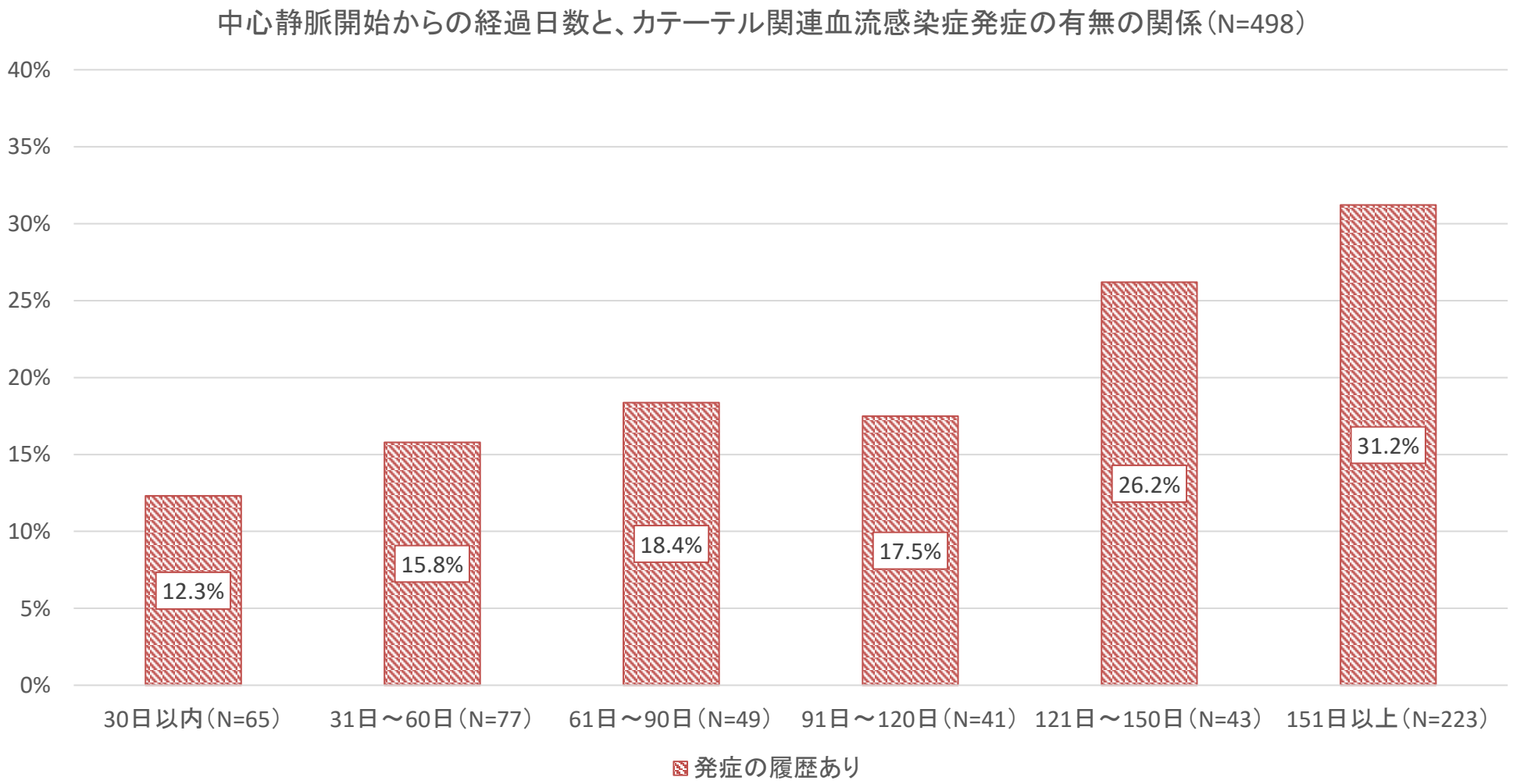
XI.中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策
感染予防に関する推奨
⑧留置期間

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。

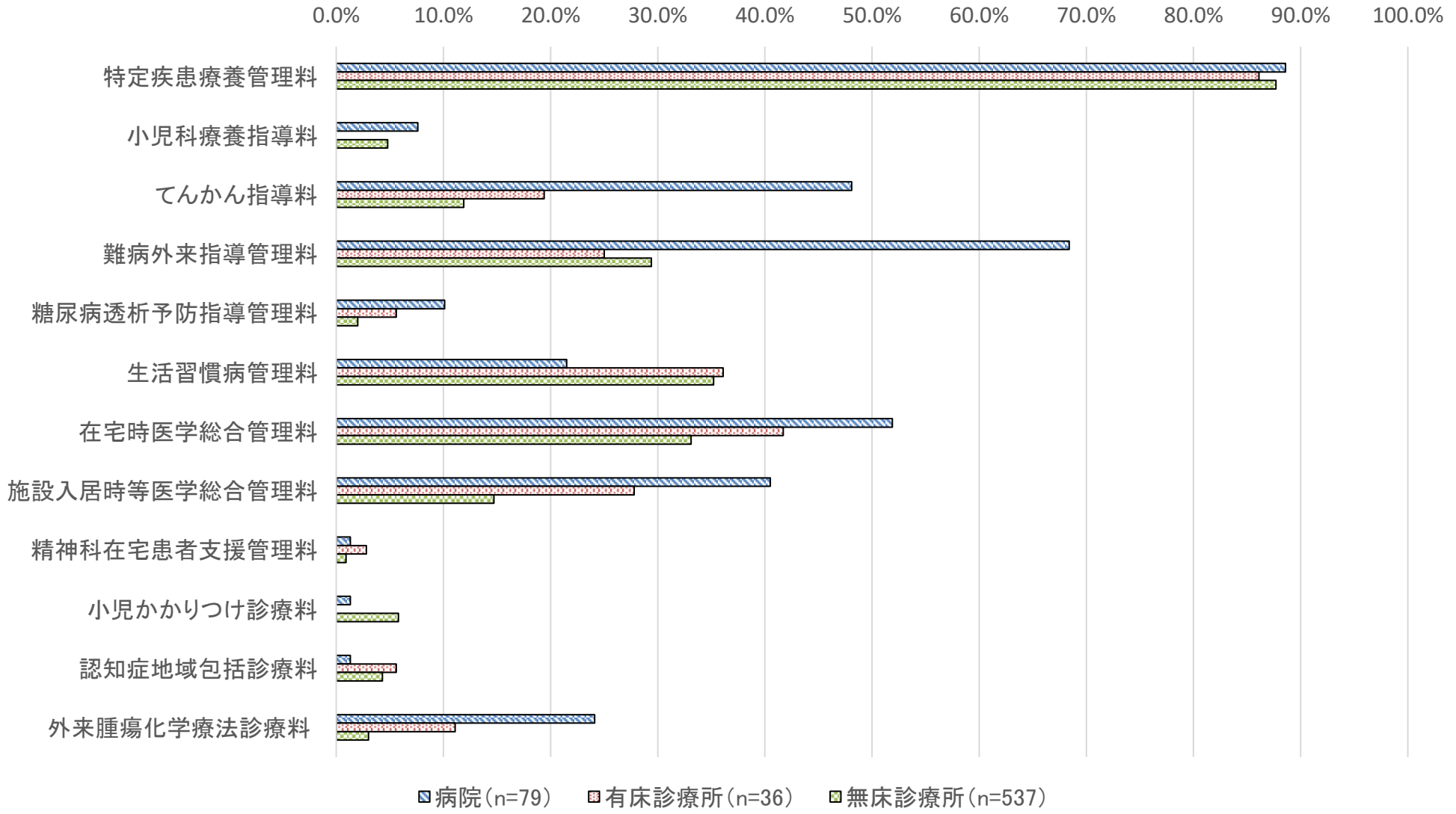


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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。

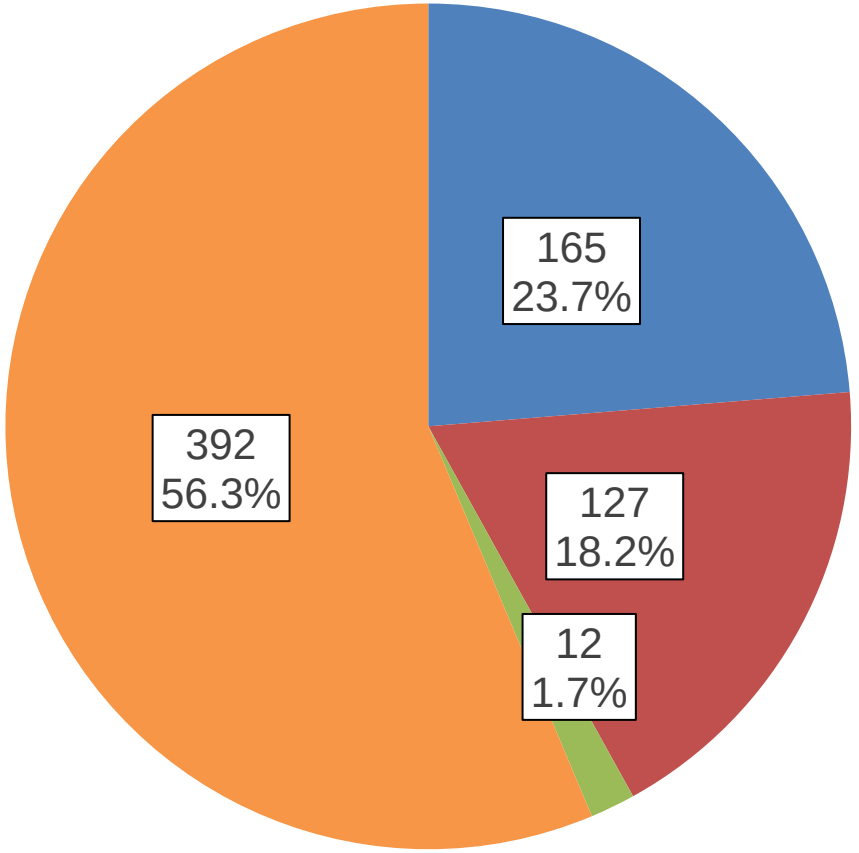


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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）

地域包括診療料・加算について

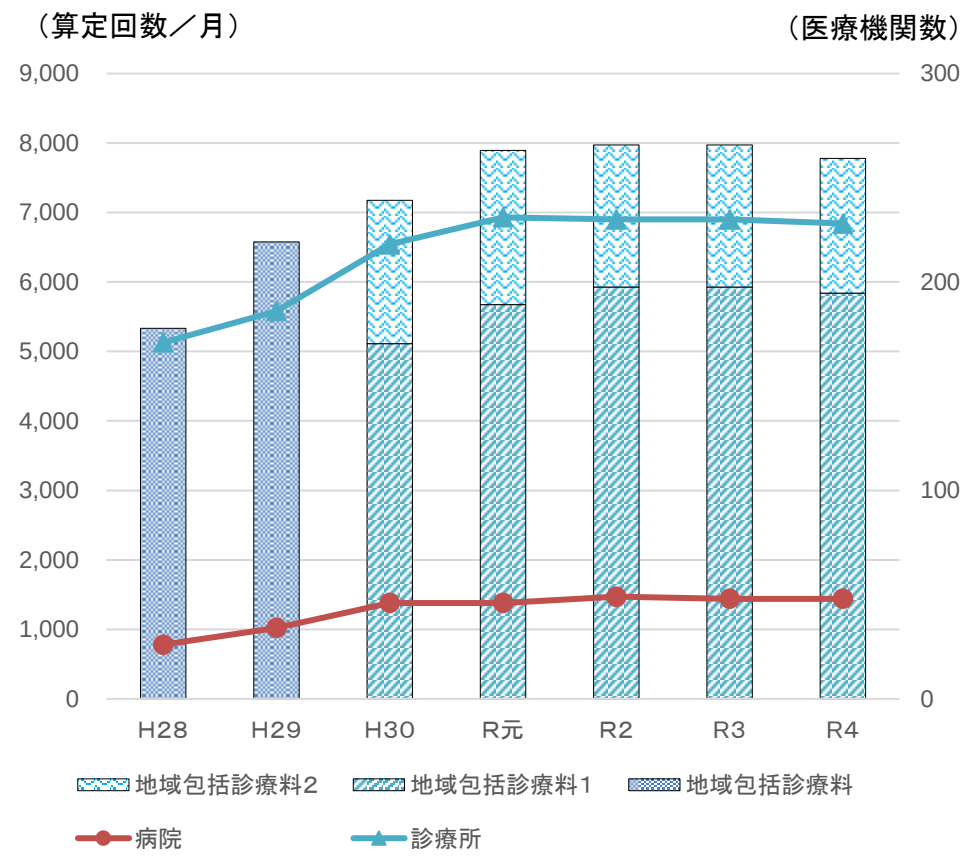
	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増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

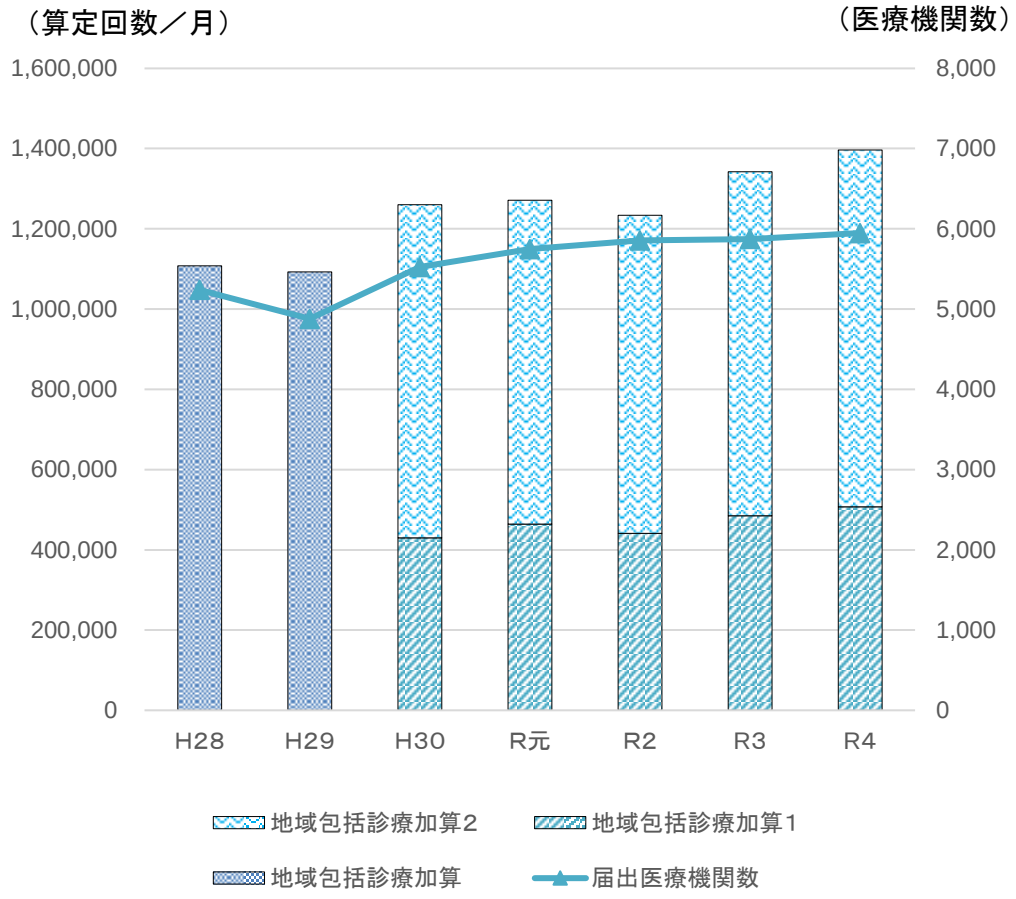
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

○ 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

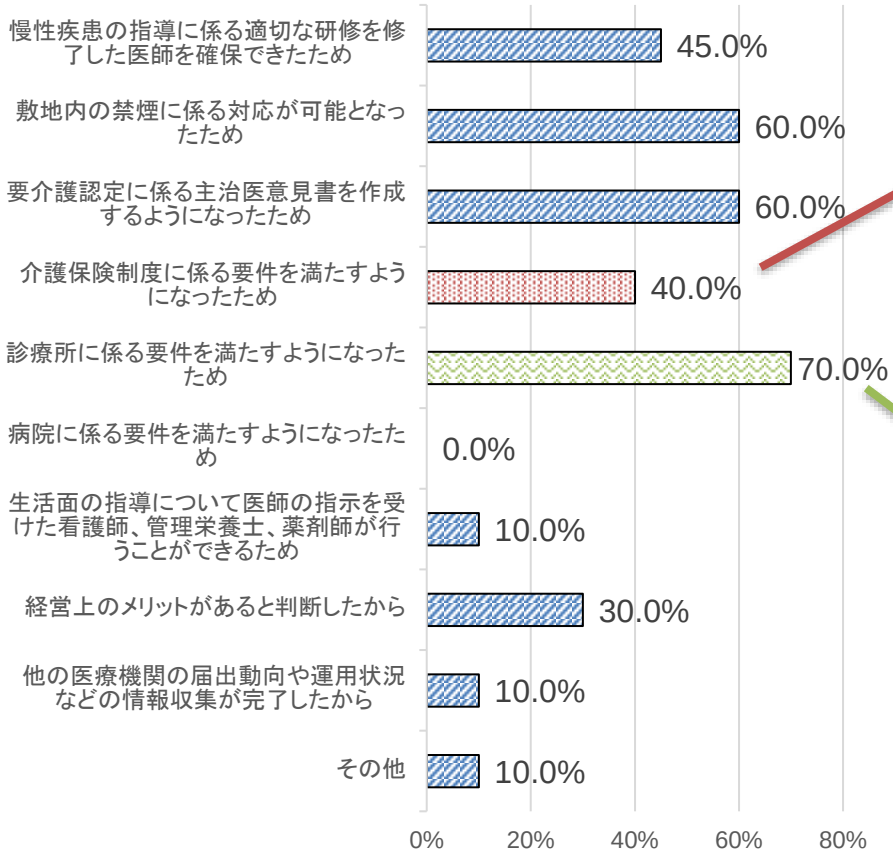
		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

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）

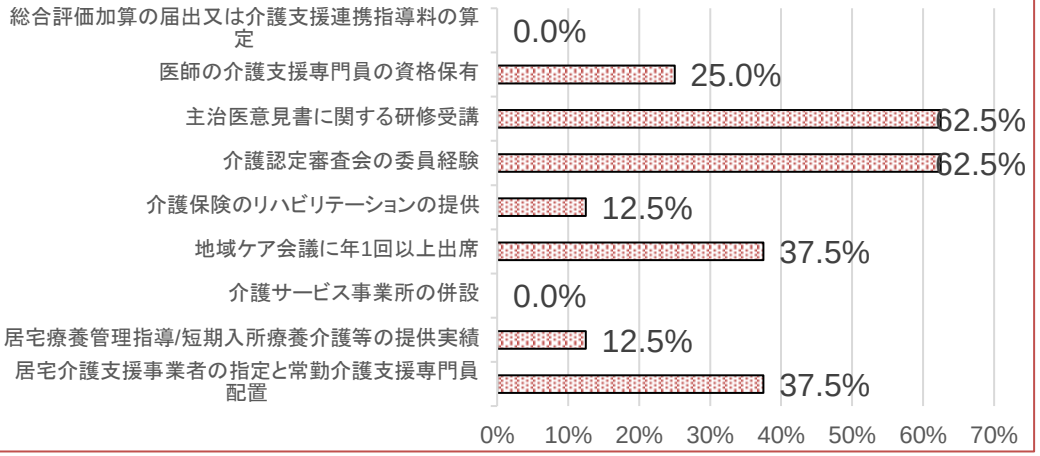
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○　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。

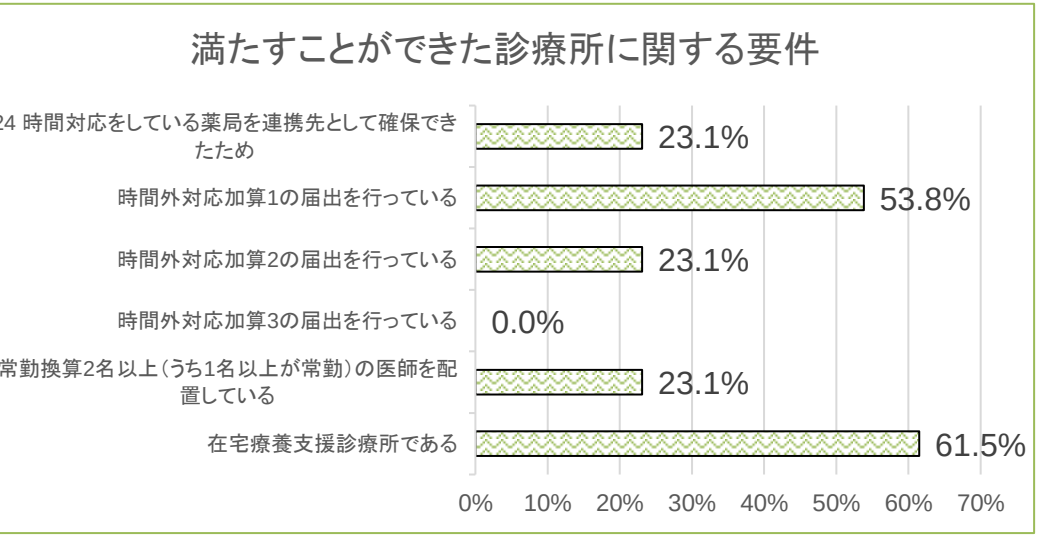
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由 (n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件



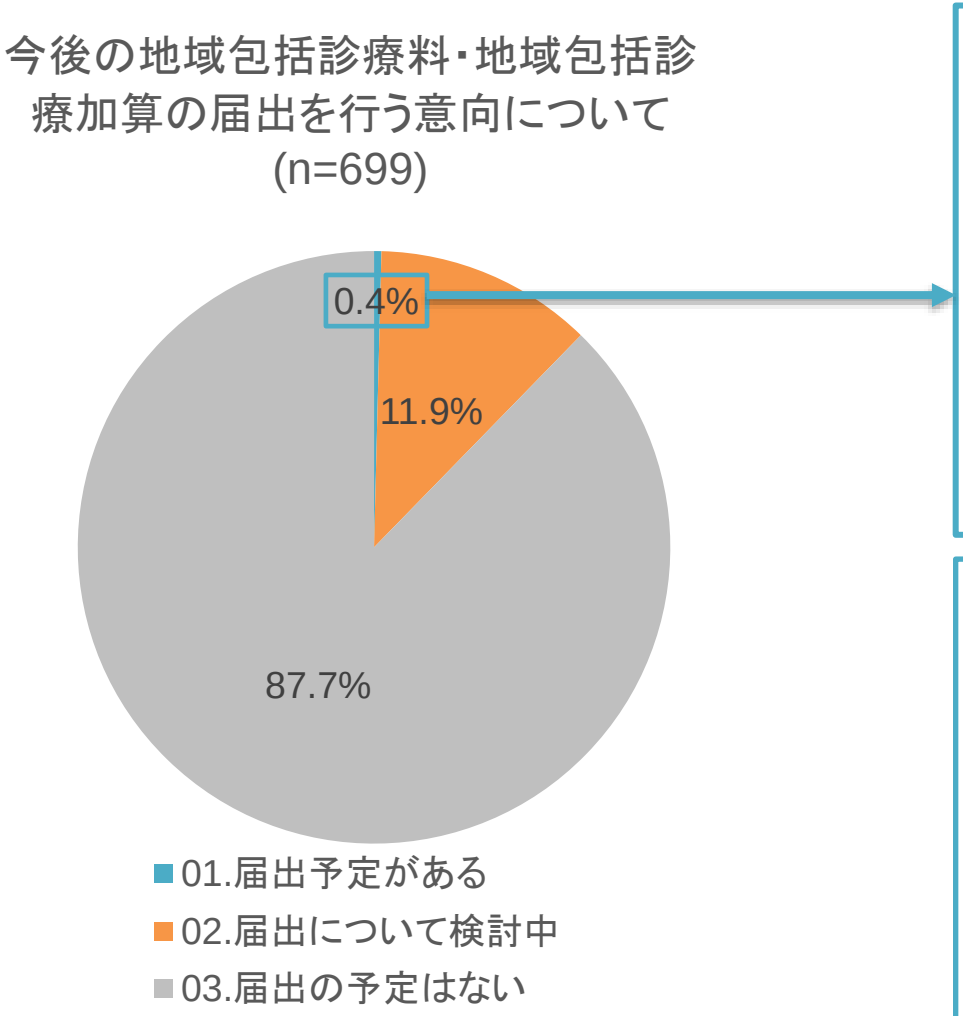
満たすことができた診療所に関する要件

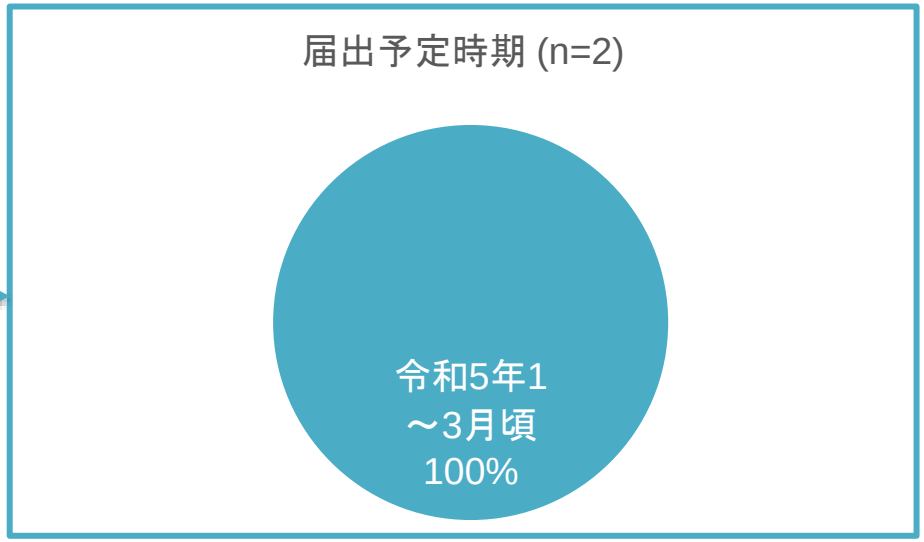


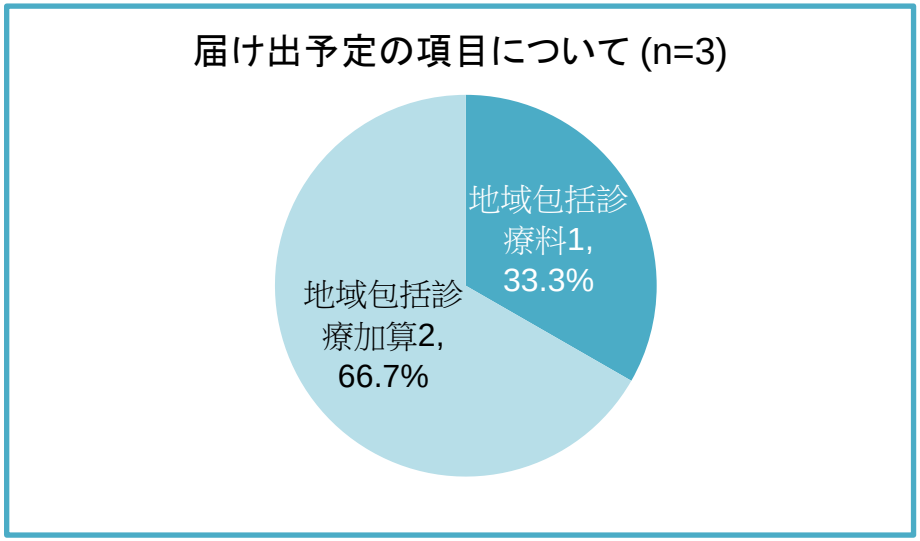
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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。





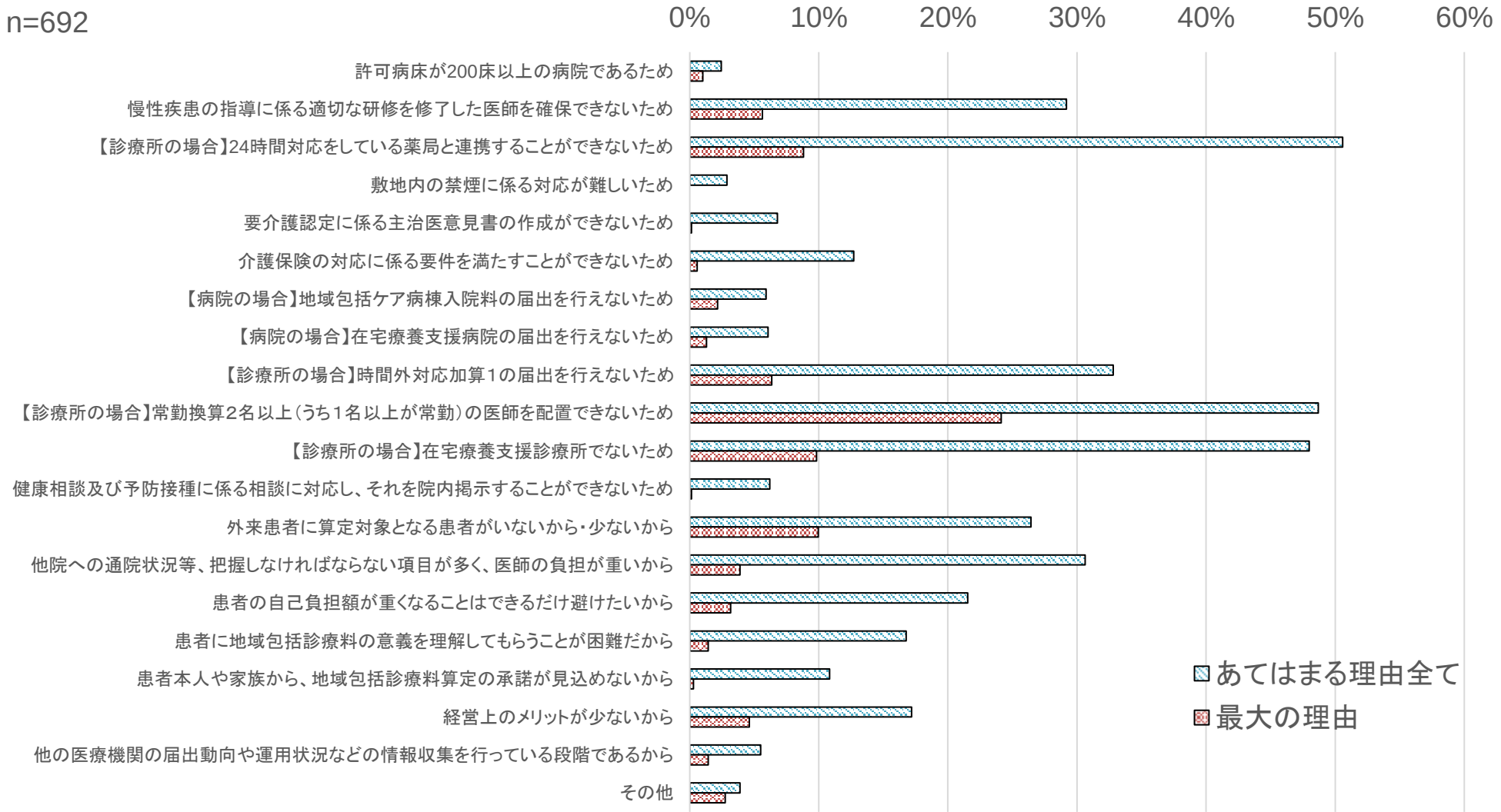


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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。

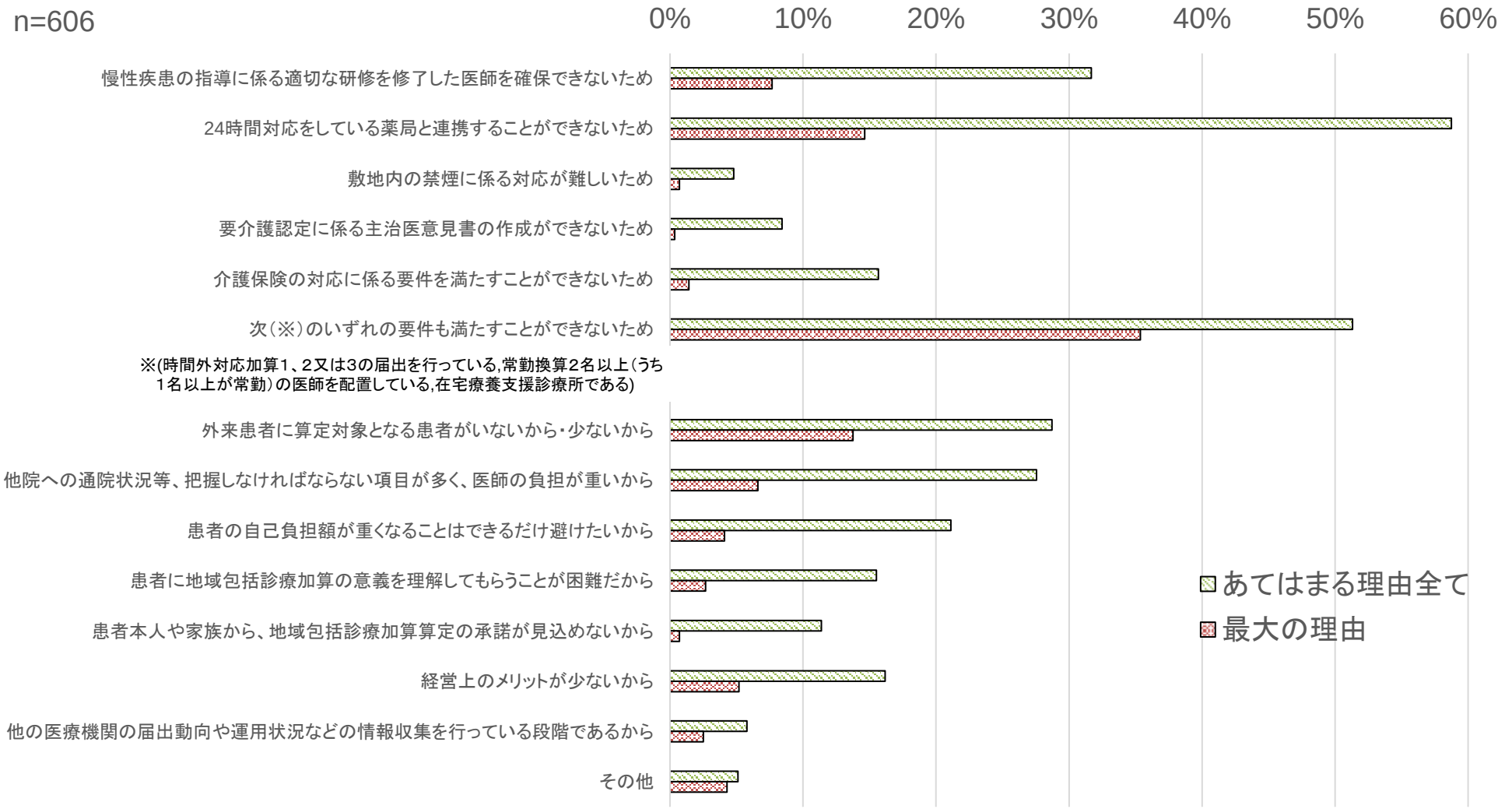


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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）

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		四分位数 中央値		四分位数 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

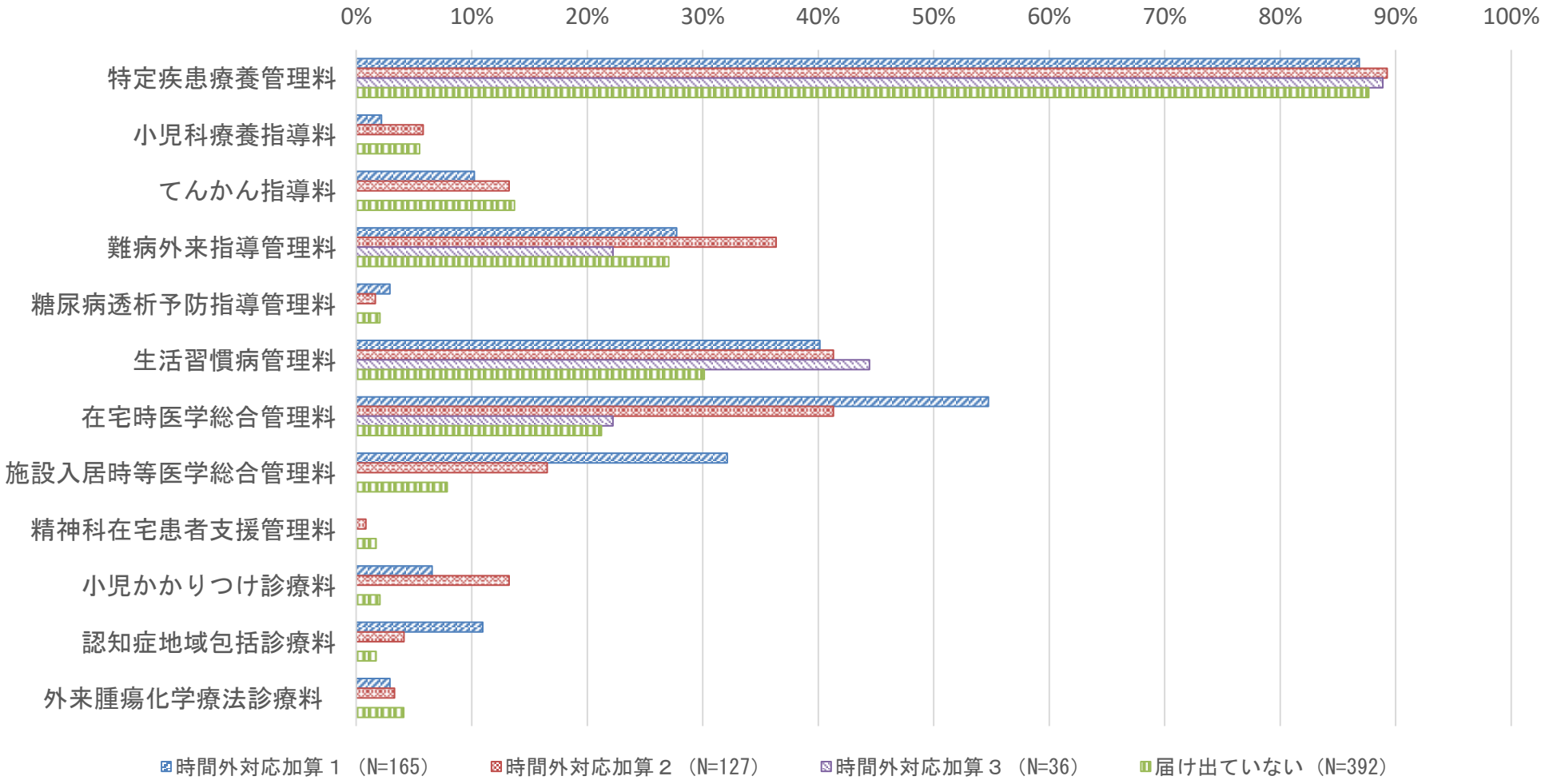
	回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0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

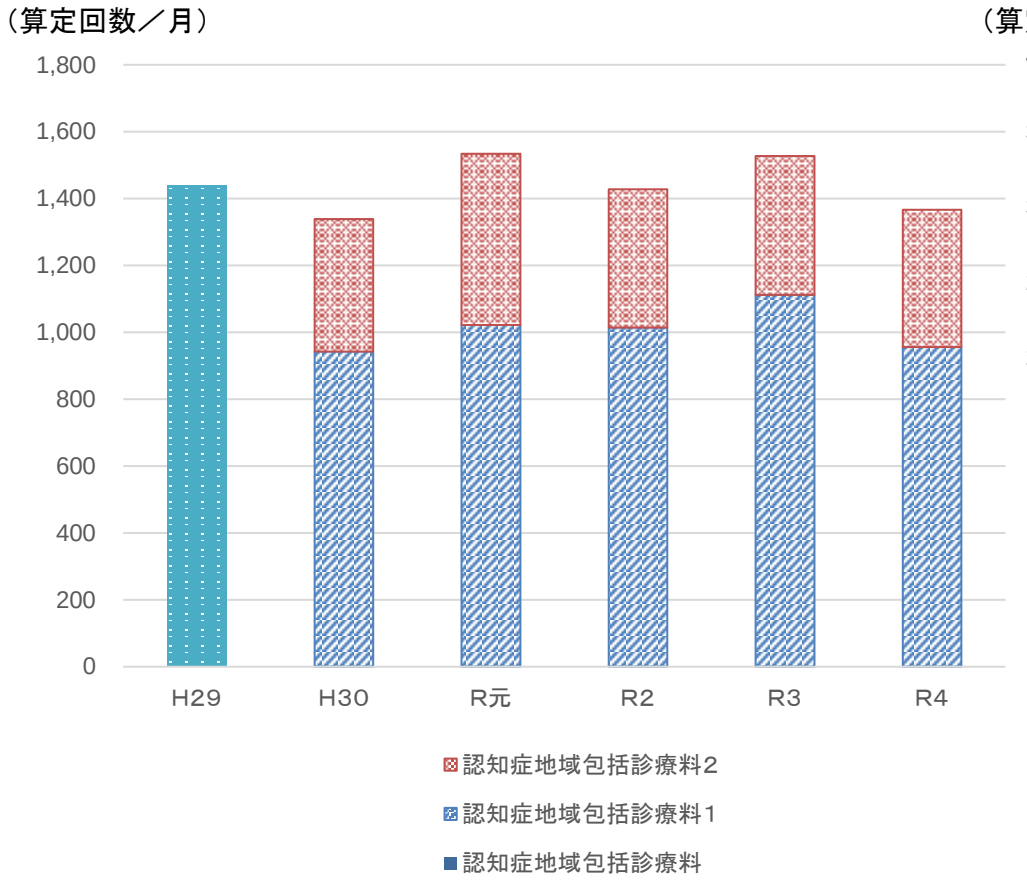
認知症地域包括診療料・加算について

	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

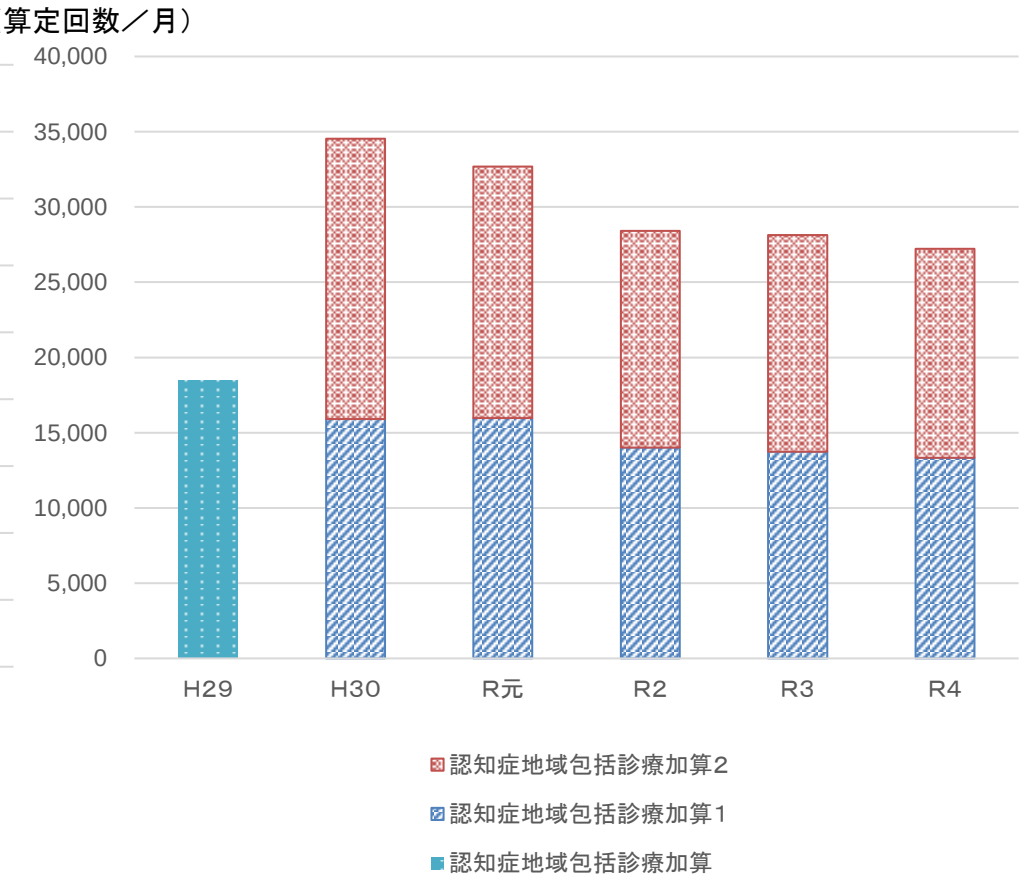
認知症地域包括診療料・加算の算定状況

○ 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）

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）

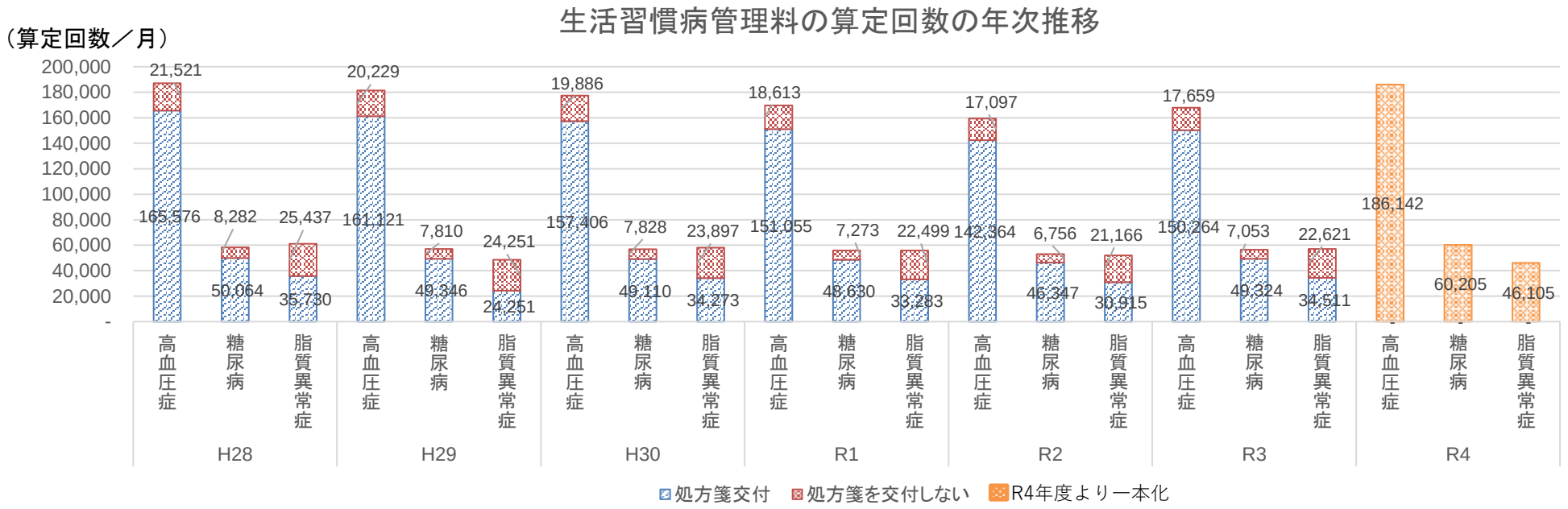
生活習慣病の診療の評価について

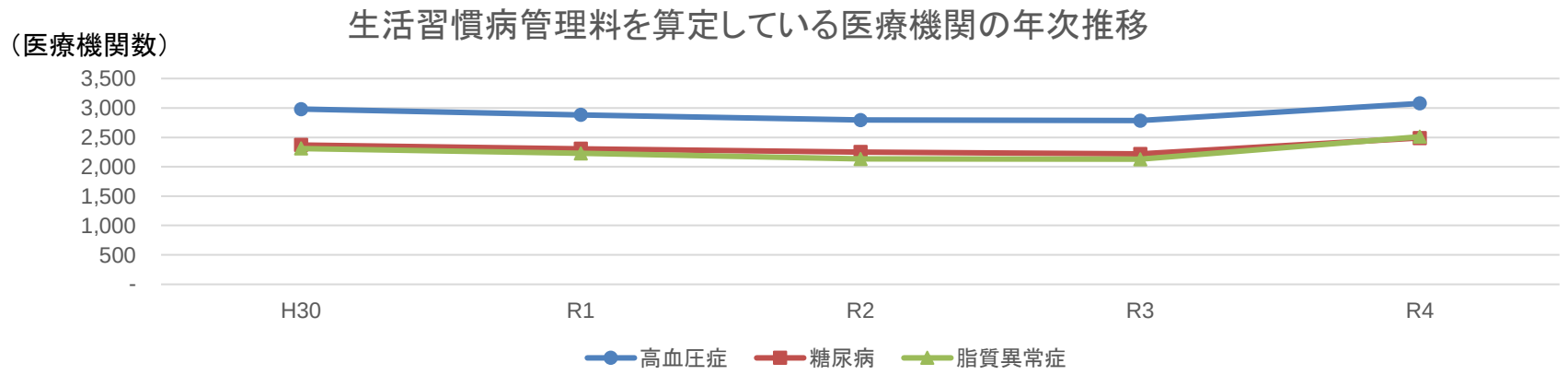
	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570～720点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	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。



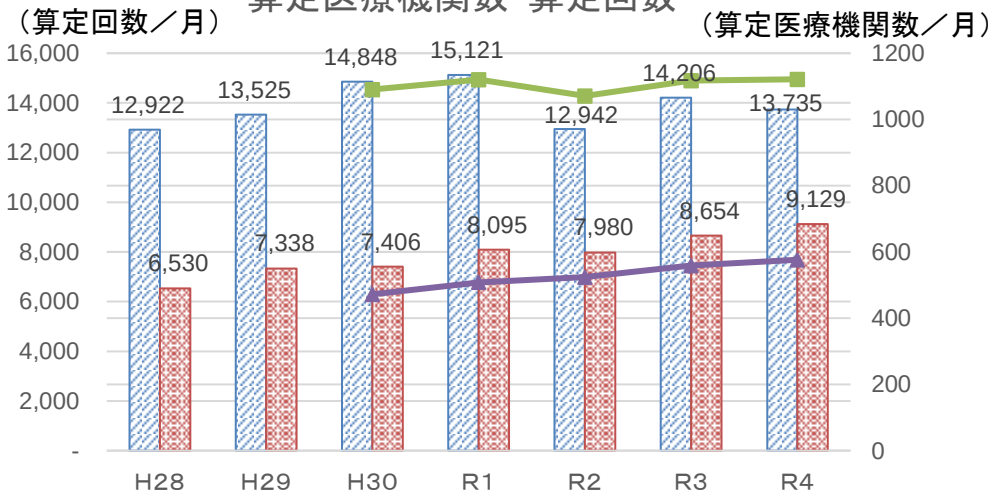


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

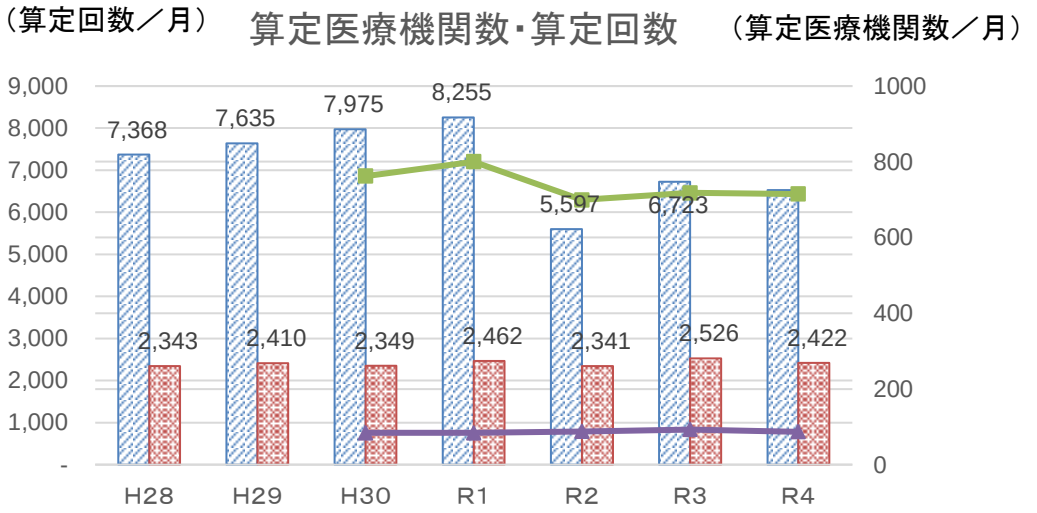
生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

○　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。

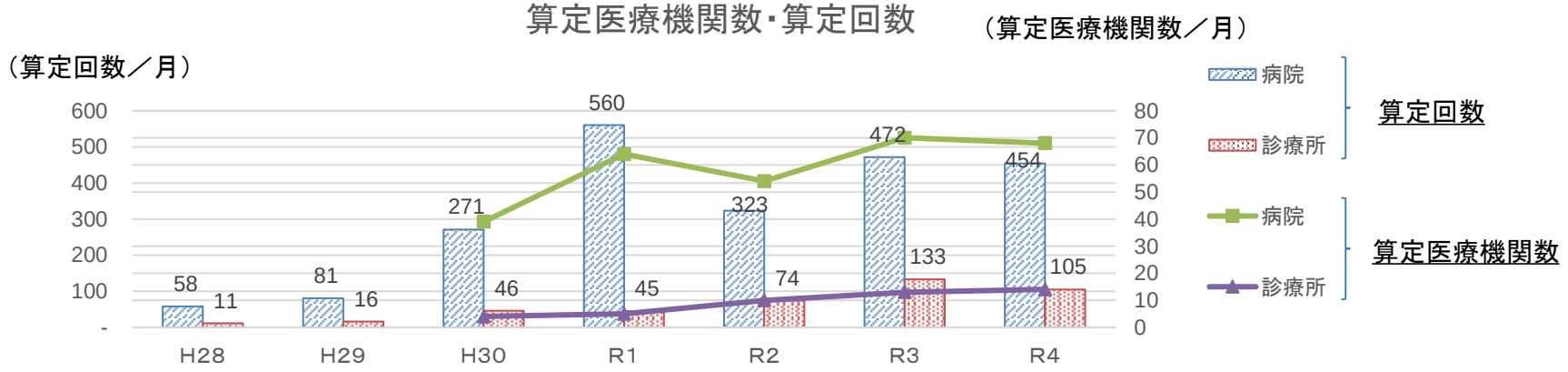
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



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



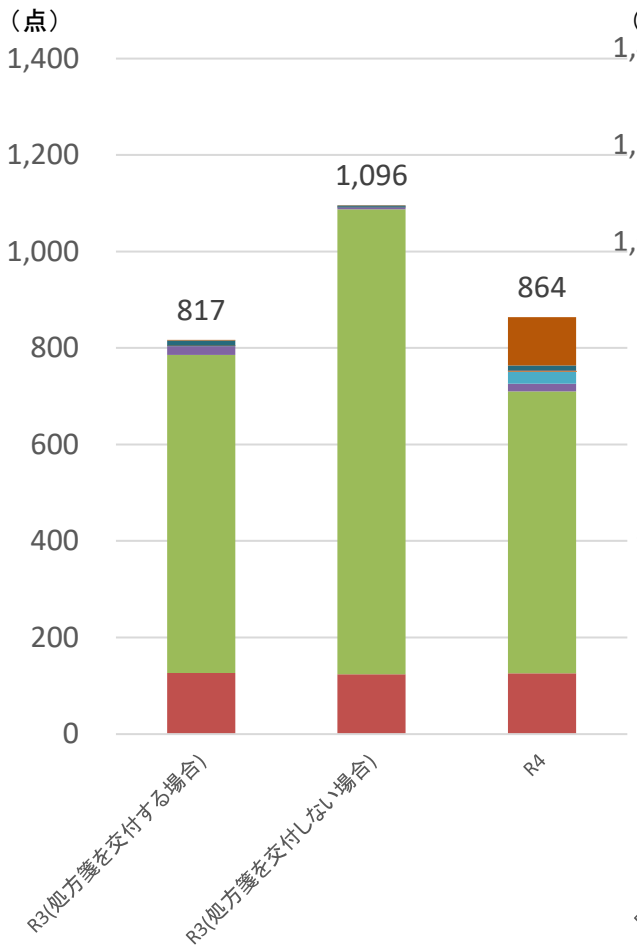
出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

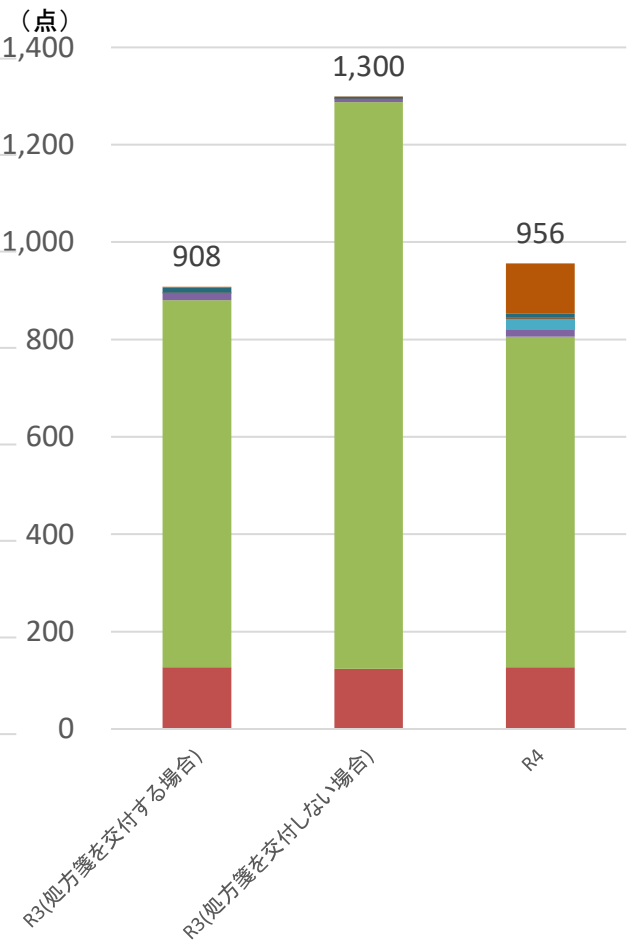
診調組　入－１
５．７．２０

○ 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。

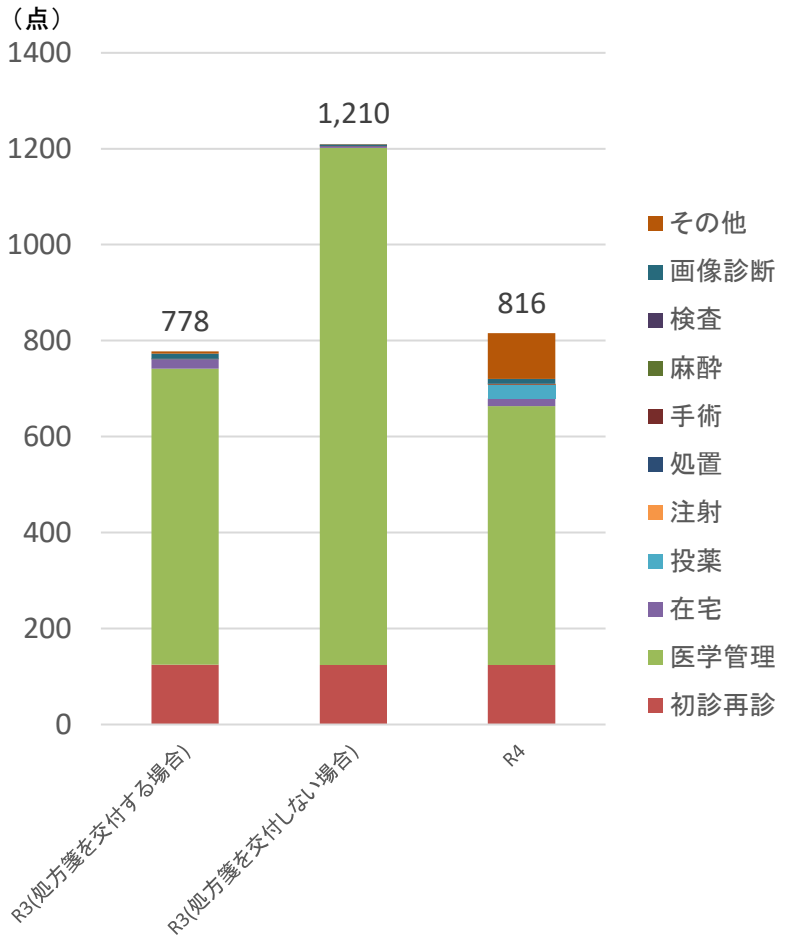
高血圧を主病とするもの



糖尿病を主病とするもの



脂質異常症を主病とするもの



出典：NDBデータ（令和3年及び令和4年5月診療分）

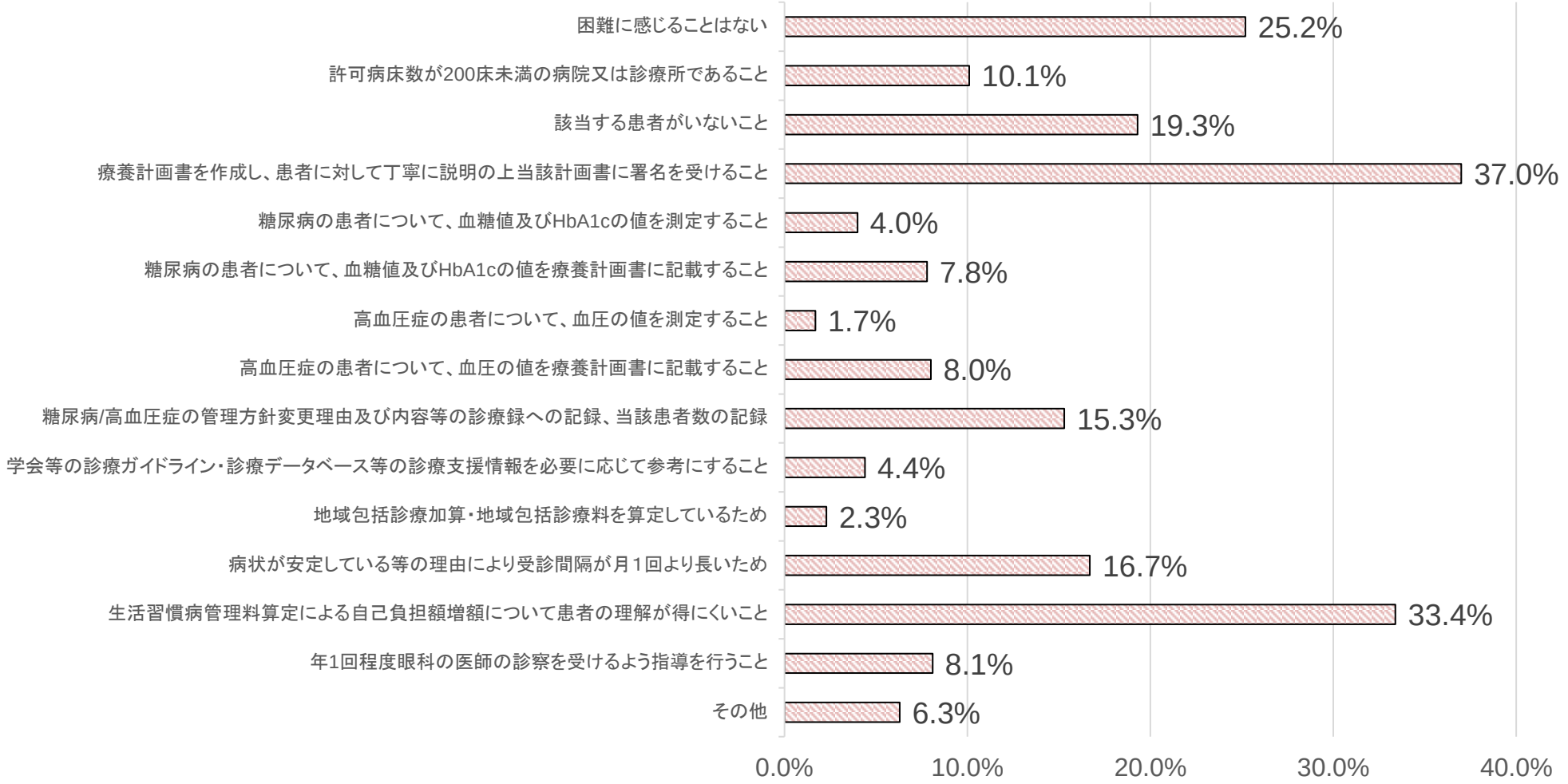
※　令和4年の「その他」の内訳としては「処方箋料」と「特定疾患処方管理加算2」で約9割を占める。

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

おおい：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
□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

おおい：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

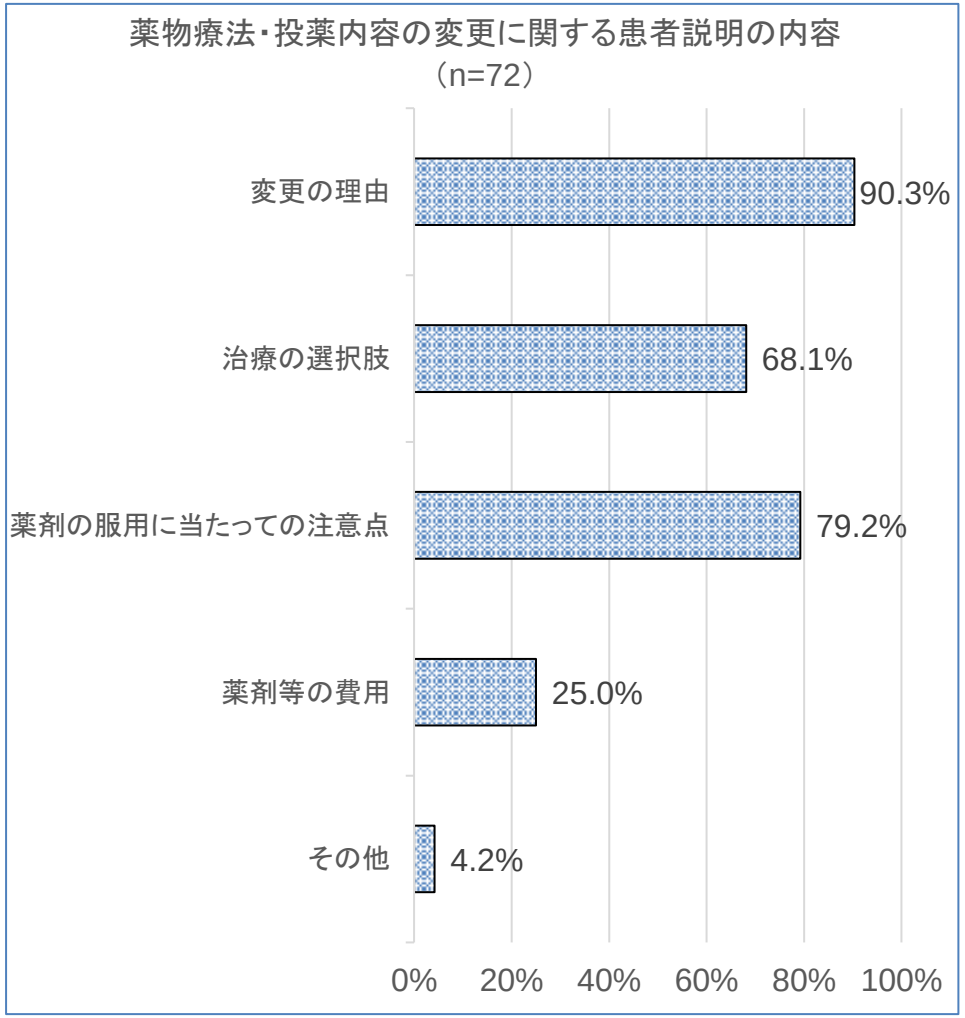
※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

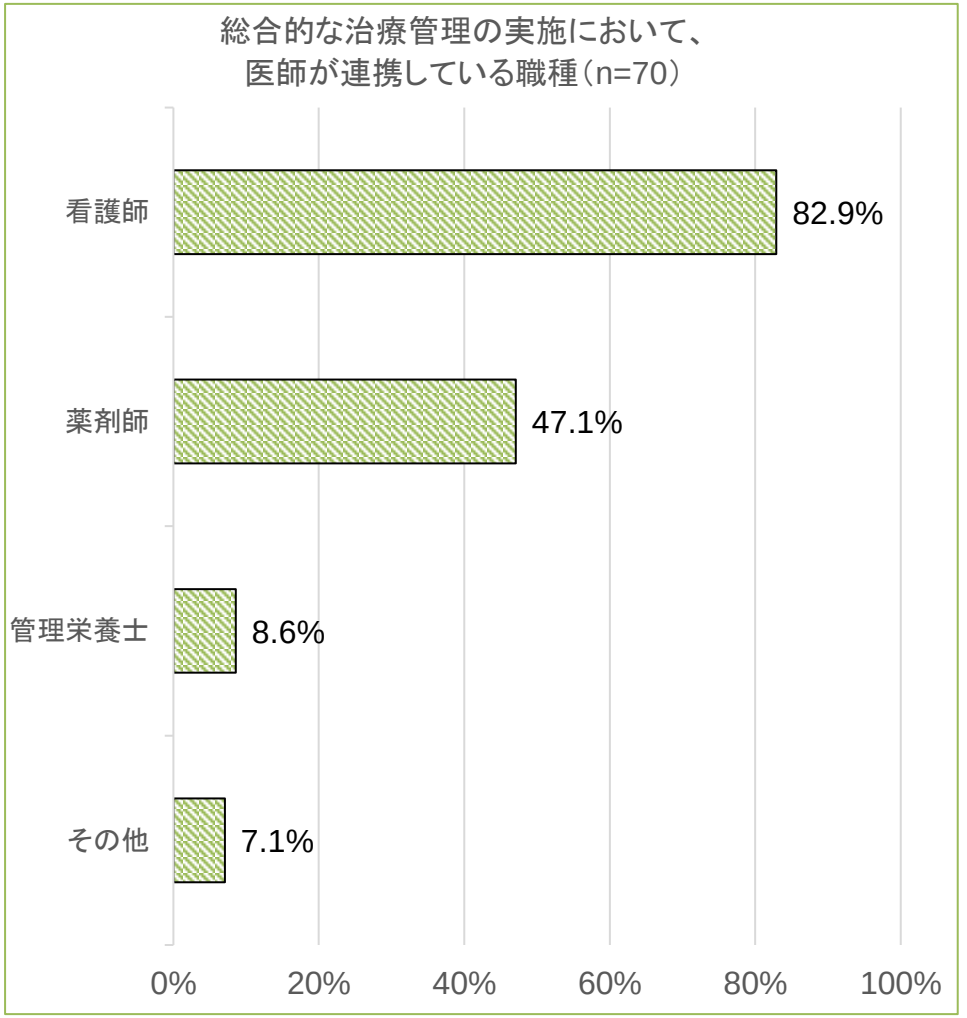
患者署名
医師氏名　（印）

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。

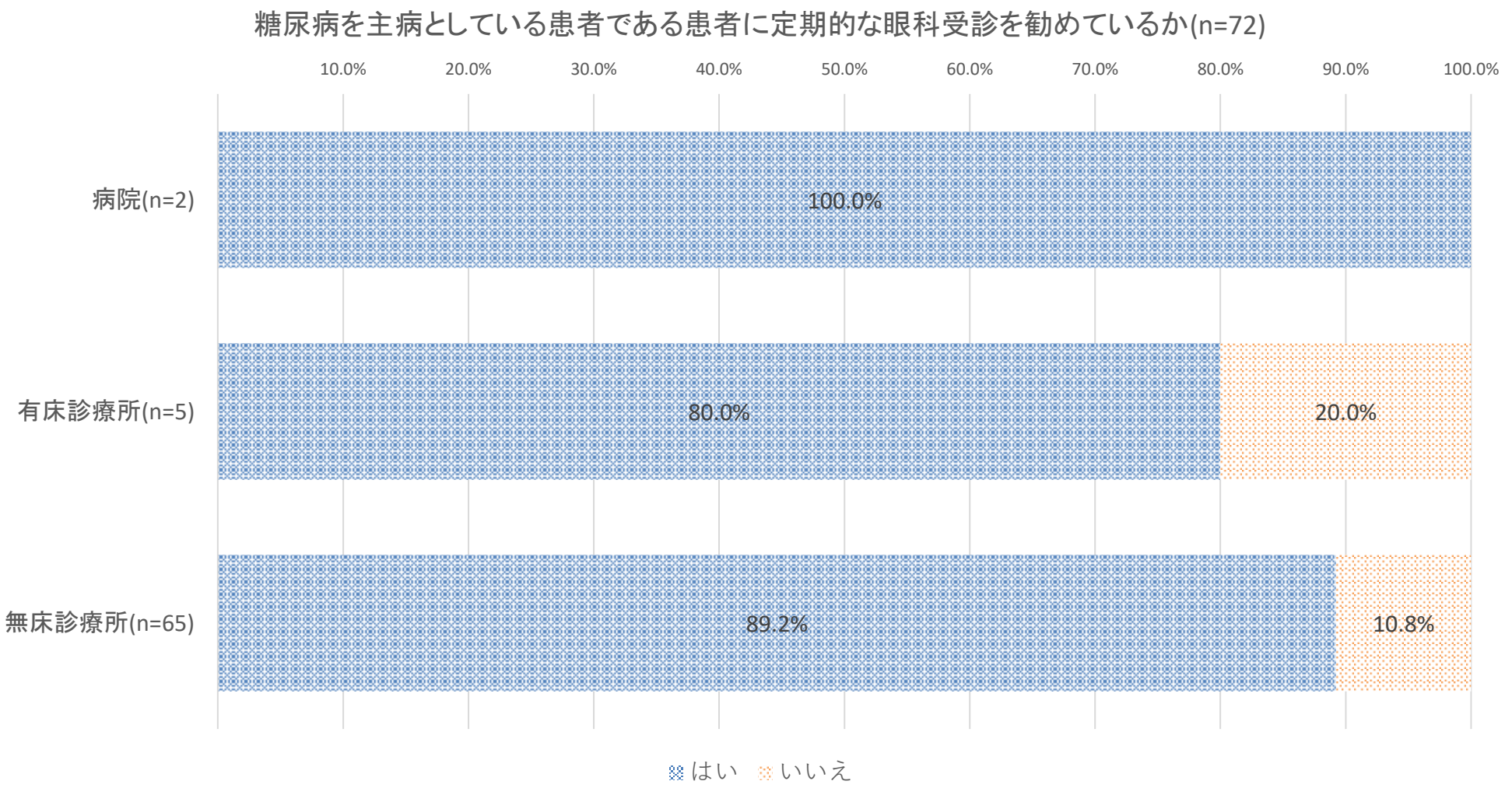




出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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）

