

診療情報・指標等作業グループからの中間報告について

1. 急性期入院医療について

(1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について

(令和3年度から令和4年度にかけての変化の分析)

- 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。（P3）
- 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。（P4～8）
- 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「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みられなかった。（P9～12）
- 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。（P9～11）

(入院料ごとの分析)

- 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。（P13）
- 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。（P14）
- 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。(P15)

- 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。(P16)

(疾患ごとの分析)

- 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。(P17, 18)
- 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。(P19)
- 「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。(P14)
- 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みられた。(P20)
- 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。(P21)
- 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。(P15, 22, 23)

② 平均在院日数について

- 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。(P24, 25)
- 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。(P26)
 - 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。(P27, 28)
 - 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。(P29, 30)
 - 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。(P31)
 - 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。(P32)
 - 「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。(P17, 33)
 - 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。(P34)
 - 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。(P35)
 - 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。(P36)
 - 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。(P37,38)

- 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。(P39)

③ 分析結果に関する主な意見

- 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、A項目のうち「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。
- 7対1病棟に求められるような高度・専門的な医療を必要とする患者への対応を評価する観点からは、B項目はなじまないのではないかと。
- 手術等の急性期医療に伴いADLが低下した患者等へのケアに対する評価のためには、B項目は重要ではないかと。
- 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。

④ 今後の分析について

- A項目のうち「薬剤3種類以上の管理」等、令和3年から令和4年にかけて該当割合が上昇しているもののほか、「創傷処置」や「呼吸ケア」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。
- 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。

(2) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について

① ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についての分析

- ICUを併設しないHCUにおいては、ICUを併設するよりも「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、ICUを併設するHCUよりも高かった。(P42,43)
- 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。(P44~48)
- 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。(P49,50)
- 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みられなかったが、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。(P51, 52)

- 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群間で差がみられなかった。(P53~55)
- 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。(P46)

② 分析結果に関する主な意見

- 「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。
- 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。
- 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。

③ 今後の分析について

- 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。
- 「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。

(3) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等について

① 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度及びS O F Aスコアの分析

- 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。(P57, 58)
- 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。(P59, 60)

- 特定集中治療室に入室している患者はS O F A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。(P61)
 - 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S O F Aスコアが高い傾向にあった。(P62)
 - 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のS O F Aスコアのいずれもが退院時の転帰と関連していた。重症度、医療・看護必要度の該当、6点以上と比較し、S O F Aスコア5以上、10以上の方が退院時の転帰とより関連していた。(P63)
 - 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。(P64, 65)
 - 入室日のS O F A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S O F Aスコア5以上の患者の割合はばらついていた。(P66)
 - 入室日のS O F A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。(P67)
 - 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S O F A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、S O F Aスコア5以上の患者の方が高かった。(P68)
 - 重症度、医療・看護必要度をH C Uの併設有無別に比較したが、大きな差はなかった。(P69)
 - 入室日のS O F Aスコアは、H C Uの併設がないI C Uの方が、S O F Aスコアが低い患者が多い傾向にあった。(P70)
 - 入室日のS O F A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S O F A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。(P71)
- ② 分析結果に関する主な意見
- S O F Aスコアが低い患者ばかりのI C Uが、本当に重症な患者を主体的に入れるI C Uと同列の評価となる指標は適切でないのではないかと。
 - 予定入院の術後患者では入室時のS O F Aスコアは高くない。こうした患者でもI C Uのケアが必要な場合があるのではないかと。
 - S O F Aスコアが悪化してからI C Uに入室させるのでは遅いという考え方もある。S O F Aスコアの解釈は慎重に行うべきではないかと。

