

中央社会保険医療協議会 総会（第 439 回） 議事次第

令和元年12月6日(金) 薬価専門部会終了後～  
於 全国都市会館 2階大ホール

議 題

○令和2年度診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）について

○入院医療（その4）について

# 中央社会保険医療協議会 総会座席表

〔日時: 令和元年12月6日(金) 薬価専門部会終了後  
会場: 全国都市会館 大ホール(2階)〕

速記	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官		
中医協関係者	松本								吉森	中医協関係者
	今村								幸野	
	城守								佐保	
	猪口								間宮	
	島								宮近	
	林								松浦	
有澤										
						田村	半田	吉川		

医療指導 監査室長	歯科医療 管理官	保険医療 企画調査 室長	医療技術 評価推進 室長	医療課長	薬剤管理 官	総務課長	医療介護 連携携政策 課長	調査課長	調査課 数理企画 官
--------------	-------------	--------------------	--------------------	------	-----------	------	---------------------	------	------------------

厚生労働省
厚生労働省
関係者席
関係者席
関係者席・日比谷クラブ
日比谷クラブ
一般傍聴席
一般傍聴席・厚生労働記者会

令和元年 12 月 6 日

中央社会保険医療協議会  
会長 田 辺 国 昭 殿

中央社会保険医療協議会  
1 号側（支払側）委員

吉	森	俊	和
幸	野	庄	司
佐	保	昌	一
間	宮		清
宮	近	清	文
松	浦	満	晴
染	谷	絹	代

### 令和 2 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

わが国の国民医療費は、高齢化や高額な医薬品の保険適用等の影響で増加の一途を辿っており、令和元年度の予算ベースで約 46 兆円にまで達した。今後、令和 4 年（2022 年）から団塊の世代が後期高齢者に到達し始めるため、さらなる医療費の急増が見込まれている一方、制度の支え手である現役世代人口は急速に減少すると予測されており、適正化・効率化を通じた制度の安定とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題である。

これまで医療保険各制度の加入者 1 人当たり保険料額は、現行の高齢者医療制度が創設された平成 20 年度以降、右肩上がりで上昇し続けている。中でも被用者保険の保険料負担の伸びは大きく、国民健康保険も傾向としては同様であり、こうした状況が令和 4 年（2022 年）から令和 7 年（2025 年）にかけて、より顕著になることが強く懸念される。

このため、医療の質を担保しつつ適正化・効率化などにより給付の伸びを抑制し、過重な保険料負担を軽減しなければ、現役世代の可処分所得の減少が消費活動を停滞させ、社会保障制度の根幹をなす経済そのものにも悪影響を及ぼしかねない。

このような背景から政府は、「骨太の方針 2019」において、診療報酬では高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるようアウトカムに基づく支払いの導入を引き続き進めていくとしている。さらに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づいて「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」に取り組むことや、調剤報酬において対物業務から対人業務への転換を推進するとしている。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果からは、中期的に見れば国公立・公的病院以外の経営状況は概ね堅調であることが読み取れる。中でも、一般診療所は高い利益率を維持し、同一グループの保険薬局についても店舗数が多いほど高い利益水準となっている。

また、これまでの賃金・物価水準の上昇率と乖離した形で診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、両者の水準には大きな隔たりがある。こうした中、前述のとおり、今後も高齢化・人口減少や医療の高度化などによる給付費の増加に伴い保険料負担は増大すると見込まれており、今後の人口動態の変化を踏まえれば、国民負担の軽減を確実に図りつつ国民皆保険体制を守っていかねばならない。

以上の観点から、令和2年度改定において、診療報酬はマイナス改定とすべきである。併せて、薬価等においては薬価等調査の結果に基づく改定を行なうとともに、イノベーションの推進にも配慮しながら薬価制度の抜本改革に基づく必要な対応も併せて検討すべきである。なお、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべきである。

令和2年度改定にあたっては、加入者が適切な医療を受けられる体制の確保を前提として、効率的・効果的な医療提供の促進を基本方針の軸に据えた上で、入院、外来、在宅ではそれぞれの医療機能において患者像の適切な評価の推進、また、調剤では、対物業務から対人業務への転換を薬局機能に応じた評価体系への見直しなどで患者本位の医療を実現しつつ、診療報酬全般にわたり、適正化・効率化・重点化を図っていくべきである。併せて、医薬品の適正処方に向け、有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方の推進策を診療報酬上で講じるべきである。さらに、生活習慣病治療の継続に資するオンライン診療の適切な推進を図るべきである。

なお、医療従事者の働き方改革については、地域医療構想の推進をはじめとして、医療提供体制における「三位一体改革」の進捗状況を踏まえつつ、令和2年度改定では、医療従事者の負担軽減や医療安全の向上に明らかにつながる措置に留め、ICTを活用した医療の効率化や患者の受療行動の変容に向けた総合的な取り組みを進めるべきである。

改定における個別項目に対しては、限られた財源を効率的・効果的に配分し、患者の視点に立った報酬体系を目指す観点から、今後の審議状況も見定めた上で、改めて意見を提示することとしたい。

以上

令和元年12月6日

## 令和2年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

松本吉郎

今村 聡

城守国斗

猪口雄二

島 弘志

林 正純

有澤賢二

診療報酬は、医療機関等にとって経営の原資であることはもとより、国民に安心・安全で納得できる医療を提供するためには医療機関等の経営が健全であることが重要である。その上で、最適な医療を提供するために医療の進歩に伴う設備投資の他、患者ニーズの多様化に対応した多職種の従事者増等のコストを賄っている。

診療報酬改定は2年毎に改定されることから、その間の物価・賃金の動向や医療の高度化を反映するものであり、いわば地域医療を確保していくための経費であるといえる。

医療機関等は国民生活のセーフティネット機能を果たしていることから、医療現場ではその社会的使命感によって、国民が求める質の高い医療に込めている。

診療報酬を増やすと、国庫負担増、国民負担増に直結するという考え方ではなく、国が国民にどのようなレベルの医療を提供するのかという国民との約束や責任・使命を果たすための費用であると、本来、考えるべきである。

以下に述べる背景から、

**令和2年度の診療報酬改定にあたり、改革を継続し、世界に誇るべき国民皆保険を持続可能なものとするためにも、今回、薬価改定財源は診療報酬本体に充て、診療報酬改定はプラス改定とするべきである。**

### ◇ 人生100年時代に必要な医療のあり方

人生100年時代において、全世代型の社会保障制度の持続可能性を高めていくためには、医療をわかりやすく国民に示す中で、納得の得られる給付と負担の国民的合意を導き出すことが重要である。

この国民的合意に向けて、人生100年時代の医療をわかりやすく国民に示していく役割を担うことも、今後かかりつけ医には期待されるものである。

生涯を通じて健やかに過ごしていくため、かかりつけ医が学校医や産業医としての機能を担う中で、予防や健康づくりに努めていく。不幸にも病にかかれた場合には、治療に当たる一方で、適宜、専門医療機関等を紹介する。さらに住み慣れた地域で生涯を終えたいという想いに寄り添い、地域包括ケアシステムの要として、生活を支える体制

づくりを推進していく。

このような、「防ぎ・治し・支える医療」をかかりつけ医が中心となって国民に提供していく姿こそが、人生 100 年時代の医療を象徴する姿であると考ええる。

また、今後の少子化、人口減少が確実な現状の下、医療の質を確実に担保すると同時に、効率的な医療施設運営を可能とする報酬体系が必要である。

そのためには、国民皆保険である医療保険制度を基盤とする安定した医療提供体制づくりを進めながら、全世代型の社会保障制度の実現を図り、国民が将来にわたり、必要な医療・介護を安心して受けられるために、政府に対して適切な財源の確保を求める。

#### **◇ 医療機関等は総じて横ばいの経営状況**

今回の医療経済実態調査の結果等から、医療機関等は総じて横ばいの経営状況となったことが示された。

医業収益（収入）全体の伸びは、一般病院、精神科病院、歯科診療所で微増、一般診療所では横ばい、保険薬局でマイナスであった。

損益差額率は、一般病院でマイナスのまま横ばい、精神科病院では水面上で横ばい、一般診療所では入院収益ありで低下、入院収益なしで横ばいであった。保険薬局も低下している。

また、医療の質の確保、患者ニーズの多様化に応えるため、一般病院、一般診療所ともに様々な職種の従事者が増え、給与費率は上昇している。

#### **◇ 社会保障と経済は相互作用の関係にある**

近年、わが国では「骨太の方針」などの政策に基づき、経済の発展と財政の健全化の両立を図ろうとする中で、国民医療費の伸びを抑えようとする圧力が続いている。しかしながら、本来、政府の目的とは、国民に安全と安心を保障しながら、国民生活を豊かにすることであり、経済発展と財政健全化はいずれもその手段に過ぎない。すなわち、社会保障を充実するための政策を大胆に展開することで、将来に対する国民の負担を和らげ、国民のさらなる経済活動を助長し、ひいては経済発展による豊かさを国民に還元していく中で、税収増による財政健全化への道筋を立てる。これこそが、本来の政府の目的に適った考え方ではないか。

社会保障は自助・公助・共助により成り立っていることから、患者負担を増やすことばかりでなく、それぞれのバランスをとりながら、時代に対応できる給付と負担の在り方という視点に立った議論が必要である。

共助に関しては、被用者保険の保険料率を協会けんぽの水準に合わせることに、公助については消費税以外の新たな税財源の確保が必要であり、それらによって持続可能な社会保障を目指すべきである。

人生 100 年時代に向けては、社会保障を充実させ、経済の好循環を生み出すことにより、国民不安を解消することが重要である。

## ◇ 医療は経済成長を促し地方創生への貢献につながる

### アベノミクスによる賃金上昇の方向性と整合性を取るべき

政府は、賃上げの継続を産業界に改めて要請された。現在、医療機関には常勤換算で300万人以上、医療・福祉分野には延べ800万人以上が従事しており、全就業者の11.9%を医療・福祉従事者が占めている。他の産業に比べて医療分野の賃金の伸びが低いことも踏まえ、地域の医療現場を支えるために医療従事者にも十分な手当を行うことにより、社会保障が充実し、経済の好循環が達成できると考える。医療従事者だけが取り残されることがないようにしなければならない。

さらに、医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。

## ◇ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取り組み、実効性のある医師偏在対策、医師・従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

この取り組みにより、国民の健康寿命を延伸させ、持続可能な社会保障制度の実現につなげるとともに、社会保障の充実により国民不安を解消することができる。

医師等の働き方改革については、働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備、2024年度から始まる新たな制度設計等への支援、組織マネジメント改革の推進等、医師の働き方改革の推進に向けた調査研究等の環境面に関する予算措置を求めている。

これに加えて、診療報酬の対応として、業務分担・共同の促進、常勤配置・専従要件の見直し、24時間対応体制の要件緩和など、医療提供の質の確保に配慮しつつ、現場において、弾力的な運用が可能となる対応が求められる。

## ◇ ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を

AIやICT等の医療への活用により、医療現場における人的ミスの回避と負担軽減を図ることで、医師による十分な診療時間を確保し、患者の満足度を高めていくことが可能となる。これにより、病ではなく人を診るといふ、本来の医師・患者関係を取り戻し、ひいては、かかりつけ医の普及拡大にもつながるものである。

また、ICT活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別財源を充て、イノベーションを促進すべきである。これにより、医療分野に留まらず、日本が得意とするものづくりや情報技術産業などを波及的に発展させて内需拡大するとともに、アジア諸国等への輸出も見込まれ、さらなる経済成長へとつながる。

## ◇ 薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべき

医薬品費は制度発足時に十分な技術評価ができなかった不足分に相当する潜在的技術料も含まれている。平成24年度は薬価改定財源が診療報酬本体に活用されネットプラス改定となった。しかし、平成26年度は薬価改定財源が消費税対応に活用され、診療報酬本体に活用されなかった。さらに、平成28年度・平成30年度は、薬価改定財源が診療報酬本体に活用されることはなかったが、今回の改定では不可分一体で扱われてきた薬価と診療報酬本体の財源が切り離されるようなことがあってはならない。

# 入院医療（その4）



# 入院医療（その4）

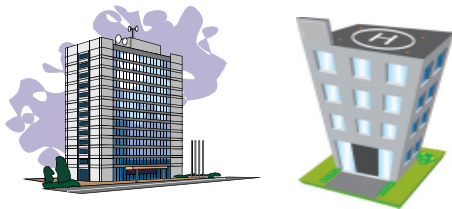
1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
3. 療養病棟入院基本料について
4. 短期滞在手術等基本料について
5. その他

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
3. 療養病棟入院基本料について
4. 短期滞在手術等基本料について
5. その他

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

## 地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



### 「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- ❑ 重症患者割合

### 「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- ✓ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ✓ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ✓ 在宅医療等の提供
- ✓ 看取りに対する指針の策定

### 「③在宅復帰支援」に係る要件

- ❑ 在宅復帰に係る職員の配置
- ❑ 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規) ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能等に関連した要件がある

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

▶ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

\*1:現行方法による評価 \*2:診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4		入院料4		管理料3		入院料3		管理料2		入院料2		管理料1		入院料1	
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)															
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上															
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置															
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															
在宅復帰率	—								7割以上							
室面積	—								6.4㎡以上							
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)		1割以上		—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)		1割以上					
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上				—		3月で3人以上							
在宅医療等の提供(*3)	—		○				—		○							
看取りに対する指針	—		○				—		○							
届出単位	病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟	
許可病床数200床未満のみが対象	○		—		○		○		○		—		○		○	
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)									

実績部分

\*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

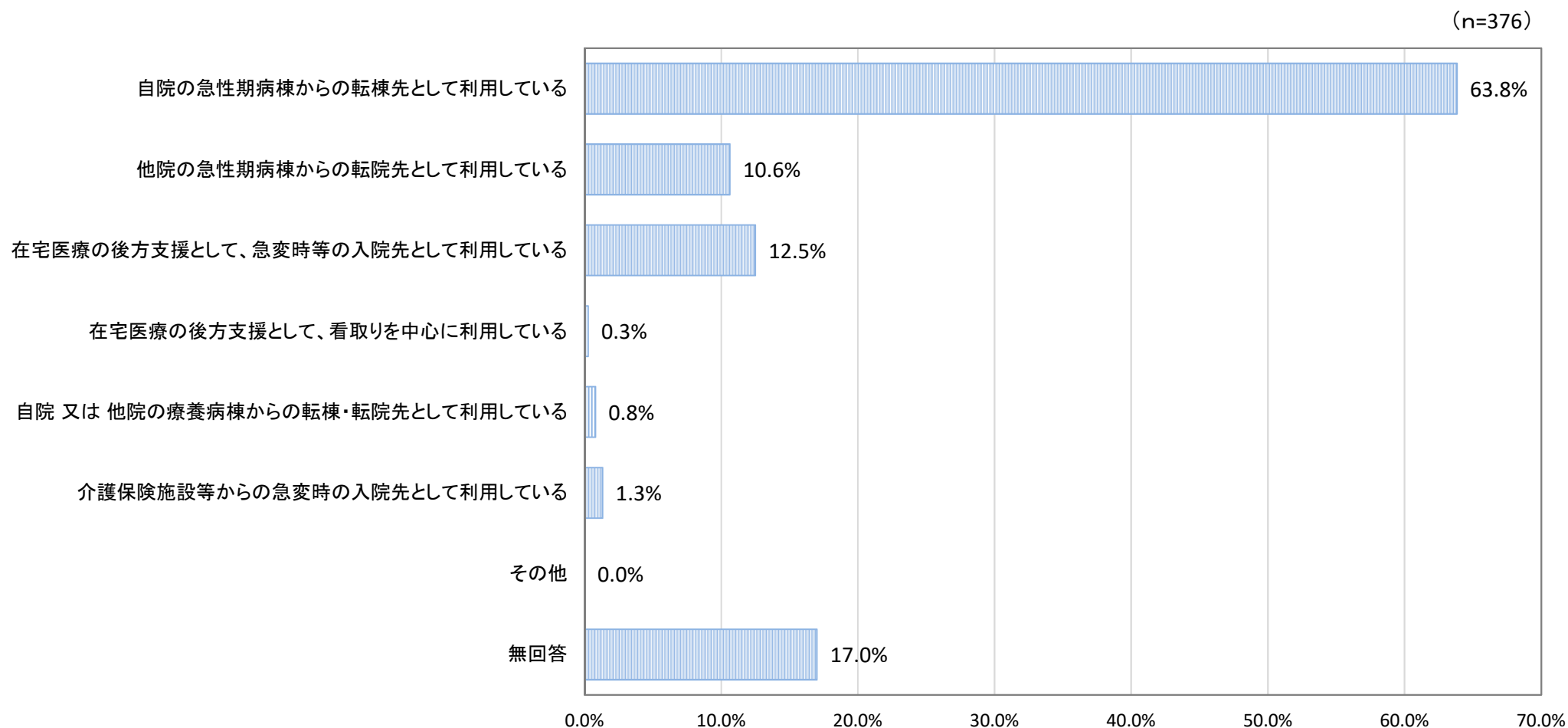
- 地域包括ケア病棟の3つの役割について
- 地域包括ケア病棟の届出について
- 転棟・転室時の算定ルールについて

## 令和元年11月29日中医協総会における指摘事項

- 地域包括ケア病棟が3つの役割をバランスよく担うことは重要。
- 特に規模の大きな医療機関については、自院の一般病床からの転棟に一定の制限を設けることは妥当ではないか。
- 自宅等からの患者の受け入れは実態を踏まえて基準を引き上げるべきではないか。
- 病院からの訪問看護や同一敷地内の訪問看護ステーションの要件は満たすことが難しい。
- 約3割の患者にリハビリテーションを実施していないことは必ずしも不適切ではないが、ADLの評価結果に基づき必要性を判断し、結果を患者に丁寧に説明することは必要。
- 入退院支援部門の設置は、特に規模の小さい医療機関は人員要件を満たすことが難しいため配慮が必要。一方で、本来は部門の設置のみならず、入退院支援のプロセスの実施を求めていくべきではないか。

- 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。

## 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨(最も該当するもの)



# 入棟元・退棟先の割合（許可病床数別）

- 許可病床数別に入棟元の割合をみると、許可病床数が大きいほど「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
- 退棟先については、いずれの病床規模でも「自宅」が多く、約6～7割を占めた。

入棟元 (n=1,709)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	7.8%	4.0%	11.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	26.9%	19.2%	16.9%
	介護老人保健施設	1.9%	1.3%	0.7%
	介護医療院	0.4%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.3%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.3%	4.3%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%	1.5%	0.0%
	その他の居住系介護施設	2.1%	1.2%	0.0%
	障害者支援施設	0.6%	0.1%	0.0%
	他院	他院の一般病床	16.9%	5.6%
他院の一般病床以外		1.7%	2.2%	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	30.7%	57.0%	64.7%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.9%	0.1%	2.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	3.2%	0.0%
	有床診療所	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.1%	0.0%	0.0%	
不明	0.2%	0.3%	0.0%	



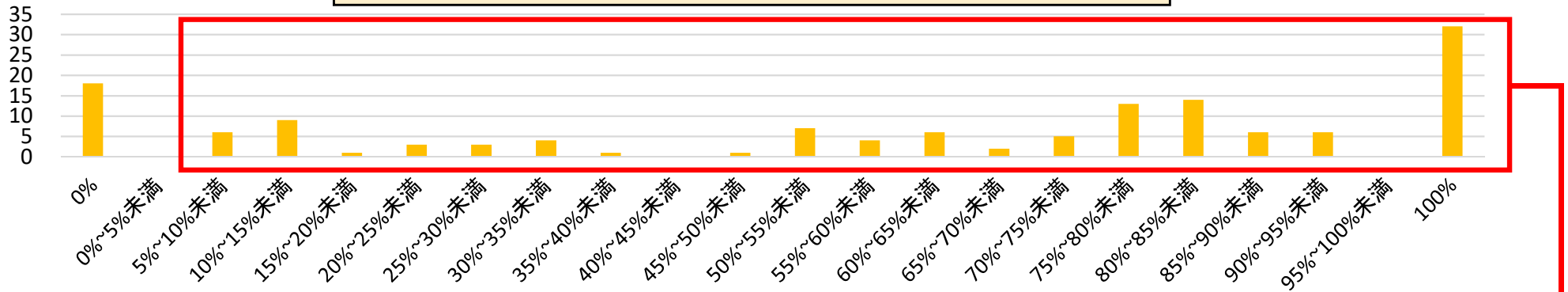
退棟先 (n=499)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	11.9%	7.2%	20.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	47.1%	51.6%	53.8%
	介護老人保健施設	6.2%	2.4%	7.7%
	介護医療院	0.5%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.4%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.8%	3.2%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.8%	5.2%	0.0%
	その他の居住系介護施設	3.3%	2.0%	2.6%
	障害者支援施設	0.5%	0.4%	0.0%
	他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.3%	2.0%
他院の地域一般入院基本料を届出ている病床		0.0%	0.0%	0.0%
他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床		1.0%	4.0%	5.1%
他院の療養病床(上記以外)		1.9%	4.8%	2.6%
他院の精神病床		0.0%	0.0%	0.0%
他院のその他の病床		0.0%	0.0%	2.6%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.9%	1.2%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.5%	0.0%	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.5%	2.4%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	1.4%	1.2%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(上記以外)	1.4%	0.4%	0.0%
死亡退院	5.2%	2.4%	5.1%	
その他	0.0%	0.0%	0.0%	
無回答	3.3%	9.2%	0.0%	

