

(令和3年度第8回)
入院医療等の調査・評価分科会

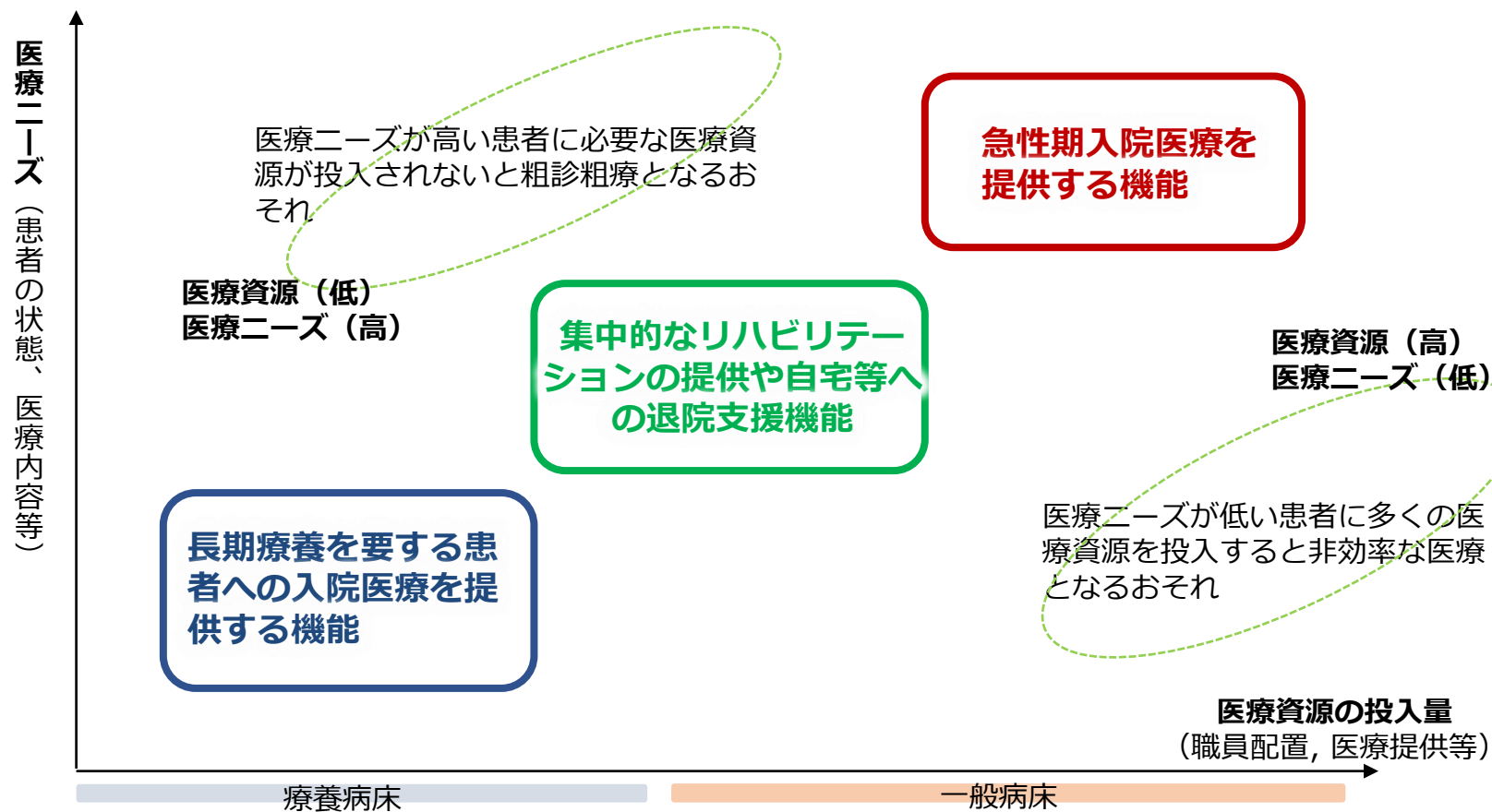
令和3年10月1日(金)

1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. 横断的事項等

1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. 横断的事項等

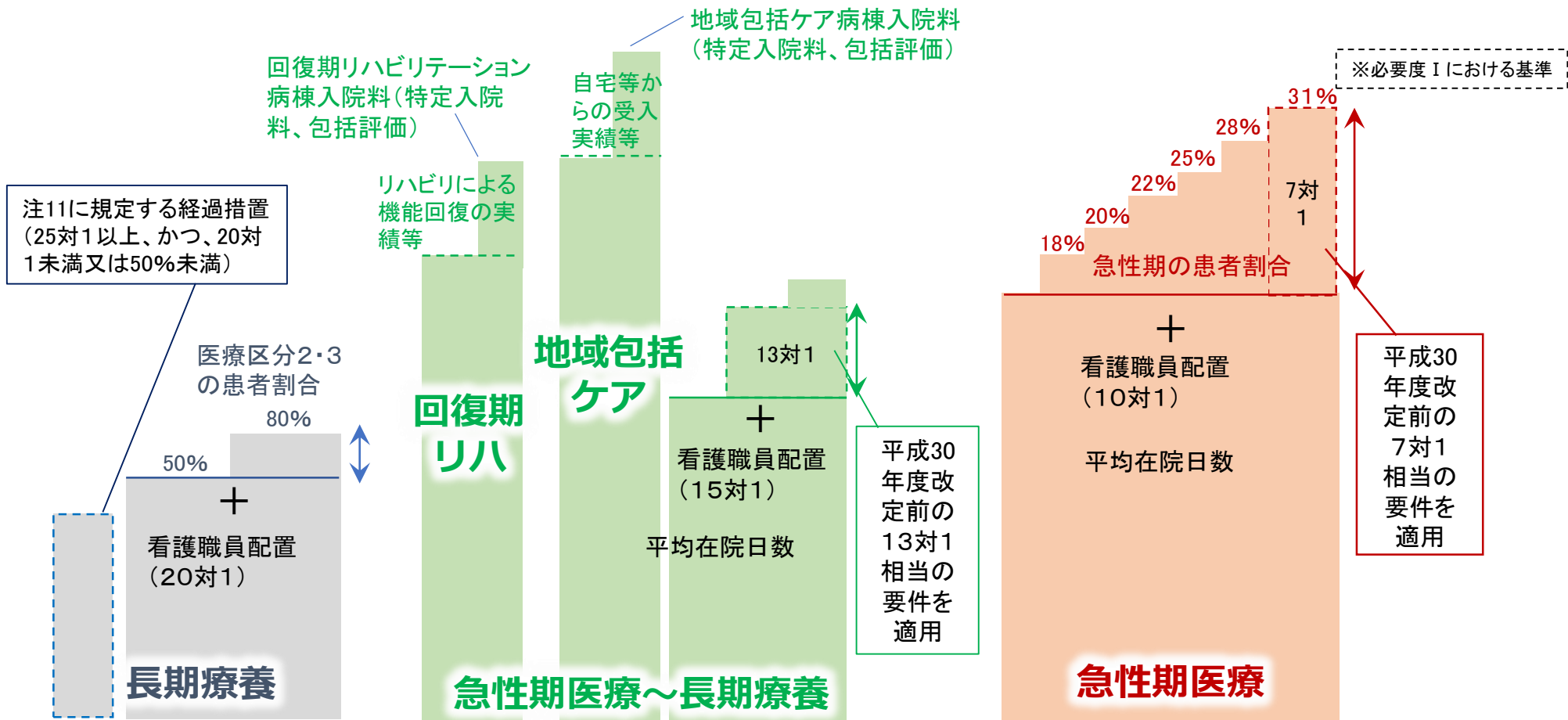
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



入院医療の評価体系（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、平成30年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料（20対1、25対1）を再編・統合

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

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
58,175床※1
(▲395床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料
19施設 6,133床 (▲182床)

救命救急入院料

入院料1 183施設 3,528床
入院料2 25施設 196床
入院料3 80施設 1,666床
入院料4 82施設 902床
合計 370施設 6,292床 (▲68床)

特定集中治療室管理料

管理料1 140施設 1,397床
管理料2 70施設 797床
管理料3 349施設 2,390床
管理料4 64施設 618床
合計 623施設 5,202床 (▲33床)

ハイクアユニット入院医療管理料

管理料1 582施設 5,779床
管理料2 30施設 305床
合計 612施設 6,084床 (+328床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

180施設 1,479床 (+79床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 116床 (+8床)

新生児特定集中治療室管理料

229施設 1,629床 (▲23床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 851床 (+36床)
新生児 1,720床 (+67床)

新生児治療回復室入院医療管理料

202施設 2,899床 (+59床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (+2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,438床 (+75床)	管理料2 183施設 6,158床 (▲114床)	管理料3 97施設 2,267床 (▲4床)	管理料4 379施設 8,044床 (+73床)	管理料5 154施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

584,162床 (▲8,178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
813施設 53,511床 (+4,960床)	179施設 9,478床	407施設 18,812床 (▲1,524床)	71施設 3,323床 (▲397床)	56施設 2,184床 (▲88床)	45施設 1,876床 (▲808床)	1,571施設 89,184床 (+1,930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
1,203施設 38,981床 (+7,532床)	1,315施設 43,803床 (▲1,564床)	49施設 1,329床 (▲69床)	83施設 1,792床 (▲499床)	2,650施設 85,905床 (+5,400床)

障害者施設等入院基本料

882施設
70,269床 (▲35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 (±0床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
103施設 5,431床 (▲178床)	106施設 7,539床 (+328床)	32施設 444床 (▲3床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 209施設 4,245床
入院料2 246施設 4,684床
合計455施設 8,929床 (+283床)

療養病棟入院基本料

210,073床 (▲5,407床)

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2年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,770施設 64,209床 (▲2,297床)

有床診療所 (療養) 475施設 4,706床 (+644床)

精神科救急入院料

入院料1 163施設 10,586床 (+709床)
入院料2 4施設 127床 (▲94床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 360施設 16,280床 (+260床)
入院料2 13施設 508床 (▲343床)

精神病棟 1,179施設 143,543床 (▲3,343床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 376床 (+2床)
児童・思春期精神科入院 46施設 1,491床 (+83床)

精神療養病棟入院料

819施設 90,266床 (▲943床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 536施設 37,322床 (+804床)
入院料2 4施設 296床 (▲364床)

地域移行機能強化病棟入院料

38施設 1,435床 (+58床)

結核病棟 168施設 3,905床 (+5床)

急性期一般入院料1～7の内容

令
中医協 総-2
3. 8. 25

○ 平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編した。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上]※3	25%以上 [23%以上]※2	28%以上 [26%以上]※1	31%以上
	[]内は 200床未満の 経過措置	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上]※3	23%以上 [21%以上]※2	26%以上 [24%以上]※1	29%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要	医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上	
データ提出加算		○(要件)						
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

<全体>

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒**令和3年9月30日まで**基準を満たしているものとする。

<200床未満>

許可病床数200床未満の病院

⇒**令和4年3月31日まで**割合の基準値を緩和する。

※[]内は許可病床数200床未満の病院の経過措置

※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
※2現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
※3現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

地域一般入院料1～3の内容

平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とした。

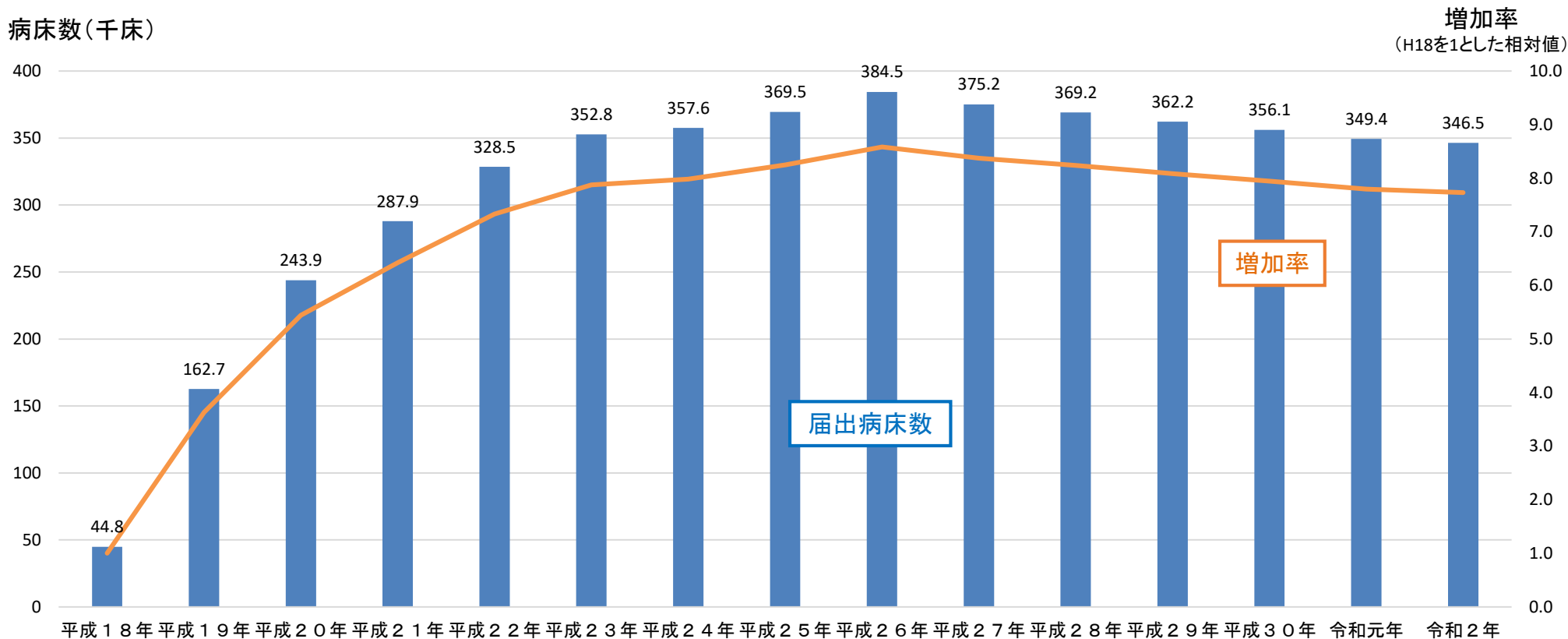
	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
データ提出加算	—(要件なし)		
点数	988点	1,153点	1,159点

看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

中医協 総 - 2
3. 8. 25 (改)

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向。

病床数(千床)



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の
見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の
見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護
必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の
導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し
C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

[H30.4]
重症度、医療・看護
必要度Ⅱの創設
該当患者割合基準の
見直し(25%→30%)
判定基準の追加
C項目の評価の
見直し

[R2.4]
該当患者割合基準の
見直し(Ⅰ 30%→31%)
(Ⅱ 25%→29%)
判定基準の見直し
A・C項目の評価の
見直し

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)

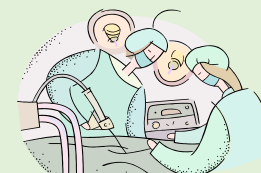
急性期医療の役割

① **重症救急患者**に対する医療の提供

救急搬送
(24時間)

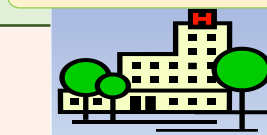


② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の**総合的かつ専門的な医療**の提供



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

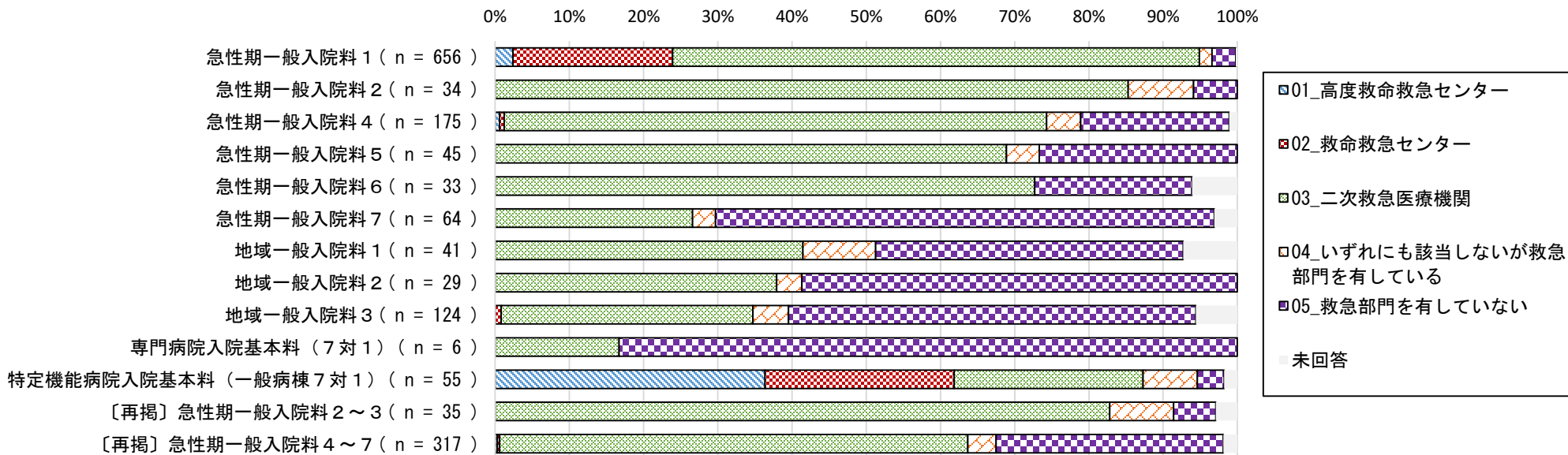


急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

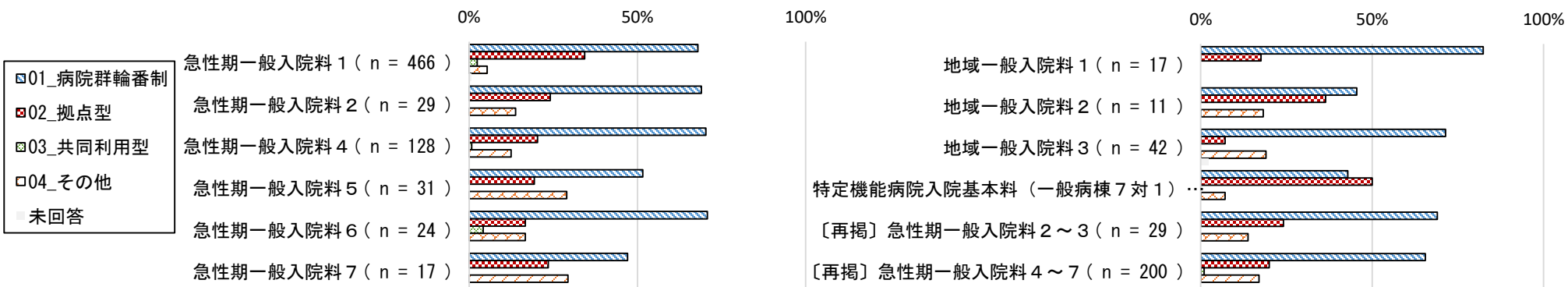
入院料別・救急医療体制の状況

○ 特定機能病院では3割以上の医療機関で高度救命救急センターを有しており、急性期一般入院料1の2割以上は救命救急センター以上の体制を有していた。急性期一般入院料7及び地域一般入院料においては、半数～半数超で救急部門を有していないという回答であった。

救急医療体制（令和3年6月1日時点）



二次救急医療体制(複数選択)



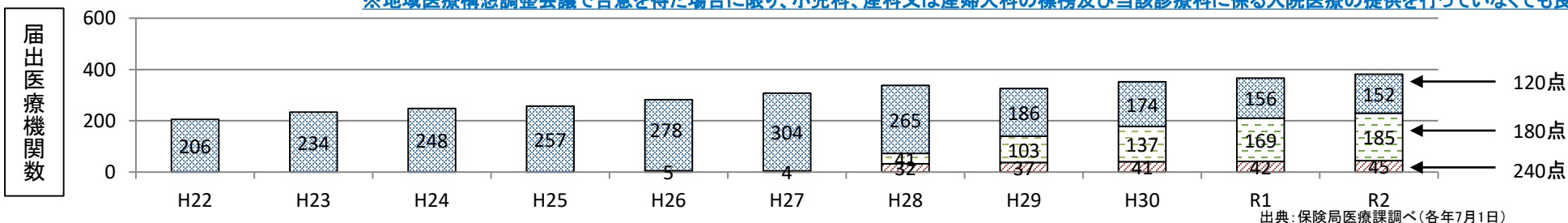
総合入院体制加算の概要①

中医協 総-2 (改)
3 . 8 . 2 5

○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している 全身麻酔による手術件数が年800件以上 		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること 精神患者の入院受入体制がある		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	必要度Ⅰ:3割5分以上 必要度Ⅱ:3割3分以上		必要度Ⅰ:3割2分以上 必要度Ⅱ:3割以上

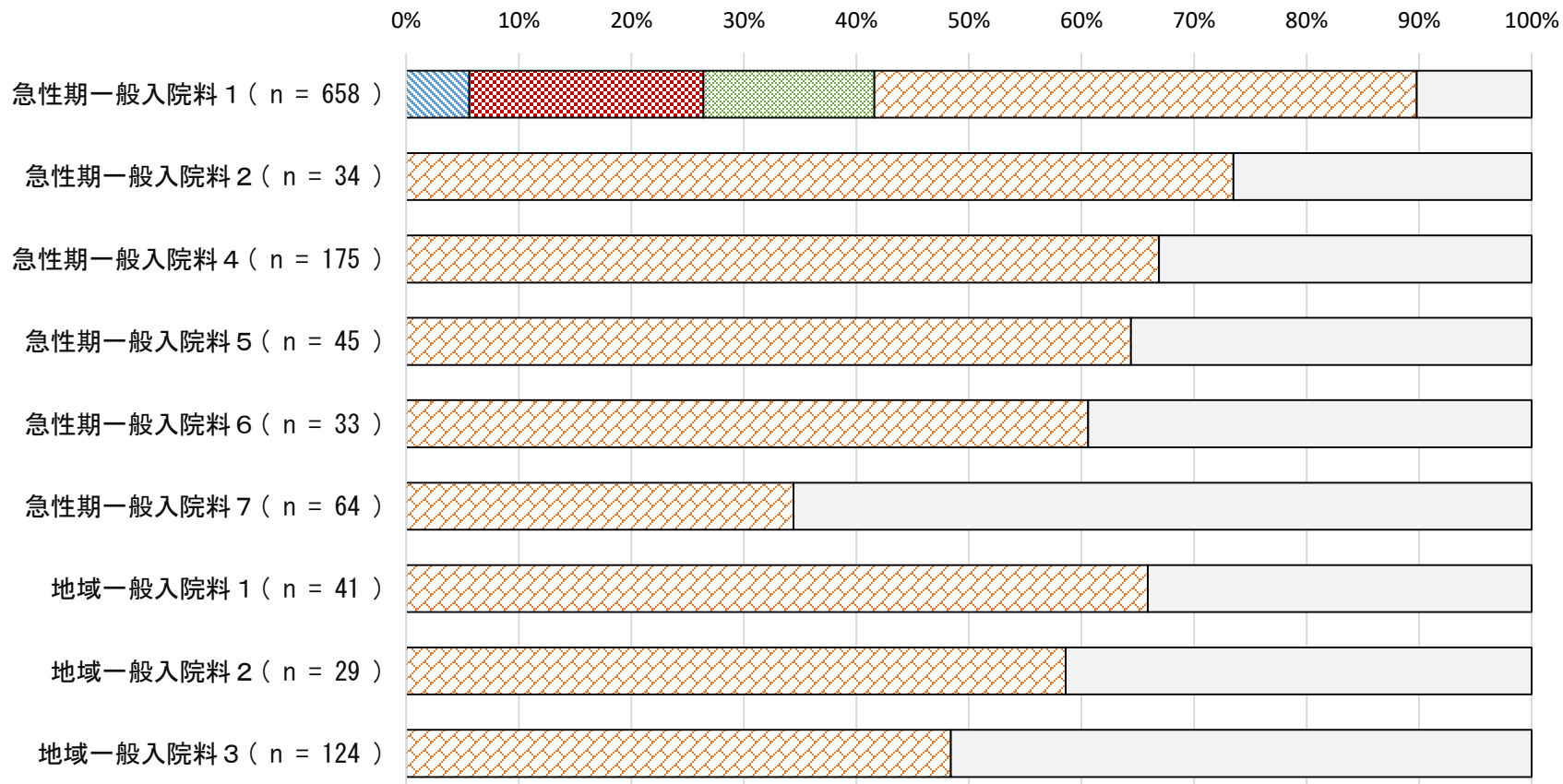
※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。



総合入院体制加算の届出状況

○ 急性期一般入院料1のうち4割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。

「総合入院体制加算」の届出状況
(令和3年6月1日時点)



01_総合入院体制加算1 02_総合入院体制加算2 03_総合入院体制加算3 04_総合入院体制加算を届け出していない 未回答

総合入院体制加算の実績の状況

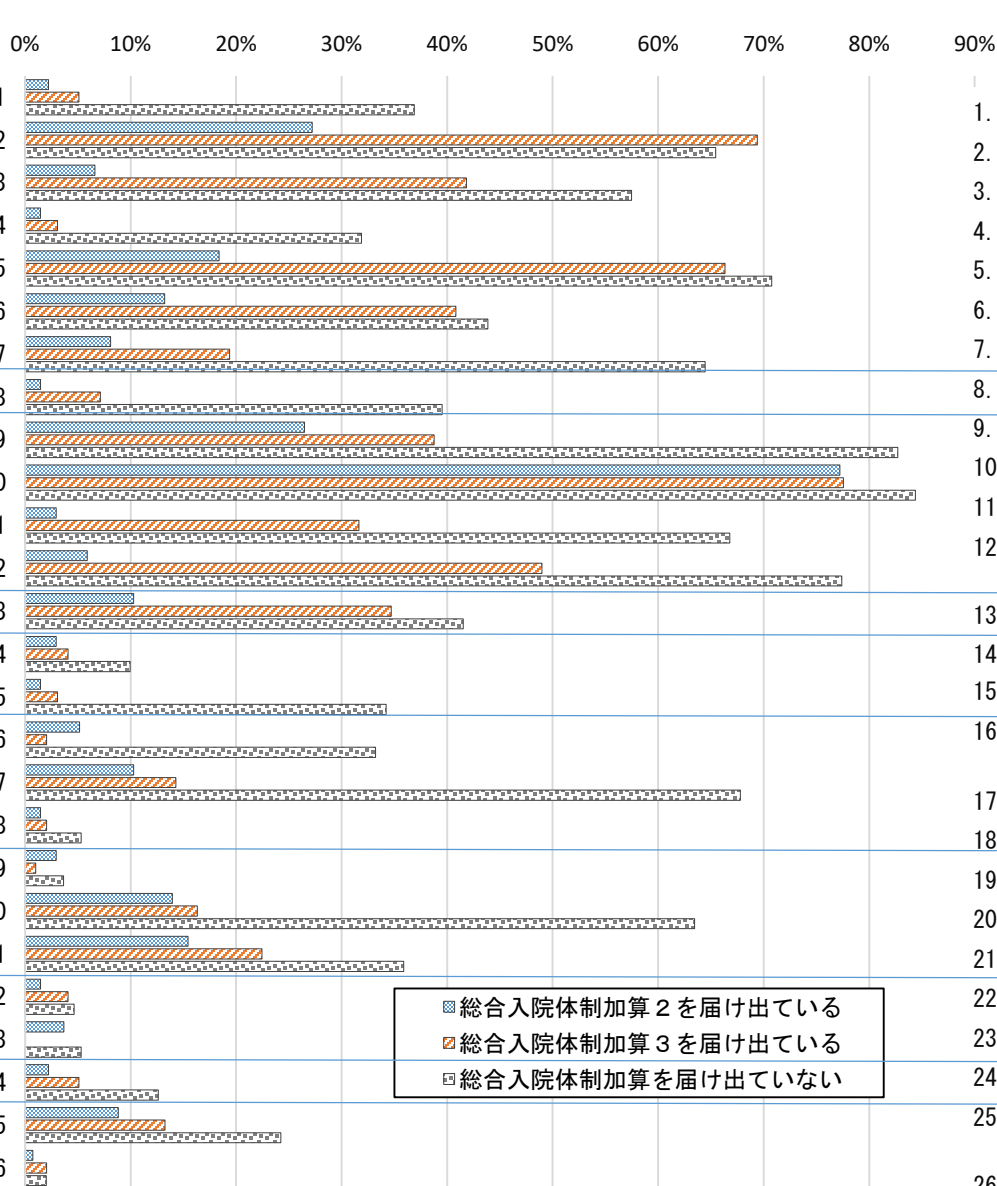
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関における手術等の年間実施件数は以下のとおり。
- 加算1を届け出ている医療機関においては、要件の基準をいずれも大きく上回っていた。

総合入院体制加算の届出状況別 手術等の年間実施件数(各施設の平均)

	要件の 基準	R元. 4. 1～R2. 3. 31			R2. 6. 1～R3. 5. 31		
		加算 1	加算 2	加算 3	加算 1	加算 2	加算 3
①全身麻酔による手術件数	800	4,200.4	3,315.9	1,918.2	3,865.6	3,148.4	1,800.6
①-i うち 緊急手術件数		592.8	430.4	246.9	577.5	463.3	245.9
①-ii うち 休日加算等を算定している件数		184.4	144.0	69.9	161.4	136.6	65.9
②人工心肺を用いた手術件数	40	121.4	75.3	25.6	115.0	74.4	23.7
②-i うち 緊急手術件数		18.5	12.9	4.0	19.7	13.2	3.0
②-ii うち 休日加算等を算定している件数		8.8	5.9	1.7	7.4	5.8	1.5
③悪性腫瘍手術件数	400	1,046.1	825.2	428.9	967.3	772.3	404.4
③-i うち 緊急手術件数		43.0	21.0	11.3	30.8	16.9	9.4
③-ii うち 休日加算等を算定している件数		19.8	5.1	2.3	16.9	3.7	2.9
④腹腔鏡下手術件数	100	741.5	695.7	413.0	726.6	691.2	400.9
④-i うち 緊急手術件数		87.5	90.1	52.5	91.4	93.3	53.4
④-ii うち 休日加算等を算定している件数		35.9	32.7	17.8	35.7	32.8	18.0
⑤放射線治療(体外照射法)の件数	4,000	8,175.0	6,426.2	2,466.3	7,616.5	6,080.1	2,286.0
⑥化学療法の件数	1,000	4,649.6	3,526.0	1,891.9	4,629.3	3,748.2	1,959.9
⑦分娩の件数	100	621.8	515.1	333.5	553.6	487.9	303.2
⑧救急自動車等による搬送件数	2,000	6,156.0	5,549.3	3,923.5	5,589.3	5,009.0	3,543.4

総合入院体制加算の満たすことが困難な要因

○ 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因については、以下のとおりであった。



急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において 総合入院体制加算の満たすことが困難な要因(複数回答)

- 全身麻酔による手術の件数が 年間800件以上
- 人工心肺を用いた手術の件数が 年間40件以上
- 悪性腫瘍手術の件数が 年間400件以上
- 腹腔鏡下手術の件数が 年間100件以上
- 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間4,000件以上
- 化学療法の件数が 年間1,000件以上
- 分娩の件数が 年間100件以上
- 救急自動車等による搬送件数が 年間2,000件以上
- 精神科について、24時間対応できる体制を確保している
- 精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている
- 「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算1」の届出を行っている
- 「精神疾患診療体制加算2」の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「入院精神療法」若しくは「救命救急入院料の注2の加算」の算定件数が合計で 年間20件以上
- 療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出していない
- 画像診断 及び 検査を、24時間実施できる体制を確保している
- 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している
- 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が4割以上である
- 内科、精神科、小児科、外科等を標榜し、入院医療を提供している
- 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置
- 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備
- 院内助産又は助産師外来の開設
- 特定行為研修修了者の複数名の配置
- 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外）
- 敷地内に喫煙所を設ける場合は、適切な受動喫煙防止措置を講ずること
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合
- 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない
- その他

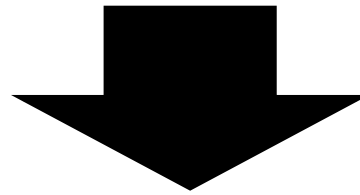
■ 総合入院体制加算2を届け出ている
 ■ 総合入院体制加算3を届け出ている
 ■ 総合入院体制加算を届け出ている

急性期入院医療の評価にかかるとる主な指摘事項

入院医療等の調査・評価分科会

(6月30日)

- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、治療室を有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べきではないか。



- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、治療室の有無別の、手術件数等の実績を比較した。

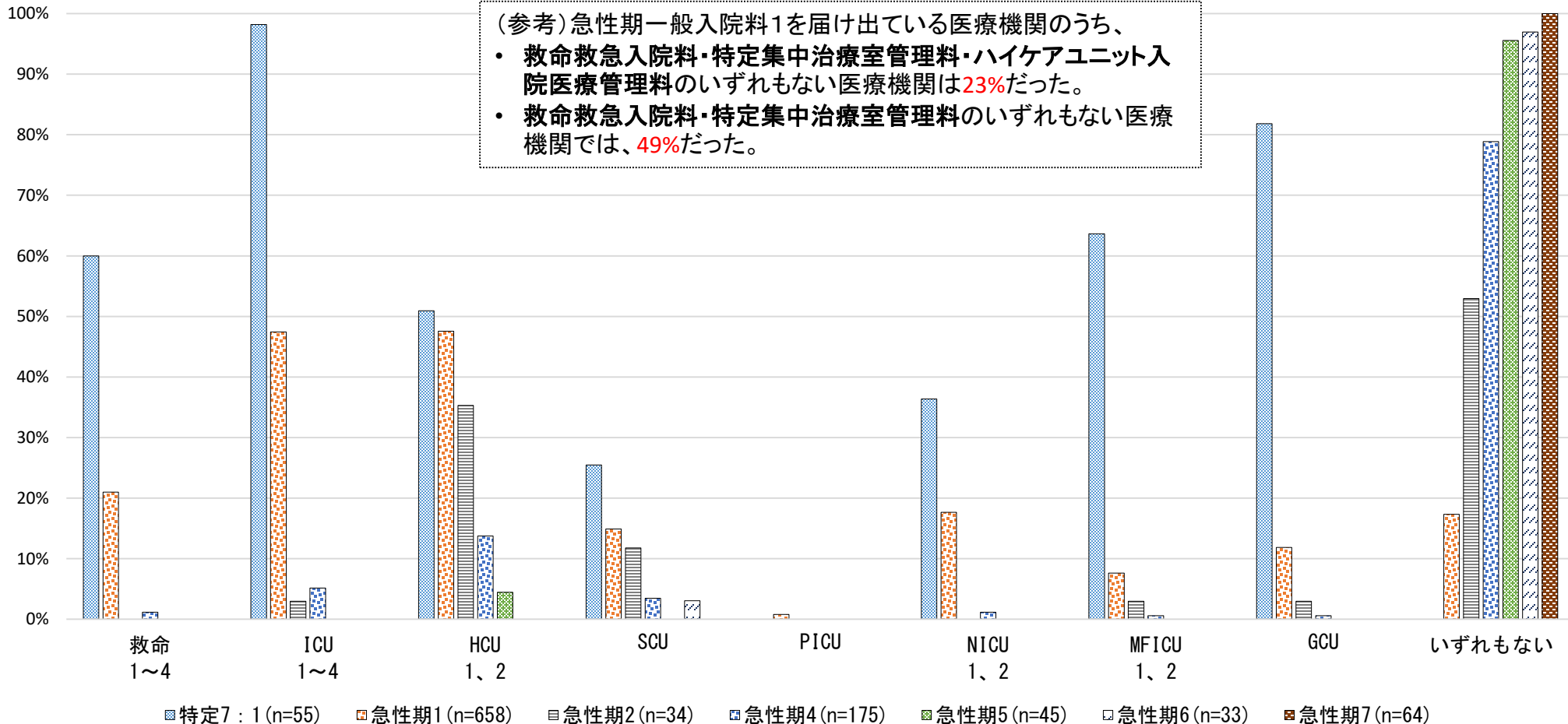
※ 以降、「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関とする。
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

入院基本料別・届け出ている治療室の種類

- 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8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

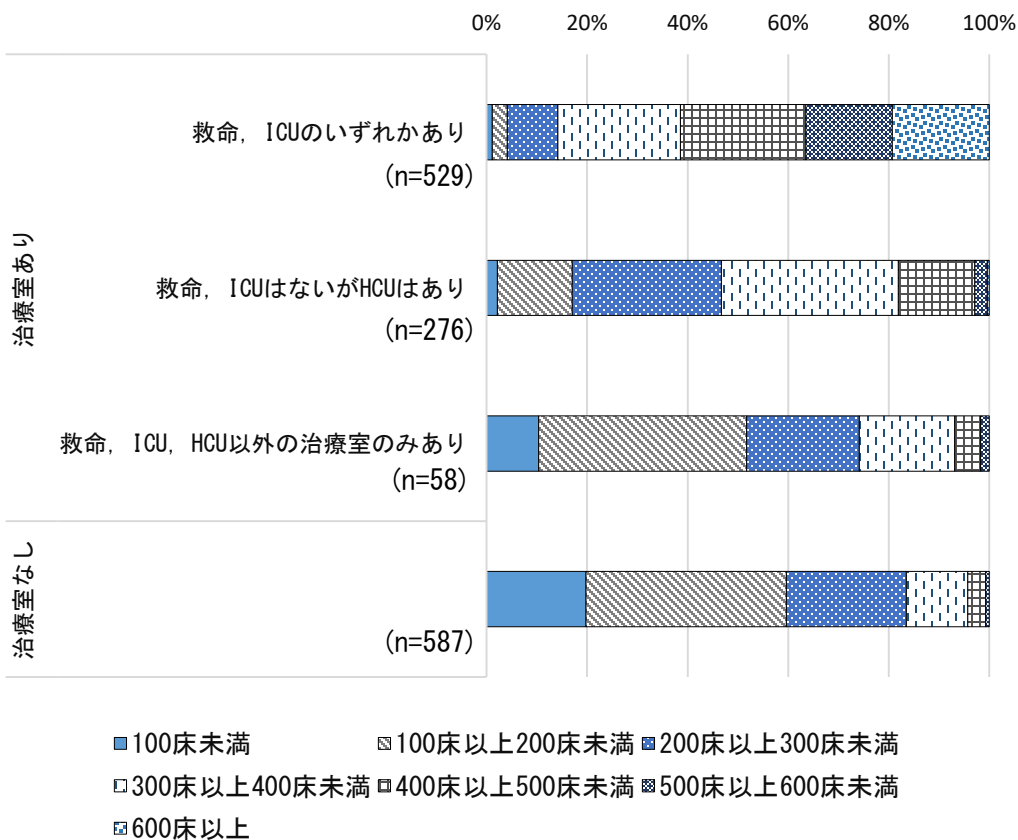
(治療室を届け出ている医療機関の割合)



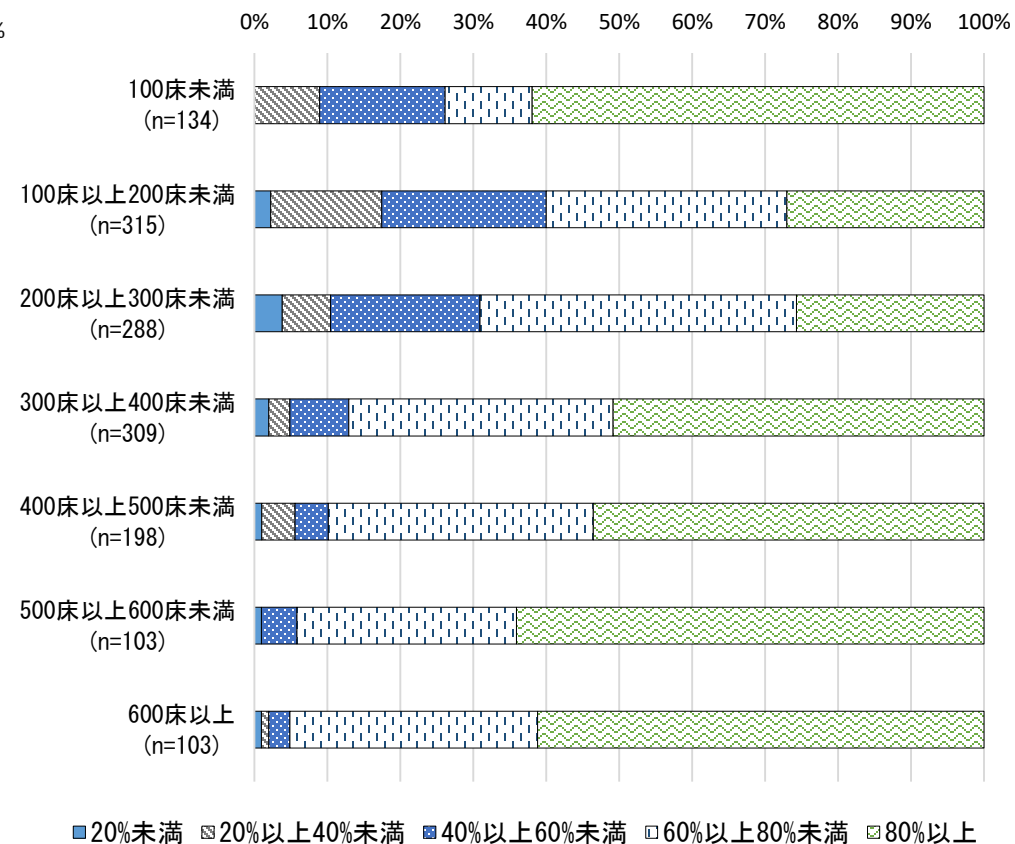
急性期 1 における医療機関毎の病床数の状況

- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室なしの医療機関は、医療保険届出病床数が300床未満の割合が高かった。
- 医療保険届出病床数が300床未満の医療機関では、急性期一般入院料1が病床全体に占める割合が60%未満の医療機関が多かった。

急性期一般入院料1における治療室の状況別、医療保険届出病床数の規模



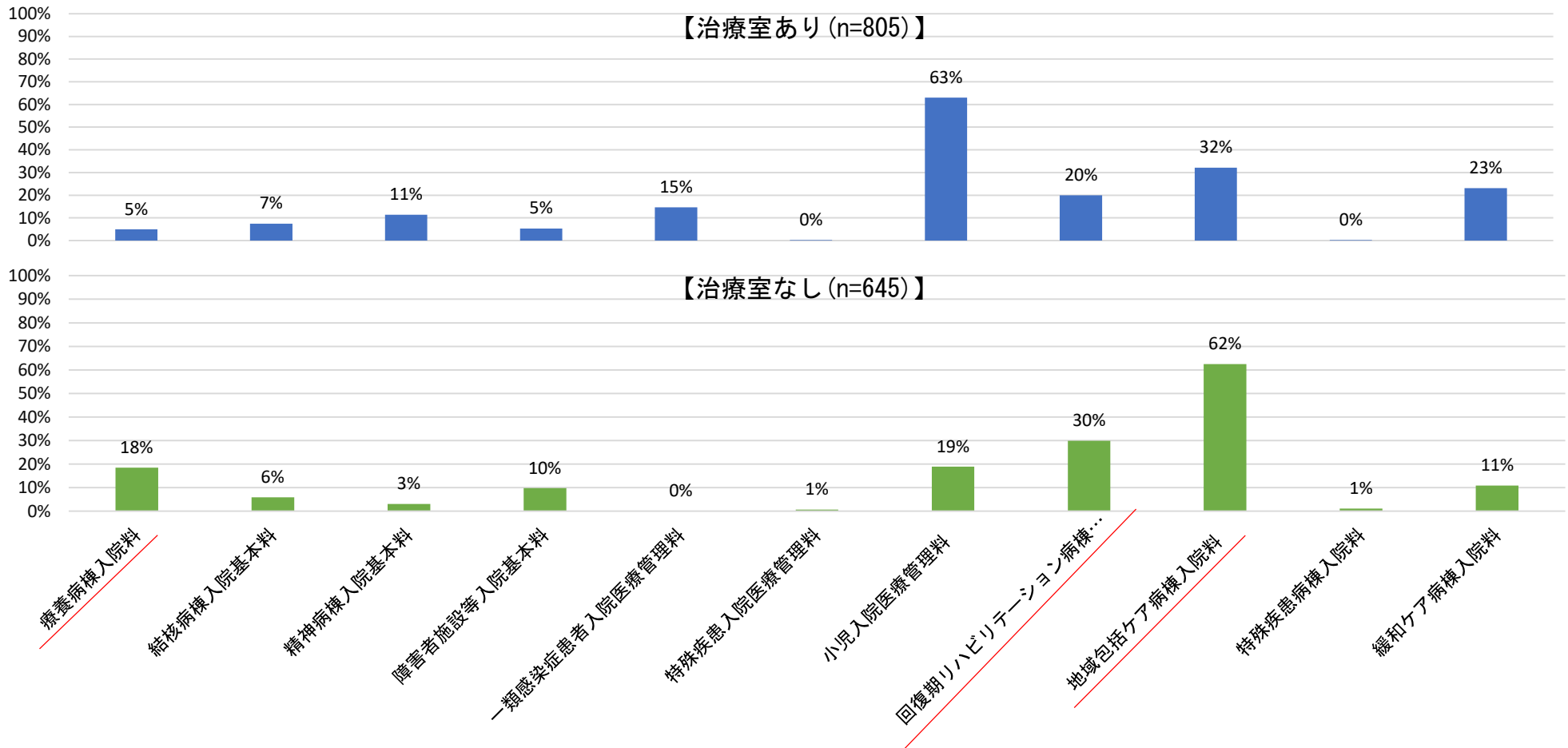
医療保険届出病床数の規模別、急性期一般入院料1が病床数全体に占める割合



急性期 1 における治療室の有無別・届出病床数の状況

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室(救命救急入院料/ハイケアユニット入院医療管理料/特定集中治療室のいずれか)の有無別に、他に届け出ている病床の状況を集計したところ、治療室の届出なしの医療機関の方が届出ありの医療機関より、療養、回りハ、地ケアを届け出ている割合が高かった。

急性期一般入院料1における、治療室(救命救急入院料/ハイケアユニット入院医療管理料/特定集中治療室のいずれか)の有無別、届出病床数の状況

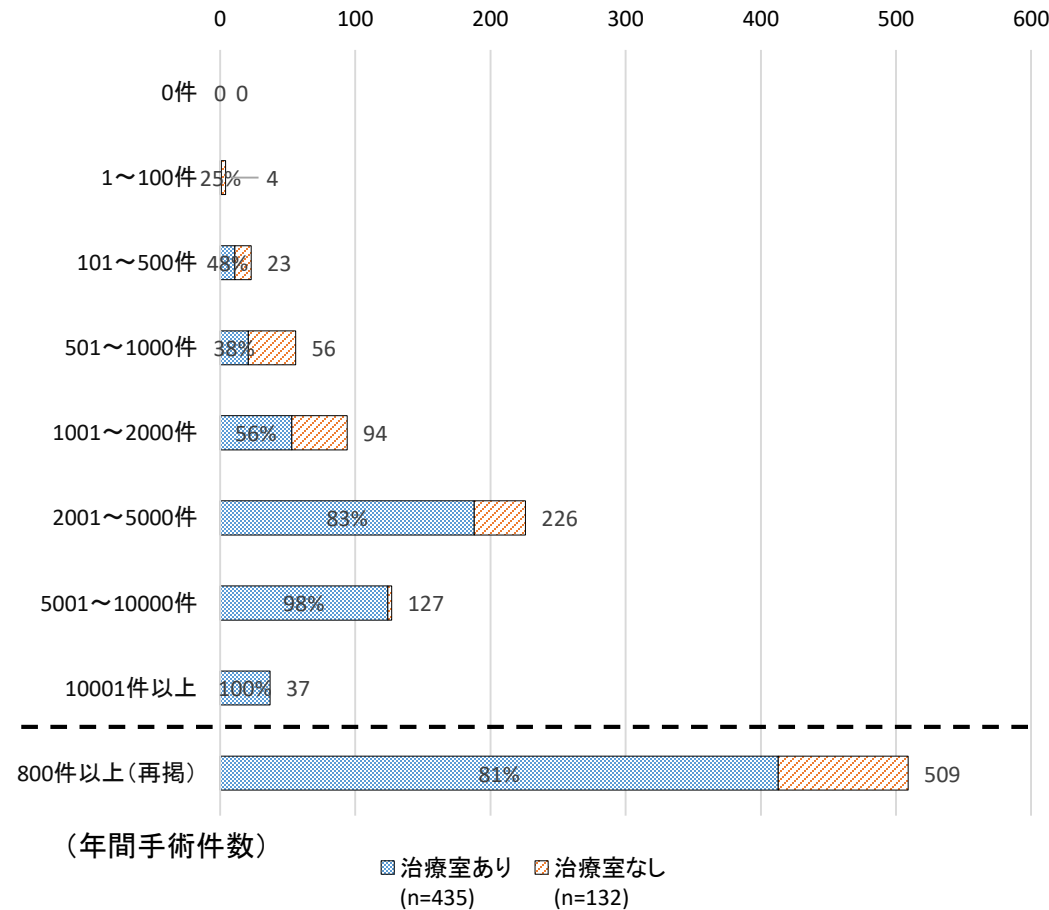


急性期一般入院料1の手術等の状況①

○ 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。

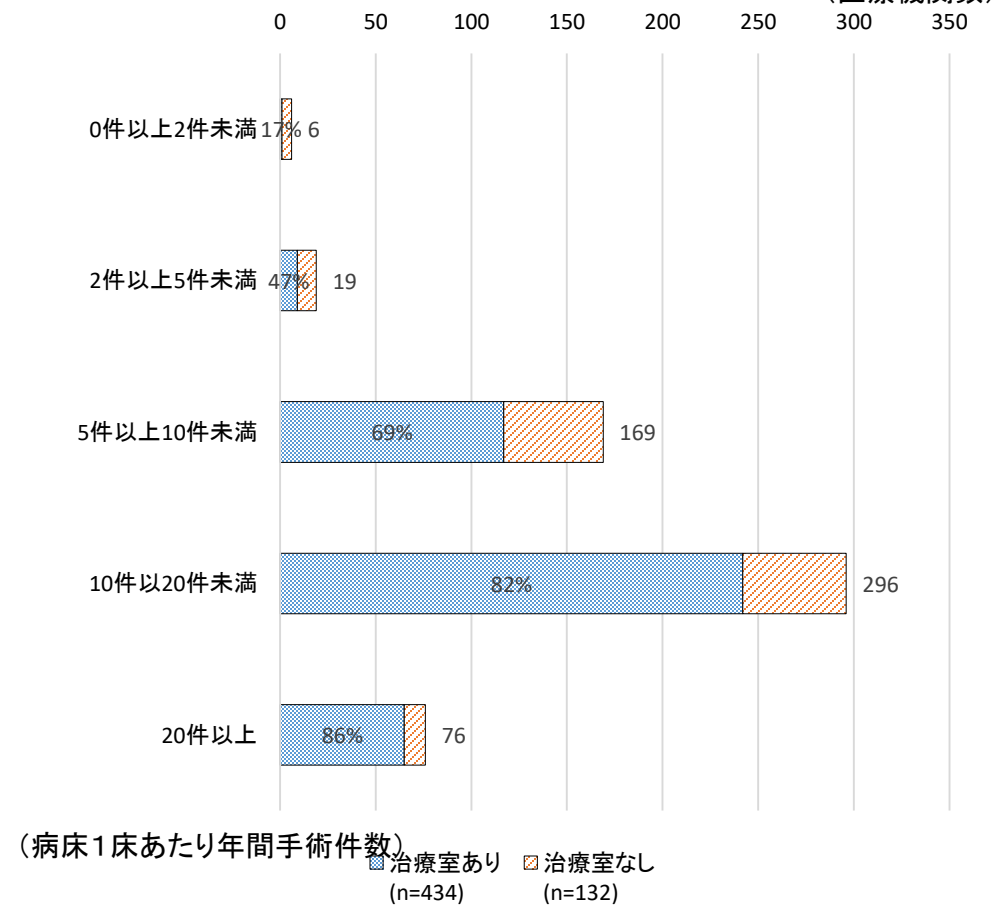
急性期一般1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの手術の年間実施件数の分布 (n=567)

(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)



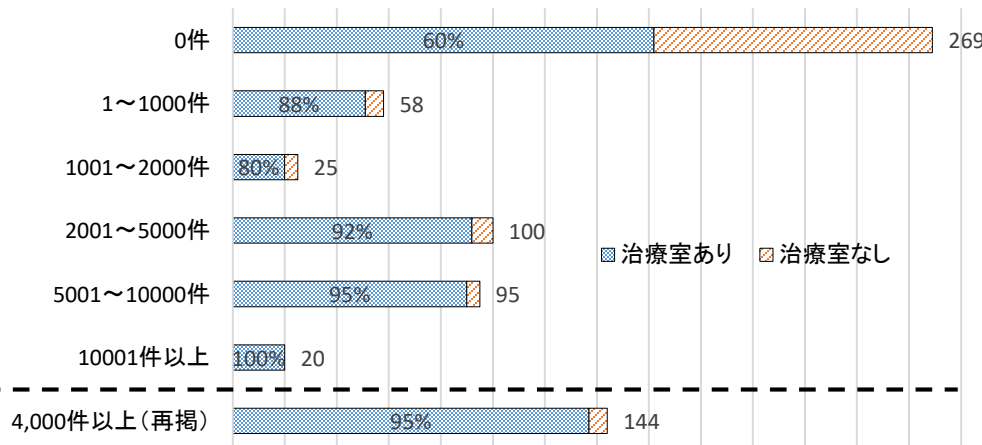
手術・放射線療法・化学療法の年間実施件数

診調組 入-1
3. 6. 30

○ 放射線療法、化学療法、分娩について、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実施件数の分布を見ると、実施件数が多い医療機関では、治療室を届け出ている割合が高くなる傾向にあった。

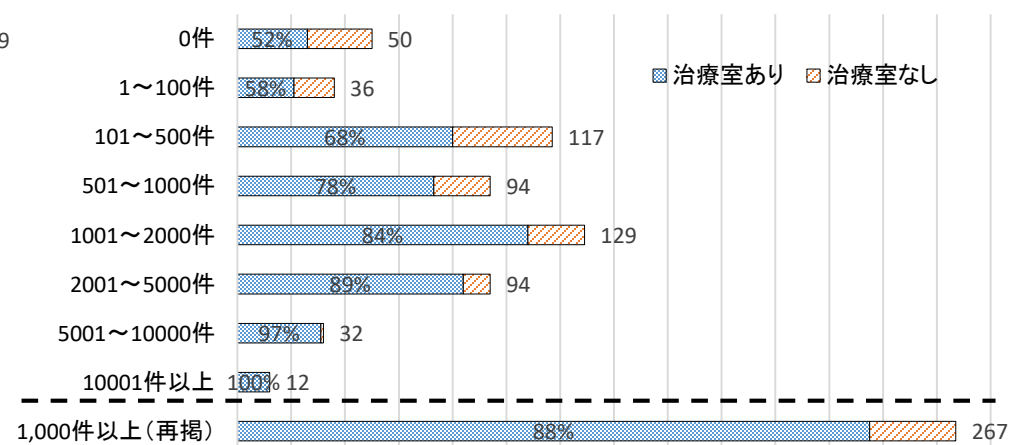
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの放射線療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280



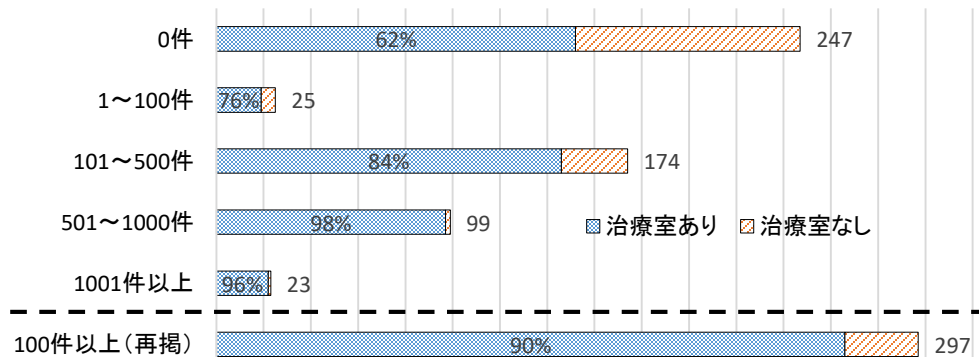
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの化学療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280



急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの分娩の年間実施件数の分布 (医療機関数)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320



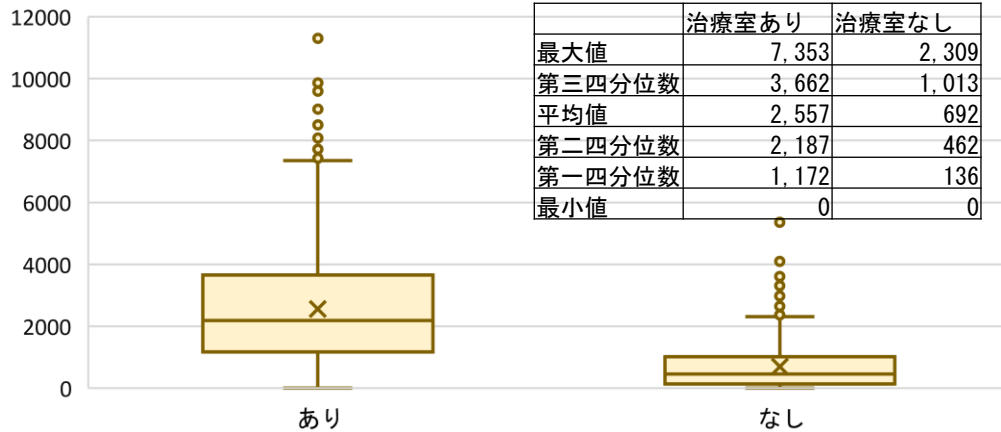
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況①

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

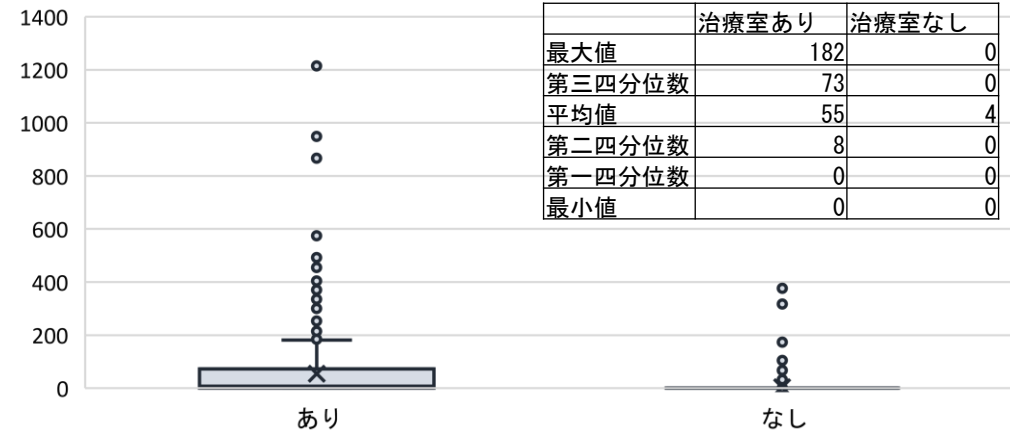
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

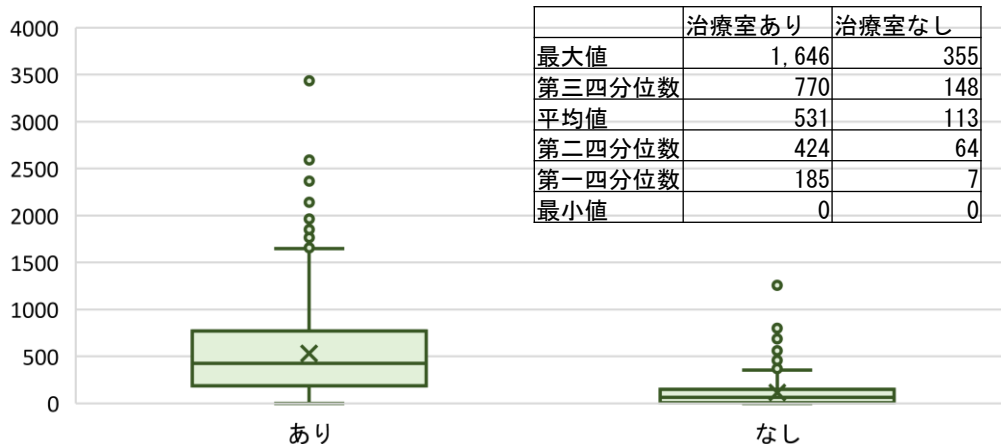
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



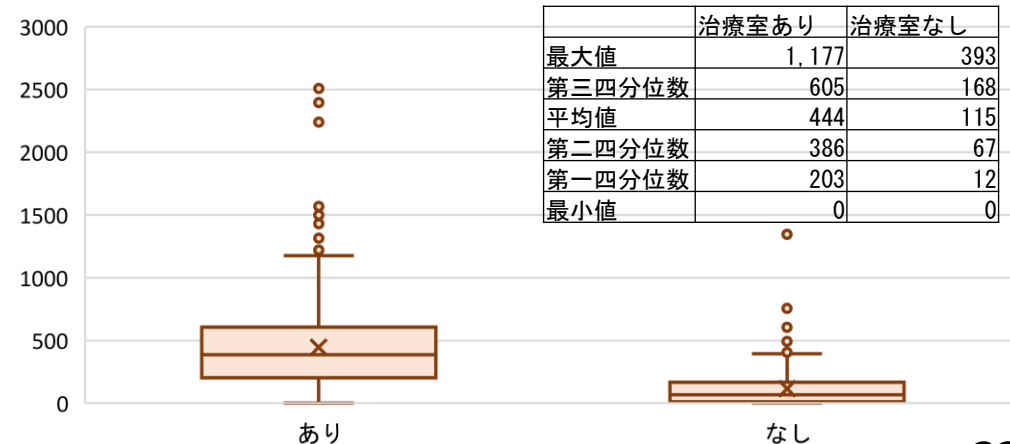
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



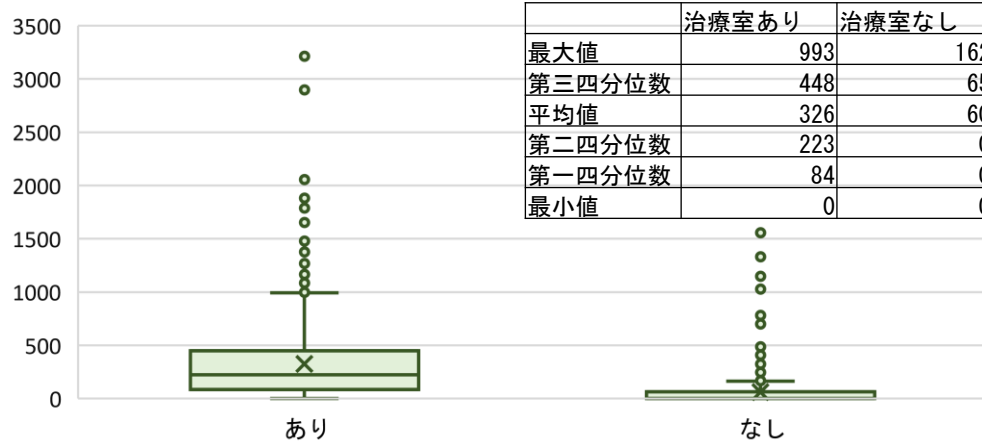
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

○ 心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

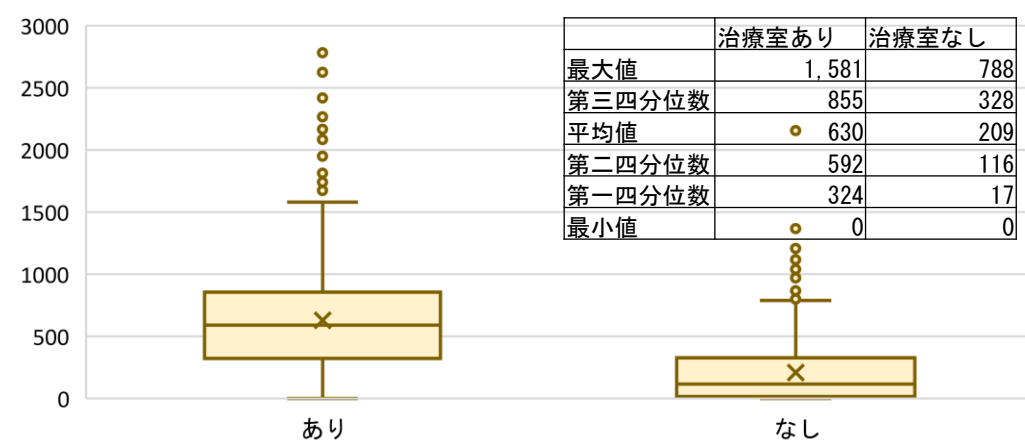
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

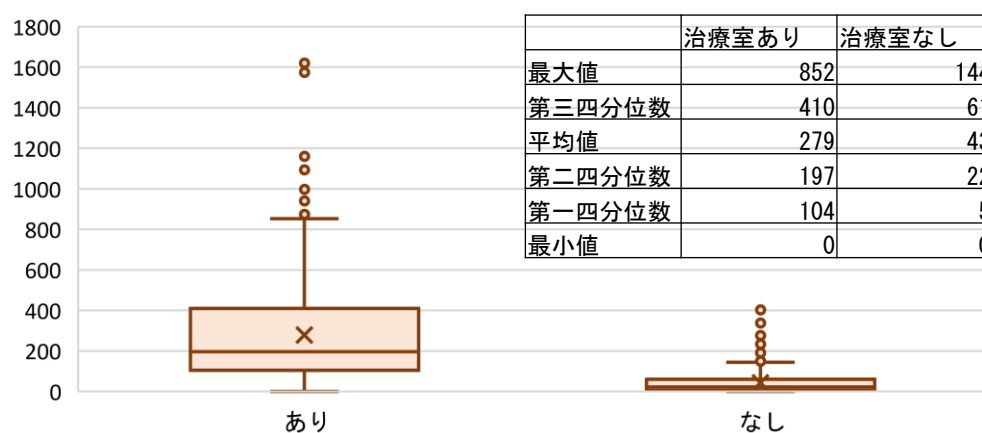
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



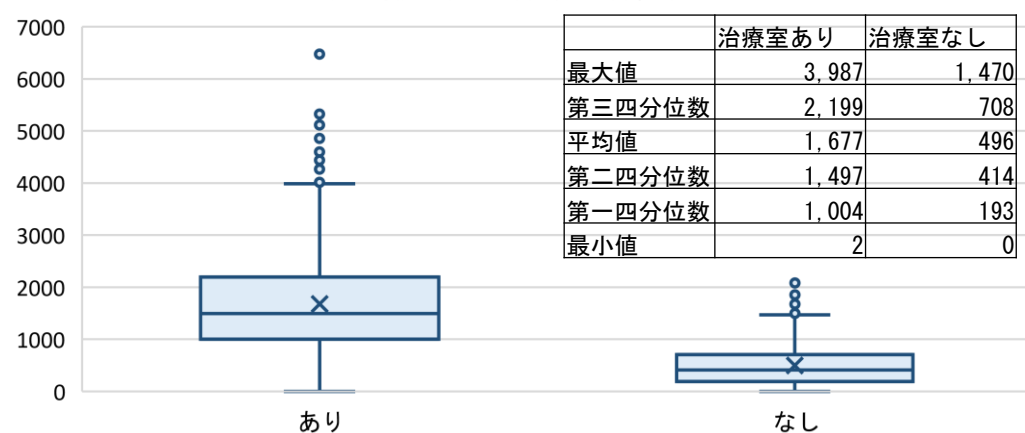
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



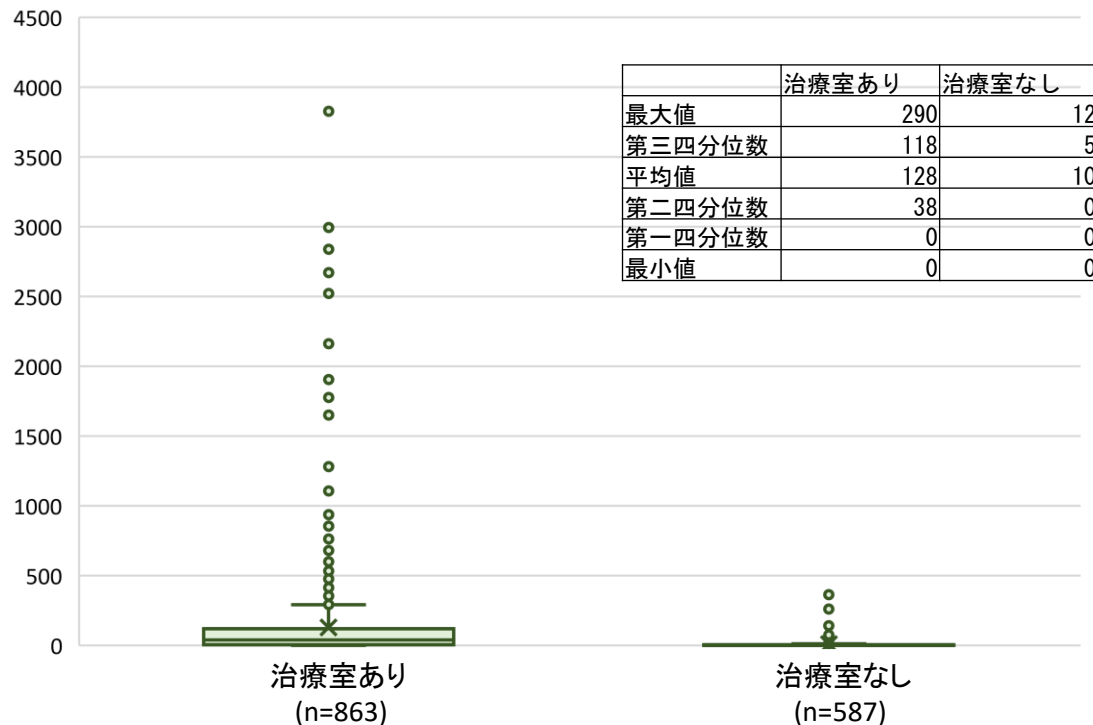
救急搬送受入件数 (件/年)



急性期 1 における 6 歳未満の手術の実施状況

- 6歳未満における手術の実施状況(手術における6歳未満に係る加算の算定回数)を集計したところ、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

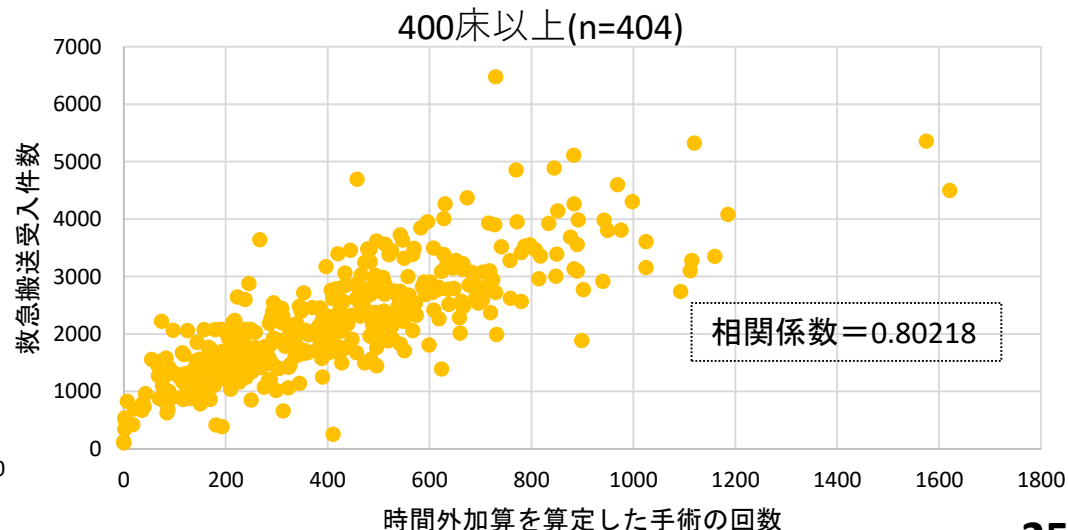
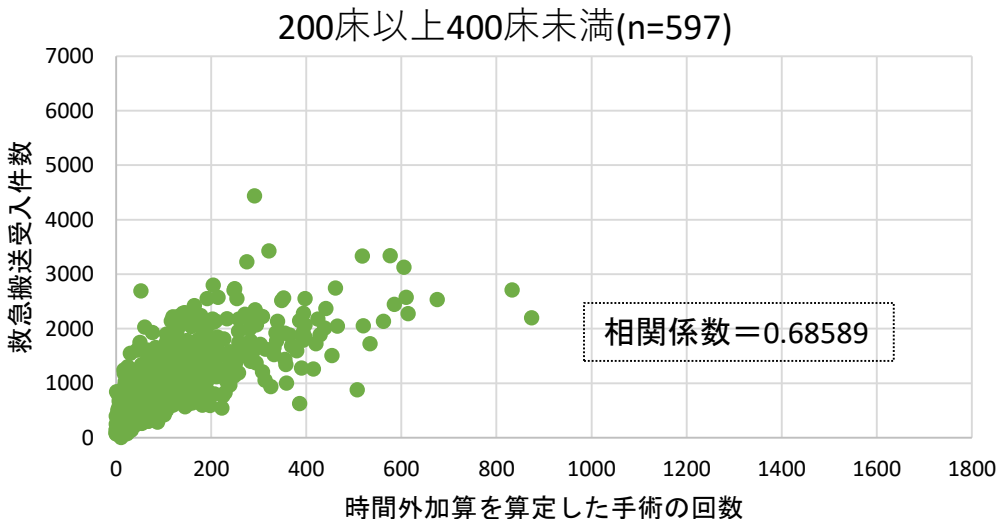
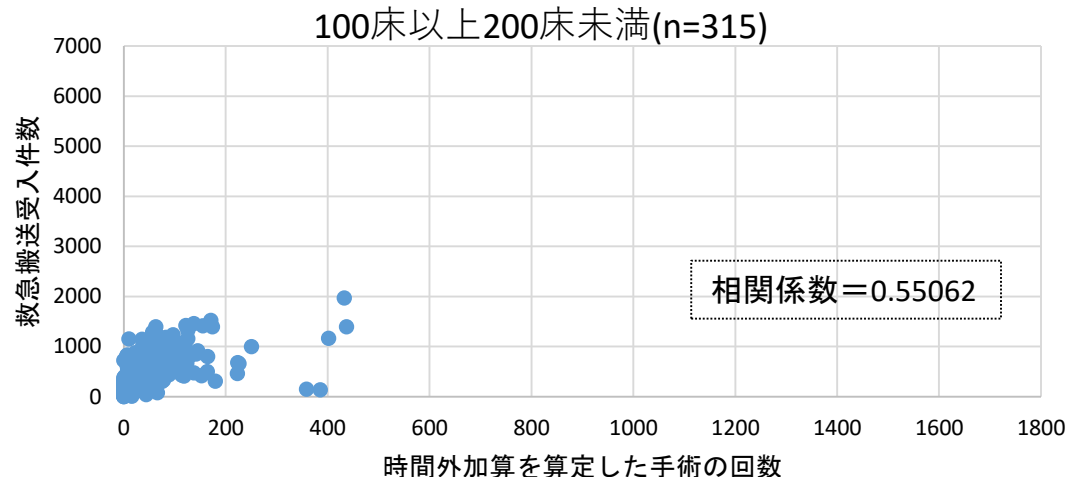
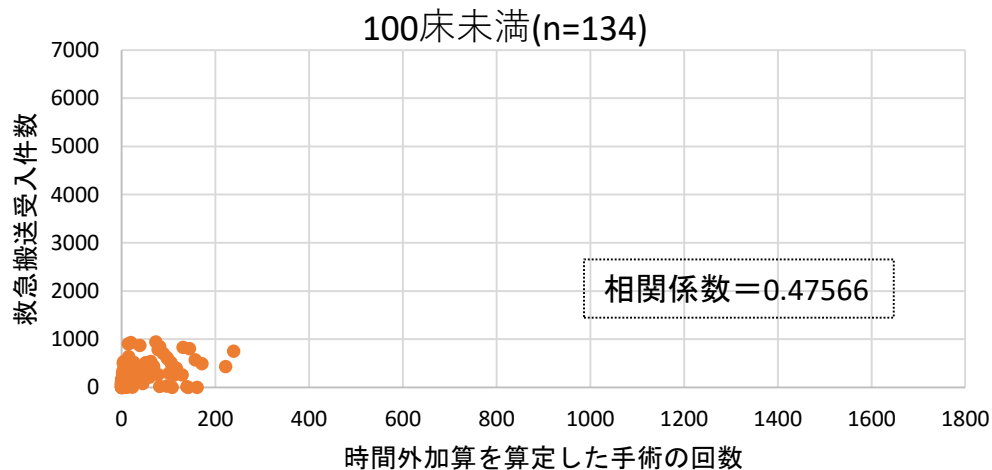
急性期一般入院料 1 における、治療室の有無別、手術における 6 歳未満の患者に係る加算 (算定回数/年)



急性期 1 における時間外の手術と救急搬送件数の関係

○ 救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数との相関を、病床規模別に分析した結果は以下のとおり。

急性期一般入院料1における、医療保険届出病床数の規模別の、
救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数の相関



出典：DPCデータ（治療室の状況：令和元年3月時点 算定回数・受入件数：令和元年度1年間の算定回数）

入院料別、新型コロナの診療状況①

○「新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数の分布を入院料別に分析した結果は以下のとおり。急性期一般入院料1及び2においては、14～17か月においてもピークがあった。

急性期一般入院料別、令和2年1月～令和3年5月の17ヶ月における、 新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い「ア」の該当月数

新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い

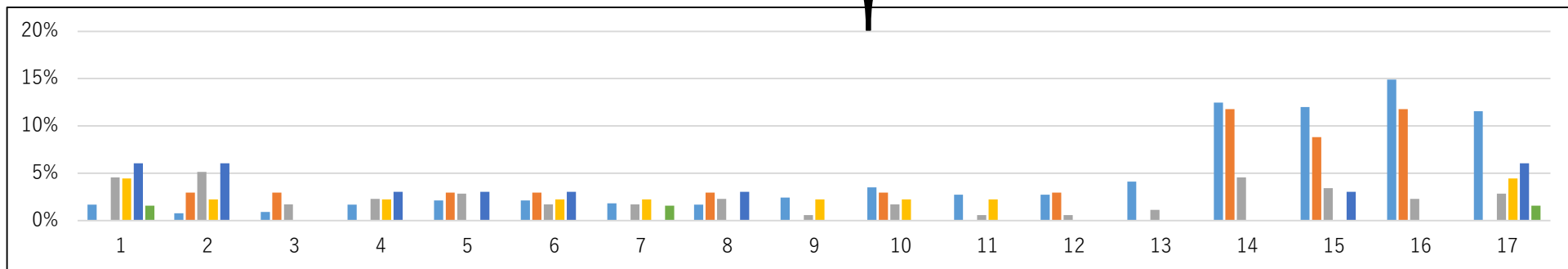
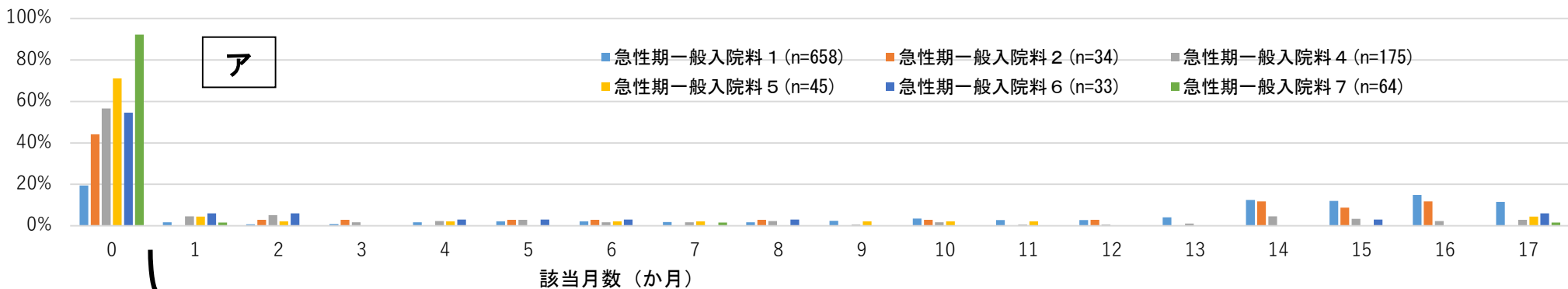
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

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

※ 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。



入院料別、新型コロナの診療状況②

急性期一般入院料別、令和2年1月～令和3年5月の17ヶ月における、 新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い「イ」「ウ」の該当月数

新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い

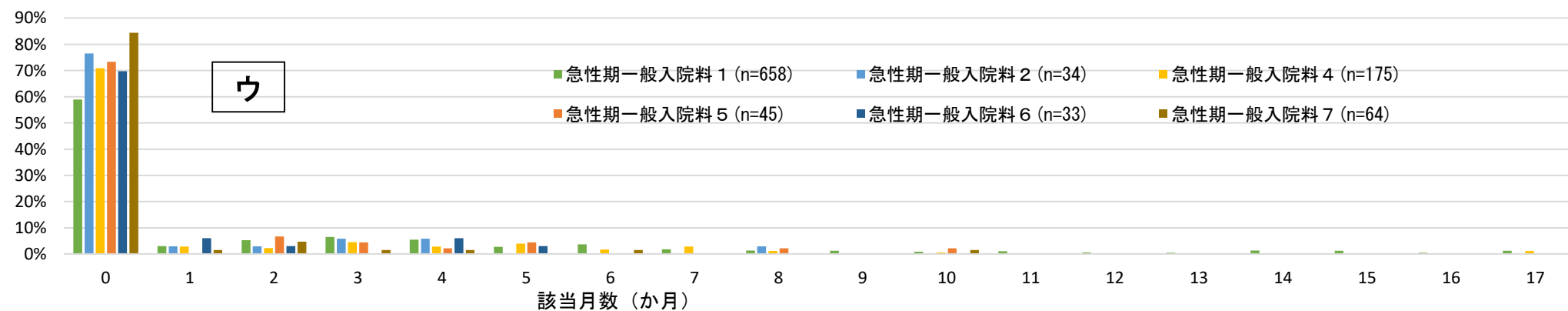
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

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

※ 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。



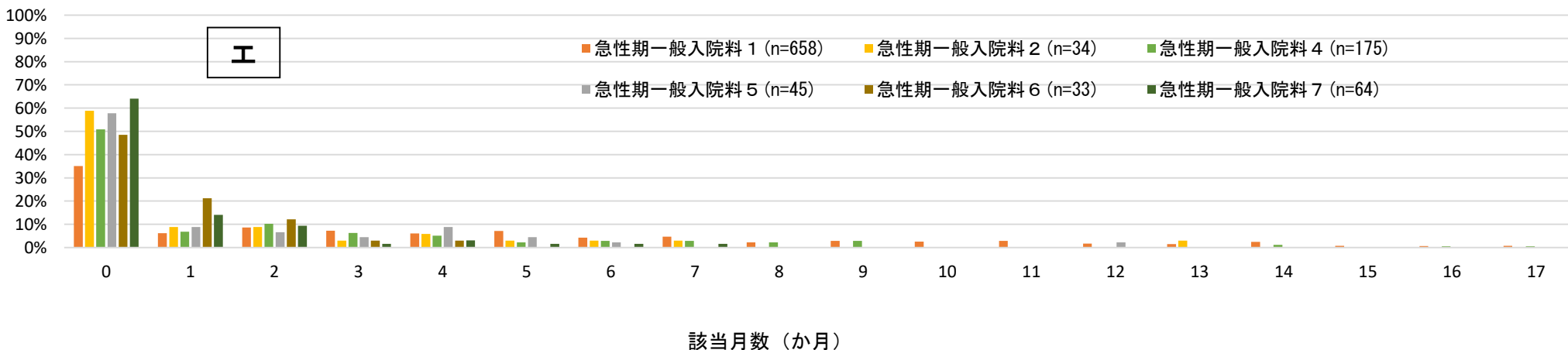
入院料別、新型コロナの診療状況③

急性期一般入院料別、令和2年1月～令和3年5月の17ヶ月における、 新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い「エ」の該当月数

新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い

- 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

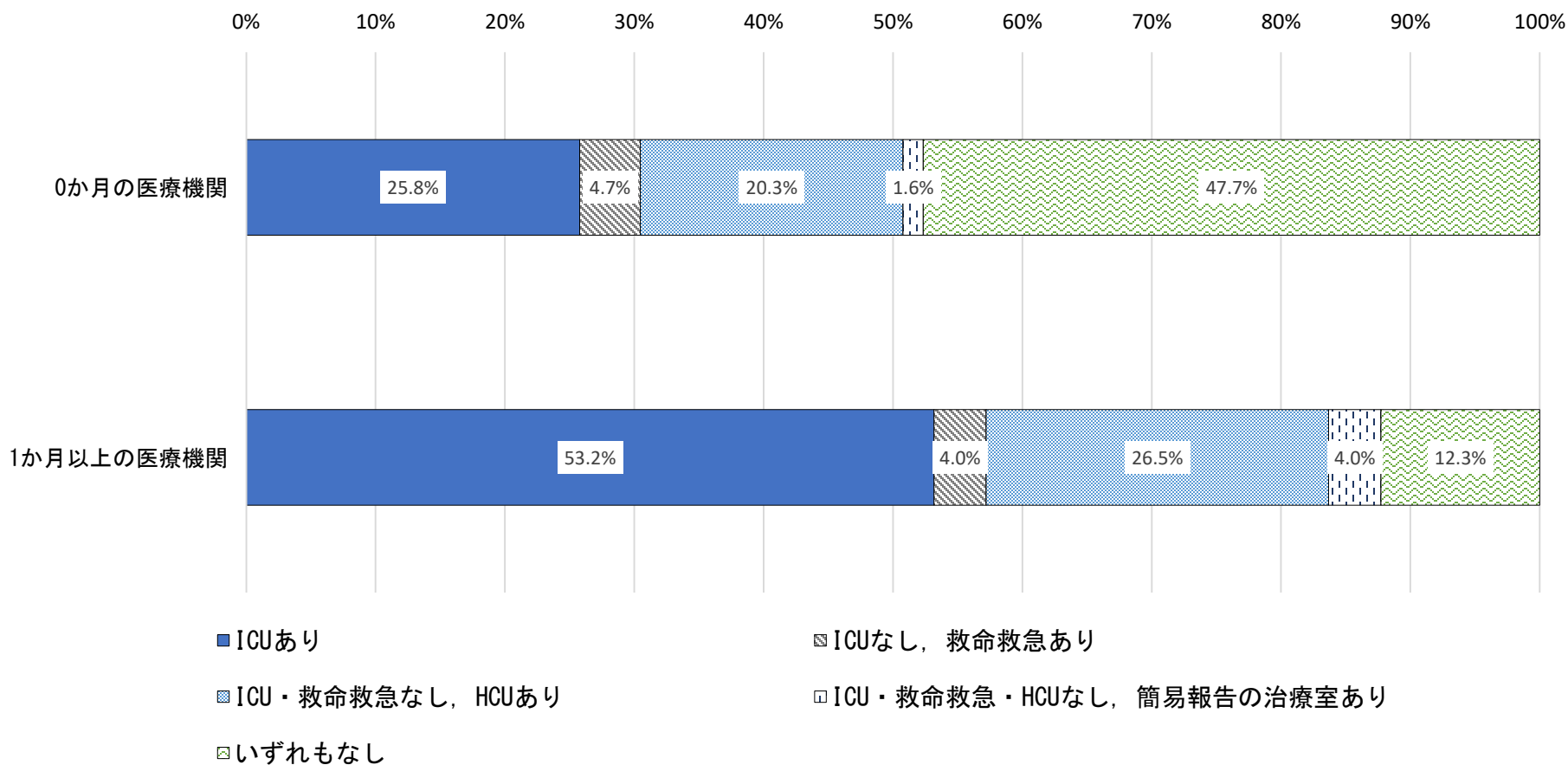
※ 上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。



