

中央社会保険医療協議会 総会（第 489 回） 議事次第

令和3年9月22日(水) 保険医療材料専門部会終了後～
於 オンライン開催

議 題

- DPC対象病院の退出に係る報告について
- 診療報酬基本問題小委員会からの報告について

D P C制度から退出する医療機関について

- D P C制度において、診療報酬改定以外の時期に特別の理由により緊急にD P C制度から退出する場合は、中医協総会の委任を受けた「D P C合併・退出等審査会」で退出の可否を審査・決定することとしている。
- 今般、医療法人祥仁会 西諫早病院から、以下のとおりD P C制度からの退出に係る申請書が提出されたことから、令和3年9月15日に「D P C合併・退出等審査会」を開催し、退出の可否について審査を行った。
- 「D P C合併・退出等審査会」の審査の結果、D P C制度からの同病院の退出について可とする旨決定したため、同病院は、令和4年1月1日付でD P C制度から退出することとなった。

医療機関名	退出理由
医療法人祥仁会 西諫早病院	回復機能を中心とした地域包括ケア病棟に病床を転換し、同法人内の在宅事業所や介護事業所との連携を活かし更に地域密着の医療を提供する事により、地域の役割や患者層の変化に対応するため

第1 4 DPC制度からの退出について

（略）

（2）退出の手続き

③ 特別の理由により緊急に退出する必要がある場合

特別の理由により、①、②の手続きによらず緊急にDPC制度から退出する必要がある病院（特定機能病院を除く。）は、別紙10「DPC制度からの退出に係る申請書（特別の理由がある場合）」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提出すること。

当該申請書が提出された場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課にて審査及び決定することとし、必要に応じて中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。退出が認められた場合には、認められた月の4か月後の初日にDPC制度から退出するものとする。（退出が認められた月の翌々月初日以降新たに入院する患者から医科点数表による算定を行うものとする。）。

なお、審査後の決定内容は当該病院に通知するものとし、通知した決定に不服がある病院は、1回に限り別紙11に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、退出の可否を決定するものとする。

また、当該審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

（特別な理由の例）

- DPC調査に適切に参加できなくなった場合

（略）

（4）退出した病院のDPC調査への参加について

（略）

④ 特別の理由により緊急に退出する必要がある場合

特別の理由により緊急に退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、DPC調査に適切に参加しなければならないものとする。

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（C1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。
- ・ 「A2点以上かつB3点以上」又は「A3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、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。

中医協 総-2-2
3 . 9 . 2 2

中医協 診-1-2
3 . 9 . 2 2

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）
【別添】資料編

令和3年9月22日（水）

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる8項目について、令和2年度及び令和3年度の2か年で調査を実施する。
- 1年間の長期の経過措置が設けられている項目（※）など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては令和3年度調査として実施する。
 - ※ 新型コロナウイルス感染症の影響等を考慮し、経過措置の期限が延長されたものを含む。
- 令和2年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものは原則として経過措置終了後に調査期間を設定する。

【令和2年度】

- (1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）
- (2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その1）
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）
- (4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について

【令和3年度】

- (1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その2）
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その2）
- (4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その2）

令和2年度調査全体の概要①

中医協 診-1-1(改)
2 . 1 0 . 2 8

- 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」を配布する。
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。
- 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。
- 調査項目（4）をヒアリングのみで実施し、実態をより詳細に把握できるよう工夫する。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その1）	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の届出を行っている医療機関
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からD票に整理

令和2年度調査全体の概要②

中医協 診 - 1 - 1
2 . 1 0 . 2 8

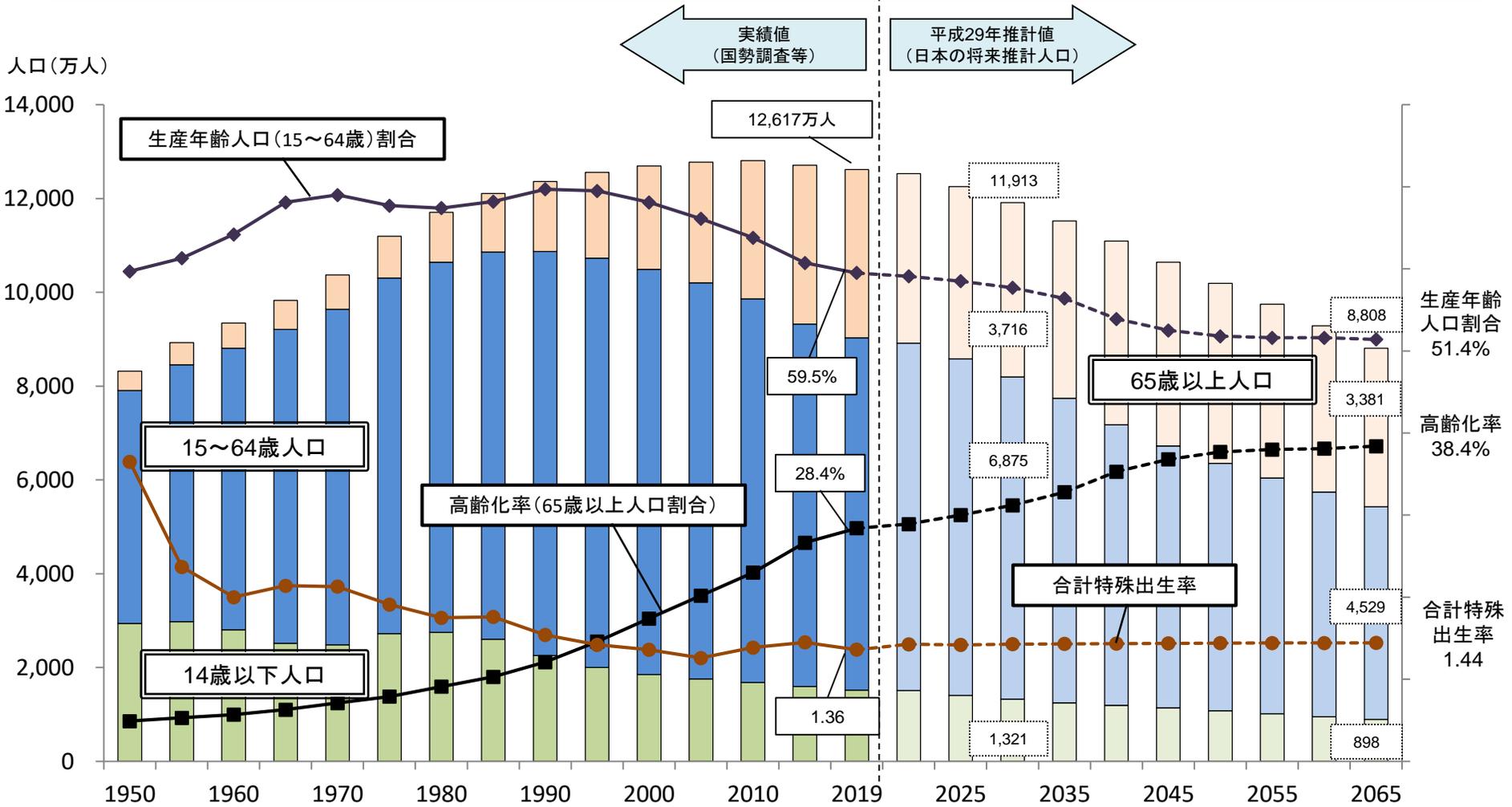
調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	急性期一般入院料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,900施設
B票	(1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1） (2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その1）	地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料等の届出を行っている医療機関	約1,900施設
C票	(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,600施設
D票	(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約800施設
ヒアリング	(4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（病院・診療所）	約10施設

令和2年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟票	患者票	退棟 患者票
A	急性期一般入院基本料、特定機能病院 入院基本料、専門病院入院基本料	1,900	942 (49.6%)	2,428	23,285	10,782
B	地域一般入院基本料、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	1,900	824 (43.4%)	691	6,872	1,223
C	療養病棟入院基本料	1,600	573 (35.8%)	367	4,202	509
D	障害者施設等入院基本料等	800	343 (42.9%)	254	2,989	257

日本の人口の推移

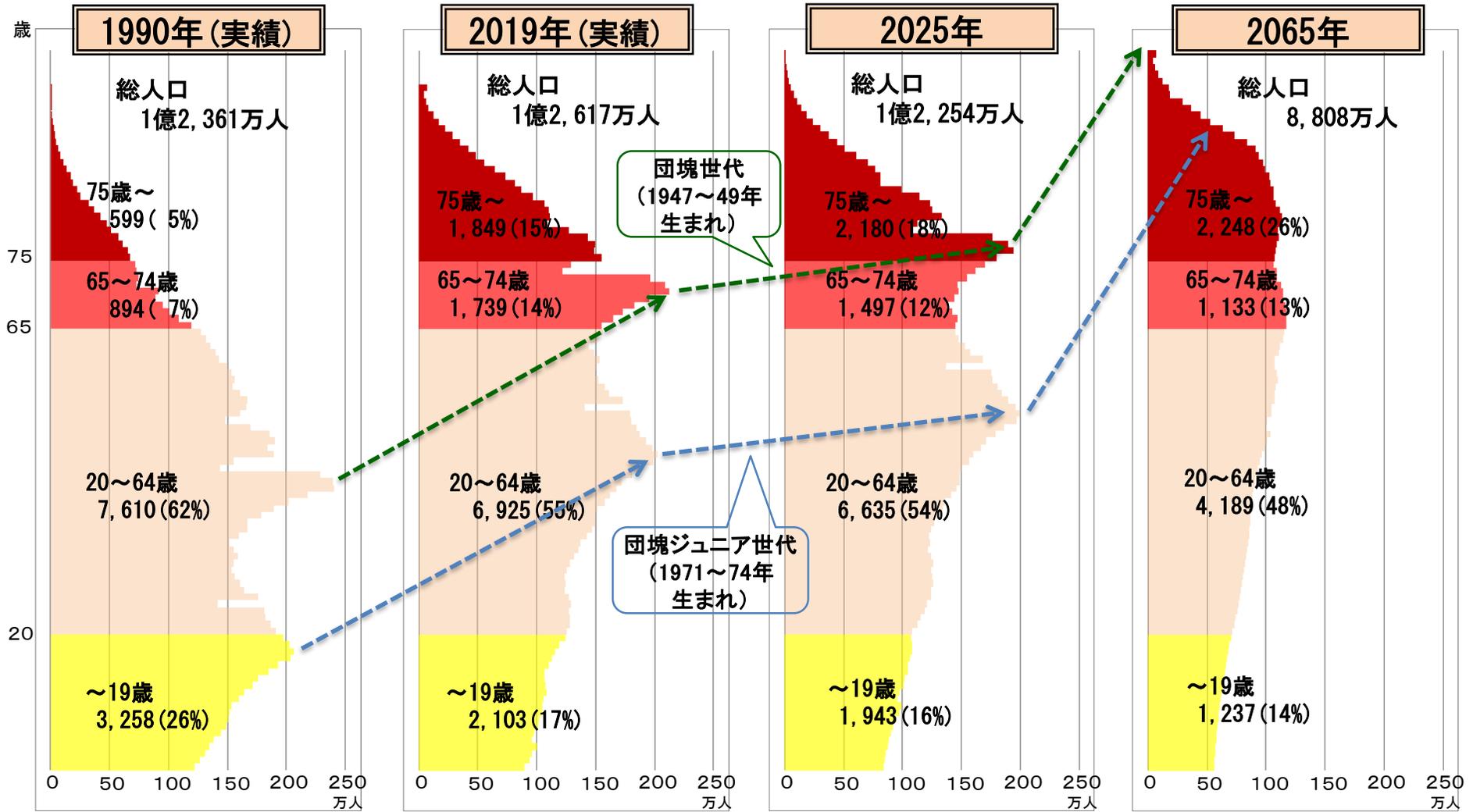
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッドの変化

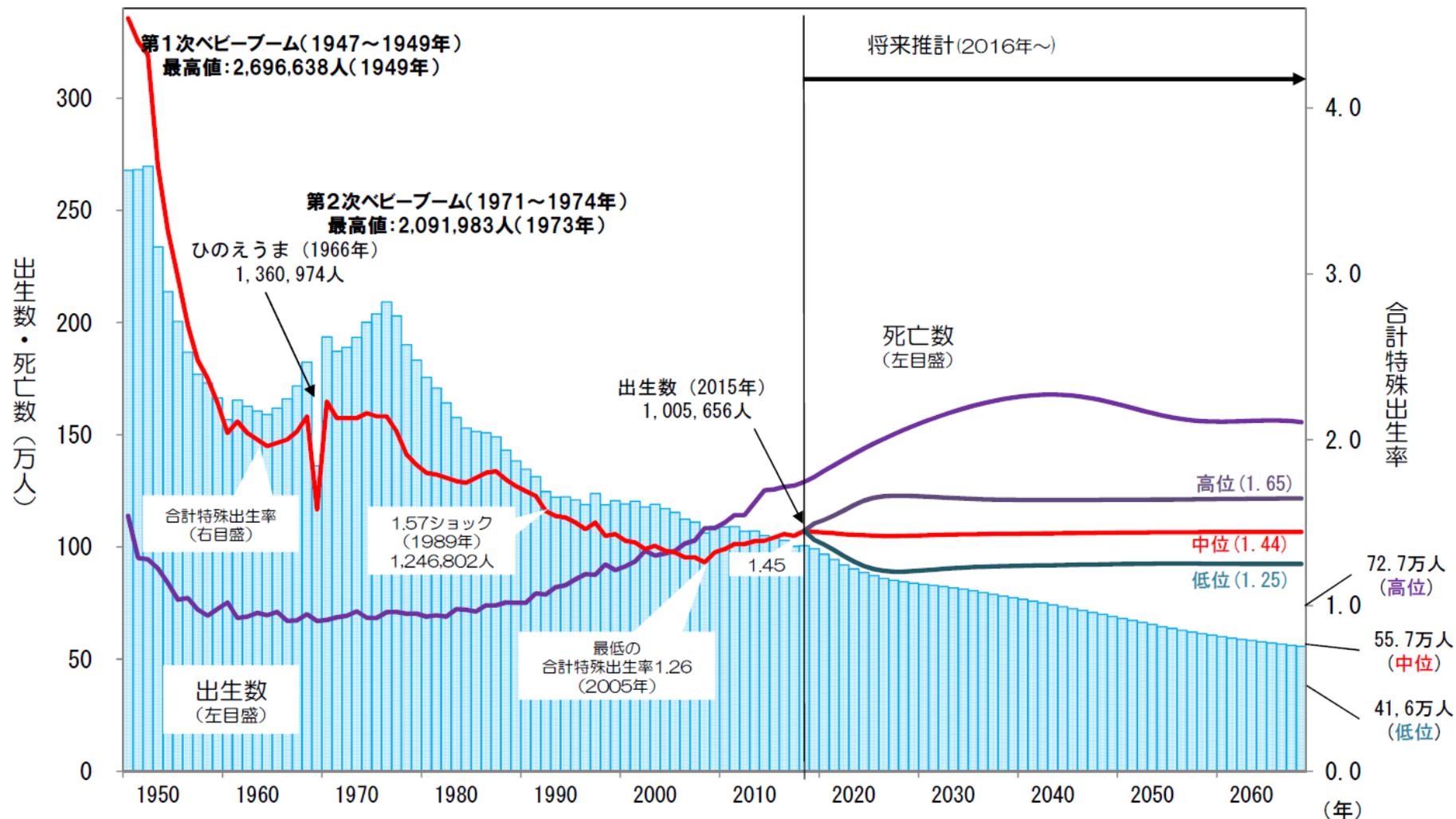
○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
 ○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

出生数及び合計特殊出生率の将来推計

○ 出生数は減少しており、今後も減少する見込み。



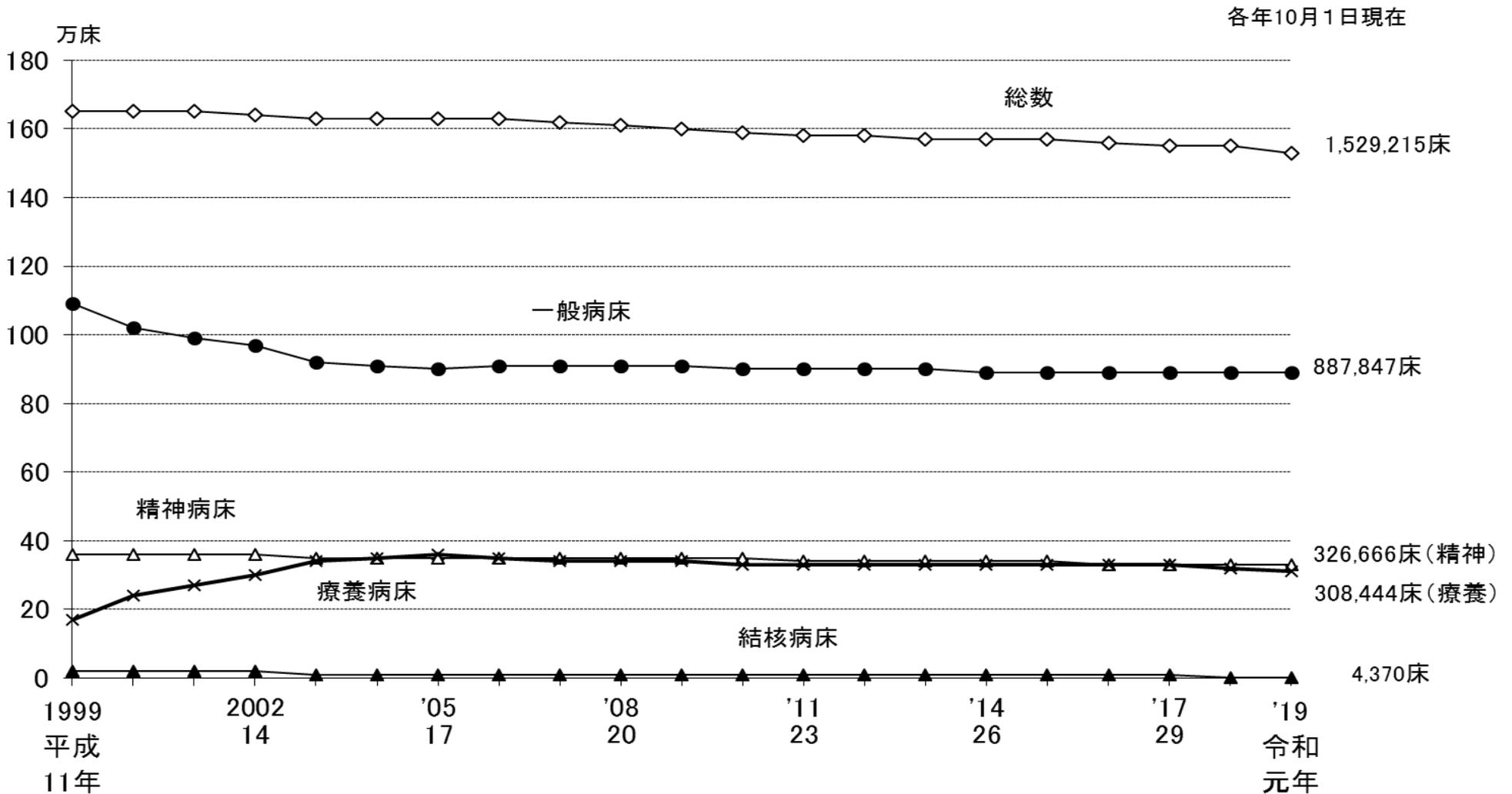
資料:2015年以前:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

2016年以降:国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」[出生中位・死亡中位推計]

(注)2015年までは確定数である。

病床の種類別にみた病床数の年次推移

○ 総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。



注:1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過旧その他病床(経過旧療養型病床群を除く。)」である。

2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過旧療養型病床群」である。

出典：医療施設調査

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

医療法の
位置付け

一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

86施設
58,570床※1
(+190床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

20施設 6,315床 (▲304床)

救命救急入院料

374施設 6,360床 (▲51床)

特定集中治療室管理料

624施設 5,235床 (▲24床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 562施設 5,440床
管理料2 30施設 316床
合計 592施設 5,756床 (+344床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

173施設 1,400床 (+82床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 108床 (+14床)

新生児特定集中治療室管理料

233施設 1,652床 (+26床)

総合周産期特定集中治療室管理料

127施設 母児・胎児 815床 (+12床)
新生児 1,653床 (+14床)

新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,840床 (+76床)

一類感染症患者入院医療管理料

32施設 103床 (±0床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	76施設	133施設	97施設	372施設	151施設
医療管理料	5,363床	6,272床	2,271床	7,971床	-
	(+126床)	(▲292床)	(+31床)	(▲125床)	

一般病棟入院基本料

592,340床 (▲12,569床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
732施設	180施設	440施設	85施設	54施設	59施設	1,550施設
48,551床	9,691床	20,336床	3,720床	2,272床	2,684床	87,254床
(+12,735床)	(▲6,338床)	(+123床)	(▲4,139床)	(+329床)	(▲374床)	(+2,336床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
998施設	1,372施設	51施設	97施設	2,518施設
31,449床	45,367床	1,398床	2,291床	80,505床
(+12,620)	(▲5,460)	(+826)	(+151)	(+8,137)

障害者施設等入院基本料

888施設
70,304床 (+1,883床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (▲6床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
106施設	102施設	32施設
5,609床	7,211床	447床
(▲172床)	(+116床)	(+16床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 306施設 5,998床
入院料2 130施設 2,648床
合計436施設 8,646床 (+283)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和元年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,938施設 66,506床 (▲2,462床)

有床診療所 (療養) 426施設 4,062床 (▲13床)

精神科救急入院料

入院料1 156施設 9,877床 (+352床)
入院料2 5施設 221床 (+5床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 353施設 16,020床 (▲134床)
入院料2 18施設 851床 (+105床)

精神病棟 1,190施設 146,886床 (▲2,838床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 374床 (▲50床)
児童・思春期精神科入院 44施設 1,408床 (+140床)

精神療養病棟入院料

825施設 91,209床 (▲763床)
地域移行機能強化病棟入院料 39施設 1,377床 (▲289床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 521施設 36,518床 (+1,234床)
入院料2 7施設 660床 (±0床)

結核病棟 165施設 3,900床 (▲181)

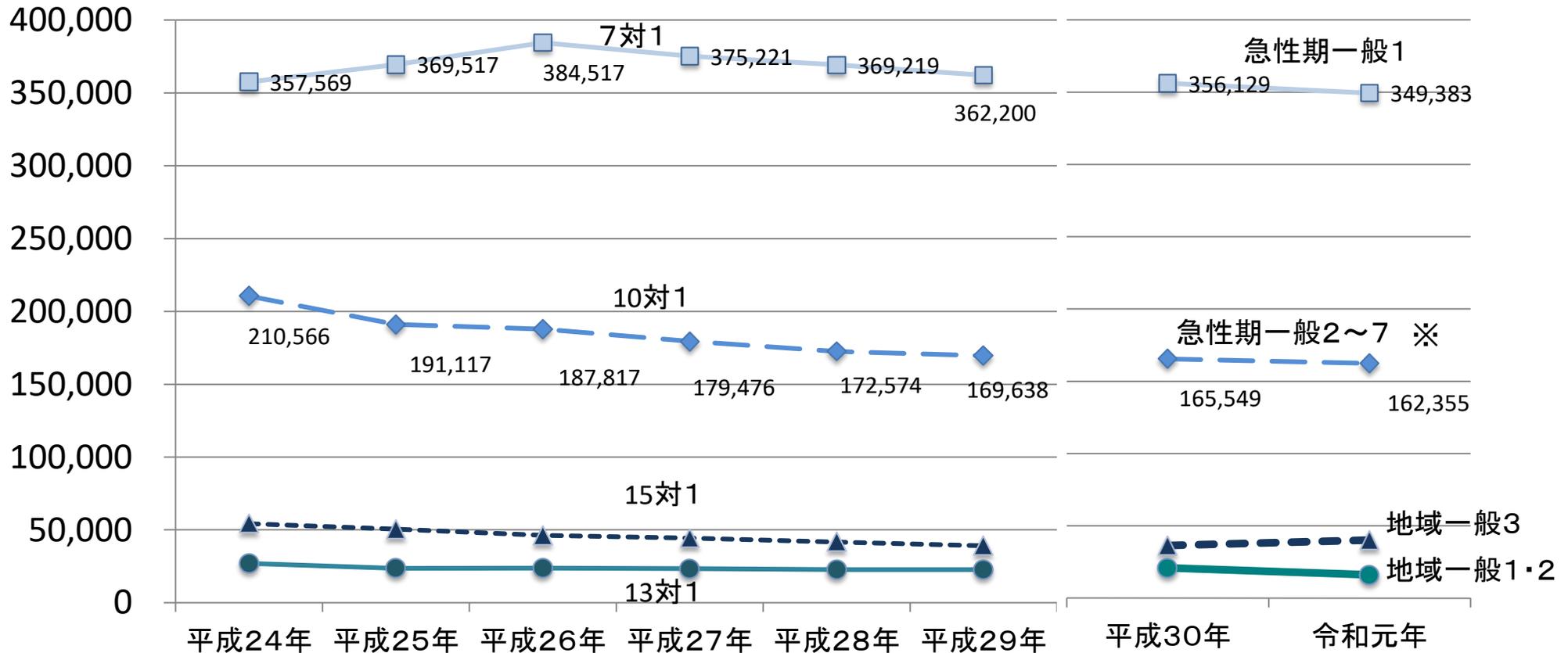
入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

○ 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多いが、平成26年以降、減少傾向。その他の入院料は横ばい。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※

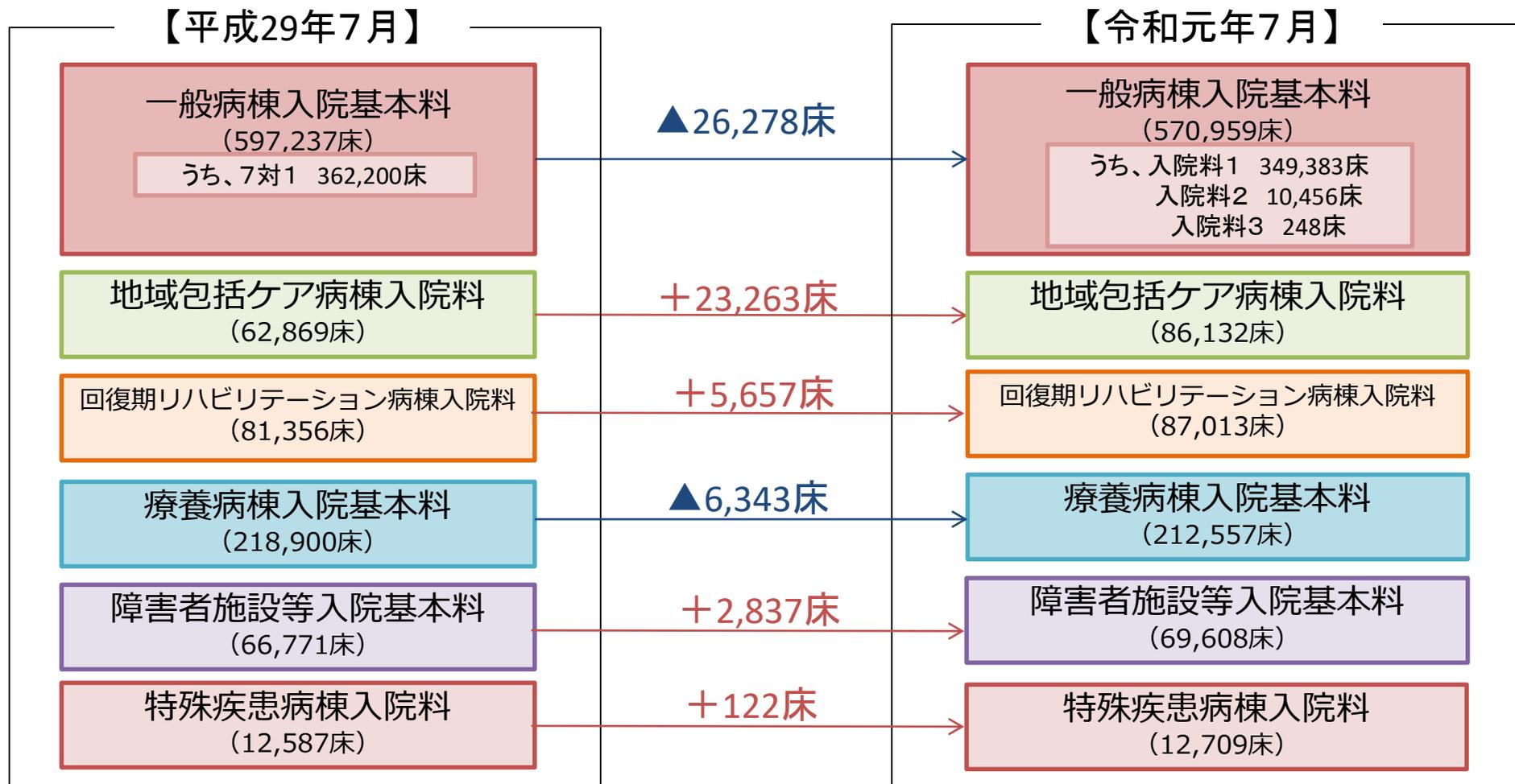
	平成30年	令和元年
急性期一般2・3	5,399	10,704
急性期4~7	160,150	151,651

出典：各年7／1の届出状況。保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

病床数の推移について(概要)

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和元年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



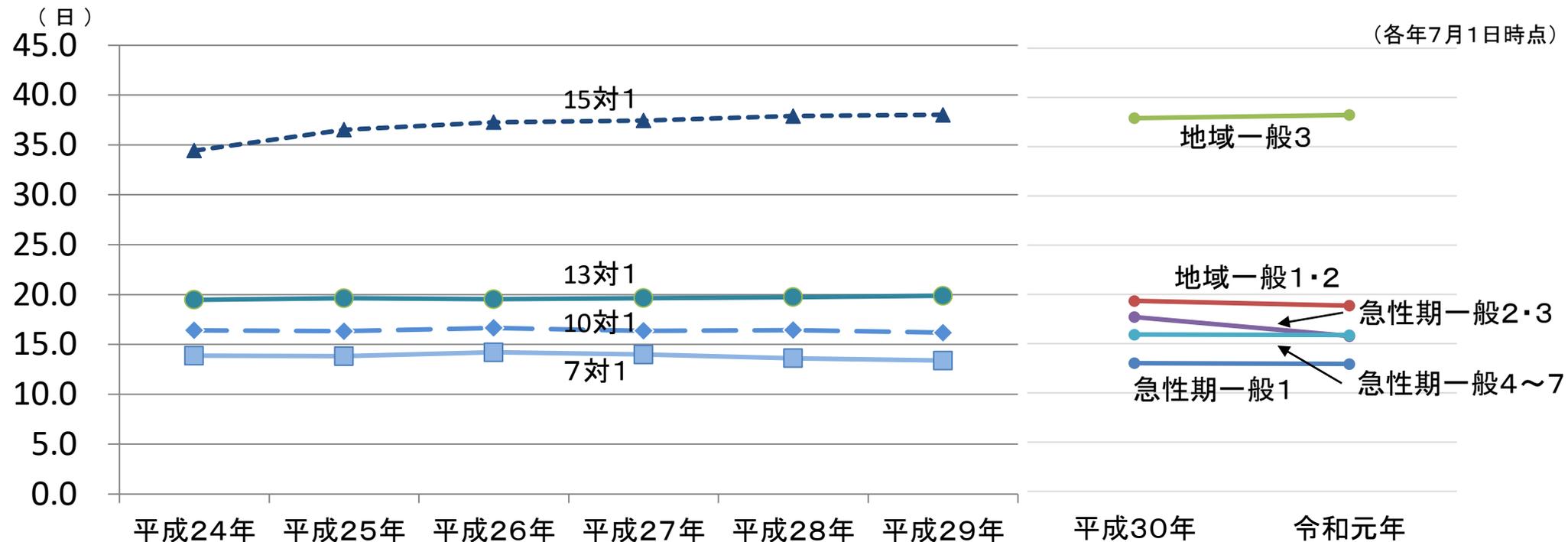
出典：保険局医療課調べ

※各年7月1日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



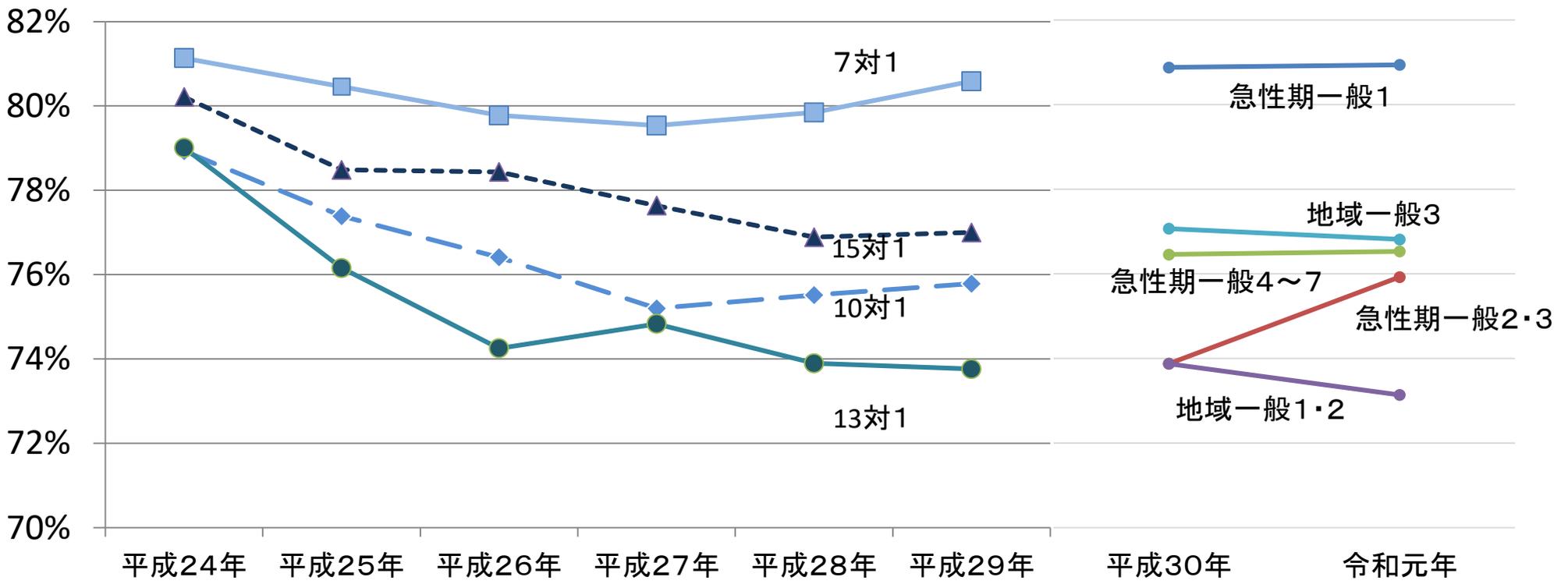
(参考)施設類型毎の在院日数の平均

施設類型	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
大学病院本院群	13.35	13.11	12.79	12.43	12.21
DPC特定病院群	11.98	11.81	11.62	11.44	11.34
DPC標準病院群	12.60	12.27	12.04	11.86	11.76
DPC準備病院	13.23	13.01	12.77	12.65	12.53
出来高算定病院	13.94	13.86	13.83	13.58	13.57

入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

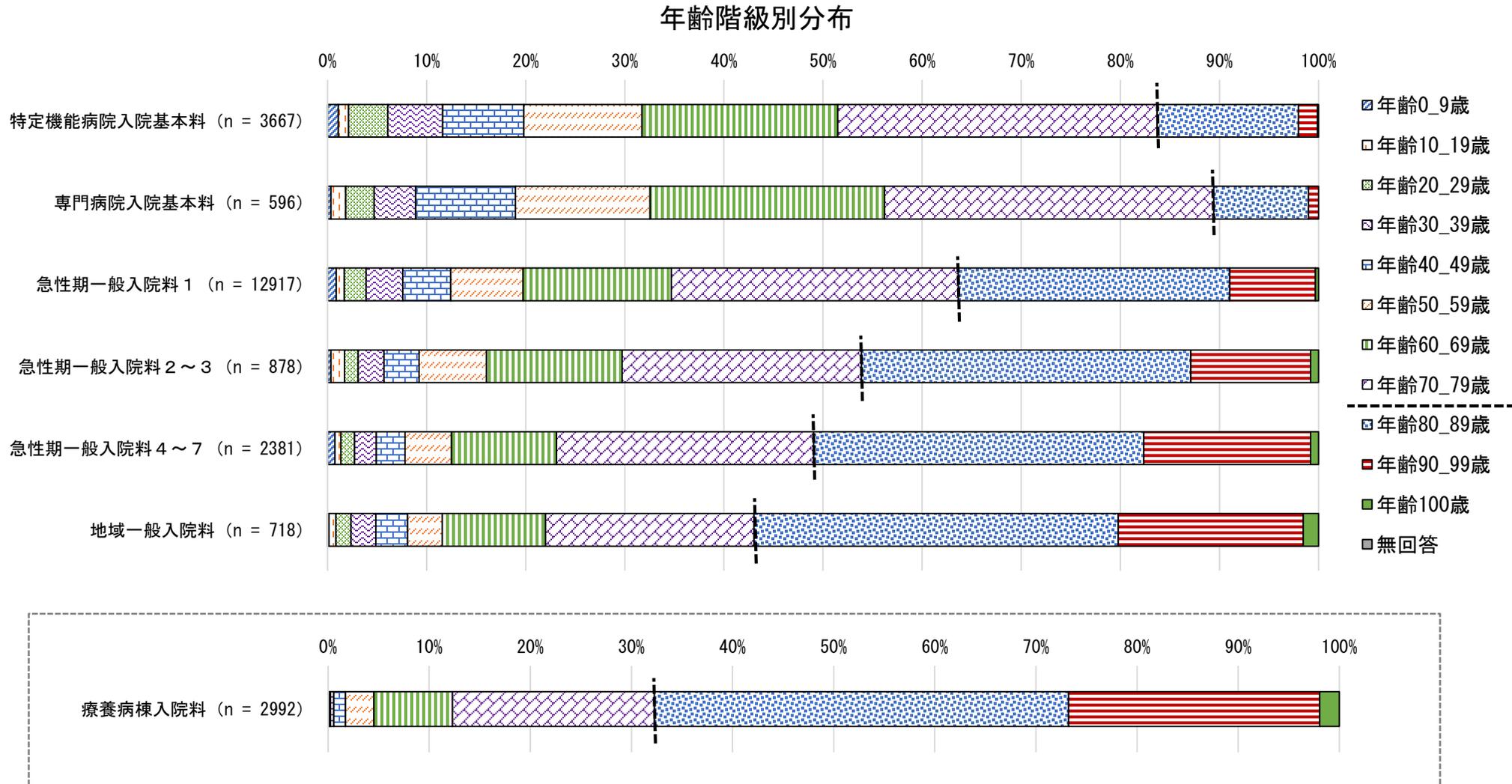
○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。全体的に、平成30年度改定以降、病床稼働率は減少している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したのもの
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料ごとの年齢階級別分布

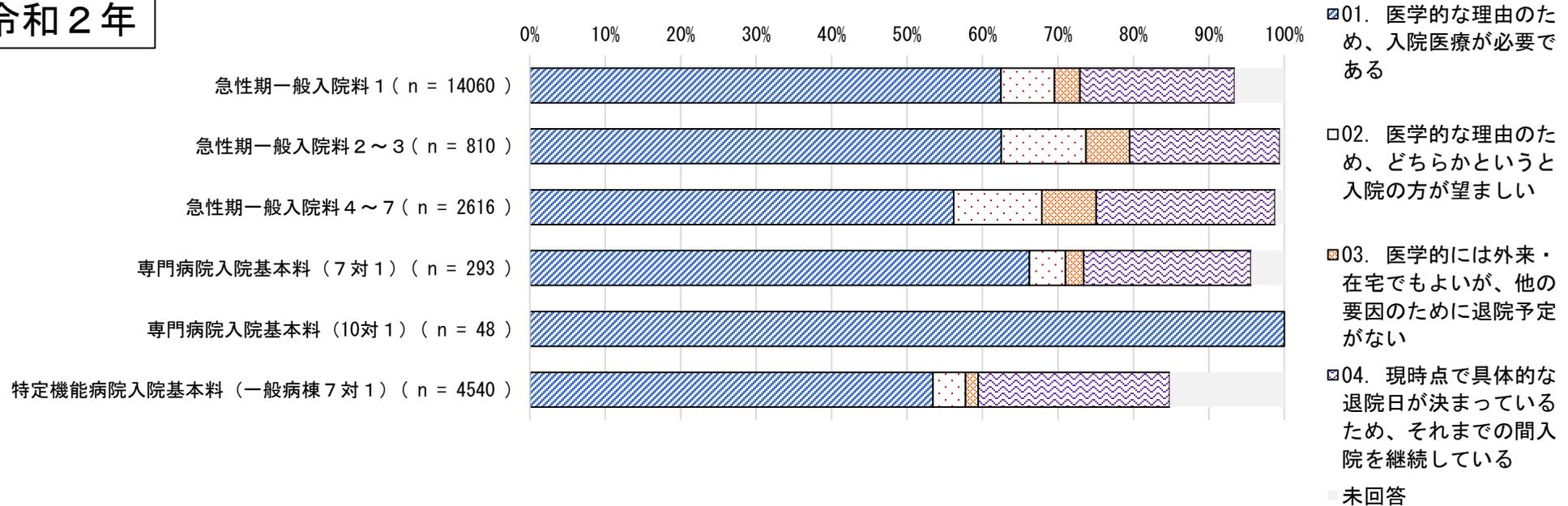
○ 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、急性期一般入院料1は、その他の急性期一般入院料や地域一般入院料と比較して、高齢である患者の割合が低かった。



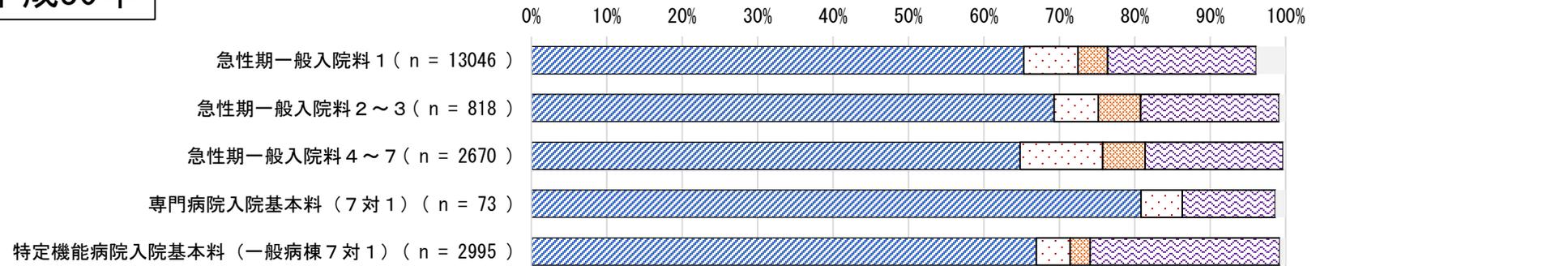
入院料ごとの入院継続の理由

○ 入院ごとの入院継続の理由については、「医学的な理由のため、入院医療が必要である」が最も多く、次に「現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している」が多かった。

令和 2 年



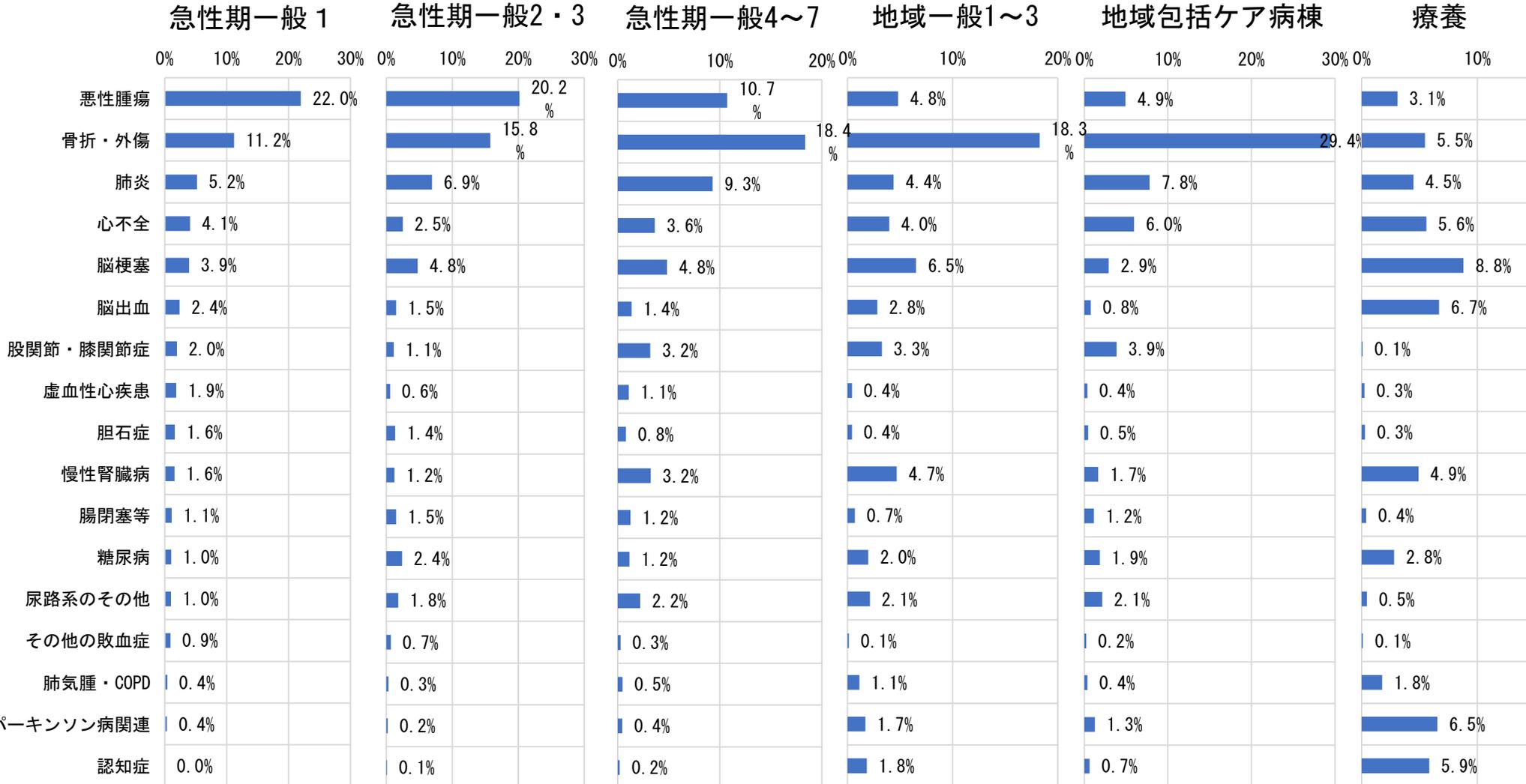
平成30年



入院料ごとの入院患者の主な傷病

○ 急性期一般入院料 1 や 2・3 では悪性腫瘍が最も多く、急性期一般入院料 4～7 や地域一般入院料、地ケア病棟は骨折・外傷が最も多かった。療養病棟では疾患のバラツキが大きかった。

入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

1-1. 重症度、医療・看護必要度について

1-2. 急性期入院医療の評価について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
	I:救急搬送後の入院(5日間)	なし	—	あり
	II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)			

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
	23 別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

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

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

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

1-1. 重症度、医療・看護必要度について

1-1-1. 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

1-1-2. 個別項目に着目した分析

1-2. 急性期入院医療の評価について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

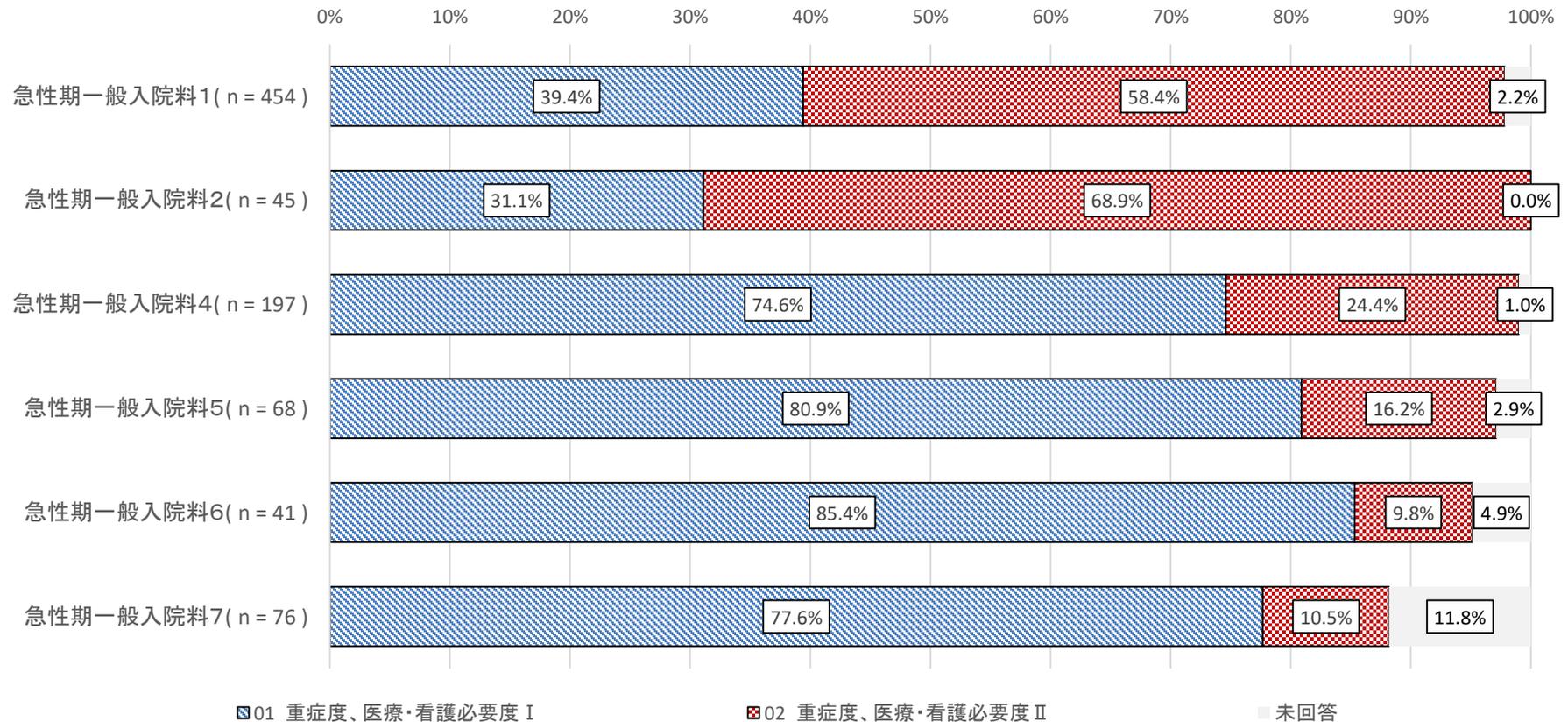
11. 横断的個別事項について

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

- 重症度、医療・看護必要度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。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2年11月1日時点）



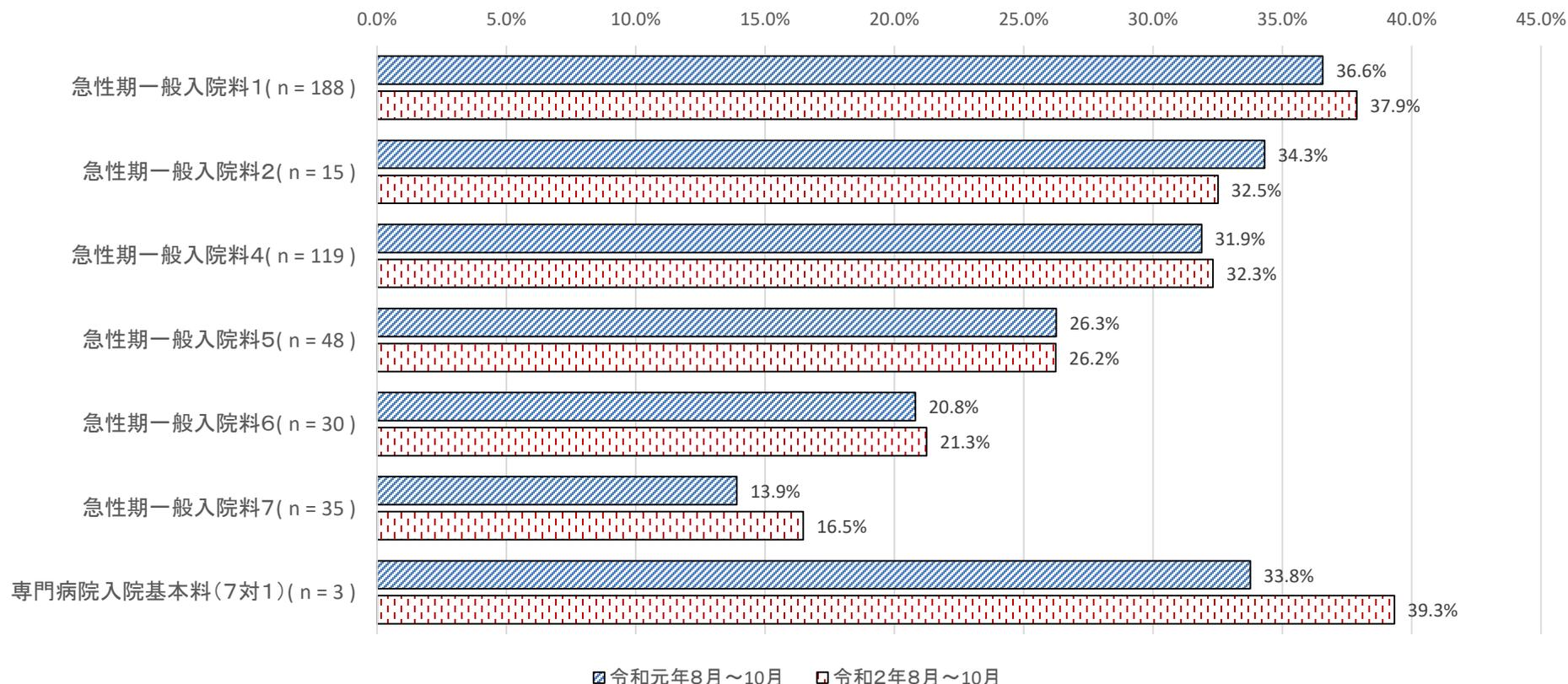
※ n = 2 以下の入院料を除く

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合の比較 (R1/R2)

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

○ 重症度、医療・看護必要度 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かった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度 I の判定基準を満たす患者割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)

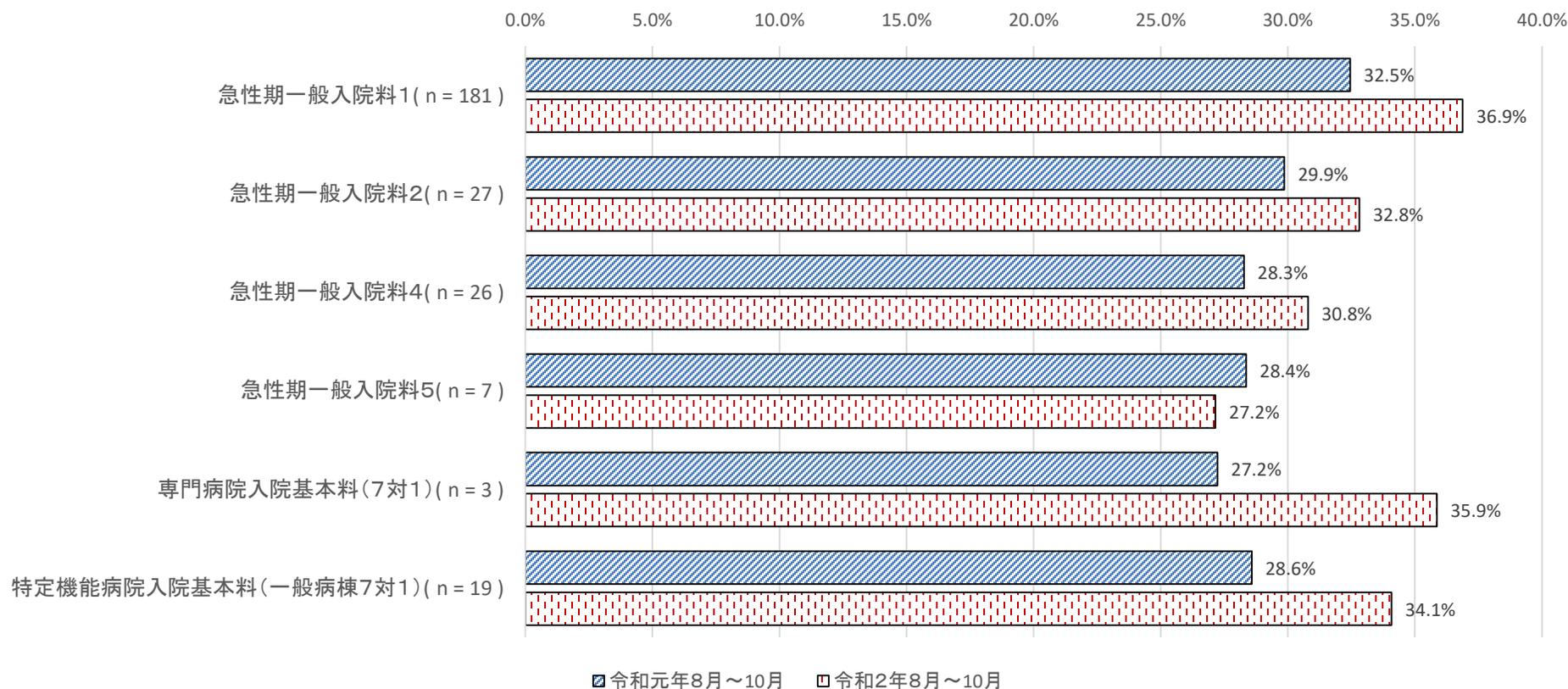


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の比較 (R1/R2)

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が割合が高い傾向にあった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



※ n=2 以下の入院料は除く

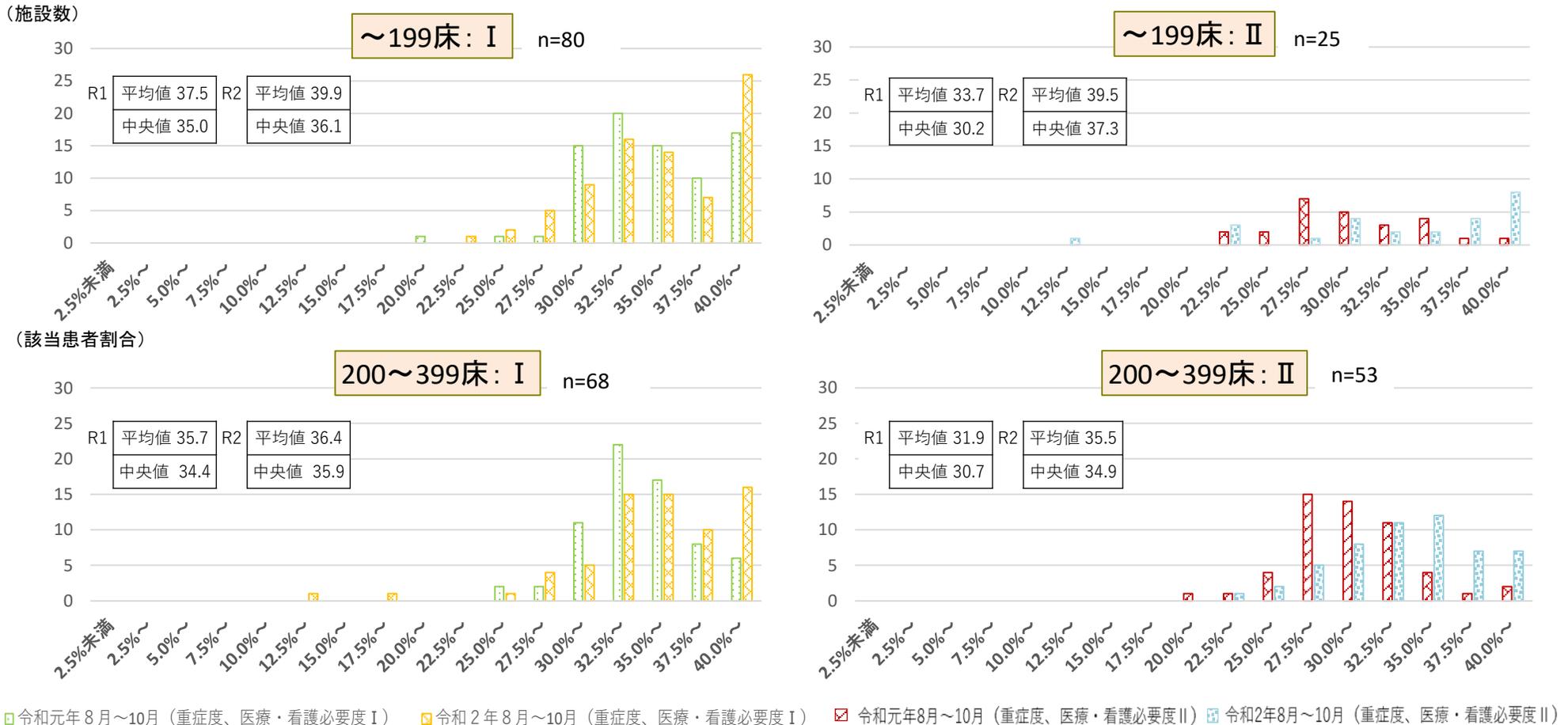
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (R1/R2)

診調組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

○ 急性期一般入院料1において、病床規模別に改定前後の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの該当患者割合の分布をみると、必要度Ⅱでは、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。

【急性期一般入院料1】改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布

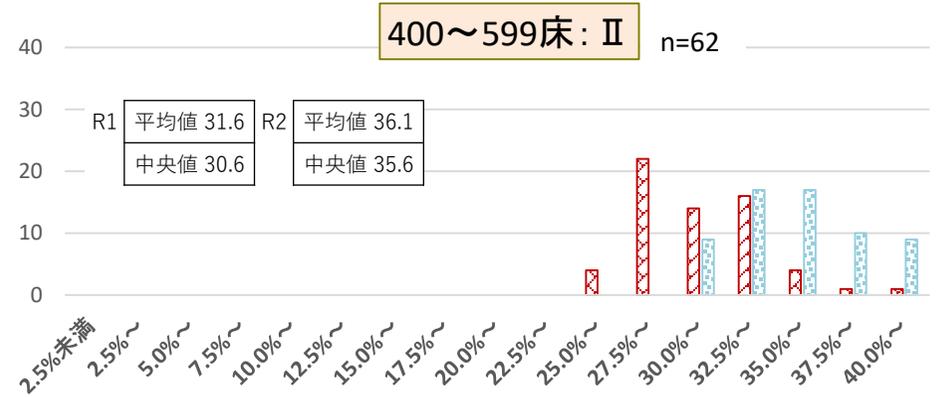
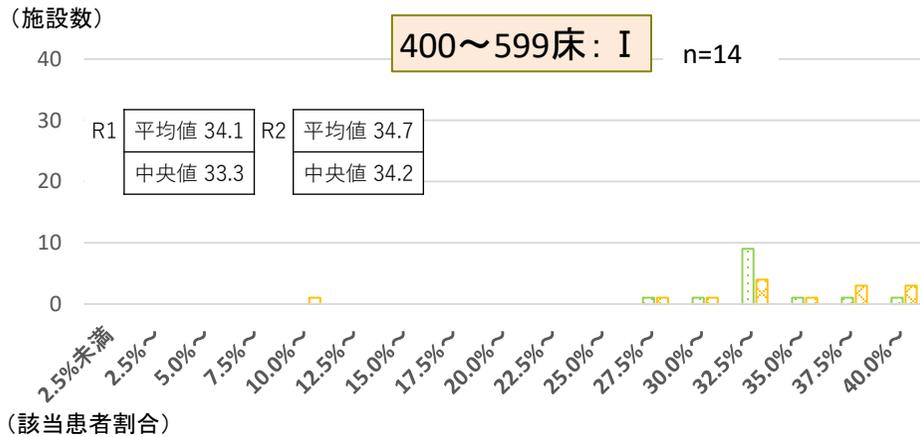


急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (R1/R2)

診調組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

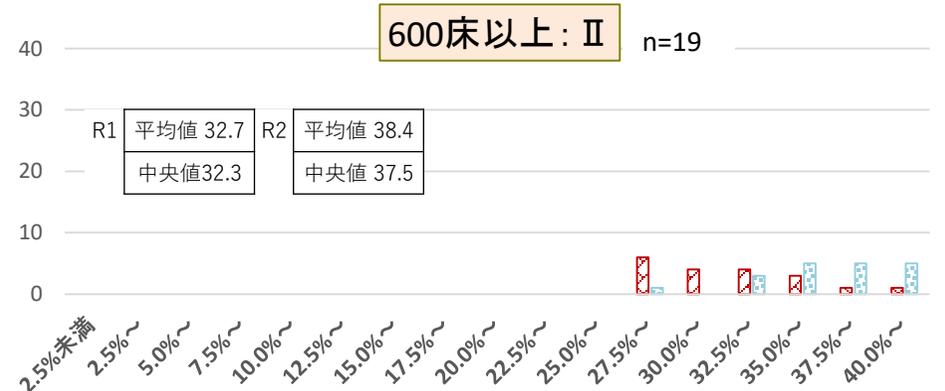
○ 急性期一般入院料1において、病床規模別に改定前後の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの該当患者割合の分布をみると、必要度Ⅱでは、改定後の方が該当患者割合の高い医療機関が多い傾向にあった。

【急性期一般入院料1】改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布



■ 令和元年8月～10月 (重症度、医療・看護必要度Ⅰ) ■ 令和2年8月～10月 (重症度、医療・看護必要度Ⅰ)

■ 令和元年8月～10月 (重症度、医療・看護必要度Ⅱ) ■ 令和2年8月～10月 (重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



※2.5%未満には0%と回答したものを含む ※届出区分又は病床規模が無回答のものは除く
※R1とR2の両方を回答したもののみ集計

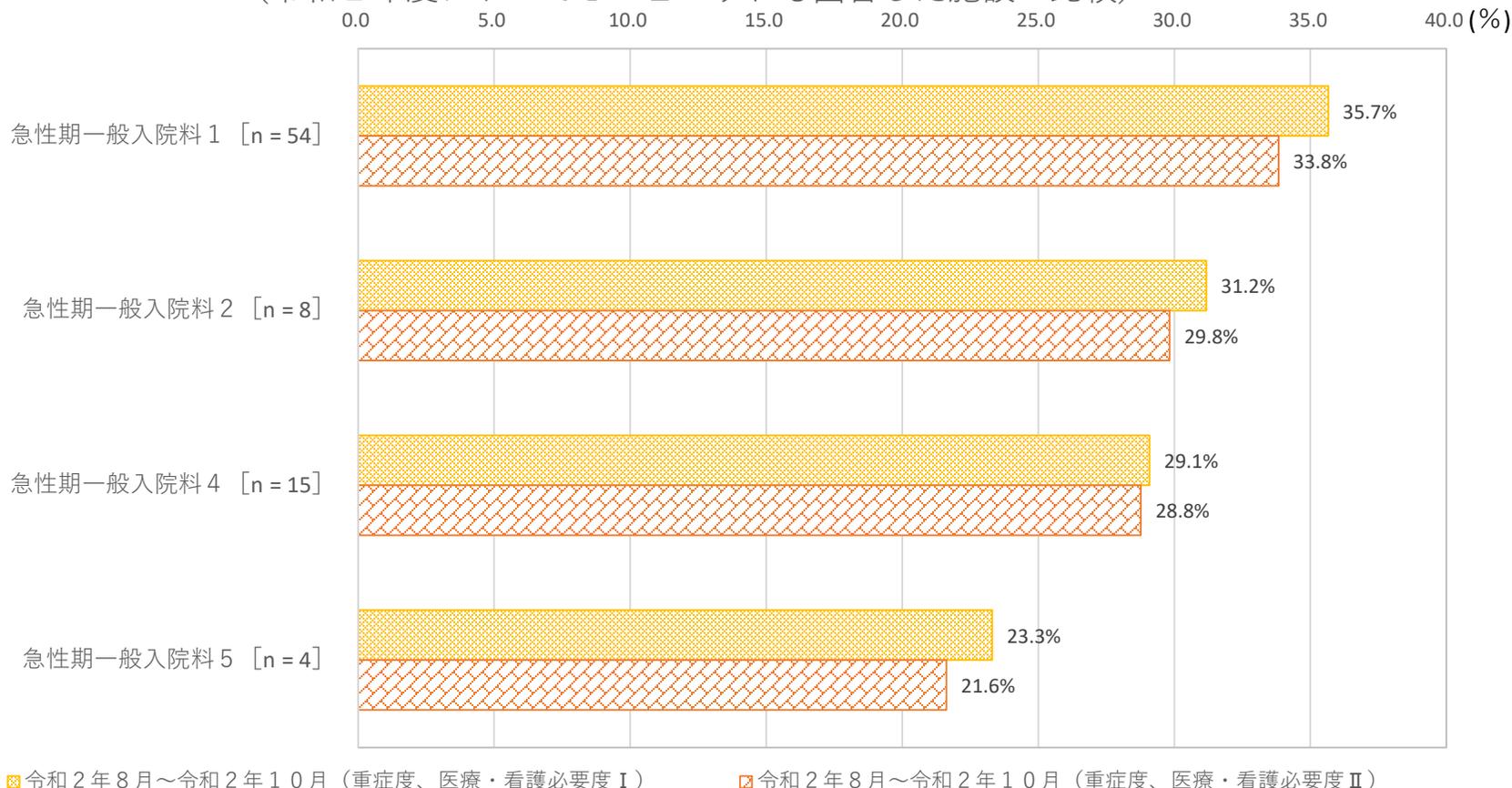
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、令和2年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合

（令和2年度においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）

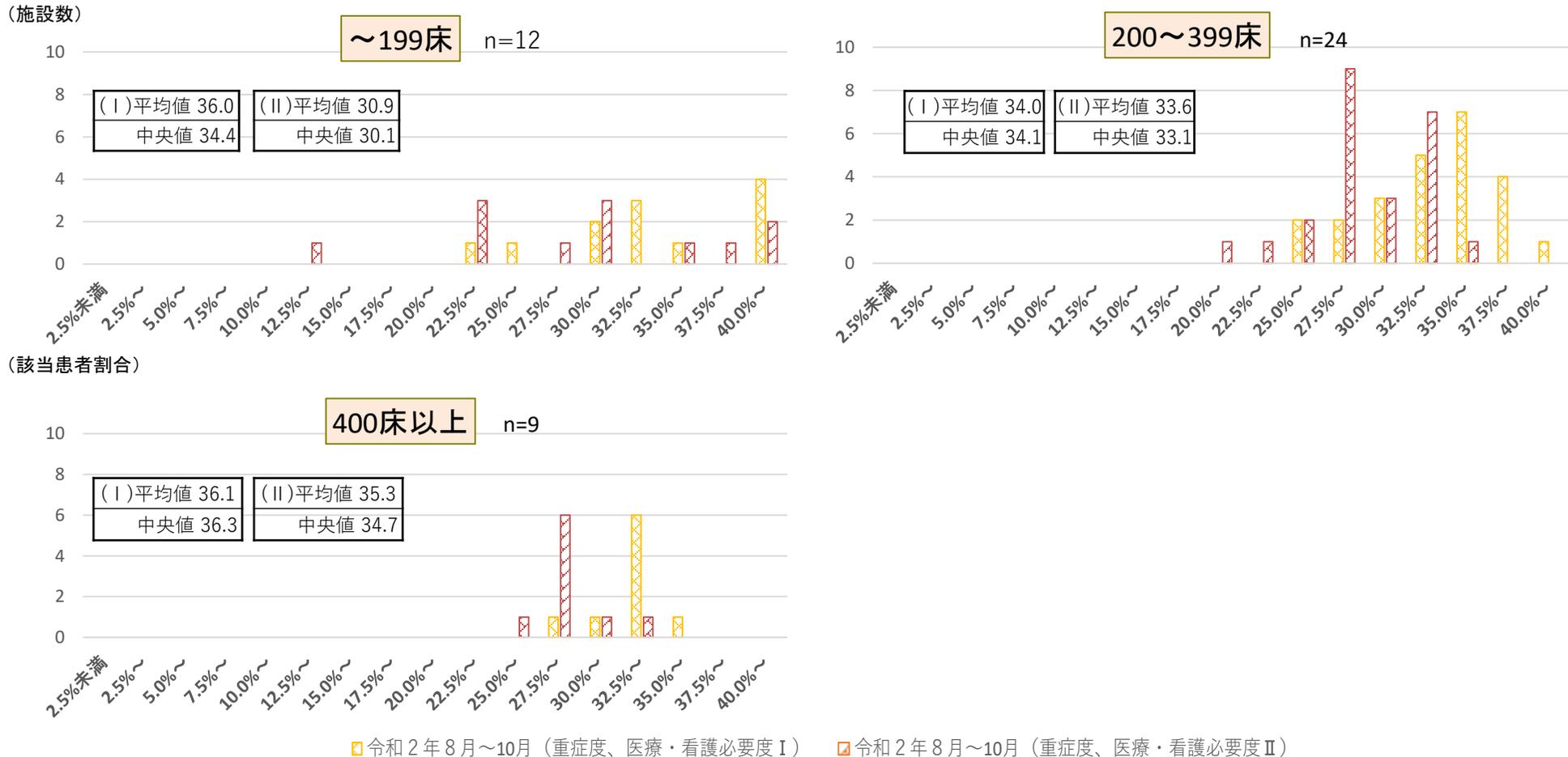


※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票） ※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

○急性期一般入院料 1 において、病床規模別に重症度、医療・看護必要度 I と II の該当患者割合の分布をみるとどの病床規模においても、II よりも I の割合が高い傾向にあった。

【急性期一般入院料1】重症度、医療・看護必要度 I 及び II の基準を満たす患者割合の分布
(R2において I・II いずれも回答した施設の比較)



重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへ移行した施設についての分析

- 令和2年度に必要度Ⅱを届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96施設だった。
- 96施設について開設者別にみたところ、医療法人、公立が多かった。
- 病床規模についてみたところ、200床未満と400床以上が多かった。

必要度Ⅰから必要度Ⅱに移行した医療機関（96施設）

開設者別	1) 国立	7	R2	急性期一般入院料 1	52
	2) 公立	22		急性期一般入院料 2	1
	3) 公的	10		急性期一般入院料 3	0
	4) 社会保険関係	0		急性期一般入院料 4	22
	5) 医療法人	27		急性期一般入院料 5	7
	6) その他の法人	19		急性期一般入院料 6	2
	7) 個人	1		急性期一般入院料 7	6
	不明	10		特定機能病院 7 : 1	6
	合計	96		合計	96
病床規模別	～199床	35			
	200～399床	16			
	400床～	34			
	不明	11			
	合計	96			

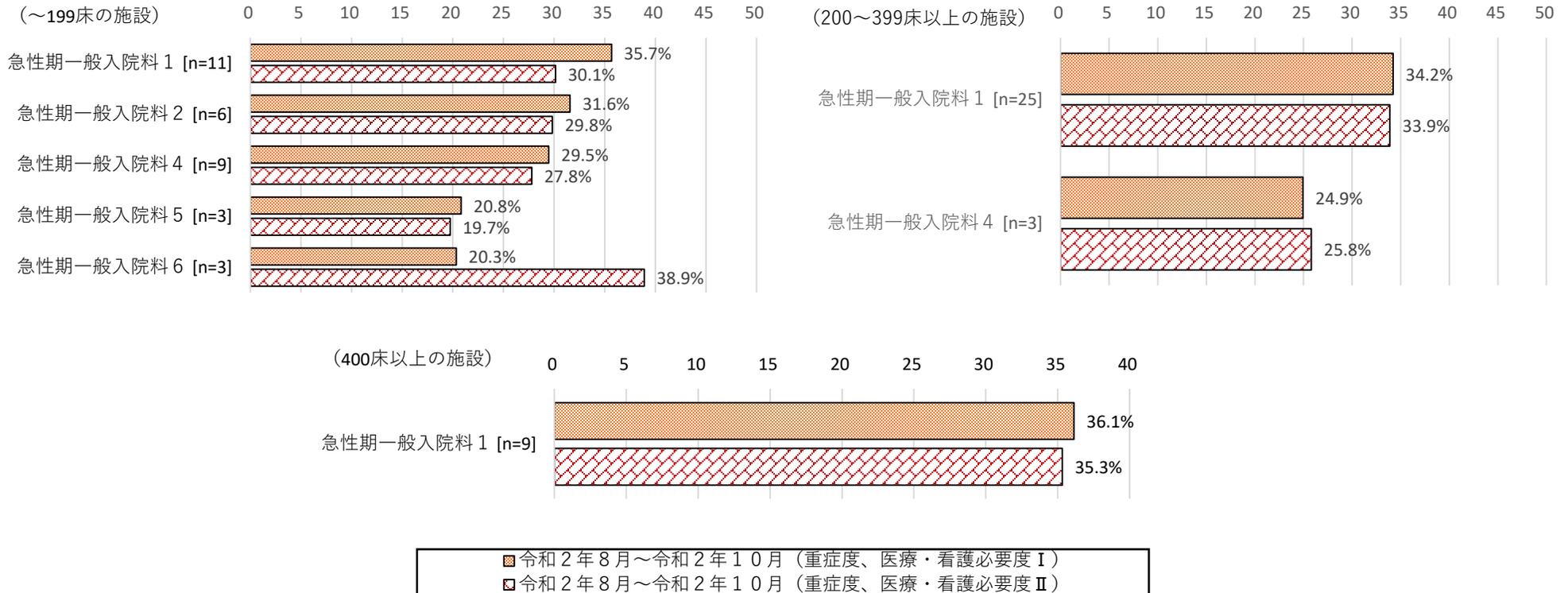
※R2年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関:419施設

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設についての分析

○ 令和2年度において、必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設について、病床規模を確認したところ、400床未満の医療機関が8割以上であった。

令和2年度において必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設

規模別	施設数
～199床	32
200～399床	32
400以上	11



急性期一般入院料 4 における改定前の届出区分

- 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。
- 急性期一般入院料 6・7 からの変更も存在した。

令和2年入院料4の医療機関における、令和元年時点の入院料別医療機関数

急性期一般入院料 1	1
急性期一般入院料 4	78
急性期一般入院料 5	31
急性期一般入院料 6	12
急性期一般入院料 7	4
地域一般入院料 1	2
不明 (R 1 の届出区分不明)	2
合計	130

コロナ患者受入医療機関／非受入医療機関の分析について

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 1 6

○ 医療機関のコロナ患者受け入れに関する分析では、次の分類を用いた。

新型コロナ患者受入等

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

A票：問1-4
B～D票：問1-5

※ 上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

コロナ患者受入医療機関／非受入医療機関の分析においては、「コロナ受入あり」「コロナ受入なし」を以下のとおり分類した。

「コロナ受入あり」

A票～D票：コロナ受入分析期間で、アに一度でも該当している医療機関

「コロナ受入なし」

A票～D票：コロナ受入分析期間で、アに該当していない医療機関

※コロナ受入分析期間

令和2年4～6月、令和2年4～9月、令和2年8～10月

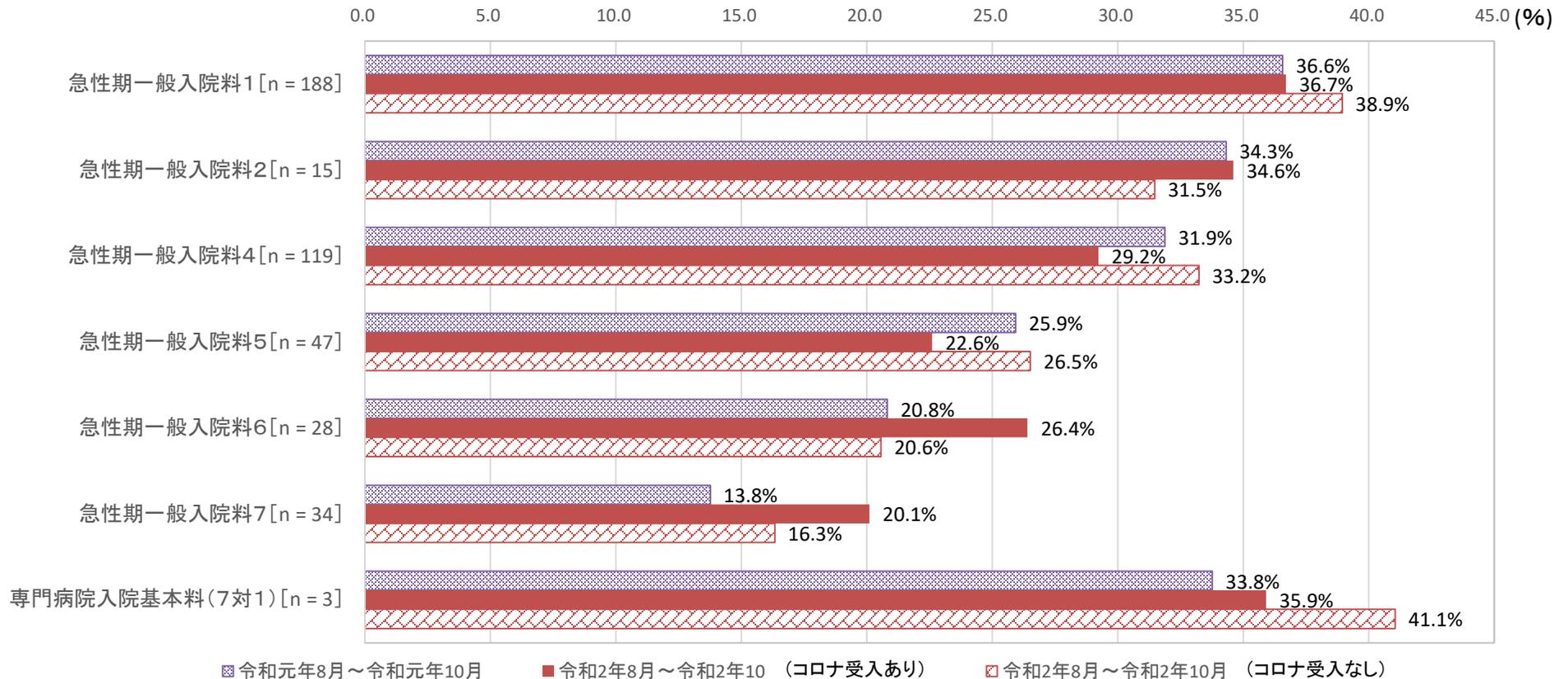
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合 (R1/R2コロナ有無)

コロナ

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの患者割合は、急性期一般入院料1、4、5、専門病院入院基本料（7：1）において、令和2年度コロナ受入ありの施設の割合が低くなる傾向にあった。

診調組 入 - 1
3 . 6 . 1 6

重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したのもののみ集計

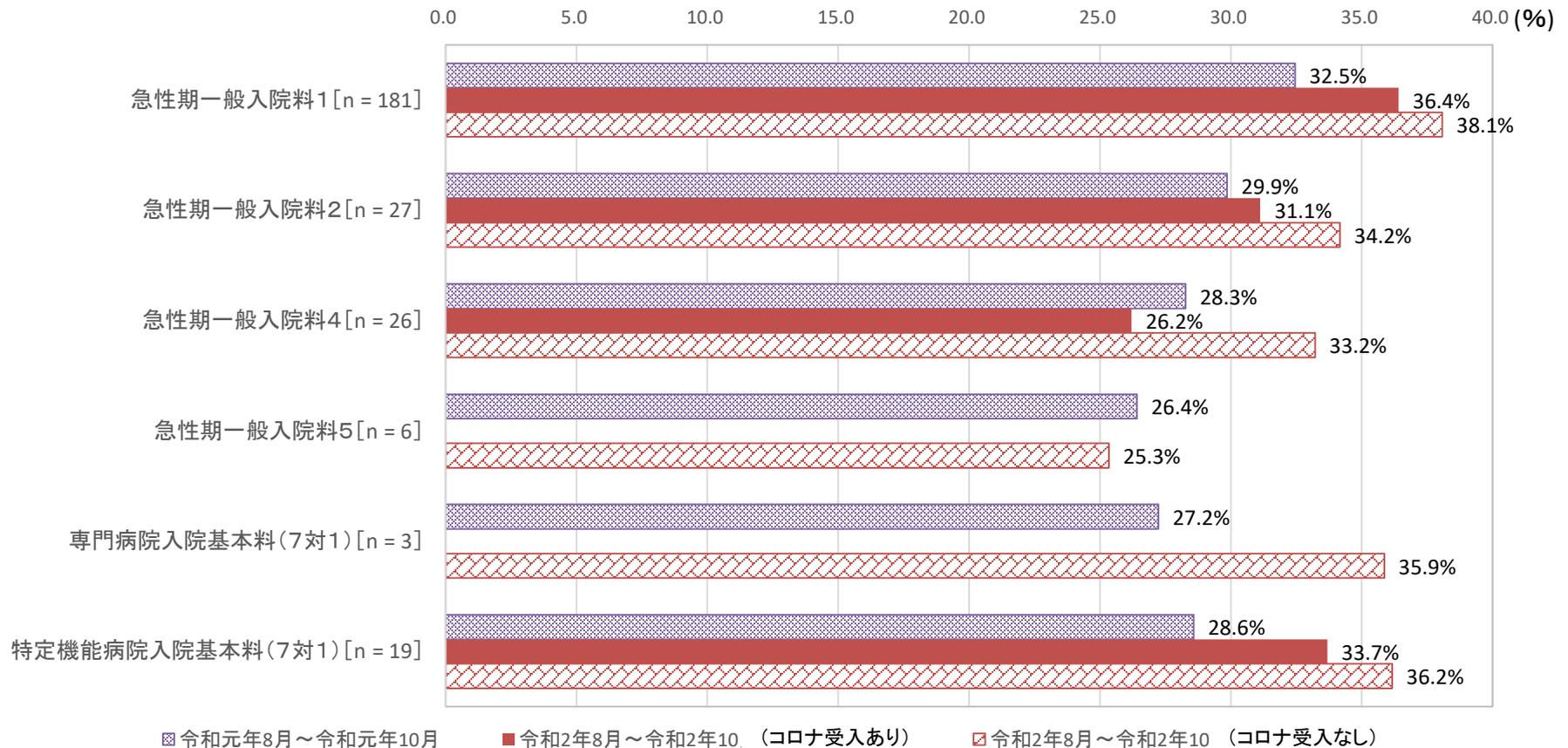
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合 (R1/R2コロナ有無)

コロナ

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合は、全体的に令和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。

診調組 入 - 1
3 . 6 . 1 6 改

重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合
(R1・R2いずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

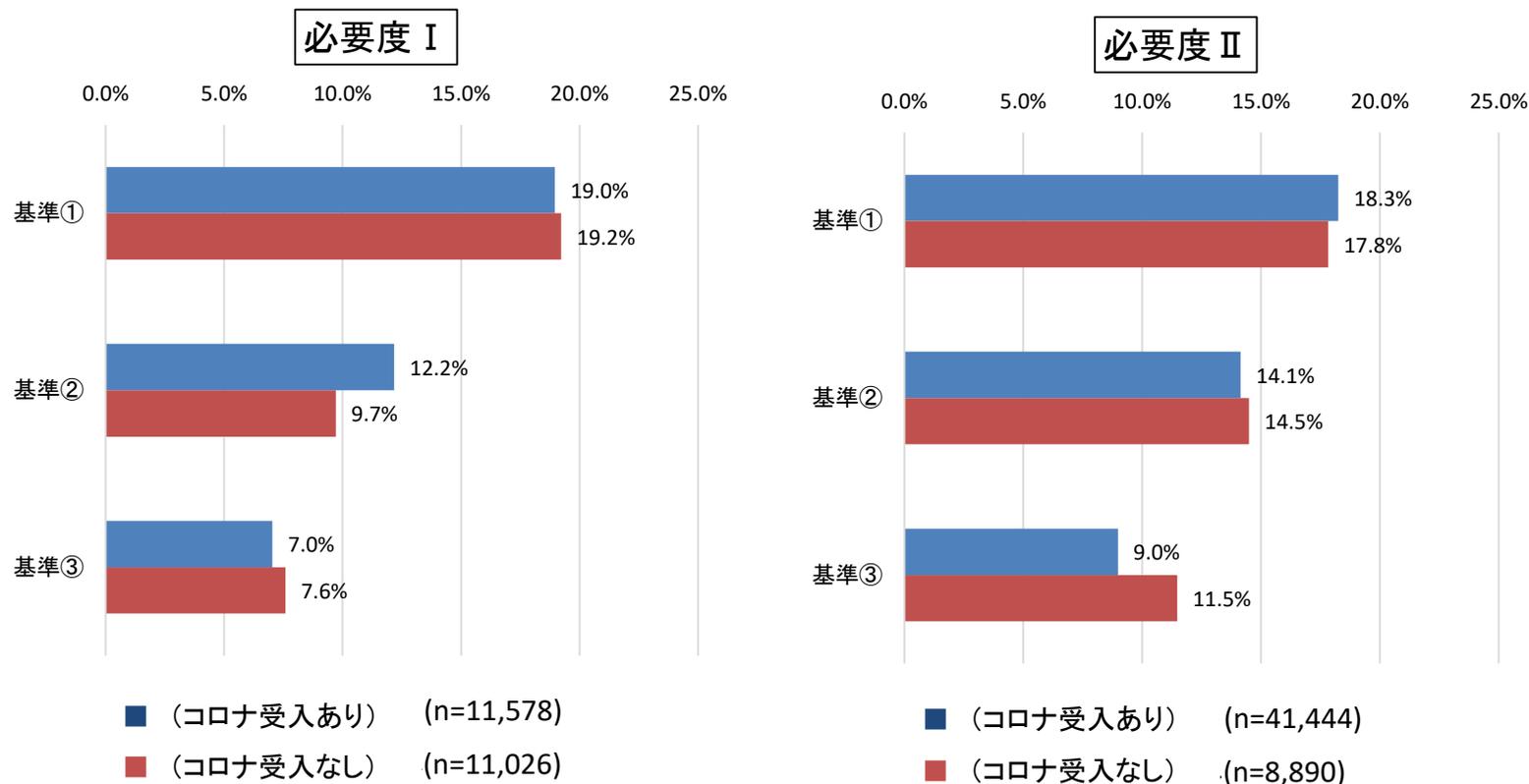
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみると、基準③については、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の割合が低かった。

診調組 入 - 1
3 . 6 . 1 6



基準①:
A2点以上かつB3点以上
基準②:
A3点以上
基準③:
C1点以上

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

1-1. 重症度、医療・看護必要度について

1-1-1. 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

1-1-2. 個別項目に着目した分析

1-2. 急性期入院医療の評価について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

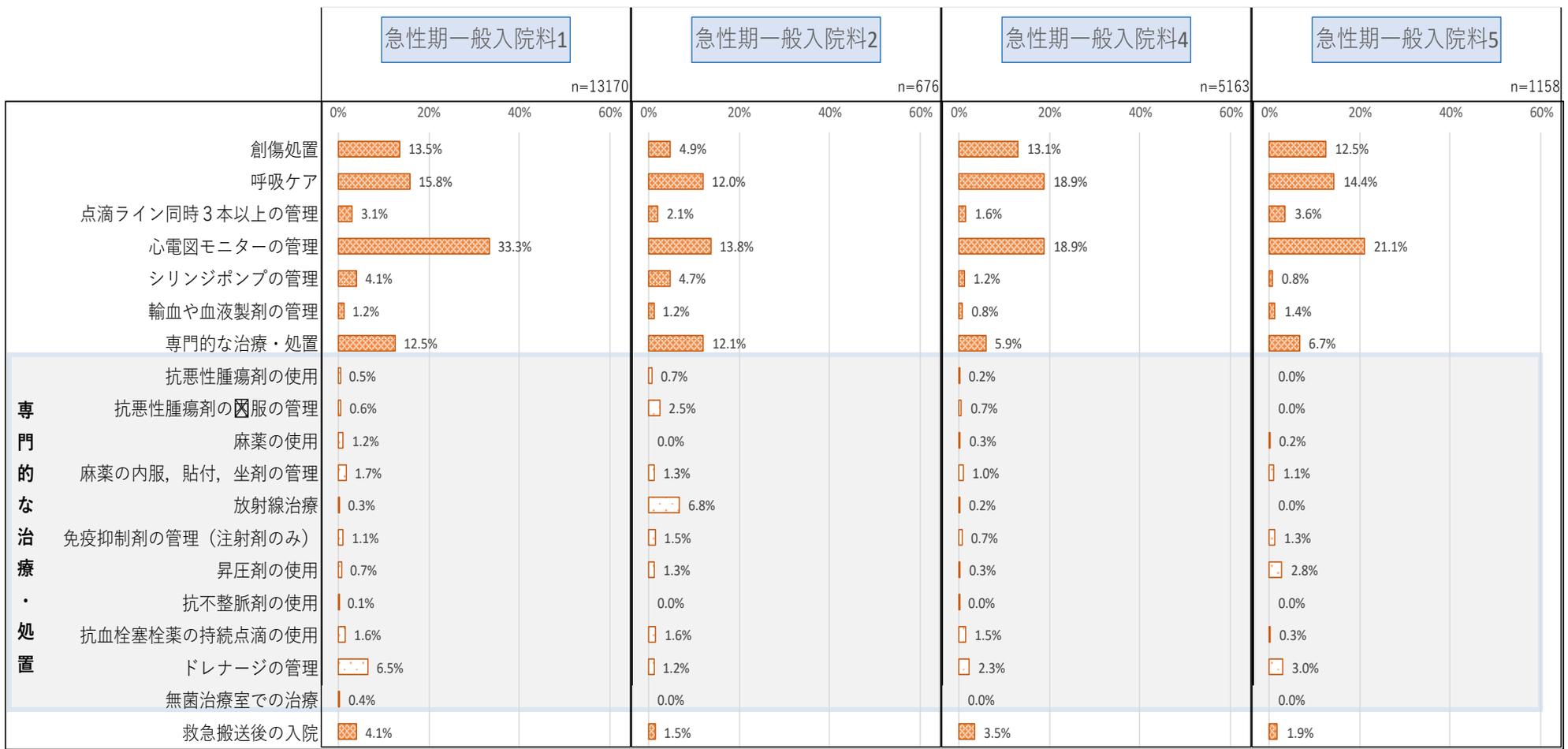
11. 横断的個別事項について

重症度、医療・看護必要度 I の評価項目毎の該当患者割合（A項目）

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

- 急性期一般入院料1では、急性期一般入院料2・4・5に比べ、重症度、医療・看護必要度 I のA項目のうち「心電図モニター」の該当患者割合が高かった。
- 急性期一般入院料1・2では、急性期一般入院料4・5に比べ、重症度、医療・看護必要度 I のA項目のうち「専門的な治療・処置」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(A項目)

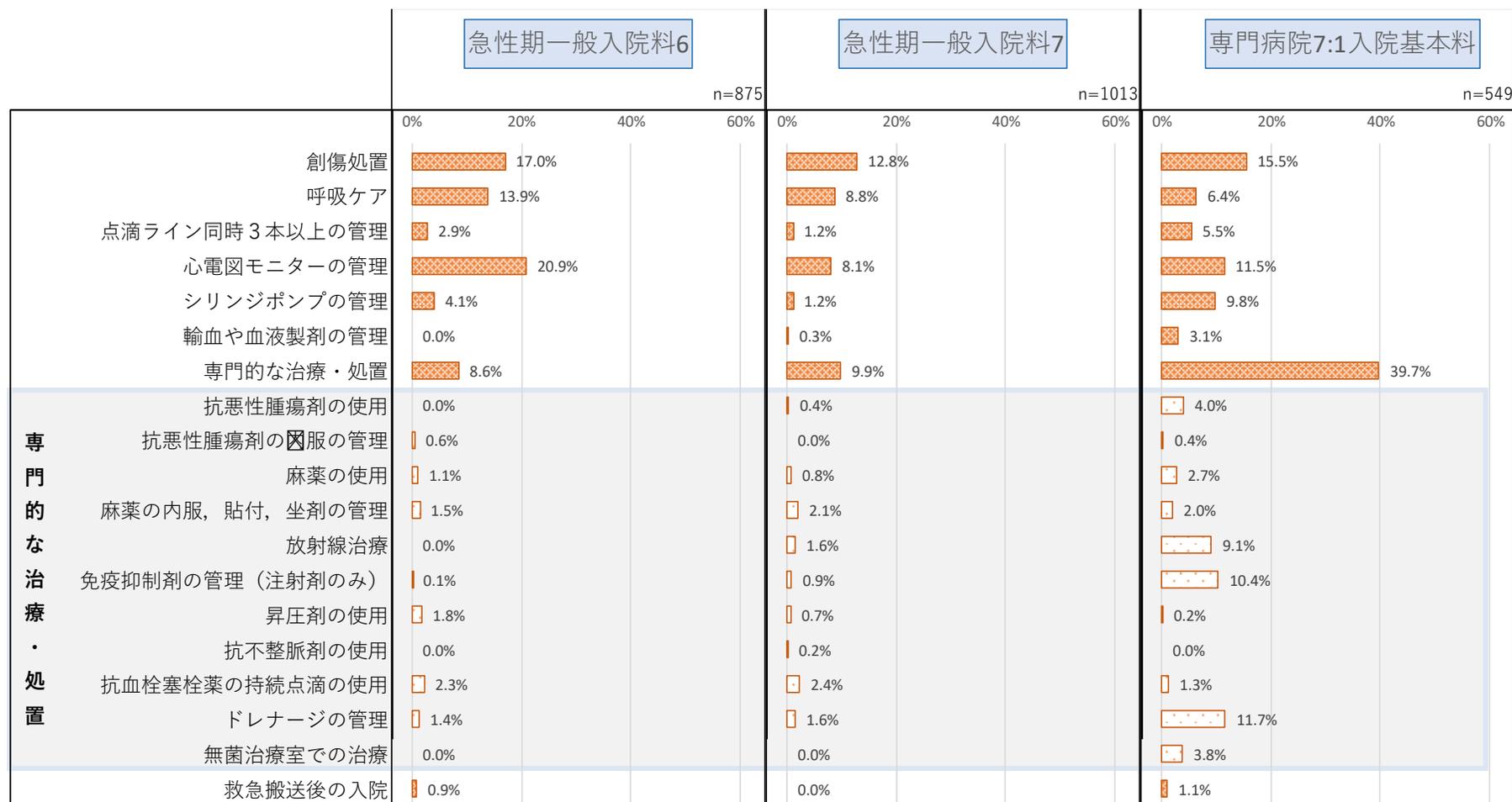


※届出区分無回答のものは除く

※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

○専門病院7：1入院基本料では、急性期一般入院料6・7に比べ、重症度、医療・看護必要度 I のA項目のうち「専門的な治療・処置」の該当患者割合が高く、特に、「ドレナージの管理」「免疫抑制剤の管理」が高かった。

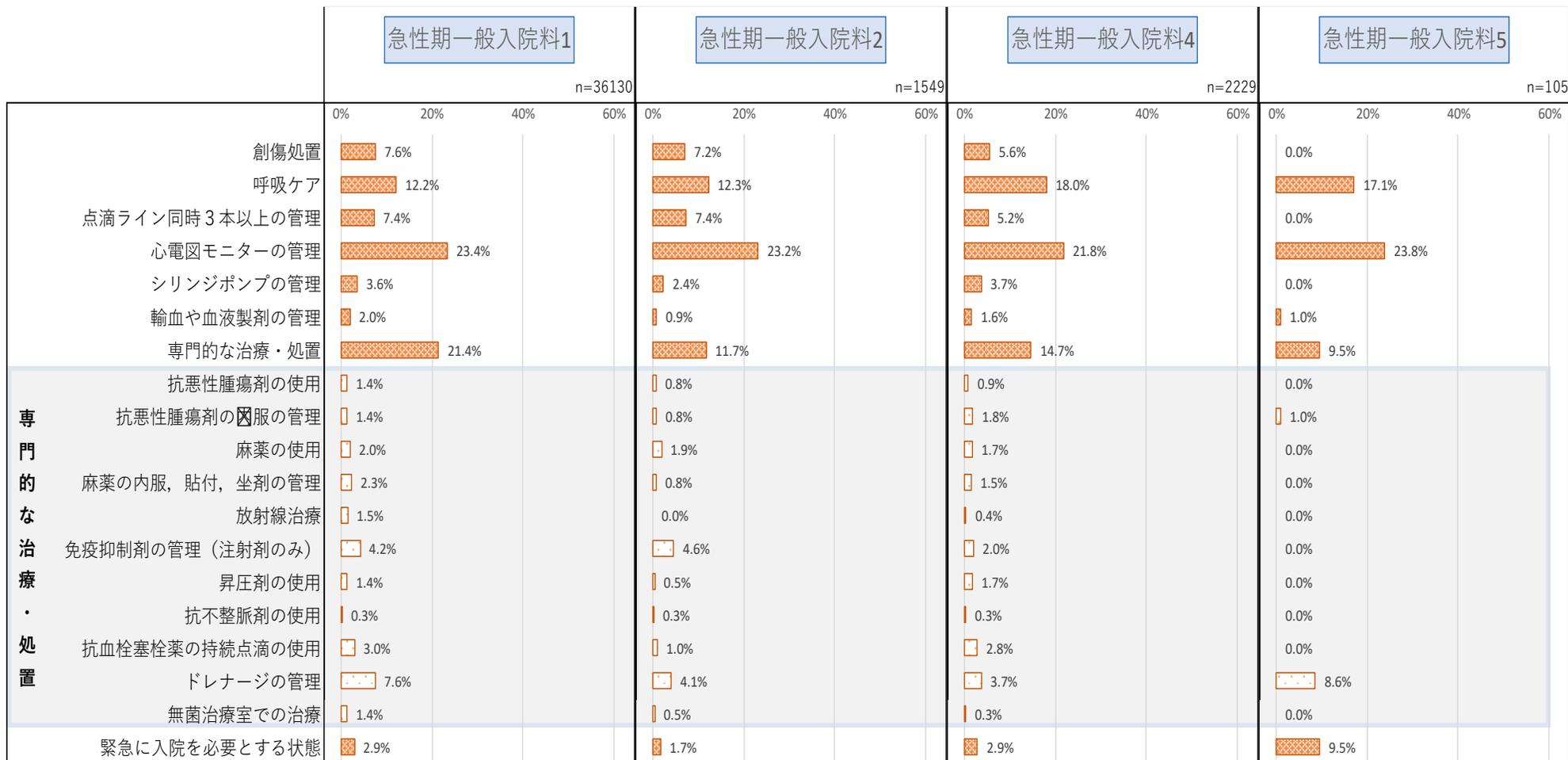
重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(A項目)



※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

○ 急性期一般入院料1・2・4・5では、重症度、医療・看護必要度ⅡのA項目のうち、いずれも「心電図モニターの管理」が最も高く、次いで、急性期一般入院料1では「専門的な治療・処置」、急性期一般入院料2・4・5では「呼吸ケア」が高かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(A項目)

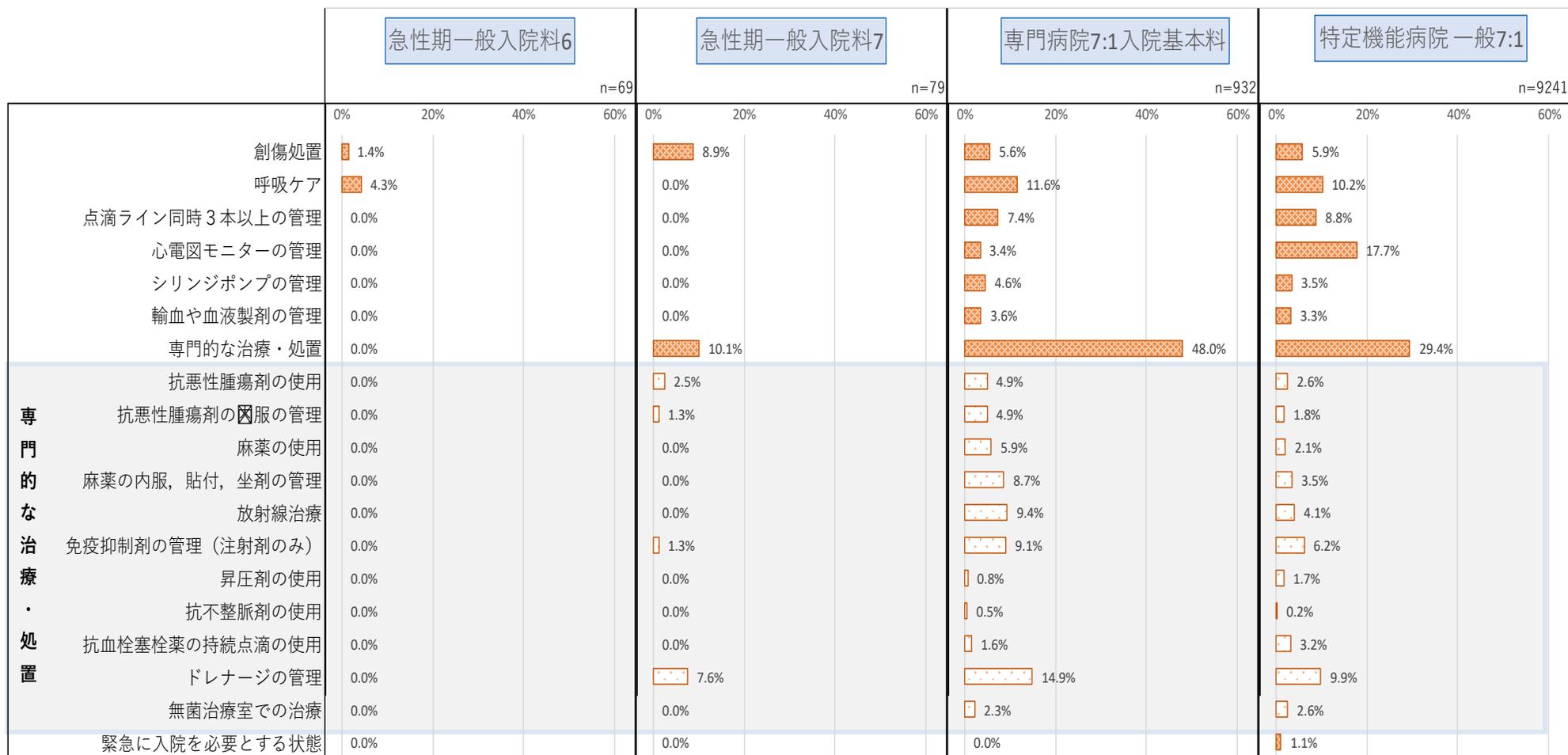


※届出区分無回答のものは除く

※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

○ 専門病院7：1入院基本料では、重症度、医療・看護必要度ⅡのA項目のうち「専門的な治療・処置」の該当患者割合が高く、特に「ドレナージの管理」「放射線治療」「免疫抑制剤の管理」が高かった。

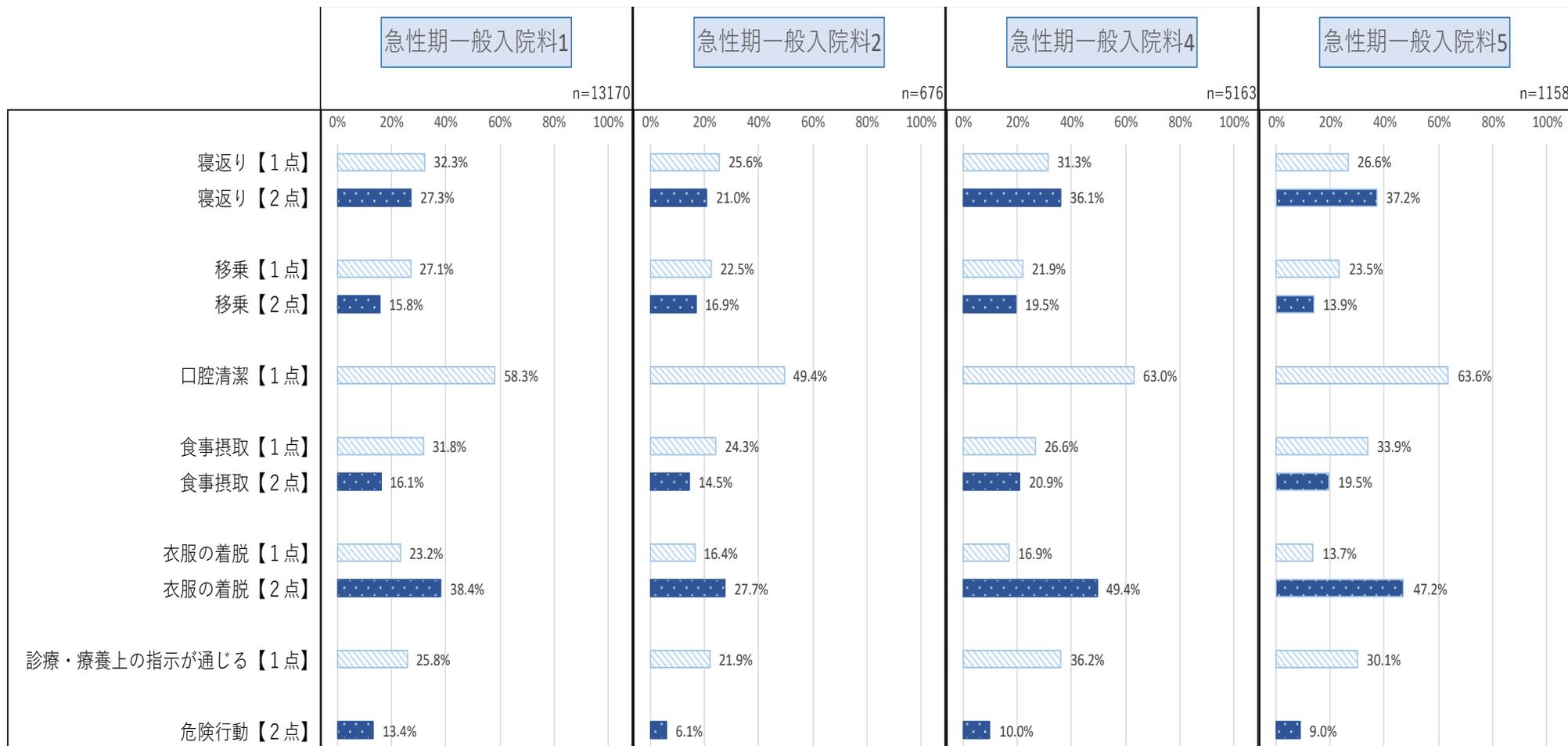
重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(A項目)



※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

○ 急性期一般入院料 1・2・4・5では、重症度、医療・看護必要度 I のB項目のうち、「口腔清潔」「衣服の着脱（2点）」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(B項目)

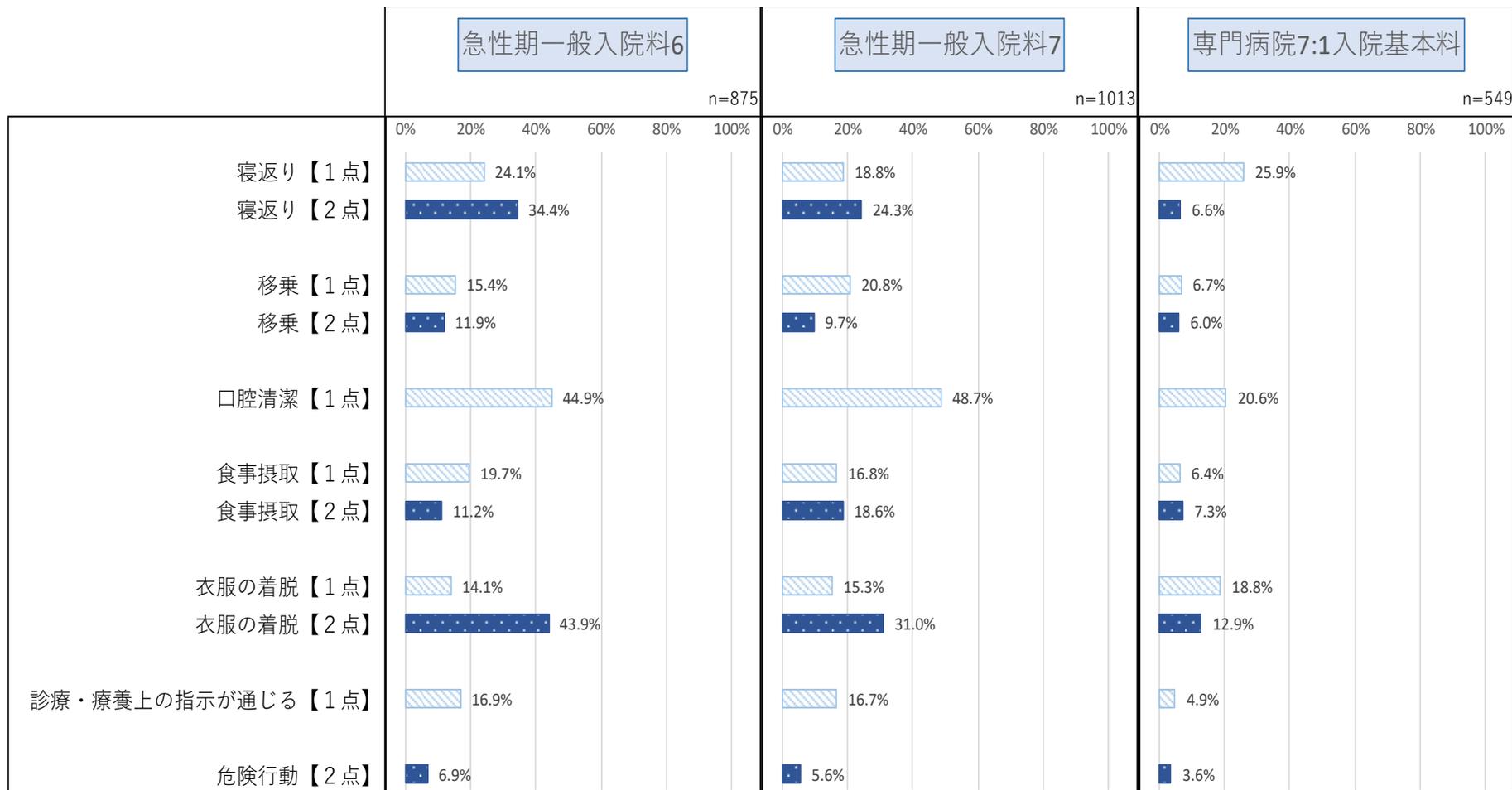


※届出区分無回答のものは除く

※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

- 急性期一般入院料 6・7 では、重症度、医療・看護必要度 I のB項目のうち「口腔清潔」「衣服の着脱（2点）」の該当患者割合が高かった。
- 専門病院 7：1 入院基本料では、「寝返り（1点）」「口腔清潔」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(B項目)