# 入棟前の場所が一般病床の患者の占める割合

- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が、入院患者に占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。
- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。

(施設数)

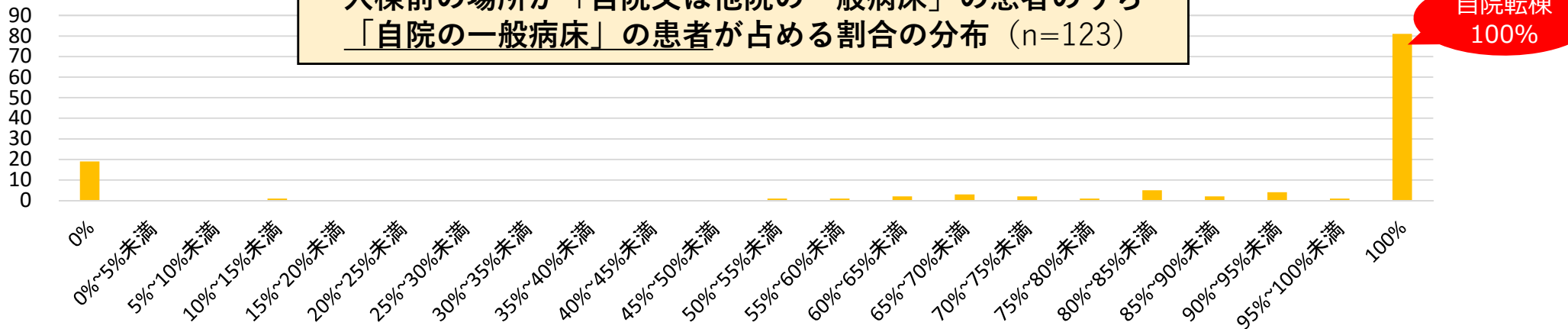
入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が入院患者に占める割合の分布 (n=141)



(施設数)

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布 (n=123)

入棟前の場所が自院又は他院の一般病床の患者が0%を除く



自院転棟  
100%

※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く ※無回答を除く



# 地域包括ケア病棟の患者の受け入れについて

- 在宅からの受け入れについては、地域包括ケア病棟入院料1・3の実績要件として、「自宅等から入棟した患者割合が1割以上」であることを評価している
- 急性期からの受け入れについては、特に許可病床数が200床以上の医療機関において「自院の一般病床」の割合が高いが、転棟割合の制限は設けていない。

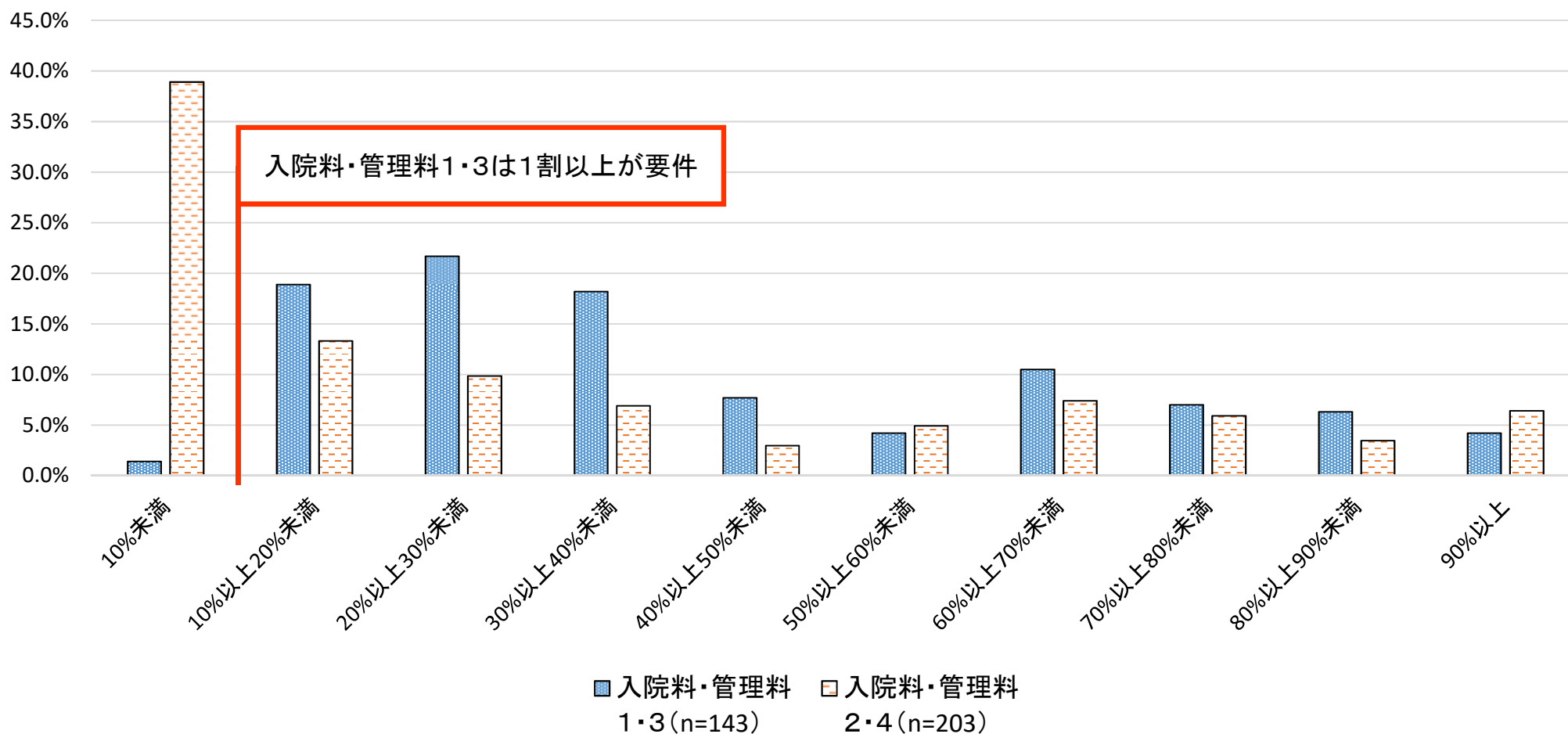
## ■病床規模と入棟元（枠内の割合は調査に基づく実績の平均値）

		許可病床数		
		200床未満	200床以上400床未満	400床以上
入棟元	自宅等	(約5割) <b>(現行) 1割以上を評価</b>	(約3割)	(約3割)
	他院の一般病床	(約2割)	(約1割)	(1割未満)
	自院の一般病床	(約3割)	<b>(現行) 制限はない</b> (約6割)	(約7割)

○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、自宅等から入棟した患者割合をみると、入院料1・3は、20%以上30%未満と60%以上70%未満の施設が比較的多く、二峰性の分布であった。入院料2・4は、10%未満が最も多く、全体の約4割であった。

## 自宅等から入棟した患者割合

（施設の占める割合）

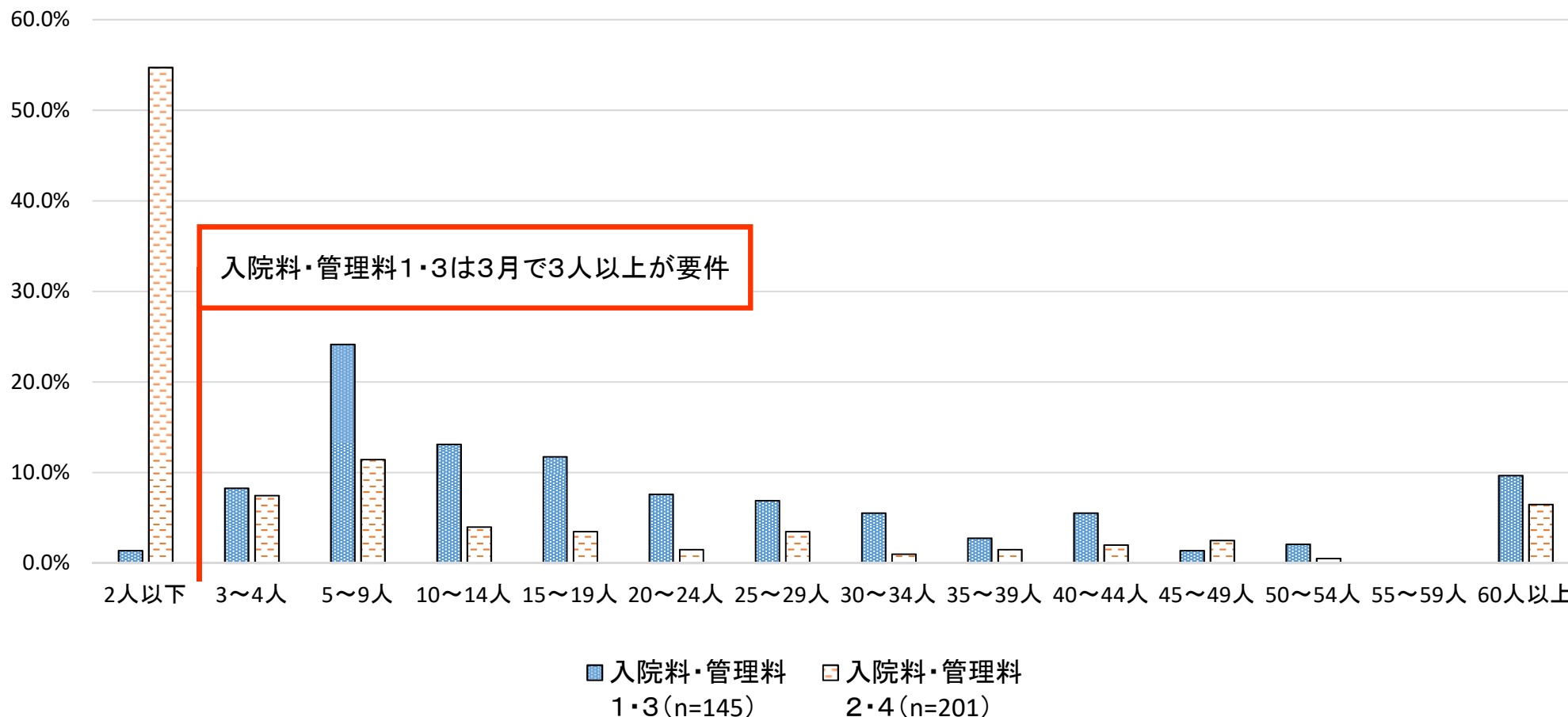


■ 入院料・管理料 1・3 (n=143)    ■ 入院料・管理料 2・4 (n=203)

○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、3ヵ月あたりの自宅等からの緊急入院の受入人数をみると、入院料1・3は、5～9人の施設が最も多かったが、60人以上の施設も約1割あった。入院料2・4は、2人以下の施設が5割以上であった。

## 自宅等からの緊急入院の受入（3ヵ月あたり）

（施設の占める割合）

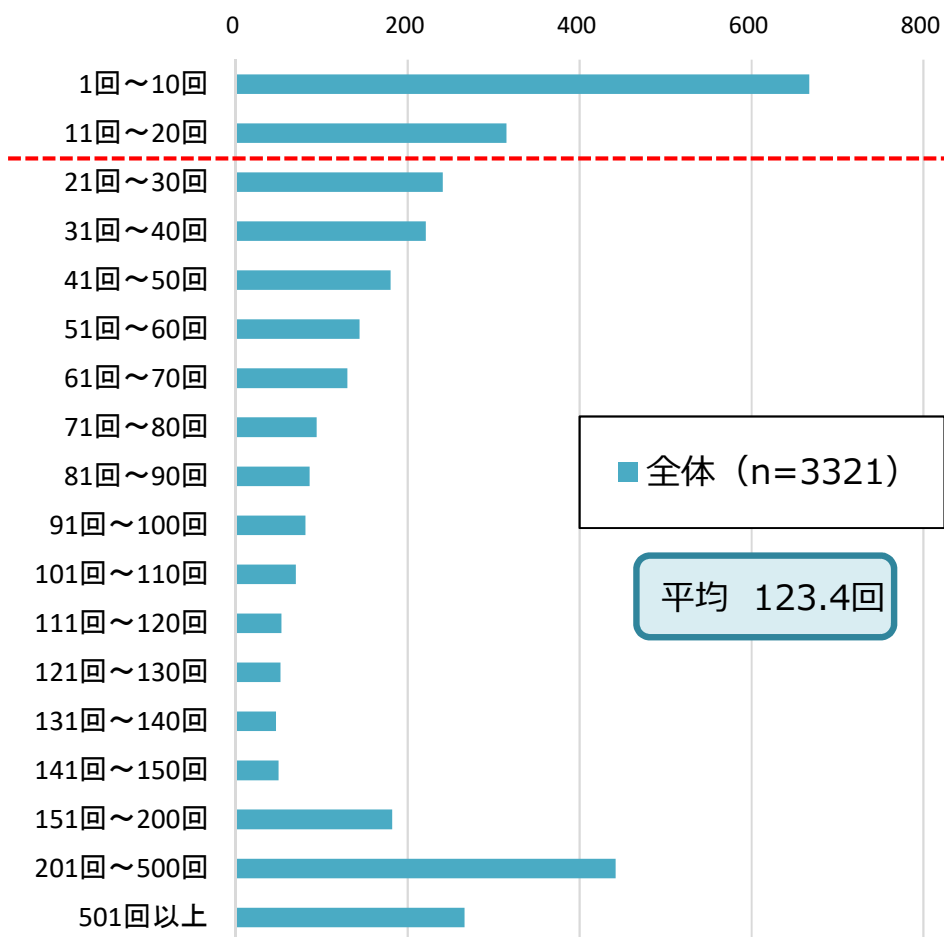


■ 入院料・管理料 1・3 (n=145)    ■ 入院料・管理料 2・4 (n=201)

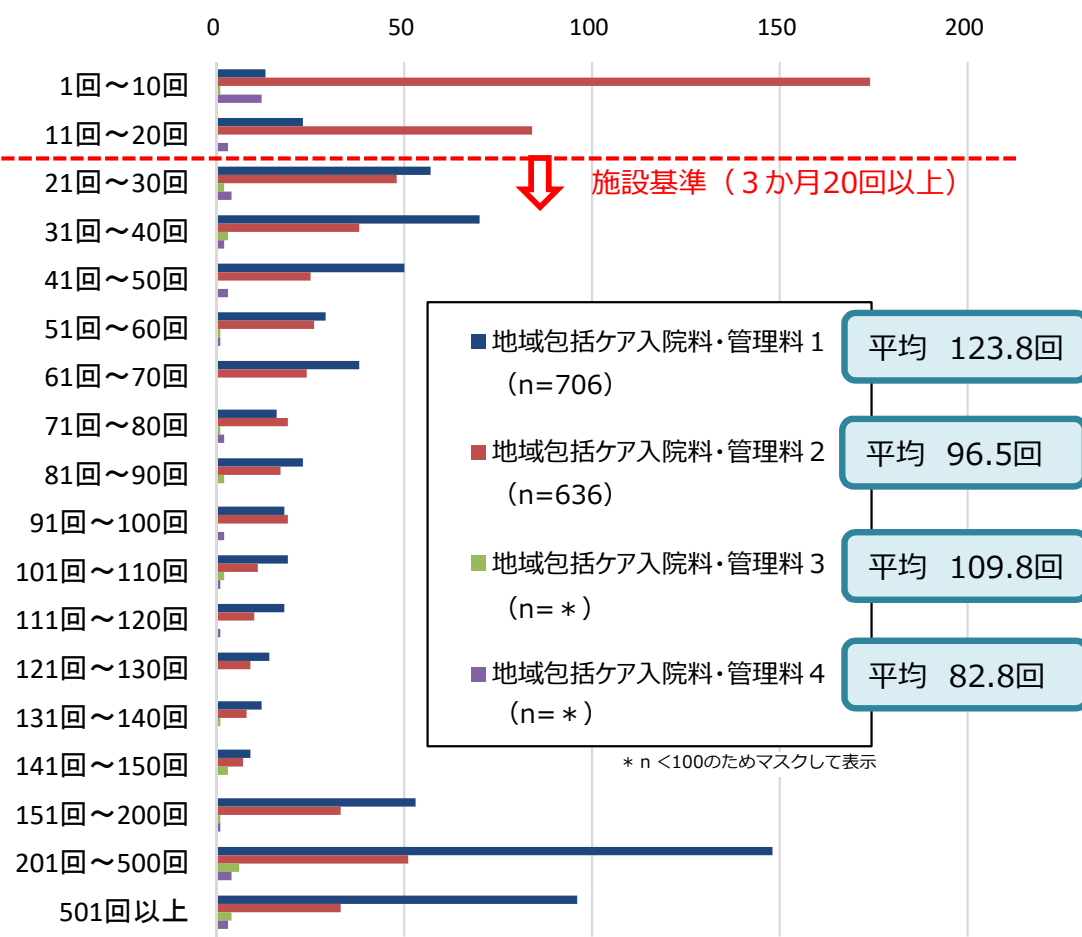
# 在宅患者訪問診療料の算定実績

○ 地域包括ケア病棟入院料を算定している病院の在宅患者訪問診療料 I・II の算定状況をみると、入院料(管理料)1では3か月当たり31回～40回と201回以上の医療機関が多かった。

■病院全体における  
在宅患者訪問診療料 I・II の算定回数 (3か月)

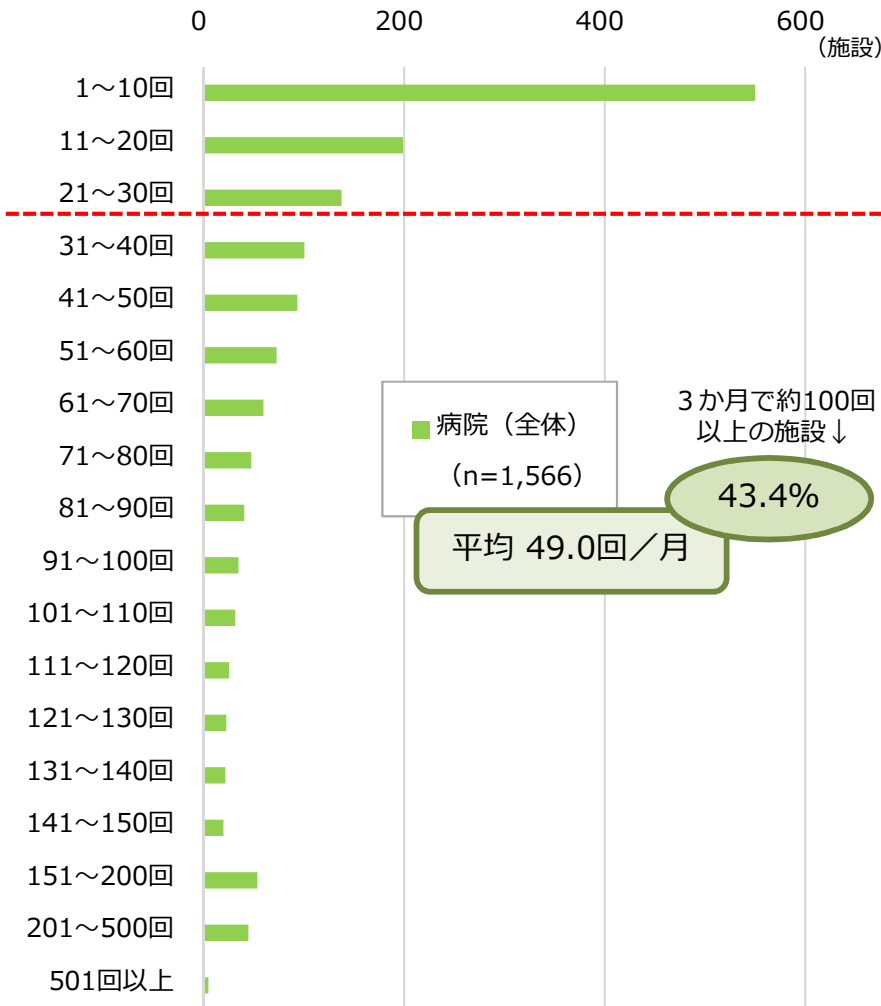


■地域包括ケア病棟入院料を算定する病院における  
在宅患者訪問診療料 I・II の算定回数 (3か月)

