中医協　総－１－２ ３．１０．２７	中医協　診－１－２ ３．１０．２７

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果（とりまとめ）【別添】

令和３年10月27日（水）

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

調査項目

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

【令和２年度】

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

【令和３年度】

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

令和２年度調査全体の概要①

中医協　診－１－１(改)
２．１０．２８

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

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

調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からD票に整理

令和２年度調査全体の概要②

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

令和２年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象施設数	施設調査票（回収率）	病棟票	患者票	退棟患者票
A	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料	1,900	942（49.6%）	2,428	23,285	10,782
B	地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料	1,900	824（43.4%）	691	6,872	1,223
C	療養病棟入院基本料	1,600	573（35.8%）	367	4,202	509
D	障害者施設等入院基本料等	800	343（42.9%）	254	2,989	257

令和3年度調査全体の概要①

中医協　診－2
3．5．12

○　調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
○　調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「治療室調査票」を配布。また、別途、調査対象月のレセプト調査を実施。
○　調査対象施設：別表のとおり。
○　調査負担軽減のため、施設調査票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とするほか、データ提出加算を算定している医療機関については、レセプト調査の提出を不要とする。

［別表］

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

調査対象施設の区分に応じて、次頁の通りA票からD票に整理

令和3年度調査全体の概要②

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その２） （2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関	約2,300施設
B票	（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その２）	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関	約1,500施設
C票	（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その２）	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,500施設
D票	（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その２）	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約900施設

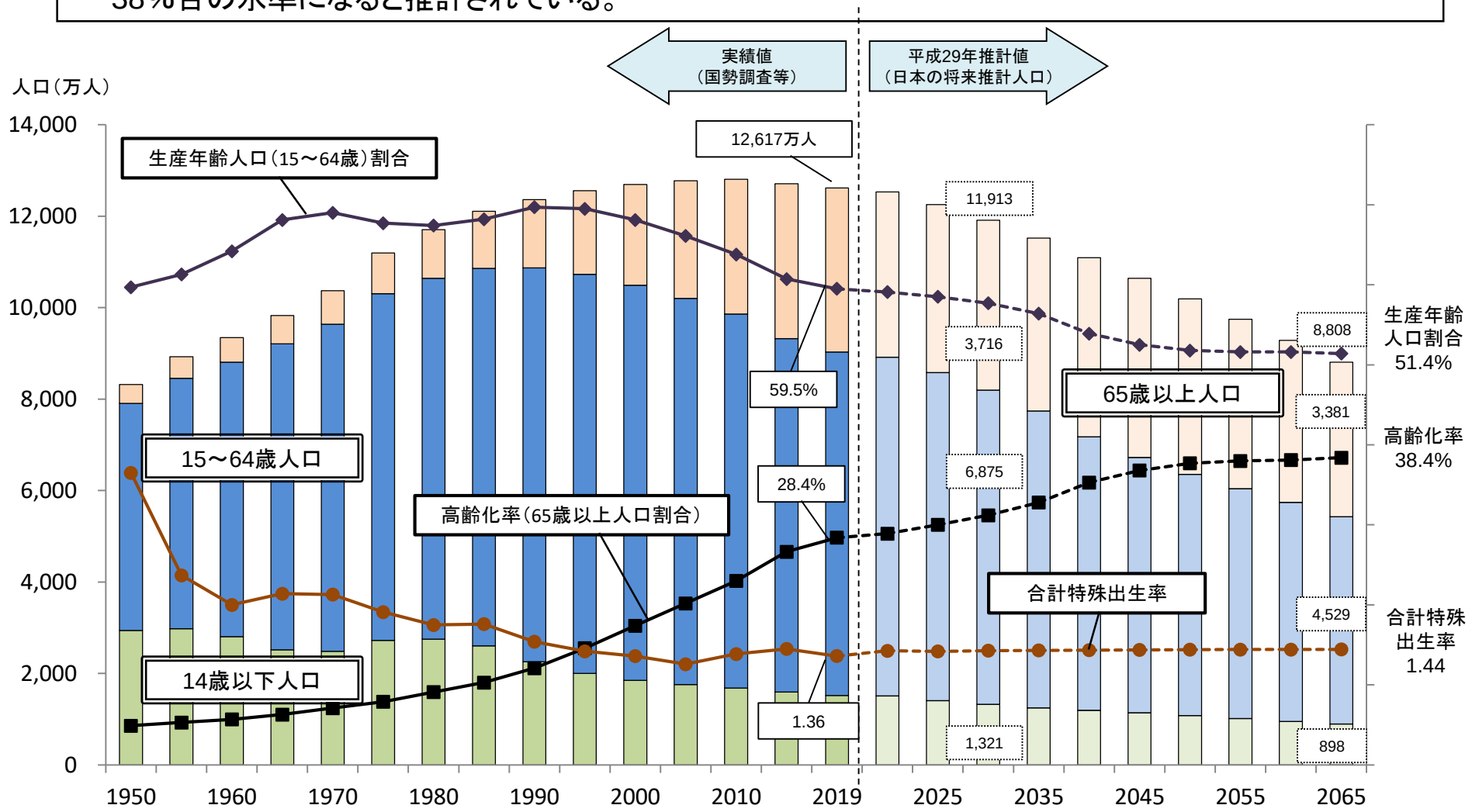
診調組　入－３
３．１０．１

令和３年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象施設数	施設調査票（回収率）	病棟票	治療室票
A	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関	2,300	1,266 （55.0%）	3,838	1,132
B	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関	1,500	758 （50.5%）	806	ー
C	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	1,500	679 （45.3%）	529	ー
D	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関	900	439 （48.8%）	411	ー

日本の人口の推移

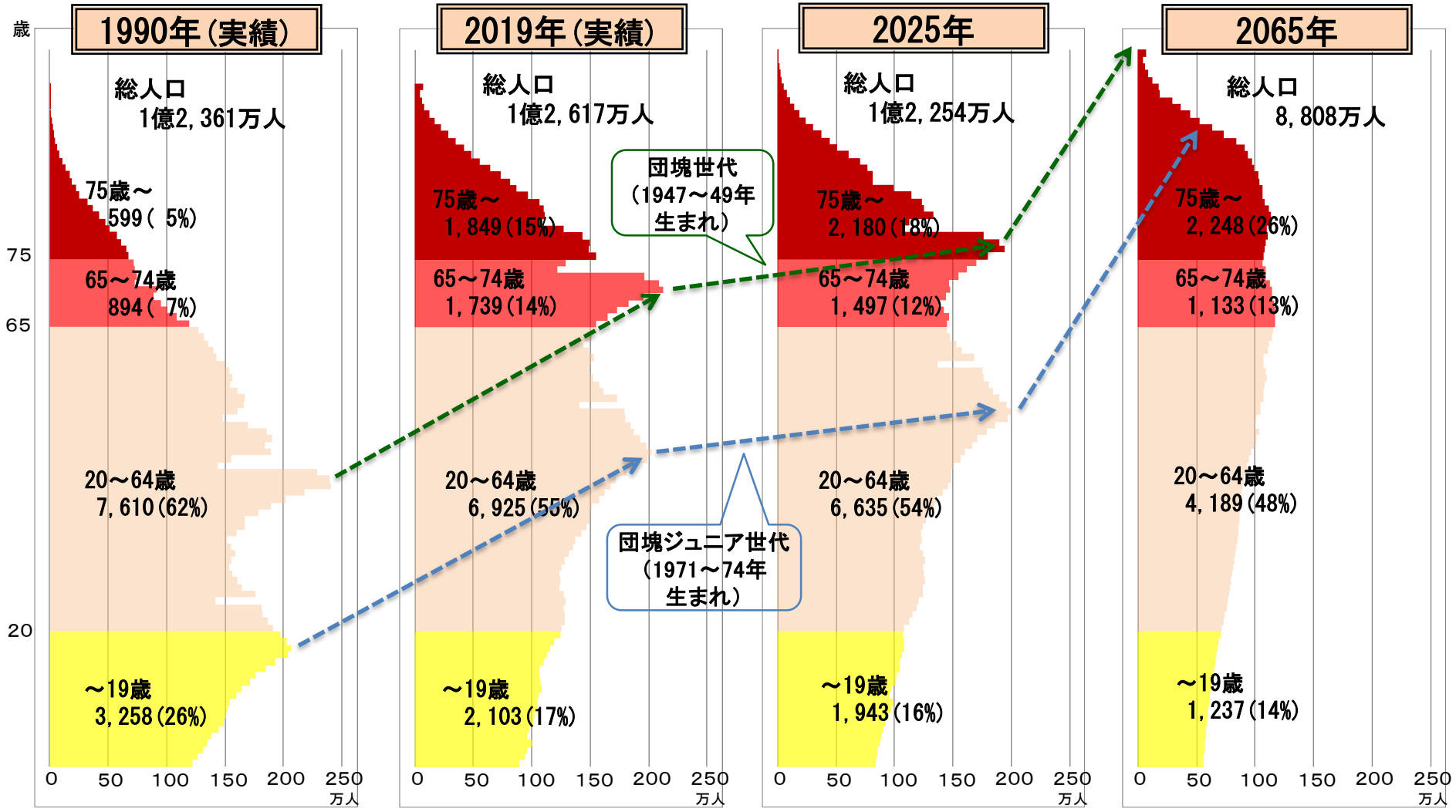
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



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

日本の人口ピラミッドの変化

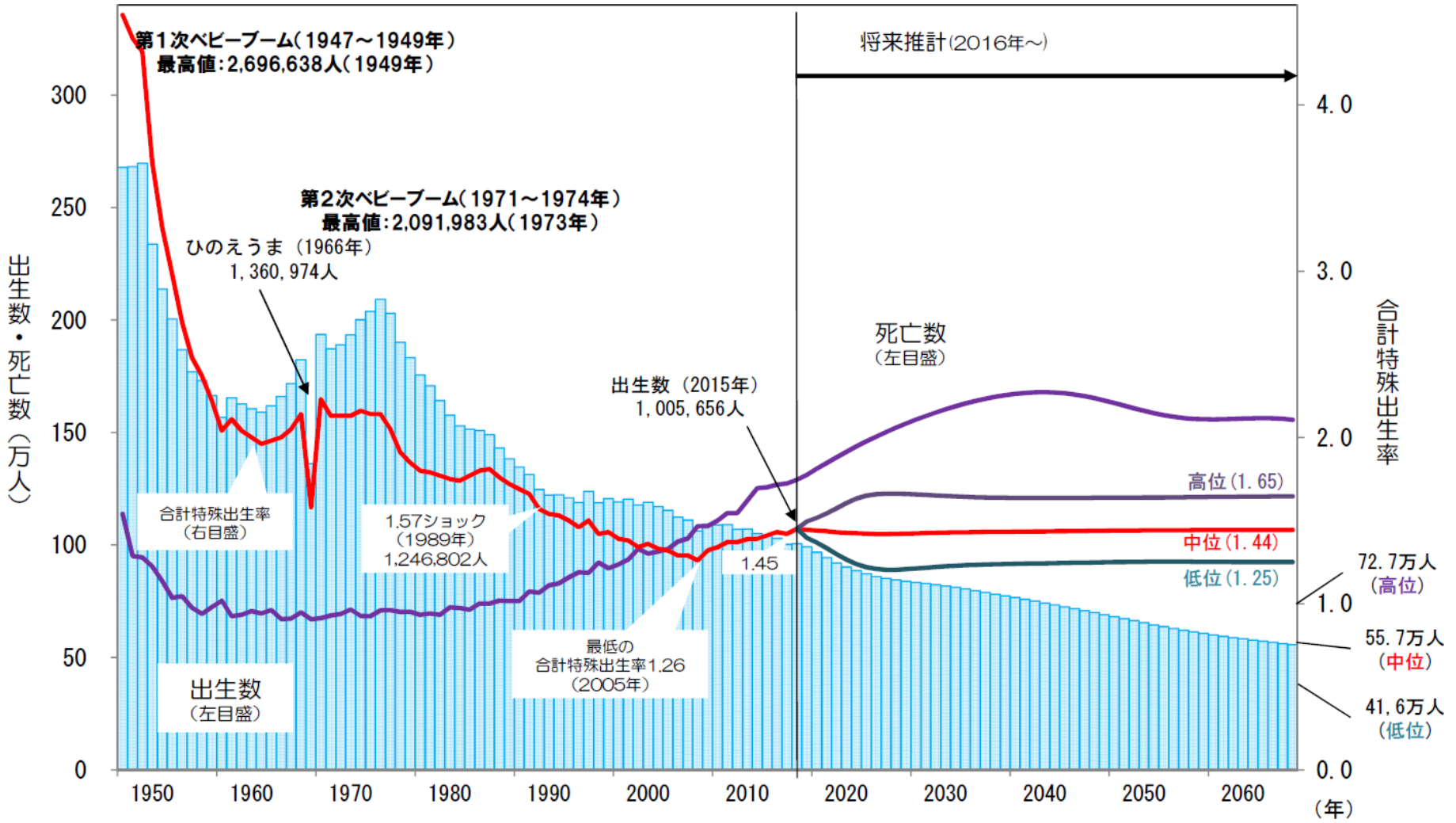
○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



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

出生数及び合計特殊出生率の将来推計

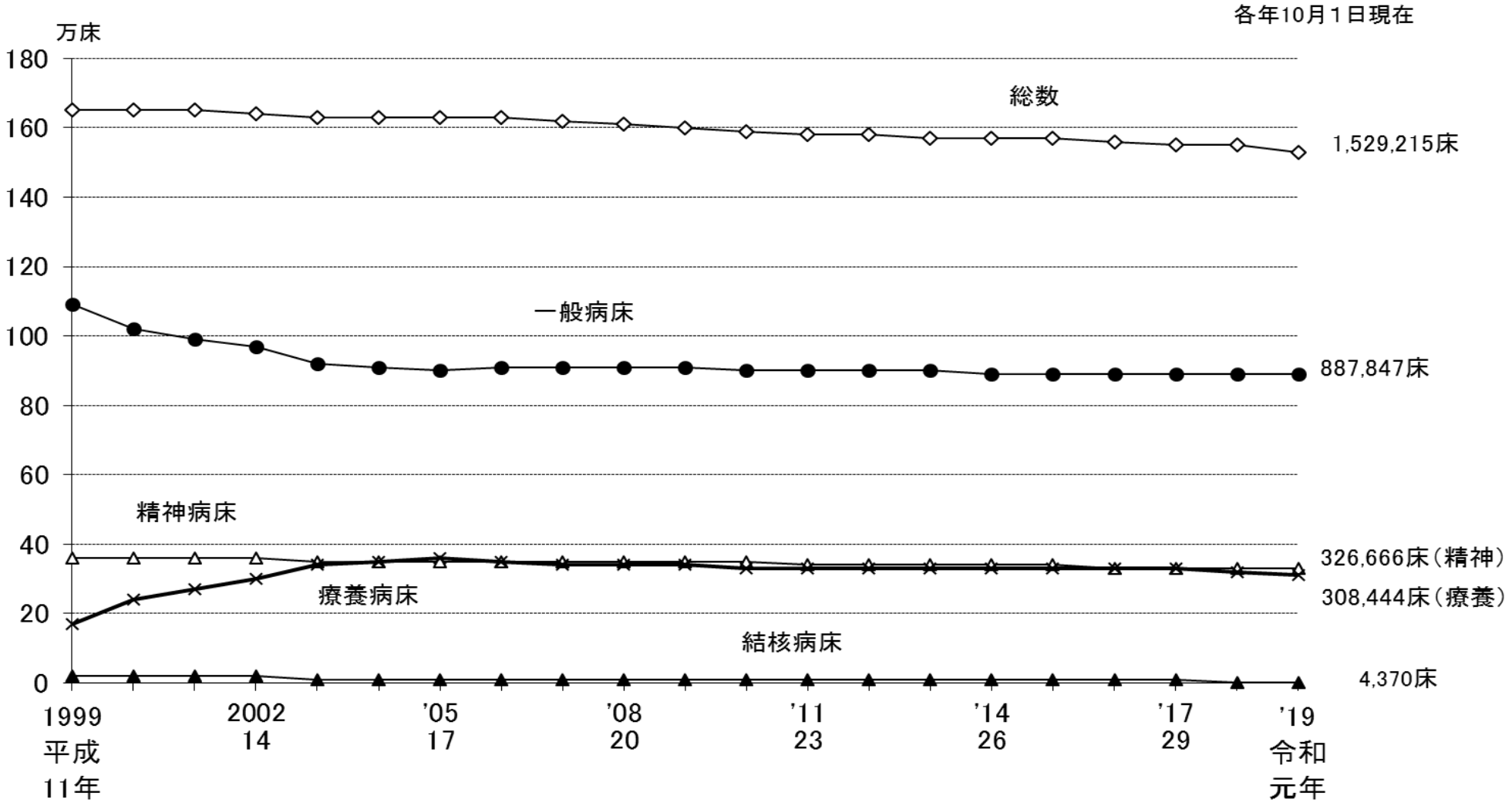
○　出生数は減少しており、今後も減少する見込み。



資料：2015年以前：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
　　2016年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」［出生中位・死亡中位推計］
（注）2015年までは確定数である。

病床の種類別にみた病床数の年次推移

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



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

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

出典：医療施設調査

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

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）

ハイケ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	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
81施設	183施設	97施設	379施設	154施設
5,438床	6,158床	2,267床	8,044床	–
（+75床）	（▲114床）	（▲４床）	（+73床）	

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	179施設	407施設	71施設	56施設	45施設	1,571施設
53,511床	9,478床	18,812床	3,323床	2,184床	1,876床	89,184床
（+4,960床）	（▲213床）	（▲1,524床）	（▲397床）	（▲88床）	（▲808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	1,315施設	49施設	83施設	2,650施設
38,981床	43,803床	1,329床	1,792床	85,905床
（+7,532床）	（▲1,564床）	（▲69床）	（▲499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	106施設	32施設
5,431床	7,539床	444床
（▲178床）	（＋328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
（かっこ内は前年比較）

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）

精神病棟　1,179施設　143,543床（▲3,343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）

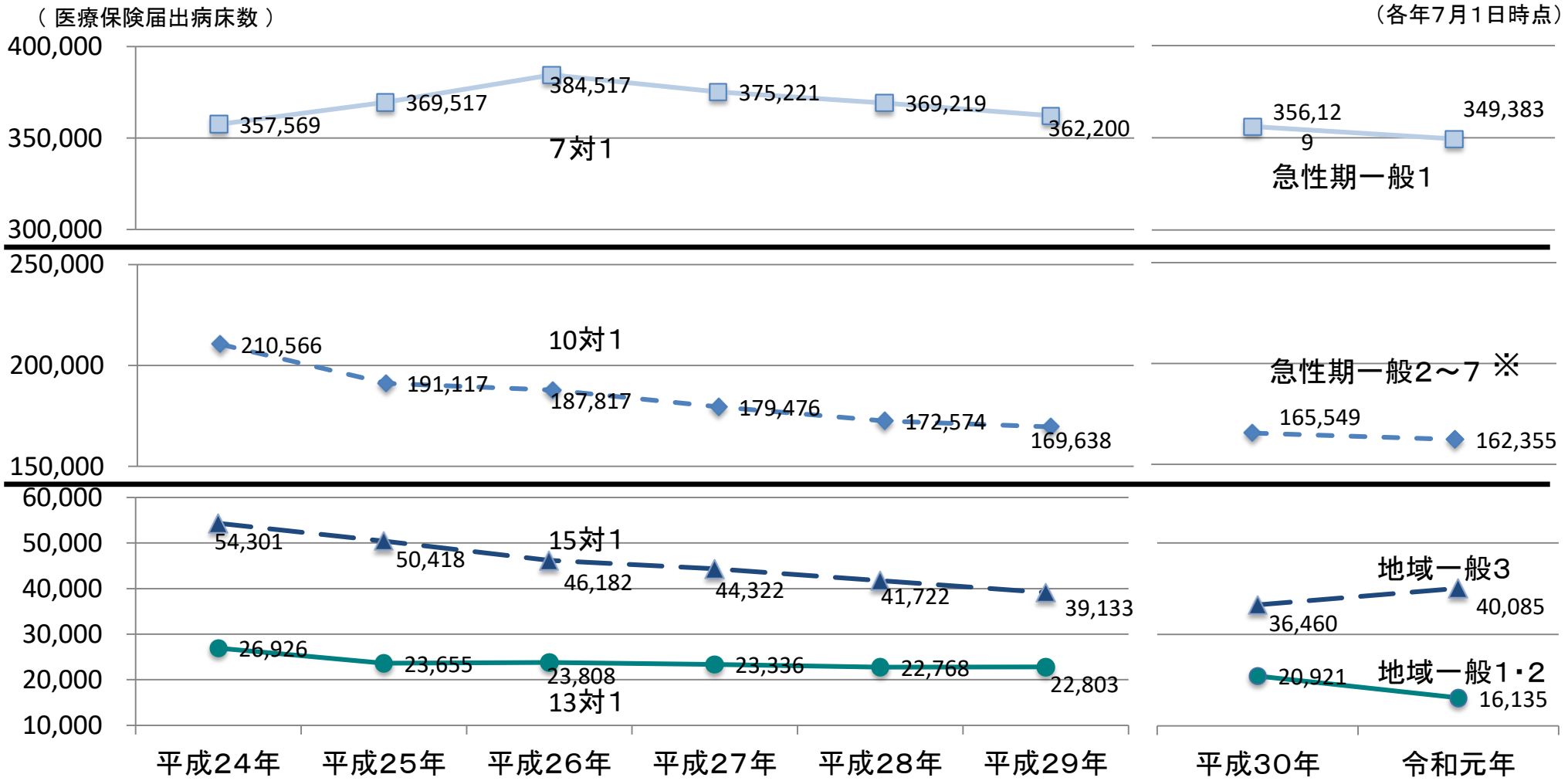
地域移行機能強化病棟入院料
38施設　1,435床（＋58床）

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）

結核病棟　168施設　3,905床（＋5床）

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

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



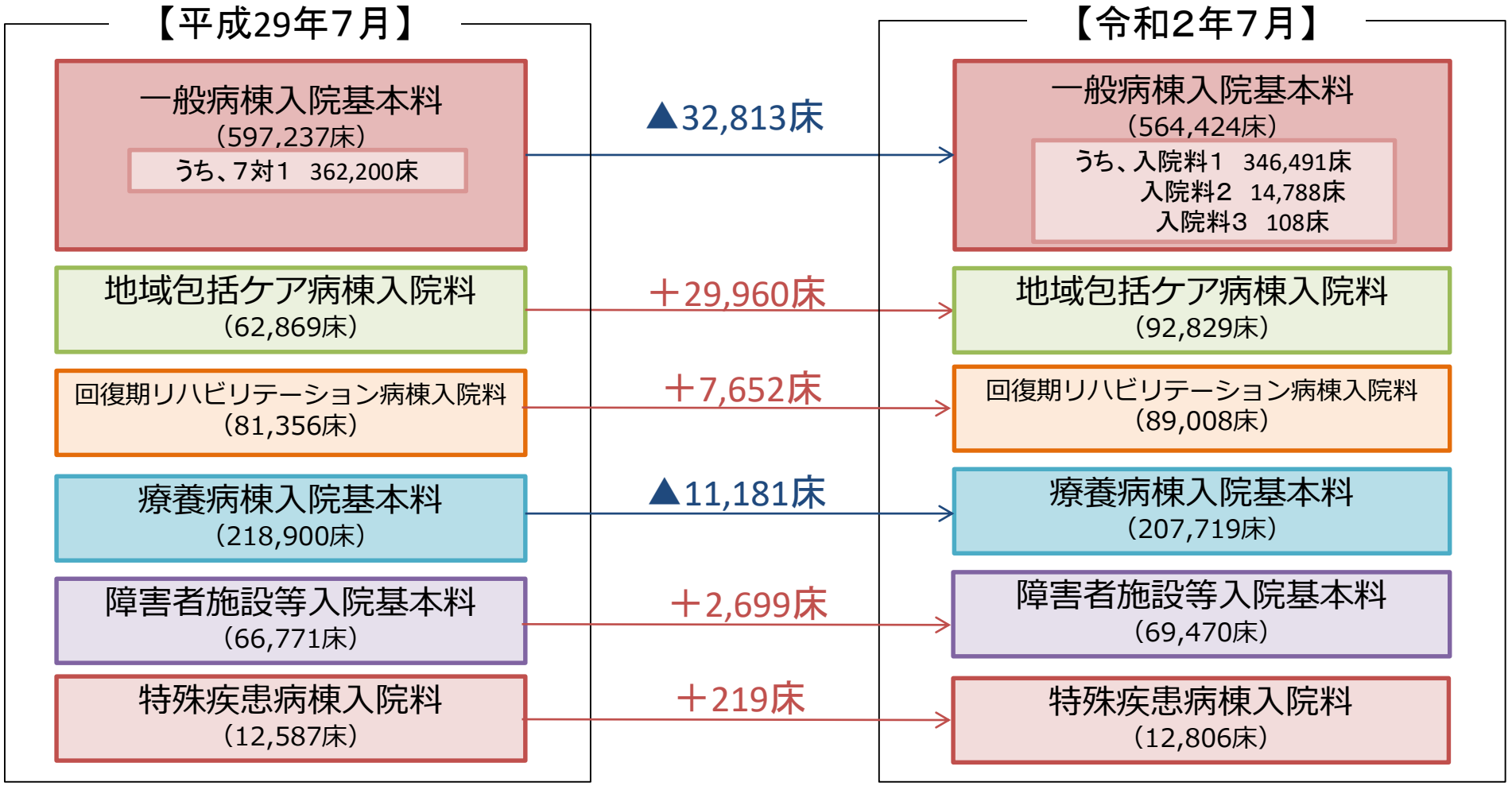
	平成30年	令和元年
急性期一般2・3	5,399	10,704
急性期4～7	160,150	151,651

※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：各年7／1の届出状況。保険局医療課調べ

病床数の推移について（概要）

○　平成29年７月時点の各入院料の届出病床数と令和２年７月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



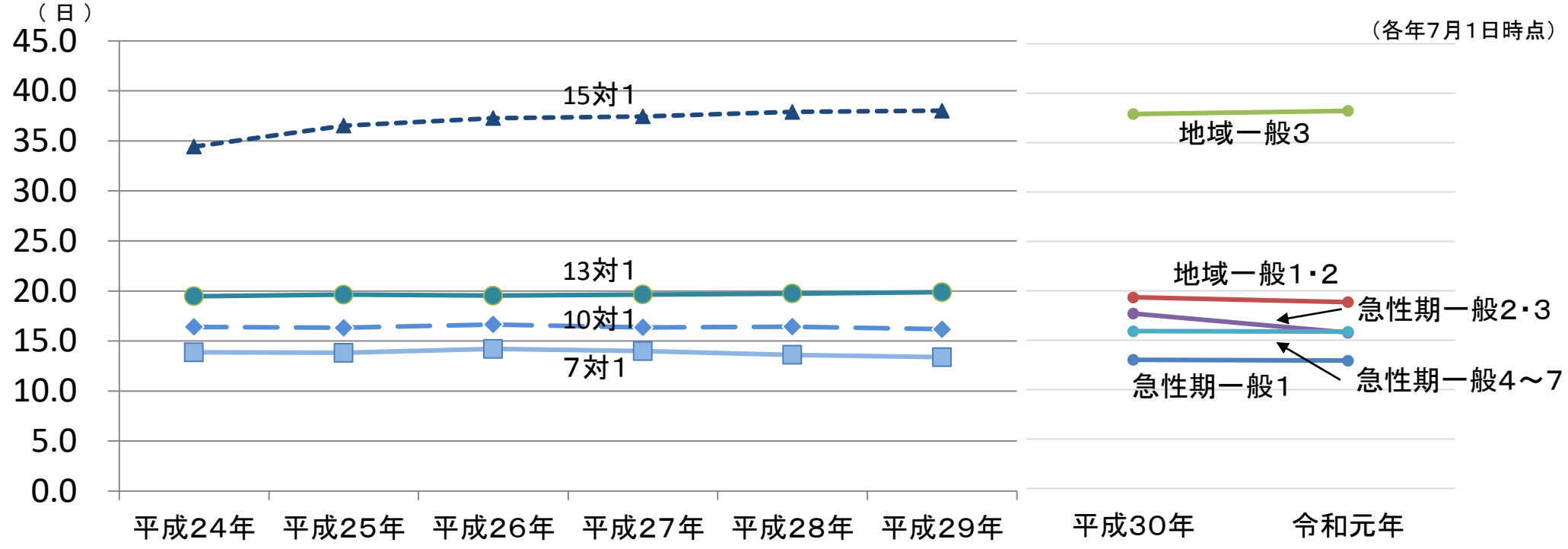
出典：保険局医療課調べ

※各年７月１日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

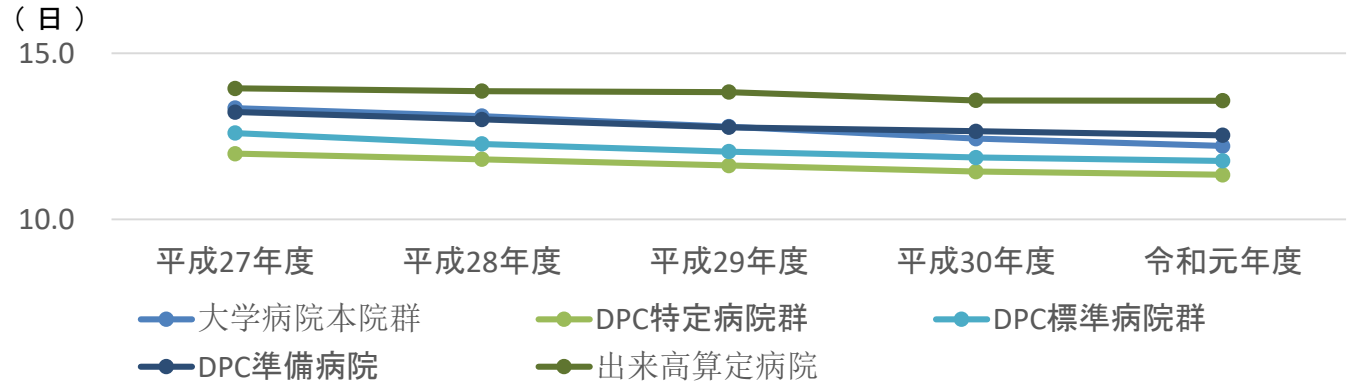
入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

中医協　総－２
３．８．２５

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



（参考）施設類型毎の在院日数の平均

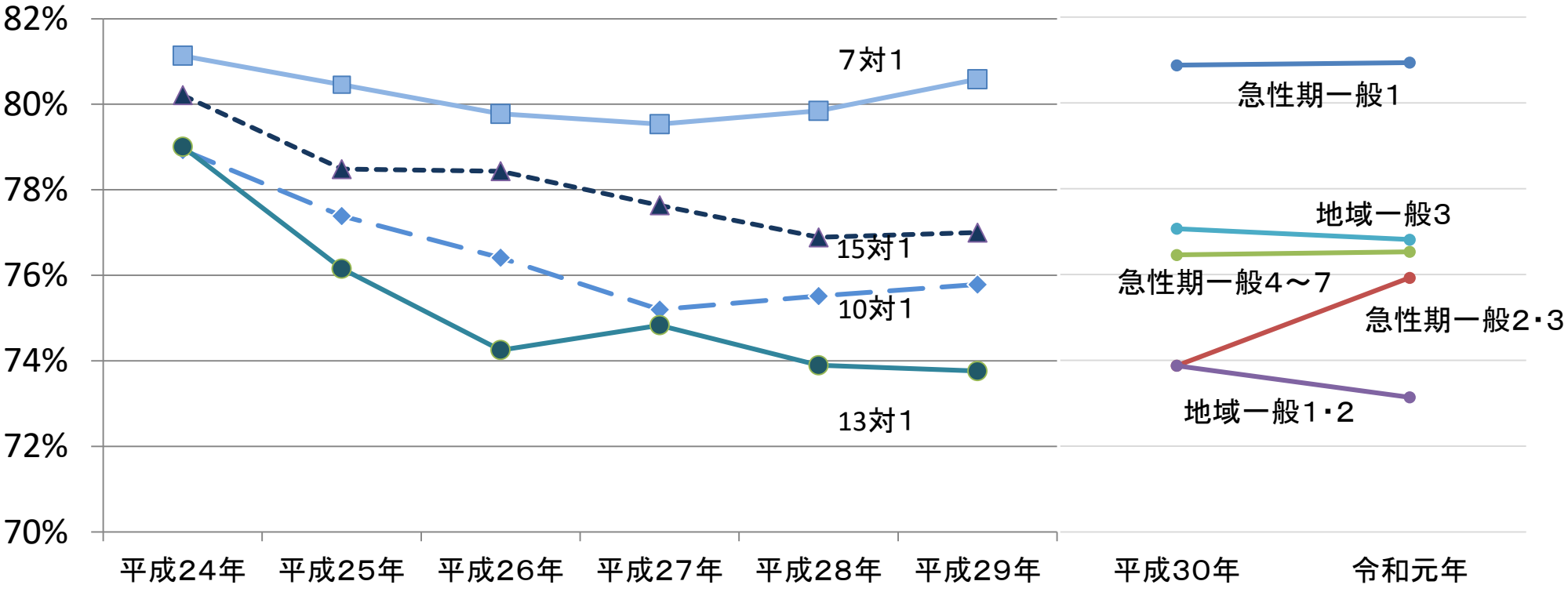


出典：保険局医療課調べ

※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

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

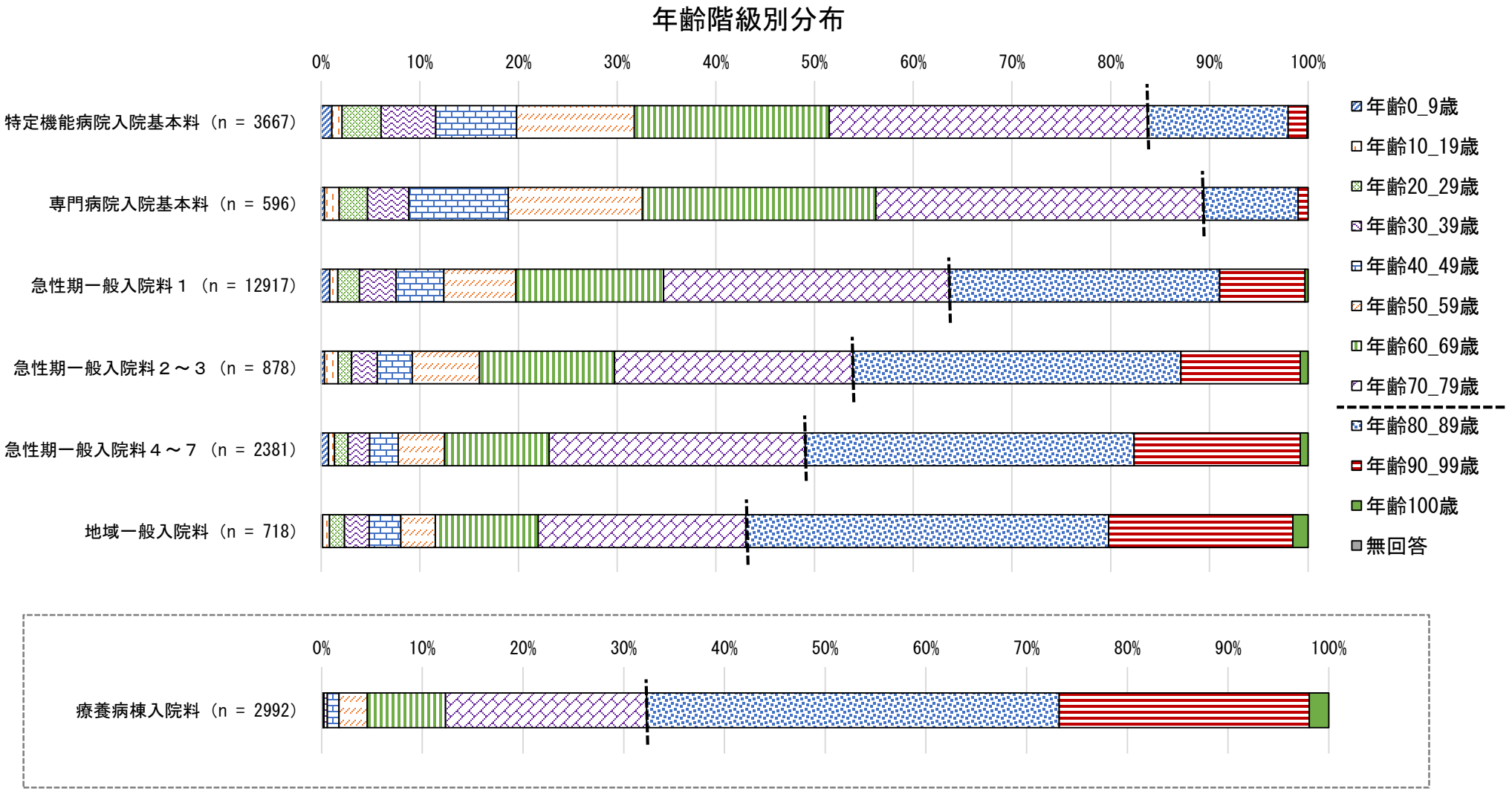


※　各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したもの
※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：保険局医療課調べ

入院料ごとの年齢階級別分布

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

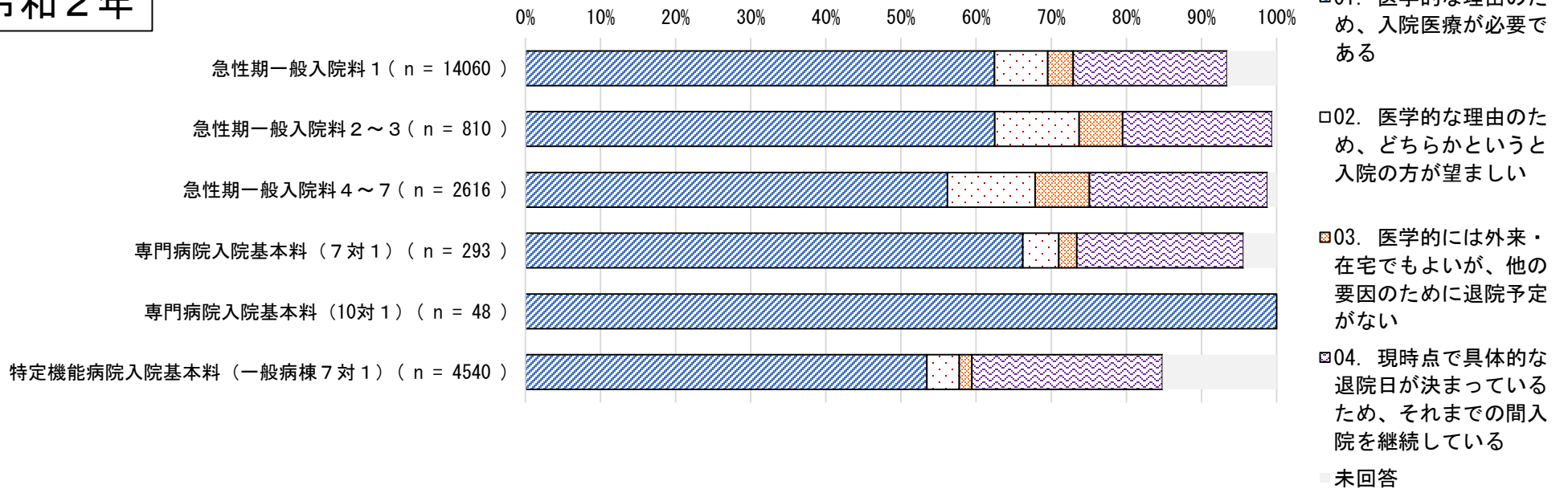


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

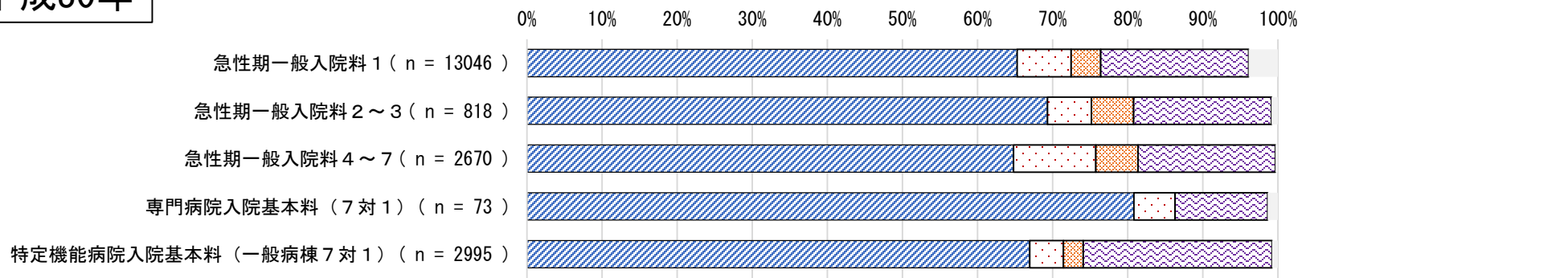
入院料ごとの入院継続の理由

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

令和２年



平成30年

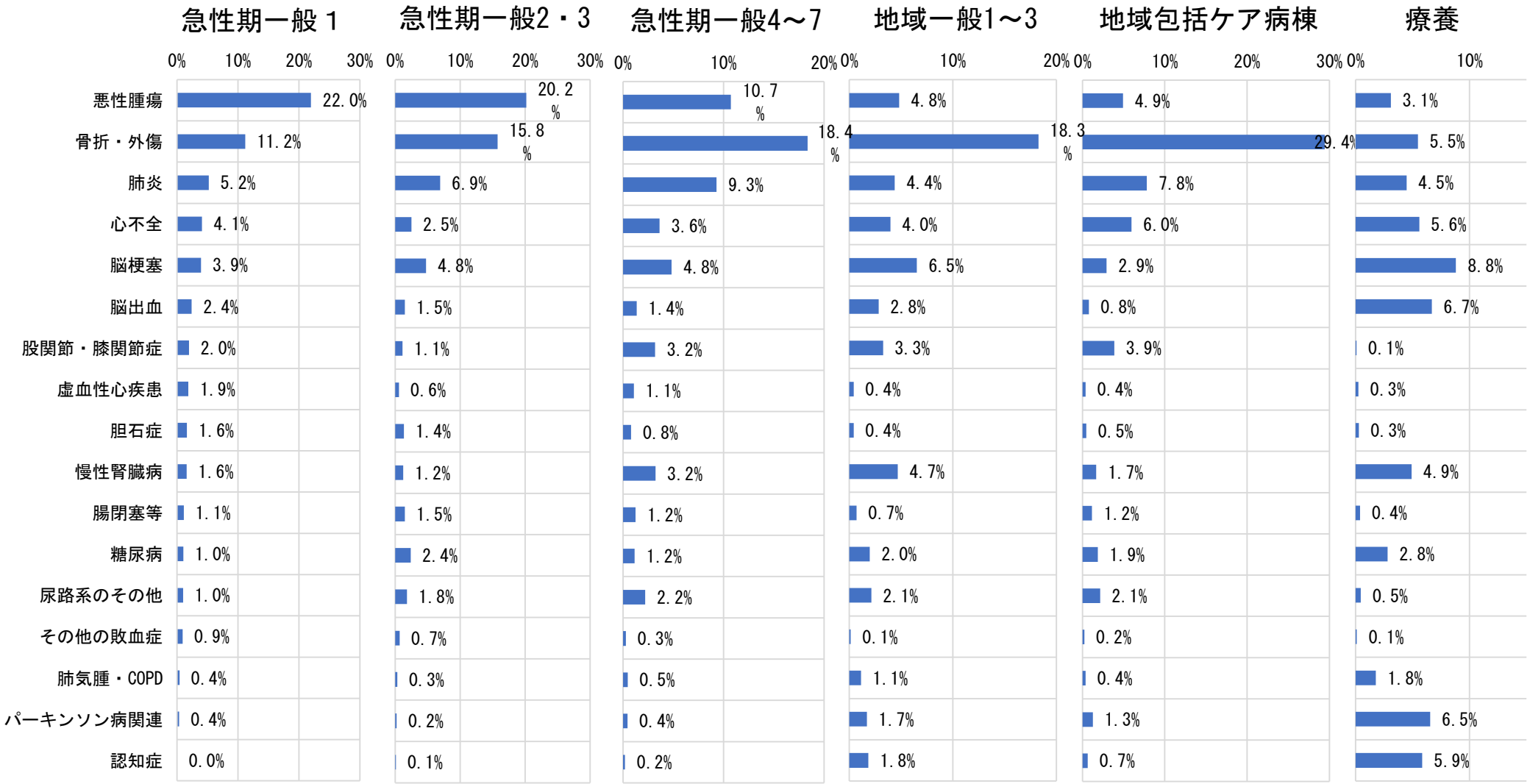


出典：令和２年度、平成30年度入院医療等の調査（患者票）

入院料ごとの入院患者の主な傷病

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

入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

※主要なものを事務局で抜粋・まとめたもの

０．調査概要

１．一般病棟入院基本料について

　１－１．重症度、医療・看護必要度について

　１－２．急性期入院医療の評価について

２．特定集中治療室管理料等について

３．短期滞在手術等基本料について

４．DPC/PDPSについて

５．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

６．回復期リハビリテーション病棟入院料について

７．療養病棟入院基本料について

８．障害者施設等入院基本料等について

９．救急医療管理加算について

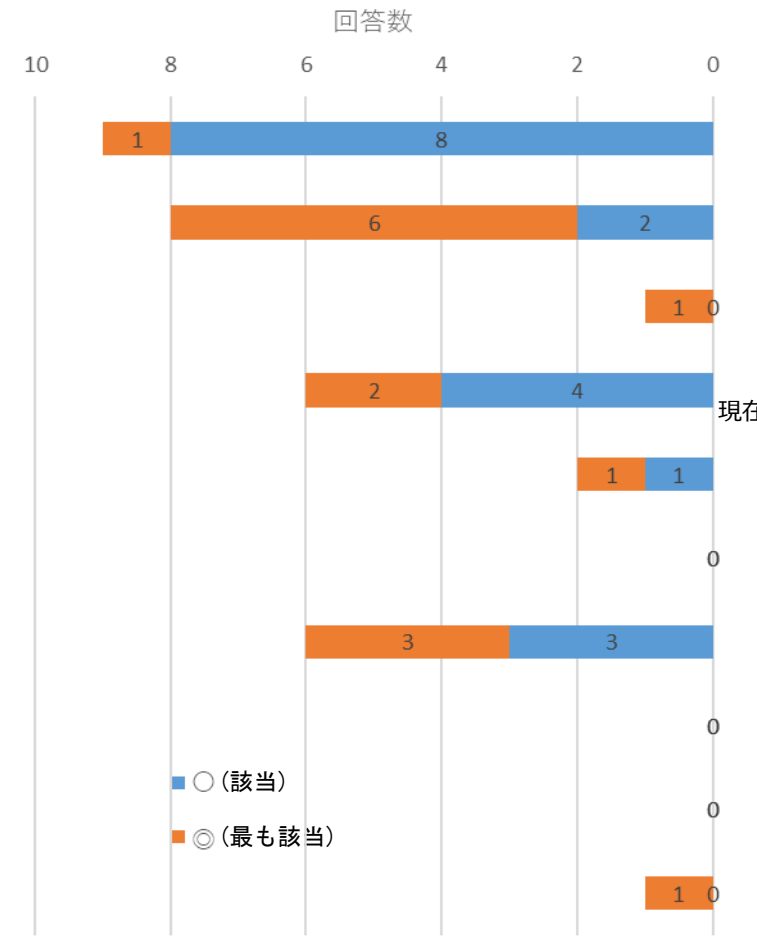
１０．医療資源の少ない地域に配慮した評価について

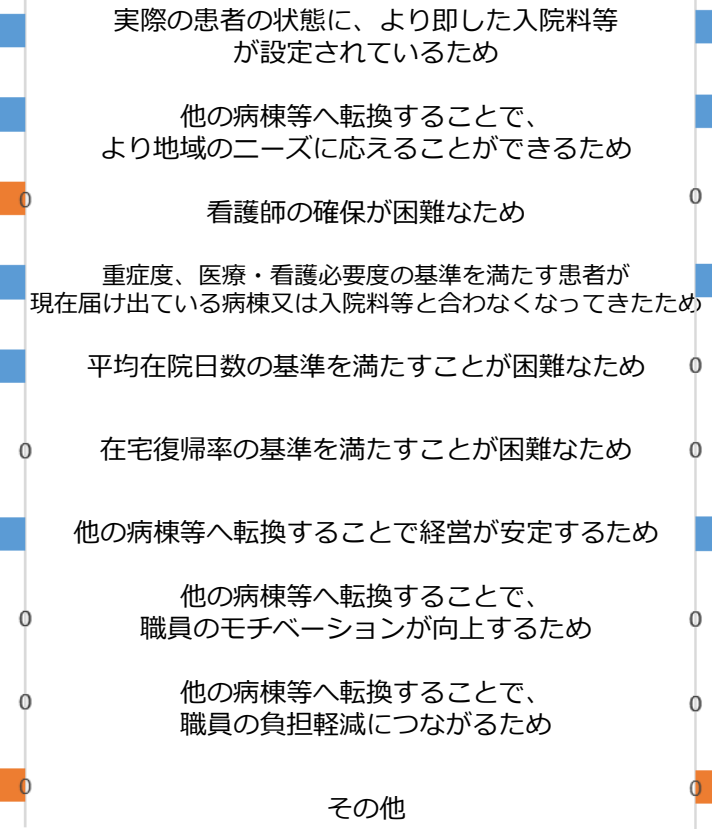
１１．横断的個別事項について

急性期一般入院料１に関連した届出変更の意向の理由

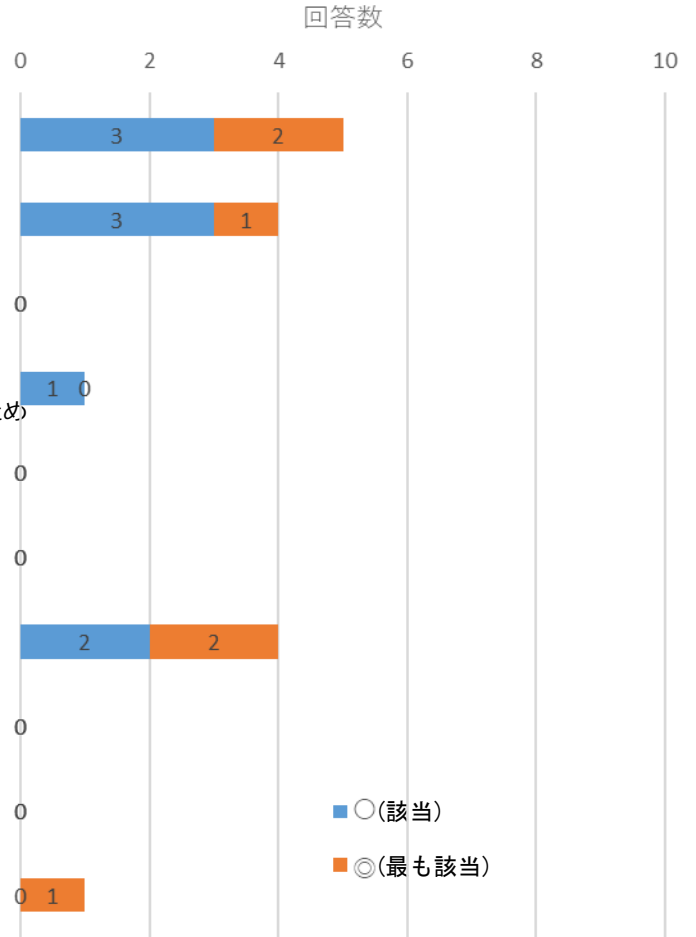
○ 「今後の意向」として「他の病棟への転棟」を選択した医療機関に、転換を検討している理由を尋ねたところ、急性期一般入院料１から転換する理由としては、「地域のニーズに応えることができる」「実際の患者の状態により即した入院料等が設定されている」が多かった。

急性期一般入院料1から他の病棟へ転換を検討している際の理由（n=15）





転換先として急性期一般入院料1を検討している理由（n=6）



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

　1－1. 重症度、医療・看護必要度について

　1－2. 急性期入院医療の評価について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

► 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表

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

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

[該当患者の基準]

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

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

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

1－1. 重症度、医療・看護必要度について

1－1－(1). 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

1－1－(2). 個別項目に着目した分析

1－2. 急性期入院医療の評価について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

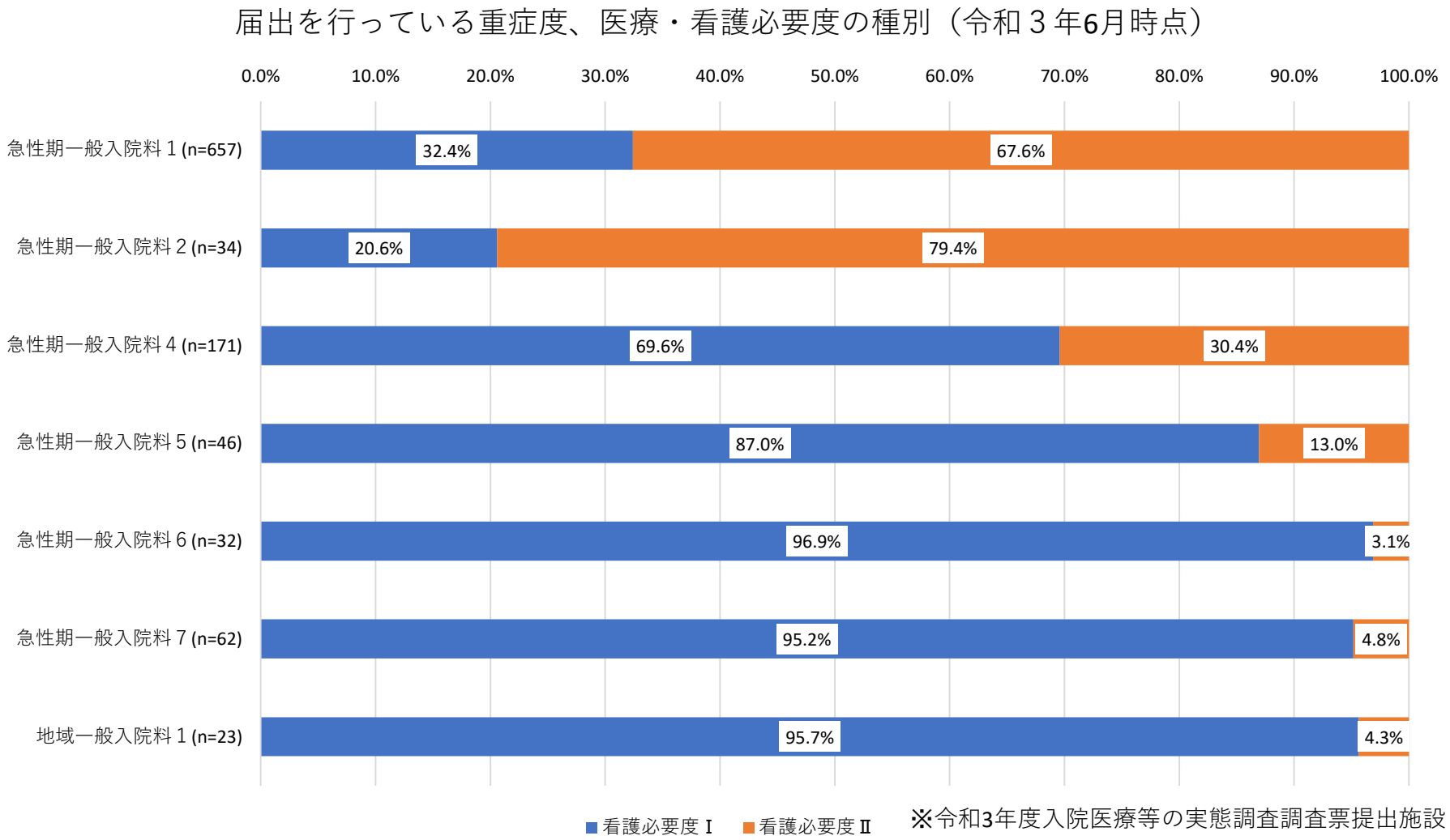
9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料１では７割程度であった。

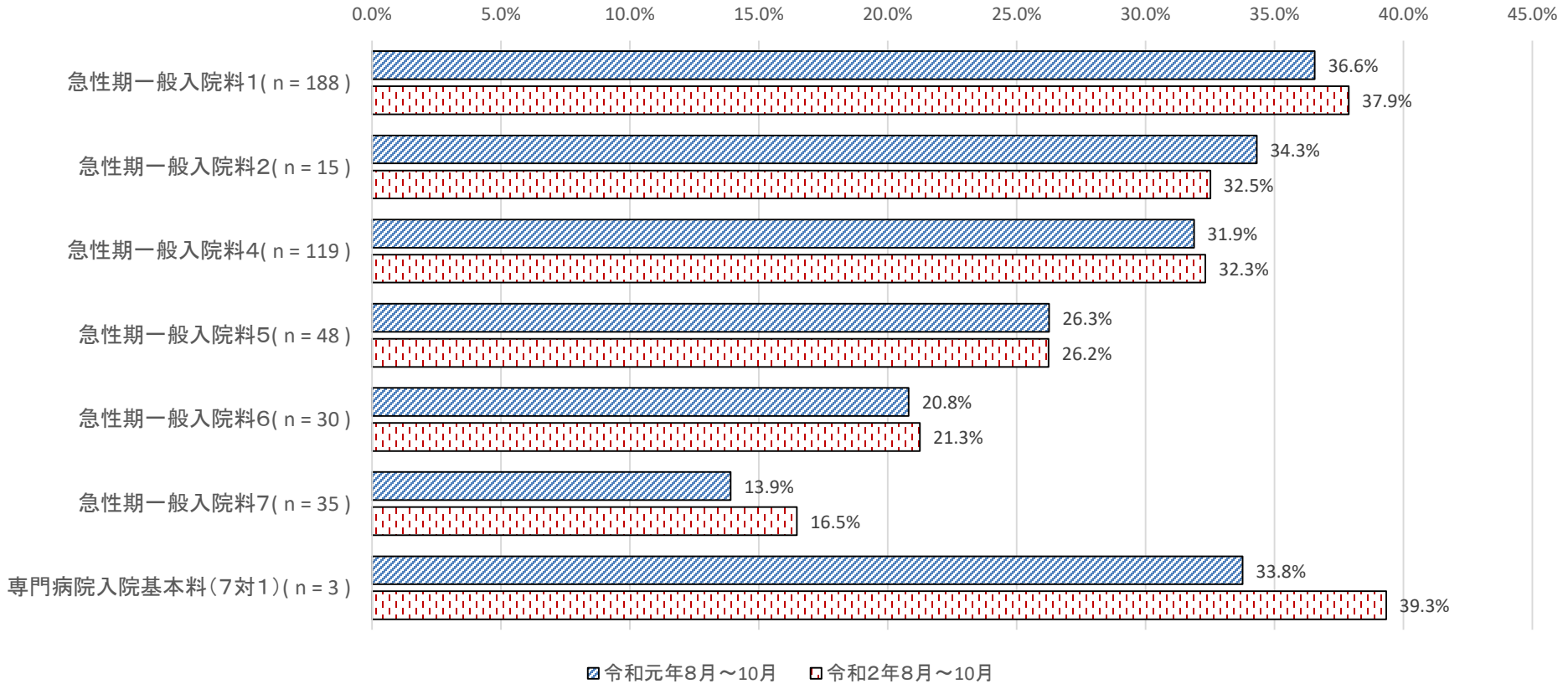


出典：令和３年度入院医療等における実態調査 DPCデータ（様式3）

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

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和元年と令和２年では大きな差はなかった。

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



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）　※ｎ＝２以下の入院料は除く

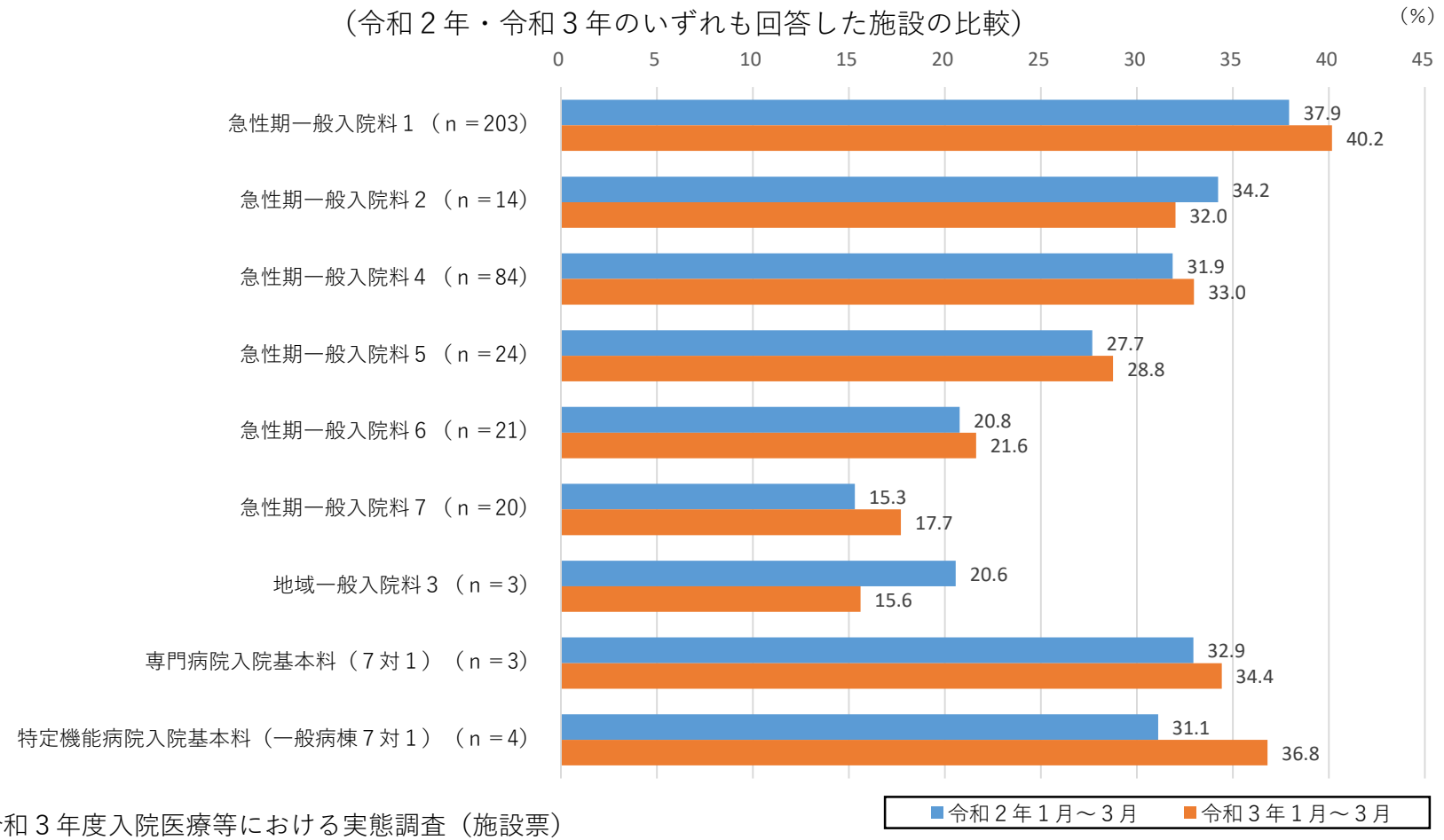
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

一般病棟入院基本料の重症度、医療看護必要度Ⅰの該当患者割合（R2/R3）

診調組　入－３
３．１０．１

○　重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合は、令和２年よりも令和３年の方が高い傾向にあった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合
（令和２年・令和３年のいずれも回答した施設の比較）



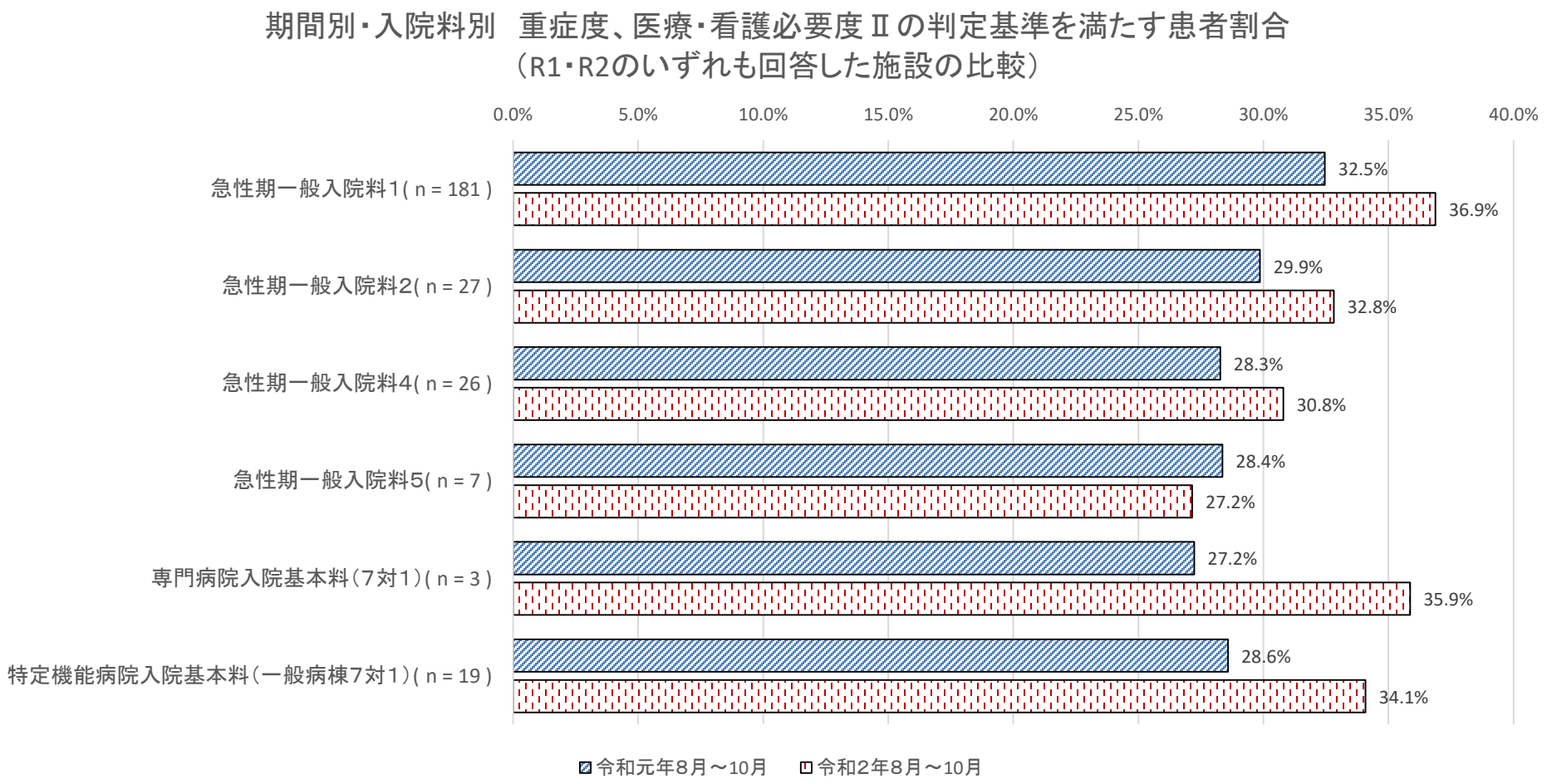
出典：令和３年度入院医療等における実態調査（施設票）

※n=2以下を除く

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

中医協　総－２
３．８．２５

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



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

※ｎ＝２以下の入院料は除く

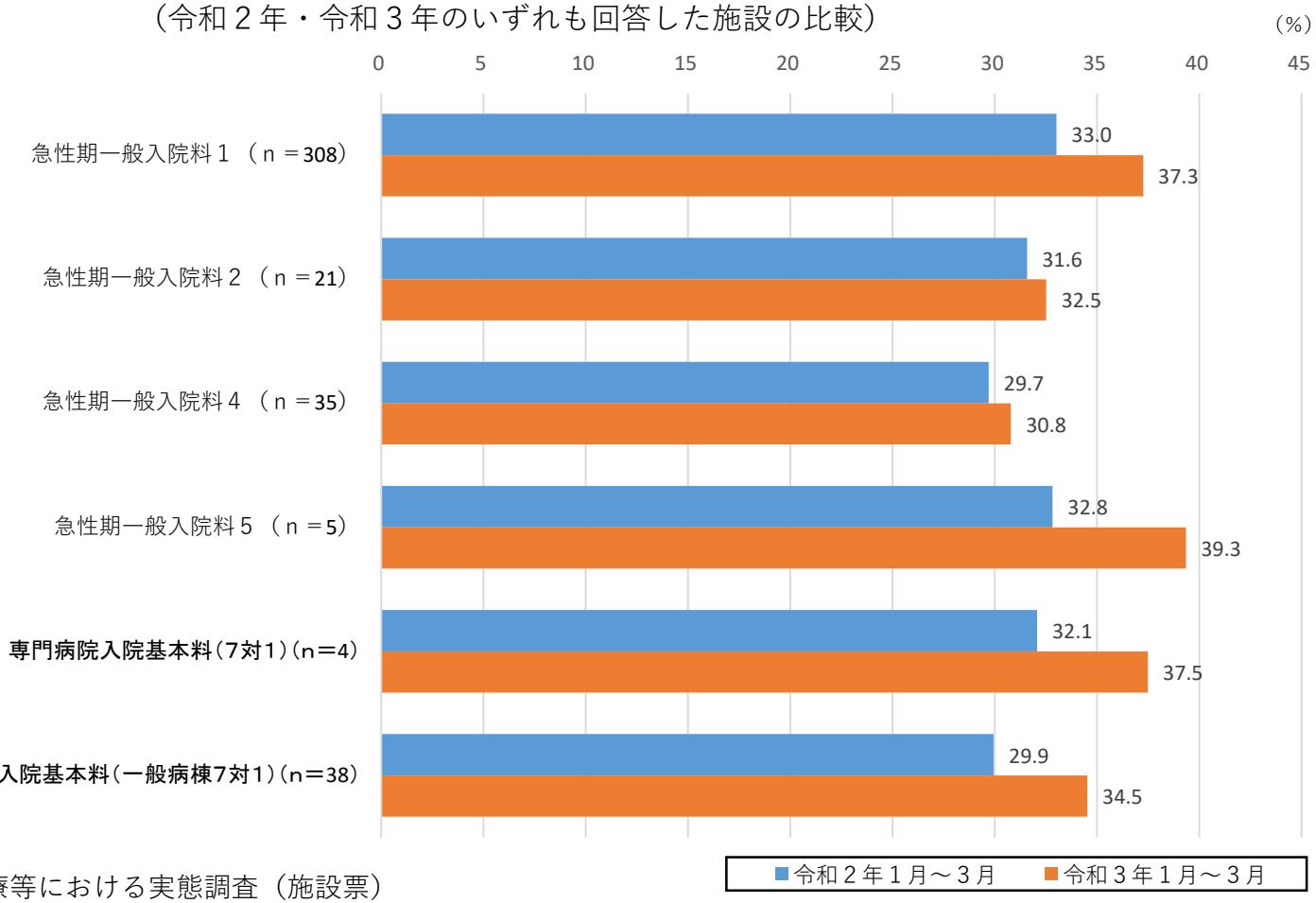
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

一般病棟入院基本料の重症度、医療看護必要度Ⅱの該当患者割合（R2/R3）

診調組　入－３
３．１０．１

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合は、全ての入院料において、令和２年より令和３年の方が高かった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合
（令和２年・令和３年のいずれも回答した施設の比較）



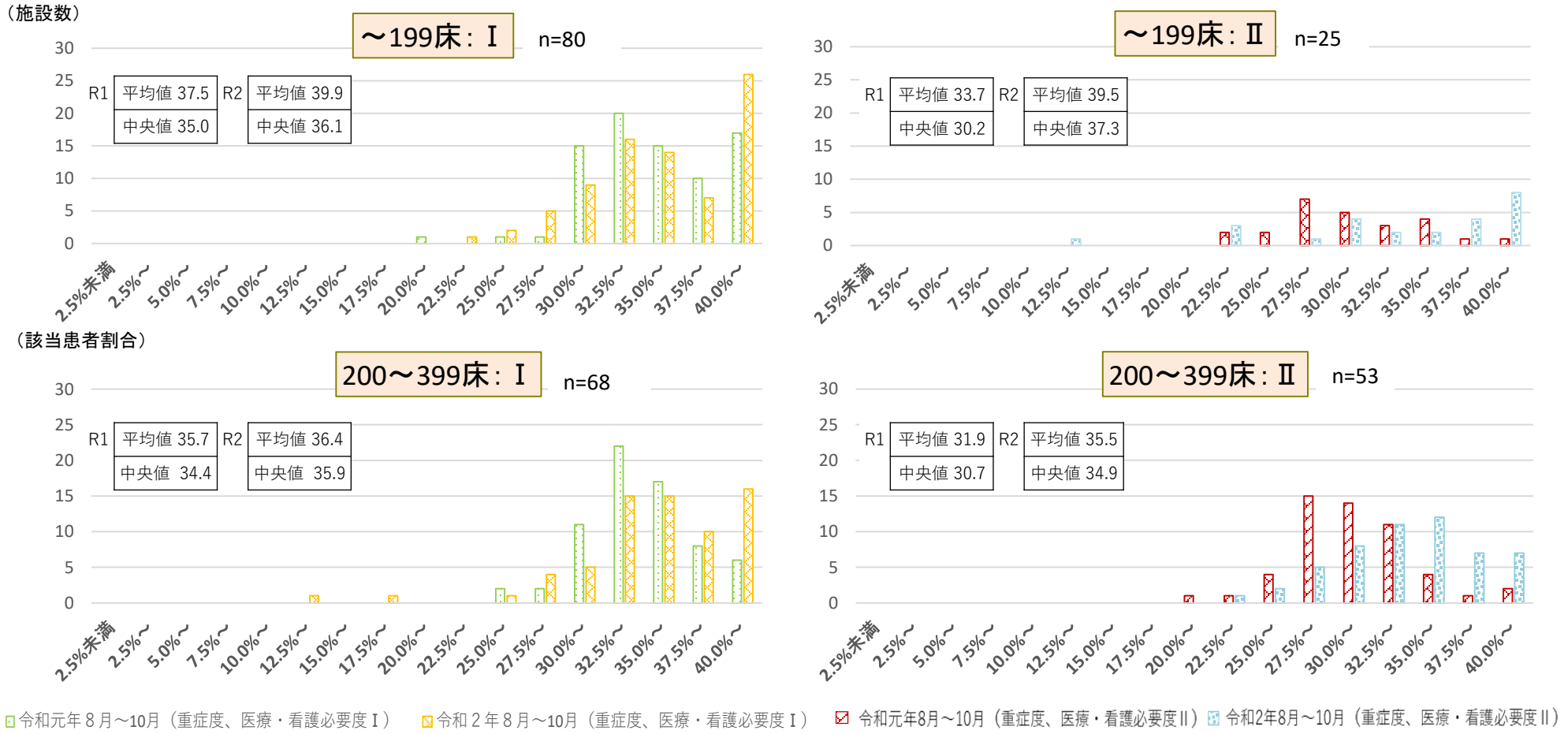
出典：令和３年度入院医療等における実態調査（施設票）

※n=2以下を除く

急性期一般入院料１の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（R1／R2）

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

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



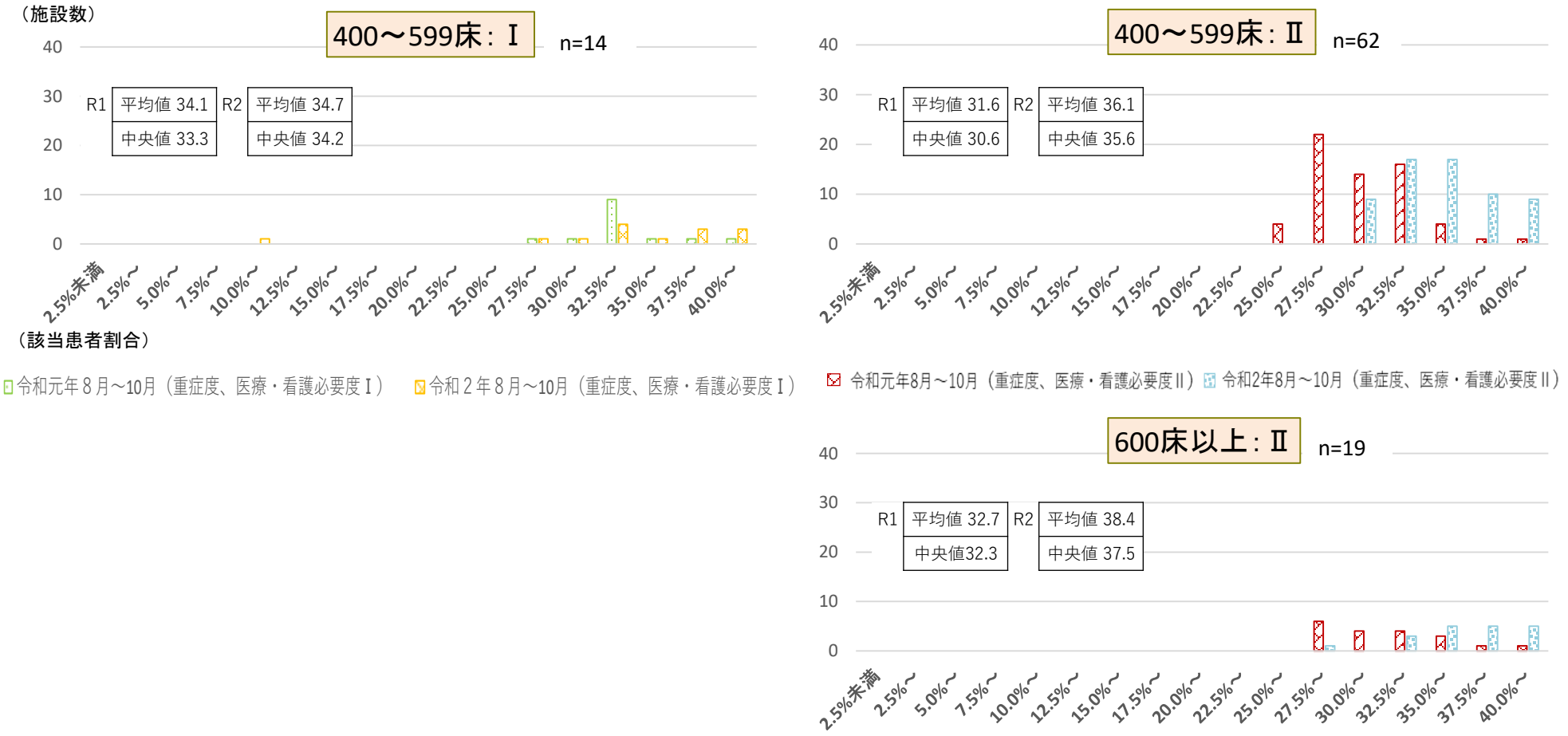
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

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

急性期一般入院料１の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（R1／R2）

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

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

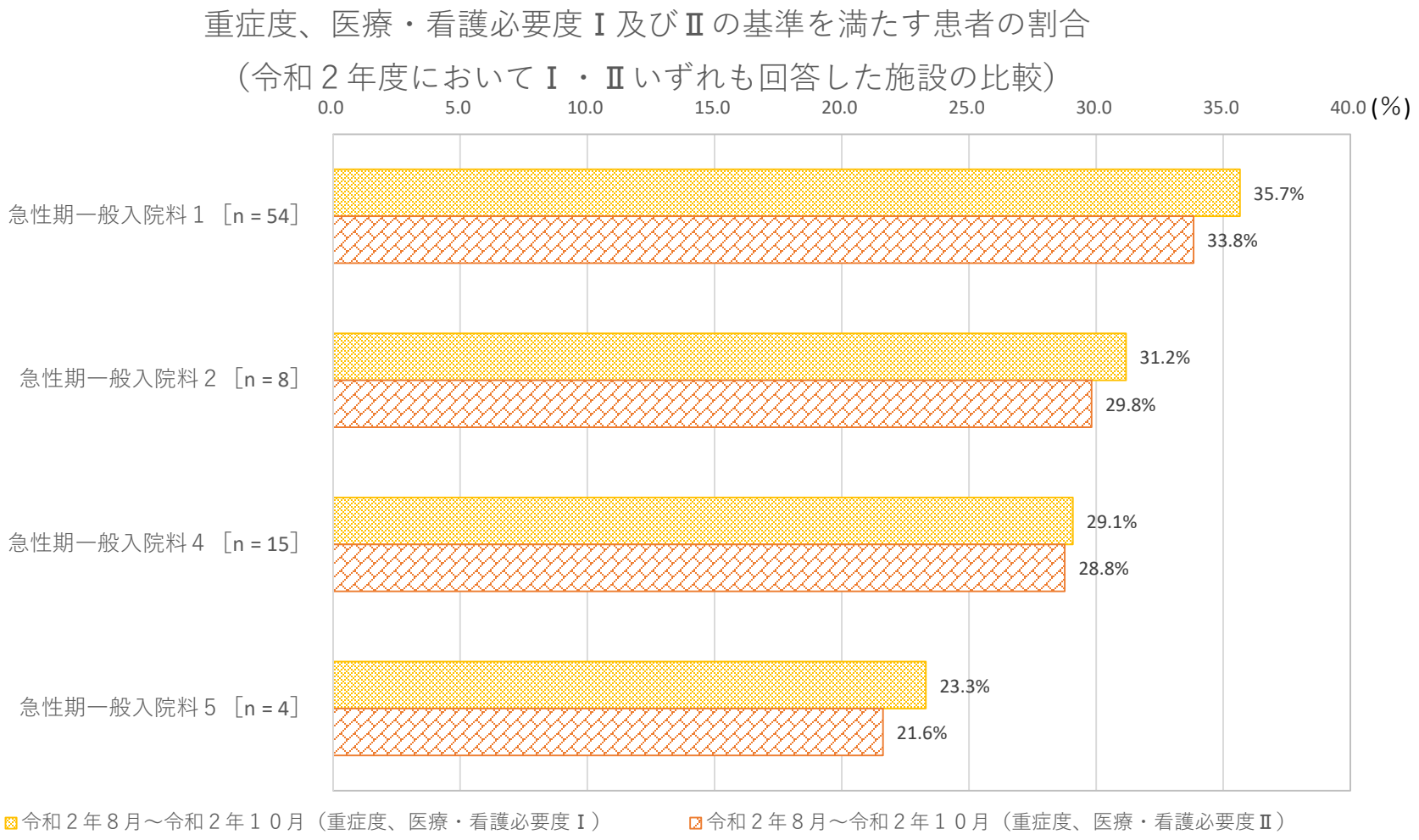


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

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

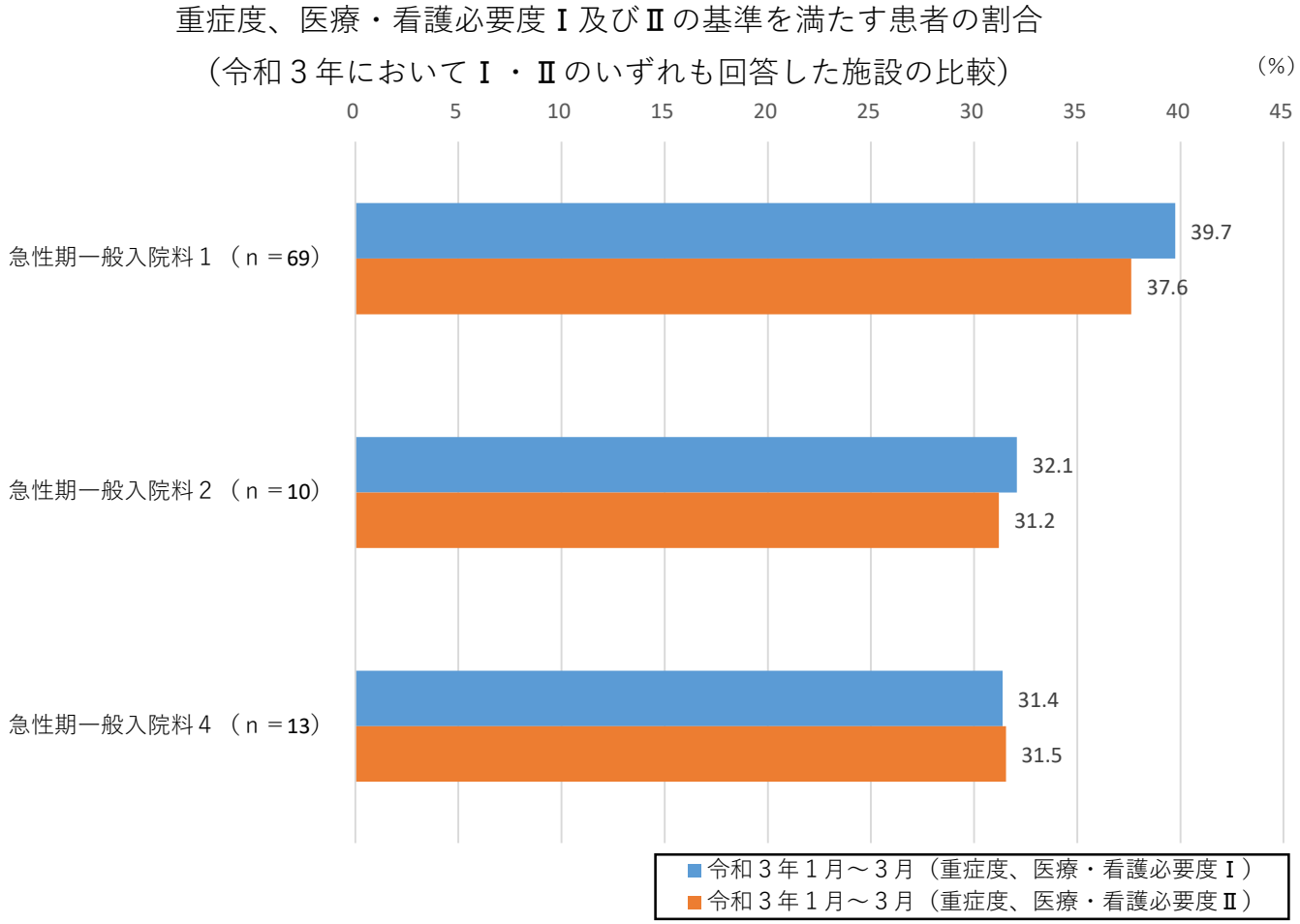


※届出区分無回答のものは除く ※n＝2以下の入院料は除く

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

○　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、令和３年において必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設の平均をみると、急性期一般入院料１については、必要度Ⅰの方が該当割合が高く、急性期一般入院料２・４については、必要度Ⅰ・Ⅱにおける大きな差はみられなかった。



出典：令和3年度入院医療等における実態調査（施設票）

※n=2以下を除く　※届出区分無回答のものは除く

重症度、医療・看護必要度Ⅰから Ⅱへ移行した施設についての分析

○　令和２年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関のうち、令和元年度の届出が必要度Ⅰであった医療機関は96施設だった。
○　96施設について開設者別にみたところ、医療法人、公立が多かった。
○　病床規模についてみたところ、200床未満と400床以上が多かった。

必要度Ⅰから必要度Ⅱに移行した医療機関（96施設）

開設者別	１）国立	7
	２）公立	22
	３）公的	10
	４）社会保険関係	0
	５）医療法人	27
	６）その他の法人	19
	７）個人	1
	不明	10
	合計	96
病床規模別	～199床	35
	200～399床	16
	400床～	34
	不明	11
	合計	96

R2	急性期一般入院料１	52
	急性期一般入院料２	1
	急性期一般入院料３	0
	急性期一般入院料４	22
	急性期一般入院料５	7
	急性期一般入院料６	2
	急性期一般入院料７	6
	特定機能病院７：１	6
	合計	96

※R2年度に必要度Ⅱを届出ている医療機関：419施設

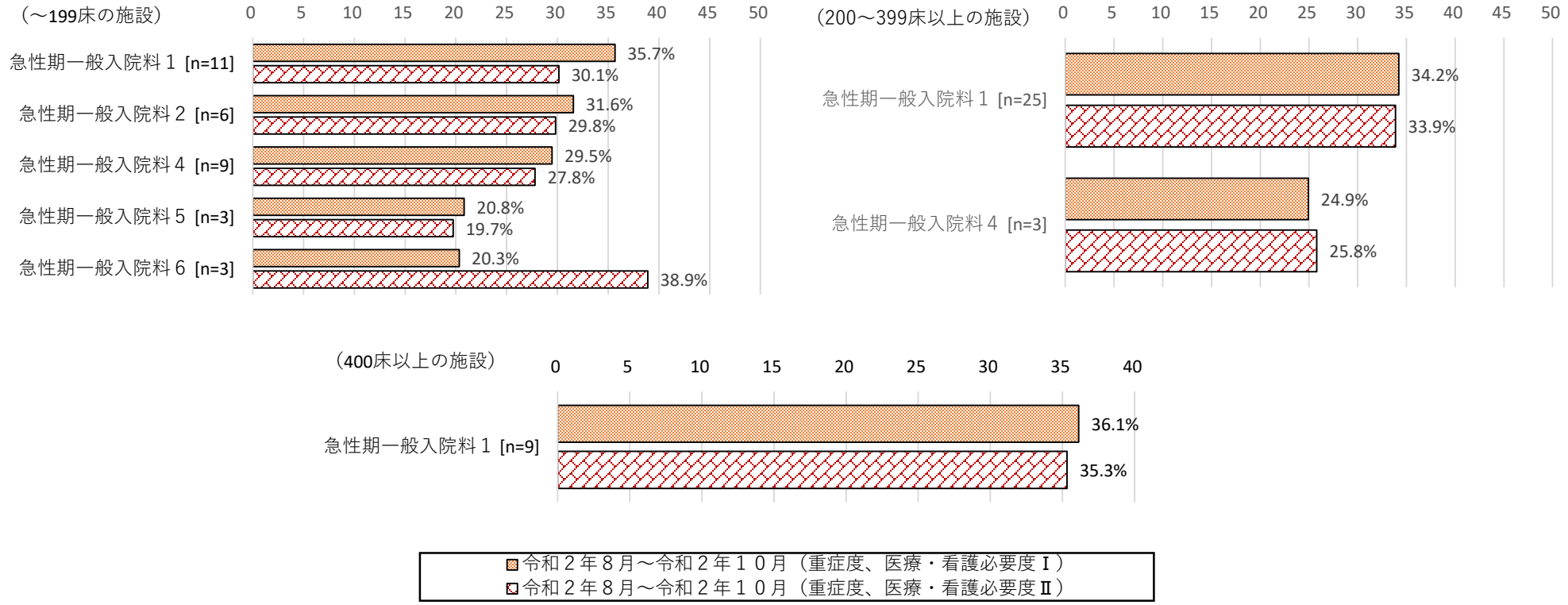
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）、保険局医療課調べ　　※R1に届出区分不明のものは除く

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設についての分析

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

令和2年度において必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設

規模別	施設数
～199床	32
200～399床	32
400以上	11



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）、保険局医療課調べ　※病床数が無回答の施設は除く ※n＝2以下の入院料を除く

急性期一般入院料４における改定前の届出区分

○　急性期一般入院料４の届出医療機関について、改定前の届出区分を確認したところ、急性期一般入院料４が最も多く、次いで、急性期一般入院料５が多かった。
○　急性期一般入院料６・７からの変更も存在した。

令和2年入院料4の医療機関における、令和元年時点の入院料別医療機関数	
急性期一般入院料１	1
急性期一般入院料４	78
急性期一般入院料５	31
急性期一般入院料６	12
急性期一般入院料７	4
地域一般入院料１	2
不明（R１の届出区分不明）	2
合計	130

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）、保険局医療課調べ

コロナ患者受入医療機関／非受入医療機関の分析について

○　医療機関のコロナ患者受け入れに関する分析では、次の分類を用いた。

新型コロナ患者受入等

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

A票：問1-4
B～D票：問1-5

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

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

「コロナ受入あり」

Ａ票～Ｄ票：コロナ受入分析期間で、**アに一度でも該当している**医療機関

「コロナ受入なし」

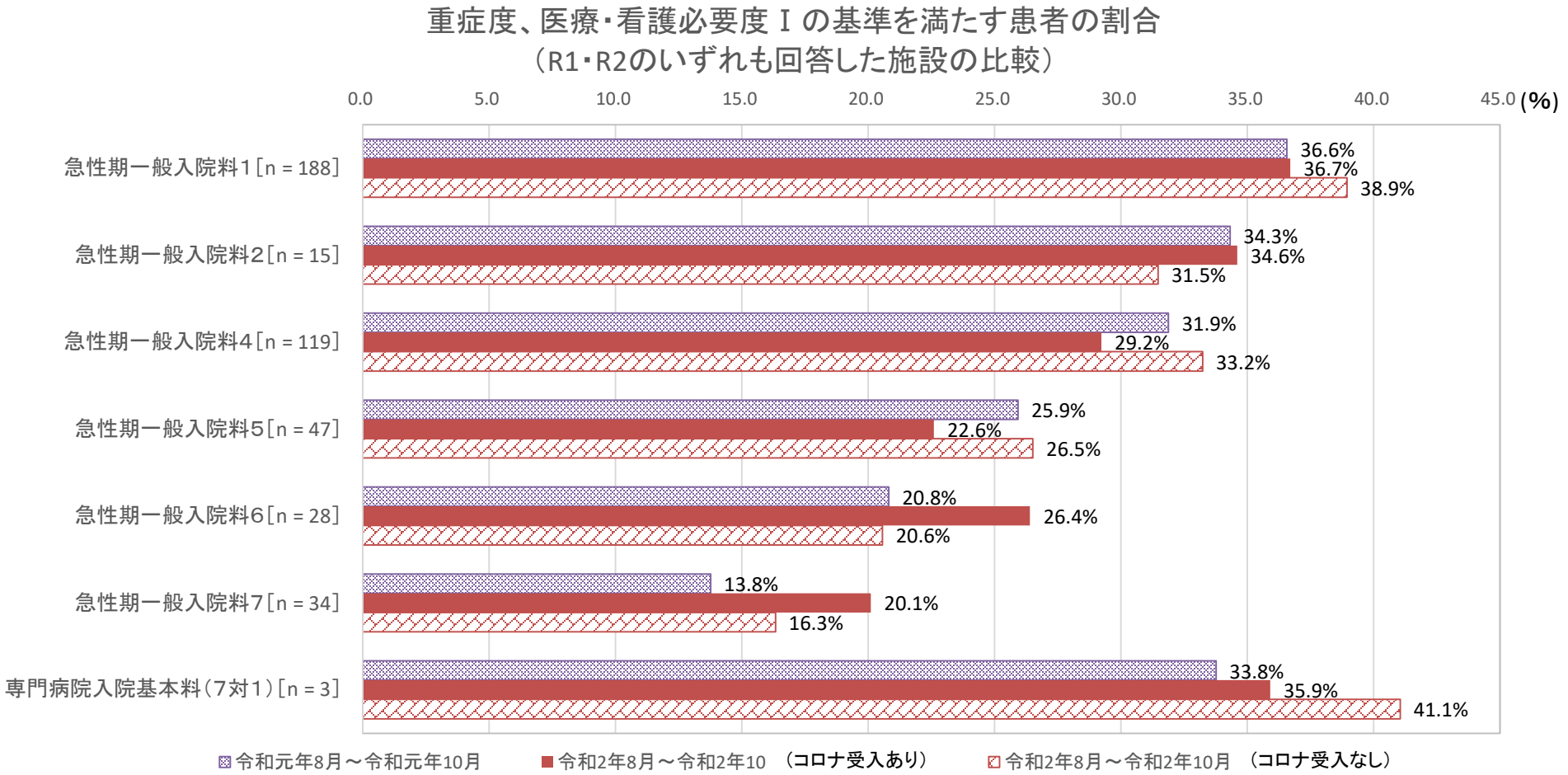
Ａ票～Ｄ票：コロナ受入分析期間で、**アに該当していない**医療機関

※コロナ受入分析期間
令和２年４～６月、令和２年４～９月、令和２年８～10月

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

コロナ

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



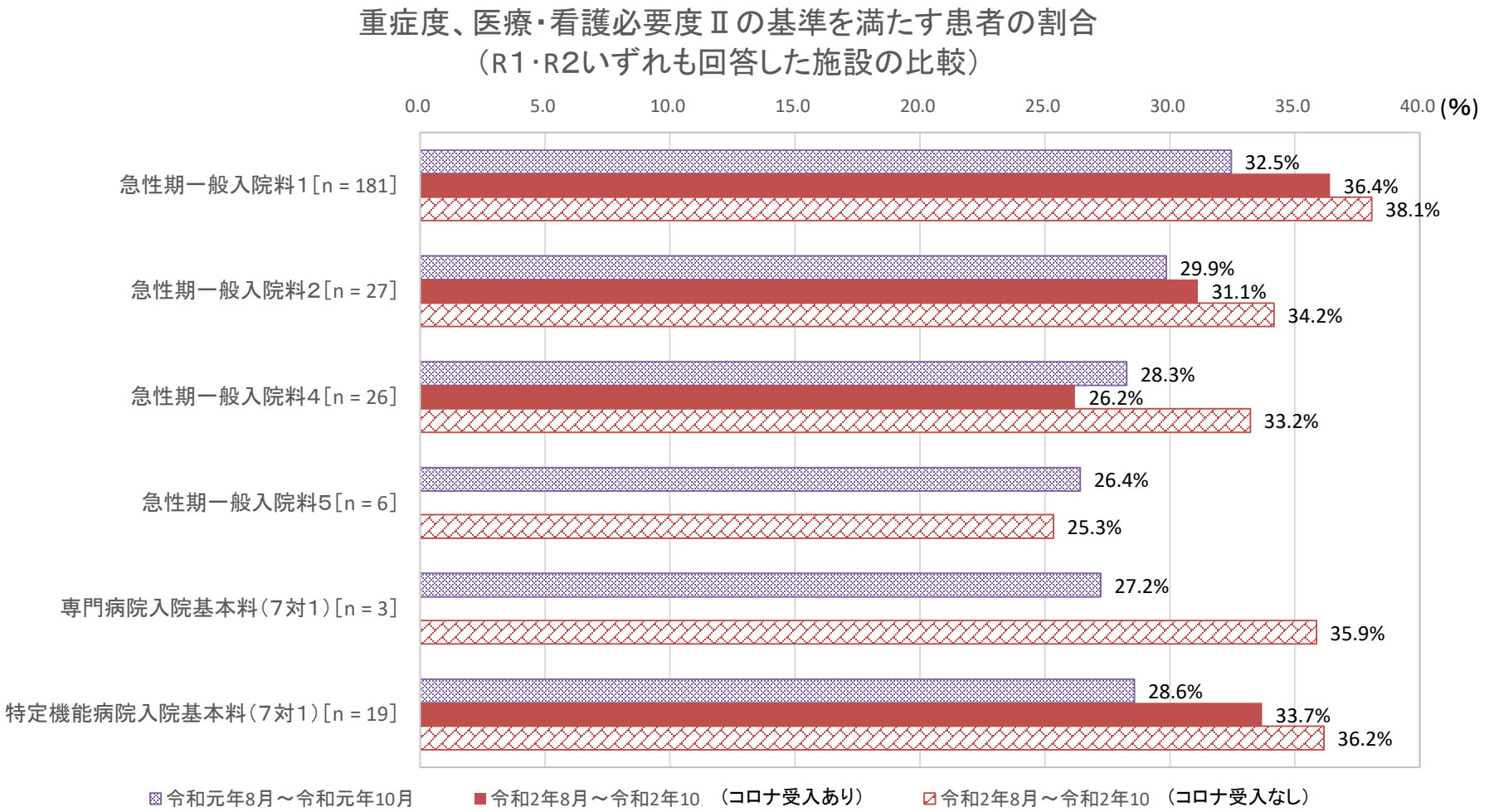
※届出区分無回答のものは除く　※n＝2以下の入院料は除く
※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

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

コロナ

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合は、全体的に令和２年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。



※届出区分無回答のものは除く ※n＝2以下の入院料は除く
※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

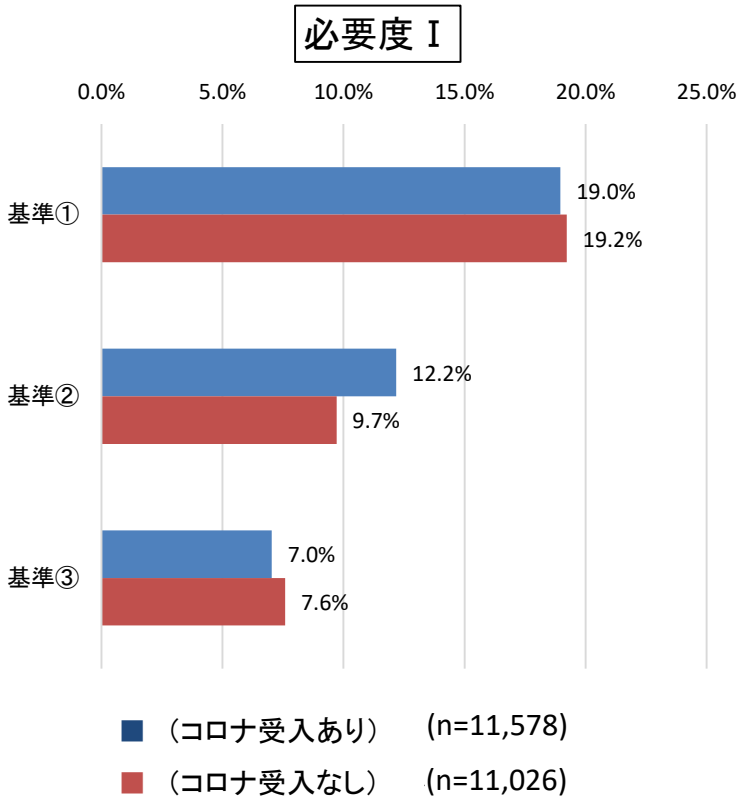
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

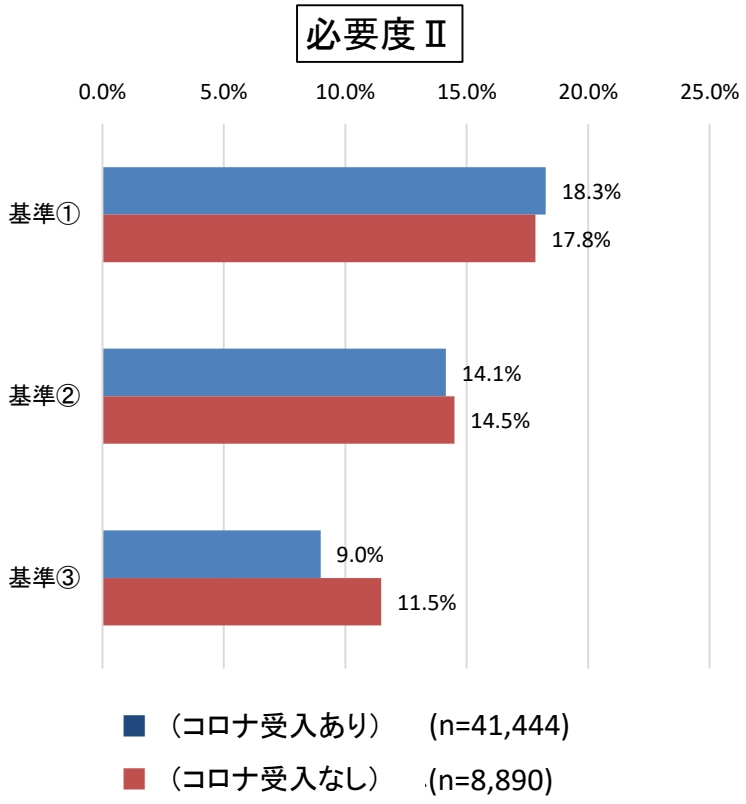
※令3年6月16日の分科会資料より一部訂正有り

重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合

コロナ

○　重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみると、基準③については、必要度Ⅰ・Ⅱともに「コロナ受入あり」の方が基準を満たす患者の割合が低かった。





基準①:
A2点以上かつB3点以上

基準②:
A3点以上

基準③:
C1点以上

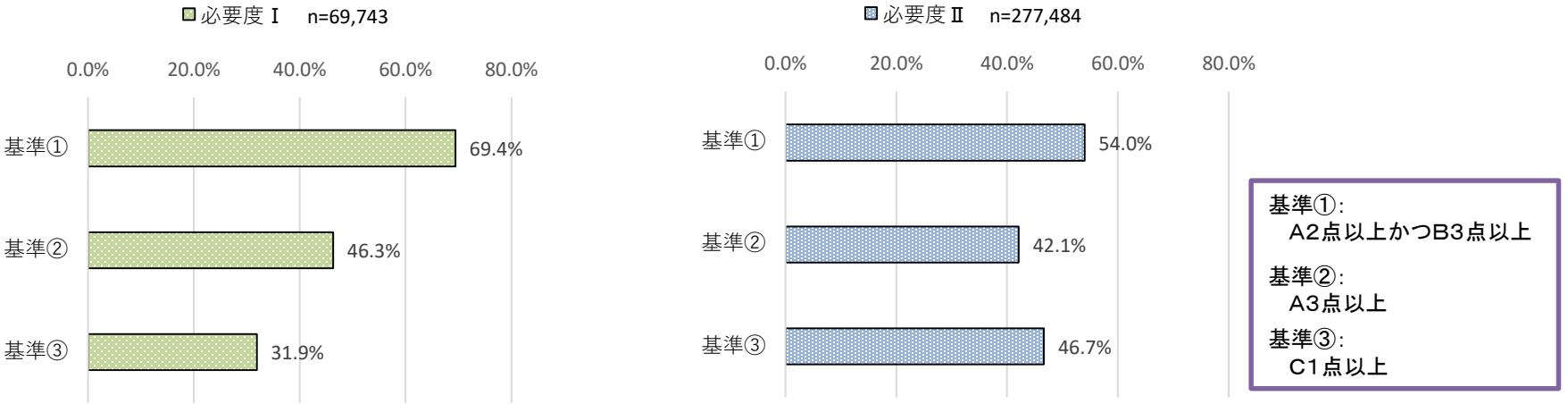
出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票、Ｈファイル、EFファイルを用いて集計）

各基準を満たす患者の割合

○　令和２年度における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合をみると、令和２年度改定前と比較し、必要度Ⅰ・Ⅱともに、基準③（令和２年度改定前の基準④）の割合が高かった。

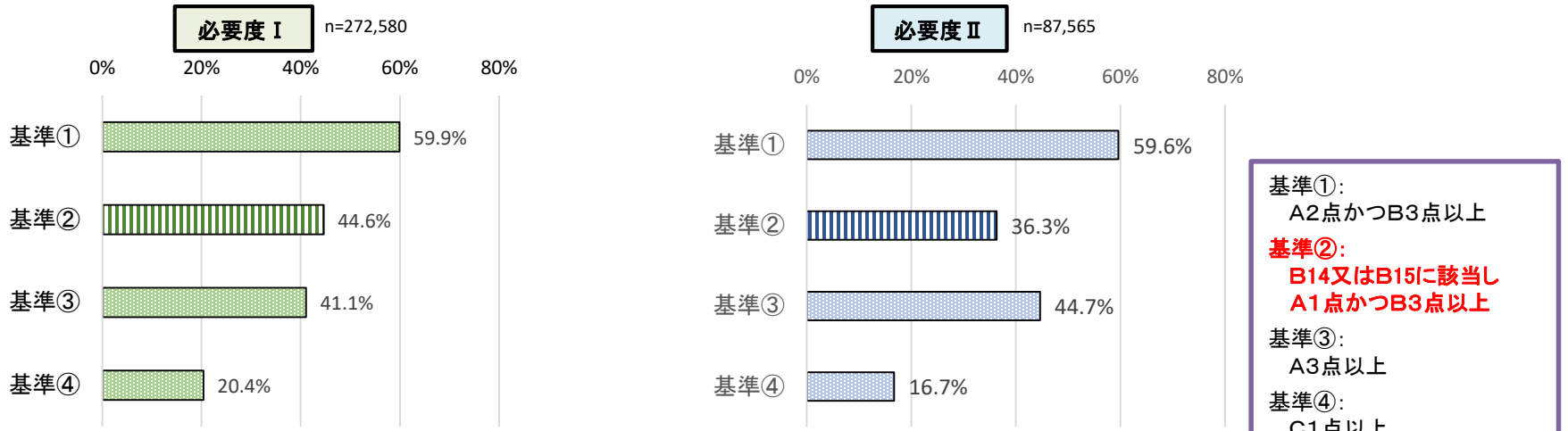
重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者における各基準の割合

Ｒ２



出典：令和２年度入院医療等の調査　※nは患者数×日数（人・日）　新型コロナウイルス感染症患者は除く

Ｈ30



出典：平成30年度入院医療等の調査　※nは患者数×日数（人・日）　※届出区分無回答のものは除く

コロナ禍における調査対象施設の状況

○　コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について、その対象数を確認したところ、以下のとおりだった。
○　影響が少ないと考えられるＡ区分の施設を病床規模別にみたところ、以下の通りであった。

1．コロナ分受入分析期間中、施設票問１－4の(ア)～(エ)に一度も該当しない施設数

A区分	382
B区分	488
C区分	378
D区分	203
合計	1,451

2．1かつ、施設票問2－3の「①外来」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」に該当する施設数

A区分	102
B区分	69
C区分	22
D区分	14
合計	207

3．1かつ、施設票問2－3の「③入院」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」に該当する施設数

A区分	115
B区分	80
C区分	25
D区分	21
合計	241

＊2-3 次に挙げる各項目について、令和２年４月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ１つに○）

①外来（平日）	01通常	02制限	03停止	
②外来（土日）	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
③入院	01通常	02制限	03停止	
④救急	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑤化学療法	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑥手術	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑦緊急手術	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし

病床規模区分	施設数
～199床	81
200～399床	17
400床～	4
不明	13
合計	115

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

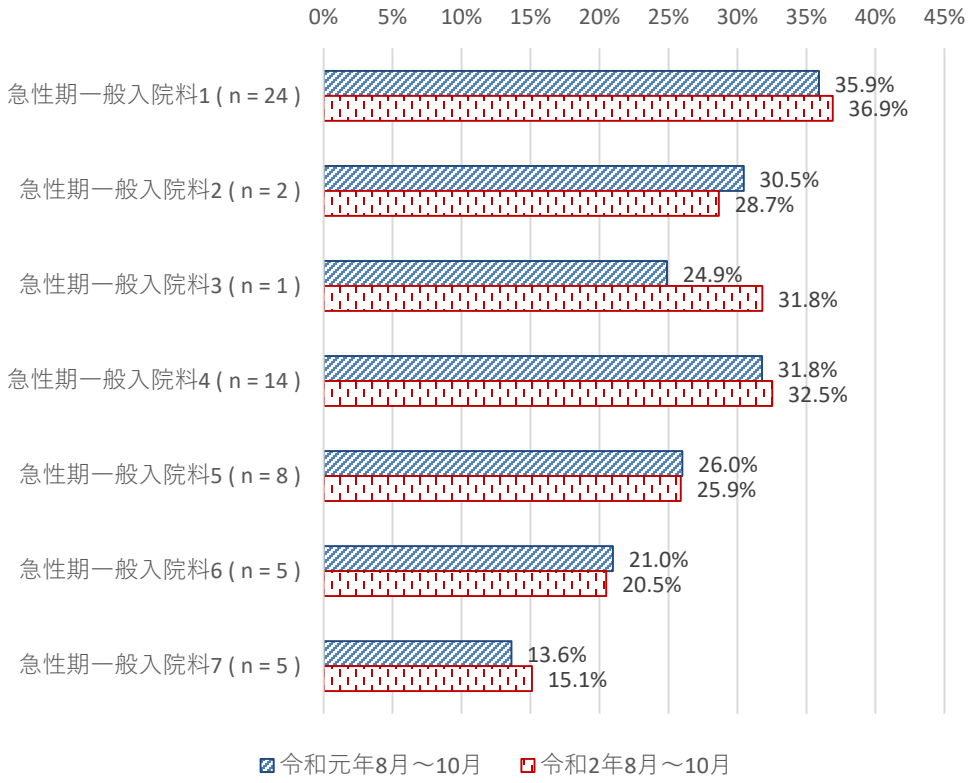
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R1/R2）

診調組　入－２参考１
３．１０．１

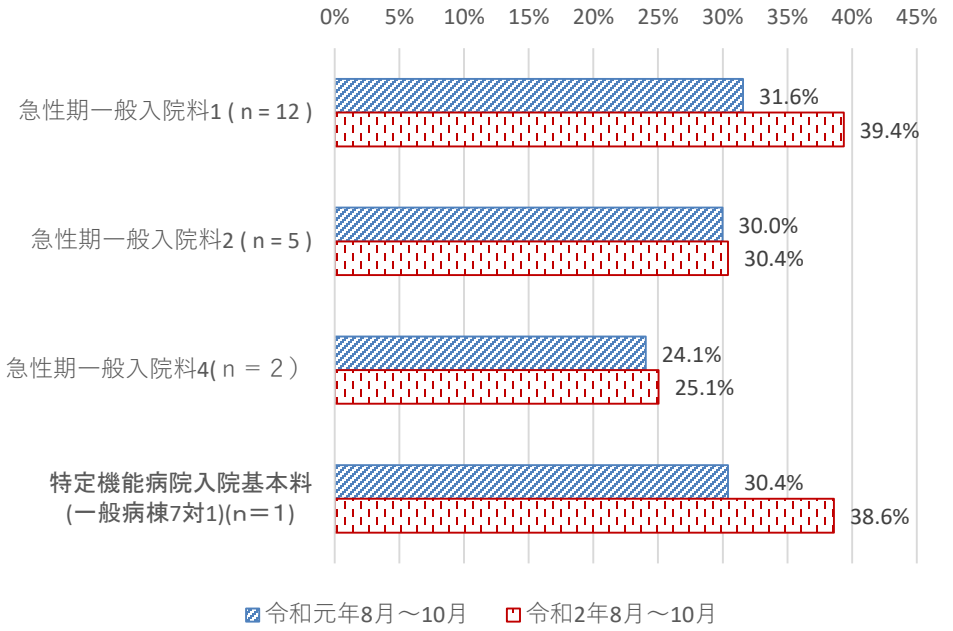
○　コロナ影響が少ないと考えられる医療機関に限定し、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、令和元年より令和２年の方が高い傾向にあった。

▶ ３で集計した115施設にしぼり、R1・R2のいずれも回答した施設を対象に集計

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



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



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）　※届出区分無回答のものは除く

コロナ禍における調査対象施設の状況

○　コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について抽出条件を変更し、対象数を増やしたところ、以下のとおりだった。
○　影響が少ないと考えられるＡ区分の施設を病床規模別にみたところ、以下の通りであった。

1．コロナ分受入分析期間中、施設票問1－4の(ア)に一度も該当しない施設数

A区分	５１０
B区分	６５０
C区分	５１０
D区分	２９０
合計	1,９６０

2．1かつ、施設票問2－3の「①外来」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」または「04」に該当する施設数

