

作業グループからの最終報告について

1. 診療情報・指標等作業グループにおける検討内容について

1) 重症度、医療・看護必要度について

＜必要度Ⅰ・Ⅱについての分析＞

- 令和元年、令和2年のいずれも回答した施設について比較すると、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年で大きな差はなく、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年の方が高い傾向にあった。(P 3, 4)

＜A項目についての分析＞

- A項目について、評価項目毎の該当患者割合を分析した。(P 6～9)

(基準ごとの分析等)

- 「A 2点+B 3点」のみに該当する患者のA項目の該当項目は、必要度Ⅰでは、「創傷処置+心電図モニター」、「呼吸ケア+心電図モニター」、「専門的な治療・処置」及び「救急搬送」に該当している患者割合が高い傾向にあった。(P 12, 13)
- 必要度Ⅱでは、「呼吸ケア+心電図モニター」、「専門的な治療・処置」に該当している患者割合が高い傾向にあった。(P 15, 16)

(個別項目に着目した分析1)

- 「A 2点+B 3点」のみ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項目の組み合わせでは、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。(P 18)
- 「A 3点以上」の基準に該当している患者について、「心電図モニターの管理」に該当する患者の割合を点数ごとにみると、必要度Ⅰと比較して必要度Ⅱの方が、該当割合が低かった。(P 19)
- 「心電図モニターの管理」の有無で、医師による診察の頻度に大きな違いはなかったが、看護師による直接の看護提供の頻度については「心電図モニターの管理」有りの方が観察の頻度の高い患者が多かった。(P 20)
- 入院継続の理由とA項目の該当についてみたところ、「医学的には外来・在宅でもよいが、ほかの要因のために退院予定がない」又は「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」患者について、「心電図モニターの管理」に該当する患者では多くみられ、「医学的な理由のため、入院医療が必要である」及び「医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい」患者における該当割合と差がみられなかった。(P 21, 22)
- また、上記の分析について、必要度の基準①・②を満たしていない患者では、該当割合が低かった。(P 21, 22)

- 自宅に退院した患者について、A項目の該当割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、退院日や退院前日に「心電図モニターの管理」に該当する患者が一定程度存在した。(P23, 26)
- 退院日又は退院前日に「心電図モニターの管理」に該当した患者割合は、医療機関によってばらつきが見られた。(P24, 25, 27, 28)
- 退院日又は退院前日に「心電図モニターの管理」に該当した患者割合の分布を医療機関ごとにみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、概ね30%以下の医療機関が多かった。(P29, 30, 31, 32)
- 自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着が最も多く、③退院日のみ装着している割合が、最も少なかった。(P33, 34)
- 心電図モニターの装着については、医師が医学的必要性から装着の必要性を判断している医療機関がある一方で、心電図モニターの保有台数等、医学的必要性以外の理由で装着を決定している医療機関もあるのではないかと指摘があった。こういった背景については、単に「心電図モニターの管理」に該当しているという結果のみから分析を進めても、議論を進めることが難しいのではないかと、という指摘があった。さらに、これらの実態や指摘も踏まえると、「心電図モニターの管理」は、純粋に患者の状態を反映しているとは必ずしも言えない、との指摘があった。
- 「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」に該当する患者は、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。(P38)
- 「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割となっていた。(P38)
- 「心電図モニターの管理」については、急性期における評価指標として適切かという観点から検討する余地があり、今回示された、他の項目の該当割合との掛け合わせの結果や、本項目を除外した場合の影響も見ながら、検討することがよいのではないかと、との指摘があった。また、医学的必要性がない項目である場合、看護師の手間が不必要に増えてしまう観点も踏まえて検討することが必要、との指摘があった。

(個別項目に着目した分析2)

- 「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」に該当する患者のA項目の組み合わせをみたところ、「創傷処置」または「心電図モニターの管理」との組み合わせが多かった。(P40)
- 「A3点以上」の基準に該当している患者について、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者の割合を点数ごとにみると、必要度Ⅰ・Ⅱで該当割合に大きな違いはみられなかった。(P41)
- 「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

「点滴ライン同時3本以上の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみたところ「点滴ライン同時3本以上の管理」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高かった。(P42)