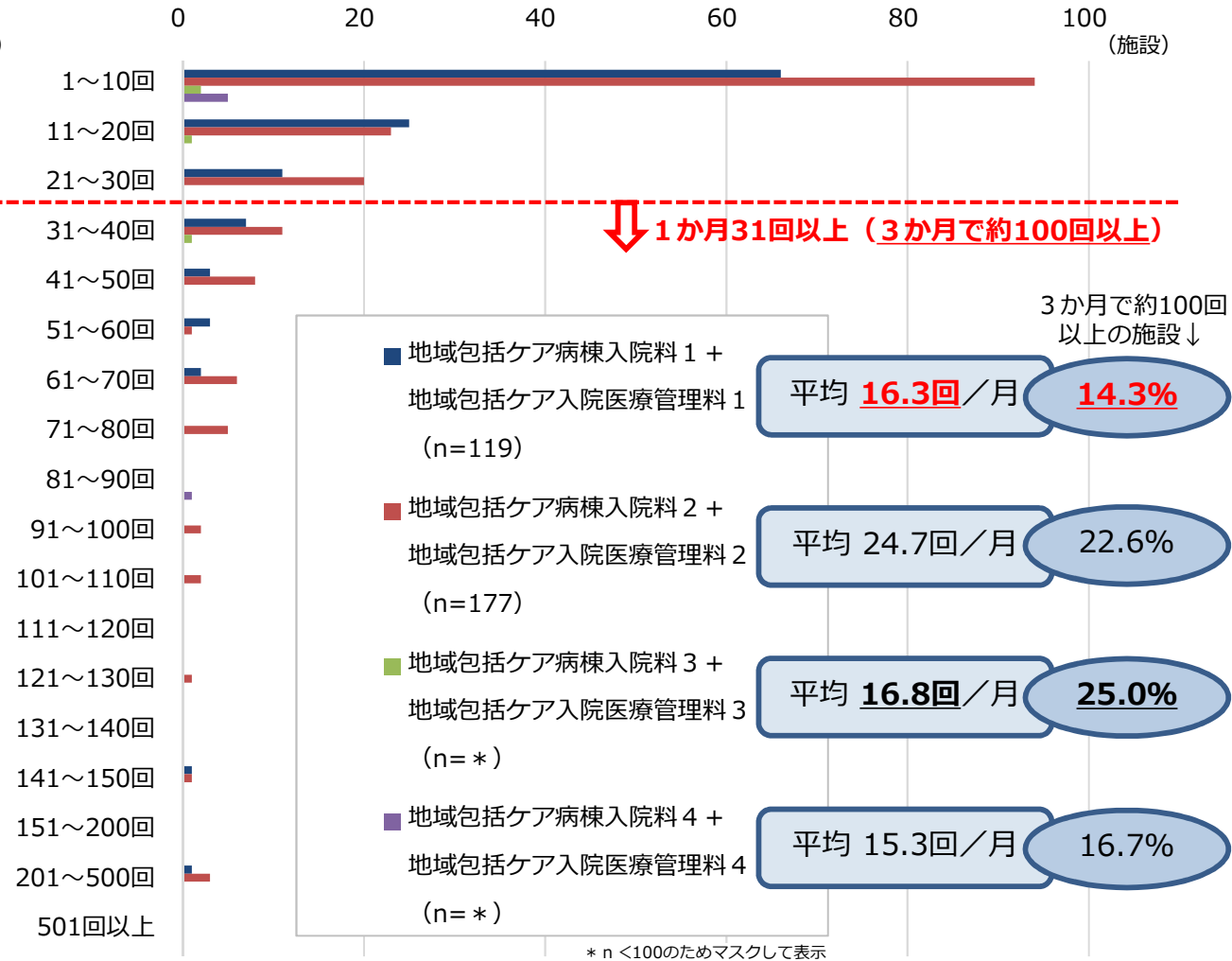


- 病院における訪問看護・指導料の算定状況を見ると、1か月に平均49.0回。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定している病院では、1か月に平均15～25回程度であり、3か月100回の要件を満たせる病院は15～25%程度である。

■ 病院全体における  
訪問看護・指導料の算定回数（1か月）



■ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病院における  
訪問看護・指導料の算定回数（1か月）

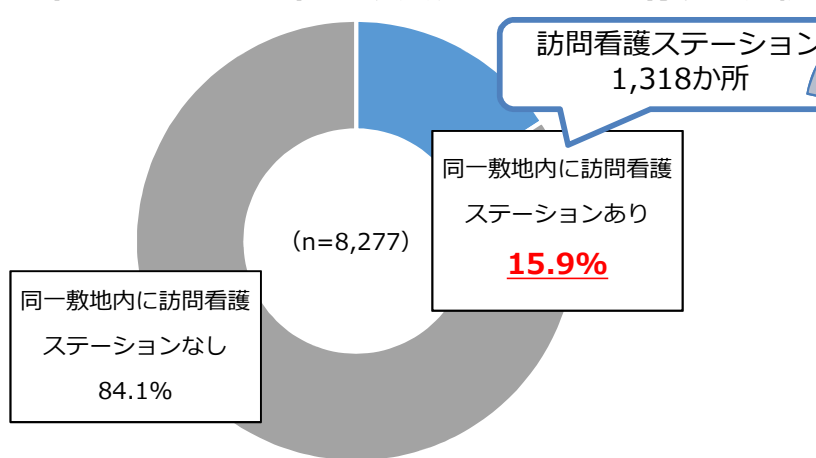


※「訪問看護・指導料」として、地域包括ケア病棟入院料の施設基準と同様に、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（I）を計上。  
※「地域包括ケア病棟入院料を算定する病院」は、同月のレセプトで地域包括ケア病棟入院料を算定した病院を、入院料又は管理料1～4に区分して集計。

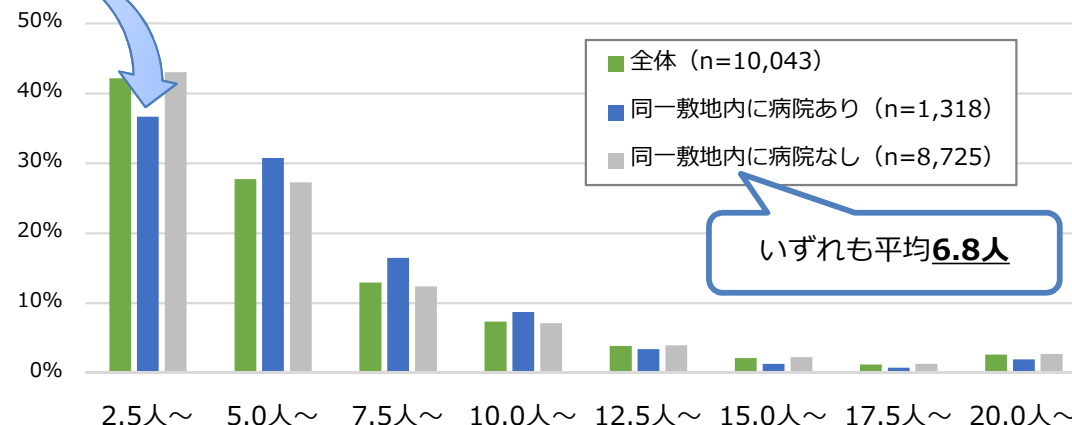
# 同一敷地内にある訪問看護ステーションからの訪問看護

- 同一敷地内に訪問看護ステーションを有する病院は**16%**であり、ステーションの常勤換算職員数は平均6.8人である。
- 同一敷地内に病院を有する訪問看護ステーションの平均訪問回数は約250回／月であるが、常勤換算職員数別に3か月500回の要件を満たせるステーションをみると、2.5～5.0未満では**7.5%**、5.0～7.5人未満では**37%**である。

## ■ 同一敷地内に訪問看護ステーションを有する病院

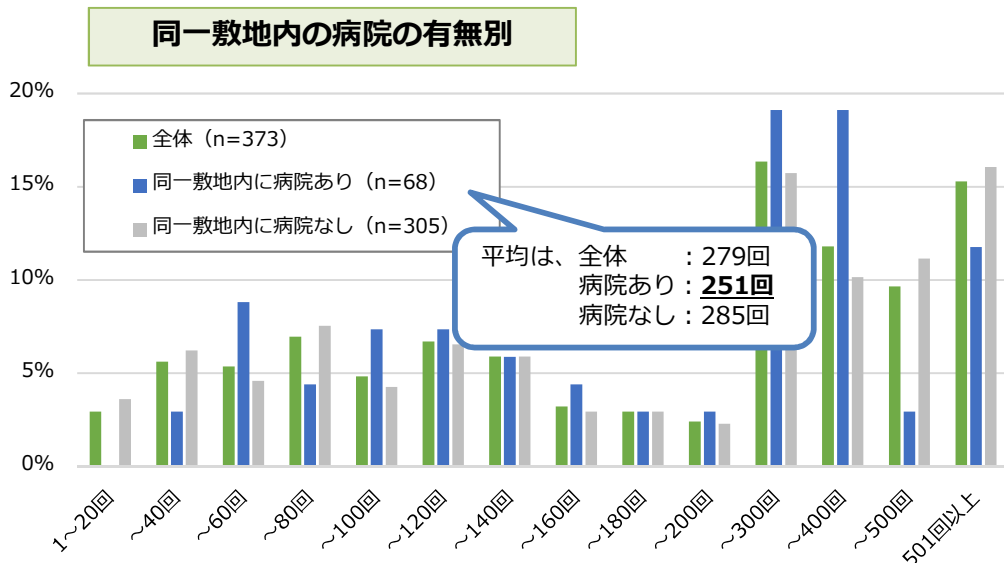


## ■ 訪問看護ステーションの常勤換算職員数

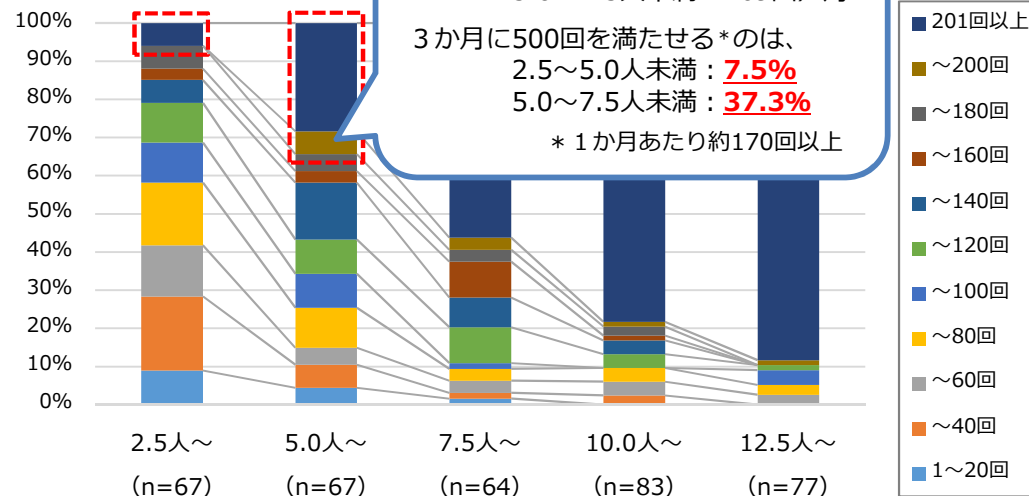


※保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算職員数を合計して求めた。

## ■ 訪問看護ステーションにおける1か月の訪問回数



### 常勤換算職員数別



※無回答及び訪問回数を0回と回答した事業所を除く。訪問回数は、平成30年9月の1か月間における訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅲ)の算定回数を合計したもの。

【出典】左上、右上：保険局医療課調べ(平成30年7月1日の届出状況) 左下、右下：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」(訪問看護調査票・事業所票)

# 地域包括ケアに係る実績について

- 地域包括ケアに係る実績について、入院料及び管理料1・3を算定する医療機関の実績等を踏まえ、以下のように見直すこととしてはどうか。

## ■地域包括ケアに係る実績（入院料及び管理料1・3の要件）

		現行の基準	見直しの方向性(案)
自宅等から入棟した患者割合		1割以上(10床未満は3月3人以上)	実績を踏まえて引き上げ
自宅等からの緊急患者の受入		3月3人以上	
在宅医療等の提供	【条件】	①～④のうちいずれか2つ以上を満たす	各項目の見直しを踏まえて設定
	①在宅患者訪問診療料の算定回数	3月20回以上	実績を踏まえて引き上げ
	②病院／訪問看護ステーションの訪問看護等の回数	3月100回以上／3月500回以上	実績を踏まえて引き下げ等の見直し
	③開放型病院共同指導料の算定回数	3月10回以上	算定が難しい場合があることを踏まえ、当該要件については廃止してはどうか
	④同一敷地内の施設等で介護サービスを提供していること	提供していること	保険医療機関であれば「みなし」の指定を受けられることから実績を求めてはどうか
看取りに対する指針		定めていること	地域包括ケア病棟・病室を届け出る際の全体の要件としてはどうか

## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

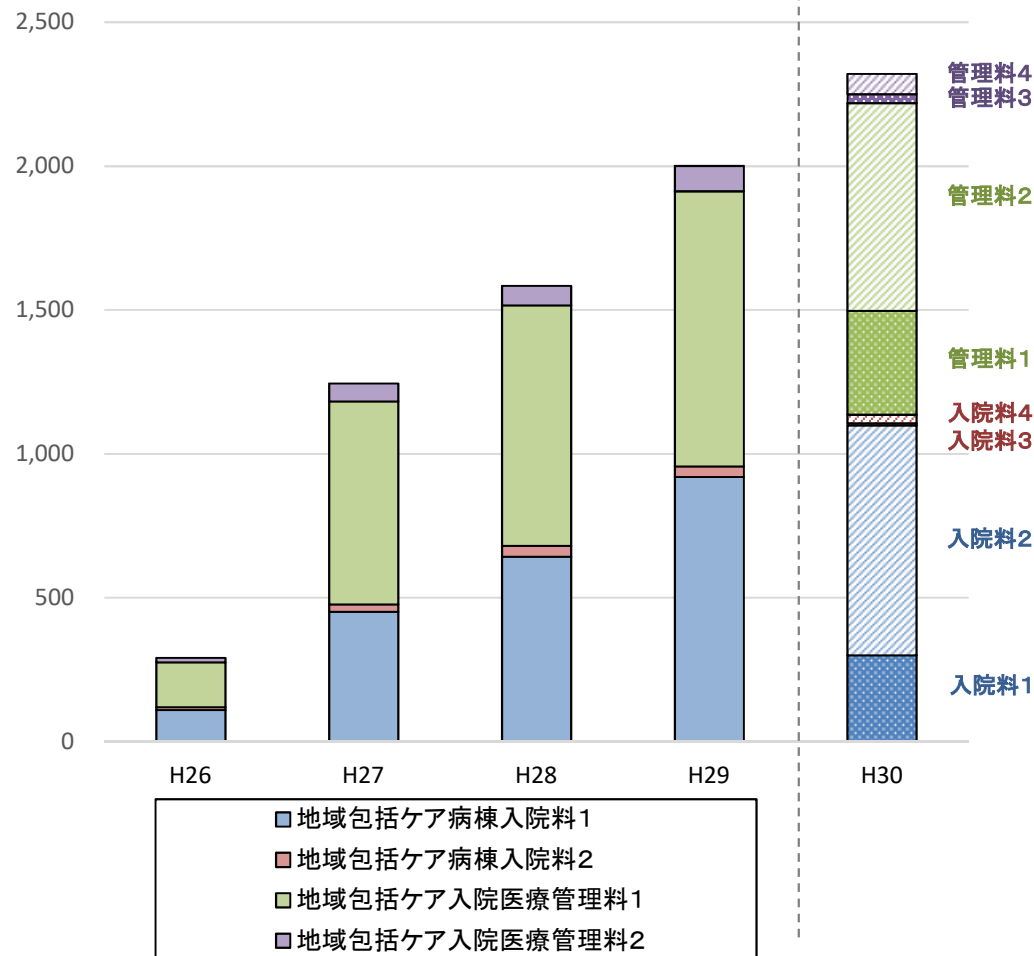
- 地域包括ケア病棟の3つの役割について
- 地域包括ケア病棟の届出について
- 転棟・転室時の算定ルールについて



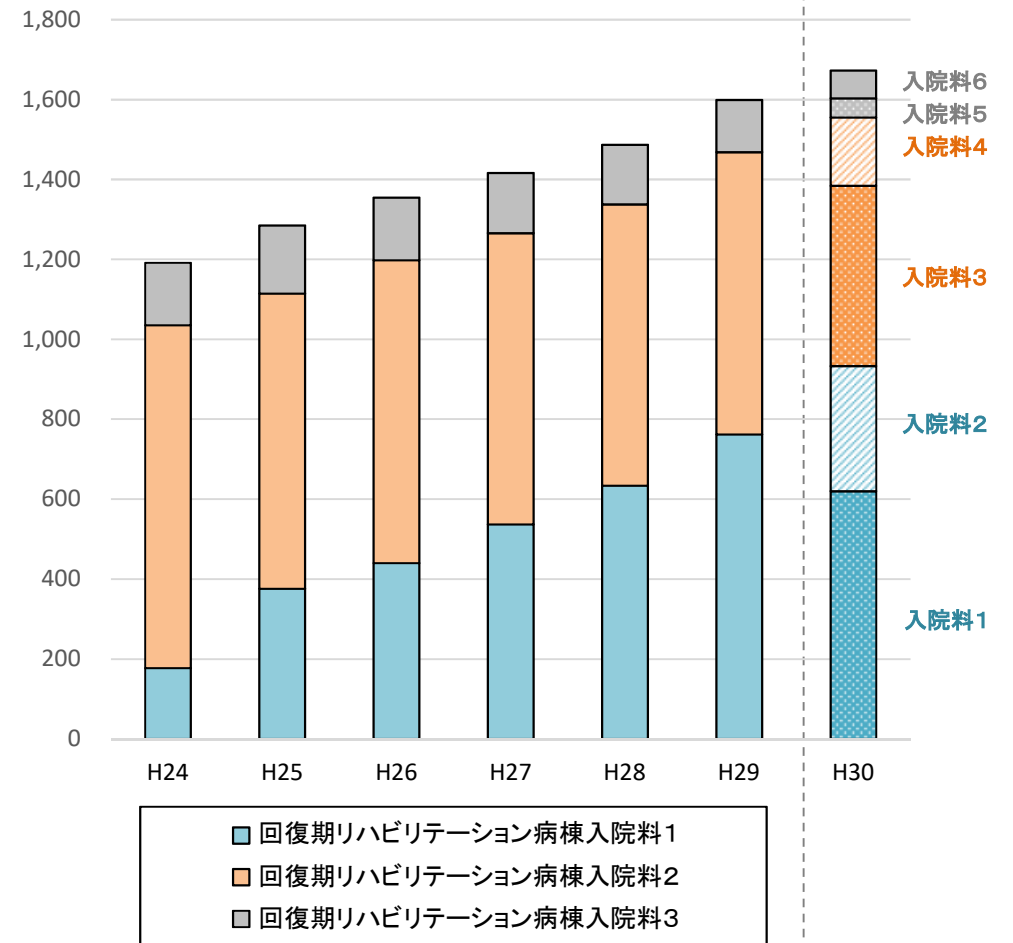
# 入院料別の届出施設数の推移

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出施設数は増加傾向。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設数は増加傾向。

