

入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について
検討結果（中間とりまとめ）

令和3年9月22日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長 尾形裕也

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、令和2年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和4年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和2年度入院医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

- | | |
|----------------------------|----------------|
| 1. 一般病棟入院基本料について | 別添資料 P19～P74 |
| 2. 特定集中治療室管理料等について | 別添資料 P75～P86 |
| 3. 短期滞在手術等基本料について | 別添資料 P87～P98 |
| 4. DPC/PDPS について | 別添資料 P99～P143 |
| 5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について | 別添資料 P144～P171 |
| 6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について | 別添資料 P172～P195 |
| 7. 療養病棟入院基本料について | 別添資料 P196～P223 |
| 8. 障害者施設等入院基本料等について | 別添資料 P224～P245 |
| 9. 救急医療管理加算について | 別添資料 P246～P259 |
| 10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について | 別添資料 P260～P272 |
| 11. 横断的個別事項について | 別添資料 P273～P305 |

Ⅱ. 検討結果の概要

- 日本の人口は近年減少局面を迎えている中、高齢化率は2065年には約38%となる。入院医療においては、今後も高齢者向けの医療ニーズが増加することが予想される一方で、医療・介護の支え手の減少が見込まれる。限られた医療資源に配慮しつつ、より質の高い入院医療を提供でき、医療ニーズの変化にも対応しうるような効果的・効率的なサービス提供や、患者の状態に応じた入院医療の提供といった視点について、調査結果の評価・検討を行う前提として認識を共有した。
- なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、入院医療等における実態調査の評価項目に新型コロナウイルス感染症に係る項目を含め、結果の評価・検討を行った。

1. 一般病棟入院基本料について（別添資料 P19～P74）

- 一般病棟入院基本料については、平成30年度診療報酬改定における評価体系の見直しの考え方を踏まえ、令和2年度に診療報酬改定においても対応が実施された。
- 急性期一般入院料1から他の病棟へ転換を検討している際の理由として、「実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため」が最も多かったことも踏まえつつ、患者の状態や医療の内容等の医療ニーズをさらに適切に評価する方法について、検討を行った。

1-1. 重症度、医療・看護必要度について（別添資料 P21～P61）

(1) 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

- ・ 重症度、医療・看護必要度（以下、必要度という。）Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では6割程度、急性期一般入院料4～7では1～2割であった。
- ・ 必要度Ⅰの該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなく、必要度Ⅱの該当患者割合は、令和元年より令和2年の方が高い傾向にあった。
- ・ 必要度の病床規模別の該当患者割合の分布について、急性期一般入院料1においては、いずれの病床規模であっても、改定後の方が該当患者割合の高い医療機関が多い傾向にあった。
- ・ 令和2年度において、必要度の該当患者割合について必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答のあった施設の平均をみると、必要度Ⅰの方が高い傾向にあった。
- ・ 令和2年度に必要度Ⅱを届け出ている医療機関のうち、令和元年度の届出が必要度Ⅰであった医療機関は約2割だった。
- ・ 開設者別では、医療法人、公立が多く、病床規模では、200床未満と400床以上が多かった。
- ・ 令和2年度において、必要度Ⅰ・Ⅱをいずれも回答した施設の病床規模については、400床未満の医療機関が8割以上であった。
- ・ 急性期一般入院料4の届出医療機関について、改定前の届出区分を確認したところ、急性期一般入院料4が最も多く、次いで急性期一般入院料5が多かったが、急性期一般入院料6・7からの変更も存在した。

- ・ 必要度Ⅰと比較して、必要度Ⅱの該当患者割合は、令和２年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。
- ・ 必要度の各基準を満たす患者の割合については、基準③（C 1点以上）で、必要度Ⅰ・Ⅱともにコロナ受入ありの方が、基準を満たす患者割合が低かった。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響が少ないと考えられる医療機関に着目した分析をさらに行うことで、令和２年度改定による必要度への影響を検討できるのではないかと、いう指摘があった。