※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目）

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

- 急性期一般入院料1・2・4・5では、重症度、医療・看護必要度ⅡのB項目のうち「口腔清潔」の該当患者が最も多く、次いで、急性期一般入院料1・2では「寝返り（1点）」、急性期一般入院料4・5では「衣服の着脱（2点）」の該当患者割合が高かった。
- 急性期一般入院料5では、「衣服の着脱（2点）」と「診療・療養上の指示が通じる」が高い。

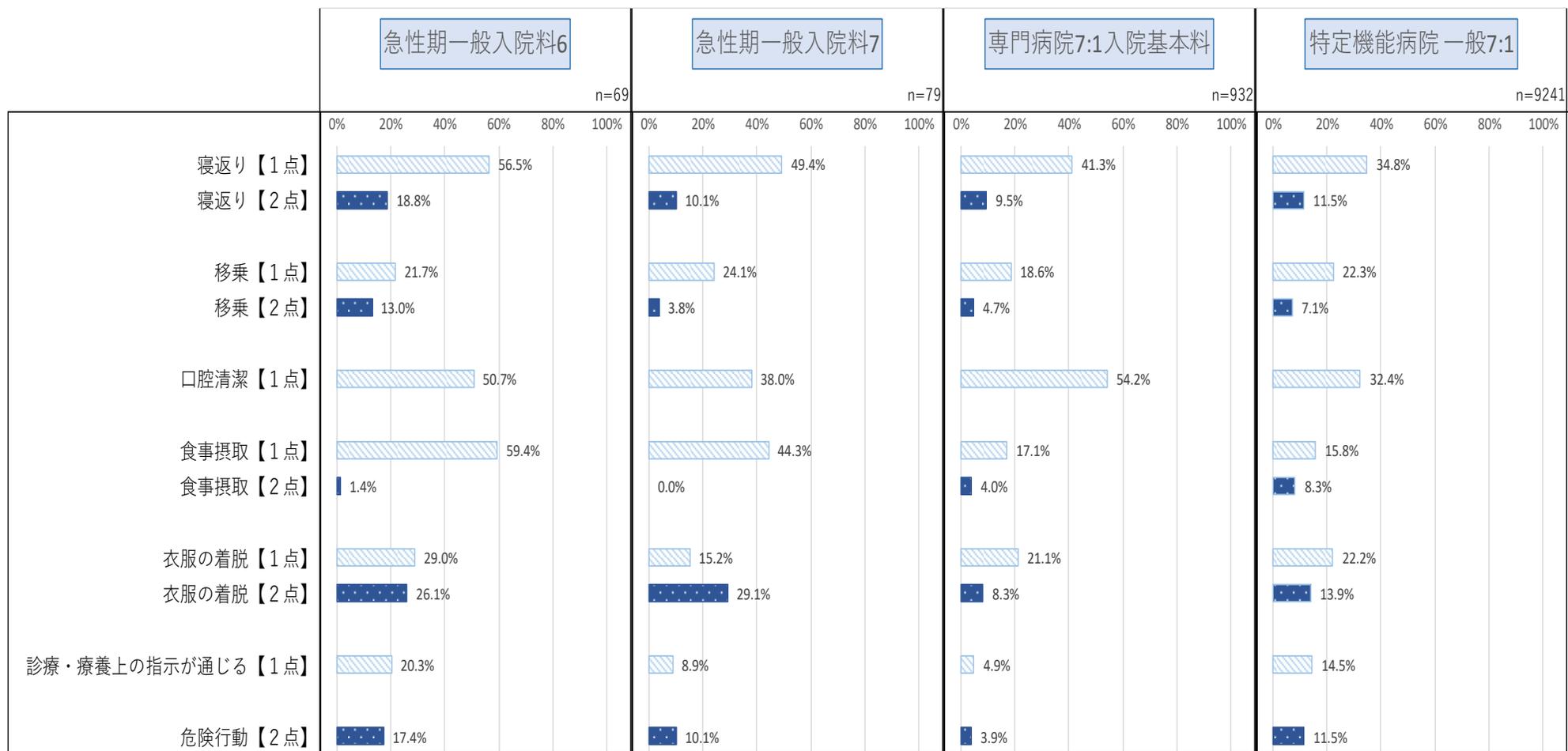
重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(B項目)



※届出区分無回答のものは除く
※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

- 急性期一般入院料6・7では、重症度、医療・看護必要度ⅡのB項目のうち「寝返り（1点）」「食事摂取（1点）」の該当患者割合が高かった。
- 専門病院・特定機能病院では、「口腔清潔」「寝返り（1点）」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(B項目)



※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

重症度、医療・看護必要度 I の評価項目毎の該当患者割合（B項目/患者の状態）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

- 急性期一般入院料では、「口腔清潔(1点)」の該当割合が他の項目と比べて最も高かった。
- 2点の項目については、急性期一般入院料では、「衣服の着脱(2点)」の該当割合が最も高かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(B項目)
「患者の状態」



出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

- 「口腔清潔」の介助の実施については、いずれの入院料においても「実施あり」の割合と「口腔清潔（1点）」の割合が概ね同じであった。
- 「衣服の着脱」の介助の実施については、いずれの入院料においても「実施あり」の割合が「衣服の着脱（1点）」+「衣服の着脱（2点）」の割合より低かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(B項目)
「介助の実施」



重症度、医療・看護必要度 I の評価項目毎の該当患者割合（B項目/評価得点）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

○「患者の状態」と最終の「評価得点」は概ね同様の傾向だが、「移乗」については最終の「評価得点」の方が低かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(B項目)
「評価得点」



重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目/患者の状態）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

- 「口腔清潔(1点)」 「寝返り(1点)」の該当割合が、他の項目と比べて高い傾向であった。
- 2点の項目については、「衣服の着脱(2点)」 「移乗(2点)」 「寝返り(2点)」の該当割合が高い傾向であった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(B項目)
「患者の状態」



出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

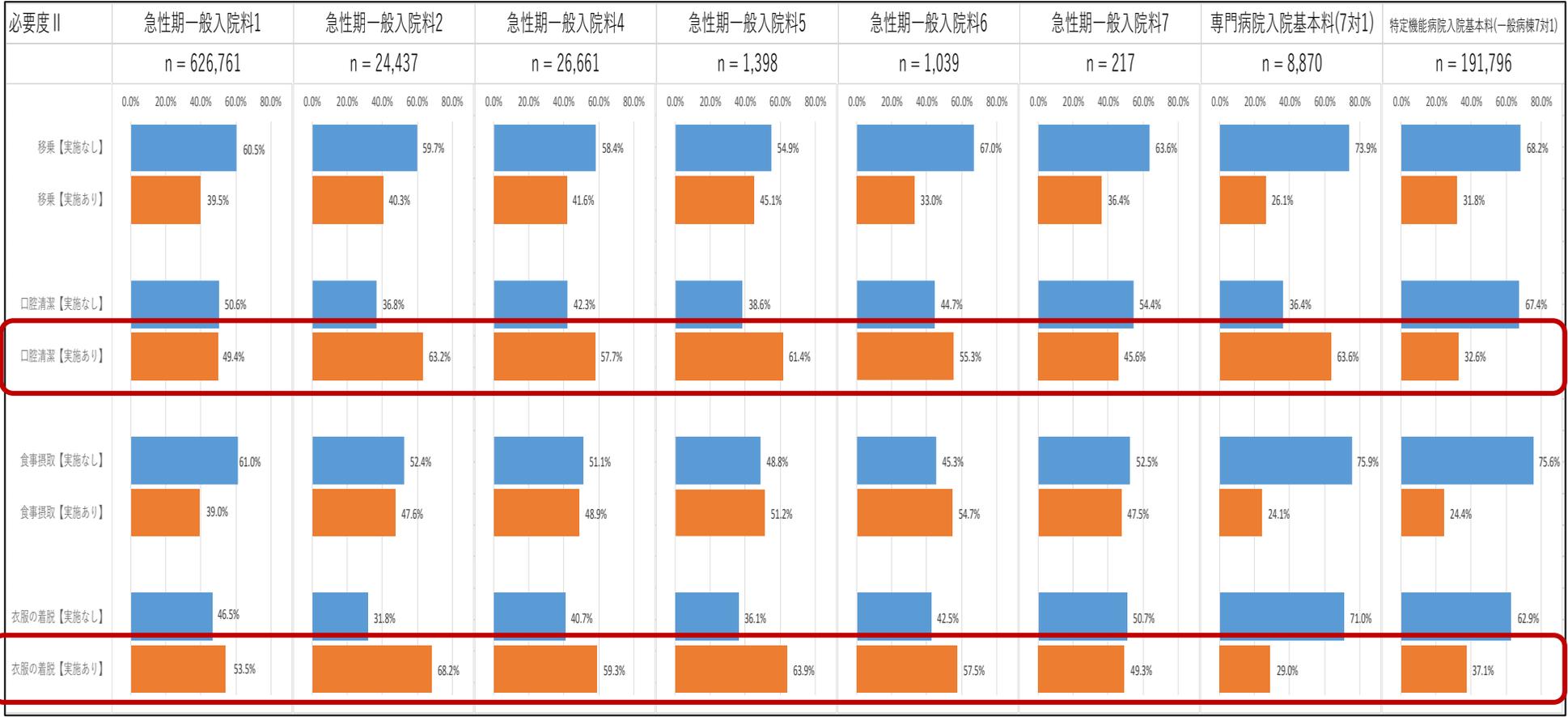
※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目/介助の実施）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

- 「口腔清潔」の介助の実施については、いずれの入院料においても「実施あり」の割合と「口腔清潔（1点）」の割合が概ね同じであった。
- 「衣服の着脱」の介助の実施については、急性期一般入院料7を除き「実施あり」の割合が「衣服の着脱（1点）」＋「衣服の着脱（2点）」の割合より低かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（B項目）
「介助の実施」



出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数(人・日)

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目/評価得点）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

○「患者の状態」と最終の「評価得点」は概ね同様の傾向だが、「移乗」については最終の「評価得点」の方が低かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(B項目)
「評価得点」



○ ほぼすべての入院料において、重症度、医療・看護必要度 I のC項目のうち「骨の手術」「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(C項目)



※届出区分無回答のものは除く

※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

○ ほぼすべての入院料において、重症度、医療・看護必要度ⅡのC項目のうち「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(C項目)

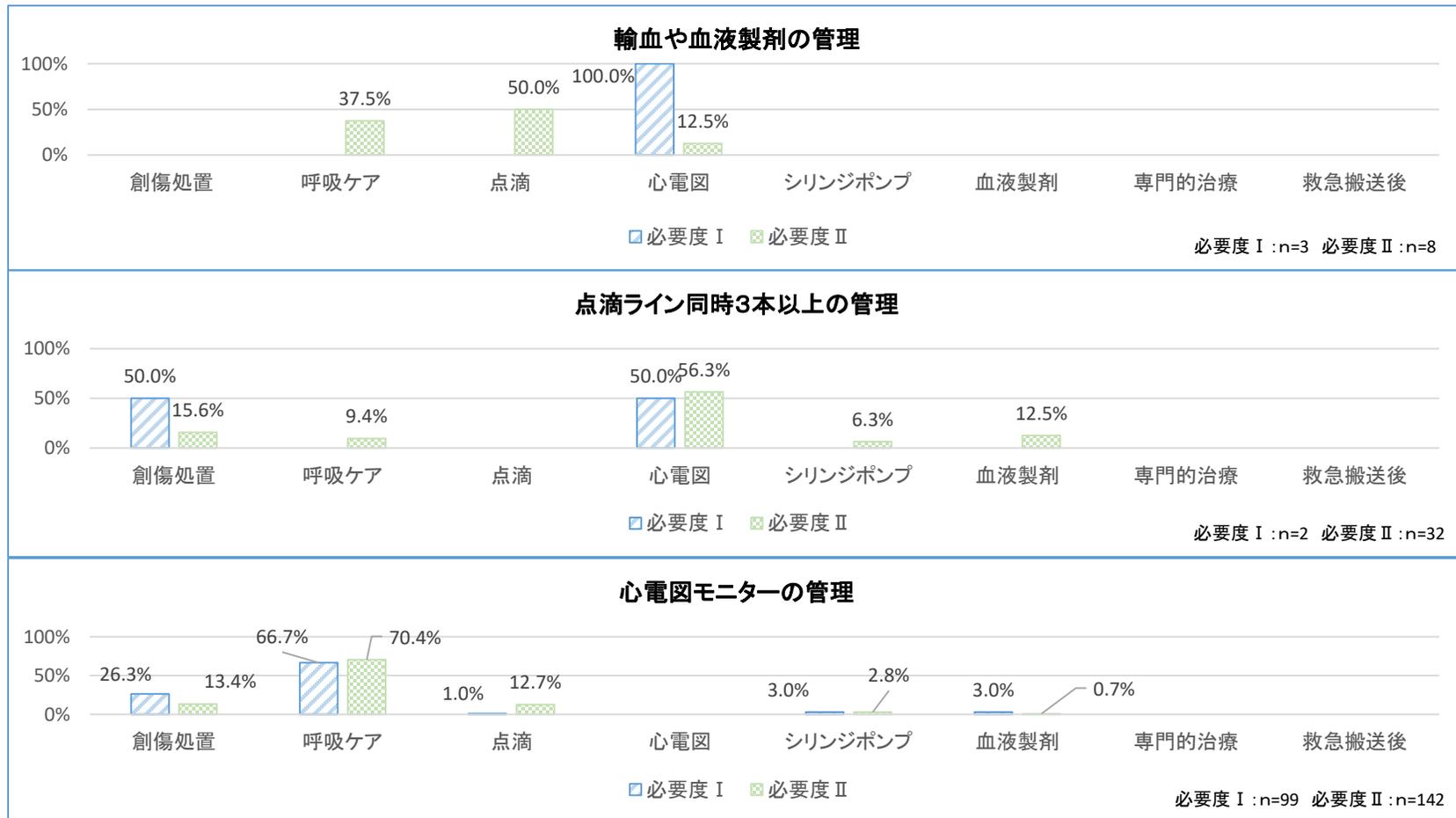


※届出区分無回答のものは除く
 ※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

A2点+B3点のみに該当している患者（必要度 I / II）

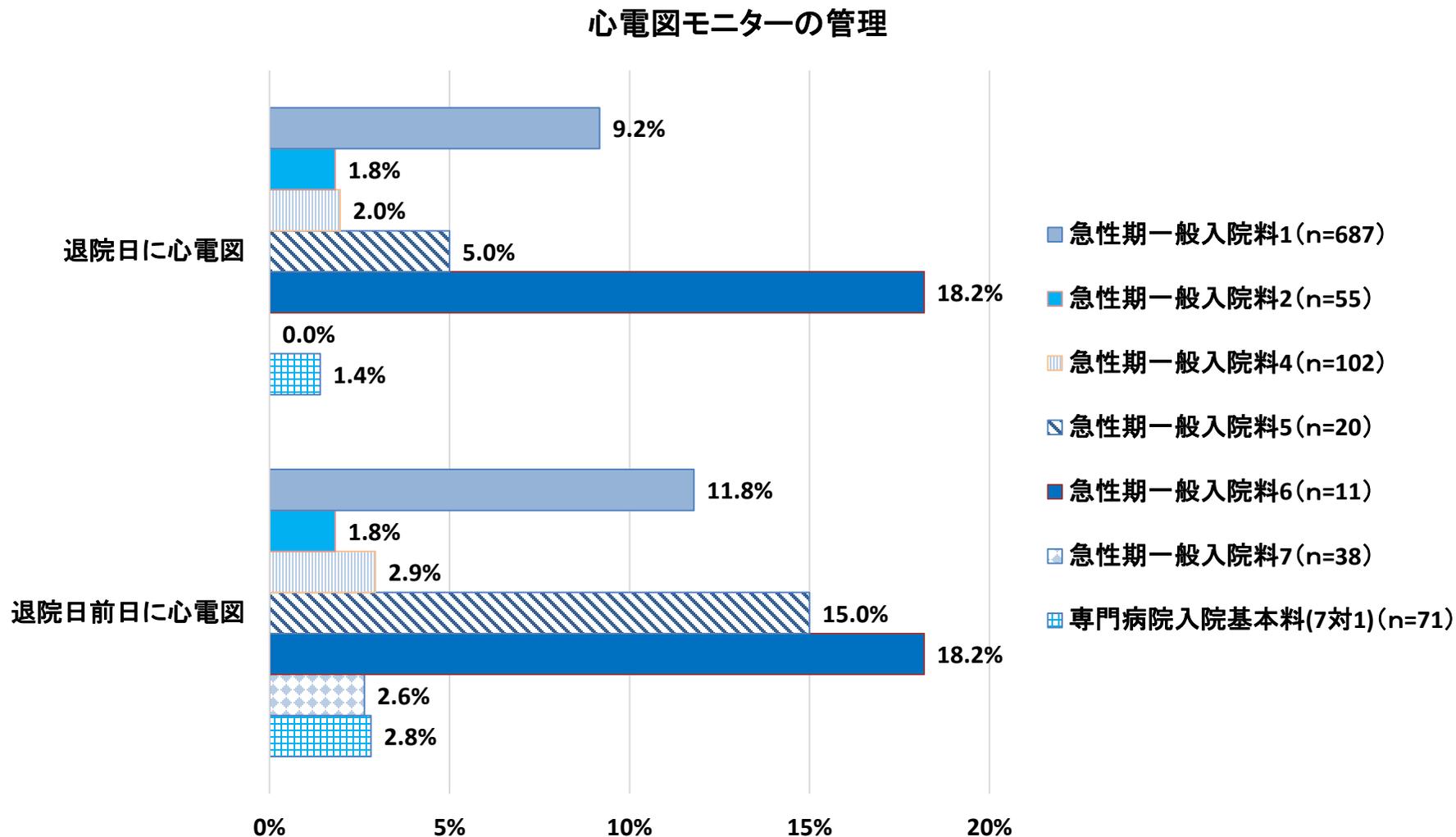
診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「輸血や血液製剤の管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、必要度 I では「心電図モニターの管理」との組み合わせが100%であった。
- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、「創傷処置」または「心電図」との組み合わせが多かった。
- 「A2点+B3点」に該当する患者のうち「心電図モニターの管理」に該当している患者のA項目の組み合わせをみたところ、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。



退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）

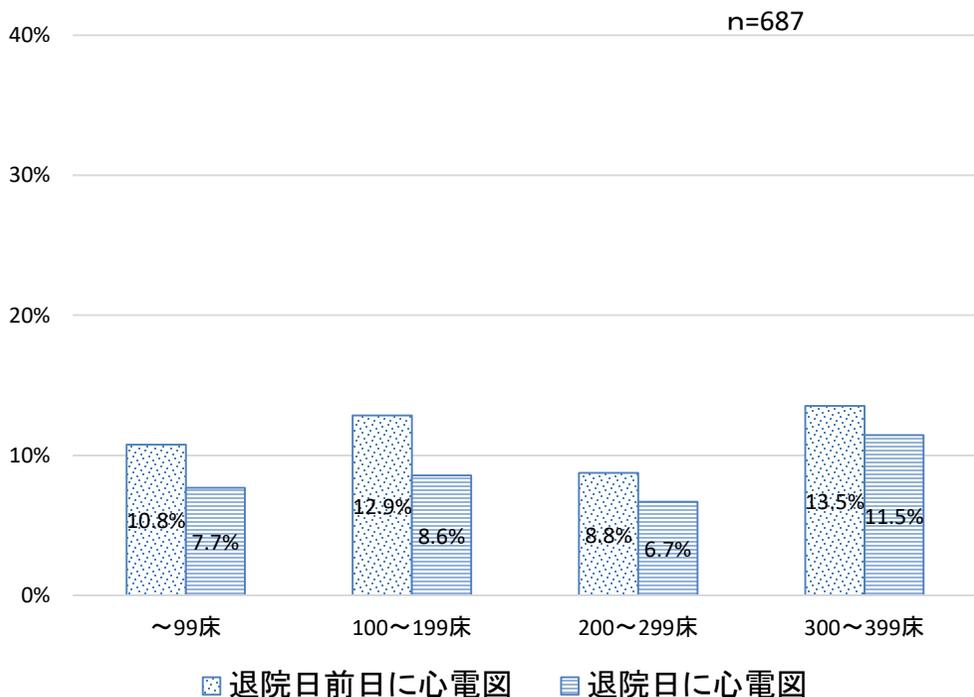
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



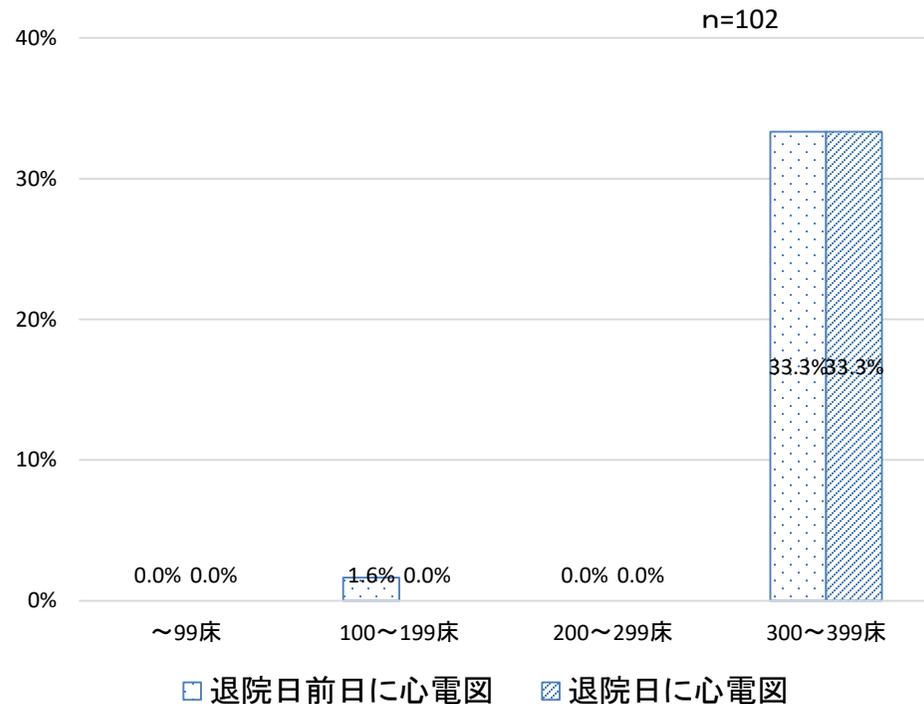
退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度 I）

○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」について病床規模毎にみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。

急性期一般入院料1

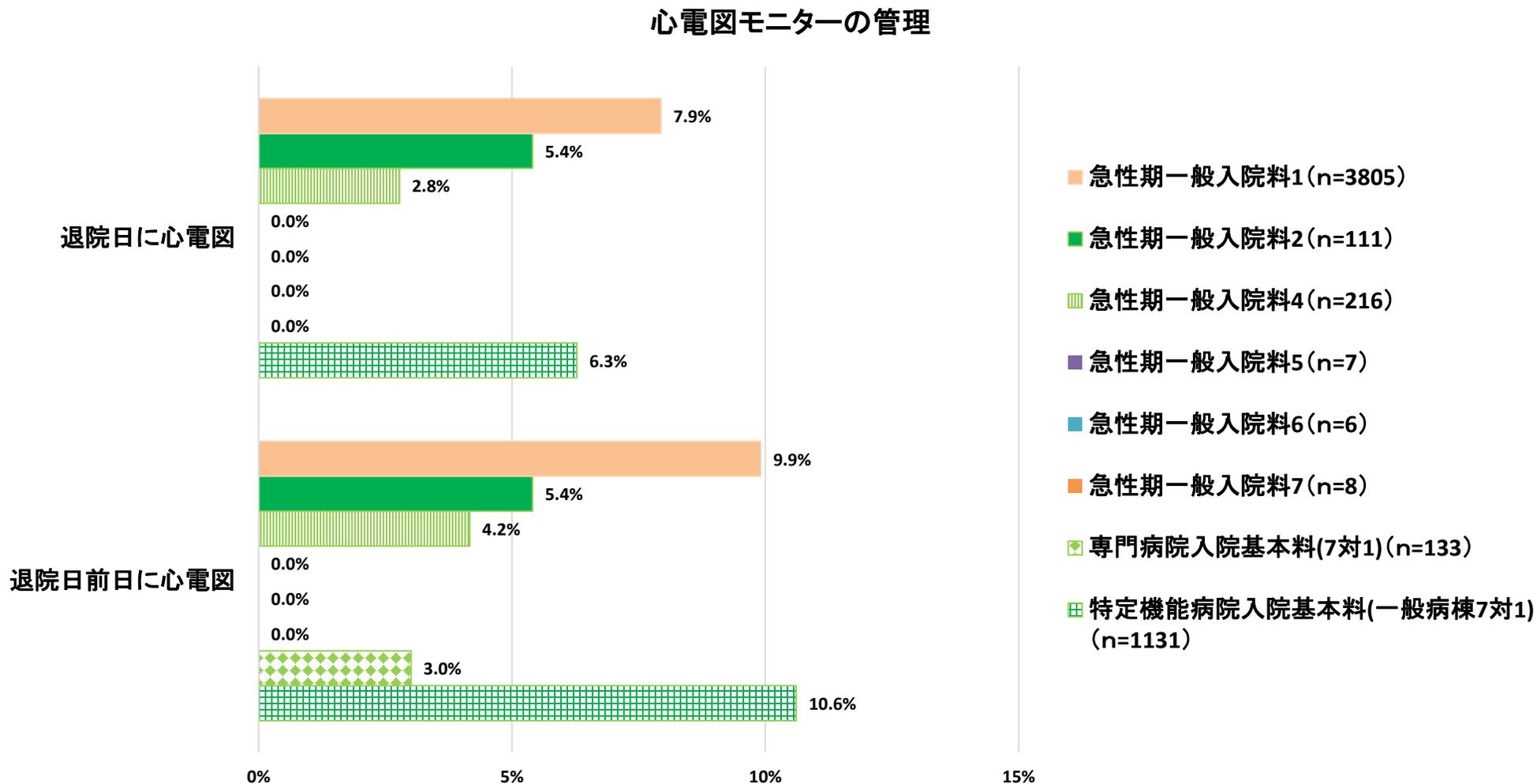


急性期一般入院料4



退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅱ）

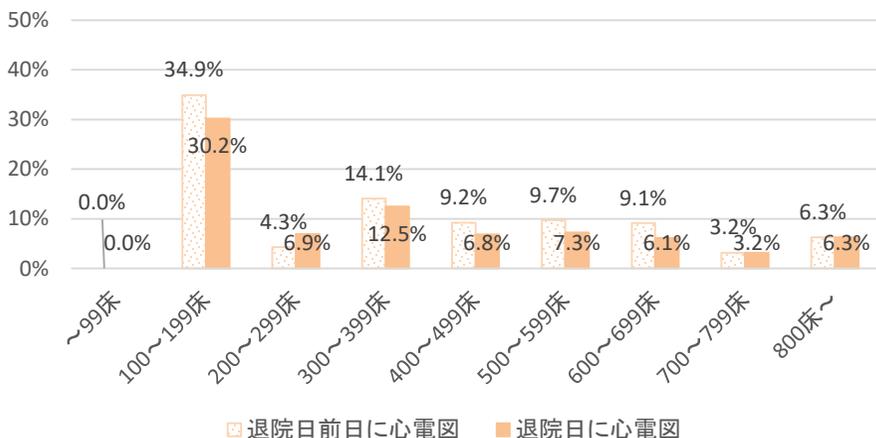
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



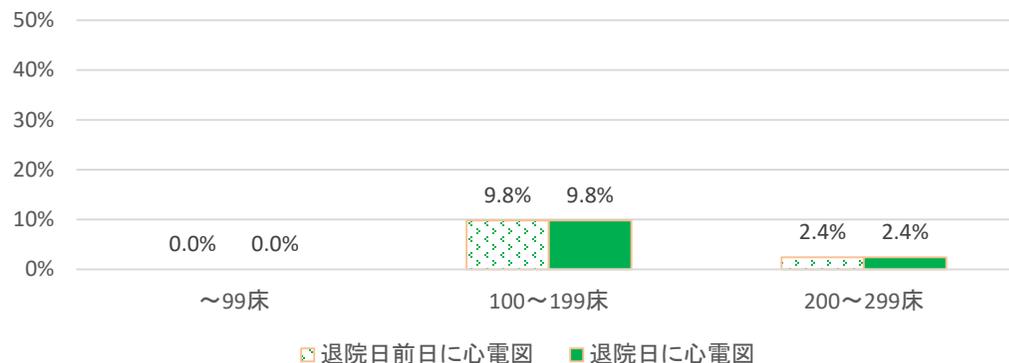
退院日及び退院前日の「心電図モニター」の管理」の該当状況について（必要度Ⅱ）

○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」について病床規模毎にみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。

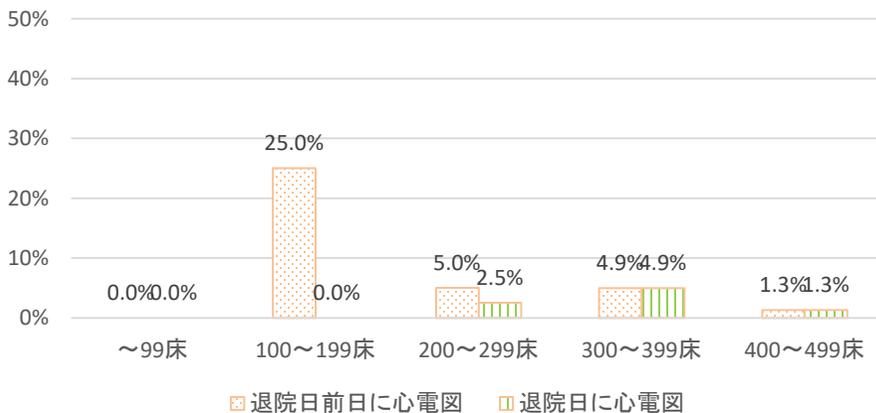
急性期一般入院料1 n=3805



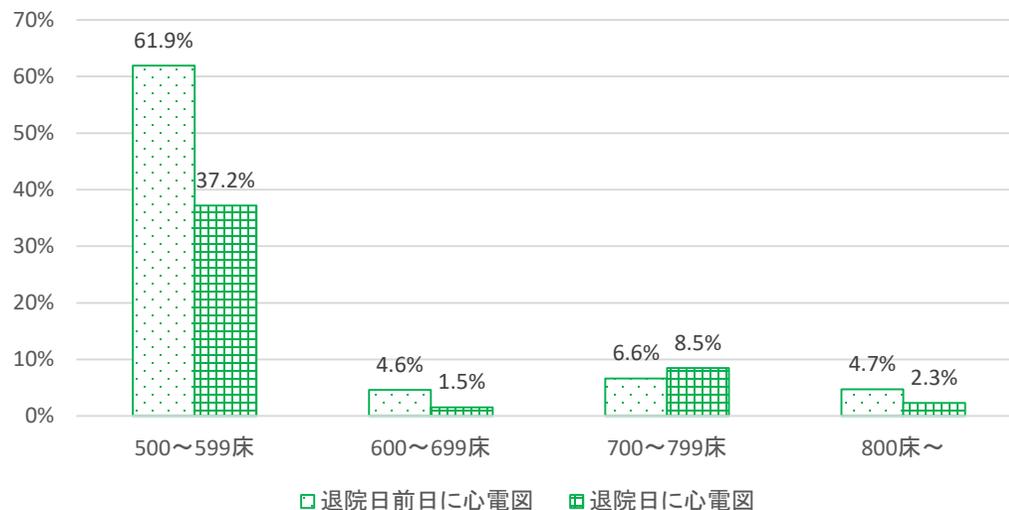
急性期一般入院料2 n=111



急性期一般入院料4 n=216



特定機能病院入院基本料(7対1) n=1131



心電図モニターの管理に該当する患者の状況

- 基準①又は②に該当し、かつ「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」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは4割、必要度Ⅱでは5割を超えていた。
- 基準①又は②を満たし、かつ「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割合をみたところ、必要度Ⅰでは1.5割、必要度Ⅱでは約2割であった。

基準①②を満たし「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

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
16,144	40,363	40.0%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
59,210	105,122	56.3%

基準①②を満たし「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

●看護必要度Ⅰ

C_件数	心電図全件数	C_割合
6,150	40,363	15.2%

●看護必要度Ⅱ

C_件数	心電図全件数	C_割合
20,455	105,122	19.5%

点滴ライン同時3本以上の管理に該当する患者の状況

- 基準①又は②に該当し、かつ「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」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であった。
- 基準①又は②に該当し、かつ「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割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約2割であった。

基準①②を満たし「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

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
4,941	6,974	70.8%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
31,056	42,740	72.7%

基準①②を満たし「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

●看護必要度Ⅰ

C_件数	点滴全件数	C_割合
1,653	6,974	23.7%

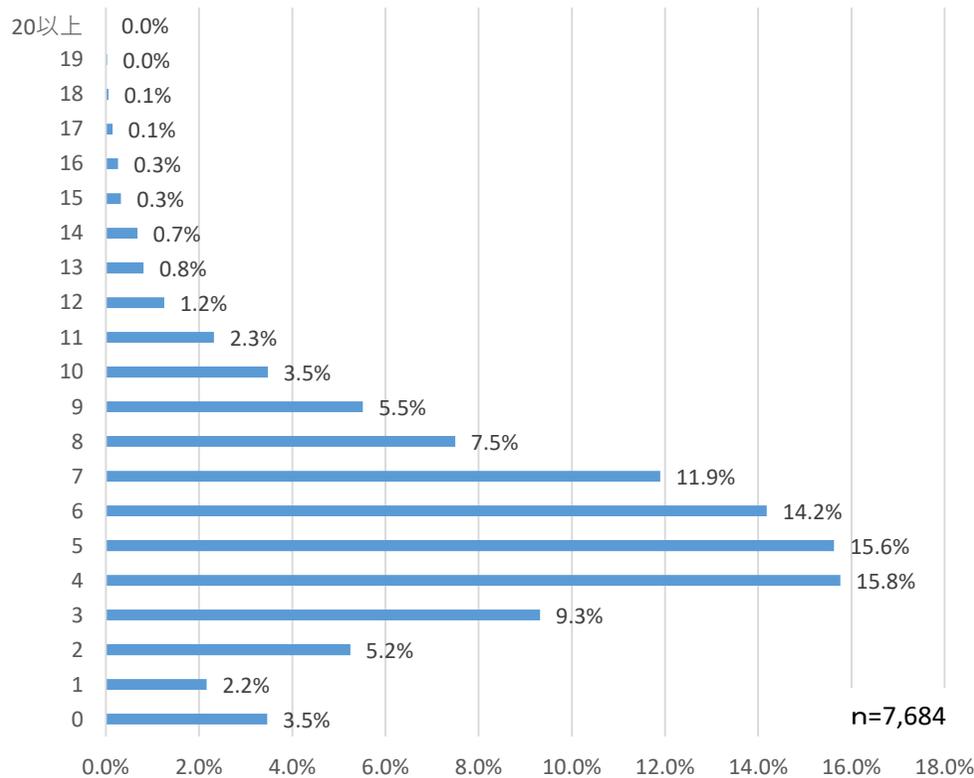
●看護必要度Ⅱ

C_件数	点滴全件数	C_割合
9,123	42,740	21.3%

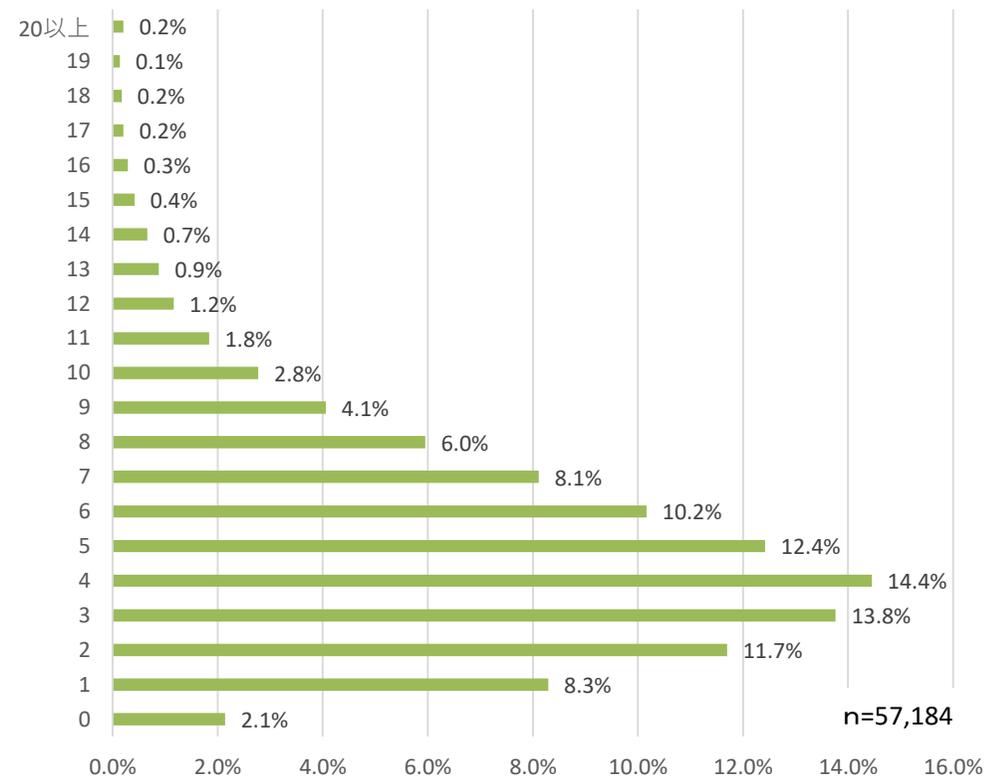
使用した薬剤数毎の該当患者割合（「点滴同時3本以上」）

○ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、薬剤の使用数（成分名の種類数）毎に割合の分布を見たところ、4種類が最も高く、2種類以下も存在した。

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）



使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



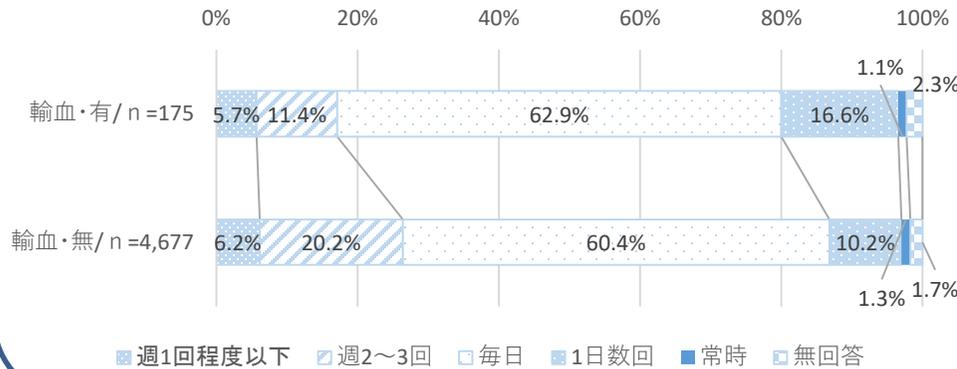
<集計方法>

- 1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6桁の薬剤を抽出
- 2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
- 3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

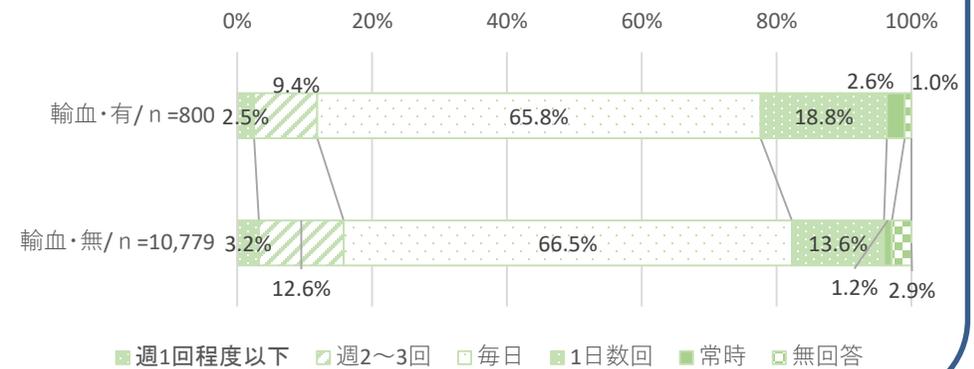
「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者

- 「A2点以上かつB3点以上」または「A3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たところ「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かった。
- 看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向だった。

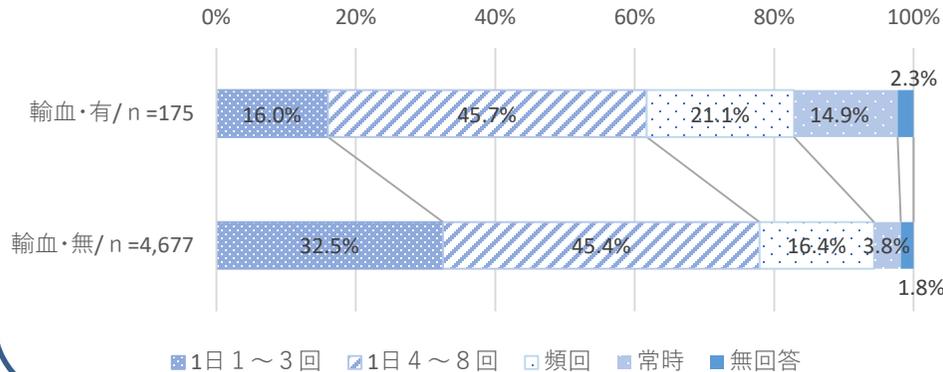
医師による診察の頻度（必要度Ⅰ）



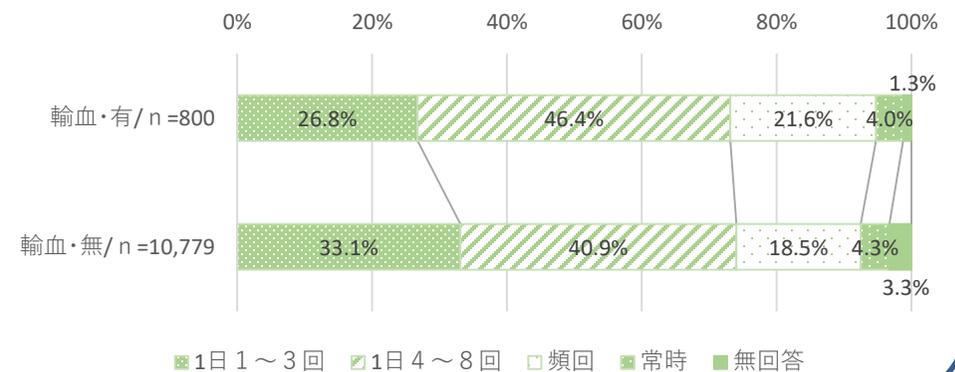
医師による診察の頻度（必要度Ⅱ）



看護師による直接の看護提供の頻度（必要度Ⅰ）



看護師による直接の看護提供の頻度（必要度Ⅱ）



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

1-1. 重症度、医療・看護必要度について

1-2. 急性期入院医療の評価について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3(改)

25.11.13

高度急性期・急性期

高度急性期・急性期
(ICU, NICU, HCU等)

急性期医療の役割

① 重症救急患者に対する医療の提供



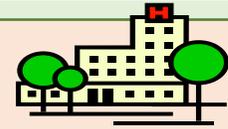
② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の総合的かつ専門的な医療の提供

救急搬送
(24時間)



③ 急性期後の患者を自宅や後方病床等に退院支援する機能

亜急性期・回復期等



長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

救命救急入院料等の主な施設基準①

中医協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	~3日 10,223点 ~7日 9,250点 ~14日 7,897点	187 3,578床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急 センターを 有している こと ※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
	入院料2	~3日 11,802点 ~7日 10,686点 ~14日 9,371点	28 234床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
	入院料3	イ・ロ:~3日 10,223点 イ・ロ:~7日 9,250点 イ:~14日 7,897点 ロ:~60日 8,318点	77 1,663床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	
	入院料4	イ・ロ:~3日 11,802点 イ・ロ:~7日 10,686点 イ・ロ:~14日 9,371点 ロ:~60日 8,318点	82 1,081床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	133 1,482床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
	管理料2	イ・ロ:~7日 14,211点 イ:~14日 12,633点 ロ:~60日 12,833点	66 755床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	~7日 9,697点 ~14日 8,118点	361 2,839床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること			
	管理料4	イ・ロ:~7日 9,697点 イ:~14日 8,118点 ロ:~60日 8,318点	72 762床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
ハイケアユニット 入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	574 5,388床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,224点	34 339床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	185 1,719床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟 用(I) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、く も膜下出 血が8割以 上

※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会のデータを精査し集計し直したものの。

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点	11 226床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上) 	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日～ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	79 779床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上 	3対1	/
	管理料 2	8,434点	152 905床				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	123 830床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置 	3対1	総合/ 地域周産期母子医療センターであること
	管理料 2	10,539点	112 1,618床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置 		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	199 2,882床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置 	6対1	/

※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会のデータを精査し集計し直したものの。

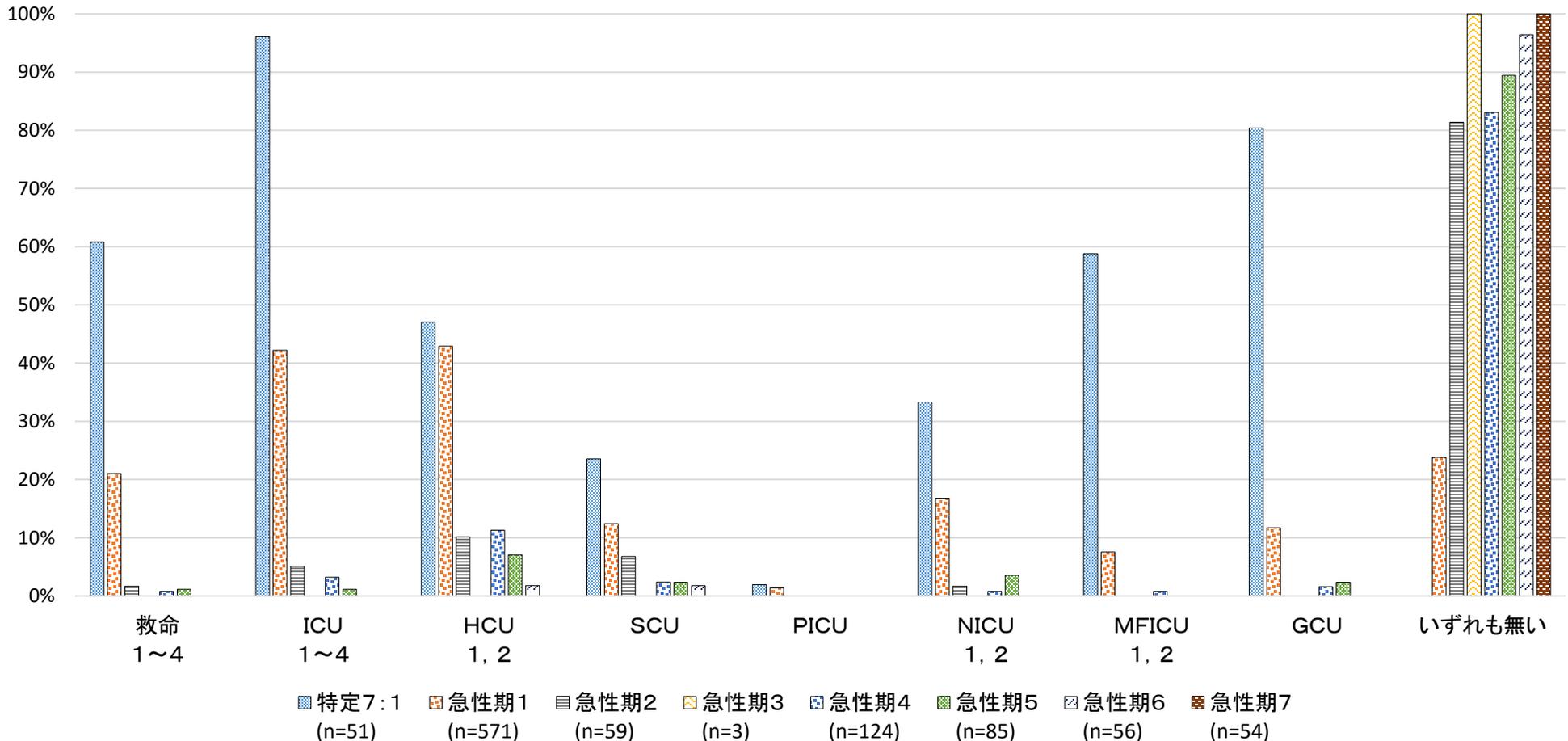
入院基本料別・届け出ている治療室の種類

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

- 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は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の7割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

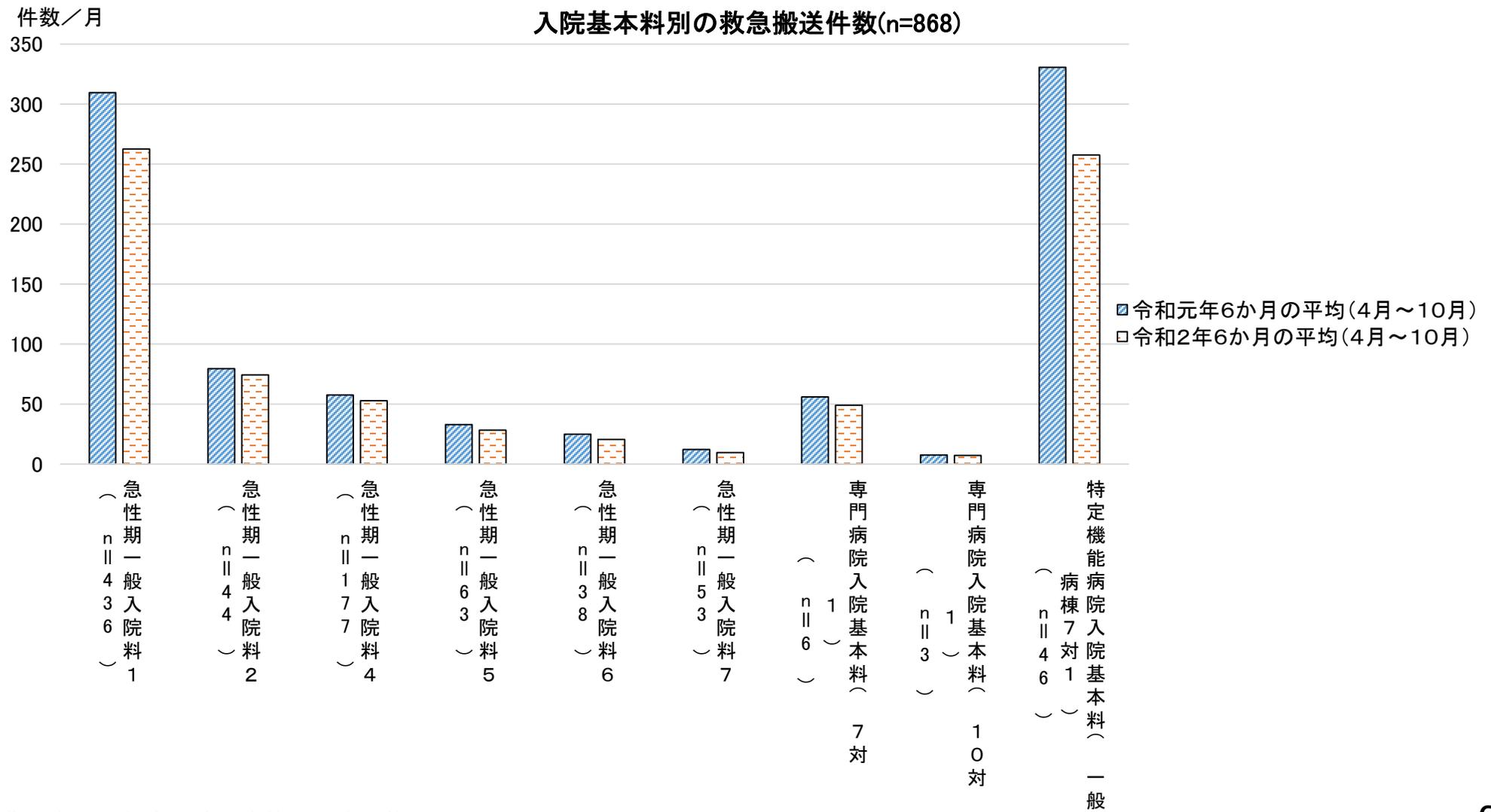
入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

(治療室を届け出ている医療機関の割合)



入院基本料別の救急搬送件数

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関では特定機能病院と同程度の救急搬送者の受入件数があり、急性期一般入院料2～7より多かった。



治療室の届出有無・病床数別の救急搬送件数

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の届出の有無別に、急性期一般入院料1の届出病床数毎の年間の救急搬送件数を集計したところ、治療室の届出があり、病床規模が大きい医療機関では、救急搬送件数も多くなる傾向にあった。

急性期一般入院料1の病床数別・治療室の届出有無別・年間救急搬送件数の分布

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

100床未満 (n=32)

100床以上200床未満 (n=60)

200床以上300床未満 (n=113)

300床以上400床未満 (n=97)

400床以上500床未満 (n=79)

500床以上600床未満 (n=37)

600床以上 (n=18)

100床未満 (n=46)

100床以上200床未満 (n=56)

200床以上300床未満 (n=19)

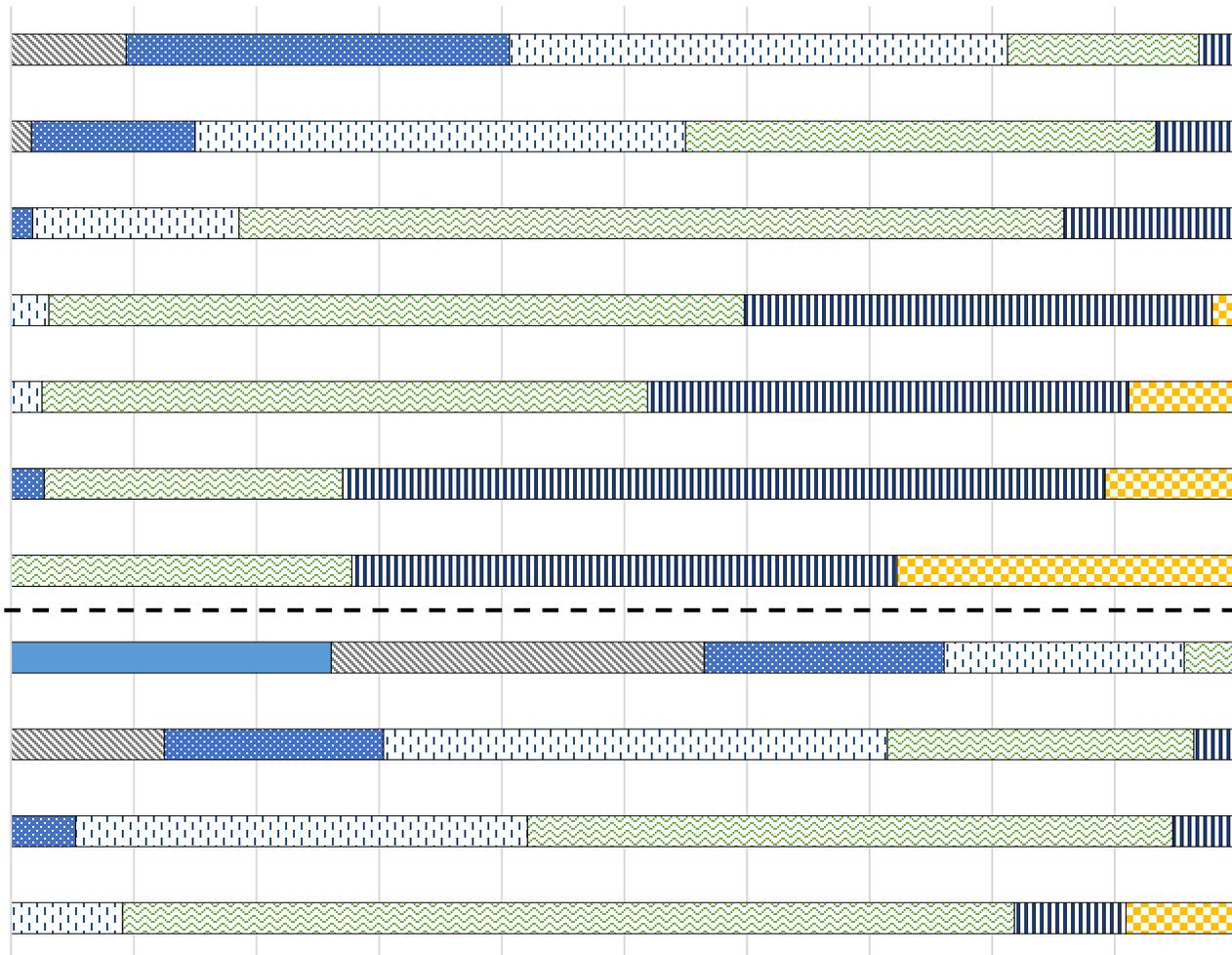
300床以上400床未満 (n=11)

1年あたりの
救急搬送受入件数

- 100件未満
- 100件以上500件未満
- 500件以上1,000件未満
- 1,000件以上2,000件未満
- 2,000件以上5,000件未満
- 5,000件以上10,000件未満
- 10,000件以上

治療室届出あり

治療室届出なし

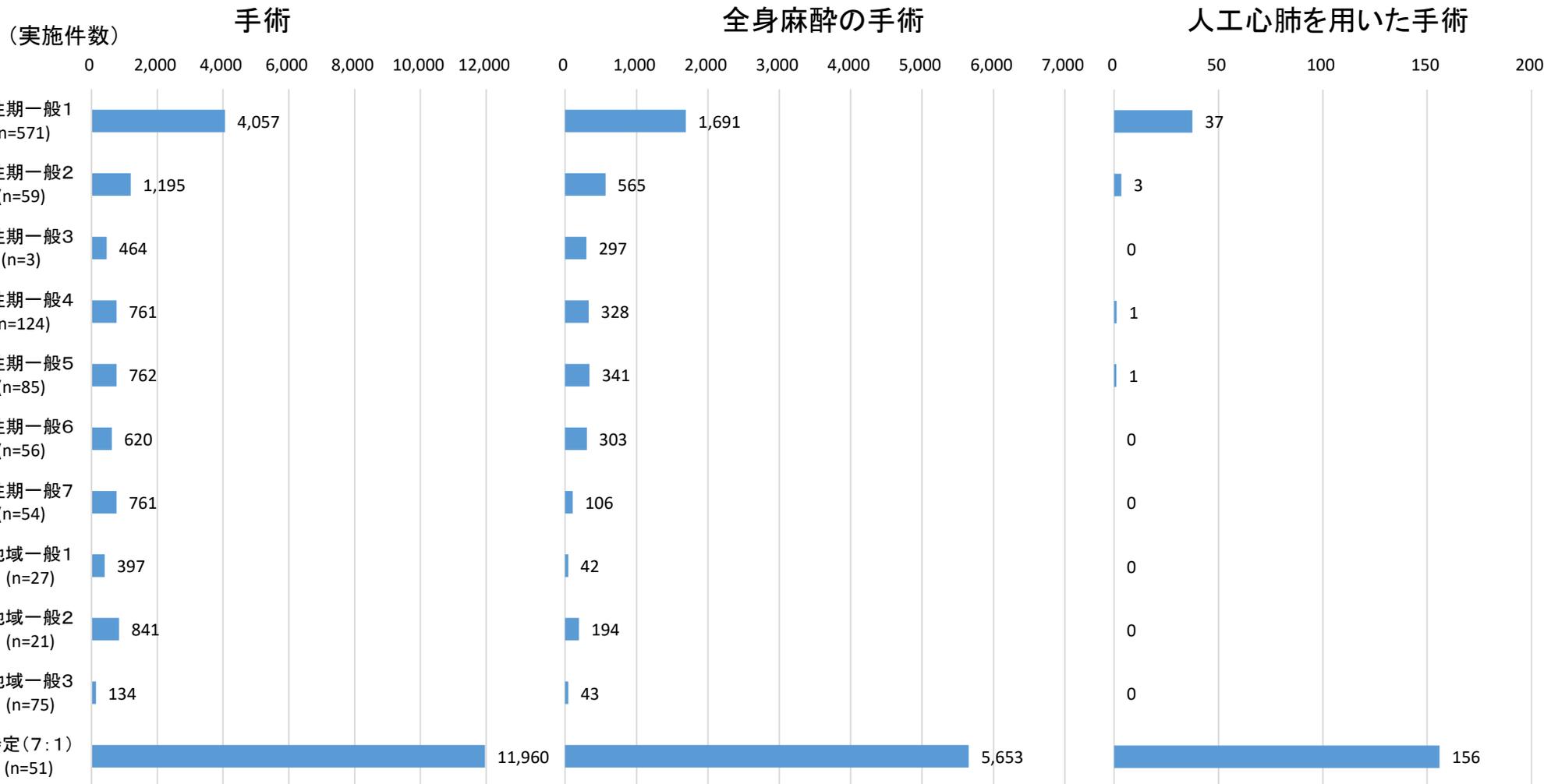


入院料毎の手術等の状況①

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

○ 入院料毎の手術等の年間実施件数を比較したところ、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7で大きく異なっていた。

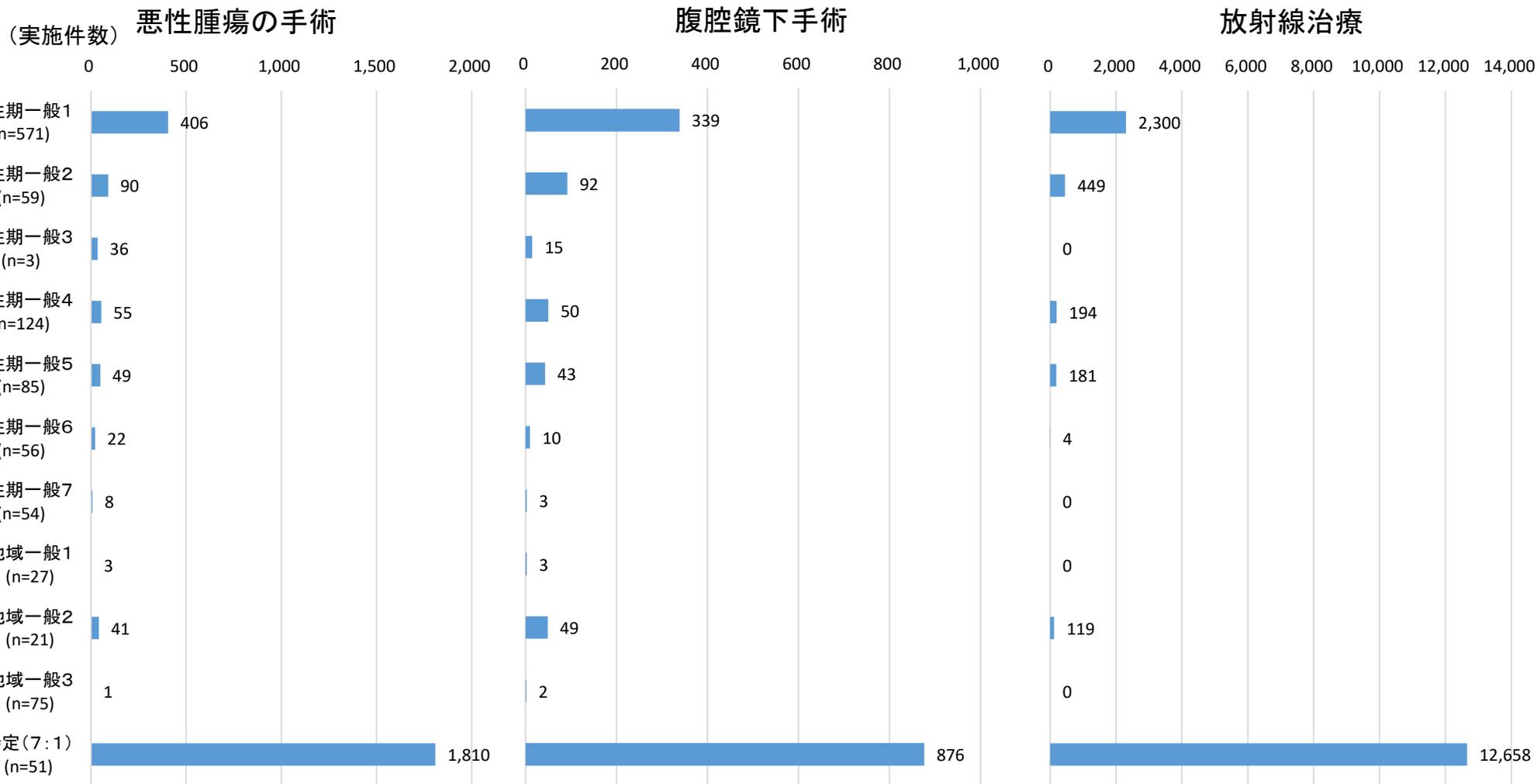
入院料毎の手術等の年間実施件数



入院料毎の手術等の状況②

○ 悪性腫瘍の手術や腹腔鏡下手術、放射線治療は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、急性期一般入院料1では多く実施されているが、急性期一般入院料2~7では実施件数が少なかった。

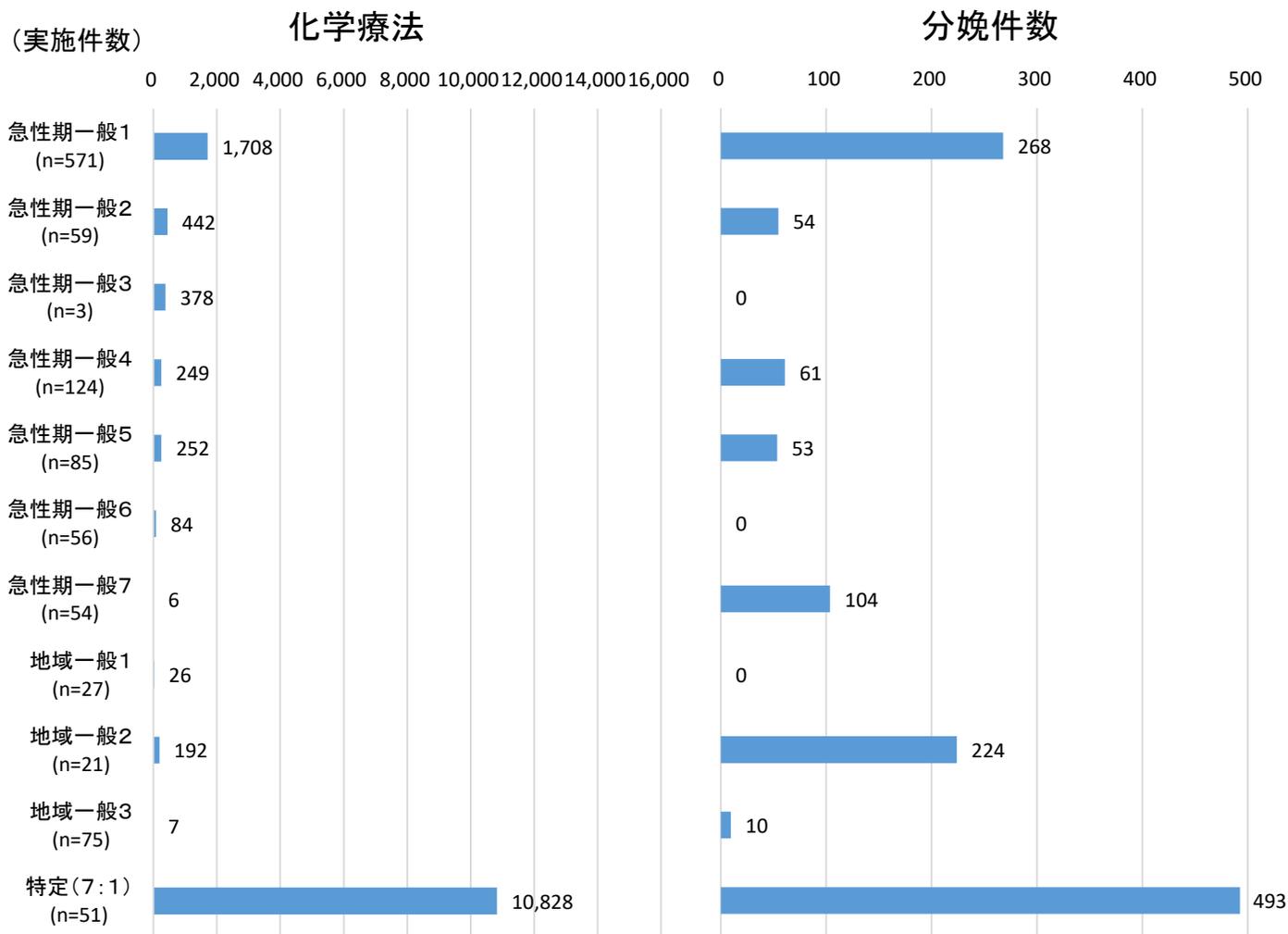
入院料毎の手術等の年間実施件数



入院料毎の手術等の状況③

○ 化学療法の実施件数は他の手術と傾向は同じだったが、分娩件数は特定機能病院、急性期一般入院料1以外の入院料でも多く実施されていた。

入院料毎の手術等の年間実施件数

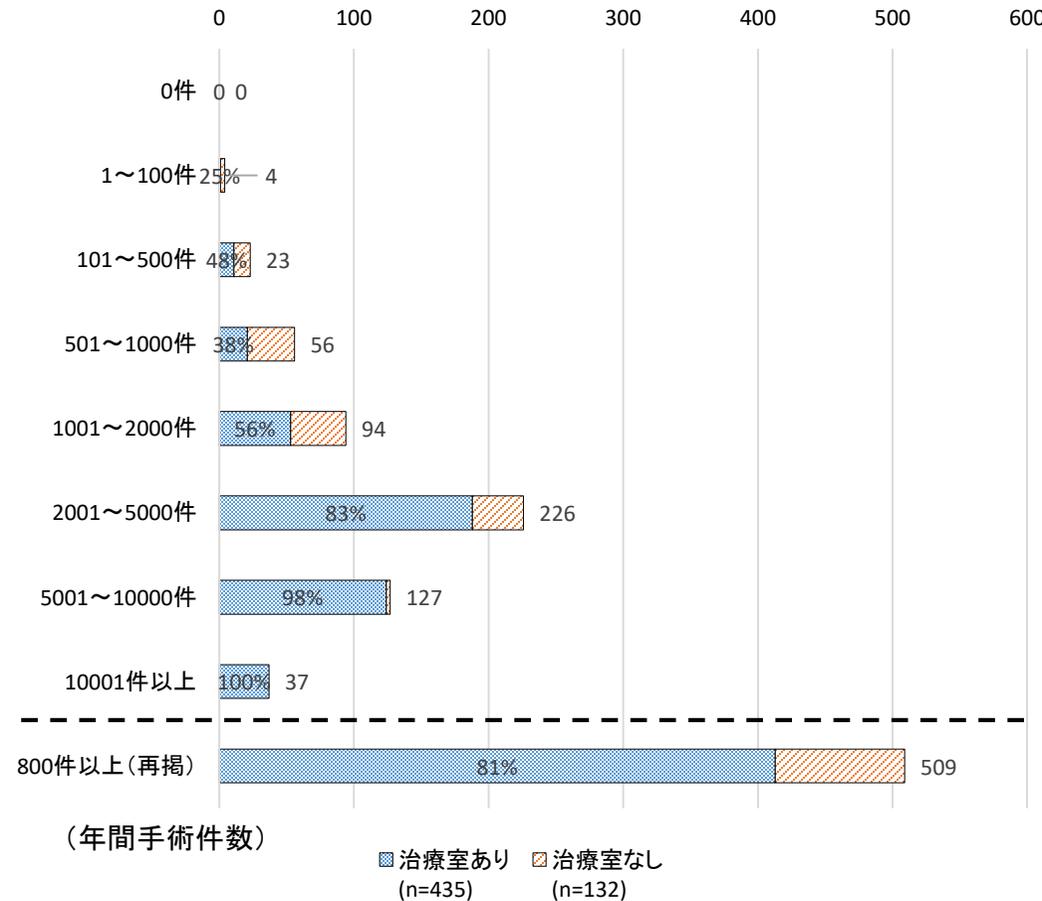


急性期一般入院料1の手術等の状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における手術の年間実施件数の分布を見たところ、約9割の医療機関では800件以上実施されていた。また、実施件数が多い医療機関では、治療室を届け出ている医療機関の割合は高くなる傾向にあった。

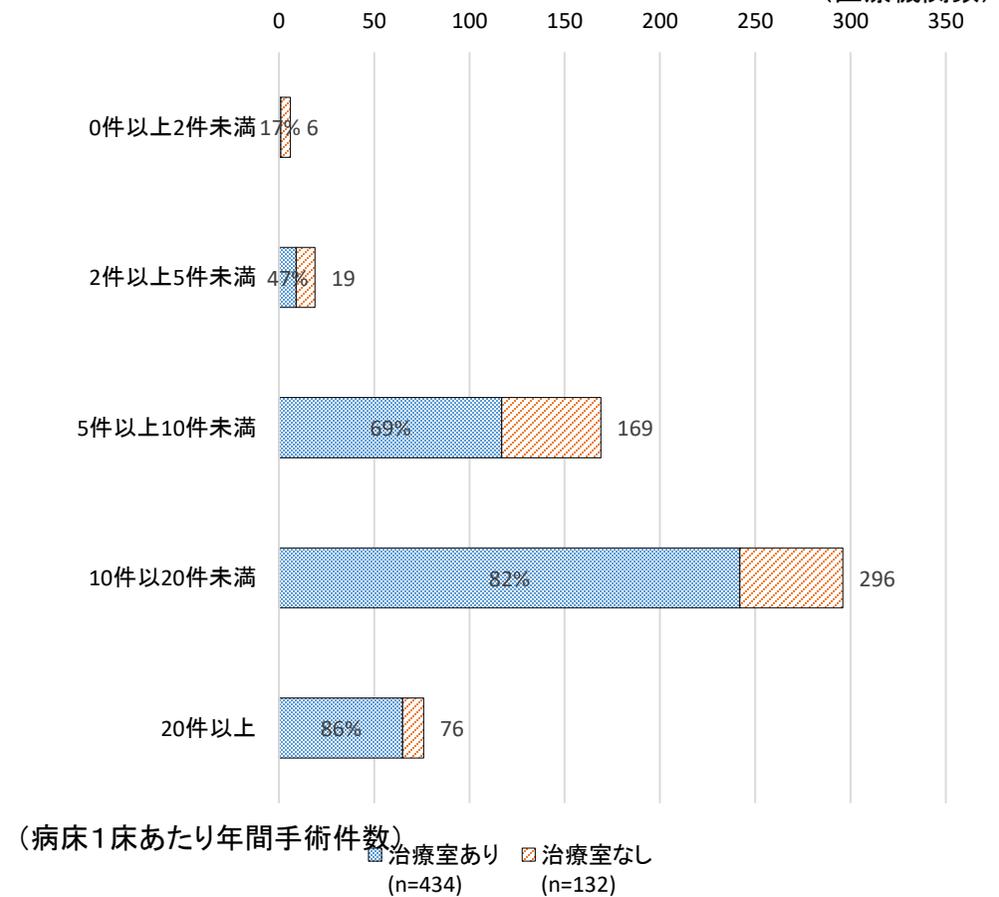
急性期一般1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの手術の年間実施件数の分布 (n=567)

(医療機関数)



急性期一般1を届け出ている医療機関における
病床1床あたりの年間手術件数の分布 (n=566)

(医療機関数)



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

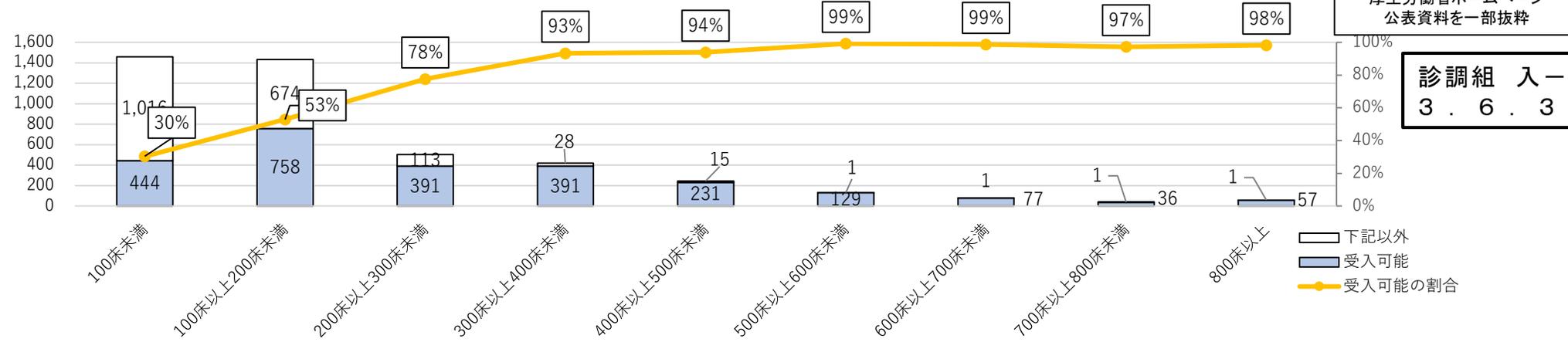
○ 医療機関の病床規模が大きいほど、新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関及び受入実績の割合も大きくなる傾向。100床未満の受入可能医療機関のうち54%が受け入れている。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）

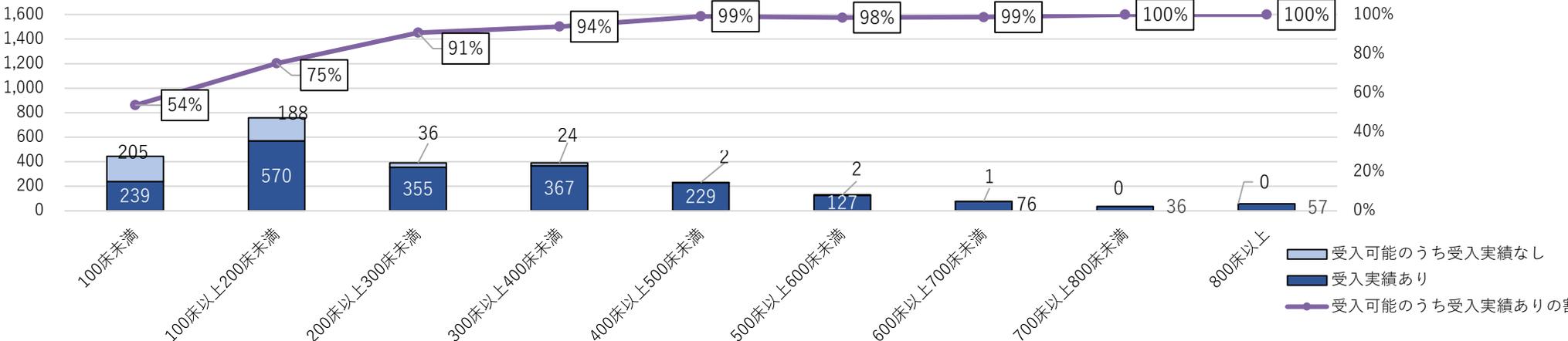
医療機関の病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関

厚生労働省ホームページ
公表資料を一部抜粋

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0



医療機関の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のうち受入実績の有無について



※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上あると報告したことがある医療機関。または、G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
 ※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
 ※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上あると報告したことがある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ 病床規模：平成30年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

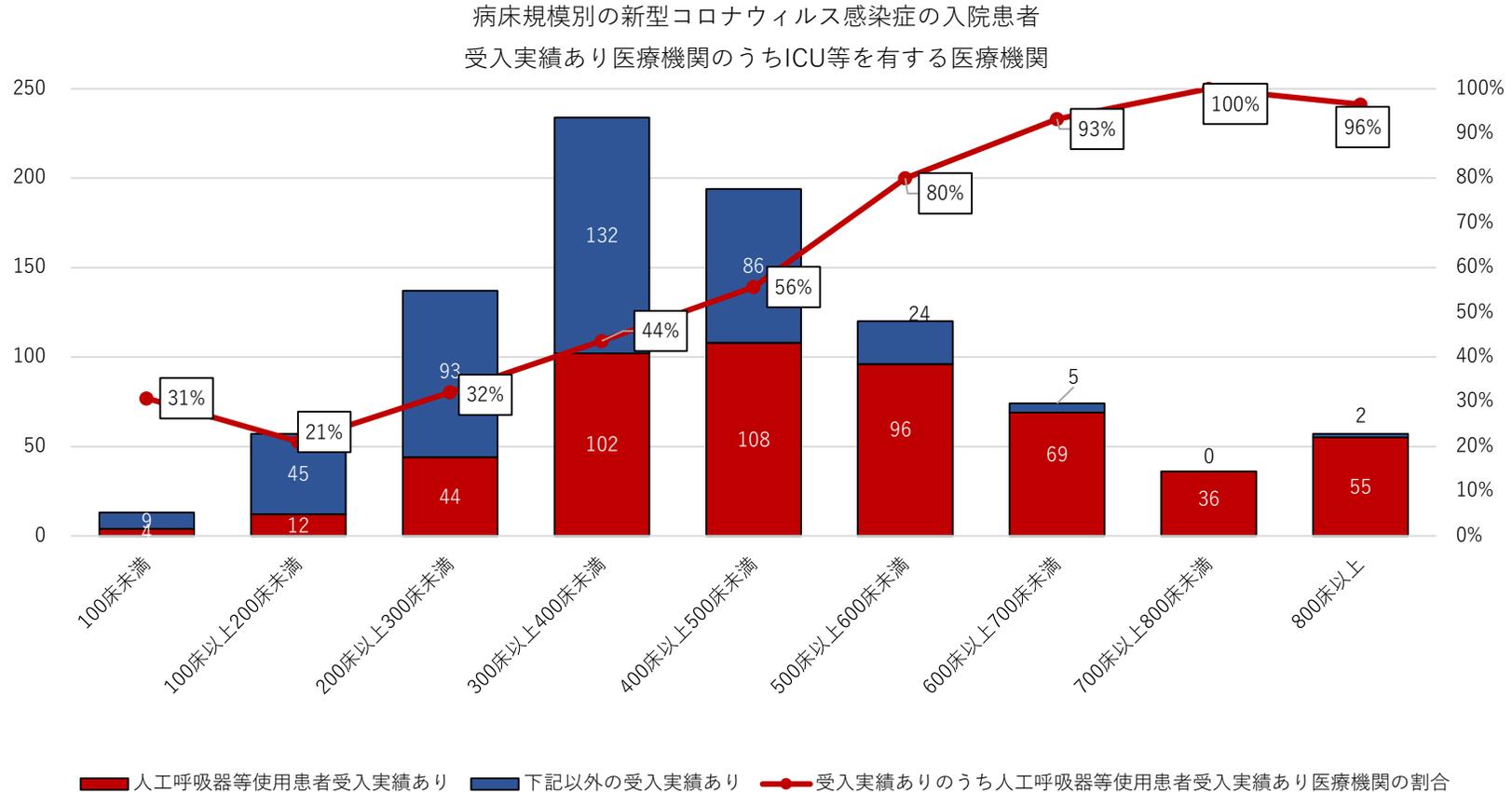
病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり 医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

厚生労働省ホームページ
公表資料を一部抜粋

○ 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。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）



※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
 ※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの
 ※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことのある受入医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・2、小児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1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを算定した実績がある医療機関（平成30年度病床機能報告）n=1,040医療機関
 ※ 病床規模：平成30年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

2-1. 重症度、医療・看護必要度について

2-2. 滞在日数について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	/
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	/
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	/	あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	/	あり
6 人工呼吸器の管理	なし	/	あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし	/	あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	/	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	/	あり

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

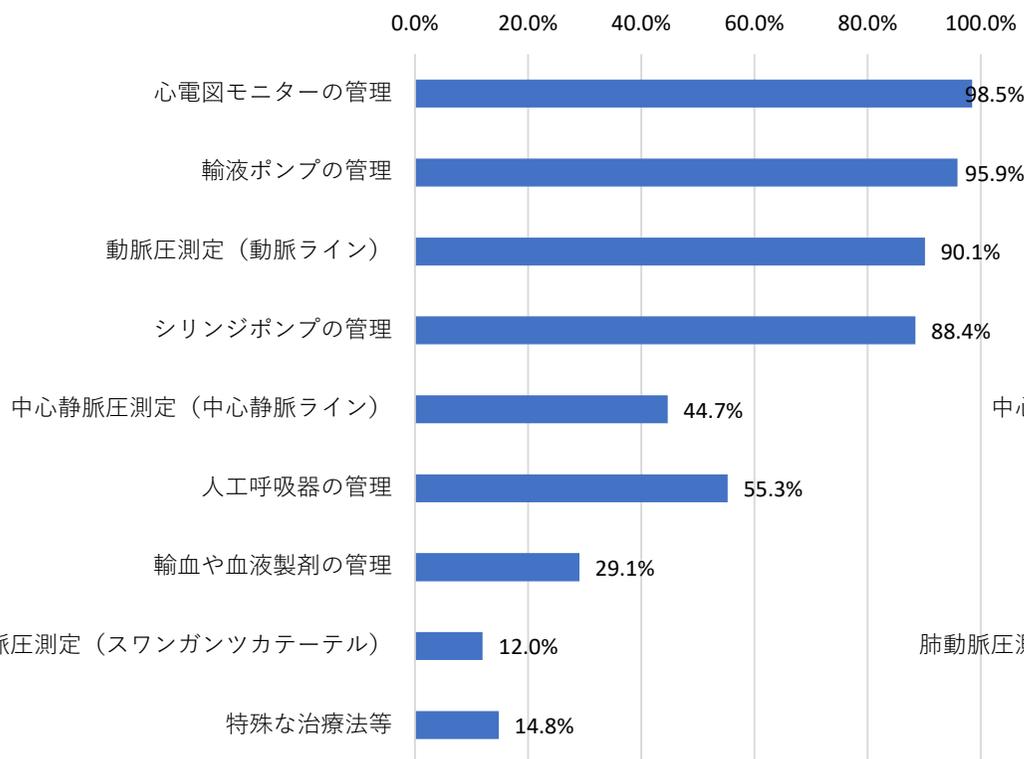
B 患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
	0点	1点	2点		0	1		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	/	/	=	点
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり		点
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/		点
危険行動	ない	/	ある		/	/		点

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

診調組 入-2
3 . 8 . 2 7

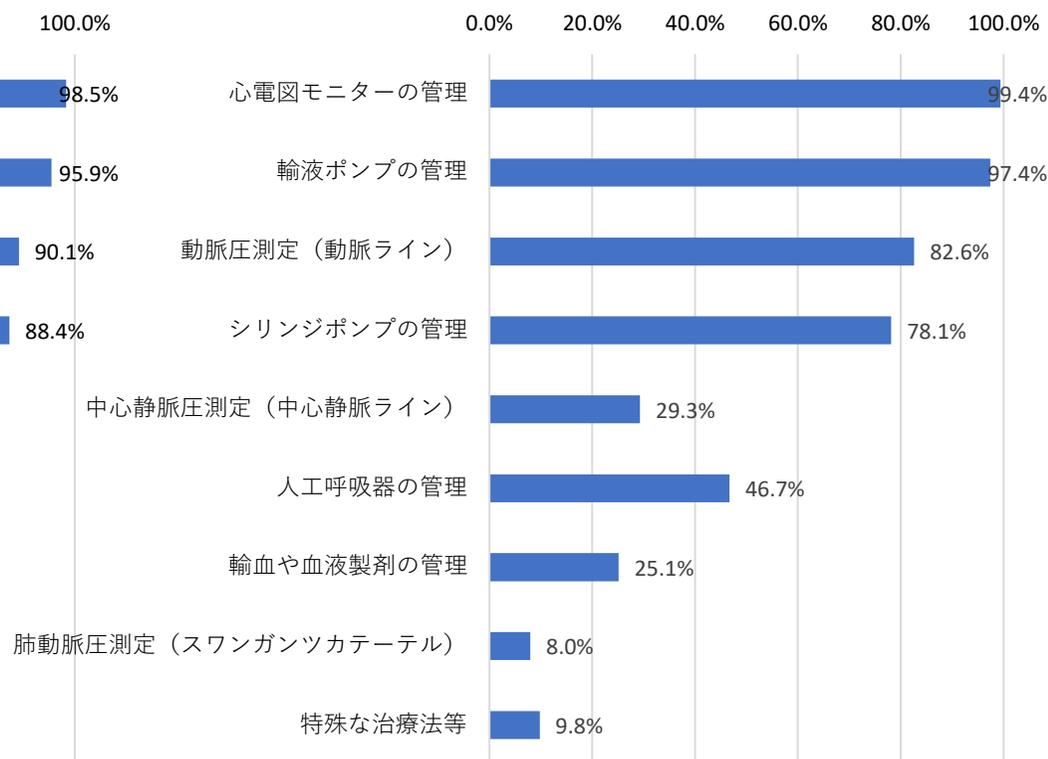
○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニター」の管理」「輸液ポンプの管理」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられた。

特定集中治療室1・2の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=6,523

特定集中治療室3・4の項目別の該当患者割合 (A項目)



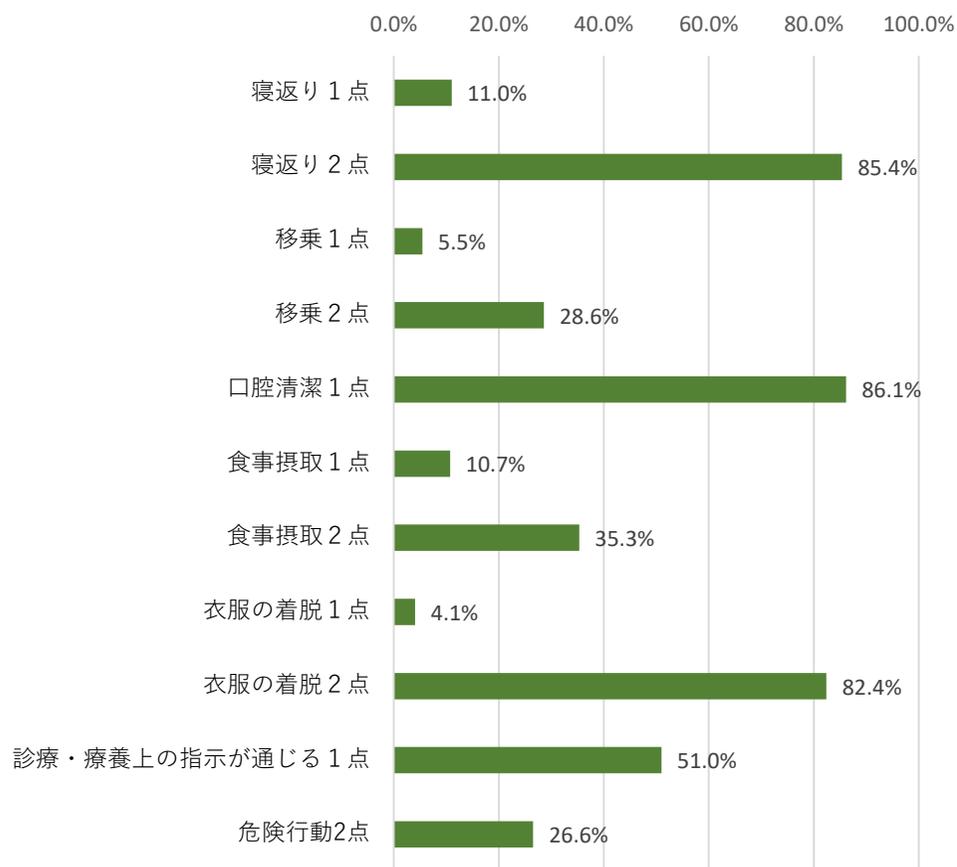
n=7,151

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

診調組 入-2
3 . 8 . 2 7

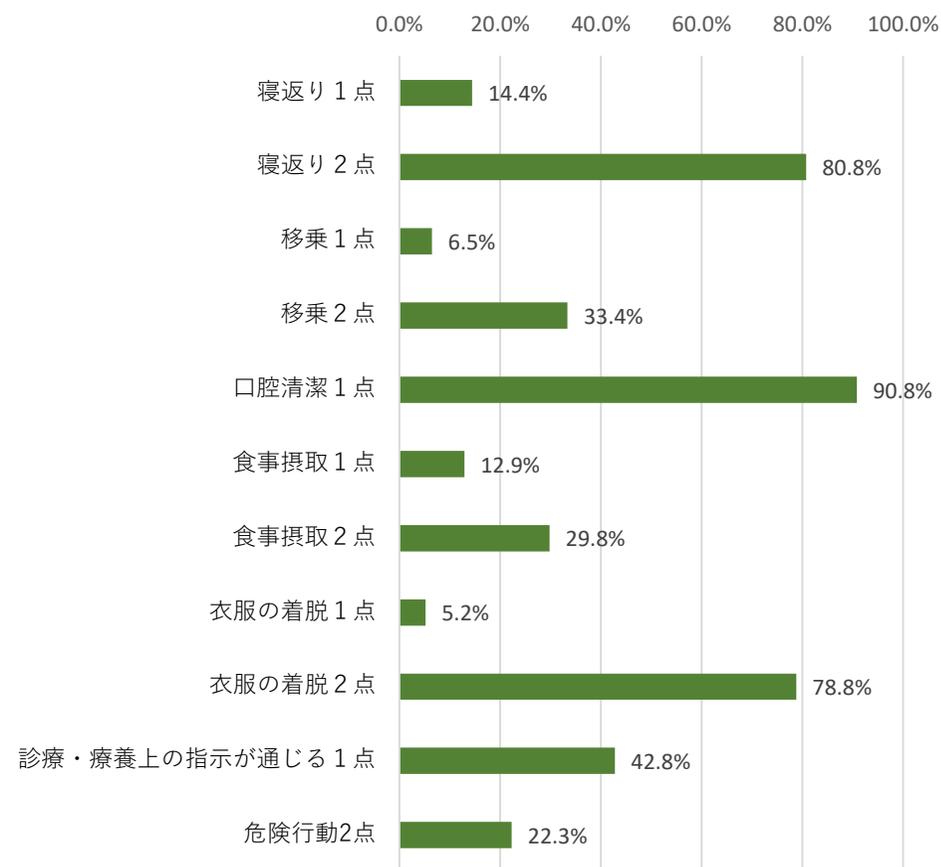
○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、2点の項目については、特定集中治療室1・2の方が該当割合が高い傾向であった。

特定集中治療室1・2の項目別の該当患者割合 (B項目)



n=6,523

特定集中治療室3・4の項目別の該当患者割合 (B項目)



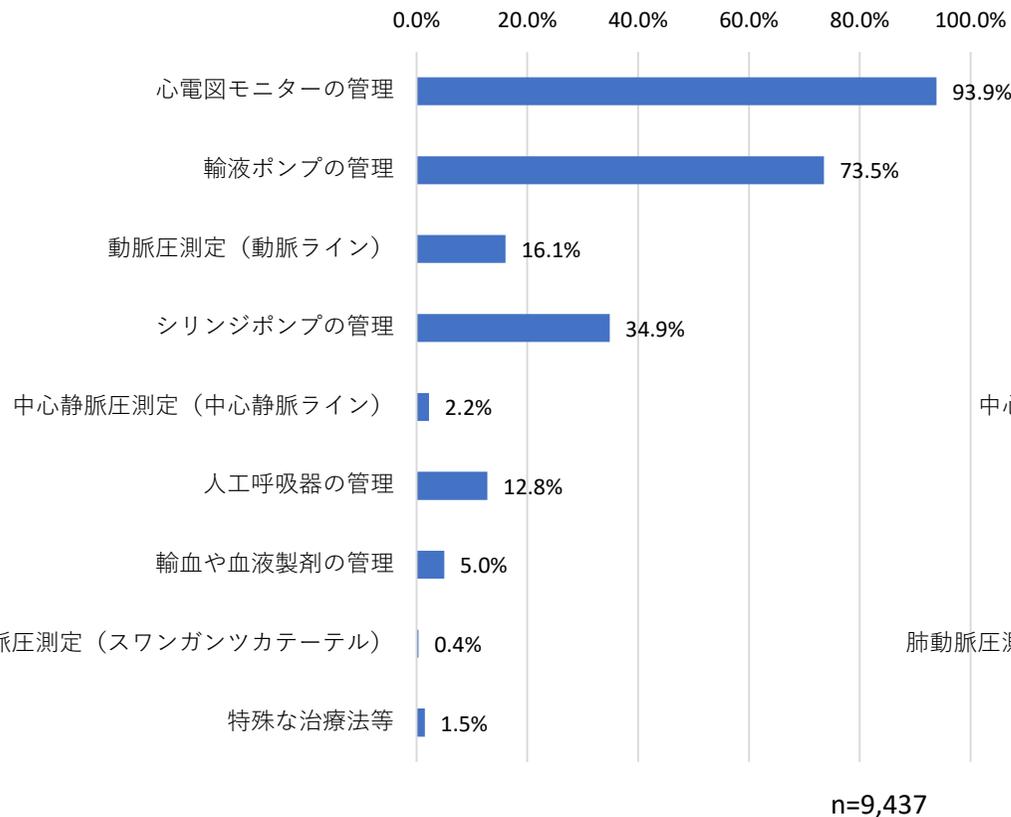
n=7,151

救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

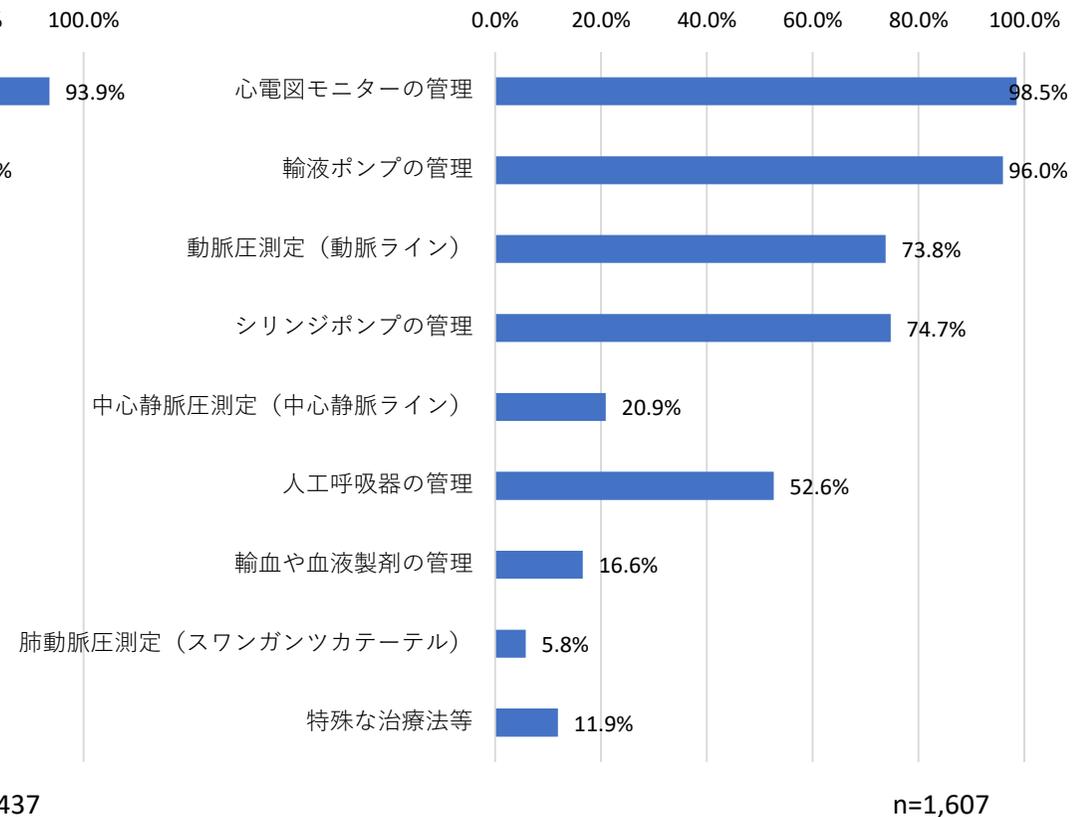
診調組 入 - 2
3 . 8 . 2 7

○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニター」の管理」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられた。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (A項目)



救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (A項目)

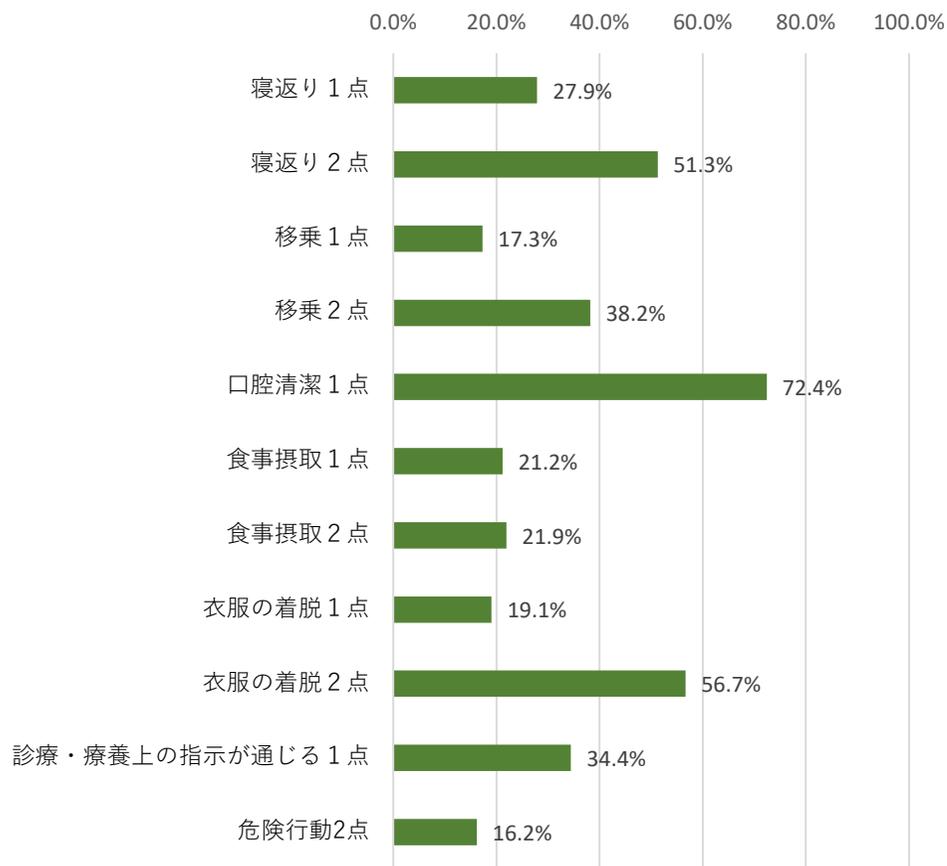


救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

診調組 入 - 2
3 . 8 . 2 7

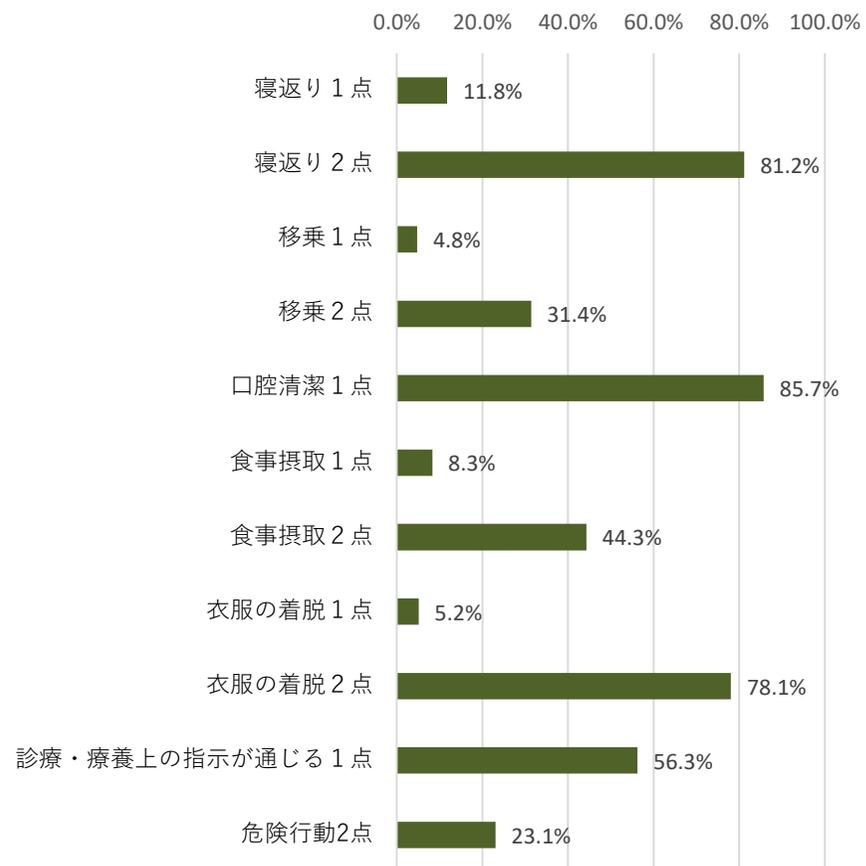
○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、2点の項目については、救命救急入院料2・4の方が該当割合が高い傾向であった。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (B項目)



n=9,437

救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (B項目)

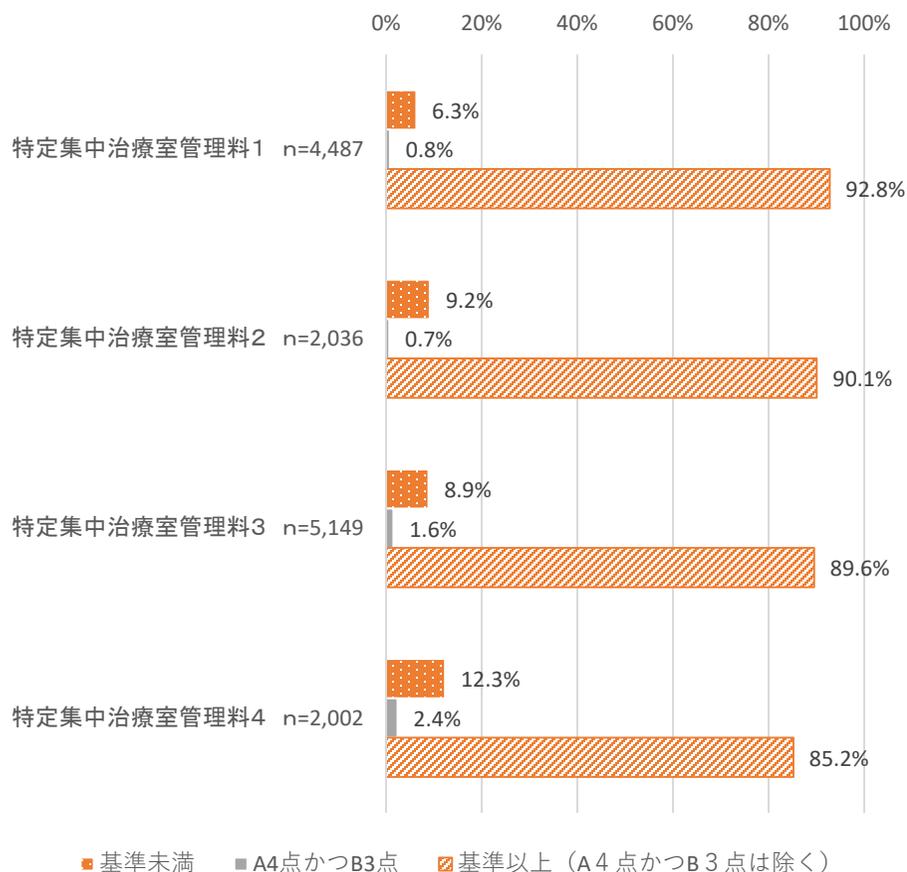


n=1,607

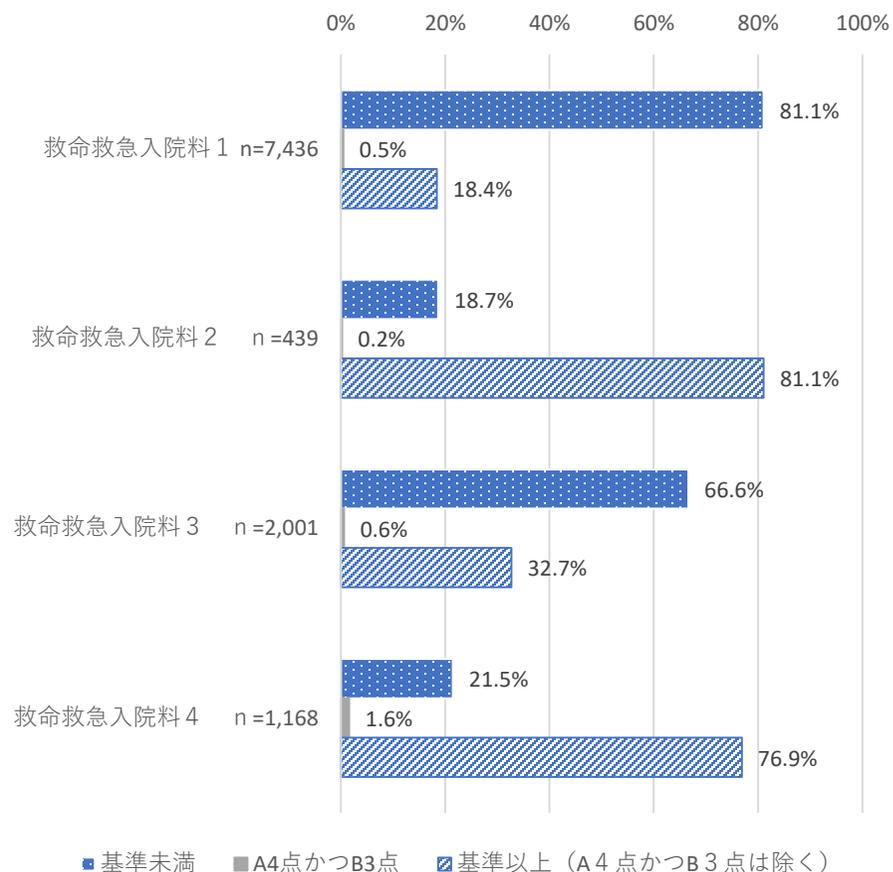
特定集中治療室・救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度

○ 特定集中治療室、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、A4点+B3点のみに該当する患者割合は、いずれの入院料においても非常に低かった。

点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



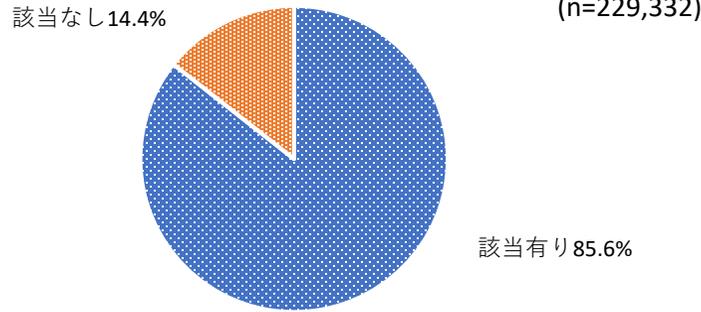
点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



入室日の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア

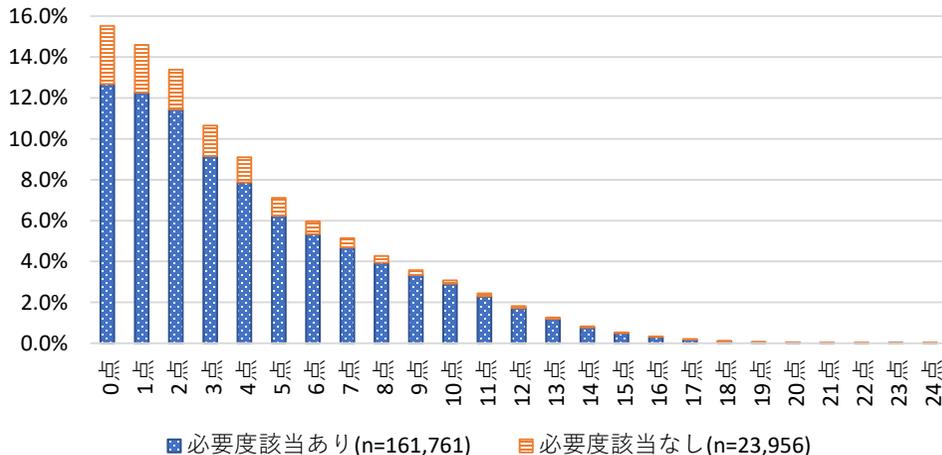
- 重症度、医療・看護必要度(以下、必要度という。)の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
- 必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。
- SOFAスコアが高い患者の中にも、必要度の基準だと満たしていない患者が存在した。

必要度 (入室日・全患者)

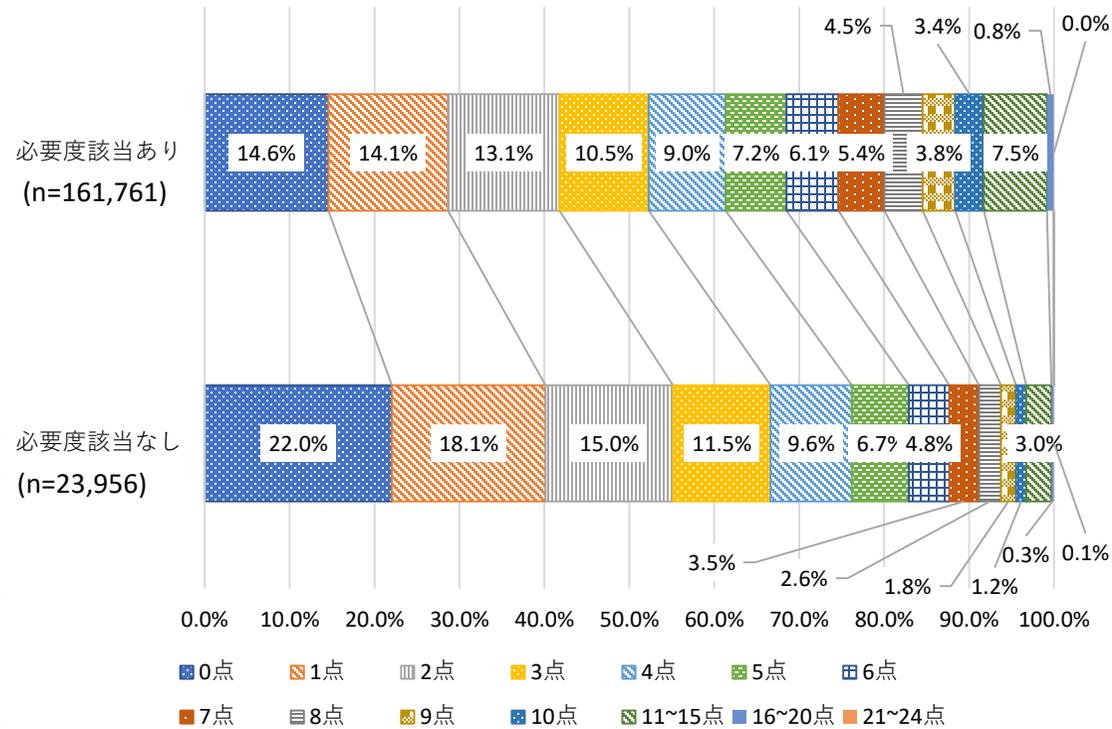


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFA×必要度 (入室日)