入院料別、新型コロナの診療状況④

○ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、簡易な報告による治療室のいずれかを届け出ている医療機関が多かった。

急性期一般入院料1において、アの該当月数が0ヶ月の医療機関の治療室の保有状況



急性期入院医療に係る課題及び論点

(急性期入院医療の実態と評価について)

- ・ 医療ニーズに応じて適切な医療資源が投入されることが重要であるという観点から、これまで、急性期医療を担う医療機関の評価については、平成30年度改定において、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合した。
- ・ 急性期医療を担う医療機関の役割として、重症救急患者への対応、総合的かつ専門的な医療の提供、退院支援する機能が重要であり、この視点に基づいて評価を行ってきた。
- ・ 急性期一般入院料1の2割以上は救命救急センター以上の体制を有していた。
- ・ 急性期一般入院料1のうち4割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っており、特に加算1の医療機関では実績要件を大きく上回っていた。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、8割以上は治療室を有しており、それらの医療機関では、治療室なしの医療機関より、療養、回りハ、地ケアの入院料を届け出ている医療機関の割合が少なかった。
- ・ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術、救急搬送受入件数のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- ・ 6歳未満における手術の実施状況(手術における6歳未満に係る加算の算定回数)についても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- ・ 救急搬送受入件数は、手術における時間外加算の算定回数と、病床規模が大きくなると、高い相関が見られた。
- ・ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「ア. 新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料等を届け出ている医療機関が多かった。

【論点】

- 一般病棟入院基本料について、平成30年度改定における評価体系の見直しの考え方を踏まえつつ、救急医療や手術等の実施や高度急性期医療機能との連携も含め、急性期医療に係る評価の方法等をどのように考えるか。

1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. 横断的事項等

バイオクリーンルーム要件について

- 特定集中治療室管理料等においては、「原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること」を施設基準において求めており、届出様式においてはバイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等の記載を求めている。確認できる限り、昭和53年以降、バイオクリーンルームを原則として設置することを、要件として定めている。
- 日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドラインでは、集中治療室の空気清浄度は清浄度クラスⅢ (ISO清浄度クラス7相当) が望ましいとされている。

バイオクリーンルームが要件となっている治療室	
A300	救命救急入院料2・4
A301	特定集中治療室管理料1～4
A301-4	小児特定集中治療室管理料
A302	新生児特定集中治療室管理料1・2
A303	総合周産期特定集中治療室管理料1・2

届出様式内、「バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等」の記載を求めている。

様式 42 [] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室の従事者	専任医師	日勤	名	当直	名	その他	名
	当該病院に勤務する麻酔医						名
当該治療室の概要	看護士	日勤	名	准夜勤	名	その他	名
	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数			
	平方メートル	床	平方メートル	名			
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等							
装置・器具		配置場所		装置・器具の名称・台数等			
救急蘇生装置		治療室内	病院内				
除細動器		治療室内	病院内				

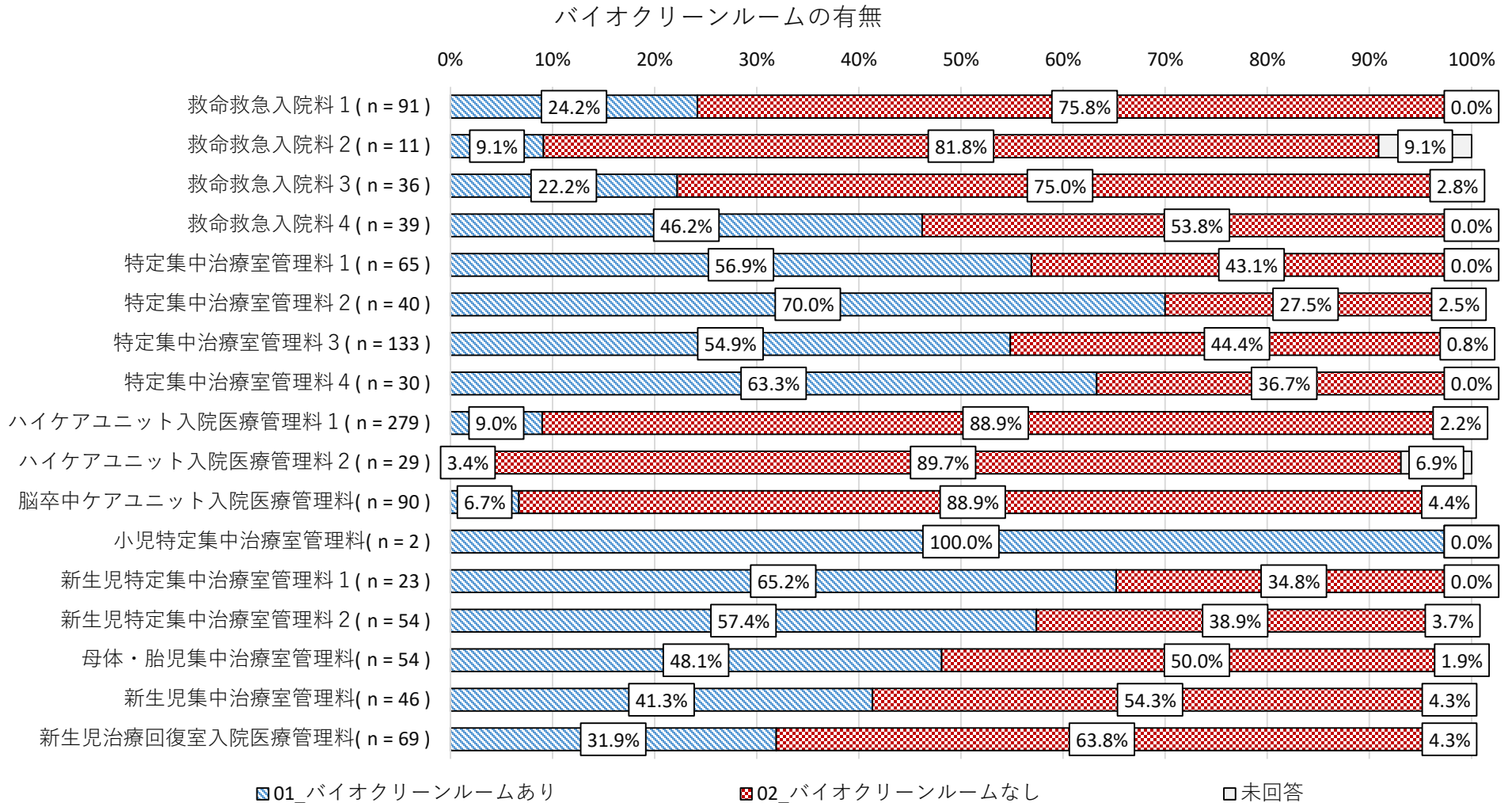
ISO清浄度クラス	上限濃度(個/m ³)					
	測定粒径					
	0.1 μm	0.2 μm	0.3 μm	0.5 μm	1 μm	5 μm
1	10					
2	100	24	10			
3	1,000	237	102	35		
4	10,000	2,370	1,020	352	83	
5	100,000	23,700	10,200	3,520	832	
6	1,000,000	237,000	102,000	35,200	8,320	293
7				352,000	83,200	2,930
8				3,520,000	832,000	29,300
9				35,200,000	8,320,000	293,000

(左図) ISO清浄度クラス表
(下図) 病院設備設計ガイドラインの清浄度分類

クラス	名称	該当室
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など
II	清潔区域	手術室
III	準清潔区域	集中治療室など
IV	一般清潔区域	一般病室など
V	汚染管理区域 拡散防止区域	細菌検査室など

各治療室のバイオクリーンルームの設置状況

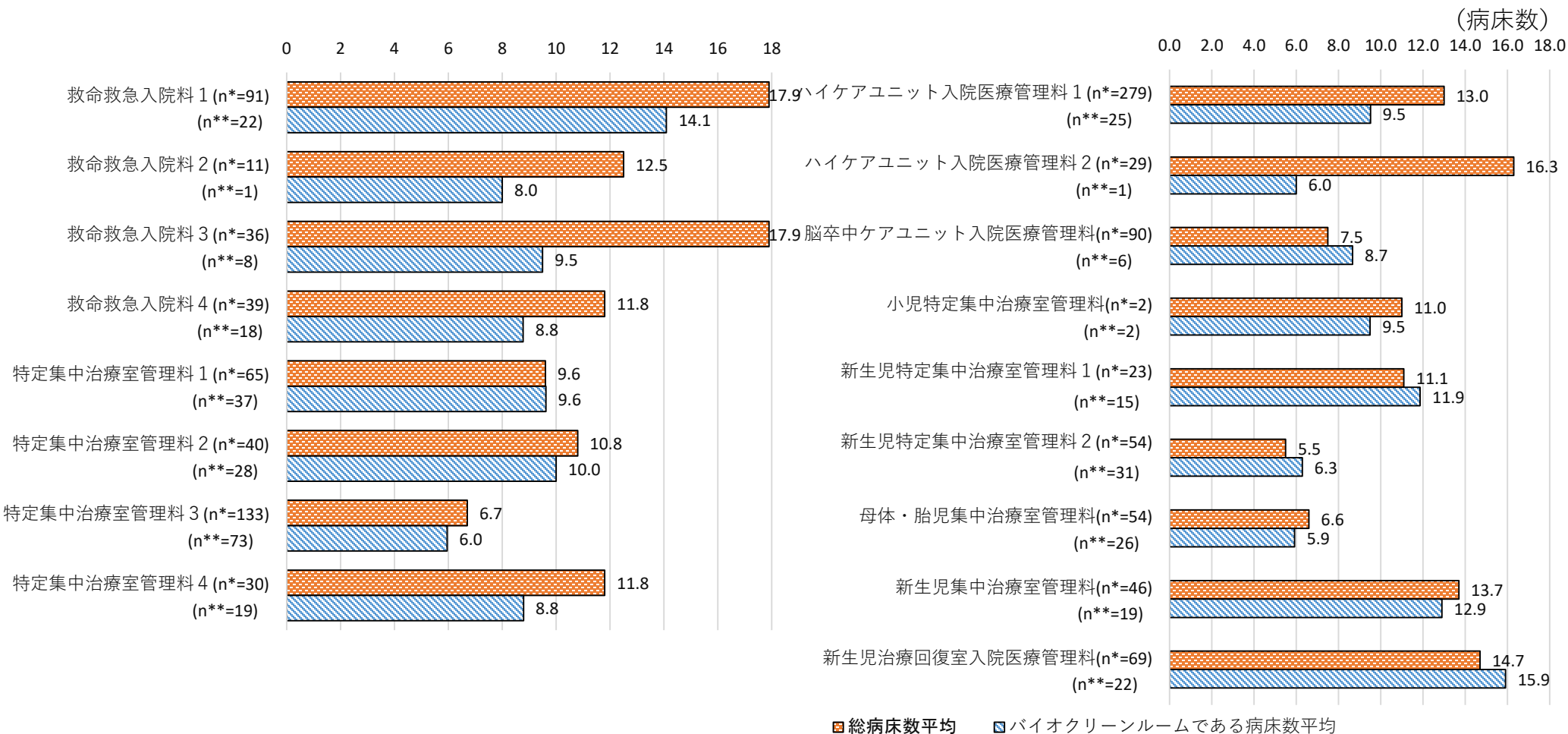
○ 各治療室ごとのバイオクリーンルームの設置状況は以下のとおりであった。



各治療室のバイオクリーンルームである病床数

○ 各治療室の平均病床数及びバイオクリーンルームである平均病床数は以下のとおりであった。

各治療室の平均病床数及びバイオクリーンルームである平均病床数

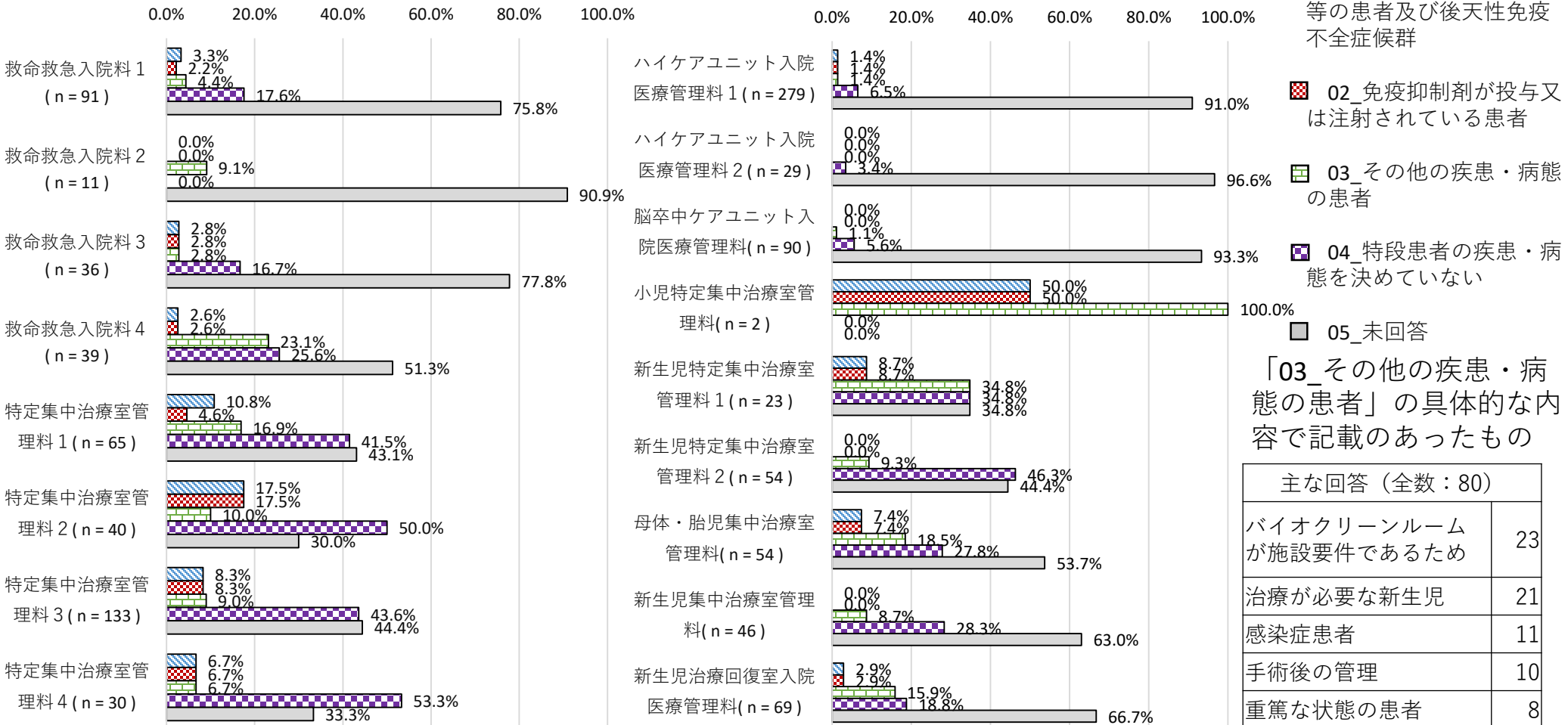


※ (n*)は各治療室の病床数について回答のあった治療室数。
 (n**)はバイオクリーンルームが有ると回答した治療室数。

バイオクリーンルームを使用する患者の状態

○ バイオクリーンルーム「あり」と回答した医療機関について、バイオクリーンルームに入室させる患者の疾患・状態は以下のとおりであった。

バイオクリーンルームを使用する患者の状態



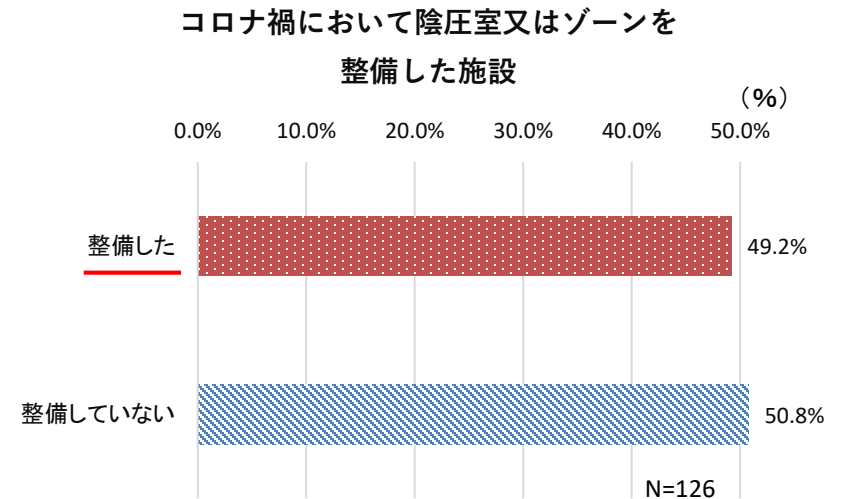
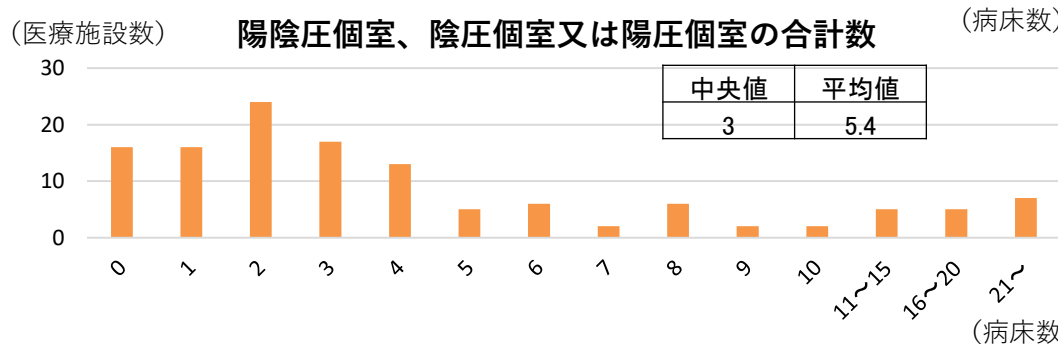
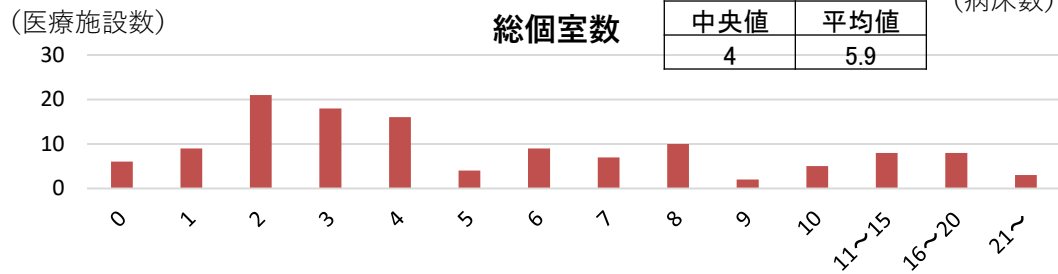
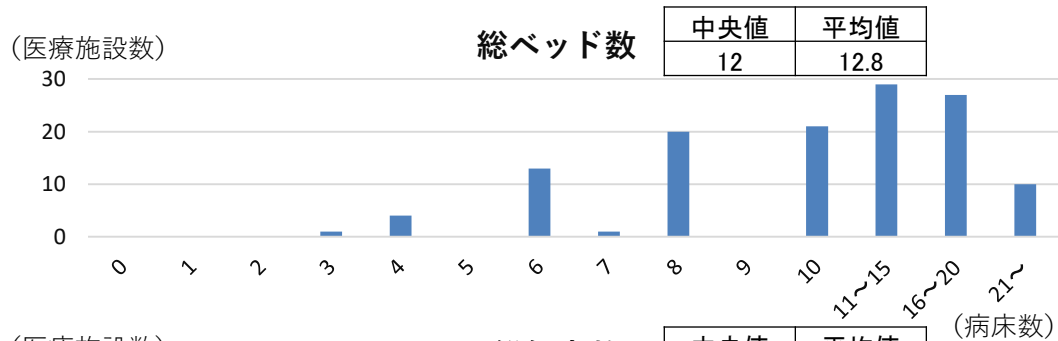
主な回答 (全数: 80)	
バイオクリーンルームが施設要件であるため	23
治療が必要な新生児	21
感染症患者	11
手術後の管理	10
重篤な状態の患者	8
その他	7

※簡易な報告により新たに治療室となった治療室を除く

※「03_その他の疾患・病態の患者」の具体的な内容については自由記載欄内容のうち、同趣旨と考えられる内容をまとめて集計。

治療室における個室設置状況

- 特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料2・4及び小児特定集中治療室を対象とした調査結果では、ほとんどの治療室において個室及び陽陰圧個室・陰圧個室・陽圧個室のいずれかの個室を設置していたが、一部治療室においては、設置がされていなかった。
- 新型コロナウイルス感染症の流行により、陰圧室又はゾーンの整備を行った医療機関が約半数存在した。



出典：日本集中治療医学会 特定集中治療室の要件にかかる見直しについての調査結果（提供データを元に医療課で分析）

調査実施期間：2021年3月14日～3月16日

集中治療室設置に関する指針について

- 日本集中治療医学会が2002年に策定した「集中治療部設置のための指針」においては、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、ISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000～100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨していた。
- 「集中治療部設置のための指針」の改訂にあたって、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠がないことから、空気清浄度の規定を当該指針から削除し、手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室を適正数配備することが望ましいとした。

《集中治療部設置のための指針 —2002年3月—》

日本集中治療医学会集中治療部設置基準検討委員会

6.設備

(2) 空調設備

集中治療部は、適切で安全な空気質条件を常時維持しなければならない。空調能力は基本的には部屋の容積と施設の要求仕様、換気回数によって定められる。空気感染防止を目的とした隔離のための個室は別空調を設置しなければならない。

a.空気清浄度

集中治療部にはISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000～100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する。

9.感染防止対策

(3) 空調設備

病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はないが、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、前述の空気清浄度を保つことを推奨する。



《集中治療部設置のための指針:2021年改訂について 空調設備に関する改訂方針と提言》

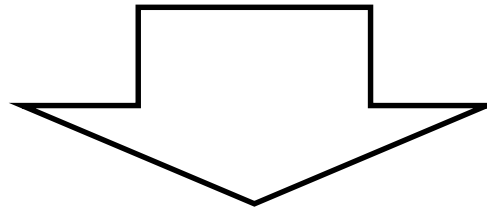
日本集中治療医学会理事会集中治療部設置指針改訂タスクフォース

(中略)しかし、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はない。

(中略)したがって、本改訂では“指針”において、“集中治療部にはISO基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000～100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する”の記載は削除し、“HEPAフィルター設置により手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室をユニット内に適正数配備することが望ましい”とする文言に置き換える。

特定集中治療室管理料等に係る課題及び論点

- ・ バイオクリーンルームは特定集中治療室管理料をはじめ、他の治療室でも同様の施設要件となっている。
- ・ 各治療室ごとのバイオクリーンルームの設置状況を分析すると、施設要件となっている治療室においても、バイオクリーンルームの設置をしていない医療機関が一定割合存在した。
- ・ いくつかの治療室においては、易感染性患者を収容すること及び感染の機会が多いことを考慮し、バイオクリーンルームの設置が施設基準となっているが、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な根拠は示されていない。
- ・ 一方で、今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、新興感染症等に備えた、治療室内における陰圧調整が可能な個室の必要性が認識されており、既に多くの治療室において陽陰圧個室・陰圧個室・陽圧個室管理ができるようになっている。



【論点】

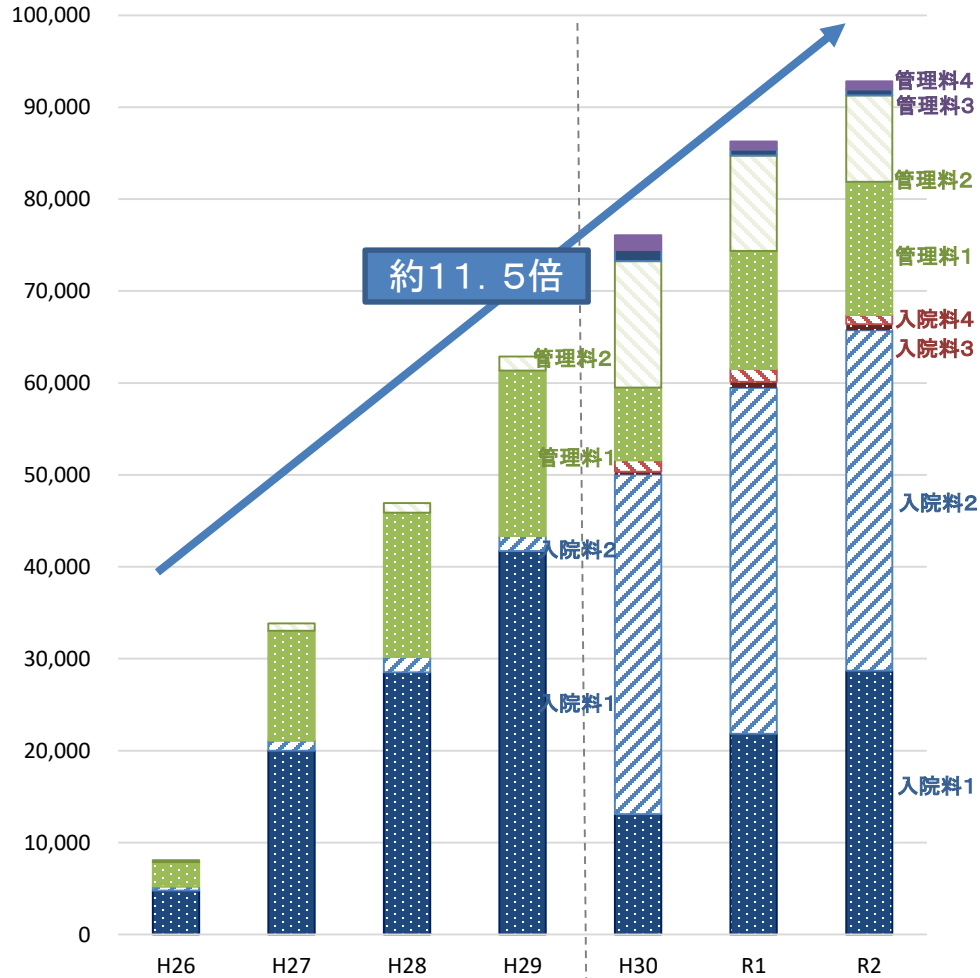
- 特定集中治療室等の実態等も踏まえつつ、高度急性期の患者を治療する治療室の適正な評価を行う観点から、その評価のあり方について、どのように考えるか。

1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. 横断的事項等

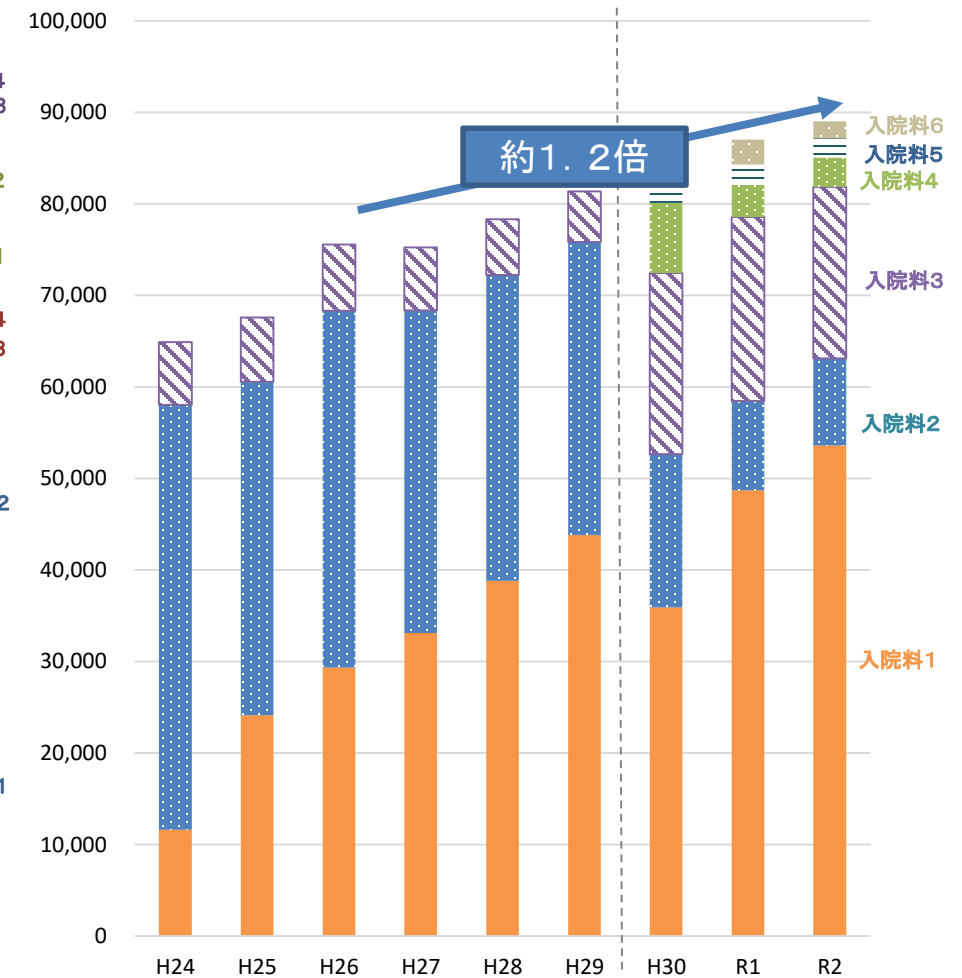
入院料別の届出病床数の推移

○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

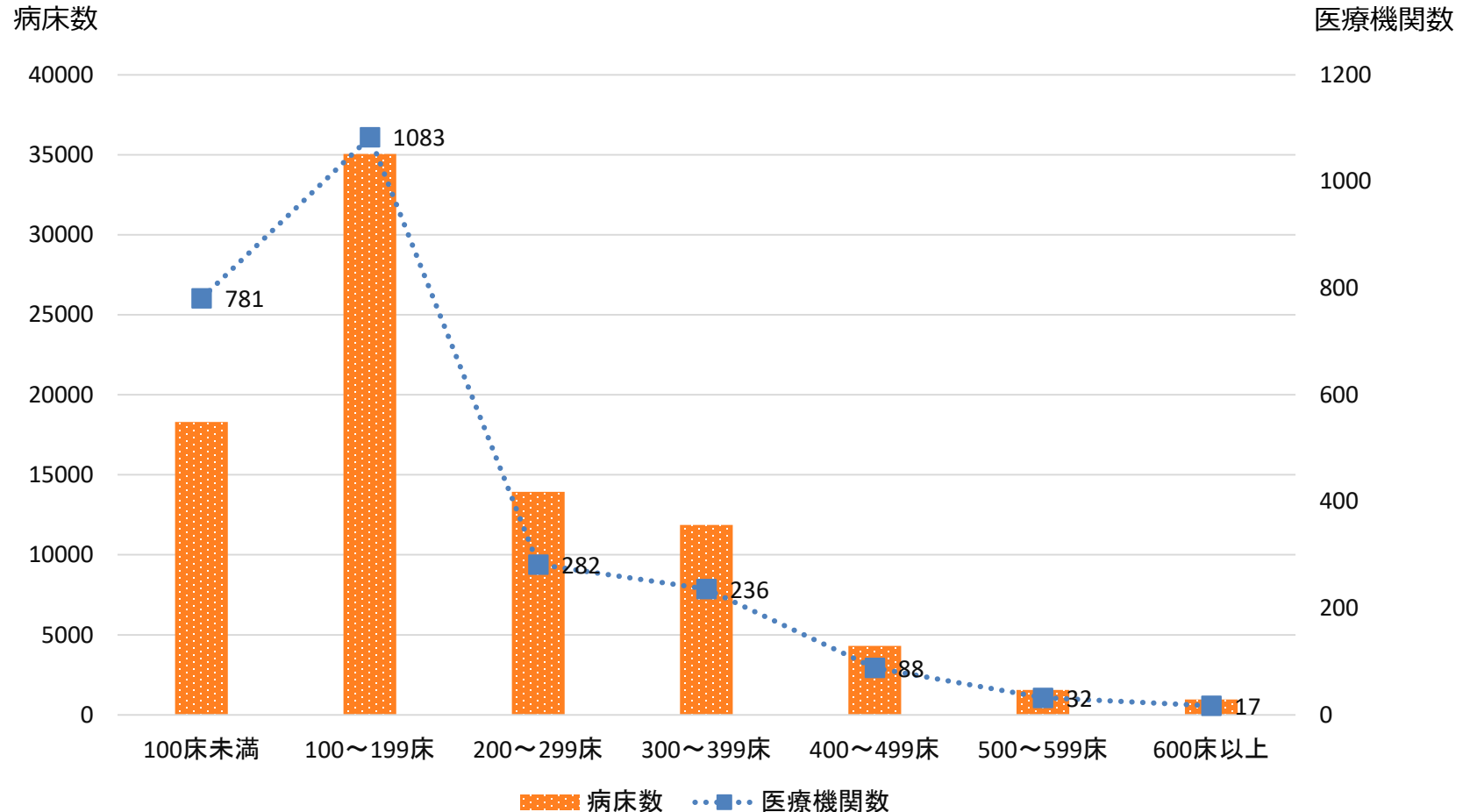


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



医療機関規模別の病床数等

○ 医療機関の許可病床数別にみた、地域包括ケア病棟入院料・管理料の届出医療機関数と病床数は以下のとおり。100～199床の医療機関が有する地域包括ケア病棟入院料・管理料が最も多かった。



入棟元・退棟先の割合（許可病床別）

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

入棟元 (n=1,709)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	7.8%	4.0%	11.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	26.9%	19.2%	16.9%
	介護老人保健施設	1.9%	1.3%	0.7%
	介護医療院	0.4%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.3%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.3%	4.3%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%	1.5%	0.0%
	その他の居住系介護施設	2.1%	1.2%	0.0%
	障害者支援施設	0.6%	0.1%	0.0%
他院	他院の一般病床	16.9%	5.6%	4.4%
	他院の一般病床以外	1.7%	2.2%	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	30.7%	57.0%	64.7%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.9%	0.1%	2.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	3.2%	0.0%
	有床診療所	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.1%	0.0%	0.0%	
不明	0.2%	0.3%	0.0%	

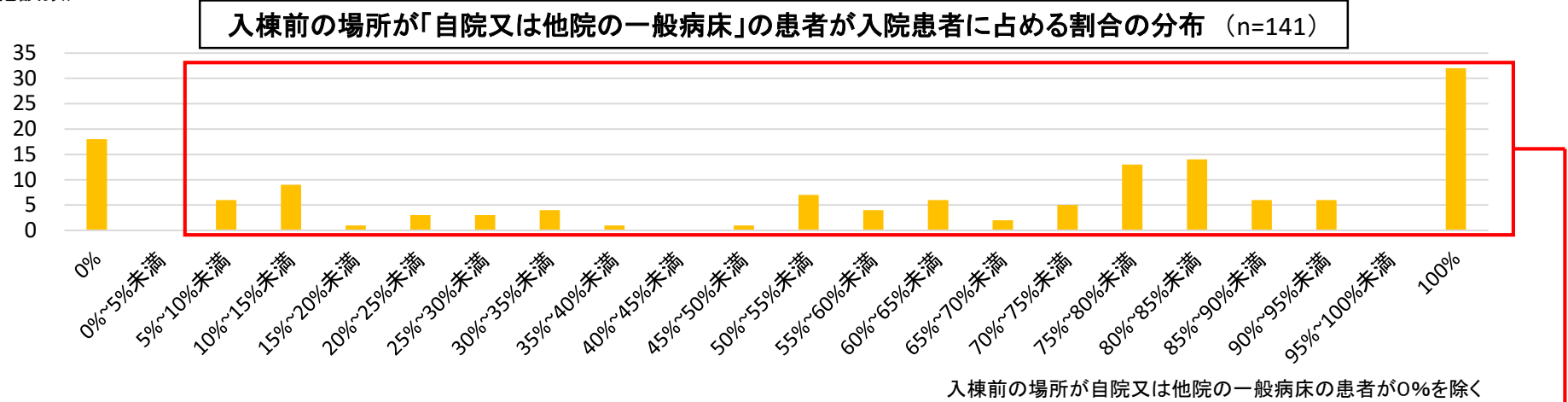


退棟先 (n=499)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	11.9%	7.2%	20.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	47.1%	51.6%	53.8%
	介護老人保健施設	6.2%	2.4%	7.7%
	介護医療院	0.5%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.4%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.8%	3.2%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.8%	5.2%	0.0%
	その他の居住系介護施設	3.3%	2.0%	2.6%
	障害者支援施設	0.5%	0.4%	0.0%
	他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

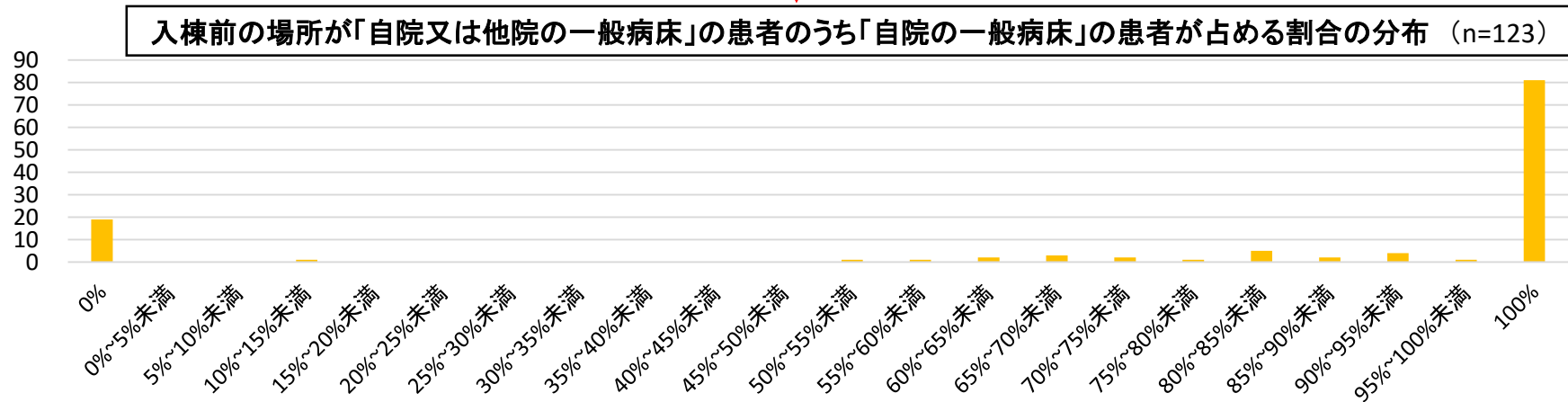
入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者の占める割合

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

(施設数)



(施設数)



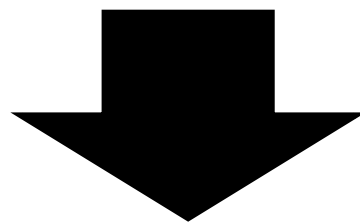
※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

地域包括ケア病棟入院料・管理料に係る主な指摘事項①

入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

- 入院料2について、自院の一般病棟からの転棟が特に多い傾向にある。400床以上の医療機関と400床未満の医療機関に分けて分布をみてはどうか。



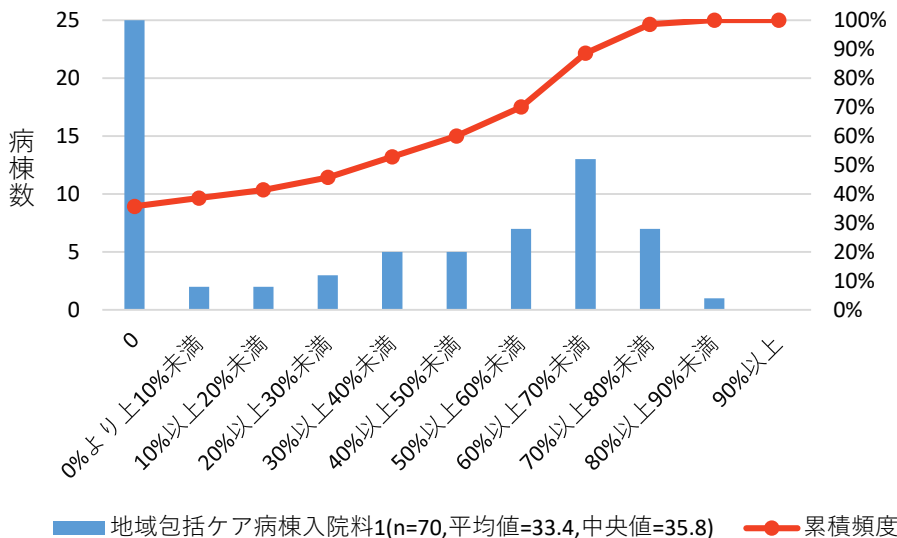
- 入院料2について、400床以上の医療機関と400床未満の医療機関で分けた、自院の一般病棟からの転棟割合の分布を追加分析した。

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

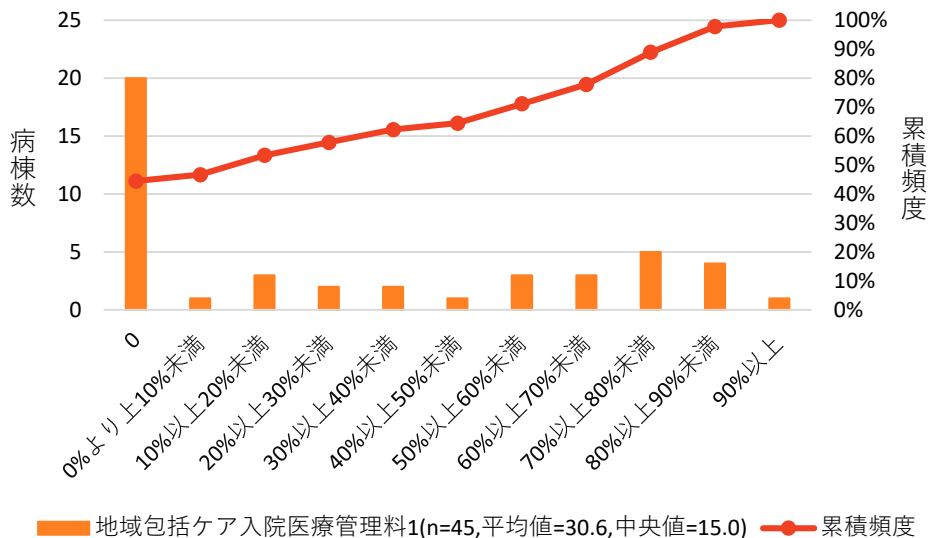
診 調 組 入 - 1
3 . 7 . 8

○ 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。

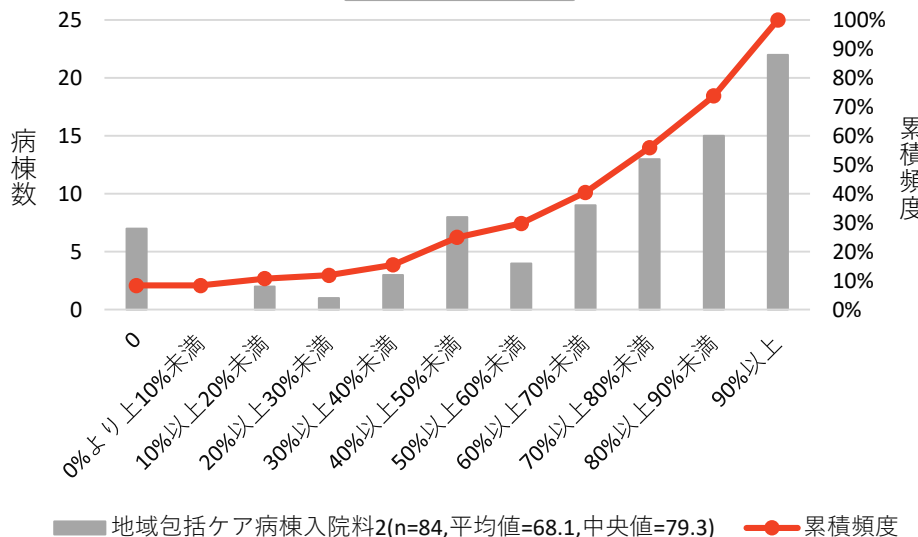
入院料 1



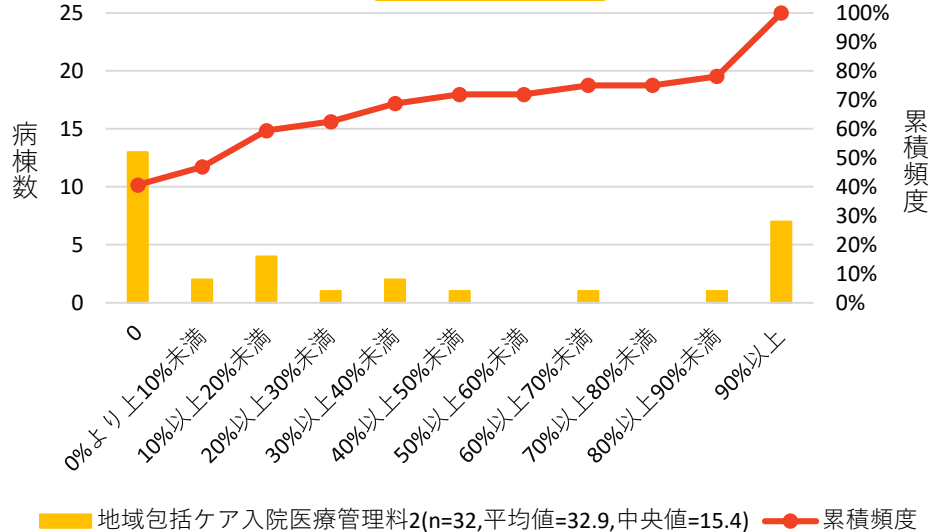
管理料 1



入院料 2



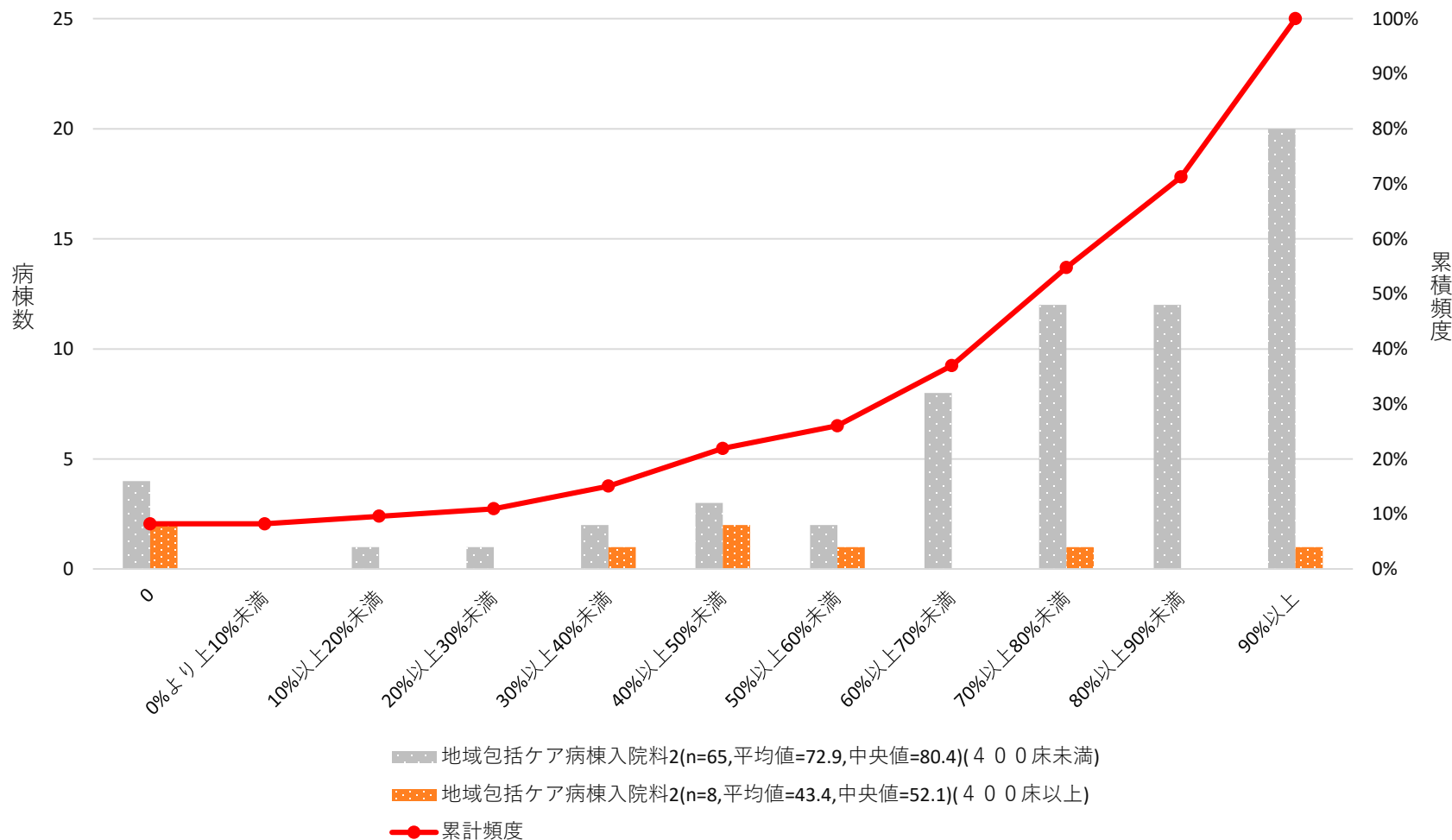
管理料 2



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。例として90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。

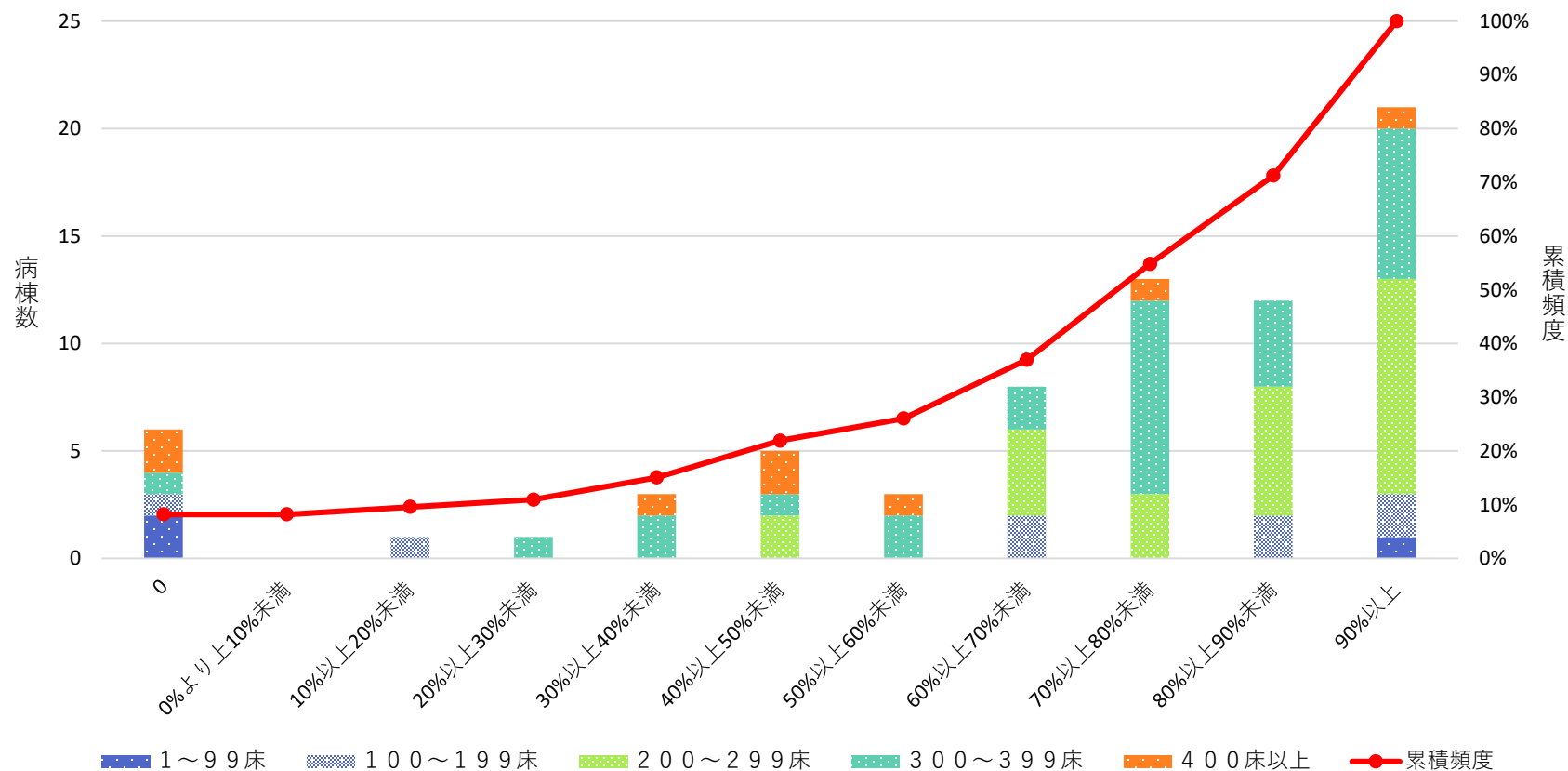
自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）



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。例として90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。

自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）
地域包括ケア病棟入院料2



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設票、病棟票）

400床以上の病院における地域包括ケア病棟入院料について（参考）

○ 400床以上の病院における「自院の一般病棟からの転棟割合が6割以上の場合」の、減算した点数の算定状況は以下のとおり。

		令和2年5月			令和2年10月		
		医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
地域包括ケア病棟入院料2	減算なし	84	5,066	64,295	77	6,256	68,534
	減算あり	-	-	-	8	631	7,176
地域包括ケア病棟入院料4	減算なし	4	137	2,213	4	150	2,417
	減算あり	-	-	-	1	7	81

※：令和3年7月時点での医療機関情報を元に、令和2年5月と令和2年10月の算定状況と比較。
生活療養を受けている場合の点数については掲載していない。

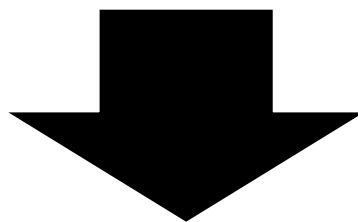
出典：保険局医療課調べ

地域包括ケア病棟入院料・管理料に係る主な指摘事項②

入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、必要度Ⅰと必要度Ⅱで満たしている患者割合に差が見られる。必要度Ⅰと必要度Ⅱを届け出ている病院に差がみられるか分析してはどうか



- 必要度Ⅰ及びⅡについて、病床規模別の医療機関数を追加分析した。

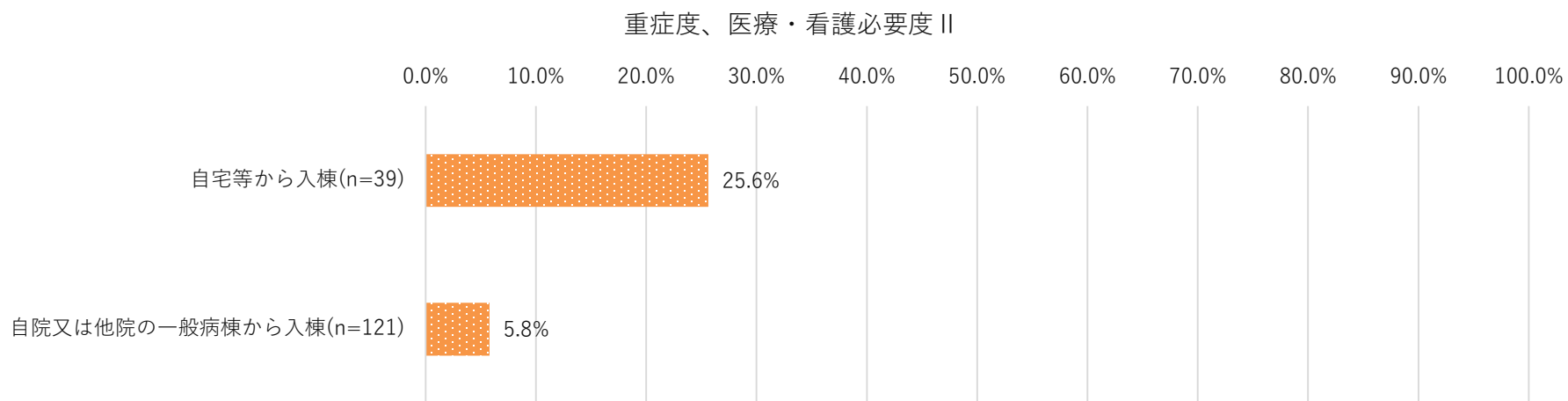
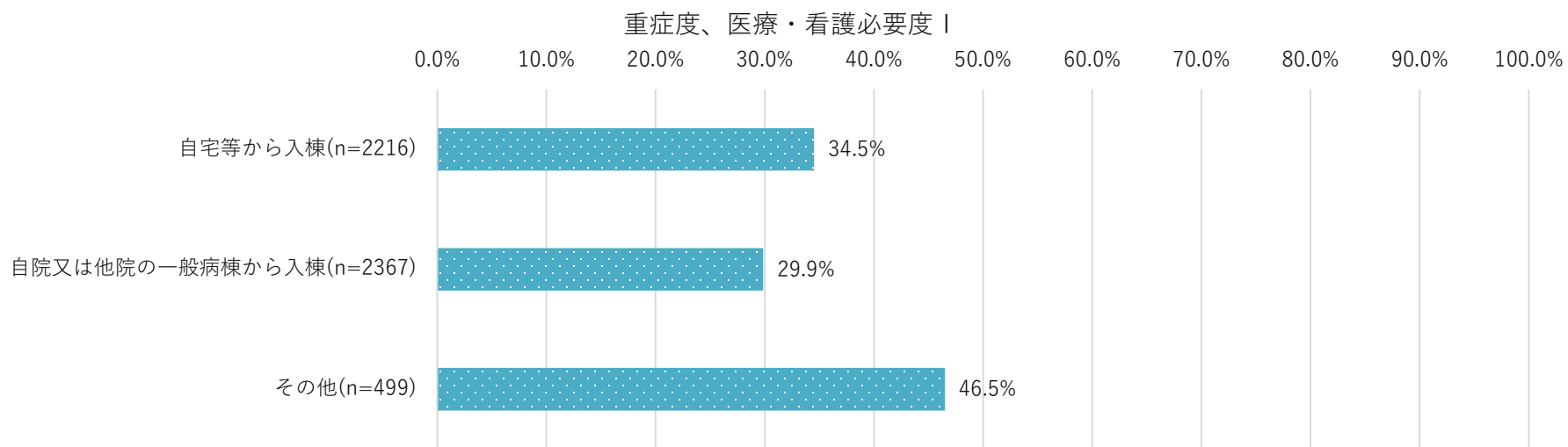
入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

○ 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%

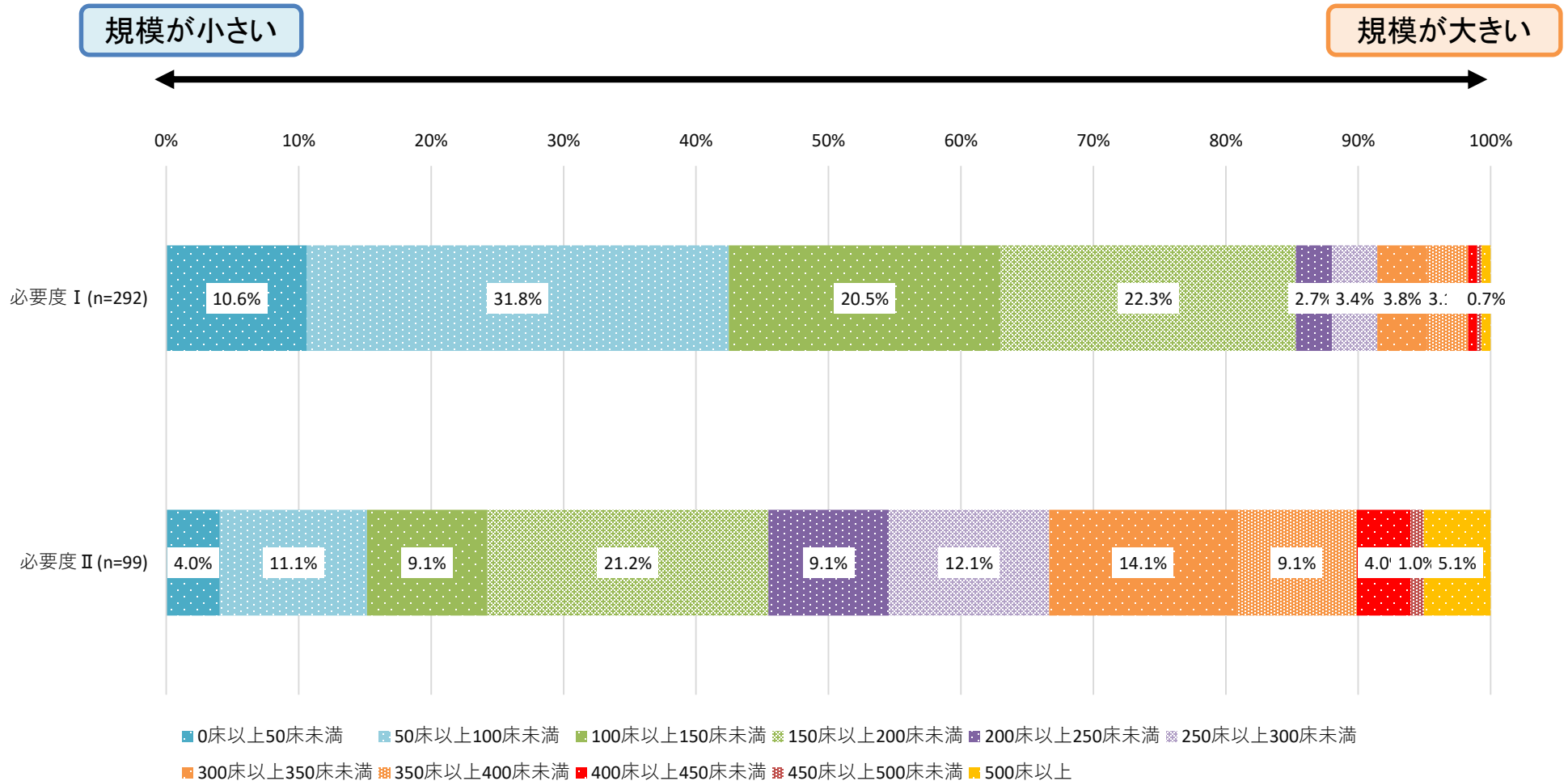
入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

- 患者の入棟元別の患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元別で、基準を満たす患者割合に差がみられた。
- 必要度 I では、その他から入棟した患者が満たす割合が最も高く、次いで自宅等から入棟、一般病棟から入棟の順であった。










重症度、医療・看護必要度の届出状況について

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡを届け出ている医療機関の病床規模は以下のとおりであり、必要度Ⅰを届け出ている医療機関は必要度Ⅱを届け出ている医療機関と比べ、病床規模が小さかった。



重症度、医療・看護必要度の届出状況について

○ 許可病床数別の患者の重症度・医療看護必要度を満たす患者割合は以下のとおり。

	必要度Ⅰ		必要度Ⅱ	
	患者数	基準を満たす 患者割合	患者数	基準を満たす 患者割合
1～99床	1692	 34.6%	-	-
100～199床	2780	 25.7%	-	-
200～299床	701	 24.3%	-	-
300～399床	508	 9.3%	91	 12.1%
400床以上	382	 13.6%	67	 6.0%

※：n数2以下は除く。

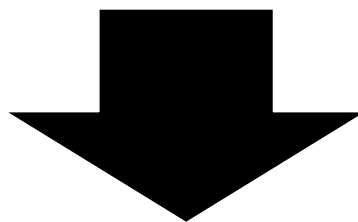
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

地域包括ケア病棟入院料・管理料に係る主な指摘事項③

入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

- 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、自院の一般病棟からの入棟と他院の一般病棟からの入棟を同じ図表で区別できるようにしてはどうか。

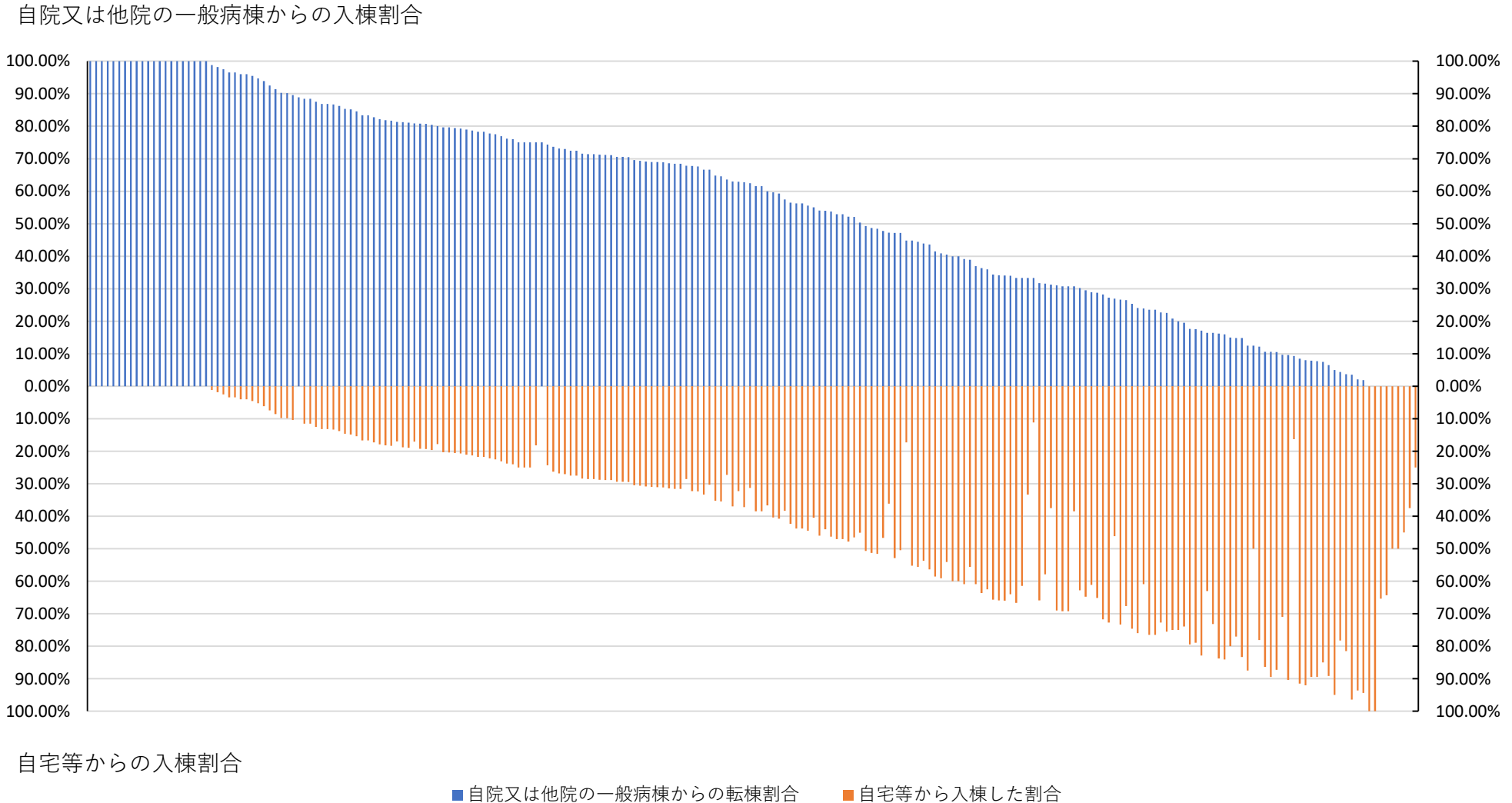


- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元について、自院の一般病棟からの入棟と他院の一般病棟からの入棟を区別できるよう、追加分析した。

入棟元の割合分布 ①

○ 病棟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病棟がみられる一方、逆の構成割合となっている病棟もみられ、その構成割合は様々であった。

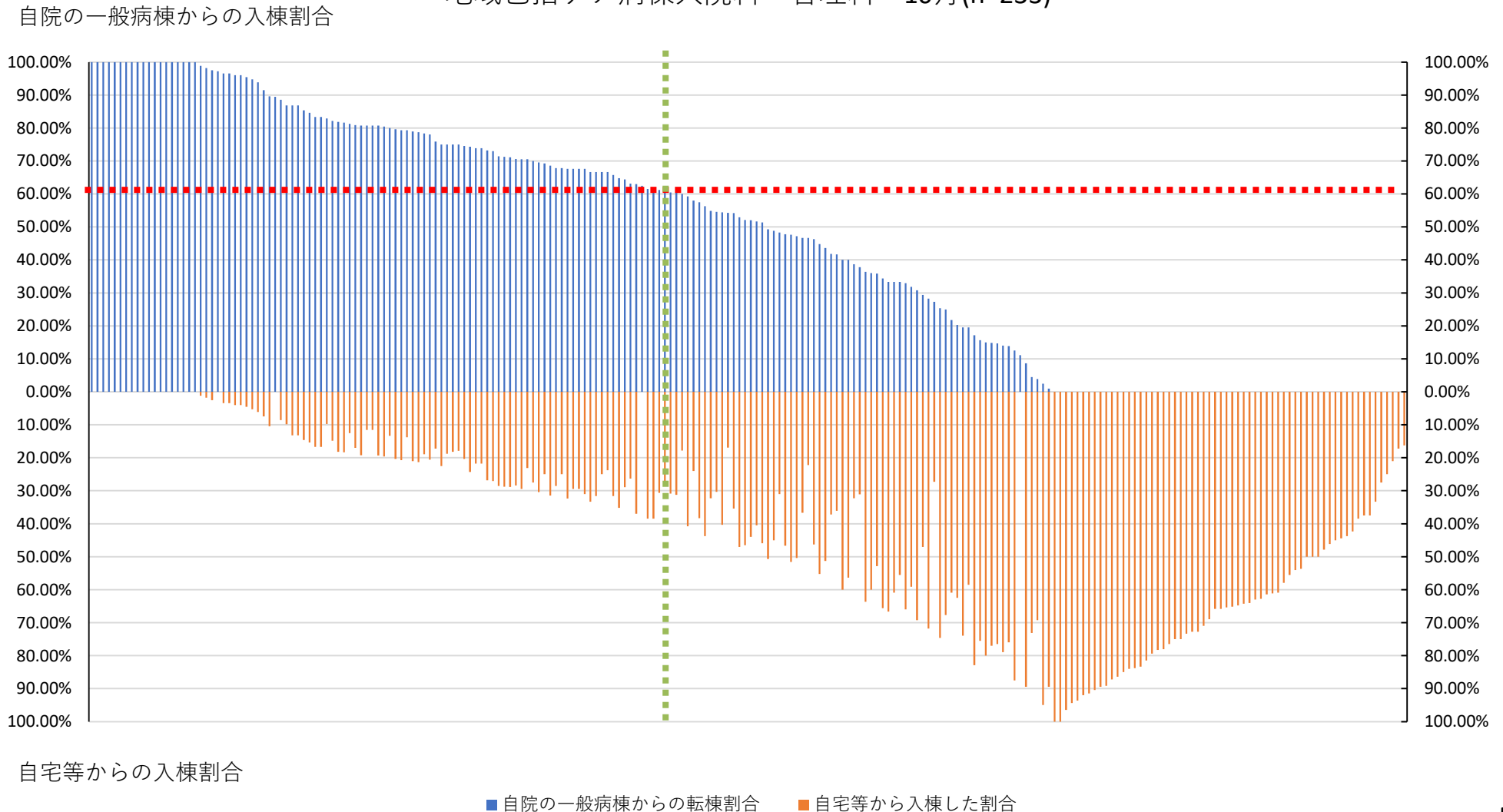
地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



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%を超える病棟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%となっている病棟があった。
- 一方、自院の一般病棟からの転棟割合が0の病棟も一定程度存在し、自宅等からの入棟割合の分布をみると、その割合が高い病棟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)

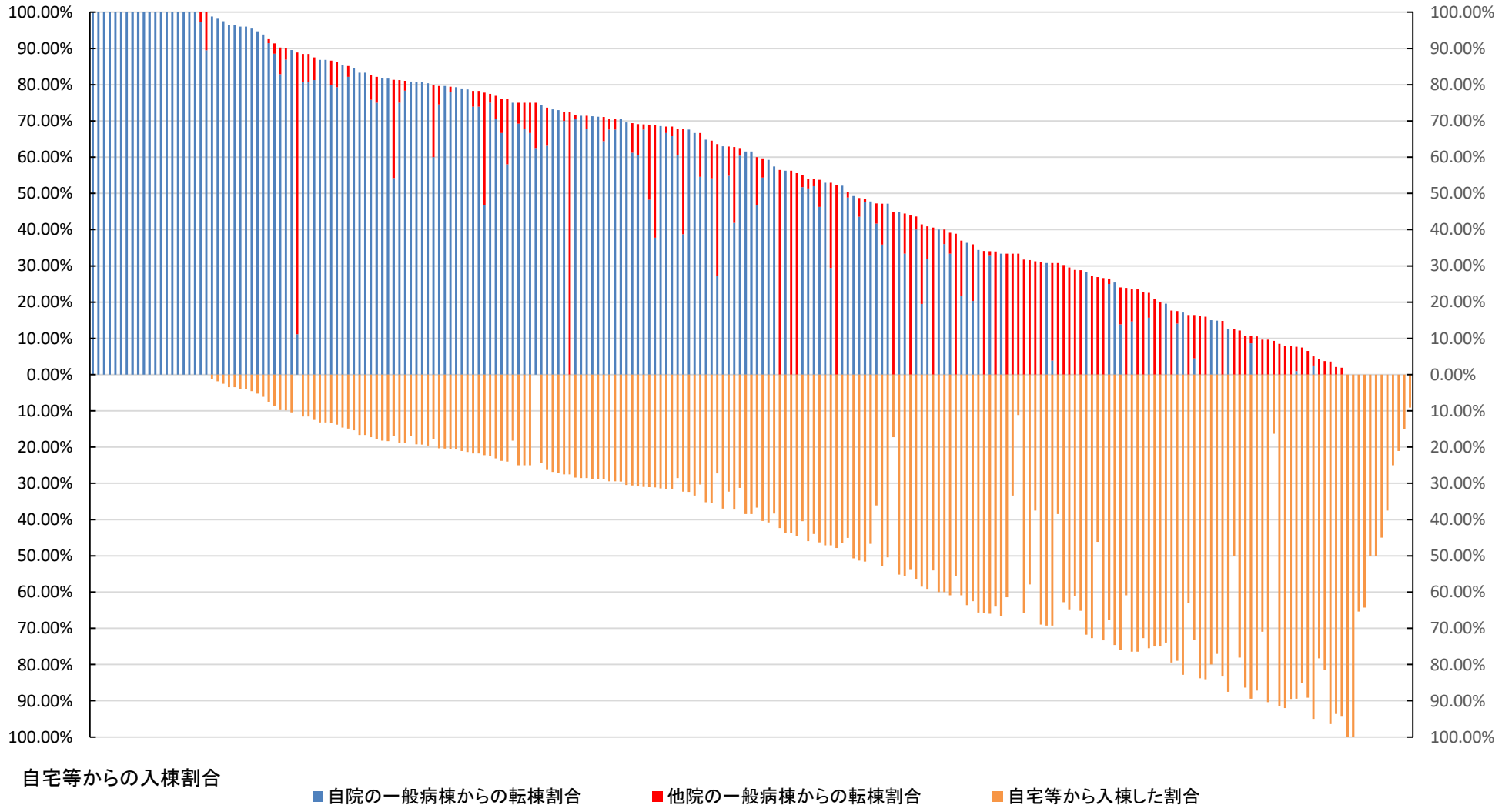


地域包括ケア病棟・病室の入棟元

○ 自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が低い傾向であった。一方、他院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が高い傾向であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合

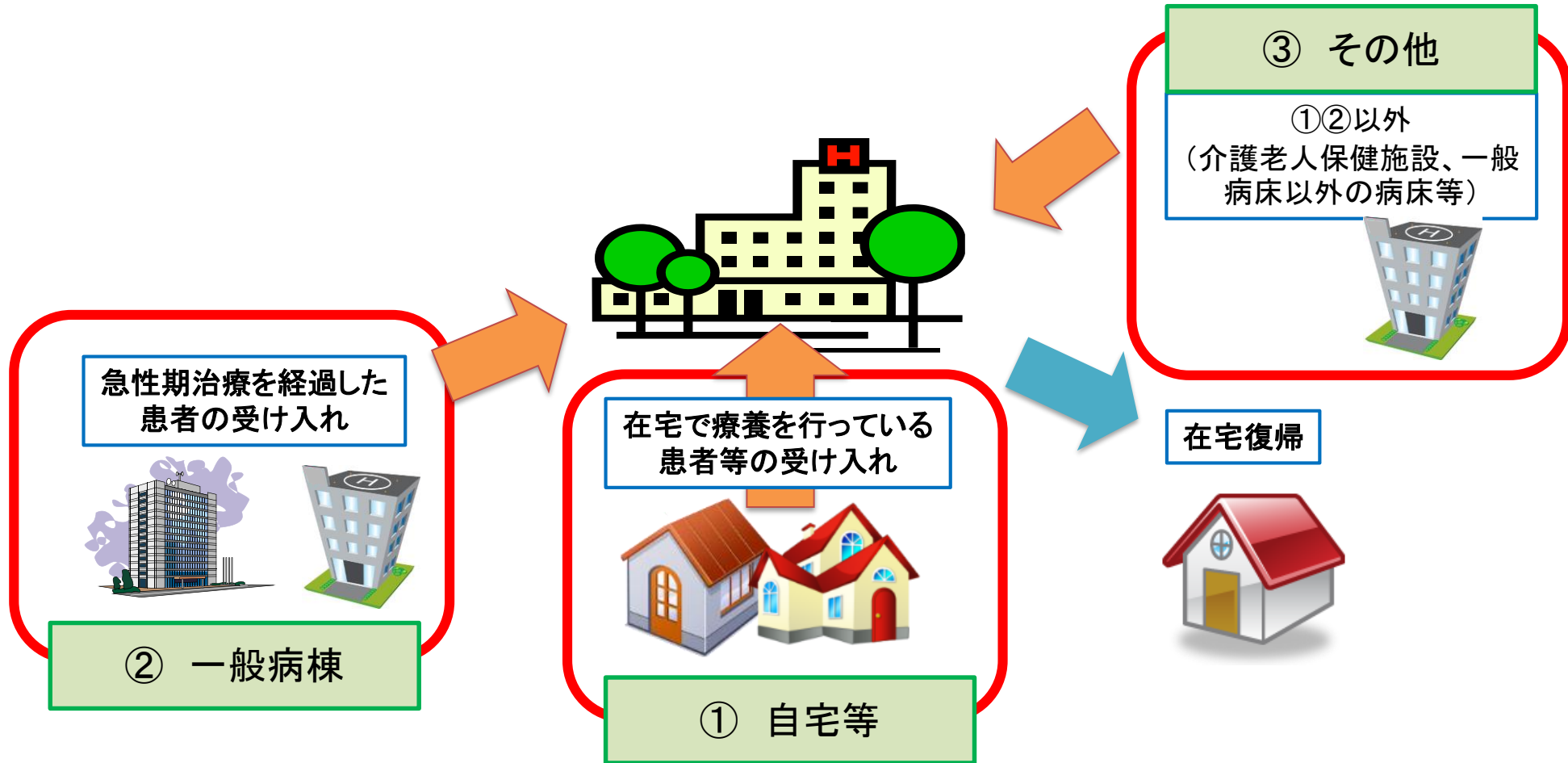


出典：令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

地域包括ケア病棟の入棟元別の分析について

診調組 入 - 1
3 . 7 . 8

- 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

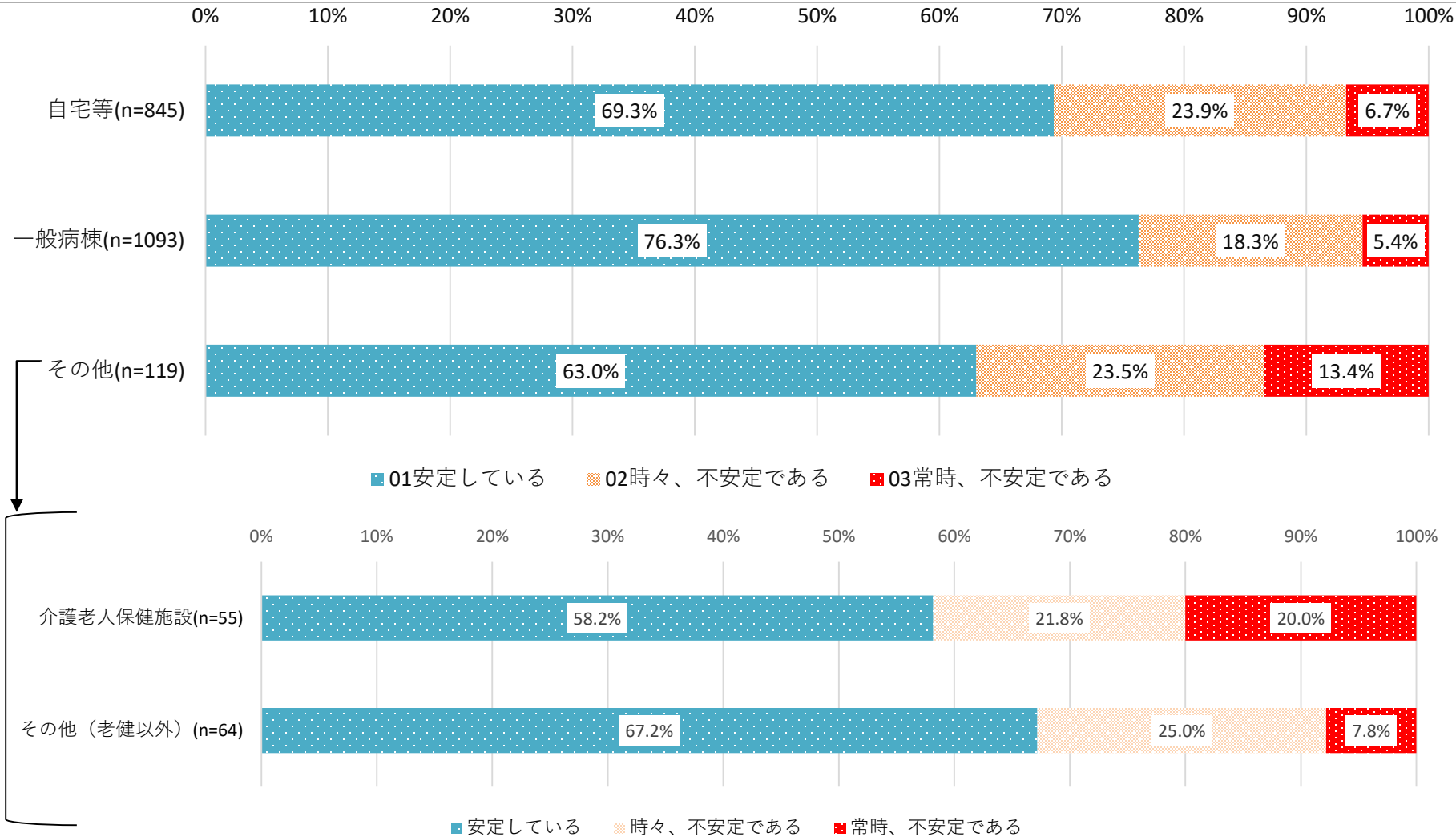
②一般病棟:

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

入棟元別にみた患者の医療的な状態について

- 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「安定している」患者の割合が低く、「常時、不安定である」患者の割合が高かった。

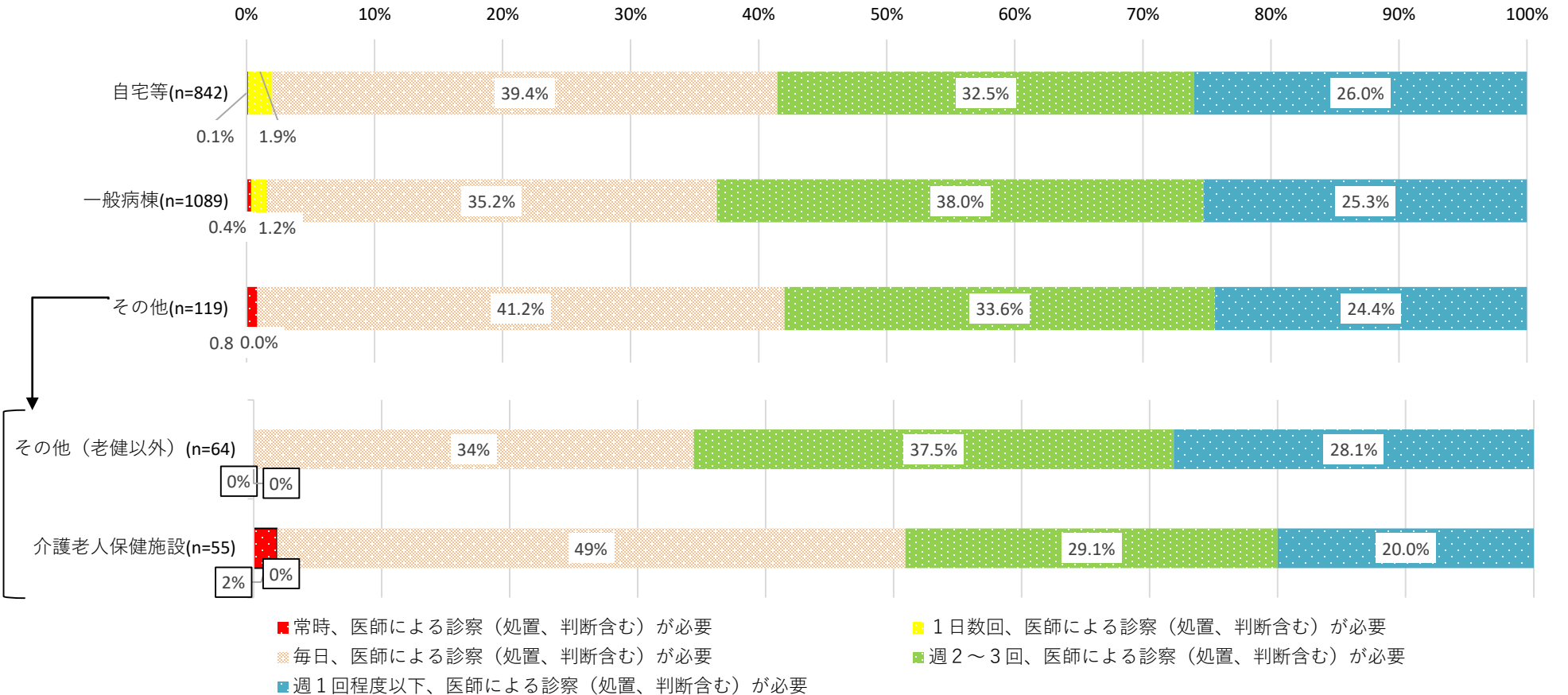


入棟元別にみた医師による診察の頻度について

- 患者の入棟元別の、医師による診察の頻度は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が高かった。