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

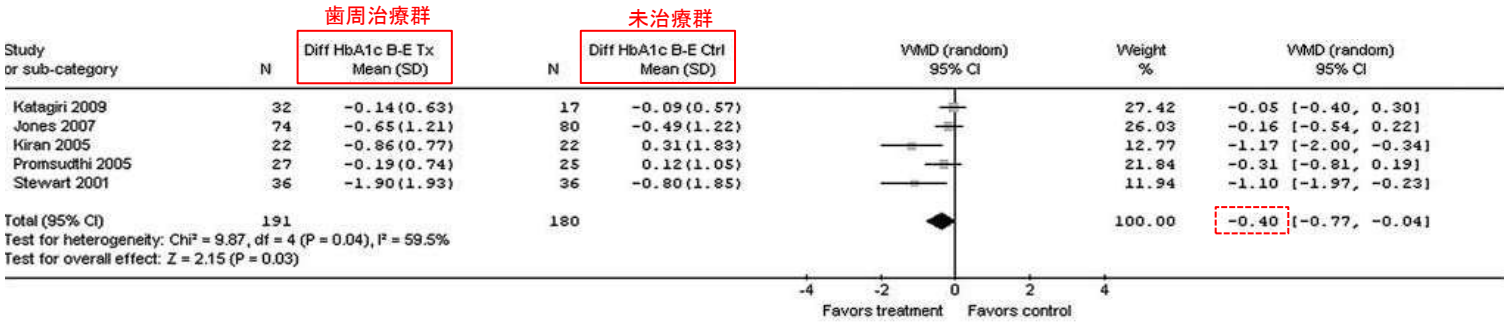
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

・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

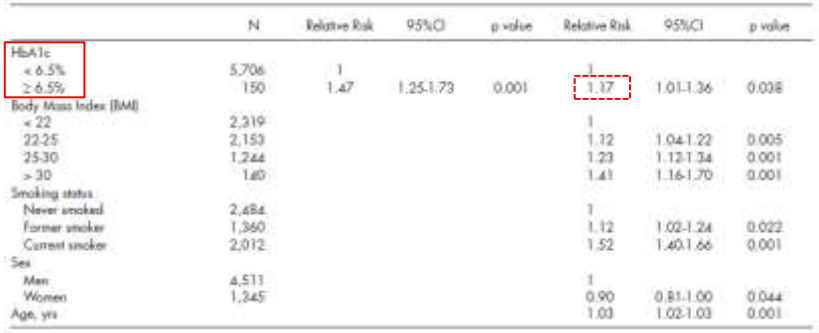
○**歯周治療による血糖コントロール改善効果**：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



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	160				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

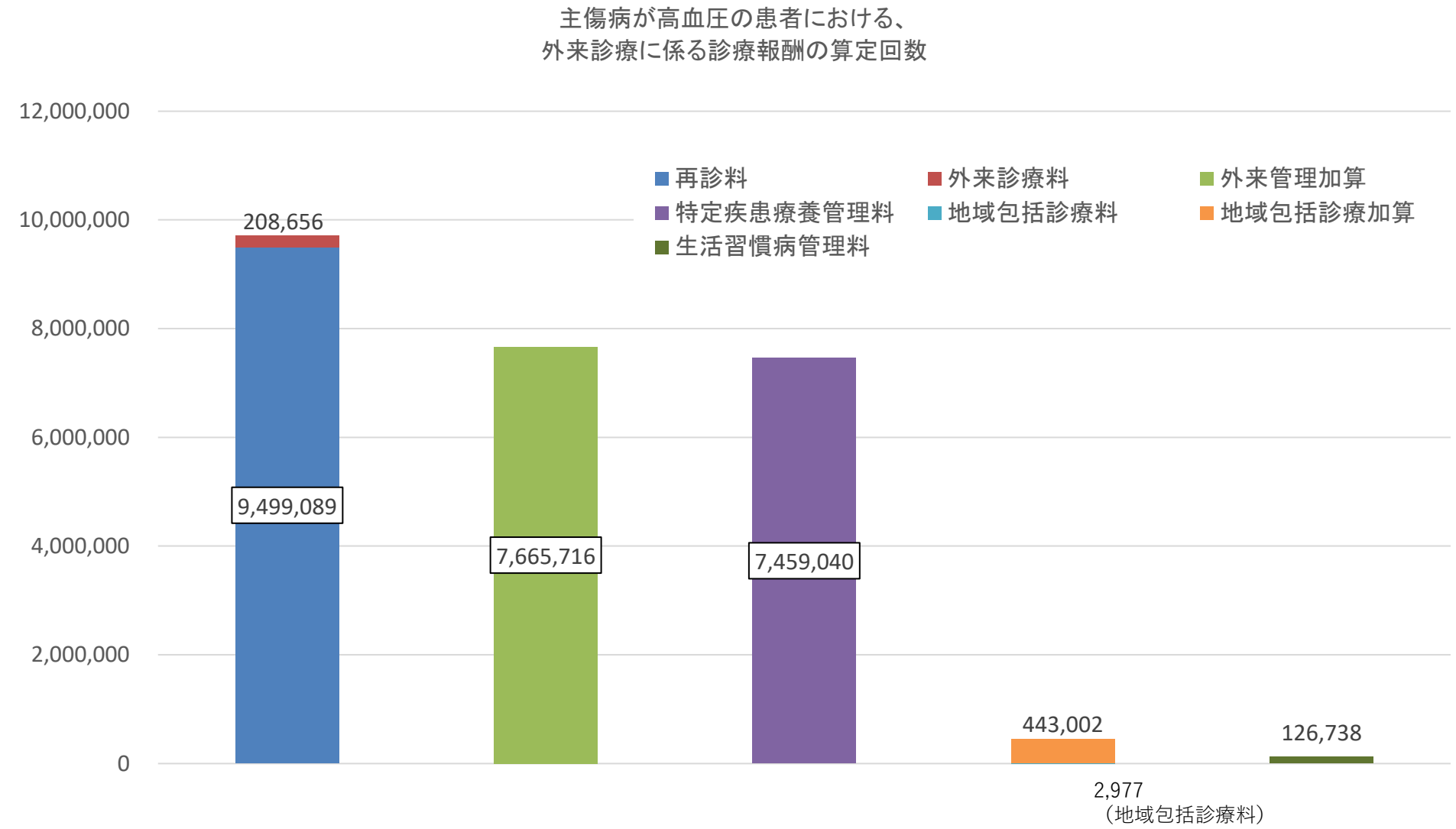
	回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 （在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない）	690	件	316.0	人	0.0	人	121.0	人	438.3	人
②特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	690	件	288.6	人	0.0	人	129.0	人	450.0	人

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）

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。

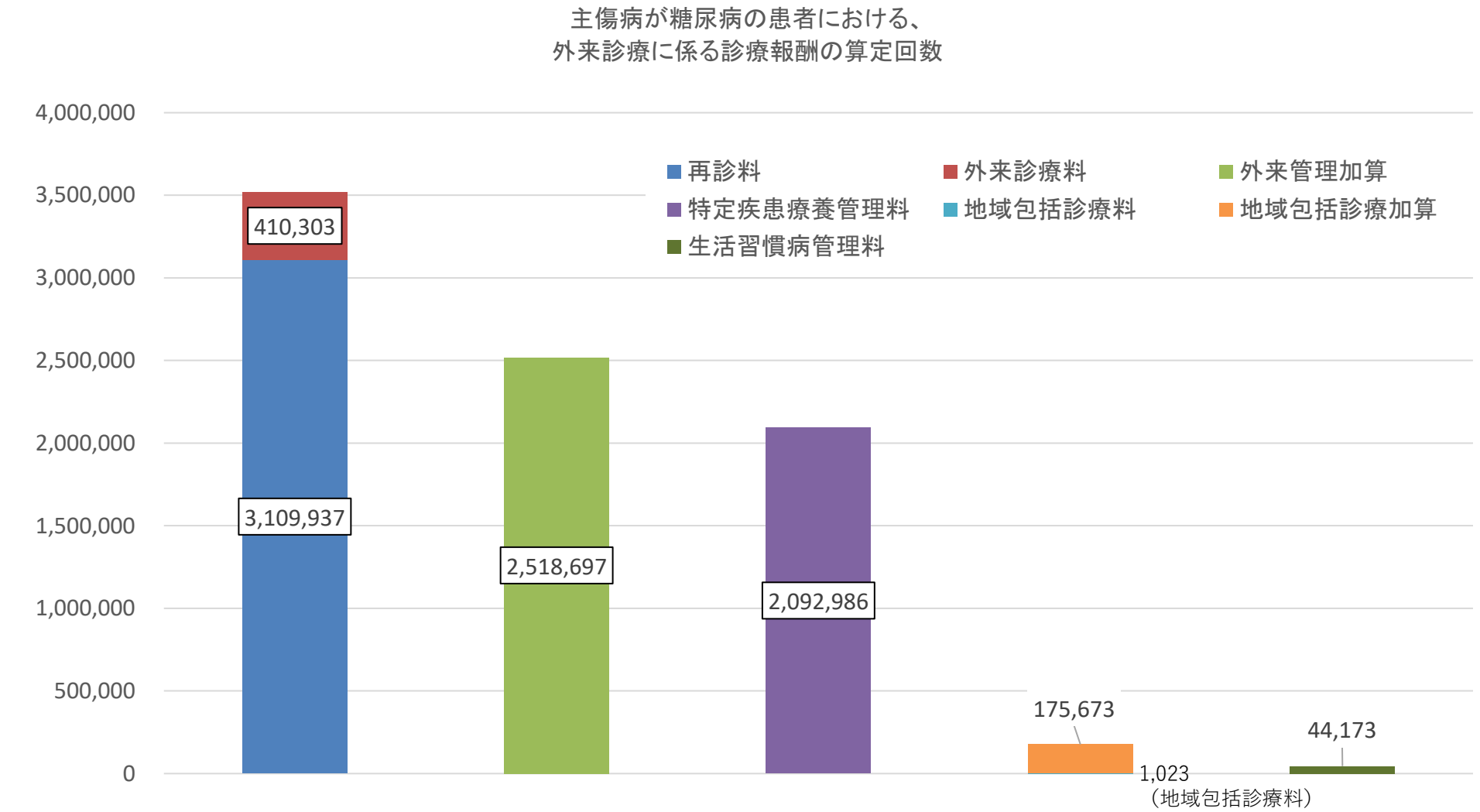


出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

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。

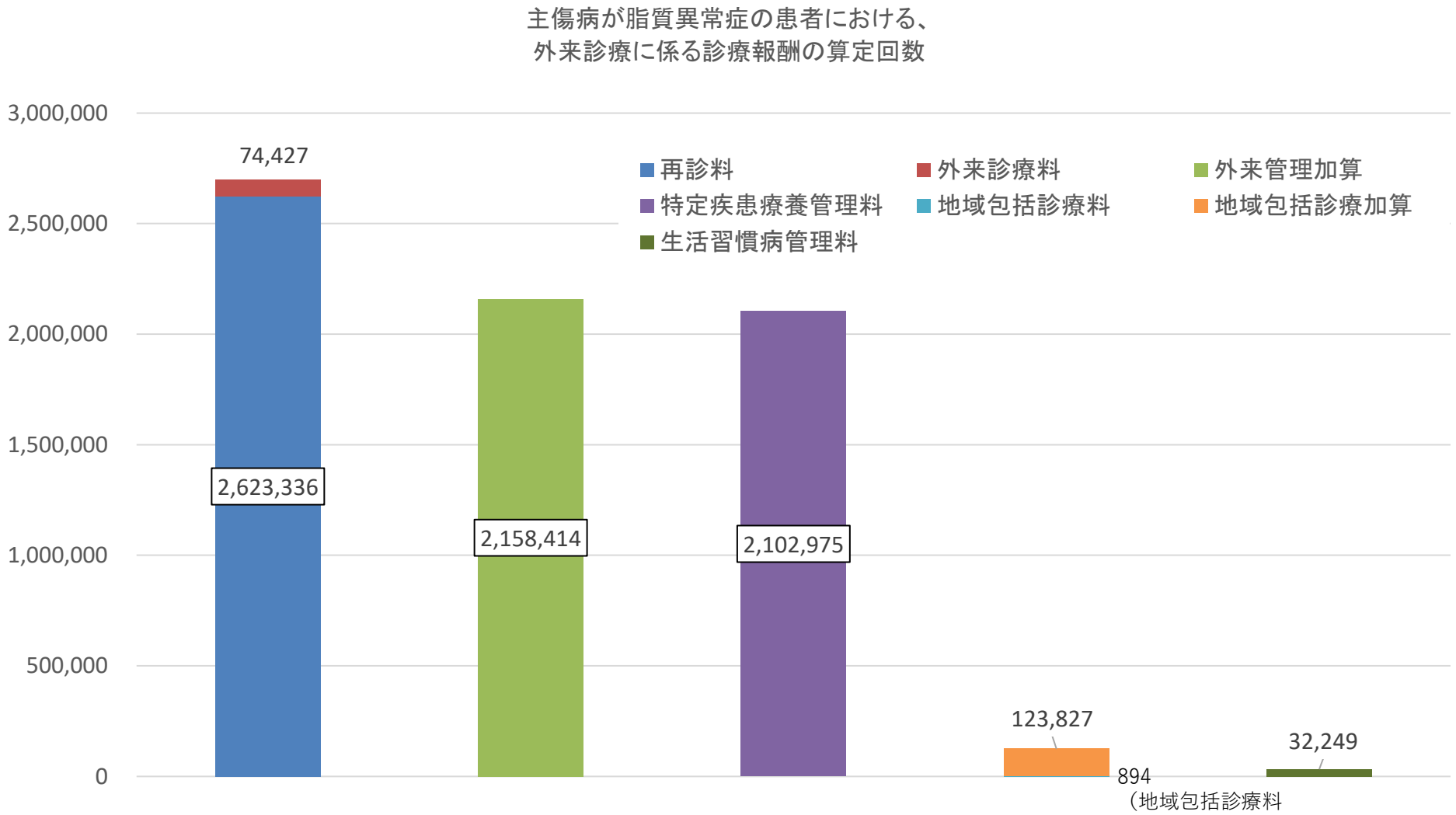


出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

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

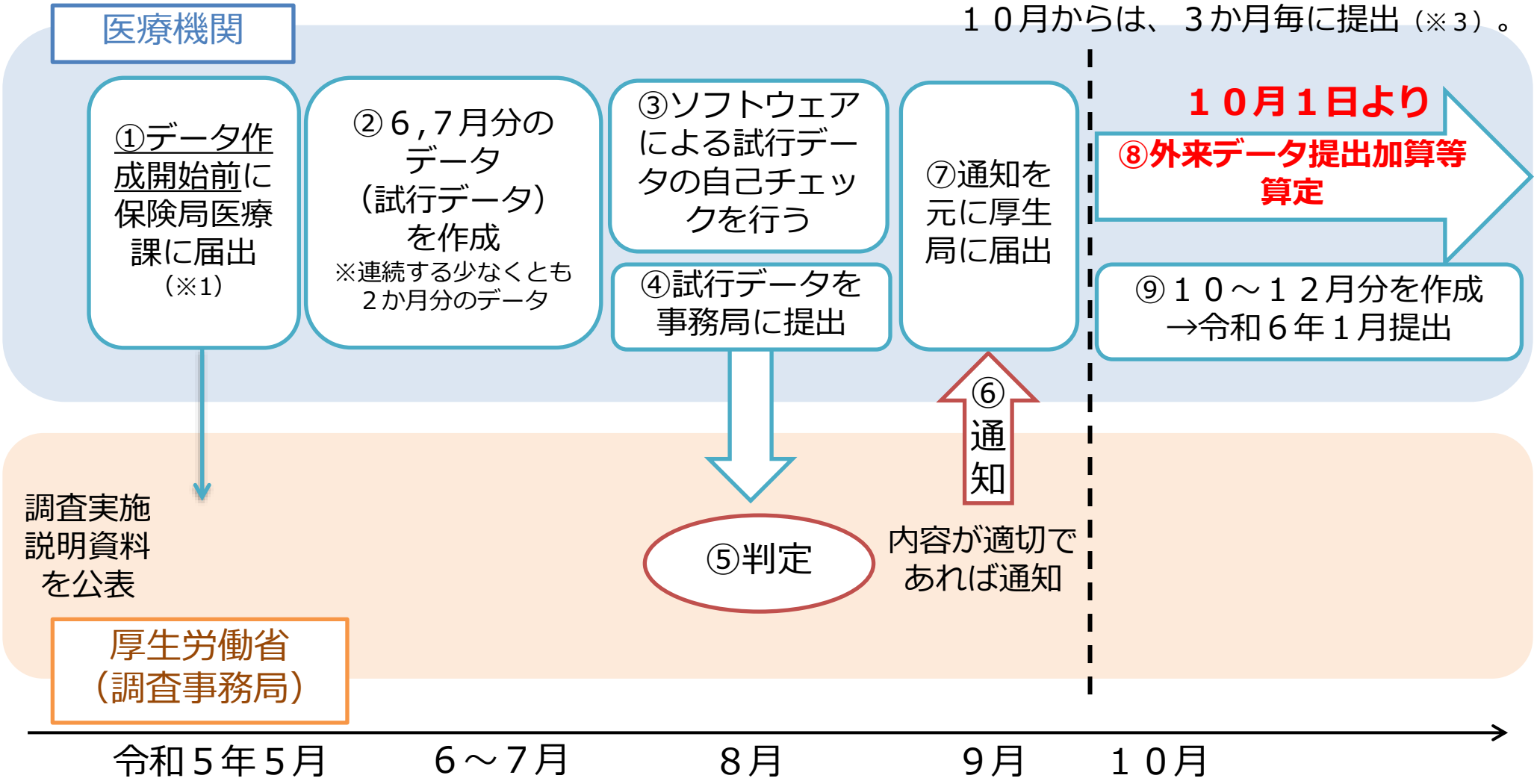
（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

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

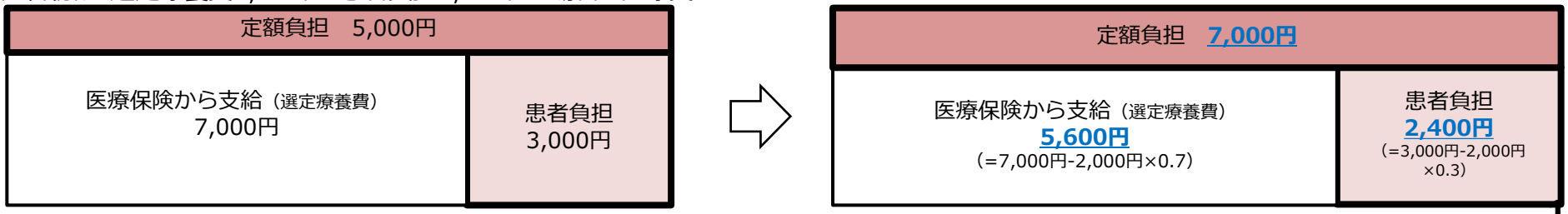
見直し後

［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

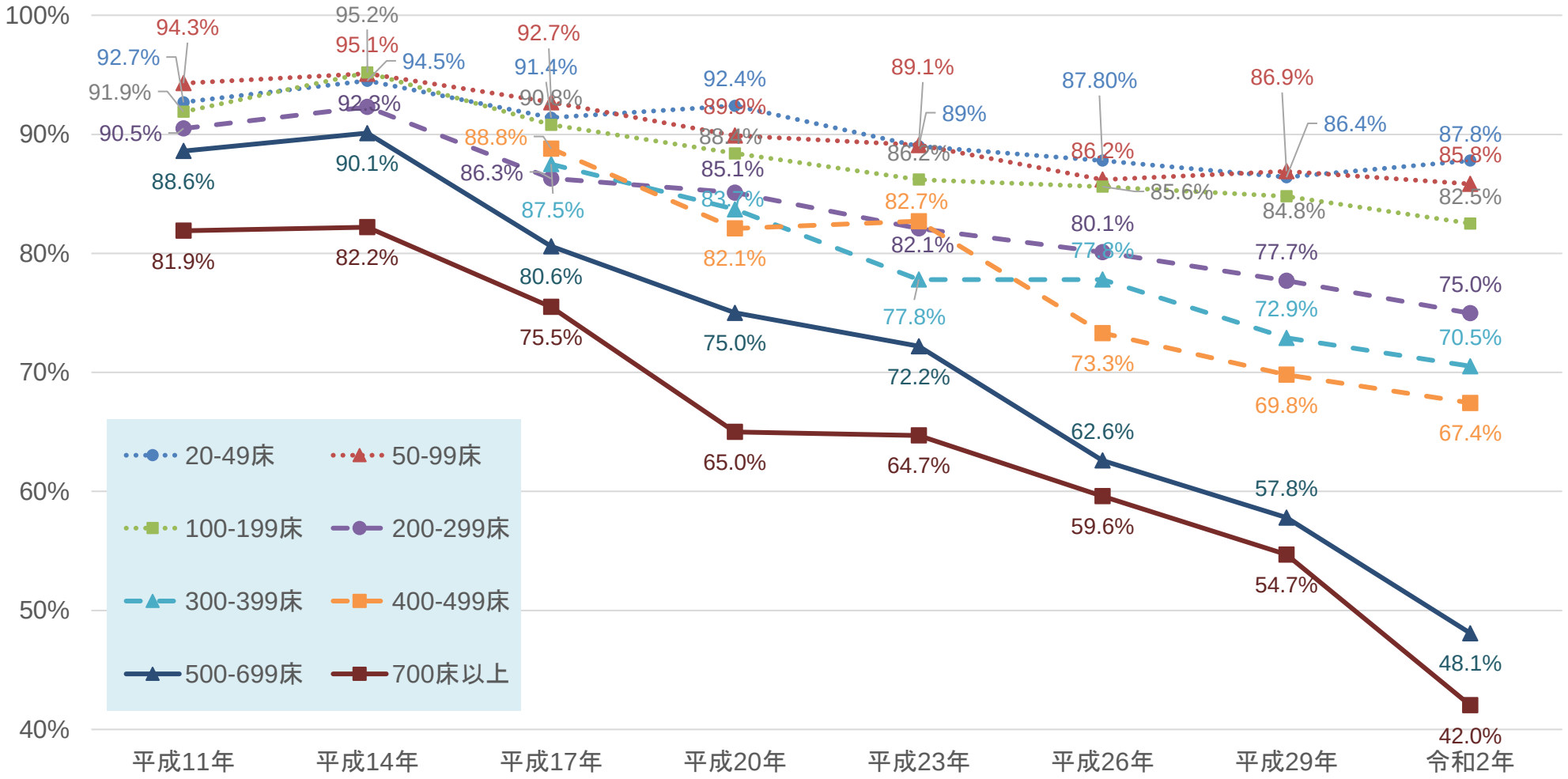
逆紹介割合(‰)

	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））

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

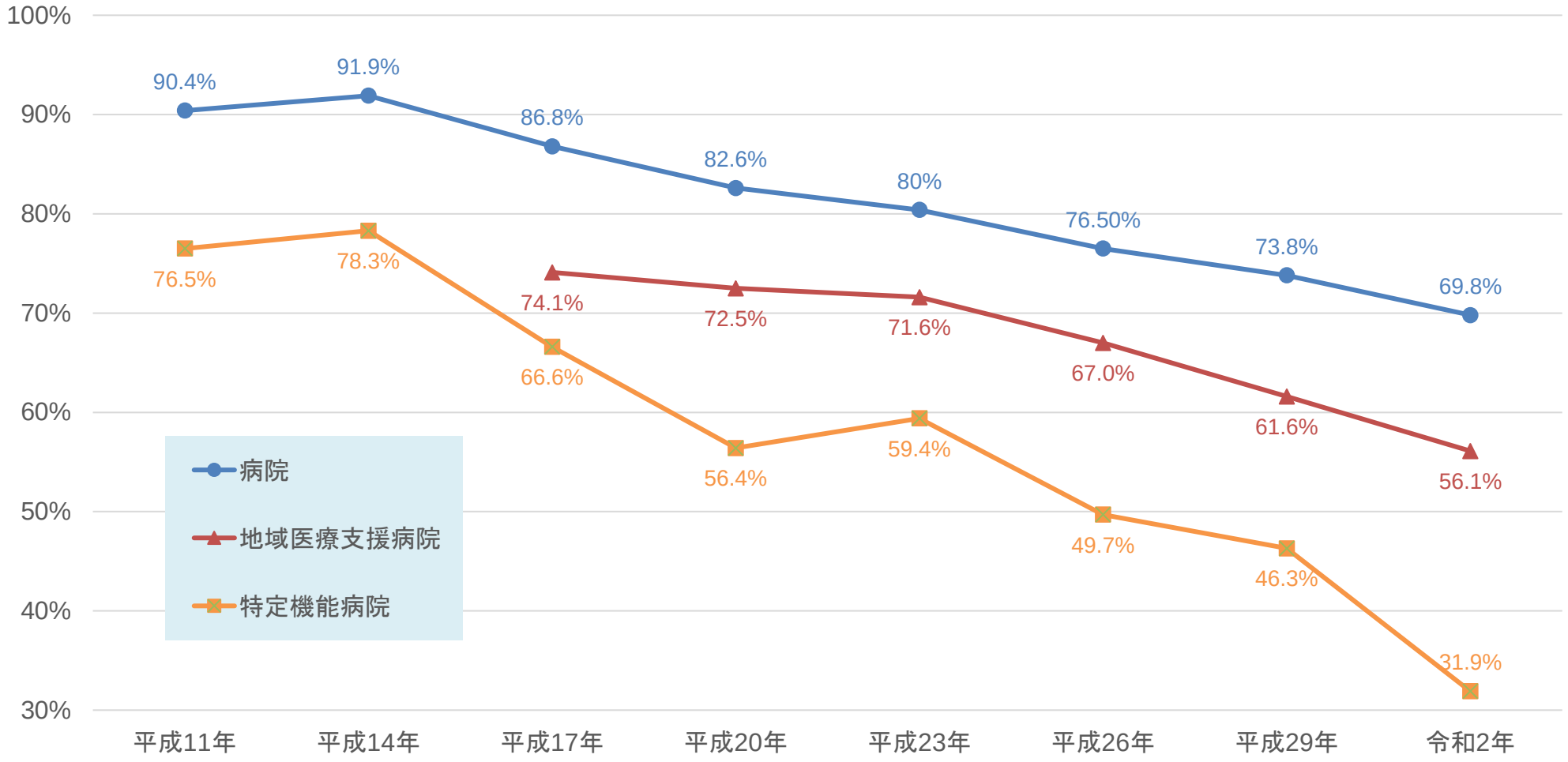
○　紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和２年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



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）

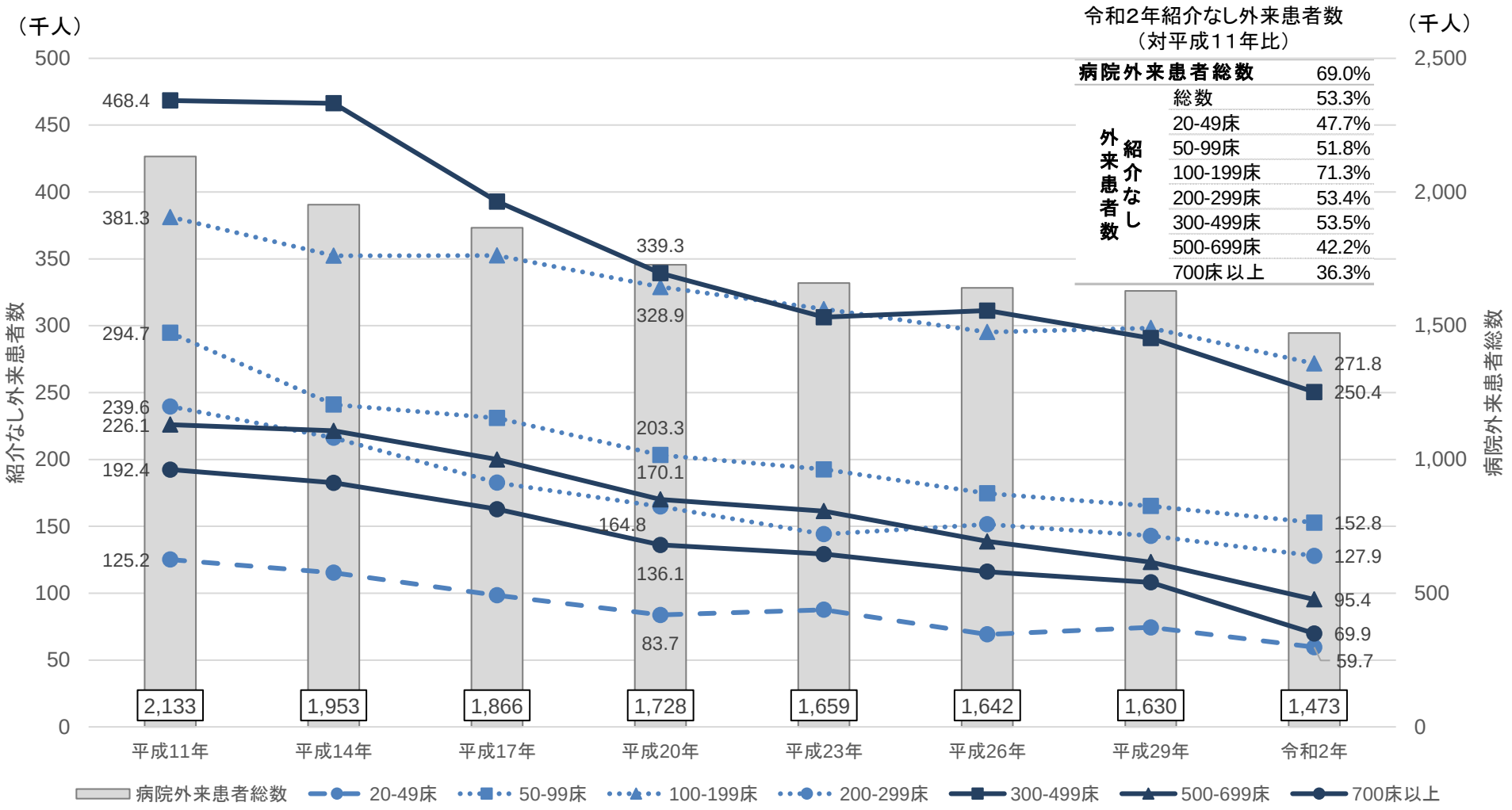
○　紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和２年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



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）

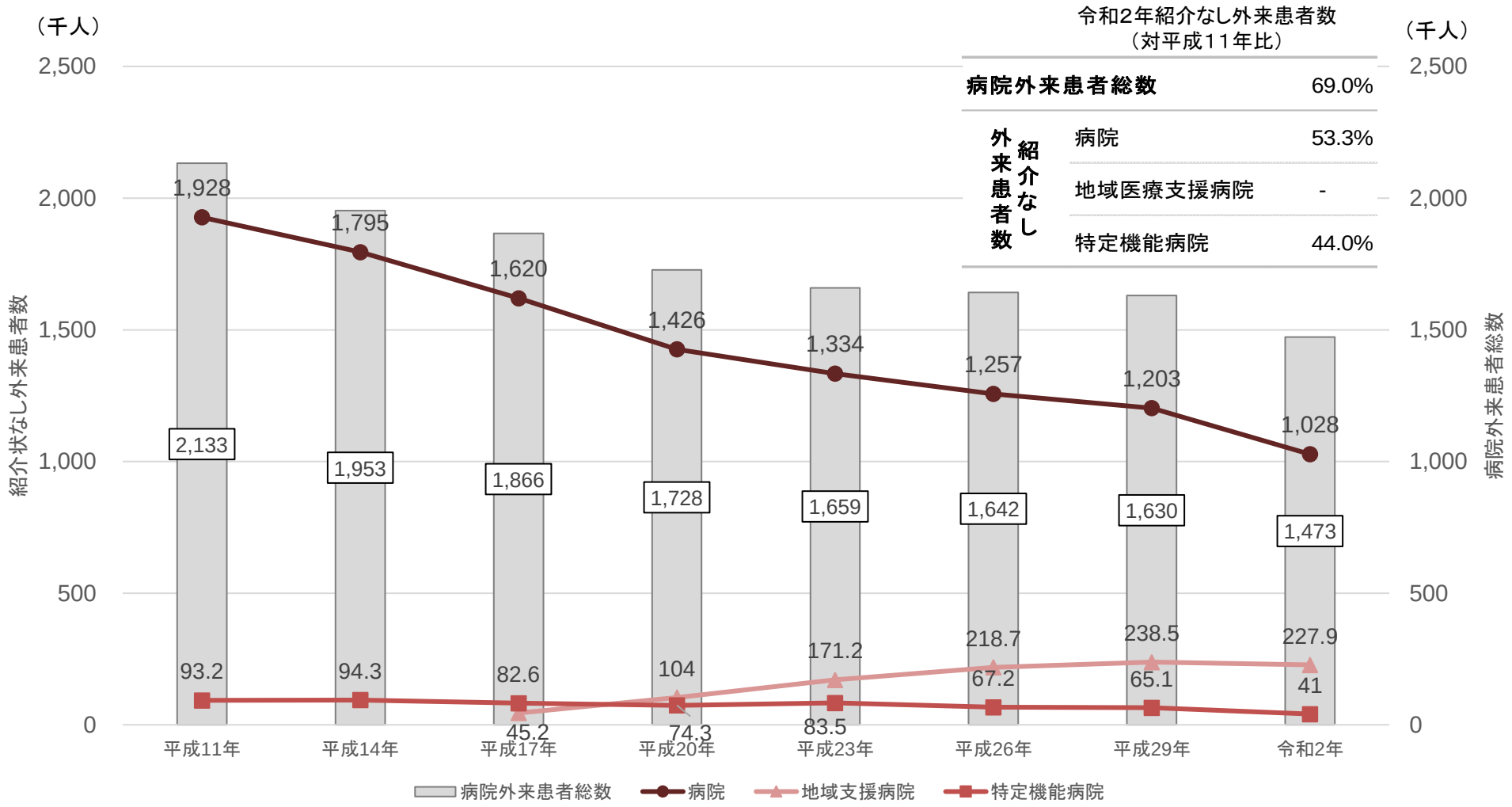
病院外来患者総数		69.0%
紹介なし外来患者数	総数	53.3%
	20-49床	47.7%
	50-99床	51.8%
	100-199床	71.3%
	200-299床	53.4%
	300-499床	53.5%
	500-699床	42.2%
	700床以上	36.3%

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）

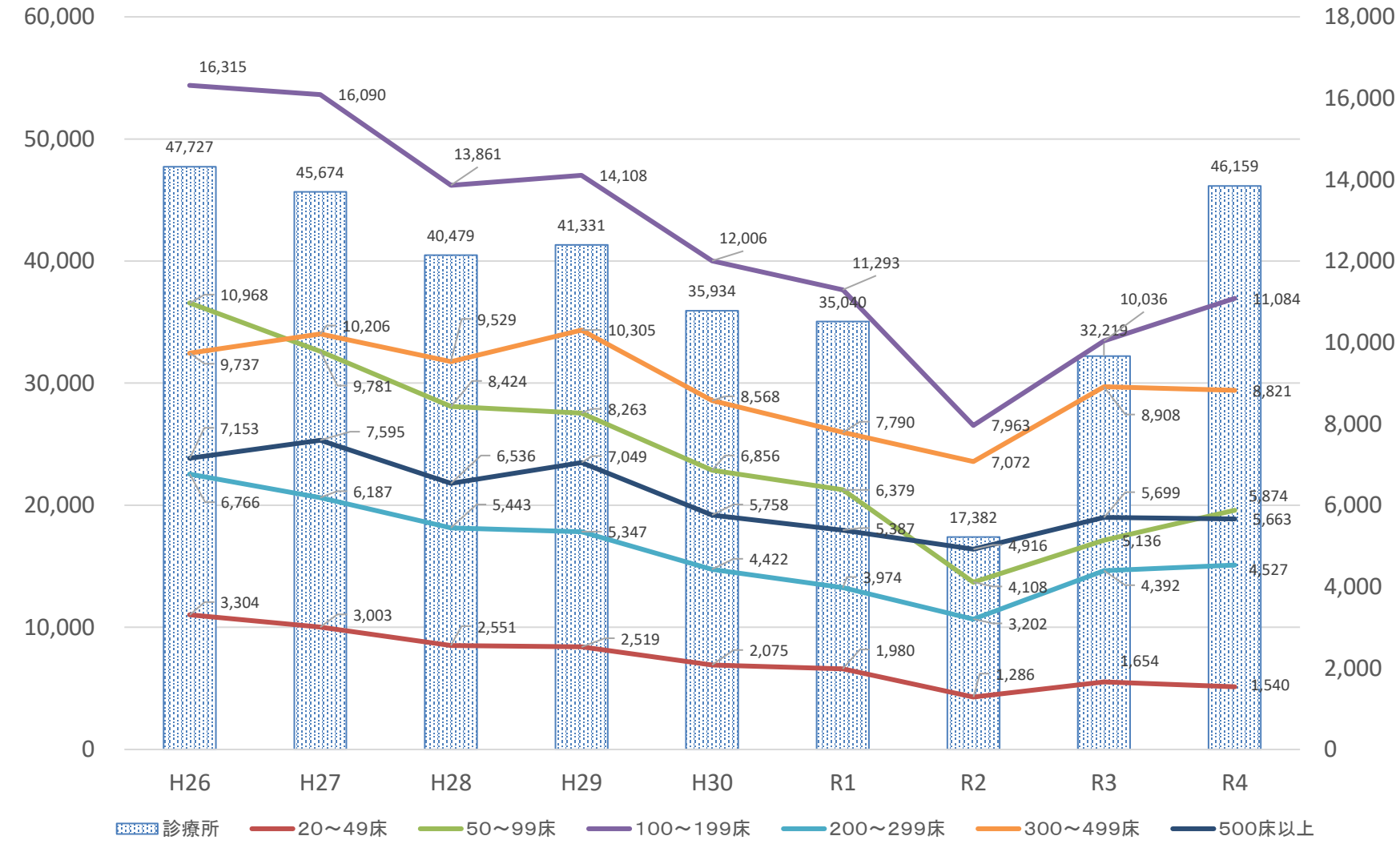
病院外来患者総数		69.0%
紹介なし外来患者数	病院	53.3%
	地域医療支援病院	-
	特定機能病院	44.0%

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。

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。

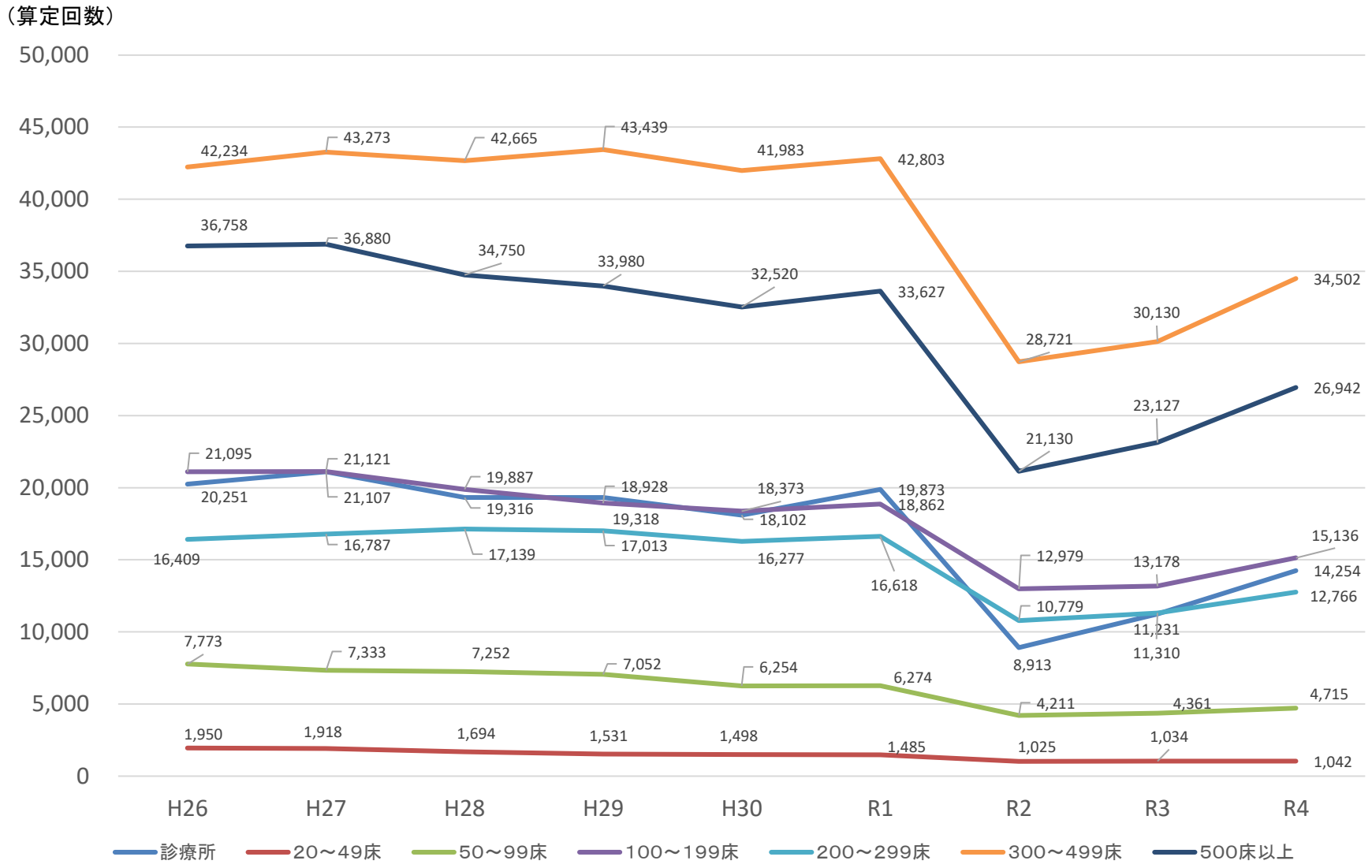


比率	R4／H26（%）
診療所	96.7%
20～49床	46.6%
50～99床	53.6%
100～199床	67.9%
200～299床	66.9%
300～499床	90.6%
500床以上	79.2%

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。



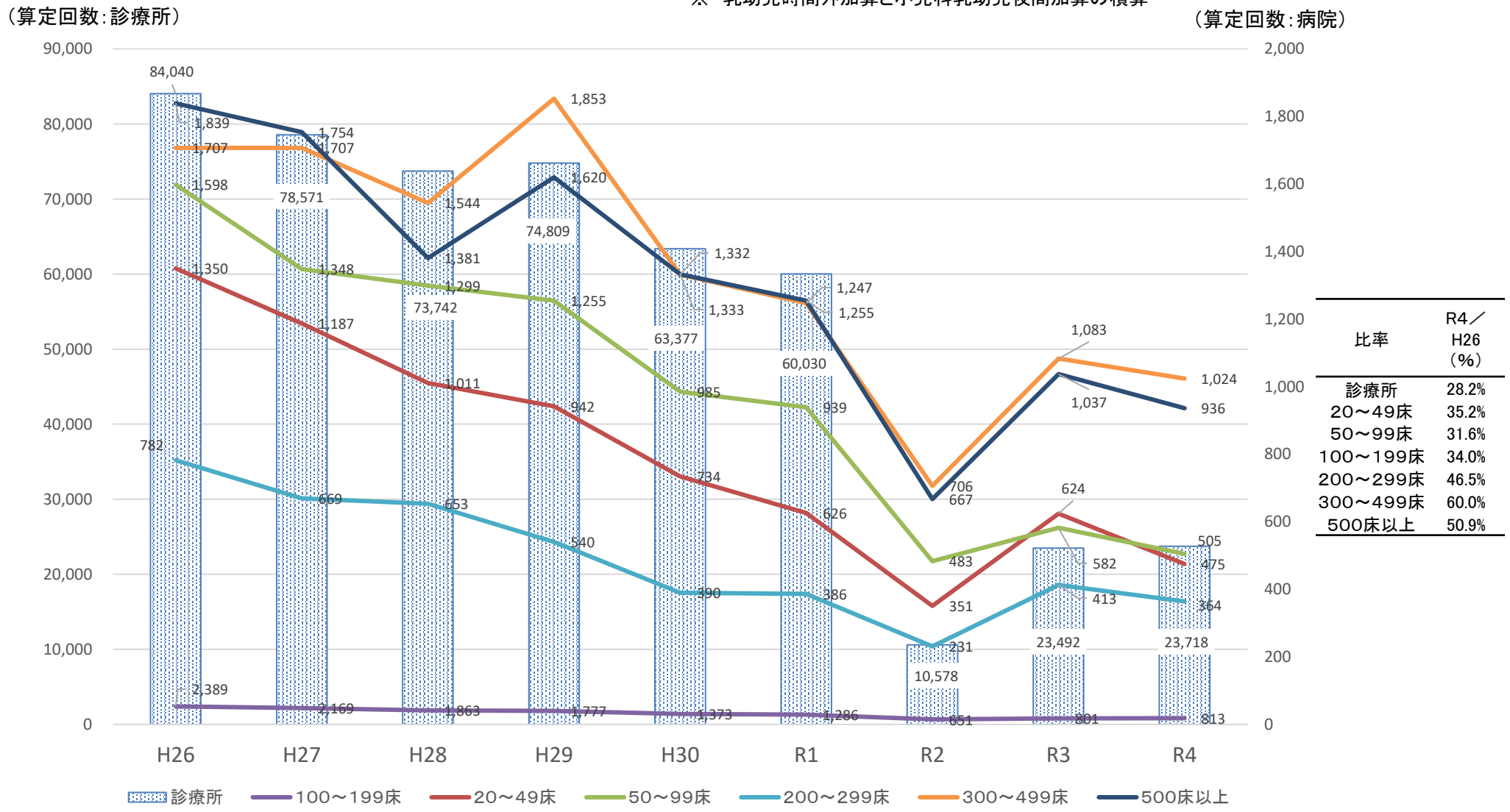
比率	R4／H26（%）
診療所	70.4%
20～49床	53.4%
50～99床	60.7%
100～199床	71.8%
200～299床	77.8%
300～499床	81.7%
500床以上	73.3%

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）

○　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



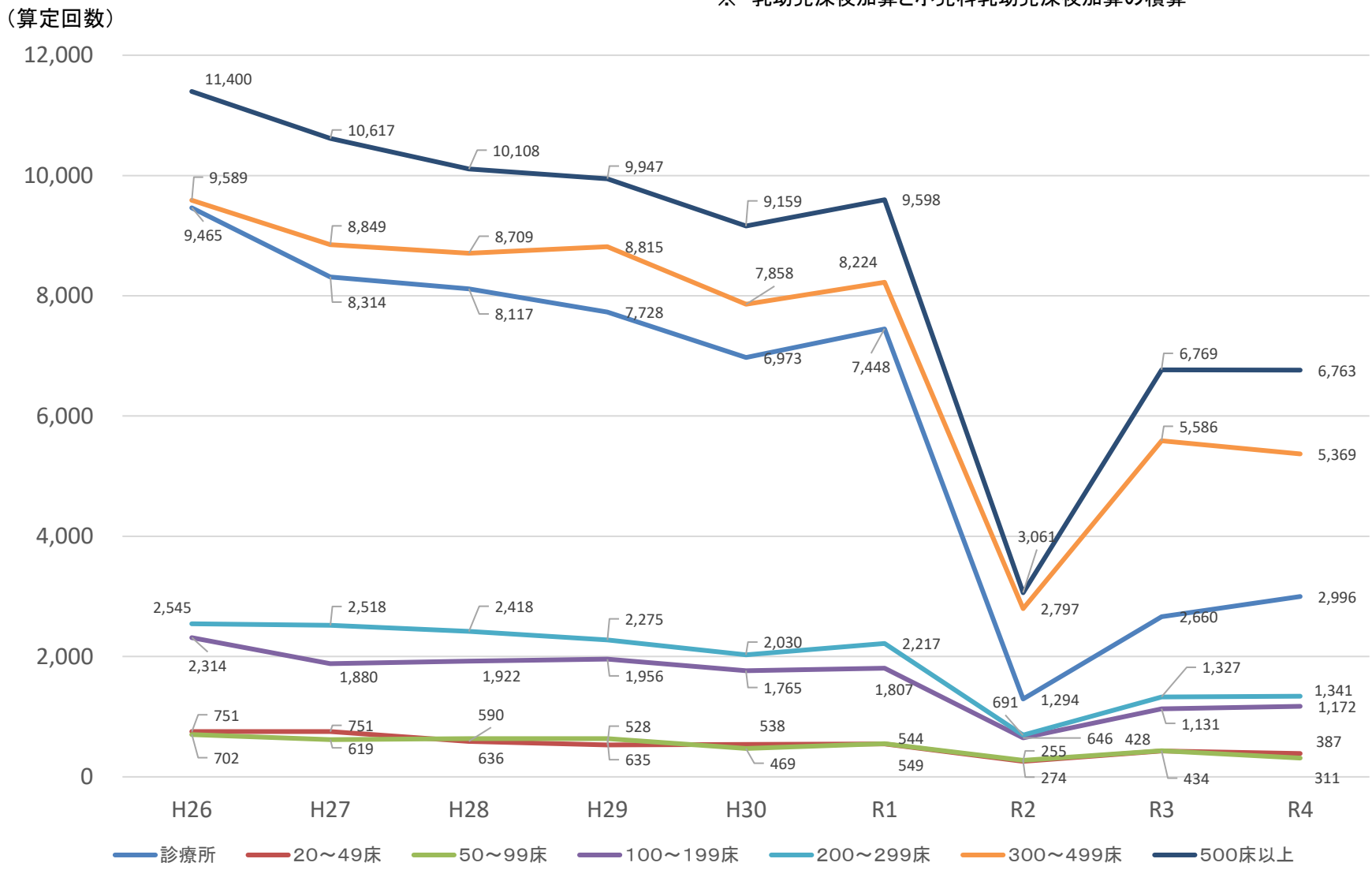
比率	R4／H26（%）
診療所	28.2%
20～49床	35.2%
50～99床	31.6%
100～199床	34.0%
200～299床	46.5%
300～499床	60.0%
500床以上	50.9%

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）

中医協　総－１参考４ ５．９．２７	中医協　診－１参考４ ５．９．２７	診調組　入－１参考４ ５．９．１４改

（令和5年度第7回）
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編④

令和5年9月14日（木）

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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

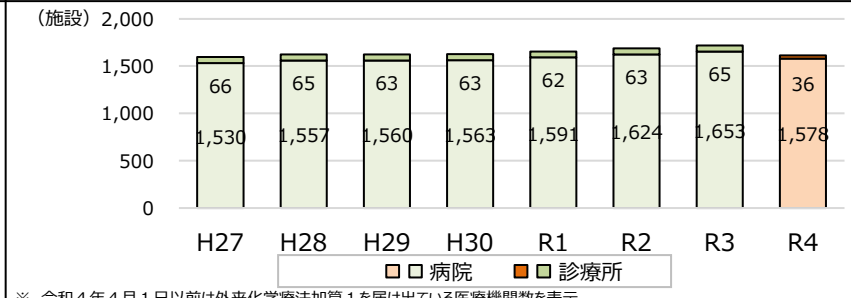
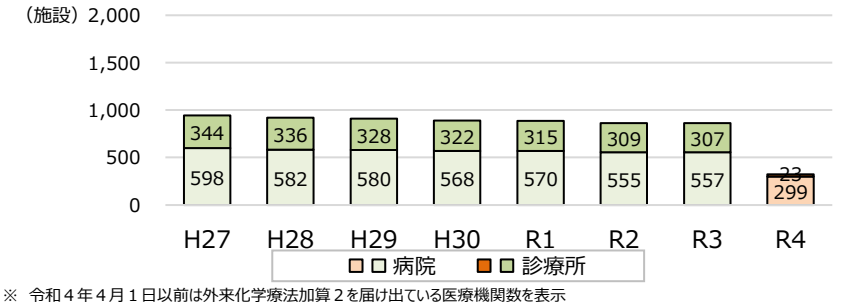
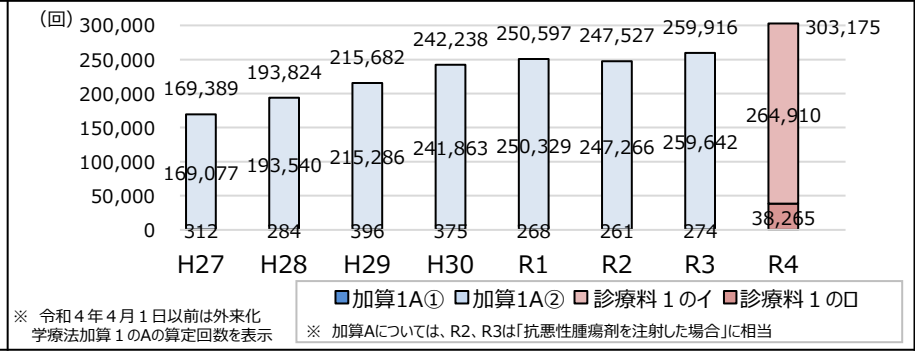
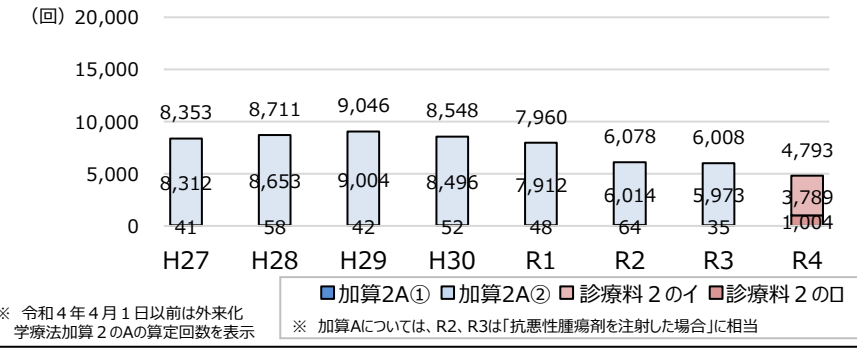
○ 外来腫瘍化学療法診療料１及び2が令和４年度診療報酬改定で新設された。
○ 主な施設基準については、「患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備」が追加された。

	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

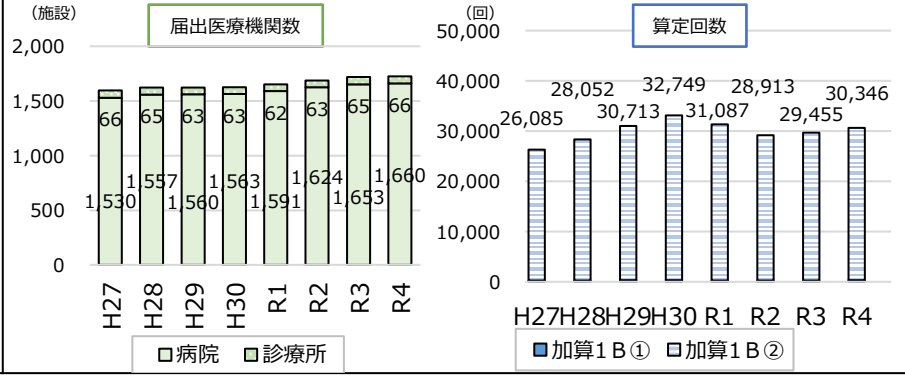
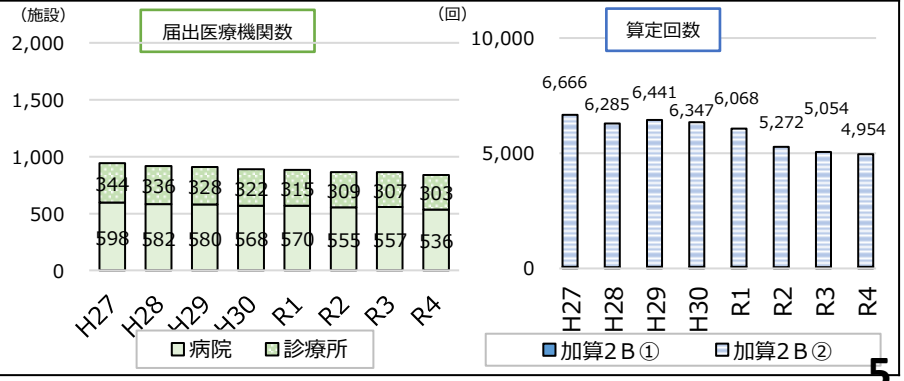
○　令和４年の外来腫瘍化学療法診療料１の届出医療機関数は、令和３年における外来化学療法加算１の届出医療機関数と比較して、94%の医療機関が届出を行っていた。
○　算定回数については、令和４年の診療料１イ及びロの合計値（303,175件）は、令和３年（259,916件）と比較して増加。
○　令和４年の外来腫瘍化学療法診療料２の届出医療機関数は、令和３年における外来化学療法加算２の届出医療機関数と比較して、37%の医療機関が届出を行っていた。
○　算定回数については、令和４年の診療料２イ及びロの合計値（4,793件）は、令和３年（6,008件）と比較して減少。

	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	 ※　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	
算定回数	 ※　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）

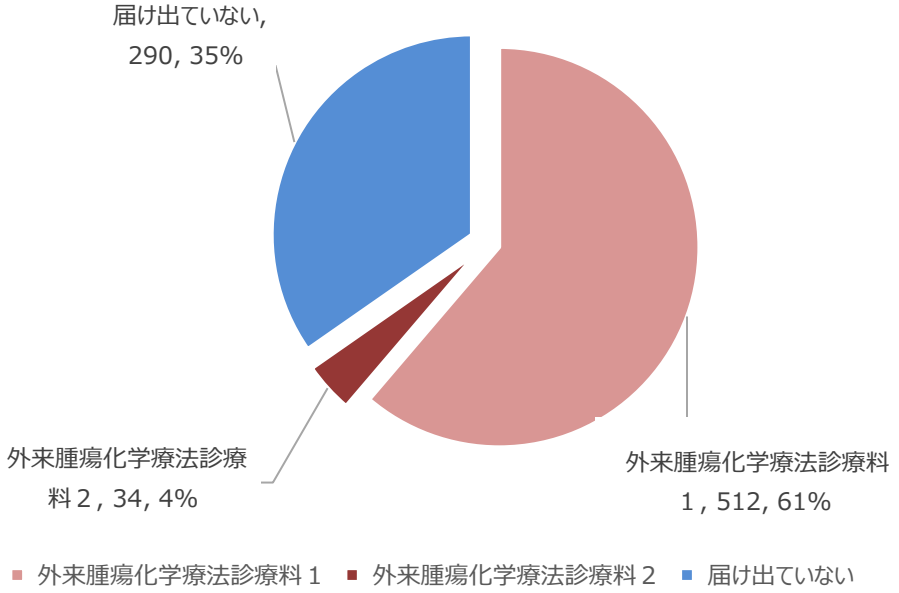
※加算Bについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」に相当

外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

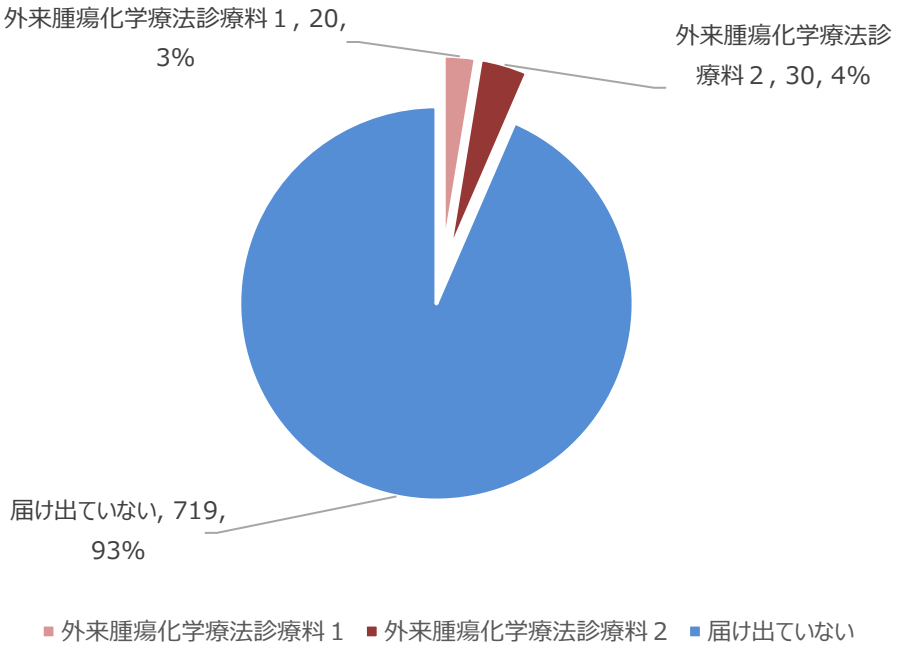
診調組　入－１
５．６．８

○　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。

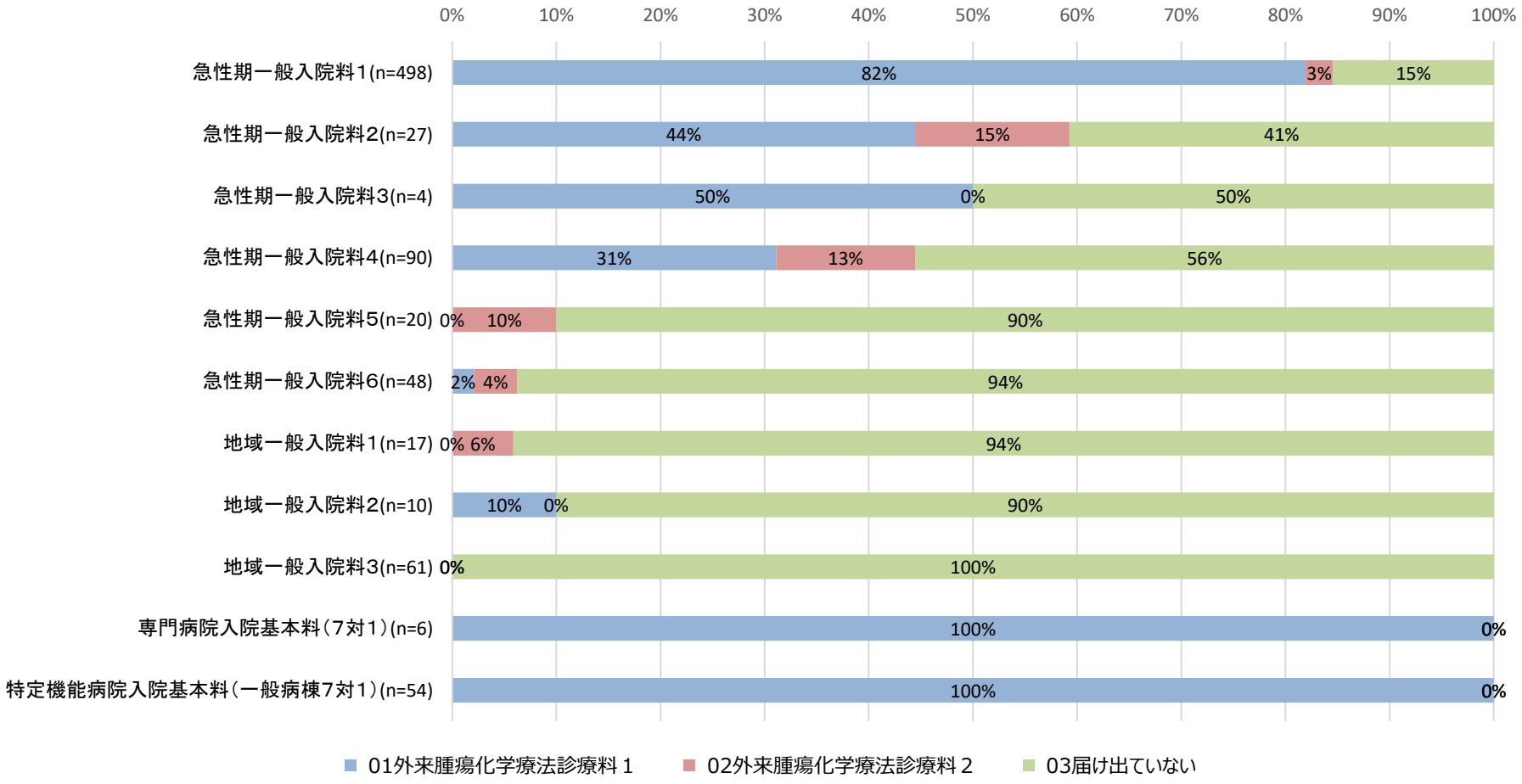
※　外来施設票：情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

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

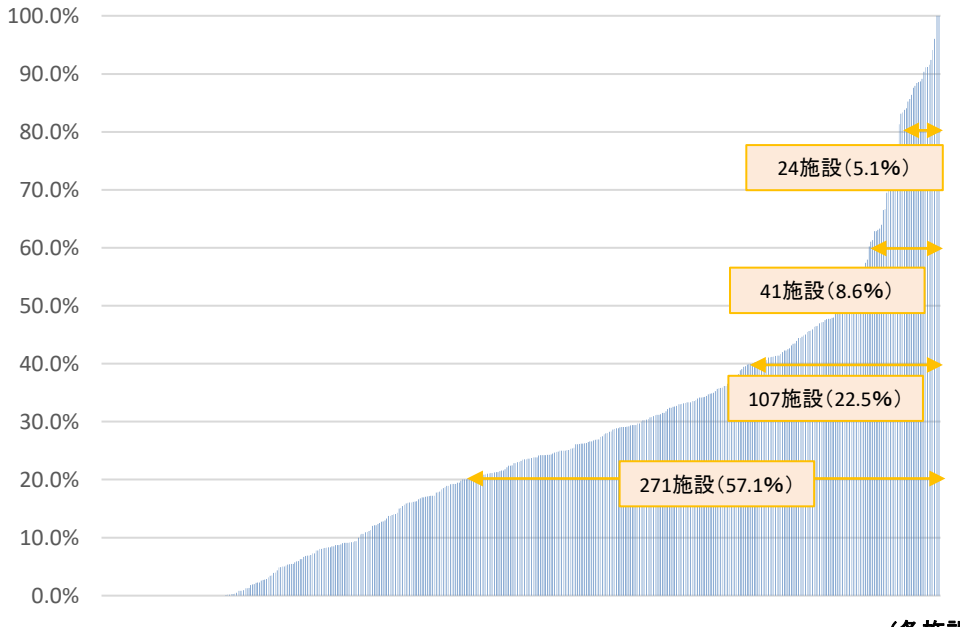


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

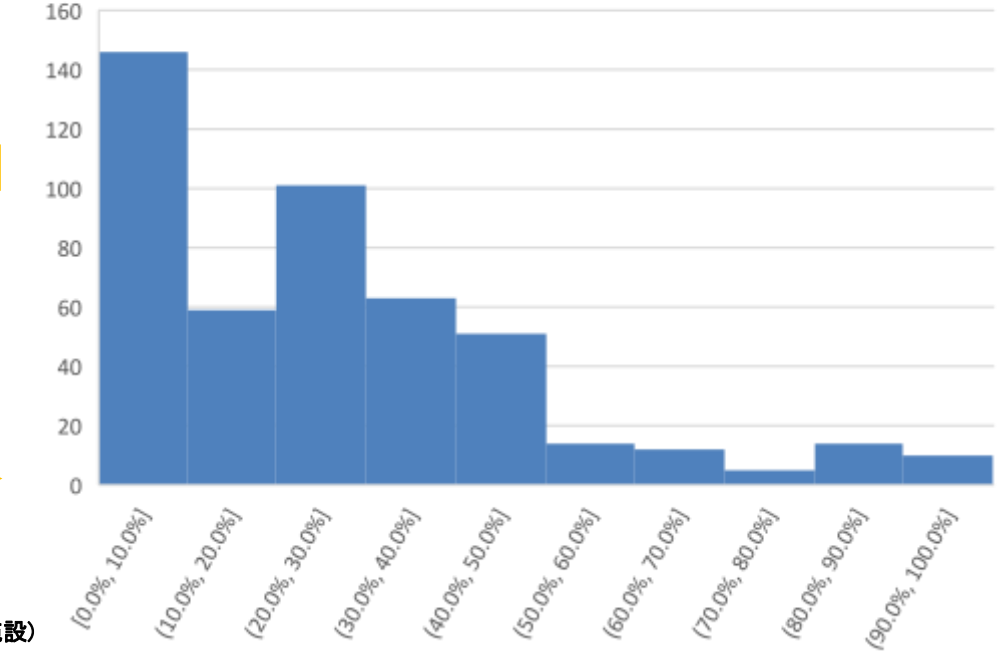
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）①

○　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））

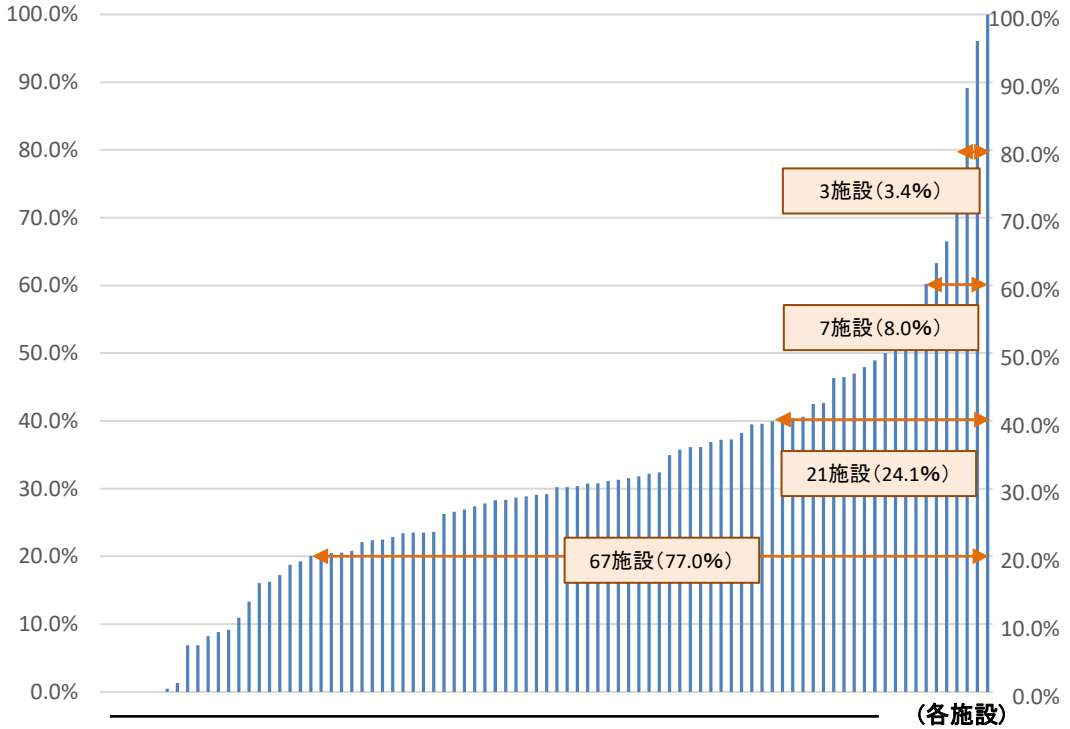
※　令和3年4月1日～令和4年3月31日に化学療法を実施した患者を集計

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

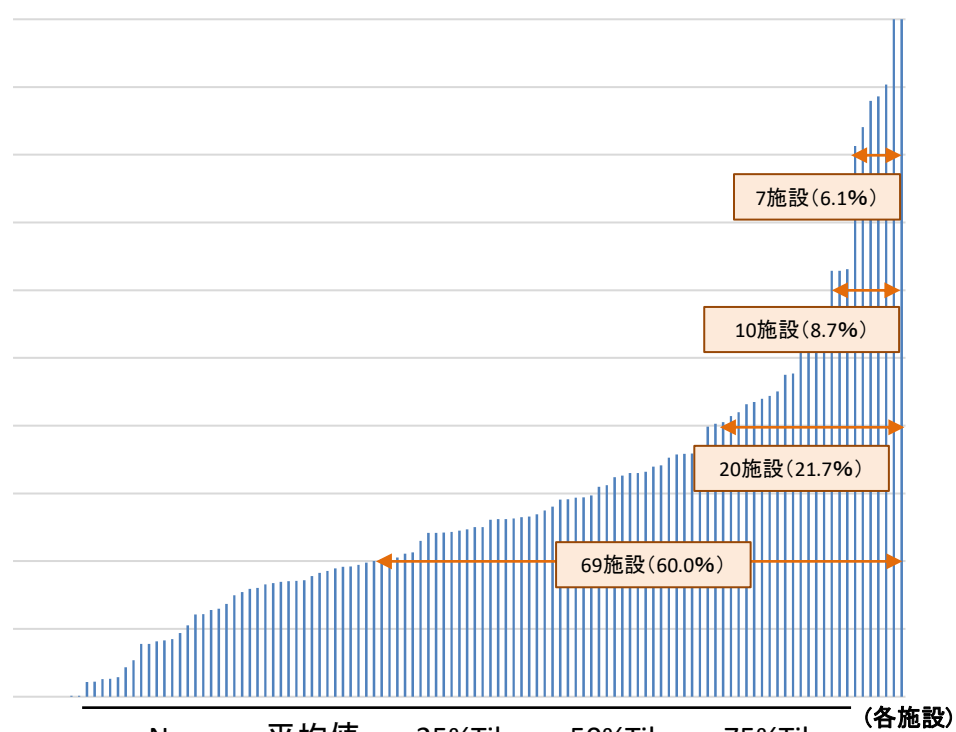
○　急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「１サイクル（※1）も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。