SOFAスコア (入室日)



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

2-1. 重症度、医療・看護必要度について

2-2. 滞在日数について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

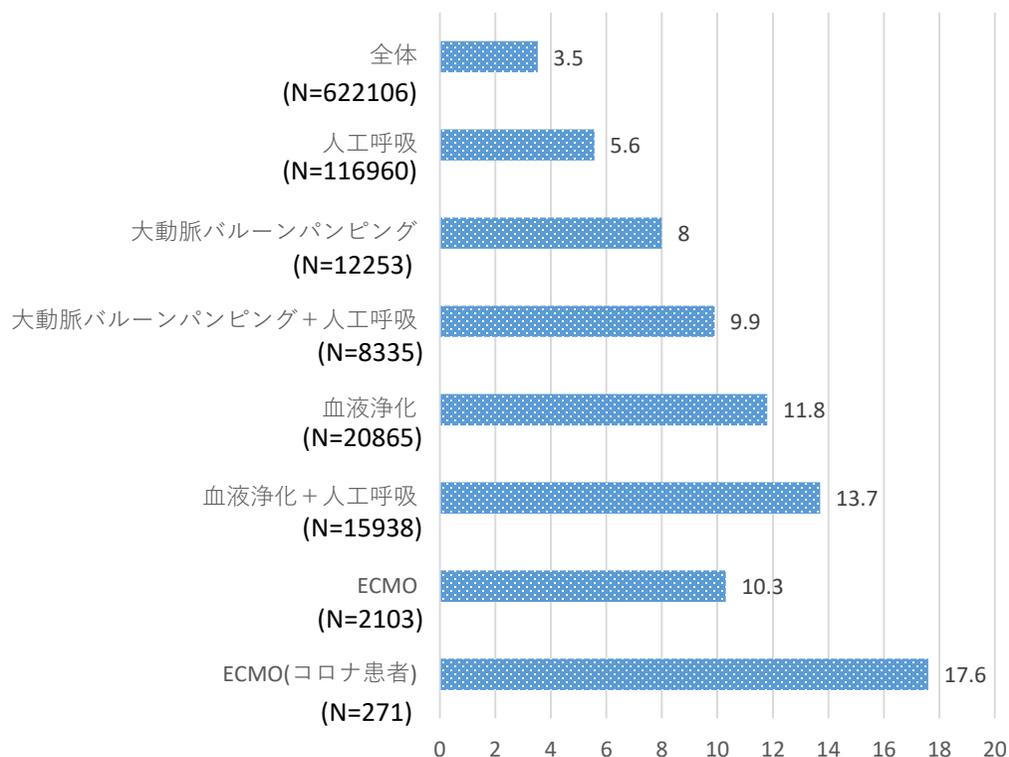
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

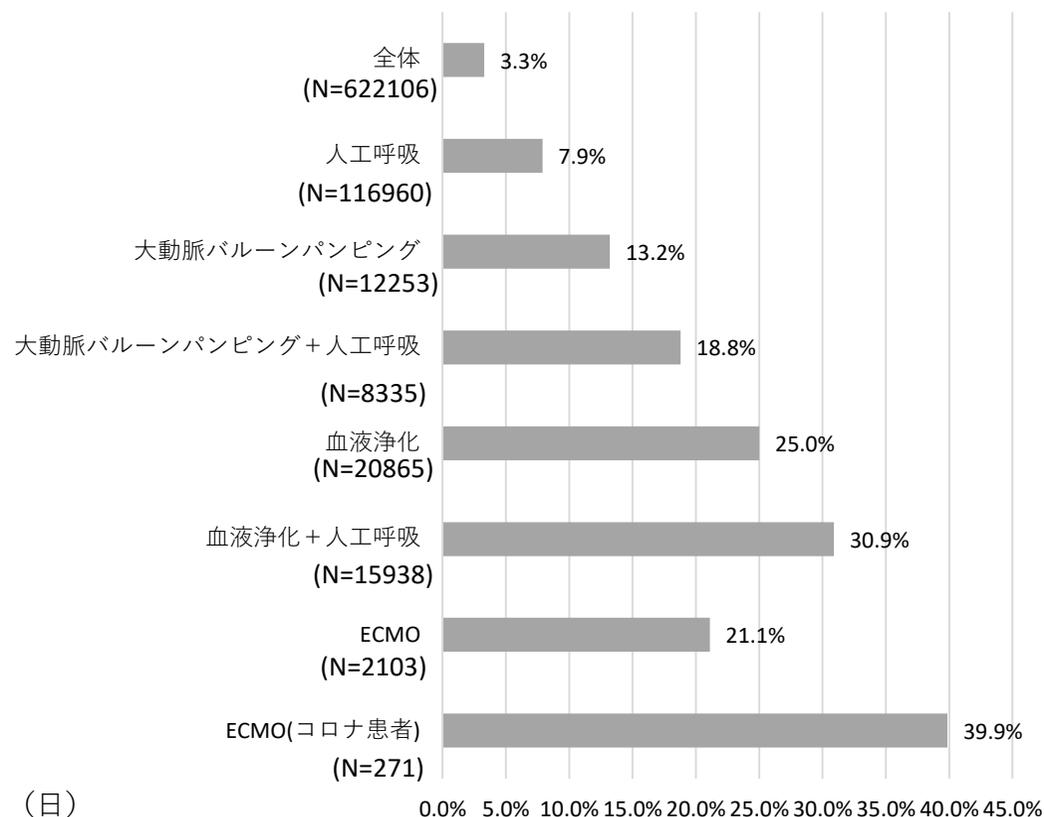
ICU滞在日数の比較①

○行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化+呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。
○滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化+呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。

※
ICU平均滞在日数



ICU滞在日数が14日以上割合



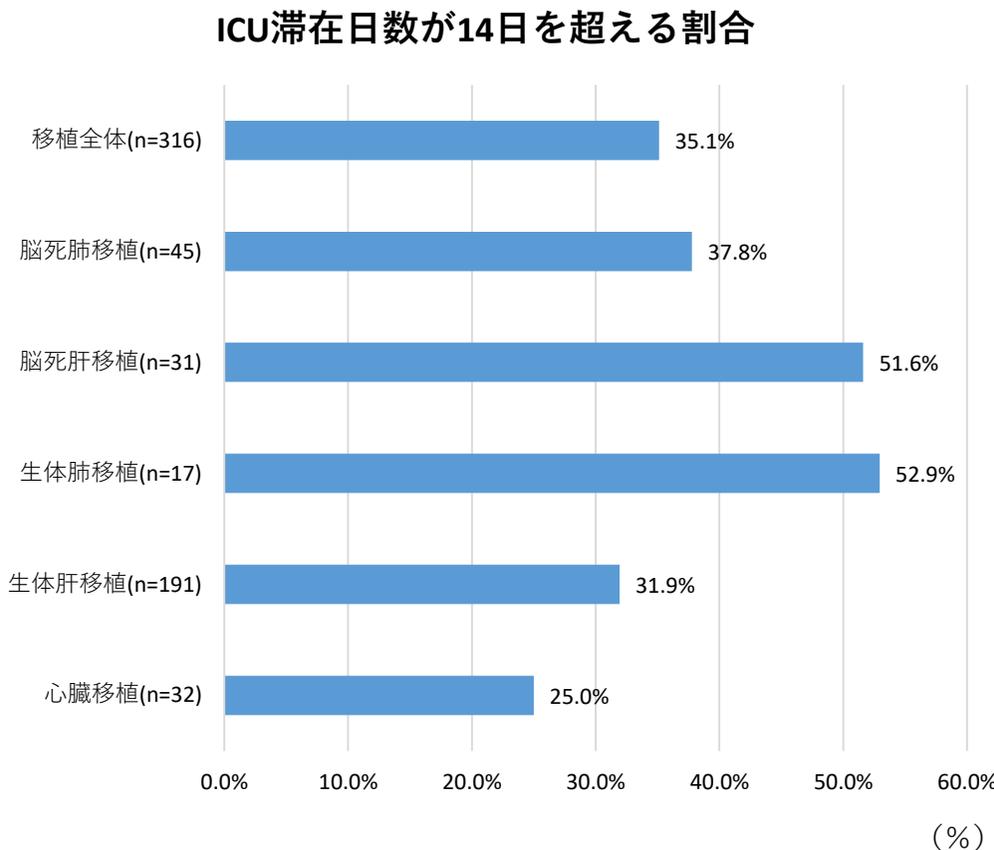
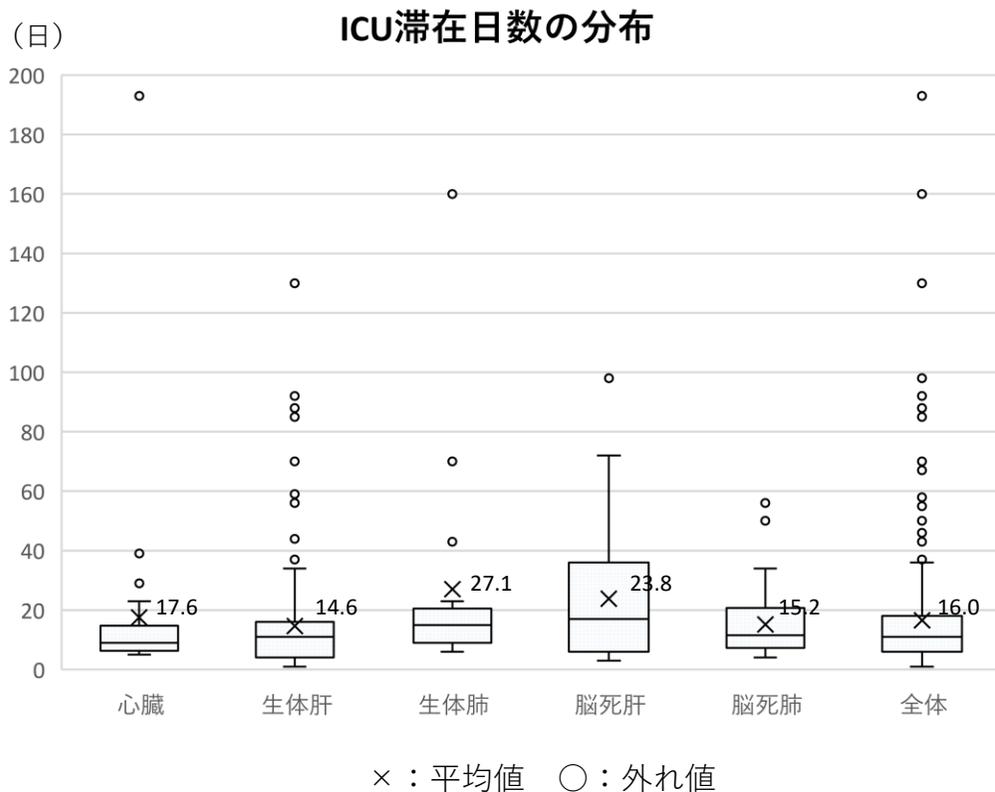
※コロナ患者については人工呼吸器装着日数の平均。

※特定集中治療室管理料1~4又は救命救急入院料1~4を算定する患者について集計を行った。

※ここにおいてECMOは「K601人工心肺」、「K602経皮的心肺補助法」又は「K602-2経皮的心肺補助法」をICU入室2日目以降も算定している患者を指す
※血液浄化は「J38-2持続緩徐血液濾過」、「J039血漿交換」、「J040局所灌流」、「J041吸着式灌流」又は「J041-2血球成分除去」の患者を指す

ICU滞在日数の比較③

- 臓器移植が行われた患者におけるICU平均滞在日数を移植臓器別に比較すると、いずれの平均ICU滞在日数についても14日を超過していた。ICU滞在日数は症例によるばらつきが大きかった。
- ICU滞在日数が14日を越える割合を移植臓器別に比較すると、「脳死肝移植」「生体肺移植」において、50%以上の患者が14日を超過してICUに滞在していた。



集中治療におけるデータベース

- JIPAD (Japan Intensive care Patient Database) は日本集中治療医学会が運営するデータベースで、データベース登録を行うことで、「ベンチマークを構築し、それを元に各医療機関でシステムや医療の質が改善すること」、「データの二次利用による新たな知見の創出とそれによる患者アウトカムが改善すること」等が期待される。(2021年日本集中治療医学会学術集会発表資料より抜粋)
- JIPADに登録されたデータを元に、精度の高い死亡予測モデルが構築され、集中治療における治療の選択にも役立てられるようになった。(Endo et al. Journal of Intensive Care (2021) 9:18)
- 集中治療専門医研修施設343施設のうち25.1%の86施設がJIPADに参加している。JIPAD未参加施設のうち、「準備・検討中」と回答した医療施設が46.6%であり、「データ入力負担」と回答した施設が36.4%であった。(出典:2019年度集中治療専門医研修施設調査報告)

【JIPADで構築された予測死亡率機能のデモ画面】

入室区分
予定手術, 緊急手術, 非手術

入室形式
予定, 緊急

入室経路
手術室, 救急外来, 病棟, 他のICU, CI*

疾患分類
心血管, 神経系, 呼吸器, 消化管, 筋骨*

年齢
0 ~ 118

性別
女性, 男性

APACHE IIIスコア
1 ~ 232

APACHE III-院内予測死亡率 (%)
0 ~ 100

JROD予測死亡率 (%)
0 ~ 96.8

Japan Risk of Death (JROD)

これまでに広く使われてきたAPACHE III[†]などから算出される予測死亡率は、日本のICU患者に当てはめた場合、過大に死亡リスクを予測してしまうため、日本の現状に合わせた日本版死亡予測モデル (Japan Risk of Death: JROD) を構築し、そのモデルに基づきリスクの評価を行った。解析対象集団は、再入室・ICUでの手技入室は除外した成人とした。PICU入室症例も除外とした。

患者背景

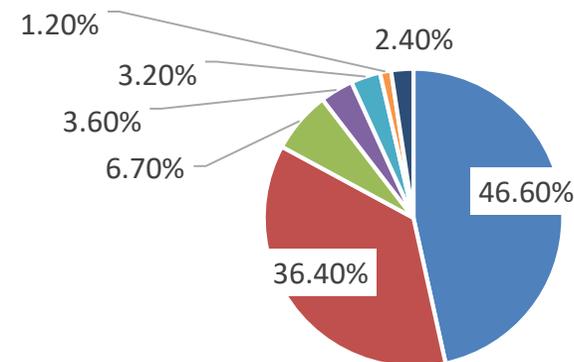
	全施設	貴施設
症例数, n	34351	800
年齢, median [IQR], years	70 [60, 78]	70 [59, 78]
男性, n (%)	20979 (61.1)	464 (58.0)
身長, median [IQR], cm	161.0 [153.6, 167.7]	161.0 [152.4, 167.8]
体重, median [IQR], kg	58.0 [50.0, 67.1]	58.0 [49.9, 67.8]
BMI, median [IQR], kg/m ²	22.5 [20.1, 25.1]	22.4 [20.1, 25.2]
緊急コール [†] (%)	733 (2.1)	9 (1.1)
入院-入室, median [IQR], days	6 (16)	6 (10)
心停止蘇生後, n (%)	985 (2.9)	27 (3.4)

BMI: body mass index, 入院-入室: 入院からICU入室までの期間

[†]緊急コールは、コードブルー、RRT/METを含み、全館放送やPHSによる連絡など、各施設で運用されている緊急コールシステムが活用されて患者がICUに入室した場合に選択されている。現時点では本学会公式の定義¹に依拠していない。また、データクレンジングの際、入力データ同士で矛盾が生じる場合は、適宜データ項目を修正した。

BMIカテゴリー - 低体重: BMI < 18.5, 普通体重: 18.5 ≤ BMI < 25, 過体重: 25 ≤ BMI < 30, 肥満: 30 ≤ BMI < 40, 病的肥満: 40 ≤ BMI; BMI (kg/m²), RRT: rapid response team, MET: medical emergency team, 入院-入室: 入院からICU入室までの期間。

JIPAD未参加の理由 (未参加施設=253)



- 準備・検討中
- データ入力負担
- 費用労力が不明
- 他データベースを採用
- JIPADを知らない
- 手続きが分からない
- その他

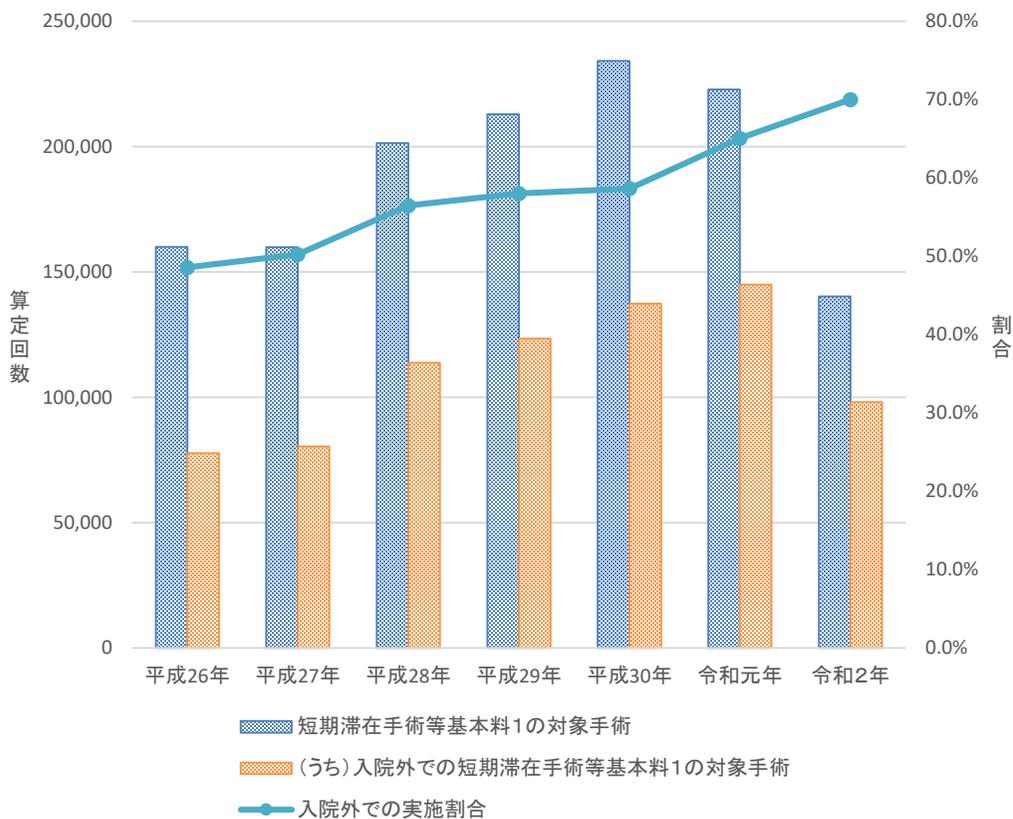
0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. **短期滞在手術等基本料について**
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

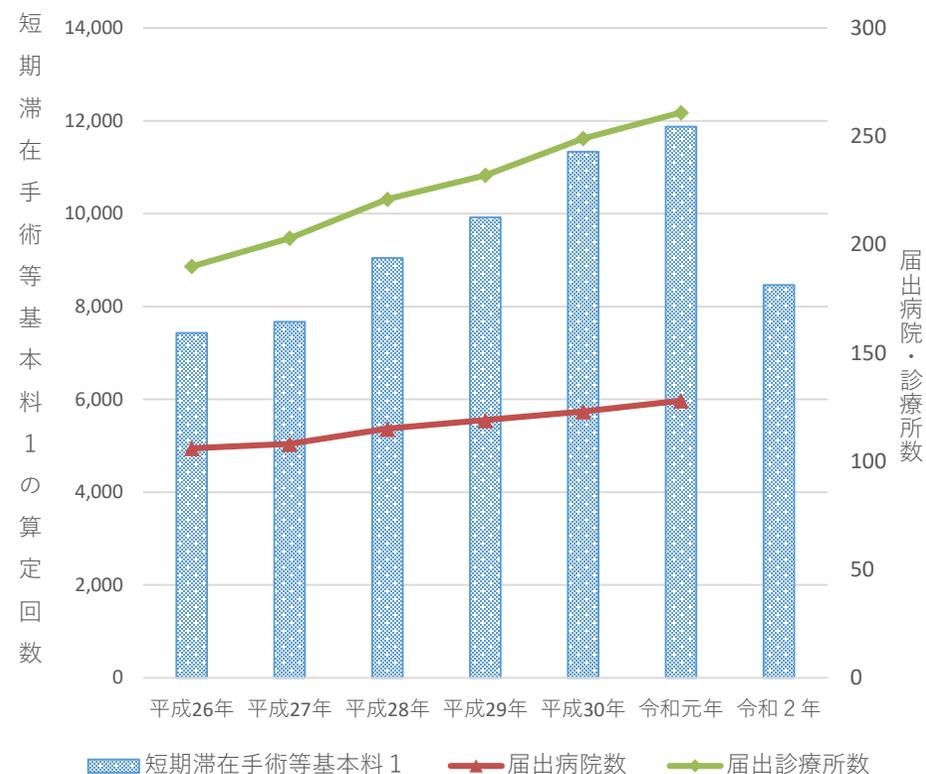
短期滞在手術等基本料 1 の年次推移

- 短期滞在手術等基本料 1 の対象となっている手術は、入院外での実施割合が増加していた。
- 短期滞在手術等基本料 1 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1の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料 1 の算定実績

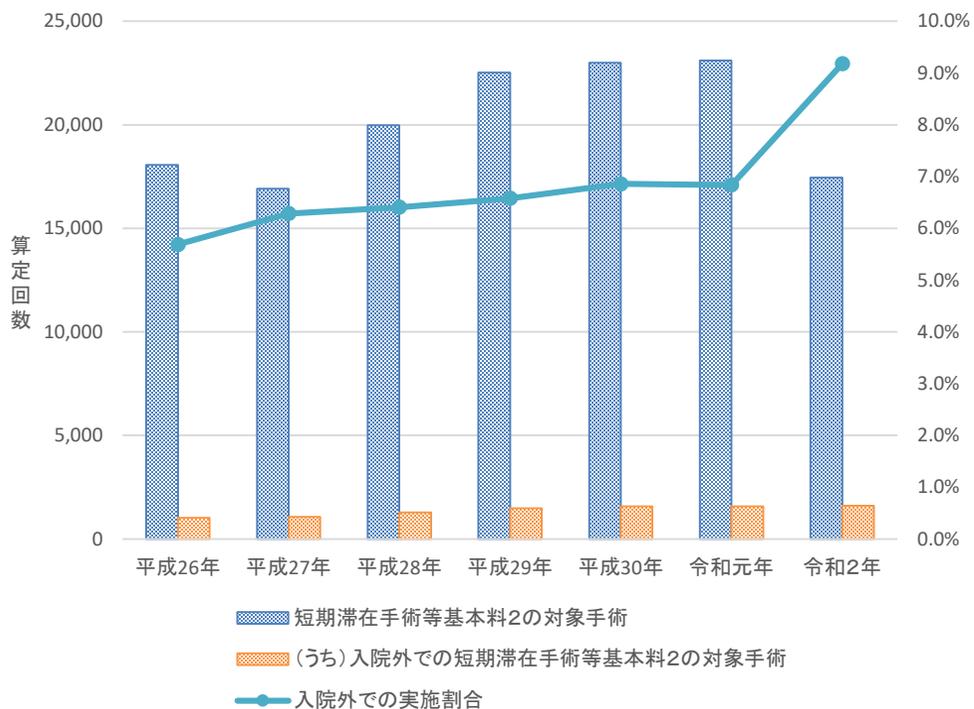


出典：
 (算定回数)社会医療診療行為別統計 各年6月審査分
 (届出医療機関数)保険局医療課調べ 各年7月1日時点

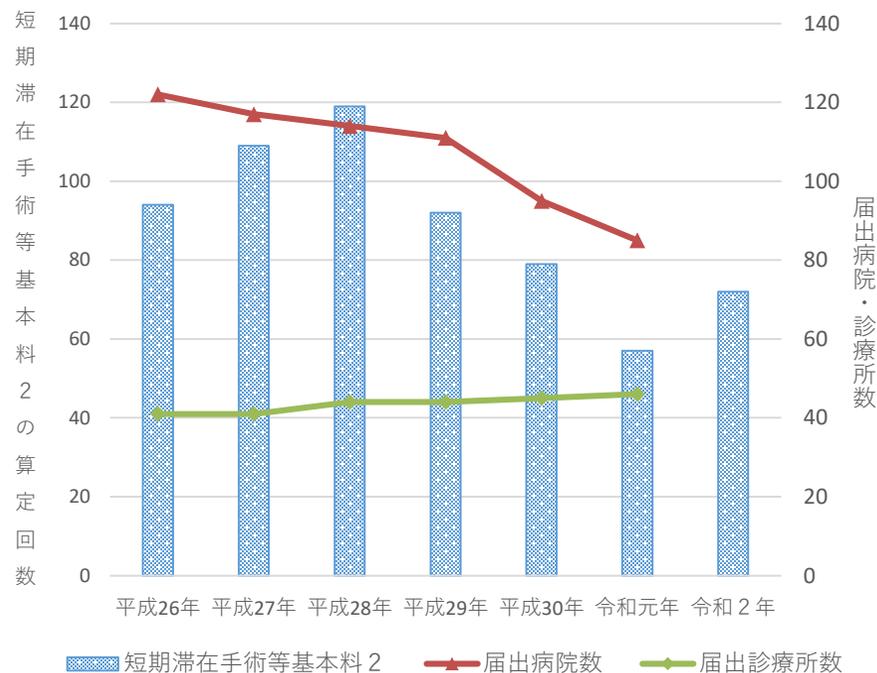
短期滞在手術等基本料2の年次推移

- 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の算定回数は平成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の届出病院数は減少傾向、届出診療所数は横ばいとなっていた。

短期滞在手術等基本料2の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料2の算定実績



【短期滞在手術等基本料2の対象手術のうち、入院外での実施割合が高いもの】 (算定回数は令和2年6月審査分)

手術名称	入院での算定回数	入院外での算定回数	入院外での実施割合
靭帯断裂縫合術 指(手, 足)	45	30	40.0%
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手, 足)	1	1	50.0%
痔核手術(脱肛を含む) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	1523	583	27.7%
痔核手術(脱肛を含む) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	916	913	49.9%

短期滞在手術等基本料2の平成30年と令和2年の比較

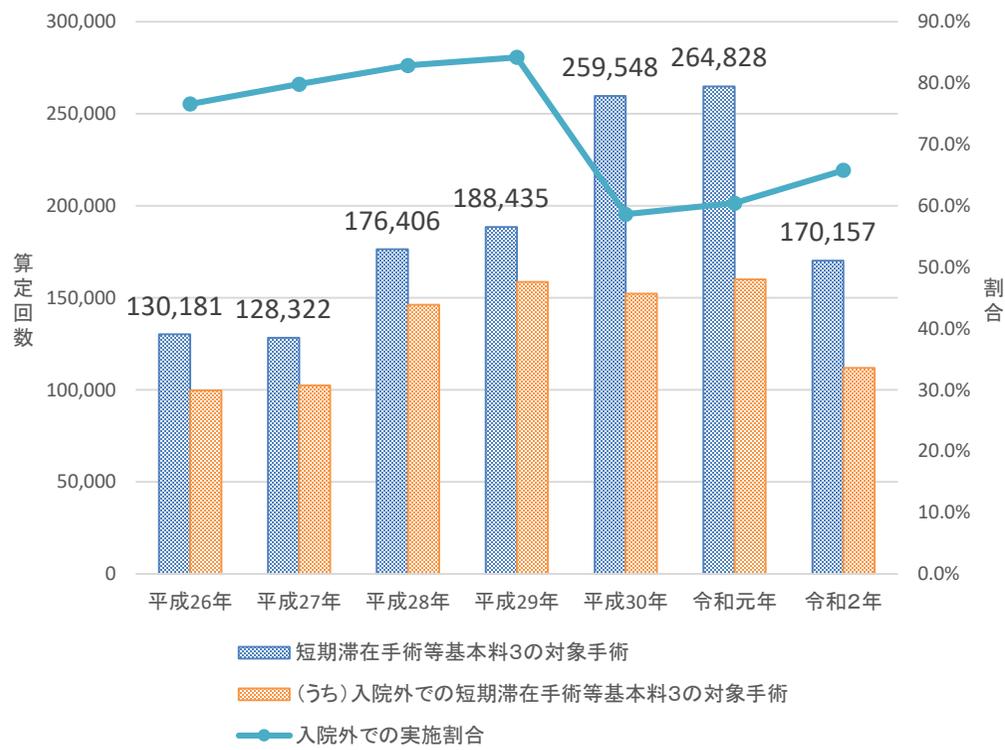
- 短期滞在手術等基本料2とその対象手術の平成30年度、令和2年度の状況は以下のとおりであった。
- 短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数は、2日を大きく上回るものも存在した。

短期滞在手術等基本料2 手術名称	平成30年度						令和2年度					
	短期滞在手術等 基本料2		対象手術 (DPC対象病院以外)		対象手術 (DPC対象病院)		短期滞在手術等 基本料2		対象手術 (DPC対象病院以外)		対象手術 (DPC対象病院)	
	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
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	0	-	39	12.38	102	10.74	0	-	23	9.04	65	10.63
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	0	-	62	8.35	206	6.15	0	-	97	6.71	149	5.67
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	0	-	7	7.00	18	3.67	0	-	2	3.00	14	3.50
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	0	-	519	11.57	1,431	9.90	0	-	646	9.88	1,412	8.89
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	0	-	363	6.84	1,340	5.86	0	-	421	7.10	1,199	5.89
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	0	-	2	4.50	5	3.80	0	-	4	11.75	5	7.20
半月板縫合術	0	-	10	14.30	47	18.15	0	-	11	19.91	39	11.69
関節鏡下半月板縫合術	0	-	3,464	16.42	9,863	15.82	0	-	4,365	17.53	10,262	15.98
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	0	-	5	23.60	7	14.29	0	-	2	14.00	9	12.33
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	0	-	19	21.53	107	17.40	0	-	23	22.52	104	18.51
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	0	-	498	8.40	1,917	7.41	0	-	598	8.72	1,631	7.74
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	0	-	22	14.32	131	15.89	0	-	25	16.56	131	16.72
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	0	-	6	17.83	40	14.48	0	-	3	10.00	24	16.63
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	0	-	72	10.19	367	8.93	0	-	114	8.25	345	8.89
顎下腺腫瘍摘出術	0	-	9	6.78	691	7.18	0	-	13	7.92	556	6.79
顎下腺摘出術	0	-	19	9.11	1,656	7.39	0	-	29	7.59	1,532	7.32
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	0	-	281	7.42	5,822	7.31	0	-	332	7.65	5,043	7.26
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	0	-	62	8.94	513	7.90	0	-	119	11.08	485	7.58
腹腔鏡下胆嚢摘出術	3	2.00	5,884	7.41	71,883	6.77	3	2.00	6,032	7.47	67,835	6.83
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	0	-	1,711	5.96	28,147	5.29	0	-	2,075	5.71	29,864	5.27
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	0	-	893	9.35	11,175	8.91	0	-	1,120	9.36	12,260	8.79
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	8	2.00	4,560	8.33	6,656	6.58	22	2.00	6,261	8.99	5,874	6.50
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	1	2.00	2,489	7.93	2,920	6.27	7	2.00	3,048	7.44	2,776	5.67
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	0	-	3,246	5.31	28,572	5.03	0	-	4,789	5.22	31,764	5.04
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	0	-	165	5.39	1,926	5.34	0	-	229	4.74	1,732	5.55
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	0	-	20	8.15	114	5.23	0	-	13	4.31	79	5.44
尿失禁手術 その他のもの	0	-	139	6.10	1,441	5.04	0	-	106	6.08	870	4.98
子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	0	-	1,559	6.54	39,912	6.25	0	-	2,077	6.39	37,498	6.14

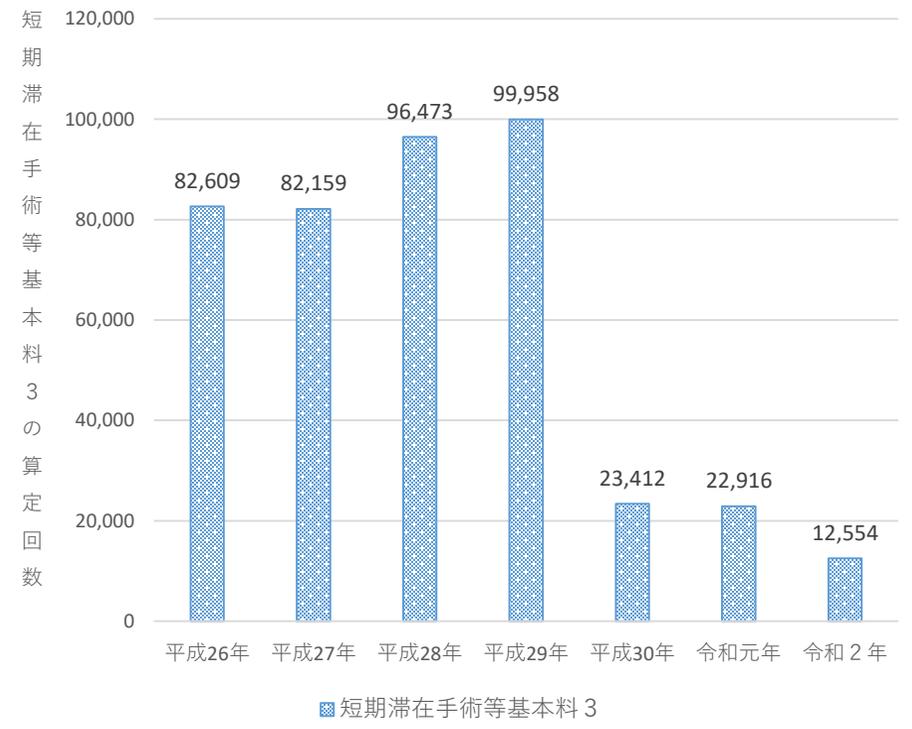
短期滞在手術等基本料3の年次推移

- 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。
- 短期滞在手術等基本料3の算定回数は平成30年度以降、減少したが、一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等の、入院外での実施割合は以下のとおりであった。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3の対象手術等の、入院外での実施割合】

手術等名称	入院での算定回数	入院外での算定回数	入院外での実施割合
小児食物アレルギー負荷検査	12	1509	99.2%
前立腺針生検法	5319	792	13.0%
関節鏡下手根管開放手術*	159	320	66.8%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	117	9	7.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの*	24349	52478	68.3%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満*	186	234	55.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3062	9363	75.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	522	1738	76.9%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	95	134	58.5%
下肢静脈瘤手術 硬化療法	25	1193	97.9%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	41	97	70.3%
鼠径ヘルニア手術	2649	343	11.5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	2218	182	7.6%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満*	14001	40440	74.3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm以上	1853	971	34.4%
痔核手術（脱肛を含む） 硬化療法（四段階注射法によるもの）	438	988	69.3%
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	879	938	51.6%
子宮頸部（腔部）切除術	1702	70	4.0%
ガンマナイフによる定位放射線治療	641	90	12.3%

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に*を付している。

※ 入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

短期滞在手術等基本料3の平成30年と令和2年の比較

- 短期滞在手術等基本料3とその対象手術等の平成30年度、令和2年度の状況は以下のとおりであった。
- 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あった。

手術名称（令和2年度に対象手技となっているもの）	平成30年度				令和2年度			
	短期滞在手術等基本料3		対象手術 (DPC対象病院)		短期滞在手術等基本料3		対象手術 (DPC対象病院)	
	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
小児食物アレルギー負荷検査	3,129	1.09	36,428	1.29	3,190	1.04	33,877	1.24
前立腺針生検法	8,019	2.55	97,554	2.58	8,171	2.51	86,069	2.53
関節鏡下手根管開放手術*	774	3.12	1,883	3.14	974	3.17	1,819	3.29
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	35	2.29	477	2.69	107	2.01	480	2.80
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)*	57,449	2.74	312,633	2.66	77,042	2.60	241,374	2.57
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)*	2,217	3.89	49,160	5.53	5,766	4.92	43,325	5.08
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満*	375	2.84	3,231	3.53	398	3.17	2,714	3.58
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	5,809	2.97	23,651	3.61	-	-	-	-
経皮的シャント拡張術・血栓除去術(初回)	-	-	-	-	8,165	2.75	23,728	3.64
経皮的シャント拡張術・血栓除去術・3月以内	-	-	-	-	1,546	3.19	4,701	3.91
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	902	2.77	2,859	3.28	580	3.06	1,611	3.31
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	91	2.31	227	2.61	154	2.14	236	3.53
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	215	2.52	1,010	2.69	161	1.89	718	2.84
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	136	2.60	3,162	2.69	125	2.65	2,376	3
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	137	2.31	2,948	2.42	62	2.24	1,863	2.38
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	120	2.45	2,133	2.48	64	2.50	1,219	2.43
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	10,208	6.05	52,474	4.84	9,279	5.59	40,410	4.80
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	21	3.05	2,696	2.67	27	2.74	2,708	2.66
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	45	2.51	3,067	2.61	45	2.64	2,560	2.54
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	21	2.57	2,228	2.67	27	2.81	1,815	2.56
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	4,630	5.03	40,043	4.68	5,609	4.97	39,872	4.70
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*	75,571	2.53	257,701	2.80	79,084	2.44	220,704	2.76
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	5,414	3.30	31,717	3.86	5,820	3.21	28,514	3.77
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	1,847	2.43	2,914	2.49	2,119	2.38	2,094	2.46
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	4,007	2.51	15,098	2.36	4,896	2.28	11,489	2.23
子宮頸部(腔部)切除術	1,029	3.04	25,938	3.17	1,184	3.02	24,063	3.08
ガンマナイフによる定位放射線治療	1,233	3.35	8,097	3.82	1,521	3.19	7,149	3.84

短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等の分析

【分析対象とした手術等】

- 手術
- 1,000点以上の検査、放射線治療等

【分析データ】

DPCデータ(令和2年4月以降に入院し、令和3年3月までに退院した患者であって、当該手術等を1度のみ実施した症例)

【項目の抽出方法】

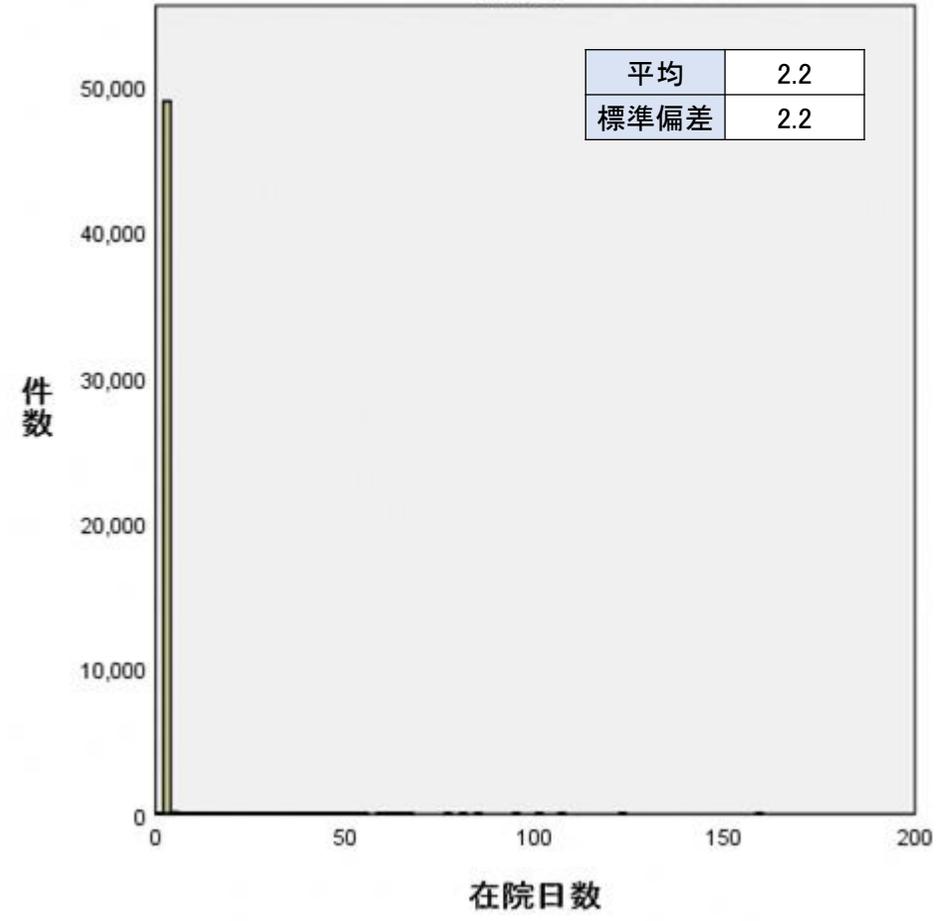
以下の条件を満たす手術等

- 該当症例数が100件以上
- 在院日数が以下のいずれか
 1. 在院日数の平均+1SDが5日以内
 2. 在院日数の平均+1SDが7日以内

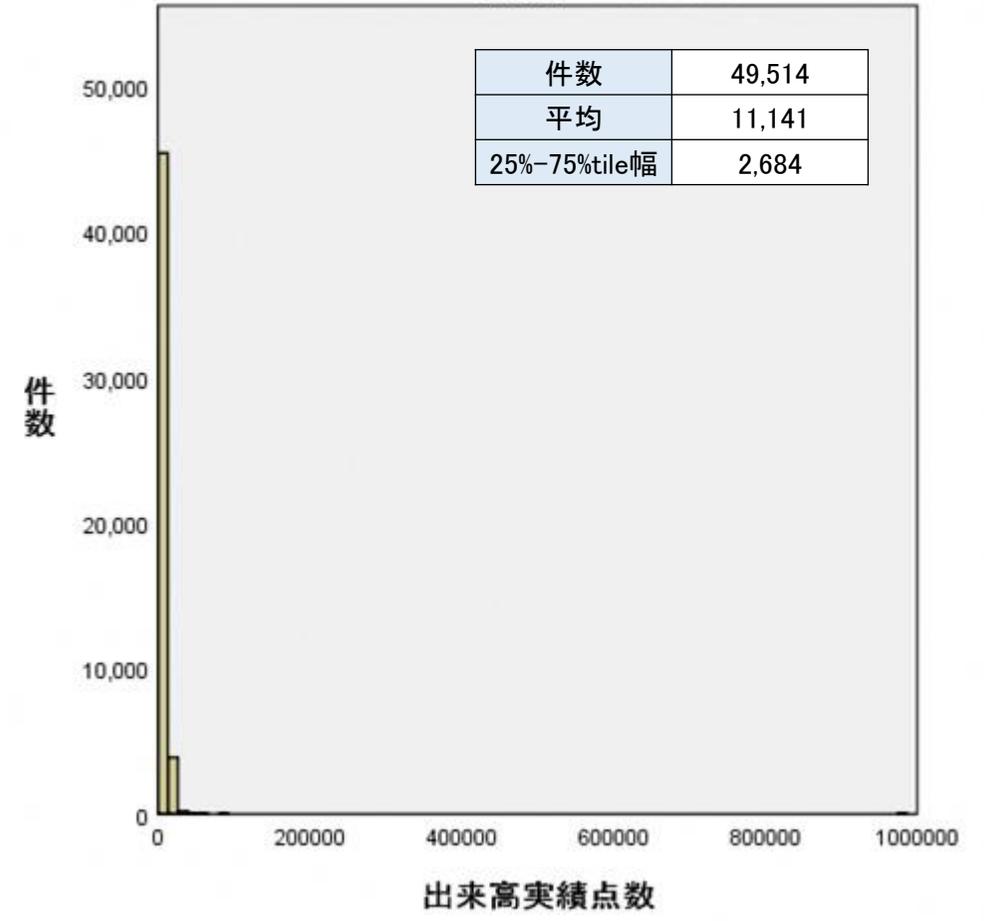
(例)D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)

○ 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)については、在院日数の平均が2.2日、標準偏差は2.2日であった。また、出来高実績点数の平均は11,141.36点、25%-75%tile幅は2,684点であった。

<在院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>



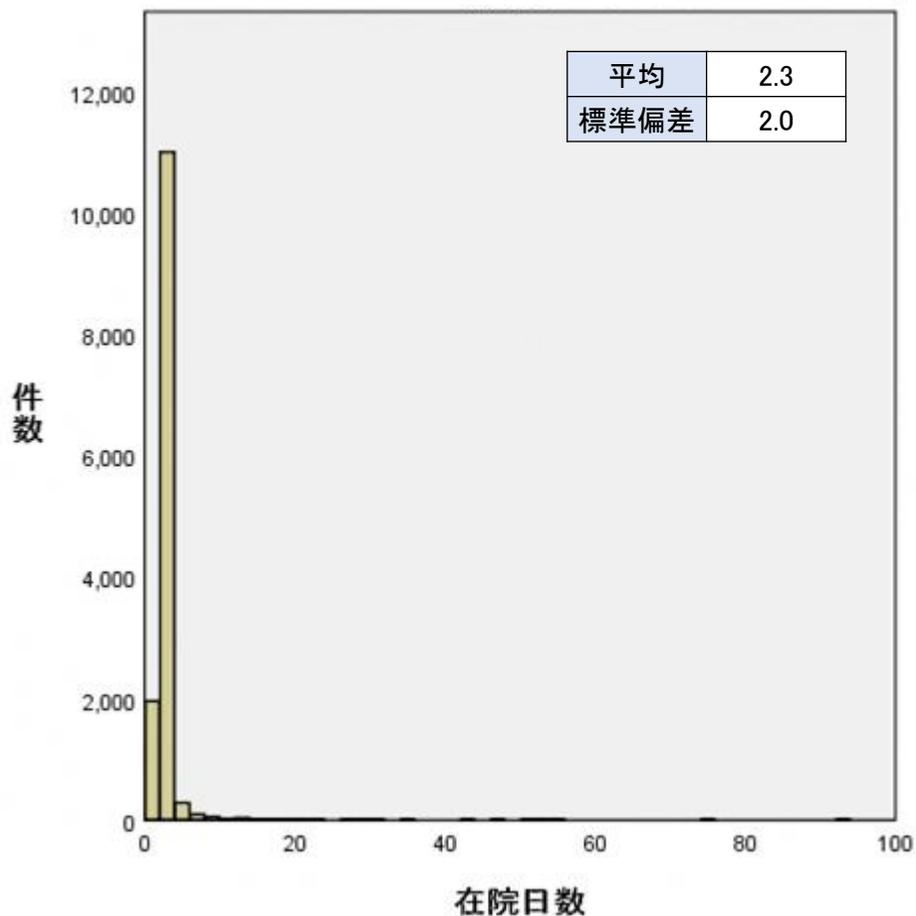
※DPCデータより集計(令和2年4月~令和3年3月)

(例)K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

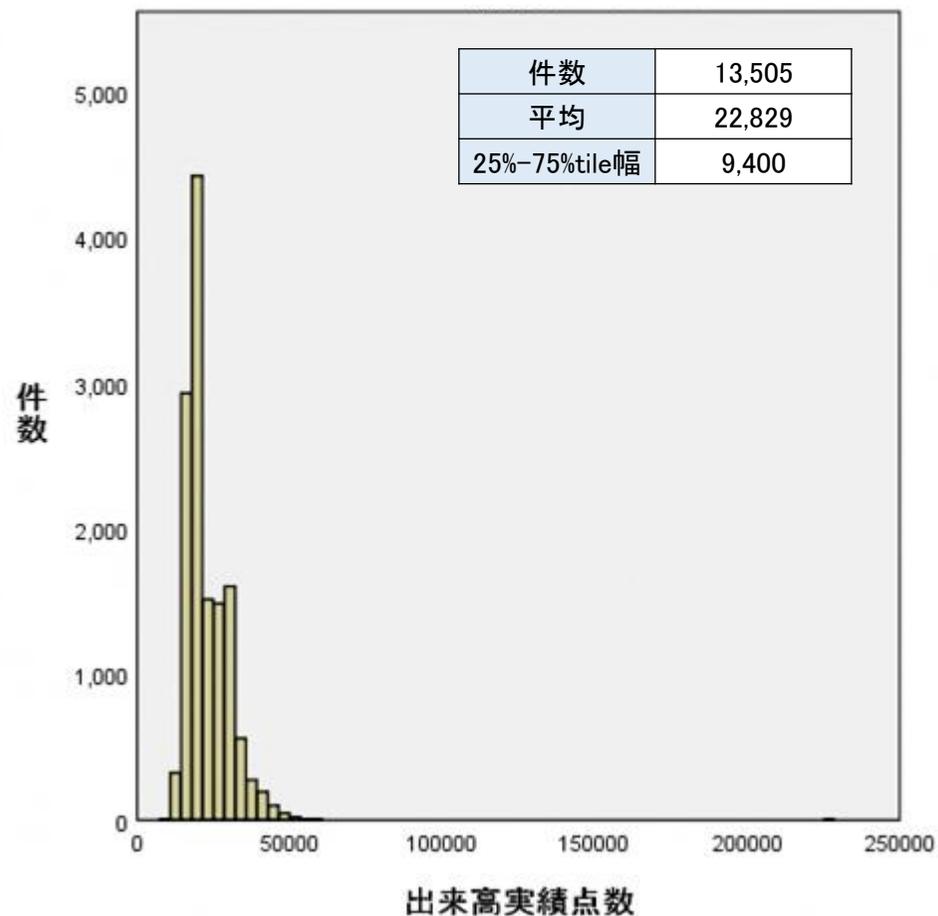
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 下肢静脈瘤血管内焼灼術については、在院日数の平均が2.3日、標準偏差は2.0日であった。
また、出来高実績点数の平均は22,829.13点、25%-75%tile幅は9,400点であった。

<在院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>

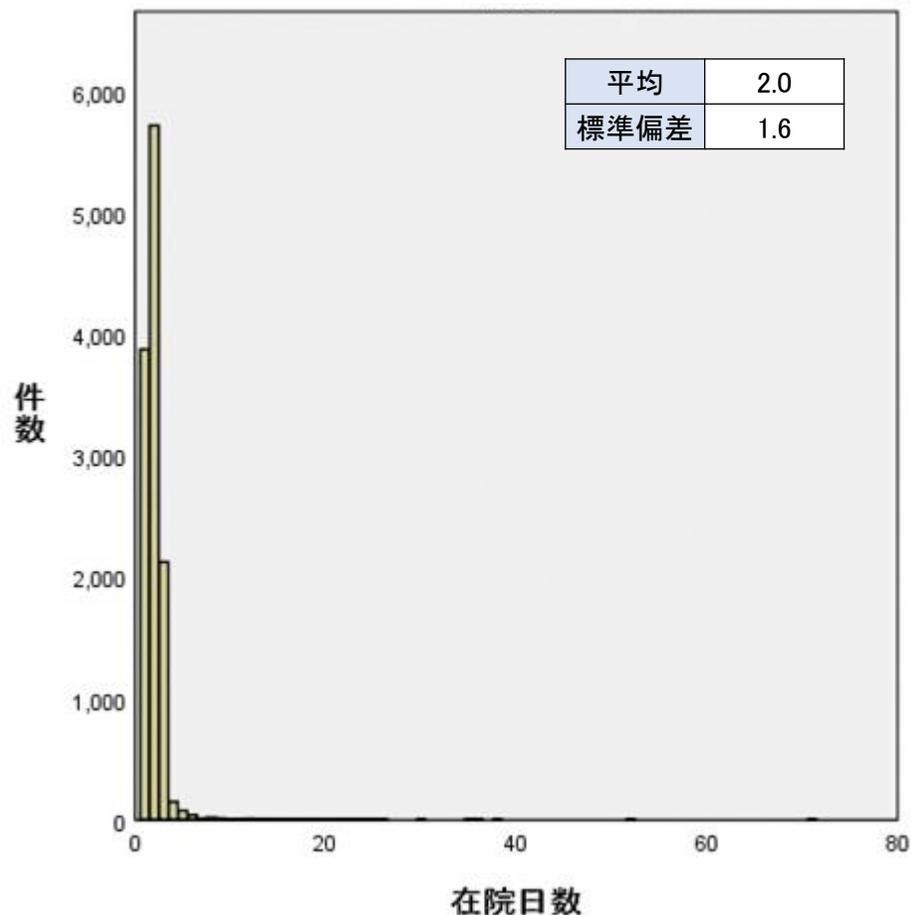


(例)K861 子宮内膜搔爬術

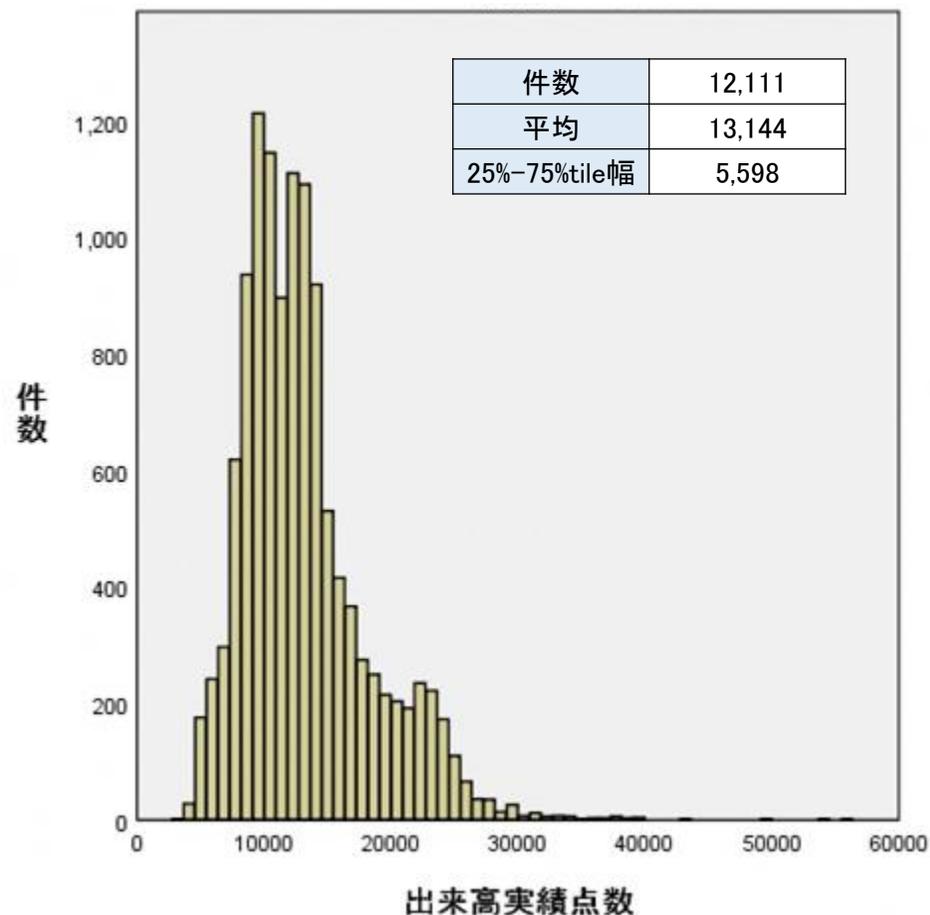
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 子宮内膜搔爬術については、在院日数の平均が2.0日、標準偏差は1.6日であった。
また、出来高実績点数の平均は13,144.42点、25%-75%tile幅は5,598点であった。

<在院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>

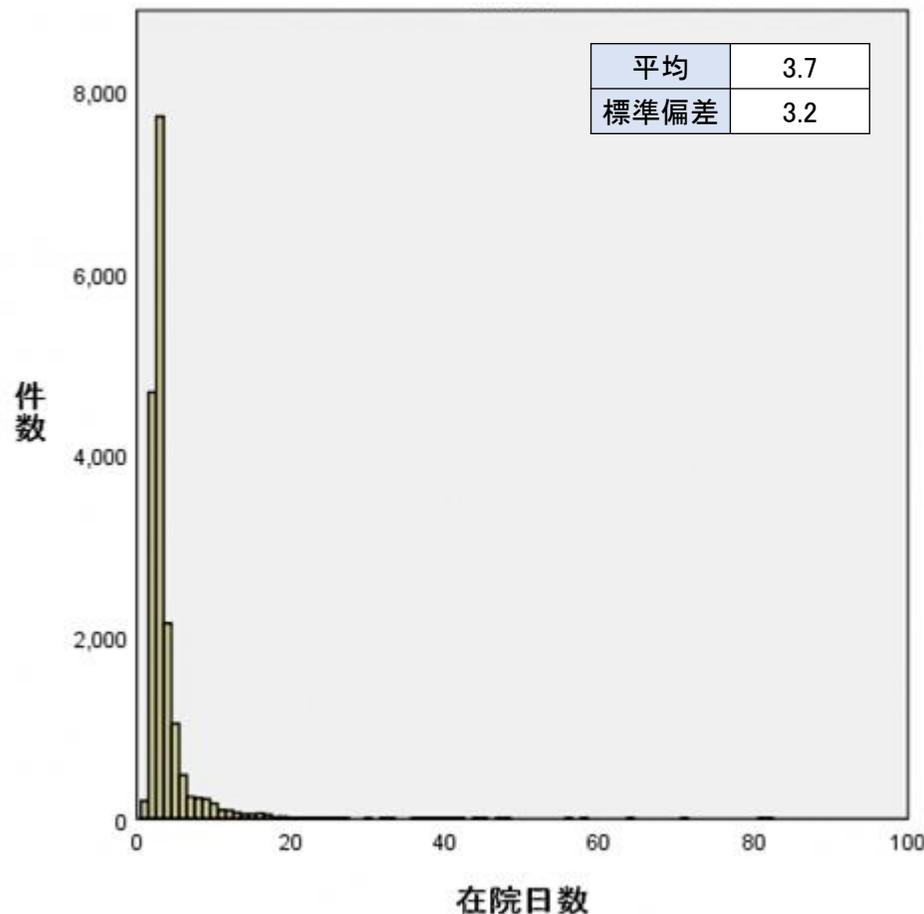


(例)K048 3 骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)

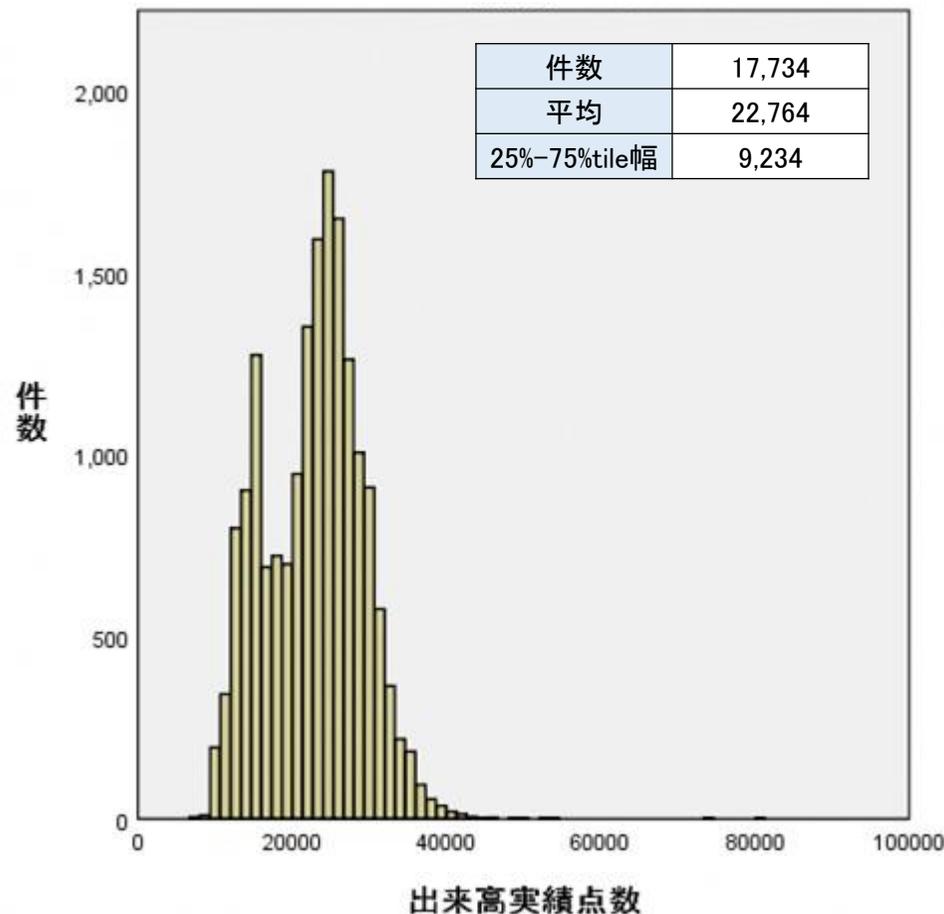
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)については、在院日数の平均が3.7日、標準偏差は3.2日であった。また、出来高実績点数の平均は22,763.68点、25%-75%tile幅は9,234点であった。

<在院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>



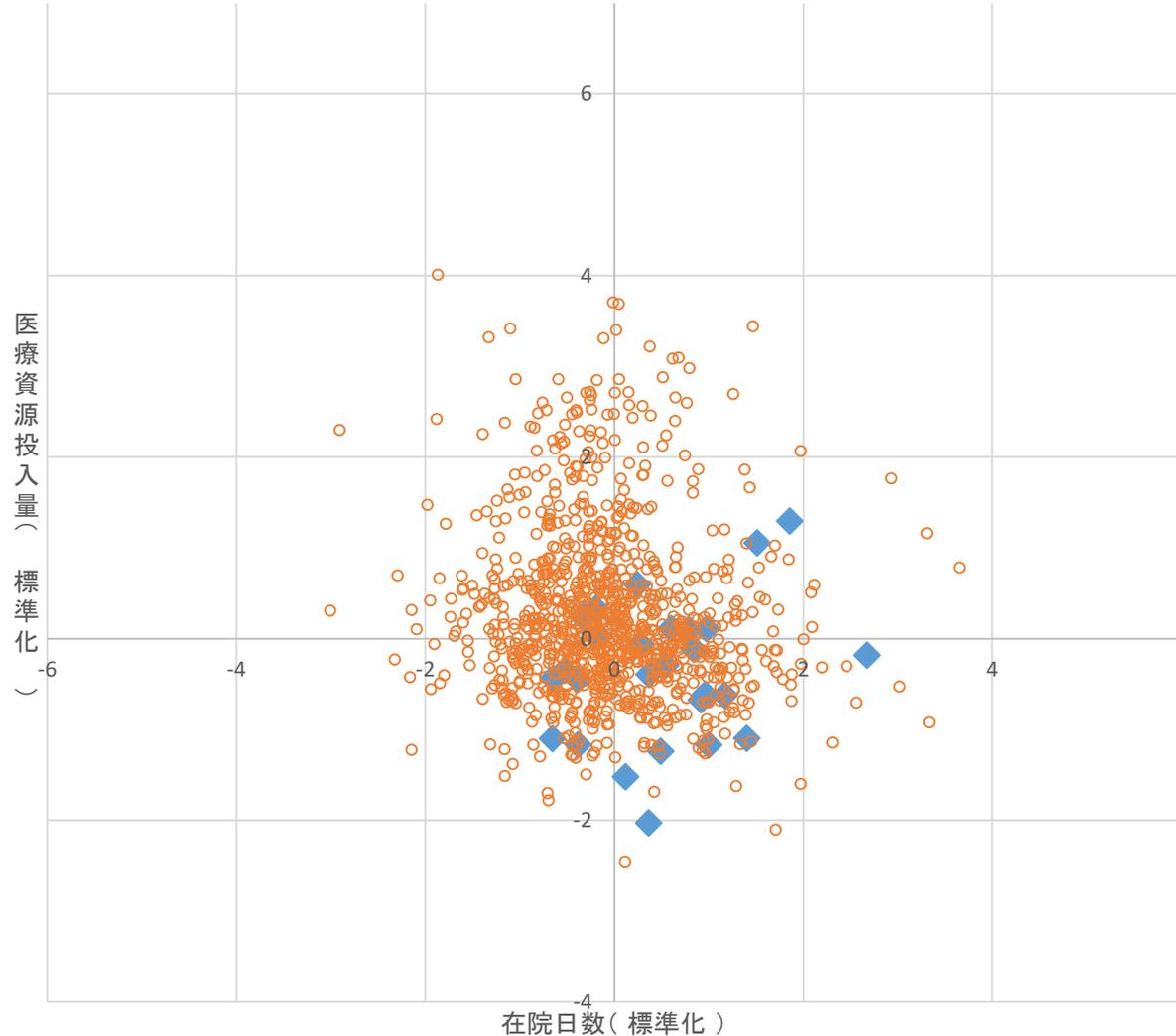
0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

○ 急性心筋梗塞(050030)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。

診調組 入-2参考
元 . 1 0 . 3



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

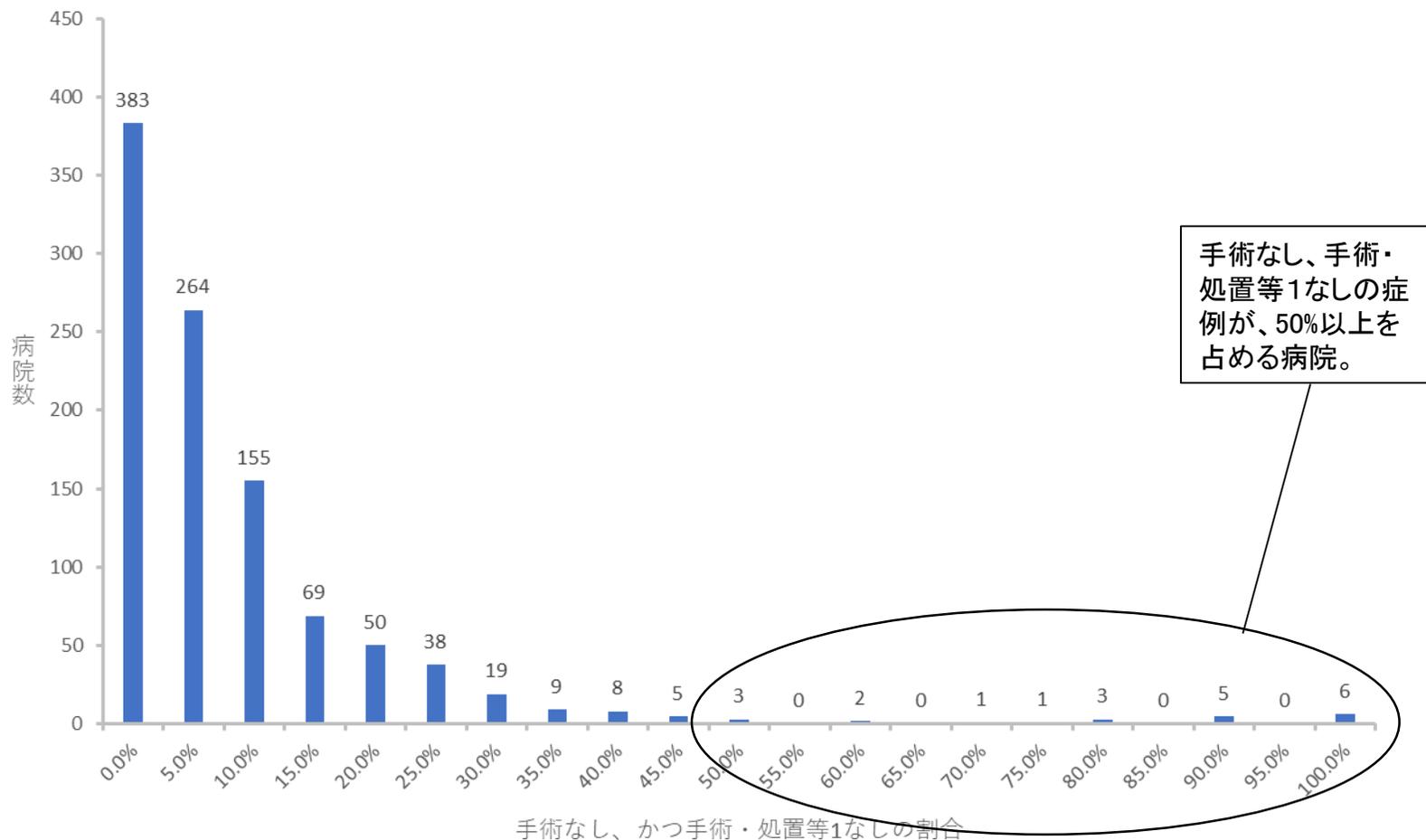
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術等
 - ・左室形成等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング
 - ・心臓カテーテル法等

※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,003)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

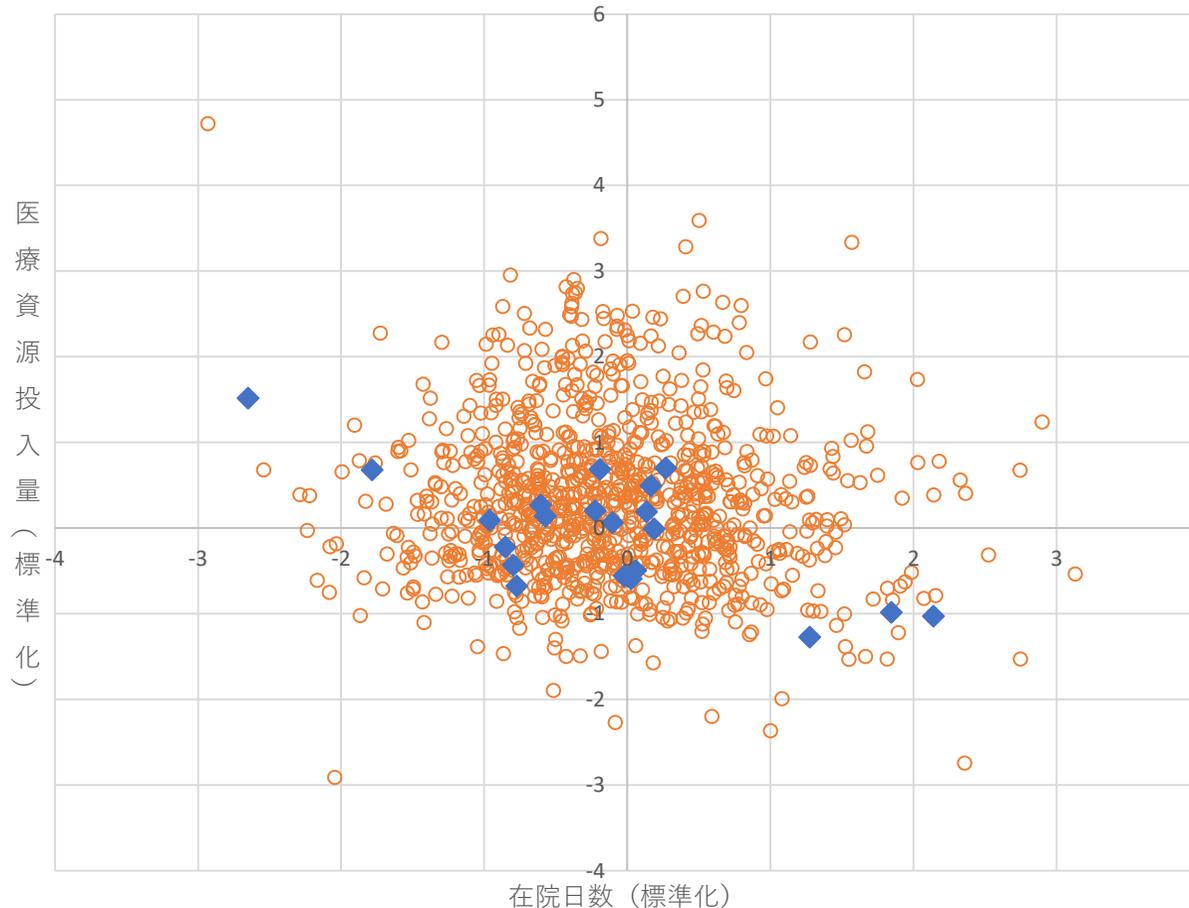
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の病院数の分布：急性心筋梗塞

- 令和2年のデータにおいても、急性心筋梗塞(050030)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞(050030)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)にはばらつきが見られる。在院日数は、平均から外れて長い病院が存在する。



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

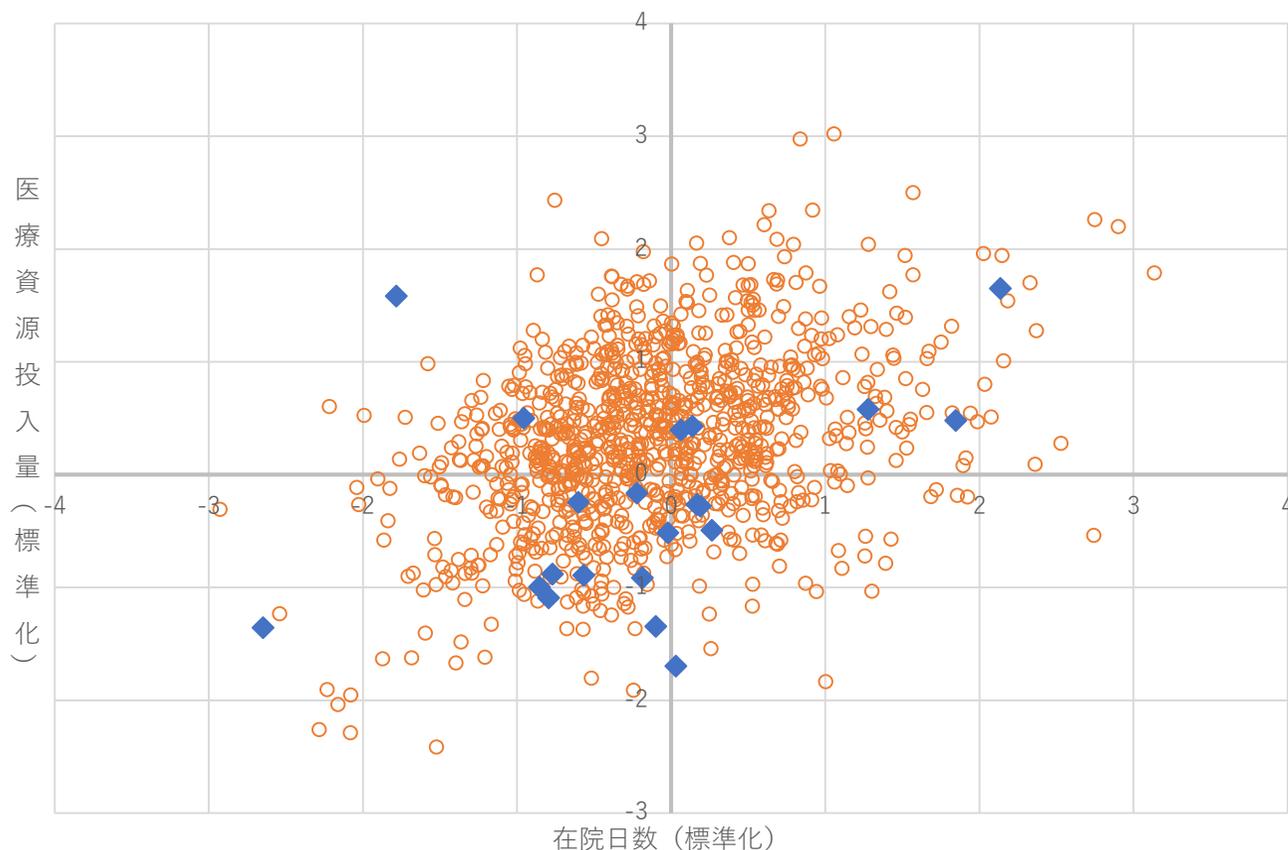
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・左室形成術
 - 等
- 手術処置等 1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法
 - 等

※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。
(n=1,021)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

○ 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、ばらつきが見られたが、多くは医療資源投入量の少ない群に分布している。

出来高総点数での医療資源標投入量



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術 等
 - ・左室形成術 等
- 手術処置等 1
 - ・大動脈バルーンパンピング法 等
 - ・心臓カテーテル法 等

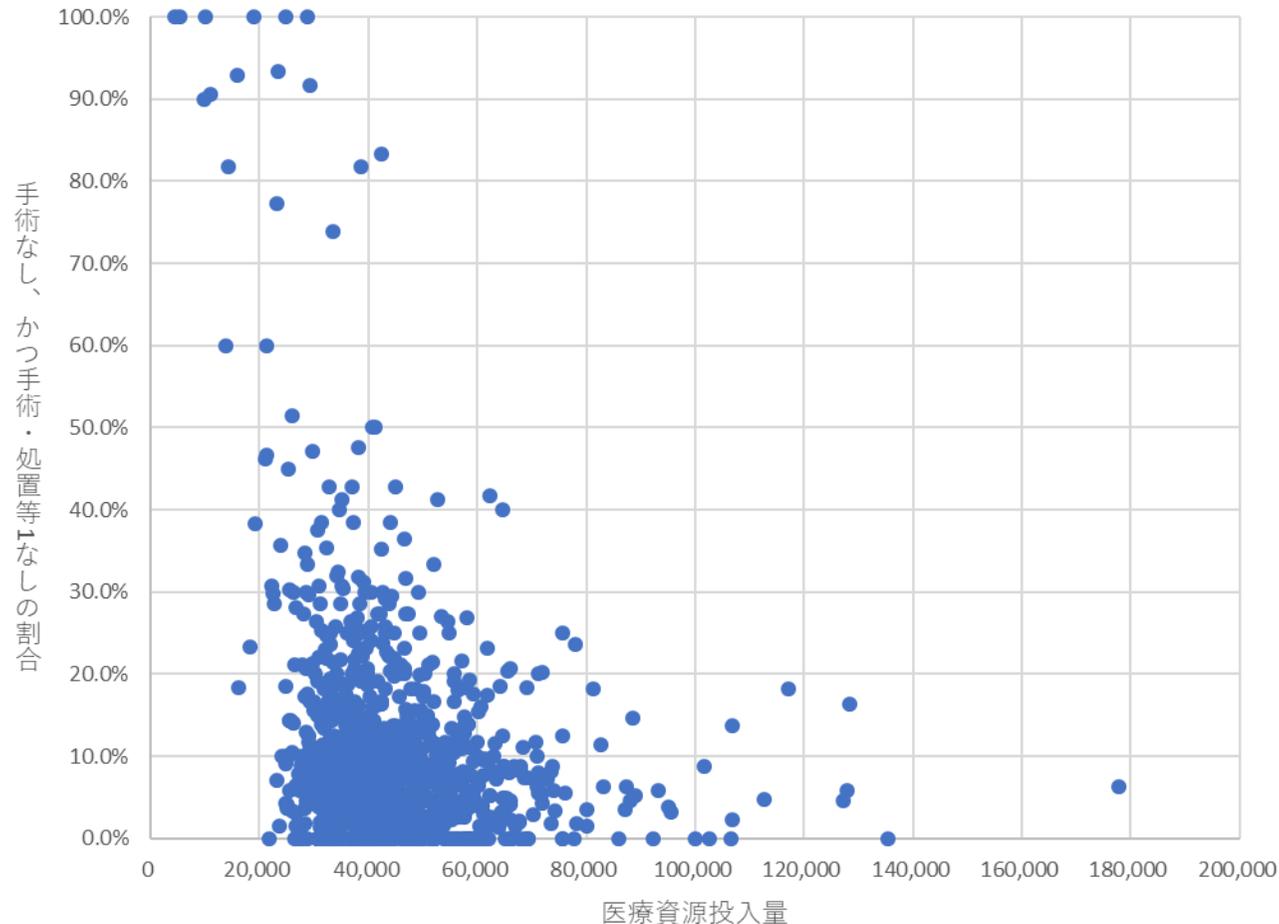
※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。

(n=1,021)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

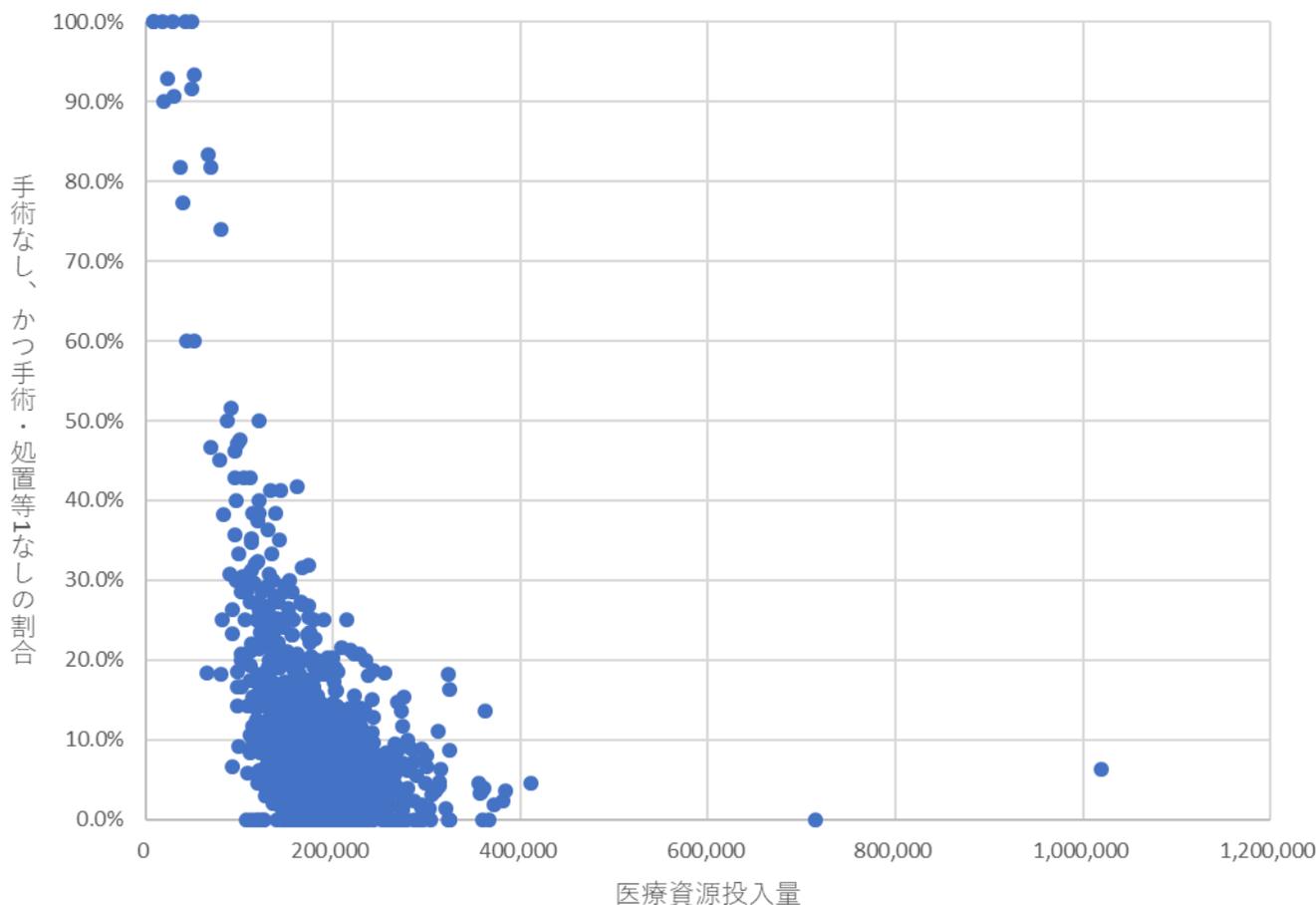
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:急性心筋梗塞

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)が少ない傾向が見られた。



特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:急性心筋梗塞

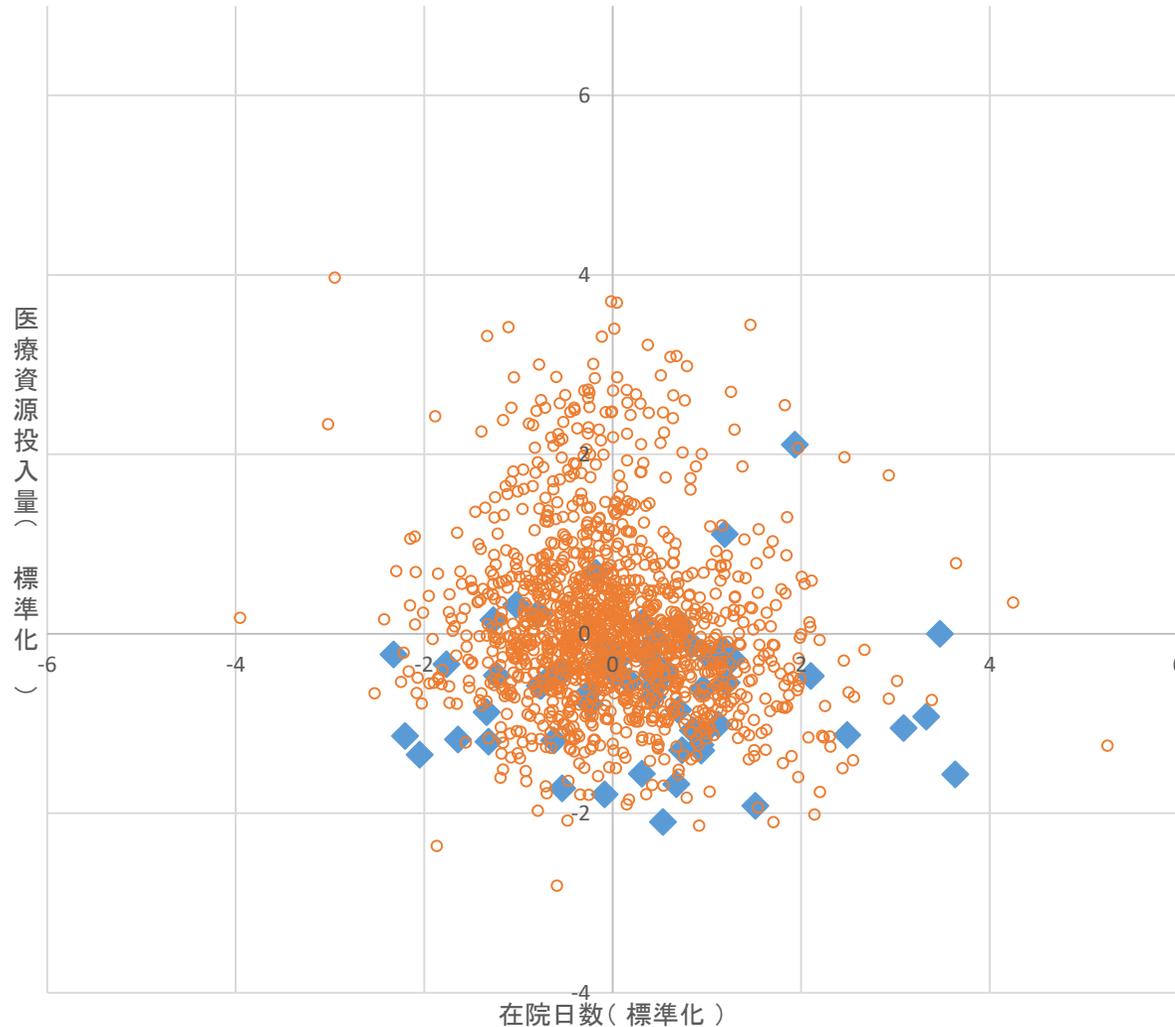
○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、医療資源投入量(出来高換算総点数)も少ない傾向が見られた。



特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

○ 脳梗塞(010060)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。

診調組 入-2参考
元 . 1 0 . 3



脳梗塞(010060)の診断群分類

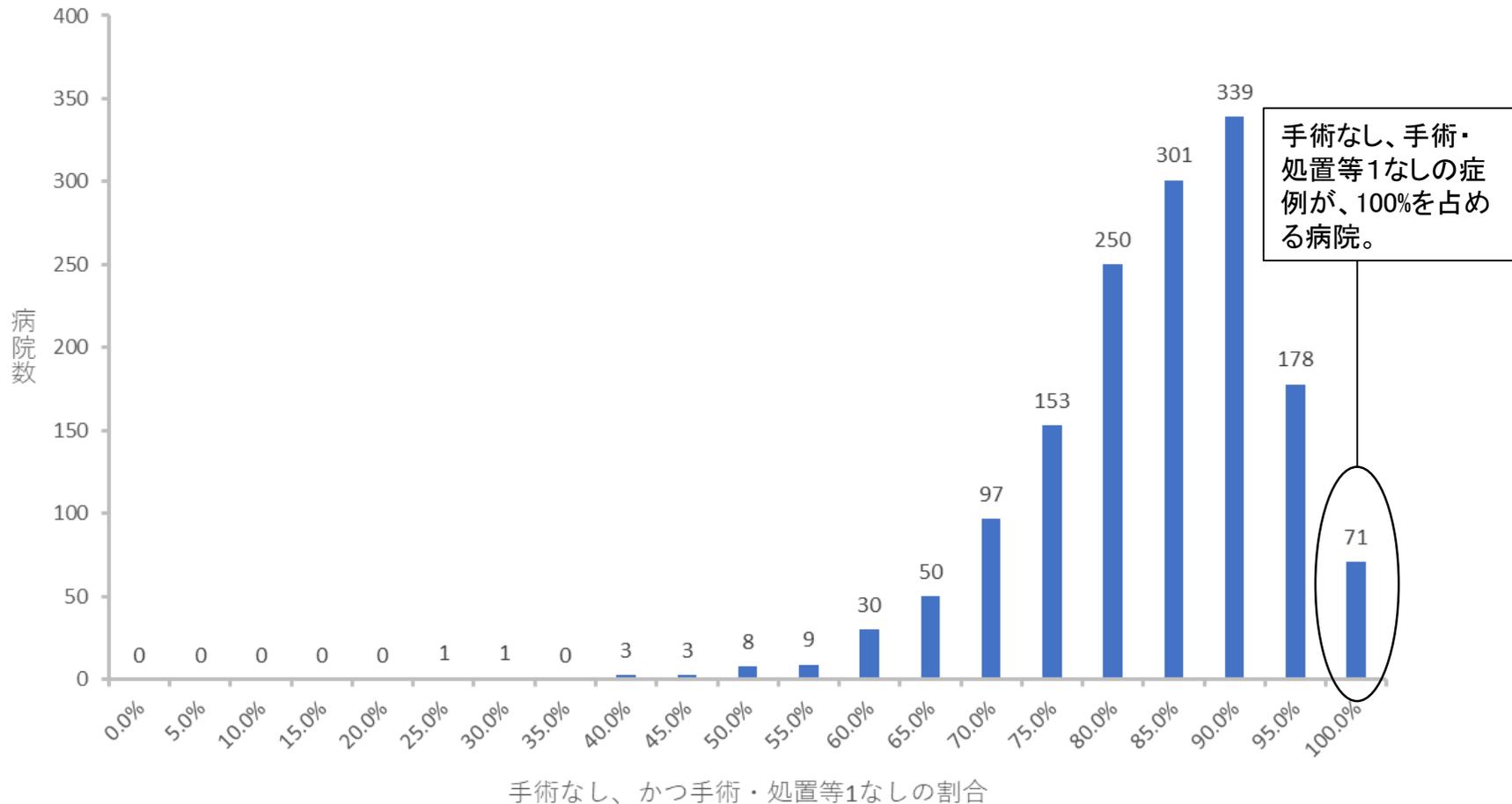
- 手術
・動脈血栓内膜摘出術
・経皮的脳血栓回収術 等
- 手術処置等1
・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,421)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

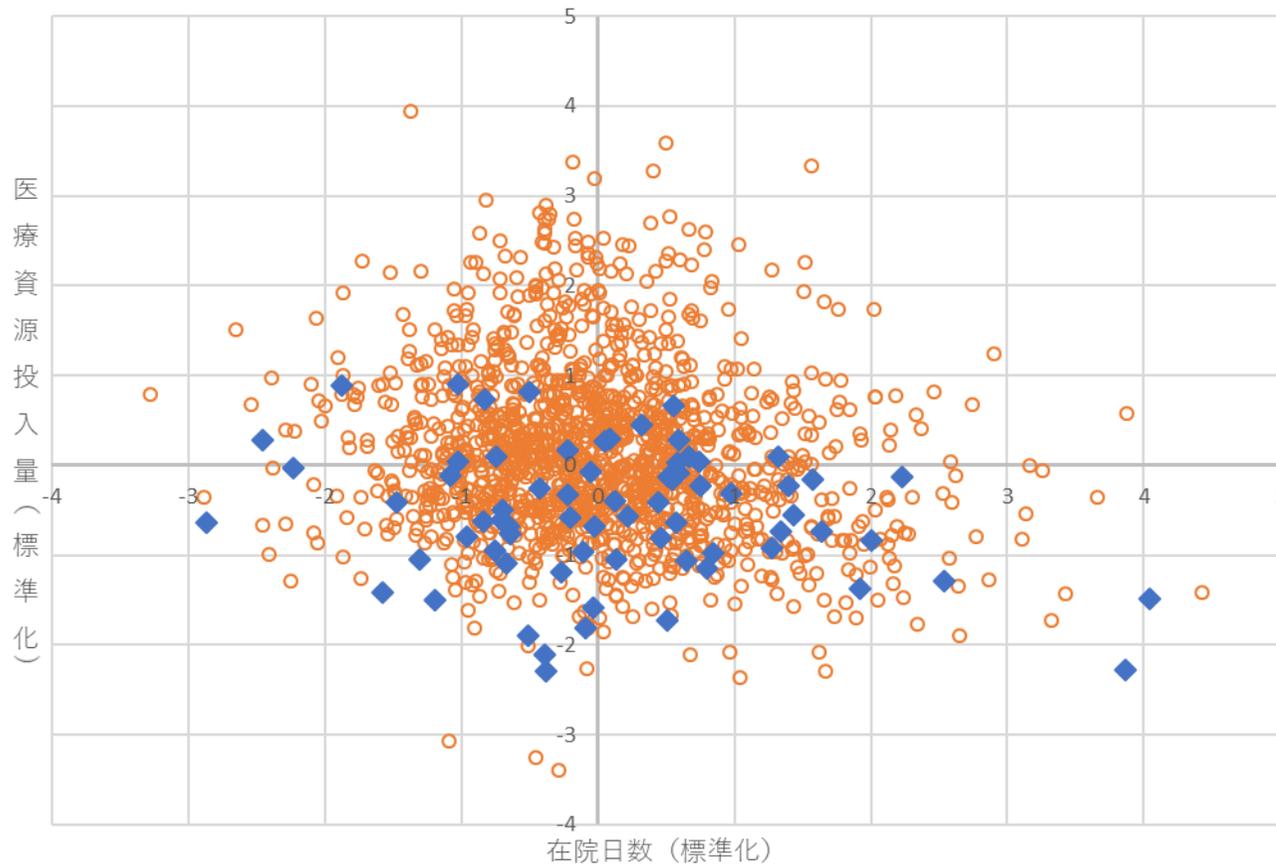
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

○ 令和2年のデータにおいても、脳梗塞(010060)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

○ 脳梗塞(010060)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)及び在院日数には、明らかな傾向は見られなかった。



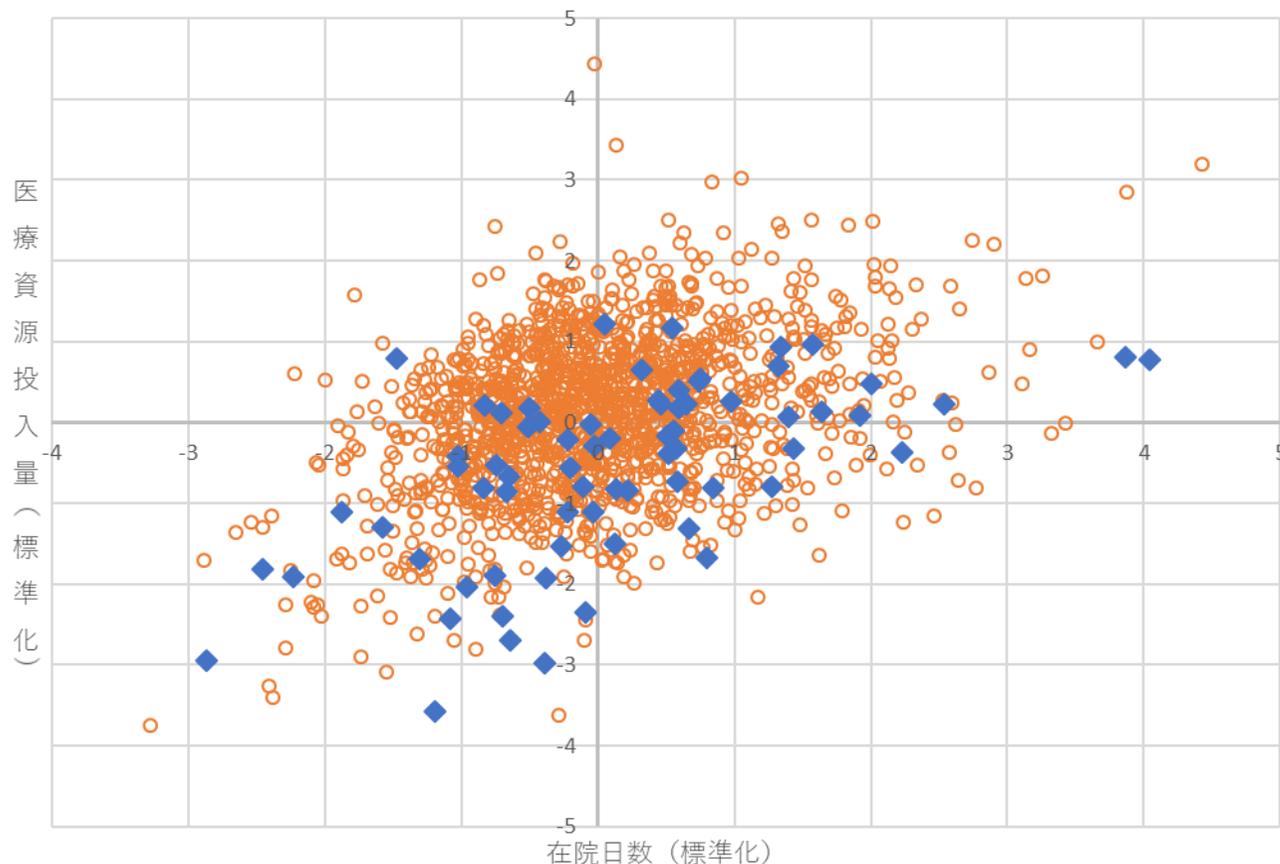
脳梗塞(010060)の診断群分類

- 手術
・経皮的脳血栓回収術
・動脈血栓内膜摘出術 等
- 手術処置等1
・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,494)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

○ 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、特定の傾向は見られなかった。



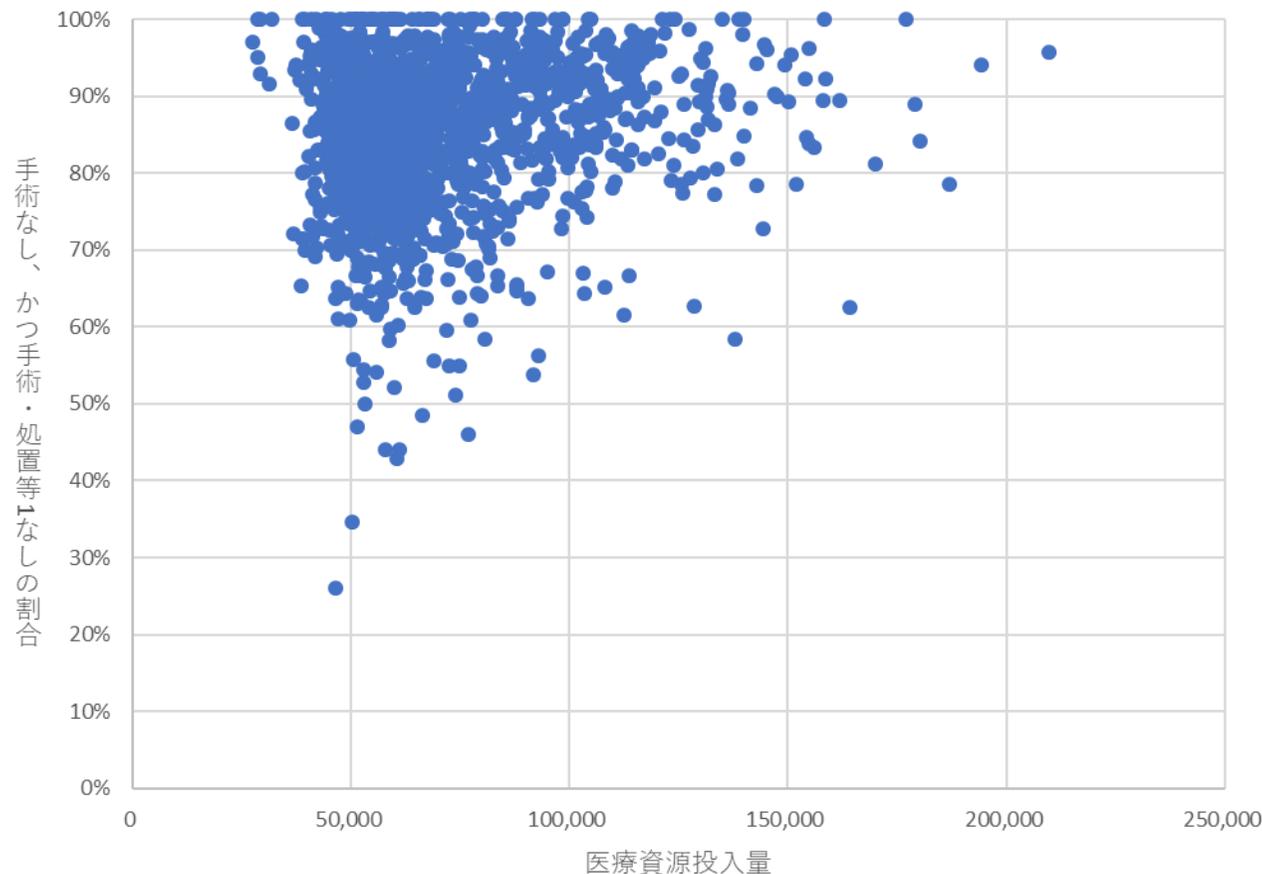
脳梗塞(010060)の診断群分類

- 手術
・経皮的脳血栓回収術
・動脈血栓内膜摘出術 等
- 手術処置等1
・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,494)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

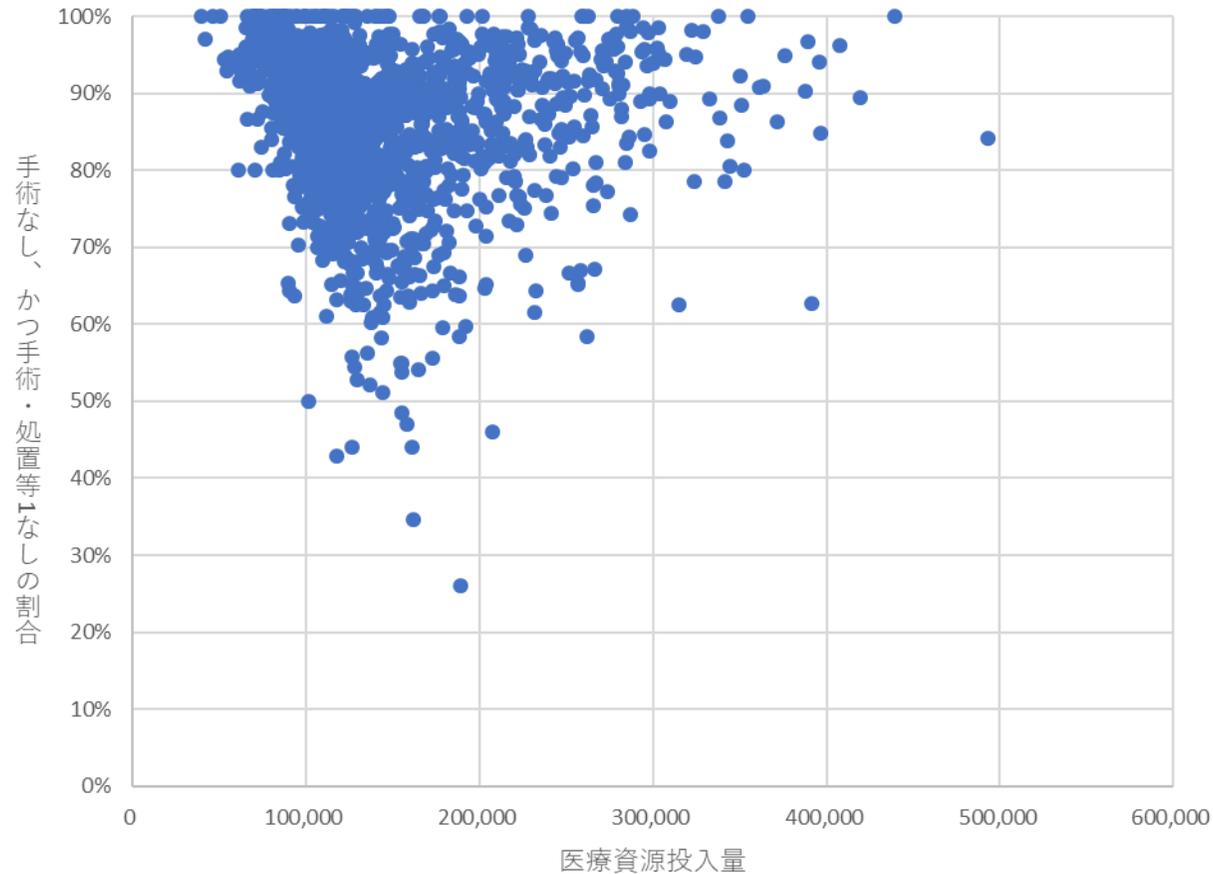
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:脳梗塞

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:脳梗塞

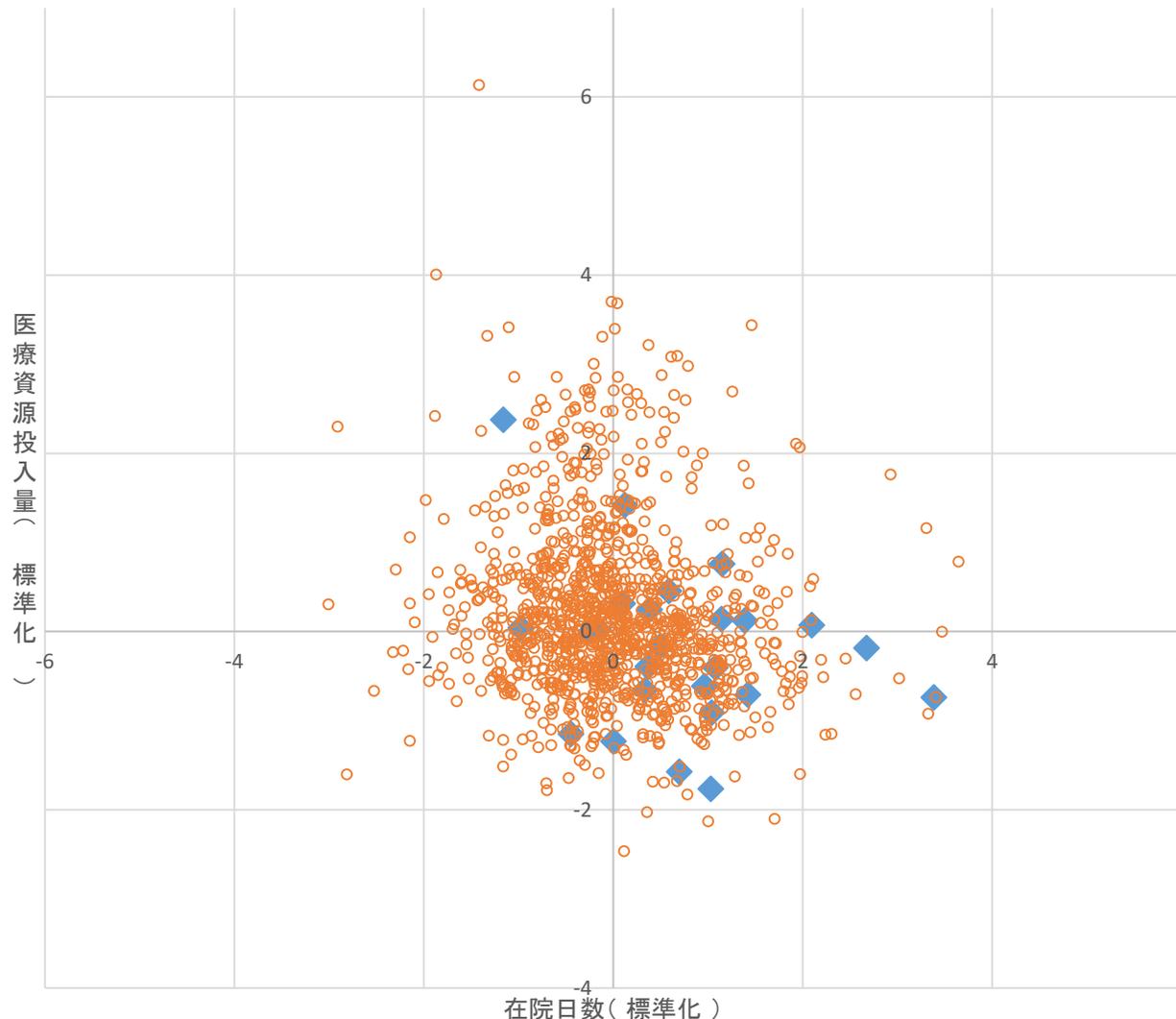
○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも、明らかな傾向は見られなかった。



特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

○ 狭心症(050050)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。

診調組 入-2参考
元 . 1 0 . 3



狭心症(050050)の診断群分類

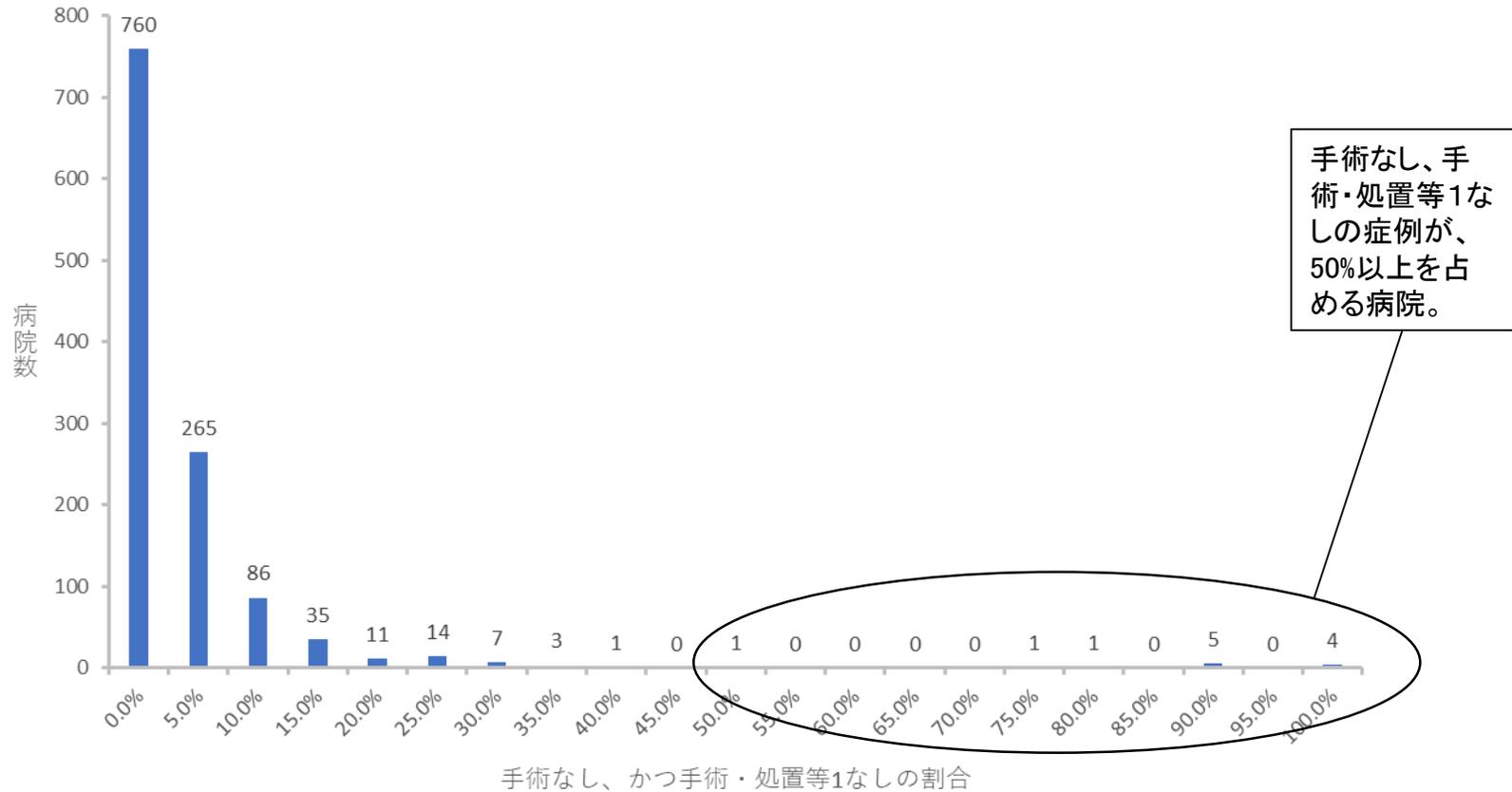
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 狭心症(050050)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,164)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占める病院