頻度多い ←

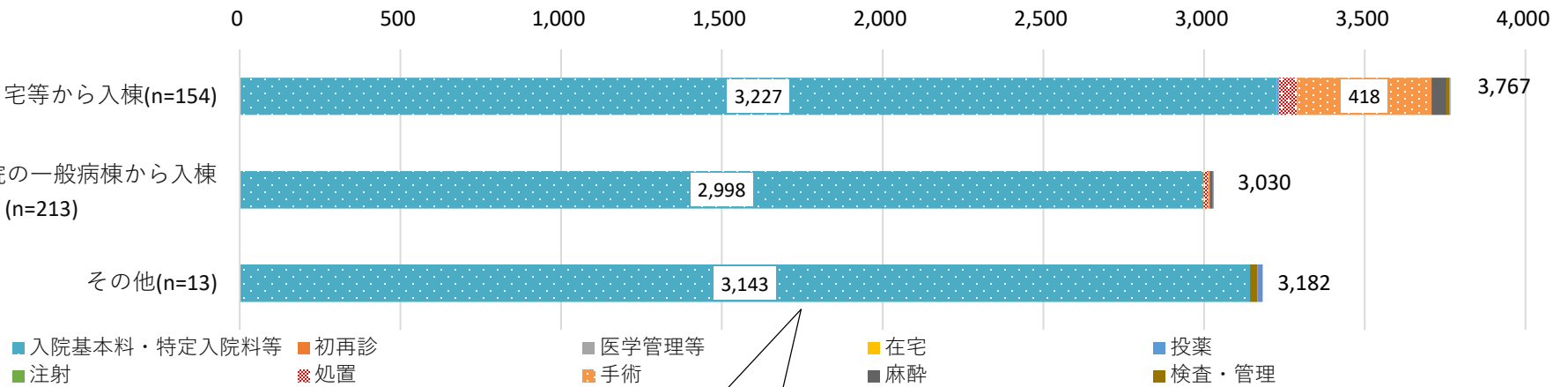
→ 頻度少ない



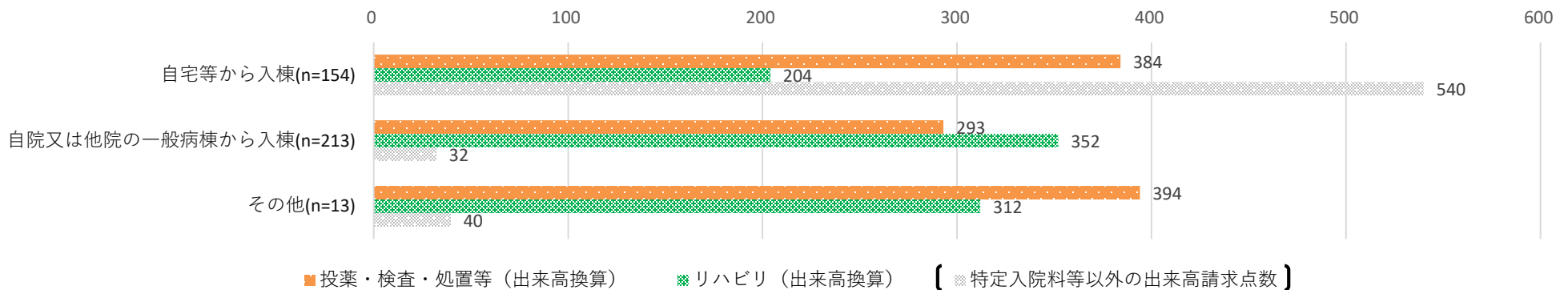
入棟後7日間のレセプト請求点数

○ 入棟元別のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲に含まれる検査やリハビリ等を、出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者で、一般病棟から入棟した患者より高かった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料入棟元別の一日平均単価（入棟後7日間）

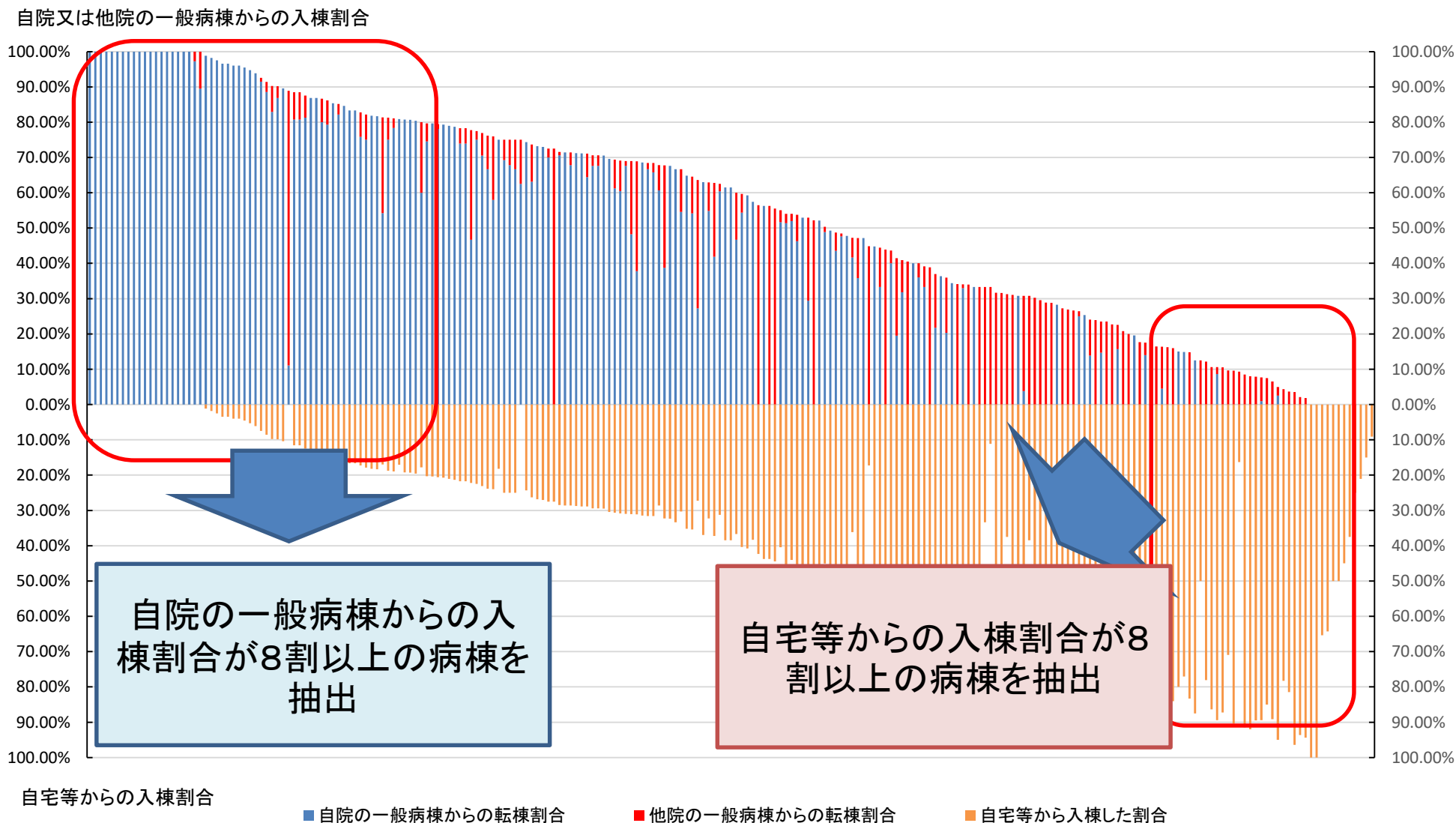


特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）



入棟元の割合分布

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

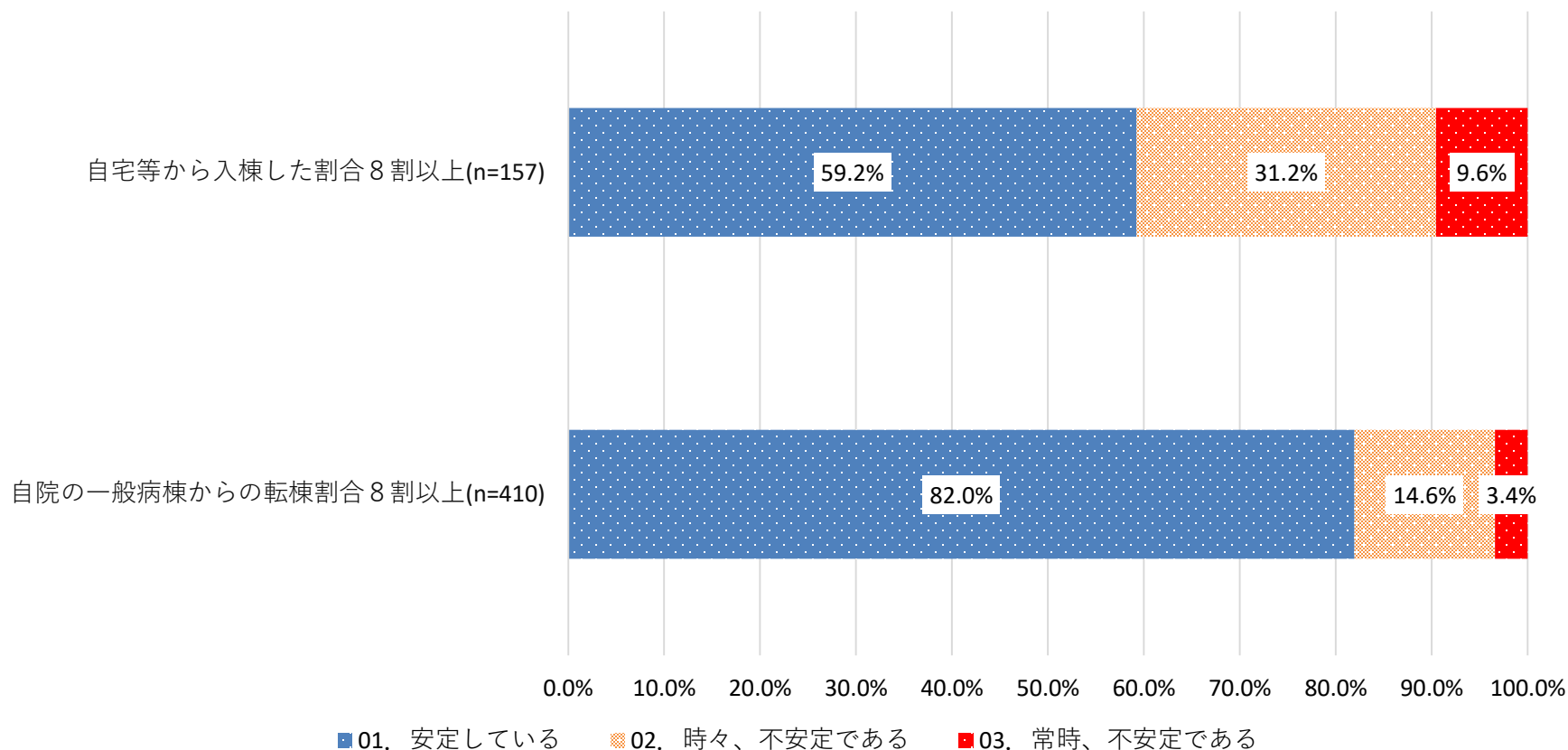


出典：令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟票)

患者の状態について

- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している患者の状態は、以下のとおりであった。
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。

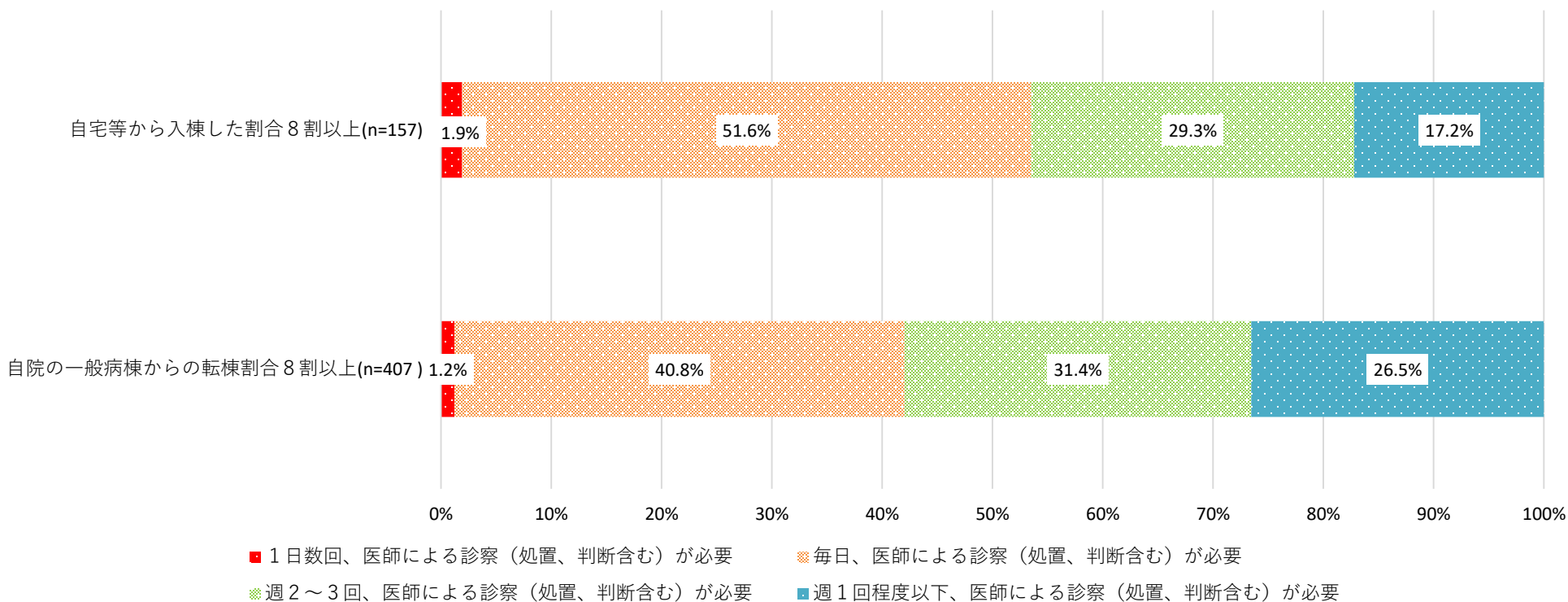


医師による診察の頻度について

- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している医師による診察の頻度については以下のとおりであった。
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」な患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。

頻度多い

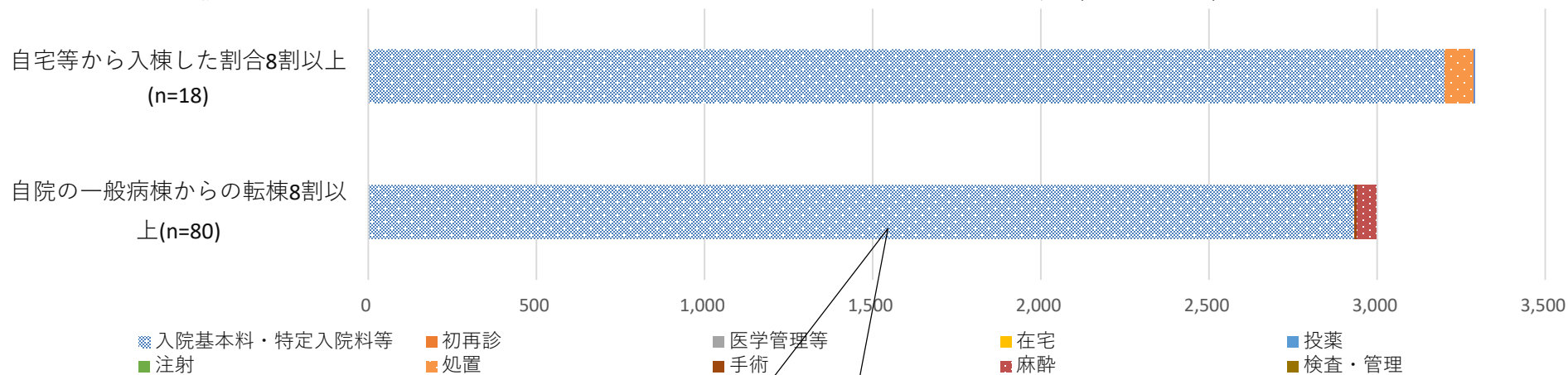
頻度少ない



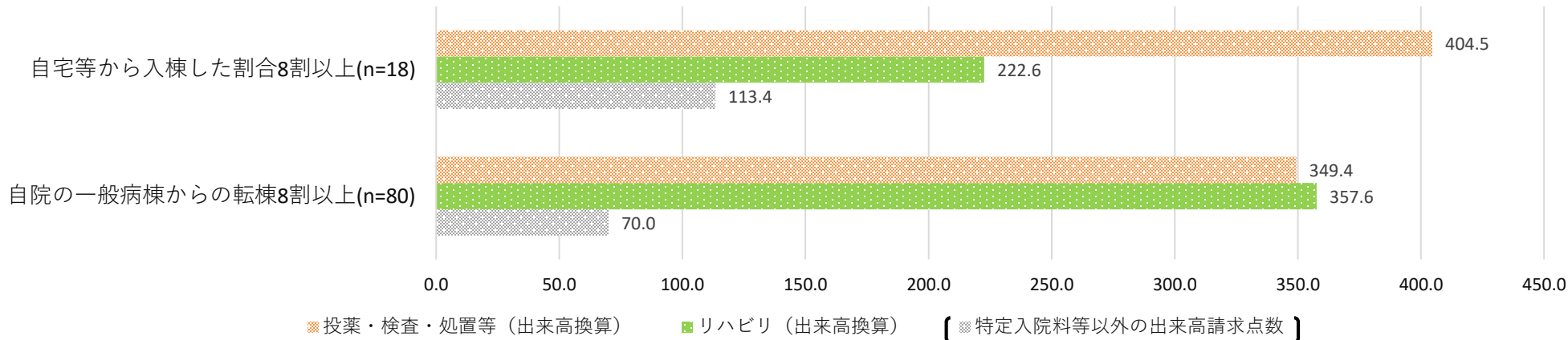
レセプト請求点数(医療機関の特性別)

○ 自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関と自宅等からの入棟が8割以上の医療機関に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等について、自宅等からの入棟が8割以上の医療機関で、自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関より高かった。

自院の一般病棟からの転棟8割以上vs自宅等から入棟した割合8割以上の一日平均単価（入棟後7日間）



特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）

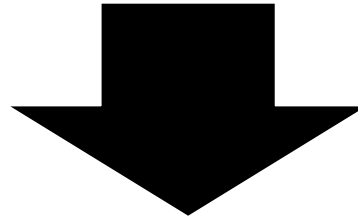


地域包括ケア病棟入院料・管理料に係る主な指摘事項④

入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

- 病床種別等での分析結果も踏まえつつ、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、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ではないか。



- 病床種別等での追加分析を行った。

亜急性期病床の療養環境に

中医協 総 - 2
25.11.29

(改) 中医協 総 - 1
23.11.25

		病院	
		一般病床	療養病床
主な 人員 配置	医師	16:1	48:1
	看護	3:1	本則は4:1 ただし、平成30年3月までは 6:1でも可
	看護補助	—	同上
居室面積		6.4㎡/床 以上※	6.4㎡/床 以上

※ 平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。

患者1人を入院させる病室:6.3㎡/床 以上

患者2人以上を入院させる病室:4.3㎡/床 以上

注) 医療法上、療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

医療法の本則では、患者の居室面積は、一般病床、療養病床ともに6.4㎡/床以上となっていることから、亜急性期医療の評価を行う病床については6.4㎡/床以上を原則としてはどうか。

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

中医協 総 - 2
25.11.29

(改) 診調組 入 - 1
25.5.30

急性期・高度急性期



急性期

亜急性期病床の役割

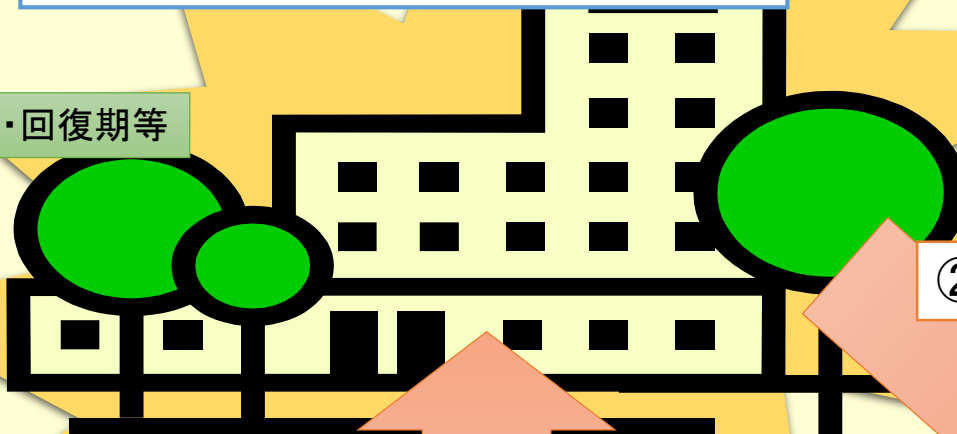
入院患者データの提出

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

(参考:回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件)
重症度・看護必要度A項目1点以上の患者 15%以上

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



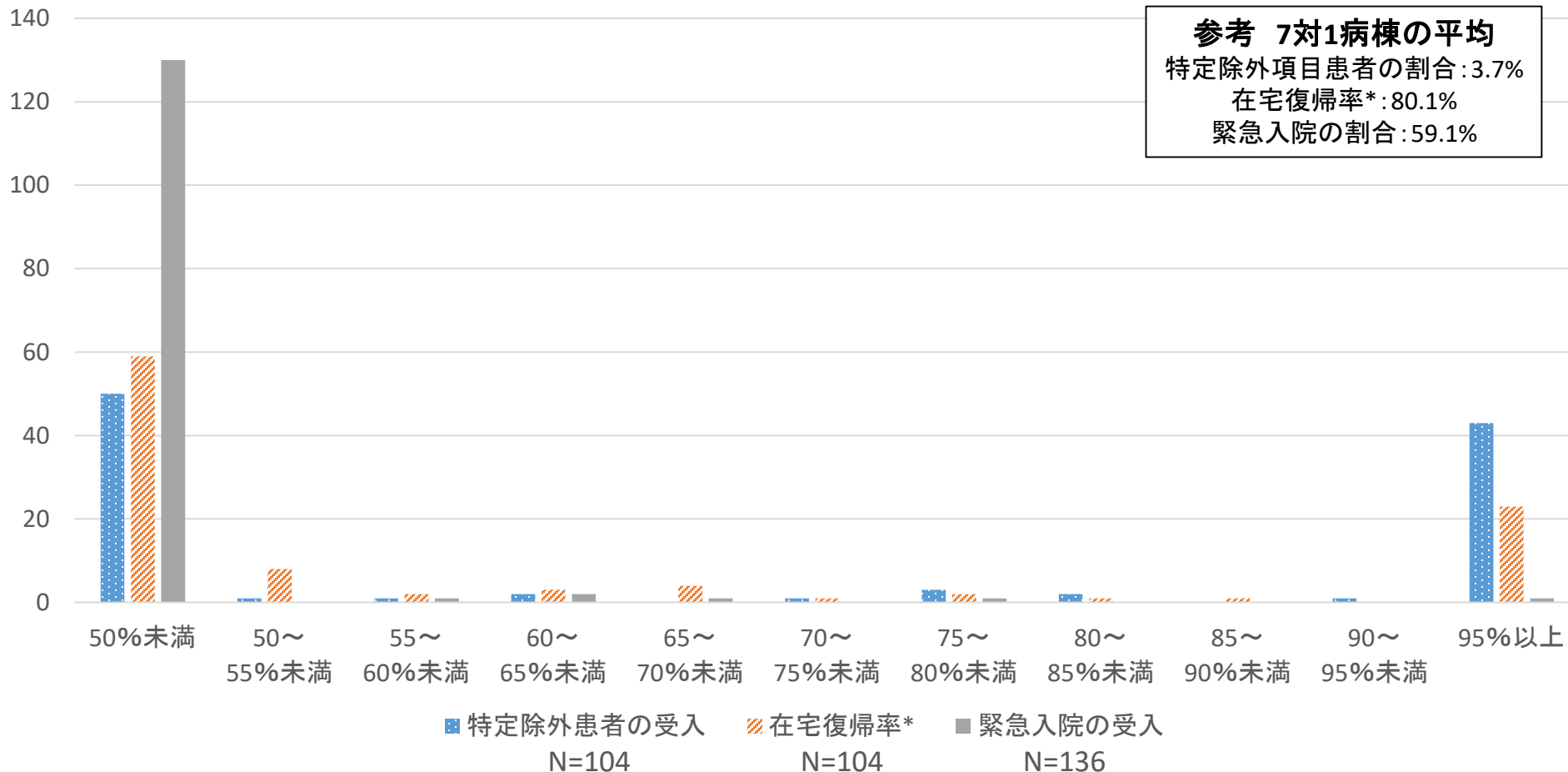
療養病棟(20対1)の特定除外患者の受入、在宅復帰率*、緊急入院の受入状況(平成24年度調査結果)

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 5 . 3 0

中医協 総 - 2
2 5 . 1 1 . 2 9

*この場合の在宅とは入院医療等の調査における自宅(在宅医療を除く)および在宅医療のみを指し、介護施設等を含まない。

(件)



参考 7対1病棟の平均
 特定除外項目患者の割合: 3.7%
 在宅復帰率*: 80.1%
 緊急入院の割合: 59.1%

療養病棟においても、特定除外に該当する患者を受け入れている病棟、在宅復帰率や緊急入院患者の割合が高い病棟が一部に存在する。

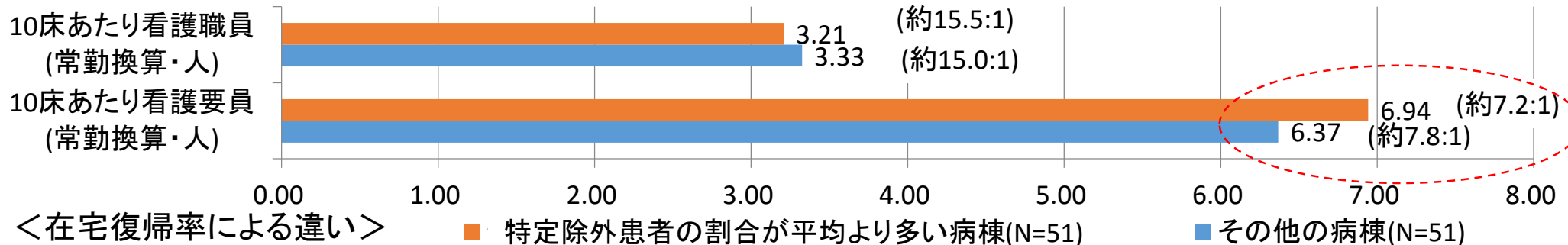
療養病棟(20対1)における看護職員、看護要員の配置状況(平成24)

中医協 総 - 2
25.11.29

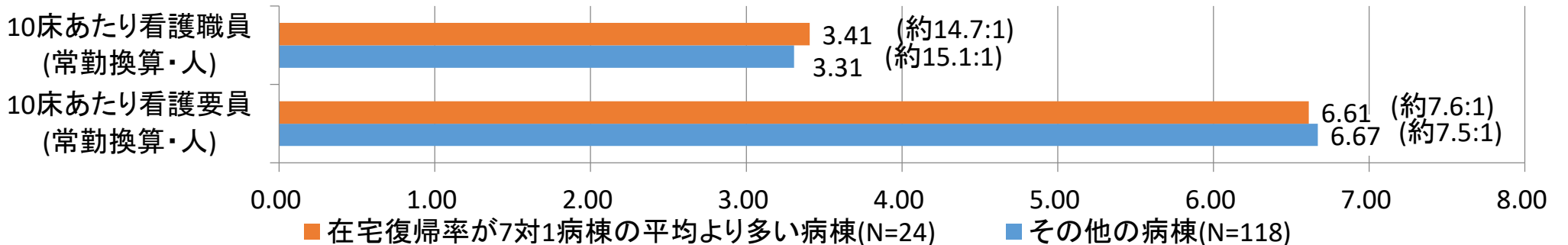
(改) 診調組 入 - 2 - 2
25. 10. 10

平成24年度 入院医療等の調査より

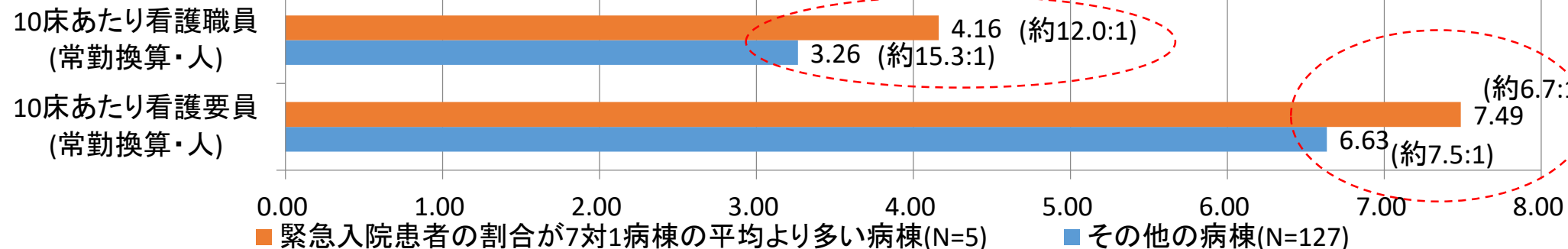
< 特定除外項目に該当する患者の占める割合による違い >



< 在宅復帰率による違い >

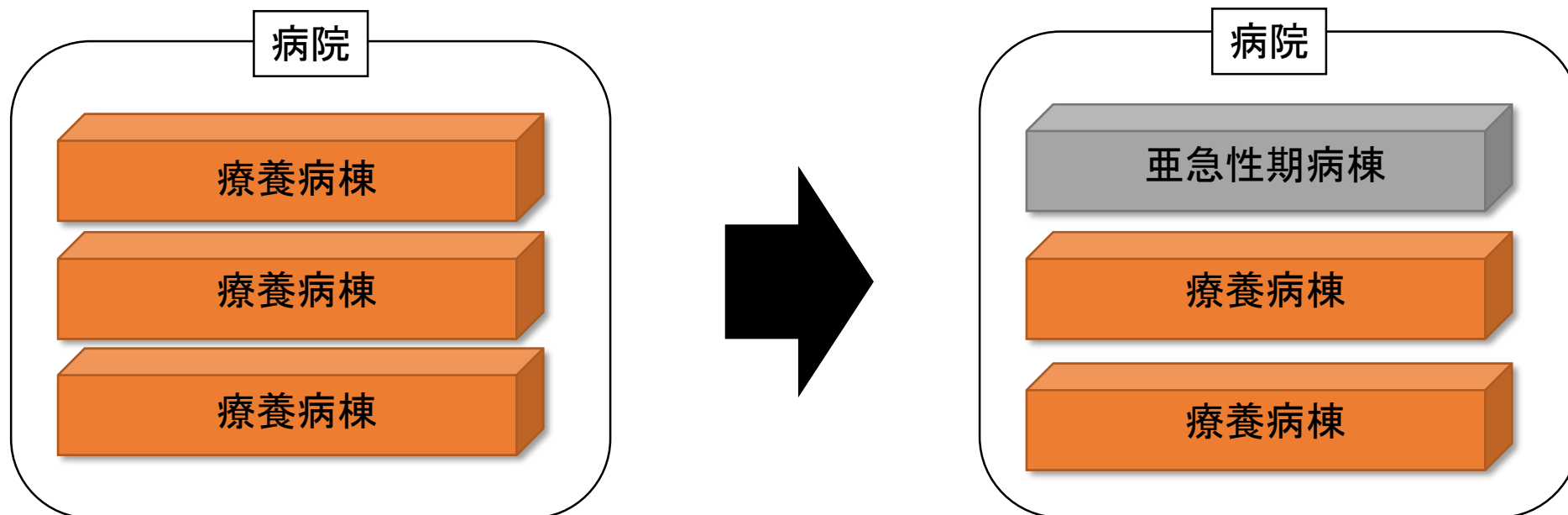


< 緊急入院患者の占める割合による違い >



療養病棟(20対1)において、特定除外項目の該当患者の受入が多い病棟や、緊急入院患者の受入が多い病棟は10床あたりの看護職員・看護要員の数が多い傾向が見られる。

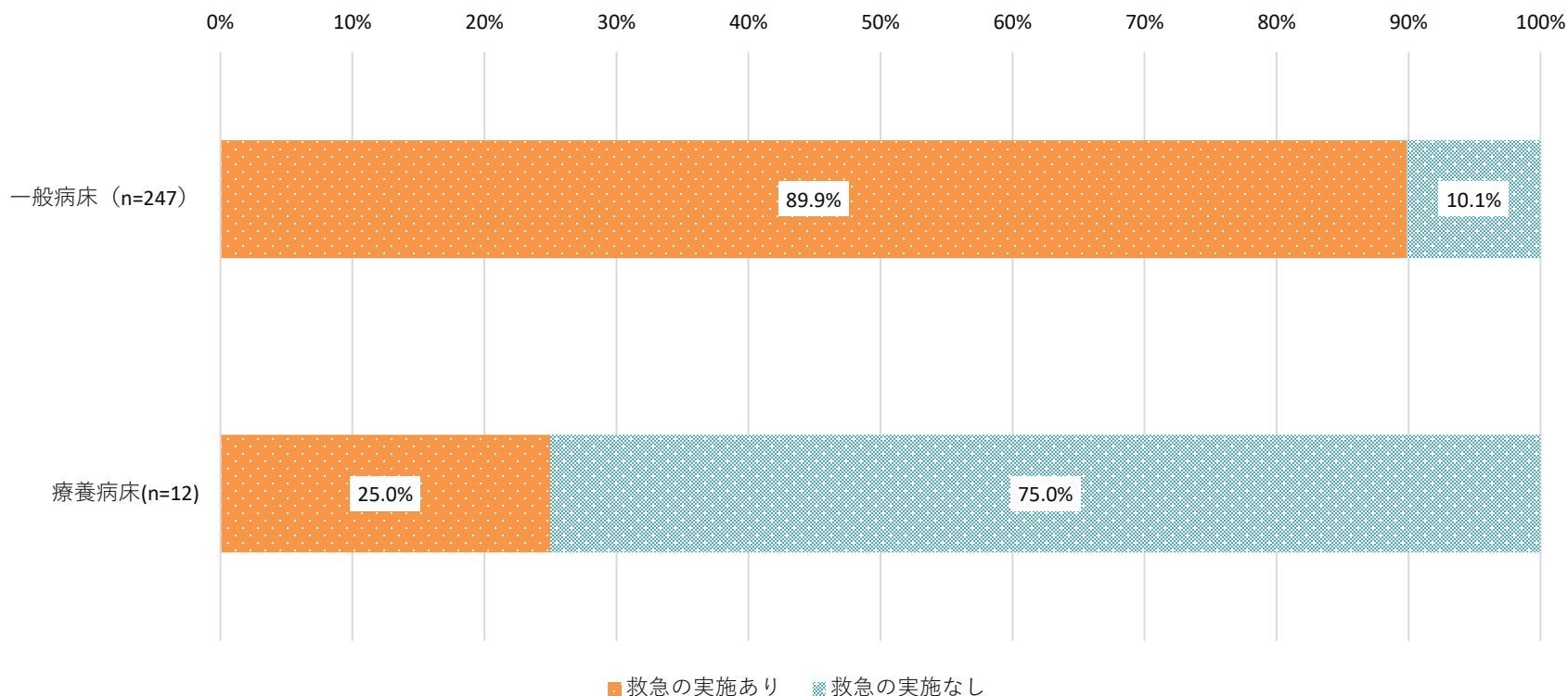
療養病棟(20対1)における亜急性期病床の評価について (案)



- 亜急性期病床を今後、拡大していくことが重要であるため、療養病床においても亜急性期病棟の評価を算定可能とする。
- ただし、長期療養を担う病床についても、一定程度確保することが必要であることから、療養病床のうち、亜急性期病棟の評価の届出を行うことができるのは1病棟(60床まで)に限る。

救急実施の有無(病床種別)

- 一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関と療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急実施の有無の割合は以下のとおり。
- 実施ありの割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。

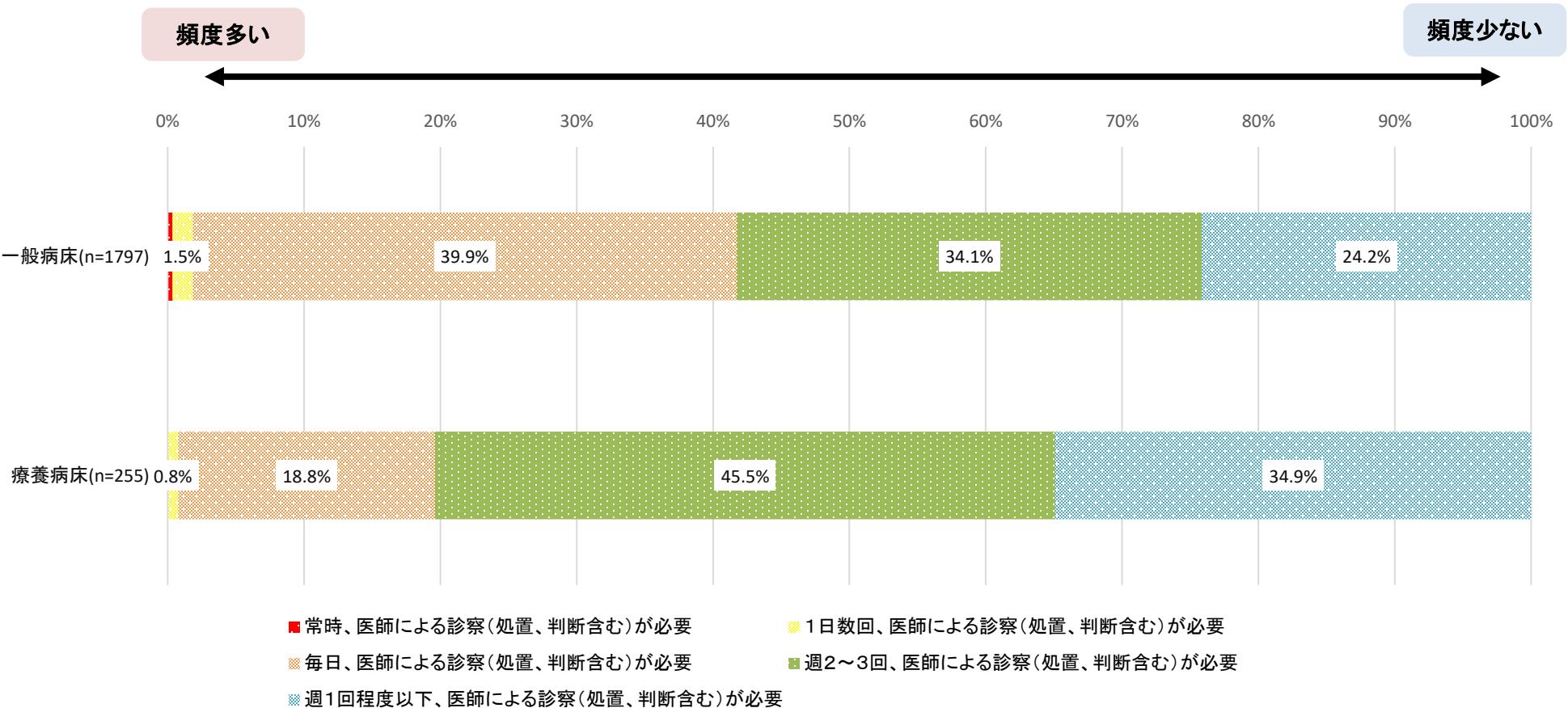


※:一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

出典: 令和2年度入院医療等の調査(施設票)

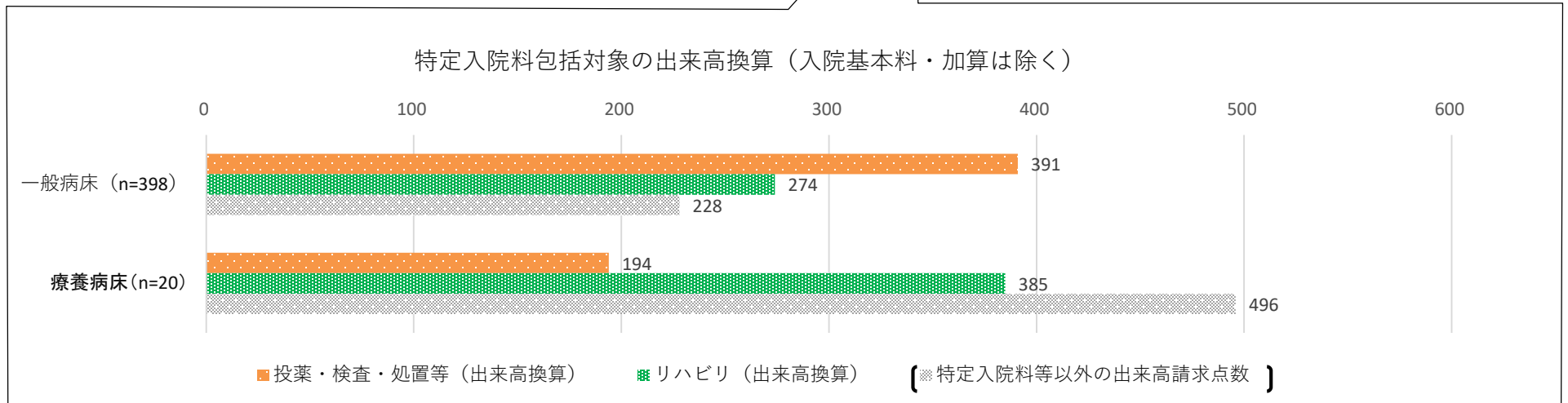
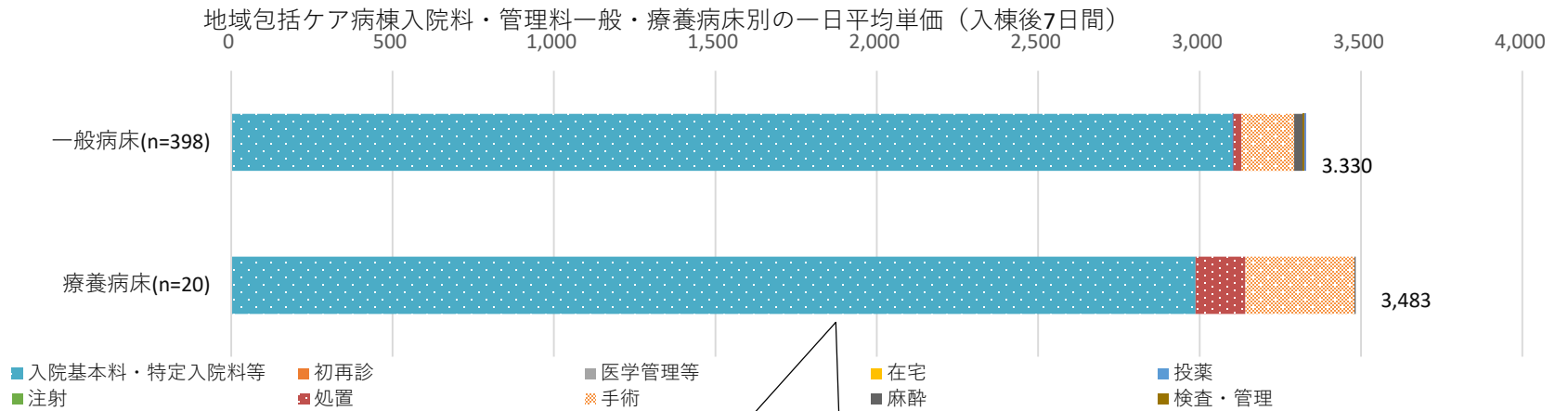
医師による診察の頻度（病床種別）

- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者の、医師による診察の頻度は以下のとおり。
- 常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。



入棟後7日間のレセプト請求点数

- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。
- 入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病棟の方が高かった。

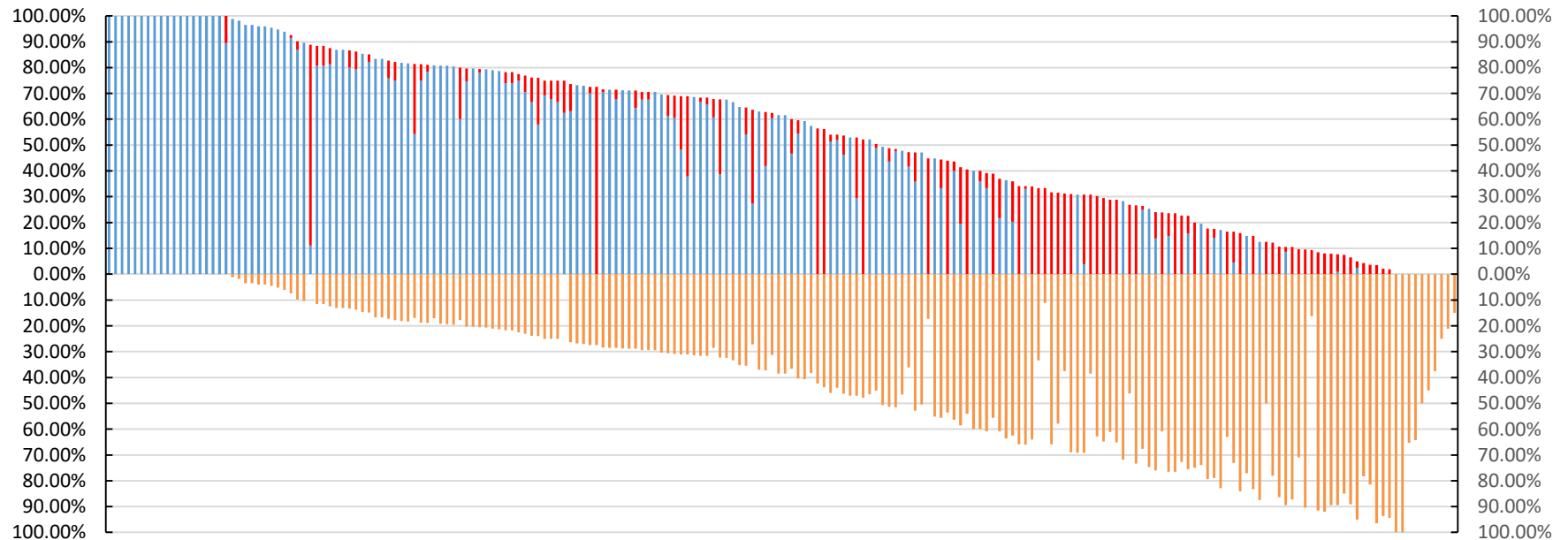


入棟元の割合分布（一般病床）

○ 一般病床の地域包括ケア病棟における病棟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病棟がみられる一方、逆の構成割合となっている病棟もみられ、その構成割合は様々であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月（一般病床）(n=208)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合



自宅等からの入棟割合 ■ 自院の一般病棟からの転棟割合 ■ 他院の一般病棟からの転棟割合 ■ 自宅等から入棟した割合

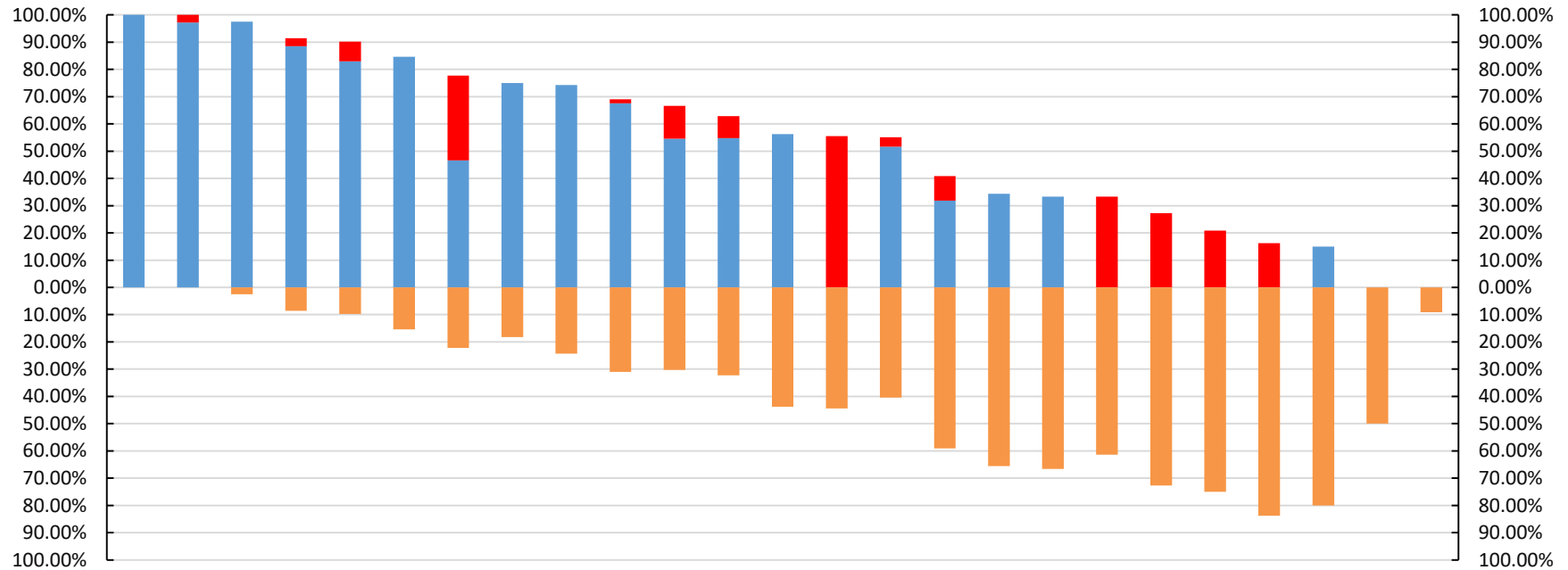
	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
自院又は他院の一般病棟からの転棟割合	54.9%	61.5%	28.4%	61.5%	80.8%
自院の一般病棟からの転棟割合	45.8%	51.7%	0.0%	51.7%	78.6%
自宅等から入棟した割合	39.6%	32.8%	17.8%	32.8%	63.0%

入棟元の割合分布（療養病床）

○ 療養病床の地域包括ケア病棟における病棟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病棟がみられる一方、逆の構成割合となっている病棟もみられ、その構成割合は様々であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月（療養病床）(n=25)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合



自宅等からの入棟割合 ■ 自院の一般病棟からの転棟割合 ■ 他院の一般病棟からの転棟割合 ■ 自宅等から入棟した割合

	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
自院又は他院の一般病棟からの転棟割合	55.1%	56.3%	30.3%	56.3%	81.2%
自院の一般病棟からの転棟割合	45.9%	51.7%	0.0%	51.7%	79.0%
自宅等から入棟した割合	37.9%	32.3%	12.6%	32.3%	63.5%

病床種別の重症度、医療・看護必要度について

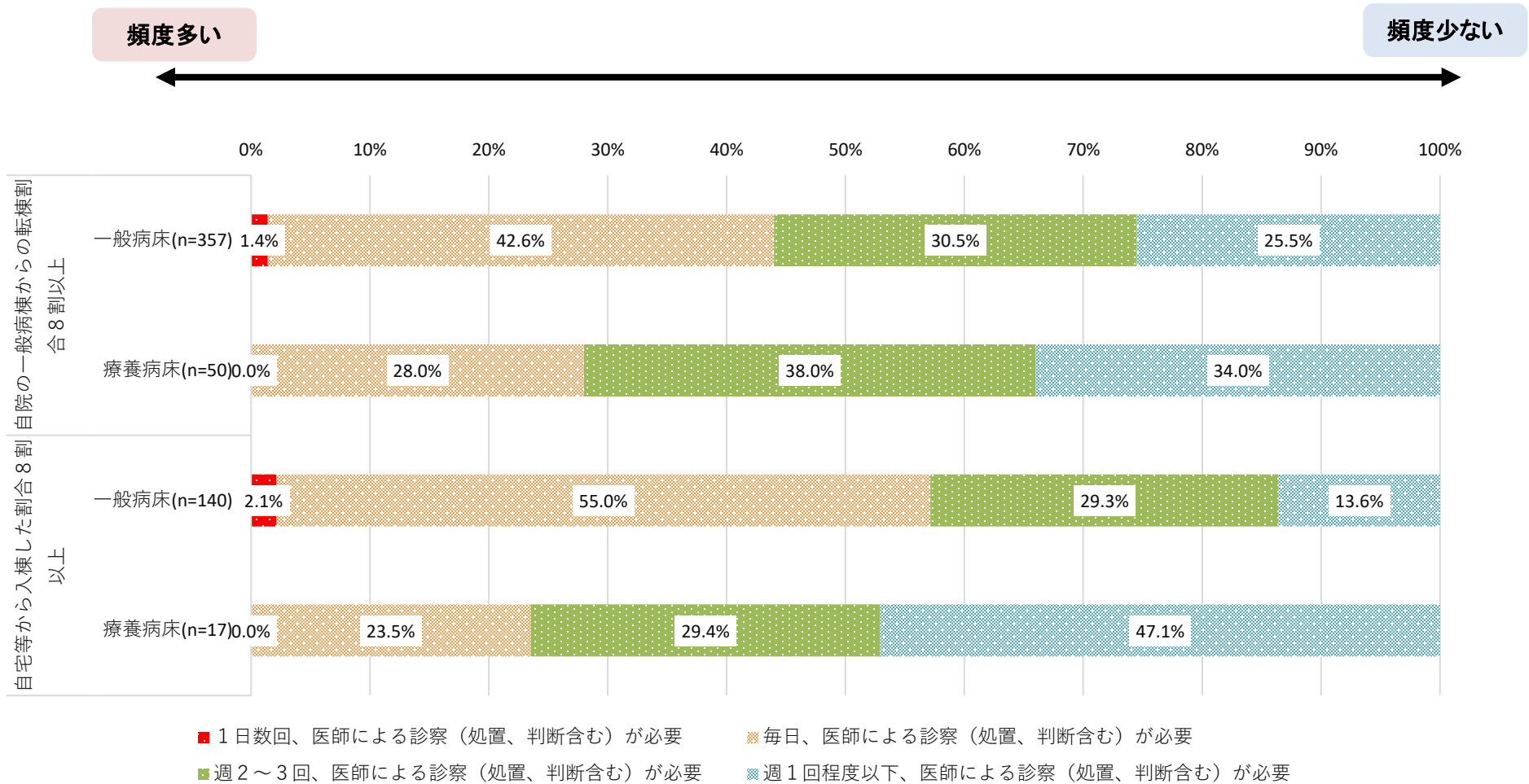
○ 病床種別毎にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。

	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	

入棟元	病床種別	重症度、医療・看護必要度Ⅰ
自宅等	一般病床 (n=1784)	35.5%
	療養病床 (n=432)	30.3%
一般病棟	一般病床 (n=2082)	30.0%
	療養病床 (n=285)	29.1%
その他	一般病床 (n=464)	46.6%
	療養病床 (n=35)	45.7%

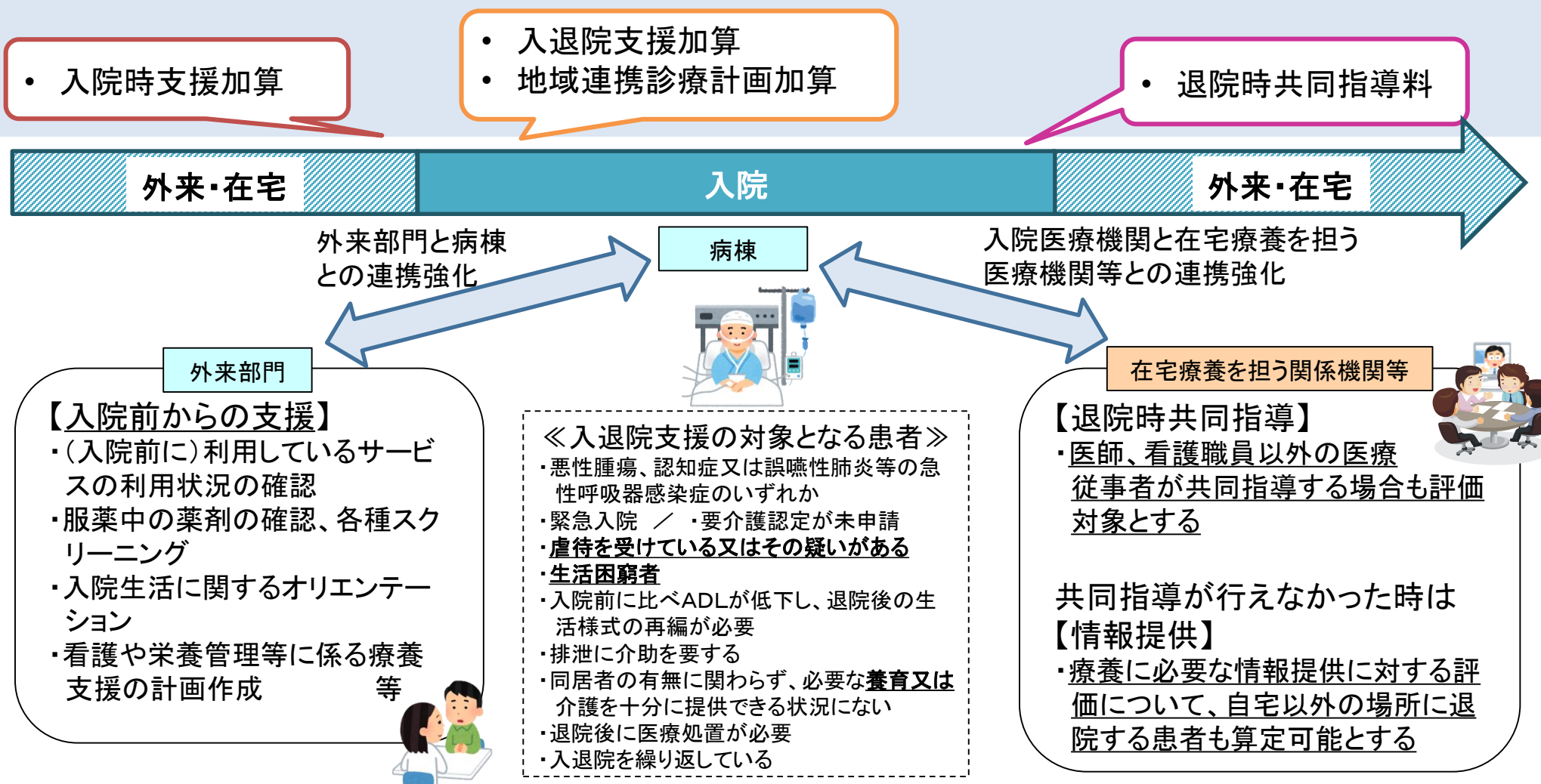
医師による診察の頻度（病床種別）

- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度は以下のとおり。
- 常時～毎日医師による診察が必要な患者の割合は、一般病床のほうが療養病床よりも高かった。



入退院支援の評価（イメージ）

- 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

中医協 総-2 (改)
3 . 8 . 2 5

A 2 4 6 入退院支援加算 (退院時 1 回)

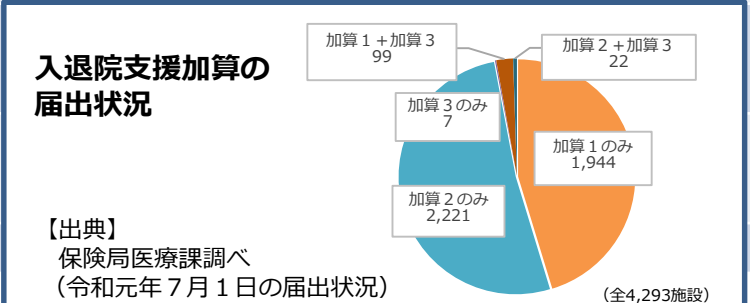
➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

➤ **地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定している病棟においては、入退院支援加算 1 のみ出来高で算定可。**

[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. 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		



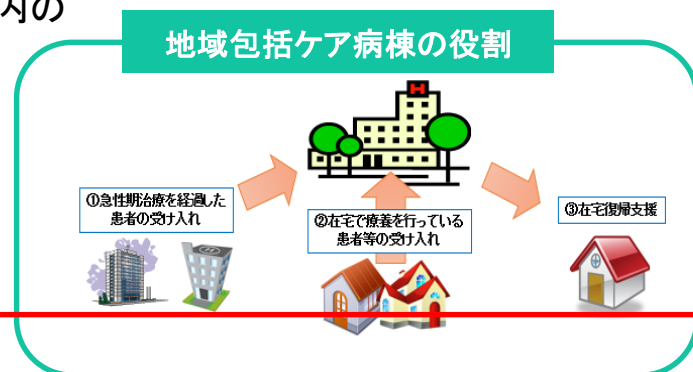
※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせ可。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

実績要件の見直し

- ▶ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の **一般病棟から転棟した患者の割合** が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の **実績に係る施設基準** を見直す。

- (例)
- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → **1割5分以上**
 - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → **30回以上**



施設基準の見直し

- ▶ **入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置** を要件とする。
- ▶ 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- ▶ **適切な意思決定支援に関する指針** を定めていることを要件とする。

転棟に係る算定方法の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた **入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定** するよう見直す。

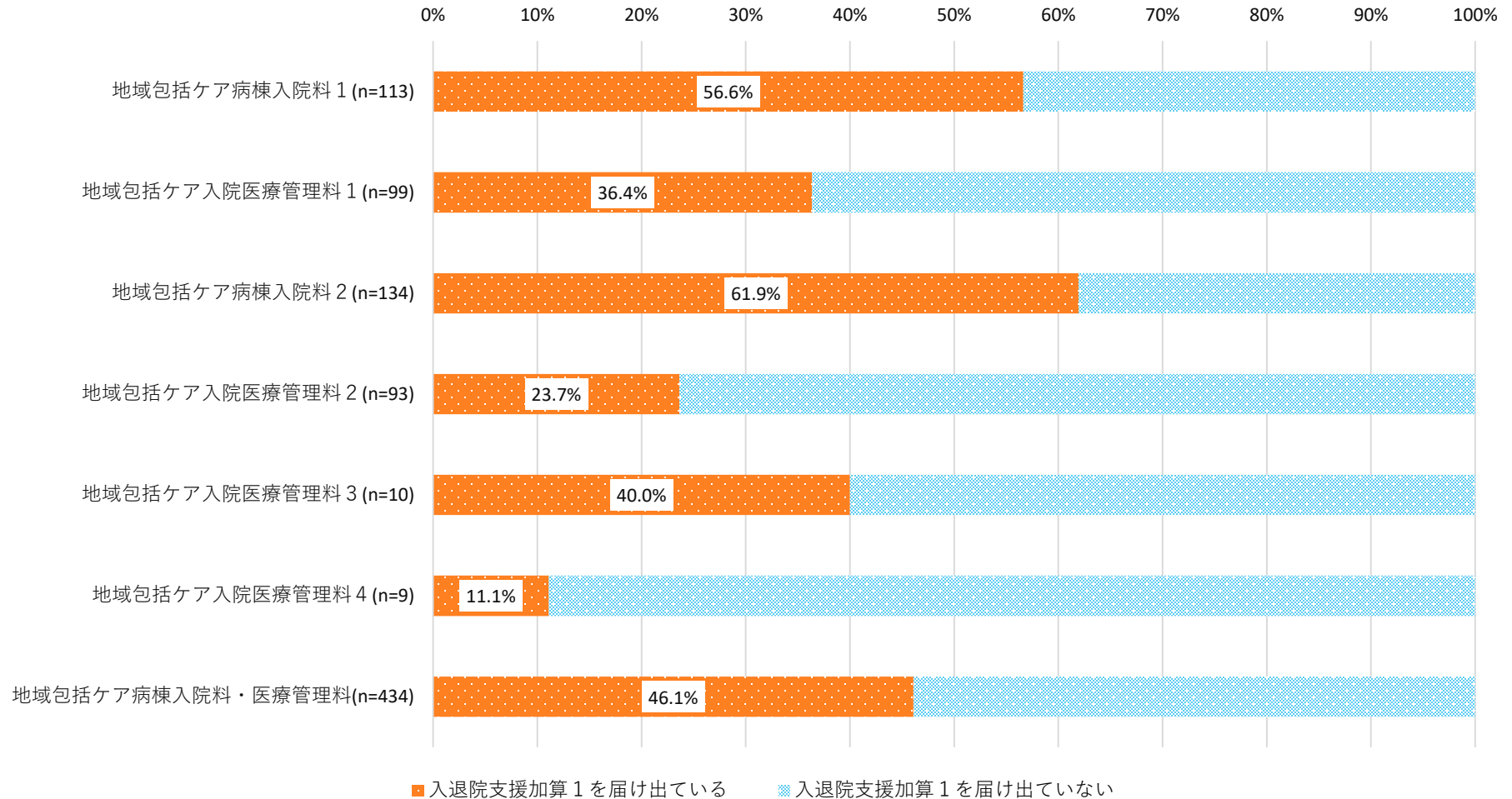
届出に係る見直し

- ▶ 許可病床数が **400床以上** の保険医療機関については、 **地域包括ケア病棟入院料を届け出られない** こととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

入退院支援加算についての分析①

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関の入退院支援加算の届出状況は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料又は管理料を有している医療機関全体でみると、入退院支援加算1を届け出ている割合は約5割であった。

入退院支援加算1の届出有無



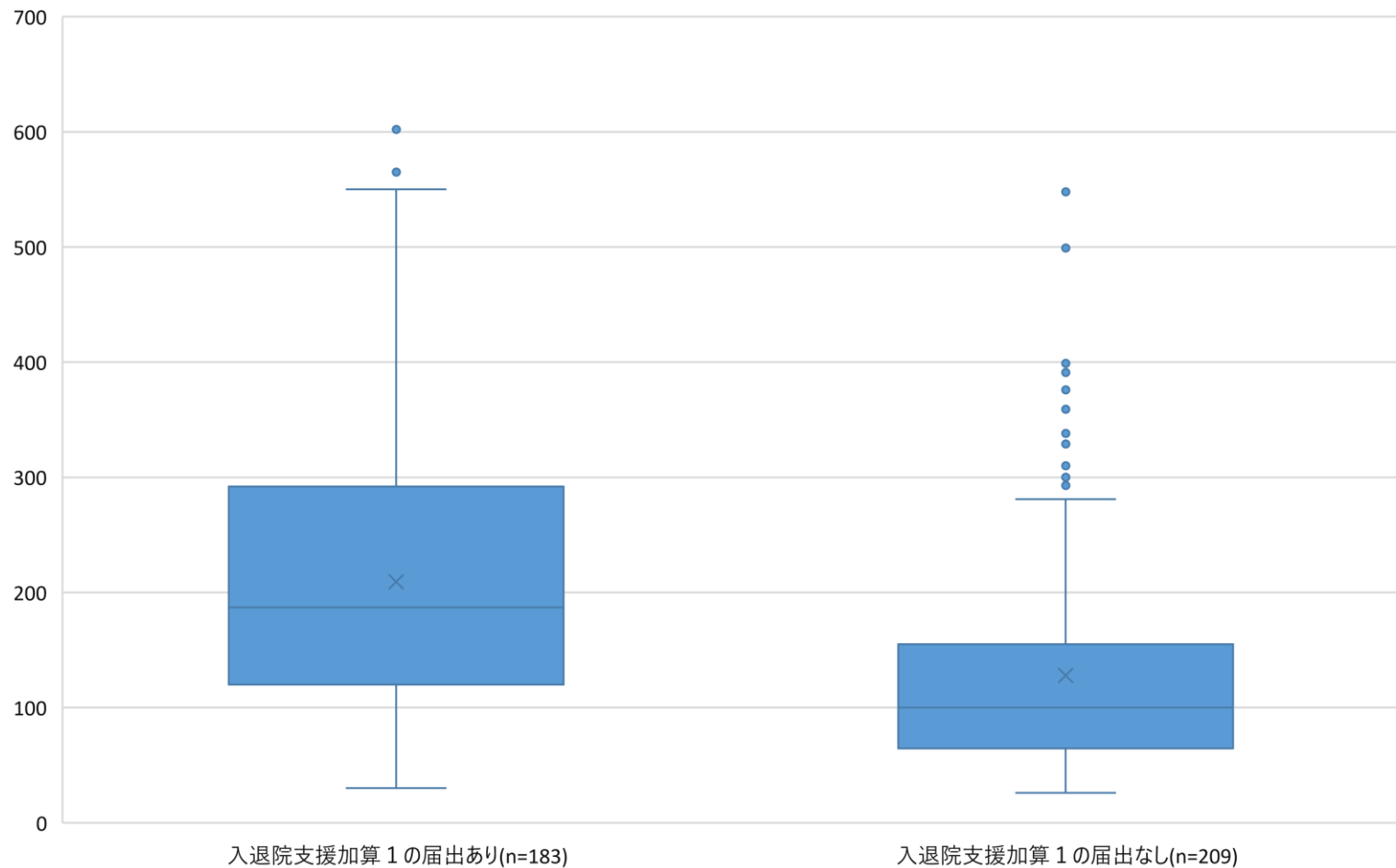
※：n=1は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算についての分析②

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

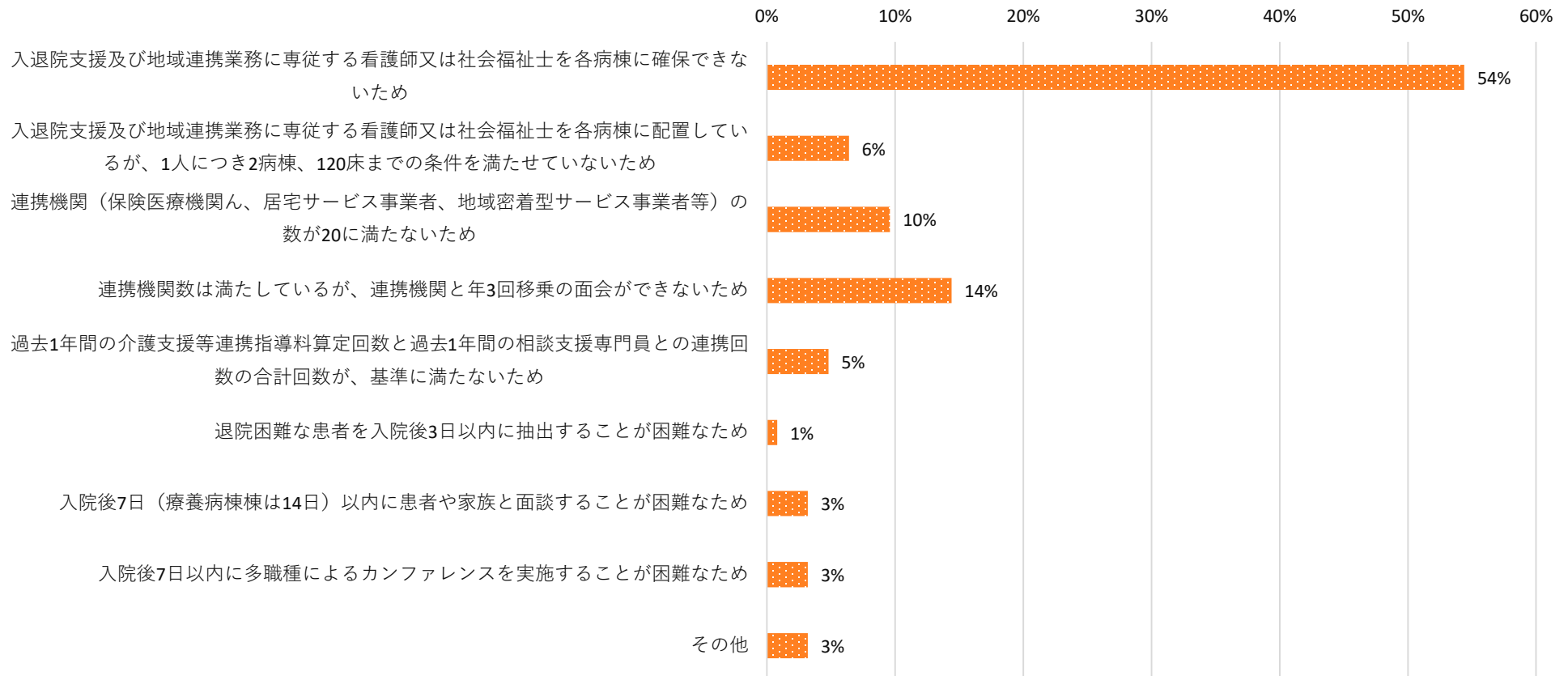
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数



入退院支援加算についての分析③

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ていない医療機関における、入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由は以下のとおりであった。
- 「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料の入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由（最も該当するもの（n=125））

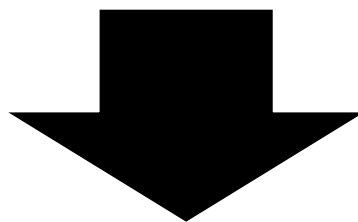


地域包括ケア病棟入院料・管理料に係る主な指摘事項⑤

入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

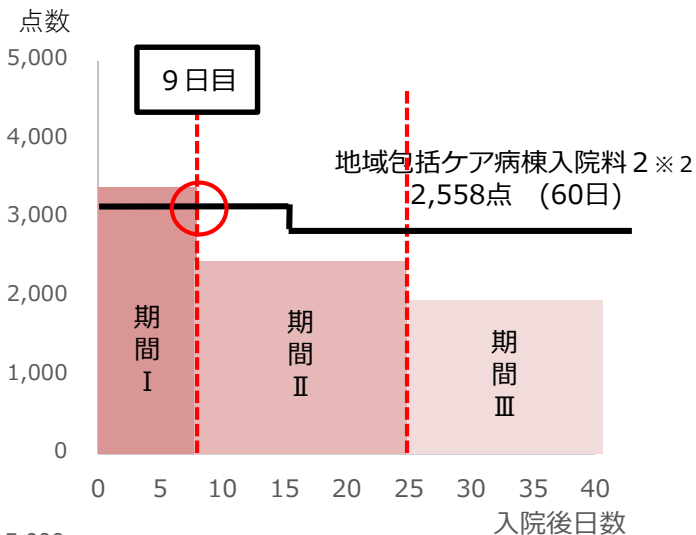
- 自院のDPC病棟から地域包括ケア病棟への転棟について、令和2年度診療報酬改定の影響をさらに分析してはどうか



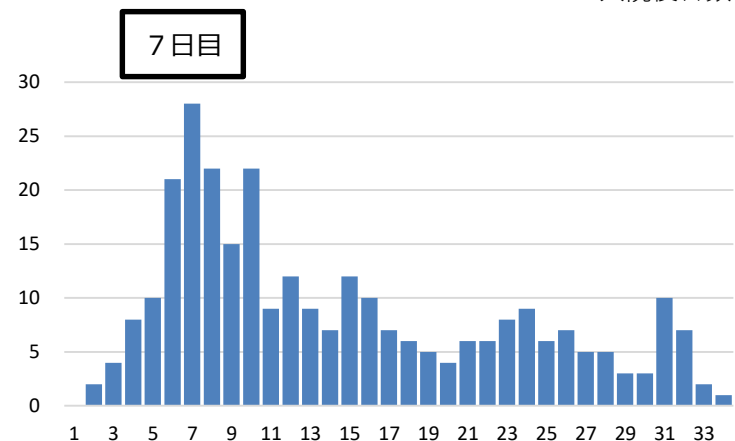
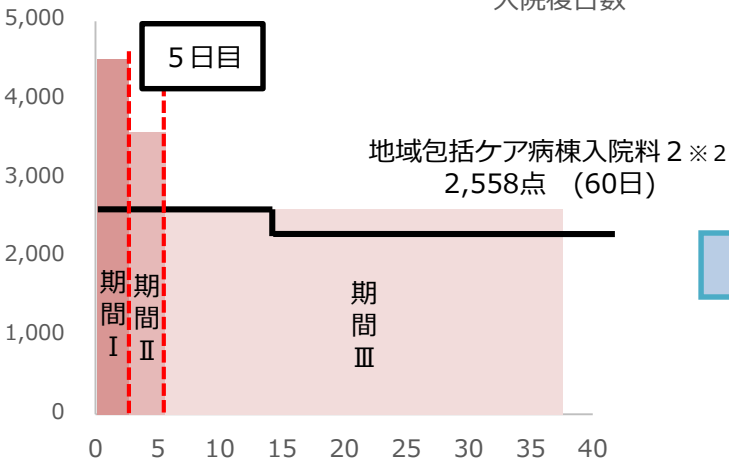
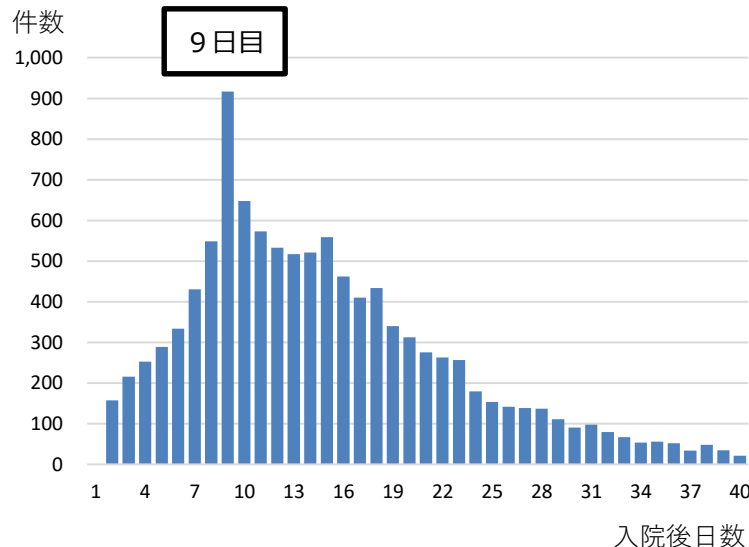
- 平成30年と令和2年のDPCデータを用いて、同一の診断群分類で患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期を比較した。

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

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3



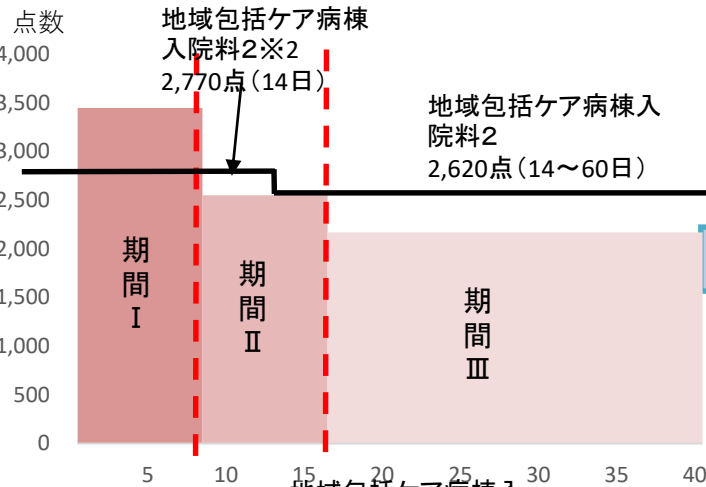
※1 平均的な係数値で算出
(基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088)

※2 急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）
※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

DPC対象病棟からの転棟について

○ 平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

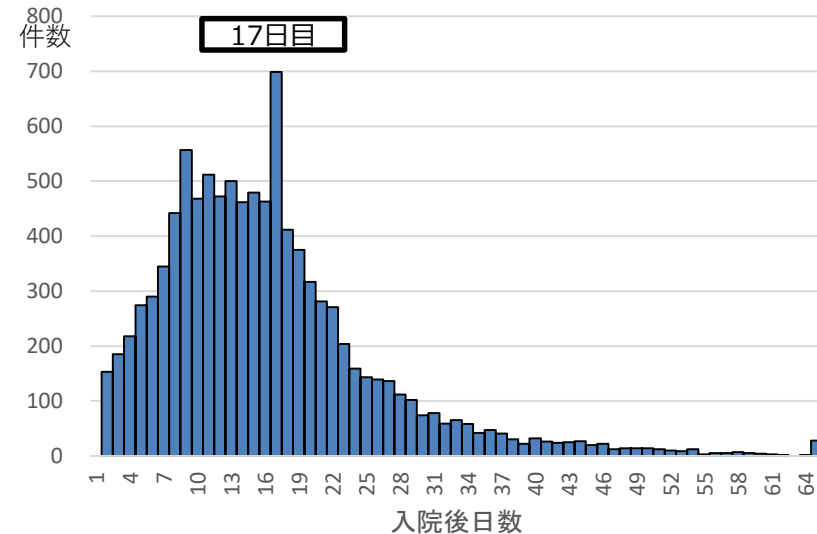
DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



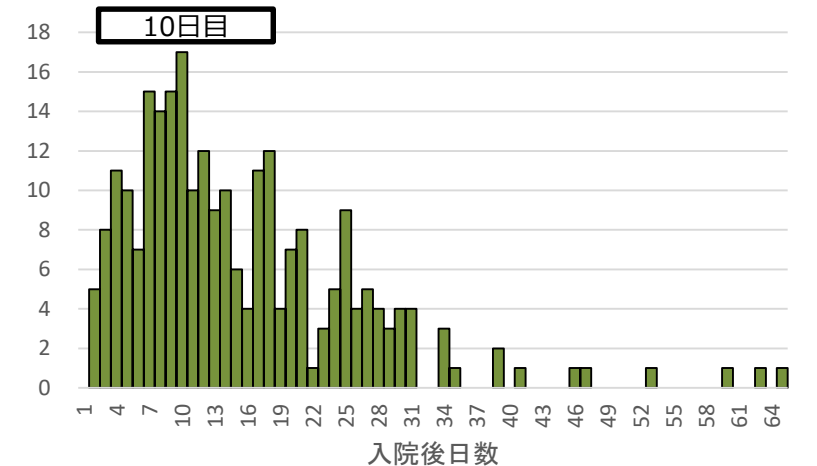
胸椎、腰椎以下骨折損傷
(胸・腰髄損傷を含む)
手術なし
(160690xx)

狭心症、慢性虚血性
心疾患
手術なし
(050050xx99000x)

地域包括ケア病棟への転棟時期※3 (160690xx99xxxx)



地域包括ケア病棟への転棟時期※3 (050050xx9900xx)



出典：令和2年DPCデータ
 ※1 Dファイルの医療機関別係数平均値を用いて算出
 ※2 急性期患者支援病床初期加算(14日間に限り、150点加算)
 ※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

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入院患者に係る主な要件について

診 調 組 入 - 1
3 . 7 . 8

- 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。

	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

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る主な指摘事項①

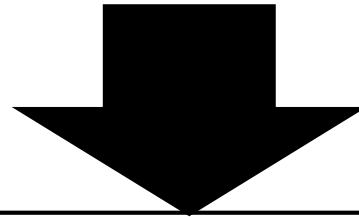
入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

○ イメージとして、心臓リハビリテーションは他のリハビリテーションと比べて特殊だと思われる。心大血管リハビリテーション料の届出の有無別に、理学療法士等の職員数を比較してはどうか。

(9月8日)

○ 回復期リハビリテーションを要する状態とすべきかどうかについては、実態とエビデンスを踏まえて検討するべきではないか。



○ 回復期リハビリテーション病棟を持つ医療機関について、心大血管リハビリテーション料の届出有無別にみた施設毎の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置状況を比較した。

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

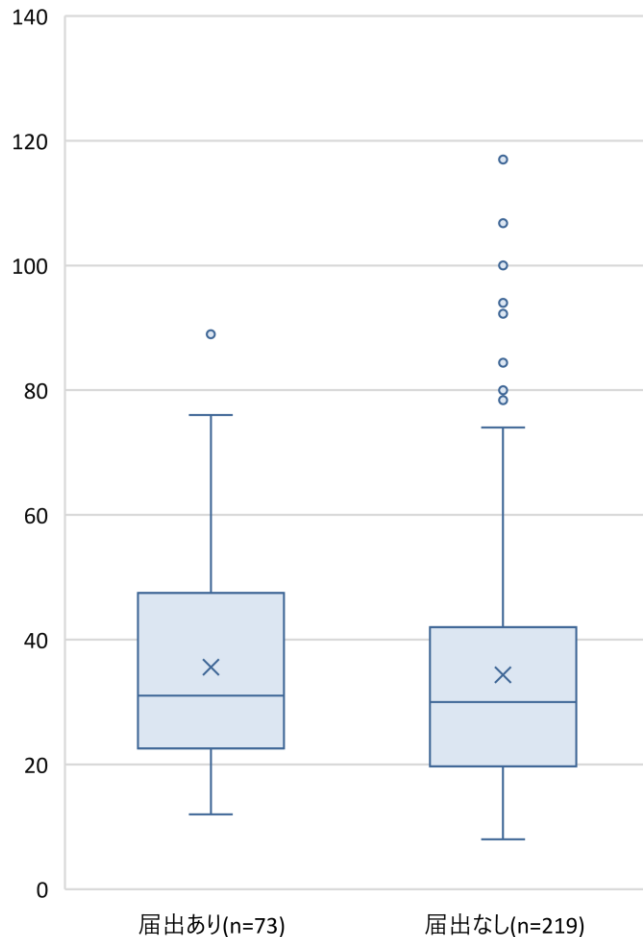
また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

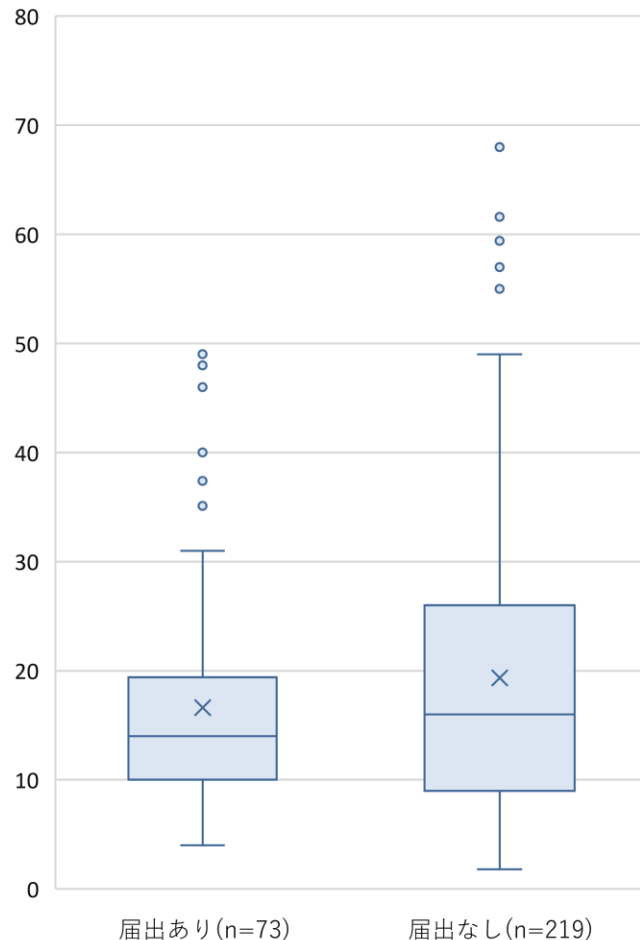
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数について (心大血管リハビリテーション料の届出有無別)

- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関について、心大血管リハビリテーション料の届出有無で分けた、それぞれの施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数は以下のとおり。
- 届出ありとなしとで、人数の平均値を比較すると、理学療法士の数については大きな差はみられなかった。作業療法士と言語聴覚士の数については届出なしの方が多かった。

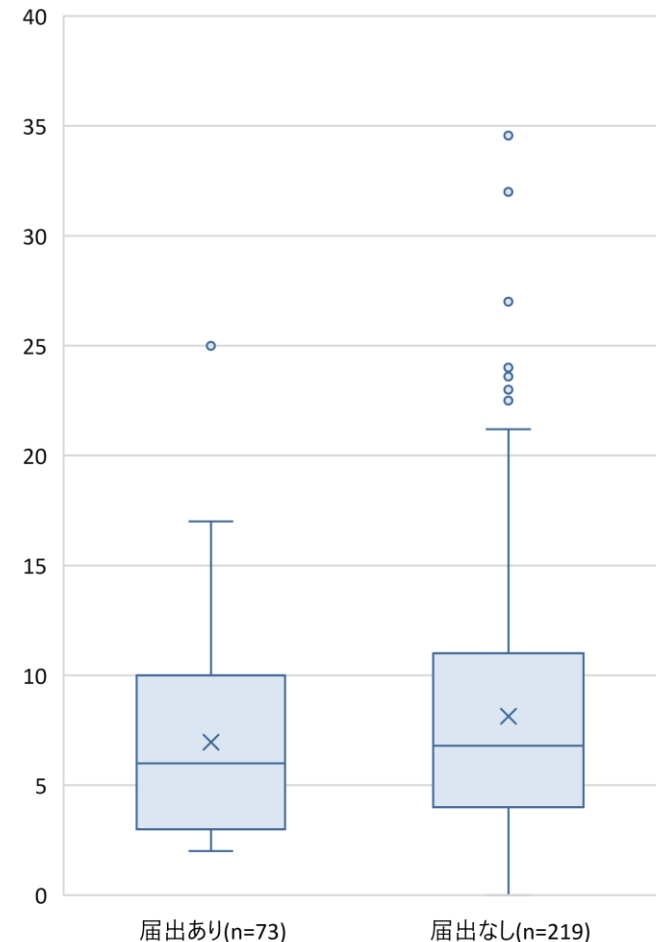
理学療法士（常勤換算）



作業療法士（常勤換算）



言語聴覚士（常勤換算）



回復期リハビリテーション病棟入院料に係る主な指摘事項②

入院医療等の調査・評価分科会

(7月8日)