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　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」

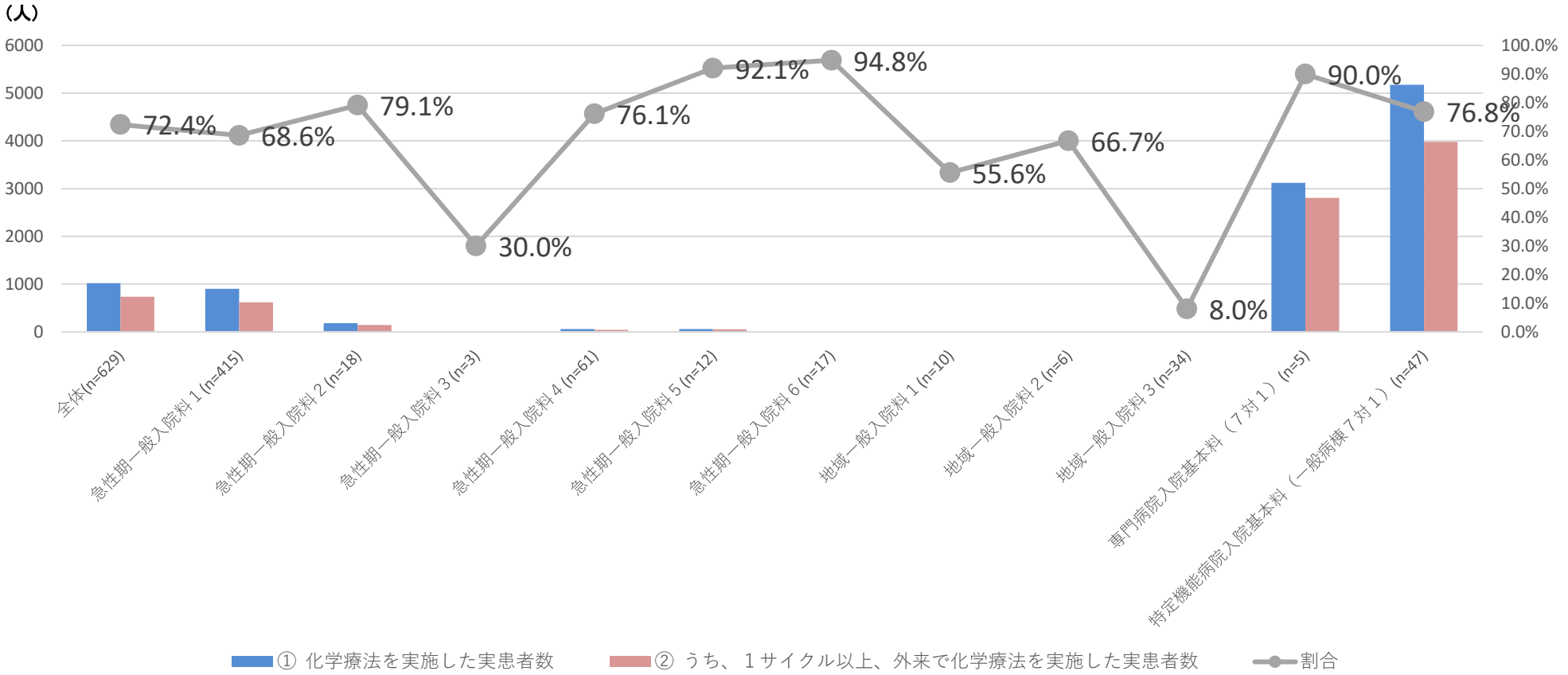
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

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））

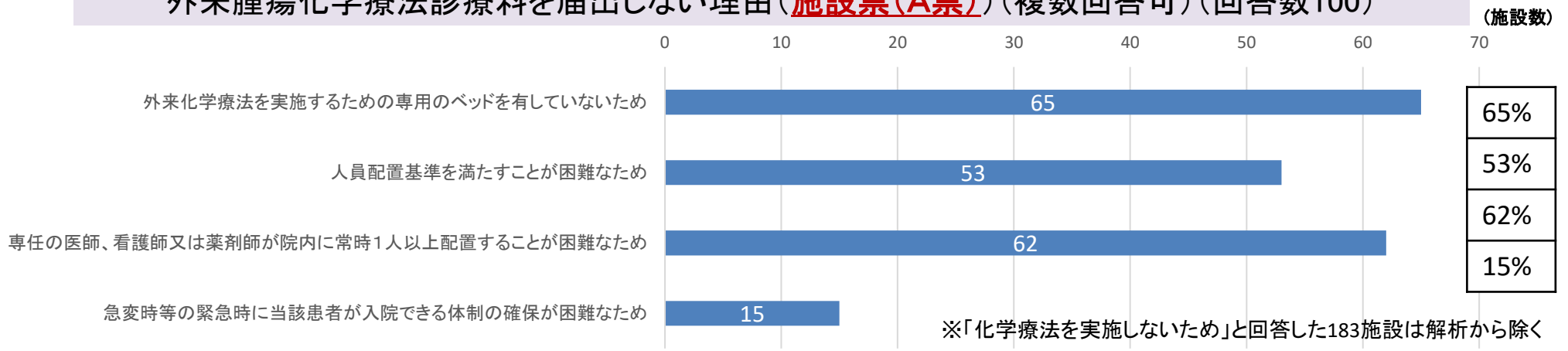
※　令和3年4月1日～令和4年3月31日に化学療法を実施した患者を集計

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

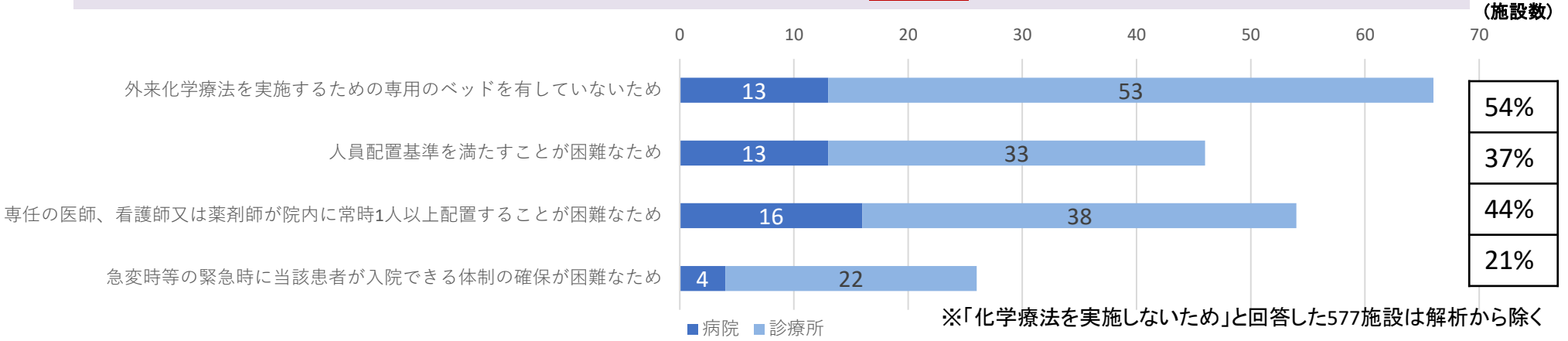
○ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない理由については、化学療法を実施しないという理由を除くと、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
○ 「急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため」という理由を挙げている施設は、施設票（A票）（15%）及び外来施設票（21%）と他の理由に比較して少なかった。

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）



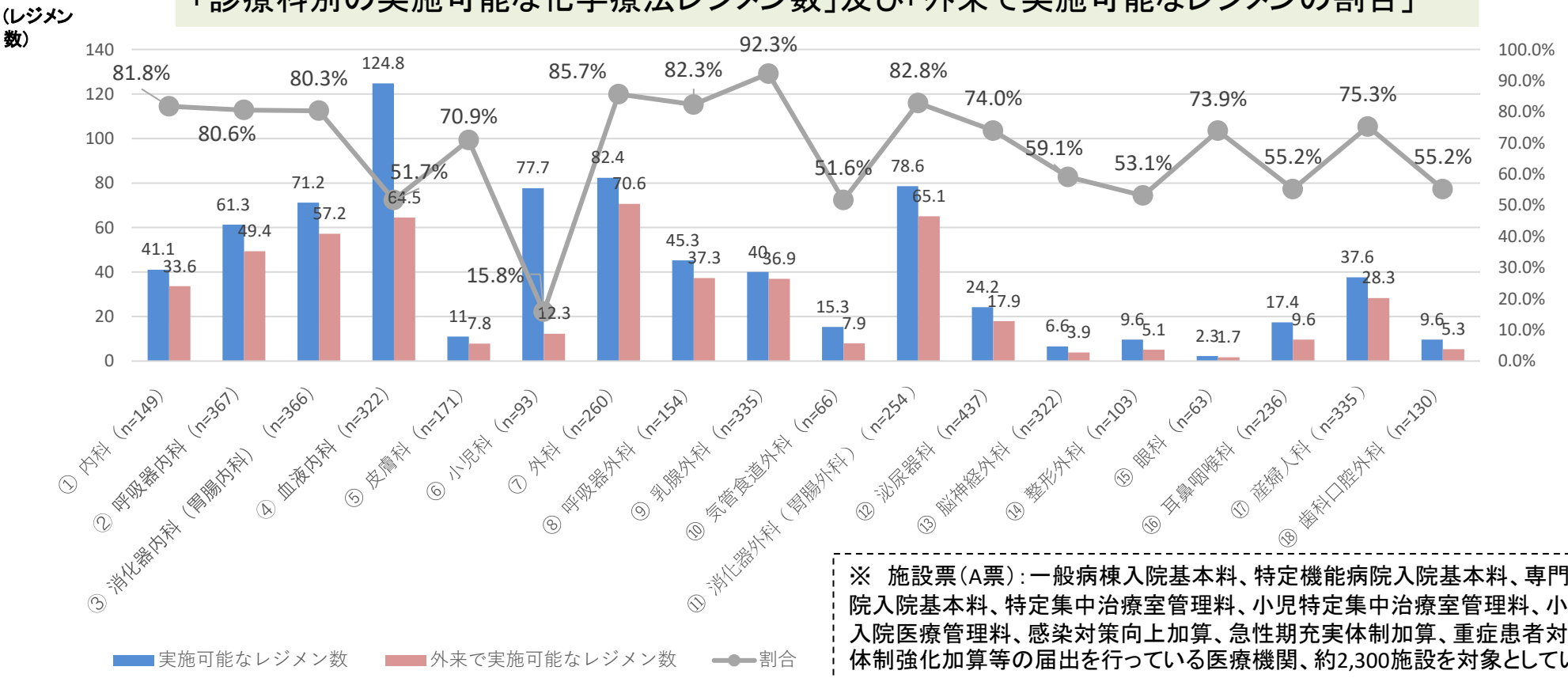
※「化学療法を実施しないため」と回答した577施設は解析から除く

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」



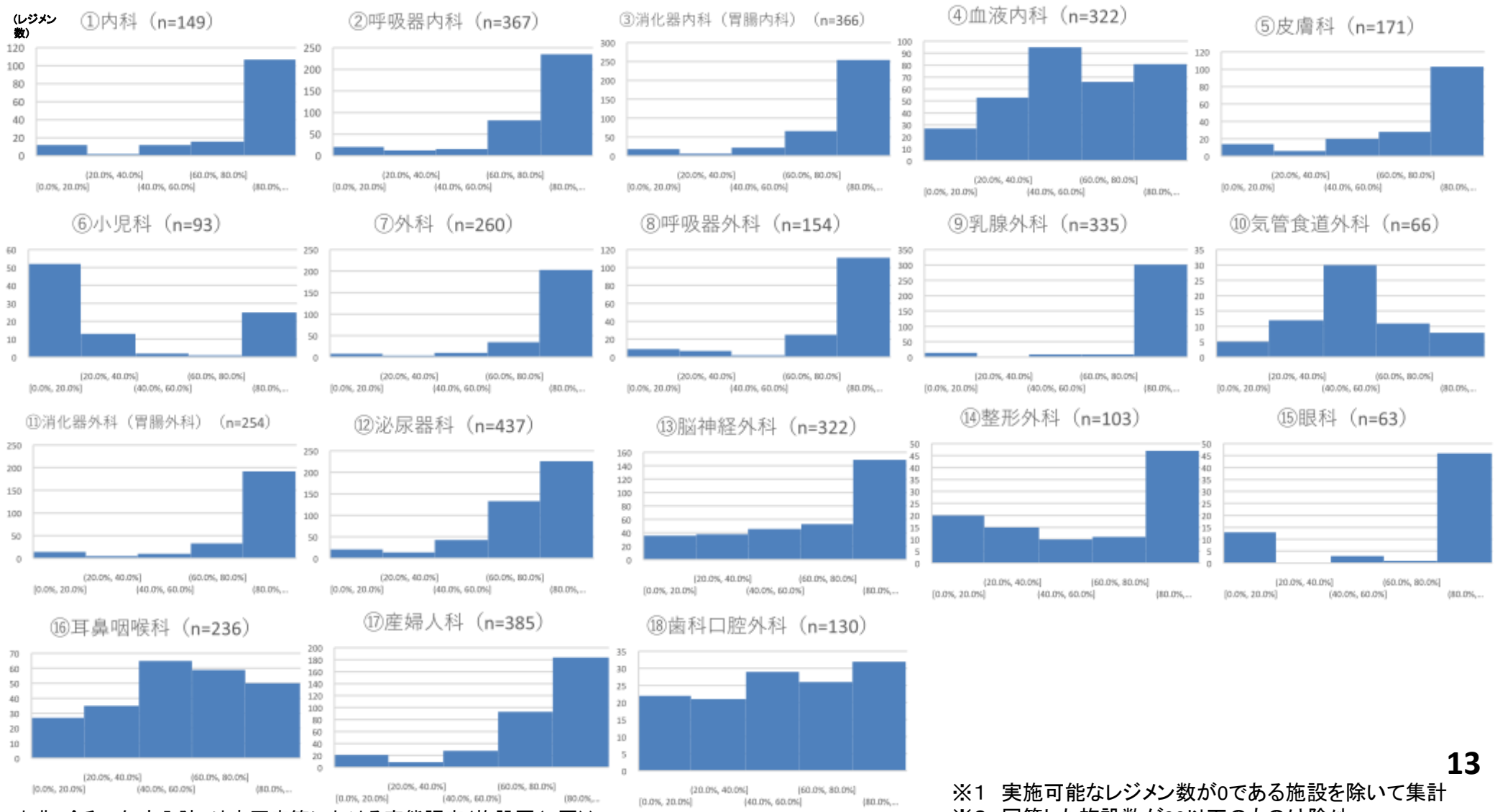
※　施設票（A票）：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

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。



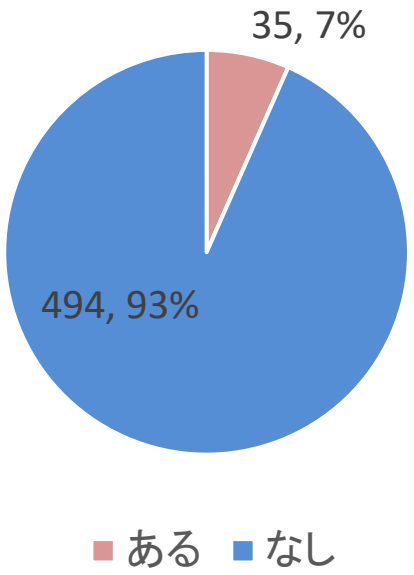
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

※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

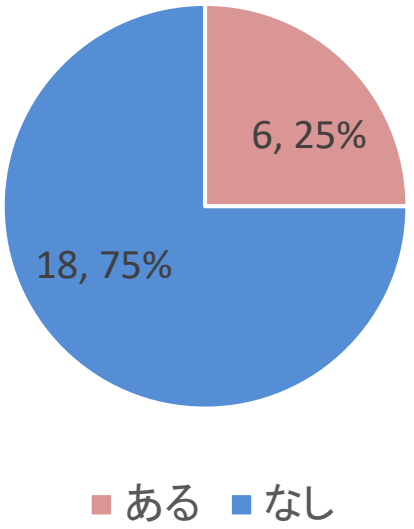
専用室を使用可能な診療科の制限について

○　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。

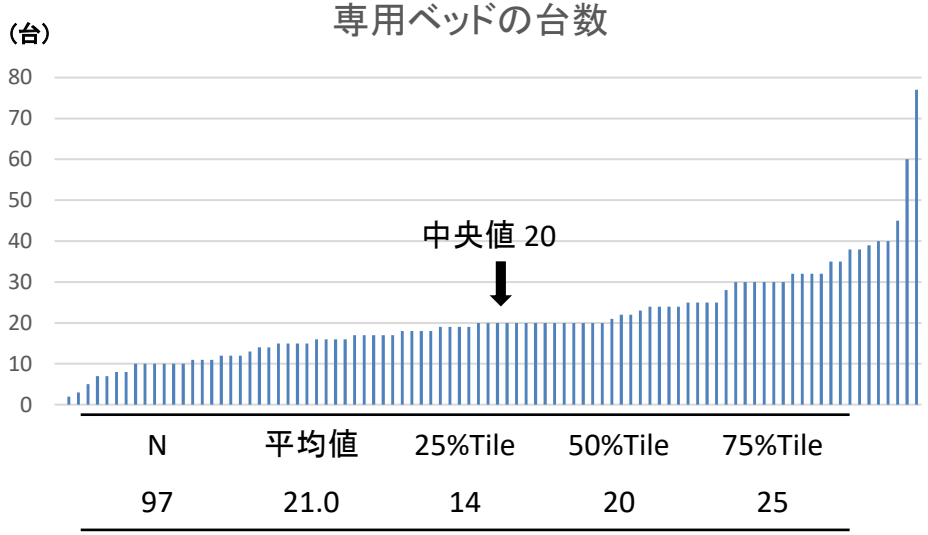
※診療所のデータは外来施設票から抽出

※　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

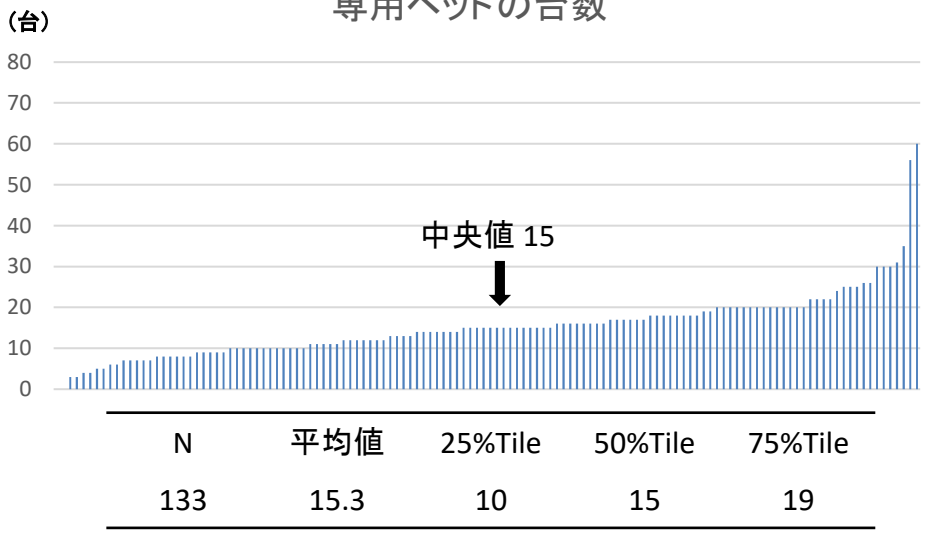
○　急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の届出施設における専用ベッドの台数の中央値は、それぞれ20台及び15台であった。

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

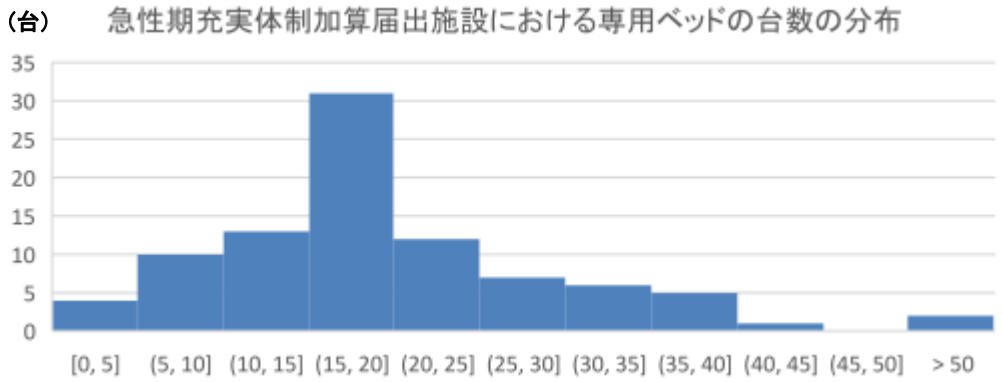


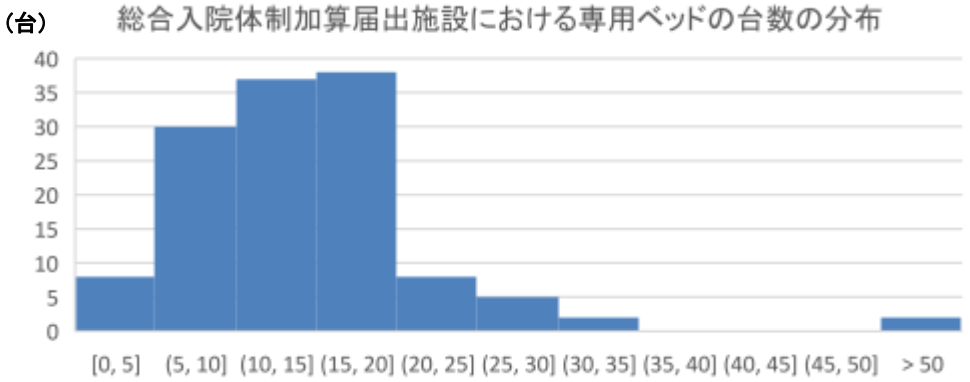
N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
97	21.0	14	20	25

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





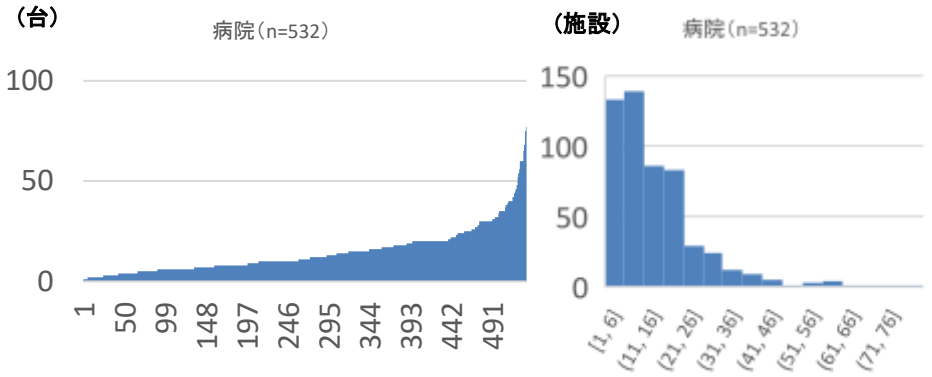
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

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。

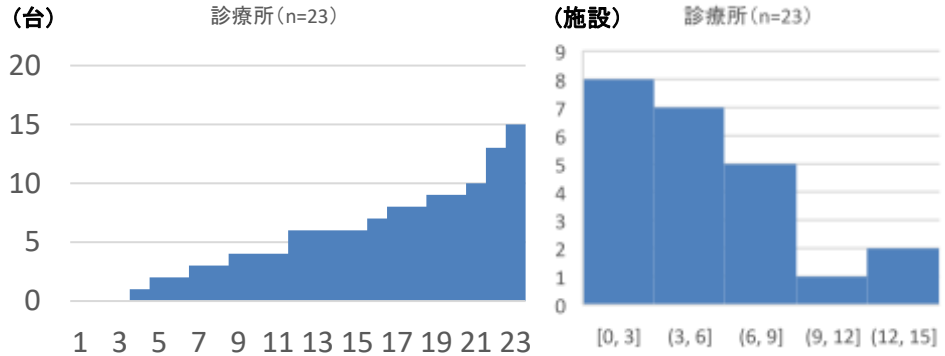
外来腫瘍化学療法診療料届出あり

病院



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
532	14.5	6.75	11	20

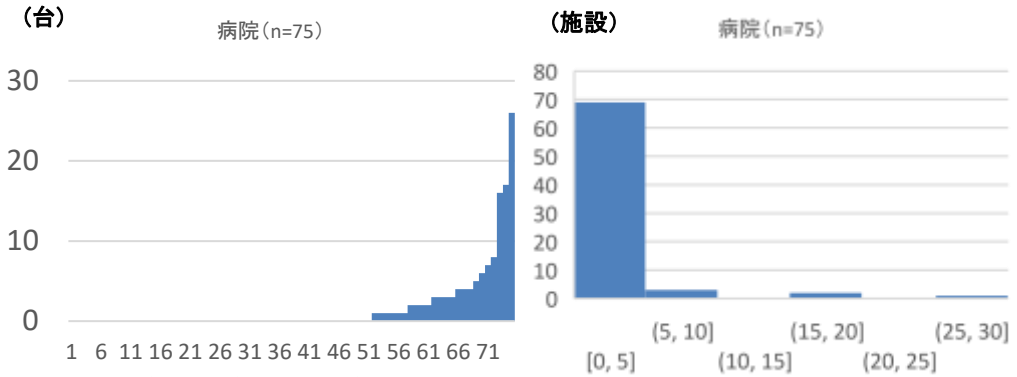
診療所



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

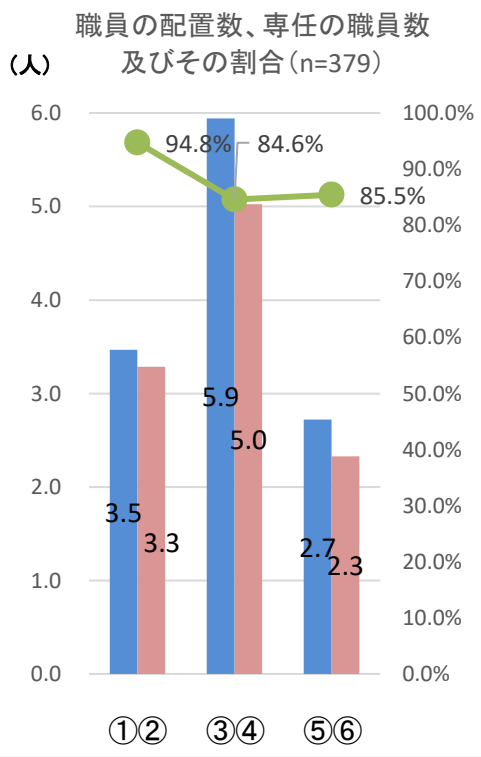
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

外来化学療法の職員の配置状況

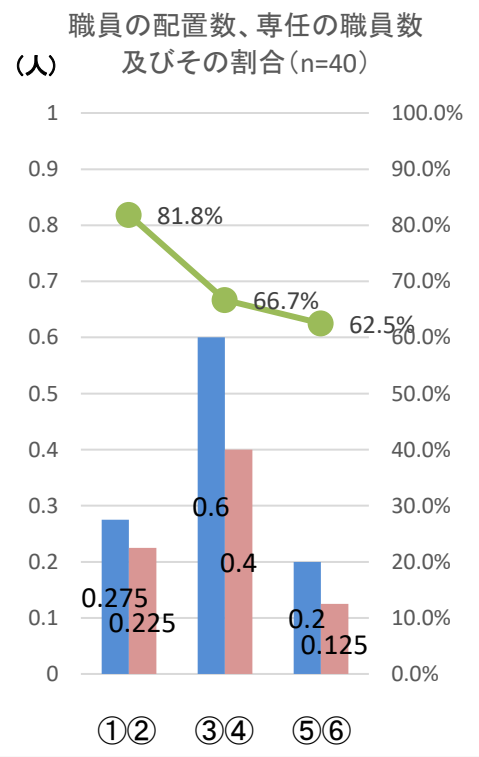
○　病院、診療所それぞれにおける、外来化学療法の職員の配置状況については、外来化学療法診療料を届け出ている施設は、専任の職員数の割合が多い傾向であった。
○　薬剤師については、看護師や医師と比較して、配置数が少なかった。

病院

外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=379）

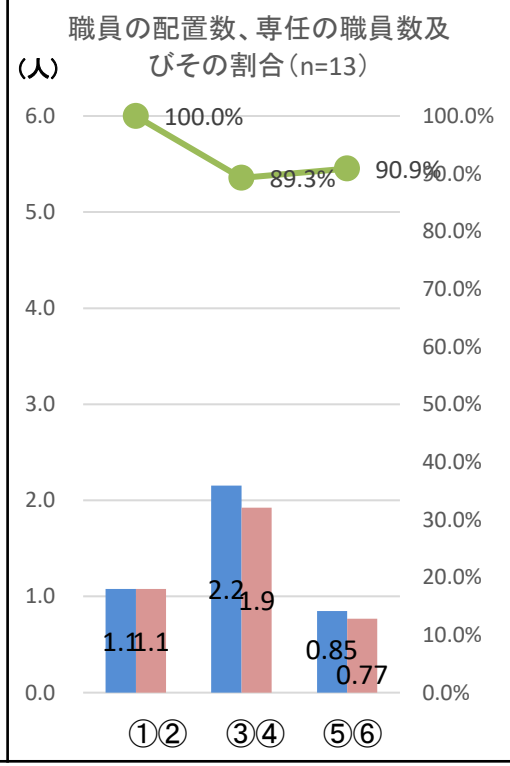


外来腫瘍化学療法診療料届出なし（n=40）
※化学療法を実施していない65施設を除く

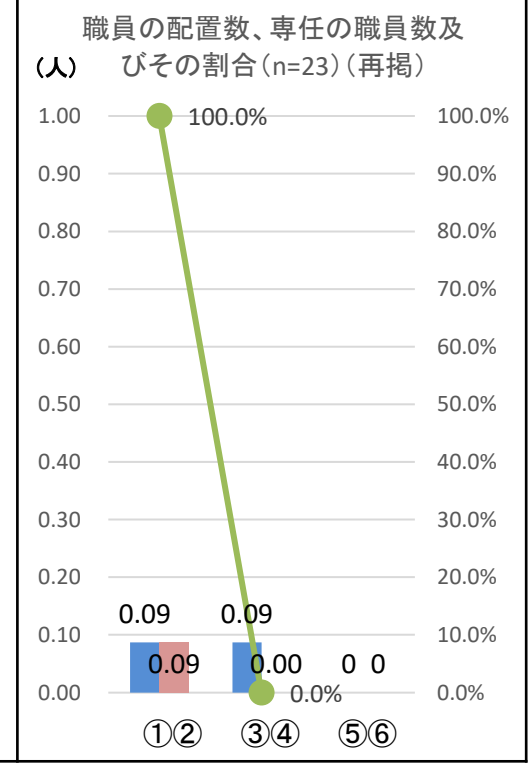


診療所

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

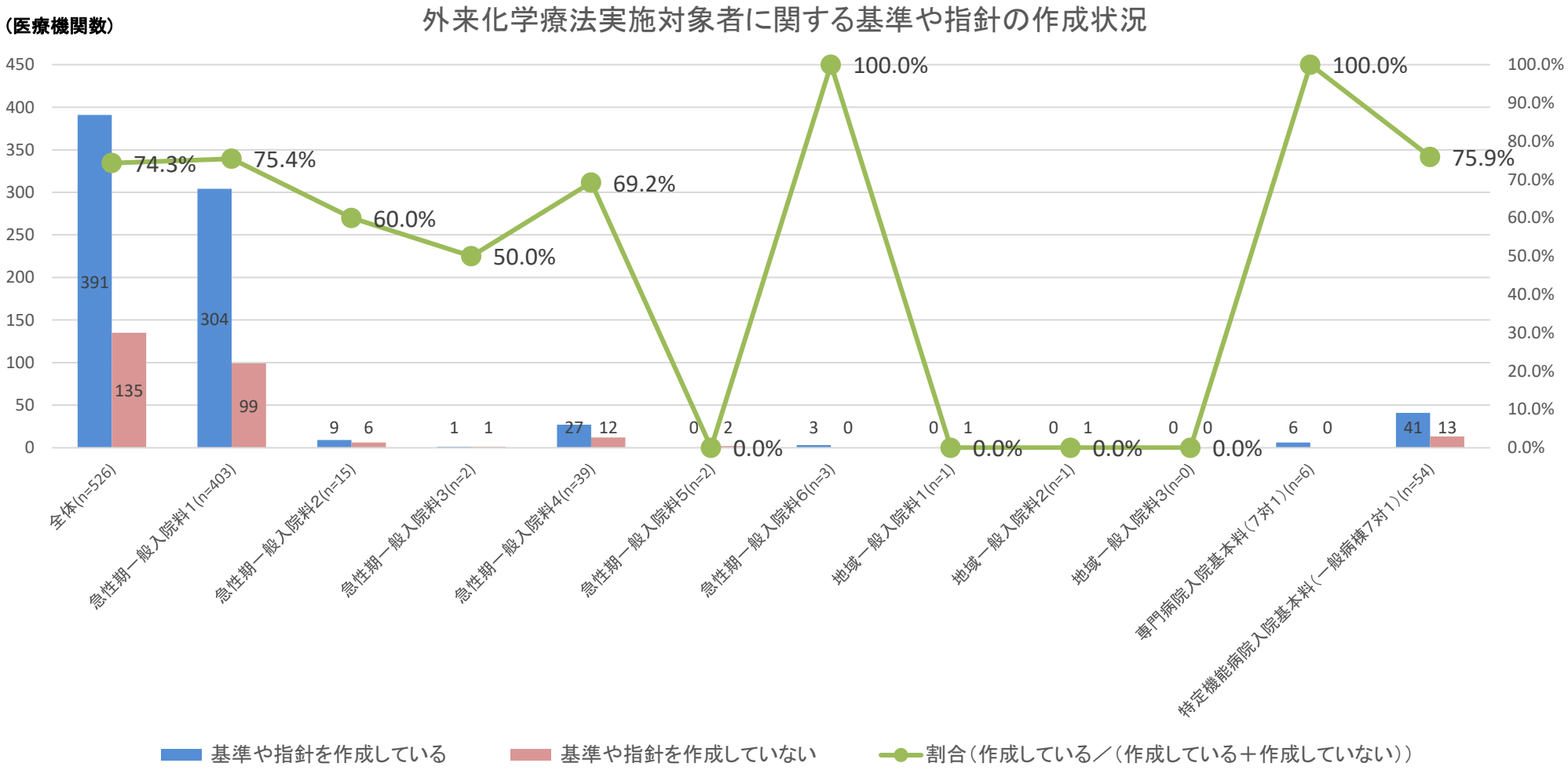


① 専任の医師
②うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師
③ 専任の看護師
④ うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師
⑤ 専任の薬剤師
⑥うち 化学療法にかかる調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師

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。

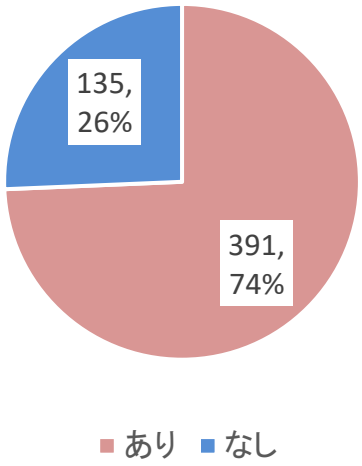


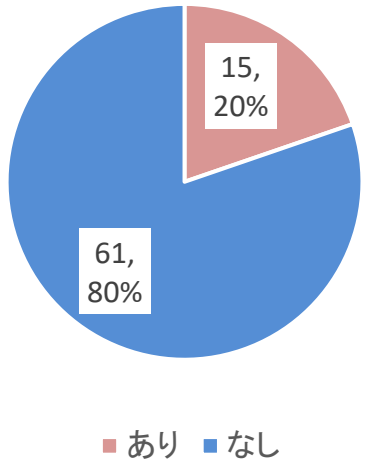
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

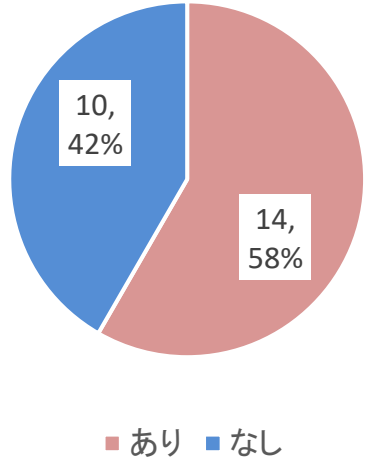
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成②

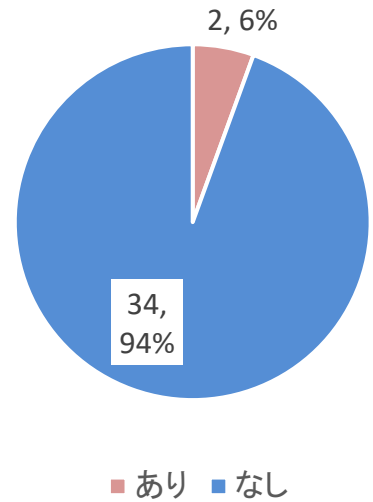
○ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
○ 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。

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







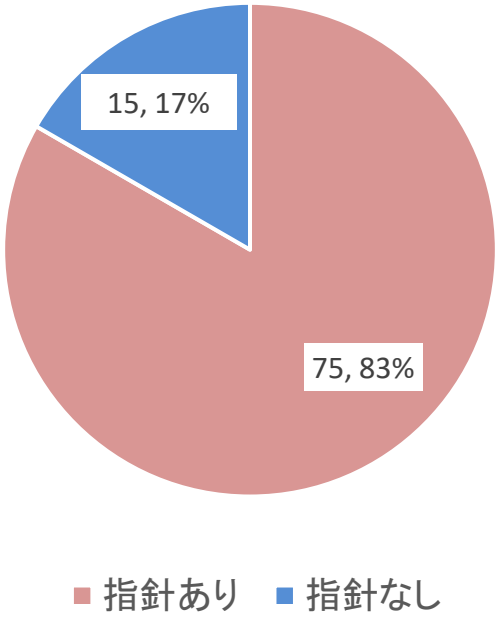


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

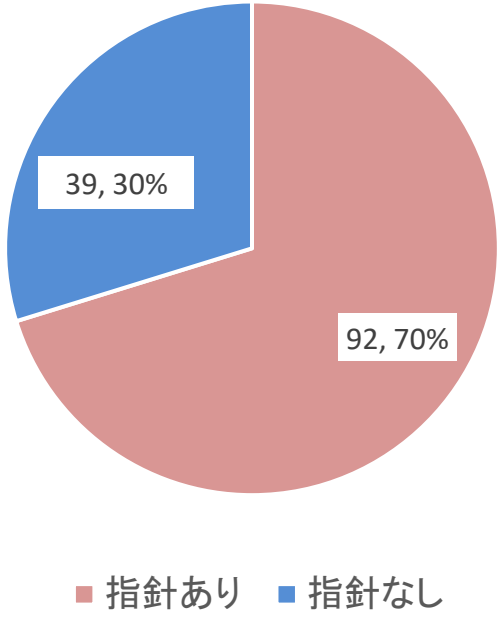
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成③

○　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

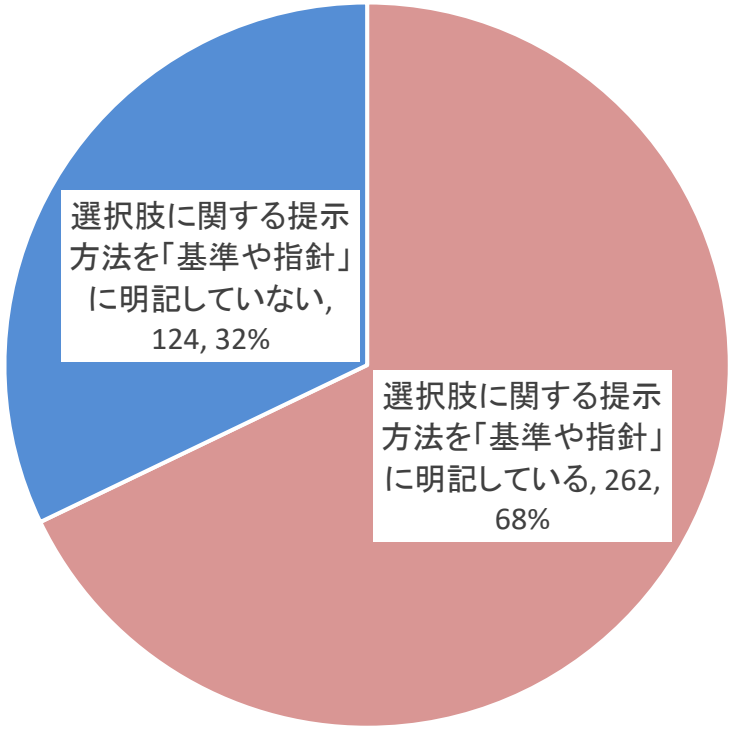


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

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）

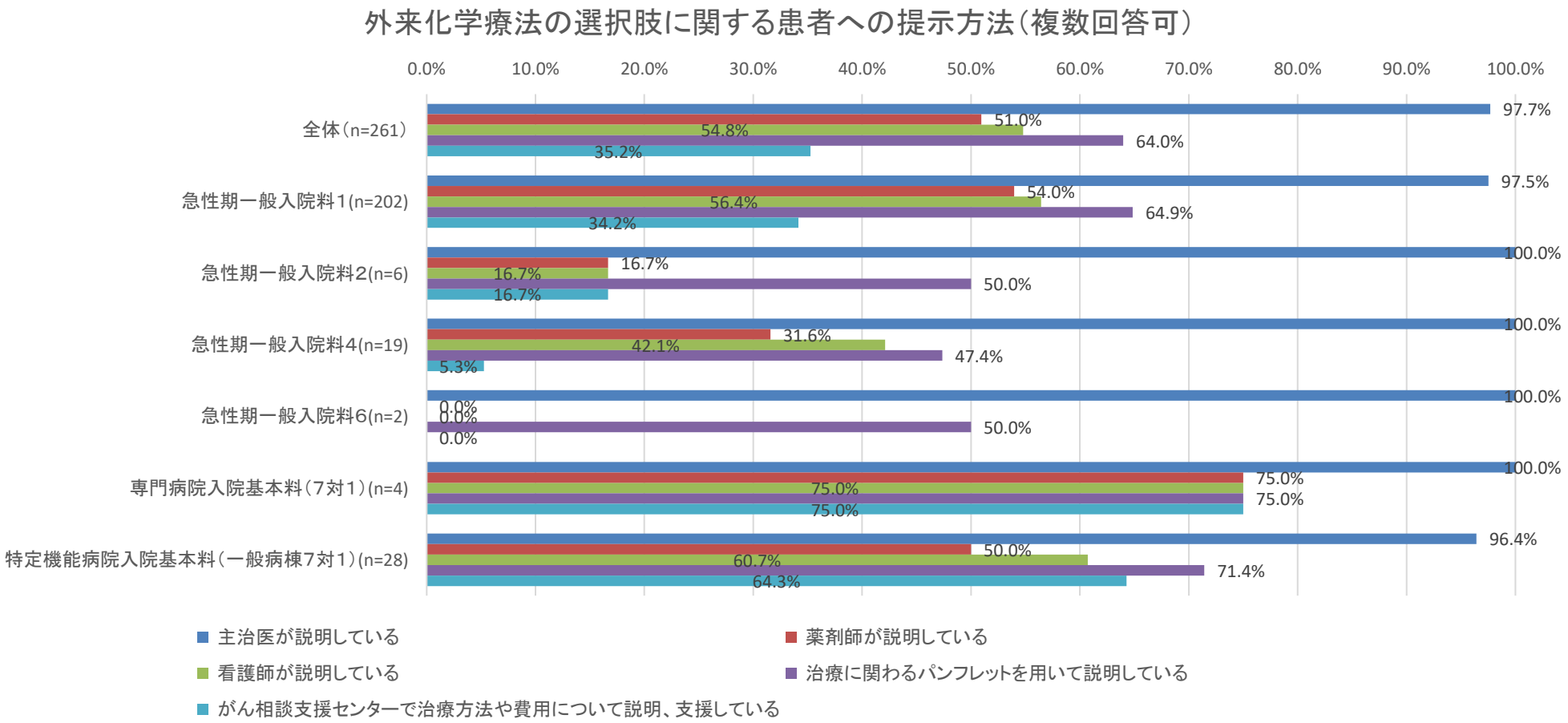


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

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））

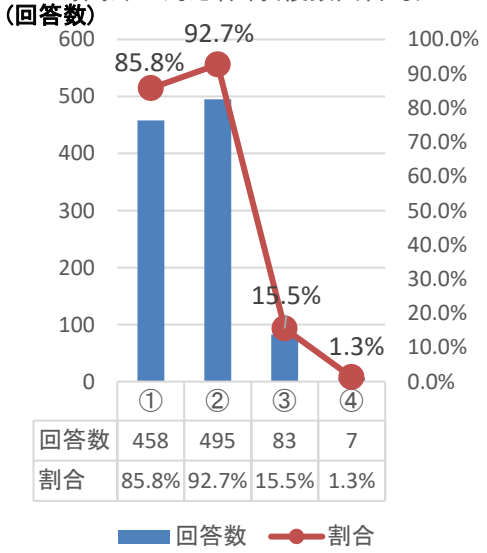
外来化学療法患者への時間外の対応体制

○ 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）

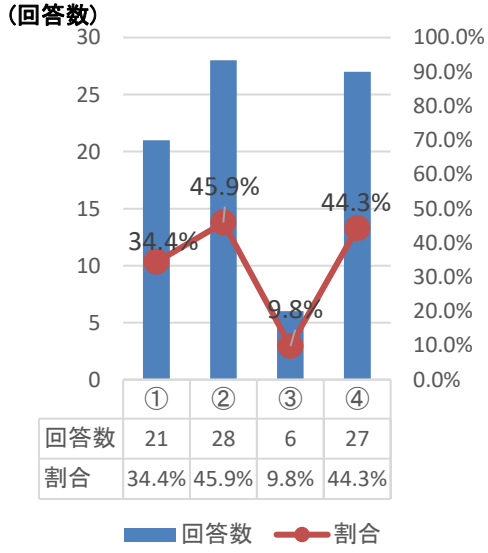
時間外の対応体制（複数回答可）



	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）

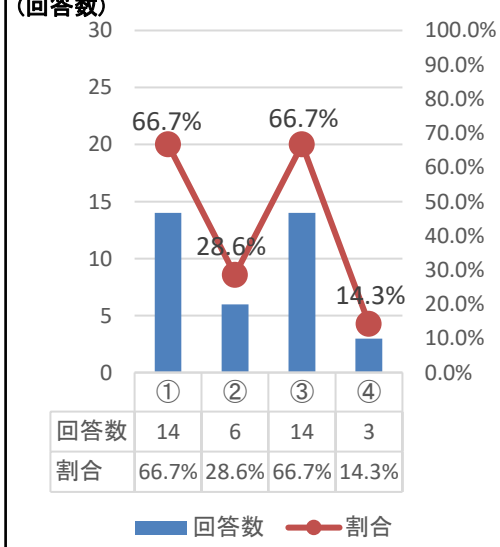


	①	②	③	④
回答数	21	28	6	27
割合	34.4%	45.9%	9.8%	44.3%

診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり（n=21）

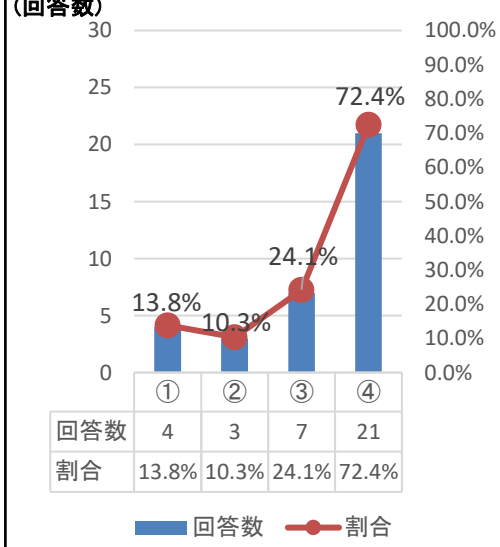
時間外の対応体制（複数回答可）



	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

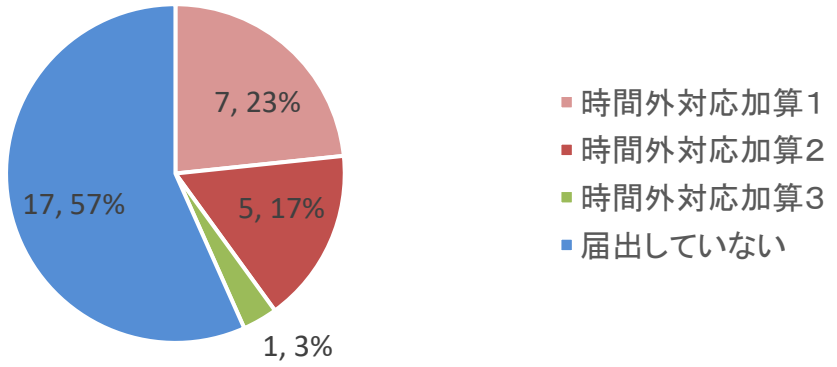
出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

※ 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。

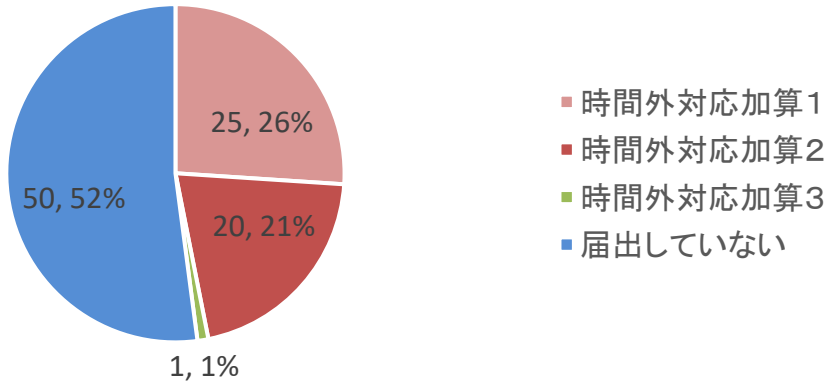
診療所における時間外の対応体制（外来化学療法を実施している施設）

○　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）

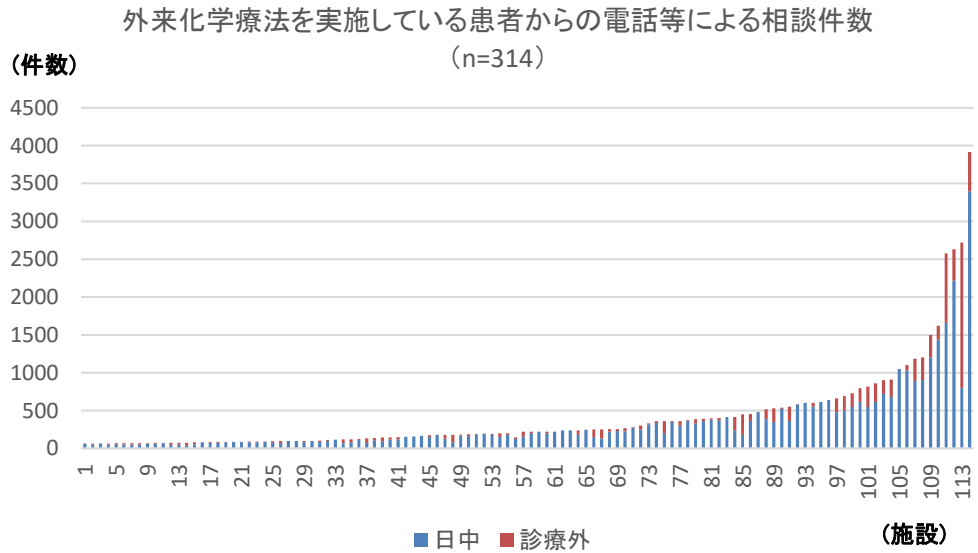


時間外対応加算の施設基準
１通則
(1) 診療所であること。
(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。
２時間外対応加算1に関する施設基準
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができ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

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。

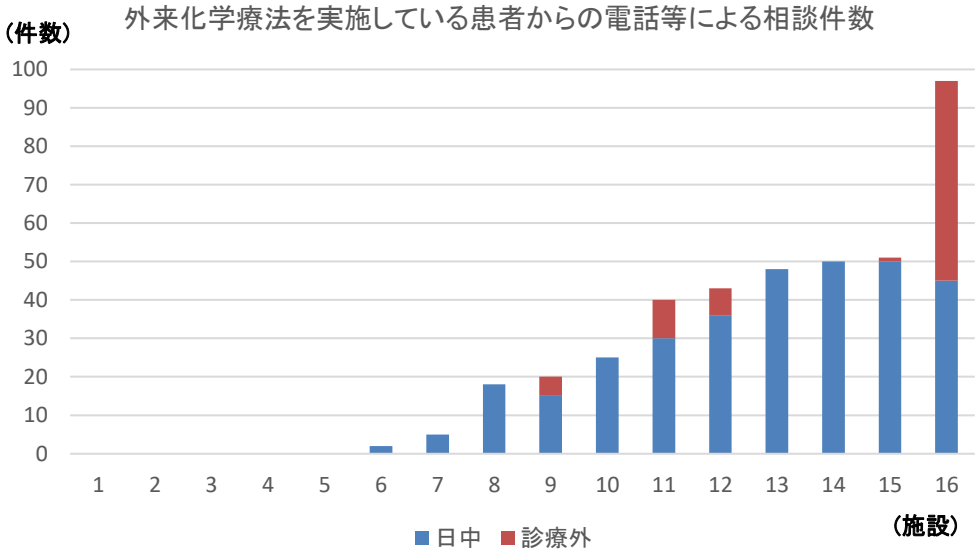
病院（n=314）



※　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）



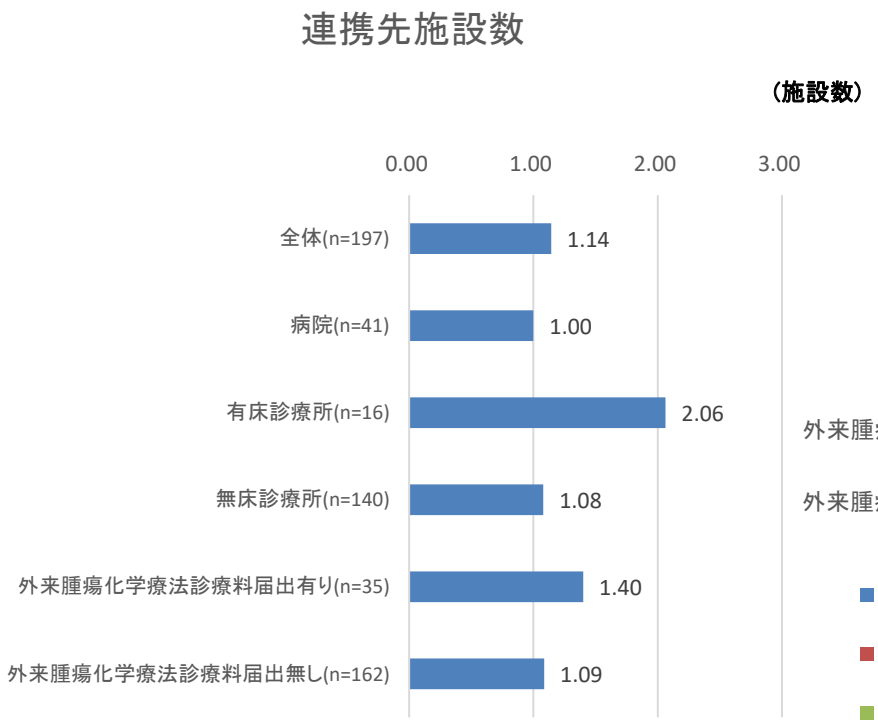
	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	24.9	20.3	4.9	18.8%

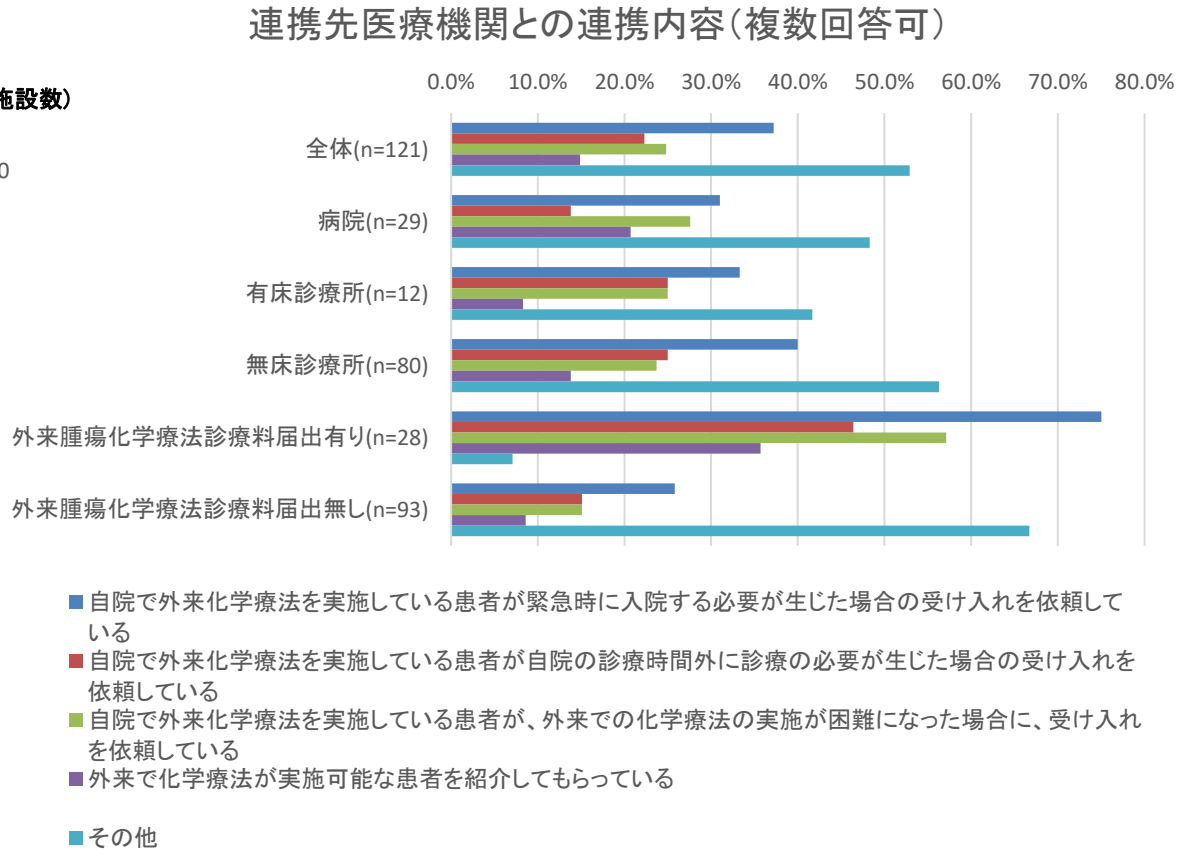
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

※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。





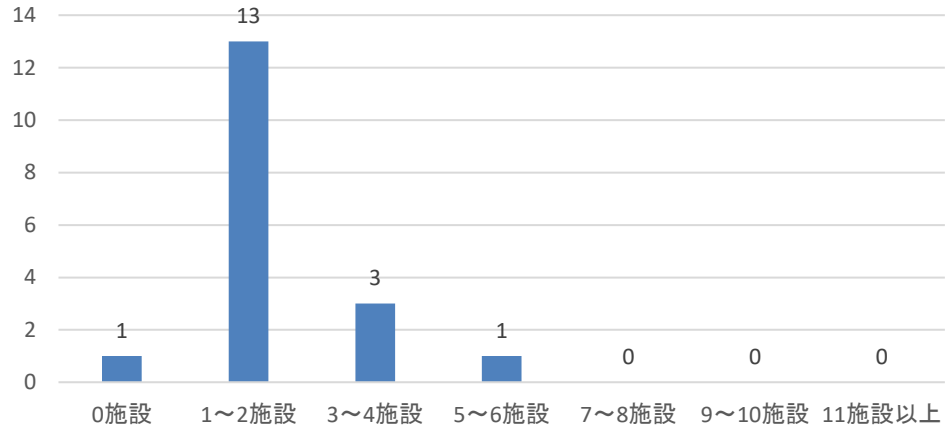
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

診療所における他の医療機関との連携状況

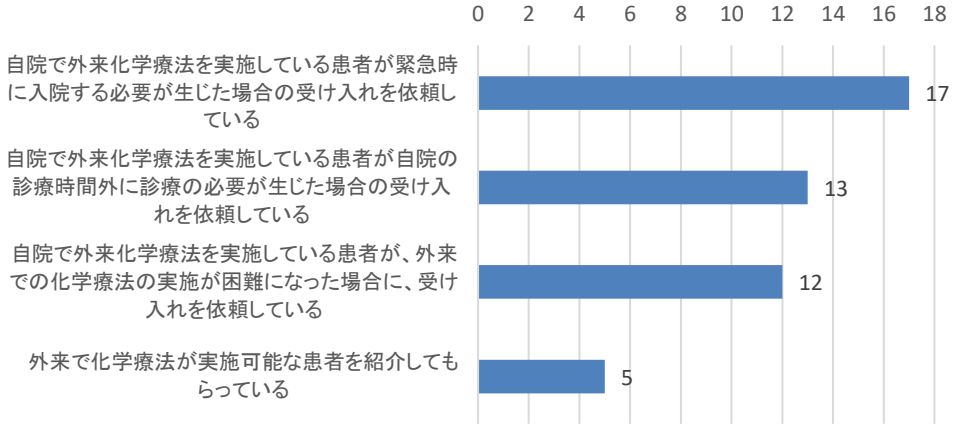
○　外来腫瘍化学療法診療料届出施設では、入院や診療時間外の対応について、他の医療機関との連携施設数は、１～２施設と回答した施設が最も多かった。
○　具体的な連携内容については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」と回答する施設が多かった。

外来腫瘍化学療法診療料届出あり

連携先施設数（n=18）

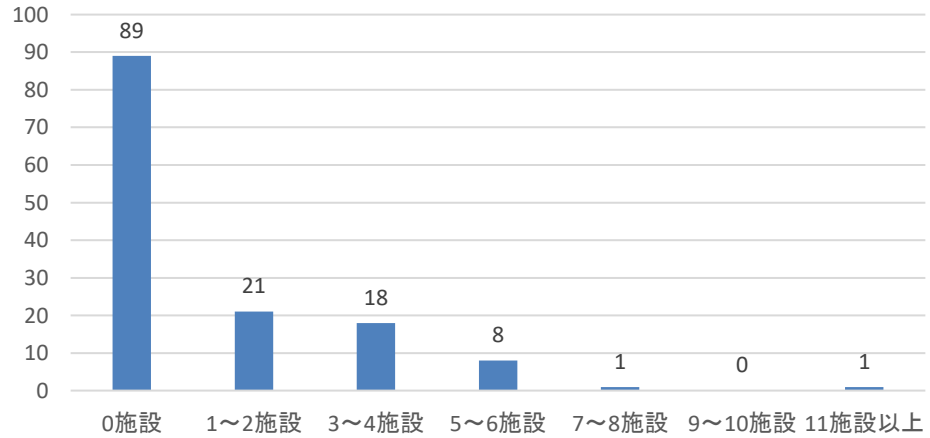


連携先の医療機関との連携内容（複数回答可）（n=17）

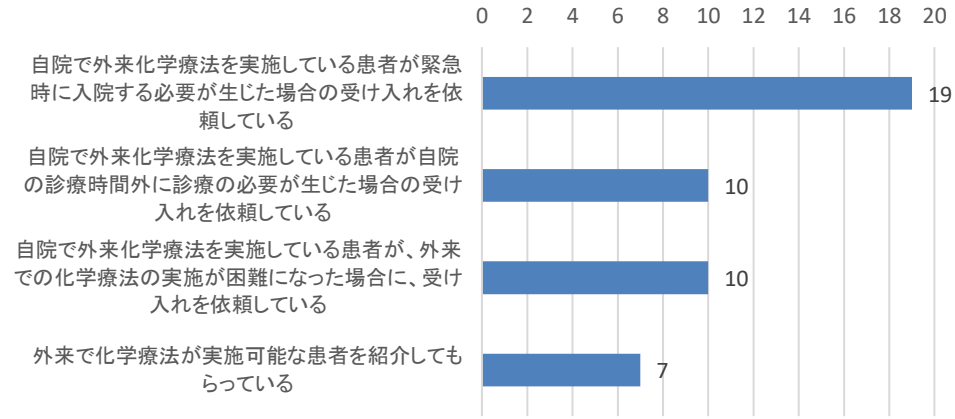


外来腫瘍化学療法診療料届出なし

連携先医療機関数（n=138）



連携先の医療機関との連携内容（複数回答可）（n=75）

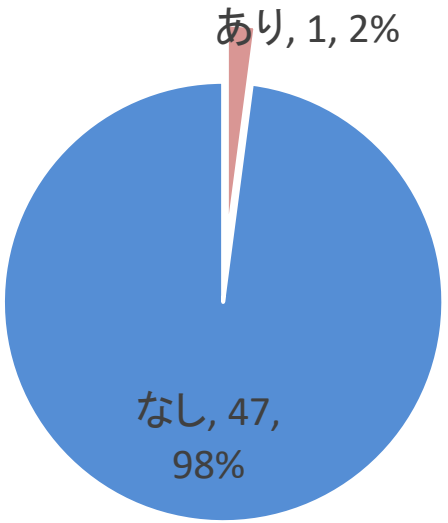


出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

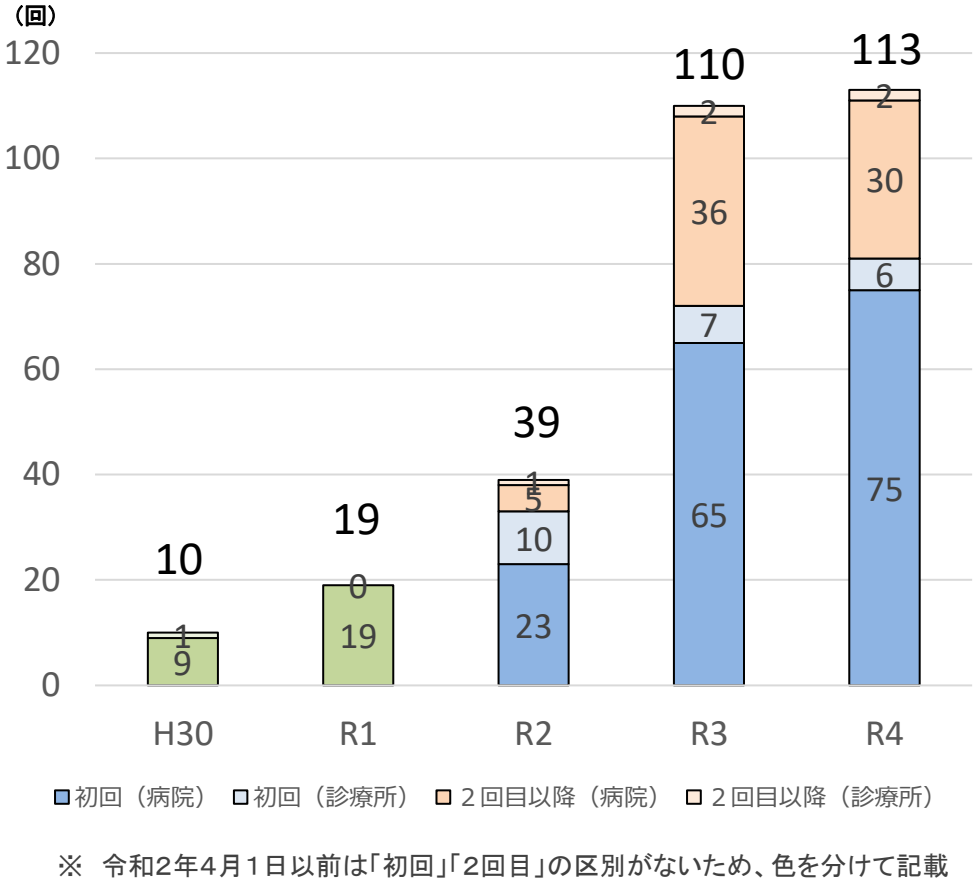
外来腫瘍化学療法診療料と療養・就労両立支援指導料

○　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

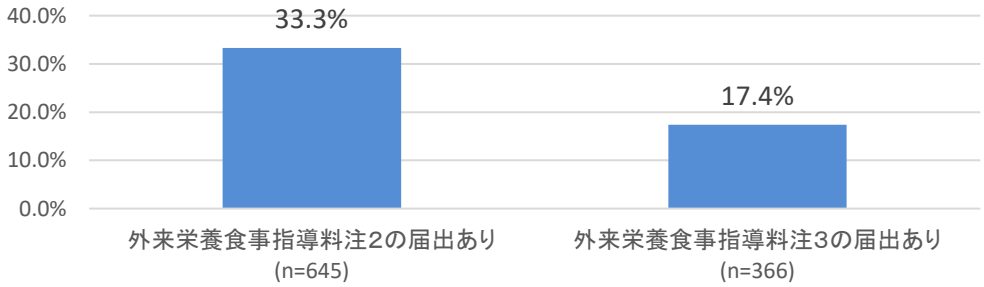
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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。

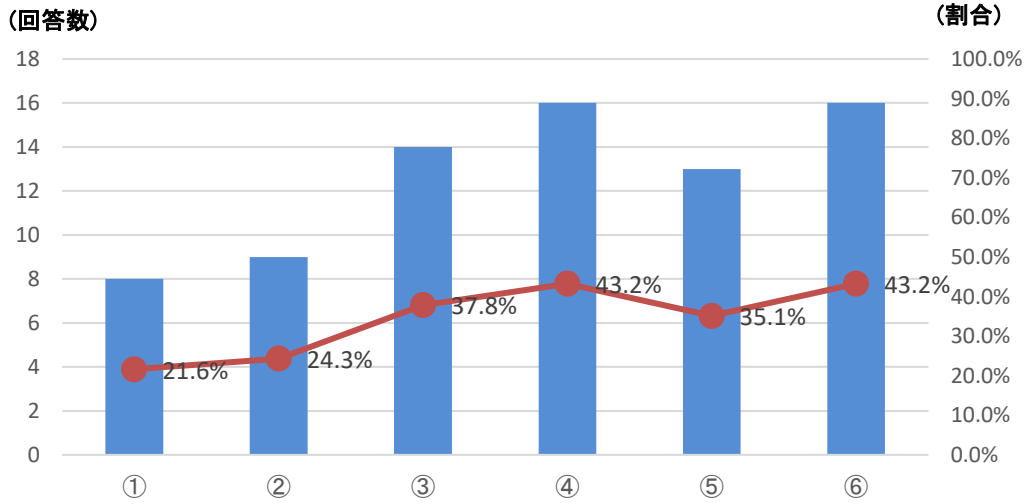
外来栄養食事指導料注2及び注3の外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関数（n=1,936）に占める割合



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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 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）