- 「点滴同時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」に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であった。(P46)
- 「点滴同時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とともに約2割であった。(P46)
- 「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤数は、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上ながらも2種類以下という患者が存在した。(P47)
- 必要度Ⅱでは、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価であるため、コードによっては使用薬剤数が2種類以下となる場合もあることを踏まえて検討する必要があるのではないか、という指摘があった。

(輸血や輸血製剤の管理)

- 「A2点+B3点」のみに該当する患者のうち、「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者のA項目の組み合わせをみたところ、「心電図モニターの管理」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。(P49)
- 「A3点以上」の基準に該当している患者について、「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者の割合を点数ごとにみると、必要度Ⅰ・Ⅱで該当割合に大きな違いはみられなかった。(P50)
- 「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く、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。(P51)
- B項目の点数ごとに「輸血や血液製剤の管理」の有無別の患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに4～6点では「輸血や血液製剤の管理」有の方が患者割合が高かった。(P52)
- 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、B項目の点数ごとに「輸血や血液製剤の管理」の有無別の患者割合をみたところ、6点以下では「輸血や血液製剤の管理」有の方の患者割合が高い傾向があった。(P53)

<B項目についての分析>

- B項目について、評価項目毎の該当患者割合を分析した。(P55～60)
- 令和2年度改定で見直したB項目の「患者の状態」については、「口腔清潔(1点)」と「衣服の着脱(2点)」の該当患者割合が高い傾向にあった。(P55)
- 「口腔清潔」については、いずれの入院料においても、「患者の状態」の該当患者割合と「介助の実施」の実施ありの割合が概ね同じであった。(P55, 56, 58, 59)
- 「衣服の着脱」については、いずれの入院料においても、「患者の状態」「衣服の着脱

(1点)」+「衣服の着脱(2点)」の該当患者割合より「介助の実施」の介助ありの割合の方が低かった。(P55, 56, 58, 59)

- 「患者の状態」と「評価得点」の該当割合については、どの項目においても概ね同様の傾向であったが、「移乗」については、「評価得点」の方が低かった。(P55, 57, 58, 60)
- 「口腔清潔」と「衣服の着脱」に、高い正の相関が認められた。(P61)

<C項目についての分析>

- C項目について、評価項目毎の該当患者割合を分析した。(P64, 65)
- 必要度Ⅰでは、ほぼ全ての入院料において、「骨の手術」及び「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。(P64)
- 必要度Ⅱでは、ほぼ全ての入院料において、「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。(P65)
- 術後等の経過日数別のA項目・B項目の得点状況については、日数が経過するにつれ、点数の低い患者割合が高くなる傾向であったが、骨の手術は、該当期間の前半でA項目0点の割合が6割を越えていた。(P66~71)

<新型コロナウイルス感染症に係る影響を含む改定前後の分析>

- 新型コロナウイルス感染症に係る影響の分析については、令和2年度改定による純粋な影響についても観察できるようにするべきとの意見を踏まえ、コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行ったところ、令和元年度より令和2年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。(P73, 74)
- 分析対象数を増やすために、医療機関の抽出条件を変更してみてもどうかという指摘を踏まえ、抽出条件を変更して再分析したところ、再分析前と同様に、令和元年度より令和2年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。(P75, 76)
- 急性期一般入院料1について、令和2年度改定前後のどちらも必要度の基準を満たしている医療機関に限定し、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たところ、コロナ受入ありの医療機関と比較し、基準①~③の全てにおいて患者割合が高かった。(P77)
- 令和2年8月~10月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者100人未満の県(9県)と100人以上の県(9県を除く38都道府県)で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析を行ったところ、急性期一般入院料1では、9県・38都道府県ともに令和2年度の方が高かった。(P79)