（２） 個別項目に着目した分析

- ・ 必要度のA・B・C項目における個別項目の該当患者割合について、A項目については、入院料による違いはあるものの、必要度Ⅰ・Ⅱともに、「心電図モニターの管理」「呼吸ケア」、及び「専門的な治療・処置」の該当患者割合が高い傾向にあった。
- ・ B項目については、入院料による違いはあるものの、必要度Ⅰでは「口腔清潔」「衣服の着脱（2点）」、必要度Ⅱでは「口腔清潔」「衣服の着脱（2点）」「寝返り（1点）」の該当患者割合が高い傾向にあった。
- ・ また、B項目について、令和２年度診療報酬改定において「患者の状態」と「介助の実施」を分けた体系としたことから、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた該当割合の分析が必要ではないか、との指摘があった。
- ・ C項目については、必要度Ⅰでは「骨の手術」及び「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」、必要度Ⅱでは「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。
- ・ 自宅に退院した患者について、退院日や退院前日に「心電図モニターの管理」に該当する患者が、必要度Ⅰ・Ⅱともに、一定程度存在した。
- ・ 「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者について分析すると、必要度Ⅰでは4割であり、必要度Ⅱでは5割を超えていた。また、「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰでは1.5割であり、必要度Ⅱでは2割だった。
- ・ 「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者を分析すると、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であり、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱにともに約2割だった。
- ・ 「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤数について分析すると、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上という要件でありながらも2種類以下という患者が存在した。
- ・ 「A 2点以上かつB 3点以上」又は「A 3点以上」の基準を満たす患者について、「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみると、「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向であった。

1-2. 急性期入院医療の評価について（別添資料 P62～P74）

- ・ 急性期医療を担う医療機関の役割として、これまでの診療報酬改定において、重症救急患者に対する医療の提供や手術等の専門的な医療の提供について掲げられてきたことから、その実態を分析した。
- ・ 特定集中治療室等の特定入院料の対象となる治療室について、その届出状況を分析した。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の7割超においては、何らかの治療室を届け出ており、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）を届け出ている医療機関においては、全ての医療機関で届出がされていた。その他の急性期一般入院料を届け出ている医療機関においては、治療室を届け出ている割合が低かった。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における診療実績について、救急搬送は、特定機能病院と同程度の受入件数があった。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間手術件数については、9割以上の医療機関で、総合入院体制加算で設けられている年間手術件数800件の実績を上回っており、治療室の届出のある医療機関で件数が多い傾向にあった。
- ・ 放射線療法、化学療法及び分娩についても、治療室を届け出ている医療機関において、それらの件数が多い傾向にあり、また、手術件数の多い医療機関では、放射線療法、化学療法及び分娩も、多い傾向であった。なお、分娩件数については、急性期一般入院料1及び特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）を届け出ている医療機関以外の医療機関においても、その実施件数は多い場合があった。
- ・ 治療室を届け出していない医療機関については、受け入れている患者や実績等を踏まえた分析を行うことや、看護職員配置の実態にも着目することを検討することが考えられるのではないか、との指摘があった。
- ・ 病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について分析したところ、医療機関の病床規模が大きいほど、新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関及び受入実績の割合も大きくなる傾向にあった。また、100床未満の受入可能医療機関のうち54%が受け入れている、という実態があった。さらに、病床規模別新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合を分析したところ、病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい、という実態があった。

2. 特定集中治療室管理料等について（別添資料 P75～P86）

- 平成30年度診療報酬改定及び令和2年度診療報酬改定において、生理学的スコア（SOFAスコア）の記載を求めることを導入したところであり、当該対応の影響を検証しつつ、さらに、患者の状態や医療内容等の医療ニーズをさらに適切に評価する方法について、検討を行った。