A区分	２８５
B区分	３９８
C区分	３２７
D区分	１２９
合計	1,１３９

3．1かつ、施設票問2－3の「③入院」～「⑦緊急手術」の全てにおいて「01」または「04」に該当する施設数

A区分	３０７
B区分	４４６
C区分	３６８
D区分	１７５
合計	1,２９６

＊2-3 次に挙げる各項目について、令和２年４月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ１つに○）

①外来（平日）	01通常	02制限	03停止	
②外来（土日）	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
③入院	01通常	02制限	03停止	
④救急	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑤化学療法	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑥手術	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし
⑦緊急手術	01通常	02制限	03停止	04従来から実施なし

病床規模区分	施設数
～199床	241
200～399床	26
400床～	10
不明	30
合計	307

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

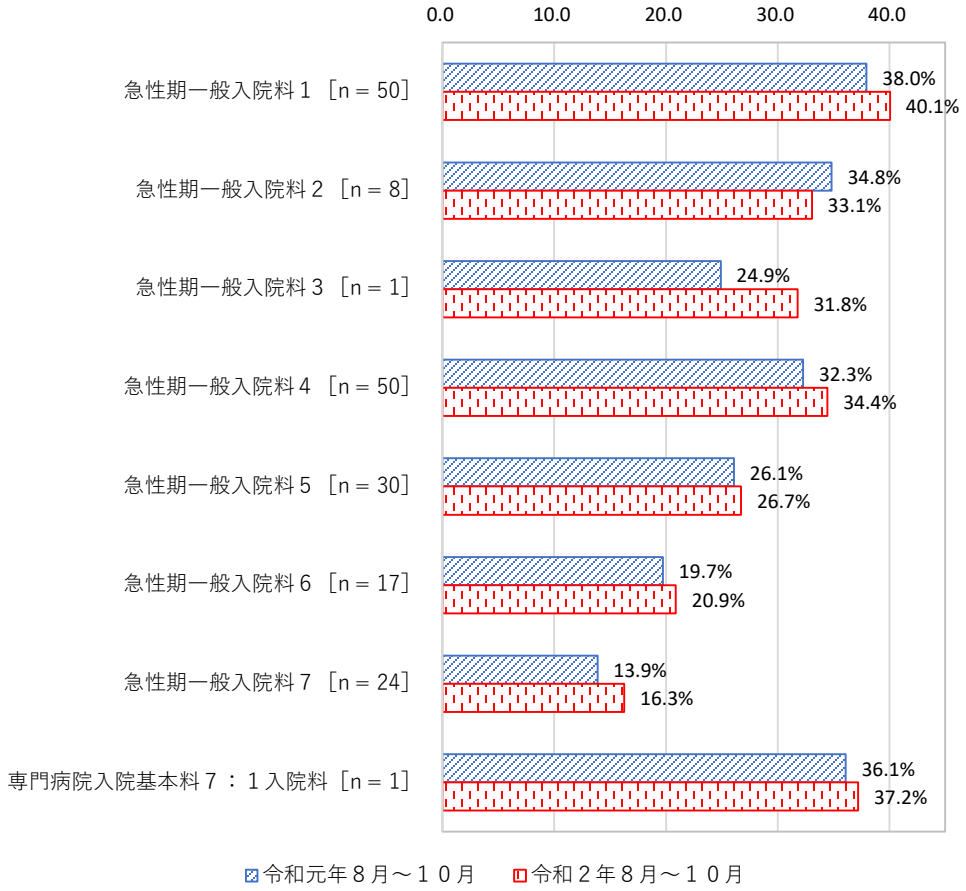
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R1/R2）

○　コロナ影響が少ないと考えられる医療機関について抽出条件を変更し、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、令和元年より令和２年の方が高い傾向にあった。

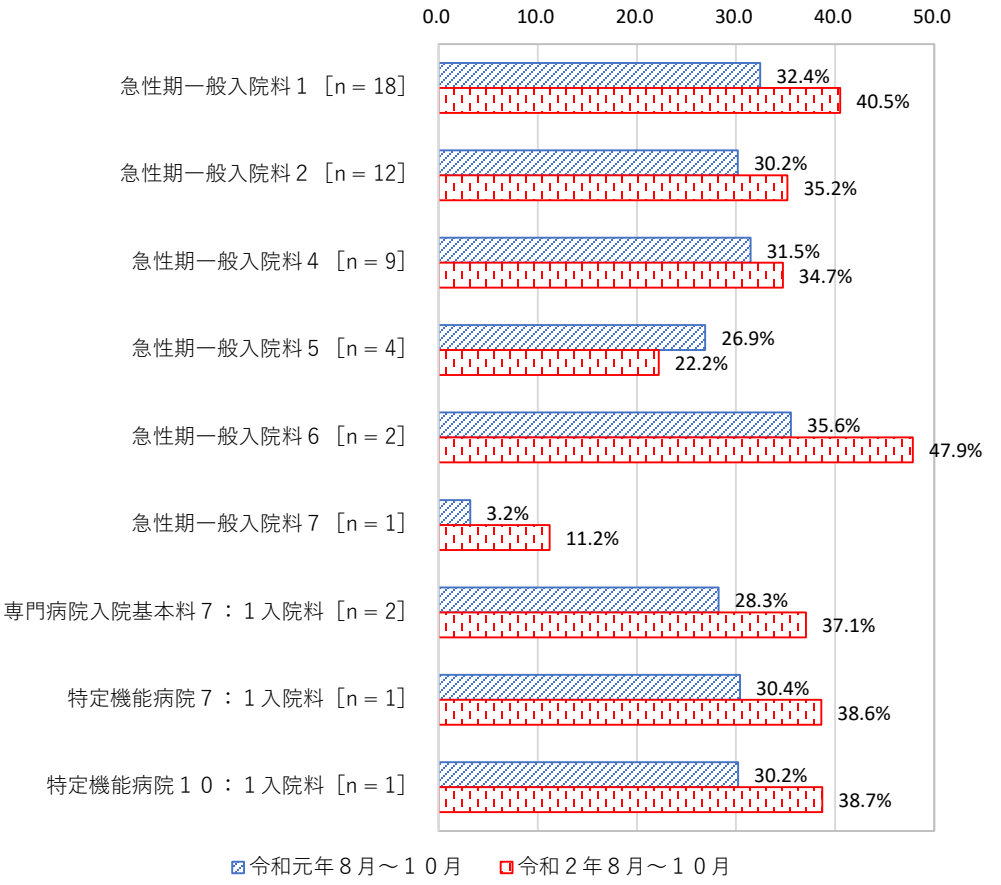
診調組　入－２参考１
３．１０．１

▶ ３で集計した307施設にしぼり、R1・R2のいずれも回答した施設を対象に集計

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



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

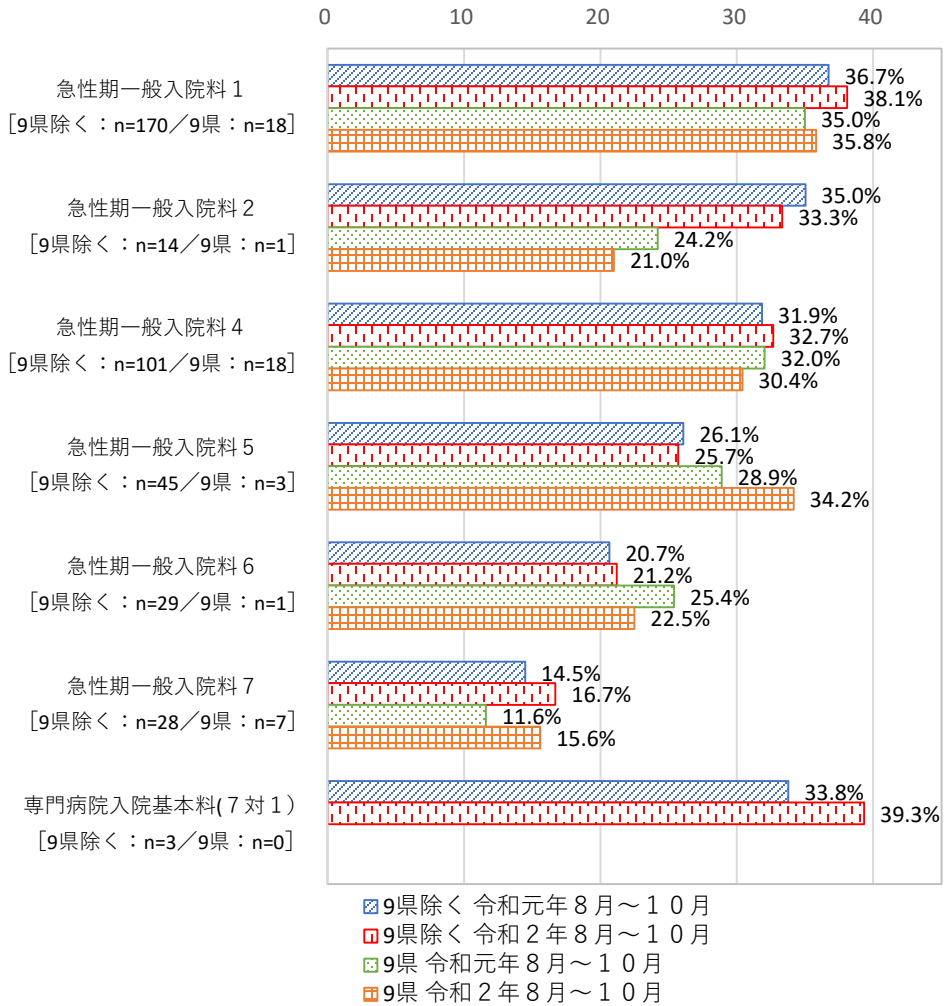


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）　※届出区分無回答のものは除く

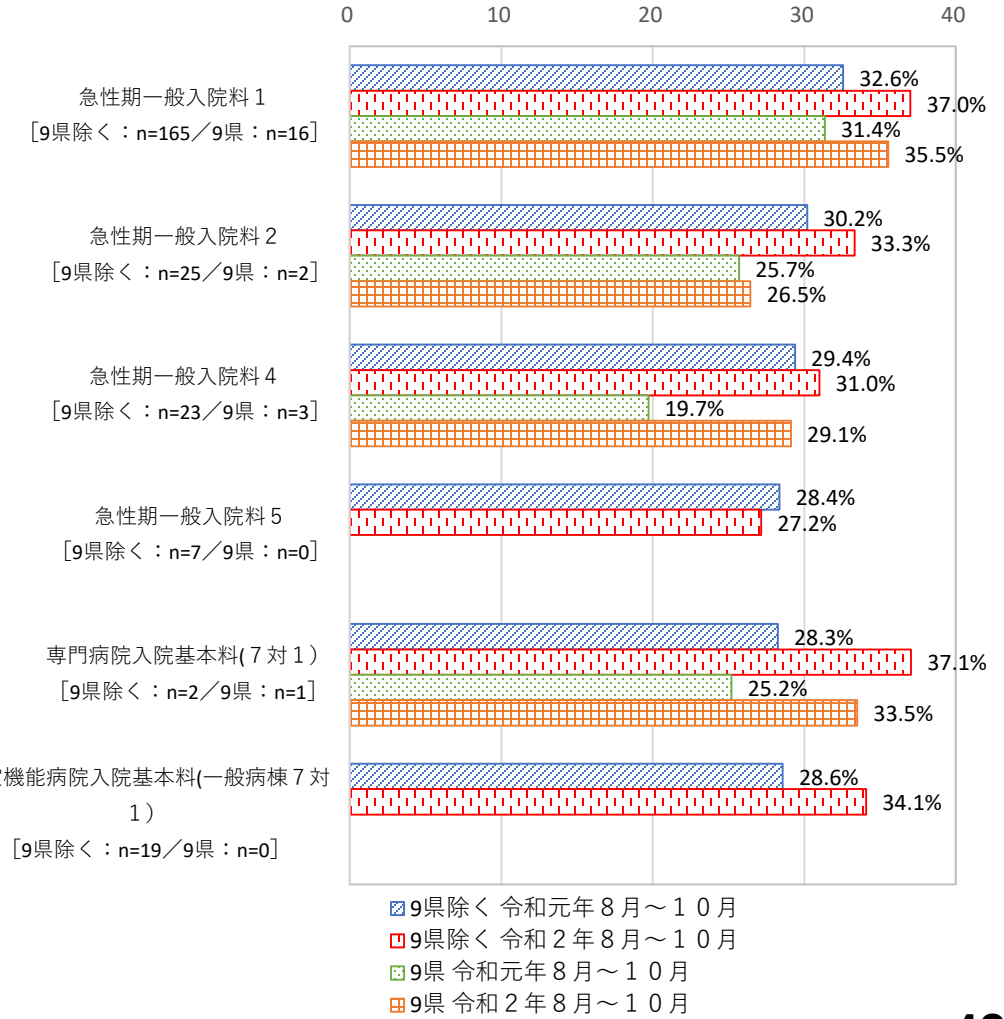
コロナウイルス感染症に係る影響を踏まえた分析（R1/R2）

○　令和２年８月～10月の間に、コロナウイルス新規陽性者100人未満の県（９県）と100人以上の県（38都道府県）で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析したところ、急性期一般入院料１では、９県・38都道府県ともに令和２年度の方が高かった。

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



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



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）及び厚労省データを用いて集計

０．調査概要

１．一般病棟入院基本料について

１－１．重症度、医療・看護必要度について

１－１－（１）．重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

１－１－（２）．個別項目に着目した分析

１－２．急性期入院医療の評価について

２．特定集中治療室管理料等について

３．短期滞在手術等基本料について

４．DPC/PDPSについて

５．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

６．回復期リハビリテーション病棟入院料について

７．療養病棟入院基本料について

８．障害者施設等入院基本料等について

９．救急医療管理加算について

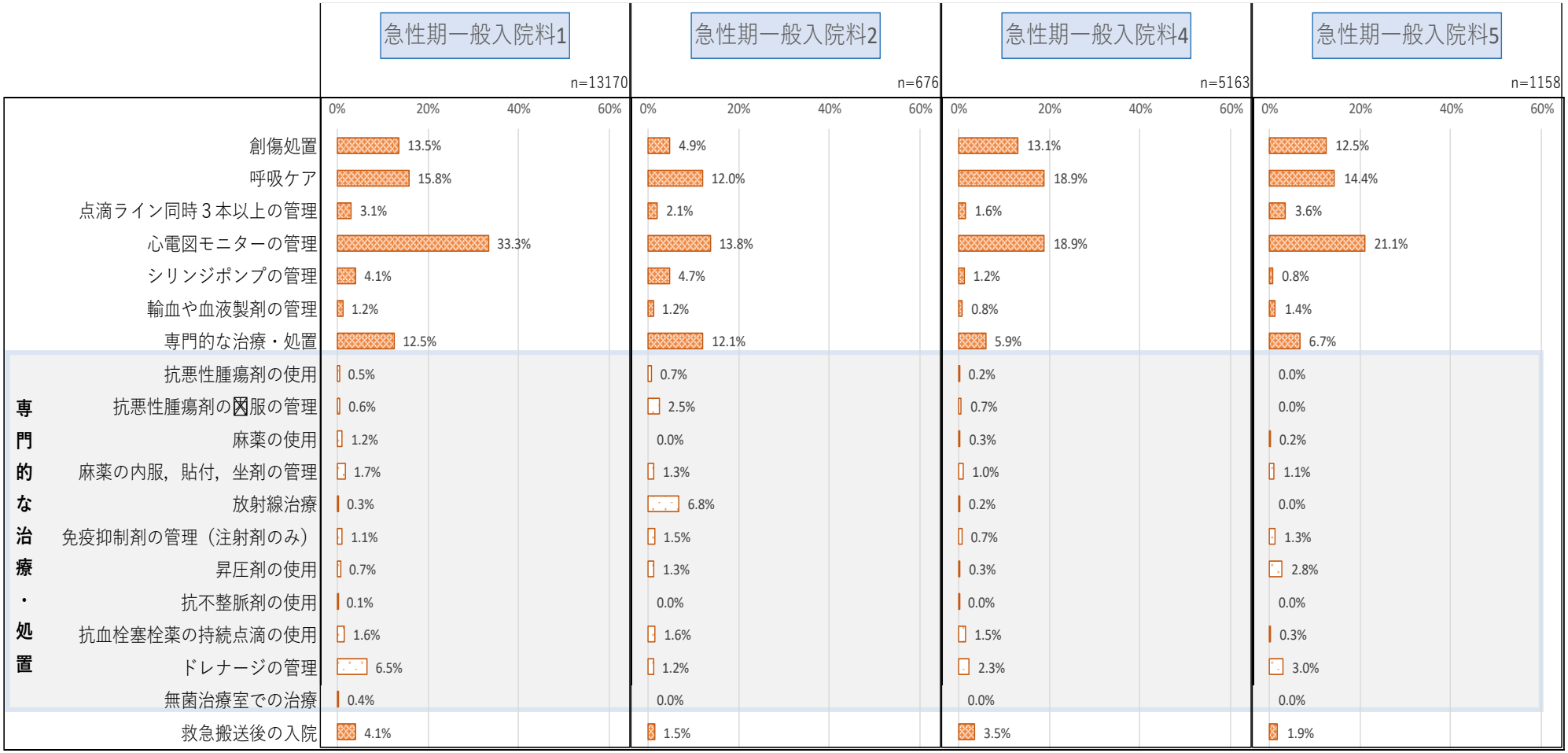
１０．医療資源の少ない地域に配慮した評価について

１１．横断的個別事項について

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（Ａ項目）

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

重症度、医療･看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（A項目）



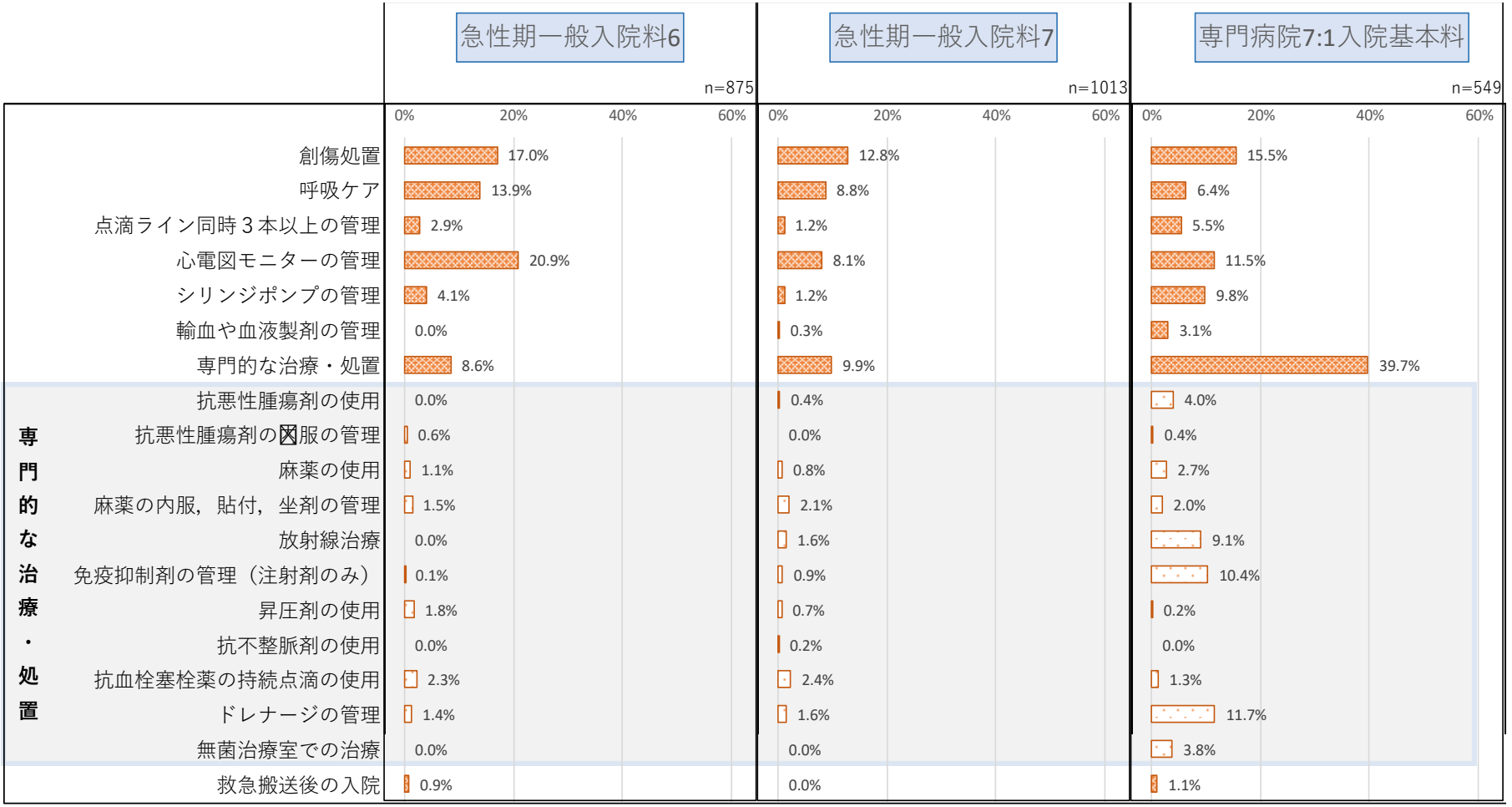
※届出区分無回答のものは除く
※急性期一般入院料3は回答なし　※nは患者数×日数（人･日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票及びＨファイル、EFファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（Ａ項目）

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

重症度、医療･看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（A項目）



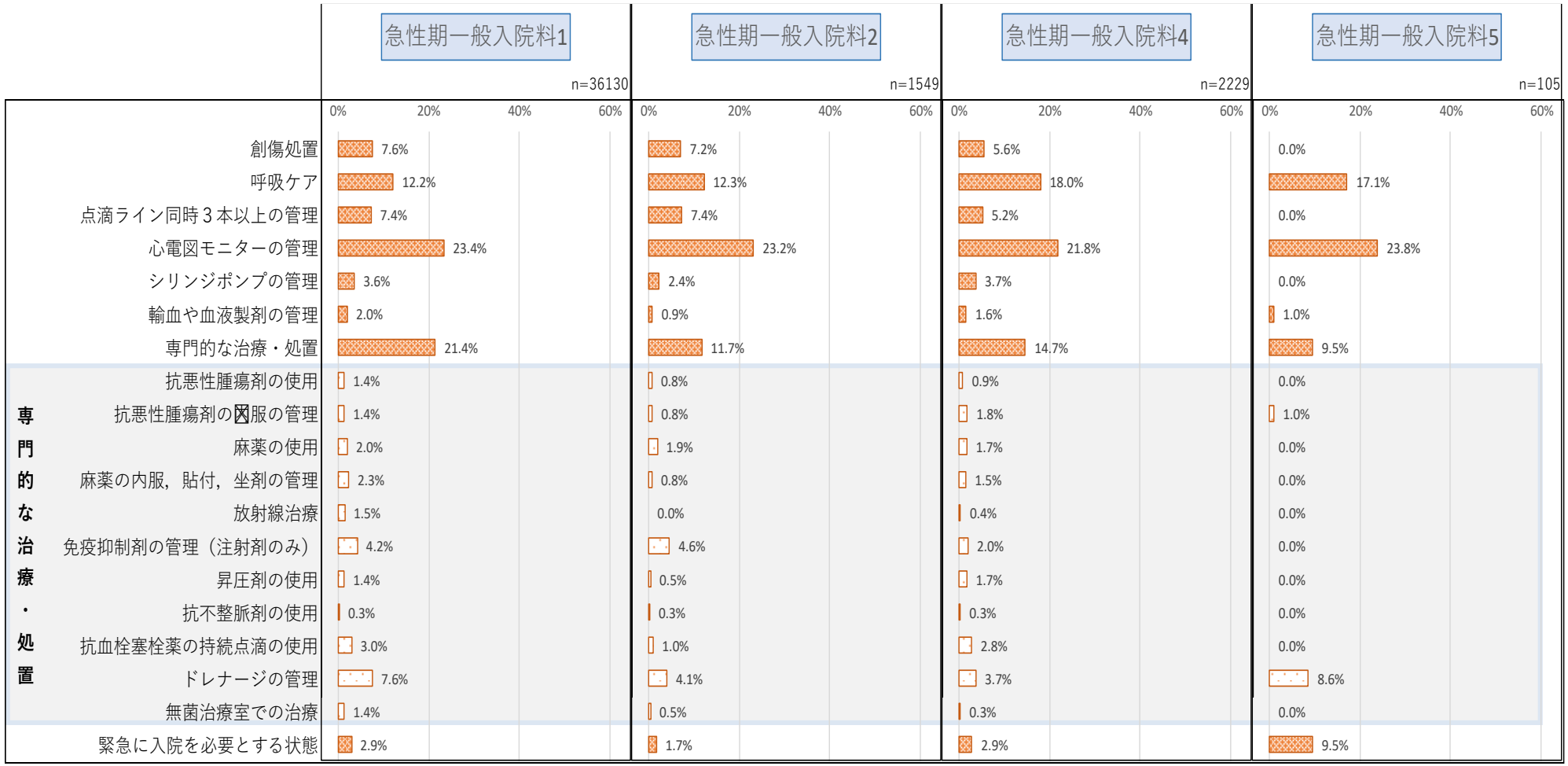
※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数（人･日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票及びＨファイル、EFファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（Ａ項目）

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

重症度、医療･看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（A項目）



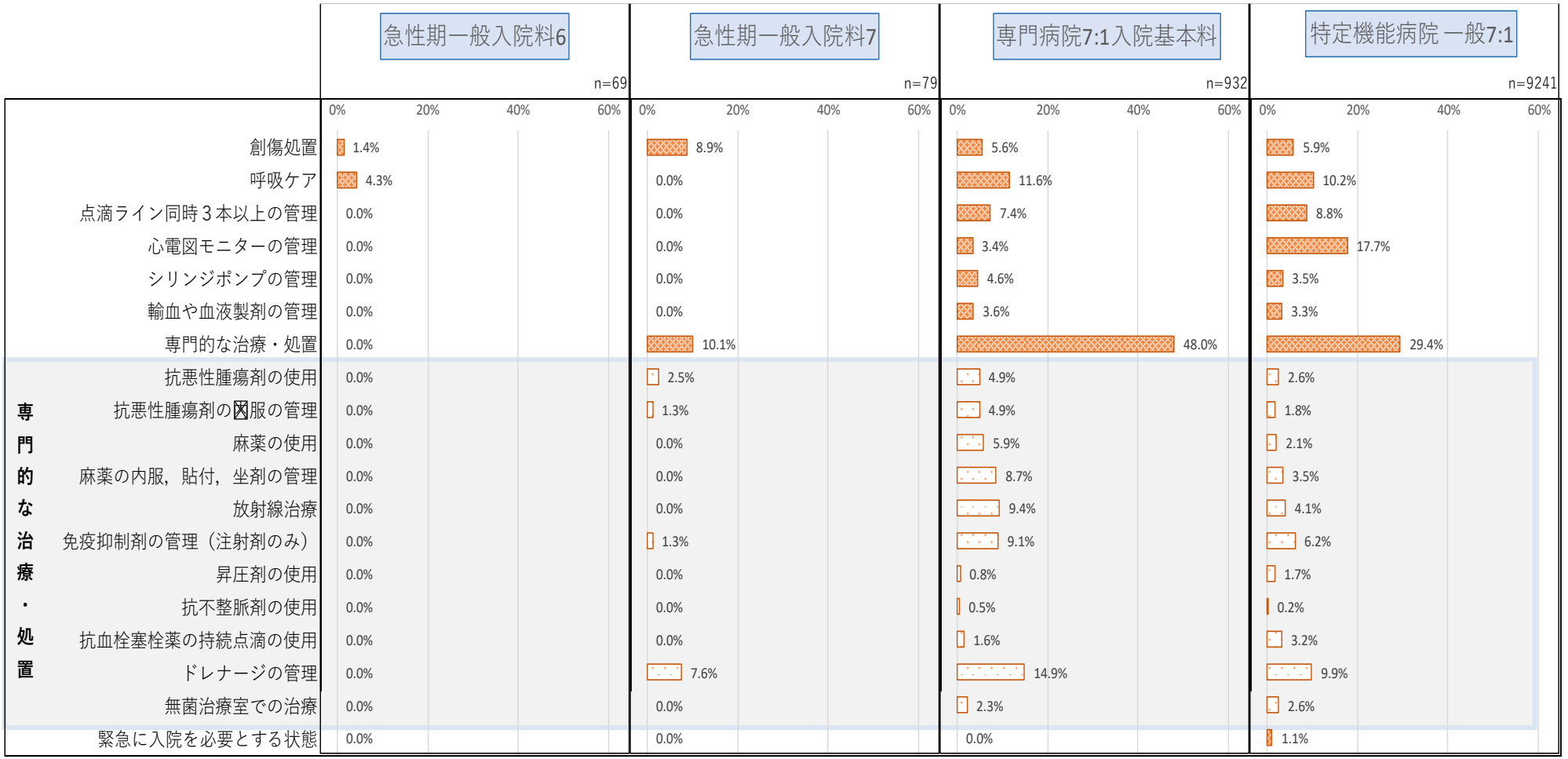
出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイルを用いて集計）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（Ａ項目）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（A項目）



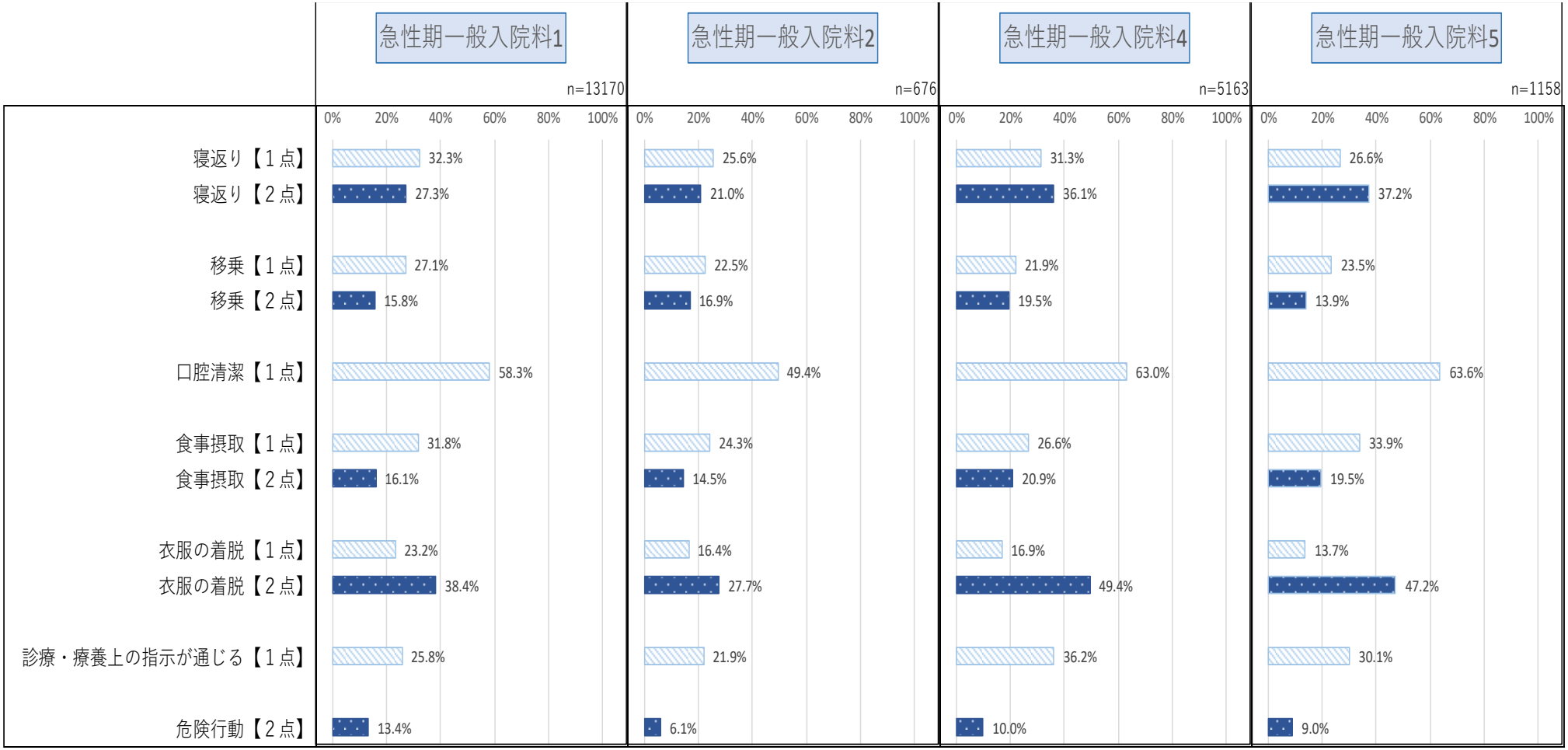
※届出区分無回答のものは除く　※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（B項目）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（B項目）



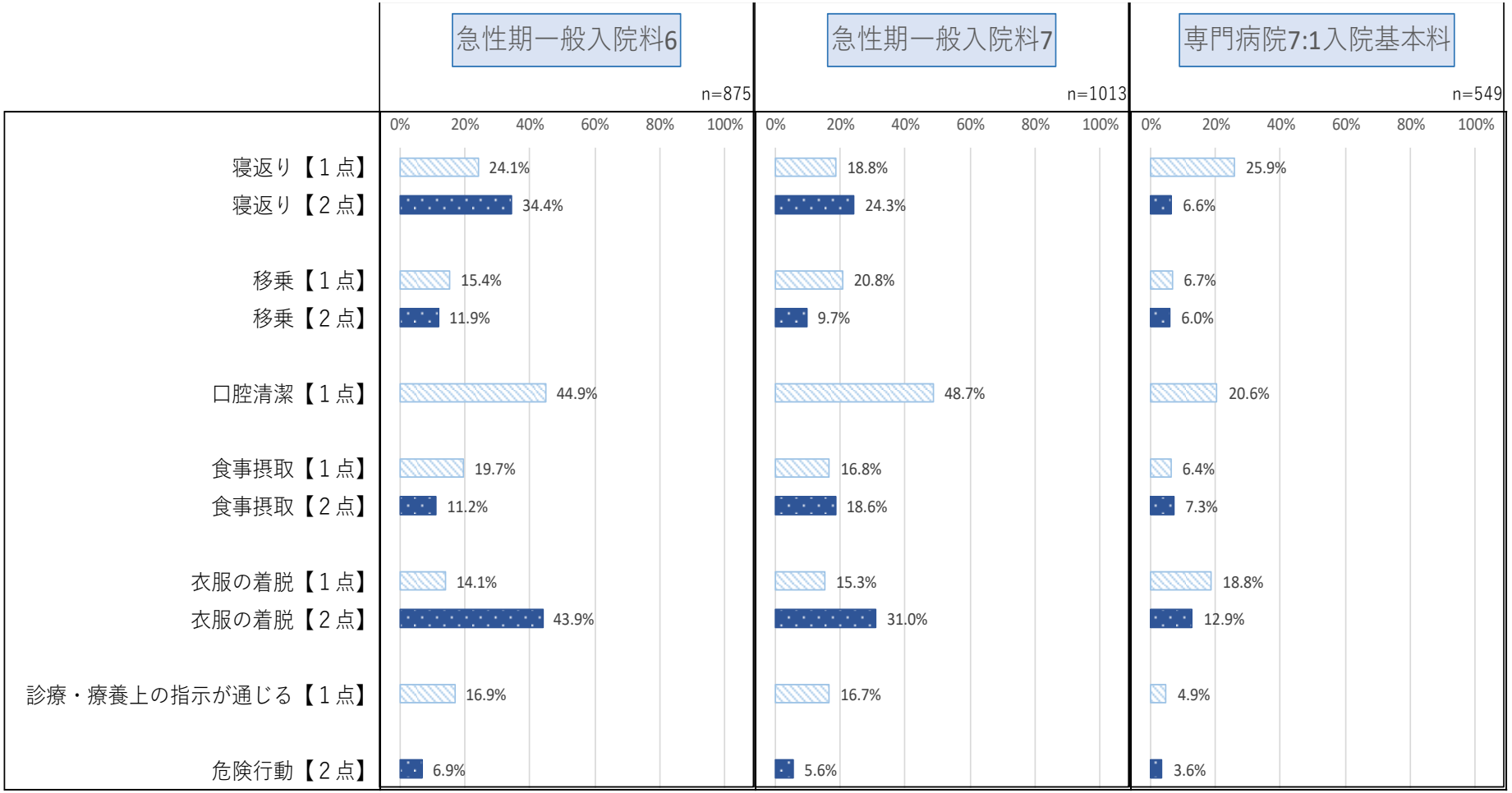
※届出区分無回答のものは除く
※急性期一般入院料3は回答なし　※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票及びHファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（B項目）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（B項目）



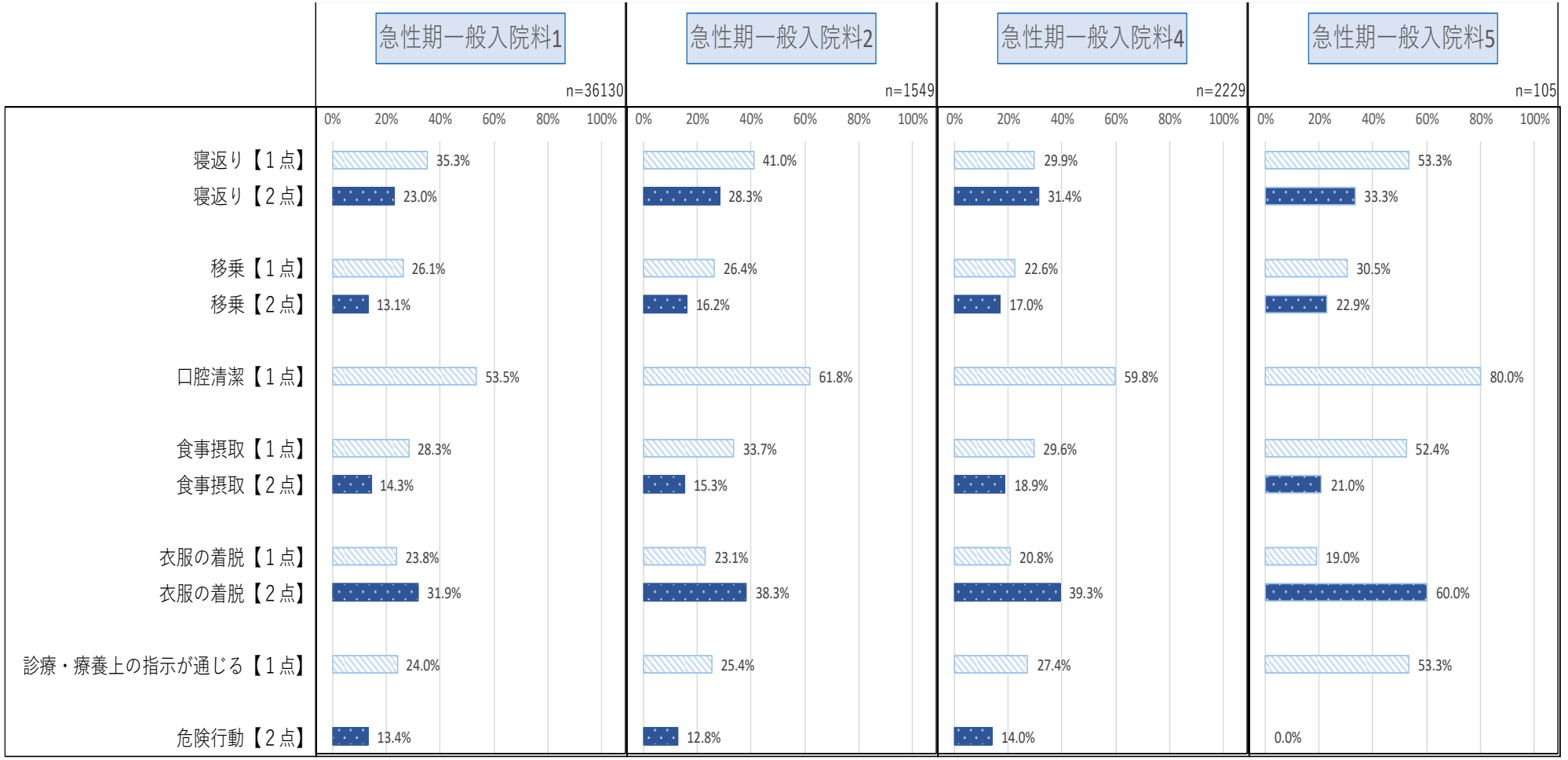
※届出区分無回答のものは除く　※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票及びHファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目）

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

重症度、医療･看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（B項目）



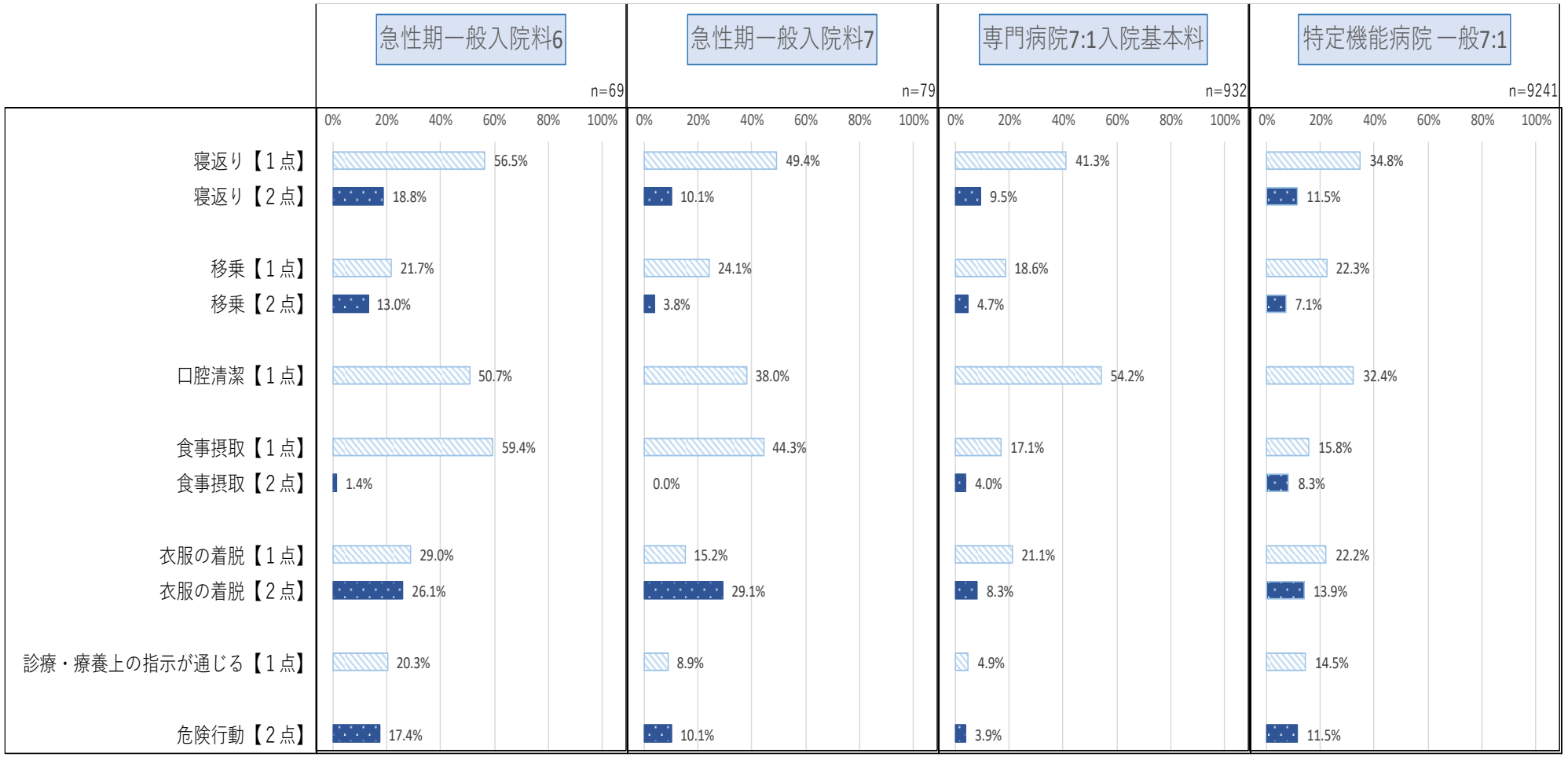
※届出区分無回答のものは除く
※急性期一般入院料3は回答なし　※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（Ｈファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目）

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

重症度、医療･看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（B項目）



※届出区分無回答のものは除く　※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（Ｈファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（B項目/患者の状態）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合(B項目)
「患者の状態」



出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く　※nは患者数×日数(人・日)

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（B項目/介助の実施）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（B項目）
「介助の実施」



出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数（人・日）

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（B項目/評価得点）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（B項目）
「評価得点」



出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数（人・日）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目/患者の状態）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（B項目）
「患者の状態」



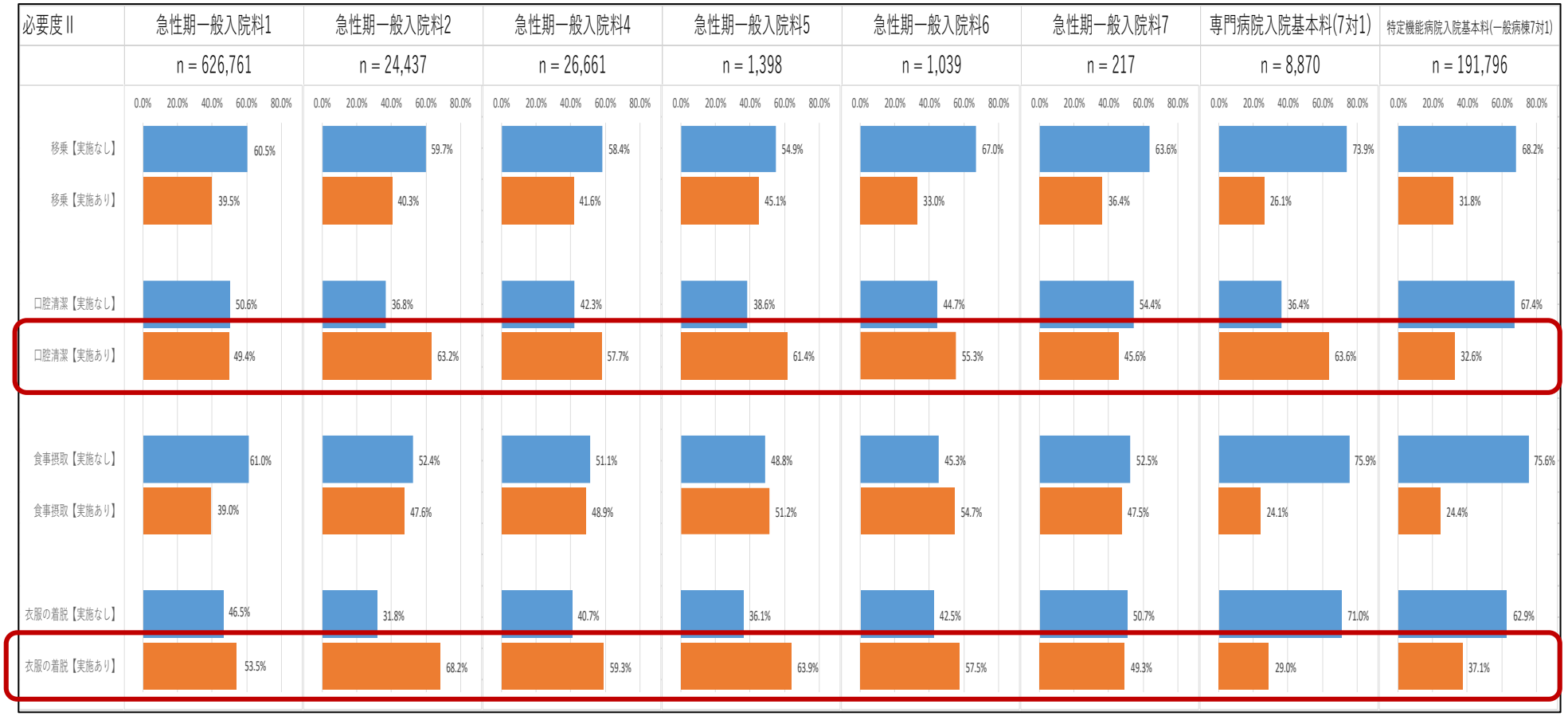
出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く　※nは患者数×日数（人・日）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目/介助の実施）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（B項目）
「介助の実施」



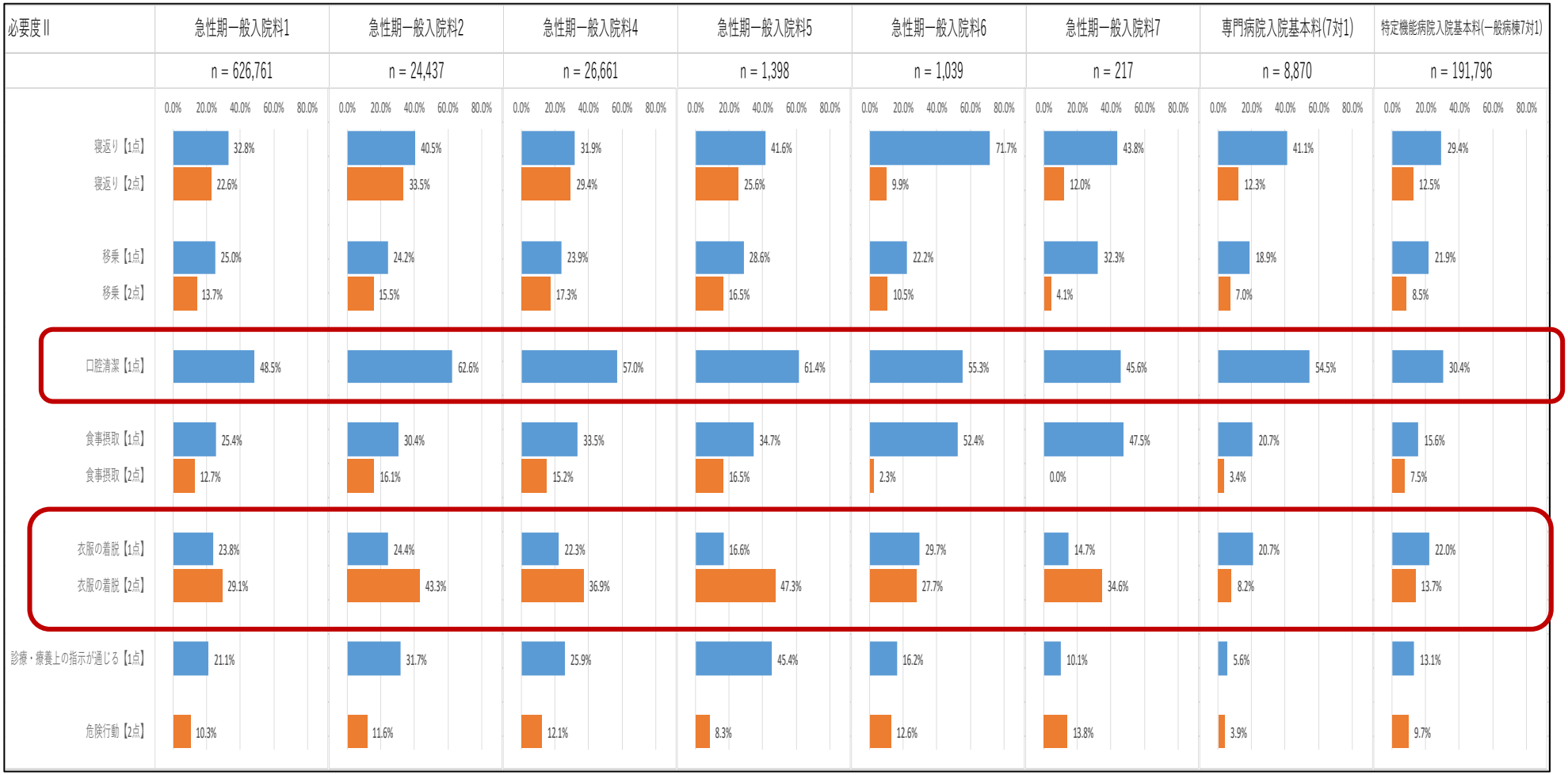
出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数（人・日）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（B項目/評価得点）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（B項目）
「評価得点」



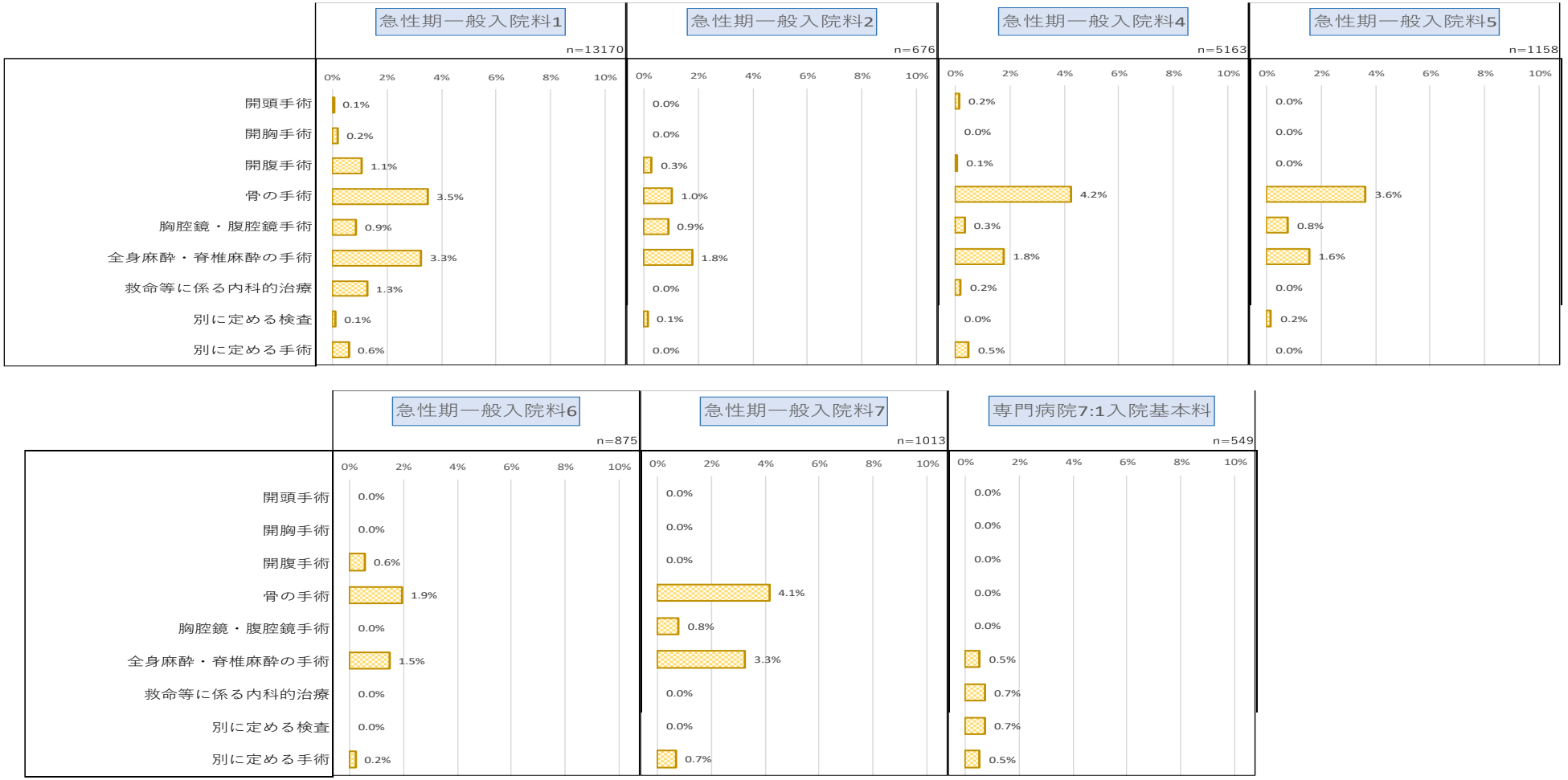
出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く ※nは患者数×日数（人・日）

重症度、医療・看護必要度Ⅰの評価項目毎の該当患者割合（C項目）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅰの項目別該当患者割合（C項目）



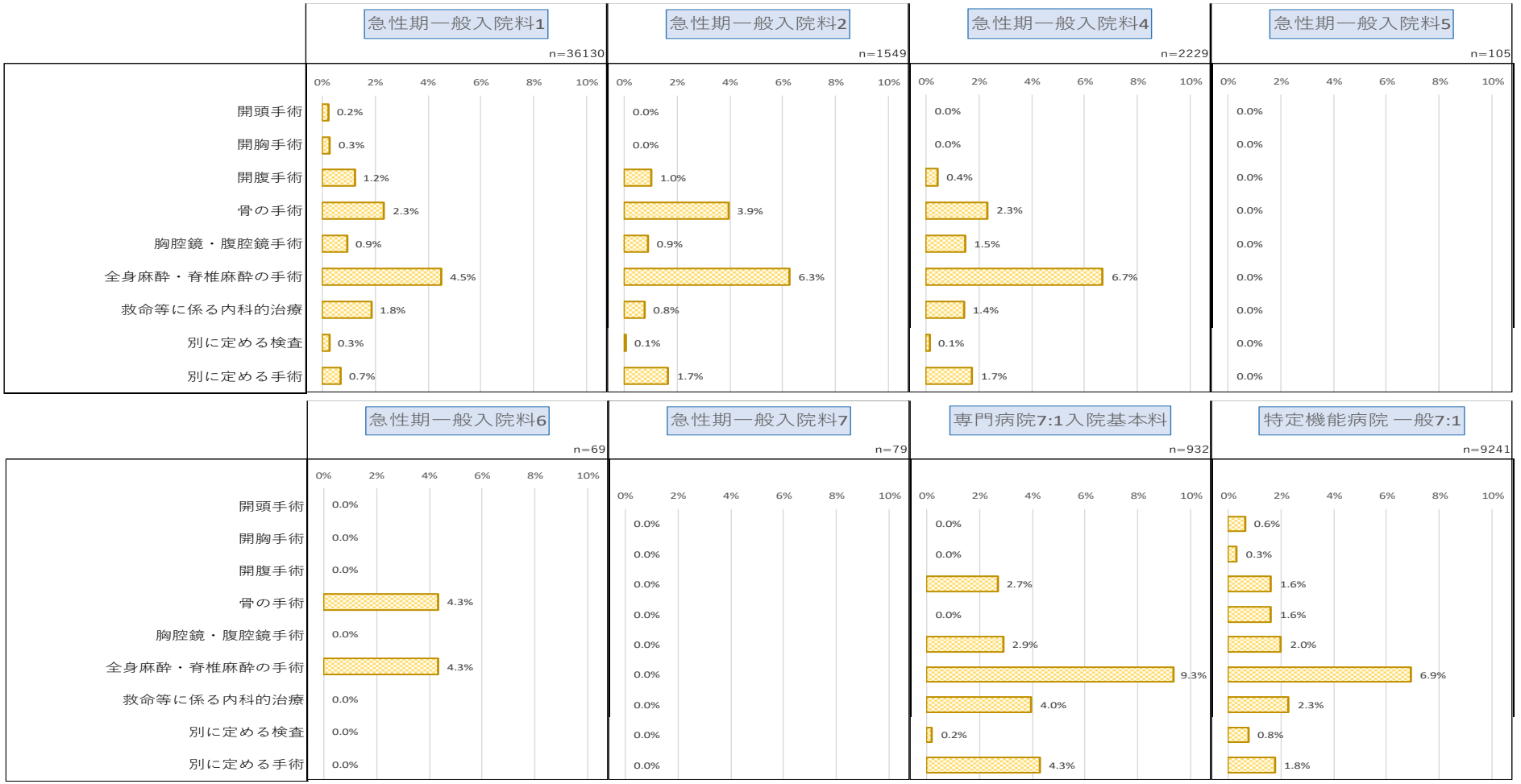
※届出区分無回答のものは除く
※急性期一般入院料3は回答なし　※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票及びHファイル、EFファイルを用いて集計）

重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（C項目）

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合（C項目）



出典：令和２年度入院医療等の調査（Ｈファイル、EFファイルを用いて集計）

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

Ｃ項目に該当する患者の経過日数別Ａ得点・B得点の状況（必要度Ｉ）

○　Ｃ項目の16(開頭手術)～18(開腹手術)に該当している患者について、術後の経過日数毎にA得点・B得点の状況をみたところ、以下のとおりであった。

必要度Ｉ	C項目	C項目名称	項目	点数	術後日数 当日	翌日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目
	16	開頭手術（13日間）	A得点	9, 10点	3%	6%	2%										
				7, 8点	43%	12%	11%	9%	5%								
				5, 6点	13%	27%	19%	16%	11%	11%	6%	6%	4%	6%	6%	6%	6%
				3, 4点	38%	29%	28%	25%	21%	20%	23%	27%	28%	11%	14%	12%	6%
				1, 2点	5%	22%	30%	29%	42%	45%	43%	39%	46%	47%	56%	56%	56%
				0点		4%	11%	20%	21%	25%	28%	27%	22%	36%	25%	26%	32%
			B得点	11, 12点	3%		2%	7%	7%	9%	13%	10%	6%	4%	3%	3%	6%
				9, 10点	23%	25%	28%	18%	18%	16%	9%	12%	16%	19%	33%	29%	18%
				7, 8点	33%	27%	15%	16%	11%	13%	15%	12%	8%	9%	17%	21%	18%
				5, 6点	18%	14%	19%	20%	23%	18%	19%	18%	22%	21%	14%	15%	29%
				3, 4点	18%	22%	15%	16%	12%	13%	15%	10%	8%	6%		9%	3%
				1, 2点		6%	15%	7%	14%	14%	17%	22%	18%	19%	17%	12%	12%
				0点	8%	6%	7%	15%	16%	18%	11%	18%	22%	21%	17%	12%	15%
	17	開胸手術（12日間）	A得点	7, 8点	25%			6%	5%	5%							
				5, 6点	25%	46%	31%	6%	10%								
				3, 4点	50%	38%	50%	56%	20%	37%	19%	20%	14%	15%	15%	18%	
				1, 2点		15%	13%	28%	50%	42%	56%	53%	50%	54%	54%	64%	
				0点			6%	6%	15%	16%	25%	27%	36%	31%	31%	18%	
			B得点	9, 10点	25%	8%	6%							8%			
				7, 8点		8%	6%	6%	5%	5%	6%	7%	7%		8%		
				5, 6点	25%	46%	25%	22%	15%	21%	19%	20%	14%	15%	15%	9%	
				3, 4点	25%	31%	31%	33%	20%	16%	13%	7%	14%	15%	8%	18%	
				1, 2点	25%		25%	22%	40%	32%	13%	33%	36%	38%	38%	45%	
				0点		8%	6%	17%	20%	26%	50%	33%	29%	23%	31%	27%	
	18	開腹手術（7日間）	A得点	9, 10点	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%						
				7, 8点	9%	7%	4%	3%	2%	2%	1%						
				5, 6点	42%	33%	17%	12%	9%	8%	7%						
				3, 4点	35%	29%	31%	32%	34%	31%	28%						
				1, 2点	11%	20%	29%	32%	28%	30%	32%						
				0点	2%	10%	18%	21%	26%	29%	31%						
			B得点	11, 12点	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%						
				9, 10点	3%	3%	2%	3%	4%	5%	5%						
				7, 8点	18%	12%	10%	10%	8%	8%	8%						
				5, 6点	24%	28%	23%	19%	20%	21%	18%						
				3, 4点	25%	28%	20%	14%	12%	9%	11%						
				1, 2点	22%	23%	29%	28%	26%	24%	22%						
				0点	8%	6%	15%	25%	29%	33%	35%						

出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

Ｃ項目に該当する患者の経過日数別A得点・B得点の状況（必要度Ｉ）

○　Ｃ項目の19(骨の手術)～21(全身麻酔・脊椎麻酔の手術)に該当している患者について、術後の経過日数毎にA得点・B得点の状況をみたところ、以下のとおりであった。

必要度Ｉ	C項目	C項目名称	項目	点数	術後日数 当日	翌日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
	19	骨の手術（11日間）	A得点	9, 10点	0%										
				7, 8点	3%	1%	0%	0%					0%	0%	
				5, 6点	22%	8%	3%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%
				3, 4点	52%	31%	20%	8%	4%	1%	1%	2%	2%	2%	1%
				1, 2点	19%	44%	40%	37%	31%	25%	24%	29%	24%	24%	25%
				0点	3%	17%	38%	53%	65%	73%	74%	68%	74%	74%	74%
			B得点	11, 12点	2%	5%	5%	5%	4%	4%	4%	4%	3%	4%	4%
				9, 10点	13%	10%	10%	9%	8%	8%	9%	10%	11%	12%	10%
				7, 8点	28%	25%	19%	20%	20%	20%	18%	19%	17%	14%	16%
				5, 6点	24%	29%	29%	24%	23%	21%	20%	17%	17%	18%	17%
				3, 4点	18%	21%	21%	17%	16%	15%	15%	14%	13%	13%	14%
				1, 2点	11%	8%	11%	18%	21%	23%	24%	26%	26%	26%	25%
				0点	4%	3%	4%	6%	9%	9%	11%	11%	12%	13%	14%
	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間）	A得点	9, 10点		0%	0%	0%	0%						
				7, 8点	1%	1%		0%	0%						
				5, 6点	33%	17%	5%	2%	1%						
				3, 4点	57%	38%	28%	23%	20%						
				1, 2点	9%	32%	28%	30%	31%						
				0点		12%	39%	44%	47%						
			B得点	11, 12点		0%	0%	0%	0%						
				9, 10点	2%	2%	1%	1%	1%						
				7, 8点	12%	5%	3%	3%	4%						
				5, 6点	22%	18%	8%	7%	6%						
				3, 4点	25%	35%	15%	11%	9%						
				1, 2点	29%	29%	33%	28%	30%						
				0点	9%	11%	39%	49%	50%						
	21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	A得点	9, 10点	0%	0%	0%	0%	0%						
				7, 8点	3%	2%	1%	1%	1%						
				5, 6点	17%	11%	5%	3%	3%						
				3, 4点	60%	28%	23%	15%	13%						
				1, 2点	17%	40%	34%	35%	32%						
				0点	3%	19%	37%	46%	51%						
			B得点	11, 12点	1%	2%	2%	2%	2%						
				9, 10点	5%	4%	4%	4%	4%						
				7, 8点	14%	11%	9%	10%	10%						
				5, 6点	22%	21%	16%	14%	15%						
				3, 4点	29%	26%	16%	12%	12%						
				1, 2点	20%	24%	24%	24%	25%						
				0点	9%	12%	30%	34%	32%						

出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

Ｃ項目に該当する患者の経過日数別A得点・B得点の状況（必要度Ｉ）

○　Ｃ項目の22(救命等に係る内科的治療)～24(別に定める手術)に該当している患者について、術後の経過日数毎にA得点・B得点の状況をみたところ、以下のとおりであった。

必要度Ｉ	C項目	C項目名称	項目	点数	術後日数 当日	翌日	2日目	3日目	4日目	5日目
	22	救命等に係る内科的治療（5日間）	A得点	9, 10点	0%	0%	0%	0%		
				7, 8点	3%	2%	2%	2%	1%	
				5, 6点	9%	5%	4%	3%	5%	
				3, 4点	43%	16%	14%	12%	12%	
				1, 2点	34%	45%	36%	36%	37%	
				0点	10%	31%	43%	47%	45%	
			B得点	11, 12点	1%	1%	2%	2%	2%	
				9, 10点	4%	4%	4%	5%	6%	
				7, 8点	12%	10%	9%	9%	10%	
				5, 6点	15%	15%	13%	13%	12%	
				3, 4点	25%	16%	15%	12%	13%	
				1, 2点	26%	27%	22%	22%	19%	
				0点	17%	28%	36%	37%	38%	
	23	別に定める検査（2日間）	A得点	9, 10点	0%					
				7, 8点	0%	1%				
				5, 6点	1%	4%				
				3, 4点	7%	14%				
				1, 2点	48%	49%				
				0点	43%	32%				
			B得点	11, 12点	1%	1%				
				9, 10点	1%	5%				
				7, 8点	5%	7%				
				5, 6点	9%	10%				
				3, 4点	15%	14%				
				1, 2点	35%	23%				
				0点	35%	41%				
	24	別に定める手術（6日間）	A得点	9, 10点						0%
				7, 8点	0%	0%			0%	
				5, 6点	9%	6%	3%	3%	2%	2%
				3, 4点	73%	27%	27%	11%	12%	12%
				1, 2点	14%	43%	35%	42%	38%	34%
				0点	3%	24%	35%	44%	47%	52%
			B得点	11, 12点	0%	1%	1%	1%	1%	1%
				9, 10点	3%	3%	2%	1%	2%	2%
				7, 8点	8%	6%	5%	5%	6%	8%
				5, 6点	21%	16%	8%	6%	5%	4%
				3, 4点	41%	29%	12%	9%	9%	8%
				1, 2点	18%	28%	30%	26%	30%	28%
				0点	9%	17%	43%	52%	47%	48%

出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

Ｃ項目に該当する患者の経過日数別Ａ得点・B得点の状況（必要度Ⅱ）

○　Ｃ項目の16(開頭手術)～18(開腹手術)に該当している患者について、術後の経過日数毎にA得点・B得点の状況をみたところ、以下のとおりであった。

必要度Ⅱ	C項目	C項目名称	項目	点数	術後日数 当日	翌日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目
	16	開頭手術（13日間）	A得点	7, 8点		1%						0%	1%	0%			
				5, 6点	1%	17%	5%	4%	2%	4%	3%	3%	2%	3%	3%	4%	2%
				3, 4点	23%	50%	26%	20%	16%	15%	11%	12%	12%	14%	13%	13%	15%
				1, 2点	76%	29%	50%	48%	45%	41%	42%	39%	33%	25%	28%	32%	33%
				0点		3%	19%	28%	36%	41%	43%	46%	52%	58%	56%	51%	50%
			B得点	11, 12点	3%	4%	5%	5%	4%	5%	4%	5%	4%	6%	5%	7%	6%
				9, 10点	10%	12%	9%	10%	10%	10%	9%	10%	10%	8%	13%	15%	14%
				7, 8点	25%	23%	16%	15%	13%	14%	15%	16%	16%	18%	17%	17%	20%
				5, 6点	23%	23%	19%	18%	16%	13%	13%	11%	11%	13%	13%	12%	13%
				3, 4点	18%	23%	23%	16%	13%	13%	11%	9%	9%	9%	8%	6%	7%
				1, 2点	8%	10%	15%	17%	15%	14%	14%	13%	13%	13%	11%	11%	11%
				0点	13%	5%	12%	20%	29%	31%	34%	36%	37%	35%	33%	32%	29%
	17	開胸手術（12日間）	A得点	7, 8点	1%	6%	5%	3%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	
				5, 6点	4%	58%	40%	26%	14%	11%	8%	6%	5%	4%	2%	2%	
				3, 4点	33%	30%	41%	43%	39%	30%	26%	22%	17%	16%	17%	15%	
				1, 2点	61%	6%	13%	22%	35%	45%	47%	51%	52%	54%	53%	54%	
				0点	1%		1%	7%	11%	13%	20%	20%	25%	25%	27%	29%	
			B得点	11, 12点	1%	1%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	
				9, 10点	1%	3%	4%	5%	3%	2%	3%	2%	3%	3%	4%	3%	
				7, 8点	14%	18%	9%	8%	9%	6%	6%	6%	7%	9%	8%	10%	
				5, 6点	19%	27%	30%	24%	19%	19%	16%	14%	16%	15%	16%	13%	
				3, 4点	25%	24%	27%	30%	29%	23%	21%	18%	16%	11%	13%	14%	
				1, 2点	27%	20%	18%	19%	23%	28%	30%	32%	32%	30%	24%	25%	
				0点	13%	7%	10%	13%	17%	21%	24%	27%	28%	31%	34%	34%	
	18	開腹手術（7日間）	A得点	7, 8点		3%	1%	1%	1%	1%	1%						
				5, 6点	2%	31%	12%	8%	6%	4%	4%						
				3, 4点	29%	34%	40%	37%	31%	26%	22%						
				1, 2点	66%	25%	31%	31%	31%	32%	32%						
				0点	3%	7%	16%	23%	32%	38%	42%						
			B得点	11, 12点	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%						
				9, 10点	3%	3%	2%	2%	2%	3%	3%						
				7, 8点	12%	13%	7%	5%	6%	5%	6%						
				5, 6点	25%	28%	19%	15%	11%	10%	9%						
				3, 4点	29%	32%	29%	22%	18%	14%	13%						
				1, 2点	21%	19%	27%	31%	30%	30%	29%						
				0点	8%	5%	17%	24%	32%	38%	41%						

出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

Ｃ項目に該当する患者の経過日数別Ａ得点・B得点の状況（必要度Ⅱ）

○　Ｃ項目の19(骨の手術)～21(全身麻酔・脊椎麻酔の手術)に該当している患者について、術後の経過日数毎にA得点・B得点の状況をみたところ、以下のとおりであった。

					術後日数										
必要度Ⅱ	C項目	C項目名称	項目	点数	当日	翌日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
	19	骨の手術（11日間）	A得点	7, 8点		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
				5, 6点	1%	10%	3%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				3, 4点	31%	35%	22%	9%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
				1, 2点	64%	42%	39%	33%	27%	24%	21%	32%	21%	21%	24%
				0点	5%	13%	36%	57%	69%	73%	77%	66%	76%	77%	74%
			B得点	11, 12点	2%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%
				9, 10点	9%	10%	10%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	7%	7%
				7, 8点	24%	29%	25%	21%	18%	16%	15%	14%	14%	15%	14%
				5, 6点	28%	34%	32%	29%	25%	24%	21%	20%	20%	19%	18%
				3, 4点	21%	16%	18%	18%	19%	18%	18%	17%	15%	15%	16%
				1, 2点	11%	5%	10%	17%	21%	25%	27%	29%	30%	31%	31%
				0点	4%	1%	2%	3%	5%	6%	8%	9%	10%	12%	12%
	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間）	A得点	7, 8点		1%	0%	0%	0%						
				5, 6点	1%	23%	6%	3%	2%						
				3, 4点	18%	35%	32%	27%	23%						
				1, 2点	80%	32%	29%	31%	31%						
				0点	0%	9%	33%	38%	44%						
			B得点	11, 12点	0%	0%	0%	0%	0%						
				9, 10点	2%	2%	1%	1%	1%						
				7, 8点	11%	9%	3%	3%	2%						
				5, 6点	24%	24%	10%	8%	7%						
				3, 4点	31%	35%	22%	16%	12%						
				1, 2点	23%	23%	34%	35%	37%						
				0点	9%	8%	29%	37%	40%						
	21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	A得点	7, 8点	0%	1%	0%	0%	0%						
				5, 6点	1%	14%	5%	3%	2%						
				3, 4点	21%	30%	24%	20%	16%						
				1, 2点	74%	37%	34%	33%	31%						
				0点	5%	18%	37%	44%	50%						
			B得点	11, 12点	1%	1%	1%	1%	1%						
				9, 10点	4%	4%	4%	4%	4%						
				7, 8点	14%	14%	9%	8%	8%						
				5, 6点	24%	25%	17%	15%	13%						
				3, 4点	28%	26%	20%	17%	15%						
				1, 2点	20%	20%	26%	28%	28%						
				0点	10%	10%	23%	27%	29%						

出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

Ｃ項目に該当する患者の経過日数別Ａ得点・B得点の状況（必要度Ⅱ）

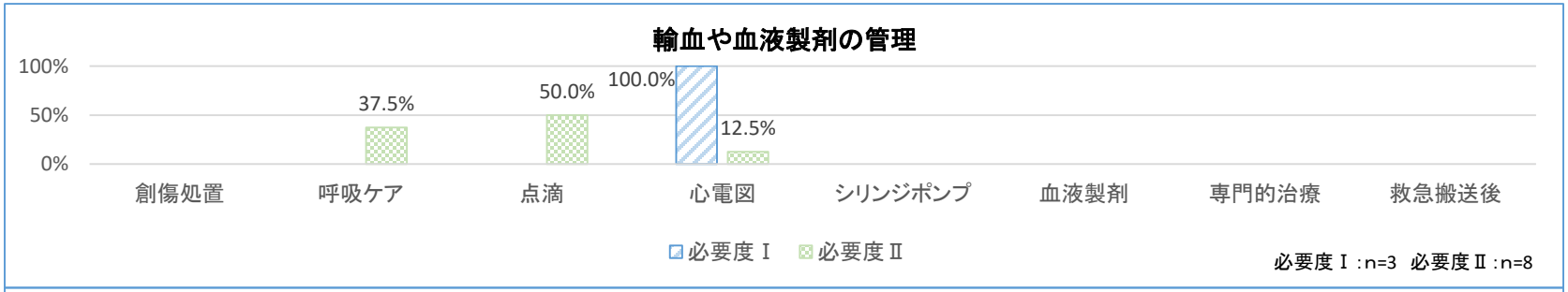
○　Ｃ項目の22(救命等に係る内科的治療)～24(別に定める手術)に該当している患者について、術後の経過日数毎にA得点・B得点の状況をみたところ、以下のとおりであった。

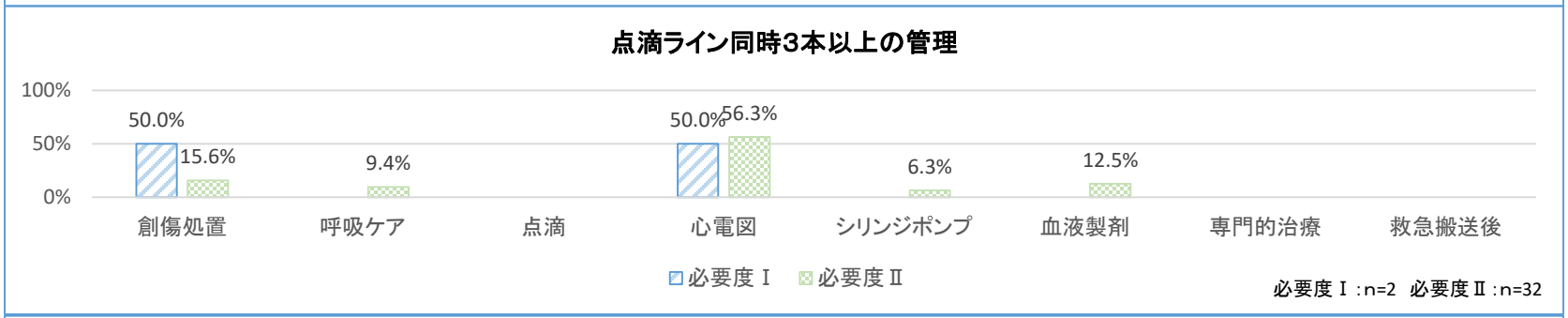
必要度Ⅱ	C項目	C項目名称	項目	点数	術後日数 当日	翌日	2日目	3日目	4日目	5日目
	22	救命等に係る内科的治療（5日間）	A得点	7, 8点	0%	0%	0%	0%	0%	
				5, 6点	1%	2%	1%	1%	1%	
				3, 4点	44%	9%	8%	7%	7%	
				1, 2点	45%	51%	37%	37%	37%	
				0点	11%	38%	54%	55%	55%	
			B得点	11, 12点	1%	1%	1%	1%	1%	
				9, 10点	3%	3%	3%	3%	4%	
				7, 8点	9%	7%	6%	6%	7%	
				5, 6点	18%	12%	10%	10%	11%	
				3, 4点	27%	17%	14%	13%	12%	
				1, 2点	27%	29%	27%	24%	22%	
				0点	16%	31%	39%	42%	44%	
	23	別に定める検査（2日間）	A得点	7, 8点	0%	0%				
				5, 6点	1%	2%				
				3, 4点	5%	8%				
				1, 2点	40%	49%				
				0点	54%	41%				
			B得点	11, 12点	0%	0%				
				9, 10点	2%	2%				
				7, 8点	4%	4%				
				5, 6点	12%	11%				
				3, 4点	20%	16%				
				1, 2点	37%	30%				
				0点	25%	37%				
	24	別に定める手術（6日間）	A得点	7, 8点		0%	0%		0%	0%
				5, 6点	0%	5%	1%	1%	1%	1%
				3, 4点	17%	34%	18%	14%	12%	12%
				1, 2点	80%	40%	43%	41%	36%	33%
				0点	3%	20%	37%	44%	51%	55%
			B得点	11, 12点	1%	1%	1%	1%	1%	1%
				9, 10点	3%	3%	3%	3%	3%	4%
				7, 8点	9%	10%	7%	5%	6%	5%
				5, 6点	22%	20%	12%	10%	9%	10%
				3, 4点	28%	23%	16%	13%	12%	11%
				1, 2点	24%	25%	30%	31%	32%	35%
				0点	12%	18%	32%	37%	37%	35%

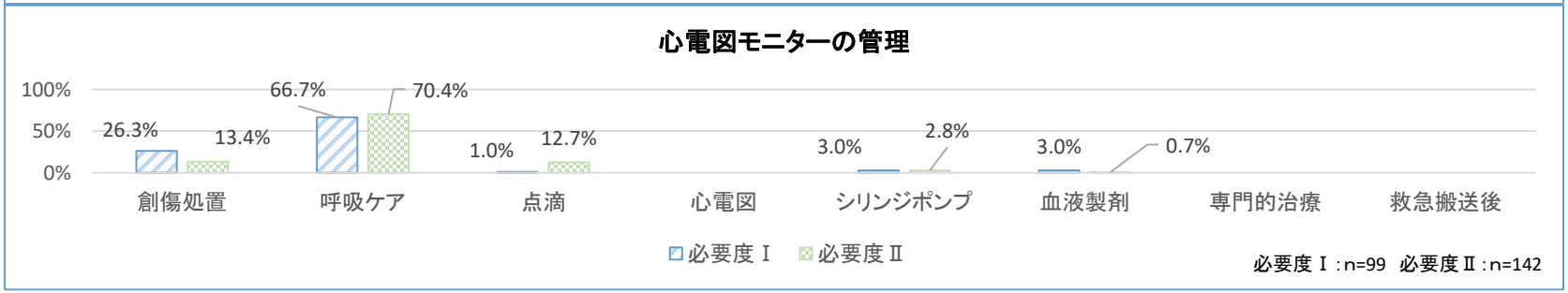
出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

A2点＋B3点のみに該当している患者（必要度Ⅰ／Ⅱ）

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



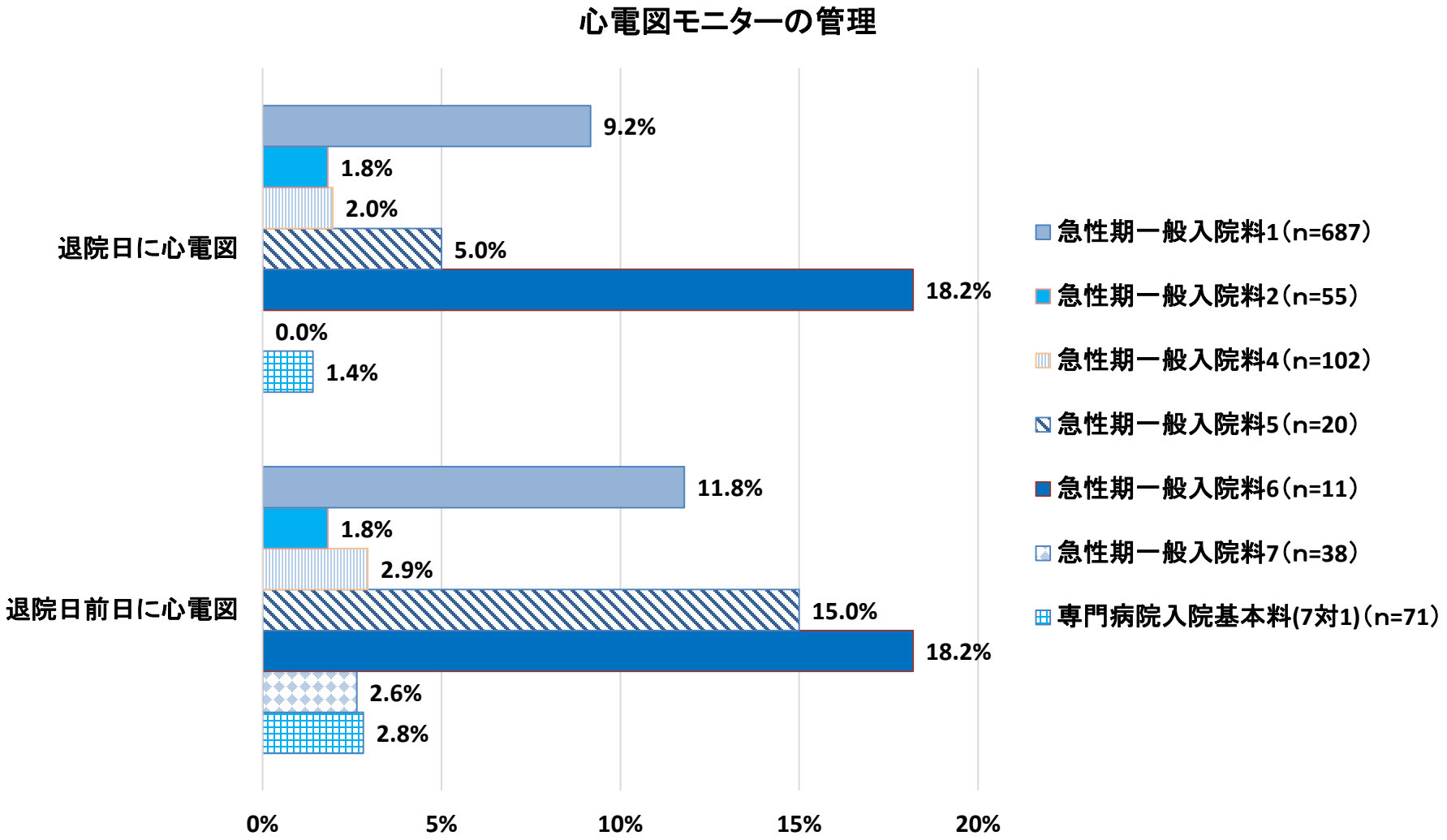




出典：令和２年度入院医療等の調査（補助票、EFファイル、Hファイルを用いて集計）

退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅰ）

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

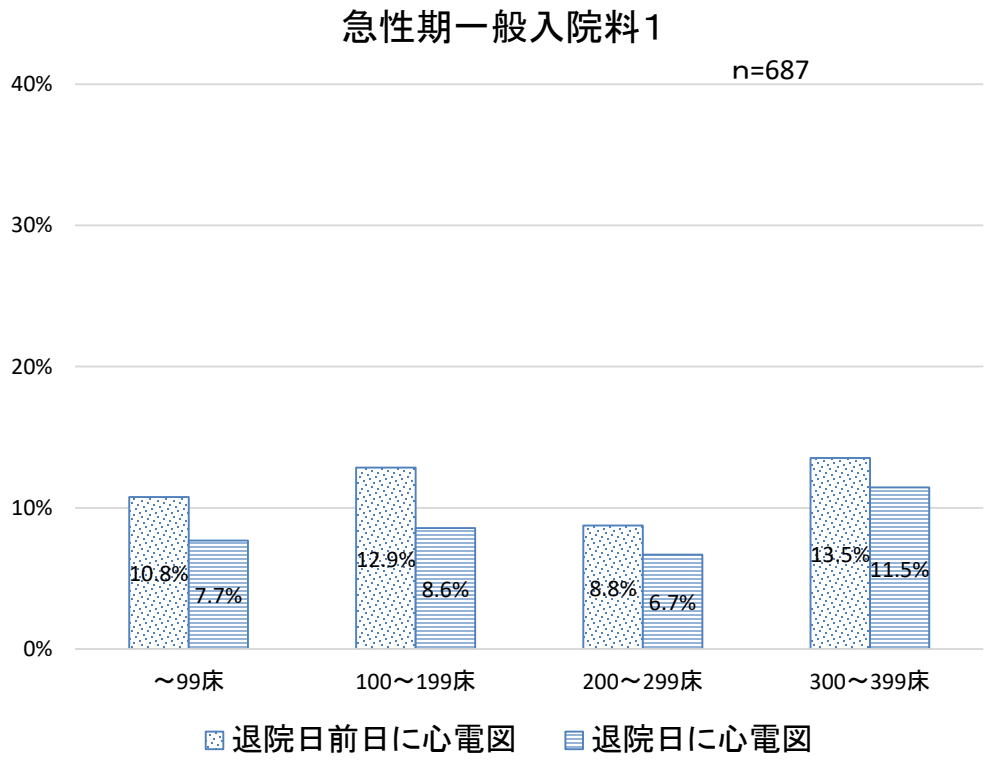


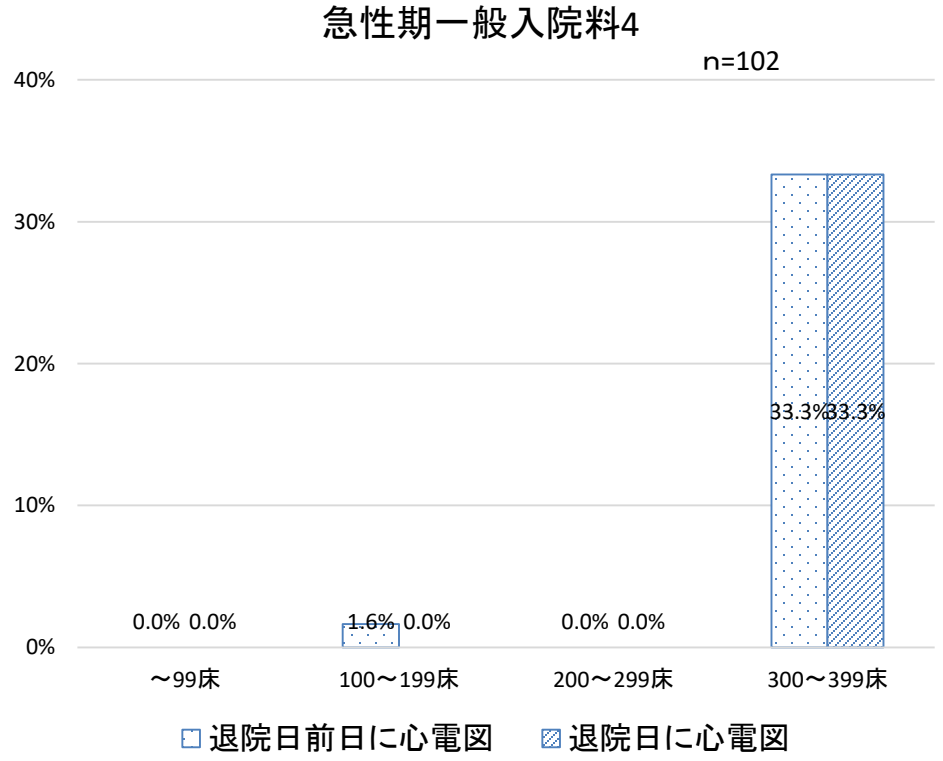
出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

※届出区分無回答のものは除く

退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅰ）

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



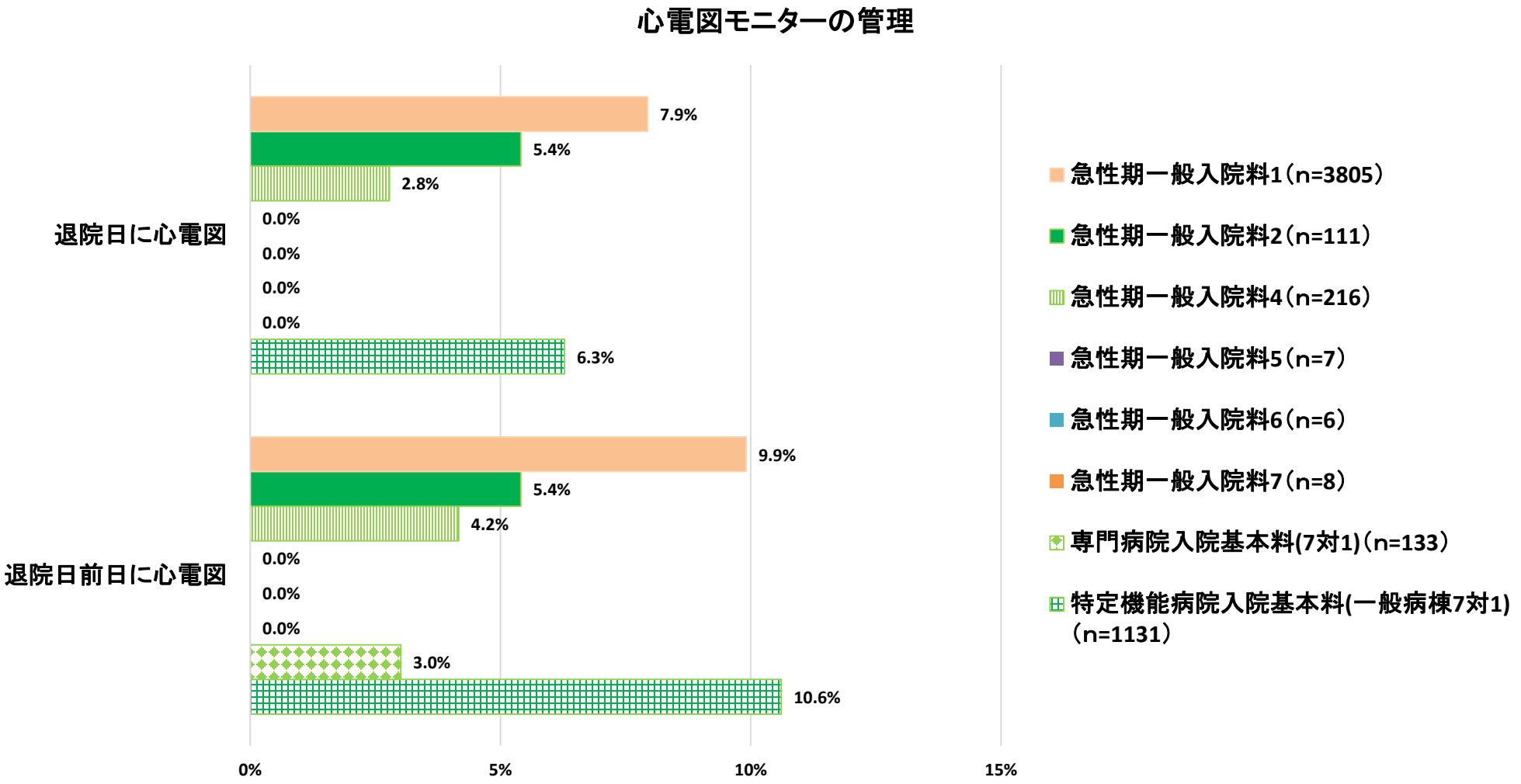


出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

※病床規模が無回答のものは除く

退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅱ）

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

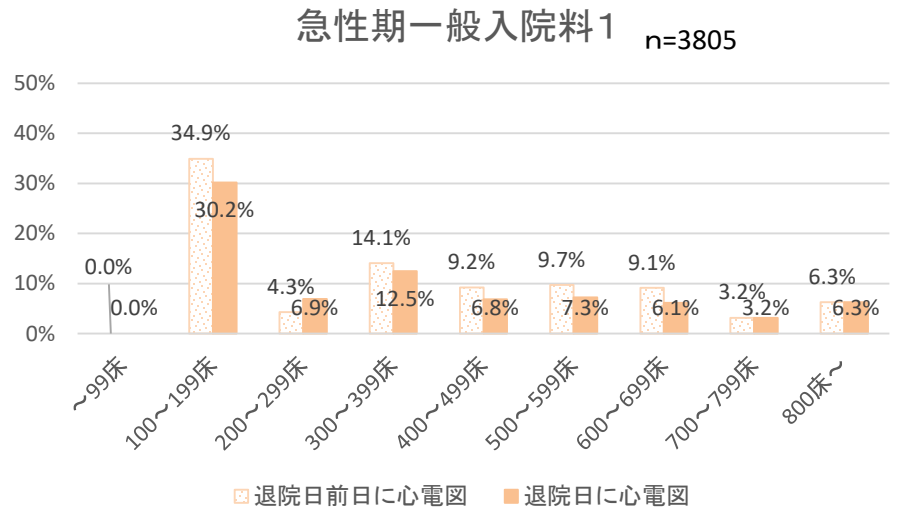


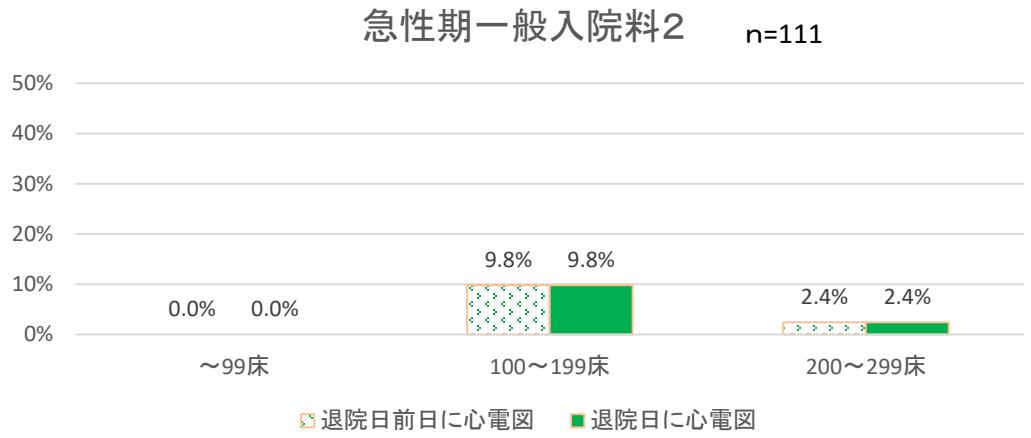
出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

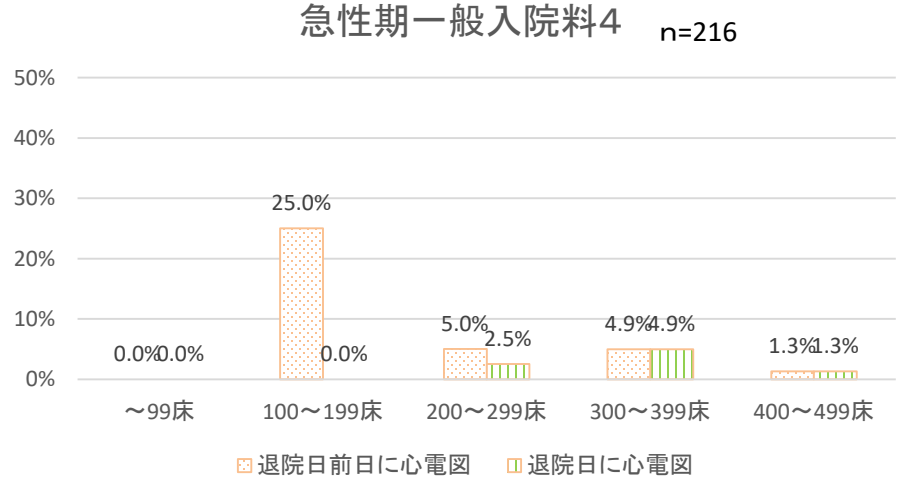
※届出区分無回答のものは除く

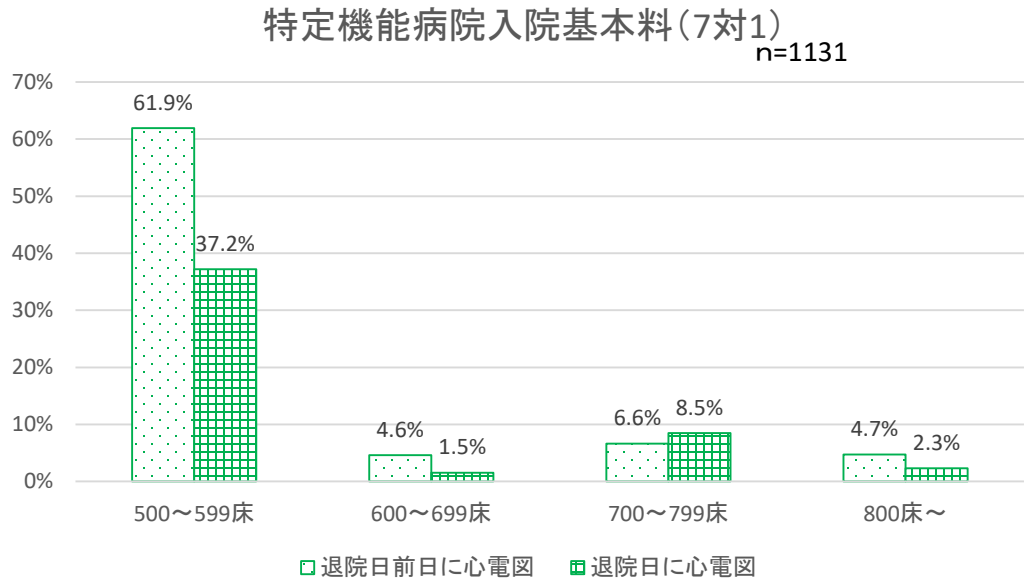
退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅱ）

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









出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

※病床規模が無回答のものは除く

心電図モニターの管理に該当する患者の状況

○　基準①又は②に該当し、かつ「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは４割、必要度Ⅱでは５割を超えていた。
○　基準①又は②を満たし、かつ「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰでは1.5割、必要度Ⅱでは約２割であった。

基準①②を満たし「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、専門的な治療・処置に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	心電図全件数	割合
16,144	40,363	40.0%

●看護必要度Ⅱ

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

基準①②を満たし「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

C_件数	心電図全件数	C_割合
6,150	40,363	15.2%

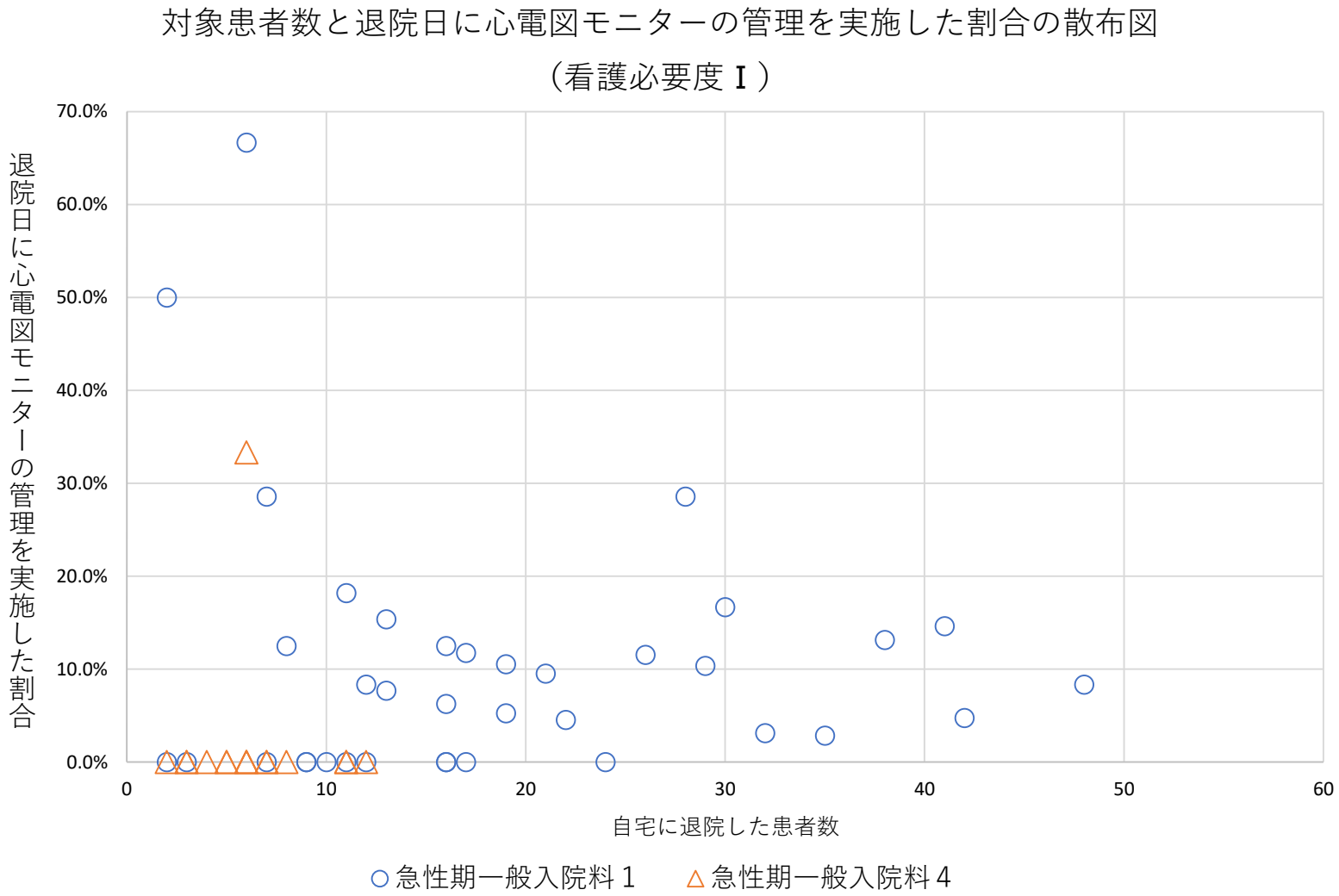
●看護必要度Ⅱ

C_件数	心電図全件数	C_割合
20,455	105,122	19.5%

出典：EFファイル、Hファイルより集計

退院日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅰ）

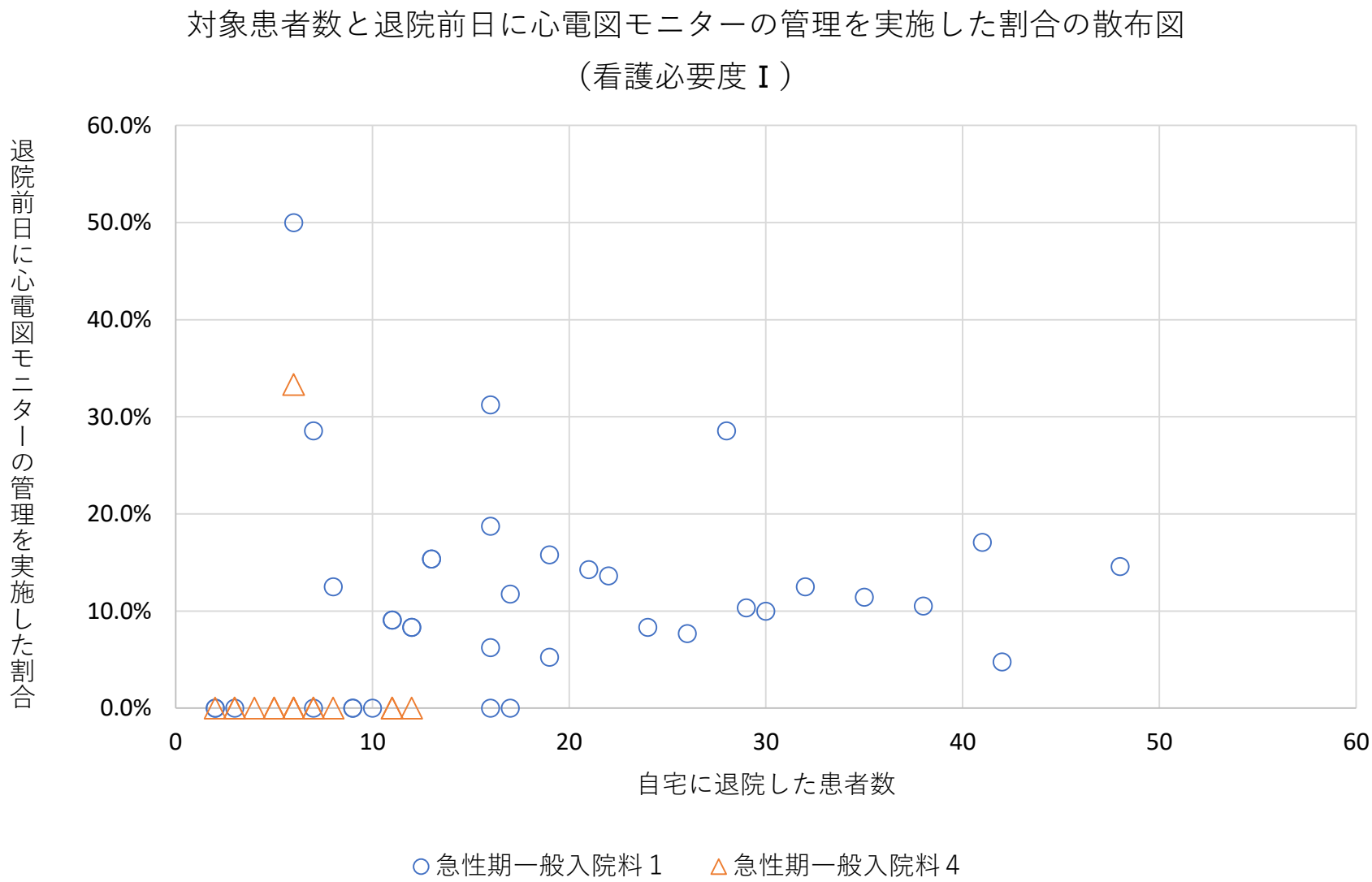
○　急性期一般入院料１・４について、自宅に退院した患者のうち、退院日の「心電図モニターの管理」に該当する患者割合の分布をみたところ、以下のとおりであった。



出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

退院前日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅰ）

○　急性期一般入院料１・４について、自宅に退院した患者のうち、退院前日の「心電図モニターの管理」に該当する患者割合の分布をみたところ、以下のとおりであった。

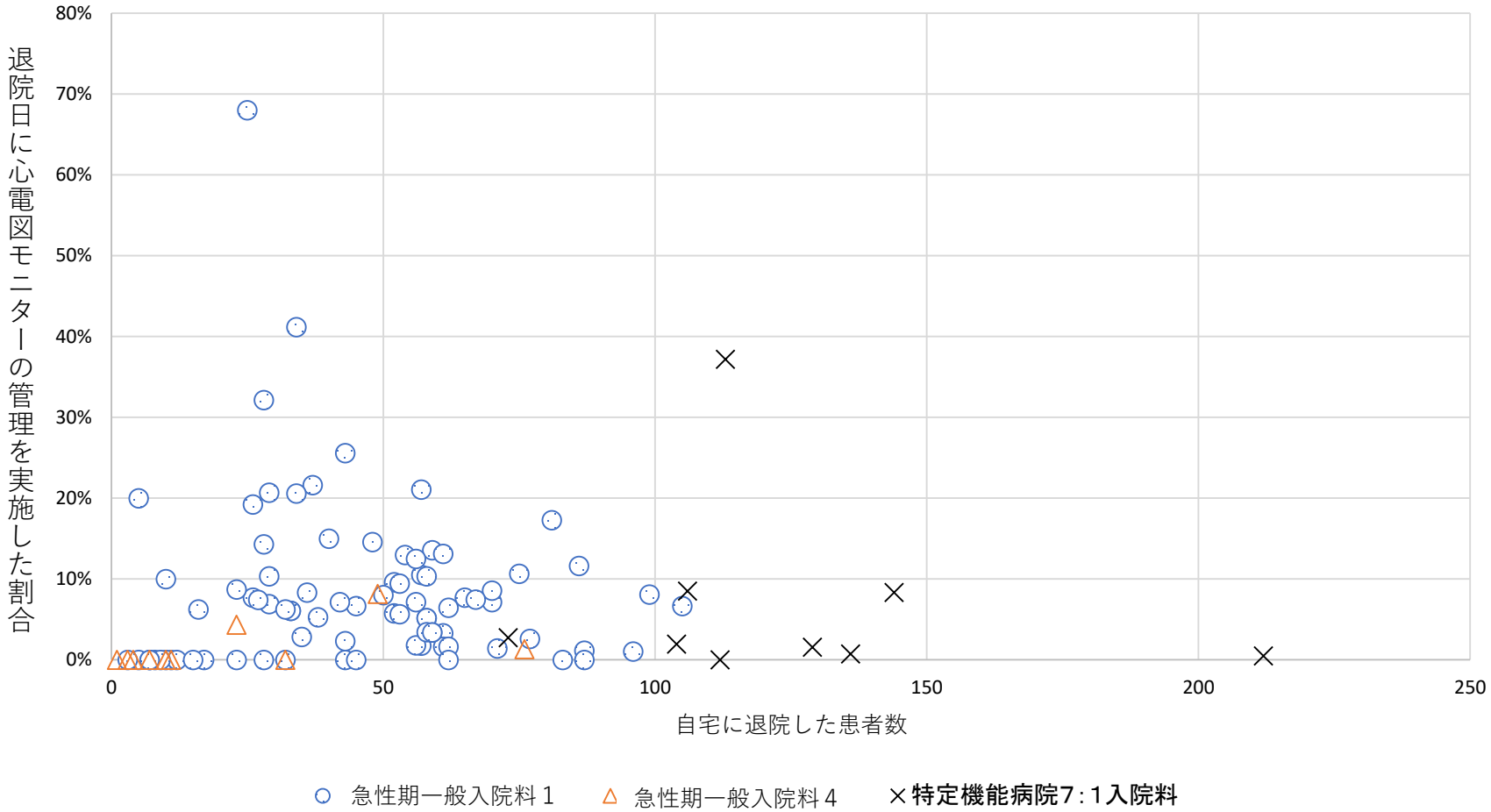


出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

退院日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅱ）

○　急性期一般入院料１・４、特定機能病院入院料(7対1)について、自宅に退院した患者のうち、退院日の「心電図モニターの管理」に該当する患者割合の分布をみたところ、以下のとおりであった。