<特定集中治療室管理料等の重症度、医療・看護必要度の分析>

- 特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合をみた

- ところ、95%以上となる治療室が最も多く、基準を満たす患者割合が90%以上となる治療室が全体の67.8%であった。(P82)
- 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A項目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割を越えるが、他の項目には違いがみられた。(P83)
 - 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「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。(P85)
 - 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割を越えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3と比較して、2・4の方が該当割合が高かった。(P86)
 - 救命救急入院料1・3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「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。(P88)
 - 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、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。(P89)
 - 必要度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%を占めており、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。(P90)
 - 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。(P91)
 - 必要度のB項目については、早期のリハビリテーションの介入等が有用であるとのエビデンスを踏まえ、患者の状態を改善させる取組が進められている中、必要度の基準に組み入れられていることで、負のインセンティブになっていないか等の視点もあることから、特定集中治療室における適切な評価指標であるかは検討が必要である、との指摘があった。一方、ADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために、B項目を必要度の基準から外したとしても、B項目の測定結果は有用なので、測定自体は継続すべきではないかとの指摘があった。
 - 特定集中治療室の患者について、最も医療資源を投入した傷病名で頻度が高かったものについて、SOFAスコアの分布を比較すると、「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「肺の悪性腫瘍」、「結腸の悪性腫瘍」及び「脳腫瘍」についてはSOFAスコアが0点の患者割合が高かった。一方、「弁膜症」及び「狭心症、慢性虚血性心疾患」については、SOFAスコアが6～10点の患者割合が高かった。(P94)

- 重症度、医療・看護必要度に該当し SOFA スコアが低い患者は、外科用 ICU として治療室に滞在している患者が多く、滞在日数が少ないのではないかと、との指摘を踏まえ、必要度の基準該当別の平均滞在日数を SOFA スコア別に比較すると、SOFA が低い得点であると、平均滞在日数が短い傾向があった。(P97)
- 救命救急入院料ごとの必要度、医療・看護必要度該当患者割合は、救命救急入院料 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を踏まえ、特定集中治療室用の評価票ではなく、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、基準を満たす患者割合は、救命救急入院料 1 は 47.1%、救命救急入院料 3 は 55.8%であった。(P98)

2) リハビリテーションの診療実績について

- FIM 及びリハビリテーション実績指数について、入院料毎等の分析を行った。
- リハビリテーション実績指数を令和元年 10 月及び令和 2 年 10 月で入院料毎に比較したところ、すべての入院料において、令和 2 年の方が高い傾向であった。(P100)
- 入棟時 FIM (運動・認知合計の平均値) について年次推移をみたところ、2016 年度以降入棟時 FIM が経年で低下する傾向がみられた。また、発症から入棟までの日数は 2016 年～2019 年に経時的に低下してきたが、2020 年に増加に転じた。(P101)
- 各入院料に分けて入棟時 FIM の年次推移を見てはどうか、との意見を踏まえ、入院料毎に入棟時運動 FIM の平均値を 2015 年～2020 年で比較したところ、入院料 1 及び入院料 3 においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば 2019 年と 2020 年で比較すると、入院料 2、3、4、6 で 2020 年の方が低かった。(P102)
- 入院料毎に発症から入棟までの日数を 2015 年～2020 年で比較したところ、入院料 1、2、3、4 においては、2015 年から 2019 年にかけて低下傾向であったが、2020 年に増加していた。一方、入院料 5 においては 2015 年から 2020 年まで、一貫して低下する傾向であった。(P103)
- 発症から入棟までの日数について、さらに疾患毎で分析してはどうか、との意見を踏まえ、入院料毎に、脳血管疾患患者について、発症から入棟までの日数を 2015 年から 2020 年までで比較した。入院料 1、2、3 においては、2015 年から 2019 年にかけて低下していたが、2020 年に増加した。一方、入院料 5 においては 2015 年から 2020 年にかけて一貫して低下する傾向であった。また、整形疾患患者について比較したところ、入院料 1、2、5、6 においては、2015 年から 2020 年までで大きな差はみられなかった。入院料 3 においては、2015 年から 2019 年まで低下傾向であったが、2020 年に増加した。(P104～106)
- 発症から入棟までの週数と入棟時 FIM の関係をみたところ、平均値では、3 週と 11 週にピークがみられた。(P107)
- 入院料毎かつ患者の状態・疾患毎に入棟時運動 FIM を比較した。例として入院料 1

と6で比較すると、入院料1では、脳血管疾患と整形疾患の患者で入棟時FIMの差に着目すると、入院料1より入院料6の方が、差が大きかった。入院料5では、その差が小さかった。(P108)