(施設数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



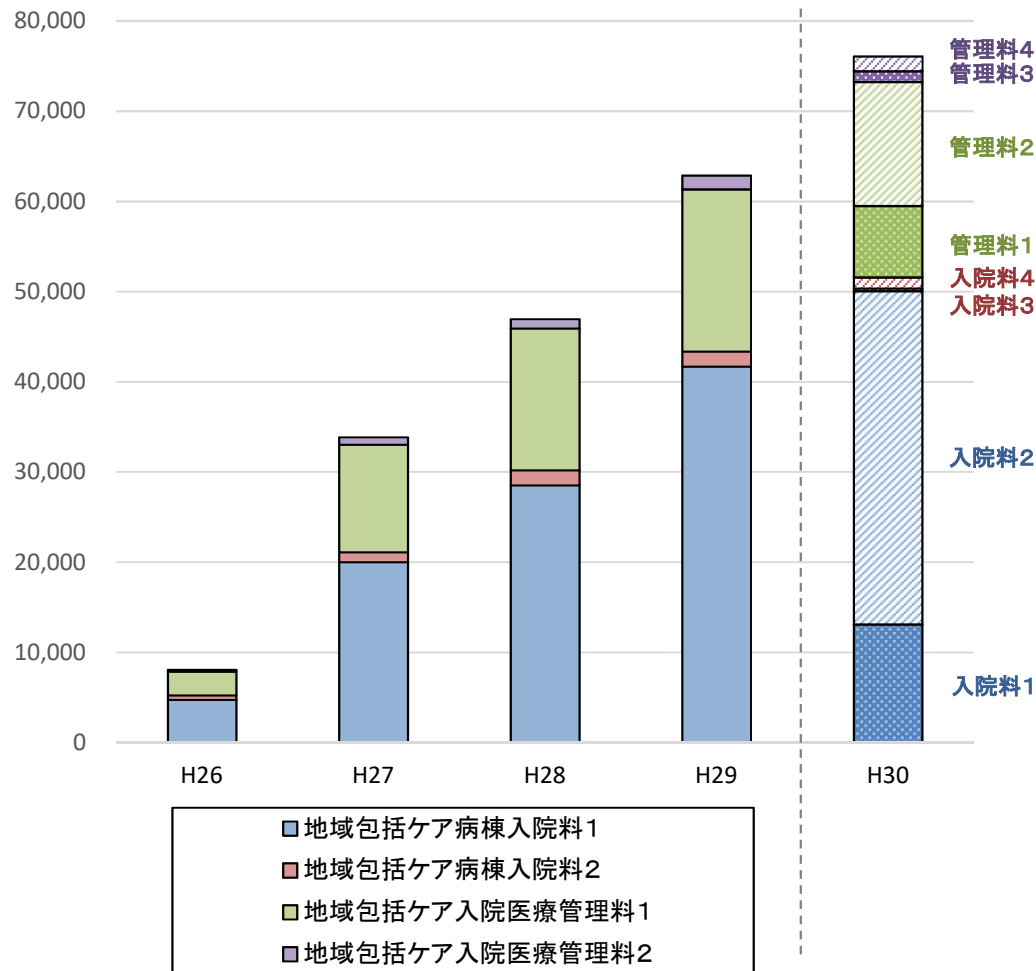
回復期リハビリテーション病棟入院料



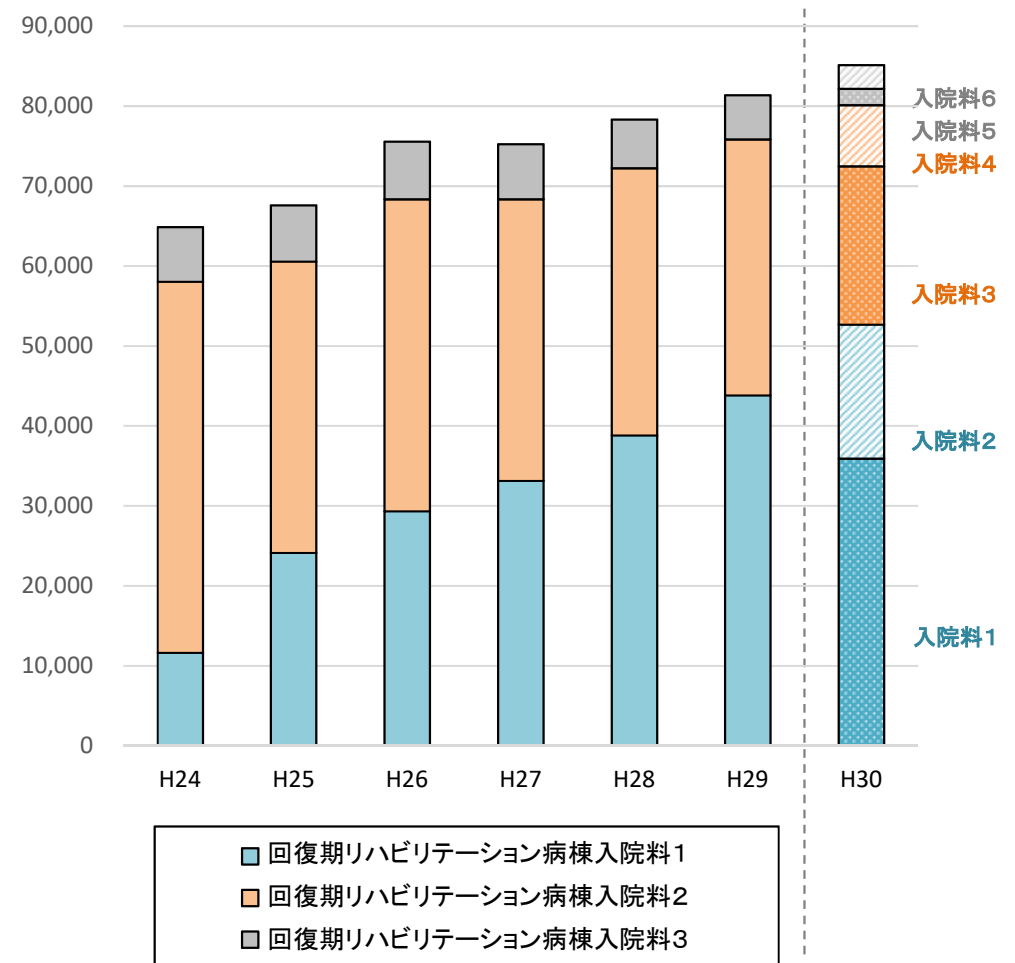
# 入院料別の届出病床数の推移

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は増加傾向。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料

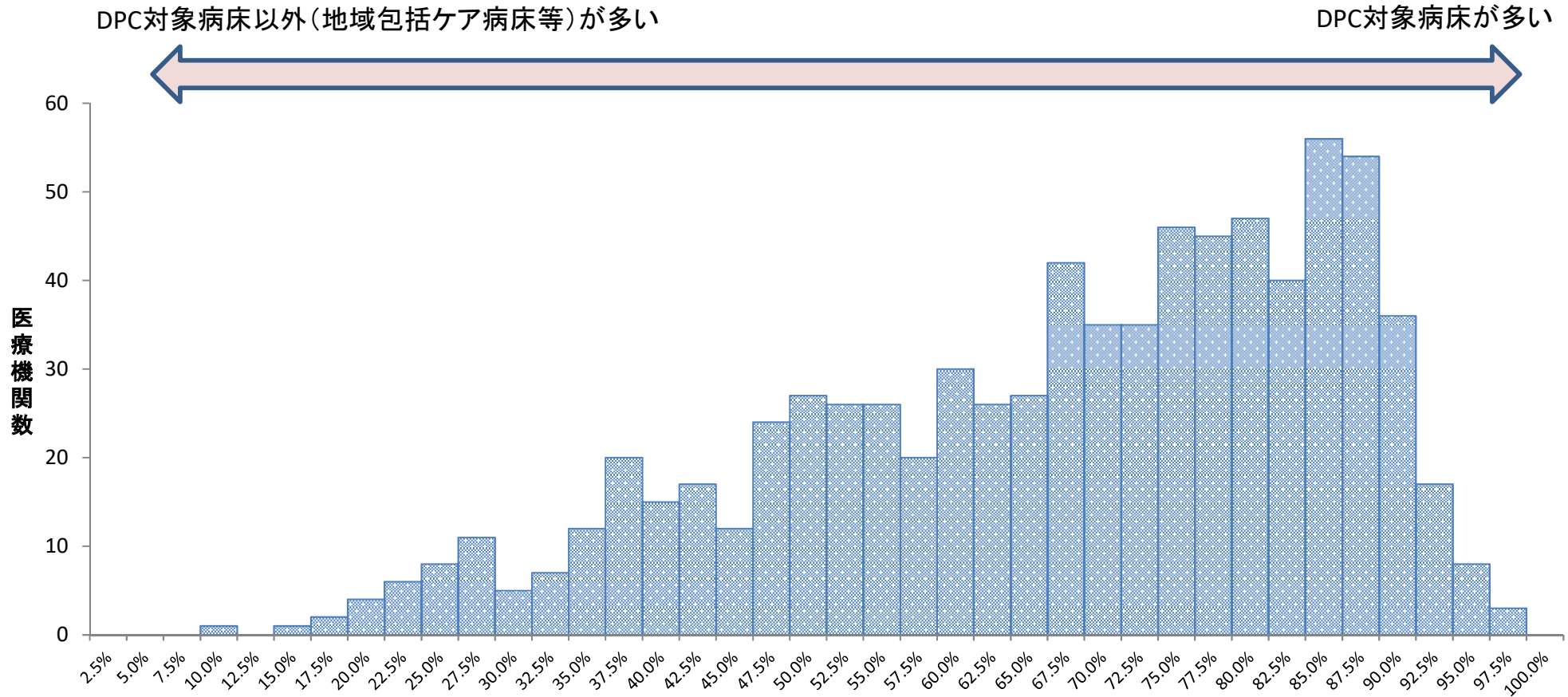


# 急性期以外の病床を保有するDPC対象病院②

- 地域包括ケア病棟入院料等を保有する(※)DPC対象病院は約800病院。
- このうち、DPC対象病床の割合が小さい医療機関も存在する。

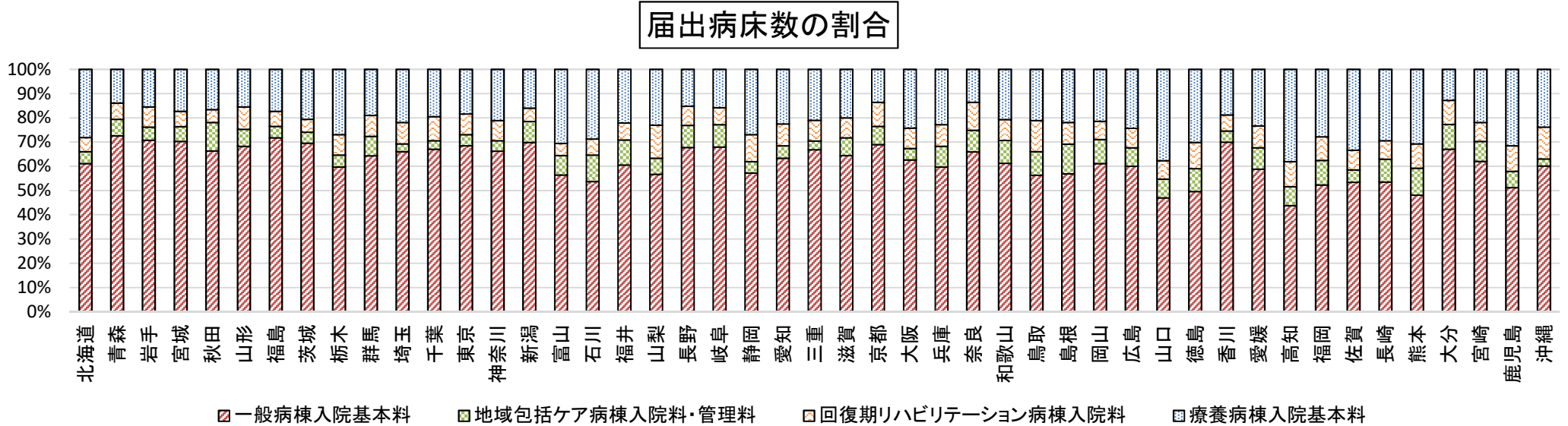
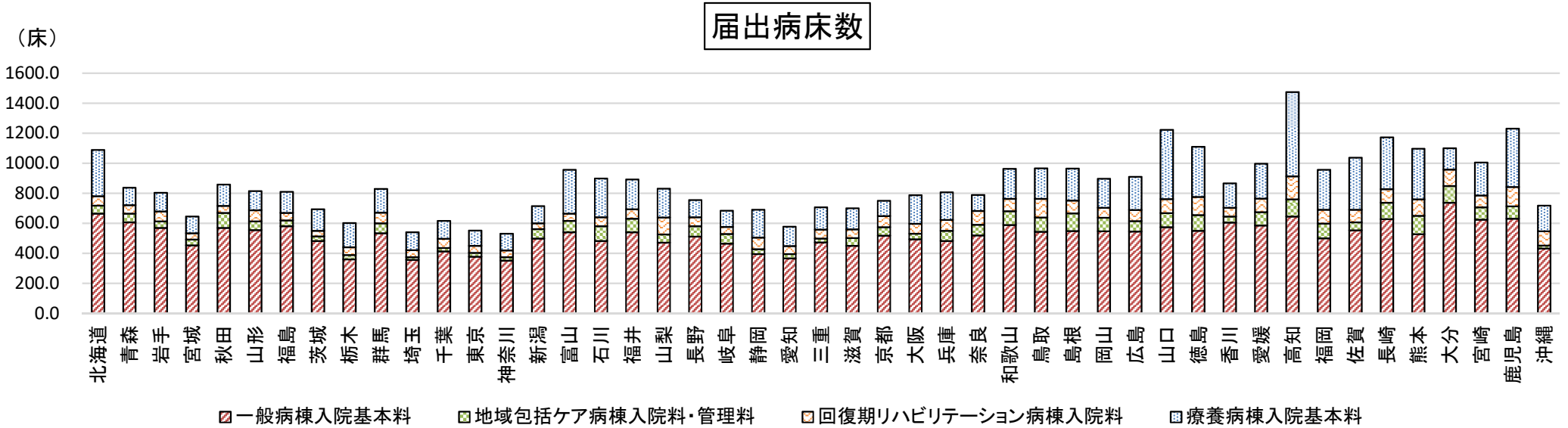
※地域包括ケア病棟入院料1～4、地域包括ケア入院医療管理料1～4の届出を行っている医療機関

## 全許可病床数のうち、DPC対象病床が占める割合

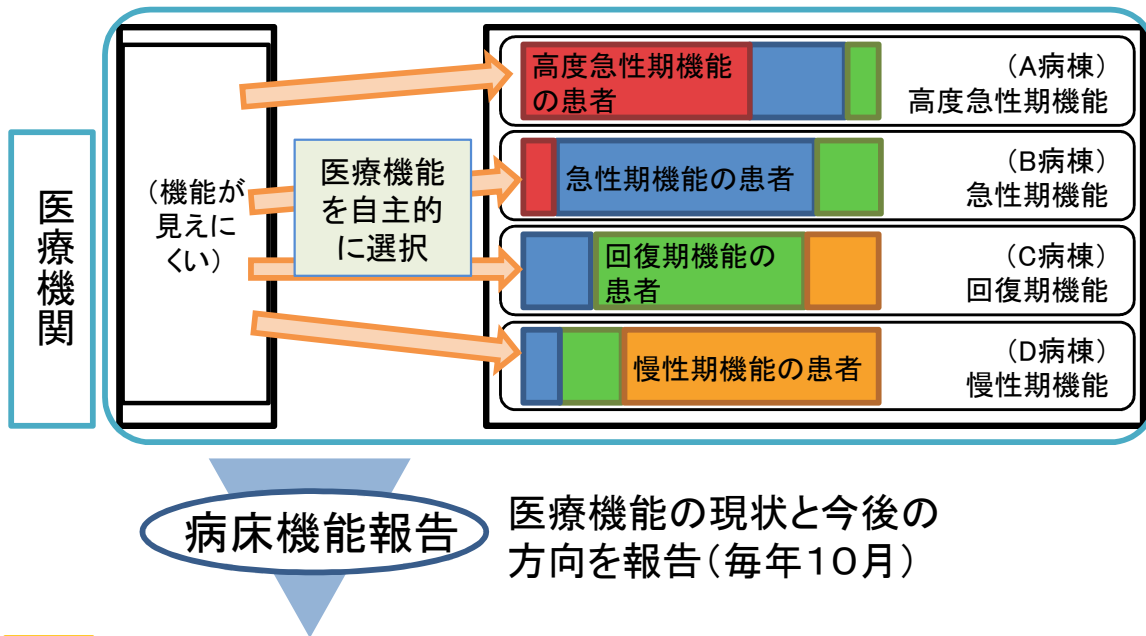


# 都道府県別 入院料別届出病床数・割合(対人口10万人)

○ 都道府県別の各入院料の届出病床数とその割合は都道府県ごとにばらついている。



- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



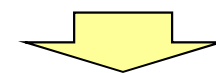
## （「地域医療構想」の内容）

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、  
更なる機能分化を推進

# 地域包括ケア病棟の届出について

- 現在、許可病床数400床以上の医療機関において、地域包括ケア病棟入院料2・4を届け出る場合等では、届出可能な病棟が1病棟までとされている。

## ■病床規模と入院料・管理料の届出

※その他、療養病棟を有する場合及び集中治療室等を有する場合も1病棟まで

	200床未満	200床以上400床未満	400床以上
地域包括ケア病棟 入院料1・3	○		
地域包括ケア病棟 入院料2・4	○	○	○（1病棟まで）
地域包括ケア病棟 入院医療管理料1～4	○（1病棟まで）		

### 入院分科会のとりにまとめにおける記載事項

（地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状について）

- 自院における転棟割合が高い医療機関については、地域における機能分化を適切に進めるべきではないかという意見があった。また、許可病床の規模が小さい医療機関は、在宅等からの入院割合が相対的に高いことを受けて、地域包括ケアの役割を適切に担っていると言えるのではないかという意見があった。

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

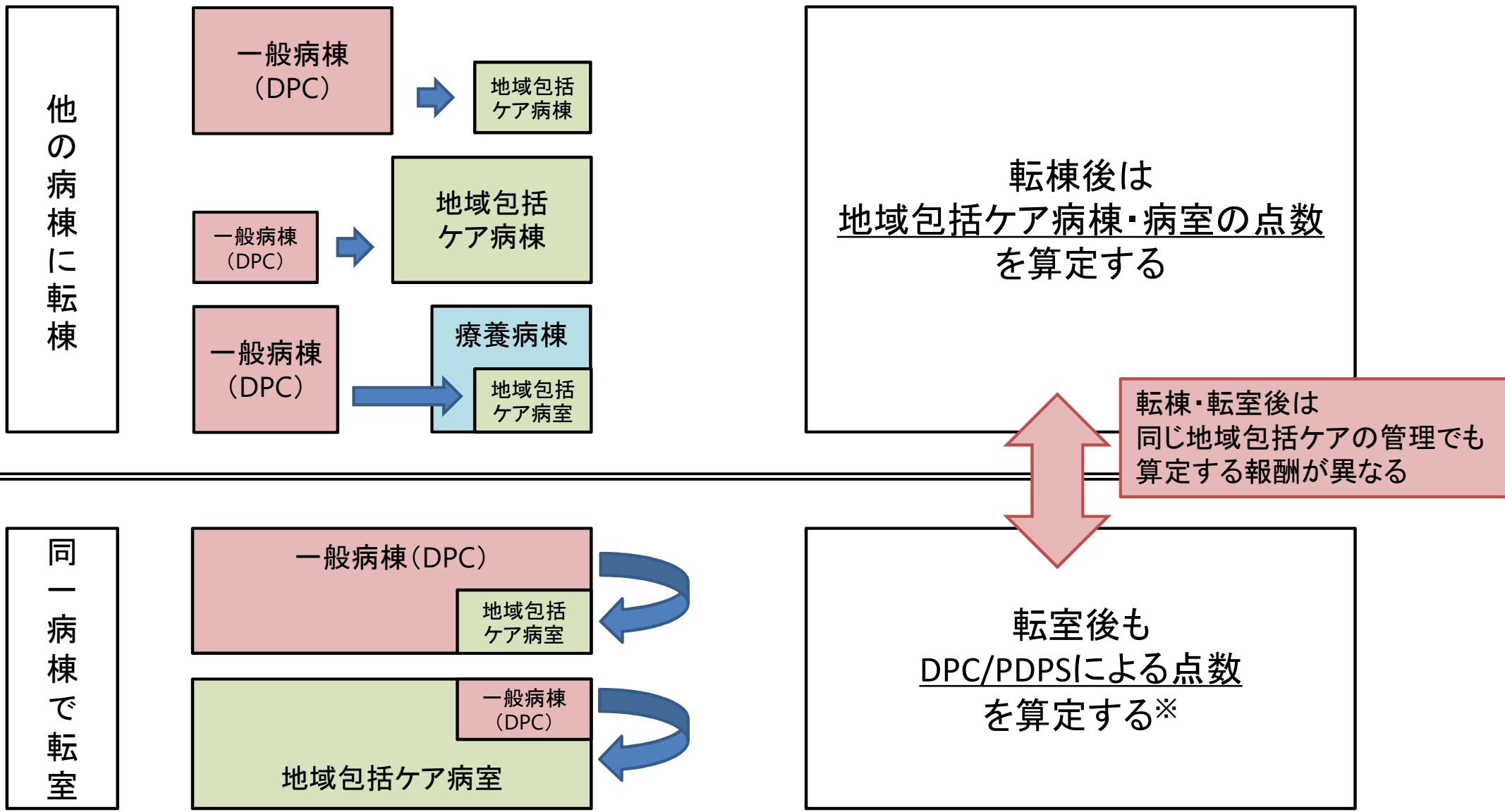
- 地域包括ケア病棟の3つの役割について
- 地域包括ケア病棟の届出について
- 転棟・転室時の算定ルールについて

