

**一般財団法人 医療関連サービス振興会**

**2024年度診療報酬改定の  
概要と経営対応**

**講師 (株)ASK梓診療報酬研究所  
所長 中 林 梓**

# 令和06年度(2024年度) 診療報酬改定率

2023.12.20厚労省保険局医療課公表資料より作成

※( )内は前年2022年【 】内は、2020年度改定率

**全体改定率 ▲0.12%(▲0.94%)【▲0.46%】**

**1. 診療報酬改定(本体) +0.88%(+0.43%)【+0.55%】**

※1 (0.46%) + ※2 (0.61%) + ※3 (0.06%) + ※4 (▲0.25%) = 0.88%

※1 +0.46%	【	医 科	+0.52%(+0.26%)【+0.53%】
		歯 科	+0.57%(+0.29%)【+0.59%】
		調 剤	+0.16%(+0.08%)【+0.16%】

※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科 技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他医療関係職のペア(令和6年+2.5% 令和7年+2.0%)  
対応分 +0.61%、

※3 入院時食費基準額引き上げ(1食+30円)への対応 +0.06%

※4 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

**2. 薬価改定等 ▲1.00%(▲1.37%) 【▲1.01%】**

**薬 価 ▲0.97%(▲1.35%) 【▲0.99%】**

**材料価格 ▲0.02%(▲0.02%) 【▲0.02%】**

# 令和6年度診療報酬改定について

令和6年度診療報酬・薬価等改定は、医療費の伸び、物価・賃金の動向、医療機関等の収支や経営状況、保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況を踏まえ、以下のとおりとする。(1については令和6年6月施行、2については令和6年4月施行(ただし、材料価格は令和6年6月施行))

## 1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2~4を除く改定分 +0.46%

各科改定率 医科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

# 令和6年度診療報酬改定について

## 2. 薬価等

①薬価 ▲0.97% (国費▲1,200 億円程度)

②材料価格 ▲0.02% (国費▲ 20 億円程度)

合計 ▲1.00% (国費▲1,200 億円程度)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象:約2000品目程度)

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

# 令和6年度診療報酬改定について

## 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

## 4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

○ 選定療養に係る負担について、長期収載品と後発品の価格差の2分の1、3分の1、4分の1を案として、個別の薬価を想定して試算した場合は、次のとおり。

## ケース1

	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	<b>350円</b>	<b>250円</b>	<b>217円</b>	<b>200円</b>	<b>75円</b>
				変化額	(+200円)	(+100円)	(+67円)	(+50円)	(▲75円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(40%)	(20%)	(13%)	(10%)	(▲15%)
後発品	250円		75円						
		1割負担	50円	実際の額	<b>300円</b>	<b>175円</b>	<b>133円</b>	<b>113円</b>	<b>25円</b>
					変化額	(+250円)	(+125円)	(+83円)	(+63円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(50%)	(25%)	(17%)	(13%)	(▲5%)
			25円						

## ケース2

	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	<b>430円</b>	<b>290円</b>	<b>243円</b>	<b>220円</b>	<b>45円</b>
					変化額	(+280円)	(+140円)	(+93円)	(+70円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(56%)	(28%)	(19%)	(14%)	(▲21%)
後発品	150円		45円						
		1割負担	50円	実際の額	<b>400円</b>	<b>225円</b>	<b>167円</b>	<b>138円</b>	<b>15円</b>
					変化額	(+350円)	(+175円)	(+117円)	(+88円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(70%)	(35%)	(23%)	(18%)	(▲7%)
			15円						

(※1) 長期収載品について、①医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合は、保険給付、②後発品の提供が可能な場合においても、患者の希望により、長期収載品が使用される場合は、選定療養。

(※2) 後発品の薬価については、最高価格帯の薬価を想定して試算。

(※3) 長期収載品と後発品の価格差は各品目の薬価によって異なるが、ケース1は長期収載品の薬価の1/2と想定（後発品の最高価格帯については、最高価格の50%以上の算定額となる後発品について、加重平均により集約していることに鑑みた想定）、ケース2は1/3程度と想定

(※4) 選定療養の負担については、長期収載品と後発品の価格差の●分の●で固定と仮定して、試算。

(※5) 選定療養の負担部分に係る消費税も含む。

(※6) ケース1のうち、価格差2分の1の場合： $(500-250) \times 1/2 \times 1.1 + \{250 + (500-250) \times 1/2\} \times 0.3$

# 長期収載品の選定療養について

選定療養に係る負担を、長期収載品と後発品の価格差の1/4とした場合の試算

	薬価	負担割合
A 製剤	500円	3割
後発品	250円	3割

選定療養費 (500円 - 250円) × 1/4 = 62.50円①

選定療養費にかかる消費税 ① × 10% = 6.25円②

選定療養費を除外した後の患者負担

(500円 - 62.5円) × 0.3 = 131.25円③

選定療養費 + 保険3割負担 (① + ② + ③) = 200.00円

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針（案）の概要

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

### (2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

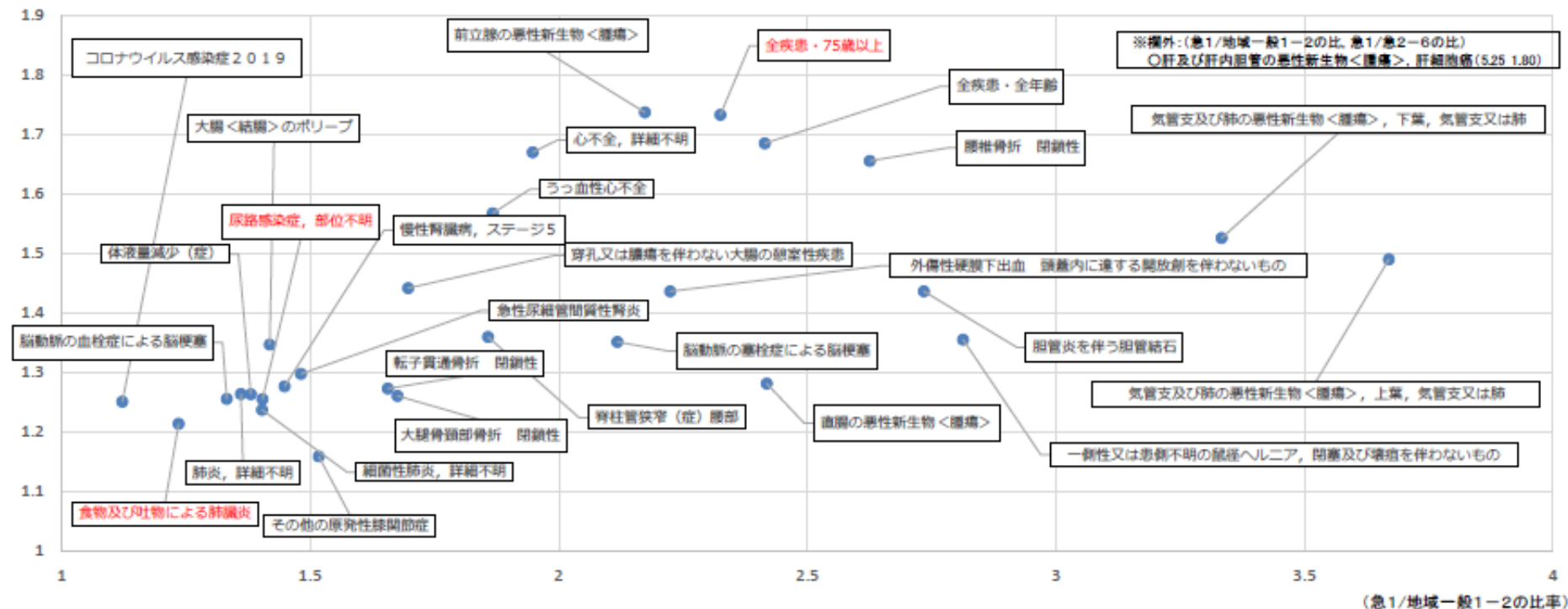
1



○ 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」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2とで大きく変わらなかった。

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及び急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

(急1/急2-6の比率)



※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。

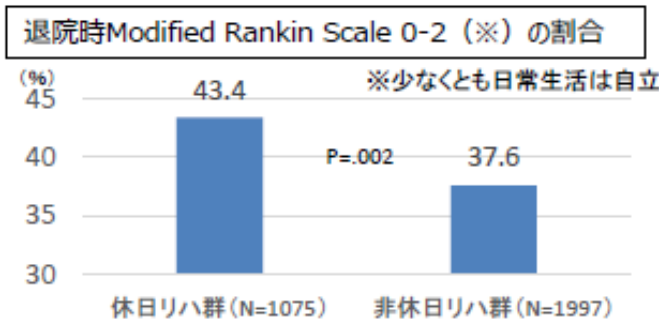
出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

# 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。

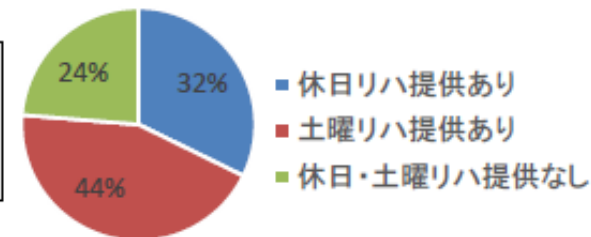
出典: Kinoshita S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 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。

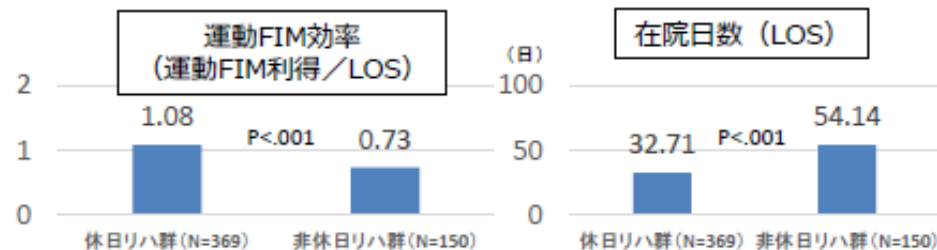
出典: 角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

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)。



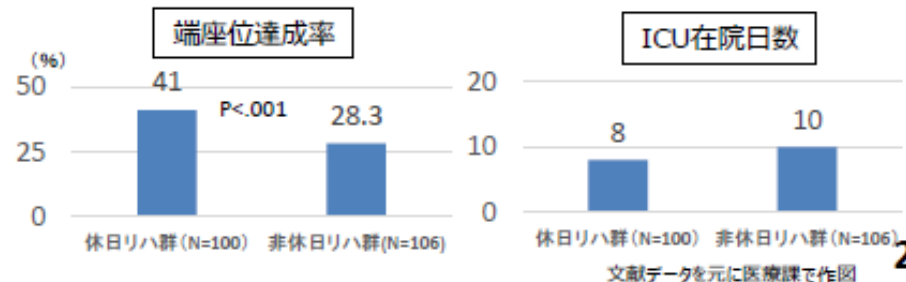
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

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.



## 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)】

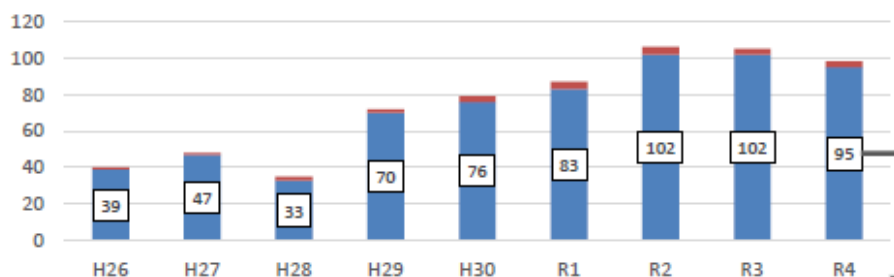
○ 急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

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。

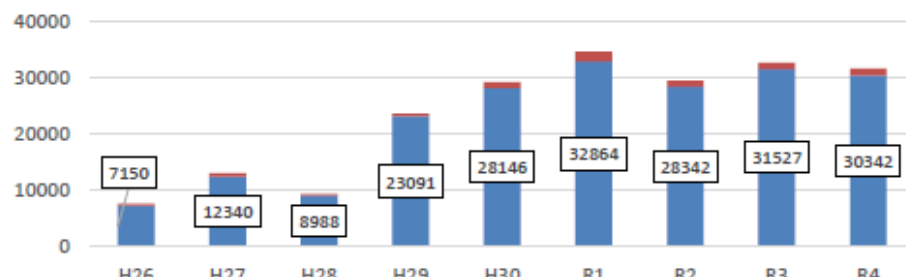
(施設) ADL維持向上等体制加算(届出医療機関数)



- 専門病院入院基本料 ADL維持向上等体制加算
- 特定機能病院入院基本料 ADL維持向上等体制加算
- 急性期一般入院基本料 ADL維持向上等体制加算

急性期一般入院基本料 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)



- 専門病院入院基本料 ADL維持向上等体制加算
- 特定機能病院入院基本料 ADL維持向上等体制加算
- 急性期一般入院基本料 ADL維持向上等体制加算

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)

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和4年6月1日時点)

	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2～3	急性期一般入院料 4～6	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
看護師	63.2	52.0	44.9	43.0
うち、特定行為研修修了者	0.5	0.2	0.2	0.3
うち、短時間勤務等	4.2	4.7	2.6	4.0
准看護師	0.6	0.6	2.7	4.2
看護補助者	8.4	7.6	9.4	17.1
うち、介護福祉士	0.7	0.9	1.3	6.6
薬剤師	2.6	1.5	1.8	1.3
管理栄養士	0.6	0.3	1.0	1.3
理学療法士	1.2	2.3	1.5	14.8
作業療法士	0.4	1.4	0.3	8.6
言語聴覚士	0.2	0.6	0.1	3.2
相談員	0.7	0.7	0.5	2.4
うち、社会福祉士	0.5	0.5	0.3	2.1
うち、精神保健福祉士	0.0	0.0	0.0	0.2
医師事務作業補助者	0.4	0.5	0.6	0.5
保育士	0.1	0.1	0.1	0.0
その他の職員	0.8	0.5	1.5	1.4

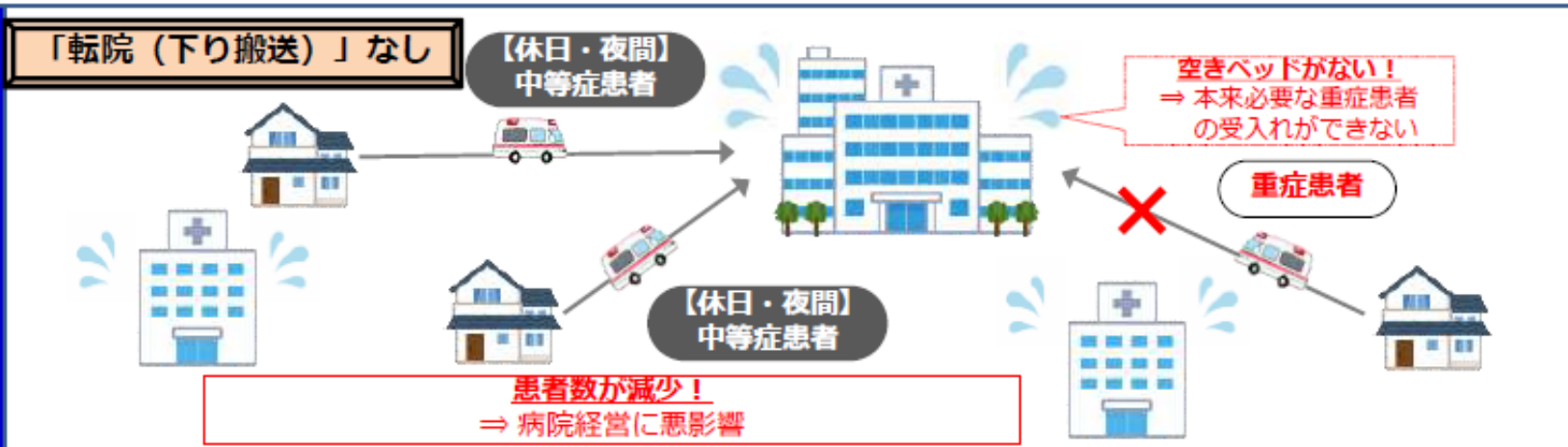
※ 各入院基本料等を届け出ている医療機関

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)