- 心臓リハビリテーションに関連して、心大血管リハビリテーションの実態やニーズ等についてさらに分析してはどうか。

(9月8日)

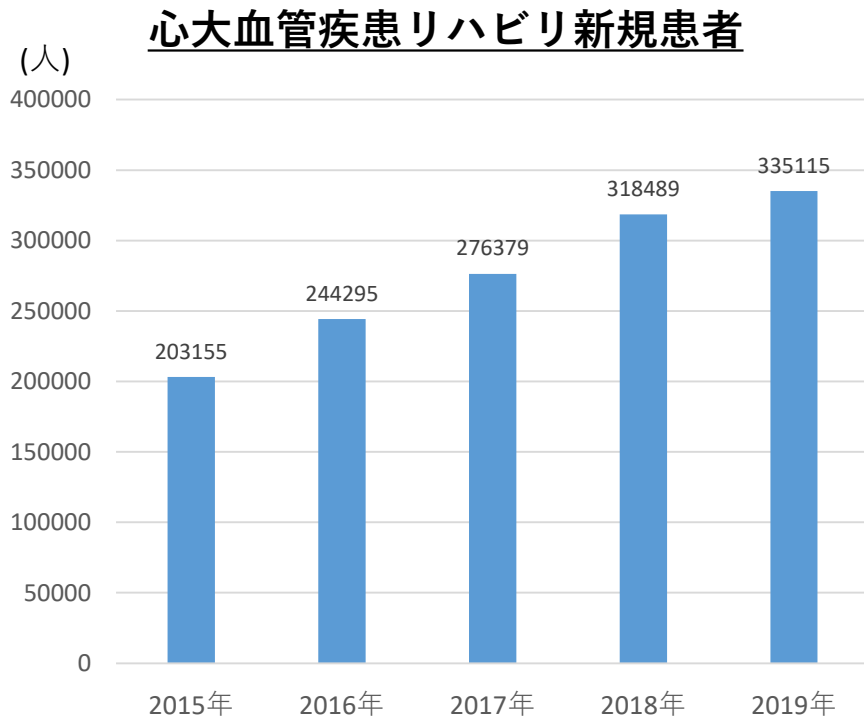
- 心大血管リハビリテーションについて、回復期よりも急性期にニーズがあるのではないか。



- 心大血管疾患リハビリテーションの現状等に関する実態を示す。

心臓リハビリテーションのニーズを示すデータ

心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している



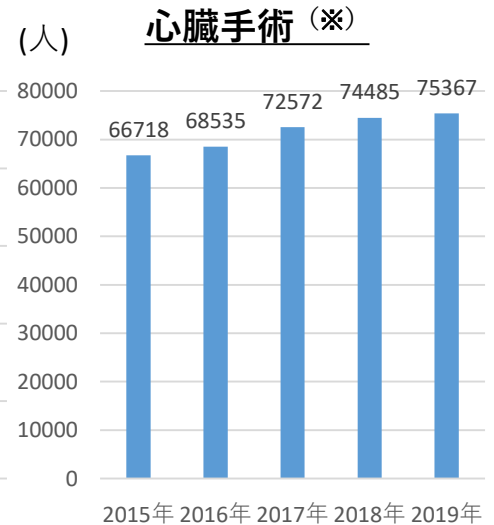
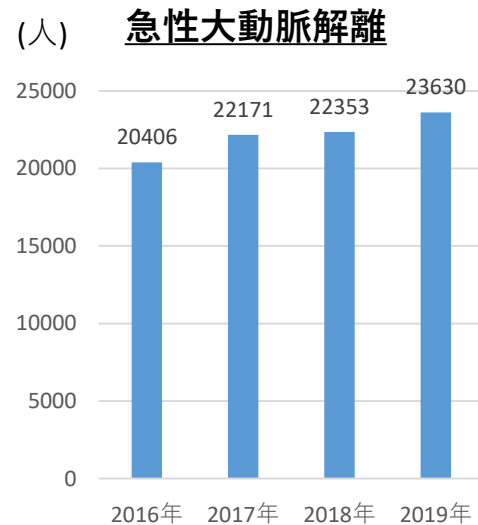
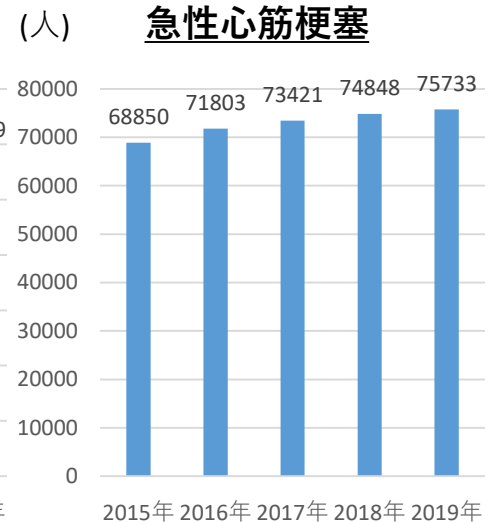
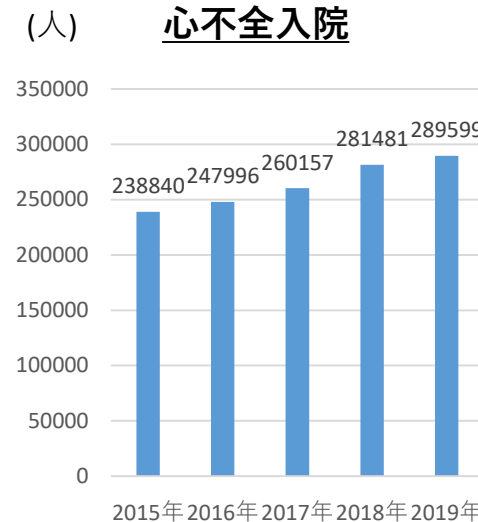
2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、
各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

(参考) 心リハの実施すべき日数 (急性期クリニカルパス)

- 急性心筋梗塞 10日～14日
- 心臓手術後 7日～14日程度
- 心不全 症例によって大きく違う

2021年版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン 日本循環器学会発行

循環器疾患診療実態調査 (JROAD) 報告書 (1523施設) より引用 (2019年度実施・日本循環器学会公表)



※ 心臓手術には冠動脈バイパス術、弁膜症手術等が含まれる。
心臓手術の件数は、入院時の疾患名と重複する点に留意が必要。

心臓リハビリテーションの回復期病棟のニーズ

1. 回復期病棟

1.1 回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオが

1.3 問題点と今後の展望

回復期リハ病棟における心リハの円滑な展開の障壁として、前述のような保険算定上の課題が存在する。さらに、回復期病院を対象とした調査によれば⁷¹⁰⁾、心リハを実施していない施設のうち、循環器専門医が不在の施設は73.3%にのぼるが、循環器専門医が在籍している施設も19.2%あり、専門医の存否のみが原因ではない。

回復期リハ病棟は疾患が安定したことが前提となる急性期直後の医療機能が基盤となる。一方で、心血管疾患は再発や増悪を繰り返すという特徴を有し、緊急時には即時対応が迫られるため、急性増悪の状態評価や管理が可能な医療機能も要求される。つまり、回復期病棟での運動療法の実践には「安全性と質の確保」の双方が求められている。

ある。1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで、急性期治療に伴って、デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる。2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで、入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる。これらの患者では、心血管疾患の平均在院日数となる約2週間⁷⁰⁴⁾での歩行退院は実現困難であり¹⁸⁹⁾、リハの成果が達成できないばかりでなく、急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く。特にフレイル超高齢患者は、身体能力の低下により外来心リハ

心リハの実践において、入院期における的確なゴール達成の実現や超高齢患者の増加への対応の面からも、回復期リハ病棟の活用がその有力な方策となるであろう。

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン

2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関する ガイドライン

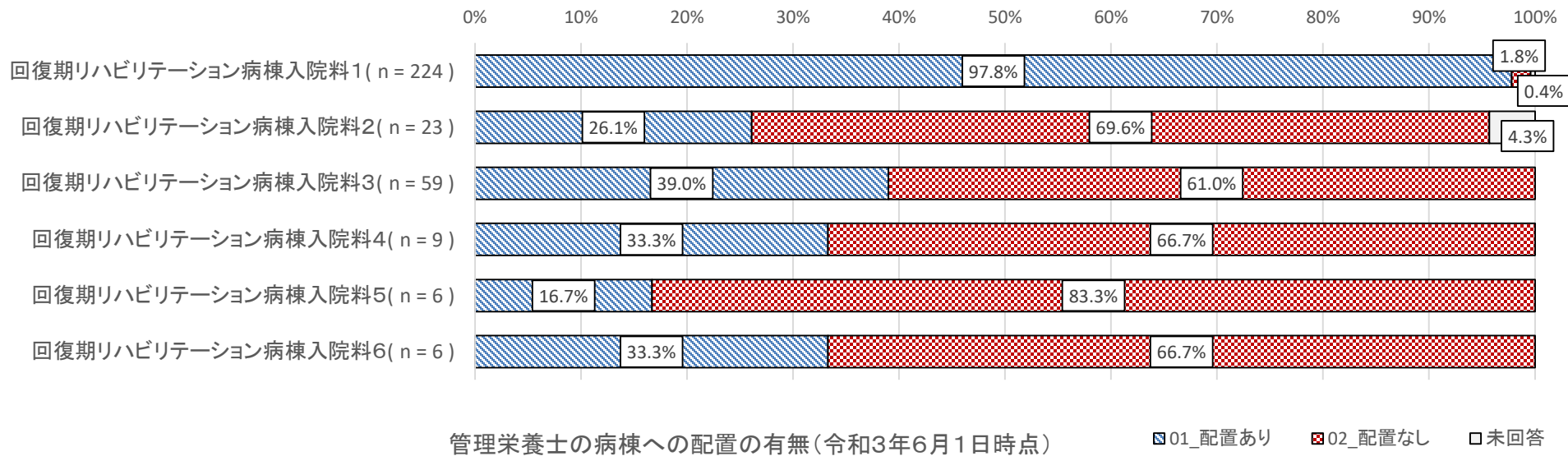
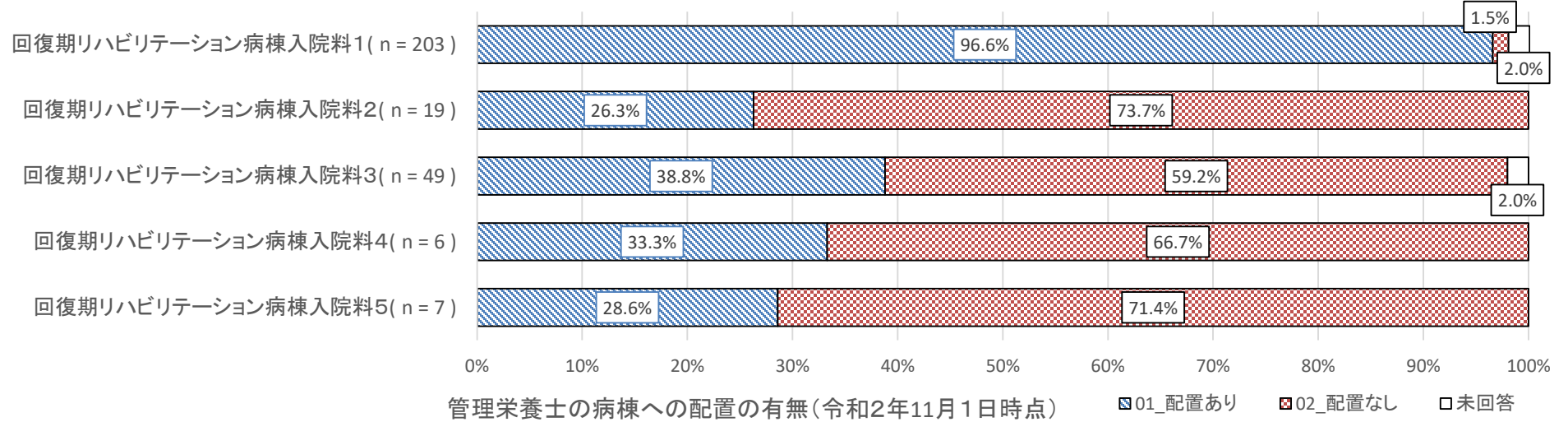
JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients with Cardiovascular Disease

合同研究班参加学会

日本循環器学会 日本心臓リハビリテーション学会
日本冠疾患学会 日本胸部外科学会 日本循環器看護学会
日本小児循環器学会 日本心臓病学会 日本心不全学会 日本病態栄養学会
日本不整脈心電学会 日本理学療法士協会 日本臨床スポーツ医学会

管理栄養士の病棟の配置状況

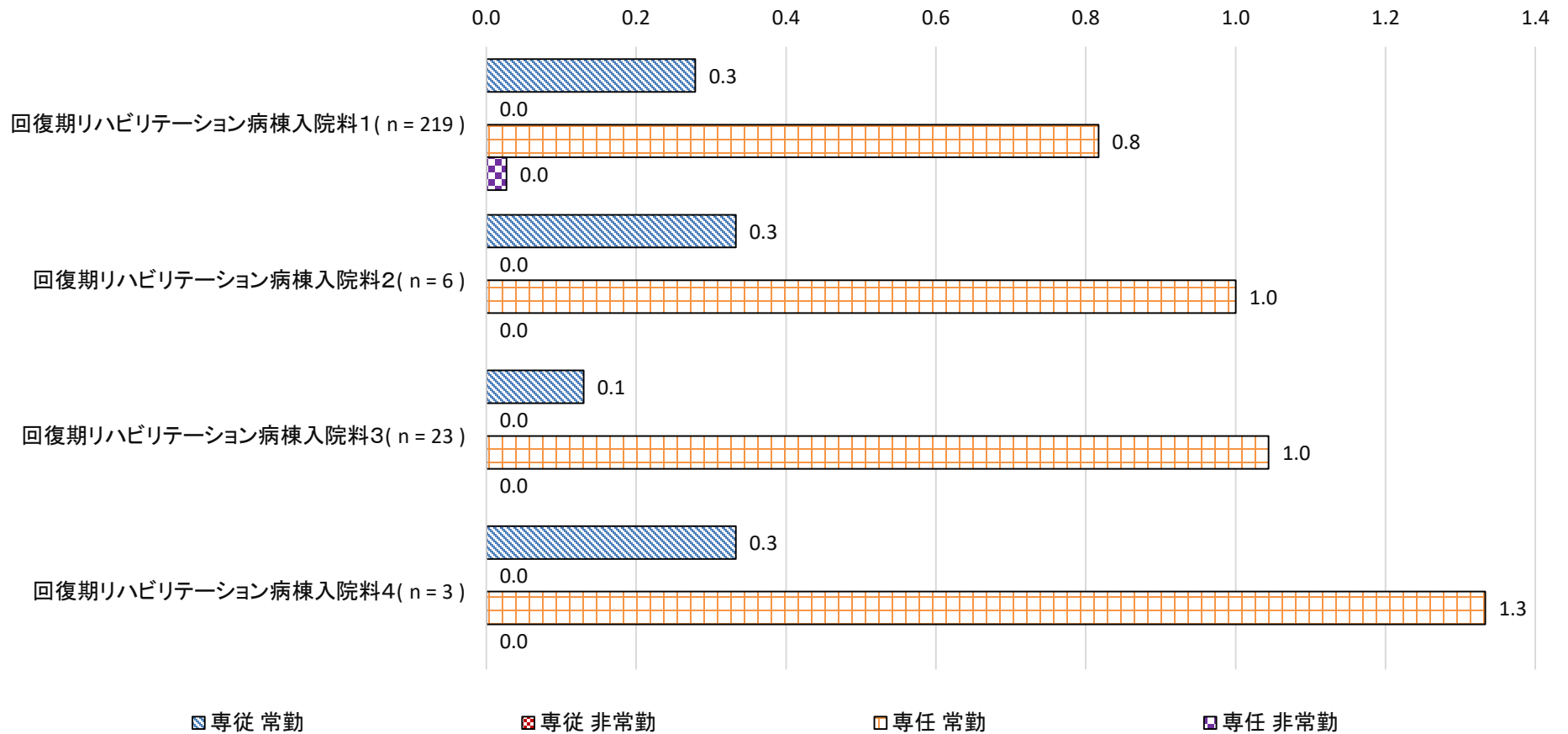
○ 各入院料における管理栄養士の病棟への配置の有無の状況は、以下のとおりであった。



管理栄養士の1病棟当たりの配置状況

○ 各入院料における1病棟当たりの管理栄養士の配置状況は、以下のとおりであった。

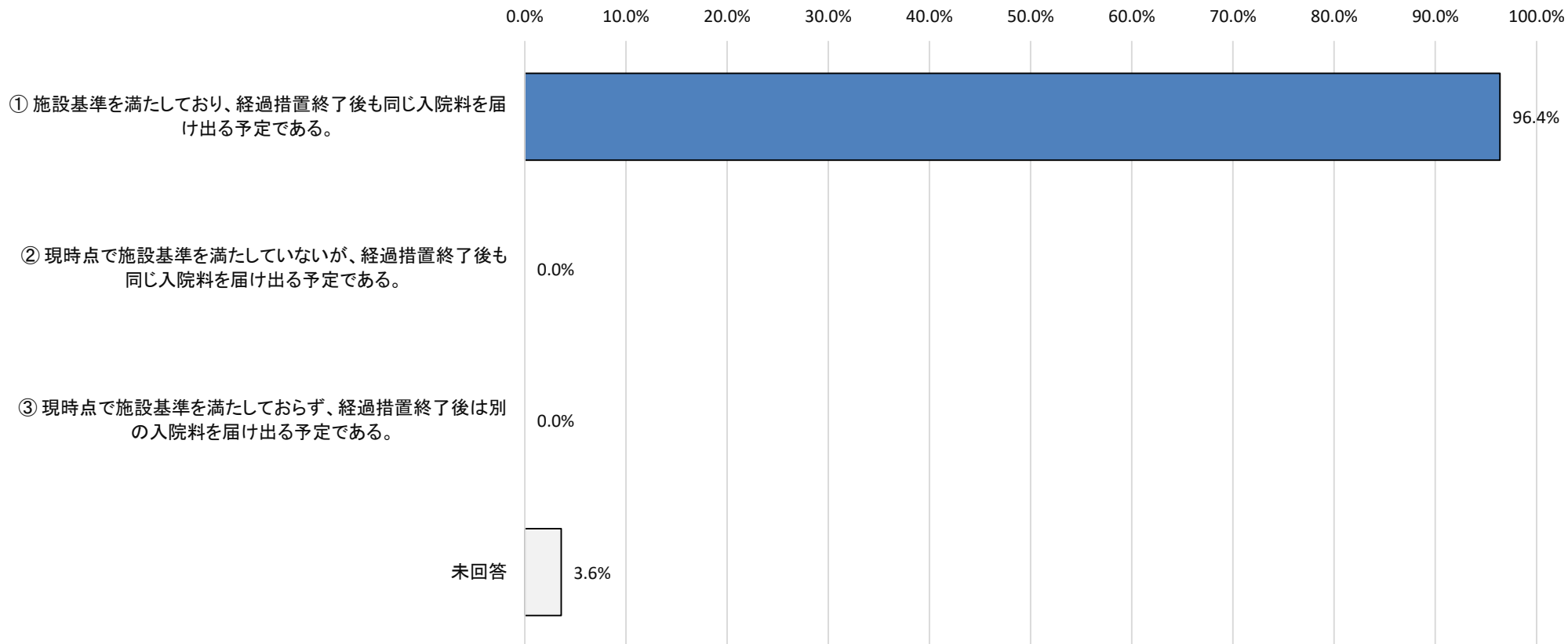
一病棟あたりの管理栄養士の配置状況について(令和3年6月1日時点)(一病棟あたり)



回復期リハビリテーション病棟入院料1に関する今後の意向

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている施設において、管理栄養士の配置に関する経過措置終了後も同じ入院料を届け出る意向であった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている場合 専任・常勤の管理栄養士の施設基準の状況と今後の予定 (n = 196)



回復期入院医療に係る課題及び論点

(地域包括ケア病棟の実績について)

- ・地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち、地域包括ケアの実績について、「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・指導料Ⅰの算定回数」、「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」、「退院時共同指導料Ⅱの算定回数」は基準を下回っている医療機関が多くみられた。

(地域包括ケア病棟における、入棟元等に関する分析について)

- ・入院料別の、自院の一般病棟からの転棟割合の病棟の分布について、特に入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合の病棟が高い傾向であった。さらに、入院料2の病棟分布を許可病床数で分けると、多くが400床未満の医療機関であった。
- ・各病棟における、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、自院又は他院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟においては、多くが自院の一般病棟からの転棟割合が多い病棟でしめられていた。
- ・患者の重症度、医療・看護必要度は、患者の入棟元毎で基準を満たす患者割合に差がみられ、その他から入棟した患者、自宅等から入棟した患者、一般病棟から入棟した患者の順に基準を満たす患者割合が高かった。同一の入棟元の患者について、必要度ⅠとⅡで比較すると、必要度Ⅰの方が、満たす患者割合が高かった。重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡを届け出ている医療機関の病床規模については、必要度Ⅰを届け出ている医療機関は必要度Ⅱを届け出ている医療機関と比べ、病床規模が小さかった。
- ・患者の入棟元別の患者の状態は、「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「常時～毎日診察が必要」な患者の割合は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者で高く、「一般病棟」から入棟した患者は低かった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者が、一般病棟から入棟した患者より高かった。
- ・「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」にそれぞれ入院している患者の医療的な状態は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「自院の一般病床からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」な患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」と「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」それぞれに入院する患者の入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等は、「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」の方が、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」より高かった。

回復期入院医療に係る課題及び論点

(地域包括ケア病棟における、病床種別等に関する分析について)

- ・病床種別の救急実施の割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。
- ・一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟では、入棟元の構成割合の分布は、類似していた。
- ・病床種別の医師による診察の頻度について、常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病棟の方が高かった。
- ・「自院の一般病床からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度について、常時～毎日医師による診察が必要な患者の割合は、一般病床のほうが療養病床よりも高かった。

(入退院支援加算について)

- ・地域包括ケア病棟入院料・管理料においては、入退院支援部門を置くことを求めているが、入退院支援加算1を届け出ている割合は約4割であった。
- ・地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている医療機関について、入退院支援加算1を届け出られない理由は、「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。

(FIM及び日常生活機能評価について)

- ・回復期リハビリテーション病棟における、入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価について、日常生活機能評価とFIMを併用している医療機関が約半数、FIMのみを使用している医療機関が約2～3割であった。「日常生活機能評価のみを使用」している理由については、「FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため」や「FIMを用いる院内運用が整っていないため」が多かった。

(回復期リハビリテーションを要する状態について)

- ・心大血管疾患リハビリテーション料の届出ありとなしとで、職員の人数の平均値を比較すると、理学療法士については大きな差はみられなかった。作業療法士と言語聴覚士については届出なしの方が多かった。
- ・心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している、という実態が見られた。
- ・ガイドラインにおいても、回復期において心臓リハビリテーションのニーズがあることが示されている。

【論点】

- 回復期入院医療について、求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、病棟毎の果たしている機能・役割や医療の実績・内容を踏まえた評価の方法をどのように考えるか。

1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. 横断的事項等

療養病棟入院基本料の概要

中医協 総 - 2 - 2
3 . 9 . 2 2

	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

中医協 総 - 2 - 2
3 . 9 . 2 2

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

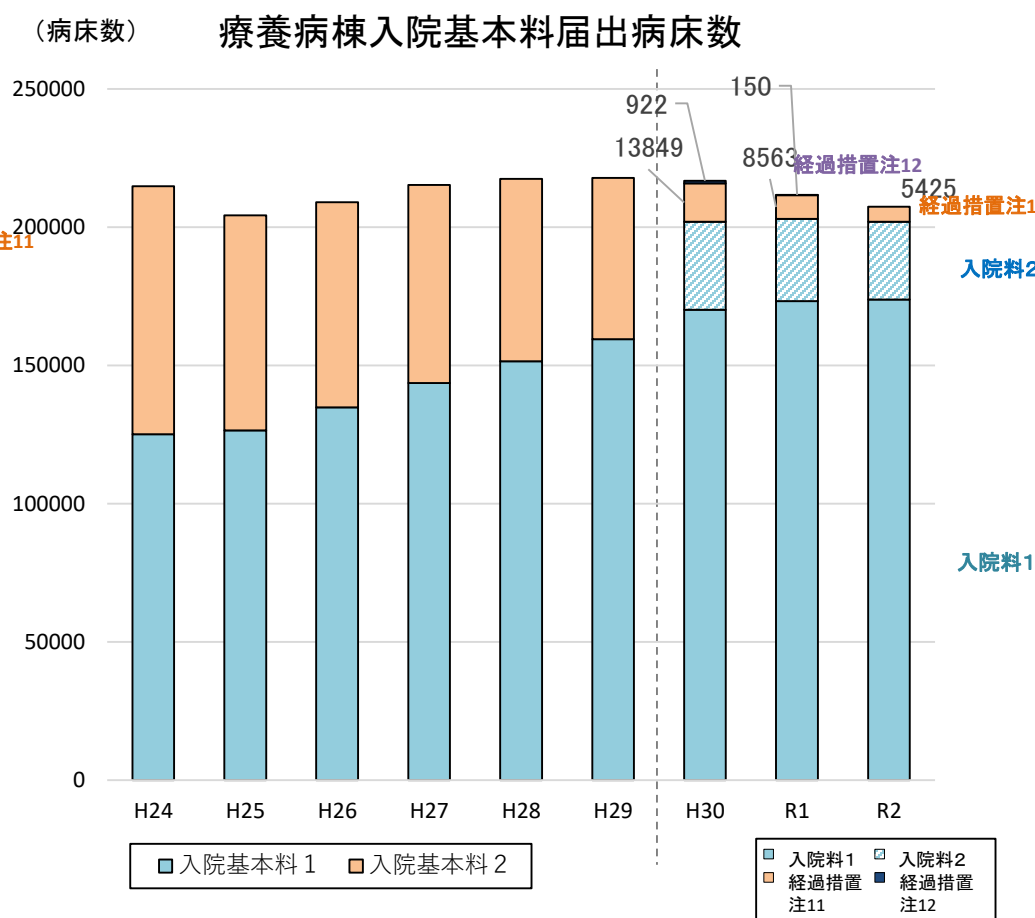
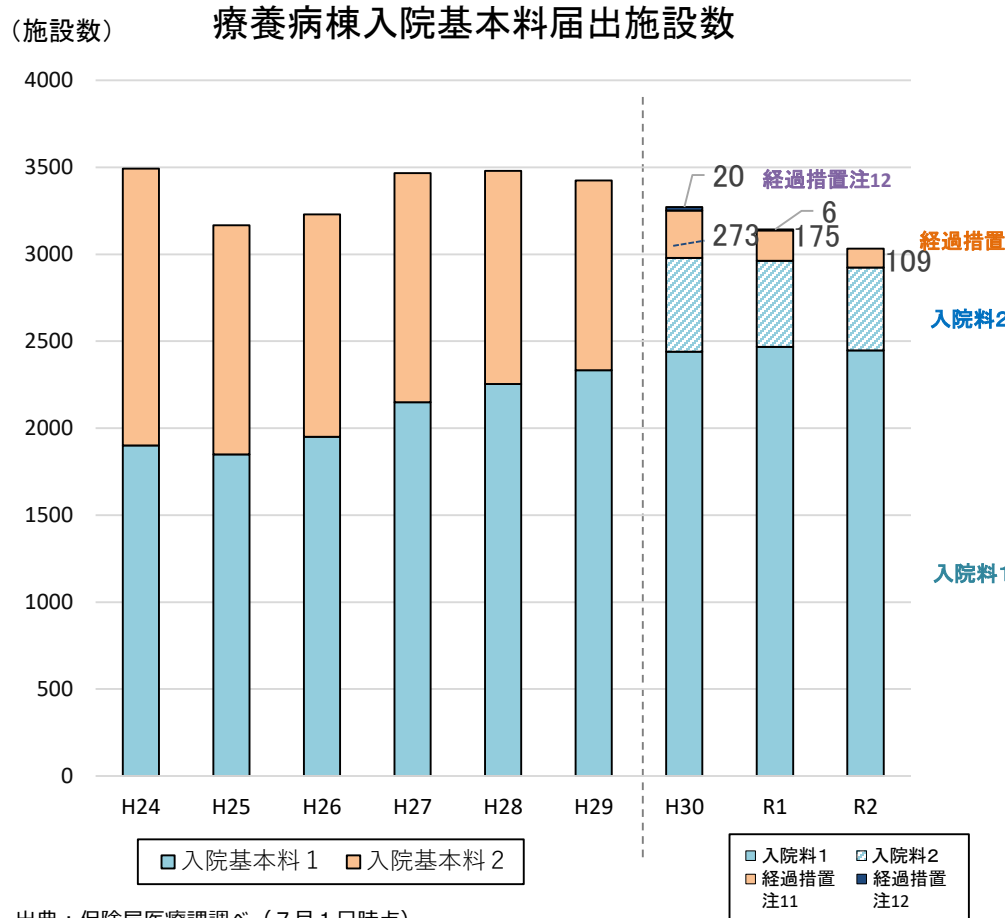
当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

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

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 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2年7月1日時点で109施設、5425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

療養病棟入院基本料について

中医協 総 - 2 - 2
3 . 9 . 2 2

	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見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。

現行

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

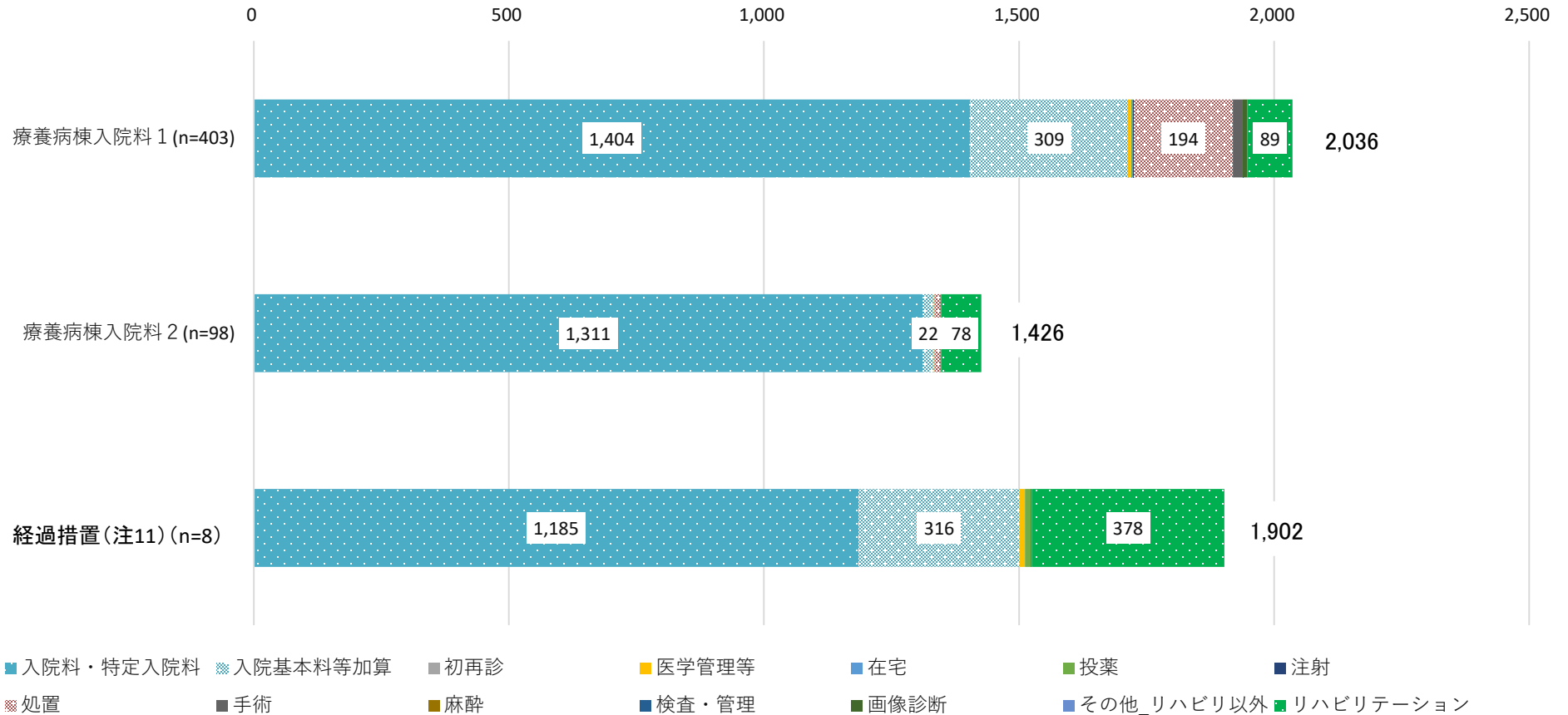
【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

入院料毎の1日当たりのレセプト請求点数

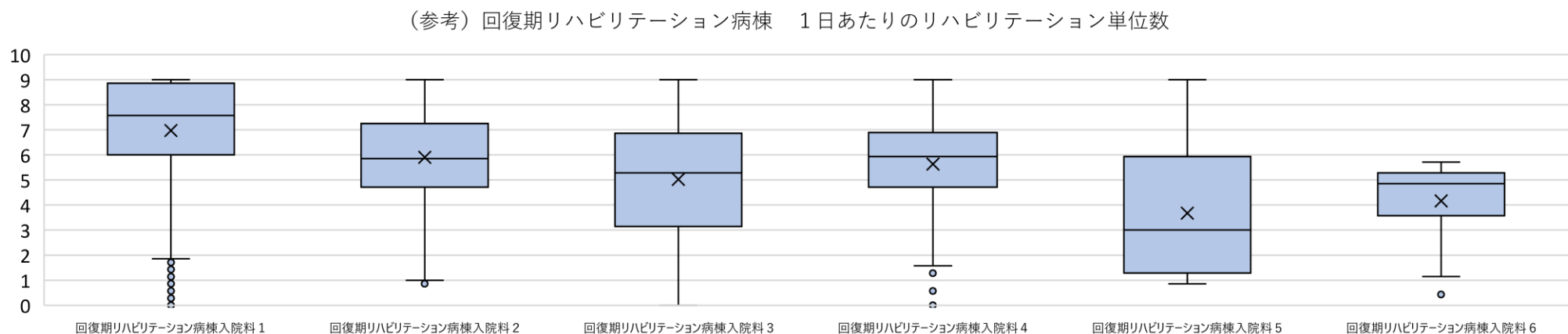
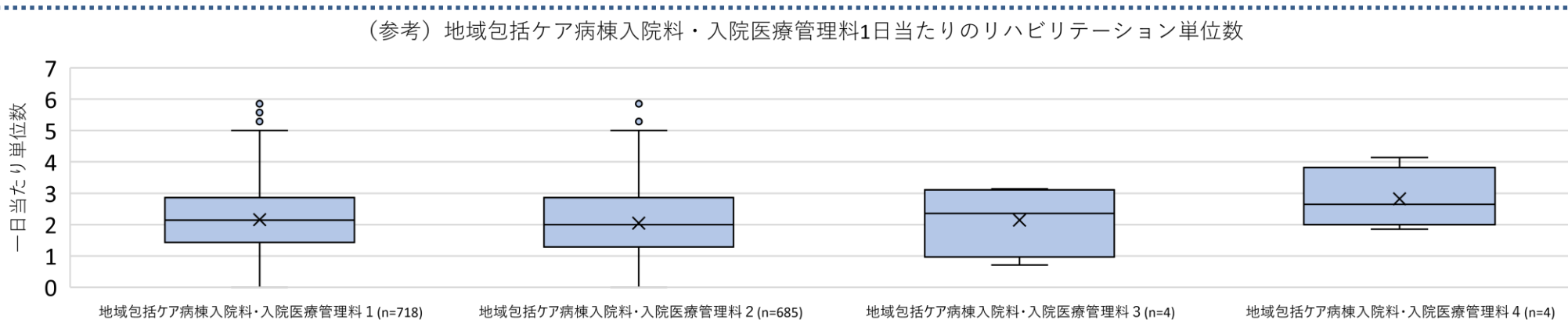
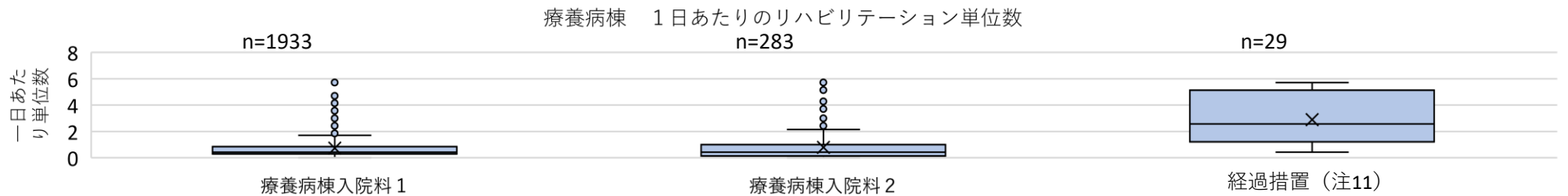
- 入院料毎のレセプト請求点数(1日当たり)は以下のとおりであった。
- リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置(注11)が最も高かった。

療養病棟入院基本料の一日平均単価



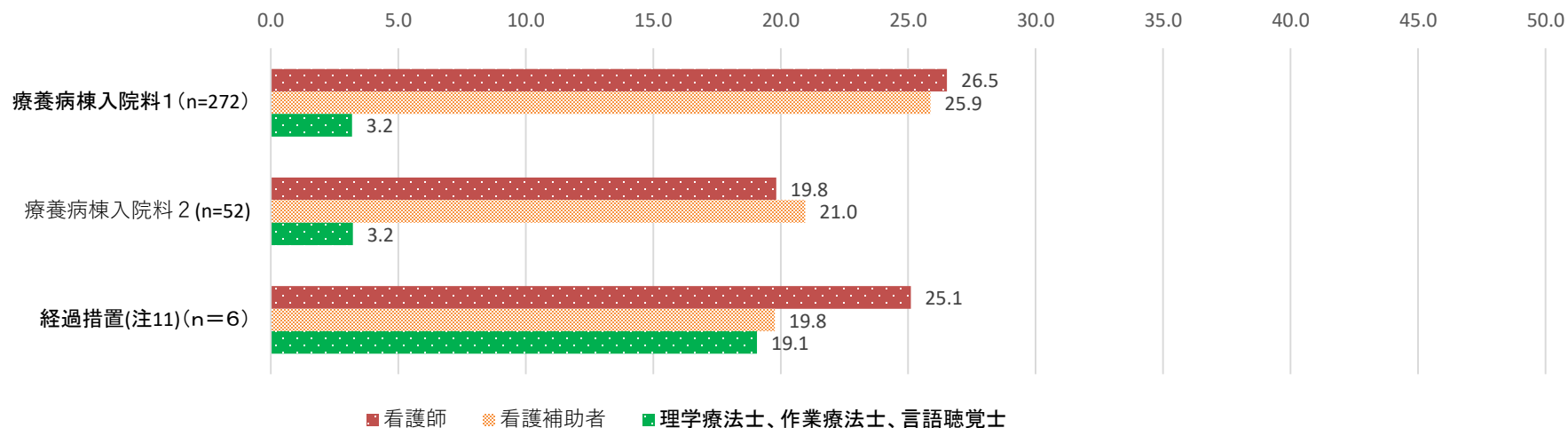
入院料別のリハビリテーション単位数(1日当たり)

- 療養病棟における、1日当たりのリハビリテーション単位数は以下のとおり。
- 経過措置(注11)は、入院料1及び2と比較して、リハビリテーション単位数が多かった。

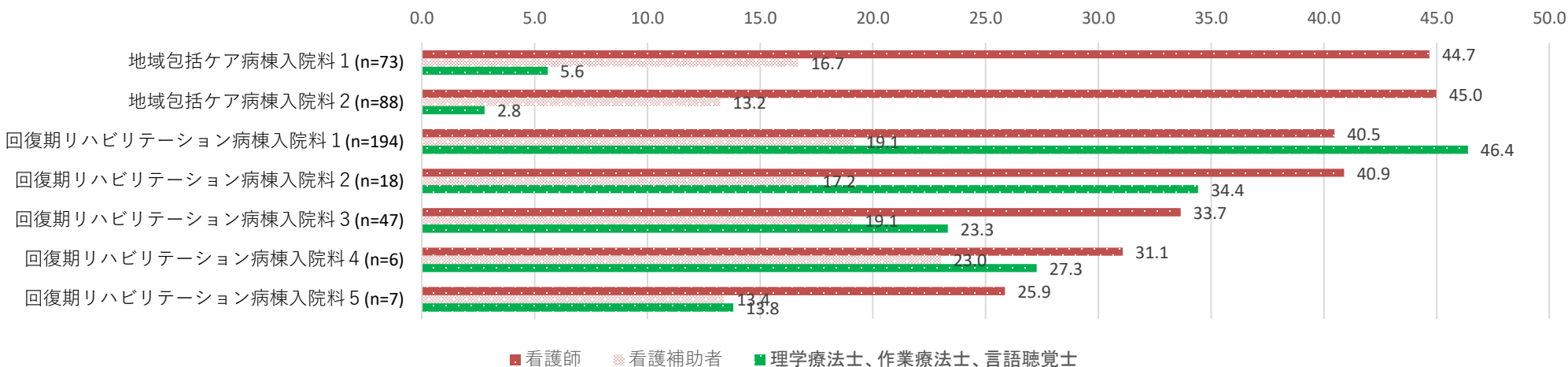


入院料毎の職員数(100床当たり)

- 入院料毎にみた、職員数(100床当たり)は以下のとおりであった。
- 「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料1及び2と比べて経過措置(注11)で多かった。



(参考)地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟



緩和ケア病棟入院料の経緯

平成2年度	緩和ケア病棟入院料2500点を新設
平成4年度	緩和ケア病棟入院料を2500から3000点へ見直し
平成6年4月	緩和ケア病棟入院料3000から3300点へ見直し 後天性免疫不全症候群を対象患者に含めることとした
平成6年10月	緩和ケア病棟入院料3300から3120点へ見直し
平成8年度	緩和ケア病棟入院料3120点から3600点へ見直し
平成12年度	緩和ケア病棟入院料3600点から3800点へ見直し
平成14年度	緩和ケア病棟入院料3800点から3780点へ見直し
平成24年度	緩和ケア病棟入院料について、入院日数に応じた点数へ見直し 30日以内4791点、31～60日4291点、61日以上3291点
平成28年度	緩和ケア病棟入院料に緩和ケア病棟緊急入院診療初期加算200点を新設
平成30年度	<p>平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設けた</p> <p>(新) 緩和ケア病棟入院料1 30日以内 5,051点60日以内 4,514点61日以上 3,350点 [入院料1の施設基準]入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。 ○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。 ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。 イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。 ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。</p> <p>(新) 緩和ケア病棟入院料2 30日以内 4,826点60日以内 4,370点61日以上 3,300点 [入院料2の施設基準]変更なし</p>
令和2年度	緩和ケア病棟入院料1について、直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満の要件を削除、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とした

緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

現行

【緩和ケア病棟入院料】

30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点



改定後

【緩和ケア病棟入院料】

(新) 緩和ケア病棟入院料1

30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点

(新) 緩和ケア病棟入院料2

30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点

[入院料1の施設基準]

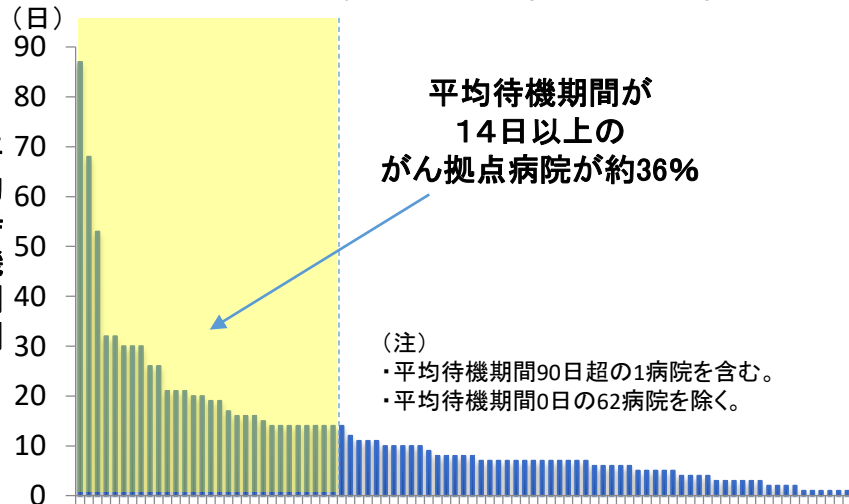
入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。

- (1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。
- (2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。

[入院料2の施設基準]

現行と同様

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成27年）



緩和ケア病棟と地域との連携の推進

- 患者や家族の意向に沿いつつ、地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料1について、平均在院日数に係る要件を削除するとともに、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とする。

現行

【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。

⇒ 削除

イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。

$$\left(\begin{array}{l} \text{緩和ケアを担当する医師等} \\ \text{から説明を受け、患者等が} \\ \text{入院の意思表示を行った日} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{l} \text{患者が当該病棟に} \\ \text{入院した日} \end{array} \right) \leq \text{平均14日}$$

ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

15%以上

- (イ) 他の保険医療機関※1に転院した患者
- (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟※2への転棟患者
- (ハ) 死亡退院の患者

※1 療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

※2 療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

改定後

【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

- ① 緩和ケア診療加算※1
- ② 外来緩和ケア管理料※1
- ③ 在宅がん医療総合診療料※2

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

○ 以下のア又はイを満たしていること。

ア 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。(変更なし)

イ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。(変更なし)

他病棟



外来



在宅



緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,207点 31日以上60日以内 4,654点 61日以上 3,450点

○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,970点 31日以上60日以内 4,501点 61日以上 3,398点

[入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること(一部抜粋)。

○ 以下のア又はイを満たしていること

ア)当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること

イ)直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

① 緩和ケア診療加算※1

② 外来緩和ケア管理料※1

③ 在宅がん医療総合診療料※2

[入院料2の施設基準]

○ 看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置

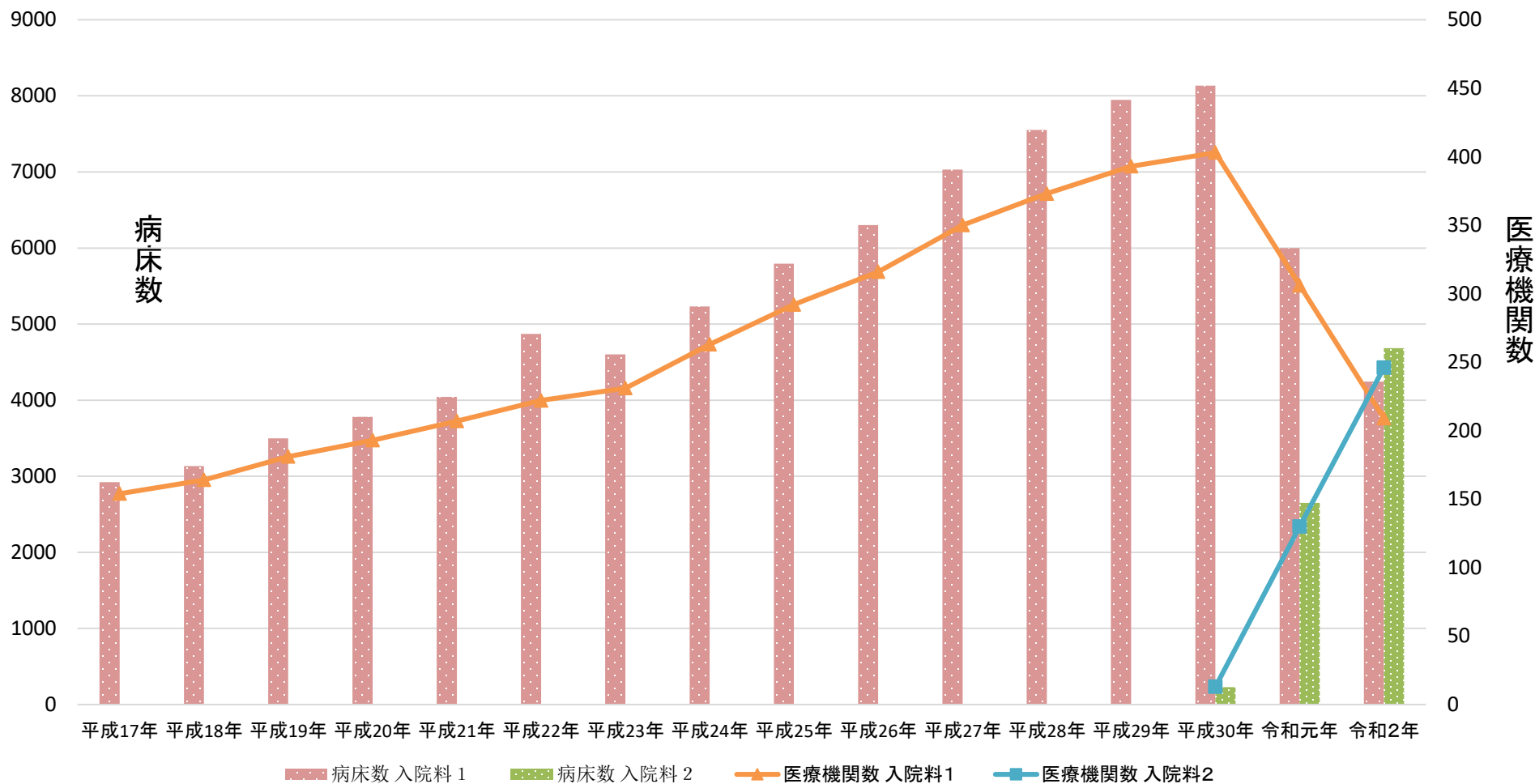
○ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数の推移

○ 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、年々増加している。

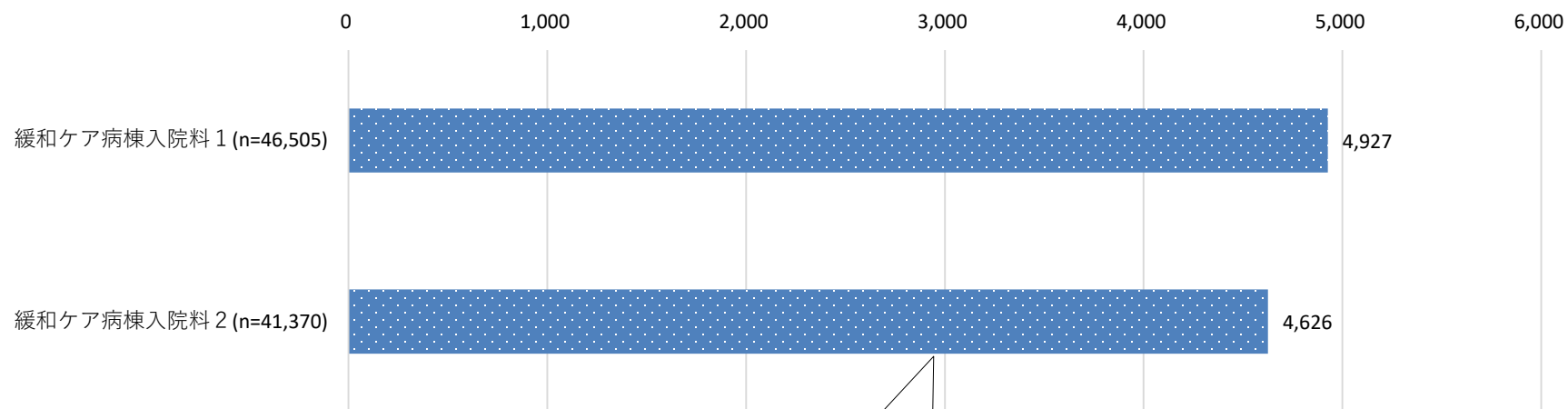


※保険局医療課調べ

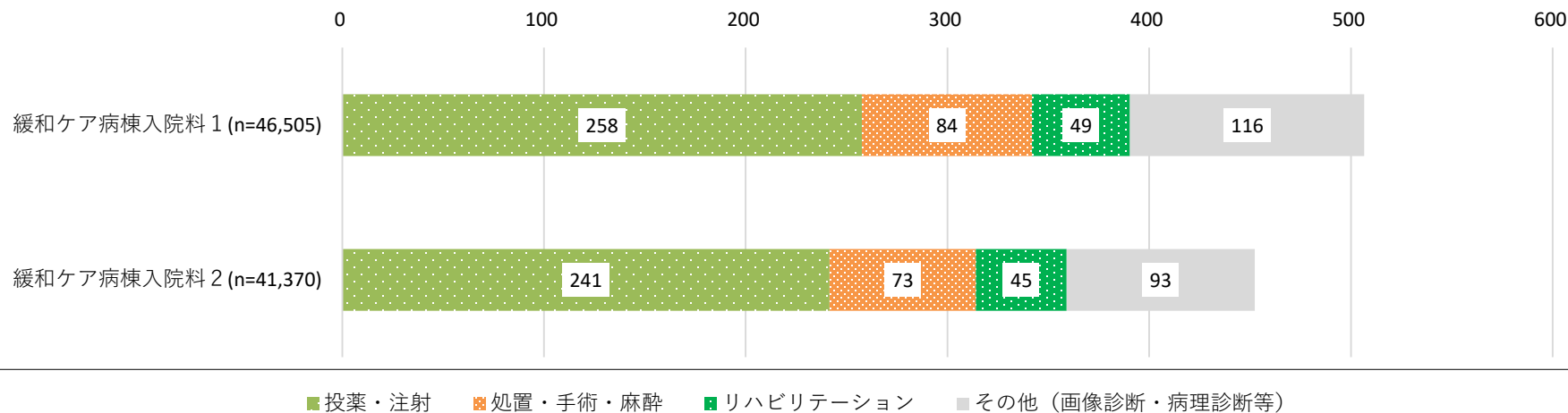
緩和ケア病棟入院料におけるレセプト請求点数

○ 入棟元別に見た場合のレセプト請求点数は以下のとおりであった。

1日平均単価



特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）

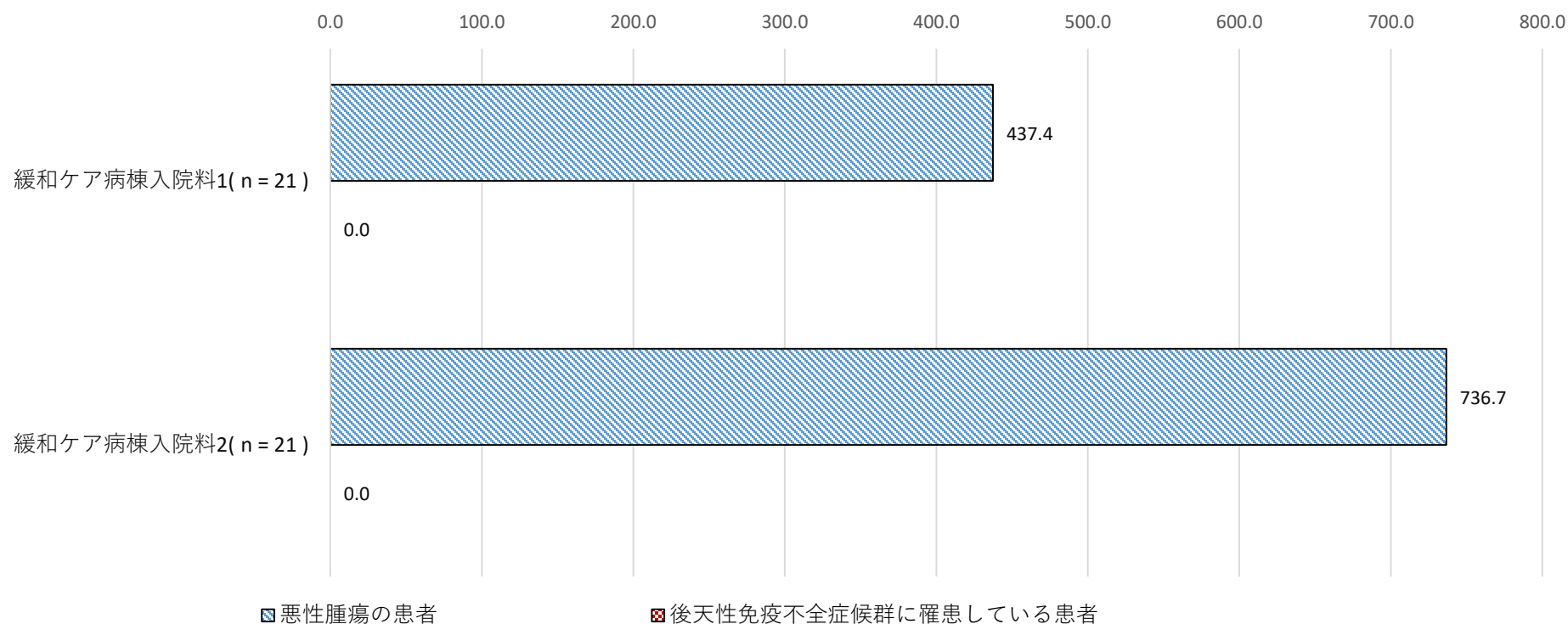


■ 投薬・注射 ■ 処置・手術・麻酔 ■ リハビリテーション ■ その他（画像診断・病理診断等）

緩和ケア病棟入院料における入院患者について

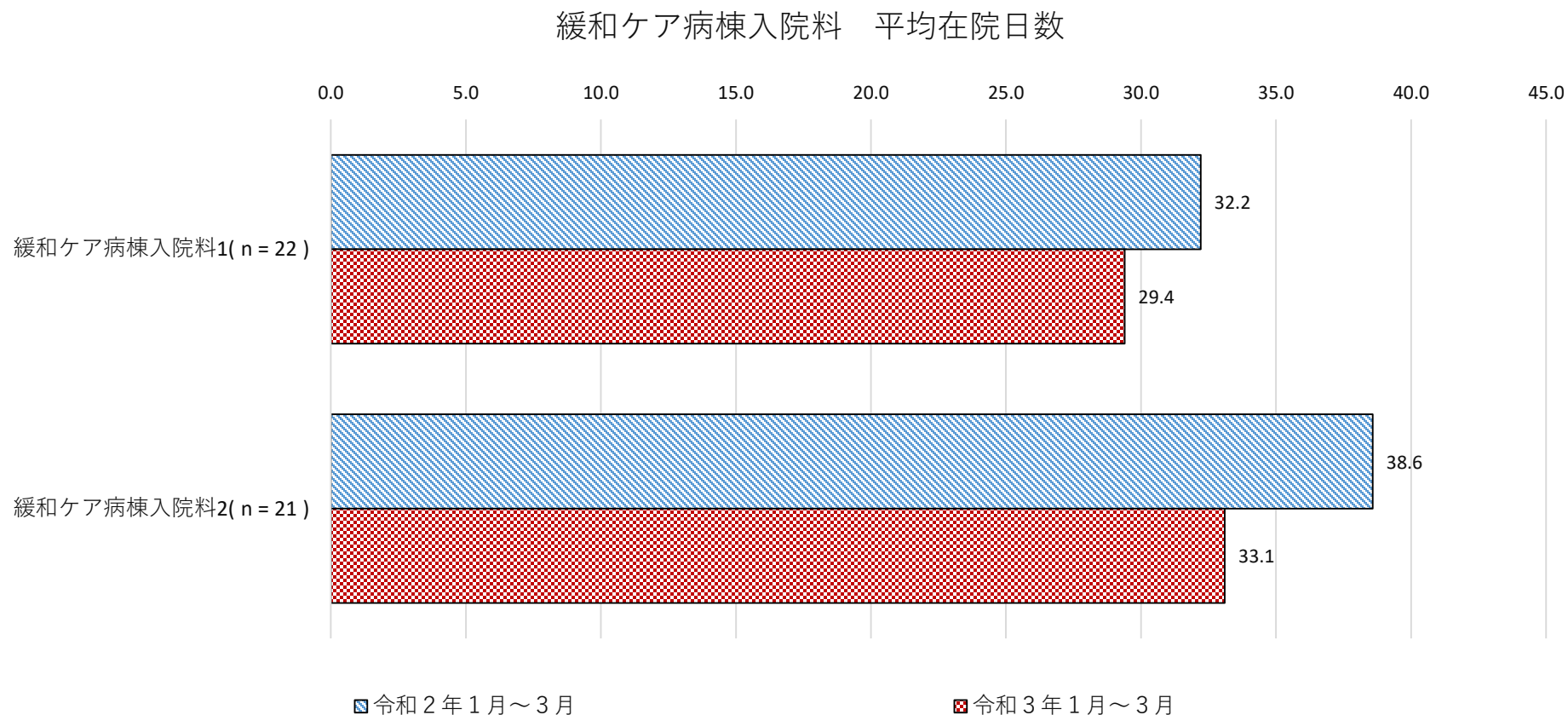
○ 緩和ケア病棟に入院している患者の疾患については、以下のとおりであった。

緩和ケア病棟入院料 疾患ごとの患者数（令和2年6月1日から令和3年5月31日）
（病棟あたり）



緩和ケア病棟入院料における平均在院日数

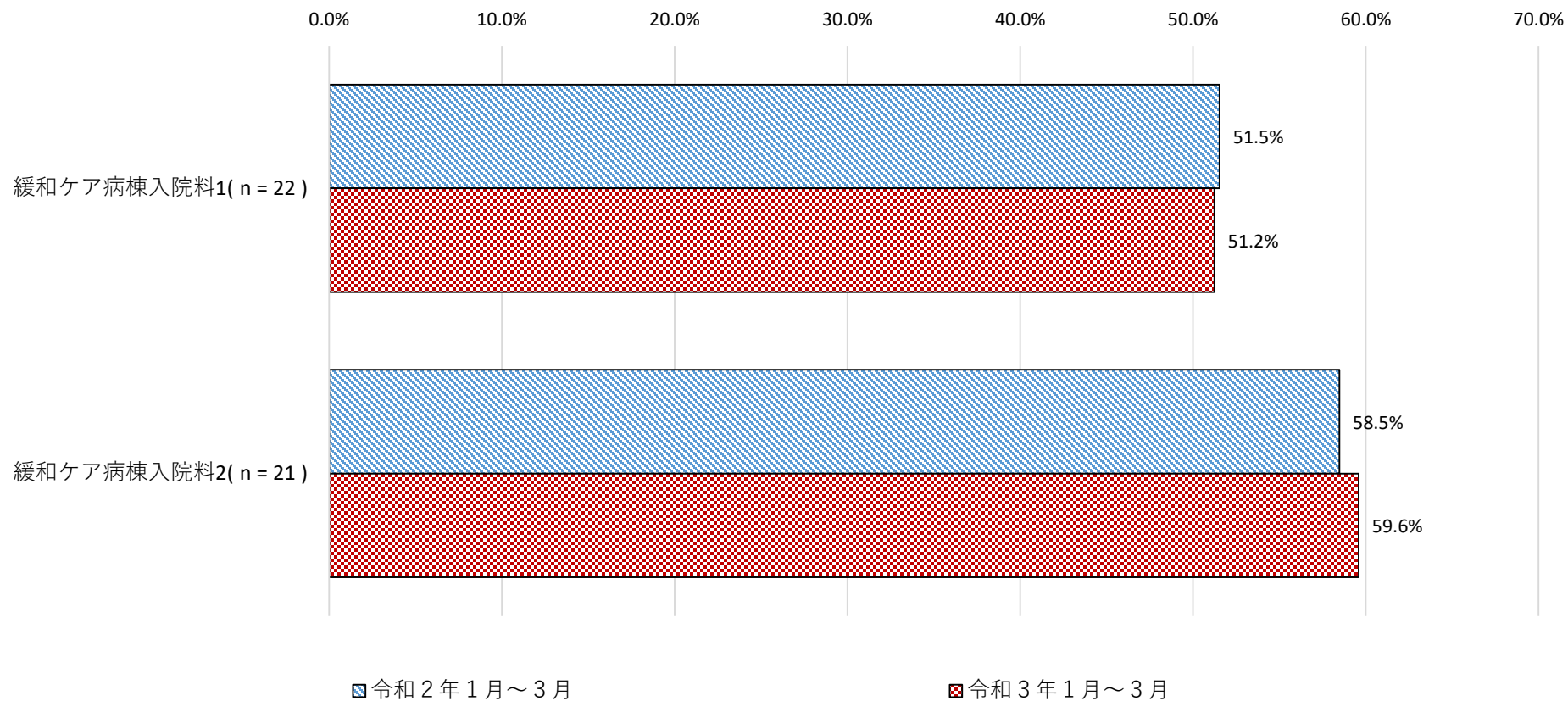
○ 緩和ケア病棟における平均在院日数は以下のとおりであった。



緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率

○ 緩和ケア病棟における在宅復帰率は以下のとおりであった。

緩和ケア病棟入院料 在宅復帰率

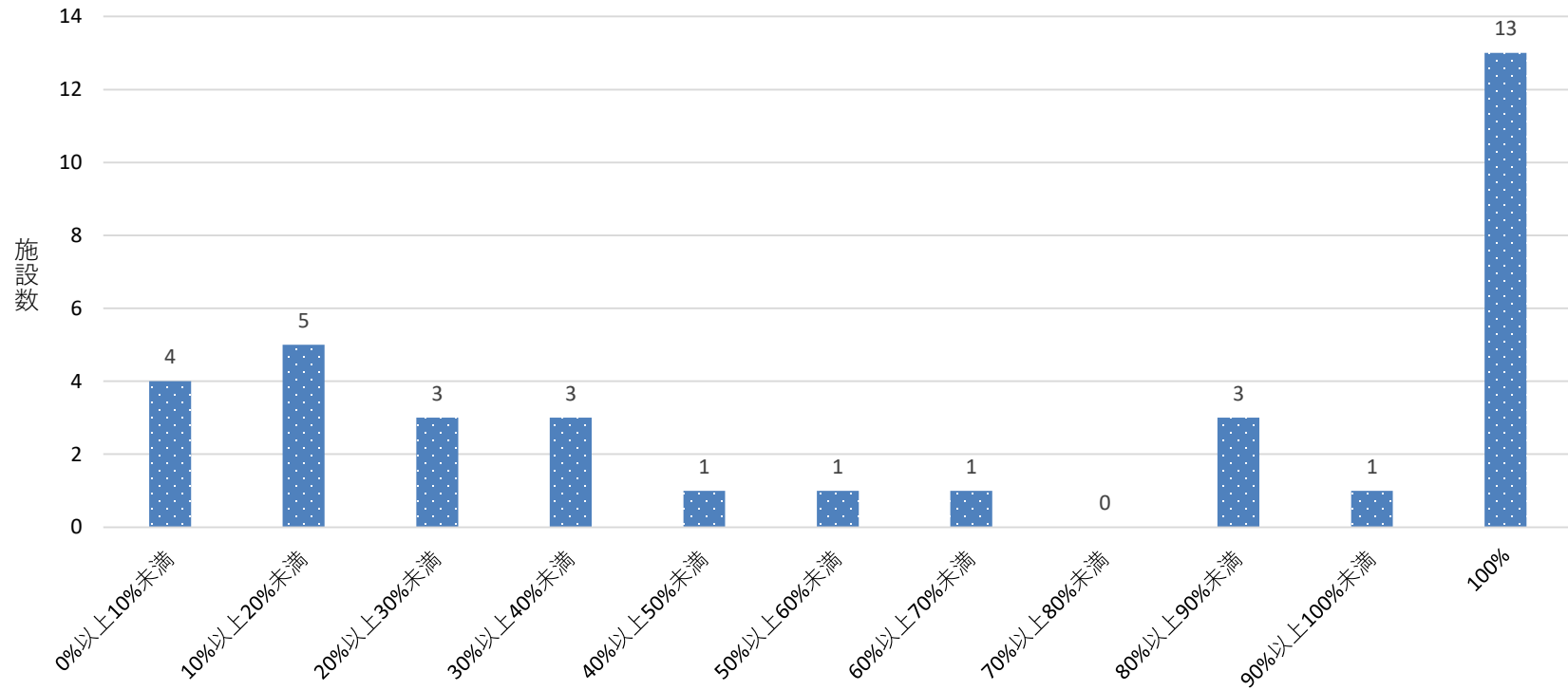


出典：令和3年入院医療等の調査（病棟票）

在宅復帰率について

- 緩和ケア病棟における、在宅復帰率の医療機関分布は以下のとおり。
- 100%の医療機関が最多である一方、0%以上10%未満の医療機関も存在した。

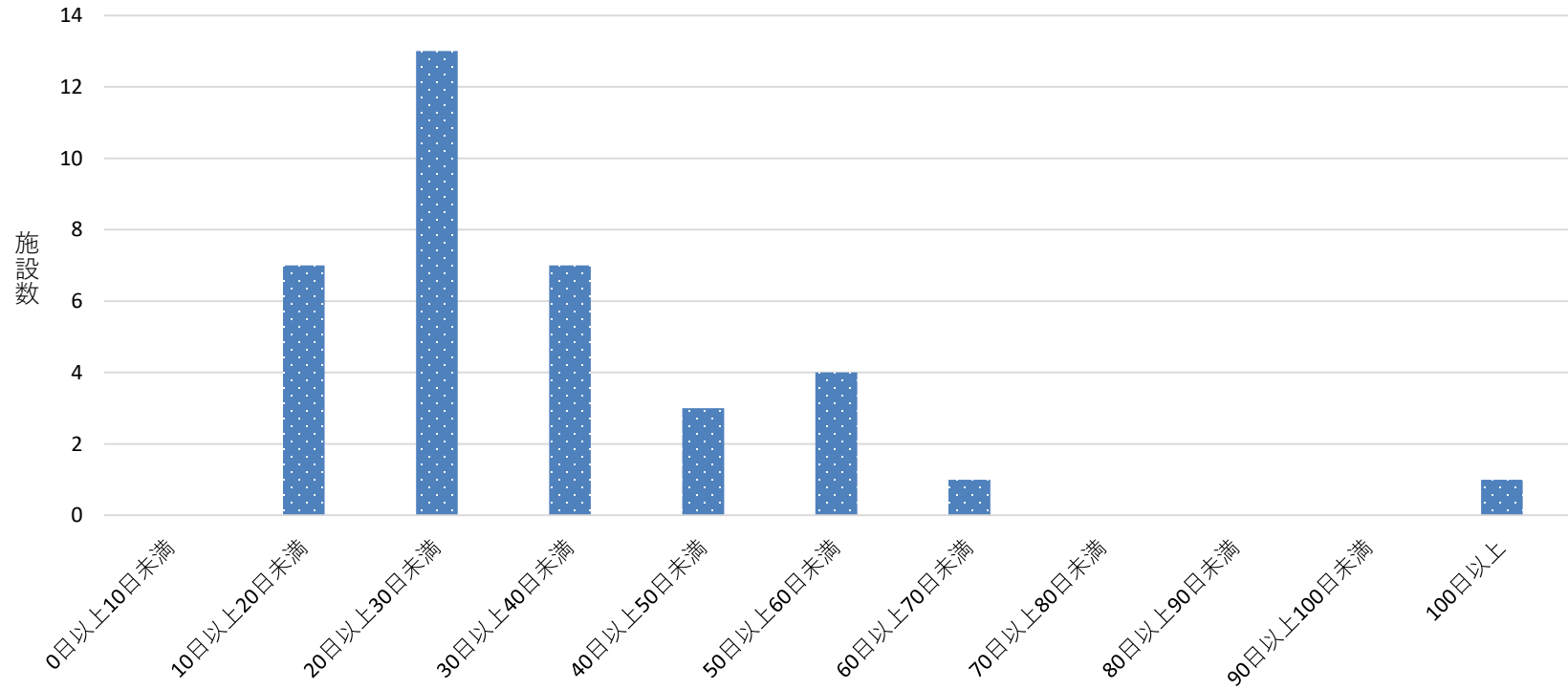
緩和ケア病棟の在宅復帰率(n=35)
(令和3年1～3月)



平均在院日数について

- 緩和ケア病棟における、平均在院日数の医療機関分布は以下のとおり。
- 「20日以上30日未満」の医療機関が最多であった。

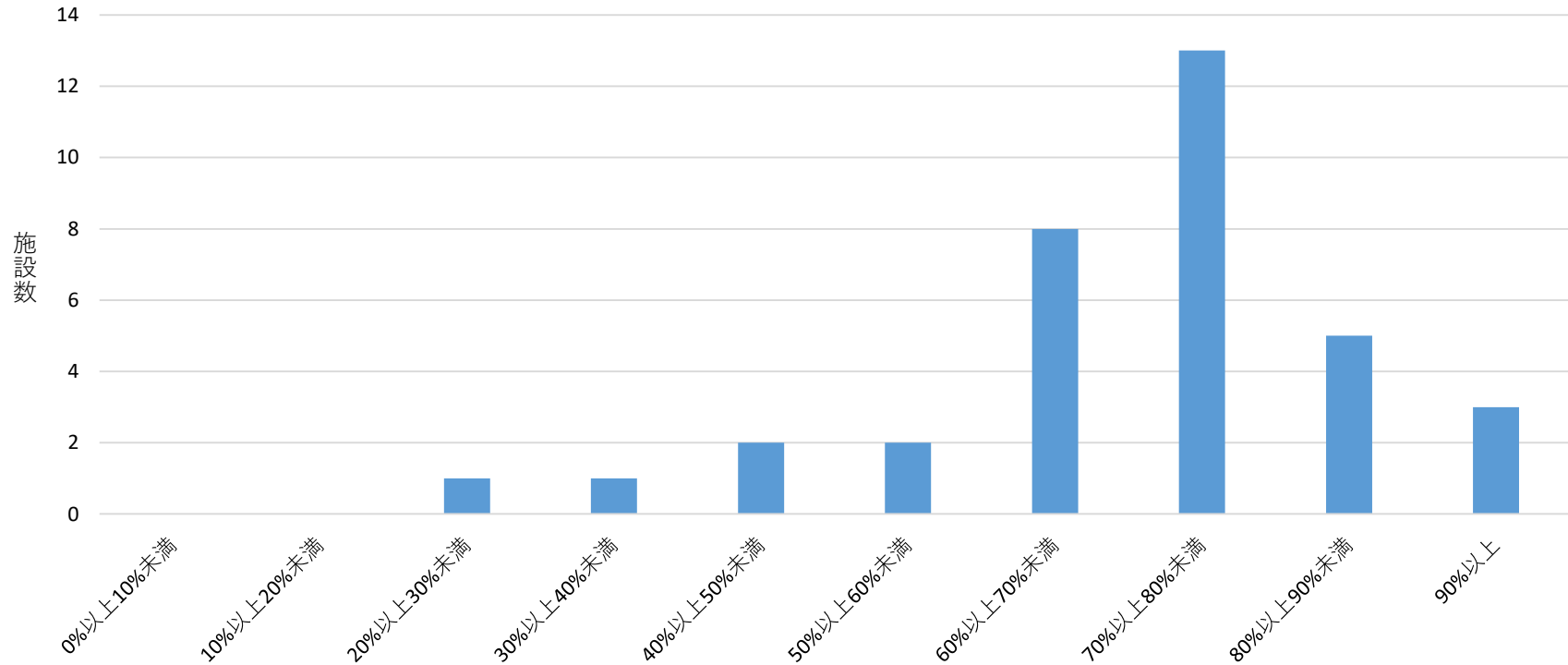
緩和ケア病棟の平均在院日数(n=36)
(令和3年1～3月)



病床利用率について

- 緩和ケア病棟における、病床利用率の医療機関分布は以下のとおり。
- 「70%以上80%未満」の医療機関が最多であった。

緩和ケア病棟の病床利用率(n=35)
(令和3年1～3月)

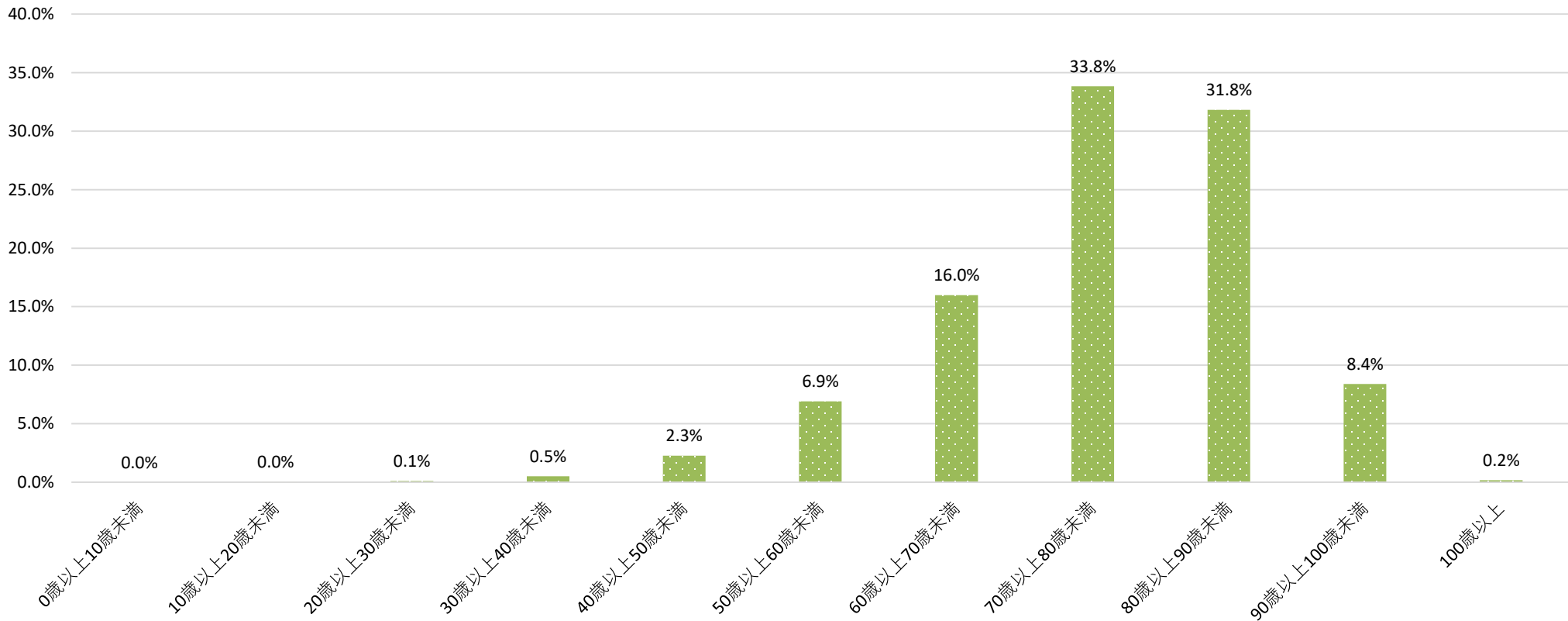


緩和ケア病棟に入院する患者の年齢について

- 緩和ケア病棟に入院した患者の、入院時年齢の分布は以下のとおり。
- 「70歳以上80歳未満」の患者が最多であった。

令和3年1月から3月緩和ケア病棟入院時年齢区分別患者割合

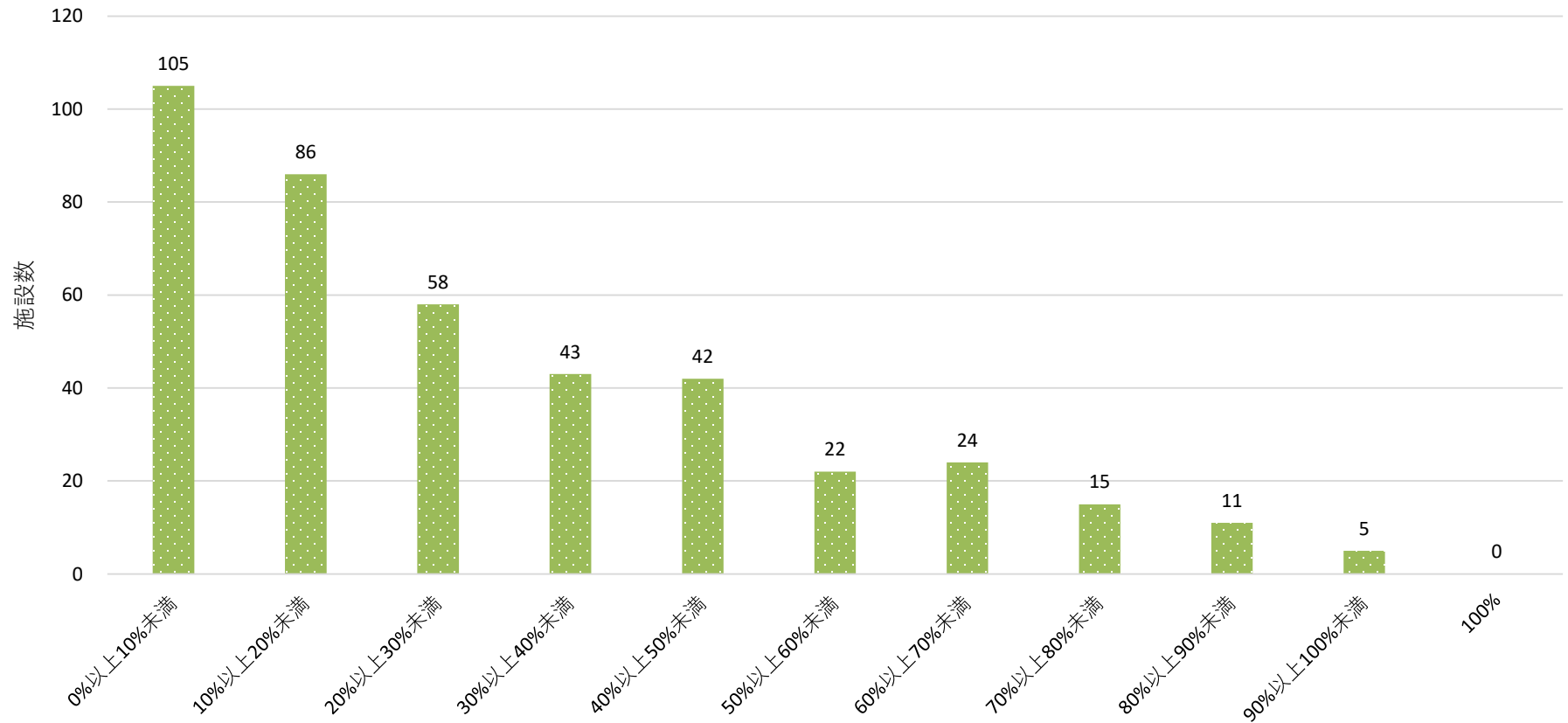
411施設(n=19467)



緊急入院について

○ 令和3年1月から3月の間に緩和ケア病棟に入院した患者について、入院経路が緊急入院であった患者の割合は以下のとおり。

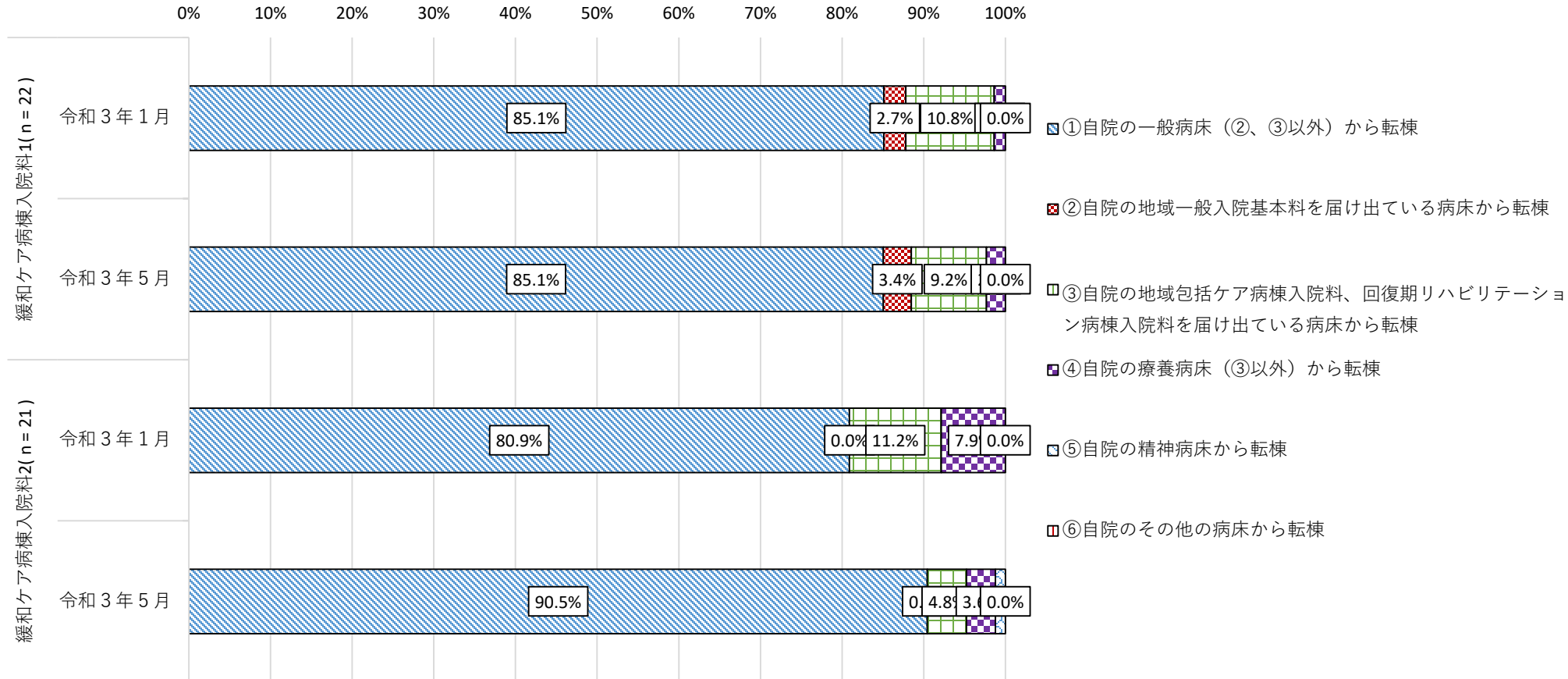
令和3年1～3月緊急入院患者の割合
(n=411)



緩和ケア病棟入院料における入院患者について

- 緩和ケア病棟について、自院の他病棟からの転棟患者の割合は以下のとおりであった。
- 「自院の一般病床」が最も多く、次いで「自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟」が多かった。

