

入院医療（その2）

入院医療（その2）

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)	経過措置2 (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	30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	200床以上の病院は必須			
点数	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	療養病棟入院料2の 90/100を算定	療養病棟入院料2の 80/100を算定

(参考)療養病棟入院基本料の包括範囲について

検査、病理診断	すべて包括
入院基本料等加算	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算(50対1、75対1、100対1に限る)、乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、HIV感染者療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、総合評価加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算(1の口及び2の口に限る)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算</p>
投薬 注射	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている腎性貧血状態の患者に限る)、インターフェロン製剤(B型・C型肝炎に係るものに限る)、抗ウイルス剤(B型・C型肝炎、後天性免疫不全症候群、HIV感染症に係るものに限る)、血友病の治療に係る血液凝固因子及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</p>
処置	<p>下記以外は算定可能。</p> <p>創傷処置(手術日から14日以外を除く)、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル処置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置</p>
画像診断	単純撮影に係る「写真診断」、「撮影」以外は算定可能
医学管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療	すべて算定可能

※一般病棟へ転棟、転院前の3日間は上記にかかわらず、すべて出来高で算定可能。

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯

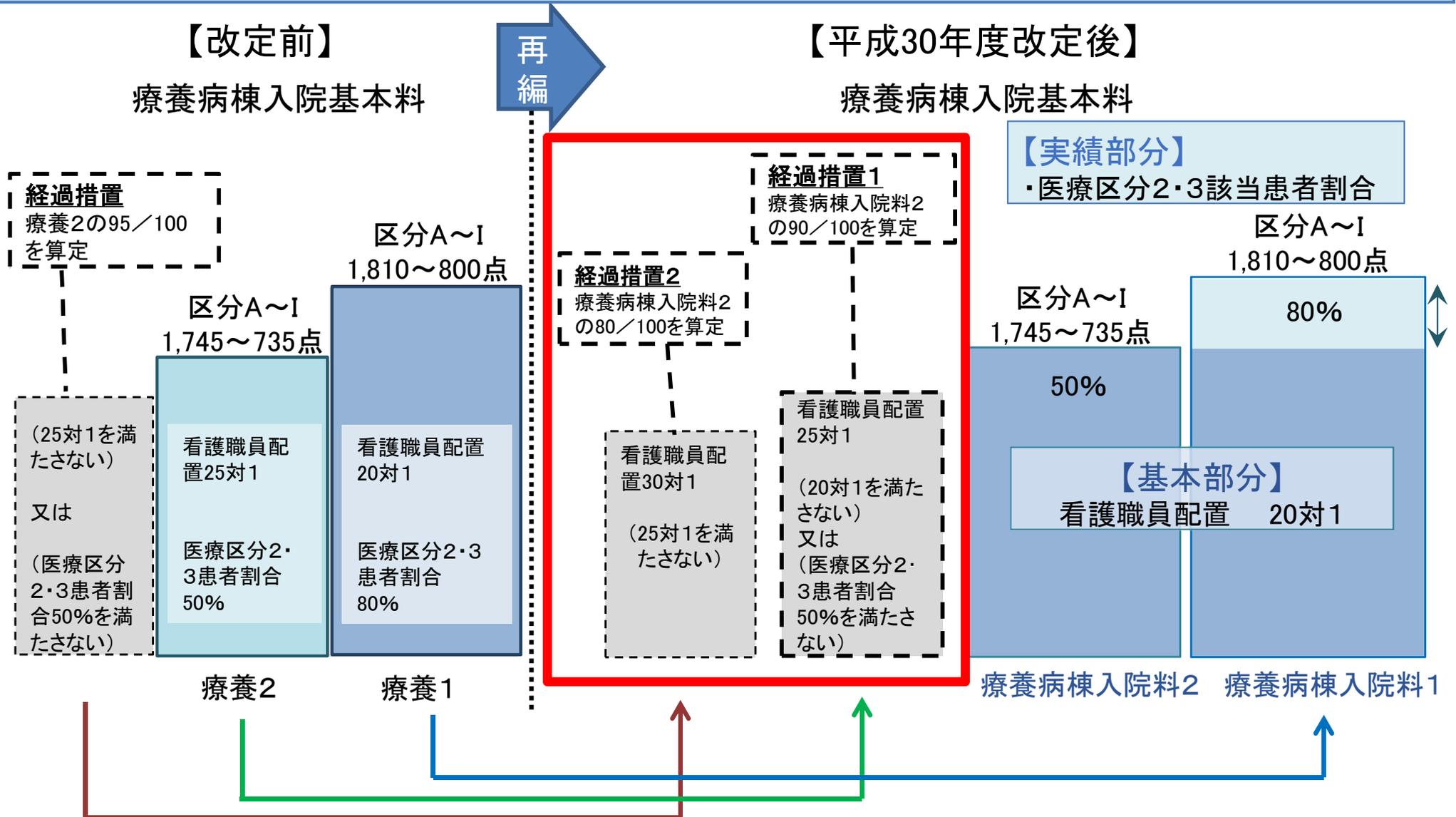
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> ・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価のみとした。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> ・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。 療養病棟入院基本料1～3 1,209点～1,098点、療養病棟入院基本料4～7 1,204点～1,041点 <ul style="list-style-type: none"> ・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日で廃止となった。
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・医療経済実態調査の結果等を踏まえ引き下げを実施。療養病棟入院基本料A～E 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
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。 ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点、療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ・消費税の増税に伴う評価の見直し。 療養病棟入院基本料1 1,810点～814点、療養病棟入院基本料2 1,745点～750点
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料2についても、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
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化。 療養病棟入院料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～750点

※平成12、14、16年の点数は、社会保険の場合の診療報酬点数。平成30年の点数は改定時の診療報酬点数。

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

平成30年度診療報酬改定

- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。



上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

- ① 医療療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置は、以下のとおりとしてはどうか。
 - ・ 病院については、**基本的には終了するものの、**転換に必要な準備期間を考慮し、**転換が完了するまでの最大6年間（平成35年度（2023年度）末まで）延長**する。
 - ・ 診療所については、地域で果たす役割に鑑み、**6年間延長**する。
- ② 先般の介護保険法等の一部改正法により、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限が延長されたことを踏まえ、介護療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置も同様に**6年間延長**することとしてはどうか。

【6年の考え方】

- ・ 療養病床の転換に当たっては、報酬改定が経営へ与える影響や、医療計画・介護保険事業計画との関係も考慮する必要があることから、次回の診療報酬・介護報酬の同時改定かつ、両計画改定を行うタイミングで再度検討等を行うことが適当。
- ③ 従来からの経過措置の延長という性格に鑑み、平成30年度からの上記経過措置の対象は、平成24年の所定期日までに届出を行っていた医療機関に限るものとしてはどうか。（新たな医療機関が上記経過措置の対象となることは認めない。）
 - ④ 地域医療構想の着実な実施を図るために、以下の措置を併せて講じることとしてはどうか。
 - ・ まずは、第8期介護保険事業計画期間の開始（平成33年度）をひとつの目処として、地域医療介護総合確保基金等を活用した転換支援を行う。
 - ・ 遅くとも平成32年度末までに、地域医療構想調整会議において、各構想区域における療養病床の転換について協議を行うこととし、地域医療構想の方向性との整合を図る。

療養病棟入院基本料に関する論点(案)

中医協 総-2
29.12.8

【論点(案)】

(療養病棟入院基本料の評価体系)

○ 療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の見直しの方針を踏まえ、基本部分と医療区分2・3患者割合(診療実績)に応じた段階的な評価とを組み合わせた評価体系に見直してはどうか。

○ 現行の療養病棟入院基本料2については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、平成30年度改定では、まずは2年間の経過措置としてはどうか。

また、療養病棟入院基本料2に係る現行の経過措置(95/100)については、来年4月から介護医療院が創設されることを踏まえ、2年間延長してはどうか。

○ 新たな入院料における医療区分2・3患者割合の基準値については、届出変更に係る取り扱いの変更も踏まえつつ、現行の基準値を参考としてはどうか。

(医療区分)

○ 医療区分3のうち、「医師及び看護師による常時監視・管理」のみに該当する患者の医学的な状態等を踏まえ、当該項目のみの場合を医療区分2に、当該項目と医療区分2のいずれかの項目が該当する場合を医療区分3に、見直してはどうか。

(在宅復帰機能強化加算)

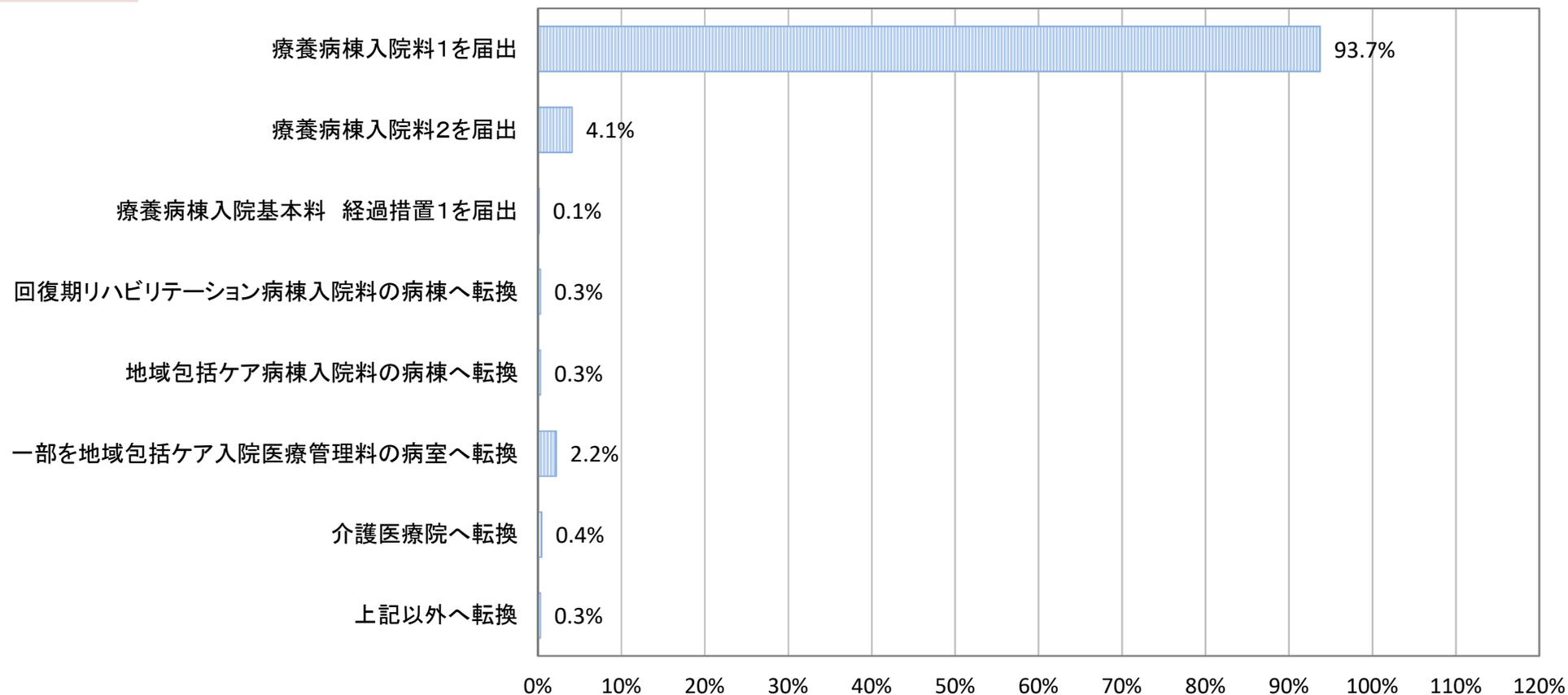
○ 在宅復帰機能強化加算の在宅等退院の割合に関する実績を踏まえ、基準値を引き上げてはどうか。

○ 改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料1を届出している病棟が最も多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=685(病棟数))



※改定前に療養病棟(20対1)を届出していた425施設の調査結果

※改定前に療養病棟(20対1)を届出していると回答があった病床数は31,088床であり、改定後の病床数の合計は30,912床であった。

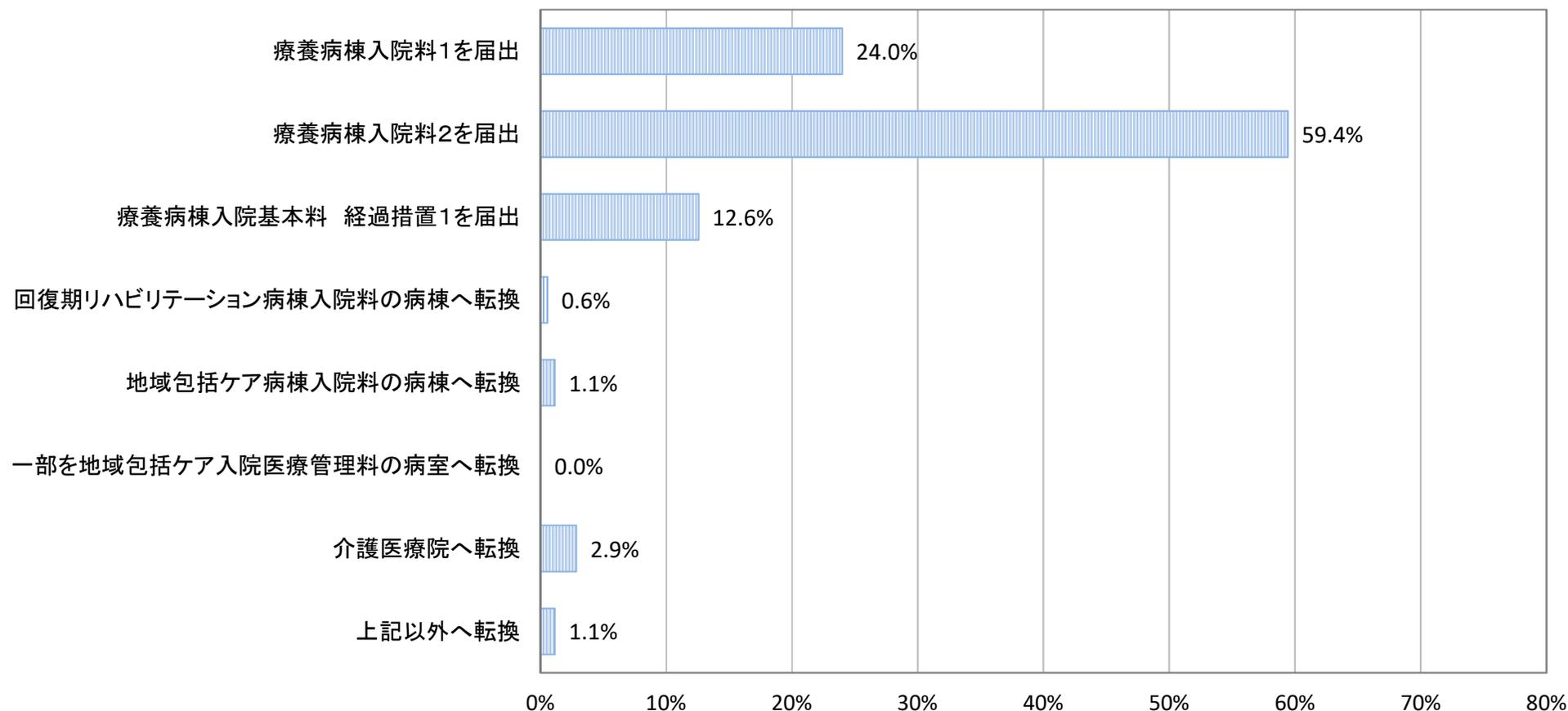
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

- 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料2を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料経過措置1を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=175(病棟数))



※改定前に療養病棟（25対1）を届出していた130施設の調査結果

※改定前に療養病棟（25対1）を届出していると回答があった病床数は7,763床であり、改定後の病床数の合計は7,864床であった。

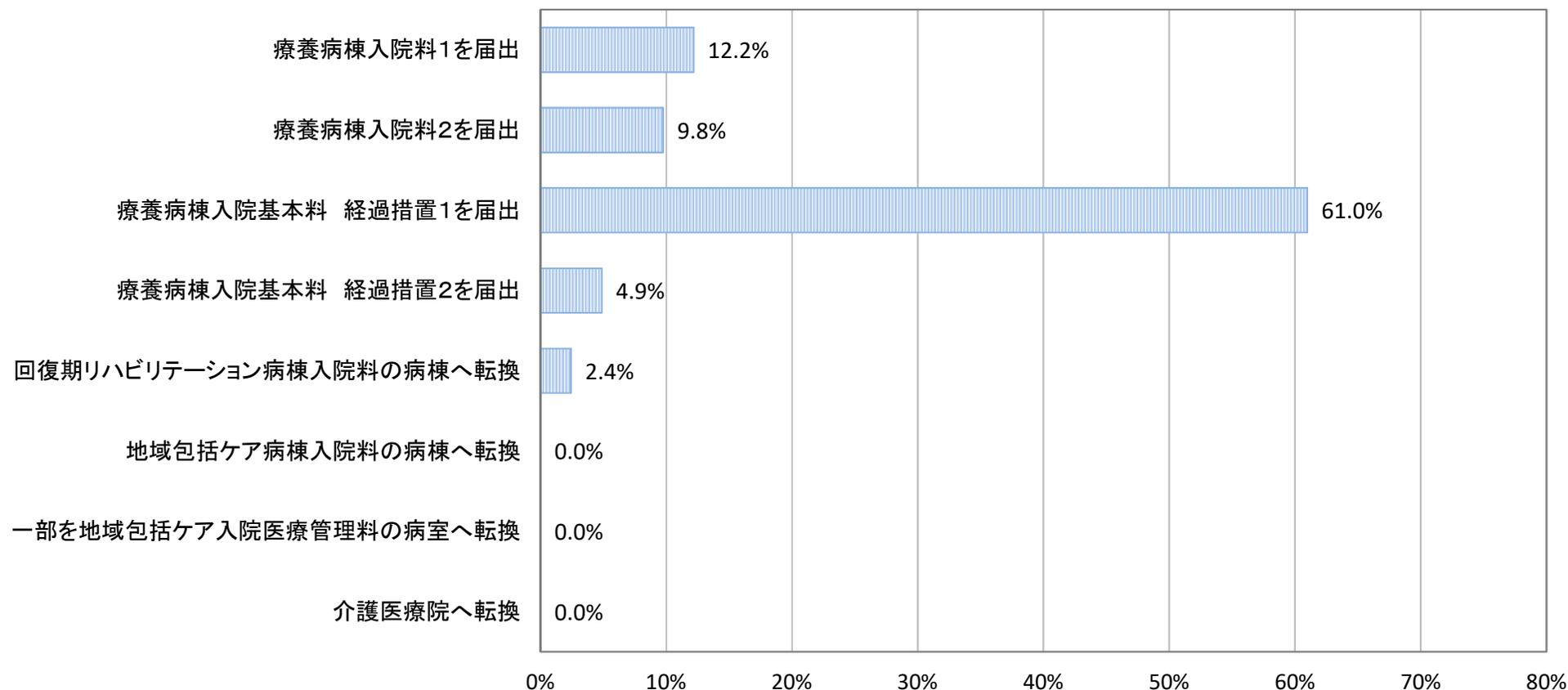
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

- 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料経過措置1を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=41(病棟数))



※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた34施設の調査結果

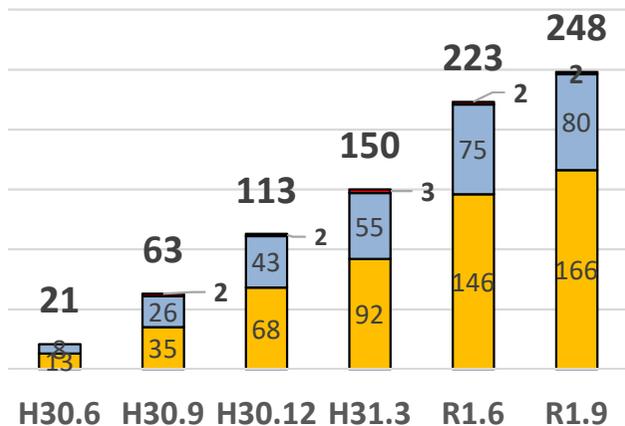
※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していると回答があった病床数は1,617床であり、改定後の病床数の合計は1,525床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

介護医療院等（開設状況）について

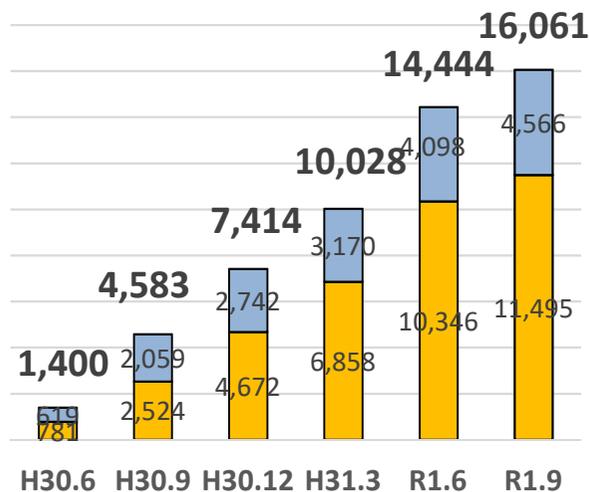
○令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。

施設数の推移



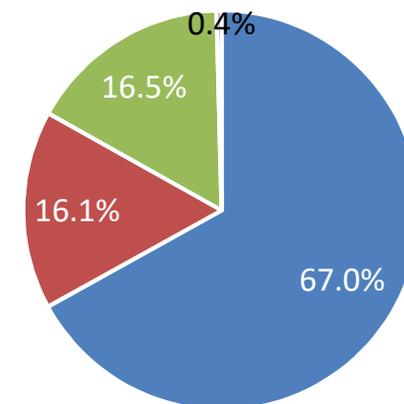
- I型II型混合の施設
- II型のみ施設
- I型のみ施設

療養床数の推移



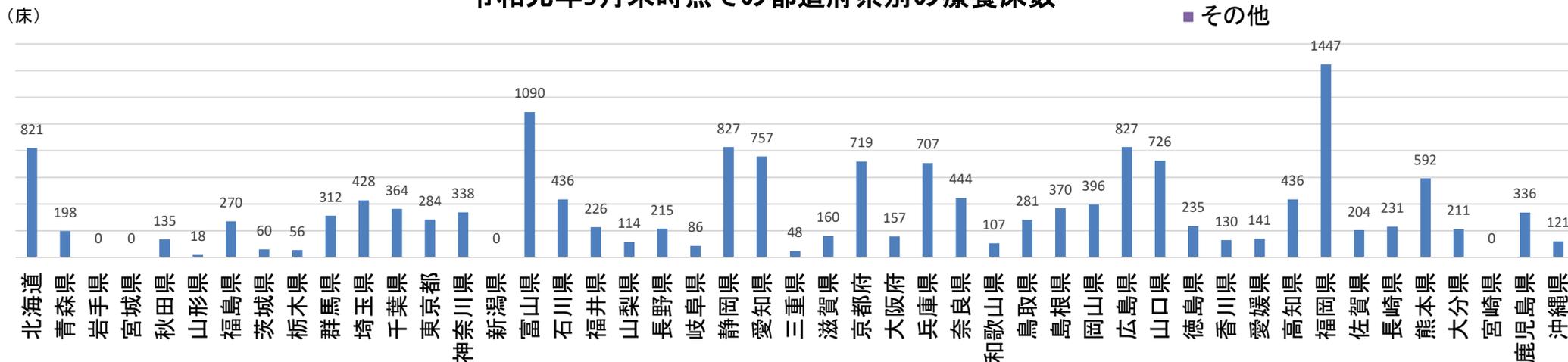
- I型療養床
- II型療養床

転換元の病床割合 (令和元年9月末時点)