2-1. 重症度、医療・看護必要度 （別添資料 P75～P82）

- ・ 特定集中治療室におけるA項目の各項目の該当患者割合については、特定集中治療室1・2と3・4のいずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」が9割を超えていた。
- ・ 特定集中治療室におけるB項目の各項目の該当患者割合については、特定集中治療室1・2の方が3・4に比べて、2点の項目の該当割合が高い傾向であった。
- ・ 必要度該当患者と非該当患者でSOFAスコアの点数分布を比較すると、必要度該当患者の方が、SOFAスコアが高得点である傾向があったが、必要度非該当患者でもSOFAスコアが高得点である患者が一定数存在した。
- ・ SOFAスコアが低くても必要度に該当する患者及びSOFAスコアが高くても必要度に該当しない患者が見られることから、患者の状態について、さらなる分析を行うべき、との指摘があった。
- ・ 特定集中治療室に入室している患者について、A項目の基準を満たすのにB項目の基準を満たさない患者はどのような患者なのか分析し、その上で、B項目は評価する必要があるか、検討してはどうか、という指摘があった。
- ・ また、A項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同様に、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とすることで、必要度の測定に係る看護職員の負荷を軽減できるのではないか、という指摘があった。
- ・ 救命救急入院料におけるA項目の各項目の該当患者割合については、救命救急入院料1・3と2・4のいずれも「心電図モニターの管理」が9割を超えていた。
- ・ 救命救急入院料におけるB項目の各項目の該当患者割合については、救命救急入院料2・4の方が1・3に比べて、2点の項目の該当割合が高い傾向であった。
- ・ 救急救命入院料ごとの必要度該当患者割合は、救急救命入院料1・3と2・4では、明らかに傾向が異なっていることから、必要度の測定に用いる評価票の種類について検討してはどうかという指摘があった。

2-2. 滞在日数について （別添資料 P83～P86）

- ・ 特定集中治療室（ICU）等に入室している患者に適用される特定集中治療室管理料等の入院料においては、例外として標準的な算定上限日数より延長した日数を設定している病態がある。
- ・ ICU等において、ECMOや血液浄化等の特殊な治療が行われた患者及び臓器移植が行われた患者のICU等滞在日数を分析したところ、その平均日数は長く、算定上限日数を超過してICUに滞在した患者が一定割合存在した。
- ・ 医療の高度化に伴い、治療室滞在日数が延長している実態を踏まえると、診療報酬により設定している算定上限日数についても検討することが考えられるのではないか、との指摘があった。
- ・ また、ECMO装着患者等については、2対1以上の手厚い看護配置を行っている場合があるといった実態について考慮するべき、との指摘があった。

- ・ 今回分析に用いた各種データの中には、日本集中治療医学会のデータベースから提供されたデータがあるが、これにより、登録された患者情報を用いて死亡予測モデルとの比較が可能となり、治療選択に用いることができるといった利点が示されている。

3. 短期滞在手術等基本料について (別添資料 P87～P98)

- ・ 短期滞在手術等基本料1(日帰り手術)の算定回数、届出病院・診療所数は、いずれも令和元年まで増加を続けていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料2(1泊2日入院による手術)の算定回数については、対象手術は算定されているものの、平成28年度以降、減少傾向であり、近年は数十回程度となっていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数は、2日を大きく上回るものも存在した。短期滞在手術等基本料2の対象となっている手術は、入院外で実施される割合は低いものの、一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。
- ・ 短期滞在手術等基本料2については、算定回数が少ないことや、平均在院日数等の実態が、1泊2日入院による手術の評価に見合っていないことなどから、実態にあわせて見直す必要があるのではないか、という指摘があった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3(4泊5日入院による手術及び検査)の算定回数は、平成30年度以降、DPC対象病院における取扱いの変更の影響によって減少したが、近年も一定程度算定されている。短期滞在手術等基本料3の平均在院日数は、平成30年度と比較して、令和2年度に短縮しているものが多かった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、平成30年度以降、外来で実施される割合は60%程度となっているが、一部で、入院外での実施割合が高い手術が存在した。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等について、DPCデータを用いて、症例数、在院日数の平均等に着目して分析したところ、在院日数が短く、算定点数のばらつきが少ない項目が存在した。
- ・ 短期滞在手術等基本料3については、医療の質の担保を前提としつつ、平均在院日数も踏まえた評価の見直しや対象手術の見直しが必要ではないか、という指摘があった。