自院の他病棟からの転棟患者数の割合



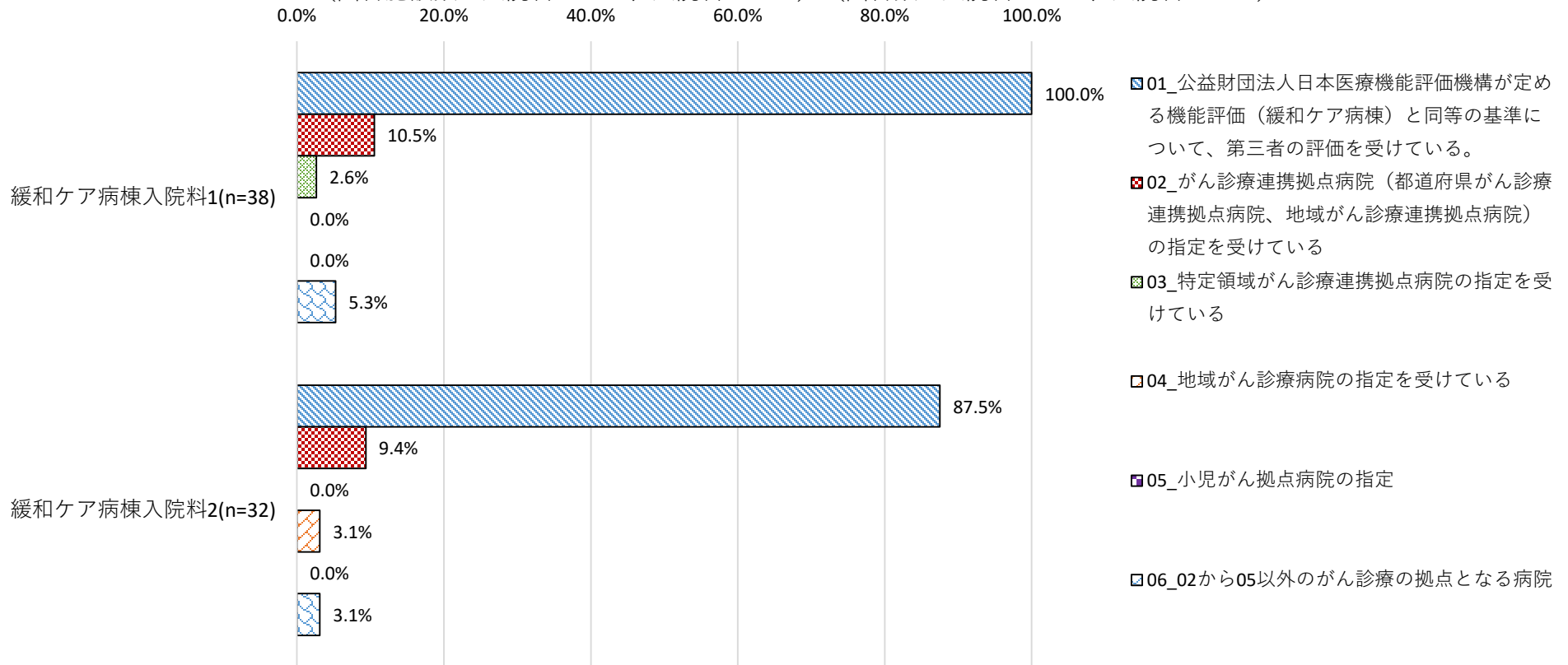
出典：令和3年入院医療等の調査（病棟票）

緩和ケア病棟入院料の施設基準について①

○ 緩和ケア病棟入院料の施設基準のうち、「がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構当が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること」についての該当状況は以下のとおり。

緩和ケア病棟入院料 外部評価について（令和3年6月1日時点）（該当するもの複数選択）

（回答施設数 入院料1：38、入院料2：32）（回答数 入院料1：45、入院料2：33）

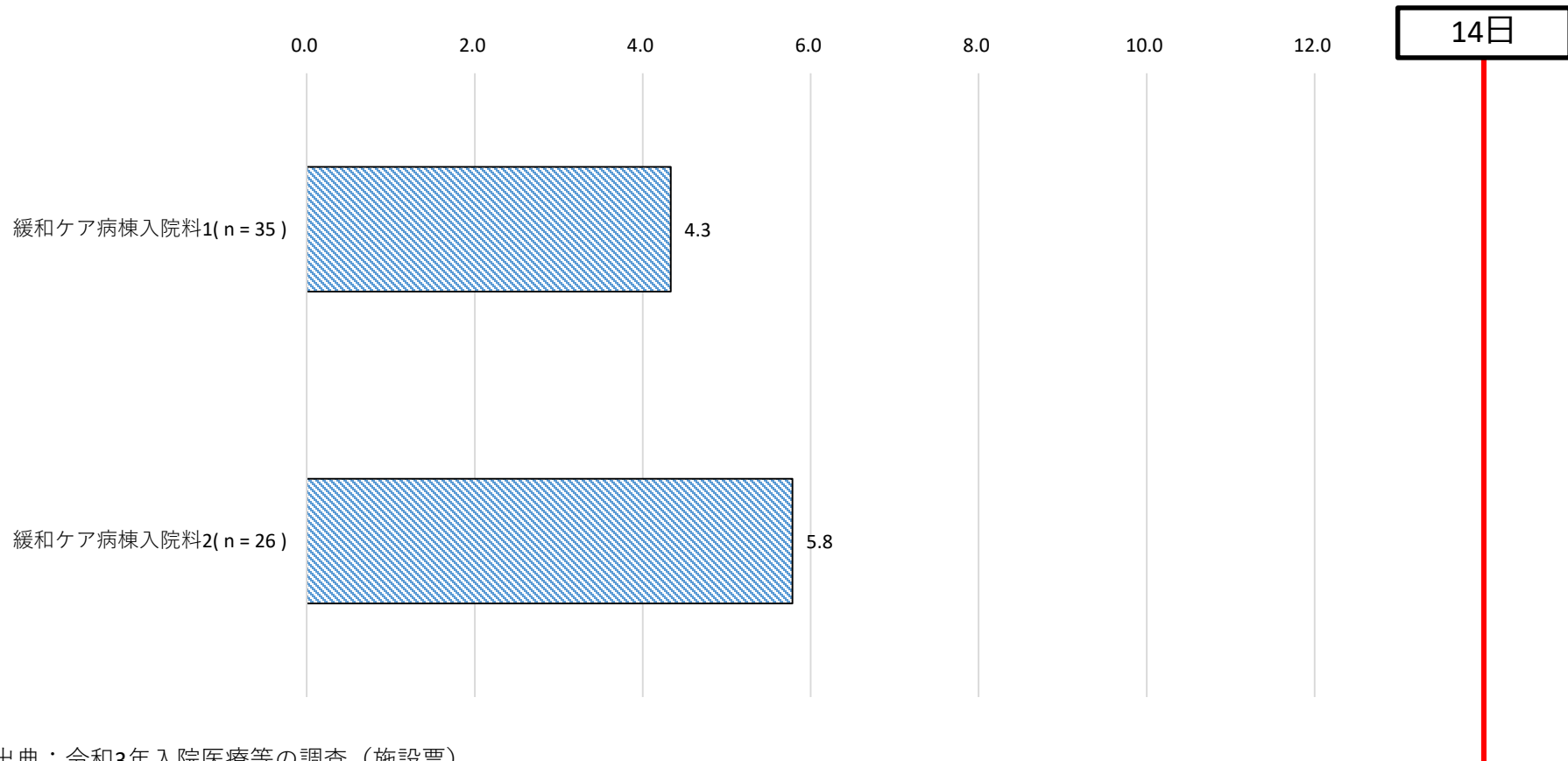


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料の施設基準について②

- 入院料1について要件として設けられている、「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均値は以下のとおり。
- 入院料1及び2ともに、入院料1の施設基準である 14日以内を大きく下回っていた。

「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間（平均）
（令和2年6月1日から令和3年5月31日）（一施設あたり）

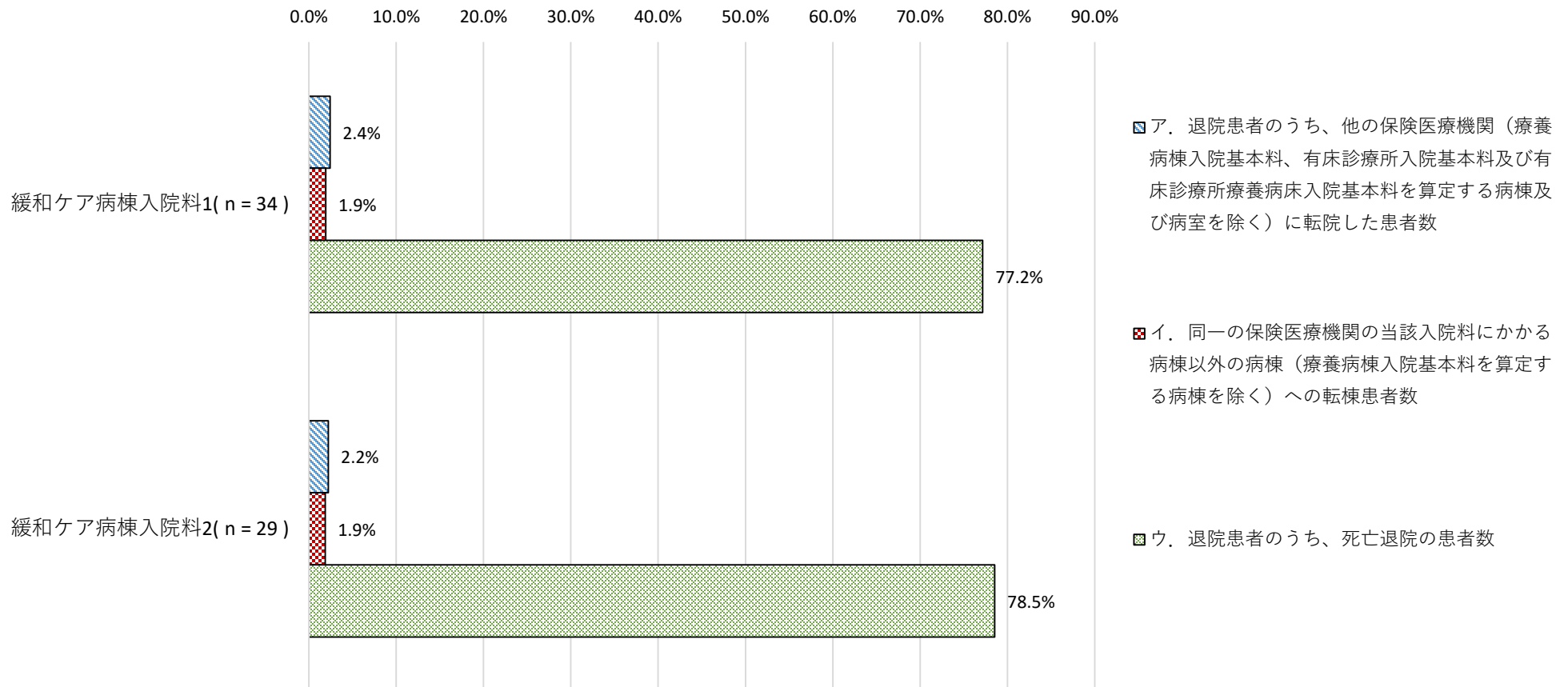


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料の施設基準について③

○ 入院料1について要件として設けられている、「直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。」に関連して、他の保険医療機関に転院した患者等の割合の平均値は以下のとおり。

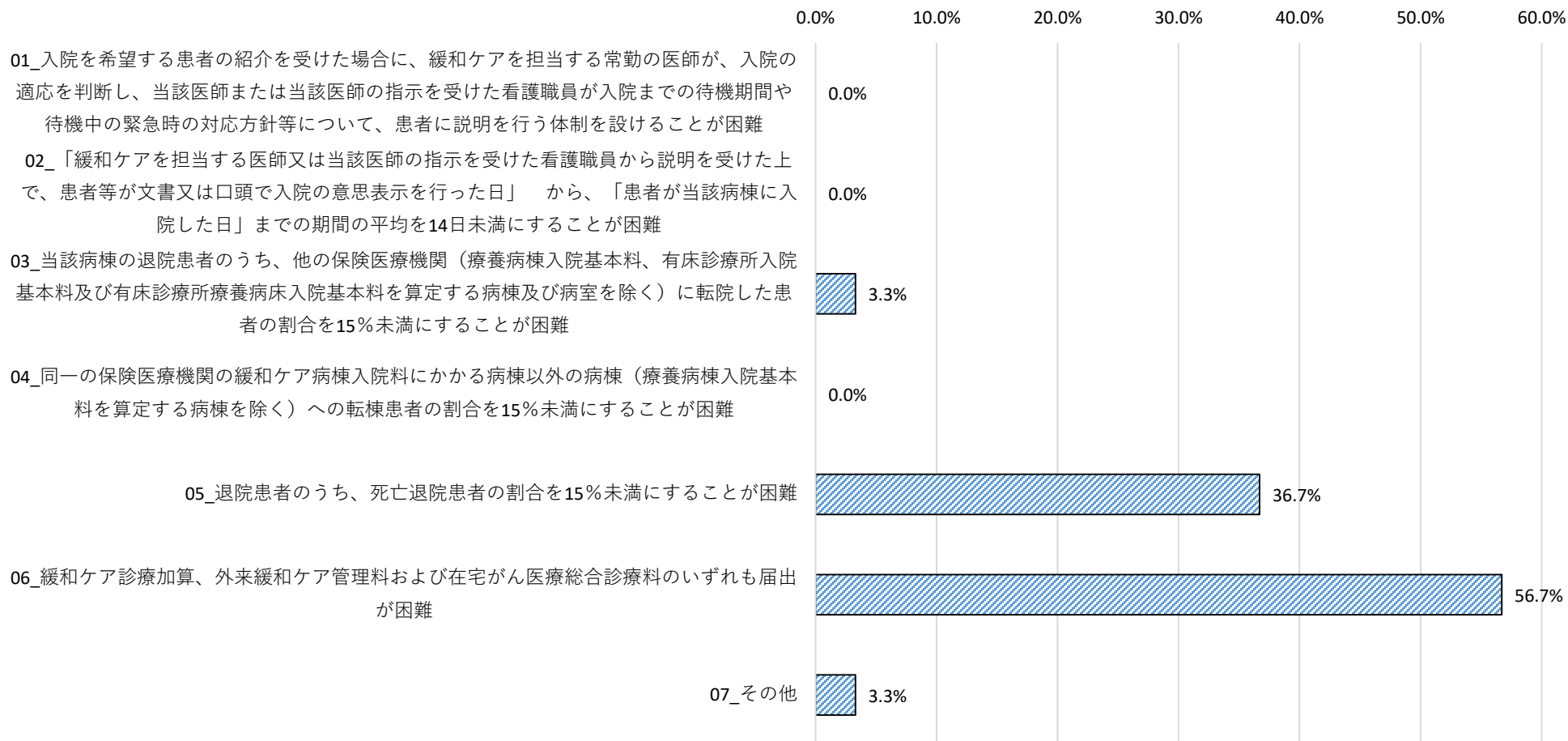
緩和ケア病棟入院料 各退院・転棟患者数の退院患者に占める割合（一施設あたり）



緩和ケア病棟入院料の施設基準について④

- 緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関について、入院料1を算定できない理由は以下のとおり。
- 「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。

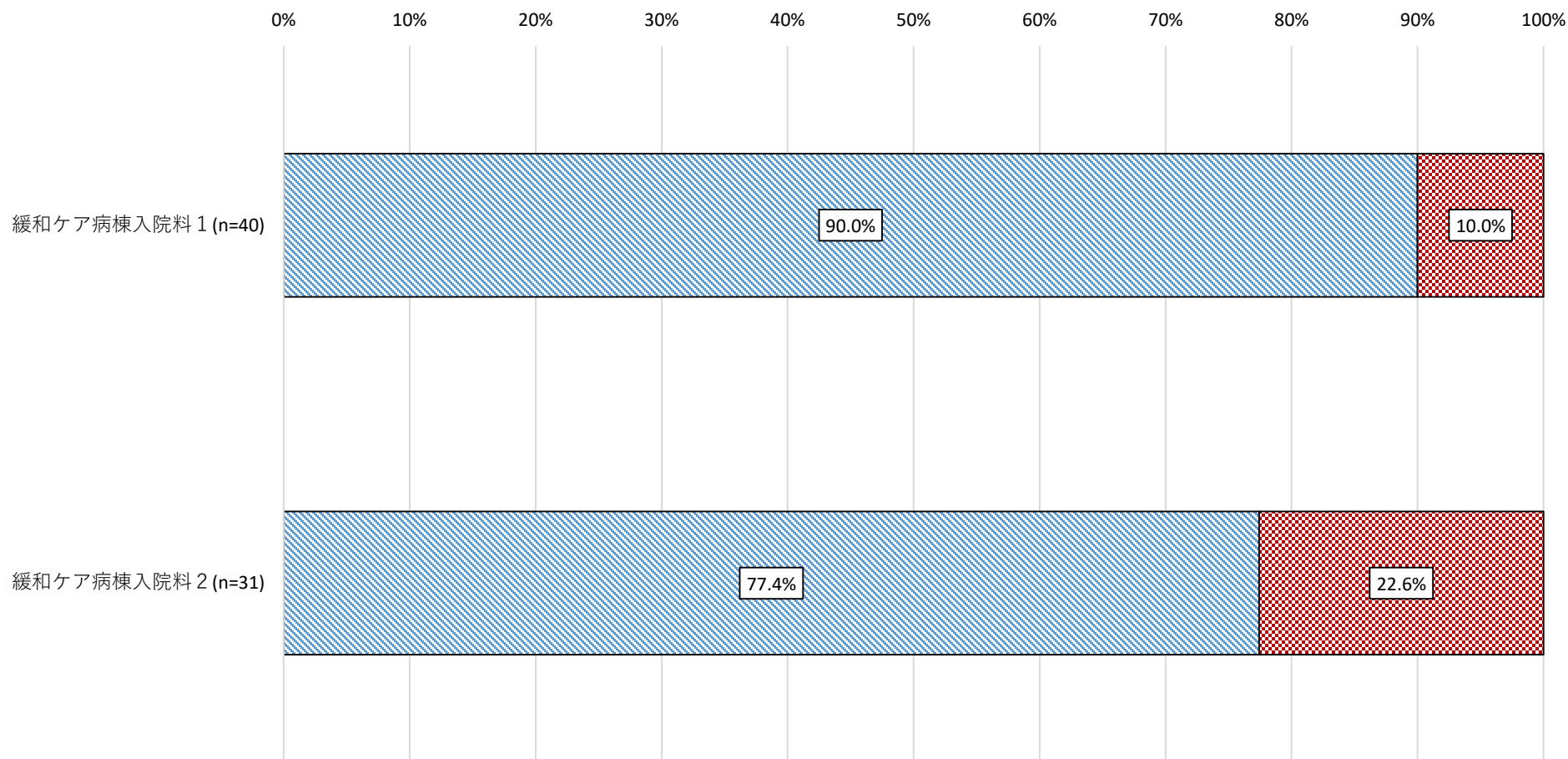
緩和ケア病棟入院料2を算定している施設において 緩和ケア病棟入院料1を算定できない理由（最も該当するもの）



緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

○ 緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は以下のとおりであり、入院料1では約1割、入院料2では約2割の施設において実施されていなかった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価



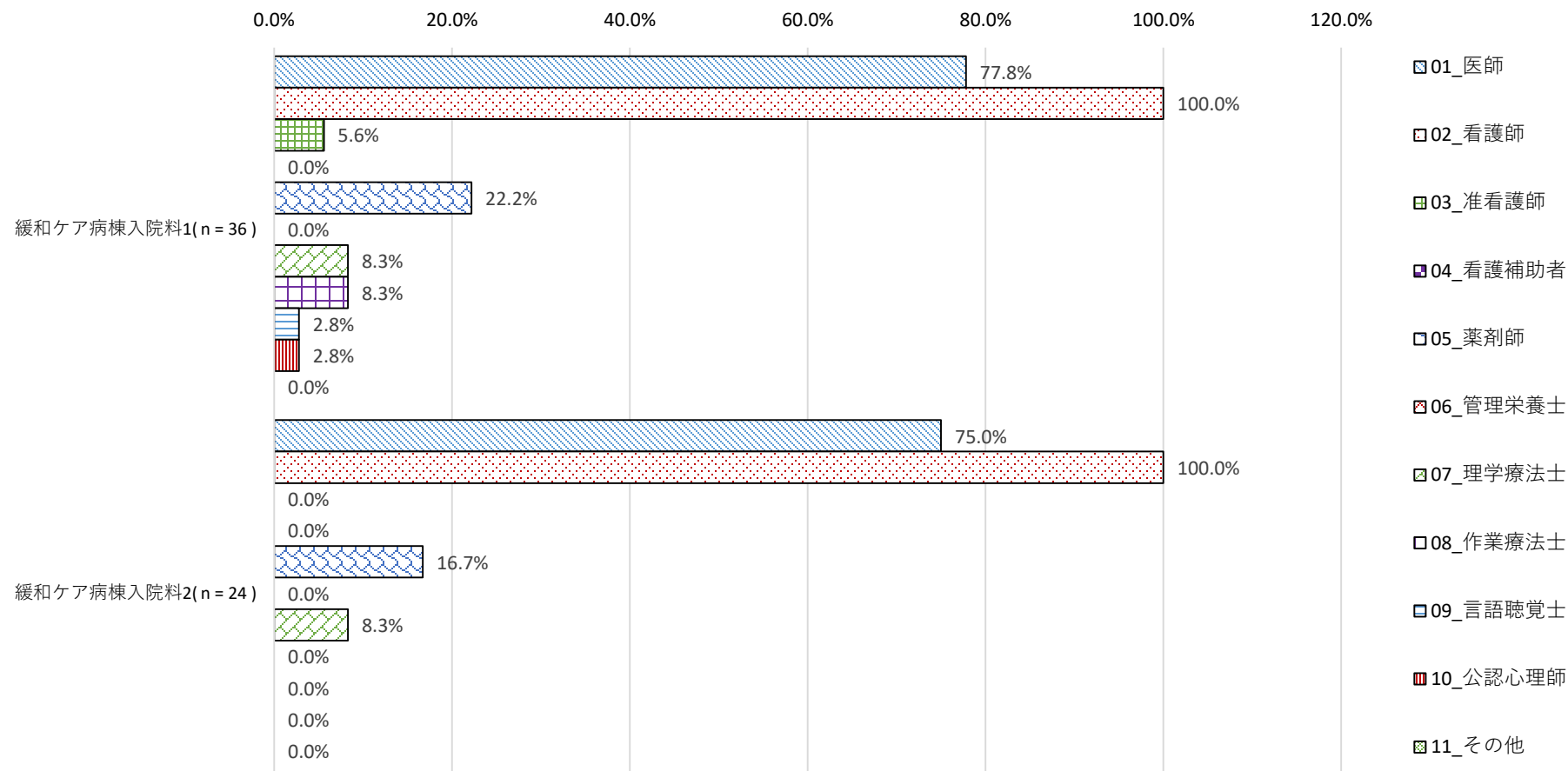
出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

■ 評価を行っている ■ 評価を行っていない

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

○ 疼痛の数字等を用いた評価を実施している職種の割合は以下のとおりであり、看護師が最も多かった。

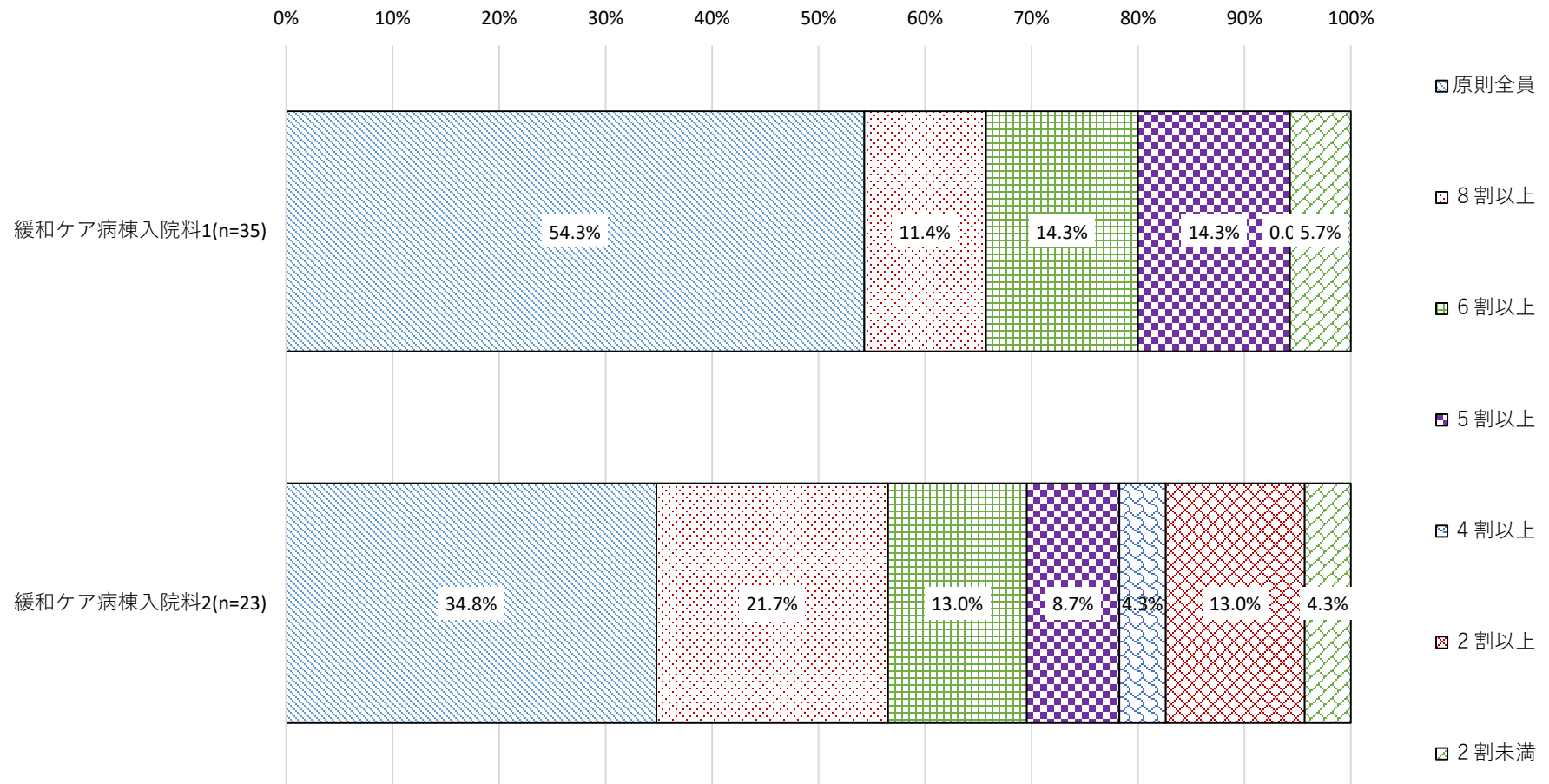
「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価を実施している職種
 (回答施設数 入院料1：36、入院料2：24) (回答数 入院料1：82、入院料2：48)



緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

- 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設について緩和ケア病棟内の何割の患者に対して実施しているかの結果は以下のとおりであった。
- 原則全員、が最も多い一方、2割未満との回答も約5%みられた。

緩和ケア病棟内の何割くらいの患者に対して、疼痛の数値を用いた評価を行っているか（令和3年5月の1か月）

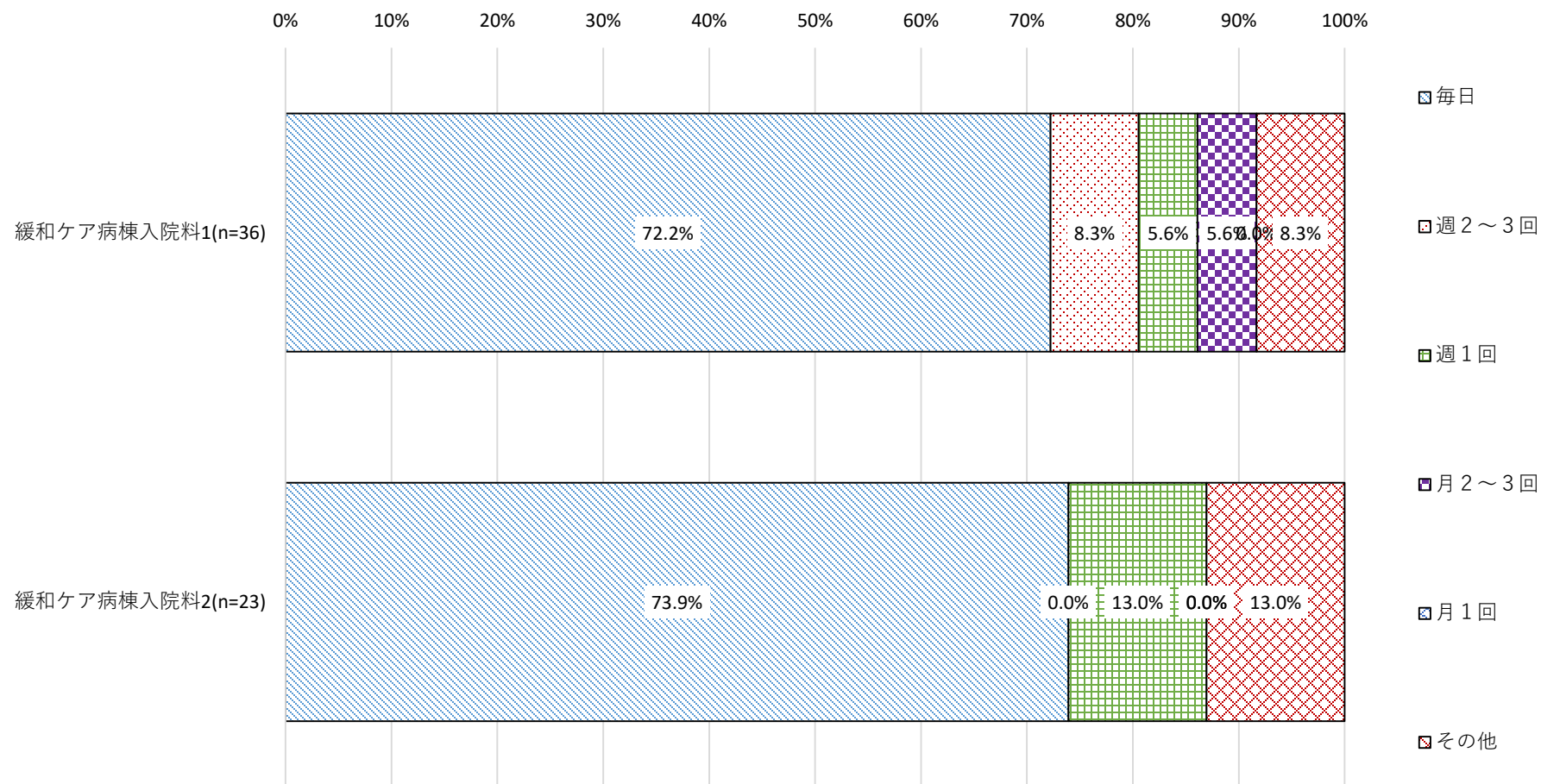


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

- 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設について、評価を実施している頻度は以下のとおりであった。
- 毎日、が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数値等を用いた評価を実施することとしている頻度
(令和3年5月の1か月)

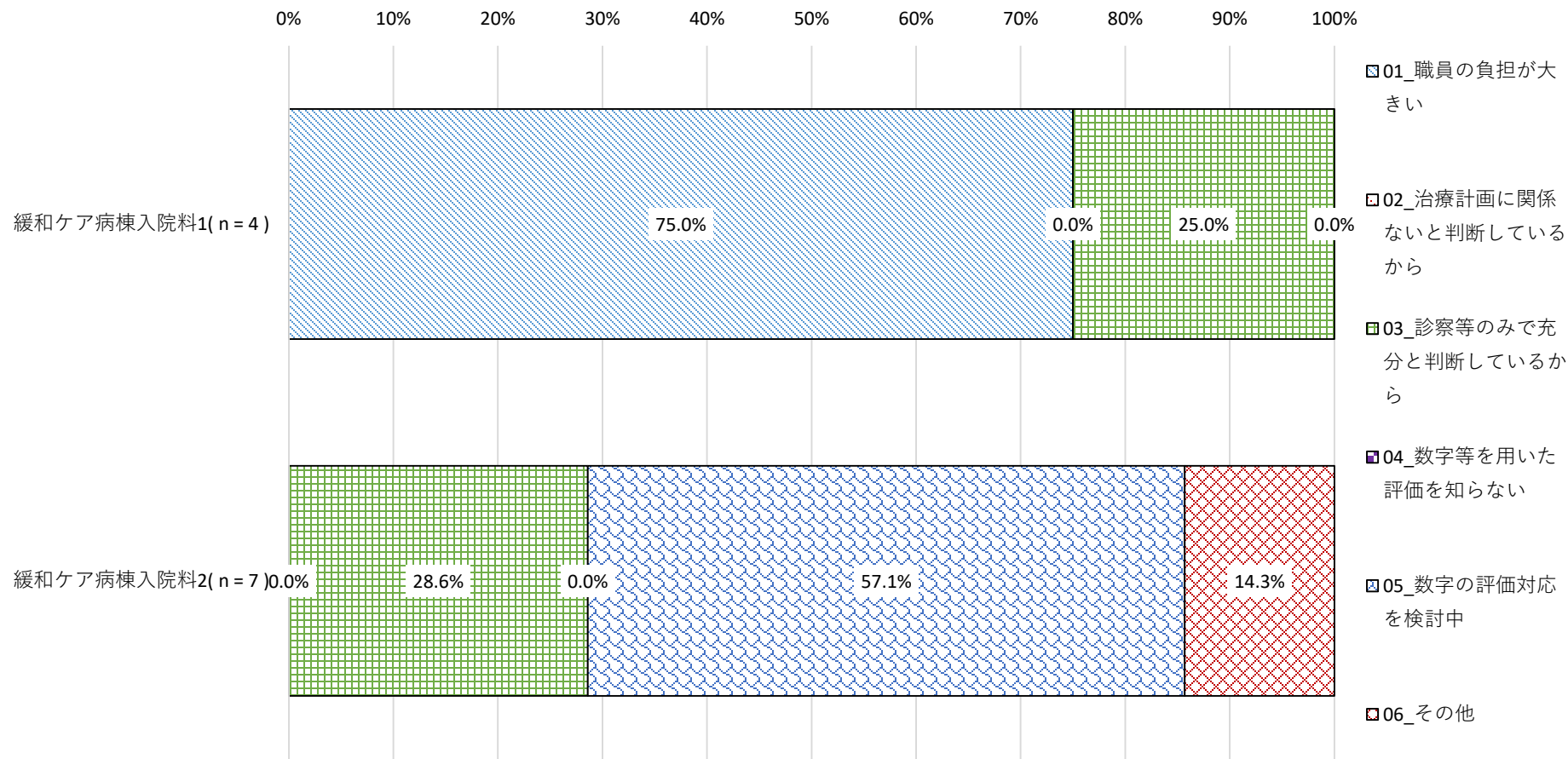


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

○ 疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由は以下のとおりであり、入院料1においては「職員の負担が大きい」が最も多かった。入院料2においては、「対応を検討中」が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由



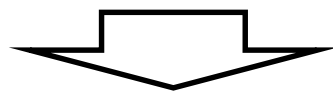
慢性期入院医療に係る課題及び論点

(療養病棟における医療の内容等について)

- ・経過措置(注11)を届け出ている医療機関について、満たせていない施設基準は「当該病棟のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。」が最多であった。
- ・療養病棟における、1日当たりのリハビリテーション単位数は、入院料1及び2と比較して経過措置(注11)において多かった。
- ・1日当たりレセプト請求点数は、入院料1、経過措置(注11)、入院料2の順に高かった。リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置(注11)が最も高かった。
- ・職員数(100床当たり)を比較すると、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料1及び2と比べて経過措置(注11)で多かった。
- ・1日当たりのリハビリテーション単位数は、入院料1及び2と比較して、経過措置(注11)で単位数が多かった。

(緩和ケア病棟について)

- ・緩和ケア病棟入院料は平成2年に、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟として新設された。平成30年以後は、緩和ケア病棟入院料1を算定している医療機関数・病床数が減少し、入院料2を算定している医療機関数・病床数が増加している。
- ・緩和ケア病棟に入院した患者の疾患はほとんどが悪性腫瘍の患者であった。
- ・緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は、入院料1では約1割、入院料2では約2割の施設において実施されていないかった。
- ・疼痛の数値を用いた評価を行っている施設において、緩和ケア病棟内の何割の患者に対して実施しているかの結果は、原則全員、が最も多い一方、2割未満との回答も約5%みられた。また、評価を実施している頻度は、毎日、が最も多かった。
- ・疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由は、入院料1においては、「職員の負担が大きい」が最も多かった。



【論点】

- 慢性期入院医療について、求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、行われている医療の内容や入院している患者の状態等を踏まえた評価の方法をどのように考えるか。

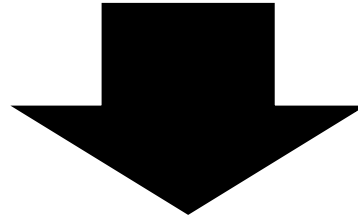
1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. 横断的事項等

短期滞在手術等基本料に係る主な指摘事項①

入院医療等の調査・評価分科会

(8月6日)

- 短期滞在手術等基本料2は、一部の条件の整った症例でのみ算定することができる実態があるのではないか。



- 短期滞在手術等基本料2の対象手術の実態を分析した。

短期滞在手術等基本料2の平成30年と令和2年の比較

診調組 入-1(改)
3 8 6

- 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	0	-	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

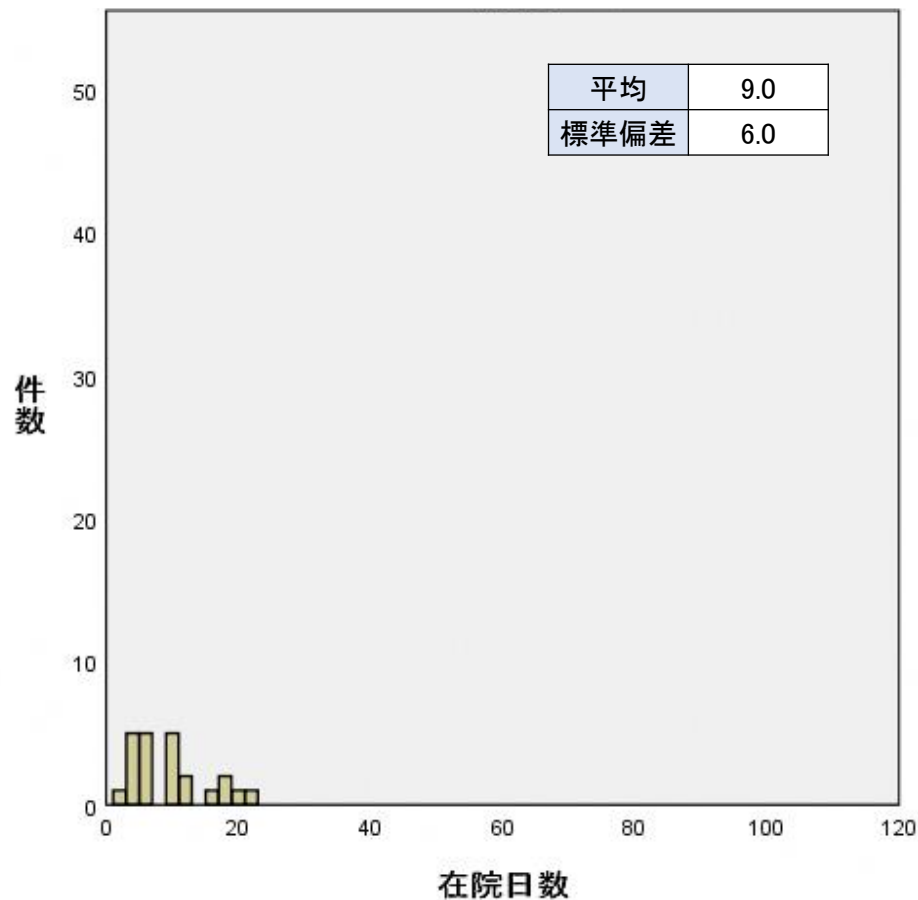
出典: DPCデータ(各年度1年分)

K0671 関節鼠摘出手術 肩、股、膝

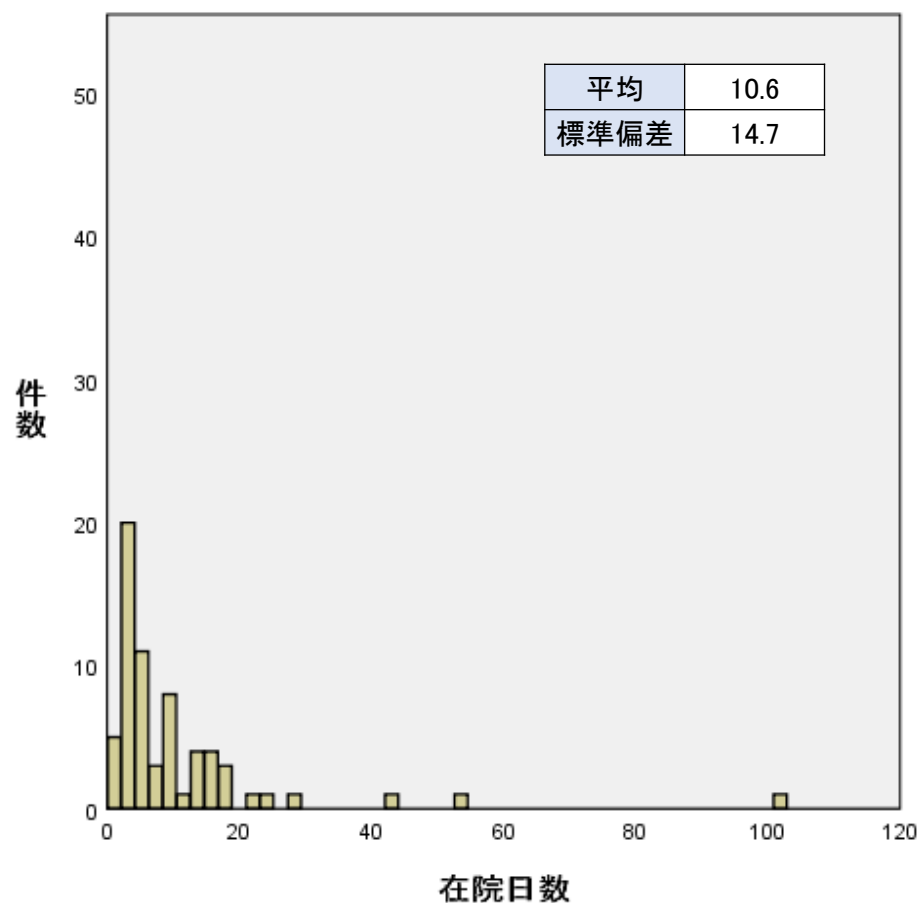
- 関節鼠摘出手術 肩、股、膝については、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.0日、標準偏差は6.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は10.6日、標準偏差は14.7日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

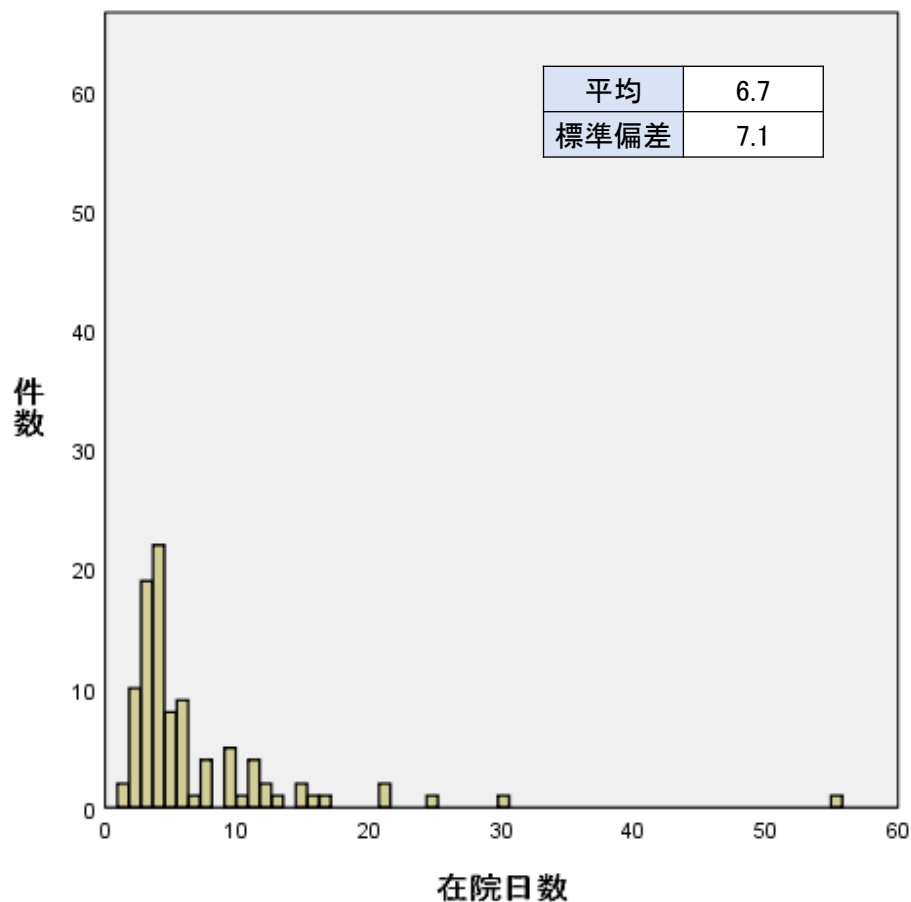


K0672 関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足

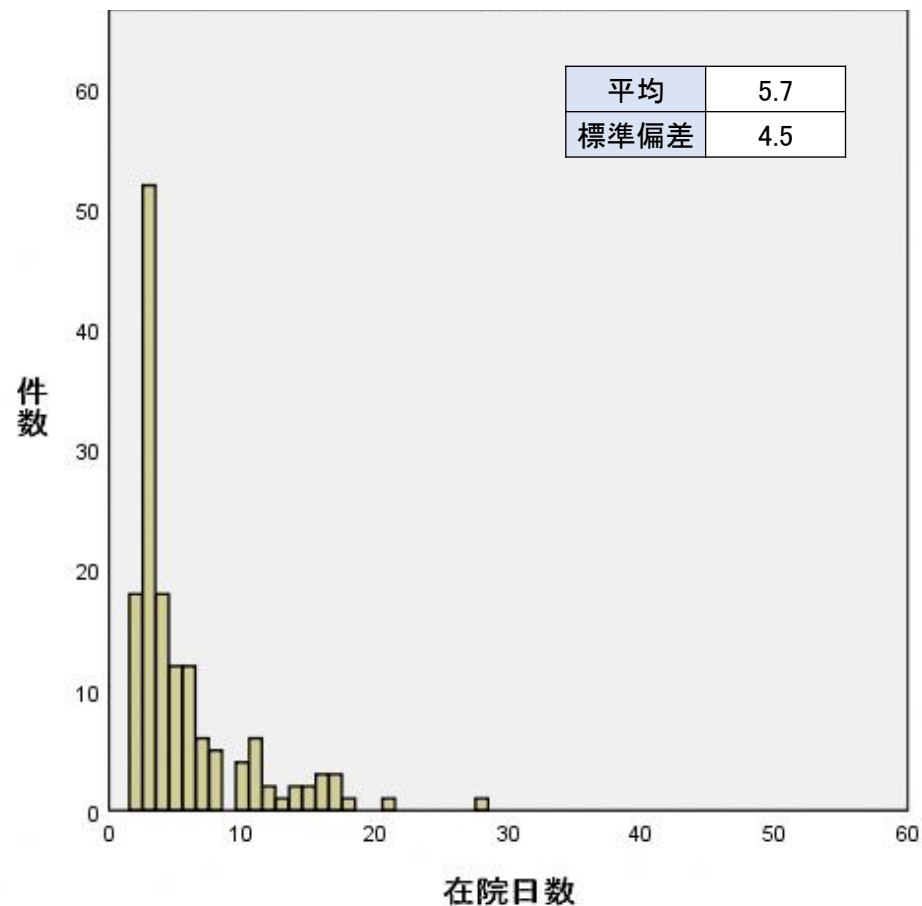
- 関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足については、DPC対象病院以外の平均在院日数は6.7日、標準偏差は7.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.7日、標準偏差は4.5日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

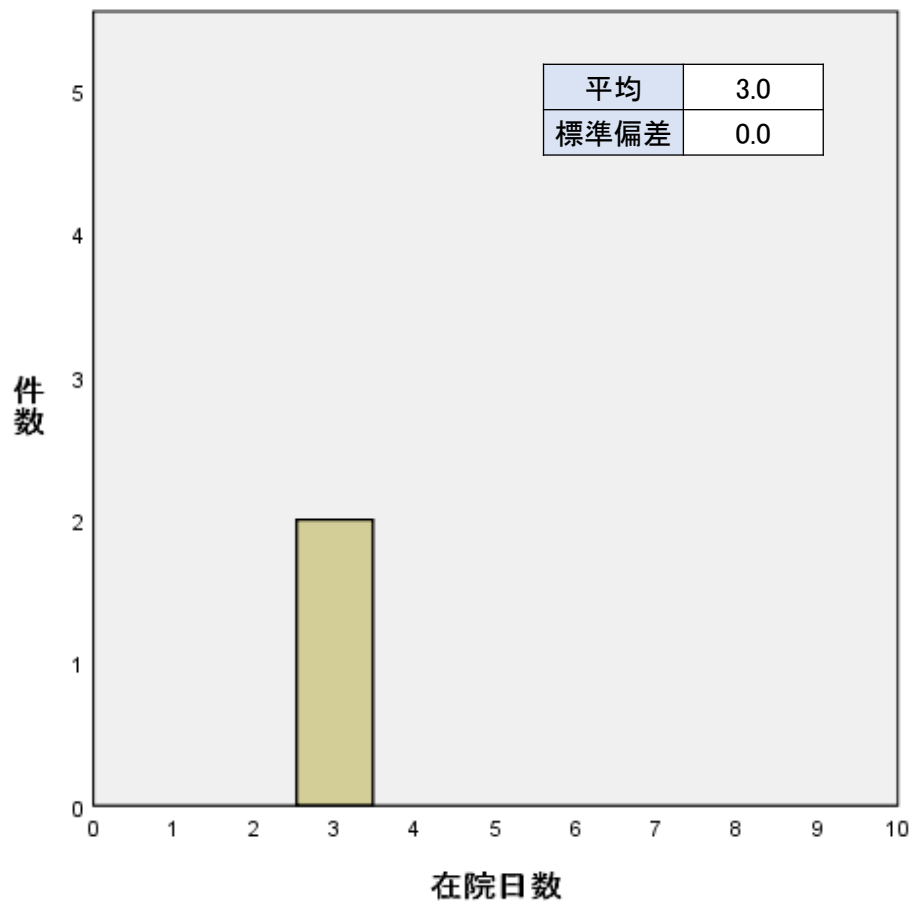


K0673 関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)

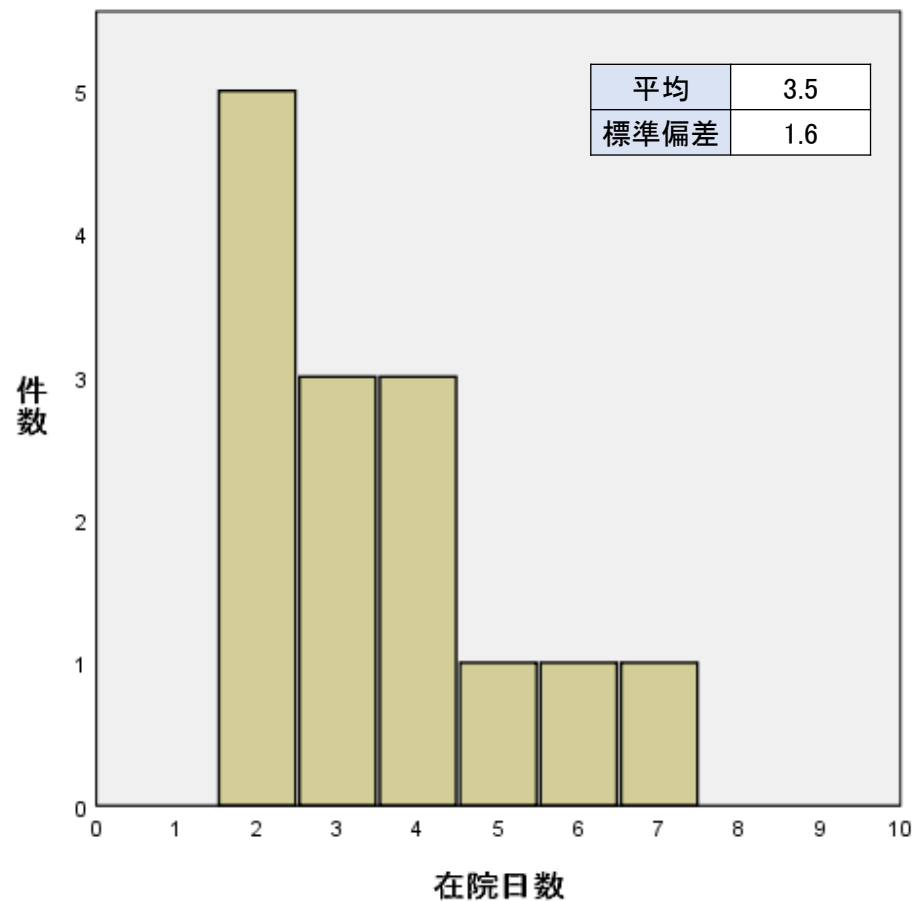
- 関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)については、DPC対象病院以外の平均在院日数は3.0日、標準偏差は0.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は3.5日、標準偏差は1.6日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

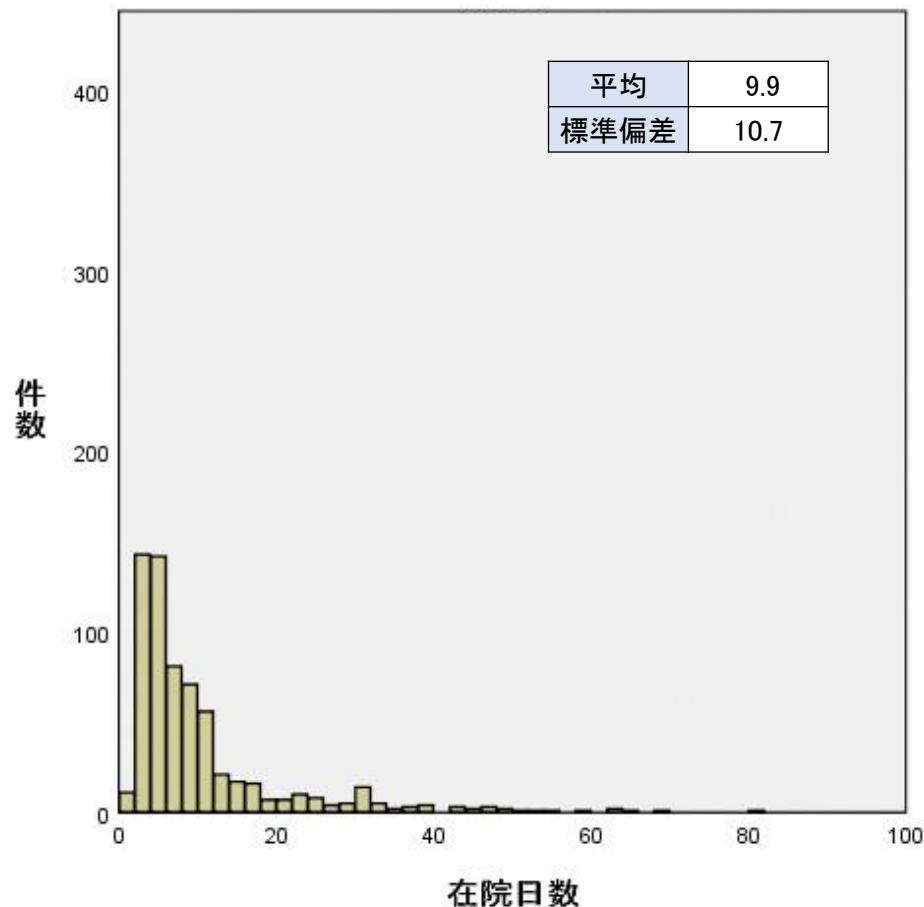


K067-21 関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝

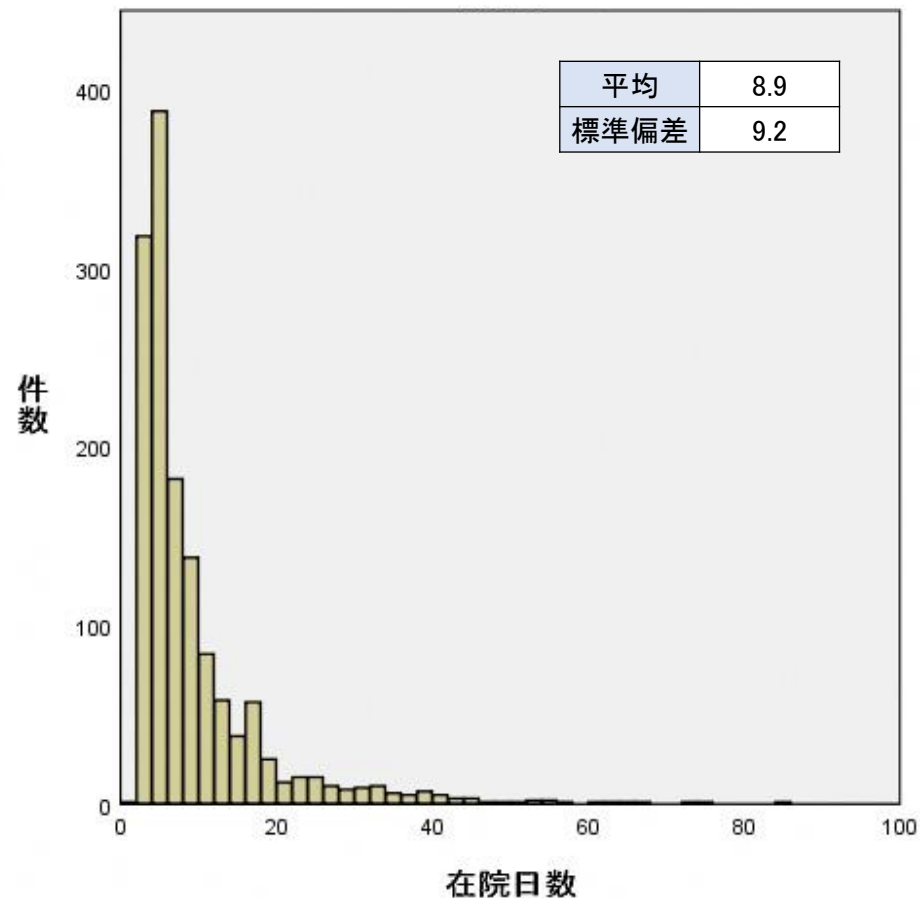
- 関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝については、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.9日、標準偏差は10.7日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は8.9日、標準偏差は9.2日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

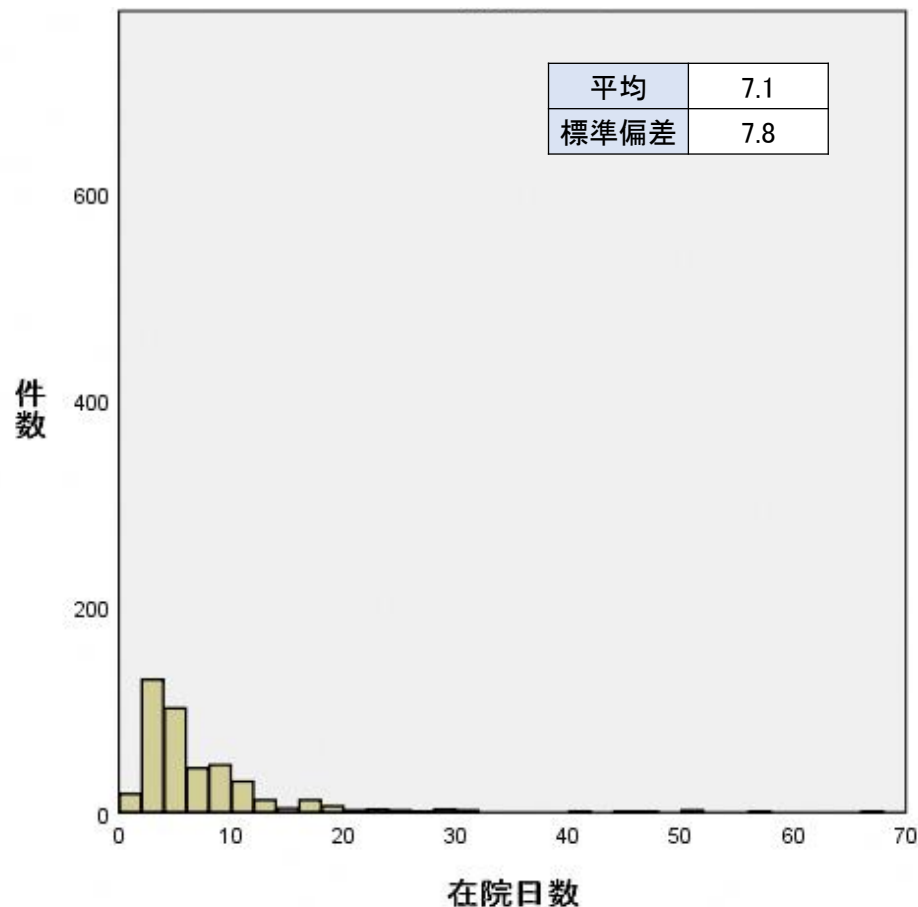


K067-22 関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足

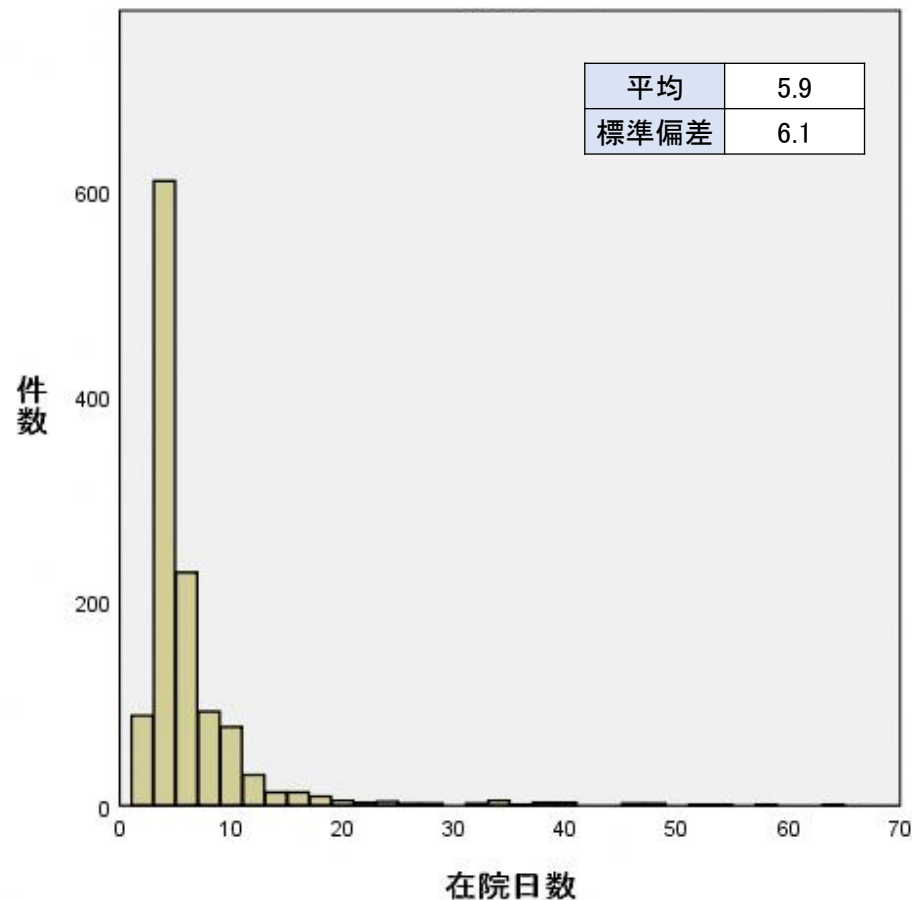
- 関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.1日、標準偏差は7.8日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.9日、標準偏差は6.1日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

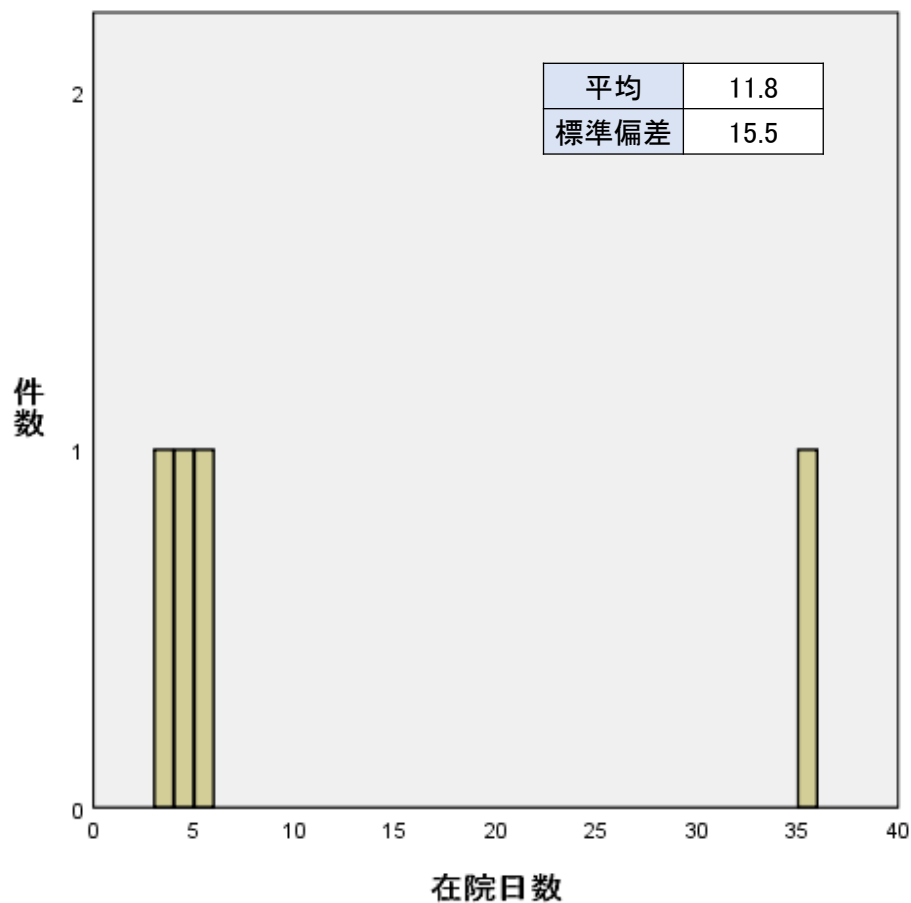


K067-23 関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)

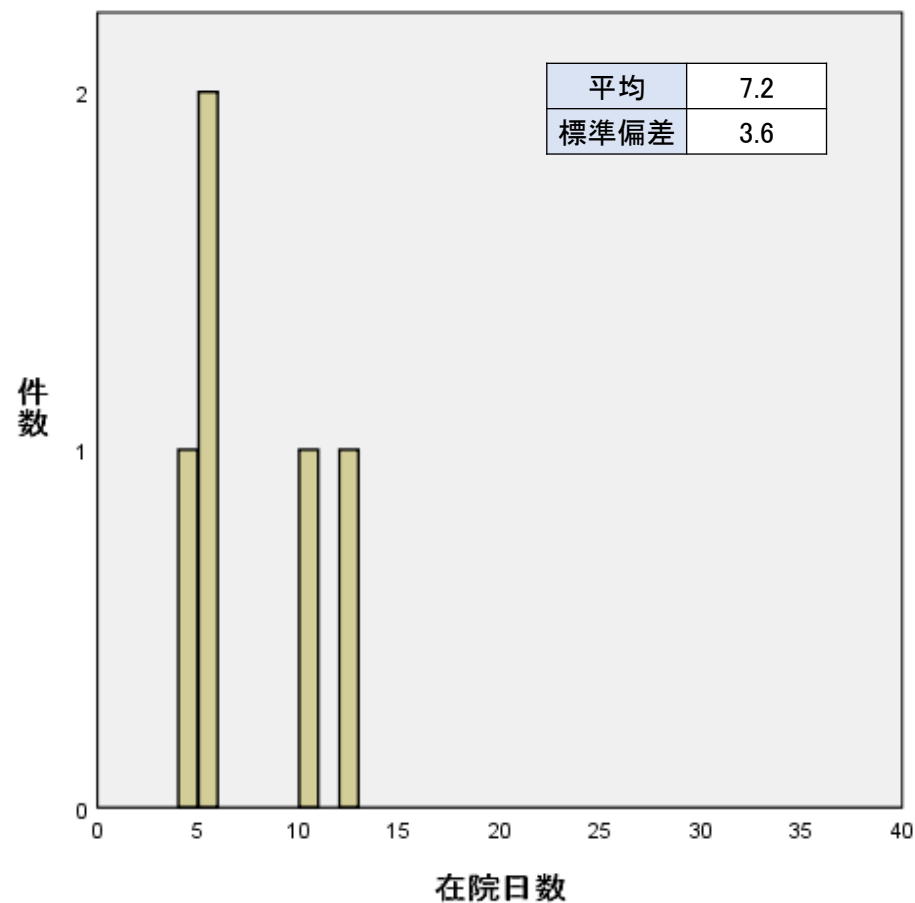
- 関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)については、DPC対象病院以外の平均在院日数は11.8日、標準偏差は15.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.2日、標準偏差は3.6日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

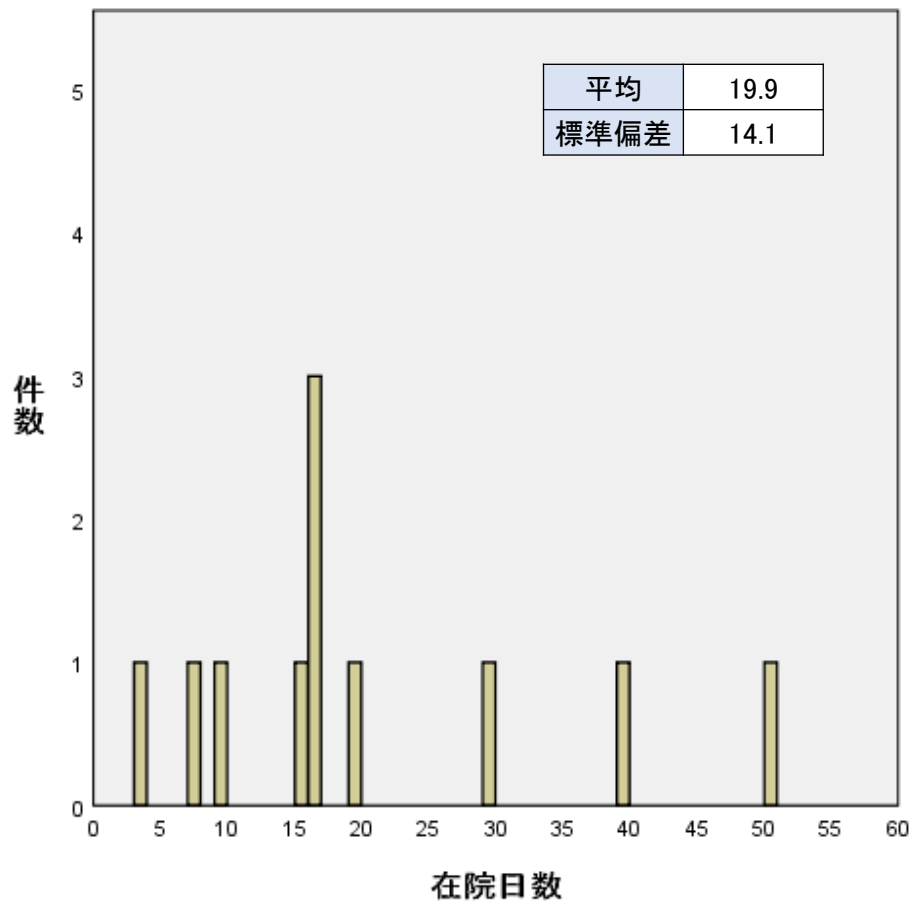


K069 半月板縫合術

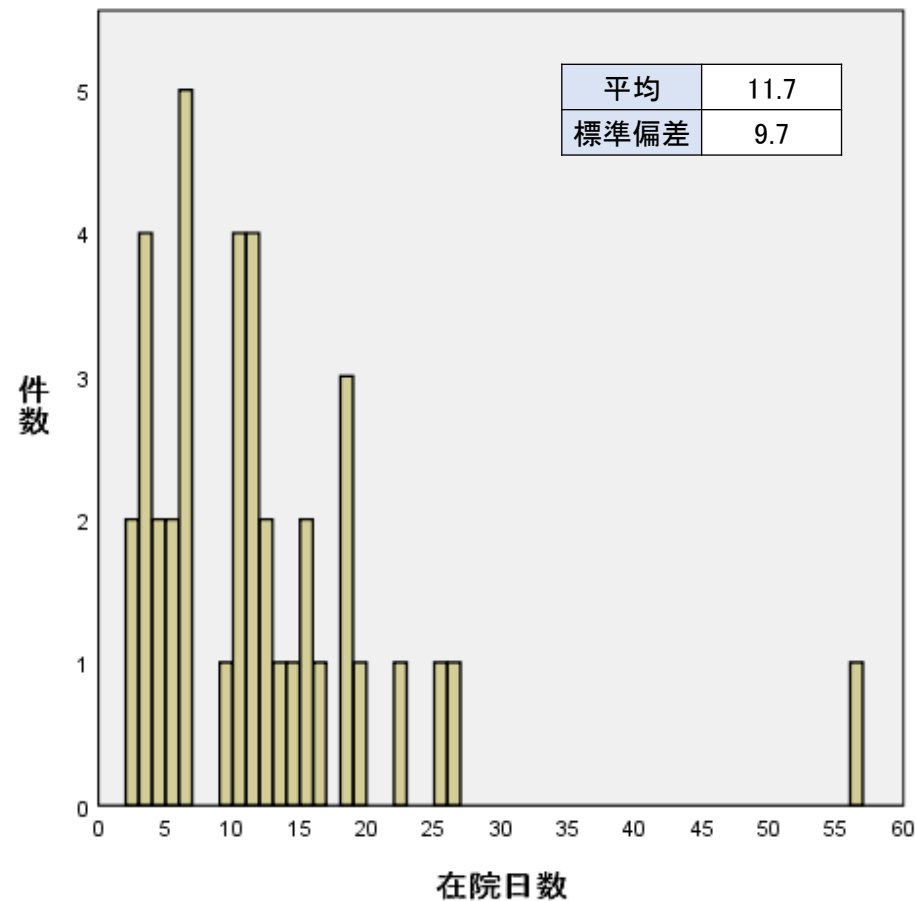
- 半月板縫合術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は19.9日、標準偏差は14.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は11.7日、標準偏差は9.7日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

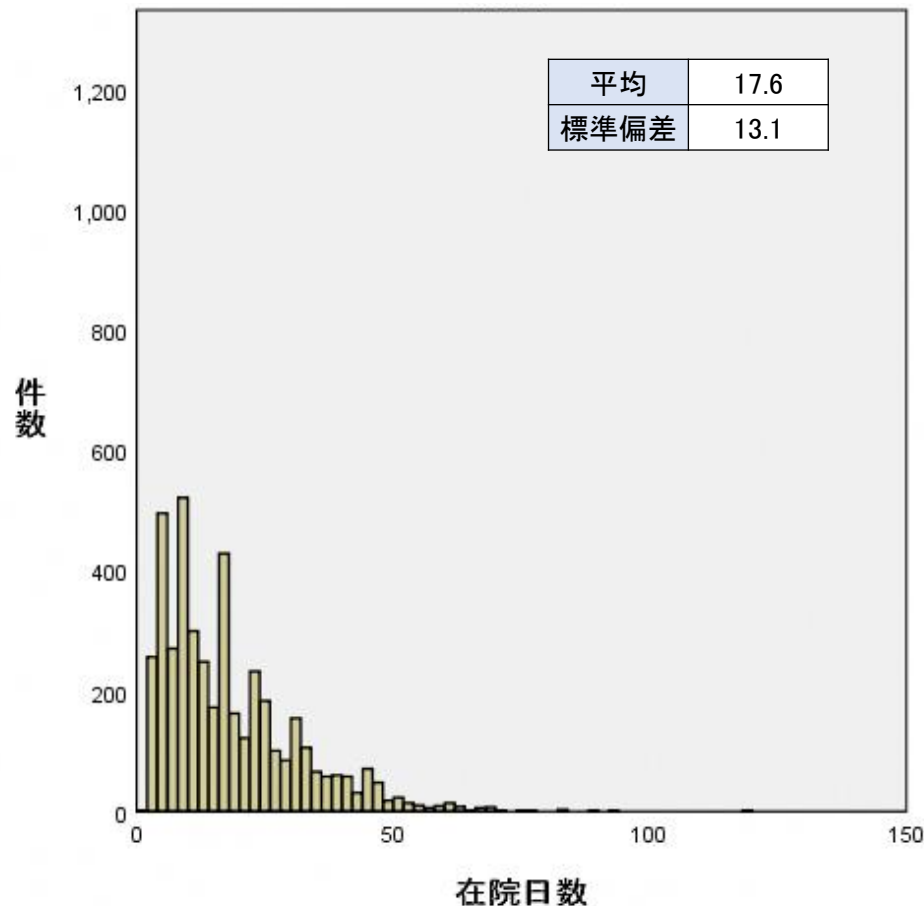


K069-3 関節鏡下半月板縫合術

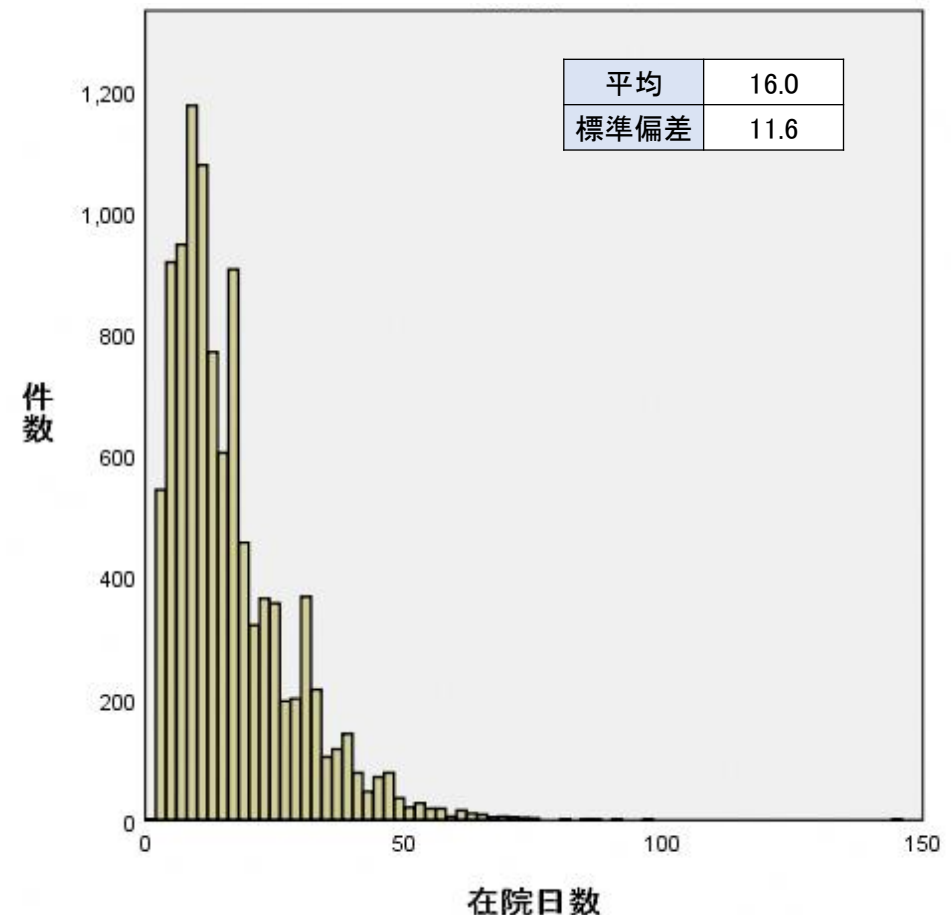
- 関節鏡下半月板縫合術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は17.6日、標準偏差は13.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は16.0日、標準偏差は11.6日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

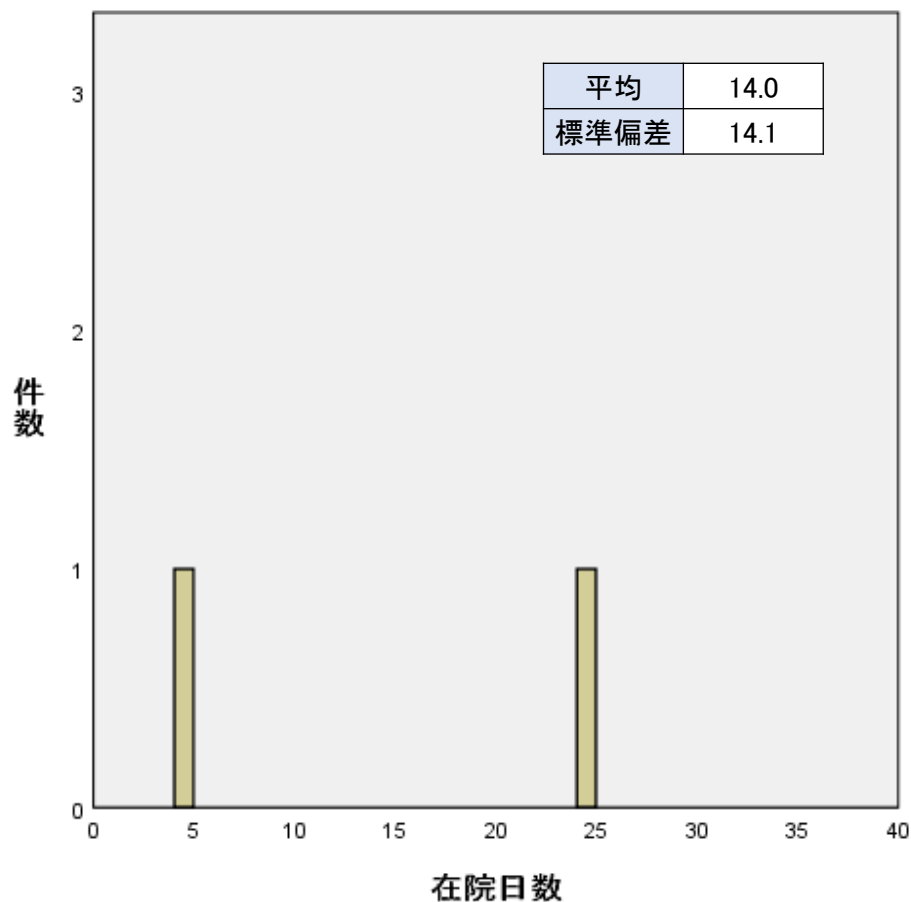


K0741 靱帯断裂縫合術 十字靱帯

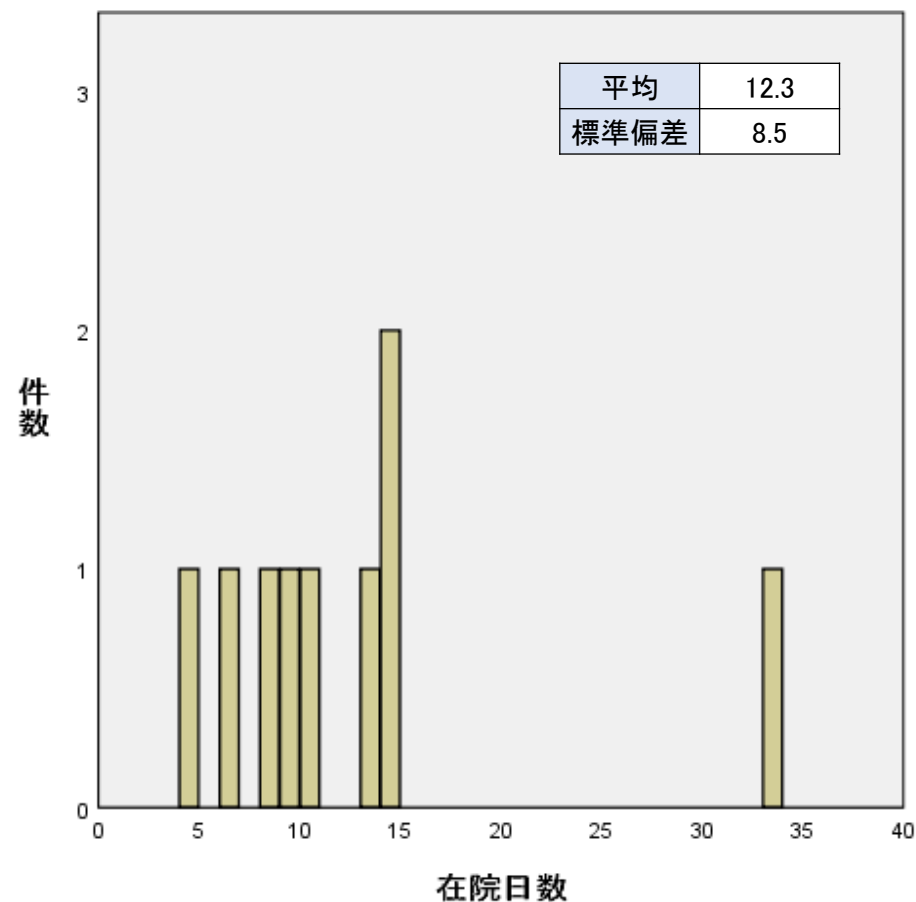
- 靱帯断裂縫合術 十字靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は14.0日、標準偏差は14.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は12.3日、標準偏差は8.5日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