- 入院料毎かつ患者の状態・疾患毎に発症から入棟までの日数を比較した。入院料1、2、3、4、6では他の状態・疾患と比較して脳血管疾患が最も長かった。入院料5では、脳血管疾患・整形疾患・廃用症候群間の差は小さかった。(P109)
- 入院料別の原因疾患として、入院料1では脳血管疾患が最も多く、入院料6では整形疾患が最も多かった。(P110, 111)
- 脳血管疾患の患者割合を入院料毎に医療機関の分布でみたところ、入院料1から入院料6にかけて低下していく傾向にあった。一方、整形疾患については、脳血管疾患とは逆に、入院料1で割合が低く、入院料6で割合が高い傾向であった。(P112, 113)
- 入院している患者の疾患・状態の年次推移についてみると、2001年から2020年にかけて、経時的に脳血管疾患の割合が低下し、整形疾患の割合が上昇していた。(P114)
- 入院料毎に患者の重症度を入棟時運動FIMでみたところ、FIMが53点以上の患者の割合は、入院料1、2では約34%、入院料3、4では約40%、入院料5、6では約60%であった。(P115)
- FIMの変化と疾患領域の関係を分析する必要があるのではないか、との意見を踏まえ、患者の疾患・状態毎にFIMの変化を比較したところ、疾患・状態毎に変化に差が見られた。例えば、運動FIMが26点以下の患者について脳血管疾患・整形疾患・廃用症候群の3群で比較したところ、整形疾患が最もFIMの変化が大きかった。(P116~119)
- 入院料毎に運動FIMの入棟時と退棟時の変化を比較した。入院料1や2では入棟時FIMが低く、入院料5や6では入棟時FIMが高かった。また、実績指数を用いて比較すると入院料1から入院料6にかけて低下傾向であり、平均値をみると、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。(P120~122)
- 入院料1について、運動FIMの変化(退棟時運動FIM-入院時運動FIM)を変化の量により4群に分けた上で、それぞれの病棟における患者の状態の割合や平均年齢等を比較した。運動FIMの変化が大きい病棟は小さい病棟と比較すると、自院からの転棟割合が低く、在院日数が長い傾向であった。(P123)
- 入院料毎によりFIMの変化や実績指数が異なることは、各入院料で行われているリハビリテーション単位数の違いの影響等もあるのではないか、との意見を踏まえ、入院料毎にリハビリテーション単位数を比較したところ、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・入院中の総単位数共に、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、疾患別に見た場合、脳血管疾患は1日当たりの単位数が多く、整形疾患は少ない傾向であった。(P124~128)

- 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FIMの変化の差をみてはどうか、との意見を踏まえ、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(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が低い結果であった。(P129)
- さらに、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、疾患別で分析してはどうか、との意見を踏まえ、1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の脳血管疾患患者について、入院料・患者の状態毎に運動FIMの変化(退棟時運動FIM－入院時運動FIM)について分析した。脳血管疾患、整形疾患、廃用症候群で、全体的な傾向に大きな差はみられなかった。(P130～132)
- 入院料毎に、各実績に係る要件を満たしている割合を比較した。入院料5は「重症者割合」、入院料6は「重症者割合」及び「実績指数」を満たせていない医療機関が多かった。(P133、134)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において、別の入院料へ移行していたのはそれぞれ2割超、5割超であった。
令和元年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。
半年間で別の入院料へ移行した割合と1年間で別の入院料へ移行した割合との差は、入院料2、4よりも、入院料5、6の方が小さかった。(P135、136)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。(P137)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、新規届出を行う場合に届け出る入院料であるところ、実績指数が悪い・FIMの変化が小さいこと等から他の入院料を届け出られないまま何年も5又は6を引き続き届け出ているケースがあることを踏まえ、入院料5及び6の在り方については、対応を検討するべき、との指摘があった。

3) 慢性期医療の診療内容について

- 医療区分・ADL区分について、患者の状態等の分析・検討を行った。
- 療養病棟に入院している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。(P 139)