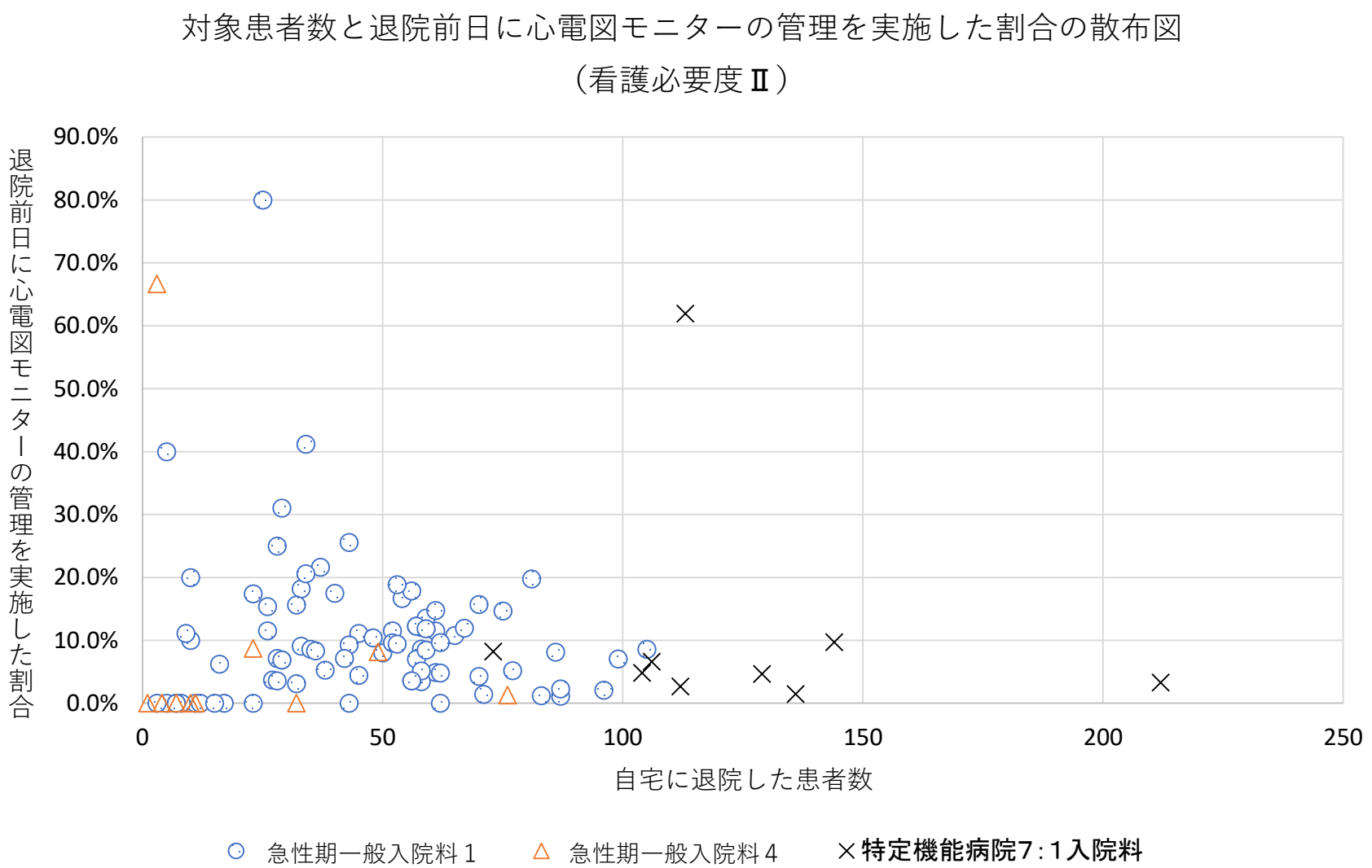
対象患者数と退院日に心電図モニターの管理を実施した割合の散布図
（看護必要度Ⅱ）



出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

退院前日の「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅱ）

○　急性期一般入院料１・４、特定機能病院入院料(7対1)について、自宅に退院した患者のうち、退院前日の「心電図モニターの管理」に該当する患者割合の分布をみたところ、以下のとおりであった。

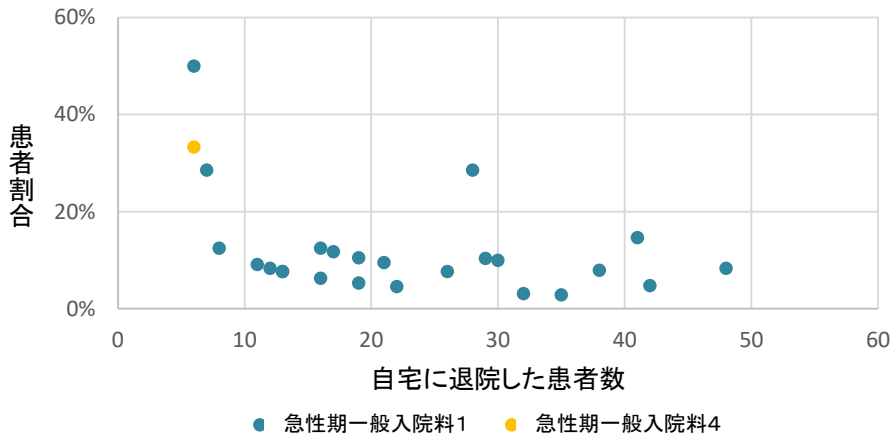


出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計

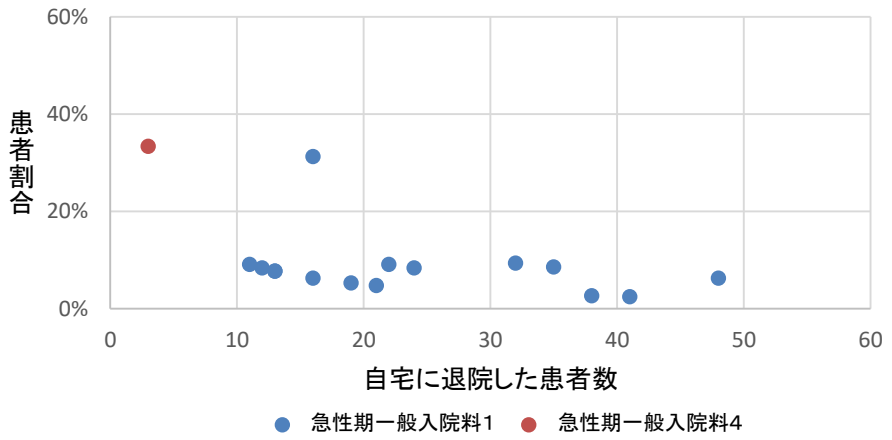
退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」（必要度Ⅰ）

○　自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、以下の通りであった。

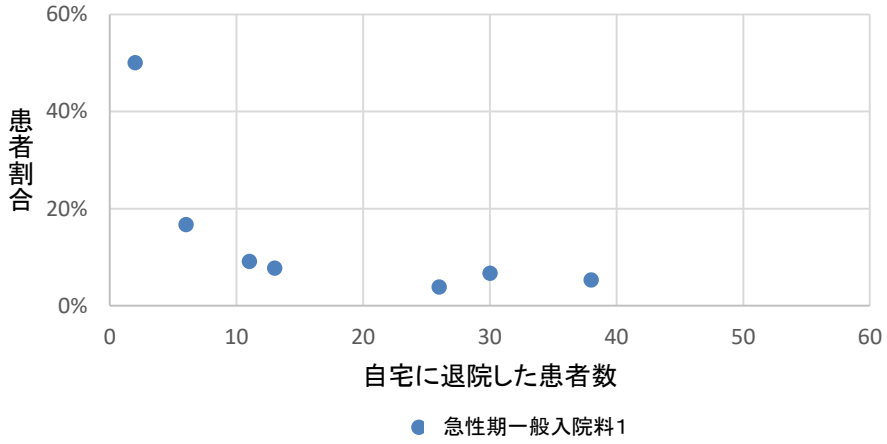
①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着

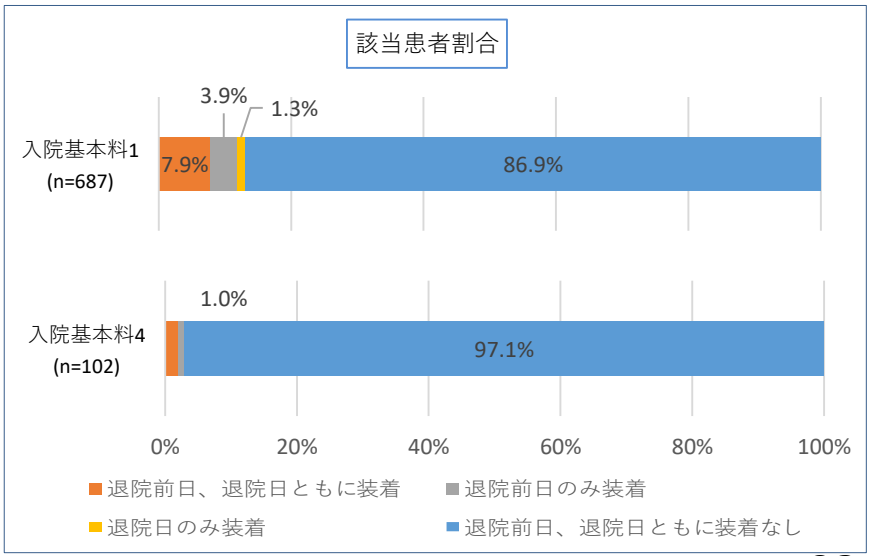


②退院前日のみ装着



③退院日のみ装着



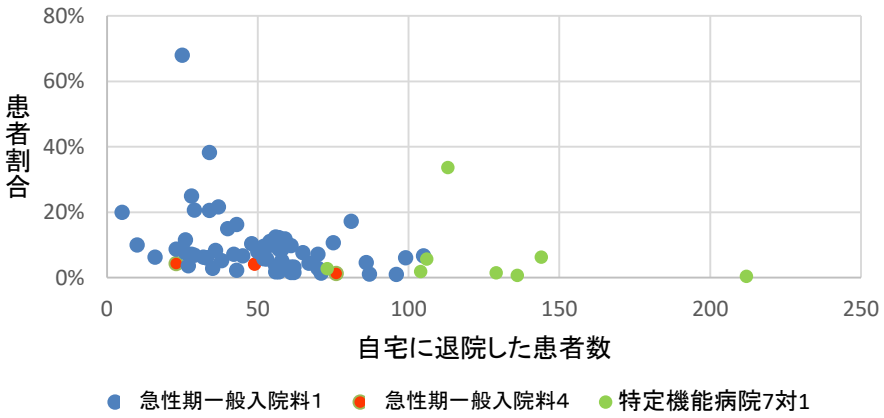


出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計　※病床規模が無回答のものは除く

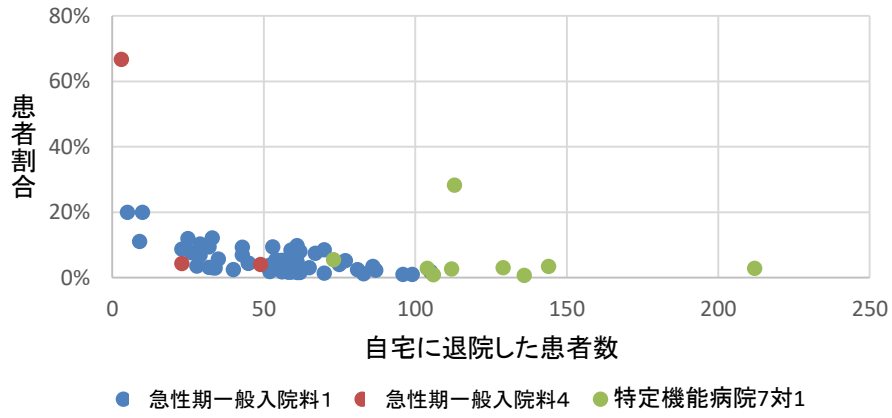
退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」（必要度Ⅱ）

○　自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、以下の通りであった。

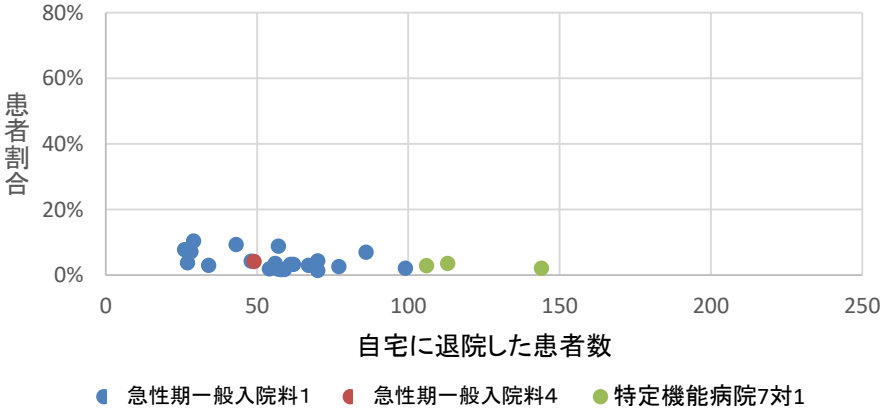
①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着

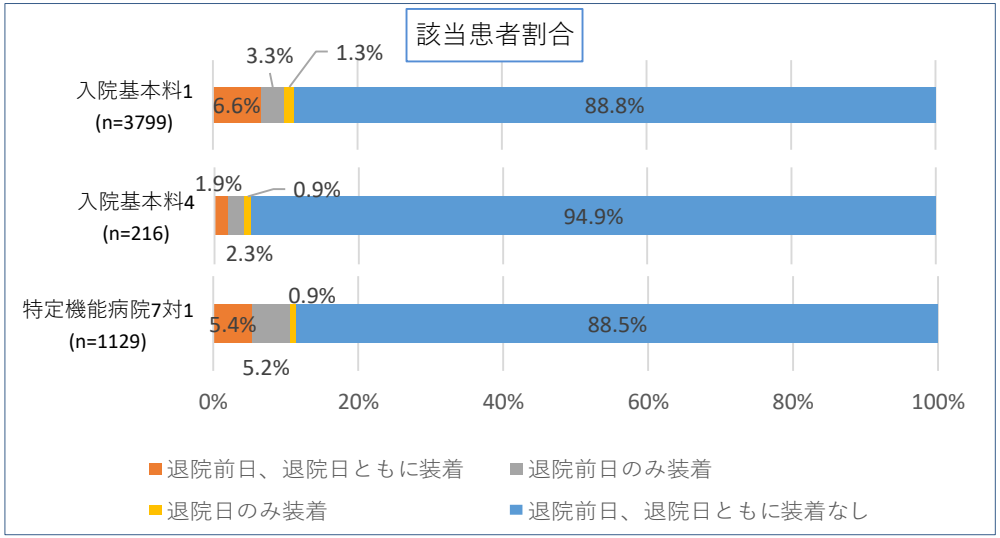


②退院前日のみ装着



③退院日のみ装着





出典：退棟患者票、様式１、EFファイルより集計　　※病床規模が無回答のものは除く

点滴ライン同時3本以上の管理に該当する患者の状況

○　基準①又は②に該当し、かつ「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約７割であった。
○　基準①又は②に該当し、かつ「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに約２割であった。

基準①②を満たし「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、専門的な治療・処置に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
4,941	6,974	70.8%

●看護必要度Ⅱ

専門的治療件数	点滴全件数	割合
31,056	42,740	72.7%

基準①②を満たし「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者

●看護必要度Ⅰ

C_件数	点滴全件数	C_割合
1,653	6,974	23.7%

●看護必要度Ⅱ

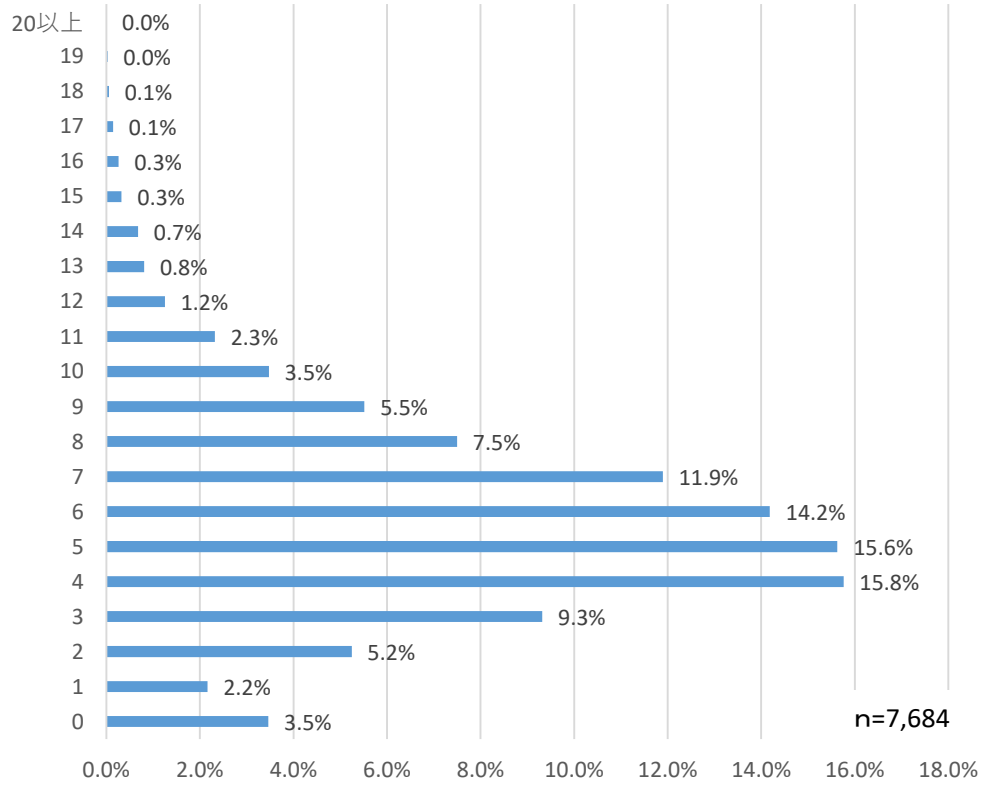
C_件数	点滴全件数	C_割合
9,123	42,740	21.3%

出典：EFファイル、Hファイルより集計

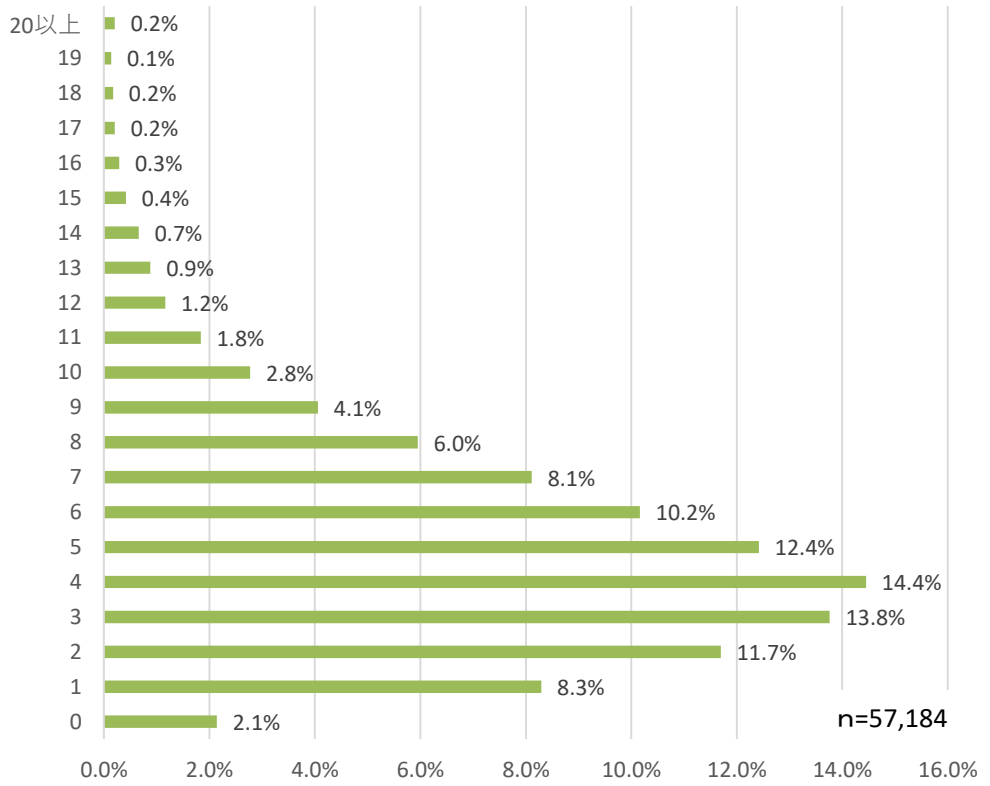
使用した薬剤数毎の該当患者割合（「点滴同時3本以上」）

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

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）



使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）

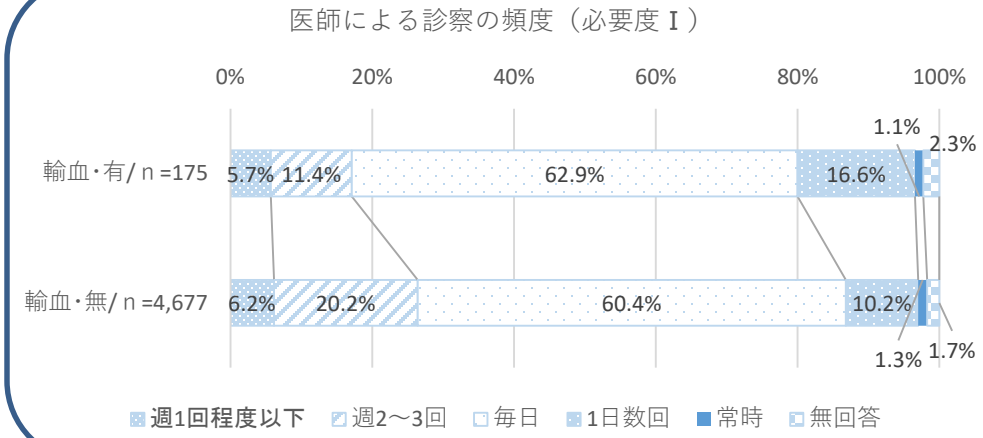


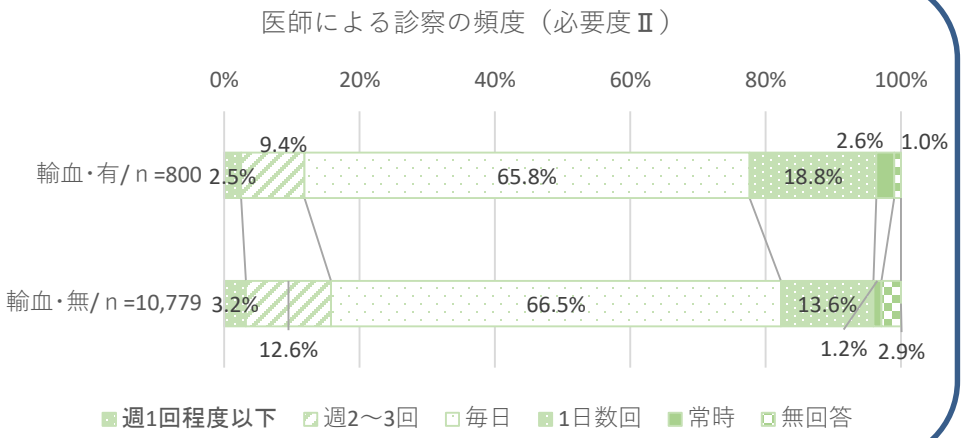
＜集計方法＞
1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6から始まる9桁の薬剤を抽出
2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

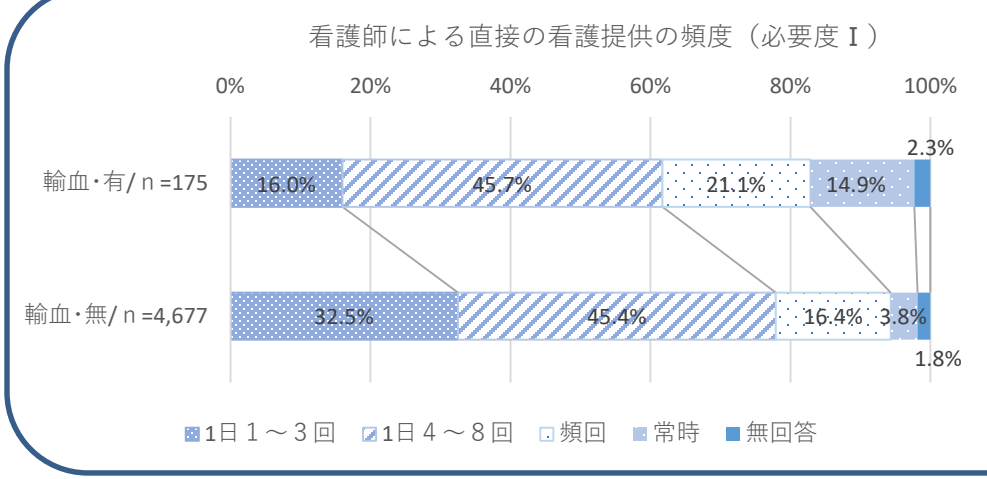
出典：令和２年度入院医療等の調査（EFファイル、Hファイルを用いて集計）

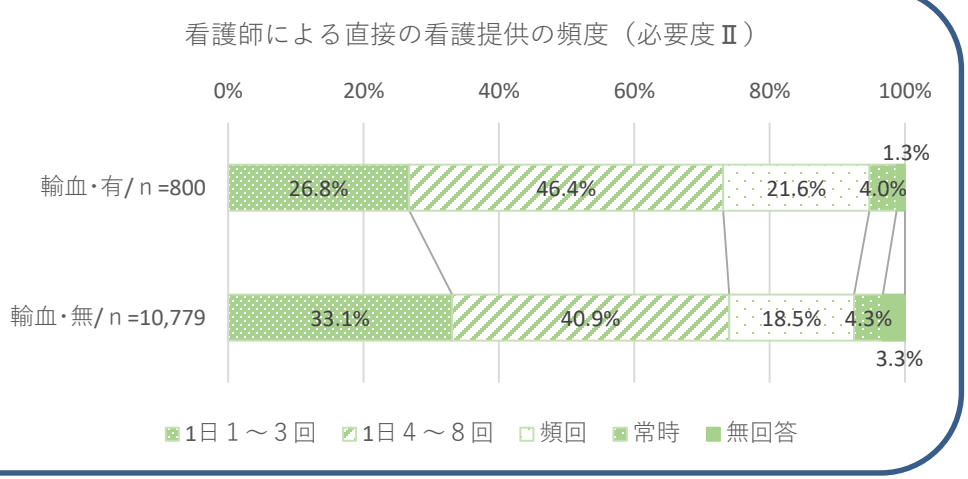
「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者

○　「A2点以上かつB3点以上」または「A3点以上」の基準を満たす患者について「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみたところ「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高かった。
○　看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向だった。









出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票、補助票、Hファイル及びEFファイルを用いて集計）

Ｂ項目の相関関係

○「口腔清潔」と「衣服の着脱」の相関をみたところ、以下のとおりであった。
○「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、以下のとおりであった。

相関係数が0.7以上

必要度Ⅰ

入院基本料		口腔清潔	衣装着脱	食事摂取
急性期一般入院料１	口腔清潔	1.00	0.72	0.62
	衣装着脱	0.72	1.00	0.60
	食事摂取	0.62	0.60	1.00
急性期一般入院料２	口腔清潔	1.00	0.57	0.55
	衣装着脱	0.57	1.00	0.65
	食事摂取	0.55	0.65	1.00
急性期一般入院料４	口腔清潔	1.00	0.75	0.57
	衣装着脱	0.75	1.00	0.57
	食事摂取	0.57	0.57	1.00
急性期一般入院料５	口腔清潔	1.00	0.71	0.55
	衣装着脱	0.71	1.00	0.48
	食事摂取	0.55	0.48	1.00
急性期一般入院料６	口腔清潔	1.00	0.68	0.44
	衣装着脱	0.68	1.00	0.40
	食事摂取	0.44	0.40	1.00
急性期一般入院料７	口腔清潔	1.00	0.67	0.57
	衣装着脱	0.67	1.00	0.50
	食事摂取	0.57	0.50	1.00
専門病院入院基本料（７対１）	口腔清潔	1.00	0.65	0.50
	衣装着脱	0.65	1.00	0.49
	食事摂取	0.50	0.49	1.00
合計	口腔清潔	1.00	0.73	0.60
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.60	0.59	1.00

必要度Ⅱ

入院基本料		口腔清潔	衣装着脱	食事摂取
急性期一般入院料１	口腔清潔	1.00	0.70	0.64
	衣装着脱	0.70	1.00	0.60
	食事摂取	0.64	0.60	1.00
急性期一般入院料２	口腔清潔	1.00	0.73	0.58
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.58	0.59	1.00
急性期一般入院料４	口腔清潔	1.00	0.73	0.65
	衣装着脱	0.73	1.00	0.59
	食事摂取	0.65	0.59	1.00
急性期一般入院料５	口腔清潔	1.00	0.84	0.68
	衣装着脱	0.84	1.00	0.65
	食事摂取	0.68	0.65	1.00
急性期一般入院料６	口腔清潔	1.00	0.60	0.56
	衣装着脱	0.60	1.00	0.59
	食事摂取	0.56	0.59	1.00
急性期一般入院料７	口腔清潔	1.00	0.92	0.87
	衣装着脱	0.92	1.00	0.92
	食事摂取	0.87	0.92	1.00
専門病院入院基本料（７対１）	口腔清潔	1.00	0.28	0.32
	衣装着脱	0.28	1.00	0.41
	食事摂取	0.32	0.41	1.00
特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）	口腔清潔	1.00	0.63	0.58
	衣装着脱	0.63	1.00	0.57
	食事摂取	0.58	0.57	1.00
合計	口腔清潔	1.00	0.70	0.63
	衣装着脱	0.70	1.00	0.60
	食事摂取	0.63	0.60	1.00

出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く

Ｂ項目の相関関係

「口腔清潔」と「衣服の着脱」、「口腔清潔」と「食事摂取」のクロス集計

クロス集計（最終評価得点）

必要度Ⅰ

衣服の着脱

	得点	0	1	2
口腔清潔	0	77,220	15,974	5,260
	1	12,256	27,316	84,440

食事摂取

	得点	0	1	2
口腔清潔	0	92,696	4,856	902
	1	36,766	53,500	33,746

食事摂取

	得点	0	1	2
衣服の着脱	0	81,490	6,469	1,517
	1	22,958	19,636	696
	2	25,014	32,251	32,435

必要度Ⅱ

衣服の着脱

	得点	0	1	2
口腔清潔	0	385,611	84,531	11,932
	1	59,138	121,216	218,751

食事摂取

	得点	0	1	2
口腔清潔	0	452,579	24,073	5,422
	1	117,488	184,504	97,113

食事摂取

	得点	0	1	2
衣服の着脱	0	402,071	33,220	9,458
	1	112,314	88,019	5,414
	2	55,682	87,338	87,663

※nは患者数×日数（人・日）

出典：令和２年度入院医療等の調査（Hファイルを用いて集計）

０．調査概要

１．一般病棟入院基本料について

　１－１．重症度、医療・看護必要度について

　１－２．急性期入院医療の評価について

２．特定集中治療室管理料等について

３．短期滞在手術等基本料について

４．DPC/PDPSについて

５．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

６．回復期リハビリテーション病棟入院料について

７．療養病棟入院基本料について

８．障害者施設等入院基本料等について

９．救急医療管理加算について

１０．医療資源の少ない地域に配慮した評価について

１１．横断的個別事項について

急性期医療を担う医療機関の役割（イメージ）

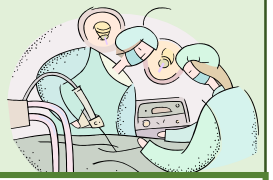
高度急性期・急性期

高度急性期・急性期
（ICU, NICU, HCU等）

急性期医療の役割

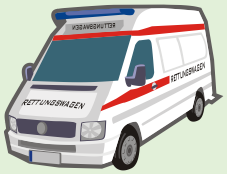
① **重症救急**患者に対する医療の提供





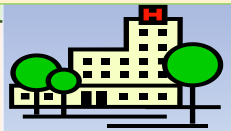
② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の**総合的かつ専門的な医療の提供**

救急搬送
（24時間）



③ 急性期後の患者を自宅や後方病床等に**退院支援する機能**

亜急性期・回復期等





介護施設等



自宅・在宅医療

長期療養
介護等

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

救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日　10,223点 ～7日　9,250点 ～14日　7,897点	183 3,528床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急センターを有していること ※「イ」は救命救急入院料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	入院料2	～3日　11,802点 ～7日　10,686点 ～14日　9,371点	25 196床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
	入院料3	イ・ロ：～3日　10,223点 イ・ロ：～7日　9,250点 イ：～14日　7,897点 ロ：～60日　8,318点	80 1,666床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日　11,802点 イ・ロ：～7日　10,686点 イ・ロ：～14日　9,371点 ロ：～60日　8,318点	82 902床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
特定集中治療室管理料 （ICU）	管理料1	～7日　14,211点 ～14日　12,633点	140 1,397床	・専任の医師が常時勤務（うち2人がICU経験5年以上） ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日　14,211点 イ：～14日　12,633点 ロ：～60日　12,833点	70 797床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	～7日　9,697点 ～14日　8,118点	349 2,390床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ：～7日　9,697点 イ：～14日　8,118点 ロ：～60日　8,318点	64 618床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
ハイケアユニット 入院医療管理料 （HCU）	管理料1	6,855点	582 5,779床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,224点	30 305床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 （SCU）		6,013点	180 1,479床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟用（Ⅰ） 測定評価	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

※医療機関数及び病床数は令和3年9月15日中医協総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護配置	その他
小児特定集中治療室管理料（PICU）		～7日 16,317点 8日～ 14,211点	9 116床	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日（急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日）を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務（専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上） ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア：他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ：他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上（そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上）	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
新生児特定集中治療室管理料（NICU）	管理料1	10,539点	84 797床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア：直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ：直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	
	管理料2	8,434点	145 832床		・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上		
総合周産期特定集中治療室管理料（MFICU）	管理料1	7,381点	133 851床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/地域周産期母子医療センターであること
	管理料2	10,539点	133 1,720床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置		
新生児治療回復室入院医療管理料（GCU）		5,697点	202 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日（出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日）を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	

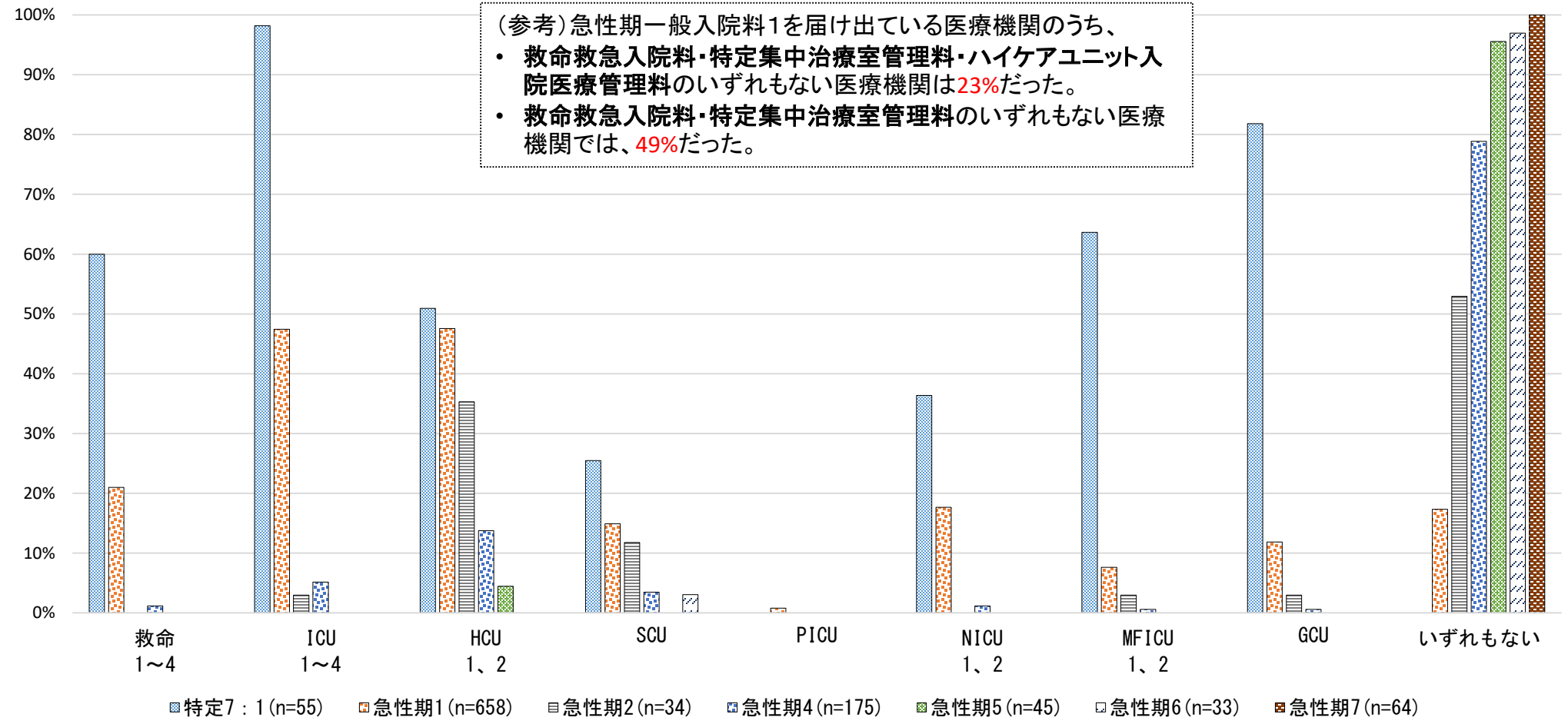
※医療機関数及び病床数は令和3年9月15日中医協　総-13-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

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。

（治療室を届けている医療機関の割合）

入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類



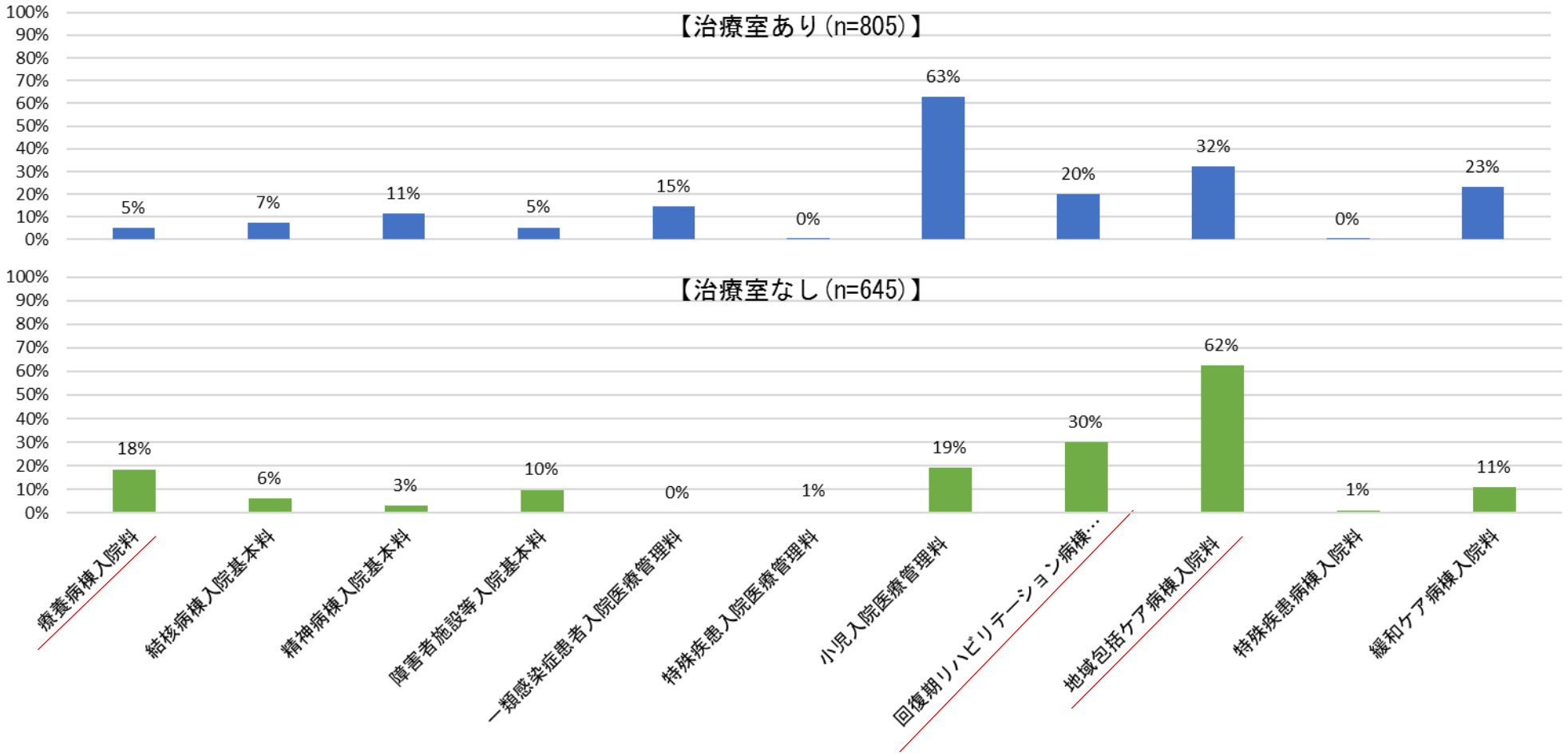
（参考）急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、
- **救命救急入院料・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料**のいずれもない医療機関は23%だった。
- **救命救急入院料・特定集中治療室管理料**のいずれもない医療機関では、49%だった。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）※n=1以下の入院料は除く　※令和3年6月1日時点　※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

急性期１における治療室の有無別・届出病棟の状況

○　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棟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、回リハ、地ケアを届け出ている割合が高かった。

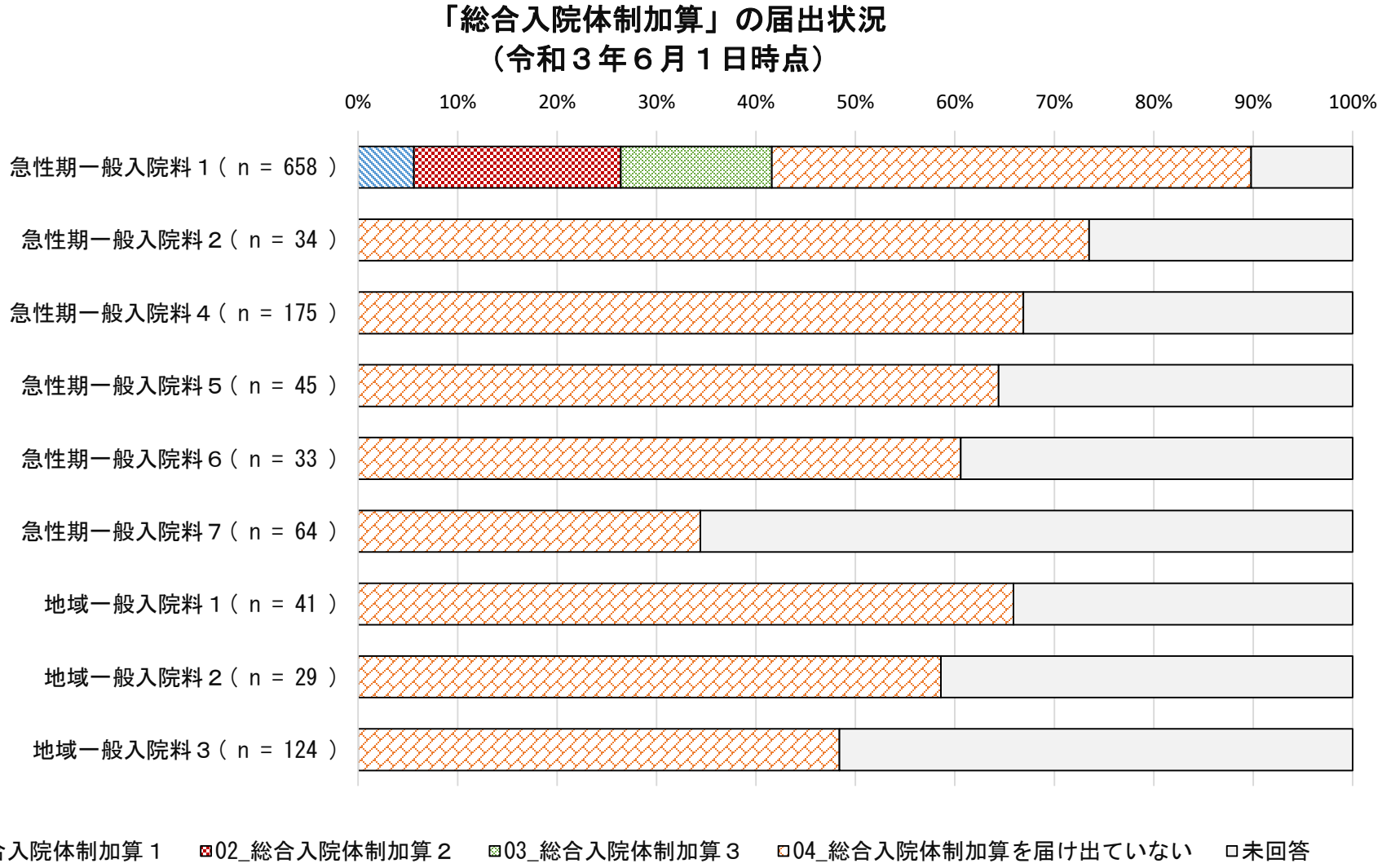
急性期一般入院料1における、治療室（救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室のいずれか）の有無別、届出病棟の状況



出典：DPCデータ（令和元年３月時点）

総合入院体制加算の届出状況

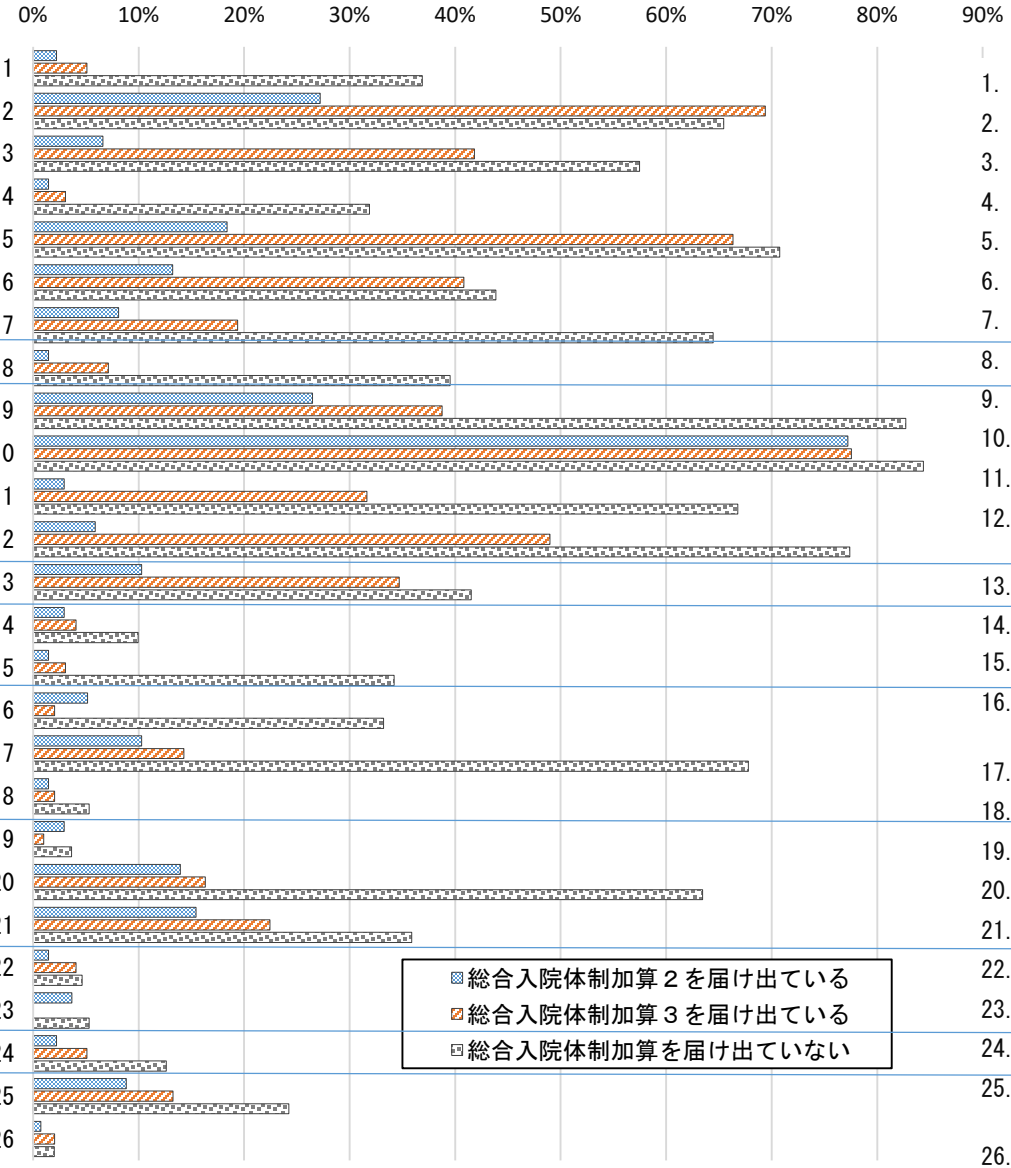
○　急性期一般入院料１のうち４割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

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）

1. 全身麻酔による手術の件数が 年間800件以上
2. 人工心肺を用いた手術の件数が 年間40件以上
3. 悪性腫瘍手術の件数が 年間400件以上
4. 腹腔鏡下手術の件数が 年間100件以上
5. 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間4,000件以上
6. 化学療法の件数が 年間1,000件以上
7. 分娩の件数が 年間100件以上
8. 救急自動車等による搬送件数が 年間2,000件以上
9. 精神科について、24時間対応できる体制を確保している
10. 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
11. 「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
12. 「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
13. 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）を届け出ていない
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 院内助産又は助産師外来の開設
21. 特定行為研修修了者の複数名の配置
22. 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外）
23. 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
24. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合
25. 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
26. その他

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

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。

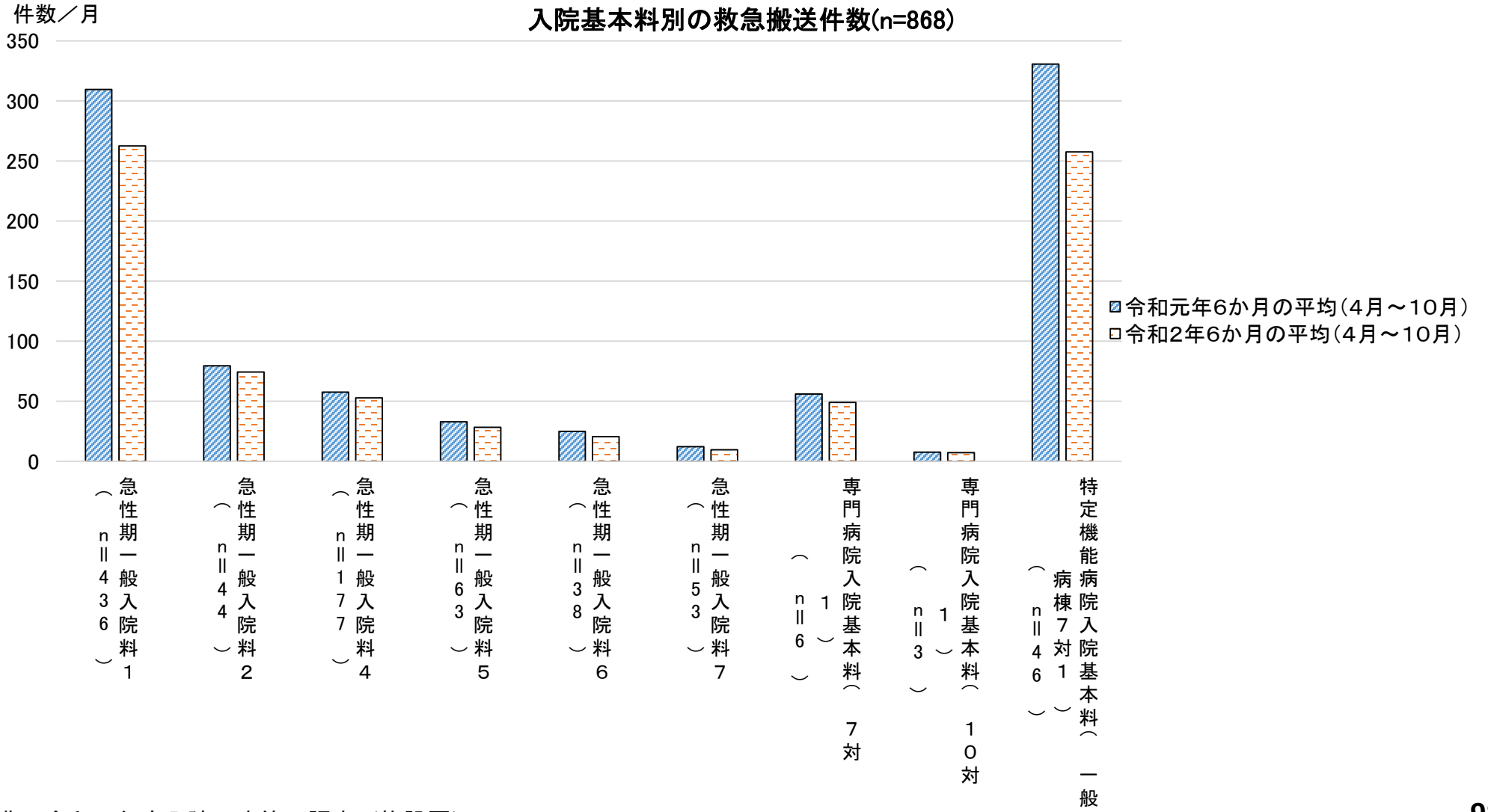
総合入院体制加算の届出状況別
手術等の年間実施件数（各施設の平均）

	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

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

入院基本料別の救急搬送件数

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

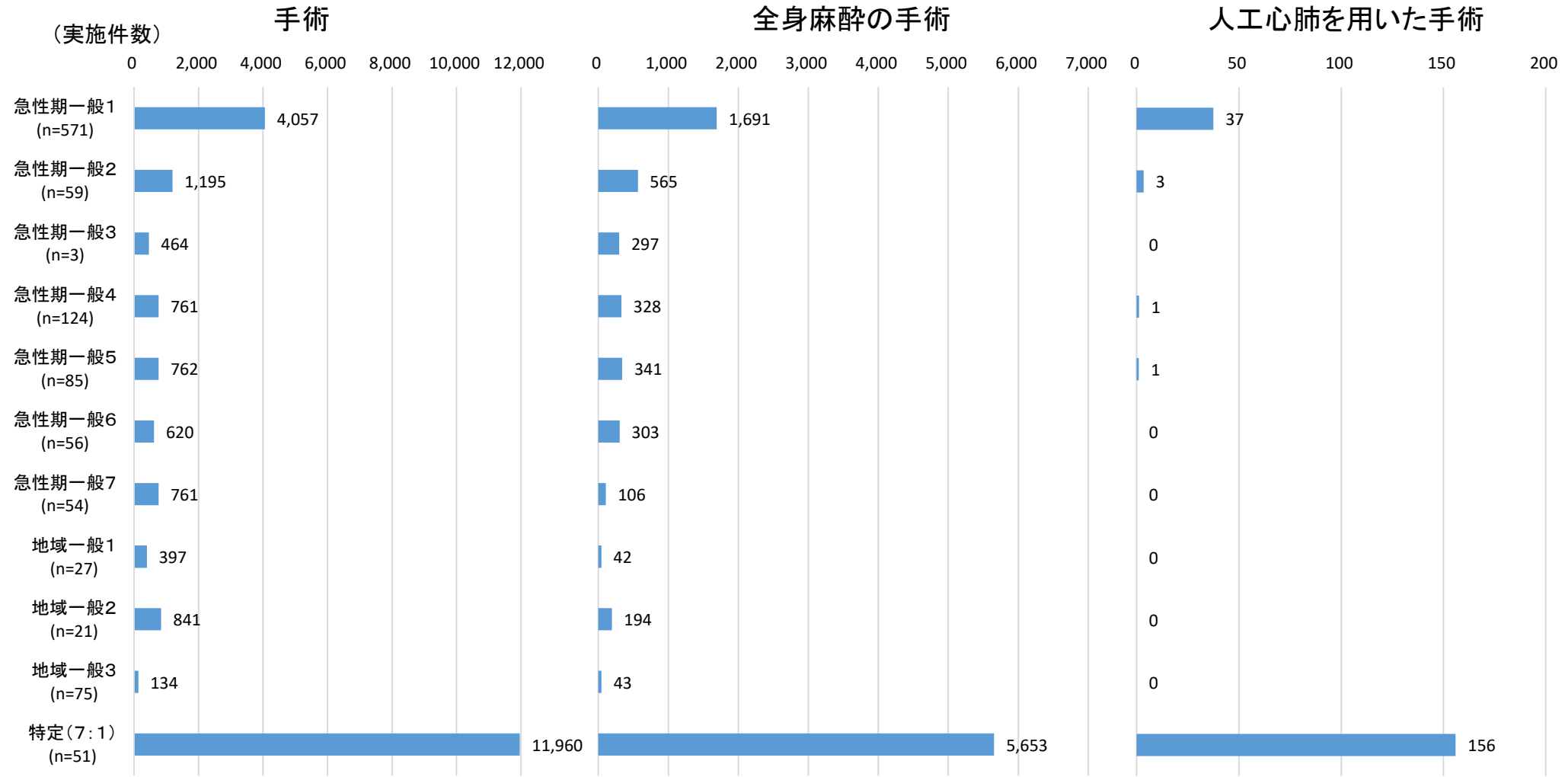


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

入院料毎の手術等の状況①

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

入院料毎の手術等の年間実施件数

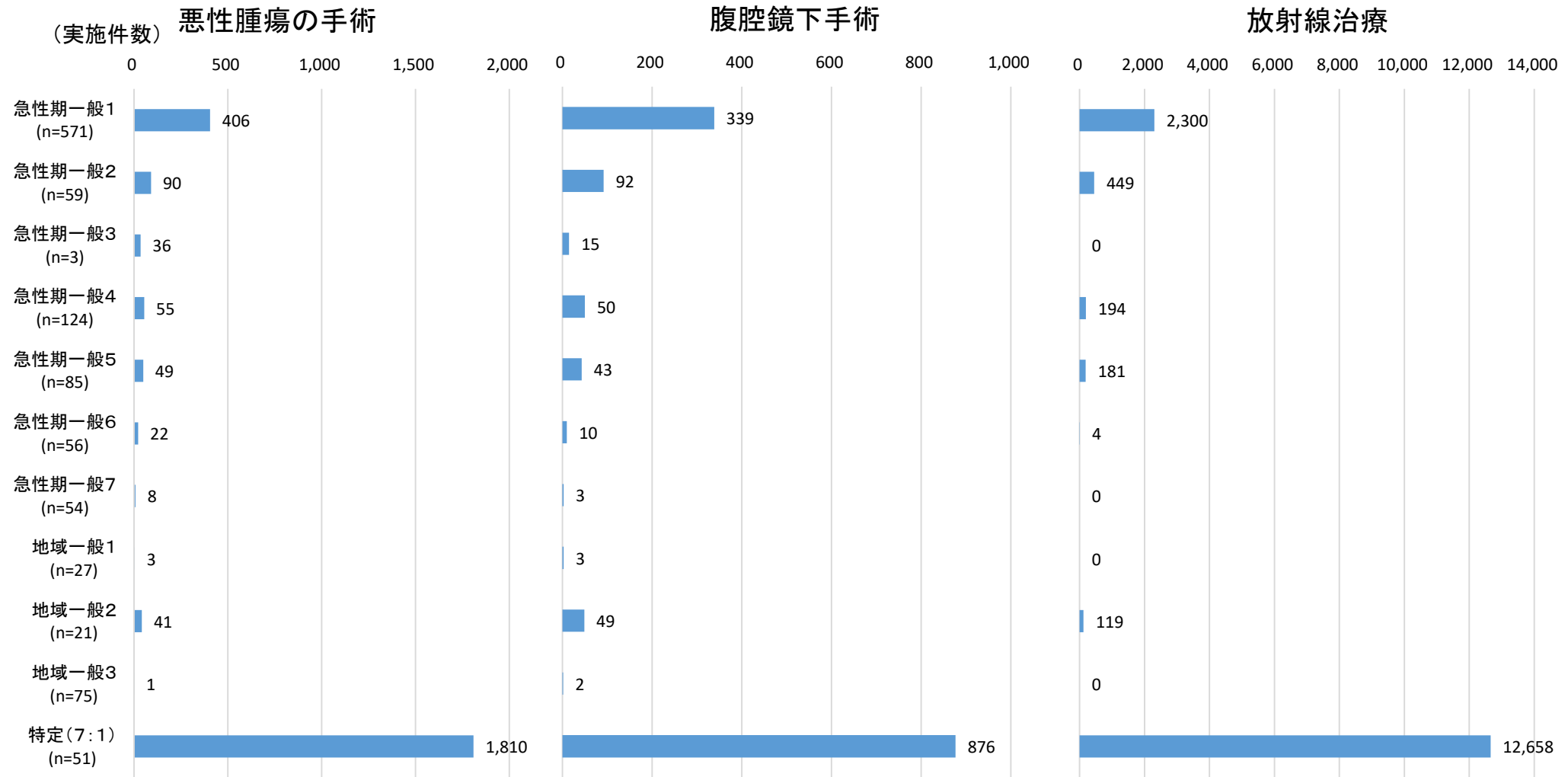


出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

入院料毎の手術等の状況②

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

入院料毎の手術等の年間実施件数

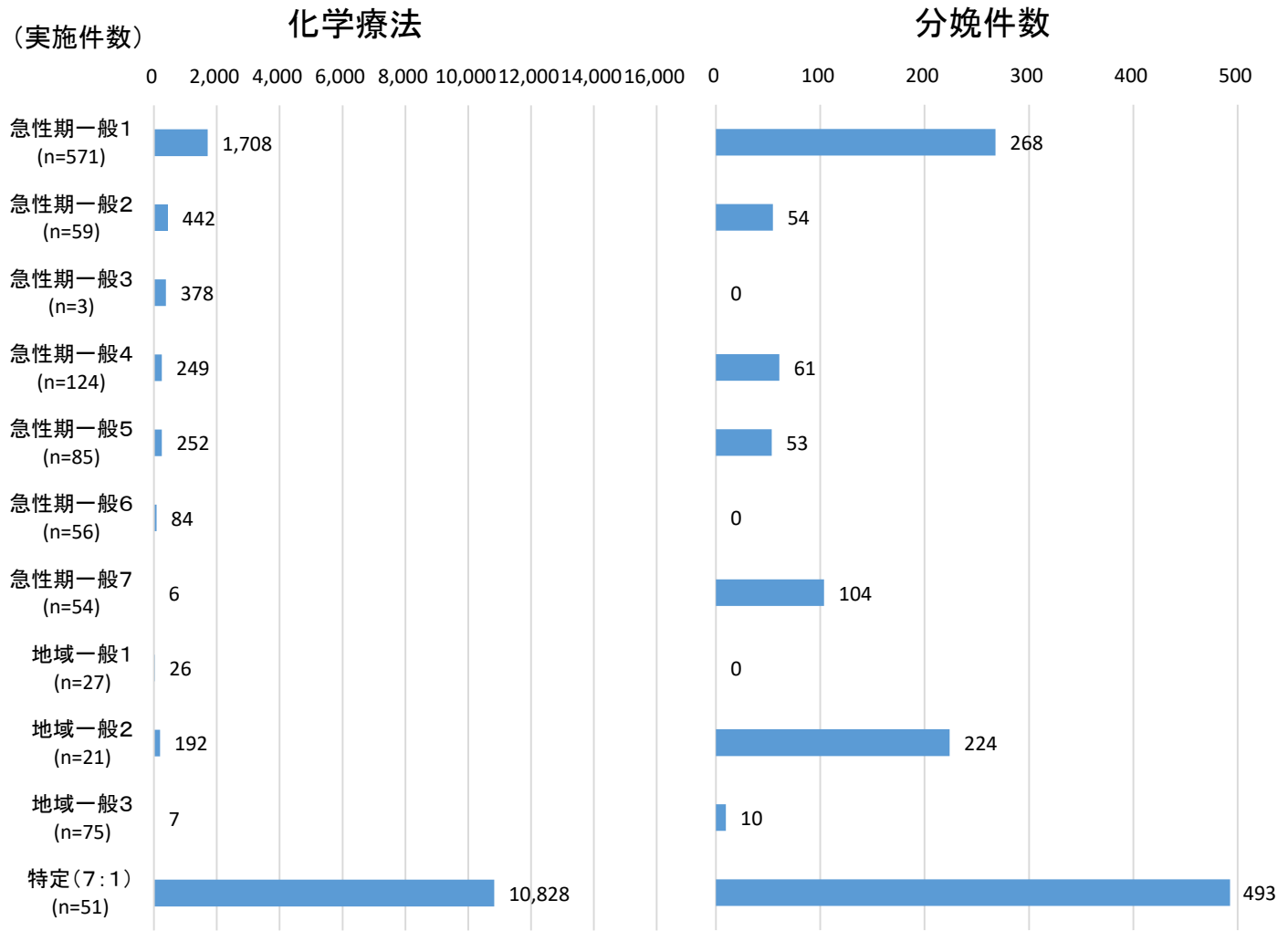


出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

入院料毎の手術等の状況③

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

入院料毎の手術等の年間実施件数

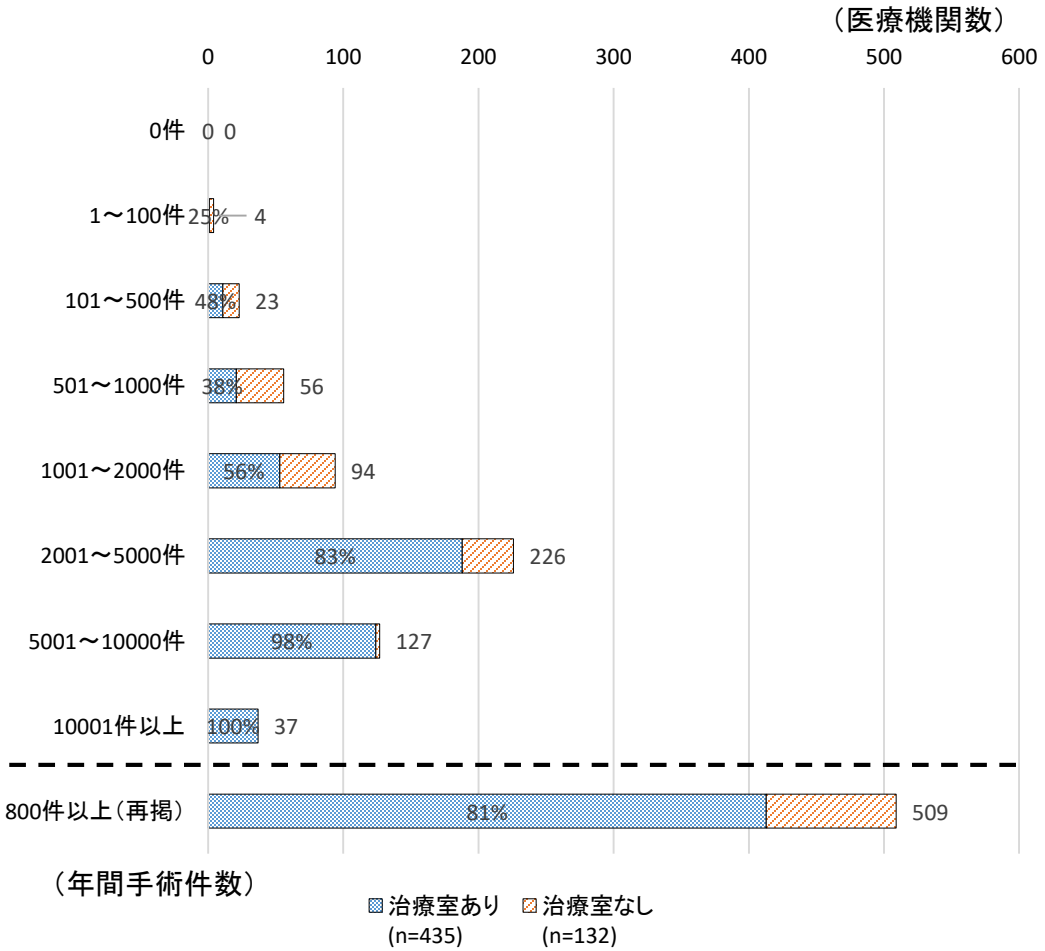


出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

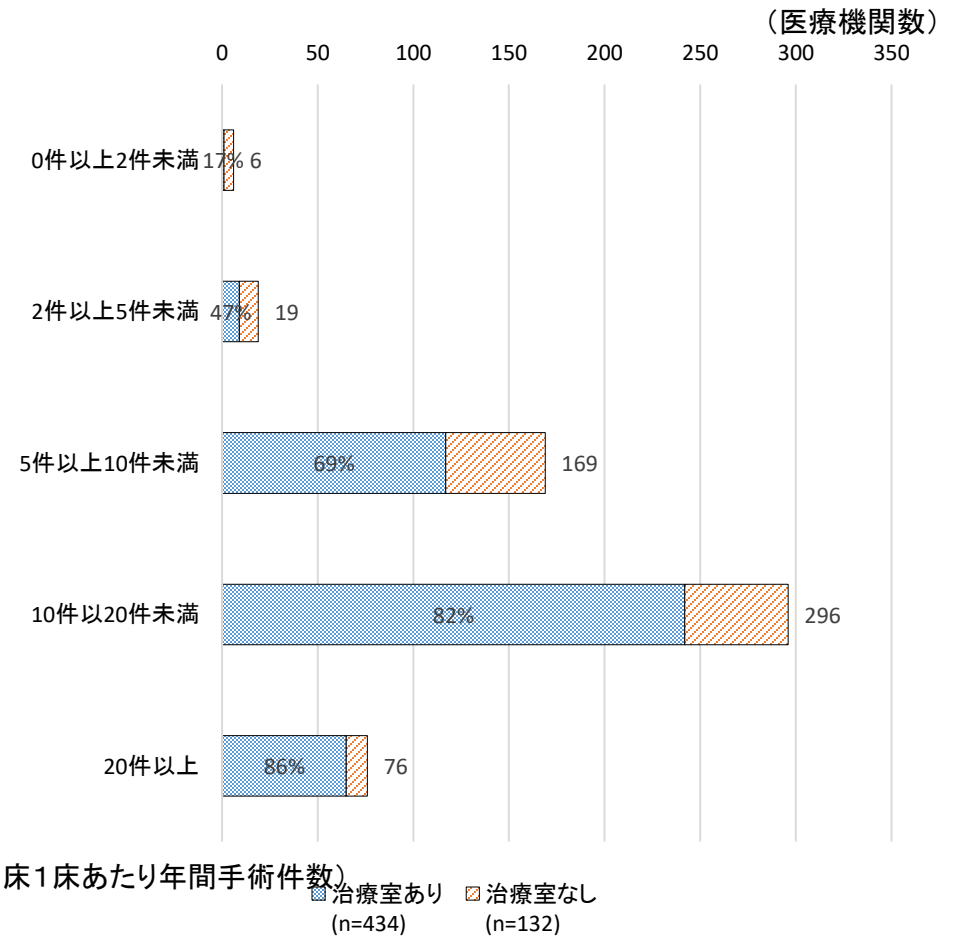
急性期一般入院料１の手術等の状況①

○　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）



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）



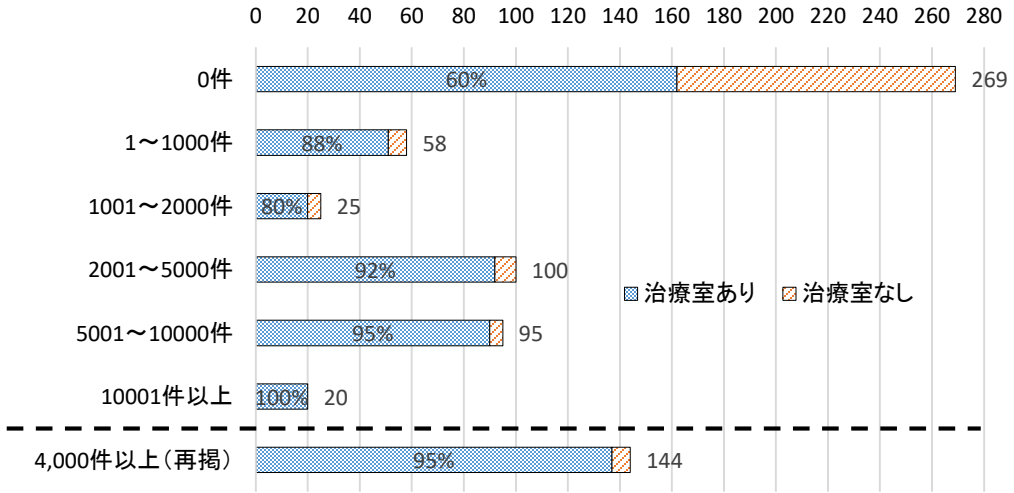
出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

※病床数は急性期一般入院料1の届出病床数

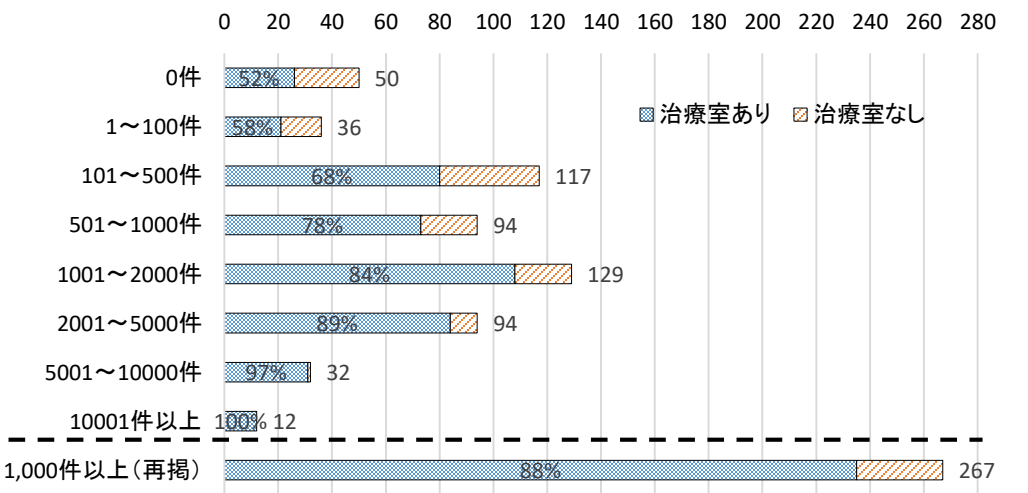
手術・放射線療法・化学療法の年間実施件数

○　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。

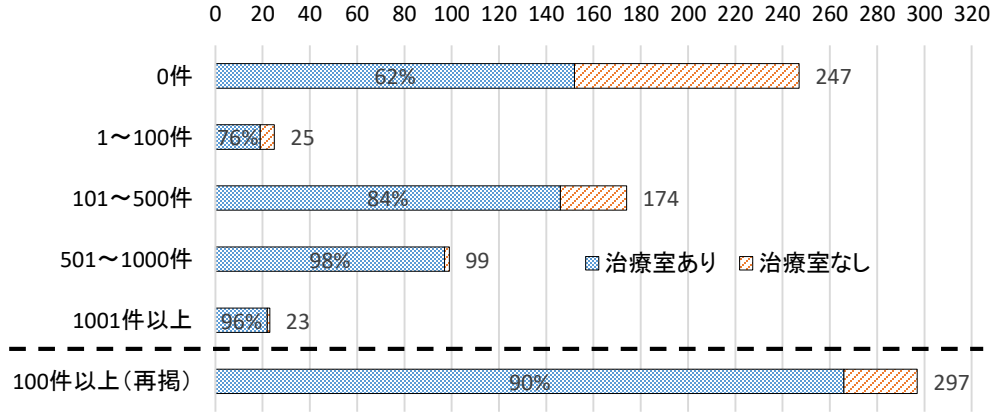
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの放射線療法の年間実施件数の分布　（医療機関数）



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）



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）



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

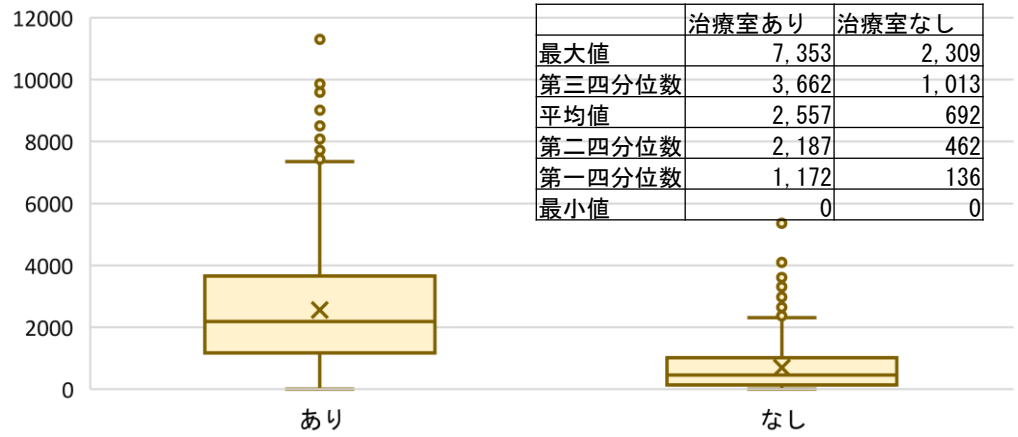
急性期１における治療室の有無別、手術等の状況①

○　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

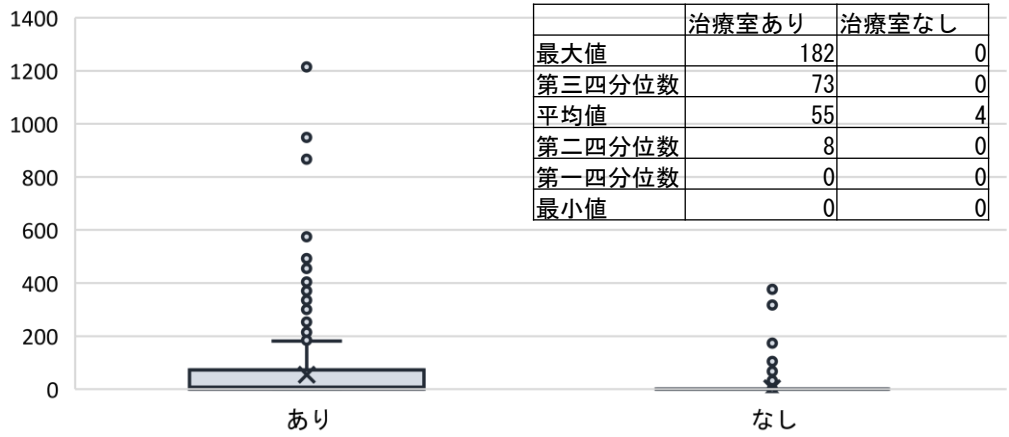
（治療室あり：n=863　治療室なし：n=587）

全身麻酔の手術（算定回数/年）



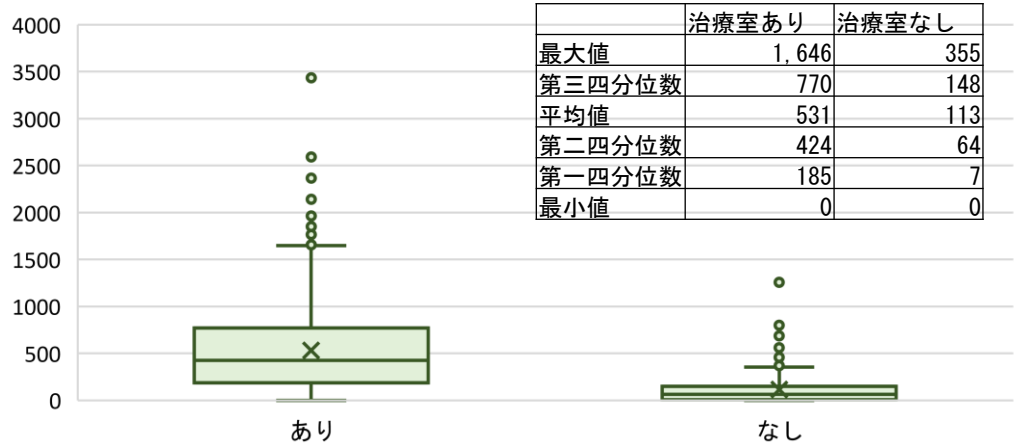
	治療室あり	治療室なし
最大値	7,353	2,309
第三四分位数	3,662	1,013
平均値	2,557	692
第二四分位数	2,187	462
第一四分位数	1,172	136
最小値	0	0

人工心肺を用いた手術（算定回数/年）



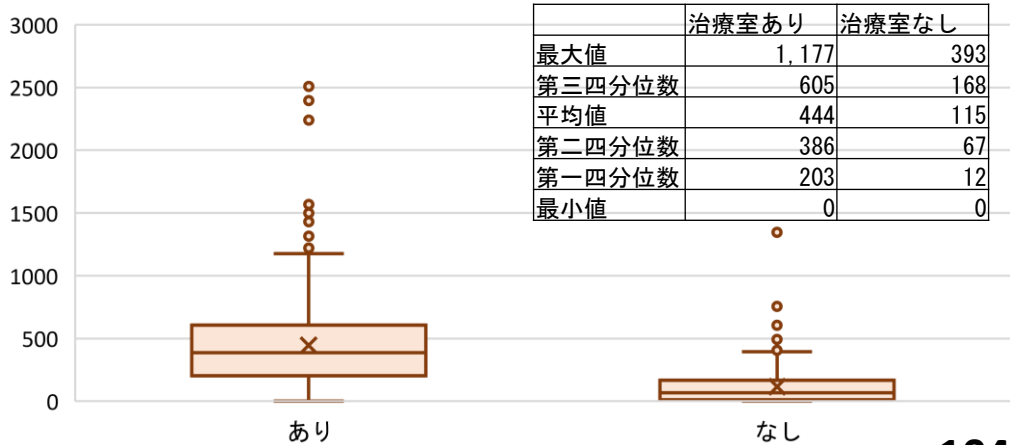
	治療室あり	治療室なし
最大値	182	0
第三四分位数	73	0
平均値	55	4
第二四分位数	8	0
第一四分位数	0	0
最小値	0	0

悪性腫瘍の手術（算定回数/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	1,646	355
第三四分位数	770	148
平均値	531	113
第二四分位数	424	64
第一四分位数	185	7
最小値	0	0

腹腔鏡下手術（算定回数/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	1,177	393
第三四分位数	605	168
平均値	444	115
第二四分位数	386	67
第一四分位数	203	12
最小値	0	0

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

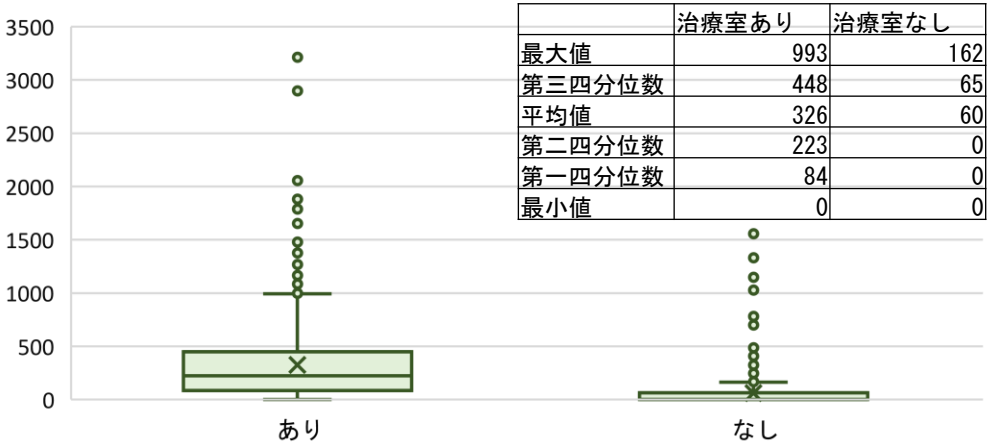
急性期１における治療室の有無別、手術等の状況②

○　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

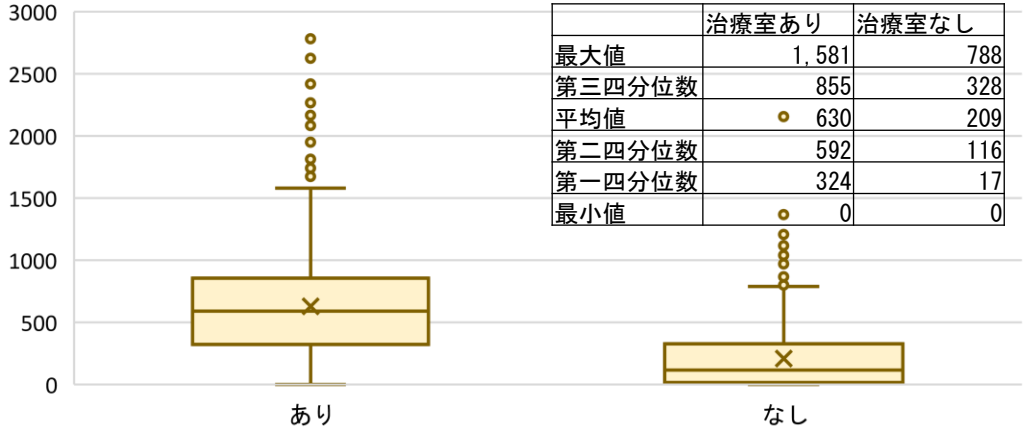
（治療室あり：n=863　治療室なし：n=587）

心臓カテーテル法による手術（算定回数/年）



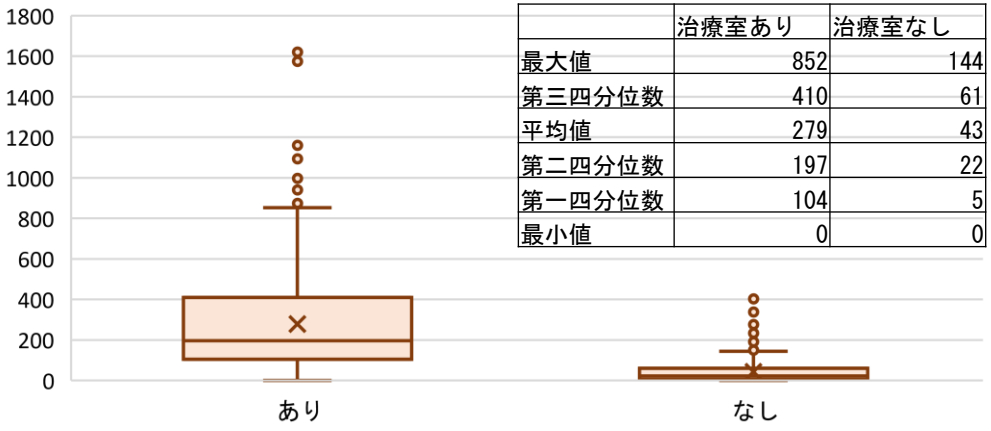
	治療室あり	治療室なし
最大値	993	162
第三四分位数	448	65
平均値	326	60
第二四分位数	223	0
第一四分位数	84	0
最小値	0	0

消化管内視鏡による手術（算定回数/年）



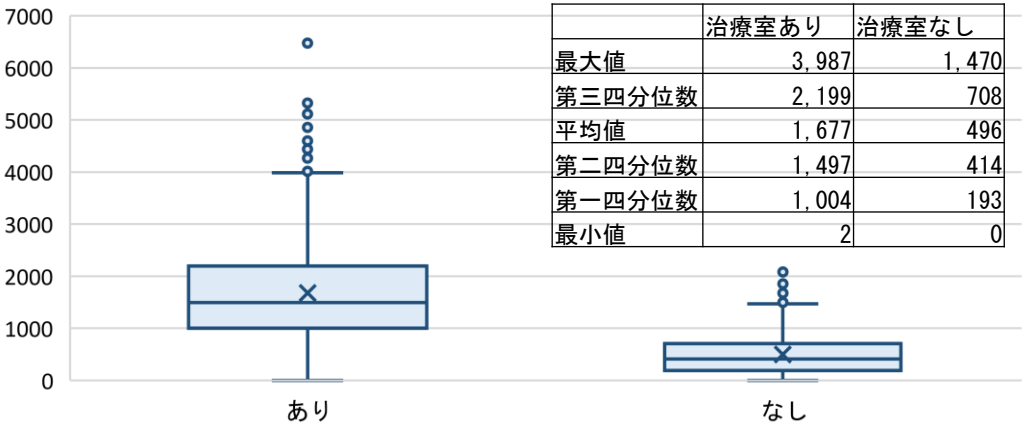
	治療室あり	治療室なし
最大値	1,581	788
第三四分位数	855	328
平均値	630	209
第二四分位数	592	116
第一四分位数	324	17
最小値	0	0

手術における時間外加算の算定回数（回/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	852	144
第三四分位数	410	61
平均値	279	43
第二四分位数	197	22
第一四分位数	104	5
最小値	0	0

救急搬送受入件数（件/年）



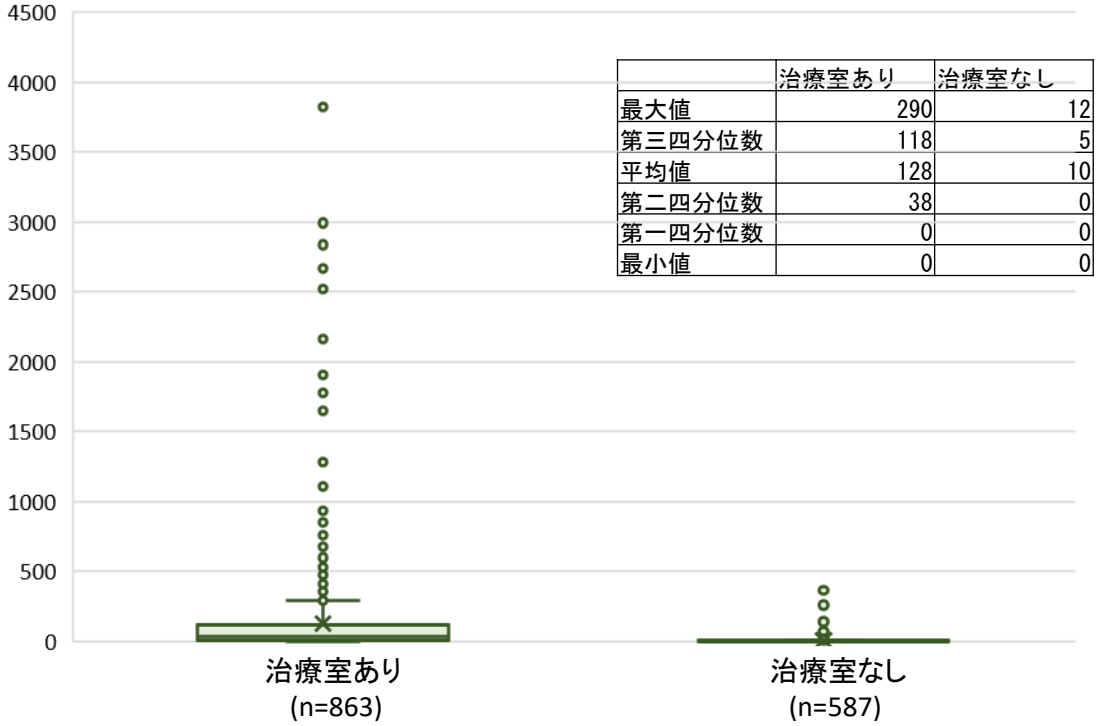
	治療室あり	治療室なし
最大値	3,987	1,470
第三四分位数	2,199	708
平均値	1,677	496
第二四分位数	1,497	414
第一四分位数	1,004	193
最小値	2	0

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

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）



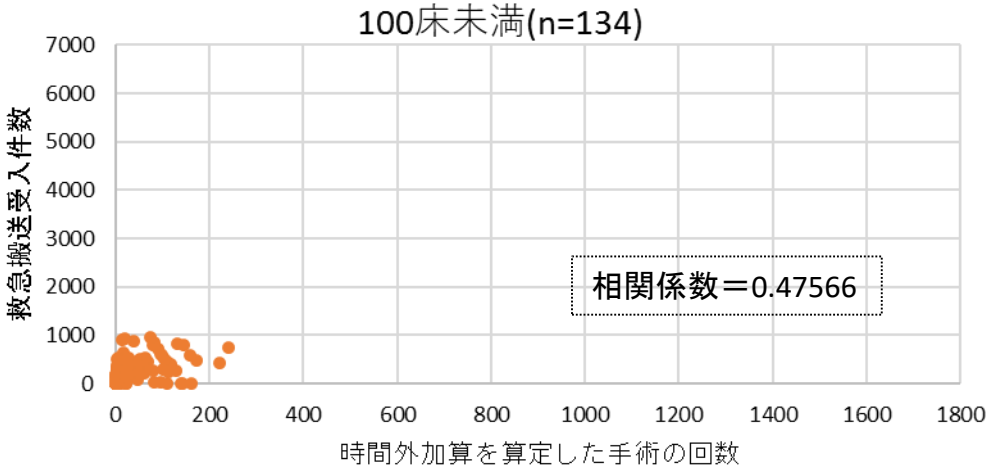
	治療室あり	治療室なし
最大値	290	12
第三四分位数	118	5
平均値	128	10
第二四分位数	38	0
第一四分位数	0	0
最小値	0	0

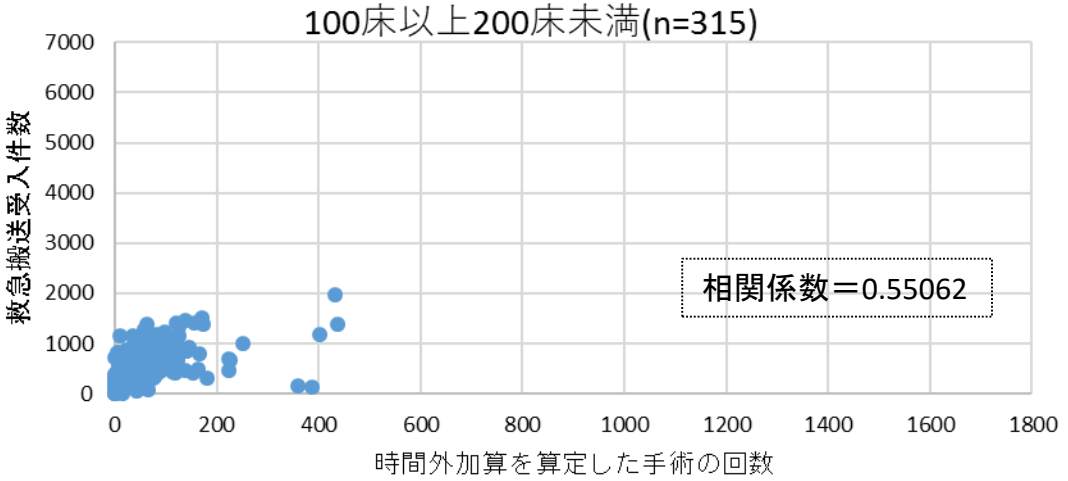
出典：DPCデータ（治療室の状況：令和元年３月時点　算定回数：令和元年度１年間の算定回数）

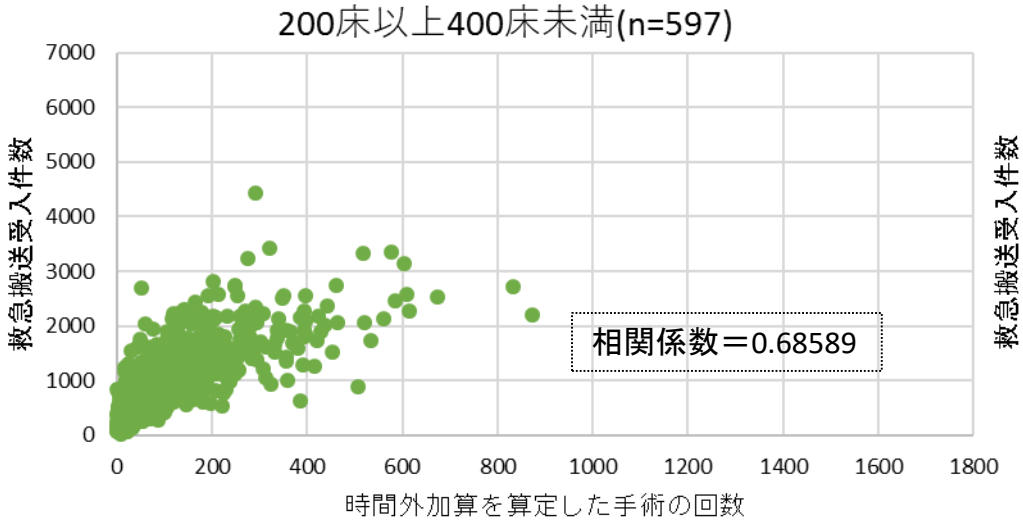
急性期１における時間外の手術と救急搬送件数の関係

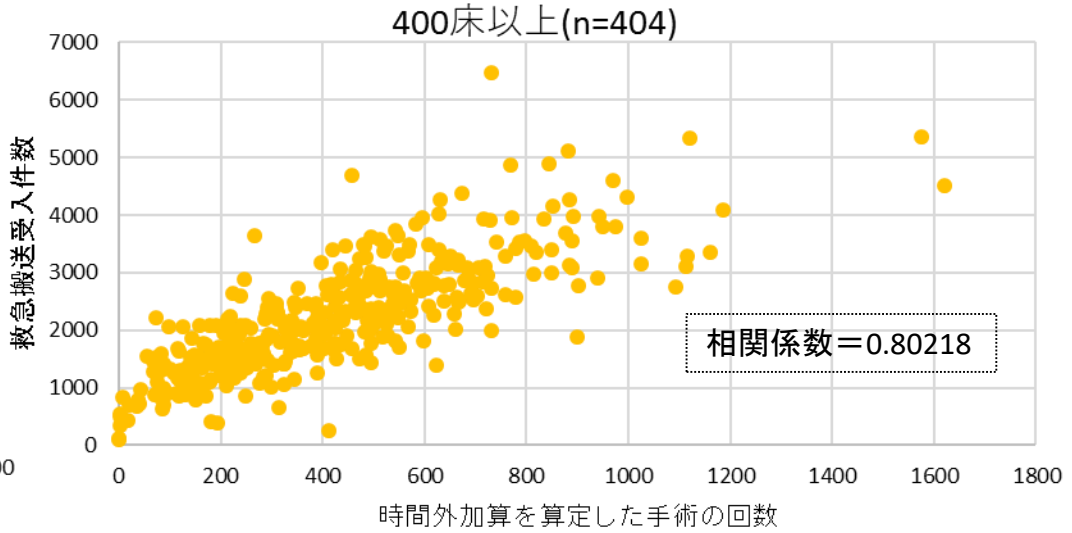
○　救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数との相関を、病床規模別に分析した結果は以下のとおり。

**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）

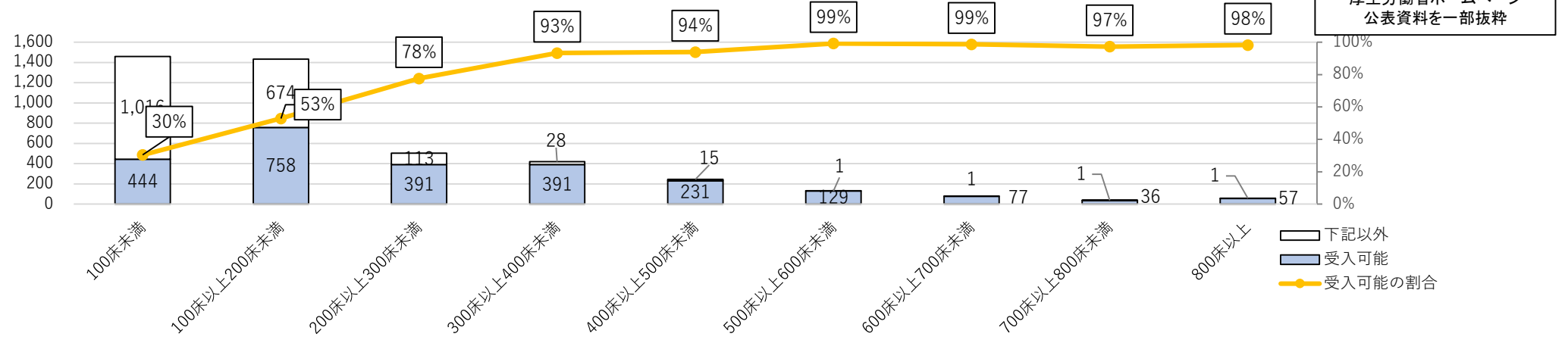
病床規模別の新型コロナウィルス感染症の入院患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

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

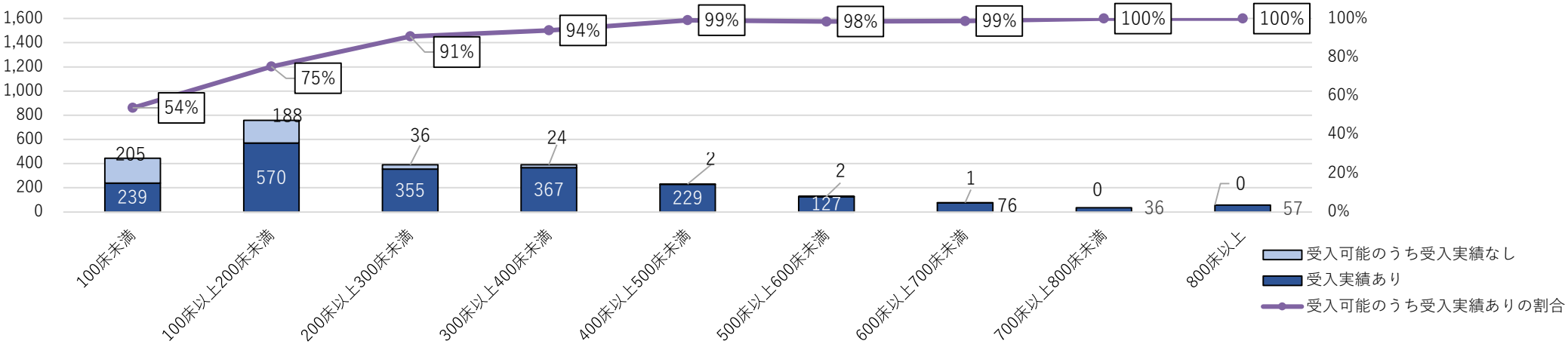
対象医療機関：　G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,364医療機関）

厚生労働省ホームページ
公表資料を一部抜粋

医療機関の病床規模別の新型コロナウィルス感染症の入院患者受入可能医療機関



医療機関の病床規模別の新型コロナウィルス感染症の入院患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無について



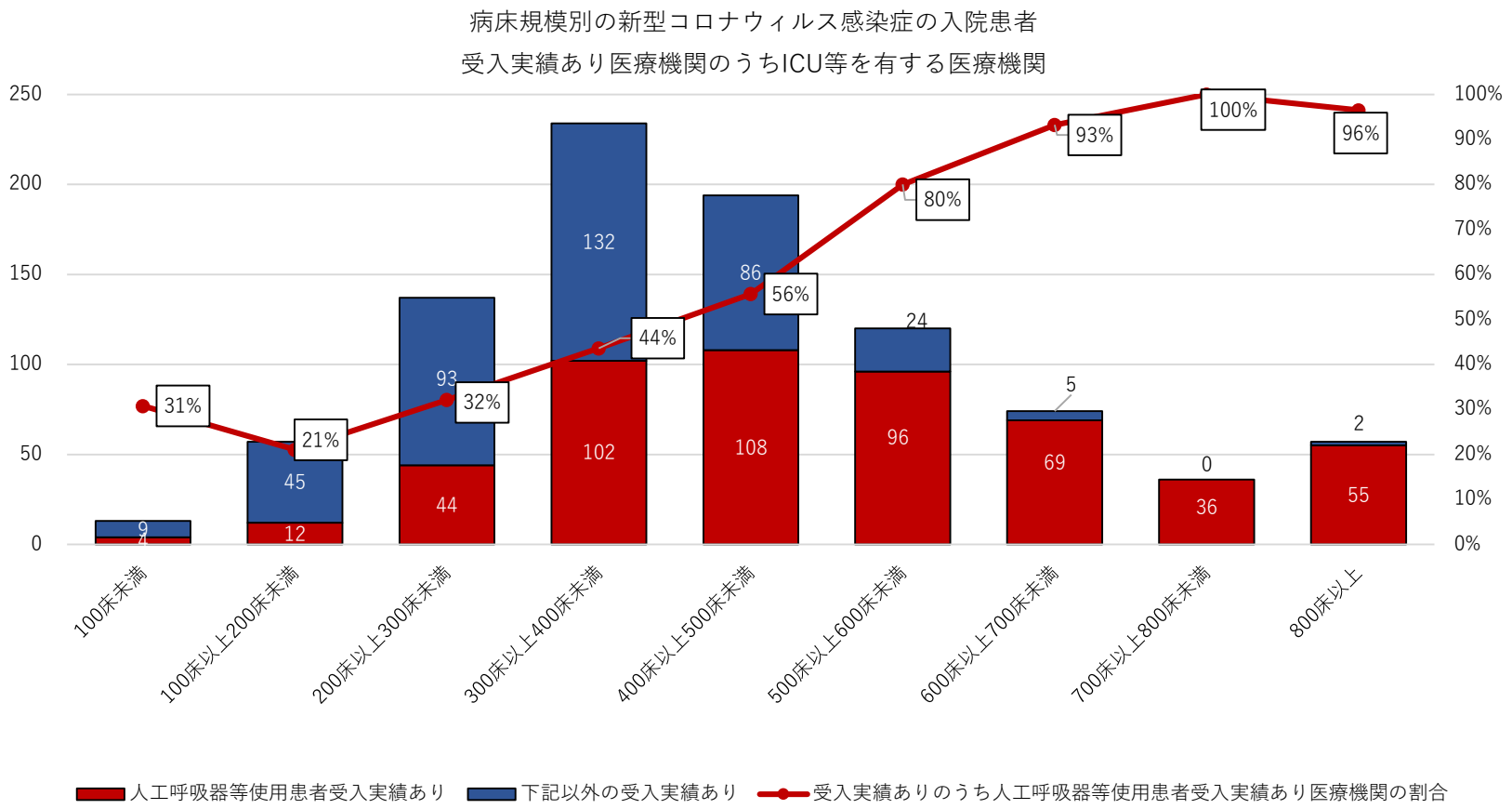
※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が１床以上あると報告したことのある医療機関。または、 G-MISで報告のあった医療機関について、１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が１床以上あると報告したことのある医療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

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

厚生労働省ホームページ
公表資料を一部抜粋

○　病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい。

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

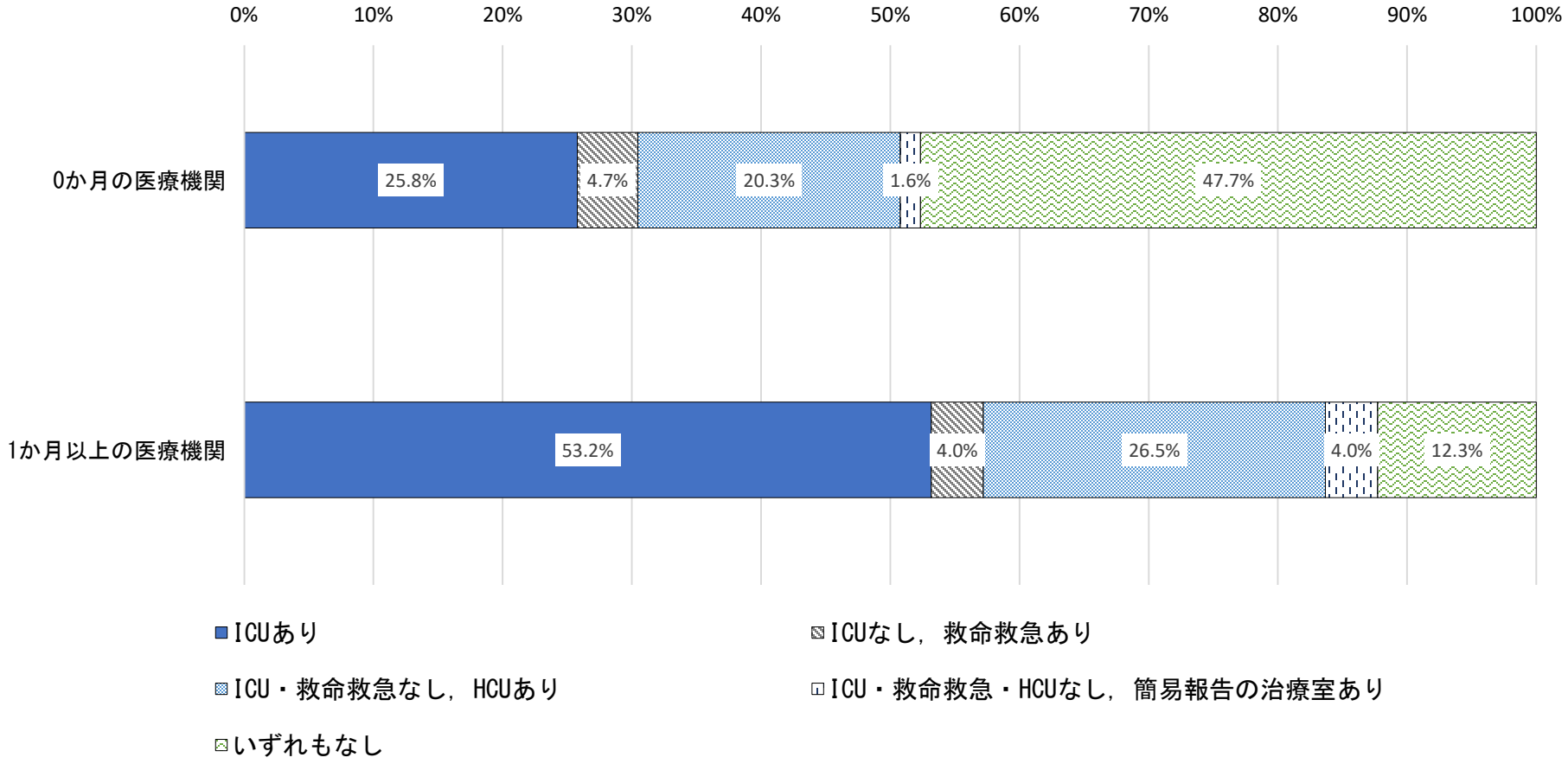


※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの
※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことのある受入医療機関
※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度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

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



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

2－1. 重症度、医療・看護必要度について

2－2. 滞在日数について

2－3. 職員配置状況について

2－4. バイオクリーンルームについて

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

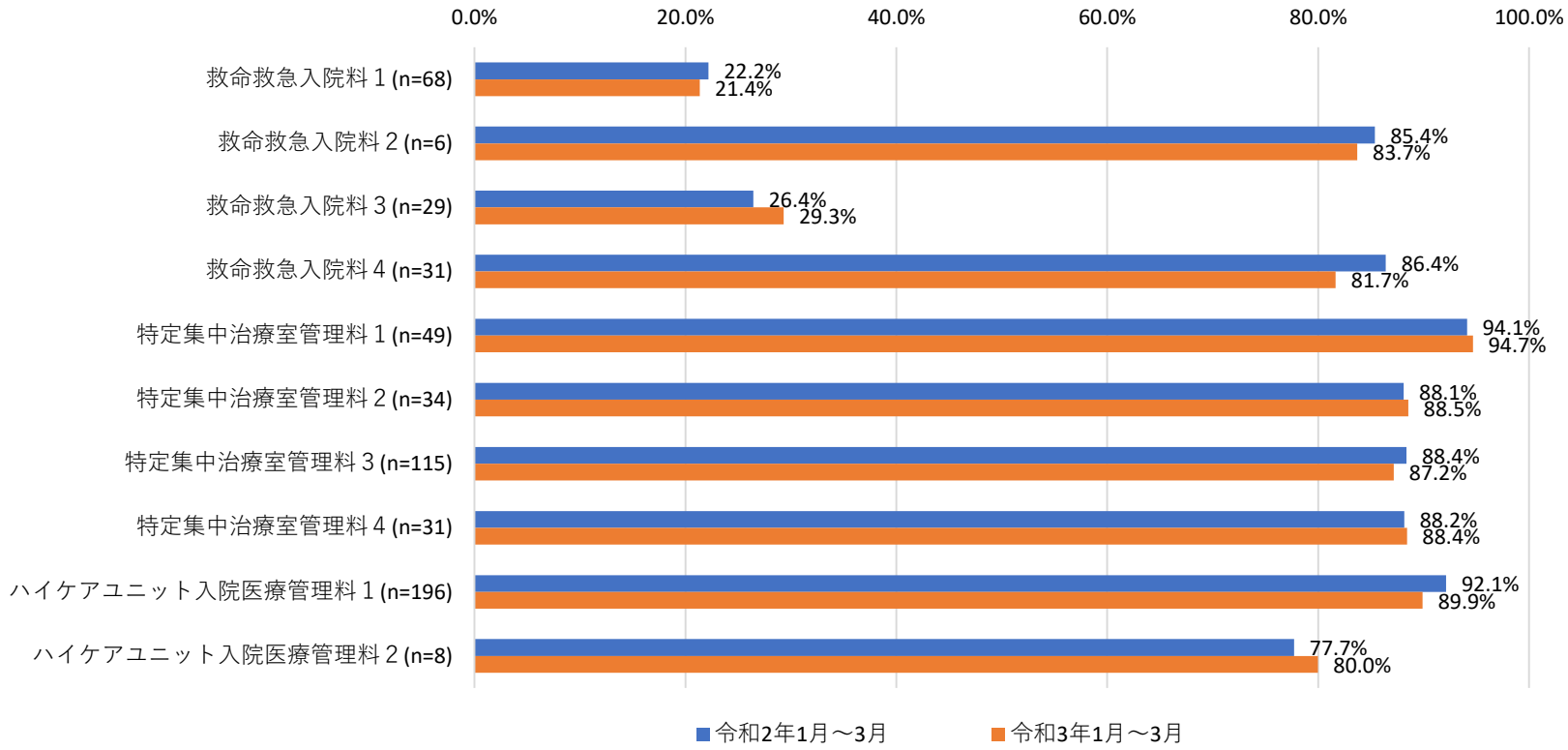
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

治療室等の重症度、医療看護必要度の該当患者割合（R2/R3)

○　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合について、特定集中治療室管理料はいずれの管理料においてもほぼ差がなかった。
○　救命救急入院料・ハイケアユニット管理料については、入院料ごとに違いがみられた。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
（令和２年・令和３年のいずれも該当する施設の比較）



出典：令和３年度入院医療等の調査 DPCデータ（Hファイル、EFファイル）　※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取り扱いによる患者は除く
nは施設数

※救命救急入院料及び特定集中治療室管理料においては「特定集中治療室管理室用の重症度、医療・看護必要度」
ハイケアユニット入院医療管理料においては「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」

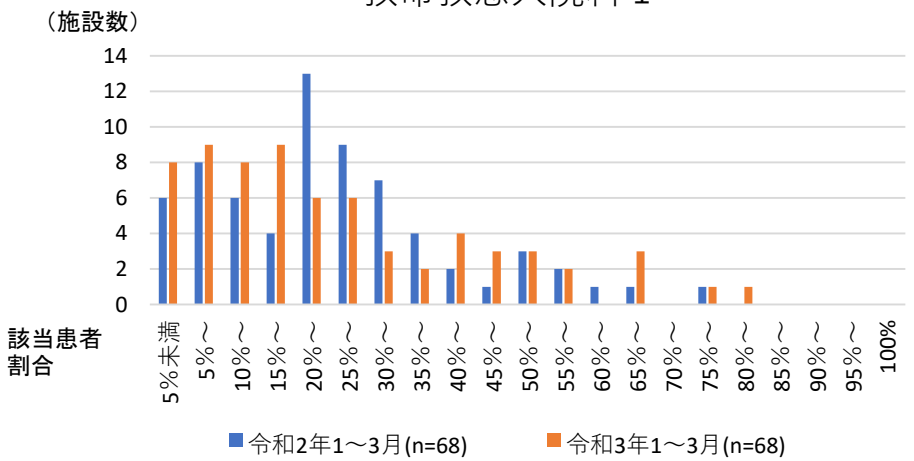
治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（R2/R3）