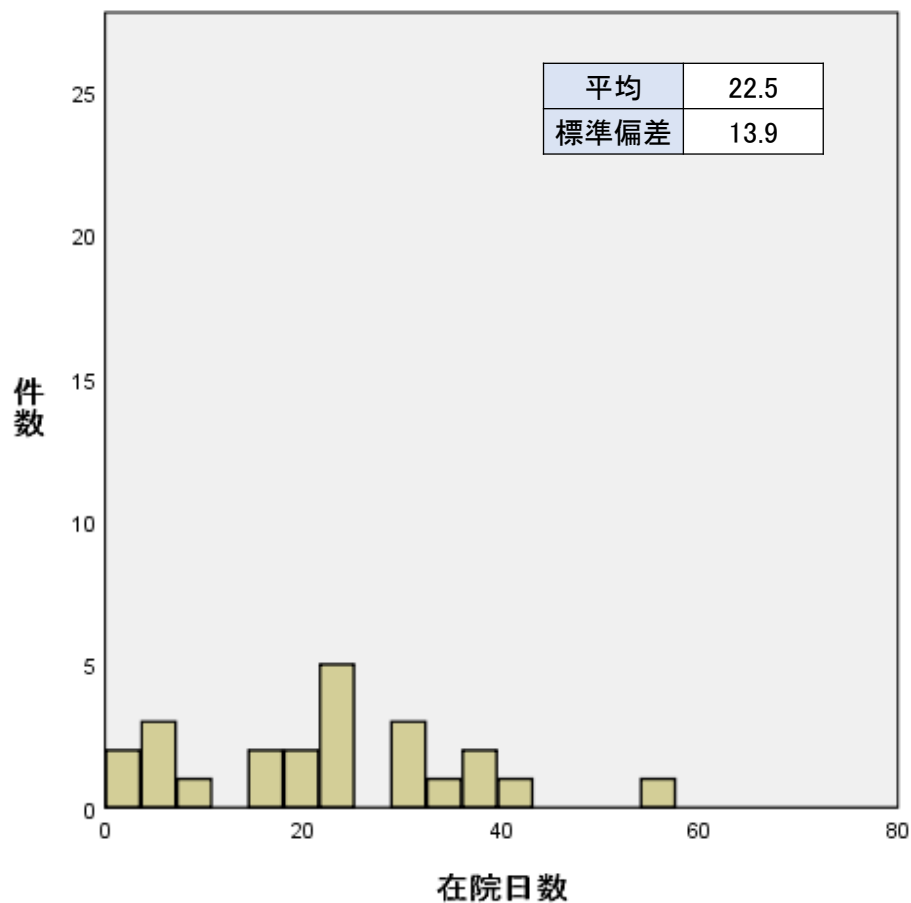


K0742 靱帯断裂縫合術 膝側副靱帯

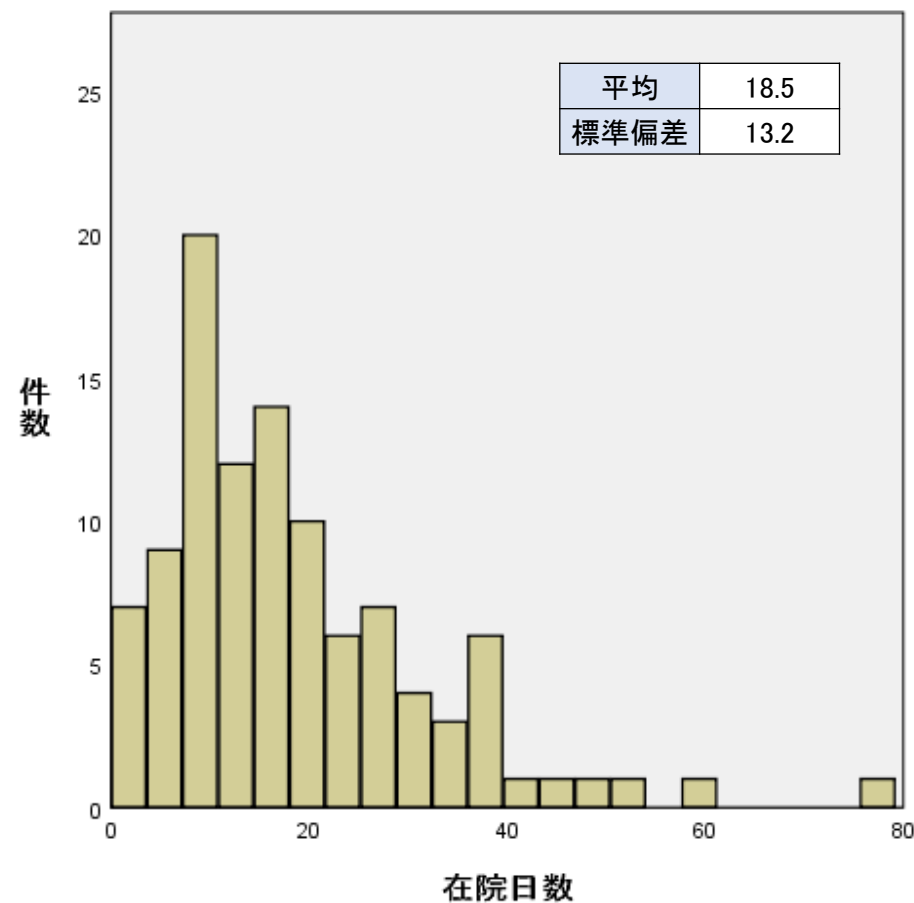
- 靱帯断裂縫合術 膝側副靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は22.5日、標準偏差は13.9日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は18.5日、標準偏差は13.2日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

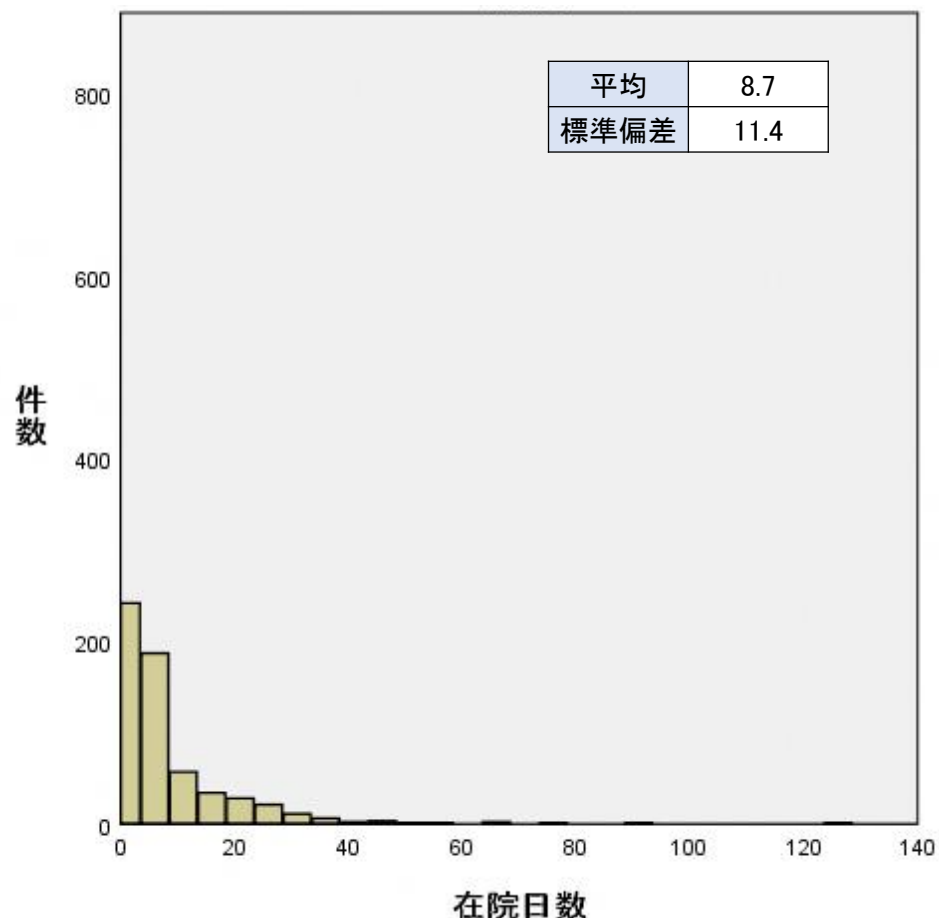


K0743 靱帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靱帯

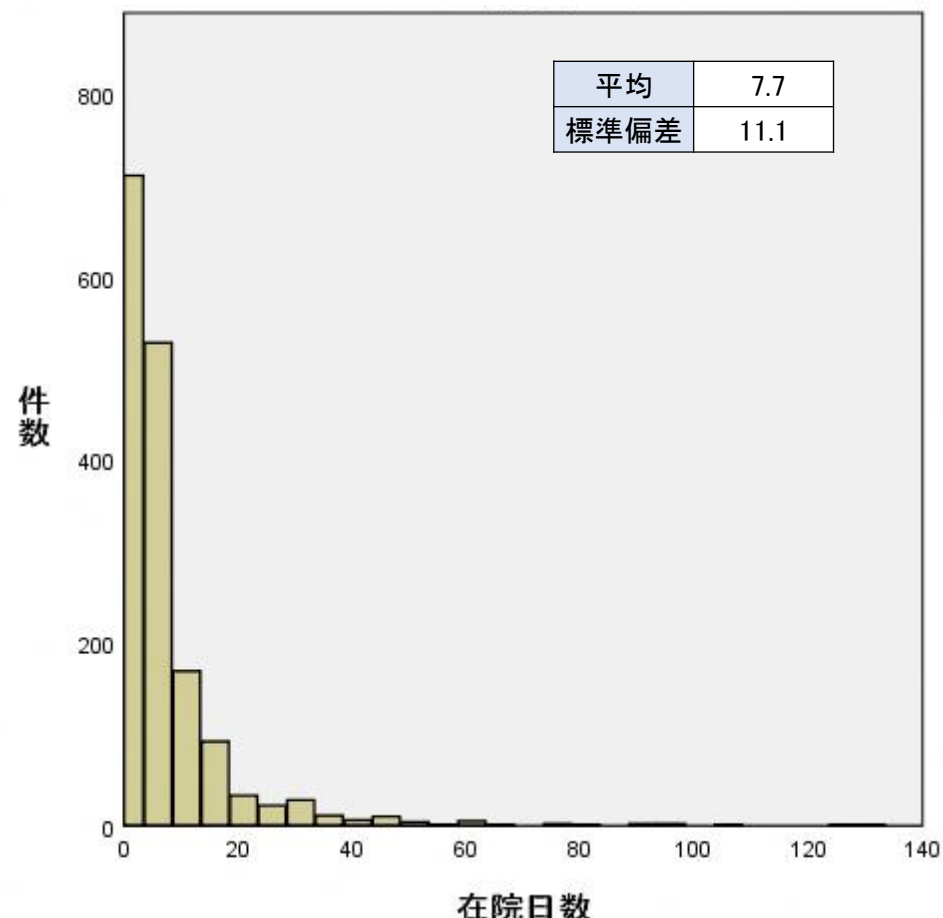
- 靱帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は8.7日、標準偏差は11.4日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.7日、標準偏差は11.1日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

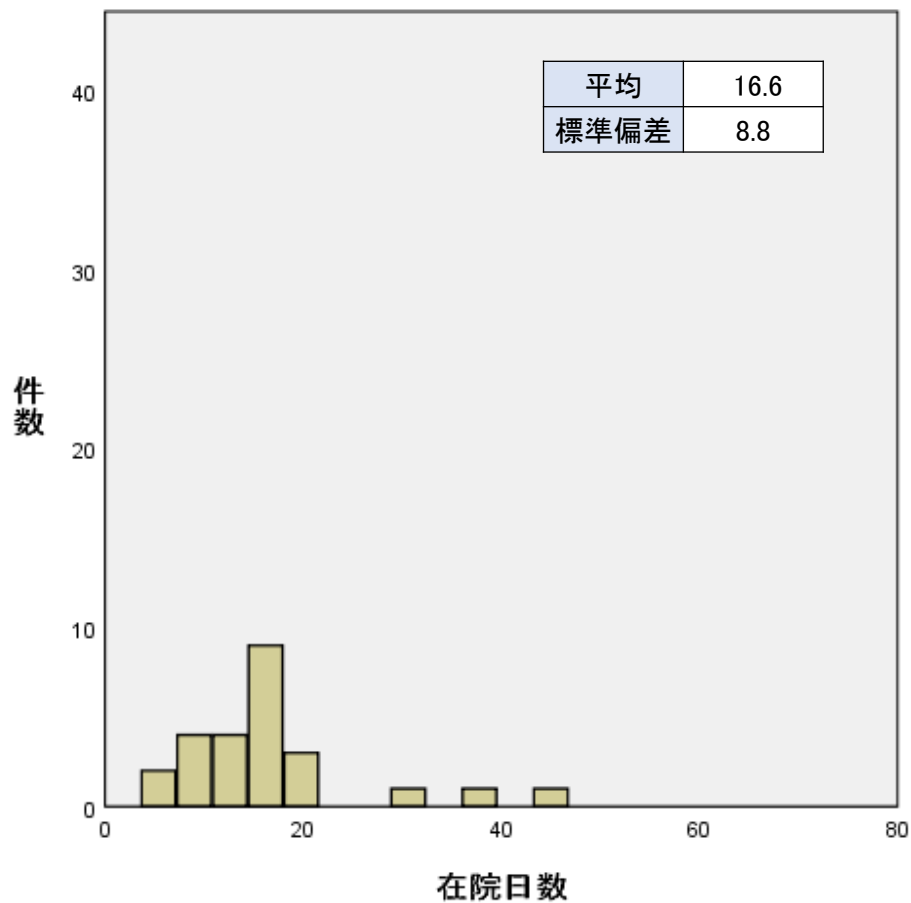


K074-21 関節鏡下靱帯断裂縫合術 十字靱帯

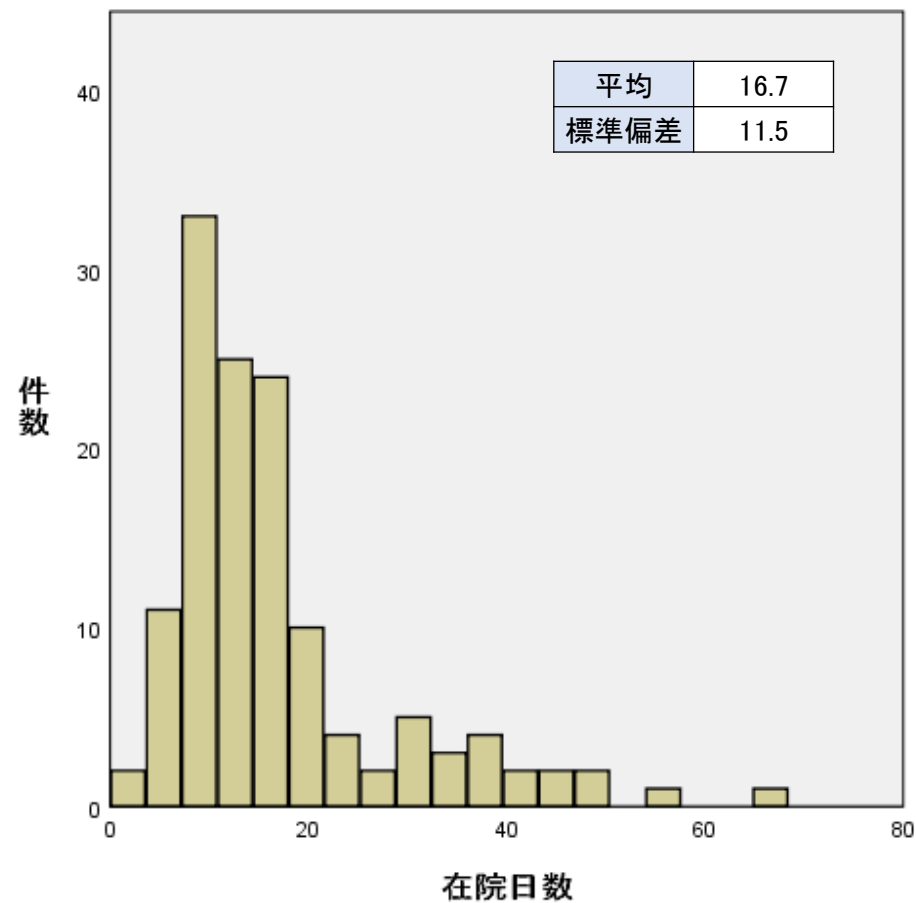
- 関節鏡下靱帯断裂縫合術 十字靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は16.6日、標準偏差は8.8日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は16.7日、標準偏差は11.5日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

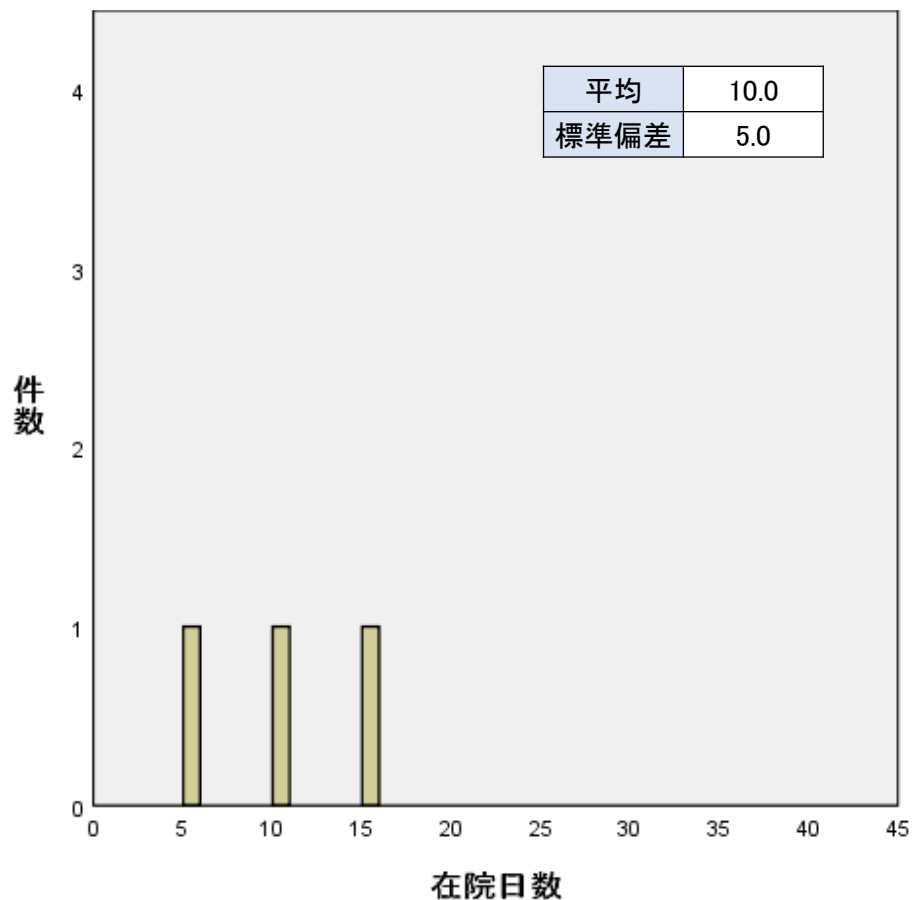


K074-22 関節鏡下靱帯断裂縫合術 膝側副靱帯

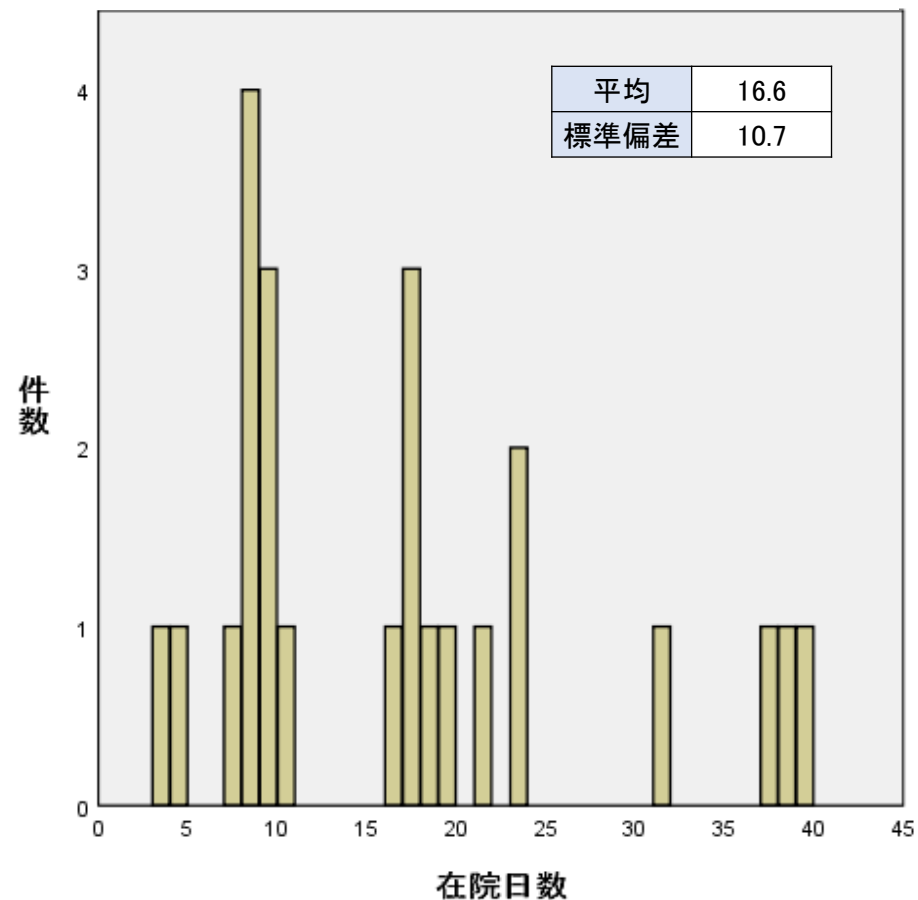
- 関節鏡下靱帯断裂縫合術 膝側副靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は10.0日、標準偏差は5.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は16.6日、標準偏差は10.7日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

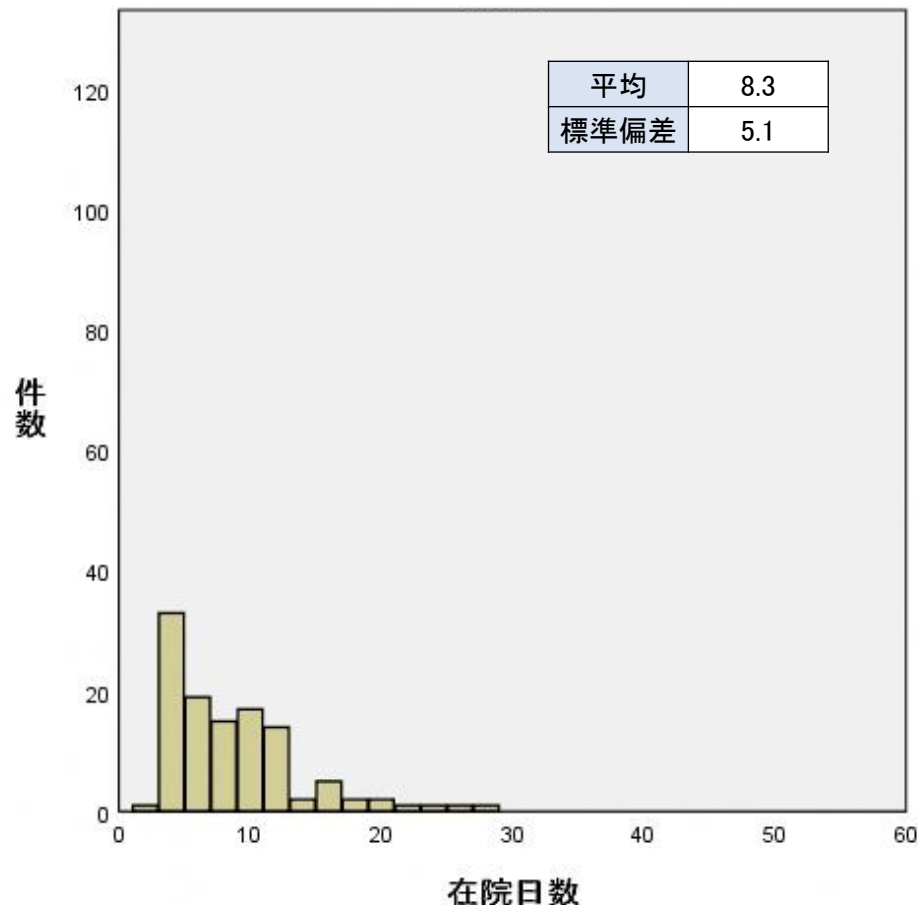


K074-23 関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯

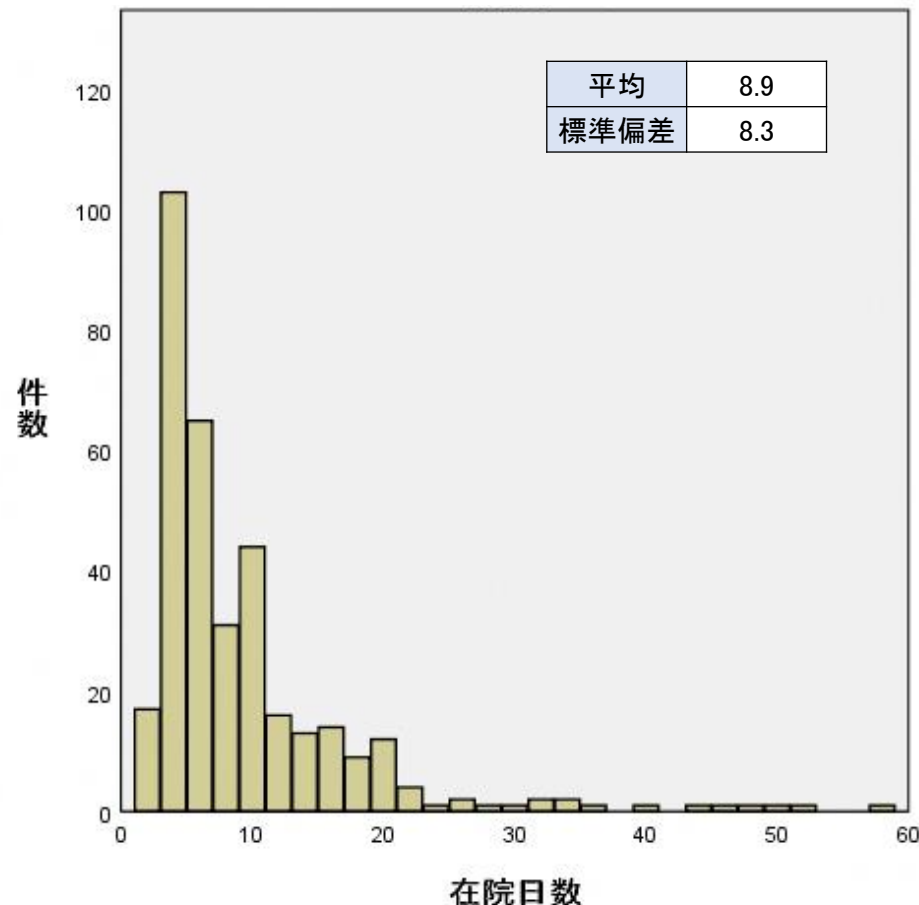
- 関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は8.3日、標準偏差は5.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は8.9日、標準偏差は8.3日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

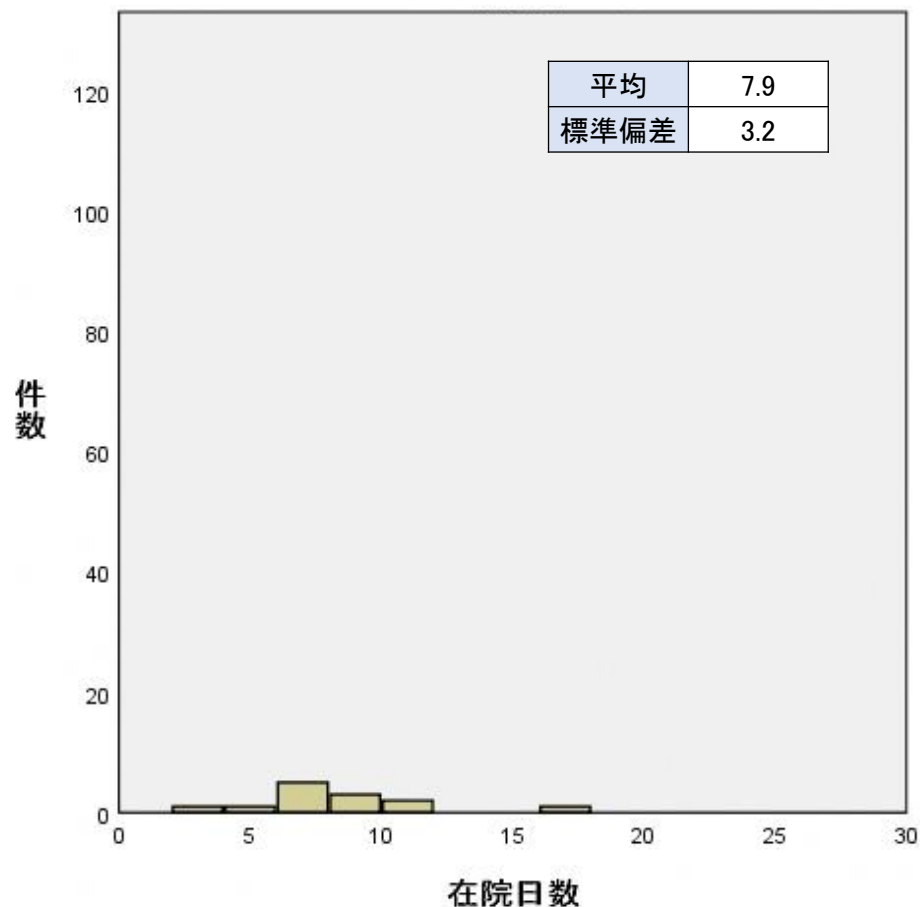


K453 顎下腺腫瘍摘出術

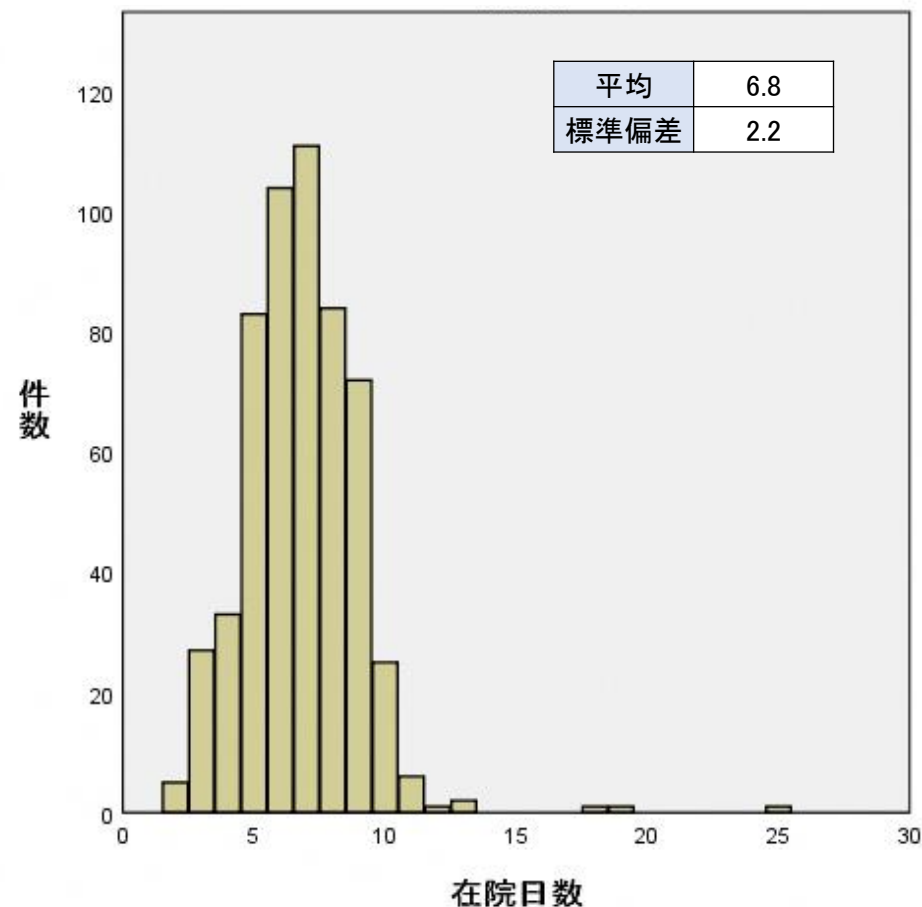
- 顎下腺腫瘍摘出術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.9日、標準偏差は3.2日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は6.8日、標準偏差は2.2日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

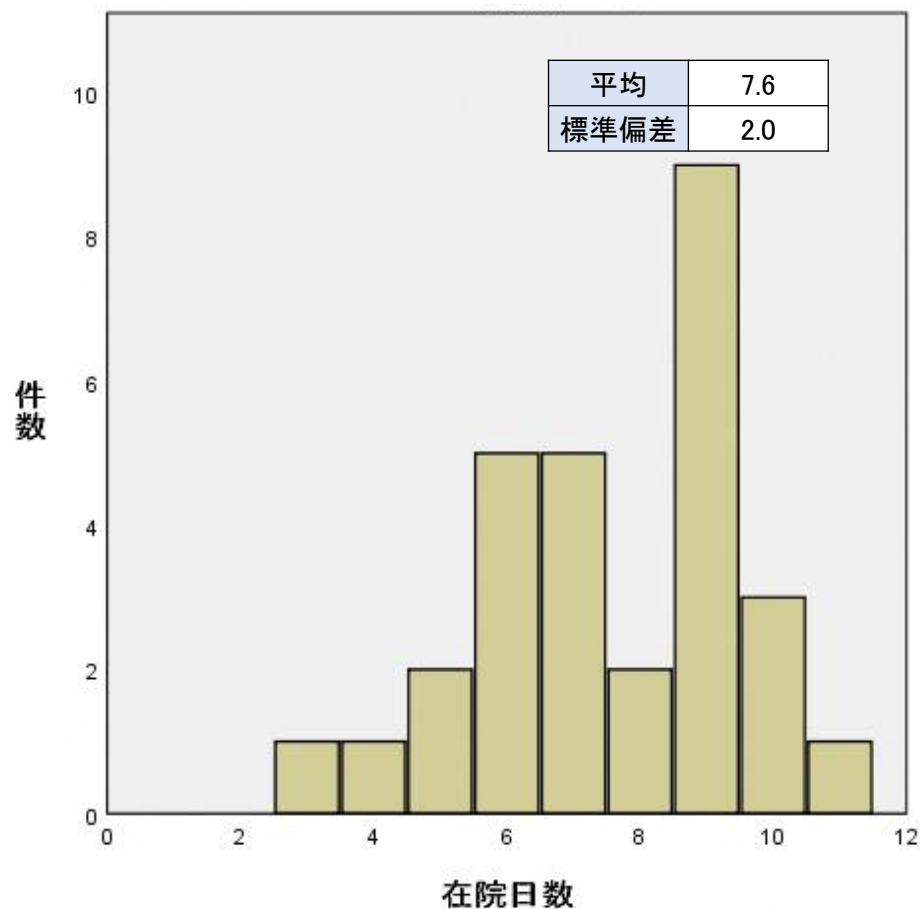


K454 顎下腺摘出術

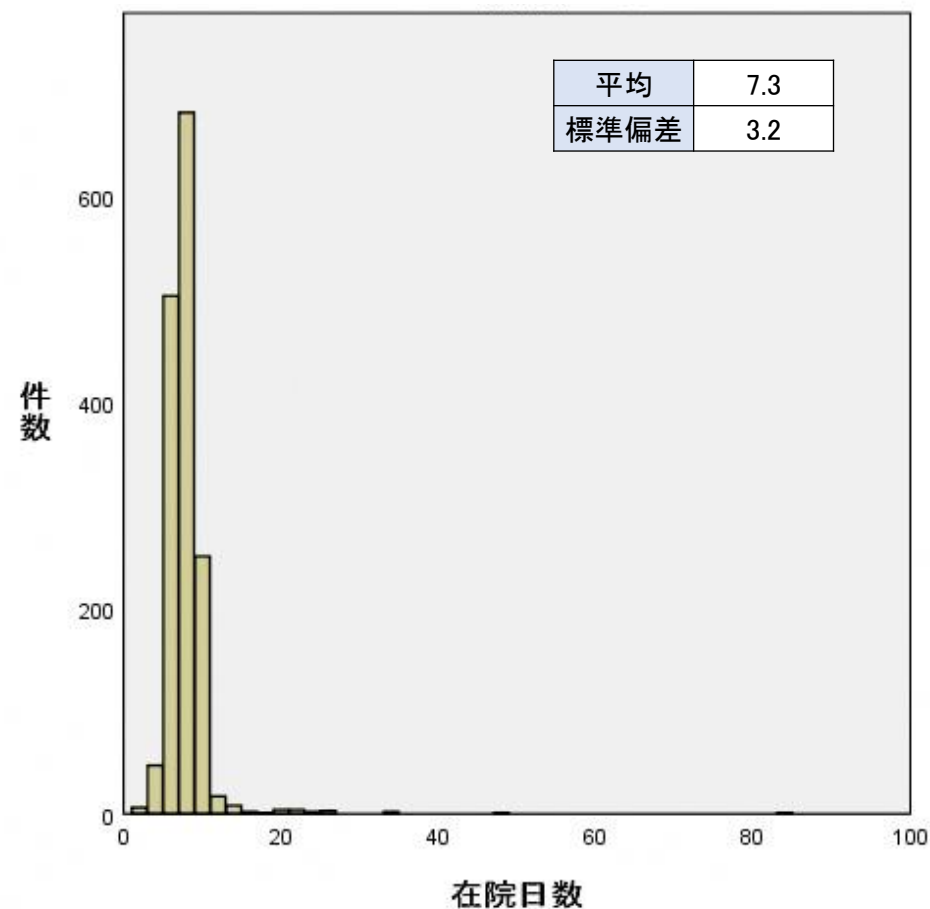
- 顎下腺摘出術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.6日、標準偏差は2.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.3日、標準偏差は3.2日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

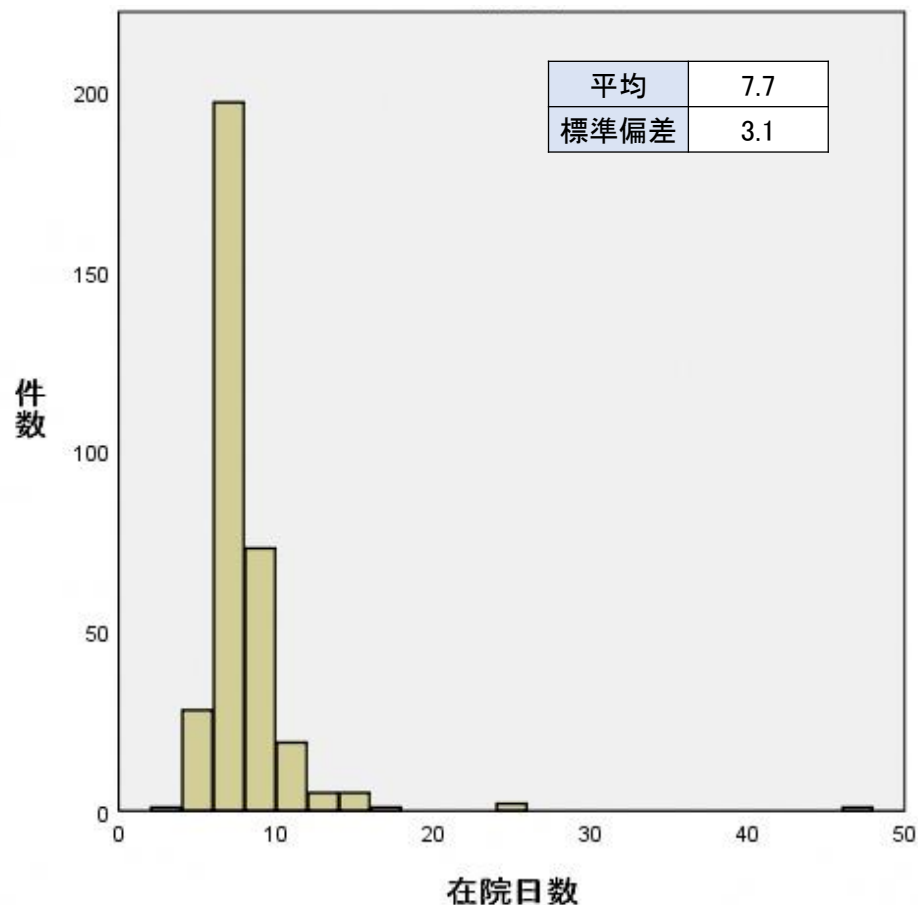


K4611 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合

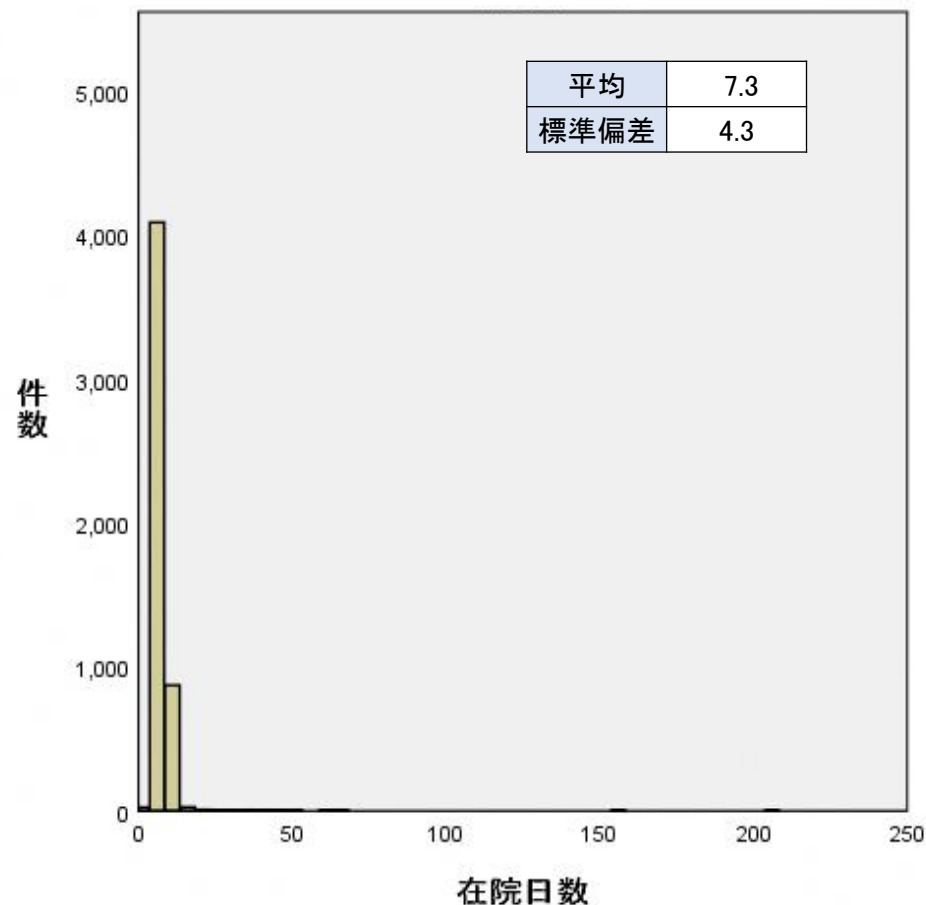
- 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.7日、標準偏差は3.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.3日、標準偏差は4.3日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

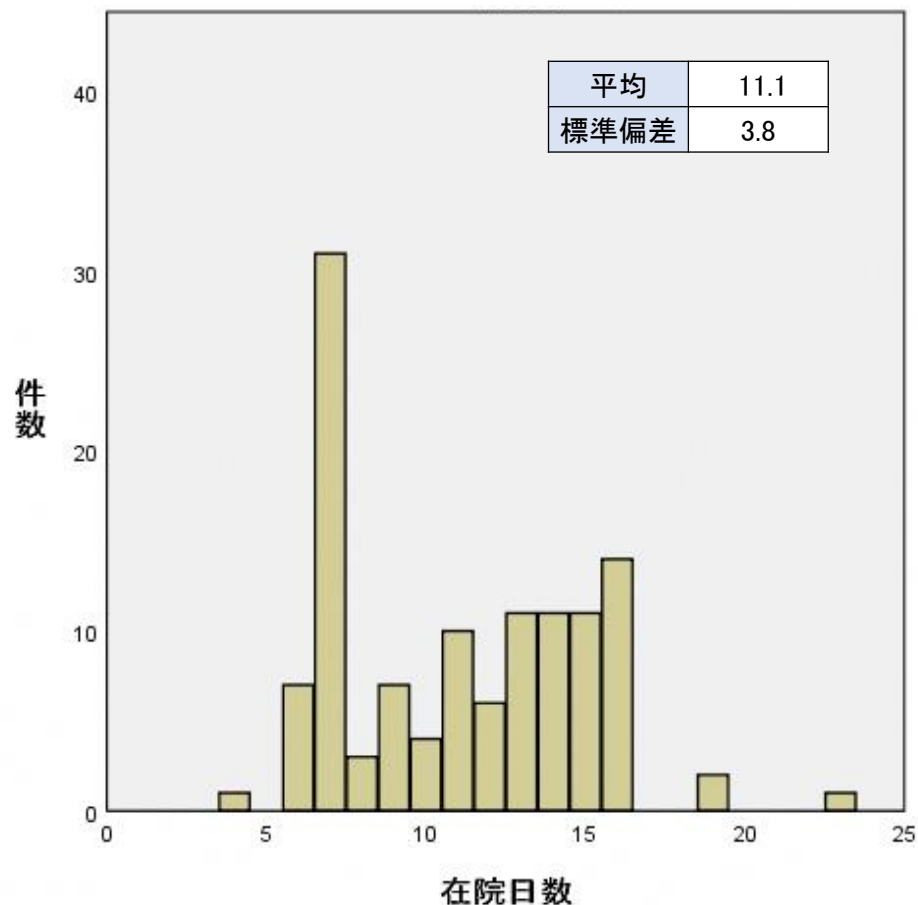


K4612 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合

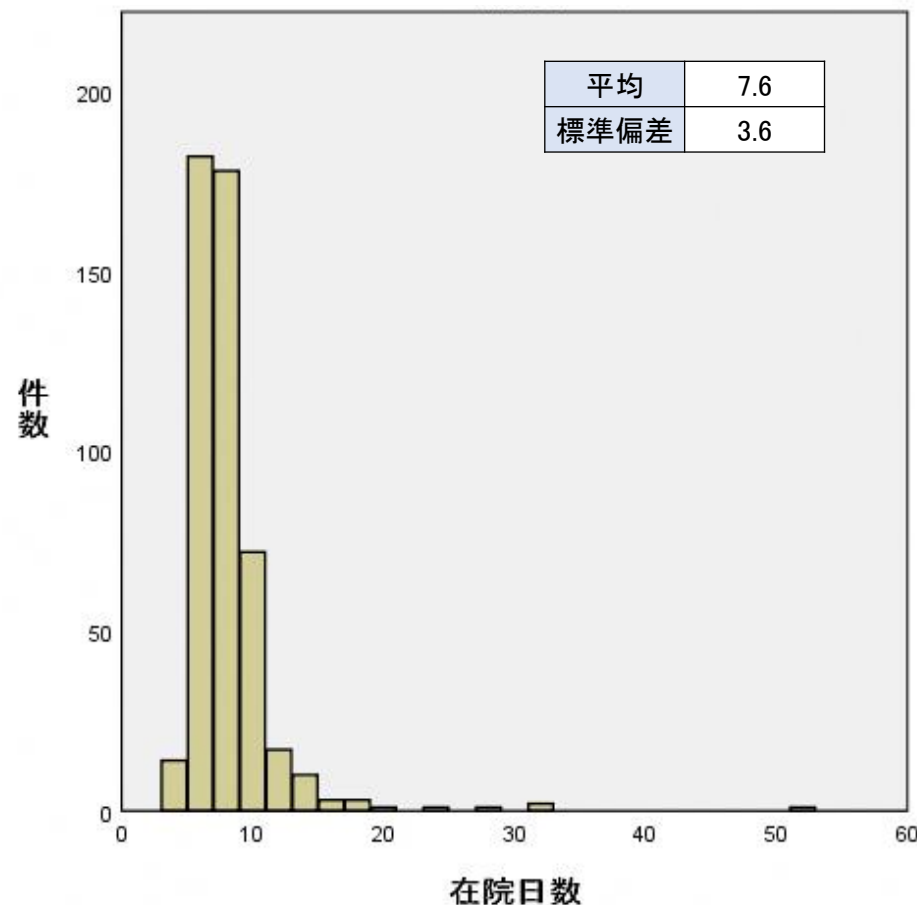
- 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合については、DPC対象病院以外の平均在院日数は11.1日、標準偏差は3.8日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.6日、標準偏差は3.6日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

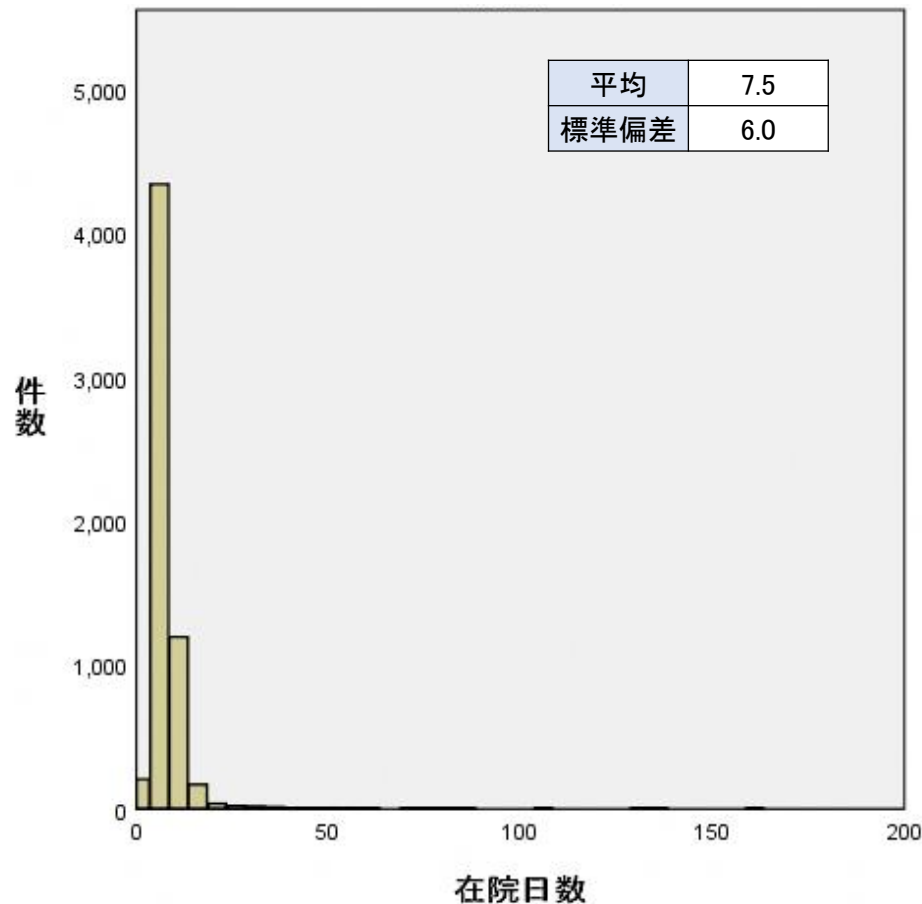


K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術

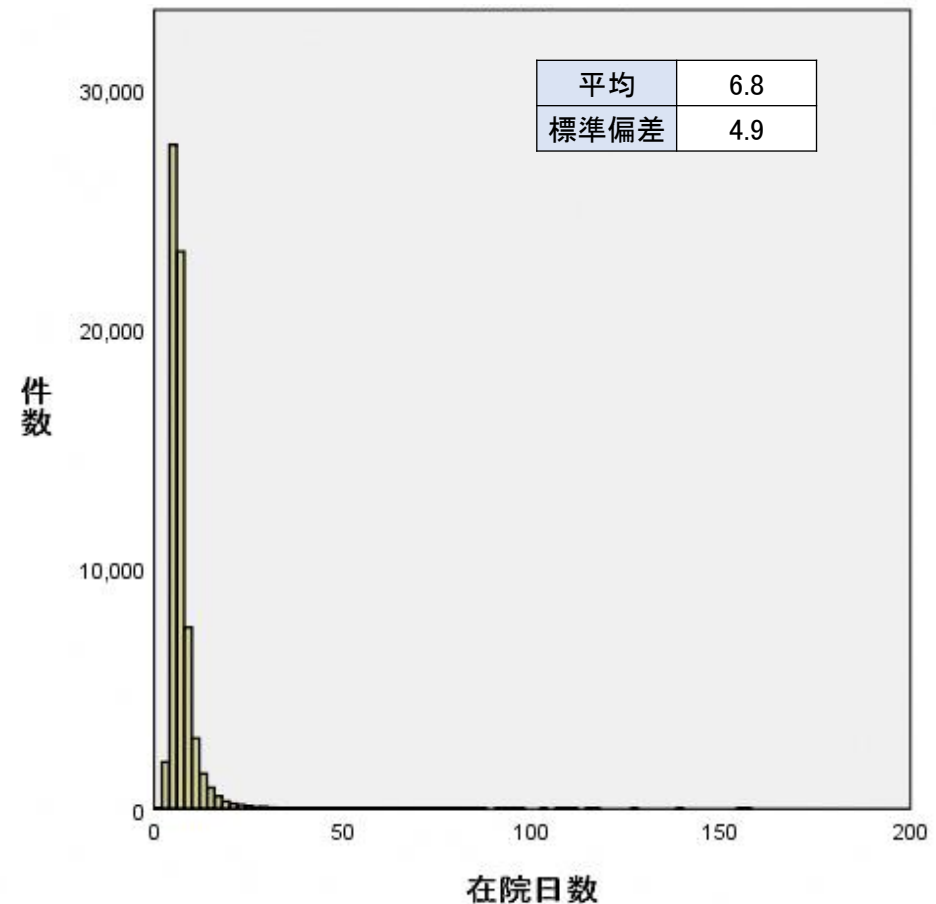
- 腹腔鏡下胆嚢摘出術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.5日、標準偏差は6.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は6.8日、標準偏差は4.9日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

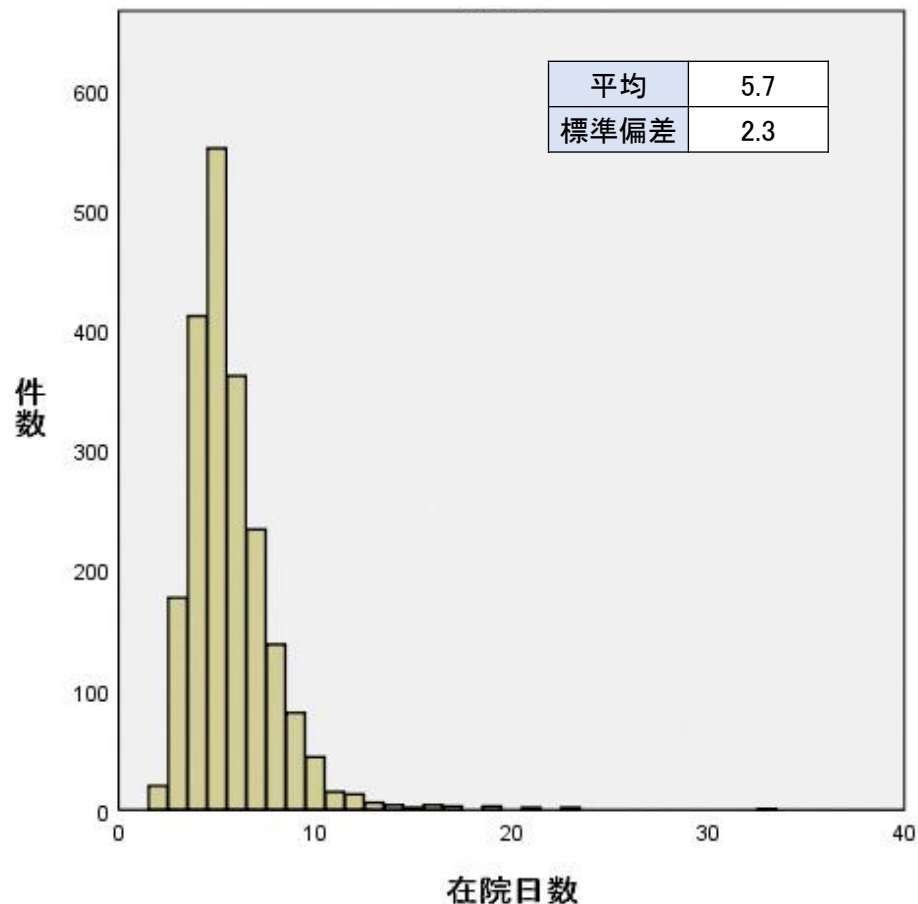


K718-21 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

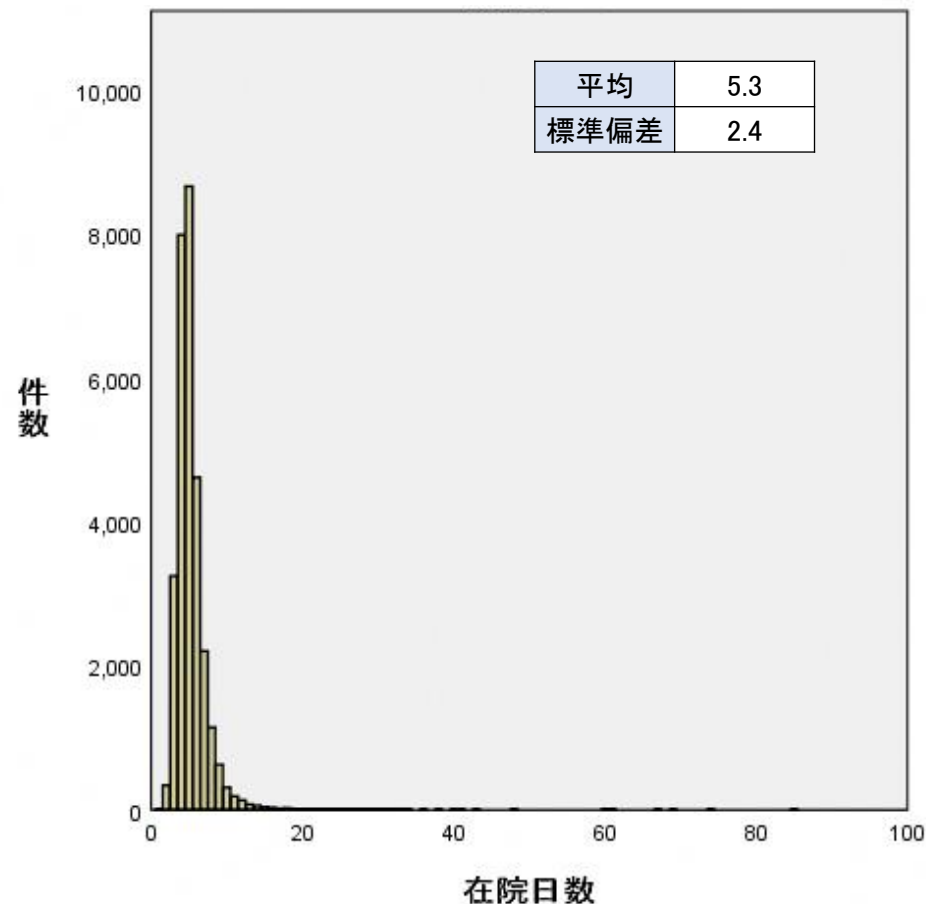
○ 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は5.7日、標準偏差は2.3日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.3日、標準偏差は2.4日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

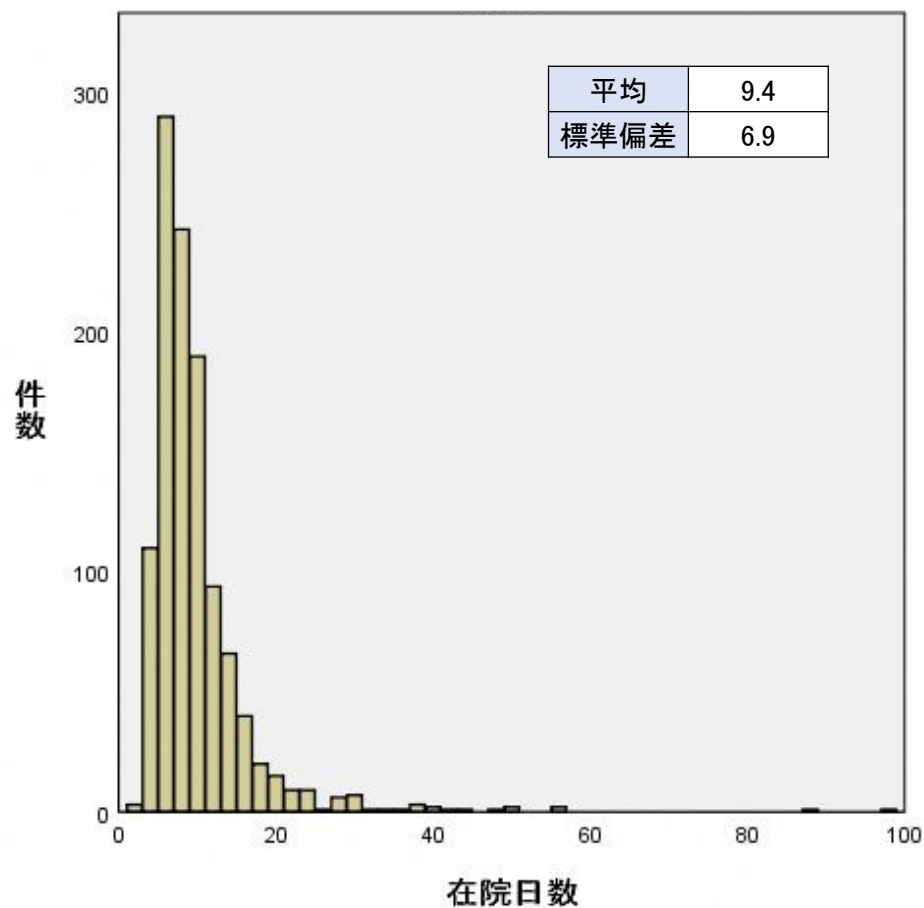


K718-22 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

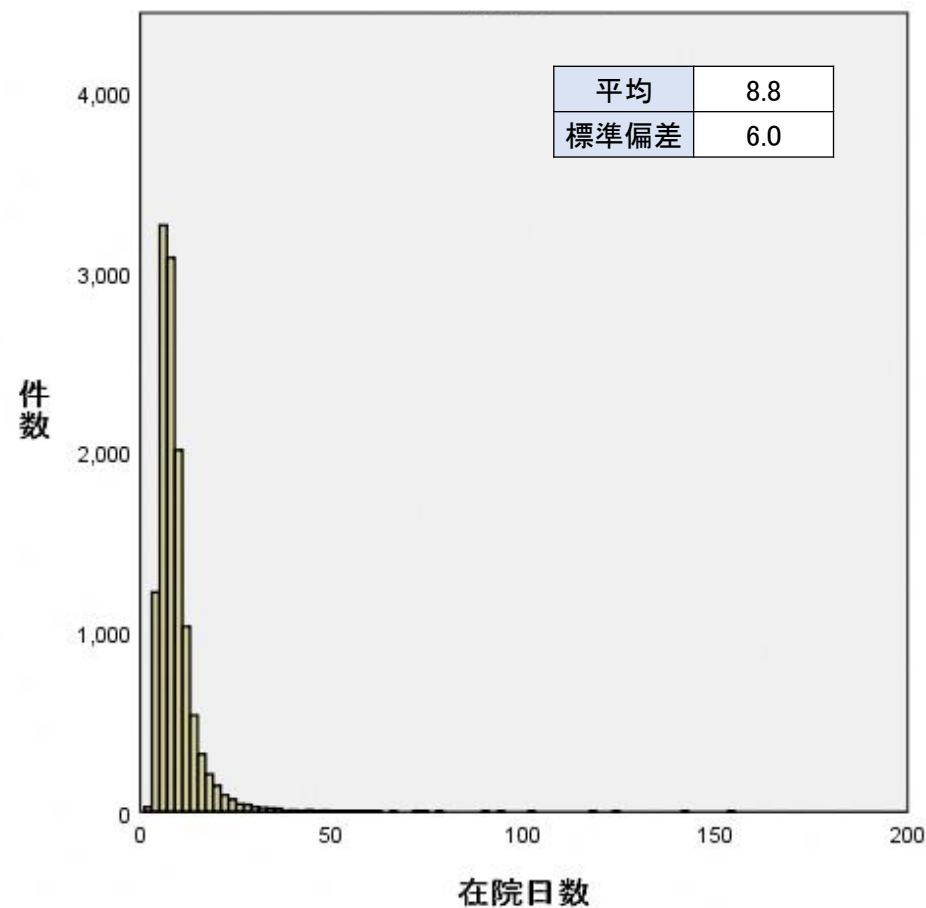
- 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.4日、標準偏差は6.9日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は8.8日、標準偏差は6.0日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

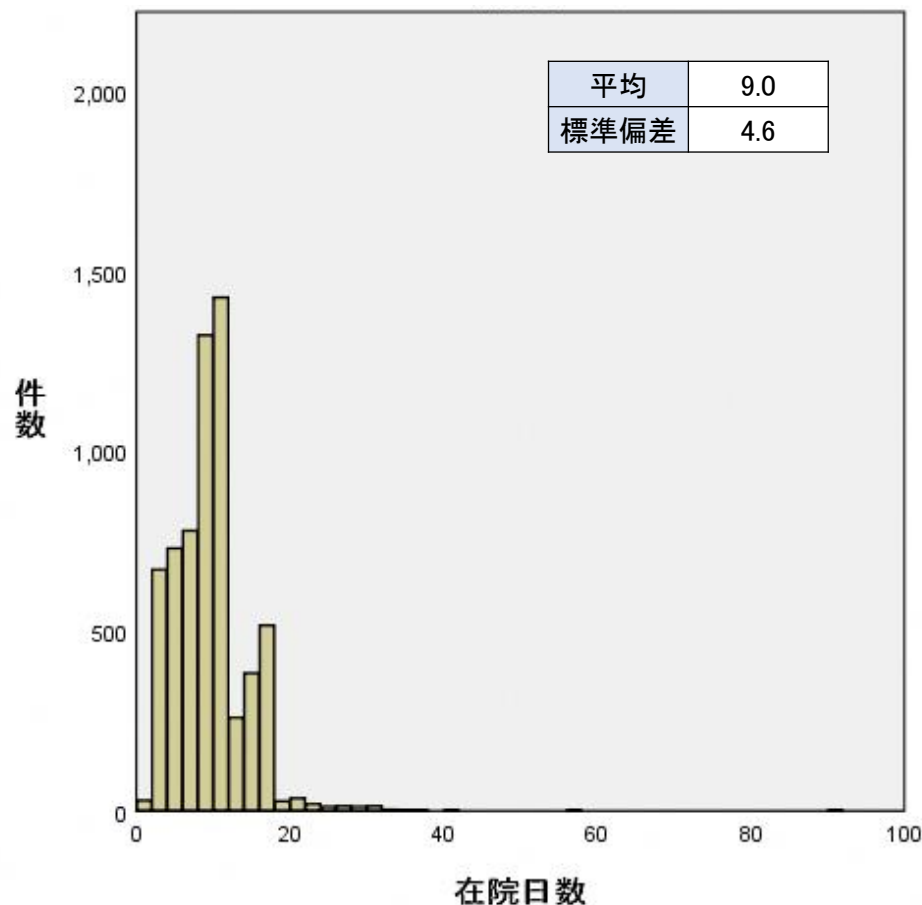


K7434 痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)

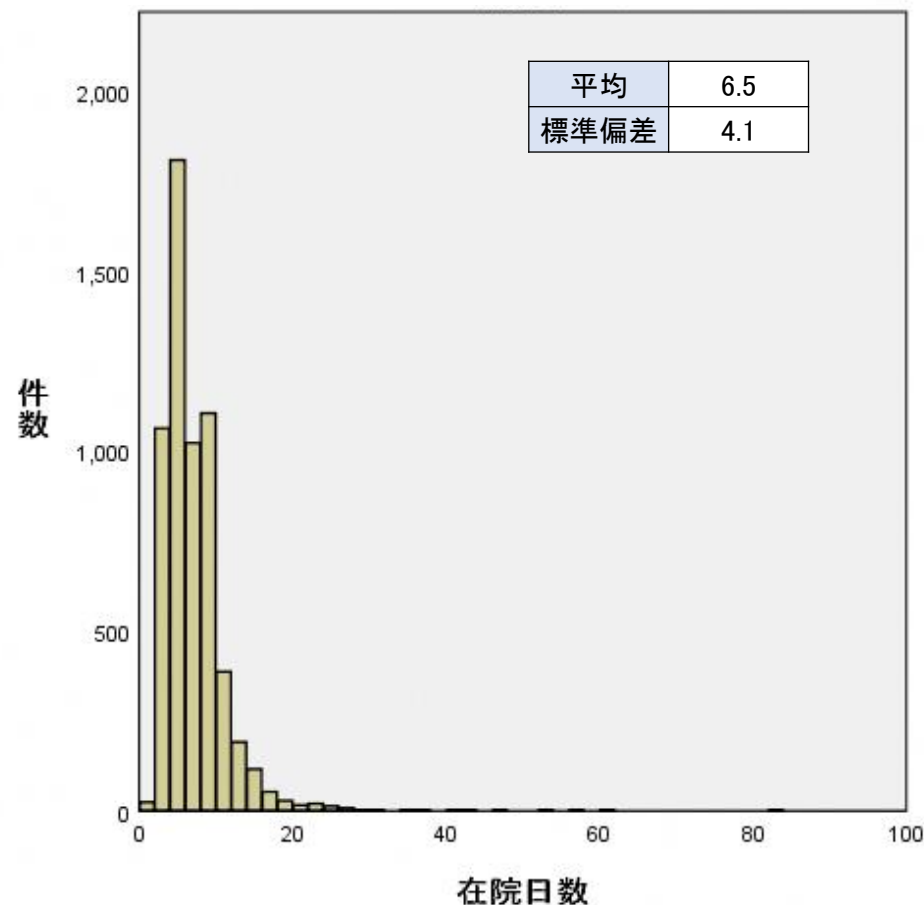
- 痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)については、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.0日、標準偏差は4.6日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は6.5日、標準偏差は4.1日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

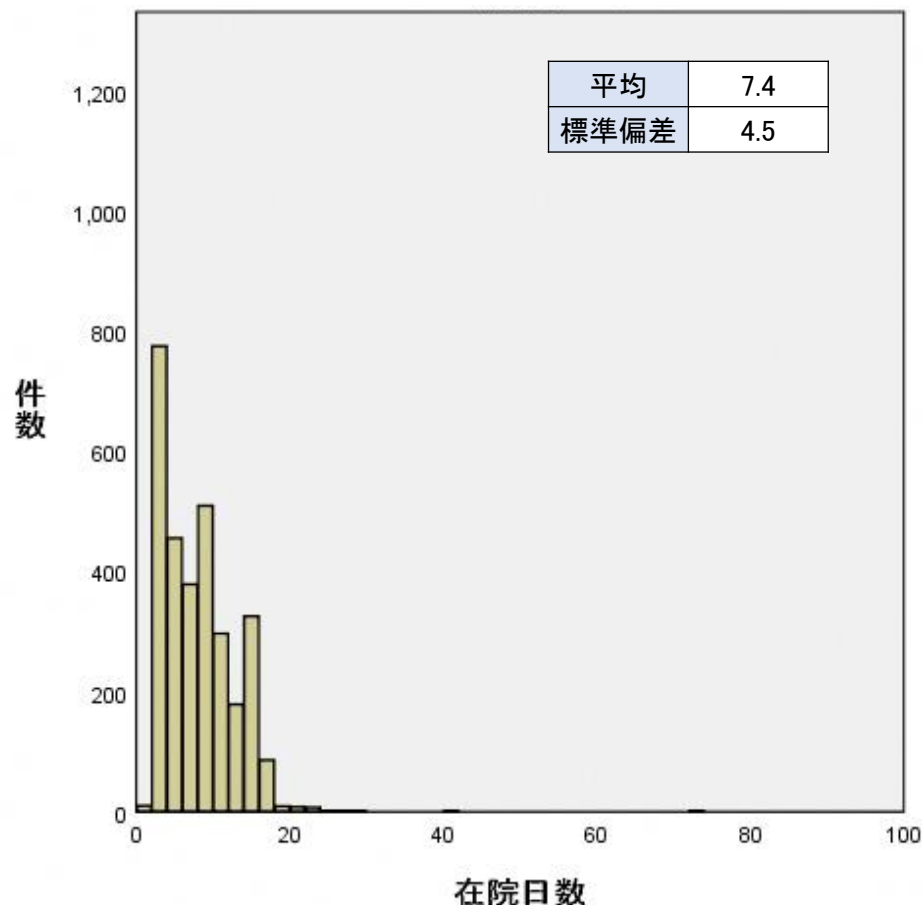


K7435 痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)

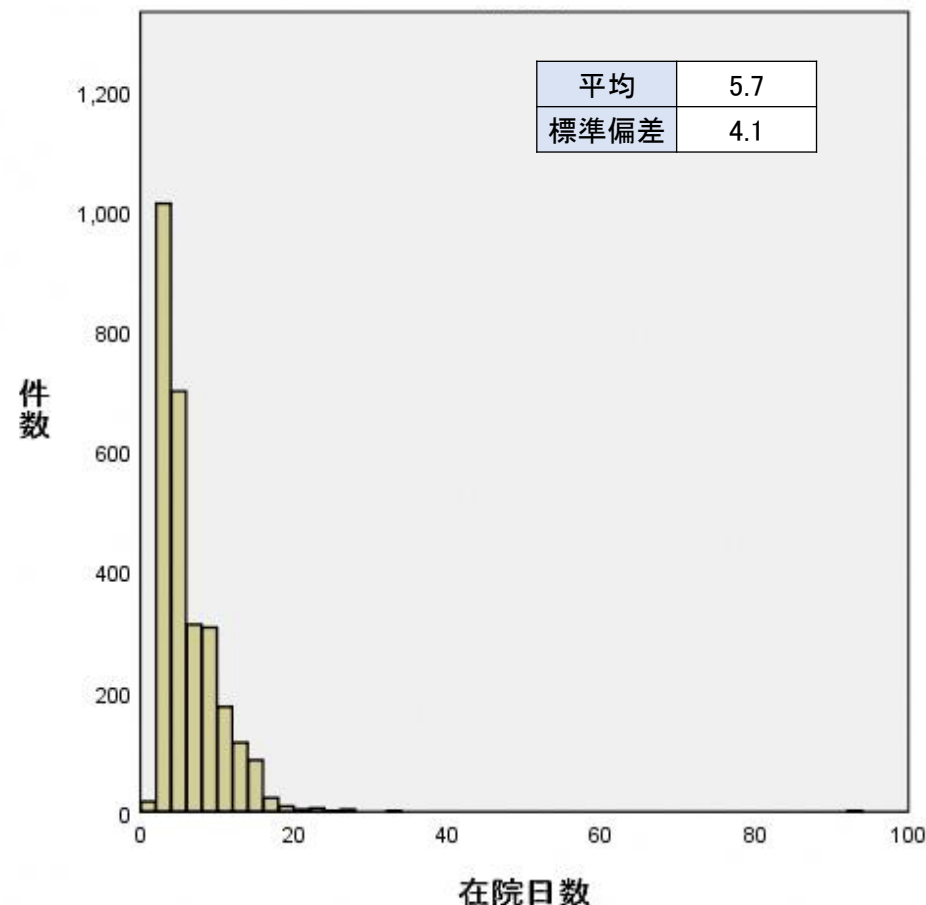
- 痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.4日、標準偏差は4.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.7日、標準偏差は4.1日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

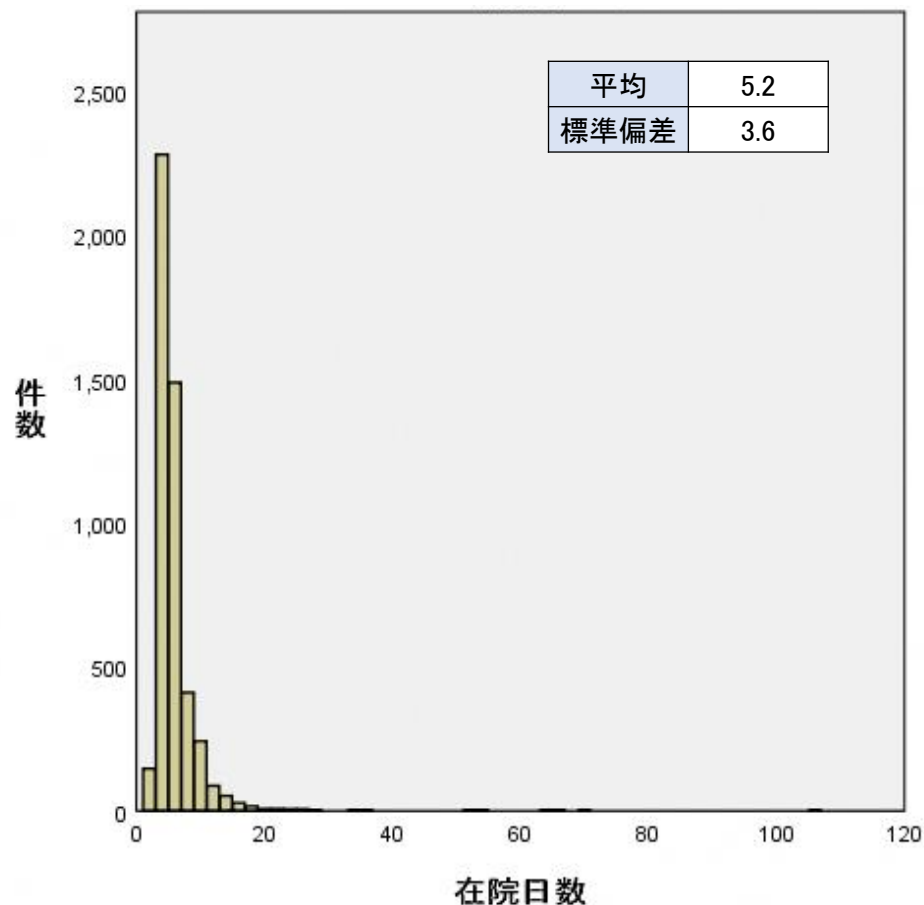


K7811 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの

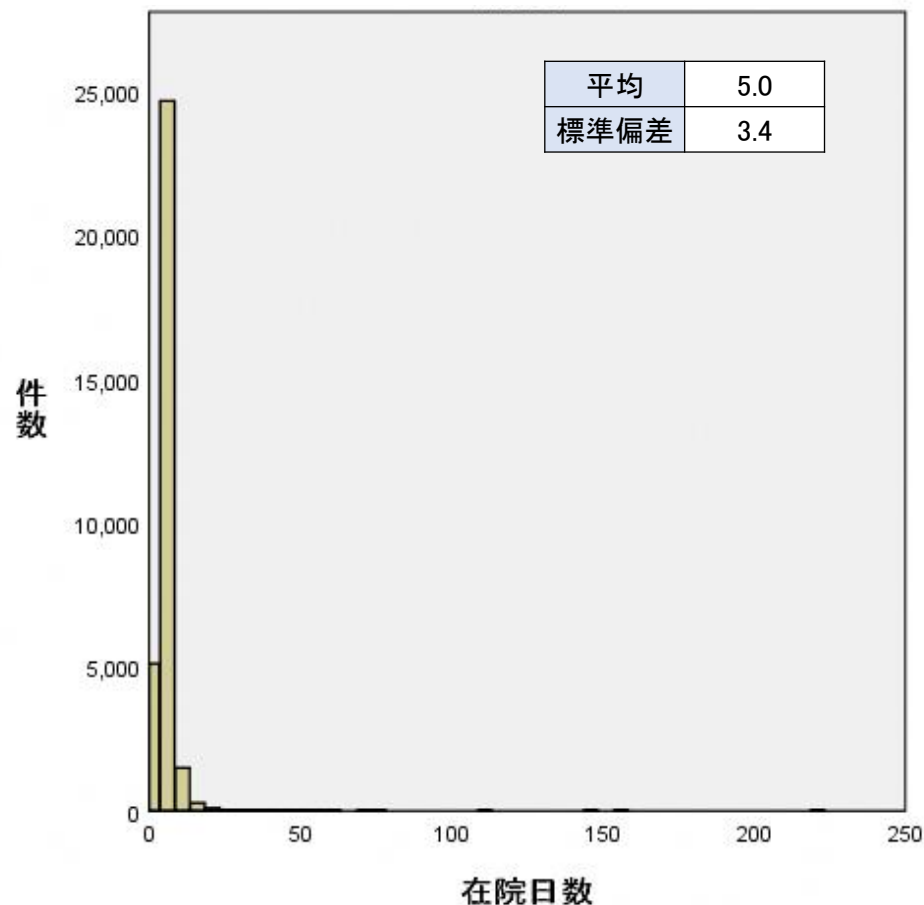
- 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は5.2日、標準偏差は3.6日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.0日、標準偏差は3.4日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

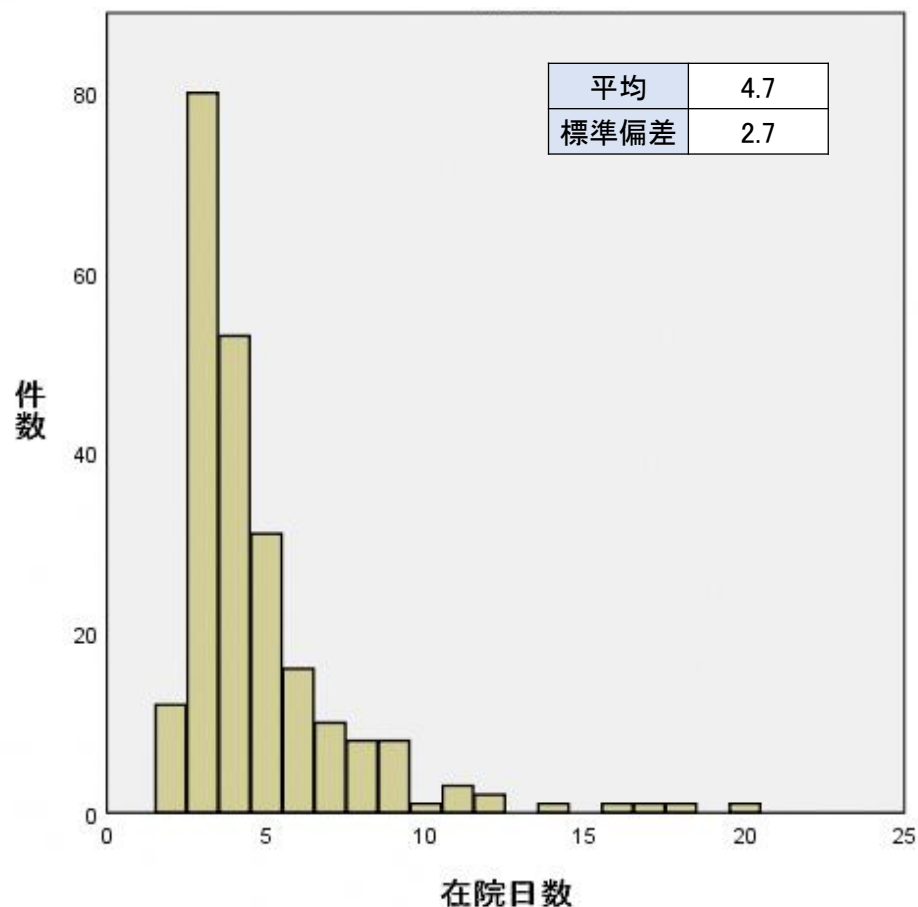


K7812 経尿道的尿路結石除去術 その他のもの

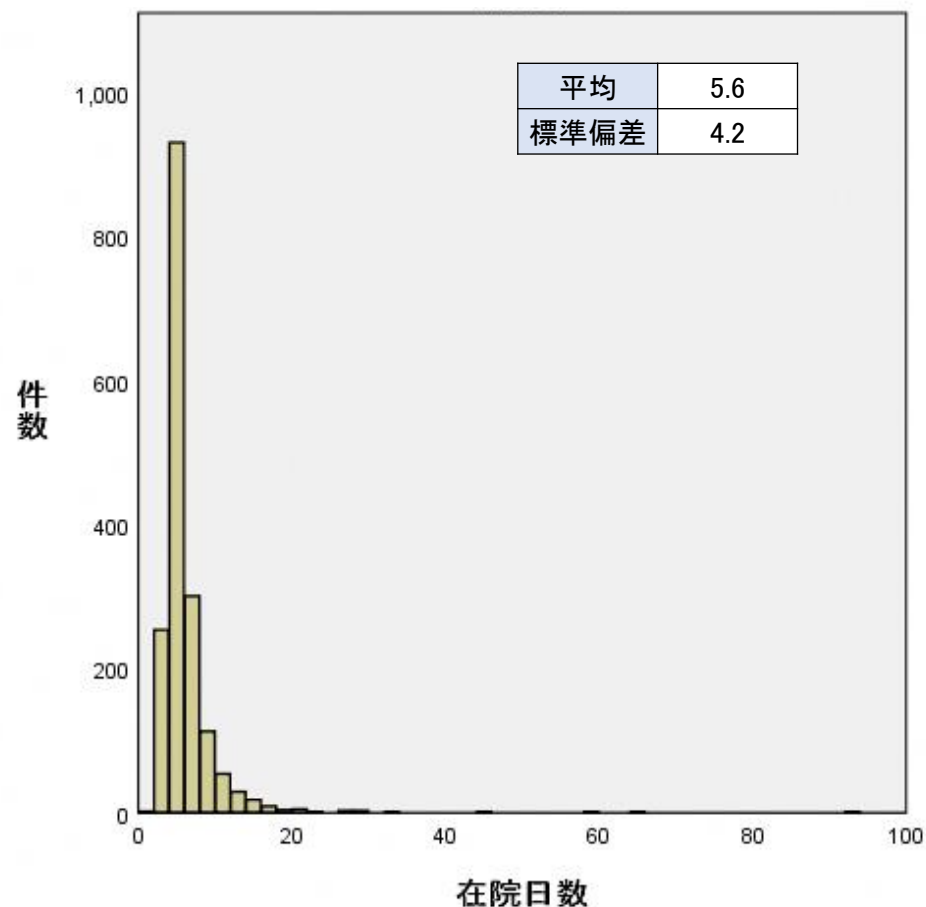
- 経尿道的尿路結石除去術 その他のものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は4.7日、標準偏差は2.7日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.6日、標準偏差は4.2日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

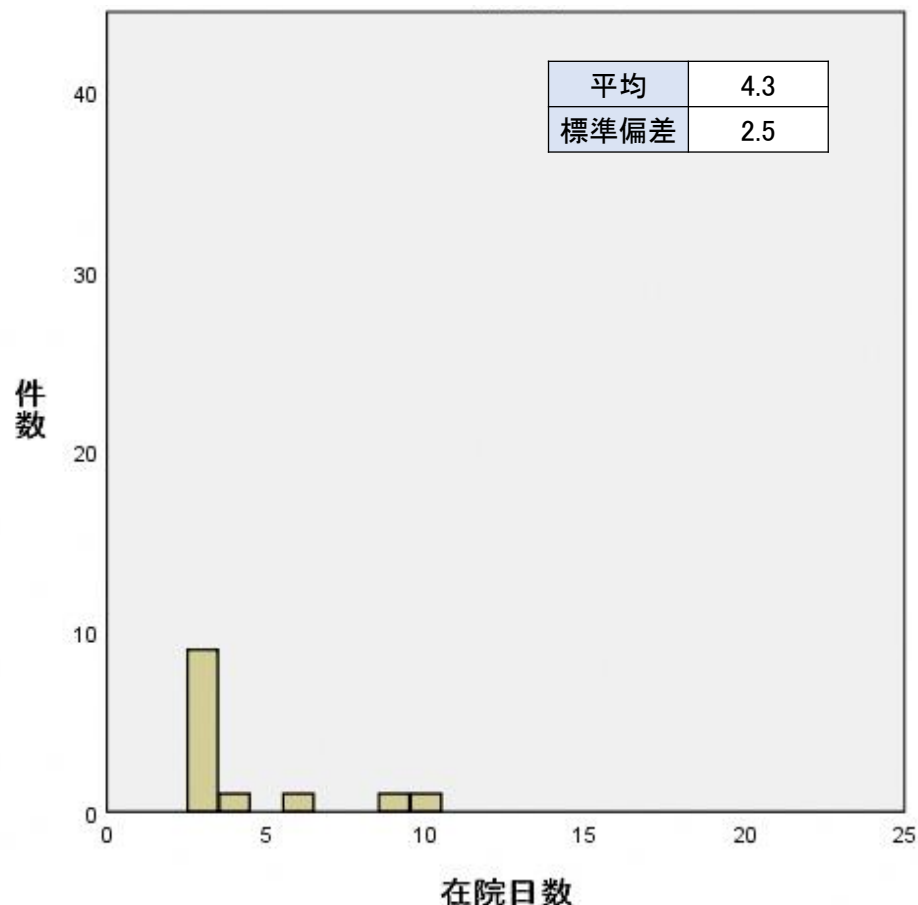


K8231 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの

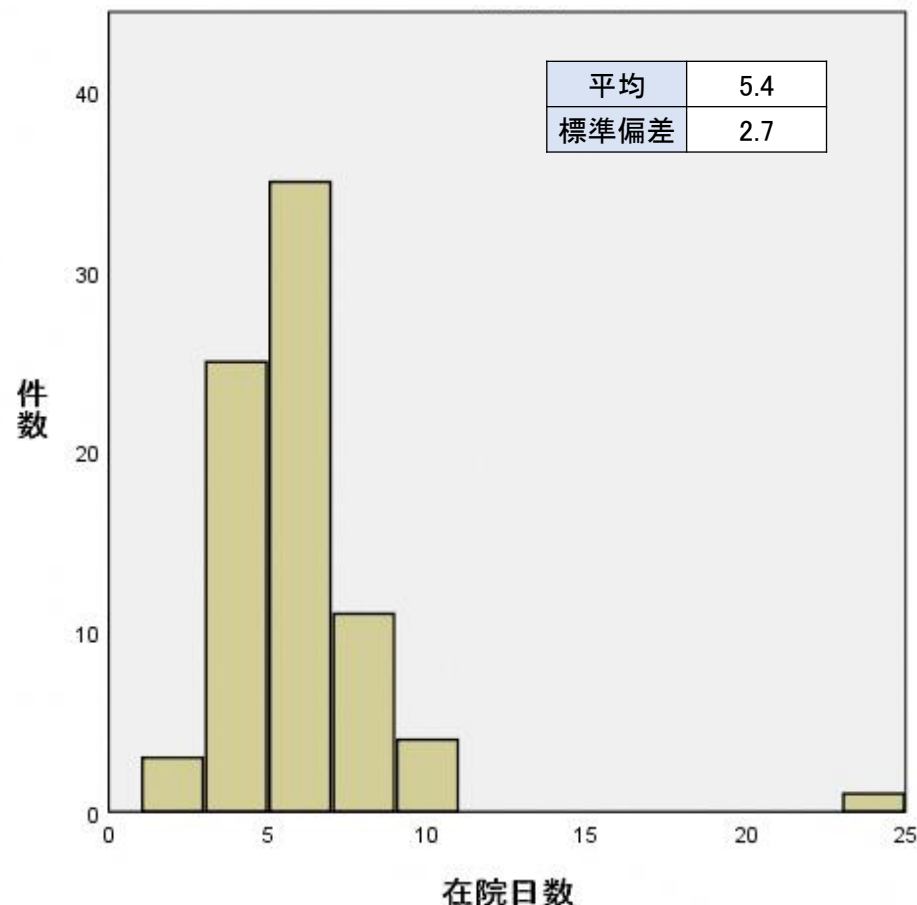
- 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は4.3日、標準偏差は2.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.4日、標準偏差は2.7日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