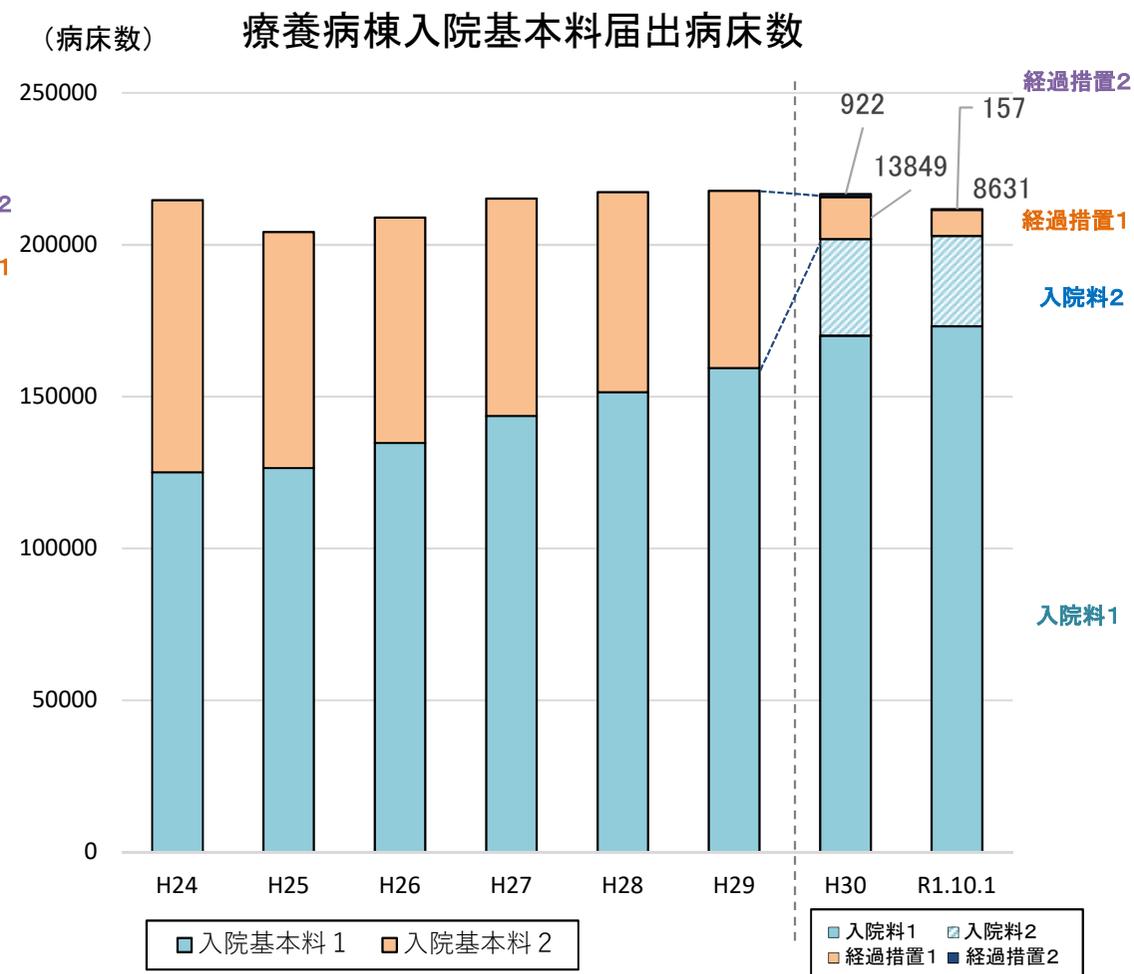
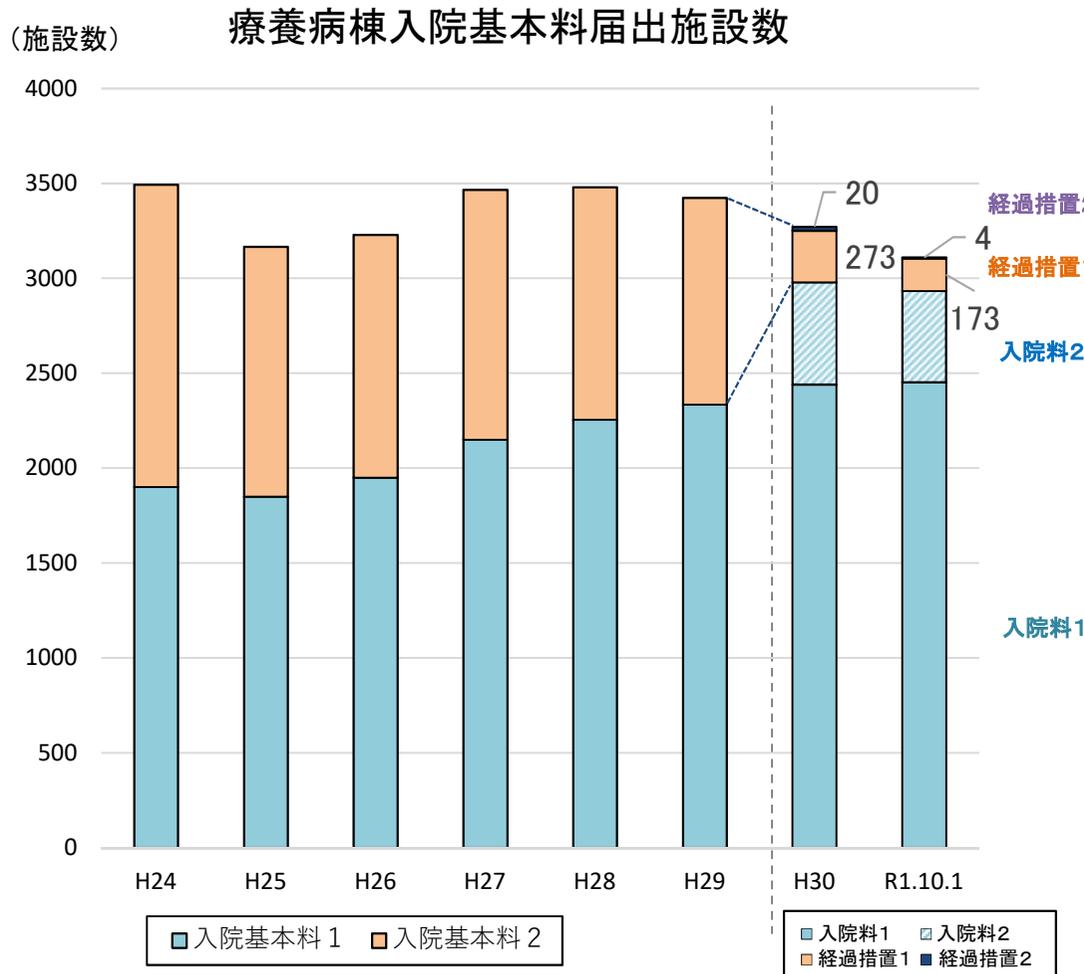
- 介護療養病床
- 介護療養型老人保健施設
- 医療療養病床
- その他

令和元年9月末時点での都道府県別の療養床数



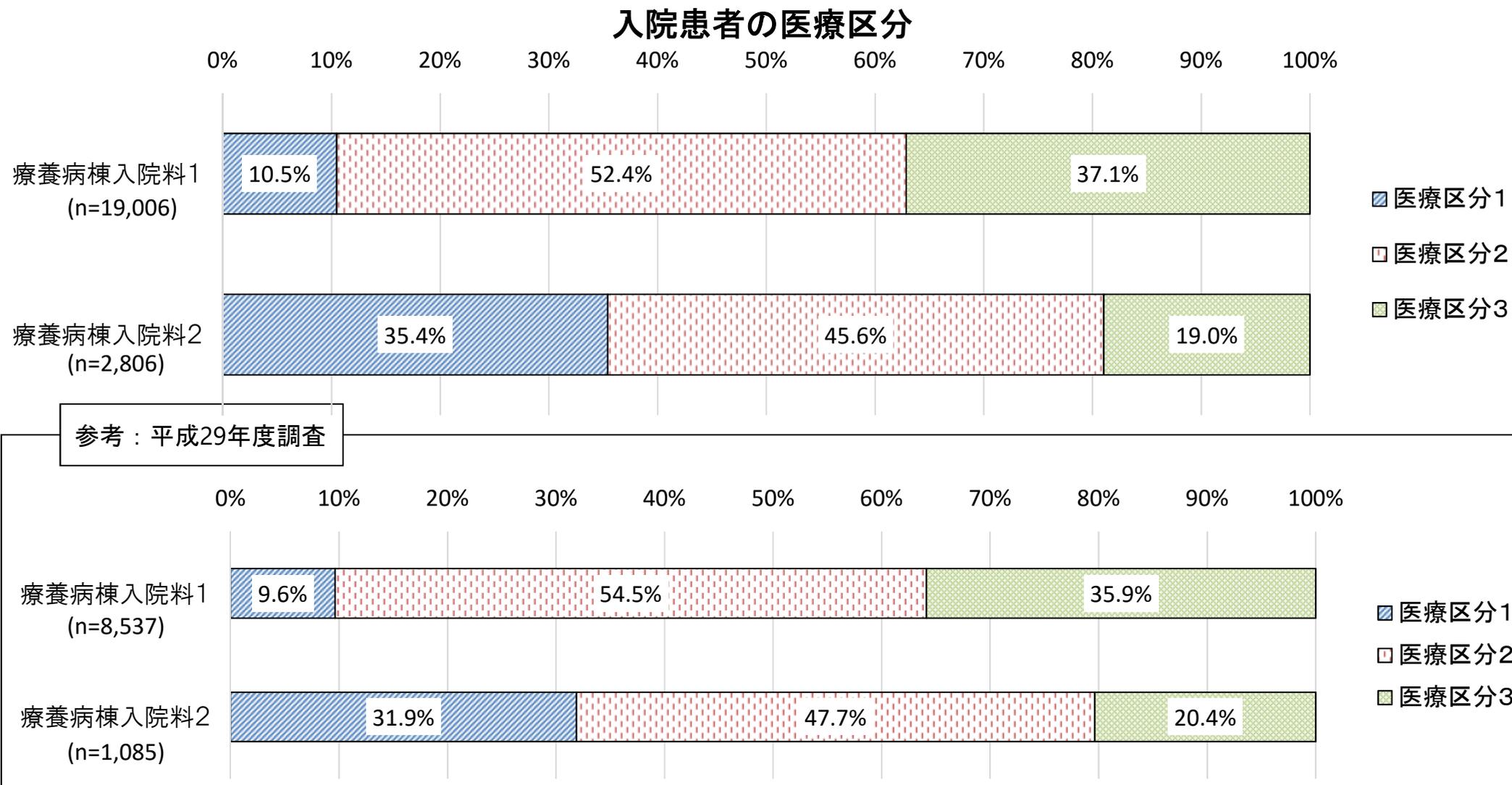
療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

- 療養病棟入院基本料経過措置1（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元年10月1日時点で173施設、8631床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置2（看護職員配置30対1）の届出施設数は令和元年10月1日時点で4施設、157床であった。



出典：保険局医療課調べ（平成24年～平成30年7月1日時点の確定値、令和元年は10月1日時点の速報値）
 ※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

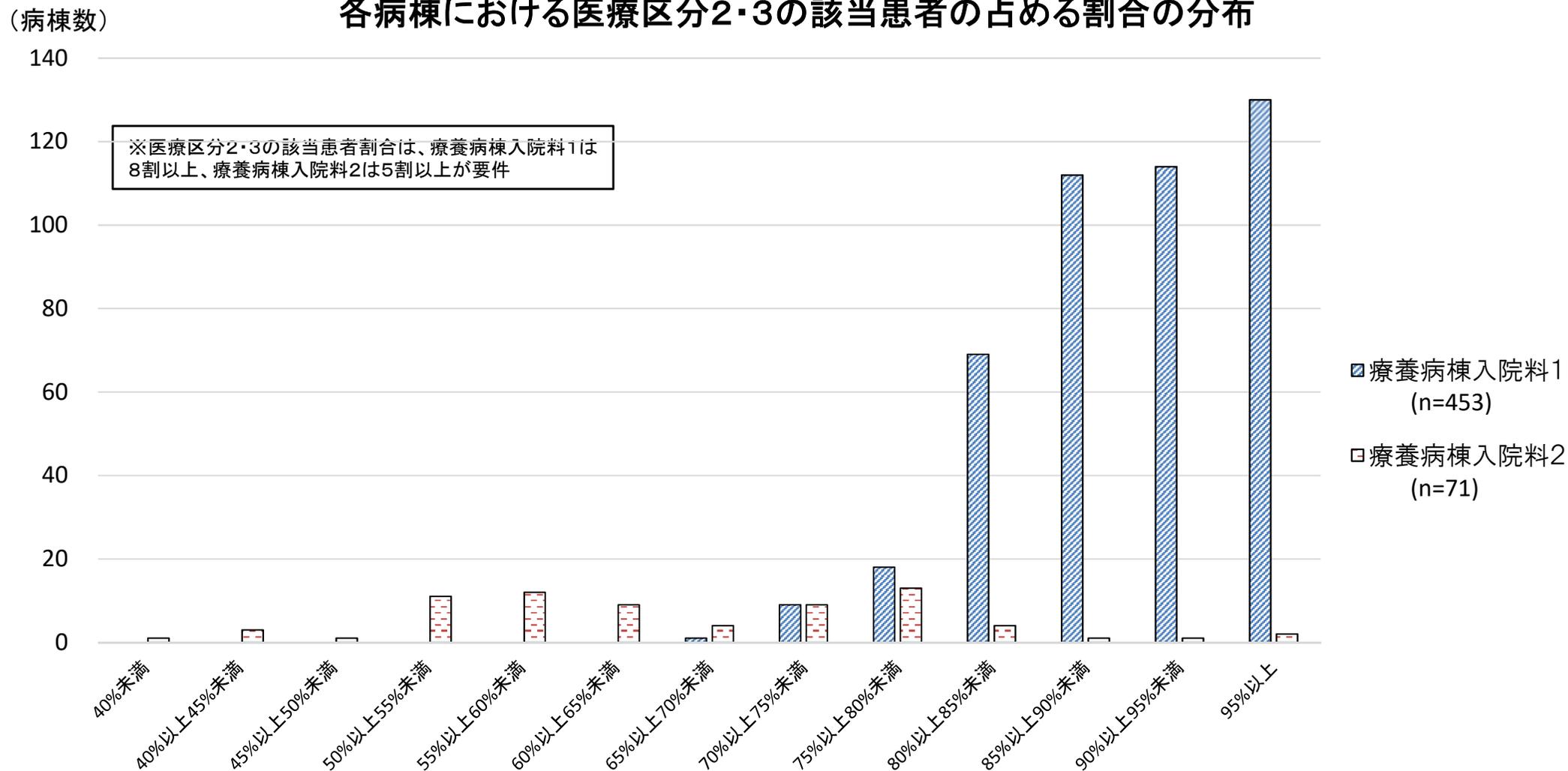
○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。



各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

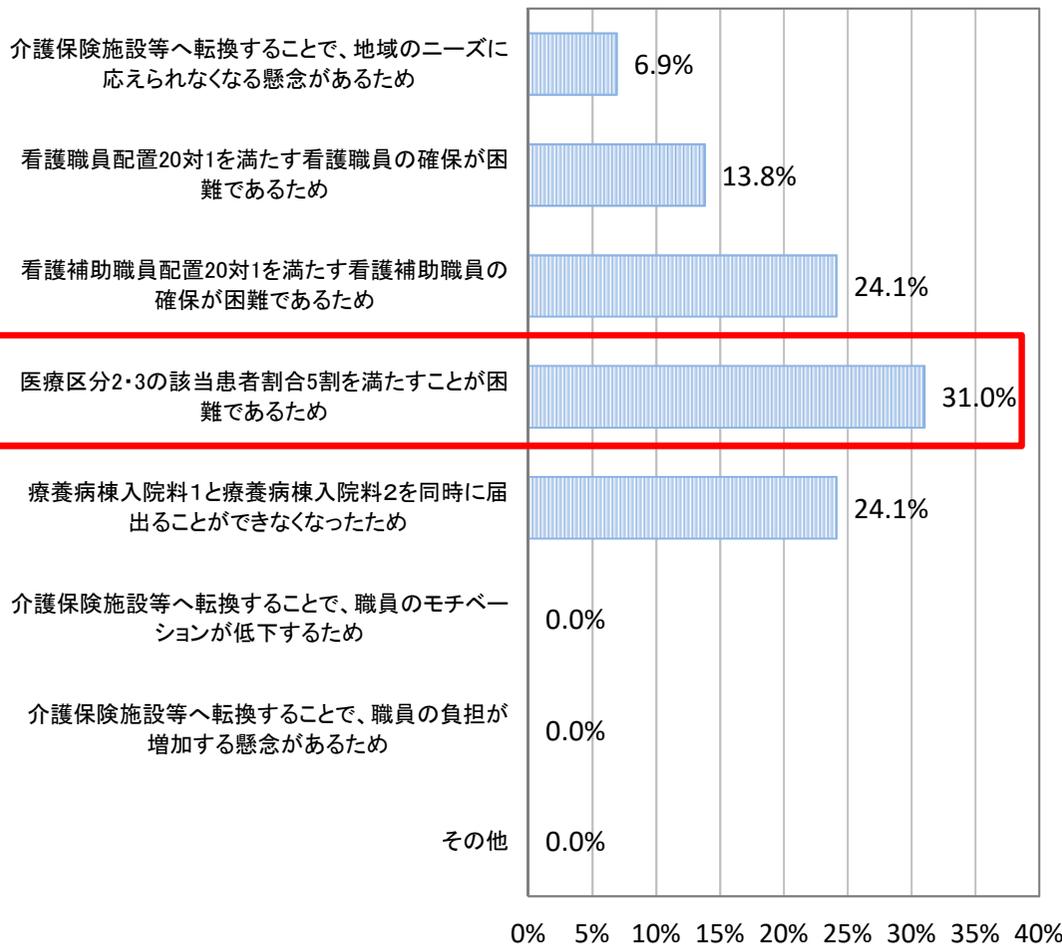
- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上60%未満、70%以上80%未満が多かった。

各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

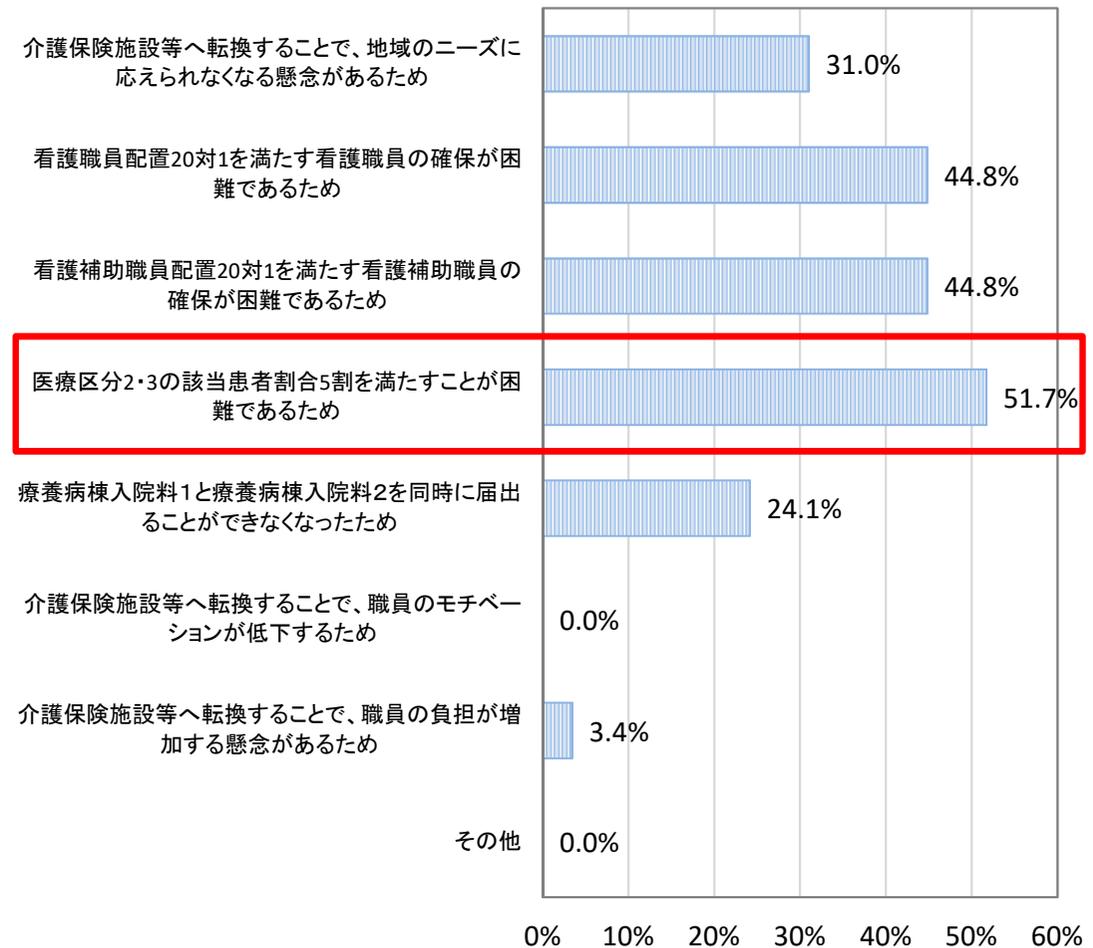


○ 療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(最も該当するもの) (n=29(施設数))



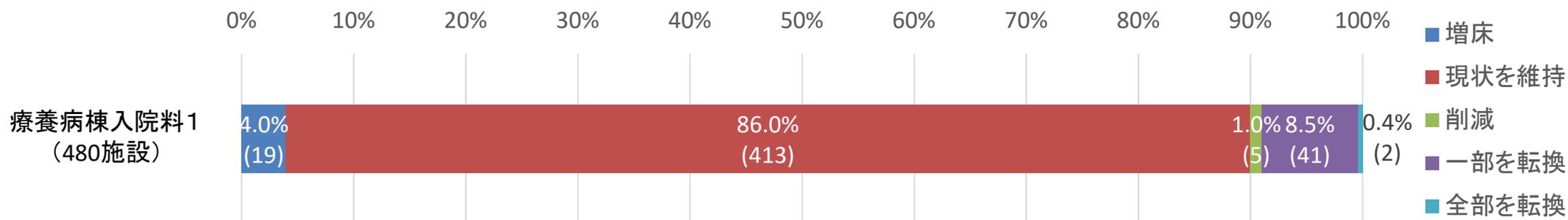
療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(複数回答) (n=29(施設数))



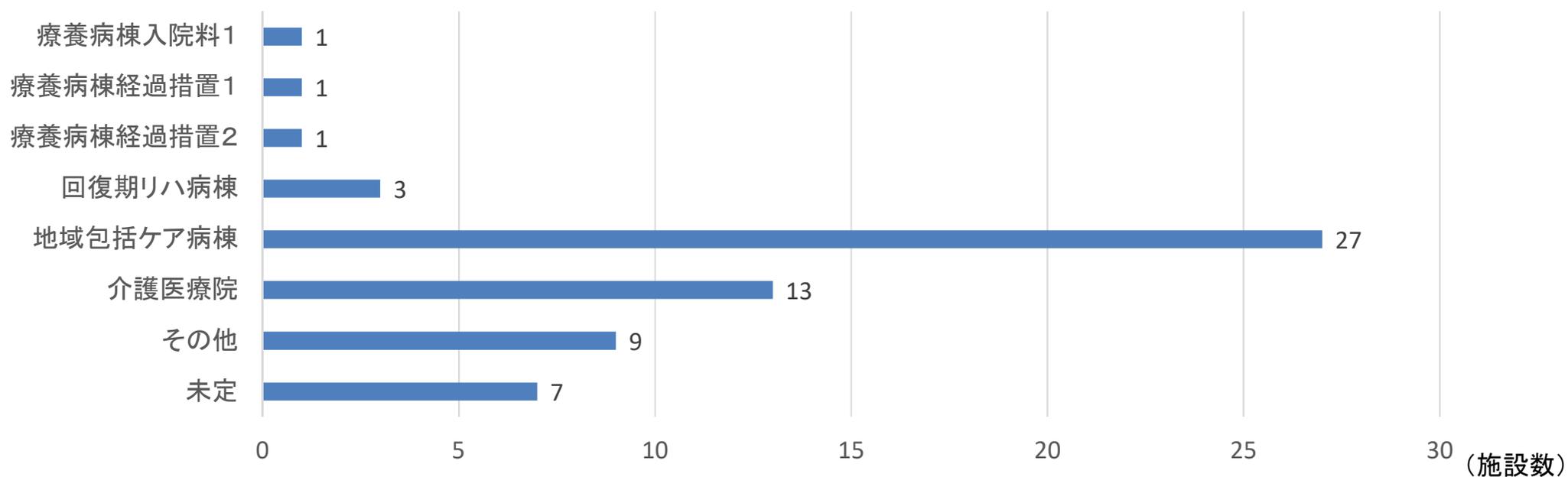
○ 療養病棟入院料1を届出ている病棟のうち、9.5%が他の病棟等への転換の意向があった。
移行先としては、地域包括ケア病棟、介護医療院の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向