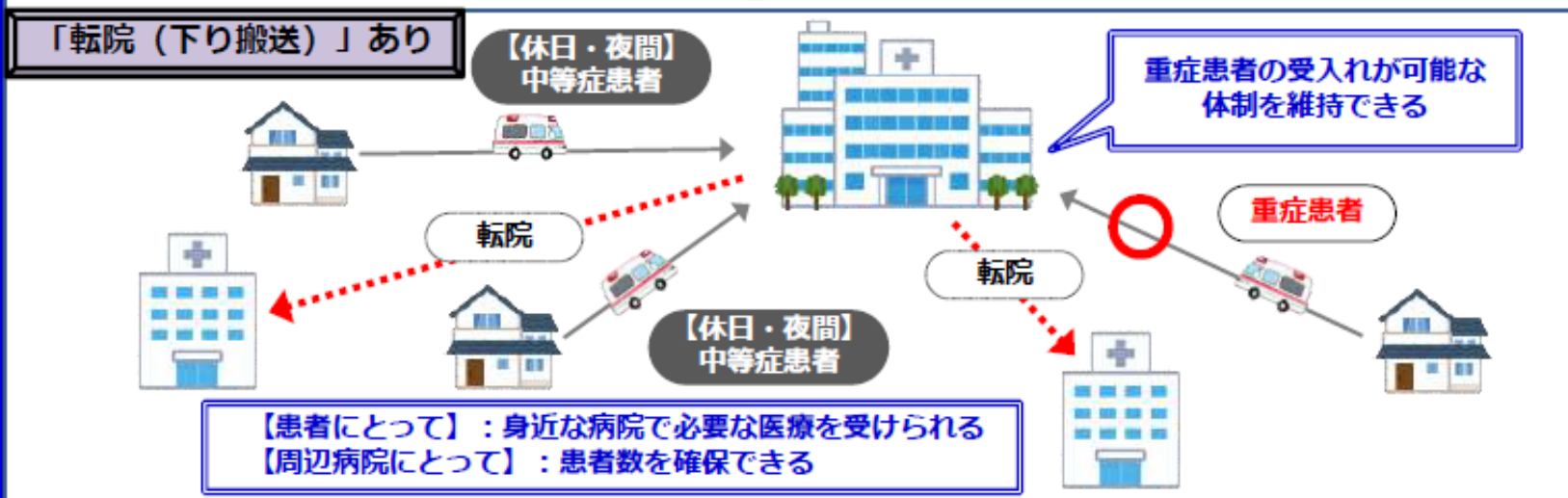
42

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。

休日・夜間の救急医療体制の役割分担

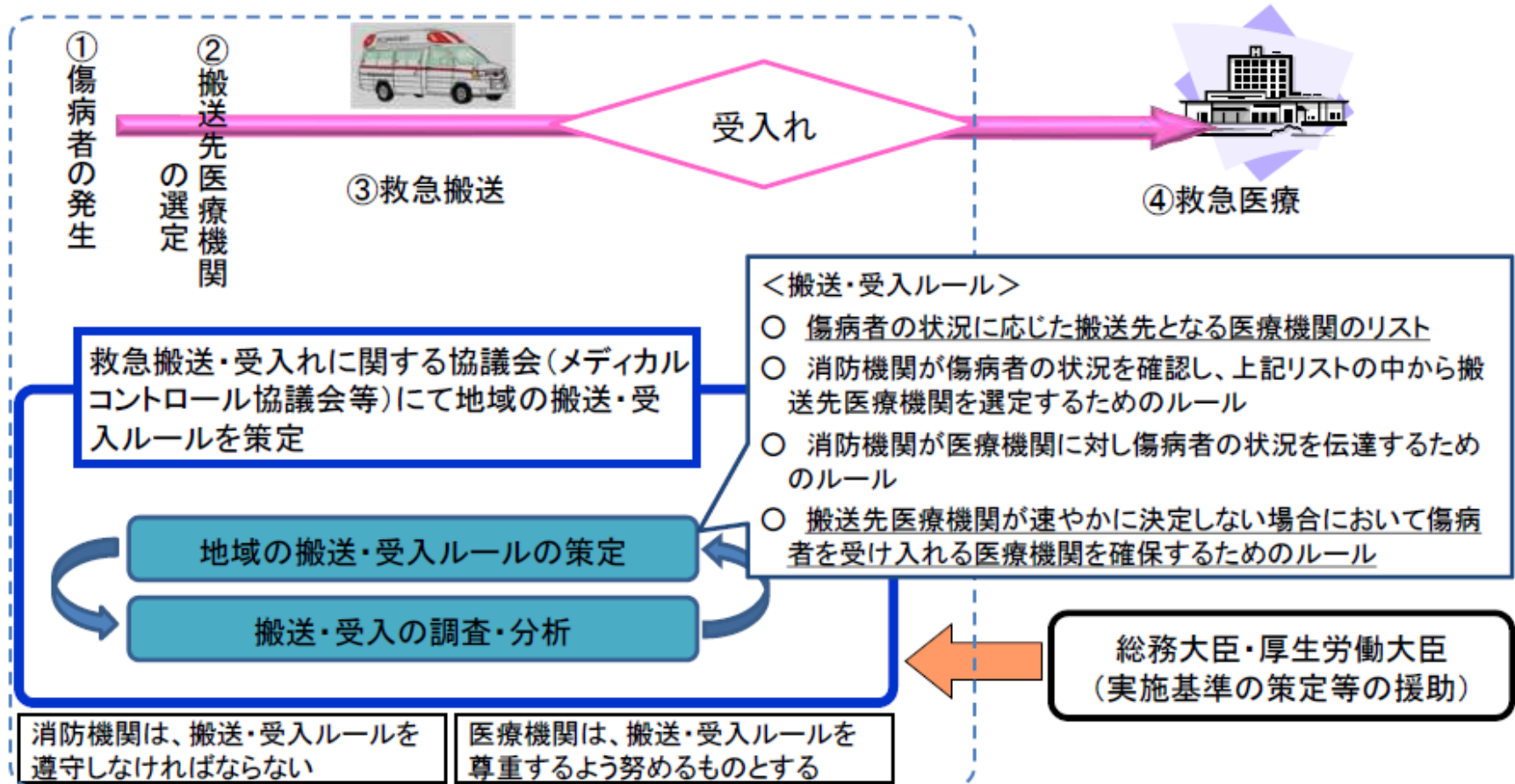


## 転院（下り搬送）の促進



# 搬送・受入れルール

- 消防法に基づき、都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会(メディカルコントロール協議会等)を設置し、“消防機関による傷病者の搬送”及び“医療機関による当該傷病者の受入れ”の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(実施基準)の策定が義務づけられている。



## 【論点】

### (救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について)

- 患者の病態に応じた効率的な医療を推進する観点から、救急医療機関等を受診後に他の医療機関でも対応可能な患者を転院搬送する取組に対する評価の在り方について、これまでの取組事例等を参考に、以下を要件とすることについてどのように考えるか。
  - 搬送元医療機関における救急搬送の受入実績が一定程度以上あること。
  - 搬送元の医療機関の救急外来から直接又は入院後速やかに転院搬送を行い、搬送先の医療機関に入院した場合を評価の対象とした上で、救急外来から直接転院した場合をより高く評価すること。
  - 搬送元医療機関において、受入先の候補となる各医療機関が受入が可能な疾患や病態について各医療機関や地域のMC協議会と協議を行った上で、候補となる医療機関を事前にリスト化しておくこと。
  - 搬送先からの相談に応じる体制及び搬送先で患者が急変した場合等に再度患者を受け入れる体制があること。
  - 転院先の医療機関等と定期的に救急患者の受入について協議を行うとともに、その際に搬送した患者のその後の診療経過について共有を受けていること。
  - 搬送元医療機関と搬送先医療機関が特別の関係にない場合に、診療報酬上の評価の対象となること。
- 急性期病棟から他の急性期病棟への転院については、搬送元医療機関に入院後速やかに行われた場合に限り、在宅復帰率の評価対象から除外することについてどのように考えるか。

### (救急医療管理加算について)

- 救急医療管理加算について、JCS 0の場合の「意識障害又は昏睡」、P/F比400以上やNYHA 1度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により算定する場合の評価についてどのように考えるか。
- 救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについてどのように考えるか。

# 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- これまでの主な指摘
  - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
  - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携



包括的に提供



# 高齢者の救急患者等についての論点

## 【論点】

### (高齢者の救急患者等に対応する入院医療について)

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・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

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上
	基準② A得点が3点以上
	基準③ C得点が1点以上

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

# 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況③

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

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

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

(参考) 上表のうち静脈栄養に関連する注射薬剤として多い成分の品名

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

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

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

出典:DPCデータ(令和4年8月~10月)

# C項目の対象となる手術等の対象日数について

- C項目については、対象となる各手術等を実施した当日から一定の日数までの期間について、該当ありと評価される。
- 当該一定の日数は対象となる手術の在院日数に基づき設定されているが、対象である各手術には、入院後一定期間が経過してから実施される傾向にある手術が多く存在する。
- C項目の対象となる手術を実施した患者における在院日数と手術実施日から退院までの日数を比較したところ、差がみられた。

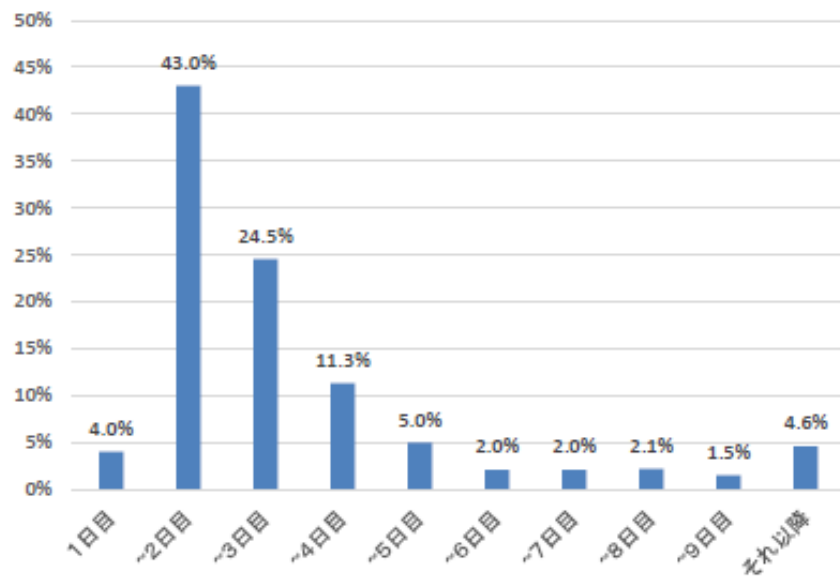
## 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

### C 手術等の医学的状況

#### C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

### C項目の対象の各手術の実施日（入院後日数、中央値）の分布



### C項目の対象となる手術群の在院日数及び手術実施日から退院までの日数

	① 現行の 対象日数	② 在院日数 <sup>※</sup>	③ ②の5割の 日数 (四捨五入)	④ 手術実施日 から退院ま での日数 <sup>※</sup>	⑤ ④の5割の 日数 (四捨五入)
開頭手術	13日間	25.7日	13日	21.5日	11日
開胸手術	12日間	23.2日	12日	18.1日	9日
開腹手術	7日間	14.2日	7日	11.7日	6日
骨の手術	11日間	22.7日	11日	19.8日	10日
胸腔鏡・腹腔鏡 手術	5日間	9.1日	5日	7.4日	4日
救命等に係る内 視鏡的治療	5日間	8.9日	4日	7.1日	4日
別に定める手術	6日間	12.2日	6日	10.0日	5日

※ 各手術における日数の中央値について、算定件数に基づき加重平均したもの。(現行の基準が定められた際の算出方法と同様。)

106

出典: DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月)

# 急性期入院医療についての論点

## 【論点】

### (急性期医療の現状を踏まえた対応について)

- 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

### (急性期一般入院基本料の施設基準について)

- 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。

#### [一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]

- ・ 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数
- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数
- ・ 「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い
- ・ 入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤
- ・ 7対1病棟におけるB項目の取扱い
- ・ 直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数
- ・ 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い
- ・ 必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲

#### [平均在院日数]

- ・ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化

### (その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について)

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばらつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目		変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院料1～5)
1-1	A-7:救急搬送後の入院	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	-0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院料1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する*。	+0.1%
9-2		対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※ C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上
  - ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上
  - ③ 点数が2万点以上
- 注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目		変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。		○		○	
1-2		評価日数を2日とする。			○		○
2-1	A-1:創傷処置	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。同時に、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	○				
3-1	A-2:呼吸ケア	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	○				
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	○				
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	○				
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。				○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	○				
8-1	B項目及び該当基準	7対1病棟において、該当基準のうち基準①（A2点以上かつB3点以上）を廃止する。	○				
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する。	○				
9-2		手術実施日からの退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	○				
10-1	評価対象患者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	○				

- 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

(現行の急性期一般入院料 1 の基準)

該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準①：A得点2点以上かつB得点3点以上
- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

※平均在院日数：18日以内

(シミュレーションにおける確認事項)

平均在院日数

- ・ ○日以内の医療機関

※14日、15日、16日又は17日



該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上



A得点2点を含めた割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上
- ・A得点2点



# 高度急性期入院医療についての論点

## 【論点】

### (特定集中治療室管理料の施設基準等について)

- 特定集中治療室管理料の患者指標において、重症度、医療・看護必要度に加え、入室日のSOFAスコアを活用していくことについてどのように考えるか。
- 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、病床数が少ない等の治療室の特徴も踏まえ、評価手法を見直すことについてどのように考えるか。

### (ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について)

- ハイケアユニットの届出施設数の増加率が高い現状等を踏まえ、一般病棟ではなく治療室における入院管理が必要な患者をより評価する観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の各項目に関する以下の点についてどのように考えるか。
  - ・ 入室時の状態及び手術の実施有無によらずほぼ全ての患者が該当していることを踏まえた「心電図モニター管理」及び「輸液ポンプ管理」の項目の取扱い
  - ・ 患者の重症化率の高いHCUにおいて「人工呼吸器管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低いHCUにおいて「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ことを踏まえた評価の在り方
  - ・ A項目の要件を満たしている場合はほぼ全ての患者がB項目の要件も満たしていることを踏まえたB項目の取扱い
- 業務負担の軽減等の観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度におけるレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

### (医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について)

- 治療室の施設基準と、宿日直許可の関係について、医療機関内での勤務を求める施設基準においては、2024年4月に医師の時間外・休日労働時間の上限規制が施行されることを踏まえ、宿日直許可を受けて宿日直を行っている医師により施設基準を満たすことを想定することについて、どのように考えるか。
- 特定集中治療室においては、現状においても、入室日のSOFAスコアでは患者の重症度が多様であることも踏まえ、宿日直による勤務の医師が治療室にいる新たな区分を設けることについて、どのように考えるか。
  - ・ 新たな区分では、夜間に治療室内の医師が宿日直であることを踏まえ、手順書に基づく看護師の特定行為の実施が有用である場面が増加することが想定されることから、特定行為研修修了看護師等の専門性の高い看護師の活用についてどのように考えるか。
  - ・ 新たな区分において、遠隔ICUの導入により、被支援側の医師の業務負担が減少するとともに宿日直を行った場合でも診療の質が一定程度保たれると考えられることを踏まえ、遠隔ICUを用いた診療に対する評価についてどのように考えるか。
- MFICUについては、宿日直におけるMFICU内での現状の診療実態や、緊急帝王切開に迅速に対応する必要があることを踏まえ、宿日直許可との関係を含めた、母体・胎児集中治療室管理料(MFICU管理料)における施設基準の在り方をどのように考えるか。

○ SOFAスコアによる評価についての議論及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直しについての議論を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響のシミュレーションについては、以下の内容を組み合わせて実施することとしてはどうか。

1. 重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響	見直し案1	見直し案2
(1) A-1:輸液ポンプの管理	項目を削除する。	ICU1,2: -9.1% ICU3,4: -13.5%	○	○
(2) A-2:動脈圧測定（動脈ライン）	得点を1点に変更する。	ICU1,2:-8.3% ICU3,4:-10.9%		○
(3) 基準値	2点以上の場合に該当とする。	ICU1,2:+8.1% ICU3,4:+11.7%	○	○