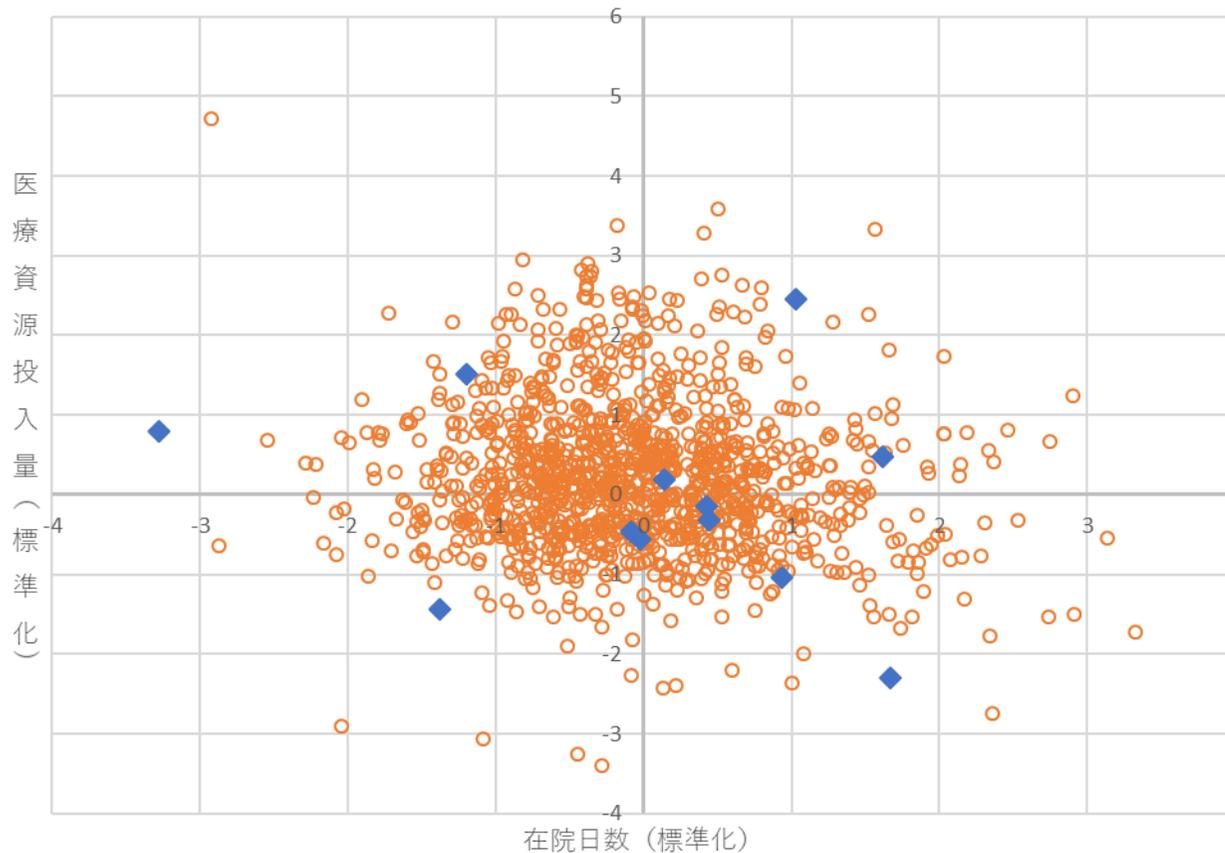
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

- 令和2年データにおいても、狭心症(050050)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

○ 狭心症(050050)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)及び在院日数には特定の傾向は見られなかった。



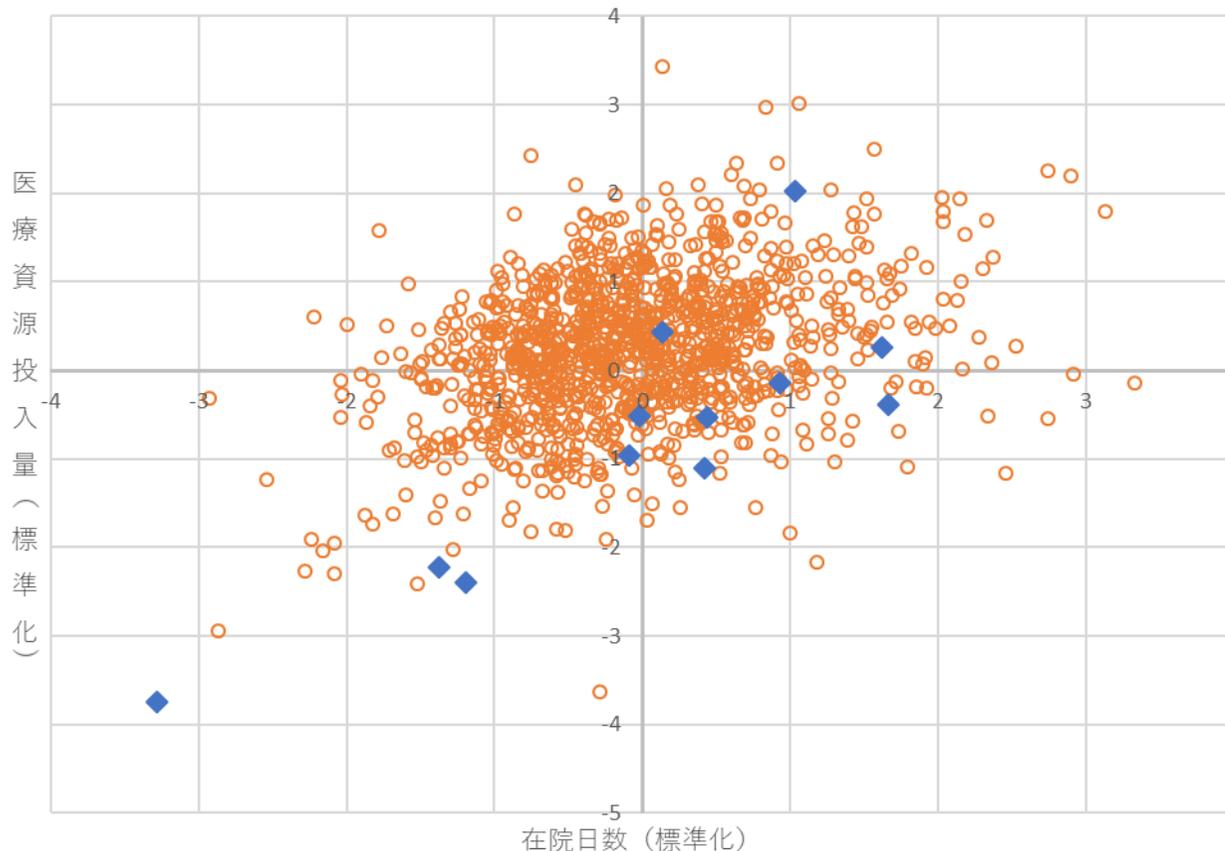
狭心症(050050)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 狭心症(050050)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,194)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

- 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、特定の傾向は見られなかった。



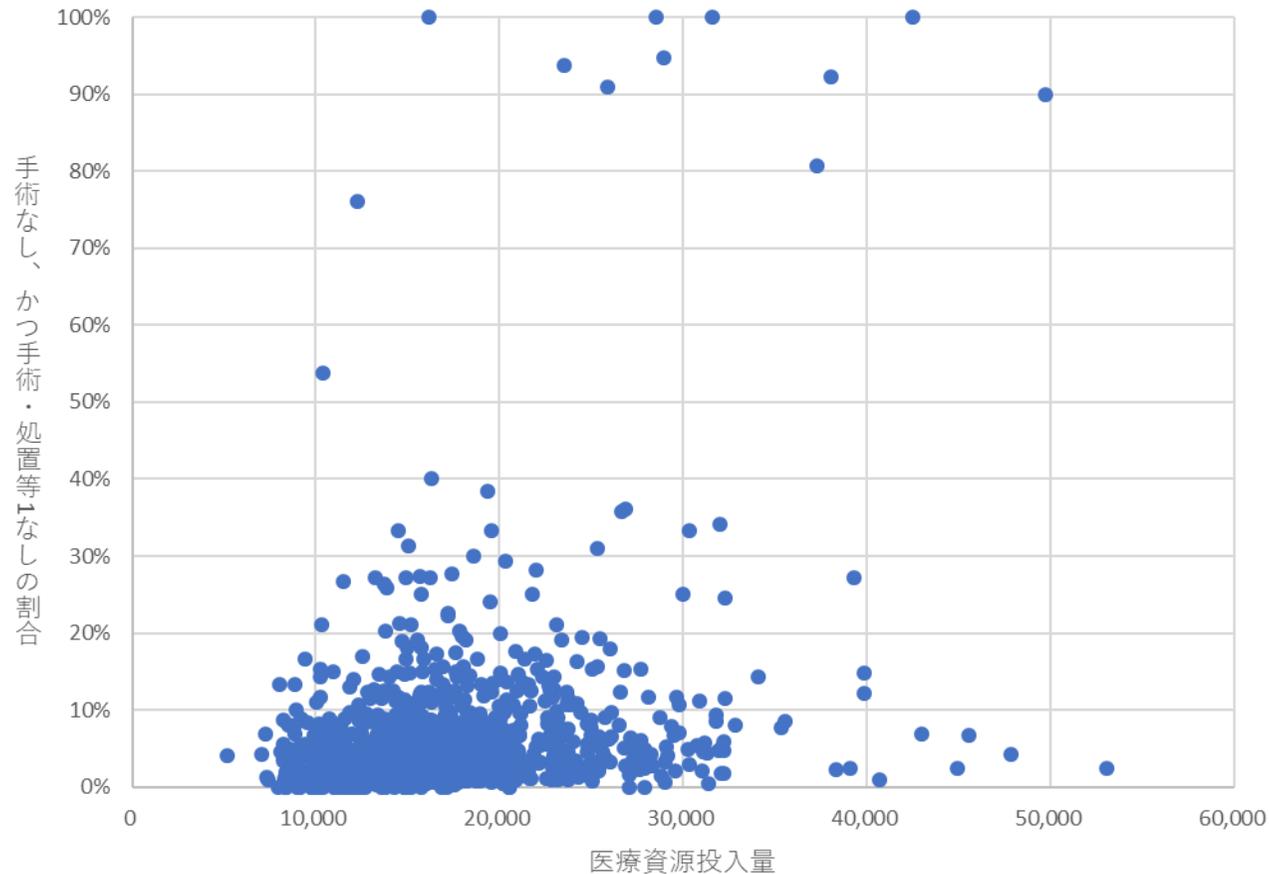
狭心症(050050)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法 等

- ※ 狭心症(050050)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,194)
- ※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

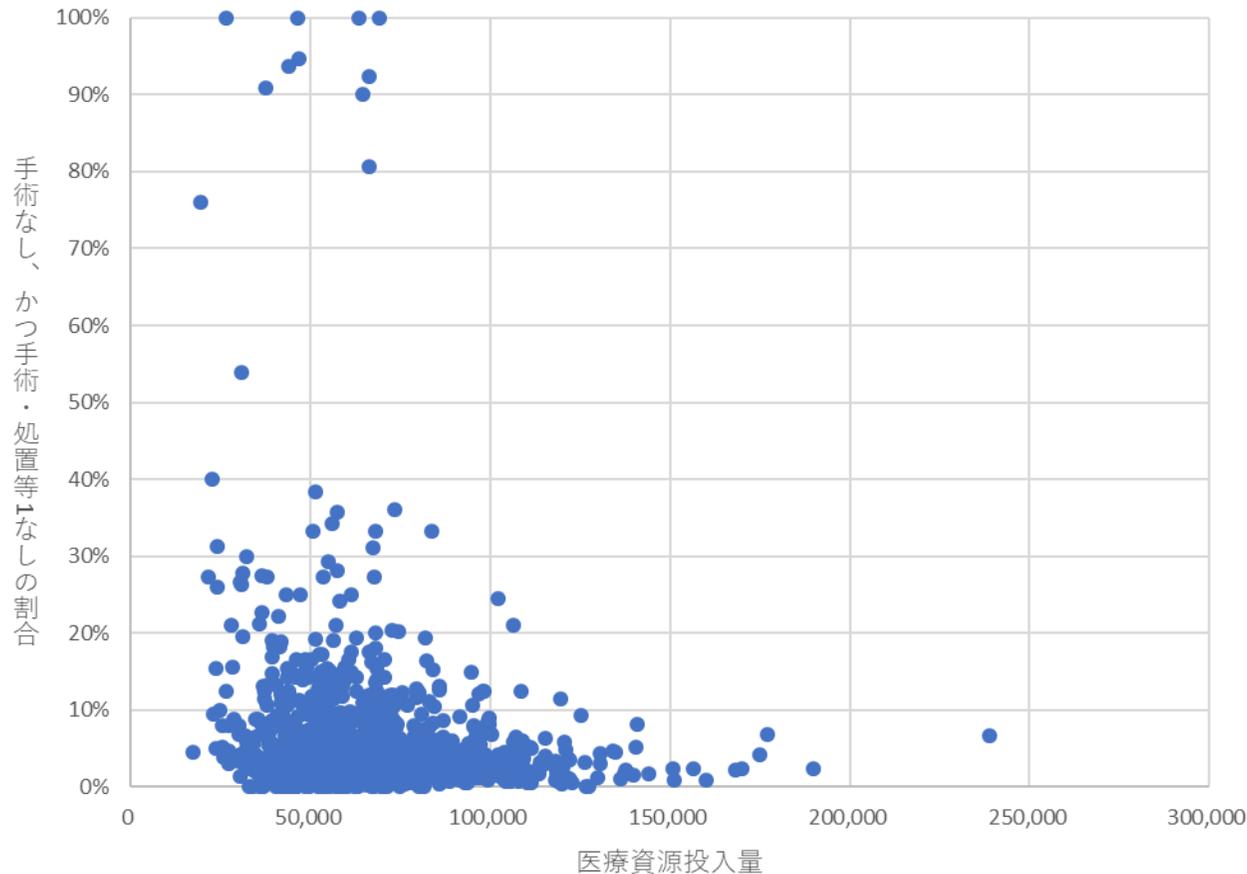
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:狭心症

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係: 狭心症

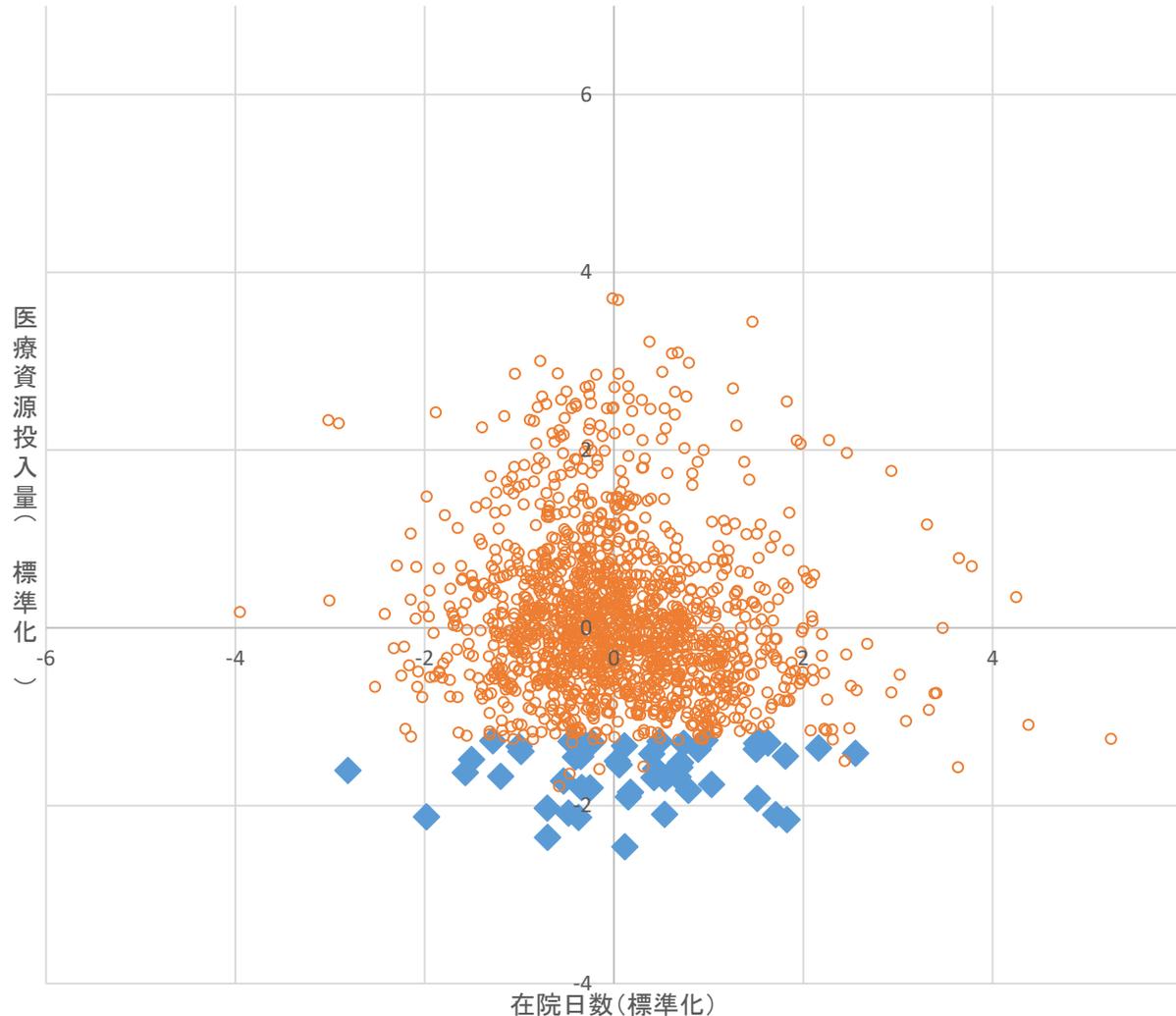
- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも明らかな傾向は見られなかった。



特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

○ 心不全(050130)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。

診調組 入-2参考
元 . 1 0 . 3



心不全(050130)の診断群分類

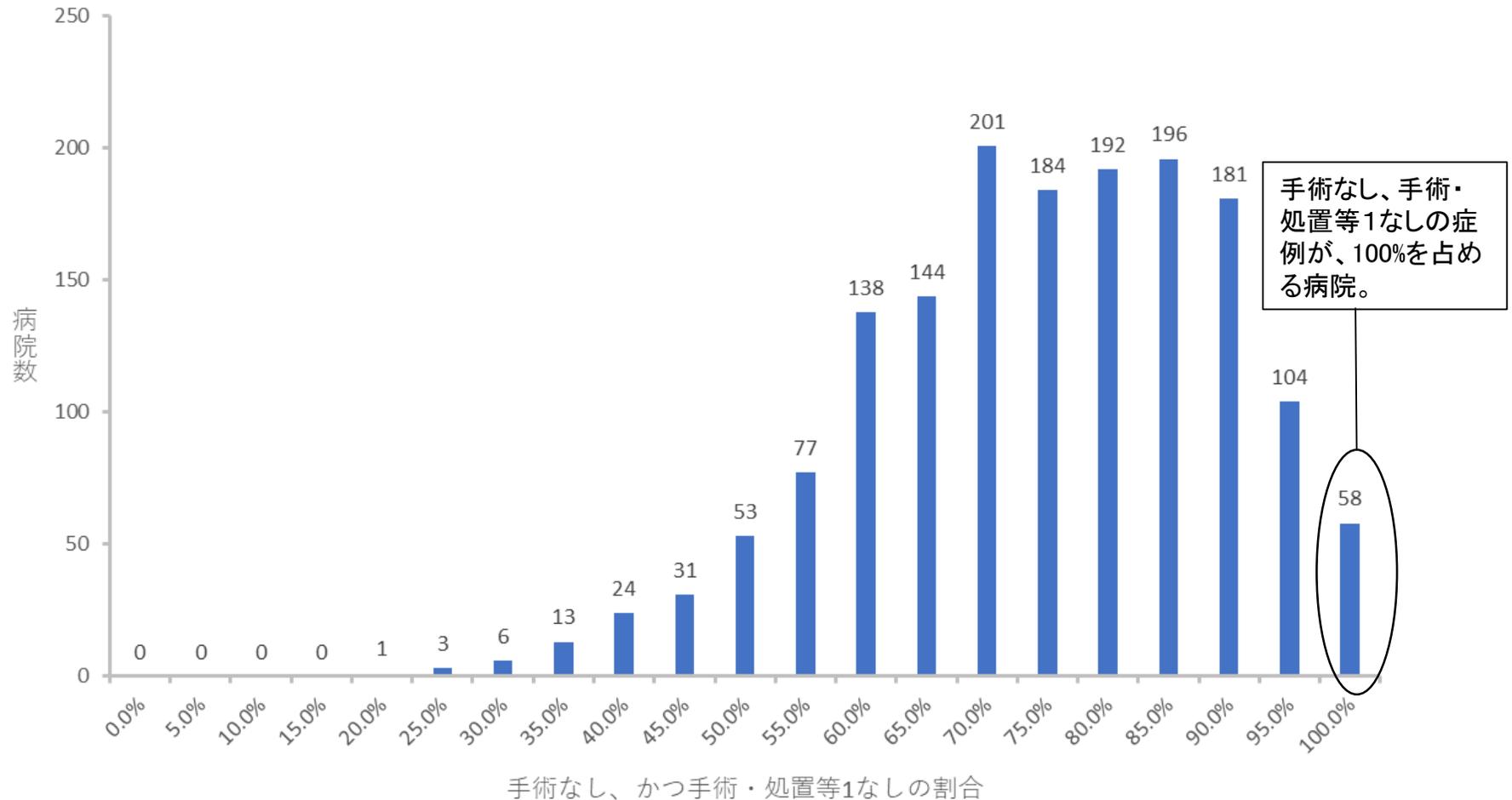
- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・体外ペースメーカー術
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング
 - ・心臓カテーテル法 等

※ 心不全(050130)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,524)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

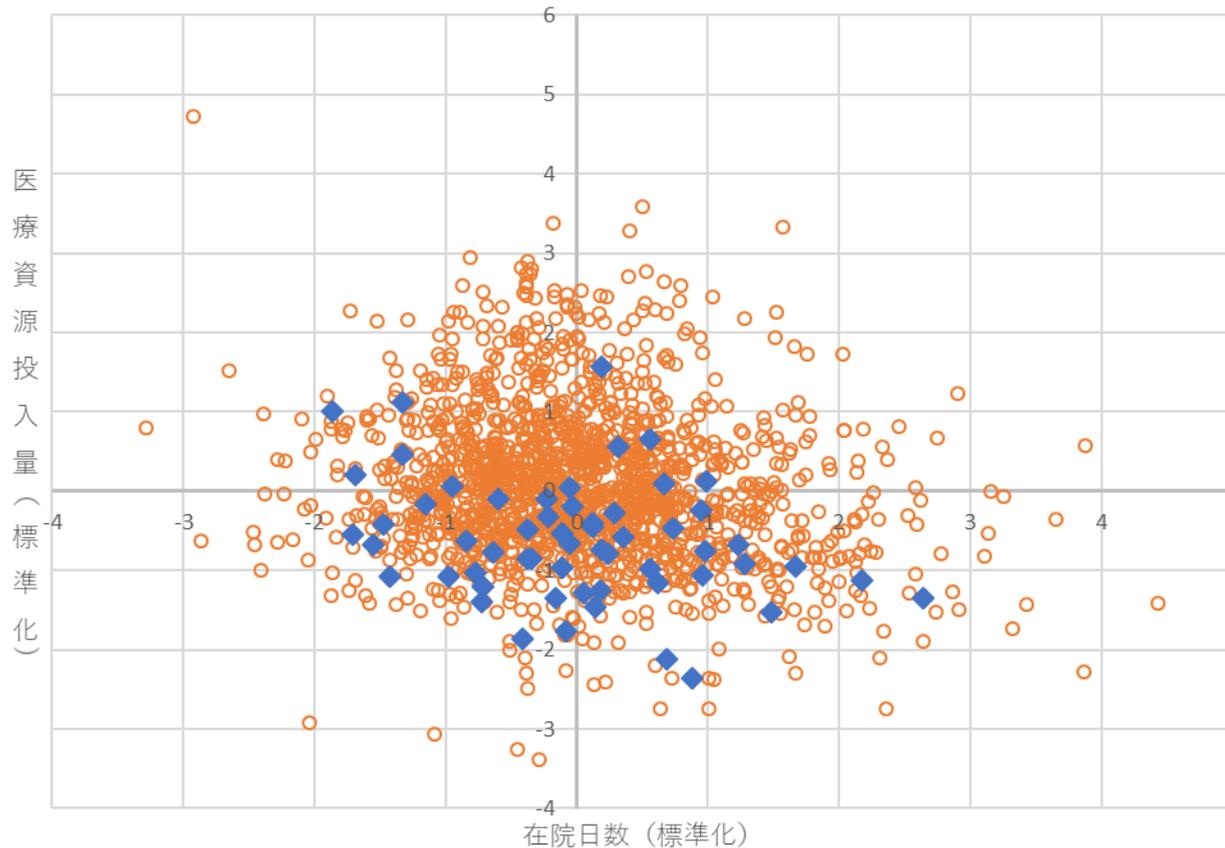
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

- 令和2年データにおいても、心不全(050130)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

○ 心不全(050130)の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院について、多くは医療資源投入量が少ない群に分布している。在院日数にはばらつきが見られる。



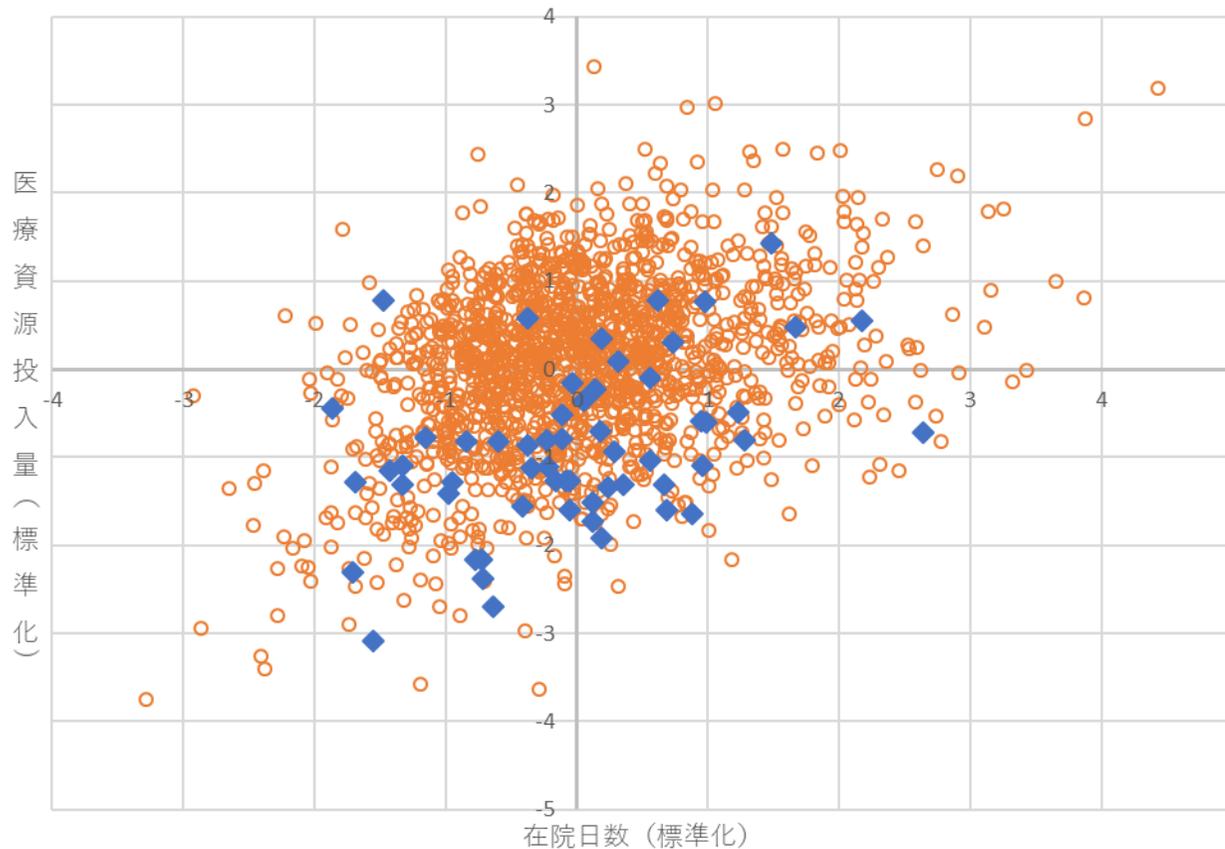
心不全(050130)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法等

※ 心不全(050130)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,606)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

- 医療資源投入量(出来高換算総点数)についても、多くは医療資源投入量が少ない群に分布している。



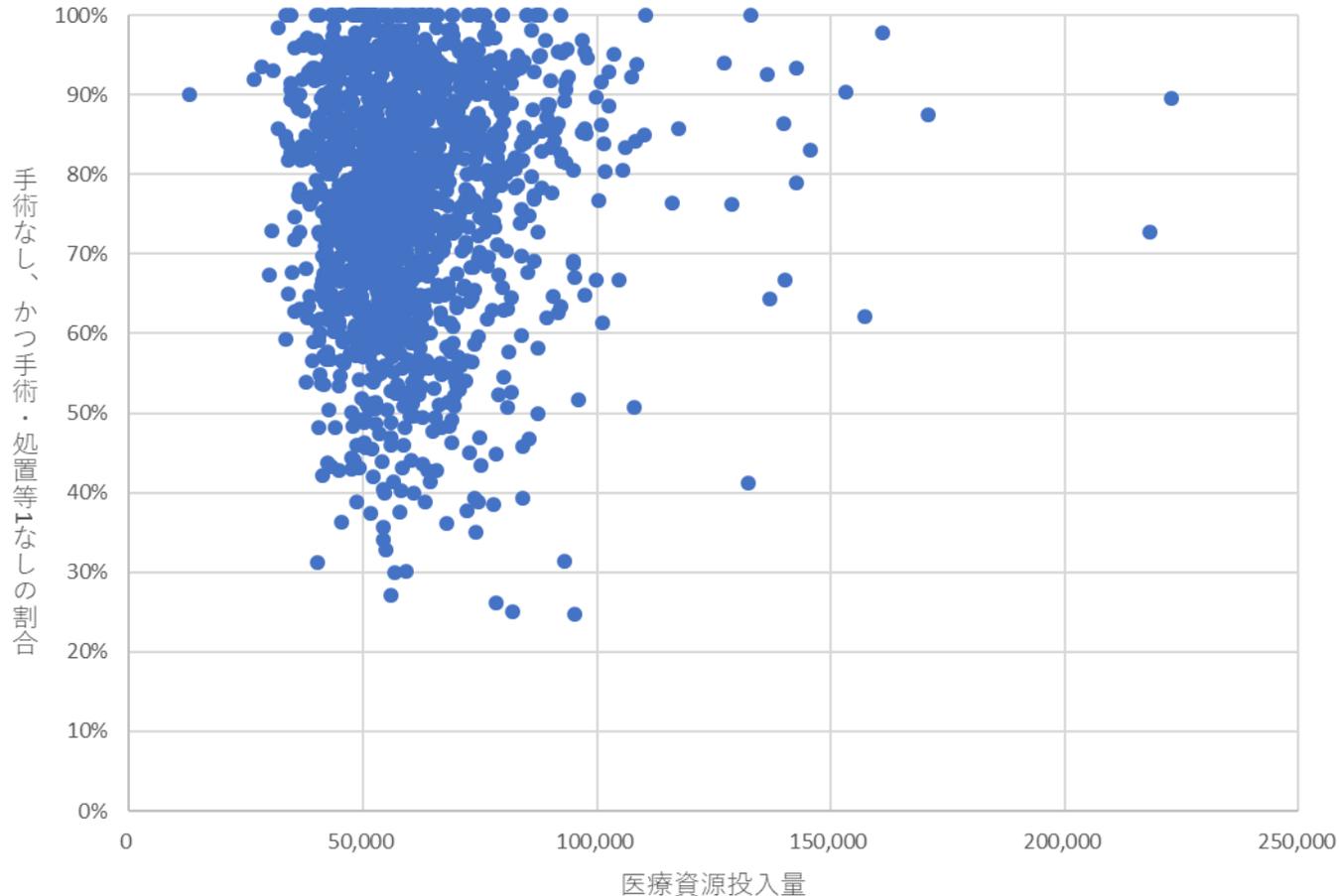
心不全(050130)の診断群分類

- 手術
 - ・経皮的冠動脈ステント留置術
 - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
 - ・大動脈バルーンパンピング法
 - ・心臓カテーテル法 等

- ※ 心不全(050130)の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,606)
- ※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

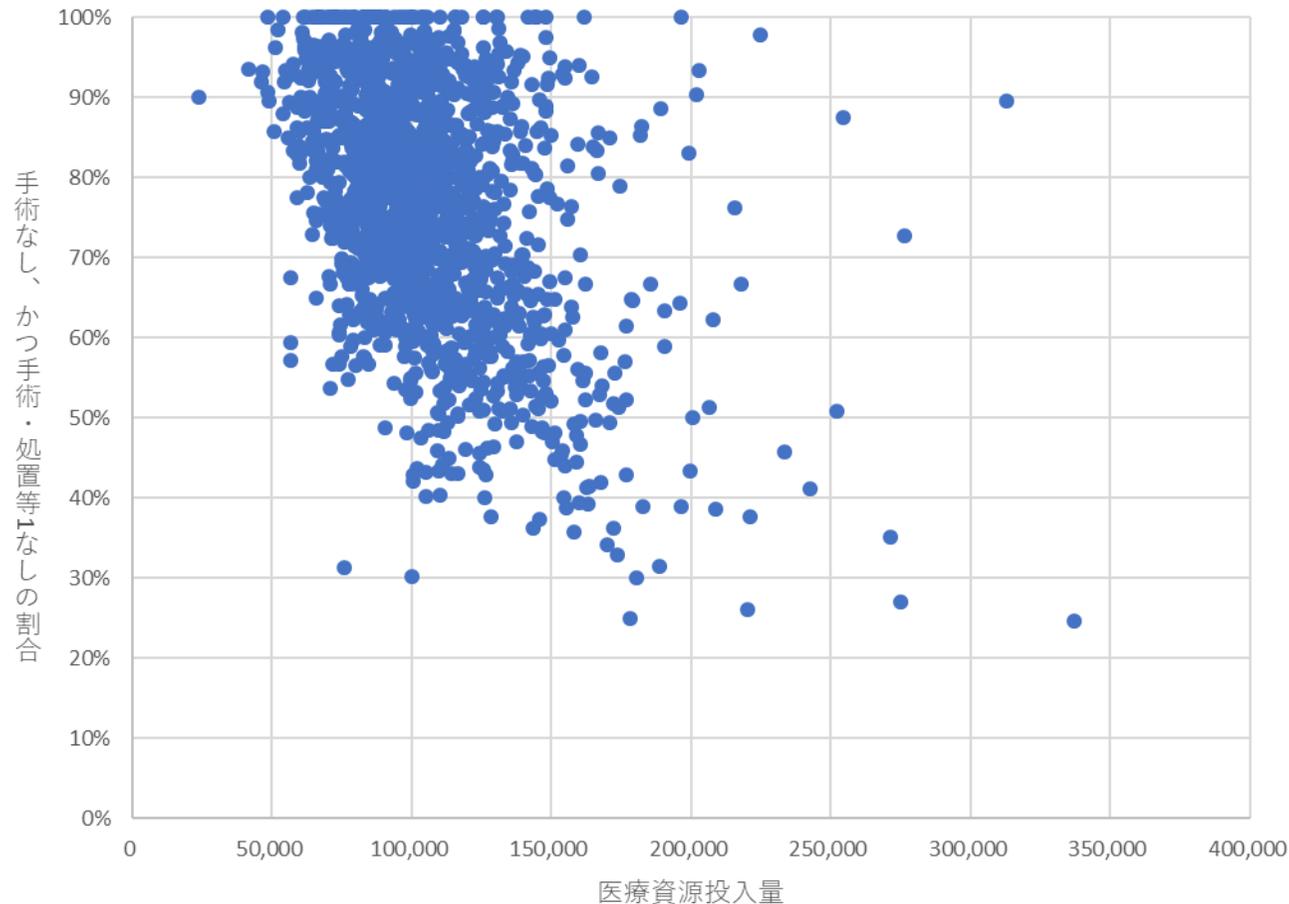
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:心不全

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



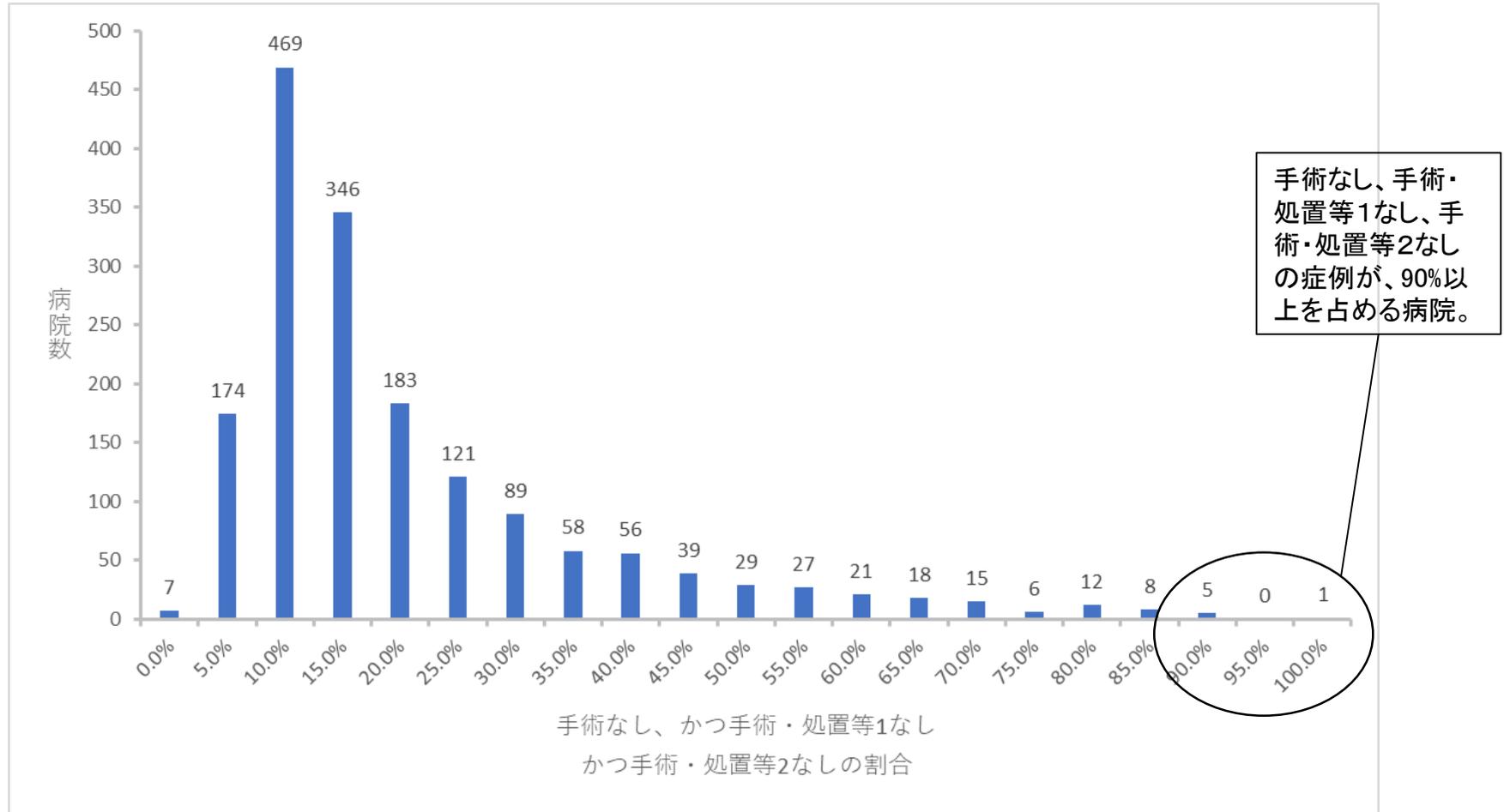
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:心不全

- 医療資源投入量（出来高換算点数）では、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、少ない傾向が見られた。



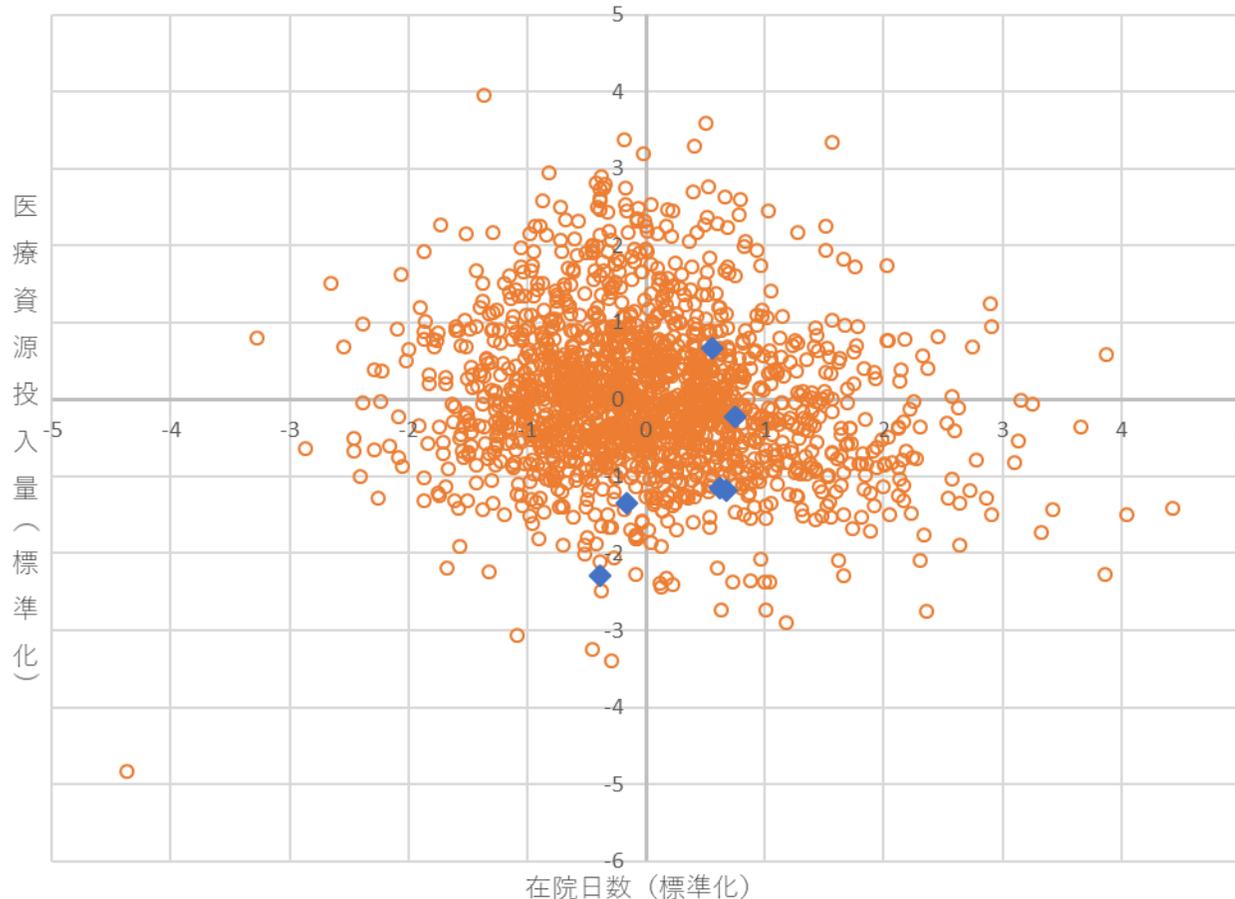
特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

- 悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院が一定数存在する。



特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

- 悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院について、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)が少ない傾向にあったが、平均在院日数に特定の傾向は見られなかった。



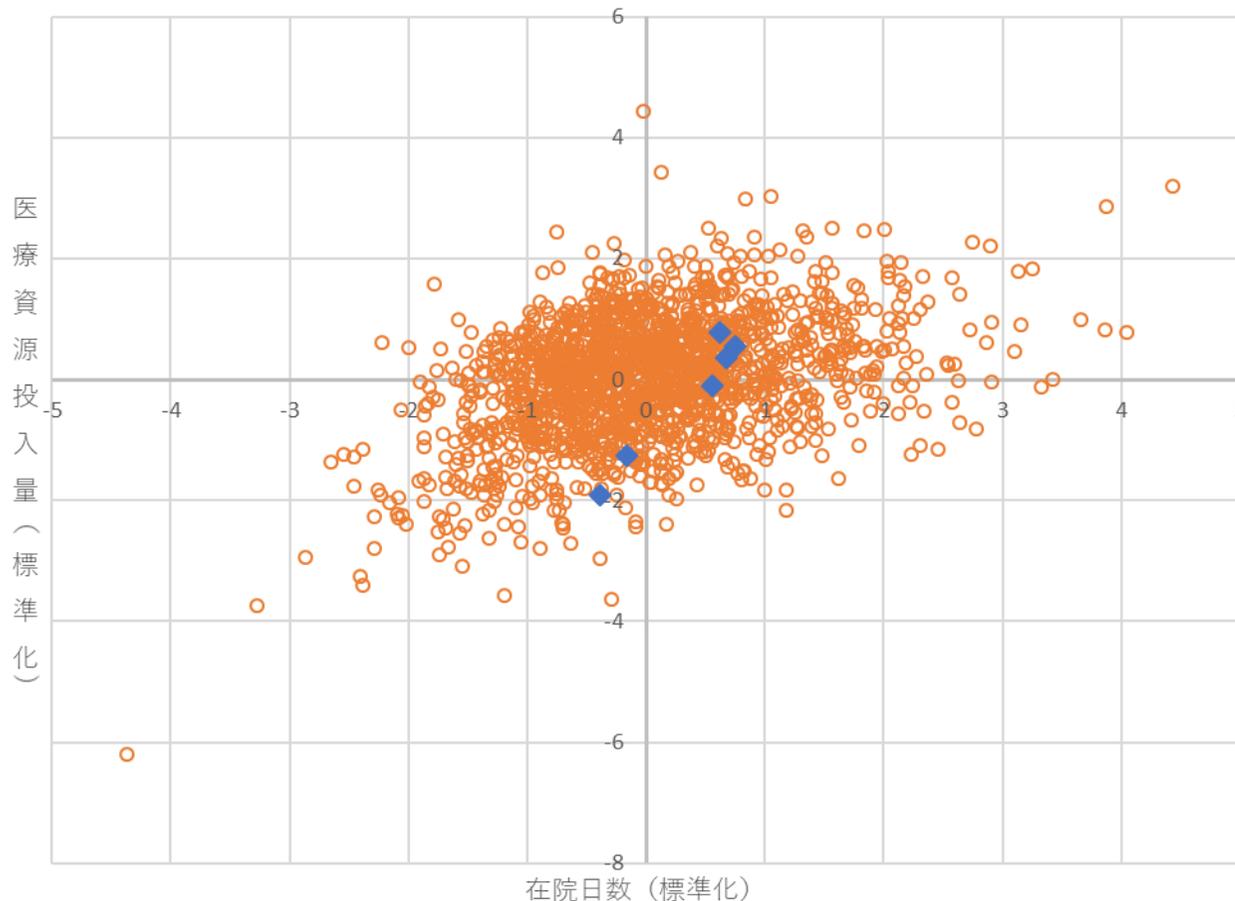
悪性腫瘍(ICD-10がC5もしくはD05)の診断群分類

- 手術
・悪性腫瘍摘出術 等
- 手術処置等2
・化学療法 等
・放射線療法 等

※ 悪性腫瘍の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,684)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしかつ手術処置等2なしの症例が90%以上を占める病院

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

- 悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院について、医療資源投入量（出来高換算総点数）、平均在院日数ともに特定の傾向は見られなかった。



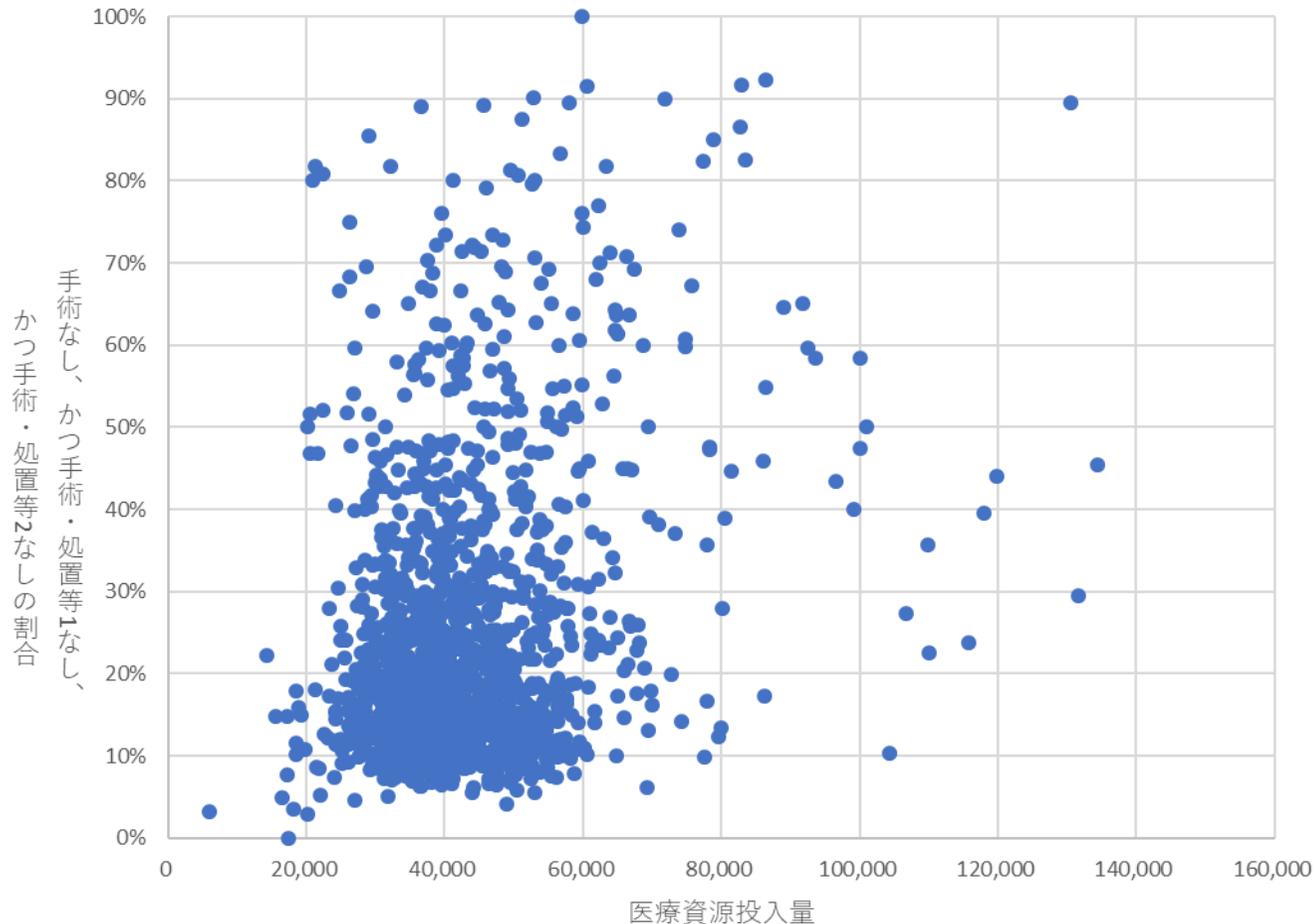
悪性腫瘍(ICD-10がC\$もしくはDO\$)の診断群分類

- 手術
・悪性腫瘍摘出術 等
- 手術処置等2
・化学療法 等
・放射線療法 等

※ 悪性腫瘍の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。(n=1,684)
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしかつ手術処置等2なしの症例が90%以上を占める病院

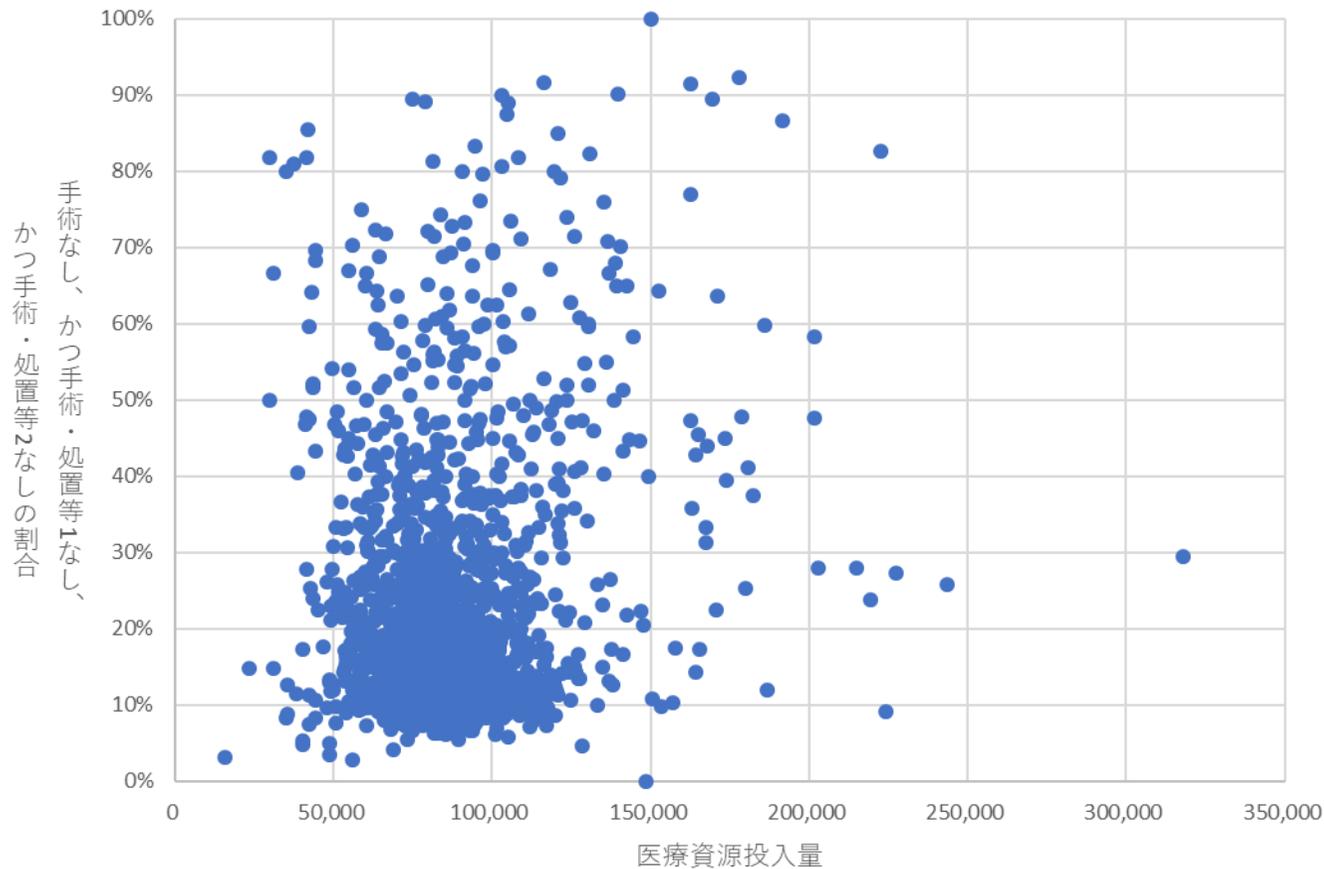
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(包括範囲出来高点数)の関係:悪性腫瘍

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例の割合と、医療資源投入量(包括範囲出来高点数)には明らかな傾向が見られなかった。



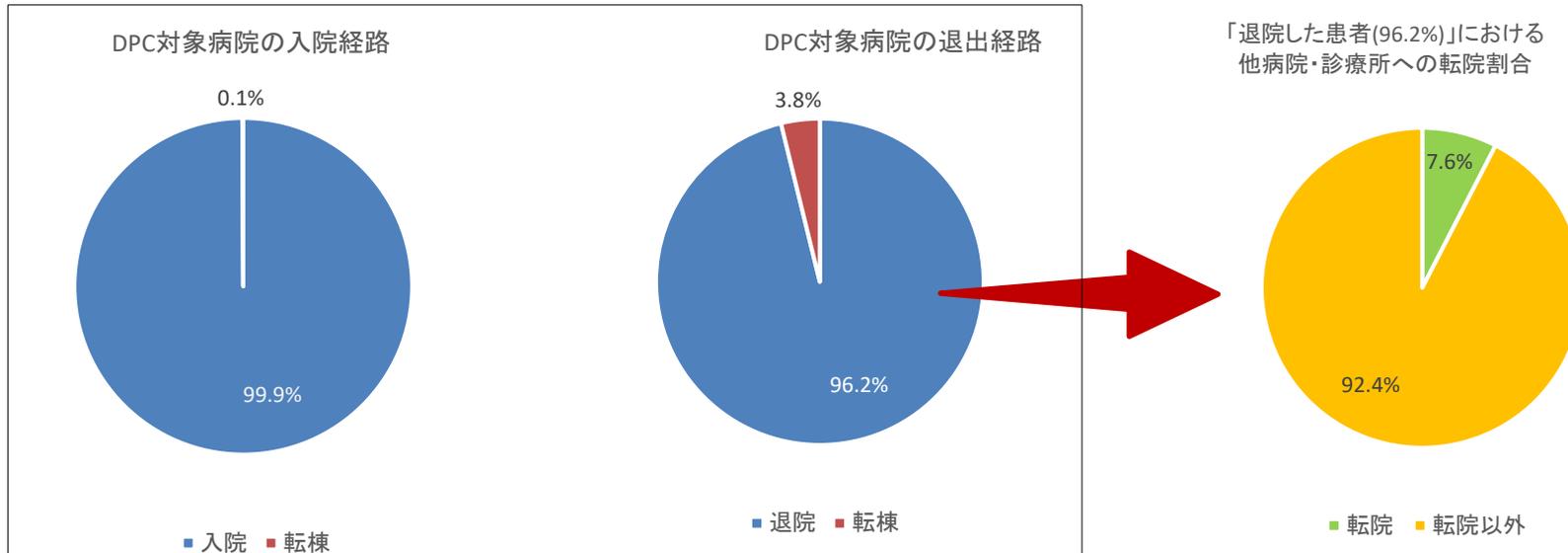
特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量(出来高換算総点数)の関係:脳梗塞

○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例の割合と、医療資源投入量(出来高換算総点数)にも明らかな傾向は見られなかった。

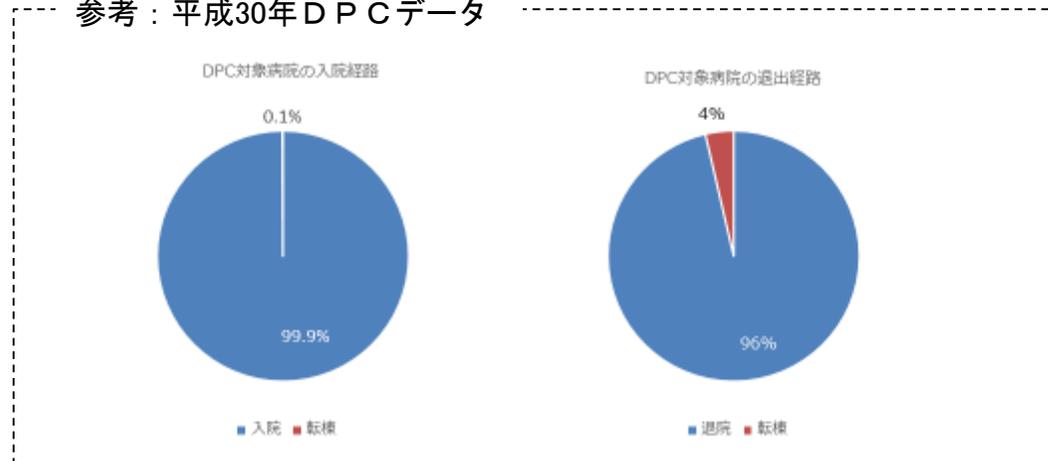


DPC対象病棟の入院患者の入退棟経路

○ 令和2年DPCデータにおける入院経路、退出経路の割合は、以下のとおりであった。平成30年データから大きな変化は見られなかった。なお、退出経路が「退院」のうち、他病院等に転院した割合は、約8%であった。

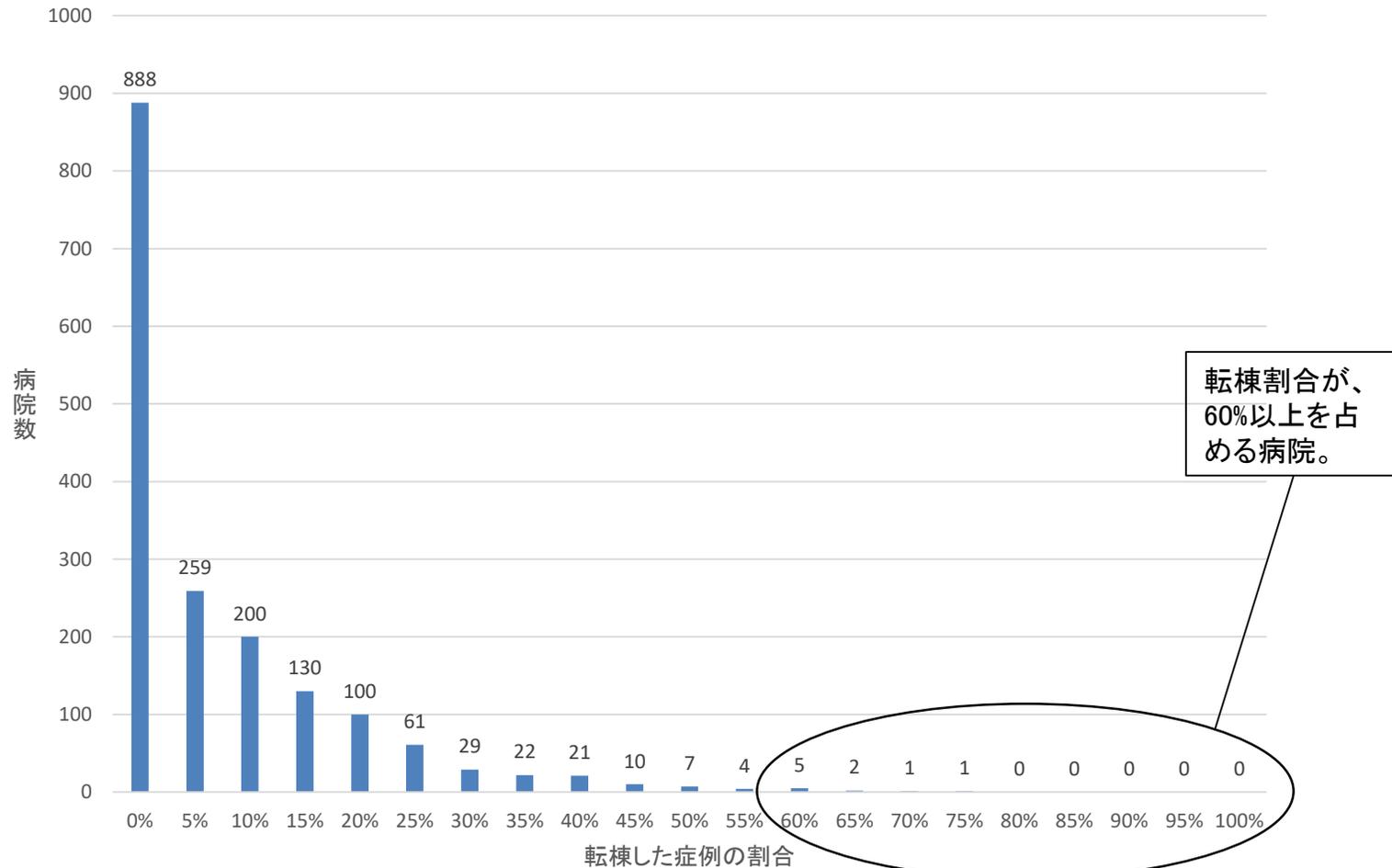


参考：平成30年DPCデータ



転棟した症例の割合別の病院数

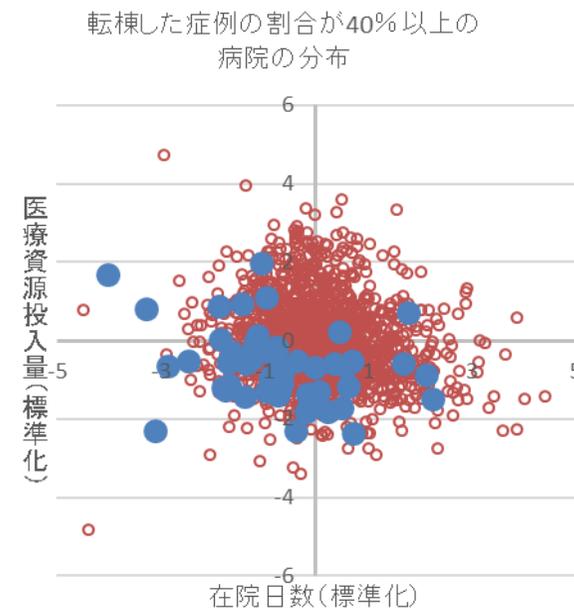
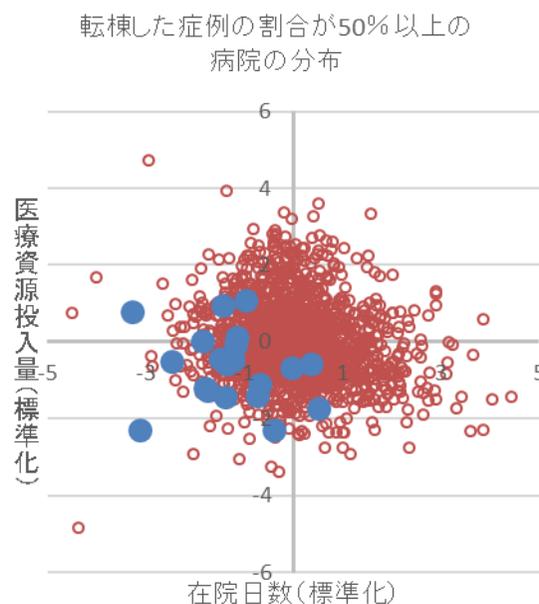
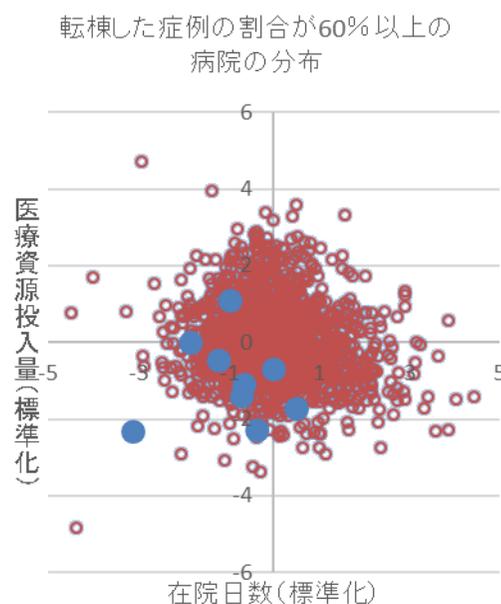
○ 「一般病棟 (DPC対象病棟)」から「その他病棟 (DPC対象病棟以外の病棟)」へ転棟した症例の割合別の病院数は、以下のとおりであった。転棟した症例の割合が60%を超える病院も存在する。



出典：令和2年DPCデータ（4月～12月分）

医療資源投入量及び在院日数と転棟の関係

- 転棟した症例が40%・50%・60%を超える病院のうち、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布するのはそれぞれ59%(30/51)、65%(13/20)、67%(6/9)、であった。
- 転棟割合が60%を超える病院の多くは、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布している。



※医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
※標準化（実測値－平均値）/標準偏差

出典：令和2年DPCデータ（4月～12月分）

※青は、転棟する症例が40%または50%または60%を超える病院

令和3年度特別調査について①

令和3年度特別調査(ヒアリング)の実施について(令和3年6月23日中医協総会了承)

1. 概要

- 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、以下のとおり分析を行った。
 - ・ 「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
- さらに、令和4年度診療報酬改定に向けては、引き続き適切なDPC制度の運用を図る観点から、「医療資源投入量の少ない病院」と「在院日数の短い病院」に対し、個別調査やヒアリングを実施することとなっている(令和3年5月12日中医協総会了承)
- 具体的な調査項目等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2. 調査の目的について(案)

- (1)「医療資源投入量の少ない病院」について、以下の内容を聴取する。
 - ・ 同じ診断群分類の症例でも、医療資源投入量が平均から外れている背景
 - ・ コーディングに関する理解度
- (2)「在院日数の短い病院」について、以下の内容を聴取する。
 - ・ 転棟割合がDPC対象病院全体と比べて高くなっていることの背景
 - ・ 調査対象施設内における転棟に関する考え方
- (3)全てのDPC対象病院について、以下の内容を調査する。
 - ・ コーディングテキストやコーディングの方法に関し、DPC制度の運用にあたっての不明点等

令和3年度特別調査について②

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

3. 調査の実施方法

○ 下記の調査区分ごとに、DPCデータを活用しそれぞれの医療機関を選定して調査票を配布し、回収した。その結果は以下のとおり。

【調査の回収状況】

区分	調査対象	調査票 配布数	回答数	回答率
(A) 医療資源投入量 の少ない病院 (※1)	①急性心筋梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院	5	5	100%
	②脳梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院	7	7	100%
	③狭心症の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院	6	6	100%
	④心不全の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院	8	8	100%
	⑤悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院	6	6	100%
(B) 在院日数の短い 病院(※2)	⑥自院他病棟への転棟割合が高い病院	9	9	100%
(C) コーディングに 関する調査	⑦全てのDPC対象病院	1,754 (※3)	1,754	100%

※1 「特定の症例(急性心筋梗塞等)」について、「手術なし」「手術・処置等なし」の症例の占める割合が高い病院のうち、医療資源投入量、在院日数が平均から外れている病院を対象とする。

※2 転棟割合が著しく高い病院を対象とする。

※3 令和3年6月時点

○ 回収状況を踏まえ、①～⑥の類型ごとに2施設ずつ選定し、ヒアリングを実施した。

令和3年度特別調査について③

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

4. ヒアリング対象施設の概要

調査区分	疾患	通番	地域	DPC算定病床数 (総病床数)	主な届出入院料	参加年度	医療機関群
(A)	急性心筋 梗塞	①	関東地方	112 (197)	・急性期一般1 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成21年度	標準 病院群
		②	北海道地方	202 (300)	・急性期一般4 ・地域包括ケア病棟	平成21年度	標準 病院群
	脳梗塞	③	近畿地方	11 (199)	・急性期一般5 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成28年度	標準 病院群
		④	近畿地方	107 (107)	・急性期一般1	平成26年度	標準 病院群
	狭心症	⑤	近畿地方	34 (198)	・急性期一般2 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成20年度	標準 病院群
		⑥	関東地方	164 (350)	・急性期一般2 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成26年度	標準 病院群
	心不全	⑦	九州地方	60 (160)	・急性期一般1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成26年度	標準 病院群
		⑧	中部地方	205 (499)	・急性期一般1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成21年度	標準 病院群
	悪性腫瘍	⑨	九州地方	45 (248)	・急性期一般1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成20年度	標準 病院群
		⑩	九州地方	43 (152)	・急性期一般1 ・地域包括ケア病棟	平成28年度	標準 病院群
(B)		⑪	中部地方	54 (199)	・急性期一般5 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成28年度	標準 病院群
		⑫	中国地方	46 (178)	・急性期一般1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成24年度	標準 病院群

令和3年度特別調査について④

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果

(1) 医療資源投入量の少ない病院

[医療機関からの主な聴取内容]

〈医療機関での疾患への対応状況〉

- 脳梗塞を主体に対応しているため、急性心筋梗塞の治療はあまり実施していない。
- 外傷、循環器疾患といった急性期医療は対応しているが、脳梗塞は対応していない。
- 呼吸器を主体に対応しているため、循環器疾患の急性期の治療はあまり実施していない。

〈症例の受入れ方針について〉

- 地域で唯一の急性期病院だが、緊急患者の受入はリスクが大きく、高度な治療を要する患者は、他病院へ搬送するようにしている。
- 積極的治療の適応がない症例の受入れを行っている。
- 回復期を中心とした医療を提供しているが、直接回復期病棟で受入れが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受入れを行っている。
- 緩和ケアも提供しているが、直接緩和ケア病棟で受入れが困難な場合には、DPC対象病棟で受入れを行う場合がある。
- 在宅酸素療法の教育入院や、糖尿病の教育入院などはパスを作って、対応している。

〈スタッフ・設備について〉

- 夜間に常勤の専門医がいなかったため、脳梗塞への対応ができない。
- 心臓カテーテルを実施できる設備がない。

〈治療方針について〉

- 冠動脈CTで病変の評価を行い、必要な症例だけにカテーテルを実施しているため、手術・処置等が少ないと考えられる。

〈コーディングについて〉

- 他の急性期病院から患者を受け入れる場合であっても、自院で最も医療資源を投入した傷病名でコーディングを行っている。
- 自院で治療できない症例を転院させ、その後急性期の治療が終わった後戻ってきた場合、急性心筋梗塞としてコーディングしている。
- FFR-CTや冠動脈CTを実施した場合に、治療が必要でない方もいるため、定義テーブルがより細分化されていた方がコーディングしやすい。
- 心臓リハビリ目的に入院させる場合の、適切なコーディングが存在しない。

令和3年度特別調査について⑤

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

(2) 在院日数の短い病院

[医療機関からの主な聴取内容]

〈症例の受入れ方針について〉

- 他の病院からの転院患者で、直接回復期病棟で受けることが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受入れを行い、必要な検査を行ってから適した病棟へ転棟している。そのため、直接回復期病棟へ転院してくる例は少ない。
- 主に整形外科疾患をDPC対象病棟で受け入れている。DPC対象病棟で手術を行い、その後回復期病棟に転棟するような症例が多い。

〈転棟の方針について〉

- 手術を行った患者については、抜糸が終わるまでDPC対象病棟に入院し、その後回復期病棟に移ることが多い。
- 急性期での治療が落ち着いた後に、退院のためにリハビリテーションを行う場合などに回復期病棟に転棟している。

〈コーディングについて〉

- 基本的には原疾患でコーディングしている。
- 回復期病棟へ受け入れる前の、精査入院は、コーディングは様々。

なお、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結果の概要は以下のとおりであった。

【「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」について】

	認知/活用している	認知/活用していない	認知/活用の割合
コーディングテキストの認知	1,728	26	98.5%
コーディングテキストの活用	1,652	102	94.2%
コーディングテキストの活用 (ICDコーディング)	1,435	319	81.8%
コーディングテキストの活用 (DPCコーディング)	1,617	137	92.2%
コーディングテキストの活用 (教育資料)	1,439	315	82.0%

令和3年度特別調査について⑥

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

急性心筋梗塞

- ・事例をもっと多く記載して欲しい。
- ・急性心筋梗塞、心不全のコーディングの区別(原疾患コーディング)の記載の内容やコーディングの仕方が不明瞭(心不全の治療がメイン)。わかりづらい。
- ・救急搬送後の来院時心停止等の場合の取扱いは急性心不全なのか。検査値は急性心筋梗塞ではある状態。
- ・DPC/PDPS傷病名コーディングテキストのP44「陳旧性心筋梗塞の場合は(I252)を選択すること」の記載とP26に示される原疾患コーディングを兼ね合わせた解釈が難しい。
- ・急性か陳旧性か判断に迷う(急性心筋梗塞か狭心症か)。
- ・責任血管と障害部位(ICDコード)が1対1になっていないので、コーディングする時に迷う。
- ・他院で急性心筋梗塞治療後にリハビリや検査目的で当院に来た場合は、急性心筋梗塞として良いのか。
- ・「急性」「亜急性」「慢性」といった時間の定義がない。
- ・梗塞部位が複数あった場合、傷病名(部位)の優先はあるのか。

脳梗塞

- ・事例を多く追加してほしい(010060 or 010061の分類の判断。脳動脈奇形破裂による脳出血(I619)は医療資源病名とはなりえないのか)。
- ・JCSとGCSの対応表があると良い。BADの概念。
- ・脳梗塞後遺症の考え方(胃ろう増設のみ目的入院とかの場合)。
- ・I63\$のコーディングの判読句が難しい。
- ・MCA(中大脳動脈領域)が詰まった時の事例。
- ・治療開始日が脳卒中発症日後何日に該当するのか分からない。前医での治療開始日にするのか? 当院での治療開始日にするのか?
- ・ICDには無い表現のアテローム血栓・心原性・ラクナ、何れの概念も定義されておらず、詳細不明コードを選択せざるを得ない。
- ・脳アンギオ検査選択的血管検査を実施した場合の考え方。
- ・発症時期、JCS,発症前RankinScaleを明確化する理由がわからない。
- ・一過性脳虚血発作と脳梗塞の両者を疑い、脳梗塞に準じた治療が行われた場合の判断に迷う。
- ・続発・後遺症のケースが分かりにくい。
- ・どの時点のJCSスコアを用いて判別すればよいか分からない。

令和3年度特別調査について⑦

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

狭心症

- ・事例を多く記載してほしい。(冠動脈CTの検査入院の症例。疑診で検査入院をし、狭窄部位なしとの結果の場合。
- ・ステント留置を行う症例では冠動脈狭窄症の可能性が考えられるが、触れられていない(ステント内再狭窄の場合はT828等の偶発的に発見された場合)。
- ・狭窄部位3枝病変のような多枝狭窄による疾患の傷病名は？症状に合わせて不安定／労作性として良いか？
- ・急性心筋梗塞の既往歴がない場合のフォローアップ心カテ検査の際のICD10選択。
- ・PCI施行後、経過観察のためCAG施行目的入院。有意狭窄を認めない場合のCCS分類について、一旦治療を終え症状も落ち着いている場合は分類不能か症状のない場合の「9」どちらを選んでよいのか。
- ・過去に心筋梗塞の既往(どのくらいの期間を遡るのか)があり、陳旧性心筋梗塞の検査のために入院した場合について。この場合、陳旧性心筋梗塞を選択することとなっているが、検査と同時に他疾患の加療を行った場合でも、陳旧性心筋梗塞を選択すべきなのか。
- ・陳旧性心筋梗塞は、独立した診断群分類がなく、狭心症と同じ診断群分類となる。
- ・コーディングテキスト(43ページ)の050050 狭心症、慢性虚血性心疾患の分類では【過去の既往を根拠にI21 \$、I22 \$、I23 \$は他分類(050030)となり選択しないこと】の記載もありますが、具体的にどういう事例で選択すべきなのか分からない点がある。
- ・検査入院に関する病名・大動脈弁狭窄症など手術予定患者が、冠動脈の虚血が疑われ、術前検査のため心臓カテーテル検査で入院することになった場合、医療資源病名は「I20\$ 狭心症」や「I25\$ 虚血性心疾患」(疑いも含む)か、それとも主手術の対象となる「I350大動脈弁狭窄症」のどちらを選択すべきでしょうか。
- ・ここ数年でよく見かけるようになった慢性冠症候群、という新しい傷病名について。

心不全

- ・事例を多く載せてほしい(使用してよい事例も載せてほしい。原疾患を特定するのに時間がかかる。どの場合まで原疾患なのか。疑診とは？)。
- ・原因疾患が多岐にわたる場合、PCIや心筋焼灼や弁置換を行った際に原疾患を特定するのは困難。原疾患ルールを認識していない医療機関もある。
- ・うっ血性心不全で入院した後に心カテ検査を実施した場合のコーディング。
- ・急性期増悪と通常の入院が同じ評価としているのに違和感。
- ・高齢化による心機能低下による心不全であった場合はどうコーディングすればよいか。
- ・ICDがI509以外になる心不全(例えば、I500うっ血性心不全)であれば選択して良いか。
- ・コーディングテキストで「心不全ICD50.9」は選択すべきではないと記載がある。最終的に診断がつかない原疾患や原疾患での治療が主でない場合も心不全以外なのか。どのような場合が心不全なのか。心不全を確立した病名として認めてほしい。

令和3年度特別調査について⑧

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点】

急性心筋梗塞

- ・直ぐに治療を要しない亜急性期の心筋梗塞は050030で良いのか。
- ・心不全がメインの病名の場合であっても原疾患コーディングでよいのか。
- ・冠動脈ステント留置後のフォローでの病名選択。新たな狭窄等があった場合の病名選択。
- ・急性心筋梗塞の定義(発症後〇日や手術後〇日等具体的なもの)。狭心症との線引き。
- ・心電図では異常が見られないが血液検査等で明らかに心筋梗塞だと思われる場合、梗塞部位が特定できない場合がある。
- ・I249急性冠症候群、非ST上昇型心筋梗塞やST上昇型心筋梗塞を医療資源病名に使用したいが部位不明・詳細不明コードに該当し使用できないのはなぜか。
- ・陳旧性も急性と同じく前壁／後壁とICDを細分化してほしい。
- ・JCS・年齢などの重症度の区分を設定し、全身管理が難渋である病態が詳細に分類できる様にして欲しい。
- ・急性心筋梗塞と狭心症の処置2-2(透析: J0384、J038-2)と処置2-3(シンチグラム、SPECT、tPA)を逆にしてほしい。これらを両方行ってしまった場合、透析ありの評価(高点数)がうけられず、大幅なマイナス例がしばしばある。
- ・心臓カテーテル検査+血管内超音波検査等(加算有り)について狭心症以外の病名でも加算有りの検査を実施することがある。
- ・救急搬送を受け高次医療機関へ搬送するまでの間に合致した医療資源最投入傷病ICD1-10コードの選択が難しい。
- ・リハビリ目的の転棟や来院であっても原疾患コーディングでよいのか。
- ・副傷病名が少ない。

脳梗塞

- ・閉塞血管で分類するか、アテローム・心原で分類するか統一をしてほしい。複数梗塞が存在した場合や塞栓性／血栓性脳梗塞の優先順位。分枝粥腫型梗塞(BAD)のICD-10がない。
- ・脳梗塞後遺症で胃ろう造設した場合の医療資源病名(陳旧性脳梗塞(I693)慢性期(I639))。
- ・脳梗塞発症後何日目までが脳梗塞でコーディングしてよいか。
- ・脳梗塞に対して術中tPA投与時の診断群分類の選択方法を明確に記載してほしい(術中に使用した場合の診断群分類区分の選択方法)。
- ・脳梗塞については診断群分類の詳細の数が多すぎて、時間がかかる。わかりづらい。副傷病の選択の優先順位がわからない。
- ・発症前Rankin Scaleであるが、おおむね1週間のADLを病歴等から推定することは難しい為、推定するものでなく明確にわかるものを診断群分類に用いた方がよいのではないかと。

令和3年度特別調査について⑨

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

脳梗塞(続き)

- ・エダラボン以外の薬剤分岐がない(アルガトロバン、オザグレル等)。
- ・詳細不明コードになりやすい(一過性脳虚血発作等)。
- ・悪性腫瘍が原因で血栓傾向が強くなり脳塞栓を起こした場合、塞栓性脳梗塞(I634)を選択するか、トルソー症候群に基づくもの(D688,I639)を選択するか、原疾患の悪性腫瘍を選択するか、迷うことがある。
- ・内頸動脈狭窄による脳梗塞で入院し、抗凝固薬の治療を行い、退院した後に、内頸動脈狭窄症に対する動脈血栓内膜摘出術目的で入院した場合、内頸動脈狭窄症は「010060脳梗塞」または、「010070脳血管障害」どちらか。
- ・I638とG467のダブルコードである「ラクナ梗塞」のコード選択が難しい。
- ・BADタイプの場合のコード選択が難しい。
- ・リハビリ目的で転院してきた場合のコード選択が難しい。
- ・頭蓋内における内頸動脈瘤(未破裂脳動脈瘤)については診断群分類上、I720(閉塞性動脈疾患)になっているが、医学的診断においてはI671(未破裂脳動脈瘤)に該当するので、判断に迷う。
- ・脳梗塞、脳梗塞後遺症、陳旧性脳梗塞の定義が明確でなく、判別が難しい。
- ・脳梗塞後遺症に麻痺を含めてよいのか判断に迷う。
- ・超急性期の治療が重要となる疾患は、退院時の確定診断までに行われた診療内容も評価して欲しい(脳梗塞の診断確定前のエダラボン投与等)。

狭心症

- ・狭心症3枝病変がI20.9の詳細不明のコーディング。
- ・冠攣縮誘発物負荷試験加算に対するDPCの評価。
- ・不安定狭心症に対するコーディング(治療はAMIに近い。I249急性冠症候群は050030)。労作性狭心症と同じになる。
- ・冠動脈ステント留置後再狭窄と狭心症の両方が該当する場合に、どちらを選択するのか判断が難しい。
- ・亜急性心筋梗塞病態の場合に、合致した医療資源再投入傷病ICD-10が存在しない(陳旧性心筋梗塞や狭心症で置き換えている)。
- ・狭心症の既往歴がある場合で、新規の狭心症病変を疑い検査をした場合、『既往の狭心症』/『新規病変の狭心症疑い』としてのコーディングが適切なのか迷う。
- ・CAG入院で退院せずPCI施行となった場合。CAGの血管内超音波が評価されない。
- ・リハビリの評価があると良い。

令和3年度特別調査について⑩

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

5. 調査結果(続き)

狭心症(続き)

- ・手術あり(K546 \$ 等)→手術・処置等1の分岐選択で、「なし」と「1,2あり」が同じ分岐になっている。分岐を定義してほしい。
- ・心臓カテーテル検査が手術・処置等に定義されておらず、点数に反映されない。
- ・狭心症の疑いで検査入院した患者が、検査の結果、狭心症が否定された場合、医療資源を「狭心症の疑い」とするのか、「狭心症」とするのか明記されていないため、判断に迷う。

心不全

- ・原因疾患が多岐にわたる場合、治療との組み合わせも考慮しての一つに絞るのは困難(原疾患コーディングルール通りにすべきか)。
- ・心不全は選択すべきではないとテキストに書いてあるが心不全の分類はある。ハンプや利尿剤、サムスカ、ドブタミンを投与し心不全が改善された場合でも不可か?心不全でコーディングしてよい基準は?
- ・心不全の多くは高齢者が多く合併症も複数あり詳細なコードの明示が難しい。両心不全はI509となる。心不全は部位不明・詳細不明から除外してほしい。
- ・慢性・急性・慢性の急性増悪で急性と慢性の急性増悪の区別も難しい。
- ・原因疾患の方が期間Ⅱが短くなりコーディングテキスト通りにやると評価が下がる。
- ・心不全と腎不全(透析患者)がある症例、I110高血圧性心不全とI509心不全のコーディングは難しい。
- ・心不全のリハビリ目的入院(心不全の治療のみ入院)の場合のコーディング(原疾患 or 心不全)。
- ・「原疾患を資源病名とするが、原疾患が不明の場合や対症療法のみ場合はI50 \$ の心不全を使用」といったような指針についてもご検討いただきたい。
- ・副傷病において肺炎を定義してほしい。
- ・「原疾患が判明しない、明らかな基礎疾患が診断されない場合については、心不全を選択することもやむを得ない」とあるが、どの程度を想定されているのかが分からない。
- ・心臓カテーテル法による諸検査と血管内超音波検査等を実施した場合の分岐が手術・処置1に定義されていない。
- ・心不全にて治療中の患者に緊急PCIを施行した場合、心不全ではなくAMIでコーディングしなくてはならず、長期入院中に手技料の高い手術等をした場合のコーディングが難しい。
- ・重症度別の診断群分類区分を設定してほしい。

令和3年度特別調査について⑪

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点、改善を求めたい点、ご意見等】

- ・MEDIS標準病名マスタにないものが多い(とりわけ、整形外科系の部位コード等)ので改善してほしい。
 - ・コーディングテキストの事例を増やしてほしい(外傷系、DICや敗血症、廃用症候群、稀少な事例、ダブルコーディングの医療資源投入量の判別、老衰、C800原発不明癌 等)。
 - ・皮膚潰瘍(L98、L97)が100100糖尿病足病変のDPCIになるが、糖尿病が無い人でも皮膚潰瘍になりうる。また、足だけでなくいろいろな部位へと発症される患者もいる。分類名の変更等をすべきではないか。
 - ・110280慢性腎炎症候群慢性間質性腎炎慢性腎不全の「手術処置1」にD412経皮的針生検法はあるが、D412-2経皮的腎生検法が定義されていない。
 - ・部位不明・詳細不明のコードについて、どうしても使用しなければいけないコードがあるので改定してほしい。(医師から相談を受けてそれのみになってしまう場合やCPAや短期間(入院時から48時間以内)で専門病院への転院や死亡。関節リウマチ、鉄欠乏性貧血、小腸イレウス、虚血性腸炎、膝関節滑膜炎、廃用症候群など代替コードがあるか。
 - ・Rコードに該当するものしかコーディングしがたい場合に判断が迷う(どうしても原因がわからない不明熱、老衰等)。
 - ・原疾患をどのあたりまで考慮すればよいのか迷う(原疾患と合併症が複数あった場合の選択の基準)。
 - ・入院期間Ⅲを超え翌月に手術等を行い包括に戻った場合やDPC/出来高変更の際の運用等。一度前月分を請求しているのに、取り下げを行わなければならない、煩雑化し事務処理(患者への説明含めて)に手間がかかる。
 - ・アルコール肝硬変による肝不全に対して治療を行った場合に、アルコール性肝疾患(K70\$)と肝硬変(K746)のどちらでコーディングするのが適切か判断に迷う。
 - ・化学療法と放射線療法の併用時、病名によって分岐が異なるため、統一してほしい。
 - ・診断群分類が複雑なので簡素化していただきたい(脳梗塞や肺炎)。
 - ・転移性脊椎腫瘍(C795)に対して治療を行った場合(原発に対する治療なし)、C795では「070040 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)」となり、脊椎を除くとなっています。「070030 脊椎・脊髄腫瘍」では原発のICDしか該当しないため、コーディングに迷う。
 - ・アブラキサン点滴静注を使用した場合は手術・処置等2での対応薬剤は「パクリタキセル(アルブミン懸濁液)」のみが該当薬剤なのか判断が難しい。
 - ・「腹膜炎を伴う虫垂炎」の分類が存在しないため、判断に迷う。
 - ・180040の手術の合併症に資源病名として選択していいのか定義が曖昧。
- 特別な治療をしていない場合(看取り状態含む)の医療資源病名の選択が困難な場合がある。合併症か、原疾患かを選ぶ場合の基準が曖昧で迷う事がある(リハビリ目的や終末期やその緩和ケアの場合)。
- ・臨床に沿った医師向けのコーディングテキストを作成してほしい(診療ガイドライン等を考慮した医師を納得させるためのマニュアル)。
 - ・コーディングに特化した窓口開設をしていただきたい(SNSを利用したQA対応や窓口や厚生局で受け付けたコーディングに関する疑義や回答の公開と共有)。

令和3年度特別調査について⑫

令和3年度特別調査(ヒアリング)の結果報告について(令和3年8月27日入院分科会資料抜粋)

【機能評価係数Ⅱの保険診療指数における「病院情報の公表」以外に、医療の質の評価に関する取組みを行っているか】

- ・QIプロジェクトに参加
- ・病院ホームページにおける医療の質を示す指標の公開
- ・医療の質の評価・公表等推進事業への参加
- ・委員会活動の実施
- ・病院機能評価の認定
- ・グループ病院内で統一した評価の実施
- ・部位不明・詳細不明コードの調査
- ・クリニカルパスの活用
- ・PDCAサイクルの実践
- ・ISOの認証の取得

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. **地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について**
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

診調組	入	-	1	
3	.	7	.	8

【平成16年度診療報酬改定】

・ 亜急性期入院医療管理料の創設

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
(最大60日まで算定可能)

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
(最大60日まで算定可能)

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、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つとされた

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟の経緯③(平成28～令和2年度診療報酬改定)

診調組 入 - 1
3 . 7 . 8

【平成28年度診療報酬改定】

- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

【平成30年度診療報酬改定】

- 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し
- 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

【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
 - 実績要件の見直し
 - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

を実施

- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	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 <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	—	—	—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上	—	3月で <u>6人</u> 以上	—	—	—	—
	地域包括ケアの実績※2	○	—	○	—	—	—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	—	○	—	○	—
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

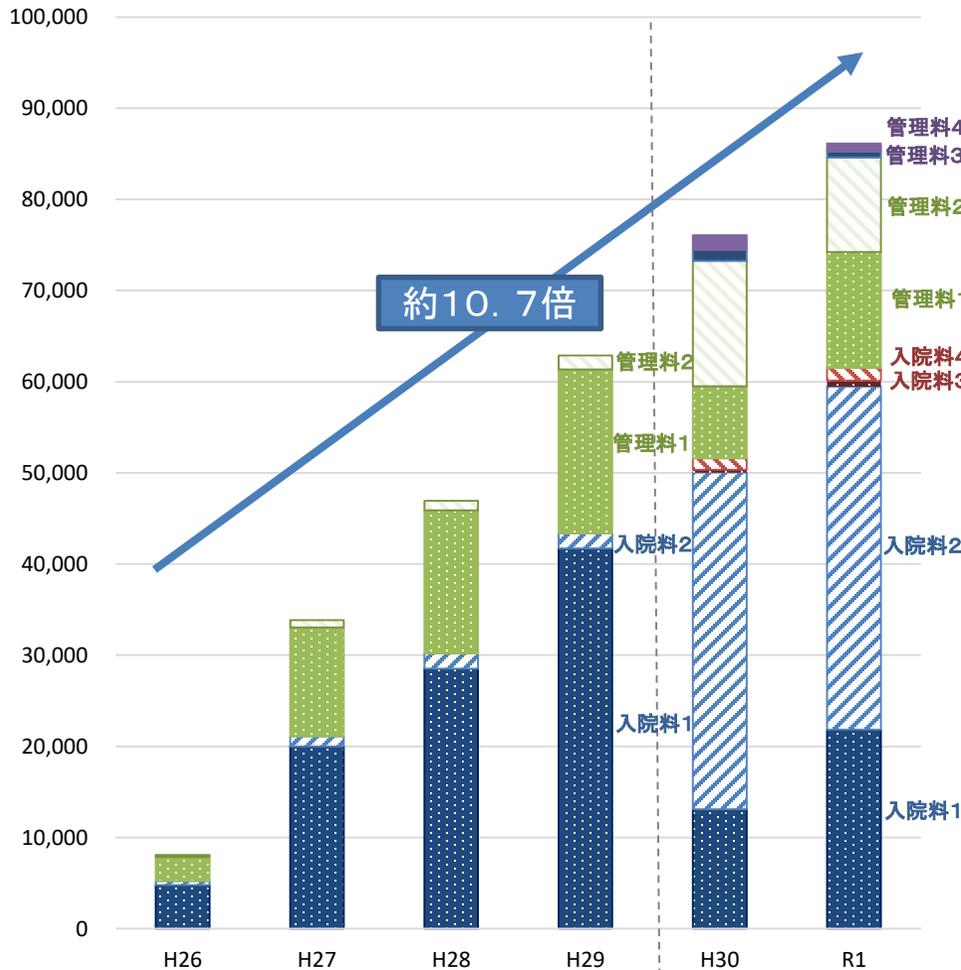
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30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の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する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直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、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の提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

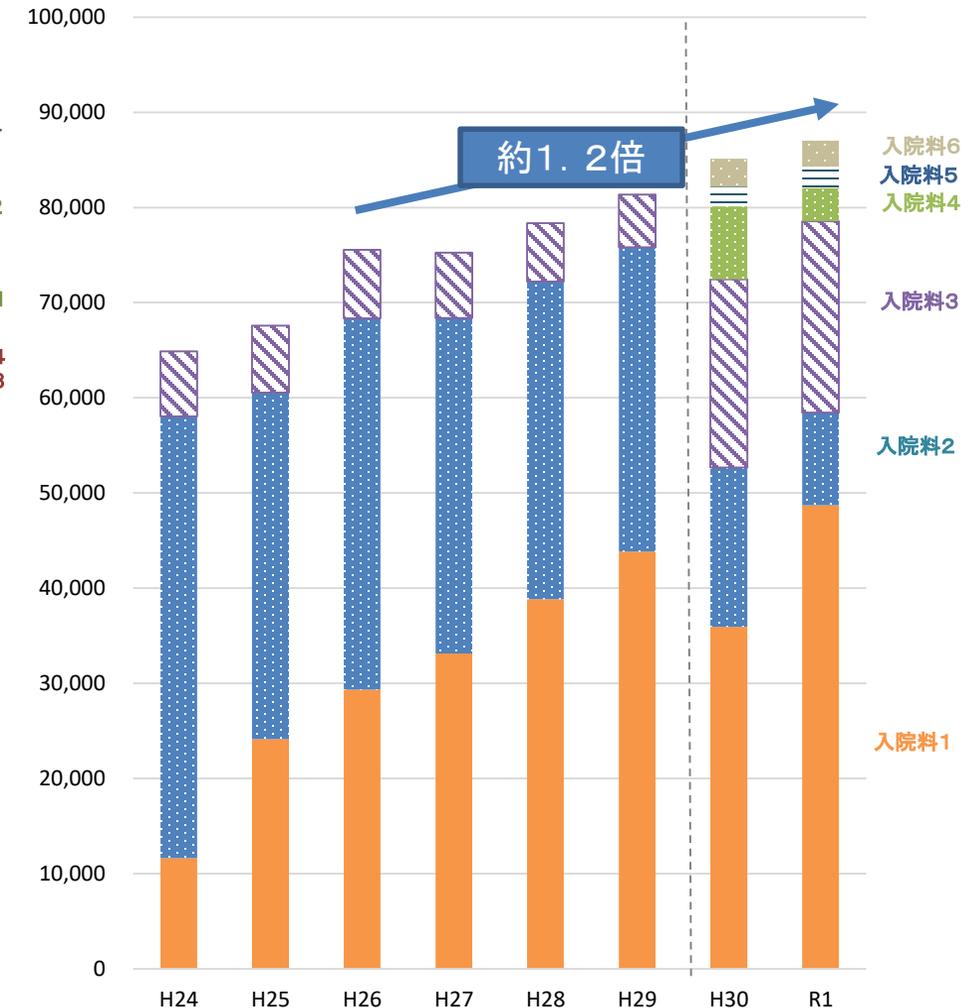
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



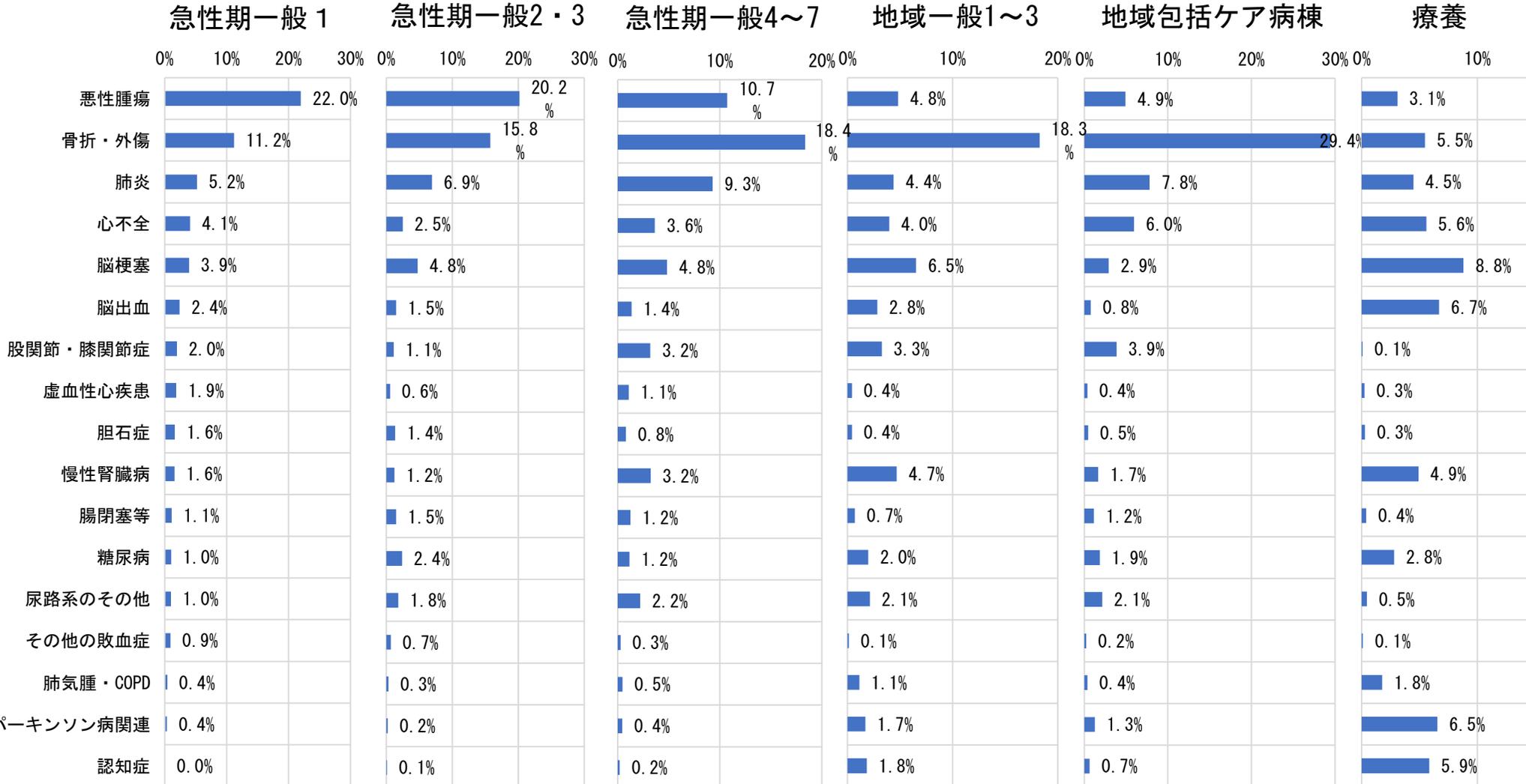
(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



入院料ごとの入院患者の主な傷病

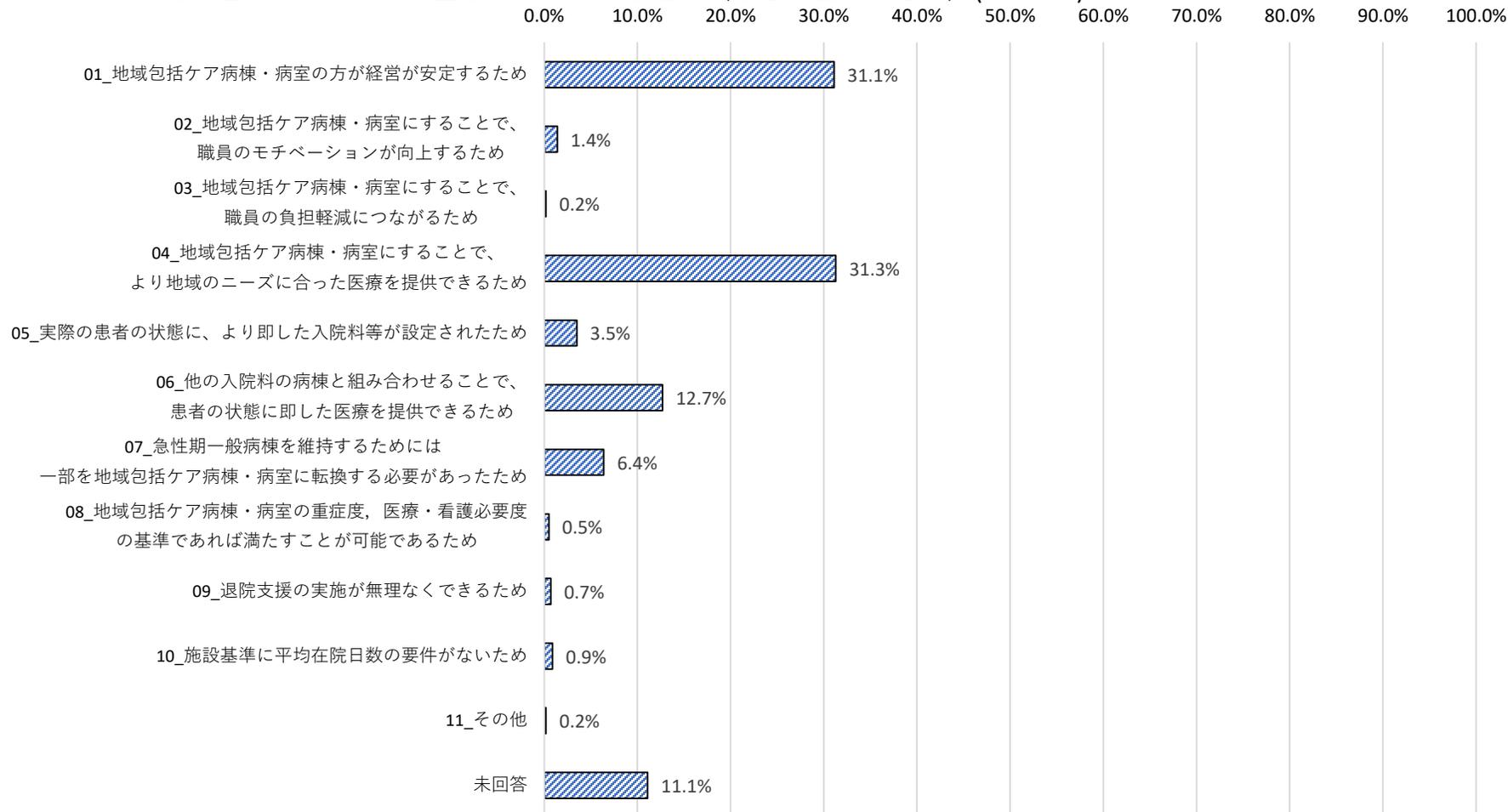
○ 急性期一般入院料 1 や 2・3 では悪性腫瘍が最も多く、急性期一般入院料 4～7 や地域一般入院料、地ケア病棟は骨折・外傷が最も多かった。療養病棟では疾患のバラツキが大きかった。

入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



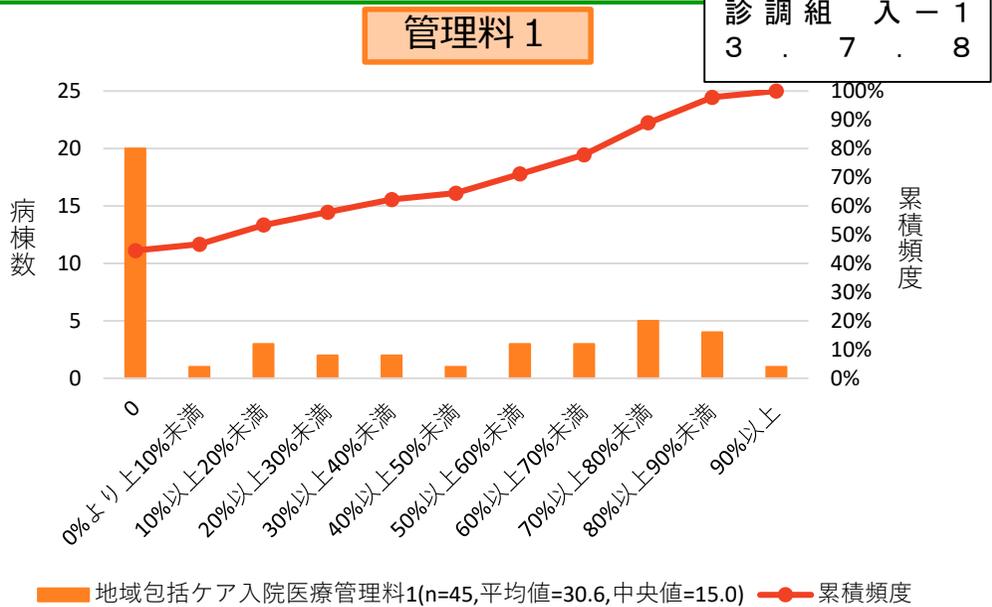
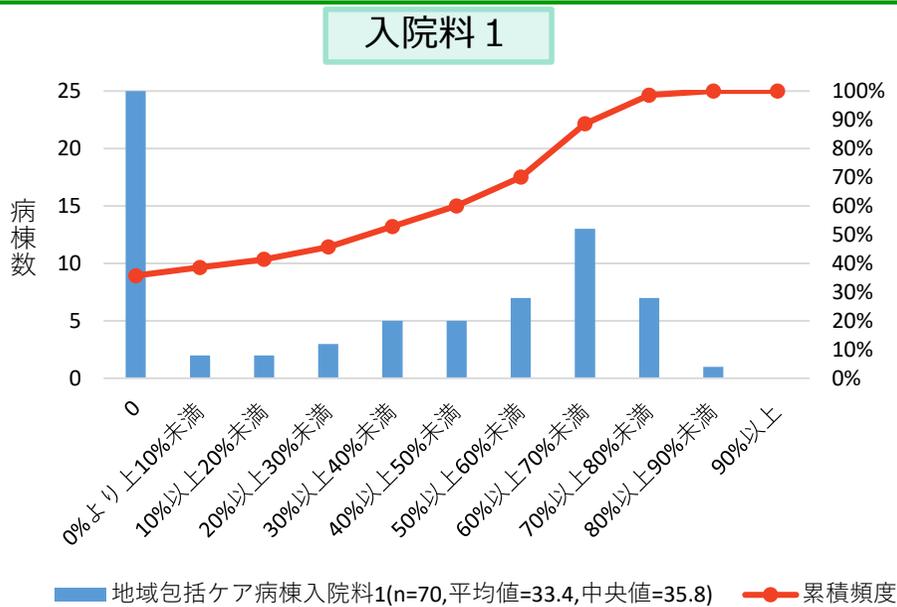
○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室を届け出ている理由（最も該当するもの）（n = 425）

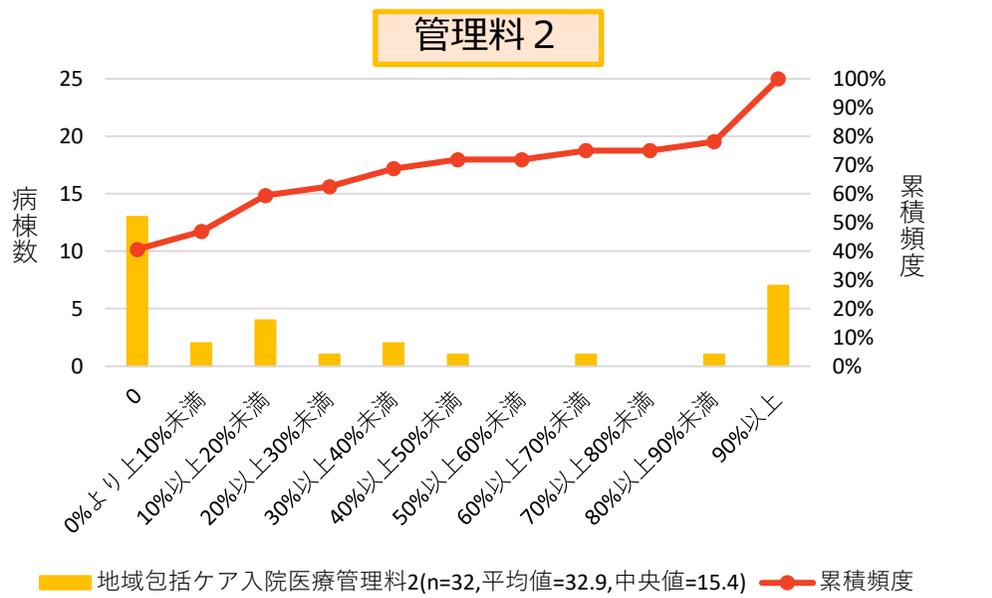
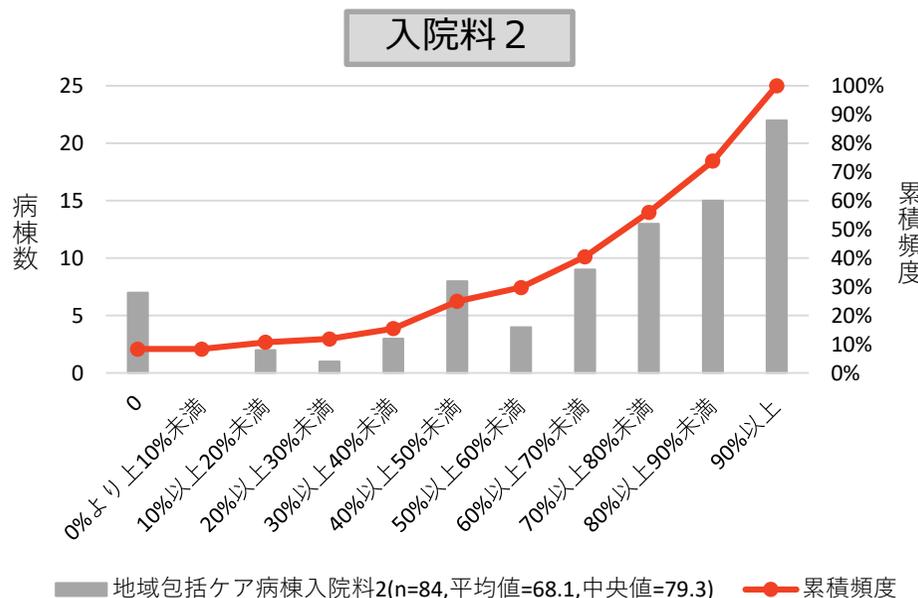