- 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についてみると、療養病棟入院料 1 を届け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 を届け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。(P140)
- 令和 2 年度診療報酬改定においては、中心静脈栄養を長期にわたって実施している患者が存在していることを踏まえ、適切な中心静脈カテーテルの管理を推進する観点から、医療区分の評価を行う際に、中心静脈栄養の必要性の確認を求める、中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、必要性や管理の方法について、患者又は家族等への説明を求めることとしている。(参考：P176)
- 令和 2 年度診療報酬改定の前後で、中心静脈栄養を実施している患者数の変化を分析してはどうか、との意見を踏まえ、平成 30 年 10 月時点でデータ提出加算を届け出ている医療機関を対象に、平成 30 年 10 月と令和 2 年 10 月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成 30 年 10 月では 10.27%、令和 2 年 10 月では 10.25%であり、平成 30 年と令和 2 年で大きな差はみられなかった。(P141)
- 調査基準日 3 か月前に各医療区分の項目に該当していた患者のうち、調査基準日においても当該項目に該当している患者の割合についてみたところ、例えば、中心静脈栄養を実施している状態は 94.7%、中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療を実施している状態は 89.1%であった。(P142)
- 医療区分 2 及び 3 について、何項目該当して当該医療区分と判定されているかについてみると、医療区分 2 及び 3 共に、1 項目が多かった。(P143)
- 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。(P144)
- 中心静脈栄養の該当患者について、平均の在院日数をみたところ、160 日以上の患者が最も多かった。これに関連して、中心静脈栄養を行っている患者の入院期間はかなり長い、との意見があった。(P145)
- 中心静脈栄養の該当がある患者の主傷病名は、脳梗塞後遺症、廃用症候群、脳梗塞、慢性心不全、誤嚥性肺炎の順に多かった。(P146)
- 中心静脈栄養に該当する患者は、なしの患者と比較して、ADL 区分 3 の割合が高かった。(P147)
- 中心静脈栄養に該当する患者について、入院料毎にカテーテル関連血流感染症発症の有無を見たところ、入院料 1 では約 28.6%、入院料 2 では 14.1%、経過措置(注 11)では約 25.0%の患者に発症の履歴があった。(P148)
- これに関連して、中心静脈栄養開始からの日数と感染の有無の関係をみてはどう

か、との意見を踏まえ、中心静脈栄養を実施している患者について、中心静脈栄養開始からの日数と、カテーテル関連血流感染症発症の履歴の有無についてみると、開始から200日までの患者は約10~20%程度が履歴あり、であったが、200日以降の患者は約30~50%程度の患者で履歴があった。(P149)

- 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。嚥下機能障害の有無についてみると、半数程度の患者が嚥下機能障害なしとの回答であった。また、嚥下リハビリを入院中に実施されたことのある患者についてみたところ、約9割の患者が実施されていなかった。(P150~152)
- 嚥下リハビリについて、脳血管疾患等リハビリテーションとして行われている可能性もある、との意見があったことから、嚥下リハビリに加えて脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合等も考慮してはどうか、との意見を踏まえ、中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者の割合を入院料毎に比較した。入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置(注11)では25.0%の患者が嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。(P153)
- 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能障害の有無により、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合を比較した、嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。(P154)
- 嚥下機能評価あり・なし別に分けた場合の、中心静脈栄養継続の理由について比較を行った。中心静脈栄養を継続している理由は、嚥下機能評価あり・なし、ともに、「他に代替できる栄養経路がない」、「家族の希望」の順に多かった。「患者本人の希望」「腸管安静等のため」は、嚥下機能評価あり・なし間で差が見られた。(P155)
- 嚥下機能評価を実施可能と考えられる患者(意識障害なし・認知症なし・障害老人日常生活自立度C2以外)について、嚥下機能評価あり/なし別に分けた場合の中心静脈栄養継続の理由をみると、嚥下機能評価ありの場合は「他に代替できる栄養経路がない」が多く、嚥下機能評価なしの場合は「家族の希望」との結果が一定程度みられた。(P156)
- 中心静脈栄養について、嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する視点の検討が必要ではないか、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を平均値で見た場合、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かった。(P157)

- 新規入院患者に占める、入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち、令和2年8～10月の3か月間で中止又は終了した患者の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。(P159)
- 入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。(P161)
- 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。(P162)
- 中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを1人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。(P163)
- 中心静脈栄養について、感染対策の必要性もありつつ、平成18年度の医療区分導入時と比較すると、中心静脈栄養の手技の安全性も向上し一般的に行われる医療行為となっている側面もあることから、これまでどおり医療区分3とすることが適切かどうか、引き続き検討が必要ではないか、との指摘があった。

2. DPC/PDPS 等作業グループにおける検討内容について

入院医療等の調査・評価分科会の下に設置された DPC/PDPS 等作業グループにおいて、DPC/PDPS の運用に関する事項等について検討を行った。

1) DPC 対象病院に係る検討について (P2～103)