4. DPC/PDPSについて (別添資料 P99～P143)

4-1. DPC対象病院に係る検討の進め方について

- ・ 平成30年度診療報酬改定に向けた「DPC評価分科会報告書」において、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は、DPC制度になじまない可能性があるという指摘があったことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定に向けて、
 - 医療資源投入量が平均から外れた病院

- 在院日数が平均から外れた病院
- について着目することとなり、以下の分析を行った上で、今後の方向性を「入院医療等の調査・評価分科会報告書」において取りまとめた。
- 「医療資源投入量が平均から外れた病院」のうち、「医療資源投入量の少ない病院」について、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患において、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院の分析
 - 「在院日数が平均から外れた病院」のうち、「在院日数の短い病院」について、自院他病棟への転棟割合が高い病院の分析
- ・ 令和4年度診療報酬改定に向けては、以下の分析を行った。
 - ① 医療資源投入量の少ない病院

疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患（急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全）において、「手術なし」「手術・処置等なし」の症例が占める割合が高い病院に着目する方向であることを受け、他の疾患領域として悪性腫瘍を追加し、分析を加えた。
 - ② 平均在院日数が短い病院

自院他病棟への転棟割合が高い病院では、医療資源投入量が少なく、平均在院日数が短い傾向があることを踏まえ、自院他病棟への転棟割合が高い病院に着目する方向であることを受け、分析を加えた。
 - ・ 「① 医療資源投入量の少ない病院」については、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例割合が高い医療機関だけではなく、「手術・処置等2なし」まで含めた医療資源投入の傾向を分析してはどうか、という指摘があった。
 - ・ 「② 平均在院日数が短い病院」については、入院期間Ⅰの診療内容について特に着目して分析を行ってはどうか、という指摘があった。
 - ・ DPC対象病院の中で、医療資源投入量や平均在院日数の外れ値に該当する病院は、その数もわずかであり、診療のバリエーションと同様に、許容し得るとするのか、あるいは、病院数は少なくても、制度設計に反映できるような特徴を洗い出し、検討を深めることとするのか、両方の考え方があり、との指摘があった。
 - ・ さらに、特別調査として、医療資源投入量の少ない病院又は平均在院日数が短い病院のうち、医療資源投入量及び平均在院日数の外れ値に該当する病院に対して、ヒアリングを実施するとともに、全てのDPC対象病院に対して、コーディングに関する調査を行った。

4-2. 令和3年度特別調査について

- ・ 「① 医療資源投入量の少ない病院」「② 在院日数の短い病院」の区分ごとに、DPCデータを活用し医療機関を選定して調査票を配布し、回収した。また、回収した調査票を踏まえてヒアリング対象施設を選定した。
- ・ ヒアリングにおいては、以下のような実態を聴取した。

- DPC 対象病棟以外での受入れ目的に転院してきた患者を、一時的に DPC 対象病棟に入院させている実態があること
- 「リハビリ目的」での入院など、必ずしも急性期の病態とは言えない患者についても、DPC 対象病棟に入院していること
- ・ 全ての DPC 対象病院を対象としたコーディングに関する調査においては、以下のような回答があった。
 - 亜急性期、慢性期の病態の患者に対し、どのようにコーディングすればよいのか判断に迷う場合がある
 - コーディングテキストに、より多くの事例を掲載するなど、コード選択の適切性をあげられるよう、工夫してほしい
- ・ 各医療機関における医療の質の評価に関する取組みについては、QI プロジェクトへ参加していることや、医療の質を示す指標を公開しているといった内容の回答があった。
- ・ これらの調査結果については、
 - 診療の実態にバリエーションがあることは前提としつつも、医療機関において DPC 制度に対する理解を十分に行っていただくことが必要
 - 回復期病棟等への転院前の入院に DPC 病棟を利用している実態は、DPC 制度になじまない側面があるのではないか
 - 許可病床数に占める DPC 病床数なども考慮しつつ、制度設計についてはさらに検討していく必要がある
 等の指摘があった。
- ・ コーディングについては、今回の分析を行うことで、コーディングの適切性を高めることや、医療の質を高める取組を促すような DPC 制度の改定に向けた材料となるのではないか、という指摘があった。