## 令和元年11月29日中医協総会における指摘事項

- 患者に必要な医療を適切に提供する観点から、転棟・転室時の入院料は同じ扱いにするべき。
- 算定する点数が転棟のタイミングに影響を与えることを防ぐためには、転棟後もDPC/PDPSによる点数を算定するのが妥当。
- 見直しについて具体的な制度設計を提示いただいた上で引き続き議論が必要。

# 一般病棟からの転棟・転室時の入院料の算定方法（イメージ）

## 一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料





## 転棟・転室時の要件等にかかる取扱い

		入院料の算定方法	算定期間の取扱い	急性期患者支援病床初期加算の取扱い	入院患者の評価指標
一般病棟(DPC)から転棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 (リハビリ包括)	転棟した日から60日を限度	算定可	重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病棟の基準)
	療養病棟における地域包括ケア病室	地域包括ケア入院医療管理料 (リハビリ包括)	転棟した日から60日を限度	算定可	重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病棟の基準) (医療区分・ADL区分から除外)
一般病棟(DPC)内で転室	地域包括ケア病室	DPC/PDPS (リハビリ出来高)	転室した日から60日を限度※	算定不可	重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病室の基準)

※ 診断群分類に定められた期間はDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

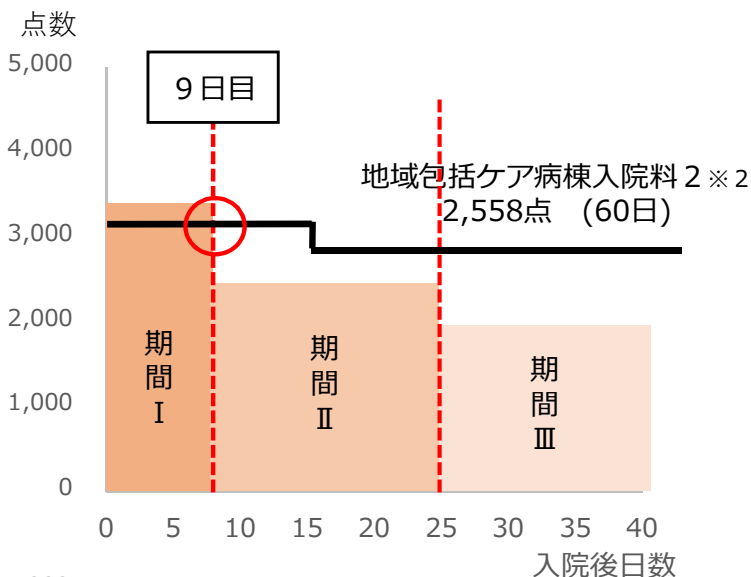
## 手術点数の算定方法

患者の所在		短期滞在3以外の手術	短期滞在3の対象手術
DPC対象病院	一般病棟(DPC) (地域包括ケア病室を含む)	DPC/PDPS + 手術点数等	DPC/PDPS + 手術点数等
	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等
非DPC対象病院	一般病棟(出来高)	入院基本料 + 手術点数等	短期滞在手術等基本料3※
	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等	短期滞在手術等基本料3※

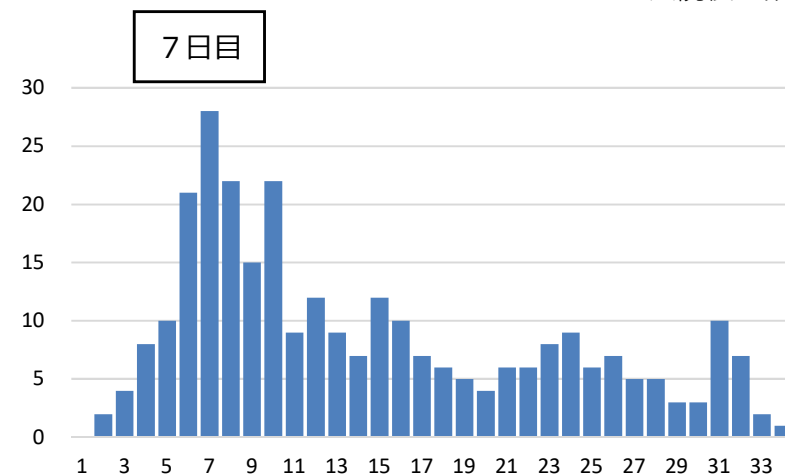
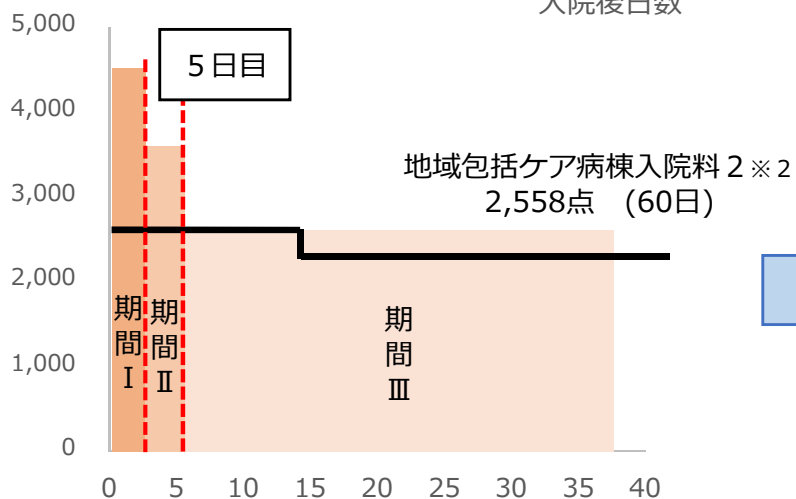
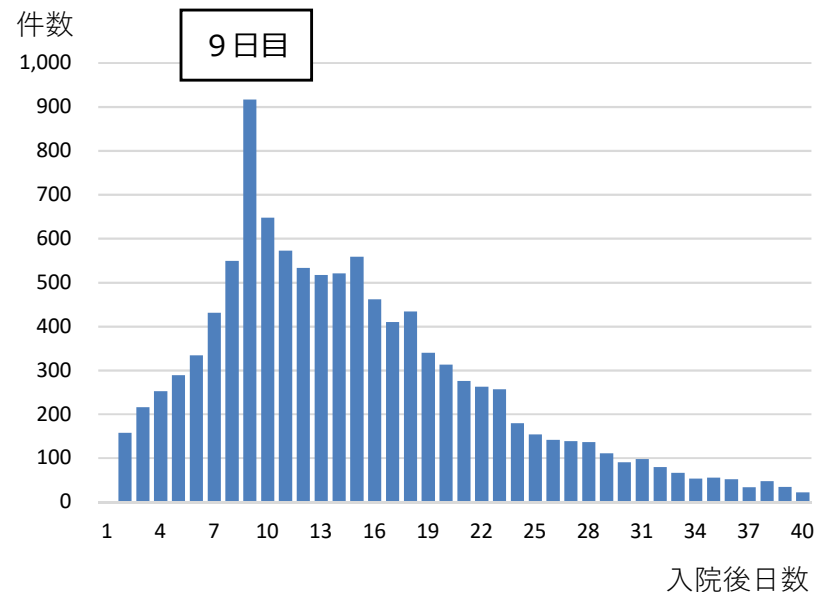
※ 入院後所定日数内に手術等が実施された場合に限る

○ DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3

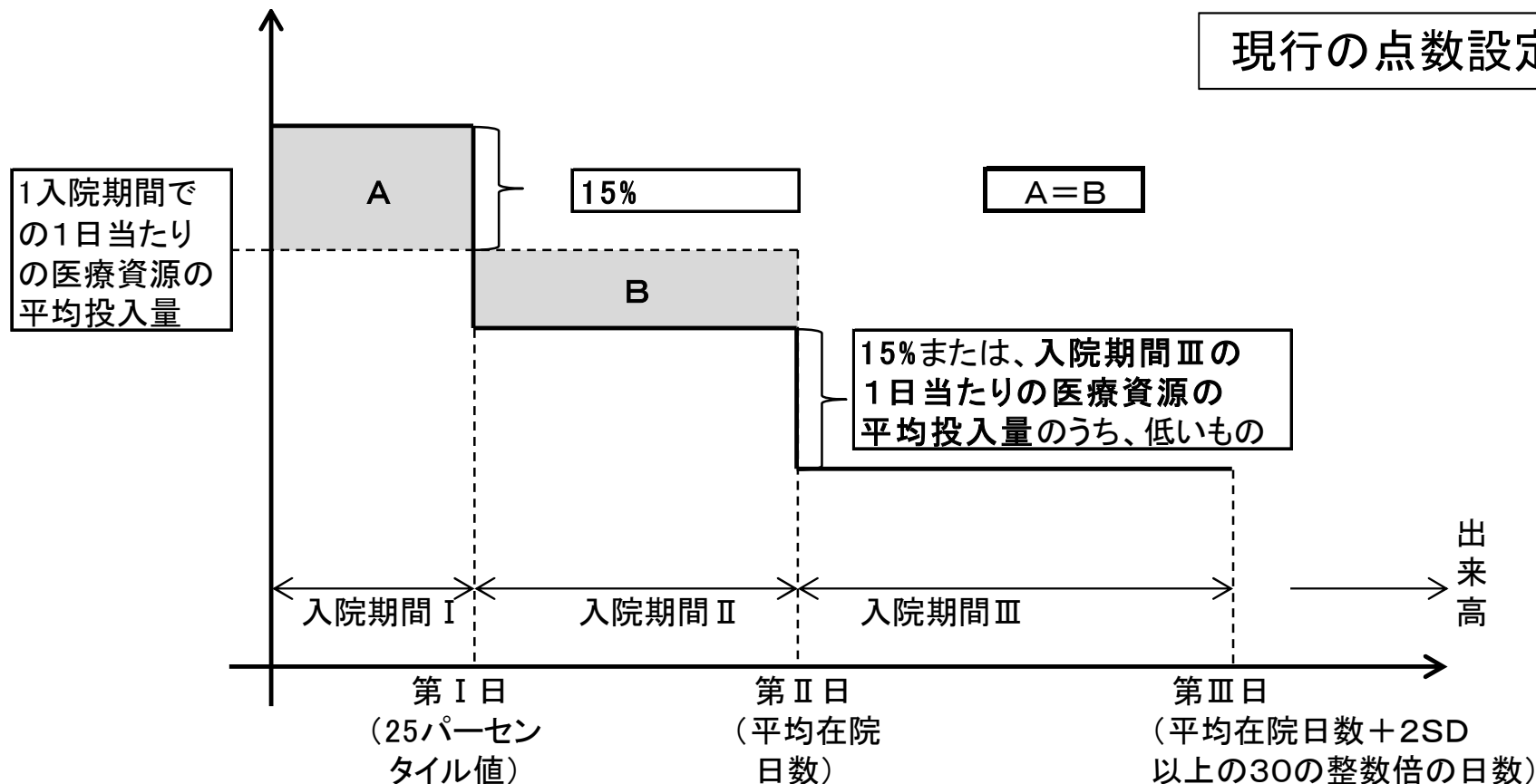


# DPC/PDPSにおける点数設定方式の考え方

- DPC/PDPSにおいては、1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量と平均在院日数から、入院期間Ⅰ～Ⅲの各日数と点数水準を設定している。

## <1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数+2SD以上の30の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応



# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点

## 【論点】

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関が、地域において他の医療機関と連携しつつ、当該病棟の3つの役割を適切に担うことを推進するため、それぞれの役割に係る要件を以下のとおり見直してはどうか。
- 急性期病床からの受け入れについて、特に許可病床数200床以上の医療機関において自院の一般病床からの転棟・転室が多くを占めていることを踏まえ、自院からの転棟割合に一定の制限を設けてはどうか。
- 入院料及び管理料1・3において評価されている「地域包括ケアに係る実績」について、届出医療機関の実績等を踏まえ、自宅等からの患者の受け入れや在宅患者訪問診療料の算定回数については基準を引き上げ、訪問看護等の回数については基準を引き下げてはどうか。また、その他の要件についても項目の見直しを行ってはどうか。
- 地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数400床以上の医療機関が届け出る場合等は1病棟までとなっているが、地域包括ケア病棟の施設数・病床数が年々増加していることや、許可病床数が大きな医療機関における自院内転棟・転室の実態等を踏まえ、特に許可病床数が大きい医療機関が当該病棟を届け出る場合は、その旨について地域の意見を求めることを要件とすることについてどのように考えるか。
- DPC対象病棟から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する場合に算定する報酬が異なっていることについて、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、算定する点数をDPC/PDPSにおける診断群分類の点数に一本化してはどうか。その際、DPC/PDPSの点数設定の考え方に基づき、当該点数を算定するのはDPC対象病院全体の平均的な在院日数である入院期間Ⅱまでの期間としてはどうか。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
3. 療養病棟入院基本料について
4. 短期滞在手術等基本料について
5. その他

### 令和元年11月29日中医協総会における主なご意見

(リハビリテーションに係る実績要件等について)

- 実績指数について、現在要件とされている入院料1、3及び5の水準の見直しに係る検討が必要ではないか。
- アウトカム評価を推進する観点からは、現在対象とされていない病棟への実績指数の導入について、検討が必要ではないか。
- 入院料1から6の評価は、人員配置や、重症者の割合等、複数の要素の組み合わせとなっていることを念頭におく必要がある。
- 患者に対して、入棟時のFIM及び目標とするFIM等を書面で見せる、説明する等の要件を設けてはどうか。
- FIMの計測は煩雑であり、回復期リハビリテーション病棟以外の病棟でのADL評価には用いられていないこと等を踏まえ、医療機関に対して過剰な負担とならないよう、配慮が必要ではないか。

(人員配置に係る要件等について)

- 入院料1においては管理栄養士の配置を要件として設けてはどうか。また、その他の入院料についても、管理栄養士の配置が望ましいこととしてはどうか。

(入院から外来・在宅への円滑な移行について)

- 外来等の退院後のリハビリテーションの提供については、自施設での提供というよりも、他の医療機関と連携する等により、必要な患者に対して速やかにリハビリテーションが提供されるような体制を取ることが重要ではないか。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

- リハビリテーション実績指数について
- 入院患者に係る要件について

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、  
リハビリテーション実績指数を用いる  
(1日あたりのFIM\*得点の増加を示す指数)

\* FIM (Functional Independence Measure) 日常生活動作の指標

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

2025点

入院料1相当の実績と体制

【入院料1相当の体制】

- ・看護職員13対1
- ・社会福祉士1名
- ・PT3名、OT2名、ST1名

2085点

実績指数 37

入院料1相当の実績と体制

再編

2065点

充実加算

(基本部分)  
看護職員 13対1  
PT3名  
OT2名  
ST1名  
SW1名

1851点

充実加算

(基本部分)  
看護職員 15対1  
PT2名  
OT1名

1697点

充実加算

(基本部分)  
看護職員 15対1  
PT2名  
OT1名

入院料3

入院料2

入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

1647点

新入院料6

1702点

実績指数 30

新入院料5

1806点

入院料2相当の実績

新入院料4

1861点

実績指数 30

入院料2相当の実績

新入院料3

2025点

入院料1相当の実績と体制

新入院料2

2085点

実績指数 37

入院料1相当の実績と体制

新入院料1

(新)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1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	—			専任常勤1名以上		
管理栄養士	—			専任常勤1名(努力義務)		
リハビリ計画書の栄養項目記載	—			必須		
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	— ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	—		2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	—		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
自宅等に退院する割合	—		7割以上			
リハビリテーション実績指数	—	30以上	—	30以上	—	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外



# 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

## 効果の実績の評価基準

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

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

## <実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

### 必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

### まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

### 医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

# 日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

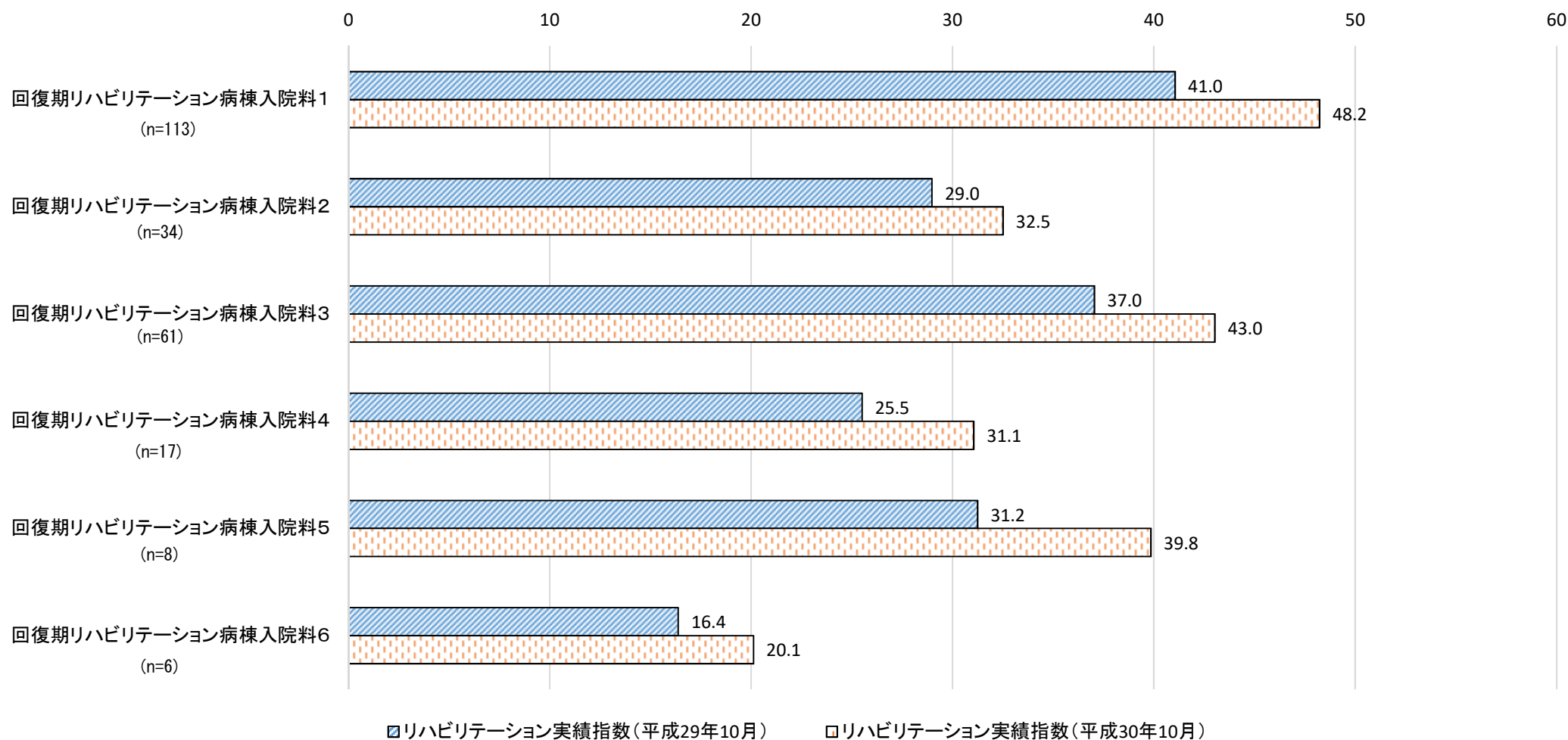
## Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