地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。



診調組 入 - 1
3 . 7 . 8

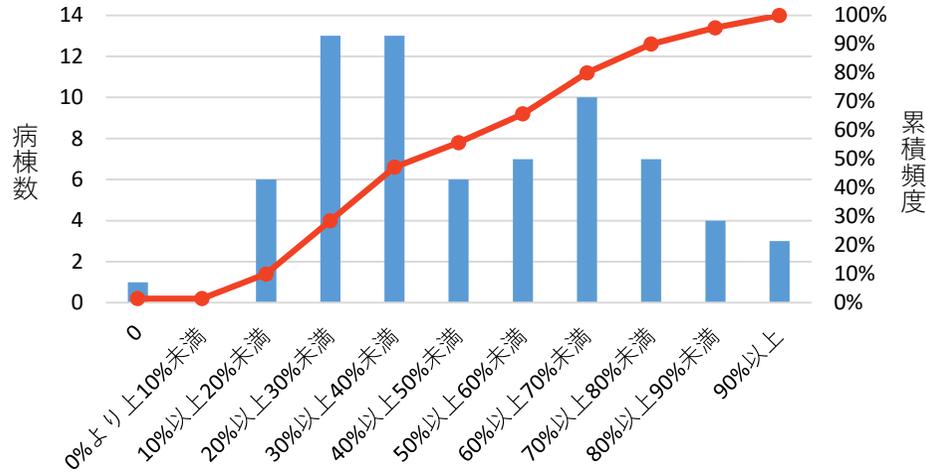


地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

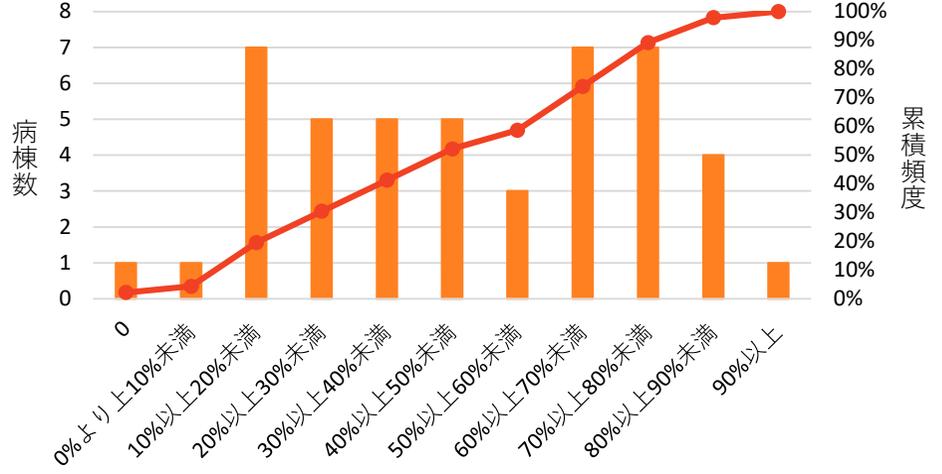
診調組 入 - 1
3 . 7 . 8

入院料1



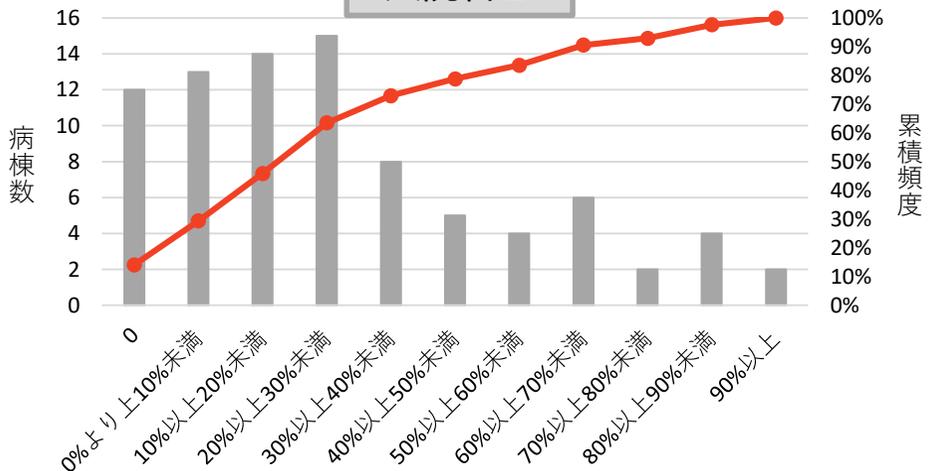
■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

管理料1



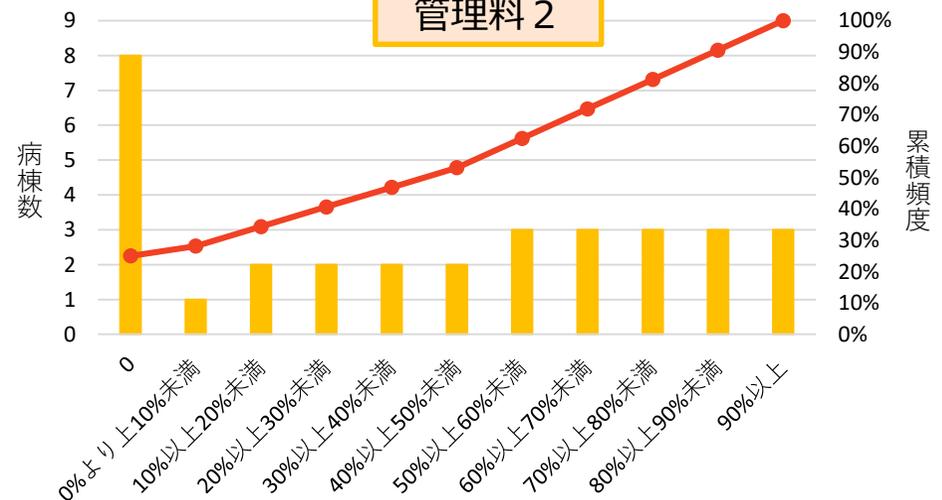
■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

入院料2



■ 地域包括ケア病棟入院料2(n=85, 平均値=28.6, 中央値=19.2) ● 累積頻度

管理料2



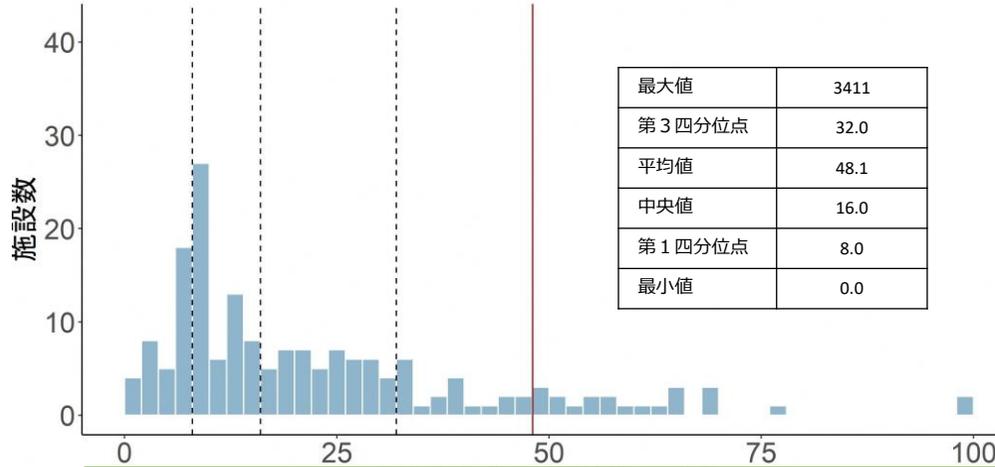
■ 地域包括ケア入院医療管理料2(n=32, 平均値=42.8, 中央値=38.5) ● 累積頻度

地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

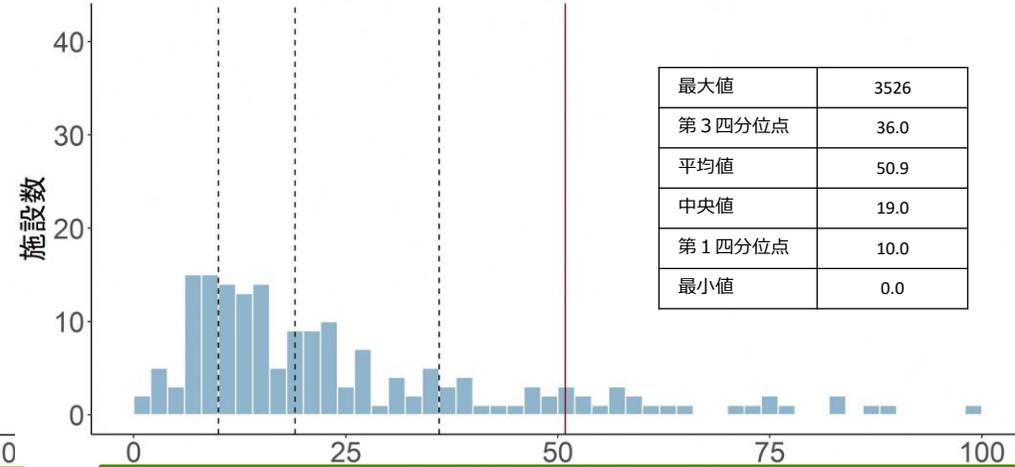
診調組 入 - 1 - 1
3 . 6 . 1 6

○ 自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおりであった。

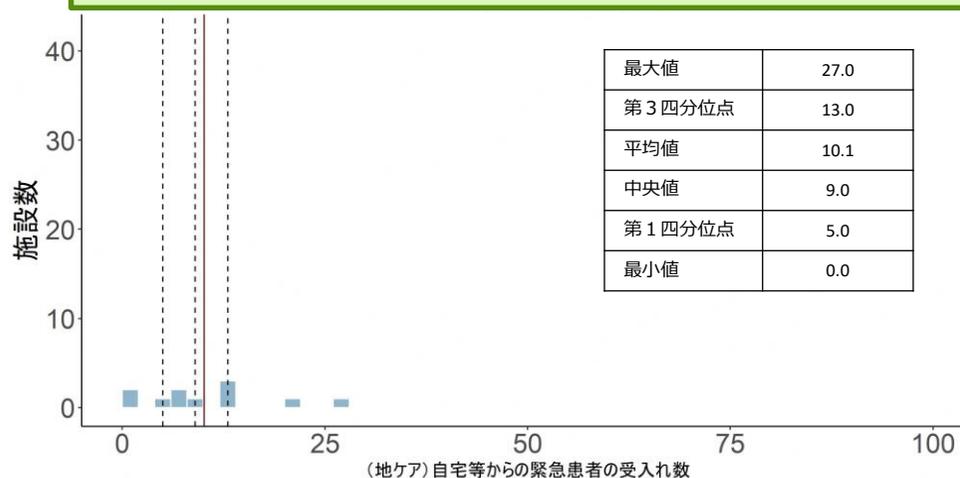
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年4～6月)



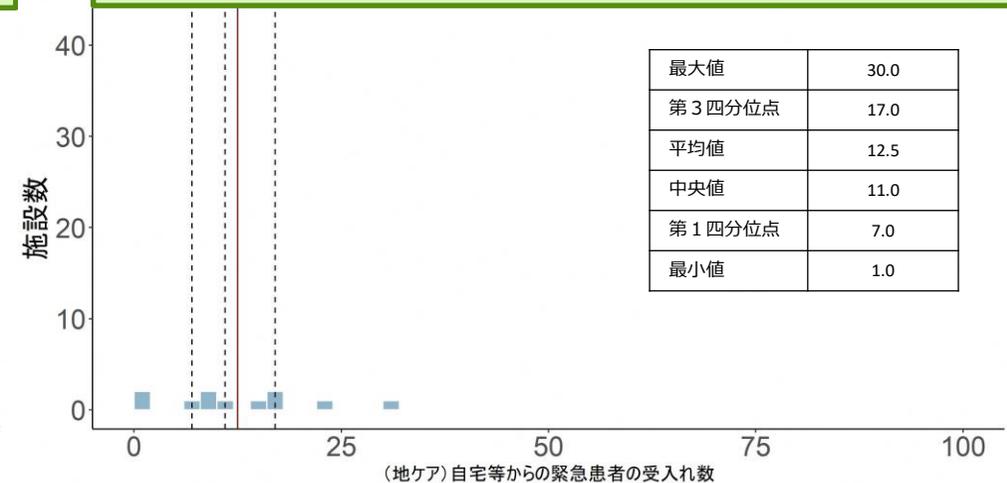
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年8～10月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年4～6月)



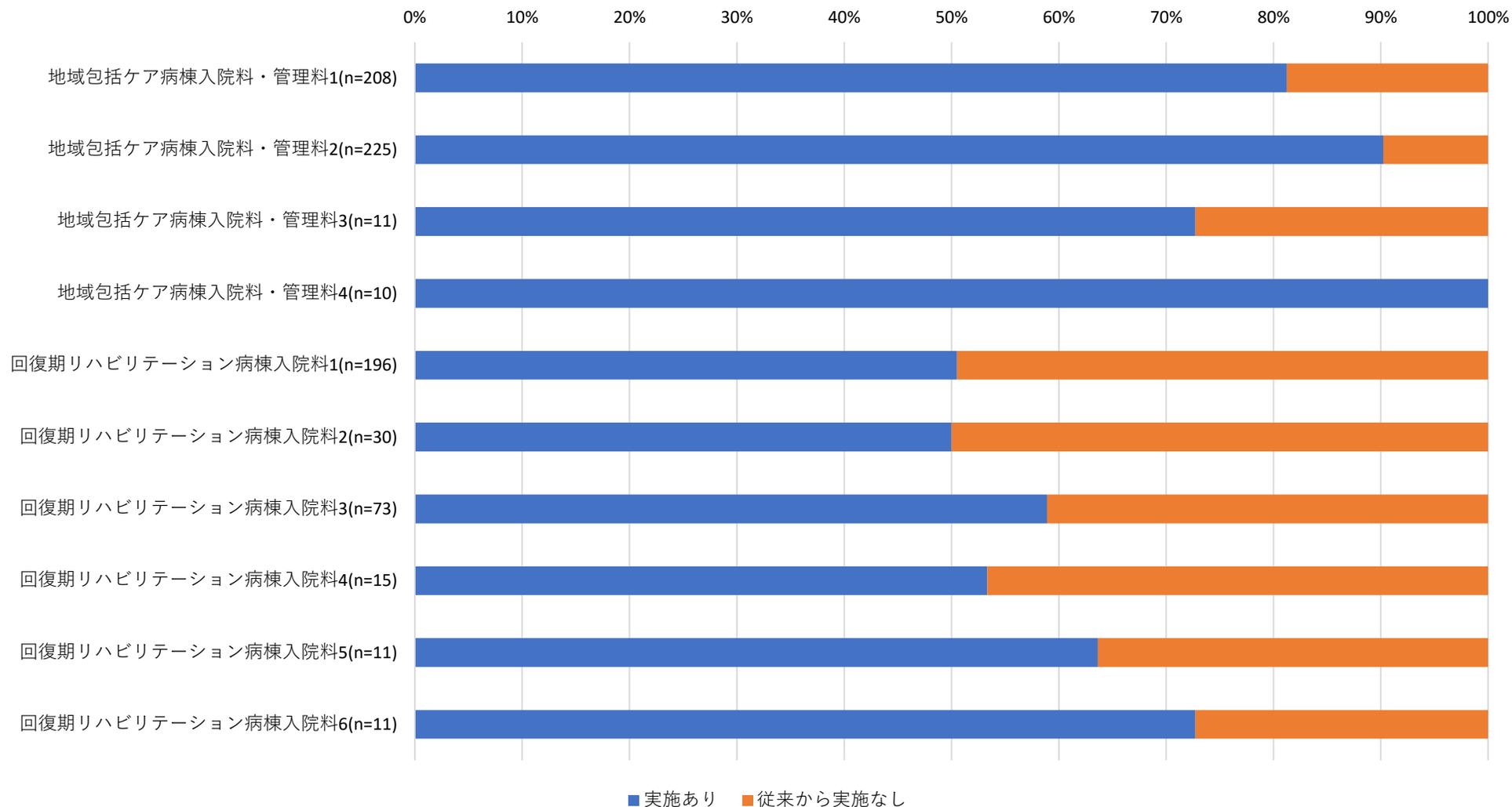
地ケア入院料・管理料 3 (令和2年8～10月)



地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を持つ医療機関の救急の状況

診調組 入-1-1
3 . 6 . 1 6

○ 地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟における、救急の実施有無については以下のとおりであった。

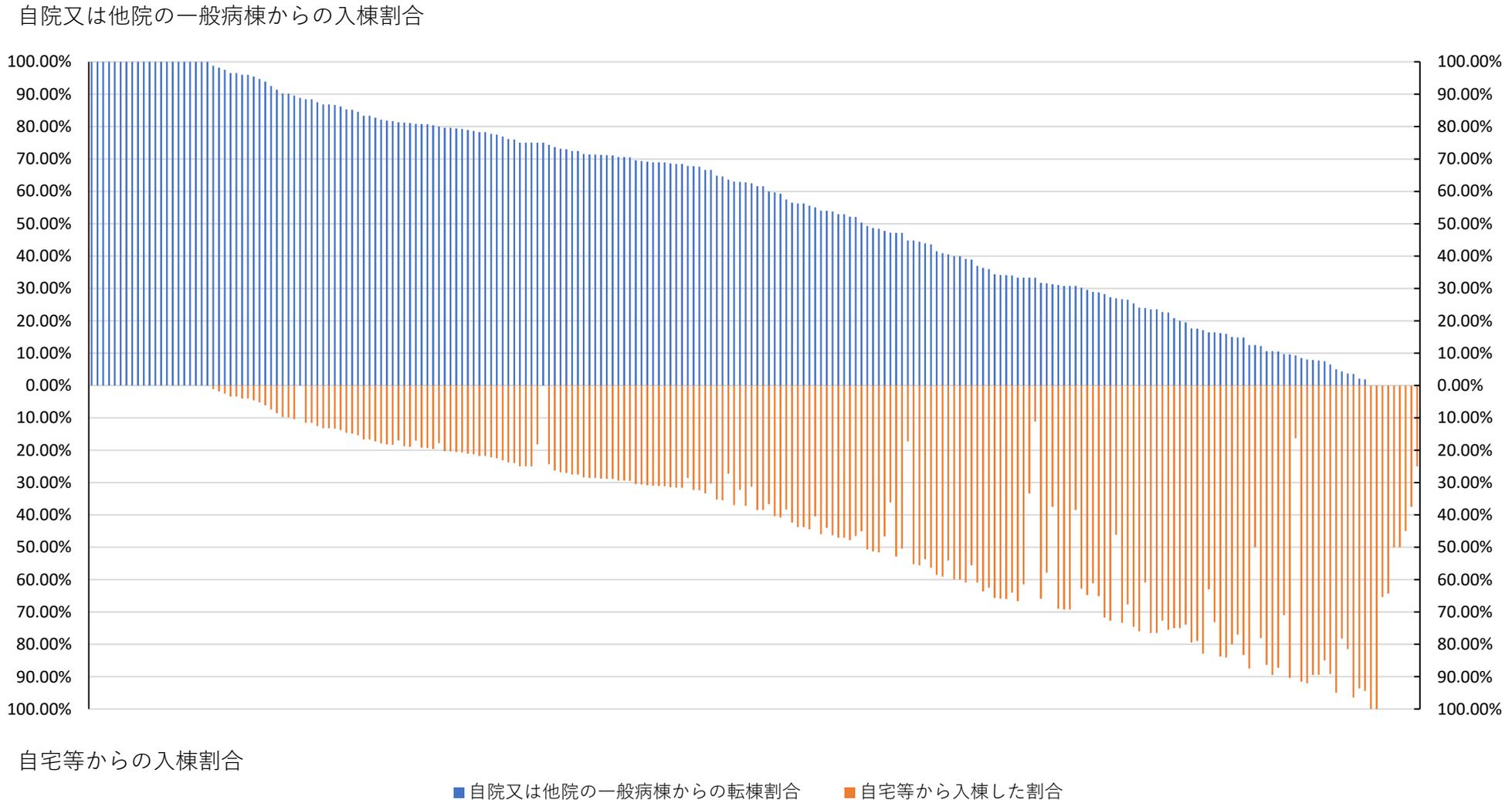


入棟元の割合分布 ①

診調組 入 - 1
3 . 7 . 8

○ 各医療機関毎の一般病棟からの入棟と自宅等からの入棟の構成割合の分布については、一般病棟からの入棟割合が高く、自宅等からの入棟割合が低い医療機関がみられる一方、逆の構成割合となっている医療機関もみられ、その分布は様々であった。

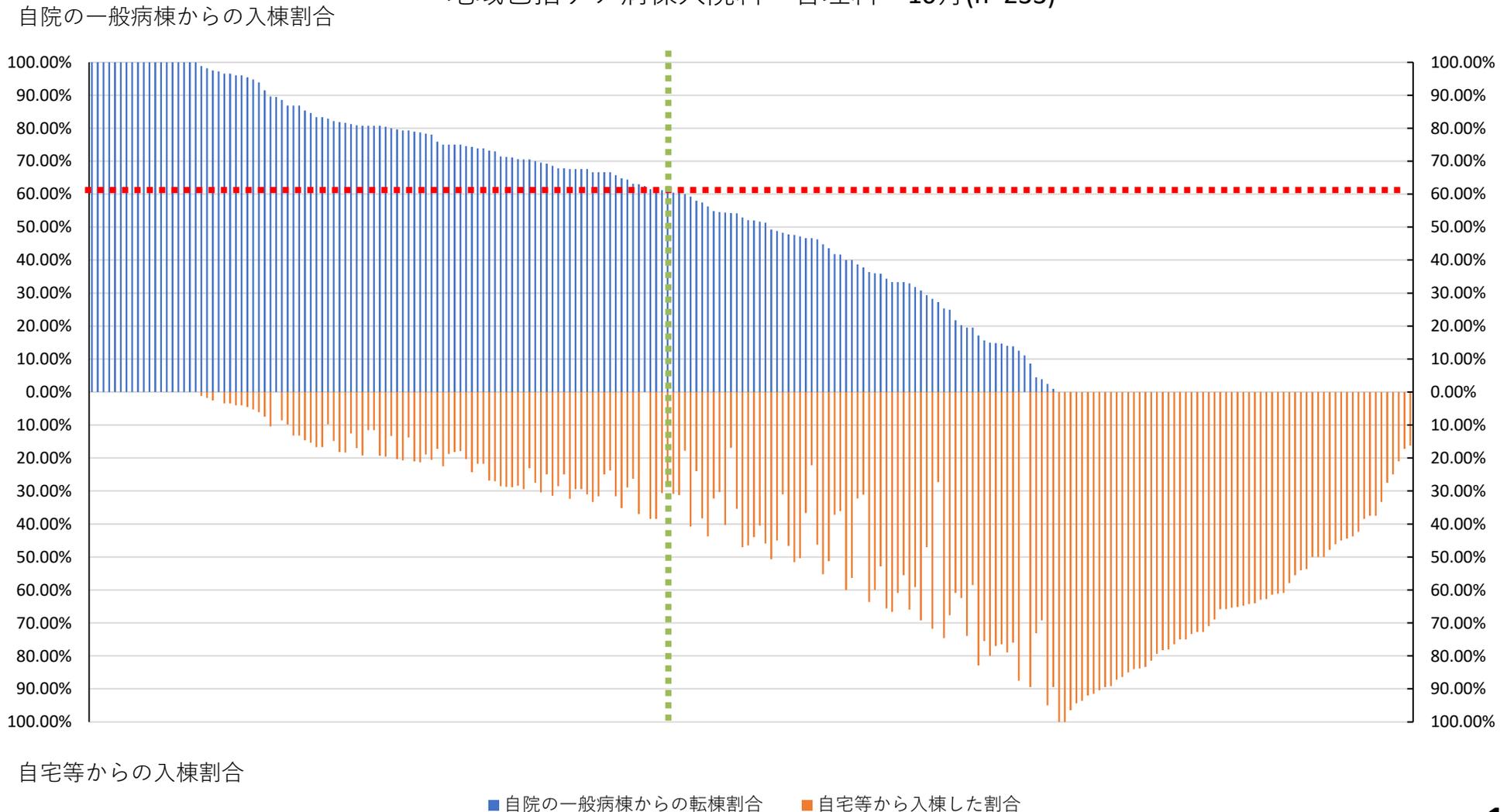
地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



入棟元の割合分布 ②

- 自院の一般病棟からの入棟割合に着目すると、例えば、60%を超える医療機関はおよそ半数であり、その中には自院の一般病棟からの転棟割合が100%となっている医療機関があった。
- 一方、自院の一般病棟からの転棟割合が0の医療機関も一定程度存在し、自宅等からの入棟割合の分布をみると、その割合が高い医療機関が多くを占めていた。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



地域包括ケア病棟の入棟元別の分析について

○ 地域包括ケア病棟に入棟した患者について、以下の3群(①「自宅等」、②「一般病棟」、③「(①②以外の)その他」)に分け、分析を実施した。



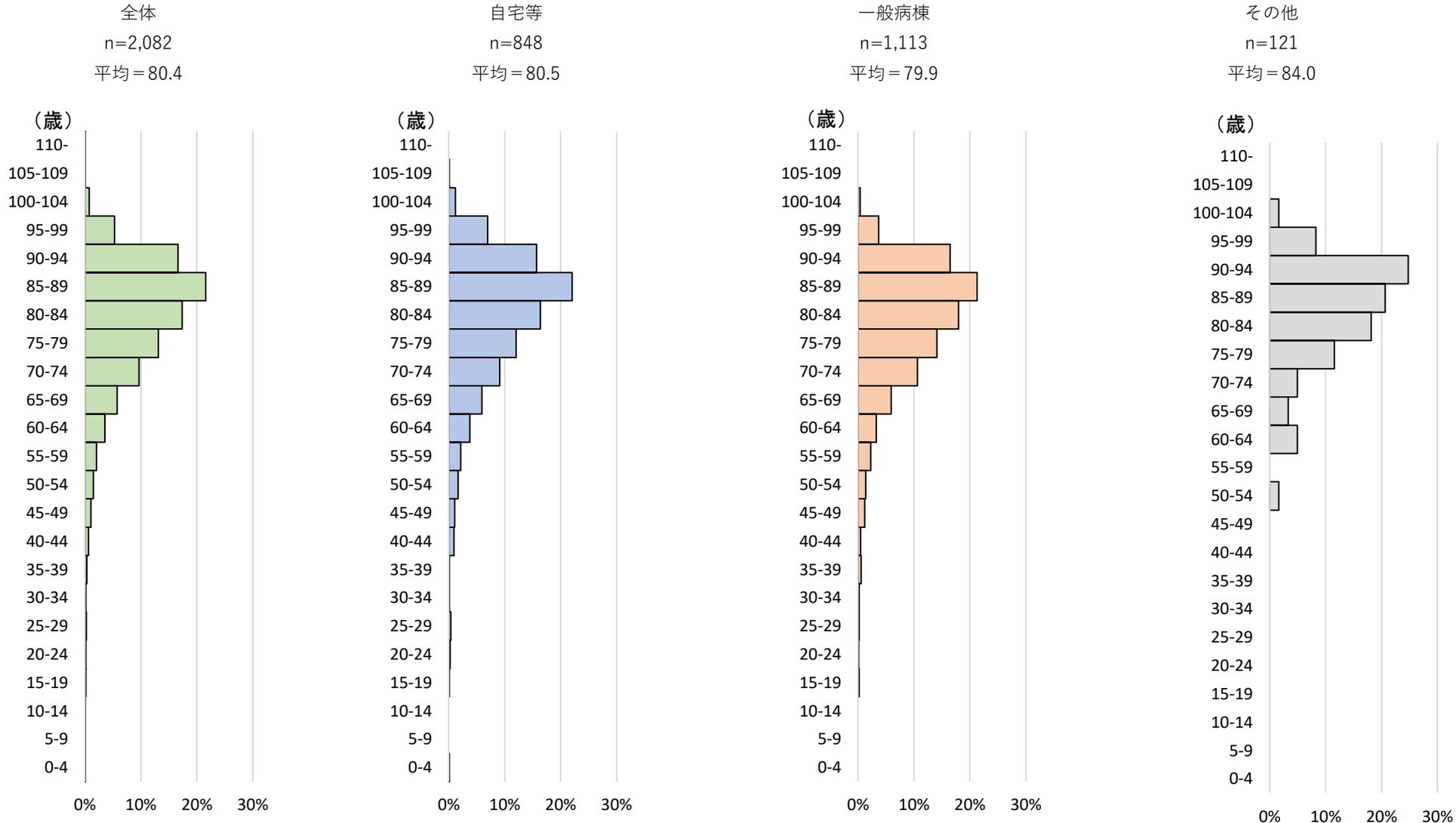
①自宅等: 自宅、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知料対応型グループホーム、有料老人ホーム等を指す

②一般病棟:
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等を指す

③その他: 介護老人保健施設、一般病床以外の病床(精神病床等)、有床診療所等を指す

入棟元別の患者の年齢について

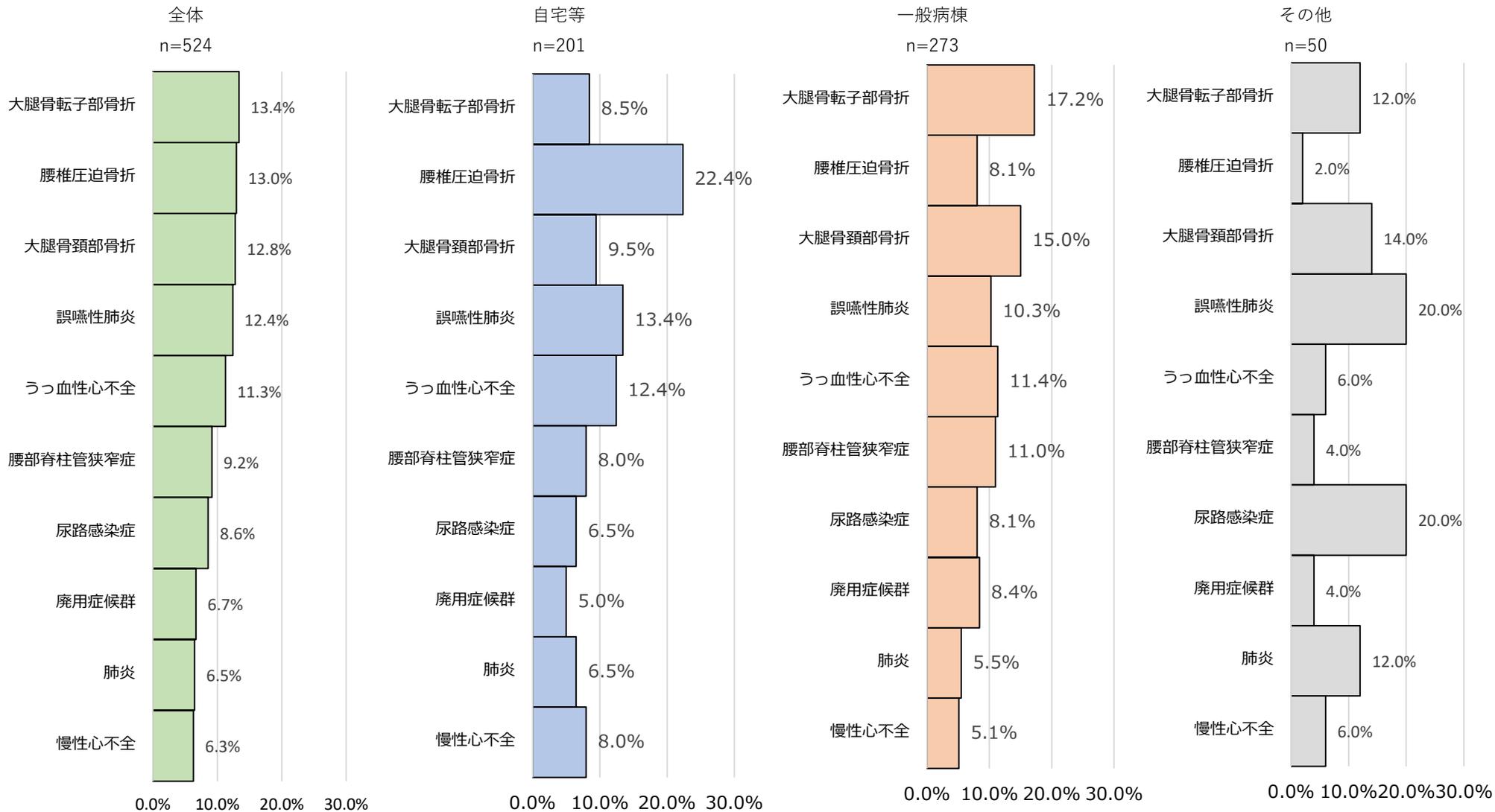
- 入棟元別にみた、患者の年齢分布については、以下のとおりであった。
- 自宅等から入棟した患者と一般病棟から入棟した患者では傾向の差はみられなかったが、その他から入棟した患者は他と比べ高い傾向であった。



入棟元別の主傷病名

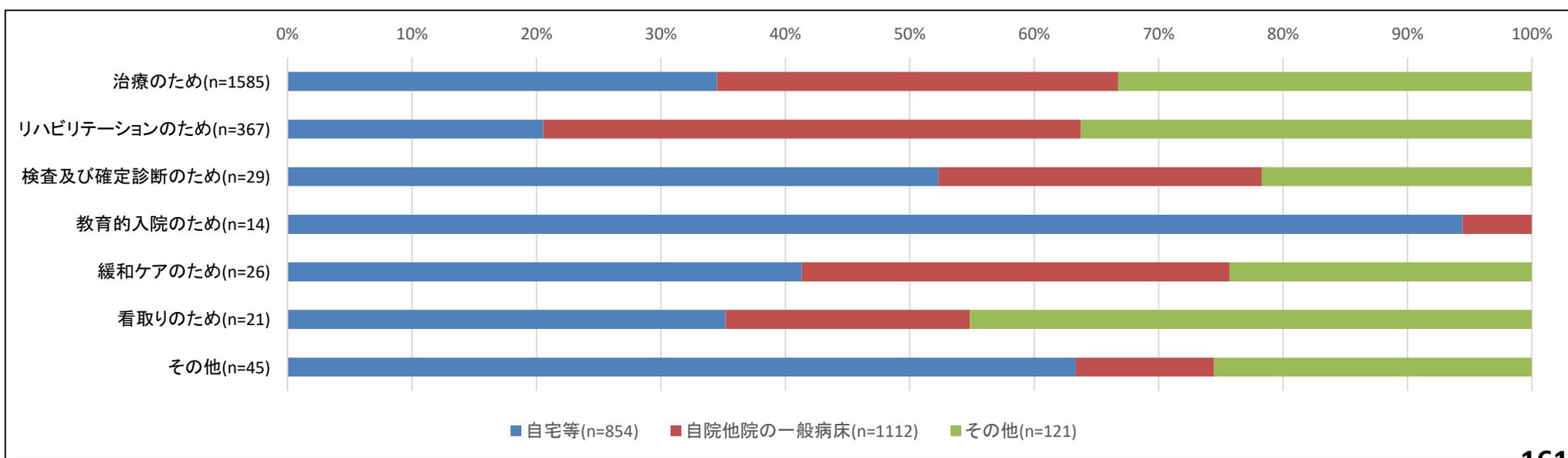
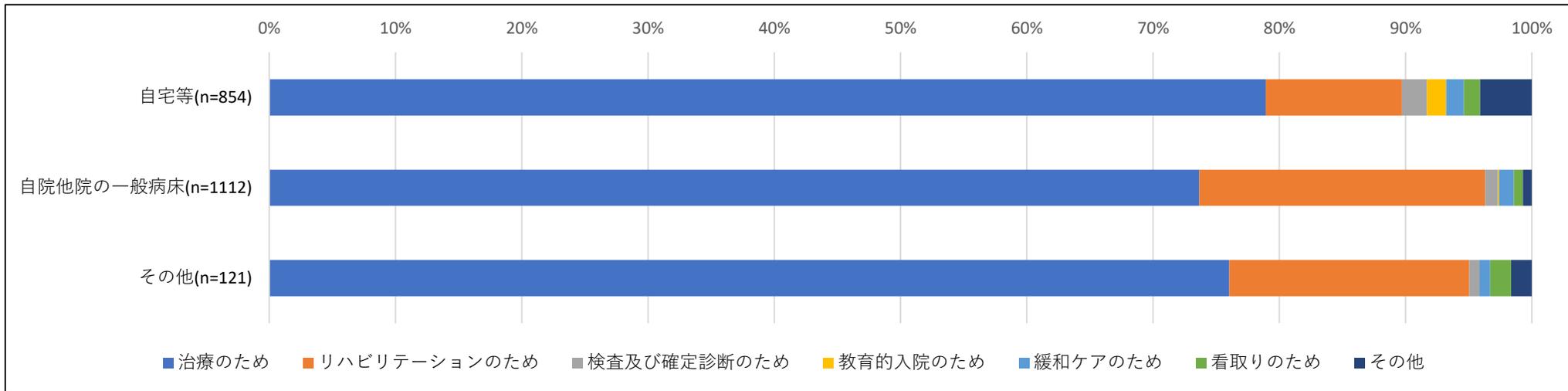
診 調 組 入 - 1
3 . 7 . 8

- 入棟元別にみた、患者の主傷病名については、以下のとおりであった。
- 自宅等からの入棟は「腰椎圧迫骨折」、一般病棟は「大腿骨転子部骨折」、その他は「誤嚥性肺炎」「尿路感染症」がそれぞれ最も多かった。



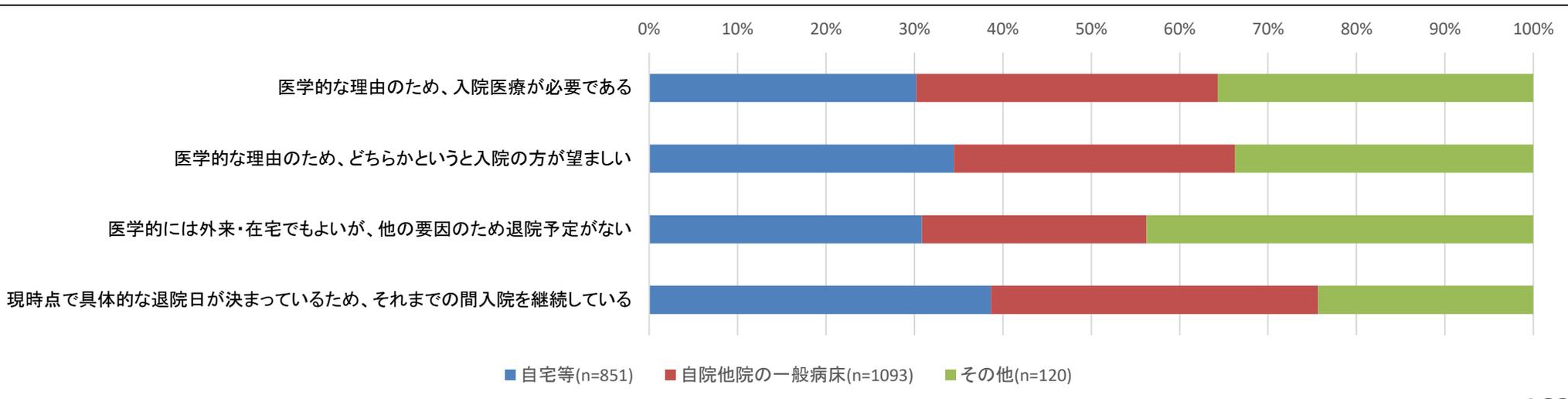
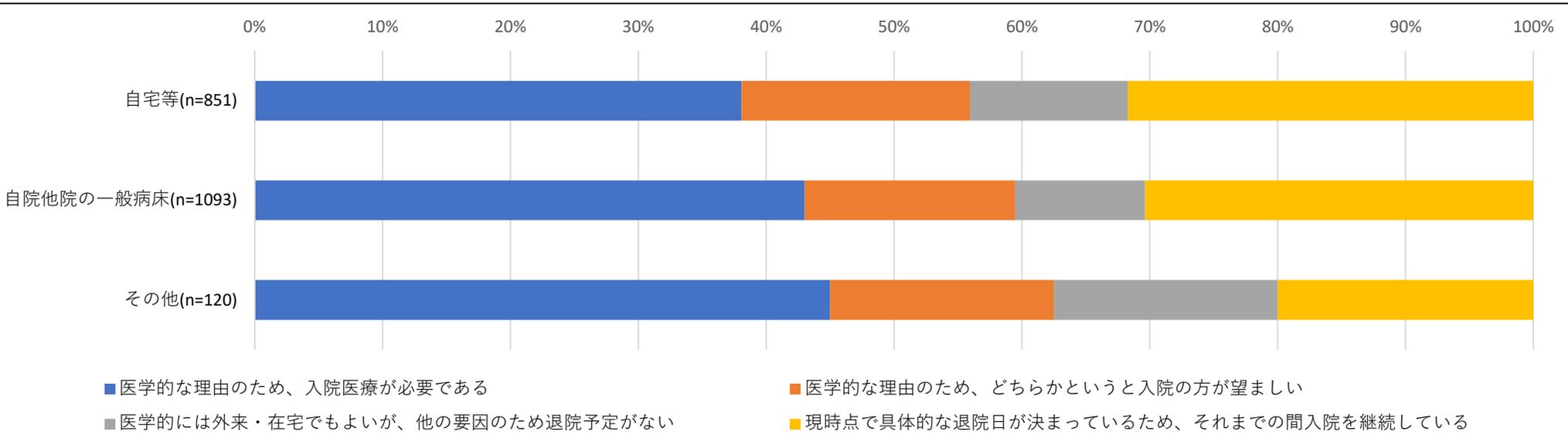
入棟元別の患者の入院理由

- 入棟元別にみた、患者の入院の理由については、以下のとおりであった。
- 一般病棟からの患者は、「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。



入棟元別の患者の入院継続の理由

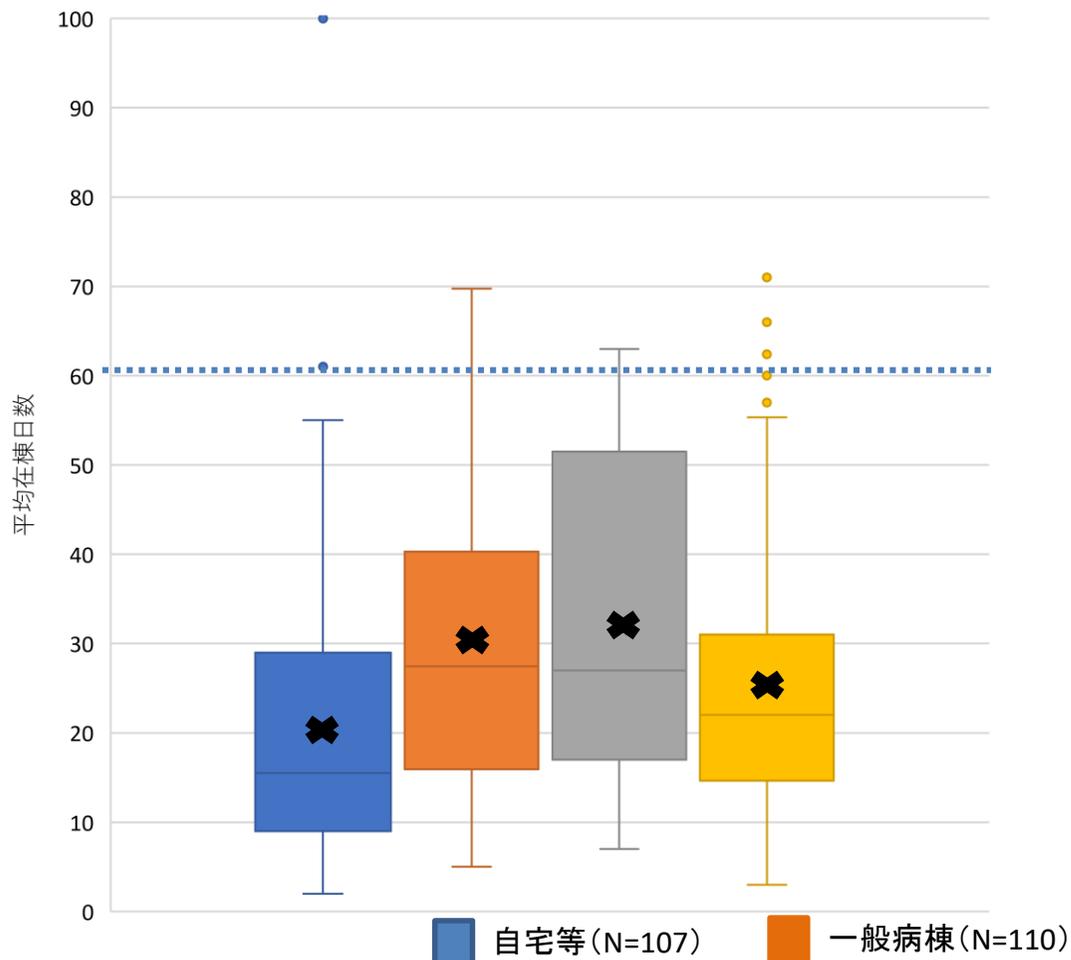
- 入棟元別にみた、患者の入院の継続の理由については、以下のとおりであった。
- どの入棟元でも、「医学的な理由のため、入院医療が必要である」が最多であった。



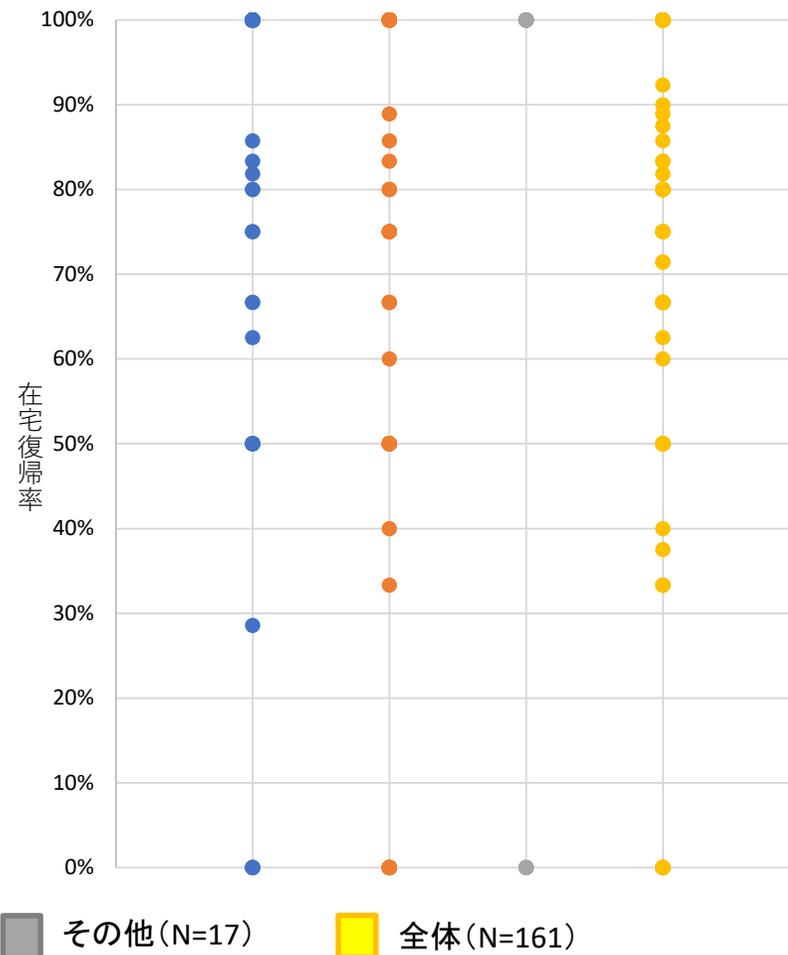
入棟元別の平均在棟日数及び在宅復帰率

- 入棟元別にみた、平均在棟日数及び在宅復帰率については以下のとおりであった。
- 平均在棟日数について、自宅等からの入棟が短い傾向にあった。

入棟元別の平均在棟日数



入棟元別の在宅復帰率



	平均在棟日数			
	自宅	一般病棟	その他	全体
75%tile	29.0	40.3	51.5	31.0
50%tile	15.5	27.5	27.0	22.0
25%tile	9.0	15.9	17.0	14.7

	在宅復帰率			
	自宅	一般病棟	その他	全体
平均値	87%	78%	71%	81%
標準偏差	28%	34%	46%	29%

入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

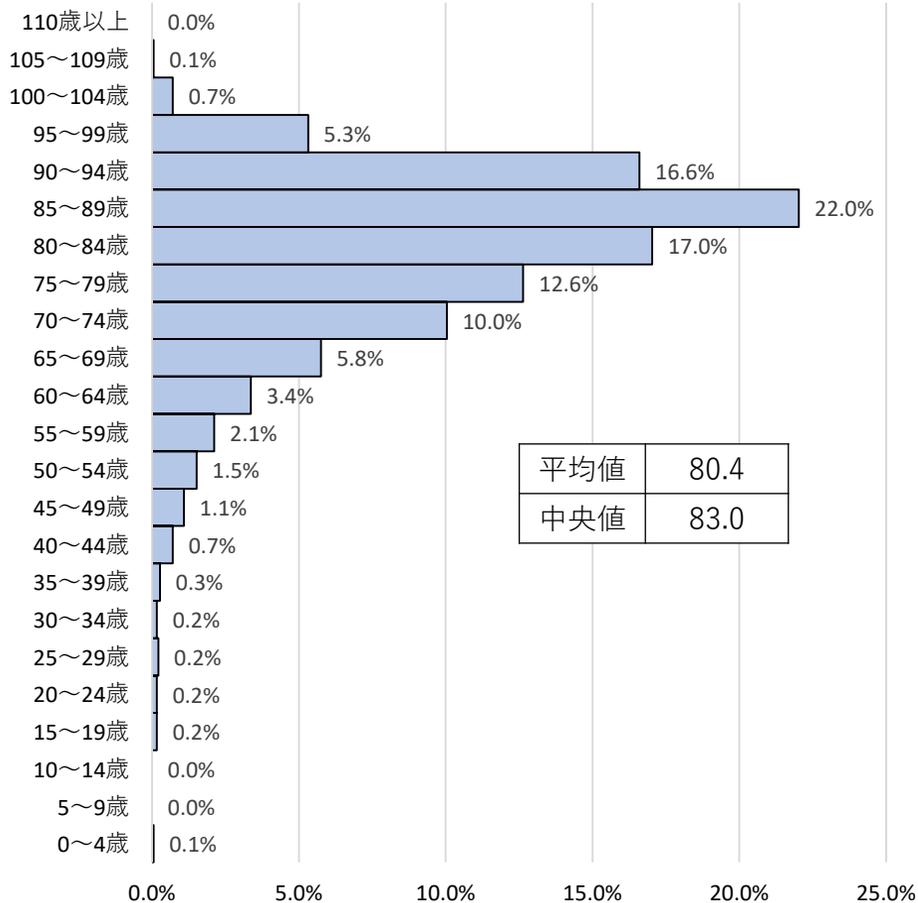
○ 入棟元別にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元毎で、基準を満たす患者割合に差がみられた。

	入棟元	延患者数	構成比率	延患者数に対する割合
必要度Ⅰ	1 自宅（在宅医療の提供あり）	493	9.6%	41.8%
	2 自宅（在宅医療の提供なし）	1,184	23.1%	26.6%
	3 介護老人保健施設	253	4.9%	55.7%
	5 介護医療型医療施設	7	0.1%	57.1%
	6 特別養護老人ホーム	252	4.9%	46.4%
	7 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	120	2.3%	65.8%
	8 その他の居住系介護施設	167	3.3%	28.7%
	9 障害者支援施設	21	0.4%	66.7%
	10 他院の一般病床	765	14.9%	32.5%
	11 他院の一般病床以外	119	2.3%	28.6%
	12 自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	1,602	31.3%	28.6%
	13 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	85	1.7%	37.6%
	18 有床診療所	7	0.1%	0.0%
	19 その他	7	0.1%	100.0%
	99 不明	43	0.8%	37.2%
	総計	5,125	100.0%	33.6%
必要度Ⅱ	2 自宅（在宅医療の提供なし）	39	24.4%	25.6%
	12 自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	121	75.6%	5.8%
		総計	160	100.0%

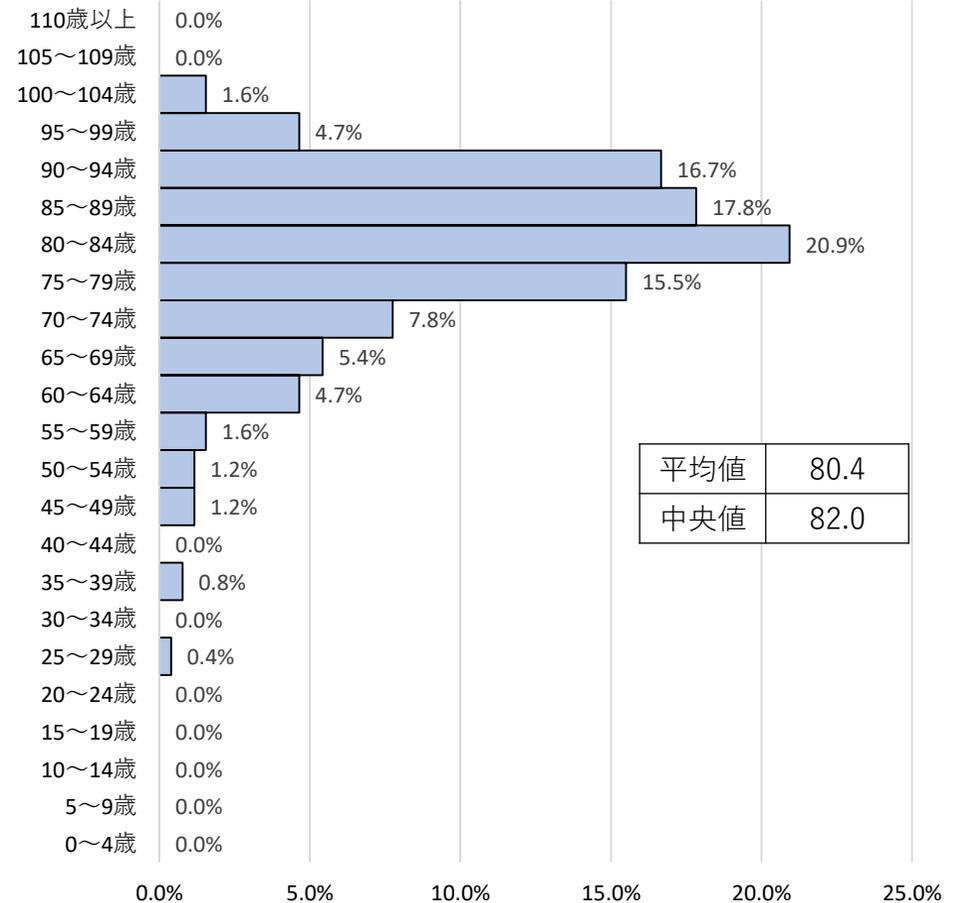
病床種別に見た患者の年齢分布

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、病床種別毎に見た、患者の年齢分布は以下のとおり。
- 療養病床のほうが、一般病床に比べて最頻値は低かったが、平均値及び中央値はほぼ同じであった。

一般病床(n=1843)



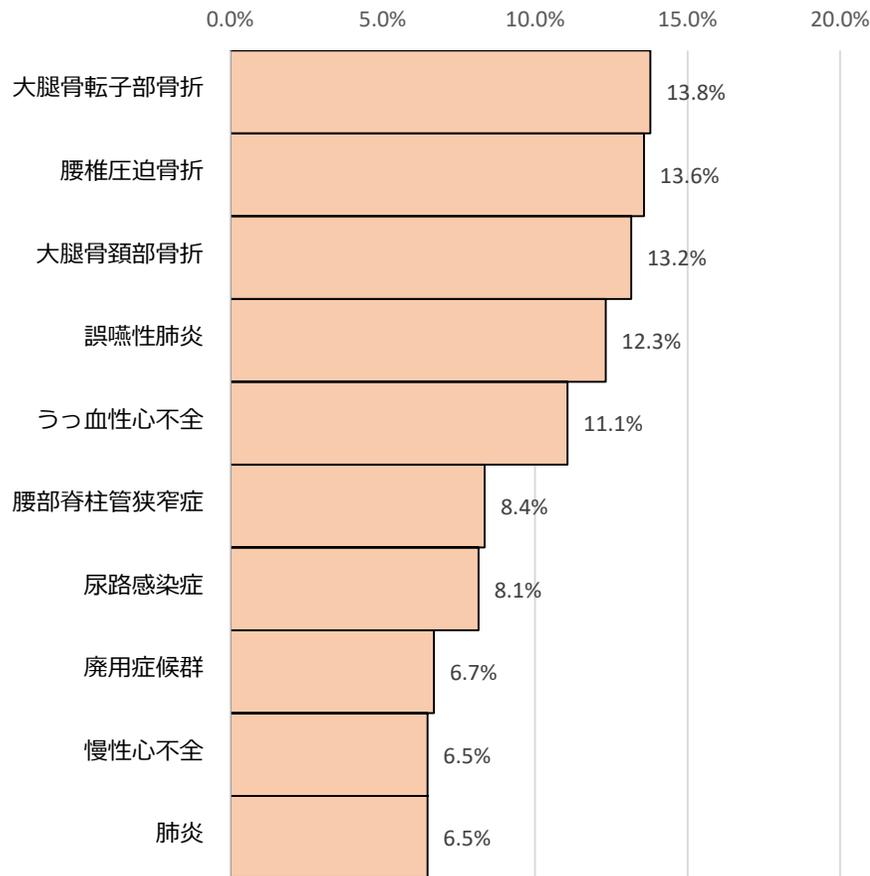
療養病床(n=258)



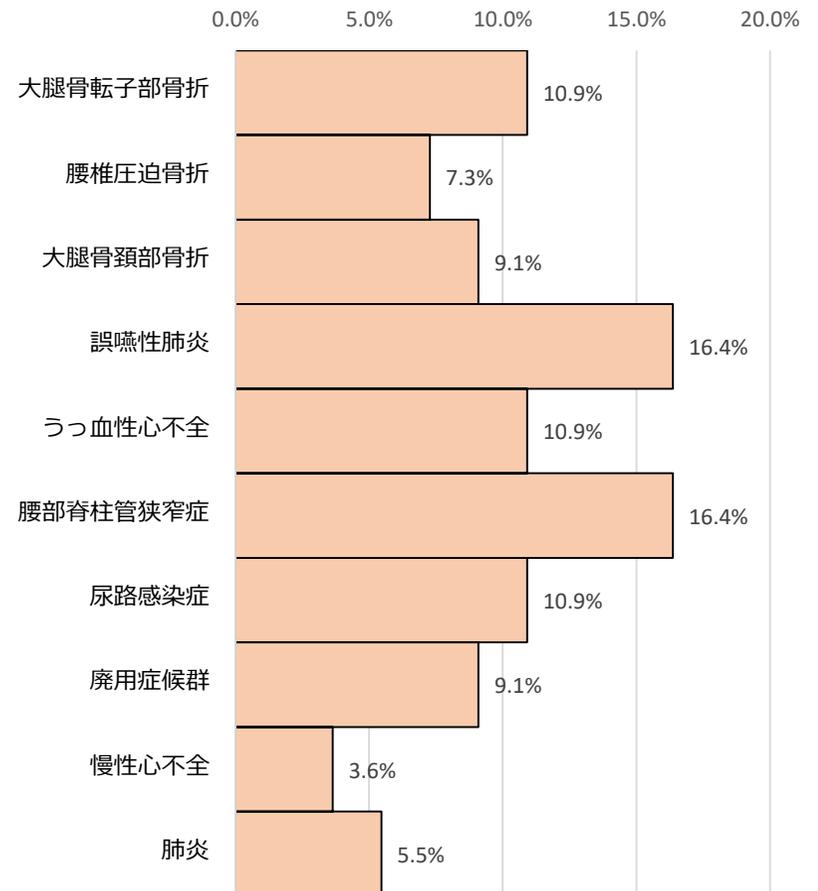
病床種別にみた患者の主傷病名

- 病床種別毎にみた患者の主傷病名は以下のとおり。
- 一般病床の場合、「大腿骨転子部骨折」が最も多く、療養病床の場合、「誤嚥性肺炎」「腰部脊柱管狭窄症」が最も多かった。

一般病床の患者割合(n=479)



療養病床の患者割合(n=55)

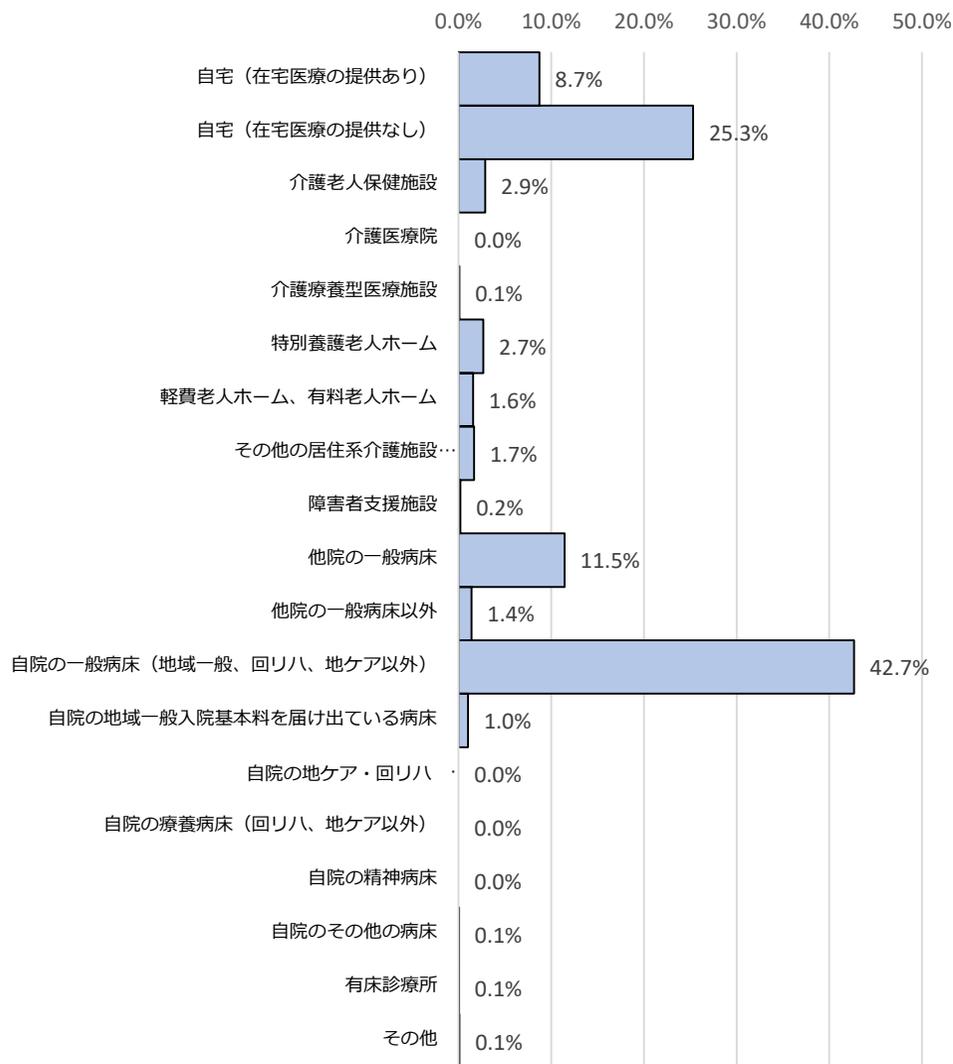


病床種別でみた場合の患者の入棟元

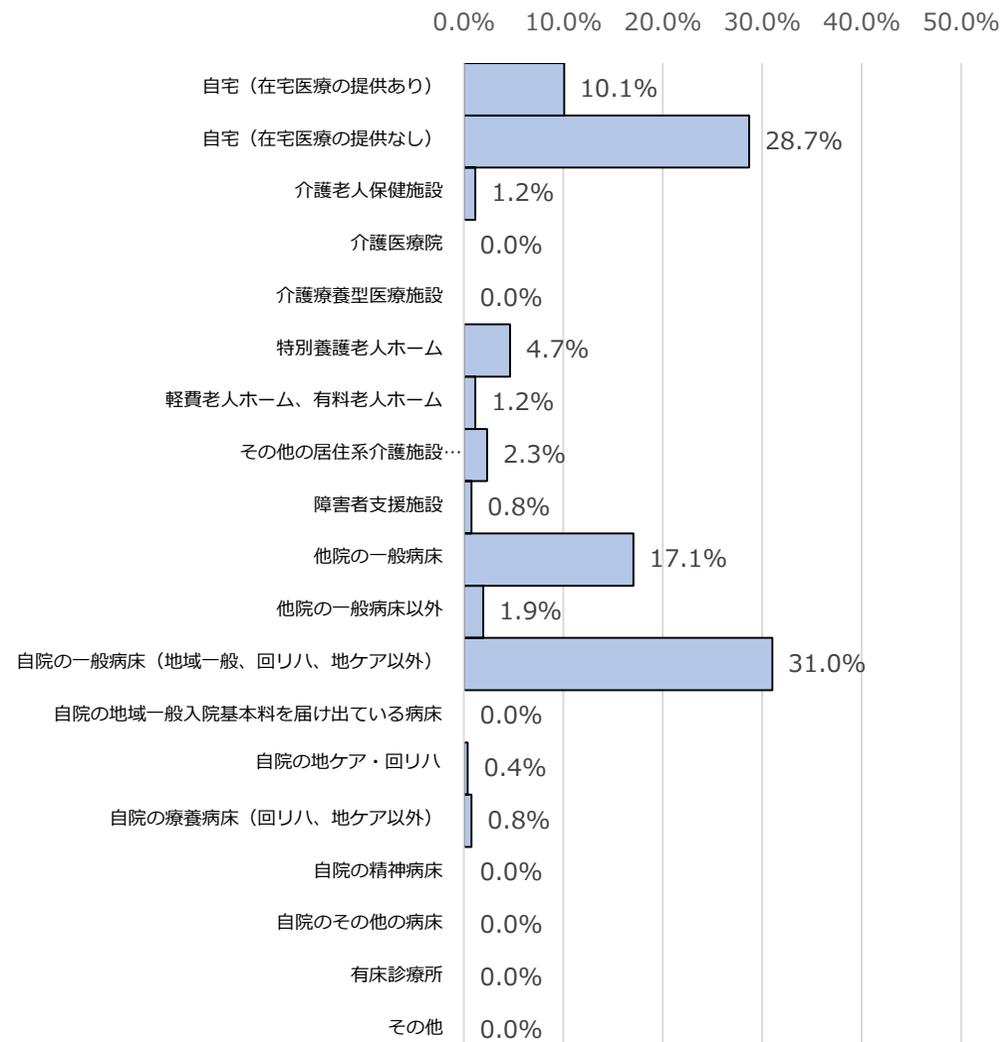
○ 病床種別にみた場合の患者の入棟元は以下のとおり。療養病床の患者は一般病床の患者と比較して、「自宅」・「他院の一般病床」が多く、一般病床の患者は「自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）」が多かった。

入棟元

一般病床 (n=1833)



療養病床 (n=258)



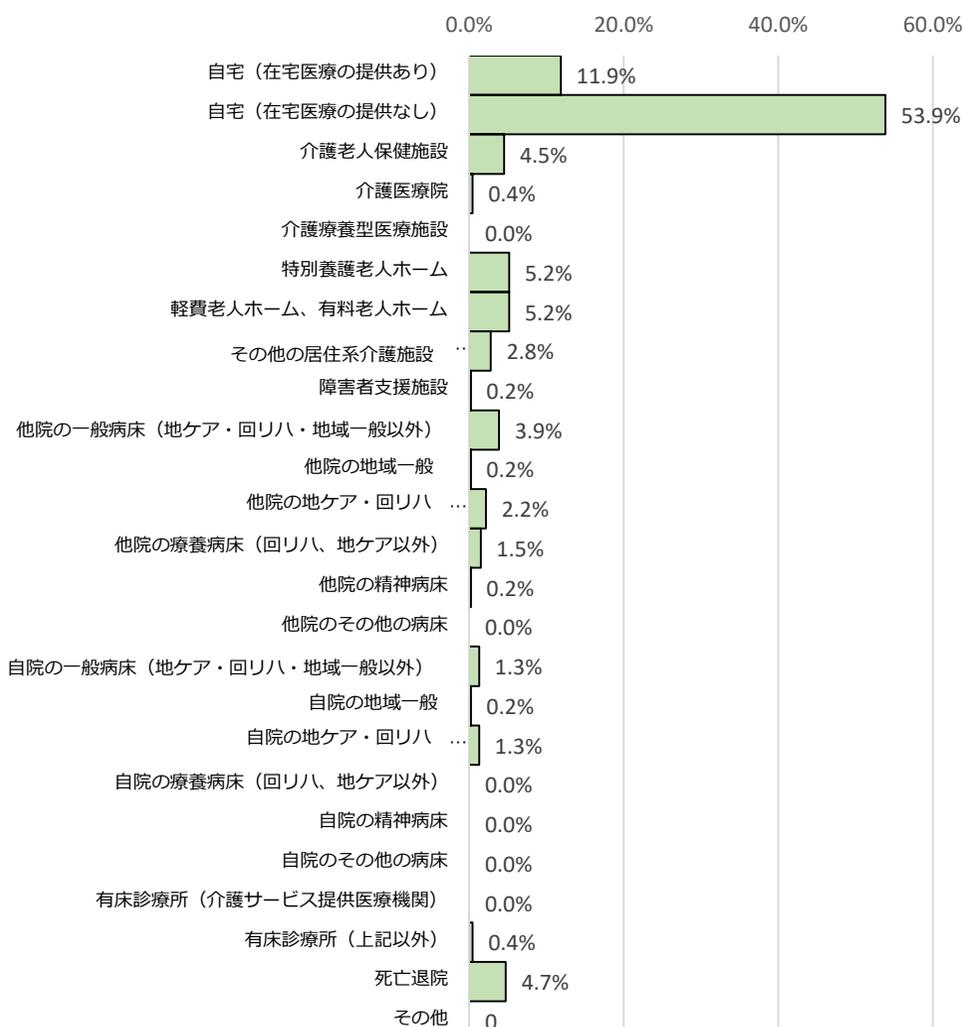
病床種別でみた場合の患者の退棟先

診 調 組 入 - 1
3 . 7 . 8

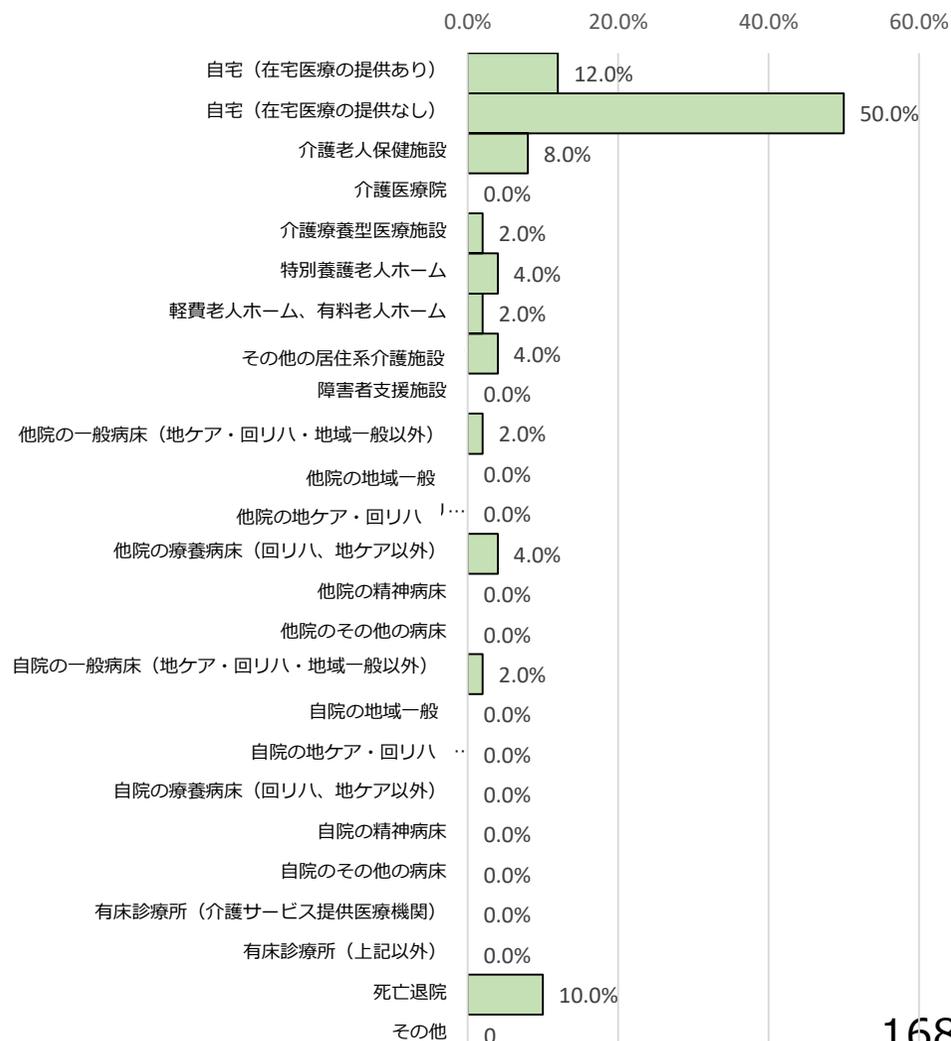
○ 病床種別にみた場合の患者の退棟先は以下のとおりであり、あまり差はみられなかった。

退棟先

一般病床 (n=464)



療養病床 (n=50)



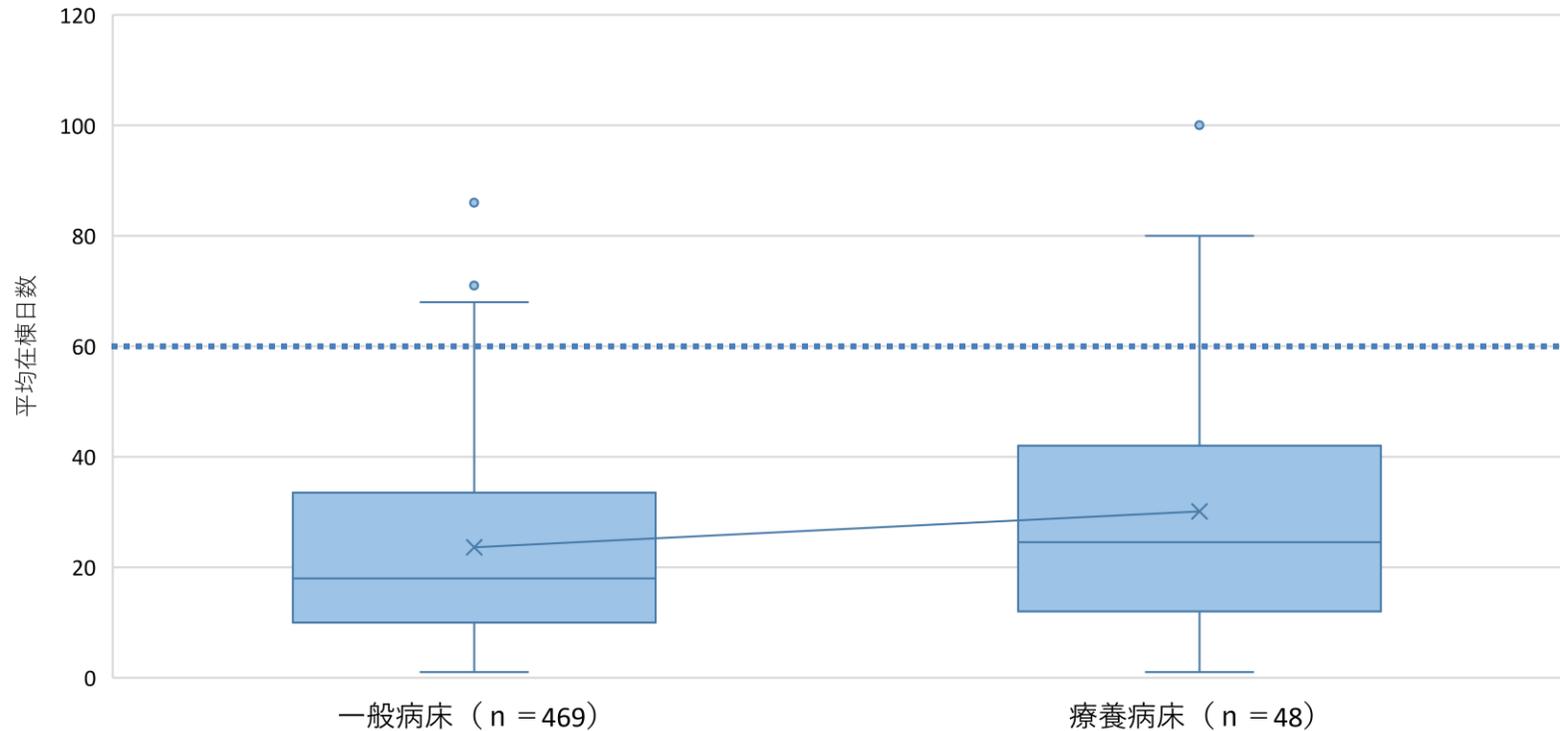
病床種別の重症度、医療・看護必要度について

○ 病床種別毎にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。

	看護必要度Ⅰ		看護必要度Ⅱ	
	該当患者数	基準を満たす患者割合	該当患者	基準を満たす患者割合
一般病床	4373	34%	160	11%
療養病床	752	31%	0	

病床種別でみた場合の平均在棟日数

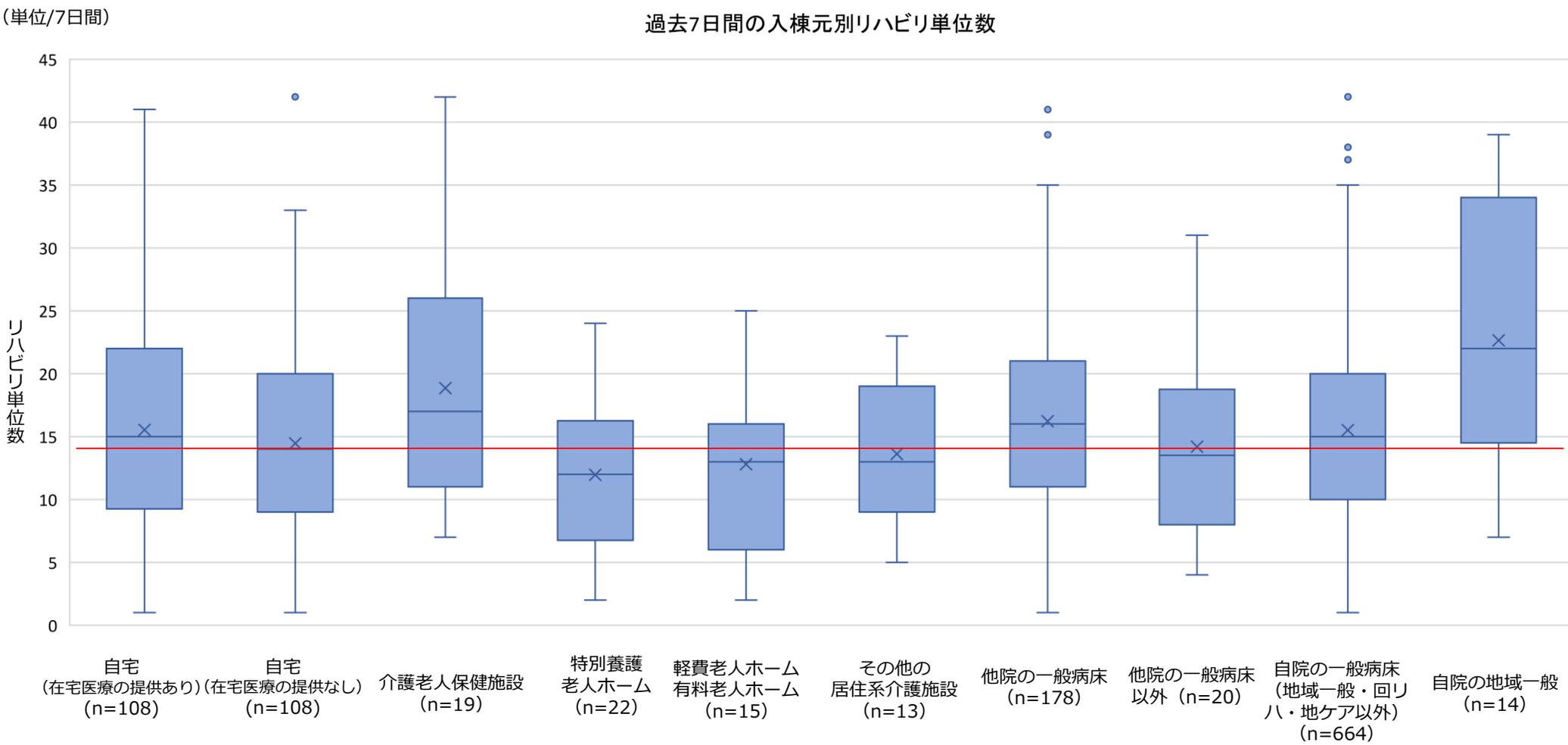
- 病床種別にみた場合の平均在棟日数は以下のとおりであった。
- 療養病床のほうが、平均在棟日数が長い傾向にあった。



	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
一般病床	23.6	18.0	10.0	18.0	33.5
療養病床	30.1	24.5	12.0	24.5	42.0

入棟元別のリハビリ単位数②

○ 患者の入棟元別にみた、過去7日間のリハビリ単位数は以下のとおりであった。特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・その他の居住系介護施設から入棟した患者の平均値が1日当たり2単位以下となっていた。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6-1. 質の高いリハビリテーションの提供について

6-2. リハビリテーションを要する状態について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4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PT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1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	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
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	○			○(※経過措置あり)		
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」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12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	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

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

診調組 入 - 1
3 . 7 . 8

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。

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

<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。

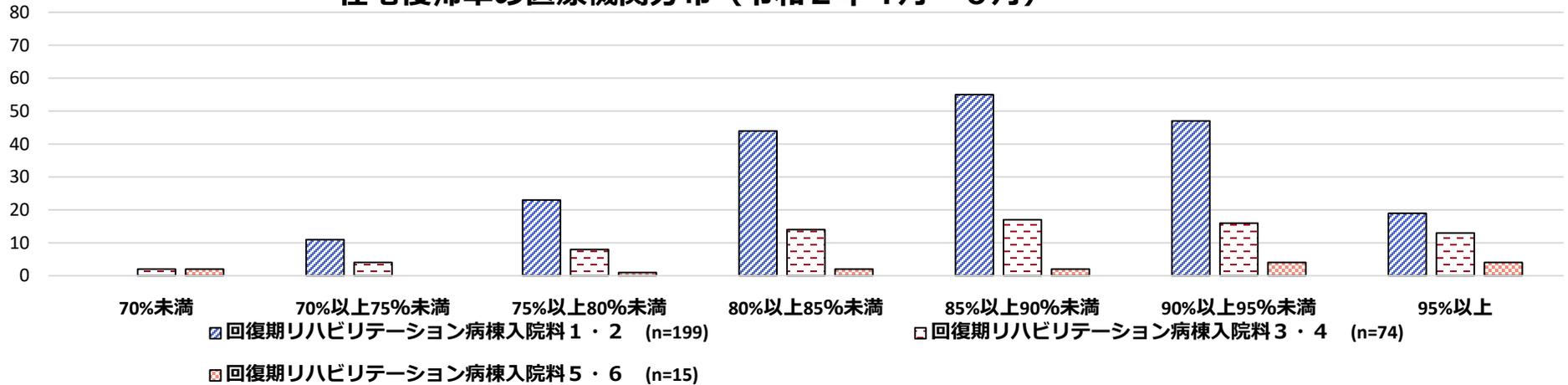
Functional Independence Measure (FIM)

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

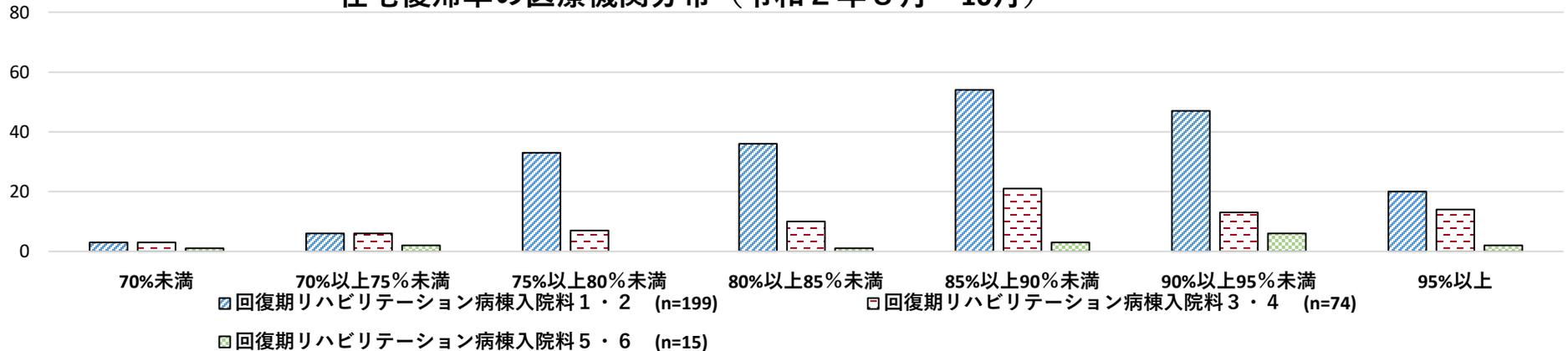
運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点								認知項目 計35～5点									
合計 126～18点																	

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、在宅復帰率は以下のとおりであった。

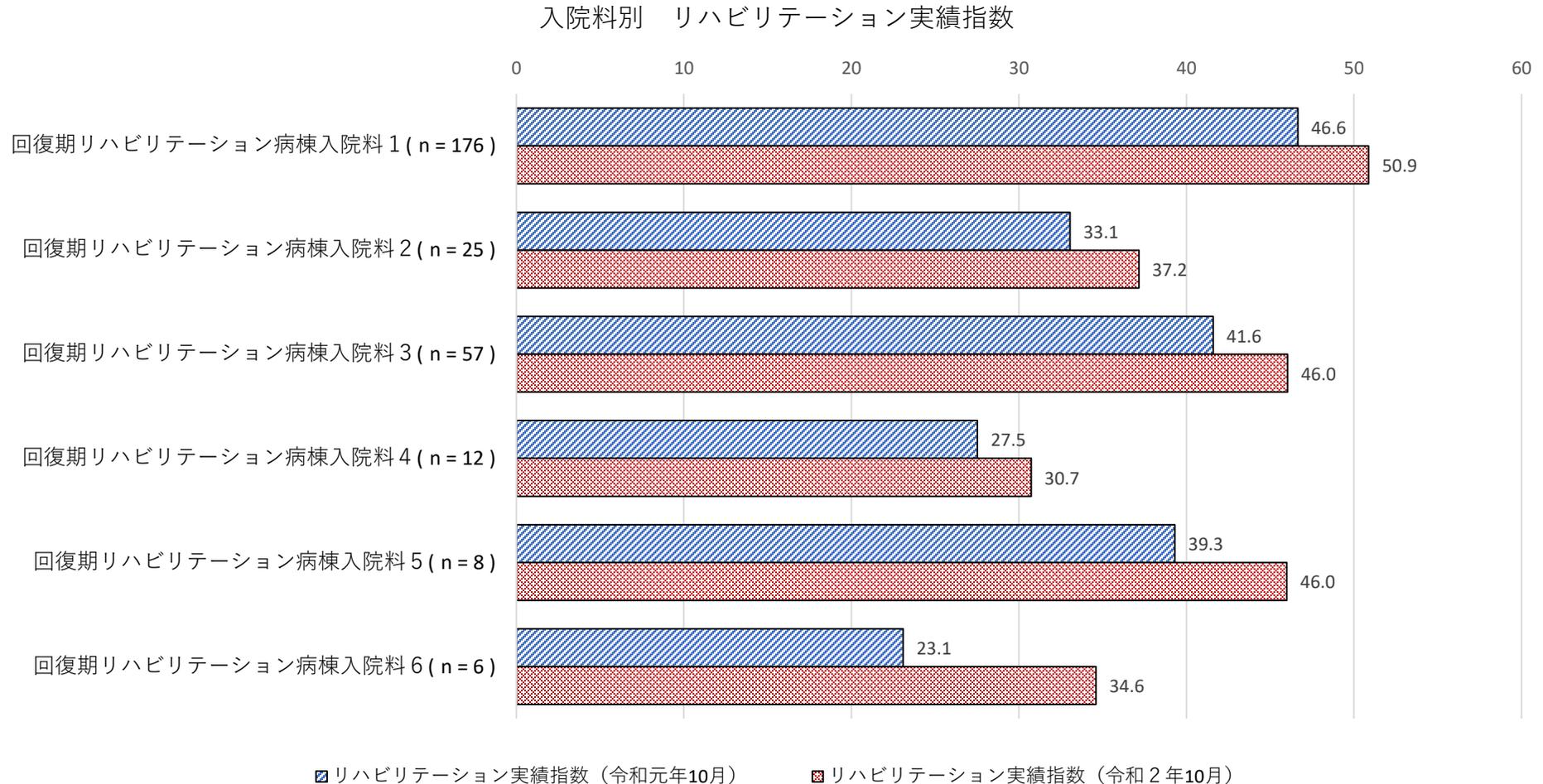
在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



○ 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。

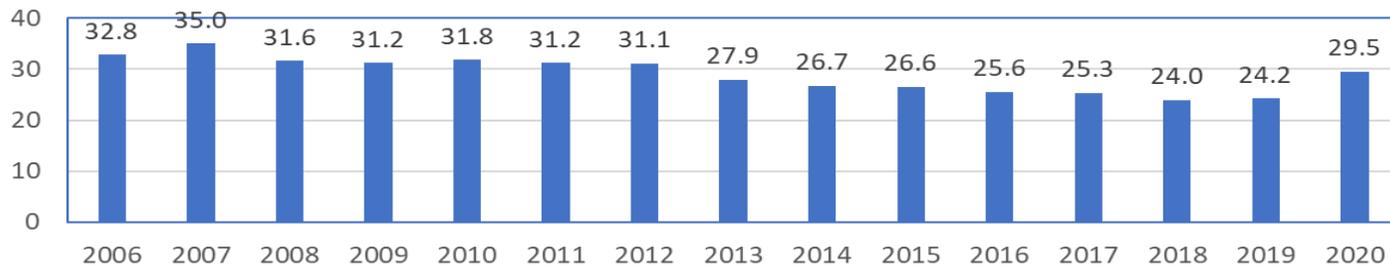


○ 入棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおりであった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。

入棟時FIM及びFIMの変化



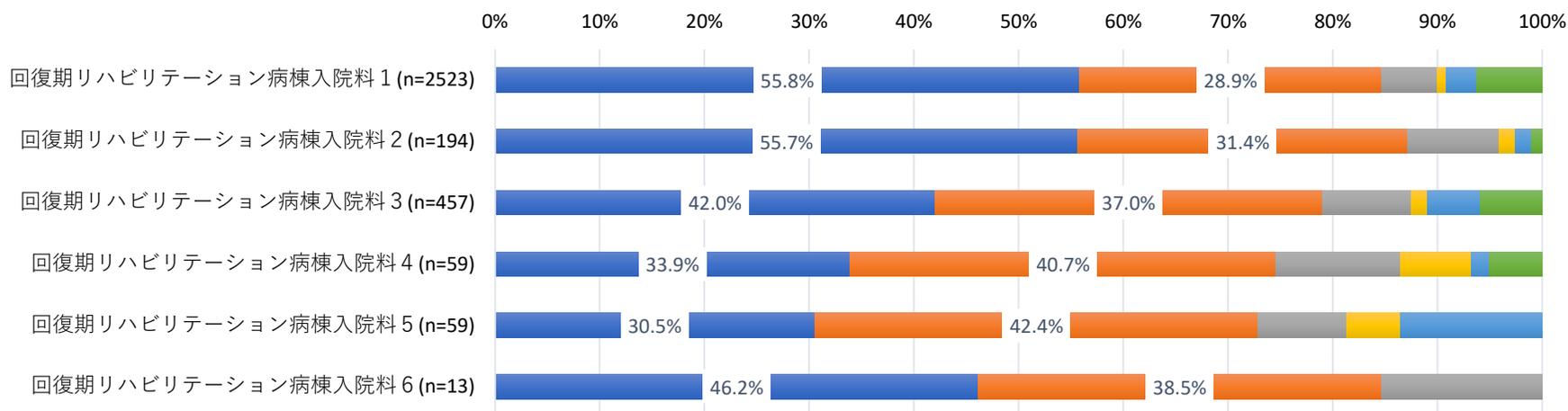
発症から入棟までの日数



○ 回復期リハビリテーションを要する状態として、多くの患者が以下のいずれかに該当した。

- ・ 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、多発性神経炎、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又は義肢装着訓練を要する状態
- ・ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

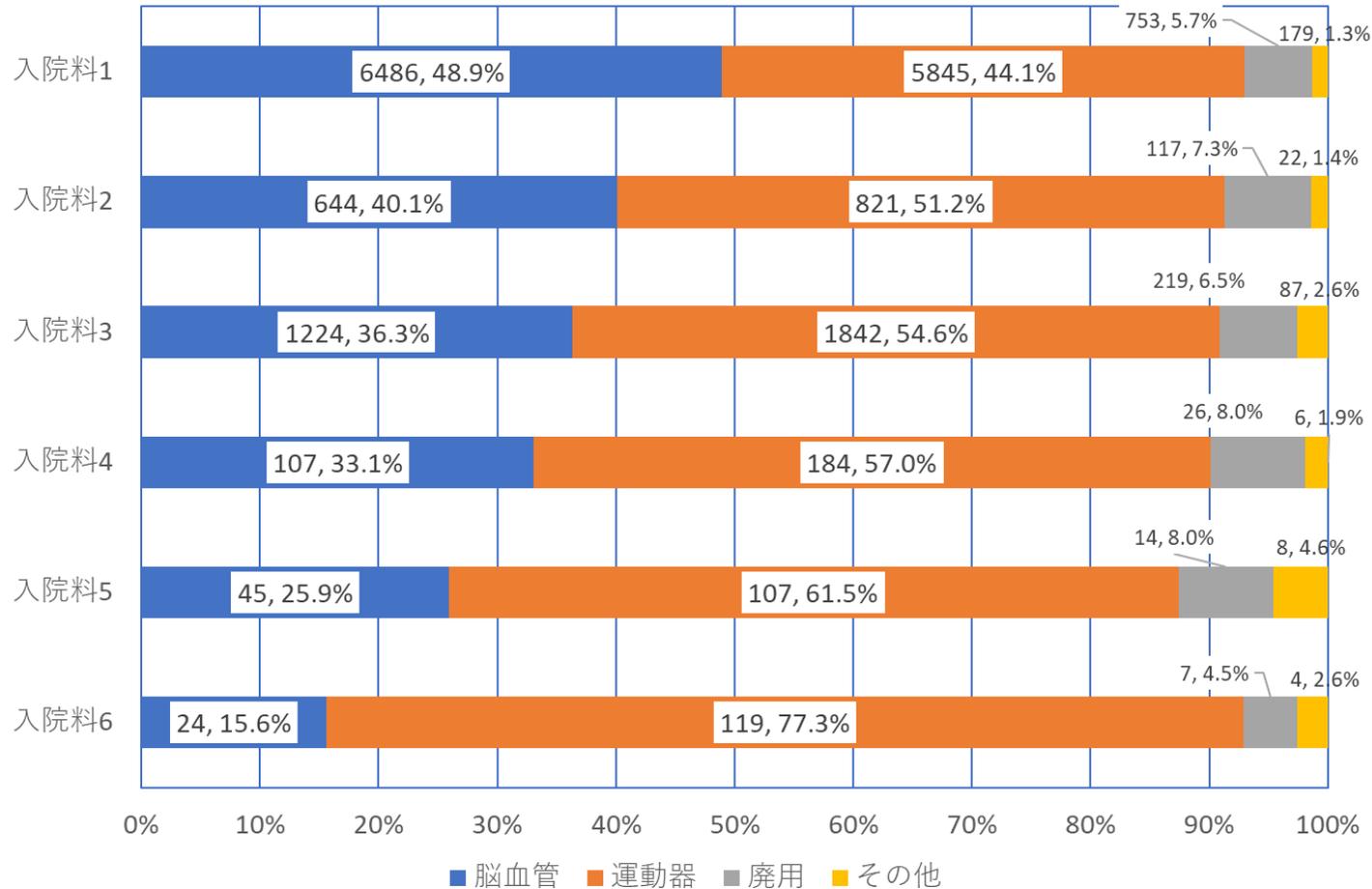
回復期リハビリテーションを要する状態



- 01. 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、多発性神経炎、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又は義肢装着訓練を要する状態
- 02. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
- 03. 外科手術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
- 04. 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
- 05. 股関節又は膝関節の置換術後の状態
- 未回答

入院料別の原因疾患について

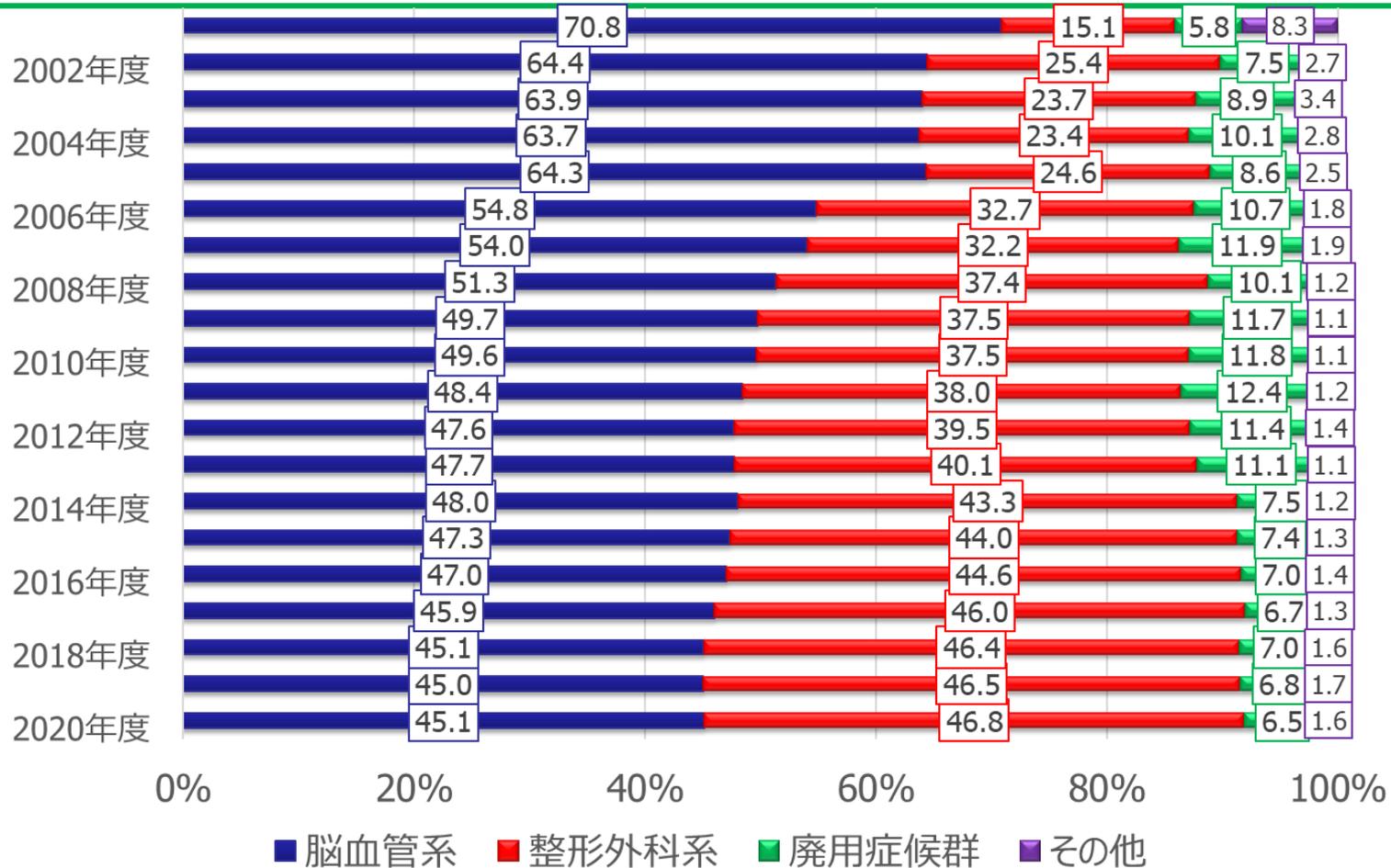
- 各入院料毎の患者の原因疾患は以下のとおりであった。
- 入院料1では脳血管系疾患が最も多く、入院料6では運動器系疾患が最も多かった。



脳血管：「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又は義肢装着訓練を要する状態」
 運動器：「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」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
 廃用：「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」
 その他：「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」

疾患構成の年次推移

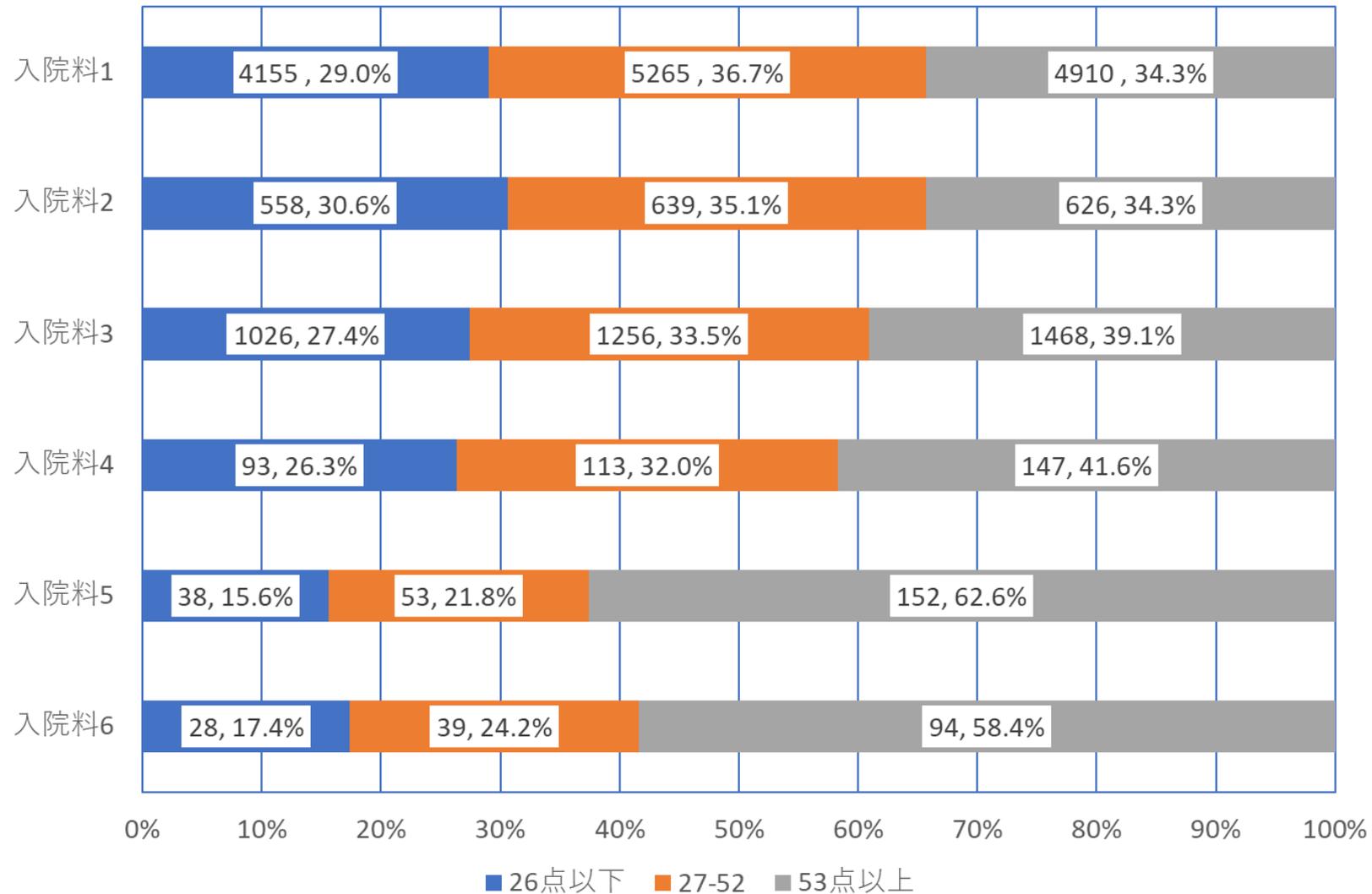
○ 疾患構成の年次推移は以下のとおり。経年的に脳血管系の割合が下がり、整形外科系の割合が上昇している。



脳血管系：「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又は義肢装着訓練を要する状態」
 整形外科系：「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」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
 廃用症候群：「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」
 その他：「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」

入院料別の重症度（入院時運動FIM）について

○ 入院料別の入院時運動FIMは以下のとおりであり、入院料1～4と5・6を比較すると、5・6のほうが入院時運動FIMは高い傾向であった。

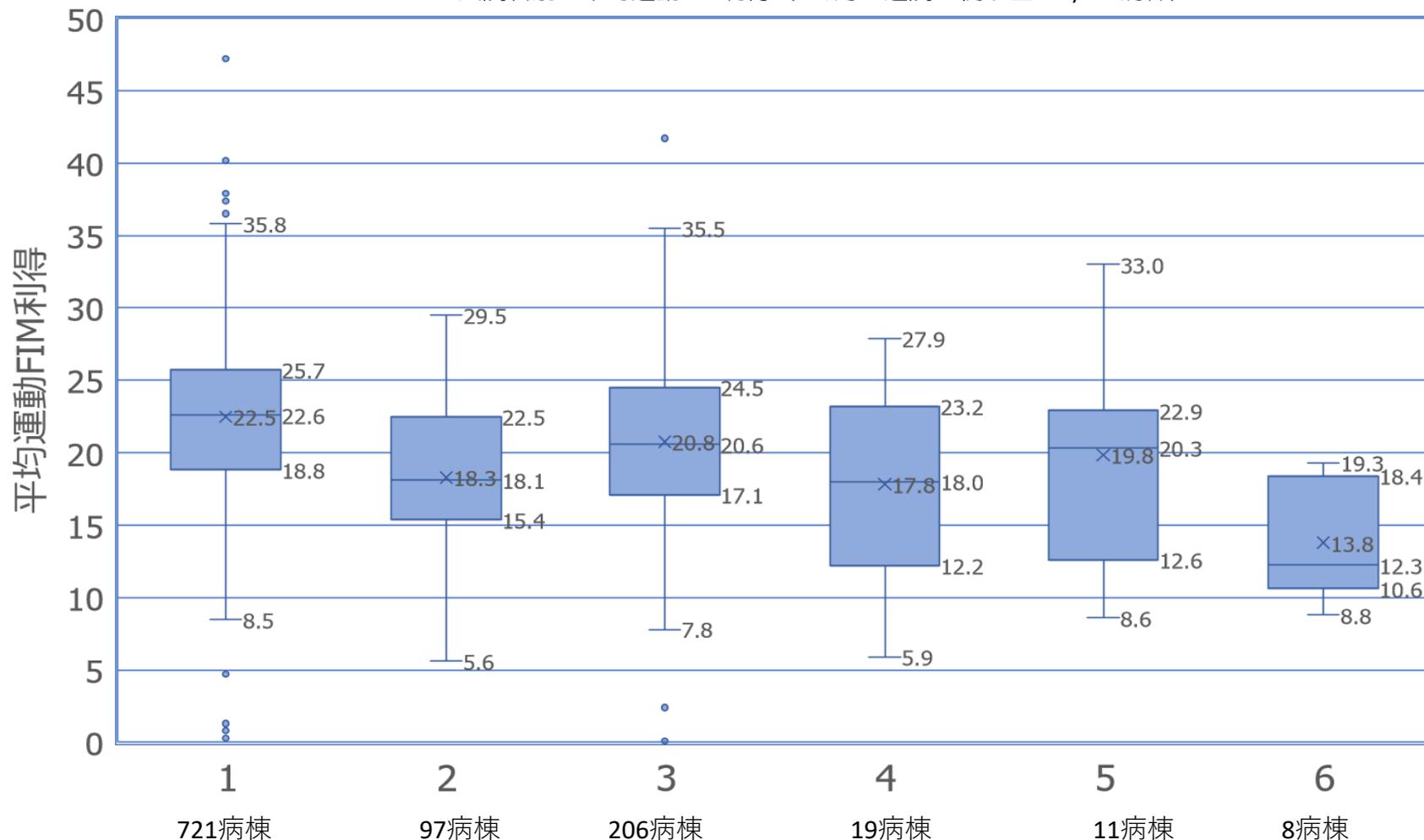


入院料別の運動 F I M の変化（退棟時運動 F I M－入院時運動 F I M）

診調組 入 - 1 参考 1
3 . 8 . 2 7

○ 入院料毎に入院料別の運動FIMの変化(退棟時運動FIM－入院時運動FIM)をみたところ、平均値を比較すると、入院料1から入院料6にかけて全体として低下していく傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。

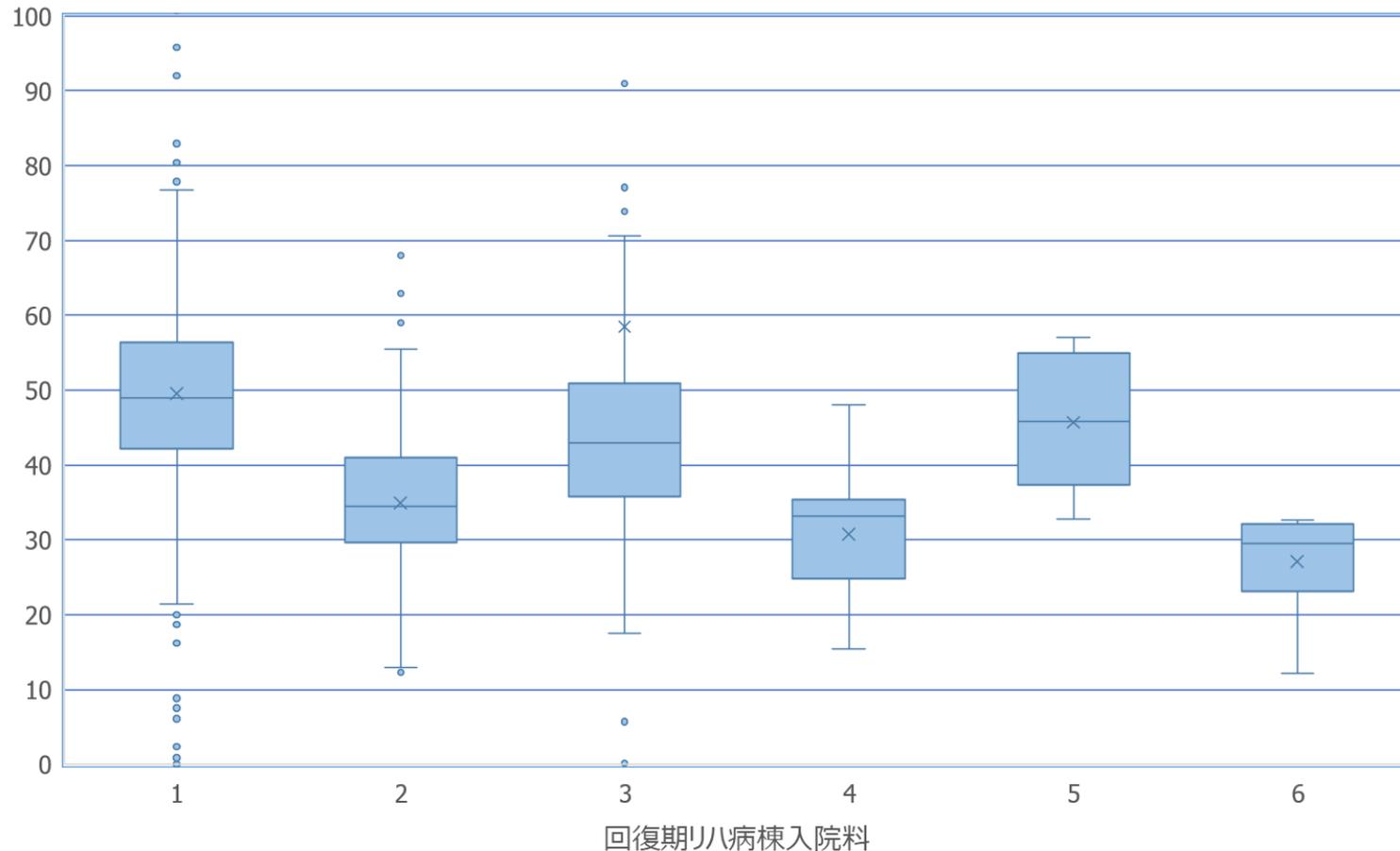
入院料別の平均運動FIM利得（1カ月に退院10例以上の1,062病棟）



入院料毎の実績指数の分布

○ 入院料毎の実績指数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。

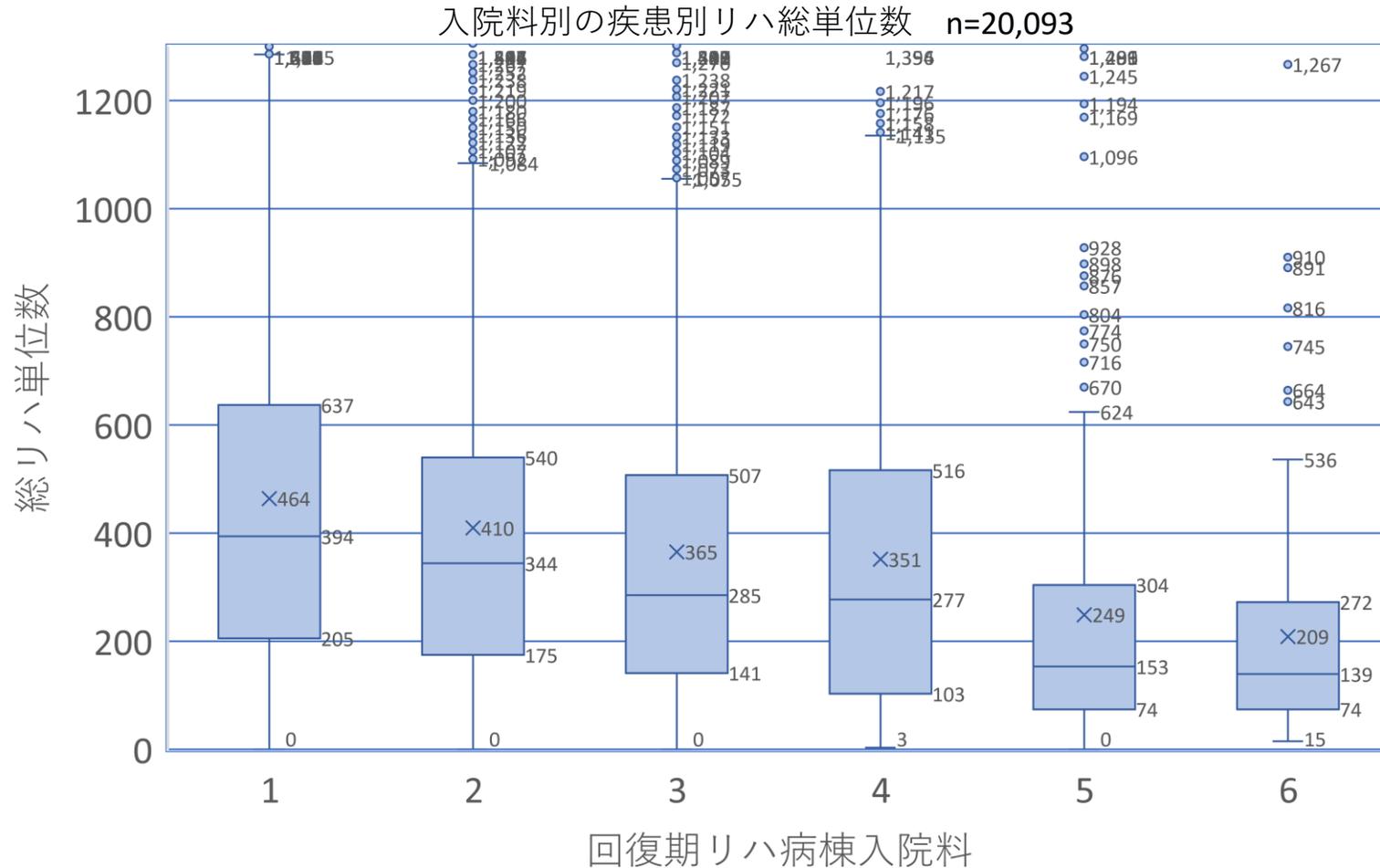
入院料別の実績指数（1カ月に退院10例以上の995病棟）



入院料毎の疾患別リハビリテーション総単位数

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

○ 入院料毎の疾患別リハビリテーションの、入院中の総単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下していく傾向であった。