4-3. 医療機関別係数について

- ・ 機能評価係数Ⅱについては、各医療機関群における評価の実態等も踏まえて、今後整理することとなった。

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について (別添資料 P144～P171)

- ・ 地域包括ケア病棟入院料については、「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」の3つの役割を担うこととされ、平成 26 年度診療報酬改定において新設された。地域包括ケア病棟の届出医療機関数・病床数はともに、増加傾向にある。この3つの役割に着目して、これまでの診療報酬改定において評価の検討が行われてきたことを踏まえ、実態の分析等を行った。
- ・ 入院料毎の主傷病名について比較すると、急性期一般入院料 1 や 2・3 では悪性腫瘍が最も多い一方、地域包括ケア病棟入院料では骨折・外傷が最も多かった。

- ・ 地域包括ケア病棟を届け出ている理由については、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。
- ・ 緊急患者の受入患者数を一部の入院料の要件に設けているが、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関において、救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。
- ・ 地域包括ケア病棟について、病棟毎に分析した場合の、患者の入棟元の構成割合は様々であった。自宅等からの入棟患者と自院の一般病棟からの入棟患者の割合の分布を見た場合に、例えば、自院の一般病棟から多数の患者を受け入れ、自宅等からの受入が少ない病棟が一定数存在した。
- ・ その他、「自宅等から全く入棟しないパターン」、「自宅等のみから入棟しているというパターン」の地域包括ケア病棟の存在も示されており、地域包括ケア病棟の3つの役割のバランスが様々となっている、との指摘があった。
- ・ 地域包括ケア病棟の入院患者の状態に着目すると、入棟元によって患者の主傷病名に差が見られた。例えば、自宅等から入棟した患者では腰椎圧迫骨折の患者が最も多く、次いで肺炎や心不全が多かった。一般病棟から入棟した患者では大腿骨転子部骨折・大腿骨頸部骨折が多かった。
- ・ 平均在棟日数については、自宅等から入棟した患者は他の患者と比較して、平均在棟日数が短い傾向であった。
- ・ 一方で、入院の理由については、自院の一般病棟から入棟した患者は「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。
- ・ 病床種別に着目すると、療養病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合は、一般病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合と比較し、平均在棟日数が長かった。
- ・ 地域包括ケア病棟の3つの役割について、その一部しか担えていない病棟の場合の評価については、他の場合と分けて考えることも検討していくことについて、病床種別等も含めて、新たな要件等も念頭に、地域包括ケア病棟の実態等についてさらに分析が必要、との指摘があった。

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について （別添資料 P172～P195）

- 回復期リハビリテーション病棟については、回復期のリハビリテーションを充実させる目的で平成12年度診療報酬改定においてその評価が新設されて以降、質の評価を充実させる取組を進めてきたところであることから、リハビリテーションの質の適切な評価を行う観点から分析を行った。