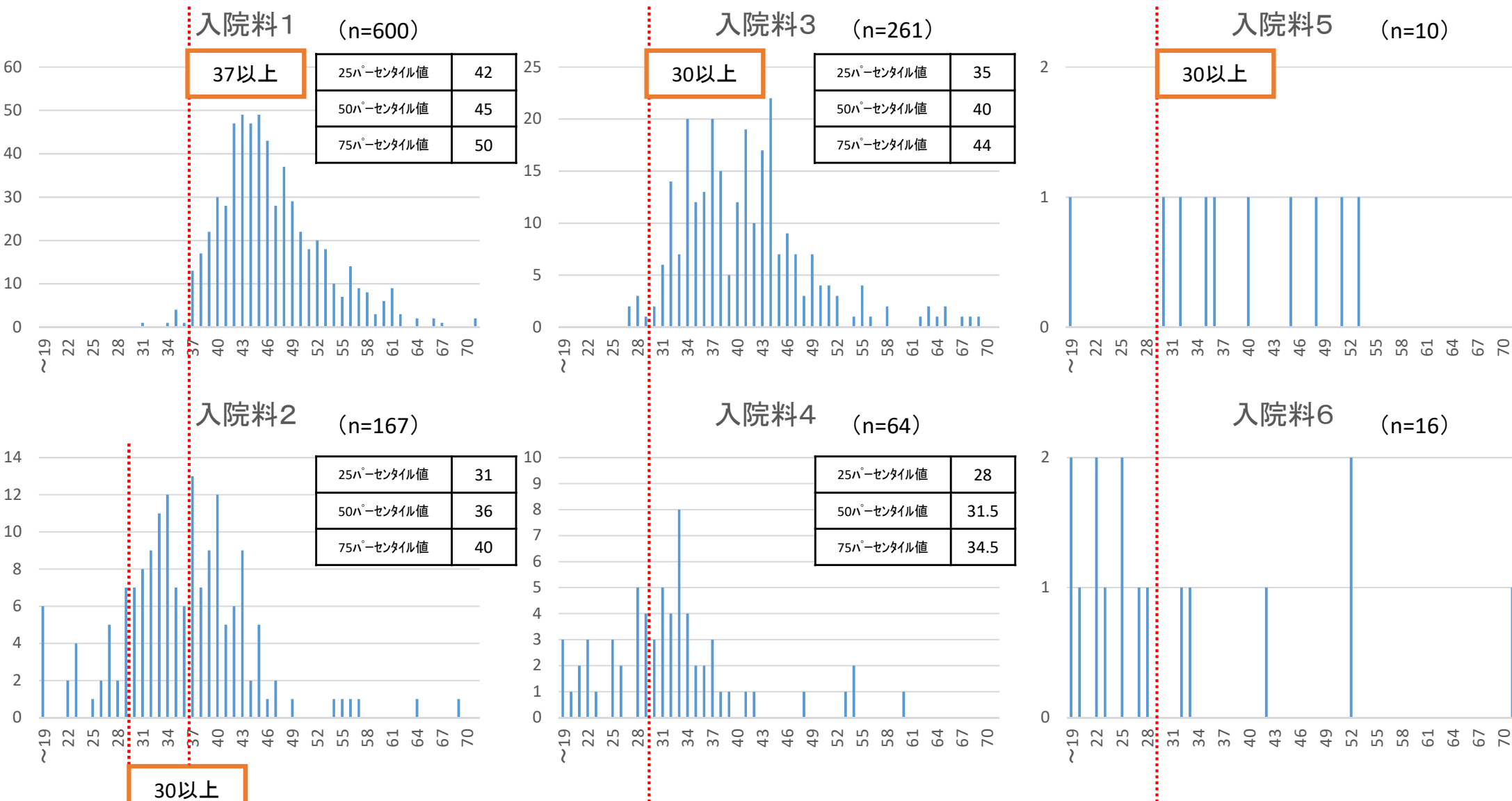
運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動			コミュニケーション		社会認識			
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
- リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1，3又は5を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

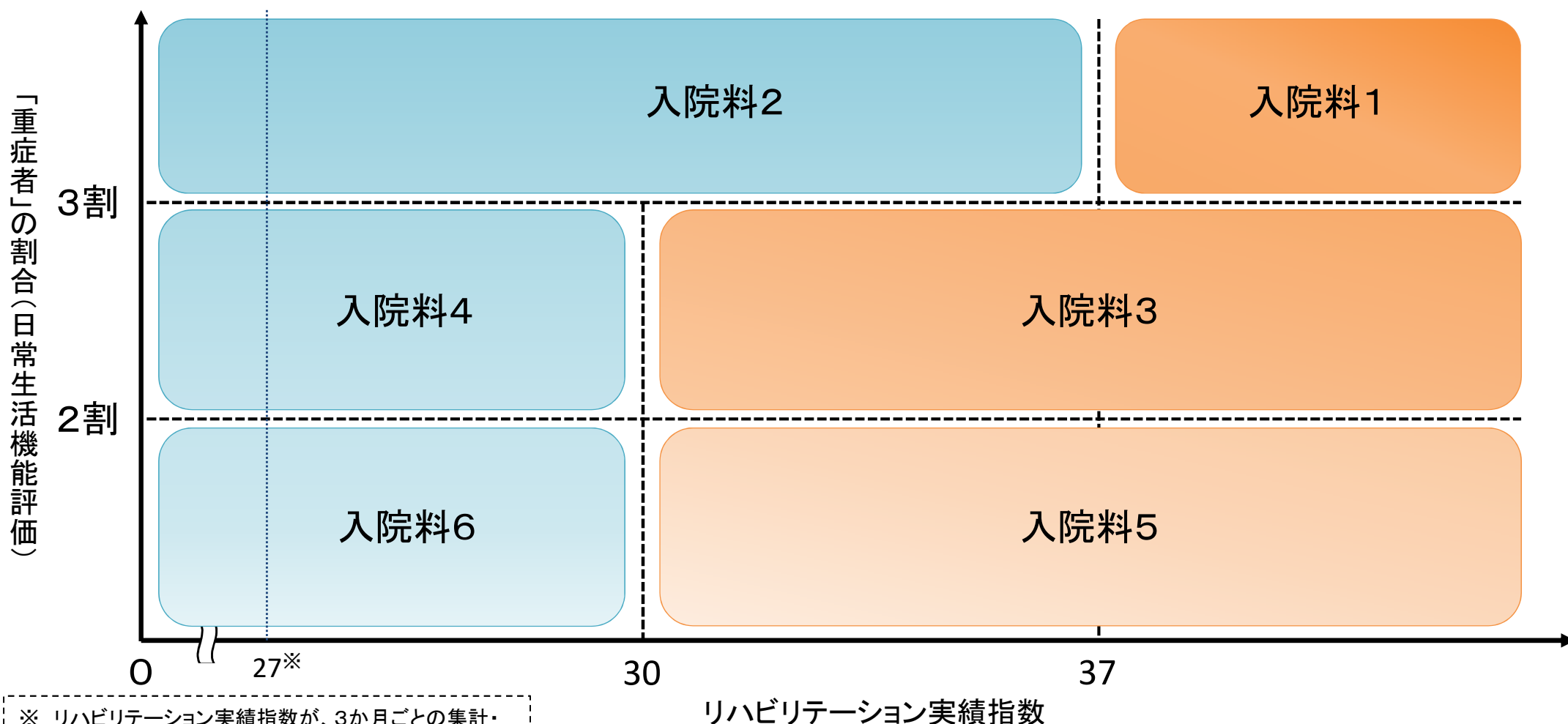
## リハビリテーション実績指数



○ 入院料ごとのリハビリテーション実績指数の分布は、以下のとおり。



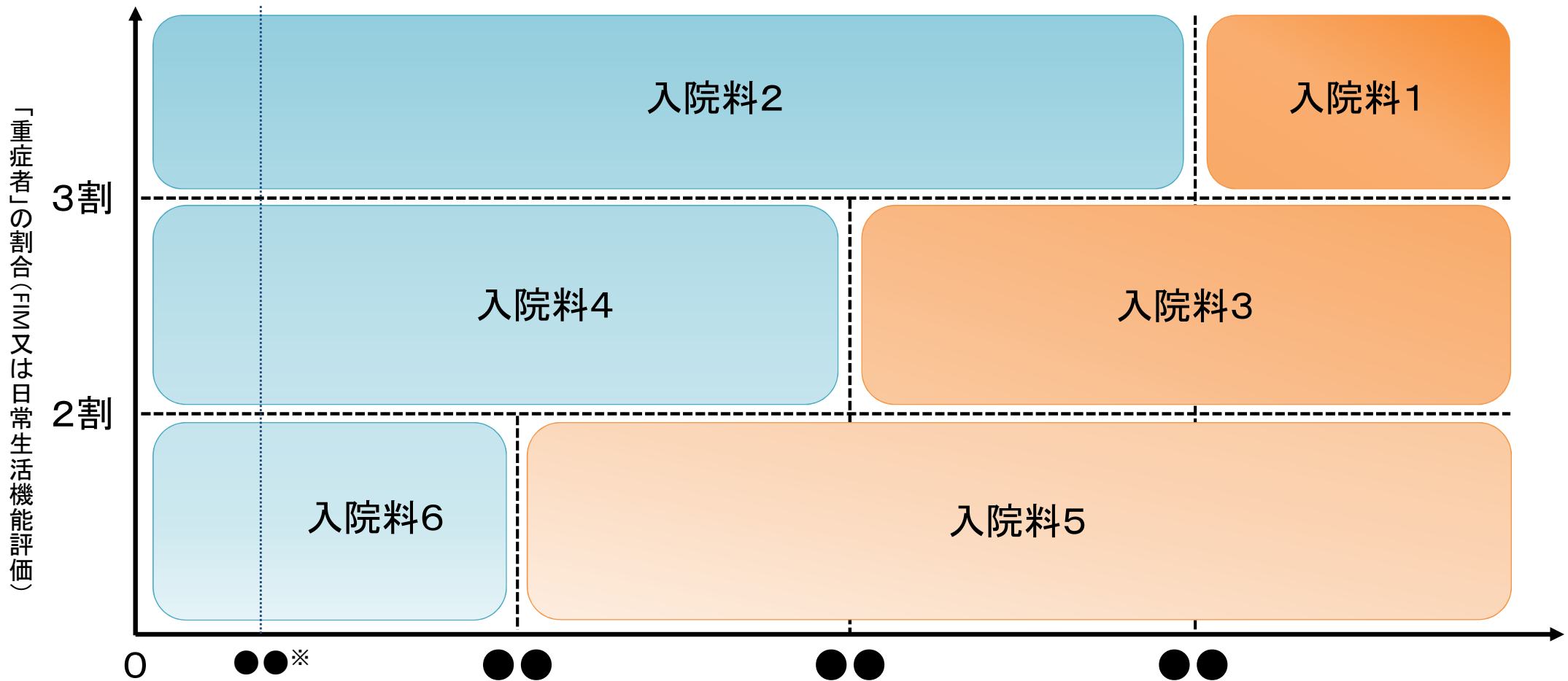
- 現行の回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件は、以下2つの観点で大別される。
  - ・ 患者のアウトカムを評価している項目（リハビリテーション実績指数、在宅復帰率 等）
  - ・ 入院時点の患者の重症度（日常生活機能評価により定義する「重症者」の割合）
- リハビリテーション実績指数と、重症者の割合により、現行の評価体系を整理すると、以下のとおり。



※ リハビリテーション実績指数が、3か月ごとの集計・報告で2回連続して27未満となった場合、疾患別リハビリテーション料の一部（6単位を超えるもの）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。

# 実績要件の見直し(案)

○ リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態等を踏まえ、以下のとおり見直すこととしてはどうか。



※ リハビリテーション実績指数が、3か月ごとの集計・報告で2回連続して(現行)27未満となった場合、疾患別リハビリテーション料の一部(現行)6単位を超えるものは回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

- リハビリテーション実績指数について
- 入院患者に係る要件について

# 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

- 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、発症後の期間に係る要件と、算定上限日数が設けられている。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の 要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（ <b>発症後又は手術後2か月以内</b> に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る <sup>※1</sup> 。）又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して <b>150日以内</b> ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して <b>180日以内</b>
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（ <b>発症後又は手術後2か月以内</b> に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る <sup>※1</sup> 。）	○ 算定開始日から起算して <b>90日以内</b>
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（ <b>手術後又は発症後2か月以内</b> に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る <sup>※1</sup> 。）	○ 算定開始日から起算して <b>90日以内</b>
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（ <b>損傷後1か月以内</b> に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）	○ 算定開始日から起算して <b>60日以内</b>
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態（ <b>損傷後1か月以内</b> に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）	○ 算定開始日から起算して <b>90日以内</b>

※1 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月（又は1か月）の期間から30日を限度として控除するものとする。



# 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

- 各患者のFIM得点が改善するほど、また、各患者の入棟から退棟までの在棟日数が短くなるほど、リハビリテーション実績指数は大きくなる。

## 効果の実績の評価基準

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

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

## <実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

### 必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

### まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

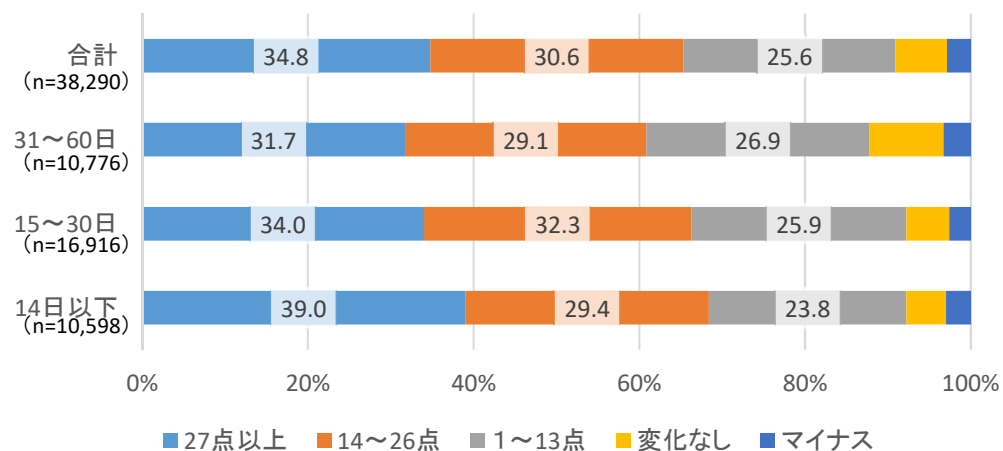
### 医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

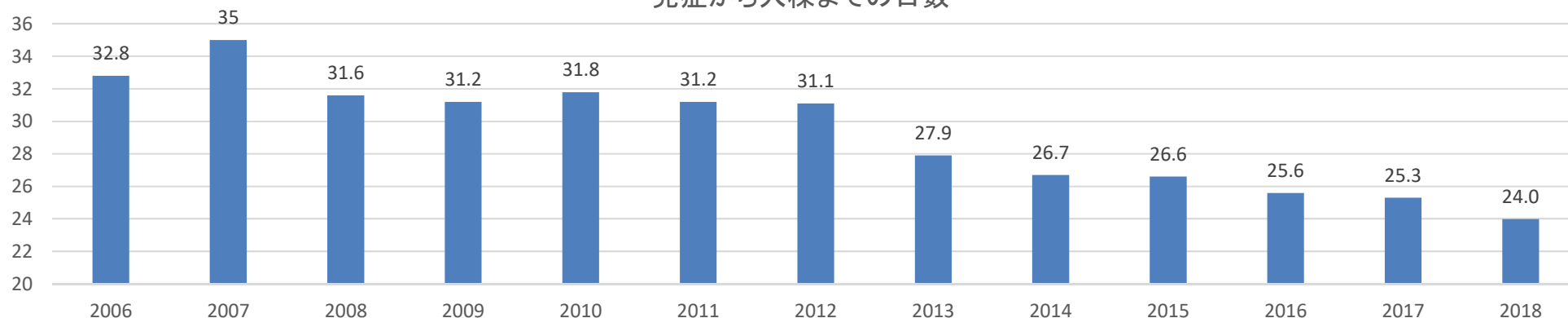
# 発症から入棟までの日数について

- 発症から入棟までの期間とFIM得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。
- 発症から入棟までの日数は、経年的に減少傾向であり、発症後等の期間に係る要件を大きく下回っていた。
- 一方で、重症の脳卒中や脊髄損傷等、病態が安定するまで時間を要する患者において、発症後の期間に係る要件を満たせず、回復期リハビリテーション病棟に入院できない場合がある。

入棟までの期間とFIM運動項目の変化



発症から入棟までの日数



# 回復期リハビリテーション病棟における実績評価について

## 【論点】

(リハビリテーション実績指数について)

- リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態等を踏まえ、リハビリテーション実績指数の基準値を見直すこととしてはどうか。

(入院患者に係る要件について)

- リハビリテーション病棟における患者の早期受入の実態及び受入に係る評価の現状等を踏まえ、入院患者に係る要件のうち、発症後の期間に係る要件について見直すこととしてはどうか。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
3. 療養病棟入院基本料について
4. 短期滞在手術等基本料について
5. その他

### 令和元年11月22日中医協総会における指摘事項

- 療養病棟入院基本料経過措置2については、現在届出ている医療機関の意向を丁寧に確認した上で、対応を検討すべきではないか。
- 療養病棟入院基本料経過措置1については、医療機関の転換の意向を踏まえ、経過措置を延長するべきではないか。
- 経過措置1について、経過措置を延長する場合には、減算の幅を拡大することを検討するべきではないか。
- 療養病棟入院料1・2の医療区分2・3の該当患者割合を引き上げるべきではないか。
- 現状を踏まえると、療養病棟入院料1・2の医療区分2・3の該当患者割合割合を引き上げるべきではない。
- 医療区分の評価を行う際に中心静脈栄養の必要性を確認すること及び中心静脈カテーテル等の留置時に患者・家族に対する説明を求めることについて、中心静脈栄養を行うことに対してマイナスの評価がなされないよう配慮をした上で、方向性には賛成する。
- 排尿自立指導料については、医師等の要件の緩和をするべきではないか。