2. SOFAスコアによる評価対象施設の基準設定

対象	変更内容	基準の候補
(1) 特定集中治療室管理料 1及び2	入室日のSOFAスコアが5点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上
(2) 特定集中治療室管理料 3及び4	入室日のSOFAスコアが3点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上

※ 救命救急入院料2・4についても、1. の項目及び該当基準の見直しを行った場合のシミュレーションを行う。

○ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度については、これまでの議論を踏まえ、個別項目の要件及び該当基準の見直しを行うとともに、各項目について重みづけを行う観点から、一部の項目の該当患者割合を全体の該当患者割合とは別で確認することとしてはどうか。

1. 個別項目の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響
(1) A-1:創傷処置	一般病棟用の必要度Ⅱにおける同項目の評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	HCU1:-1.2% HCU2:-1.4%
(2) A-3:呼吸ケア	一般病棟用の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	HCU1:-6.9% HCU2:-6.0%
(3) A-4:点滴ライン同時3本以上の管理	一般病棟用の「注射薬剤3種類以上の管理」と同様の項目にした上で、入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	HCU1:-0.2% HCU2:+0.5%
(4) 対象項目	以下の項目を削除した上で、該当基準を「A 3点以上かつB 4点以上」から「A 1点以上」に変更する。 A-5:心電図モニターの管理 A-6:輸液ポンプの管理	HCU1:+4.7% HCU2:+9.7%

2. 各項目の重みづけ等を踏まえた該当基準の見直し

該当患者割合①
個別の項目のうち以下のうちいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合①とする。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・蘇生術の施行</li> <li>・中心静脈圧測定（静脈ライン）</li> <li>・人工呼吸器の装着</li> <li>・輸血や血液製剤の管理</li> <li>・肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）</li> <li>・特殊な治療法等</li> </ul>



該当患者割合②
全項目のいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合②とする。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・創傷処置</li> <li>・蘇生術の施行</li> <li>・呼吸ケア</li> <li>・注射薬剤3種類以上の管理</li> <li>・動脈圧測定（動脈ライン）</li> <li>・シリンジポンプの管理</li> <li>・中心静脈圧測定（静脈ライン）</li> <li>・人工呼吸器の装着</li> <li>・輸血や血液製剤の管理</li> <li>・肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）</li> <li>・特殊な治療法等</li> </ul>

※ これらの見直しに加えて、レセプト電算処理システムコードを用いて評価を行った場合のシミュレーションもあわせて行う。

## 地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➤ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

### 現行

#### 【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

#### 【在宅から受入れた患者】

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。



### 改定後

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

#### （改）イ 急性期患者支援病床初期加算

##### （1）許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 **150点**
- ② ①の患者以外の患者の場合 **50点**

##### （2）許可病床数400床未満の保険医療機関

- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 **250点**
- ② ①の患者以外の患者の場合 **125点**



#### （改）ロ 在宅患者支援病床初期加算

- ① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- ② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**

### 現行

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算  
150点（14日を限度とする。）  
在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算  
300点（14日を限度とする。）



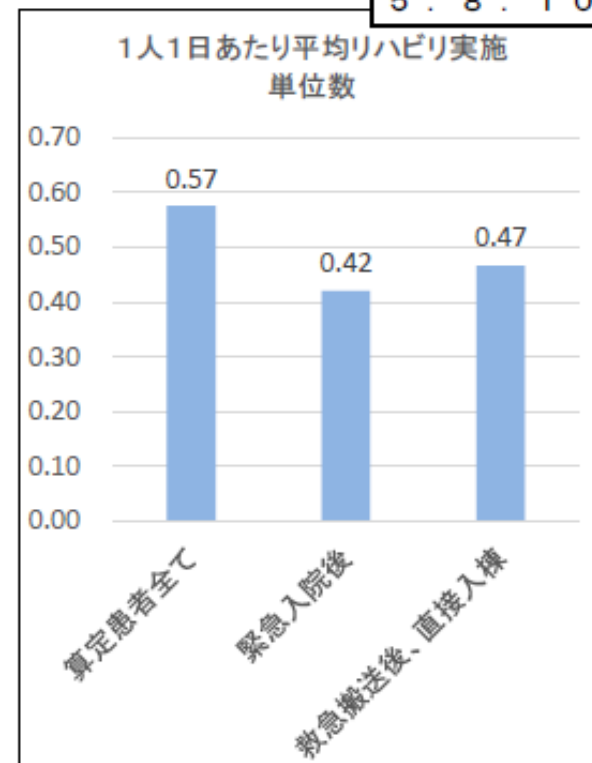
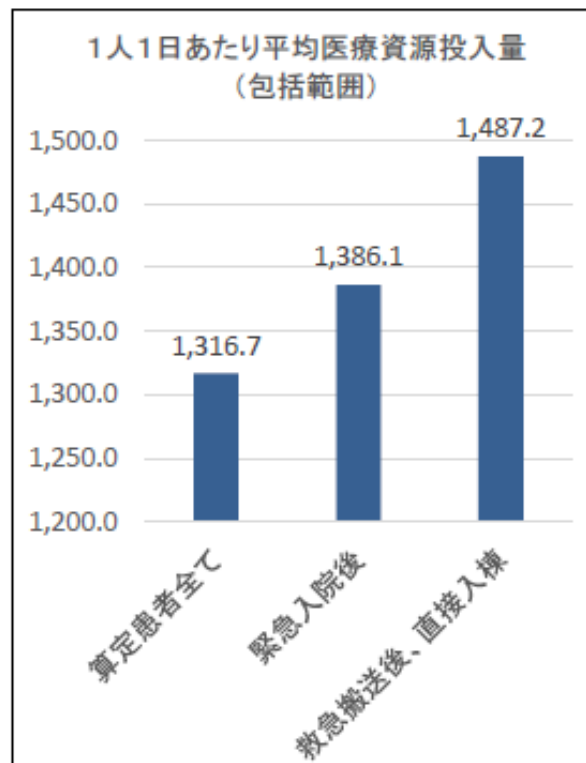
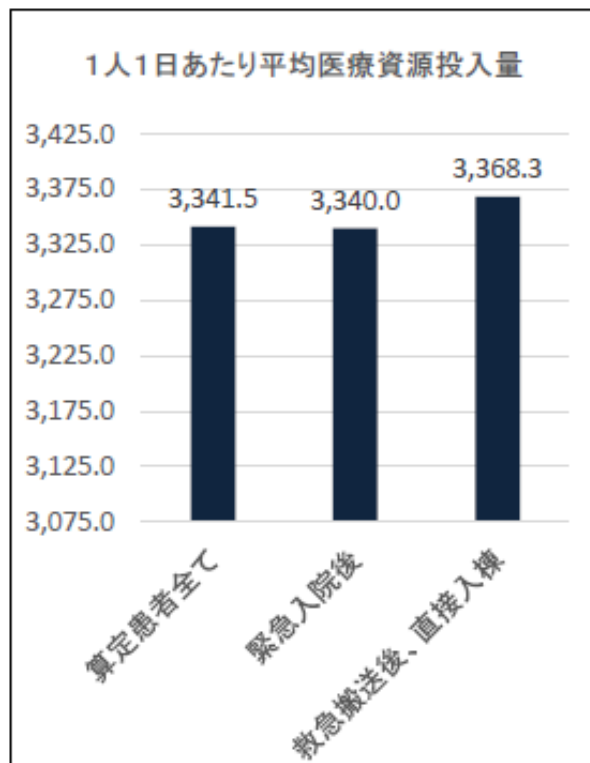
### 改定後

急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
		他院の一般病棟	150点
在宅患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床未満の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設		500点
	自宅・その他施設		400点

# 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

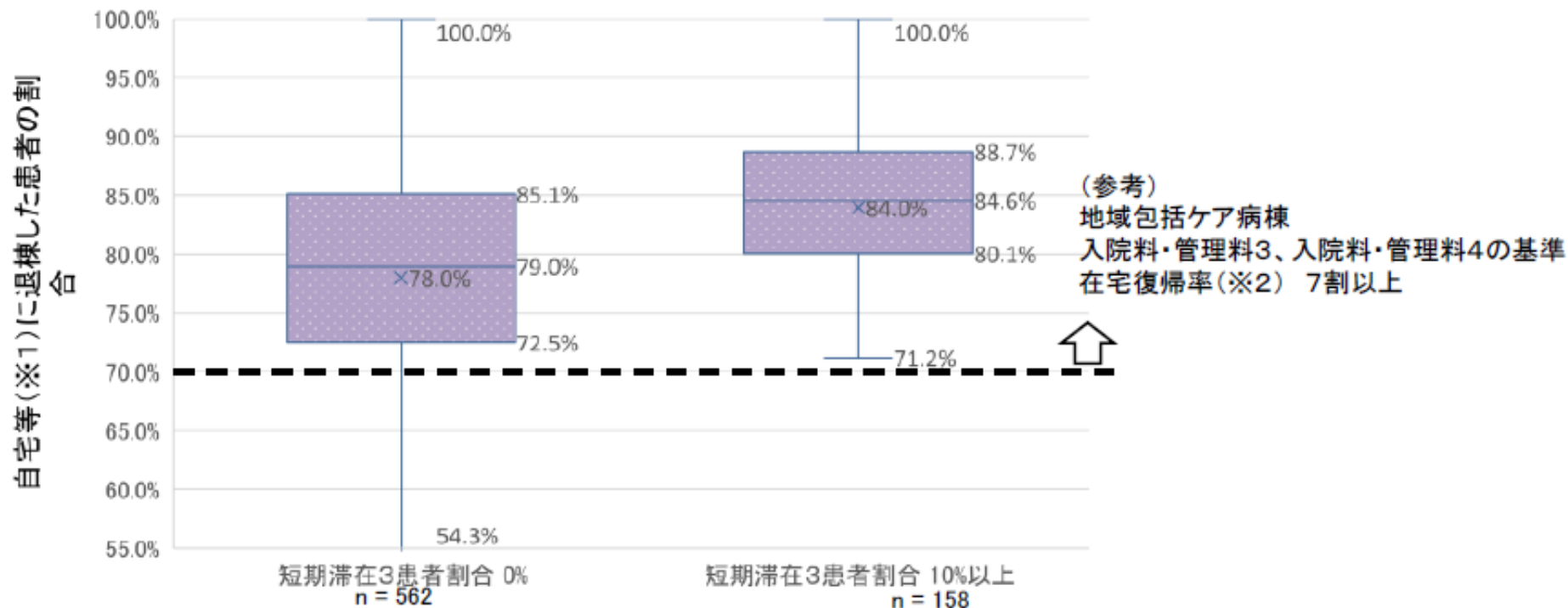
- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 731,936)
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者 (n = 178,017)
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 39,757)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

- 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

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



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

- ※1 集計における自宅等 : 家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院  
 ※2 施設規程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。

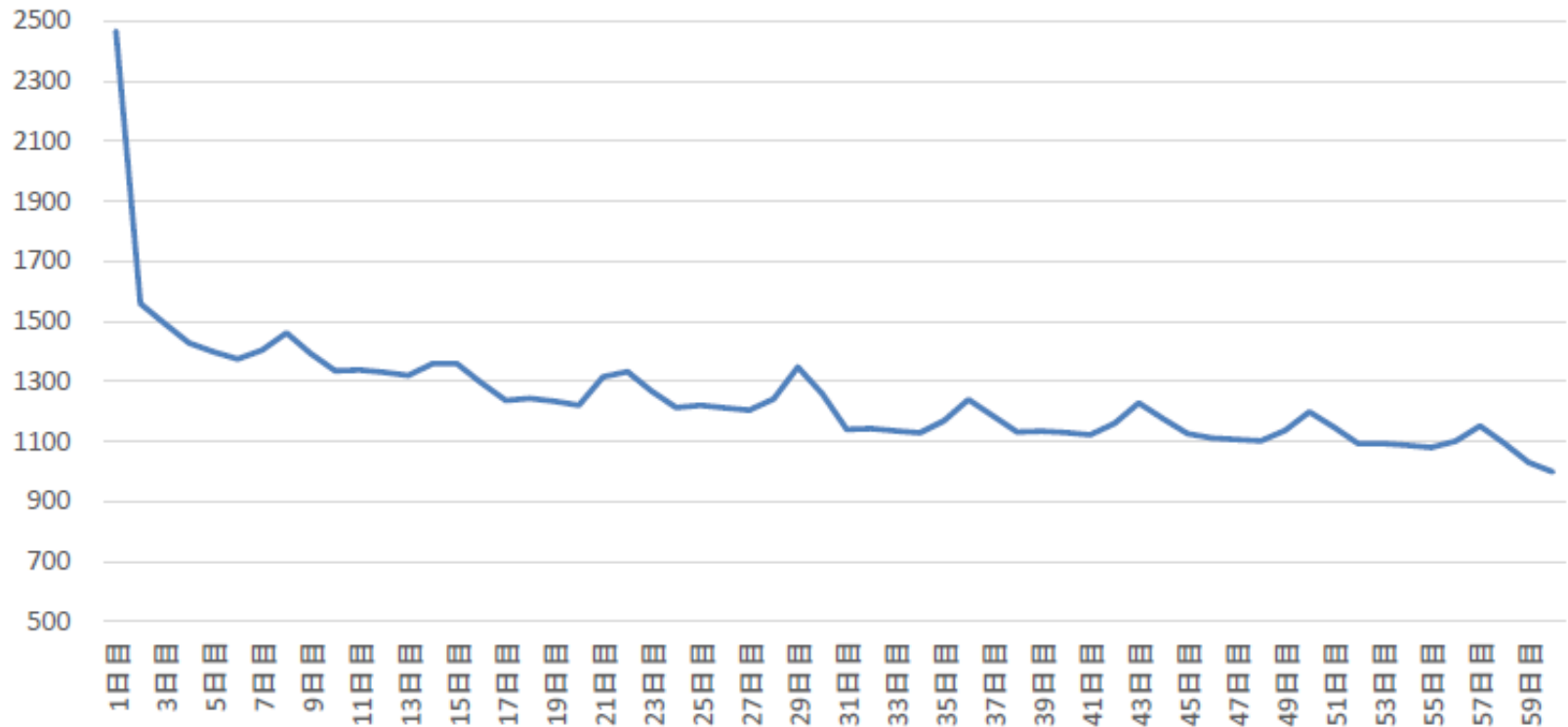
出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

# 入院日数に応じた医療資源投入量

診調組 入-1  
5.9.29

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

## 1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)



出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

## 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	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 <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 （許可病床数200床以上の場合） （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	<b>2割以上</b> （管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上）		<b>いずれか1つ以上</b> （満たさない場合90/100に減算） （「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）		<b>2割以上</b> （管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上）		<b>いずれか1つ以上</b> （満たさない場合90/100に減算） （「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 <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 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