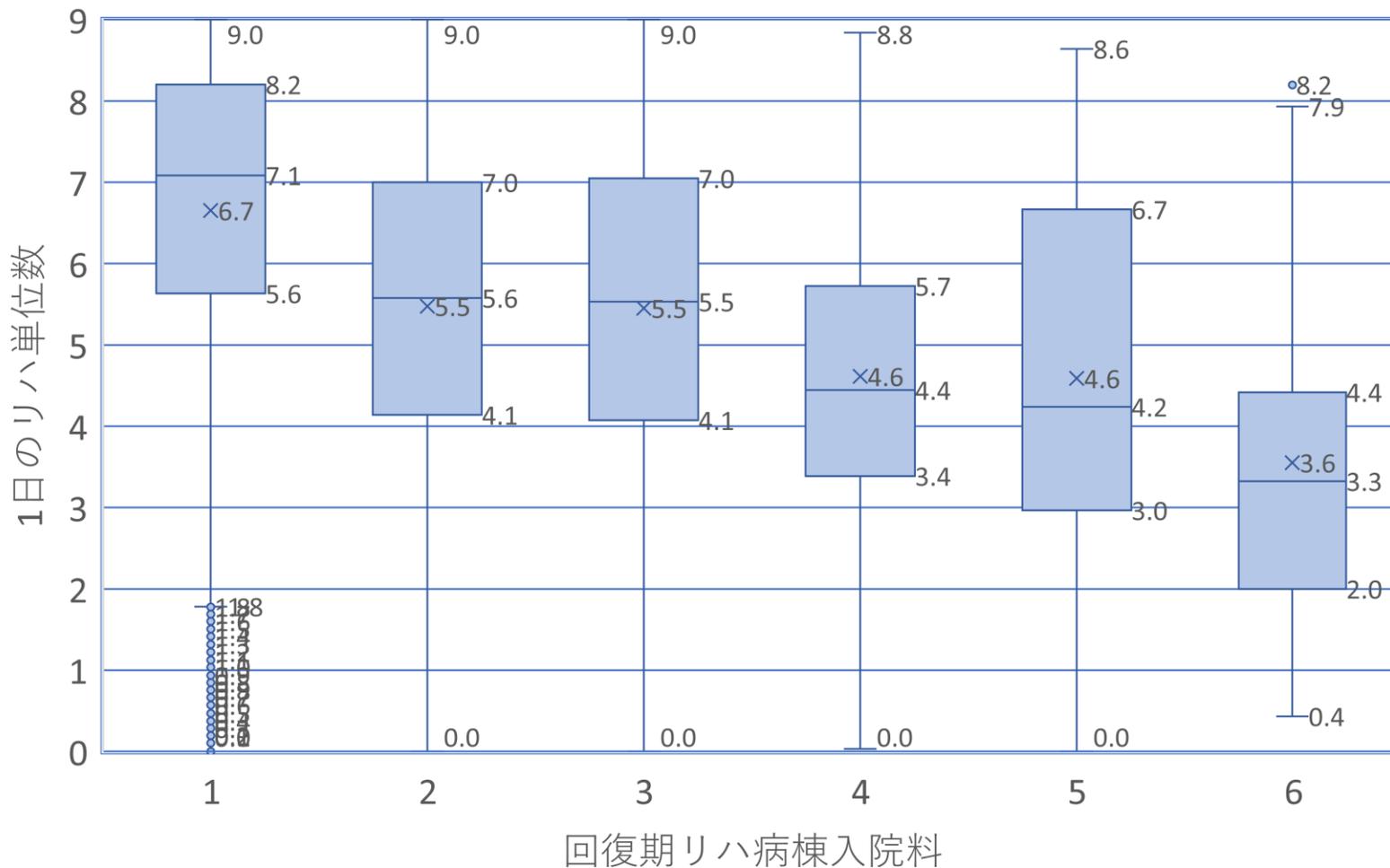


入院料毎の疾患別リハビリテーション単位数（1日当たり）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

○ 入院料毎の1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。

入院料別の1日当たりの疾患別リハ単位数 n=19,430

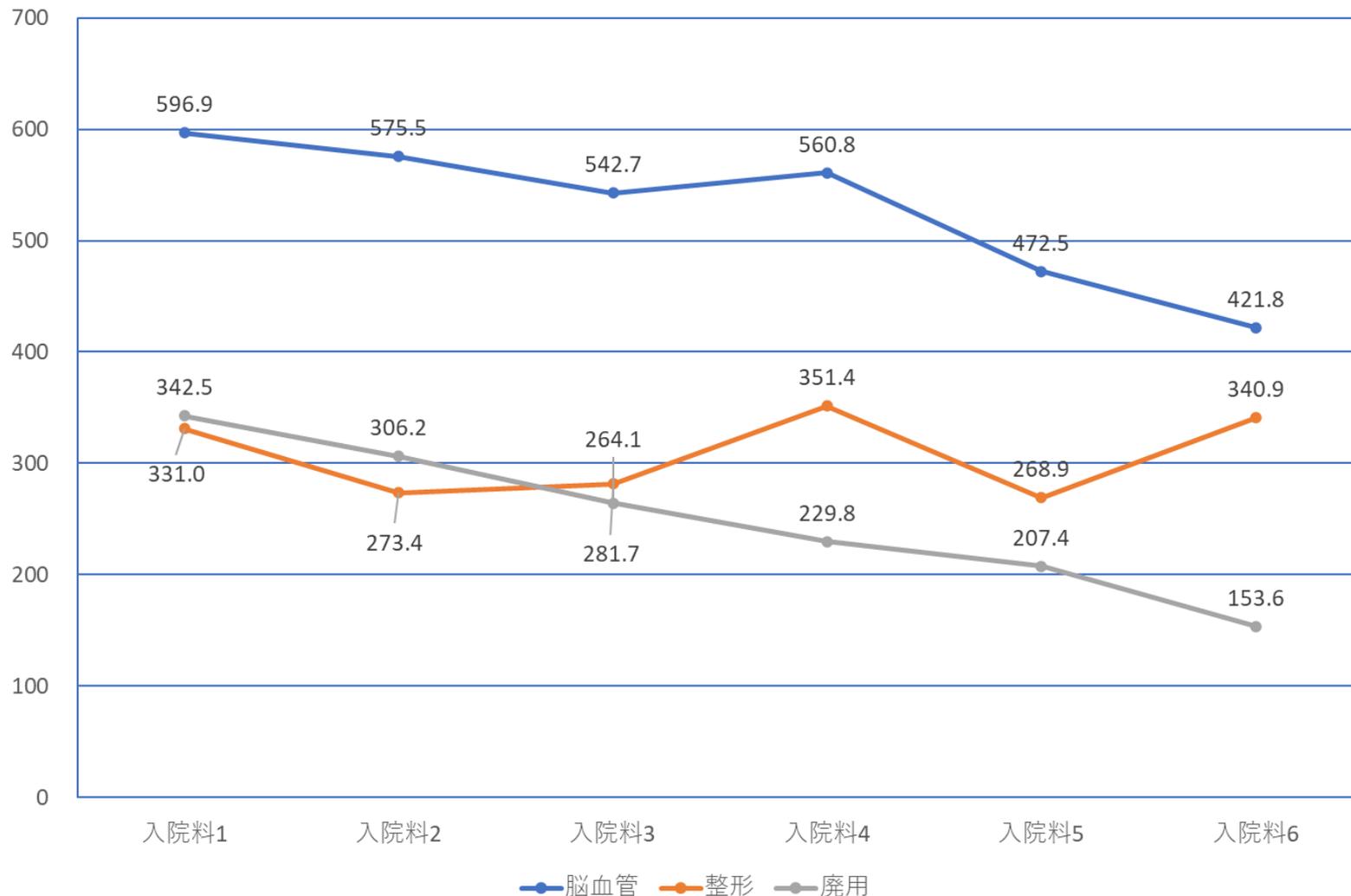


患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数は以下のとおりであり、脳血管疾患及び廃用症候群については、総単位数が入院料1から入院料6にかけて低下する傾向であった。一方、整形については各入院料でばらついてきた。

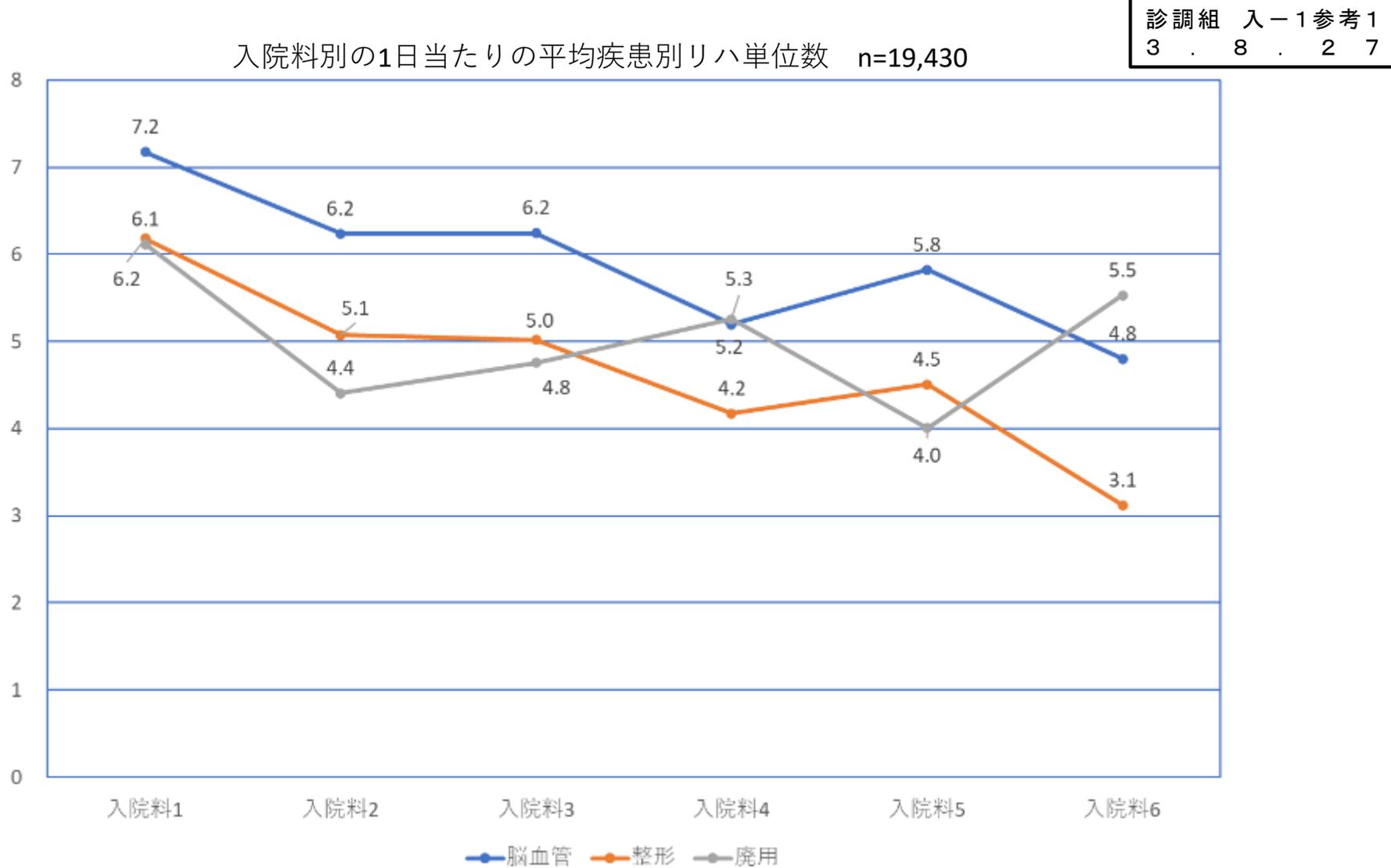
診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

入院料別の平均疾患別リハ総単位数 n=20,093



患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数（1日当たり）

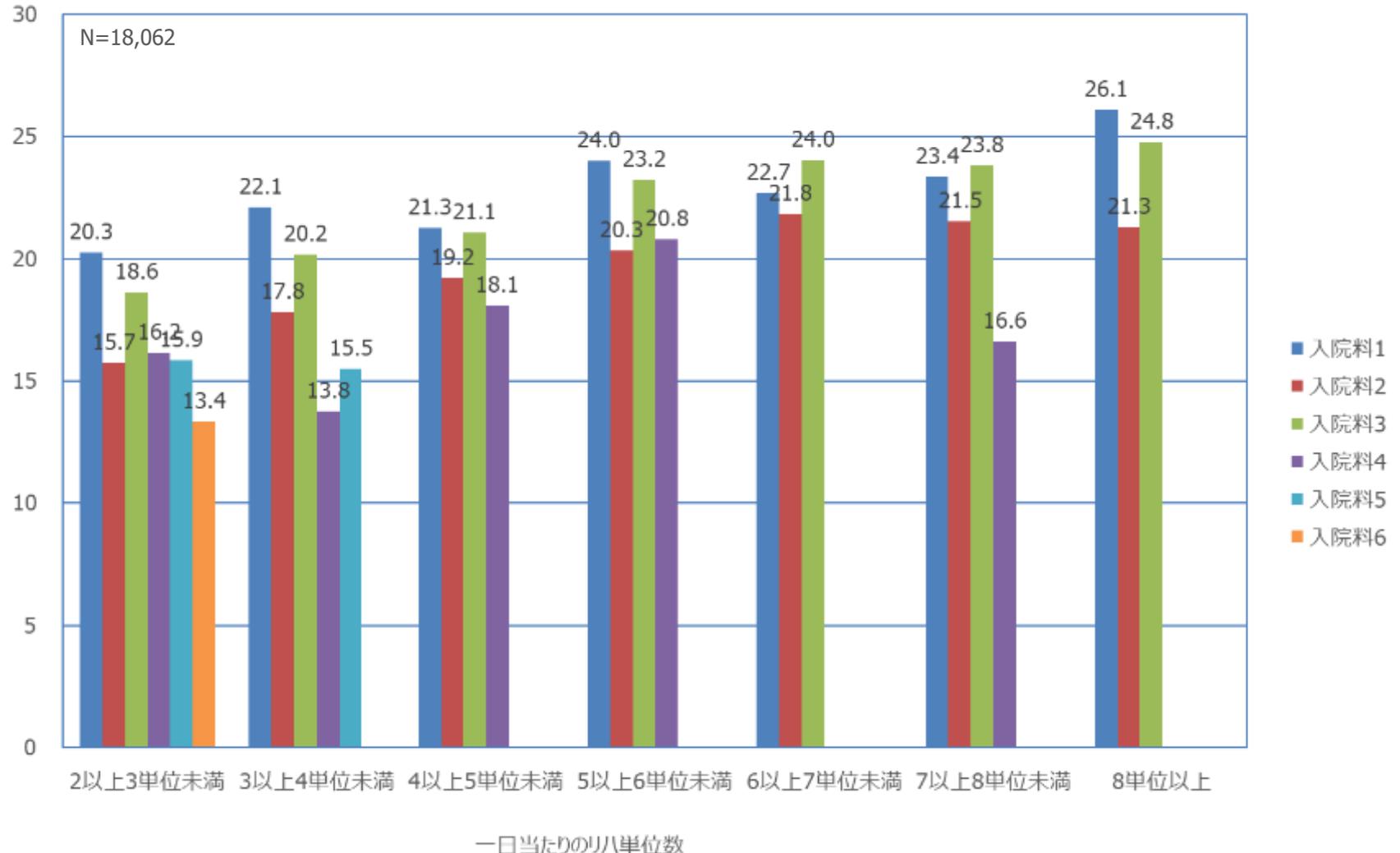
○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数(1日当たり)は以下のとおりであり、脳血管疾患及び整形疾患については単位数が入院料1から6にかけて低下する傾向であった。



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おけるFIMの変化について

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

○ 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)について分析した。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ついてみると、入院料1が最も変化が大きく、入院料6が小さい結果であった。



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

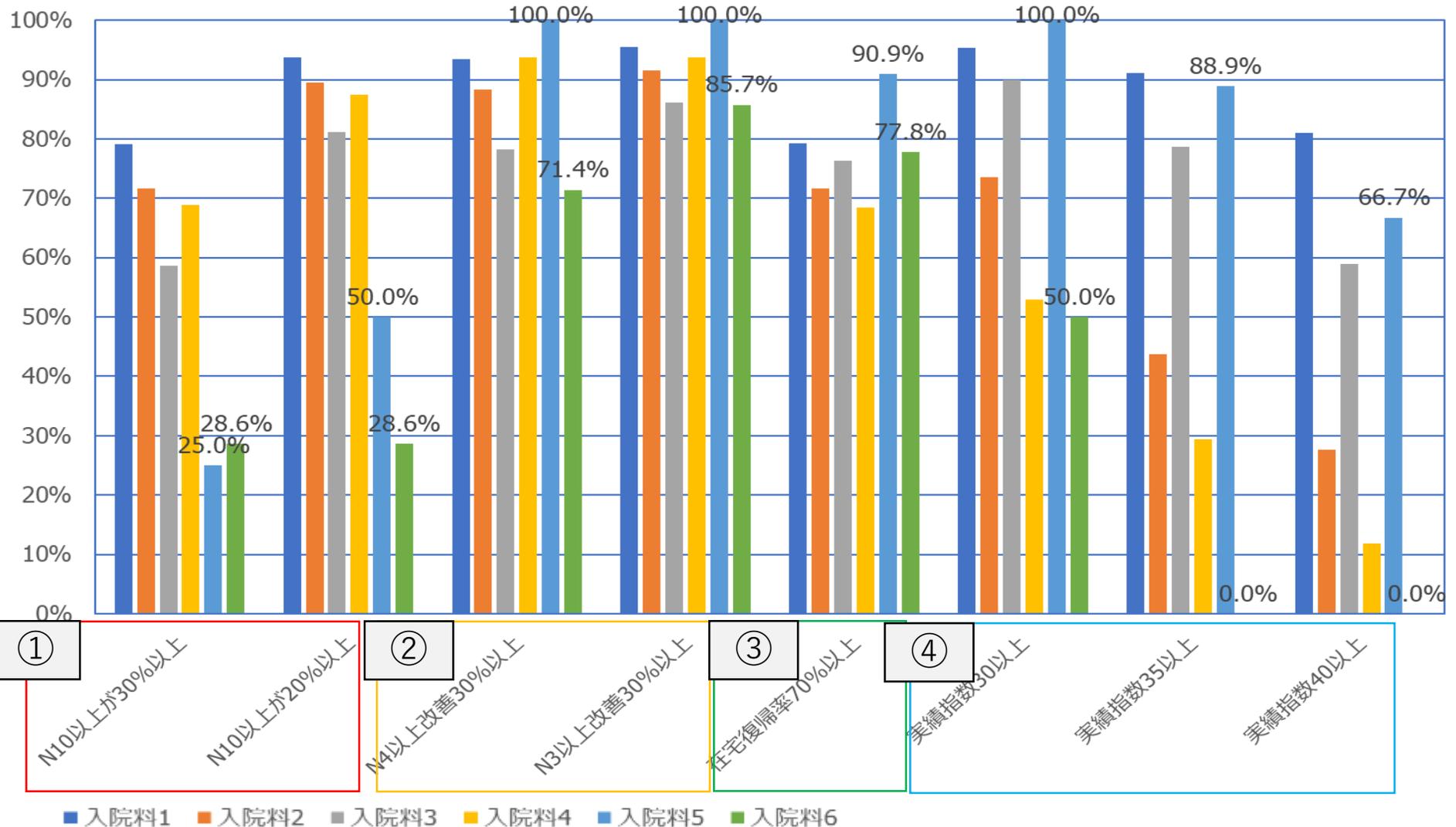
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
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			
① 「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
② 重症者における退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
③ 自宅等に退院する割合	7割以上				-	
④ リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721点)	(1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

入院料毎の施設基準（項目別）を満たす割合

○ 入院料毎に、満たしている施設基準を比較したところ、入院料5及び6においては重症者の受入割合及び実績指数の要件を満たせていない医療機関が多かった。具体的には、「重症者割合」「実績指数」を満たしていない割合が高かった。

入院料別算定要件達成率(≥10人/月退院の1005病棟,入院料1/2/3/4/5/6=696/87/188/17/9/8病棟)



0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 6-1. 質の高いリハビリテーションの提供について
 - 6-2. リハビリテーションを要する状態について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

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、算定上限日数が設けられている。

診 調 組 入 - 1
3 . 7 . 8

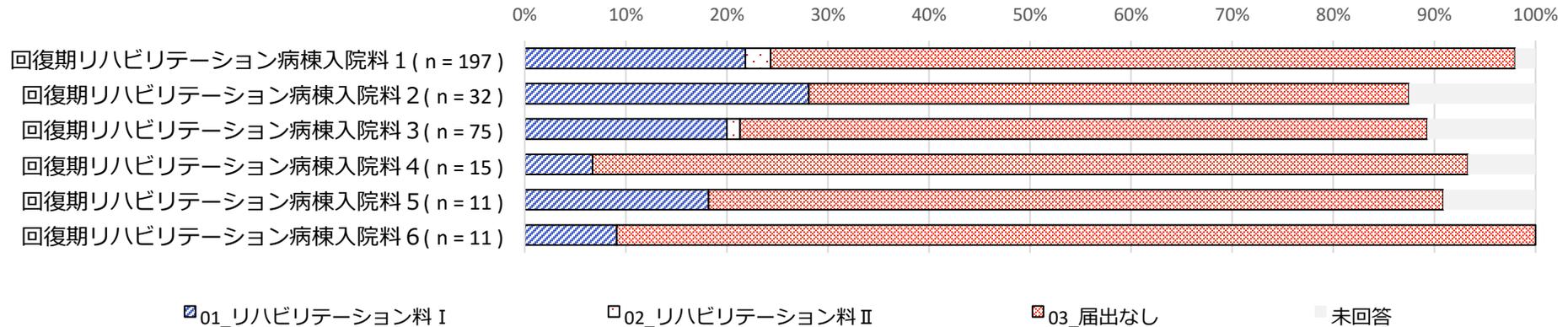
	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の 要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は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	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	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	○ 算定開始日から起算して 60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内

疾患別リハビリテーション料の届出状況①

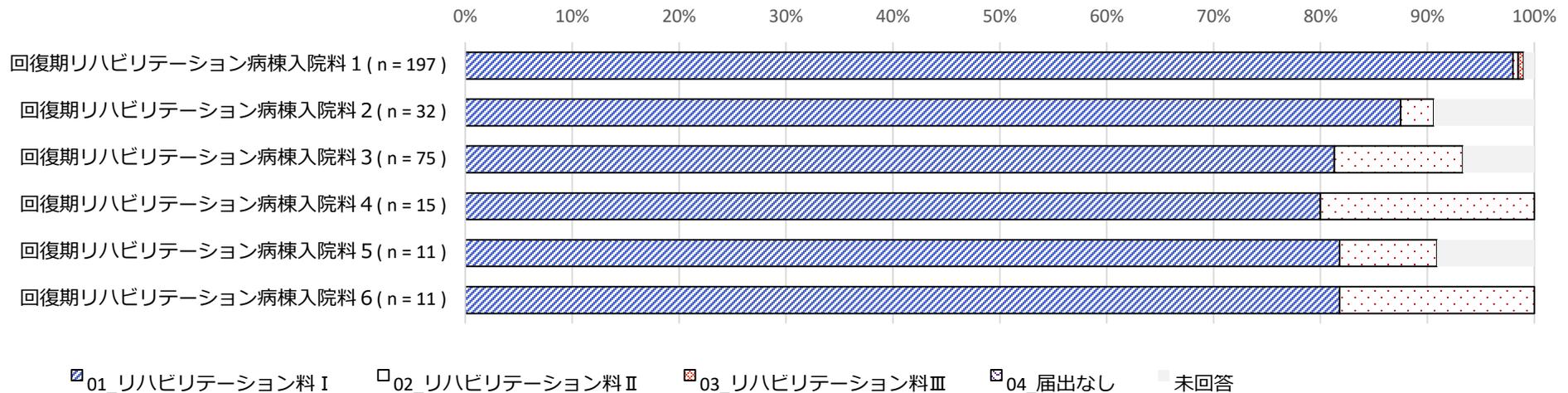
診 調 組 入 - 1 - 1
3 . 6 . 1 6 (改)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。
- 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一定程度存在した。

心大血管疾患リハビリテーション料



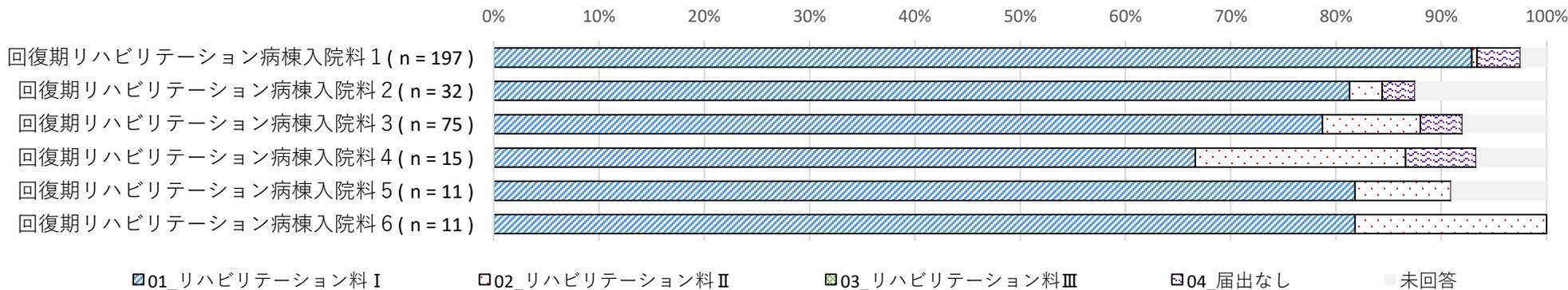
脳血管疾患リハビリテーション料



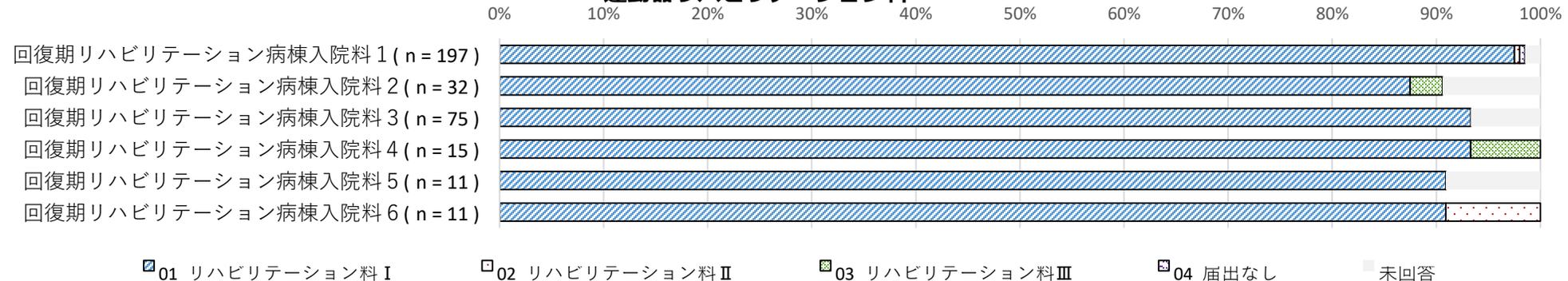
疾患別リハビリテーション料の届出状況②

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。

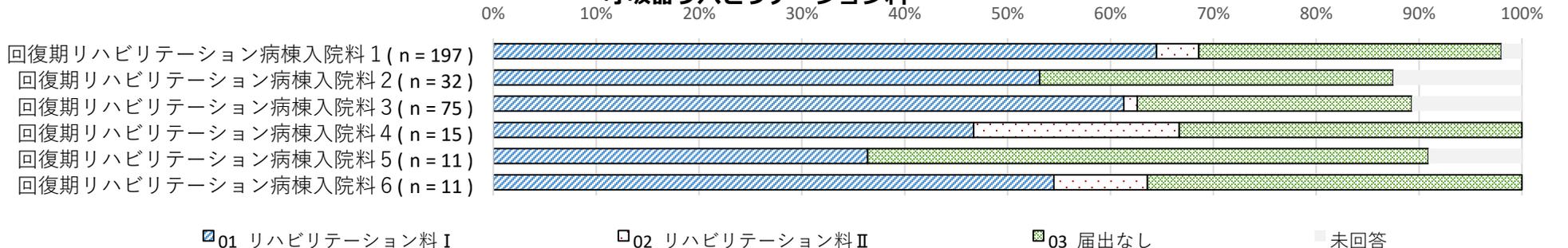
廃用症候群リハビリテーション料



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



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

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

7-2. 医療区分・ADL区分について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

療養病棟入院基本料の概要

診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (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
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	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～ 968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～ 903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

* :生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料について

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	— ※一部を除く。
B 医学管理等	—
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○ ※一部を除く。
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	—
I 精神科専門療法	—
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○

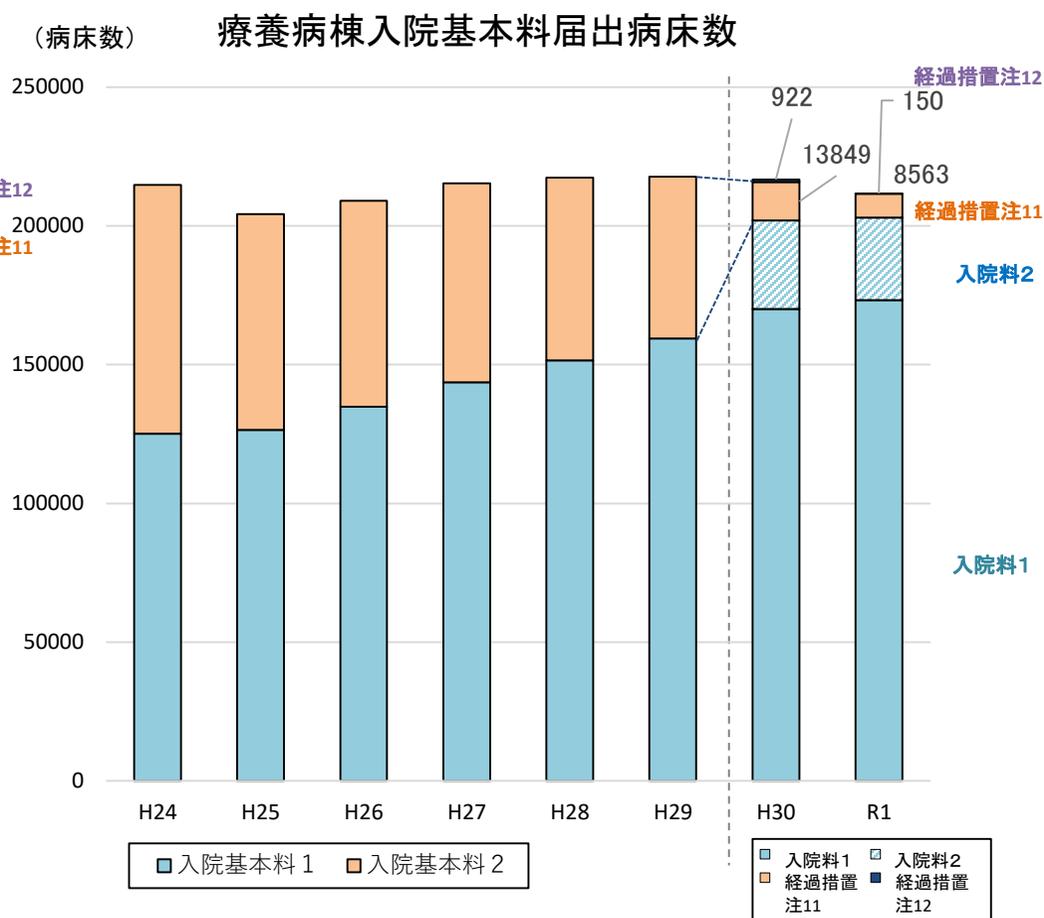
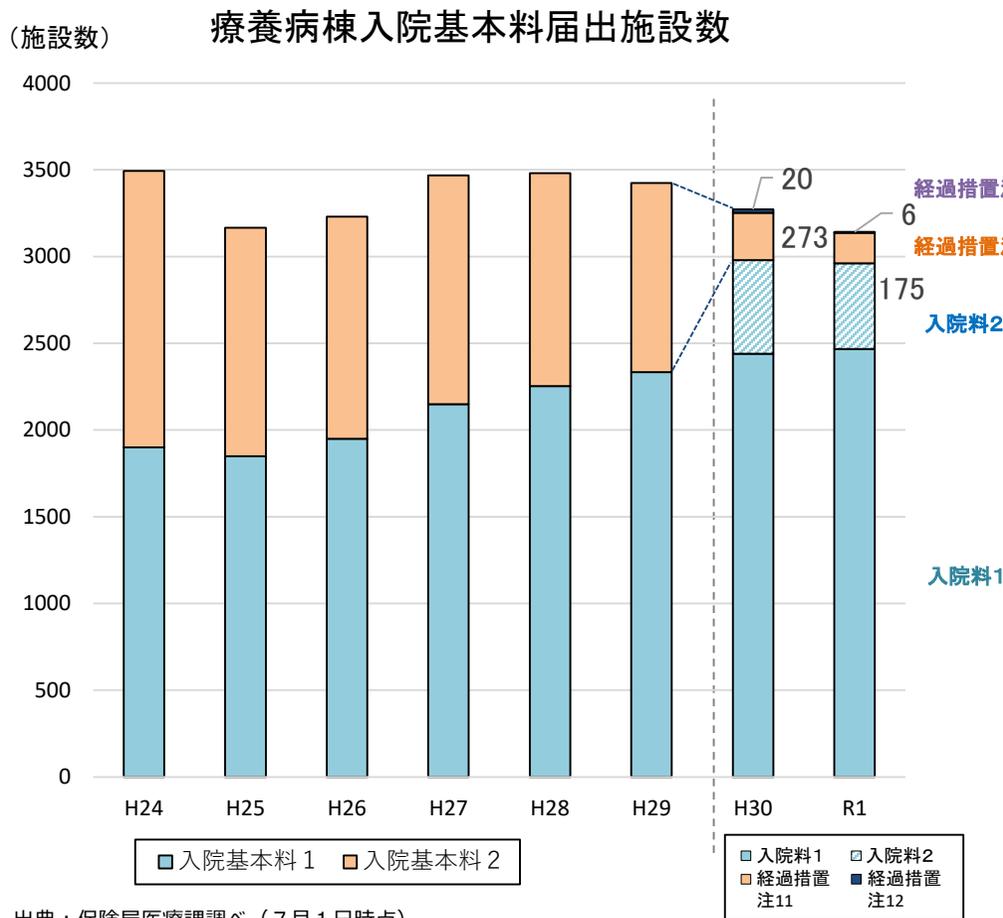
○ 療養病棟入院基本料について、検査・画像診断(一部を除く。)等に係る費用については当該入院基本料に含まれ、リハビリテーションや手術等に係る費用は左記のとおり、出来高で算定できる。

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 経過措置（注11）（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7月1日時点で175施設、8563床であった。
- 経過措置（注12）（看護職員配置30対1）の届出施設数は令和元年7月1日時点で6施設、150床であった。

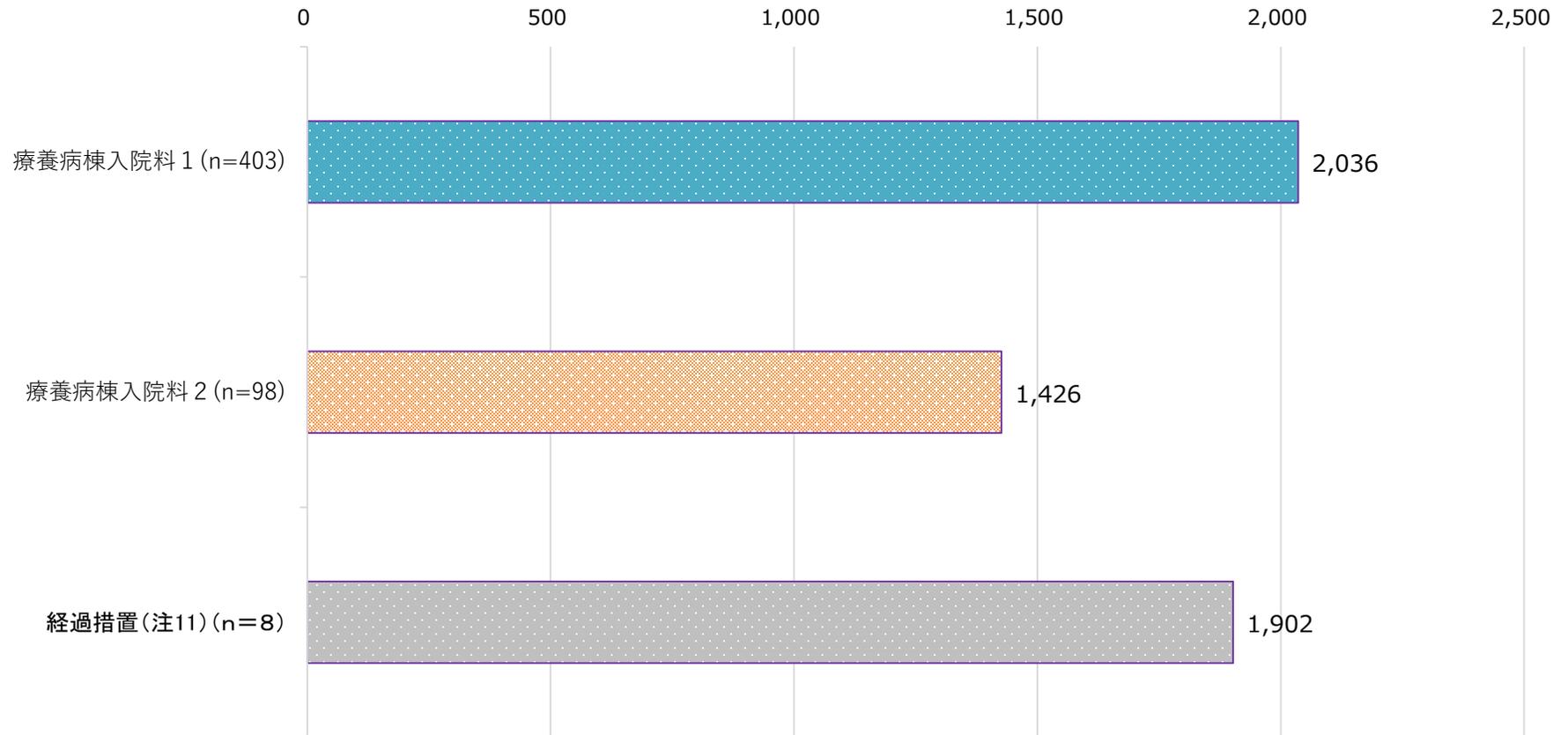


出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

入院料毎の1日当たりのレセプト請求点数

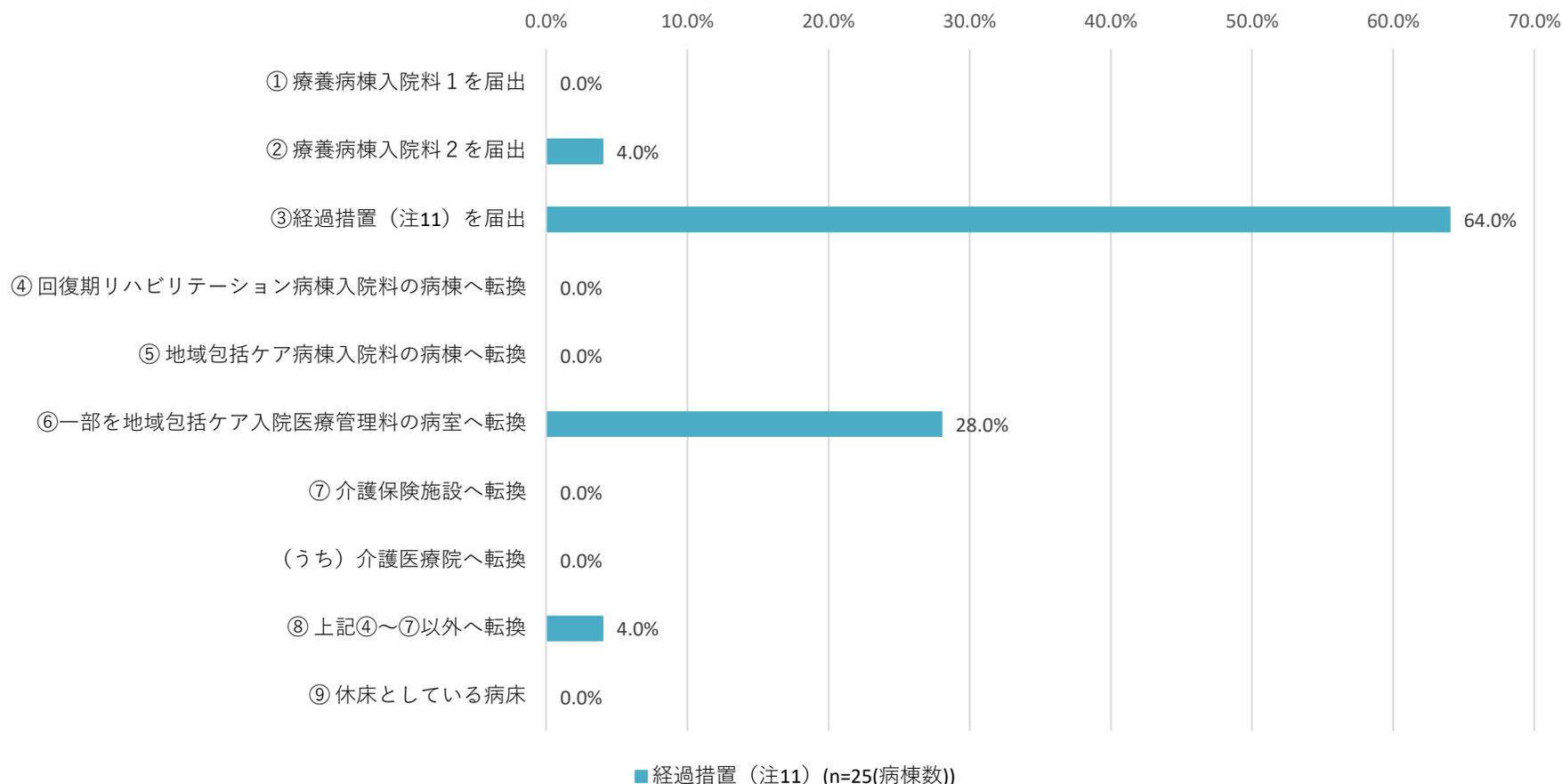
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 入院料毎のレセプト請求点数(1日当たり)は以下のとおりであった。



○ 改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟について、令和2年11月1日時点の状況を見ると、経過措置(注11)を届出している病棟が最も多かった。

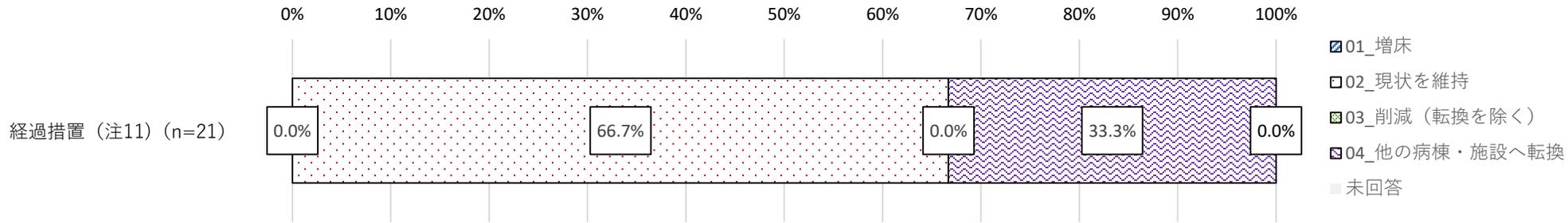
改定前(令和2年3月31日時点)に経過措置(注11)を届け出していた病棟の状況(令和2年11月1日時点)



経過措置(注11)を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 経過措置(注11)を届出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、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、地域包括ケア病棟が多かった。

令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向



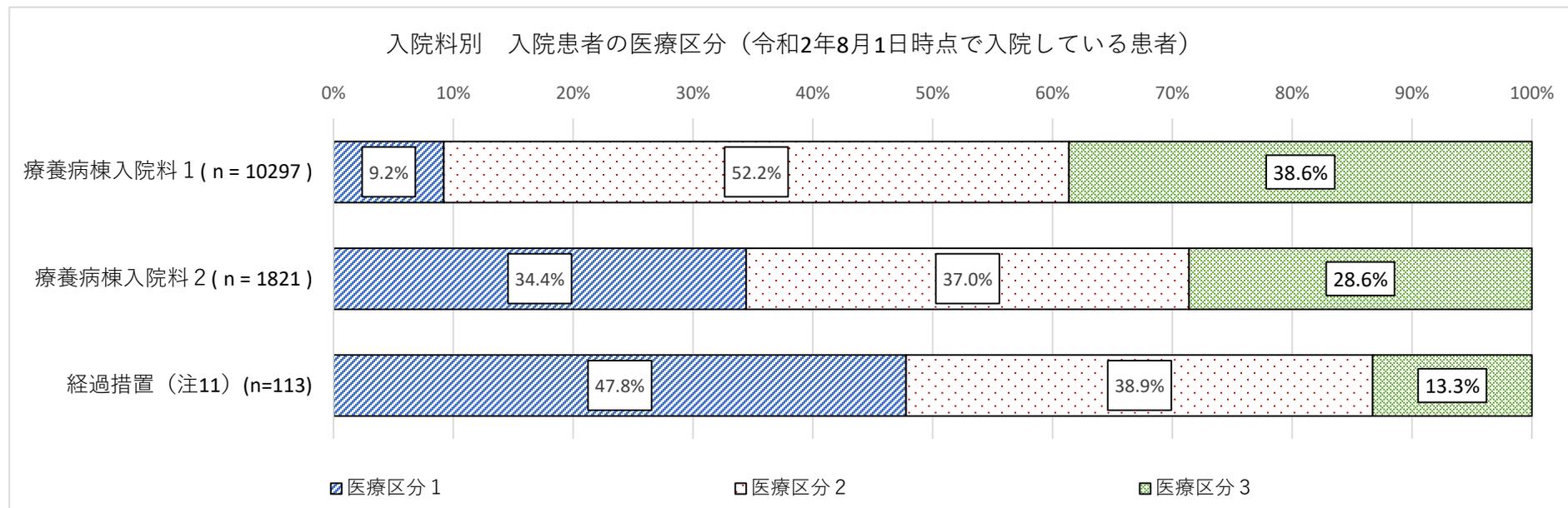
現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設(該当するもの複数選択) [施設数]



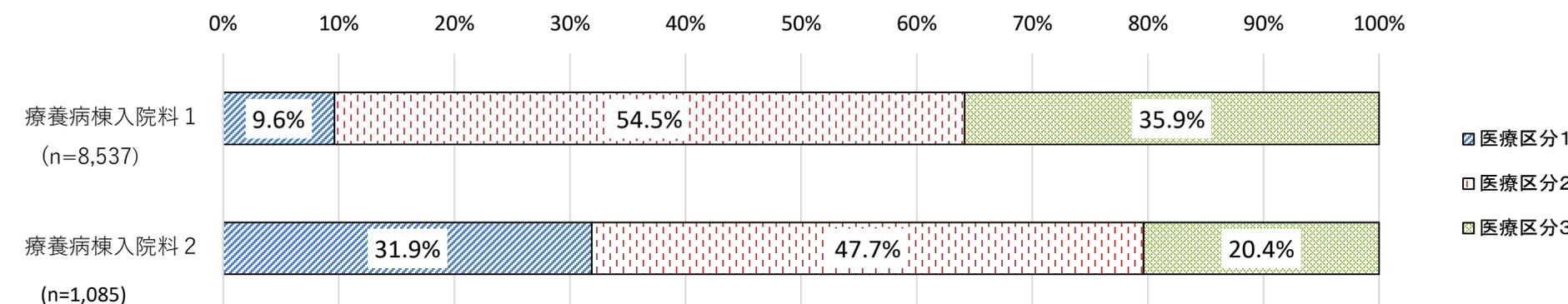
療養病棟入院料ごとの医療区分

診調組 入-1(改)
3 . 6 . 1 6

○ 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では全体の約9割、療養病棟入院料2では全体の約7割を占めた。

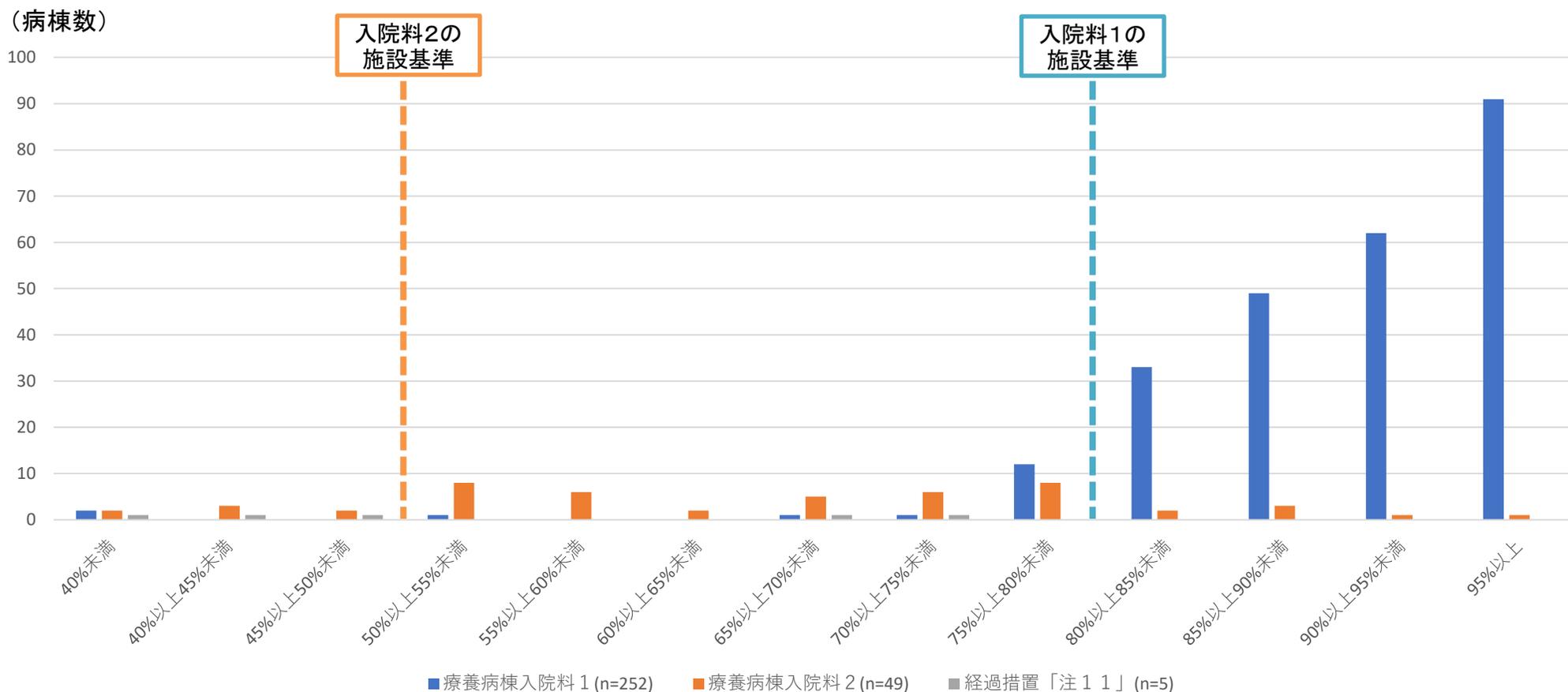


参考：平成30年度調査



- 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55%未満及び75%以上80%未満が最も多かった。

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

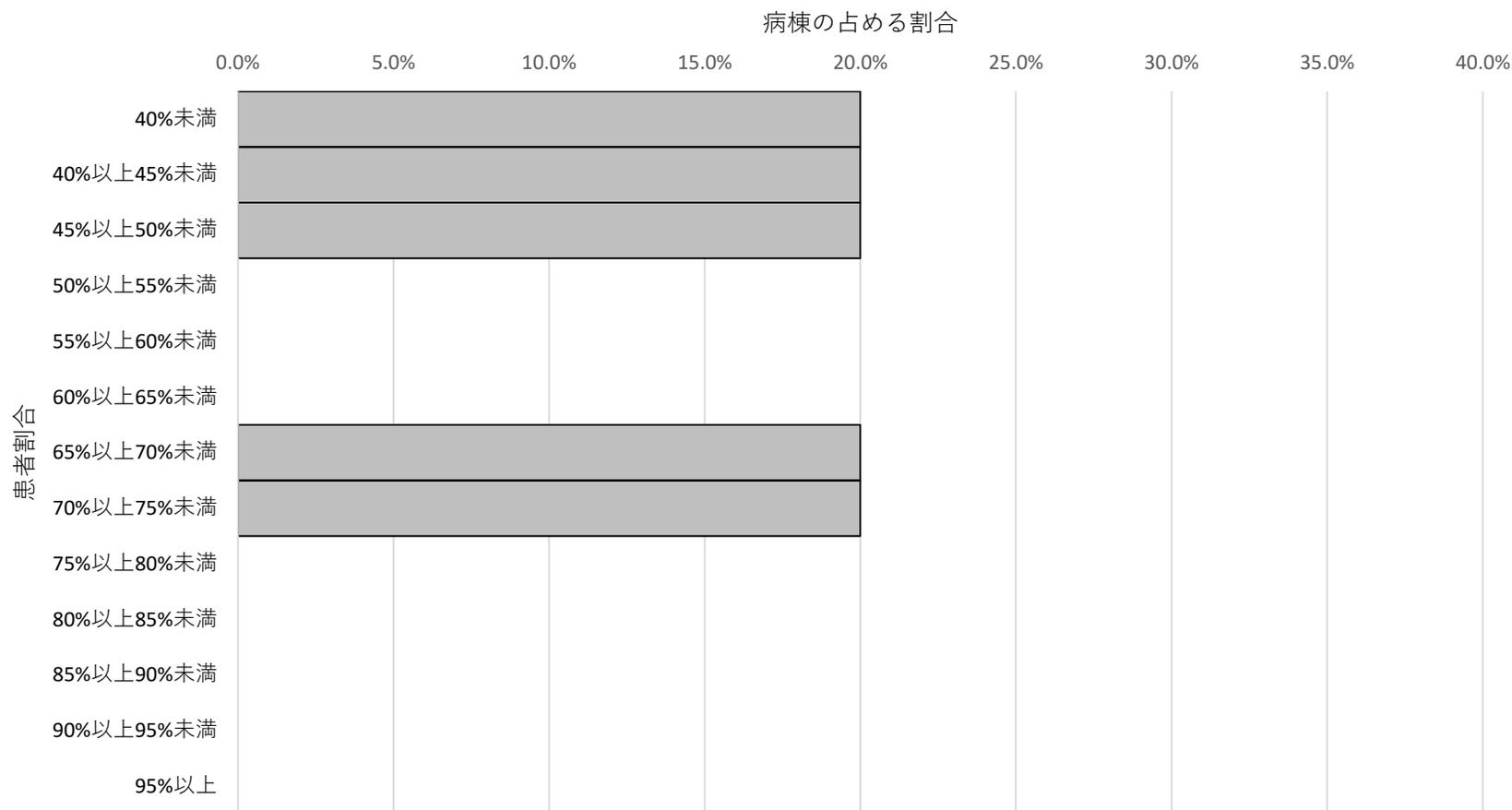


経過措置(注11)の病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

○ 経過措置(注11)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、以下のとおりであり、50%以上の医療機関と50%未満の医療機関の、両方存在した。

診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

医療区分2・3の患者割合、経過措置(注11) (n=5)

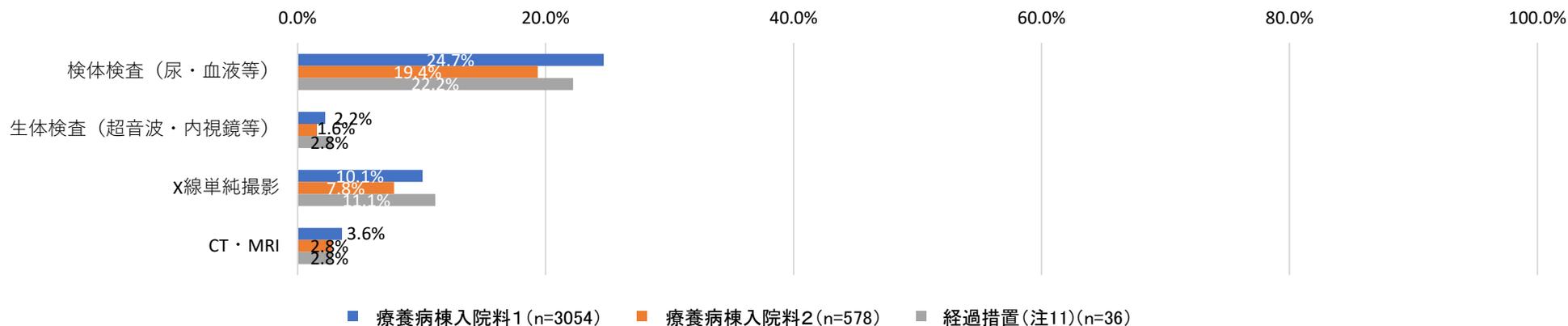


入院料毎の患者の検査等の実施状況

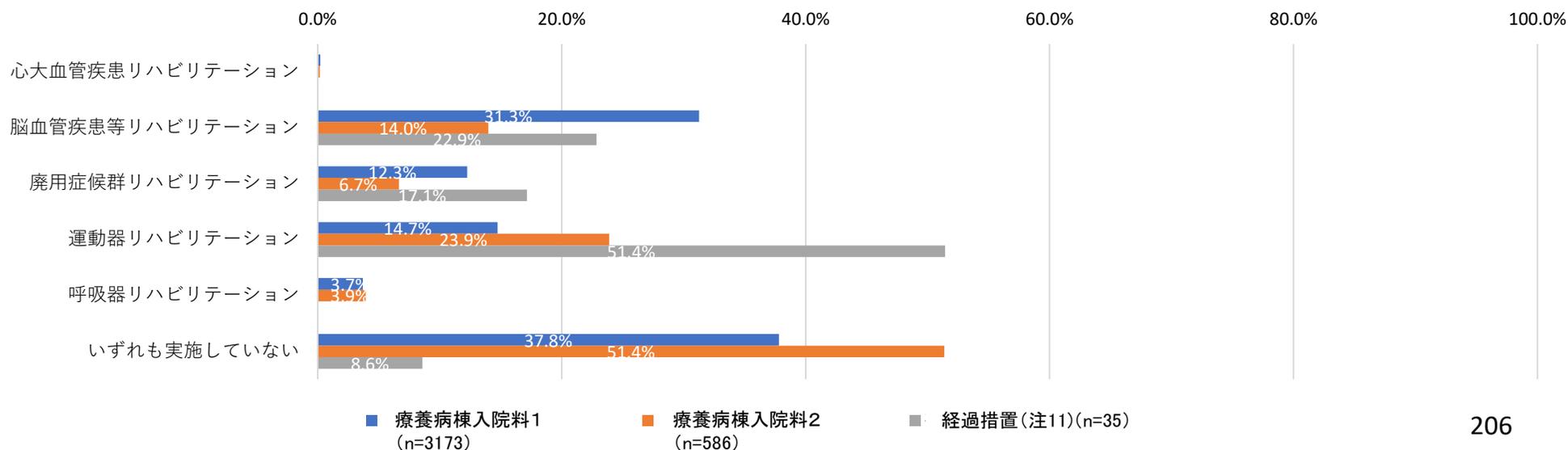
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 療養病棟における、過去7日間の検査及びリハビリテーションの実施状況は以下のとおりであった。特にリハビリテーションの実施状況について、経過措置(注11)を届け出ている病棟においてリハビリテーションの実施が多い傾向であった。

過去7日間に検査実施した患者割合



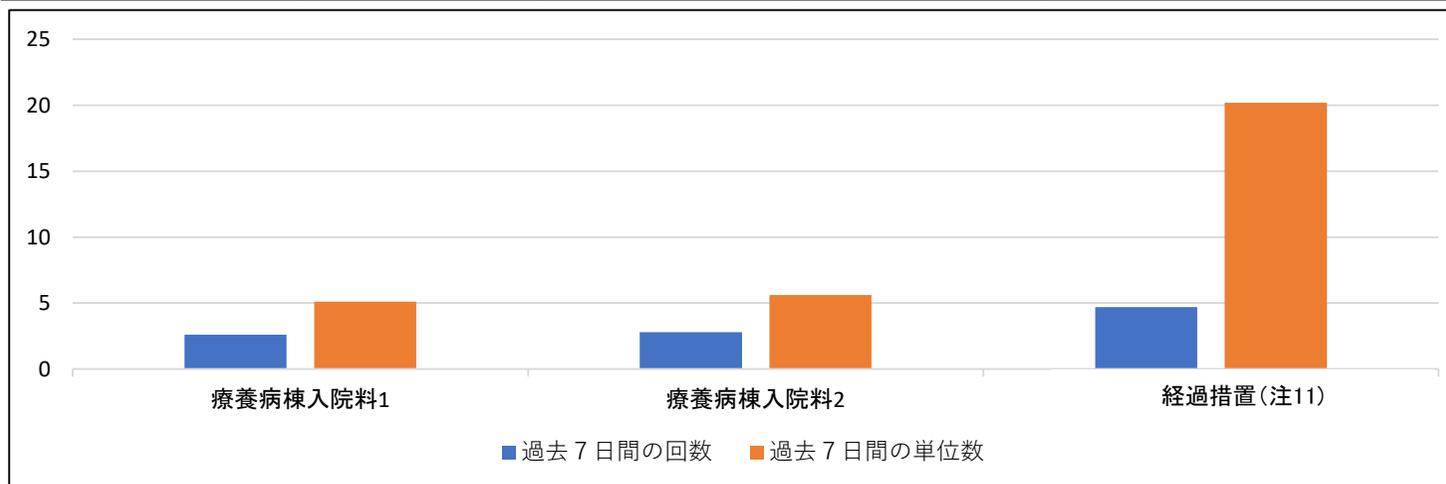
リハビリテーション実施状況



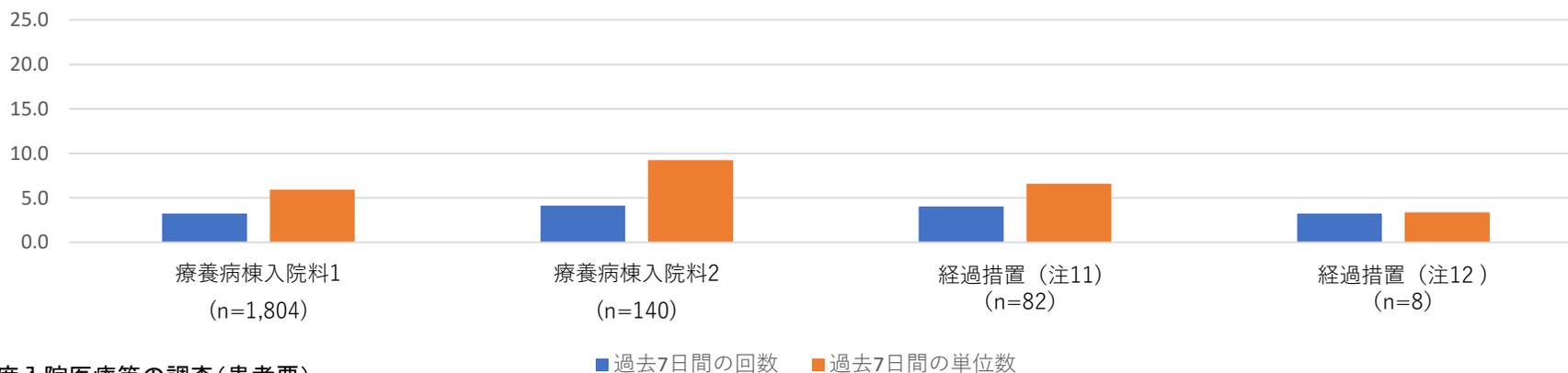
入院料毎の患者のリハビリテーションの実施状況

○ 入院料毎にみた、過去7日間のリハビリテーション実施回数と単位数は以下のとおり。入院料1及び2と比較して、経過措置(注11)を届け出ている病棟において、回数及び単位数ともに多かった。

	全体	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置(注11)
過去7日間の回数	2.7 (N=2320)	2.6 (N=1859)	2.8 (N=272)	4.7 (N=20)
過去7日間の単位数	5.5 (N=2426)	5.1 (N=1933)	5.6 (N=283)	20.2 (N=29)



入院医療の患者のリハビリテーション実施状況 (平成30年度)

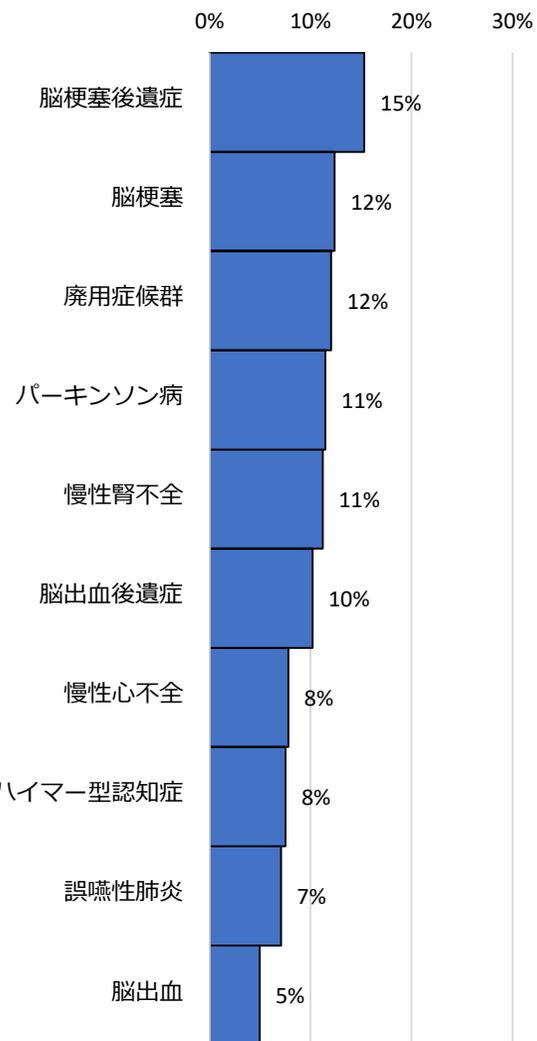


入院料毎の主傷病名

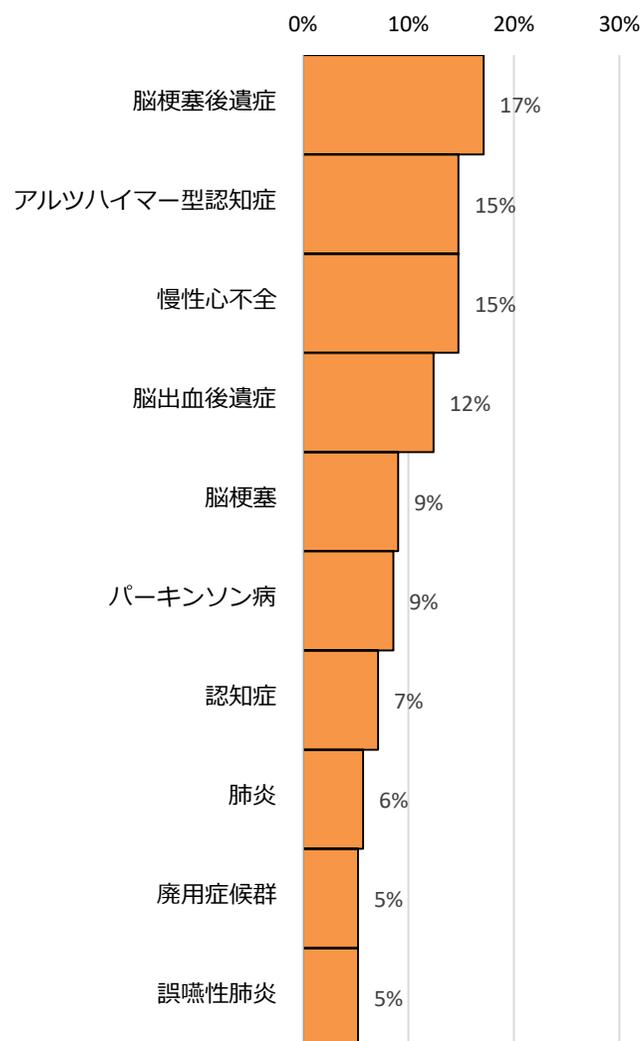
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 各入院料に分けた場合の患者の主傷病名は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「廃用症候群」が最も多かった。

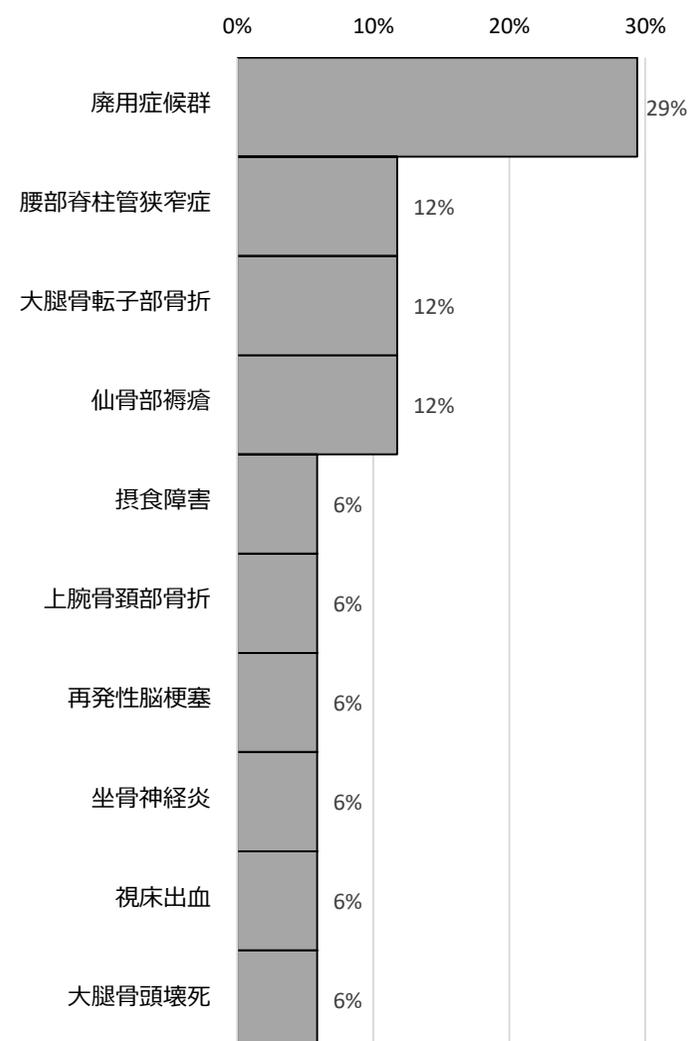
療養病棟入院料1 (n=1089)



療養病棟入院料2(n=210)



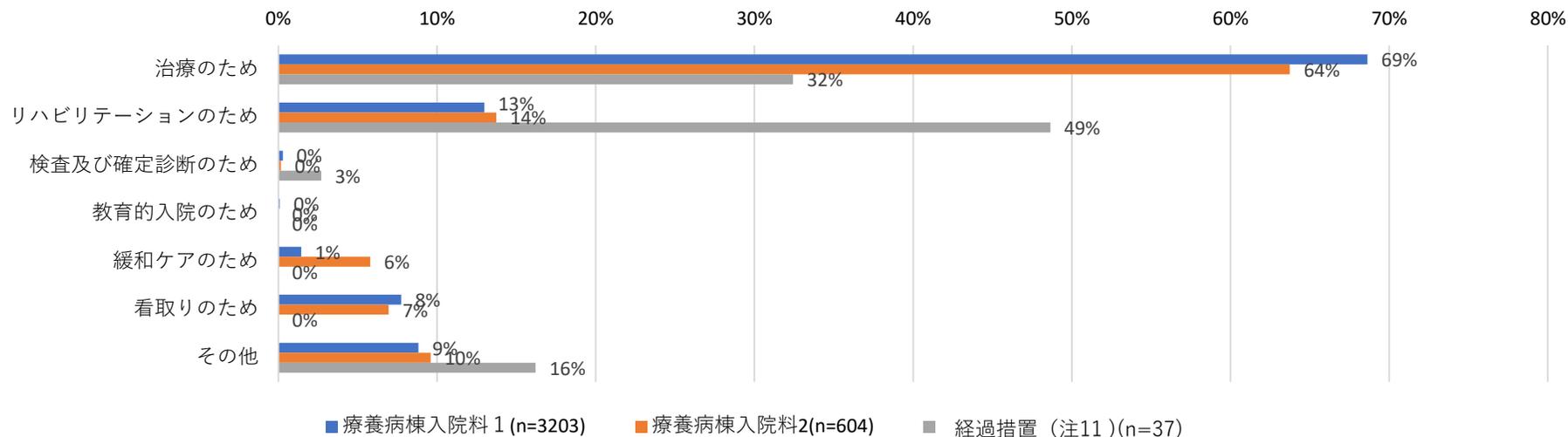
経過措置(注11) (n=17)



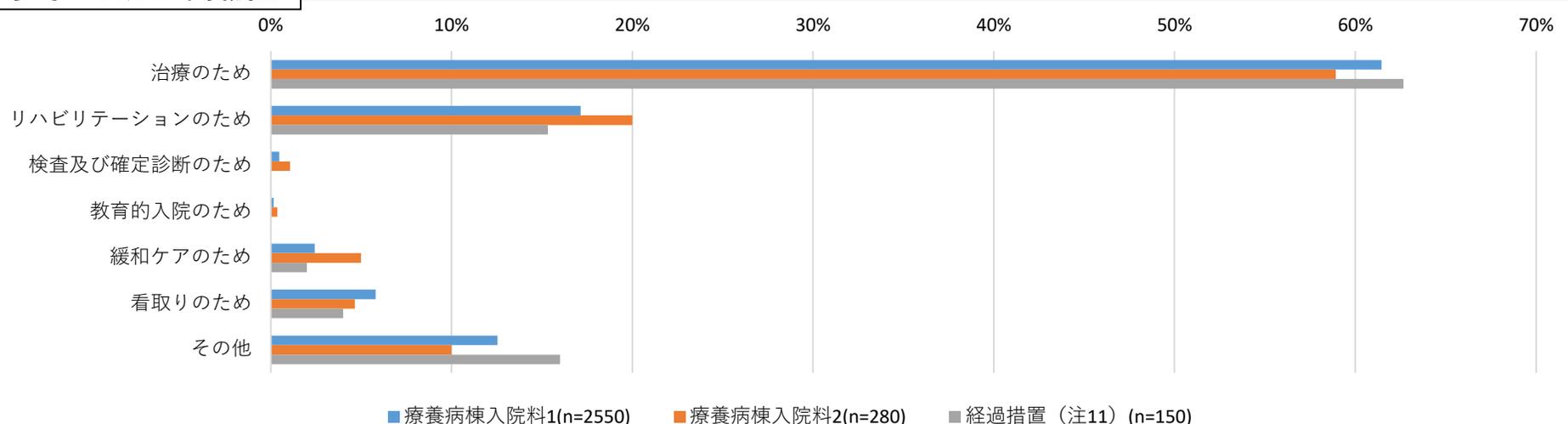
各入院料毎の患者の入院の理由

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



参考：平成30年度調査

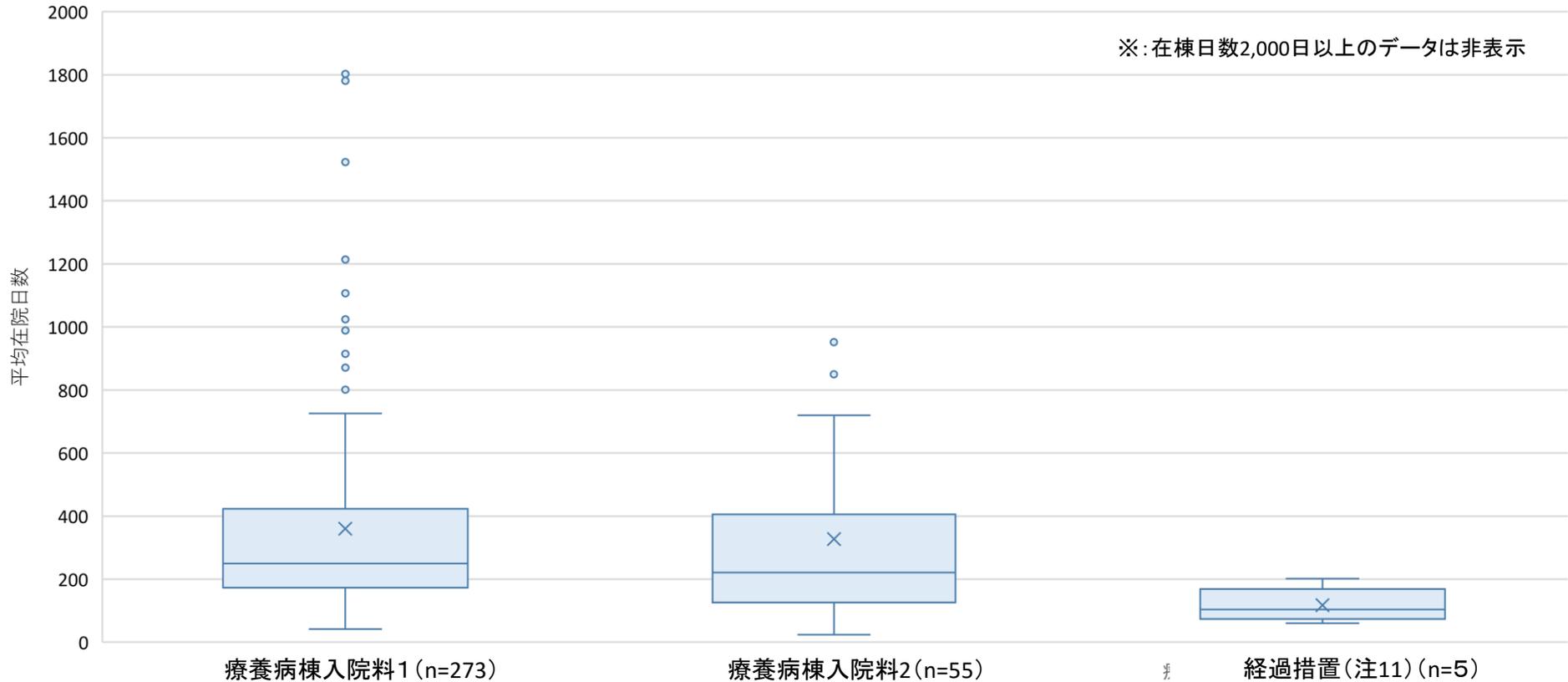


出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

各入院料毎の患者の平均在院日数

○ 各入院料に分けた場合の患者の平均在院日数は以下のとおりであった。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。

入院料別の平均在院日数（病棟毎）（令和2年8～10月）



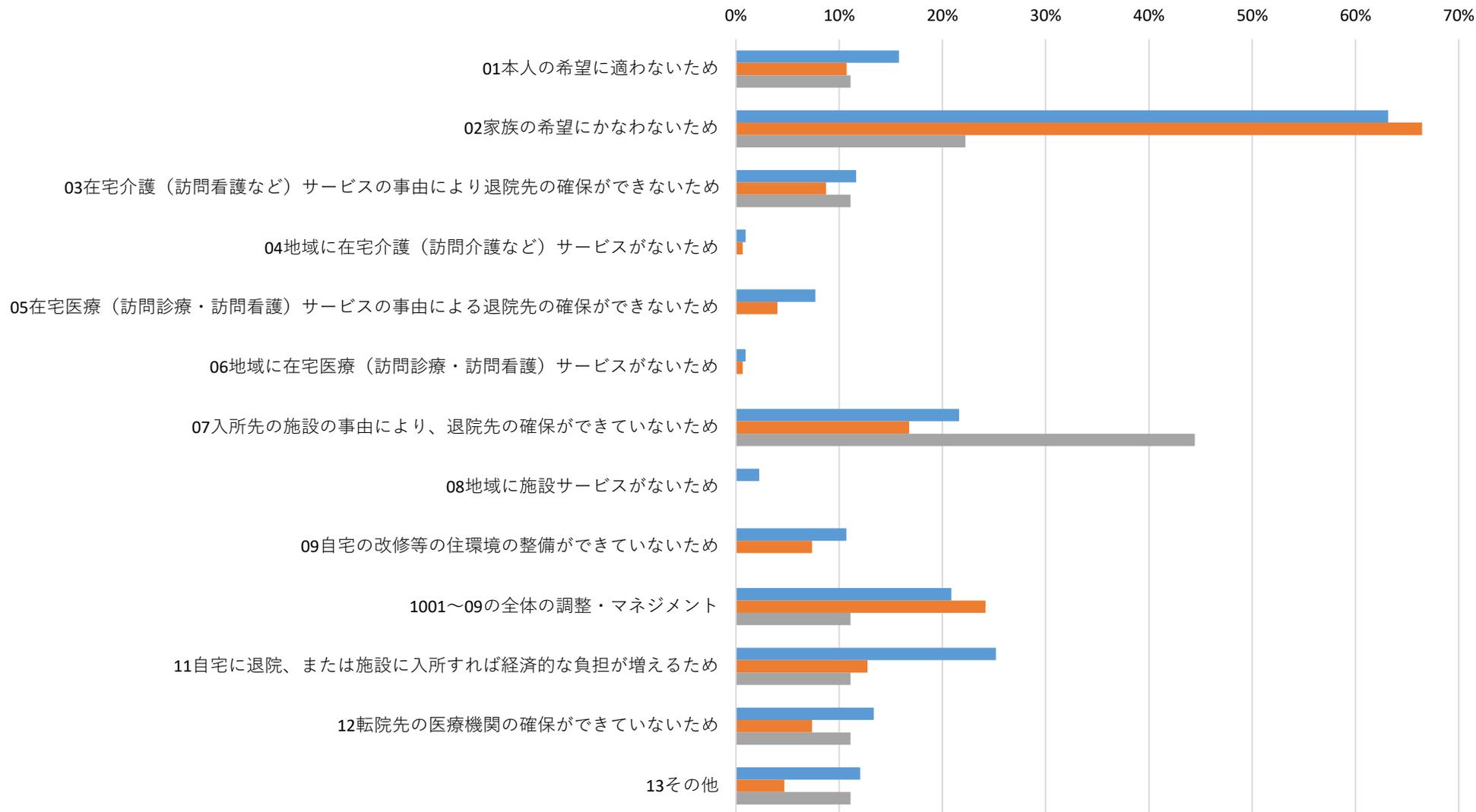
	平均値	中央値	25%tile	50%tile	75%tile
療養病棟入院料 1	360.2	250.1	172.9	250.1	423.3
療養病棟入院料 2	326.9	221.0	125.8	221.0	405.9
経過措置 (注11)	117.7	104.1	73.4	104.1	168.8

* : 平均在院日数が10,000日を超えている病棟については除いて算出。

各入院料毎の患者の退院できない理由(複数選択)

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 各入院料に分けた場合の患者が退院できない理由は以下のとおりであり、入院料1及び2を届け出ている病棟においては「家族の希望にかなわないため」が多く、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「入所先の施設の事由」が多かった。



療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎に医療区分別に分けた場合の、3か月後の医療区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点で医療区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点で医療区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合は入院料間で大きな差は見られなかった。

入院料 1		令和2年8月1日時点		
		医療区分 1 (N=948)	医療区分 2 (N=5372)	医療区分 3 (N=3977)
令和2年10月30日	医療区分 1	46.7%	2.0%	3.0%
	医療区分 2	8.5%	75.0%	4.7%
	医療区分 3	8.0%	6.2%	65.6%
	退棟	36.7%	16.8%	26.8%
	(退棟の内訳)			
	医療区分 1	26.3%	1.5%	0.3%
	医療区分 2	0.8%	6.4%	0.4%
	医療区分 3	0.8%	0.7%	2.7%
	死亡退院	8.9%	8.3%	23.3%
入院料 2		令和2年8月1日時点		
		医療区分 1 (N=627)	医療区分 2 (N=673)	医療区分 3 (N=521)
令和2年10月30日	医療区分 1	64.4%	8.0%	2.5%
	医療区分 2	9.4%	61.8%	3.8%
	医療区分 3	2.7%	4.8%	61.6%
	退棟	23.4%	25.4%	32.1%
	(退棟の内訳)			
	医療区分 1	15.8%	3.1%	1.7%
	医療区分 2	1.4%	10.3%	1.3%
	医療区分 3	0.6%	1.3%	4.6%
	死亡退院	5.6%	10.7%	24.4%
経過措置 (注11)		令和2年8月1日時点		
		医療区分 1 (N=54)	医療区分 2 (N=44)	医療区分 3 (N=15)
令和2年10月30日	医療区分 1	24.1%	2.3%	0.0%
	医療区分 2	1.9%	13.6%	6.7%
	医療区分 3	1.9%	9.1%	60.0%
	退棟	72.2%	75.0%	33.3%
	(退棟の内訳)			
	医療区分 1	70.3%	22.7%	6.7%
	医療区分 2	1.9%	43.2%	0.0%
	医療区分 3	0.0%	2.3%	13.3%
	死亡退院	0.0%	6.8%	13.3%

改善

変化無し

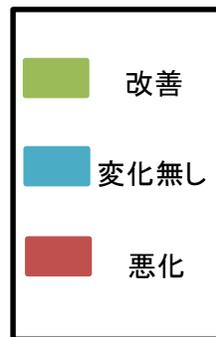
悪化

療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者のADL区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎にADL区分別に分けた場合の、3か月後のADL区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点でADL区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点でADL区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合についてみると、入院料間で大きな差は見られなかった。

診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

入院料 1		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=951)		ADL区分 2 (N=2198)		ADL区分 3 (N=7290)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	54.0%		1.6%		0.6%	
	ADL区分 2	5.4%		66.8%		1.8%	
	ADL区分 3	5.6%		8.7%		76.5%	
	退棟	35.0%		22.9%		21.0%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	26.0%		0.8%		0.1%
ADL区分 2		0.7%		12.0%		0.2%	
ADL区分 3		1.0%		0.9%		3.9%	
死亡退院		7.4%		9.1%		16.8%	
入院料 2		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=221)		ADL区分 2 (N=509)		ADL区分 3 (N=1128)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	59.7%		0.8%		2.3%	
	ADL区分 2	6.8%		69.5%		1.7%	
	ADL区分 3	2.7%		4.9%		70.5%	
	退棟	30.8%		24.8%		25.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	24.5%		0.2%		0.0%
ADL区分 2		0.9%		16.7%		0.3%	
ADL区分 3		0.9%		1.8%		7.4%	
死亡退院		4.5%		6.1%		17.8%	
経過措置 (注11)		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=55)		ADL区分 2 (N=29)		ADL区分 3 (N=29)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	12.7%		3.4%		0.0%	
	ADL区分 2	0.0%		24.1%		0.0%	
	ADL区分 3	0.0%		6.9%		65.5%	
	退棟	87.3%		65.5%		34.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	85.4%		27.6%		0.0%
ADL区分 2		0.0%		31.1%		0.0%	
ADL区分 3		1.8%		0.0%		20.7%	
死亡退院		0.0%		6.9%		13.8%	



出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟票)

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

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

7-2. 医療区分・ADL区分について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

療養病棟入院基本料について

診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

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

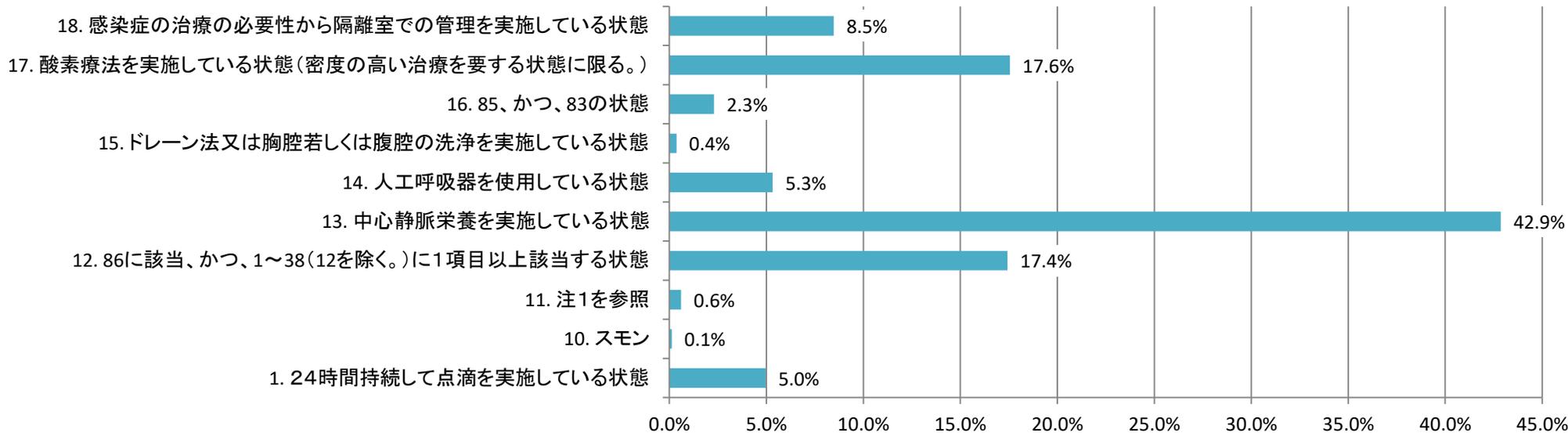
医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

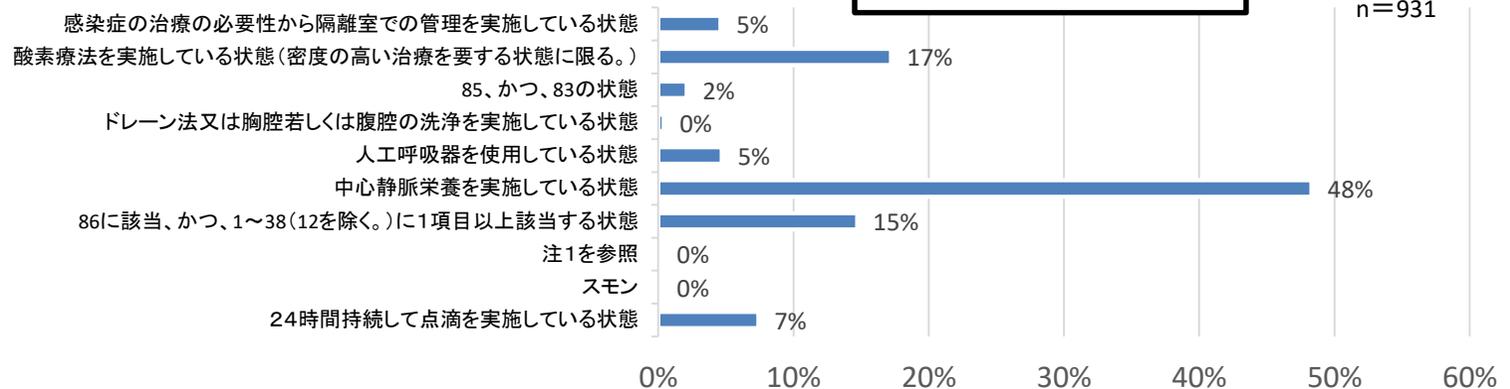
医療区分3の1項目該当の場合の該当項目(構成割合)

n=826



参考:平成30年度調査

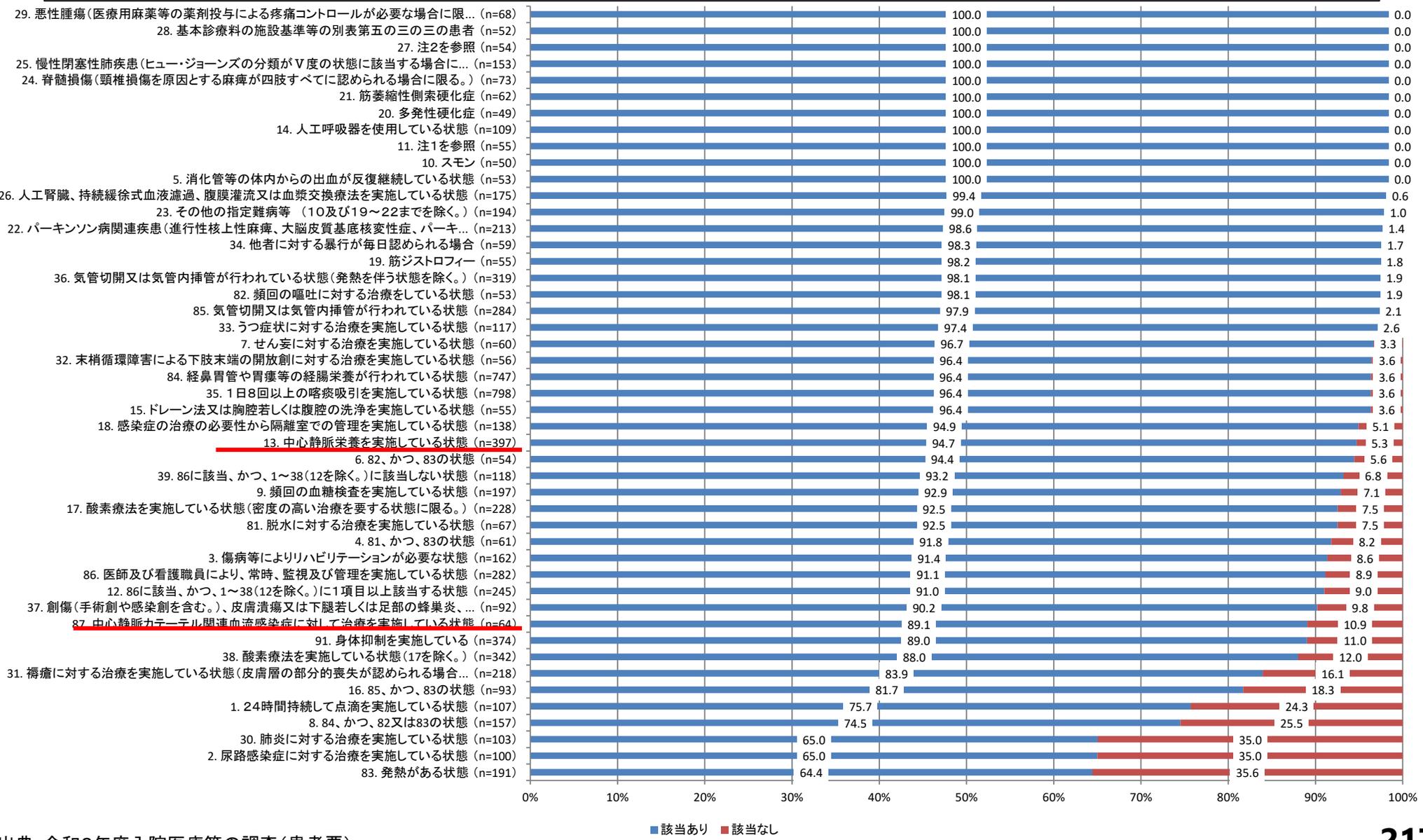
n=931



- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

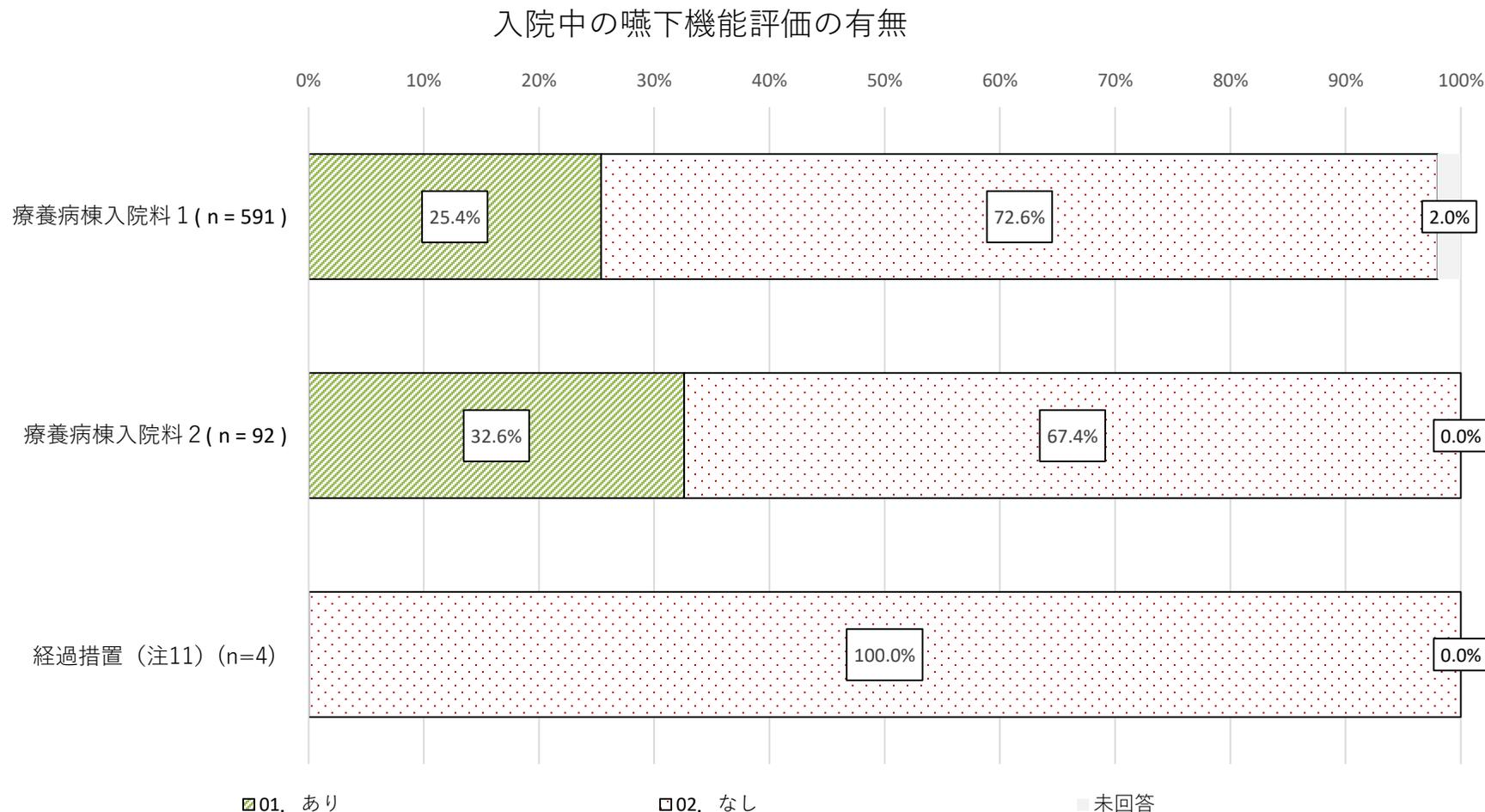
調査基準日3か月前と調査基準日の医療区分の該当項目の比較

○ 調査基準日3か月前に該当していた患者のうち、調査基準日においても該当している患者の割合は以下のとおりであった。



■ 該当あり ■ 該当なし

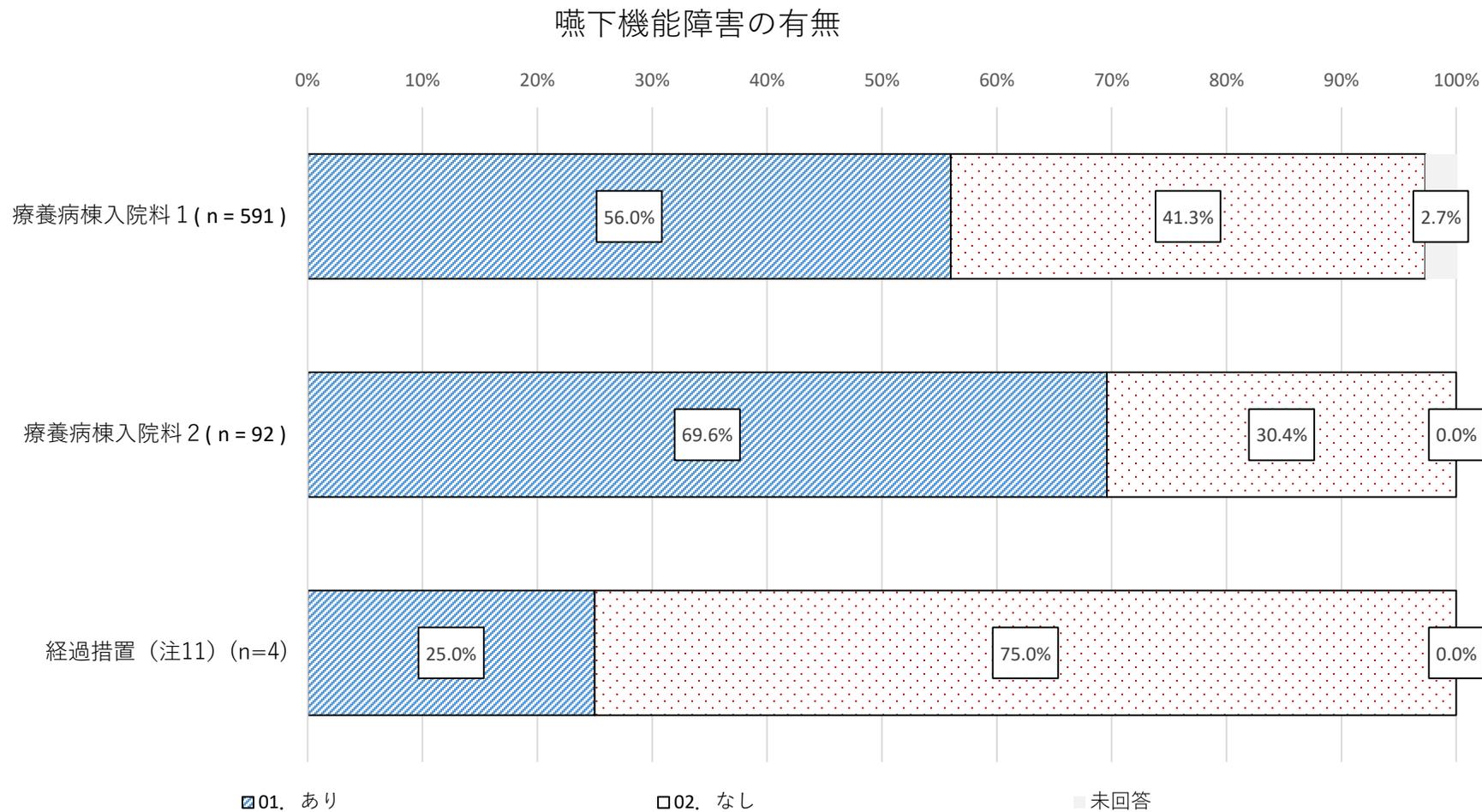
○ 入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。



中心静脈栄養の患者について（嚥下機能障害）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

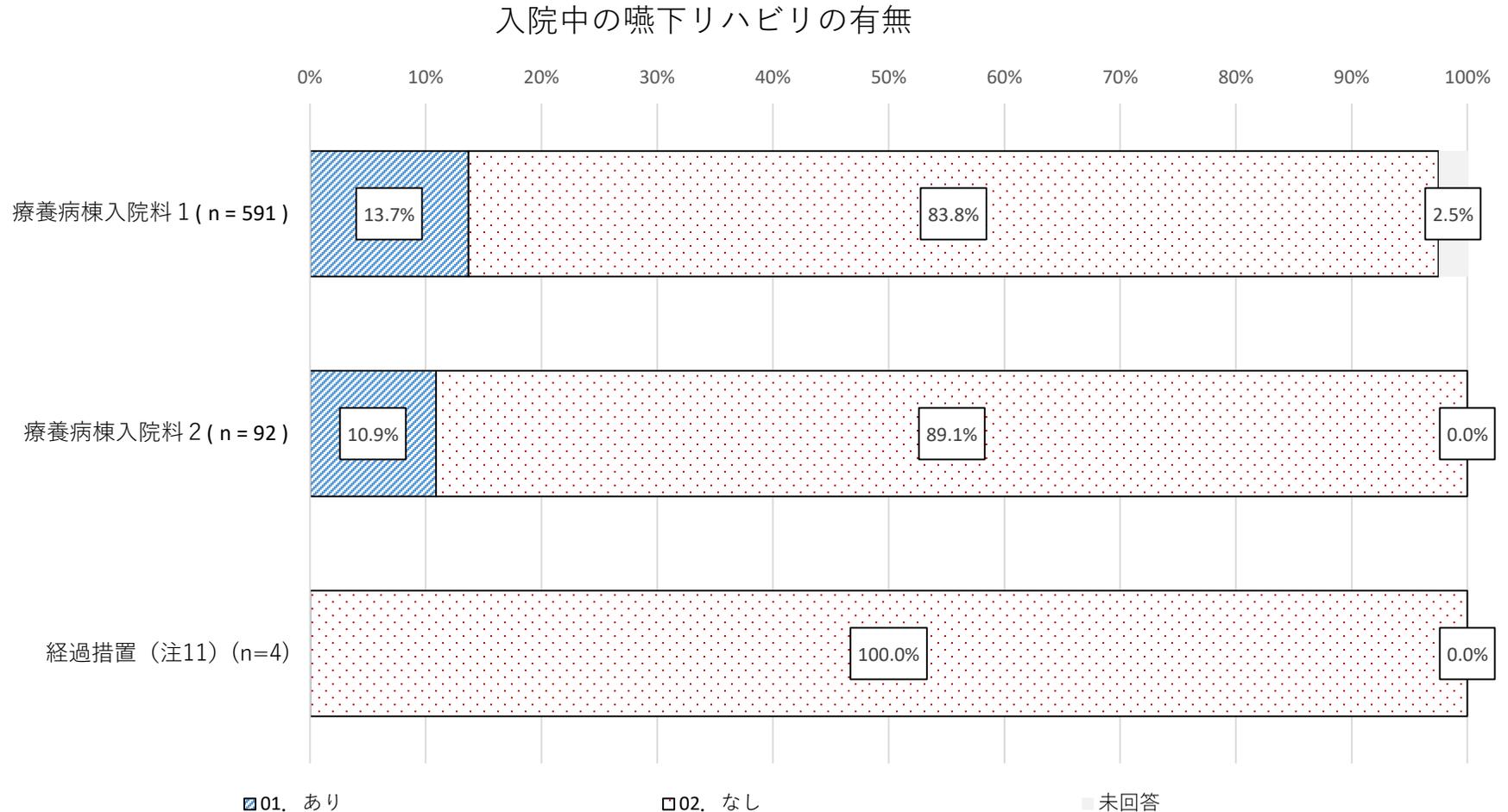
○ 中心静脈栄養を行っている患者の嚥下機能障害の有無は以下のとおりであり、半数前後の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。



中心静脈栄養の患者について（嚥下リハビリ）

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

○ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおりであり、約9割の患者が実施されていなかった。

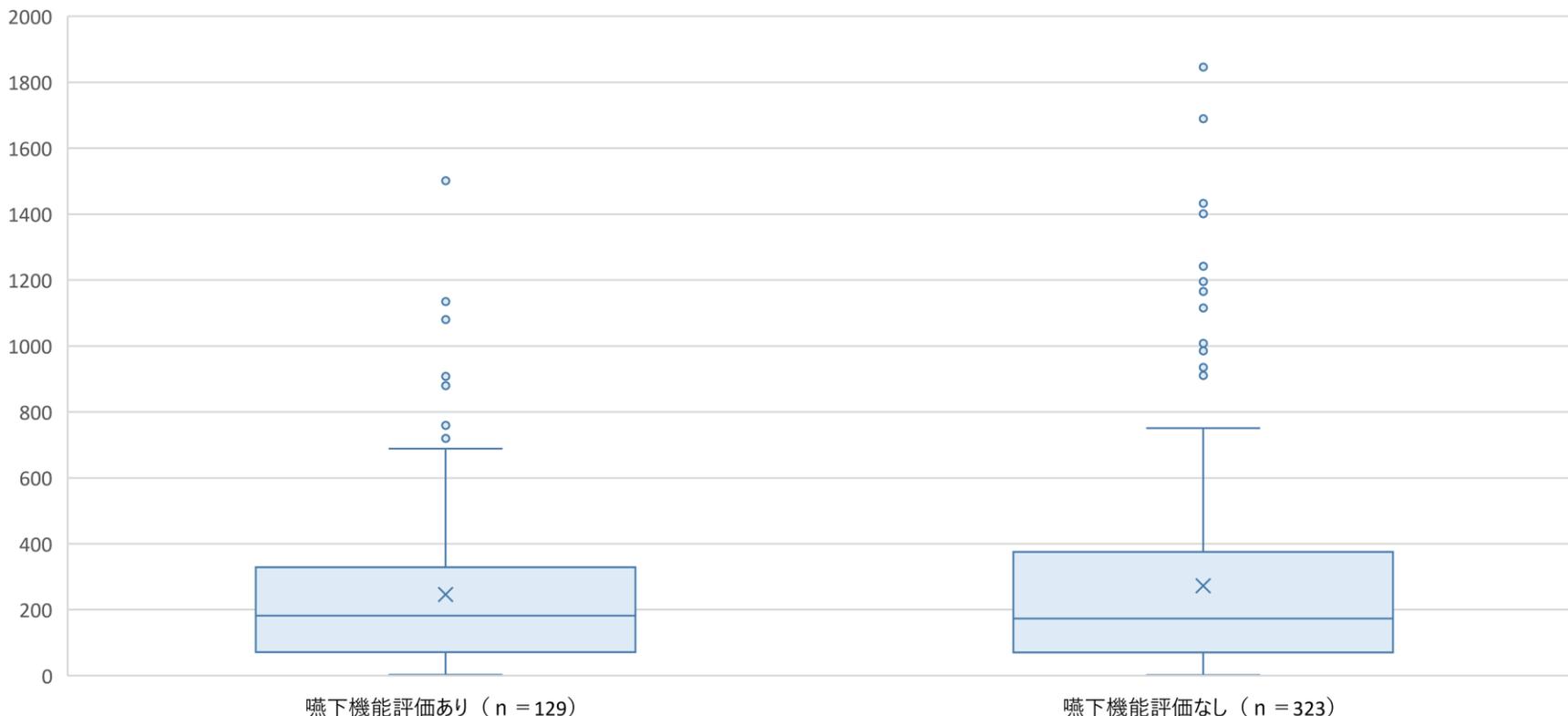


嚥下機能評価の有無別にみた中心静脈栄養開始からの日数

○ 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で分けた場合の中心静脈栄養開始からの日数は以下のとおり。平均値で見た場合、嚥下機能評価ありの方がなしと比較して開始からの日数が短い傾向であった。

診調組 入-1参考1
3 . 8 . 2 7

嚥下機能評価別_中心静脈栄養開始からの経過日数



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

	平均値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
嚥下機能評価あり (n = 129)	246.0	71.5	182	328.5
嚥下機能評価なし (n = 323)	272.3	70	173	375

嚥下機能評価の有無別にみた、中心静脈カテーテル抜去の見込み

診調組 入 - 1 参考 1
3 . 8 . 2 7

○ 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方がなしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。例として近日中～半年以内に抜去予定との回答を比較すると、評価ありは8%、評価なしは3%であった。

嚥下機能評価有無別にみた中心静脈カテーテル抜去の見込み

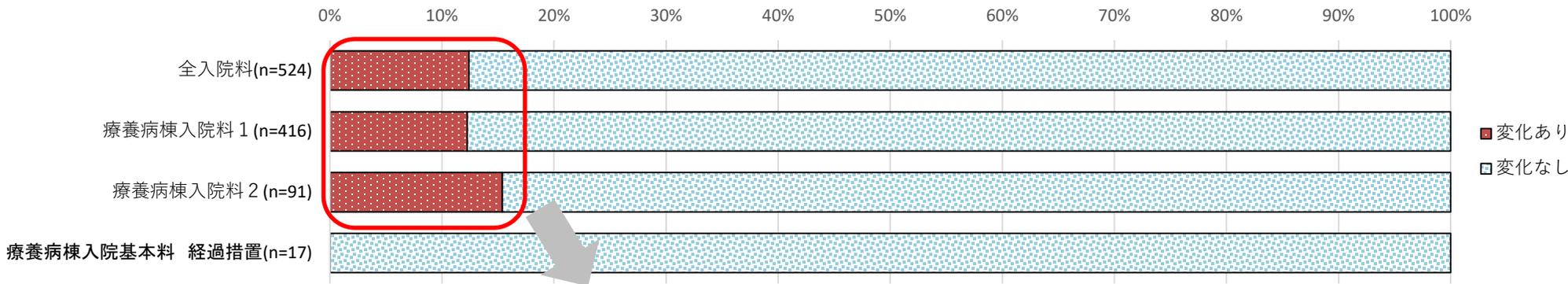


出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

中心静脈栄養の対象患者の変化について

○ 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。

中心静脈カテーテル挿入時の要件である、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことによる対象患者の変化