6-1. 質の高いリハビリテーションの提供について （別添資料 P172～P191）

- ・ 過去十数年間の推移において、入棟時FIMの低下が続いていることが指摘されており、また、実績指数についても、令和元年と令和2年で比較して、令和2年の方が高い傾向にあった。
- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態の年次推移についてみると、骨折等の疾患の割合が増加してきている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1から6毎に比較した場合、受け入れている患者の状態に違いがみられた。入院料1では脳血管系疾患の患者割合が高く、入院料5や6では骨折等の状態の割合が高い傾向にあった。
- ・ 入棟時FIMで見た重症者の受入について、入院料1や2と比較すると、入院料5及び6について、入棟時FIMの点数の低い患者割合が低かった。
- ・ 入院料毎のリハビリテーションの実施単位数については、1日当たりの疾患別リハビリテーションの実施単位数・入院中の総実施単位数ともに、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。また、疾患別の実施単位数については、脳血管疾患では1日当たりの実施単位数が多く、整形疾患では少ない傾向であった。
- ・ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）を分析した。例として、1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者においては、入院料1が最も運動FIMの変化が大きく、入院料6が小さいという結果であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料において設けている診療に係る施設基準の全要件の該当状況については、入院料5及び6において、「重症者の割合」及び「リハビリテーション実績指数」を満たせていない医療機関が多かった。

6-2. リハビリテーションを要する状態について（別添資料 P192～P195）

- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態に心大血管疾患リハビリテーションの対象患者が含まれていないが、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、心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在した。
- ・ 心大血管リハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟の対象とすべき、との指摘があった。また、人員配置等に着目した分析や実態把握をさらに進めるべき、との指摘があった。

7. 療養病棟入院基本料について（別添資料 P196～P223）

- 療養病棟入院基本料は、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の該当患者割合及び看護職員配置に応じた2段階の評価に見直した。令和2年度診療報酬改定においては、看護職員配置30対1の経過措置を終了し、看護職員25対1の経過措置については、入院料を切り下げた。

- 療養病棟入院基本料届出医療機関数・病床数のうち、経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少していた。

7-1. 療養病棟入院基本料における、入院料毎の患者の状態等について

（別添資料 P196～P213）

- ・ 医療区分2・3の該当患者の占める割合について、療養病棟入院料1では95%以上が最も多く、入院料2では50%以上55%未満及び75%以上80%未満が多かった。経過措置（注11）においては、50%未満の病棟と50%以上の病棟が両方存在した。
- ・ 入院料毎の1日当たりのレセプト請求点数をみると、療養病棟入院料1、経過措置（注11）、療養病棟入院料2の順に高かった。
- ・ 療養病棟の入院患者に行われている医療等に注目すると、入院料毎によって差が見られており、入院料1及び2ではリハビリテーションの過去7日間の単位数は約5単位であったが、経過措置（注11）では約20単位であった。また、入院の理由について、経過措置（注11）では「リハビリテーションのため」が最多であった。
- ・ 各入院料で、患者の主傷病名に差がみられた。最も多い主傷病名をみると、入院料1及び2においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置（注11）においては「廃用症候群」であった。
- ・ 入院料毎に平均在院日数について、平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置（注11）を届け出ている病棟が短かった。
- ・ 入院料1と入院料2で、患者の重症度の違いを踏まえた医療従事者の配置の違いについても実態を把握してはどうか、との指摘があった。
- ・ 経過措置（注11）について、短い入院期間で、リハビリテーションを他の入院料より多く実施していること等を踏まえると、療養病棟入院基本料としての役割から少しずれており、そのあり方を検討するべき、との指摘があった。

7-2. 医療区分・ADL区分について （別添資料 P214～P223）

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、中心静脈栄養の適切な管理の推進の観点から、中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する見直しを行ったことから、その影響等について分析した。
- ・ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養を実施している状態が最も多かった。
- ・ 中心静脈栄養に該当する患者について、入院中の嚥下機能評価の有無をみたところ、ありの割合は入院料1では25.4%、入院料2では32.6%、経過措置（注11）では0%であった。嚥下機能障害については、半数程度の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。また、嚥下リハビリについては、約9割の患者で入院中に実施されたことがなかった。

- ・ 嚥下リハビリについては、脳血管疾患等リハビリテーションにおいて実施されている場合も考慮するべきではないか、との指摘があった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者の中心静脈栄養開始からの日数の平均値について、嚥下機能評価ありの患者の場合は、なしの場合と比較して、その日数が短かった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの患者の方がなしの患者と比較して、抜去予定のある患者の割合が高かった。
- ・ 令和2年度改定において要件とされた「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。
- ・ 前回改定結果による、中心静脈栄養を実施している患者数への影響等をさらに分析してはどうか、との指摘があった。