(1) これまでの経緯

- 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の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、以下の分析を行い、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

(2) 令和4年度診療報酬改定に向けた分析

○ 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。

(分析の内容)

① 医療資源投入量の少ない病院 (P8～63)

【「手術なし」「手術・処置等なし」の割合の高い病院の分析】

○ 令和2年度診療報酬改定前の分析（平成30年DPCデータを使用。）と同様に、令和2年データにおいても、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。以下、「急性心筋梗塞等」という。）における「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の割合が高い病院が存在していた。また、悪性腫瘍においても、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合が高い病院が存在していた。

○ これらの病院について、医療資源投入量や投入されている医療資源の内訳について分析を行ったが、これらの病院の多くに共通するような、明らかな傾向を見いだすことは困難であった。

○ さらに、急性心筋梗塞等において、「手術・処置等2なし」も加え、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合の高い病院に着目してはどうか、という指摘があったことを踏まえ、分析を行った。

○ 急性心筋梗塞等において、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合の高い病院に着目し、入院期間Ⅱまでの医療資源投入量や投入医療資源の内訳について分析を行ったが、明らかな傾向を見いだすことは困難であった。

【「手術あり」の分析】

- 手術、処置等が「あり」であっても、その内容に違いがあることから、「あり」についても、内容の精査を行う必要があるのではないか。例えば、脳梗塞において、エダラボンを使用している症例の使用日数の分布や、「手術あり」で「97 その他のKコード」が選ばれているようなものについて、疾患との関連性等の観点から精査する必要があるのではないか、という指摘があったことを踏まえ、分析を行った。
- 脳梗塞におけるエダラボンの平均使用日数は、DPC 特定病院群や DPC 標準病院群において、2日未満となっている病院があった。また、エダラボンの使用日数が2日未満の患者の割合が高い病院もあった。
- 急性心筋梗塞等の「手術あり」のなかで、「97 その他のKコード」の占める割合毎の医療機関数の分布では、「97 その他のKコード」の占める割合が高い病院もあった。
- さらに、脳梗塞及び狭心症においては、「97 その他のKコード」のなかに、あらかじめ定義された手術がないが、実際に選択された手術を確認したところ、疾患とは関連性が低いと考えられるものもあった。

② 在院日数の短い病院（P64～67）

- DPC 対象病棟の退出経路が、「転棟」である患者の割合は、DPC 対象病院全体では4%だったが、自院他病棟への転棟割合が高い病院も存在していた。
- 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在院日数が短い傾向があることから、転棟割合の高い病院に着目して分析を行った。
- 転棟割合が高い病院では、許可病床数に占める DPC 算定病床数の割合が低い傾向にあった。転棟割合が高い病院における転棟症例の、転棟前後の医療資源投入量について分析を行ったが、特定の傾向は見られなかった。
- 転棟割合が高い病院の、入院期間 I の診療内容について着目して分析を行ってはどうか、という意見があり、分析を行った。
- 転棟割合が高い病院の、入院期間 I の医療資源投入量や投入されている医療資源の内訳について分析を行ったが、これらの病院の多くに共通するような、明らかな傾向を見いだすことは困難であった。

- 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。

（特別調査の結果）（P68～80）

- 「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上げられるよう、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。

- 特別調査の結果を踏まえ、他の医療機関からの転院患者について、一時的に DPC 対象病棟で受入を行い、自院の他の病棟へ転棟させている実態が見受けられたことから、患者の入院経路に着目した、他の病棟へ転棟時期についての分析を行った。

(特別調査の結果を受けた分析) (P81~103)

- 他院から DPC 対象病棟に入院し、その後回復期リハビリテーション病棟に転棟する症例は、おおむね入院期間 I 内で転棟する症例が多く、自院の DPC 対象病棟に直接入院し、その後回復期リハビリテーション病棟に転棟する症例は、入院期間 I ~ II の間に転棟する症例が多く、転棟時期の傾向が異なっていた。
- 他院から DPC 対象病棟に入院し、その後地域包括ケア病棟に転棟する症例と、自院の DPC 対象病棟に直接入院し、その後地域包括ケア病棟に転棟する症例は、いずれも入院期間 II で転棟する症例が多かった。
- さらに、症例数の多い診断群分類ごとに分析を行った。