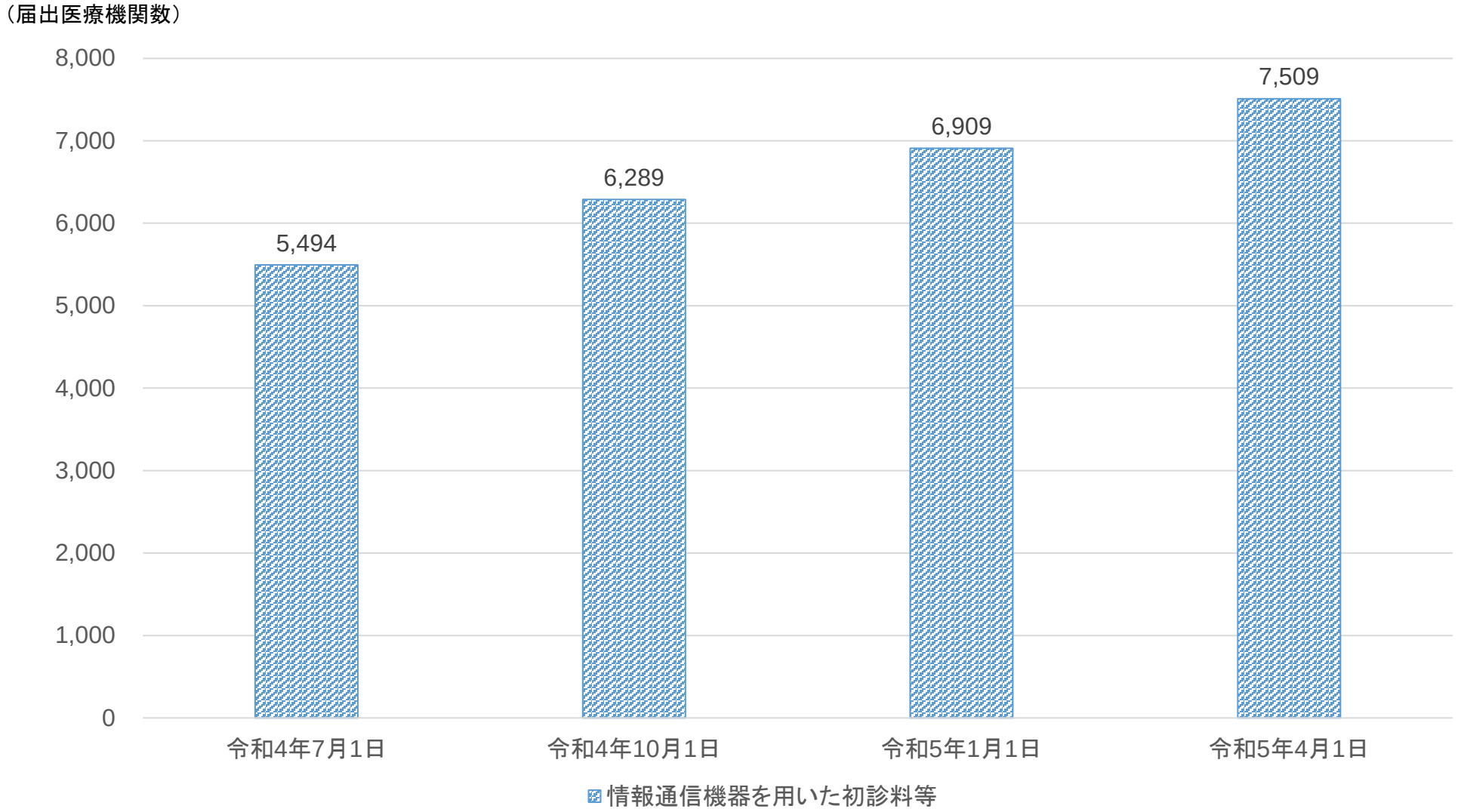
	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	**196点**
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	**128点**
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	**76点**
B001 5 小児科療養指導料	270点	**235点**
B001 6 てんかん指導料	250点	**218点**
B001 7 難病外来指導管理料	270点	**235点**
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	**305点**
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230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

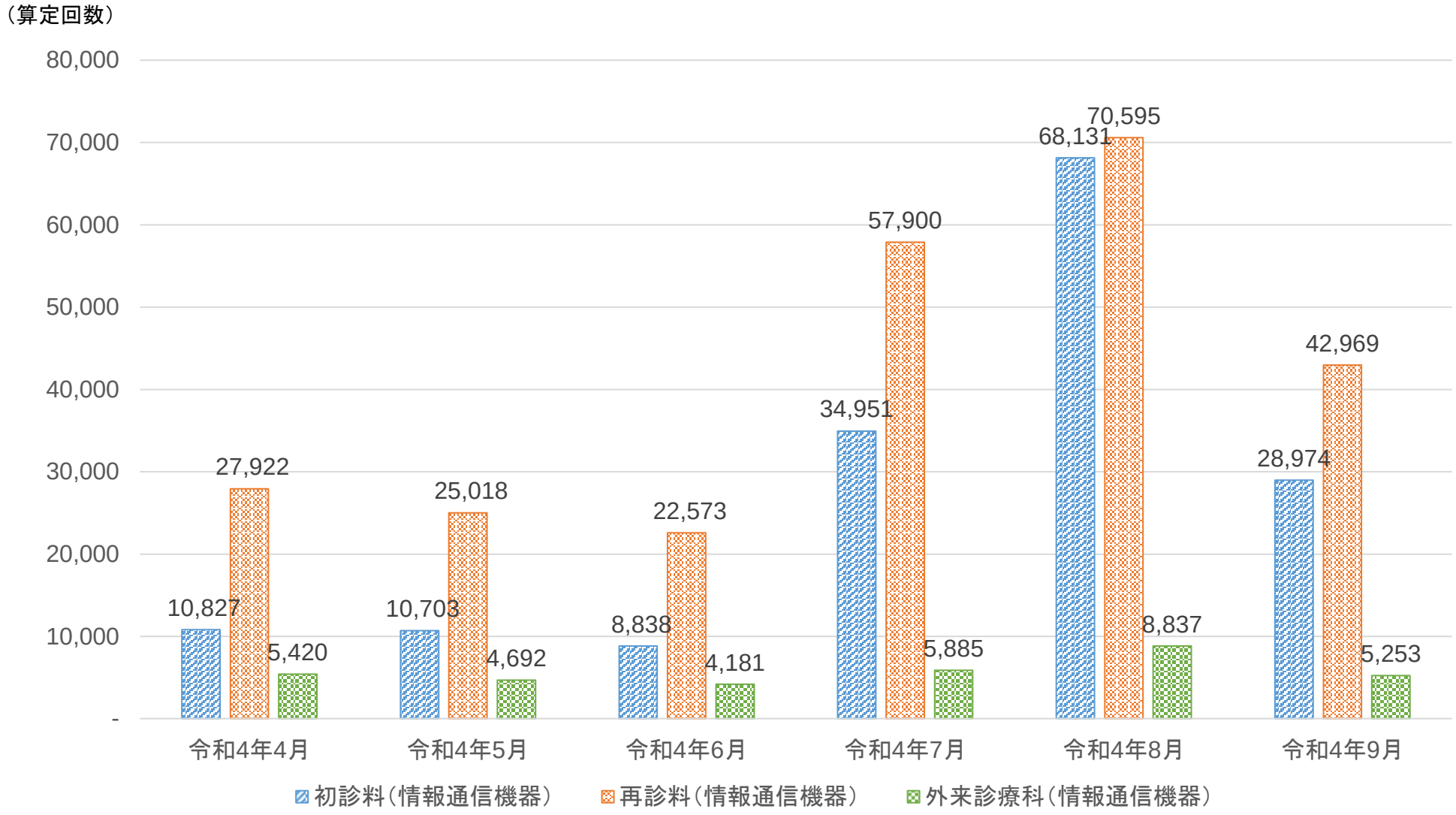
○　情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。



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

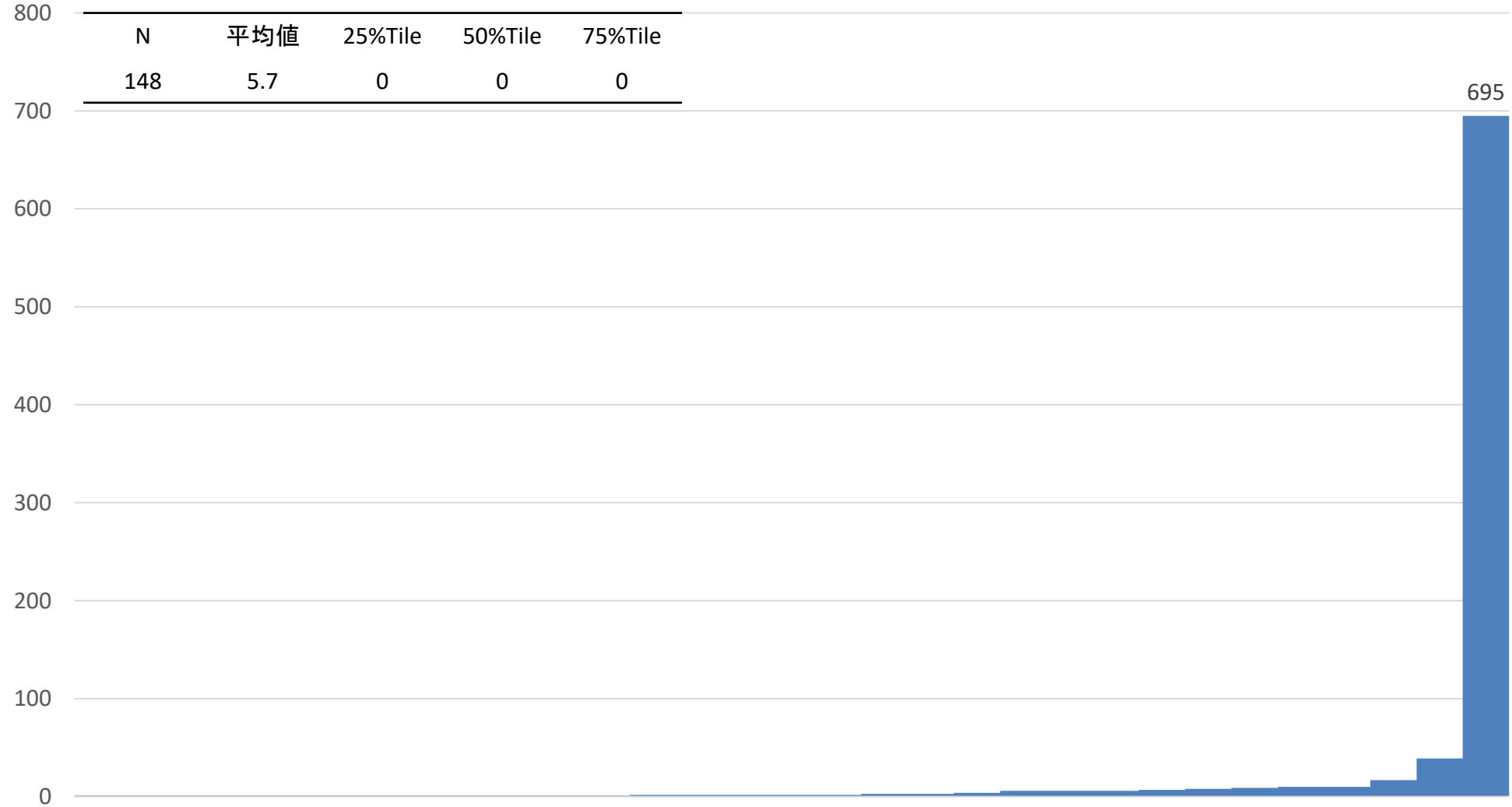
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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

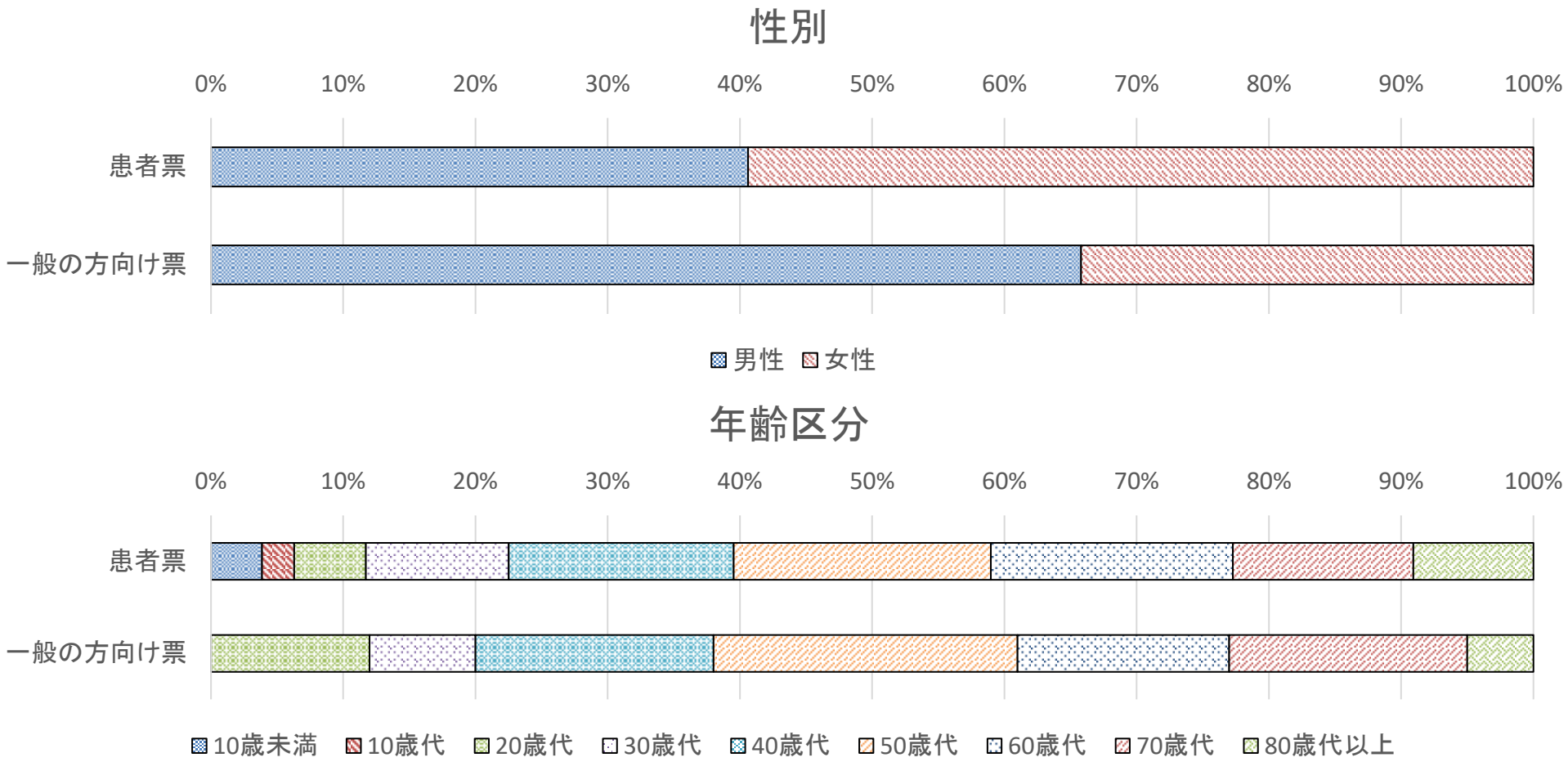
令和４年度改定後より算定可能な医学管理料

	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。

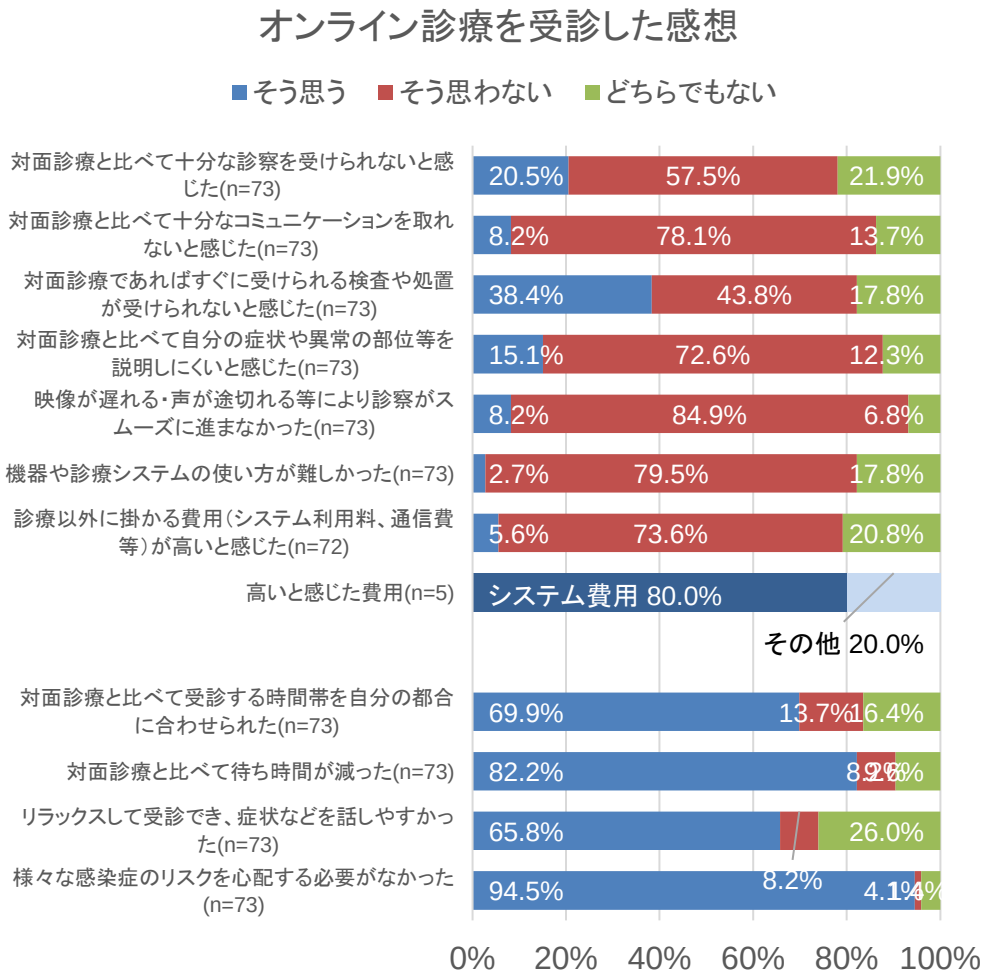


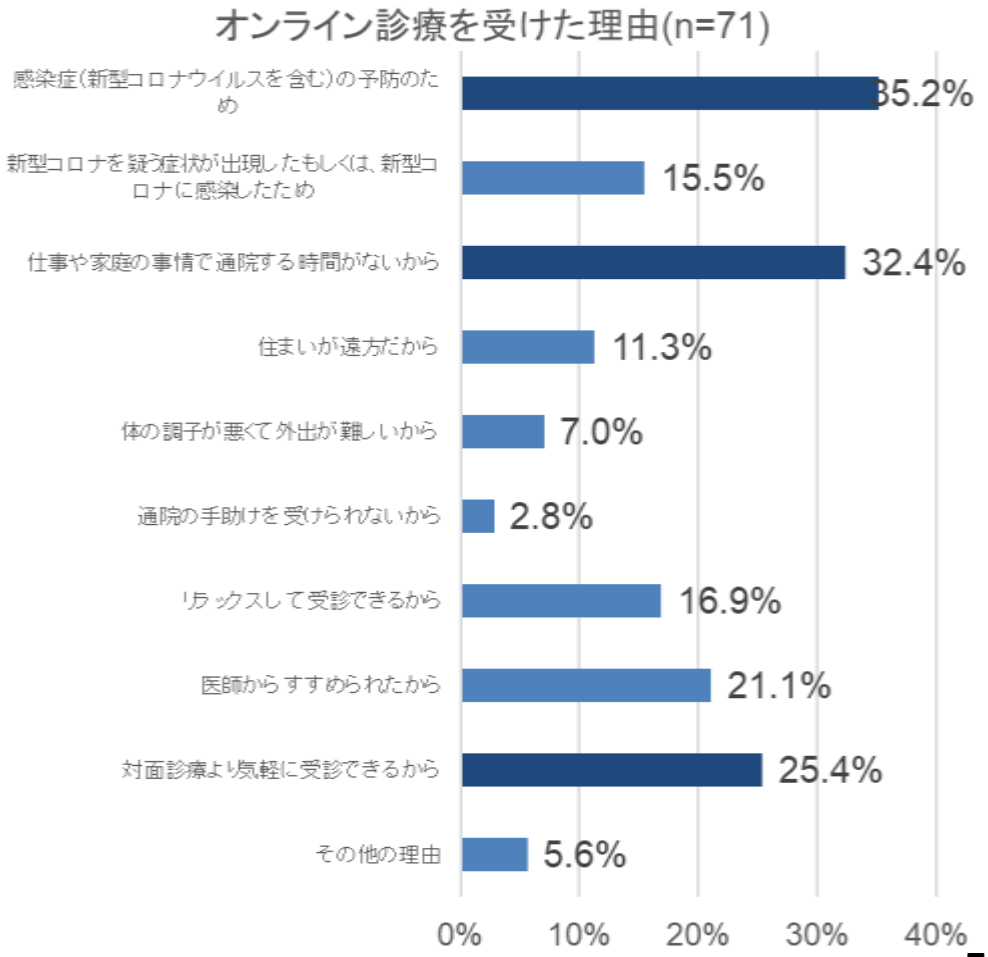
※　患者票は外来受診患者を対象とし、一般の方向け票はインターネットによる調査となっている。

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。



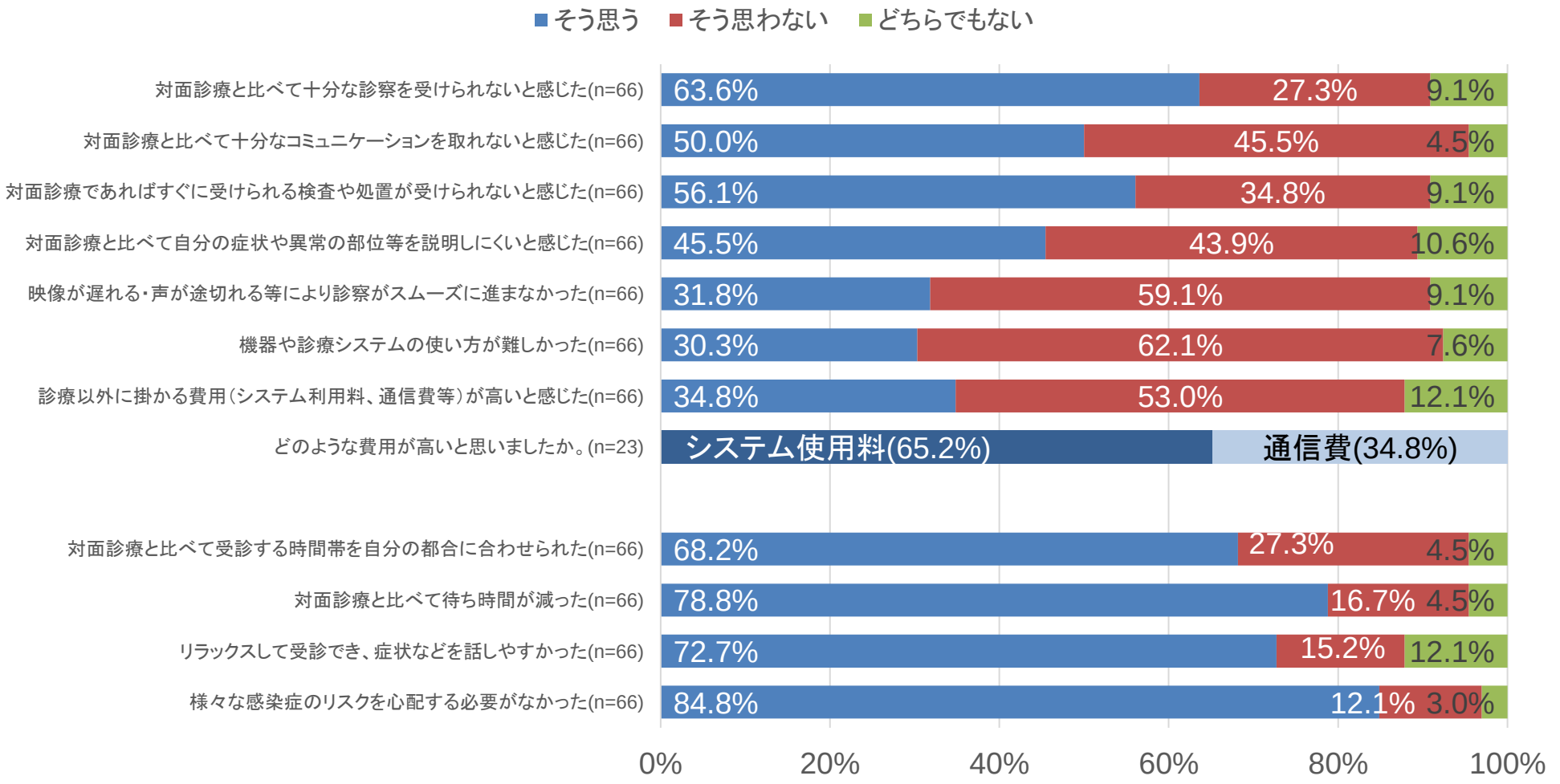


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

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。

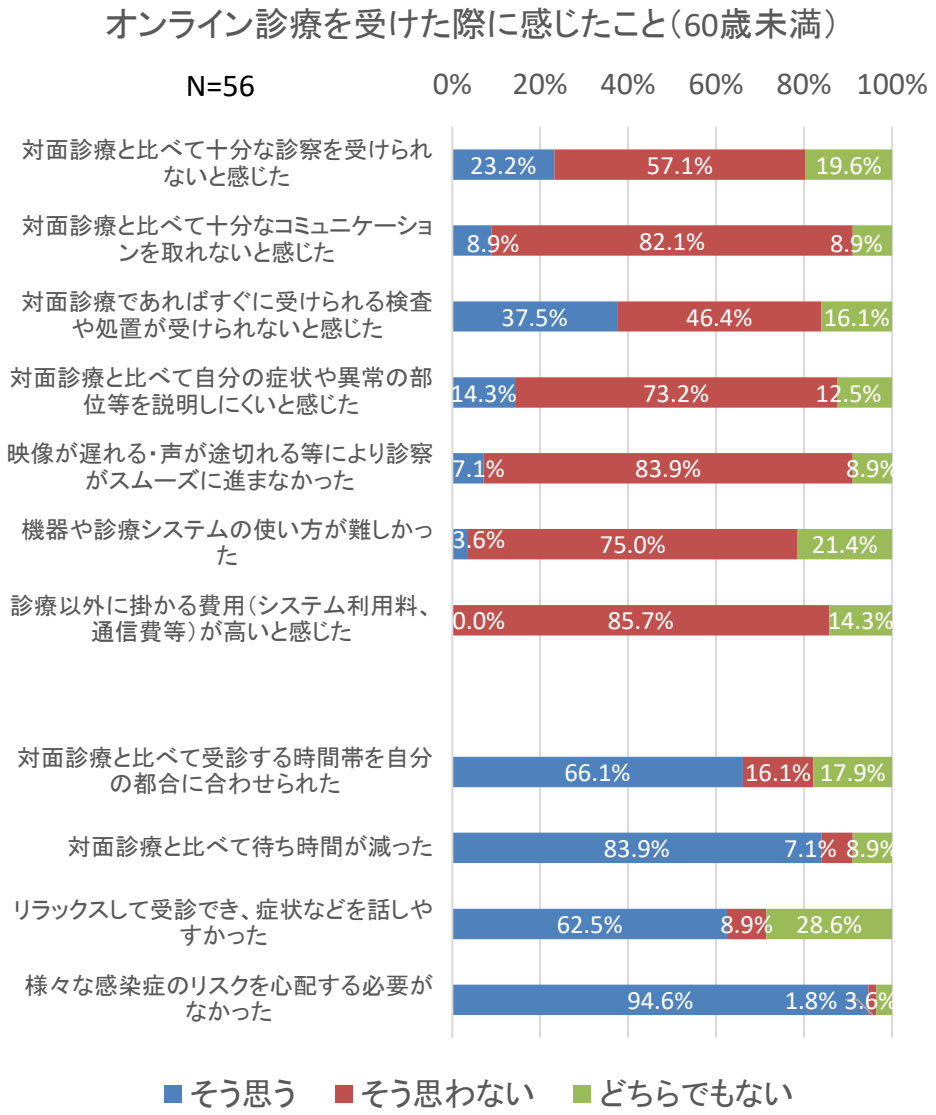


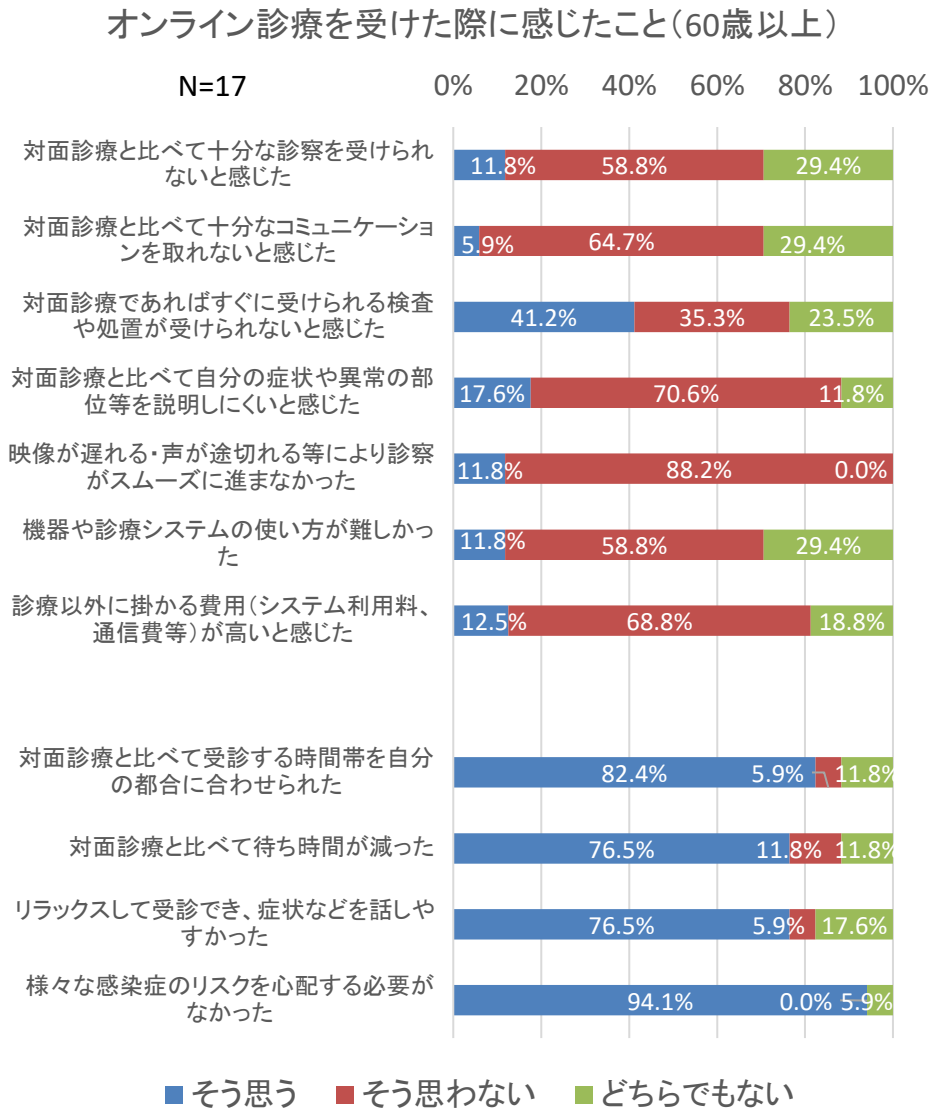
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

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。



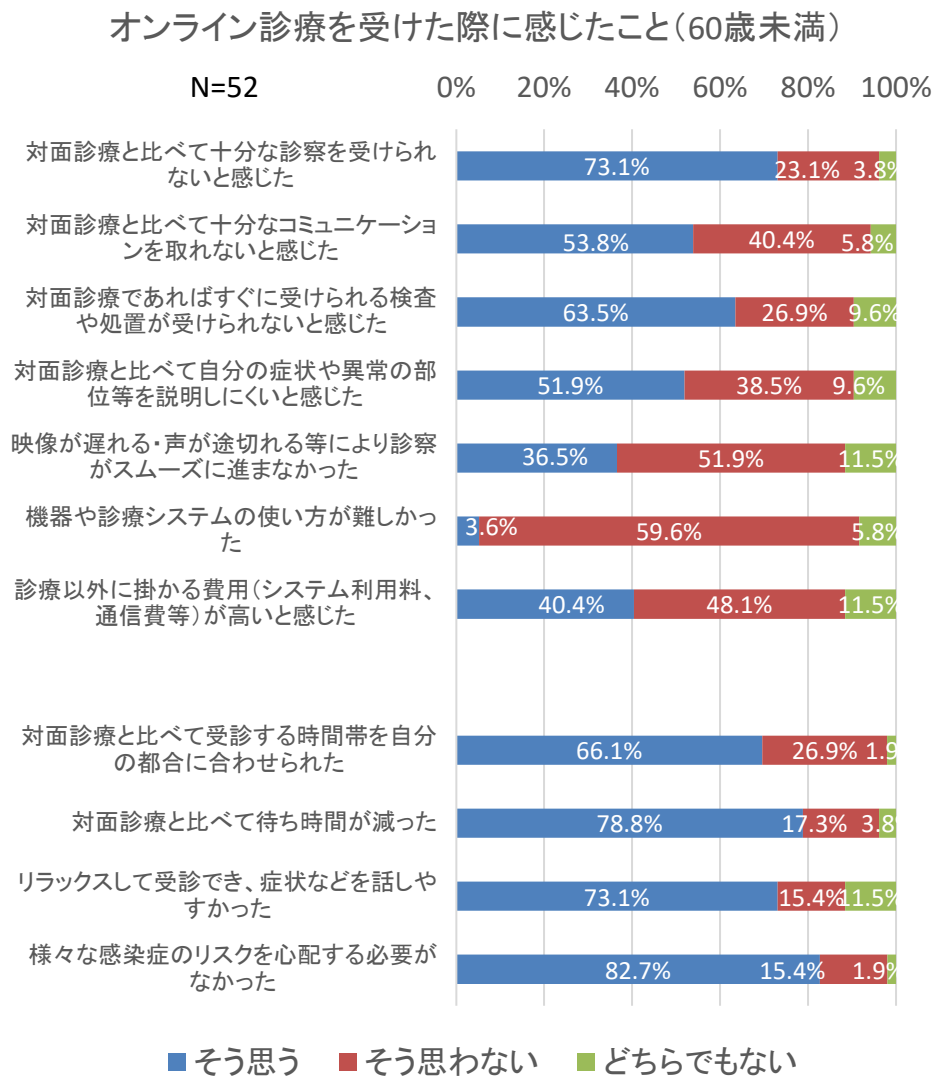


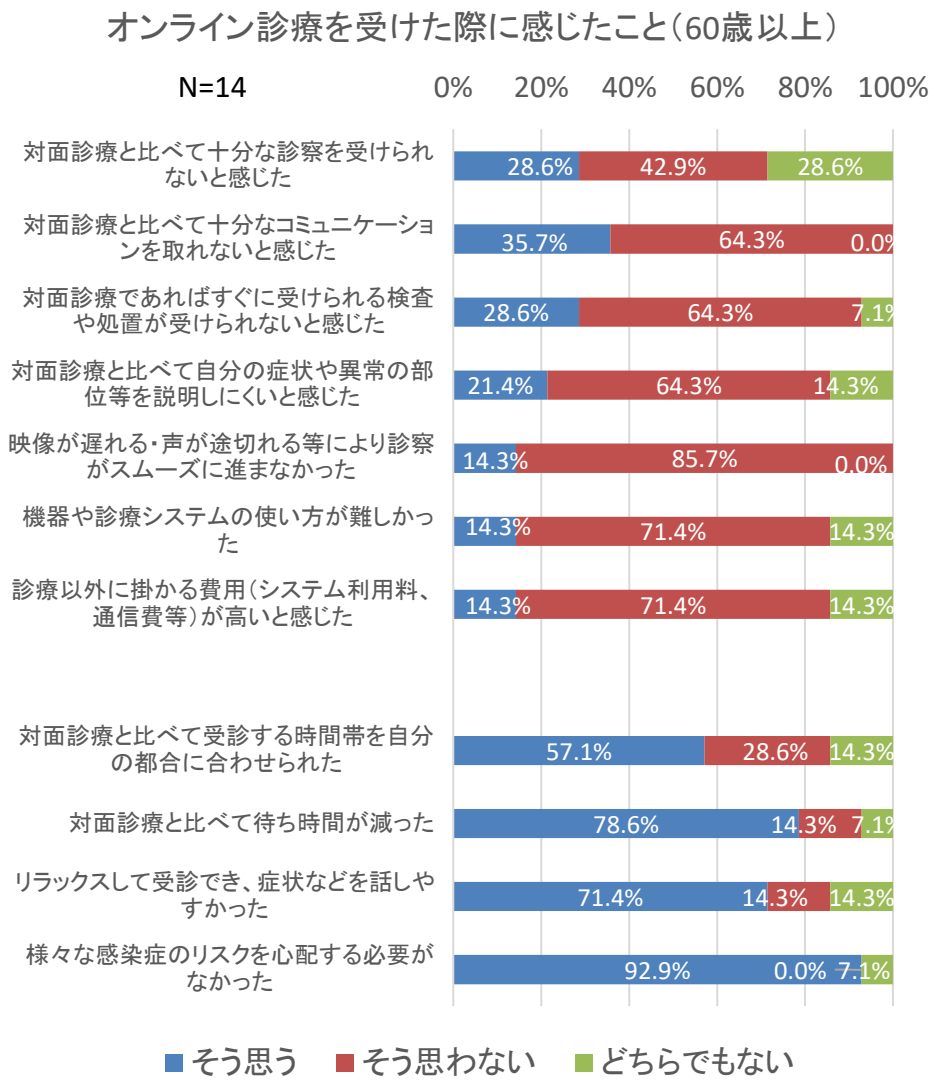
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

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）

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、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。

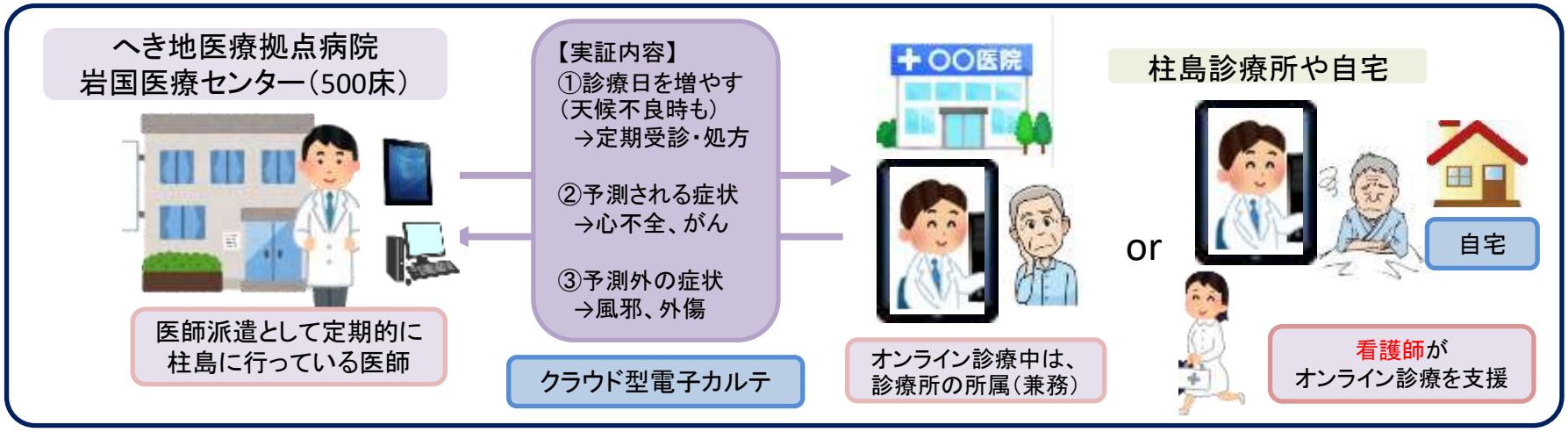
3.提供体制

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。

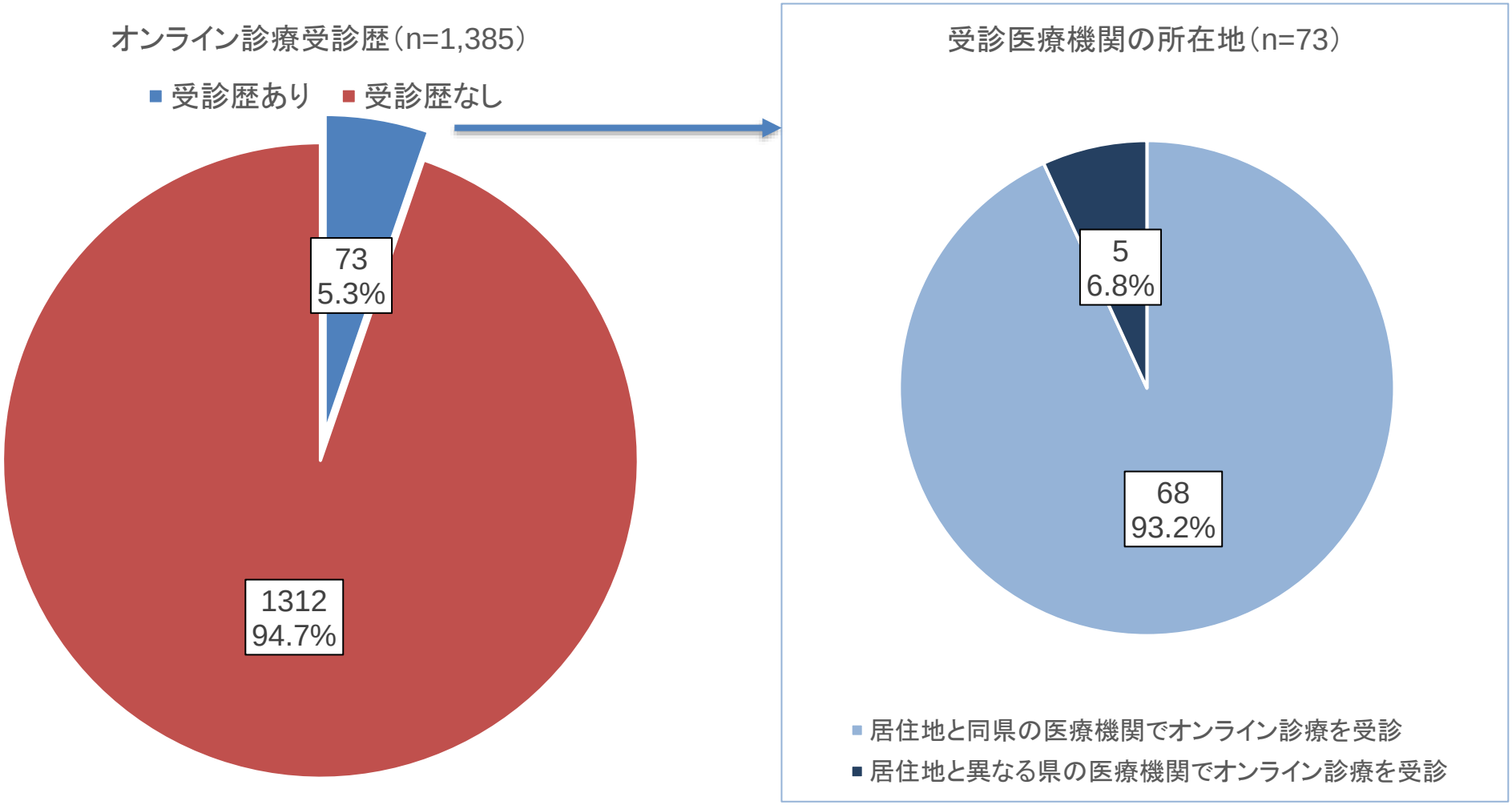
課題
・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

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。

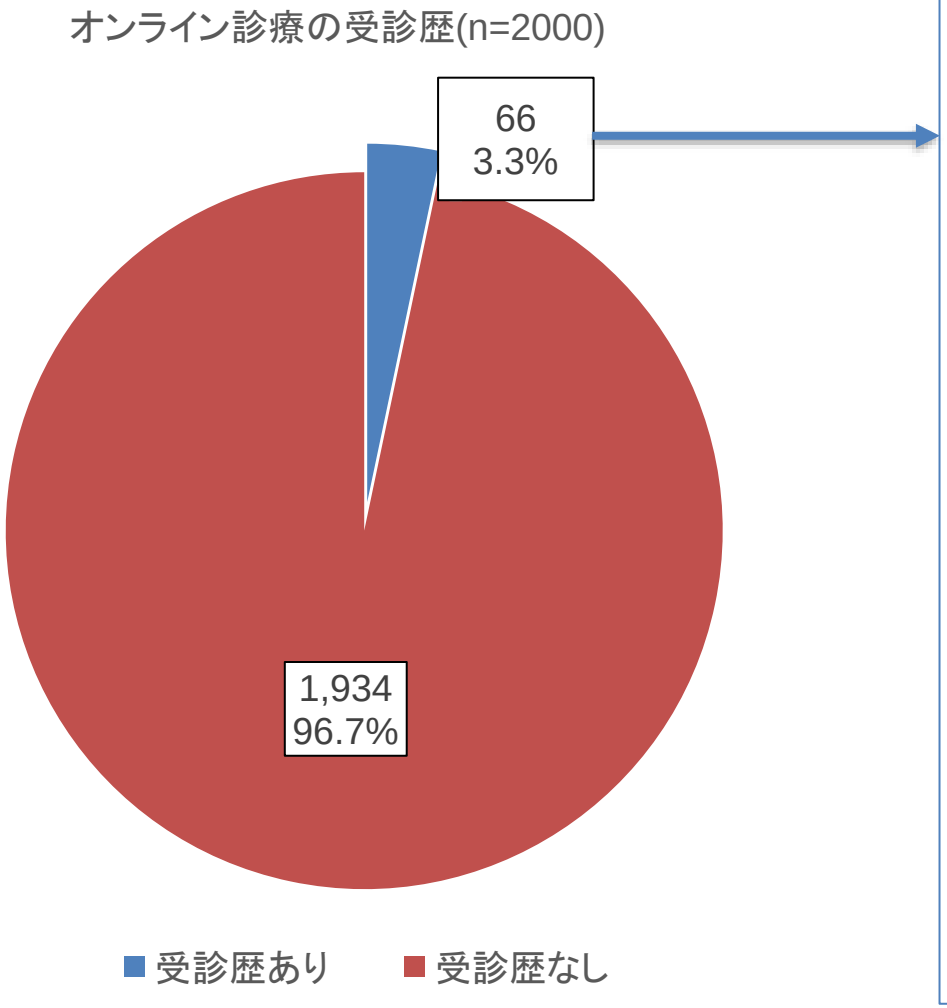


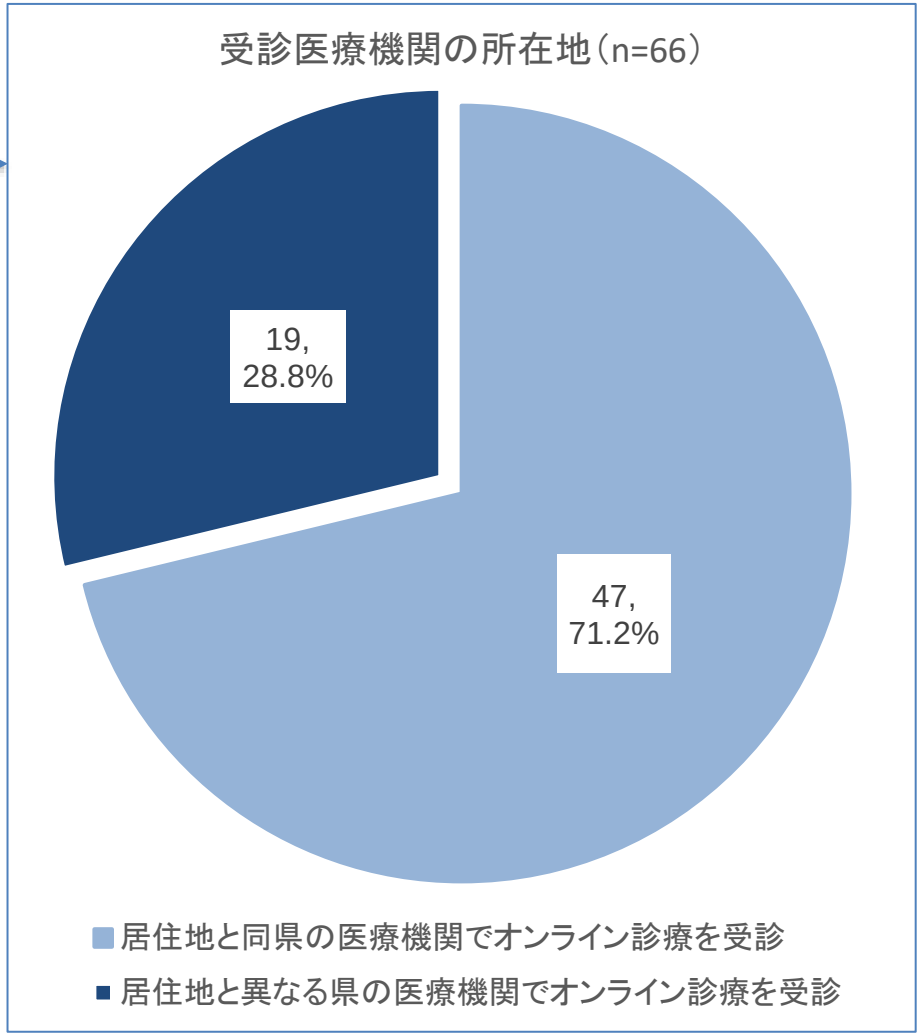
※　受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

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

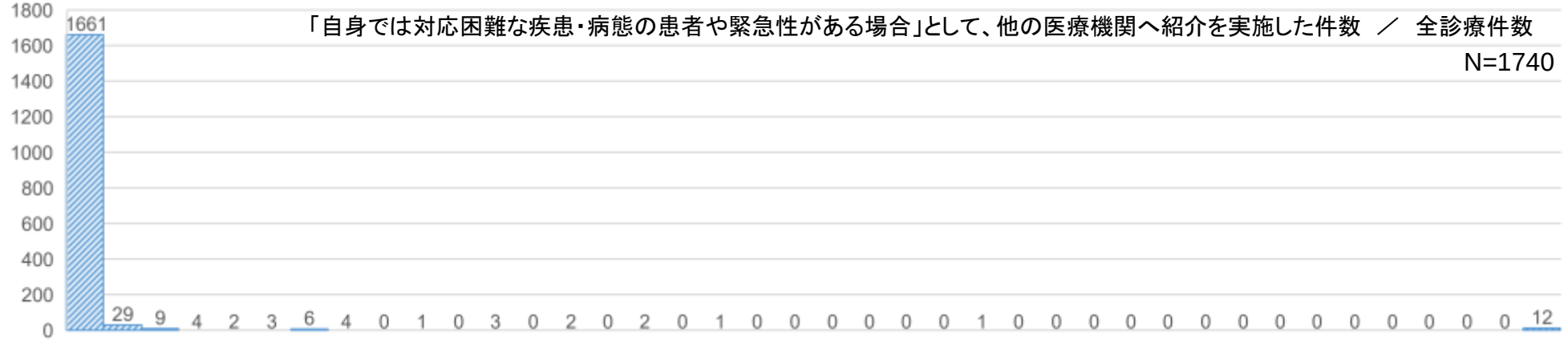
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

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。

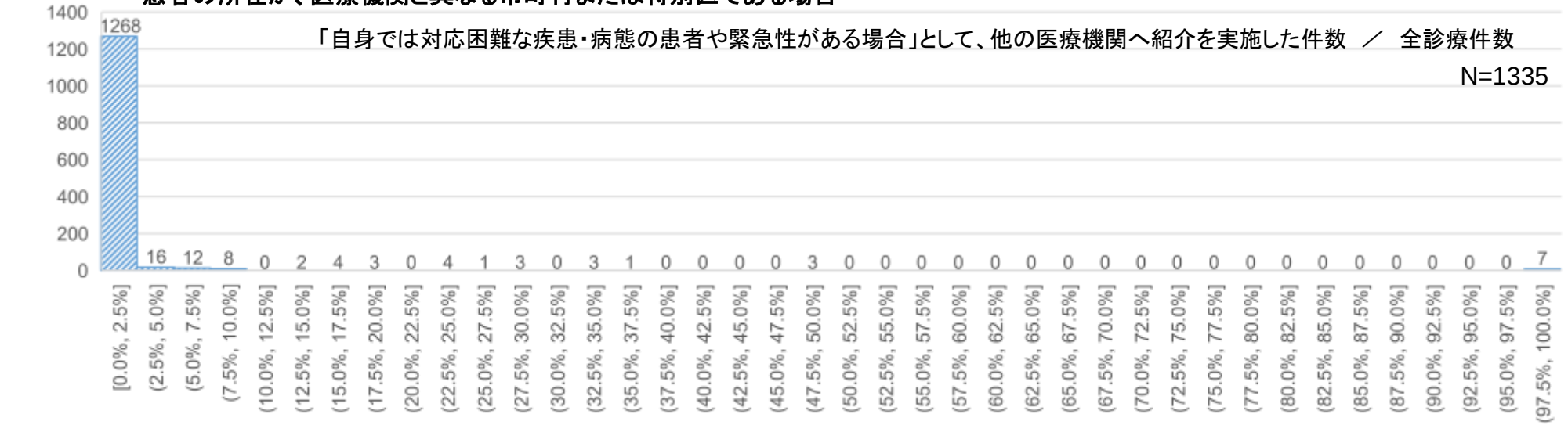
（医療機関数）

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）

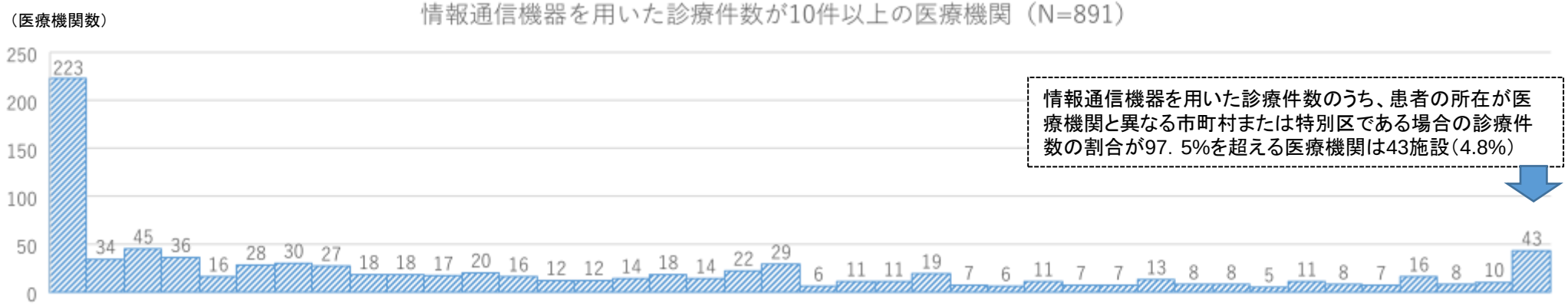
患者の所在が、医療機関と異なる市町村または特別区である場合

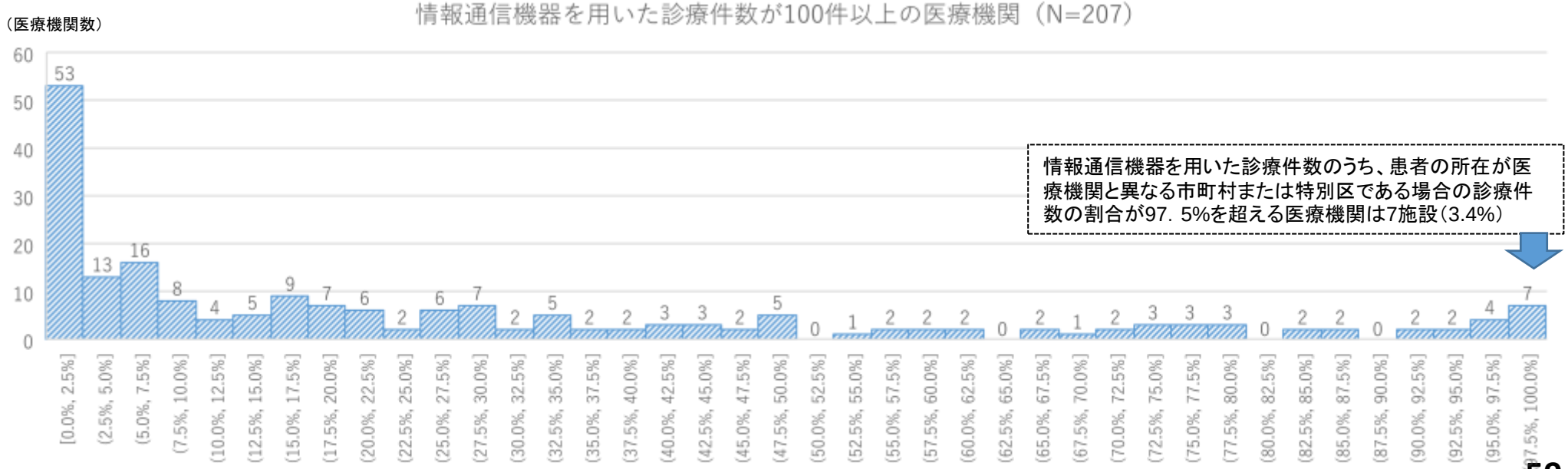


出典：保険局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）

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。

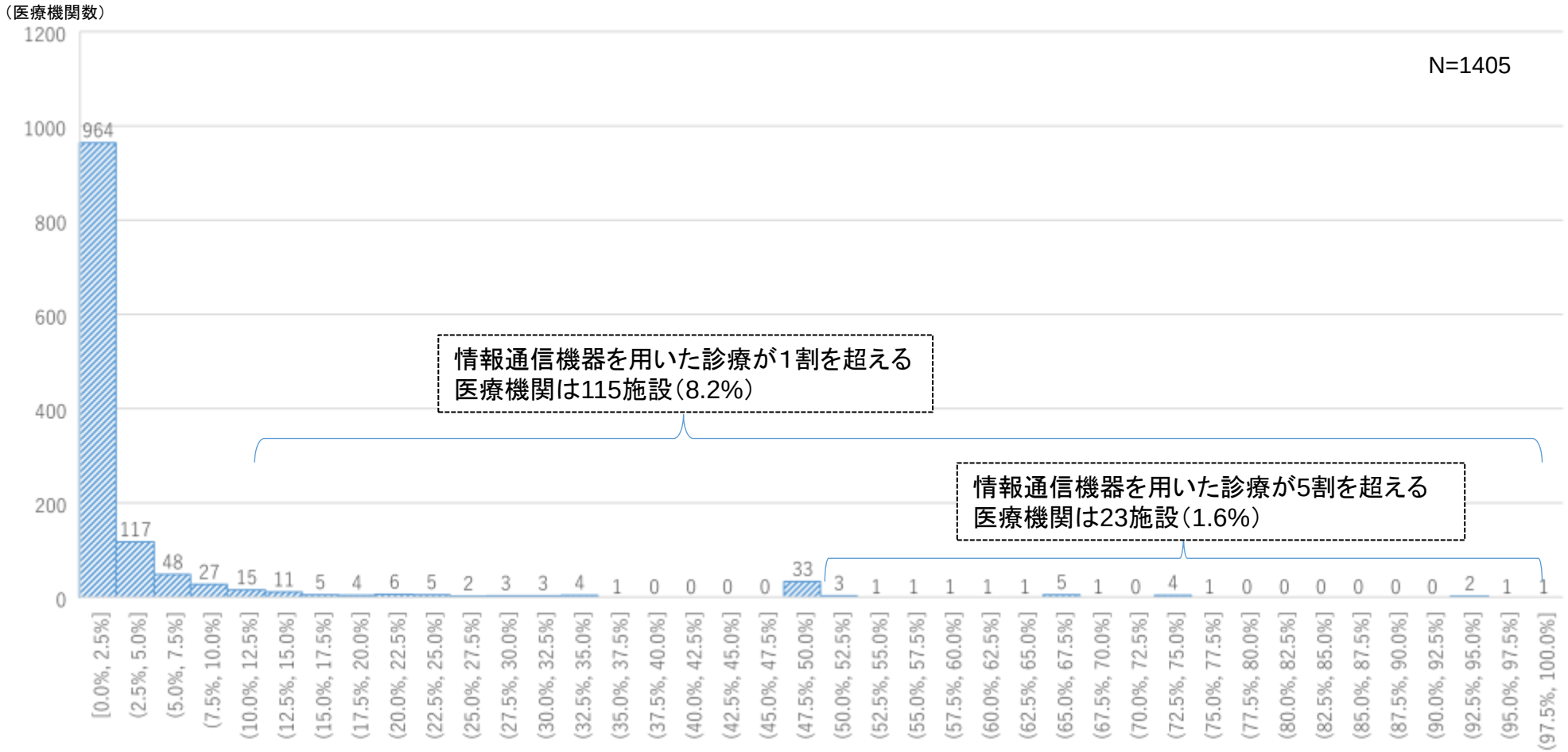




出典：保険局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）　「患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数　／　全診療件数」

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）

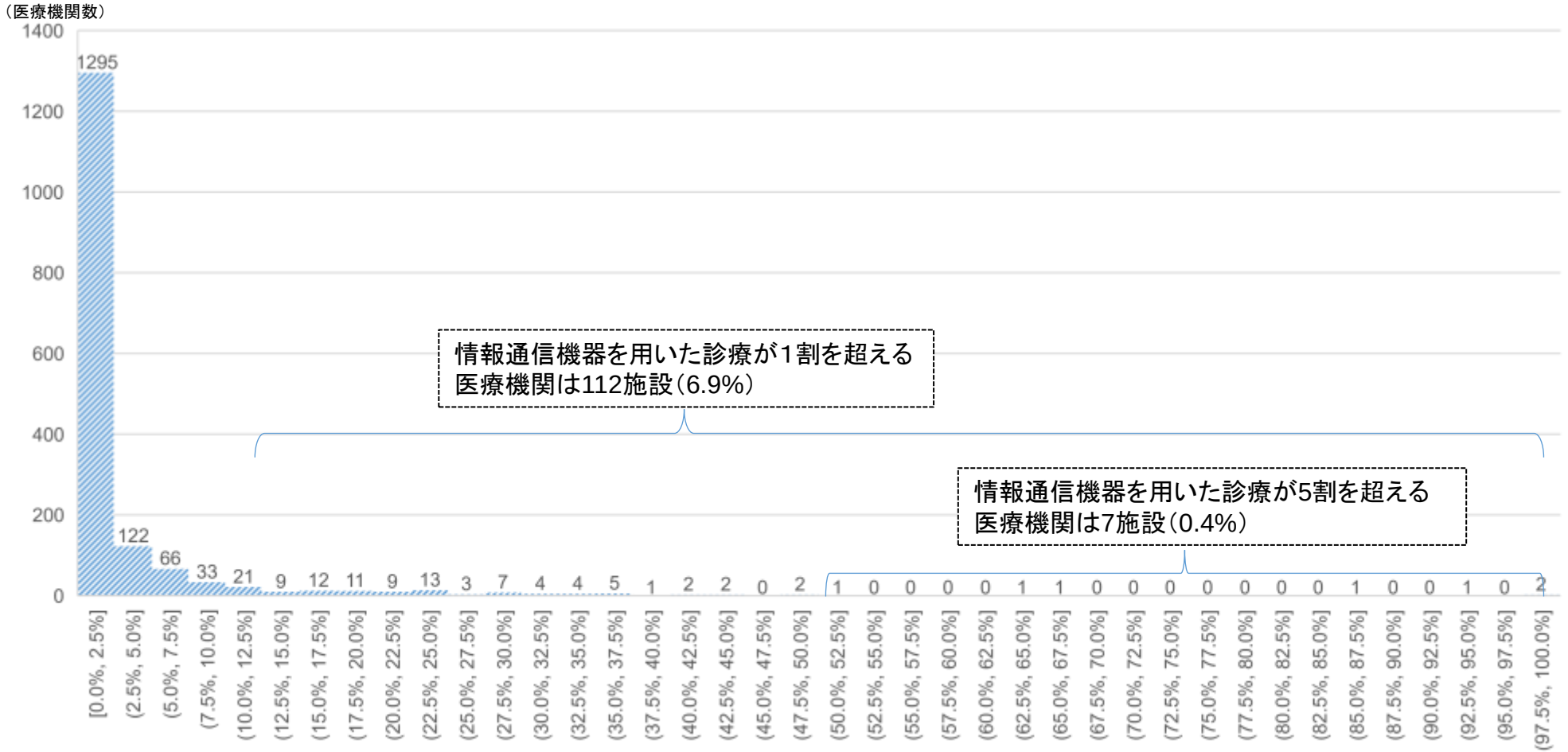
○　外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
○　全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が１割を超える医療機関は115施設（8.2%）であり、５割を超える医療機関は23施設（1.6%）であった。



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

診調組　入－１
５．７．２０

○　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 。

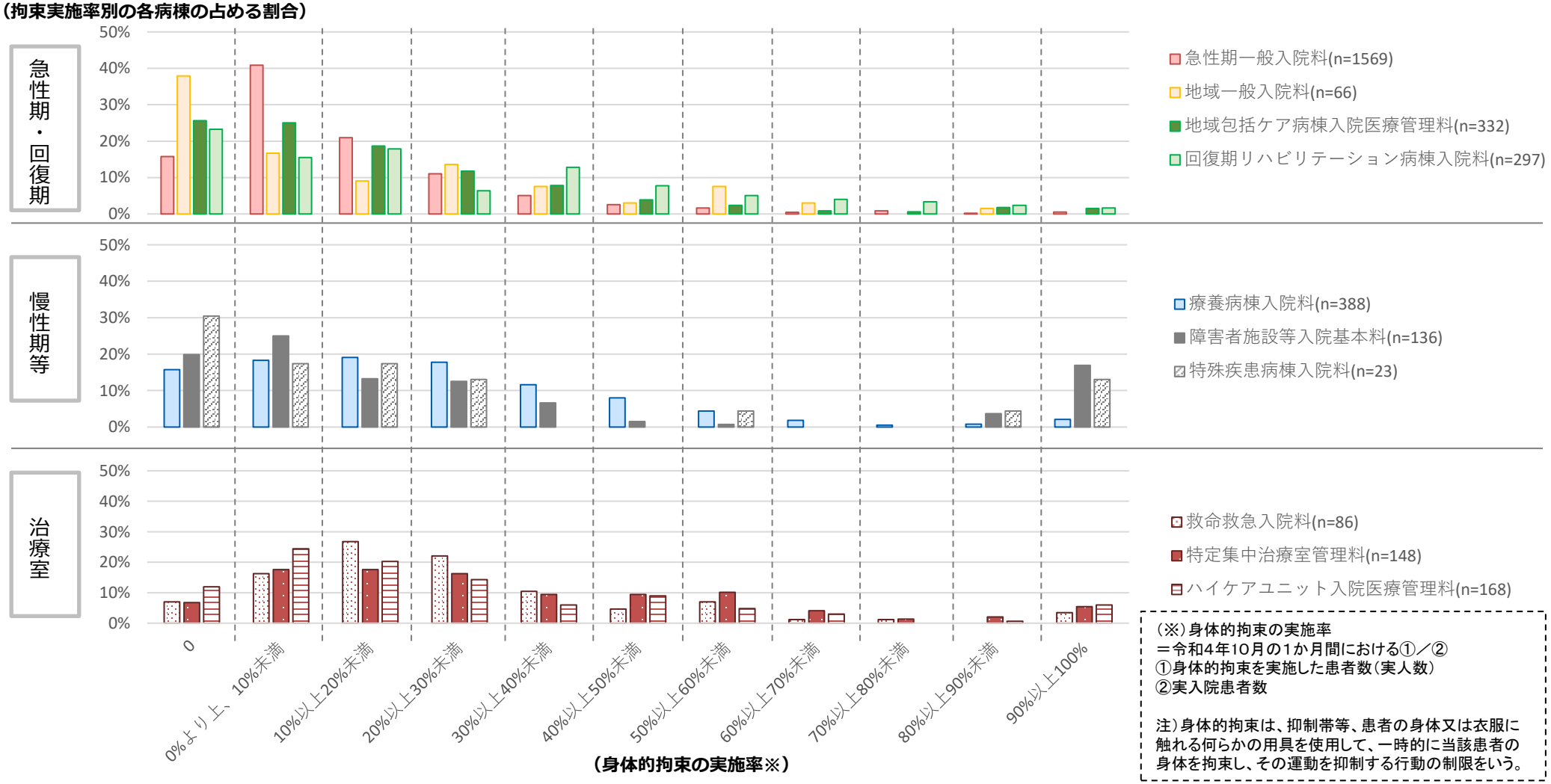
出典：オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和5年３月一部改訂））

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. 外来医療について
8. 外来腫瘍化学療法について
9. 情報通信機器を用いた診療について
10. 横断的個別事項について

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

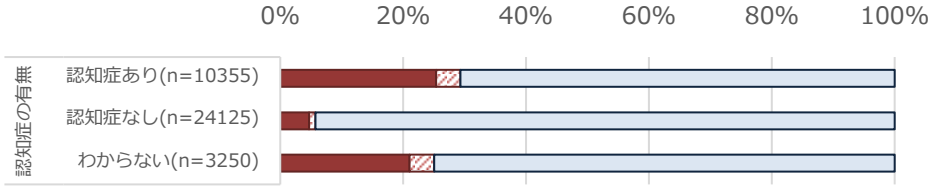
注）身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

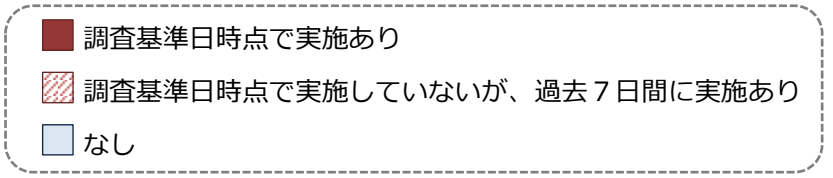
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

患者の状態別の身体的拘束の実施有無

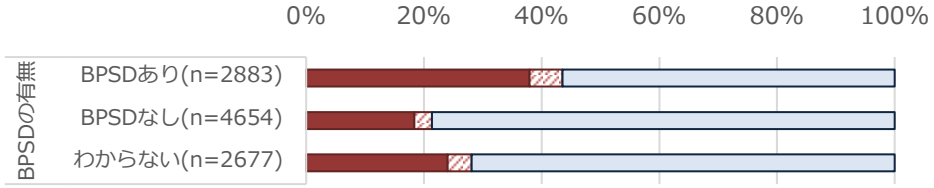
○ 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
○ 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

■認知症の有無別

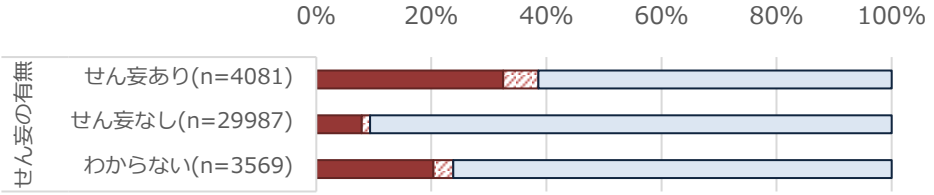




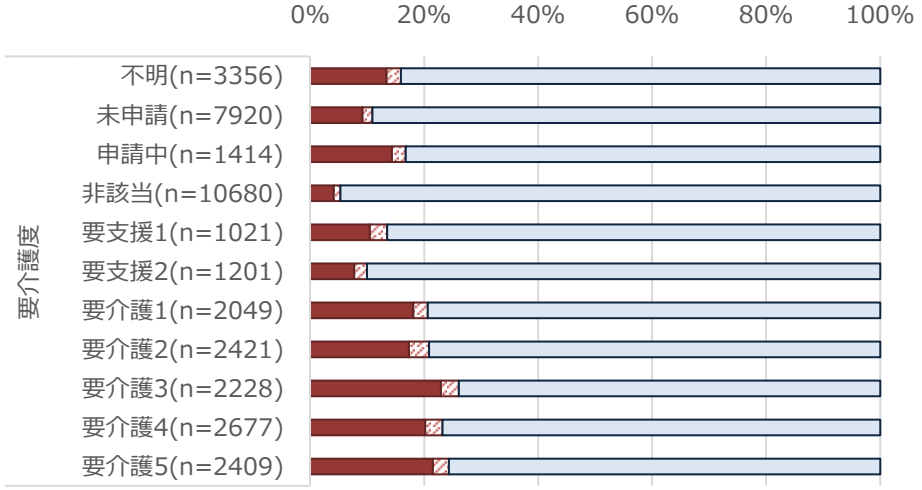
■「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