8. 障害者施設等入院基本料等について（別添資料 P224～P245）

- ・ 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者については、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- ・ 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等における「対象患者」について、病棟毎にみると、「対象患者」が90%以上入院している病棟が最も多かった。
- ・ 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうち、脳卒中患者に着目すると、療養病棟入院基本料を算定する病棟における当該疾病の患者と、医療区分、患者の医療的な状態、医師による診察の頻度、看護師による看護提供の頻度について、類似していた。
- ・ 障害者施設等入院基本料と療養病棟入院基本料において、脳卒中患者に対する医療的な状態等に大きな相違がないことを踏まえて検討すべきではないか、との指摘があった。

9. 救急医療管理加算について（別添資料 P246～P259）

- ・ 救急医療加算については、救急搬送受入の中心を担う二次救急医療機関の評価の観点及び緊急に入院を必要とする重症患者を評価の対象としている観点から、累次の改定において評価の見直しが行われてきた。

- ・ 救急医療管理加算1については、「項目ア～ケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや判断に係る施設間のばらつきが大きいこと」、救急医療管理加算2については「項目ア～ケに準ずる重篤な状態の重症度の基準が明らかでなく、ア～ケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかでないこと」といった課題を踏まえ、令和2年度の診療報酬改定において、ア～ケのうち該当する状態（加算2の場合はア～ケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）、入院時の状態に係る指標及び入院後3日以内に実施した検査等の事項を摘要欄へ記載するよう見直したことから、当該対応の影響を検証した。
- ・ 救急医療管理加算1を算定する患者について、その病態の内訳は改定前後で大きな変化はなかった。救急医療管理加算2を算定する患者について、その病態の内訳は、「その他重症な状態」である患者の割合が最も高く、60%以上を占めていた。
- ・ 救急医療管理加算1を算定する患者のうち、「意識障害又は昏睡」におけるJCS 0の患者、及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」におけるP/F比400以上又はNYHA Iの患者については、全体に占める当該患者割合が減少し、また、当該患者の割合が0～5%未満である医療機関の割合が増加した。
- ・ 救急患者は刻一刻と状態が変化するため、入院時の状態指標のみで評価することは難しい、との指摘があった一方、臨床現場での算定が簡便となるよう基準の定量化に努めた方がよい、との指摘もあった。
- ・ また、熱中症や感染症等においては輸液治療が行われる実態を踏まえ、入院後3日以内に行われた検査等に「注射」も含めると、より実態の把握に役立つのではないか、との指摘があった。

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について（別添資料 P260～P272）

- ・ 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- ・ 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。
- ・ 令和2年度入院医療等の調査においては、医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査を実施し、医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目については、届出等が困難な理由として、「人材の確保が困難」等の意見があった。
- ・ 例えば、入退院支援加算の届出が困難な理由は、「専従の看護師を配置することが出来ない」、「入退院支援部門としての設置が困難」、「社会福祉士の人員不足」といった意見があった。

- ・ 「医療資源の少ない地域に所在する医療機関の特性をみてはどうか」、「医療資源の少ない地域の特性に配慮した評価について患者の受ける医療の内容も踏まえて慎重に検討すべき」、との指摘もあった。

1 1. 横断的個別事項について （別添資料 P 273～P 305）

1 1-1. 入退院支援について （別添資料 P 273～P 282）

- ・ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院において届出が多く、算定件数は増加傾向であった。
- ・ 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。
- ・ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算 1 において、加算 2 や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。
- ・ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する施設の数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料においては、入退院支援部門の設置が要件となっているものの、入退院支援加算の届出を必ずしも伴っていなかった。
- ・ 入院時支援加算についても、急性期一般入院料 1 や特定機能病院において届出が多かった。
- ・ 入院時支援加算 2 を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外は 4～7割の実施割合となっており、特に「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」が低かった。入院時支援加算 2 の算定理由としては、「他職種の協力が必要だった」が最も多かった。