診調組　入－３
３．１０．１改

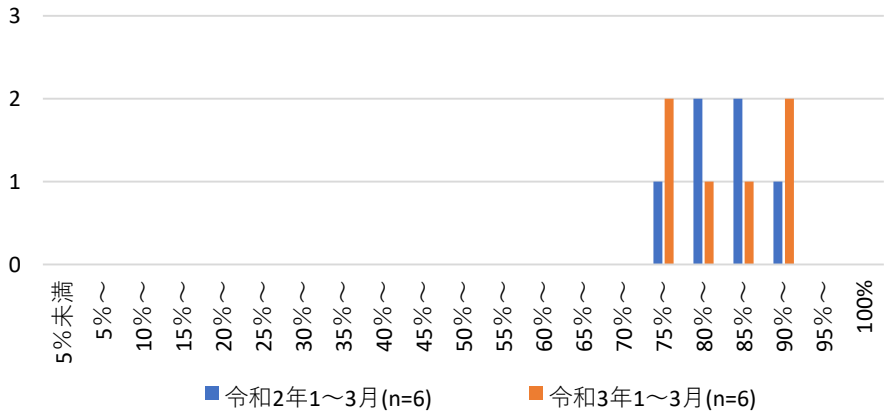
○　救命救急入院料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布について、令和２年と令和３年で入院料別に比較した。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布

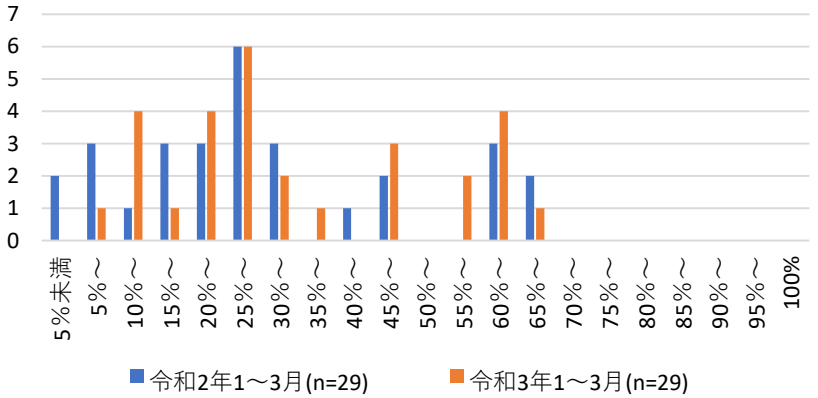
救命救急入院料１



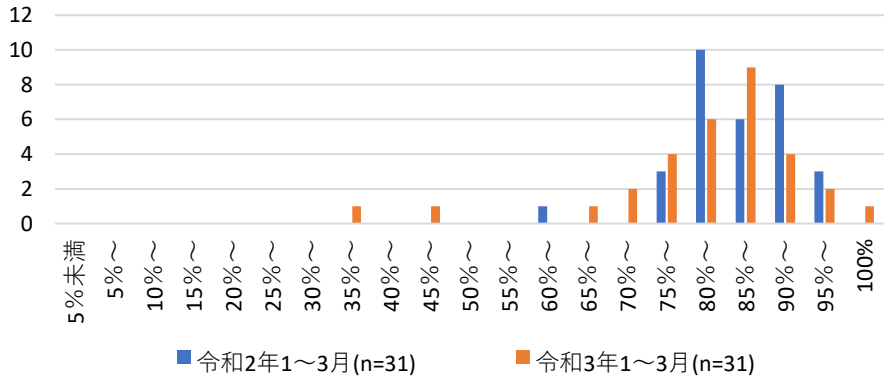
救命救急入院料2



救命救急入院料3



救命救急入院料4



出典：令和3年度入院医療等の調査 DPCデータ　※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取り扱いによる患者は除く

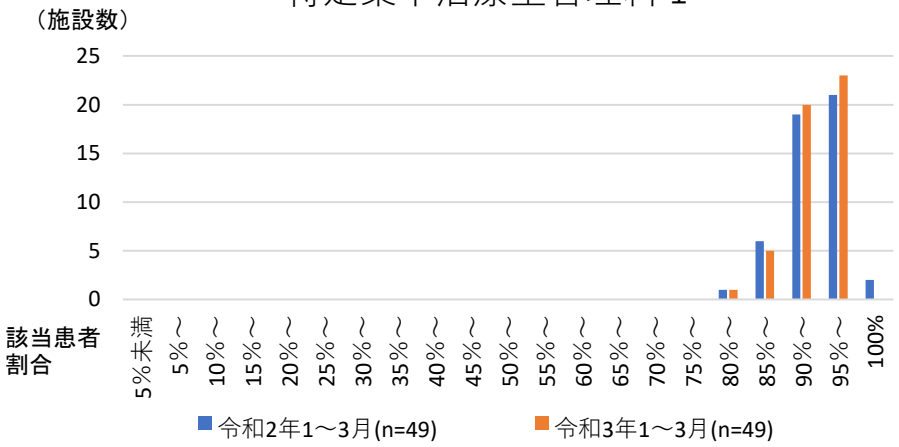
治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（R2/R3）

診調組　入－３
３．１０．１改

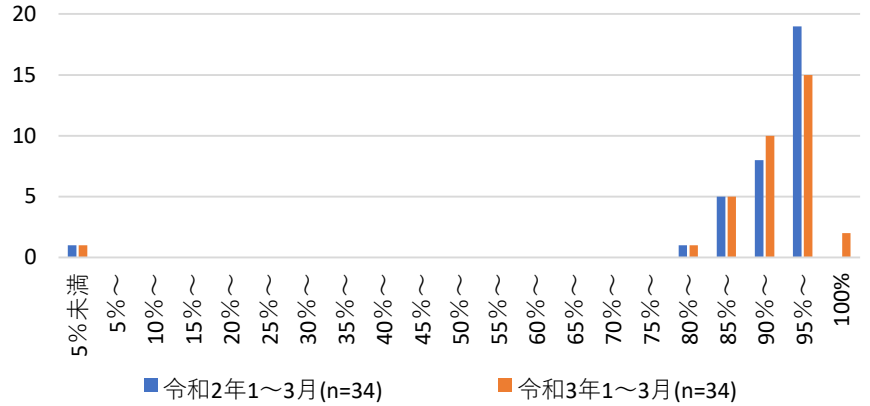
○　特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布について管理料別にみると、令和２年と令和３年で大きな変化はなかった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布

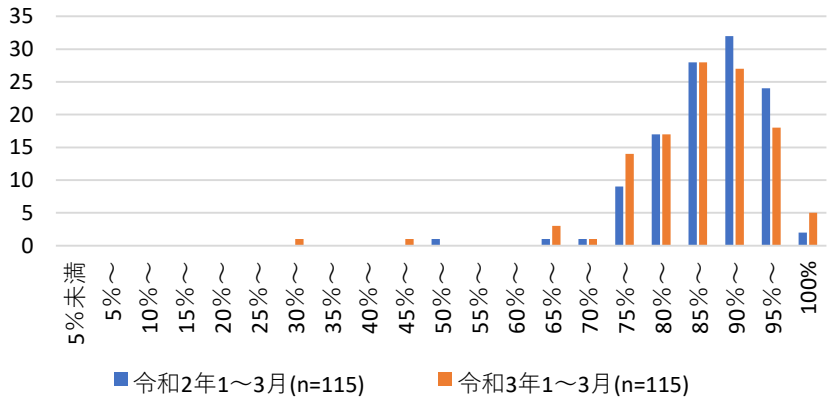
特定集中治療室管理料１



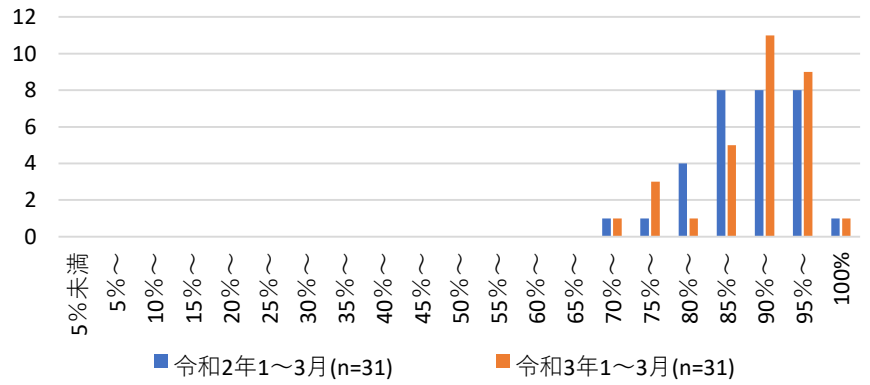
特定集中治療室管理料２



特定集中治療室管理料３



特定集中治療室管理料４



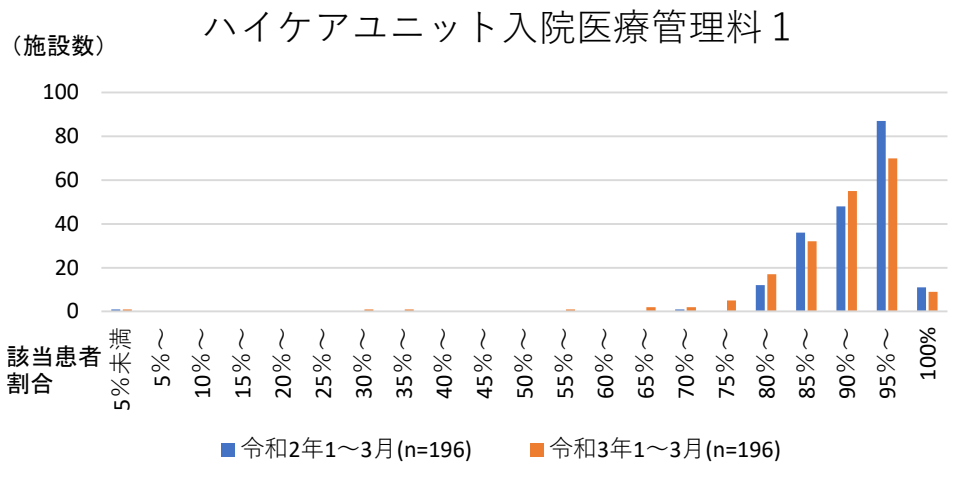
出典：令和3年度入院医療等の調査 DPCデータ　※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取り扱いによる患者は除く

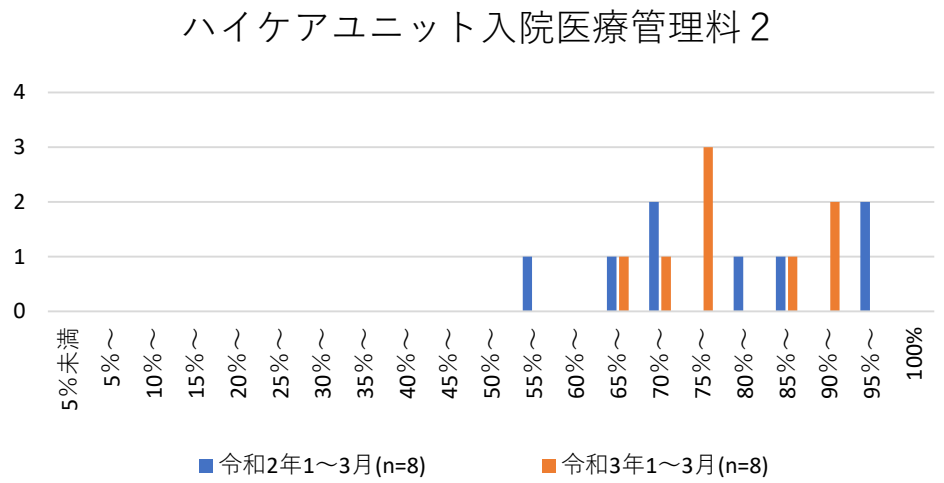
治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（R2/R3）

診調組　入－３
３．１０．１改

○　ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布について管理料別にみると、令和２年と令和３年で大きな変化はなかった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布





出典：令和3年度入院医療等の調査 DPCデータ　※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取り扱いによる患者は除く

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

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

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

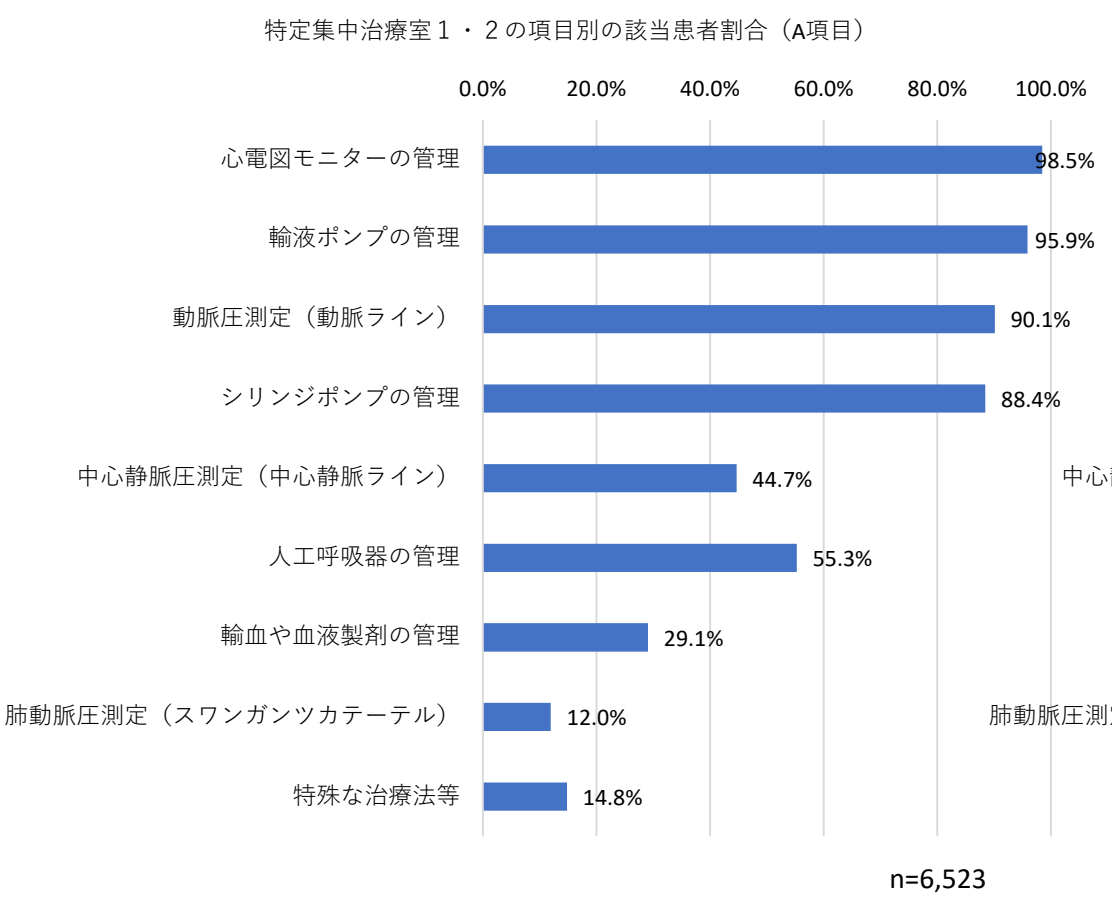
A　モニタリング及び処置等	0点	1点
1　創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり
2　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4　点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5　心電図モニターの装着	なし	あり
6　輸液ポンプの管理	なし	あり
7　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8　シリンジポンプの管理	なし	あり
9　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10　人工呼吸器の管理	なし	あり
11　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし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

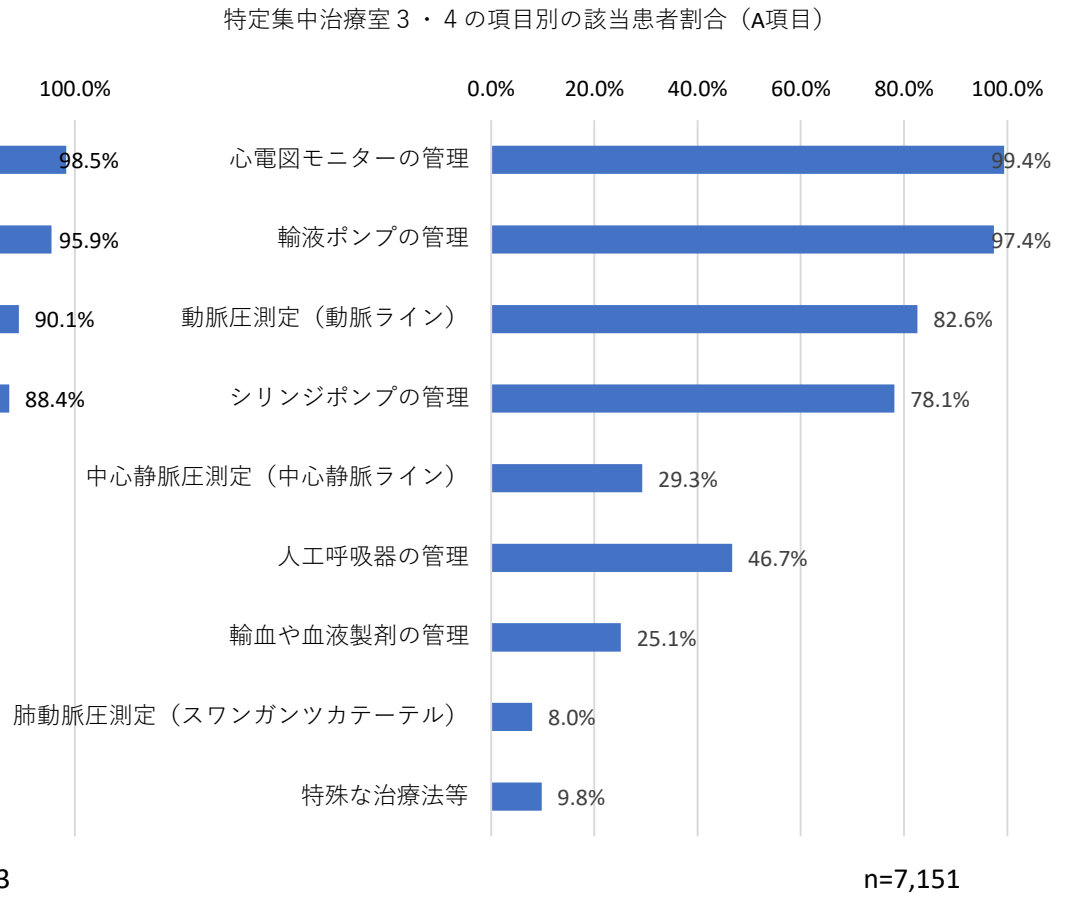
【特定集中治療室用／ハイケアユニット用　共通】

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

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細（A項目）

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





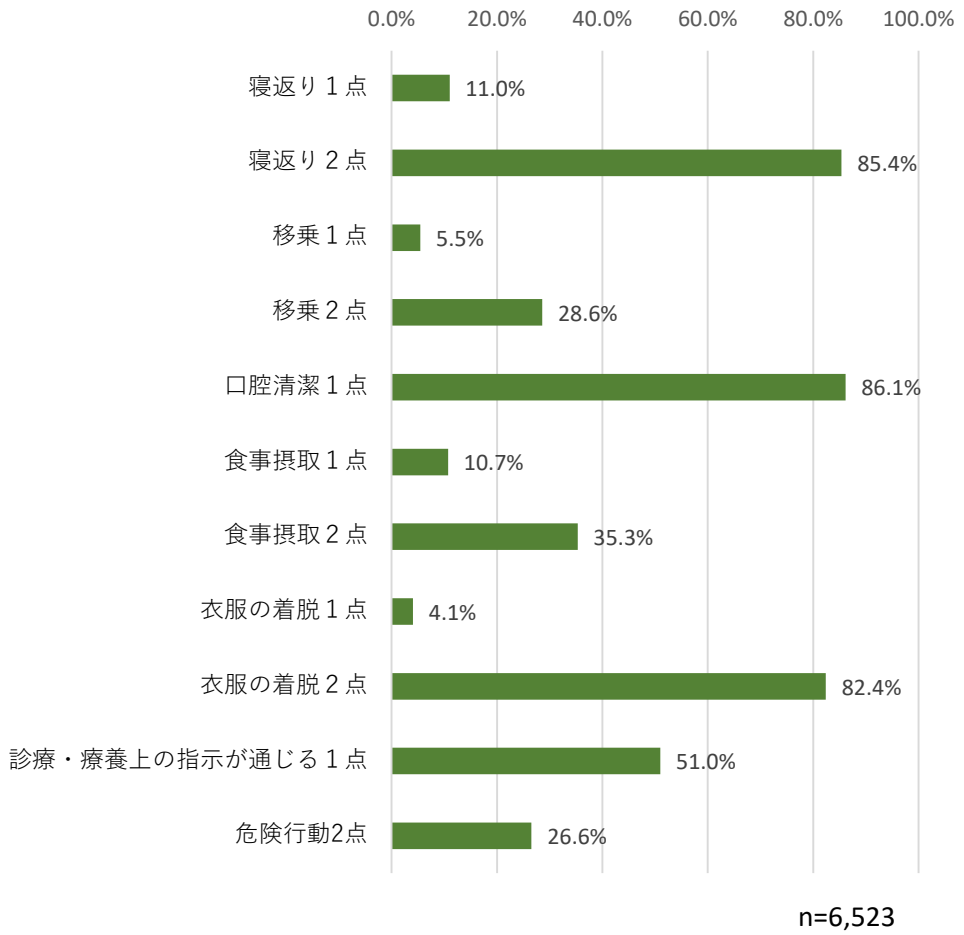
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）

※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取扱いによる治療室は除く。※nは患者数×日数（人・日）

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細（B項目）

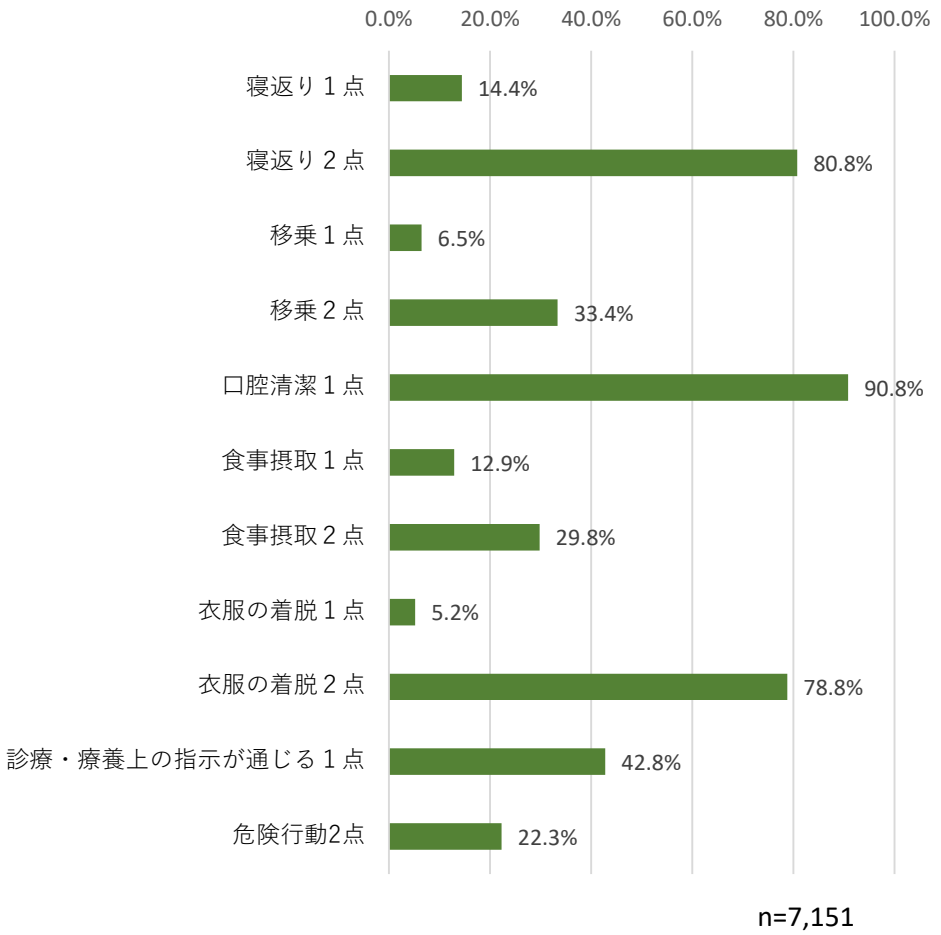
○　特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、2点の項目については、特定集中治療室1・2の方が該当割合が高い傾向であった。

特定集中治療室１・２の項目別の該当患者割合（B項目）



n=6,523

特定集中治療室３・４の項目別の該当患者割合（B項目）



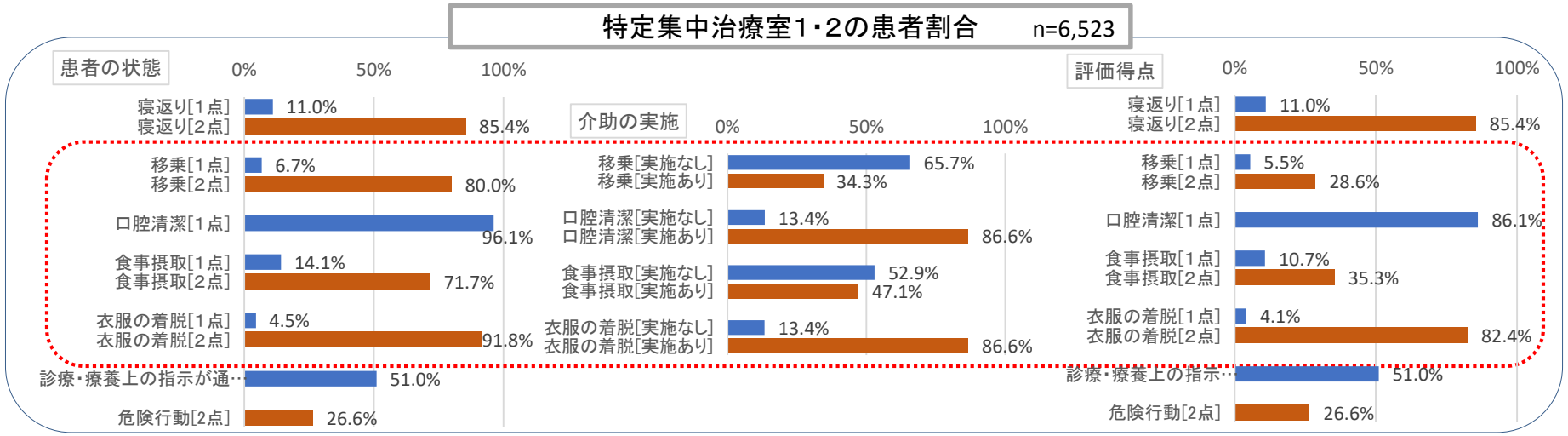
n=7,151

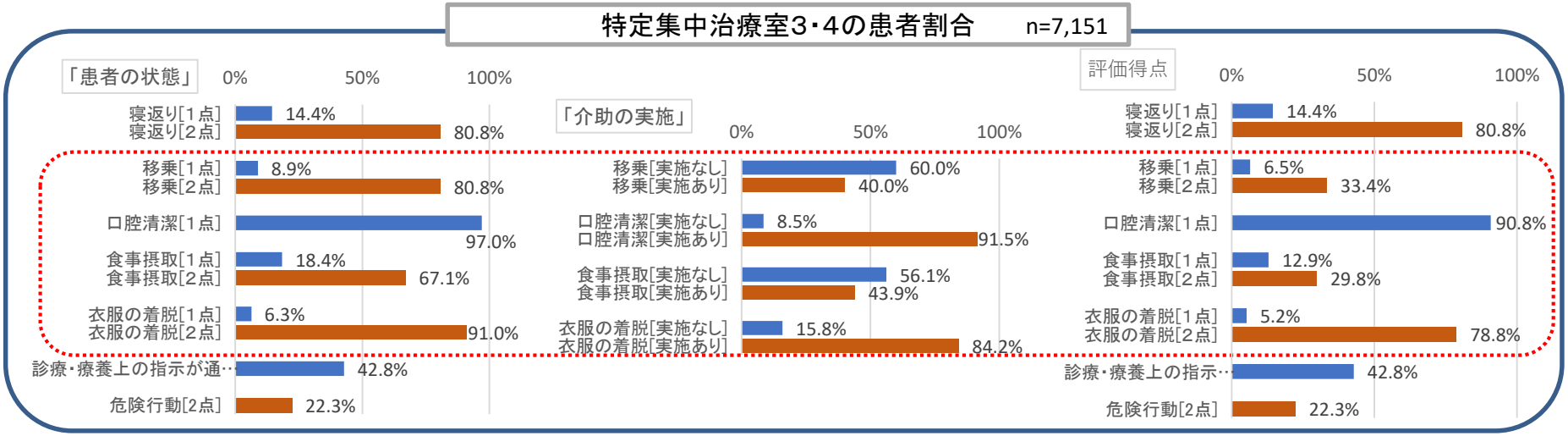
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）

※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取扱いによる治療室は除く。※nは患者数×日数（人・日）

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細（B項目）

○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、以下の通りであった。

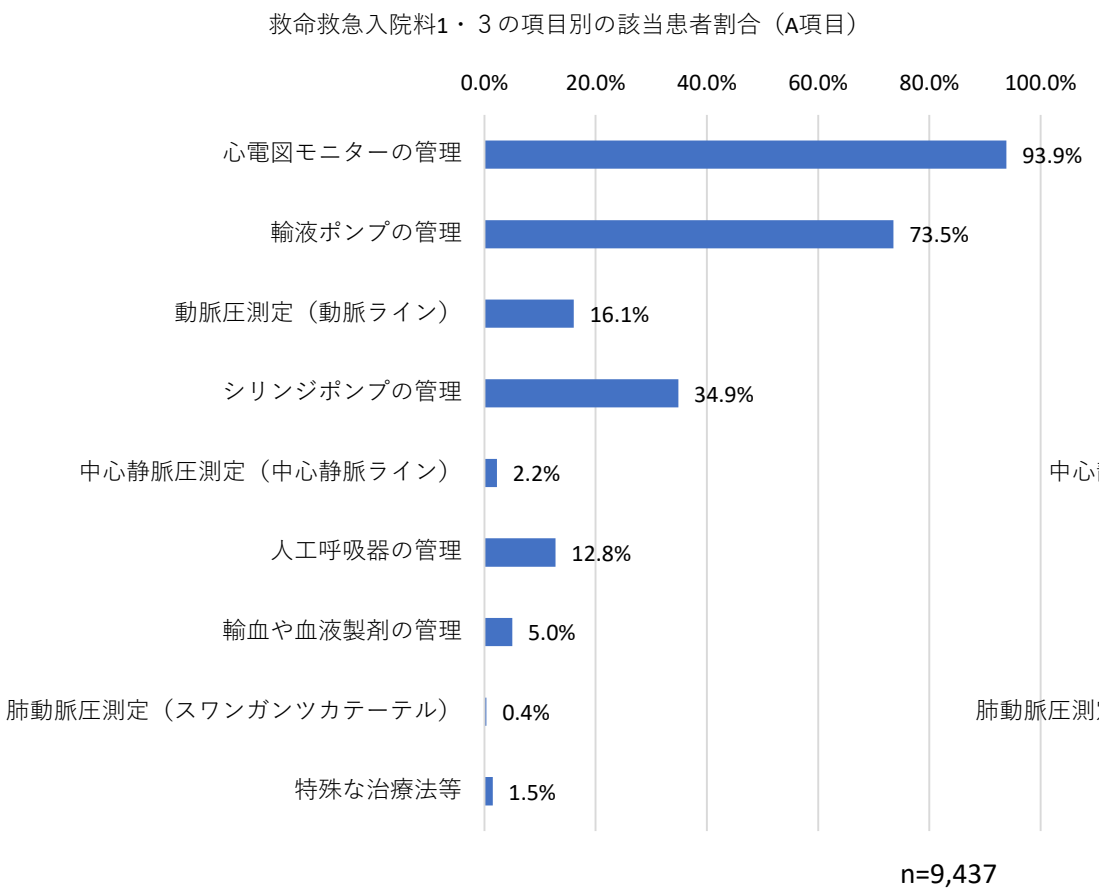


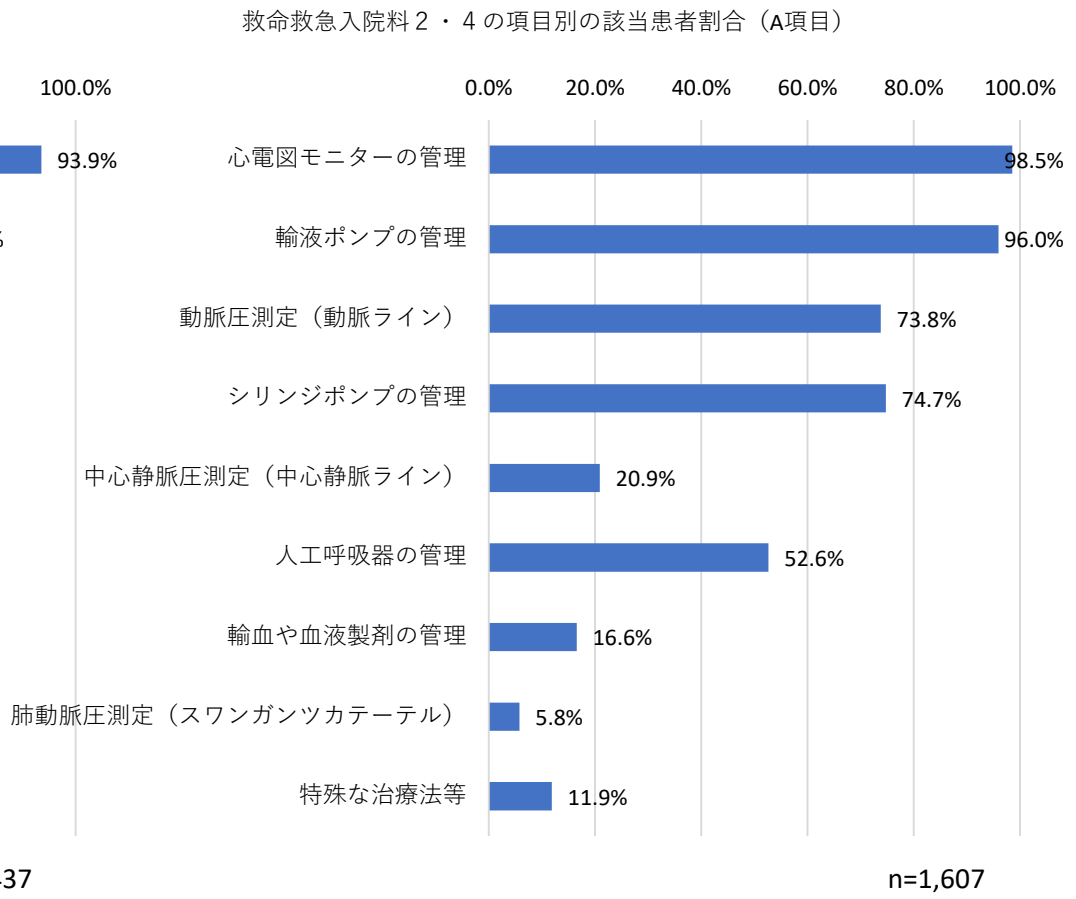


出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）　※nは患者数×日数（人・日）　※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細（A項目）

○　救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニターの管理」は9割を越えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3にくらべて2・4の方が該当割合が高かった。





出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）

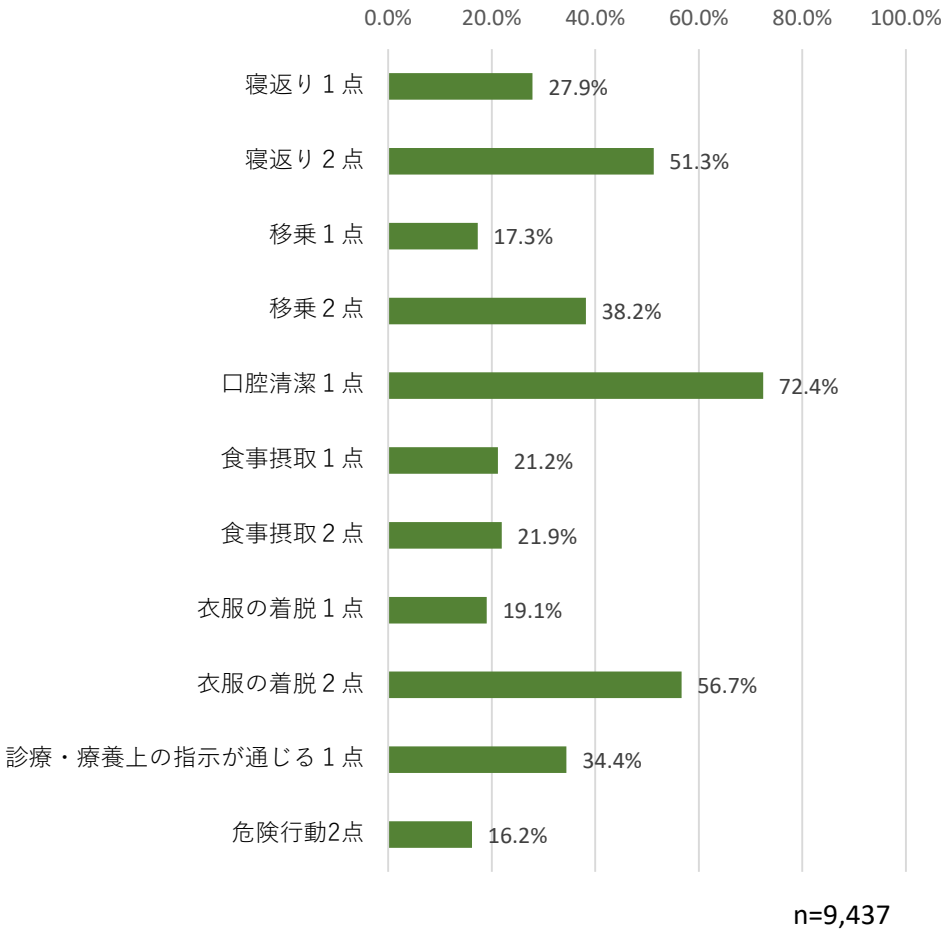
※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

※nは患者数×日数（人・日）

救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細（B項目）

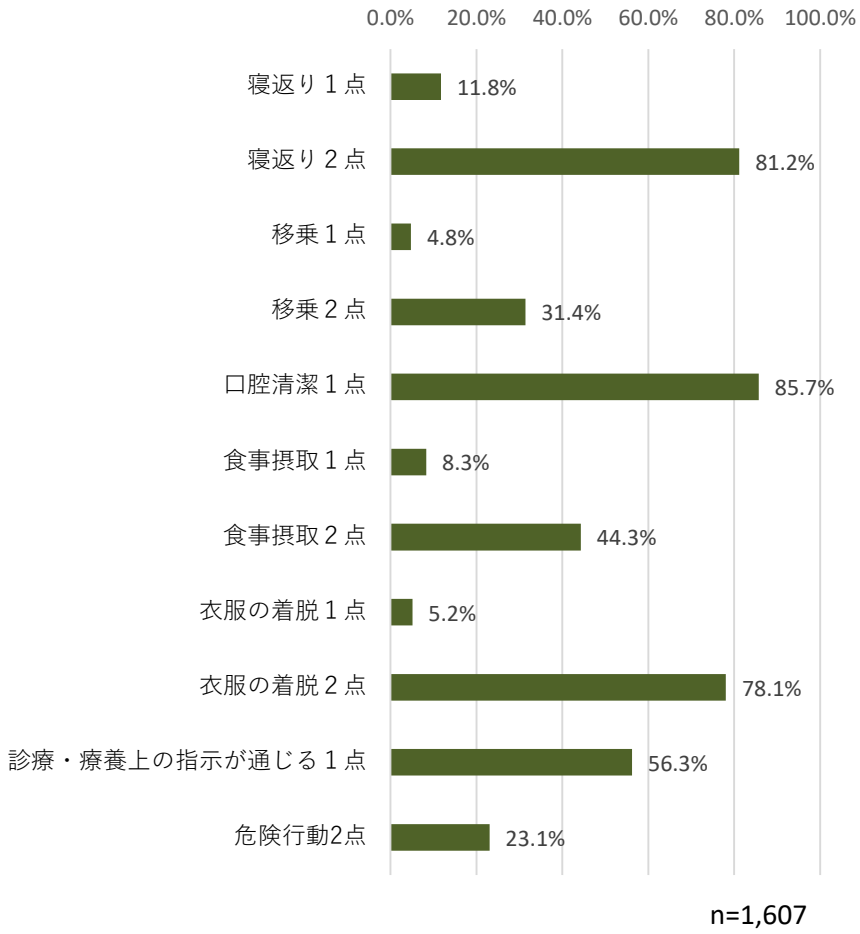
○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、2点の項目については、救命救急入院料2・4の方が該当割合が高い傾向であった。

救命救急入院料１・３の項目別の該当患者割合（B項目）



n=9,437

救命救急入院料２・４の項目別の該当患者割合（B項目）



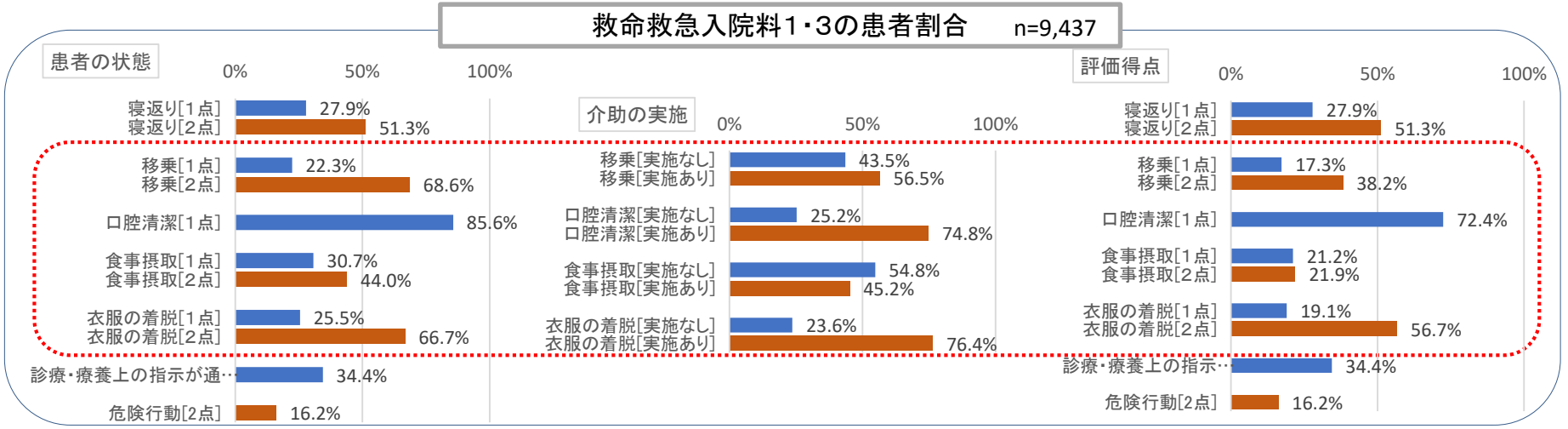
n=1,607

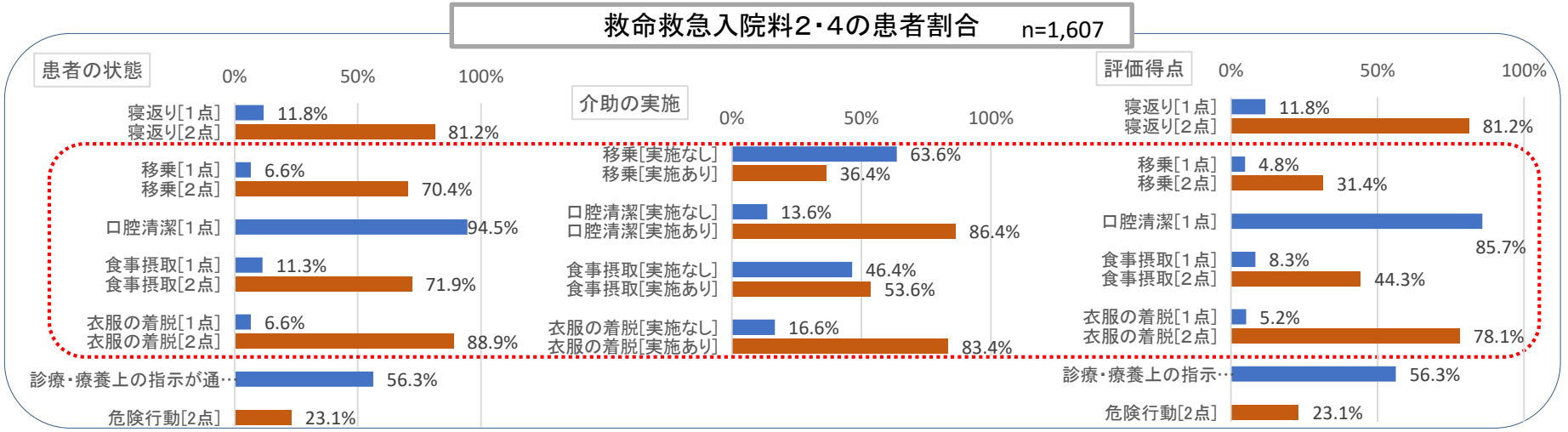
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）

※新型コロナウイルスに係る診療報酬上の臨時的取扱いによる治療室は除く。※nは患者数×日数（人・日）

救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細（B項目）

○救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、以下の通りであった。





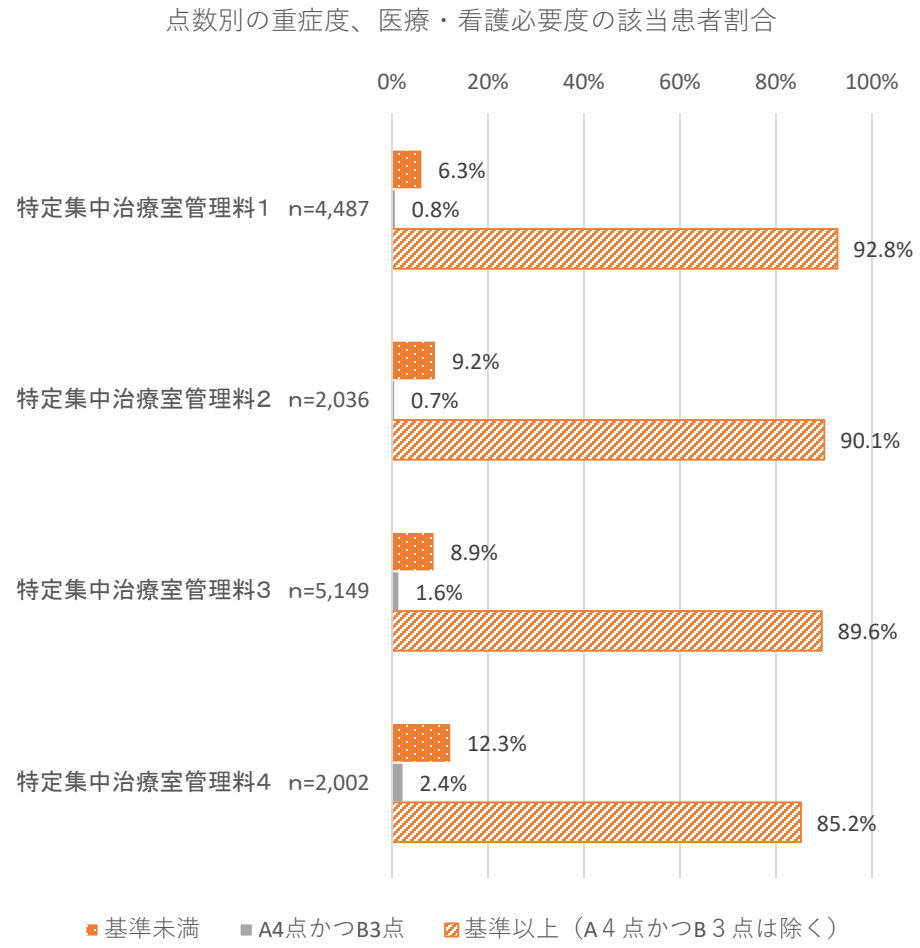
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）

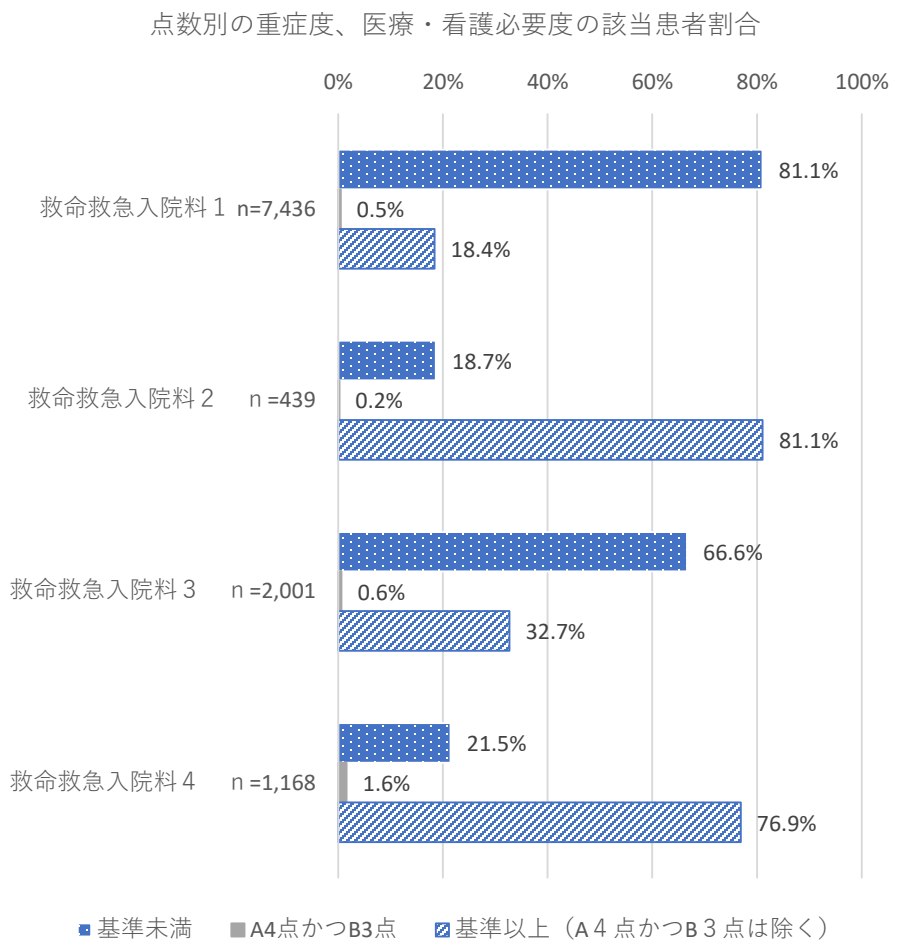
※nは患者数×日数（人・日）

※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

特定集中治療室・救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度

○　特定集中治療室、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。





出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル、EFファイル）　※新型コロナ感染症患者は除く。 nは患者数×日数（人・日）

特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度B項目の該当状況

診調組　入－２参考１
３．１０．１

○ 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
○ 上記の患者について、最も医療資源を投入した疾患を見たところ、上位10疾患は以下のとおりだった。

必要度の該当状況

	A項目４点未満（基準未満）	A項目４点以上（基準以上）	全体
B項目３点未満（基準未満）	14,887（1.4%）	★ 18,773（1.7%）	33,660（3.1%）
B項目３点以上（基準以上）	75,214（7.0%）	967,945（89.9%）	1,043,159（96.9%）
全体	90,101（8.4%）	986,718（91.6%）	1,076,819（100%）

★ 疾患別患者数

医療資源最傷病 ICD10	資源病名	患者数
I710	大動脈の解離［各部位］	625
I210	前壁の急性貫壁性心筋梗塞	601
I714	腹部大動脈瘤，破裂の記載がないもの	571
C341	気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，上葉，気管支又は肺	523
I211	下壁の急性貫壁性心筋梗塞	469
I350	大動脈弁狭窄（症）	419
I500	うっ血性心不全	409
C343	気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，下葉，気管支又は肺	378
I671	脳動脈瘤，非＜未＞破裂性	315
I712	胸部大動脈瘤，破裂の記載がないもの	315

出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式1　　※nは患者数×日数（人・日）　　※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

救命救急入院料1・3の重症度、医療・看護必要度（評価票別）

○　救命救急入院料1及び3を算定する患者について、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、基準を満たす患者割合は以下のとおりだった。

ICU評価票

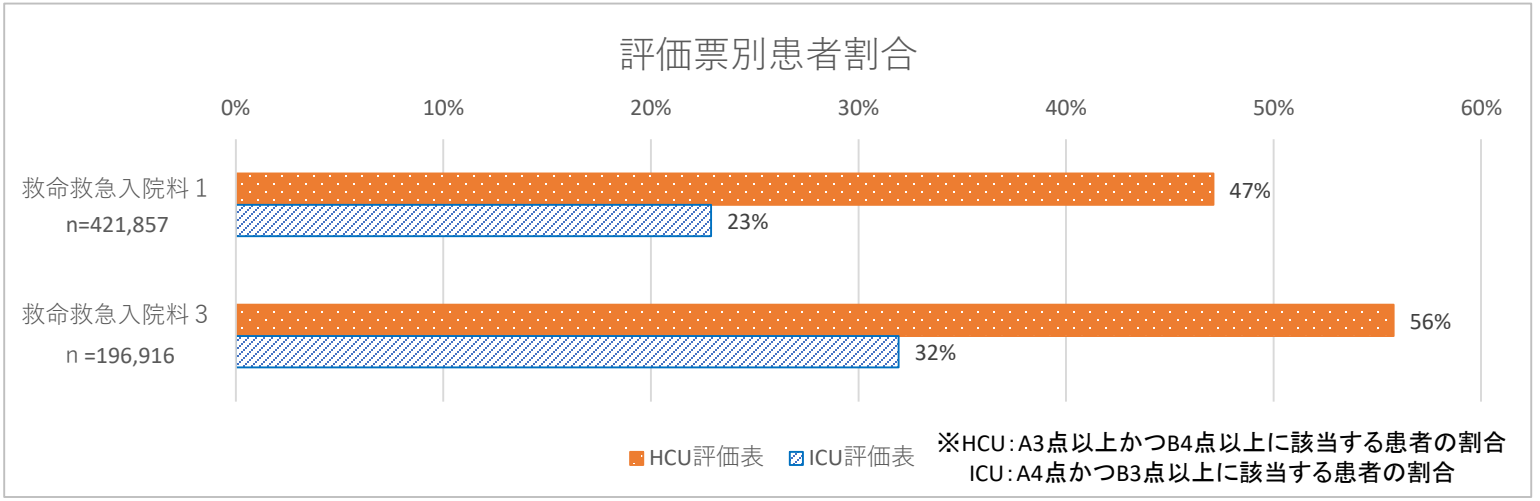
	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料１	421,857	96,615	22.9%
救命救急入院料３	196,916	62,890	31.9%

※A得点4点以上かつB得点3点以上

HCU評価票

	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料１	421,857	198,699	47.1%
救命救急入院料３	196,916	109,845	55.8%

※A得点3点以上かつB得点4点以上
※蘇生術の施行は除く

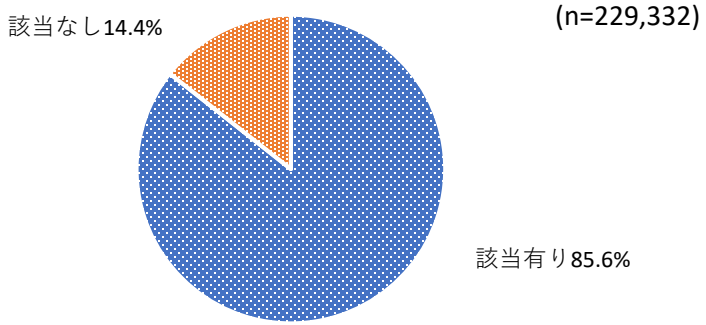


出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）　　※nは患者数×日数（人・日）

入室日の重症度、医療・看護必要度・SOFAスコア

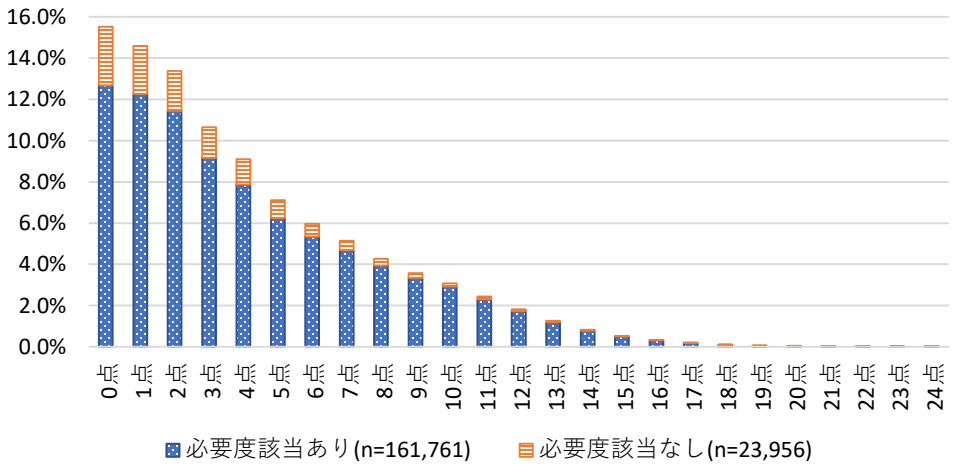
○　必要度の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
○　必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、 SOFAスコア５点以上の患者の割合が高い傾向にあった。

必要度（入室日・全患者）

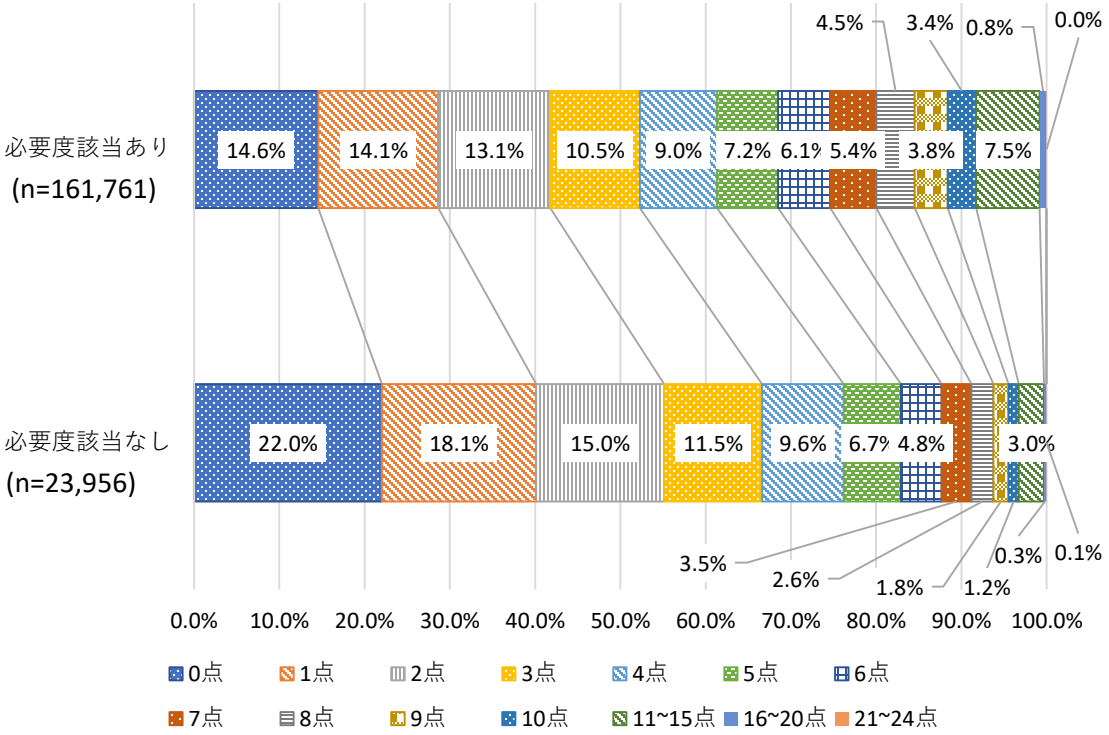


※必要度基準：A得点４点以上かつB得点3点以上

SOFA×必要度（入室日）



SOFAスコア（入室日）

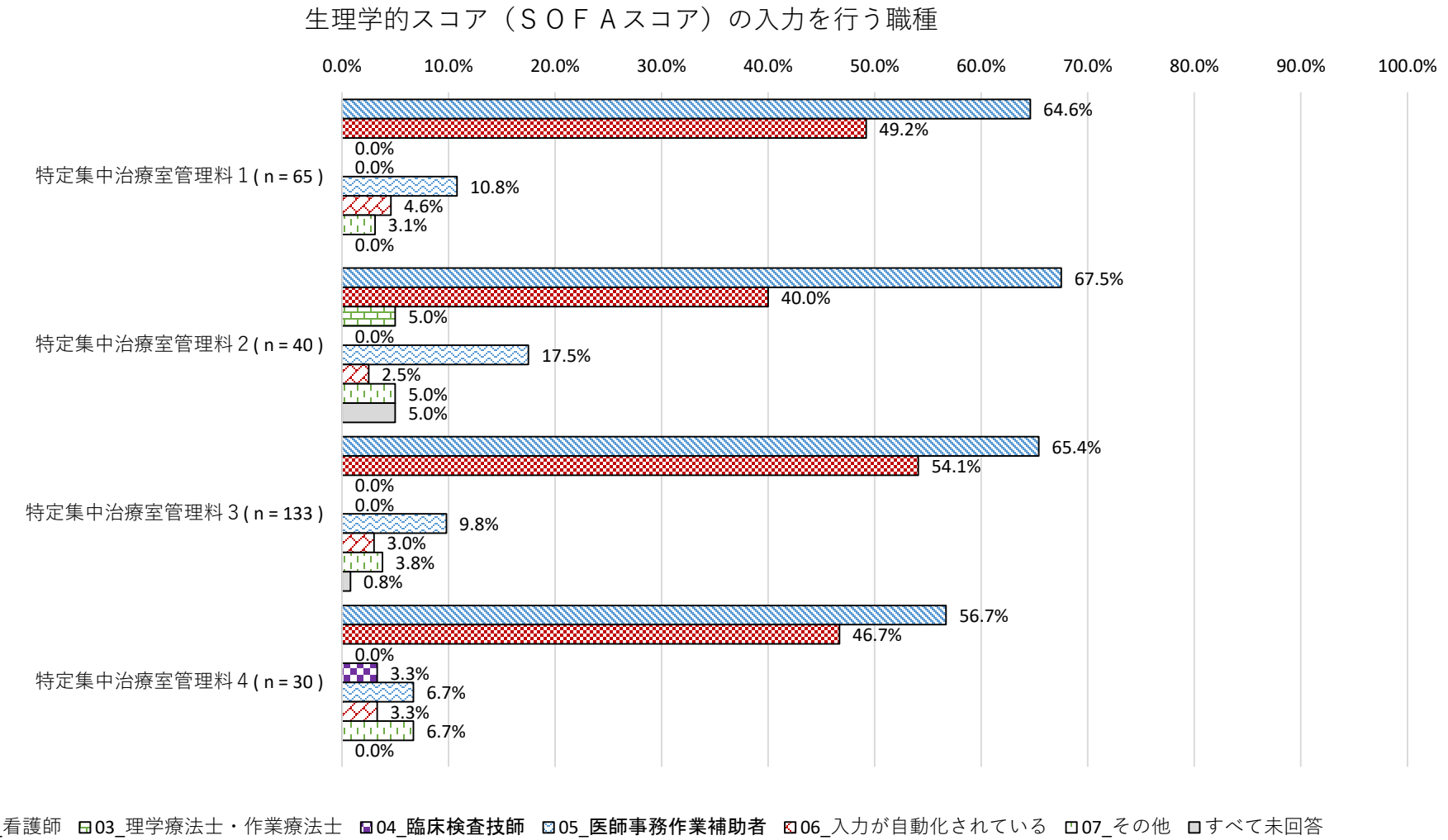


出典：令和2年度　年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式1

※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

SOFAスコアの入力状況

○　SOFAスコアの入力を行う職種は、特定集中治療室管理料１～４の全てにおいて「医師」が行っている割合が最も高かった。

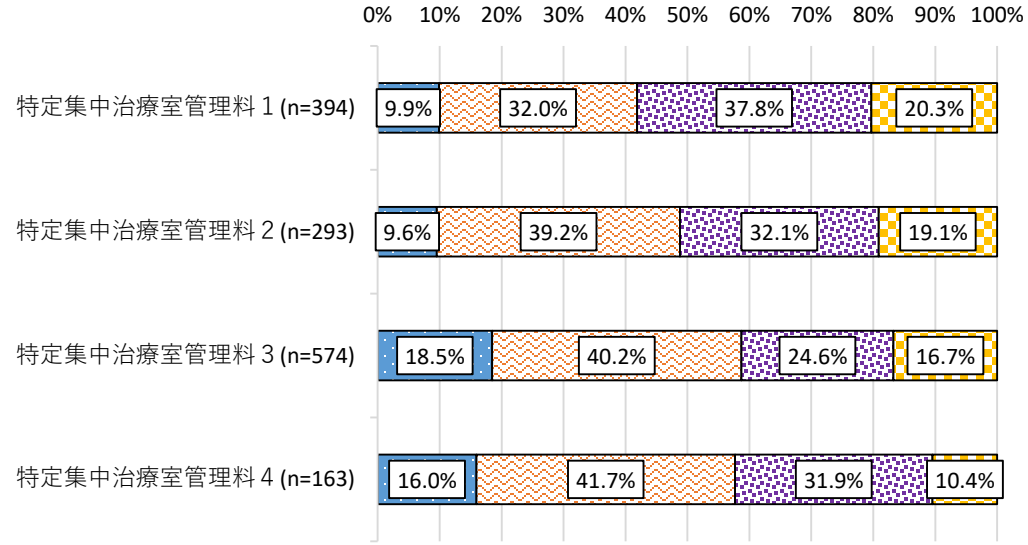


出典：令和３年度入院医療等の調査（治療室票）　※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

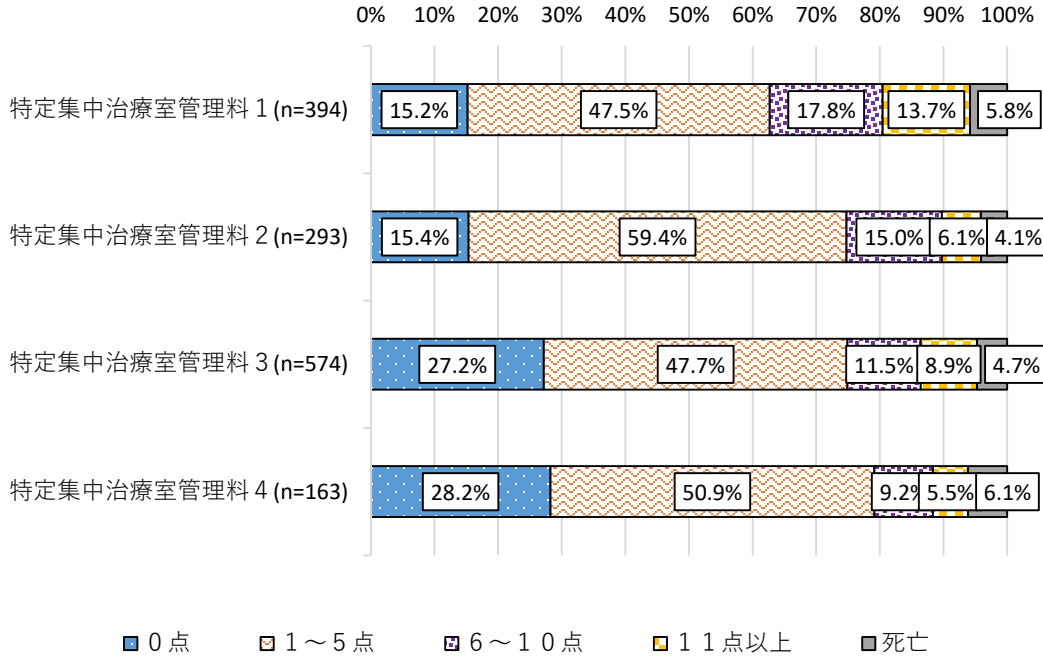
特定集中治療室ごとのSOFAスコア

○　特定集中治療室管理料１～４について、治療室入室時のSOFAスコア別の患者割合を比較すると、特定集中治療室管理料３･４については、SOFAスコア０～５点の患者割合が高かった。
○　特定集中治療室管理料１～４について、治療室退室時のSOFAスコア別の患者割合を比較すると、以下のとおりであった。

SOFAスコア別の患者割合（入室時）



SOFAスコア別の患者割合（退室時）



出典：令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）　※簡易な報告を行った治療室全てを除く　※ｎは患者数

特定集中治療室のA項目・B項目とSOFAスコアの分布

○ 必要度のA項目、B項目において、各項目に該当している患者のSOFAスコアの分布をみたところ、以下のとおりだった。

SOFAスコア

A項目	件数	得点0点	得点1から5点	得点6から10点	得点11から15点	得点16点以上
心電図モニターの管理	184,536	15.6%	54.8%	22.0%	6.9%	0.8%
輸液ポンプの管理	182,366	15.7%	54.8%	21.9%	6.9%	0.8%
動脈圧測定（動脈ライン）	164,681	14.9%	54.3%	22.7%	7.3%	0.8%
シリンジポンプの管理	136,028	12.0%	51.4%	26.7%	8.9%	1.0%
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	49,575	4.9%	37.7%	40.6%	15.3%	1.4%
人工呼吸器の管理	61,070	2.8%	31.0%	46.0%	18.2%	2.0%
輸血や血液製剤の管理	42,803	4.9%	35.5%	40.5%	17.2%	2.0%
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	19,257	2.8%	25.5%	49.7%	20.6%	1.4%
特殊な治療法等	10,248	3.8%	25.8%	39.8%	25.3%	5.3%

SOFAスコア

B項目	件数	得点0点	得点1から5点	得点6から10点	得点11から15点	得点16点以上
寝返り1点	17,938	23.5%	63.6%	11.4%	1.3%	0.2%
寝返り2点	162,209	14.4%	53.7%	23.4%	7.6%	0.9%
移乗1点	4,439	22.9%	59.5%	14.5%	2.8%	0.2%
移乗2点	82,385	14.0%	52.5%	24.1%	8.2%	1.1%
口腔清潔1点	135,670	16.2%	55.5%	21.1%	6.6%	0.7%
食事摂取1点	9,758	24.3%	60.0%	13.5%	2.0%	0.2%
食事摂取2点	11,807	16.0%	53.1%	23.1%	7.1%	0.7%
衣服の着脱1点	6,447	23.6%	61.1%	12.7%	2.4%	0.1%
衣服の着脱2点	113,042	14.1%	54.0%	23.3%	7.7%	0.9%
診療・療養上の指示が通じる1点	59,710	4.0%	37.5%	40.2%	16.3%	1.9%
危険行動2点	21,233	5.8%	47.1%	33.9%	12.0%	1.2%

出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式1

※特定集中治療室管理料1～4のHファイル患者と様式1のSOFA入室日当日に紐づく患者　（n=188,526）
※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

必要度の基準該当別のSOFAスコアとA項目の該当

○ 必要度の該当別にSOFAスコアごとにA項目の該当状況をみると、以下のとおりであった。

必要度該当あり n＝151,891

A項目 ＼ SOFA	0点	1～5点	6～10点	11～15点	16点以上
該当患者数	(n=22194)	(n=82055)	(n=35183)	(n=11172)	(n=1287)
心電図モニターの管理	99.9%	99.8%	99.8%	99.7%	99.5%
輸液ポンプの管理	99.5%	99.1%	98.8%	99.0%	98.4%
動脈圧測定（動脈ライン）	96.5%	96.0%	95.2%	95.7%	93.6%
シリンジポンプの管理	58.1%	71.4%	91.2%	96.1%	94.3%
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	9.6%	19.9%	50.5%	59.4%	48.0%
人工呼吸器の管理	6.7%	20.7%	72.3%	88.6%	88.3%
輸血や血液製剤の管理	8.0%	16.0%	43.1%	56.9%	59.3%
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	1.9%	5.1%	23.7%	30.2%	19.3%
特殊な治療法等	1.5%	2.8%	10.5%	21.1%	37.8%

SOFAスコア

必要度該当なし n＝23,567

A項目 ＼ SOFA	0点	1～5点	6～10点	11～15点	16点以上
該当患者数	(n=5212)	(n=14346)	(n=3226)	(n=703)	(n=80)
心電図モニターの管理	92.6%	86.8%	67.1%	48.9%	57.5%
輸液ポンプの管理	89.0%	83.2%	60.7%	38.4%	36.3%
動脈圧測定（動脈ライン）	28.5%	31.4%	27.0%	23.0%	17.5%
シリンジポンプの管理	43.2%	45.8%	40.6%	33.1%	21.3%
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	1.8%	4.3%	12.2%	15.2%	7.5%
人工呼吸器の管理	0.9%	2.8%	13.7%	20.8%	25.0%
輸血や血液製剤の管理	2.6%	4.3%	10.6%	14.8%	11.3%
肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	0.3%	0.9%	5.6%	8.5%	2.5%
特殊な治療法等	0.3%	0.7%	2.8%	3.6%	5.0%

SOFAスコア

出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式1、様式3

最も医療資源を投入した傷病名とSOFAスコア

○ 特定集中治療室の患者について、最も医療資源を投入した傷病名で多かったものから順列し、それぞれのSOFAスコアの分布を比較すると、「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「肺の悪性腫瘍」、「結腸の悪性腫瘍」及び「脳腫瘍」についてはSOFAスコアが0点の患者割合が高かった。
○ 「弁膜症」及び「狭心症、慢性虚血性心疾患」については、SOFAスコアが6～10点の患者割合が高かった。

傷病名 ＼ SOFA		0点	1～5点	6～10点	11～15点	16点以上
弁膜症（連合弁膜症を含む。）	(n=14862)	4.4%	38.4%	41.7%	14.8%	0.7%
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	(n=12737)	26.5%	50.7%	15.7%	6.4%	0.7%
非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	(n=10204)	8.2%	59.0%	26.3%	6.2%	0.3%
肺の悪性腫瘍	(n=9910)	25.5%	69.8%	4.2%	0.5%	0.0%
狭心症、慢性虚血性心疾患	(n=8293)	11.8%	34.4%	40.3%	13.0%	0.5%
解離性大動脈瘤	(n=6957)	9.8%	50.8%	28.4%	10.5%	0.5%
心不全	(n=6939)	5.3%	54.6%	31.9%	7.3%	0.8%
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	(n=4972)	25.9%	66.5%	6.5%	1.0%	0.1%
肝・肝内胆管の悪性腫瘍	(n=4887)	15.3%	72.1%	11.3%	1.1%	0.2%
脳腫瘍	(n=4084)	26.8%	66.9%	6.0%	0.3%	0.0%

※急性心筋梗塞は続発性合併症を含む。
※肝・肝内胆管の悪性腫瘍は続発性を含む。

出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式1

※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

必要度の基準に該当する患者の「最も医療資源を投入した傷病名」とSOFAスコア

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者について、最も医療資源を投入した傷病名とSOFAスコアの分布をみると、以下のとおりであった。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

■予定手術（と予想される患者）　■循環器疾患　■脳血管疾患

必要度の基準に該当する患者									
SOFA：0(n=23552)		SOFA：1~5(n=87249)		SOFA：6~10(n=37579)		SOFA：11~15(n=12056)		SOFA：16~(n=1325)	
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	2380 (10.1%)	肺の悪性腫瘍	6347 (7.3%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	5990 (15.9%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	2117 (17.6%)	敗血症	270 (20.4%)
肺の悪性腫瘍	2322 (9.9%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	5546 (6.4%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	3199 (8.5%)	敗血症	1123 (9.3%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	101 (7.6%)
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	1158 (4.9%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	5371 (6.2%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	2534 (6.7%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	1022 (8.5%)	徐脈性不整脈	89 (6.7%)
脳腫瘍	961 (4.1%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	5037 (5.8%)	心不全	2000 (5.3%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	777 (6.4%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	85 (6.4%)
未破裂脳動脈瘤	908 (3.9%)	肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	3214 (3.7%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	1801 (4.8%)	解離性大動脈瘤	664 (5.5%)	播種性血管内凝固症候群	55 (4.2%)
胃の悪性腫瘍	846 (3.6%)	解離性大動脈瘤	3129 (3.6%)	解離性大動脈瘤	1783 (4.7%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	593 (4.9%)	心不全	53 (4.0%)
直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	778 (3.3%)	心不全	3050 (3.5%)	敗血症	1374 (3.7%)	徐脈性不整脈	497 (4.1%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	42 (3.2%)
非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	748 (3.2%)	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	3002 (3.4%)	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	741 (2.0%)	心不全	471 (3.9%)	解離性大動脈瘤	31 (2.3%)
肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	688 (2.9%)	脳腫瘍	2445 (2.8%)	徐脈性不整脈	670 (1.8%)	播種性血管内凝固症候群	294 (2.4%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	30 (2.3%)
膵臓、脾臓の腫瘍	632 (2.7%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	2401 (2.8%)	食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）	649 (1.7%)	腹膜炎、腹腔内膿瘍	269 (2.2%)	腹膜炎、腹腔内膿瘍	30 (2.3%)

※傷病名はDPC６桁で記載されたものを表示。
※急性心筋梗塞には続発性合併症も含まれる
※腹膜炎、腹腔内膿瘍は女性器臓器を除く。

出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式１　※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

必要度の基準に該当しない患者の「最も医療資源を投入した傷病名」とSOFAスコア

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の基準に該当しない患者について、最も医療資源を投入した傷病名とSOFAスコアの分布をみると、以下のとおりであった。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

■予定手術（と予想される患者）　■循環器疾患　■脳血管疾患

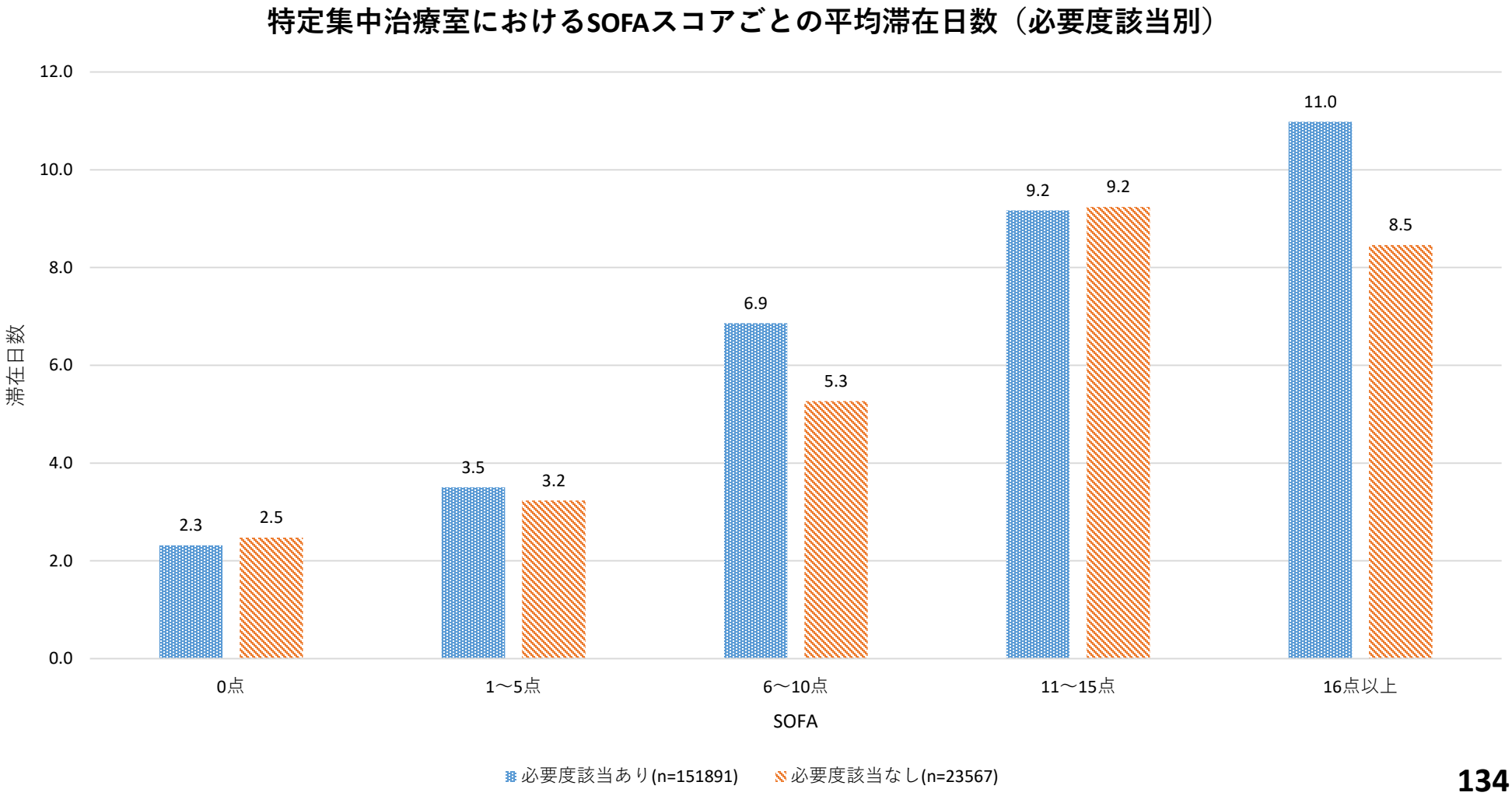
必要度の基準に該当しない患者									
SOFA：0(n=5281)		SOFA：1~5(n=14585)		SOFA：6~10(n=3309)		SOFA：11~15(n=707)		SOFA：16~(n=74)	
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	994 (18.8%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	1417 (9.7%)	心不全	214 (6.5%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	78 (11.0%)	敗血症	9 (12.2%)
狭心症、慢性虚血性心疾患	360 (6.8%)	脳梗塞	1235 (8.5%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	214 (6.5%)	解離性大動脈瘤	67 (9.5%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	8 (10.8%)
脳梗塞	331 (6.3%)	心不全	740 (5.1%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	197 (6.0%)	敗血症	61 (8.6%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	7 (9.5%)
肺の悪性腫瘍	205 (3.9%)	肺の悪性腫瘍	566 (3.9%)	解離性大動脈瘤	193 (5.8%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	52 (7.4%)	徐脈性不整脈	6 (8.1%)
脳血管障害	142 (2.7%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	473 (3.2%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	149 (4.5%)	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	41 (5.8%)	心不全	5 (6.8%)
脳腫瘍	134 (2.5%)	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	455 (3.1%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	147 (4.4%)	徐脈性不整脈	38 (5.4%)	解離性大動脈瘤	4 (5.4%)
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	129 (2.4%)	狭心症、慢性虚血性心疾患	451 (3.1%)	敗血症	130 (3.9%)	心不全	37 (5.2%)	破裂性大動脈瘤	4 (5.4%)
頻脈性不整脈	127 (2.4%)	解離性大動脈瘤	402 (2.8%)	脳梗塞	119 (3.6%)	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	36 (5.1%)	脳梗塞	2 (2.7%)
非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	120 (2.3%)	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	331 (2.3%)	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	98 (3.0%)	腹膜炎、腹腔内膿瘍	18 (2.5%)	アルコール性肝障害	2 (2.7%)
解離性大動脈瘤	114 (2.2%)	肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	311 (2.1%)	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	88 (2.7%)	破裂性大動脈瘤	16 (2.3%)	誤嚥性肺炎	2 (2.7%)

※傷病名はDPC６桁で記載されたものを表示。
※急性心筋梗塞には続発性合併症も含まれる
※腹膜炎、腹腔内膿瘍は女性器臓器を除く。

出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）、様式１　※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

必要度の基準該当別のSOFAスコアと平均滞在日数

○ SOFAスコアが低得点であると、平均滞在日数が短い傾向があった。
○ 必要度の該当別に平均滞在日数比較すると、以下のとおりであった。



出典：令和2年度DPCデータ（様式1、様式3、EFファイル、Hファイル）

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

- 2－1. 重症度、医療・看護必要度について
- 2－2. 滞在日数について
- 2－3. 職員配置状況について
- 2－4. バイオクリーンルームについて

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

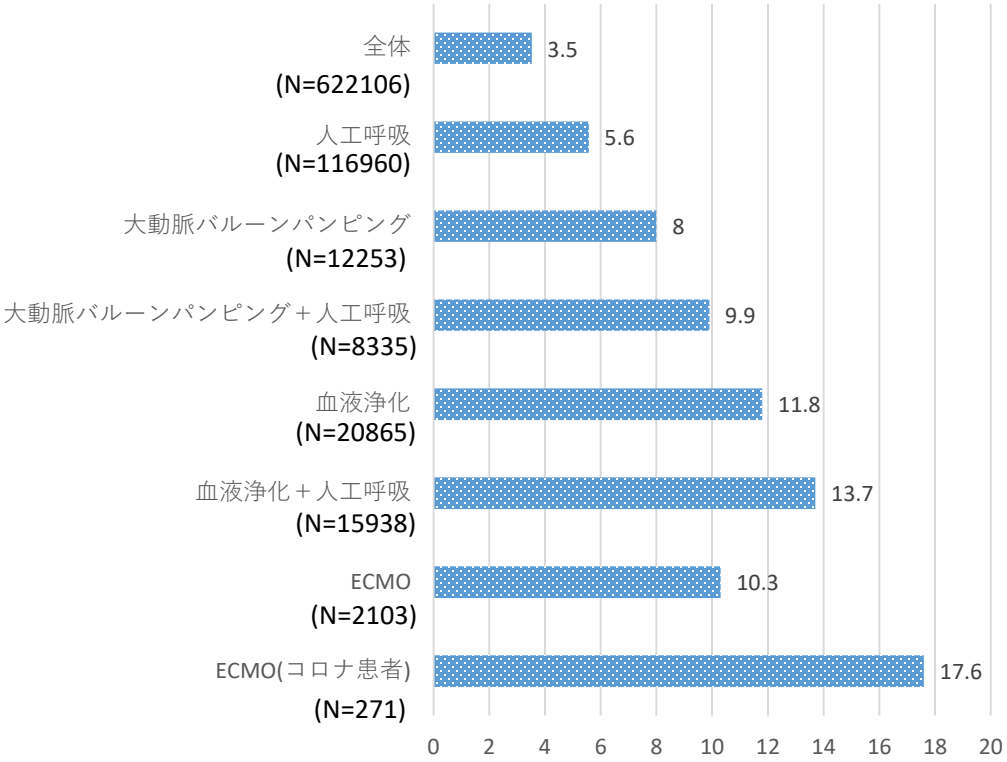
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

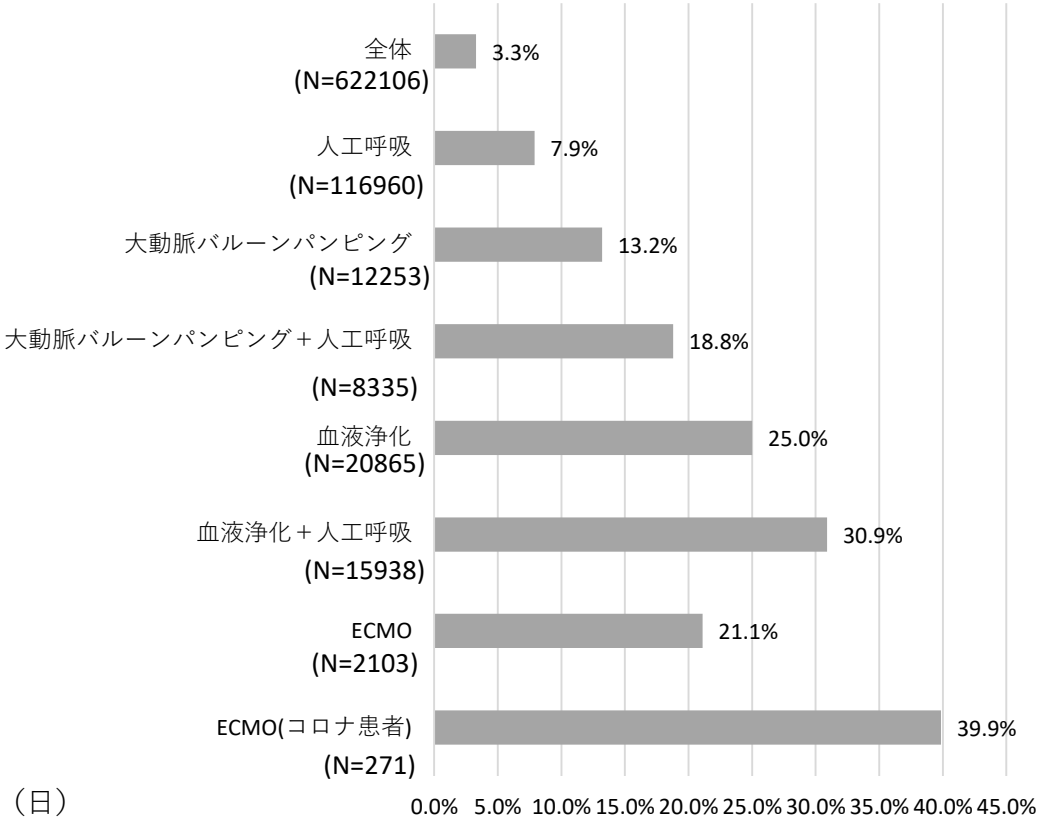
ICU滞在日数の比較①

〇行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。
〇滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。

ICU平均滞在日数※



ICU滞在日数が14日以上の割合



出典：令和元年度DPCデータ
コロナ患者については
日本集中治療医学会JIPADデータ

※コロナ患者については人工呼吸器装着日数の平均。

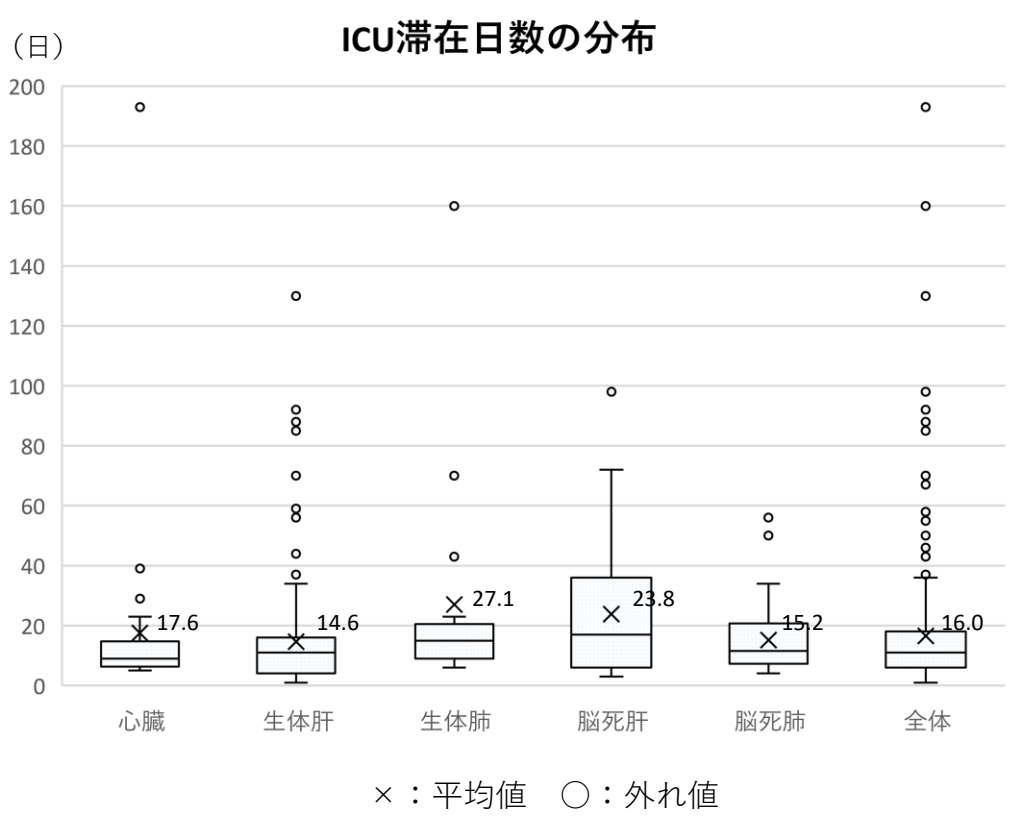
※特定集中治療室管理料１～４又は救命救急入院料１～４を算定する患者について集計を行った。

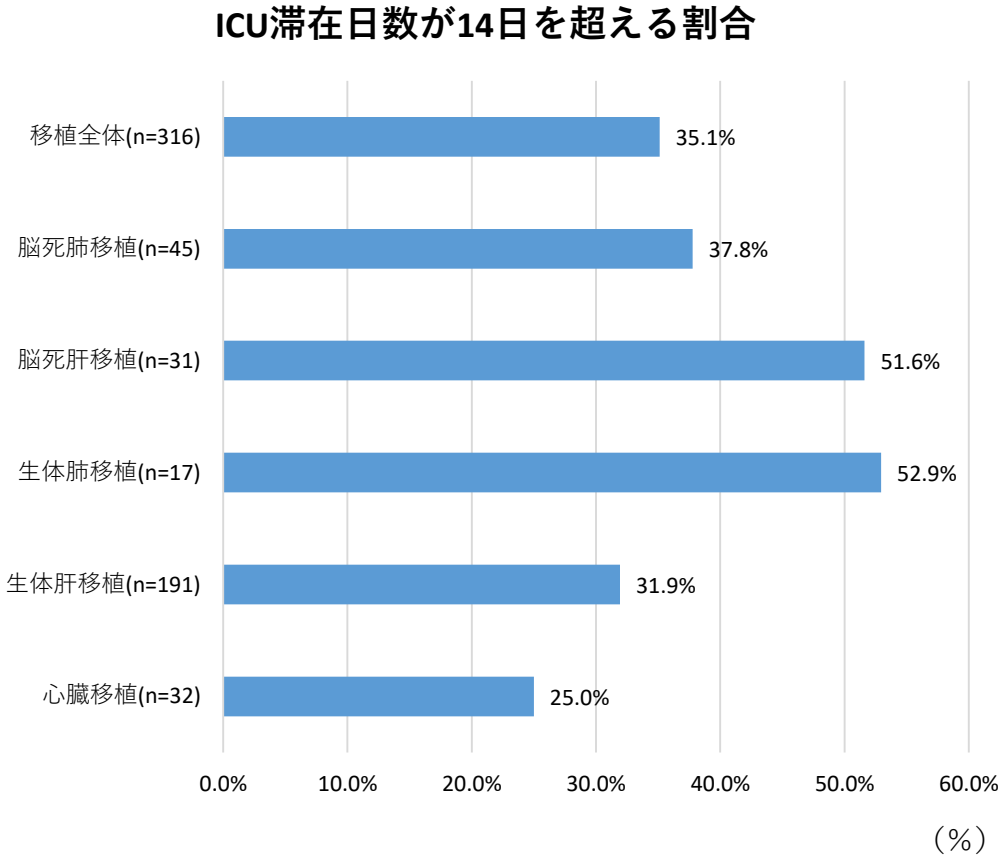
※ここにおいてECMOは「K601人工心肺」、「 K602経皮的心肺補助法 」又は「K602-2経皮的心肺補助法」をICU入室２日目以降も算定している患者を指す

※血液浄化は「J38-2持続緩徐血液濾過」、「 J039血漿交換」、「J040局所灌流 」、 「J041吸着式灌流」又は「 J041-2血球成分除去」の患者を指す

ICU滞在日数の比較③

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





出典：国立大学病院長会議集計データ

集中治療におけるデータベース

○ JIPAD（Japan Intensive care Patient Database）は日本集中治療医学会が運営するデータベースで、データベース登録を行うことで、「ベンチマークを構築し、それを元に各医療機関でシステムや医療の質が改善すること」、「データの二次利用による新たな知見の創出とそれによる患者アウトカムが改善すること」等が期待される。（2021年日本集中治療医学会学術集会発表資料より抜粋）

○ JIPADに登録されたデータを元に、精度の高い死亡予測モデルが構築され、集中治療における治療の選択にも役立てられるようになった。（Endo et al. Journal of Intensive Care (2021) 9:18）

○ 集中治療専門医研修施設343施設のうち25.1%の86施設がJIPADに参加している。JIPAD未参加施設のうち、「準備・検討中」と回答した医療施設が46.6%であり、「データ入力が負担」と回答した施設が36.4%であった。（出典：2019年度集中治療専門医研修施設調査報告）

【JIPADで構築された予測死亡率機能のデモ画面】



Japan Risk of Death (JROD)

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

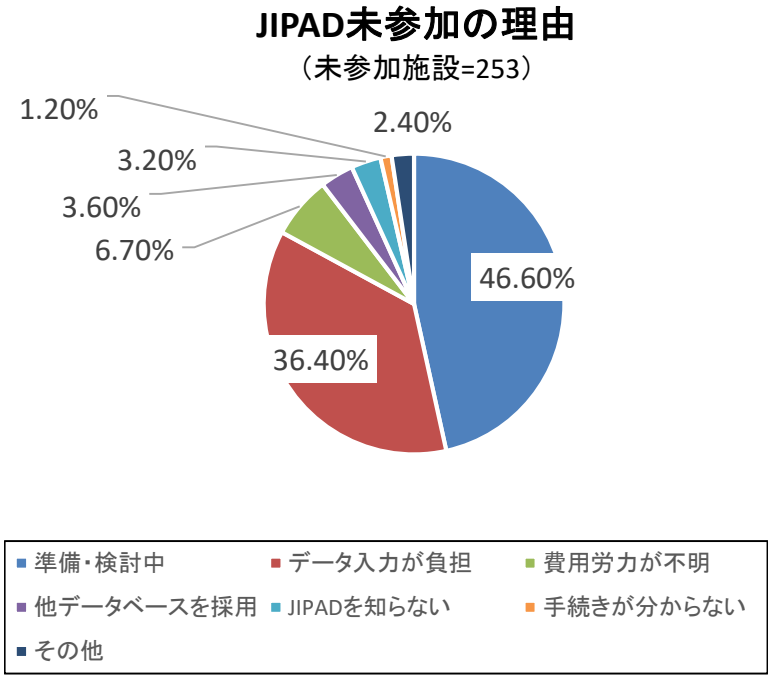
患者背景

	全施設	貴施設
症例数, n	34351	800
年齢, median [IQR], years	70 [60, 78]	70 [59, 78]
男性, n (%)	20979 (61.1)	464 (58.0)
身長, median [IQR], cm	161.0 [153.6, 167.7]	161.0 [152.4, 167.8]
体重, median [IQR], kg	58.0 [50.0, 67.1]	58.0 [49.9, 67.8]
BMI, median [IQR], kg/m2	22.5 [20.1, 25.1]	22.4 [20.1, 25.2]
緊急コール† (%)	733 (2.1)	9 (1.1)
入院-入室, median [IQR], days	6 (16)	6 (10)
心停止蘇生後, n (%)	985 (2.9)	27 (3.4)

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

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

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



出典：2021年日本集中治療医学会学術集会発表資料

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

2－1. 重症度、医療・看護必要度について
2－2. 滞在日数について
2－3. 職員配置状況について
2－4. バイオクリーンルームについて

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

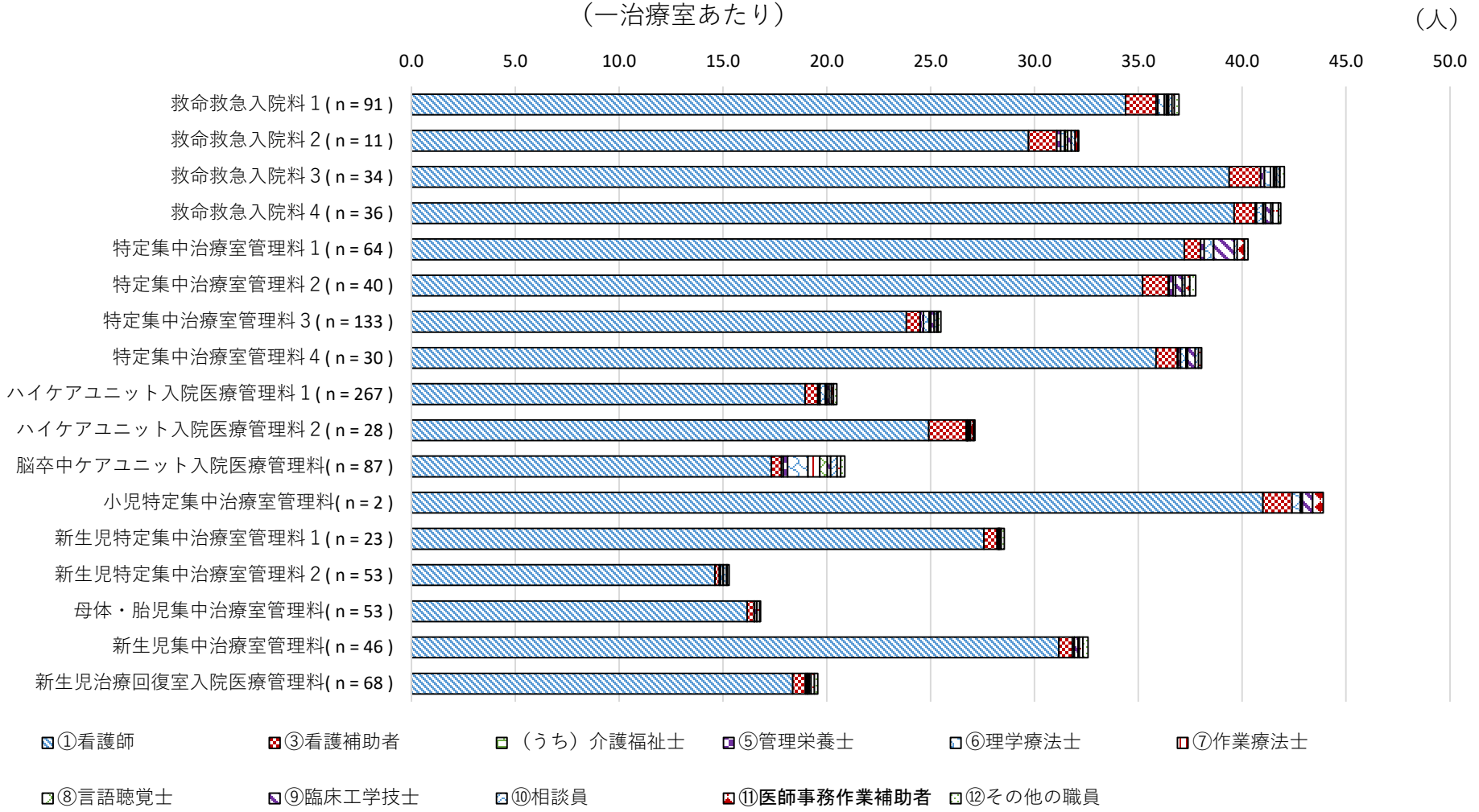
10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

治療室ごとの多職種配置状況

○　各治療室の職員配置状況は以下のとおりであった。

病棟に配置されている職員数（常勤換算）（令和３年６月１日時点）
（一治療室あたり）



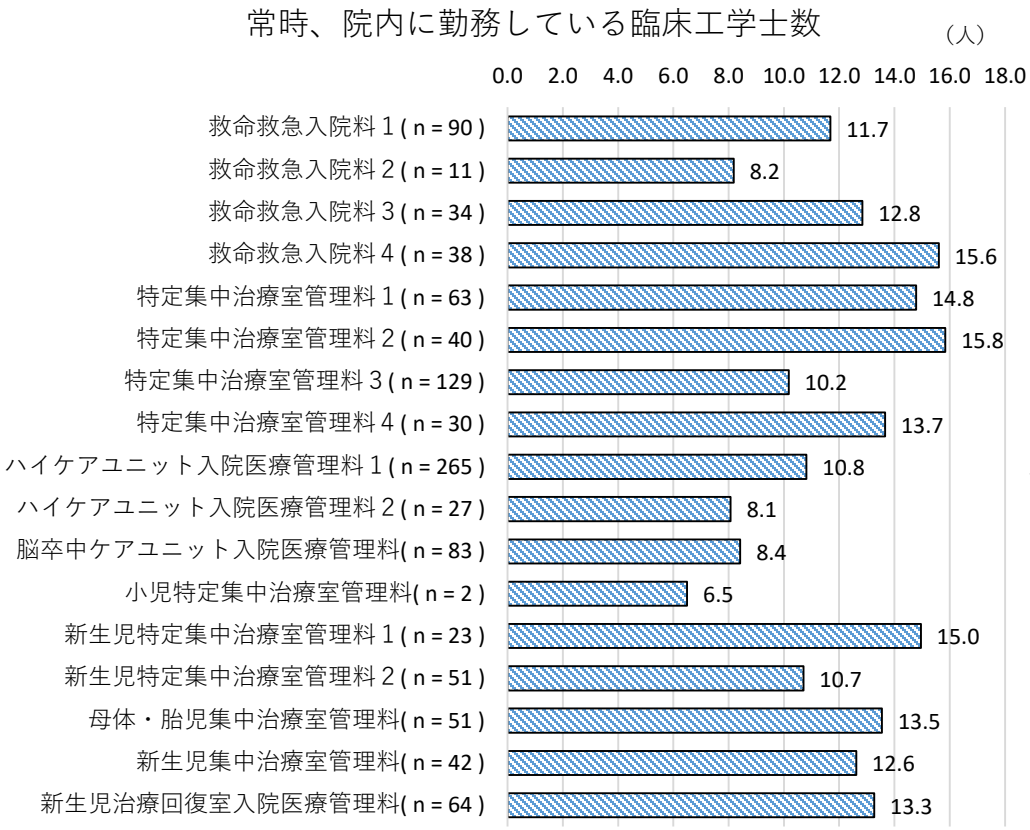
出典：令和３年度入院医療等の調査（治療室票）

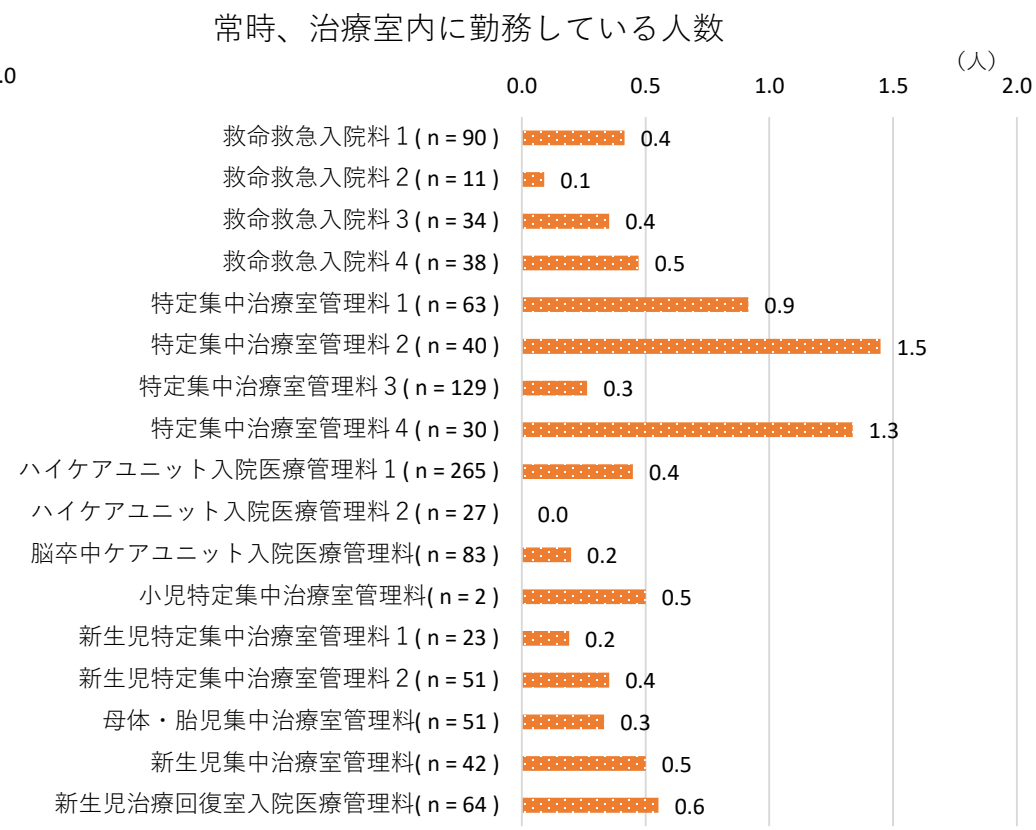
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

治療室ごとの臨床工学技士の配置状況

○　常時、院内又は特定集中治療室内に勤務している臨床工学技士数を、治療室ごとに比較すると、以下のとおりであった。

臨床工学技士の配置状況





出典：令和３年度入院医療等の調査（治療室票）※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

治療室における適切な研修を修了した看護師に係る施設基準

特定集中治療室管理料1・2の施設基準

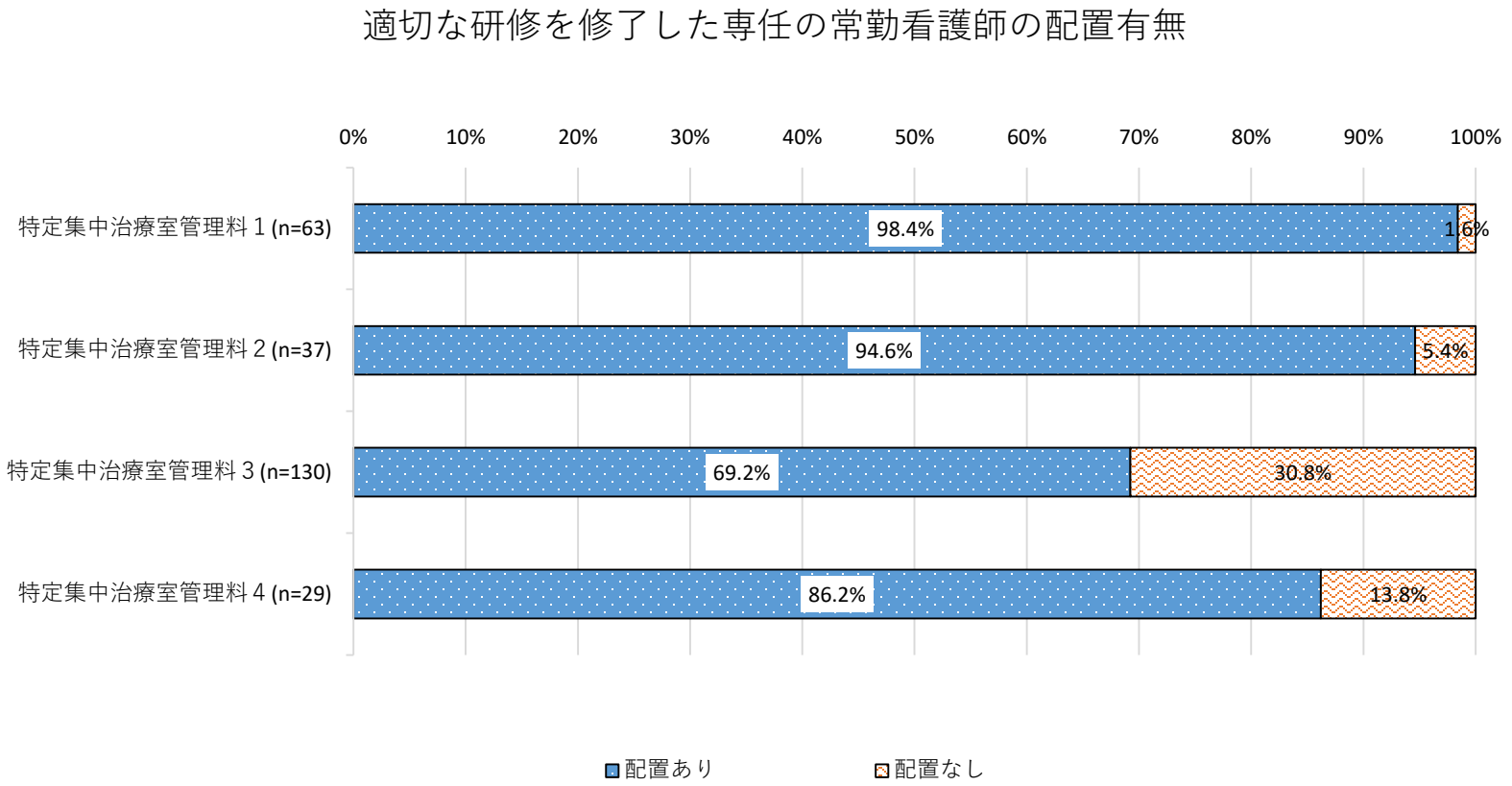
・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上 ・集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ・当該治療室内に週20時間以上配置 ※専任の常勤看護師2名組み合わせることにより、週20時間以上配置しても差し支えない（重複する時間帯については1名についてのみ計上）	「適切な研修」とは、 国又は医療関係団体等が主催する600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37 条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること

「適切な研修」の内容

		認定・専門・特定行為における分野	2021年度～新たな認定看護分野
■ A301　特定集中治療室管理料１ ■ A301　特定集中治療室管理料２	14,211点（７日以内） 12,633点（８日以上14日以内）	**認定看護師の分野** ・救急看護 ・集中ケア → ・クリティカルケア ・新生児集中ケア → ・新生児集中ケア ・小児救急看護 → ・小児プライマリケア	**認定看護師の分野**
		専門看護師の分野 ・急性・重症患者看護	
		特定行為研修において該当する区分 以下の８区分全てを研修が修了した場合 ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人口呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	

適切な研修を修了した看護師の配置状況

○　適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料３では約７割、特定集中治療室管理料４では８割以上の施設で配置されていた。



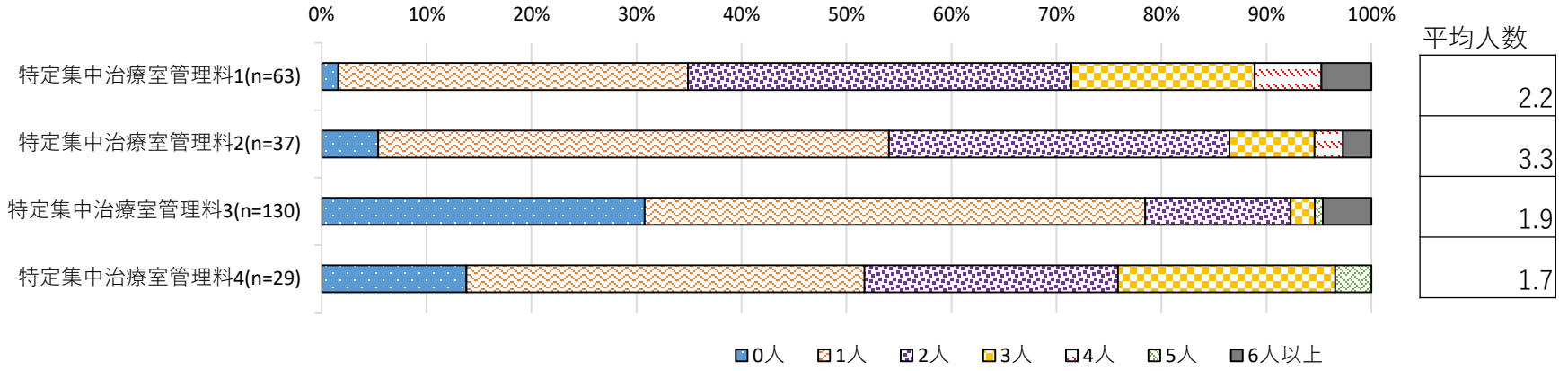
出典：令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