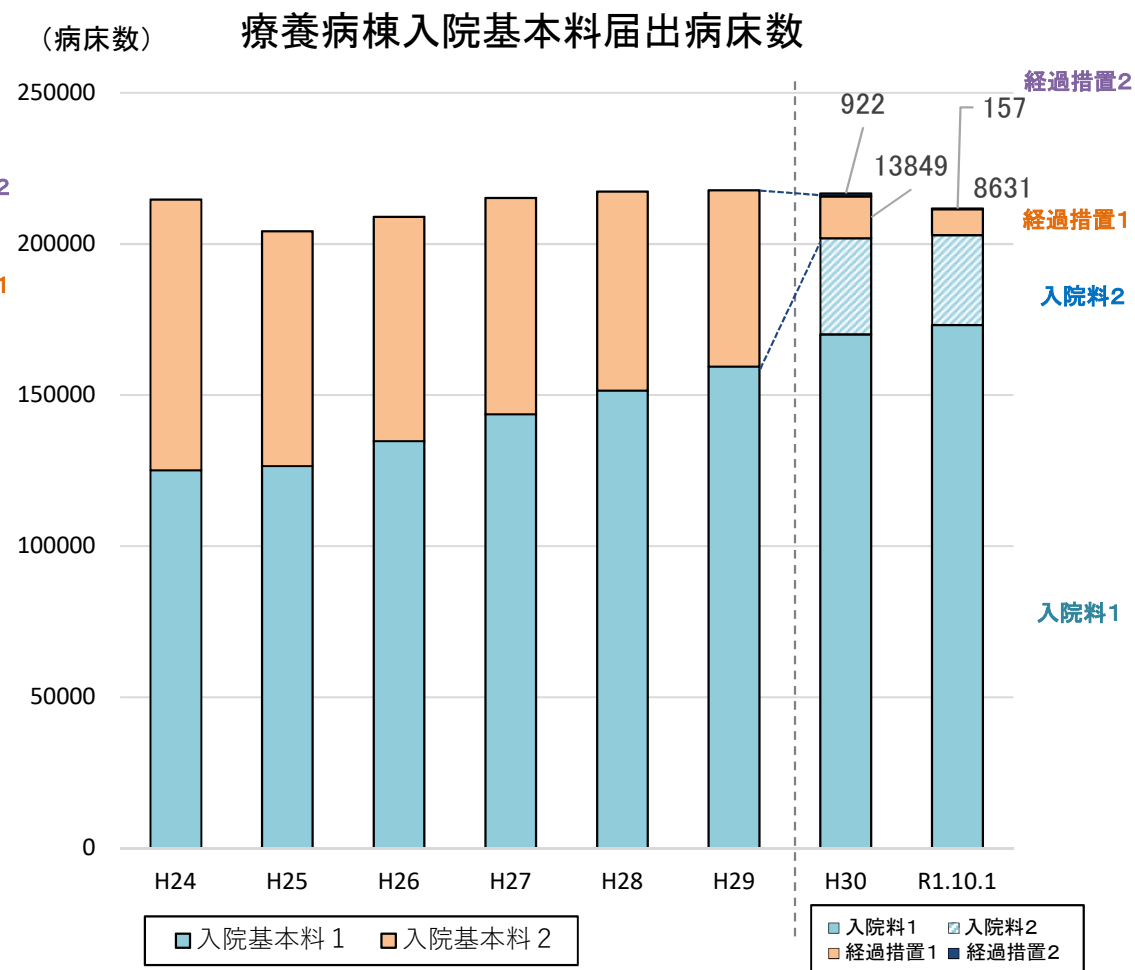
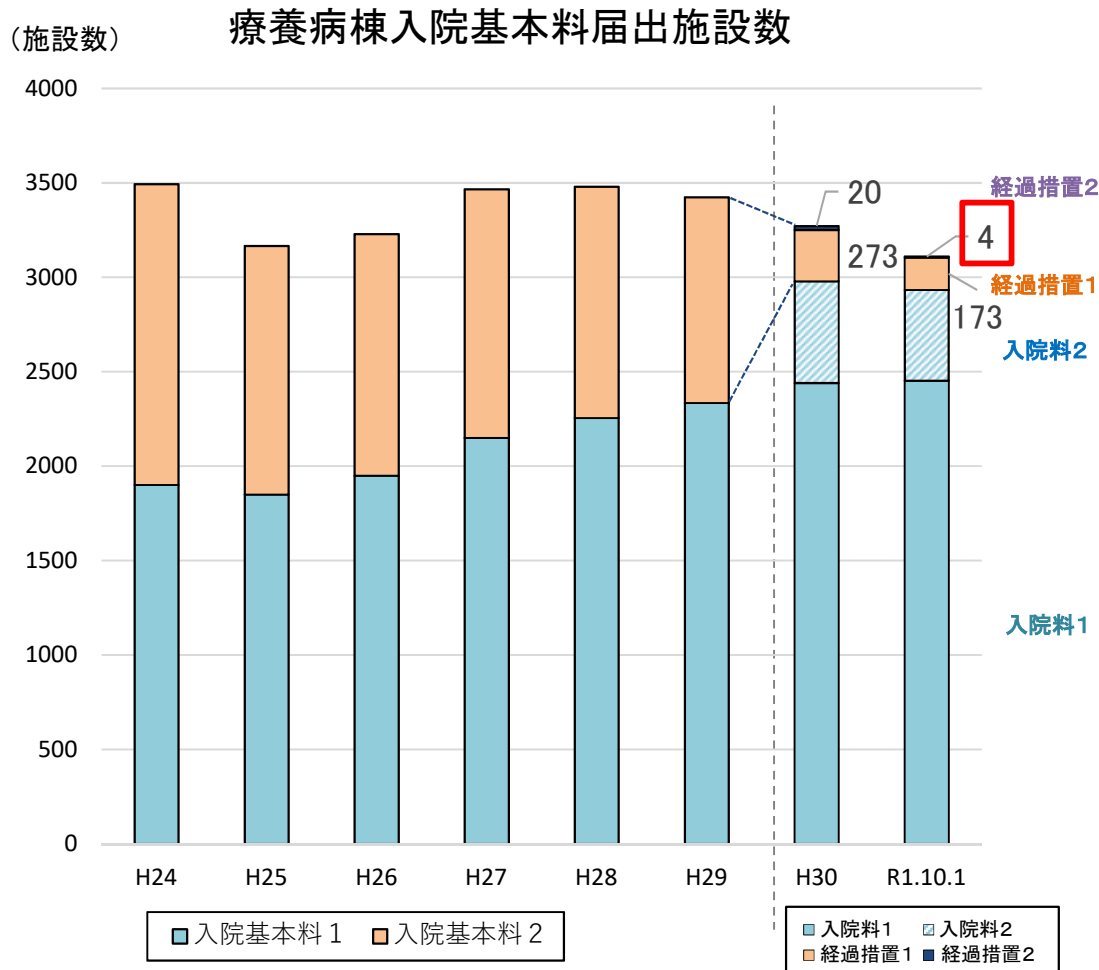
# 療養病棟入院基本料の概要

	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

# 療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

中医協 総-2  
元. 11. 22

- 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

# 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。

## 【論点】

- 療養病棟入院基本料経過措置2について、現在届出ている医療機関の意向を踏まえ、どのように考えるか。



1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
3. 療養病棟入院基本料について
4. 短期滞在手術等基本料について
5. その他

# 手術の算定方法の全体像(イメージ)

診調組 入-1  
元 . 9 . 19

- 外来で実施する手術の算定方法には、出来高で算定する場合と短期滞在手術等基本料1の場合がある。
- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。

## 手術

日帰り

1泊2日

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術  
等基本料1

短期滞在手術  
等基本料2

入院外(出来高)

短期滞在手術等基本料3

・外来で実施(入院外+短期滞在手術等基本料1): 820,948件  
(うち、短期滞在手術等基本料1: 11,335件。)

・入院(1日入院含む)で実施: 914,091件  
(うち、短期滞在手術等基本料2: 79件。短期滞在手術等基本料3: 23,469件。)

# 短期滞在手術等基本料の概要

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術(日帰り手術, 1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査, 画像診断等を包括的に評価

(次の要件を満たす必要あり)

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で, 短期滞在手術同意書を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等, 十分なフォローアップを行うこと
- 4 退院後概ね3日間, 患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術基本料3を除く)

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 856点	短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 4, 918点 (生活療養を受ける場合: 4, 890点)	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方 厚生 局等 への 届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定 の取 扱	短期滞在手術等基本料1、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる	短期滞在手術等基本料2、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる  ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可	・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び 10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院 医療管理料を算定する場合を除き, 全て短期 滞在手術等基本料3を算定  ・6日目以降においても入院が必要な場合の 費用は, 出来高算定  ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可

## 平成12年 短期滞在手術等基本料1, 2の新設

医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料、画像診断料、麻酔料等の全部又は一部を包括した短期滞在手術等基本料を新設

- 短期滞在手術等基本料 1 (日帰り手術)  
対象手術:入院当日に退院する眼内レンズ挿入術、乳腺腫瘍摘出術等 13種類
- 短期滞在手術等基本料 2 (1泊2日入院による手術)  
対象手術:入院の翌日までに退院する顎下線腫瘍摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術等 16種類

## 平成20年 短期滞在手術基本料3の新設

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式として追加

- 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日入院による手術)
  - 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術(ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。)に係る5日以内の入院を対象とする。
  - 2 包括対象
    - ・入院基本料及び入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。
    - ・検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置 等

## 平成26年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

## [留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。  
また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

## 平成26年 短期滞在手術等基本料3の対象手術の追加

- D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法
- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上
- K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

## 平成28年 短期滞在手術等基本料3の見直し

短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

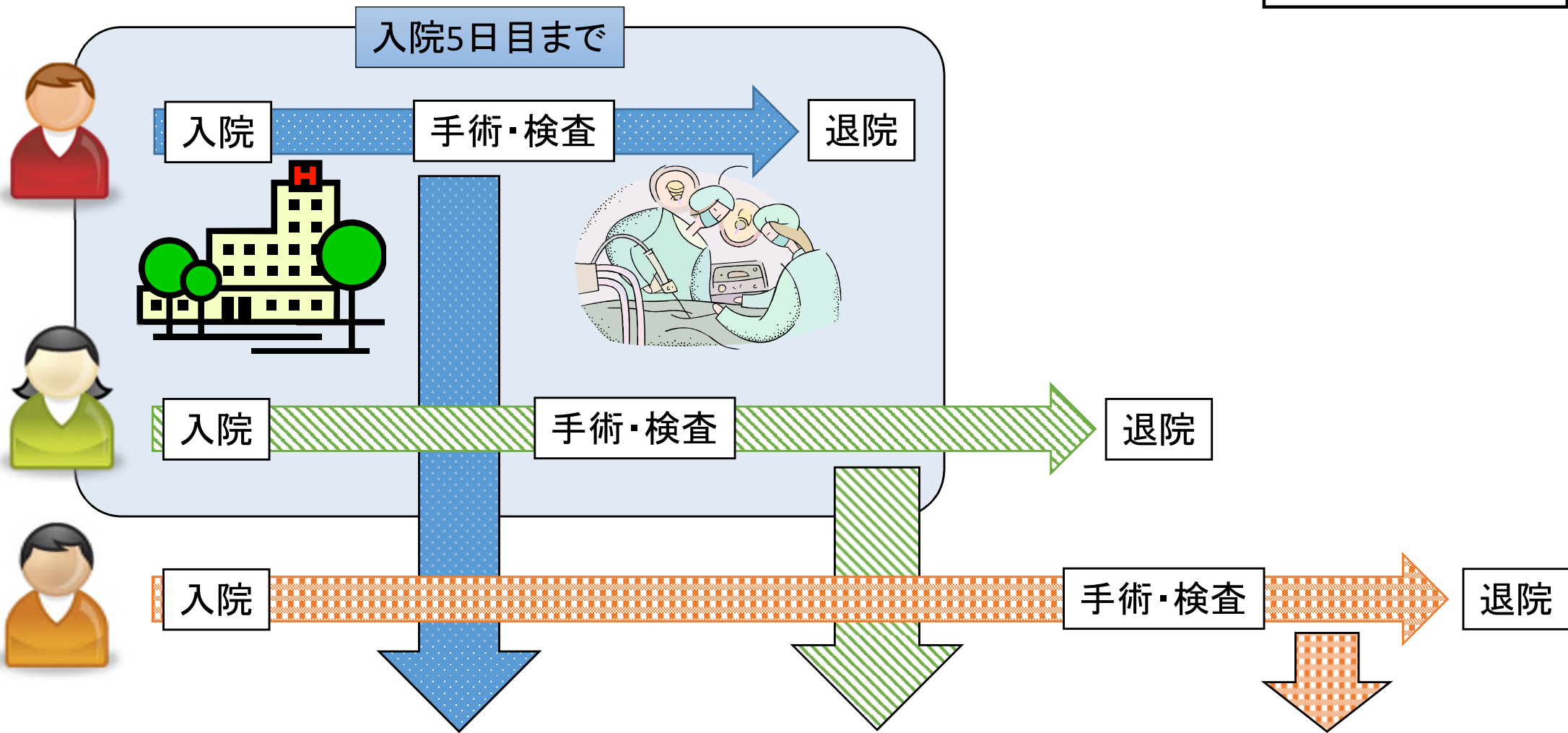
## 平成30年 短期滞在手術等基本料3の対象手術の削除

以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止した。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

# 短期滞在手術等に係る算定のイメージ

診調組 入-1(改)  
29.10.18



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高で算定。



## 短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 856点

## 短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 4, 918点 (生活療養を受ける場合: 4, 890点)

## 短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)  
K006 3,4 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満, 長径12cm以上(6歳未満に限る)  
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法, 皮膚有毛部切除術, その他のもの  
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)  
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)  
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後嚢切開を伴う場合  
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満, 長径5cm以上  
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)  
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)  
K653 1 内視鏡的胃, 十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術  
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満  
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩, 股, 膝, 胸鎖, 肘, 手, 足, 肩鎖, 指(手, 足)  
K069 半月板縫合術  
K069-3 関節鏡下半月板縫合術  
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯, 膝側副靭帯, 指(手, 足)その他の靭帯  
K453 顎下腺腫瘍摘出術  
K454 顎下腺摘出術  
K461 甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合, 両葉の場合  
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術  
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの  
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法, 硬化療法(四段階注射法によるもの)  
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの, その他のもの  
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの, その他のもの  
K888 子宮附属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー  
D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査  
D413 前立腺針生検法  
K093-2 関節鏡下手根管解放手術  
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)  
K282 1口 水晶体再建術(片側),(両側)  
K474 1 乳腺腫瘍摘出術  
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術  
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術(23,655点), 硬化療法, 高位結紮術  
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)  
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)  
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満, 長径2cm以上  
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)  
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術  
K867 子宮頸部(腔部)切除術  
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術  
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

## 短期滞在手術等基本料1

日帰りの場合:2, 856点

## 短期滞在手術等基本料2

1泊2日の場合:4, 918点  
(生活療養を受ける場合:4, 890点)

## 短期滞在手術等基本料3

4泊5日までの場合

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算  
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く)

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

- ・入院基本料(特別入院基本料等を除く)
- ・入院基本料等加算  
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算, 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及びデータ提出加算を除く)
- ・医学管理等(手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る)
- ・検査(内視鏡検査等を除く)
- ・画像診断(画像診断管理加算1並びに2並びに動脈造影カテーテル法を除く)
- ・投薬(除外薬剤・注射薬を除く)
- ・注射(除外薬剤・注射薬を除く)
- ・リハビリテーション(薬剤料に限る)
- ・精神科専門療法(薬剤料に限る)
- ・処置(人工腎臓を除く)
- ・病理診断(病理標本作製料に限る)
- ・手術

# 短期滞在手術等基本料の算定状況

- 短期滞在手術等基本料2及び3については、平成30年度診療報酬改定において、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、DPC対象病院では、算定不可とした。
- 短期滞在手術等基本料3について、基本料の算定回数は減少したものの、DPC対象病院以外の病院において、年間約28万件※算定されている。

	当該基本料の算定回数(1月あたり)		対象手術の算定回数(1月あたり)	
	平成29年	平成30年	平成29年	平成30年
短期滞在手術等 基本料1(日帰り)	9,917	11,335	212,853	234,140
短期滞在手術等 基本料2(1泊2日)	92	79	19,887	27,538
短期滞在手術等 基本料3(4泊5日)	99,716	23,469	274,877	292,312

※23,469回 × 12月 = 281,623回

# 短期滞在手術等基本料3の対象手術

短期滞在手術等基本料3	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外		総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外	
手術名称	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	70,890	3.56	66,348	2.11	4,542	24.80	73,313	3.49	13,150	2.14	60,163	3.79
小児食物アレルギー負荷検査	37,356	1.34	35,531	1.25	1,825	3.03	40,744	1.33	3,077	1.09	37,667	1.35
前立腺針生検法	115,991	3.32	108,576	2.57	7,415	14.40	113,769	3.37	7,975	2.56	105,794	3.43
関節鏡下手根管開放手術	2,606	4.65	2,177	3.20	429	12.04	3,175	4.28	774	3.14	2,401	4.65
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	346	3.18	338	2.71	8	23.25	502	3.02	17	2.59	485	3.04
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	420,444	3.47	356,155	2.69	64,289	7.81	429,382	3.38	55,425	2.46	373,957	3.52
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	48,582	7.21	41,991	6.16	6,591	13.88	59,793	6.55	3,520	7.98	56,273	6.46
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	4,251	4.51	3,544	3.36	707	10.28	4,264	4.57	365	2.86	3,899	4.74
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	36,875	13.04	27,398	3.22	9,477	41.44	39,012	12.97	5,799	3.02	33,213	14.71
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	5,107	3.77	4,319	3.21	788	6.86	4,399	3.60	903	2.78	3,496	3.81
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	586	3.58	392	2.56	194	5.65	470	3.74	90	2.44	380	4.04
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,945	3.79	1,338	2.69	607	6.20	1,737	3.69	219	2.72	1,518	3.83
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,958	4.90	3,639	2.69	319	30.11	3,574	4.55	136	2.60	3,438	4.63
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,306	2.47	3,186	2.43	120	3.53	3,180	2.45	137	2.31	3,043	2.46
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,521	2.47	2,459	2.43	62	3.97	2,305	2.51	120	2.45	2,185	2.51
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	68,484	6.13	62,423	5.03	6,061	17.47	68,297	6.12	10,157	6.06	58,140	6.13
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,681	3.34	2,447	2.67	234	10.32	2,960	3.27	21	3.05	2,939	3.28
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	2,990	2.63	2,861	2.60	129	3.22	3,221	2.63	45	2.51	3,176	2.63
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,290	2.66	2,217	2.61	73	3.90	2,315	2.71	21	2.57	2,294	2.71
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,877	5.21	39,705	4.75	2,172	13.70	46,936	5.16	4,610	5.03	42,326	5.17
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	354,701	4.29	322,139	2.75	32,562	19.48	365,556	4.22	74,929	2.54	290,627	4.65
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	35,834	5.28	31,946	3.44	3,888	20.45	41,011	5.36	5,404	3.33	35,607	5.67
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	6,602	4.34	5,333	2.62	1,269	11.60	5,702	3.88	1,820	2.46	3,882	4.55
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	21,571	3.63	19,073	2.45	2,498	12.65	20,941	3.52	3,987	2.53	16,954	3.75
子宮頸部(腔部)切除術	27,077	3.31	26,513	3.22	564	7.44	27,576	3.23	993	3.07	26,583	3.24
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,300	3.41	4,865	3.17	435	6.20	5,771	3.42	596	2.97	5,175	3.47
ガンマナイフによる定位放射線治療	10,266	4.89	9,068	3.39	1,198	16.26	10,582	5.01	1,163	3.38	9,419	5.21

# 短期滞在手術等基本料3の対象手術と在院日数等(例)

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術のうち、算定回数が多い上位3つは、前立腺生検法、水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの その他)、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術について、当該基本料を算定している場合に限っても平均在院日数※が5日以下の手術がある。

名称	点数	算定回数	平均在院日数	算定回数 (短期滞在手術等基本料3の症例に限る)	平均在院日数 (短期滞在手術等基本料3の症例に限る)
D413 前立腺生検法	11,736点	113,769回	3.37日	7,975回	2.56日
K282 1口 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する もの その他(片眼)	22,411点	429,382回	3.38日	55,425回	2.46日
K721 1 内視鏡的大腸ポリー プ・粘膜切除術 長径2cm未満	14,525点	365,556回	4.22日	74,929回	2.54日

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計

# 短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

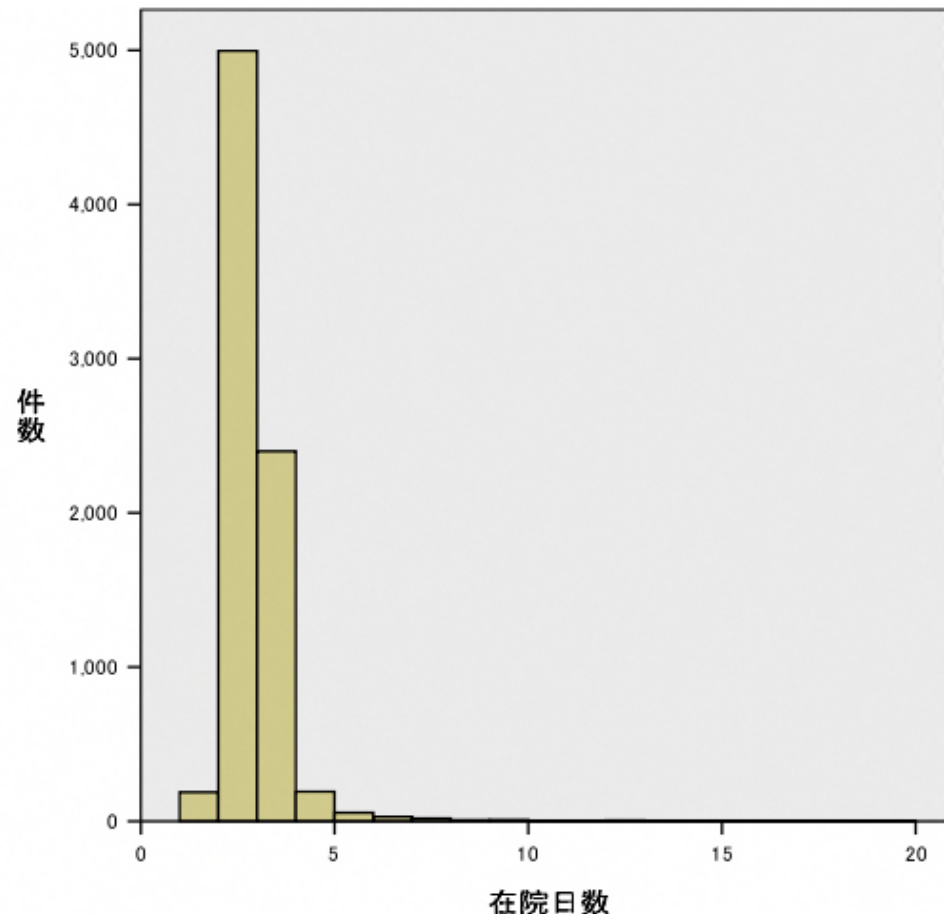
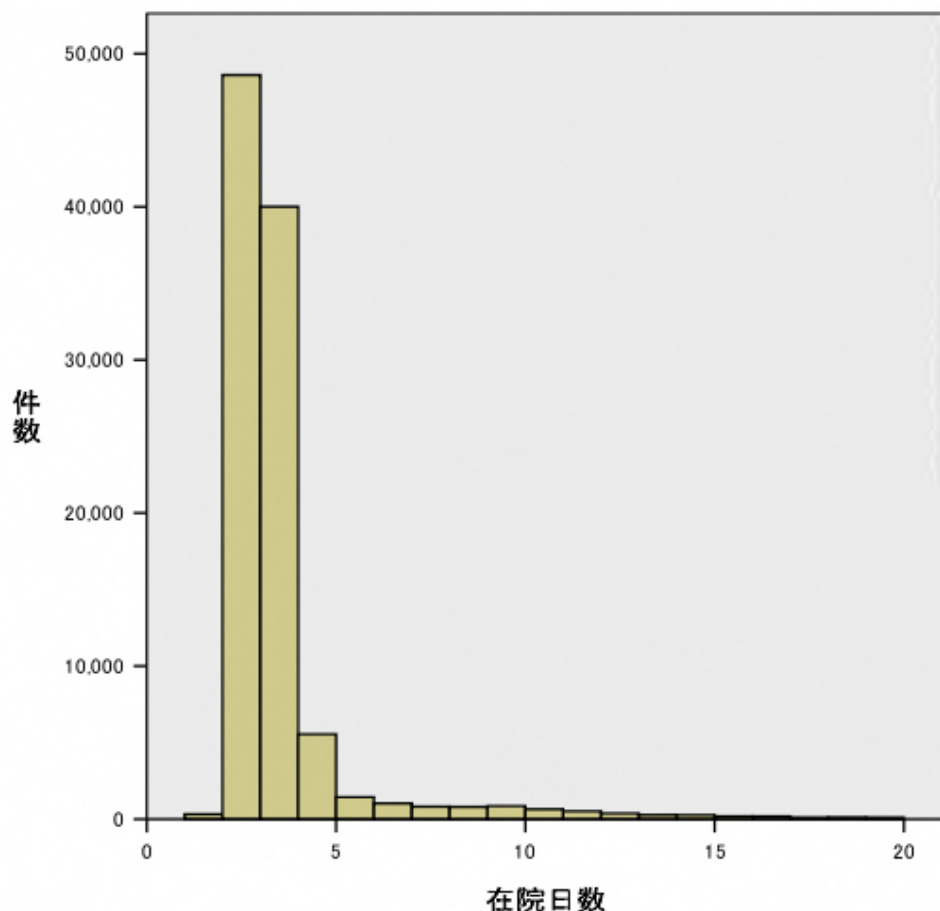
○ 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