【脳梗塞 (010060xxCCPM02)】

- 回復期リハビリテーション病棟への転棟については、
 - ・ 他院から入院した群では、期間 I 内で転棟する症例が多かった。
 - ・ 自院に直接入院した群では、期間 I ~ II で転棟する症例が多かった。
 - ・ 他院から入院した群においては、自院に直接入院した群に比べ、入院初期における医療資源投入量が小さかった。
- 地域包括ケア病棟への転棟については、
 - ・ 他院から入院した群、自院に直接入院した群のいずれも、期間 II を超えて転棟する症例が多かった。
 - ・ 他院から入院した群においては、自院に直接入院した群に比べ、入院初期における医療資源投入量が小さかった。

【股関節・大腿近位の骨折（160800xx01xxxx）】

- 回復期リハビリテーション病棟への転棟については、
 - ・他院から入院した群、自院に直接入院した群のいずれも、期間Ⅰ～Ⅱで転棟する症例が多かった。
 - ・他院から入院した群、自院に直接入院した群の医療資源投入量の傾向は同程度であった。
- 地域包括ケア病棟への転棟については、
 - ・他院から入院した群、自院に直接入院した群のいずれも、期間Ⅰ～Ⅱで転棟する症例が多いが、期間Ⅱを超えて転棟する症例も見られた。
 - ・他院から入院した群、自院に直接入院した群の医療資源投入量の傾向は同程度であった。

（3）特別調査及び分析を踏まえたご指摘等

1. 医療資源投入量の少ない病院、平均在院日数が短い病院

- 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合の高い病院や転棟割合の高い病院に着目し、医療資源投入量やその内容に関する分析を行ったが、DPC 制度になじまないと考えられる病院の類型化は困難ではないか、という指摘があった。
- 脳梗塞におけるエダラボンについては、その使用日数が短いことに着目した分析を、これまでの DPC 評価分科会においても検討してきたところである。その患者割合が大きい病院が、引き続き見られていることは、DPC 対象病院として不適切であると言えるのではないか、という指摘があった。
- 「97 その他のKコード」でコーディングを行っている症例が多く、疾患との関連性が低いと考えられる手術（輸血を含む。）を行っているような病院は、DPC 対象病院として不適切な場合があるのではないか、という指摘があった。

2. DPC 対象病棟から他の病棟への転棟について

- 回復期リハビリテーション病棟について、他院から DPC 対象病棟に転院してきた群と、自院に直接入院してきた群とを比べ、他院から転院してきた群において、転棟までの日数が極端に短く、回復期病棟への転棟前に、一時的に DPC 対象病棟を利用している実態があることは、DPC 制度になじまない側面があるのではないか、「リハビリ目的」で他院から転院してきた症例について、治療目的で入院してきた症例と同様の診断群分類になるのは不適切ではないか、という指摘があった。
- 治療目的での手術が定義されている診断群分類（160800xx01xxxx）の場合に、他院からの転院と自院への直接入院とで医療資源投入量の傾向に違いが見られなかったが、これは、明確に手術という治療目的での転院・入院が行われていることによると想定される一方で、それ以外の診断群分類の場合には、入院元によって医療資源投入量の傾向に違いが見られたことを踏まえると、例えば、診断群分類を医療

資源投入量に基づいて区別することも考えられるのではないか、という指摘があった。

3. コーディングについて

- DPC 対象病院は、コーディングについて適切に理解することが求められることから、「コーディングテキスト」は、全ての DPC 対象病院において、確実に認知・活用いただくことが重要ではないか、という指摘があった。
- コーディングの適切性を高める観点から、中長期的に、「コーディングテキスト」における事例の追加なども検討すべきではないか、という指摘があった。
- 例えば、急性心筋梗塞のように、発症からの日数によって病態が変わる疾患については、今後、発症日からの日数で、さらに診断群分類を区別できるよう検討することも考えられるのではないか、という指摘があった。

4. 今後の対応に向けて

- 今後の対応については、DPC 制度においてどのように急性期入院医療を評価するのかというこれまでの視点に加え、医療の標準化を通じて、医療の質を高める取組につなげる視点もあわせて議論していくことが必要ではないか、という指摘があった。

2) 医療機関別係数のフォローアップについて (P104~129)