※無回答は除く ※簡易な報告により新たに治療室となった治療室は除く

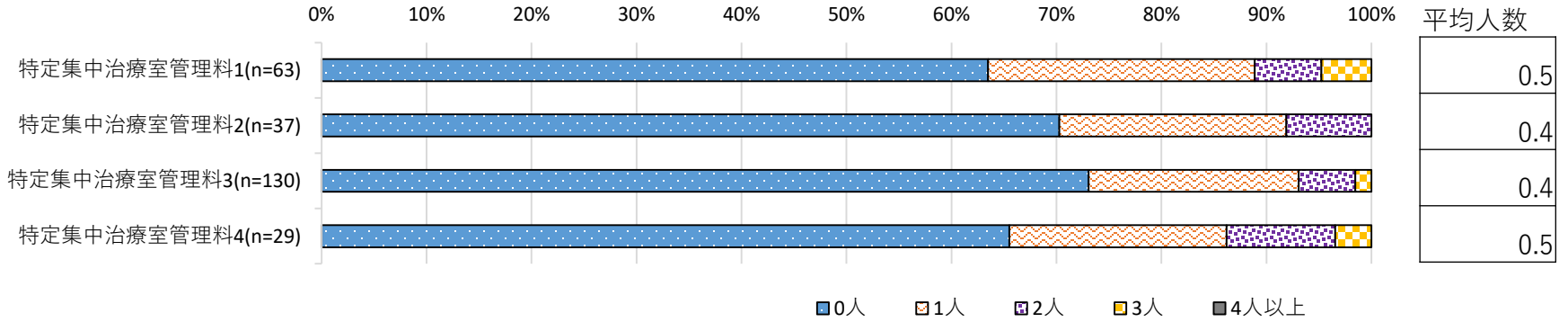
適切な研修を修了した看護師の配置人数

○　特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室１では平均２人を超えており、特定集中治療室２では３人を超えていた。
○　適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、１人以上配置している割合が、３割前後であった。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置状況



適切な研修を修了した専任の常勤看護師のうち、
特定行為研修修了者の配置状況



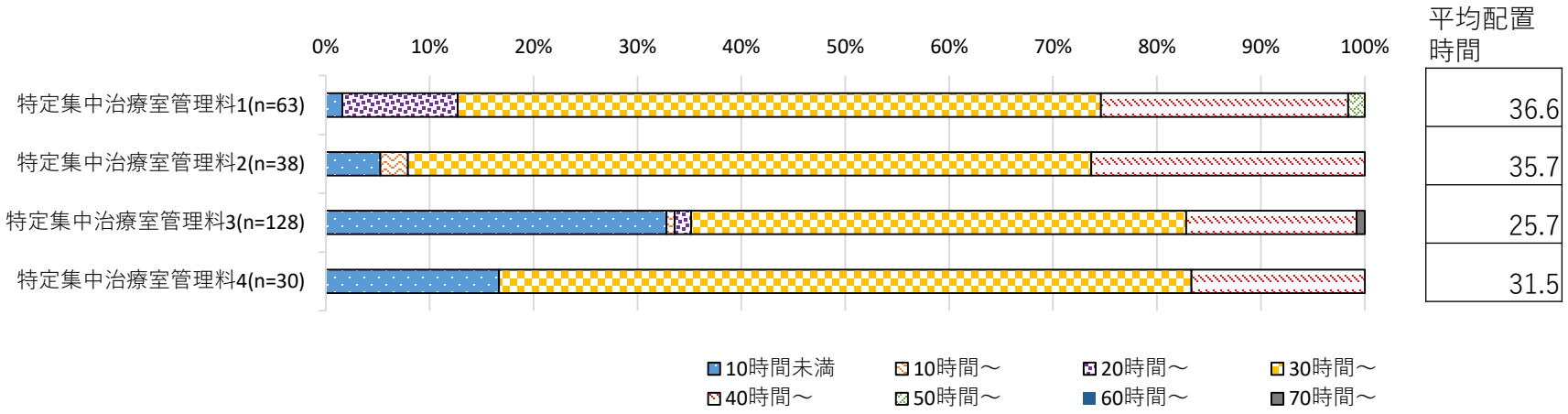
出典：令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

※無回答は除く　※簡易な報告により新たに治療室となった治療室は除く

適切な研修を修了した看護師の配置時間数

○　特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置時間数をみると、看護師１名あたりの配置時間は、特定集中治療室１・２・４では、１週間あたり30時間を超えていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師一人当たり配置時間平均配置時間
（1週間の延べ配置時間数）



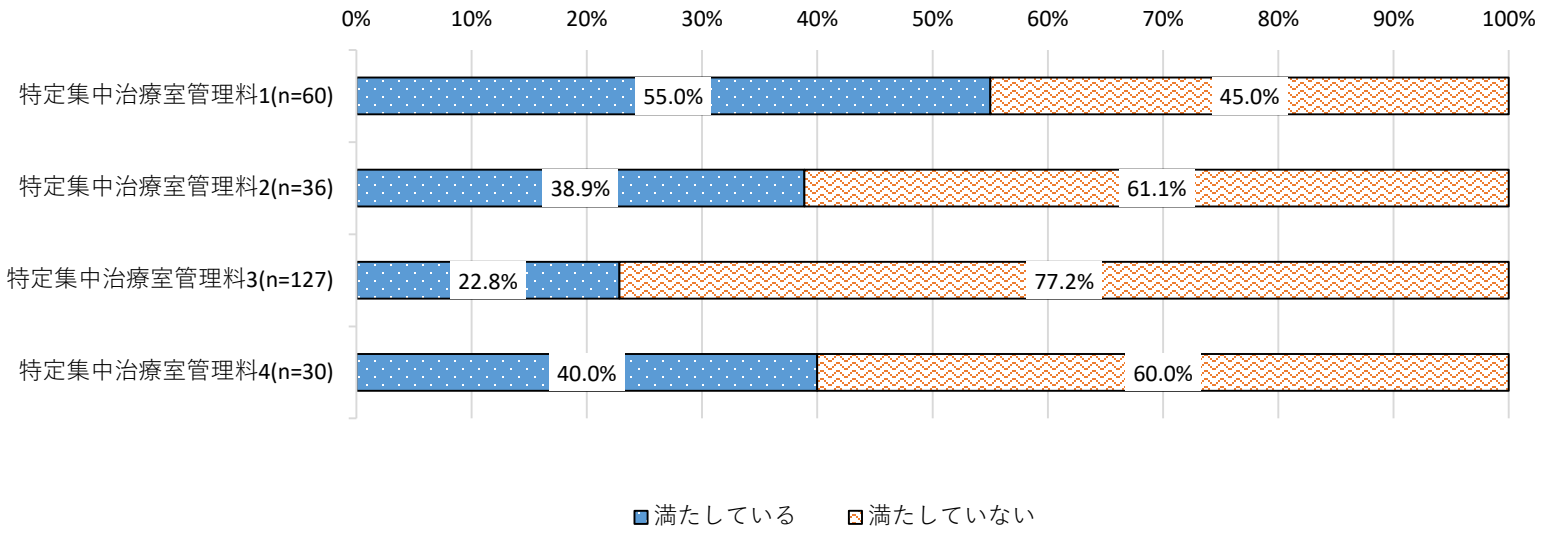
平均配置時間
36.6
35.7
25.7
31.5

出典：令和３年度入院医療　等における実態調査（治療室票）　※無回答は除く　※簡易な報告により新たに治療室となった治療室は除く

特定集中治療室の看護師要件における配置状況

○　特定集中治療室管理料における看護師配置要件について、常勤看護師を２名組み合わせることにより配置要件を満たしているのは、特定集中治療室１では５割を超えていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより
20時間の配置要件を満たしているか



出典：令和３年度入院医療等における実態調査（治療室票）

※無回答は除く ※簡易な報告により新たに治療室となった治療室は除く

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

2－1. 重症度、医療・看護必要度について
2－2. 滞在日数について
2－3. 職員配置状況について
2－4. バイオクリーンルームについて

3. 短期滞在手術等基本料について

4. DPC/PDPSについて

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

7. 療養病棟入院基本料について

8. 障害者施設等入院基本料等について

9. 救急医療管理加算について

10. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

11. 横断的個別事項について

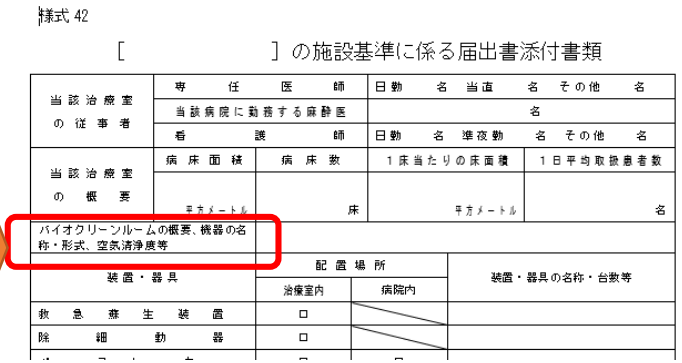
バイオクリーンルーム要件について

○　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	
	看護師		日勤名 準夜勤名 その他名	
当該治療室の概要	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
	治療室内	病院内	
救急蘇生装置	口		
除細動器	口		

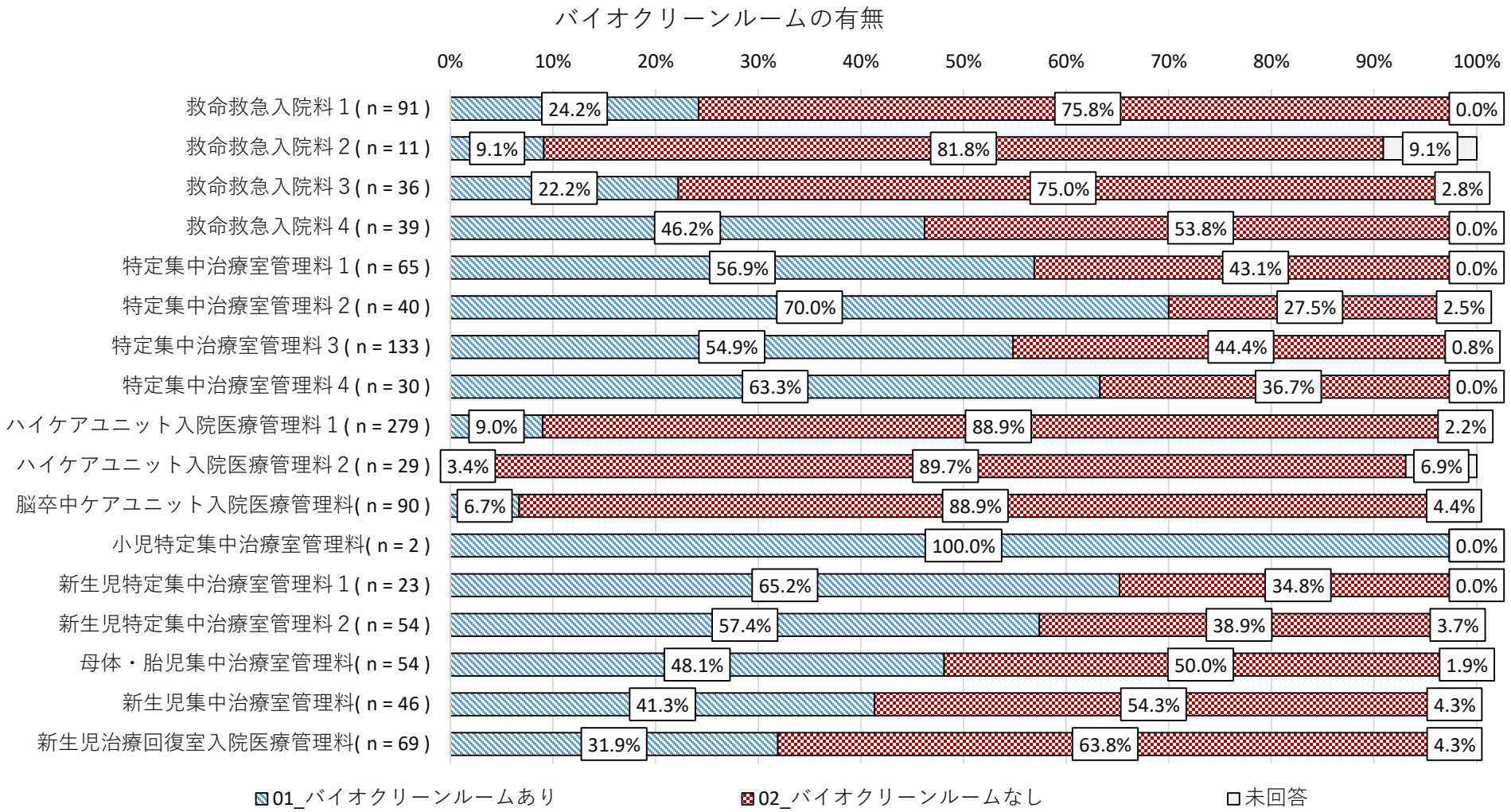
ISO清浄度クラス	上限濃度（個/m³） 測定粒径					
	0.1μm	0.2μm	0.3μm	0.5μm	1μm	5μm
1	10					
2	100	24	10			
3	1,000	237	102	35		
4	10,000	2,370	1,020	352	83	
5	100,000	23,700	10200	3,520	832	
6	1,000,000	237,000	102,000	35,200	8,320	293
7				352,000	83,200	2,930
8				3,520,000	832,000	29,300
9				35,200,000	8,320,000	293,000

（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

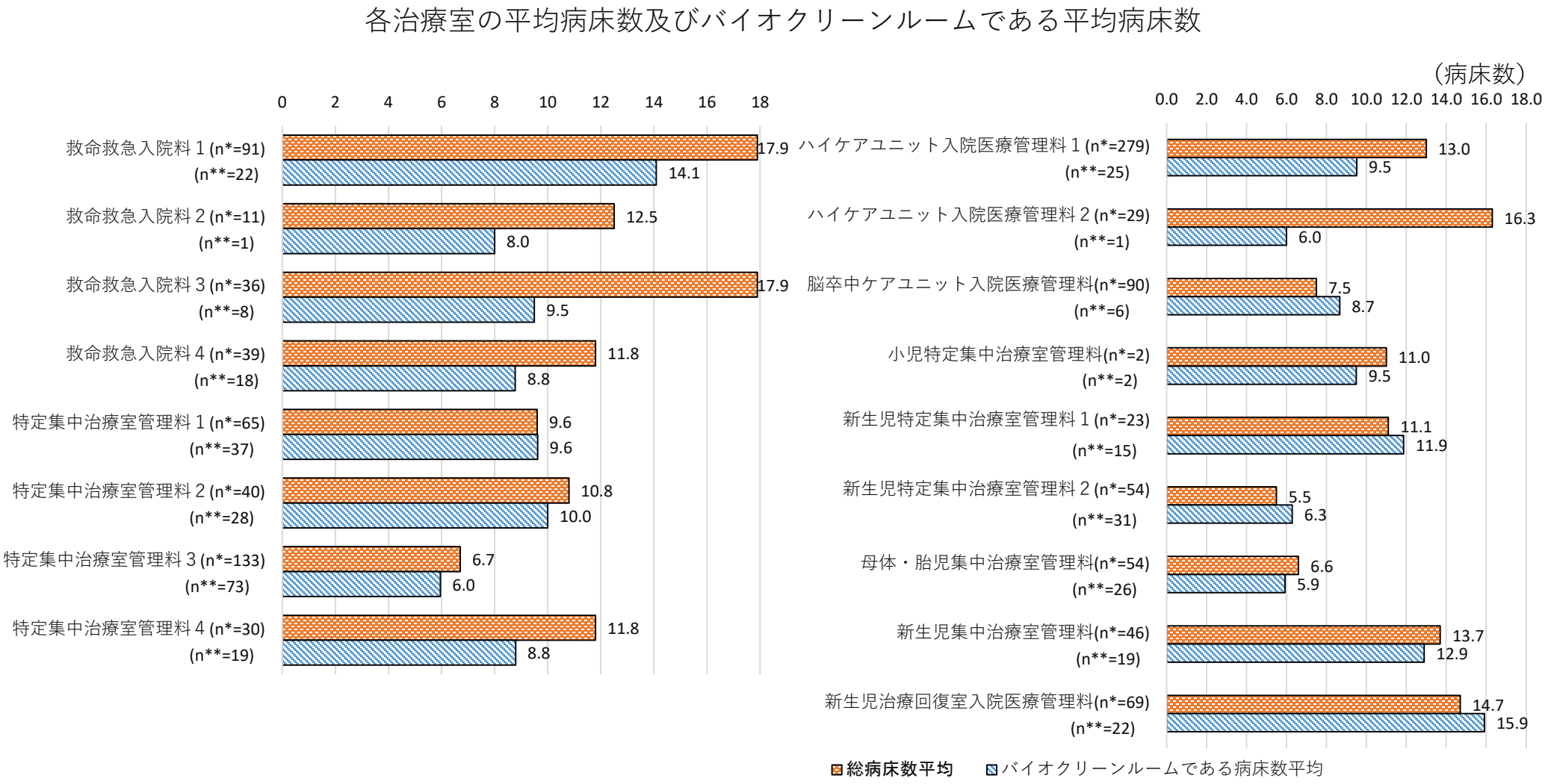
○　各治療室ごとのバイオクリーンルームの設置状況は以下のとおりであった。



出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）　※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

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。

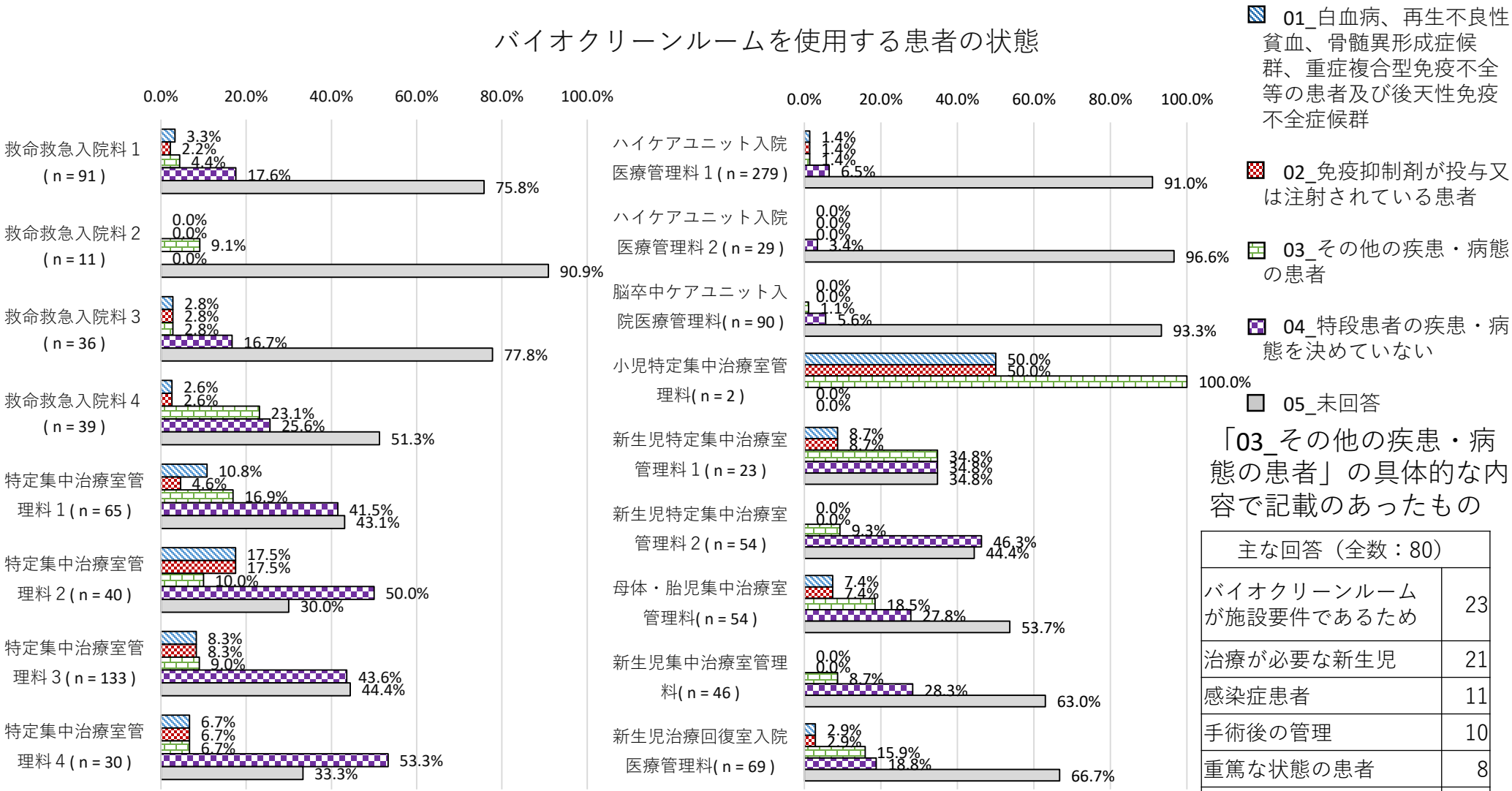


出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）※簡易な報告により新たに治療室となった治療室を除く

※（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。



「03_その他の疾患・病態の患者」の具体的な内容で記載のあったもの

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

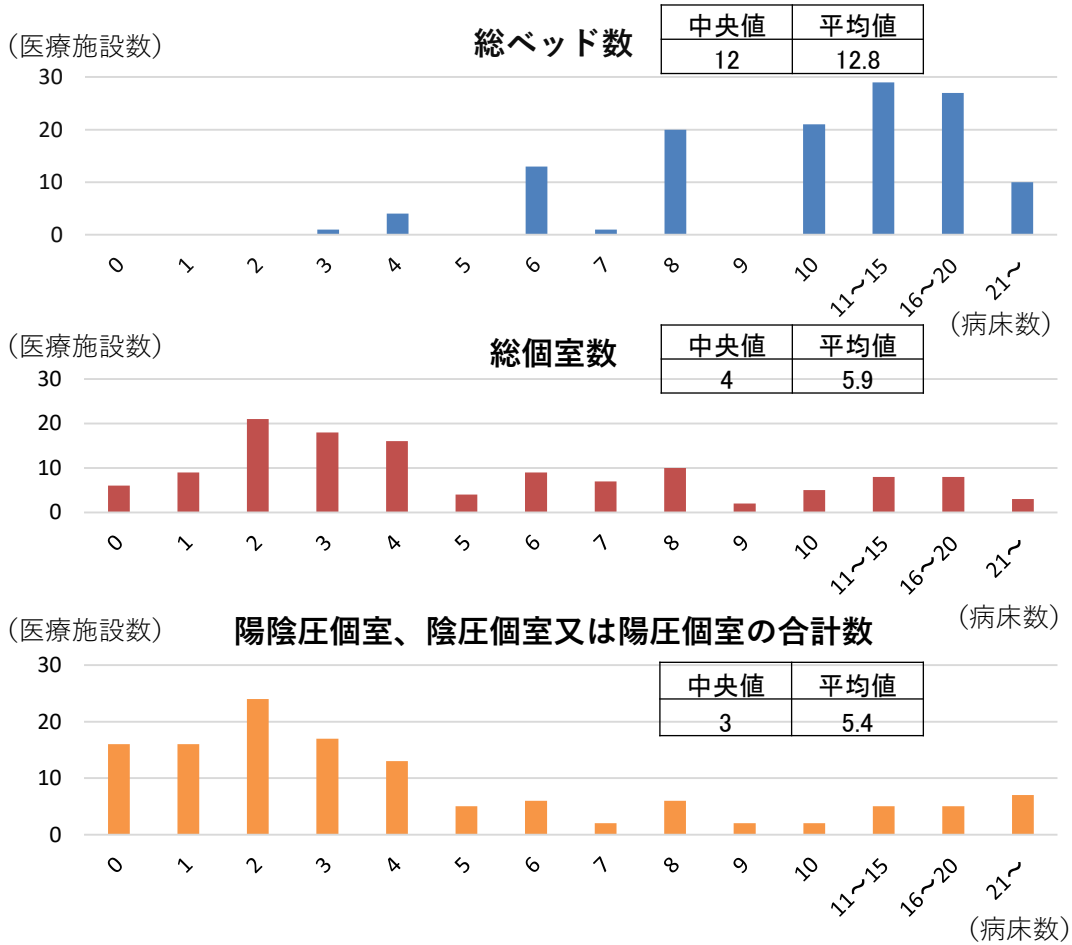
※簡易な報告により新たに治療室となった治療室を除く

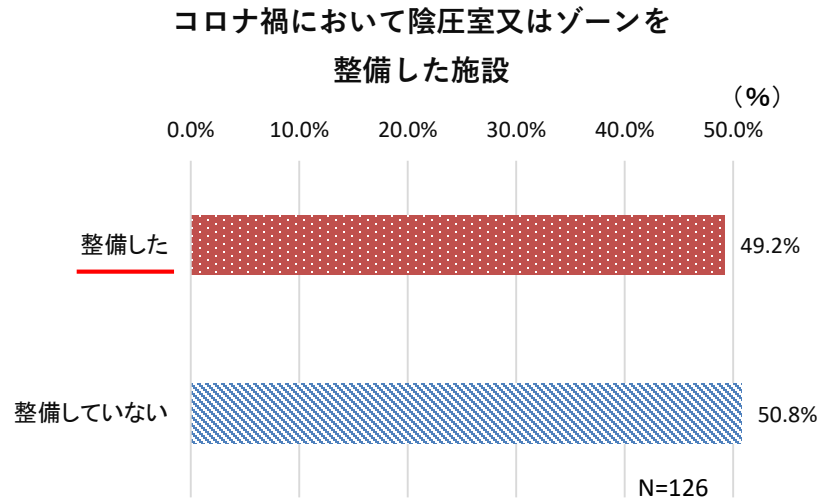
※「03_その他の疾患・病態の患者」の具体的な内容については自由記載欄内容のうち、同趣旨と考えられる内容をまとめて集計。

出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

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

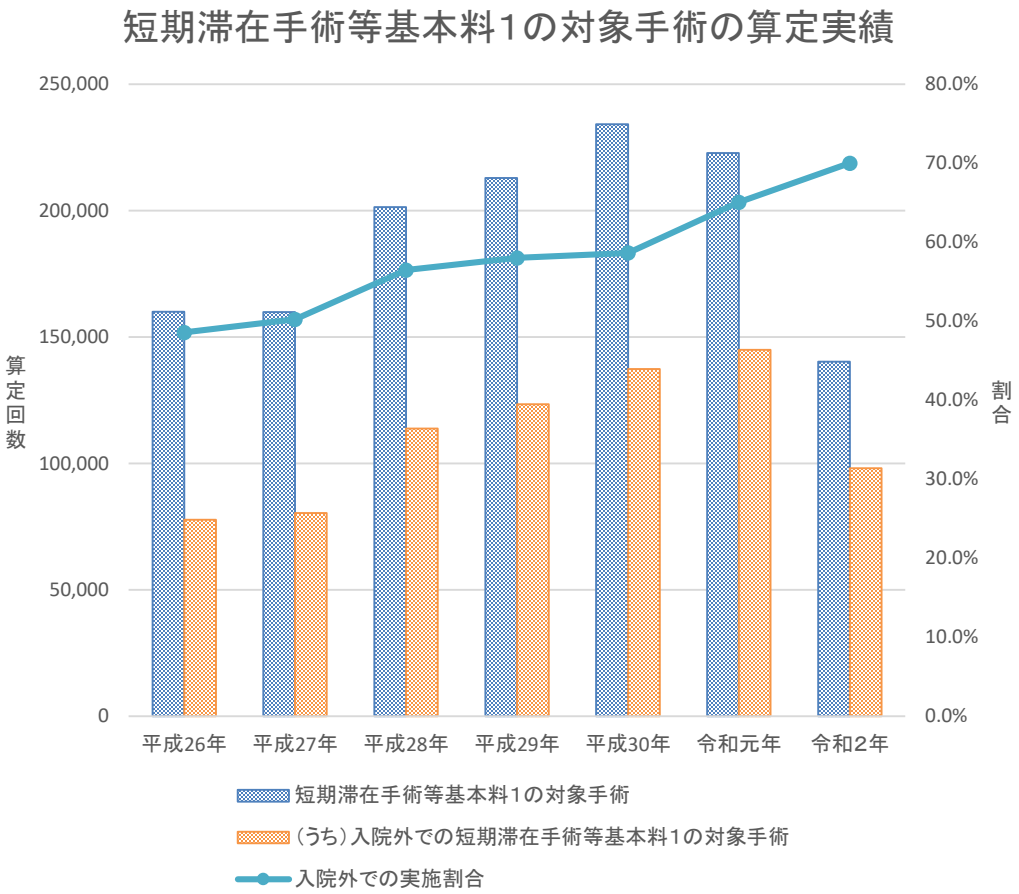
（中略）しかし、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はない。

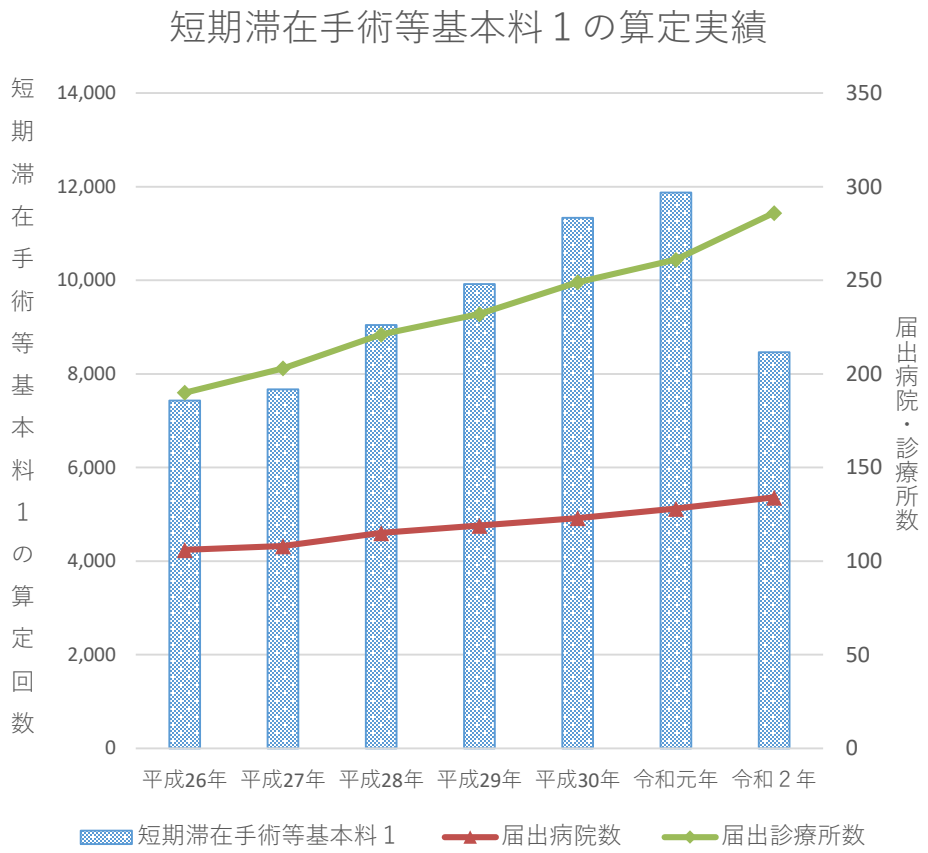
（中略）したがって、本改訂では“指針”において、**“集中治療部にはISO 基準によるクラス7、NASA 基準によるクラス10,000～100,000 程度の清浄空気が供給されることを推奨する”の記載は削除し、“HEPA フィルター設置により手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室をユニット内に適正数配備することが望ましい”とする文言に置き換える。**

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

短期滞在手術等基本料１の年次推移

○　短期滞在手術等基本料１の対象となっている手術は、入院外での実施割合が増加していた。
○　短期滞在手術等基本料１の算定回数は、令和元年まで増加を続けていた。届出病院・診療所数は、いずれも令和２年まで増加を続けていた。

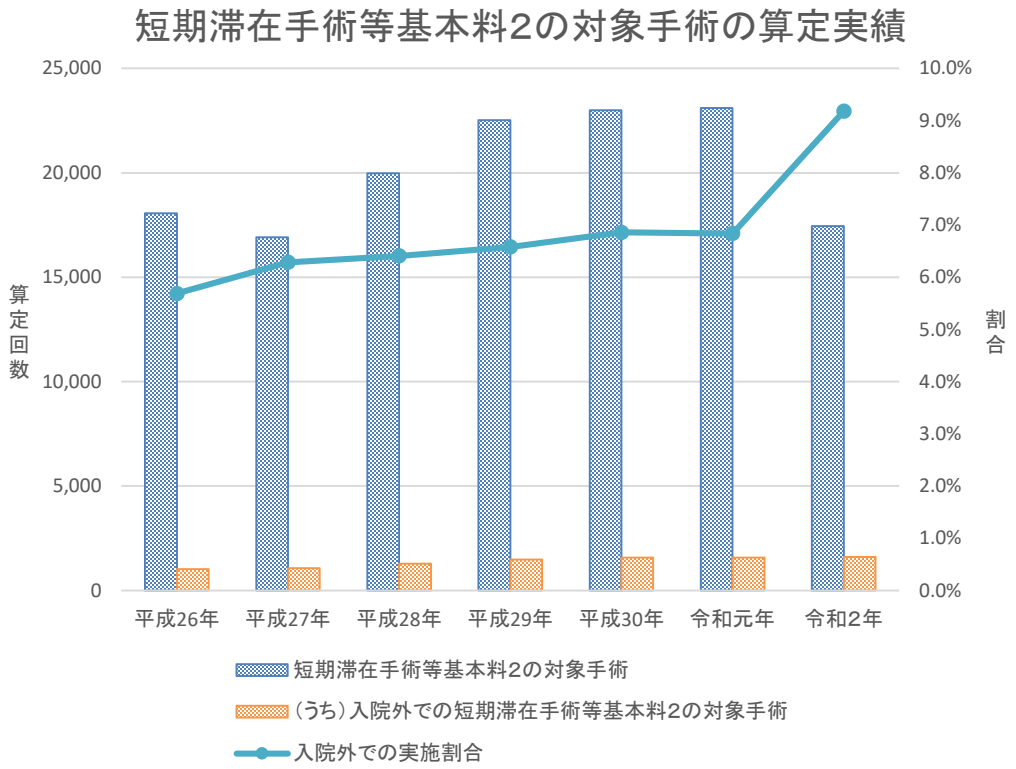


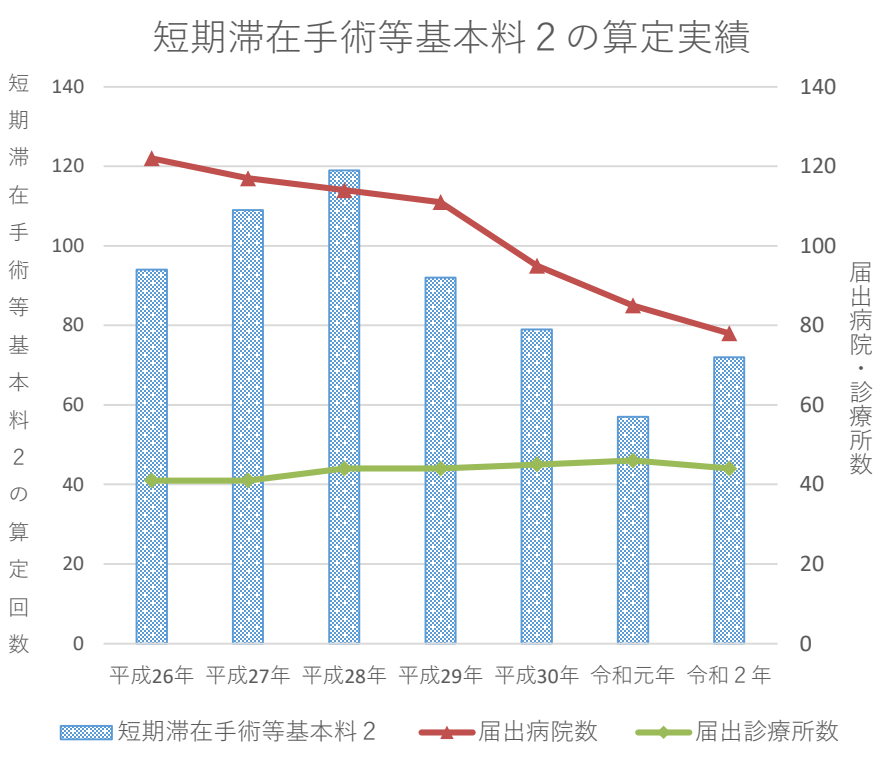


出典：
（算定回数）社会医療診療行為別統計　各年6月審査分
（届出医療機関数）保険局医療課調べ　各年7月1日時点

短期滞在手術等基本料２の年次推移

○　短期滞在手術等基本料２の対象となっている手術は、入院外で実施される割合は低いものの、一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。
○　短期滞在手術等基本料２の算定回数は平成28年度以降、減少傾向であり、近年は数十回程度となっていた。
○　短期滞在手術等基本料２の届出病院数は減少傾向、届出診療所数は横ばいとなっていた。





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

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

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

短期滞在手術等基本料２の平成30年と令和２年の比較

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

短期滞在手術等基本料2	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）	
手術名称	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
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
靱帯断裂縫合術　十字靱帯	0	－	5	23.60	7	14.29	0	－	2	14.00	9	12.33
靱帯断裂縫合術　膝側副靱帯	0	－	19	21.53	107	17.40	0	－	23	22.52	104	18.51
靱帯断裂縫合術　指（手、足）その他の靱帯	0	－	498	8.40	1,917	7.41	0	－	598	8.72	1,631	7.74
関節鏡下靱帯断裂縫合術　十字靱帯	0	－	22	14.32	131	15.89	0	－	25	16.56	131	16.72
関節鏡下靱帯断裂縫合術　膝側副靱帯	0	－	6	17.83	40	14.48	0	－	3	10.00	24	16.63
関節鏡下靱帯断裂縫合術　指（手、足）その他の靱帯	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
子宮附属器腫瘍摘出術（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

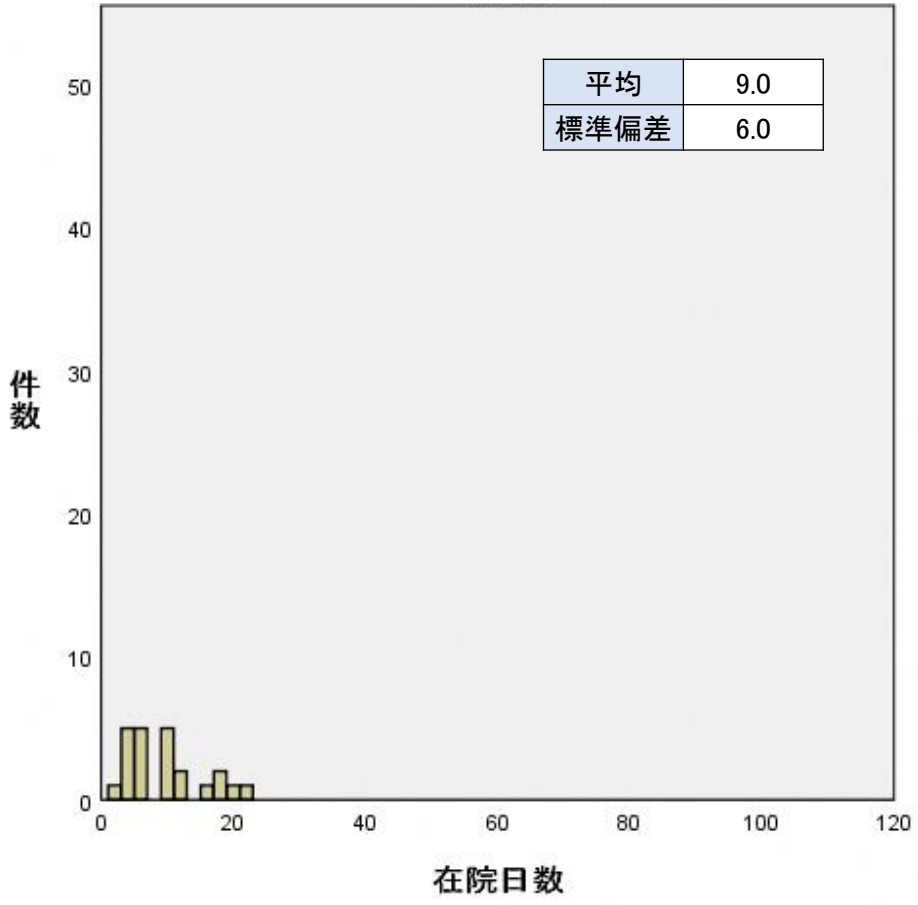
出典：DPCデータ（各年度1年分）

K0671　関節鏡摘出手術　肩、股、膝

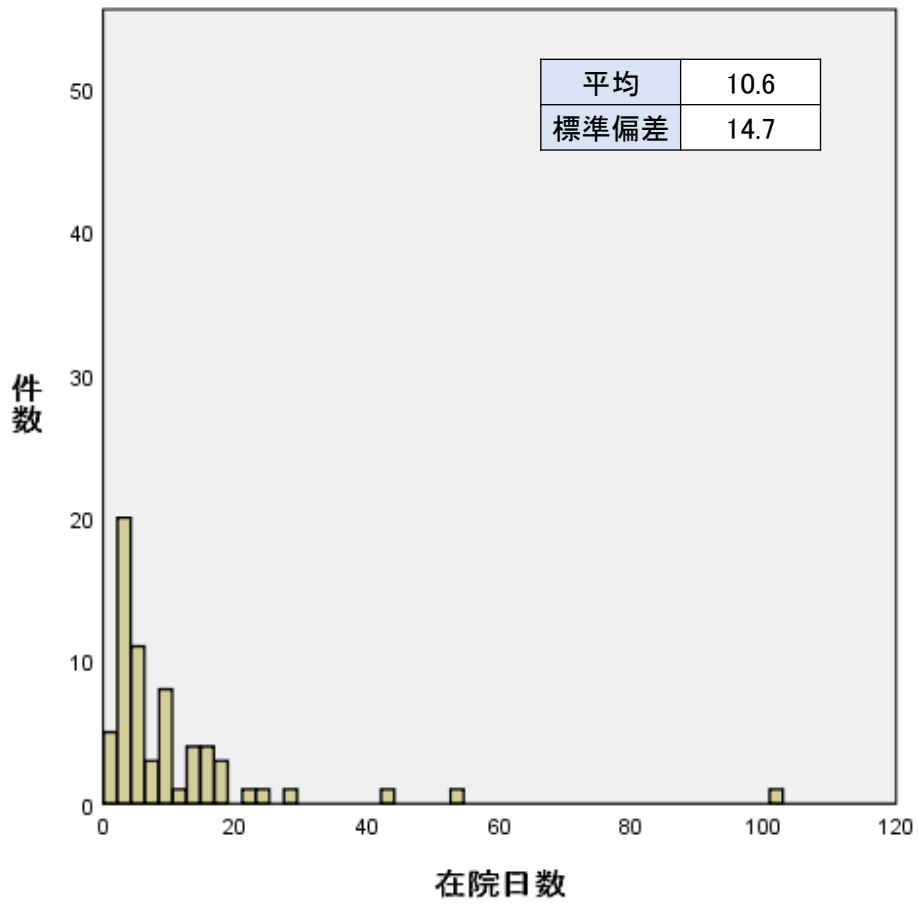
○　関節鏡摘出手術　肩、股、膝については、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.0日、標準偏差は6.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は10.6日、標準偏差は14.7日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

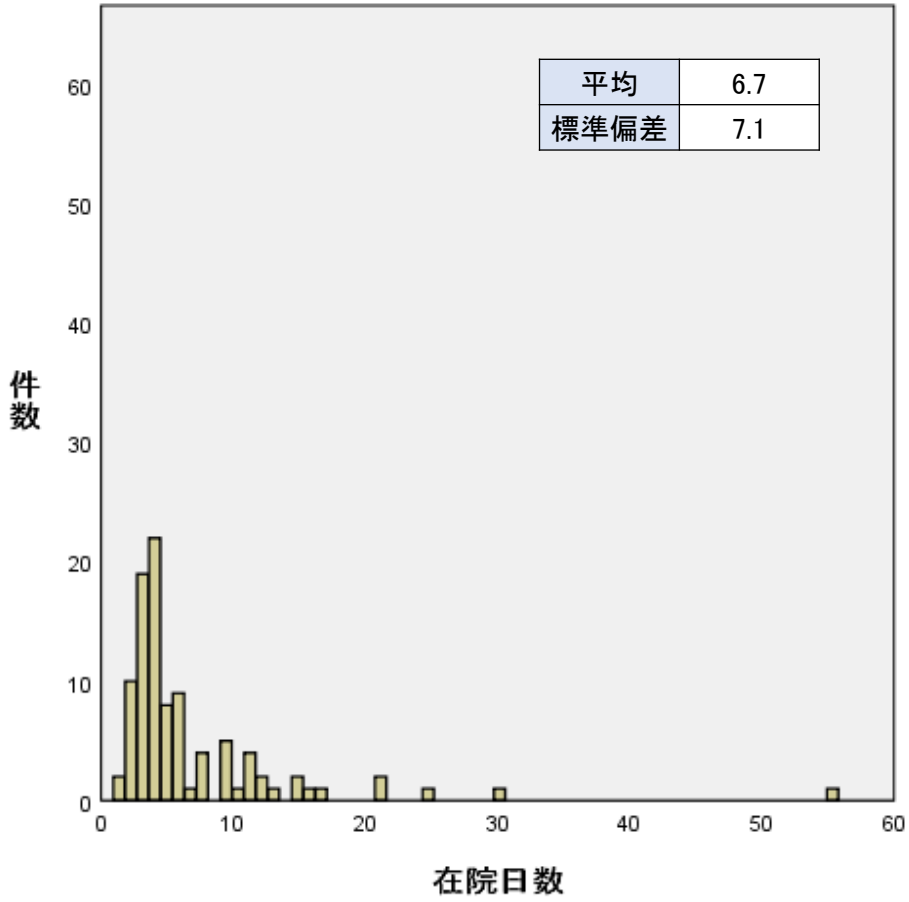
K0672　関節鼠摘出手術　胸鎖、肘、手、足

診調組　入－4
３．１０．１

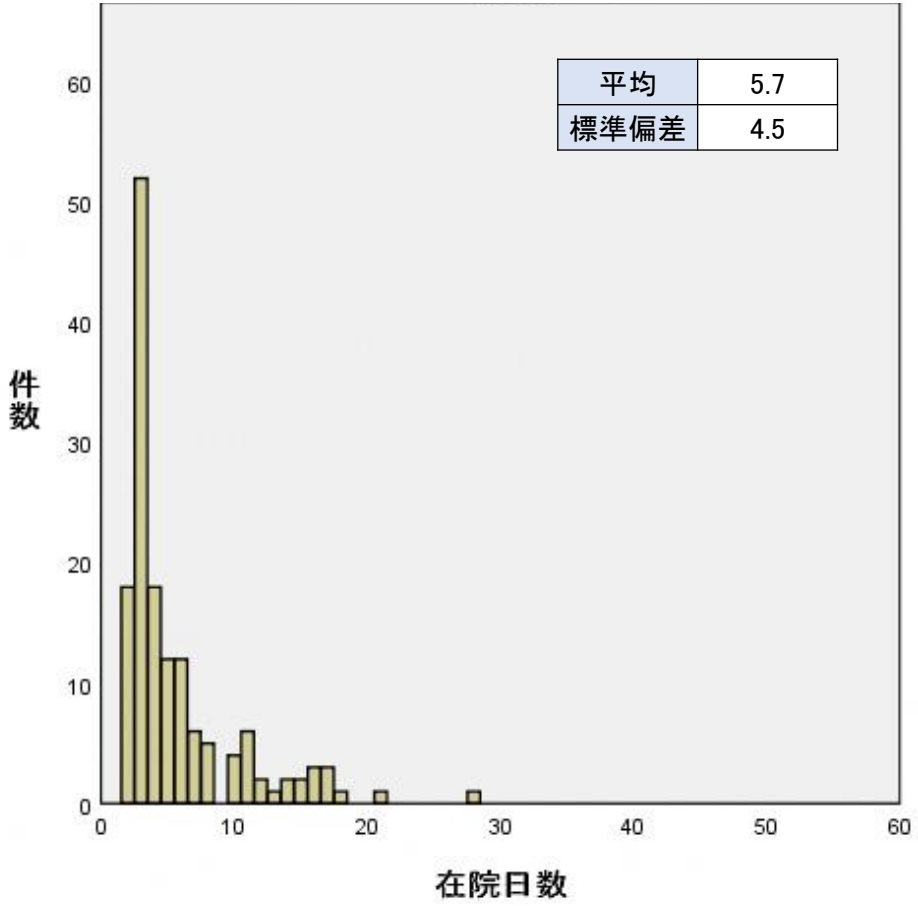
○　関節鼠摘出手術　胸鎖、肘、手、足については、DPC対象病院以外の平均在院日数は6.7日、標準偏差は7.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.7日、標準偏差は4.5日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



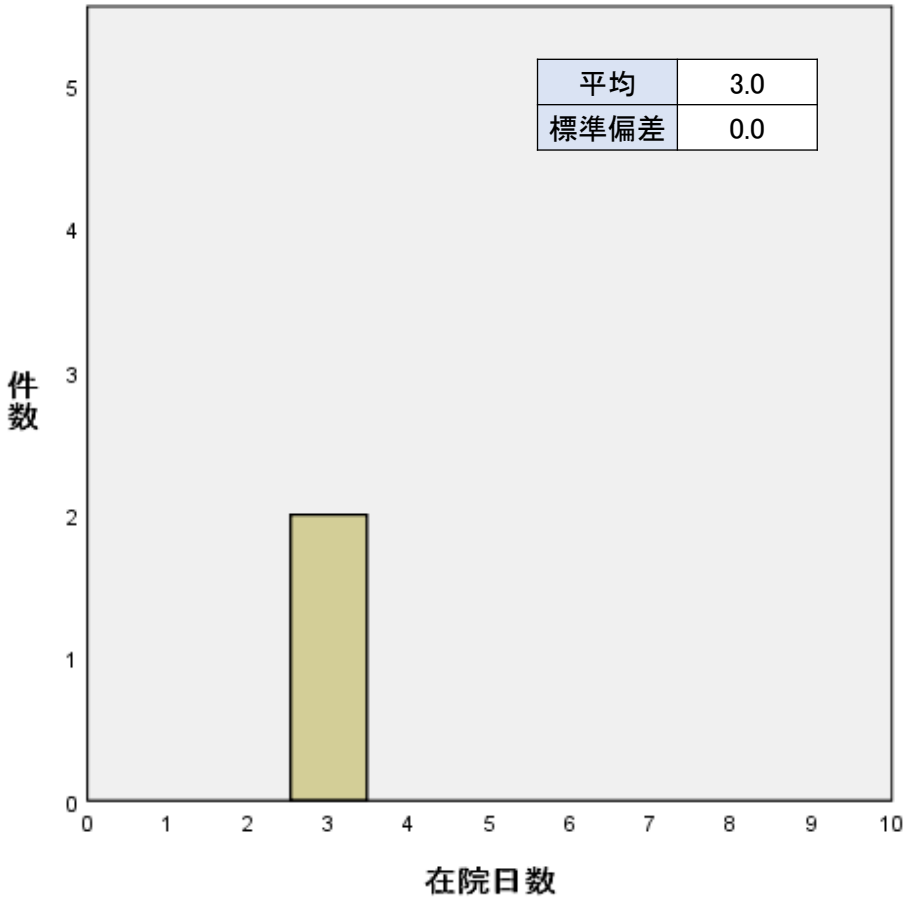
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K0673　関節鏡摘出手術　肩鎖、指(手、足)

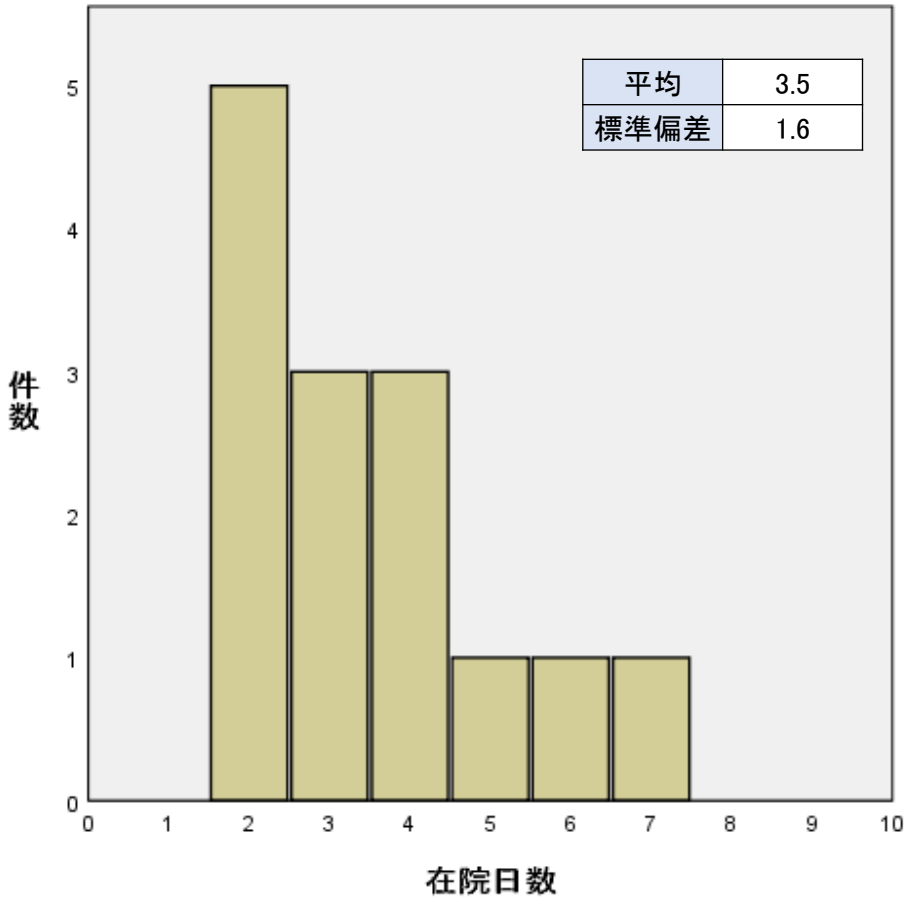
○　関節鏡摘出手術　肩鎖、指(手、足)については、DPC対象病院以外の平均在院日数は3.0日、標準偏差は0.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は3.5日、標準偏差は1.6日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



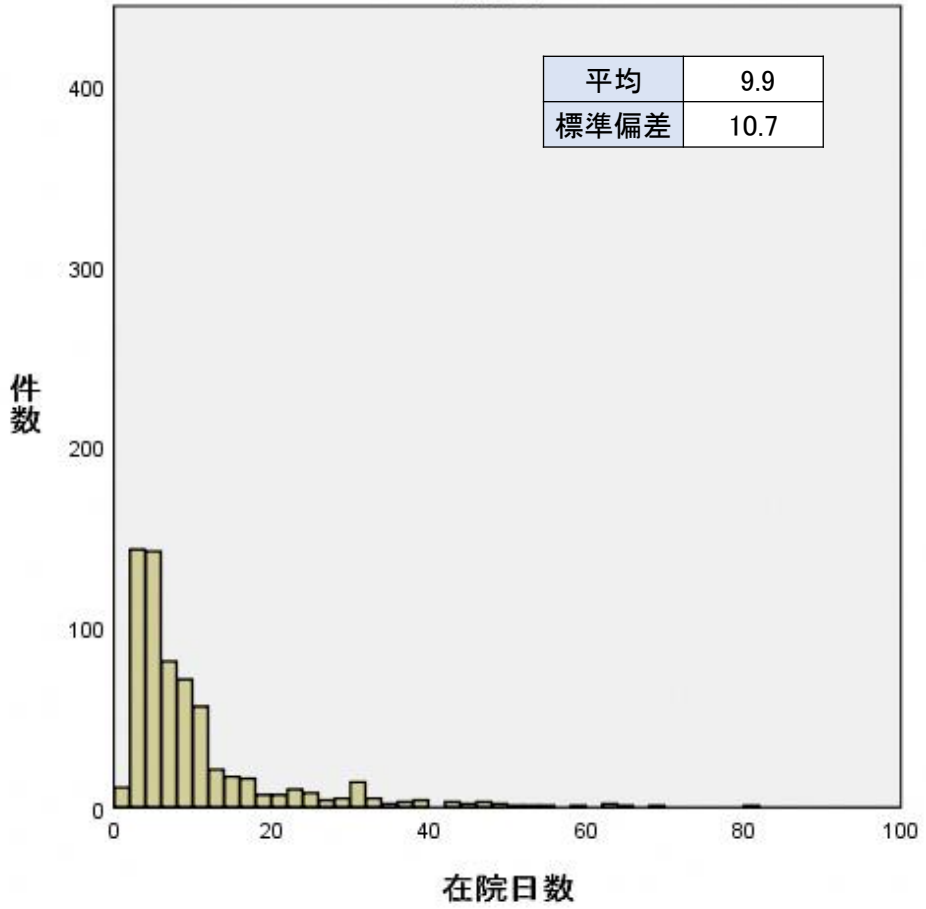
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K067-21　関節鏡下関節鼠摘出手術　肩、股、膝

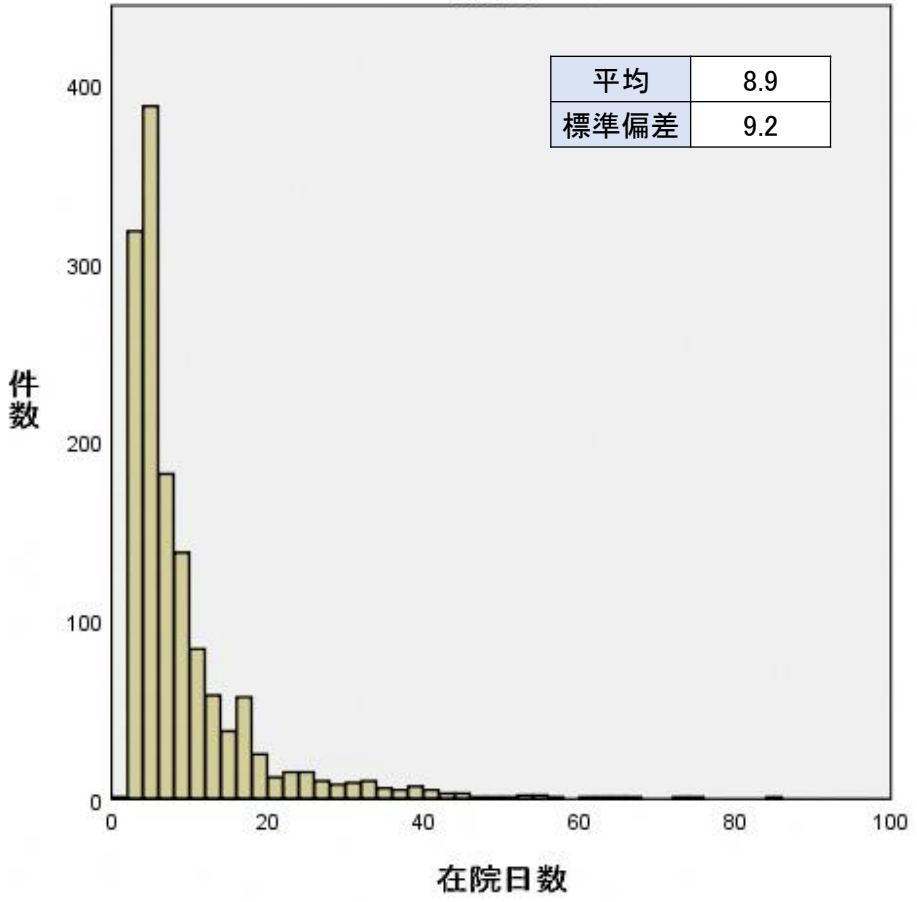
○　関節鏡下関節鼠摘出手術　肩、股、膝については、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.9日、標準偏差は10.7日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は8.9日、標準偏差は9.2日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



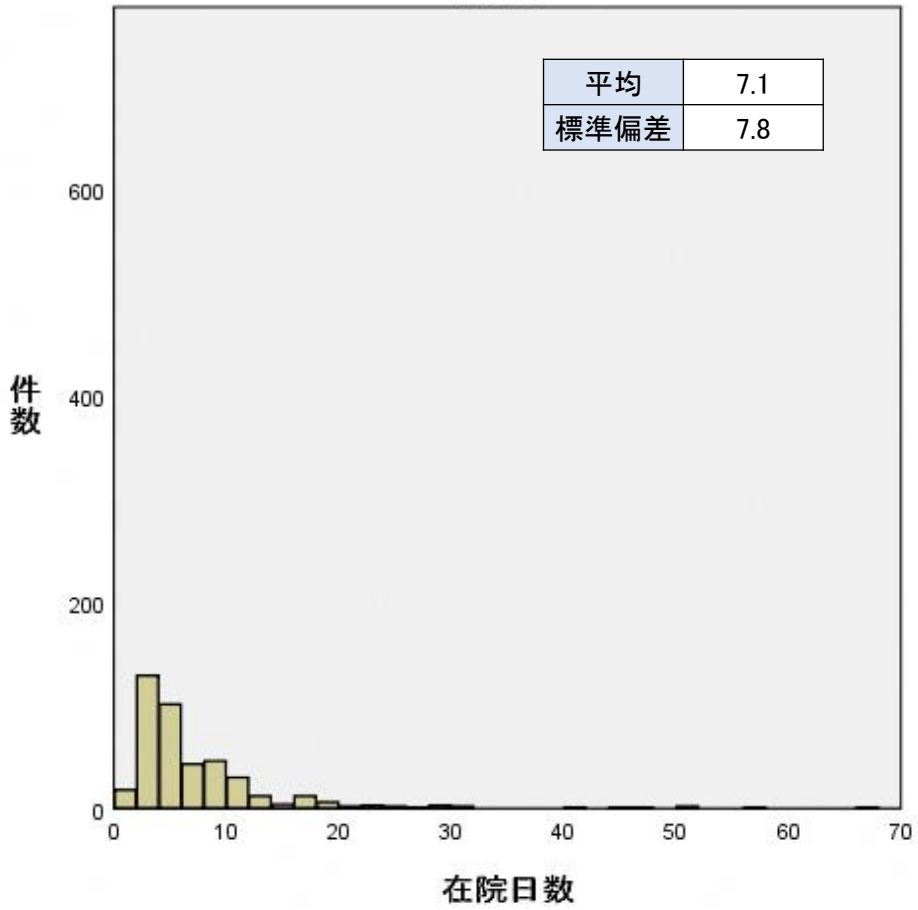
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K067-22　関節鏡下関節鼠摘出手術　胸鎖、肘、手、足

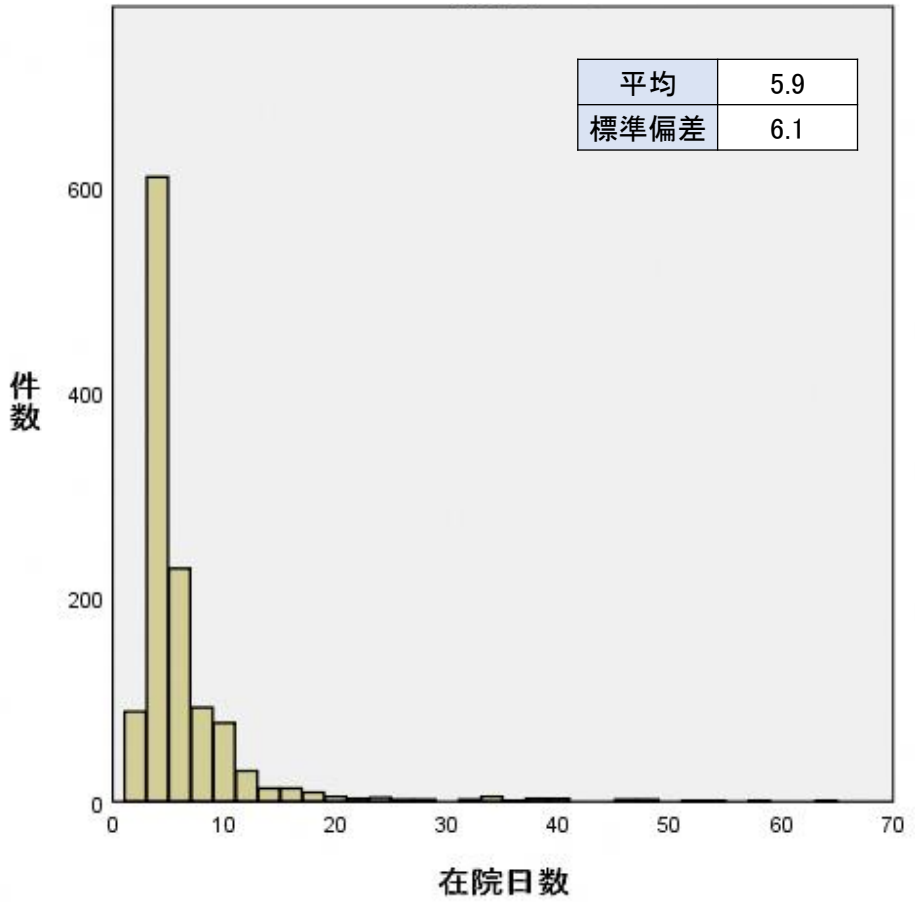
○　関節鏡下関節鼠摘出手術　胸鎖、肘、手、足については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.1日、標準偏差は7.8日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.9日、標準偏差は6.1日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



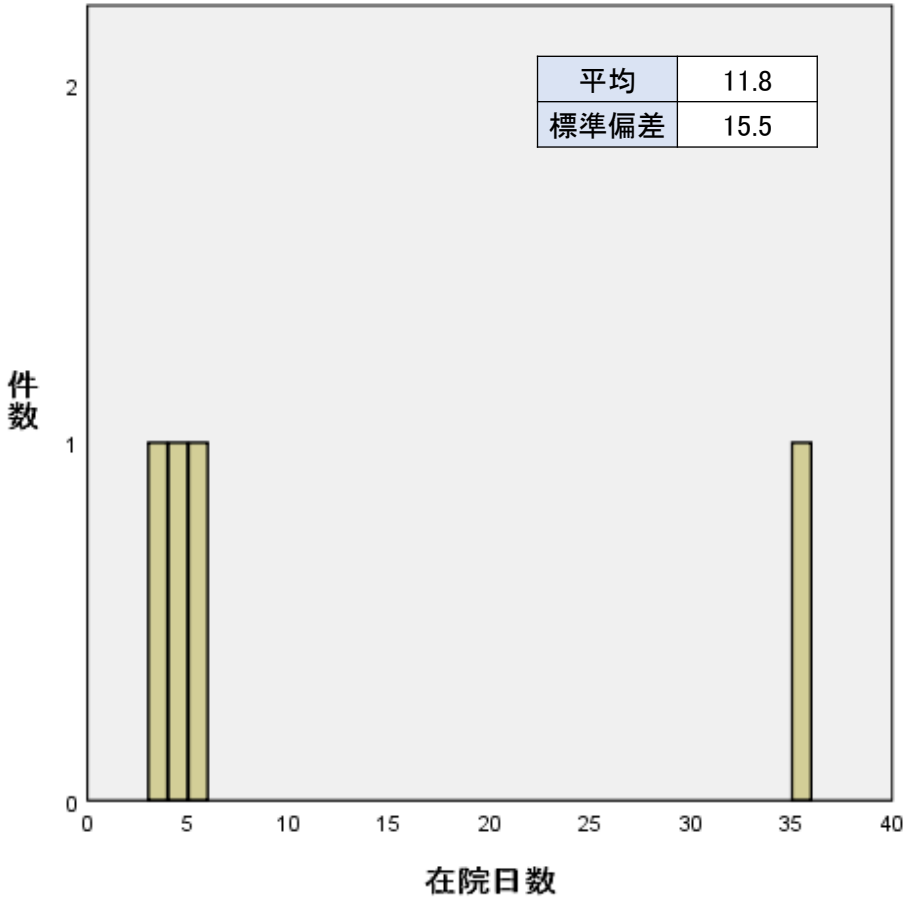
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K067-23　関節鏡下関節鼠摘出手術　肩鎖、指（手、足）

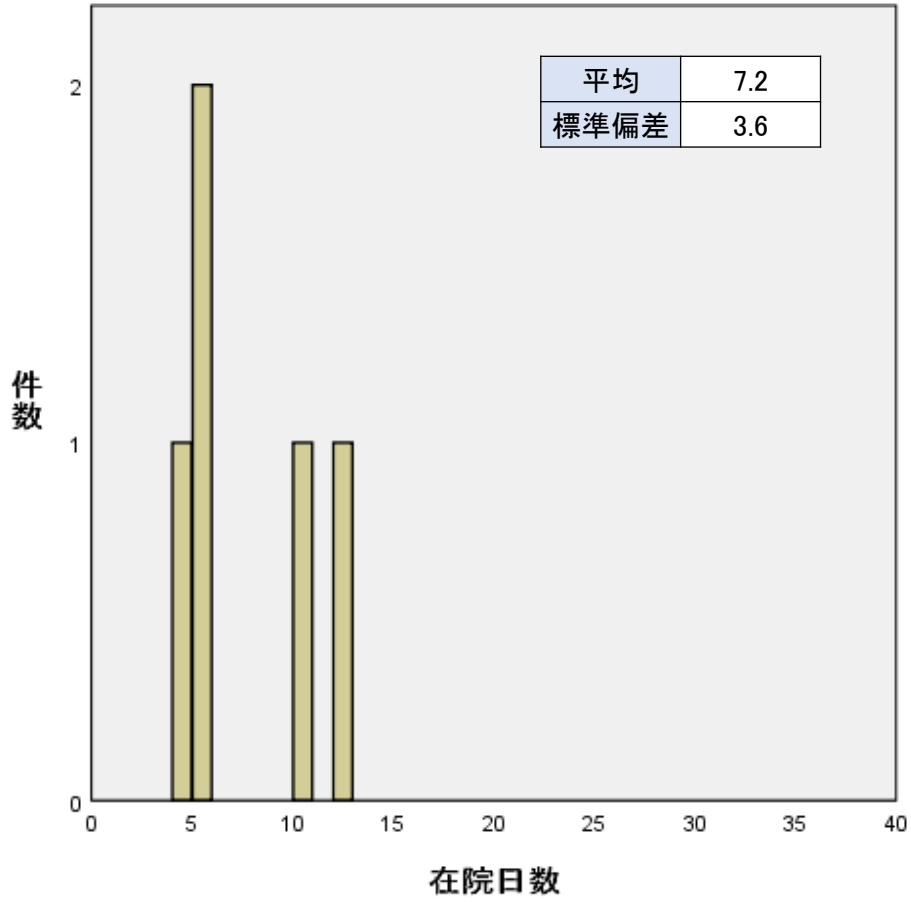
○　関節鏡下関節鼠摘出手術　肩鎖、指（手、足）については、DPC対象病院以外の平均在院日数は11.8日、標準偏差は15.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.2日、標準偏差は3.6日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



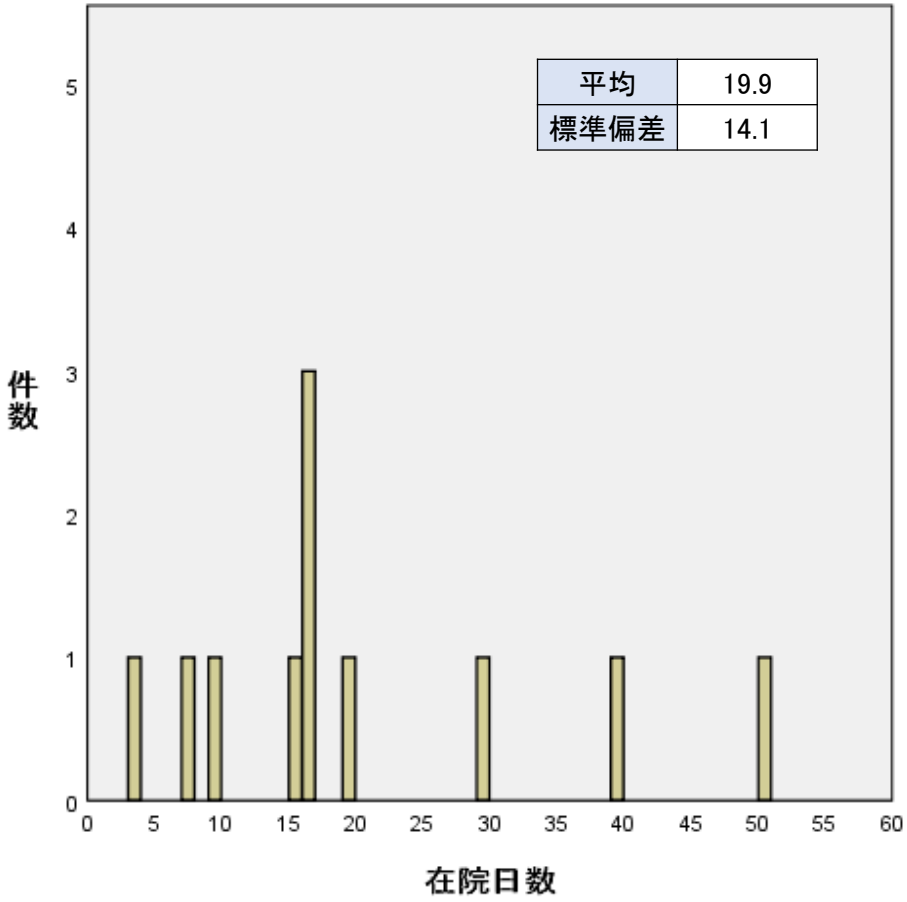
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K069　半月板縫合術

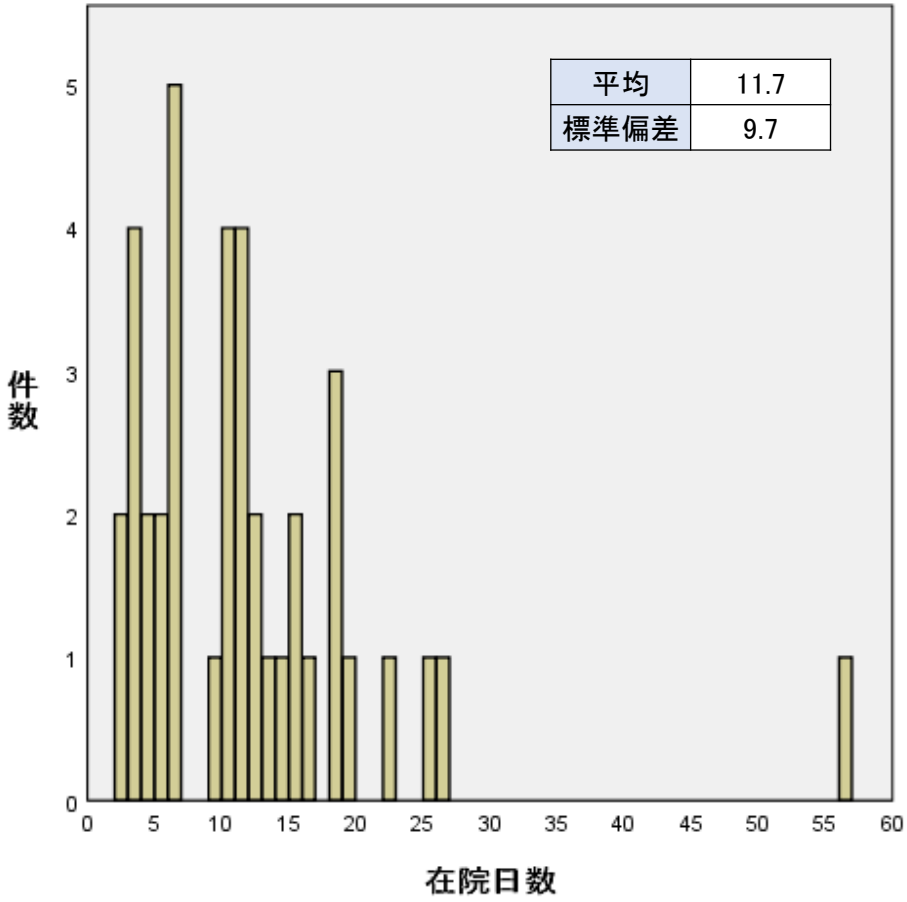
○　半月板縫合術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は19.9日、標準偏差は14.1日であった。
また、DPC対象病院の平均在院日数は11.7日、標準偏差は9.7日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



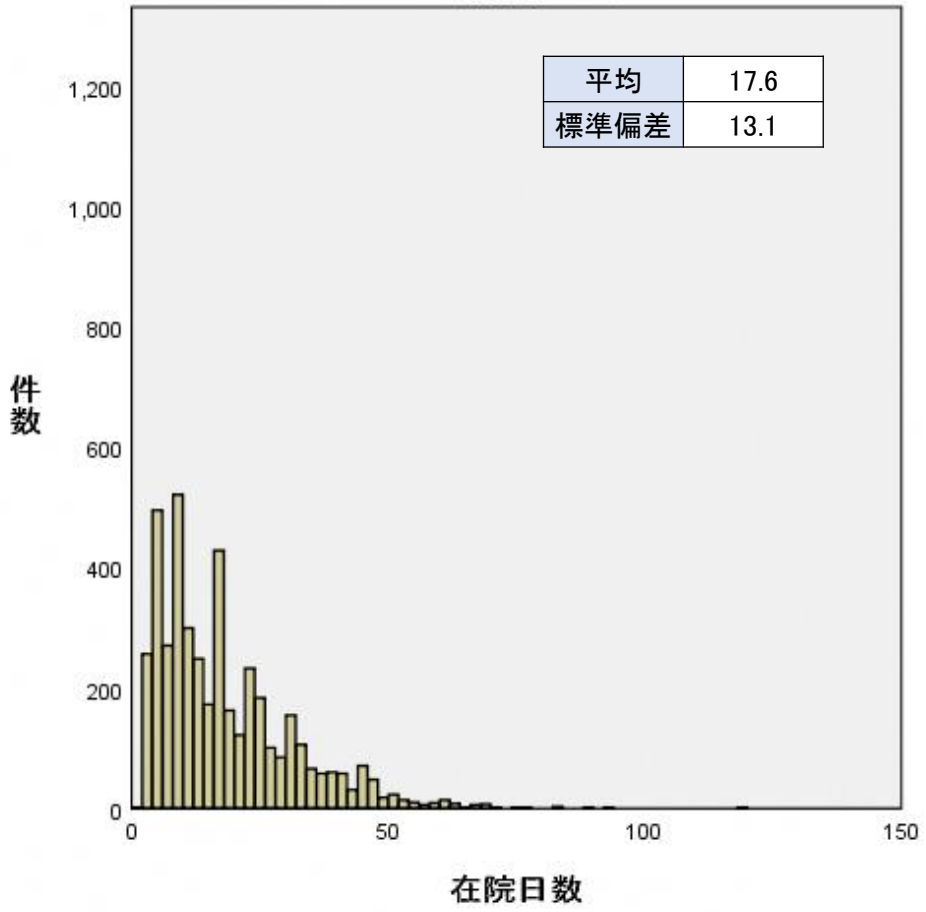
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K069-3　関節鏡下半月板縫合術

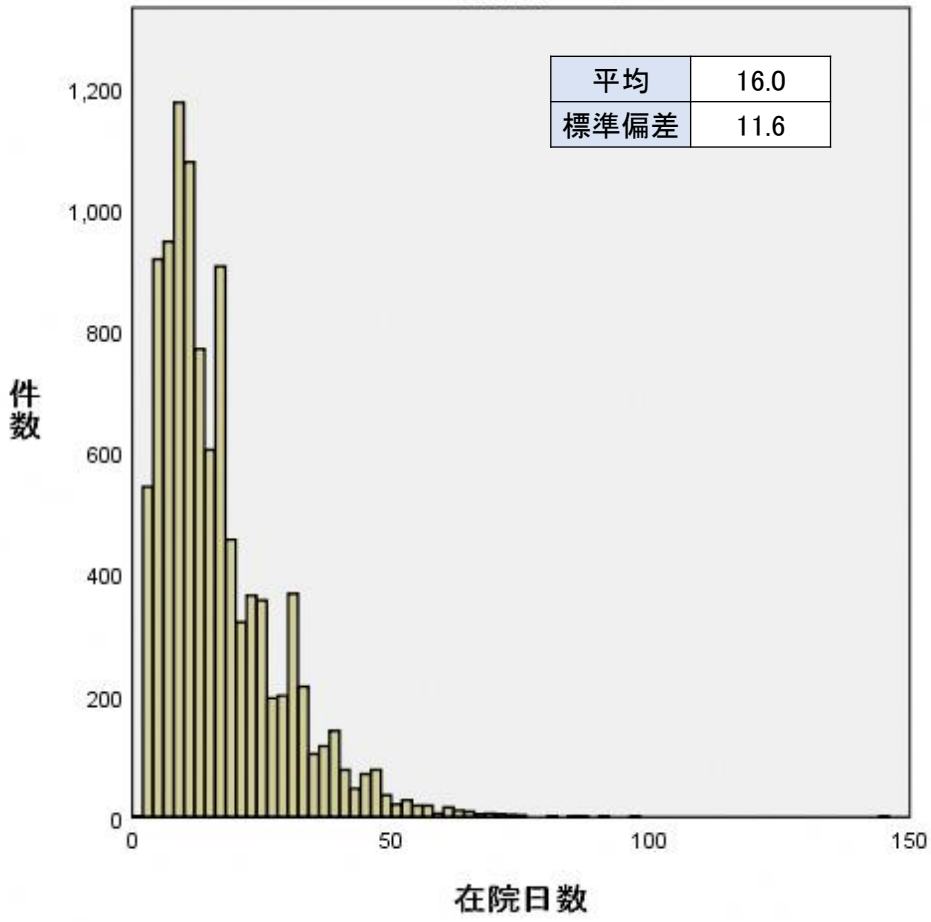
○　関節鏡下半月板縫合術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は17.6日、標準偏差は13.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は16.0日、標準偏差は11.6日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



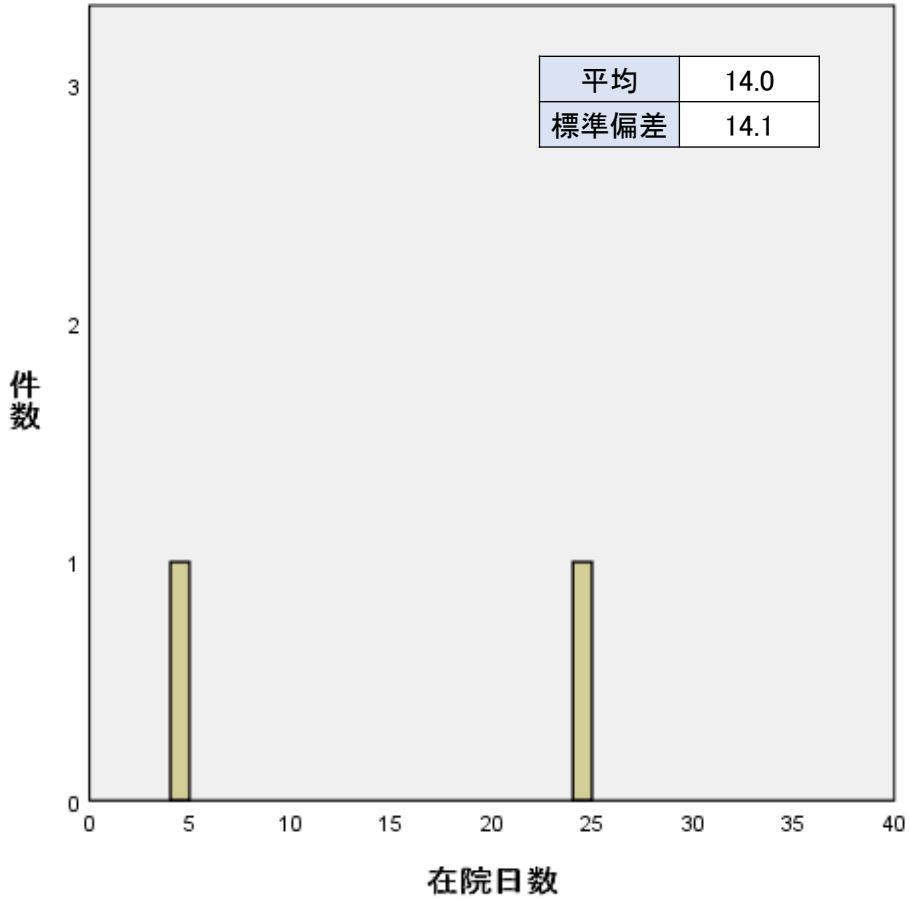
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K0741　靱帯断裂縫合術　十字靱帯

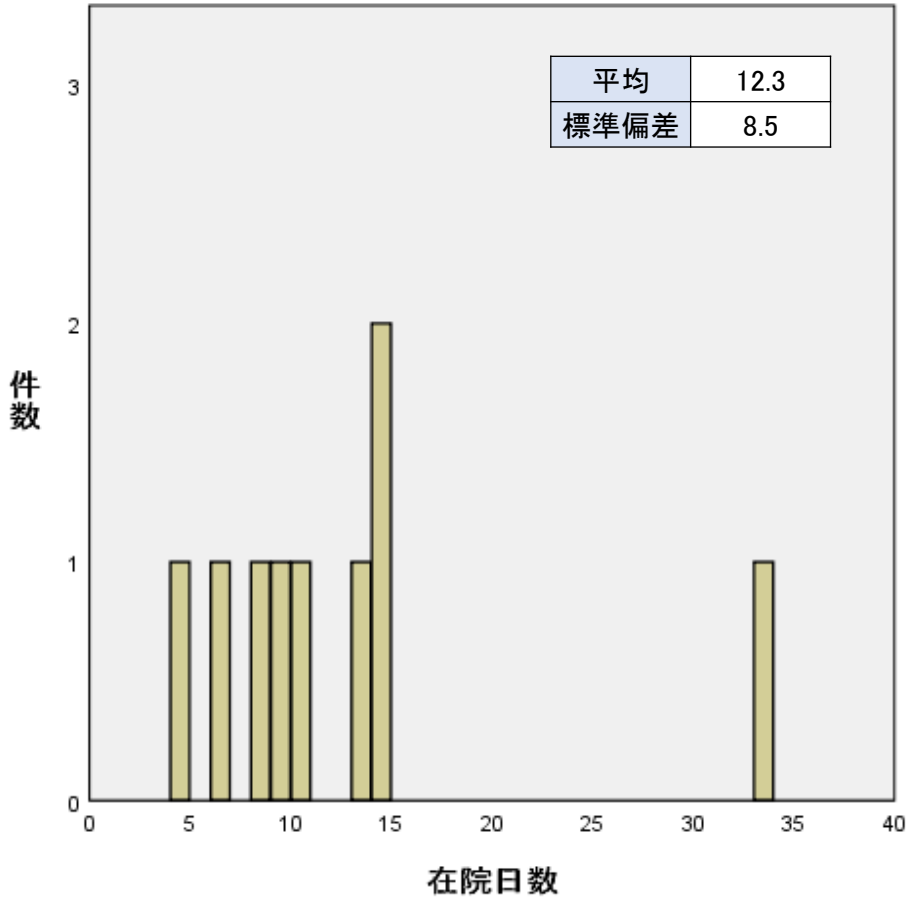
○　靱帯断裂縫合術　十字靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は14.0日、標準偏差は14.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は12.3日、標準偏差は8.5日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



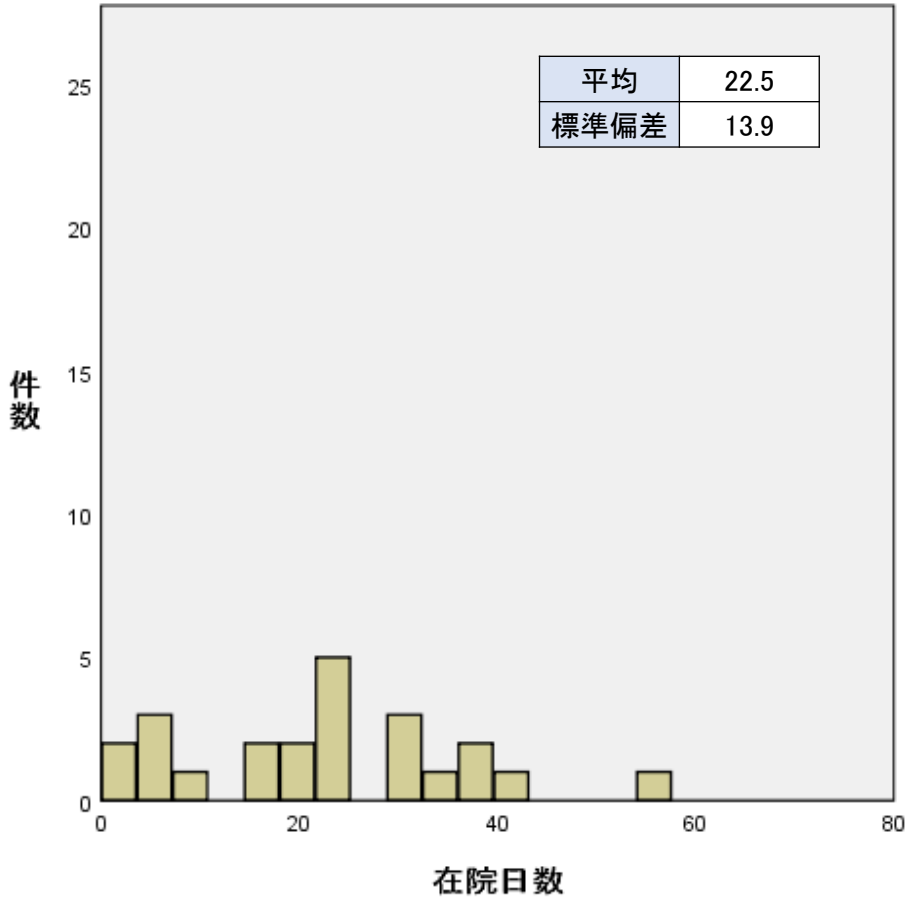
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K0742　靱帯断裂縫合術　膝側副靱帯

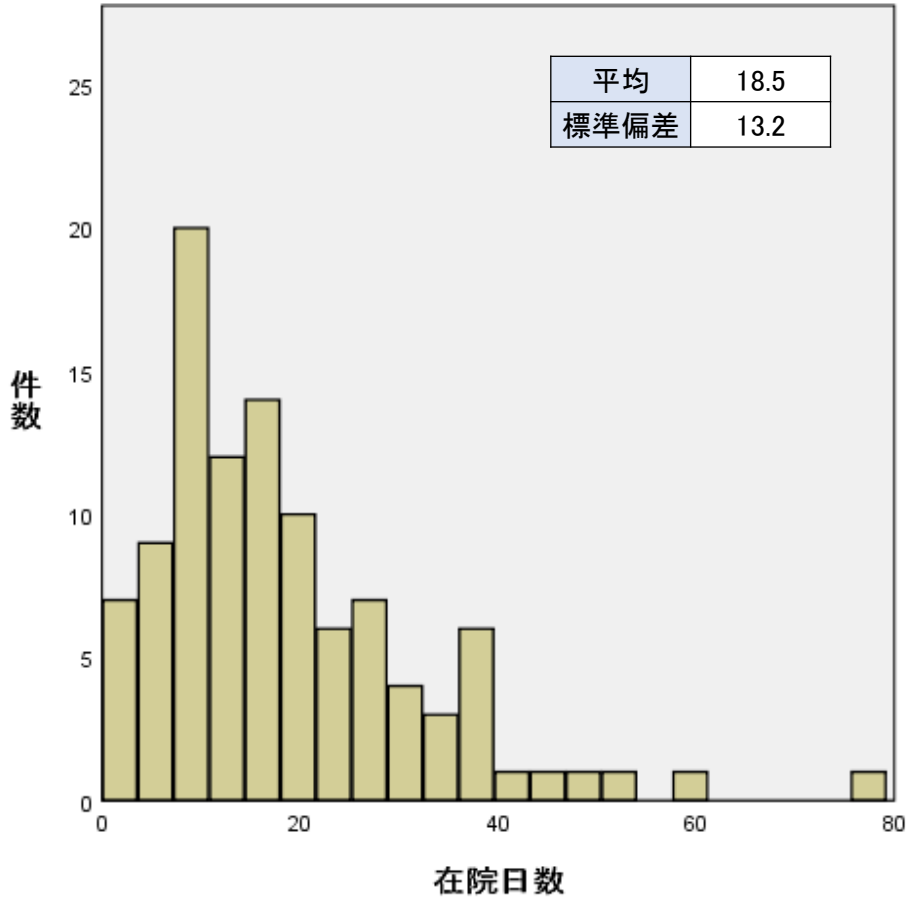
○　靱帯断裂縫合術　膝側副靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は22.5日、標準偏差は13.9日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は18.5日、標準偏差は13.2日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



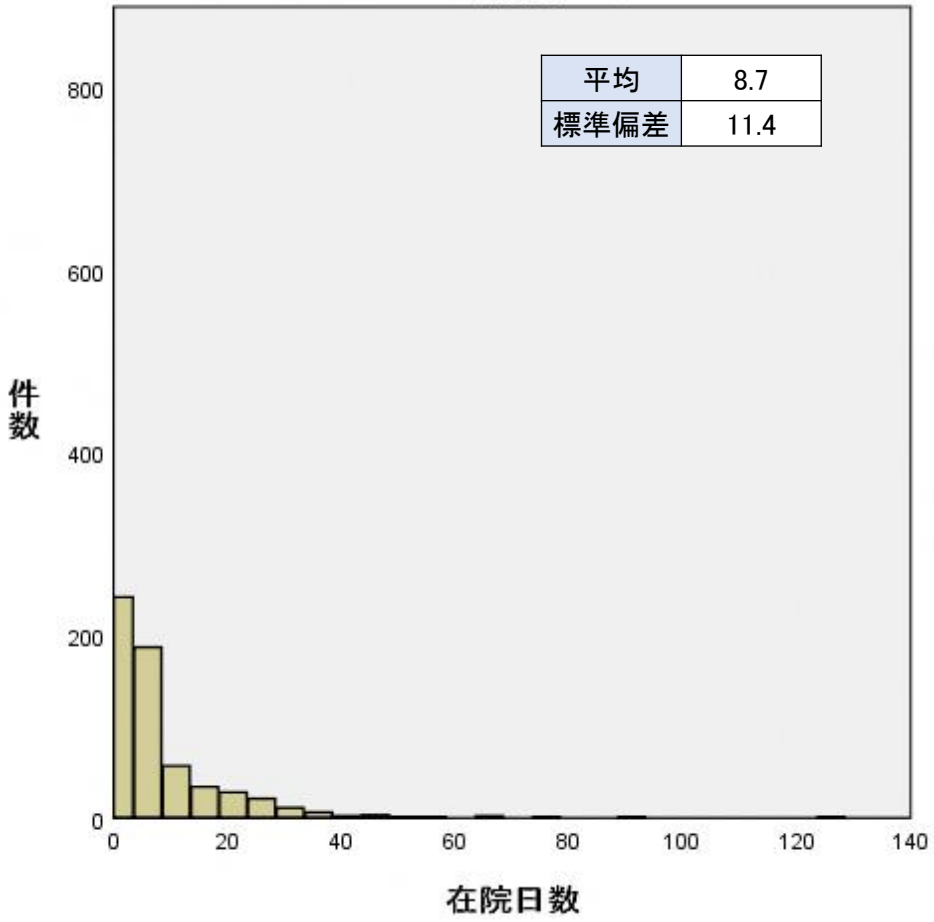
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K0743　靱帯断裂縫合術　指(手、足)その他の靱帯

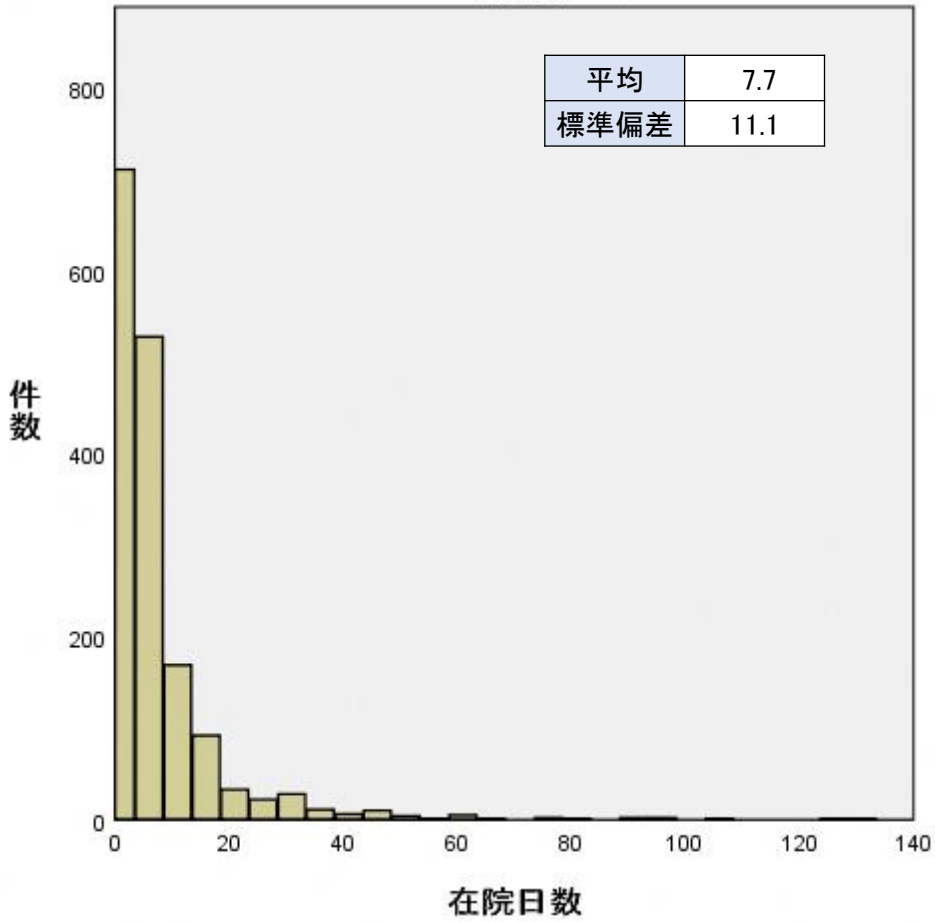
○　靱帯断裂縫合術　指(手、足)その他の靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は8.7日、標準偏差は11.4日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.7日、標準偏差は11.1日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



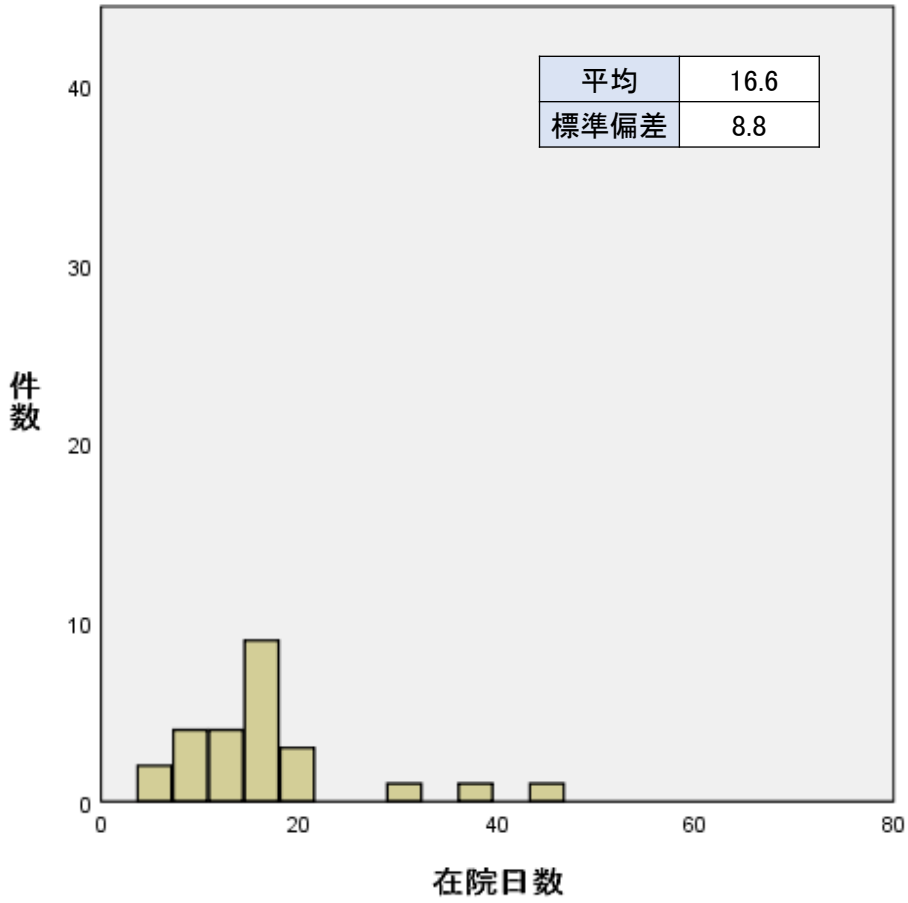
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K074-21　関節鏡下靭帯断裂縫合術　十字靭帯

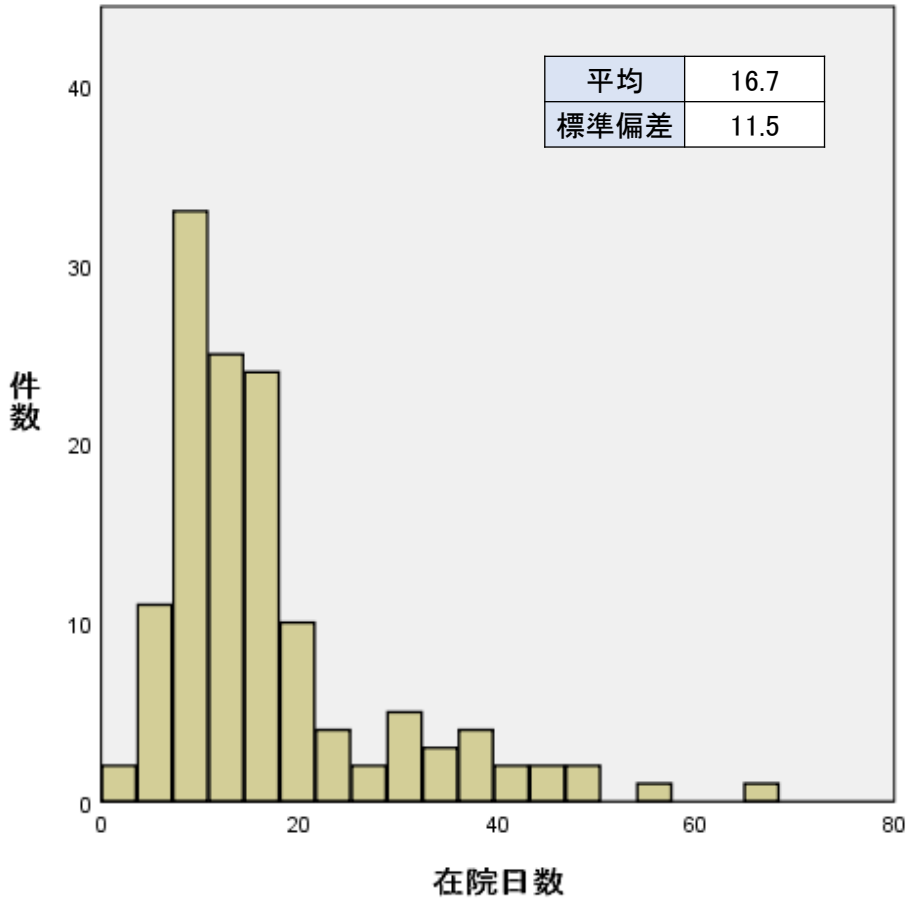
○　関節鏡下靭帯断裂縫合術　十字靭帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は16.6日、標準偏差は8.8日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は16.7日、標準偏差は11.5日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



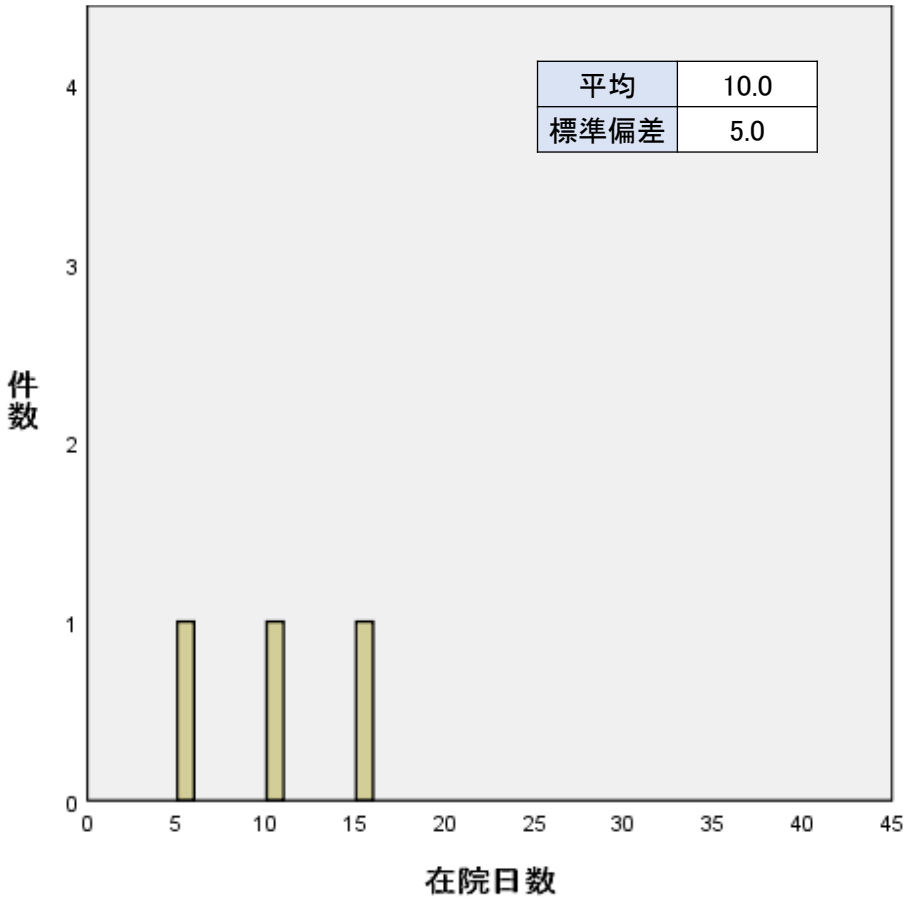
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K074-22　関節鏡下靱帯断裂縫合術　膝側副靱帯

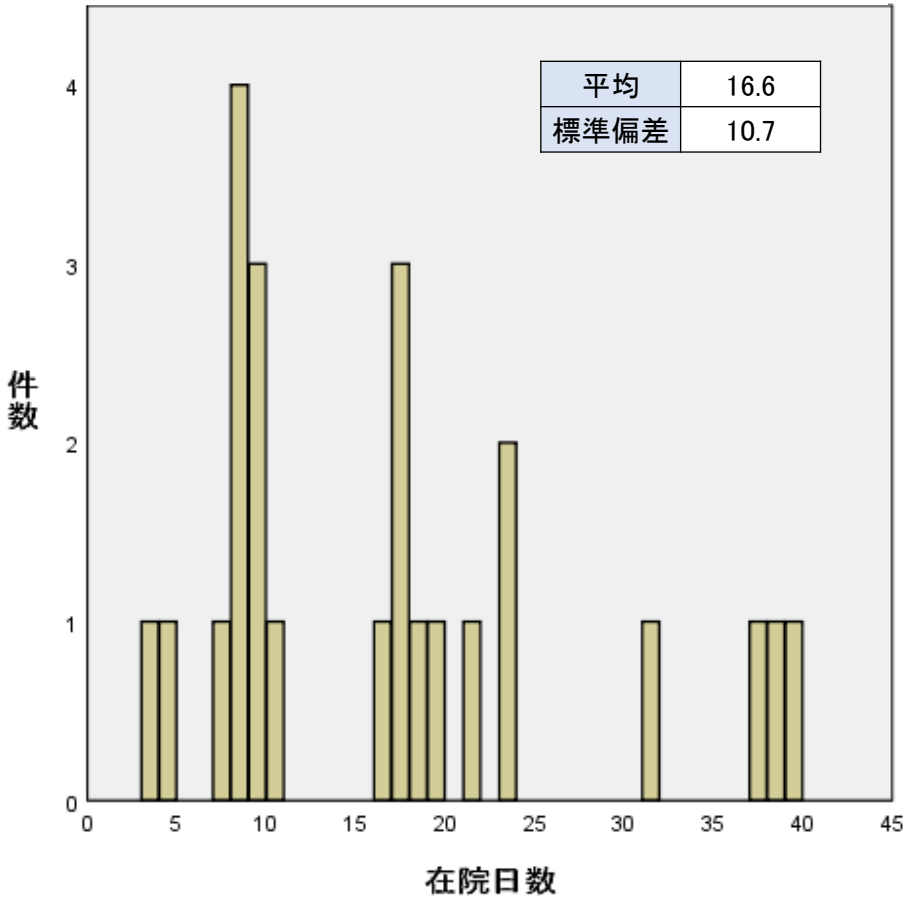
○　関節鏡下靱帯断裂縫合術　膝側副靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は10.0日、標準偏差は5.0日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は16.6日、標準偏差は10.7日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

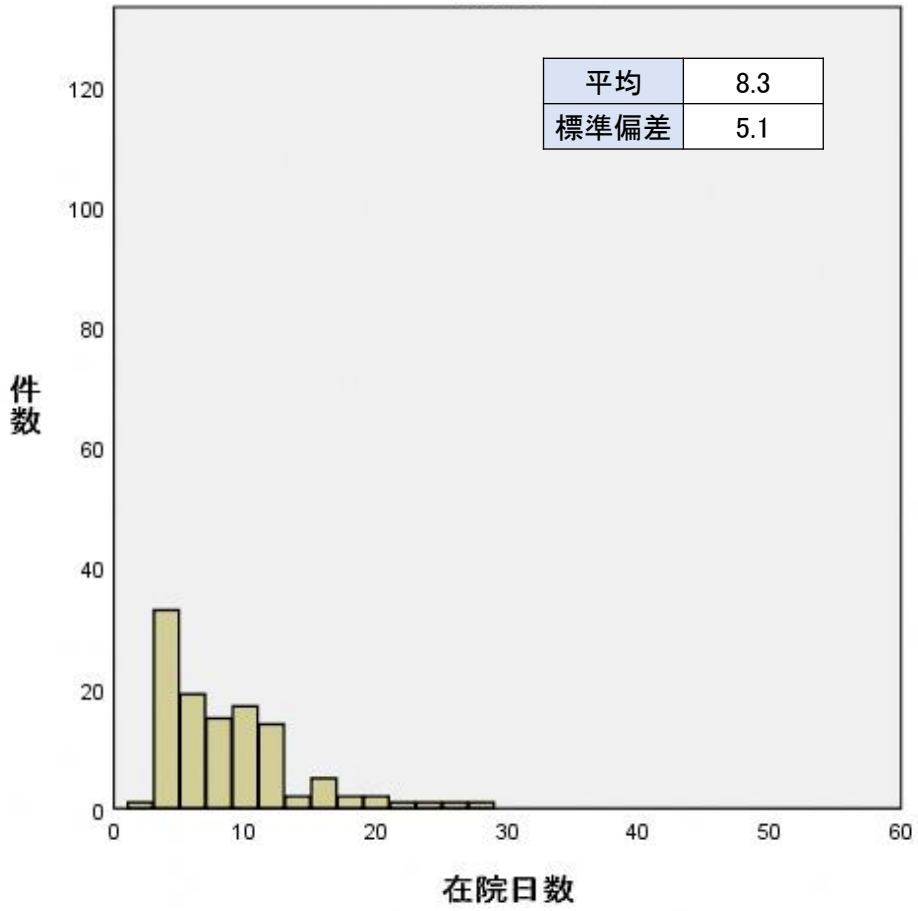
K074-23　関節鏡下靱帯断裂縫合術　指(手、足)その他の靱帯

診調組　入－4
３．１０．１

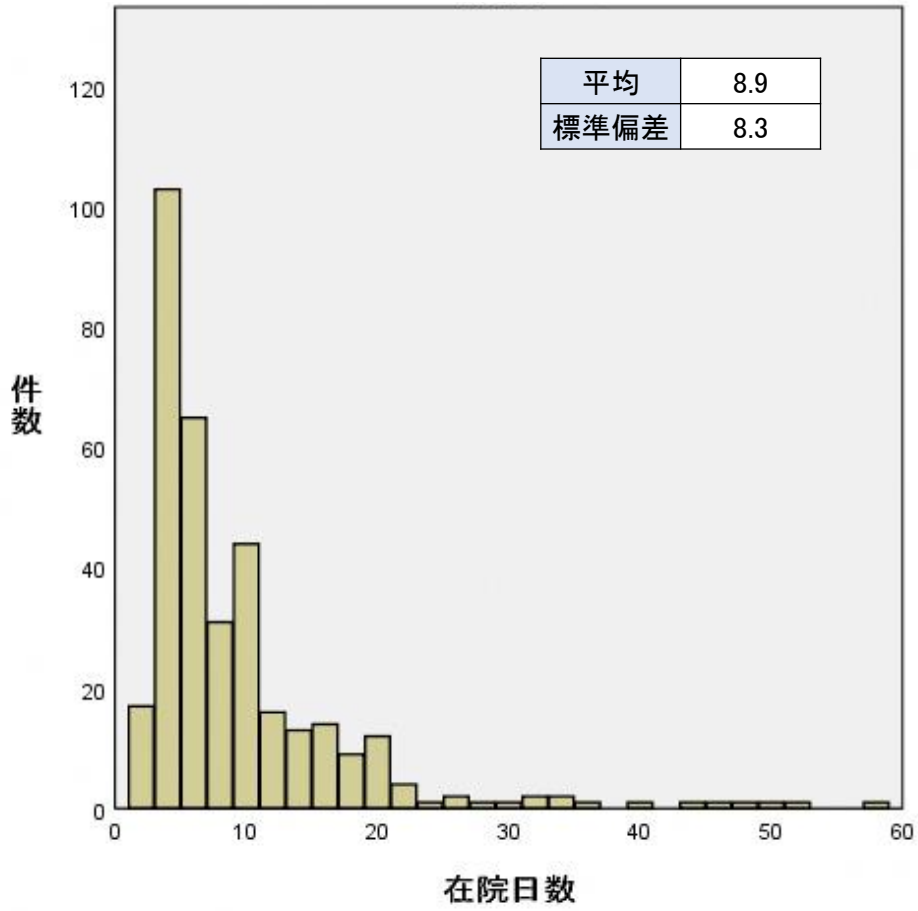
○　関節鏡下靱帯断裂縫合術　指(手、足)その他の靱帯については、DPC対象病院以外の平均在院日数は8.3日、標準偏差は5.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は8.9日、標準偏差は8.3日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