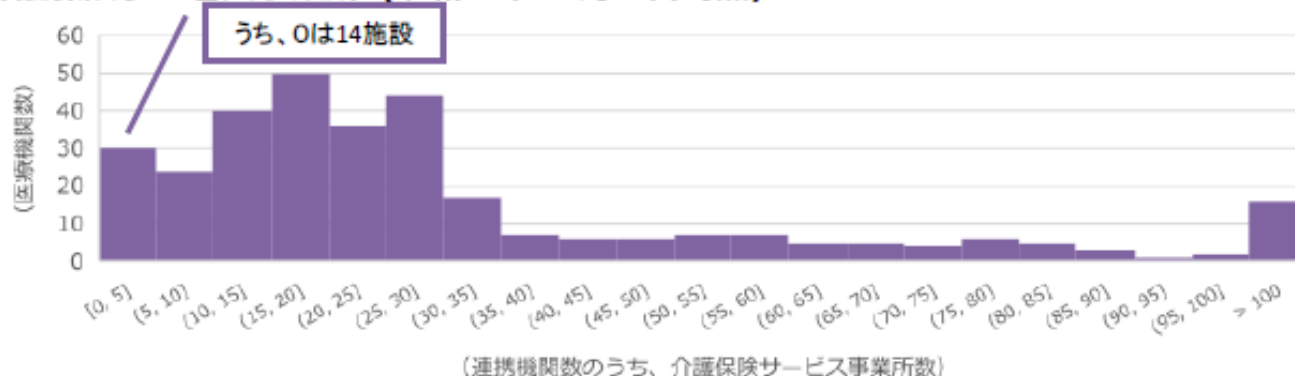


# 入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある

## ■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

### ① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



### ② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



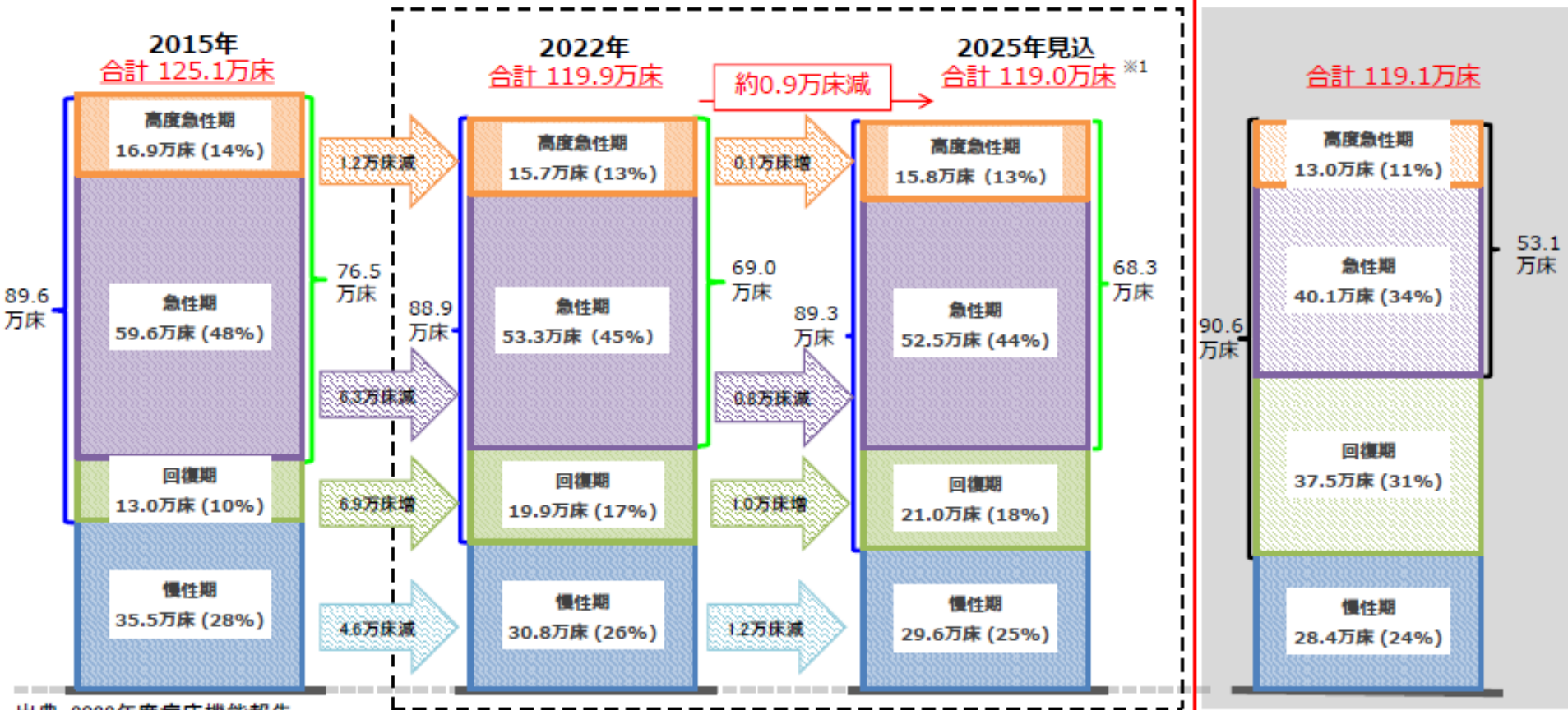
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

# 2022年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告  
(各医療機関が病床単位で報告)※6

2022年度病床機能報告  
(各医療機関が病床単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4 ※6



出典: 2022年度病床機能報告

- ※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
- ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要  
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%)
- ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
- ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)  
\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
- ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

## 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

- ▶ 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を行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準 必要度 I / II	許可病床数 200床以上	31%/ <b>28%</b>	<b>27%/24%</b>	<b>24%/21%</b>	<b>20%/17%</b>	<b>17%/14%</b>	測定している こと
	許可病床数 200床未満	<b>28%/25%</b>	<b>25%/22%</b>	<b>22%/19%</b>	<b>18%/15%</b>		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出 実績が必要		-		
データ提出加算		○ (要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	<b>1,382点</b>

## 【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり  
⇒**令和4年9月30日まで**基準を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり  
⇒**令和4年9月30日まで**改定前の点数を算定できる。

# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和5年5月25日）資料2より抜粋

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

## 高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例  
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

## 急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

## 回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

## 慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ルヴァエット入院医療管理料
- 脳卒中ケアエット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料

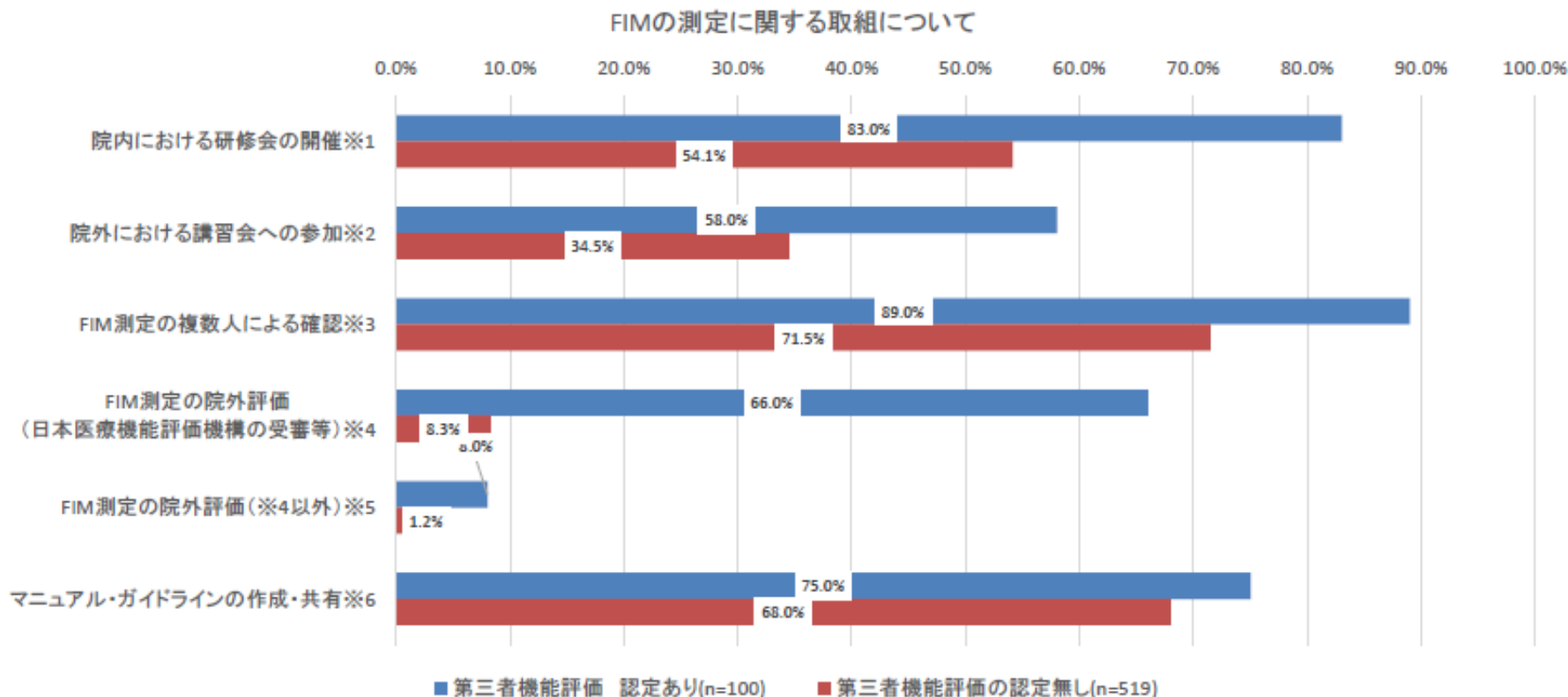
- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

○ 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

## 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

Q

区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院」とあるが、公益財団法人日本医療機能評価機構による医療機能評価において、副機能としてリハビリテーション病院の評価を受けている病院についても該当するか。

A

該当しない。

# 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究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、緩和ケア病床もしくはホスピスを有する病院

### 機能種別の決定 (主たる機能種別と副機能)

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

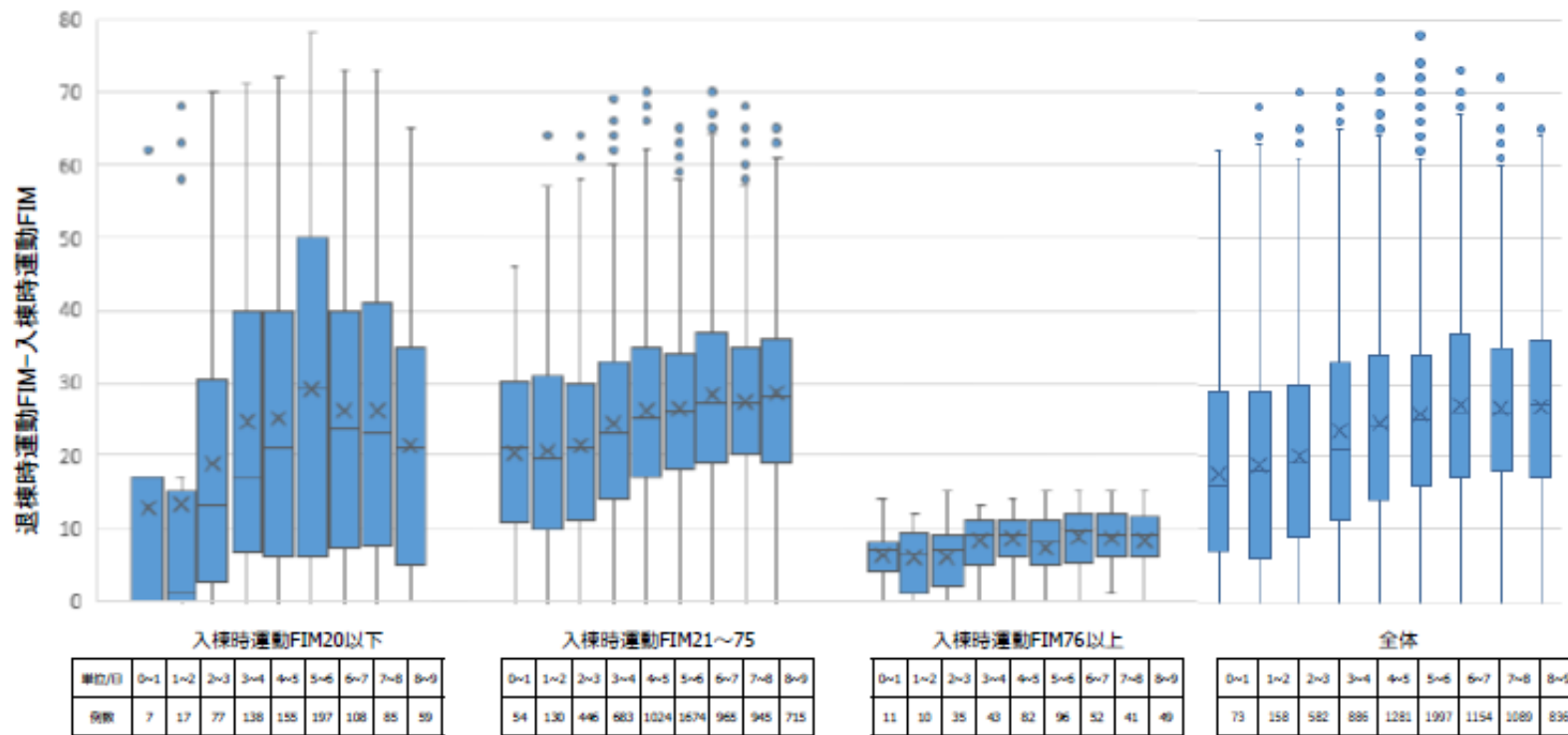
ケース1: 全ての病床が回復期リハビリテーション病床の場合

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



出典: 日本医療機能評価機構より提供

○ 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。



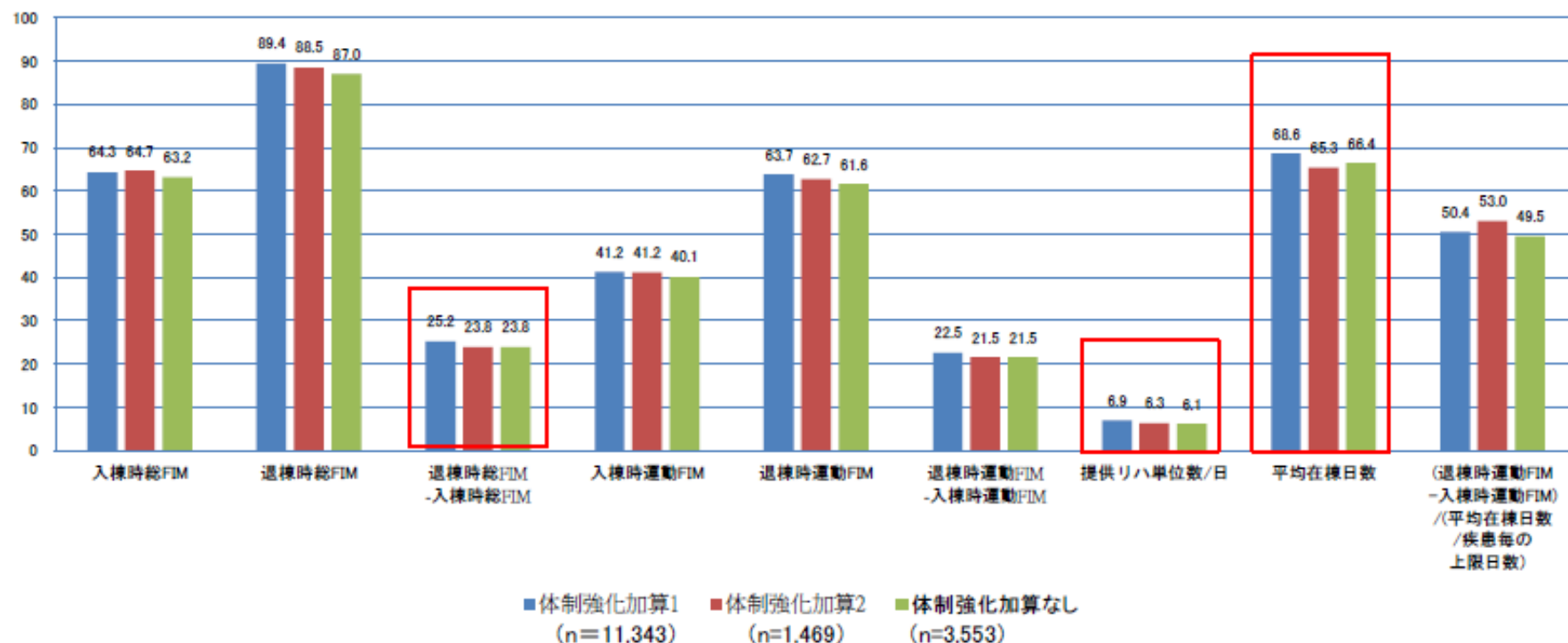
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供  
(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)



# 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に大きな差がなかった。

体制強化加算の有無別の比較

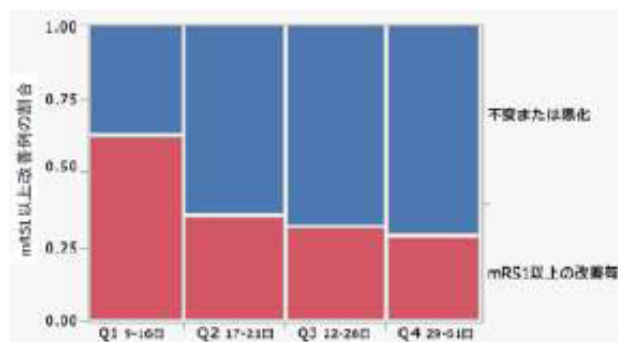


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供  
(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