2. 回復期入院医療について

(1) 地域包括ケア病棟について

① 地域包括ケア病棟の施設基準に係る診療実績について

- 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。(P73)
- 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。(P74)
- 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。(P75)
- 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。(P76~79)
- 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。
 - ・ 傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。(P80)
 - ・ 医療的な状態が不安定である傾向であった。(P82)
 - ・ 医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。(P83)
 - ・ 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。(P84)
 - ・ リハビリ実施頻度、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。(P85)
- 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。(P86)
 - ・ 入棟経路別の医療資源投入量等においては、緊急搬送後、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。(P87)
 - ・ 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。(P88)
 - ・ 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。(P89)
 - ・ 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。(P90)
- 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。(P91)
- 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。(P92~95)

- 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。(P96~98)

② 分析結果に関する主な意見

- 救急搬送後、直接入棟の患者は医療資源の投入が必要であることをどう考えるか。
- 緊急入院の患者も、他の患者に比較して、医療資源の投入が必要なのではないか。
- 短期滞在手術等基本料の患者数が多い地域包括ケア病棟の指標の傾向から、短期滞在手術等基本料の患者は、地域包括ケア病棟の指標を計算する際には、対象から除外することも考えられるのではないか。

(2) 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの評価について

① 回復期リハビリテーション病棟の施設基準に係る診療実績について

- 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。(P103)
- 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、ADLスコアにおいても低下傾向を認める。(P104~106)
- 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が低い傾向にある。(P107~109)
- 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より高かった。(P110)
- 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」「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。(P111~114)
- 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、F I M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る。(P115,116)

- 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F I Mの差がわずかに大きくなっているものの、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F I Mの変化に大きな差が無かった。(P117,118)

② 分析結果に関する主な意見

- 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F I Mについて、入退棟時のみの提出ではなく、入院期間中の定期的な提出を求めているかどうか。
- 指標の在り方については、体制強化加算の届出の有無による入退棟時のF I Mの変化や平均在院日数の差が小さいことも踏まえて検討することが必要ではないか。

3. 慢性期入院医療について

(1) 療養病棟における医療区分について

① 医療区分についての分析

- 療養病床における医療区分等は、平成18年の診療報酬改定において、患者特性や医療提供状況等に応じた慢性期入院の包括評価として導入された区分であり、累次の改定において医療区分の各項目について見直しをはかってきた。(P120,121)
- 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。(P122)
- 平成30年度診療報酬改定において、療養病棟もデータの提出が必須(データ提出加算の要件化)とされ、包括範囲の検査・処置等の実態を分析することも可能となっている。(P123)
- 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や医療行為の内容が変わること等が明らかとなった。(P124~129)
- 更に、疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分に分類して、医療資源投入量を分析したところ、その分布と医療資源投入量の内訳は疾患・状態と処置等により異なっていた。(P130~136)

② 療養病棟における中心静脈栄養についての分析

- 療養病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者は、他の病棟と比べて経管栄養・経静脈栄養のみの患者の割合が多い。(P137)
- 療養病棟では入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況が少ない。(P138)
- 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、胃ろう・腸ろうによる栄養管理は14.3%、経鼻経管栄養は26.3%、中心静脈栄養は14.3%であった。(P139)
- 令和4年度診療報酬改定においては、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された。(P140)
- 療養病棟における中心静脈栄養の実施状況については、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、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。(P141)
- 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況として、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。(P142)
- 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。(P143)
- 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り、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。(P144)
- 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。(P145)
- 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。(P146)
- 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一方で、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。(P147)

③ 分析結果に関する主な意見

- 医療区分について、同一の医療区分においても医療資源投入量にばらつきが

あることや、疾患・状態と処置等の医療区分によって医療資源投入量の分布や内訳が異なることなどから、医療の提供内容に応じた適切な指標となるよう見直しを行ってはどうか。

- 医療区分を精緻化する場合、評価及び記入に係る負担に十分配慮すべき。
- 経口摂取が不可能な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場合の、医療者からの患者・家族への情報提供や意思決定支援が重要。
- 中心静脈栄養は経管栄養が実施できない限られた病態に応じて実施されるべきであることや、経管栄養と比べて生命予後が不良であることから、医療区分3としての評価について、適切な指標となるよう見直してはどうか。