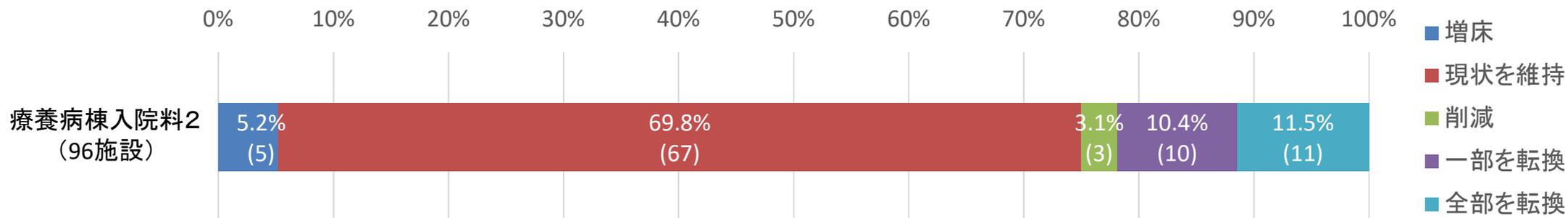
現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



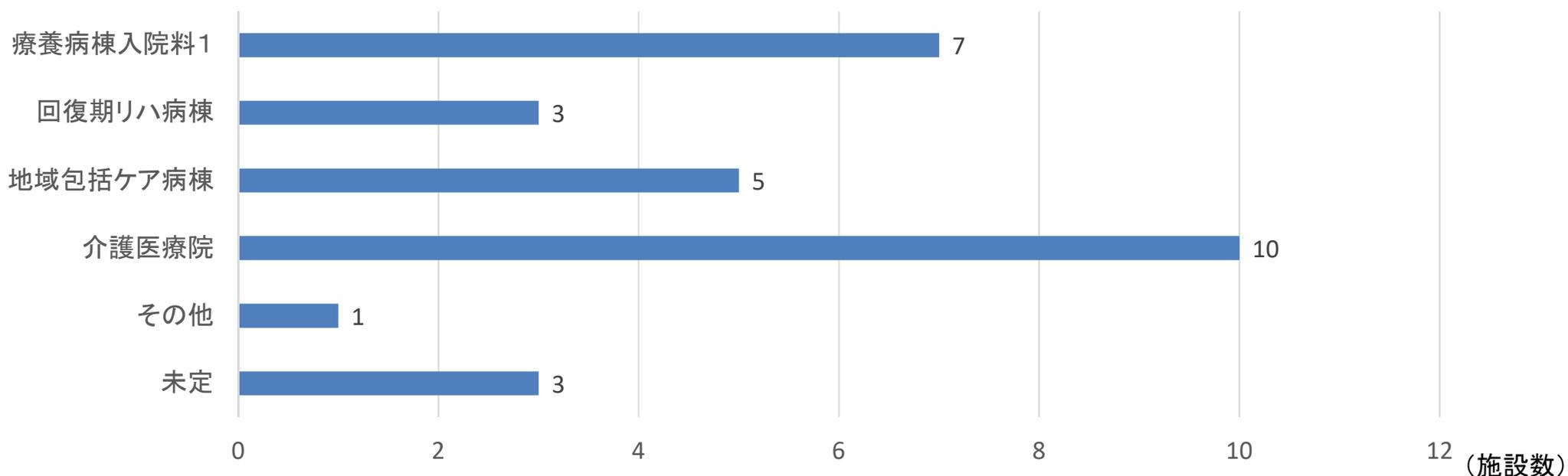
○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、21.9%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向



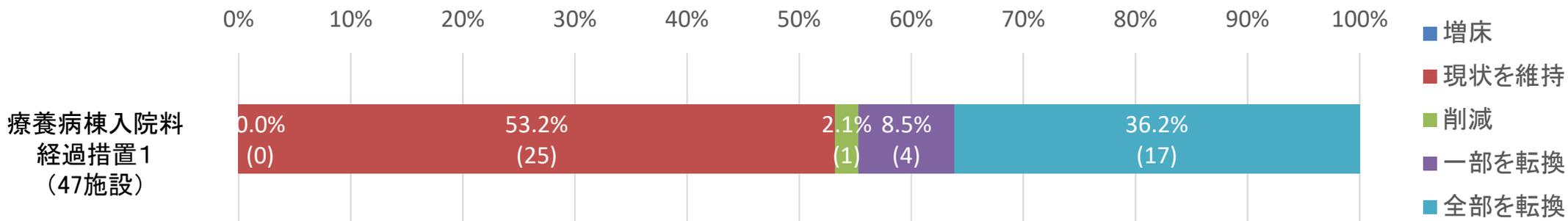
現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



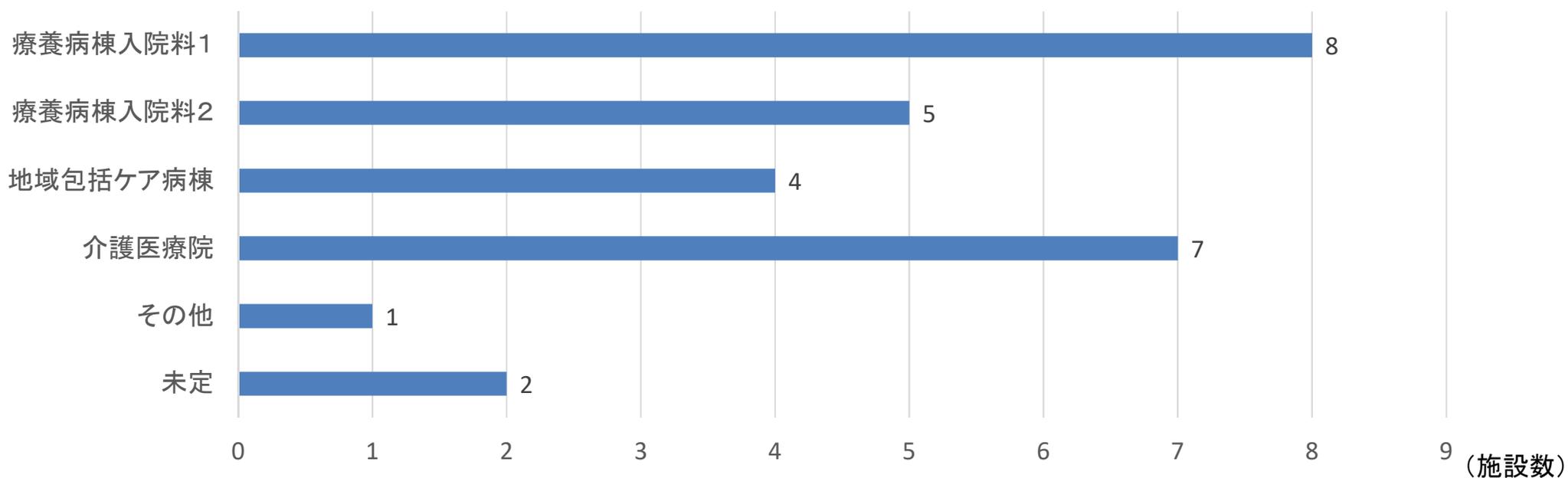
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、44.7%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、療養病棟入院料1、介護医療院、療養病棟入院料2の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況、経過措置
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

入院分科会のとりまとめにおける記載事項

（医療区分・ADL区分について）

- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟においては栄養の投与方法として中心静脈栄養に代わる手段がない患者も多く入院していることに留意しつつ、栄養の投与方法を検討するに当たっての患者及びその家族への丁寧な説明や、中心静脈カテーテルを長期に留置する場合の適切な管理を推進する必要があるのではないかという意見があった。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

医療区分

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

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

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。

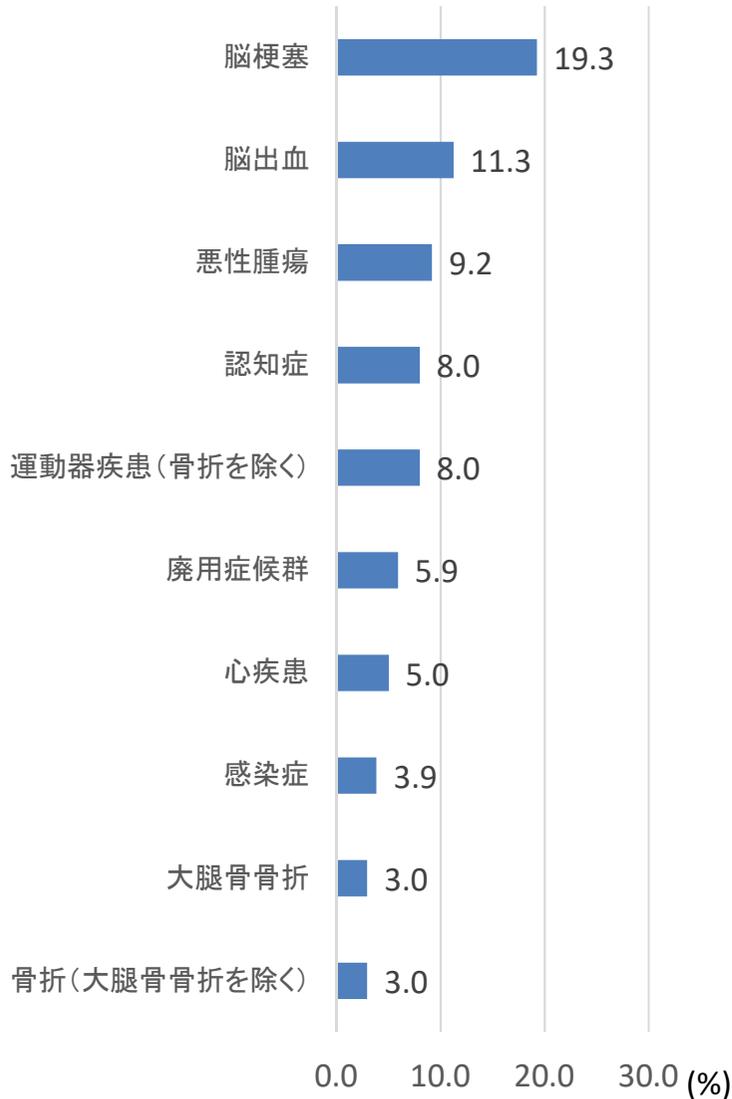
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

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

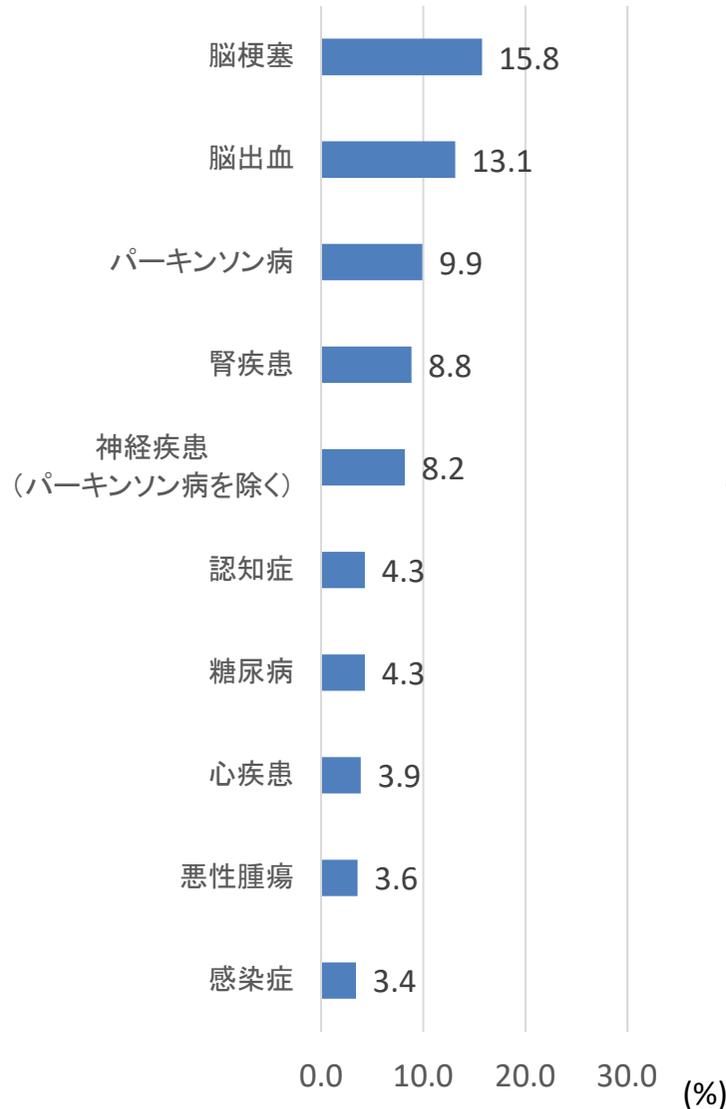
医療区分ごとの主傷病

○ いずれの医療区分においても、脳梗塞及び脳出血が多い。

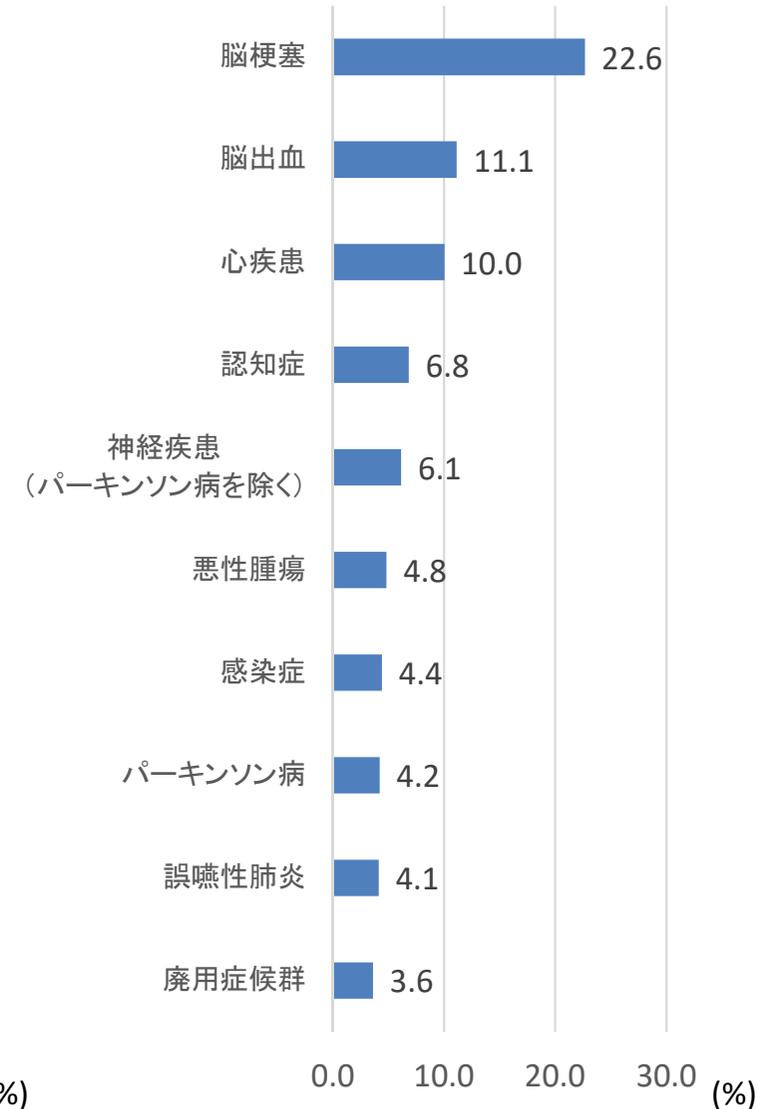
医療区分1 (n=337)



医療区分2 (n=1492)

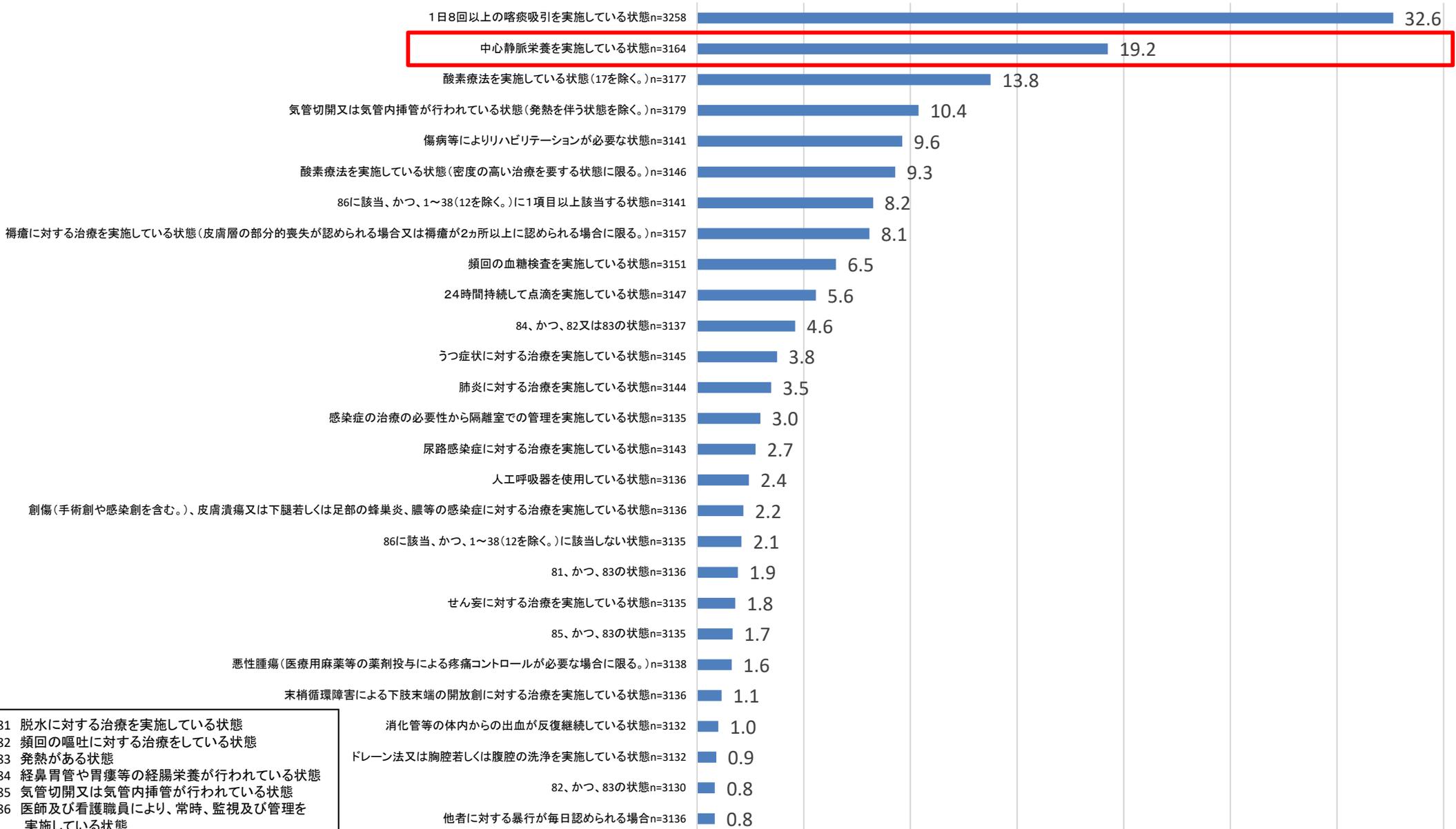


医療区分3 (n=998)



基準日に医療区分の各項目に該当している患者割合

○ 基準日に入院している全患者のうち、基準日に医療区分の各項目に該当している患者割合は以下のとおりであった。



(%)
24

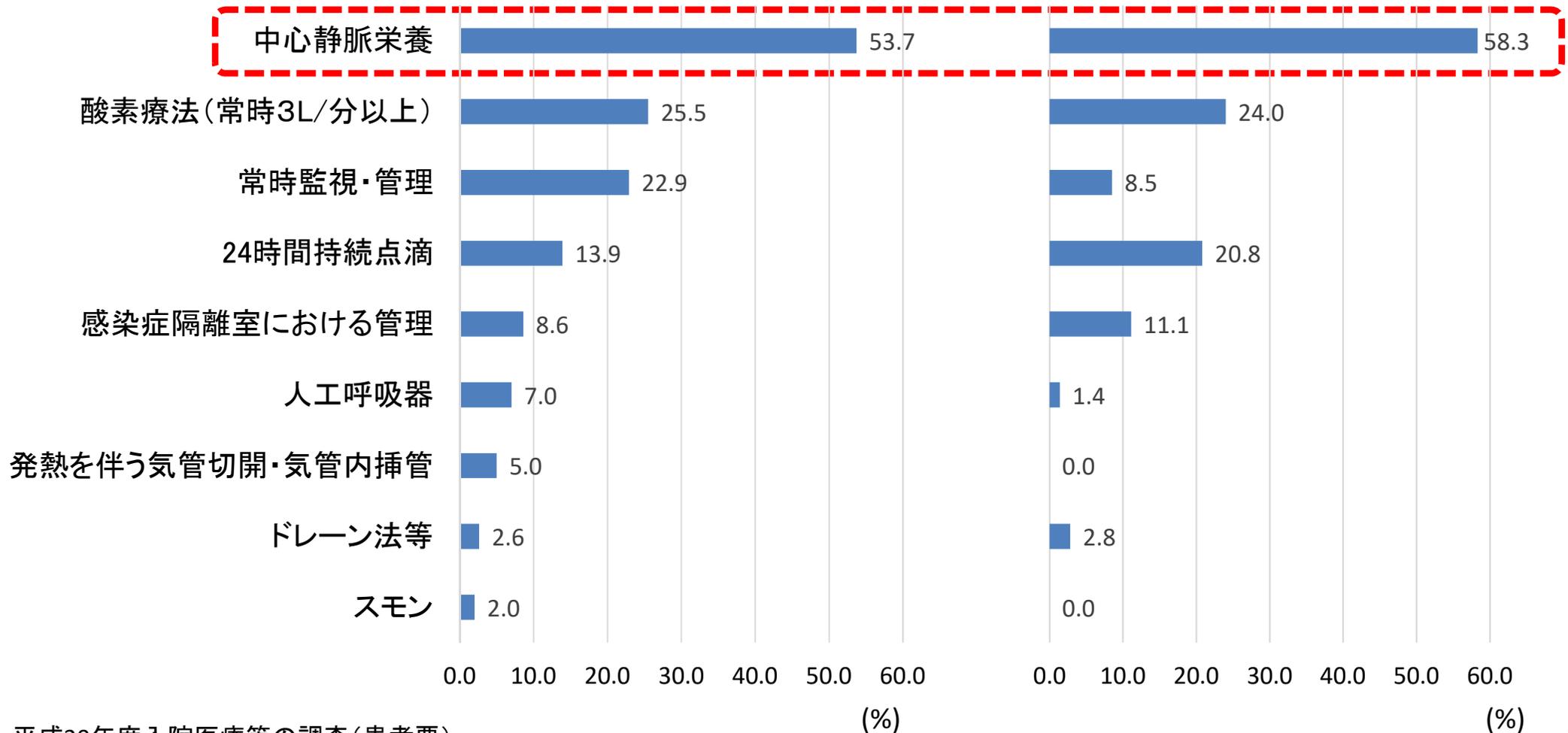
医療区分3の項目別の該当患者割合

○ 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1・2ともに医療処置として「中心静脈栄養」に該当する患者割合が最も多い。