# 発症から入棟までの日数と機能予後について

- 急性期病棟における在棟日数(発症から回復期リハビリテーション病棟への転棟日数)が短いほど、その後の機能予後がよいとの報告がある。
- 急性期脳卒中408例中、回復期リハビリテーション病棟に転棟・転院したのは142例であった。急性期における在院期間が17日未満で回復期病棟に移った群で改善有(一年後にmodified Rankin scaleが1以上改善)が有意に多かった( $P < 0.01$ )。多変量解析においても同様の結果であった。

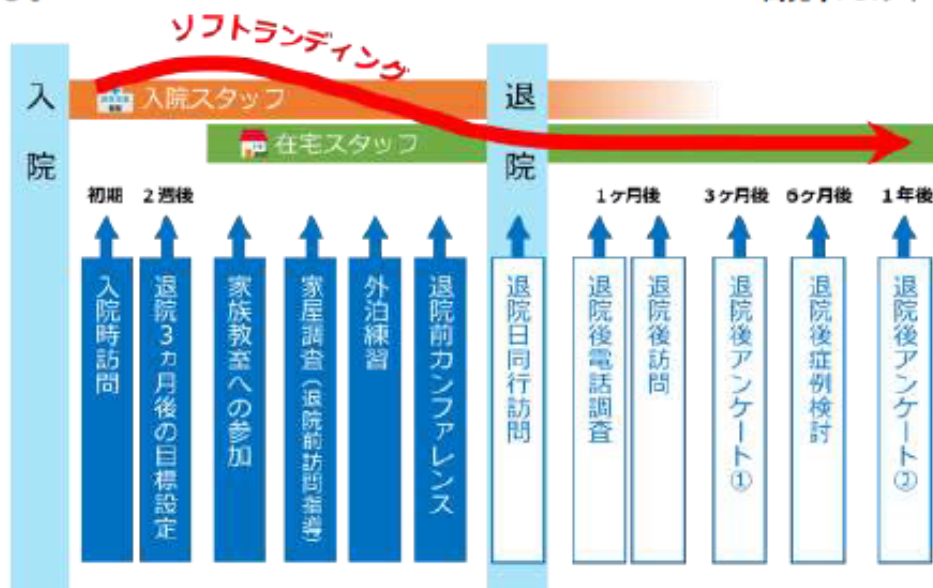
岩本高典ほか、川崎医学会誌(0386-5924)48巻 Page1-9(2022.)



- 急性期治療後に同施設の回りハ病棟に転棟した脳梗塞149例、脳出血108例の機能予後についての報告では、脳梗塞は、改善(実績指数が30点以上)群90例、非改善群59例で、急性期入院日数は20.3日、24.4日と改善群で短かった( $p < 0.05$ )。脳出血は、改善群60例、非改善群48例で、急性期入院日数は23.2日、31.5日と改善群で短かった( $p < 0.05$ )。

今西 正巳、Neurosurgical Emergency(1342-6214)26巻1号 Page44-50(2021.03).

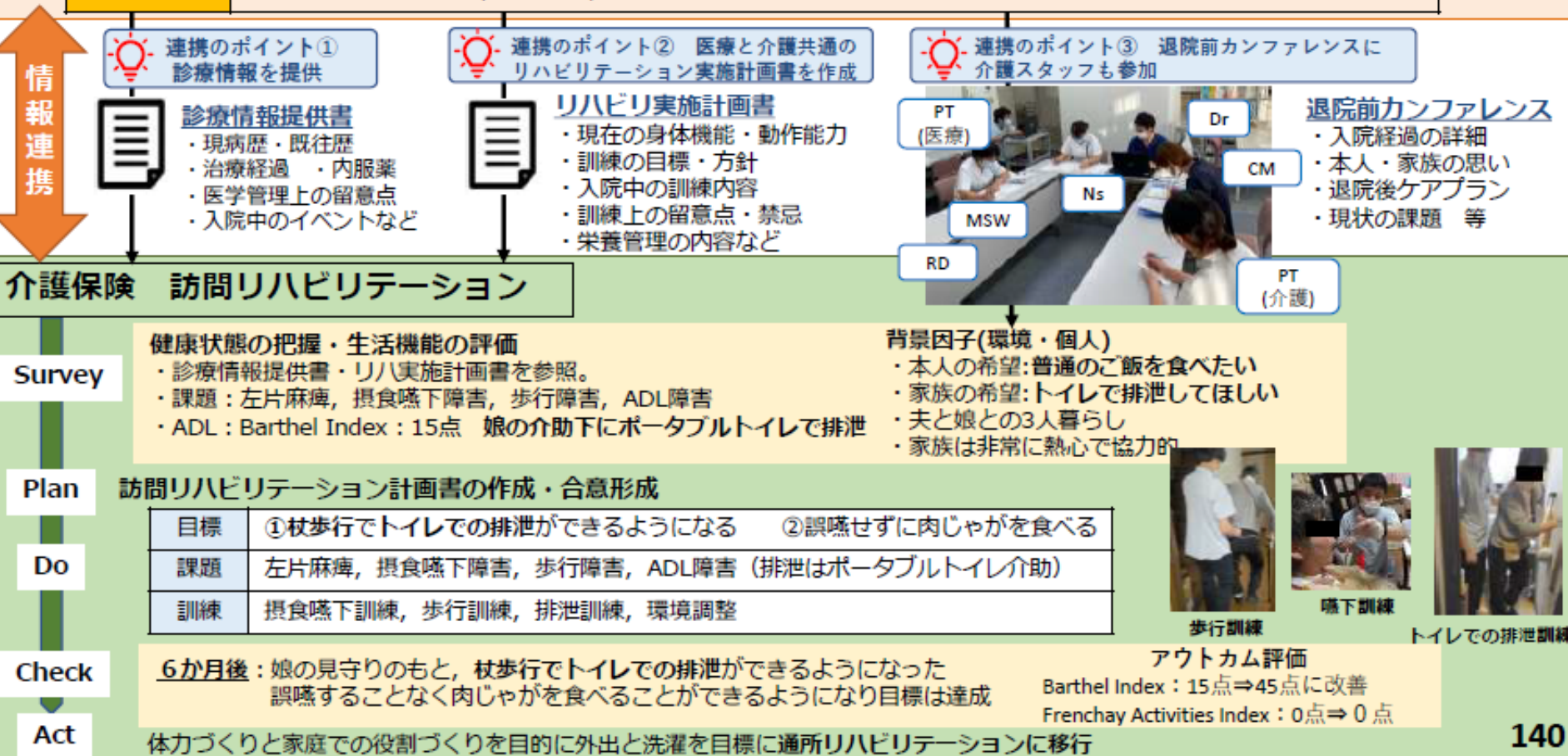
- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
- 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。  
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低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



# 【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

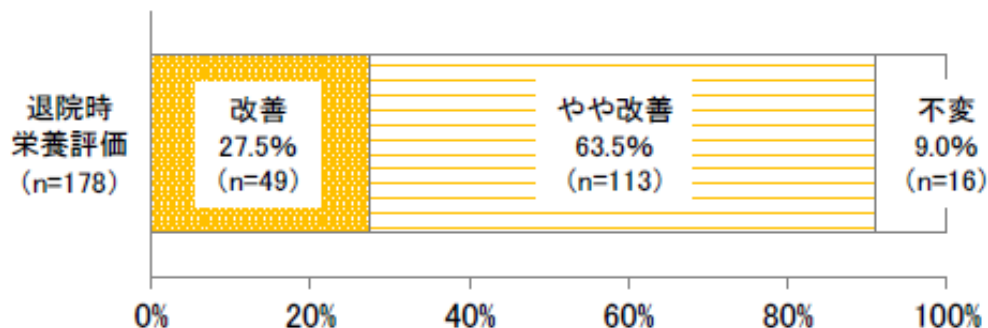
## 医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行，意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施。 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院，左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった。



## 個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

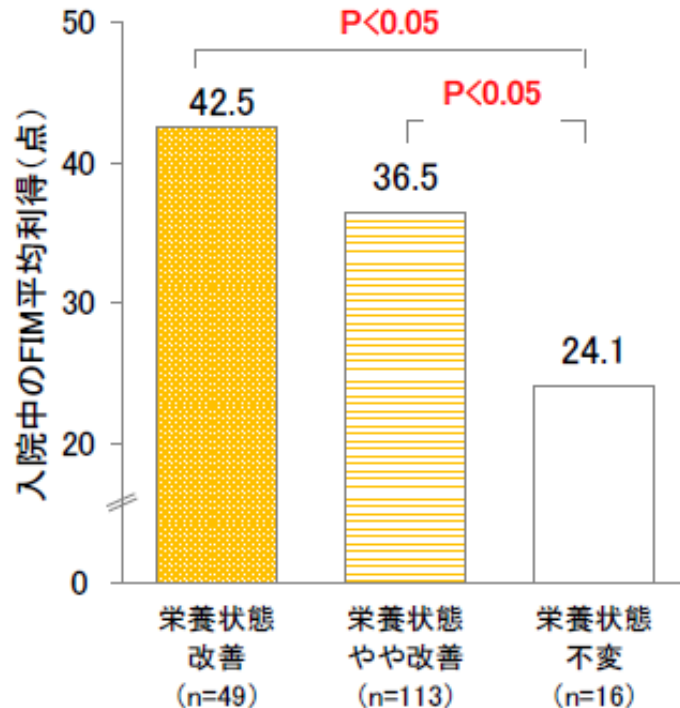
- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



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

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

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

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

## B001・10 入院栄養食事指導料（入院中2回に限る）

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

### イ 入院栄養食事指導料1

※回復期リハビリテーション病棟入院料1で算定可

保険医療機関の管理栄養士が  
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 260点 (2) 2回目 200点

### ロ 入院栄養食事指導料2

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

(1) 初回 250点 (2) 2回目 190点

## 栄養情報提供加算（入院中1回） 50点

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

### 【対象患者】

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

### ※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステチン尿症食、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。）

# リハビリテーション実施計画書における栄養に関する記載

○ リハビリテーション実施計画書における栄養に関する項目として、身長、体重、BMI、栄養補給方法、嚥下調整食の必要性、栄養状態の評価等があり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、必須事項である。

心身機能・構造

基本動作

栄養

社会保障サービスの申請状況

(別添形式1)

### リハビリテーション実施計画書

患者氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 病棟部署: \_\_\_\_\_ 科: \_\_\_\_\_ 床: \_\_\_\_\_

入室日: \_\_\_\_\_ 退室日: \_\_\_\_\_ 病歴(主病名): \_\_\_\_\_

栄養補給方法: 経口経食 経管栄養 静脈栄養 その他( )

---

心身機能・構造 (※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)

<input type="checkbox"/> 認知障害 (JCS-5/6)	<input type="checkbox"/> 呼吸器障害	<input type="checkbox"/> 関節運動障害	<input type="checkbox"/> 呼吸不全
<input type="checkbox"/> 循環器障害	<input type="checkbox"/> 消化器障害	<input type="checkbox"/> 腸胃運動障害	<input type="checkbox"/> 尿閉
<input type="checkbox"/> 神経障害	<input type="checkbox"/> 腎臓障害	<input type="checkbox"/> 泌尿器障害	<input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> 皮膚障害	<input type="checkbox"/> 骨格・関節障害	<input type="checkbox"/> 運動機能障害	<input type="checkbox"/> 褥瘡
<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害
<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害

---

基本動作

歩行: \_\_\_\_\_ 歩行補助具: \_\_\_\_\_

座位: \_\_\_\_\_

床から立ち上がり: \_\_\_\_\_

階段昇降: \_\_\_\_\_

食事: \_\_\_\_\_

排泄: \_\_\_\_\_

---

栄養 (※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)

基礎情報 身長(\*1): ( )cm 体重: ( )kg BMI(\*1): ( )kg/m<sup>2</sup>

栄養補給方法(複数選択可) 経口: (食事 補助食品) 経管栄養 静脈栄養: (末梢 中心) 胃ろう

嚥下調整食の必要性: (無 有(学会分類コード\_\_\_\_\_))

栄養状態の評価: 問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他 ( )

【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】

必要栄養量 熱量: ( )kcal タンパク質量 ( )g

総摂取栄養量(経口・経管・経静脈栄養の合計(\*2)) 熱量: ( )kcal タンパク質量 ( )g

\*1:身長測定が困難な場合は省略可 \*2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

---

社会保障サービスの申請状況

生活保護: 申請済 申請中 申請不要

介護保険: 申請済 申請中 申請不要

障害者手帳: 申請済 申請中 申請不要

介護職員処遇改善加算: 申請済 申請中 申請不要

介護報酬: \_\_\_\_\_

介護職員処遇改善加算: \_\_\_\_\_

介護職員処遇改善加算: \_\_\_\_\_

## 回復期入院医療についての論点

### 【論点】

#### （地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- 地域包括ケア病棟において高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進することについてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、指標のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の推移が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で求める「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援では、より介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化してはどうか。

#### （回復期リハビリテーション病棟入院料について）

- 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を推進する観点から、FIMの測定のあり方について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、疾患別リハビリテーションの上限単位数や体制強化加算のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促すことについてどのように考えるか。
- 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態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、栄養管理の充実を図るためには、どのような方策が考えられるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
- リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することについてどのように考えるか。



# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

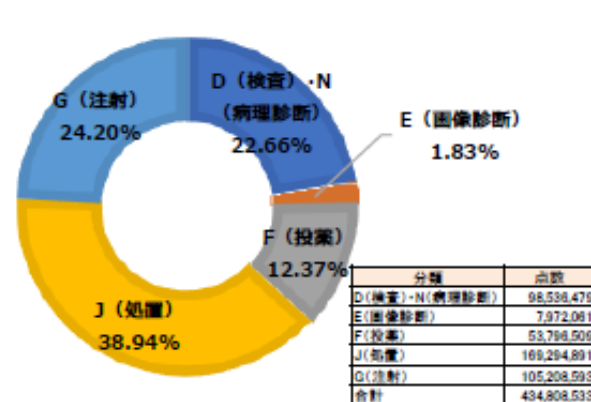
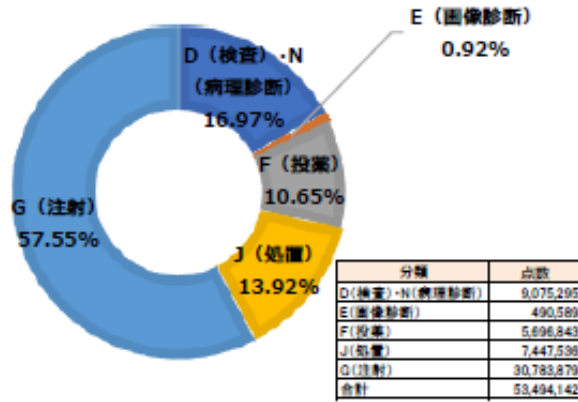
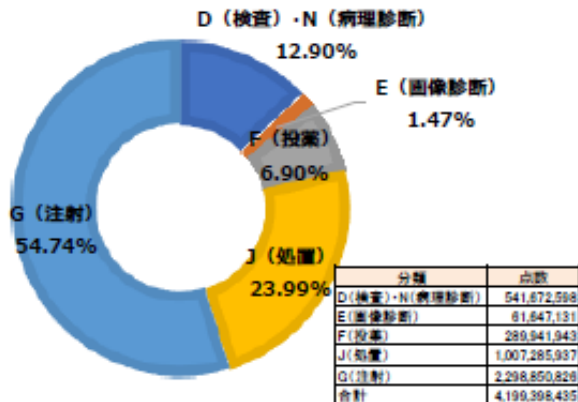
診調組 入-3  
5.9.6改