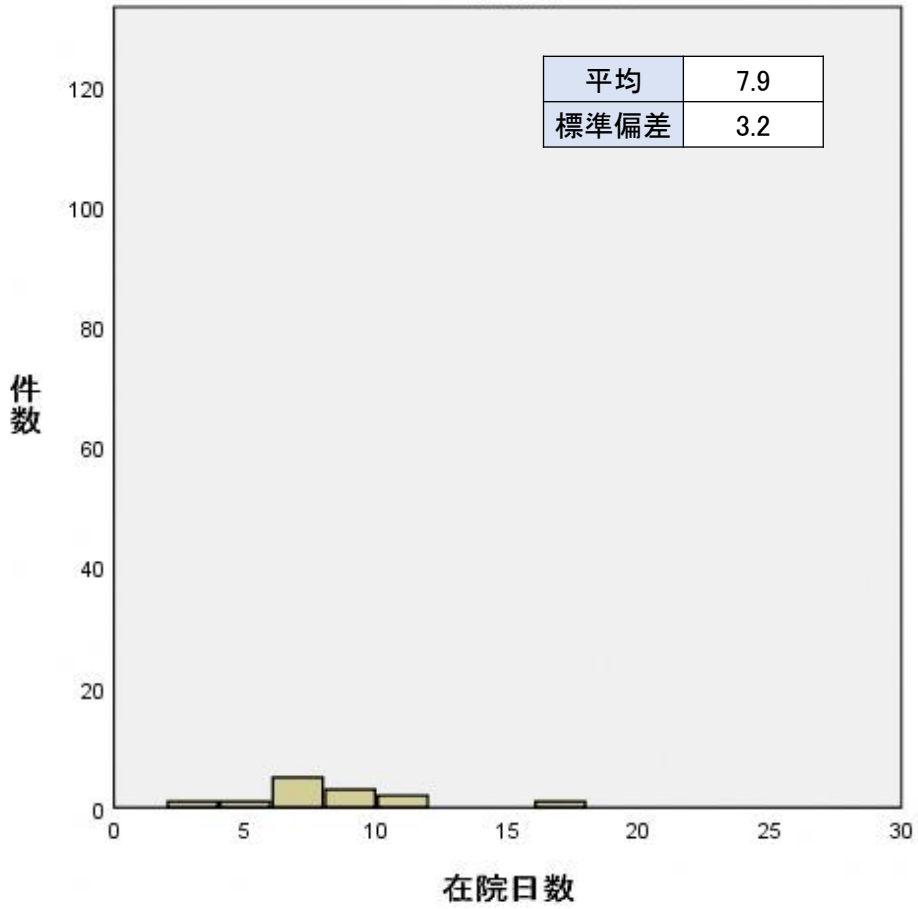
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K453　顎下腺腫瘍摘出術

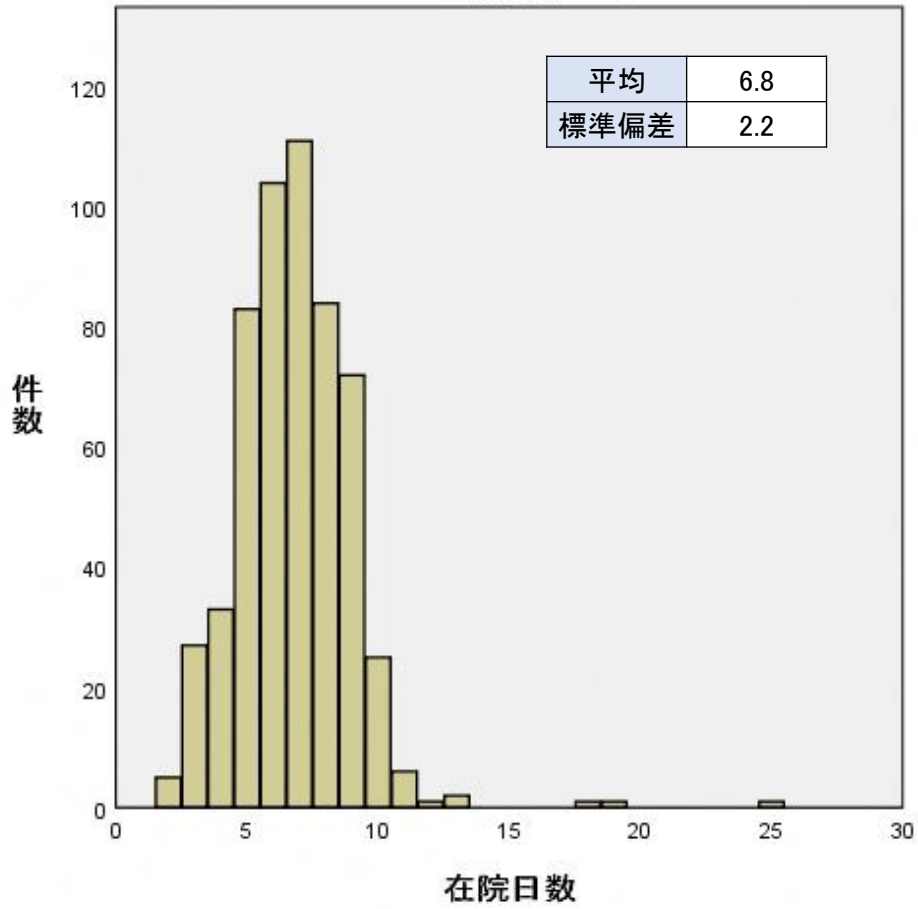
○　顎下腺腫瘍摘出術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.9日、標準偏差は3.2日であった。
また、DPC対象病院の平均在院日数は6.8日、標準偏差は2.2日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



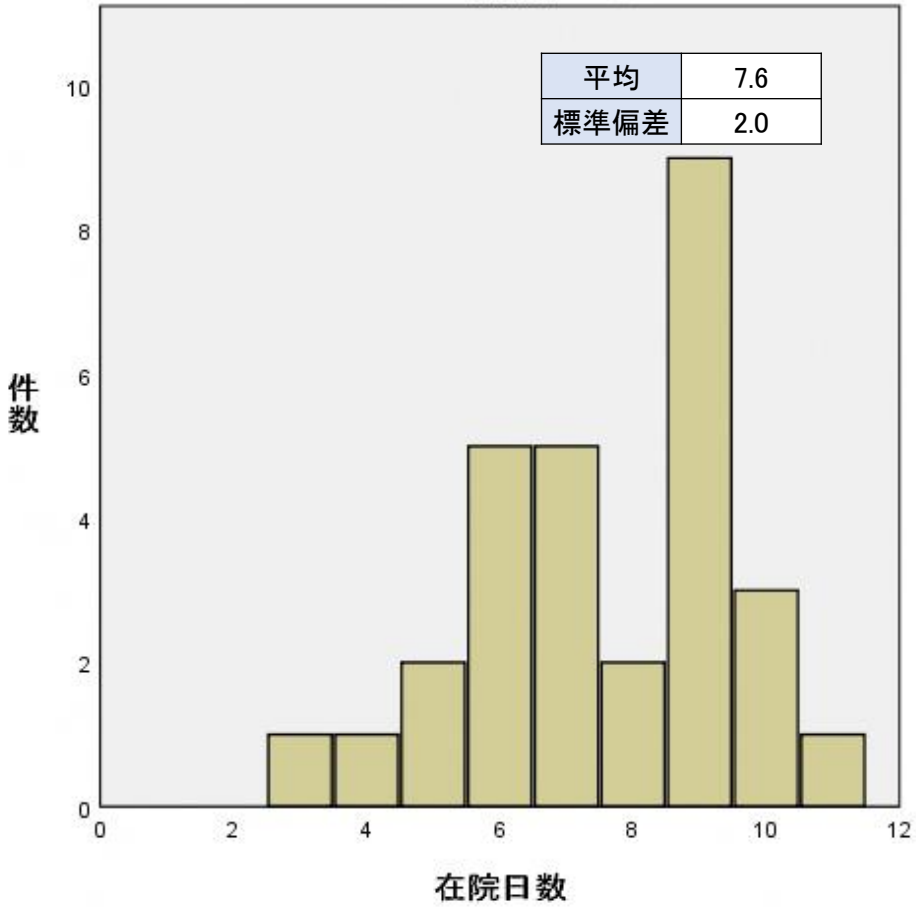
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K454　顎下腺摘出術

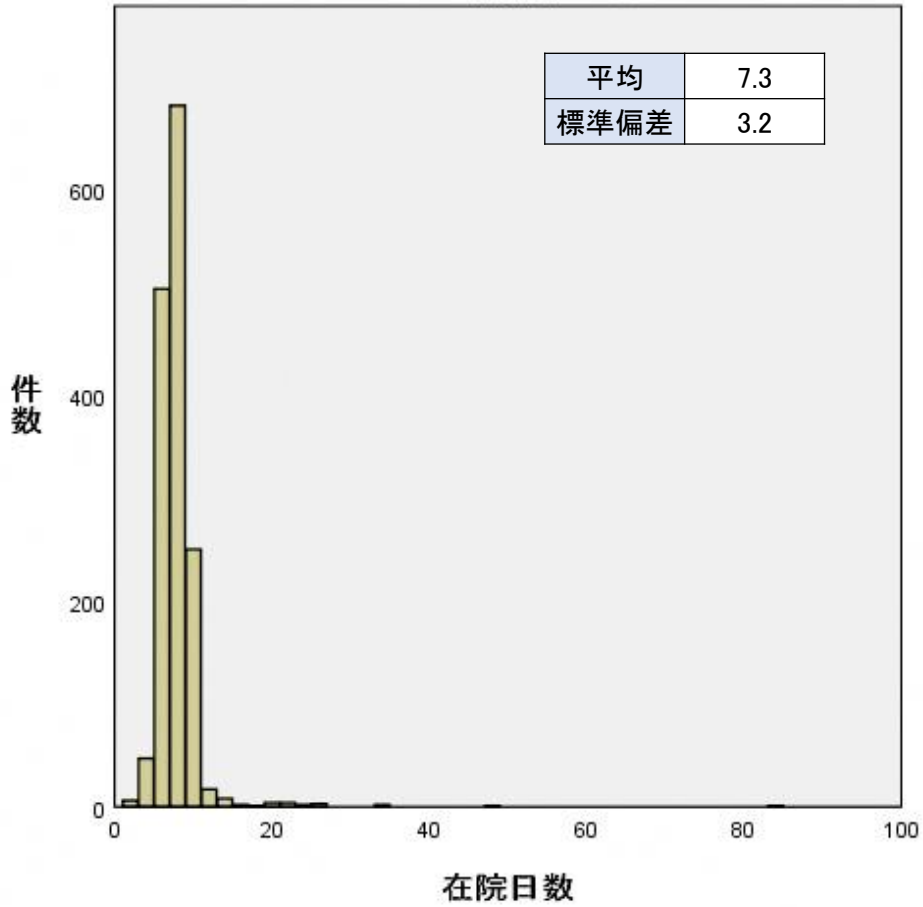
○　顎下腺摘出術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.6日、標準偏差は2.0日であった。
また、DPC対象病院の平均在院日数は7.3日、標準偏差は3.2日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

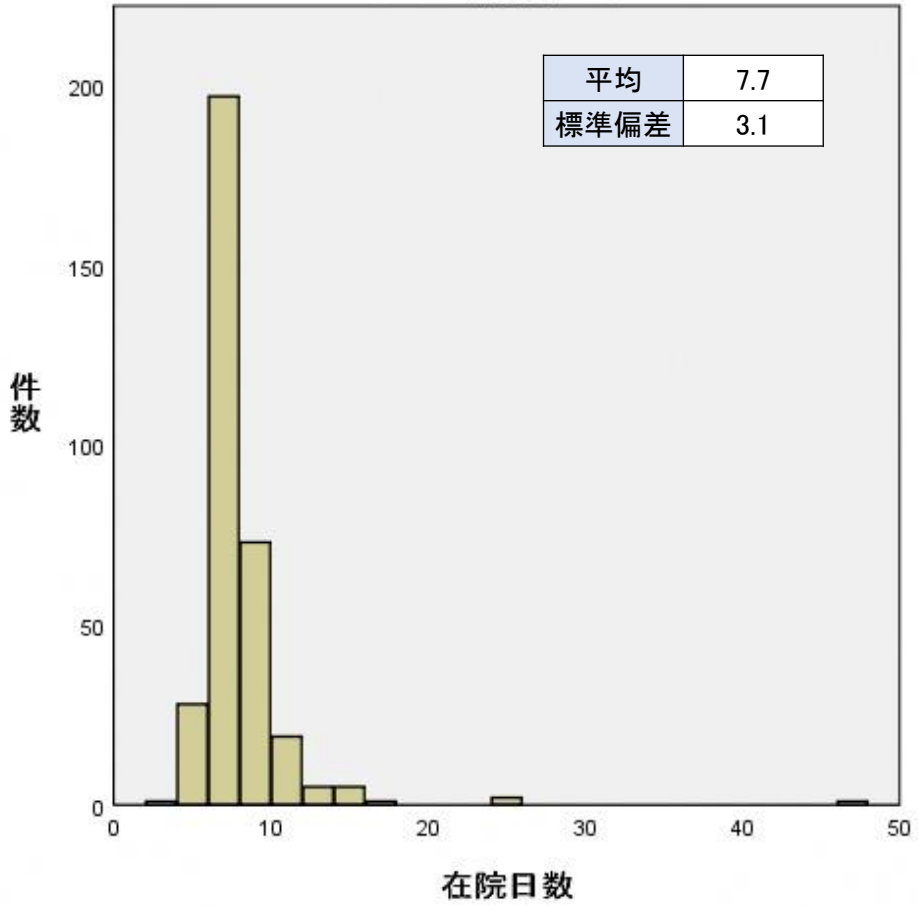
K4611　甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術　片葉のみの場合

診調組　入－4
３．１０．１

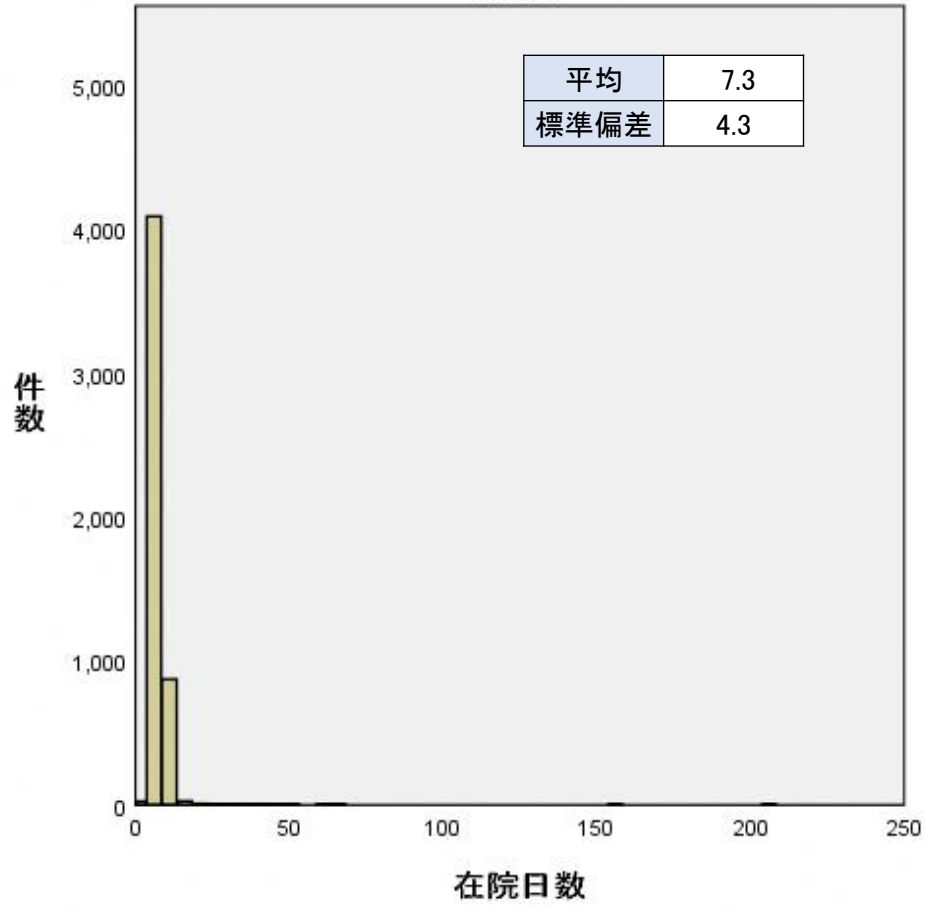
○　甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術　片葉のみの場合については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.7日、標準偏差は3.1日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.3日、標準偏差は4.3日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



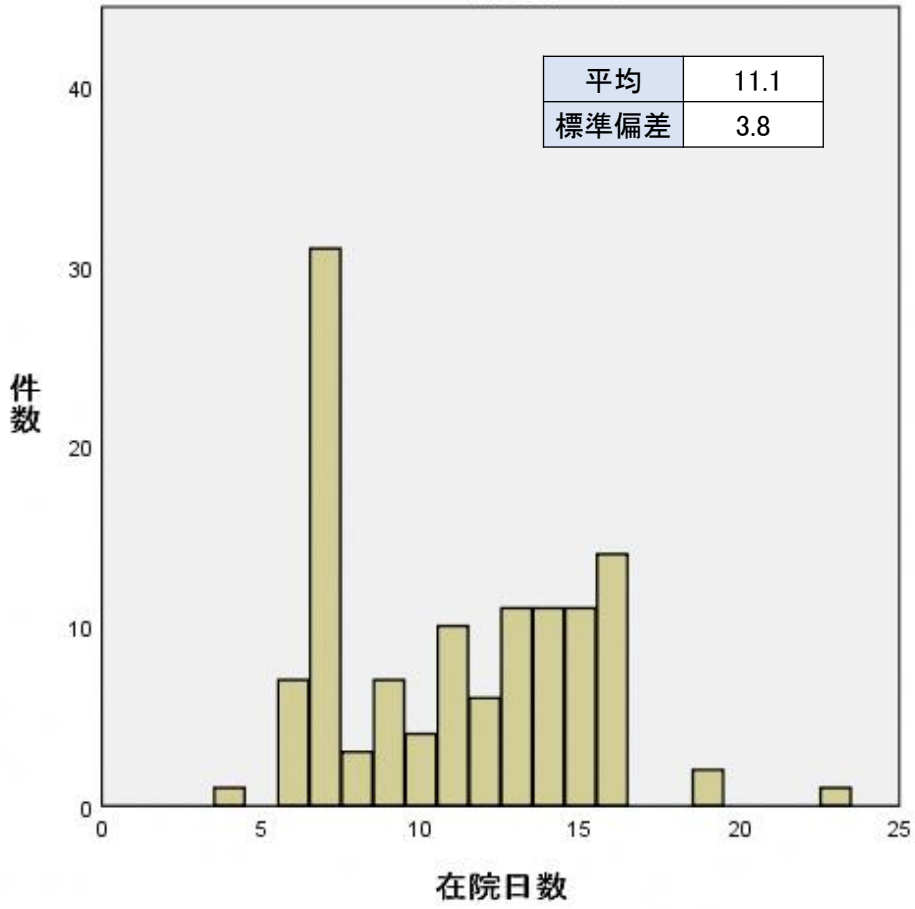
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K4612　甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術　両葉の場合

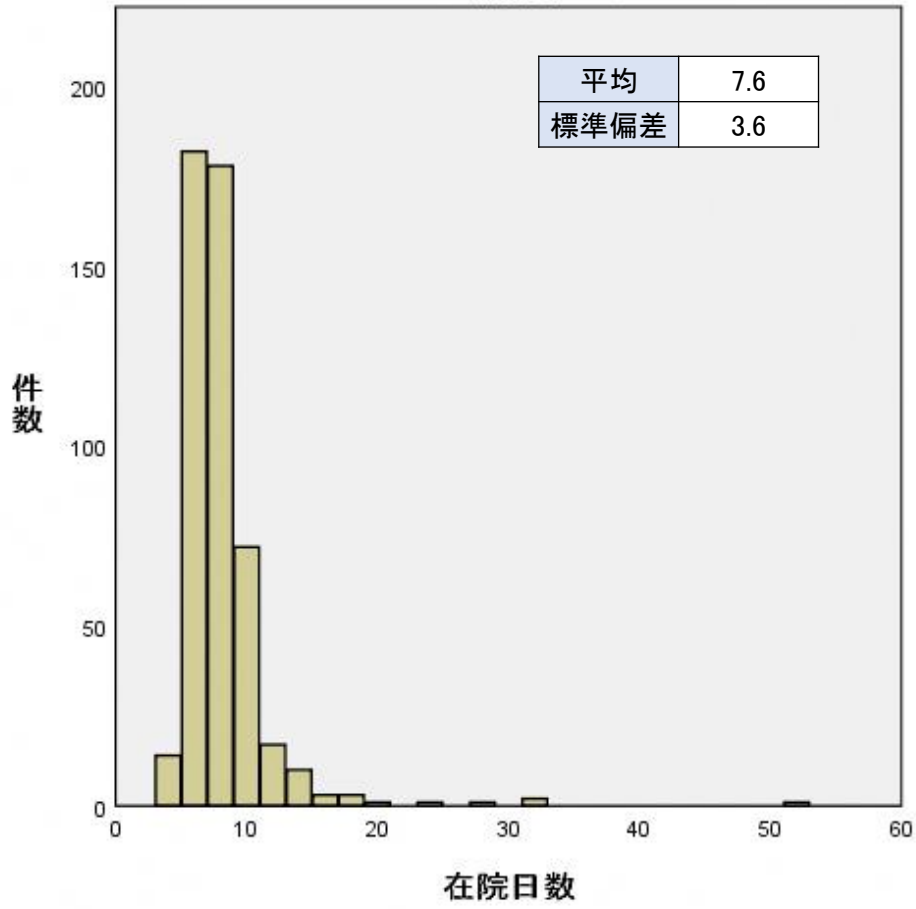
○　甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術　両葉の場合については、DPC対象病院以外の平均在院日数は11.1日、標準偏差は3.8日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は7.6日、標準偏差は3.6日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



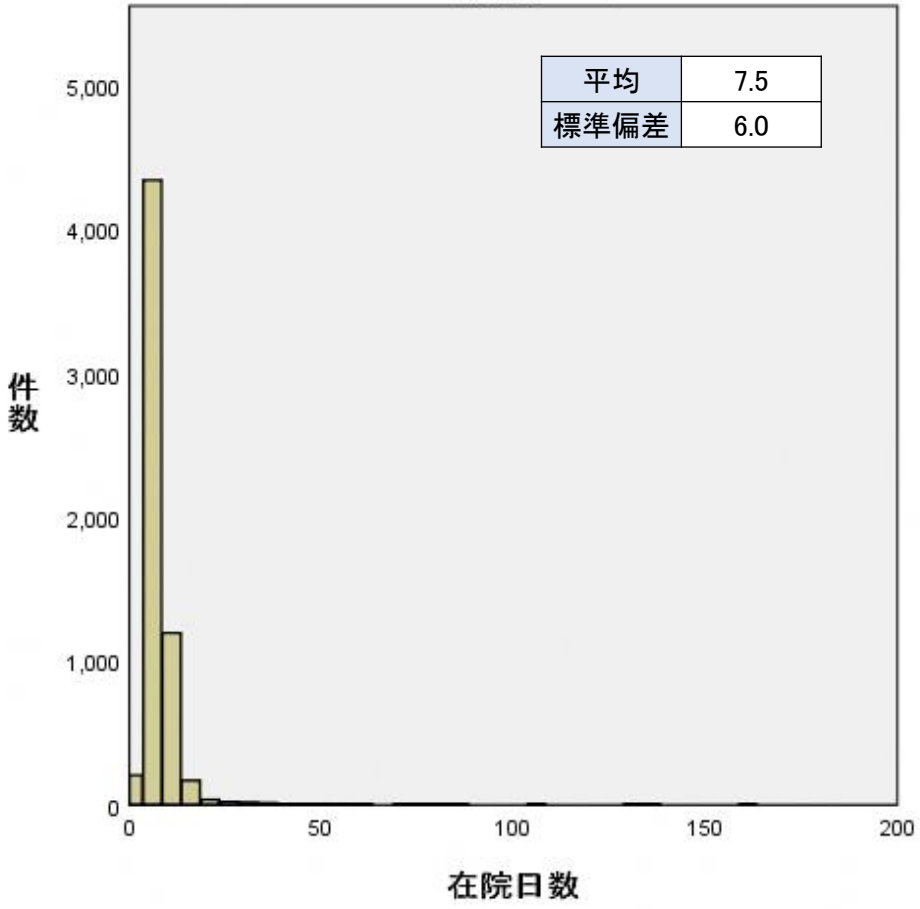
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K672-2　腹腔鏡下胆嚢摘出術

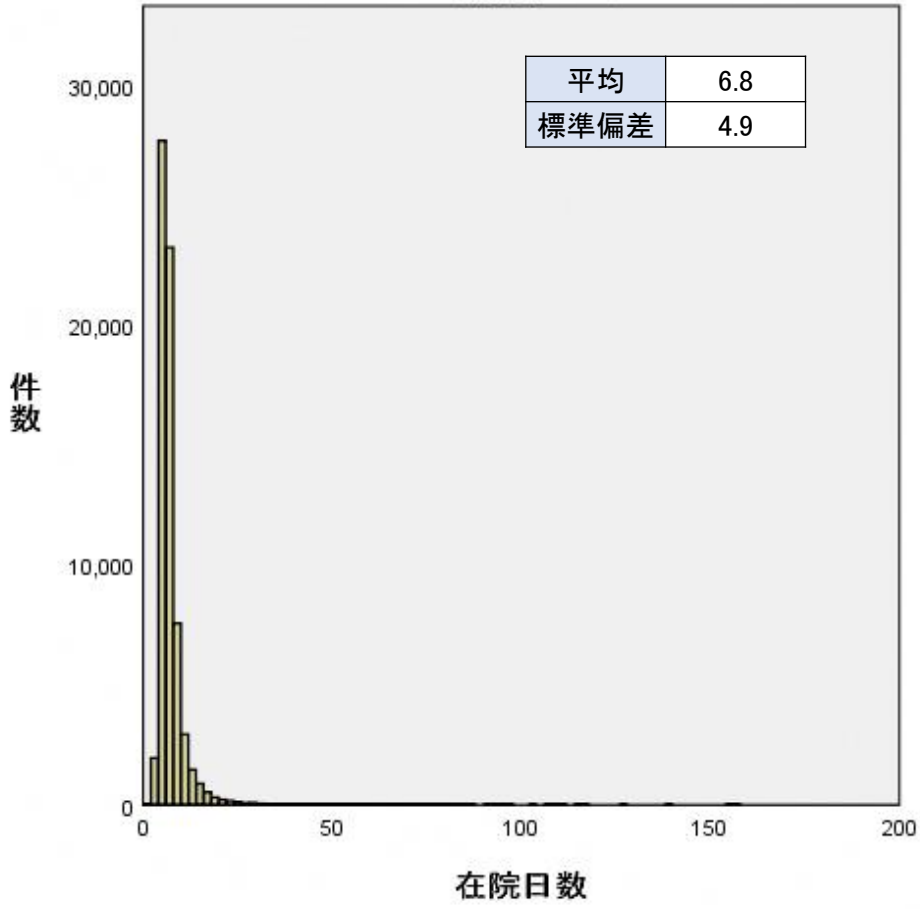
○　腹腔鏡下胆嚢摘出術については、DPC対象病院以外の平均在院日数は7.5日、標準偏差は6.0日であった。
また、DPC対象病院の平均在院日数は6.8日、標準偏差は4.9日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



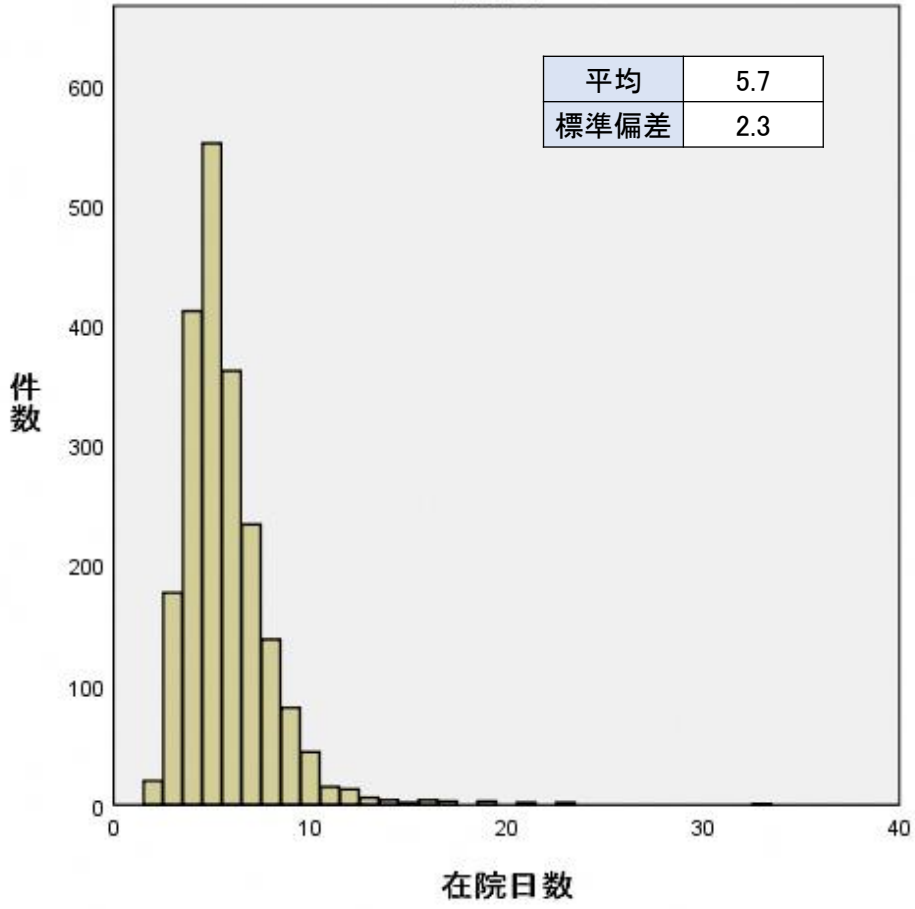
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K718-21　腹腔鏡下虫垂切除術　虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

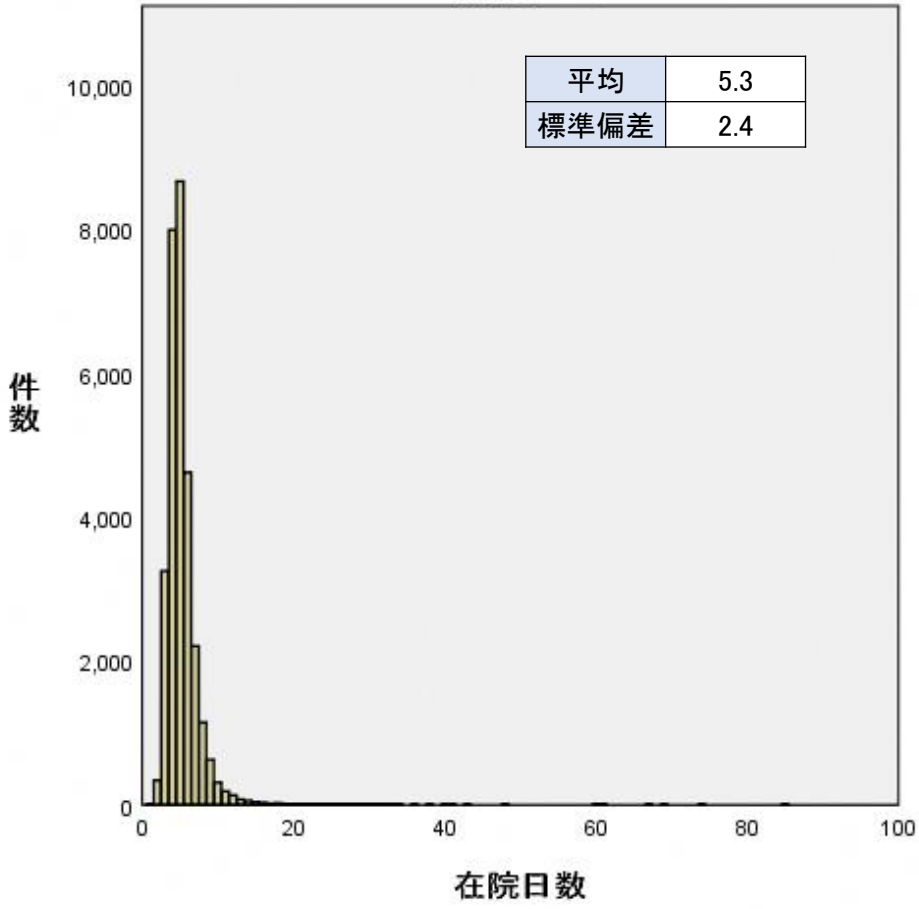
○　腹腔鏡下虫垂切除術　虫垂周囲膿瘍を伴わないものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は5.7日、標準偏差は2.3日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.3日、標準偏差は2.4日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

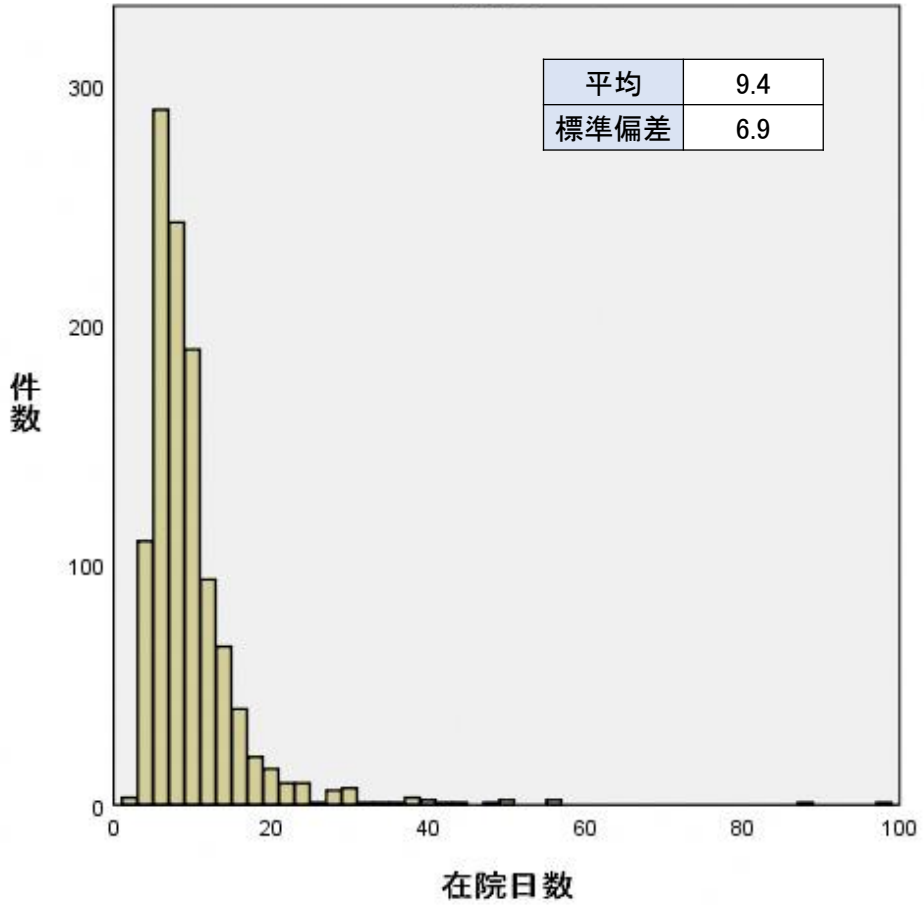
K718-22　腹腔鏡下虫垂切除術　虫垂周囲膿瘍を伴うもの

診調組　入－4
３．１０．１

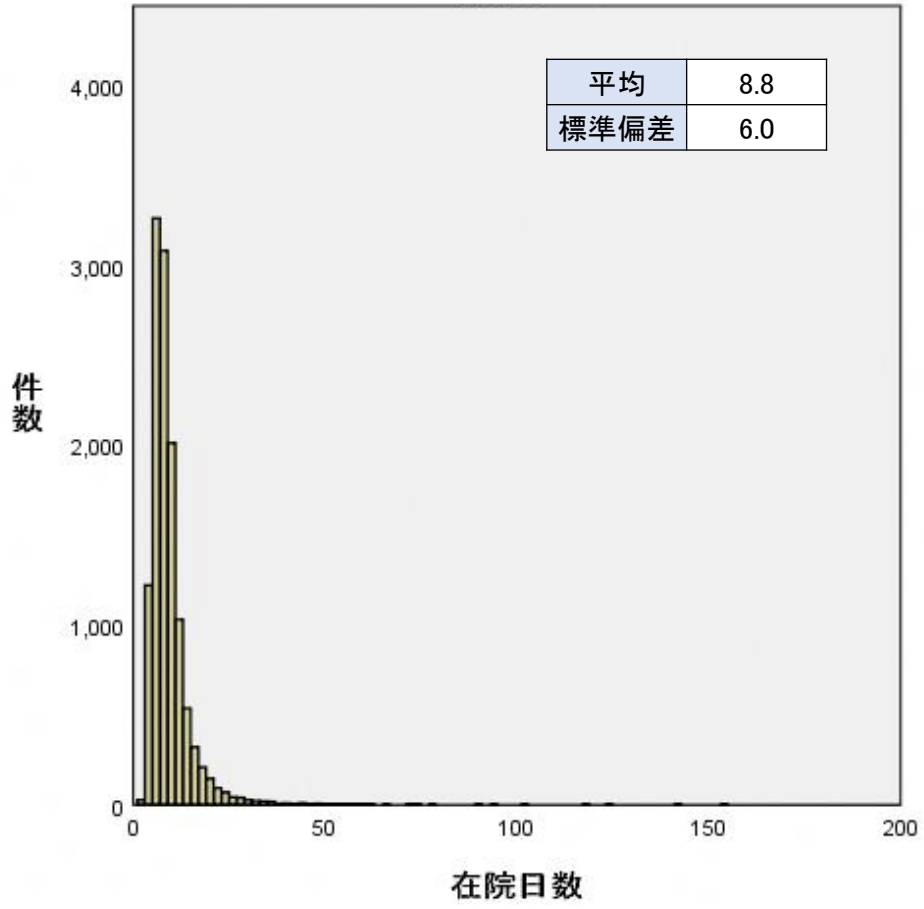
○　腹腔鏡下虫垂切除術　虫垂周囲膿瘍を伴うものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は9.4日、標準偏差は6.9日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は8.8日、標準偏差は6.0日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

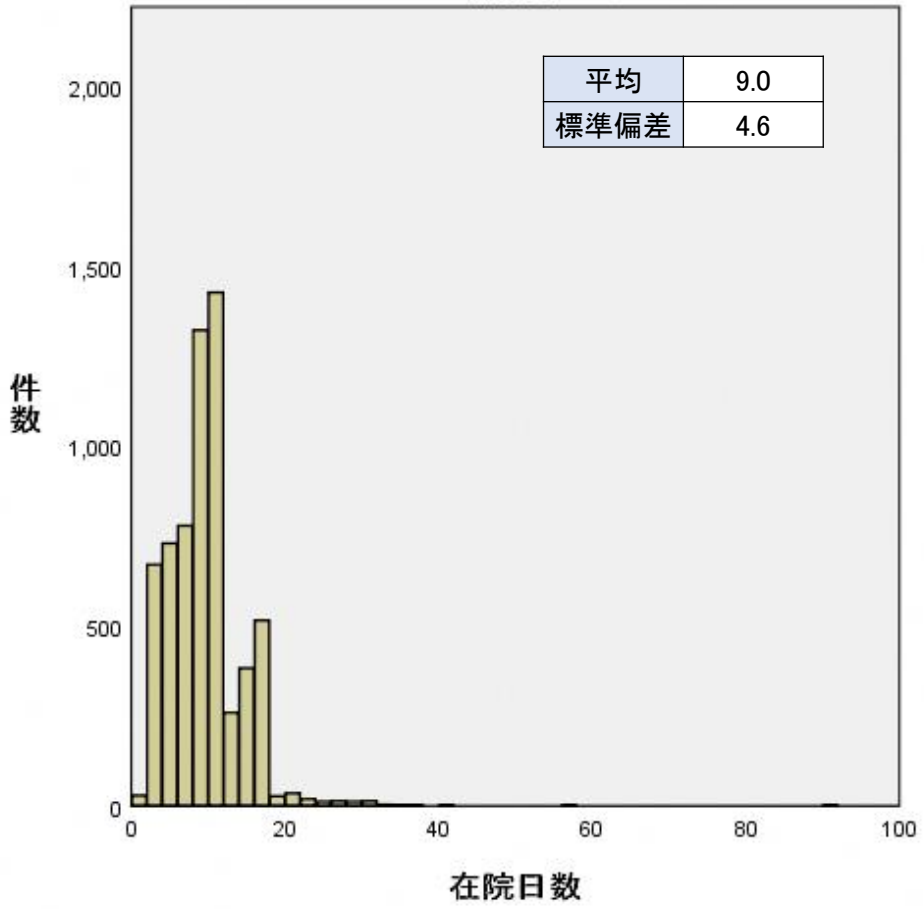
K7434　痔核手術（脱肛を含む。）　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴わないもの）

診調組　入－4
3．10．1

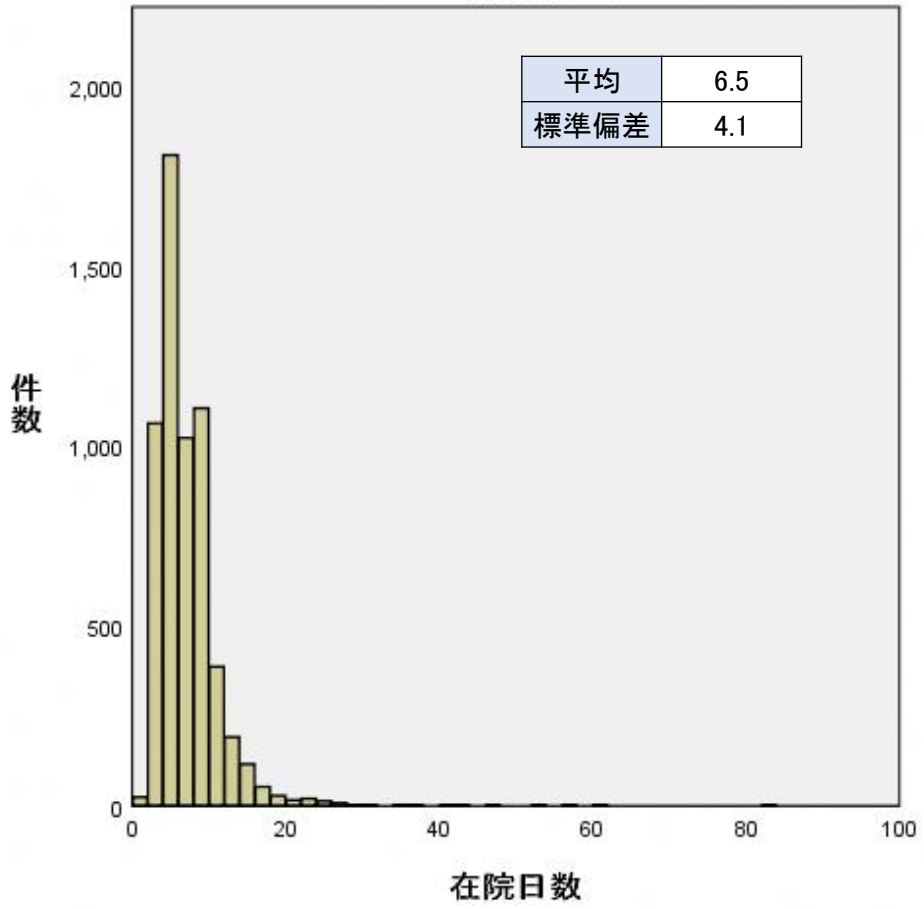
○　痔核手術（脱肛を含む。）　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴わないもの）については、
DPC対象病院以外の平均在院日数は9.0日、標準偏差は4.6日であった。
また、DPC対象病院の平均在院日数は6.5日、標準偏差は4.1日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



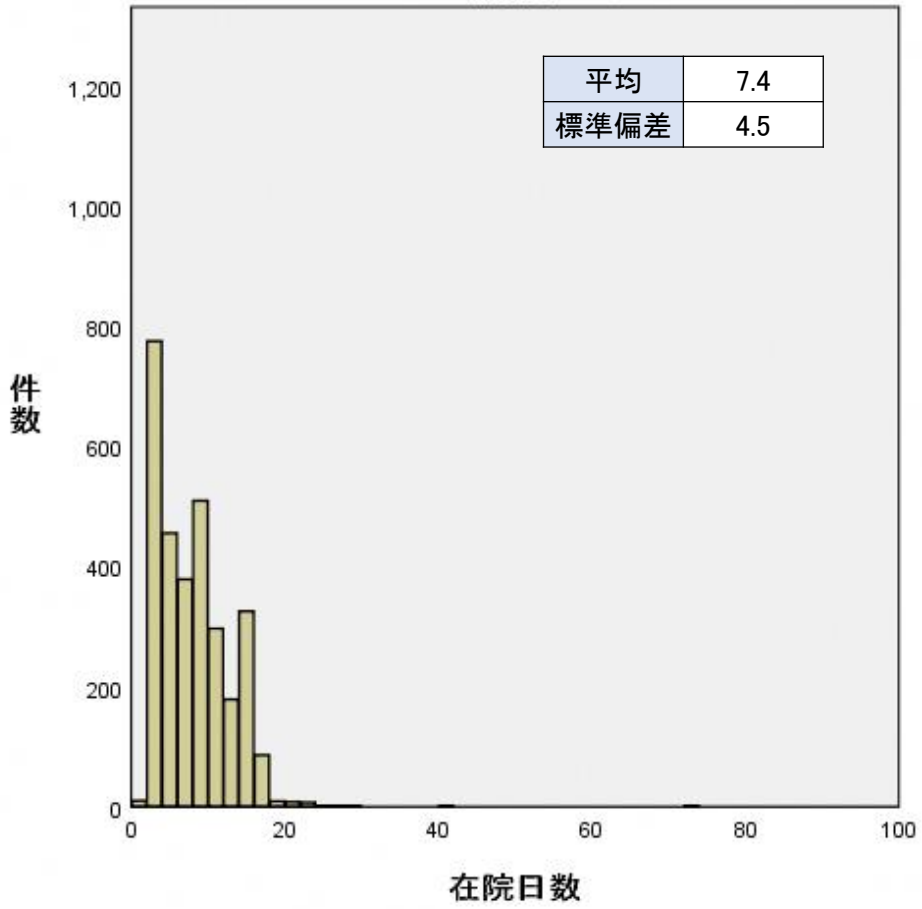
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

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）

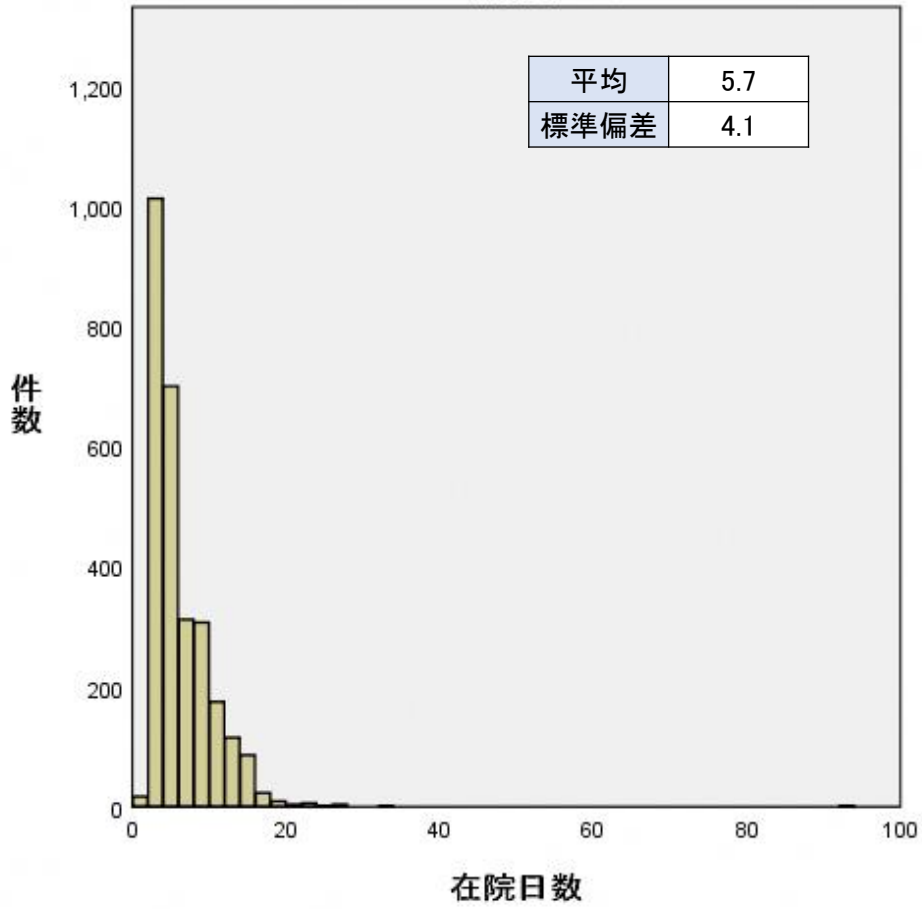
○　痔核手術（脱肛を含む。）　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）については、
DPC対象病院以外の平均在院日数は7.4日、標準偏差は4.5日であった。
また、DPC対象病院の平均在院日数は5.7日、標準偏差は4.1日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



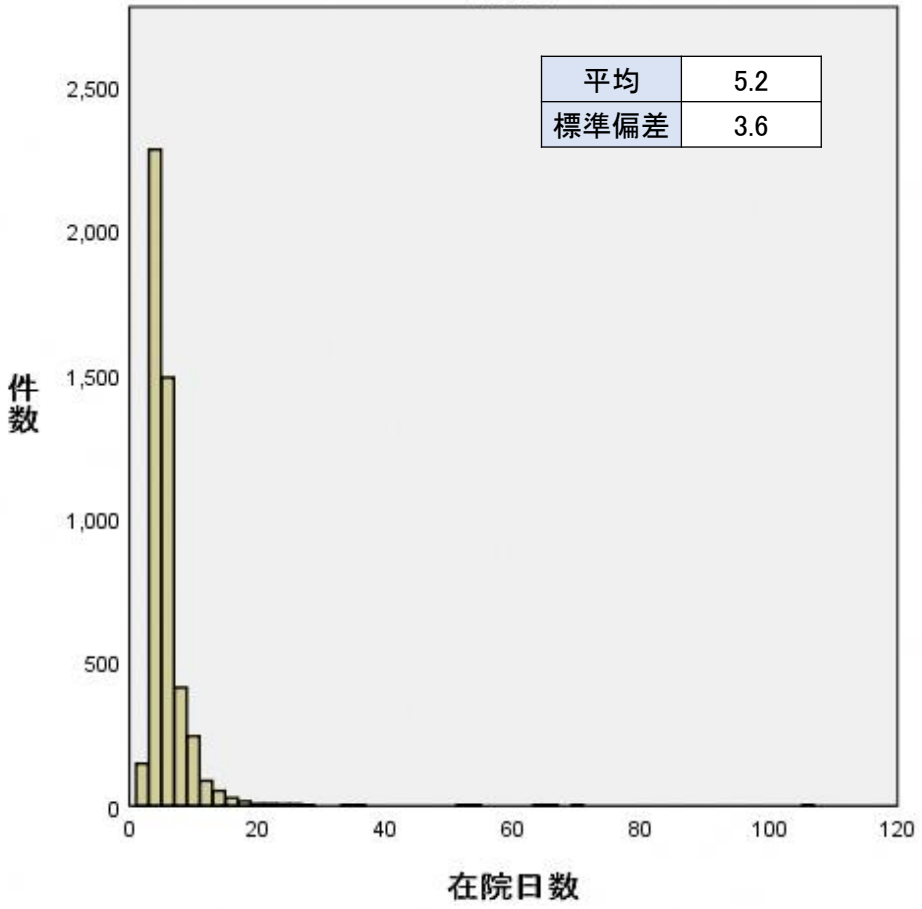
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K7811　経尿道的尿路結石除去術　レーザーによるもの

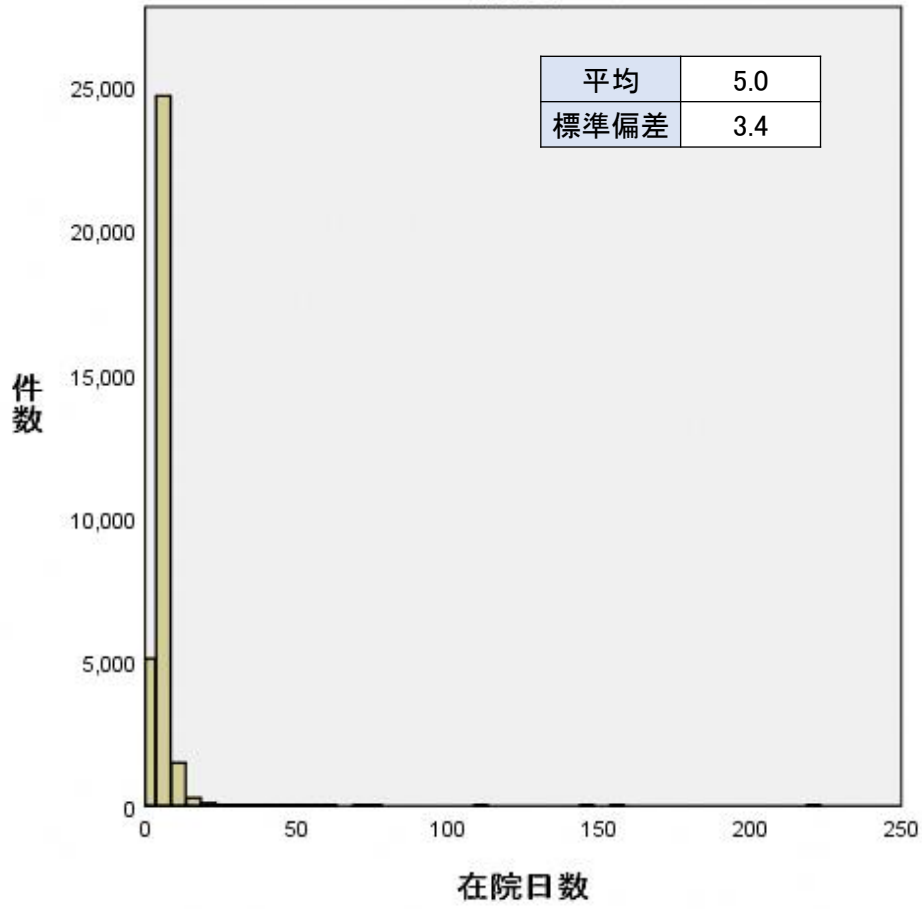
○　経尿道的尿路結石除去術　レーザーによるものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は5.2日、標準偏差は3.6日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.0日、標準偏差は3.4日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



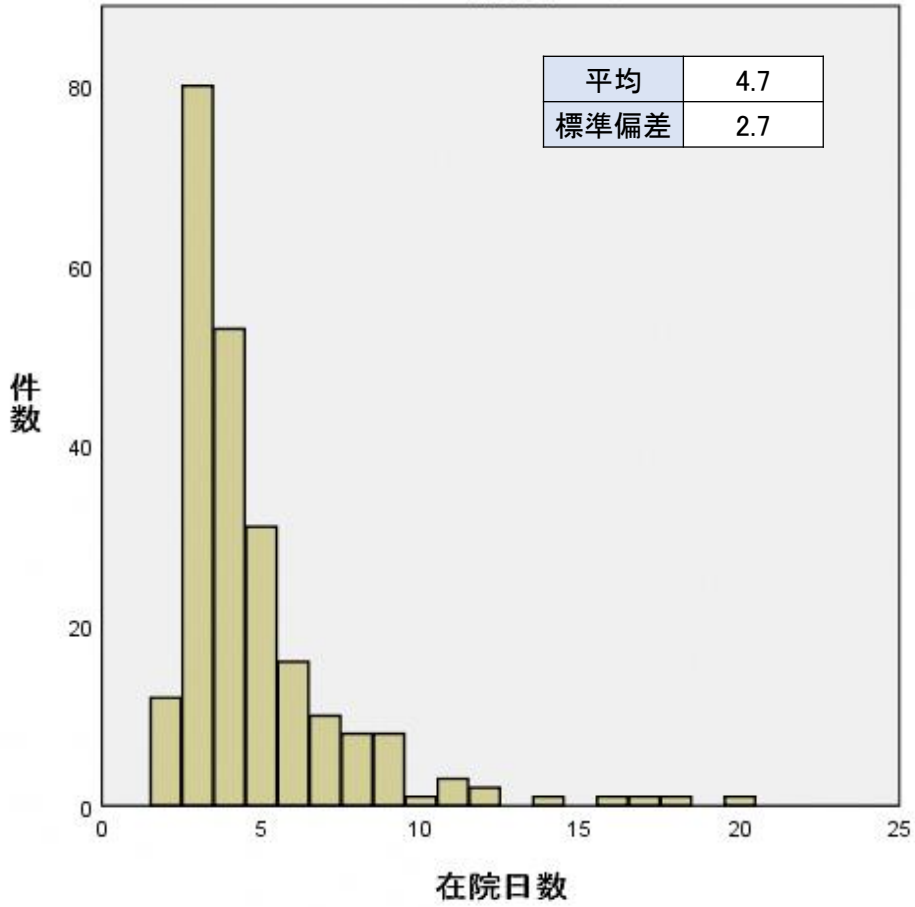
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K7812　経尿道的尿路結石除去術　その他のもの

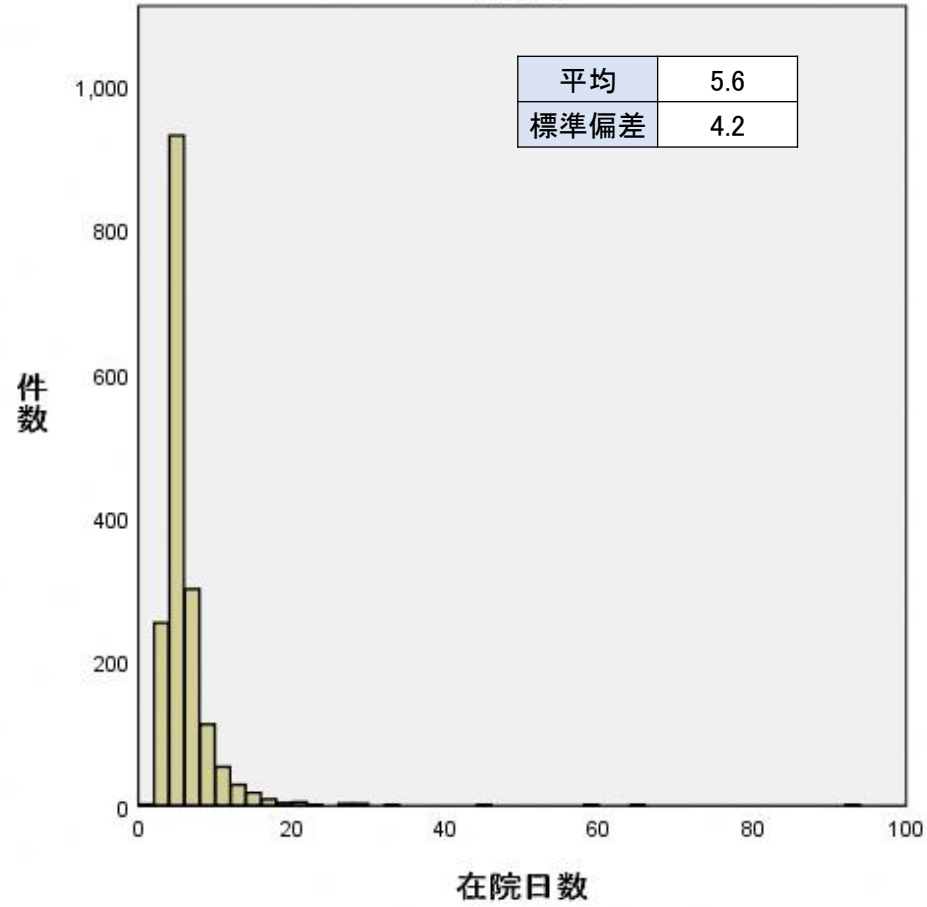
○　経尿道的尿路結石除去術　その他のものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は4.7日、標準偏差は2.7日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.6日、標準偏差は4.2日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

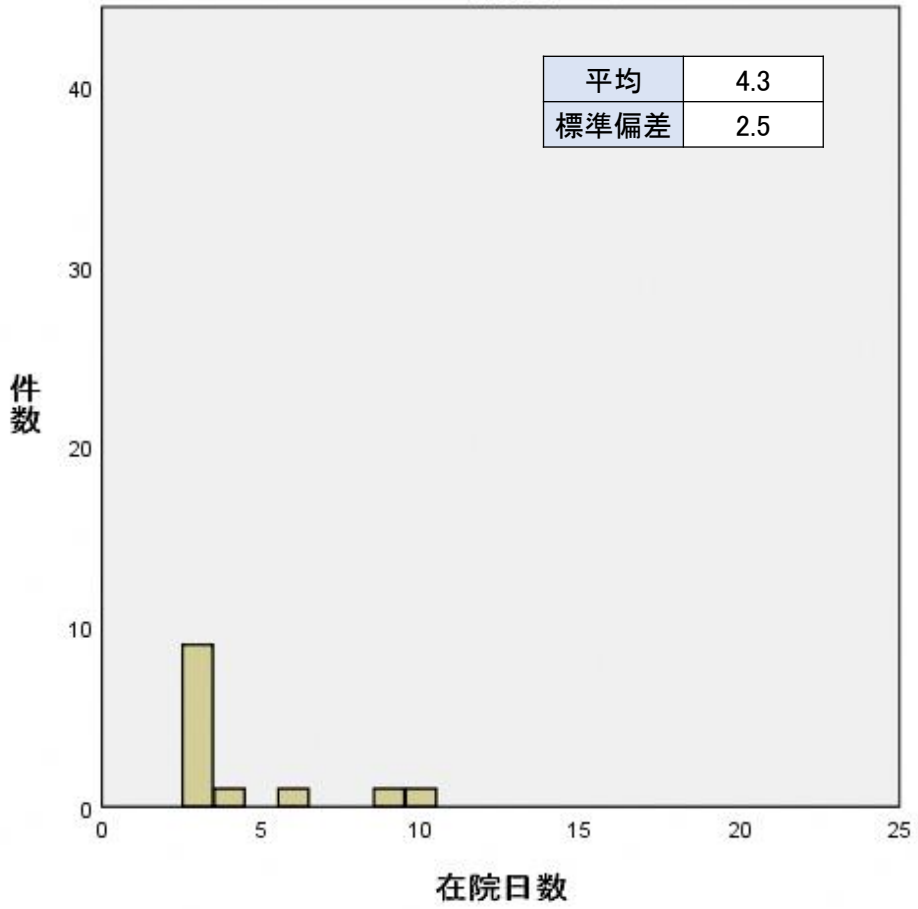
K8231　尿失禁手術　恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの

診調組　入－４
３．１０．１

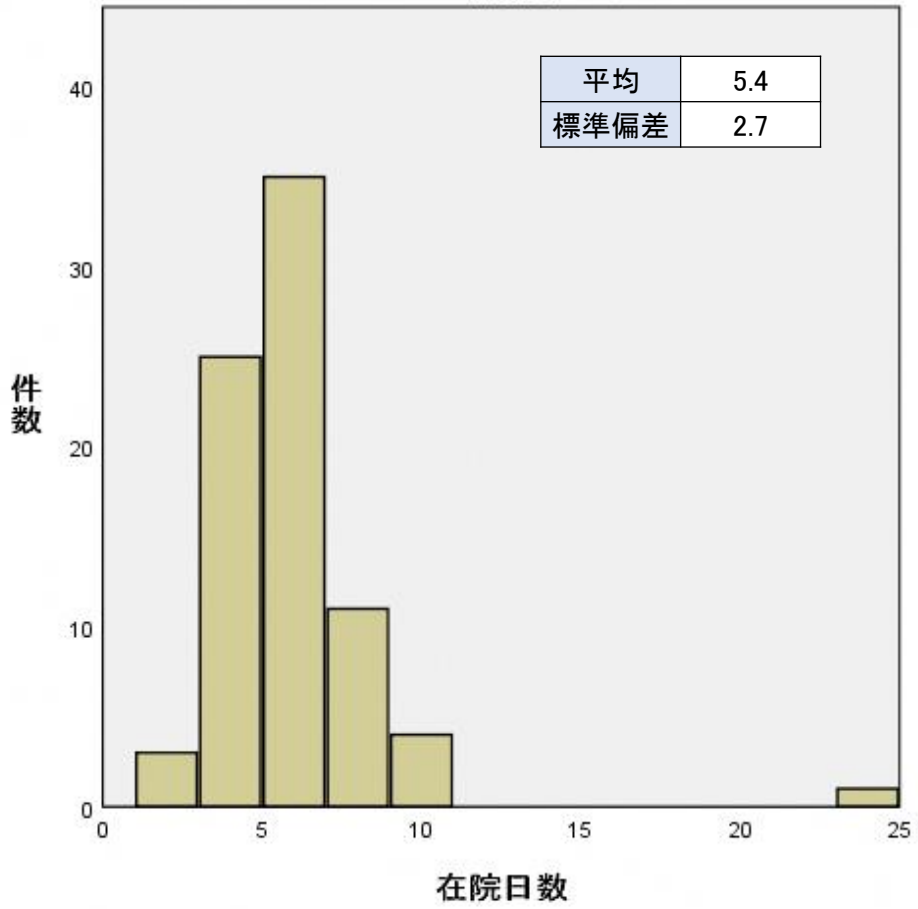
○ 尿失禁手術　恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は4.3日、標準偏差は2.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.4日、標準偏差は2.7日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



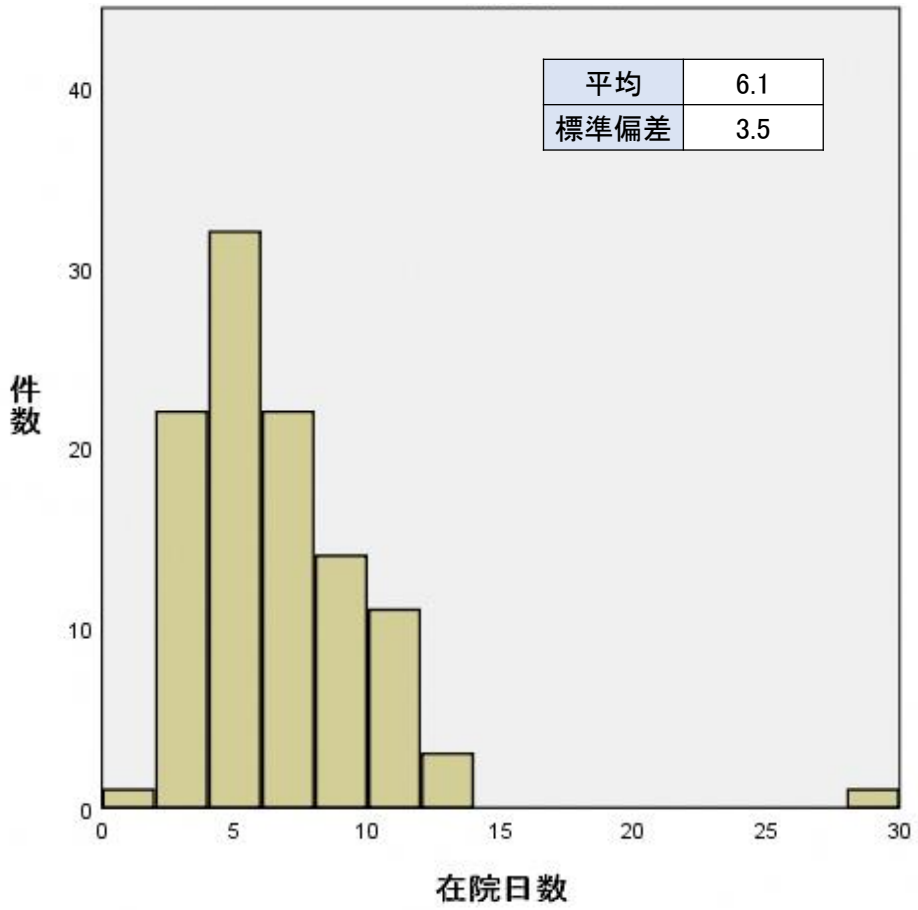
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K8232　尿失禁手術　その他のもの

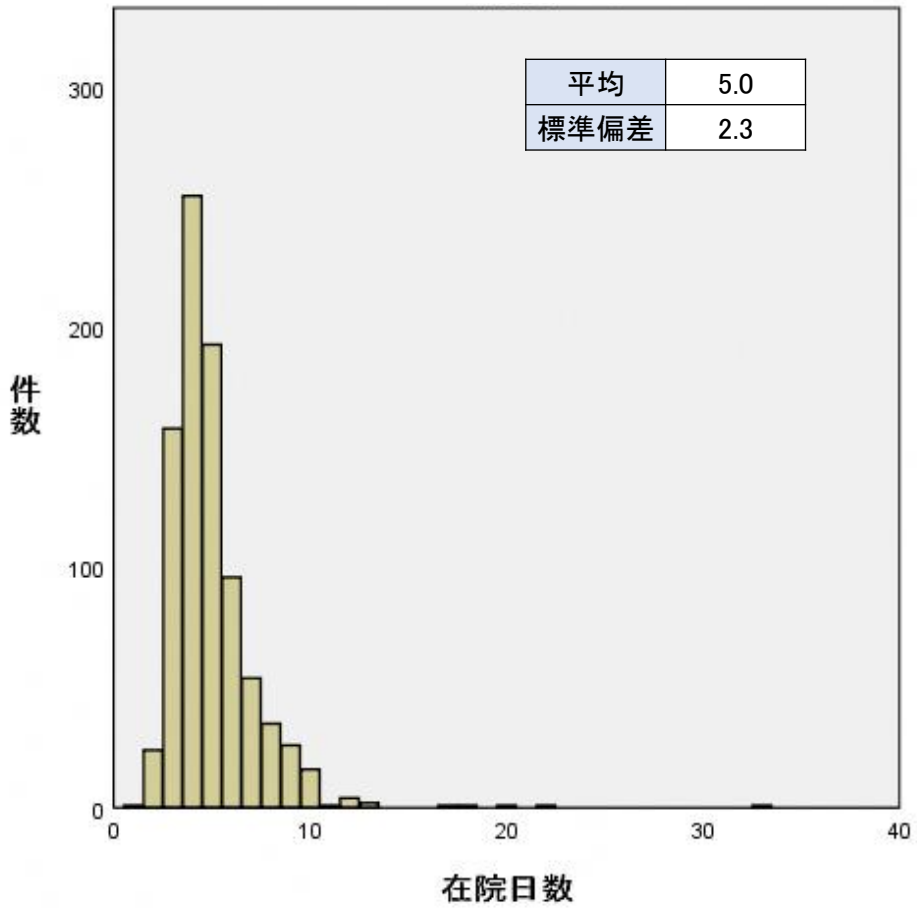
○　尿失禁手術　その他のものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は6.1日、標準偏差は3.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は5.0日、標準偏差は2.3日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



DPC対象病院



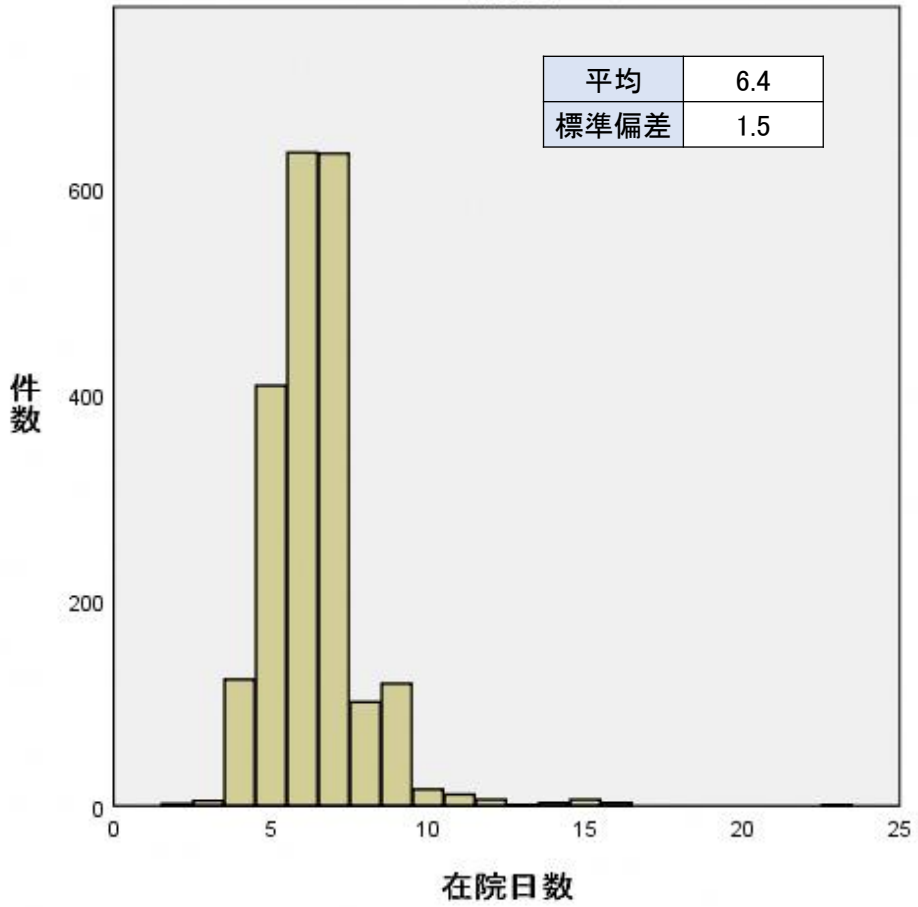
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

K8882　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　腹腔鏡によるもの

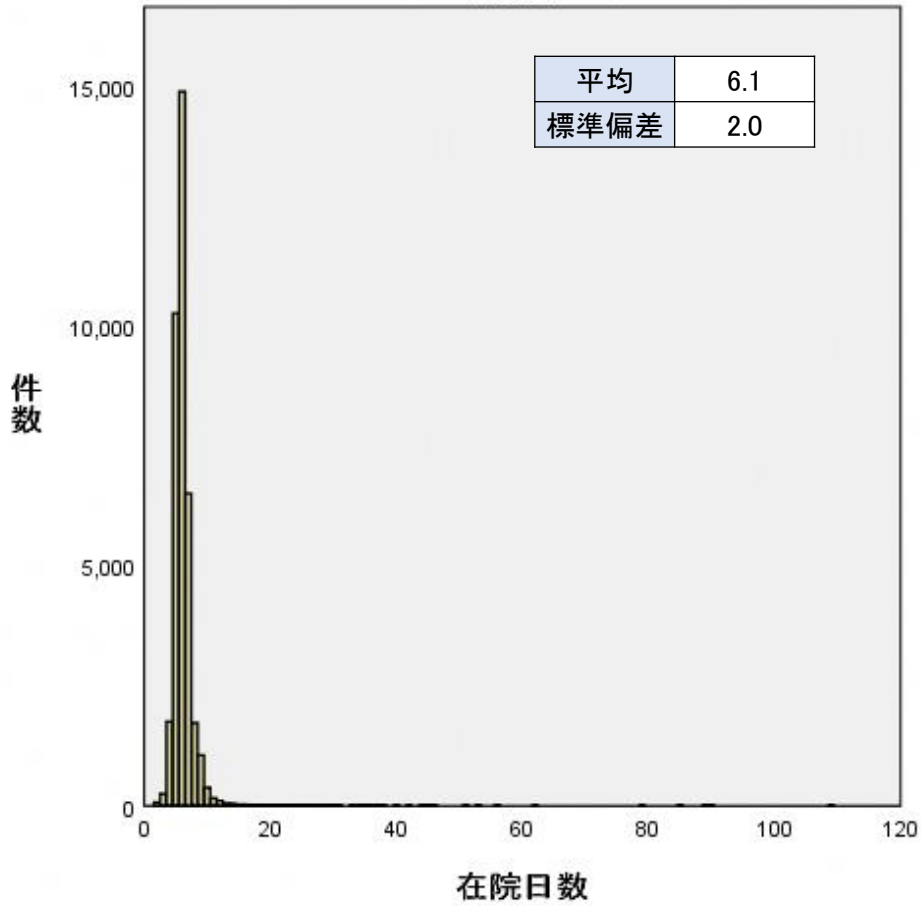
○　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　腹腔鏡によるものについては、DPC対象病院以外の平均在院日数は6.4日、標準偏差は1.5日であった。また、DPC対象病院の平均在院日数は6.1日、標準偏差は2.0日であった。

＜在院日数の分布＞

DPC対象病院以外



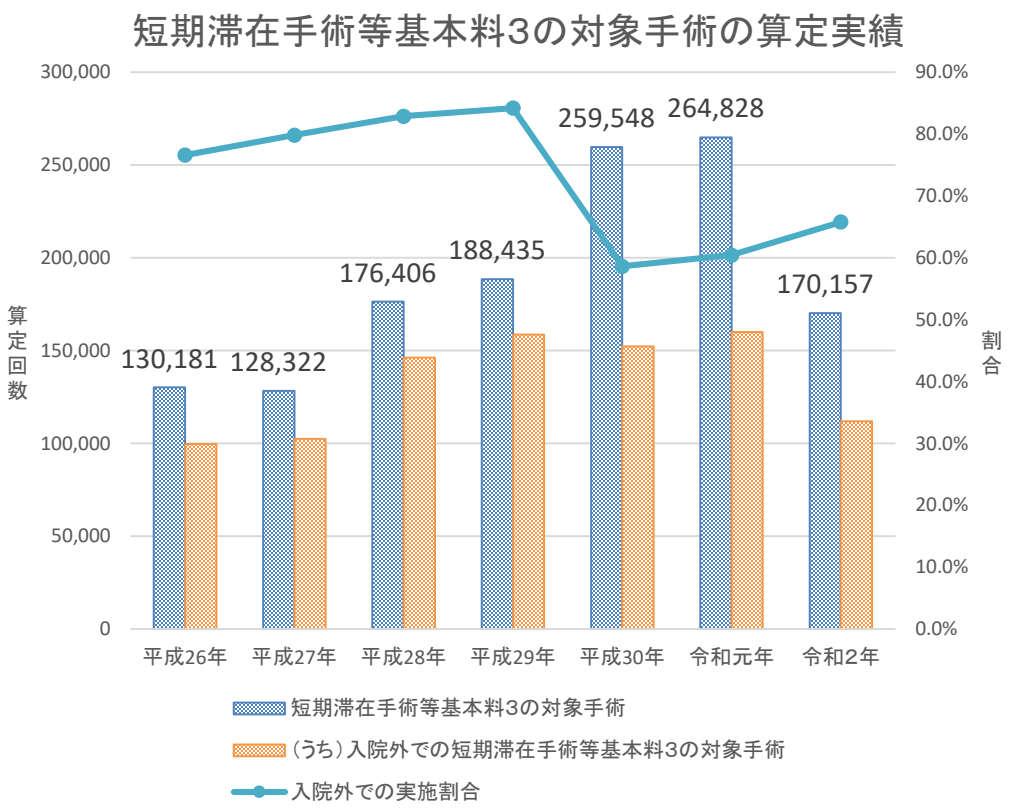
DPC対象病院

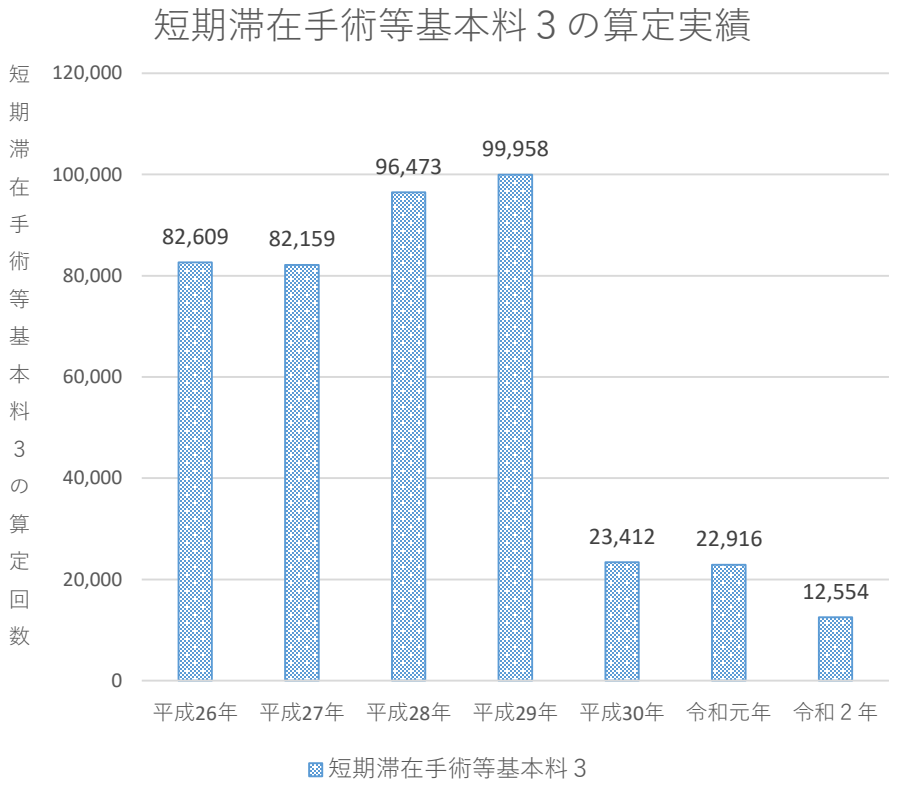


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

短期滞在手術等基本料３の年次推移

○　短期滞在手術等基本料３の対象となっている手術等は、平成30年度以降、外来で実施される割合は60%程度となっている。
○　短期滞在手術等基本料３の算定回数は平成30年度以降、減少したが、一定程度算定されている。





出典：社会医療診療行為別統計　各年6月審査分

短期滞在手術等基本料３の対象となっている手術等

○　短期滞在手術等基本料３の対象となっている手術等の、入院外での実施割合は以下のとおりであった。一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。

【短期滞在手術等基本料３の対象手術等の、入院外での実施割合】

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

※　短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に＊を付している。
※　入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

出典：社会医療診療行為別統計　令和2年6月審査分

短期滞在手術等基本料３の平成30年と令和２年の比較

○　短期滞在手術等基本料３とその対象手術等の平成30年度、令和２年度の状況は以下のとおりであった。
○　短期滞在手術等基本料３の平均在院日数は、平成30年度と比較して、令和２年度に短縮しているものが多かった。

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

出典：DPCデータ（各年度1年分）

※　短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に＊を付している。

短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等の分析

【分析対象とした手術等】
- ○ 手術
- ○ 1,000点以上の検査、放射線治療等

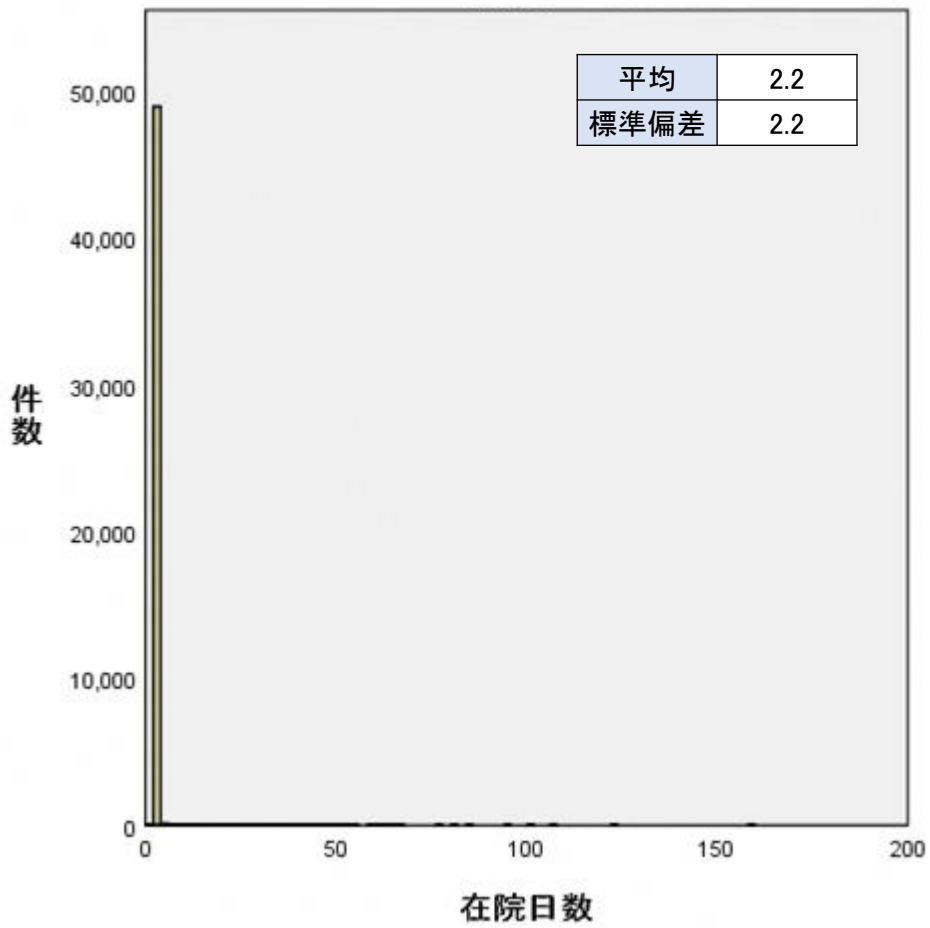
【分析データ】
DPCデータ（令和2年4月以降に入院し、令和3年3月までに退院した患者であって、当該手術等を1度のみ実施した症例）

【項目の抽出方法】
以下の条件を満たす手術等
- ○ 該当症例数が100件以上
- ○ 在院日数が以下のいずれか
  1. 在院日数の平均＋1SDが5日以内
  2. 在院日数の平均＋1SDが7日以内

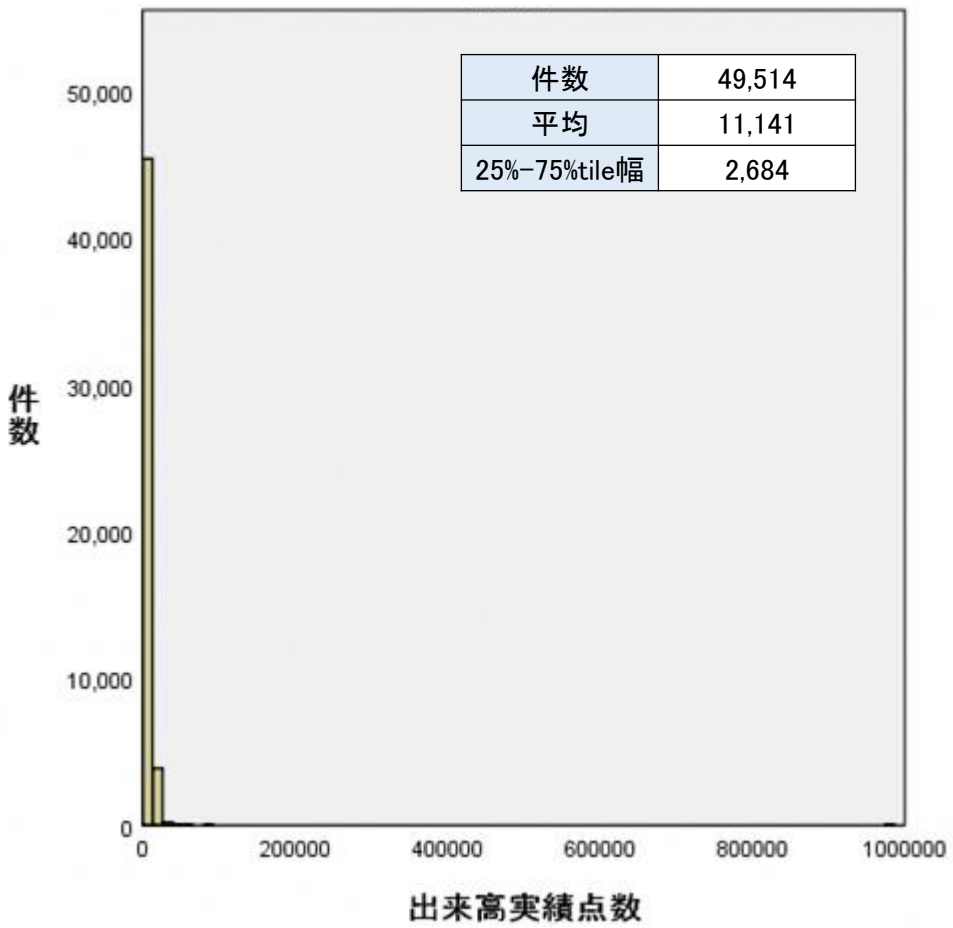
（例）D237　3　終夜睡眠ポリグラフィー3（1及び2以外）（その他）

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

＜在院日数の分布＞



＜出来高実績点数の分布＞



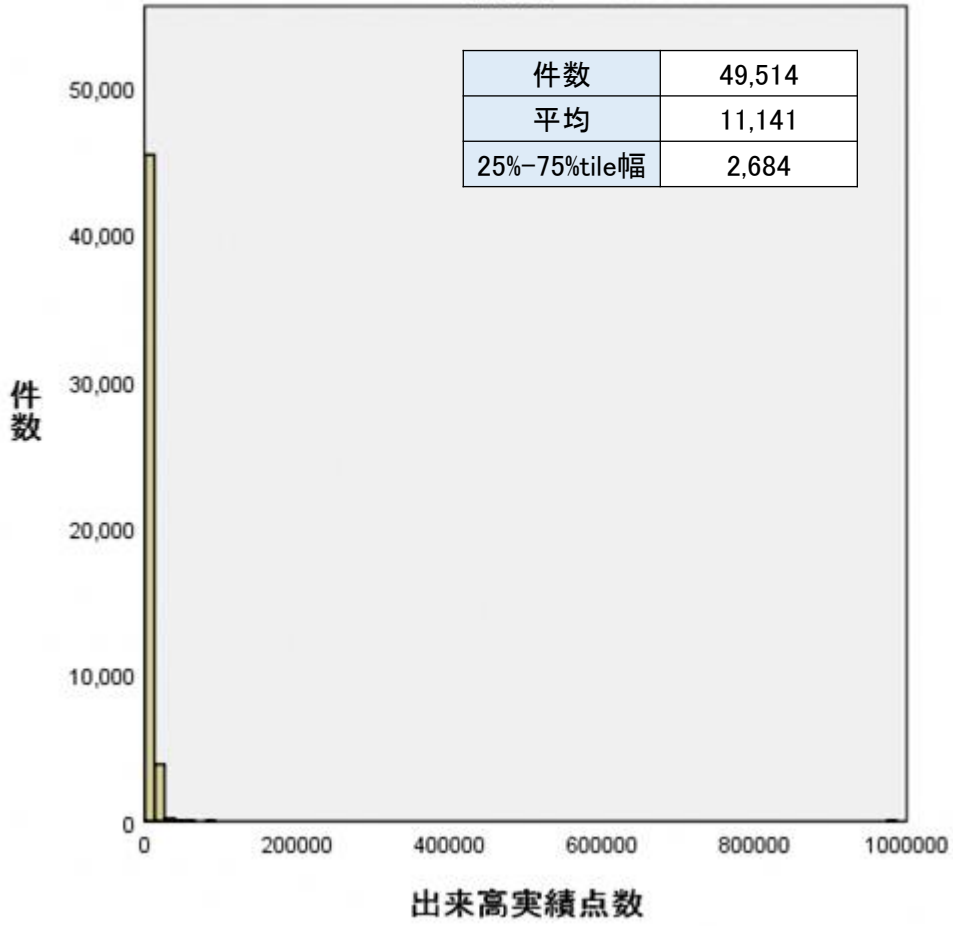
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

（例）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。

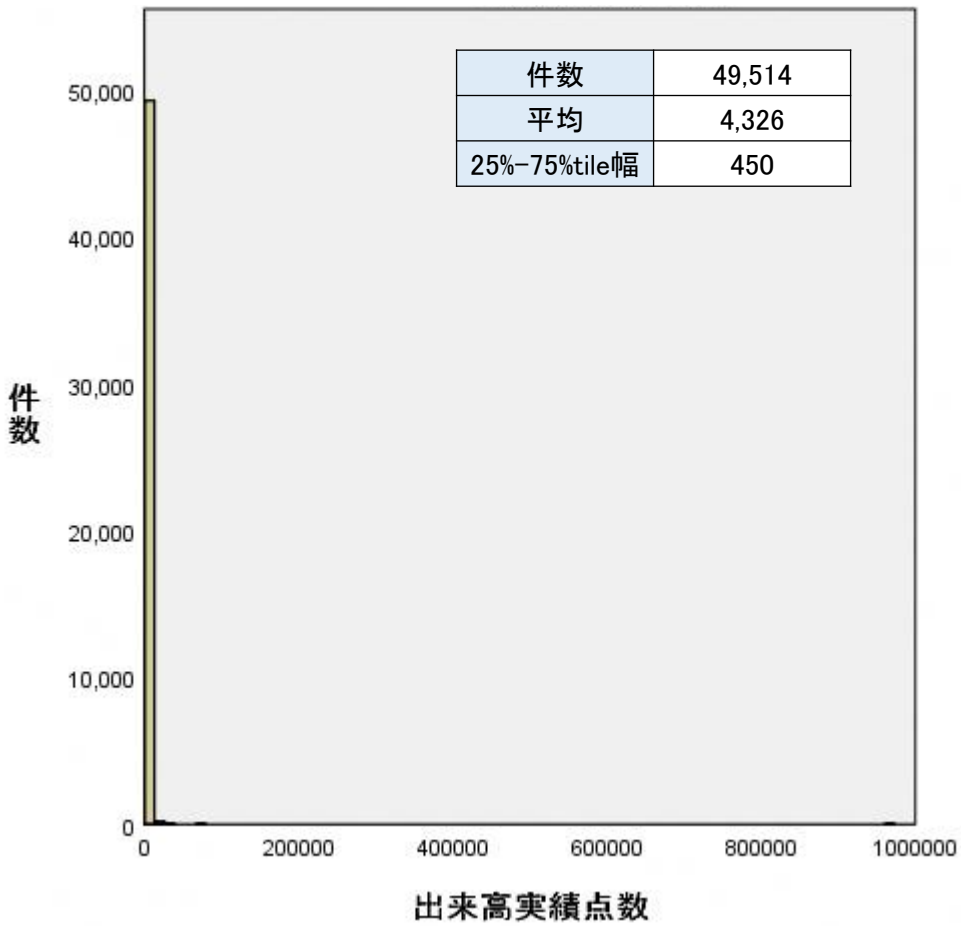
＜出来高実績点数の分布＞

件数	49,514
平均	11,141
25%-75%tile幅	2,684



＜入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布＞

件数	49,514
平均	4,326
25%-75%tile幅	450

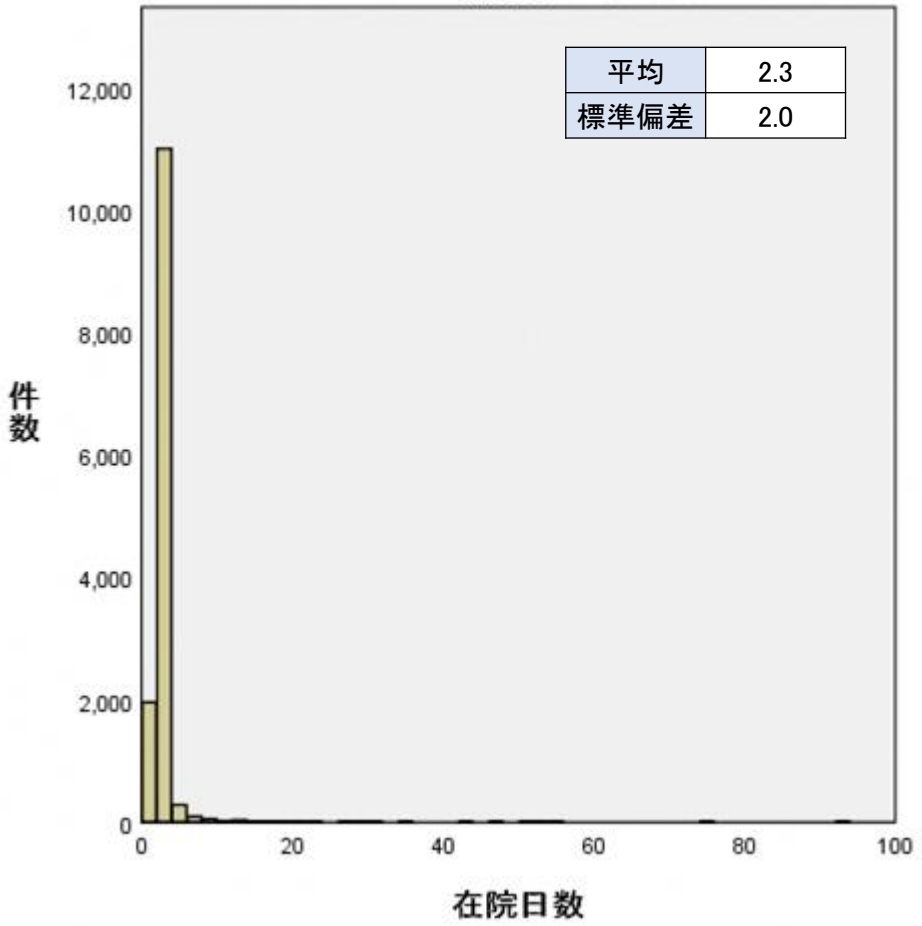


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

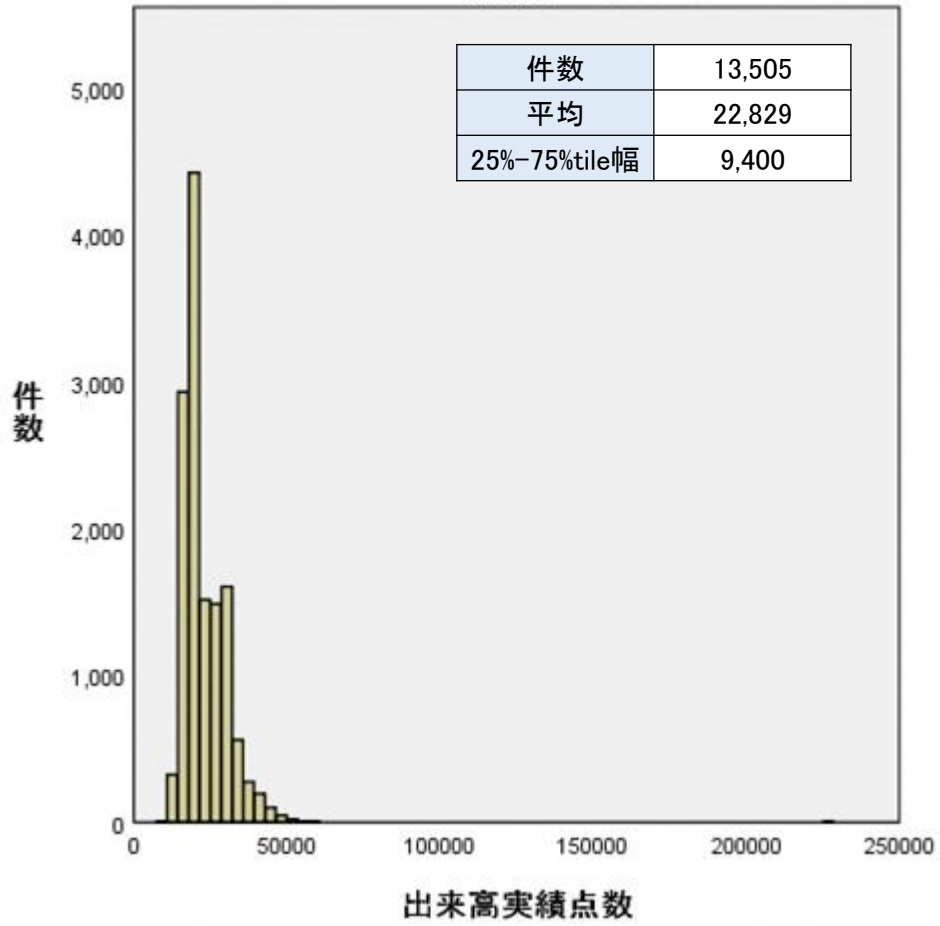
（例）K617-4　下肢静脈瘤血管内焼灼術

○　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＞

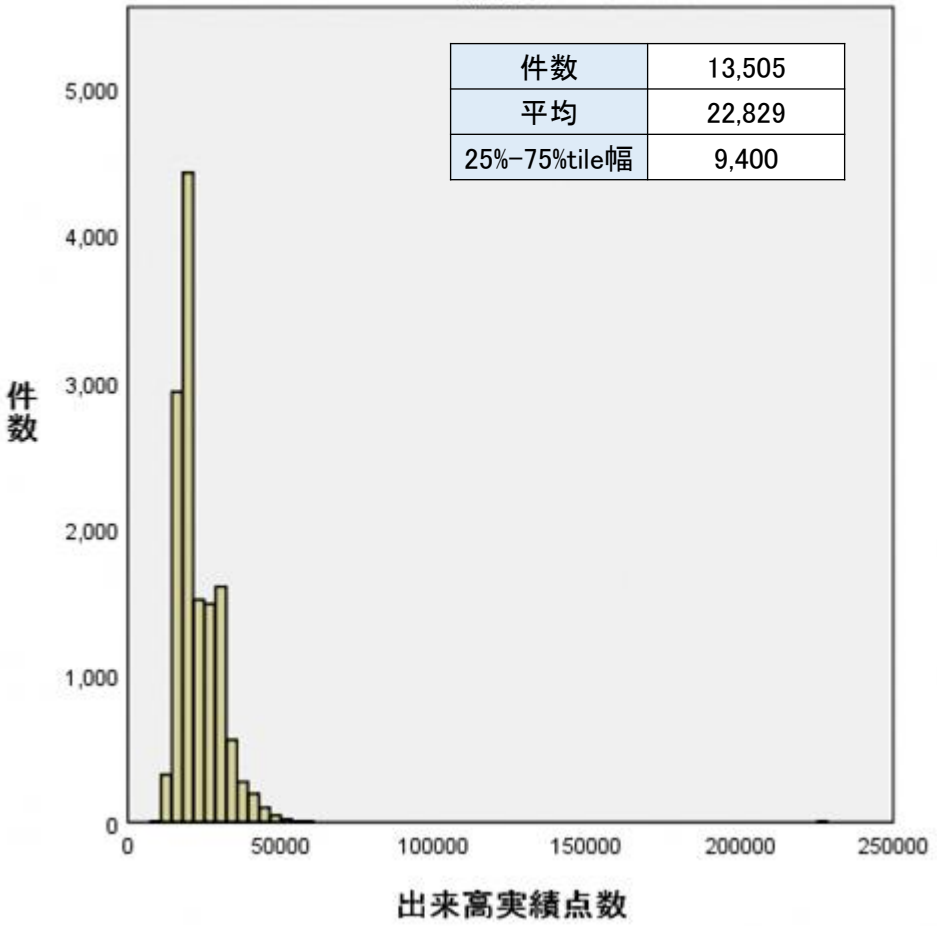


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

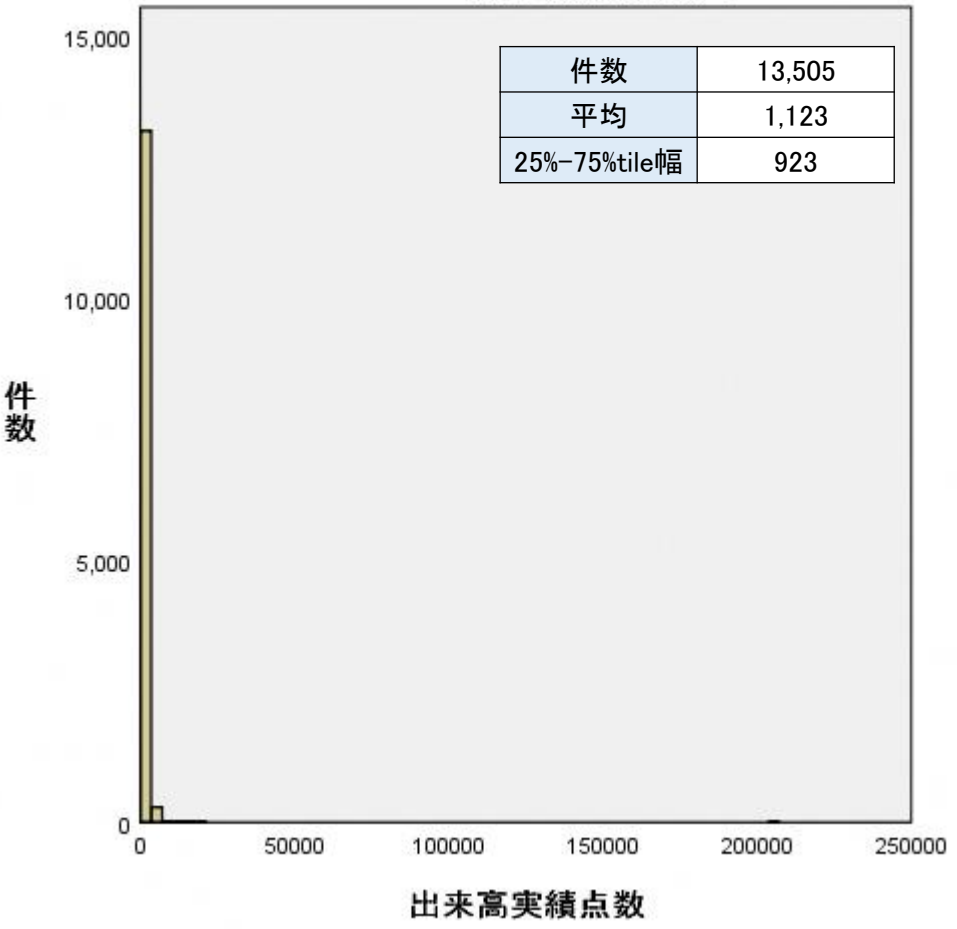
（例）K617-4　下肢静脈瘤血管内焼灼術

○　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＞

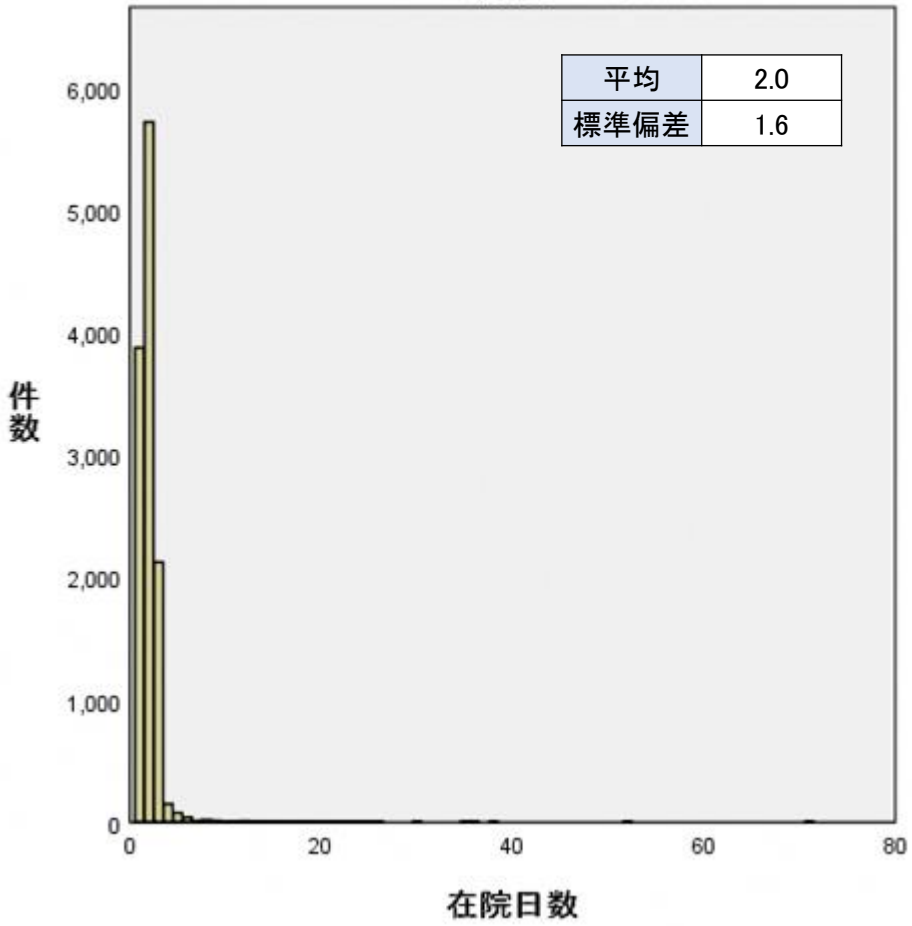


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

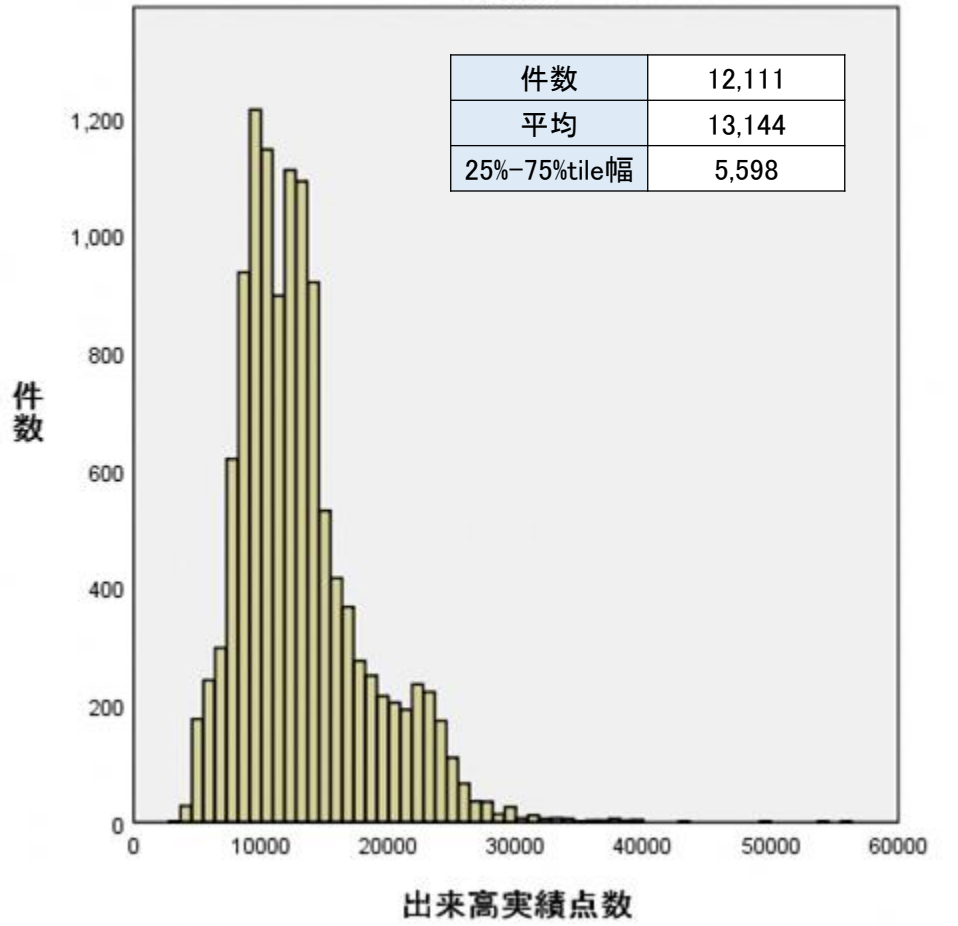
（例）K861　子宮内膜掻爬術

○　子宮内膜掻爬術については、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＞

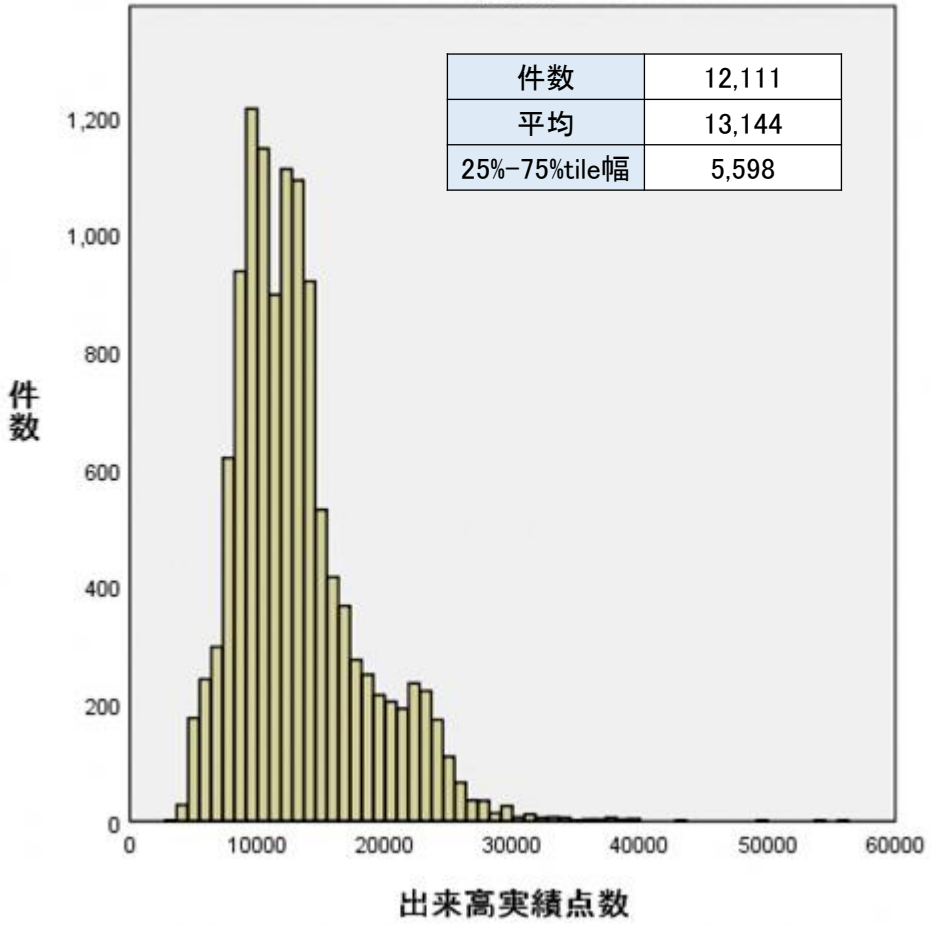


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

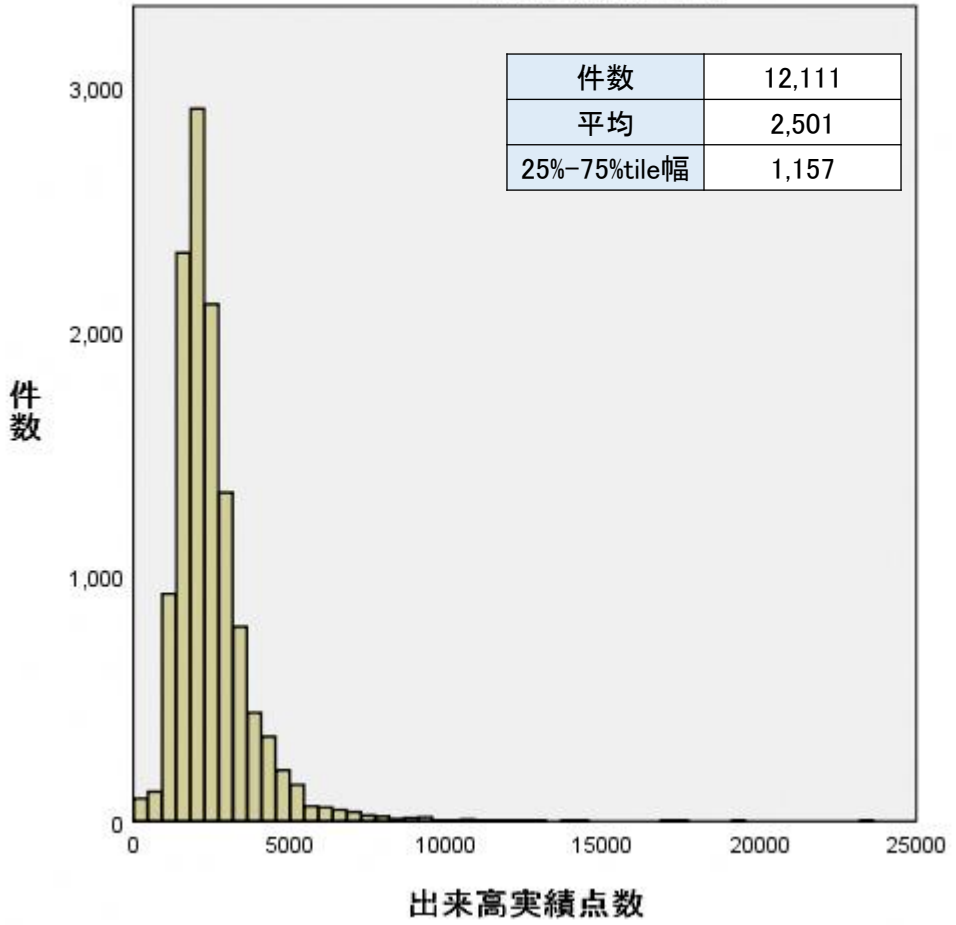
（例）K861　子宮内膜掻爬術

○　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＞

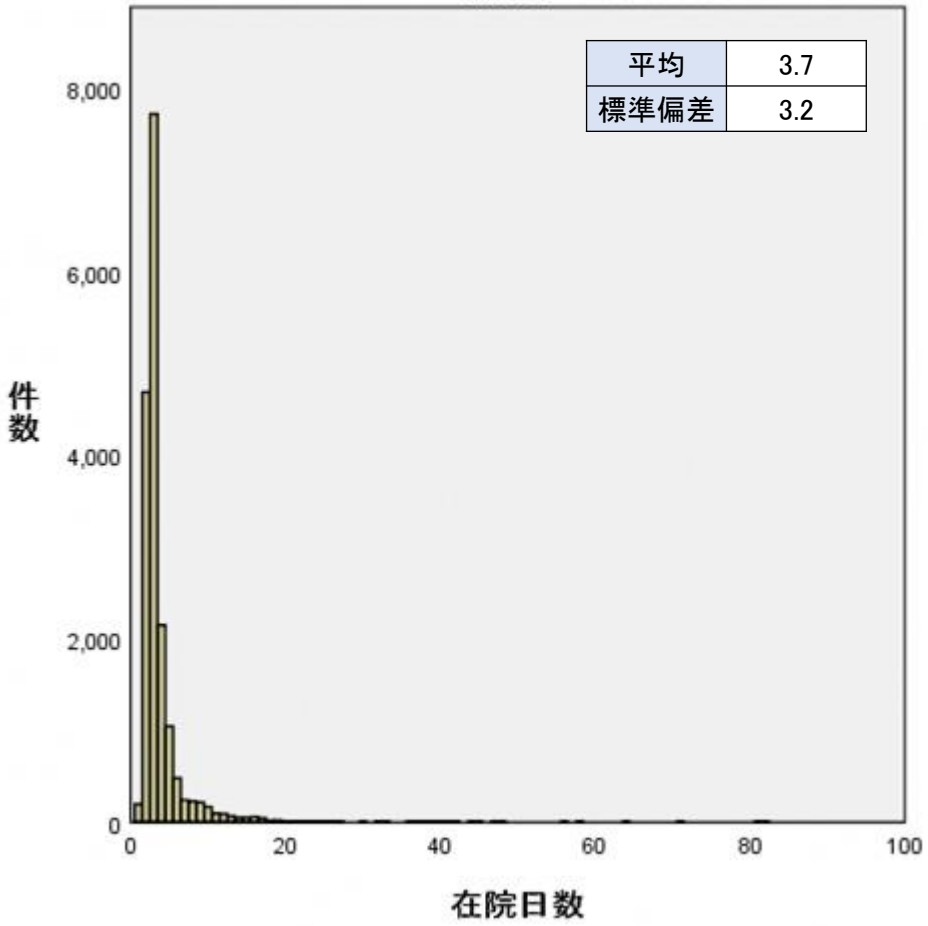


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

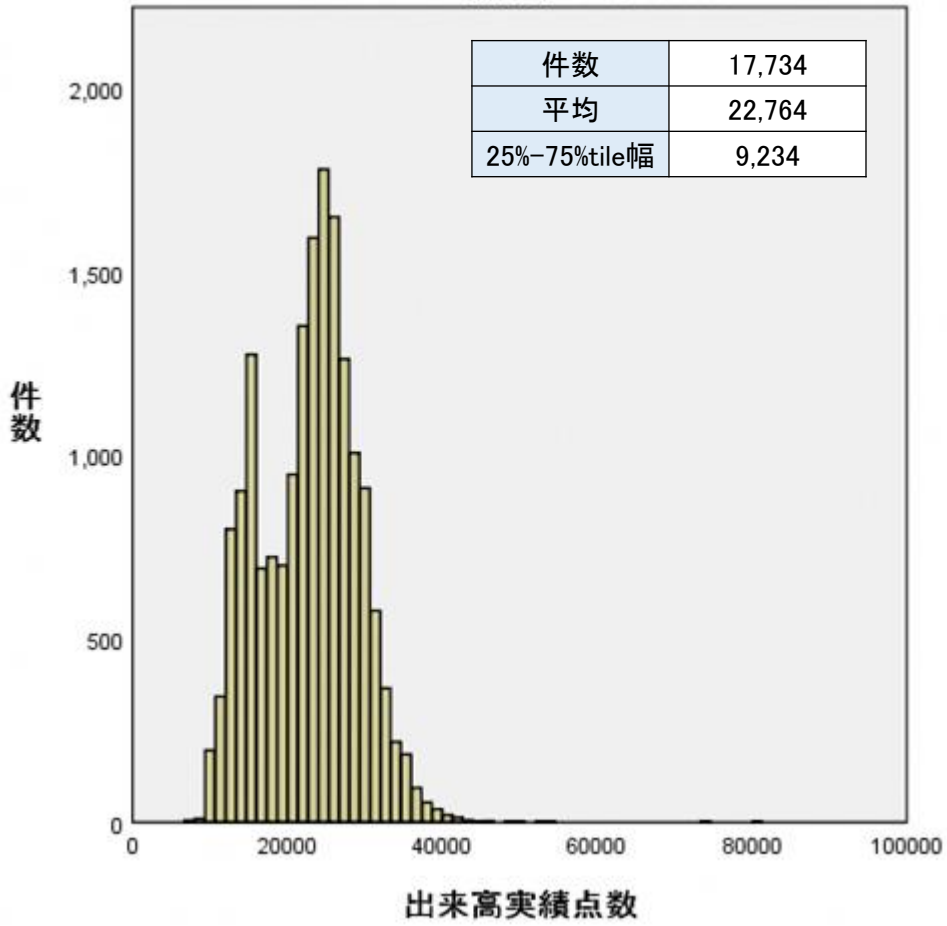
（例）K048　3　骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕）