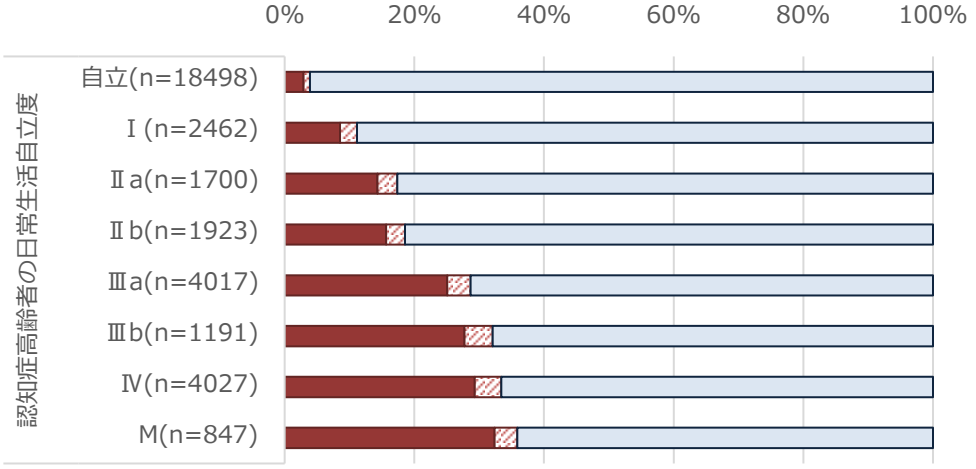
■せん妄の有無別



■要介護度別



■認知症高齢者の日常生活自立度別

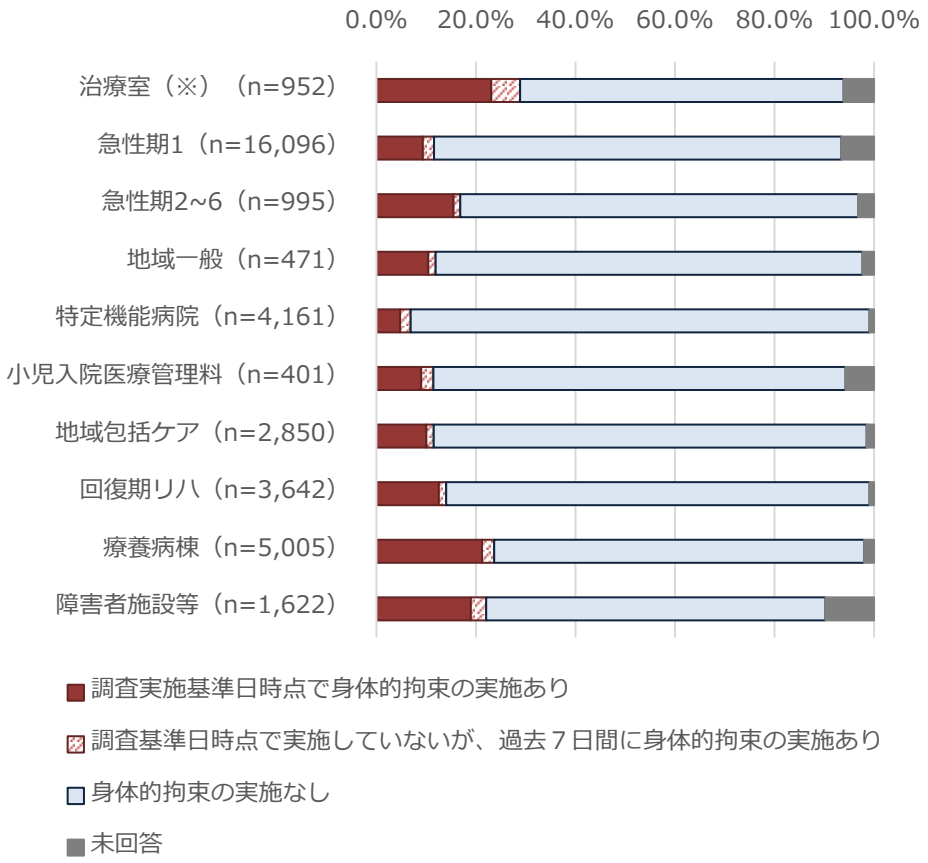


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

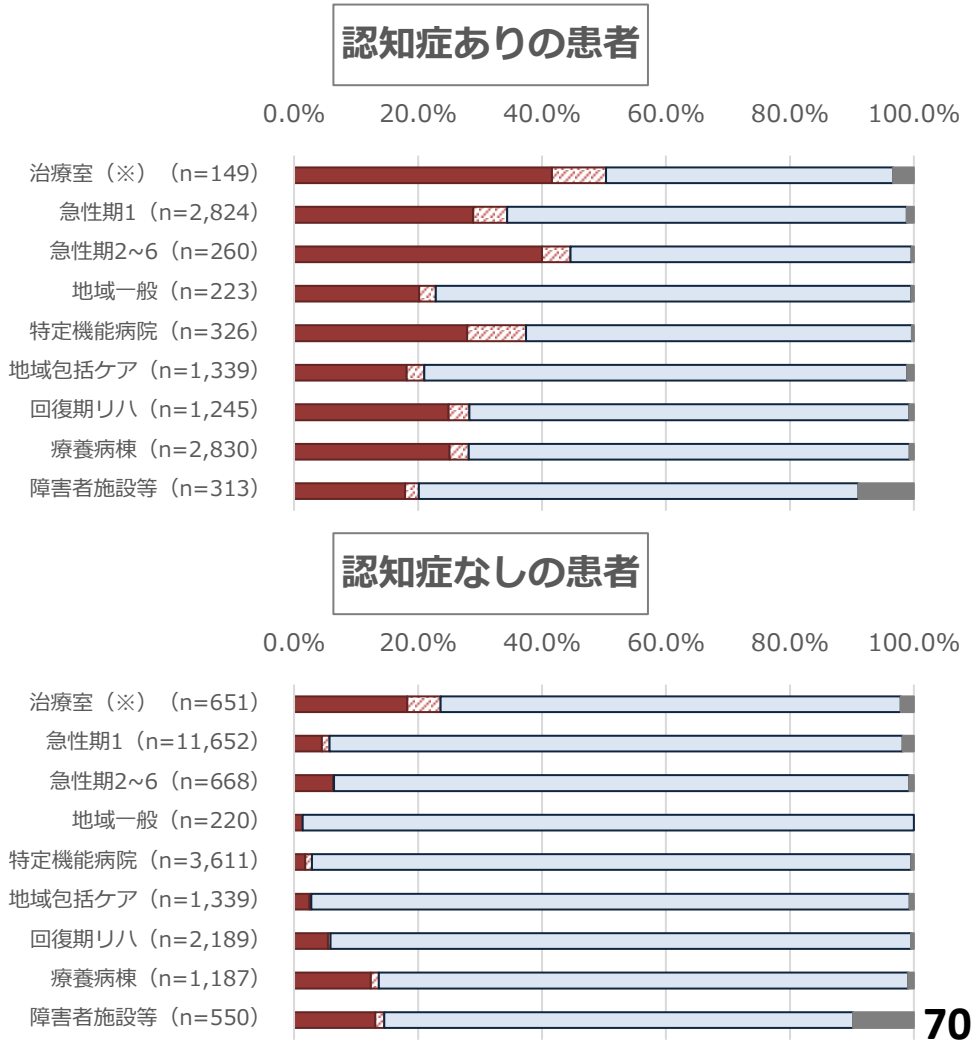
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■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。

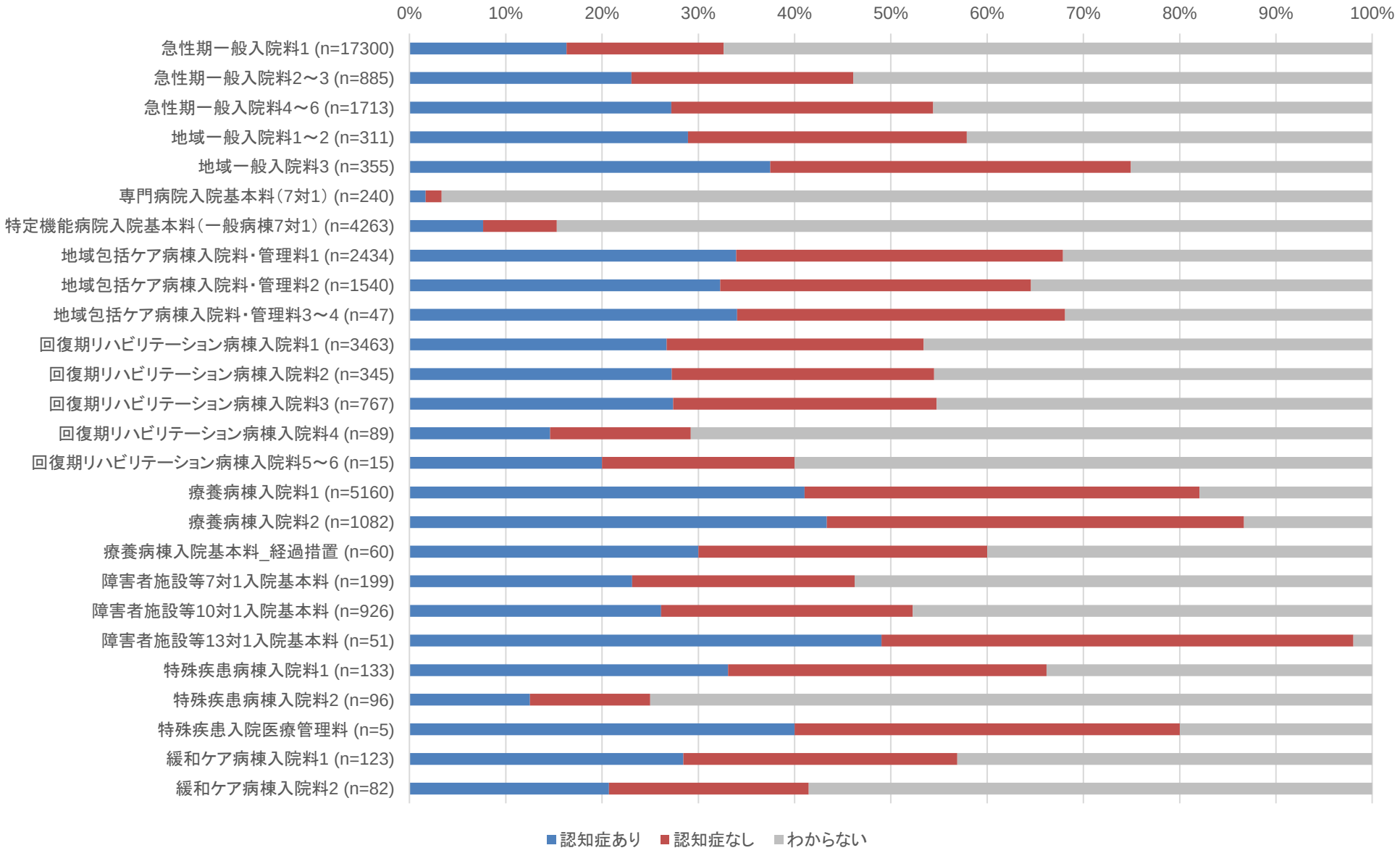
■認知症の有無別の身体的拘束の実施有無



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

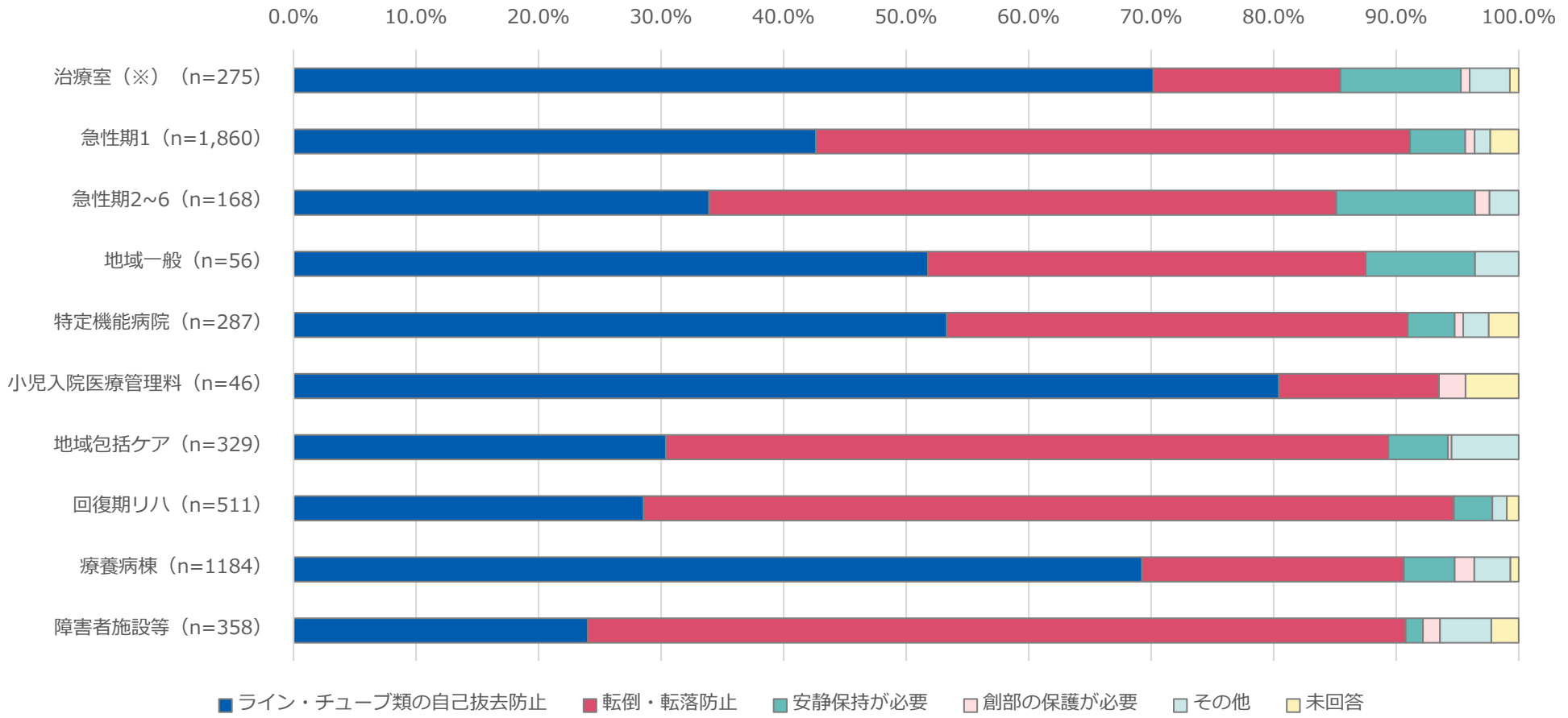


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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）



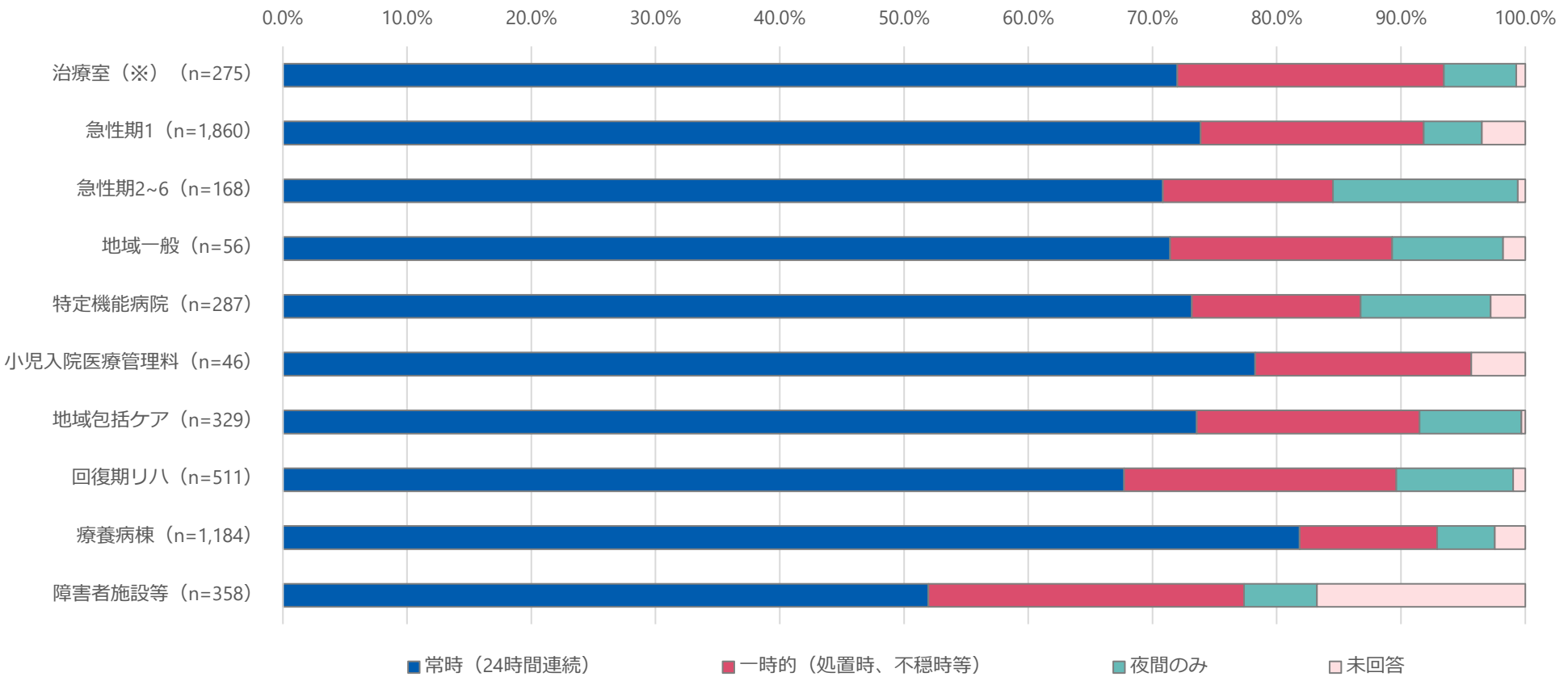
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

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

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。

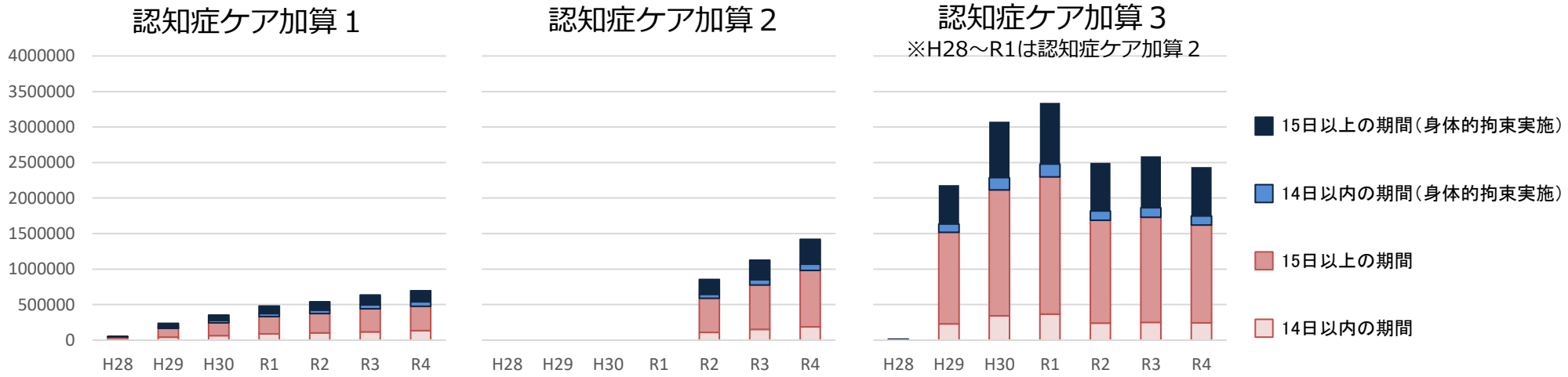
認知症ケア加算3

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。

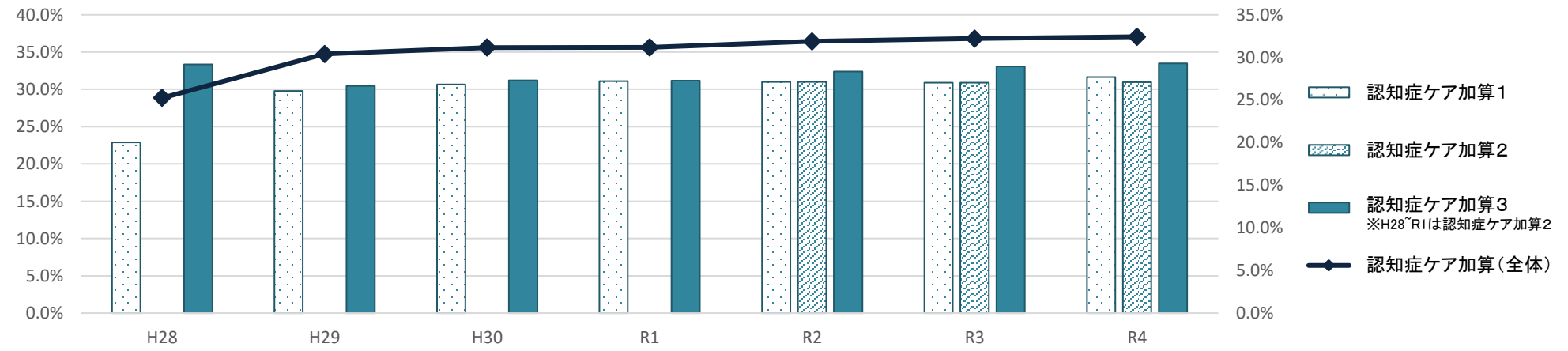
認知症ケア加算の算定の推移

○ 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）



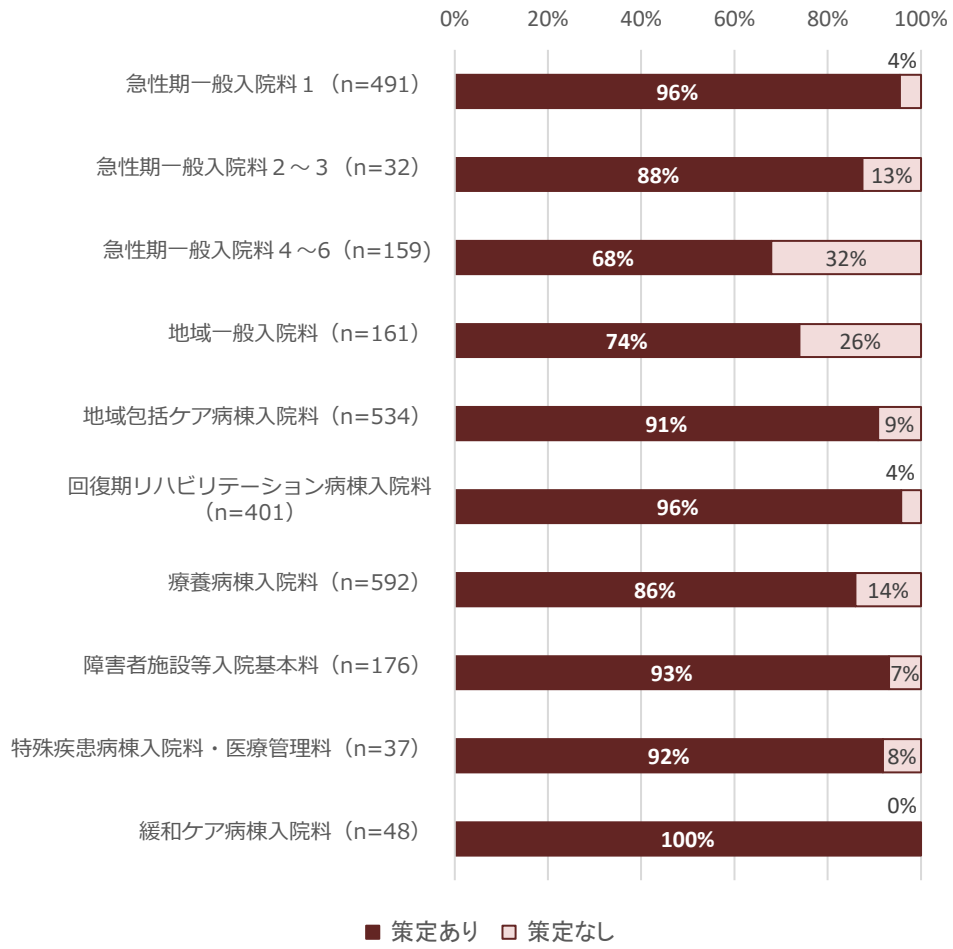
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

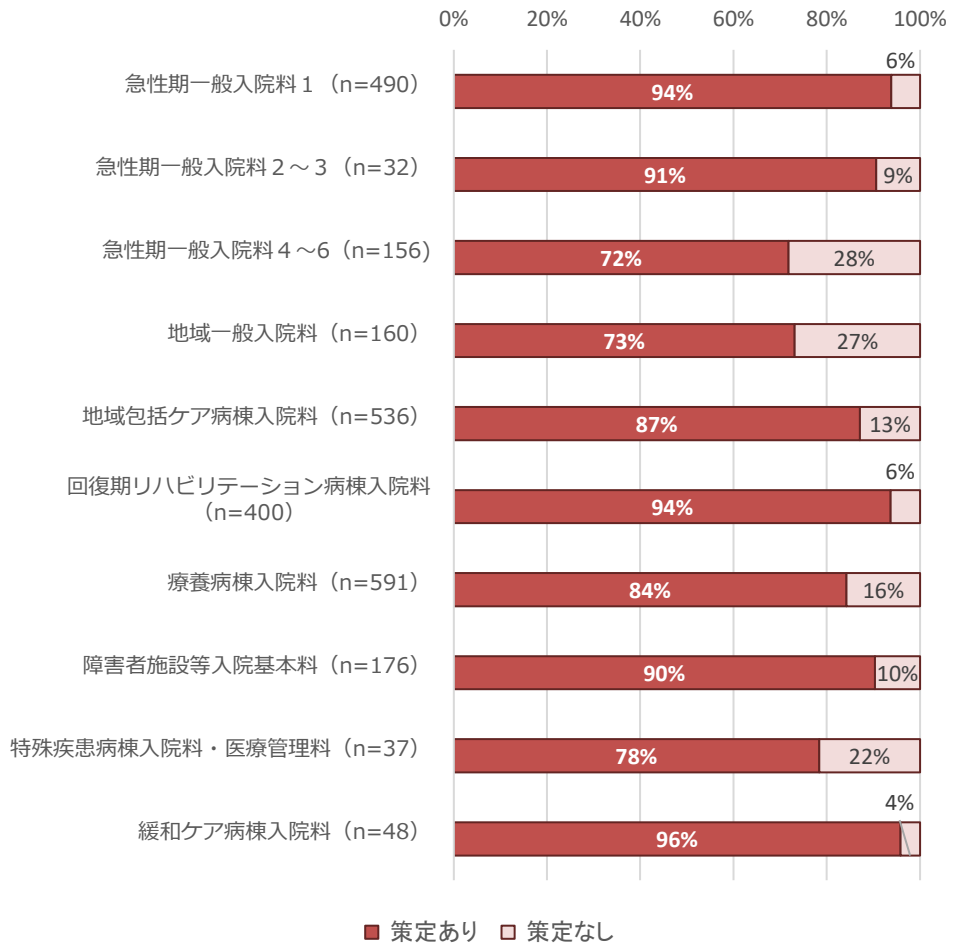
診調組　入－１
５．６．８

○「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）



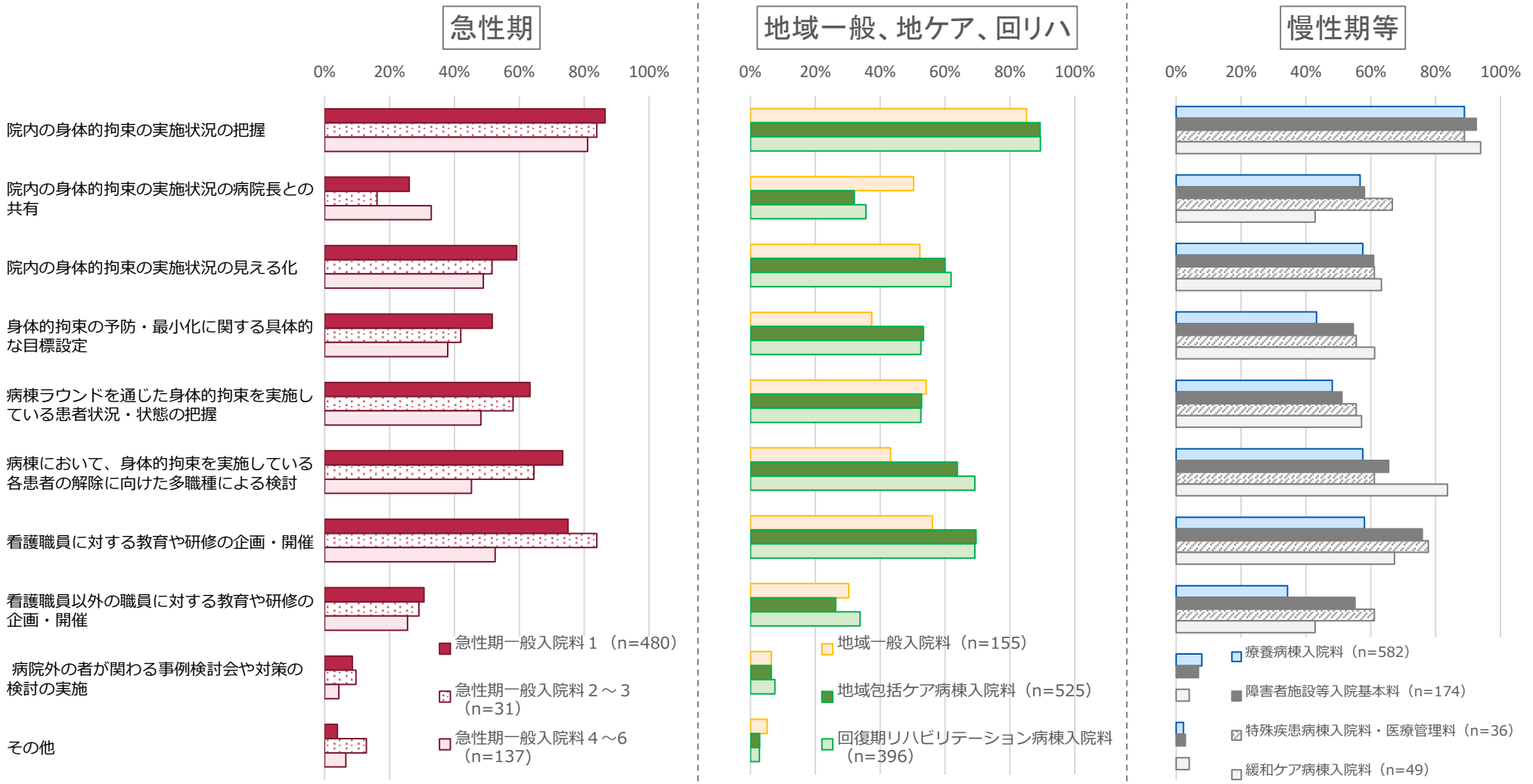
出典：令和4年度入院･外来医療等における実態調査（施設票）

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

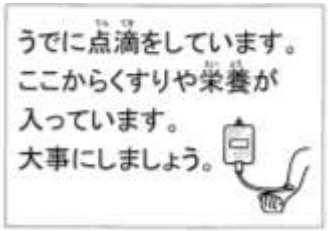
B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【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

入退院支援加算の概要

意見交換　資料－３参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

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］

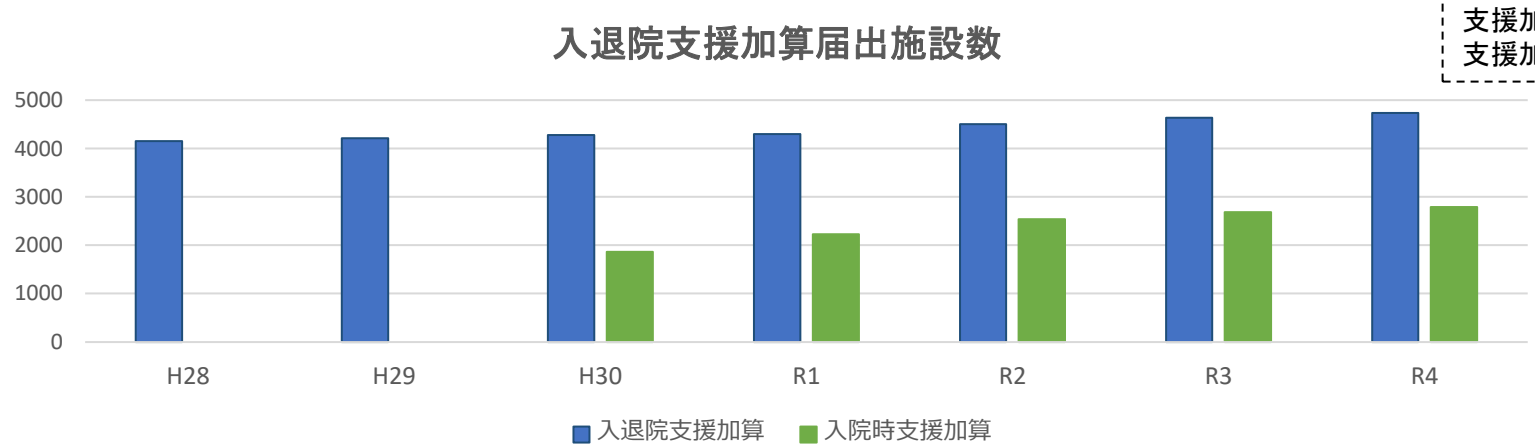
	入退院支援加算１	入退院支援加算２	入退院支援加算３
退院困難な要因	ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ．緊急入院 ウ．要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ．生活困窮者であること カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ．排泄に介助を要すること ク．同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ．退院後に医療処置が必要 コ．入退院を繰り返している サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態になるこ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。

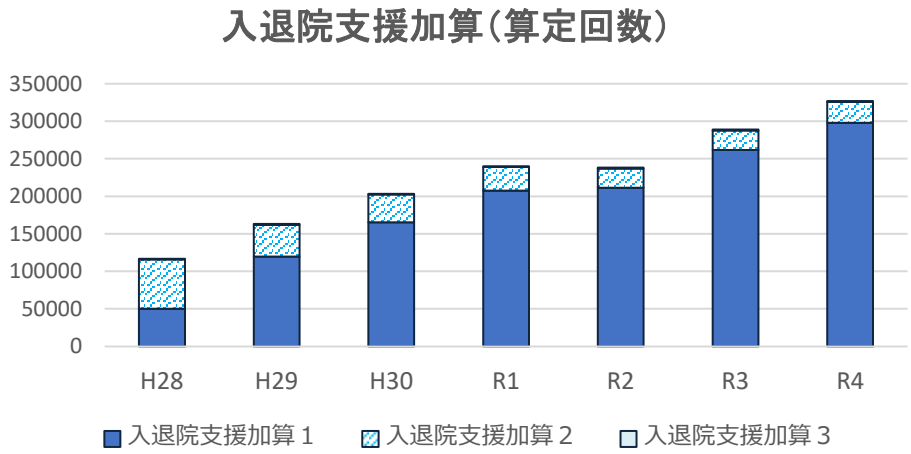
（※）
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

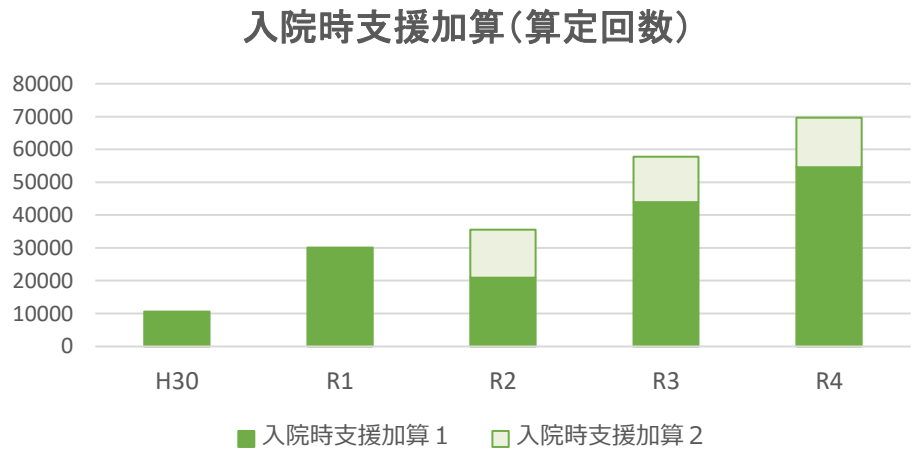


出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■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



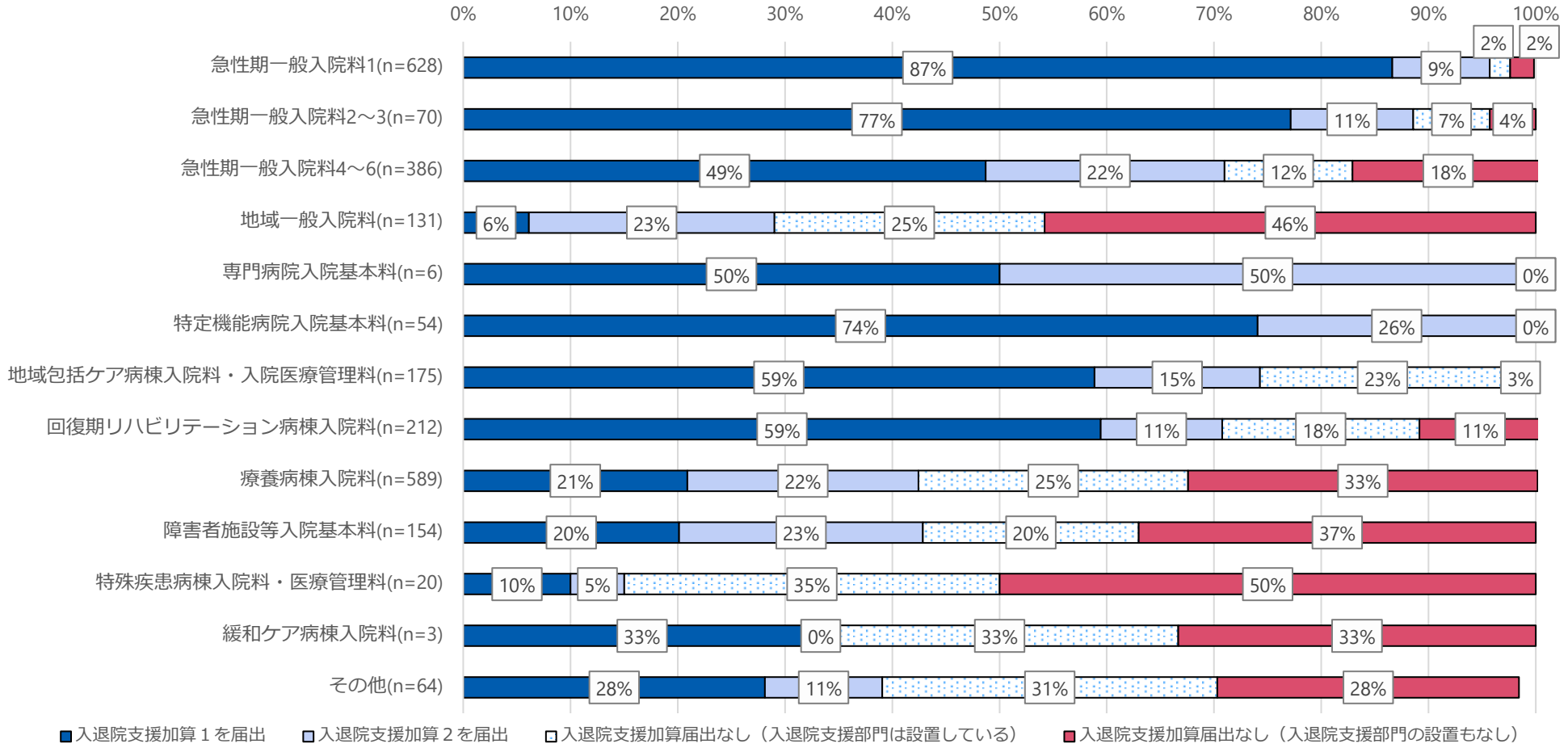
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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



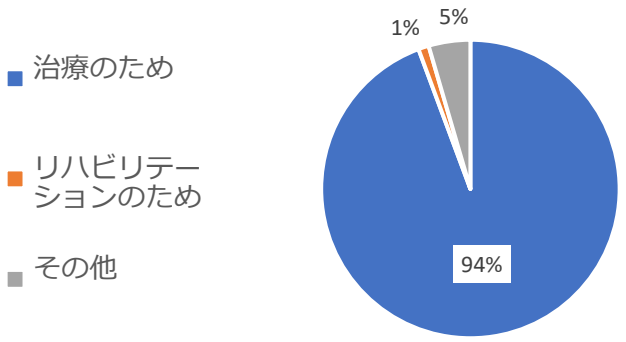
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

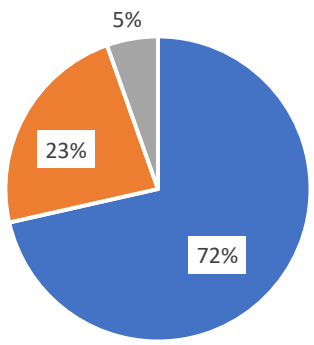
入院料別の入院患者の特徴

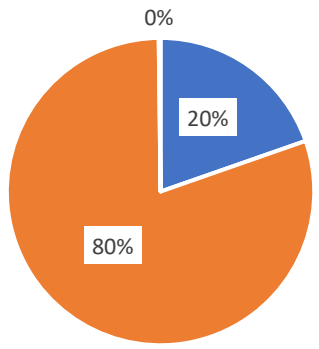
○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

		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

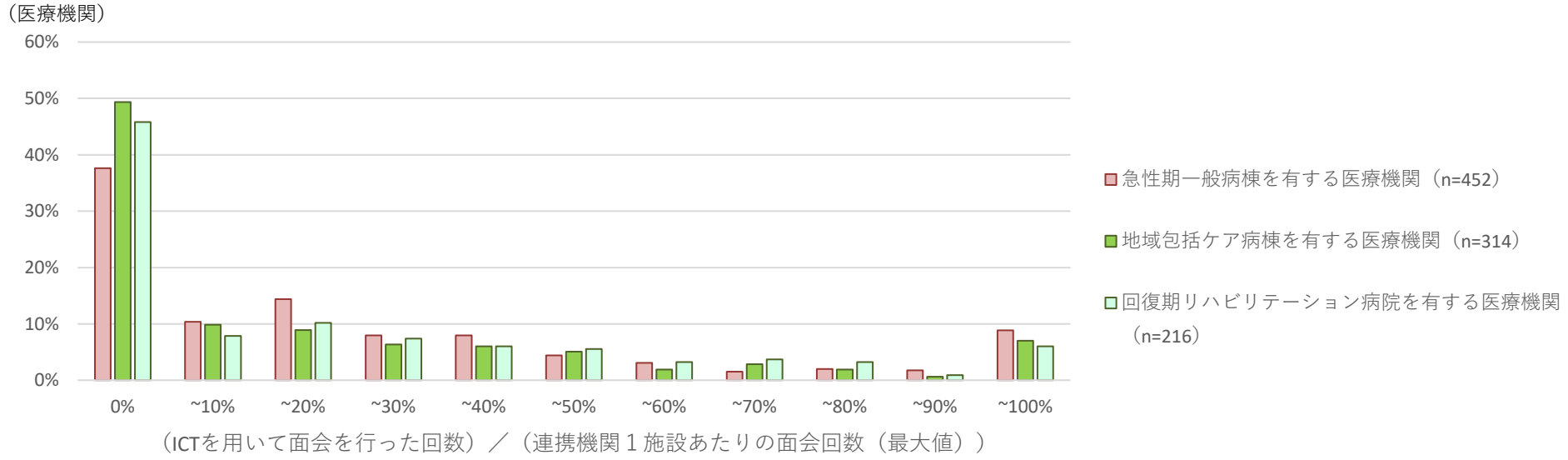
○ 入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数の最大値は、入院料別に大きな差はない。
○ 連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）のうちICTを用いた面会回数の割合をみると、0%の医療機関が約４～５割であるが、９割以上の医療機関も一定程度ある。

■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

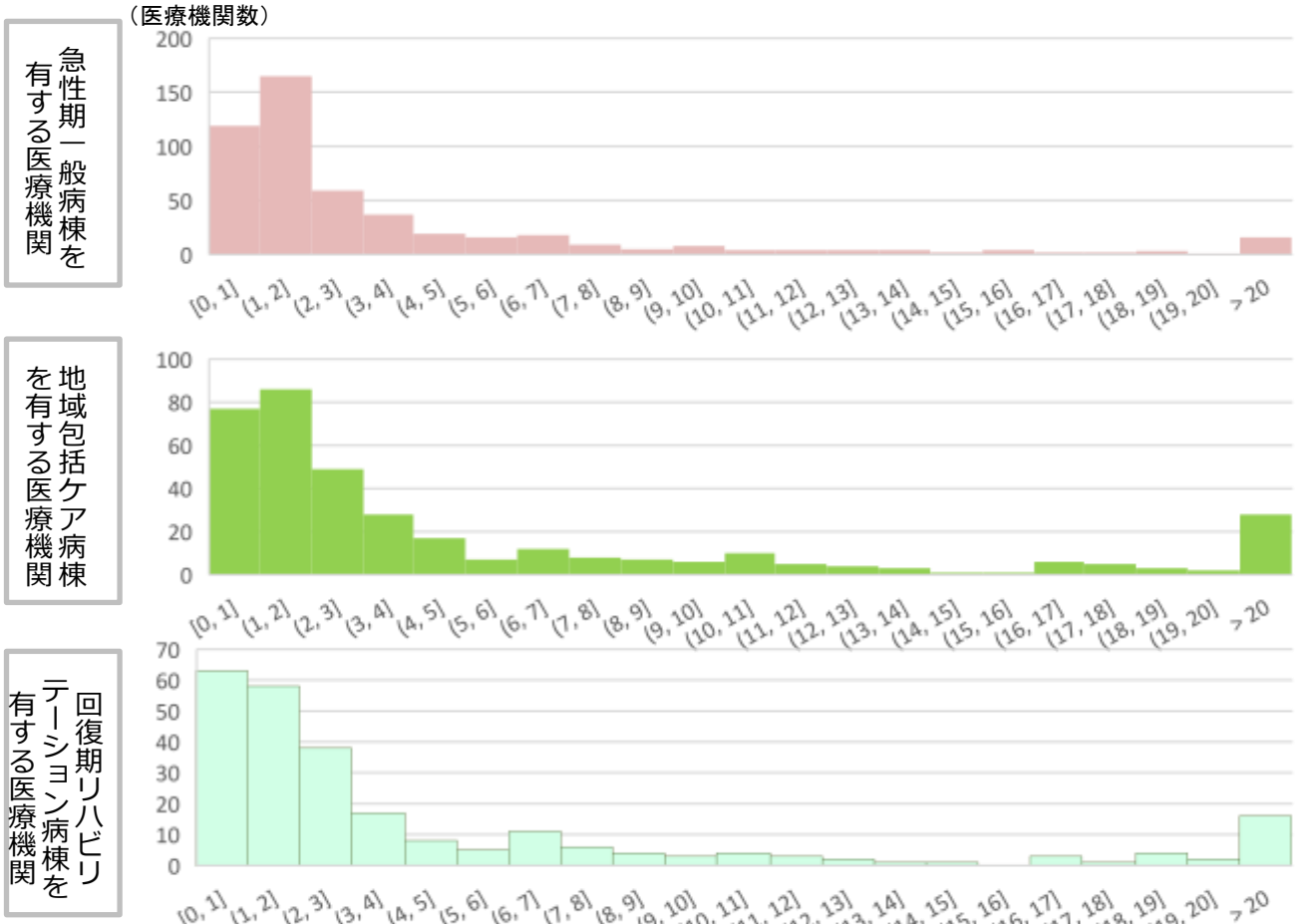


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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

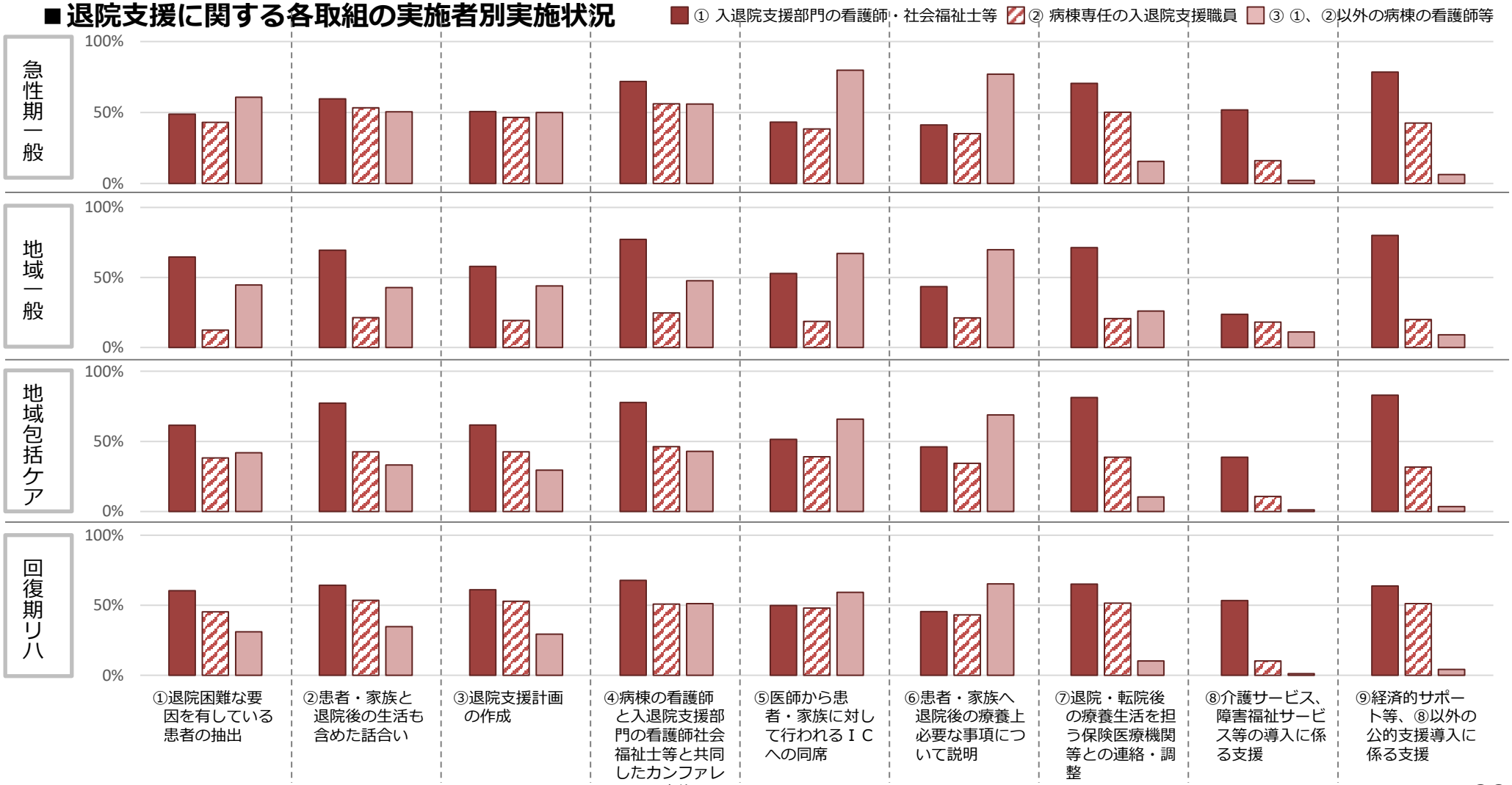
イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数

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

○　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

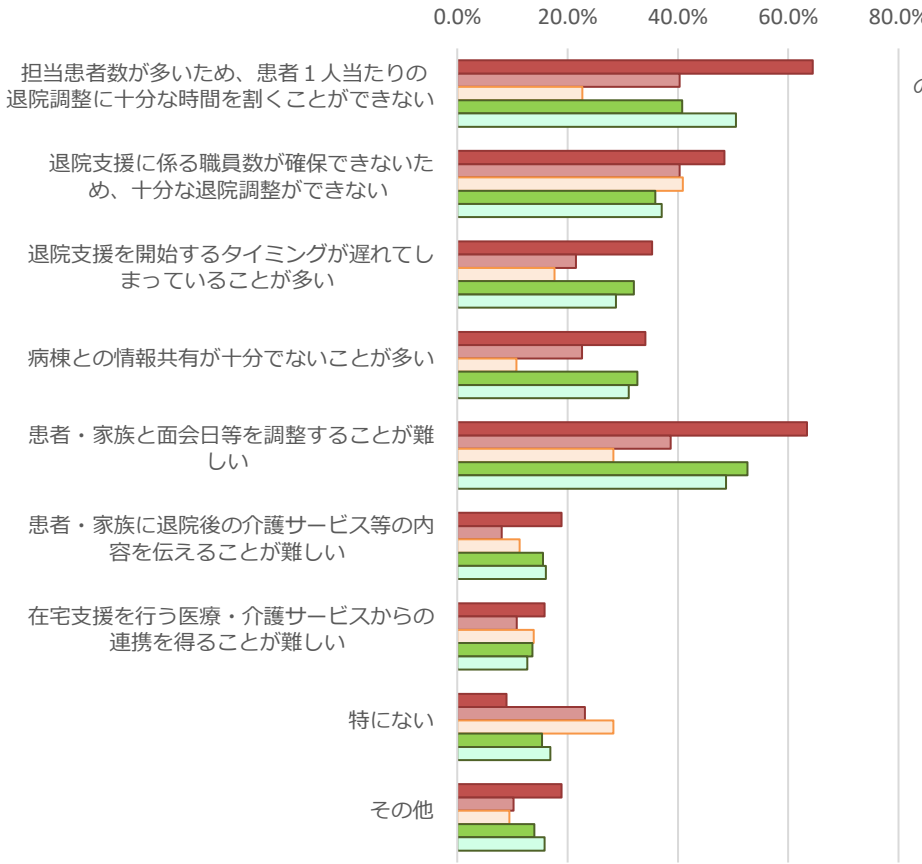


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

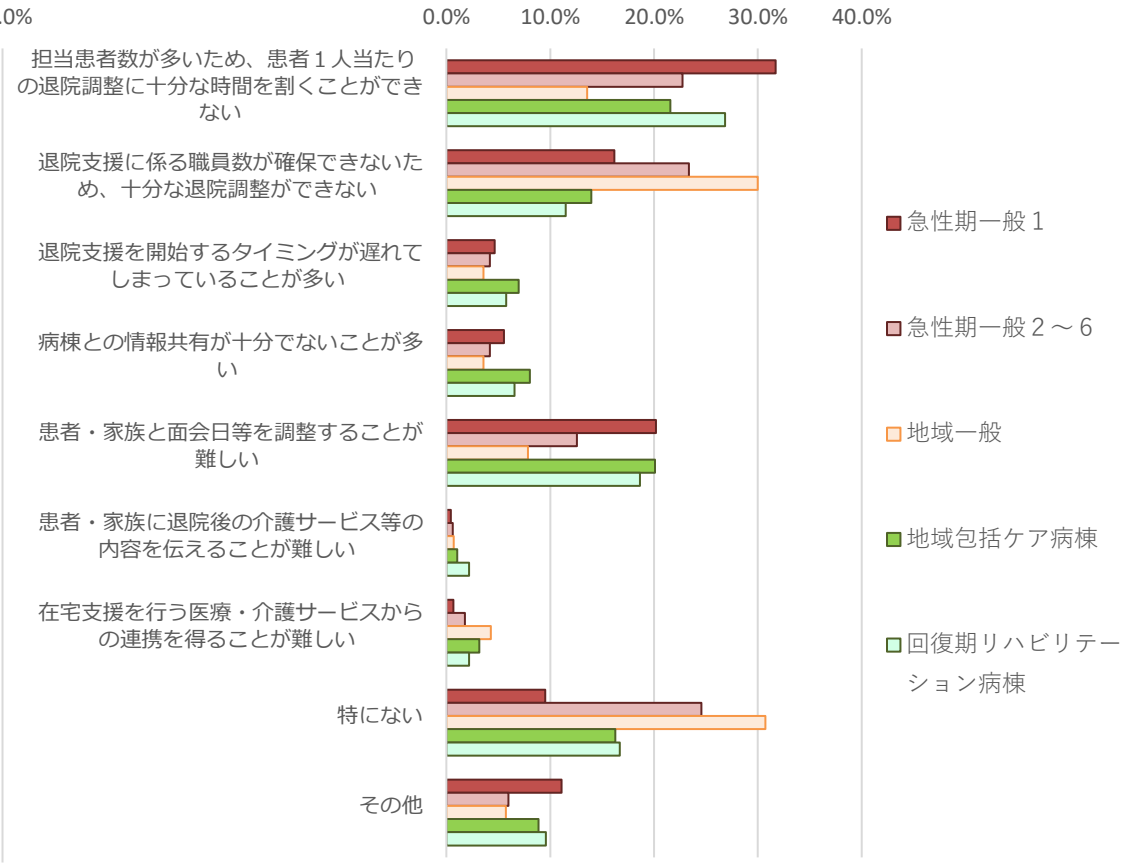
入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 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）

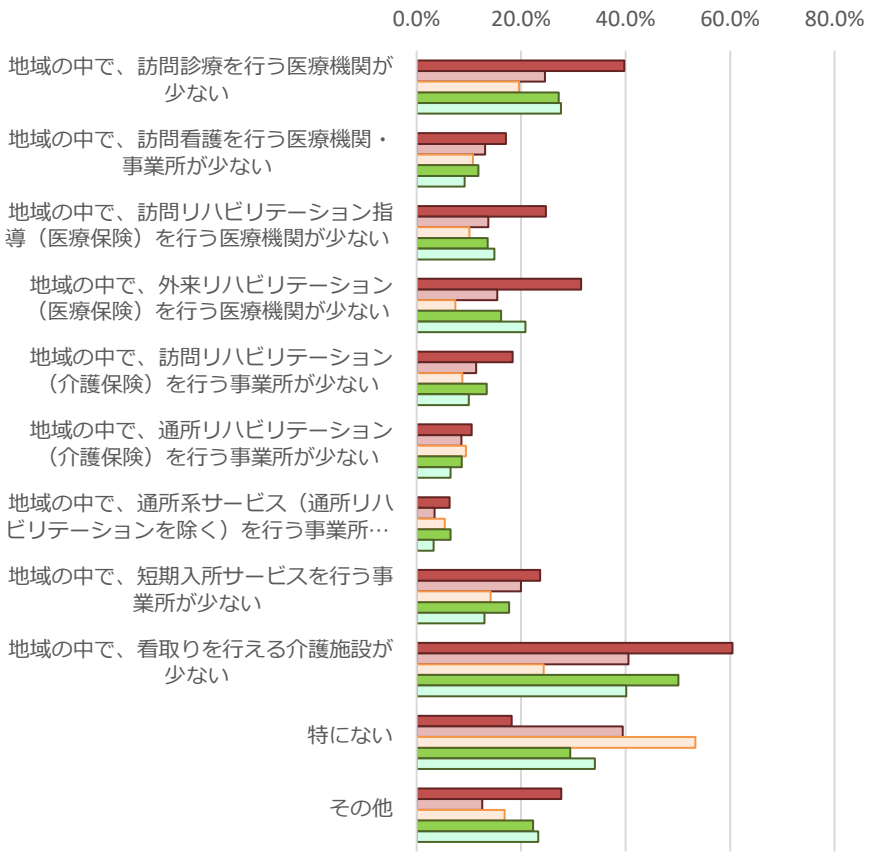


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

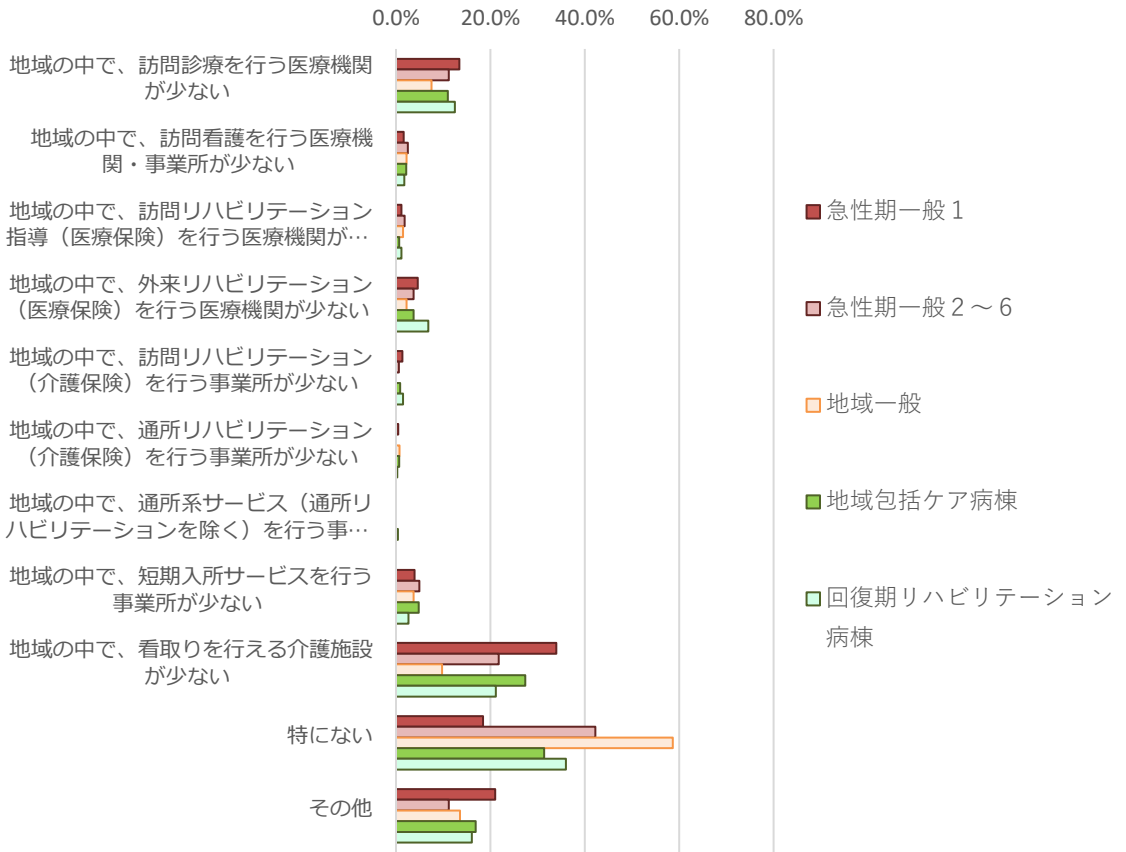
入院料別の退院を困難にしている事項

○ 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、「地域の中で見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）

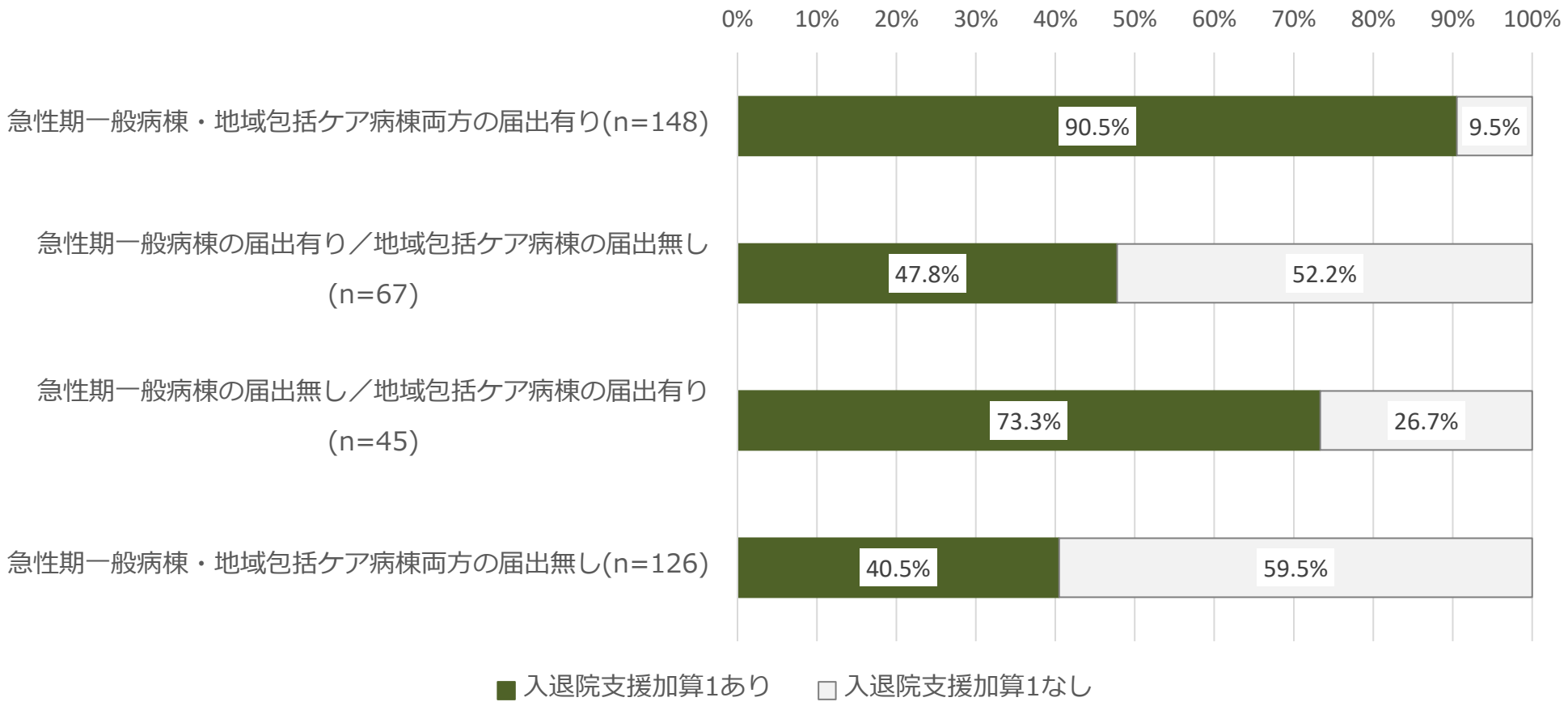


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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の届け出状況を見ると、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



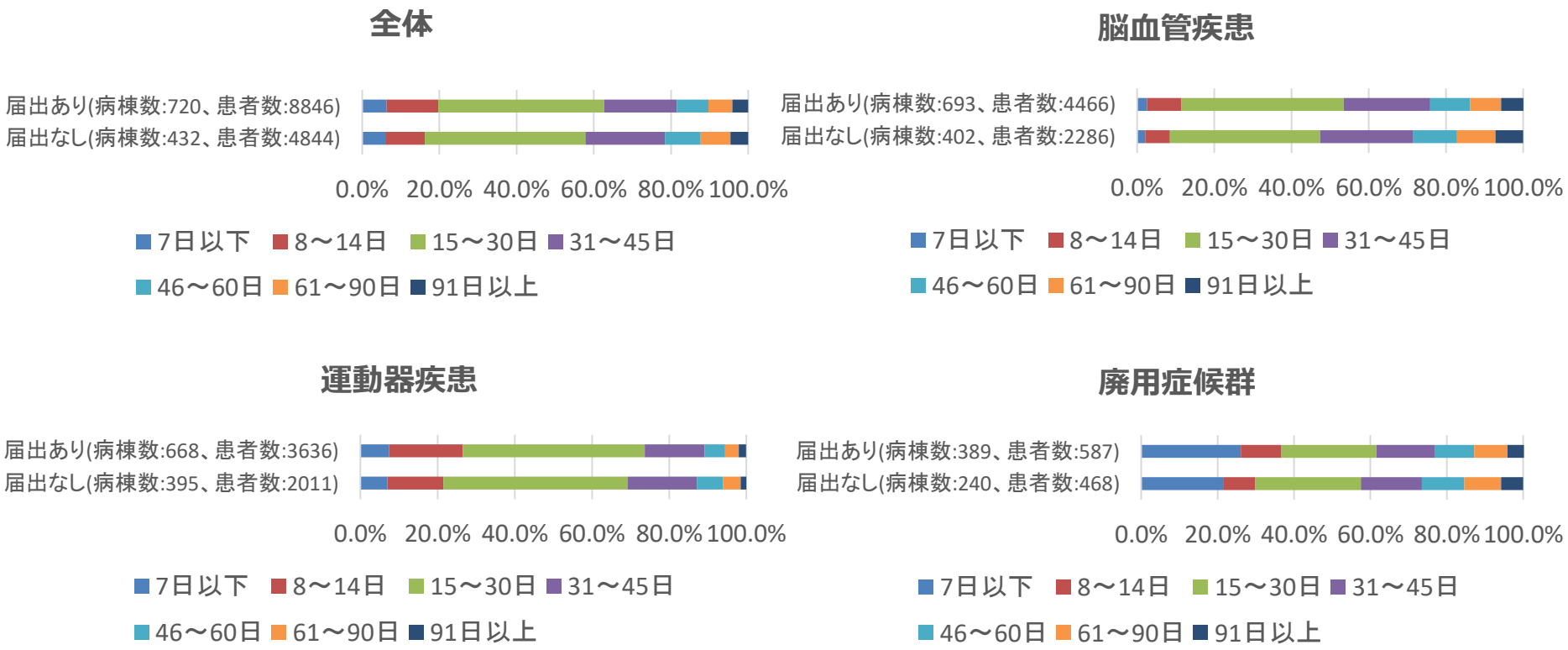
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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

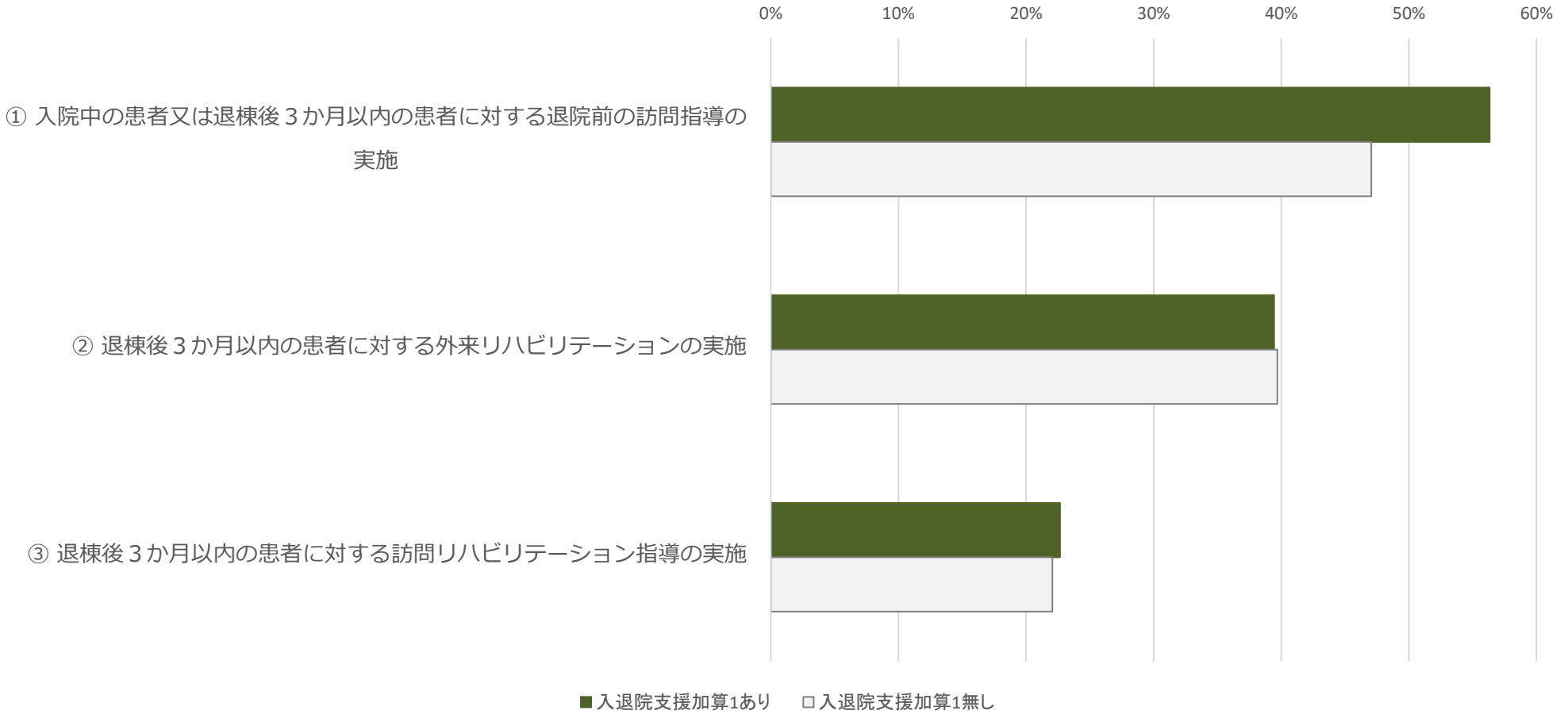


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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）

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。

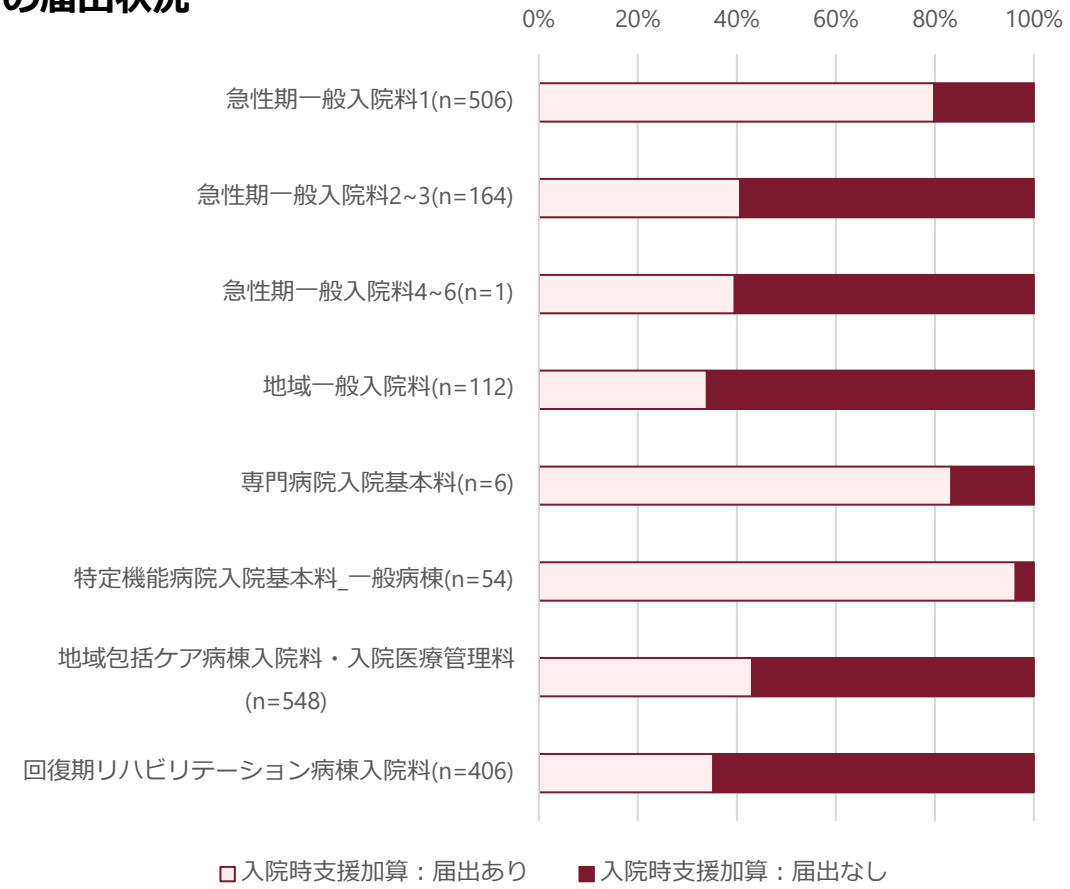
ア）　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ）　入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握（※）
ウ）　褥瘡に関する危険因子の評価
エ）　栄養状態の評価
オ）　服薬中の薬剤の確認
カ）　退院困難な要因の有無の評価
キ）　入院中に行われる治療・検査の説明
ク）　入院生活の説明