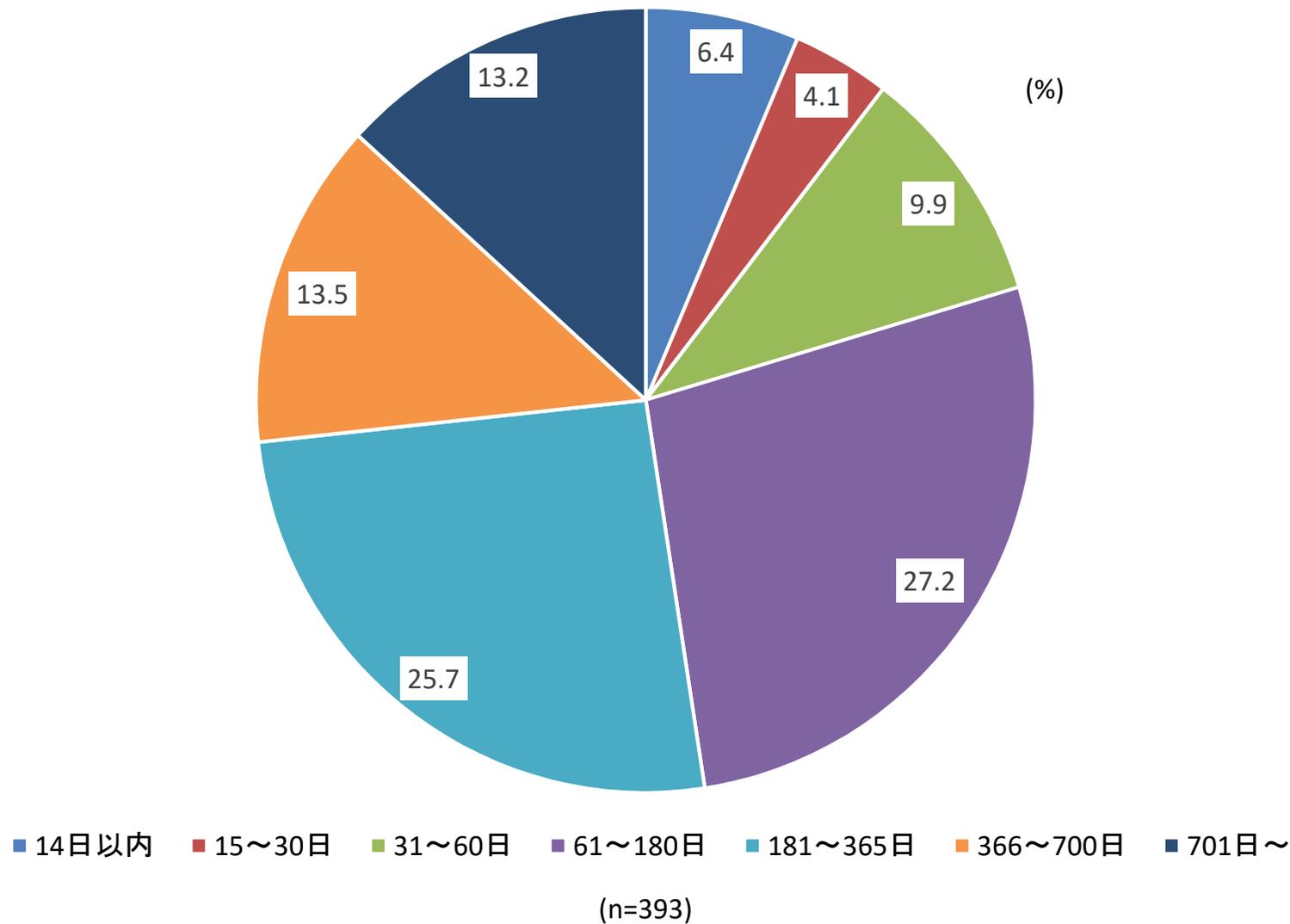
医療区分3該当患者
(n=1113)

療養病棟入院料1 (n=1037)

療養病棟入院料2 (n=76)



○ 入棟時及び調査基準日に中心静脈栄養に該当していた患者の在院期間の分布は以下のとおりであった。

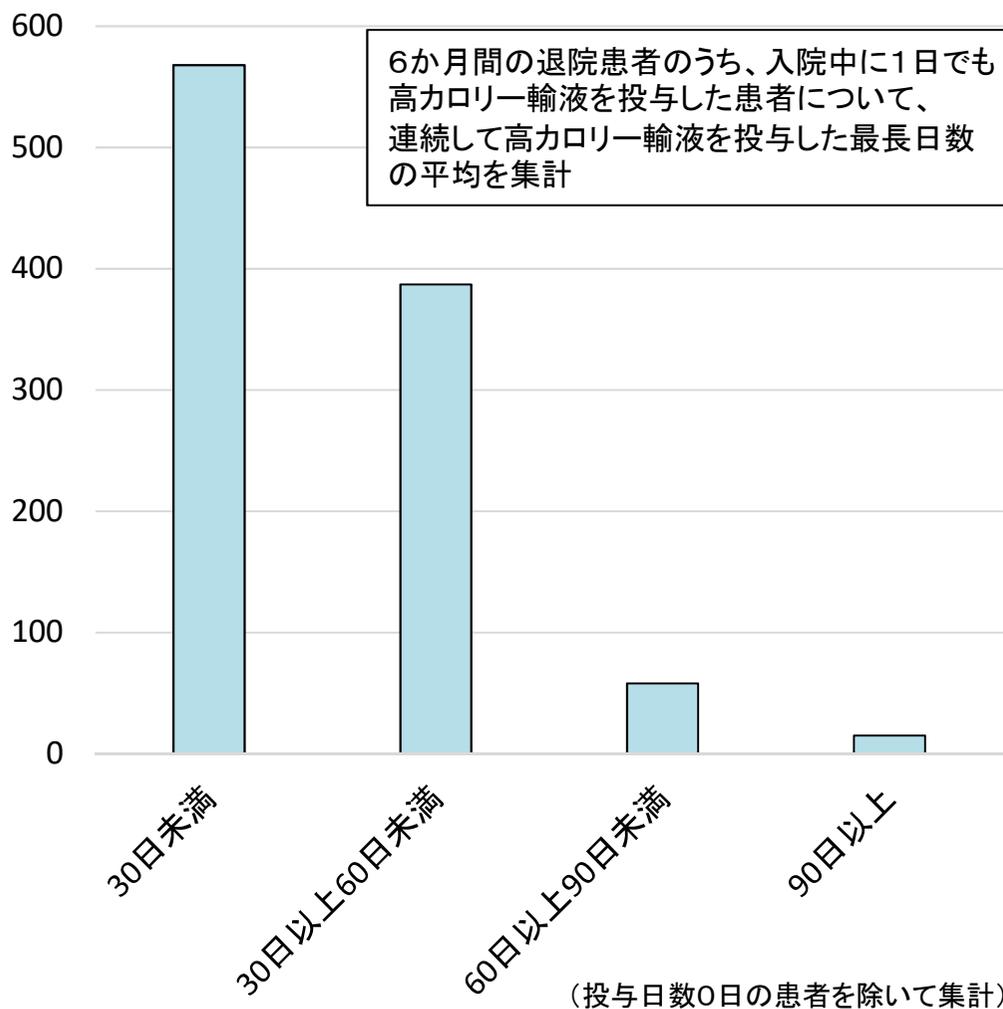


- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上 of 医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。

連続して高カロリー輸液を投与した日数の平均

(n = 1028(医療機関))

(医療機関数)

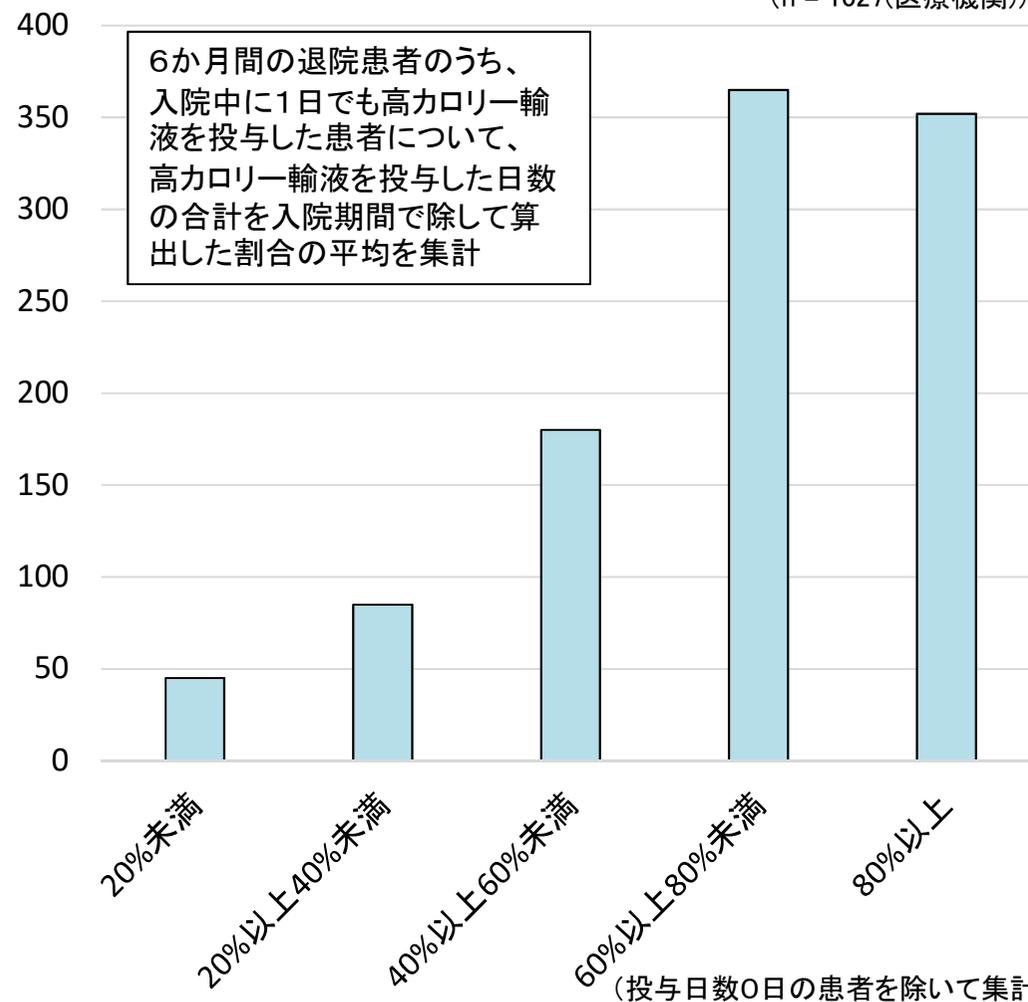


入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合

(患者ごとの平均値)

(医療機関数)

(n = 1027(医療機関))



- 中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる。

安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のためのプラクティカルガイド2017(2017年6月改訂)(抜粋)
公益社団法人 日本麻酔科学会 安全委員会 安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のため手引き改訂 WG作成

XI.中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策

感染予防に関する推奨

⑧留置期間

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

「中心静脈栄養を実施している状態」の評価方法について

- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」であるかを評価する際の留意点には、中心静脈栄養の必要性についての確認は含まれていない。
- 医療区分3の「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。)」であるかを評価する際の留意点には、当該酸素療法の必要性についての確認が含まれている。

医療区分・ADL区分等に係る評価表 評価の手引き(抜粋)

13.中心静脈栄養を実施している状態

- 項目の定義
中心静脈栄養を実施している状態
- 評価の単位
1日毎
- 留意点
本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

(参考)17.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。)

- 留意点
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。
(1)安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できないが、3L/分以上で維持できる状態。
(2)安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又はNYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで、本項目に該当するものとする。

なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

長期の栄養管理を実施する際の留意事項

- 胃瘻造設術を実施する際には、胃瘻造設の必要性や管理の方法等を患者又はその家族等へ説明することを求めている。また、胃瘻を造設した患者を他の保険医療機関等に照会する場合は、嚥下機能評価の結果等について情報提供を行うことを求めている。
- 胃瘻の他にも長期の栄養管理に用いる方法があり、カテーテル等の留置時に算定する診療報酬項目がある。

K664 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)

【留意事項】

- 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖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。
- 胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。)、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。

○ 胃瘻の他に長期の栄養管理に用いる方法の例

長期の栄養管理に用いる方法	栄養管理方法を開始する際に算定する診療報酬項目
腸瘻	K725 腸瘻,虫垂瘻造設術、K725-2 腹腔鏡下腸瘻,虫垂瘻造設術
中心静脈カテーテル	G005-2 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	K618 中心静脈注射用埋込型カテーテル設置
末梢型中心静脈注射用カテーテル	G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況、経過措置
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

入院分科会のとりまとめにおける記載事項

（膀胱留置カテーテルの状況）

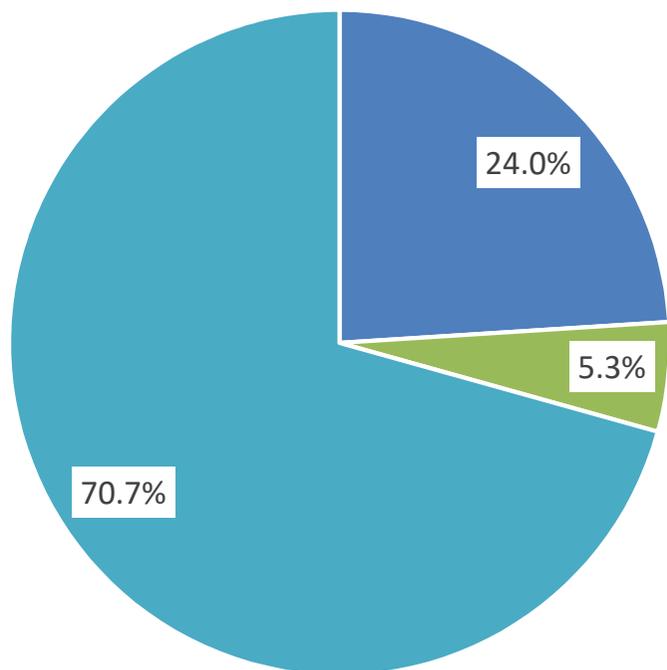
- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟において膀胱留置カテーテル早期抜去に向けた取組を適切に推進するため、排尿自立指導料についての必要な見直し等を検討してはどうかという意見があった。

療養病棟における膀胱留置カテーテルの留置の状況①

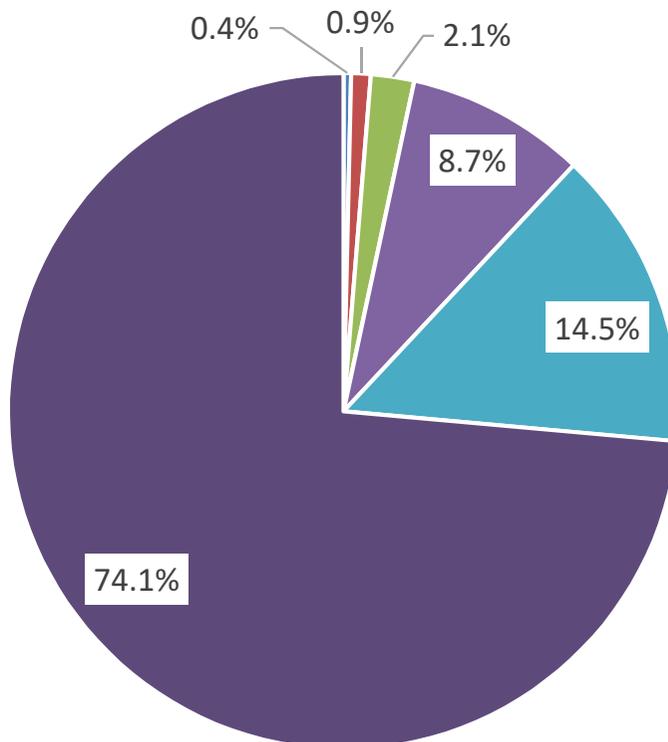
診調組 入-1(改)
元 . 1 0 . 3

- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

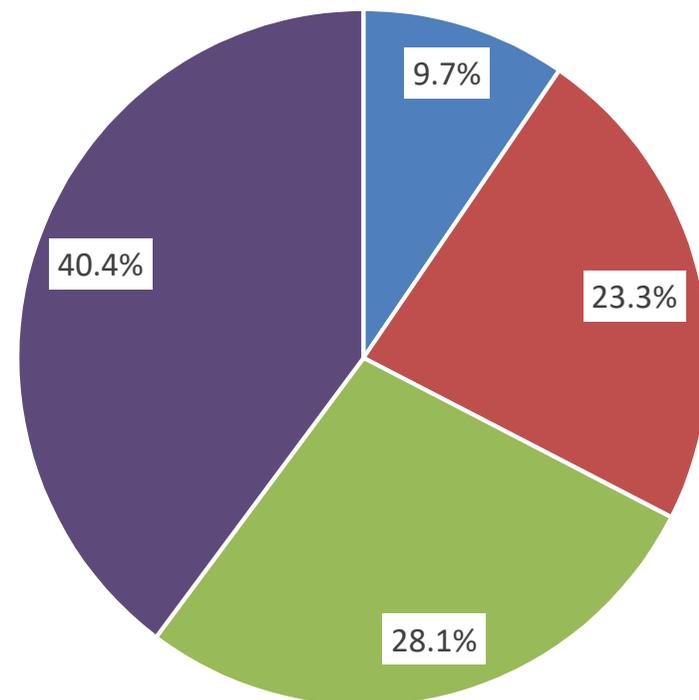
膀胱留置カテーテルを留置している患者割合 (n = 21,176(患者数))



膀胱留置カテーテルを留置している患者の留置期間別割合の分布 (n = 5,191(患者数))



膀胱留置カテーテルを抜去後の患者の留置していた期間別割合の分布 (n = 1,131(患者数))



■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

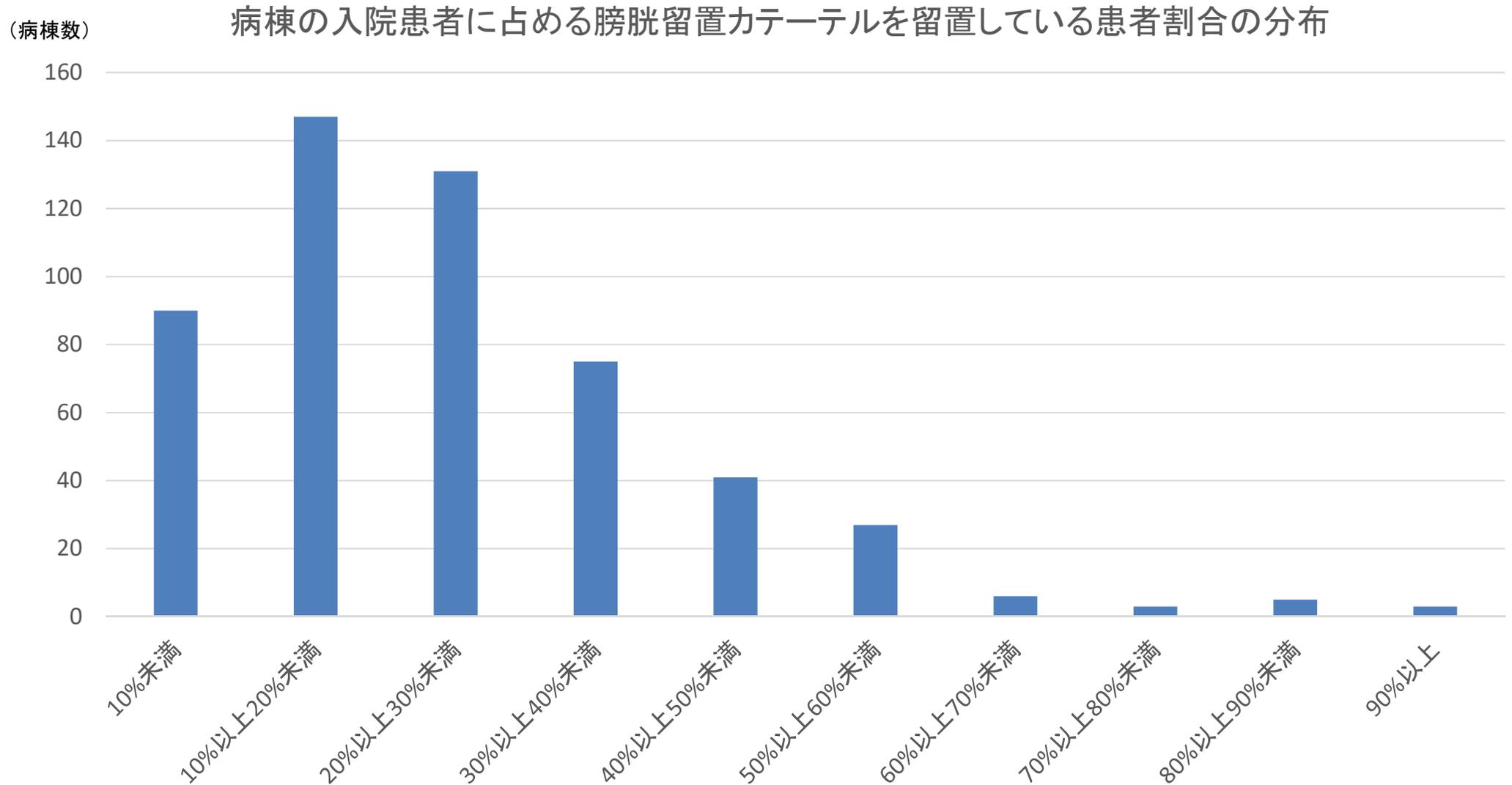
■ 24時間以内 ■ 24時間～3日以内
■ 3日～1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

■ 1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

療養病棟における膀胱留置カテーテルの留置の状況②

診調組 入-1(改)
元 . 1 0 . 3

○ 病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、10%以上20%未満の病棟が最も多かったが、50%以上の病棟も存在していた。



排尿自立指導料の概要

平成28年度診療報酬改定

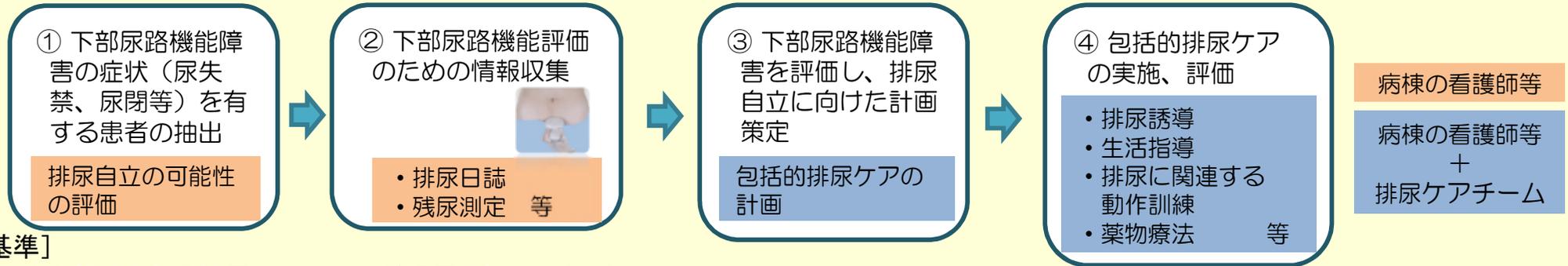
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

B005-9 排尿自立指導料 200点(週1回に限り6週を限度)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