## ・平成25年※1

データ数：103,873例  
平均在院日数：3.61日  
在院日数の中央値：3日

## ・平成30年※2

データ数：7,947例  
平均在院日数：2.55日  
在院日数の中央値：2日



※1 平成25年4月から平成26年3月までの期間で、入院中に当該検査を実施した症例

※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該検査で短期滞在手術等基本料3を算定した症例

出典：DPCデータ

# 短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

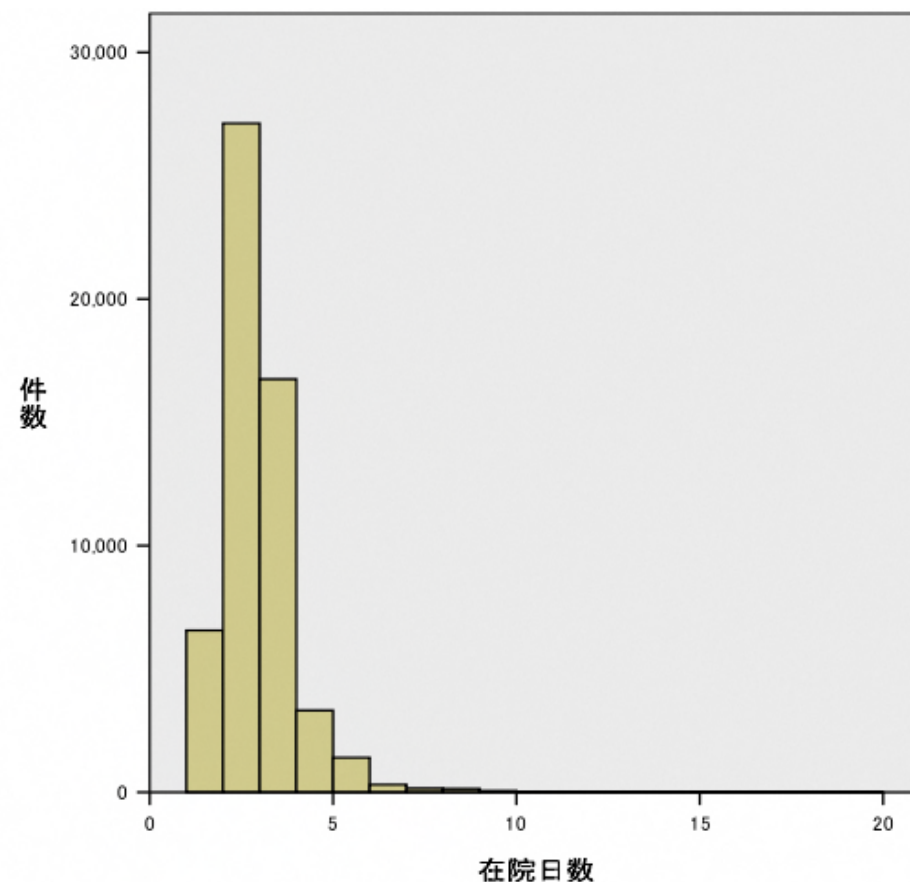
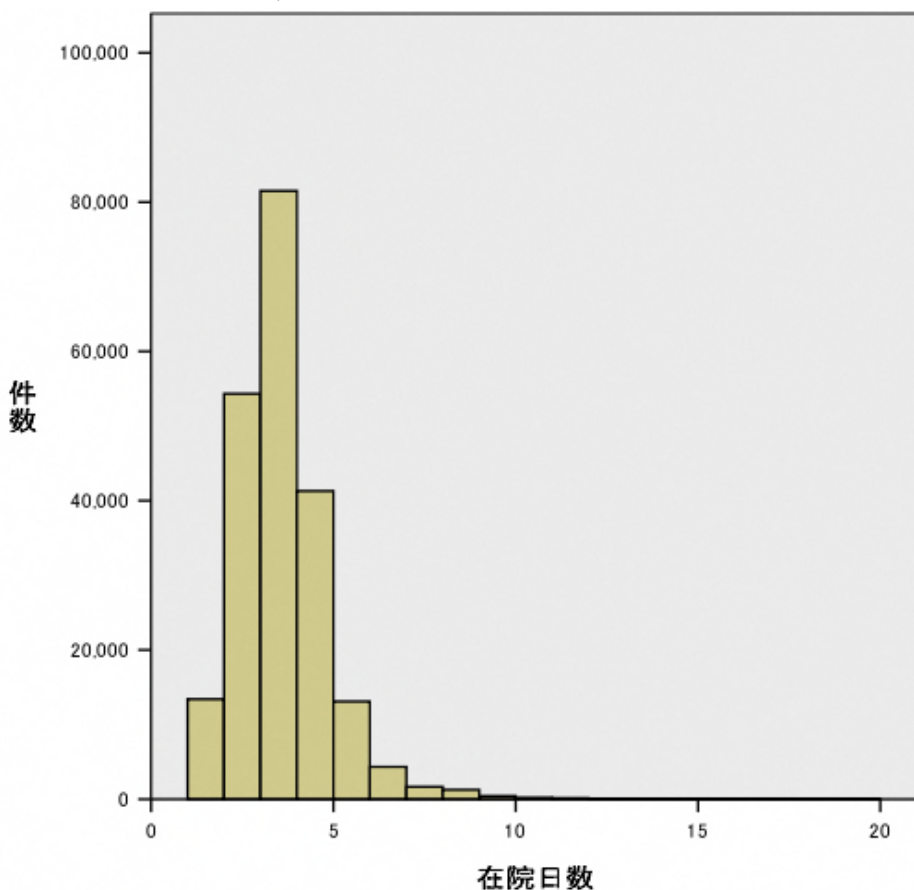
○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの その他)は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

## ・平成25年※1

データ数：212,341例  
平均在院日数：3.16日  
在院日数の中央値：3日

## ・平成30年※2

データ数：55,873例  
平均在院日数：2.45日  
在院日数の中央値：2日



※1 平成25年4月から平成26年3月までの期間で、入院中に当該手術を実施(他の手術を実施した場合を除く)した症例

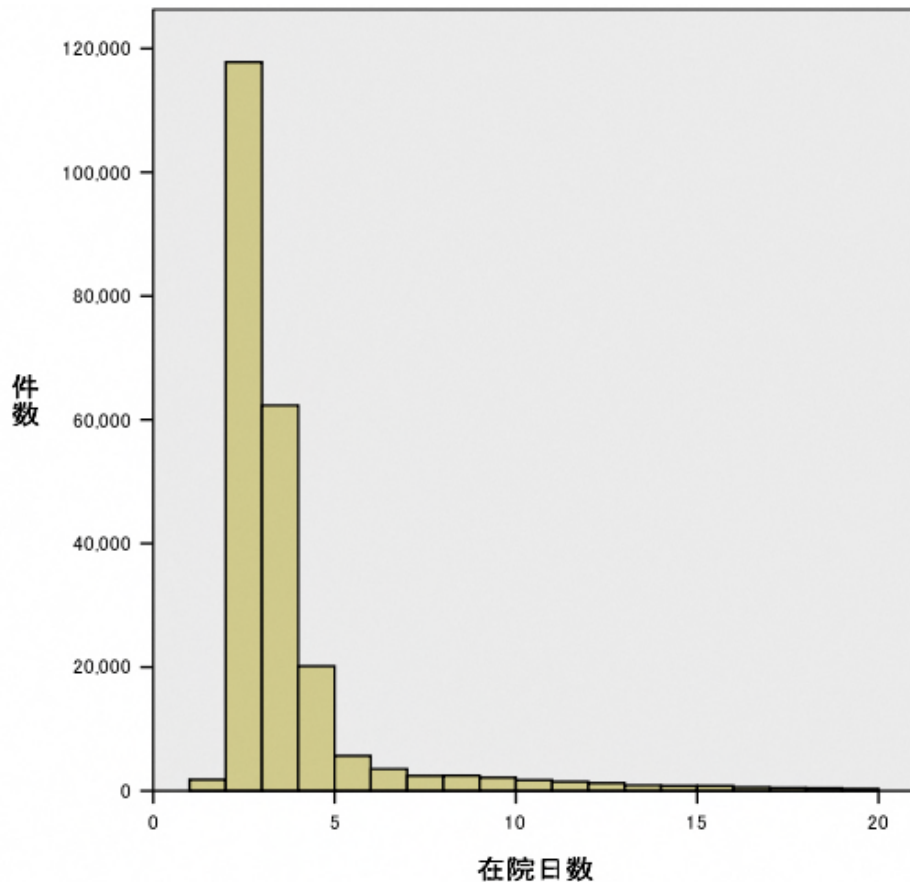
※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該手術で短期滞在手術等基本料3を算定した症例

# 短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

○ 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(直径2cm未満)を実施する症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が1.3日短縮した。

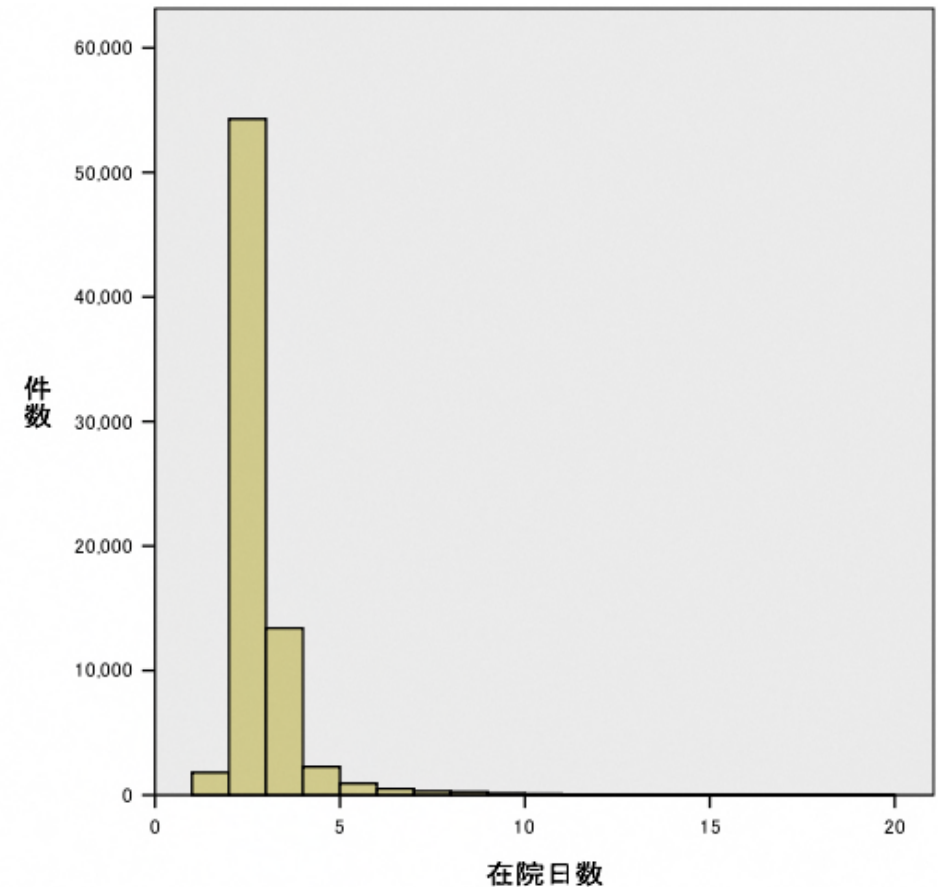
## ・平成25年※1

データ数：230,900例  
平均在院日数：3.74日  
在院日数の中央値：2日



## ・平成30年※2

データ数：74,425例  
平均在院日数：2.44日  
在院日数の中央値：2日



※1 平成25年4月から平成26年3月までの期間で、入院中に当該手術を実施(他の手術を実施した場合を除く)した症例

※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該手術で短期滞在手術等基本料3を算定した症例

出典：DPCデータ



# 短期滞在手術等基本料に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

- 短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加傾向にあり、対象手術の回数も増加している。
- 短期滞在手術等基本料2の算定回数は1月あたり79回と少ないが、対象手術の実施回数は平成29年から平成30年にかけて増加している。
- 短期滞在手術等基本料1,2は、医科点数表の標記が分かれておらず、社会医療診療行為別統計等で手術ごとの内訳が不明となっている。
- 短期滞在手術等基本料3は4泊5日までの1手術当たりの支払い方式として平成20年度に設立し、平成26年度や平成28年度に対象手術を拡大した。当該基本料は平成30年度からDPC対象病院で算定不可となり、算定回数は減少したが、平成30年においては1月あたり23,000回程度算定されている。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術について、当該基本料の対象に追加した当時と比べ、平成30年においては平均在院日数が短縮している手術がある。



## 【論点】

- 短期滞在手術等基本料1については、現在の評価を継続することとしてはどうか。また、短期滞在手術等基本料2についても、算定回数は少ないものの、1泊2日入院における手術症例に関する支払い方式を残すという観点から、現在の評価を継続することとしてはどうか。
- 短期滞在手術等基本料1,2について、データに基づき評価の見直しを検討するという観点から、短期滞在手術等基本料3と同様に短期滞在手術等基本料1,2を算定する対象となった手術が判別できるよう、見直すこととしてはどうか。
- 短期滞在手術等基本料3について、4泊5日までの手術等を実施する症例に対して設定している基本料であり、当該基本料の対象手術症例の平均在院日数が当該基本料の対象となった当時と比べ減少していることを踏まえ、当該手術症例の実施件数等を考慮しながら、平均在院日数に基づき点数設定を見直すこととしてはどうか。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
3. 療養病棟入院基本料について
4. 短期滞在手術等基本料について
5. その他

# 入院時食事療養等に係る帳票及び病院の人員等の基準

## <入院時食事療養費の留意事項通知等に記載がある帳票について>

- ・喫食調査
- ・栄養管理計画
- ・提供食数(日報、月報)
- ・患者入退院簿
- ・患者年齢構成表
- ・食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿
- ・食事せん
- ・検食簿
- ・献立表
- ・食料品消費日計表
- ・給与栄養目標量

## <医療法施行規則における病院の人員等の基準について>

### ○医療法施行規則

- ・第19条第2項 法第21条第3項の厚生労働省令で定める基準(病院の従業者及びその員数に係るものに限る。)であって、都道府県が条例を定めるに当たって従うべきものは、次のとおりとする。

第4号 栄養士 病床数百以上の病院にあつては、一

- ・第22条の2第1項 法第22条の2第1号の規定による特定機能病院に置くべき医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の員数は次に定めるところによる。

第5号 管理栄養士 一以上

# 入院基本料等の通則(栄養管理体制にかかる算定要件)

## 告示

- (1) 当該病院である保険医療機関内に、**常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。

## 通知

- (1) 当該病院である保険医療機関(特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。)内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成すること。
- (3) **入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認**し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、**当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画**(別添6の別紙23 又はこれに準じた様式とする。)を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に貼付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (8) 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10) 当該保険医療機関(診療所を除く。)において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

# 入院時食事療養等に係る帳票等の見直し（案）

## 考え方（案）

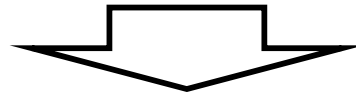
- 栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外する。（有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設）
- ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。（有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設）
- なお、食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても作成すること。
- また、電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成・保管等されている場合、紙での保管は不要とする。

帳票等名称	管理栄養士による 栄養管理を実施	管理栄養士による 栄養管理を未実施	備考
喫食調査	要（一部除外）	要	患者毎に栄養管理を実施している場合は、除外。
食事せん	要	要	
栄養管理計画	要	要	
検食簿	要	要	
提供食数（日報、月報）	除外	要	病院として管理しており、必要に応じて確認ができること。
献立表	要	要	
患者入退院簿	除外	要	病院として管理しており、必要に応じて確認ができること。
食料品消費日計表	除外	要	
患者年齢構成表	要（一部除外）	要	特別治療食等により個別に栄養管理をしている場合は、除外。
給与栄養目標量	要（一部除外）	要	特別治療食等により個別に栄養管理をしている場合は、除外。
食品納入・消費・在庫等に関する帳簿	除外	要	病院として食材料の管理を実施し、求めに応じて確認できること。

# 入院時食事療養に関する現状・課題と論点

## 【現状・課題】

- 入院時食事療養費において求めている帳票は、食事の質の向上に使用することとなっている。
- 医療法上、100床以上の病院にあつては栄養士1名、特定機能病院にあつては、管理栄養士1名以上配置することとなっている。
- 入院基本料等の通則において、入院時に栄養管理手順に基づき、管理栄養士等が患者毎に栄養状態を評価し、必要に応じて栄養管理計画書を作成し、適切な栄養管理を実施することとなっている。



## 【論点】

- 医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び、患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に簡素化する方向で検討を進めてはどうか。

栄養ケア・マネジメント実施施設においては、個別の高齢者の健康状態に着目した栄養管理が行われるため、平成12年老企第40号通知において作成することとされてきた下記の帳票書類のうち、集団としての栄養管理を行う上で必要なものについては、作成不要とする。ただし、栄養ケア・マネジメントを実施していない施設においては、引き続き、これらの帳票の作成を必要とする。

平成12年老企第40号通知において作成することとされてきた帳票書類	栄養ケア・マネジメント※1	
	実施	未実施
1 整備しなければならない帳票書類		
・検食簿	不要	要
・喫食調査結果	不要	要
・食事せん	要	要
・献立表	要	要
・入所(院)者等の入退所(院)簿	不要	要
・食料品消費日計	不要	要
2 必要に応じ(少なくとも6月に1回)は作成しておくもの		
・入所(院)者年齢構成表	不要	要
・給与栄養目標量に関する帳票(※2)	不要	要

※1 不要…栄養ケア・マネジメントを実施する場合に削減可能となる帳票書類  
 要…栄養ケア・マネジメント導入後も引き続き必要な帳票書類

※2 加重平均栄養所要量表、食品構成表は、「健康増進方等の施行について(特定給食施設関係)」(平成15年健習発第0430001号)に基づき、給与栄養目標量に関する帳票として整理