（※）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

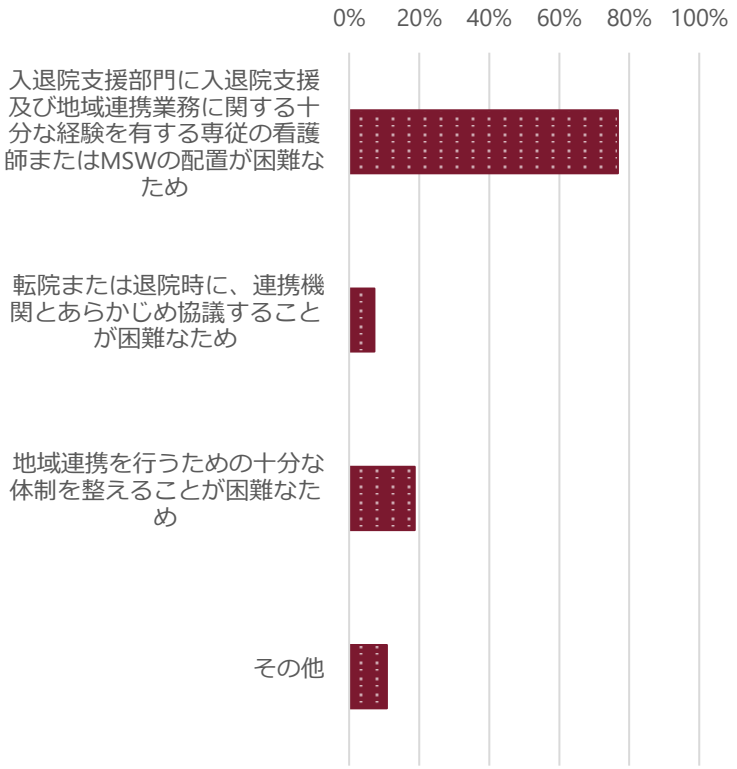
○ 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
○ 入院時支援加算を届け出ていない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■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

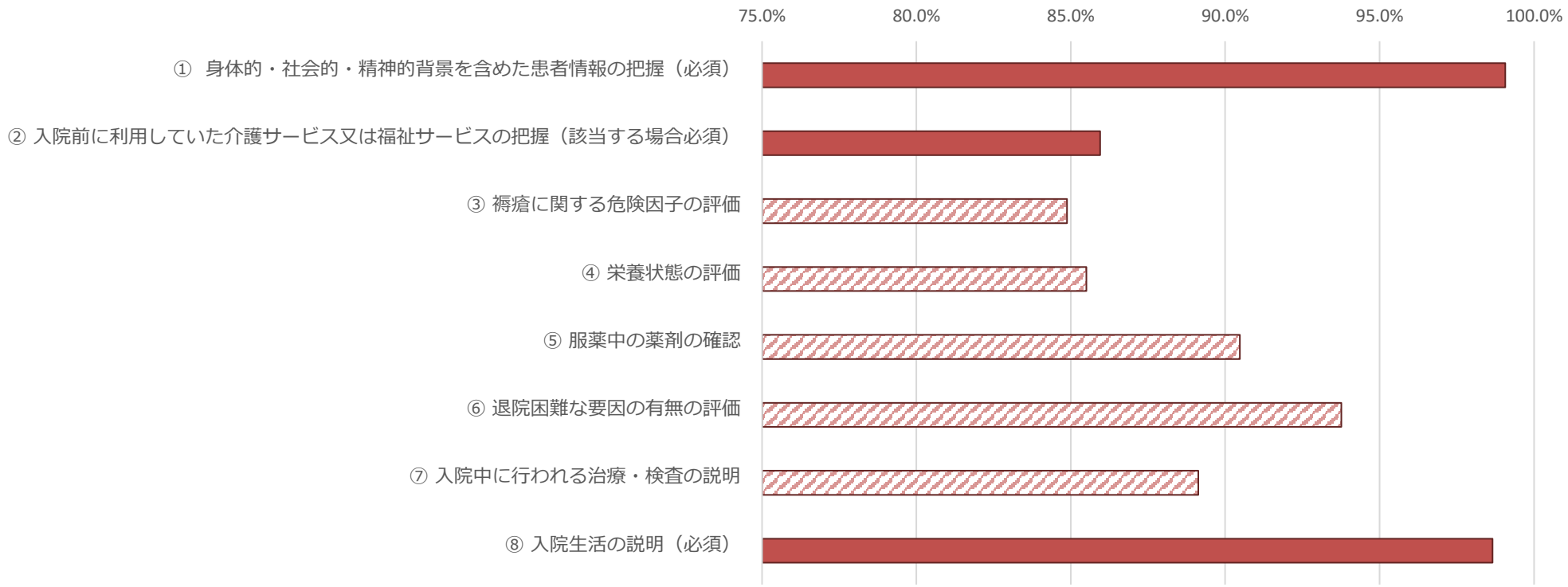


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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**

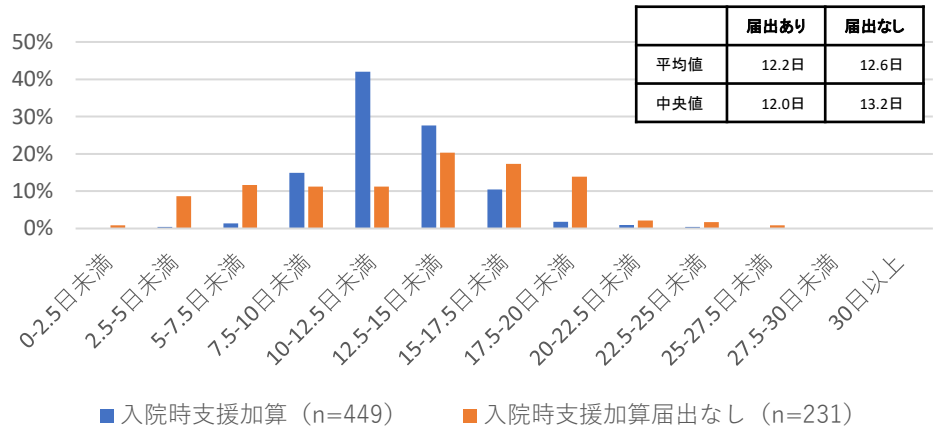
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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。

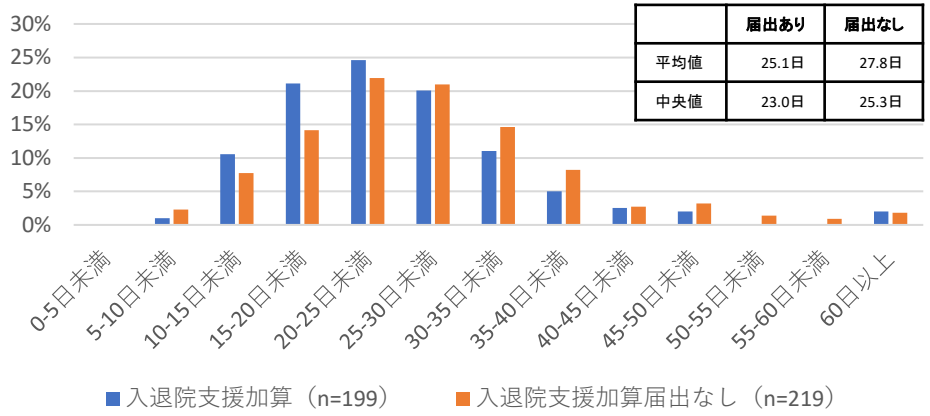
■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

急性期一般入院基本料



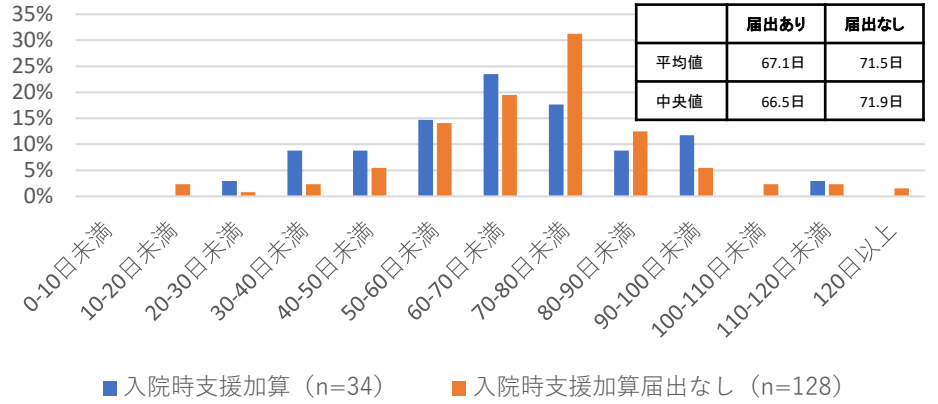
	届出あり	届出なし
平均値	12.2日	12.6日
中央値	12.0日	13.2日

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



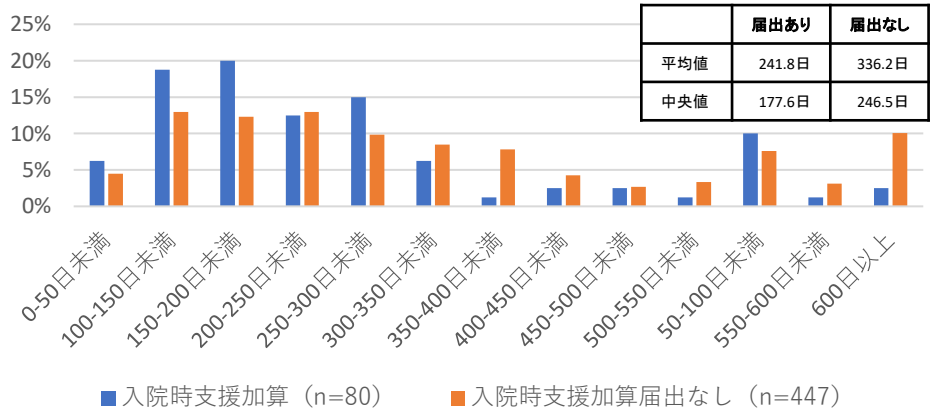
	届出あり	届出なし
平均値	25.1日	27.8日
中央値	23.0日	25.3日

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



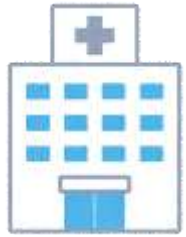


○介護支援等連携指導料
患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○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）

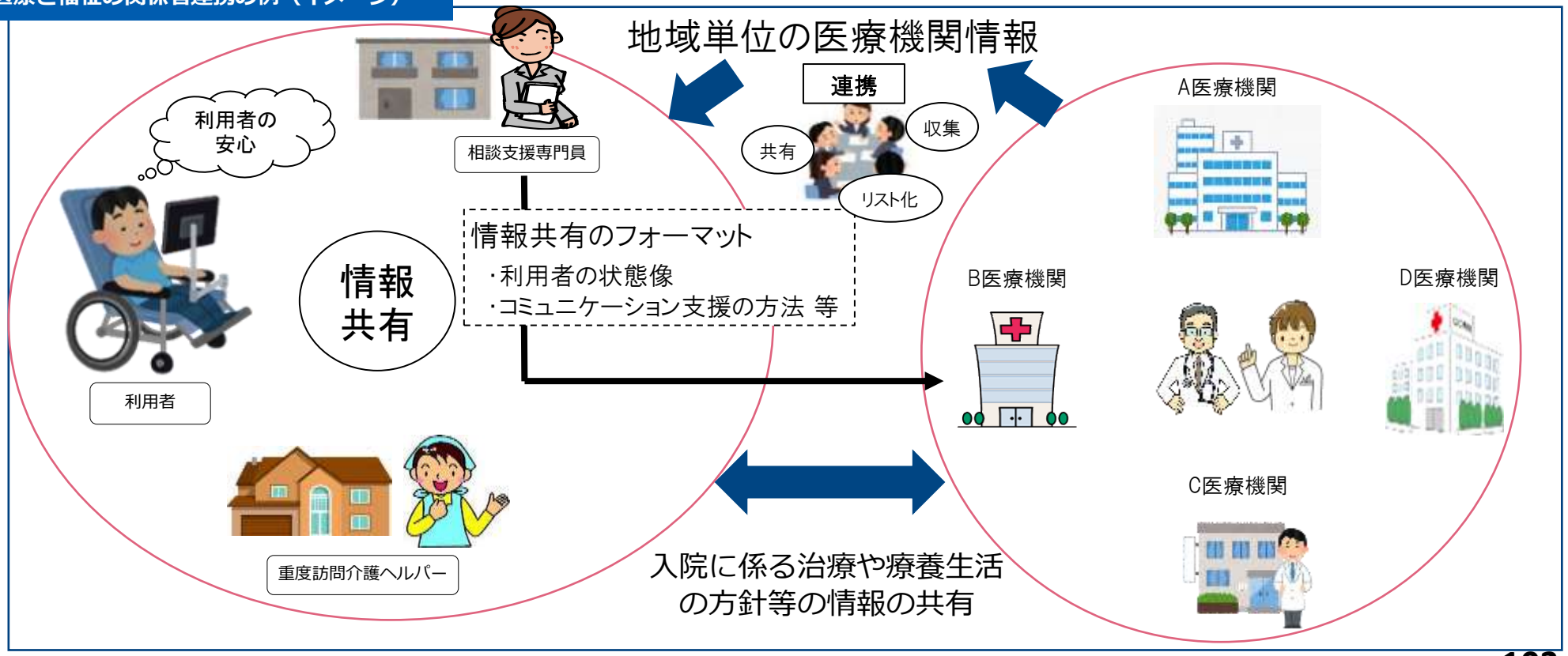
障害福祉サービス等報酬
（計画相談支援・障害児相談支援）

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

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.

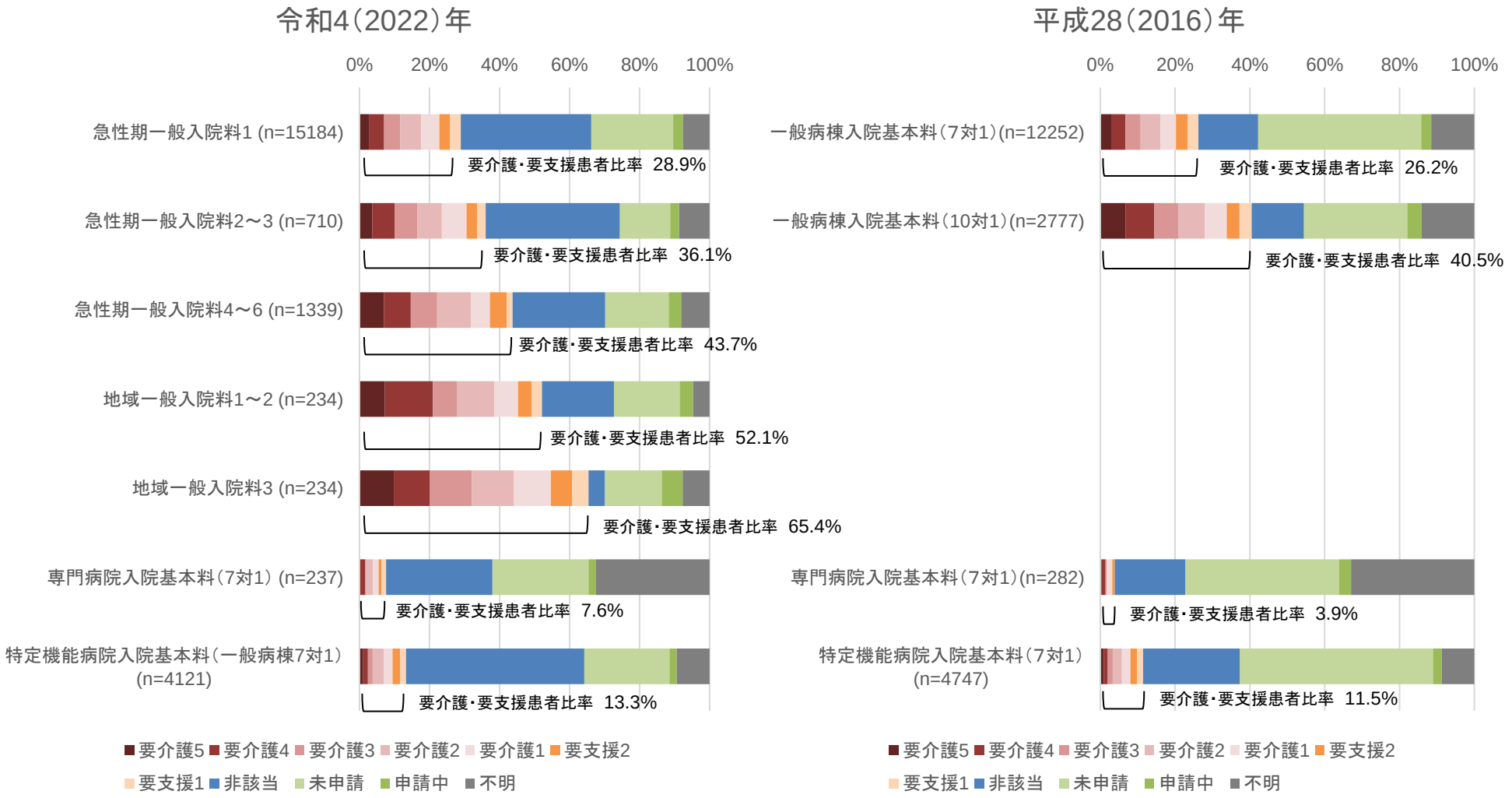
○　長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。
出典：佐々木信幸.Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○　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）】

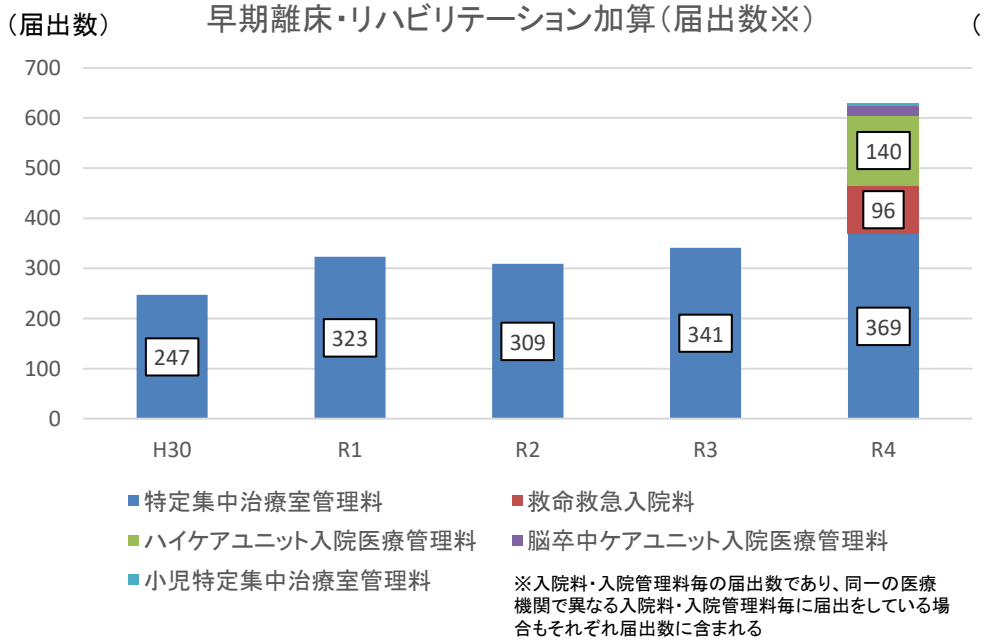
○　早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価

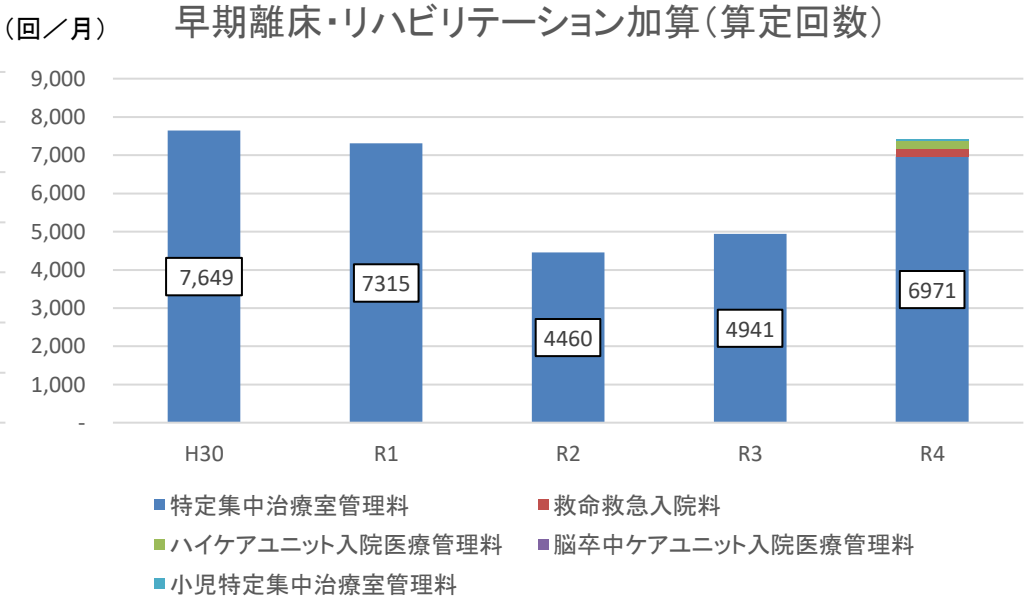
ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

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。



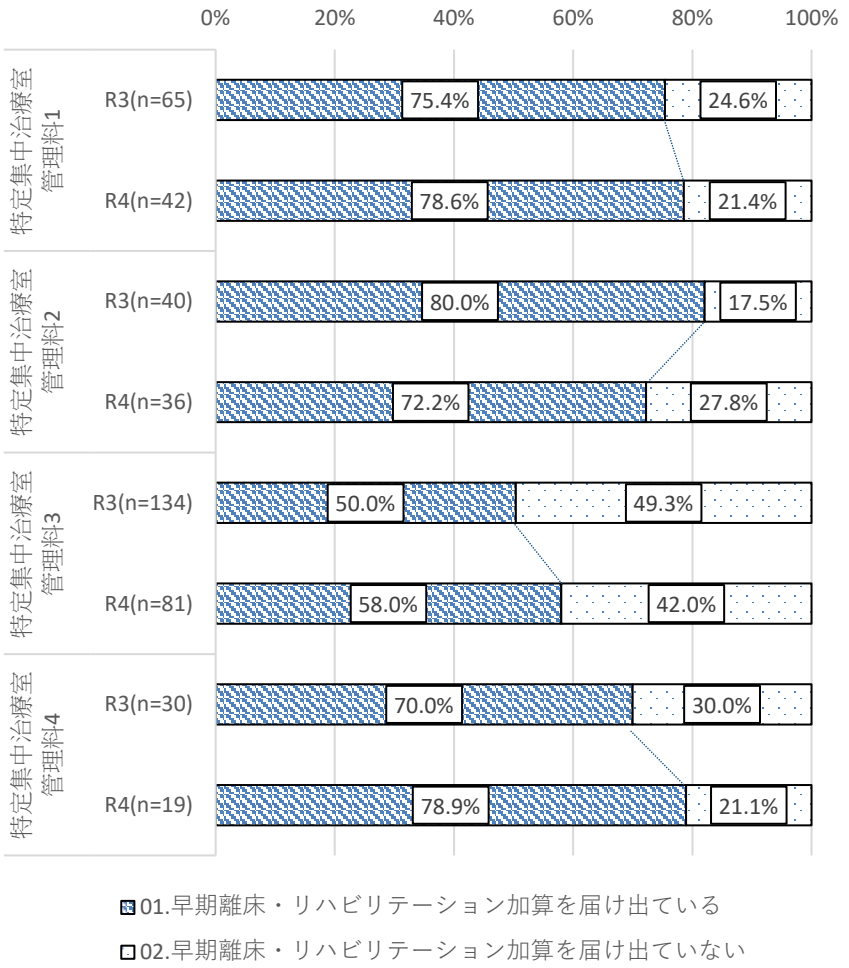


出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

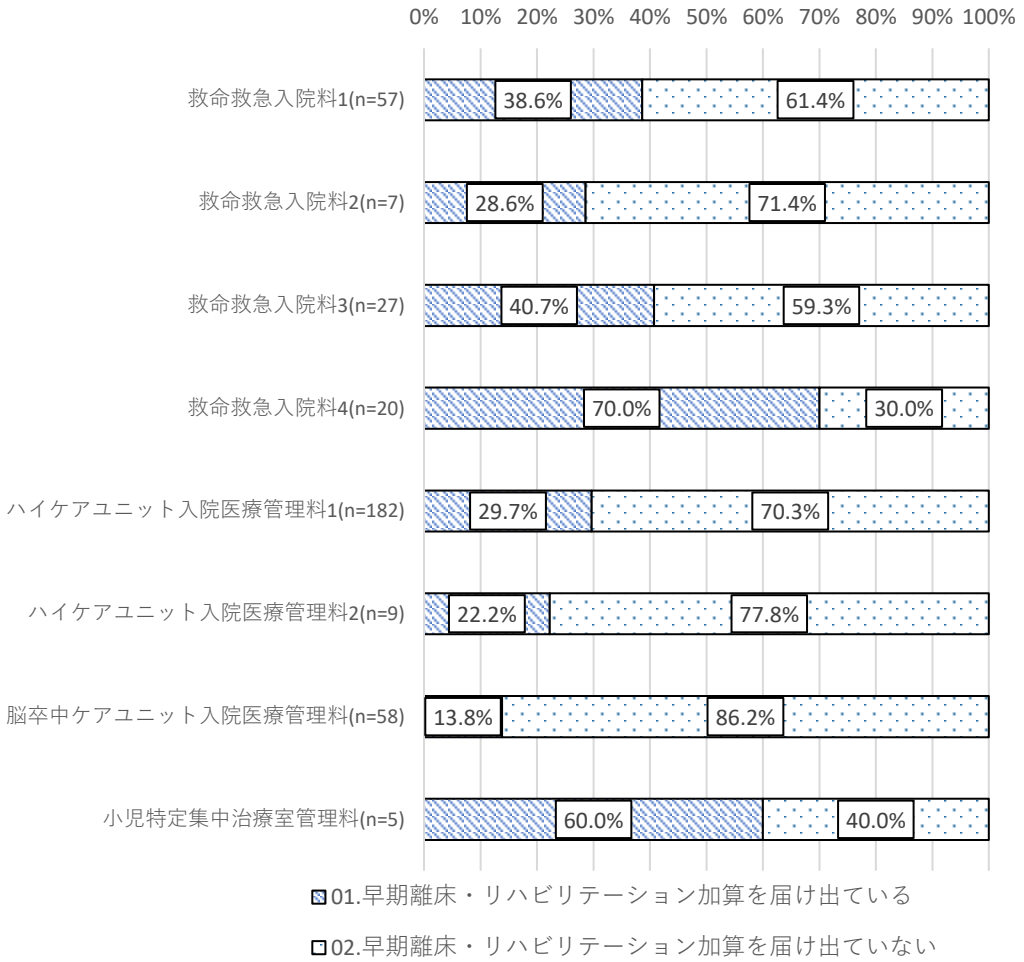
○　特定集中治療室管理料1及び3～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
○　令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、救命救急入院料4における届出割合が最も高く、70.0%であった。

■　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

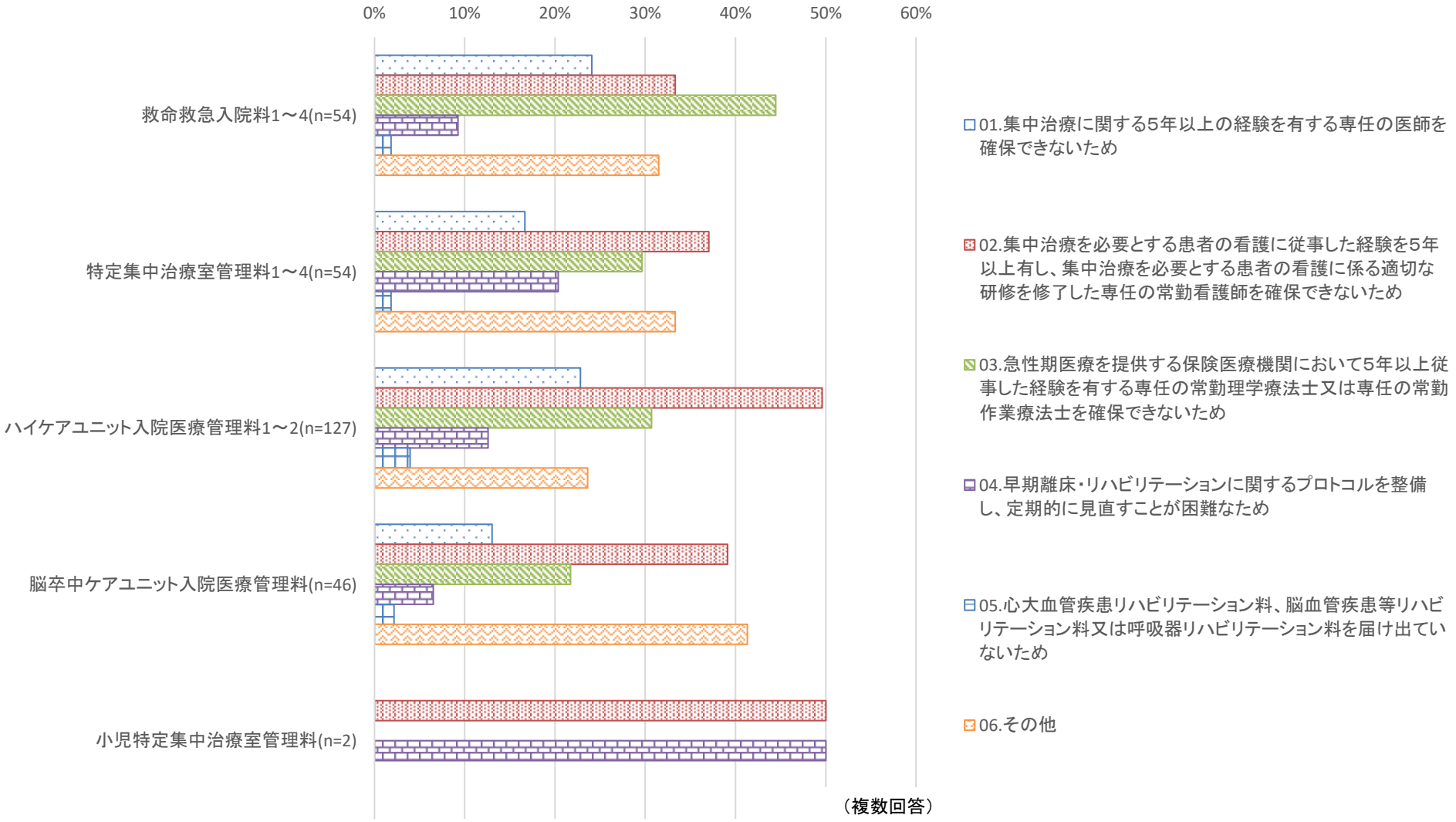


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）、令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

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

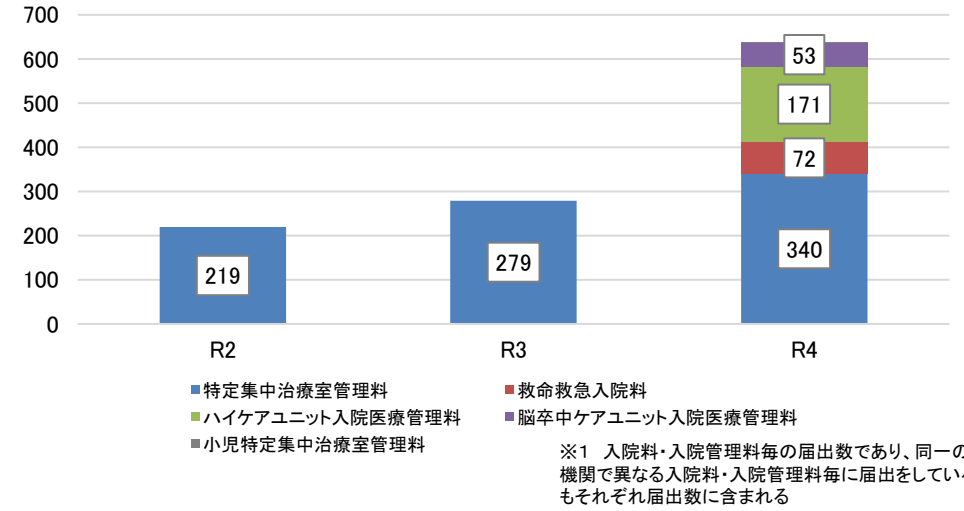
（早期から経腸栄養を開始した場合、当該開始日以降 400点/日）

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）】

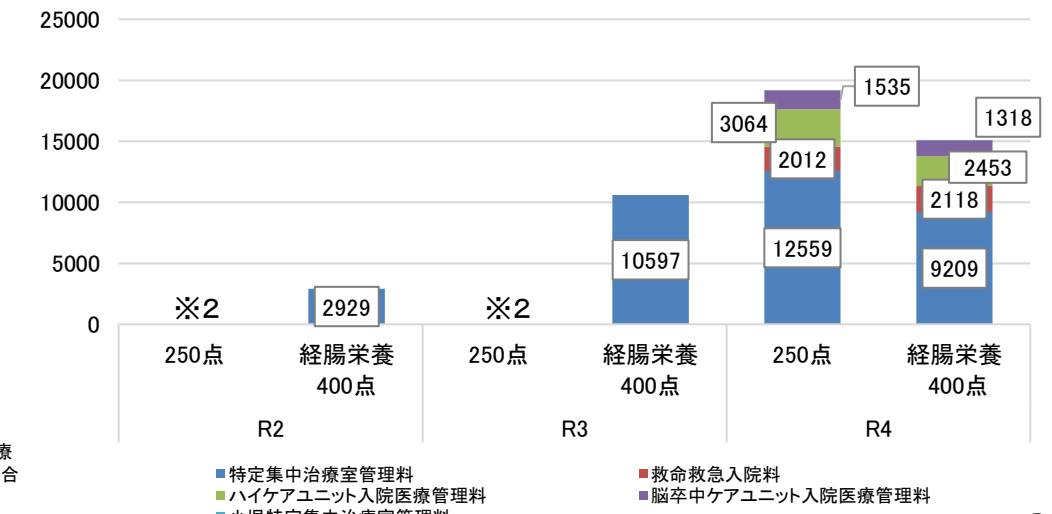
- 日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- 入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ（「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまで）は入室後 48 時間以内に実施すること。
  ア）栄養アセスメント、イ）栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施、ウ）腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養等を開始、エ）経腸栄養開始後は、１日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直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）



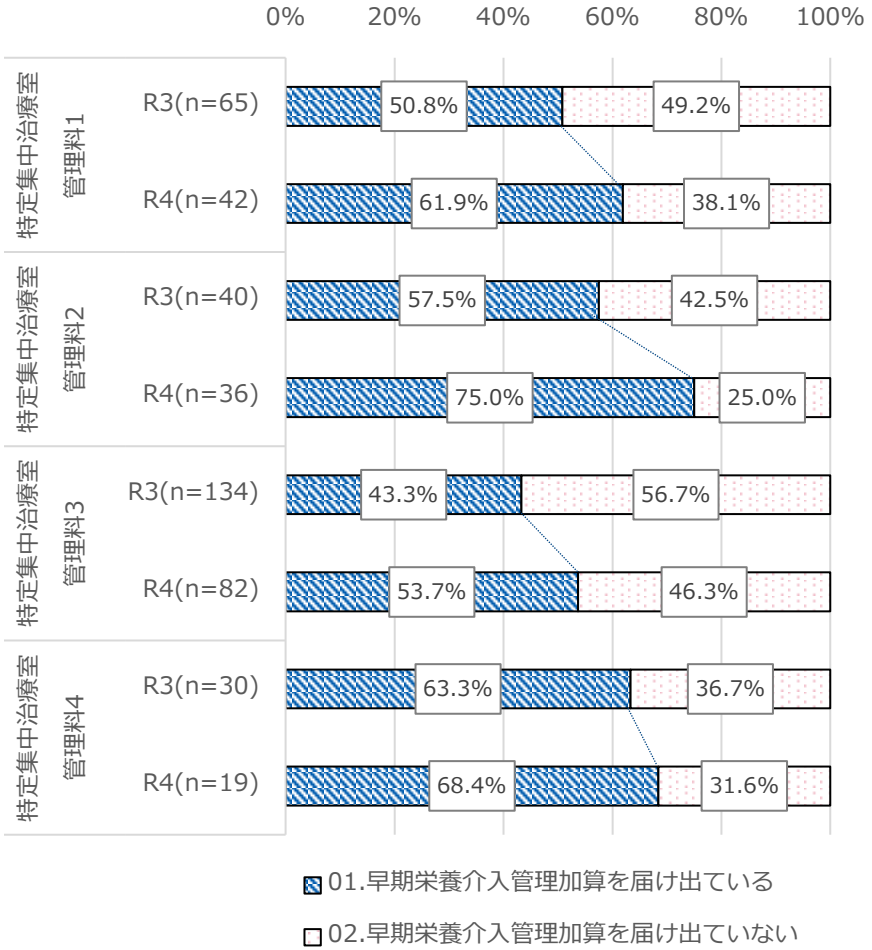
※2　R2、R3は、経腸栄養を開始した場合のみ評価

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

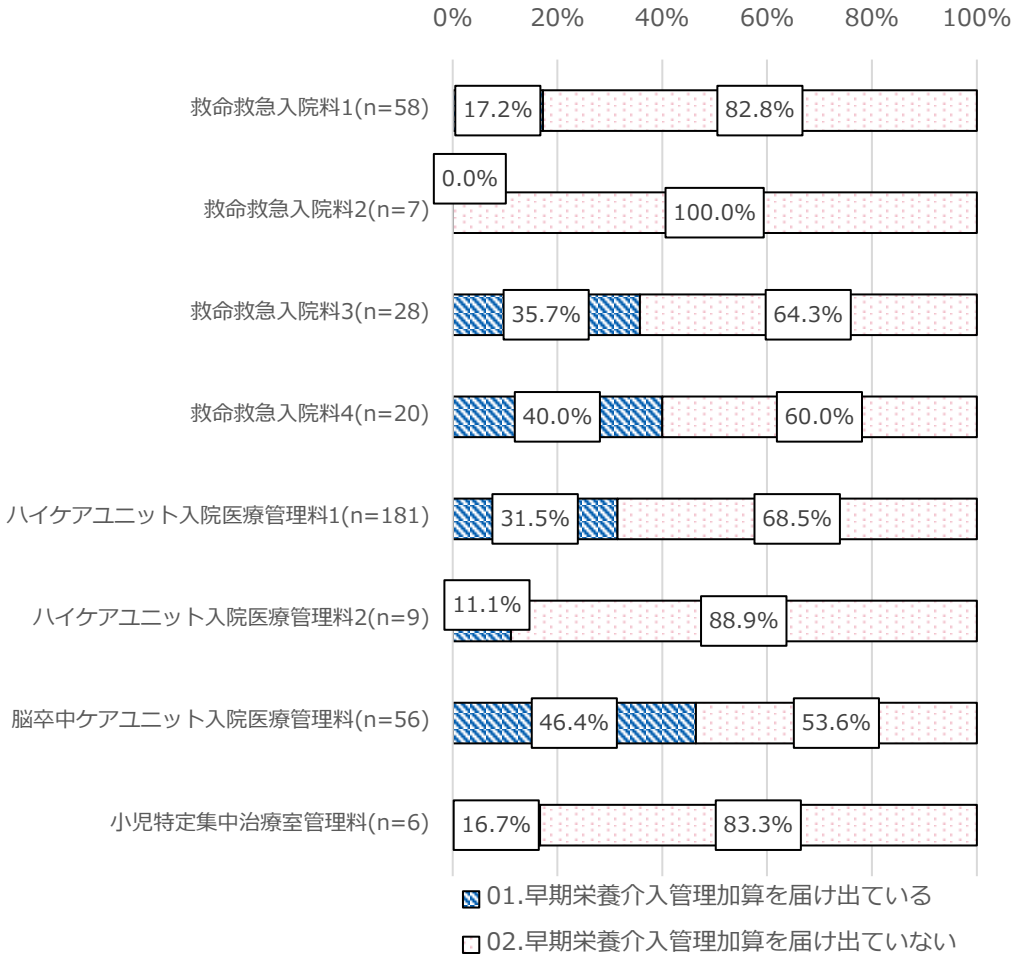
○　特定集中治療室管理料1～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
○　令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、脳卒中ケアユニット入院医療管理料における届出割合が最も高く、46.4%であった。

■　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

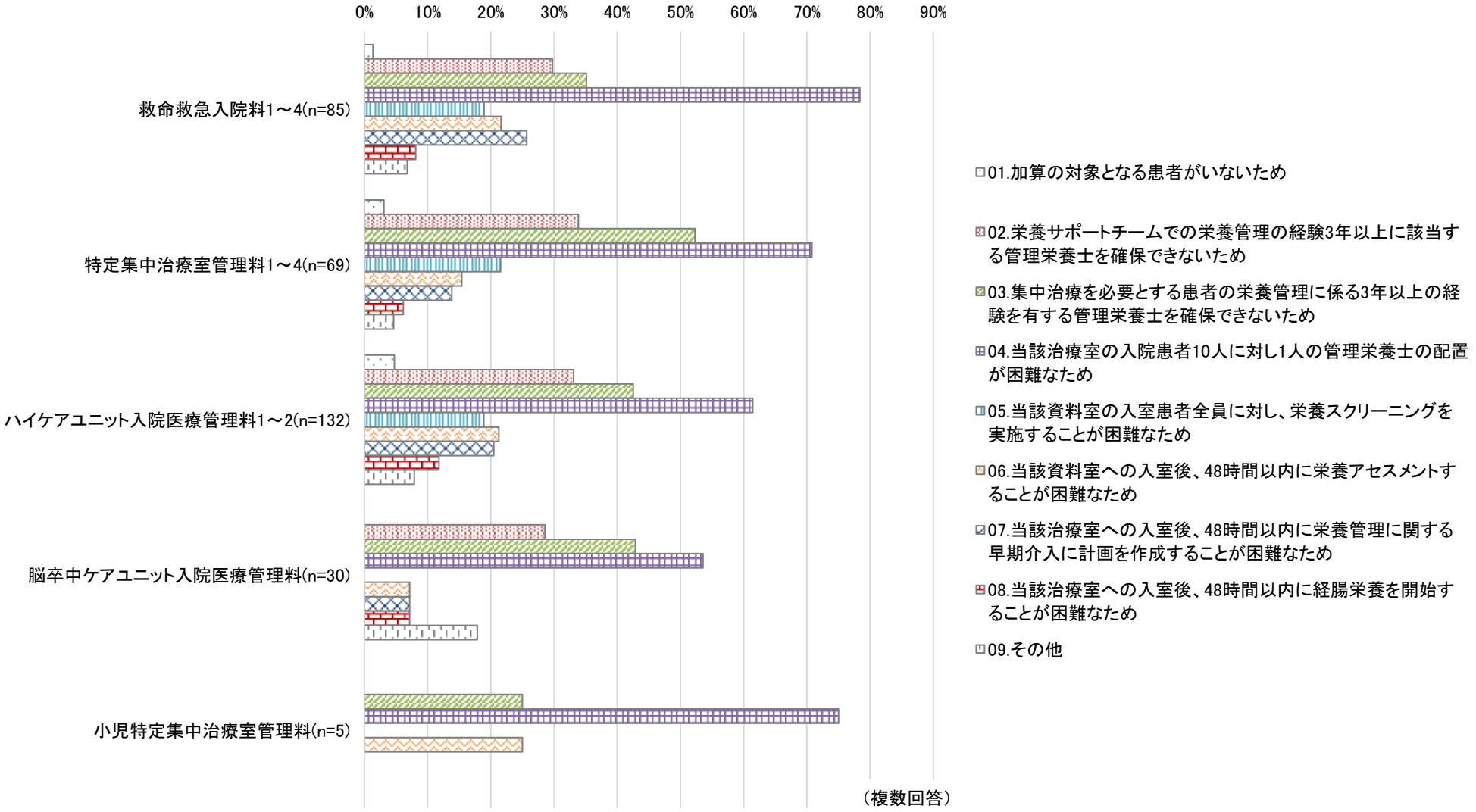


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）、令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

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）。

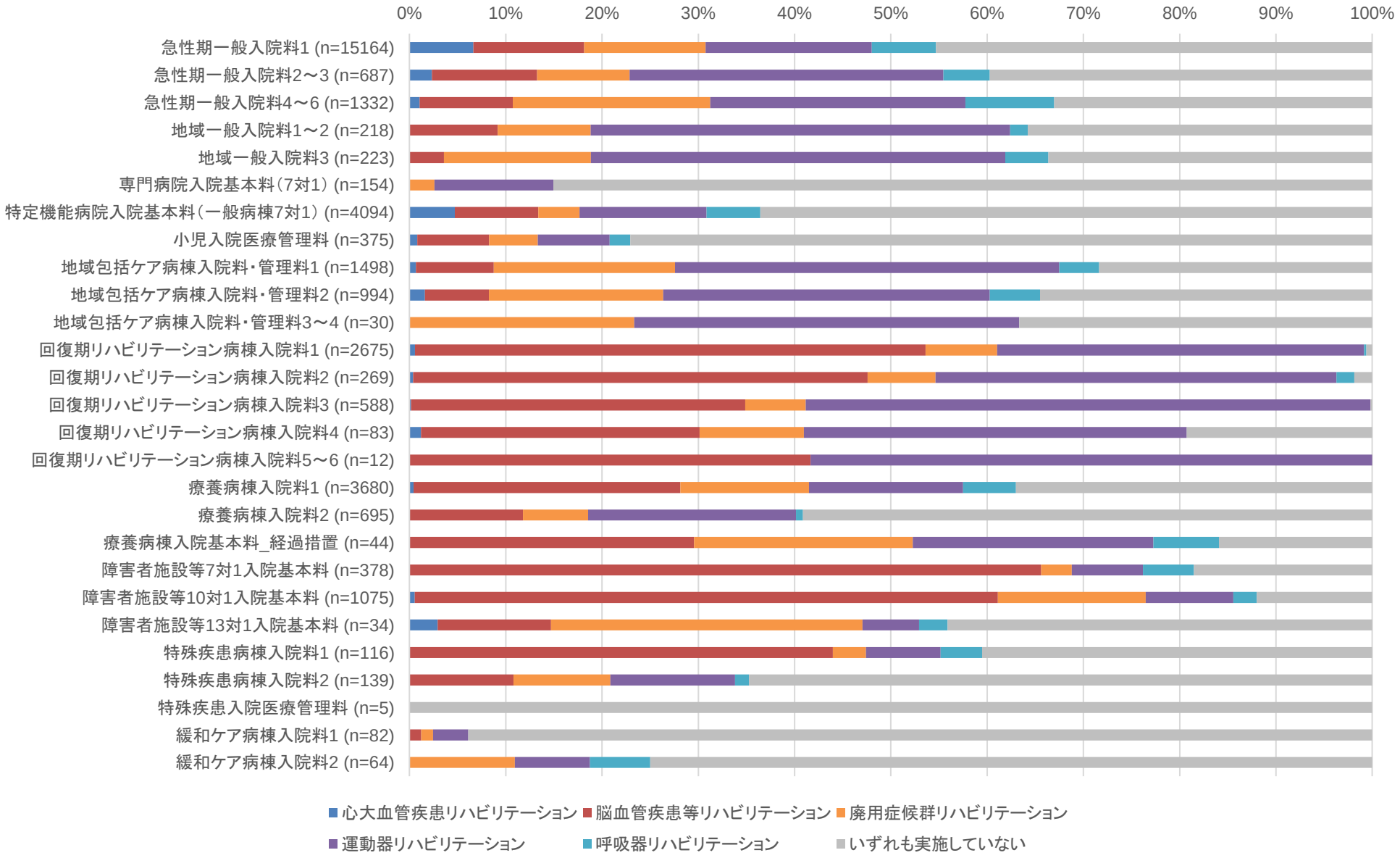
○　十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことがすすめられる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

○　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

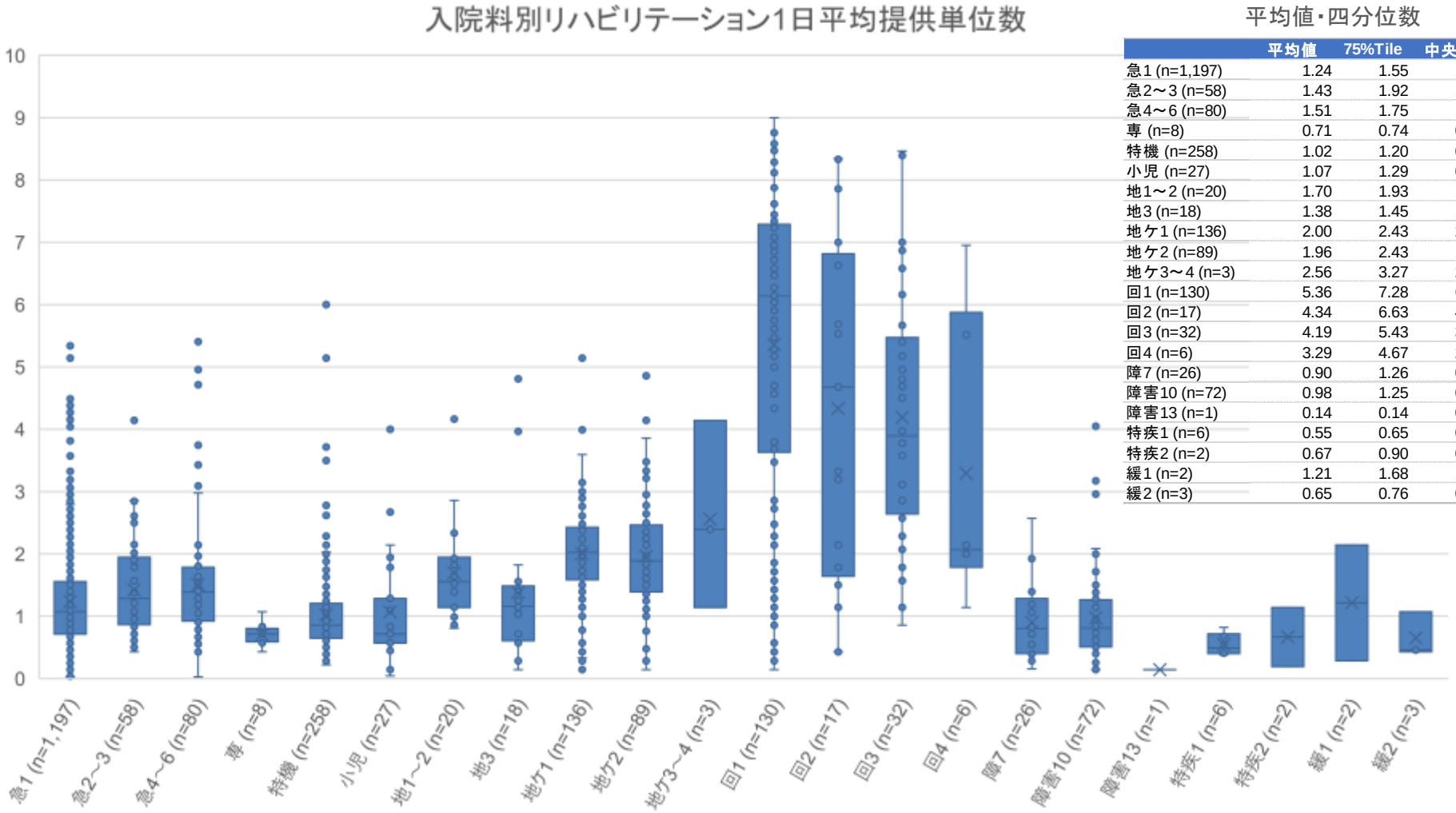


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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。



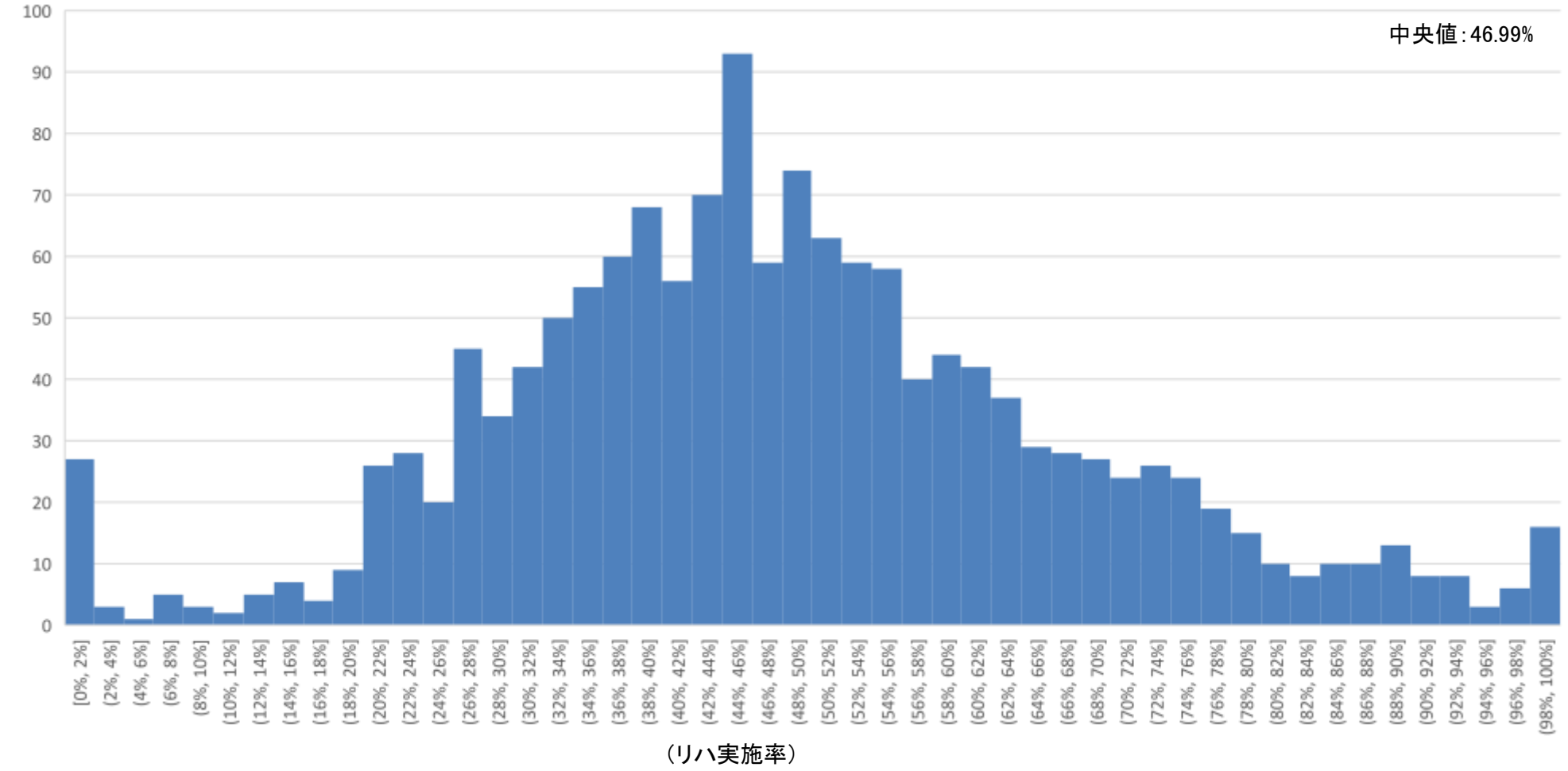
平均値・四分位数

	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。

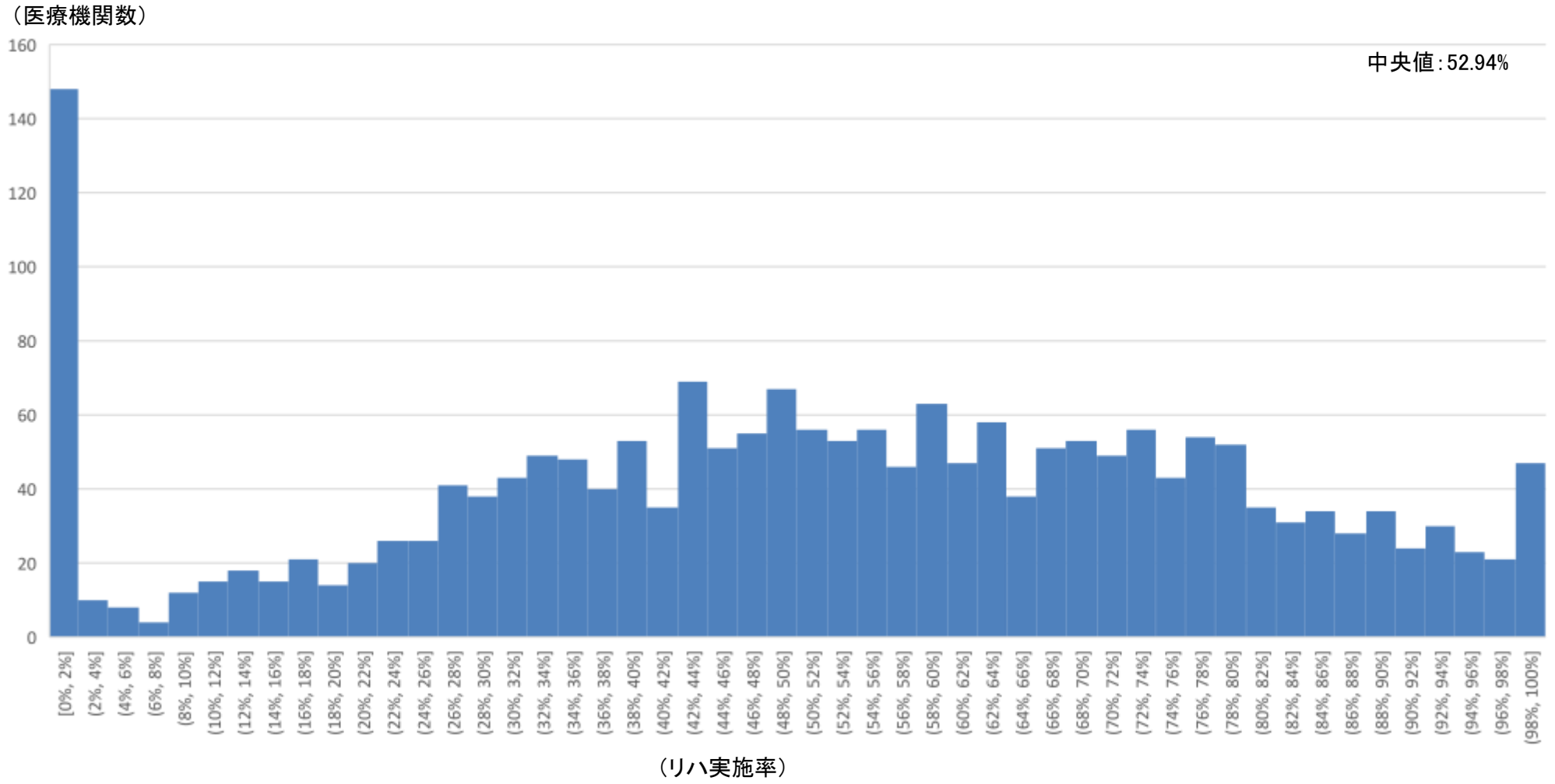


抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

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。

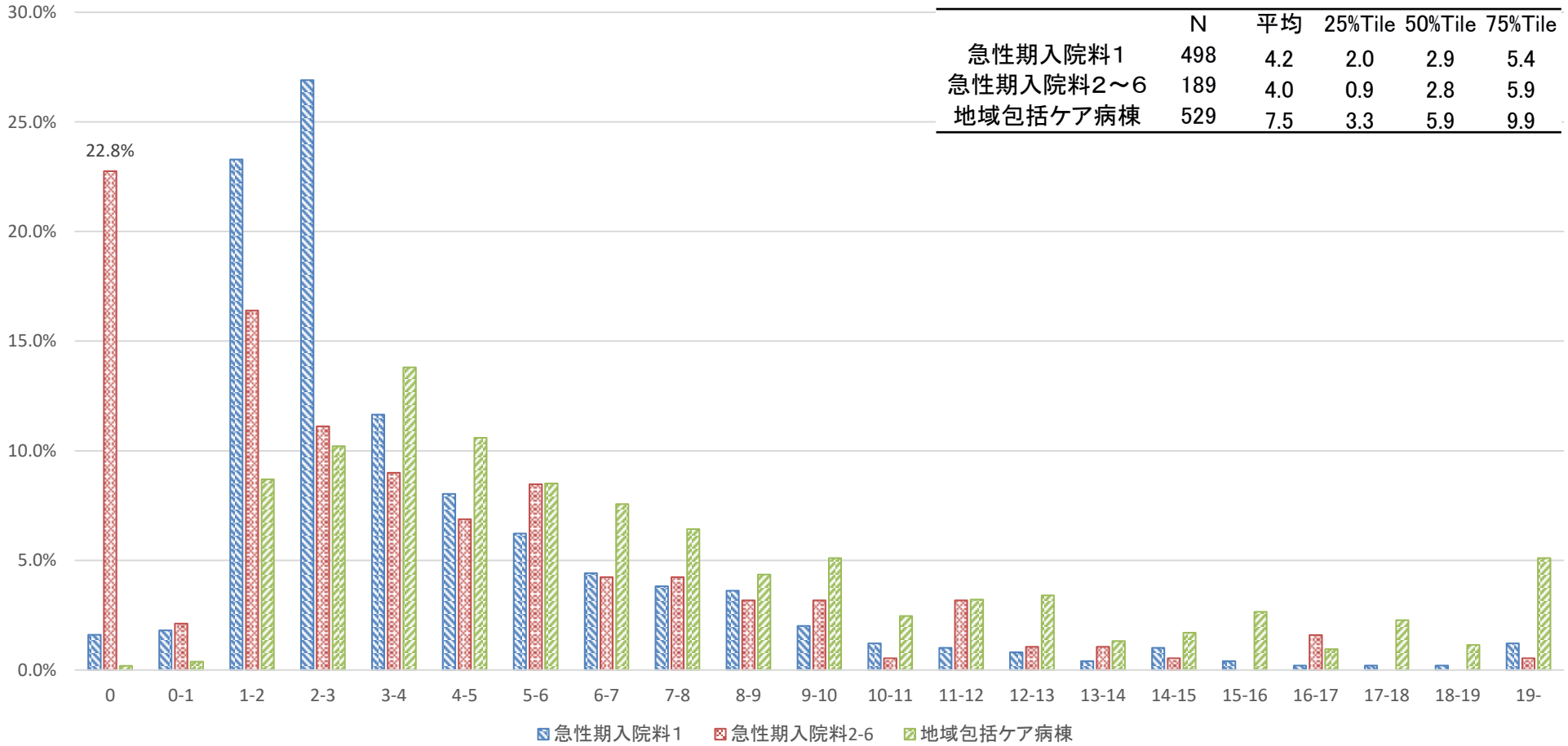
出典：DPCデータ

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。

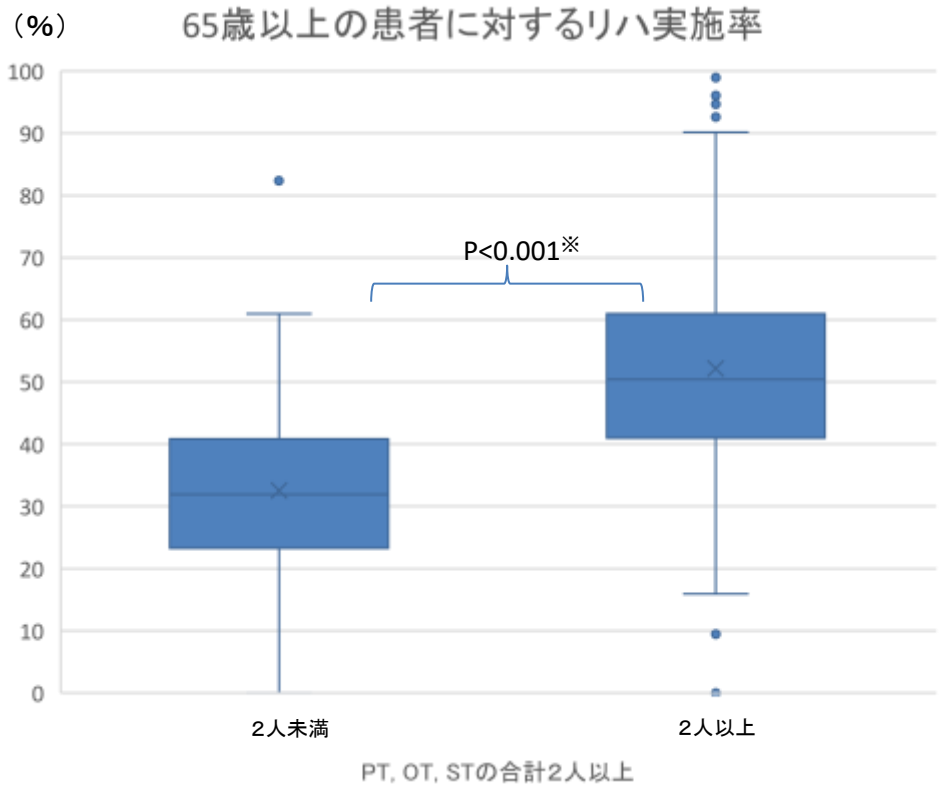


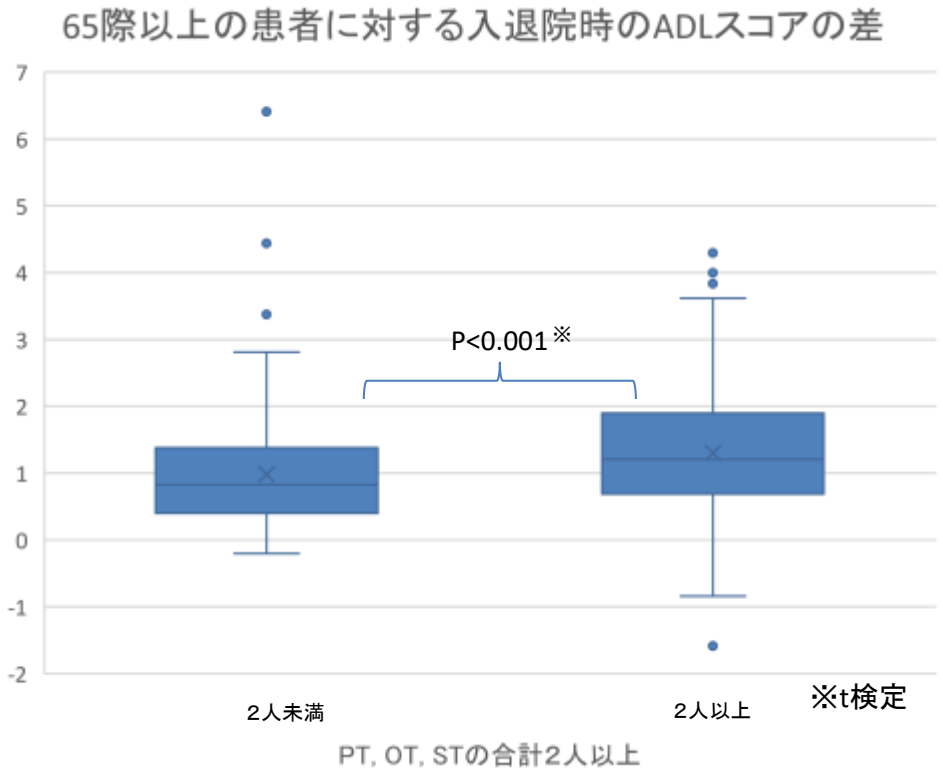
	N	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
急性期入院料１	498	4.2	2.0	2.9	5.4
急性期入院料２～６	189	4.0	0.9	2.8	5.9
地域包括ケア病棟	529	7.5	3.3	5.9	9.9

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

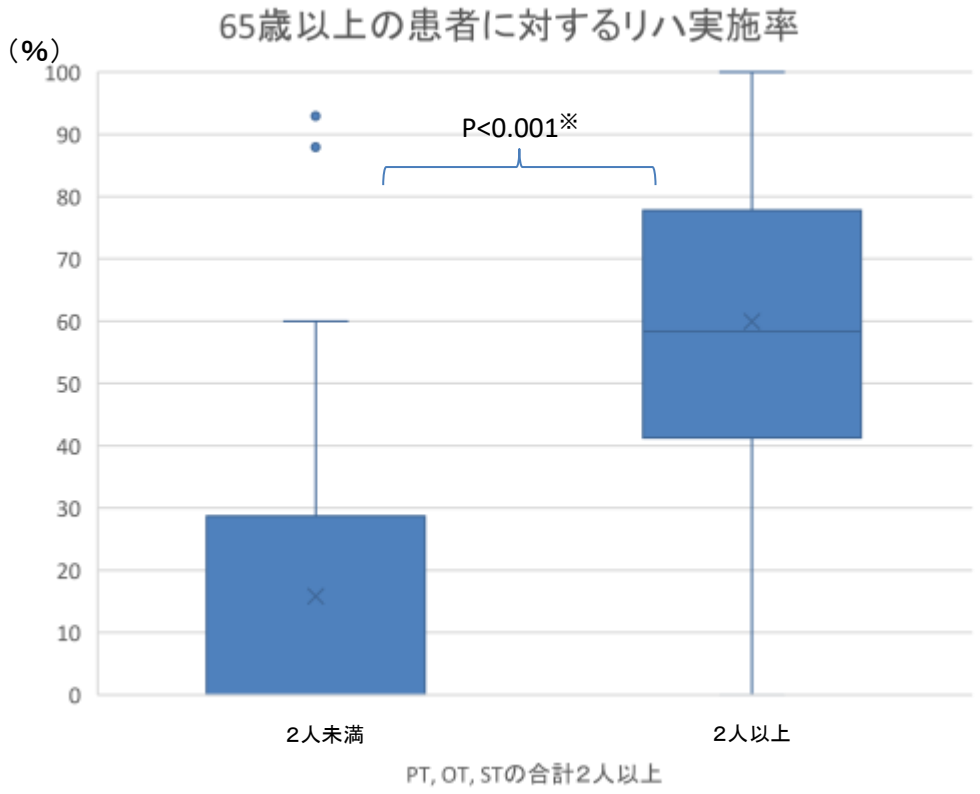
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

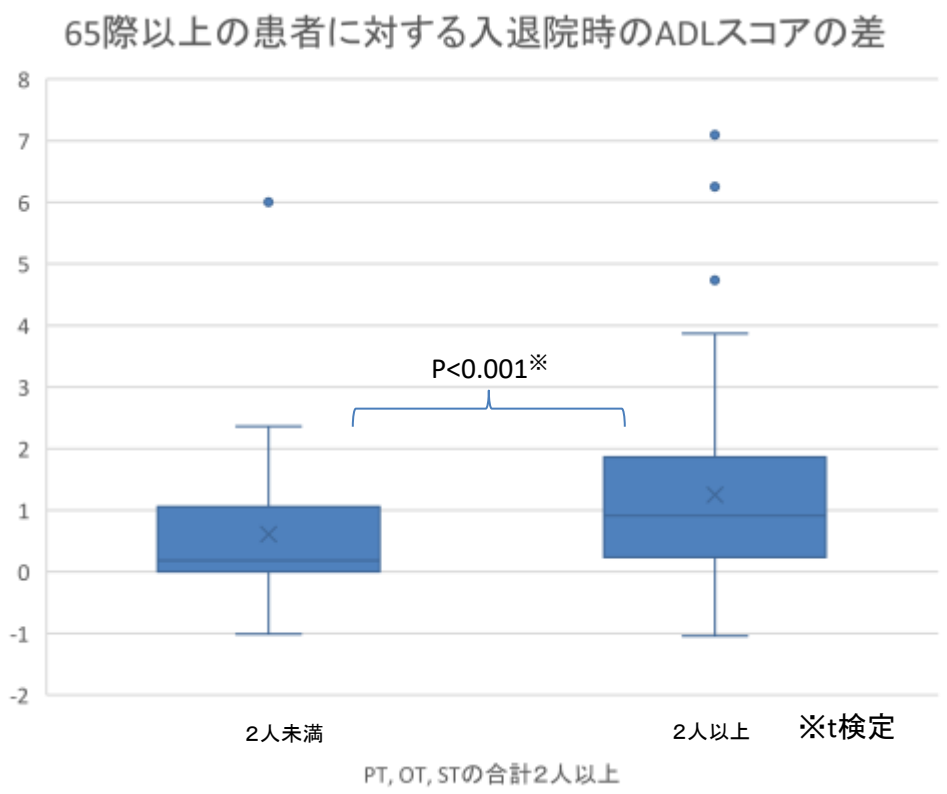
出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