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

医療区分3における割合（再掲）

【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分1における割合

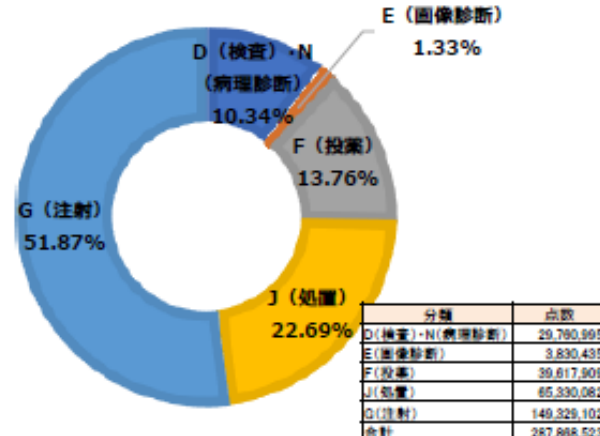
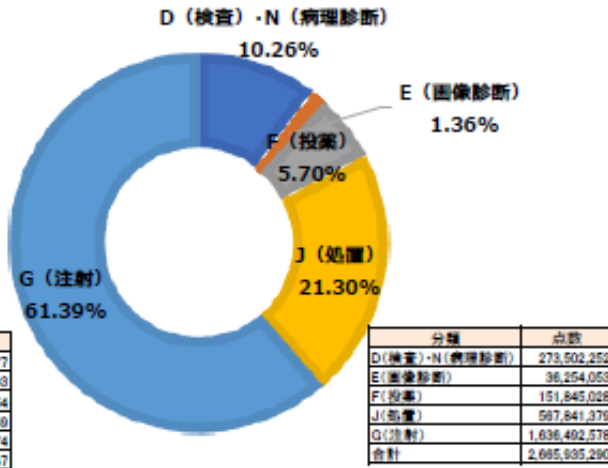
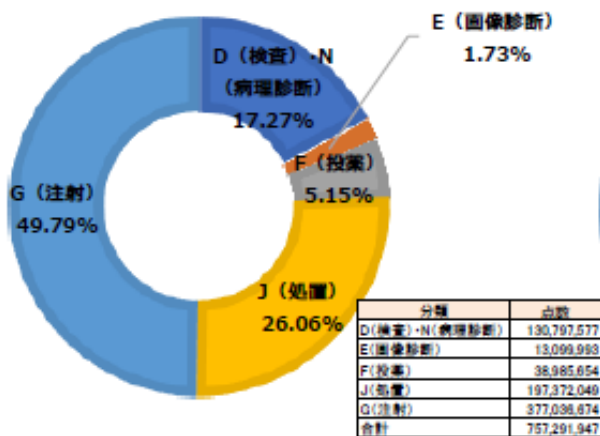
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分3における割合

【疾患・状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分3における割合

【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分3における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

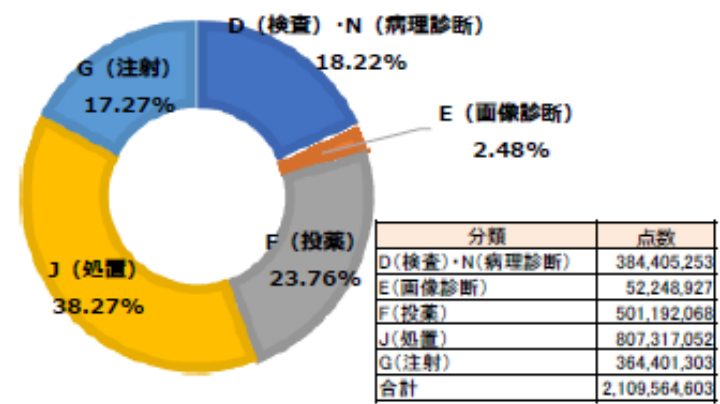
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

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

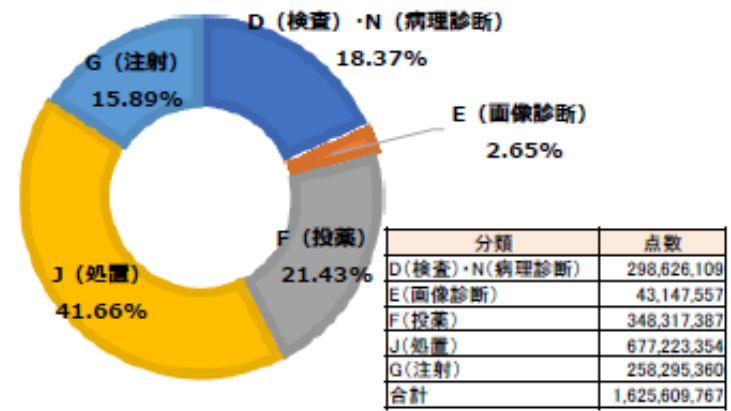
33

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

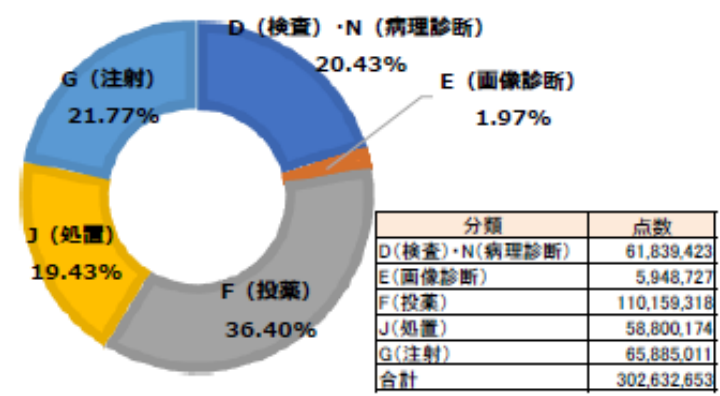
医療区分2における割合（再掲）



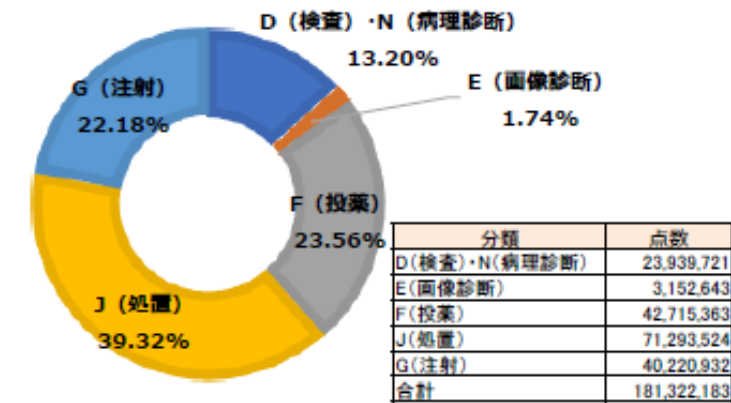
【疾患状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分1における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分2における割合



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

# 療養病棟におけるリハビリテーション

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

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

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

データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

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

37

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

## 静脈経腸栄養ガイドライン第3版より抜粋 (日本静脈経腸栄養学会編集)

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

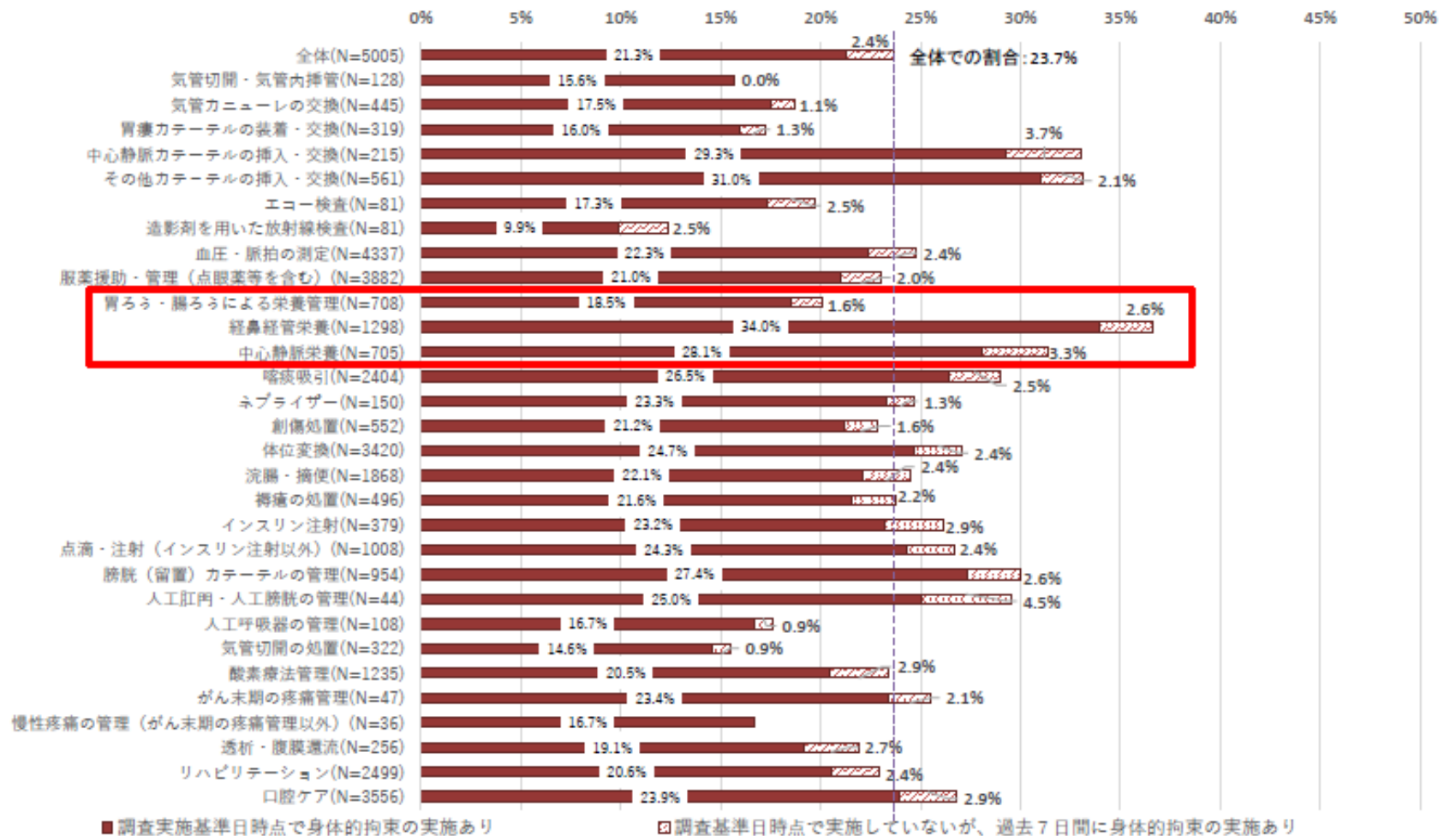
## 静脈栄養と経腸栄養の選択基準



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

# 医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施有無

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



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

## 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3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

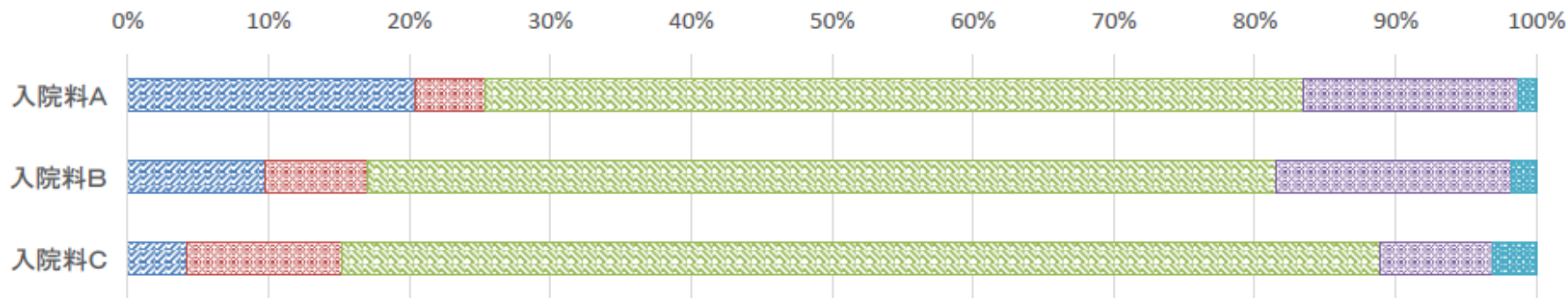
### 【対象となる処置等】

- ・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。）

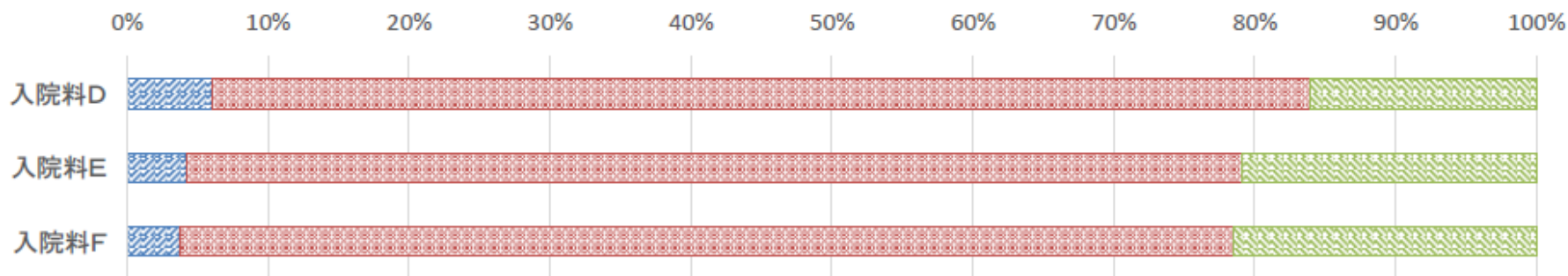
# 療養病棟についてのシミュレーション

○ 療養病棟入院料2の各入院料についてのシミュレーション結果は以下のとおり。

療養病棟入院基本料2の各入院料の、疾患・状態と処置等の組合せに該当する病日の割合(全医療機関の総計)



■ 【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分3に該当
 ■ 【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分3に該当
 ■ 【疾患状態】医療区分1かつ【処置】医療区分3に該当
 ■ 【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分2に該当
 ■ 【疾患状態】医療区分3かつ【処置】医療区分1に該当



■ 【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分2に該当
 ■ 【疾患状態】医療区分1かつ【処置】医療区分2に該当
 ■ 【疾患状態】医療区分2かつ【処置】医療区分1に該当

出典：DPC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）

# 慢性期入院医療についての論点

## 【論点】

### (療養病棟入院基本料について)

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

### (障害者施設等入院基本料等について)

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



# 重症度、医療・看護必要度等についての論点

## 【論点】

(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について)

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

(特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について)

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し及び入室日のSOFAスコアと組み合わせた評価を行う上での判定基準についてどのように考えるか。
- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者割合の在り方の見直し並びにレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

(レセプト電算処理システムコードを用いた測定の推進について)

- 業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、許可病床数200床未満の急性期一般入院料1及び許可病床数200床以上400床未満の急性期一般入院料2・3並びに特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4において重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とすることについてどのように考えるか。

# 機能評価係数Ⅱの見直しについて

- 各係数の評価の主旨や現状の実績分布等を踏まえ、医療機関ごとの適切な評価を行う観点から、機能評価係数Ⅱについて、以下のように再整理することが考えられるのではないかと。