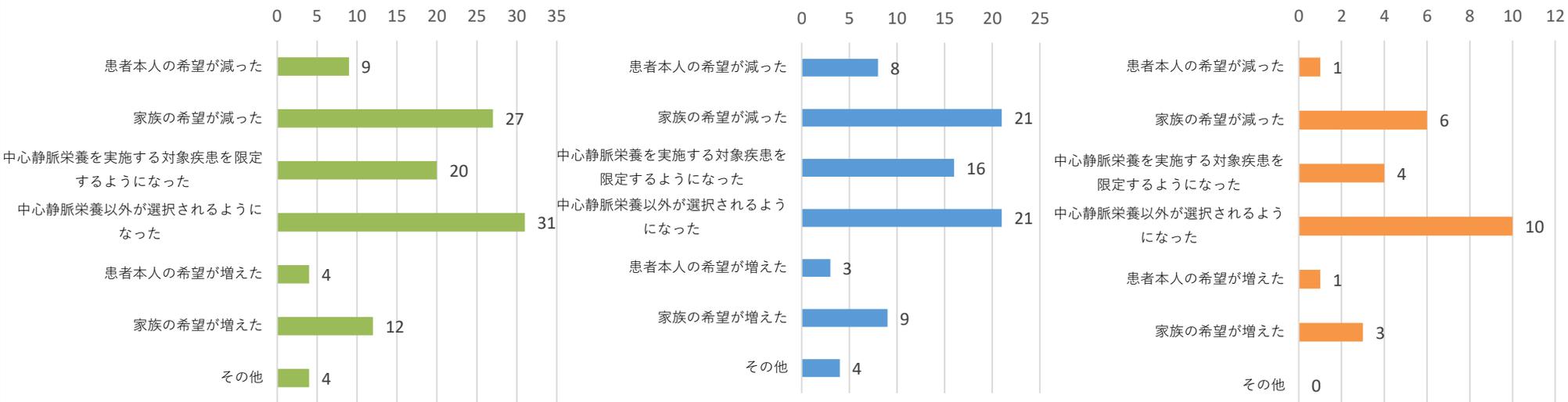


説明による変化があった場合の、中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の内容(複数回答)

全入院料(回答施設数：64、回答数：107)

療養病棟入院料 1(回答施設数：50、回答数：82)

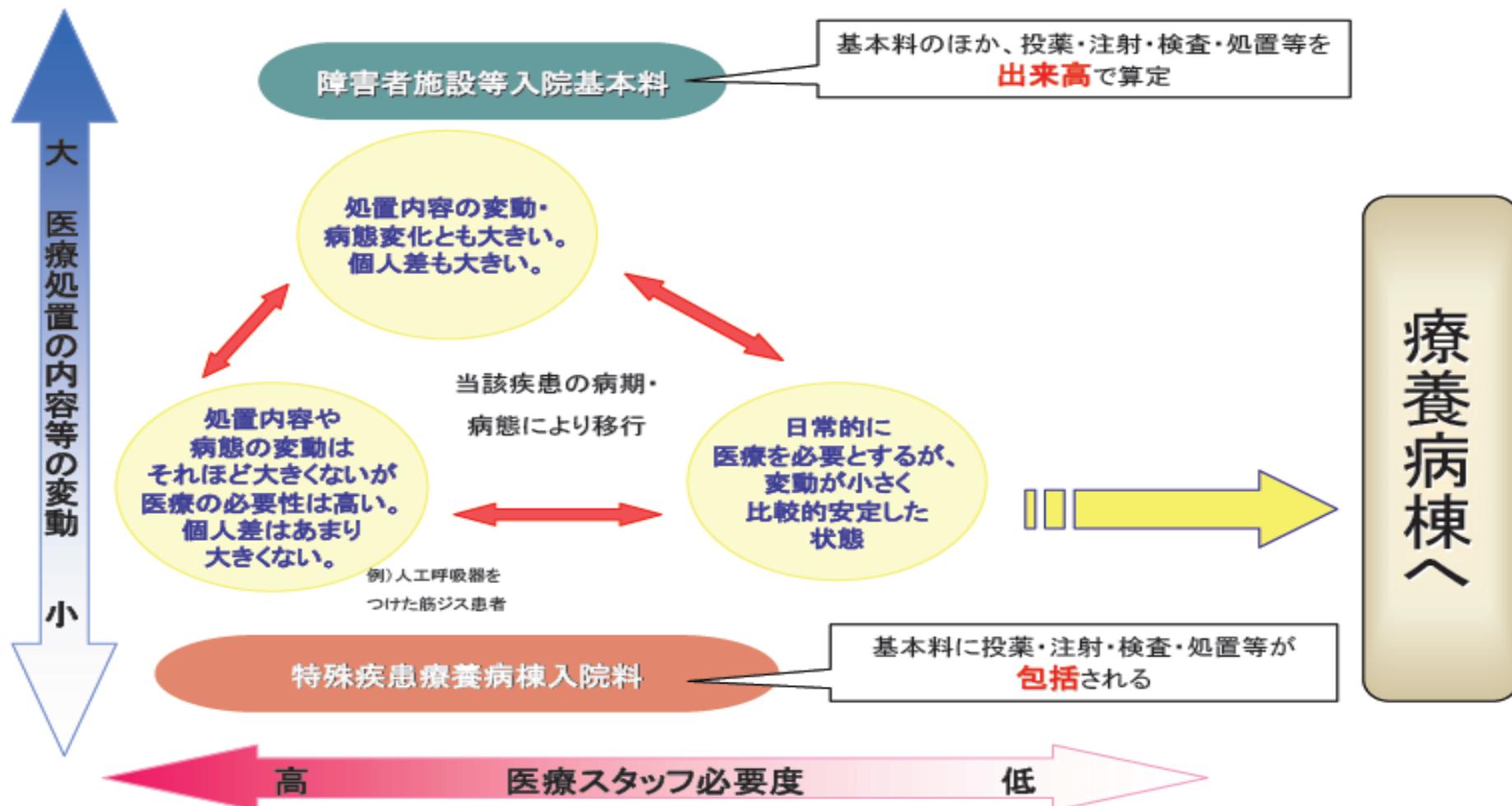
療養病棟入院料 2(回答施設数：14、回答数：25)



0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

H12

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

児童福祉法が規定する
・肢体不自由児施設
・重症心身障害児施設
・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

○重度の肢体不自由児(者)
○脊髄損傷等の重度障害者
○重度の意識障害者
○筋ジストロフィー患者
○難病患者等
これらの患者が概ね7割以上

<障害者施設等入院基本料の特徴>

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
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は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した

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設
(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16 平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

H20 平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

H28 平成28年度診療報酬改定

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は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した

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
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
→投薬・注射・処置等が包括払い

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は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。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

診調組 入-1
3 . 8 . 6

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2~4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	
看護配置		7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上		
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—			
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	—	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上		
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟		
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			褥瘡の評価			
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点		
	重度の意識障害者(脳卒中後)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点	1,748～751点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括		
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

診調組 入-1
3 . 8 . 6

障害者施設等入院基本料

- 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者等

上記患者が概ね7割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料

- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 神経難病患者

上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料2

- 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者

ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く

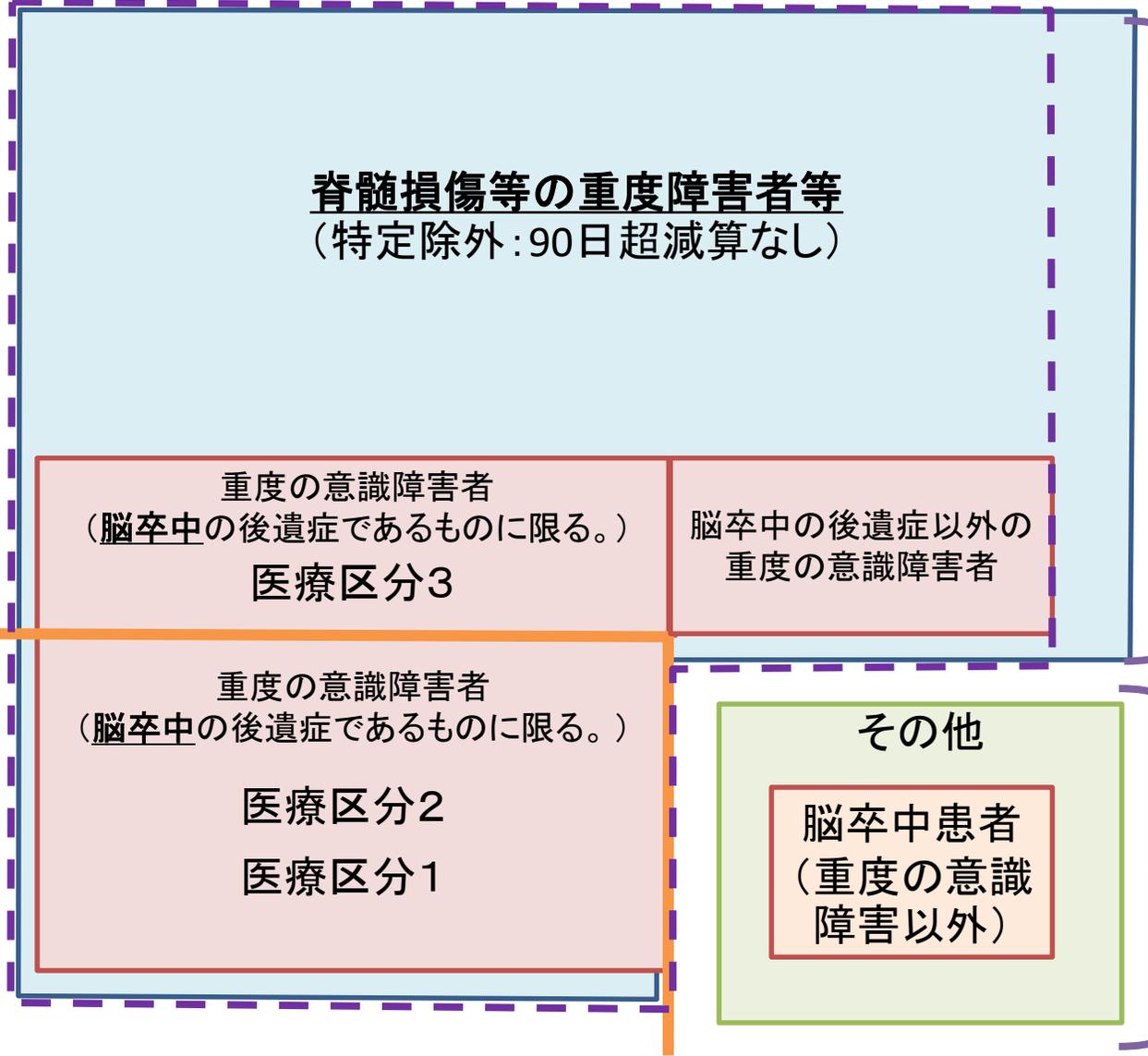
上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

障害者施設等入院基本料の対象患者と算定する入院料の関係（イメージ）

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

全入院患者

対象患者
入院患者のうち、
おおむね7割
以上



障害者施設等
入院基本料

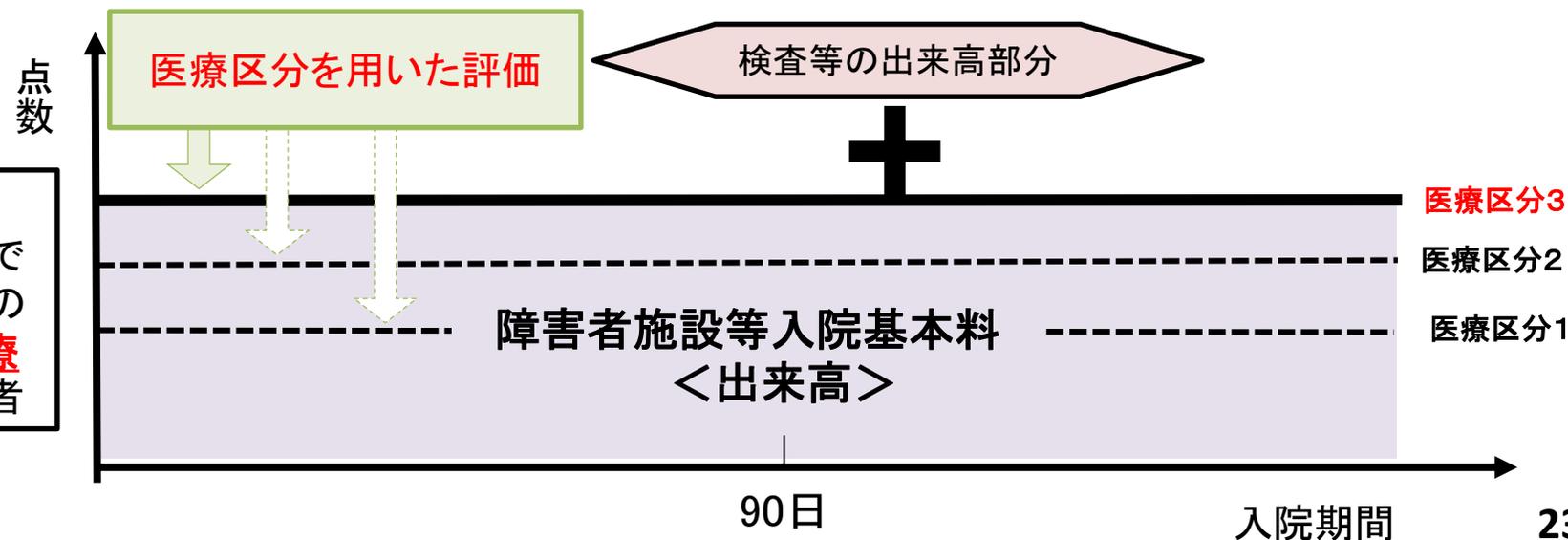
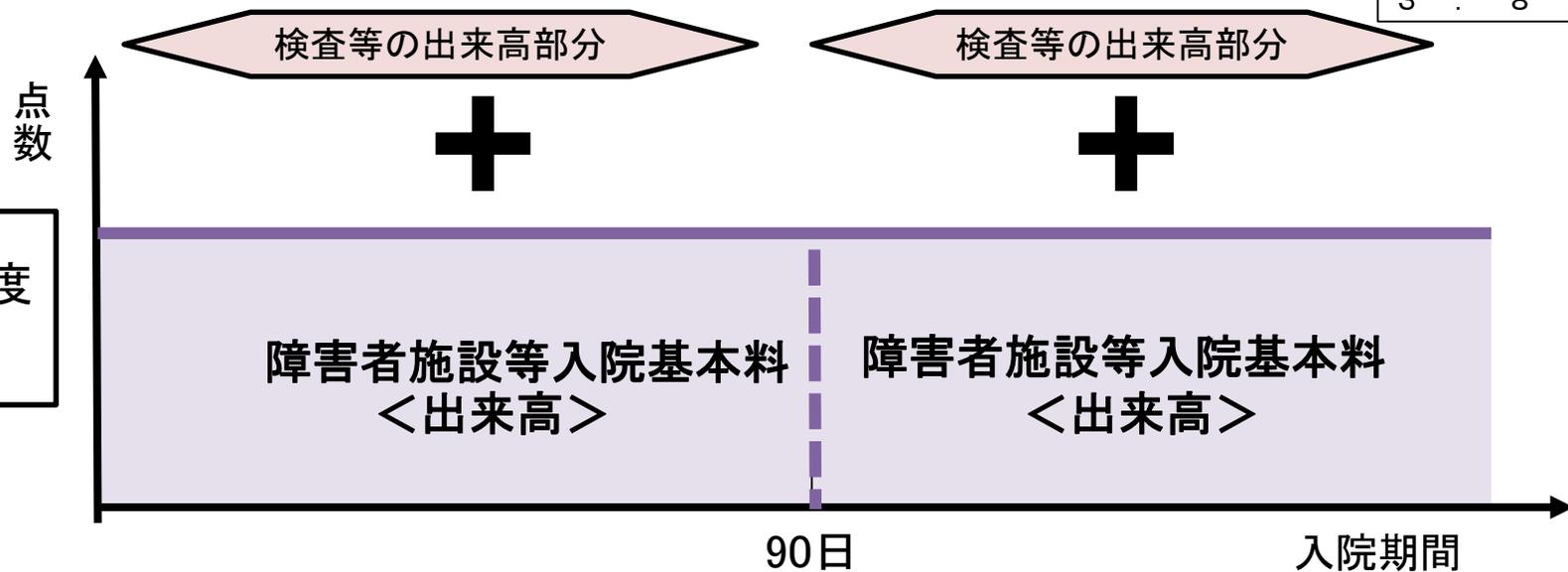
療養病棟入
院基本料
の評価体系を
踏まえた評価

障害者施設等
入院基本料

障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。

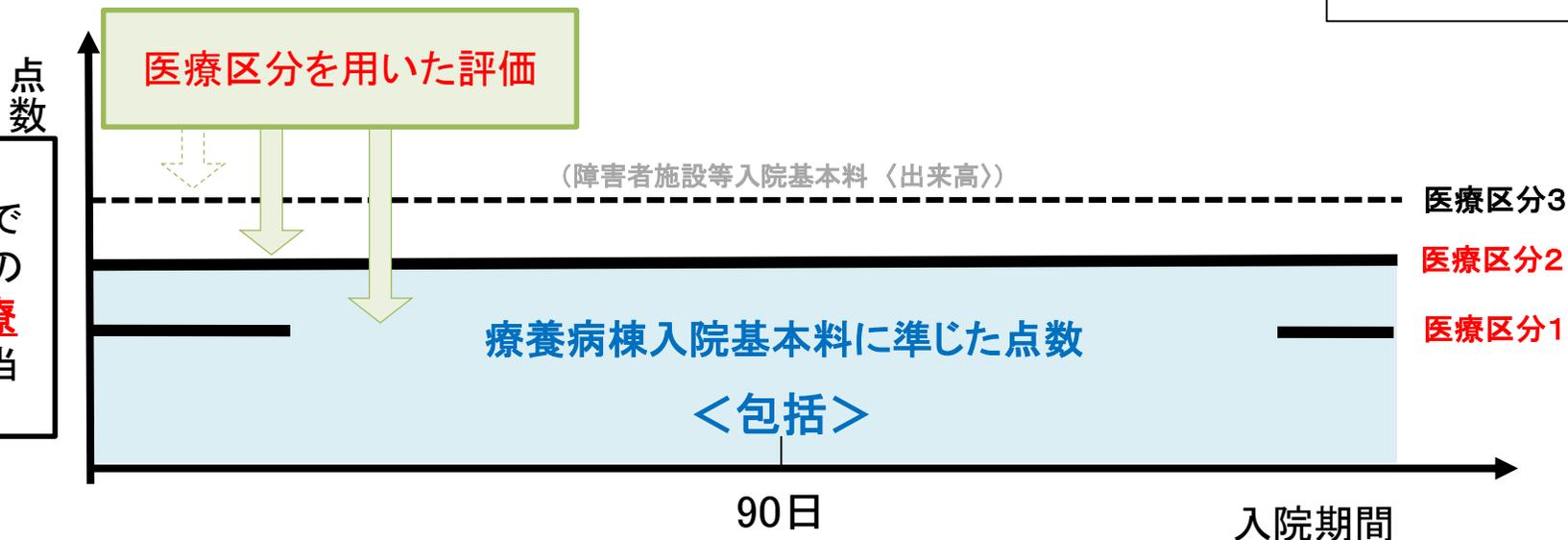
診調組	入	-	1
3	8	.	6



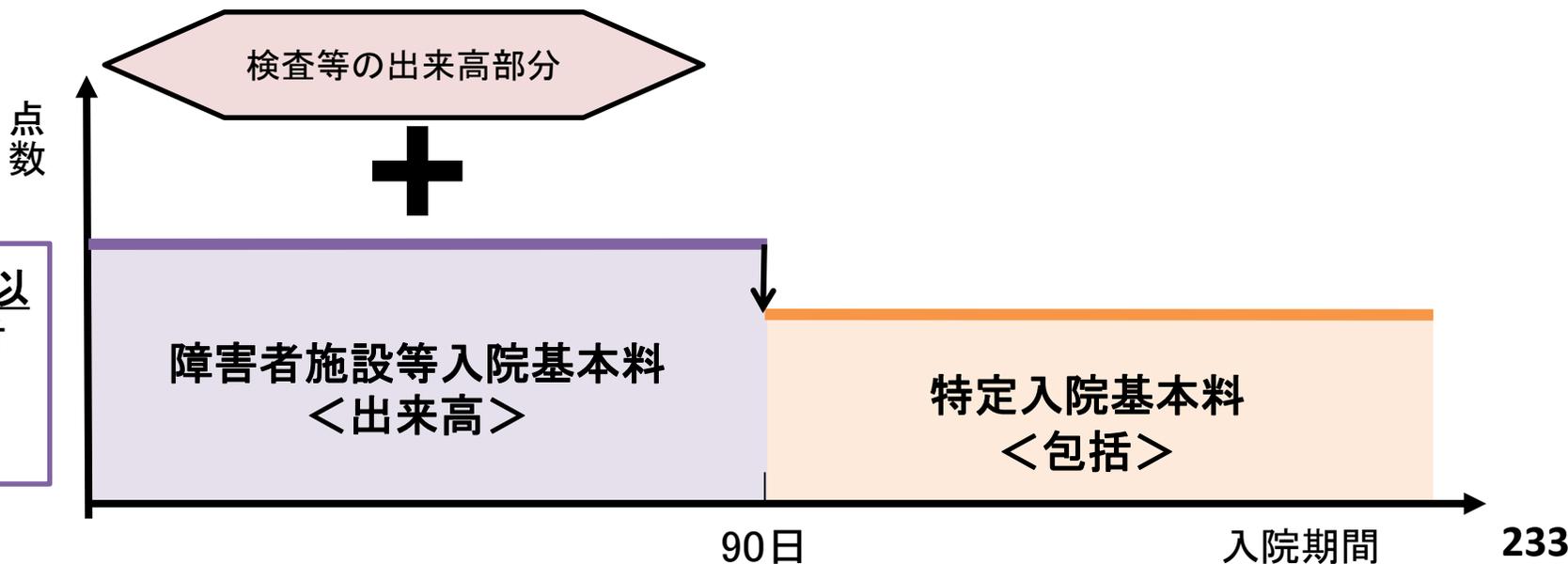
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。

診調組	入	-	1	
3	.	8	.	6



重度の意識障害
(**脳卒中の後遺症**であるものに限る。)の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者



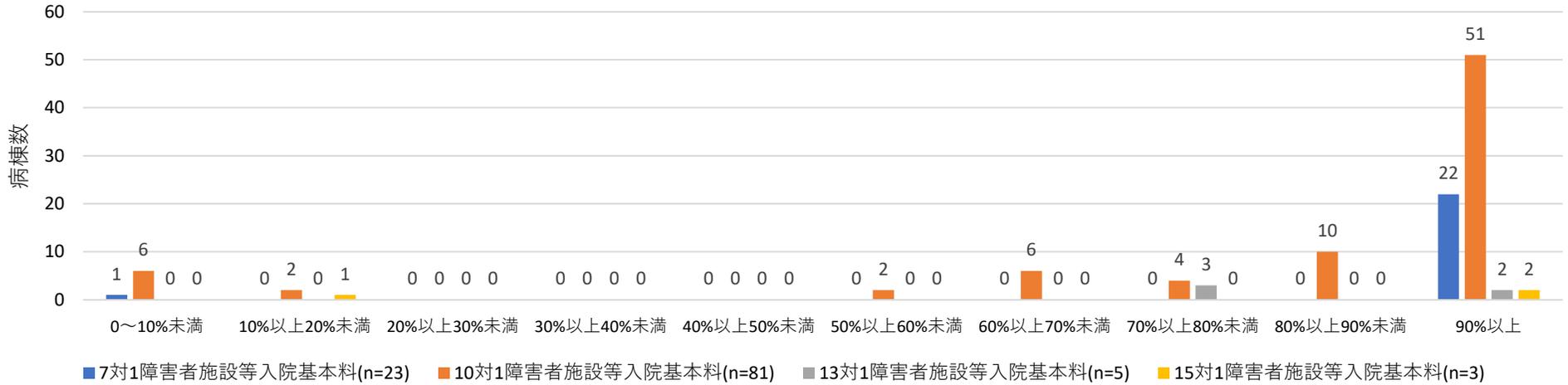
重度の意識障害以外の脳卒中患者
及び
その他の患者

障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の対象患者割合の分布

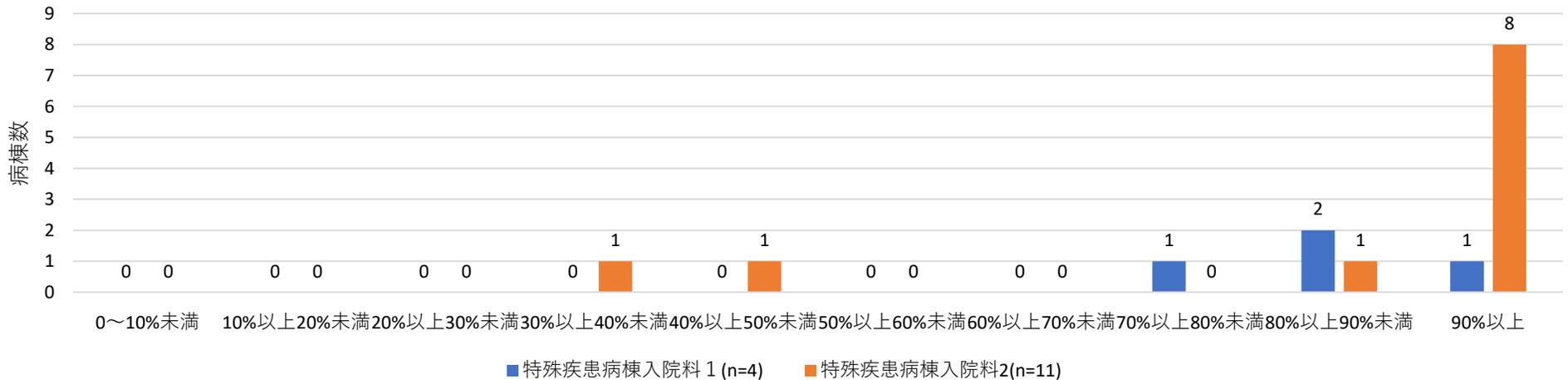
○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟における対象患者割合は90%以上が最も多かった。一方で70%を下回る病棟も存在していた。

診調組入-1
3 . 8 . 6

障害者施設等入院基本料の対象患者割合10月（病棟票）



特殊疾患病棟入院料・管理料の対象患者割合10月（病棟票）



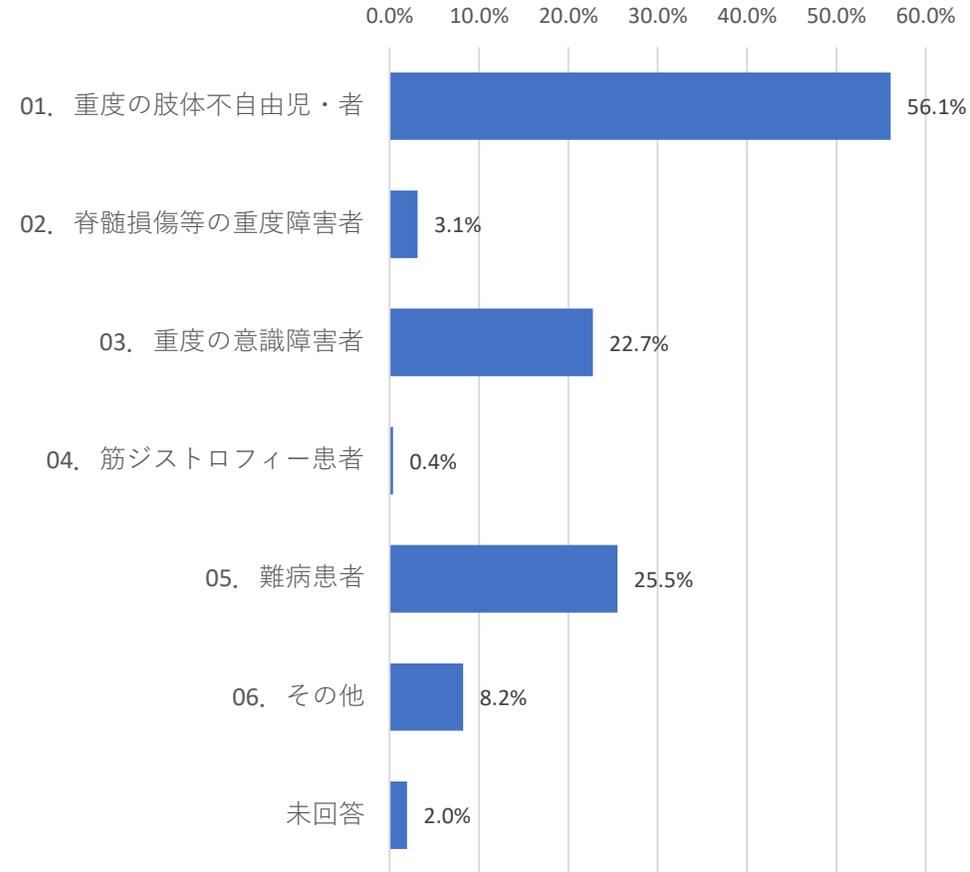
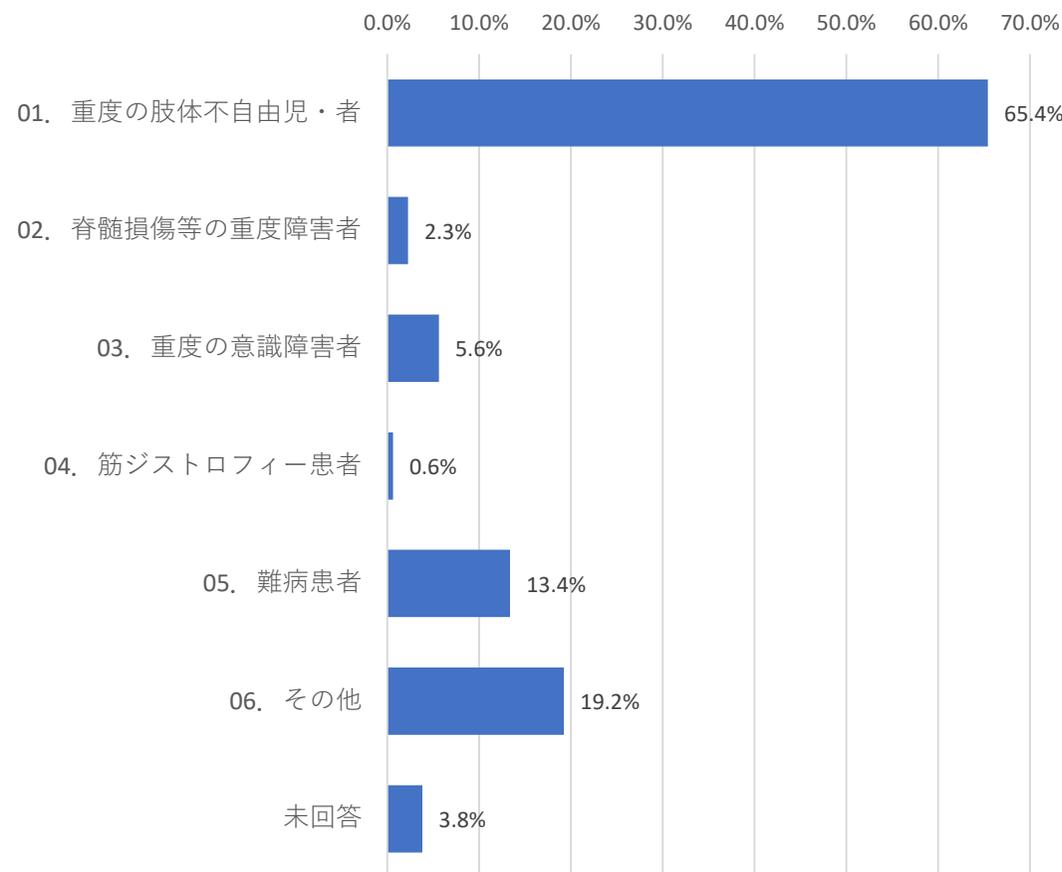
障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の 対象疾患ごとの該当割合の分布

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者に該当する者が多かった。一方で、その他の患者も一定程度存在した。

障害者施設等入院基本料を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合 (n = 1,720) (該当するもの複数選択)

特殊疾患病棟入院料等を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合 (n = 255) (該当するもの複数選択)

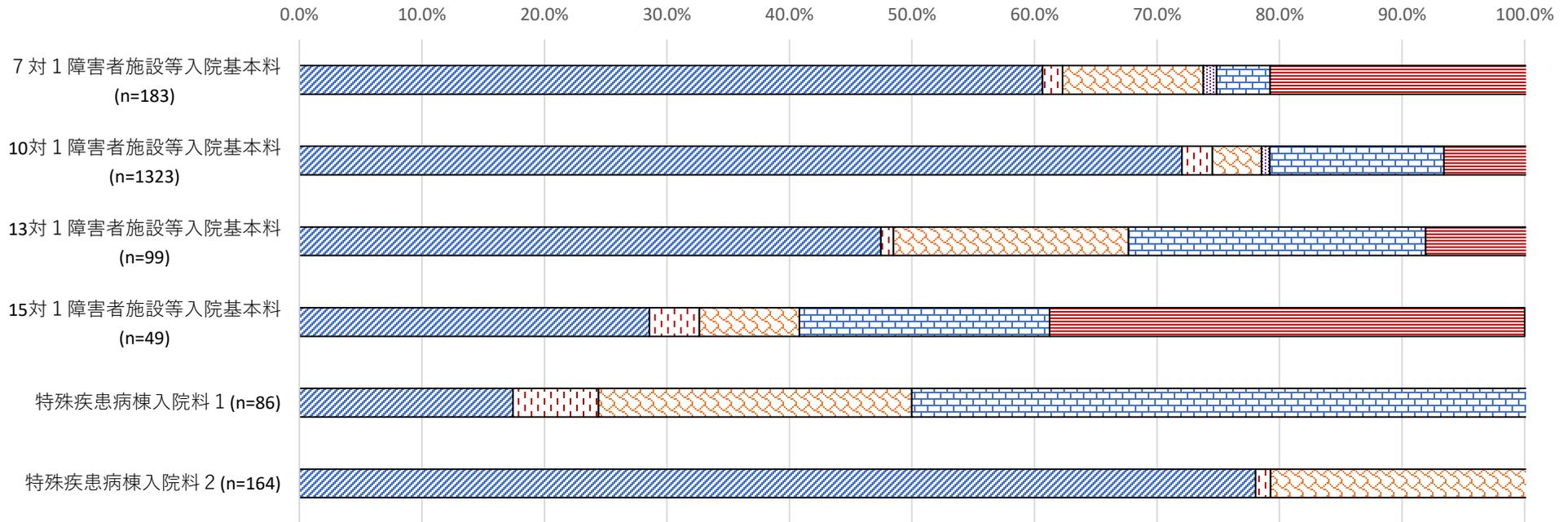


障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の対象患者

○入院料毎の対象疾患への該当割合は以下のとおりであった。15対1障害者施設等入院基本料において、「その他」患者が多い傾向であった。

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

入院料別 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当患者の割合
(該当するもの複数選択)

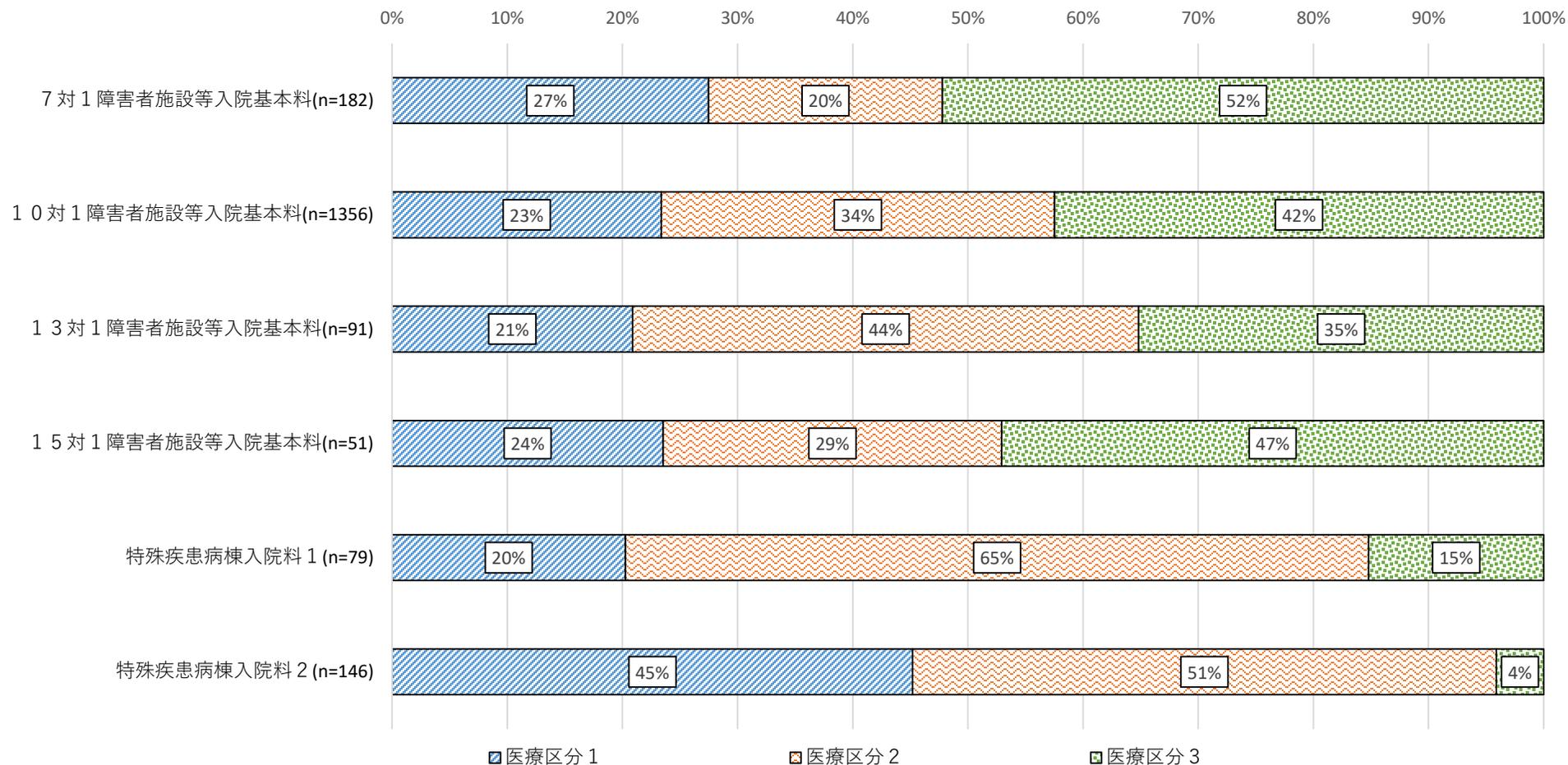


- 重度の肢体不自由児・者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）
- 重度の意識障害者
- 難病患者

- 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）
- 筋ジストロフィー患者
- その他

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療区分

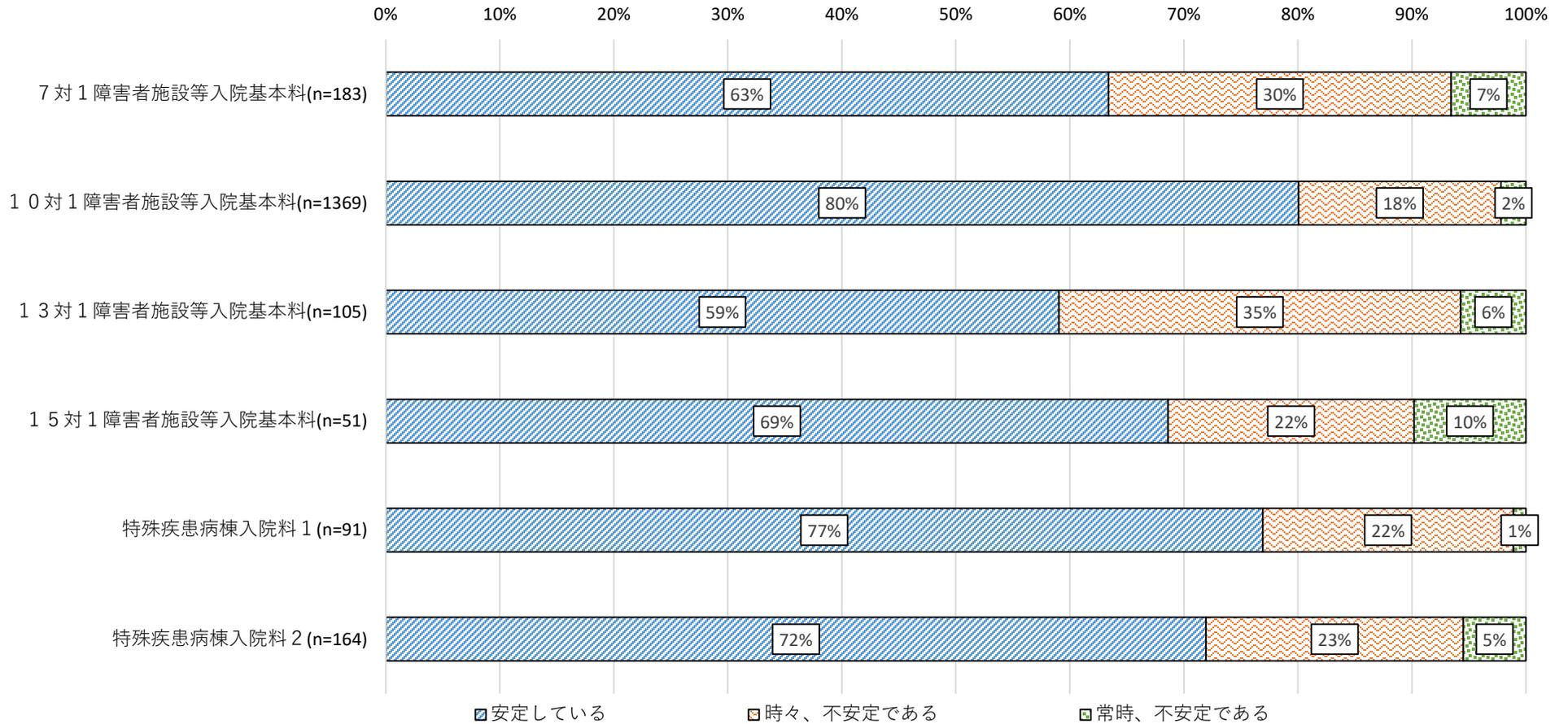
○入院料毎の患者の医療区分は以下のとおりであった。障害者施設等入院基本料においては、医療区分3の患者が約4～5割程度存在していた。特殊疾患病棟入院料においては、ほとんどが医療区分1・2の患者であった。



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療的な状態

○入院料毎の患者の医療的な状態は以下のとおりであった。安定している患者がどの入院料でも多い一方、不安定な患者も存在した。

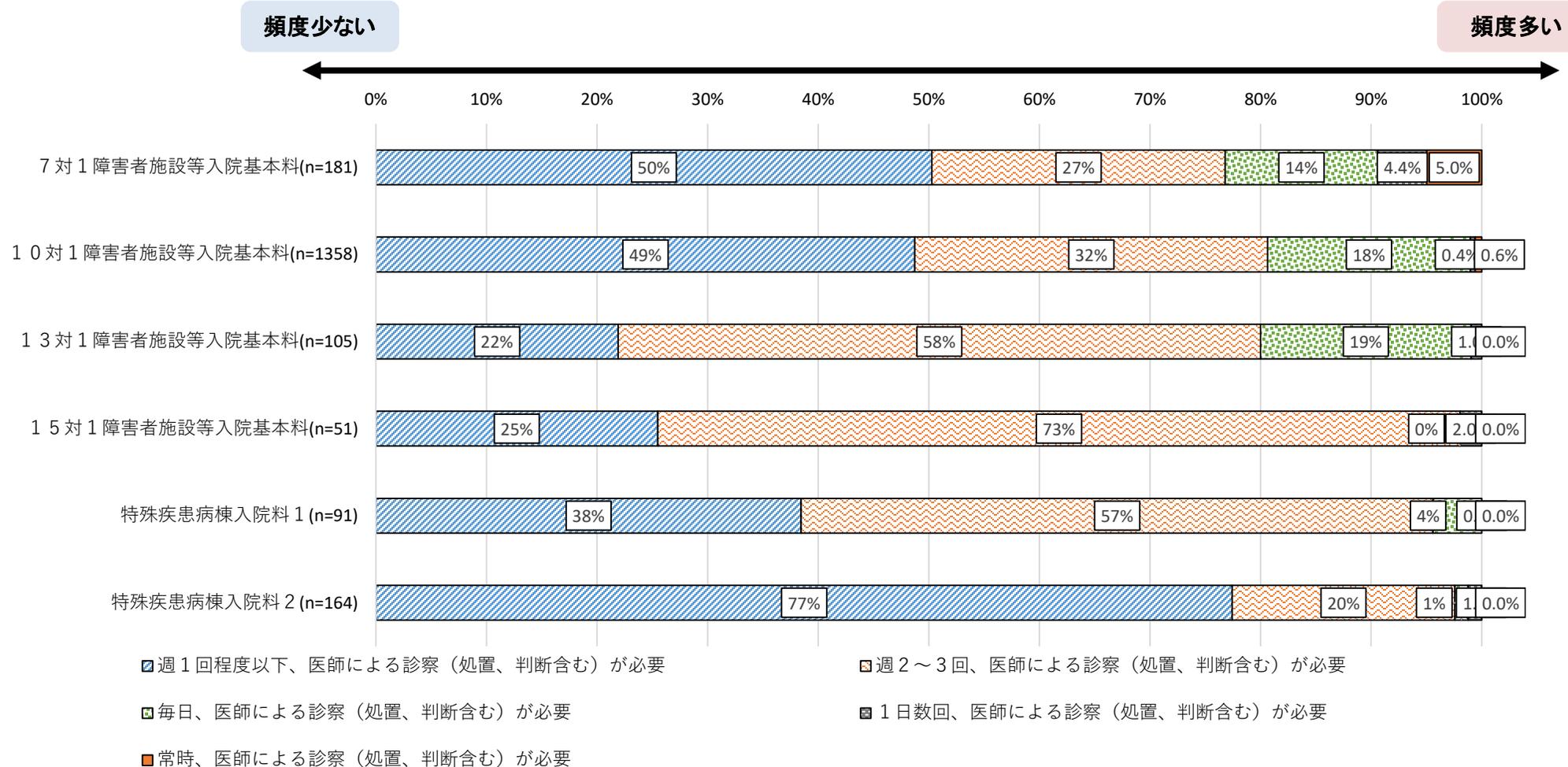
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6



医師による診察の頻度

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

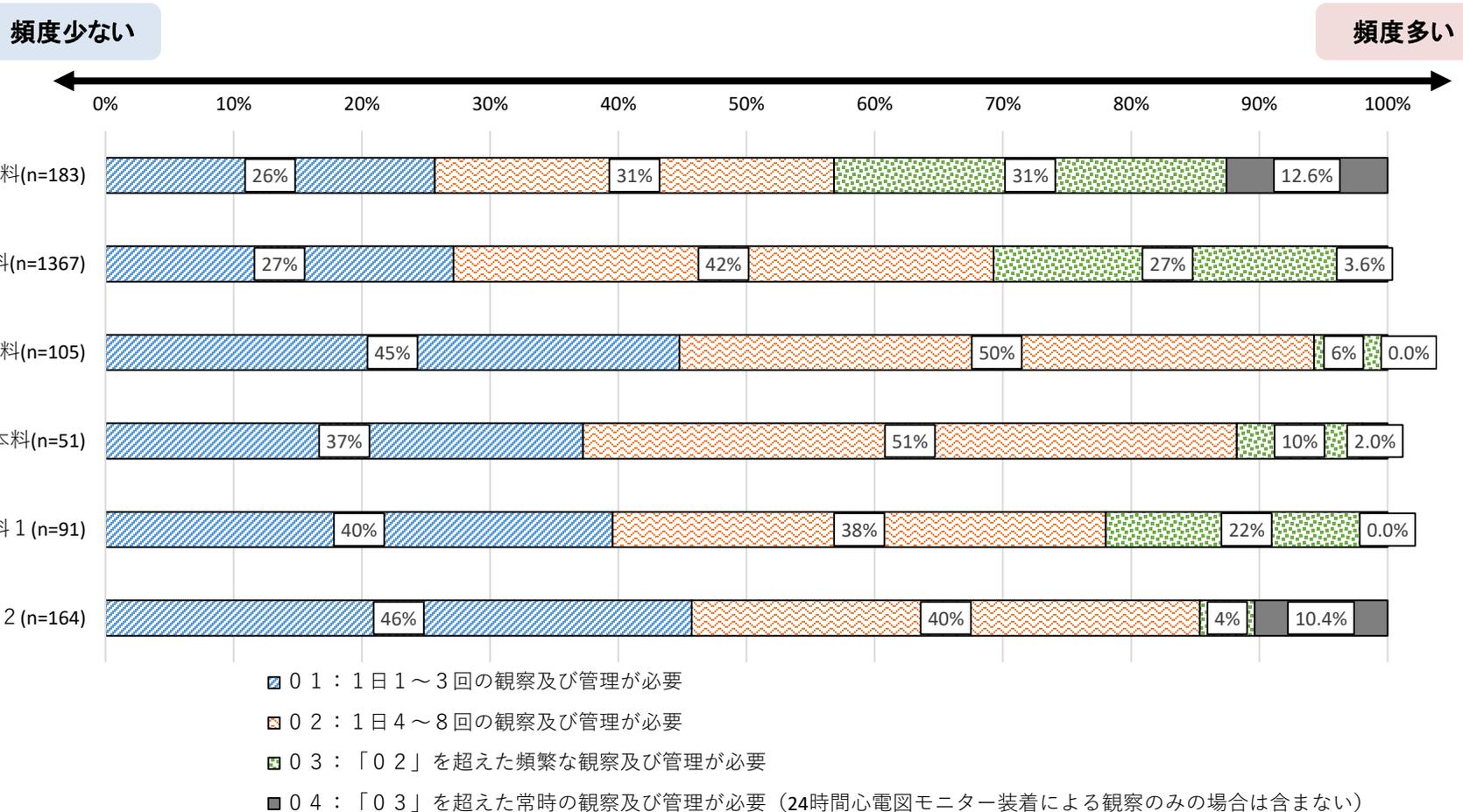
○入院料毎の患者への医師による診察の頻度は以下のとおりであった。



看護師による看護提供の頻度

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

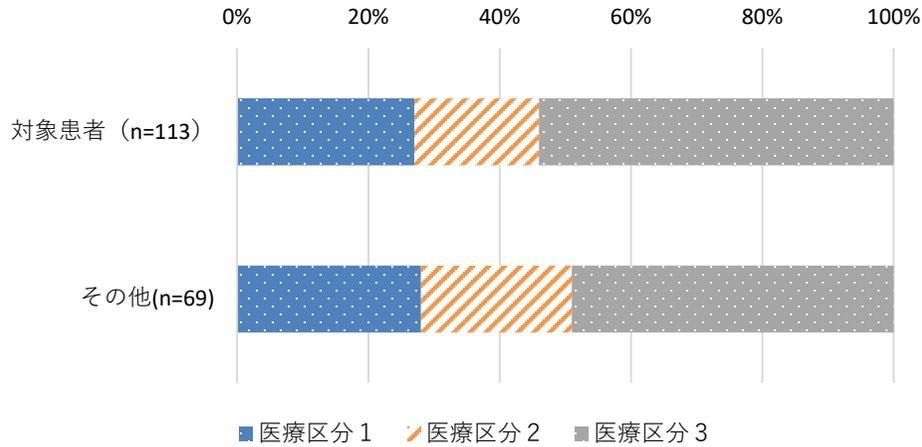
○入院料毎の患者への看護師による看護提供の頻度は以下のとおりであった。7対1及び10対1の障害者施設等入院基本料は他の入院料と比較して、(1日9回以上の)頻繁な観察及び管理が必要との回答が多かった。



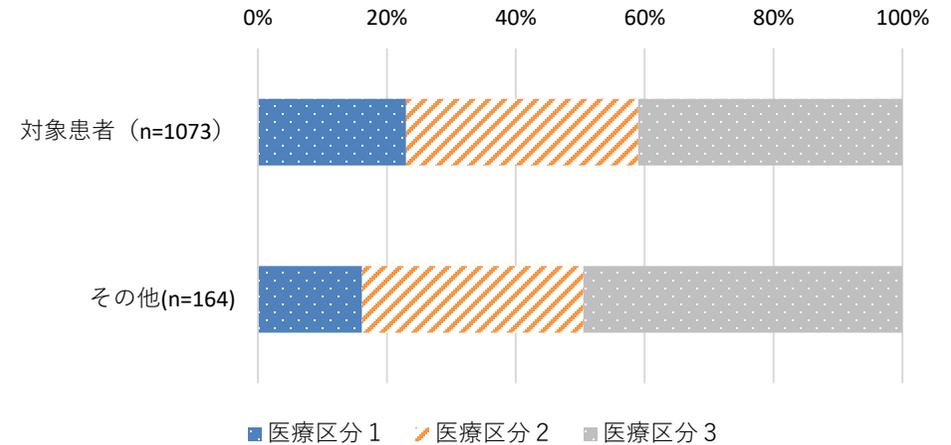
障害者施設等入院基本料の医療区分

○ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、「対象患者」と「その他」を分けた場合の医療区分は以下のとおり。

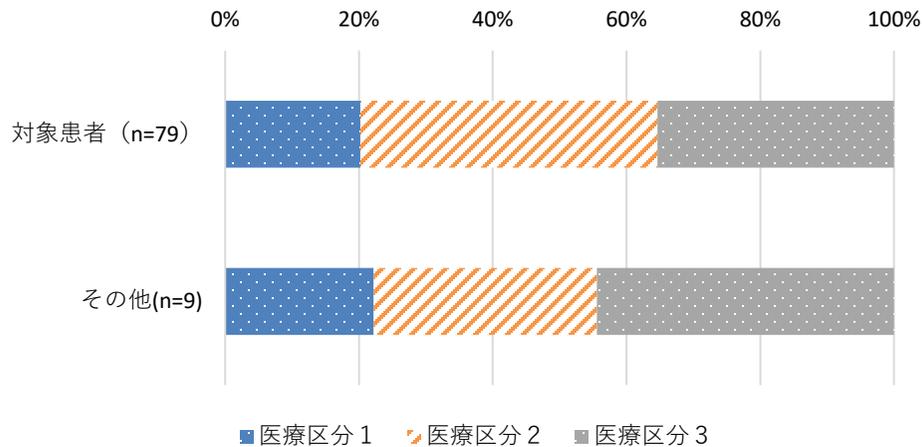
7対1



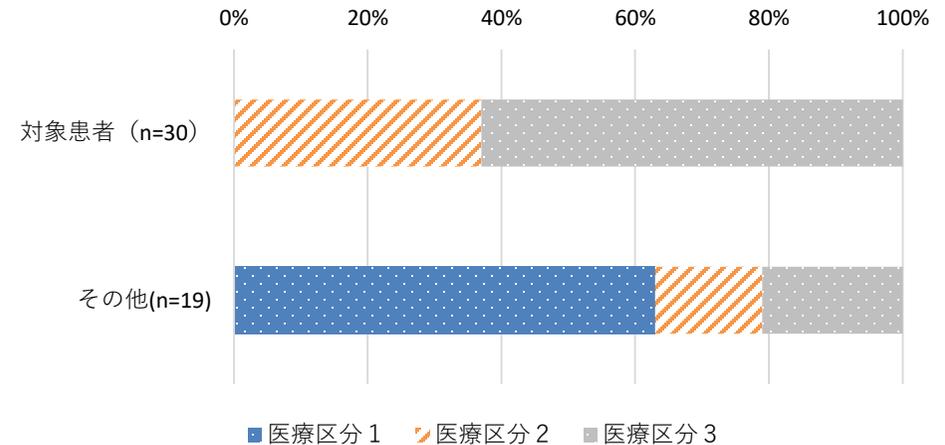
10対1



13対1

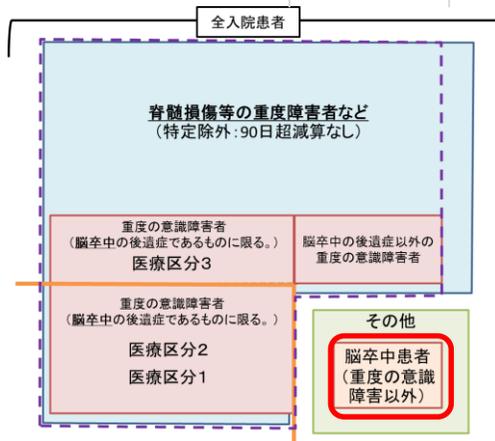
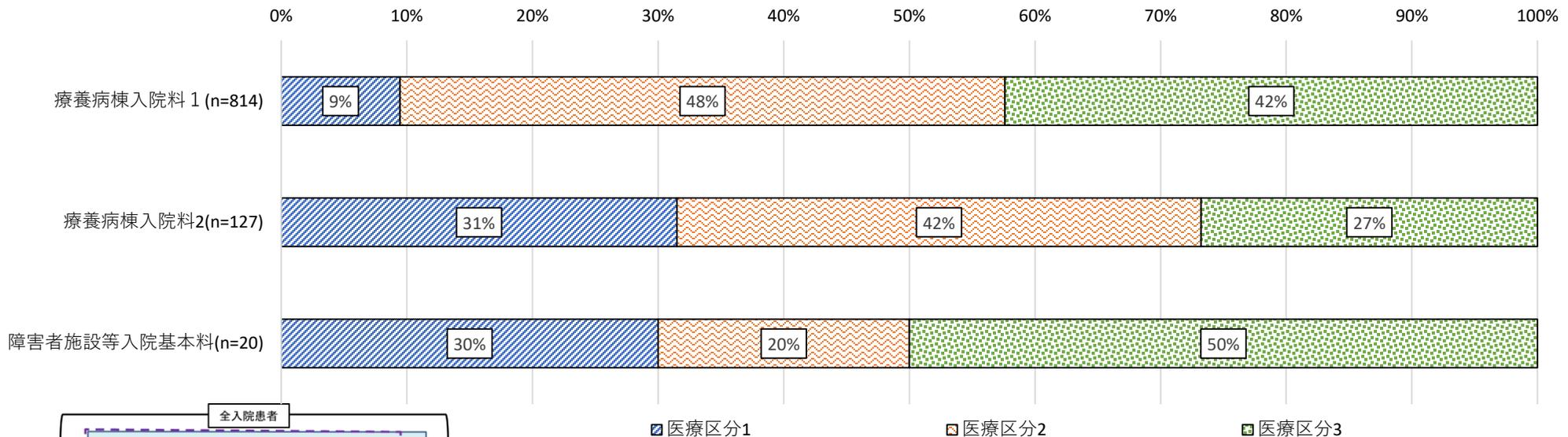


15対1



脳卒中患者（※）における医療区分

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者（※）の医療区分と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者（※）の医療区分を比較した。
- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院料1では約10%、入院料2では約30%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では30%程度であった。

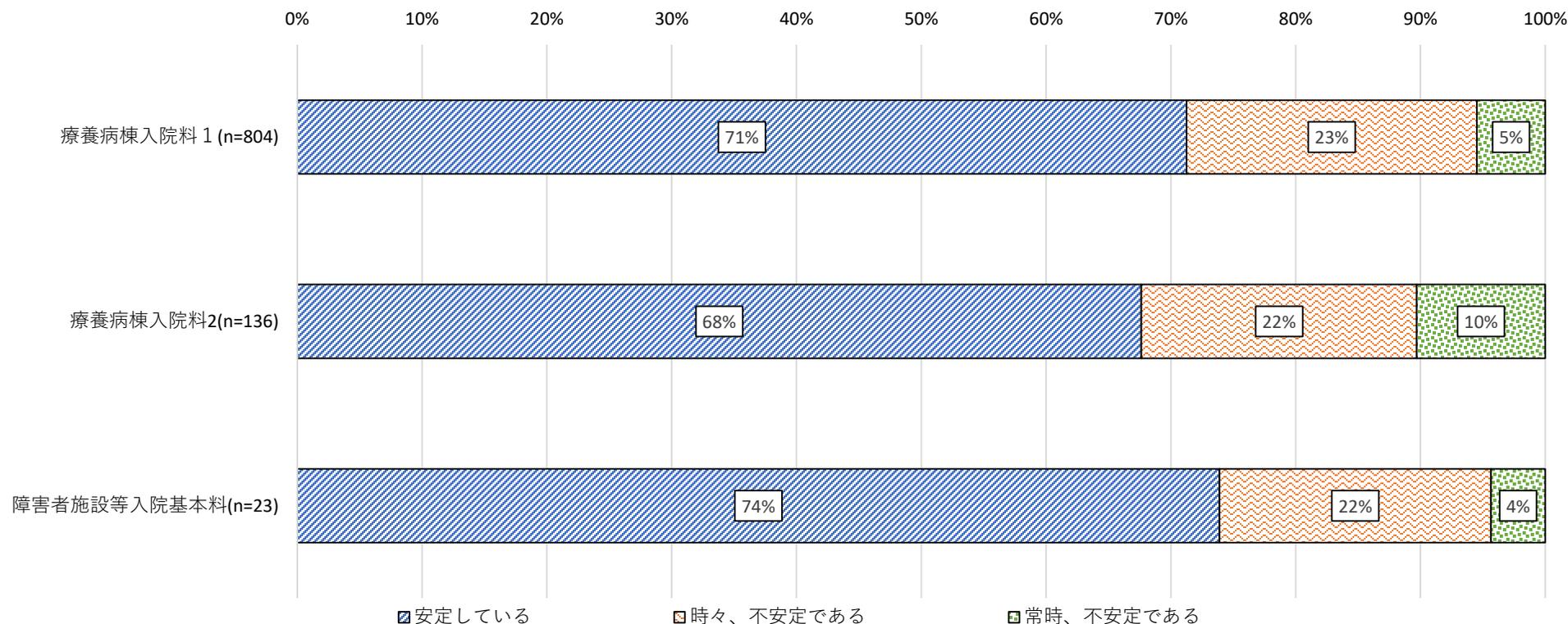


（※）
 主病名が脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管障害の患者とした。なお、障害者施設等入院基本料については、入院料における対象患者以外の患者のうち、脳卒中患者（左図のうち赤枠部分。）を対象とした。以降のスライドにおける「脳卒中患者」も同様。

脳卒中患者における医療的な状態

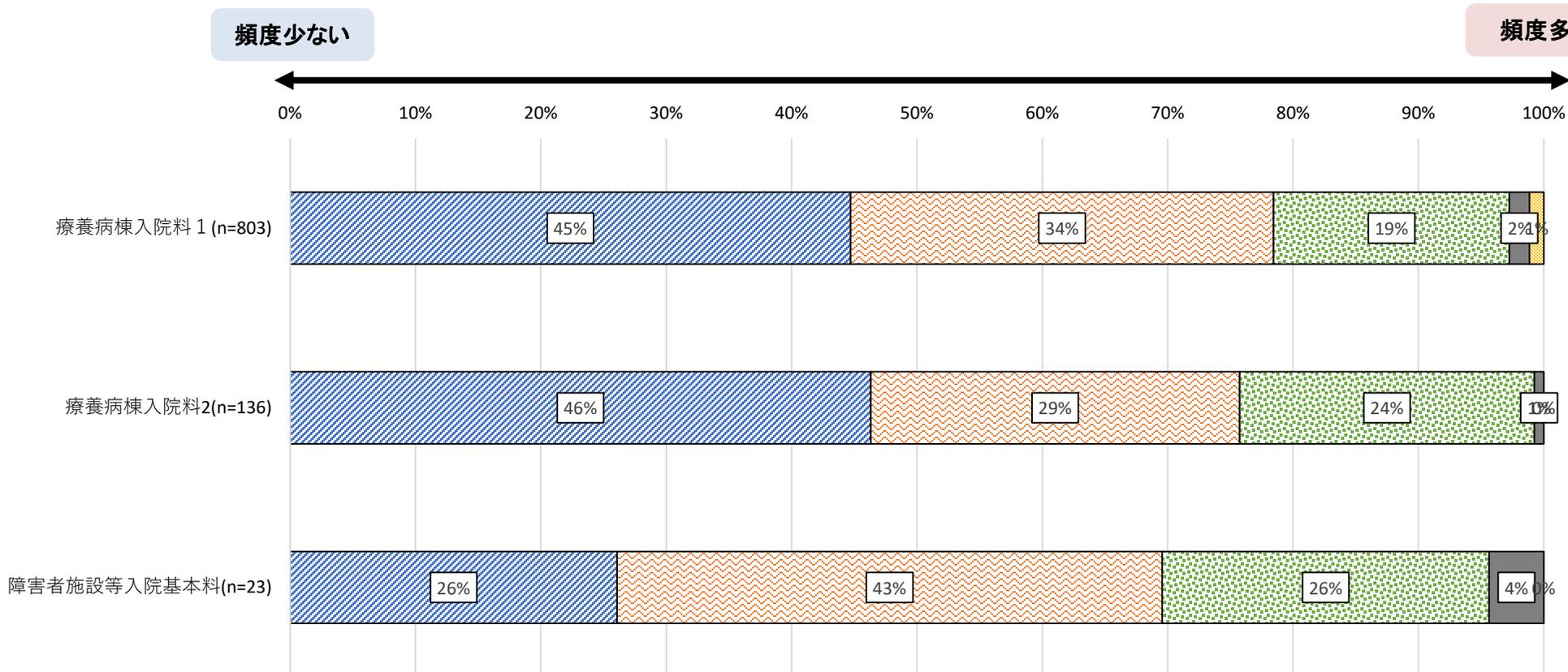
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医療的な状態と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医療的な状態を比較した。
- 「安定している」患者の割合は療養病棟入院料1では71%、入院料2では68%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では74%であった。



脳卒中患者における医師による診察の頻度

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医師による診察の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医師による診察の頻度を比較した。
- 「週1回程度以下」及び「週2～3回」医師による診察が必要な患者の割合は、療養病棟入院料1では79%、入院料2では75%となっており、障害者施設等入院基本料の病棟では69%であった。

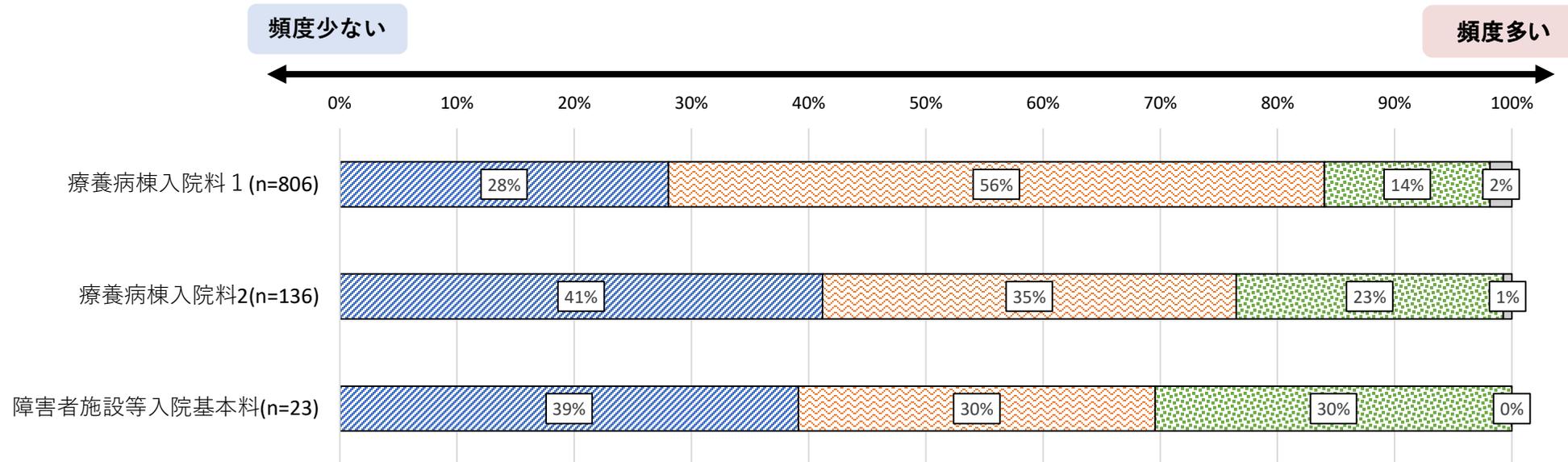


- 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

脳卒中患者における看護師による看護提供の頻度

診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度を比較した。
- 「1日1～3回の観察及び管理が必要」な患者の割合は療養病棟入院料1では28%、入院料2では41%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では39%であった。



- 01 : 1日1～3回の観察及び管理が必要
- 02 : 1日4～8回の観察及び管理が必要
- 「02」を超えた頻繁な観察及び管理が必要
- 「03」を超えた常時の観察及び管理が必要 (24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない)

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

救急医療管理加算の概要

中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

1 救急医療管理加算1 950点

2 救急医療管理加算2 350点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～ケいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからケまでに準ずる重篤な状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

コ その他重症な状態(加算2のみ)

【施設基準】(抜粋)

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

(4) 施設基準に係る届出を行うこと。

救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送入院のうち救急医療管理加算が算定された患者の割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%及び60%以上の医療機関割合が上昇した。
- 救急医療管理加算の算定患者のうち加算2が占める患者割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%の医療機関割合が上昇し、患者割合が40%以上の医療機関割合も上昇した。

救急搬送入院のうち

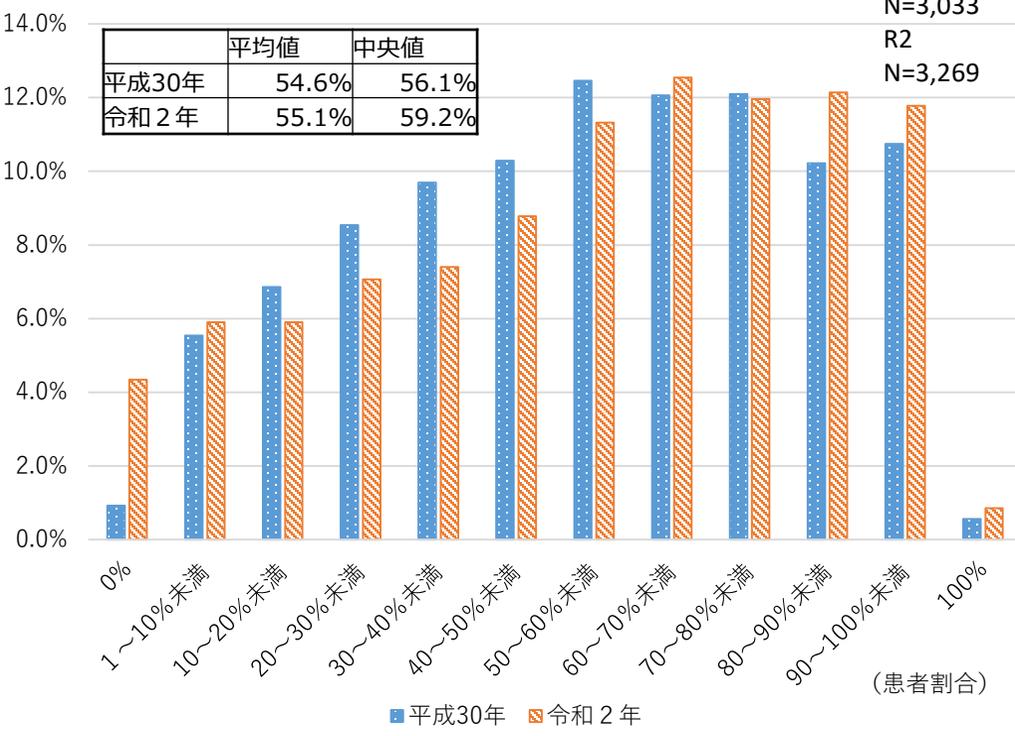
救急医療管理加算の算定患者割合ごとの

(医療機関割合)

医療機関割合

H30
N=3,033
R2
N=3,269

	平均値	中央値
平成30年	54.6%	56.1%
令和2年	55.1%	59.2%



救急医療管理加算

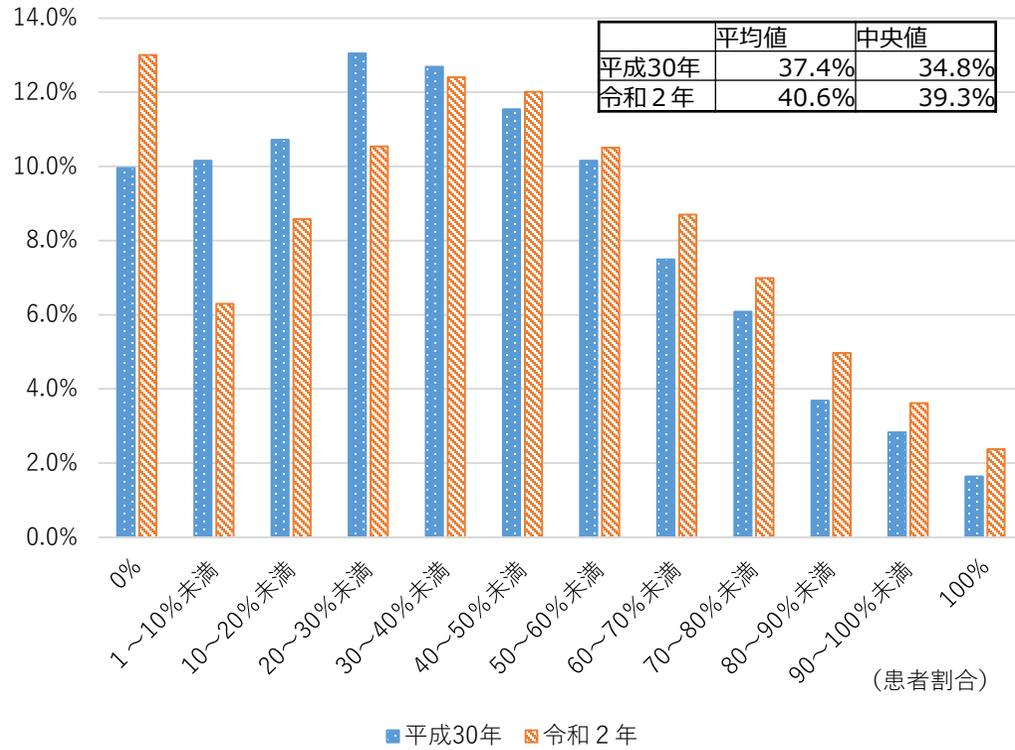
算定患者のうち救急医療管理加算2が占める

H30
N=3,042
R2
N=3,321

患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)

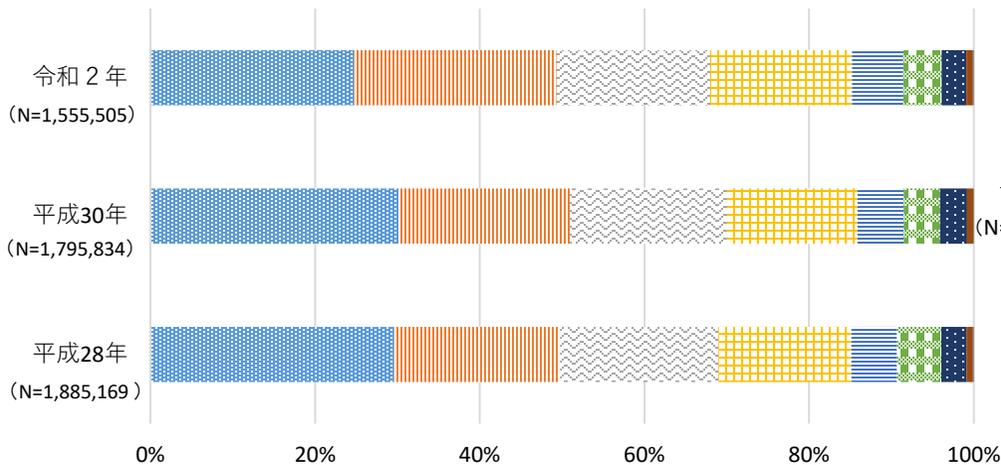
	平均値	中央値
平成30年	37.4%	34.8%
令和2年	40.6%	39.3%



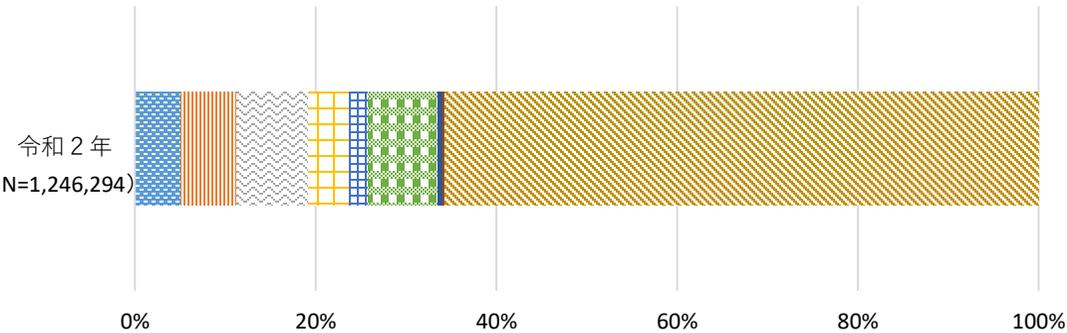
救急医療管理加算の状態の内訳

- 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「イ.呼吸不全又は心不全で重篤な状態」及び「ケ.緊急手術緊急カテーテル治療・検査又はtPAを必要とする状態」が多く、これら2項目で全体の約半数を占めていた。
- 救急医療管理加算2の対象患者の状態の内訳をみると、「コ.その他の重症な状態」が最も多く、60%以上を占めていた。

救急医療管理加算1の状態の内訳



救急医療管理加算2の状態の内訳



- 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
- ⊗ 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- ⊕ 意識障害又は昏睡
- ± 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ショック
- 急性薬物中毒
- 広範囲熱傷

- 呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態
- 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態に準ずる状態
- ⊗ 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態に準ずる状態
- ⊕ 意識障害又は昏睡に準ずる状態
- ± 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）に準ずる状態
- 外傷、破傷風等で重篤な状態に準ずる状態
- ショックに準ずる状態
- 急性薬物中毒に準ずる状態
- 広範囲熱傷に準ずる状態
- その他の重症な状態

「意識障害又は昏睡」の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCS0の患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

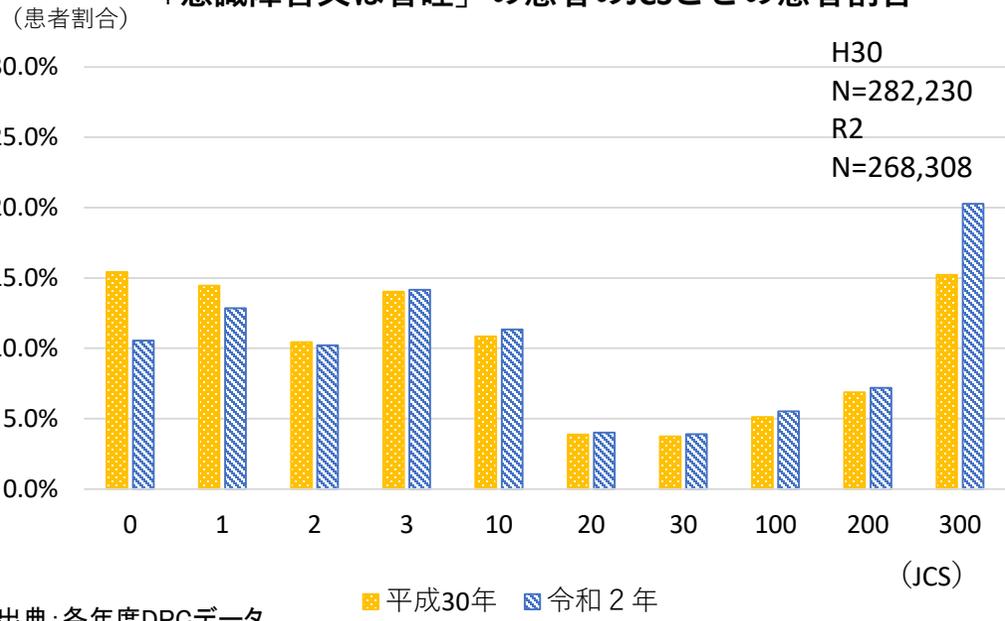
(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典: 脳卒中ガイドライン2009

<p>I. 刺激しなくても覚醒している状態 (1桁の点数で表現)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 意識清明 1 意識清明とはいえない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない 	<p>II. 刺激をすると覚醒する状態 (2桁の点数で表現)</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 普通の呼びかけで容易に開眼する 20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する 	<p>III. 刺激しても覚醒しない状態 (3桁の点数で表現)</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる 300 痛み刺激に全く反応しない
--	---	---

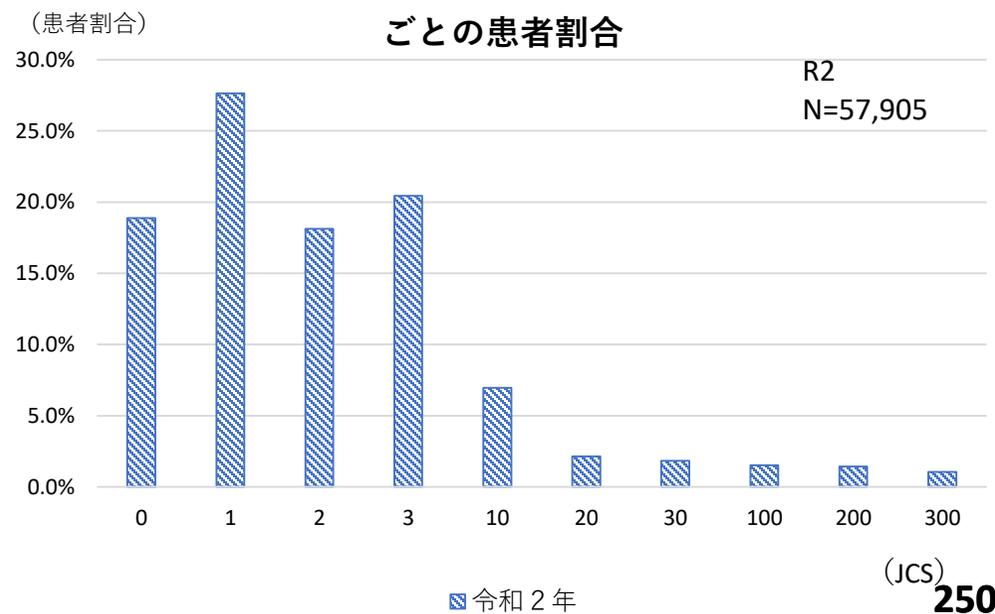
救急医療管理加算1 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



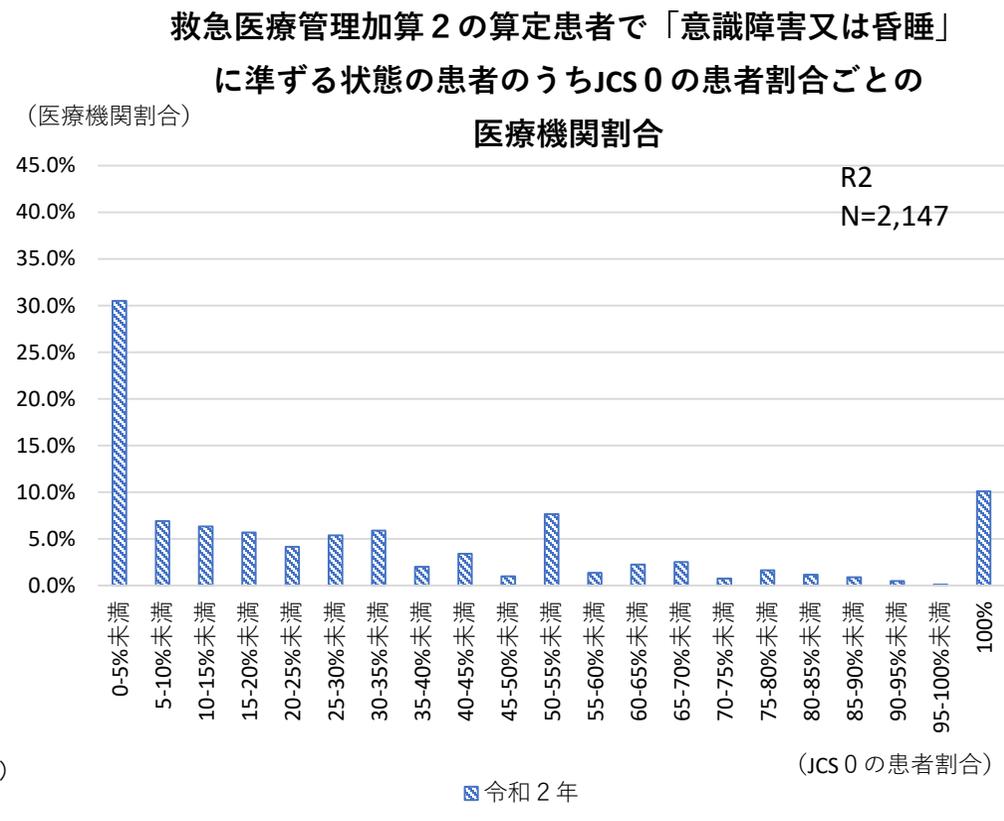
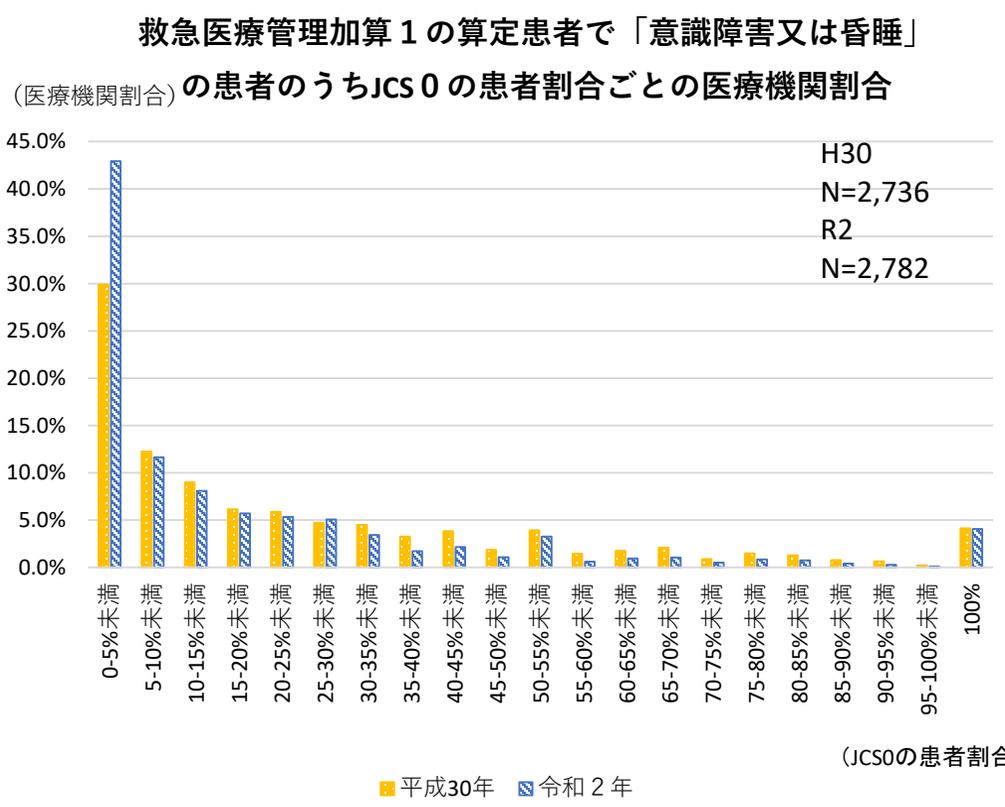
救急医療管理加算2 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS



「意識障害又は昏睡」の患者について②

- 救急医療管理加算1が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、各年共に0-5%未満の医療機関の割合が最も高く、改定後には増加した。
- 救急医療管理加算2が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHA I、IIの患者の割合が低下し、NYHA III、IVの患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

(参考) NYHA心機能分類

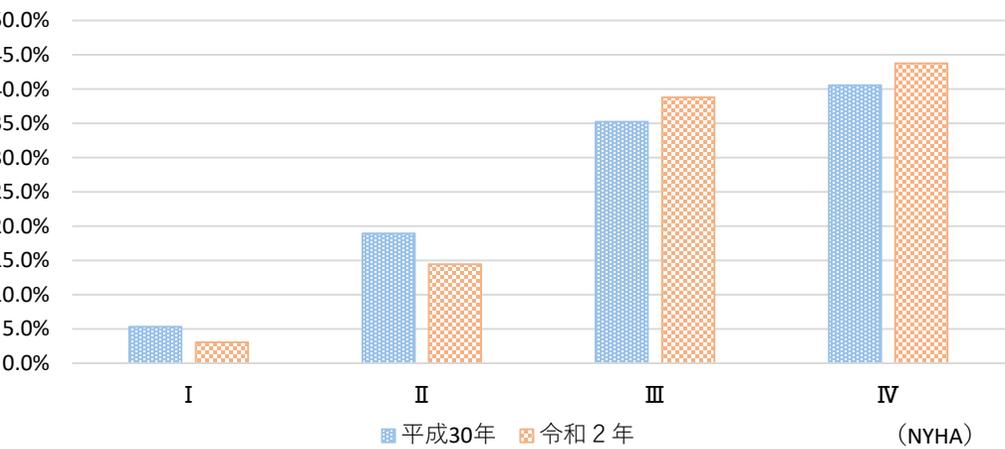
急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

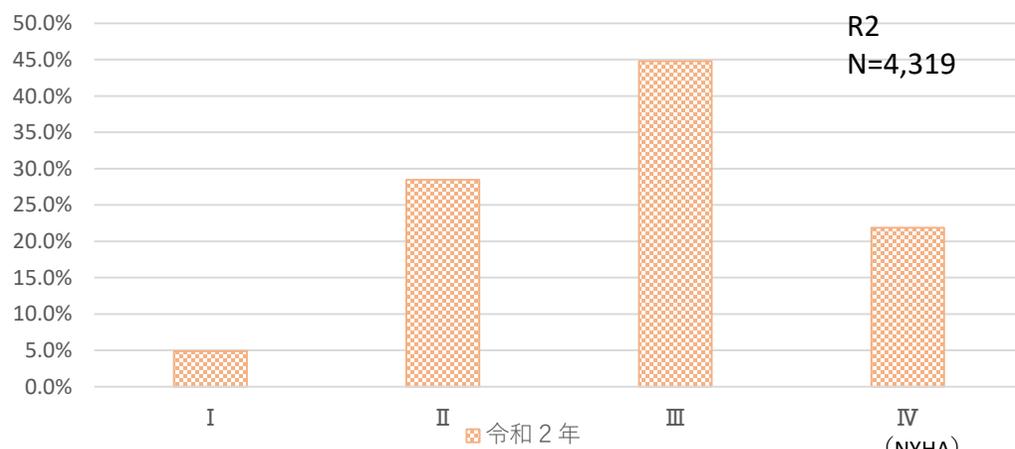
H30 N=32,081
R2 N=33,966



救急医療管理加算2算定患者のうち

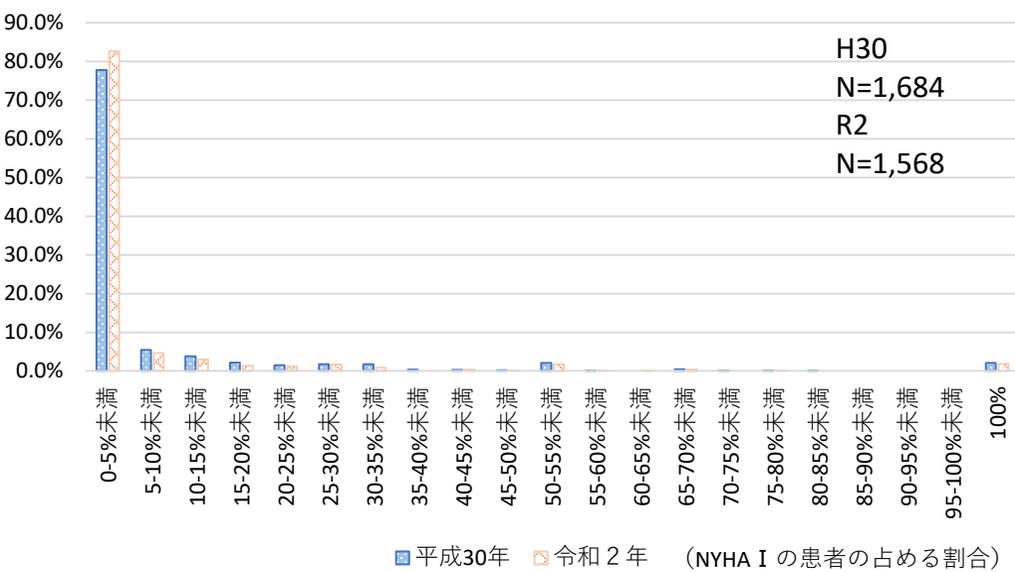
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

R2 N=4,319

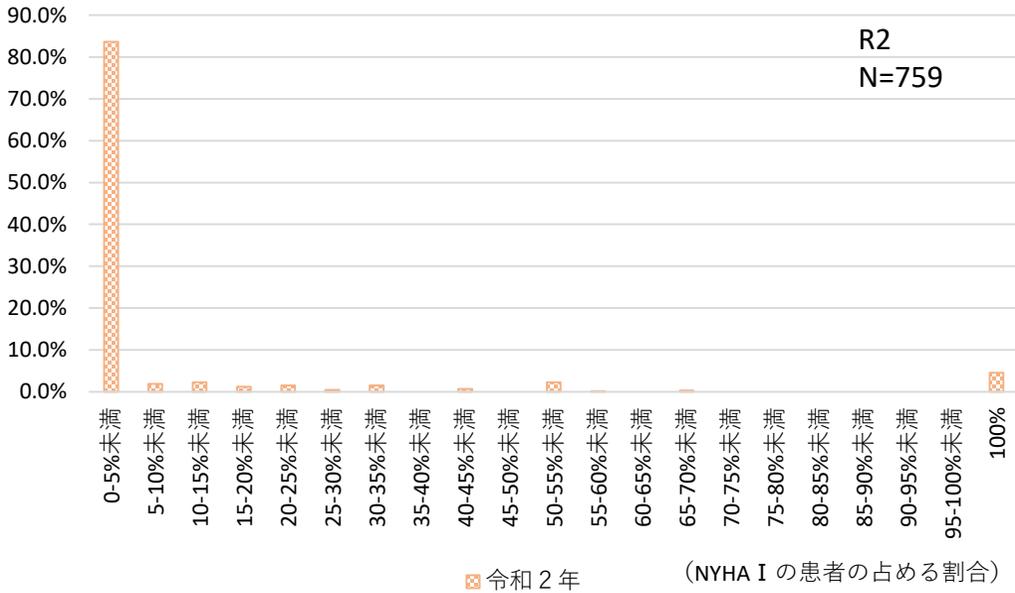


- 救急医療管理加算1において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA I の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後に増加した。
- 救急医療管理加算2において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA I の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全でNYHA I の患者割合ごとの医療機関割合



救急医療管理加算2のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全でNYHA I の患者割合ごとの医療機関割合



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布を改定前後で比較すると、P/F比400以上である患者の割合が低下し、200未満である患者の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布は以下のとおりであった。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{\text{PaO}_2 \text{ (動脈血酸素分圧)}}{\text{FIO}_2 \text{ (吸入気酸素)}}$$

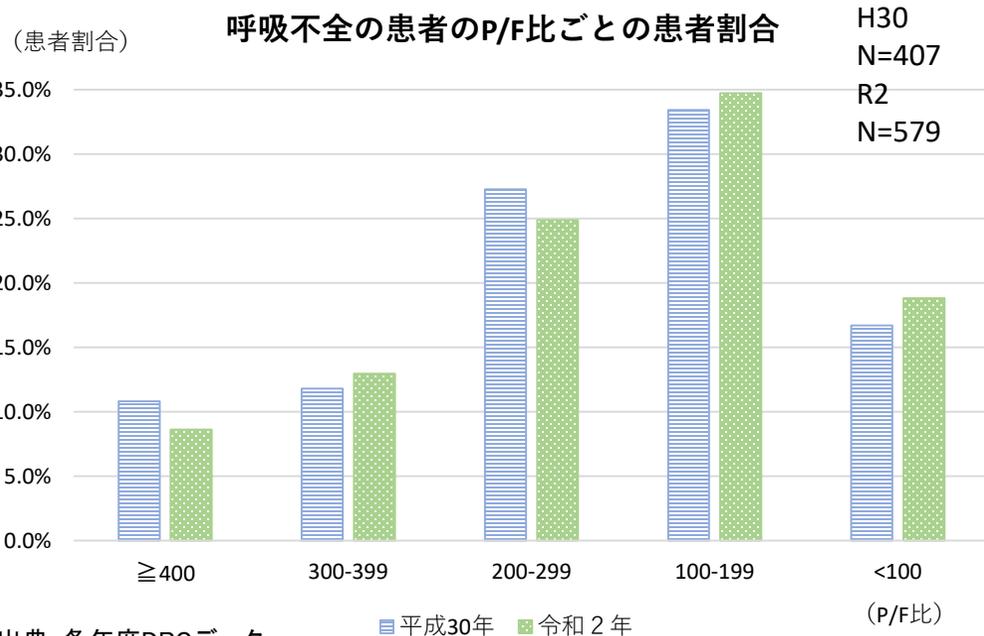
※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考:SOFAスコア(呼吸の評価)

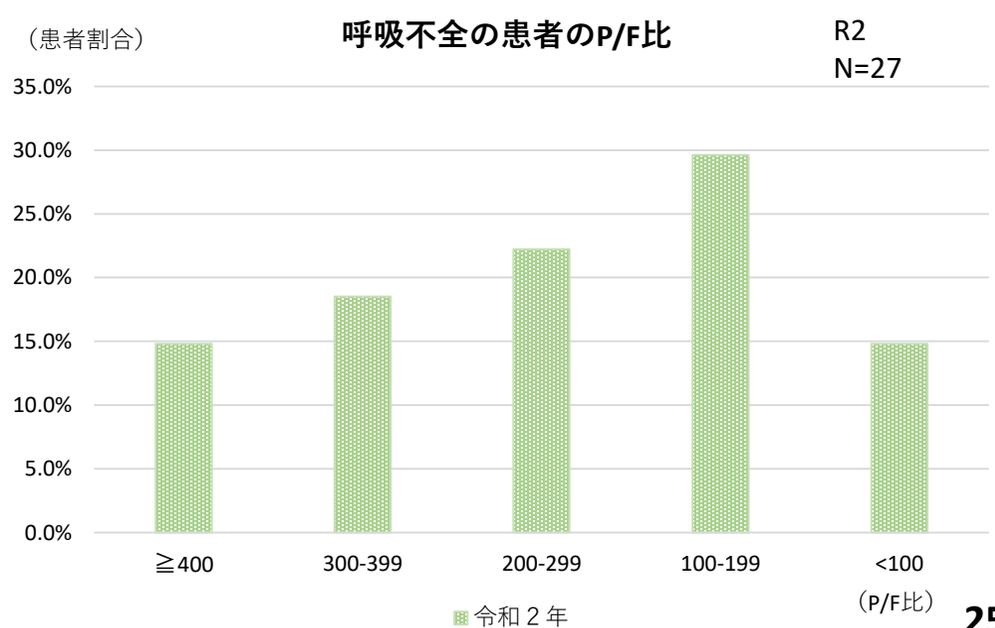
SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

※出典:日本版敗血症診療ガイドライン2016

救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比ごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比



「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について②

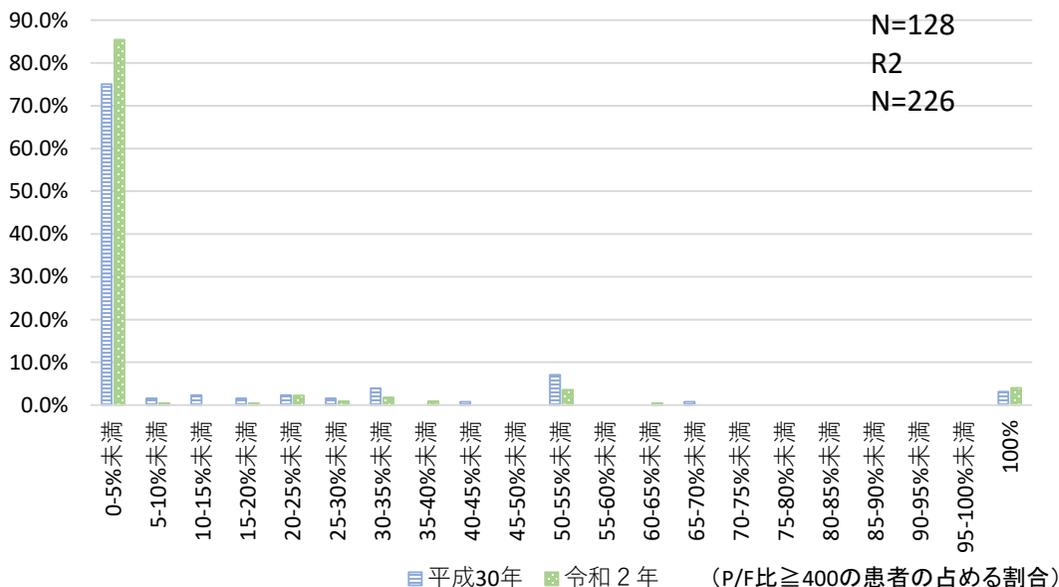
- 救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後では0-5%未満の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合の医療機関ごとの分布は以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 \geq 400

の患者の占める割合

(医療機関割合)

H30
N=128
R2
N=226

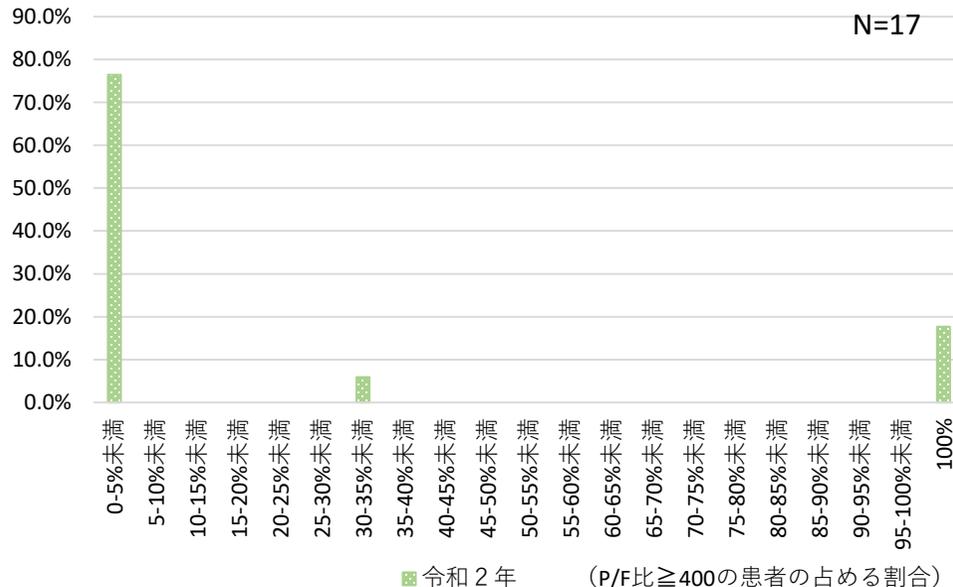


救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態かつ傷病名が呼吸不全の

患者のうちP/F比 \geq 400の患者の占める割合

(医療機関割合)

R2
N=17



(P/F比 \geq 400の患者の占める割合)

(P/F比 \geq 400の患者の占める割合)

「広範囲熱傷」の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「広範囲熱傷」の患者のBurn Indexをみると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のBurn Indexをみると、以下のとおりであった。

(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積(\%)} + \text{Ⅱ度熱傷面積(\%)} \times 1/2$$

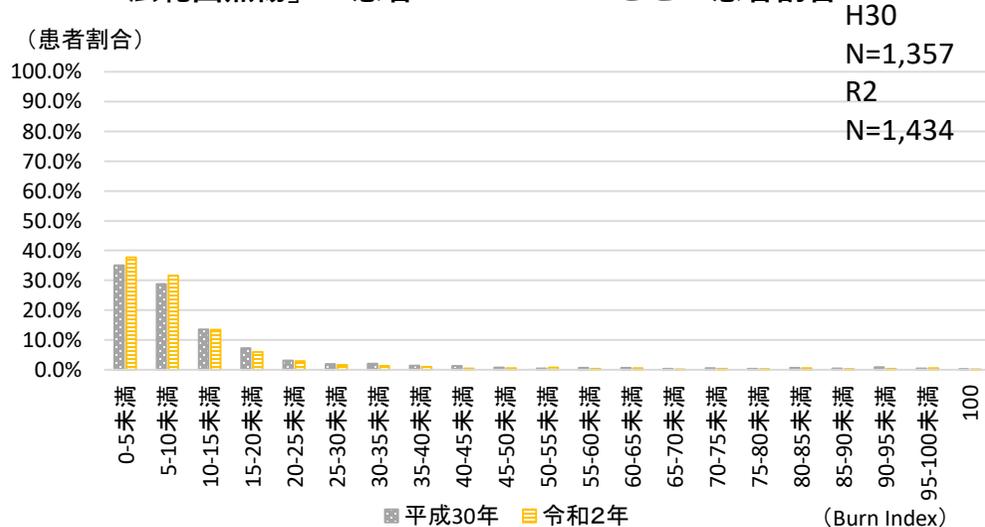
※Burn Index 10~15以上が重症とされる

出典:日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

I度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
Ⅱ度熱傷	浅達性:水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1~2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性:水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3~4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1~3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

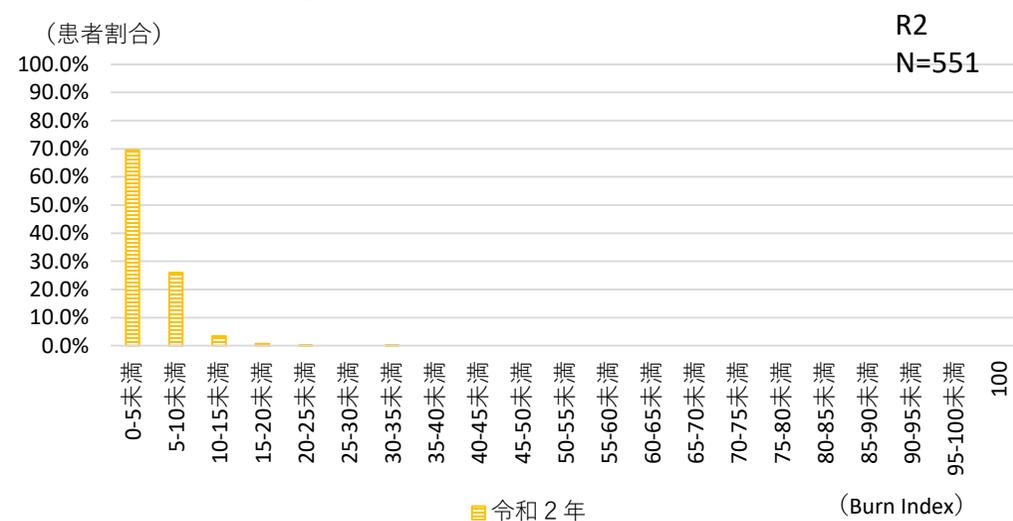
救急医療管理加算1算定患者のうち

「広範囲熱傷」の患者のBurn Indexごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち

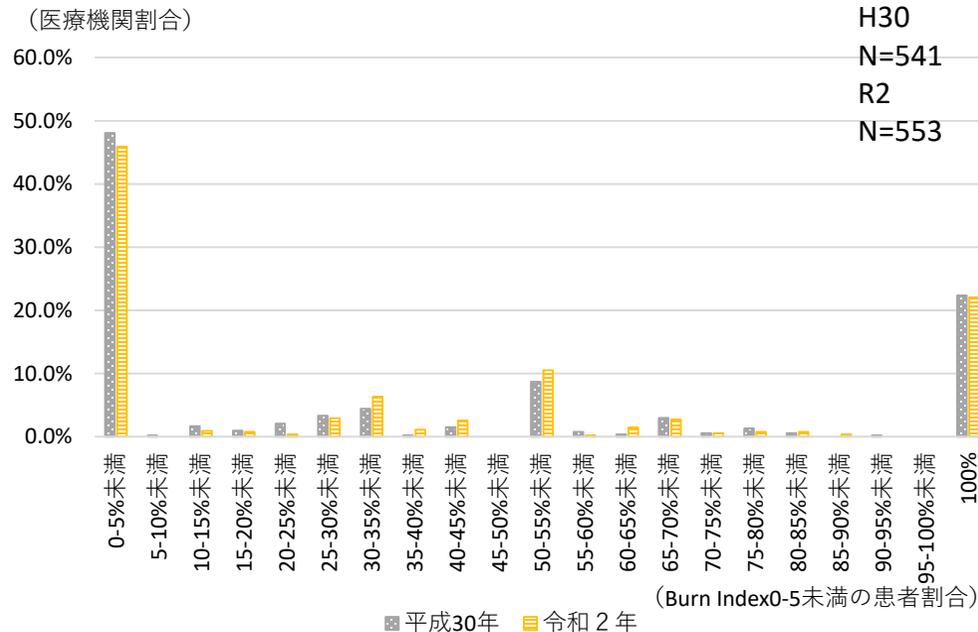
「広範囲熱傷」に準ずる患者のBurn Indexごとの患者割合



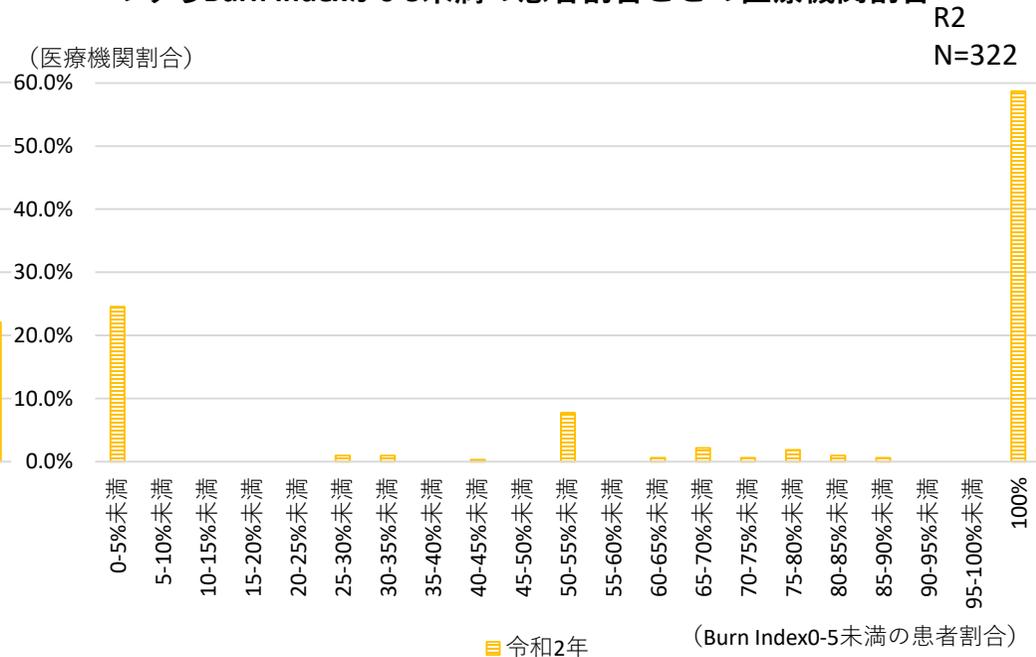
「広範囲熱傷」の患者について②

- 救急医療管理加算1を算定する患者で「広範囲熱傷」の患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2を算定する患者で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち
Burn Indexが0-5未満の患者割合ごとの医療機関割合



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者
のうちBurn Indexが0-5未満の患者割合ごとの医療機関割合



「その他重症な状態」の患者の内訳

診調組 入-2
3 . 8 . 2 7

- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「コ その他重症な状態」の患者について、最も多くみられた入院時の状態は「脳梗塞」であった。

令和2年

名称	件数(年)
脳梗塞	71,282
腎臓又は尿路の感染症	39,270
股関節・大腿近位の骨折	32,536
肺炎等	32,099
ヘルニアの記載のない腸閉塞	29,933
誤嚥性肺炎	23,676
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	21,145
胆管(肝内外)結石、胆管炎	21,019
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	15,187
胆嚢炎等	13,553

「その他重症な状態」の患者の介入状況

診調組 入-2
3. 8. 27

○ 「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
酸素吸入	3700(5.2%)	留置カテ テル設置	4450(11.3%)	留置カテ テル設置	8976(27.6%)	酸素吸入	6994(21.8%)	ドレーン法 (その他のもの)	4941(16.5%)
留置カテ テル設置	2782(3.9%)	酸素吸入	3137(8.0%)	骨折観血的 手術 (肩甲骨、上 腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続 ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	酸素吸入	2975(9.1%)	留置カテ テル設置	1881(5.9%)	イレウス用ロ ングチューブ 挿入法	3635(12.1%)
高気圧酸素 療法(その他 のもの)	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存 血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法 (持続吸引を 行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	摘便	455(1.2%)	人工骨頭挿 入術(肩、股)	2056(6.3%)	超音波ネブ ライザー	693(2.2%)	酸素吸入	1538(5.1%)

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について

医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

- 医療資源の少ない地域について、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、対象地域を見直す。

現行

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域

(新規)

改定後

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

[経過措置]

令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

- 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 長野県大町市及び北安曇野郡の地域
- 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域
- 滋賀県長浜市及び米原市の地域
- 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

- へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とする。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師事務作業補助体制加算(20対1～100対1) ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 ○ 遠隔画像診断 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断(受診側) 	<p>対象</p>	<p>対象</p>
等		

- 地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

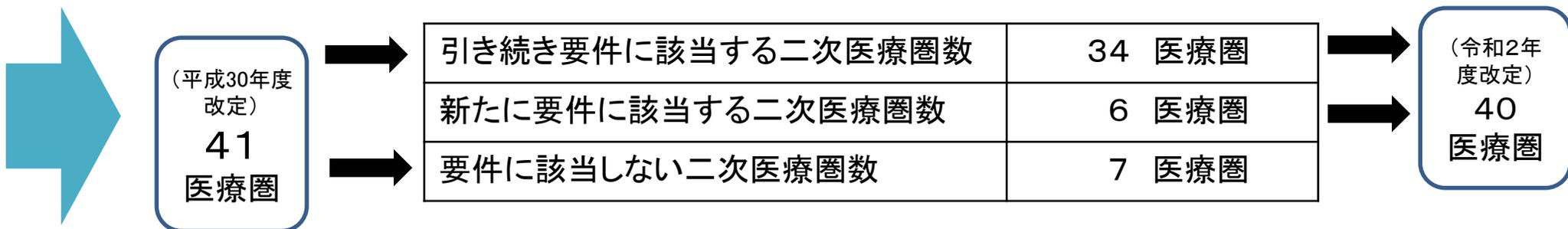
現在経過措置の対象となっている地域:

神奈川県山北町、神奈川県大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、奈良県河合町、福岡県篠栗町

医療資源の少ない地域の考え方

- 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。

平成30年度改定時	令和2年度改定後
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	「人口当たり医師数が下位1/2」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	