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

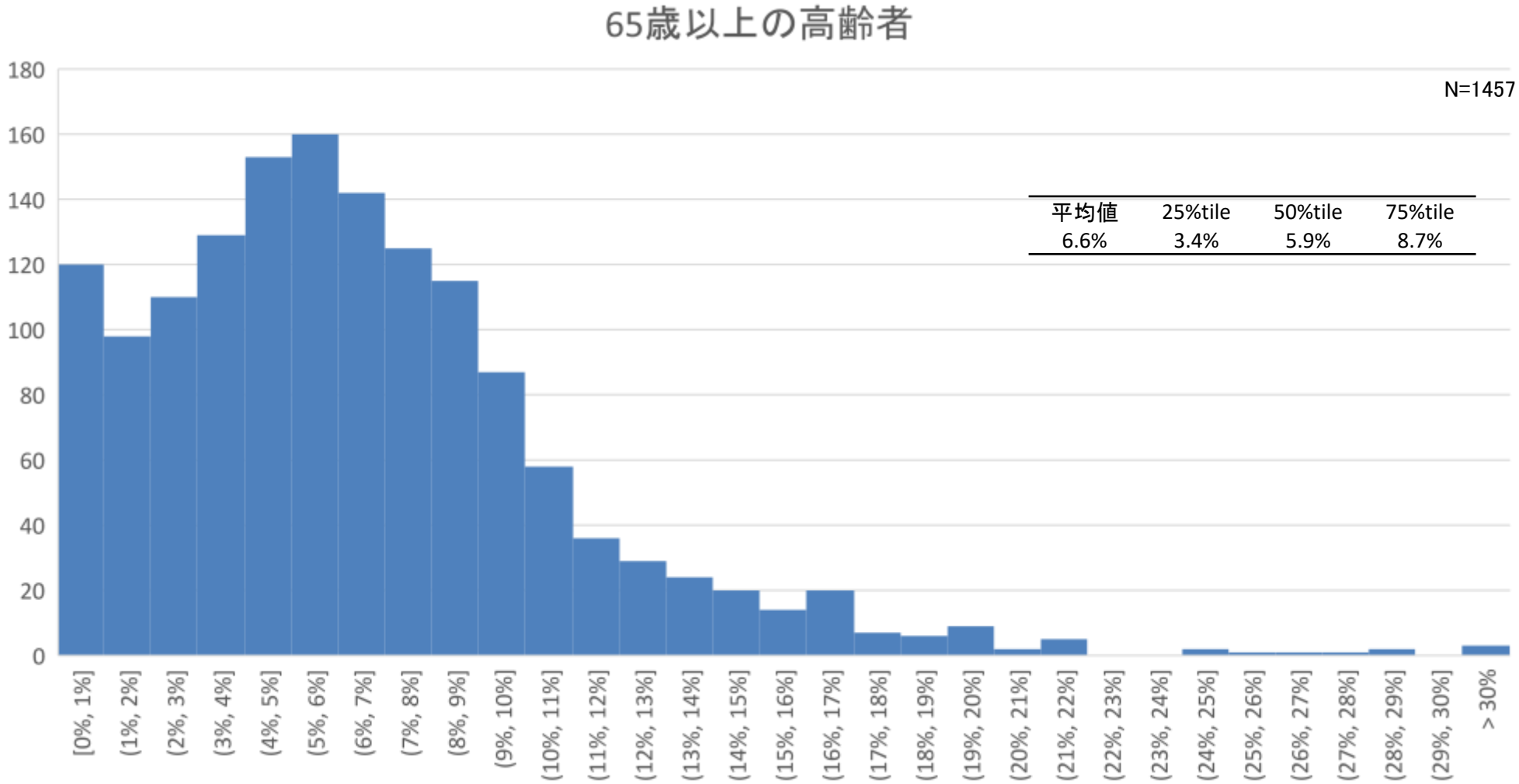
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

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。

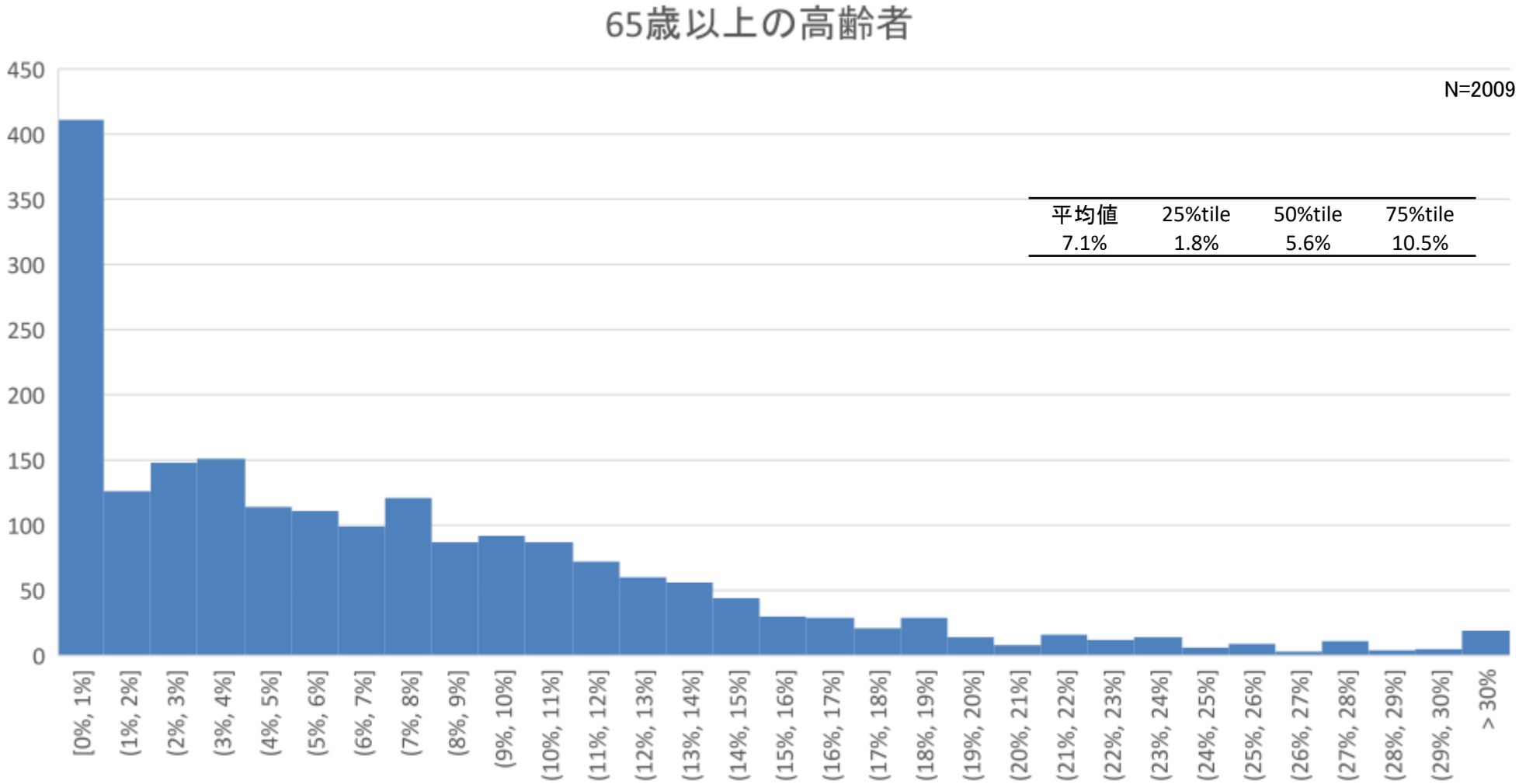


抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

ADL悪化患者（65歳以上）割合の分布（急２～６）

○　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。



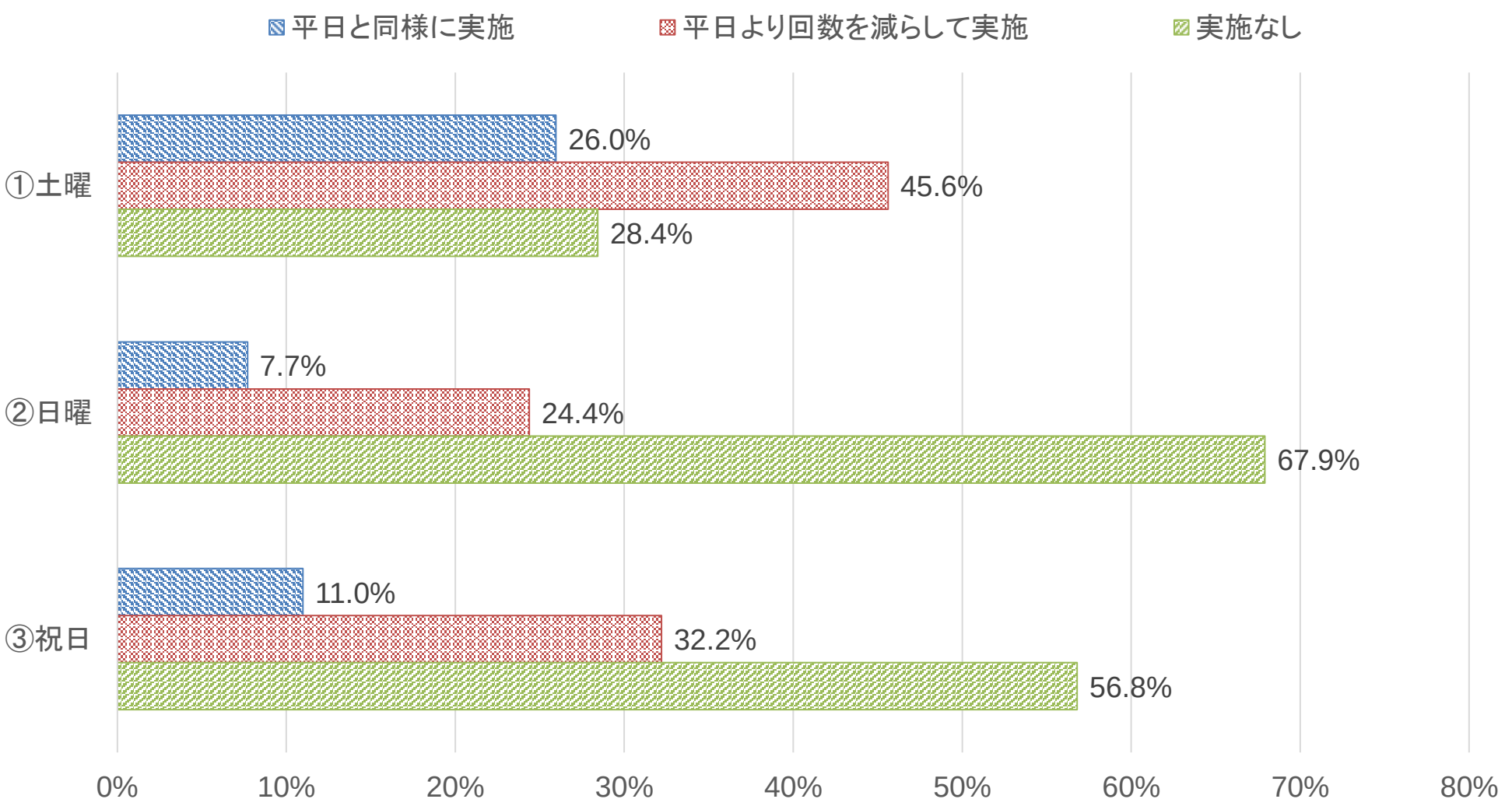
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

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）

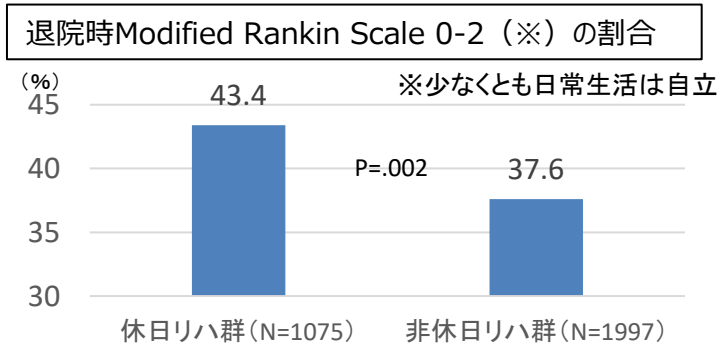
急性期における休日リハビリテーションについて

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。

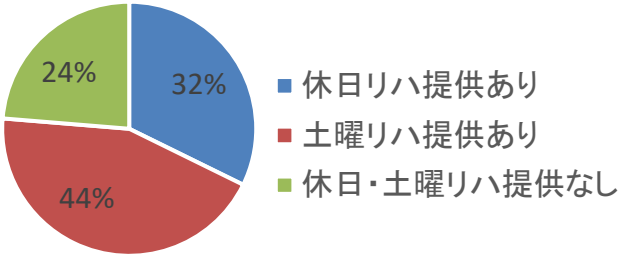
出典：Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



○ 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。

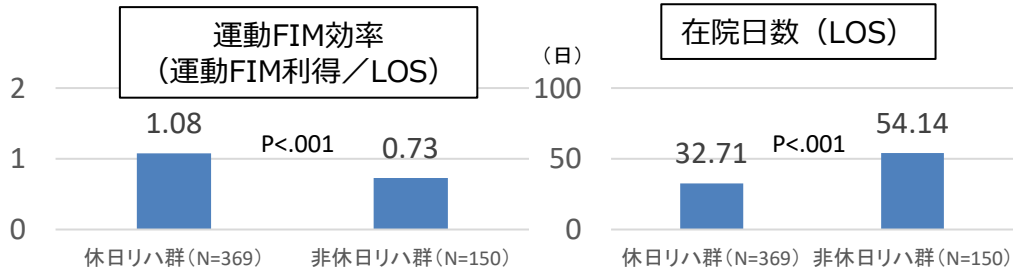
出典：角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

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）。



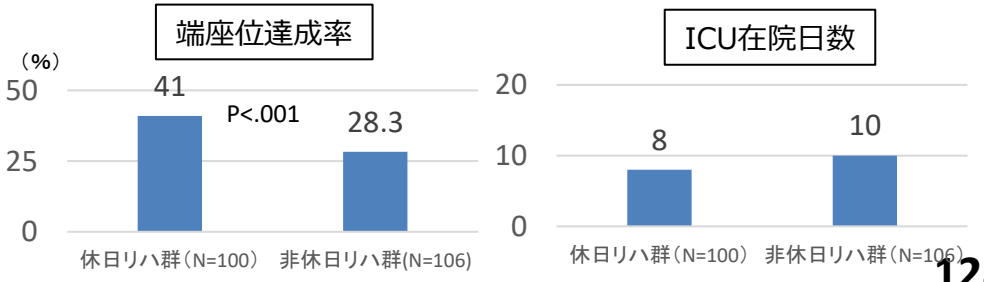
○ 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

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.



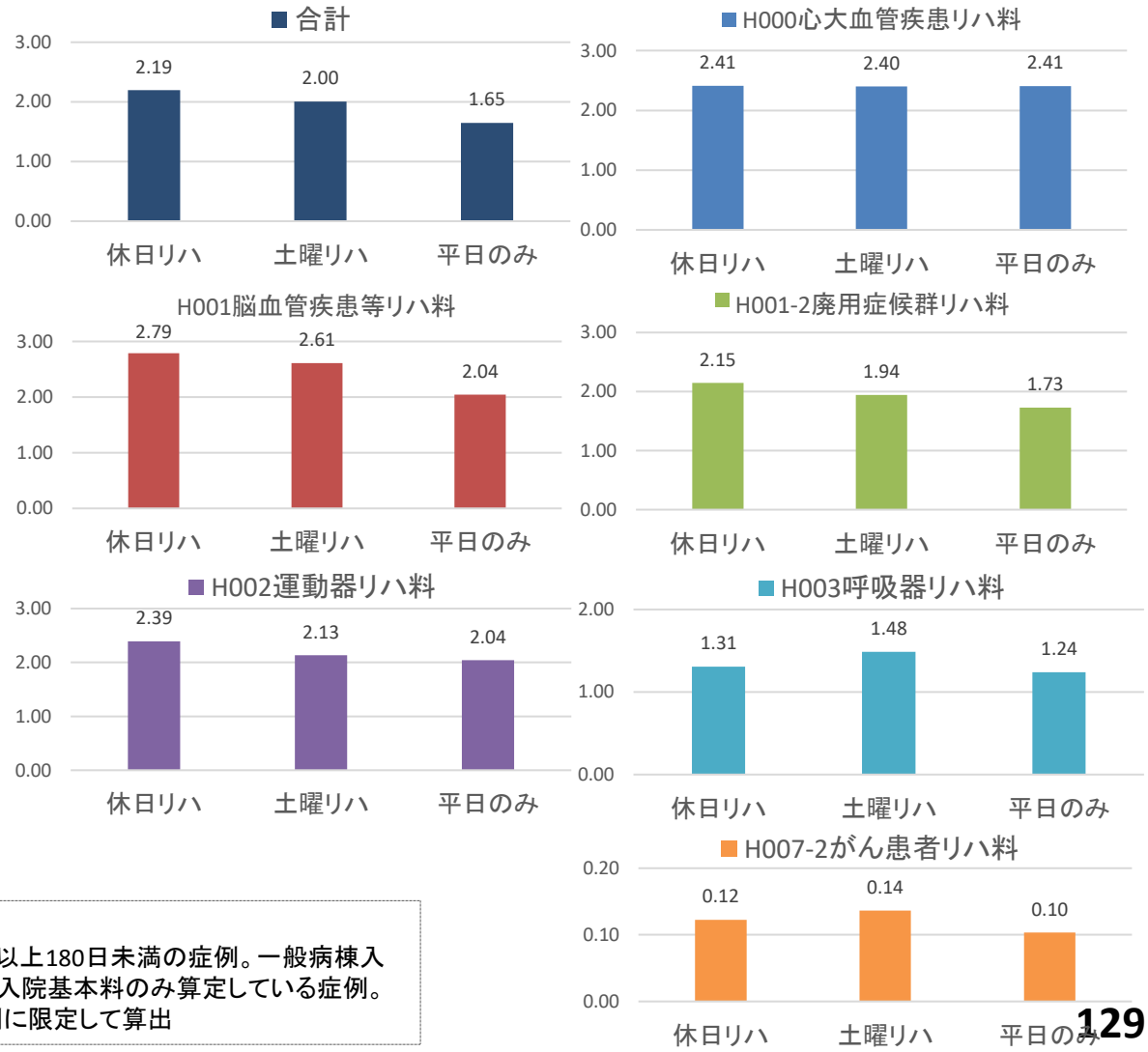
文献データを元に医療課で作図

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。

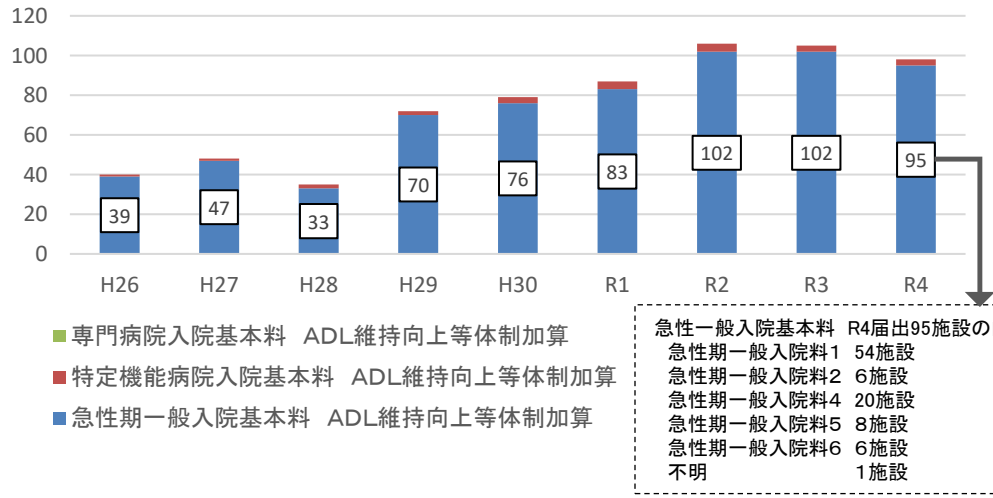
ア　リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

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。

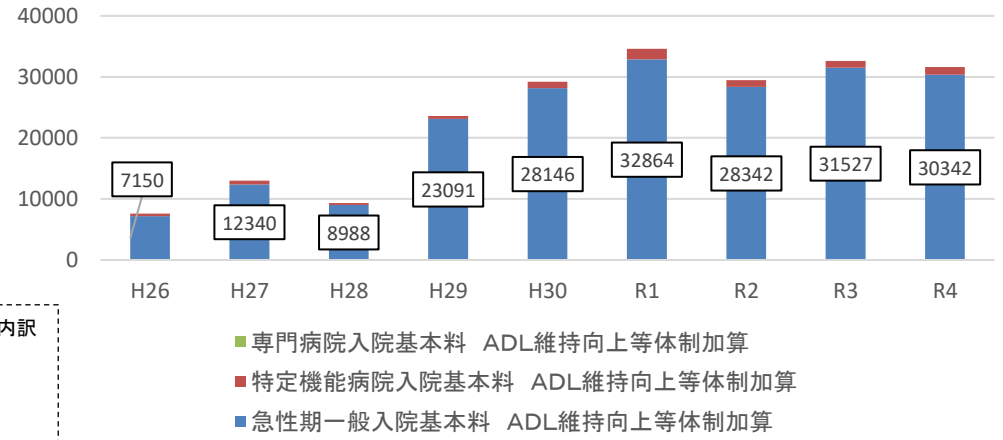
（施設）　ADL維持向上等体制加算（届出医療機関数）



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

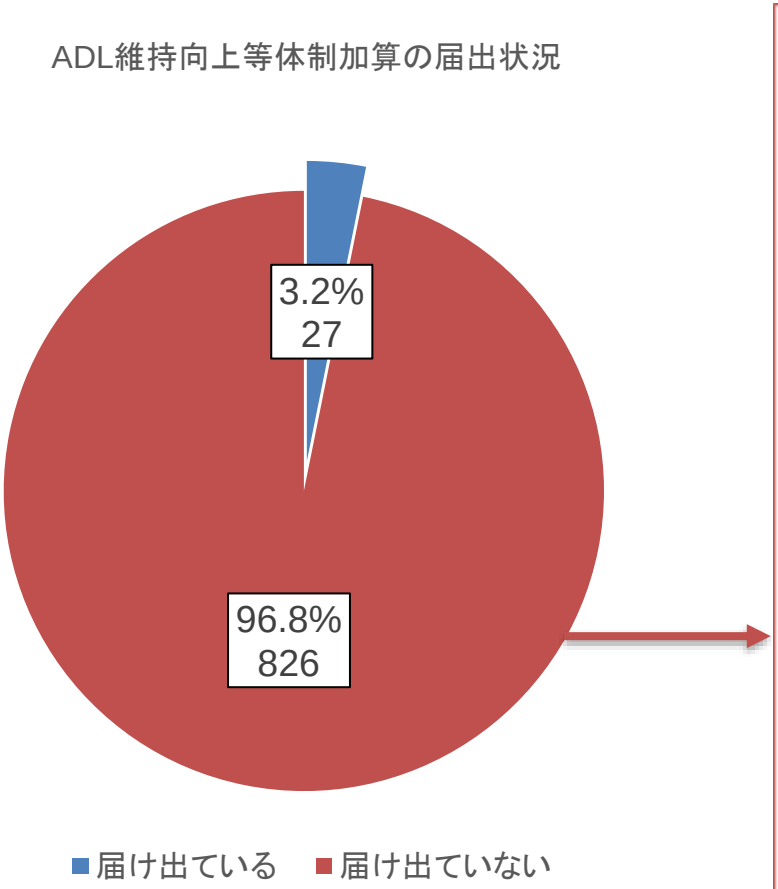
（回）　ADL維持向上等体制加算（算定回数）

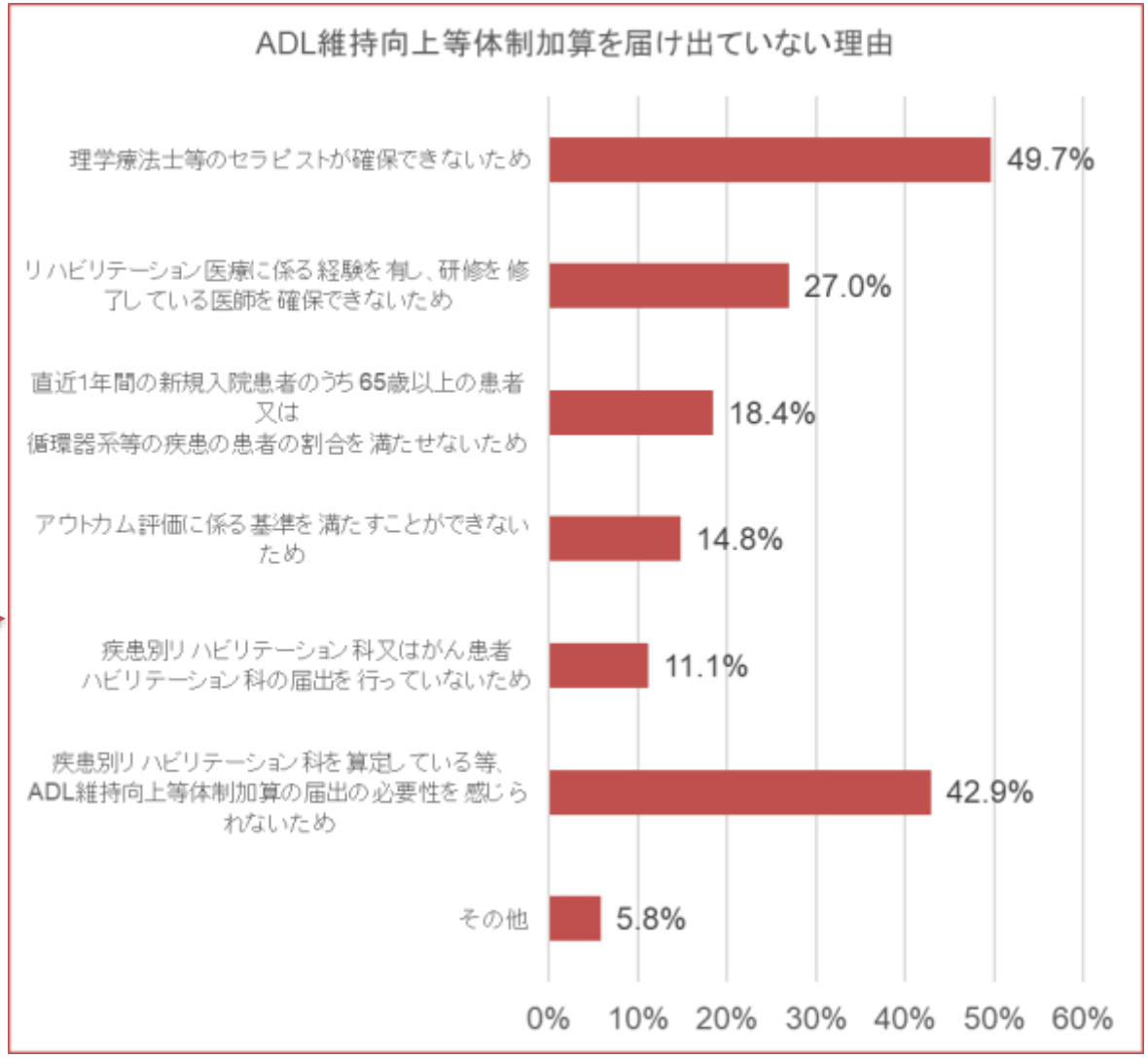


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

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）

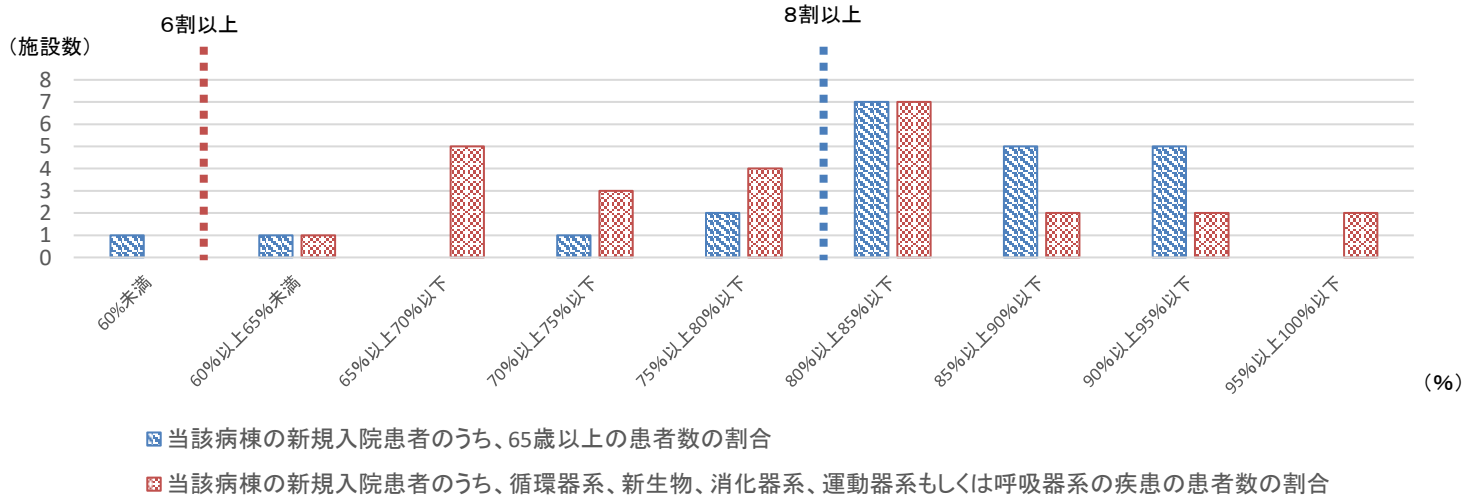
ADL維持向上等体制加算の実績

診調組　入－1
５．９．６

○　ADL維持向上等体制加算を届け出い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。

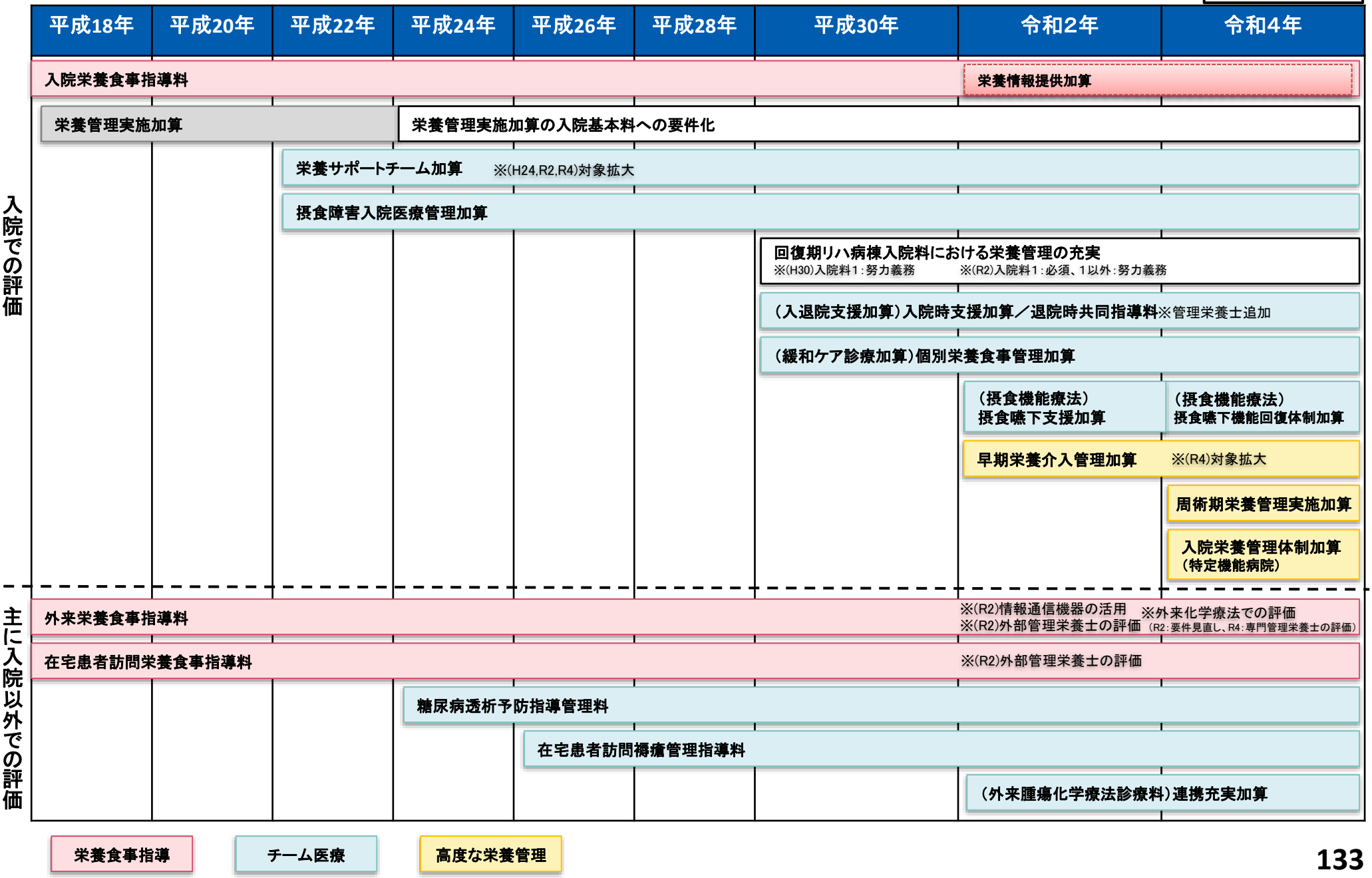
N=41	平均	25パーセンタイル	中央値	75パーセンタイル
１．当該病棟の新規入院患者のうち、65歳以上の患者数の割合（８割以上）	82.5	79.7	84.3	88.3
２．当該病棟の新規入院患者のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系もしくは呼吸器系の疾患の患者数の割合（６割以上）	79.3	71.9	80.2	85.4
３．当該病棟を退院または転棟した患者数（死亡退院を除く）のうち、退院または転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数の割合（３%未満）	1.26	0.64	1.09	1.91
４．当該病棟の入院患者数のうち、褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上）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

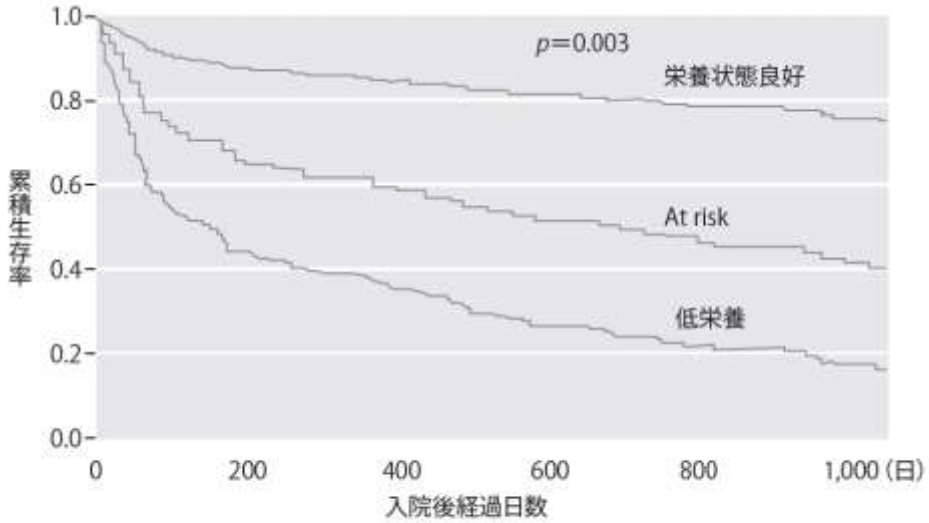
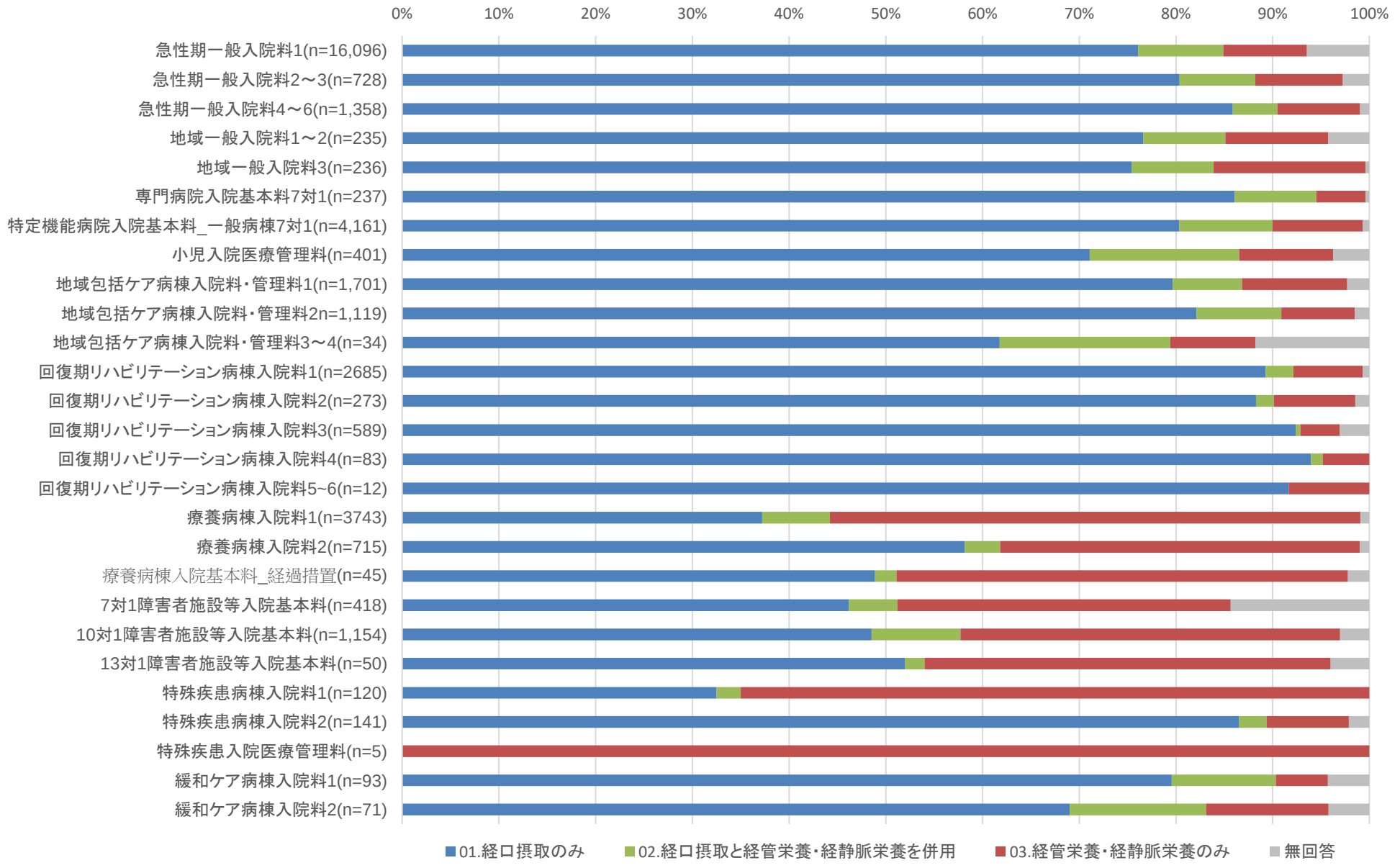


図1　入院高齢者の生命予後と栄養状態（文献1）
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し，3群に分けた生存曲線（Kaplan-Meier法）を示す．

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

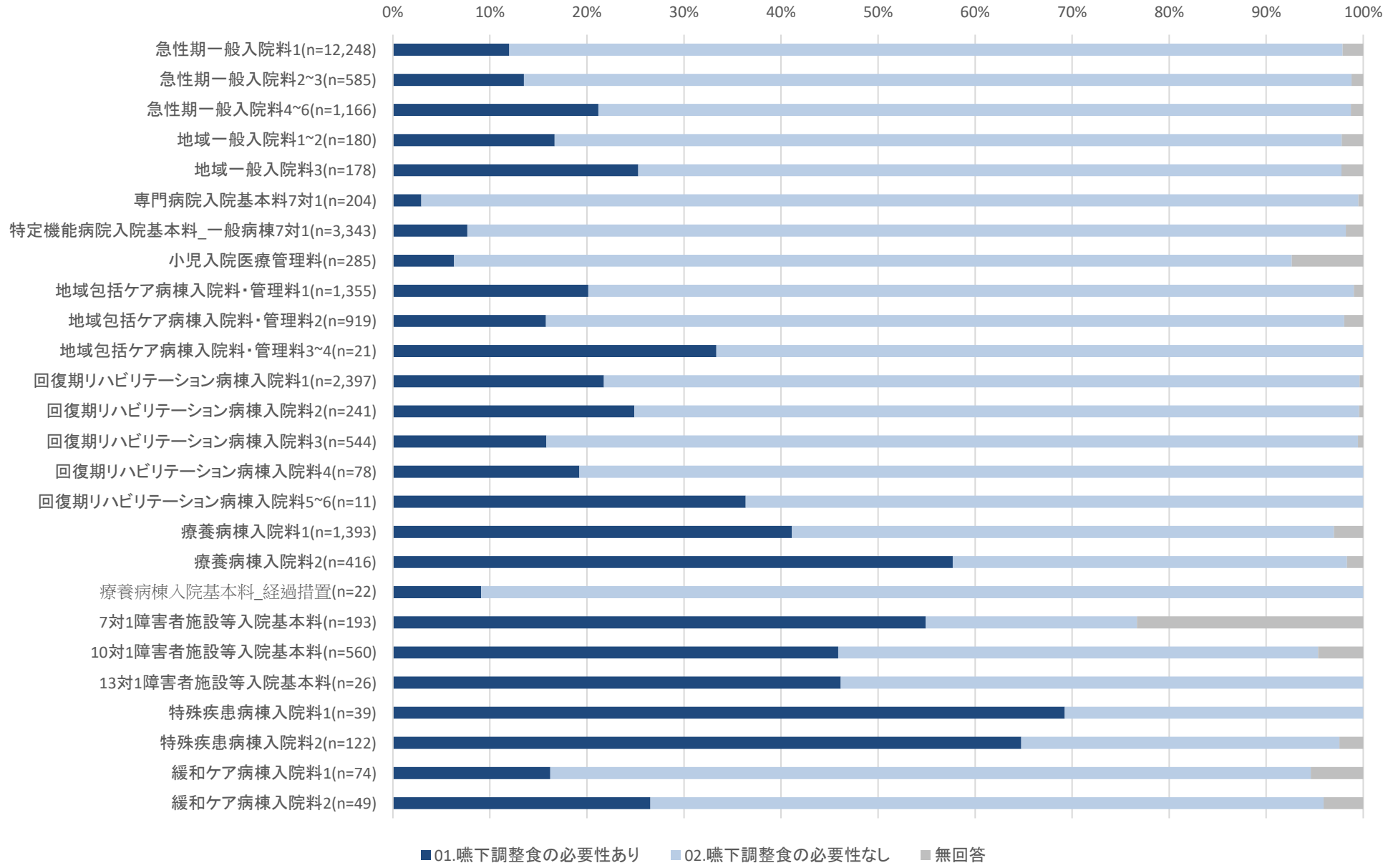
診調組　入－１
５．６．８



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】

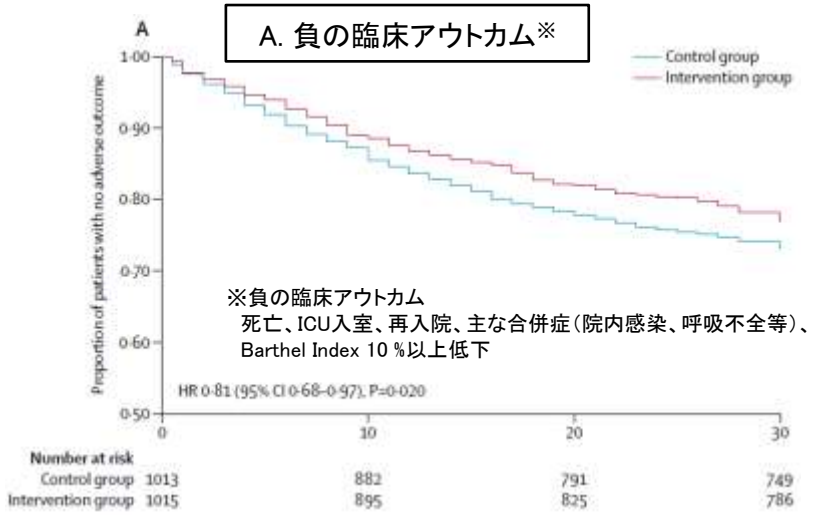
対象：入院時の栄養スクリーニング（NRS2002)で低栄養リスクがあり、４日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

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

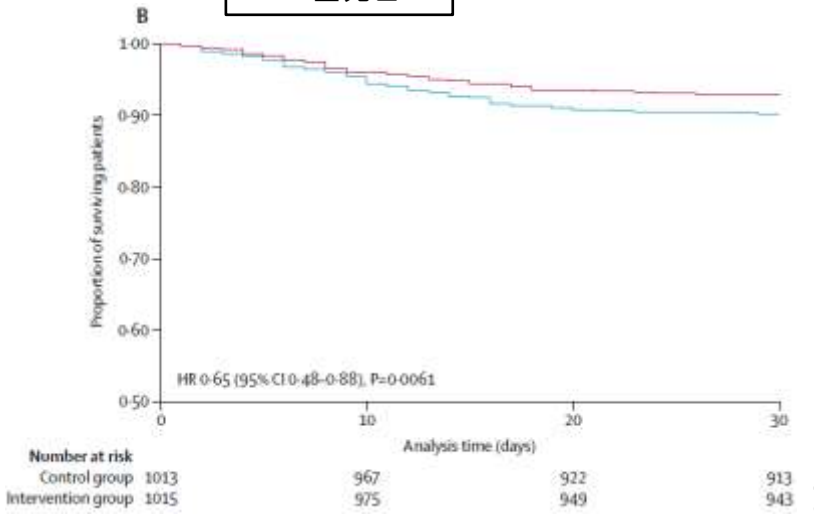
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標（たんぱく質・エネルギー等）を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養（患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供）と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ ５日以内に経口栄養で１日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
  - ✓ 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

○　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）

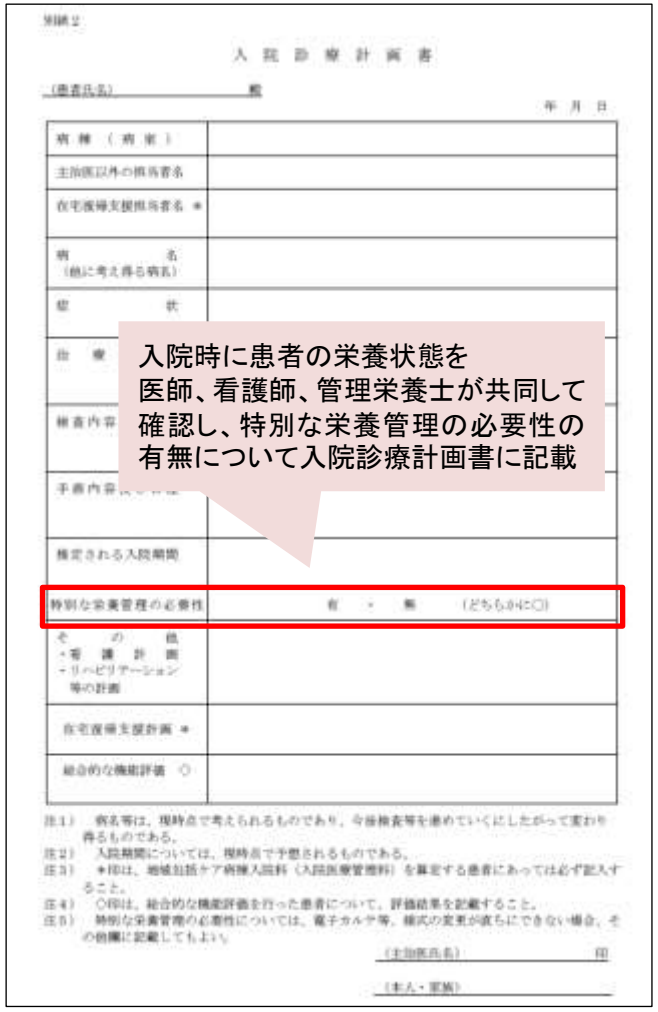
※　経鼻胃管 、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

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。

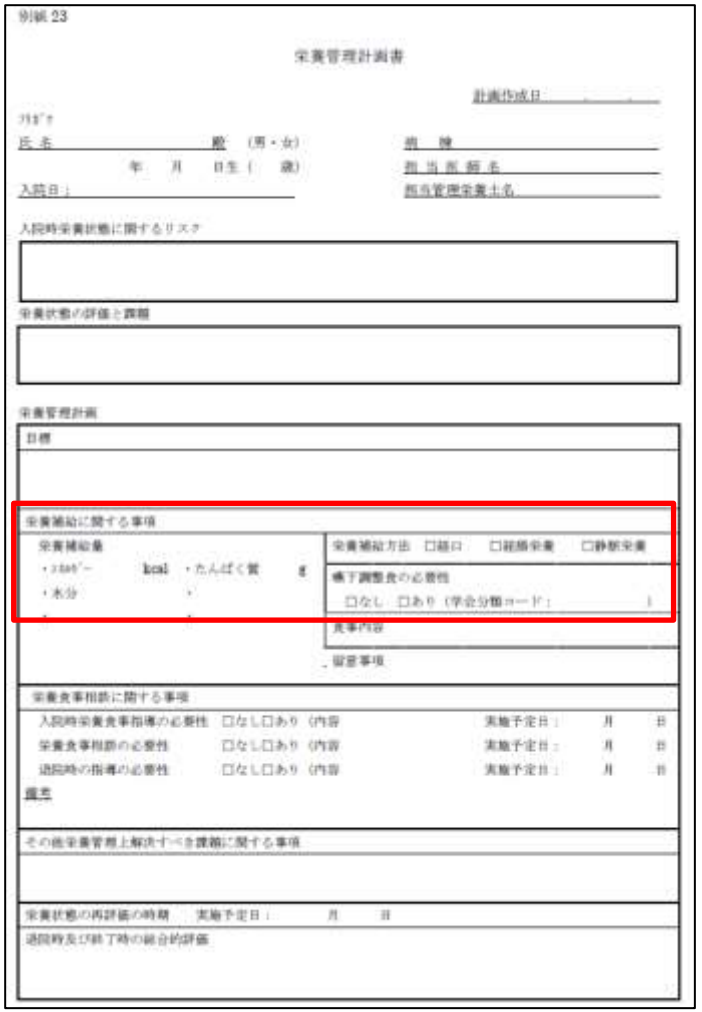
（主治医氏名）　　印

（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

診調組　入－1
５．９．６

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

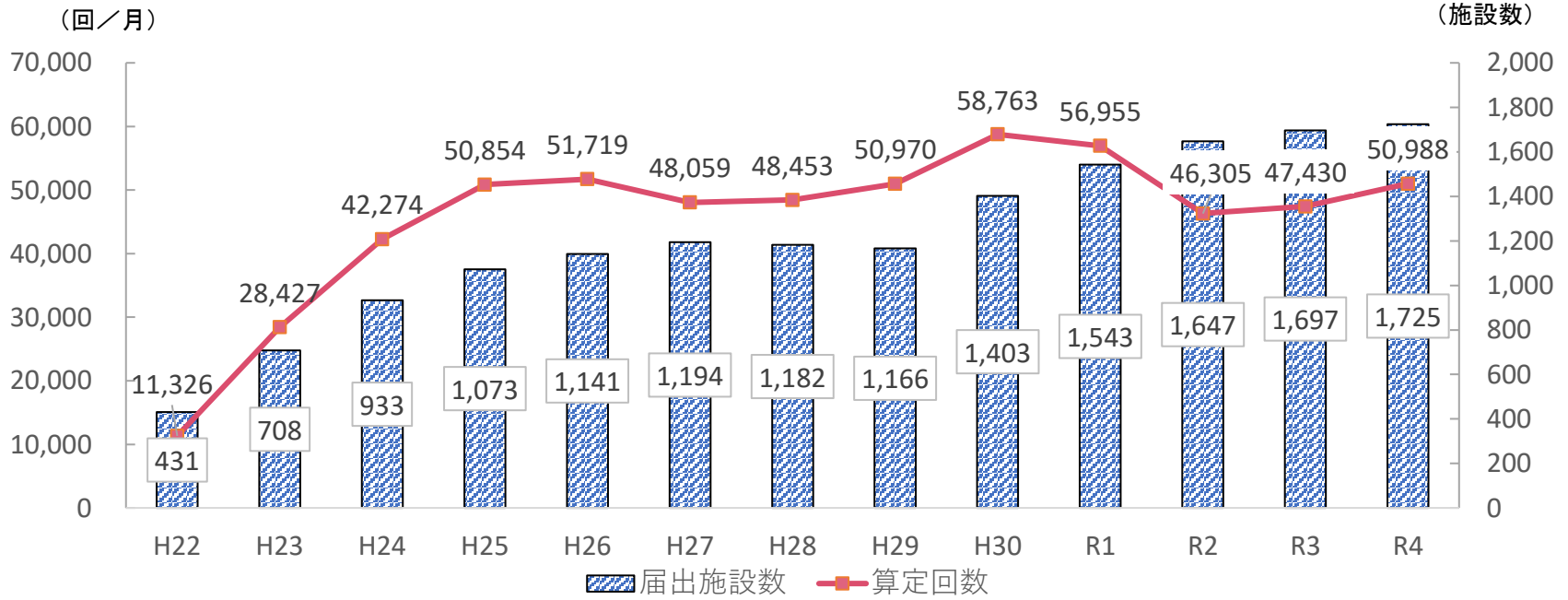


図　栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

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。

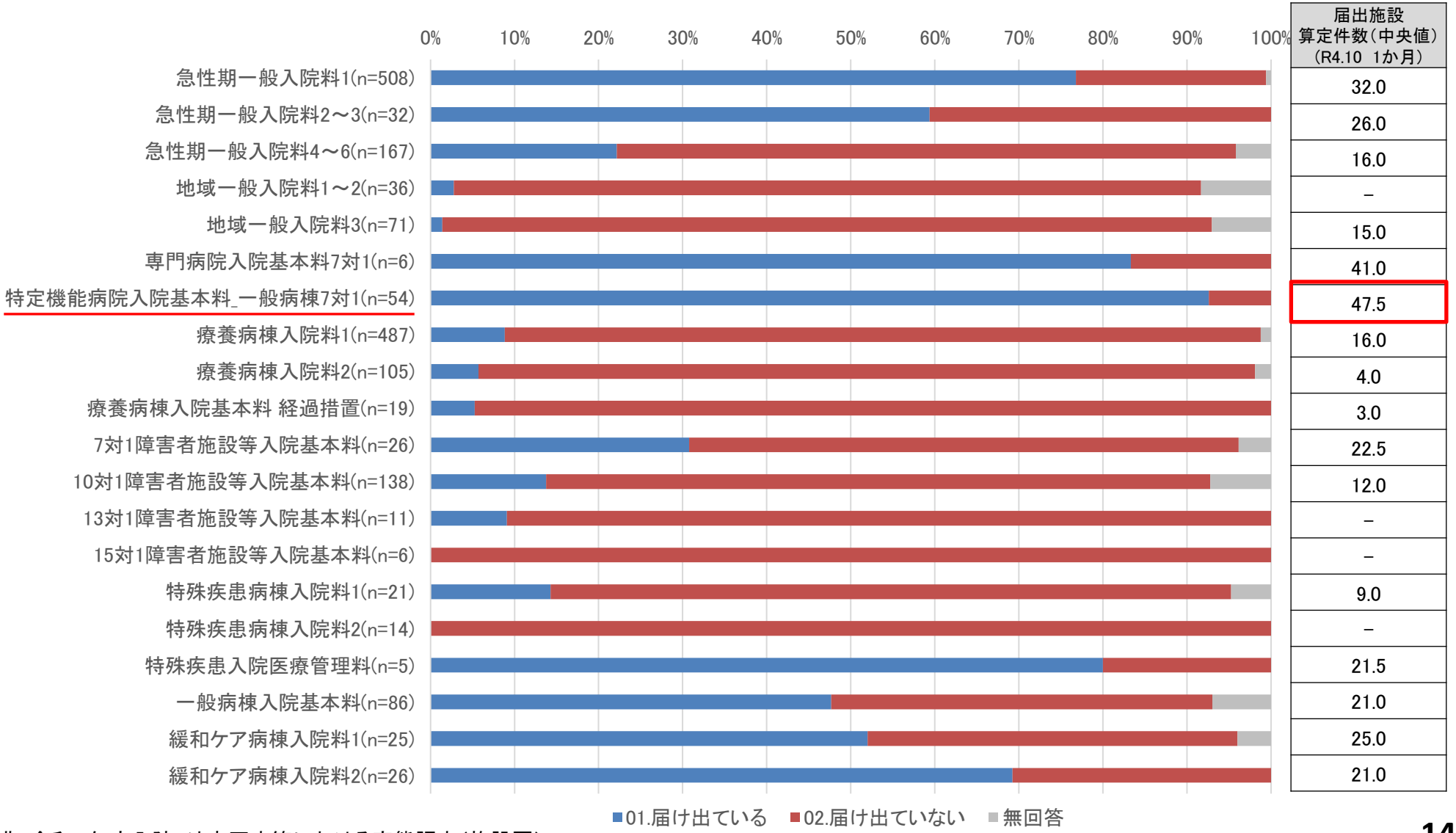
○：算定可、×：算定不可

	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

診調組　入－1
5．6．8 改

○ 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。



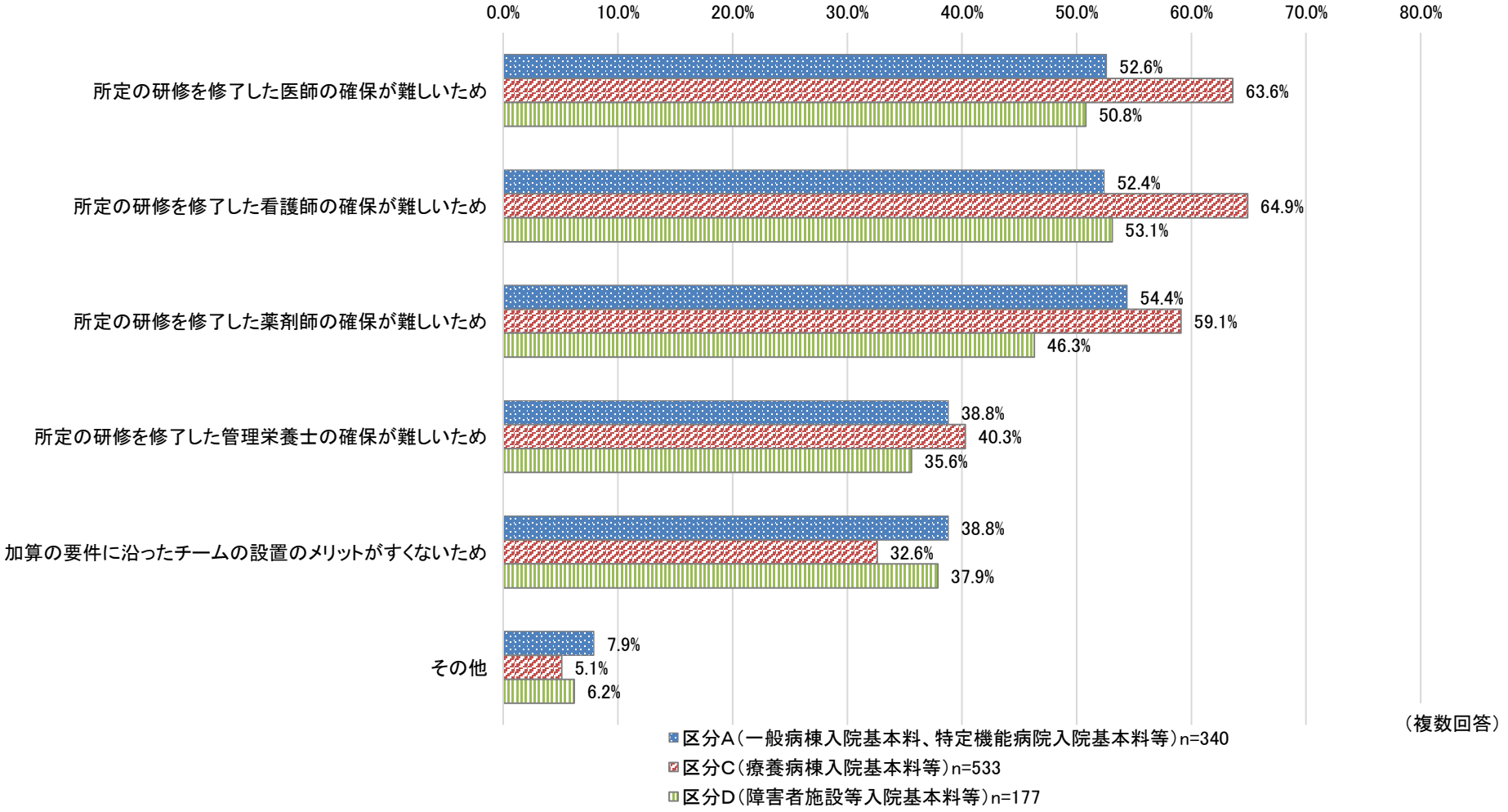
	届出施設 算定件数（中央値）（R4.10 1か月）
急性期一般入院料1(n=508)	32.0
急性期一般入院料2～3(n=32)	26.0
急性期一般入院料4～6(n=167)	16.0
地域一般入院料1～2(n=36)	－
地域一般入院料3(n=71)	15.0
専門病院入院基本料7対1(n=6)	41.0
特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1(n=54)	47.5
療養病棟入院料1(n=487)	16.0
療養病棟入院料2(n=105)	4.0
療養病棟入院基本料 経過措置(n=19)	3.0
7対1障害者施設等入院基本料(n=26)	22.5
10対1障害者施設等入院基本料(n=138)	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。

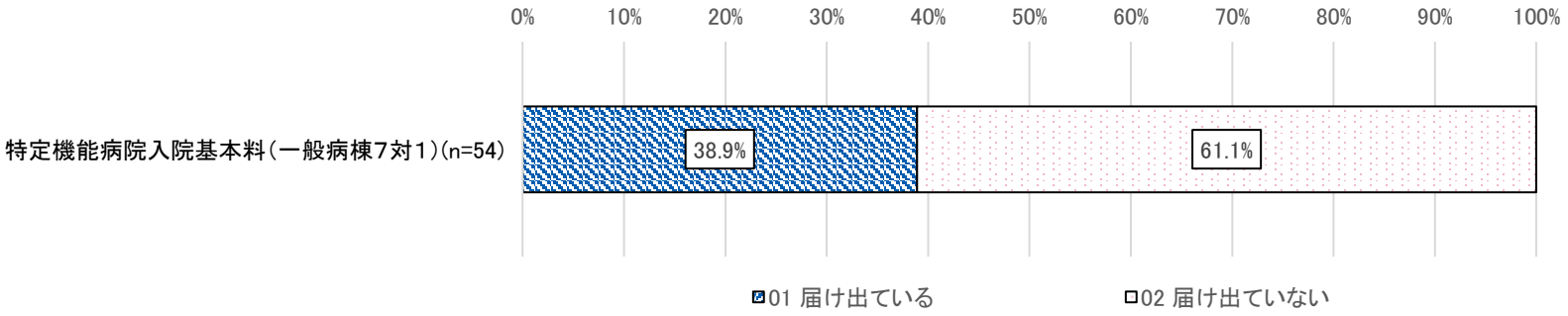
［施設基準］
（１）当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
（２）**入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
（３）栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

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

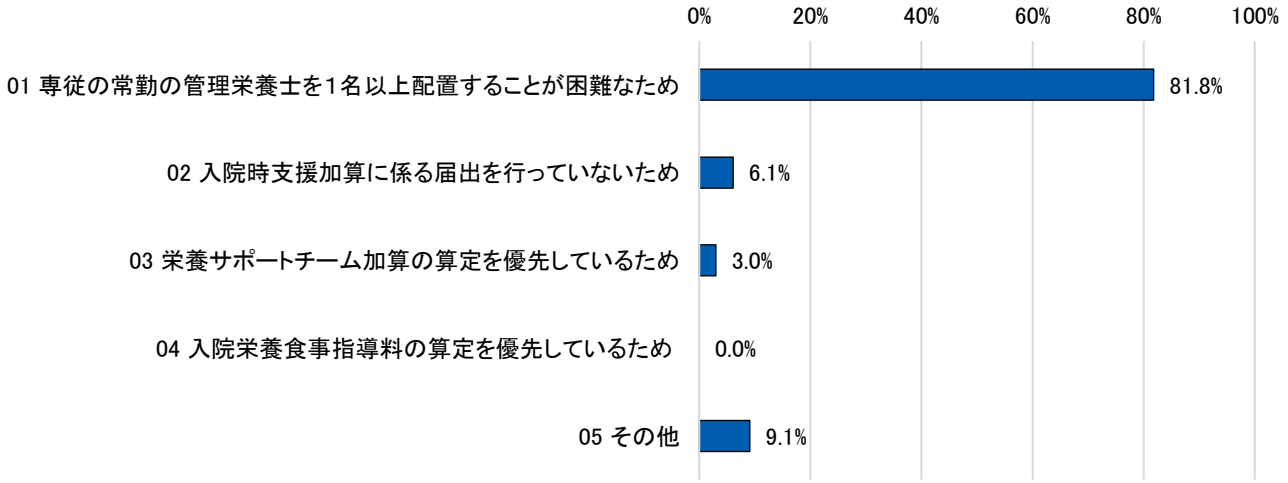
診調組　入－1
５．９．６

○　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。

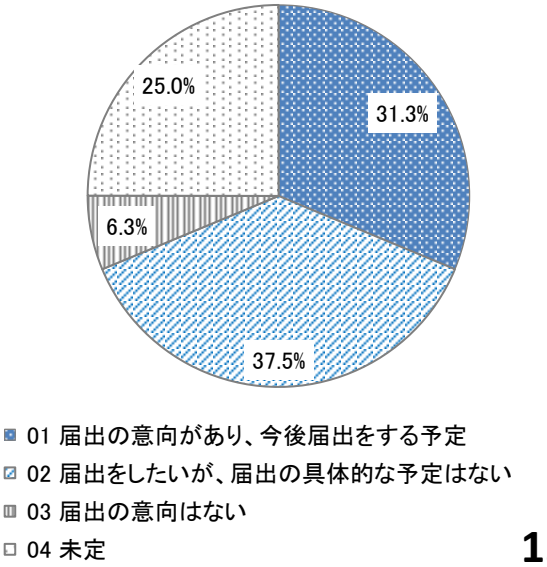
■　届出状況（特定機能病院入院基本料）



■　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**。

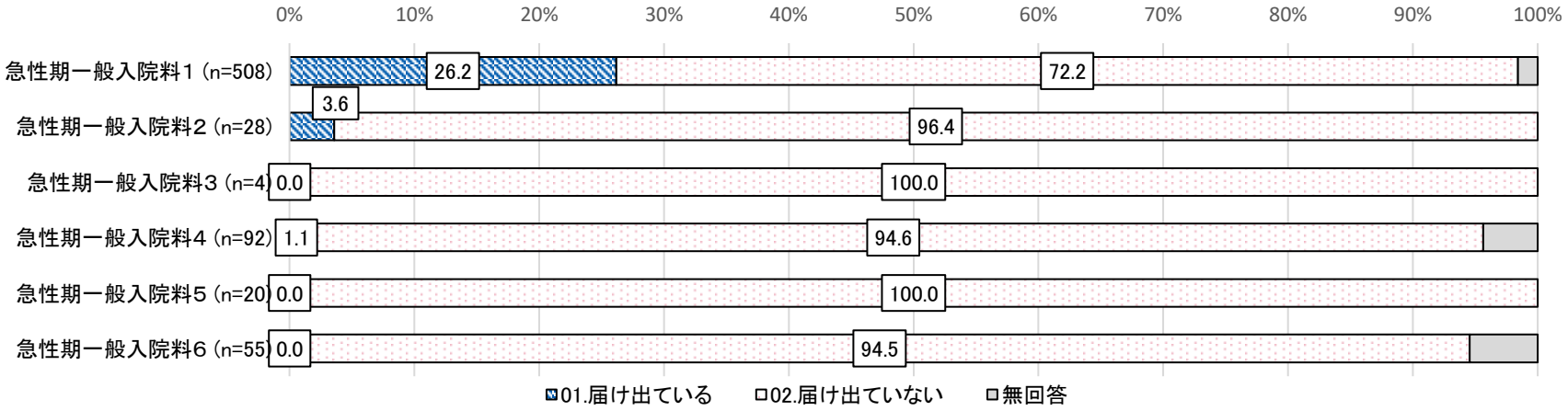
［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置**されていること。
（２）**総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

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

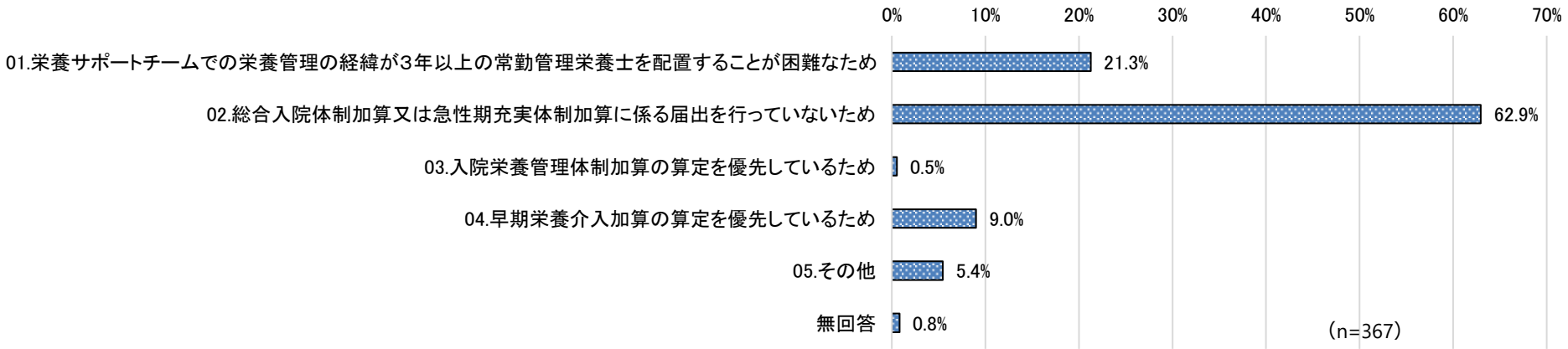
診調組　入－１
５．９．６

○　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



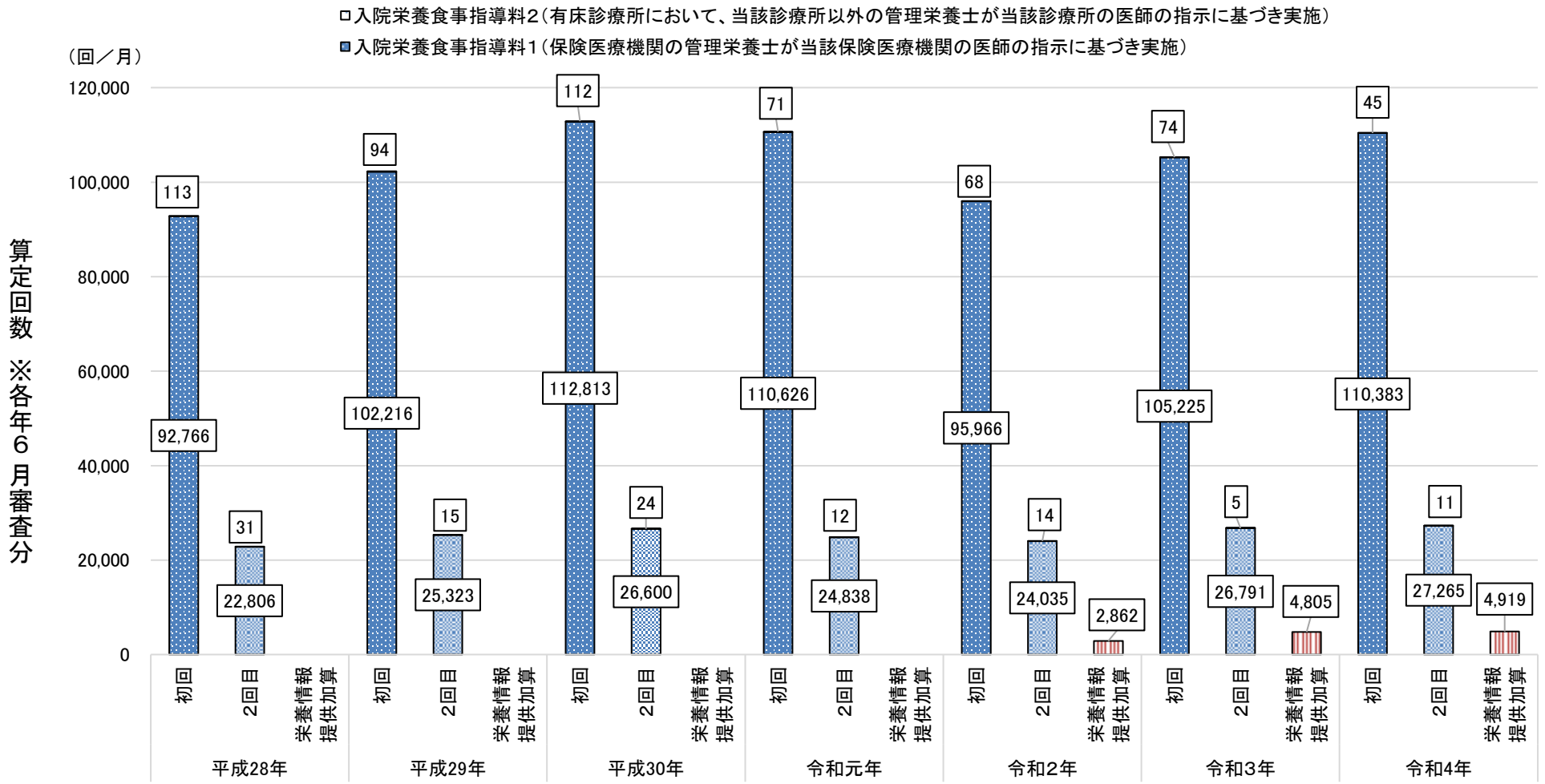
＜入院中の栄養管理に関する情報＞
・必要栄養量
・摂取栄養量
・食事形態（嚥下食コードを含む。）
・禁止食品
・栄養管理に係る経過　　等