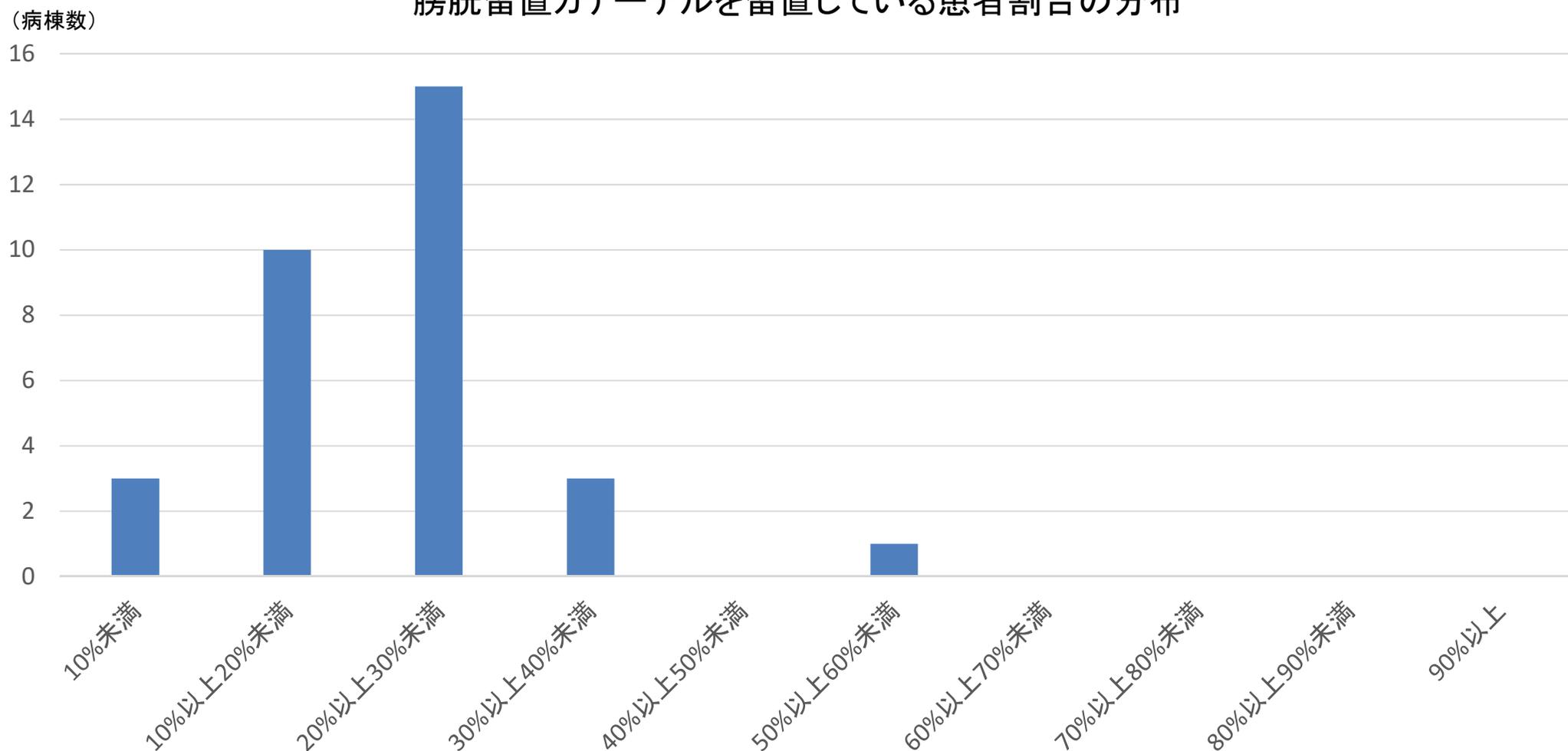
[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る研修を修了した医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。）
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。



○ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

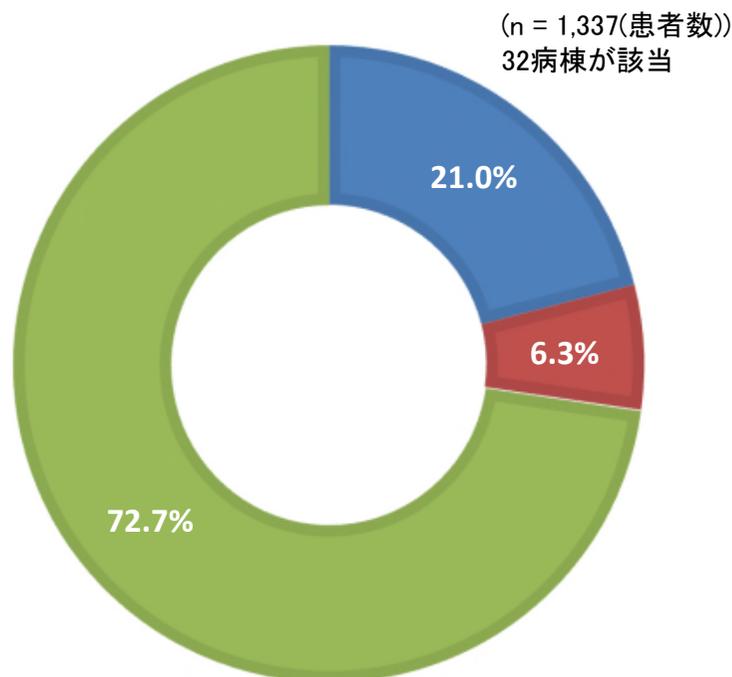
排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める
膀胱留置カテーテルを留置している患者割合の分布



○ 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、
抜去後の患者が多かった。

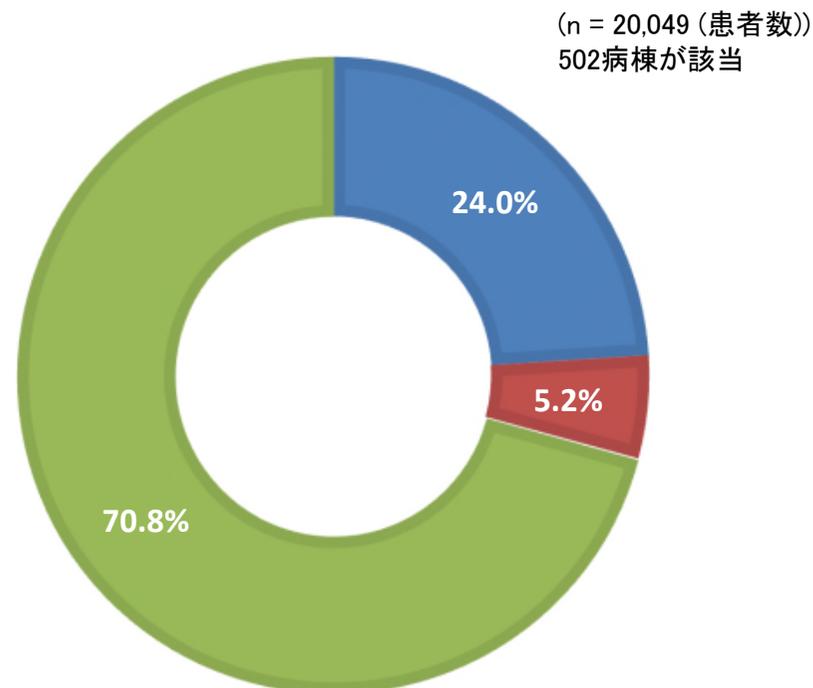
排尿自立指導料を算定している病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



排尿自立指導料を算定していない病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

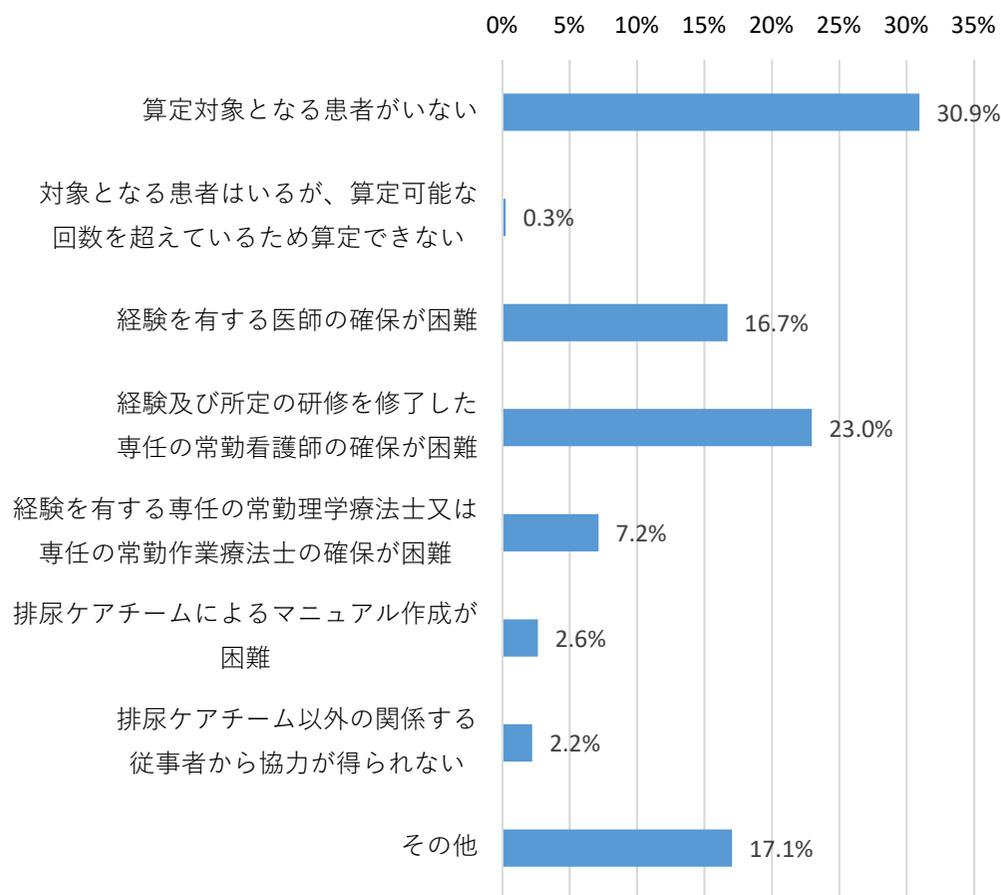
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



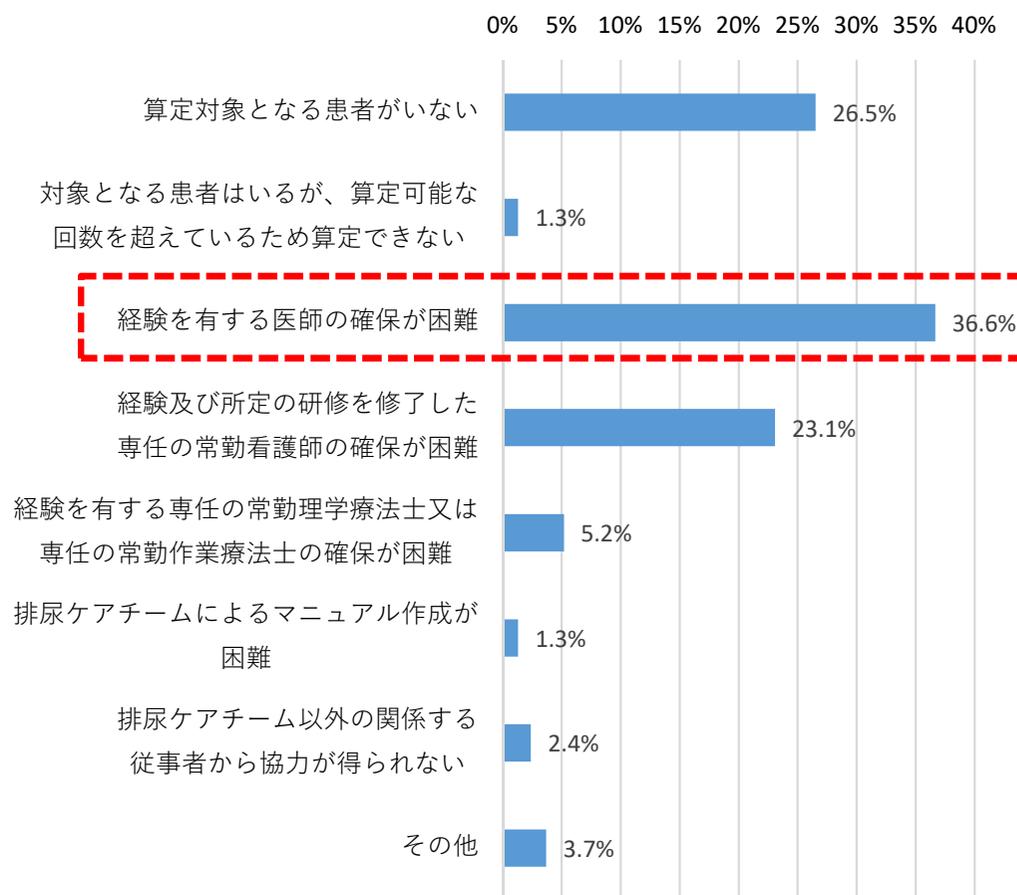
※ 排尿自立指導料の算定状況
排尿自立指導料の平均算定患者数:2.2人
排尿自立指導料の平均算定回数:6.6回

○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

算定していない理由 (A票) (n=2,908)



算定していない理由 (B票) (n=464)



療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題①】

(算定病床の動向及び施設の状況)

- 平成30年度診療報酬改定において、20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化し、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直した。
- 現行の療養病棟入院基本料経過措置1については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、平成30年度改定では、2年間の経過措置が設けられた。
- また、現行の療養病棟入院基本料経過措置2については、平成30年4月から介護医療院が創設されることを踏まえ、平成30年度改定では経過措置が2年間延長された。
- 令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置1(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元年10月1日時点で173施設、8631床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置2(看護職員配置30対1)の届出施設数は令和元年10月1日時点で4施設、157床であった。

(医療区分)

- 基準日に入院している全患者のうち、基準日に医療区分の「中心静脈栄養を実施している状態」に該当している患者割合は、19.2%であった。療養病棟入院料1を算定する病床に入院している医療区分3の該当患者のうち、53.7%が「中心静脈栄養を実施している状態」に該当していた。
- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上以上の医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。
- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」であるかを評価する際の留意点には、中心静脈栄養の必要性についての確認は含まれていないが、医療区分3の「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。)」であるかを評価する際の留意点には、当該酸素療法の必要性についての確認が含まれている。
- 胃瘻造設術を実施する際には、胃瘻造設の必要性や管理の方法等を患者又はその家族等へ説明することを求めている。また、胃瘻を造設した患者を他の保険医療機関等に照会する場合は、嚥下機能評価の結果等について情報提供を行うことを求めているが、胃瘻の他にも長期の栄養管理に用いる方法がある。

療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題②】

(その他(膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組))

- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されており、調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。
- 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。
- 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。
- 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がいない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

【論点】



- 療養病棟入院基本料経過措置2は、令和2年3月31日までの経過措置となっているが、届出状況及び介護医療院の開設状況等を踏まえ、当該経過措置について、どのように考えるか。併せて、療養病棟入院基本料経過措置1についても、届出状況等を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」について、療養病棟において、中心静脈栄養を長期に渡って実施している患者が存在していることを踏まえ、適切な中心静脈カテーテルの管理を推進する観点から、医療区分の評価を行う際に、中心静脈栄養の必要性の確認を求めることを検討してはどうか。併せて、中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、必要性や管理の方法について、患者又は家族等への説明を求めてはどうか。
- 排尿自立指導料について、膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組を推進する観点から、当該指導料を算定していない理由等を踏まえ、要件の見直しを行ってはどうか。

入院医療（その2）

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	180点



改定後(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。

平成26年度※1

7対1入院基本料(当時)

一般病棟

特定機能病院

専門病院

地域包括ケア病棟入院料

平成28年度※1

10対1入院基本料(当時)

※2

一般病棟

特定機能病院

専門病院

平成30年度※1

回復期リハビリテーション
病棟入院料※3

療養病棟入院基本料※3

急性期一般入院料2~7

※4

※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

平成30年度診療報酬改定後のデータ提出加算に係る現況

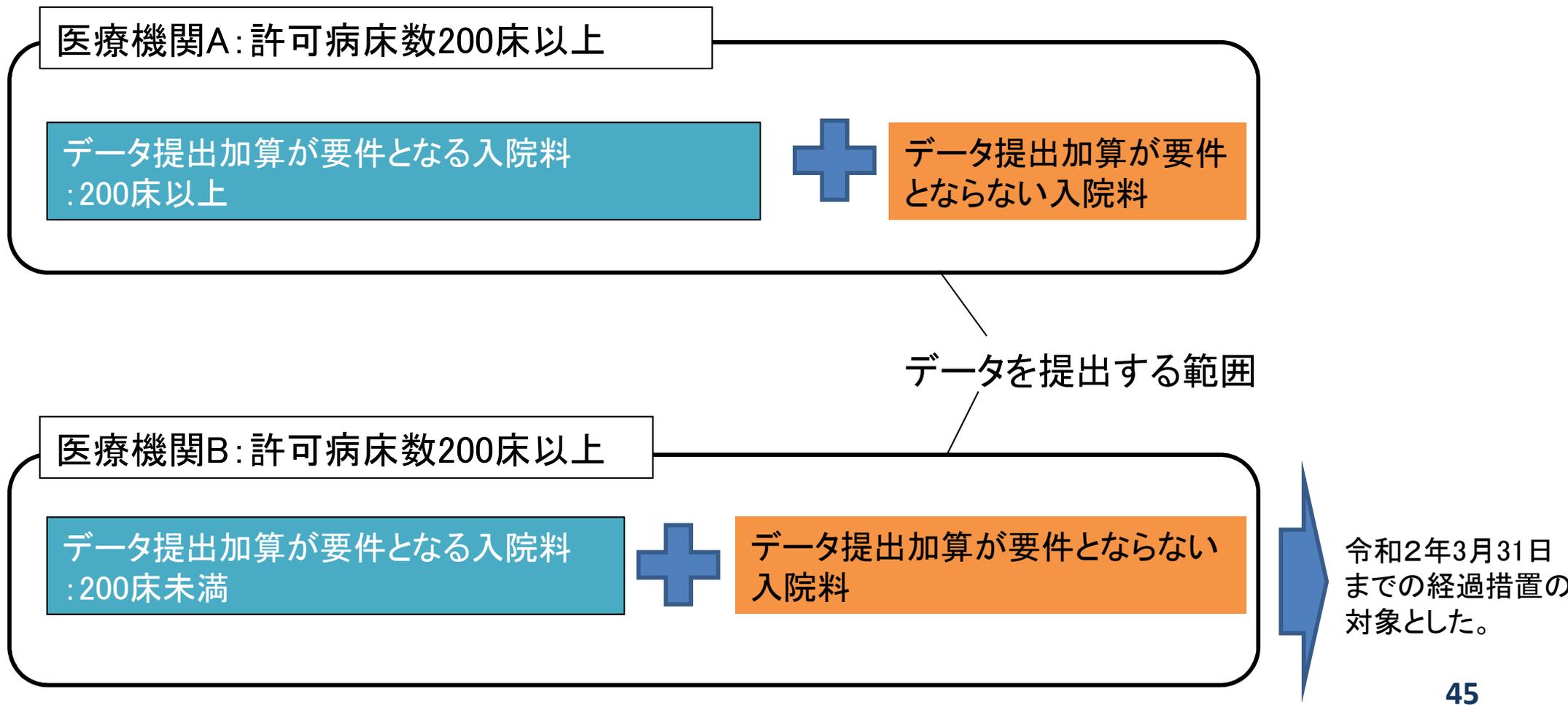
○ 平成30年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。

○ これらの病院には、認可病床新築に際して経過措置(1年又は2年)が設けられている

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が1 のみの場合
急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7(可病床200床数以上)、地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般入院料2～7(許可病床数200床未満)、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 ただし、令和2年3月31日 まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 (※)	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに令和2年3月31日まで経過措置の対象とした。

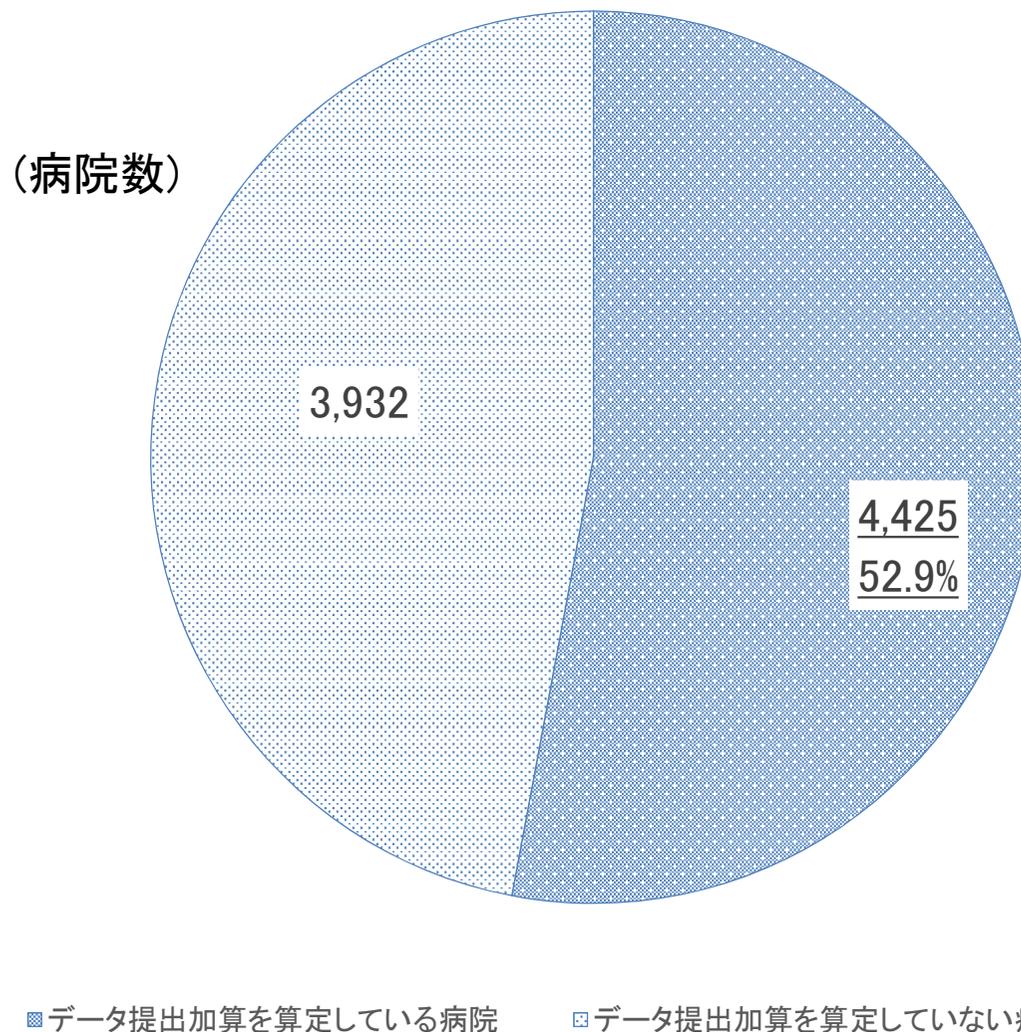
- 許可病床数によって、データ提出加算が要件化されている入院料がある(回復期リハビリテーション病棟入院料5、6、療養病棟入院基本料)。
- データ提出加算が要件となる入院料で主に構成される病院(A病院)がある一方、データ提出加算が要件とならない入院料で主に構成される病院(B病院)も存在する。
- B病院にはデータの提出を行う体制を構築できていない病院も存在していることから、新たに経過措置を設けることとした。