1 1-2. 認知症ケアについて （別添資料 P 283～P 288）

- ・ 令和 2 年度診療報酬改定において、質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算の評価の見直しを行った。
- ・ 認知症ケア加算の届け出医療機関・算定件数ともに増加傾向であり、認知症ケア加算 1 の届出は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院で多く、その他の入院料では認知症ケア加算 3 の届出が多かった。
- ・ 認知症ケア加算を届出していない理由として、「認知症ケアチームを設置することが困難なため」等が多かった。
- ・ 療養病棟入院基本料等の、高齢者の療養を支えることの多い病棟において、質の高い医療提供を実施する観点から、当該加算がさらに届け出られるよう、単なる要件の緩和だけでなく、適切な取組の推進に資することを念頭に、さらに分析を行うべき、との指摘があった。

11-3. 早期の回復に向けた取組について (別添資料 P289～P293)

(1) 早期離床・リハビリテーション加算

- ・平成30年度の診療報酬改定において、特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価として、早期離床・リハビリテーション加算が新設された。
- ・早期リハビリテーションの有用性は学会ガイドライン等で示されており、当該加算が算定できない病床についても、早期からのリハビリテーションを行っている場合が存在することから、当該取組をより推進すべき、という指摘があった。
- ・一方で、特定集中治療室管理料を算定する施設においても、当該加算を届け出していない医療機関が一定数存在しており、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないか、との指摘があった。

(2) 早期栄養介入管理加算

- ・令和2年度診療報酬改定において新設された早期栄養介入管理加算を算定した医療機関は、約200施設にのぼっており、早期栄養介入管理加算を算定できない特定集中治療室以外の治療室を有している施設の約6割においても、栄養アセスメントに基づき、経腸及び経口栄養法への移行や適切な栄養補給の確保等が実施されているという報告があるなど取組が進んでいる実態があった。
- ・そのほか、自立度の改善、早期の回復が進むことも学会等の資料で示されていることから、当該取組をより推進すべき、との指摘があった。

11-4. 栄養管理について (別添資料 P294～P305)

(1) 栄養サポートチーム加算

- ・平成22年度診療報酬改定において、創設された当該加算は、これまでの改定において、算定対象の入院料等の見直しがなされてきた。
- ・障害者病棟においても、栄養サポートチームの介入により、BMIやAlb値が改善した、という報告があった。

(2) 周術期の栄養管理

- ・全身麻酔の手術後絶食から栄養摂取を開始する日数は、消化器疾患の患者及び年齢が上がるほど、当該日数の長くなる患者割合が高い傾向であった。
- ・術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者が病床規模に関わらず一定程度存在している。
- ・静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期の栄養管理に関する具体的な方法が示されている。
- ・術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が短くなることや、大腿骨近位部骨折のように、術後すぐに経口摂取が可能な手術において適切な栄養管理を実施することにより、合併症発生率等が低下するという報告があった。

(3) 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理

- ・ 管理栄養士の病棟配置が規定されている回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している施設においては、常勤換算で4.2名、入院料2～5においても、3名以上配置されている。1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病棟数は、1病棟又は2病棟の施設をあわせると9割以上にのぼっていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1において、入院栄養食事指導料を出来高算定できることとなっているが、算定割合は、26.9%であった。管理栄養士の配置に着目すると、管理栄養士が配置されている病棟では、栄養食事指導料の実施割合が高く、栄養食事指導を依頼していない理由としては、「手間がかかる」、「依頼方法がわからない」という報告があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料2～6の病棟における分析では、専従管理栄養士を1名以上配置した病棟は、管理栄養士の配置が1名未満の病棟を比較して入院中の体重減少発生リスクが低値であり、また、この結果の独立した説明因子である、という報告があった。