- DPC/PDPS 導入当初設定された調整係数は、包括払い制度の円滑導入のため、医療機関毎に前年度の診療実績に基づく報酬水準が維持されるよう設定された。その後、この調整係数については、医療機関の機能を評価する係数に組み替えることとされ、基礎係数及び一連の機能評価係数Ⅱへの置き換えを診療報酬改定毎に段階的に行い、平成 30 年度診療報酬改定において、一連の置き換えが完了した。令和 4 年度診療報酬改定に向け、医療機関別係数の今後の取扱いについて検討を行った。
- また、機能評価係数の体制評価指数については、既に評価項目の満点に達している病院にとっては、評価項目が見直されても、実態の変化につながらないのではないか、という指摘があったことを踏まえ、体制評価指数の状況について分析を行った。
- 体制評価指数について、総得点が上限に達している割合は、大学病院本院群、DPC 特定病院群、DPC 標準病院群で、それぞれ 2%、1%、4%であることが分かった。
 - (1) 体制評価指数
 - 地域医療指数の体制評価指数においては、医療計画 5 疾病 5 事業等における急性期入院医療について、各項目ごとの評価を行っている。
 - 令和 3 年通常国会において成立した改正医療法においては、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を盛り込むこととしており、第 8 次医療計画 (2024 年度~2029 年度) から「5 疾病 6 事業」となる見込みとなっている。
 - これを踏まえ、新興感染症等に係る医療への体制を評価項目に組み込むことについて

議論を行った。

- 現在、新型コロナウイルス感染症に対応している状況であるとともに、今後の感染症への備えという観点からも、体制評価指数の中で評価を行うことが重要ではないか、という指摘があった。

1. 新型コロナウイルス感染症

- 評価項目において「感染症」を組み込むとすれば、現在、「その他」に位置づけられている「新型インフルエンザ対策」は「感染症」の評価項目において位置づけることが考えられるのではないか、という指摘があった。
- また、令和3年2月13日に施行された、改正特措法及び改正感染症法においては、新型コロナウイルス感染症が「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけられ、同様の措置を講ずることができることとされたことを踏まえると、新型コロナウイルス感染症への対応も、「感染症」において位置づけていくことが考えられるのではないか、という指摘があった。
- また、新型コロナウイルス感染症を踏まえた取組として、病院の稼働状況等についてG-MISで一元的に把握・支援し、必要な医療提供体制を確保することへつなげていくこととしていることから、既に「災害」において位置づけられているEMISと類似した対応を行うことが考えられるのではないか、という指摘があった。

2. へき地

- 「へき地」は、現在の評価項目の1つであり、「へき地拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」に対し評価を行っている。
- へき地医療拠点病院については、第7次医療計画の際に、へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要3事業）の回数については、年12回以上と数値目標が通知（※）されている。
※ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）
- また、数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要3事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在していることを踏まえ、「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、更なる事業の推進について議論されているところ。
- DPC制度においても、その方向性に沿った対応とすることが考えられるのではないか、という指摘があった。

3. 災害

- 「災害」は、現在の評価項目の1つであり、「BCPの策定有無別（令和3年以降の

評価導入を検討) 災害拠点病院の指定」、「DMAT の指定」及び「EMIS への参加」に対し評価を行っている。

- このうち、「災害拠点病院の指定」については、平成 30 年度診療報酬改定に向けた DPC 評価分科会において検討されたが、災害拠点病院においても BCP の策定率が 100%ではないことから、評価を「BCP の策定有無別」によって評価の差を設けることについて議論が行われた。
- その際、災害拠点病院の要件には既に「BCP 策定」が組み込まれていることを踏まえるべきといったご意見があったことも踏まえ、「平成 31 年以降の評価導入を検討」という条件のもと、現行の評価項目となった。
- その後、令和元年の調査において、災害拠点病院における BCP の策定率は 100% となったことが確認されている。
- 災害拠点病院において、BCP 策定率が 100%となっている一方、災害拠点病院以外の病院においても、全ての医療機関において、「BCP の策定に努めること」とされているが、平成 30 年の調査において、全医療機関における BCP 策定率は約 25%に留まっており、「将来的には全医療機関において策定されることが望ましい」とされ、更なる策定率向上が求められている。
- DPC 制度においても、この方向性に沿った対応をすることが考えられるのではないかと、という指摘があった。