○　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＞

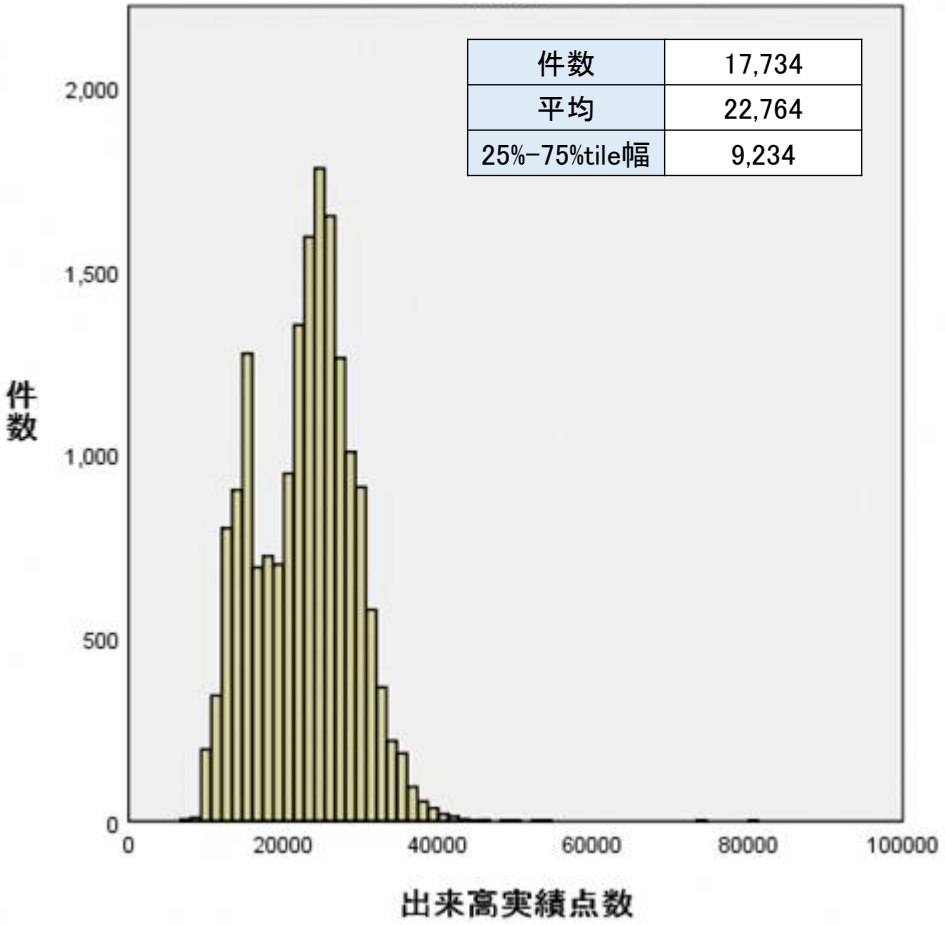


※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

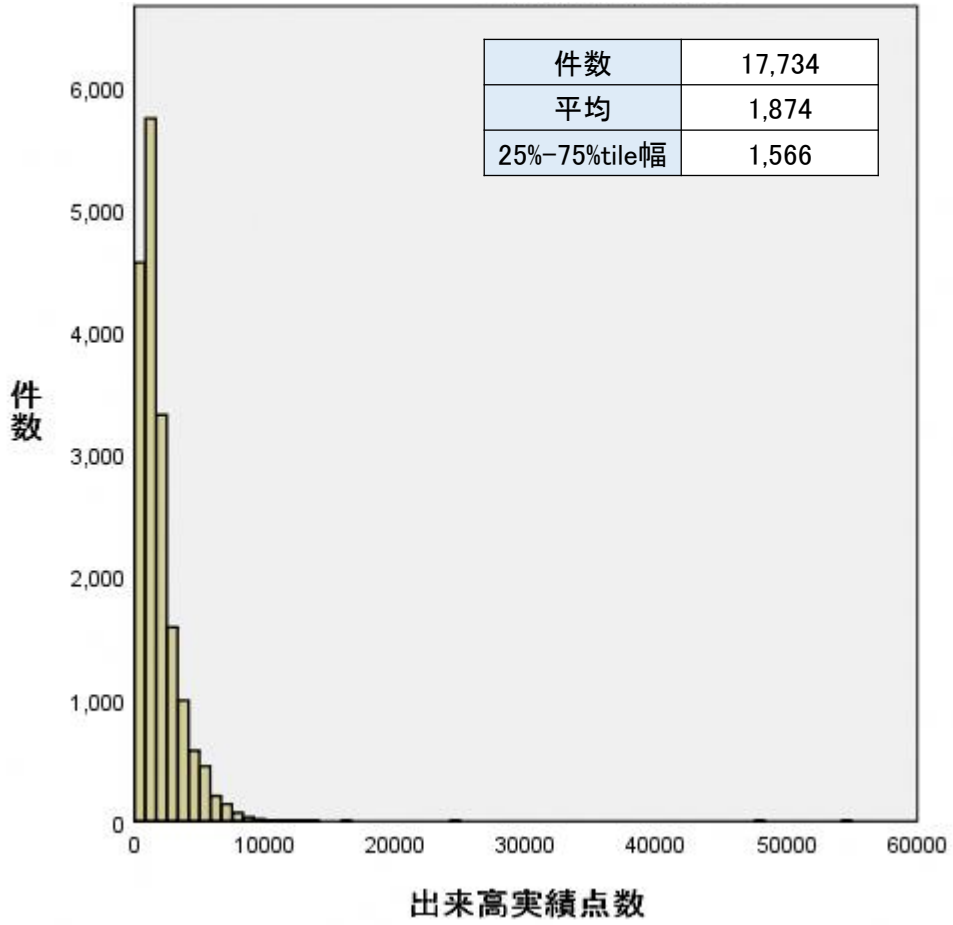
（例）K048　3　骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕）

○　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＞



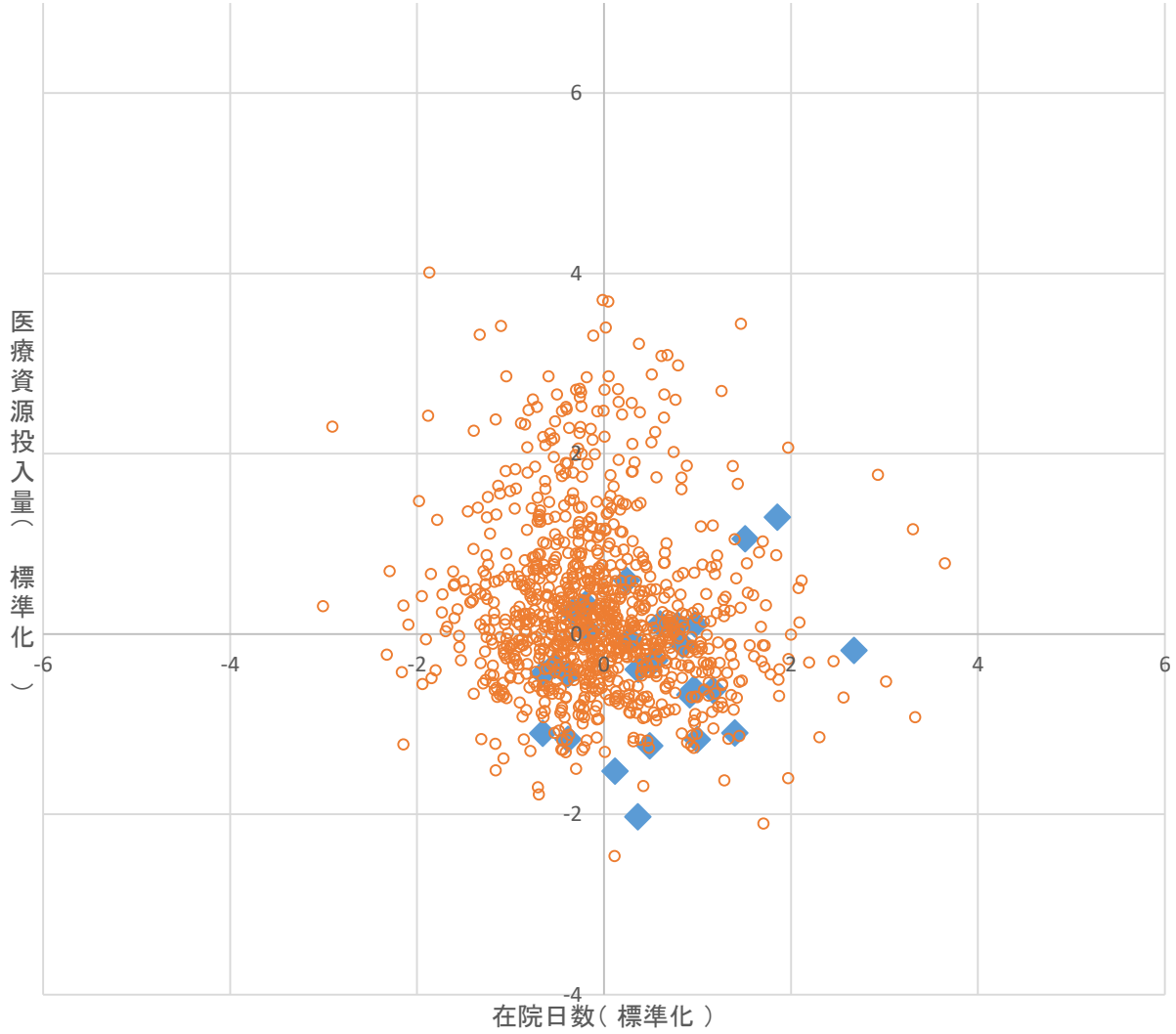
※DPCデータより集計（令和2年4月～令和3年3月）

０．調査概要
１．一般病棟入院基本料について
２．特定集中治療室管理料等について
３．短期滞在手術等基本料について
４．DPC/PDPSについて
　４－１．DPC対象病院に係る検討について
　４－２．令和３年度特別調査について
　４－３．医療機関別係数について
５．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
６．回復期リハビリテーション病棟入院料について
７．療養病棟入院基本料について
８．障害者施設等入院基本料等について
９．救急医療管理加算について
１０．医療資源の少ない地域に配慮した評価について
１１．横断的個別事項について

特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

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

診調組　入－2参考
元　．　１　０　．　３



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

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

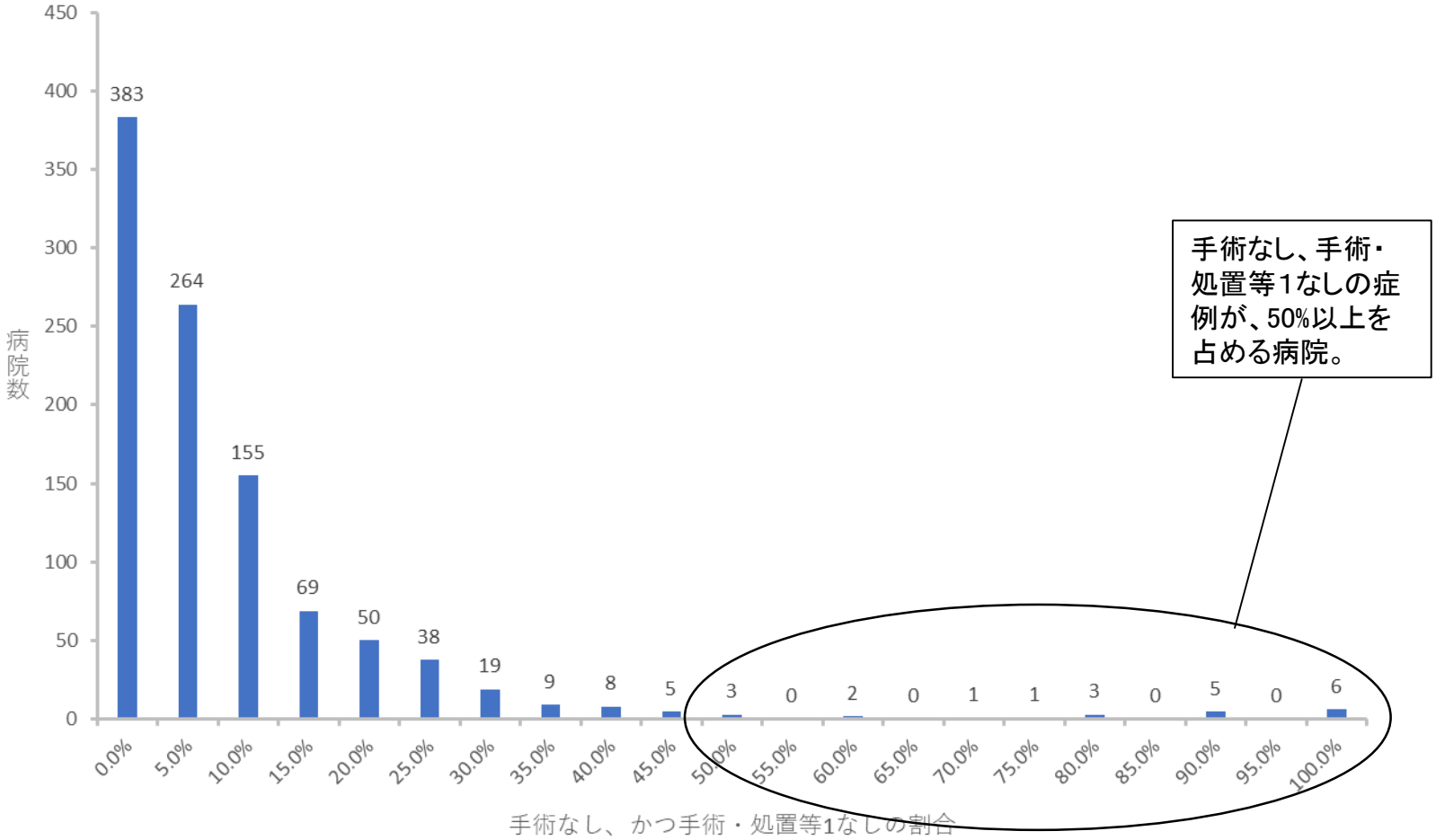
※　急性心筋梗塞(050030)の症例が年間10例以上の病院に限る。（n=1,003）

※　青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

出典：H30年DPCデータ

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の病院数の分布：急性心筋梗塞

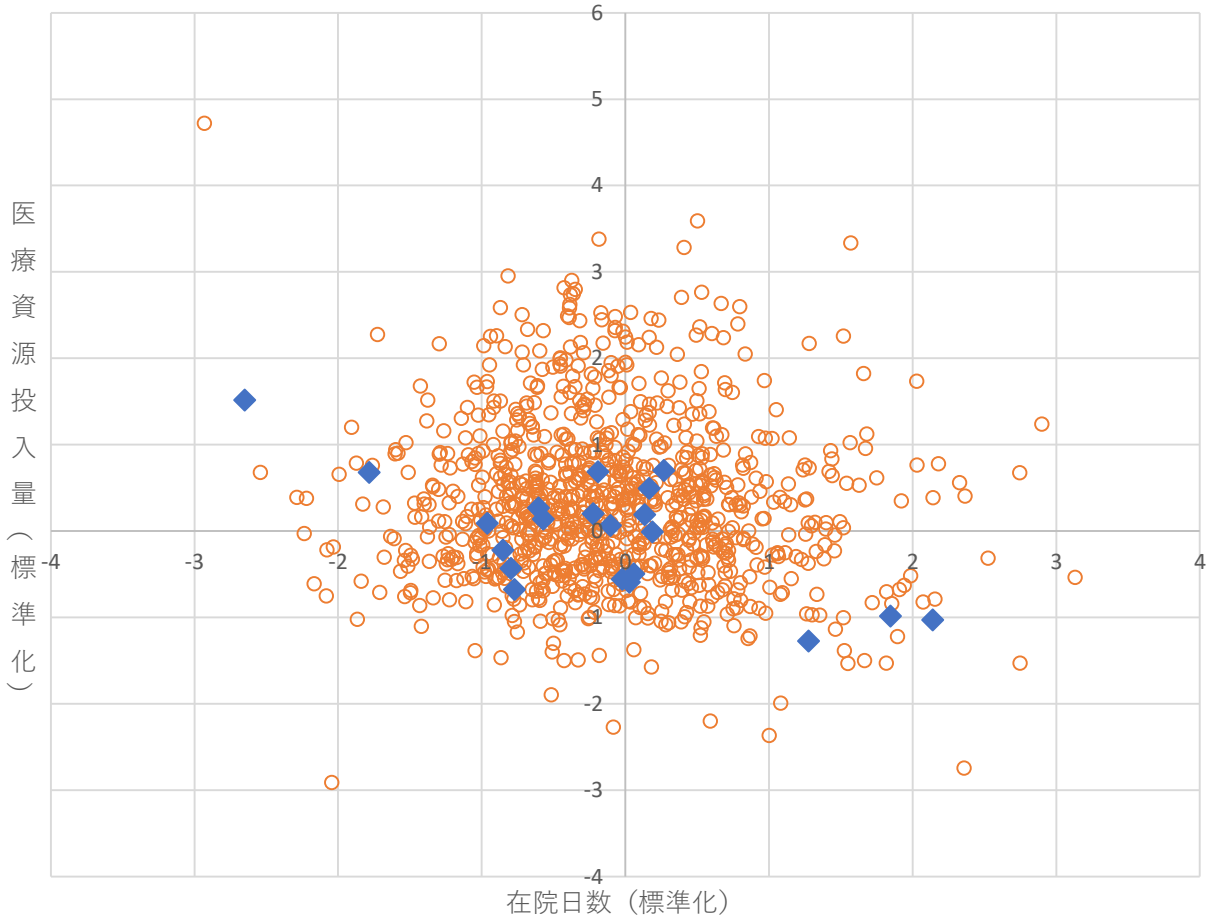
○　令和２年のデータにおいても、急性心筋梗塞（050030）の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」の症例が50%以上を占める病院が一定数存在する。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

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



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

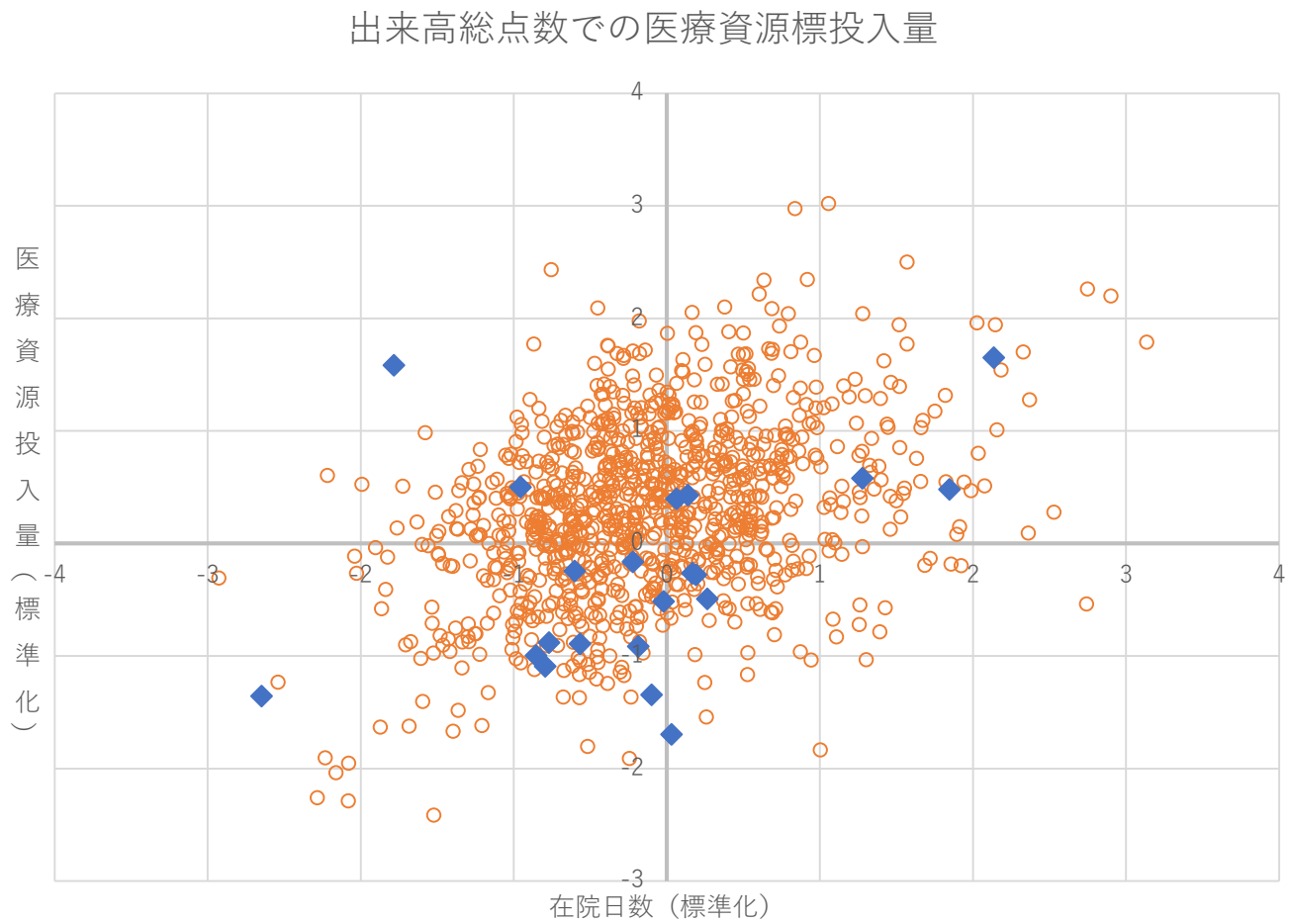
○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・左室形成術　　等
○手術処置等１
・大動脈バルーンパンピング法
・心臓カテーテル法　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：急性心筋梗塞

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



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

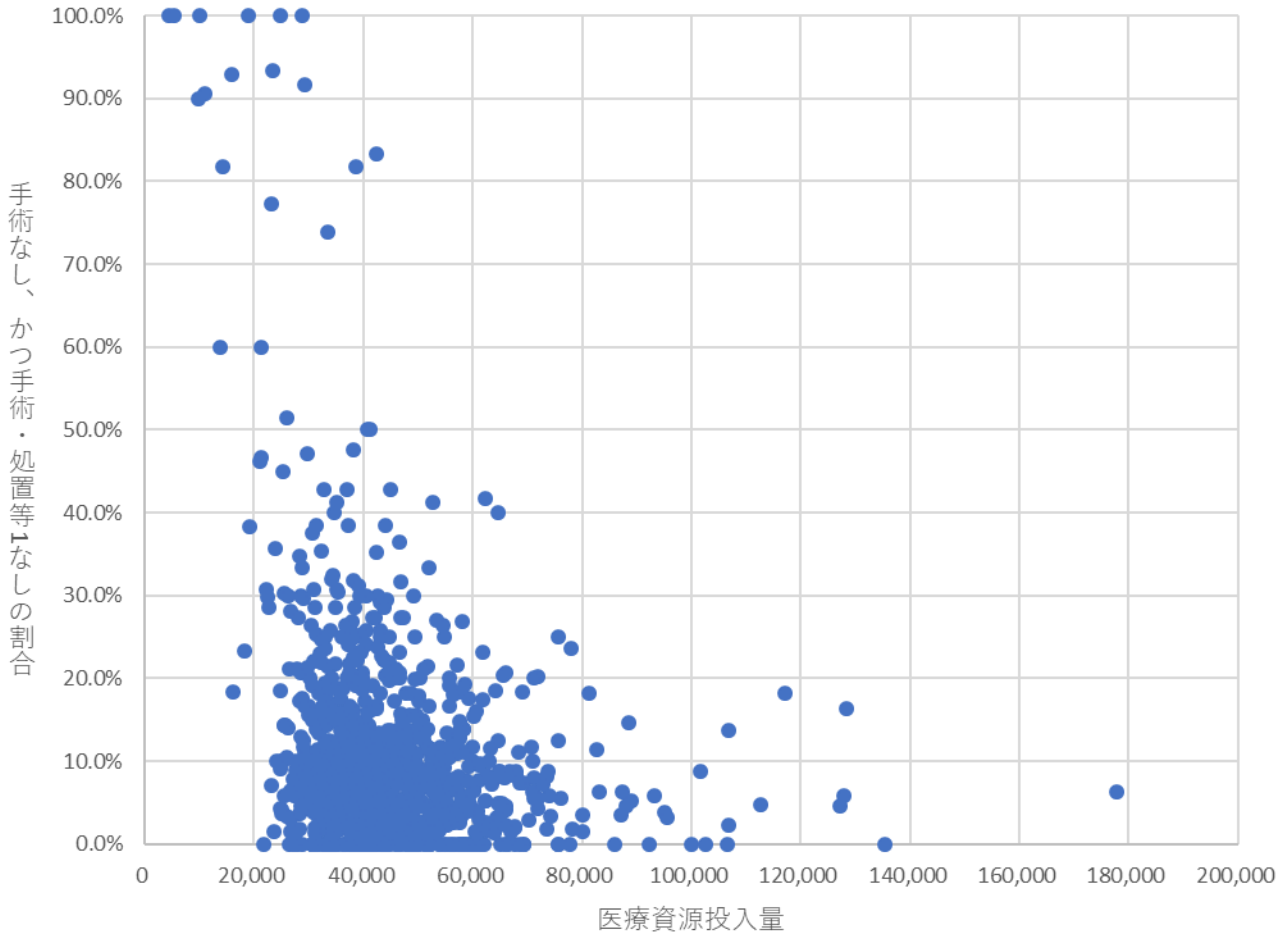
○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・左室形成術　　等
○手術処置等１
・大動脈バルーンパンピング法
・心臓カテーテル法　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

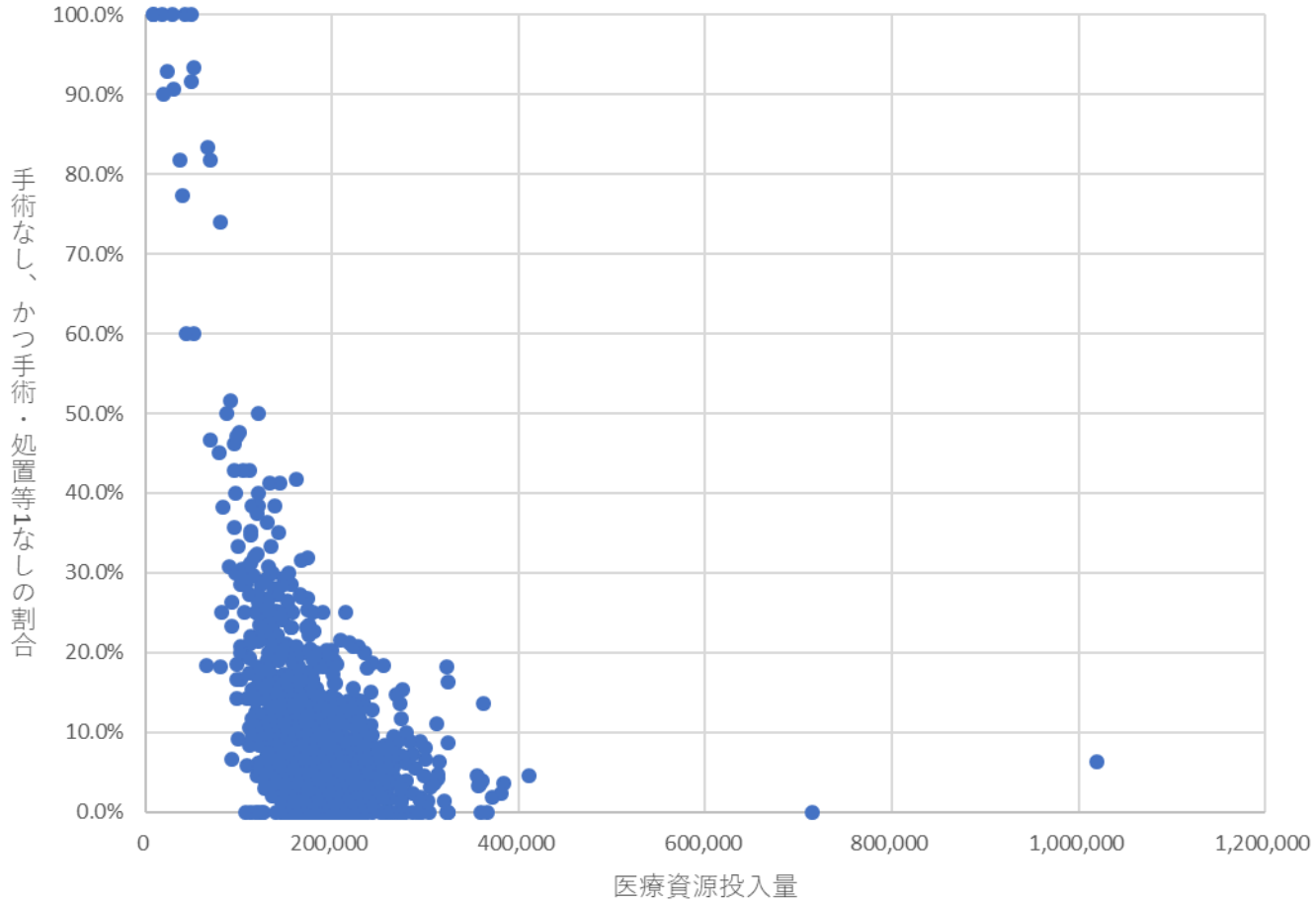
○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合が高いほど、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）が少ない傾向が見られた。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

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

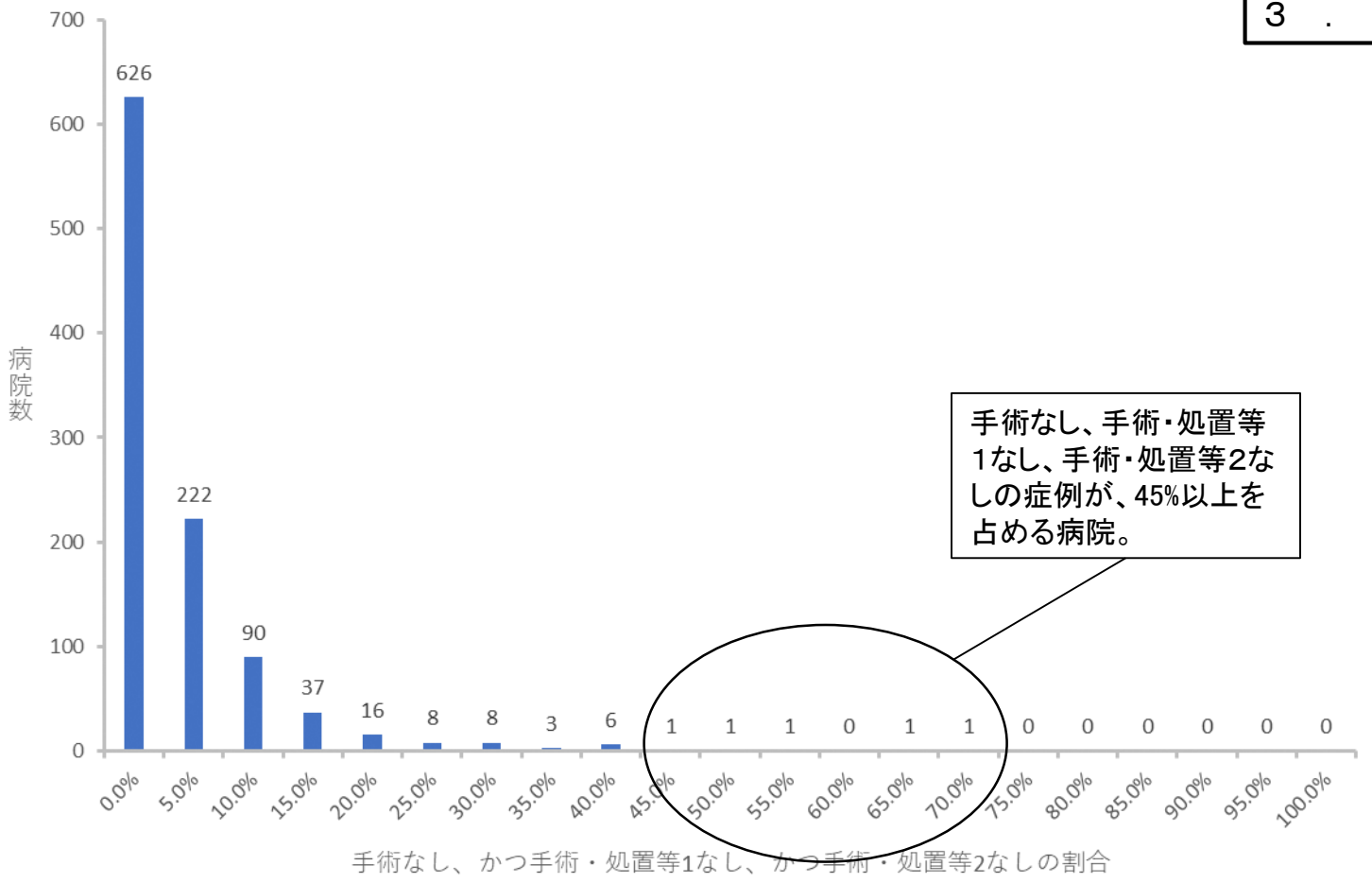


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の病院数の分布：急性心筋梗塞

○　急性心筋梗塞（050030）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050030xx99000x）の症例が45%以上を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

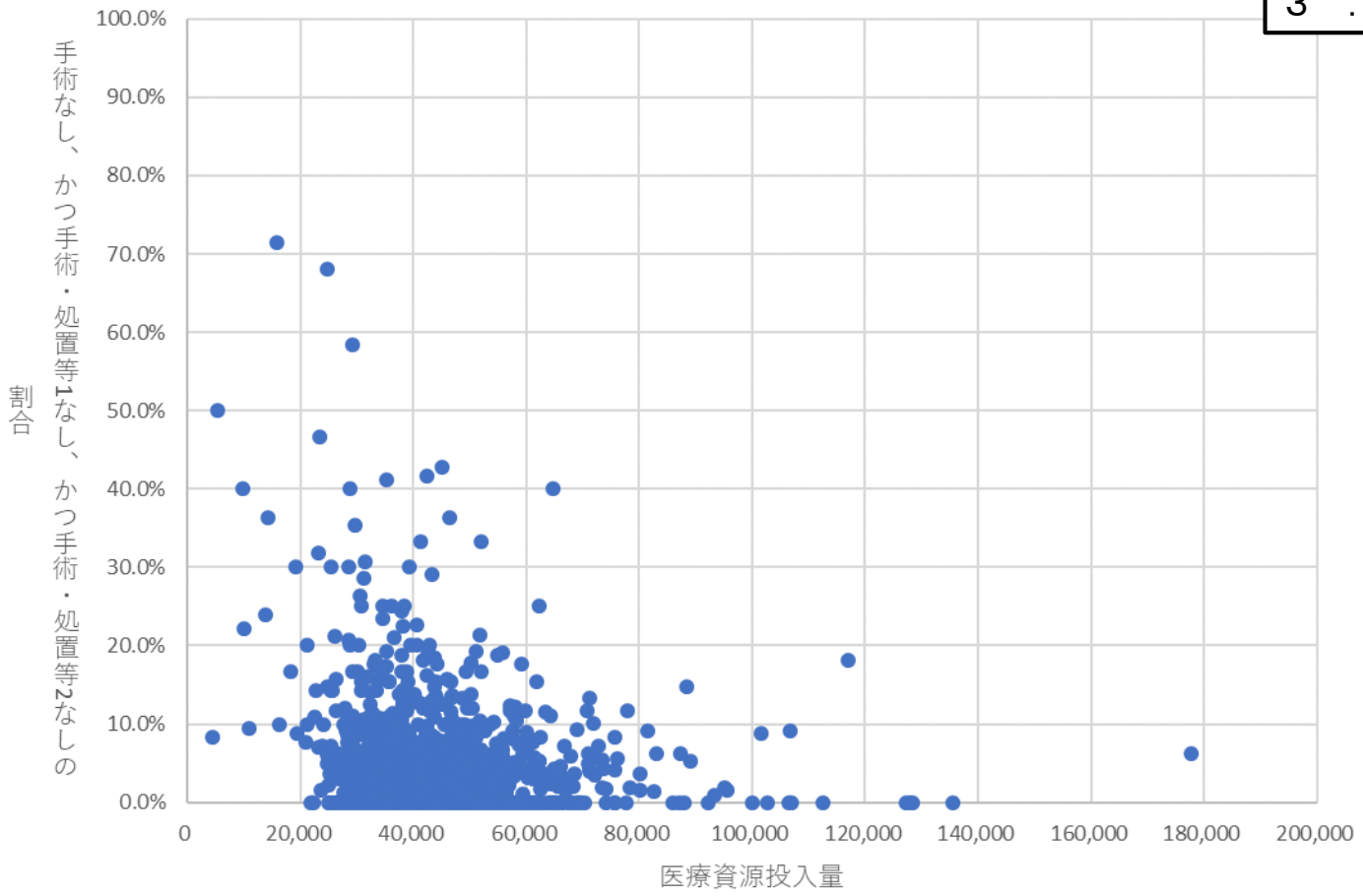


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：急性心筋梗塞

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の症例の割合が高いほど、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）が少ない傾向が見られた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

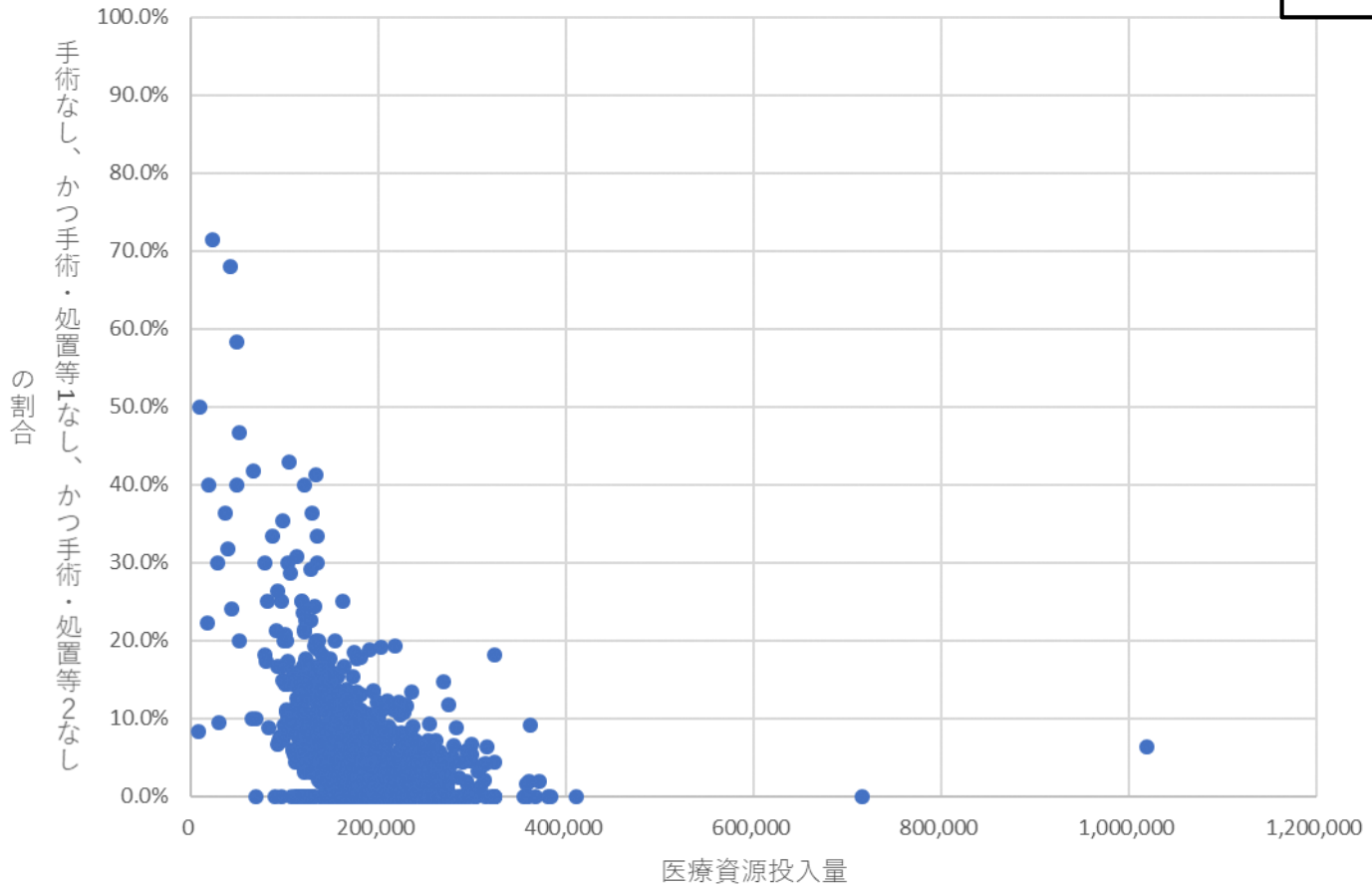


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の割合と医療資源投入量（出来高換算点数）の関係：急性心筋梗塞

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の症例の割合が高いほど、医療資源投入量（出来高換算総点数）も少ない傾向が見られた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

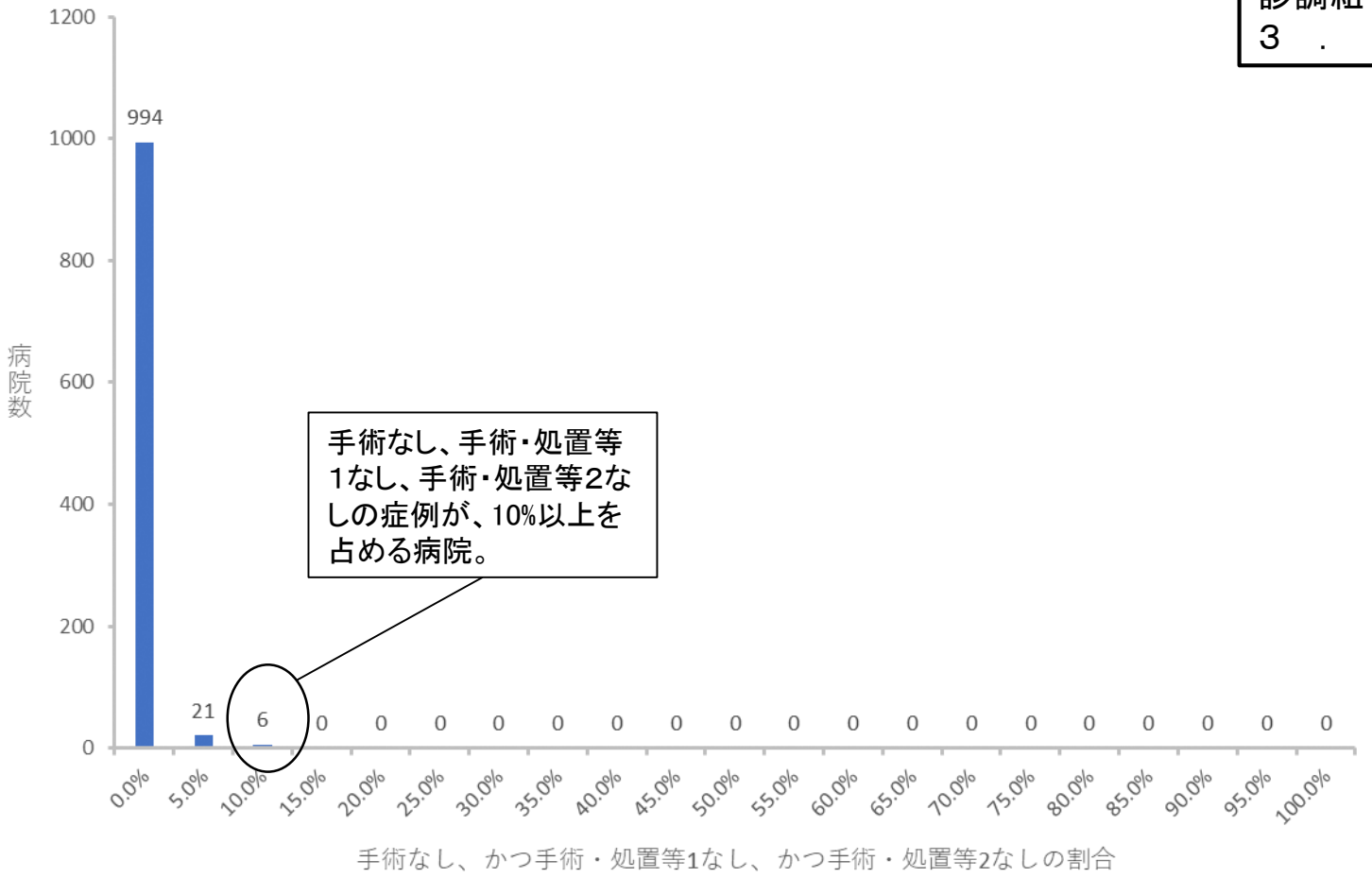


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050030xx99001x）の病院数の分布：急性心筋梗塞

○　急性心筋梗塞（050030）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050030xx99001x）の症例が10%以上を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

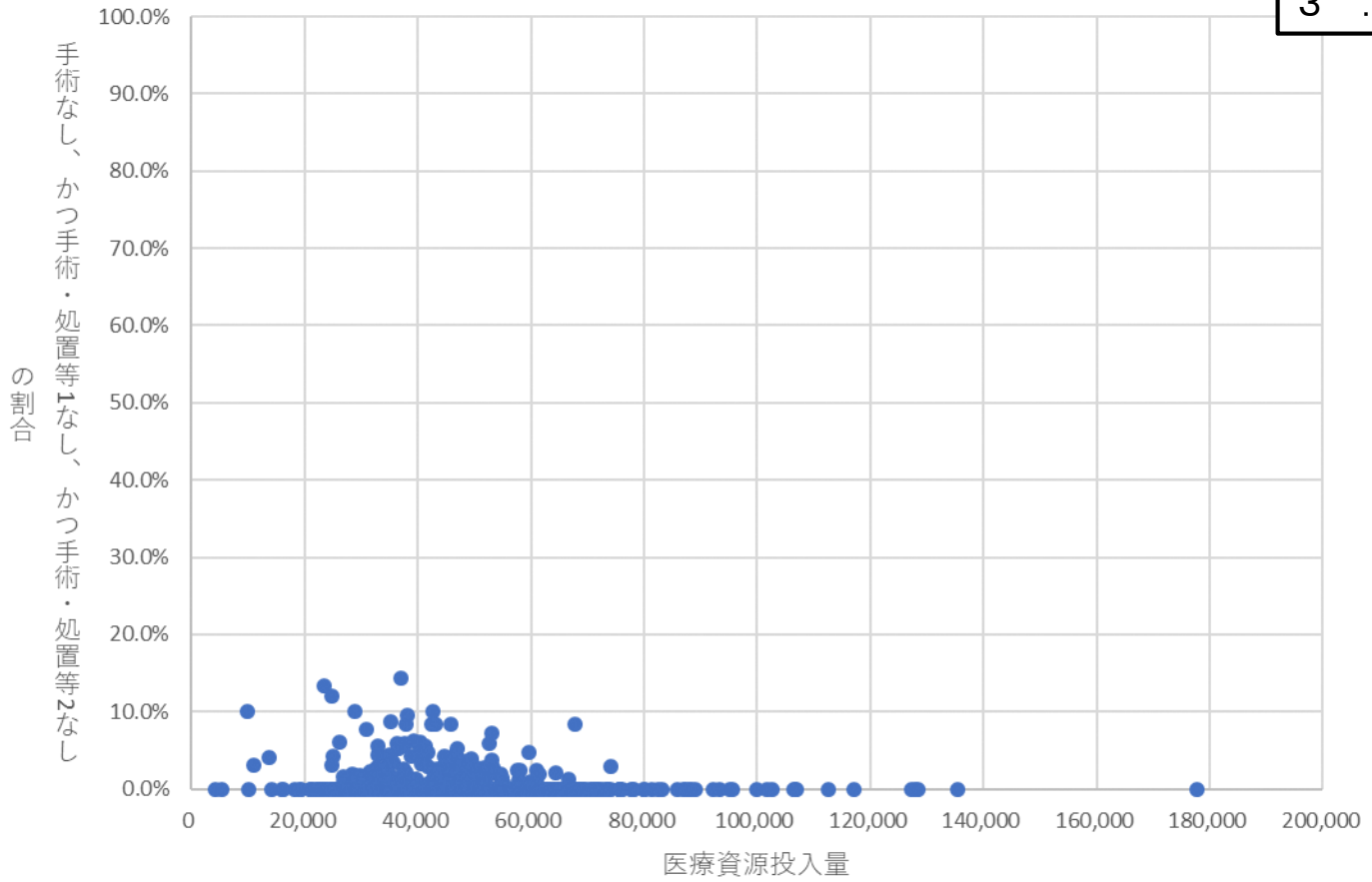


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050030xx99001x）の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：急性心筋梗塞

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050030xx99001x）の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

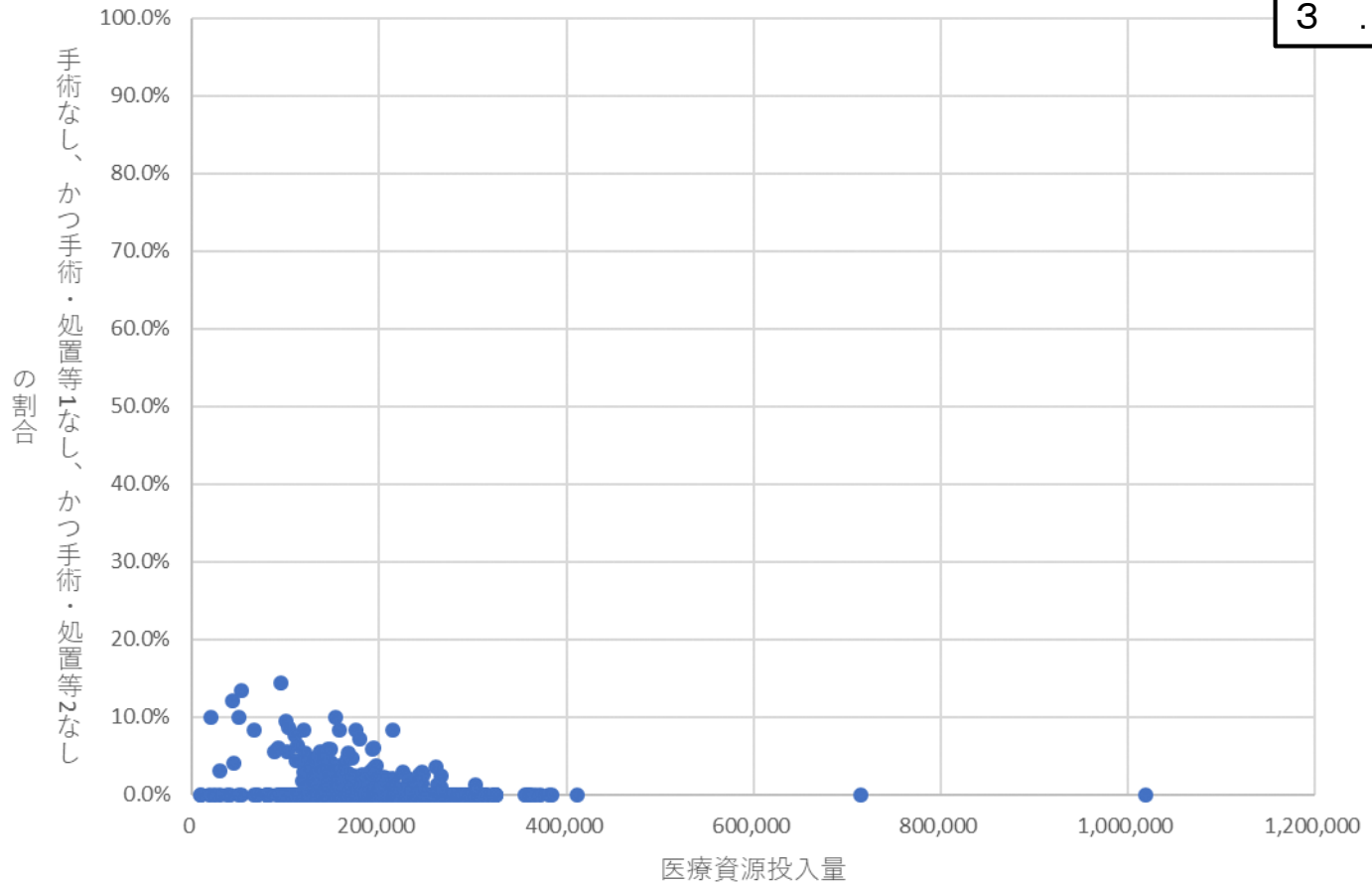


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050030xx99000x）の割合と医療資源投入量（出来高換算点数）の関係：急性心筋梗塞

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（050030xx99001x）の症例の割合が高いほど、医療資源投入量（出来高換算総点数）は少ない傾向が見られた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

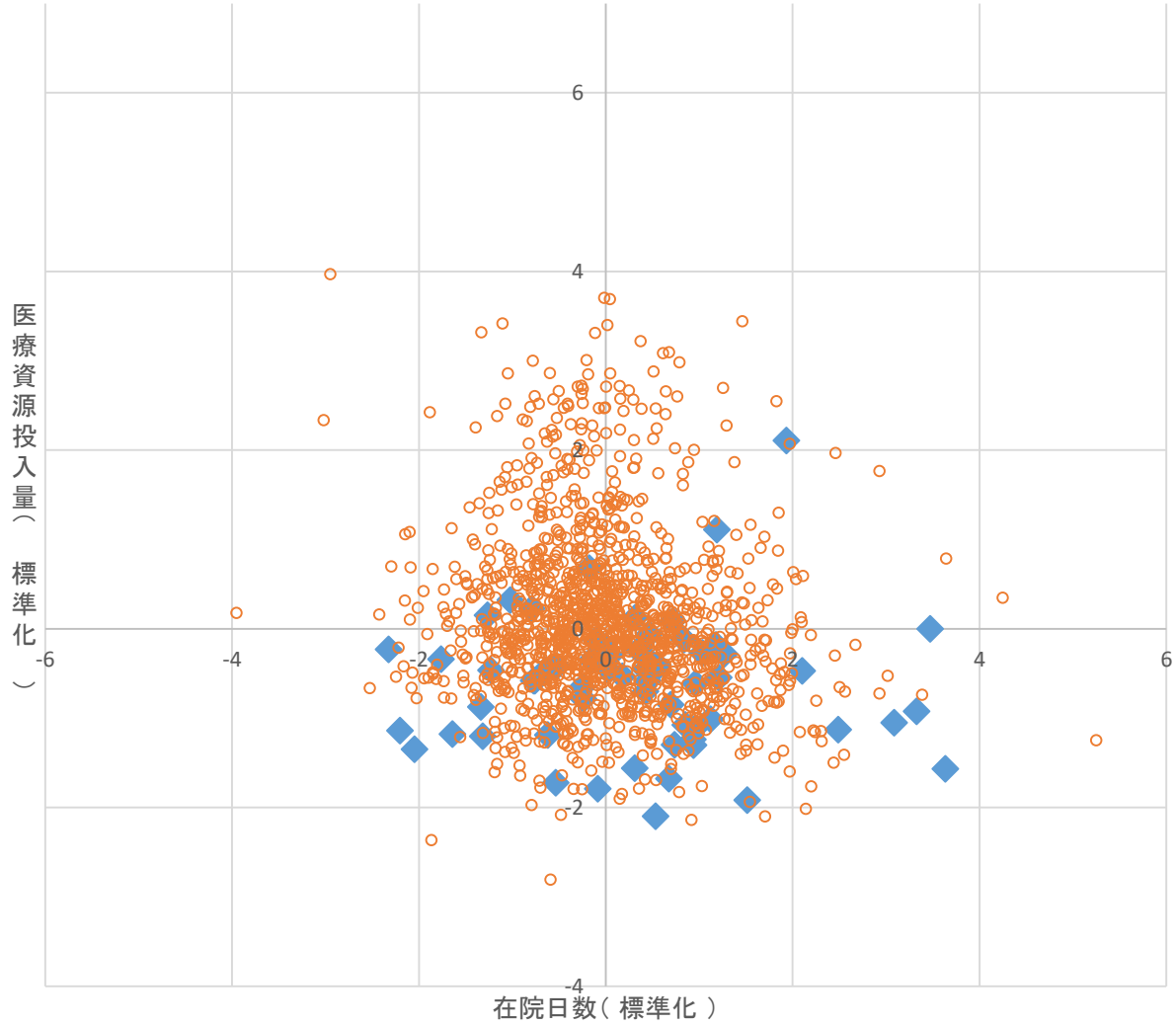


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

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

診調組　入－2参考
元　．　１　０　．　３



脳梗塞(010060)の診断群分類

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

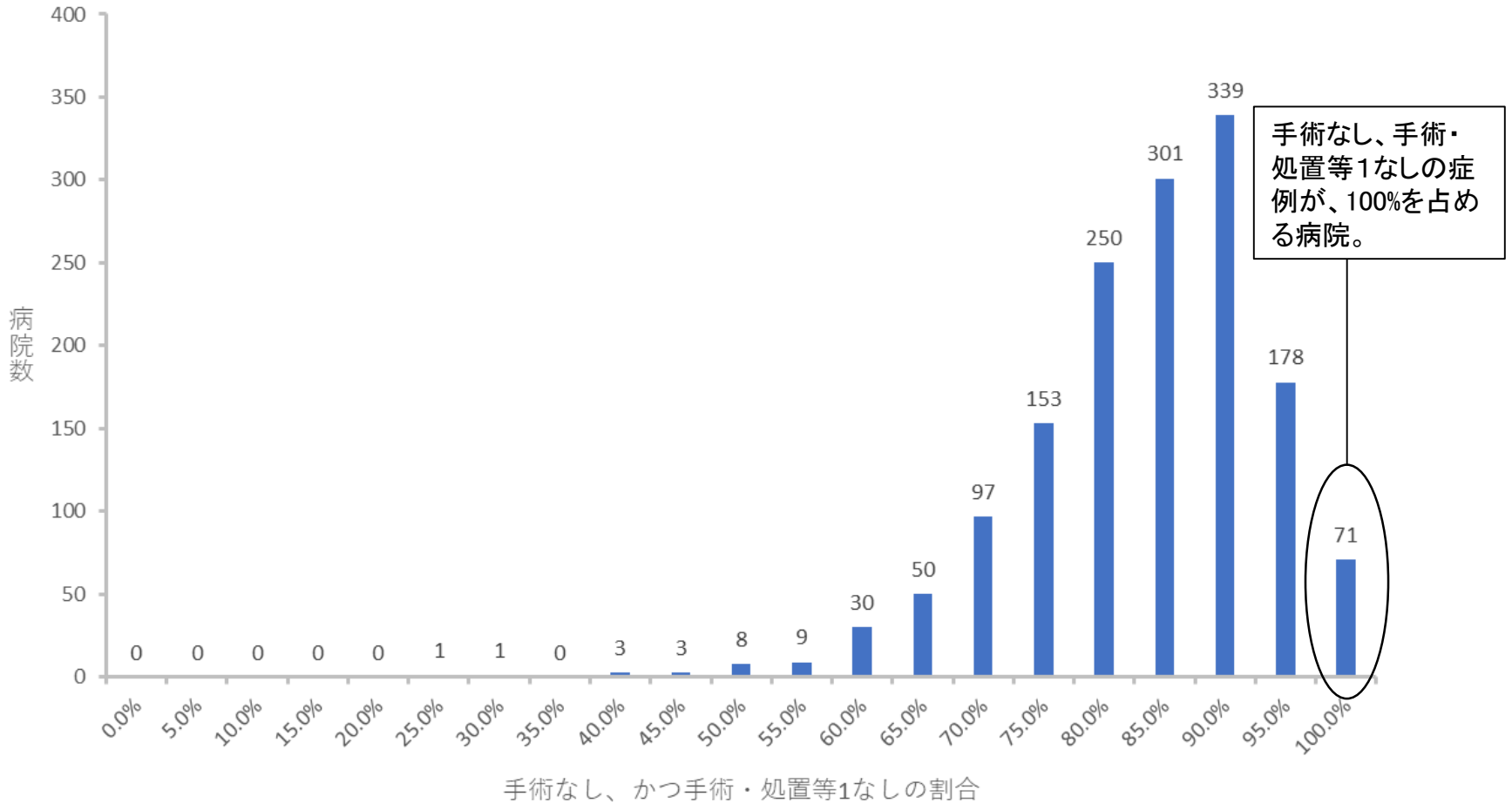
※　脳梗塞(010060)の症例が年間10例以上の病院に限る。（n=1,421）

※　青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

出典：H30年DPCデータ

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

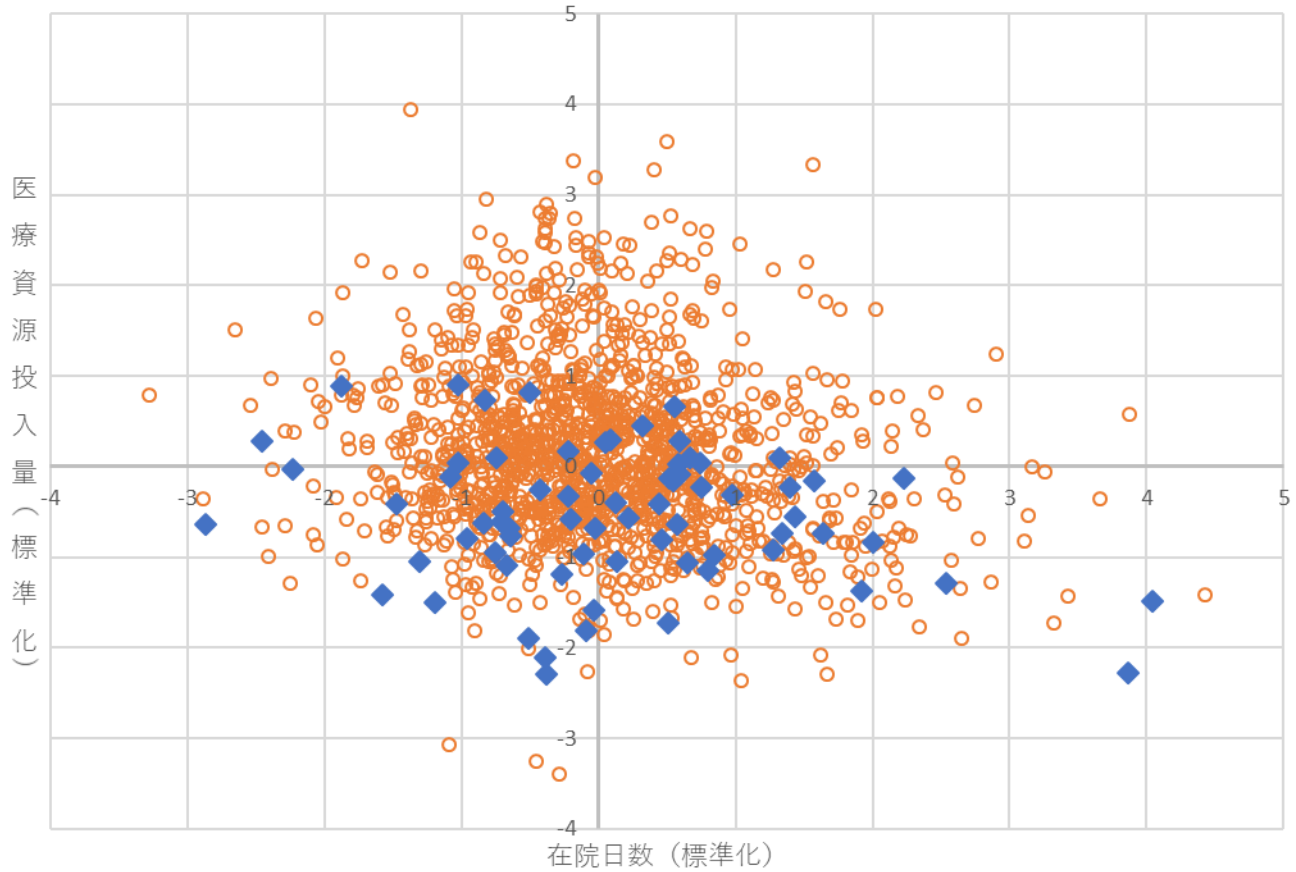
○　令和２年のデータにおいても、 脳梗塞（010060）の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

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



脳梗塞(010060)の診断群分類

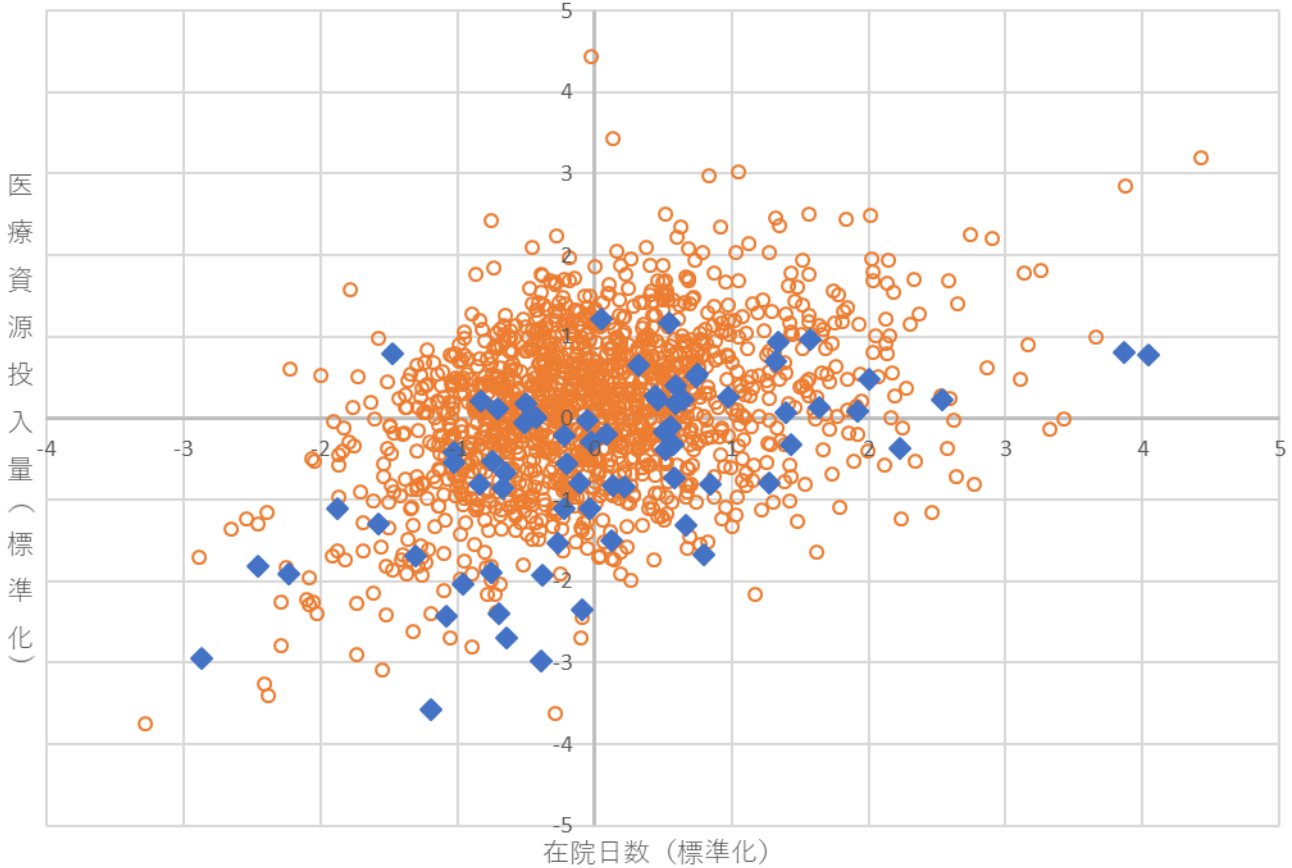
○手術
・経皮的脳血栓回収術
・動脈血栓内膜摘出術　等
○手術処置等１
・造影剤注入手技　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：脳梗塞

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



脳梗塞(010060)の診断群分類

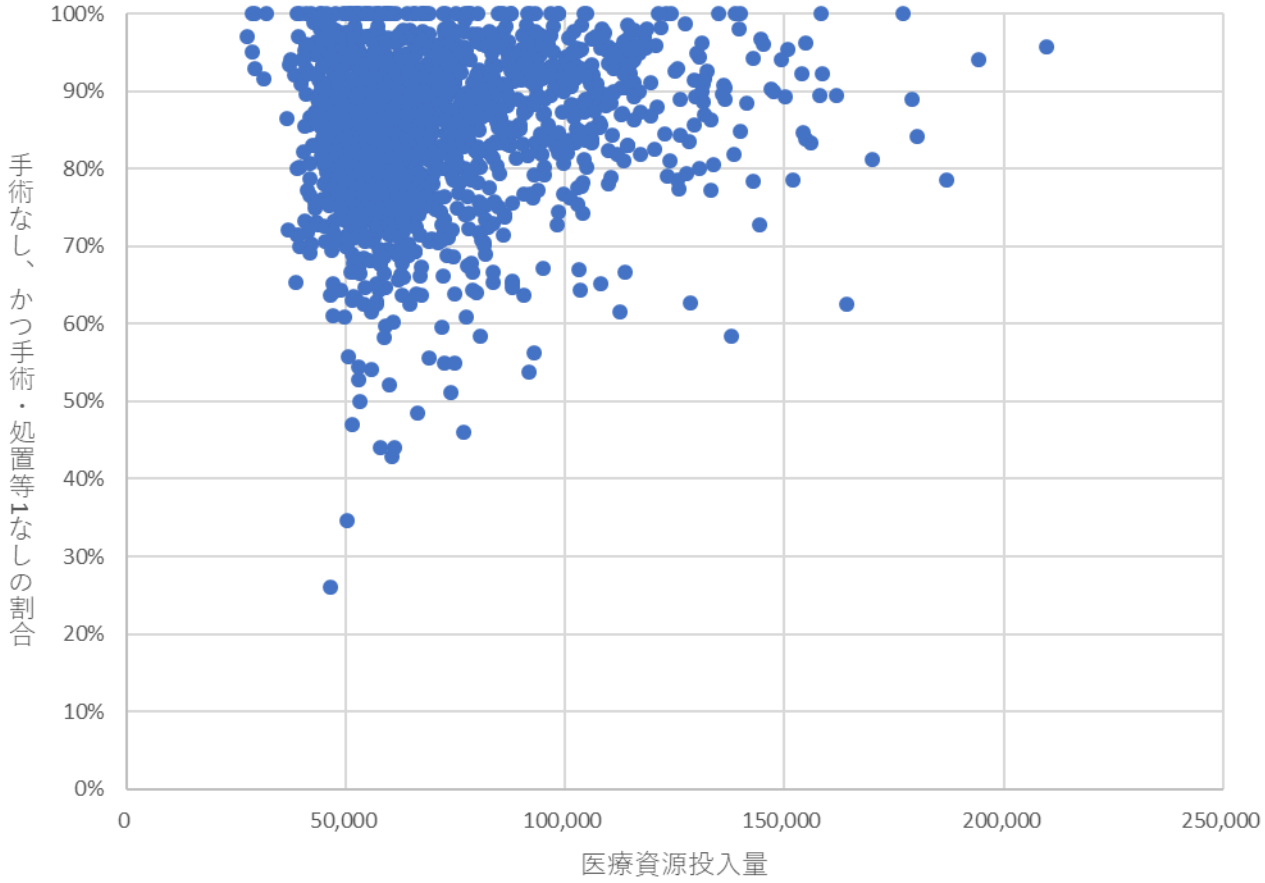
○手術
・経皮的脳血栓回収術
・動脈血栓内膜摘出術　等
○手術処置等１
・造影剤注入手技　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

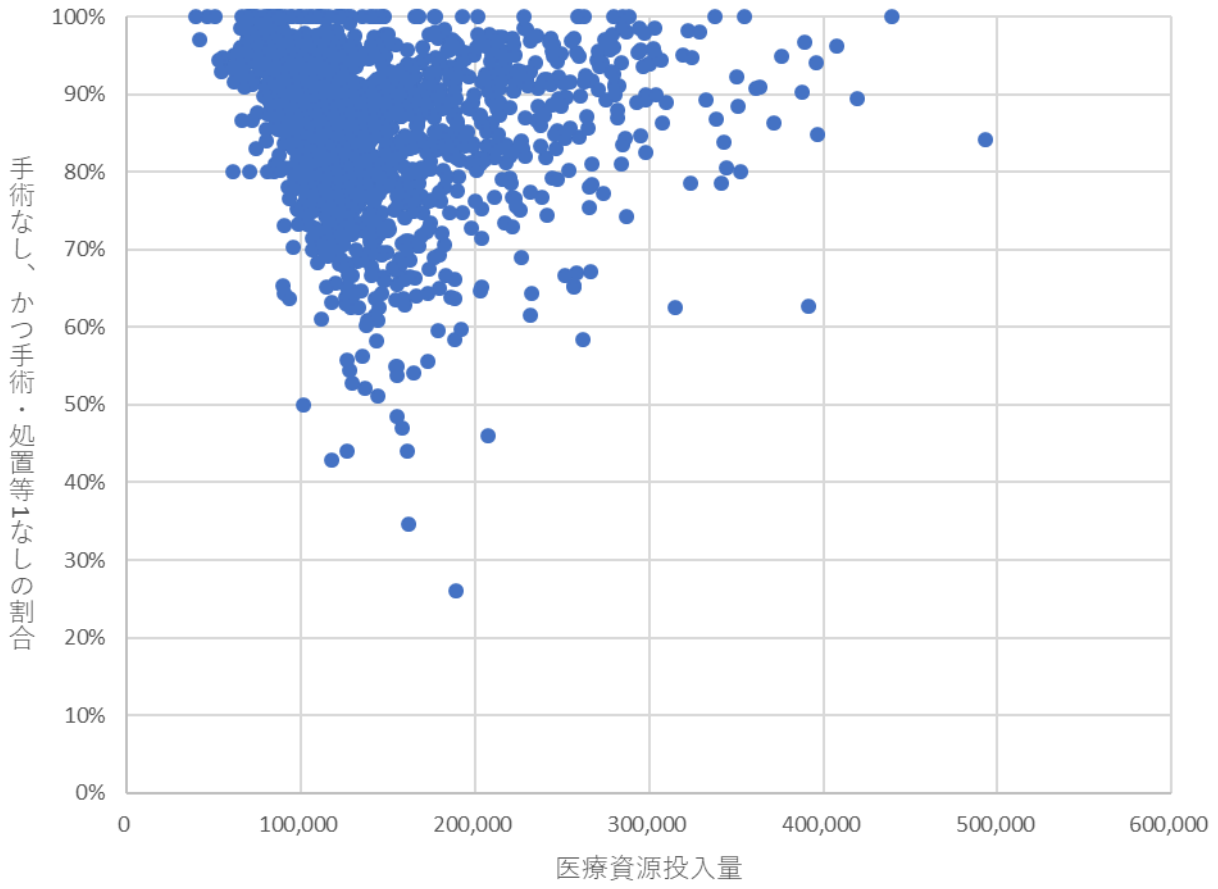
○ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には明らかな傾向が見られなかった。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

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

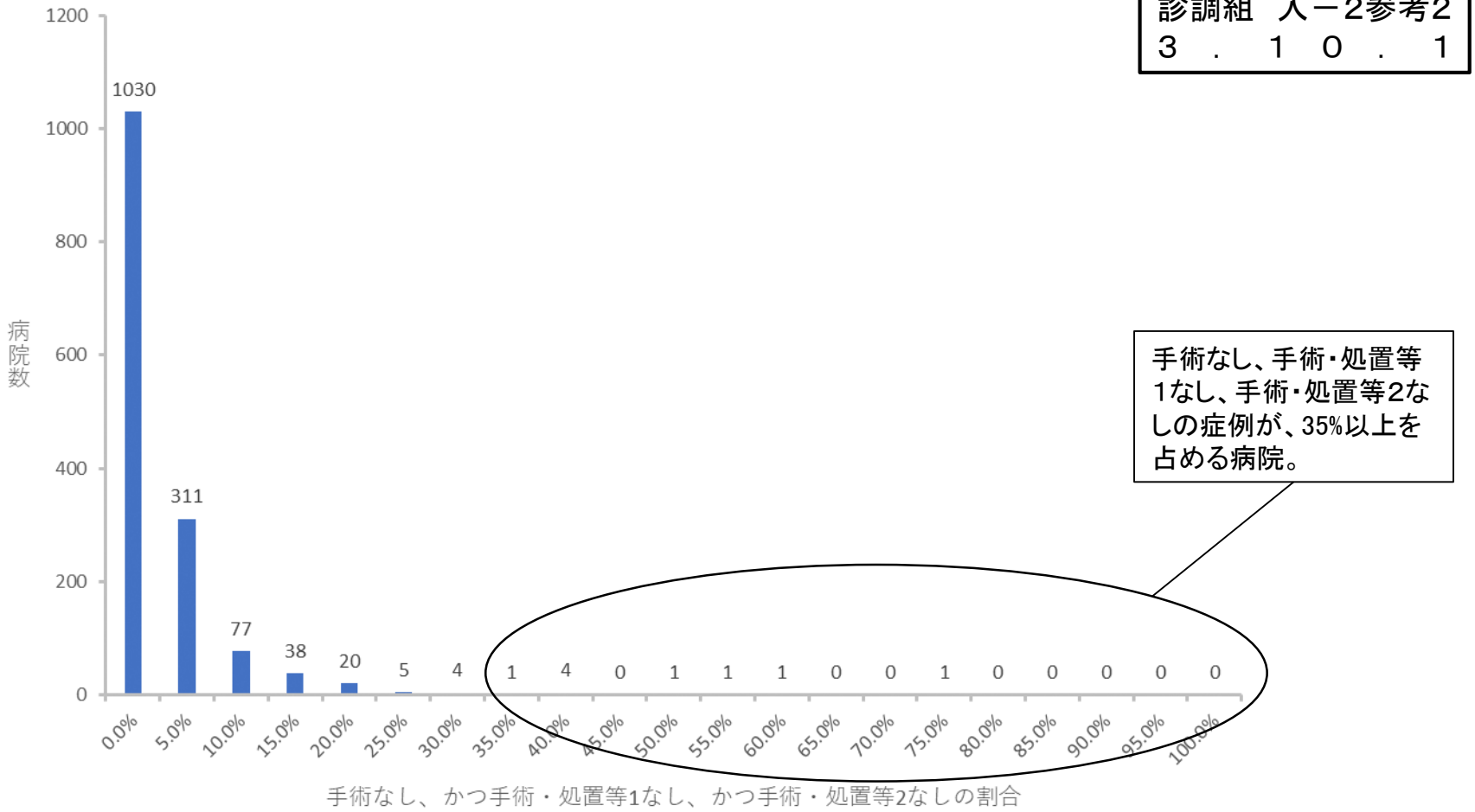


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の病院数の分布：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）

○　脳梗塞（010060）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）の症例が35%以上を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

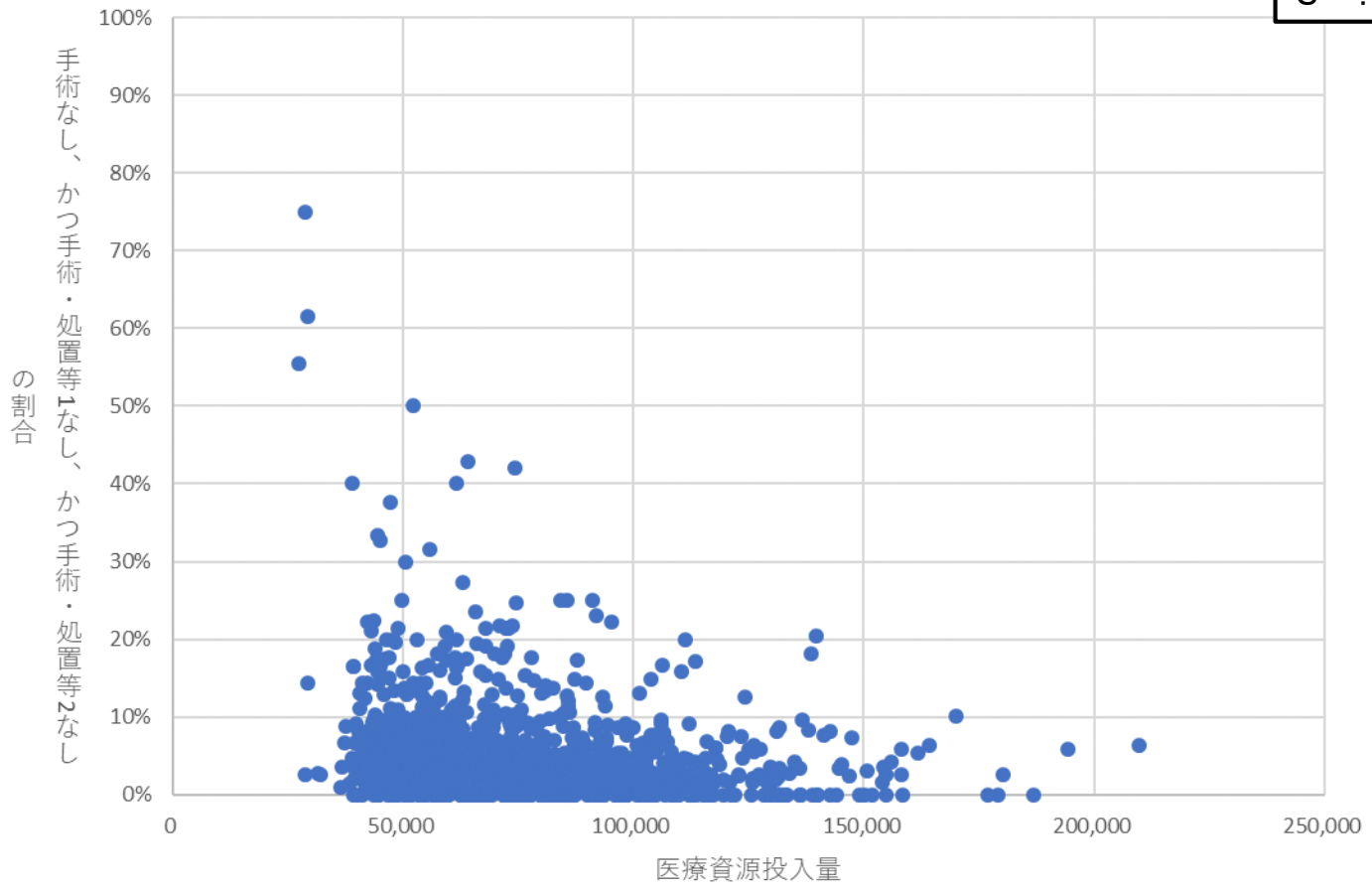


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）の症例の割合が高いほど、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）が少ない傾向が見られた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

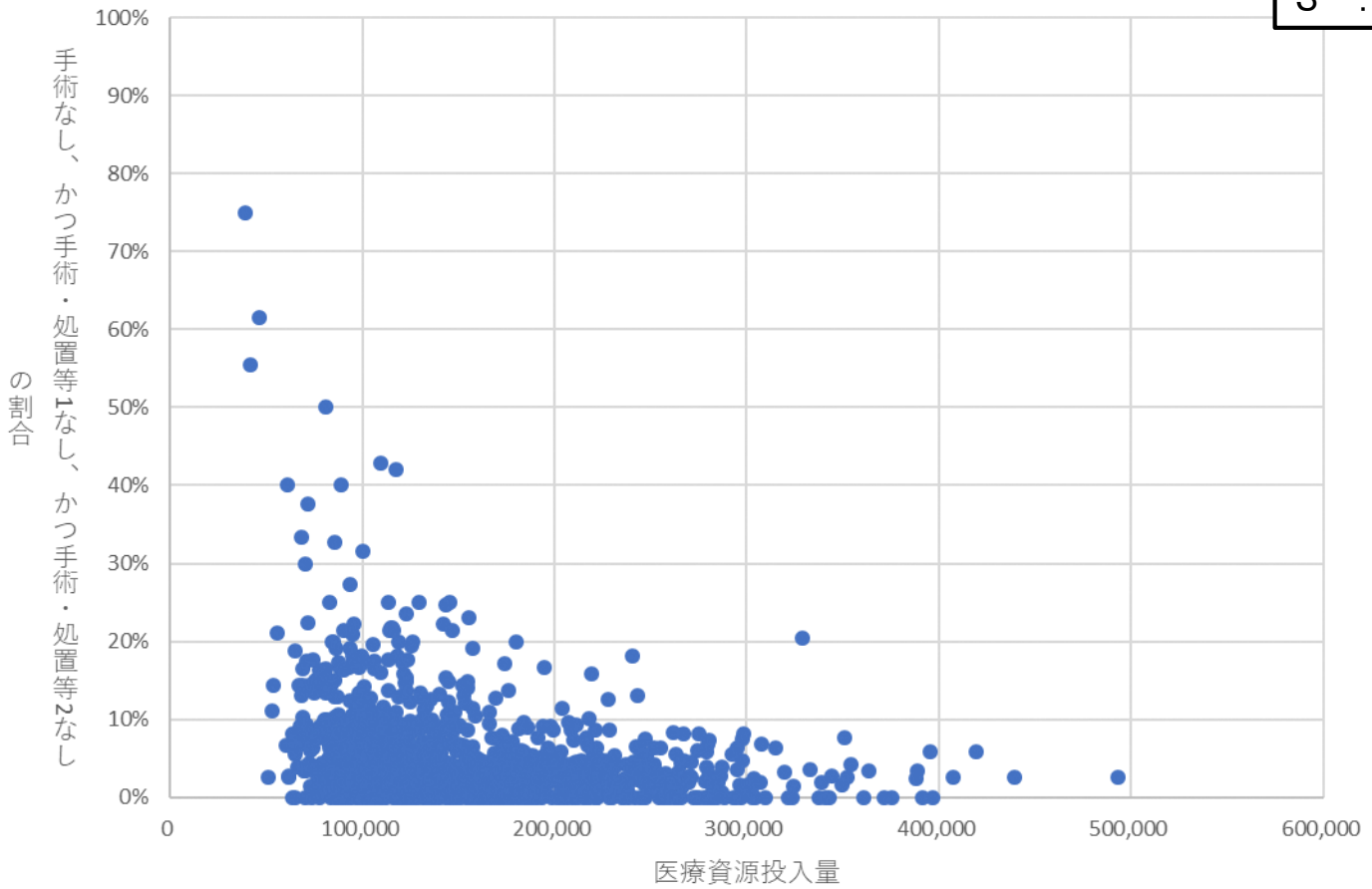


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量（出来高換算総点数）の関係：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病なし）の症例の割合が高いほど、医療資源投入量（出来高換算総点数）も少ない傾向が見られた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

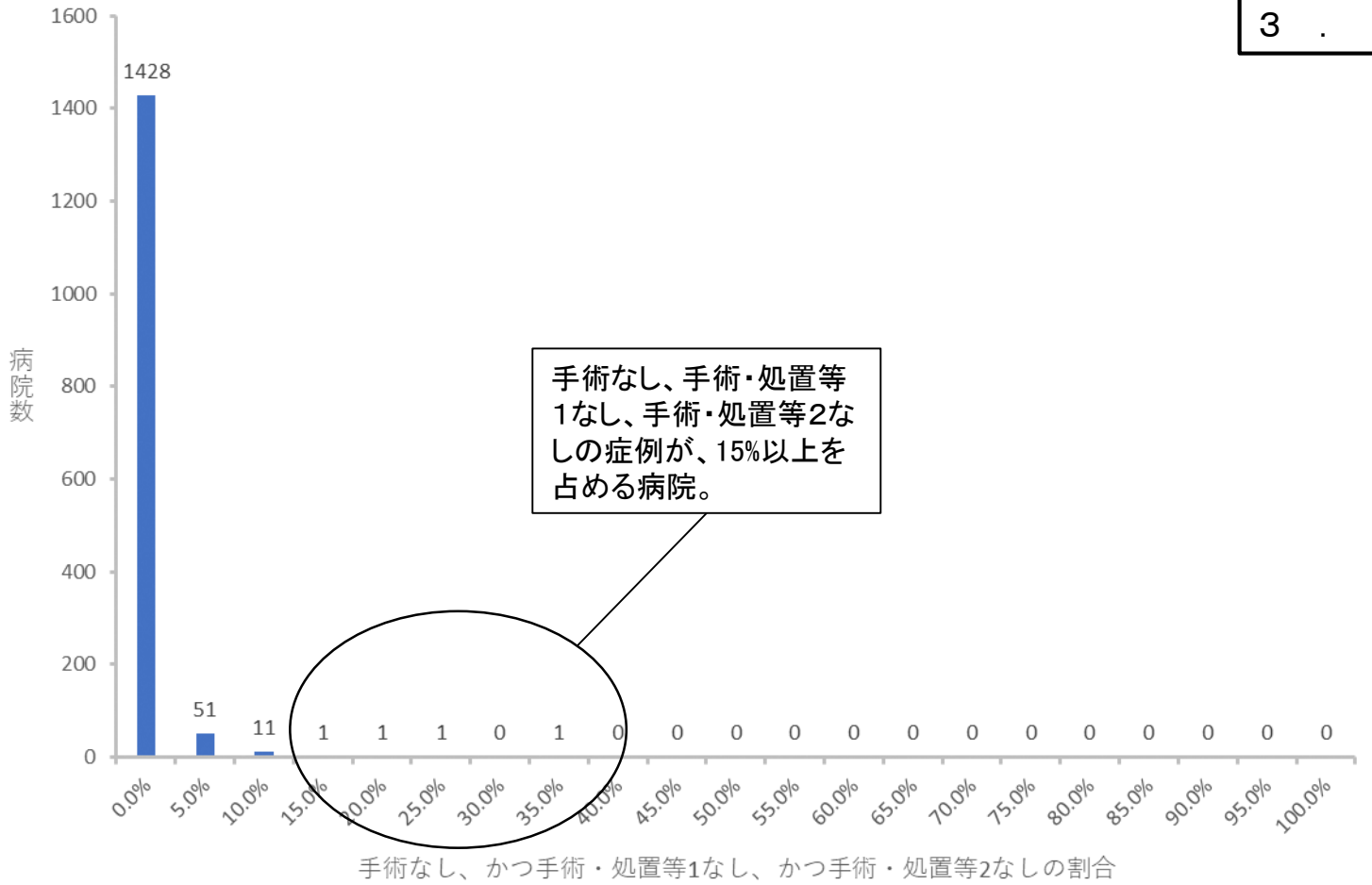


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の病院数の分布：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病1あり）

○　脳梗塞（010060）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病１あり）の症例が15%以上を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

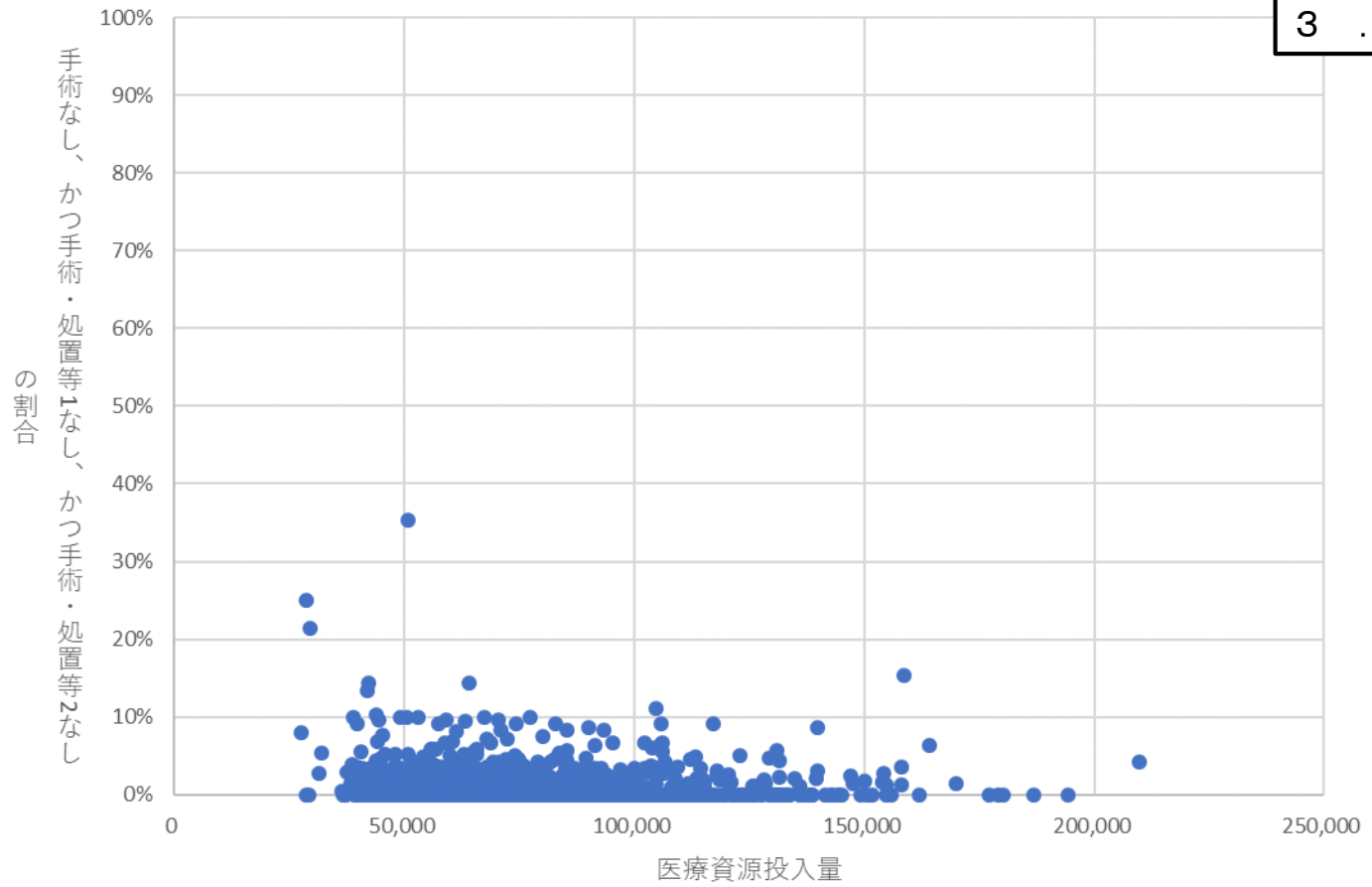


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病1あり）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病1あり）の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

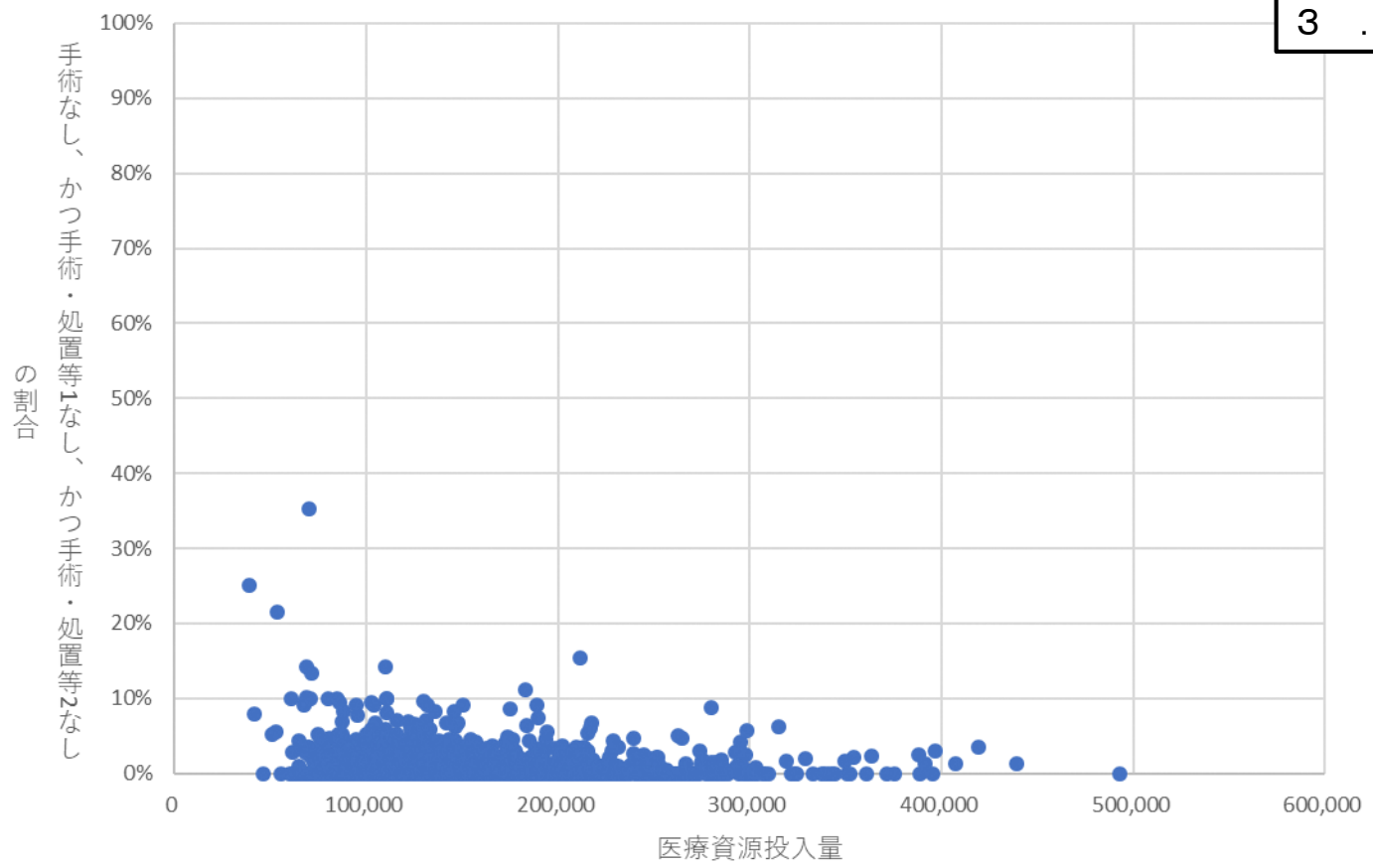


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量（出来高換算総点数）の関係：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病1あり）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病1あり）の症例の割合と、医療資源投入量（出来高換算総点数）にも、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

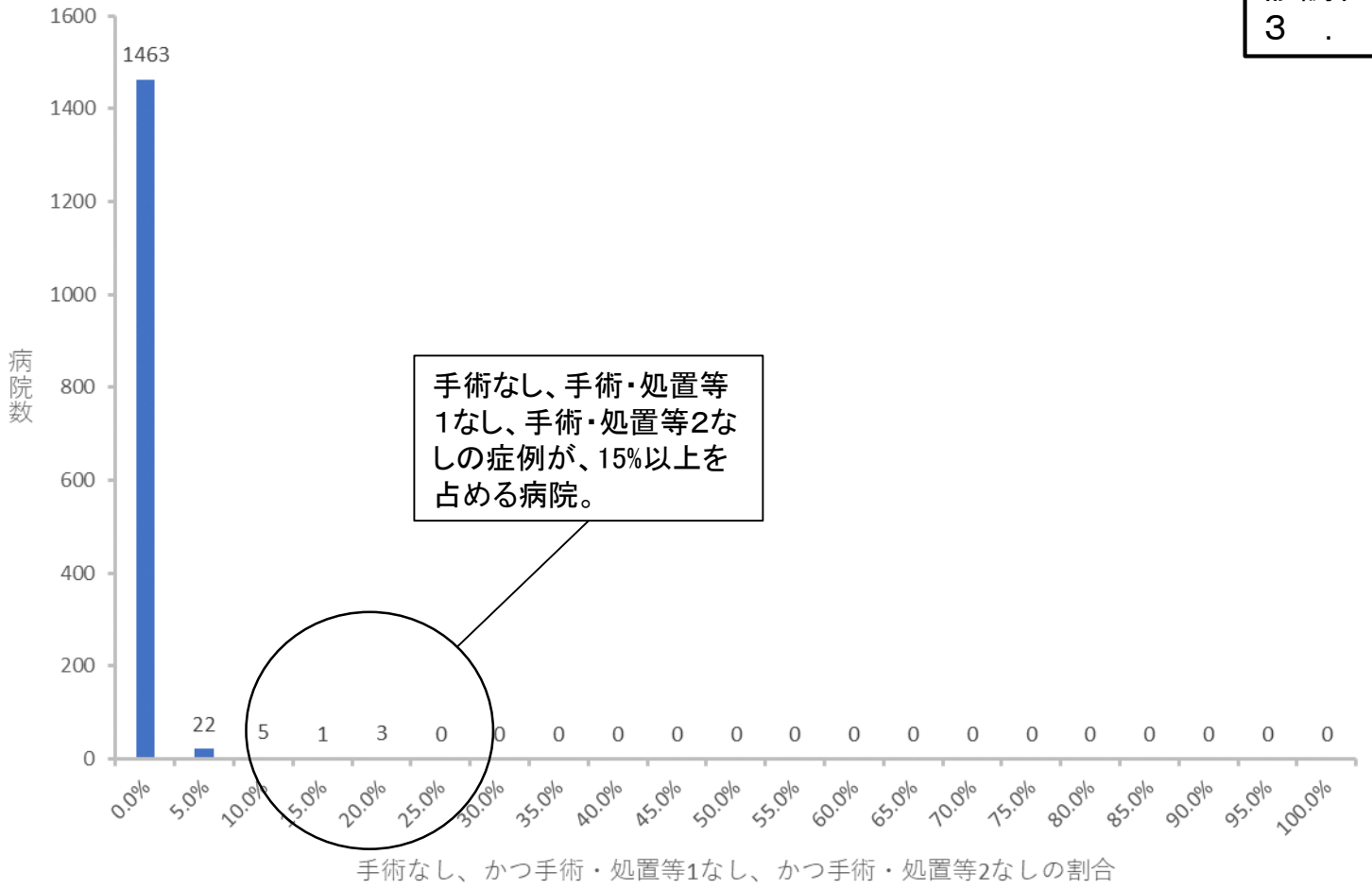


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の病院数の分布：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病2あり）

○　脳梗塞（010060）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病２あり）の症例が15%以上を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

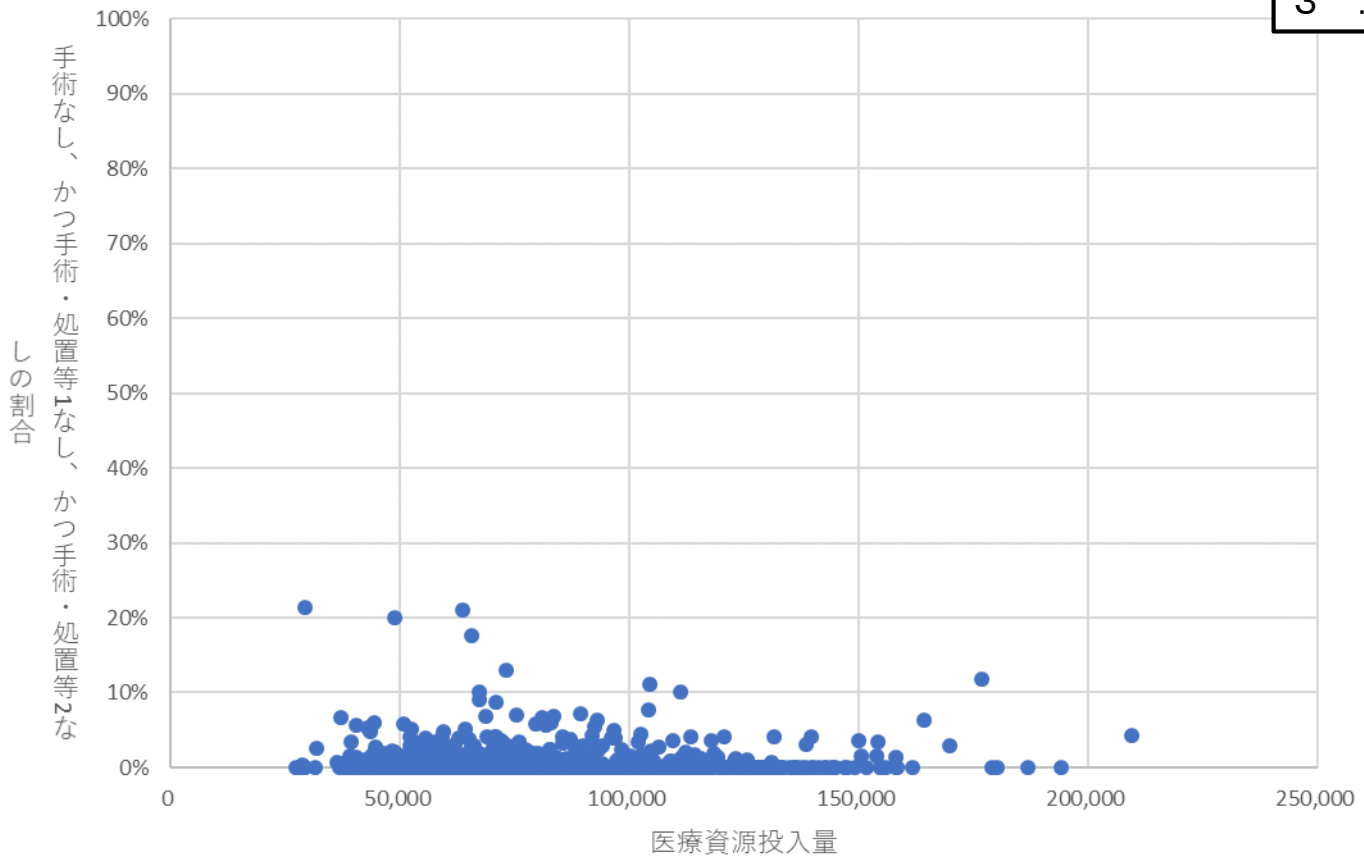


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病2あり）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病2あり）の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