データ提出加算を算定する病院：全病院

診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

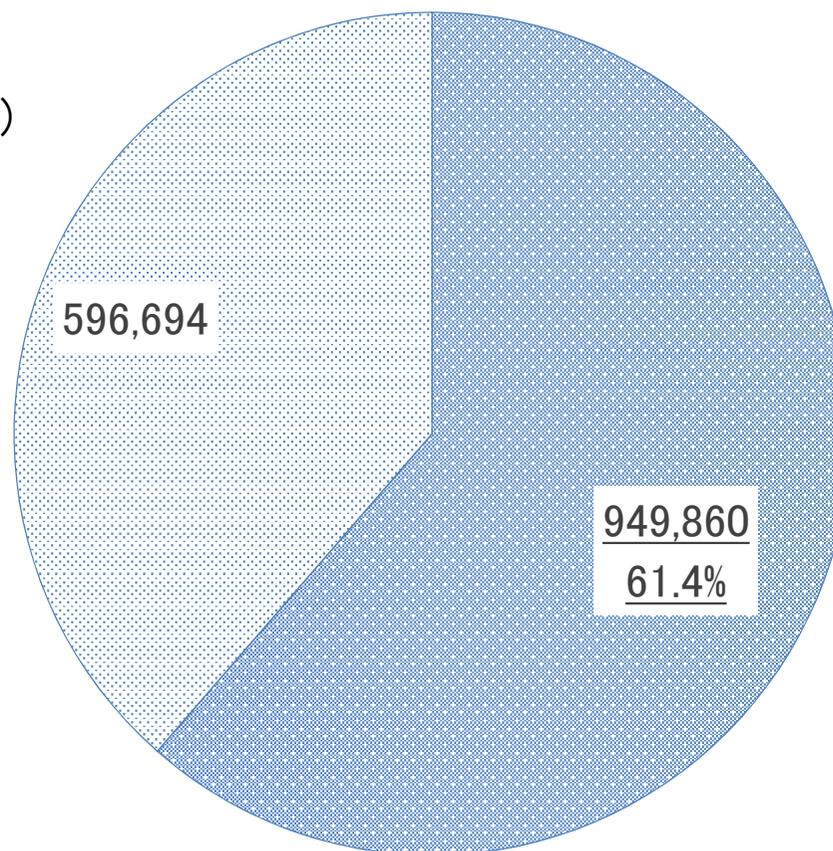
- 全病院8,357病院(平成30年12月末日時点)のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(52.9%)。



データ提出加算を算定する病床：全病院

- 全病院の病床数1,546,554床（平成30年12月末日時点）のうち、データ提出加算を算定する病床は949,860床（61.4%）。

(病床数)

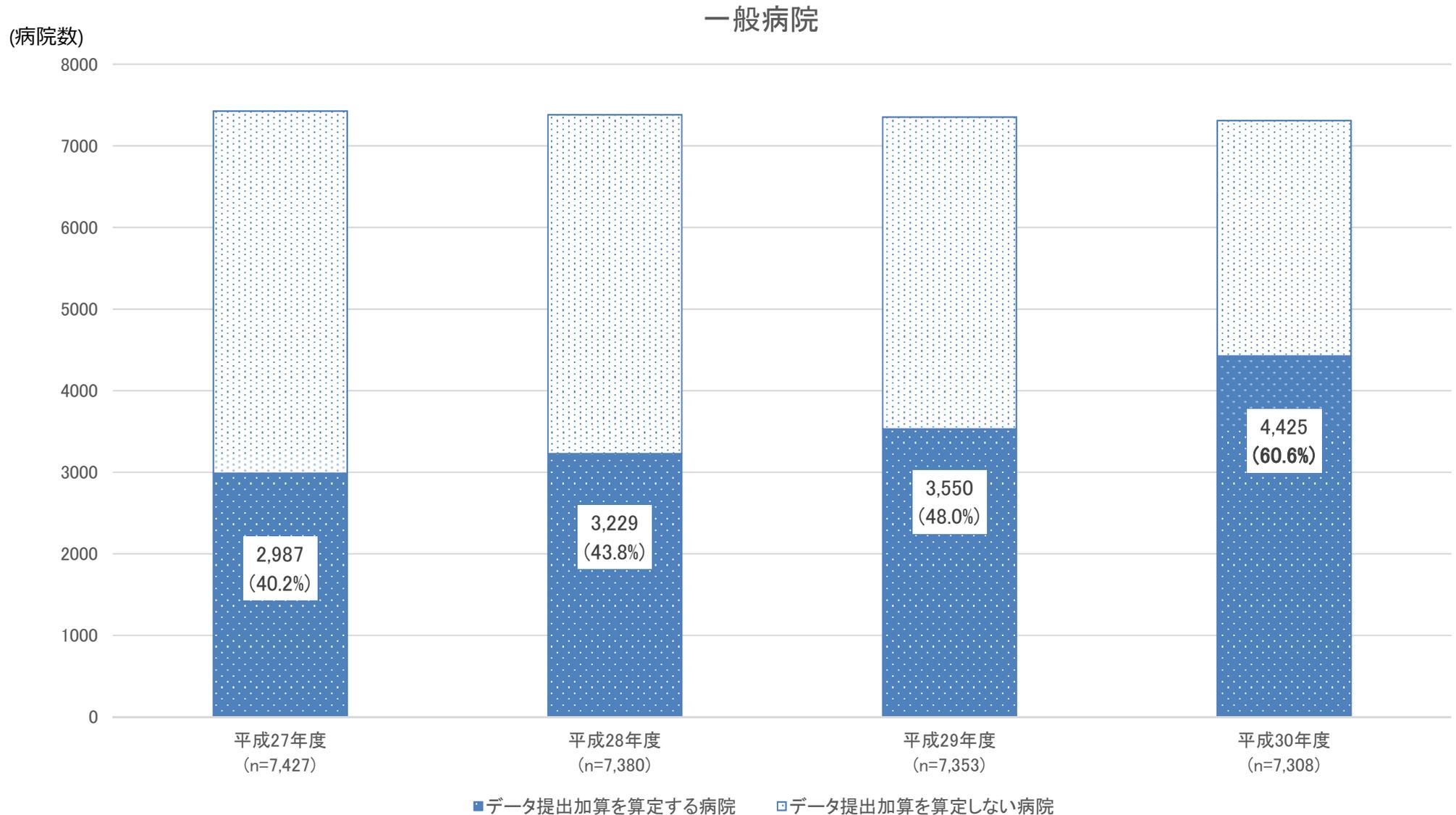


■ データを出している病床 □ データを出していない病床

データ提出加算を算定する病院：一般病院

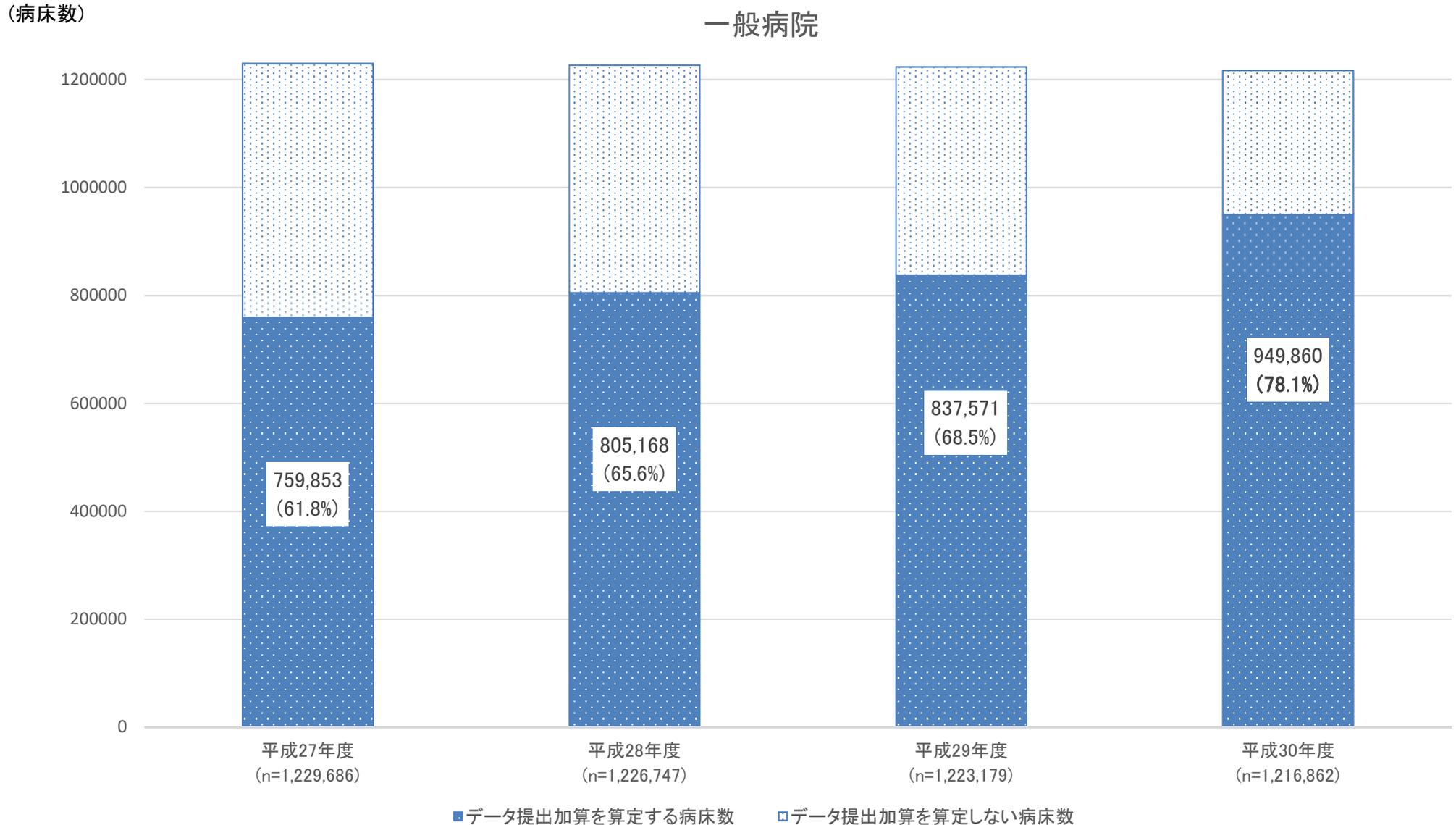
診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

- 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)7,308病院のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(60.6%)。



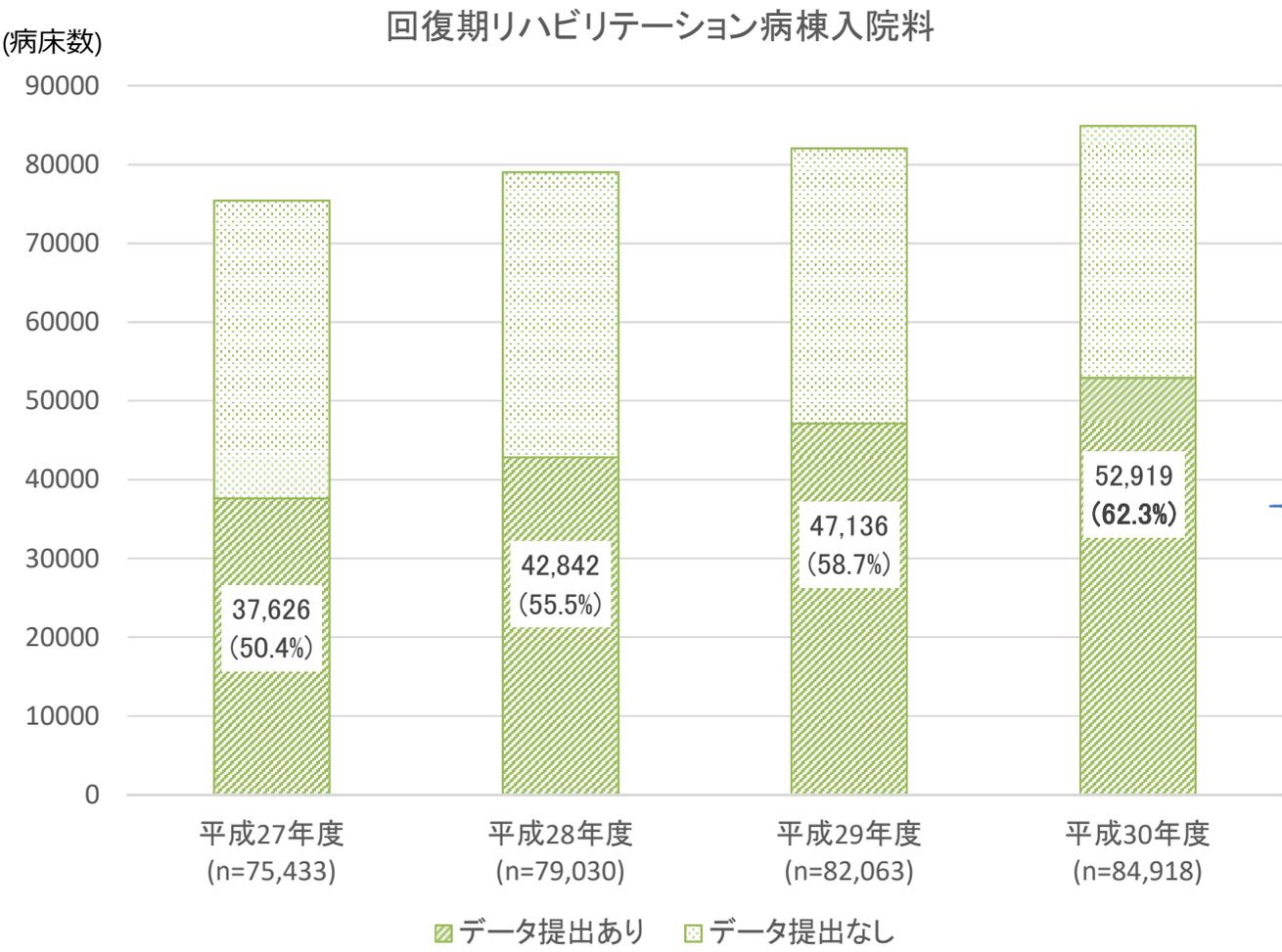
データ提出加算を算定する病床：一般病院

- 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)の病床数1,216,862床のうち、データ提出加算を算定する病床数は949,860床(78.1%)。



データ提出加算を算定する病床：回復期リハビリテーション病棟入院料

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は62.3%である。



入院料別の内訳 (データ提出加算算定病床：62.3%)

入院料	データを提出する病床数/当該入院料の総病床数	データを提出する割合
回リハ1	23,759/ 35,816	66.3%
回リハ2	10,780/ 16,029	67.3%
回リハ3	11,997/ 20,213	59.4%
回リハ4	4,075/ 7,859	51.9%
回リハ5	998/ 1,948	51.4%
回リハ6	1,310/ 3,058	42.8%

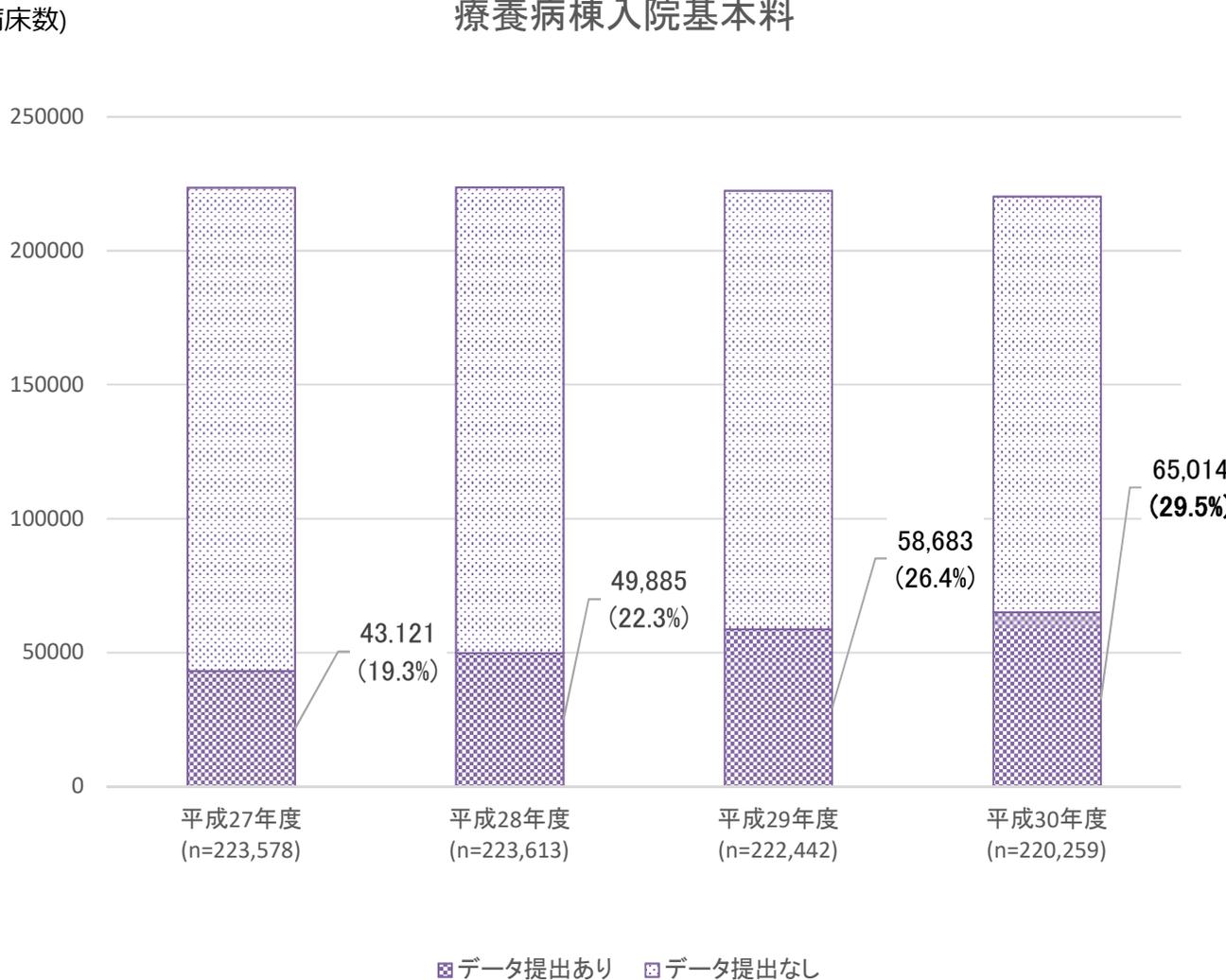
出典：保険局医療課調べ・DPCデータ（各年7月1日時点）

○ 療養病棟入院基本料の届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、29.5%である。

入院料別の内訳
(データ提出加算算定病床：29.5%)

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
療養1	57,466/ 172,148	33.4%
療養2	7,548/ 32,277	23.4%
注11	-/14,429	-%
注12	-/970	-%
特別	-/435	-%

療養病棟入院基本料



平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
 - データ提出加算が要件となる入院料
 - データ提出加算の届出に当たり必要な手続き
- データ提出加算の算定ルール

(データ提出加算が要件となる入院料の拡大)

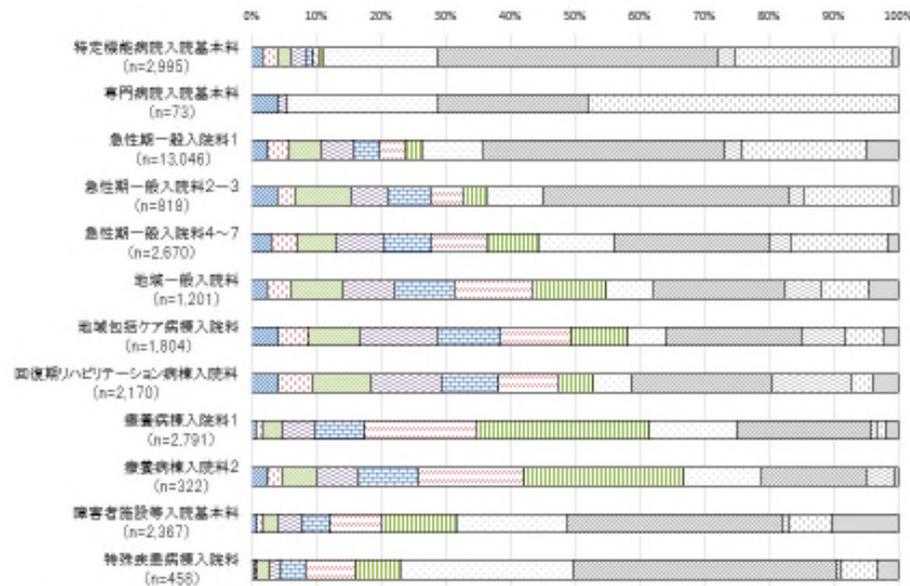
- ・ 平成24年度診療報酬改定においてデータ提出加算を導入した後、累次の改定においてデータ提出加算の届出が要件となる入院料を拡大してきており、平成30年度診療報酬改定の答申書附帯意見においても、「データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること」とされている。
- ・ 現在、許可病床数200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料5・6及び療養病棟入院基本料を届け出る病棟については、データ提出加算を算定することが施設基準となっている。この要件を50床以上とした場合、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床の87.2%、療養病棟入院基本料を算定する病床の91.7%のデータが提出されることとなる。
- ・ これらを踏まえ、データを用いた診療実績の適切な評価のためには、データ提出の対象病棟を拡大する必要があるのではないかという意見があった。他方、医療機関における電子カルテ等のシステムの導入状況も踏まえ、許可病床の少ない病院については配慮が必要ではないか、という意見もあった。

データの利活用の例

- データを提出する範囲を回復期リハビリテーション病棟、療養病棟に拡大した。
- それらのデータを元に、次のような分析・検討を行い、利活用が可能となった。

入院料ごとの要介護度別の患者割合

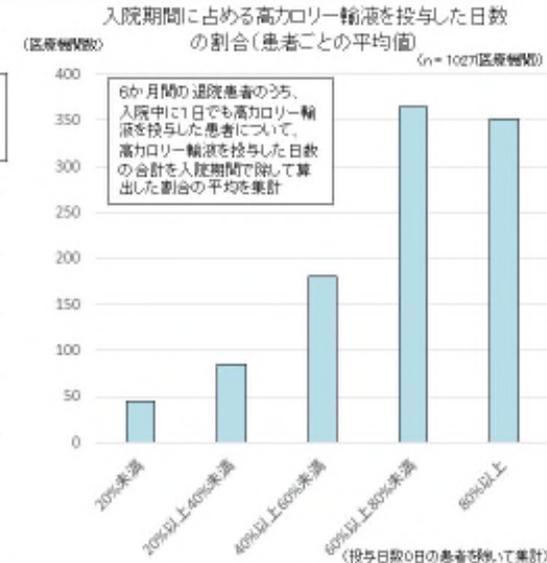
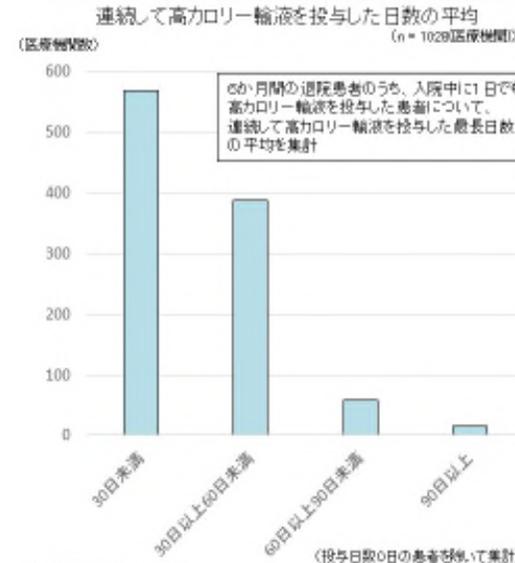
要介護度別の患者割合