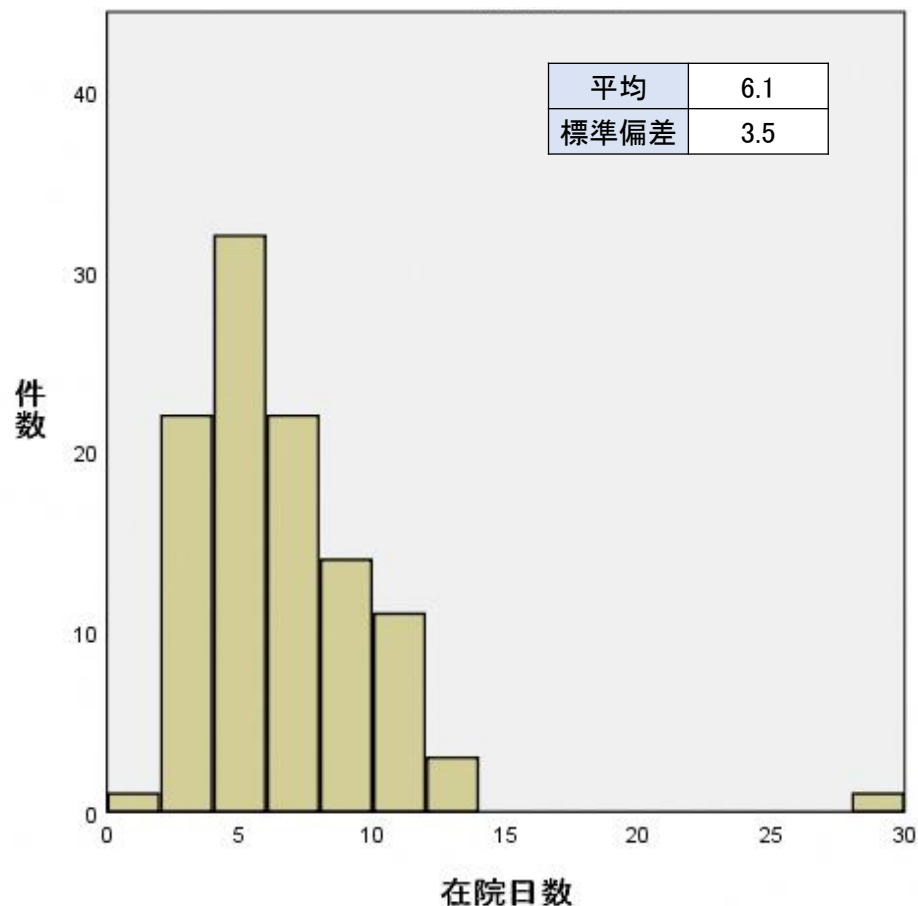


K8232 尿失禁手術 その他のもの

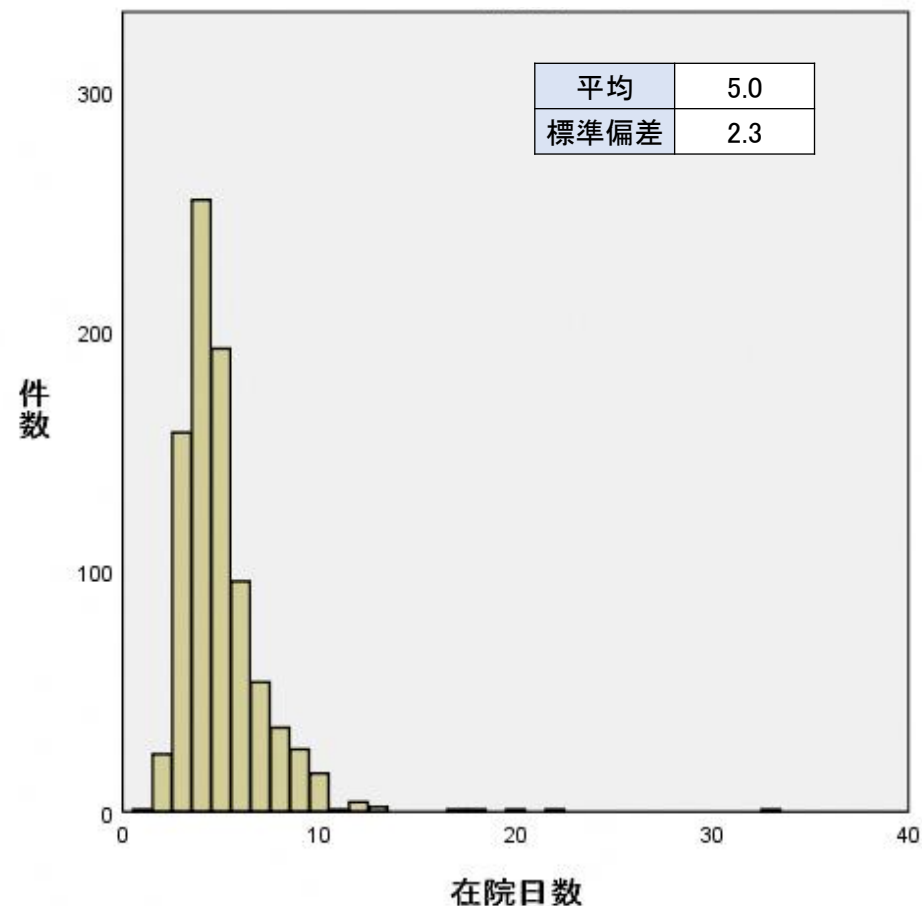
- 尿失禁手術 その他のものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は6.1日、標準偏差は3.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.0日、標準偏差は2.3日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

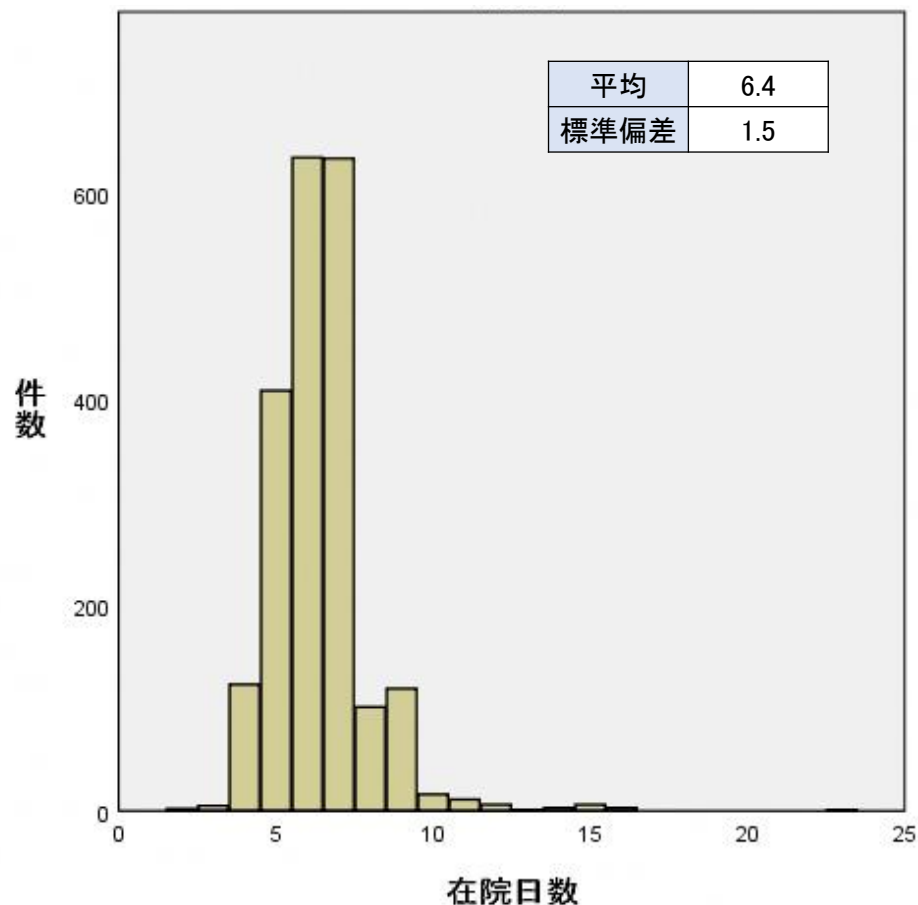


K8882 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 腹腔鏡によるもの

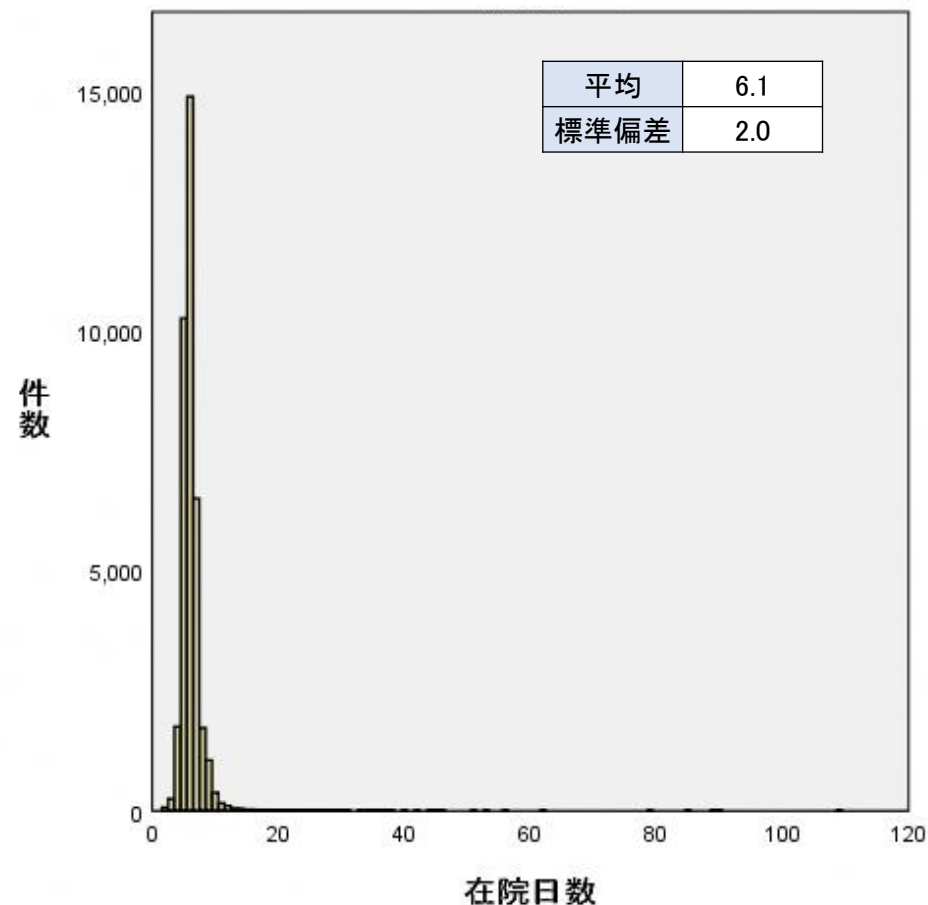
- 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 腹腔鏡によるものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は6.4日、標準偏差は1.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は6.1日、標準偏差は2.0日であった。

<在院日数の分布>

DPC対象病院以外



DPC対象病院

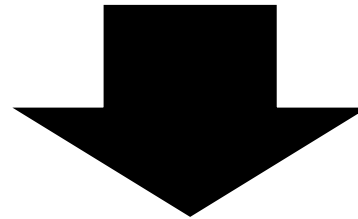


短期滞在手術等基本料に係る主な指摘事項②

入院医療等の調査・評価分科会

(8月6日)

- (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うち、一定の症例数があり、在院日数が収斂しているものについて)在院日数は収斂しているが、出来高点数はかなり幅がある。出来高実績点数に、なぜバリエーションがあるのかという分析が必要ではないか。



- 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、出来高実績点数を分析した。

【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

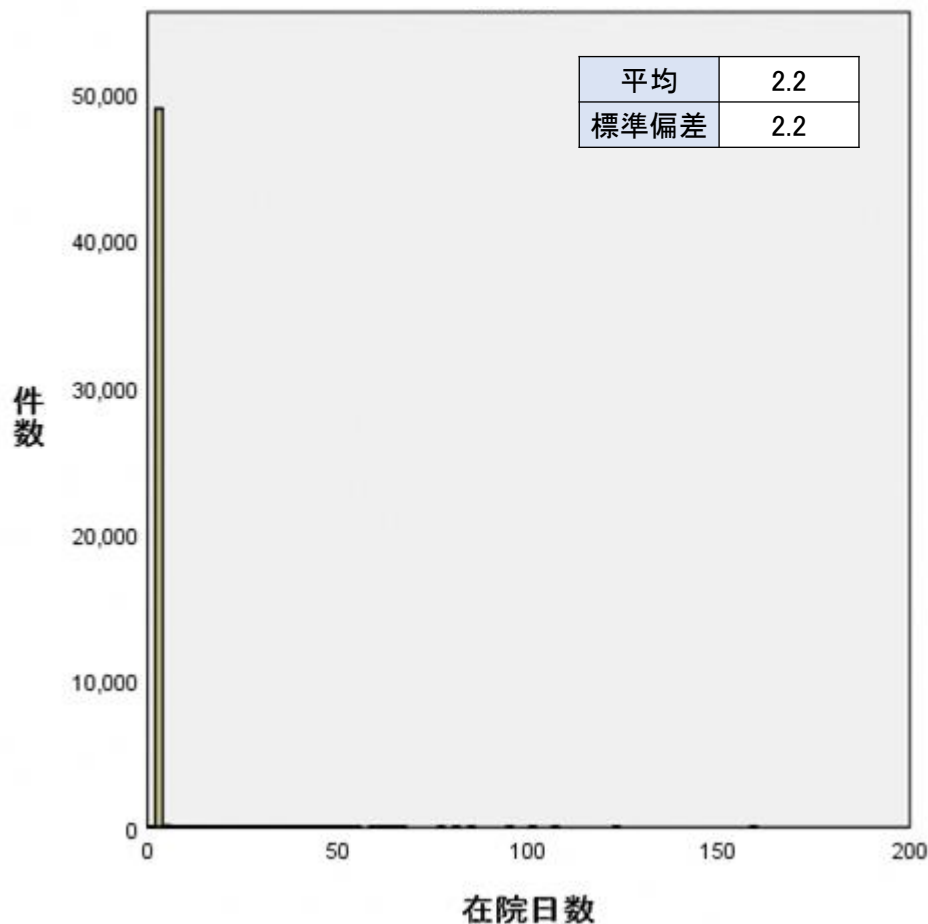
- 該当症例数が100件以上
- 在院日数が以下のいずれか
 1. 在院日数の平均+1SDが5日以内
 2. 在院日数の平均+1SDが7日以内

(例)D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)

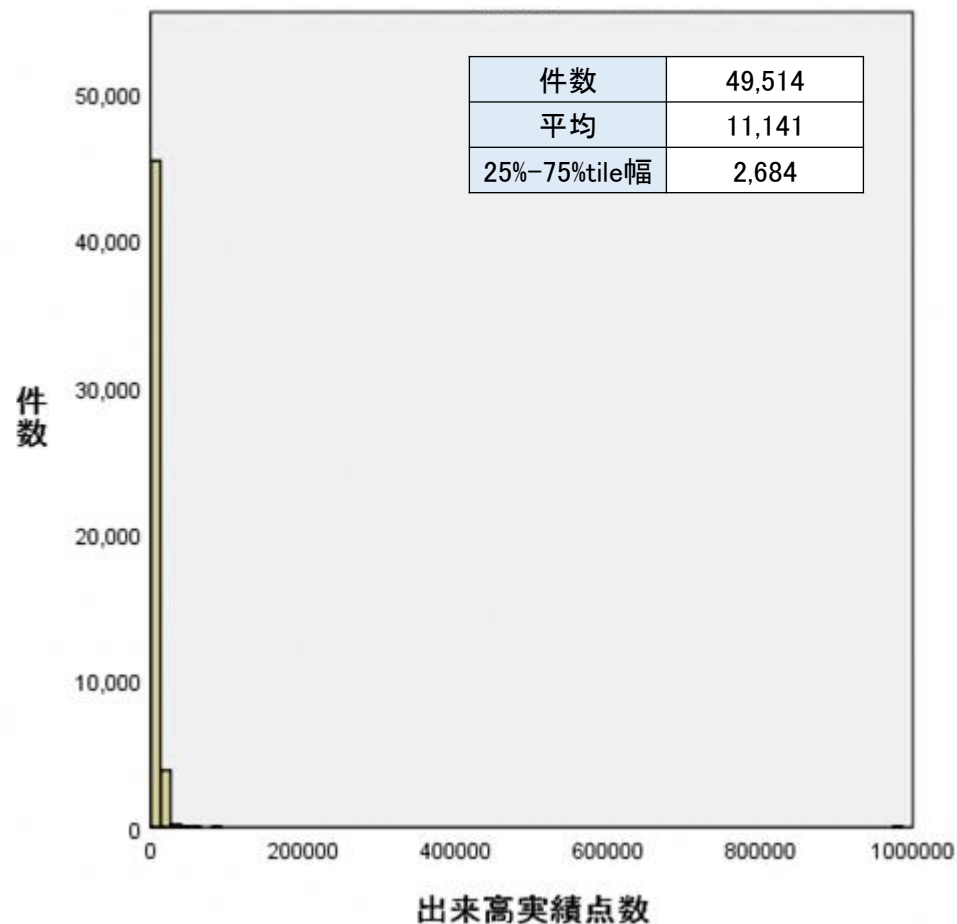
診調組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 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>



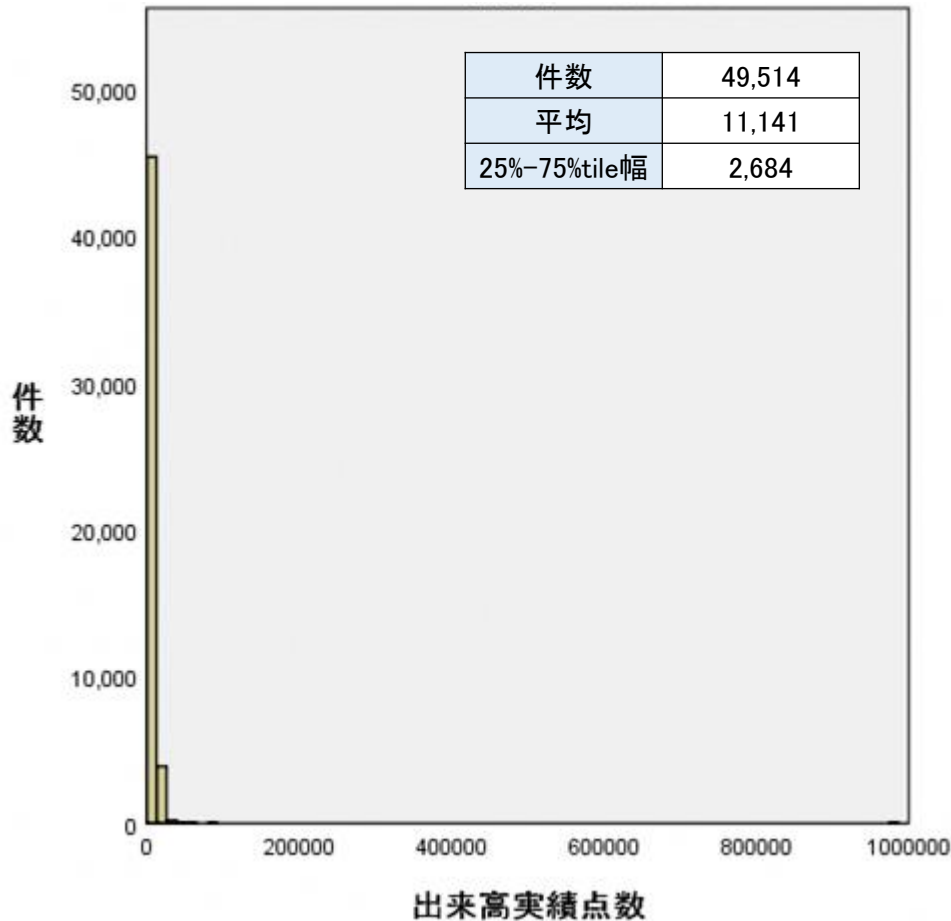
<出来高実績点数の分布>



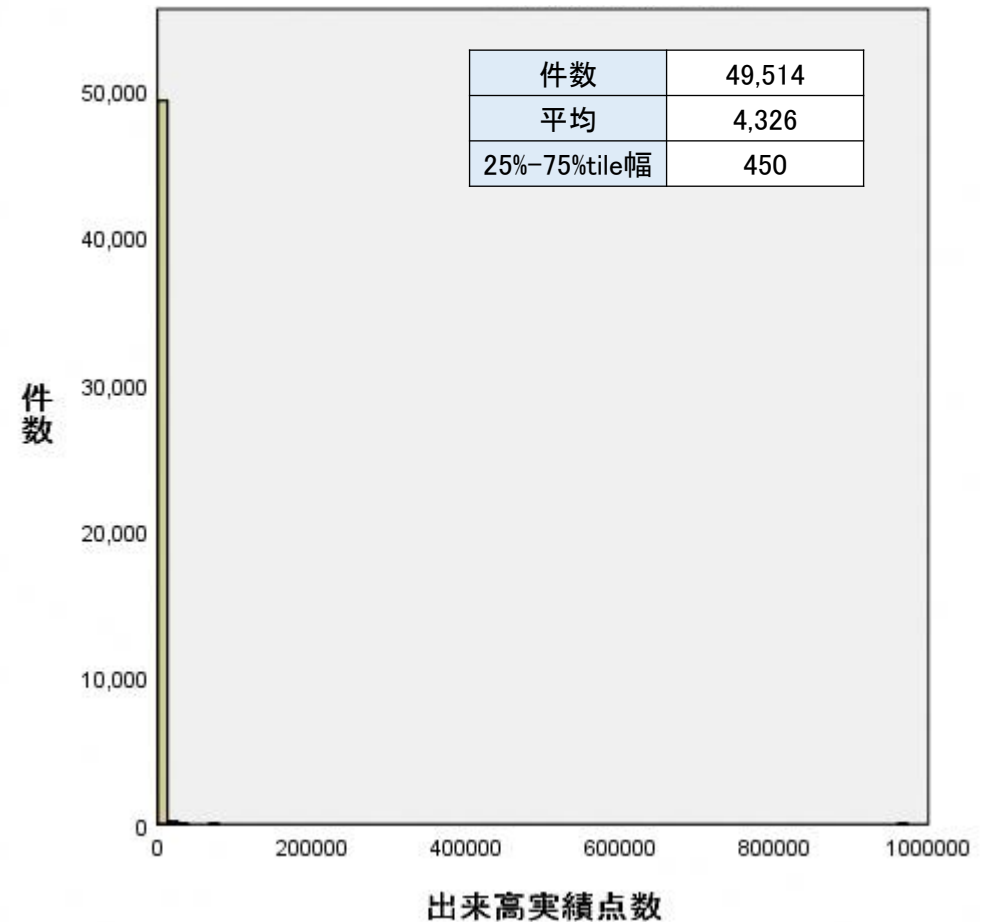
(例)D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)

- 出来高実績点数から、入院基本料等（入院基本料、入院基本料等加算、手術、麻酔）を差し引いた出来高実績点数の分布は、以下のとおりであった。

＜出来高実績点数の分布＞



＜入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布＞

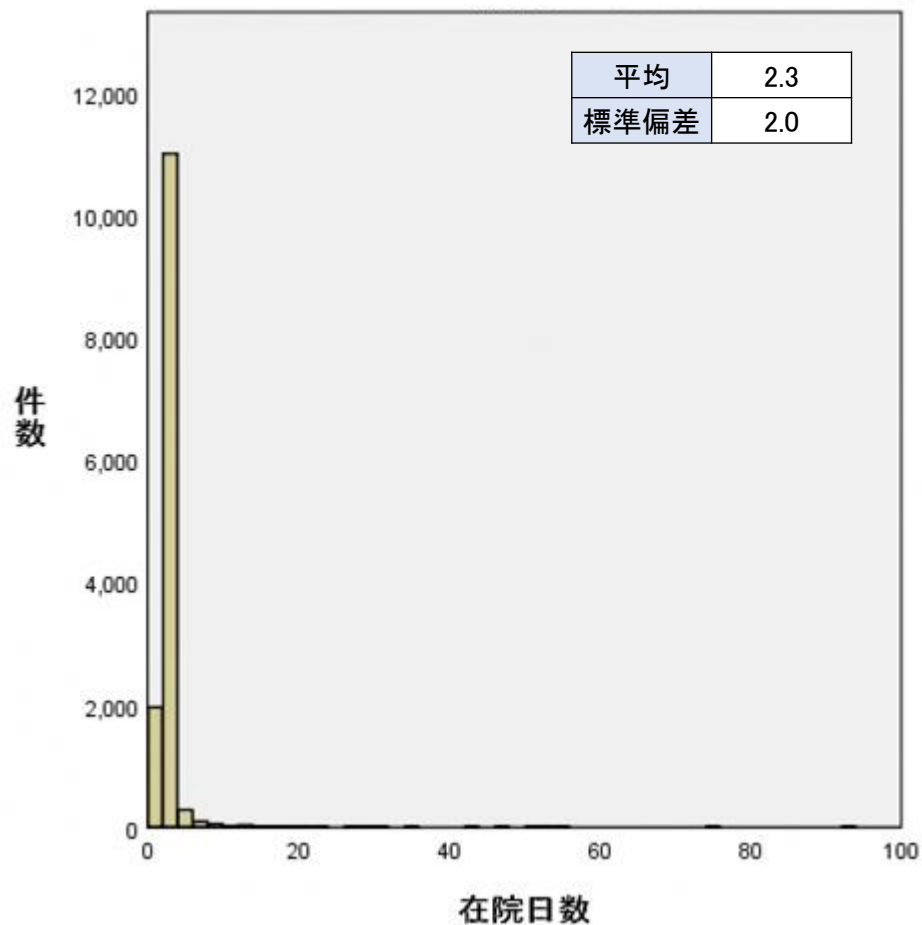


(例)K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

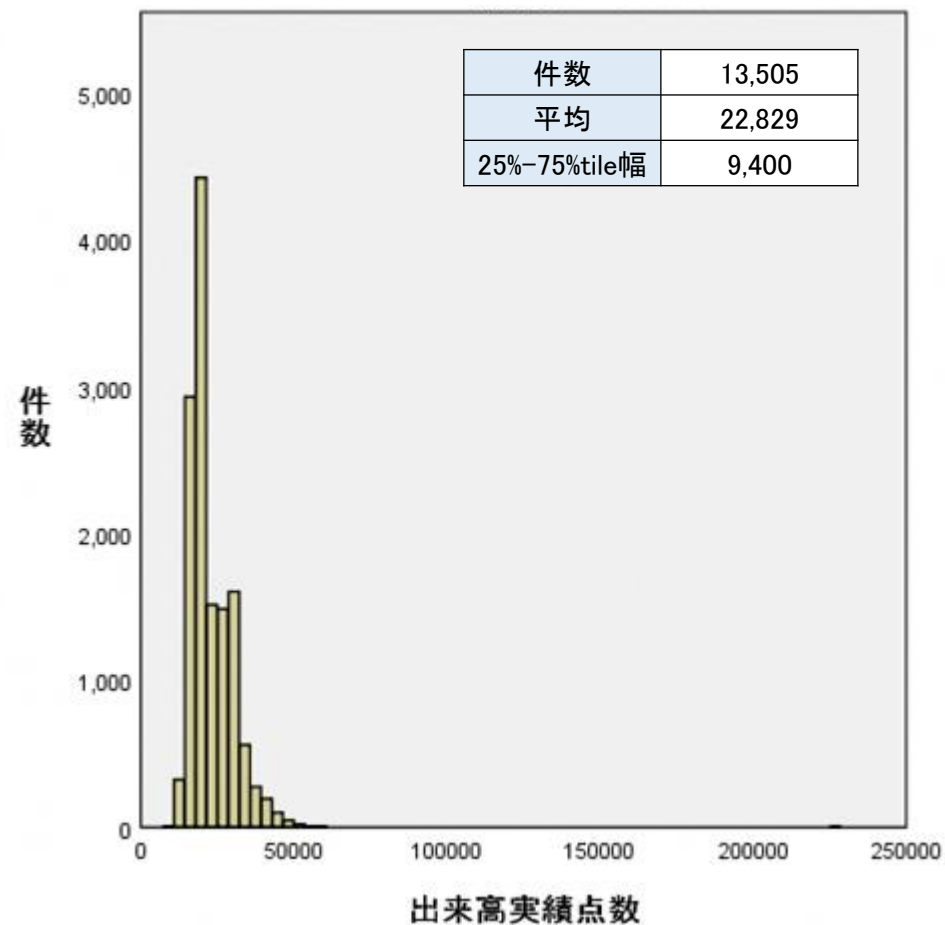
診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 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>



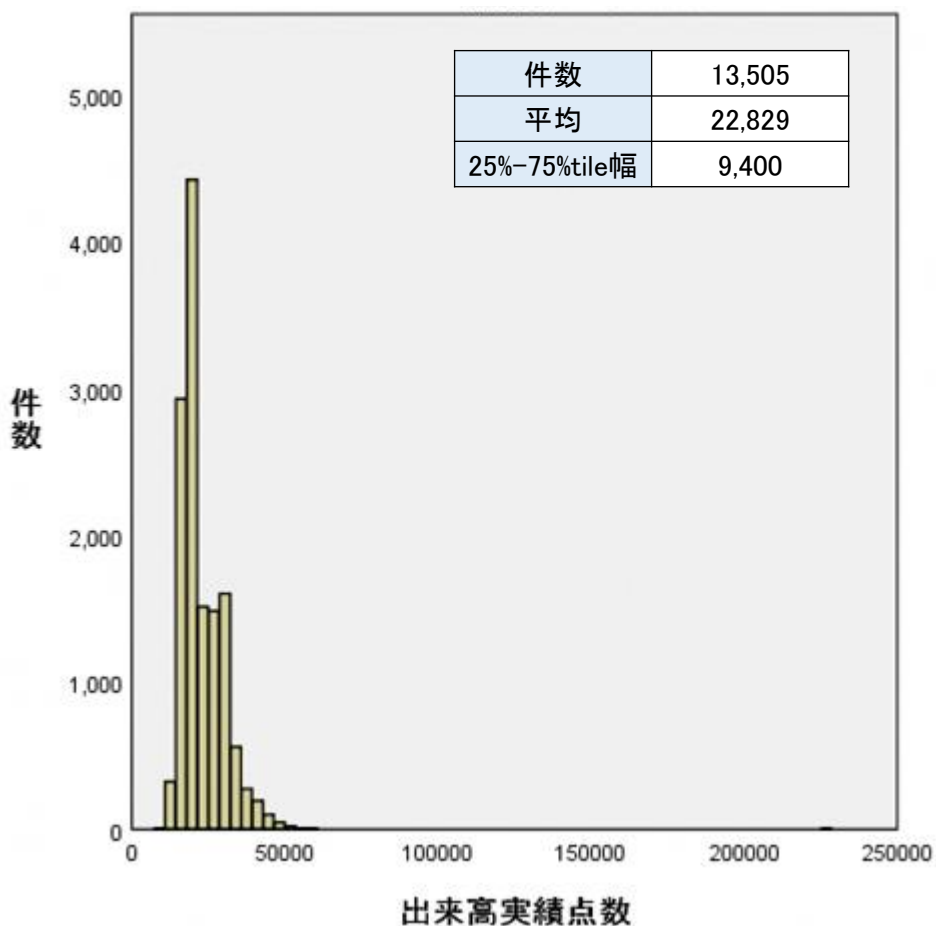
<出来高実績点数の分布>



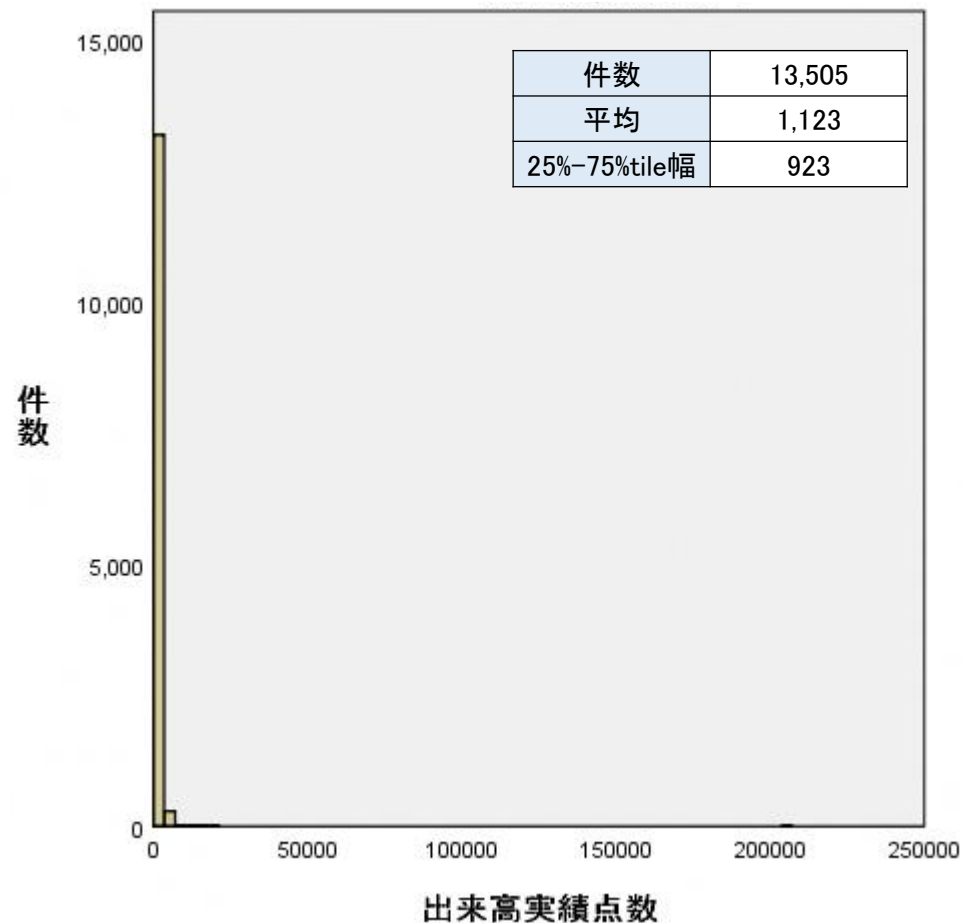
(例)K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

- 出来高実績点数から、入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布は、以下のとおりであった。

<出来高実績点数の分布>



<入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布>

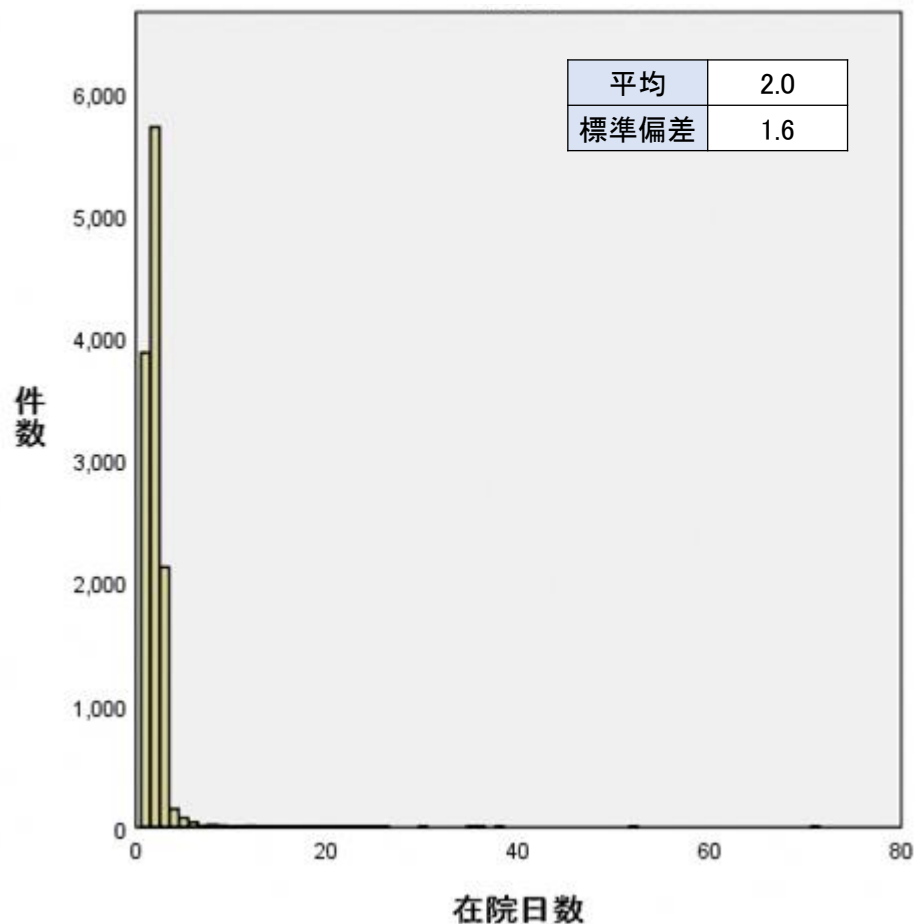


(例)K861 子宮内膜搔爬術

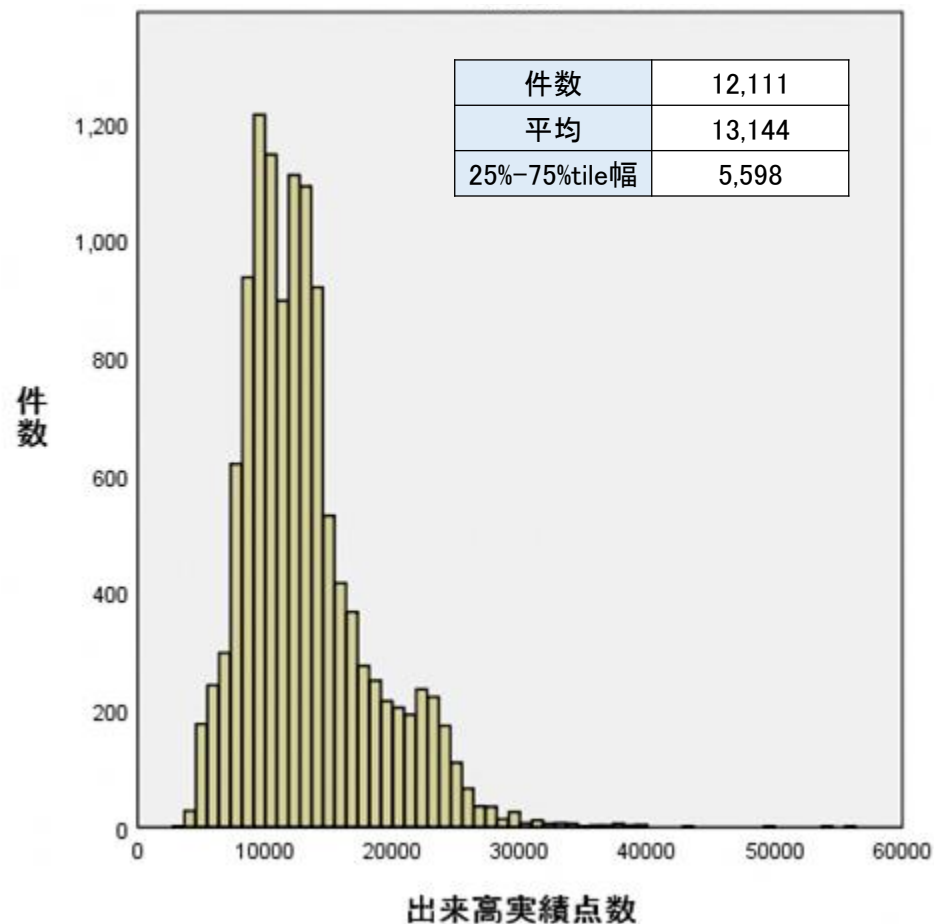
診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

- 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>



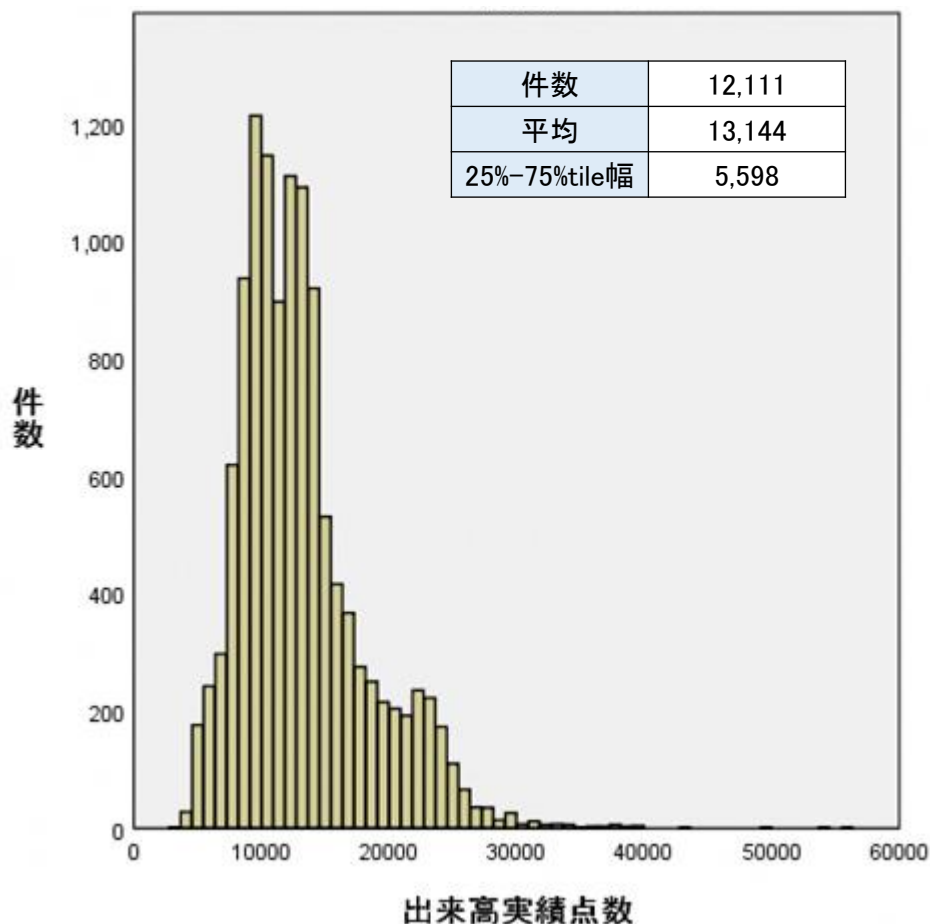
<出来高実績点数の分布>



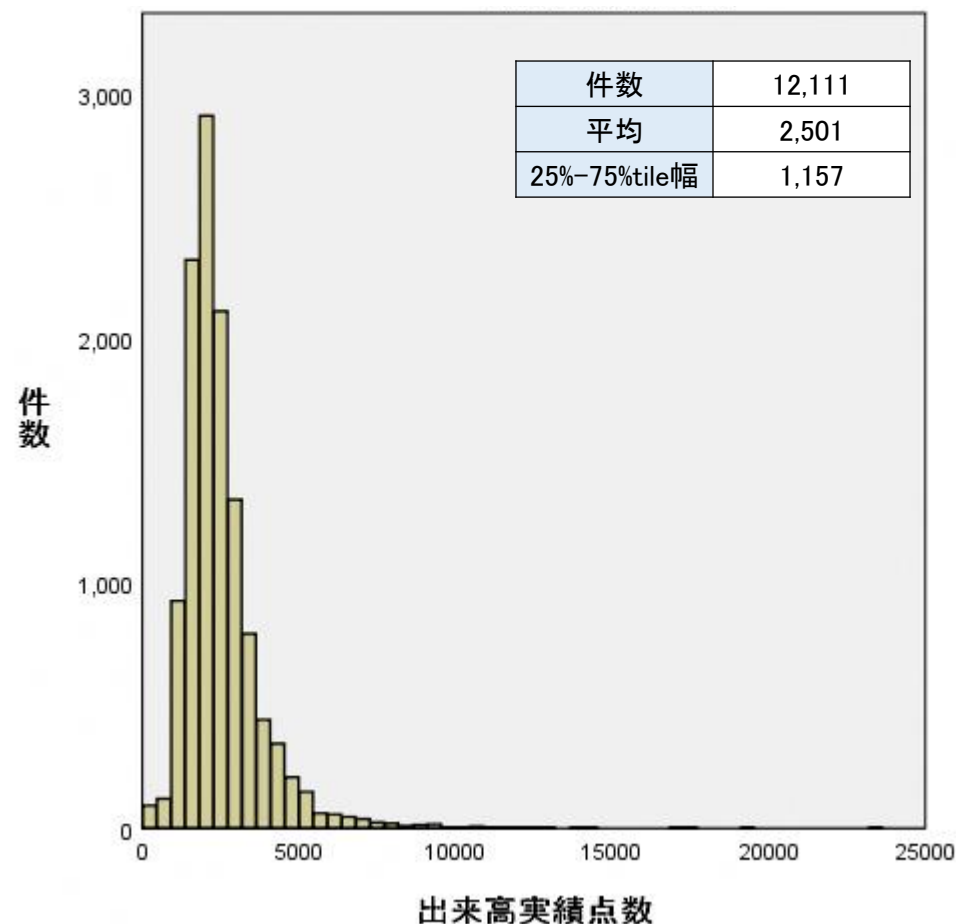
(例)K861 子宮内膜搔爬術

- 出来高実績点数から、入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布は、以下のとおりであった。

<出来高実績点数の分布>



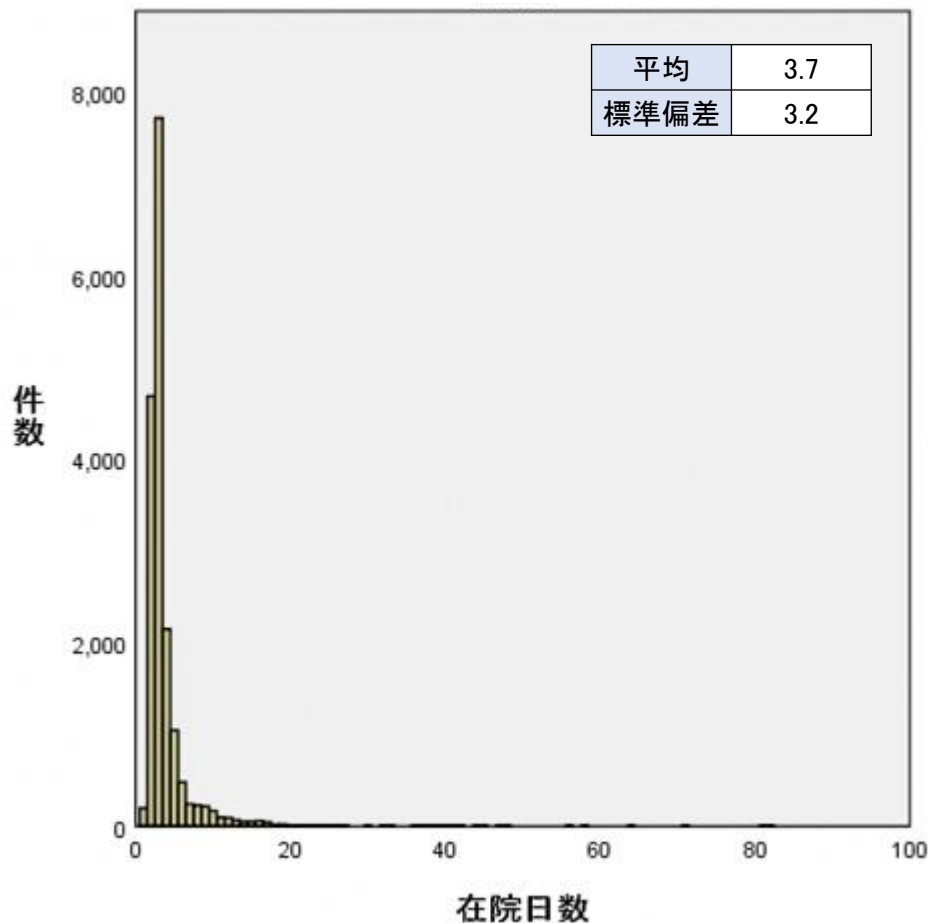
<入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布>



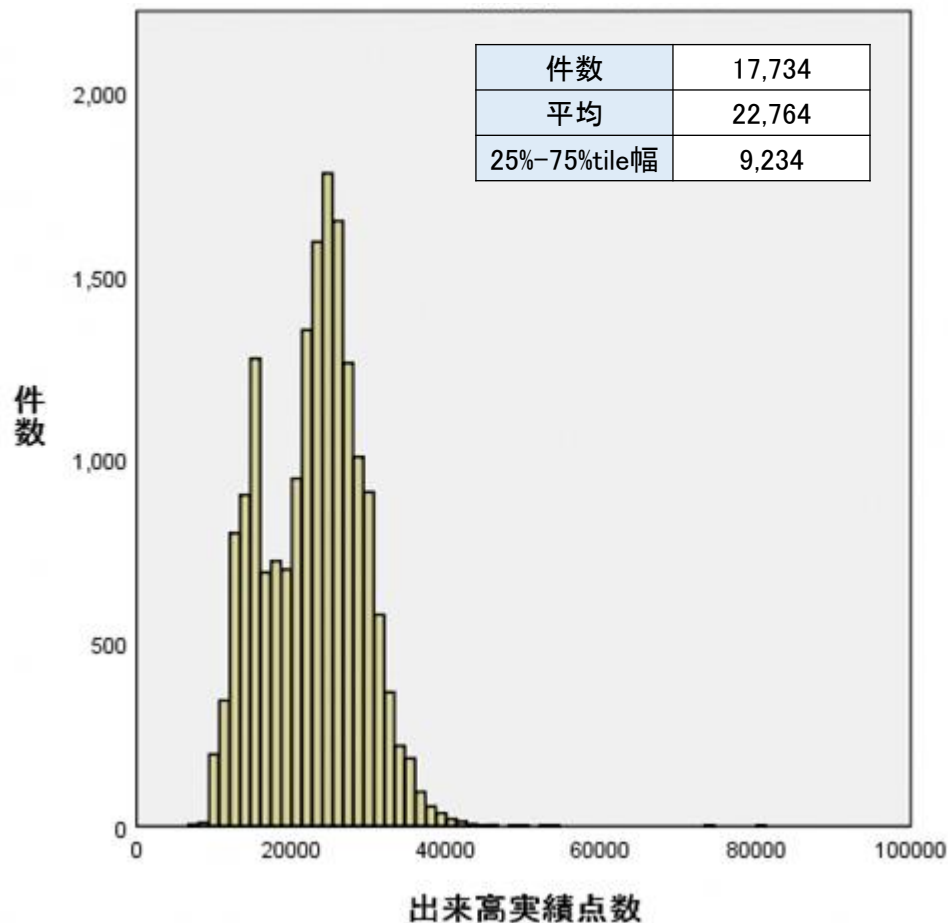
(例)K048 3 骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)

○ 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>



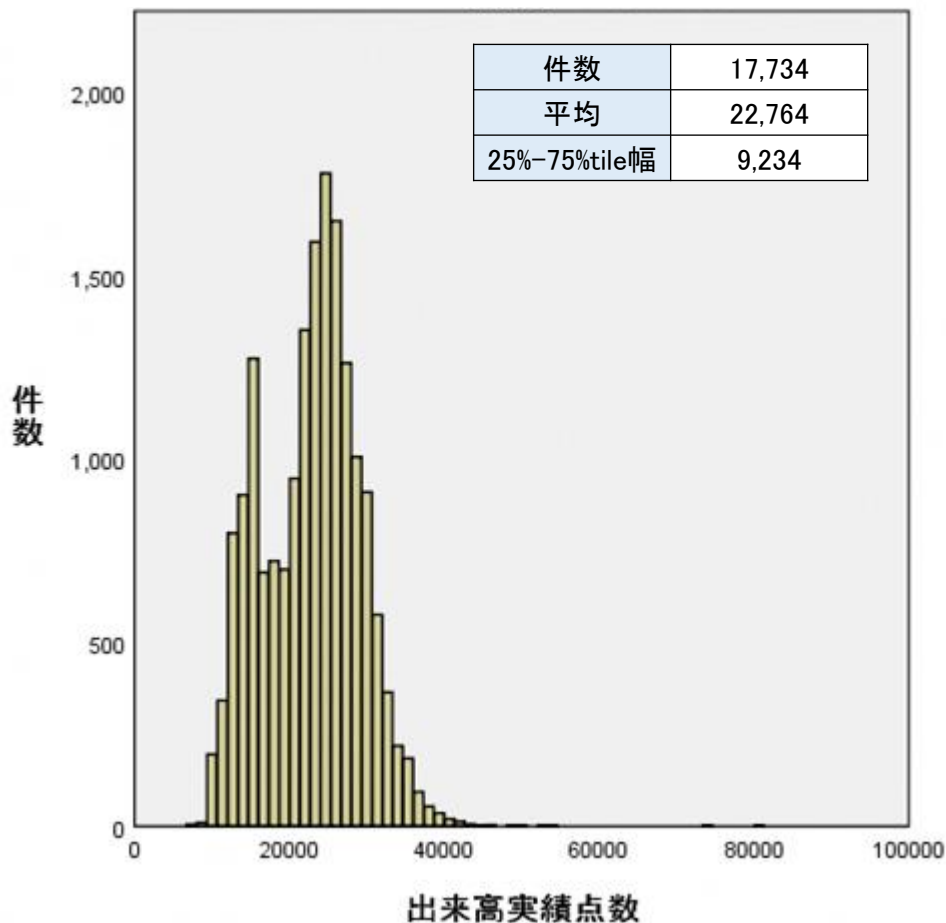
<出来高実績点数の分布>



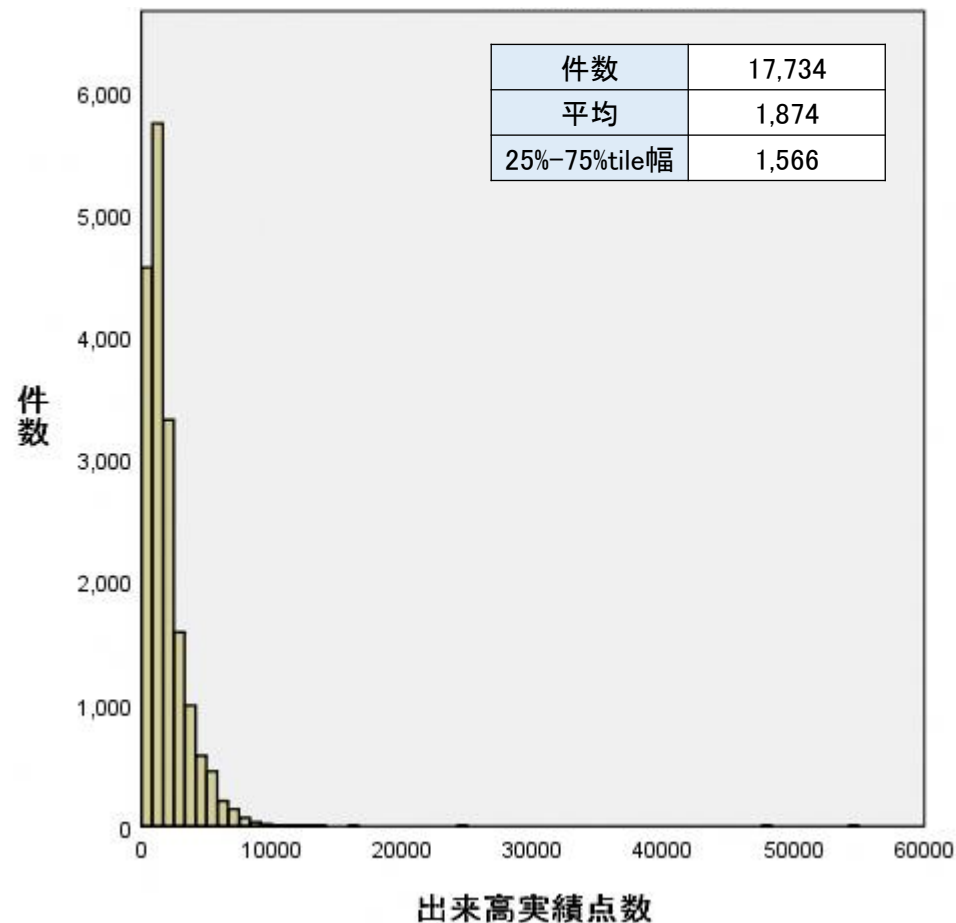
(例)K048 3 骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)

- 出来高実績点数から、入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布は、以下のとおりであった。

＜出来高実績点数の分布＞



＜入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布＞



短期滞在手術等基本料に係る課題及び論点

(短期滞在手術等基本料2)

- ・ 短期滞在手術等基本料2の対象手術の在院日数の分布を確認したところ、2日以内に退院している症例は、いずれの手術においても、僅少であった。

(短期滞在手術等基本料3)

- ・ 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、入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布を確認したところ、おおむね収斂していた。



【論点】

- 対象手術等の外来での実施割合や短期滞在手術等基本料の年次推移も踏まえ、一定程度治療法が標準化され、短期間で退院が可能となる手術等の評価の在り方についてどのように考えるか。

1. 急性期入院医療について(その2)
2. 特定集中治療室管理料等について(その2)
3. 回復期入院医療について(その2)
4. 慢性期入院医療について(その2)
5. 短期滞在手術等基本料について(その2)
6. **横断的事項等**

6. 横断的事項等

①救急医療管理加算について

②データ提出加算・診療録管理体制加算について

③医療資源の少ない地域に配慮した評価について

救急医療管理加算の概要

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	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	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
オ ショック	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。

「意識障害又は昏睡」の患者について⑤

- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCS0の患者とJCS1以上の患者の傷病名を比較すると、以下のとおりであった。
- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者のうちJCS0の患者とJCS1以上の患者に分けて比較すると、JCS1以上の患者の方がt-PA実施割合が高かったが、それぞれ1%未満の実施割合であった。

JCS0とJCS1以上の患者の傷病名

※傷病名は最も医療資源を投入した傷病名を記載

救急医療管理加算1(令和2年度)				救急医療管理加算2(令和2年度)			
0(n=28326)		1以上(n=239982)		0(n=10925)		1以上(n=46980)	
傷病名	患者数	傷病名	患者数	傷病名	患者数	傷病名	患者数
食物及び吐物による肺臓炎	1,317 (4.6%)	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	21,788 (9.1%)	脳動脈の血栓症による脳梗塞	952 (8.7%)	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,847 (12.4%)
心停止, 詳細不明	1,195 (4.2%)	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	16,728 (7.0%)	その他の脳梗塞	510 (4.7%)	(大脳)半球の脳内出血 皮質下	3,875 (8.2%)
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,174 (4.1%)	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16,410 (6.8%)	その他のてんかん	417 (3.8%)	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	3,484 (7.4%)
その他のてんかん	979 (3.5%)	心停止, 詳細不明	13,015 (5.4%)	脳梗塞, 詳細不明	387 (3.5%)	その他のてんかん	2,755 (5.9%)
(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	692 (2.4%)	その他のてんかん	11,291 (4.7%)	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	357 (3.3%)	その他の脳梗塞	2,429 (5.2%)

JCS0とJCS1以上の患者でt-PAを実施した症例数

	JCS0		JCS1以上	
	加算1	加算2	加算1	加算2
平成30年度	162 (0.37%, n=44118)		2258 (0.93%, n=242736)	
令和2年度	82 (0.3%, n=28326)	12 (0.1%, n=10925)	1990 (0.83%, n=239982)	71 (0.15%, n=46980)

「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術

- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCS0の患者とJCS1以上の患者の処置・手術を比較すると以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算1を算定する患者については、JCS0の患者の一部において、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった、緊急性が高いと思われる処置が行われていた。

救急医療管理加算1(令和2年度)				救急医療管理加算2(令和2年度)			
JCS0(n=28326)		JCS1以上(n=239982)		JCS0(n=10925)		JCS1以上(n=46980)	
処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数
酸素吸入	8533(30.1%)	酸素吸入	89880(37.5%)	酸素吸入	2080(19.0%)	酸素吸入	12036(25.6%)
留置カテーテル設置	5978(21.1%)	留置カテーテル設置	75610(31.5%)	留置カテーテル設置	1364(12.5%)	留置カテーテル設置	9737(20.7%)
喀痰吸引	3185(11.2%)	喀痰吸引	52997(22.1%)	喀痰吸引	641(5.9%)	喀痰吸引	6114(13.0%)
非開胸的心 マッサージ	2352(8.3%)	非開胸的心 マッサージ	30378(12.7%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	325(3.0%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	1926(4.1%)
人工呼吸(30分 までの場合)	2078(7.3%)	救命のための 気管挿管	28244(11.8%)	創傷処置(100 平方センチメー トル未満)	214(2.0%)	鼻腔栄養	1780(3.8%)

「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

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

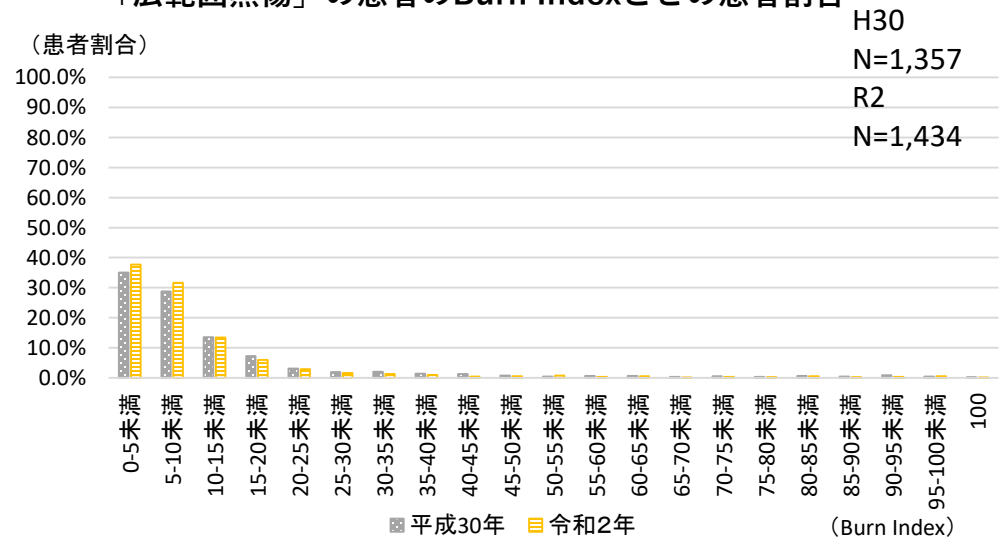
※Burn Index 10~15以上が重症とされる

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。

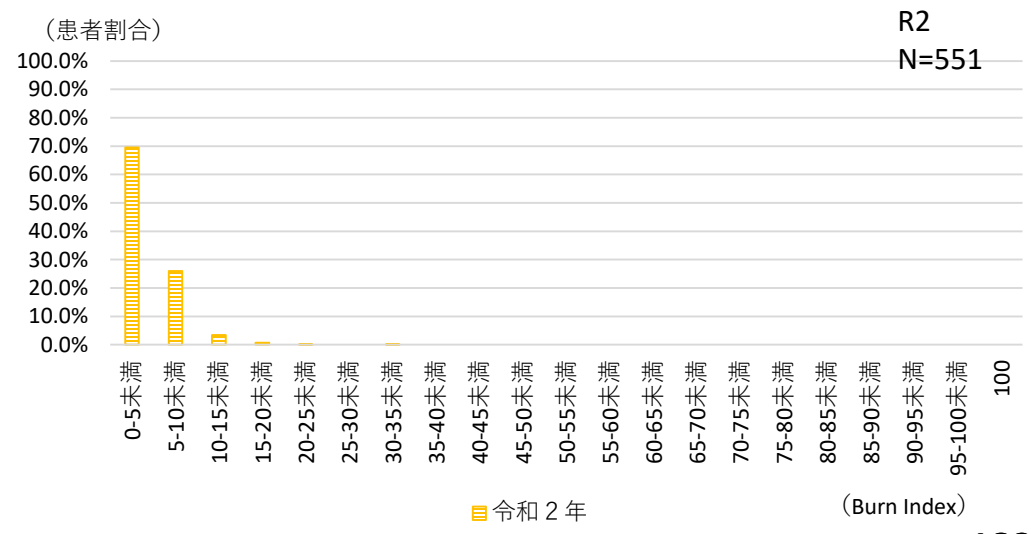
救急医療管理加算1算定患者のうち

「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

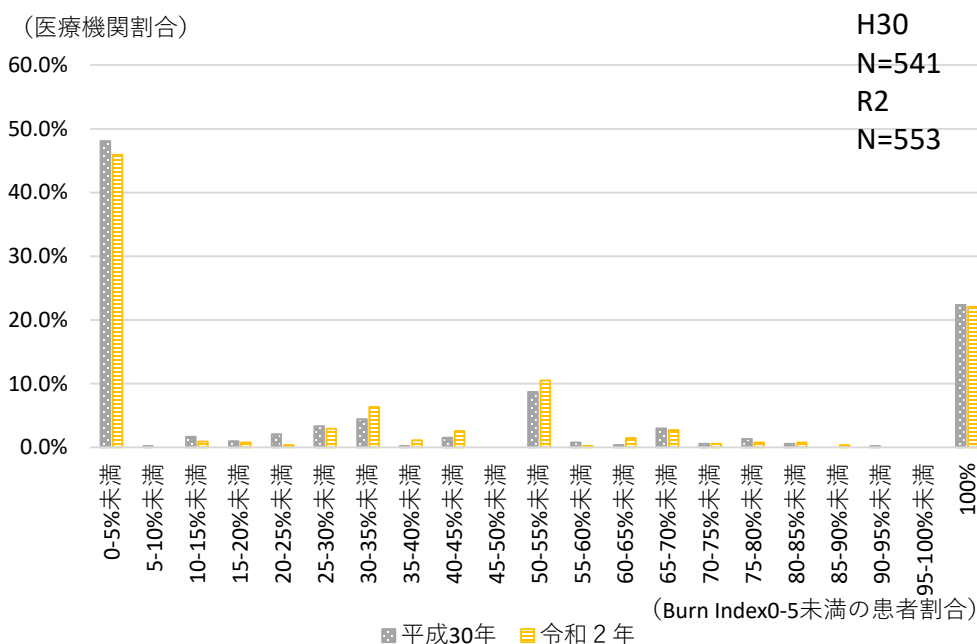
「広範囲熱傷」に準ずる患者のBurn Indexごとの患者割合



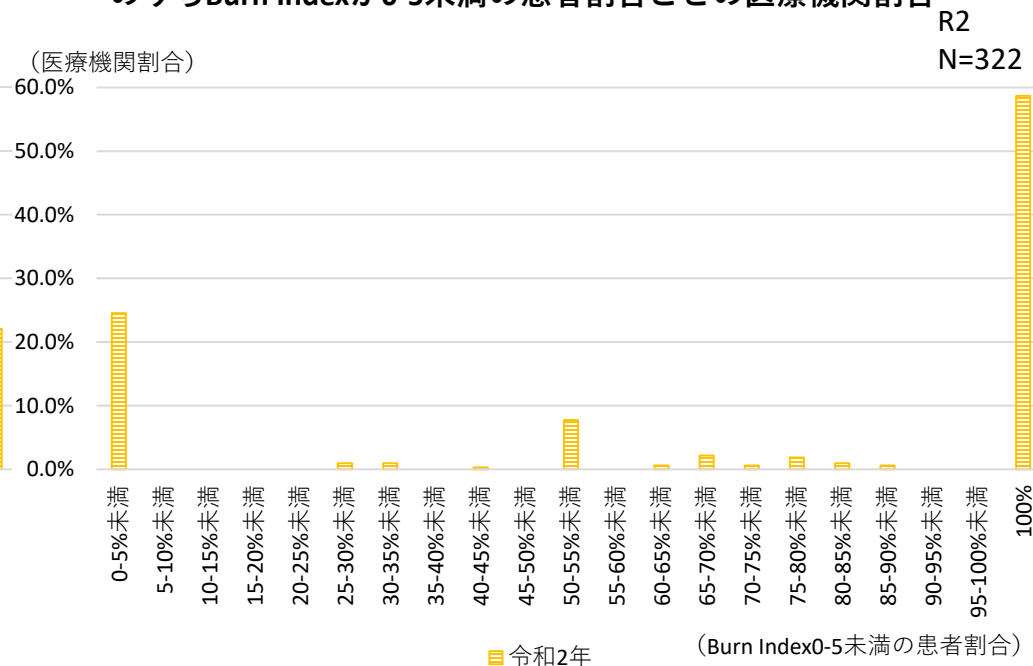
「広範囲熱傷」の患者について②

- 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

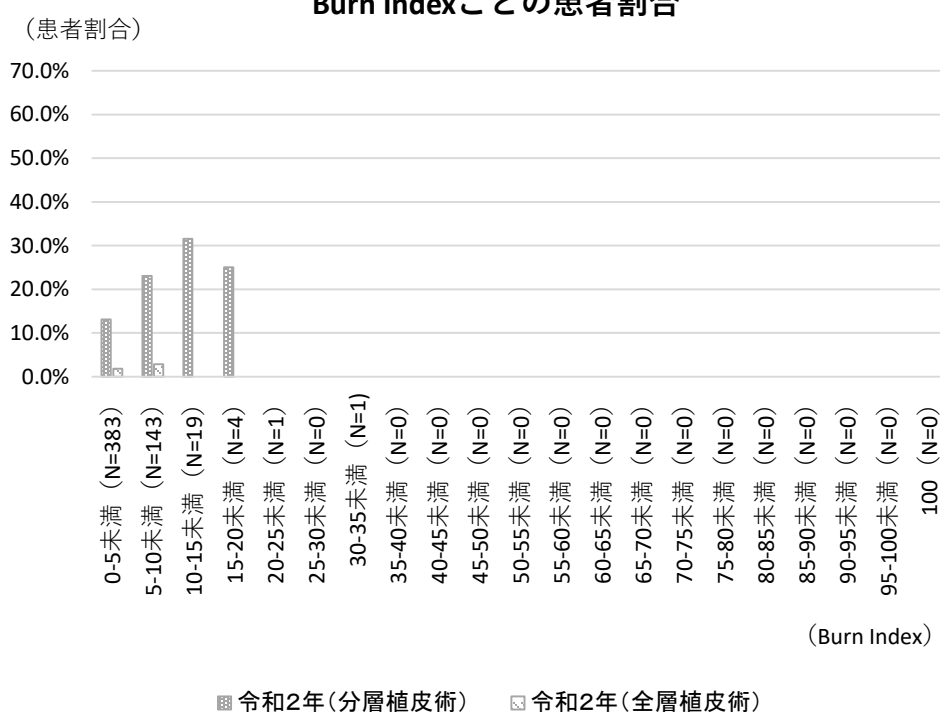
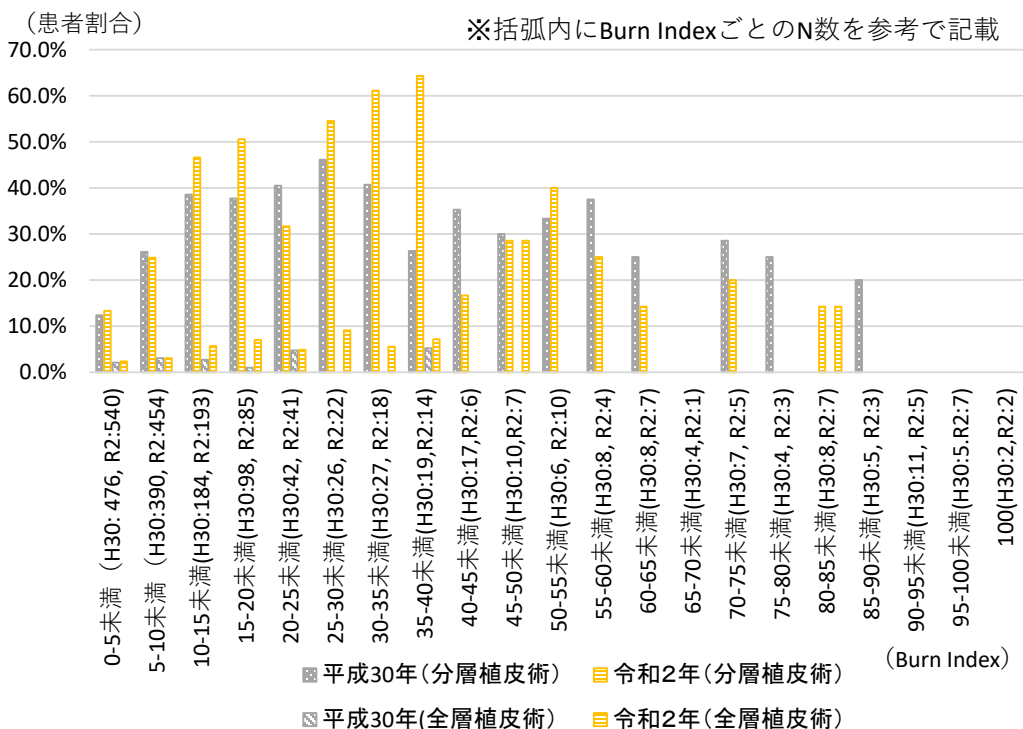


「広範囲熱傷」の患者について③

- 救急医療管理加算1の算定患者で「広範囲熱傷」の患者のうち「分層植皮術」又は「全層植皮術」が行われた患者の割合をBurn Indexごとにみた結果は以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のうち「分層植皮術」又は「全層植皮術」が行われた患者の割合をBurn Index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の算定患者で「広範囲熱傷」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合

救急医療管理加算2の算定患者で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合

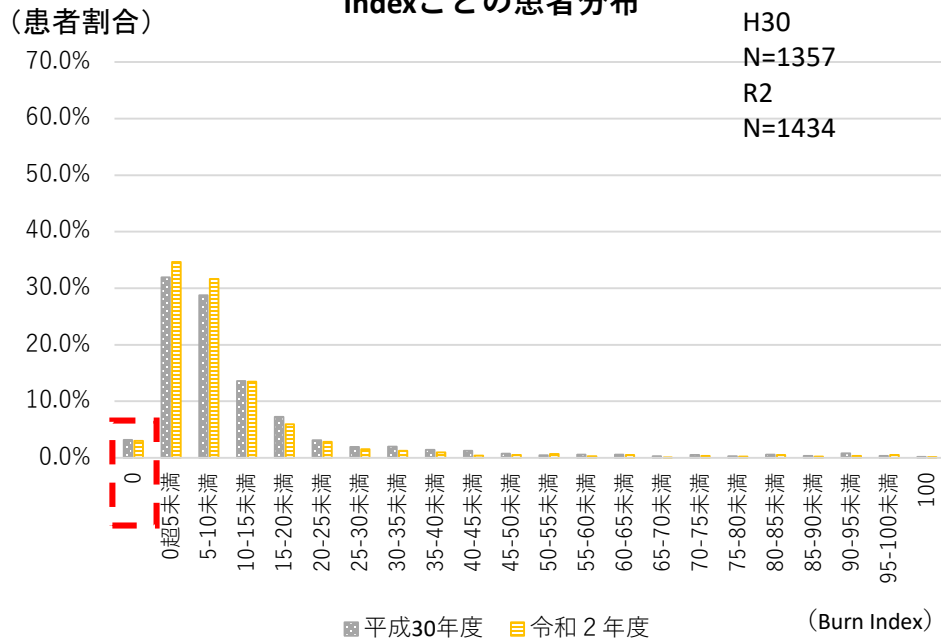


「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について①

- 救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者において、改定前後いずれでもBurn Index0の患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者において、Burn Index0の患者が一定割合存在した。

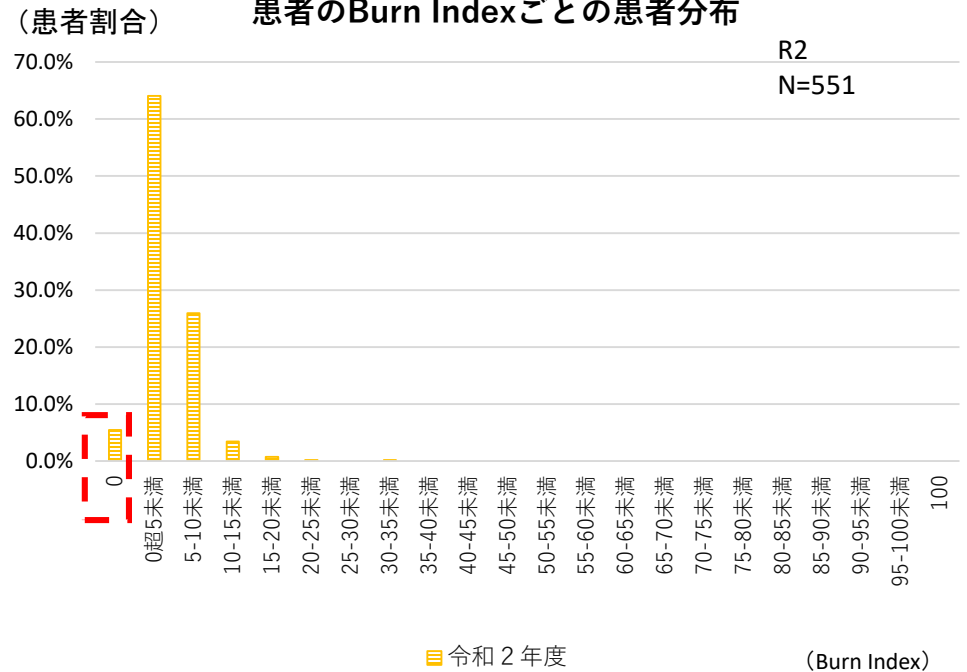
救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のBurn

Indexごとの患者分布



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Burn Indexごとの患者分布

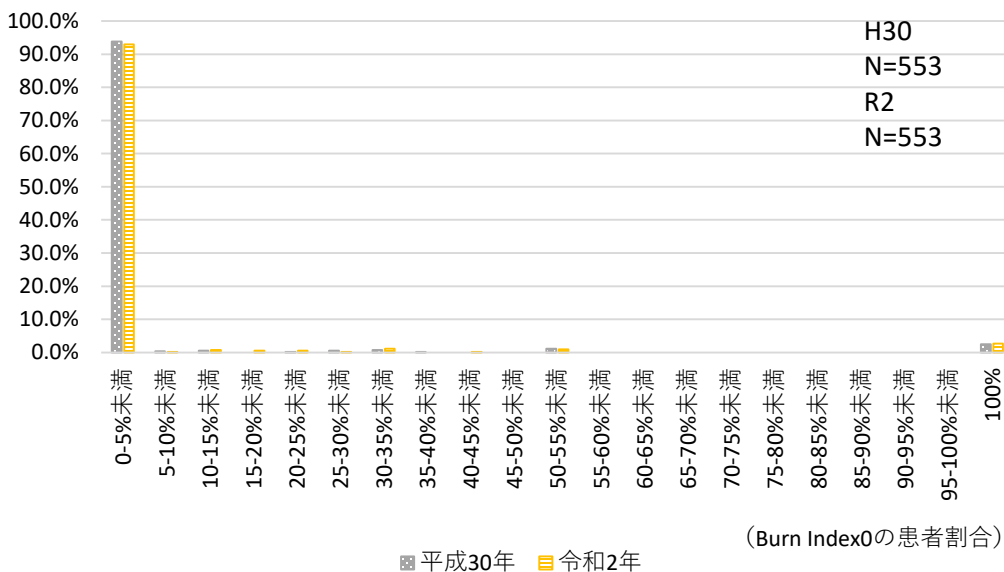


「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について②

- 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 Index0の患者割合ごとの医療機関割合を改定前後で比較すると、いずれの年においても患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。
- 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 Index0の患者割合ごとの医療機関割合をみると、患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。

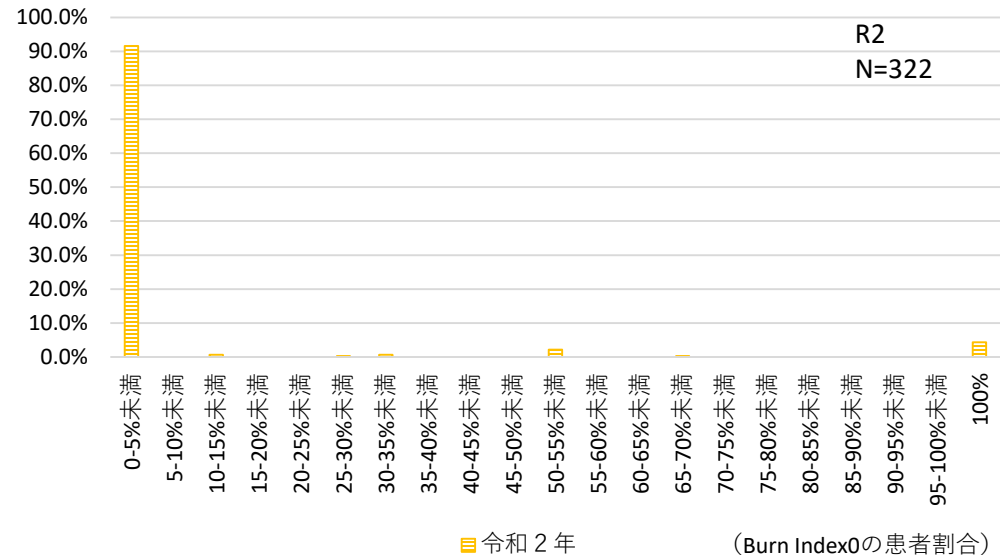
救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち
Burn Index 0の患者割合ごとの医療機関割合

(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 0の患者割合ごとの医療機関割合

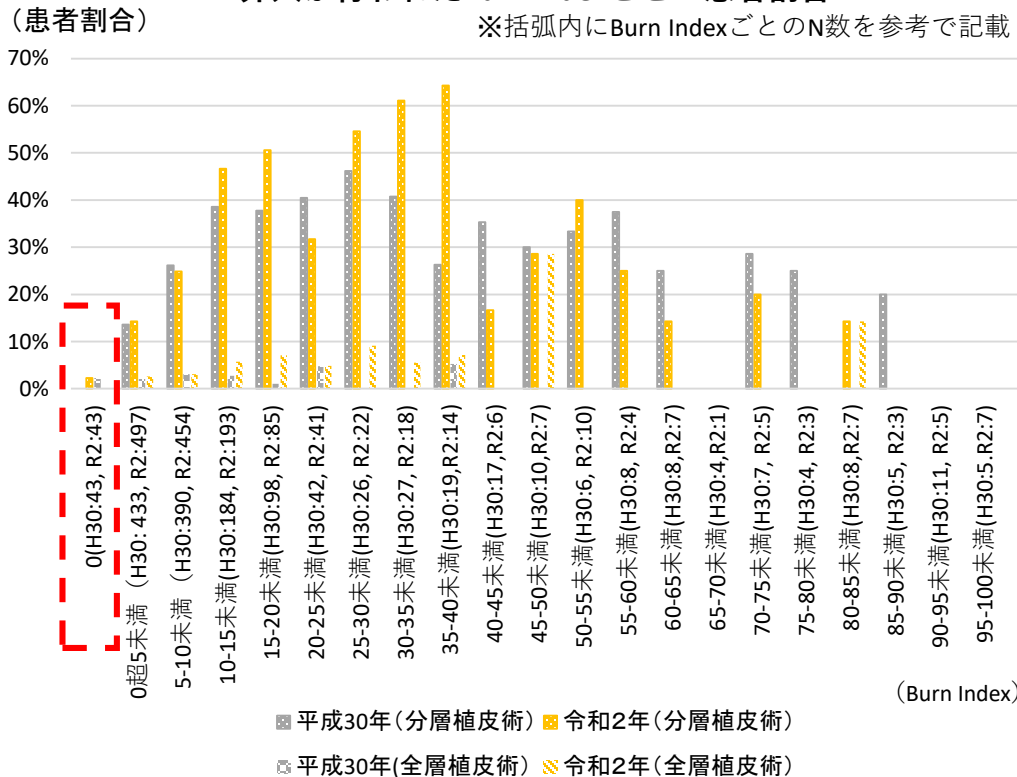
(医療機関割合)



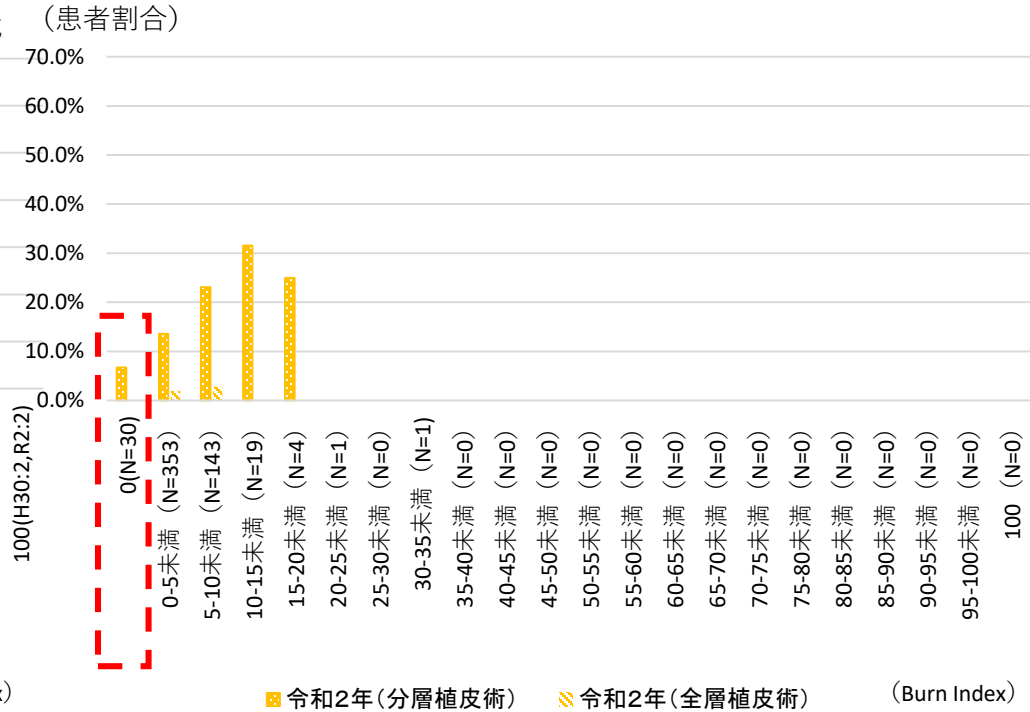
「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について③