## 【見直しのイメージ】

現行	
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	体制評価指数
	定量評価指数

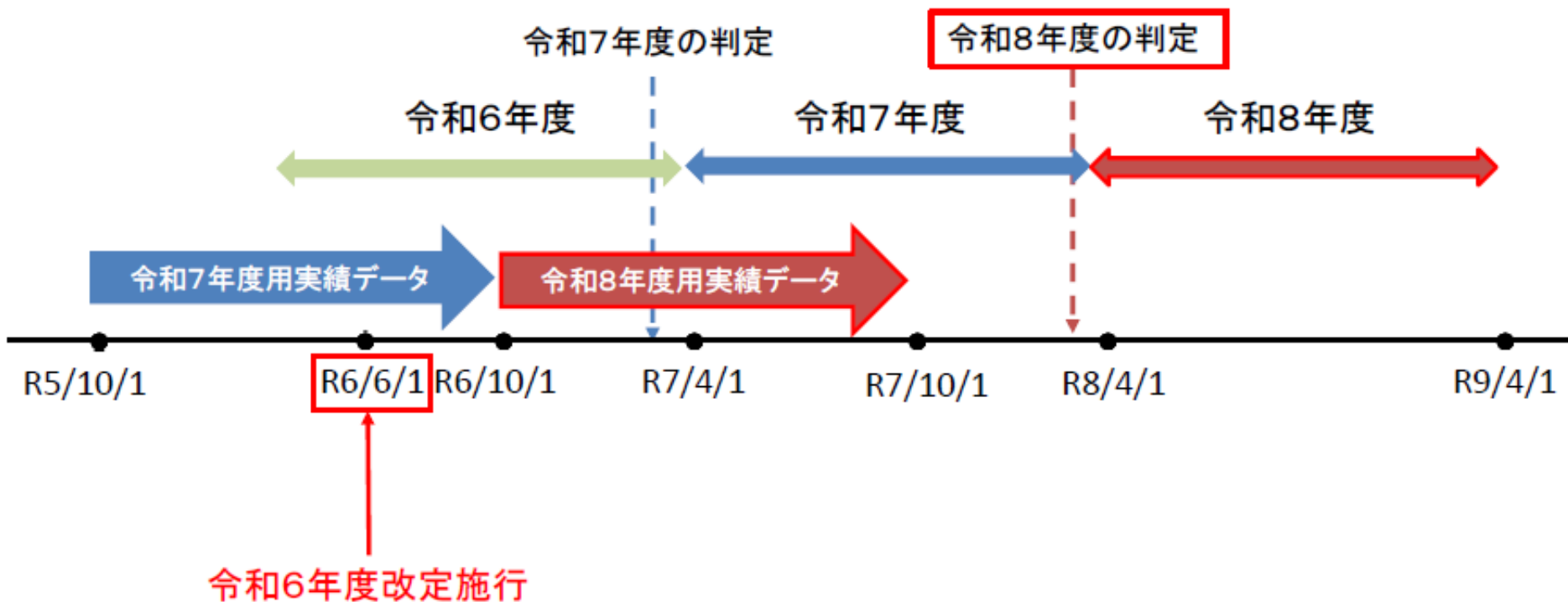


見直し後
<u>評価を廃止、一部を体制評価指数において評価</u>
<u>評価手法の見直し、医療機関群別の評価を導入</u>
現行の評価の継続
現行の評価の継続
<u>名称・係数の位置付けの変更</u>
<u>医療計画の見直しや実績分布等を踏まえた見直し</u> <u>新たな評価項目の追加</u>
現行の評価の継続

# 実績データ期間と判定年度との関係について

- DPC対象病院の要件の1つであるデータ/病床比については、調査期間(前々年度10月～前年度9月)における実績に基づき、毎年度末に判定を行っている。
- 例えば、令和6年度改定において、実績データに基づく要件を新設するのであれば、令和6年6月以降の実績データを用いて判定を行う令和8年度より適用することが考えられるのではないか。

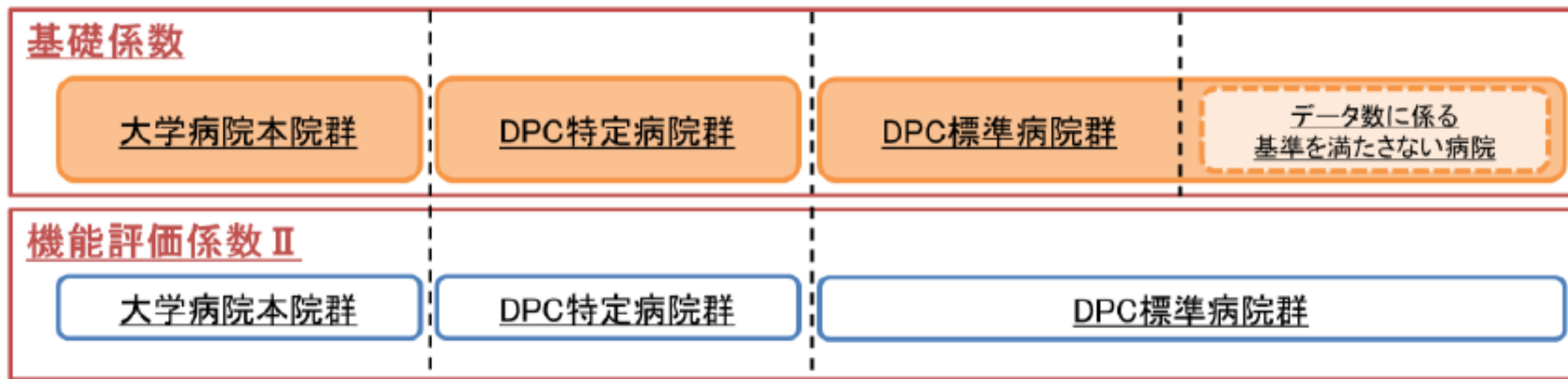
## 【実績データ期間と判定年度との関係】



# 令和6年度診療報酬改定における対応について

- 1月当たりデータ数が90を下回る病院は、診療密度(相対値)が相対的に低いことを踏まえ、令和6年度診療報酬改定においては、適切な包括評価を行う観点から、以下の対応を行うことが考えられるのではないか。
  - ・ 診断群分類ごとの包括点数について、該当する病院のデータを除外して算出する。
  - ・ 基礎係数(包括点数に対する実績点数の比率を反映)の設定にあたって、該当する病院の評価を区別する。
  - ・ 機能評価係数Ⅱの設定にあたっては、従前のおり3つの医療機関群ごとの評価とする。

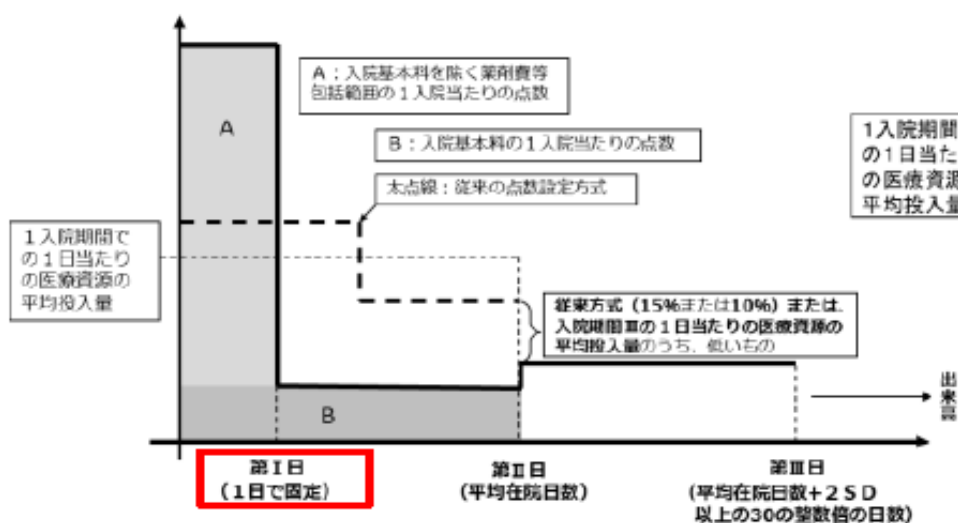
## 【令和6年度改定における医療機関別係数の評価体系(イメージ)】



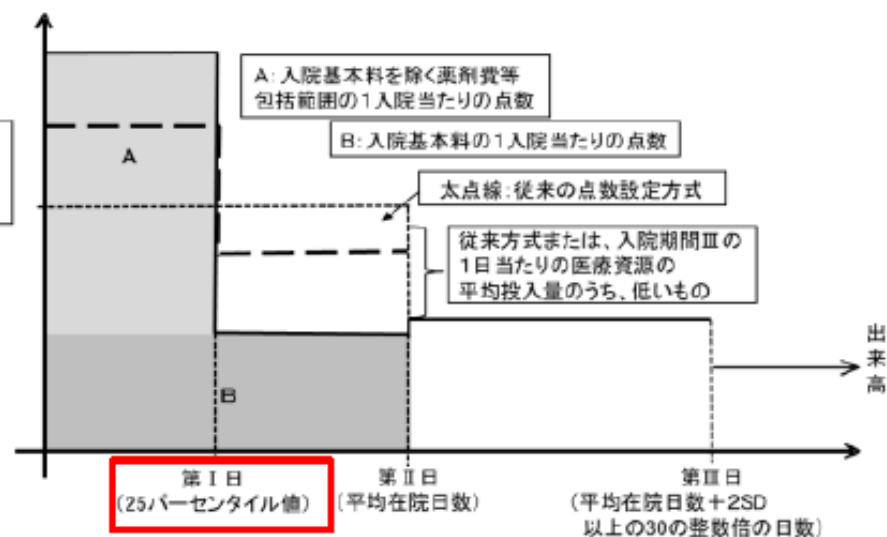
# 新たな点数設定方式のあり方について

- 入院初日に入院基本料を除く包括範囲の点数を支払う点数設定方式Dは、高額薬剤に係る分類や短期滞在手術等基本料に相当する分類を対象に導入されており、入院初期を重点的に評価しているが、一定の入院期間が見込まれる分類の場合、入院初日に高い評価とすることは実態に見合わない評価となる可能性がある。
- 一定の標準化が進んでいると考えられる診断群分類のうち、一定の入院期間が見込まれる分類について入院初期を重点的に評価するとすれば、例えば、入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込むことが考えられるのではないか。

【点数設定方式D】 ※令和4年度改定時は153分類



【新たな点数設定方式のイメージ】



# 新たな点数設定方式の対象選定に係る観点について

- 入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む新たな点数設定方式を導入するとならば、標準化の進んでいると考えられる診断群分類を念頭に、以下のような選定の観点が考えられるのではないかと。
- ① 一般的な診断群分類である
- ② 入院初期の医療資源投入量が一定以上である
- ③ 実施される診療行為が明確である
- ④ 診断群分類としての同質性が高い
- ⑤ 一定期間の入院が見込まれる
- その上で、候補となる分類について、MDC技術班の臨床家の意見を踏まえつつ適用対象とする分類を更に絞り込むことが考えられるのではないかと。

## 【対象選定のイメージ】

対象選定の観点	具体的な条件
一般的な診断群分類である	全国の症例数が一定数以上
入院初期の医療資源投入量が一定以上である	点数設定方式A又はBが適用される分類
実施される診療行為が明確である	手術又は手術・処置等が定義されている
診断群分類としての同質性が高い	在院日数や1入院当たり点数のバラつき(変動係数)が一定値以下
一定期間の入院が見込まれる	平均在院日数(入院期間Ⅱ)が一定期間以上

# DPC/PDPSに係る論点

## 【論点】

### (医療機関別係数について)

- 保険診療係数について、「適切なDPCデータの作成」に係る実績状況を踏まえ、評価を廃止することについてどのように考えるか。
- 効率性係数について、入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果も踏まえ、評価手法を見直すとともに、医療機関群ごとの評価とすることについてどのように考えるか。
- 救急医療係数について、評価の主旨が明確になるよう、名称の変更及び評価項目としての位置づけの再整理を行うことについてどのように考えるか。
- 地域医療係数における体制評価指数について、現状の実績分布や医療計画の見直しを踏まえ、評価手法や評価内容を見直すとともに、新たな評価項目を追加することについてどのように考えるか。

### (DPC対象病院の要件について)

- DPC対象病院の要件について、DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、「データ数」及び「適切なDPCデータの作成」に係る基準を新設することについてどのように考えるか。
- データ数が一定の基準に満たない医療機関について、診療密度(相対値)が低い現状を踏まえ、まずは基礎係数における評価を区別し、その後、要件判定の対象としていくことについてどのように考えるか。

### (算定ルールについて)

- 入院初期に投じられる医療資源投入量大きい診断群分類が増加している現状を踏まえ、実態に見合った評価を行う観点から、入院初期の医療資源投入量が現行の設定点数を上回る診断群分類に対し、点数設定方式Bを適用することについてどのように考えるか。
- 入院期間Ⅱより早期に退院させた場合の評価の充実化を図る観点から、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対し、入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う新たな点数設定方式を導入することについてどのように考えるか。

### (退院患者調査(DPCデータ)について)

- 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、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、調査の名称や目的、結果報告のあり方を再整理することについてどのように考えるか。
- 一部の医療機関において、様式1における「不明」データの割合が高い等の現状を踏まえ、臨床指標等のデータの入力状況を公開データにおいてモニタリングしていくことについてどのように考えるか。

# 生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8  
5. 6. 21

	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/1.73m <sup>2</sup> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養計画書を作成。</li> <li>少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。<u>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。</u></li> <li>管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。</li> <li>学会等の診療ガイドライン等を参考にする。</li> <li>糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導計画を作成。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>指導計画を作成する。</li> <li>保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病透析予防指導管理料を算定している。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>200床未満の病院及び診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。</li> <li>糖尿病教室を定期的実施している。</li> <li>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。</li> </ul>	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、 <u>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</u>		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

98



# 生活習慣病管理料の療養計画書

○ 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A)

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) 主病:  
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才) 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

【検査項目】  
【検査項目】(採血日 月 日)  
□身長 ( cm ) □空腹(□空腹時 □随時 □食後( )時間)  
□体重:現在( kg ) →目標( kg ) □HbA1c:現在( % ) →目標( % )  
□BMI ( ) □総コレステロール ( mg/dl )  
□脂質:現在( cm ) →目標( cm ) □中性脂肪 ( mg/dl )  
□栄養状態 ( 栄養状態の恐れ 良好 肥満 ) □中性脂肪 ( mg/dl )  
□収縮期/拡張期血圧:現在( mmHg ) □HDLコレステロール ( mg/dl )  
→目標( mmHg ) □LDLコレステロール ( mg/dl )  
□運動負荷心電図 □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

【重点を置く領域と指導項目】  
□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( )  
□食事 □節酒:(減らす(種類・量: 全酒 回) を選 回) )  
□節食:(減らす(種類・量: 全酒 回) を選 回) )  
□食べ方:(ゆっくりに食べる・その他( ) )  
□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくする 担当者の氏名 (印)

□運動 □禁煙  
□運動処方:種類(ウォーキング・ ), 頻度(ほぼ毎日・週 )  
時間(30分以上・ )、強度(息がはずむが会話が可能か強さ or 脈拍 拍/分 or 日)  
強度(息がはずむが会話が可能か強さ or 脈拍 拍/分 or 日)  
□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) 担当者の氏名 (印)  
□運動時の注意事項など( ) 担当者の氏名 (印)

□たばこ □禁煙  
□禁煙の有効性 □禁煙の実施方法等 担当者の氏名 (印)  
□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量  
□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印)  
□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 □無  
【特定健康指導の利用の有無】 □有 □無 □無  
【保険者への情報提供の求めに対する地方の同意】 □有 □無 □無

※実施年月日は、□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B)

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) 主病:  
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才) 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

【検査項目】  
【検査項目】(採血日 月 日)  
□体重:現在( kg ) →目標( kg ) □血糖(□空腹時 □随時 □食後( )時間)  
□BMI ( ) □血糖( )  
□空腹:現在( cm ) →目標( cm ) □HbA1c:現在( % ) →目標( % )  
□栄養状態 ( 栄養状態の恐れ 良好 肥満 ) □総コレステロール ( mg/dl )  
□収縮期/拡張期血圧:現在( mmHg ) □中性脂肪 ( mg/dl )  
→目標( mmHg ) □LDLコレステロール ( mg/dl )  
□運動負荷心電図 □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

【重点を置く領域と指導項目】  
□今日は、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( )  
□食事 □節酒:(減らす(種類・量: 全酒 回) を選 回) )  
□節食:(減らす(種類・量: 全酒 回) を選 回) )  
□食べ方:(ゆっくりに食べる・その他( ) )  
□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくする 担当者の氏名 (印)

□今日は、指導の必要なし □運動  
□運動処方:種類(ウォーキング・ ), 頻度(ほぼ毎日・週 )  
時間(30分以上・ )、強度(息がはずむが会話が可能か強さ or 脈拍 拍/分 or 日)  
強度(息がはずむが会話が可能か強さ or 脈拍 拍/分 or 日)  
□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) 担当者の氏名 (印)  
□運動時の注意事項など( ) 担当者の氏名 (印)

□たばこ □禁煙  
□禁煙の有効性 □禁煙の実施方法等 担当者の氏名 (印)  
□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量  
□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印)  
□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 □無  
【特定健康指導の利用の有無】 □有 □無 □無  
【保険者への情報提供の求めに対する地方の同意】 □有 □無 □無