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

高カロリー輸液の投与状況

- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。



○ 平成30年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。

○ これらの病院には、許可病床数新築に際して経過措置(1年又は2年)が設けられている

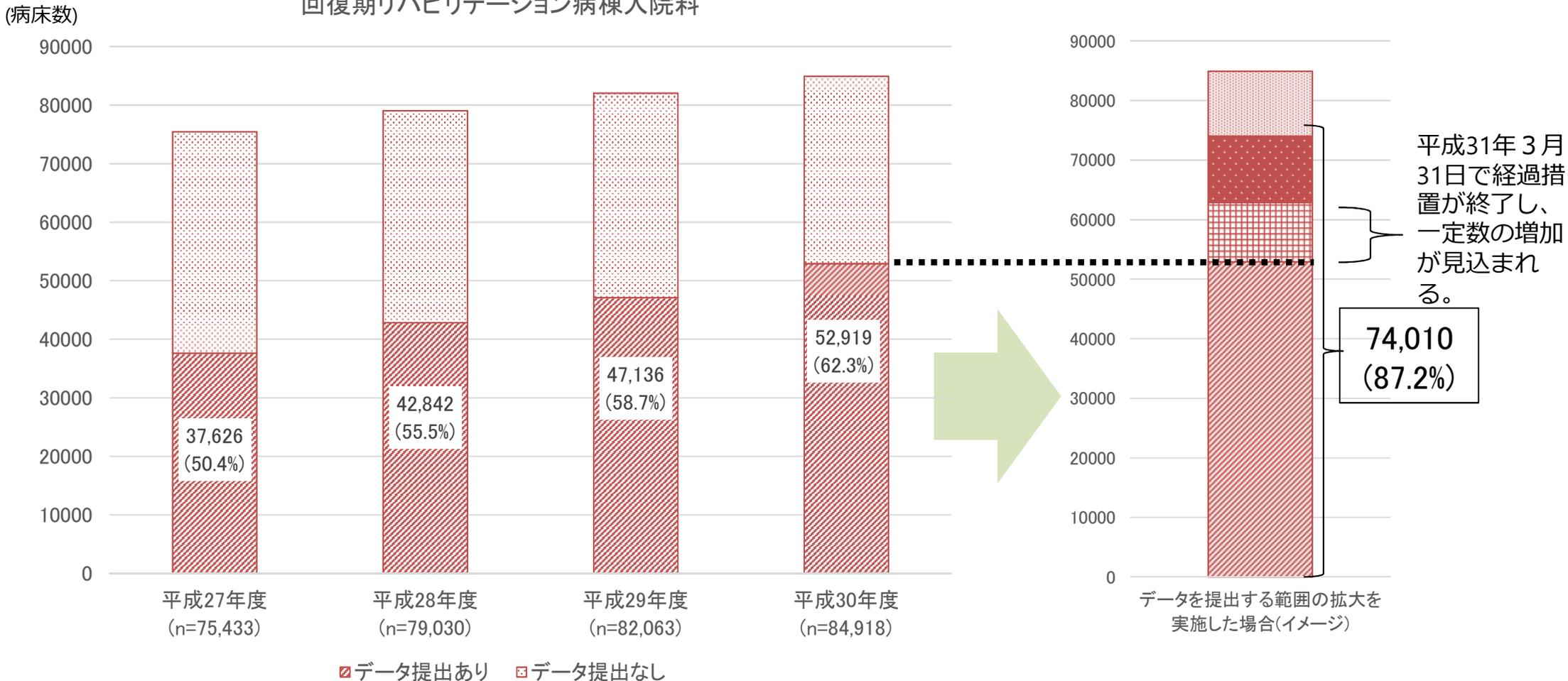
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が1 のみの場合
急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7(可病床200床数以上)、地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般入院料2～7(許可病床数200床未満)、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 ただし、令和2年3月31日 まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 ※	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに令和2年3月31日まで経過措置の対象とした。

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。

回復期リハビリテーション病棟入院料



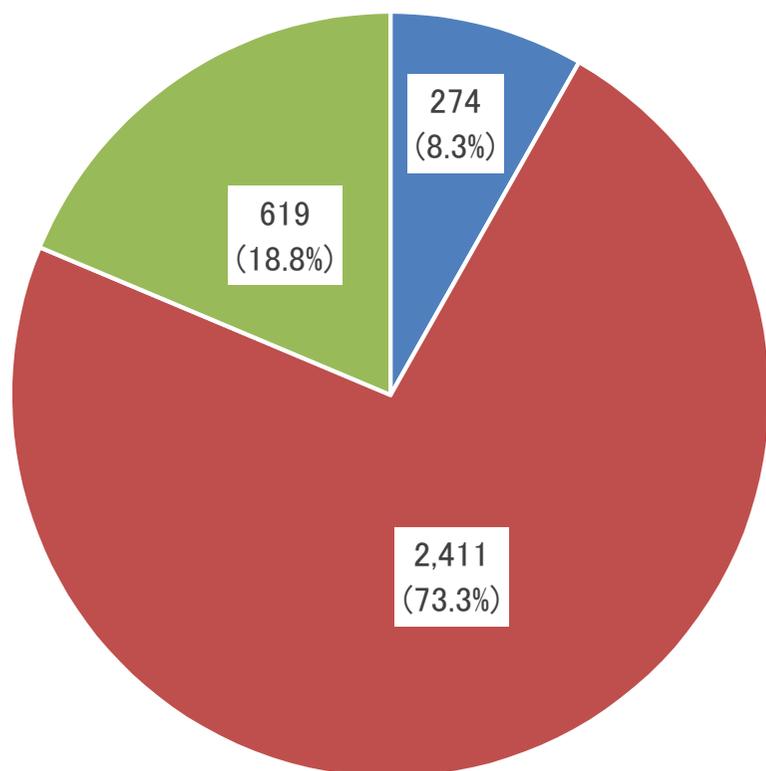
出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関の許可病床規模別の分布

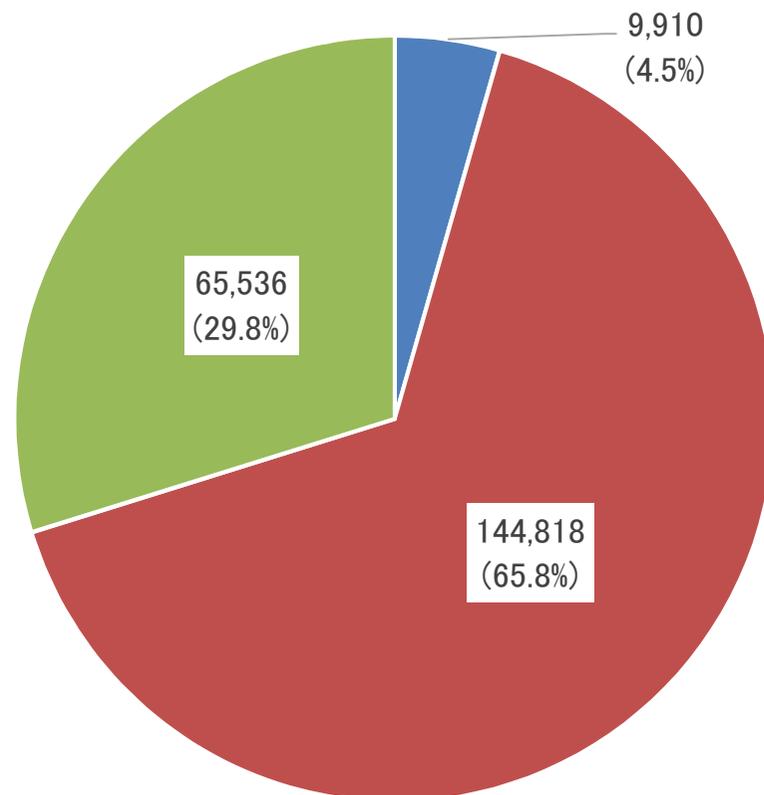
- 療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が200床未満の病院は約8割である。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、許可病床数が200床未満の病院の病床は約7割である。

病院数(n=3,304)



■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

病床数(n=220,264)



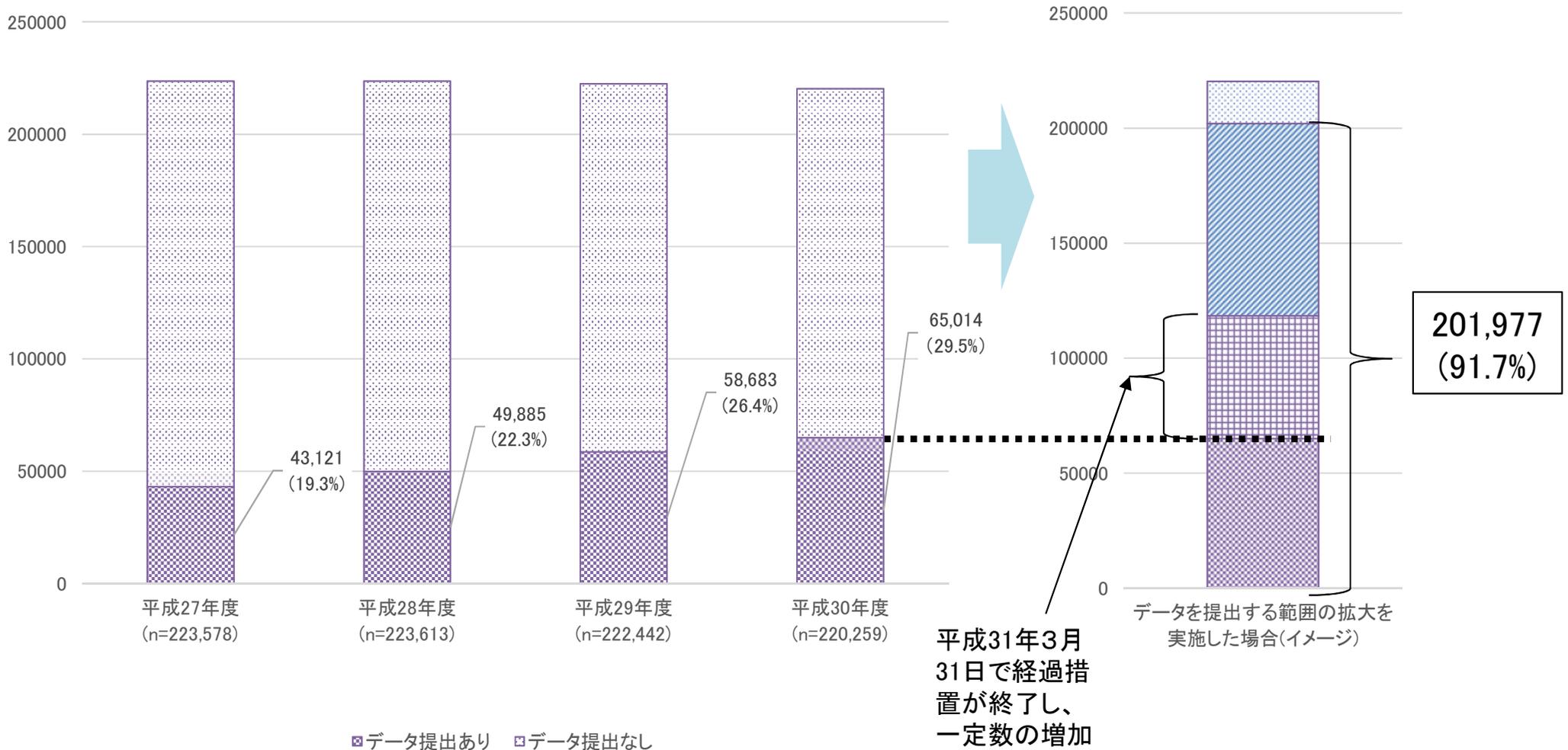
■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

○ 療養病棟入院基本料を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は91.7%となる見込みである。

療養病棟入院基本料

(病床数)



平成31年3月31日で経過措置が終了し、一定数の増加が見込まれる。

データを提出する範囲の拡大を実施した場合(イメージ)

201,977
(91.7%)

出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

電子カルテシステムの普及状況の推移

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)
うちSS-MIX 導入状況 (※4)	37.0% (1,269/3,432)	56.1% (338/603)	39.1% (338/864)	30.2% (593/1,965)	5.4% (2,266/42,167)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

(※4) 電子カルテを導入している医療機関のみ「導入有り」と回答しているものと仮定

出典：医療施設調査(厚生労働省)

データ提出加算が要件となる入院料の見直し(案)

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が 1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション 病棟1,2,3,4	データの提出が必須		令和2年3月31日までの 経過措置は終了 データの提出を必須とする
回復期リハビリテーション 病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 ^{※3} (令和2年3月31日までの 経過措置 ^{※1} は終了)	データの提出を必須と する ^{※3} (経過措置 ^{※2} を設ける)	データの提出を必須と する ^{※3} (経過措置 ^{※2} を設ける)

- ※1 当該病院の許可病床全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の病院についてデータ提出を不要とした経過措置。
- ※2 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟であって許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ※3 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提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場合は、一定の間データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当該入院料を算定できる経過措置を設ける(当該病院の許可病床数全体として200床以上となる場合も含む)。

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
 - データ提出加算が要件となる入院料
 - データ提出加算の届出に当たり必要な手続き
- データ提出加算の算定ルール

入院料の施設基準

○ 急性期一般入院料、療養病棟入院基本料※1、回復期リハビリテーション病棟入院料※2、地域包括ケア病棟入院料については、データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準となっている。

例)

急性期一般入院料の施設基準

通則

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十(急性期一般入院料1にあつては七)又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること(一般病棟入院基本料の注6の場合を除く。)とする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日(急性期一般入院料1にあつては十八日)以内であること。
- 4 **データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。**

地域包括ケア病棟入院料の施設基準

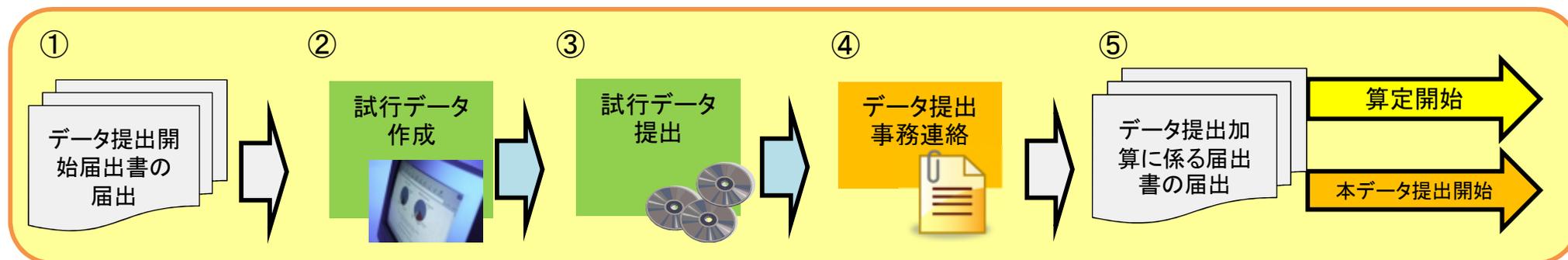
通則

- イ 当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること(地域包括ケア病棟入院料の注8の場合を除く。)とする。
- ロ 当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ハ 次のいずれかに該当すること。
 - ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟又は病室であること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を0.8割以上入院させる病棟又は病室であること。
- ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- ホ 当該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が一名以上配置されていること。
- ヘ **データ提出加算の届出を行っていること。**
- ト 特定機能病院以外の病院であること。
- チ 心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、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- リ 救急医療又は在宅医療を提供する体制等の地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

※1 全許可病床数が200床以上の場合に限る。

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6については、全許可病床数が200床以上の場合に限る。

データ提出加算の算定開始までの流れ



① データ提出開始届出書(様式40の5)の届出

データの提出を希望する病院は、様式40の5を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。

② 試行データの作成、③ 試行データの提出

様式40の5の届出期限である月の翌月から起算して2月分(4回目のスケジュールを除く。次頁参照。)の試行データをDPC調査事務局が提供する試行用形式チェックソフトにより作成し、指定する期日までにDPC調査事務局に提出する(厚生労働省が様式40の5を受領後、DPC調査事務局から各病院の連絡担当者宛に案内メールを送信する。)

④ データ提出事務連絡

試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省から各医療機関の担当者あてに電子メールにて事務連絡(データ提出事務連絡)を発出する。

⑤ データ提出加算に係る届出書(様式40の7)の届出以降

様式40の7を用いて、地方厚生(支)局長あて届出を行う。届出が受理された翌月の1日から加算開始となり、届出が受理された月の属する四半期から本データを提出することとなる。

なお、本データ作成用の形式チェックソフトは、厚生労働省が様式40の7を受領後、DPC調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛に案内メールを送信する。

データ提出のスケジュール(新規にデータ提出加算の届出を行う場合)※1

5月

- ・ データ提出加算開始の届出書の提出

6月

- ・ 試行データ作成①

7月

- ・ 試行データ作成②
- ・ 本データ作成①※2

8月

- ・ 試行データの提出
- ・ 本データ作成②※2

9月

- ・ 試行データ合格の連絡
- ・ 本データ作成③※2

10月

- ・ 加算の算定開始
- ・ 本データの提出

※1 1年度中に4回、当該加算に係る募集を行っており、図は年度の初回に最短でデータ提出加算を算定するスケジュール。
試行データに不備が無かった場合において、データ提出加算開始の届出書の提出からデータ提出加算を算定するまでには、6~8ヶ月間必要。

※2 初回のデータ提出に向けたデータ。

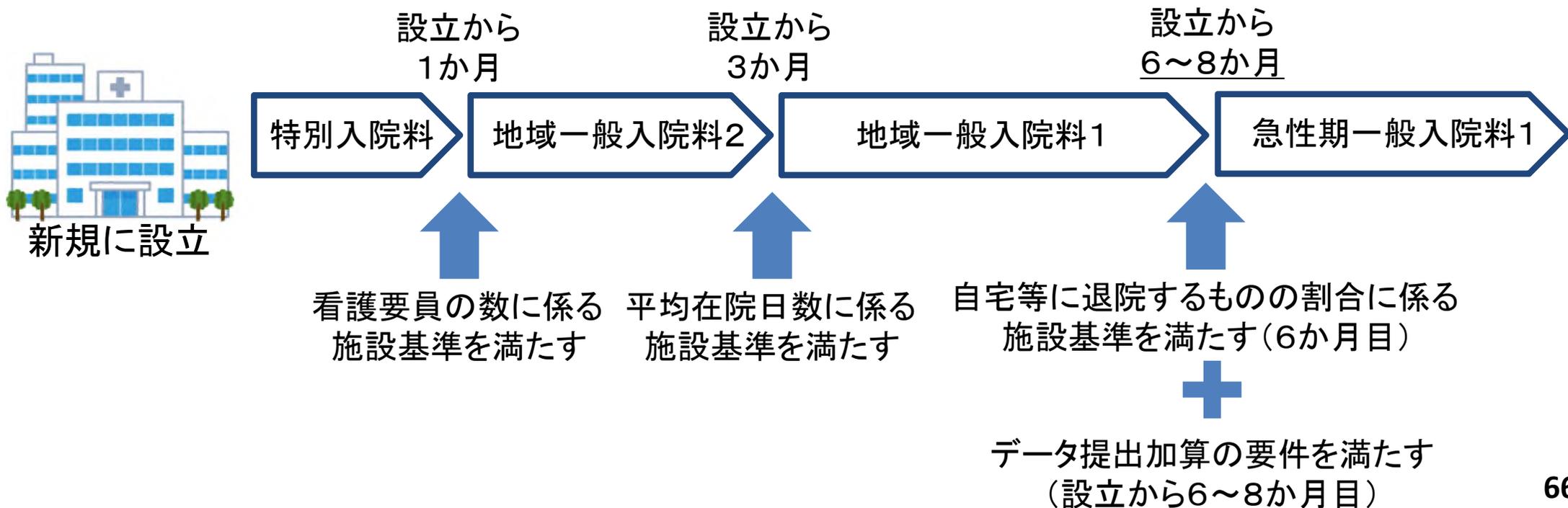
新規に急性期一般入院料1を届け出る場合

○ 急性期一般入院基本料等は、施設基準においてデータ提出加算を届出ていることが要件となっている。そのため、新たに急性期一般入院料1等の基本料等を算定する場合、データ提出加算の要件を満たすために、6～8ヶ月程度の期間を要する。

新規に急性期一般入院基本料を届出る/病院を設立する際に必要な要件と算出に用いる数値

- ・看護要員の数 : 月平均1日当たりの看護要員の数
- ・平均在院日数 : 直近3ヶ月間の数値
- ・重症度、医療・看護必要度 : 直近3月において、入院している患者全体に占める基準を満たす患者の割合
- ・自宅等に退院するものの割合 : 直近6ヶ月間において、当該病棟から自宅等に退院するものの割合

※上記の要件と実績期間に基づき急性期一般入院料1を届出るまでのスケジュール(例)



データ提出加算が算定できなくなる理由

- データ提出加算が算定できなくなる理由として、
 - ・ 診療録管理体制加算の施設基準を満たさなくなる場合
 - ・ データ提出の遅延等が、年度中に累積して3回認められた場合
(平成30年度で遅延等が認められた医療機関数は、1回:270 2回:13 3回:1)
等がある。

(データ提出加算の施設基準)

- ・ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う医療機関は、診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たすこと。
- ・ 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

(参考)A207 診療録管理体制加算

- 1 診療録管理体制加算1 100点
- 2 診療録管理体制加算2 30点

(施設基準)

- ・ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- ・ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
- ・ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ・ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

データ提出加算が算定できなくなった場合の入院料のパターン

- データ提出加算の届出が要件となっている急性期一般入院基本料等の入院料は、当該加算の要件を満たさなくなった場合、再び当該加算を届出るまでの期間、データ提出加算の届出が要件となっていない入院料を算定することとなる。

例)

急性期一般入院料1

1,650点

地域一般入院料1

1,159点

回復期リハビリテーション病棟入院料1(一般)

2,129点

地域一般入院料1

1,159点

データ提出加算の対象となる入院料に係る現状及び課題

【現状及び課題】

(データ提出加算が要件となる入院料について)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を届出る病床のうち、データ提出加算を算定している病床の割合はそれぞれ62%と30%であった。
- データ提出加算を算定している病床は、それぞれの入院料を算定する病床の一部であり、特に、療養病棟については、全体像を評価することが困難。

(データ提出加算の届出に必要な手続きについて)

- 新規に急性期一般入院基本料を届出る際、データ提出加算を届出るまでの約8ヶ月間は、データ提出加算の届出が要件となっていない入院料を算定する。
- 現行の取扱いにおいては、調査年度中に累積3回提出期限までにデータを提出しなかった場合等、データ提出加算の算定ができなくなった場合、当該加算が要件となっている急性期一般入院料等も算定できなくなる。

データ提出加算の対象となる入院料に係る論点

【論点】

(データ提出加算が要件となる入院料について)

- データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出の対象を拡大することとしてはどうか。
- 急性期一般2～7と回復期リハビリテーション病棟1～4について許可病床数が50床未満又は保有する病棟1のみの場合と、当該病院の許可病床全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の病院についてデータ提出を不要とした経過措置は、終了することとしてはどうか。
- 回復期リハビリテーション病棟5,6と療養病棟について、許可病床数が200床未満の病院について一定の経過措置を設けつつ、データ提出加算を要件とすることとしてはどうか。
- 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提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場合は、一定の間データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても当該入院料を算定できる経過措置を設けることとしてはどうか。

(データ提出加算の届出に必要な手続きについて)

- 新規に急性期の病棟を届け出る場合やデータ提出加算が算定できなくなった場合について、看護要員や平均在院日数等の施設基準を満たしているにも関わらず、データ提出加算に係る届出を行っていないことから地域一般入院基本料等を算定することを踏まえ、どのように考えるか。
- 例えば、新規に急性期の病棟を届け出る場合に、データ提出加算の要件を満たすまでの一定の期間に限り、急性期一般入院料7を算定できることとしてはどうか。また、データ提出加算が算定できなくなった場合についても、同様の見直しを検討することとしてはどうか。
- 新規に療養病棟入院基本料を届出る場合や療養病棟入院基本料を算定する医療機関がデータ提出加算を算定できなくなった場合について、今後データ提出加算の対象が拡大した後に、データ提出の状況を踏まえた上で検討することとしてはどうか。