- 救急医療管理加算1について「広範囲熱傷」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。
- 救急医療管理加算2について「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合



6. 横断的事項等

①救急医療管理加算について

②データ提出加算・診療録管理体制加算について

③医療資源の少ない地域に配慮した評価について

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

(1)「A207診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、A207(1又は2)の施設基準を満たしていれば足りる。

ア:回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ:地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ:回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

(2)厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

(3)DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

(4)「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

中医協 総-2
3. 8. 25

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2~7 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
地域一般1~3 専門病院(13対1)	—	
回復期リハビリテーション病棟1~4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	平成30年度以降 データの提出が必須 (経過措置②)	令和2年度以降 データの提出が必須 (経過措置①及び②)

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

データ提出加算の見直し①

➤ データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の**範囲を拡大**する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 現行 データの提出は不要 </div> ⇒ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定 </div>	

【経過措置】

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

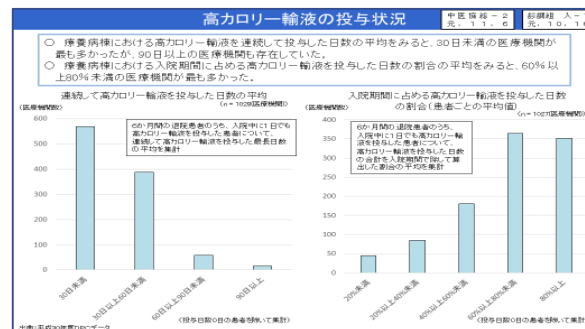
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの**内容を拡充**する。

【新たに提出する項目(例)】

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



データ提出加算の見直し②

データ提出加算の評価の見直し

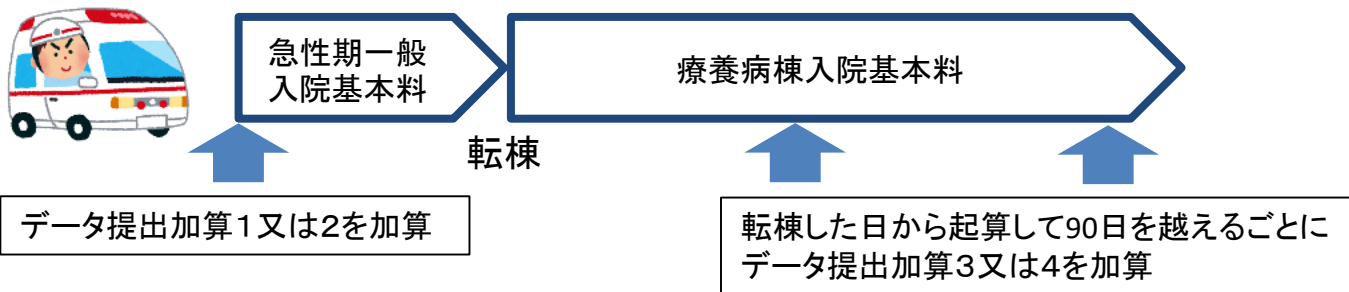
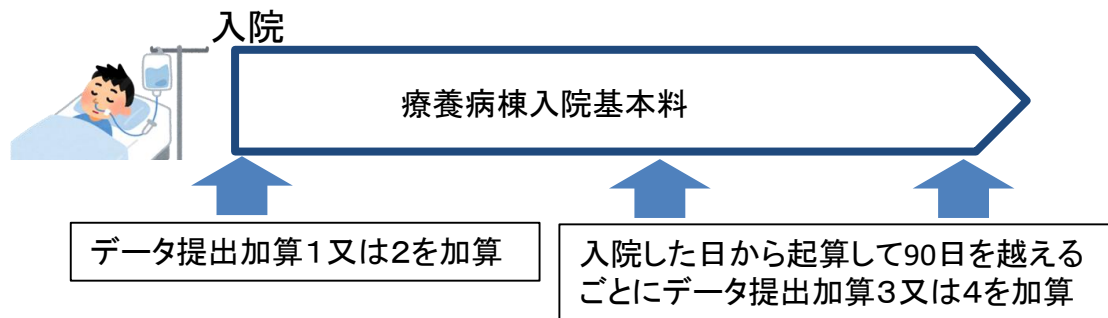
- データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。

改定後

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**
- 3 データ提出加算 3
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 4 データ提出加算 4
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。**

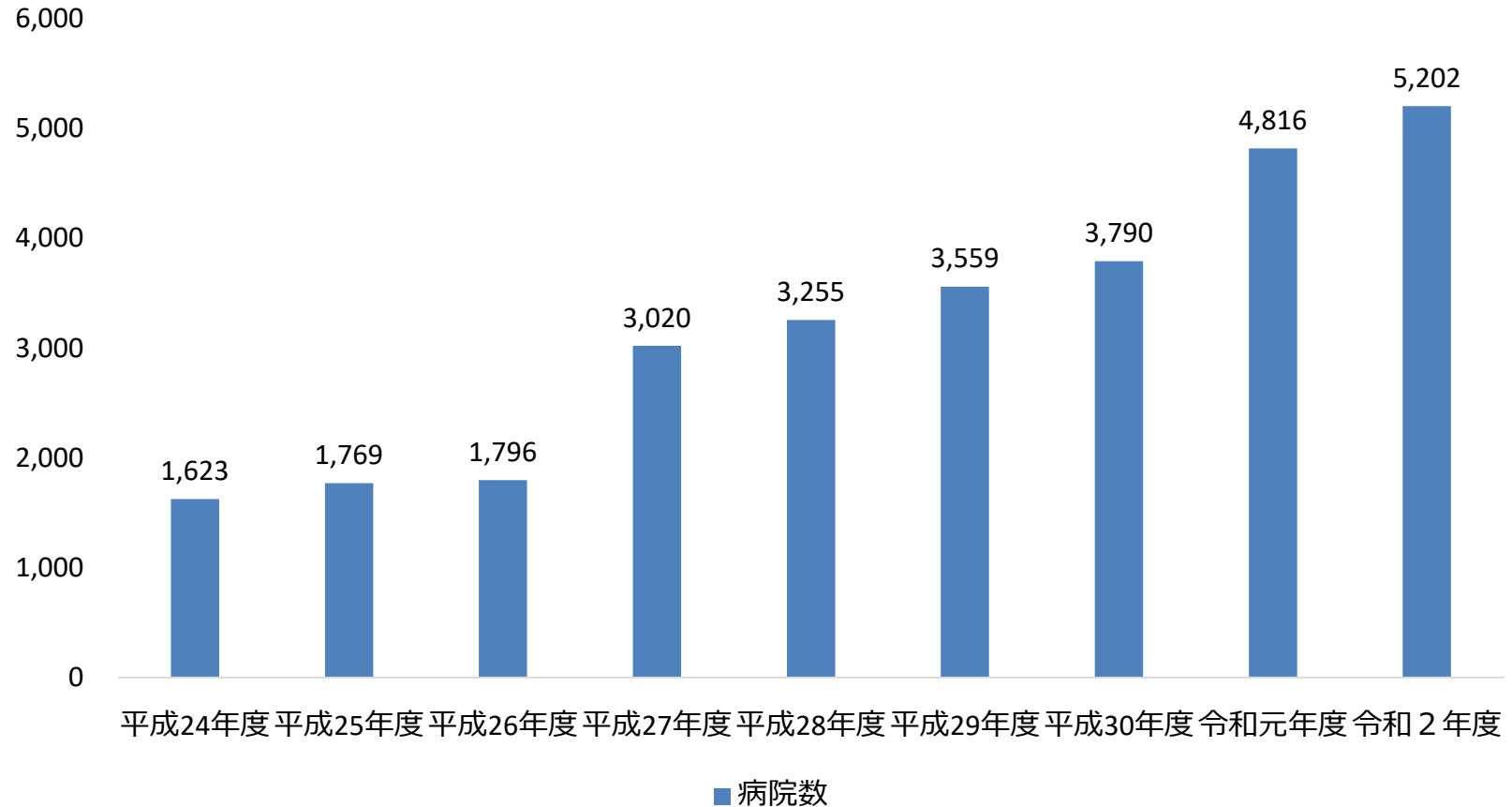


- 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に限り、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているものとみなすものとする。

データ提出加算の届出医療機関数の推移

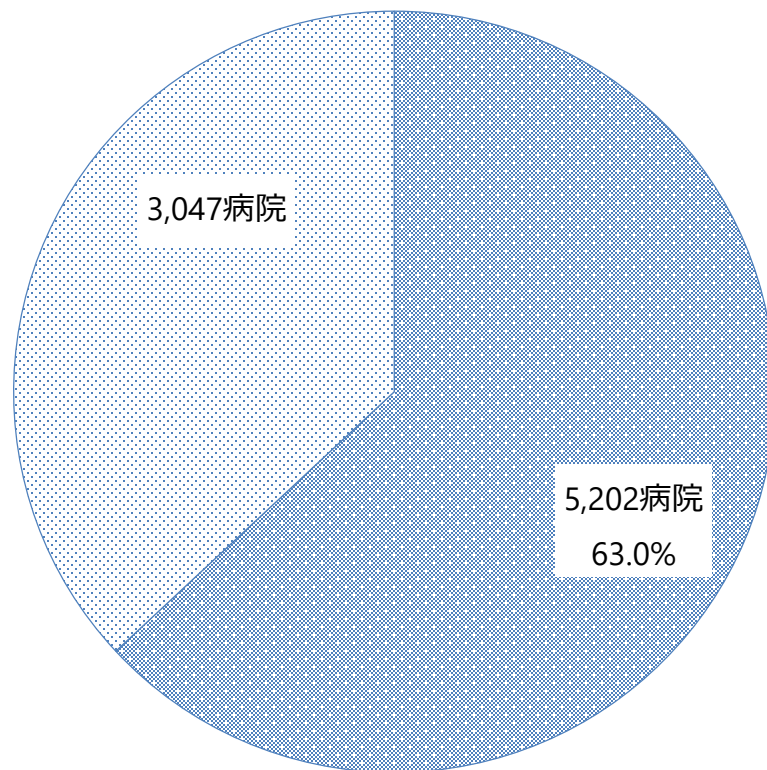
○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

- 令和2年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届出ている病院の割合は、63.0%であった。



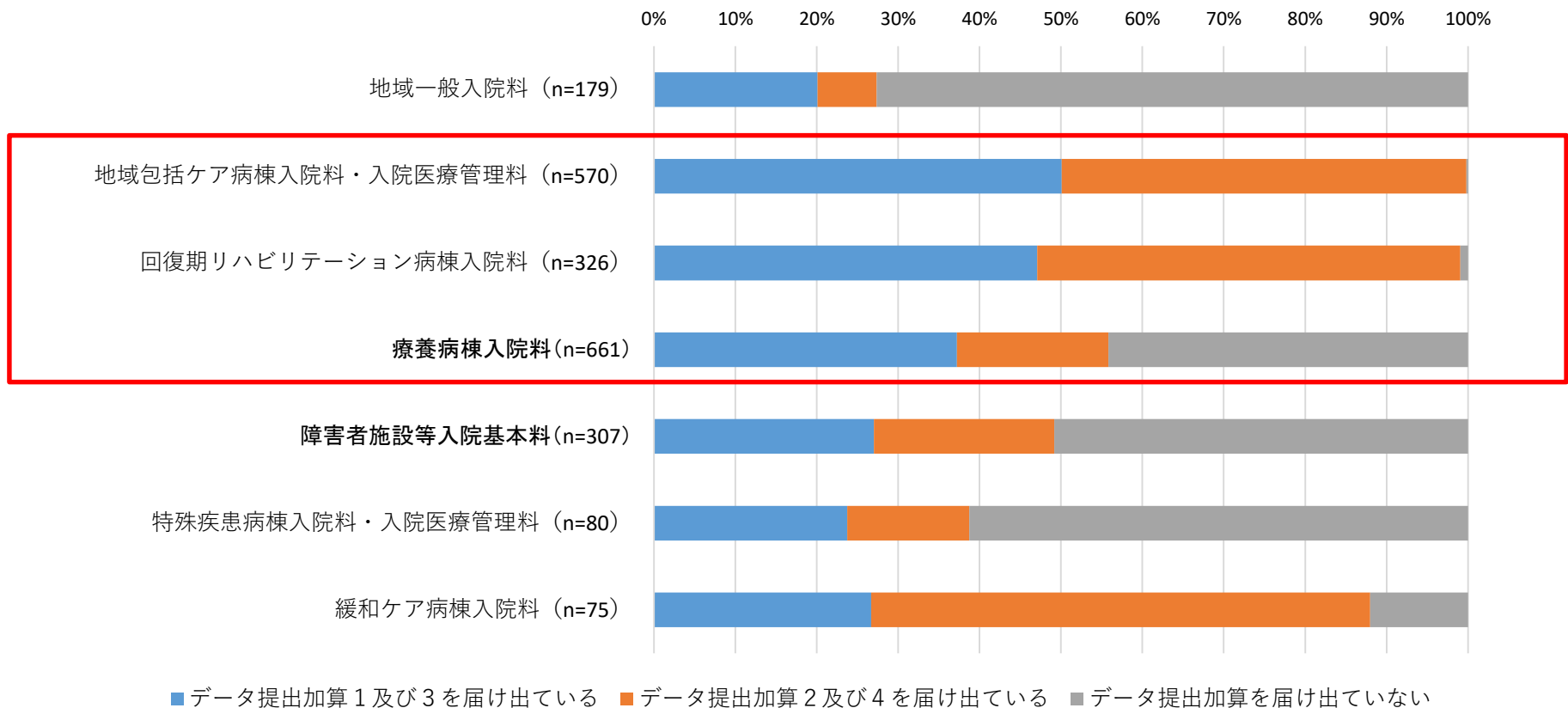
■ データ提出加算を届け出ている病院

■ データ提出加算を届け出していない病院

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

- 各入院料を届け出ている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなっていたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。

データ提出加算の届出状況



データ提出加算を届け出ることが困難な理由

- データ提出加算を届け出ている医療機関について、データ提出加算を届け出ることが困難な理由をみると、「電子カルテシステムが導入されていないから」という理由が多かった。

データ提出加算を届け出ることが困難な理由(最も該当するもの)

許可病床数200床未満の医療機関

許可病床数200床以上の医療機関

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

「A207診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから

「A207診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから

「DPC導入の影響評価に係る調査」に適切に参加できる体制を有しないから

「DPC導入の影響評価に係る調査」に適切に参加できる体制を有しないから

「適切なコーディング」に関する委員会を設置し、年2回以上当該委員会を開催することが困難だから

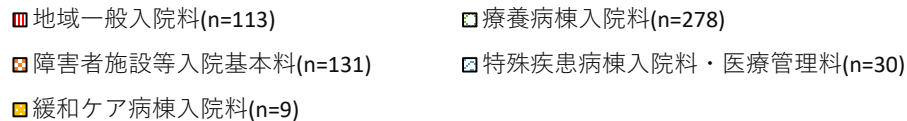
「適切なコーディング」に関する委員会を設置し、年2回以上当該委員会を開催することが困難だから

電子カルテシステムが導入されていないから

電子カルテシステムが導入されていないから

その他

その他



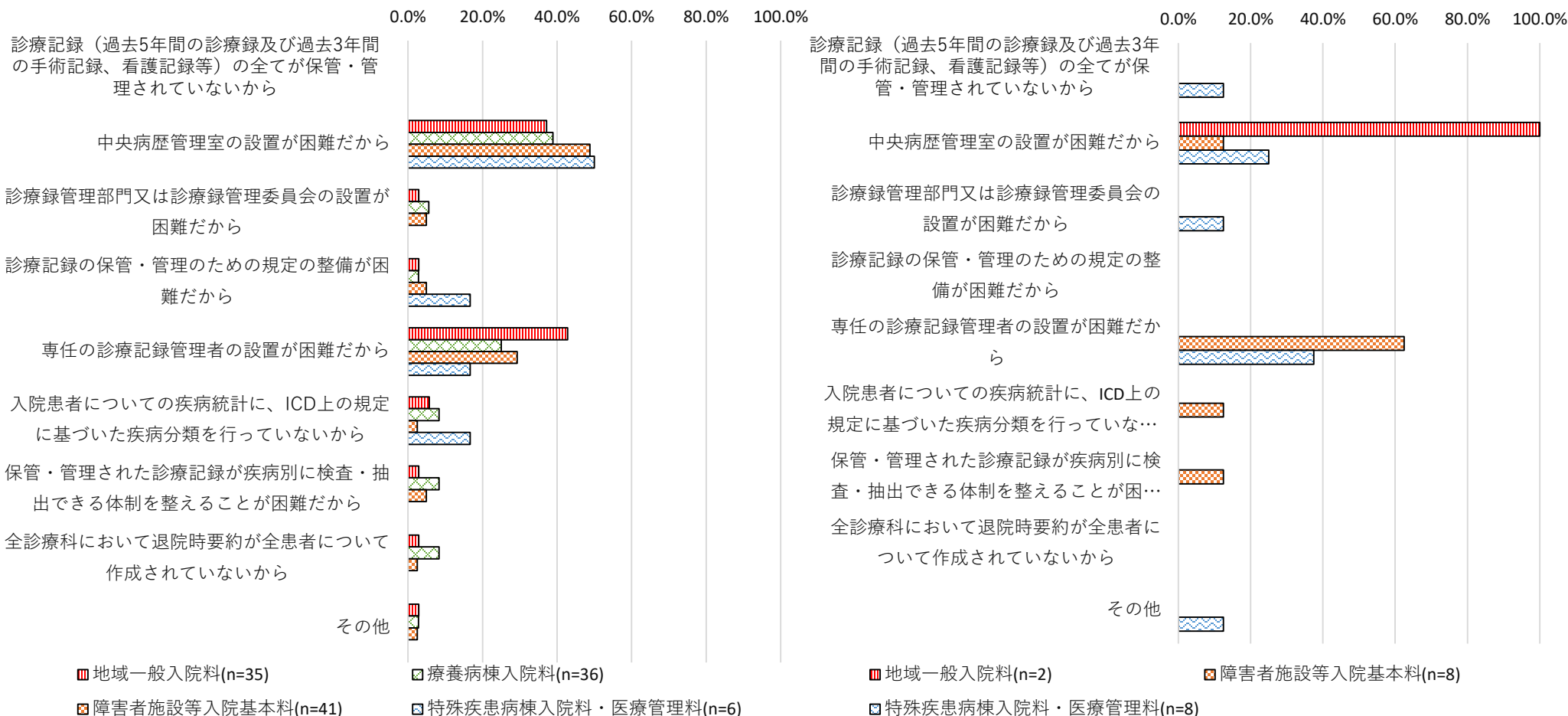
「『A207診療録管理体制』の要件を満たすことができないから」を選択した理由

○ データ提出加算を届け出ることが困難な理由として、「『A207診療録管理体制加算』の要件を満たすことができないから」を選択した理由は、以下のとおりであった。

「『A207診療録管理体制加算』の要件を満たすことができないから」を選択した理由(最も該当するもの)

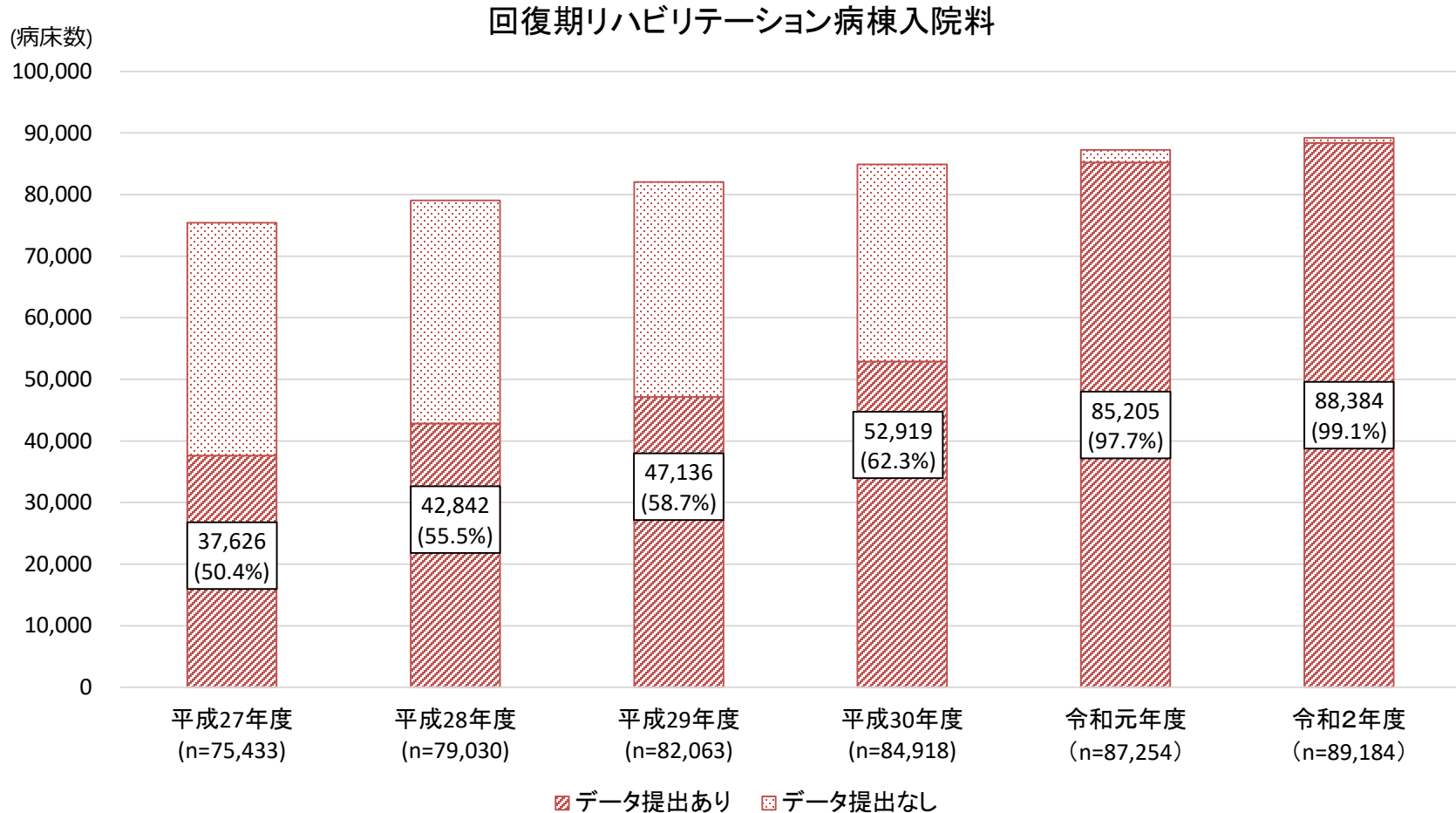
許可病床数200床未満の医療機関

許可病床数200床以上の医療機関



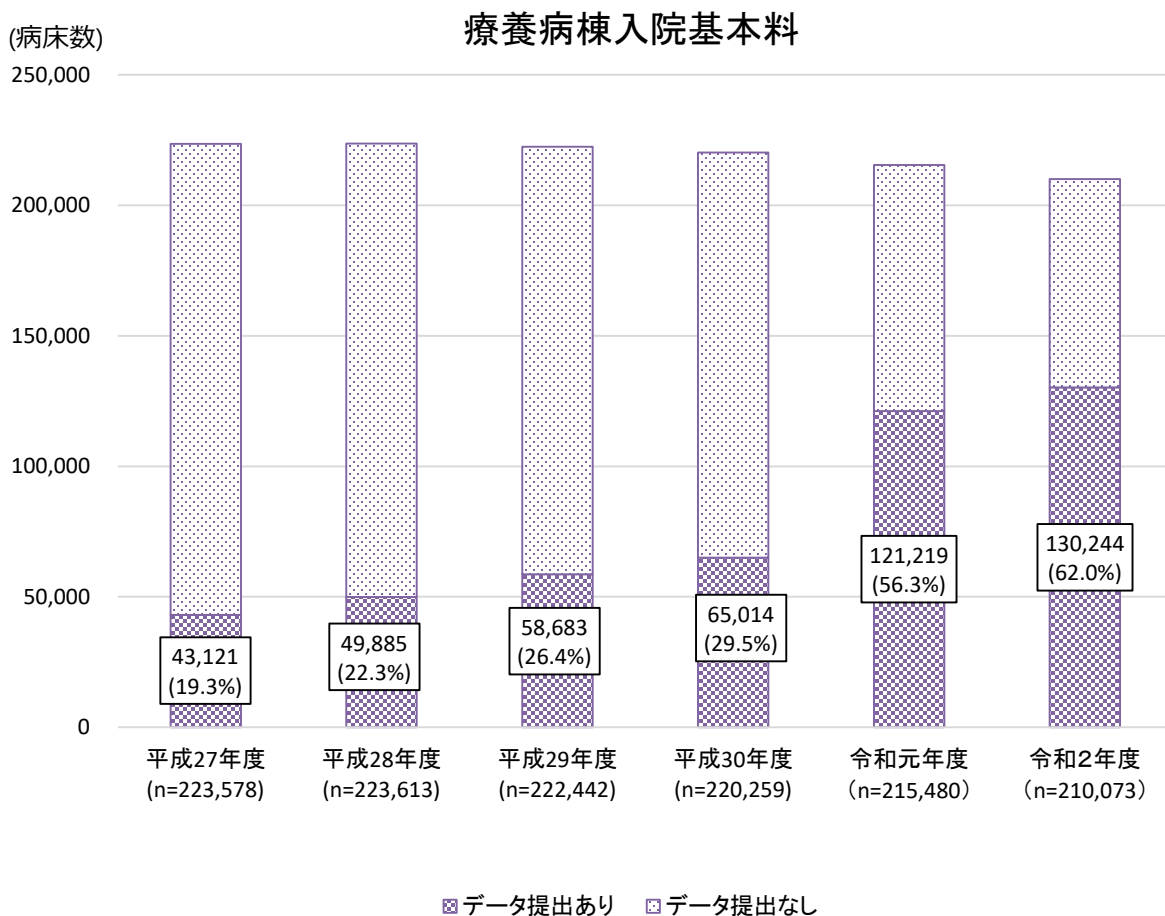
DPCデータを提出している病床：回復期リハビリテーション病棟入院料

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、99.1%を占めていた。



DPCデータを提出している病床：療養病棟入院基本料

- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、62.0%を占めていた。
- 令和2年度診療報酬改定において設けられている経過措置（許可病床200床未満）が令和4年3月31日に終了するため、今後も一定数増加することが見込まれる。



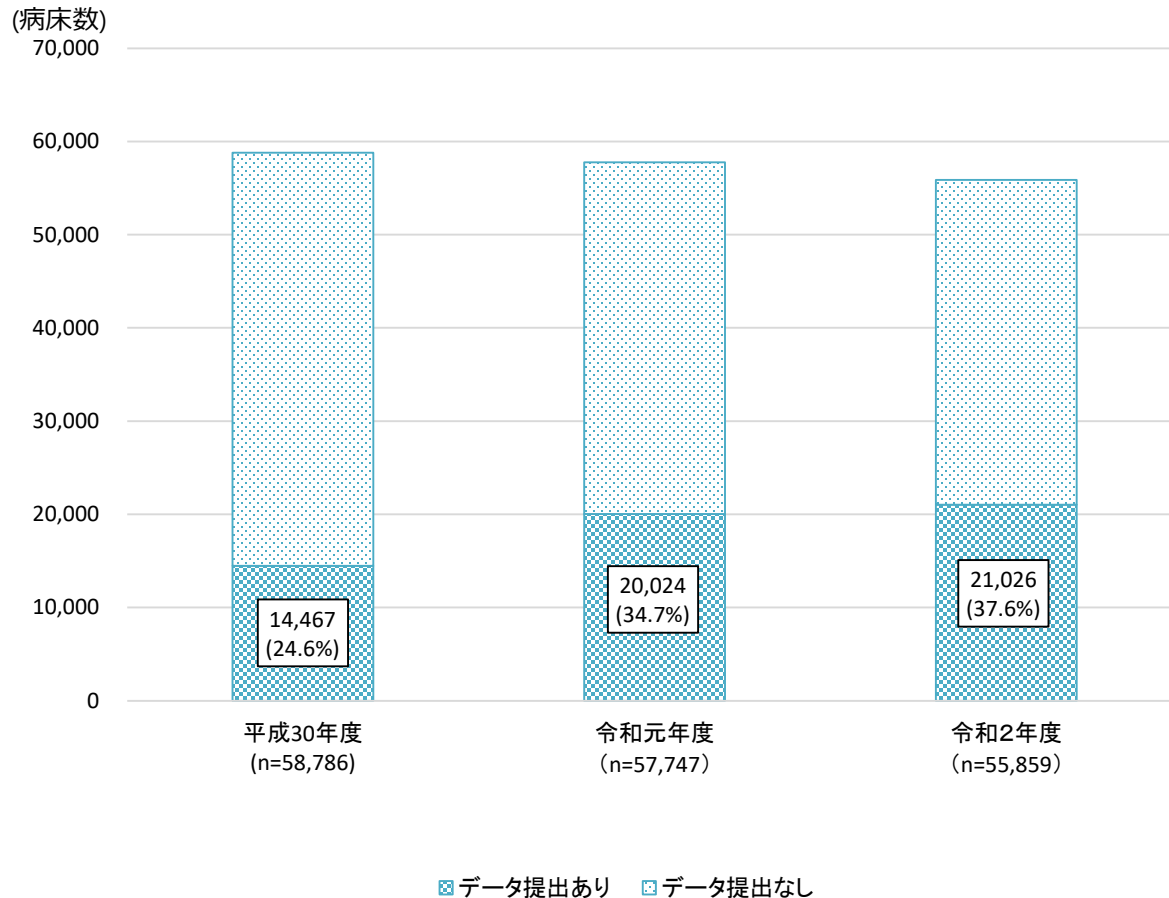
令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
療養1	112,811/ 174,701	64.6%
療養2	14,739/ 29,246	50.4%
注11	2,380/ 5,529	43.0%
特別	314/ 597	52.6%

DPCデータを提出している病床：地域一般入院料

○ 地域一般入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、37.6%を占めていた。

地域一般入院料

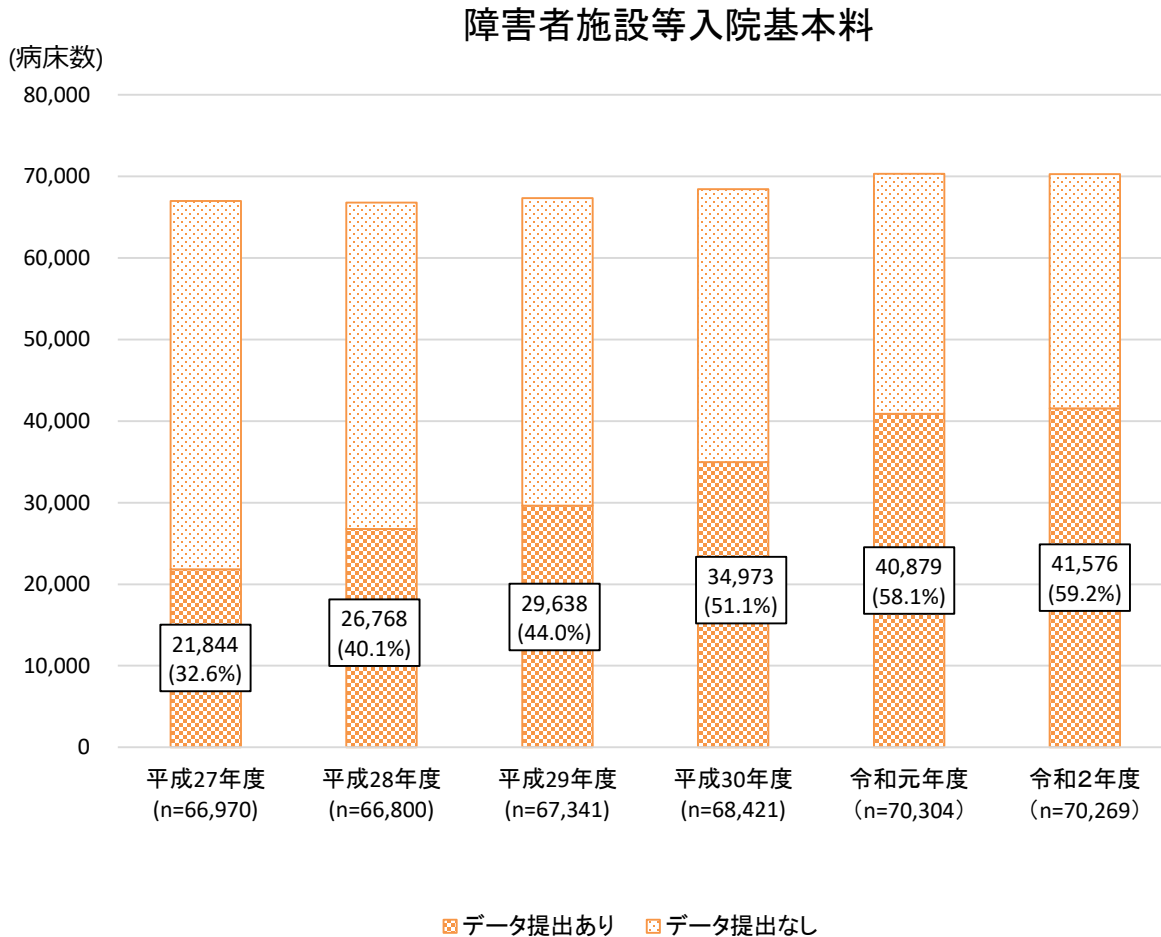


令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
地域一般1	9,120/ 16,417	55.6%
地域一般2	1,786/ 5,690	31.4%
地域一般3	10,120/ 33,752	30.0%

DPCデータを提出している病床：障害者施設等入院基本料

○ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、59.2%を占めていた。



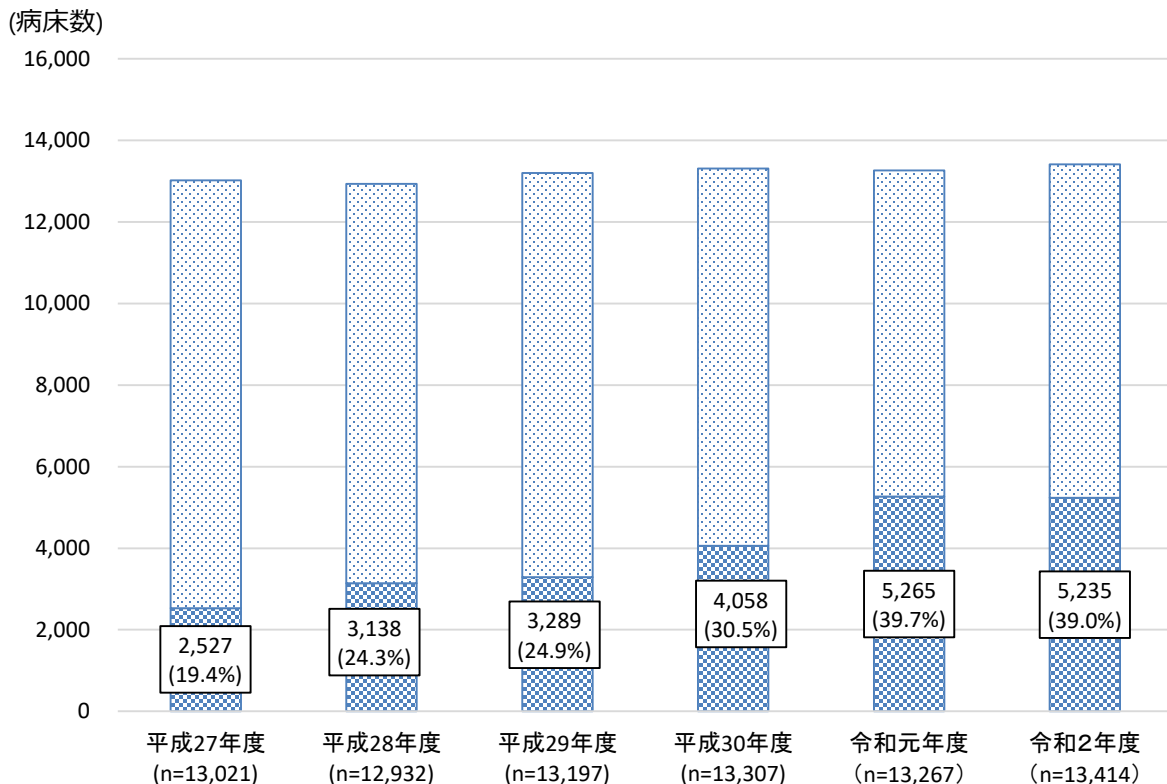
令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
7対1	9,072/ 14,250	63.7%
10対1	26,742/ 45,479	58.8%
13対1	4,992/ 8,333	59.9%
15対1	770/ 2,207	34.9%

DPCデータを提出している病床：特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料

○ 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、39.0%を占めていた。

特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料



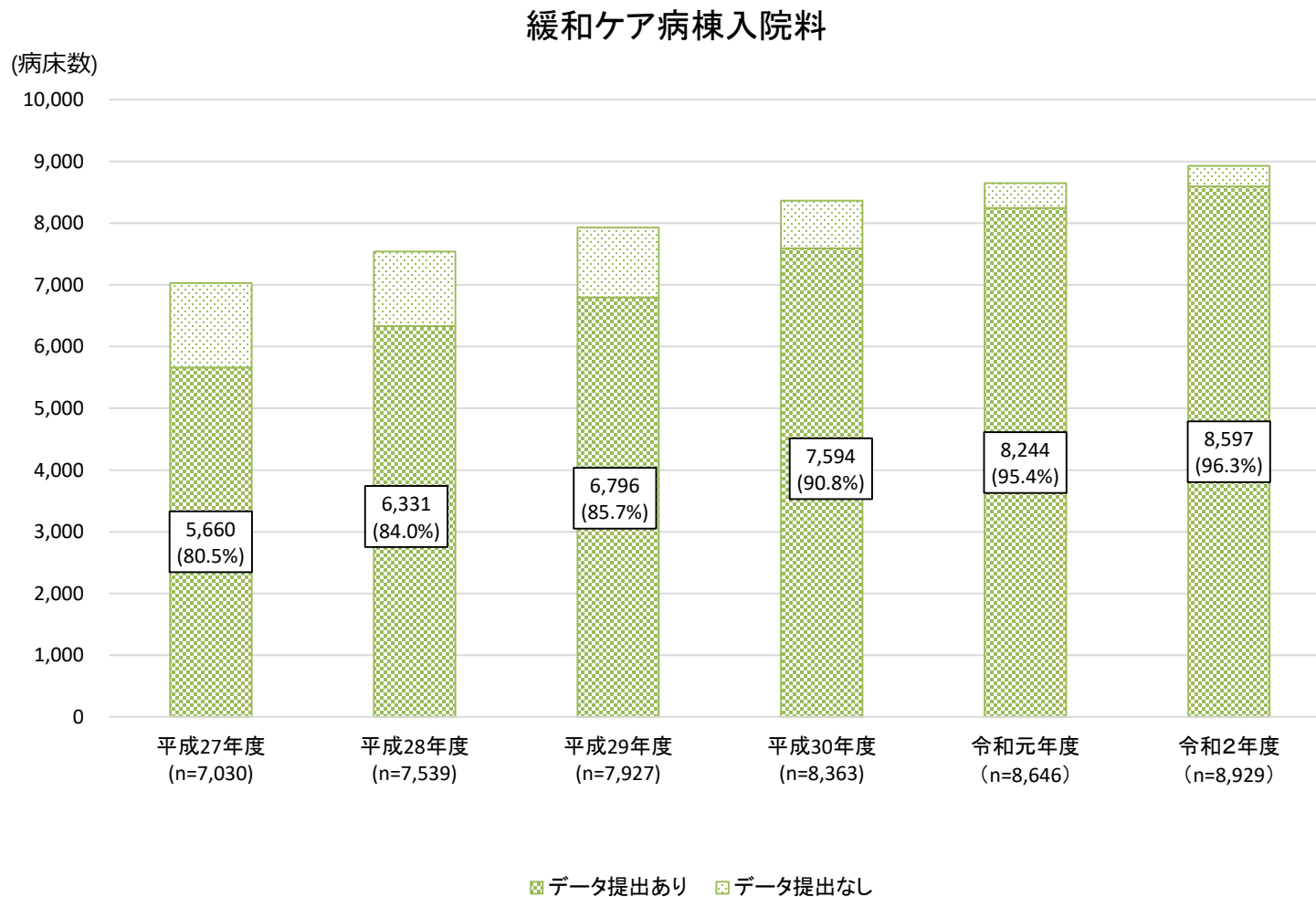
■ データ提出あり ■ データ提出なし

令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
特殊疾患病棟1	3,981 / 5,431	73.3%
特殊疾患病棟2	986 / 7,539	13.1%
特殊疾患入院医療	268 / 444	60.3%

DPCデータを提出している病床：緩和ケア病棟入院料

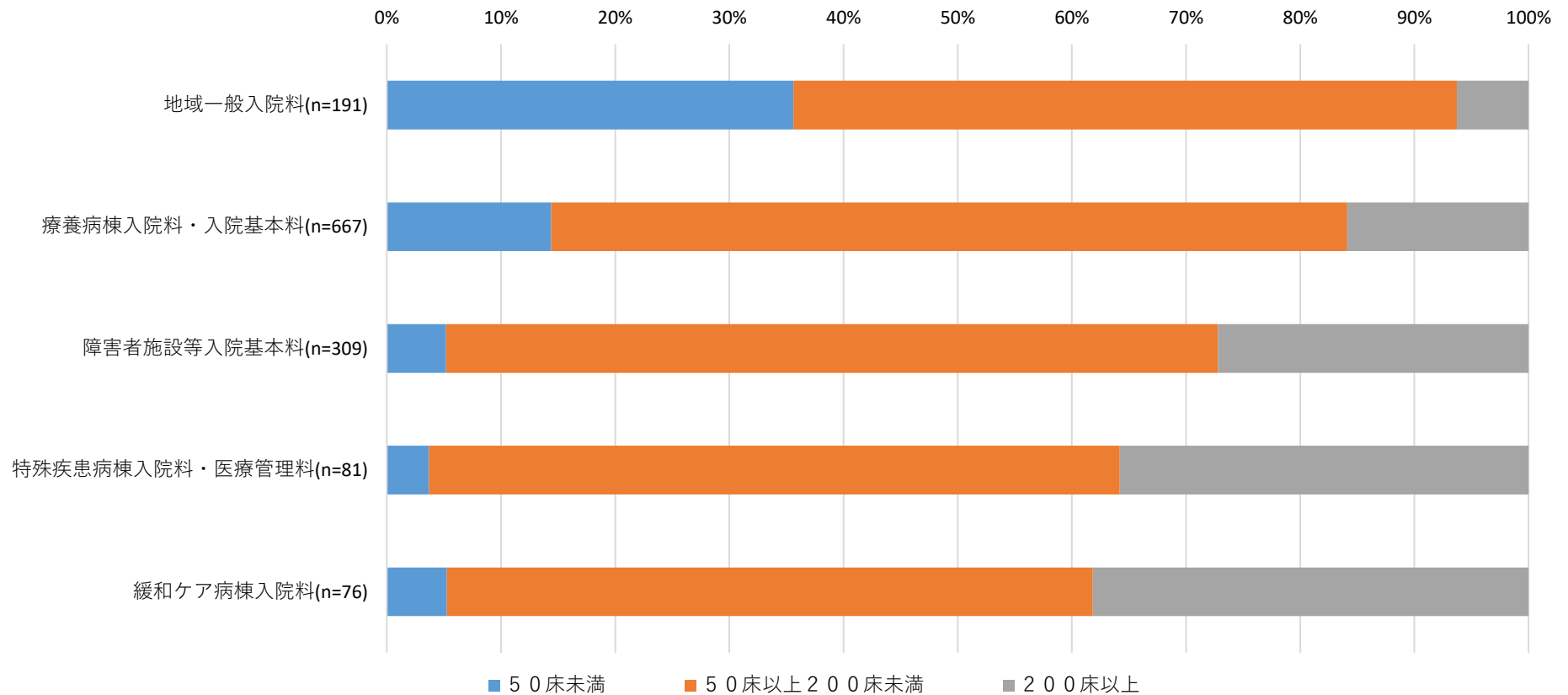
- 緩和ケア病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、96.3%を占めていた。



入院料ごとの許可病床数の状況

○ 各入院料における、許可病床数の状況は、以下のとおりであった。

入院料毎の許可病床数の状況

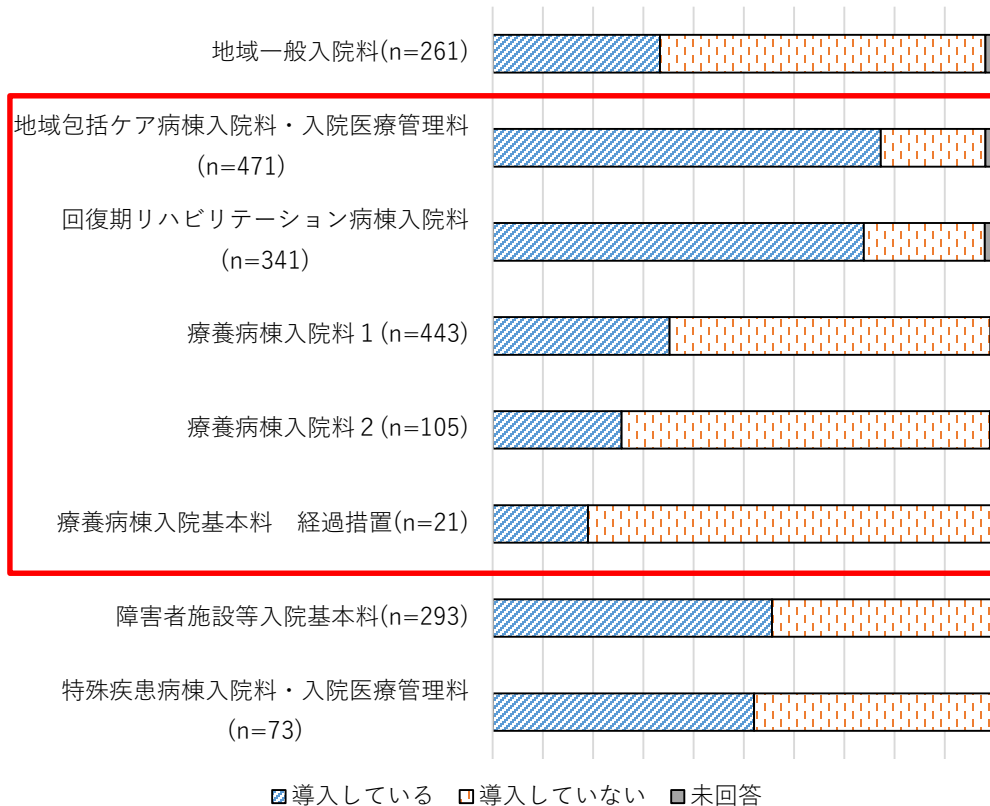


入院料ごとの電子カルテ等の導入状況

- 各入院料における、電子カルテ等の導入状況は、以下のとおりであった。
- データ提出加算の届出が要件となっている入院料においても、電子カルテ等の導入状況にはばらつきがあった。

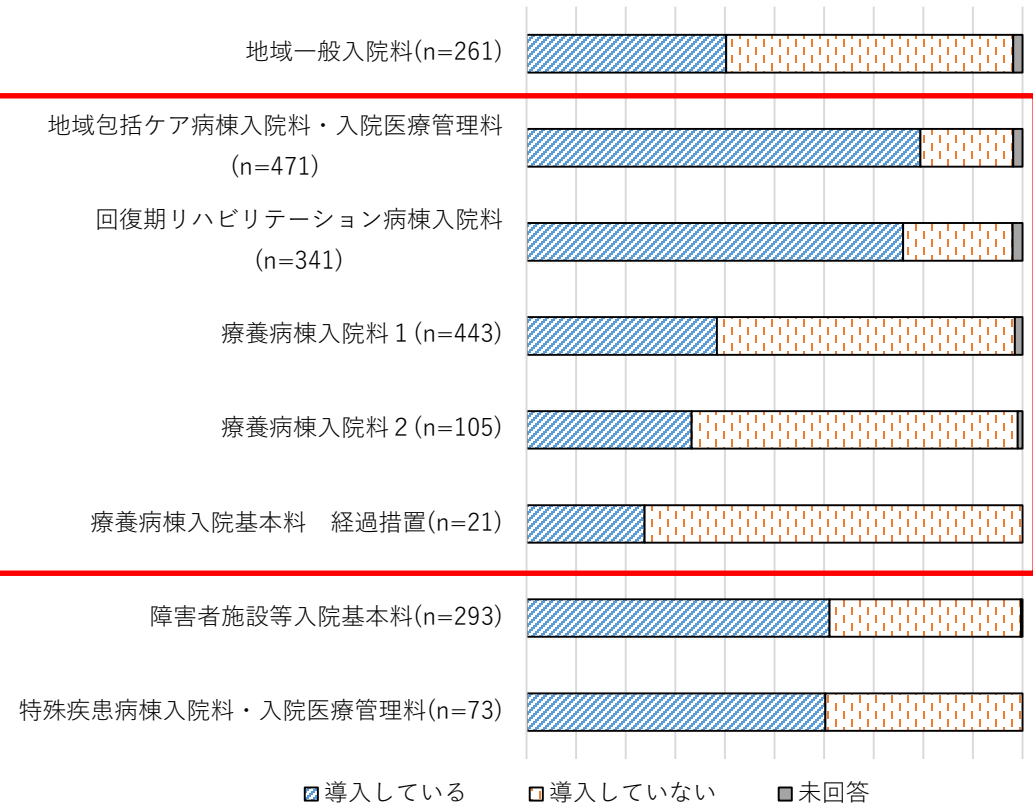
電子カルテの導入状況

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

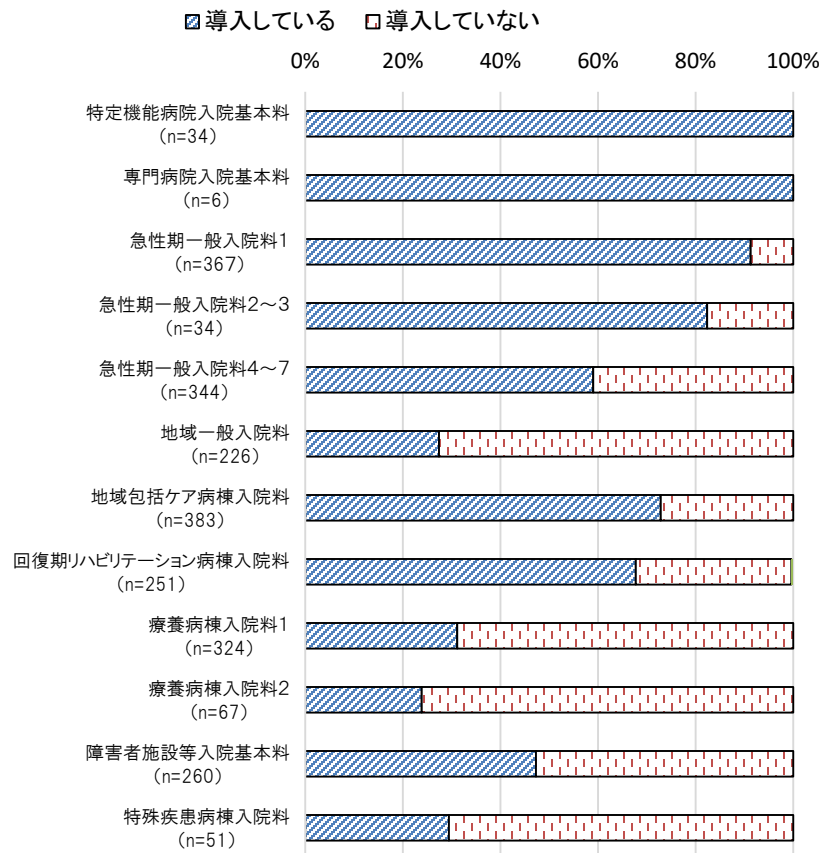


オーダリングシステムの導入状況

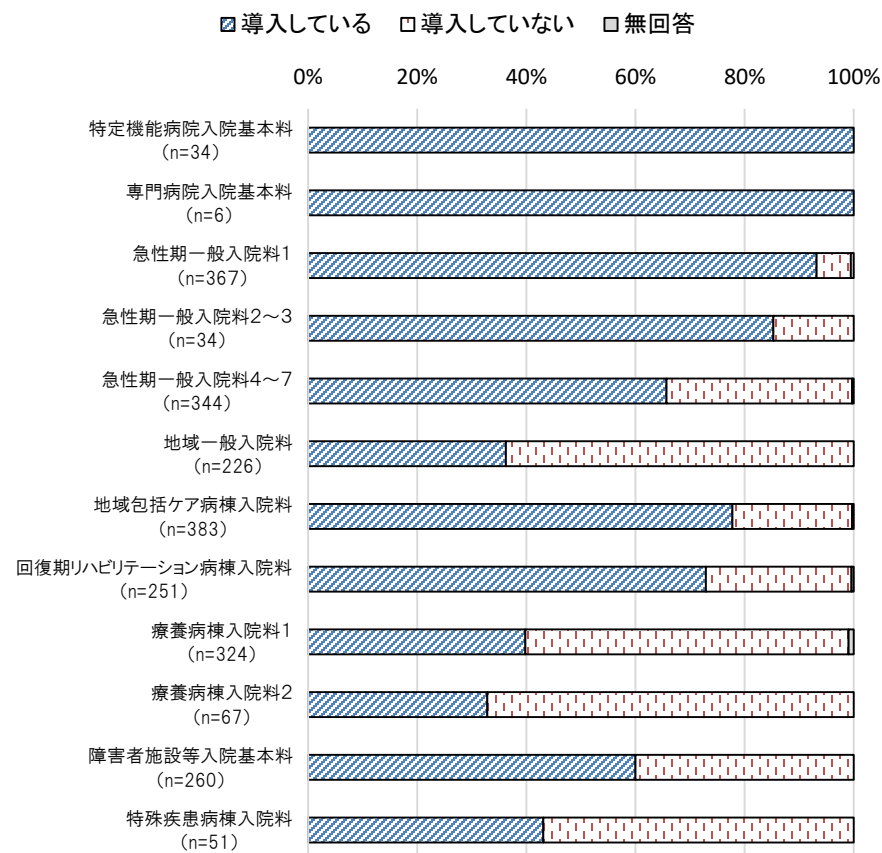
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



電子カルテの導入状況



オーダーリングシステムの導入状況



診療録管理体制加算の概要

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

診療録管理体制加算 1 100点

診療録管理体制加算 2 30点

【算定要件】

適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、入院初日に算定する。

【施設基準】

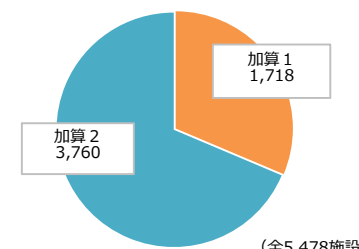
（加算 1）

- 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- 中央病歴管理室が設置されており、「[医療情報システムの安全管理に関するガイドライン](#)」に準拠した体制であること。
- 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- 年間の退院患者2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づく管理が実施されていること。
 - 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
 - 入院日、退院日
 - 担当医、担当診療科
 - ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
 - 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術
- 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
- 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」を参考にすること。

（加算 2）

- 加算 1 の（1）から（4）まで及び（9）を満たしていること。
- 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

診療録管理体制加算の届出医療機関数



【出典】
保険局医療課調べ
（令和 2 年 7 月 1 日時点）

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの概要

- **個人情報保護に資する情報システムの運用管理と e-文書法への適切な対応を行うための指針**として「医療情報ネットワーク基盤検討会」（現 健康・医療・介護情報利活用検討会、医療等情報利活用WG）での議論を経て「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」初版を平成17年3月に公開した。
 - 本ガイドラインは、**医療機関等における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象**としている。各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定を行っており、**今般第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表**した。
 - 医療情報システムのセキュリティについては、厚生労働省、総務省及び経済産業省が連携してガイドラインを整備している。（いわゆる3省2ガイドライン（※））
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版（厚生労働省、2021年1月）
医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン（経済産業省、総務省 2020年8月）

ガイドライン内容

- 電子的な医療情報を扱う際の責任のあり方
- 情報システムの基本的な安全管理
→ 技術的、物理的、組織的、人的対策を規程
- 診療録等を電子化・外部保存する際の安全管理基準
→ 電子保存の際に真正性・見読性・保存性を要求

3省2ガイドライン

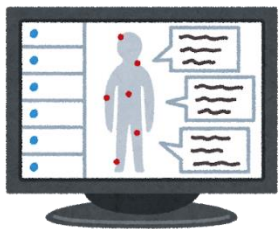
本GL

経産省
総務省
GL



医療機関等における
電子的な医療情報の
取扱いに係る責任者

基準に沿うようにシステムが
構築運用されているか確認
規程類を作成し、医療従事
者が遵守していることを確認



医療情報システム

構築・運用



システム事業者

6.10 災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

ガイドライン	論点	改定における対応
(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備	サイバーセキュリティ事故情報の報告スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ◆ B項に「(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備」を新設し、緊急時対応に必要な体制の構築の必要性を追記。 ◆ 一定の医療機関等において、CISOやCSIRTの設置の必要性を追記 ◆ 「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に示す報告を行うこと及びこれに必要な体制を整備する旨に変更(C項)

B. 考え方

(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備

非常時やサイバー攻撃などに対して、的確に対応できるようにセキュリティ体制を医療機関等においても構築することが求められる。非常時等において必要な原因関係の調査、必要なセキュリティ対応等に関する指揮、所管官庁等への報告などの体制については、平常時から明確にする必要がある。

また、一定規模以上の病院や、地域で重要な機能を果たしている医療機関等においては、そのために情報セキュリティ責任者(CISO)等の設置や、緊急対応体制(CSIRT等)を整備するなどが強く求められる。

C. 最低限のガイドライン

5. コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた(疑い含む)場合や、サイバー攻撃により障害が発生し、個人情報情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがある事案であると判断された場合には、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に基づき、所管官庁への連絡等、必要な対応を行うほか、そのための体制を整備すること。また上記に関わらず、医療情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行うこと。

- 医療機関へのサイバーセキュリティ対策のため、情報セキュリティインシデント発生時の国への報告について通知

<通知内容1及び3の概要>

1. 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の周知徹底について

- 医療機関等においてコンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた疑いがある場合、医療情報システムの保守会社等に直ちに連絡。
- サイバー攻撃により、医療情報システムに障害が発生し、個人情報漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがあると判断された場合、速やかに当該医療機関等から厚生労働省医療情報技術推進室に連絡。

3. 情報セキュリティインシデントが発生した医療機関等に対する調査及び指導について

- 自治体においては、コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた医療機関等に対し、必要に応じて被害状況、対応状況、復旧状況、再発防止策等に係る調査及び指導を行い、医療技術情報推進室に報告。
- 病院、診療所又は助産所に対する情報セキュリティインシデントに係る調査及び指導については、医療法第25条及び第26条並びに医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第42条に基づく立入検査等を行うことが可能。

実施状況の実態(医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査)

(アンケート調査結果は次ページ)

情報システムの管理体制について、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%は委員会等を設置しているが、20~199床の中小病院では36.9%、診療所では4.4%となっている。

規模が大きい医療機関ほど、情報システムのメンテナンス活動に内部スタッフが関わっている割合が高い(内部スタッフ(院長含む)による実施と、内部スタッフ(院長含む)および外部の業者のサービスによる実施の合算)。

2020年度AMED(医薬品等規制調査・評価研究事業)
医療機関における医療機器のサイバーセキュリティに係る課題抽出等に関する研究
医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査(2021年3月)

調査元：公益社団法人日本医師会、公益財団法人医療機器センター

送付先：ランダムに抽出した全国の病院(5,000施設)・診療所(5,000施設)を対象

期間：2021年1月7日～2月3日

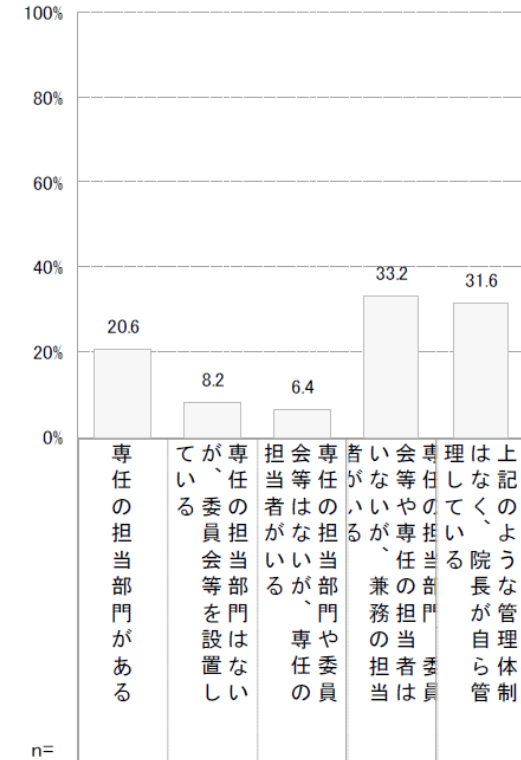
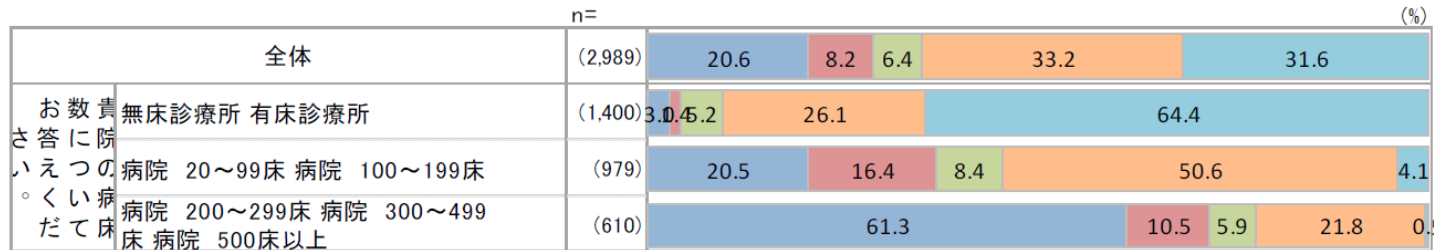
回収数：2,989件(病院1,589件・診療所1,400件)

回収率：29.9%

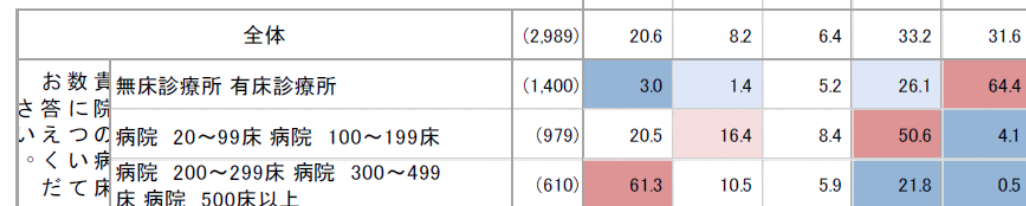
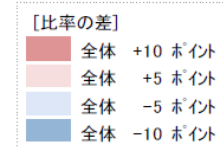
医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

Q10 貴院の情報システムの管理体制について、もっともよくあてはまるものをひとつ選んでお答えください。

- 専任の担当部門がある
- 専任の担当部門はないが、委員会等を設置している
- 専任の担当部門や委員会等はないが、専任の担当者がいる
- 専任の担当部門、委員会等や専任の担当者はいないが、兼務の担当者がいる
- 上記のような管理体制はなく、院長が自ら管理している



n=30以上の場合

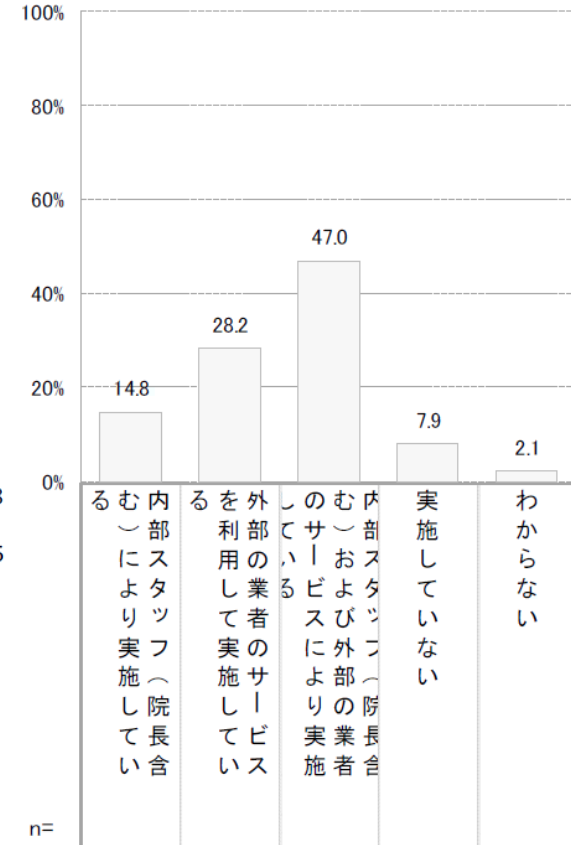


医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

Q11 貴院の情報システムのメンテナンス活動を現場にて行っている方についてお答えください。

- 内部スタッフ(院長含む)により実施している
- 外部の業者のサービスを利用して実施している
- 内部スタッフ(院長含む)および外部の業者のサービスにより実施している
- 実施していない
- わからない

		n=	n (%)				
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
お数 さ答 に院 いえ つ病 。く院 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	15.0	38.3	30.5	12.6	3.6
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	16.2	21.9	55.6	5.5	0.8
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	11.8	15.4	71.1	1.1	0.5
	病院 500床以上						



n=30以上の場合

[比率の差]	
全体	+10 ポイント
全体	+5 ポイント
全体	-5 ポイント
全体	-10 ポイント

		n=	n (%)				
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
お数 さ答 に院 いえ つ病 。く院 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	15.0	38.3	30.5	12.6	3.6
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	16.2	21.9	55.6	5.5	0.8
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	11.8	15.4	71.1	1.1	0.5
	病院 500床以上						

実施状況の実態(医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査)

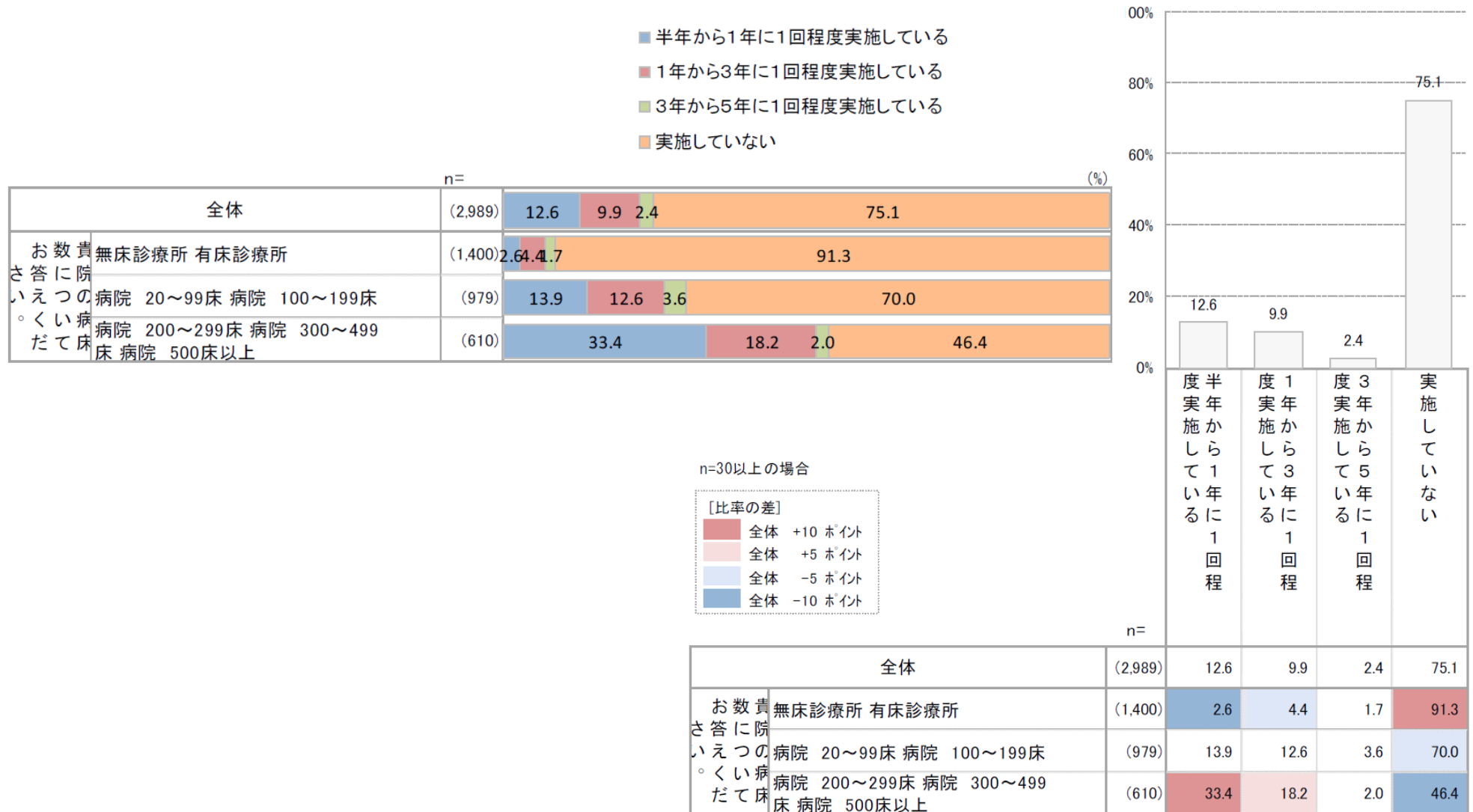
(アンケート調査結果は次ページ)

中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施している

また、研修を実施している場合は、概ね全職員を対象に実施している。

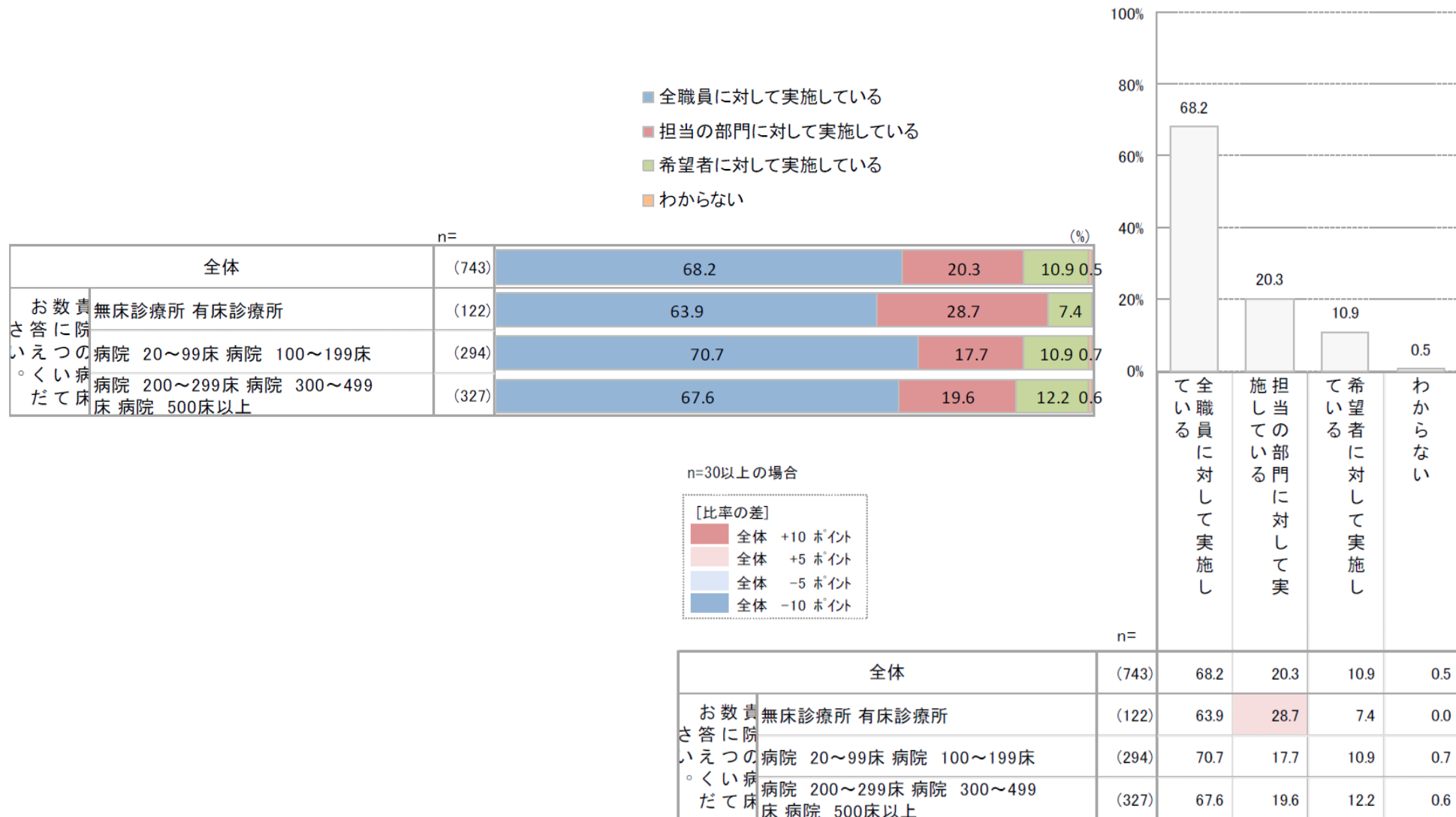
医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

Q22 サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況についてお答えください。



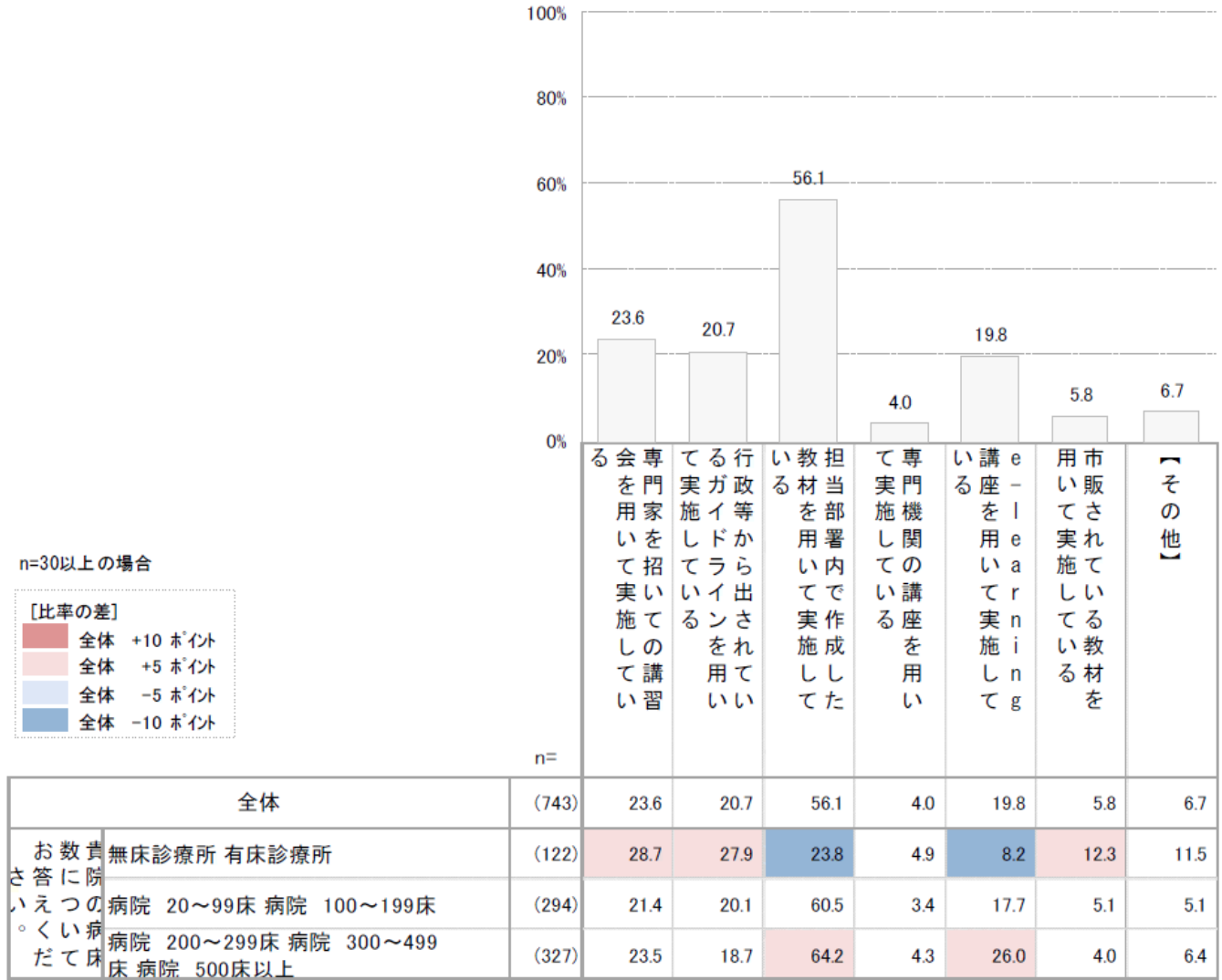
医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

Q23 Q22にて「実施している」と回答された方にお伺いします。
教育の対象者についてお答えください。



医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

Q24 Q22にて「実施している」と回答された方にお伺いします。
貴院における教育の方法について当てはまるものをすべてお答えください。



6. 横断的事項等

①救急医療管理加算について

②データ提出加算・診療録管理体制加算について

③医療資源の少ない地域に配慮した評価について

医療資源の少ない地域に係る主な指摘事項①

入院医療等の調査・評価分科会

(8月27日)

- 医療資源の少ない地域について診療報酬上配慮している点数の算定状況を見てはどうか。



- 医療資源の少ない地域について診療報酬上配慮している点数の算定状況を分析した。

医療資源の少ない地域 算定状況①

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	令和2年度			令和2年度		
	5月診療月			10月診療月		
	医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
特定一般病棟入院料 1	3	170	2,072	3	180	2,305
特定一般病棟入院料 2	2	68	1,287	2	67	1,010
特定一般病棟入院期間加算（14日以内）	5	171	1,426	5	167	1,232
特定一般病棟入院期間加算（15日以上30日以内）	5	89	797	5	79	663
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	3	98	842	4	107	832
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	1	56	871	1	64	846
特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）	1	4	81	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（A）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（B）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（C）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（D）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（E）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（F）	1	1	31	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（G）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（H）	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（I）	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域 算定状況②

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

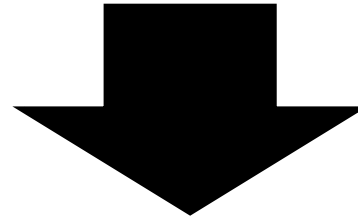
算定項目	令和2年度					
	5月診療分			10月診療分		
	医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	4	4	1	1	1
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	1	2	2	-	-	-
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-

医療資源の少ない地域に係る主な指摘事項②

入院医療等の調査・評価分科会

(8月27日)

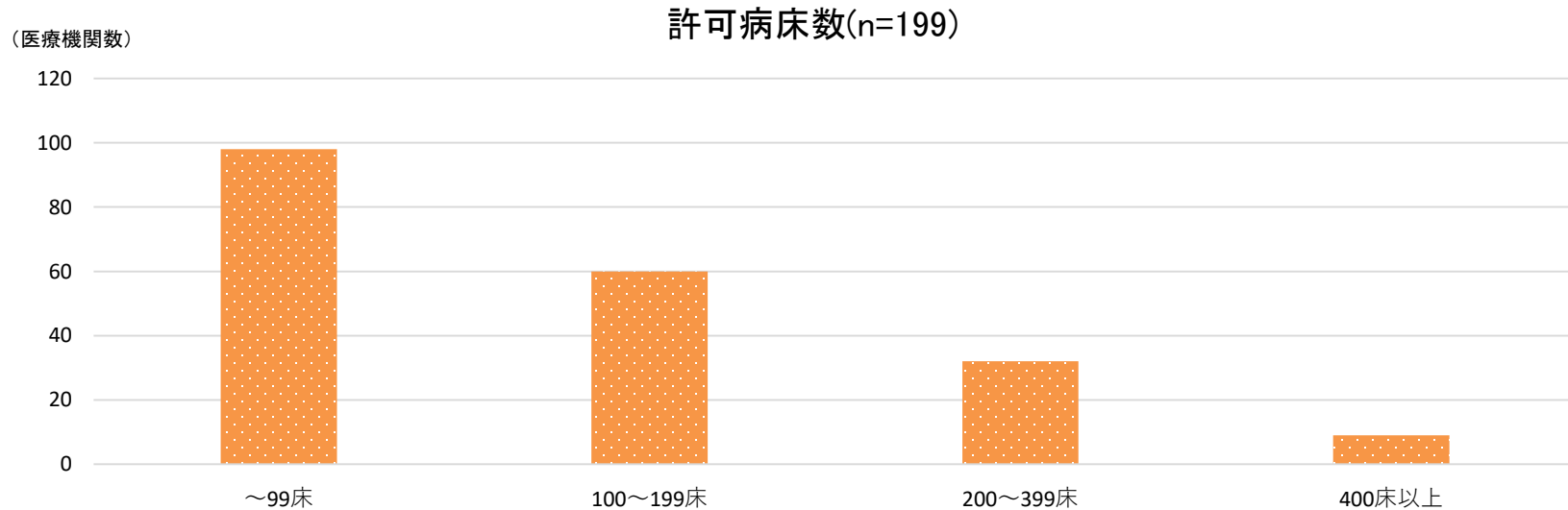
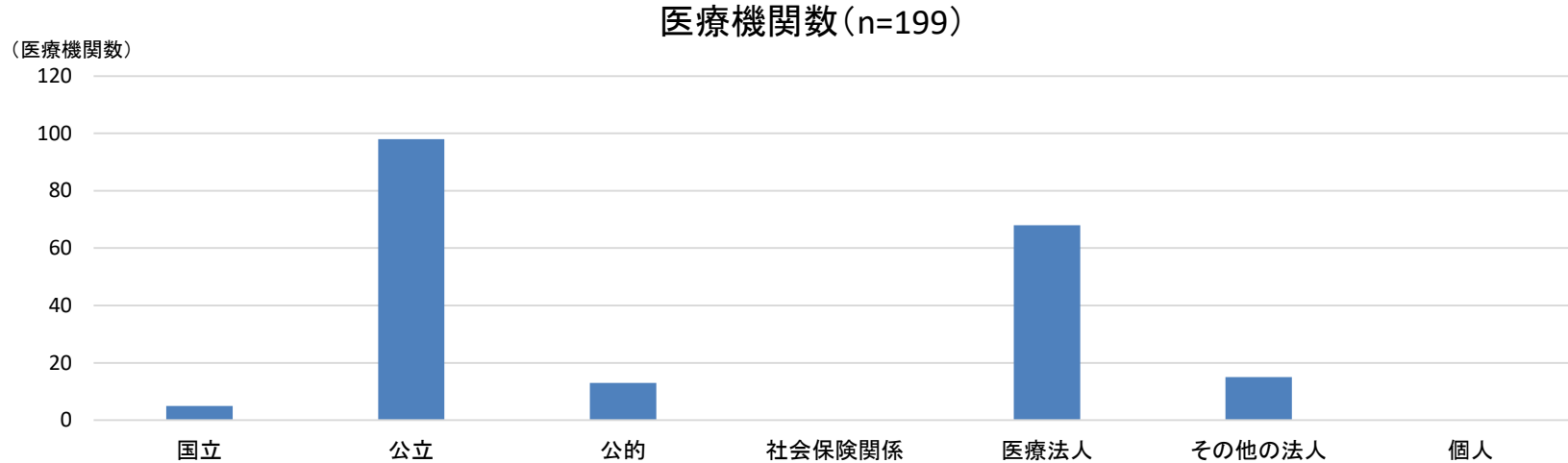
- 医療資源の少ない地域に所在する病院について、設置主体の割合等を見てはどうか。



- 医療資源の少ない地域に所在する病院について、設置主体及び許可病床数を追加分析した。

医療資源の少ない地域の病院について

- 医療資源の少ない地域に存在する病院の設置主体及び許可病床数は以下のとおりであった。
- 設置主体が公立の医療機関が最も多かった。許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多かった。

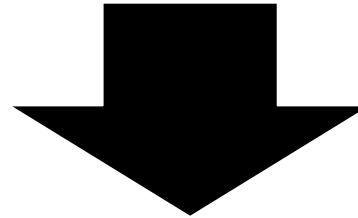


医療資源の少ない地域に係る主な指摘事項③

入院医療等の調査・評価分科会

(8月27日)

- 遠隔画像診断の届出が困難な理由について、「担当医がいないから」とあるが、この意味について教えていただきたい。



- 遠隔画像診断の要件については、次に示すとおり。

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。

医療資源の少ない地域の病院における遠隔画像診断について

○ 遠隔画像診断における、施設基準は以下のとおり。

医師対医師 (D to D)

情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い
特定領域の専門的な知識を持っている医師と
連携して診療を行うもの



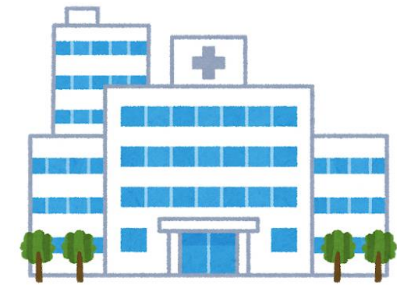
[遠隔画像診断]

- 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合



送信側

画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと 等



受信側

例) 加算1では、画像診断を専ら担当する常勤の医師を1名以上配置することとされている。

ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。

イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院(=医療資源の少ない地域に所在する病院)であること。

等

横断的事項等に係る課題及び論点

(治療早期からの回復に向けた取組について)

- ・ 早期離床・リハビリテーション加算、早期栄養介入管理加算が算定対象となっていない治療室においても、早期離床に向けたこれら取組を行っている医療機関が一定割合存在した。

(救急医療管理加算)

- ・ 救急医療管理加算1が算定される患者で「意識障害または昏睡」でJCS0の患者について、実施された処置・手術をみると、一部の患者では緊急性が高いと考えられる処置が行われていた。
- ・ 救急医療管理加算が算定される患者で「広範囲熱傷」または「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者について、Burn Indexごとに患者割合をみると、Burn Index0の患者が一定割合存在した。更に、Burn Index0の患者が占める割合ごとの医療機関割合をみると、Burn Index0の患者が100%である医療機関が一定割合存在した。

(データ提出加算)

- ・ これまでの診療報酬改定において、データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大してきており、データ提出加算を届け出ている医療機関数は令和2年度まで増加を続けている。
- ・ データを提出している病床数は、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といった、データ提出加算の届出が要件となった入院料において、顕著に増加がみられる。また、届出が要件となっていない地域一般入院料等の入院料においても、おおむね届出数の増加がみられる。

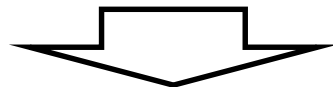
(診療録管理体制加算)

- ・ 診療録管理体制加算は、届出に当たり、『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に準拠した体制であることを求めている。
- ・ 医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査において、情報システムの管理体制については、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は全体で28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%にのぼっていた。
- ・ サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況については、中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施していた。

(医療資源の少ない地域)

- ・ 医療資源の少ない地域に存在する医療機関の設置主体は公立の医療機関が最も多かった。許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多かった。

【論点】



- 質の高い入院医療を推進するための治療早期からの回復に向けた取組についてどのように考えるか。
- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価であることを前提として、患者の状態を適正に評価していくための判断基準等について、どのように考えるか。
- データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算を要件とする対象の範囲についてどのように考えるか。
- 医療情報システムの安全管理について、実態調査の結果も踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。
- 医療資源の少ない地域について、これまでの診療報酬改定における考え方を踏まえつつ、その特性に配慮した評価のあり方をどのように考えるか。