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

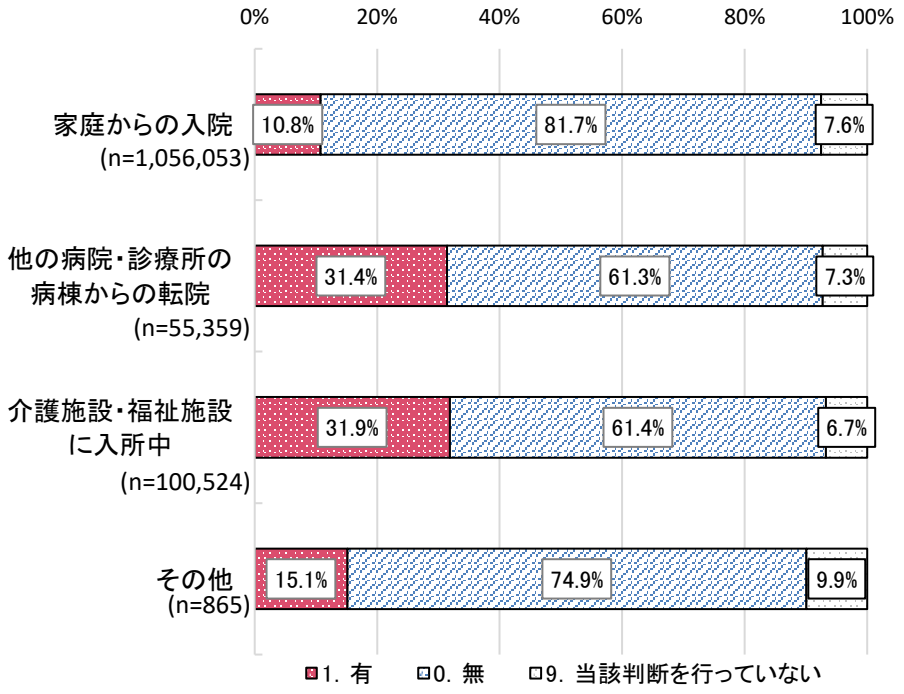
出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）

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

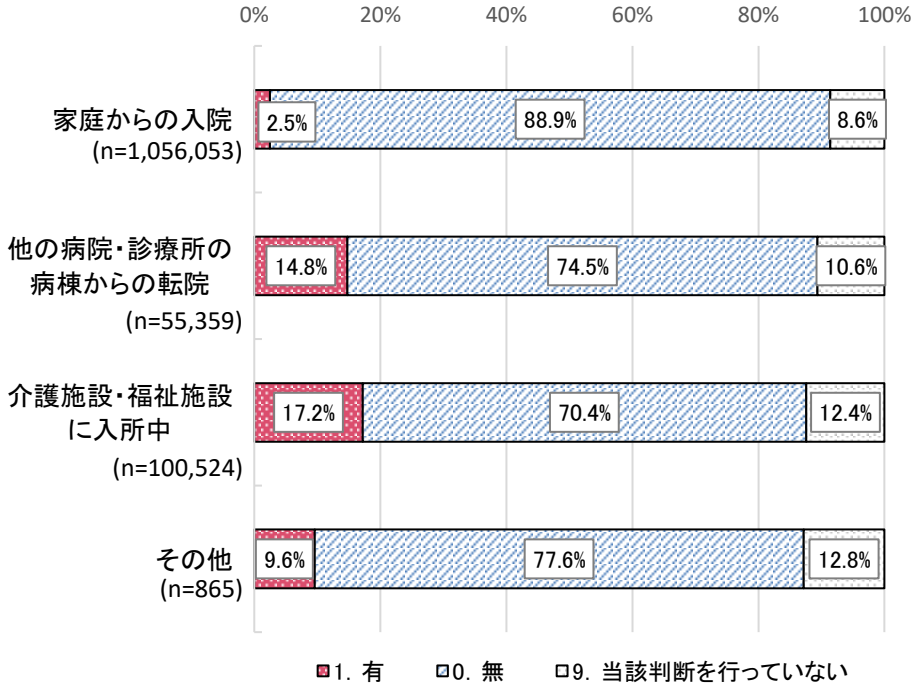
○　入院経路が「他の病院・診療所の病棟から転院」・「介護施設・福祉施設に入所中」の患者は、入院時に低栄養の割合が約3割、摂食・嚥下機能障害を有する割合が２割弱だった。

■　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。）

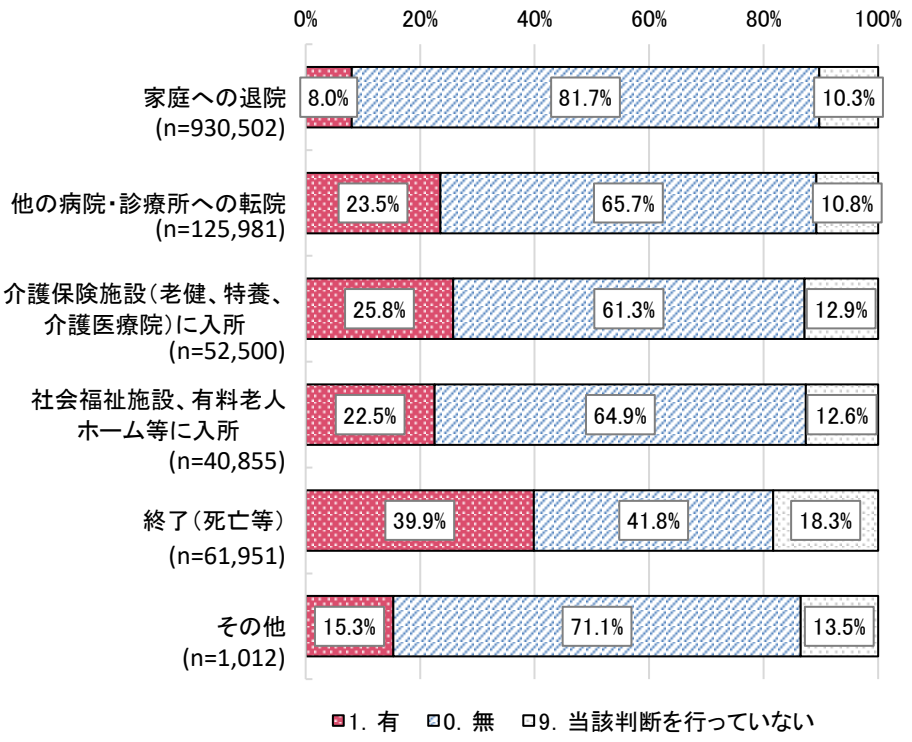
出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数4日以上、65歳以上を対象として集計）

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

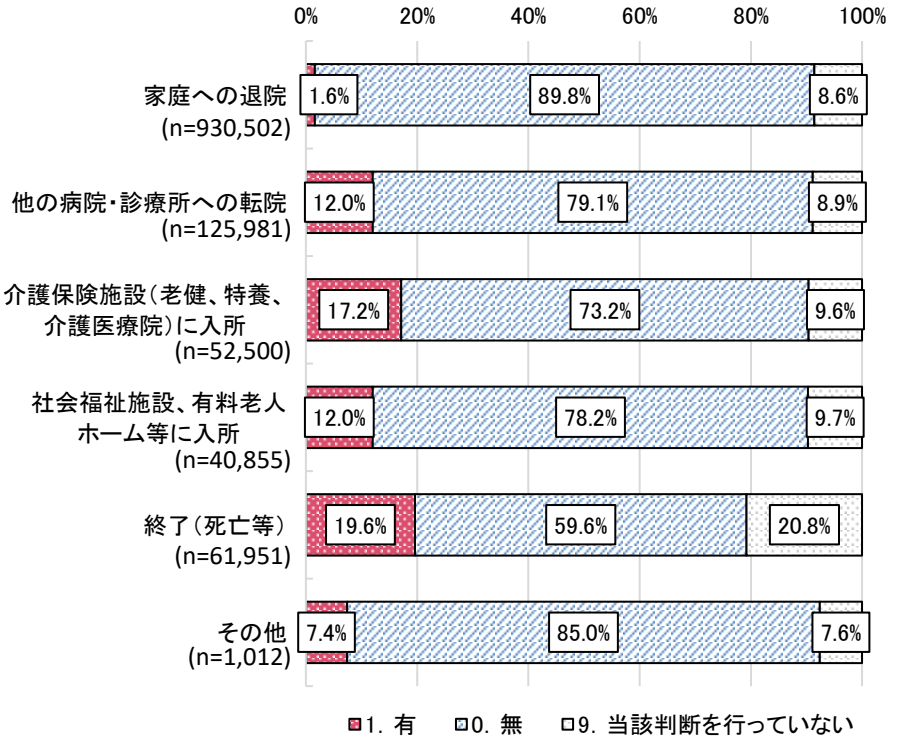
○　退院後、介護保険施設に入所する高齢患者の約４人に１人は退院時に低栄養であり、約５人に１人は摂食・嚥下機能障害を有する。
○　低栄養及び摂食・嚥下機能障害を有する者の割合は、終了（死亡等）の場合が最も高い。

■　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。）

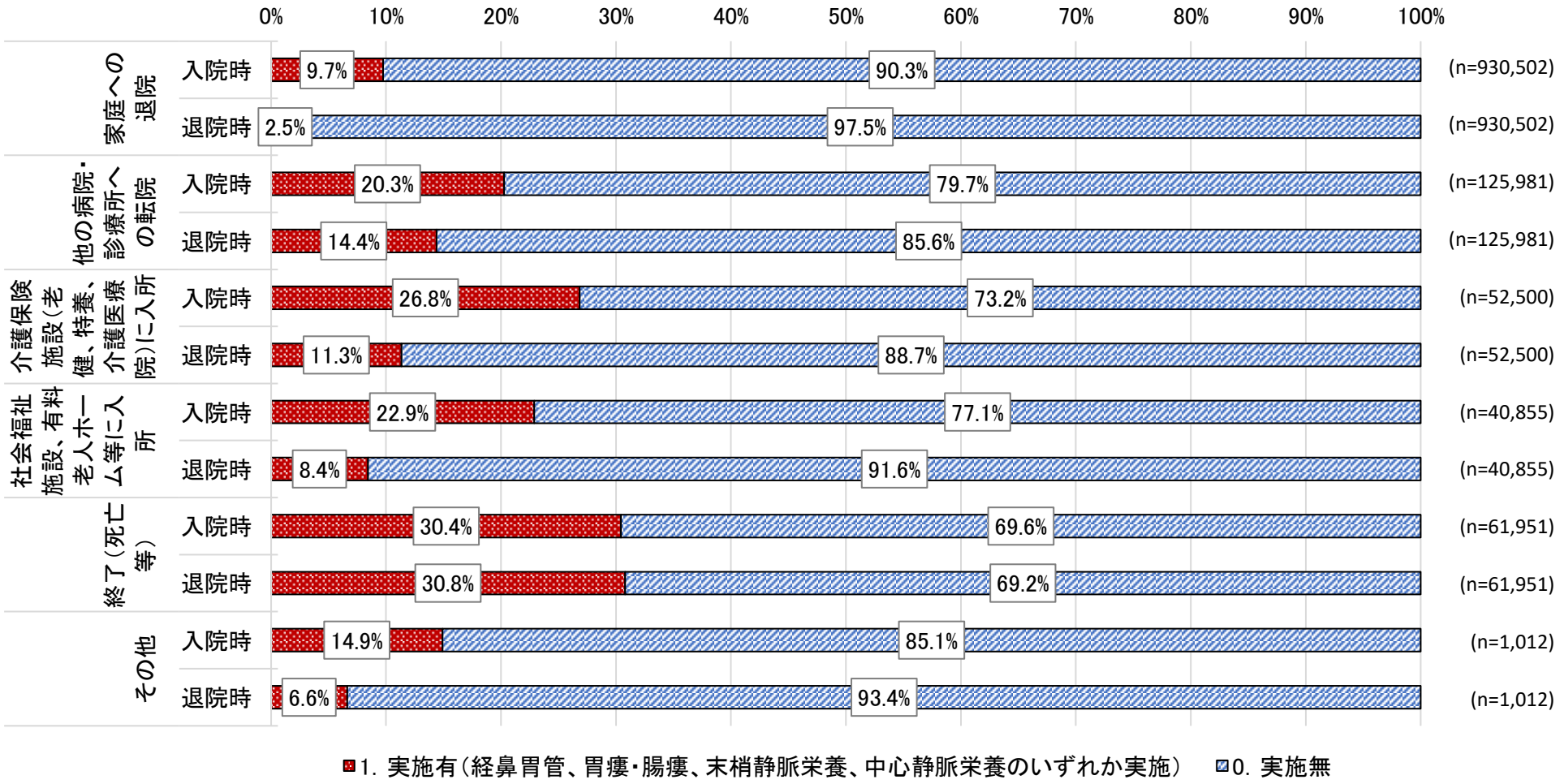
出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

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

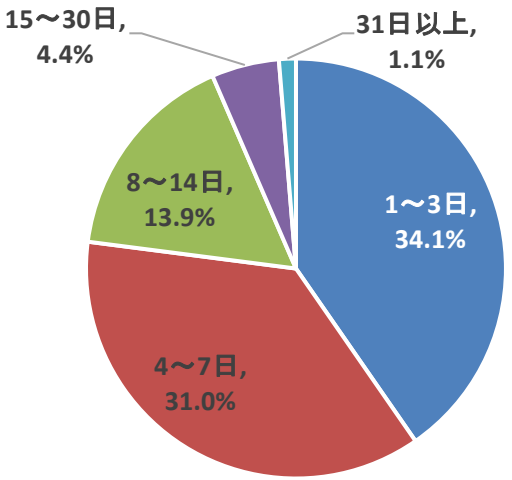


図　禁食から食事が開始された時期
（n = 72,315）

○　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

○　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】

中医協　総－２
５．９．２７

最近の医療費の動向について
（前回報告の補足）

１　新型コロナの診療報酬上の特例の影響について

令和４年度 医療費の動向
～概算医療費の集計結果～

＊概算医療費とは
医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したもの。労災・全額自費等の費用を含まず、国民医療費の約98%に相当。

○ 令和4年度の概算医療費は46.0兆円、対前年同期比で4.0%の増加、対令和元年度比で5.5%の増加。
なお、対令和元年度比の5.5%の増加は3年分の伸び率であり、1年当たりに換算すると1.8%の増加。

○ 令和4年度の受診延日数は、対前年同期比で2.0%の増加、１日当たり医療費は2.0%の増加。

○ 令和4年度の診療種類別では、いずれの診療種類別も対前年同期比でプラス、対令和元年度比でもプラスとなった。

診療種類別 医療費の対前年伸び率（対前年同期比）（%）

	令和元年度	令和２年度	令和3年度	令和４年度	令和４年度 対令和元年度比	1年当たりに 換算した 伸び率
総計	2.4	-3.1	4.6	4.0	5.5	(1.8)
入院	2.0	-3.0	2.8	2.9	2.6	(0.9)
入院外	2.0	-4.3	7.5	6.3	9.3	(3.0)
歯科	1.9	-0.8	4.8	2.6	6.7	(2.2)
調剤	3.6	-2.6	2.7	1.7	1.8	(0.6)

令和4年度　医療費の動向　＜概観＞

○　令和3年度に引き続き令和2年度の減少の反動や、新型コロナウイルス感染症の患者が増えた影響等があり、令和4年度の概算医療費は46.0兆円、金額で1.8兆円、伸び率で 4.0%の増加となっている。また、その内訳を見ると受診延日数は2.0%の増加、１日当たり医療費は2.0%の増加となっている。

○　新型コロナウイルス感染症の影響の少ない令和元年度と比べると、医療費は5.5%の増加となっており、その内訳を見ると、受診延日数は▲3.6%と減少し、1日当たり医療費は9.4%増加している。

（兆円、%）

	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	令和4年度	令和4年度 **対元年度比**
概算医療費	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	46.0	
対前年増減額	0.9	0.3	1.0	▲ 1.3	2.0	1.8	
伸び率　（①）	2.3	0.8	2.4	▲ 3.1	4.6	4.0	5.5
（休日数等補正後）	(2.3)	(0.9)	(2.9)	(▲ 3.7)	(4.7)	※1 (3.9)	
受診延日数	▲ 0.1	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 8.5	3.3	2.0	▲ 3.6
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	2.0	9.4
人口増の影響　（②）	▲ 0.2	▲ 0.2	▲ 0.2	▲ 0.3	▲ 0.5	▲ 0.4	
高齢化の影響　（③）	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1	0.9	
診療報酬改定等　（④）		▲ 1.19	▲ 0.07	▲ 0.46	※2 ▲ 0.9	▲ 0.94	
上記の影響を除いた概算医療費の伸び率　（①-②-③-④）	1.3	1.1	1.6	▲ 3.4	5.0	4.5	

※１ 令和4年度の休日数等の 対前年度差異は 土曜日が1日少なく、休日でない木曜日が2日少なく、連休数が4日少なかったことから、伸び率に対する休日数等補正は+0.04% 。

※２ 令和3年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

(参考) 主傷病がCOVID-19であるレセプト（電算処理分）を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で 8,600億円 （全体の1.9%）程度。

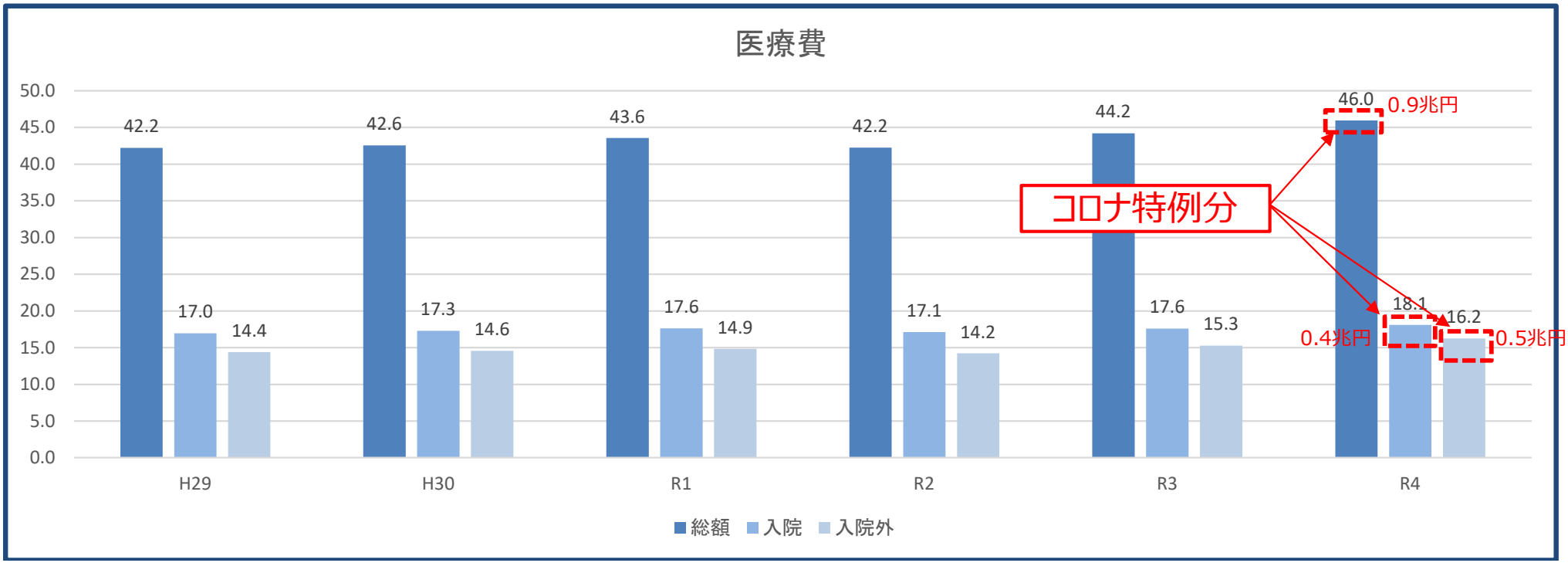
令和４年度概算医療費における新型コロナの診療報酬上の特例の影響について

	総額	（再掲）入院	（再掲）入院外
令和４年度概算医療費	46.0兆円	18.1兆円	16.2兆円
うち特例分	0.9兆円	0.4兆円	0.5兆円
特例が占める割合	1.9%	2.2%	2.8%

※　入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費を含む。総額は、調剤分及び歯科分の医療費や療養費等を含む。

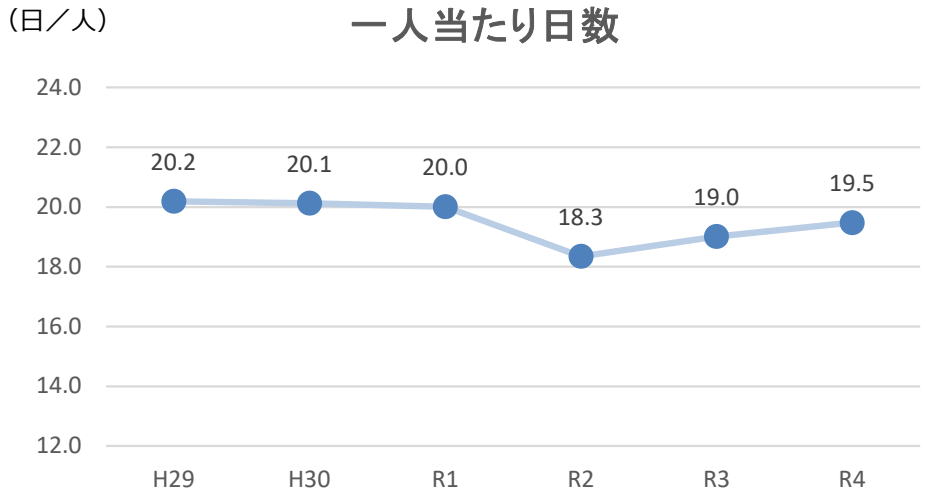
※　特例分は、新型コロナの診療報酬上の特例措置による増額分を、医科・歯科・調剤NDBデータについて合計したもの。

※　この特例分は、「令和４年度 医療費の動向」で示した「主傷病がCOVID-19であるレセプト（電算処理分）を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で 8,600億円 （全体の1.9%）程度」とは異なるもの。具体的には、「令和4年度で 8,600億円 （全体の1.9%）程度」には、新型コロナ患者に係る医療費のうち特例措置（特例分）ではない医療費（初・再診料、入院基本料、検査料、薬剤費など）も含まれており、また、主傷病がCOVID-19ではない患者に係る特例分（疑い患者等に係る特例分）は含まれていない。

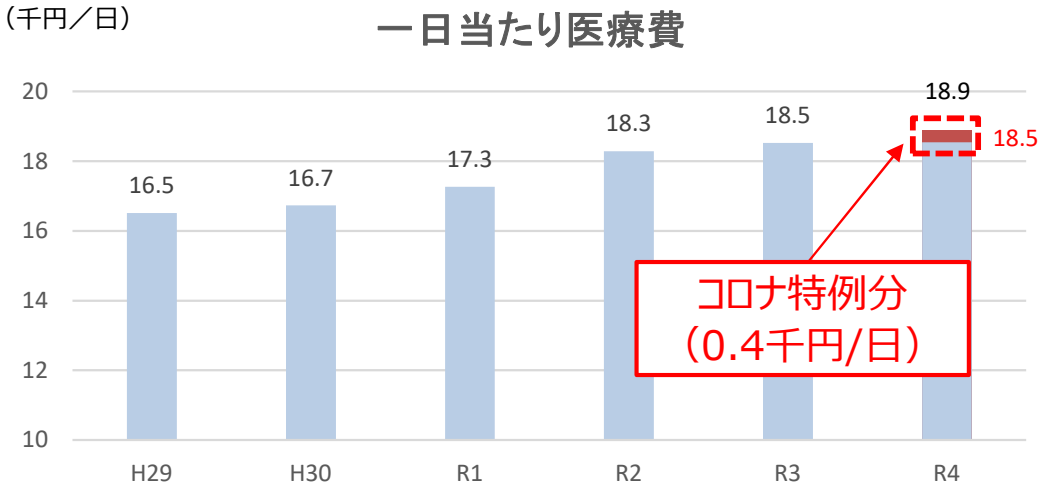


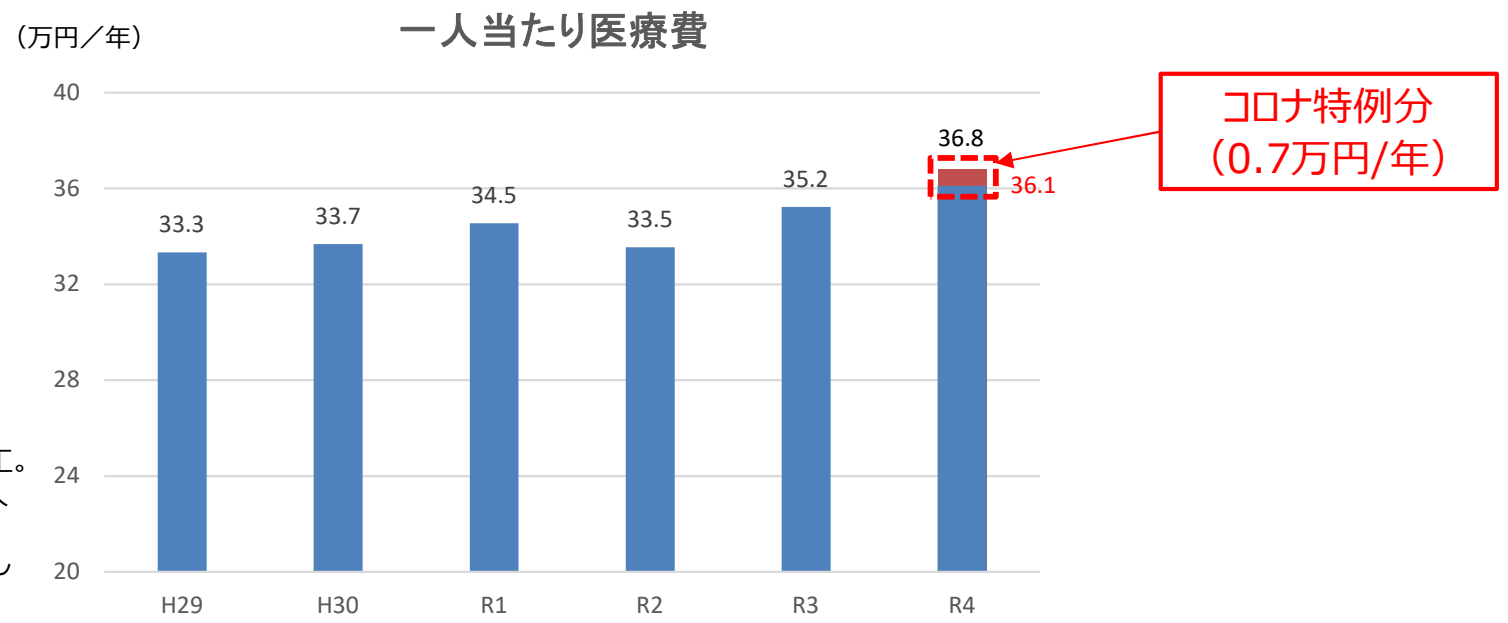
令和４年度医療費等について（総額）

○ 令和４年度の一人当たり医療費（総額）には、コロナ特例分0.7万円が含まれている。
○ 対令和元年度比の令和４年度の一人当たり医療費は、34.5万円 → 36.8万円（＋6.5%（１年当たり＋2.1%））であるが、コロナ特例分を除くと34.5万円 → 36.1万円（＋4.5%（１年当たり＋1.5%））となる。



×

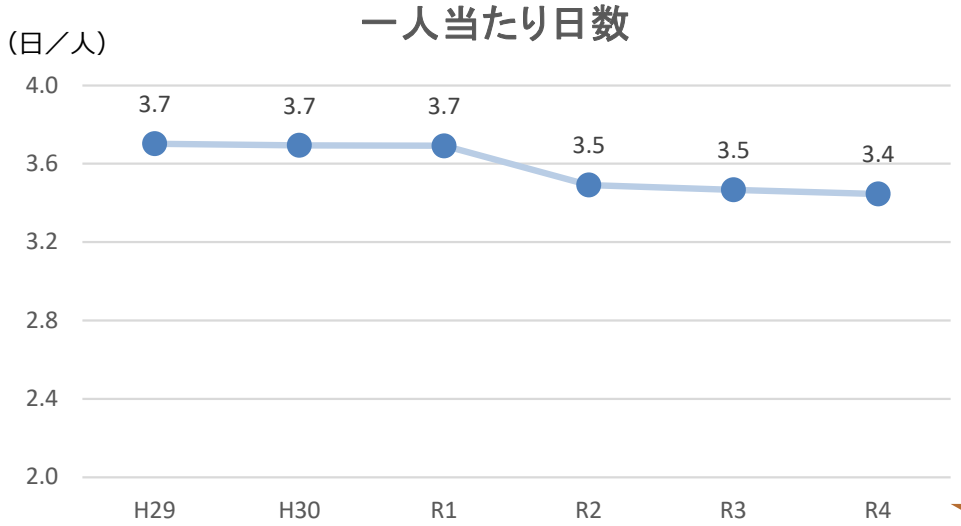


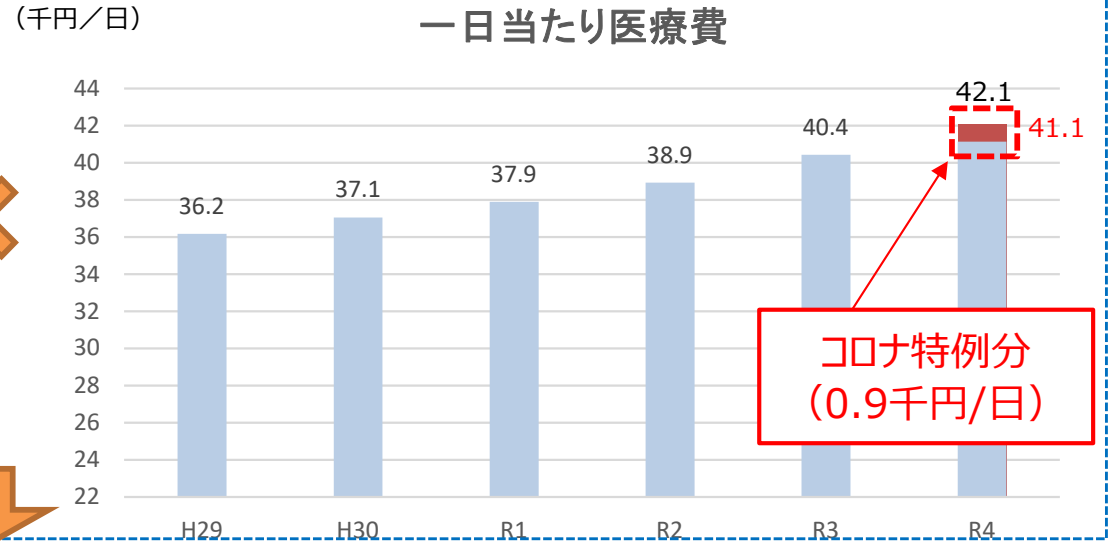


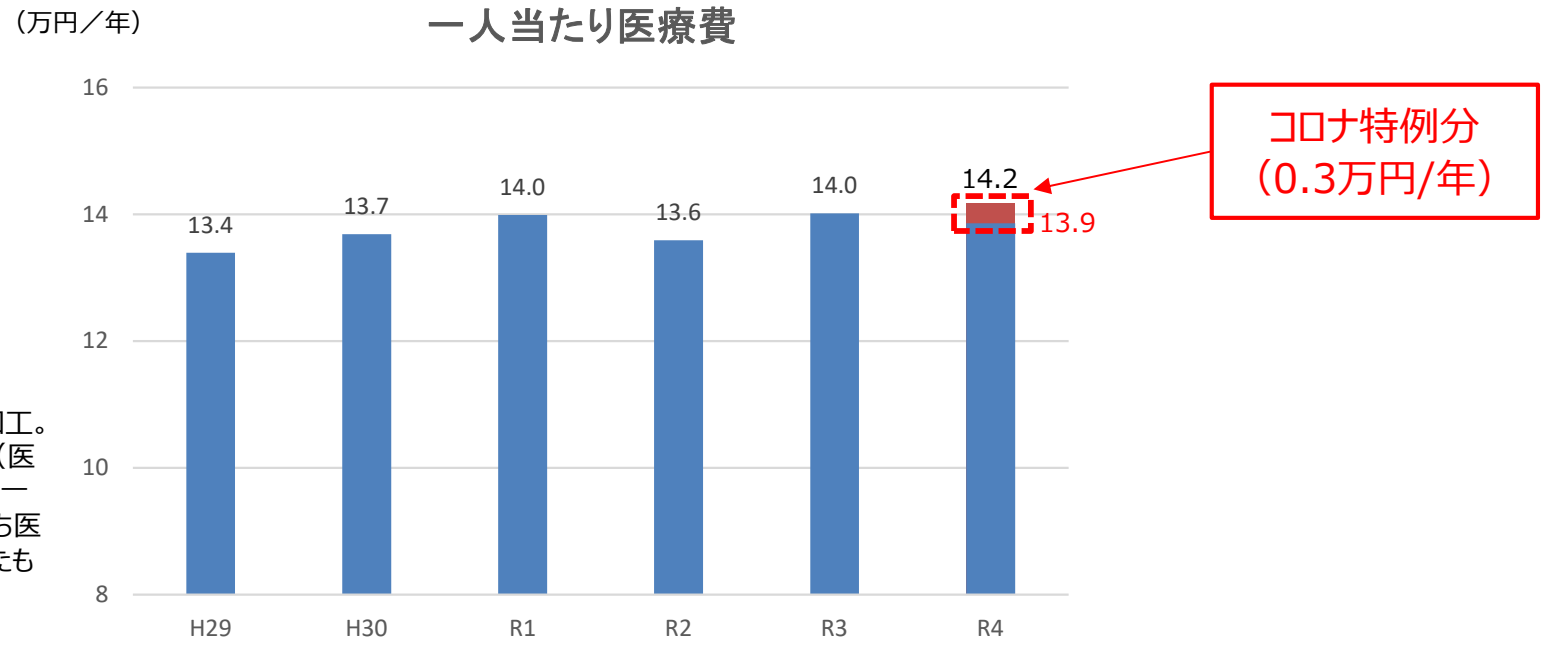
（注１）「令和４年度　医療費の動向」より加工。
（注２）「一人当たり日数」は、受診延日数を人口で除したものである。「一日当たり医療費」は、概算医療費を受診延日数で除したものである。

令和４年度医療費等について（入院）

○ 令和４年度の一人当たり医療費（入院）には、コロナ特例分0.3万円が含まれている。
○ 対令和元年度比の令和４年度の一人当たり医療費は、14.0万円 → 14.2万円（＋1.4%（１年当たり＋0.4%））であるが、コロナ特例分を除くと14.0万円 → 13.9万円（－0.9%（１年当たり－0.3%））となる。



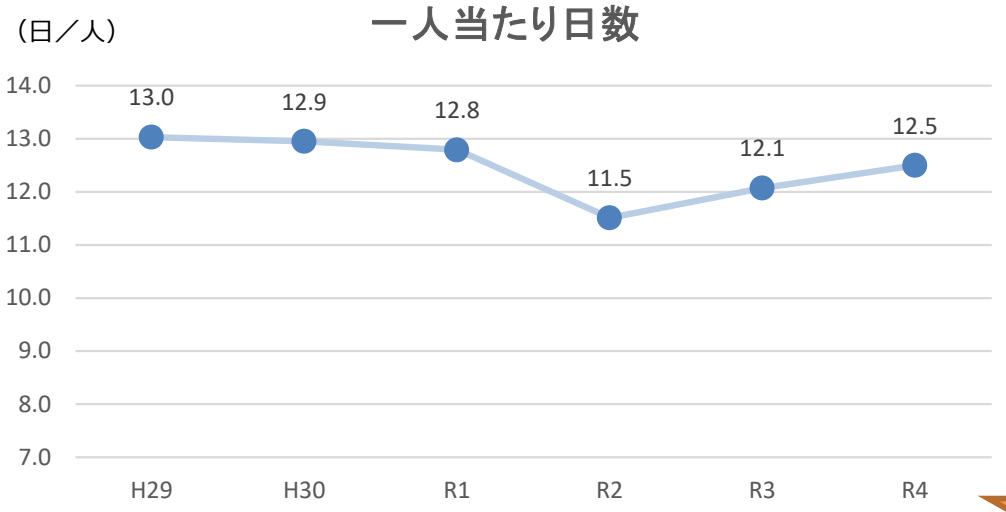


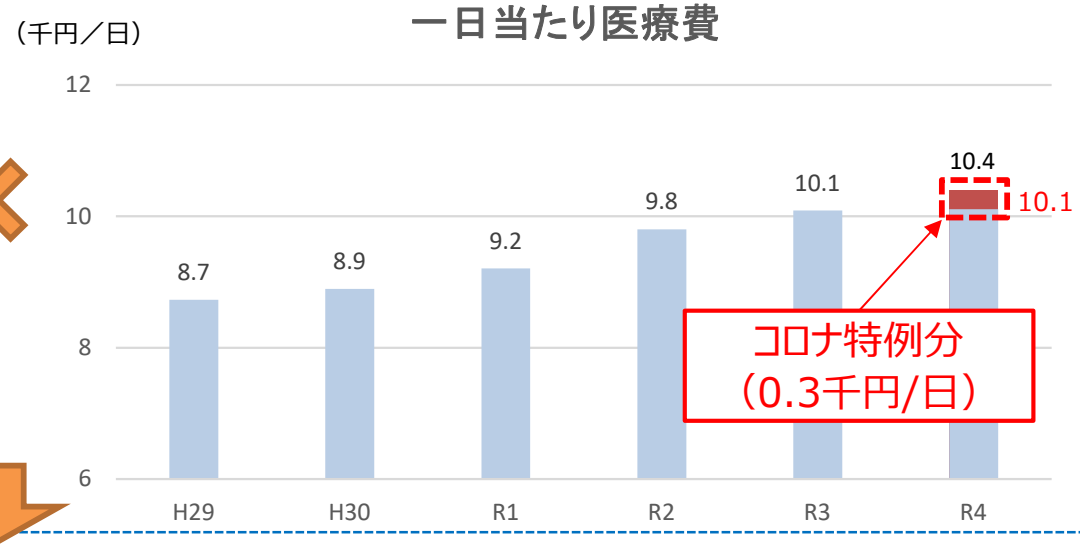


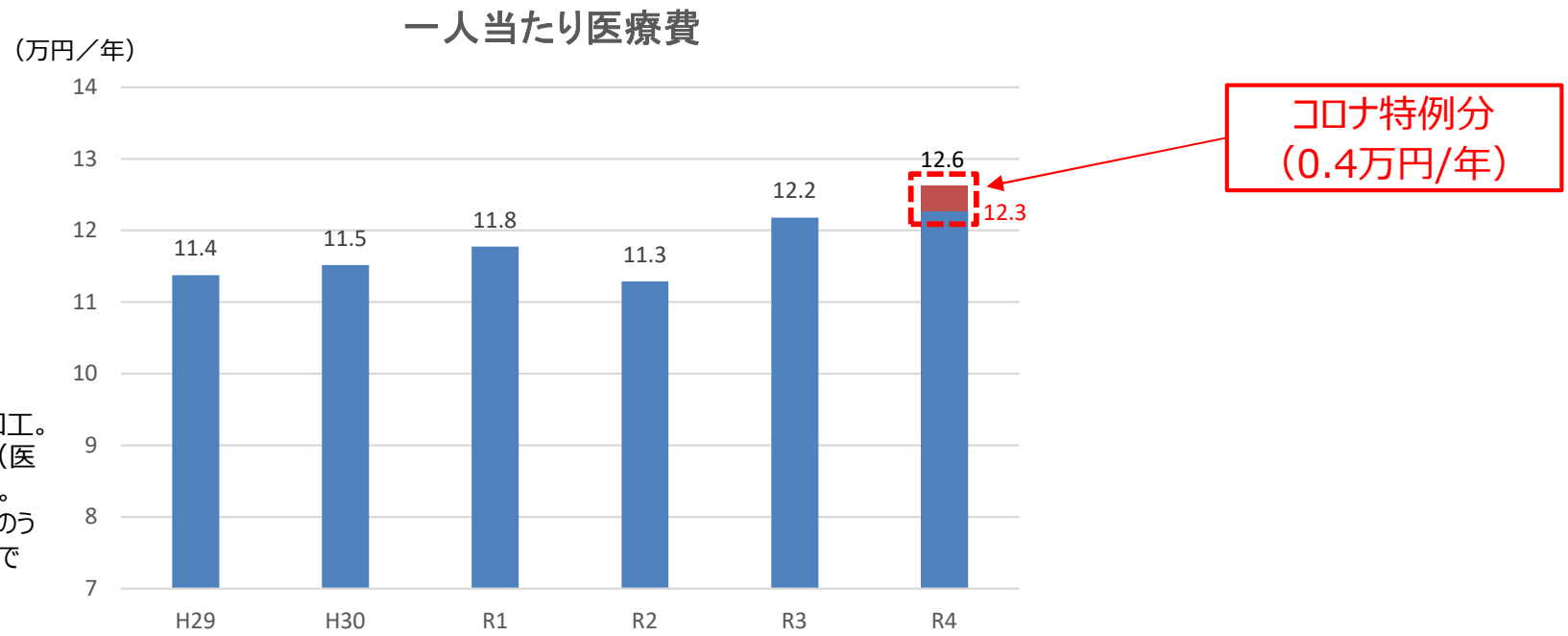
（注１）「令和４年度　医療費の動向」より加工。
（注２）「一人当たり日数」は、受診延日数（医科入院）を人口で除したものである。「一日当たり医療費」は、概算医療費のうち医科入院に係る分を受診延日数で除したものである。

令和４年度医療費等について（入院外）

○ 令和４年度の一人当たり医療費（入院外）には、コロナ特例分0.4万円が含まれている。
○ 対令和元年度比の令和４年度の一人当たり医療費は、11.8万円 → 12.6万円（＋7.3%（１年当たり＋2.4%））であるが、コロナ特例分を除くと11.8万円 → 12.3万円（＋4.2%（１年当たり＋1.4%））となる。







（注１）「令和４年度　医療費の動向」より加工。
（注２）「一人当たり日数」は、受診延日数（医科入院外）を人口で除したものである。
「一日当たり医療費」は、概算医療費のうち医科入院外に係る分を受診延日数で除したものである。

２　不妊治療の保険適用による影響について

令和４年４月に保険適用となった不妊治療に係る診療行為の医療費等

○　新たに保険適用となった不妊治療に係る医療費は令和4年4月から令和5年3月で897億円。
　　令和4年4月から令和5年3月の概算医療費46.0兆円に占める割合は約0.20%。

【医療費】

（単位：億円）

	令和4年度												
	4-3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療費	897	26	58	79	83	74	84	88	88	77	62	89	90
うち被用者保険	809	23	52	71	75	67	76	80	79	70	56	80	81
うち国民健康保険	87	3	6	8	8	7	9	9	8	7	6	8	8

【レセプト件数】

（単位：千件）

	令和4年度												
	4-3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
総計	1,255	81	87	99	112	105	110	116	113	101	104	112	115
うち被用者保険	1,136	73	78	89	101	95	99	105	102	92	94	101	105
うち国民健康保険	118	8	9	10	11	10	11	11	11	9	9	10	10

（注）令和4年4月～令和5年3月診療分の医科NDBデータから集計

不妊治療に係る診療行為の医療費の内訳について

○　不妊治療に係る診療行為の医療費は897億円で、そのうち入院外が多く、879億円となっており、特に入院外の診療所では776億円となっている。

（億円）

	入院・入院外　計		
		入院	入院外
医療機関の種類　計	897	17	879
病院	113	9	104
診療所	784	8	776

（注）令和４年４月～令和５年３月診療分の医科NDBデータから集計

中医協　総－３
５．９．２７

高額医薬品（認知症薬）に対する対応

高額医薬品に対する対応

令和４年度薬価制度改革の骨子（令和3年12月22日 中央社会保険医療協議会 了解）

４．高額医薬品に対する対応

○ 近年、市場規模が高額な品目や、単価で見ると高額な医薬品が上市されてきているものの、薬価制度改革等の実施により、薬剤費全体の総額は一定程度抑制されてきている。

○ 他方、全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和３年６月３日参議院厚生労働委員会）において、「近年増加の一途にある高額な医薬品・医療機器について、将来の医療保険財政に与える影響を早期に検証し、その適切な評価の在り方に関する検討を進める」こととされている。

○ 中医協では、「高額薬剤の問題についても検討が必要。これまでは再算定や最適使用推進ガイドラインで対応してきたが、今後対応困難な薬剤が上市されることも考えられる」との意見があった。

今後、**年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合**には、通常の薬価算定の手続に先立ち、**直ちに中医協総会に報告し、当該品目の承認内容や試験成績などに留意しつつ、薬価算定方法の議論を行う**こととする。

レケンビについて

医薬品の概要

成分名	レカネマブ（遺伝子組換え）	製造販売業者	エーザイ株式会社
販売名	レケンビ点滴静注200 mg、レケンビ点滴静注500 mg		
効能・効果	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制		
用法・用量	通常、レカネマブ（遺伝子組換え）として10 mg/kgを、2週間に1回、約1時間かけて点滴静注する。		
備考	脳内に蓄積しアルツハイマー病を引き起こす原因と考えられている凝集アミロイドβ（Aβ）プラークの前駆物質である可溶性Aβ凝集体（プロトフィブリル）に対する抗体医薬品		
承認日	2023年９月25日		

海外の状況

米国（FDA）
- 2023年7月6日　承認
- 価格　26,500ドル/年（366万円/年）

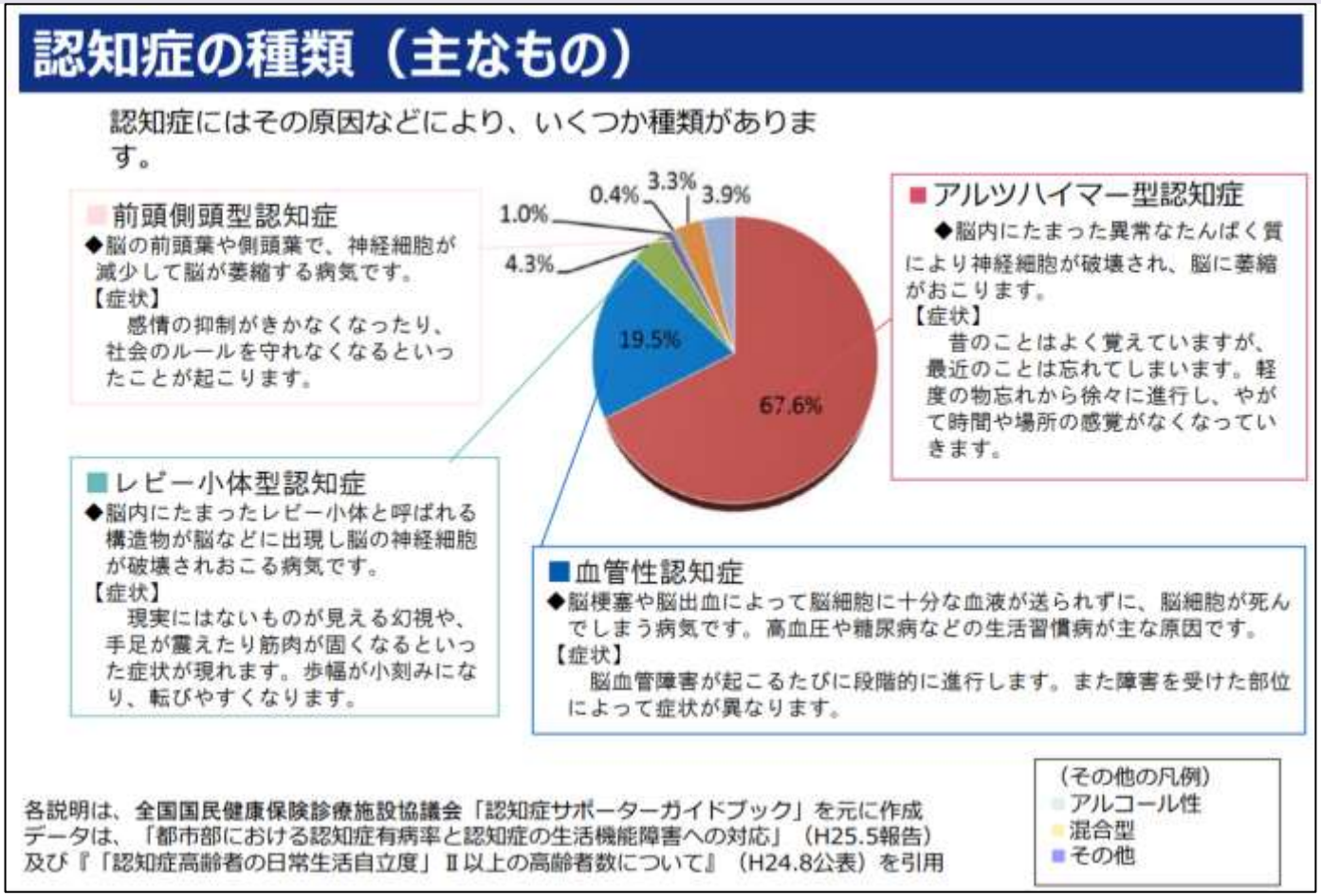
※9月の日銀省令レート　1ドル138円

※米国の価格はWAC（製薬企業希望小売価格と位置づけられるリストプライス）

欧州（EMA）
- 2023年１月９日に承認申請済み

病型に基づく認知症の分類等

- 認知症の分類は以下のとおりであり、アルツハイマー型認知症が多くを占めている。進行度によって、軽度、中等度、高度となる。本剤の効能効果は軽度のアルツハイマー型認知症が該当する。
- 軽度認知障害（MCI）は、健常な状態と認知症の中間の状態であり、本剤の効能効果はアルツハイマー病による軽度認知障害が該当する。
- これらの有病者数は、製造販売業者の推計によれば下表のとおりとされている。



■アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI）及び軽度の認知症の推定有病者数（製造販売業者による推計値）

推定有病者数	2023年度
合計	542.0 万人
アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI）	380.9 万人
軽度のアルツハイマー型認知症	161.0 万人

最適使用推進ガイドラインについて

○　本剤は認知症に対する新規作用機序の医薬品であり、臨床試験における有効性及び安全性を踏まえ、適切な患者選択や投与判断、重篤な副作用発現（特に、アミロイド関連画像異常（ARIA）の発現）の際の迅速な安全対策等を確保した上で、最適な薬物療法を提供できるように進めていく必要があることから、添付文書に加えて、**最適使用推進ガイドラインを作成**することとしている。

○　ガイドラインでは、投与開始にあたり、**患者要件**（投与開始にあたり禁忌に該当しないことの確認、認知症のスコア評価、アミロイドβ病理を示唆する所見の確認など）とともに、**医師・施設の要件**（診断やARIAの画像所見の判断等ができる医師、必要なスコア評価やARIA判断等ができるチーム体制や検査体制等を有する施設）を定める予定。

○　また、投与開始後は、
- 有効性の確認として、6か月に1回、臨床症状の確認を行い、投与継続の可否を判断
- 安全性の確認として、本剤投与後、2か月、3か月、6か月、以降6か月に1回、MRI検査を実施し、ARIA発現の有無を確認

することを求める予定。

○　したがって、「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症」の推定有病者数は多いものの、現時点のガイドラインを踏まえると、本剤の投与対象となる患者数は限定的になる見込みである。

（参考）添付文書の記載

本剤の投与対象患者や医師、施設の要件に関して、添付文書の規定も踏まえ、最適使用推進ガイドラインにおいて具体的な要件を定めることとしている。

1. 警告

1.1 本剤の投与は、アミロイドPET、MRI等の本剤投与にあたり必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において、アルツハイマー病の病態、診断、治療に関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に管理・説明できる医師の下で、本剤の投与が適切と判断される患者のみに行うこと。

1.2 本剤の投与開始に先立ち、本剤投与によるARIAの発現割合、ARIAのリスク及びリスク管理のために必要な検査、ARIA発現時の対処法について、患者及び家族・介護者に十分な情報を提供して説明し、同意を得てから投与すること。また、異常が認められた場合には、速やかに主治医に連絡するよう指導すること。

5. 効能又は効果に関連する注意

5.2 承認を受けた診断方法、例えばアミロイドPET、脳脊髄液（CSF）検査、又は同等の診断法によりアミロイドβ病理を示唆する所見が確認され、アルツハイマー病と診断された患者のみに本剤を使用すること。

5.3 無症候でアミロイドβ病理を示唆する所見のみが確認できた者、及び中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者に本剤を投与開始しないこと。

5.4 「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、国際共同第Ⅲ相試験で用いられた診断基準、組み入れられた患者の臨床症状スコアの範囲、試験結果等を十分に理解した上で本剤投与の適否を判断すること。

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 本剤投与により、アミロイド関連画像異常（ARIA）として、ARIA-浮腫/滲出液貯留（ARIA-E）、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血（ARIA-H）があらわれることがある。
(1)～(3)省略

7.2 本剤投与中は6ヵ月毎を目安に認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を行い、臨床症状の経過、認知症の重症度等から本剤の有効性が期待できないと考えられる場合は本剤の投与を中止すること。なお、本剤投与中に認知症の重症度が中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性は確立していない。


レケンビ点滴静注200mg
レケンビ点滴静注500mg

レケンビの効能効果及び作用機序

- 本剤の対象疾患である「アルツハイマー病」に対する既存の医薬品としてはアリセプト等がある。
- 本剤は脳内アミロイドβを減少させ、**「軽度認知障害及び認知症の進行」を抑制**するが、アリセプトは脳内の神経系（コリン作動性）にあるアセチルコリンエステラーゼを可逆的に阻害し、神経系を賦活することで**「症状の進行」を抑制**させるものであり（認知症の進行自体には影響しない）、本剤とアリセプトは作用機序、効能効果が異なる。
- その他の既存のアルツハイマー病に対する医薬品もアリセプトと同様にコリン作動性の神経系を賦活するものや、興奮性の神経伝達物質のグルタミン酸を抑制して神経細胞を保護するものであり、いずれも症状の進行を抑制させる効果である。

	レケンビ	アリセプト
効能・効果	アルツハイマー病による**軽度認知障害及び軽度の認知症**の進行抑制	アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症における**認知症症状**の進行抑制
作用機序	アルツハイマー病は、脳内のアミロイド斑の蓄積を病理組織学的な特徴とする。 本剤は、ヒト化 IgG1モノクローナル抗体であり、可溶性アミロイドβ凝集体及び不溶性アミロイドβ凝集体に結合し、**脳内アミロイドβを減少**させる。	アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症では、脳内コリン作動性神経系の顕著な障害が認められている。 本剤は、アセチルコリンエステラーゼ（AChE）を可逆的に阻害することにより脳内ACh量を増加させ、**脳内コリン作動性神経系を賦活**する。

抗体医薬品及び既存の認知症薬の薬価

- 本剤と同じ薬効分類番号119（その他の中枢神経系用薬）の抗体医薬品の薬価は以下のとおりであり、化学合成品である既存の認知症薬の薬価とは価格帯が異なる。

【薬効分類番号119（その他の中枢神経系用薬）の抗体医薬品の薬価】

販売名	成分名	効能・効果	一日薬価
タイサブリ点滴静注300mg	ナタリズマブ（遺伝子組換え）	多発性硬化症の再発予防及び身体的障害の進行抑制	8,227円
アイモビーグ皮下注70mgペン	エレヌマブ（遺伝子組換え）	片頭痛発作の発症抑制	1,392円
エムガルティ皮下注120mgシリンジ エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター	ガルカネズマブ（遺伝子組換え）	片頭痛発作の発症抑制	1,399円 1,403円
アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター	フレマネズマブ（遺伝子組換え）	片頭痛発作の発症抑制	1,396円 1,396円

【既存の認知症薬の薬価】

先発名	成分名	効能・効果	初収載	一日薬価
アリセプト錠 ／D錠／細粒 ／ドライシロップ ／内服ゼリー	ドネペジル塩酸塩	アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制【軽／中／高／レビー】	H11.11月	125.40円 （軽度／中等度AD） 215.20円 （高度AD／レビー）
レミニール錠 ／OD錠／内服液	ガランタミン臭化水素酸塩	軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制【軽／中】	H23.3月	229.80円
メマリー錠 ／OD錠 ／ドライシロップ	メマンチン塩酸塩	中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制【中／高】	H23.6月	321.90円
リバスタッチパッチ ／イクセロンパッチ	リバスチグミン	軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制【軽／中】	H23.7月	265.60円 （リバスタッチ） 251.00円 （イクセロンパッチ）
アリドネパッチ	ドネペジル	アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制【軽／中／高】	R5.4月	289.80円

薬価基準収載希望書において提出されたデータ

- 製造販売業者から提出された薬価基準収載希望書では、承認審査に用いられた有効性・安全性に係る試験成績に関する資料以外に、介護費用等に基づく評価に関する内容が含まれている。
- 現在、費用対効果評価専門部会においては、介護費用の分析の取扱いについて議論が開始されたところである。

提出されたデータに関する製造販売業者の公表資料

News Release

Eisai

No.23-35

2023 年 5 月 17 日
エーザイ株式会社

臨床第Ⅲ相 Clarity AD 試験データを用いた、日本における「レカネマブ」の社会的価値について、査読学術専門誌 Neurology and Therapy 誌に掲載

エーザイ株式会社（本社：東京都、代表執行役 CEO：内藤晴夫）は、このたび、アルツハイマー病（AD）による軽度認知障害（MCI）および軽度 AD（総称して早期 AD と定義）当事者様に対する抗アミロイドβ（Aβ）プロトフィブリル*抗体レカネマブ（一般名、米国ブランド名「LEQEMBI™」）の日本の医療システム下における社会的価値をシミュレーションした結果が査読学術専門誌 *Neurology and Therapy* 誌に掲載されたことをお知らせします。本論文では、レカネマブによる治療が、日本において、早期 AD 当事者様や介護者に健康アウトカムや生活の質（QOL）の向上とともに、経済的負担の軽減をもたらす可能性が示唆されたと結論付けています。

本シミュレーションは、アミロイド病理を有する早期 AD 当事者様に対するレカネマブの有効性と安全性を評価した臨床第Ⅲ相 Clarity AD 試験のデータに加え、日本の医療環境を考慮して日本の疫学データや介護実態調査等の政府統計、その他の先行研究論文を用い、直接的なケアコスト（外来・入院サービス、介護・在宅医療サービス、当事者様の薬剤費、その他介入コストなど）に焦点を当てた医療支払者観点ならびに社会的観点（直接的なケアコストに加えて家族介護によるインフォーマル・ケアコストなどを含む社会的コスト）から、学術的に検証された疾患シミュレーション・モデル（AD Archimedes Condition Event simulation：AD ACE モデル [1,2]）を用いて実施しました。今回の論文では、レカネマブによる健康アウトカムの改善効果と費用削減効果の双方を統合し、レカネマブの年間価値を推計しました。なお、健康アウトカム改善効果については、米国での先行研究や、米国 ICER（Institute for Clinical and Economic Review）によるベンチマーク価格の推定プロセスを参考に推計しました。

画期性加算・有用性加算の要件

画期性加算（70～120%）

次の要件を**全て満たす**新規収載品

イ　**臨床上有用な新規の作用機序**を有すること。

ロ　類似薬又は既存治療に比して、**高い有効性又は安全性**を有することが、客観的に示されていること

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の**治療方法の改善**が客観的に示されていること

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の**３要件のうち２つの要件を満たす**新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（５～30%）

次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品　※イ～ハは画期性加算の要件と同じ

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること

ロ　類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること

ニ　**製剤における工夫により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性**を有することが、客観的に示されていること

薬価算定の基準に関する薬価算定組織の意見
（2023年８月23日の薬価専門部会における意見）

４．その他

（３） 新たな評価を行う上での留意点

【背景・課題】

○　薬価算定においては、薬事承認の審査過程で評価されている臨床試験成績等を基に判断しているが、医薬品医療機器等法の改正により導入された緊急承認制度のように、有効性が検証されていない段階でも早期に承認し、市販後に検証するような対応が進むと、新規収載時に有用性の評価に必要なデータが十分把握できない場合が生じうる。また、実際の薬価算定においても、有効性・安全性以外の観点のものなど、薬事承認の審査過程で評価されていないデータや、比較薬と直接比較する臨床試験の実施が困難な領域を中心に、間接比較のデータを根拠に有用性系加算の適用を主張されることがある。再算定においても、薬価収載後に得られ、薬事承認において評価されていないデータを根拠に加算の主張がなされることがある。

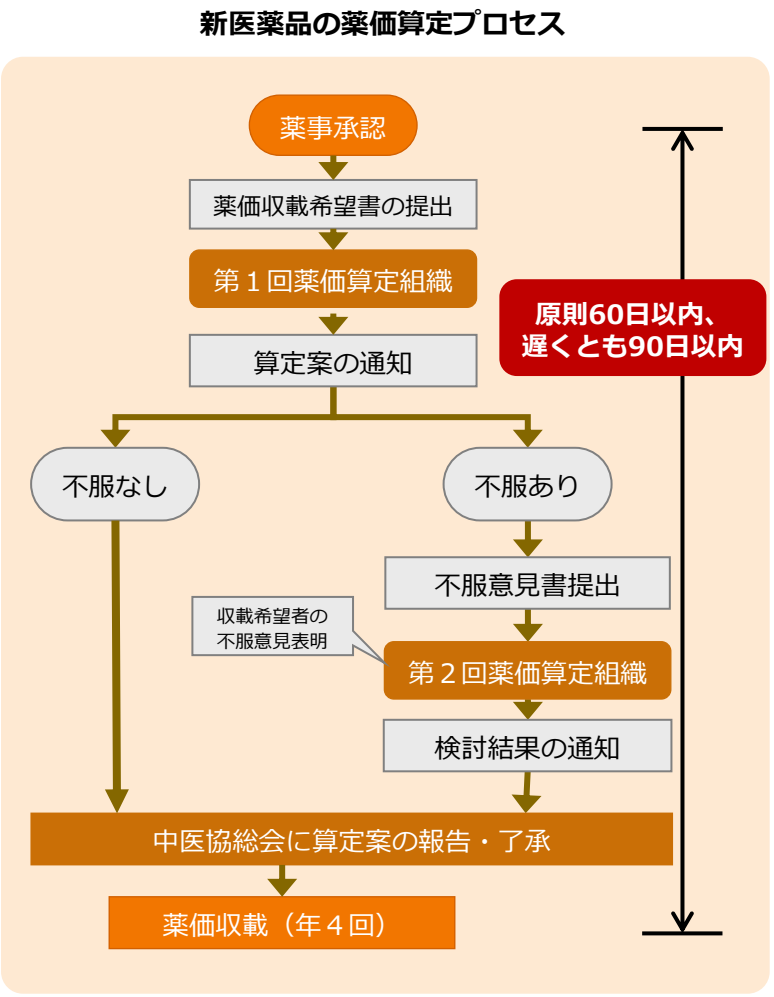
○　一方で、薬事承認の審査過程で評価されていない新たなデータを評価する際には、単に論文化されているだけではなく、客観的な評価手法が確立され、信頼性の確保されたデータを根拠として評価することが重要であり、薬事承認から原則60日以内、遅くとも90日以内に薬価収載するスケジュールを維持しながら、客観性・頑健性を担保しつつ、どのような評価が可能かという課題がある。

　なお、別の課題として、薬価算定は薬価基準収載希望書に記載された企業の主張を基に行っていることから、企業にとって不利な情報が記載されることは稀であり、情報の不均一性が存在するという課題もあることに留意が必要である。

【意見】

○　革新的な新薬のイノベーションを適切に評価することは重要であるが、その評価に際しては、現行の薬価収載のスケジュールを維持しつつ、企業から提出されたデータの妥当性を合理的に判断するための評価のあり方及びその体制について、慎重に検討する必要があるのではないか。また、収載時に評価が困難なものについては、収載後に評価することも考慮すべきではないか。

新医薬品の薬価算定プロセス



現状

- 新医薬品については、**薬事承認から原則60日以内、遅くとも90日以内に薬価収載**することとしている。（企業から必要な資料が提出されない場合等を除く）
- 加算適用の可否については、主に**薬事承認の審査過程で評価がなされている臨床試験成績**（具体的には審査報告書で評価された試験成績）をもとに判断することで、上記期間での評価を可能としている。
  （審査報告書は、薬事承認の可否を判断するために品質、有効性及び安全性を確認・評価したものであるため、それらの目的から必要ではないデータは評価されていない。）

※「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（令和４年２月９日付け通知）

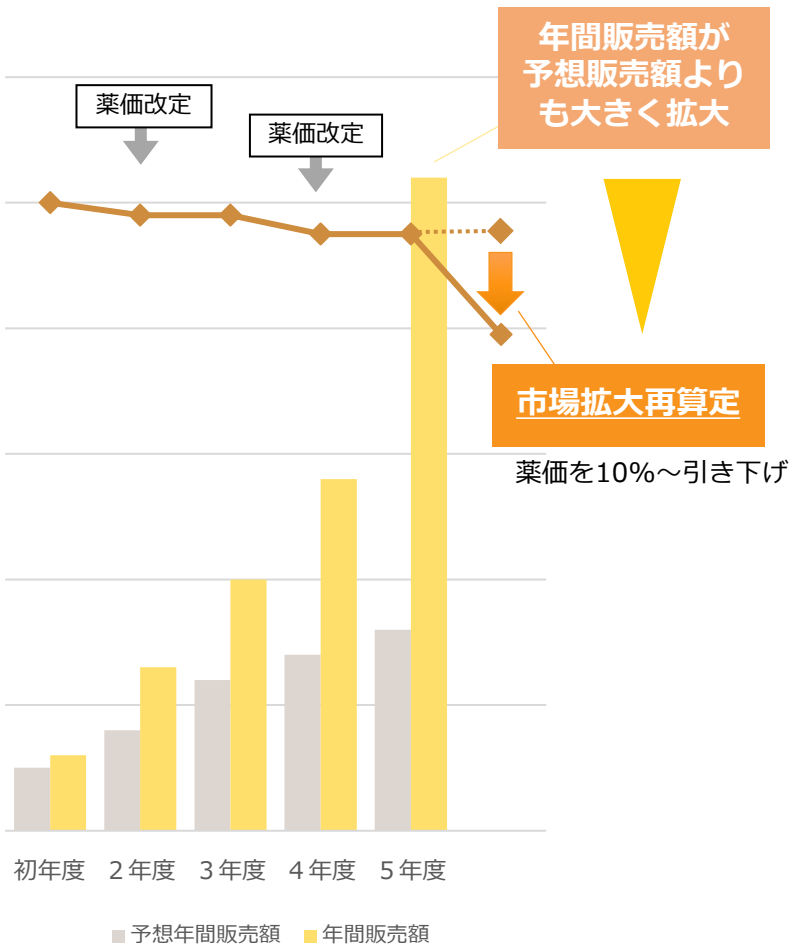
１（２） 新医薬品の薬価基準収載の時期等

新医薬品の薬価基準収載が施行されるまでの標準的な事務処理期間は、当該新医薬品の承認から原則として60日以内、遅くとも90日以内とする。

ただし、(１)による新医薬品の薬価基準収載希望書が指定された期限内に提出されない場合、(４)⑤又は(５)によって決定された薬価算定案等に不服がある場合、(１)①のただし書若しくは③に該当する場合、薬価基準収載希望書に係る不備の補正の指示に応じない場合、必要な資料が指定された期限内に提出されない場合には、この限りでない。

薬価収載後の価格調整（市場拡大再算定）

【市場拡大再算定のイメージ】：年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等に、薬価を引下げ



市場拡大再算定		年間販売額	予想販売額比	薬価引下げ率	
				原価計算方式	類似薬効比較方式
薬価改定時の再算定	年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げる	**100億円超**	**10倍以上**	10～25%	－
		150億円超	**２倍以上**	10～25%	10～15%
薬価改定時以外の再算定（四半期再算定）	効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会（年４回）を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う	**350億円超**	**２倍以上**	10～25%	10～15%
市場拡大再算定の特例（改定時・四半期）	年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例	**1000億円超～1500億円以下**	**1.5倍以上**	10～25%	
		1500億円超	**1.3倍以上**	10～50%	

※ 特例拡大再算定対象品又はその類似品として改定を受けた品目は、**当該改定の適用日の翌日から起算して４年を経過する日までの間、一回に限り**、他品目の市場拡大再算定類似品に該当した場合でも、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わない。

※**市場拡大再算定を受けた後に、再び市場規模が拡大し、改めて市場拡大再算定の対象となる品目**については、**前回再算定時の市場規模拡大が下止めの水準を超過した程度を踏まえて、市場規模拡大率の値を調整**した上で、再算定後薬価を算出する。

費用対効果評価における議論①

介護費用にかかる評価に関しては、費用対効果評価の枠組みにおける検討事項とされており、現在、費用対効果評価専門部会において専門組織の意見も踏まえ議論を開始したところ。

中医協　費－１
５．９．１３

介護費用の取り扱いに係る専門組織からの意見について

費用対効果評価専門組織意見書

（６）介護費用の取り扱いについて

【現状及び課題】

○　介護費用の取り扱いについては、国立保健医療科学院において諸外国での取組みなどの情報収集を行っているが、具体的な事例が少なく参考となる情報は限定的となっている。

○　我が国の介護データベースの使用実績も少なく、データ蓄積期間も短いことから、引き続き研究を行う必要があるのではないか。

ガイドライン※上の記載

11　公的介護費・生産性損失の取り扱い

11.1「公的医療・介護の立場」では、基本分析に加えて、公的介護費を含める追加的分析を実施することができる。なお、公的介護費は国内の知見に基づき推計されたものを用いる。

11.2 公的介護費を費用に含める場合は、要介護度・要支援度別に費用を集計することを推奨する。

※中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン第３版

通知※での位置付け

・　製造販売業者が公的介護費及び生産性損失について国内のデータを集積し、分析した場合には、当該分析結果を費用対効果評価専門組織に報告することができる。費用対効果評価専門組織は、当該分析結果を費用対効果評価案の策定には用いない。

・　対象品目が次のいずれかに該当する場合、価格調整における配慮の要否について総合的な評価（以下「総合的評価」という。）を行う。なお、公的介護費や生産性損失を含めた分析結果は、費用対効果評価案の策定には用いない。

※令和４年２月９日保発0209第６号「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」

費用対効果評価における議論②

中医協　費－１
５．９．１３

介護費用の取り扱いに係るこれまでの議論について

費用対効果評価専門部会（令和５年７月12日）

○　介護費用等を含めた社会的価値については、具体的事例がないことから慎重に検討していくべき。関係業界からの丁寧なヒアリング、専門家の意見を聞き、検証を進めるべきではないか。

○　介護費用については、次回の制度改価格での導入は少し早いのではないか。まずは研究を引き続き進めるべきではないか。

業界意見陳述（令和５年８月２日）

○　我が国において引き続き研究を行うとともに、費用対効果評価に限らず、介護負担の軽減等を評価する仕組みを検討いただきたい。

費用対効果評価における議論③

中医協　費－１
５．９．１３

介護費用の取り扱いに係る論点

現状・課題

○　現行のガイドラインでも「公的介護費へ与える影響が評価対象技術にとって重要である場合には、公的介護の費用を含めた分析を行うことができる」とされているが、これまで介護費用を含めた分析は行われていない。

○　諸外国において、公的介護の制度が異なるため一概に比較は困難であるが、公的介護の費用分析に組み込むこととしている国が多い。

○　業界より介護負担の軽減等を評価する仕組みを検討することについて要望されている。

○　一方で、介護費用を分析に含めた評価をすることについては、具体的な導入事例がないことから導入は時期尚早ではないかとの意見がある。

論点

○　介護費用の分析の取り扱いに関してどのように考えるか。

レケンビの薬価収載に向けた論点等

現　状

- 本剤は新規作用機序の医薬品であり、適切な患者選択や投与判断、重篤な副作用発現の際の迅速な安全対策等を確保する必要があることから、添付文書や最適使用推進ガイドライン等で投与対象患者は制限されることが見込まれるが、薬事承認された対象範囲の有病者数を踏まえると、今後、薬価収載当初の投与患者数予測から、実際の患者数は増加する可能性もありうる。
- 本剤は抗体医薬品であり、これまでの中枢神経系に作用する同様の製剤の状況を踏まえると、本剤の薬価は化学合成品の価格より高くなることが想定される。
- これらを踏まえると、具体的な市場規模は、今後算定される薬価と患者数によって決まるものの、本剤の年間市場規模が1,500億円を超える可能性が生じるものと考えられる。
- 製造販売業者の提出データは承認審査において用いられた試験資料以外に、介護費用に基づく評価に関する内容が含まれており、このようなデータの分析の取扱いは、現在、費用対効果評価専門部会で議論が開始されている。

論　点

- 令和4年度薬価制度改革の骨子における「４．高額医薬品に対する対応」に基づき、本剤の具体的な薬価算定方法（薬価収載時の算定方法、市場拡大再算定の適用等）について薬価専門部会において検討し、その結果を基に総会で議論することとしてはどうか。
- また、通常薬価算定で評価していないデータの評価（介護費用）の取扱いについては、費用対効果評価専門部会において介護費用の分析の取扱いの議論を開始したことも踏まえ、薬価専門部会及び費用対効果評価専門部会で議論を行い、その結果も踏まえ、総会で議論することとしてはどうか。
- 本剤における検討は、薬事承認から90日以内に薬価収載が行えるよう、議論を進めていくこととしてはどうか。