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール
 - 提出するデータの項目
 - 入院期間と算定方法
 - 提出データ評価加算

(提出項目の追加や内容の見直し)

- ・ 入力を必須とする項目の拡大を検討するに当たっては、入院医療を適切に評価するという観点に加え、入力に係る負担を考慮する必要があるという意見があった。
- ・ 高齢の患者や自立度が低い患者が増えていることを踏まえ、療養病棟においてのみ提出を必須としている要介護度や、低栄養等の有無についての項目である要介護情報については、急性期病棟においても提出を必須とすることとしてはどうかという意見があった。
- ・ また、提出項目のうち、診療報酬上の他の項目において定められている記載事項との整理が必要な項目があるのではないかという意見があった。

提出データの概要

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	病態等の情報	様式1	
	診療報酬請求情報	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来)	EF統合ファイル
		カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
		医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3	

※上記の様式、ファイル作成方法は
2019年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

様式1(病態等の情報)について

概要

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等を算定する病棟・病室への入院患者について各病棟単位で作成。

調査項目

- 患者情報(生年月日、性別、住所地域の郵便番号)
- 入院情報(入院年月日、入院経路、救急搬送の有無等)
- 退院情報(退院年月日、退院時転帰、在宅医療の有無等)
- 診断情報(傷病名、ICD-10コード等)
- 手術情報(Kコード、STEM7、麻酔方法、手術名等)
- その他診療情報(褥瘡の有無、ADLスコア、がんのTNM分類、JCS、肺炎の重症度等)

- ・ 様式1は当該病院を退院した全ての患者がデータを提出する対象であり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1には、急性期の診療内容、重症度の項目の他、回復期や慢性期に特有の項目も追加している。

(例)

すべての患者で 必須の項目	急性期の病棟や特定の疾患等で 必須の項目	回復期、慢性期や精神病棟で 必須の項目
性別	がん初発/再発	<u>要介護度(療養)</u>
入退院年月日	TNM分類	<u>要介護情報(療養)</u>
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

栄養等にかかる項目について

- 要介護情報については、低栄養等の有無のみをデータとして提出することとしている。
- 他方、平成30年度入院医療等の調査では、栄養摂取の状況については、経管・経静脈栄養の状況等を詳細に調査している。

	項目名	内容
要 介 護 情 報	算定開始時	8桁の数字を入力
	算定終了時	8桁の数字を入力
	低栄養の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	低栄養の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合

(参考)平成30年度入院医療等の調査 入院患者票

10 栄養摂取の状況 (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《10で「01」を選択した場合に回答》	
【新設】9-1 嚥下調整食の 必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
10-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管 02. 胃瘻・腸瘻 03. 末梢静脈栄養 04. 中心静脈栄養

褥瘡に係る項目について

○ 褥瘡に係る評価について、診療報酬上の算定要件において定められている項目が入院料の通則に定められているが、データ提出加算における項目とは記載内容が異なっており、データの入力の際に新たな負担が発生している。

○ 入院料等 通則7 褥瘡対策について

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合						合計点
	滲出液	(0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない (3)中等量:1日1回の交換 (6)多量:1日2回以上の交換						
	大きさ(cm ²) 長径×長径に達する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし (3)4未満 (6)4以上16未満 (8)16以上36未満 (9)36以上64未満 (12)64以上100未満 (15)100以上						
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) (9)全身的影響あり(発熱など)						
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が強い為評価不可能 (1)創面の90%以上を占める (3)創面の50%以上90%未満を占める (4)創面の10%以上50%未満を占める (5)創面の10%未満を占める (6)全く形成されていない						
	壊死組織	(0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚い密着した壊死組織あり						
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全層(ポケットの長径×長径に達する最大径)–潰瘍深さ	(0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上						

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

- 日常生活の自立度が低い入院患者につき、上の様式を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこととされている。

○ データ提出加算における褥瘡の項目

値	所見
0	皮膚損傷・発赤なし
1	持続する発赤
2	真皮までの損傷
3	皮下組織までの損傷
4	皮下組織を越える損傷
5	関節腔、体腔に至る損傷
9	判定不能

- 「DESIGN-R分類」のDepth(深さ)に基づき、入棟時の褥瘡及び退棟時(死亡退院も含む。)の褥瘡を上表に従って入力することとされている(評価は一番深い部分により行うこととする。)

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール
 - 提出するデータの項目
 - 入院期間と算定方法
 - 提出データ評価加算

A245データ提出加算

○ データ提出加算は入院期間に関わらず、入院中1回に限り退院時に加算する、とされている。

A245 データ提出加算

1 データ提出加算1:入院データのみ提出

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点

2 データ提出加算2:入院データ+外来データを提出

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

注1

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、手術の実施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に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

平均在院日数と退院患者数

○ 急性期一般入院基本料1と比べ、療養病棟入院基本料1は平均在院日数が長く、1年間の退院患者数が少ない。

例)

入院基本料等	平均在院日数※1	1年間の退院患者数 (200床あたり)※3
急性期一般入院料1 (平成26年度からデータ提出加算 の要件に追加)	13日	3,931人
療養病棟入院基本料1 (平成30年度からデータ提出加算 の要件に追加)	305日(64日※2)	206人(980人※2)

※1 平成30年7月から平成31年6月までの当該入院料を届け出る病棟の病床における平均在院日数

※2 平成31年7月時点でデータ提出加算を算定している病院に限った場合

※3 $365 / \text{平均在院日数} \times 200 \times \text{病床利用率}$ (急性期一般入院料は70%、療養病棟入院基本料は86%として算出)

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール
 - 提出するデータの項目
 - 入院期間と算定方法
 - 提出データ評価加算

(提出データ評価加算の見直し)

- ・ 未コード化傷病名の割合の平均が4%である現状を踏まえ、評価対象とする割合について見直してはどうかという意見があった。
- ・ データ提出加算2を算定している医療機関のうち、約9割の医療機関で提出データ評価加算を算定していることから、未コード化傷病名の割合を減少させるという当初の目的は達成したのではないかという意見があった。他方、データ提出加算が要件となる範囲の拡大に合わせて未コード化傷病名の割合が増えることも予想されるため、評価の在り方については引き続き慎重に検討すべきではないかという意見もあった。

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	180点



改定後(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

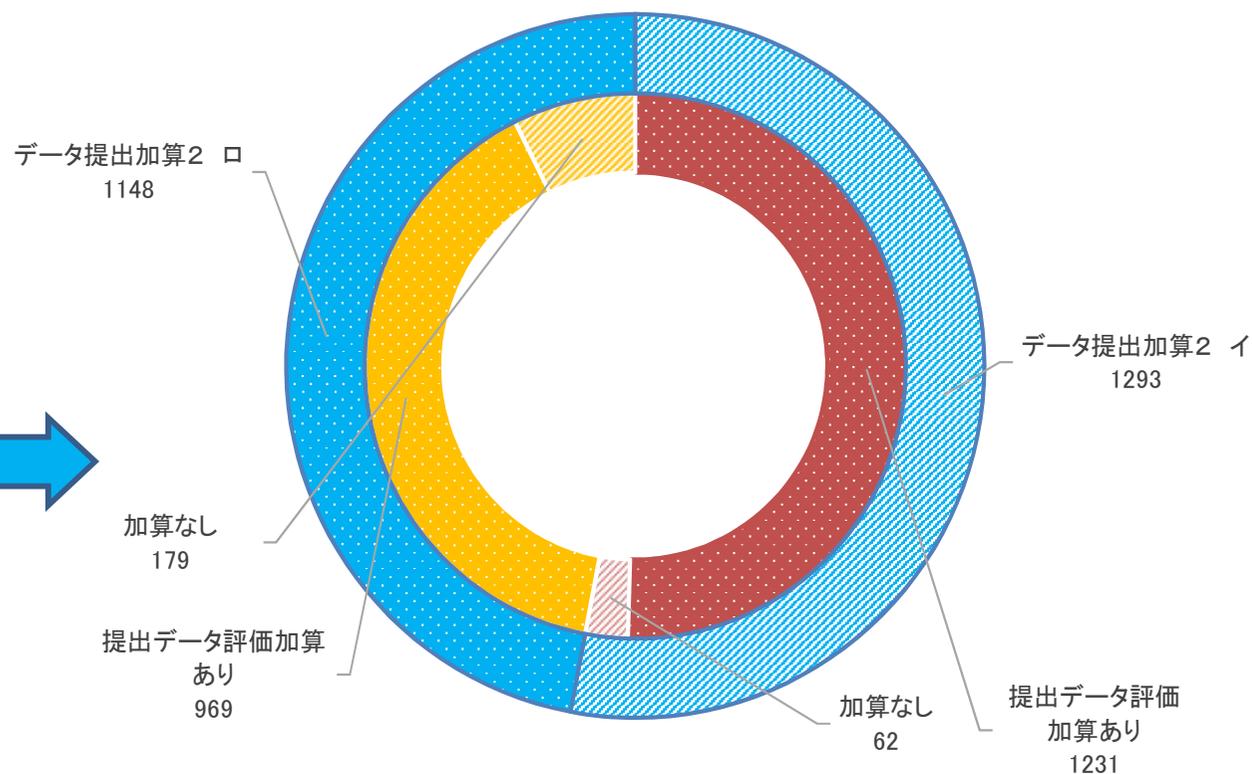
[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- データ提出加算1および2を算定する病院は3,907病院である。
- 提出データ評価加算を算定する病院は2,200病院であり、データ提出加算2を算定する病院の90%以上が当該加算を算定している。

データ提出加算2、提出データ評価加算

データ提出加算を算定する病院: 3,907病院
 データ提出加算1: 1,466病院
 データ提出加算2: 2,441病院

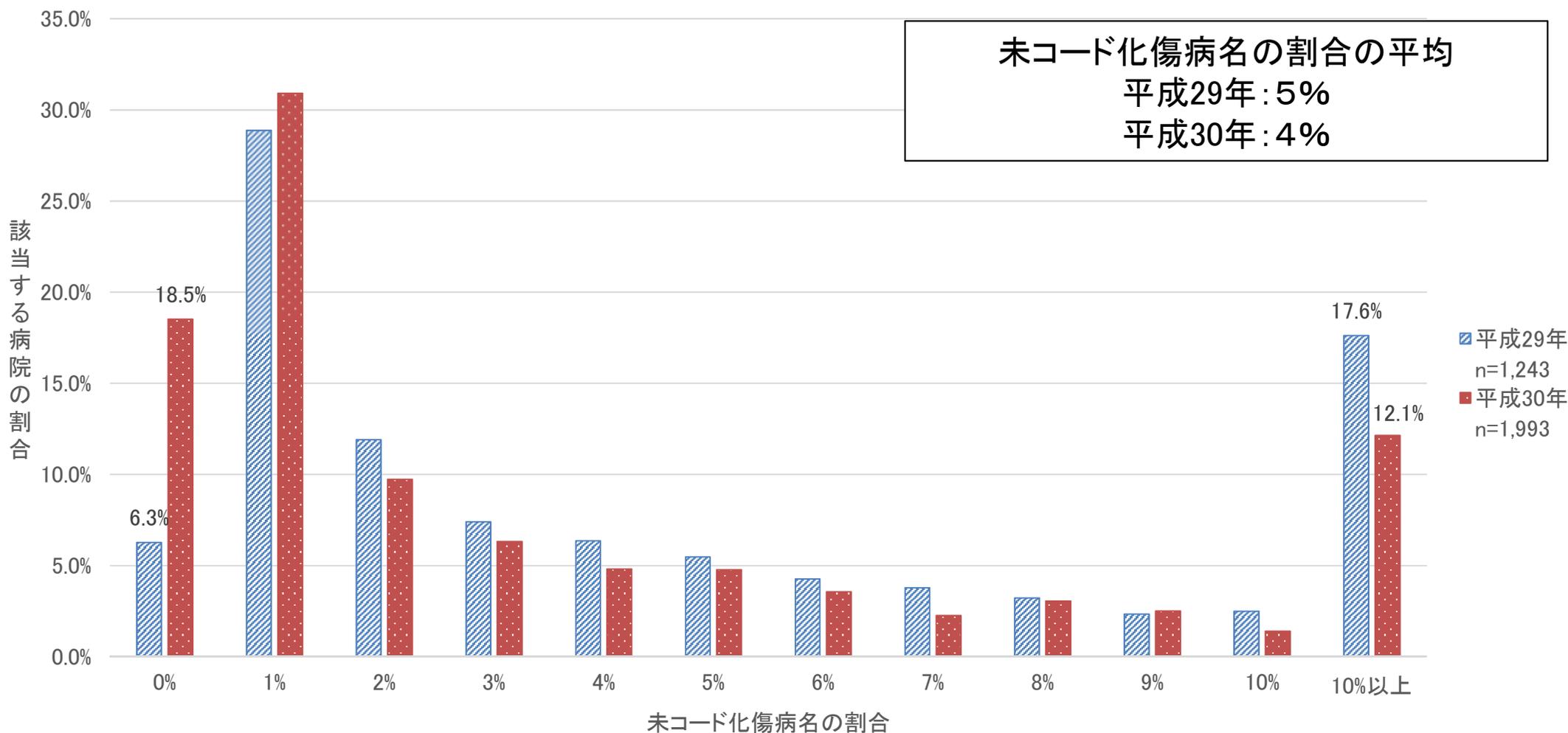


※ イ: 許可病床数が200床以上の病院の場合
 ロ: 許可病床数が200床未満の病院の場合

未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

- 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。
- 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

未コード化傷病名の割合別の出現頻度

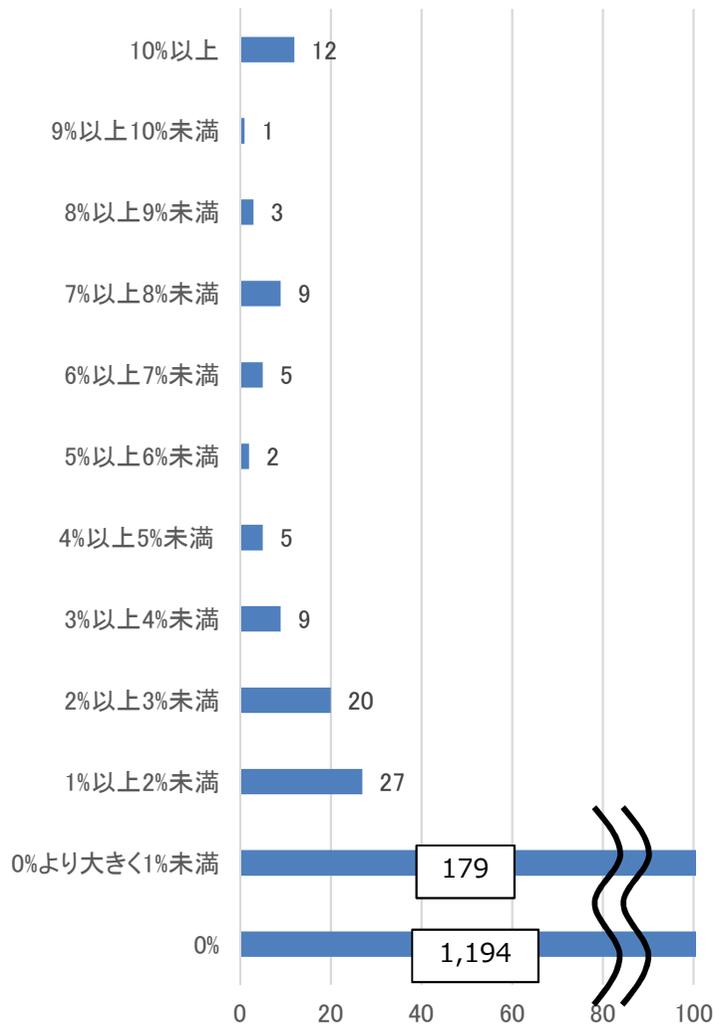


未コード化傷病名の割合別の医療機関数(様式1)

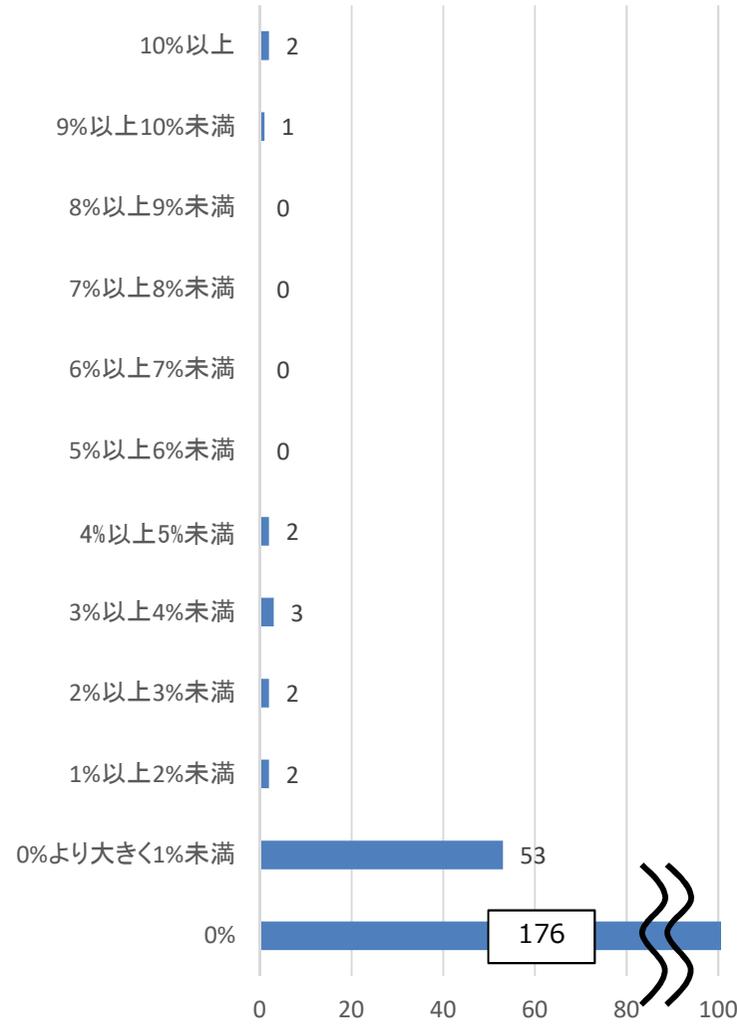
診調組 入-1
元 . 9 . 19

○ 様式1における未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

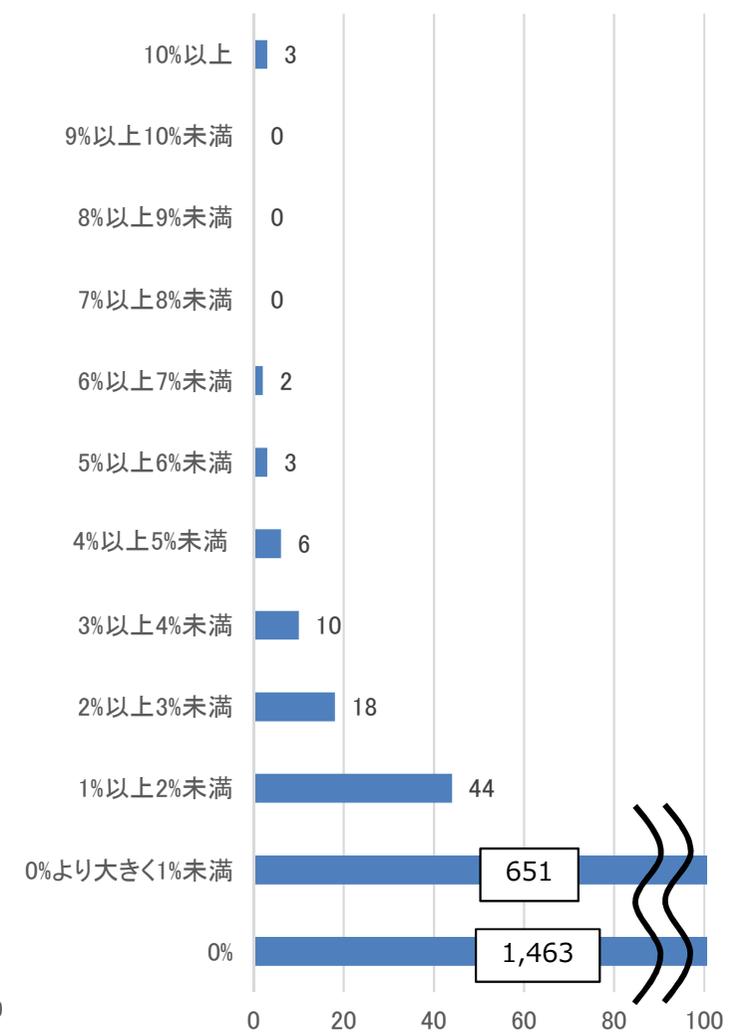
様式1: 未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算1を算定する医療機関
n=1,466)



様式1: 未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算なし) n=241)



様式1: 未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算あり) n=2,200)



データ提出加算の算定ルールに係る現状及び課題

【現状及び課題】

(提出データの項目について)

- 現在、療養病棟でのみ要介護度や要介護情報を入力することとしているが、急性期の病棟においても高齢の患者や自立度が低い患者が増えている。
- 平成30年度診療報酬改定の答申書附帯意見において、データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データの入力に係る負担を考慮しつつ、入院医療を適切に評価するための項目の追加を検討することとされている。

(データ提出加算の算定方法について)

- データ提出加算は入院中1回(退院時)に限り算定することとしている。
- データ提出加算が要件となる入院料の拡大に伴ない、当該加算が新設された当初と異なり、急性期の病棟だけでなく、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等の急性期の病棟と比べ在院日数が長く、年間に退院する患者数が少ない病棟も対象に含まれるようになった。
- 今後、データ提出加算の対象となる入院料を見直し、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟の対象範囲を見直す場合、在院日数は更に長く、年間の退院患者数も少なくなり、データ提出加算の算定回数が少なくなる。

(提出データ評価加算について)

- 提出データ評価加算は、平成30年度診療報酬改定において、データの質を評価する目的で新設された。
- 提出データ評価加算の算定の要件として、医科の診療報酬明細書、様式1及び外来EFファイルの未コード化傷病名の割合が1割未満であることを求めており、データ提出加算2を算定する病院のうち、約9割が提出データ評価加算を算定している。
- 未コード化傷病名の割合は平成29年から平成30年にかけて、5%から4%に減少している。

データ提出加算の算定方法に係る論点

【論点】

(提出するデータの項目について)

- 提出するデータの項目について、入院医療の適切な評価という観点から、急性期の病棟においても、要介護度や要介護情報の入力を必須とすることとしてはどうか。
- データ提出加算における要介護度に係る項目について、データの利活用の観点から、平成30年度入院医療等の調査を参考に経管・経静脈栄養の詳細をデータ提出加算の提出項目に追加してはどうか。
- 褥瘡に係る項目について、データ提出加算の項目以外で既に入力している項目と、データ提出加算における項目が異なっていることを踏まえ、データ提出加算の項目以外で入力している項目に合わせることはどうか。

(データ提出加算の算定方法について)

- データ提出加算について、療養病棟は急性期の病棟と比べの平均在院日数が長く退院患者が少ないことを踏まえ、データ提出加算の対象範囲の見直しと合わせて評価の在り方を見直してはどうか。併せて、提出データ評価加算について算定状況を踏まえてどう考えるか。

(提出データ評価加算について)

- 今後、データ提出加算の対象となる入院料を見直し、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟の対象範囲を見直す場合、未コード化傷病名の割合が増える可能性がある。このような状況を踏まえ、提出データ評価加算の要件等についてどう考えるか。
- 提出データ評価加算の対象について、データ提出加算2を算定する病院のうち約9割の病院が提出データ評価加算を算定している現状を踏まえ、評価する対象について見直すことはどうか。
- 未コード化傷病名の割合について、1年間で平均が減少している現状を踏まえ、未コード化傷病名の割合の評価基準について見直すことはどうか。