※: 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に</u> <u>関する要件を見直し</u> <ul style="list-style-type: none"> <対象地域に関する要件> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ②</p> <p>①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2</p> <p>②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%</p> </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加(特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く) ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <対象> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和(※)</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

中医協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

○ 医療資源の少ない地域(特定地域)においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件等が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A003 オンライン診療料	医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能。また、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことが可能	算定の要件
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

注）下線部については、令和2年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果①

中医協 診-1
3.6.23

設問	医療機関の主な意見等
入退院支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従の看護師と社会福祉士が不足している。 ・ 新型コロナウイルス感染症の影響で施設への訪問が難しい。
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護、訪問看護、各通所サービス等の施設と連携。 ・ 各地区連絡会への参加、退院前サービス調整会議、カンファレンスを実施。 ・ 連携会議は地域内で横連携・縦連携が可能であり有用。 ・ 病院や介護施設が少なく、退院支援等が長期化することもある。
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人員配置 <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の職場定着率が低い。 ・ 医師や看護師、社会福祉士が確保しにくい。 ・ 当診療圏を希望する医師が少ない。 ○ 研修 <ul style="list-style-type: none"> ・ オンラインを用いた研修や講義を教育に活用している。 ・ オンラインを用いた研修により看護師等の勤務調整や移動の負担が軽減された。 ○ ICT <ul style="list-style-type: none"> ・ 近隣診療所の医師が高齢で電子カルテ等の共有が困難。 ・ 公立病院であるためICT導入には自治体と調整が必要。 ・ ICTを用いた圏域内でのカルテや画像情報、調整会議等の連携を実施している。

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果②

中医協 診-1
3.6.23

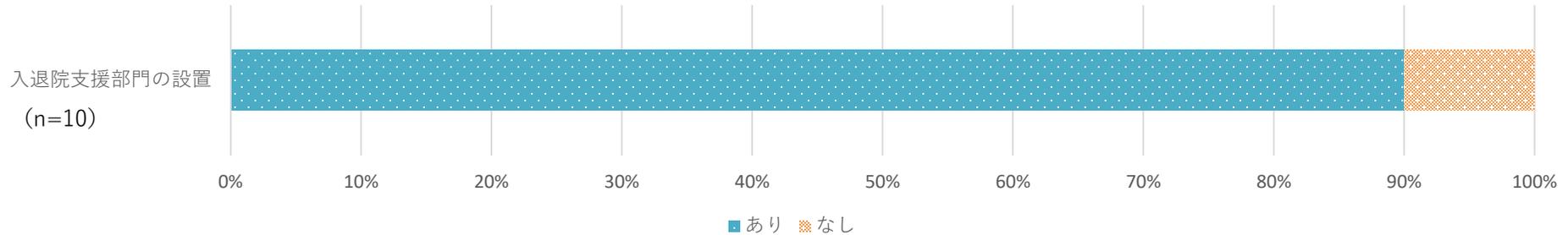
設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師事務作業補助体制加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 人材の確保が困難。 ・ 医師事務作業補助者は医師の負担軽減につながっており不可欠。 ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の体制確保が困難。 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の勤務環境など施設基準に該当しない項目がある。 ○ 遠隔画像診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医がいない。 ・ 環境整備が困難。 ・ 設備は導入したが、施設基準に該当しない項目(医師に係る要件)がある ・ 日々の診療に欠かせないが、使用料などが高く遠隔診断加算で賄えない。 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医がいない。 ○ 在宅療養支援病院について <ul style="list-style-type: none"> ・ 人員の確保、体制維持が困難。 ・ ニーズはあるものの、現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難 ○ オンライン診療 <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科では利用しているが、高齢者是对応できていない。 ・ 内科は予約診療を基本としているため、オンライン診療時間の確保が困難。 ・ 光回線などのインフラが整っていない。

設問	医療機関の主な意見等
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉士の人材確保が困難であるため、要件を緩和してほしい。 ・ 地域包括ケア病棟入院料について、理学療法士などの要件を専従から兼務可能に緩和してほしい。 ・ 医師事務作業補助者の確保のために賃金を上げたい。現在の加算点数では足りない。 ・ 病院ごとにシステムが違うことや、各地域でネットワーク環境が違うなど、方々の病院と連携が求められる当院では病院ごとに対応を変える必要がある。国で統一したICTの整備を行われることを期待する。 ・ ネットワークの環境や構築は、行政が主体で進めてほしい。 ・ 医師の少ない地域としては、数回の訪問診療実施後は研修医と看護師のみで訪問診療できるようなルールになってほしい。

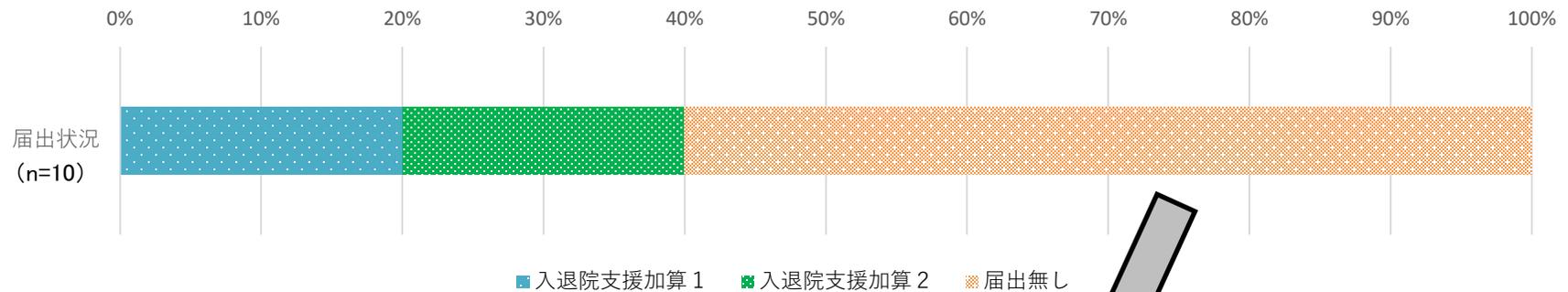
入退院支援加算について

○ 入退院支援部門は9割の医療機関が設置していたが、入退院支援加算は4割の医療機関しか届けていなかった。

入退院支援部門の設置有無



入退院支援加算の届出状況

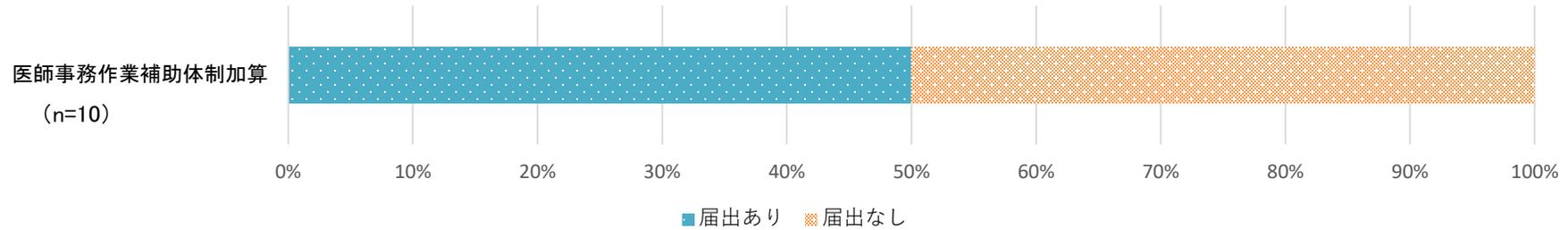


□ 入退院支援加算の届出が困難な理由

- 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
- 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行うことが、人間的に困難

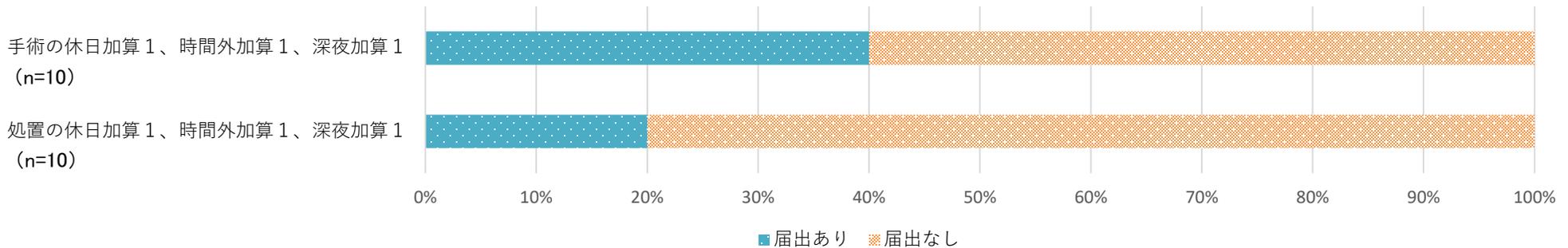


○ 各施設基準の届出状況等は以下のとおりであった。



□ 医師事務作業補助体制加算の届出が困難な理由(例)

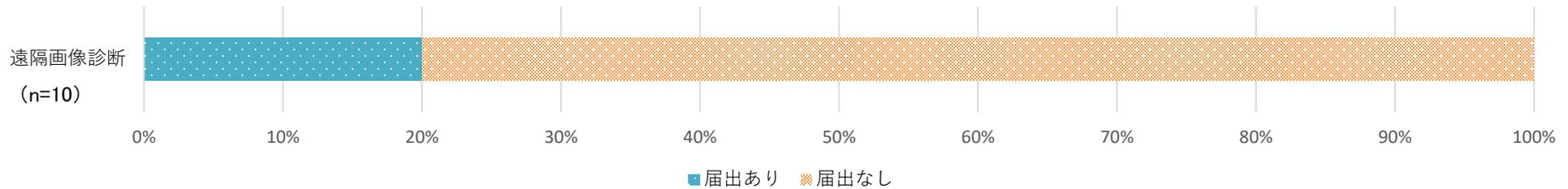
- 医師の業務負担を軽減するために、他の業種の負担が増える。
- 事務員も1人しかおらず、人材不足であり実現できない。募集をかけてもフルタイムで働ける人材の応募がない。
- 要件上加算は取っていないが、医師事務補助を担う職員がいる。



□ 休日加算等の届出が困難な理由(例)

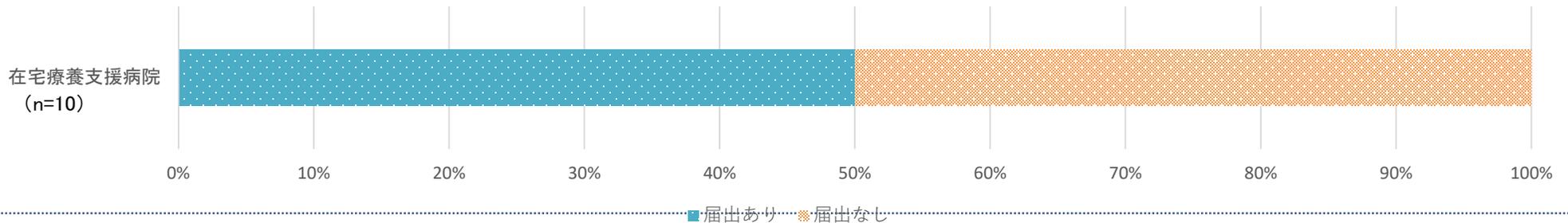
- 医師の勤務体制の確保が難しい。
- 外科医が1名であり、緊急時対応が困難なため基本は搬送で対応するため。
- 休日夜間は自院かかりつけ患者のみ受け入れているため。
- 手術症例については、搬送対応しており施設基準を満たすことができない
- 所定点数が1,000点以上の処置が少ない。

○ 各施設基準の届出状況等は以下のとおりであった。



□ 遠隔画像診断の届出が困難な理由(例)

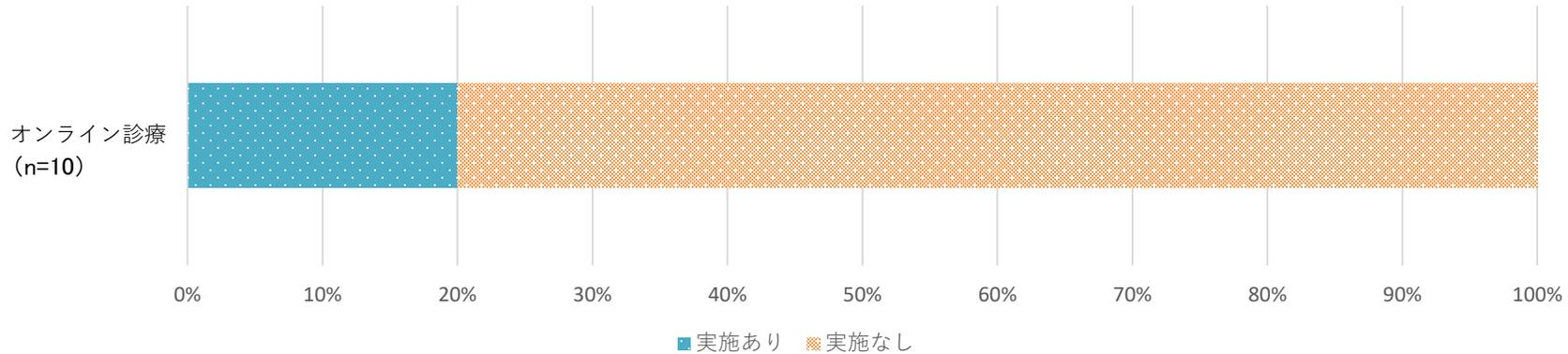
- 担当医がいないため。
- 医師の勤務環境が満たせないため



□ 在宅療養支援病院の届出が困難な理由(例)

- 人員の確保が困難
- 医師不足により訪問診療ができないため。
- 訪問診療ができるような環境にないため。
- 現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難なため。
- 必要な患者に対し月1~2回訪問診療を実施しているが、現状以上の訪問診療は常勤医師の確保ができないと困難なため。
- 地理的にも1件あたりに時間を要するため。
- 地域のニーズもあり、当院の役割としても訪問診療の必要性を感じているが実現できない状況であるため。

○ オンライン診療の実施状況等は以下のとおりであった。

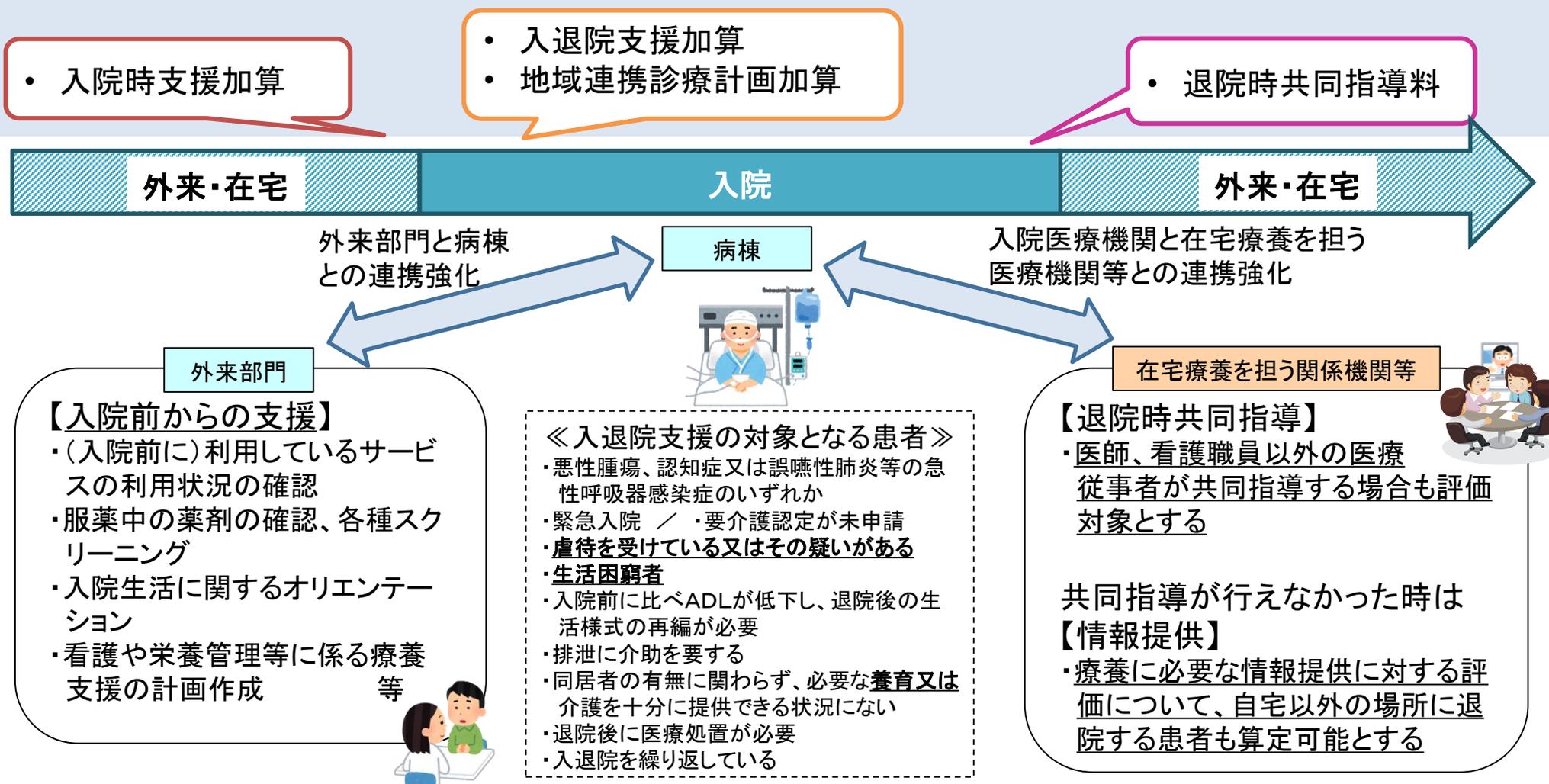


□ オンライン診療の実施が困難な理由(例)

- 地域の光回線の整備が不十分なため。
- 島内のインフラの整備が整っていないため。
- 高齢者ばかりですでに訪問診療および訪問看護の介入症例が多く、オンライン診療を必要とする状況にないため。
- 高齢化率40%であり、携帯電話への番号登録もおぼつかない状況であり、オンライン診療を進めるには難しい現状があるため。
- 外来患者の多くが「リハビリ」か「訪問診療」であり、必要性が高くないため。
- スマホ、タブレットの使用も検討し、試しましたが高齢者が多い為、端末操作に対応できず難しいことがわかったため。

0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について
 - 11-1. 入退院支援について
 - 11-2. 認知症ケアについて
 - 11-3. 早期の回復に向けた取組について
 - 11-4. 栄養管理について

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



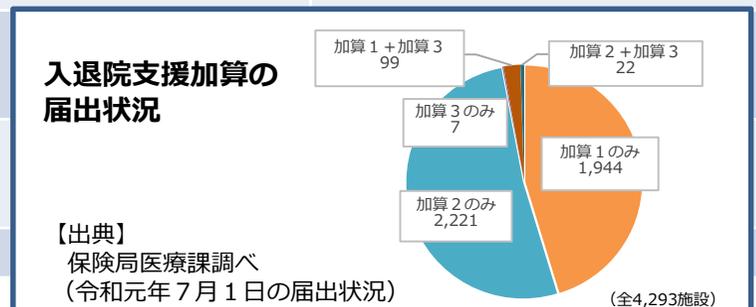
入退院支援加算の概要①

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算 1
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算 2
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算 3 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。
 - 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態	
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

▶ 入院時支援加算 1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が 1 名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が 1 名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が 1 名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算 2 200点（退院時 1 回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の 1) から 8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。
入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算 2 を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認 / カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

医療機関間の連携に関する評価

▶ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

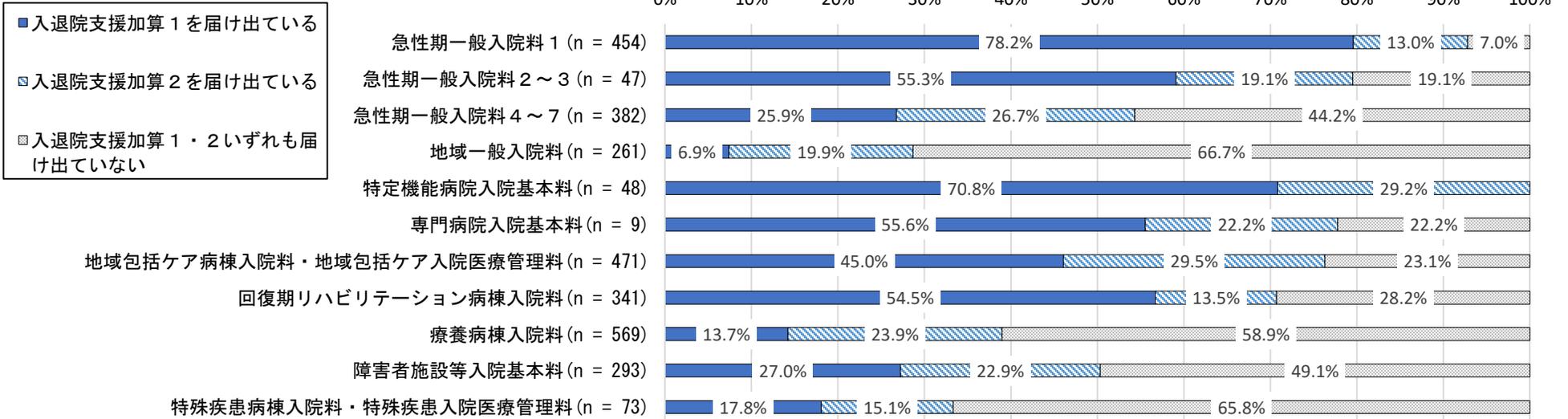
[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

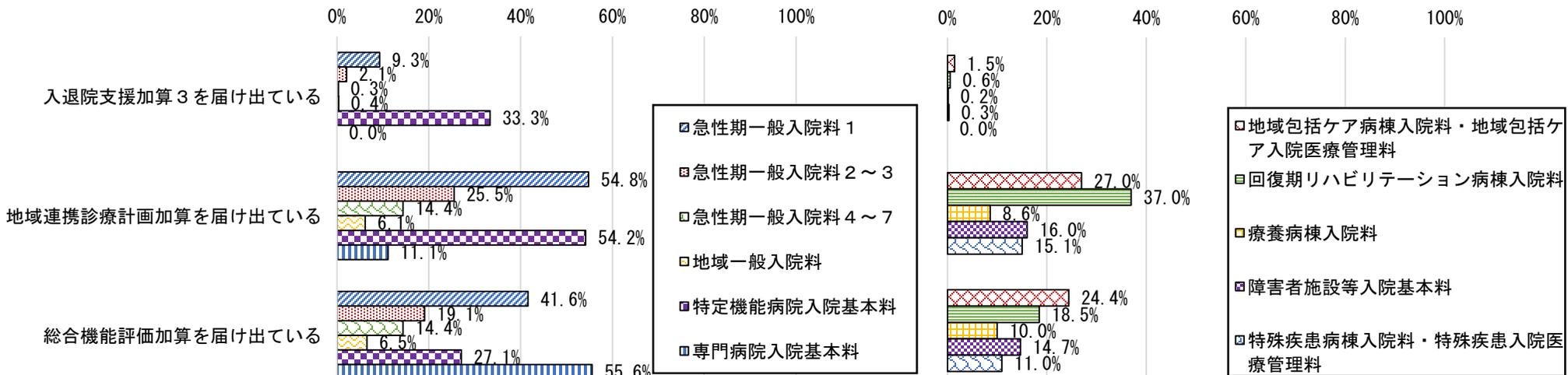
入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



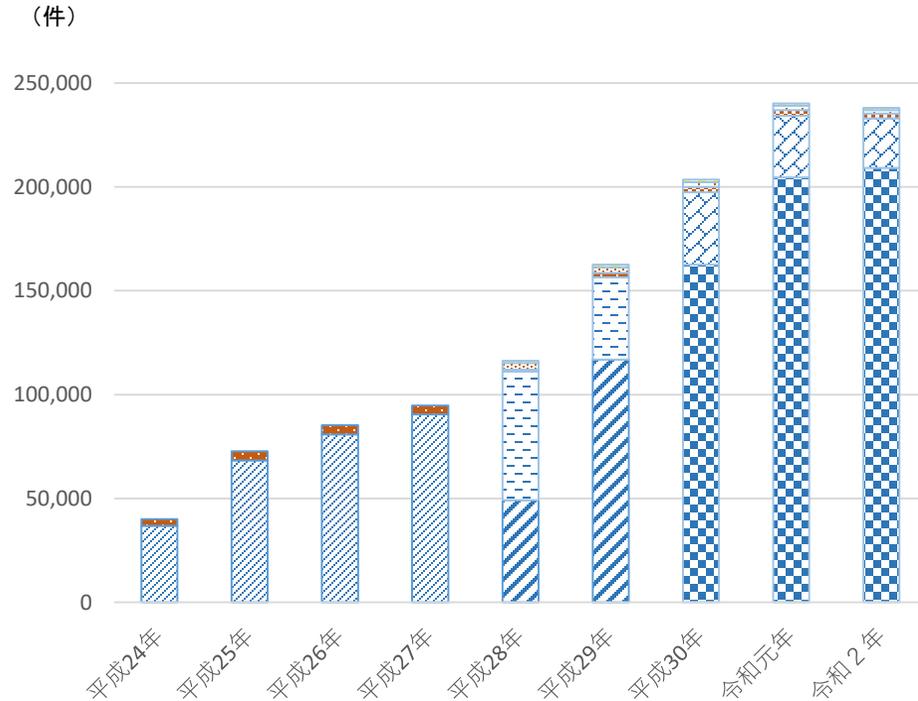
入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



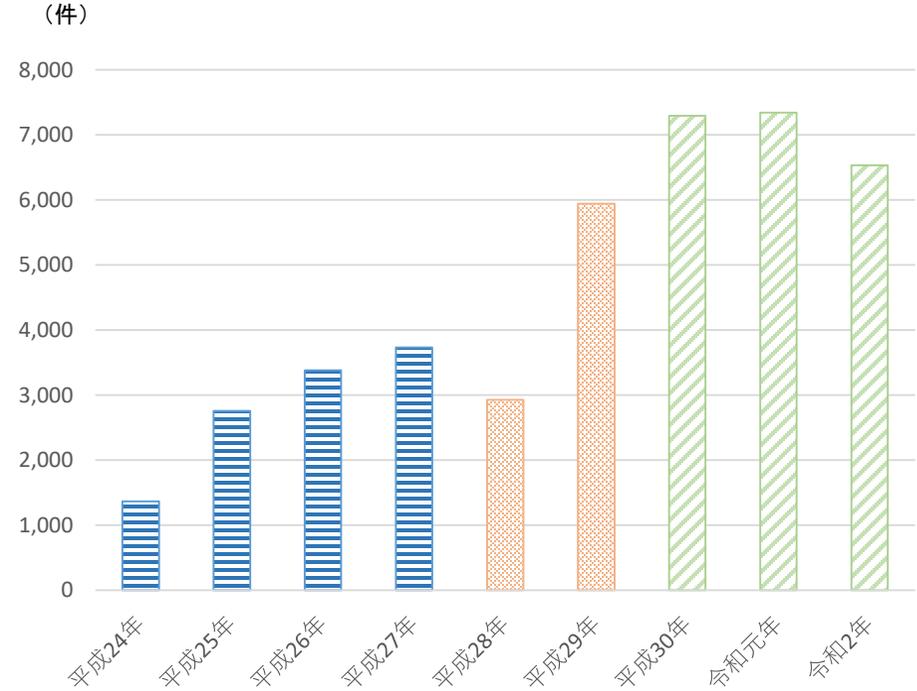
入退院支援加算等の算定状況

- 入退院支援加算(平成24~27年は退院調整加算、平成28~29年は退院支援加算)の算定件数は増加傾向だが、近年は横ばい。
- 地域連携診療計画加算の算定件数は近年は増加傾向は止まっている。

入退院支援加算の算定件数



地域連携診療計画加算の算定件数



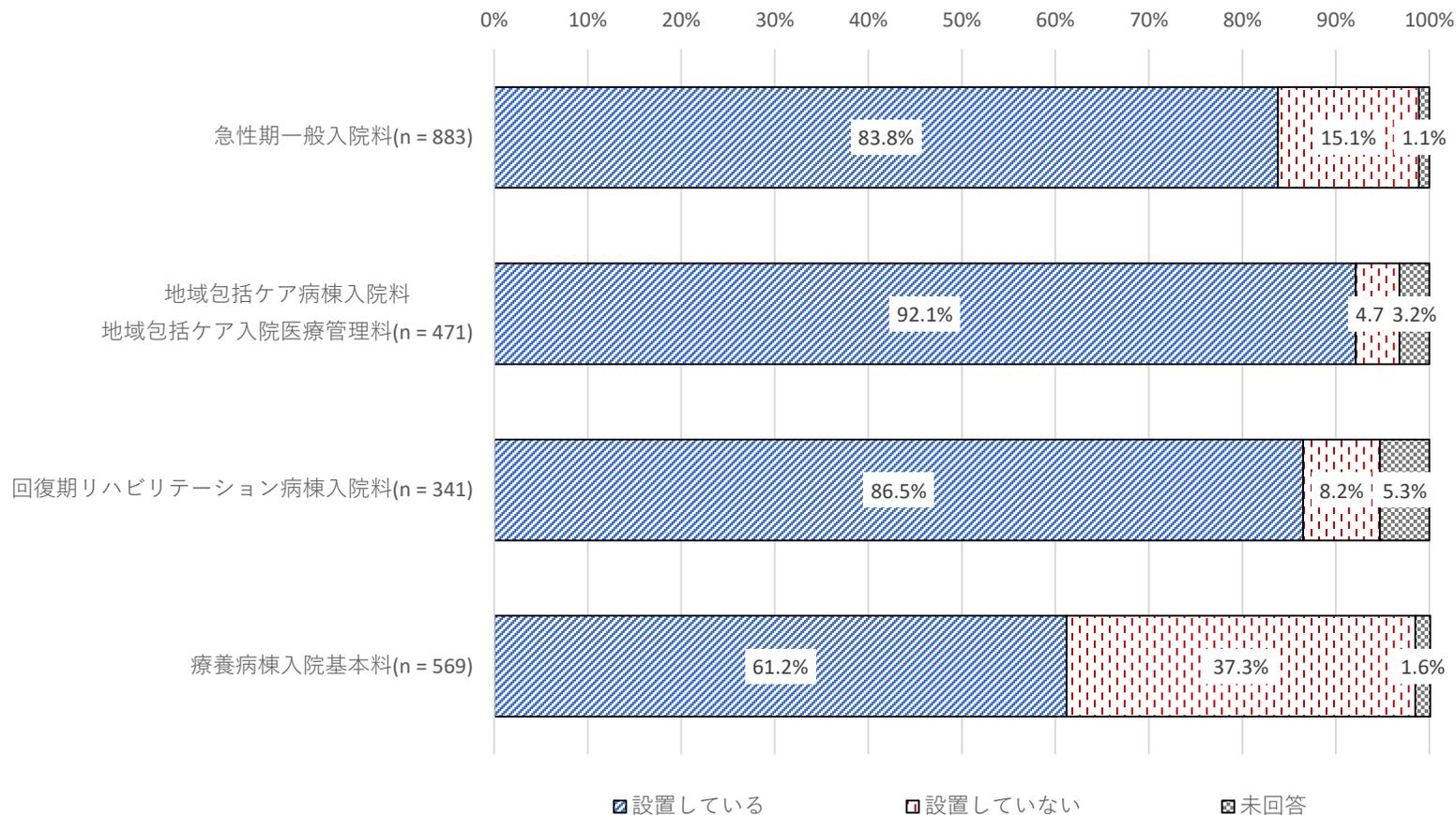
- 入退院支援加算 3
- 入退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 3
- 退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院調整加算(療養病棟入院基本料等)
- 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)

- 入退院支援加算 地域連携診療計画加算
- 退院調整加算 地域連携計画加算
- 退院支援加算 地域連携診療計画加算

入退院支援部門の設置状況

○ 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。

入退院支援部門の設置状況

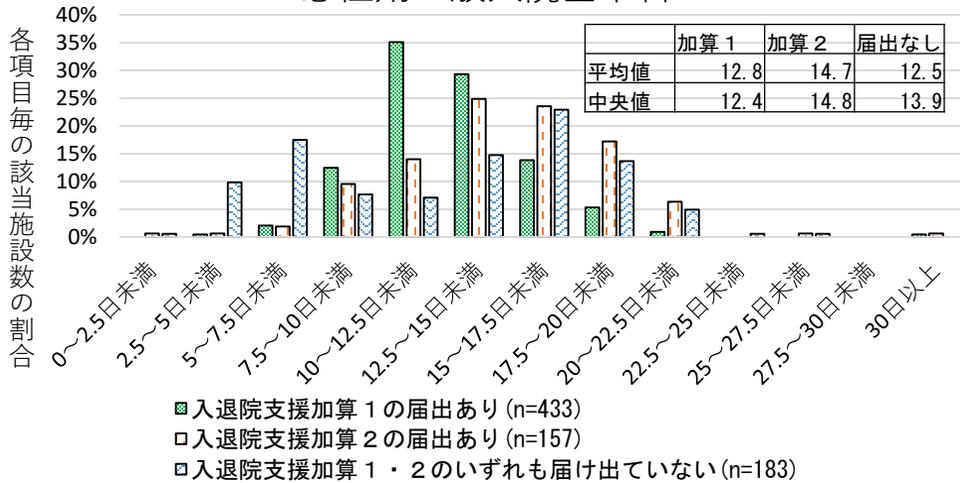


入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

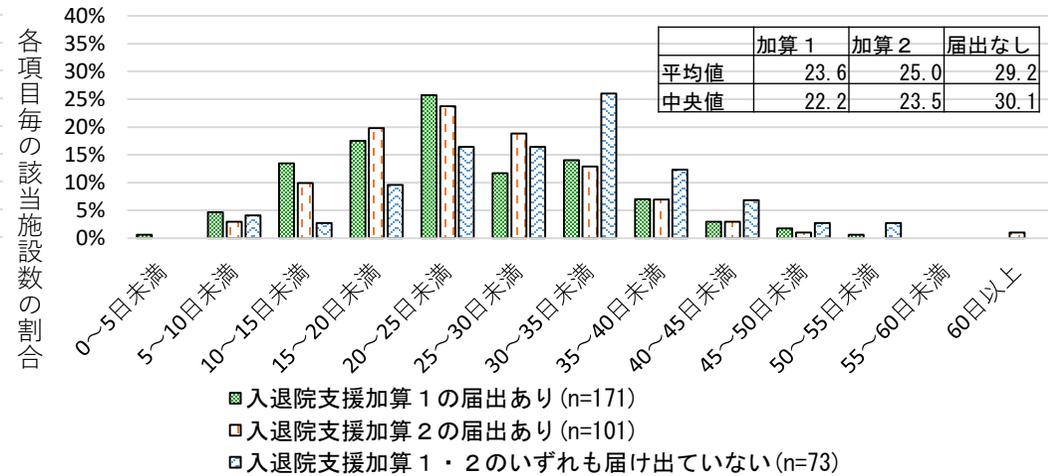
○ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算1において、加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

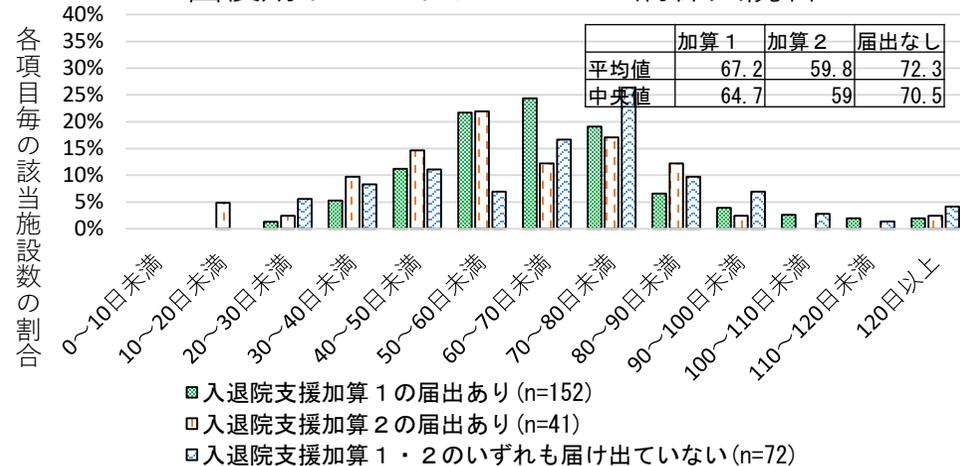
<急性期一般入院基本料>



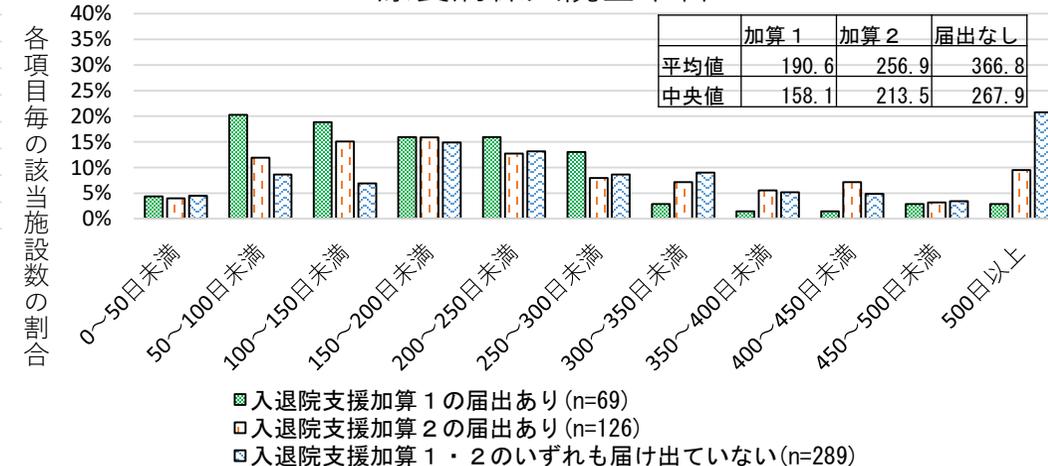
<地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料>



<回復期リハビリテーション病棟入院料>



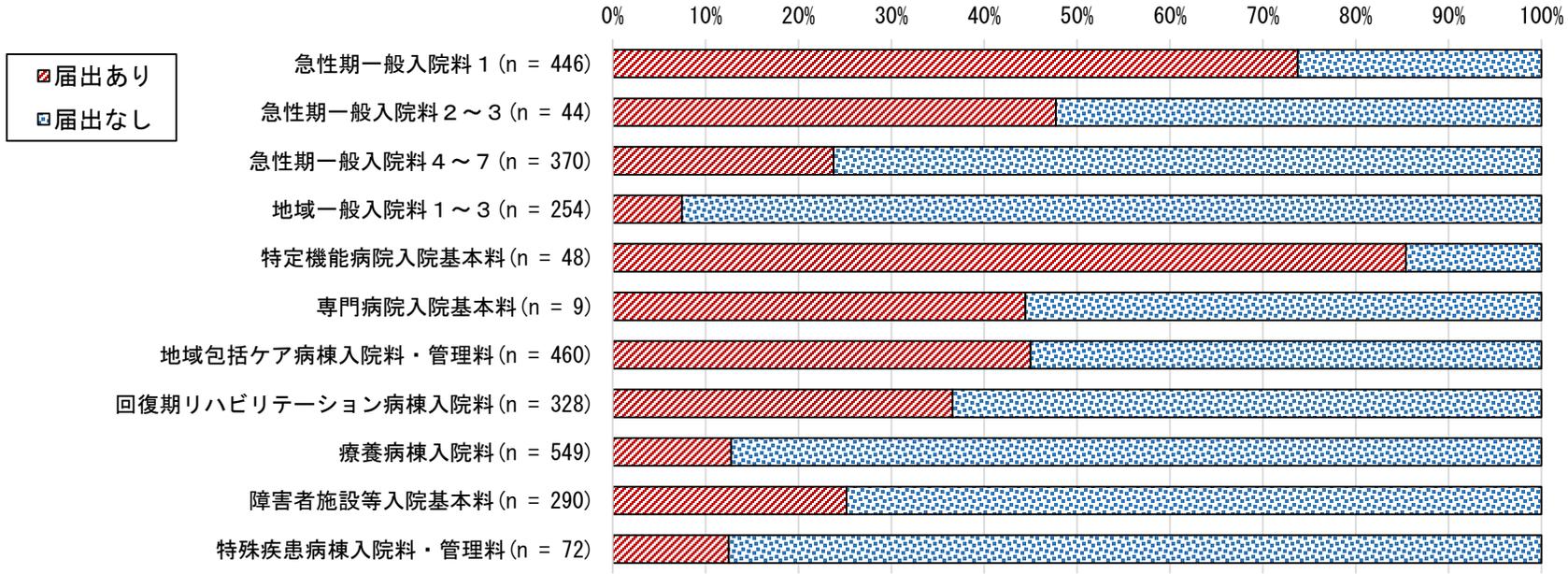
<療養病棟入院基本料>



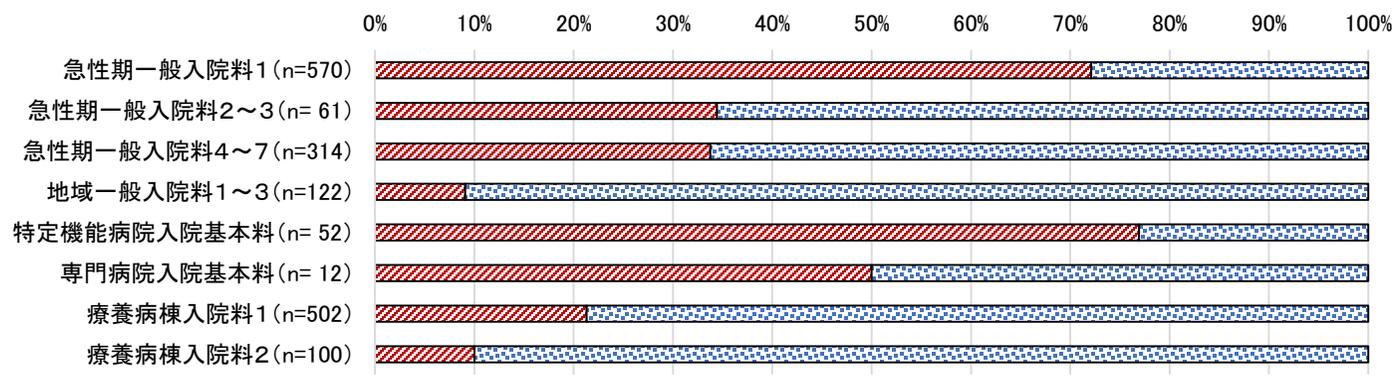
入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：令和元年度調査

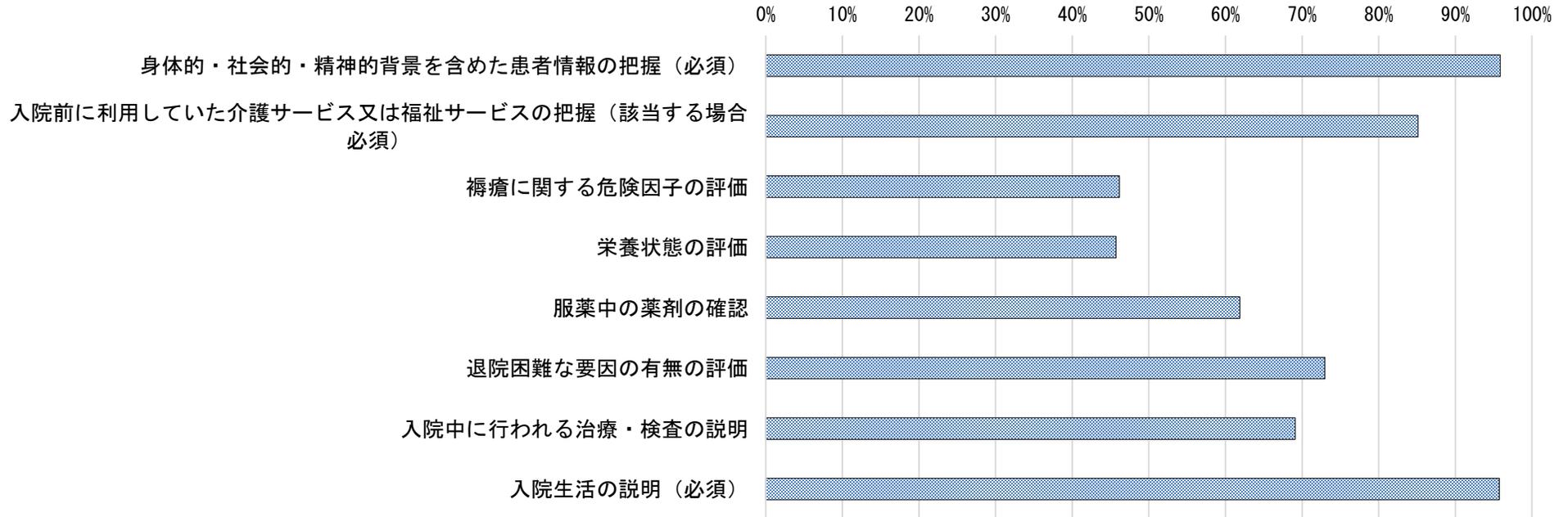


入院時支援加算2を算定した患者の入院前に実施した事項

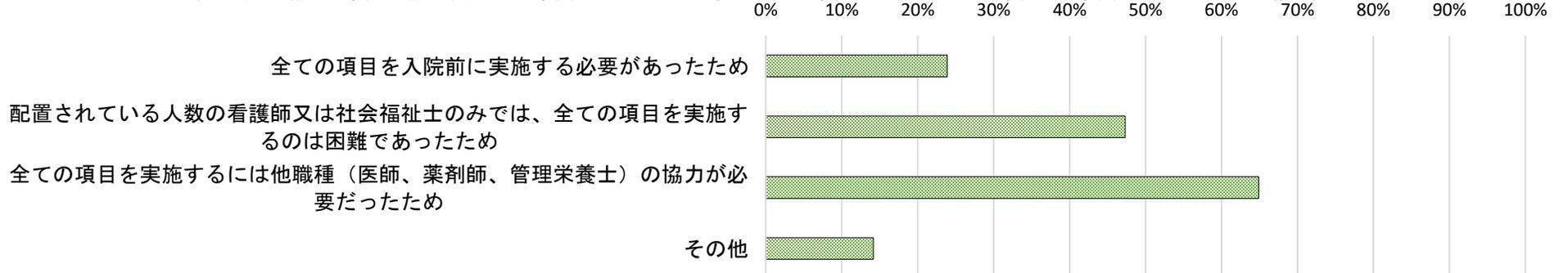
- 入院時支援加算2を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、必須項目以外は4～7割の実施割合となっており、特に「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」が低かった。
- また、入院時支援加算2の算定理由としては、「他職種の協力が必要だった」が最も多かった。

診調組 入-1
3 . 8 . 6

入院時支援加算2を算定した患者について、入院前に実施した事項(複数回答)



入院時支援加算2を1件以上算定している場合、加算1ではなく加算2を算定した理由(複数回答)



0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について
 - 11-1. 入退院支援について
 - 11-2. 認知症ケアについて
 - 11-3. 早期の回復に向けた取組について
 - 11-4. 栄養管理について

認知症対策の充実

(参考) 認知症ケア加算の主要要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ 160点 □ 30点	イ 100点 □ 25点	イ 40点 □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	－
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	－
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

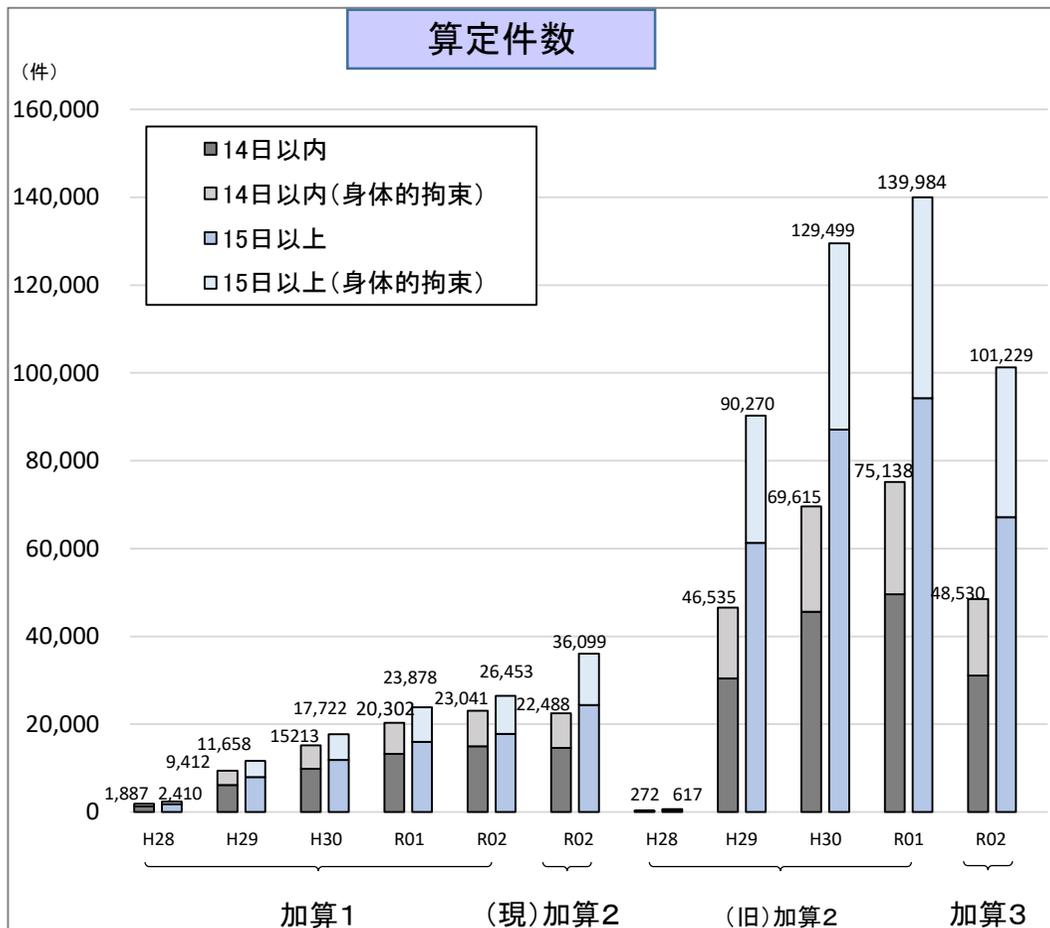
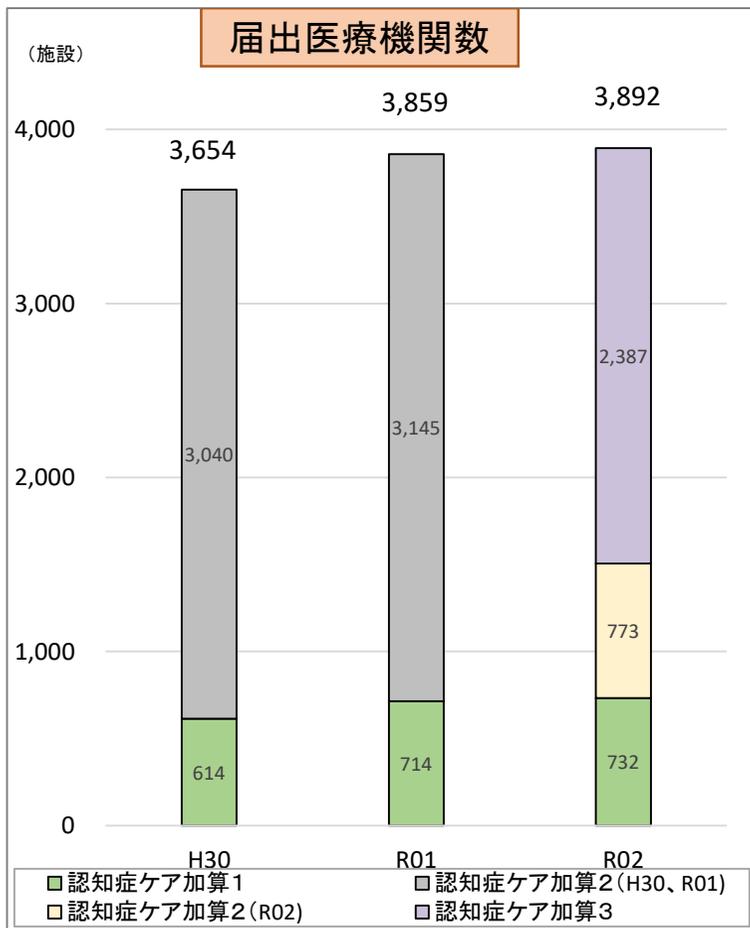
※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

認知症ケア加算の算定状況

○ 認知症ケア加算は届出医療機関数、算定件数ともに増加傾向。



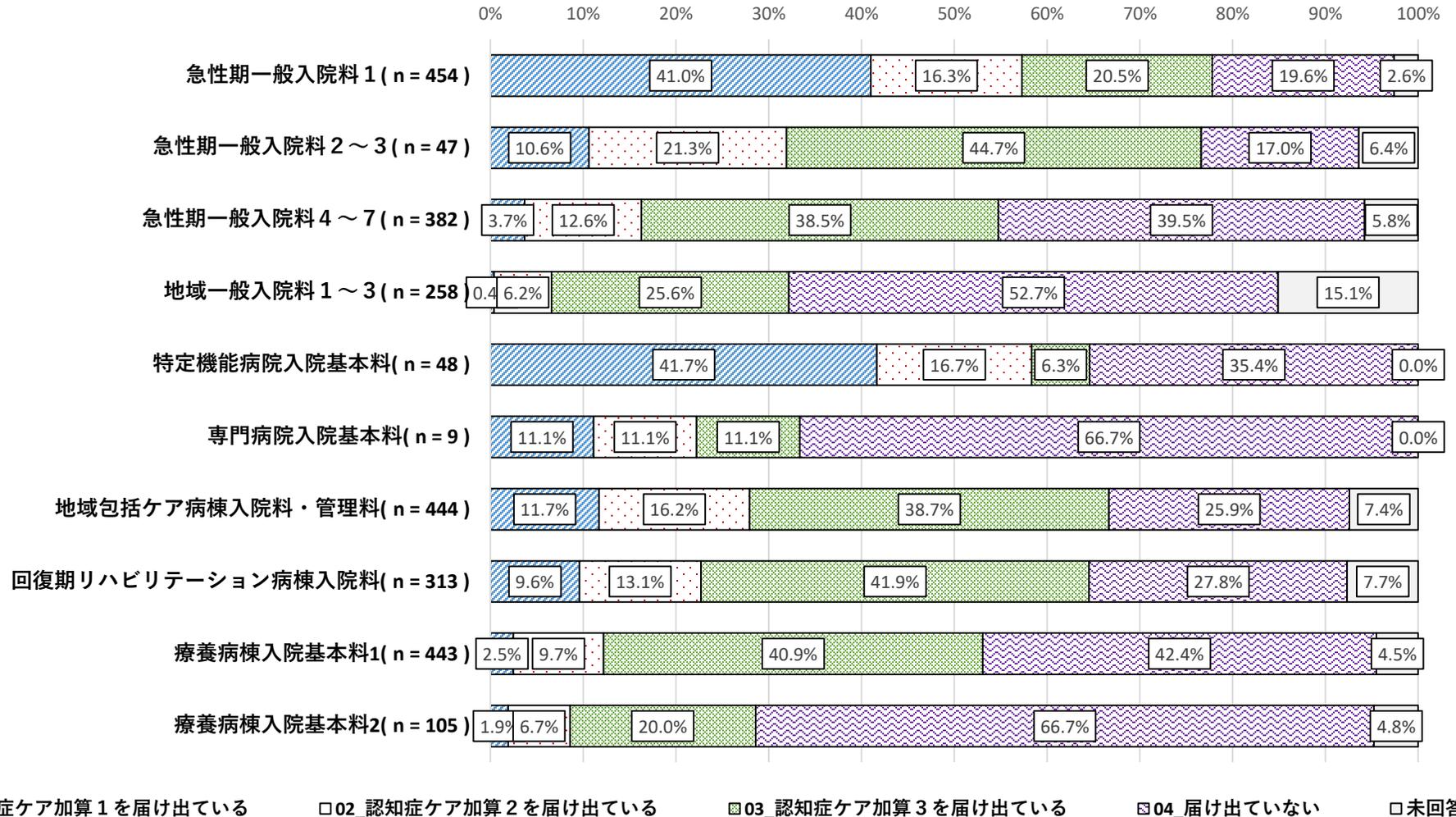
【出典】NDB集計
※各加算における(14日以内の期間)の医療機関数

【出典】社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

認知症ケア加算の届出状況

○ 認知症ケア加算 1 の届出は、急性期一般入院料 1 ・ 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。

認知症ケア加算の届出状況



01_認知症ケア加算 1 を届け出ている

02_認知症ケア加算 2 を届け出ている

03_認知症ケア加算 3 を届け出ている

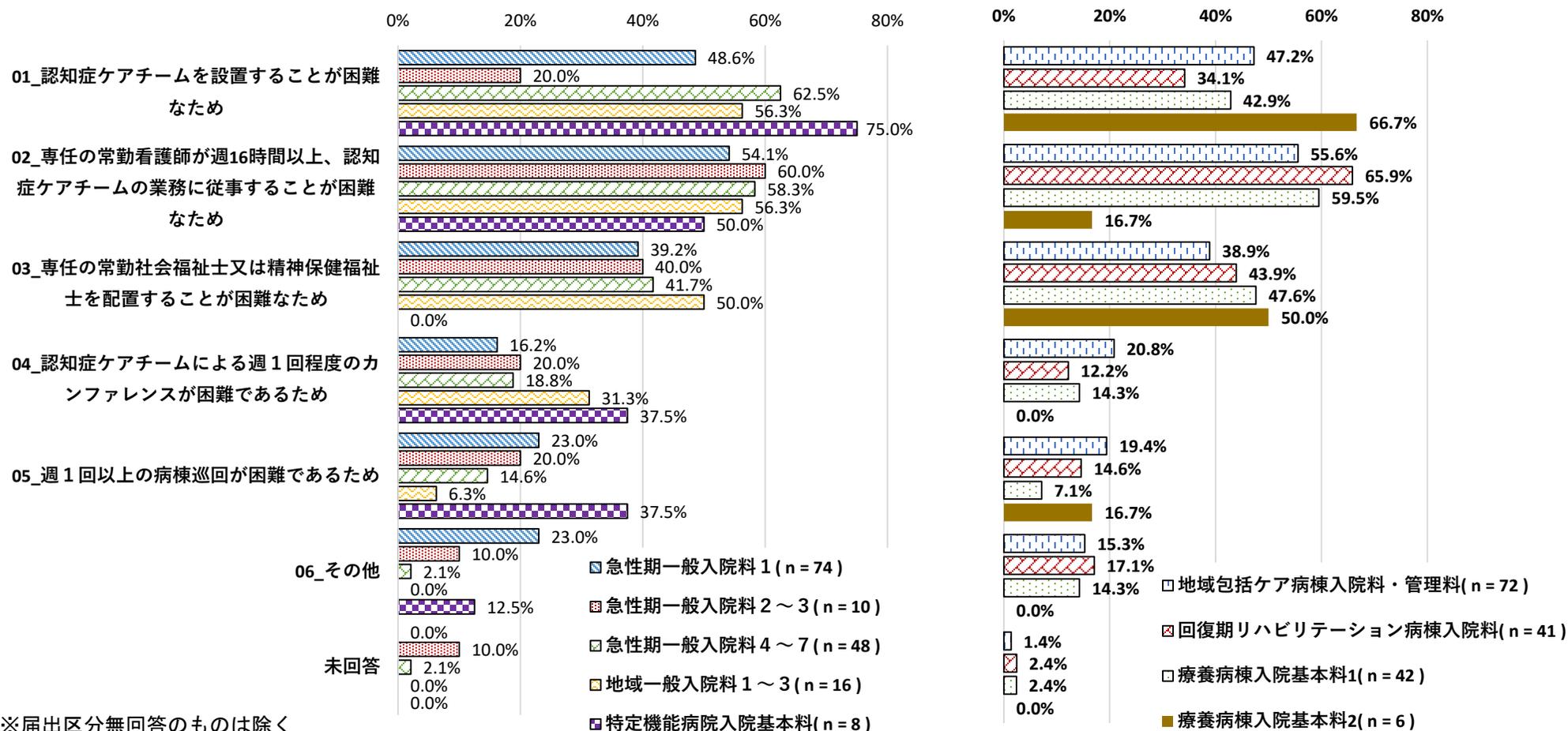
04_届け出していない

未回答

認知症ケア加算1を届出していない理由

- 認知症ケア加算1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」「専任の看護師が週16時間以上認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため」が多かった。

認知症ケア加算1を届出していない理由 (複数回答)

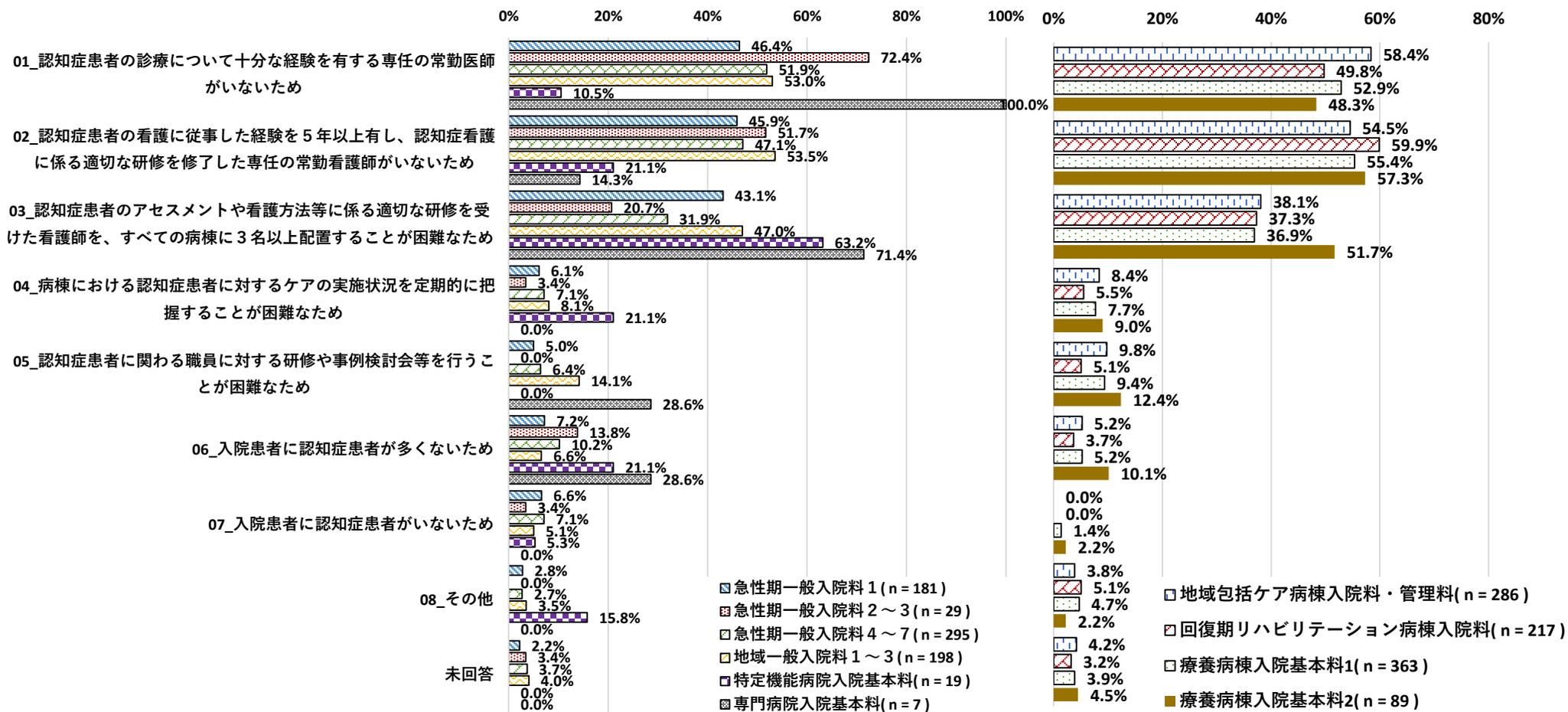


※届出区分無回答のものは除く

認知症ケア加算2を届出していない理由

- 認知症ケア加算2を届出していない理由として、「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため」「認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がいないため」が多かった。

認知症ケア加算2を届出していない理由 (複数回答)

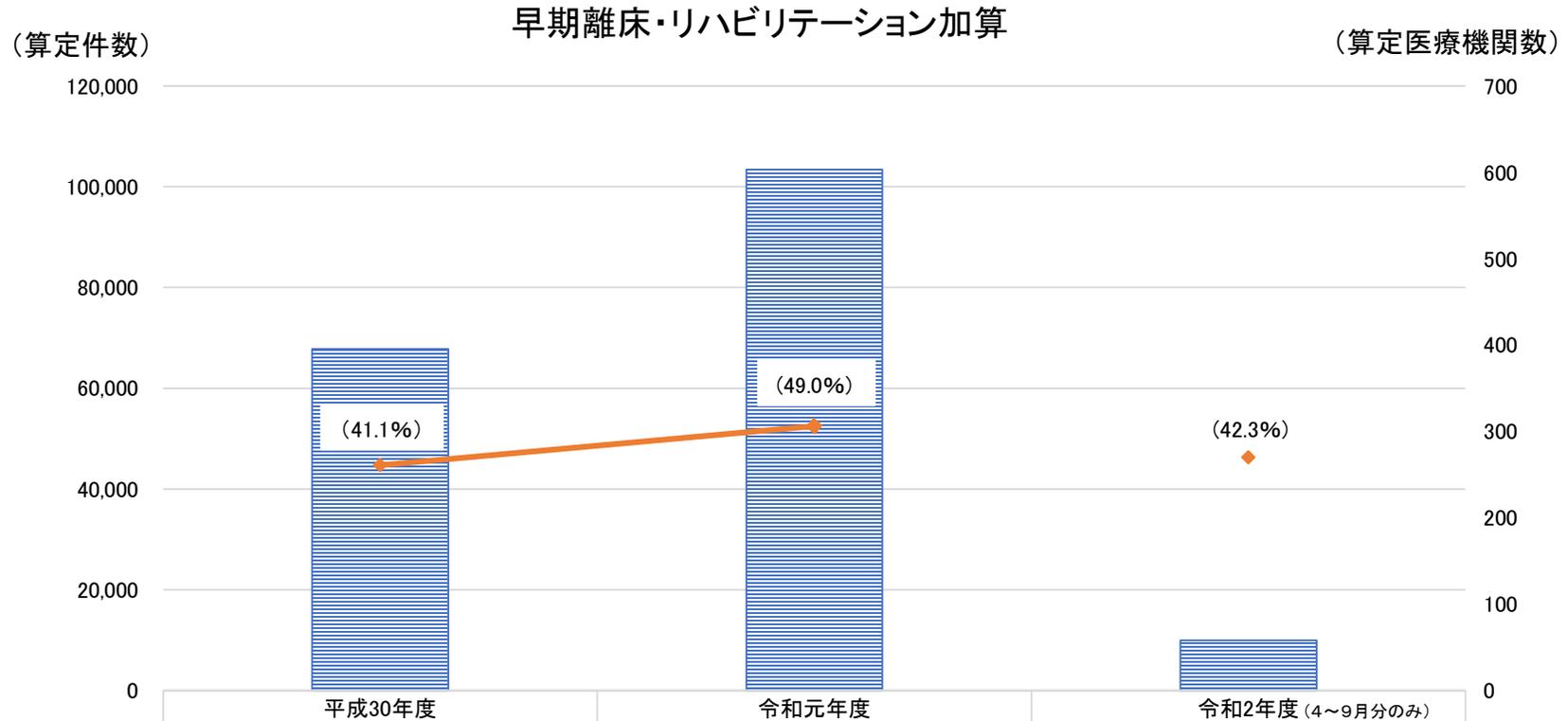


※届出区分無回答のものは除く

0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
11. 横断的個別事項について
 - 11-1. 入退院支援について
 - 11-2. 認知症ケアについて
 - 11-3. 早期の回復に向けた取組について
 - 10-3-(1). 早期離床・リハビリテーション加算
 - 10-3-(2). 早期栄養介入管理加算
 - 11-4. 栄養管理について

早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

○ 早期離床・リハビリテーション加算の算定医療機関数・算定回数は、以下のとおり。



算定件数	67,806	103,415	9,943
算定医療機関数	261 (41.1%)	306 (49.0%)	270 (42.3%)
特定集中治療室管理料届出医療機関数	635	624	639

※括弧内には特定集中治療室管理料届出医療機関数に対する早期離床・リハビリテーション加算算定医療機関数の割合を記載。

※NDBデータより各年度の算定状況を集計

※届出医療機関数は各年度の中医協報告「施設基準等の届出状況」より抜粋

○ ICU、HCU、PICU等の施設を対象とした調査によると、PICS(Post Intensive Care Syndrome)の予防として早期リハビリテーションを行っているという回答した割合は92.1%であり、ICU以外の病棟においても早期リハビリテーションが行われている。

PICSに対する介入の実施状況

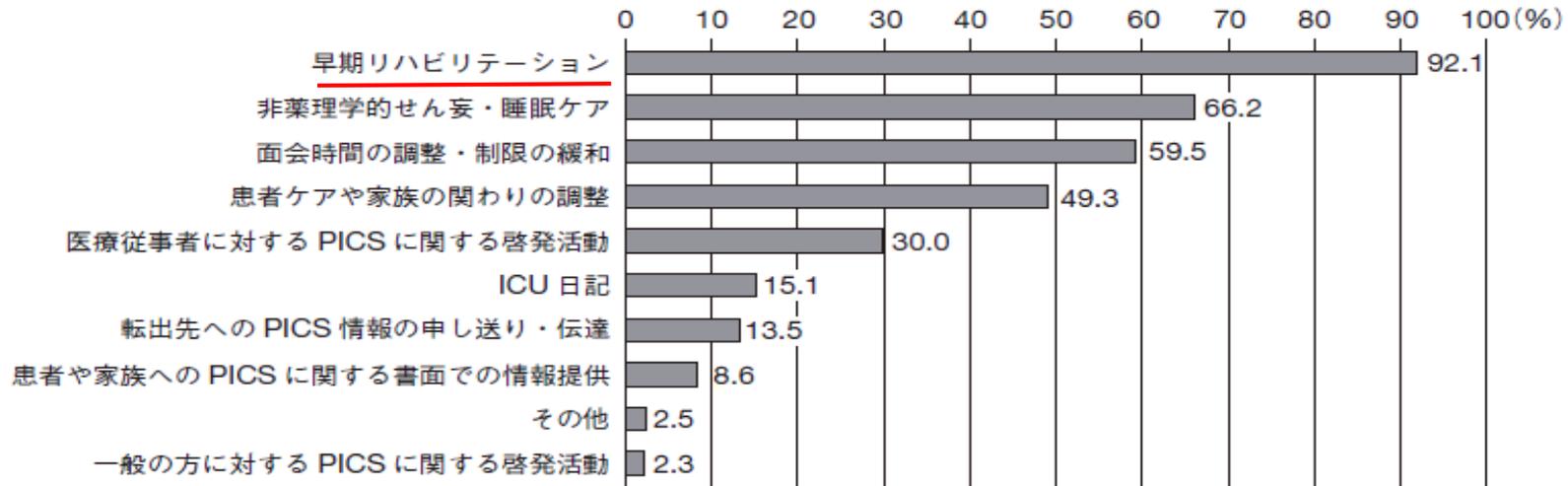


Fig. 3 回答者の施設で実践している PICS に対する介入 (n = 444 : 複数回答含む)
 早期リハビリテーション：疾患の新規発症、手術または急性増悪から 48 時間以内に開始するリハビリテーション
 非薬理的せん妄・睡眠ケア：光・アラーム、騒音対策、音楽療法、身体抑制の制限など
 患者ケアや家族の関わりの調整：患者のケアやリハビリテーションへの家族の参加、家族の関わりの調整

出典：日本集中治療医学会 PICS 対策・生活改善検討委員会(日集中医誌: 2019; 26: 467-75)

0. 調査概要
1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. DPC/PDPSについて
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
7. 療養病棟入院基本料について
8. 障害者施設等入院基本料等について
9. 救急医療管理加算について
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- 11. 横断的個別事項について**
 - 11-1. 入退院支援について
 - 11-2. 認知症ケアについて
 - 11-3. 早期の回復に向けた取組について**
 - 11-3-(1). 早期離床・リハビリテーション加算
 - 11-3-(2). 早期栄養介入管理加算
 - 11-4. 栄養管理について

早期栄養介入等の現状について

診調組 入-1
3 . 8 . 6

- 令和2年4月～9月に早期栄養介入管理加算を算定した医療機関は、徐々に増加し、232施設であり、一人当たりの算定回数は、2.53～2.75回と推計される。
- 早期栄養介入管理加算が算定出来ない、HCU、CCU、SCU等を有している約6割弱の施設において、栄養管理が実施されている。

表 早期栄養介入管理加算の実績について

令和2年	算定医療機関数	算定件数	算定回数	算定回数／算定件数
4月	79	809	2,097	2.59
5月	118	1,146	3,150	2.75
6月	174	2,228	5,865	2.63
7月	195	2,462	6,631	2.69
8月	232	3,030	8,246	2.72
9月	232	3,047	7,719	2.53

※NDBデータより算定状況を集計

(参考) 特定集中治療室の平均在室日数

	平均日数
平成30年度	3.5
令和元年度	3.5
令和2年度	3.4

※NDBデータより集計(特定集中治療室管理料1～3を算定した日数から、在室日数を算出)

表 HCU, SCU, CCUにおける管理栄養士による栄養管理の実施状況

有効回答42施設

	施設数	%
早期栄養介入管理加算(ICU)を算定している	23	54.8
HCU, SCU, CCUにおける栄養管理を実施している	24	57.1
HCU	16	38.1
CCU	9	21.4
SCU	7	16.7

※学会開催の研修会を受講した管理栄養士に対してwebアンケート調査を実施。

出典：日本健康・栄養システム学会調べ

0. 調査概要
 1. 一般病棟入院基本料について
 2. 特定集中治療室管理料等について
 3. 短期滞在手術等基本料について
 4. DPC/PDPSについて
 5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
 6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 7. 療養病棟入院基本料について
 8. 障害者施設等入院基本料等について
 9. 救急医療管理加算について
 10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
 11. 横断的個別事項について
 - 11-1. 入退院支援について
 - 11-2. 認知症ケアについて
 - 11-3. 早期の回復に向けた取組について
 - 11-4. 栄養管理について

栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

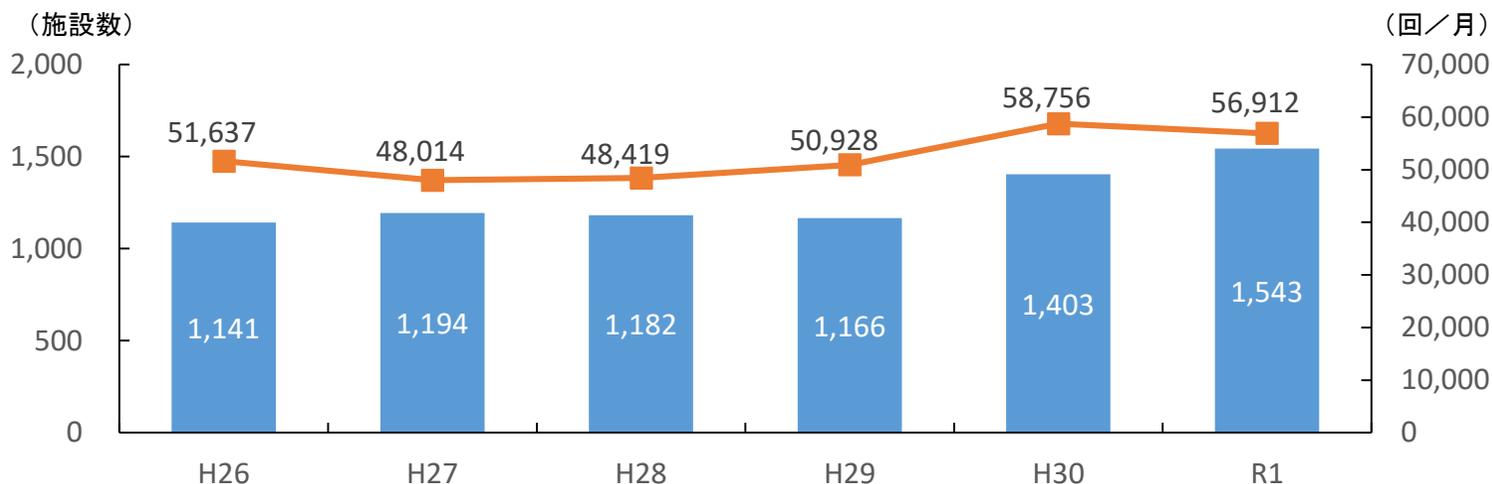


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

栄養サポートチームの介入効果について

診調組 入-1
3 . 8 . 6

- 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高い。
- 栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清Alb値が有意な改善が認められた。

【対象・方法等】

2011年度～2013年度に呼吸器病棟(肺がん、肺結核、COPD等)(114名)を一般病棟、神経筋病棟(神経難病、筋ジストロフィー等)(153名)を障害者病棟として、各病棟に入院した患者に対する栄養サポートチームの介入の有用性について比較検討。

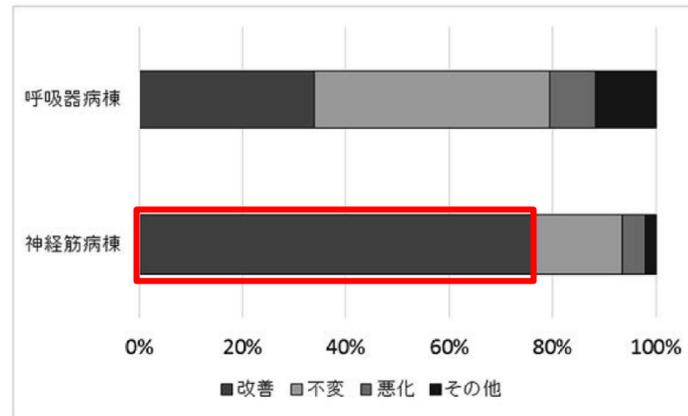


図1 病棟種別 NST 介入終了時の評価 (2011年度-2013年度)

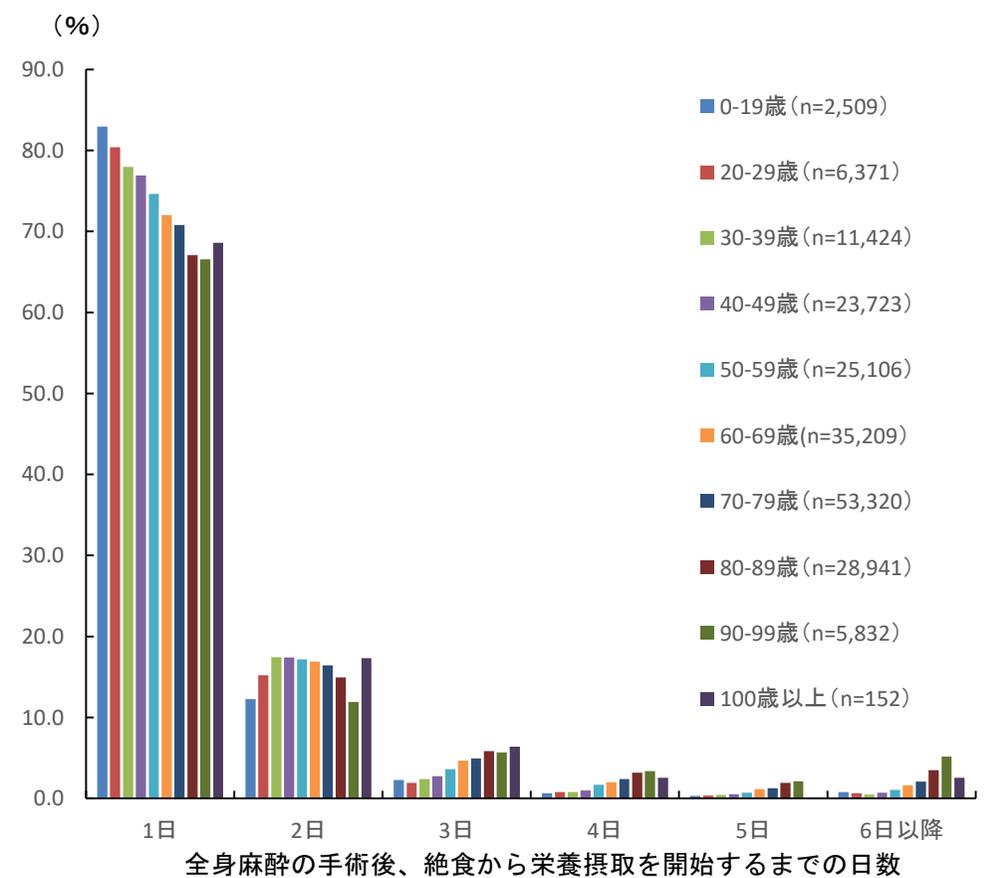
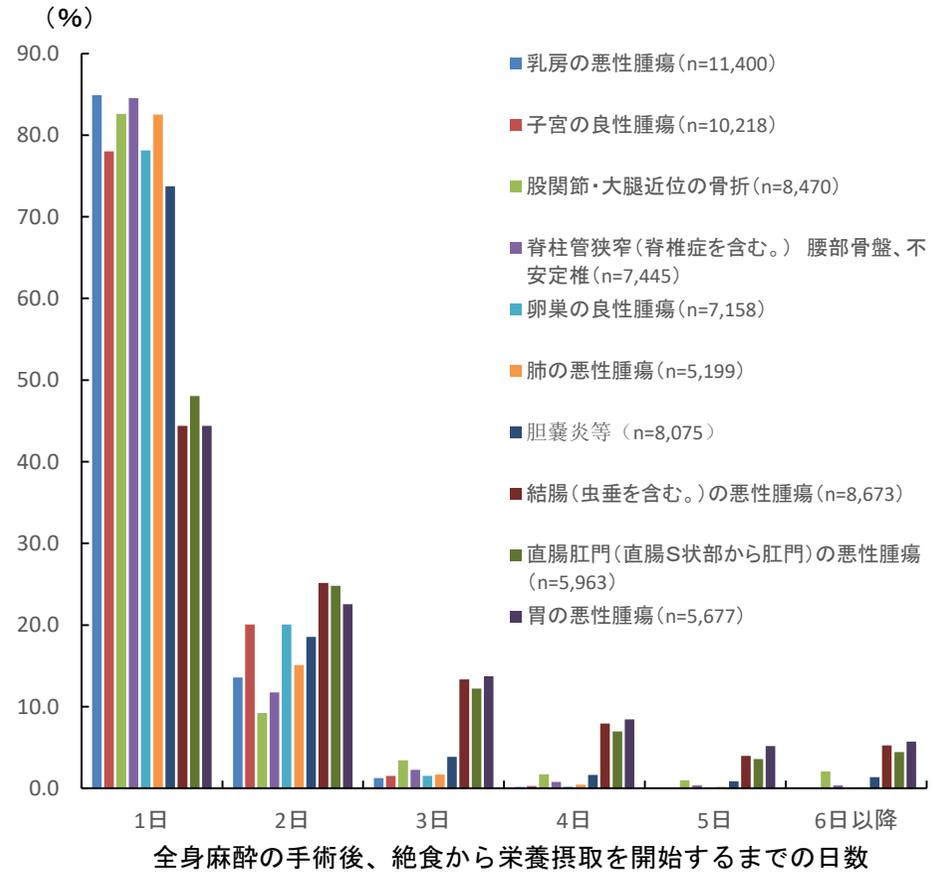
【改善】血清Alb値が3.0g/dl以上となった場合
 【不変】血清Alb値が3.0g/dlに達しなかった場合
 【悪化】血清Alb値が介入前より低下、病状悪化や死亡により介入中止の場合
 【その他】上記以外

表2 NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値 (2011年度-2013年度)

		NST 介入前	NST 介入後	
呼吸器病棟 (n=68)	BMI	18.08 ± 4.08	17.98 ± 4.15	ns
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.57 ± 0.33	2.60 ± 0.41	ns
神経筋病棟 (n=93)	BMI	17.04 ± 3.55	17.40 ± 3.71	p=0.01
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.80 ± 0.32	3.04 ± 0.43	p<0.001

術後の栄養摂取開始の状況

- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の疾患別の患者割合は、消化器疾患において、開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。
- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の年齢階級別の患者割合は、年齢が上がるほど開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。



2020年度データ(2020年4月1日入院以降症例)の新評価表において、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(加算は含まずに本体のみ)」を行った日(複数ある場合は最初)に、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」の患者が、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」から変更されるまでの日数別患者割合

- 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版(抜粋) (日本臨床栄養代謝学会:JSPEN)

- 1) 術前の栄養状態の評価
- 2) 栄養状態不良な場合、術後に栄養のリスクが存在する場合には、術前からの栄養療法の施行(経口サプリメントの投与、免疫経腸栄養剤、腸を使えない場合の静脈栄養など)が必要
- 3) 術後早期からの経口摂取再開、経腸栄養の開始
- 4) 術後1週間以上、経口摂取・経腸栄養を施行できない場合は完全静脈栄養の施行
- 5) 経腸栄養でエネルギー必要量を満たせない場合は静脈栄養の併用
- 6) 術後に経腸栄養を行う場合は、標準組成を第一選択とするが、栄養不良・大侵襲手術患者では免疫経腸栄養剤を考慮

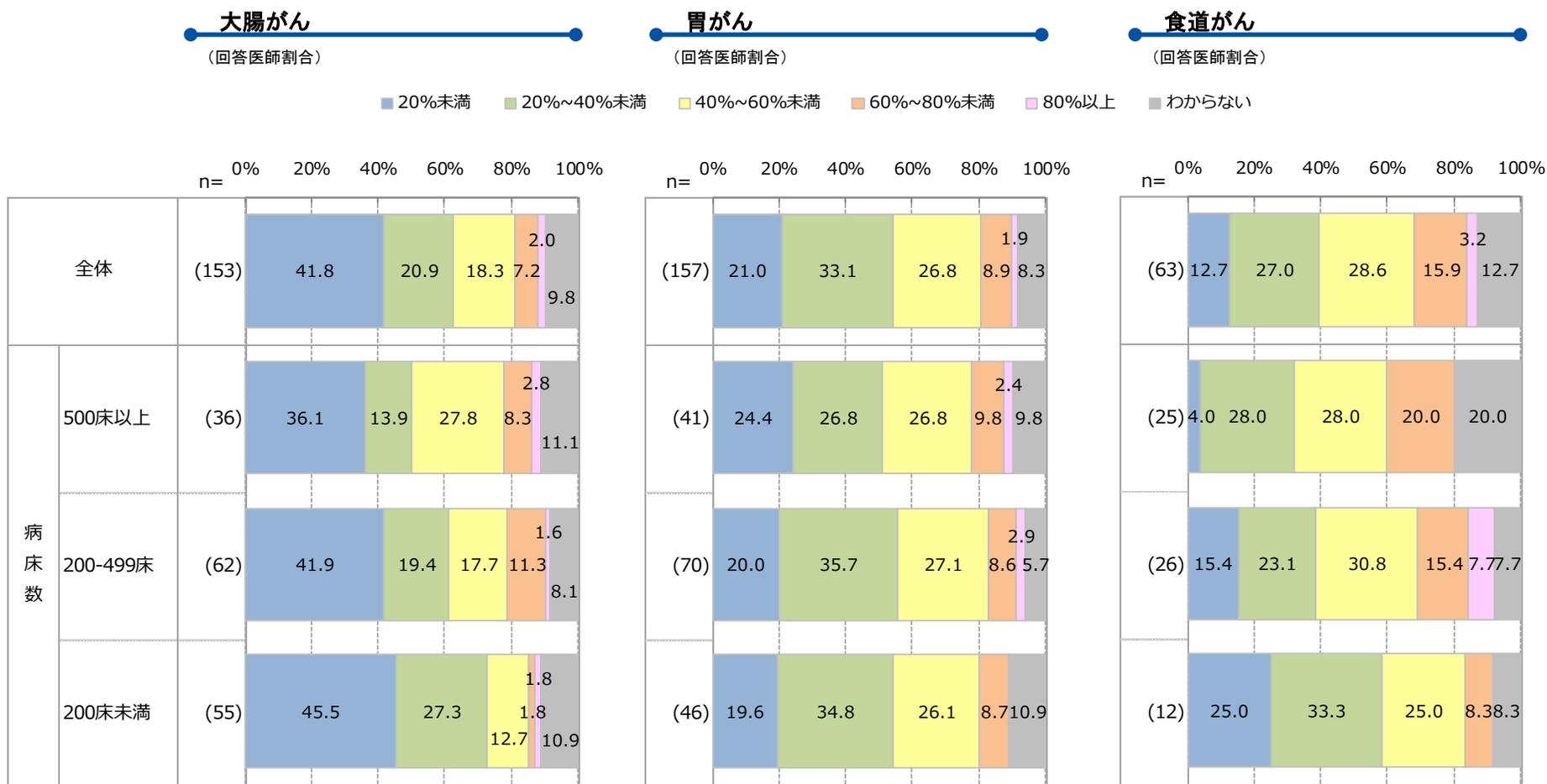
Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

- 1) 術前の絶飲食を避ける
- 2) 個々の患者の忍容性、手術のタイプに応じて経口摂取
- 3) Major surgeryにおいては、術前・術後に栄養状態を評価
- 4) 低栄養患者、低栄養のリスクがある患者(周術期に5日より長く経口摂取ができないと予想される場合、7日より長く推奨量の50%を摂取できないと予想される場合)には遅滞なく周術期の栄養管理(経口あるいは経腸を第一選択とした栄養療法:エネルギーは25-30 kcal/kg、たんぱく質は1.5 g/kg ideal body weight)を行う。))
- 5) 7日より長く、経口あるいは経腸栄養で必要量の50%のエネルギーを投与できない場合は、補助的な静脈栄養投与を開始する
- 6) 低栄養の、がん手術患者には周術期に免疫栄養剤を投与する
- 7) 重度栄養障害を有する患者では、たとえがん手術であっても7-14日間の術前栄養療法を行う
- 8) 可能であれば、経口・経腸栄養を優先する
- 9) 通常食で必要量の栄養を摂取できない場合は栄養状態が良好であっても術前に経口的な栄養サプリメントを投与する

術前の経口栄養剤の摂取の状況

○ 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の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

図 術前管理を行った患者での経口栄養剤のアドヒアランス：提供量の半分以下しか摂取できていない患者の割合



(n=30未満は参考値として掲載)

- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短い。
- 大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下する。

【対象・方法等】

全国242施設、20,858例の胃切除患者において周術期栄養管理が術後経過に及ぼす影響に関する調査を実施。

【対象・方法等】

大腿骨近位部骨折患者80名を術後に通常食のみ摂取させたコントロール群(40名)、術後3日間1,000kcal/日の静脈栄養を追加し、その後7日間の400kcal/日の経口栄養剤を追加した栄養療法群(40名)に分け、術後合併症等を検証。

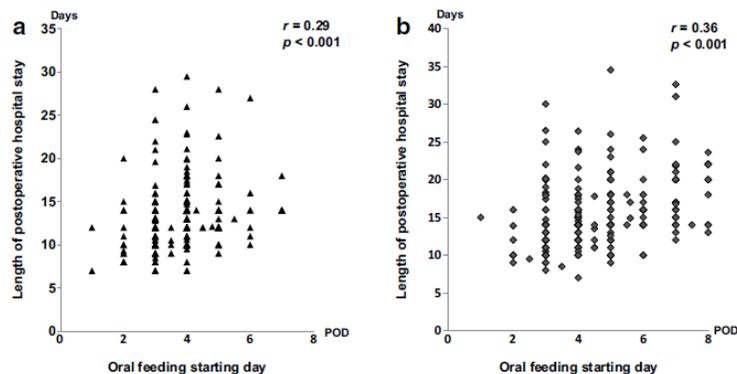
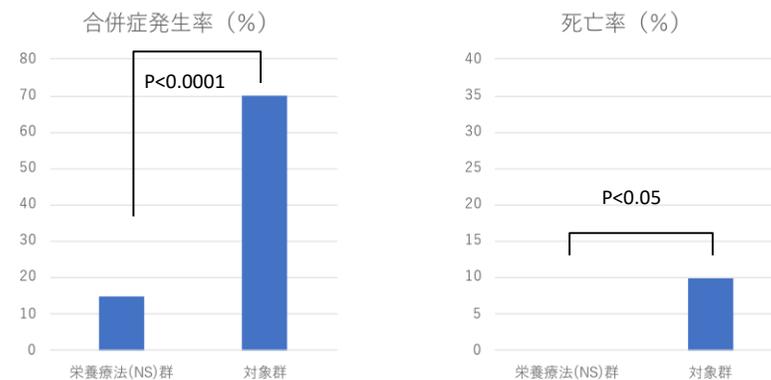


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 236$). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

Spearman's rank correlation coefficient. b Relationship between oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. POD postoperative day



栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
対照群：通常の病院の飲食

出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.

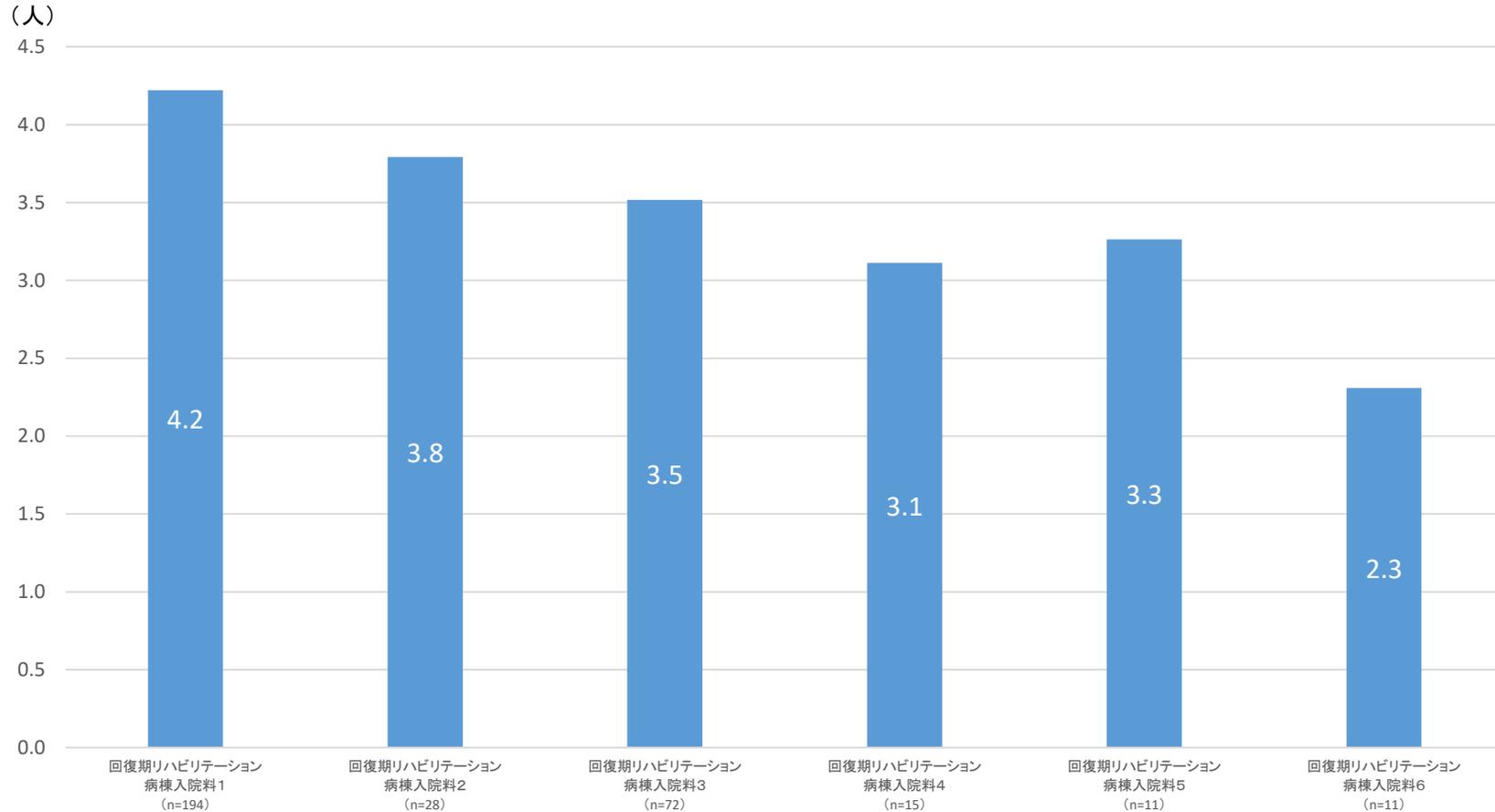
Surg Today (2017) 47:1460–1468.

出典：Magnus Eneroth, Ulla-Britt Olsson, Karl-Göran Thorngren. Nutritional Supplementation Decreases Hip Fracture-related Complications. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 451(2006) 212–217.

管理栄養士の施設の配置（常勤換算）状況

診調組 入-1
3 . 8 . 6

- 入院料によりばらつきが見られるが、入院料1において、常勤換算で4.2名、入院料2～5において、常勤換算で3名以上配置されている。



※常勤換算の算出方法

常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して少数第1位まで（小数第2位を切り上げ）としている。

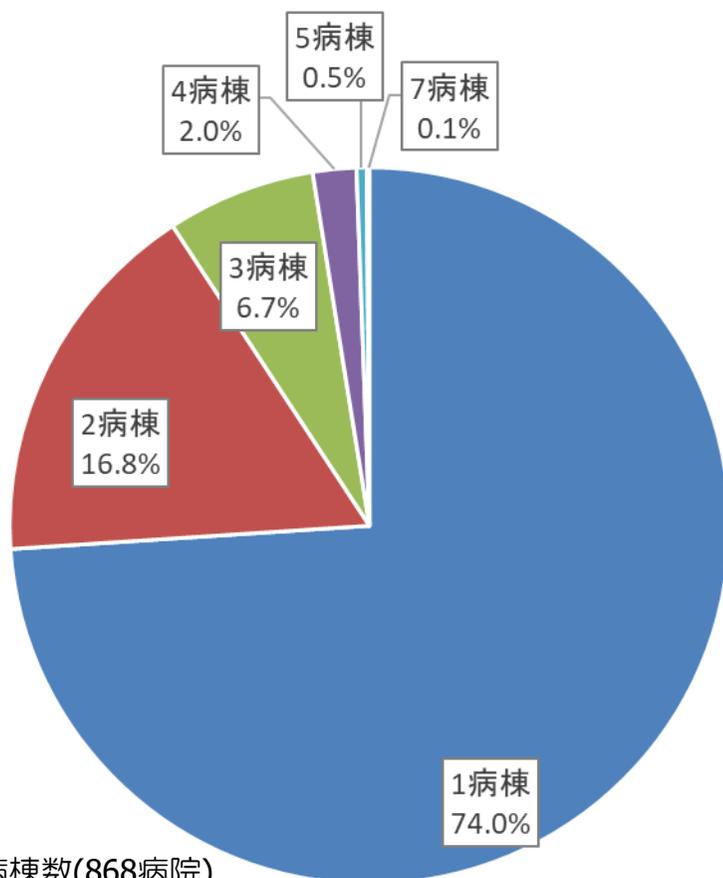
例：常勤職員の1週間の通常の労働時間が40時間の病院で、病棟にて週4日（各5時間）勤務している場合

$$\text{常勤換算した職員数} = (4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}) \div 40 \text{時間} = 0.5 \text{人}$$

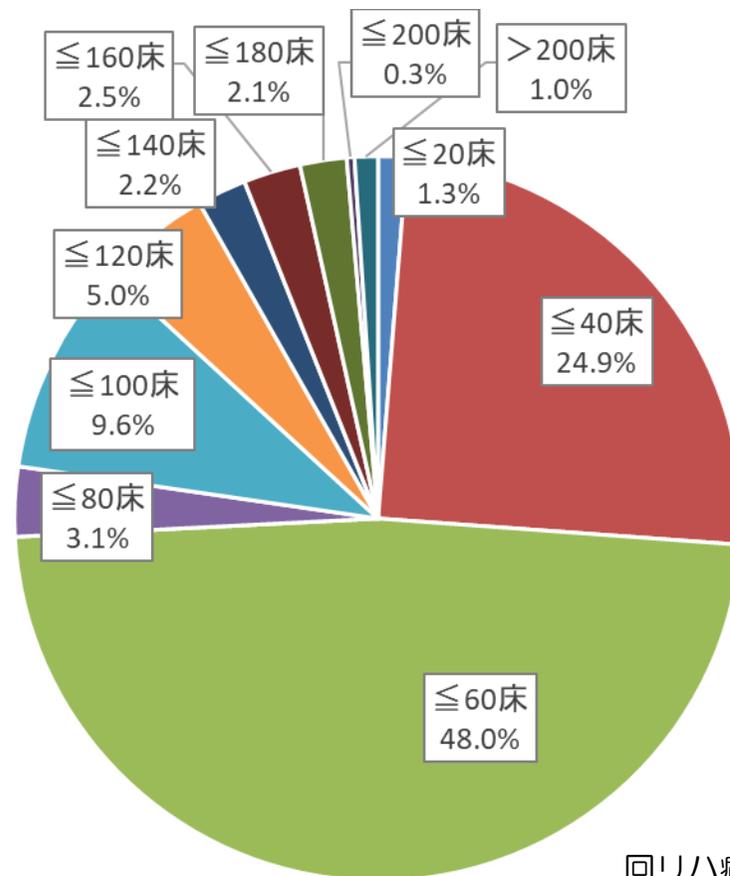
回復期リハビリテーション病棟の病棟数及び病床数の現状

診調組 入-1
3 . 8 . 6

- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟数は、1病棟が74.0%、2病棟が16.8%と全体の90%以上であった。
- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病床数は、60床以下が48.0%、40床以下が24.9%と高い割合であった。



回り八病棟数(868病院)
平均1.4病棟・中央値1病棟



回り八病床数(868病棟)
平均63.4床・中央値50床

一病院あたりの回り八病棟数および病床数の分布

入院料ごとの管理栄養士の配置状況の変化

診調組 入-1
3 . 8 . 6

○ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。

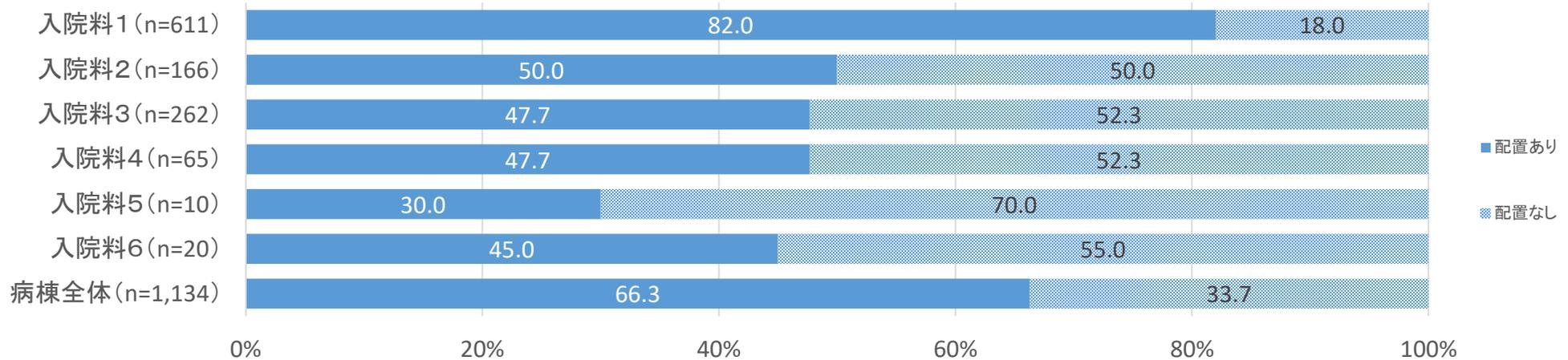


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2019年)

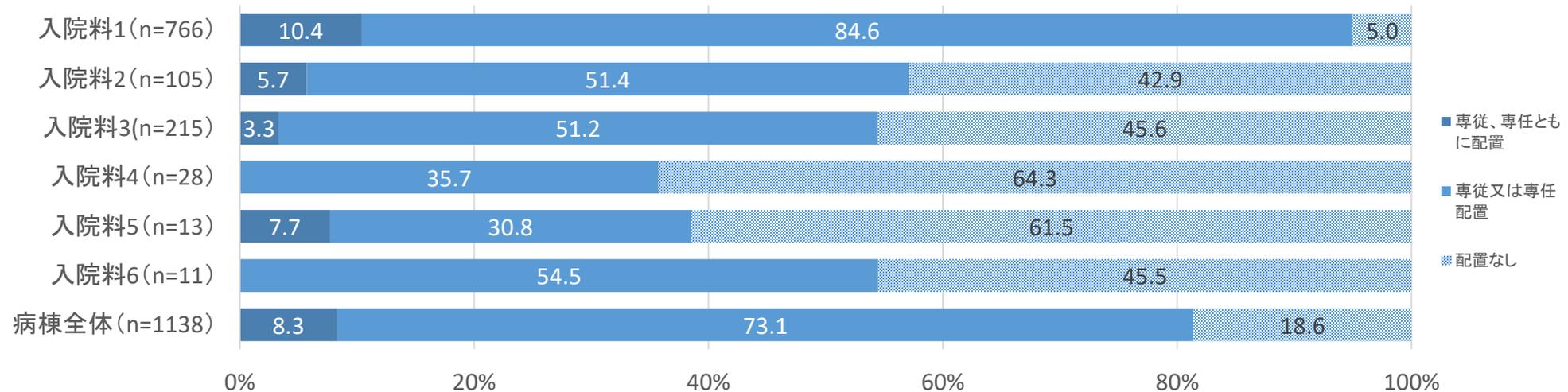


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2020年)

入院栄養食事指導料の算定状況等について

- 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の算定割合は、26.9%であり、栄養食事指導の対象患者の原因疾患の割合に大きな違いはみられなかった。
- 管理栄養士の専従、専任の配置がない病棟と比較して、管理栄養士が病棟に配置されている病棟において栄養食事指導の実施割合が高い。特に専従、専任ともに配置されている病棟で高い。
- 栄養食事指導を依頼しない理由は、手間がかかる、依頼方法がわからないという報告がある。

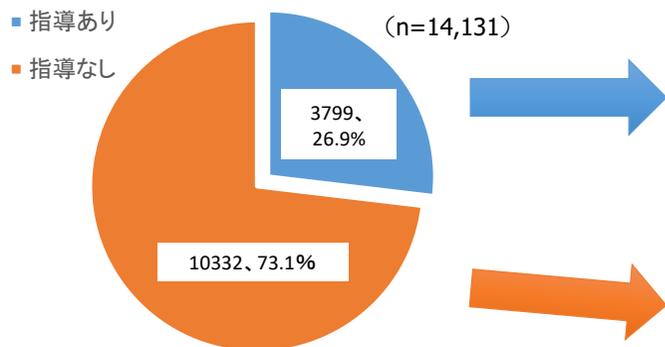


図 回復期リハビリテーション病棟入院料1の入院栄養食事指導料の算定の状況

入院食事栄養指導料算定と原因疾患(n=14,131)

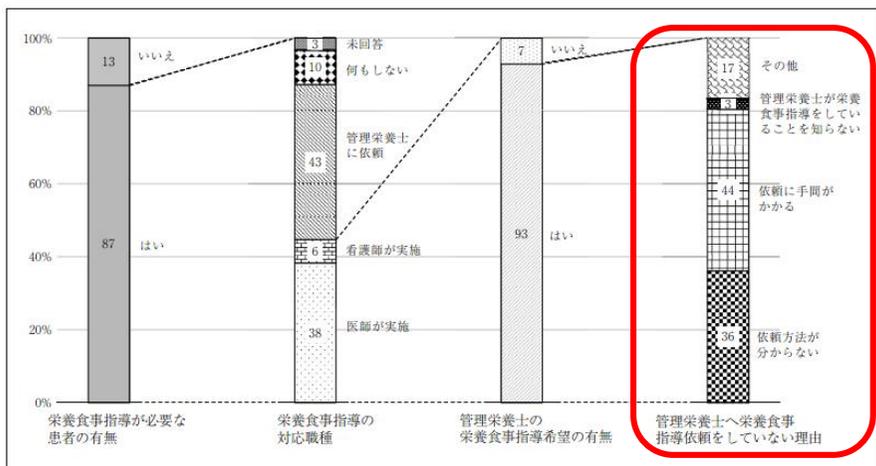
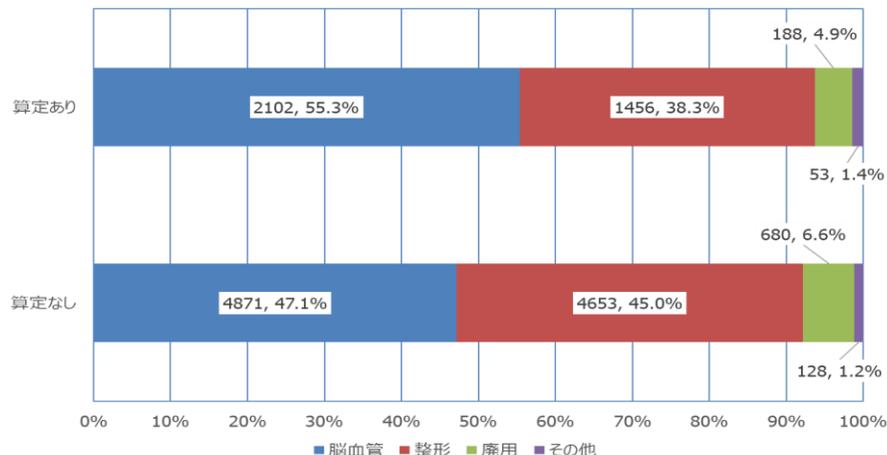


図2 栄養食事指導に関する実情と希望

【方法等】 医師172名に対し、外来栄養食時指導の依頼に関してアンケート調査を実施。

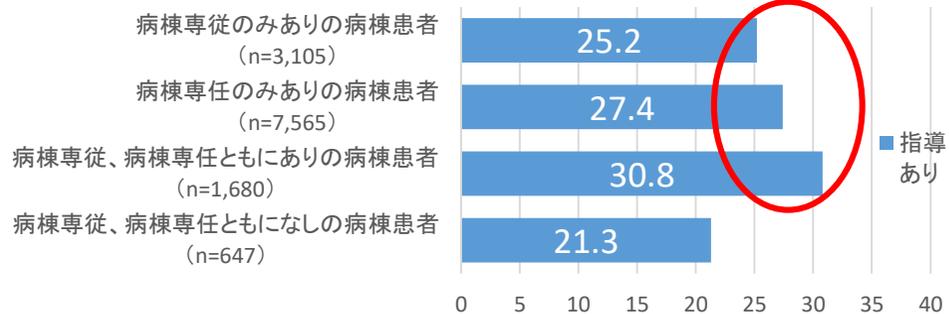


図 管理栄養士の配置状況別の回復期リハビリテーション病棟入院料1の入院栄養食事指導料の算定割合

○ 専従管理栄養士を1名以上配置した回復期リハビリテーション病棟入院料2~6の病棟では、管理栄養士の配置が1名未満の病棟と比較して入院中の体重減少発生リスクが有意に低値であり、かつ独立した説明因子であった。

【対象・方法】

2018年、2019年に全国回復期リハビリテーション病棟協会に所属している回復期リハビリテーション病棟を有している病院に対して実態調査を実施。

回復期リハビリテーション病棟入院料2~6を算定している病棟において、管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟と1名未満の病棟ごとに集計し、解析。

Table 2. Characteristics of the 14,093 underweight and normal weight patients admitted to class 2-6 KRWs.

Factor	All	KRWs with Exclusively Staffed RDs *	KRWs without Exclusively Staffed RDs	p Value
Number	14,093	1392 (9.9)	12,701 (90.1)	
Age, median (IQR)	82 (74-78)	82 (74-88)	82 (74-87)	0.428 ¹
Female, n (%)	8511 (60.4)	852 (61.2)	7659 (60.3)	0.512 ²
Disease, n (%)				0.040 ²
Stroke	4946 (35.1)	475 (34.1)	4471 (35.2)	
Other neurological diseases/injuries	957 (6.8)	88 (6.3)	869 (6.8)	
Orthopaedic diseases/injuries	7067 (50.1)	691 (49.6)	6376 (50.2)	
Hospital-associated deconditioning	1123 (8.0)	138 (10.0)	985 (7.8)	
FIM at admission, median (IQR)	64 (42-85)	62 (41-83)	64 (42-85)	0.020 ¹
Weight loss, n (%)	2607 (18.5)	224 (16.1)	2383 (18.8)	0.015 ²

¹ Mann-Whitney U-test, ² Chi-square test; IQR, interquartile range; FIM, Functional Independence Measure; KRWs, Kaifukuki Rehabilitation Wards; RD, registered dietitian. * RDs who worked at the ward but did not complete other tasks

管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟は、1名未満の病棟と比較して、体重減少発生リスクが有意に低値である。

Table 4. Binary logistic regression analysis of weight loss * in the KRWs where nutrition care was not provided (classes 2-6).

Factor	OR	95%CI		p Value
		Lower	Upper	
Age	1.016	1.011	1.021	<0.001
Sex, male	0.650	0.577	0.731	<0.001
Disease				
Stroke	Reference			
Other neurological diseases/injuries	0.745	0.603	0.915	0.005
Orthopaedic diseases/injuries	0.785	0.700	0.881	<0.001
Hospital-associated deconditioning	0.823	0.683	0.987	0.036
Days between onset and admission	0.995	0.991	0.998	0.001
FIM at admission	0.983	0.981	0.985	<0.001
Body weight at admission	1.056	1.048	1.064	<0.001
Number of nurses	1.000	0.991	1.010	0.886
Daily rehabilitation dose (min/d)	0.998	0.996	0.999	<0.001
Exclusively staffed registered dietitian (≥1 per ward)	0.810	0.683	0.955	0.012

OR, odds ratio; CI, confidence interval; FIM, Functional Independence Measure. * defined as ≥5% loss during the KRW stay. R² = 0.051.

管理栄養士が1名以上専従配置されていることが、性別、FIM、リハビリテーション実施時間等とは独立した体重減少発生リスクの説明因子である。