※実施年月日は、□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)

# 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

105

# かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④	機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、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うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定1か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦	外来管理加算(※)	処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

# 外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点①

## 【論点】

### (外来医療に係る現状等について)

- 紹介状なしで受診した患者等からの受診時定額負担に係る改定の影響及び紹介受診重点医療機関の公表状況等を踏まえ、外来機能の分化・連携を更に推進することについてどのように考えるか。
- 医療DXを推進する観点から、外来診療においてもデジタル原則に基づき、患者自身による自らの医療情報の活用(PHR等)等のための基盤の構築を促進することについてどのように考えるか。

# 外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点②

## 【論点】

### (かかりつけ医機能に係る評価等について)

- 地域包括診療料・加算や機能強化加算を届け出ている施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高い実態があるものの、地域包括診療料・加算の届出のある施設においてもサービス担当者会議への割合は5割強に留まっている。介護とのさらなる有機的な連携が求められている中で、主治医と介護支援専門員双方向のコミュニケーションを促すことについてどのように考えるか。
- また、医療DXの推進等を踏まえ、かかりつけの患者の診療情報を一元的に医療情報プラットフォームを活用して管理することも想定される。このような現状や今後高齢者や認知症患者が増えることを踏まえ、かかりつけ医機能をより強化するために診療報酬上の評価としてどのような対応が考えられるか。

### (時間外対応加算について)

- 時間外対応加算は、診療所の時間外の電話対応等を評価しているが、近年の情報化社会の進展により、ICTを活用して時間外の患者の相談に対応するサービスがみられる。このようなICT等を活用した新たな取り組みについての時間外対応加算としての評価の在り方にどのように考えるか。また、このような取り組みと、小児かかりつけ診療料等のかかりつけ医機能の評価に係る診療報酬との関係についてどのように考えるか。

### (書面を用いた説明について)

- かかりつけ医機能として、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行うことが求められており、改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、文書交付(電磁的なものも含む)による患者への適切な説明を推進するための方策についてどのように考えるか。

### (特定疾患療養管理料について)

- 生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方についてどのように考えるか。

### (かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について)

- 地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか。

# 生活習慣病対策についての論点

## 【論点】

### (生活習慣病に対する疾病管理について)

- 医療DXの推進により血液検査項目等を電子カルテ情報共有サービスで閲覧できるようになることを踏まえ、生活習慣病管理料の療養計画書を一定程度簡素化するとともに、改正医療法の内容を踏まえ患者の求めに応じ文書を交付することについてどう考えるか。
- 生活習慣病管理料は少なくとも1月に1回以上診療することが要件とされているが、生活習慣病について2～3月に1回の診療形態が一定程度あることから、少なくとも1月に1回以上の診療を求める要件は見直してはどうか。
- リフィル処方箋は生活習慣病に対して他の疾患と比べ多く発行されている実態があることを踏まえ、生活習慣病の疾病管理においてリフィル処方箋の活用を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 生活習慣病管理料は診療ガイドライン等を参考とした総合的な生活習慣病に係る医学的管理を評価したものであるが、診療ガイドラインにおいて生活習慣病に対する生活習慣の指導について詳細な推奨がなされており、このような診療ガイドラインに沿った診療を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 外来データ提出加算が創設されたことを踏まえ、データに基づいた生活習慣病対策を推進していくための方策についてどのように考えるか。

### (多職種連携・医科歯科連携について)

- 多職種連携・医科歯科連携の有効性がガイドライン等において示されていることを踏まえ、より有効な生活習慣病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について、多職種連携・医科歯科連携に係る要件を追加することについてどのように考えるか。

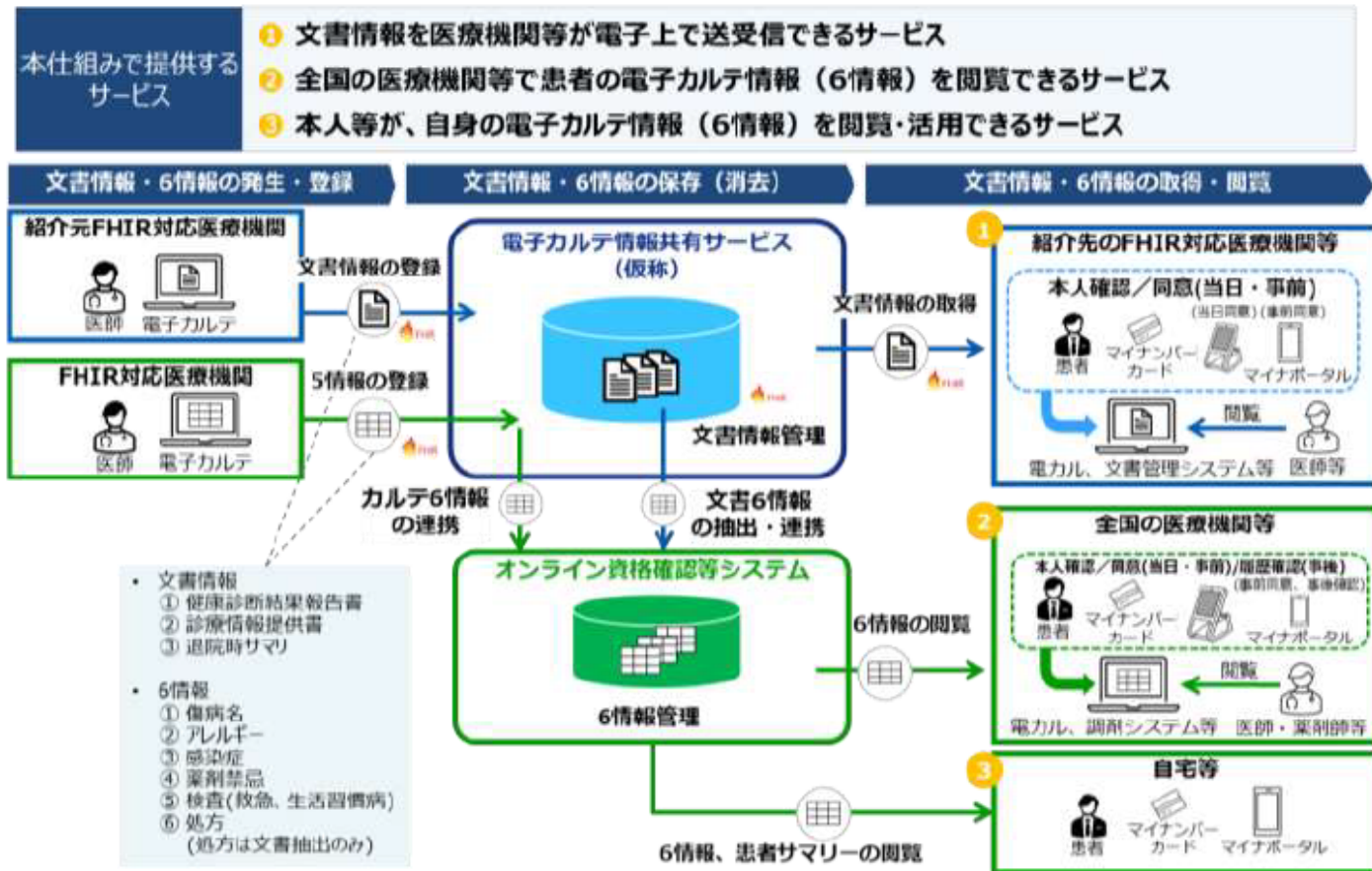
### (慢性腎臓病に係る対応について)

- 非糖尿病の慢性腎臓病患者に対して、多職種の取組により腎機能低下が抑制がされたことを踏まえ、透析予防の取組に係る評価についてどのように考えるか。
- 透析予防の取組は多職種による行動変容を促すものであり、発症早期の介入が効果的であると考えられること、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告があることから、取組開始後の期間に応じて評価することについてどのように考えるか。

# 電子カルテ情報共有サービスの概要

- 電子カルテ情報共有サービスにおいて提供されるサービスについては、3文書6情報に係るものとして、①文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス、②全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報(6情報)を閲覧できるサービス、③本人等が、自身の電子カルテ情報(6情報)を閲覧・活用できるサービス、が示されている。

第7回医療情報ネットワークの基礎に関するWG  
(令和5年3月9日)資料1-2 一部改変



## 第2章 経済再生に向けた具体的施策

### 第4節 人口減少を乗り越え、変化を力にする社会 変革を起動・推進する

#### 5. 人手不足等に対応する制度・規制改革及び外国人材の活用

（医療・介護分野におけるデジタル技術を活用した効率化）

診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、デジタル原則※1に倣い医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。

※1 デジタル臨時行政調査会において、令和5年12月に策定され、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和5年6月9日閣議決定）において、「デジタル社会の実現に向けての理念・原則」として位置づけられている。



# 外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点①

## 【論点】

### (外来医療に係る現状等について)

- 紹介状なしで受診した患者等からの受診時定額負担に係る改定の影響及び紹介受診重点医療機関の公表状況等を踏まえ、外来機能の分化・連携を更に推進することについてどのように考えるか。
- 医療DXを推進する観点から、外来診療においてもデジタル原則に基づき、患者自身による自らの医療情報の活用(PHR等)等のための基盤の構築を促進することについてどのように考えるか。

# 外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点②

## 【論点】

### (かかりつけ医機能に係る評価等について)

- 地域包括診療料・加算や機能強化加算を届け出ている施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高い実態があるものの、地域包括診療料・加算の届出のある施設においてもサービス担当者会議への割合は5割強に留まっている。介護とのさらなる有機的な連携が求められている中で、主治医と介護支援専門員双方向のコミュニケーションを促すことについてどのように考えるか。
- また、医療DXの推進等を踏まえ、かかりつけの患者の診療情報を一元的に医療情報プラットフォームを活用して管理することも想定される。このような現状や今後高齢者や認知症患者が増えることを踏まえ、かかりつけ医機能をより強化するために診療報酬上の評価としてどのような対応が考えられるか。

### (時間外対応加算について)

- 時間外対応加算は、診療所の時間外の電話対応等を評価しているが、近年の情報化社会の進展により、ICTを活用して時間外の患者の相談に対応するサービスがみられる。このようなICT等を活用した新たな取り組みについての時間外対応加算としての評価の在り方にどのように考えるか。また、このような取り組みと、小児かかりつけ診療料等のかかりつけ医機能の評価に係る診療報酬との関係についてどのように考えるか。

### (書面を用いた説明について)

- かかりつけ医機能として、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行うことが求められており、改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、文書交付(電磁的なものも含む)による患者への適切な説明を推進するための方策についてどのように考えるか。

### (特定疾患療養管理料について)

- 生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方についてどのように考えるか。

### (かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について)

- 地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか。

## 医療DXに関する施策の現状と課題② (電子カルテ情報の標準化等)

### 現状

- 電子カルテについては、ベンダーごとに異なる情報の出入力方式が採用されており、異なるベンダーの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難。
  - これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和4年3月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは3文書6情報(※)について、情報の共有にあたっての標準規格を決定(厚生労働省標準規格)し、まずは診療情報提供書・退院時サマリーに関して交換・共有の仕組みに取り組む。
- (※) 3文書：①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書  
6情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報(救急、生活習慣病)、⑥処方情報

### 課題

- 標準化されている情報の種類が限定的
- 電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的

### 今般の医療DXの推進により実現すること

- 共有できる情報の範囲を広げるため、標準規格を定める情報の範囲を拡大  
(令和4年度は、透析情報及び一部の感染症発生届について標準規格を定める予定)
- 医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるものを標準化・デジタル化し、行政手続のワンストップ化の促進を検討
- 小規模な医療機関向けに、標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ(標準型電子カルテ)の開発を検討

- 全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与

## 【論点】

### (情報基盤に係る整備について)

- 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が、令和6年度中の運用開始を目途に整備が進められていることを踏まえ、急性期充実体制加算や救命救急入院料等、救急医療で一定の役割を果たすことを念頭においている診療報酬項目については、救急外来における救急用サマリ等を活用できる体制整備を促進することについてどのように考えるか。

### (サイバーセキュリティについて)

- 現行の診療録管理体制加算においては、医療情報システムのバックアップは望ましい要件としているところ。既にセキュリティ対策の一環の取り組みにおいてオフラインでのバックアップを行っている医療機関の評価について、どのように考えるか。
- 医療法第25条第1項に基づく立ち入り検査において、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めているが、診療報酬上では、400床以上の医療機関に専任の医療情報システム安全管理責任者を求めていることについてどのように考えるか。
- 今後、医療DXが推進される中で、サイバーセキュリティインシデントが発生した場合を想定して、BCPの策定やBCPIに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行うことの評価について、どのように考えるか。

### (オンライン資格確認等システムについて)

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、検証調査の結果も踏まえて、マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報等を活用した質の高い医療の提供をさらに推進する観点から、令和6年度診療報酬改定に向けてどのような対応を行うべきか。
- マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報や特定健診情報を診察で直接閲覧するとともに3文書6情報を適切に入力し活用する等の体制を整備することを促進することについてどのように考えるか。

### (電子処方箋について)

- 医療DXの推進に係る全国医療情報PFの全体図において、電子処方箋も医療情報基盤として掲げられているところ、電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応についてどのように考えるか。

# 医療DXに係る課題と論点

## 【課題】

- 医療DXの推進に関する工程表[全体像]において、全国医療情報PFの構築については、情報共有基盤の整備、共有等が可能な医療情報の範囲の拡大が掲げられており、電子カルテ情報共有サービスや救急時に患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が進められているところ。後者については令和6年度中の運用開始を目途に進められている。
- 電子カルテ情報共有サービスにおける、文書送付サービスの仕組み(登録、保存管理、取得・閲覧)及びメリットについては、タイムリーな送受信による診療の質の向上等が示されている。
- 電子カルテ情報共有サービスにおける、6情報閲覧サービスの仕組み(登録、保存管理、取得・閲覧)及びメリットについては、患者の医療情報を踏まえた質の高い診療等が示されている。
- こうした状況の中、今般閣議決定された経済対策においては、「診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、デジタル原則に倣い医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。」とされている。
- また、令和3年11月に政府に設置された「デジタル臨時行政調査会」において、社会全体のデジタル化を推進するため、現行の法令上の規制事項に関するデジタル化の検討が進められており、具体的には、目視、定期検査・点検、実地監査、常駐・専任、書面掲示、対面講習、往訪閲覧・縦覧といった類型のデジタル活用を促す見直しを行っていく方向が示され、政府の規制のうち該当条項は全て一定の見直しを行うこととされている。この中で、書面掲示に関する規制条項については、インターネットでの閲覧等を可能な状態にすることを求められているを義務付ける方向が示されている。

## 【論点】

### 診療報酬における書面要件のデジタル化について

- 医療情報の電子的な共有の仕組みの構築が進む中で、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、電磁的な方法による書面の交付も可能とすることについてどのように考えるか。
- その際、現時点においても、一部の書面については、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、同ガイドラインに定められた電子署名を施すといった事項を求めていることを踏まえ、どのように考えるか。

### 書面掲示のデジタル化について

- デジタル原則に基づき、医療機関等はインターネットでの閲覧等を可能な状態にすることを義務付けを求められている中で、保険医療機関等における対応についてどのように考えるか。

# 2024年に向けて

- ・地域連携・院内連携・他職種連携・法人内連携

地域医療介護を担う一員としての意識

連携関係を洗い出す(他の事業所との連携も)

- ・医療介護DXへの対応

2024年問題意識・意識改革重要

- ・かかりつけ医の評価と外来機能の明確化

高齢者の情報はかかりつけ医機能が把握

- ・オンライン診療だけではなくオンライン活用の拡大

取り組み方の工夫や特に連携に活用

# 2024年に向けて

**要介護認定の患者さんの入院が増える**

**退院調整から退院支援へ**

**介護保険を知らないと平均在院日数は伸びる**

**認知症対策を徹底**

**認知症患者700万人時代へ**

**認知症対応も出来る医療機関が求められる**

**地域の質の高い介護事業者・介護施設・**

**歯科との連携は必須**

**高齢者のリハビリや住まいは重要**

**かかりつけ医の役割は重要化＝連携先としても**