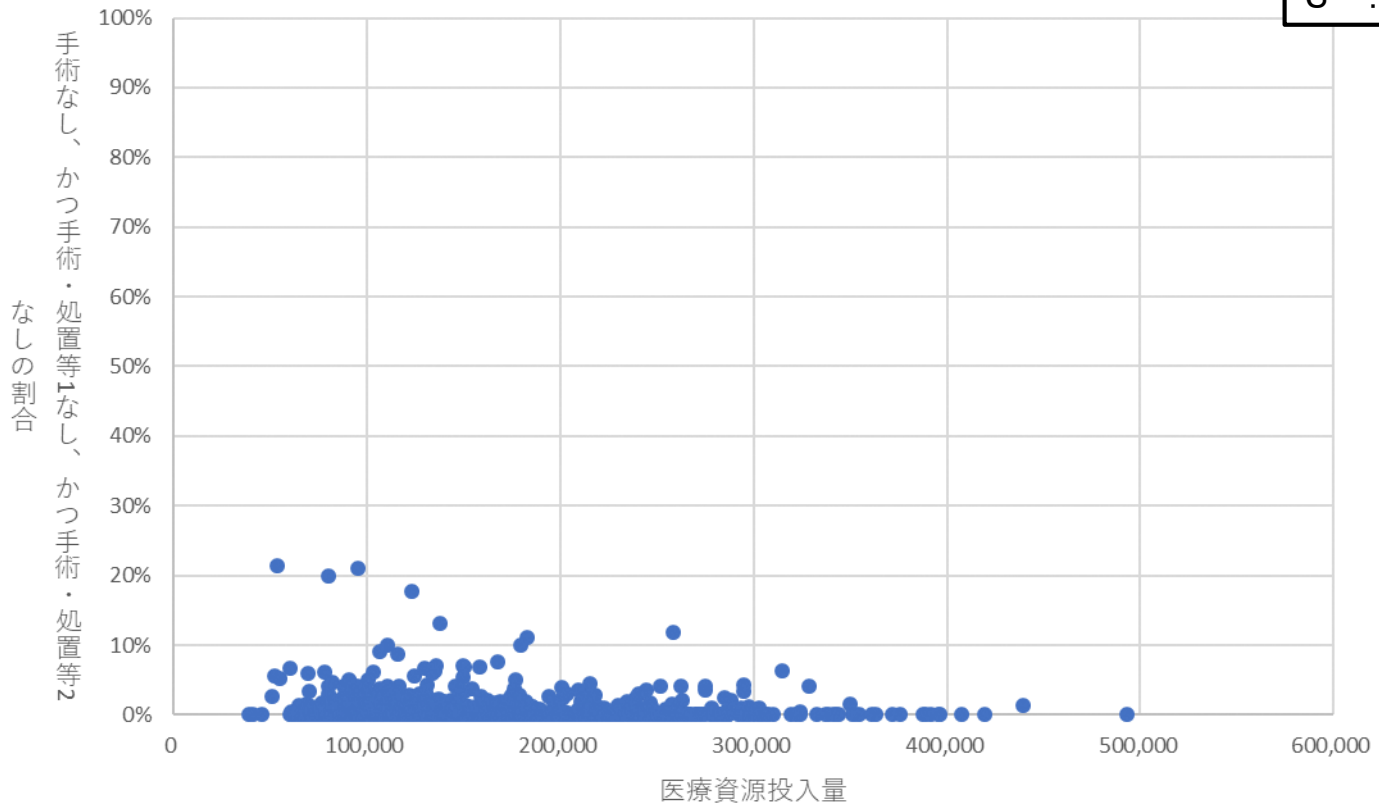


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」の割合と医療資源投入量（出来高換算総点数）の関係：脳梗塞（010060xxCCPM01_定義副傷病2あり）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」（010060xxCCPM01_定義副傷病2あり）の症例の割合と、医療資源投入量（出来高換算総点数）には、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

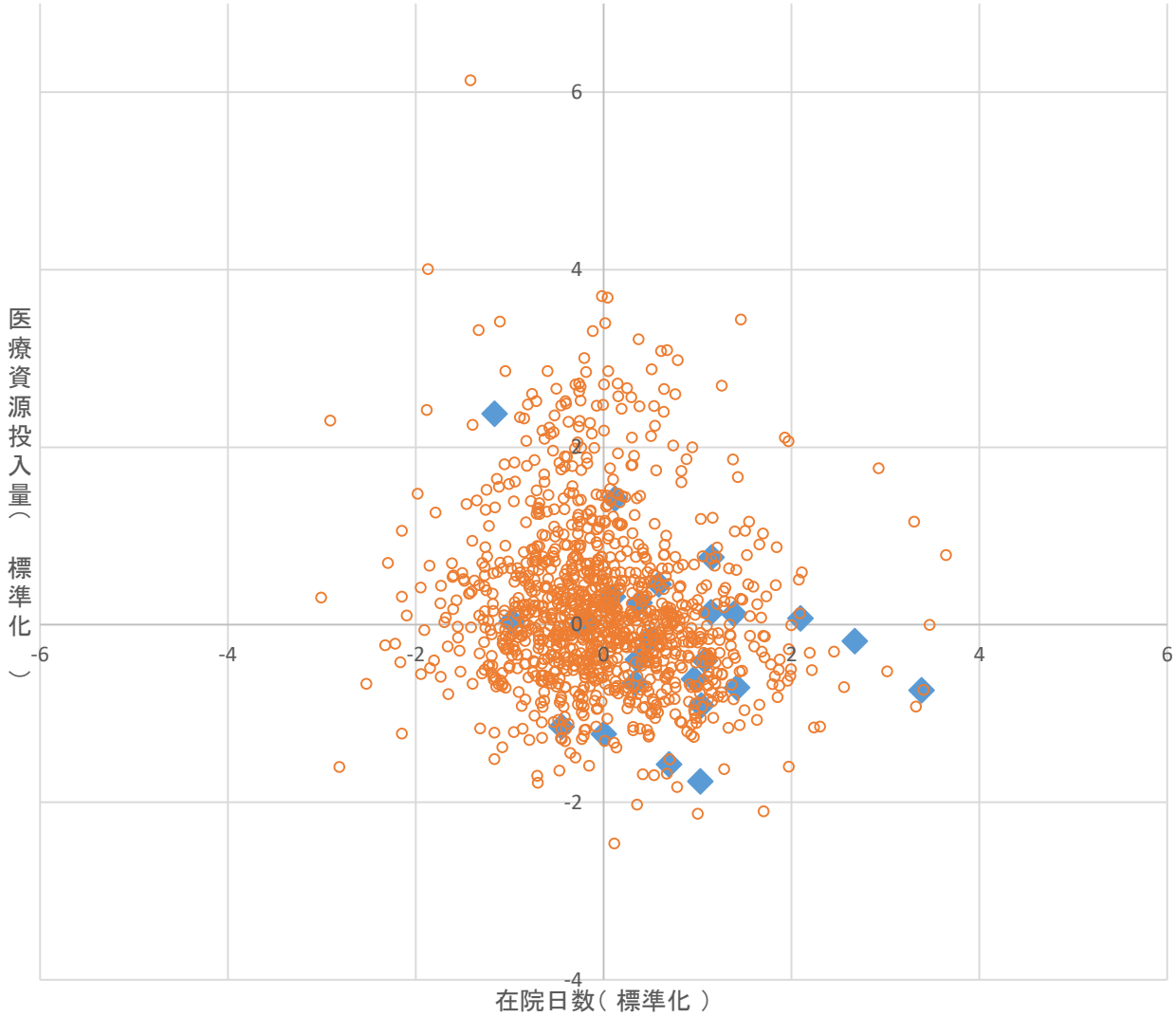


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

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

診調組　入－2参考
元．１０．３



狭心症(050050)の診断群分類

○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・冠動脈大動脈バイパス移植術
等

○手術処置等1
・大動脈バルーンパンピング
・心臓カテーテル法　　等

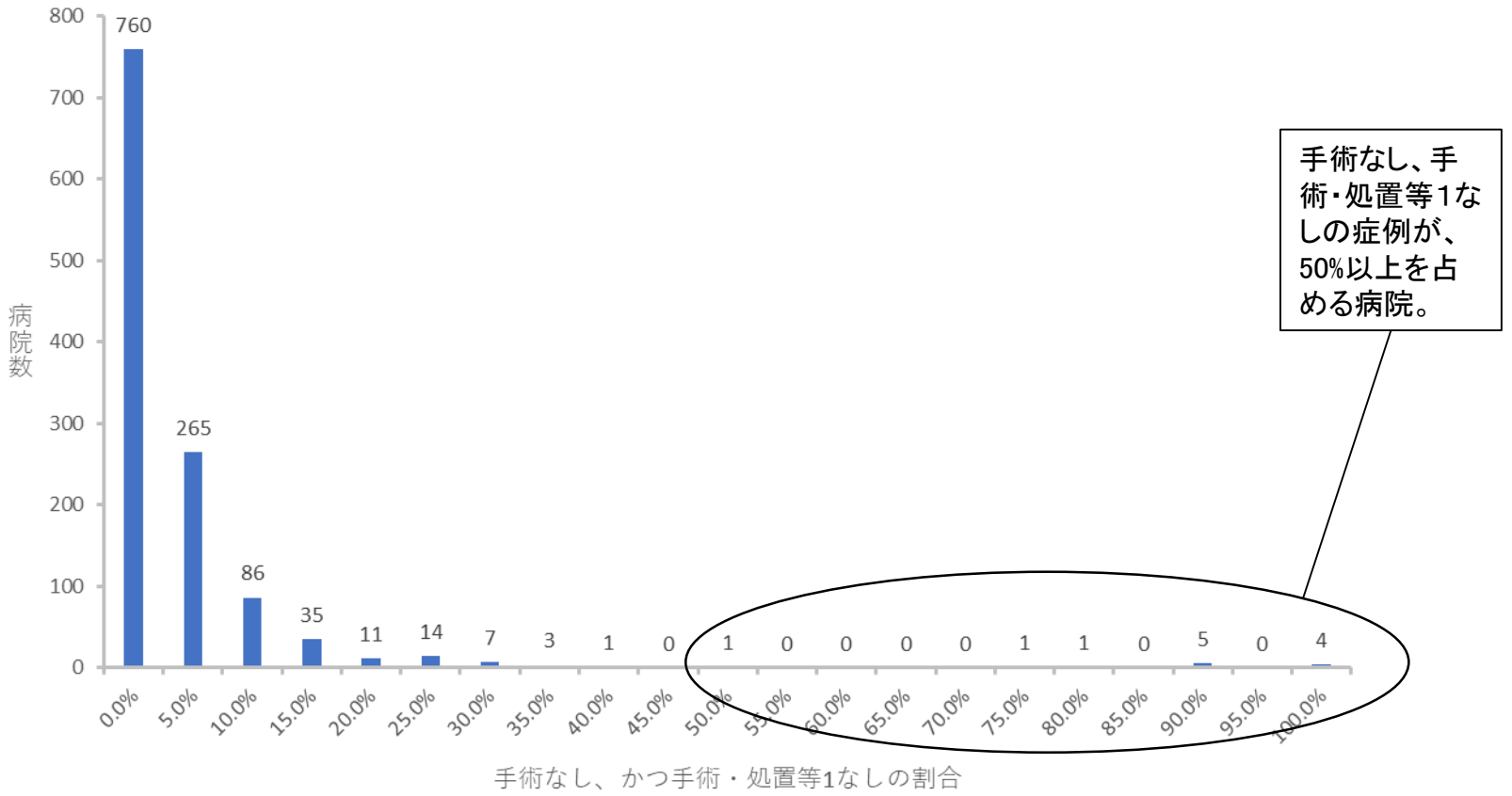
※　狭心症(050050)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,164)

※　青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占める病院

出典：H30年DPCデータ

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

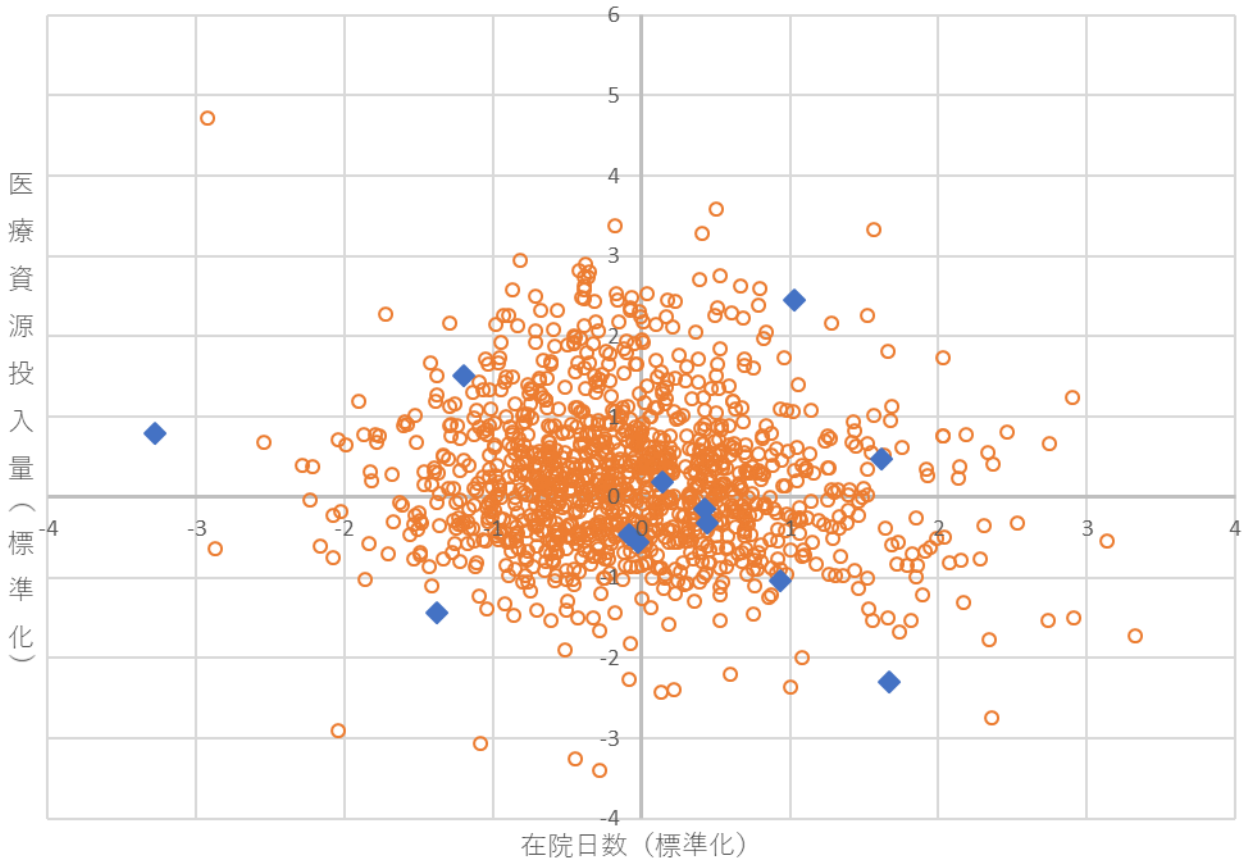
○　令和２年データにおいても、狭心症（050050）の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院が一定数存在する。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

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



狭心症(050050)の診断群分類

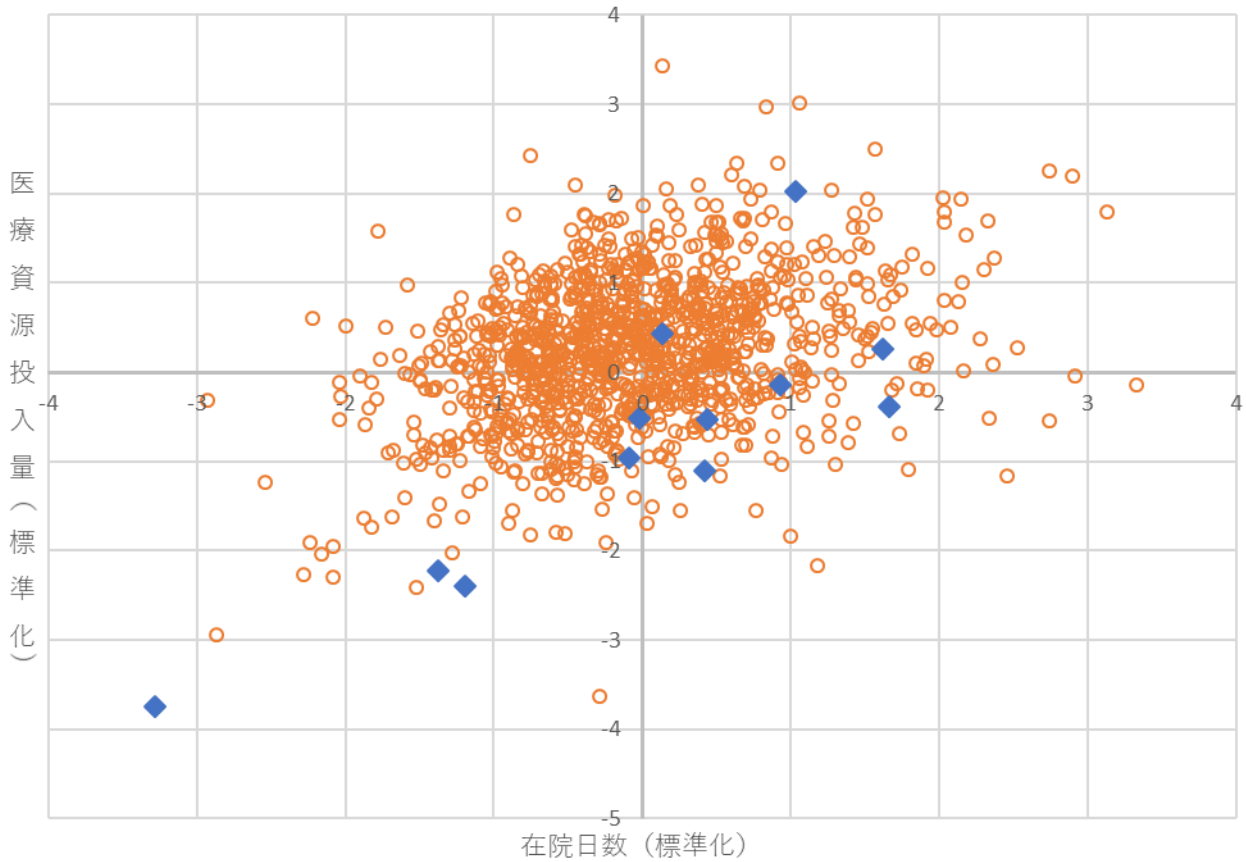
○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・冠動脈大動脈バイパス移植術
等
○手術処置等１
・大動脈バルーンパンピング法
・心臓カテーテル法　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：狭心症

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



狭心症(050050)の診断群分類

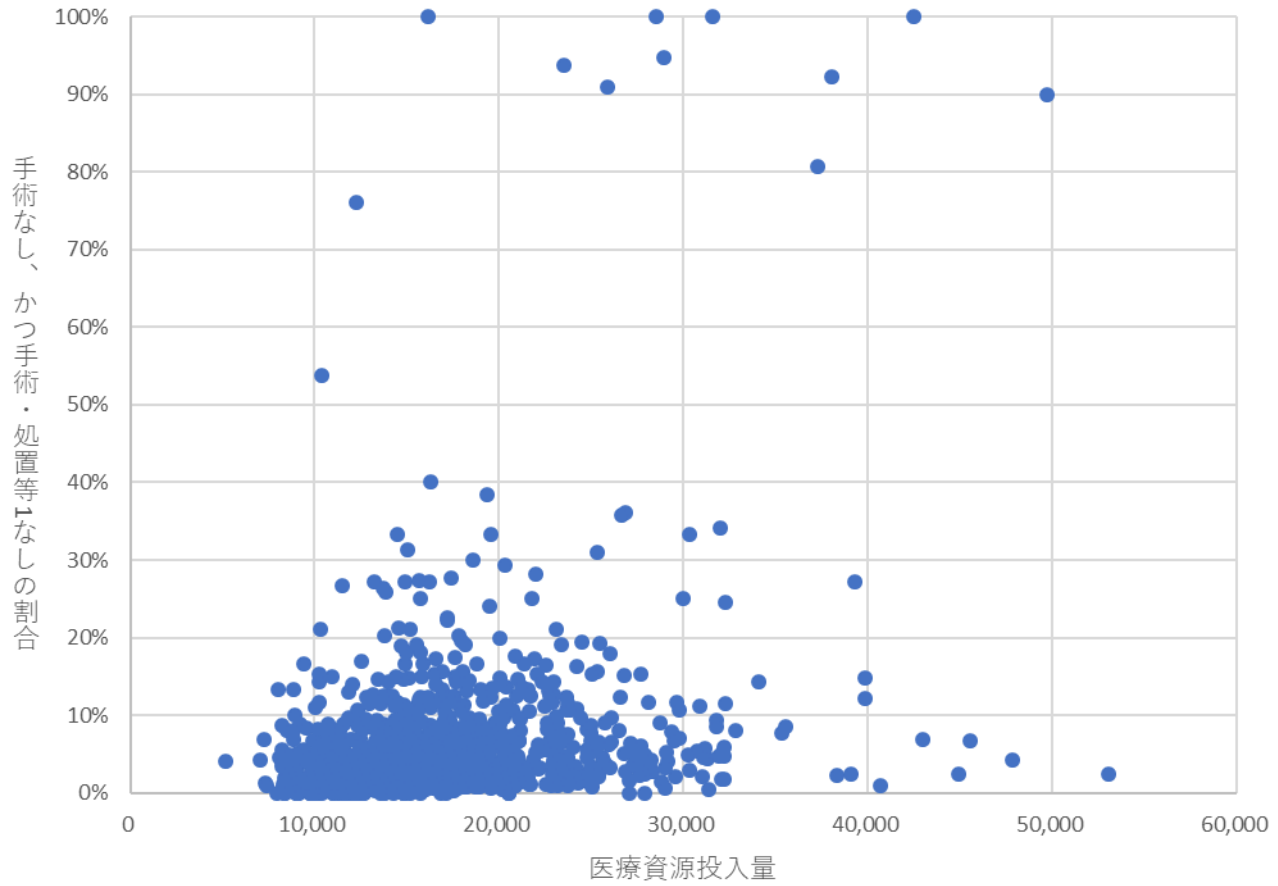
○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・冠動脈大動脈バイパス移植術
等
○手術処置等１
・大動脈バルーンパンピング法
・心臓カテーテル法　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

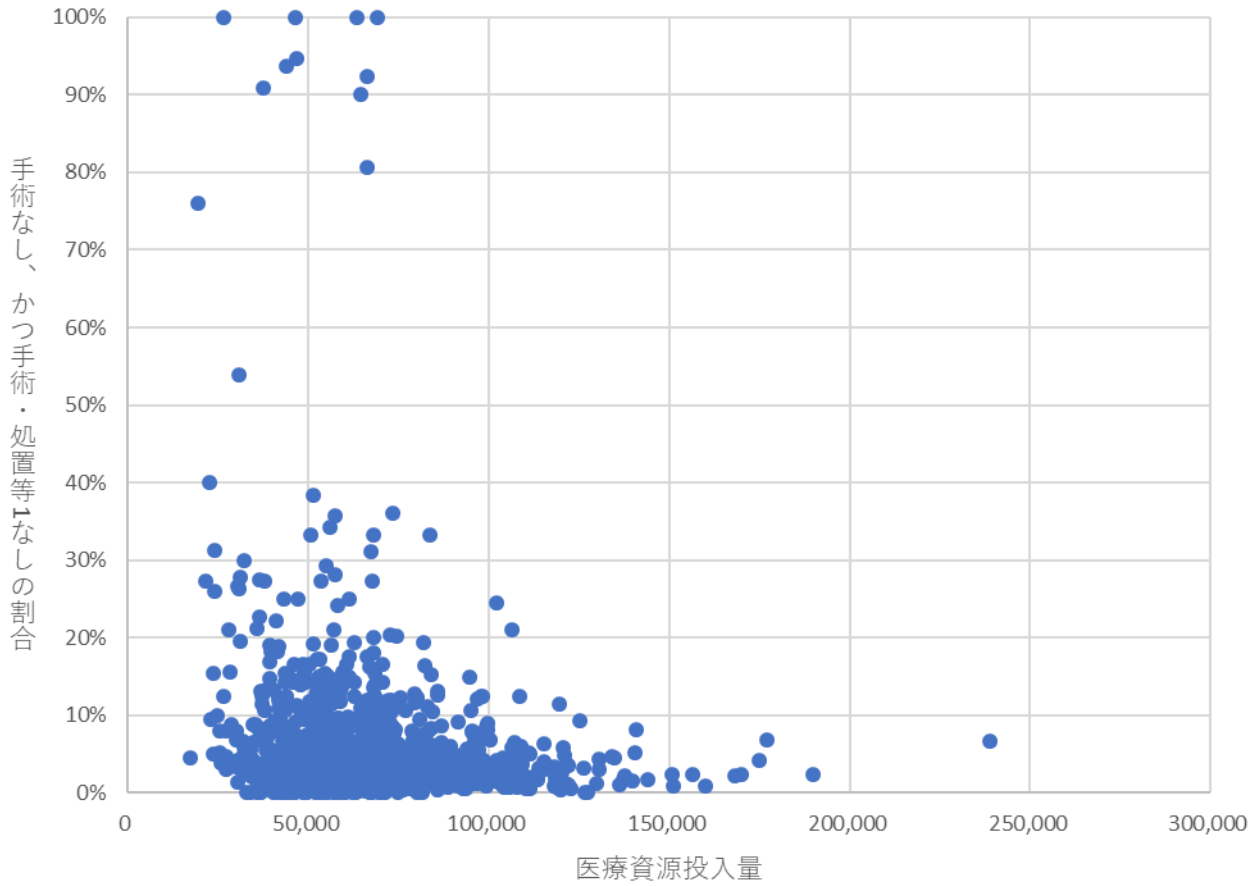
○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には明らかな傾向が見られなかった。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

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

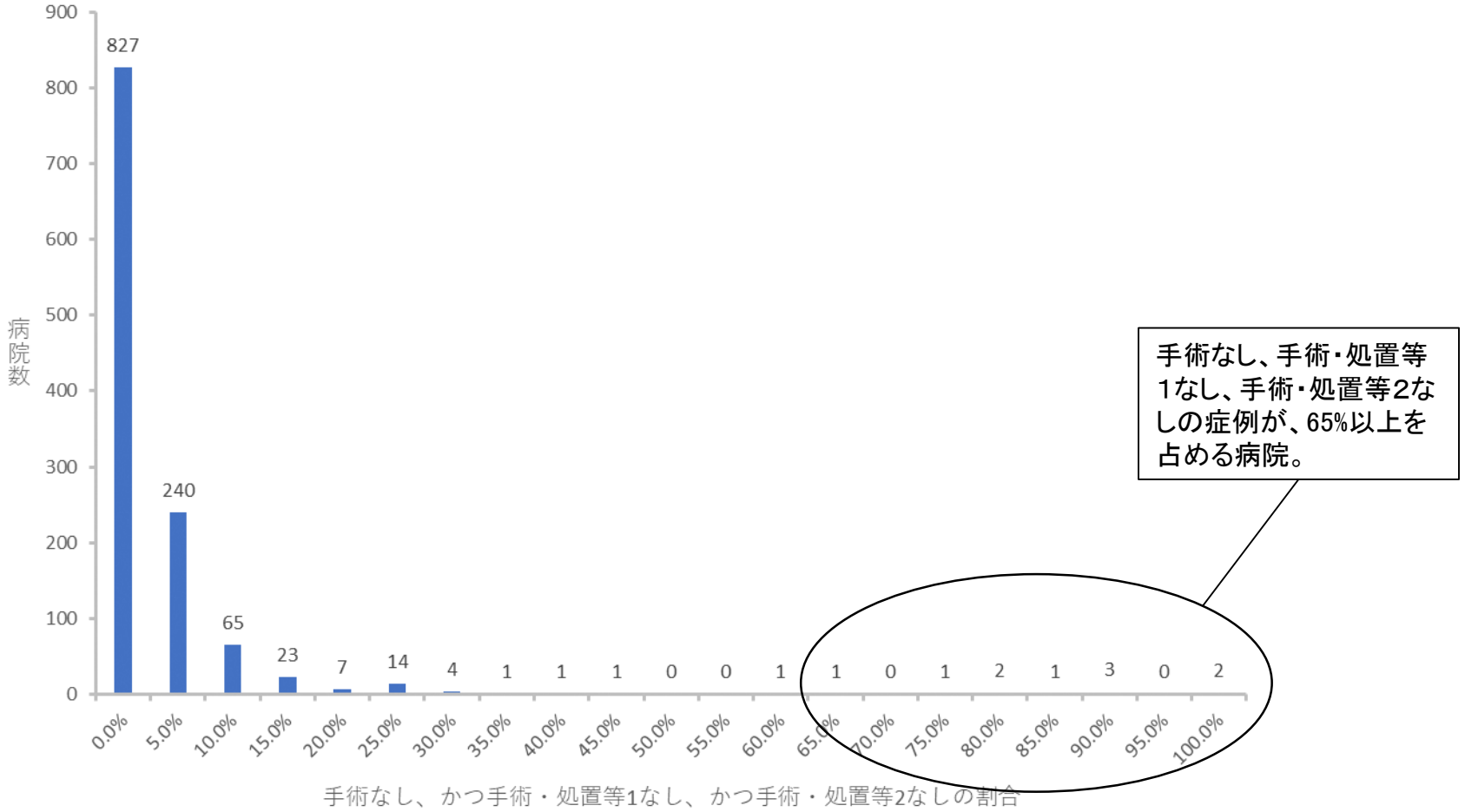


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」（050050xx9900xx）の病院数の分布：狭心症

○　狭心症（050050）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050050xx9900xx）の症例が65%以上を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

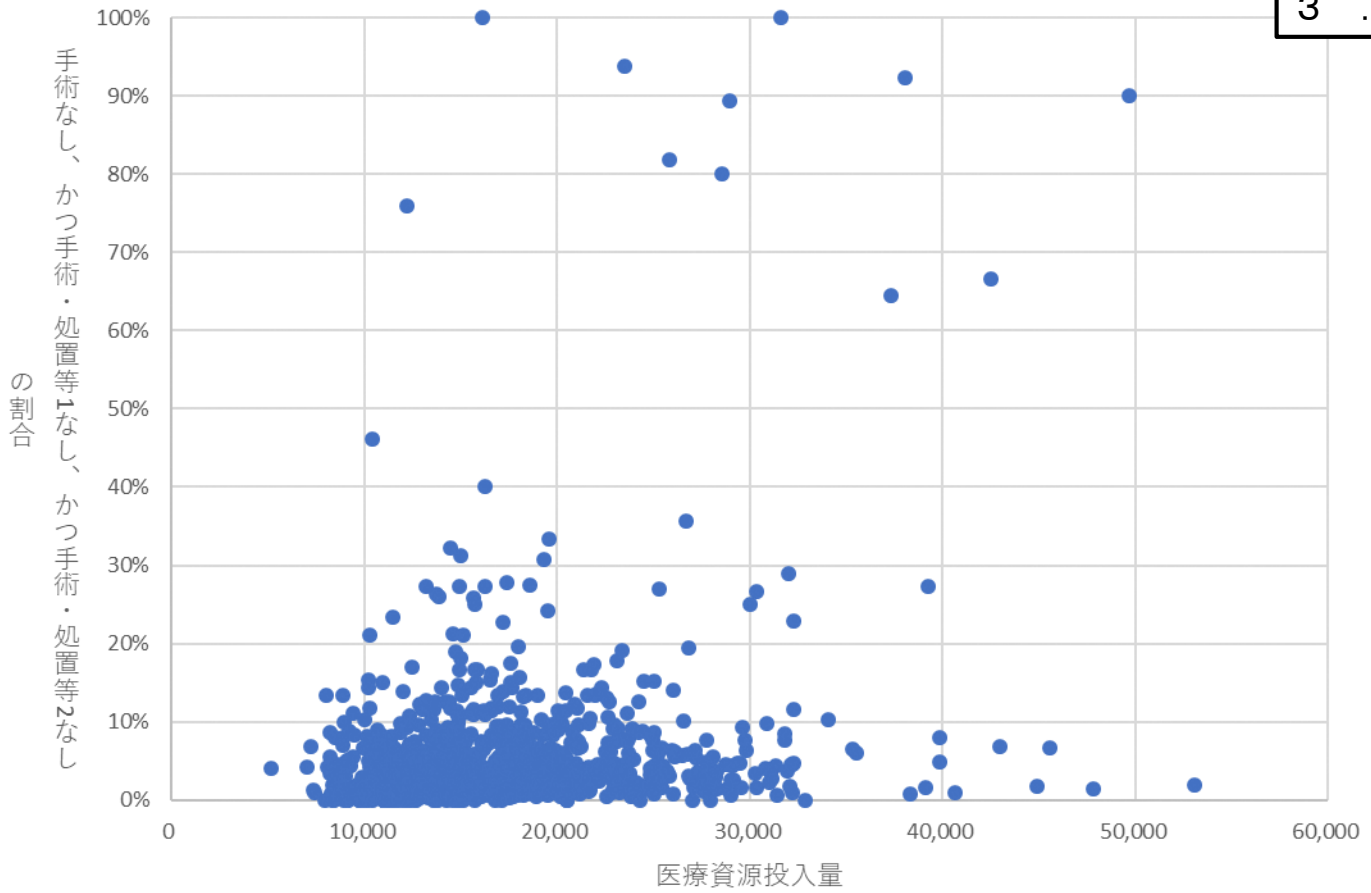


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等１なし」「手術・処置等２なし」（050050xx9900xx）の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：狭心症

○　「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050050xx9900xx）の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

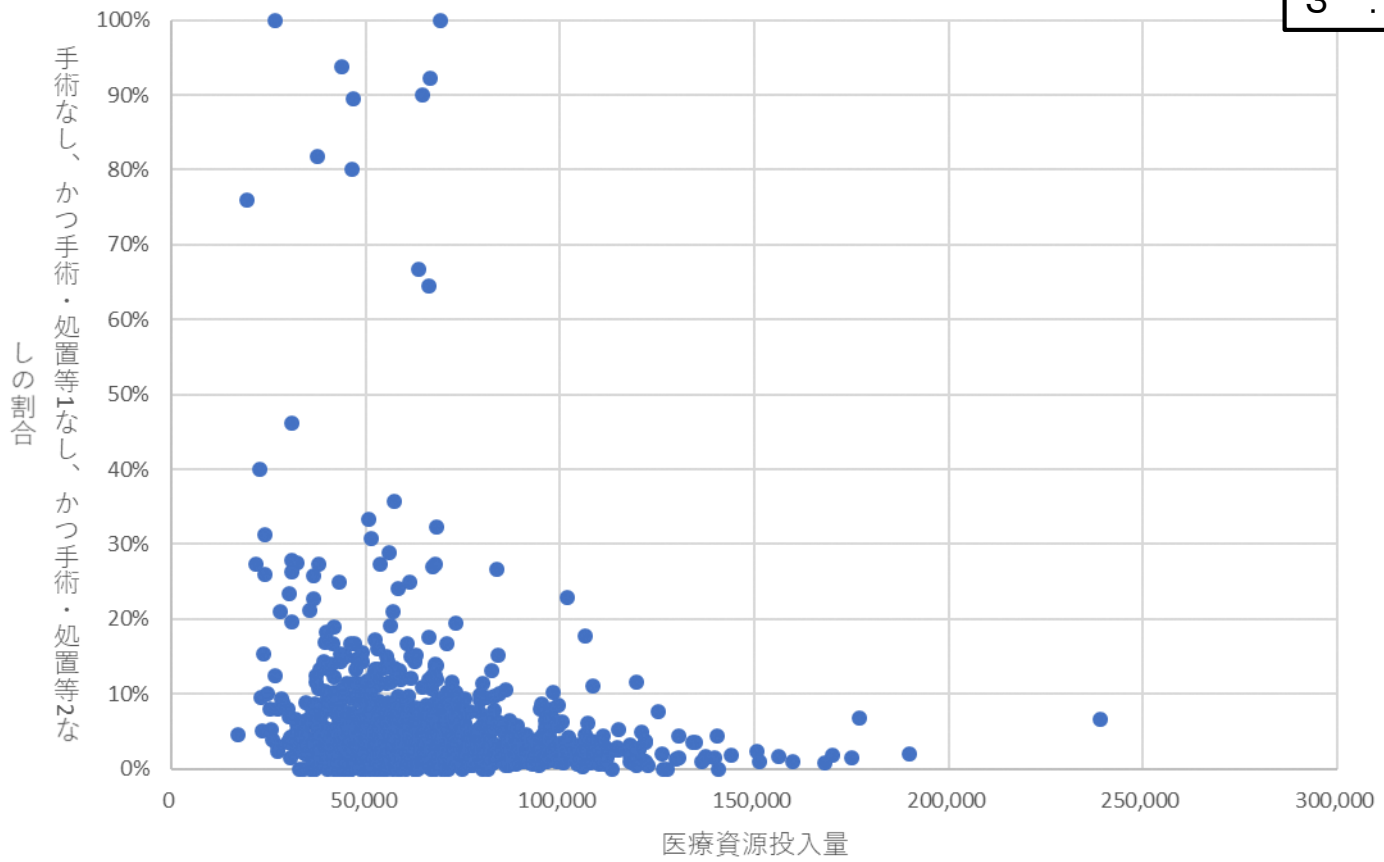


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等１なし」「手術・処置等２なし」（050050xx9900xx）の割合と医療資源投入量（出来高換算点数）の関係：狭心症

○　「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050050xx9900xx）の症例の割合と、医療資源投入量（出来高換算点数）にも、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

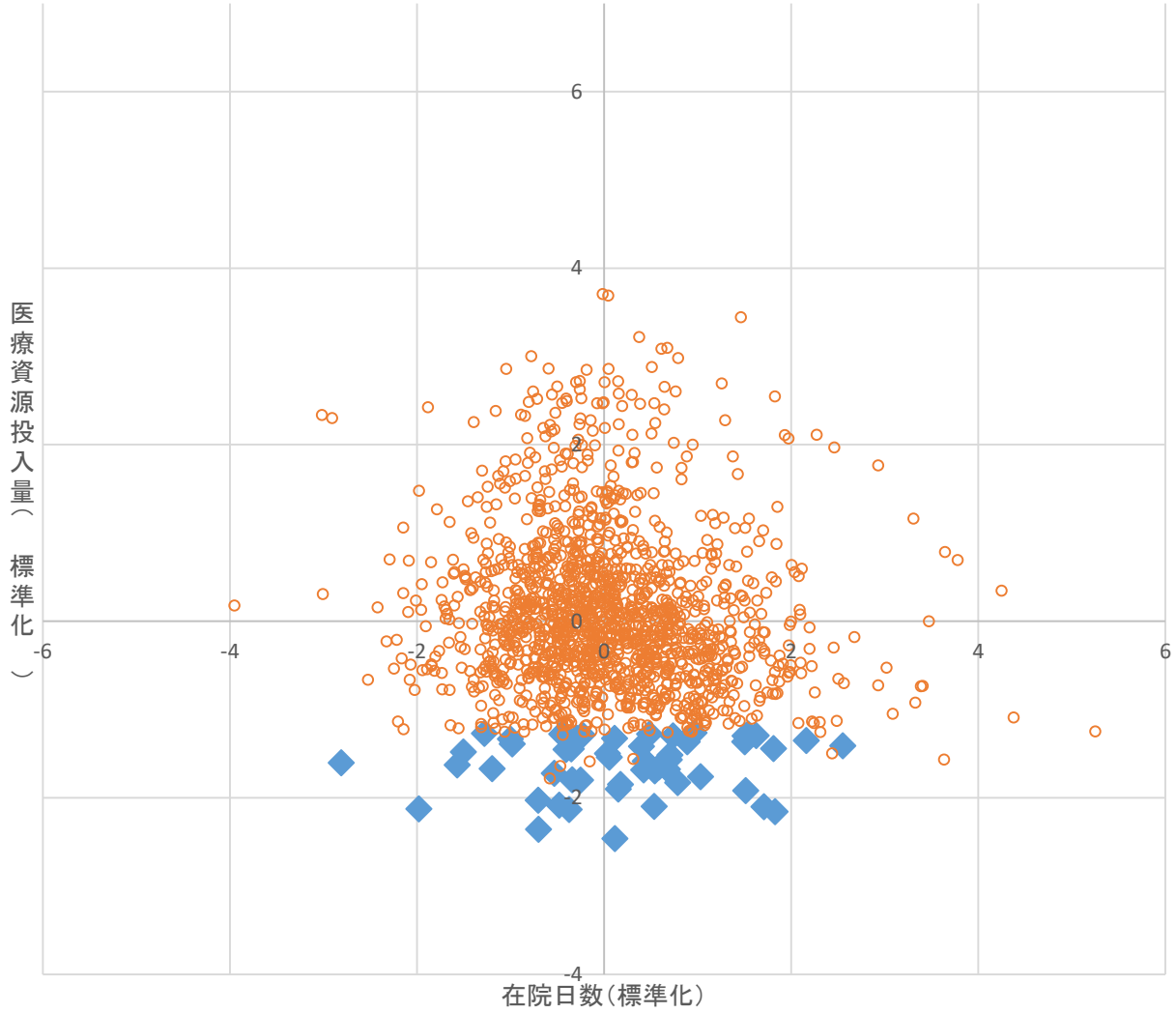


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の特徴と医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

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

診調組　入－2参考
元　．　１　０　．　３



心不全(050130)の診断群分類

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

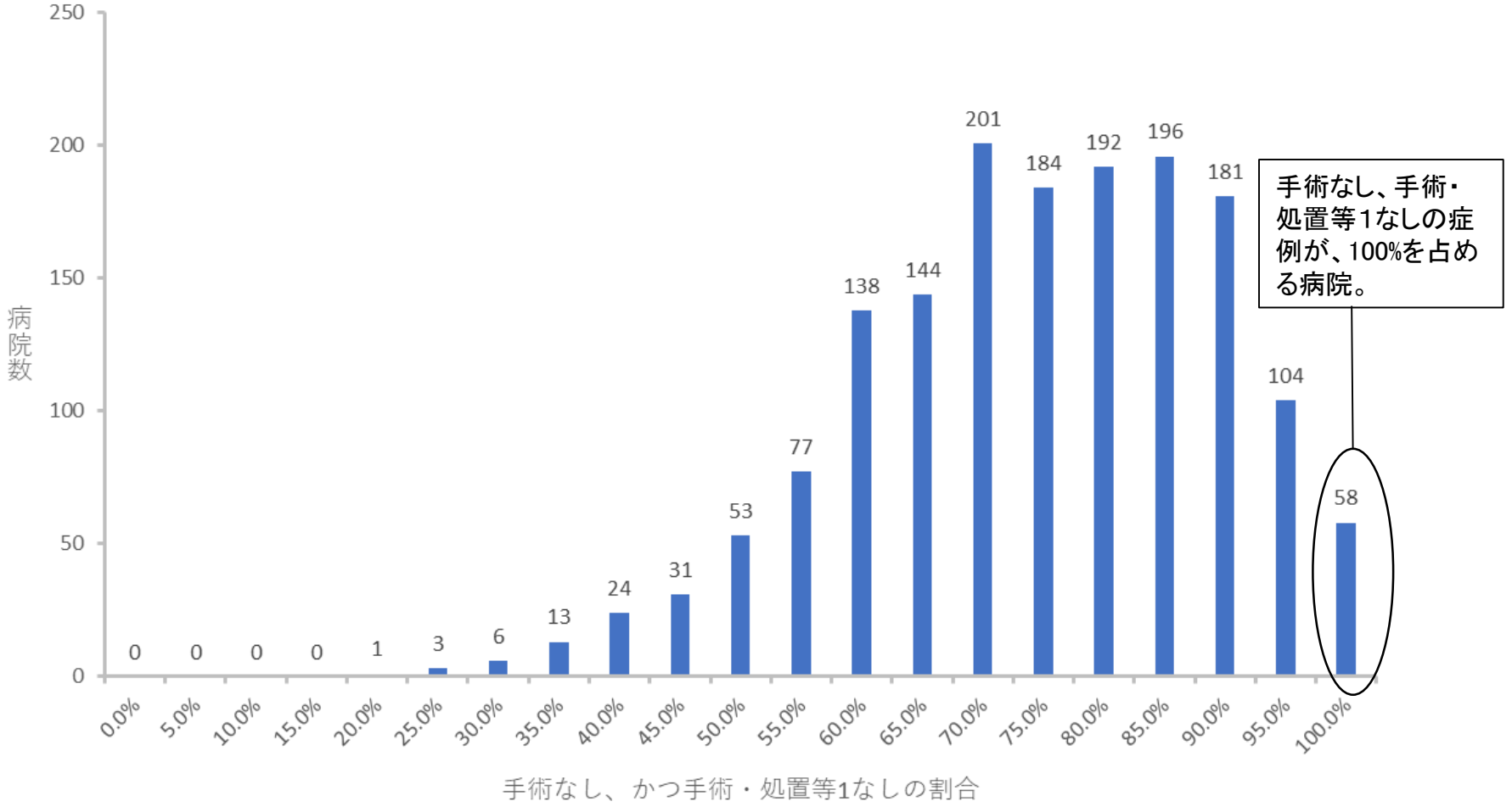
※　心不全(050130)の症例が年間10例以上の病院に限る。（n=1,524）

※　青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

出典：H30年DPCデータ

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

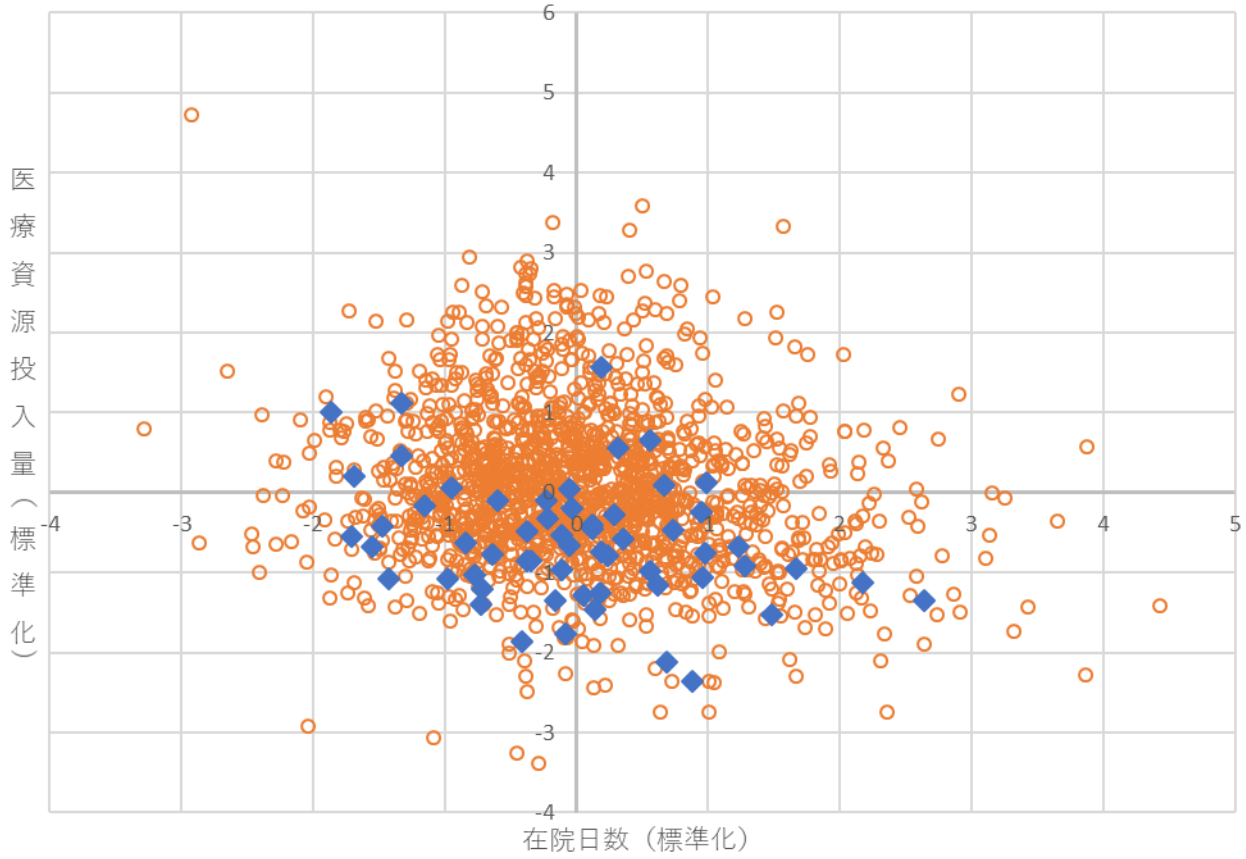
○　令和２年データにおいても、心不全（050130）の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院が一定数存在する。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

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



心不全(050130)の診断群分類

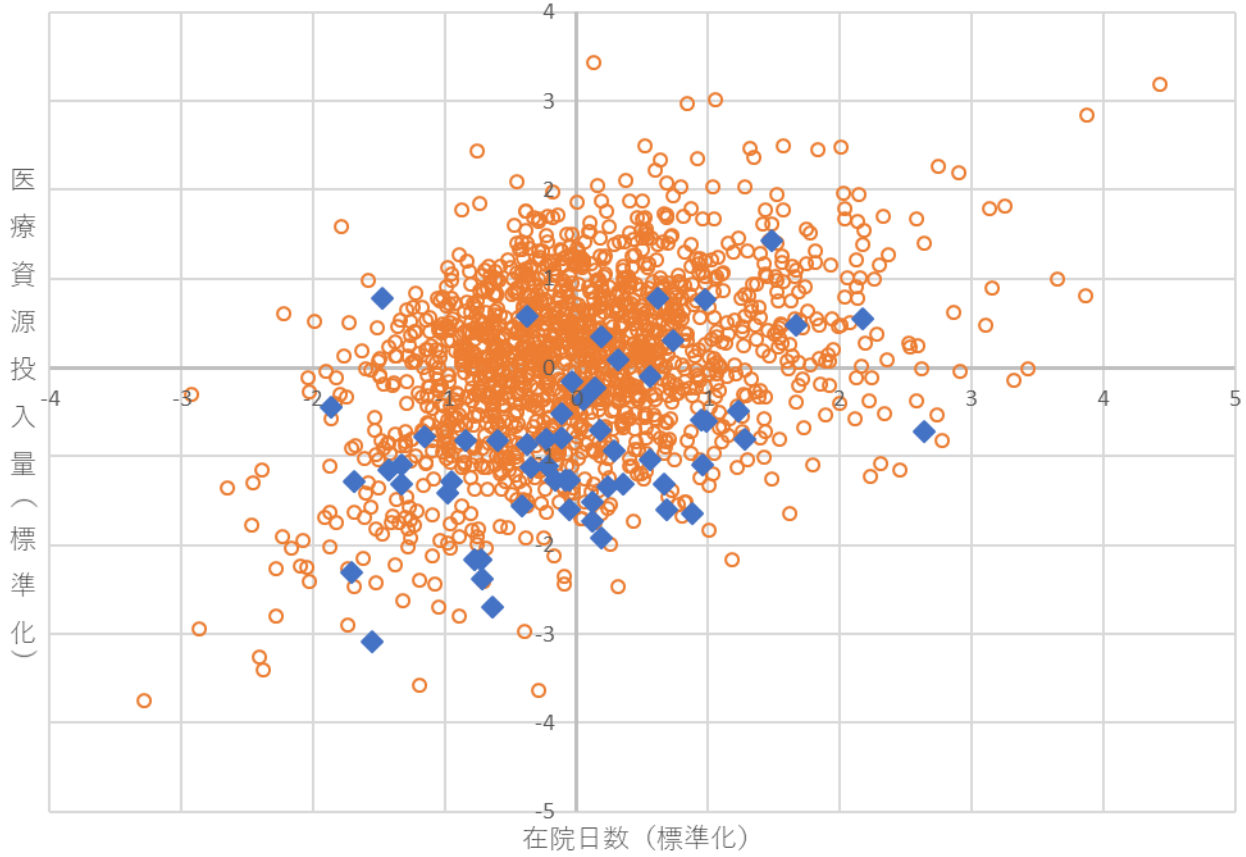
○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・冠動脈大動脈バイパス移植術
等
○手術処置等１
・大動脈バルーンパンピング法
・心臓カテーテル法　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：心不全

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



心不全(050130)の診断群分類

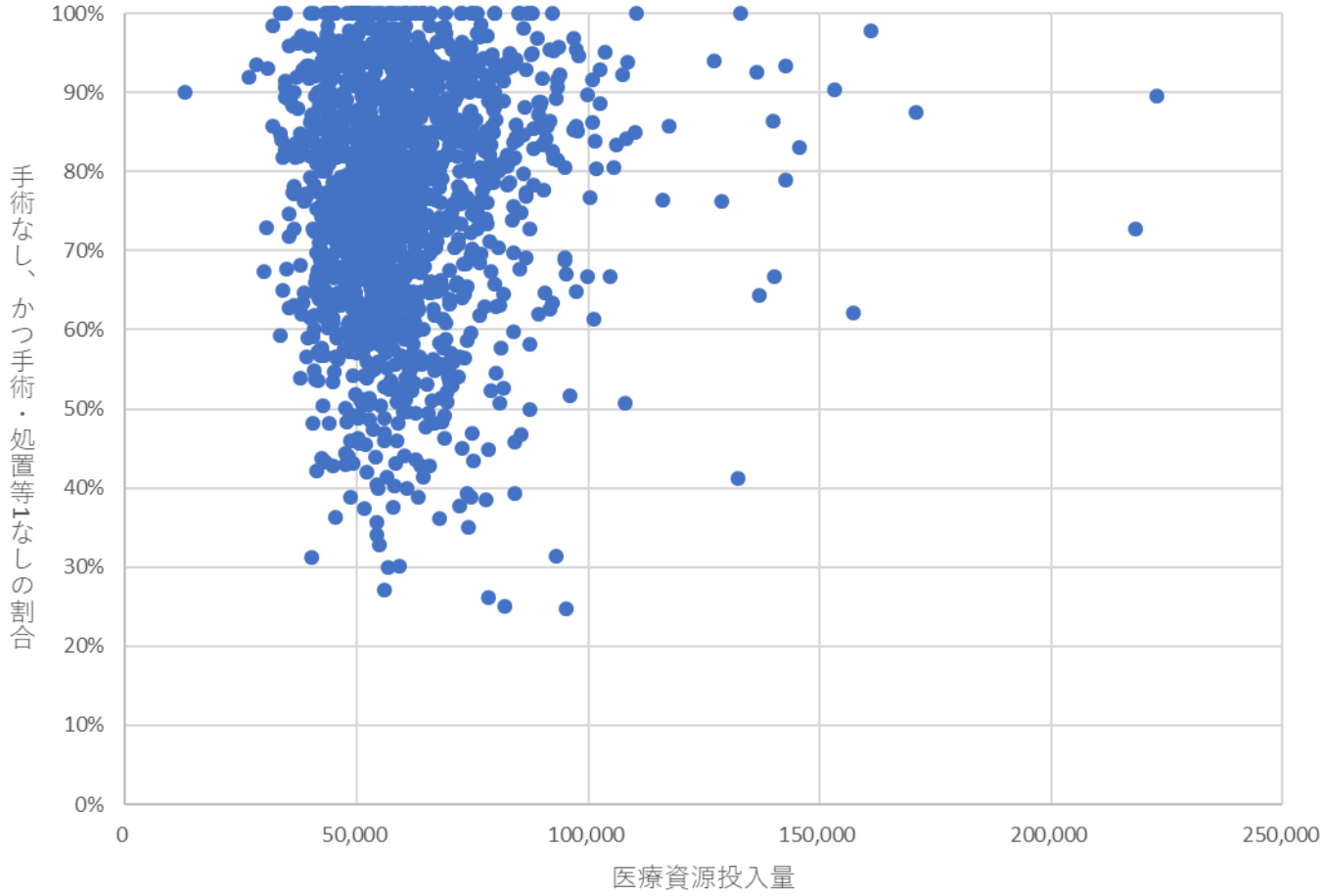
○手術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・冠動脈大動脈バイパス移植術
等
○手術処置等１
・大動脈バルーンパンピング法
・心臓カテーテル法　　等

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

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

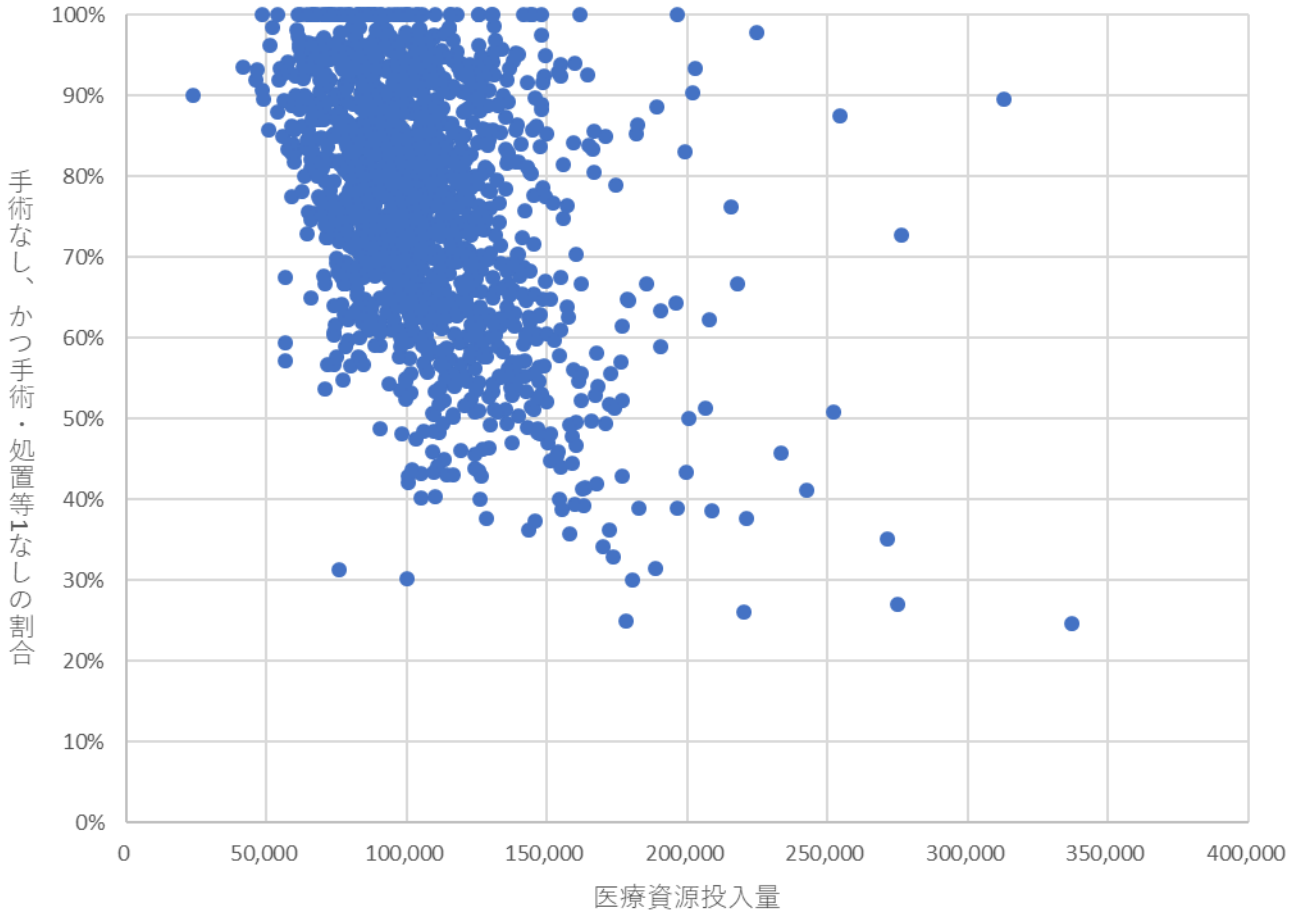
○　「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には明らかな傾向が見られなかった。



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

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

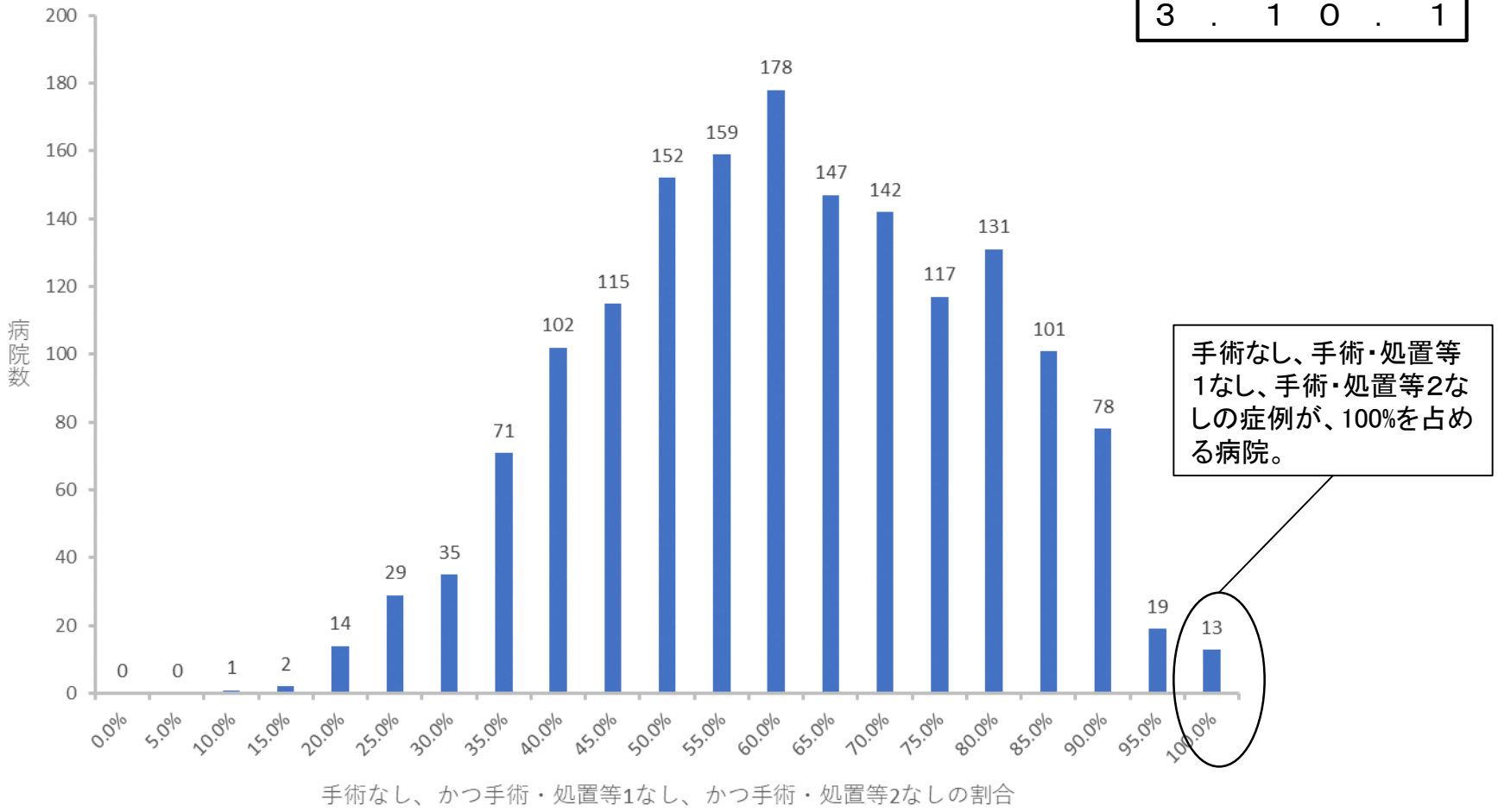


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等1なし」「手術・処置等2なし」(050130xx9900xx)の病院数の分布：心不全

○　心不全（050130）のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050130xx9900xx）の症例が100%を占める病院が一定数存在する。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

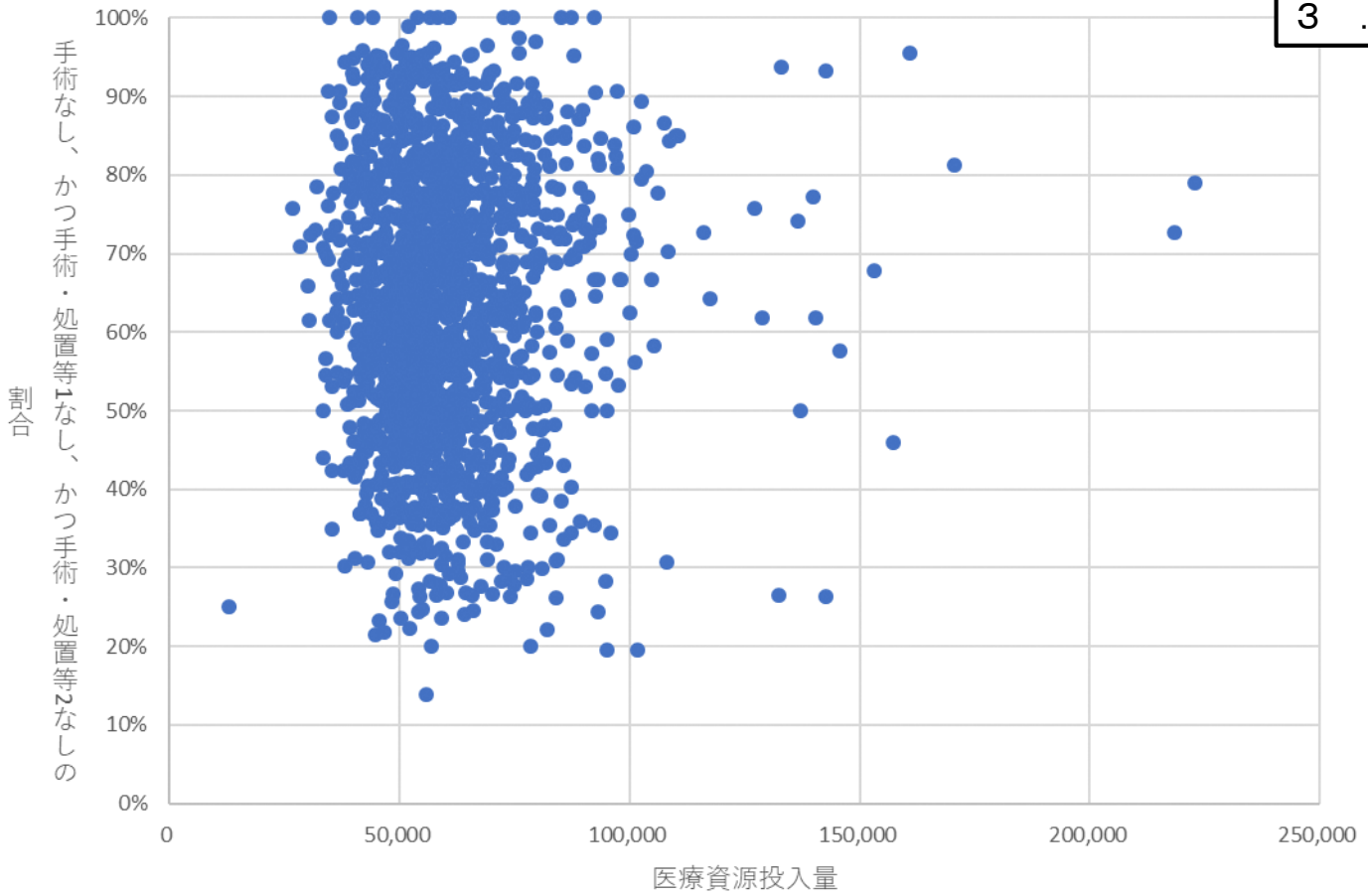


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量（包括範囲出来高点数）の関係：心不全（050130xx9900xx）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050130xx9900xx）の症例の割合と、医療資源投入量（包括範囲出来高点数）には、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

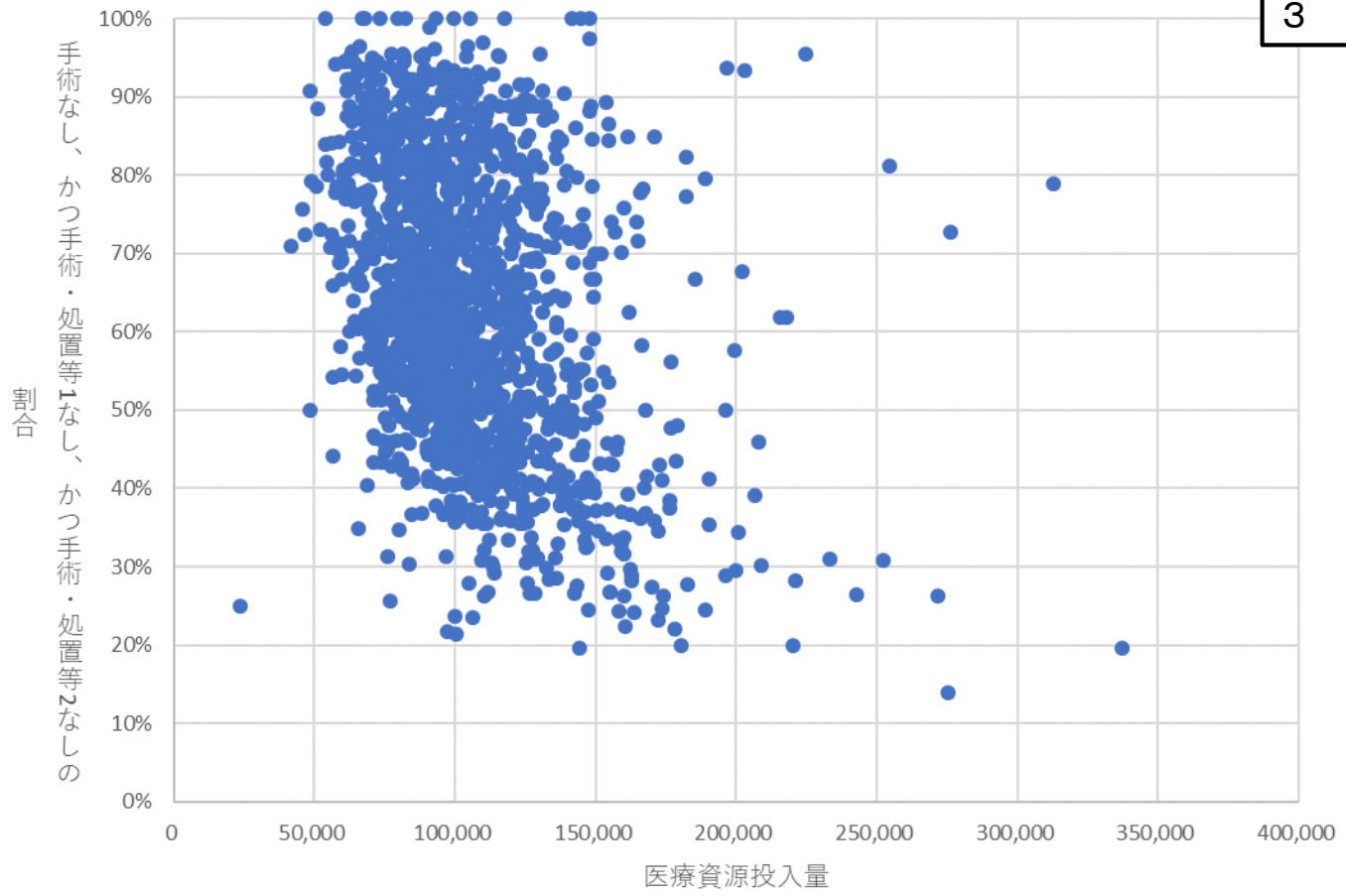


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術なし」「手術・処置等なし」の割合と医療資源投入量（出来高換算総点数）の関係：心不全（050130xx9900xx）

○　「手術なし」かつ「手術・処置等１なし」かつ「手術・処置等２なし」（050130xx9900xx）の症例の割合と、医療資源投入量（出来高換算総点数）にも、明らかな傾向は見られなかった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

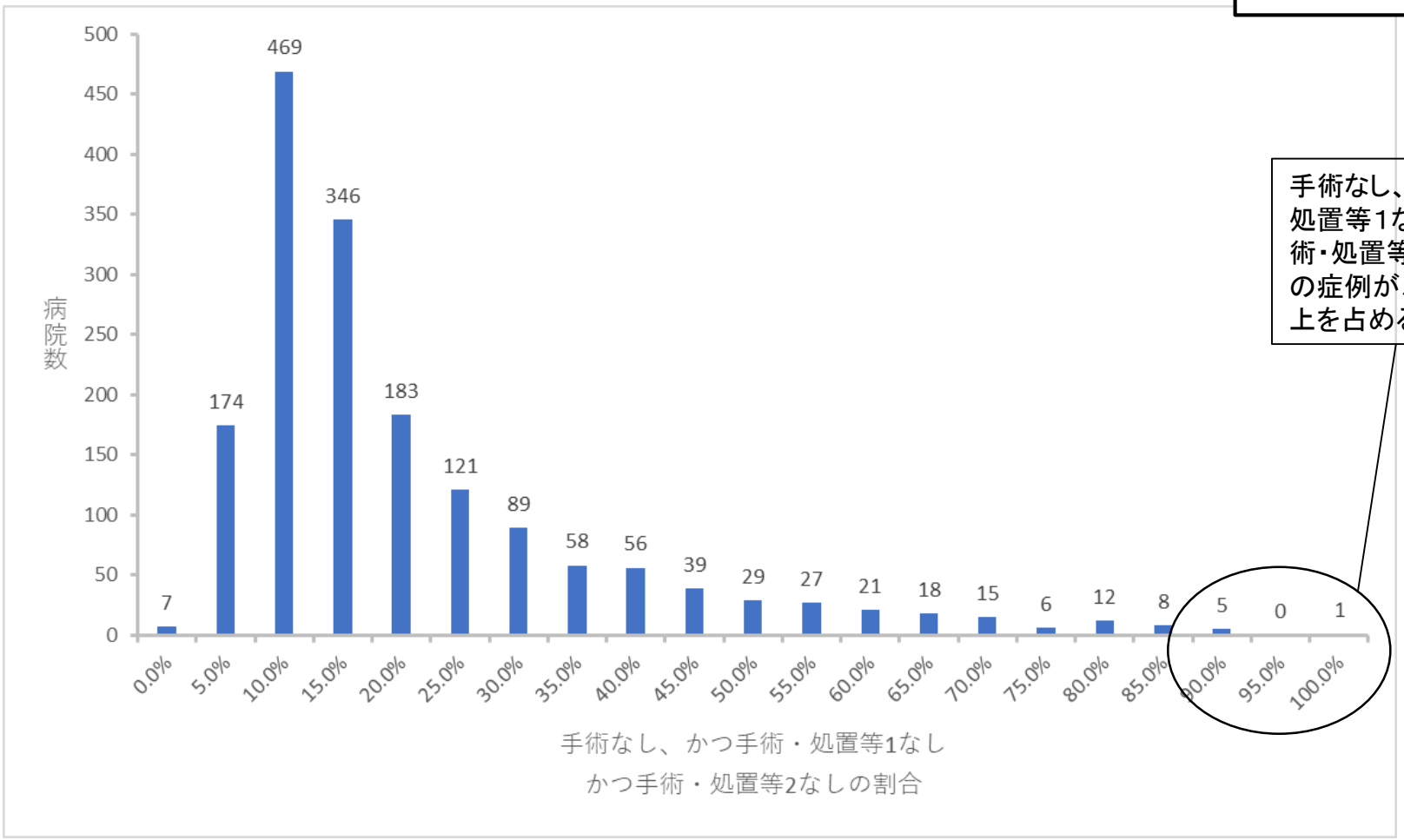


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

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

診調組　入－2参考2
３．１０．１

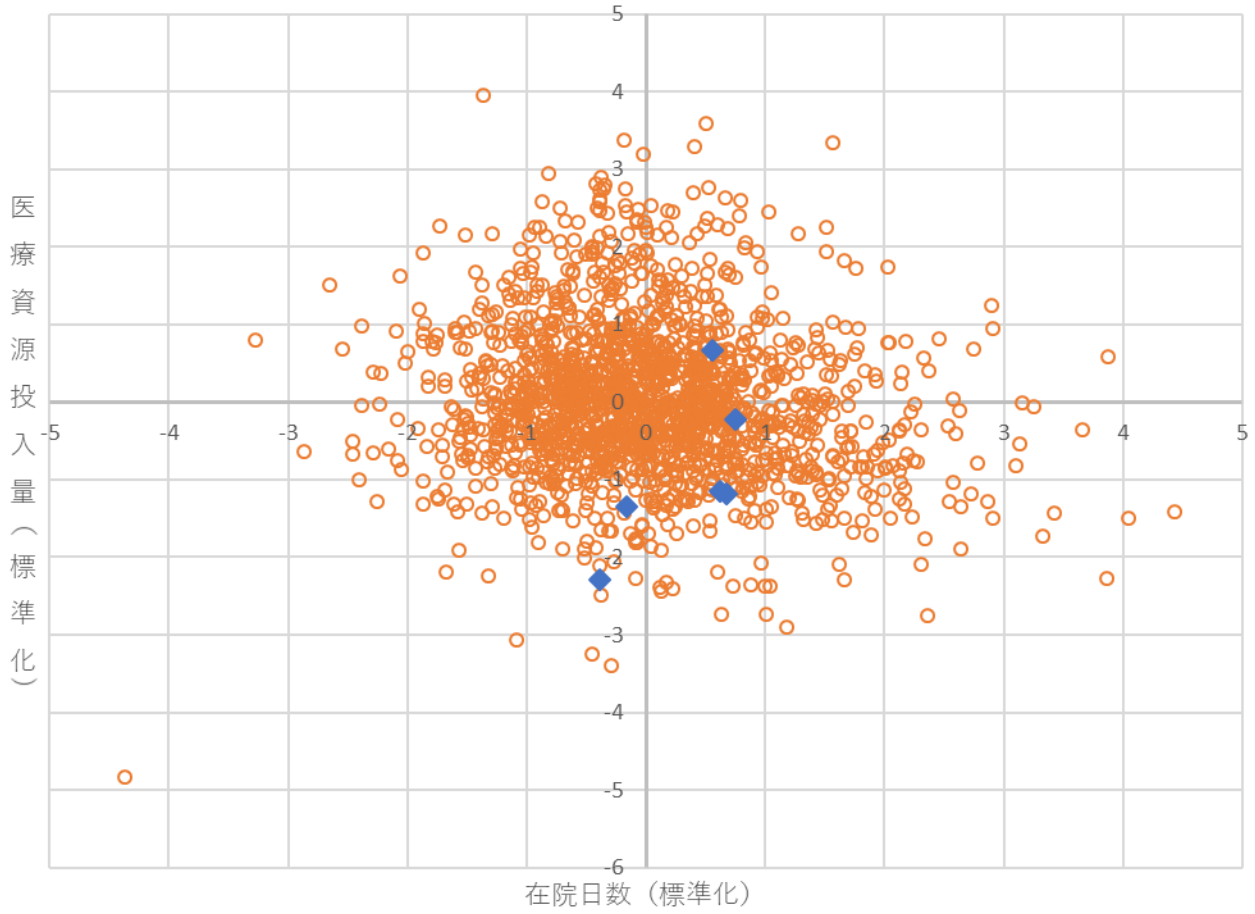


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

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

診調組　入－２参考２
３．１０．１



悪性腫瘍(ICD-10がC$もしくはD0$)の診断群分類

○手術
・悪性腫瘍摘出術　　等

○手術処置等２
・化学療法
・放射線療法　　等

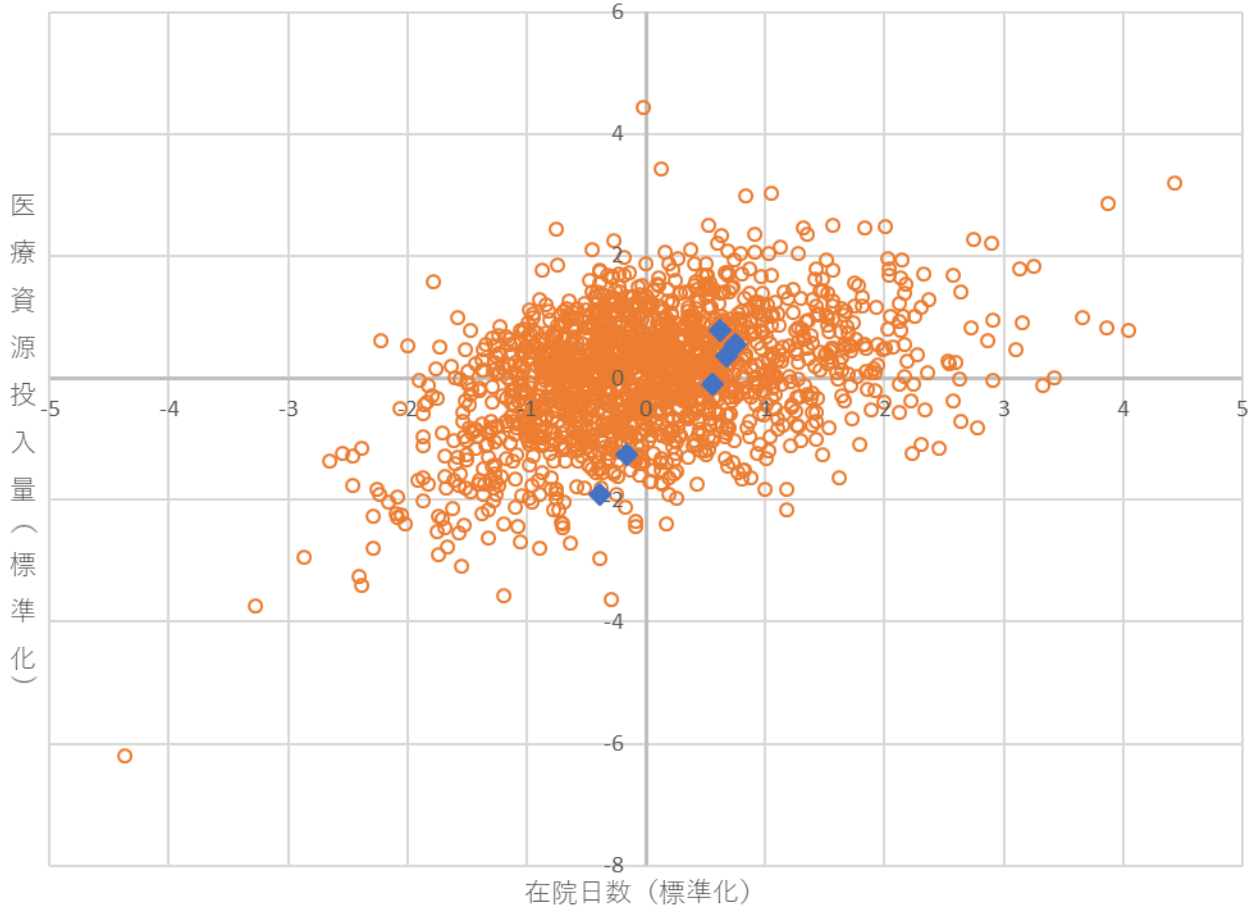
※ 悪性腫瘍の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。（n=1,684）
※ 青は、手術なしかつ手術処置等１なしかつ手術処置等２なしの症例が90%以上を占める病院

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の医療資源投入量及び在院日数の関係：悪性腫瘍

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

診調組　入－２参考２
３．１０．１



悪性腫瘍(ICD-10がC$もしくはD0$)の診断群分類

○手術
・悪性腫瘍摘出術　　等

○手術処置等２
・化学療法
・放射線療法　　等

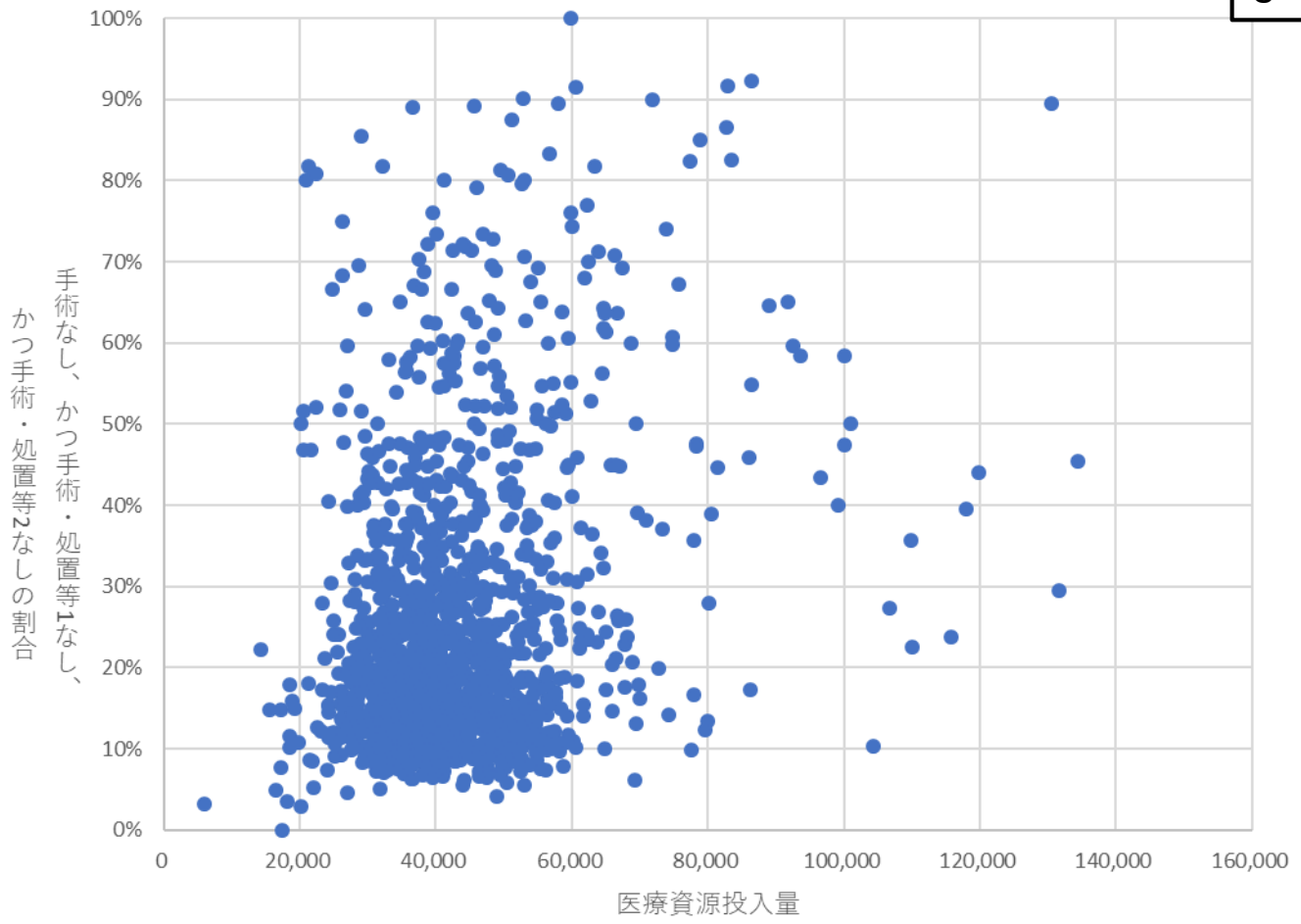
※ 悪性腫瘍の症例が2020年4月～2020年12月の間に10例以上の病院に限る。（n=1,684）
※ 青は、手術なしかつ手術処置等１なしかつ手術処置等２なしの症例が90%以上を占める病院

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

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

診調組　入－2参考2
３．１０．１

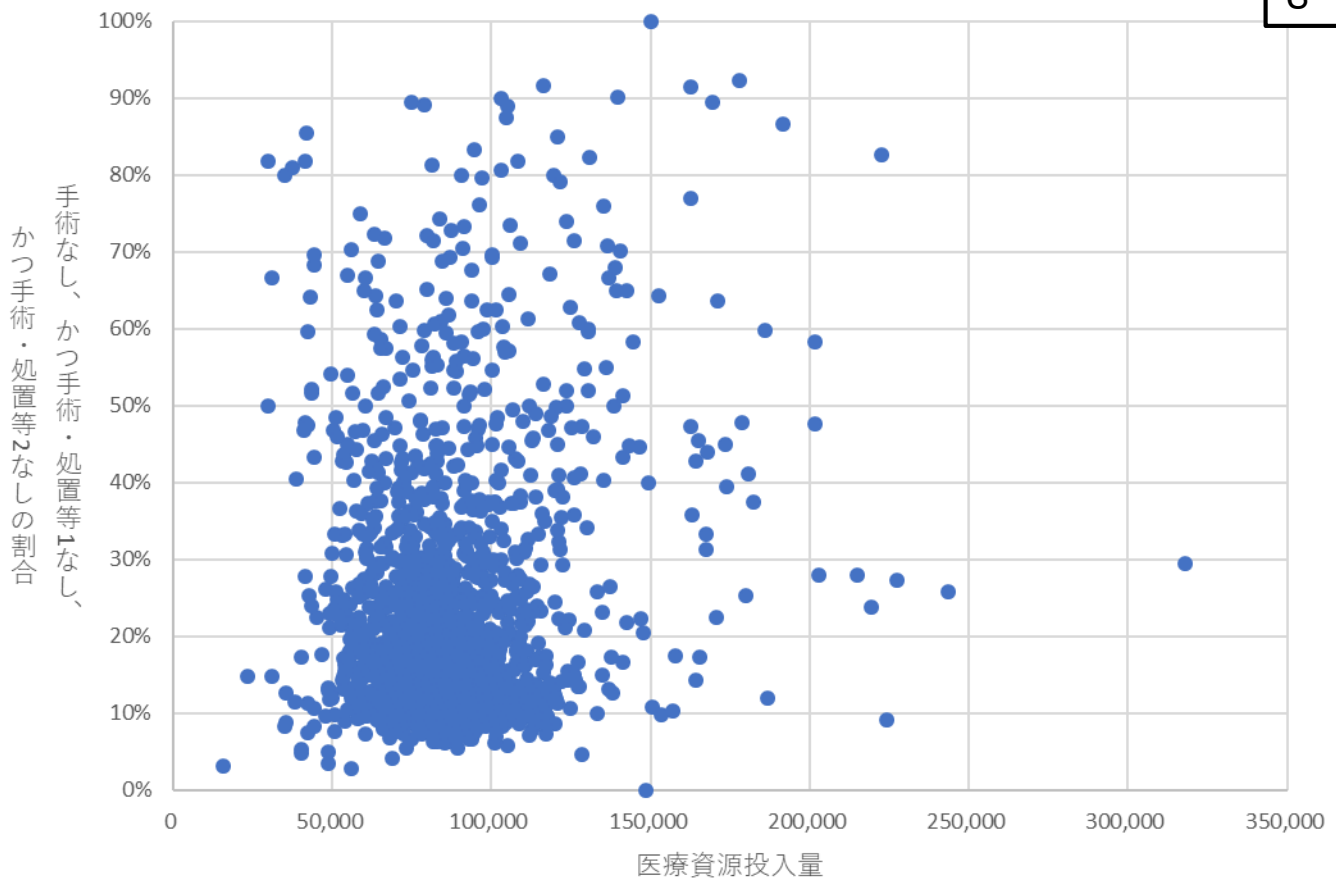


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

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

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

診調組　入－2参考2
３．１０．１

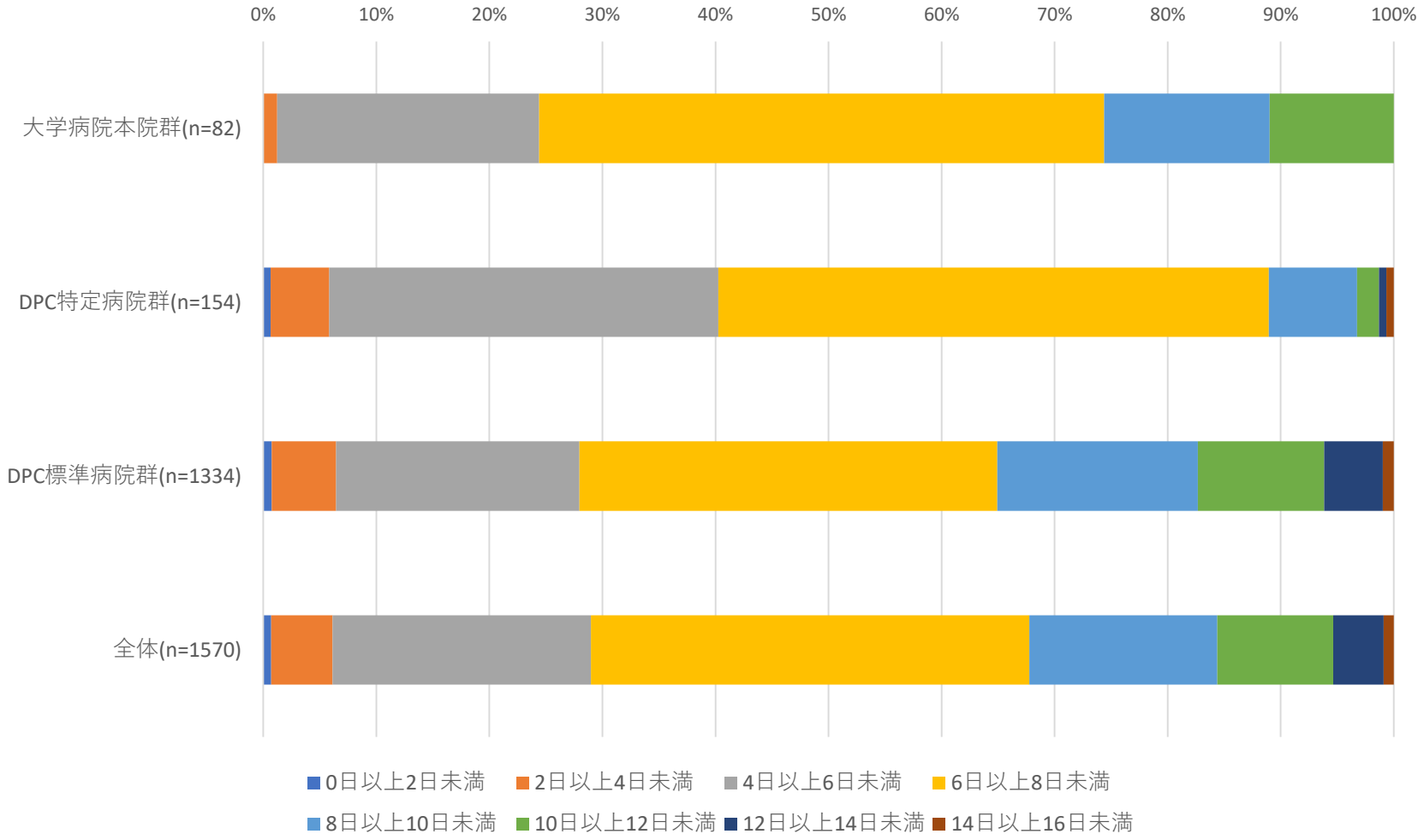


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

脳梗塞におけるエダラボンの平均使用日数

診調組　入－2参考2
３．１０．１

○　脳梗塞において、エダラボンを使用している症例の、病院当たりの平均使用日数の分布は以下のとおりであった。DPC特定病院群やDPC標準病院群においては、平均使用日数が２日未満の病院も存在した。

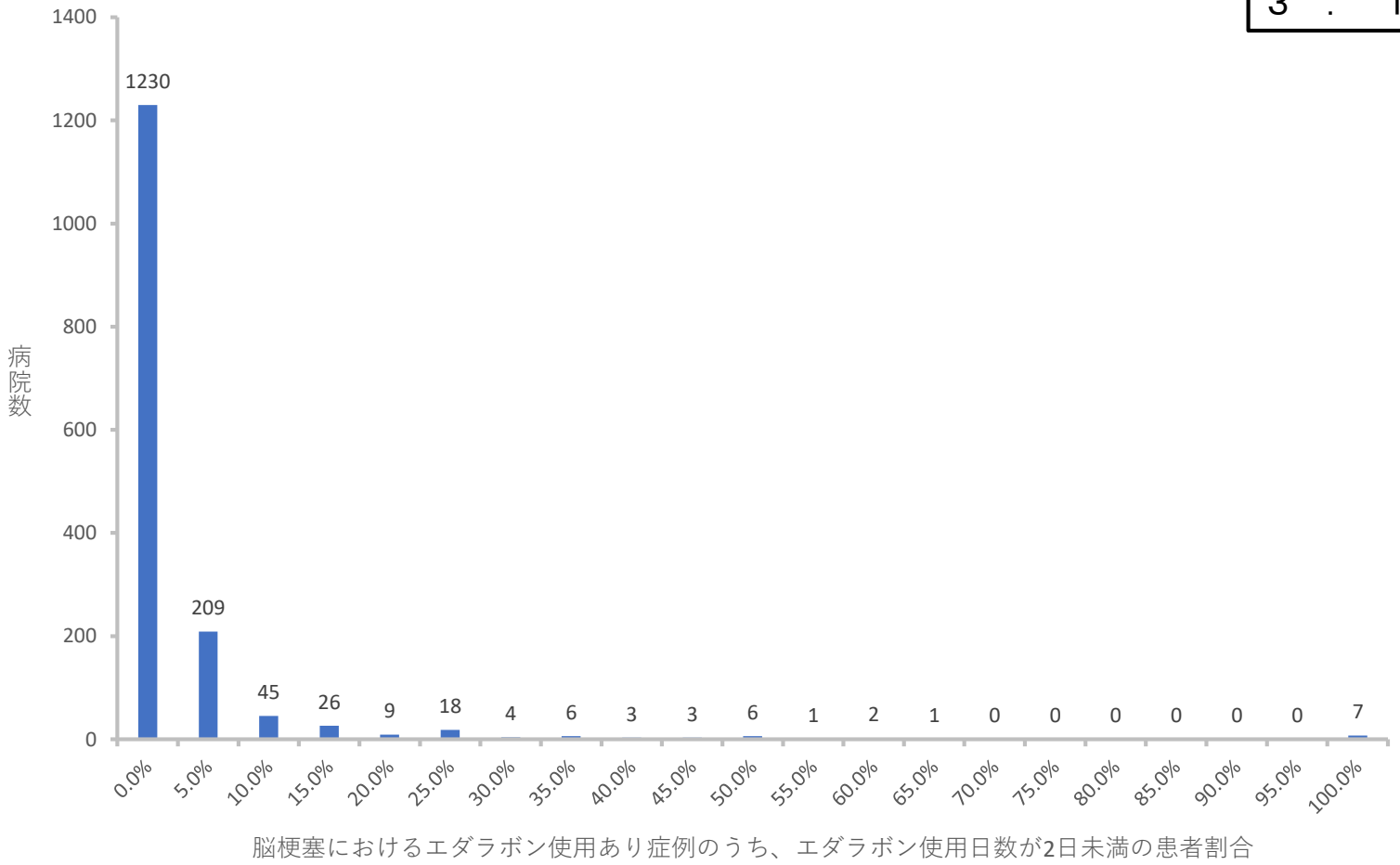


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

脳梗塞におけるエダラボンの使用日数が２日未満の患者割合ごとの病院数の分布

○　脳梗塞におけるエダラボンの使用日数が２日未満の患者割合ごとの病院数の分布は、以下のとおりであった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

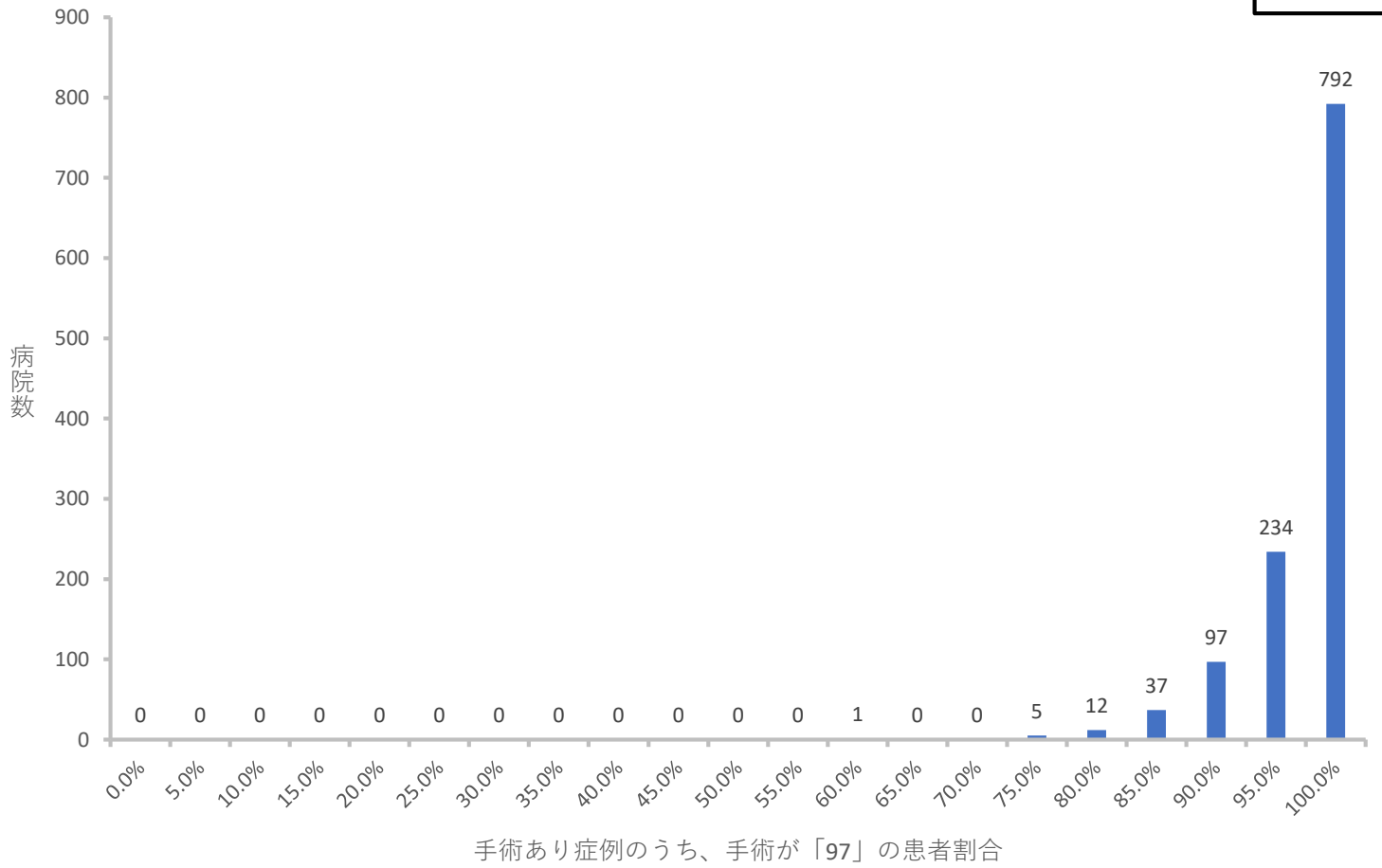


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：急性心筋梗塞（050030）

○　急性心筋梗塞（050030）で、「手術あり」症例のうち、「97　その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。多くの病院で「97　その他のKコード」の患者割合が100%を占めていた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

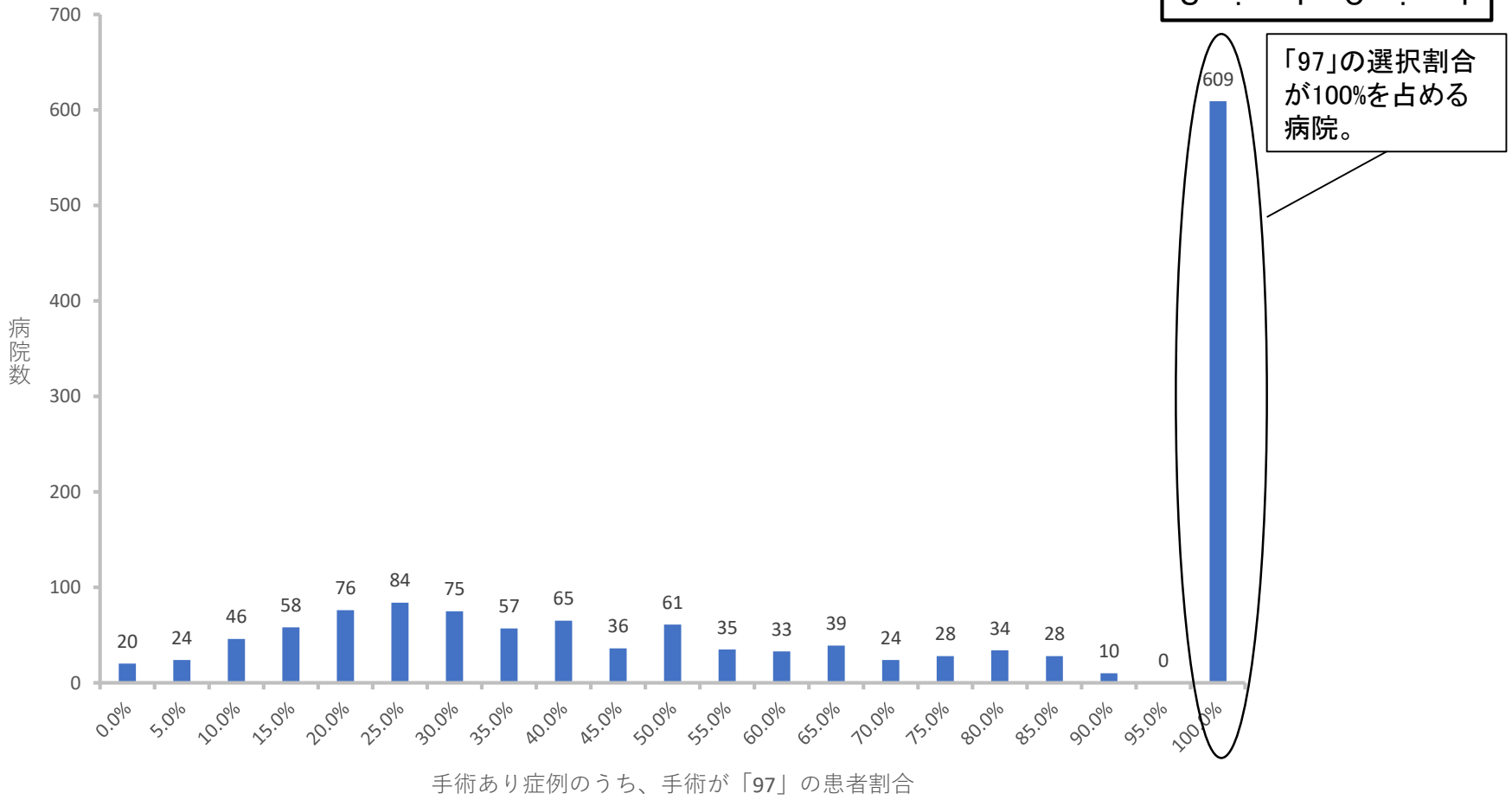


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：脳梗塞（010060）

○　脳梗塞（010060）で、「手術あり」症例のうち、「97　その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。「97　その他のKコード」の患者割合にはばらつきがあるが、100%を占める病院も多く存在していた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術あり」「97」の内訳：脳梗塞（010060）

○　脳梗塞（010060）で、「手術あり」症例のうち、「97　その他のKコード」が選択されている割合が100%を占める医療機関における、「97　その他のKコード」の内訳は、以下のとおりであった。

点数表コード	診療行為名称	患者数
K9202イ	輸血　保存血液輸血（200mLごとに）　1回目	563
K664	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	553
K9202ロ	輸血　保存血液輸血（200mLごとに）　2回目以降	312
K6182	中心静脈注射用植込型カテーテル設置　頭頸部その他に設置した場合	82
K654	内視鏡的消化管止血術	77
K0004	創傷処理　筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	75
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	48
K0011	皮膚切開術　長径10センチメートル未満	47
K0461	骨折観血的手術　肩甲骨、上腕、大腿	47
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	37
K0811	人工骨頭挿入術　肩、股	30
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル未満	30
K2762	網膜光凝固術　その他特殊なもの（一連につき）	27
K0005	創傷処理　筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	26
K386	気管切開術	25
K5972	ペースメーカー移植術　経静脈電極の場合	24
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	23
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術　その他のもの	22
K597-3	植込型心電図記録計移植術	21
K0001	創傷処理　筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	18
K6871	内視鏡的乳頭切開術　乳頭括約筋切開のみのもの	18
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	17
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	14
K0462	骨折観血的手術　前腕、下腿、手舟状骨	13
K596	体外ペースメーキング術	13
K681	胆嚢外瘻造設術	13
K430	顎関節脱臼非観血的整復術	12
K0006	創傷処理　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	11
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	11
K6121イ	末梢動静脈瘻造設術　内シャント造設術　単純なもの	11
K6335	ヘルニア手術　鼠径ヘルニア	10

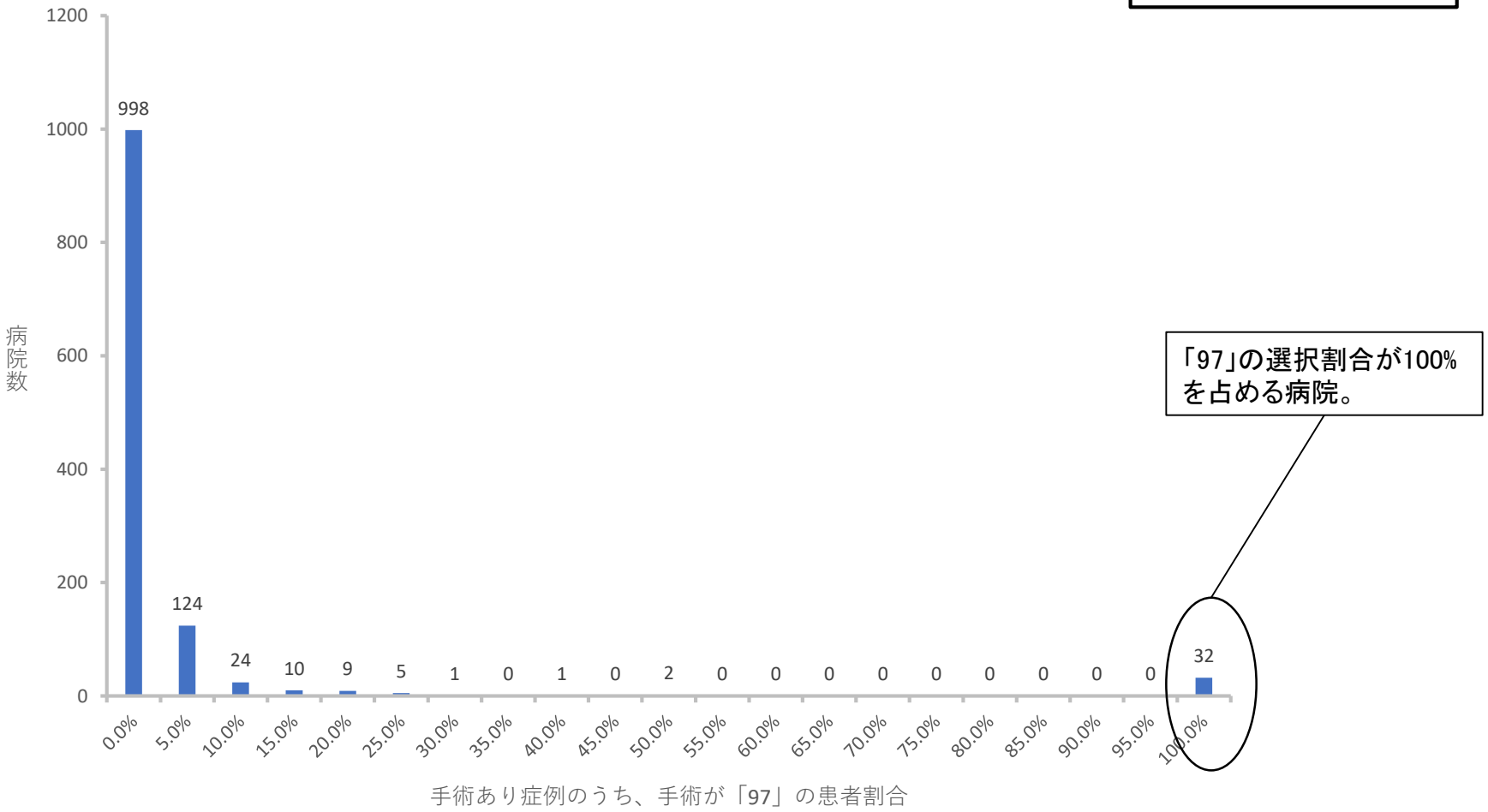
出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

※患者数が10以上のものを表示。

特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：狭心症（050050）

○　狭心症（050050）で、「手術あり」症例のうち、「97　その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。多くの病院では、０％であったが、「97　その他のKコード」の患者割合が100%を占める病院も一定数存在していた。

診調組　入－2参考2
３．１０．１



出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術あり」「97」の内訳：狭心症（050050）

○　狭心症（050050）で、「手術あり」症例のうち、「97　その他のKコード」が選択されている割合が100%を占める医療機関における、「97　その他のKコード」の内訳は、以下のとおりであった。

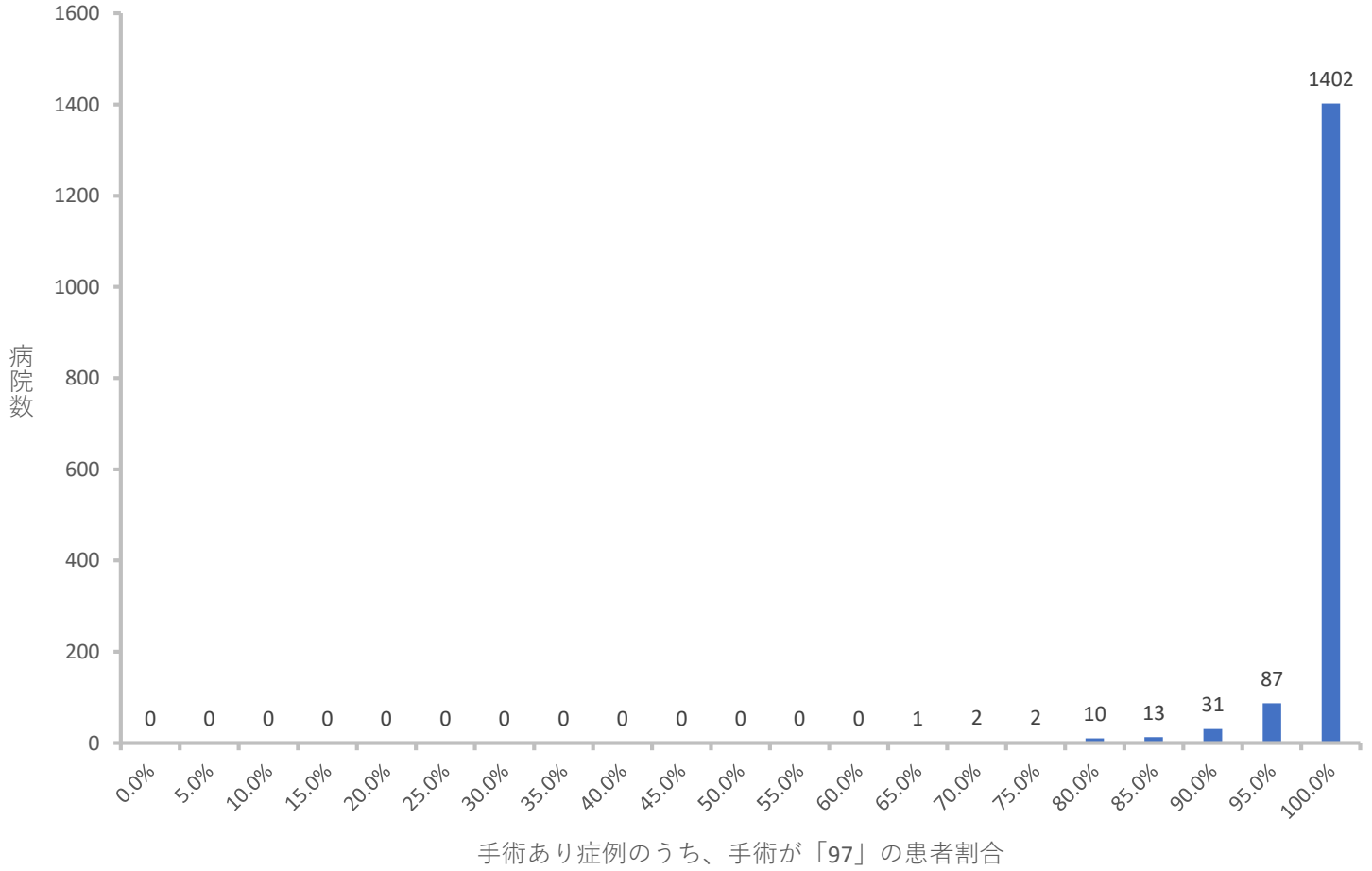
点数表コード	診療行為名称	患者数
K9202イ	輸血　保存血液輸血（200mLごとに）　1回目	11
K9202ロ	輸血　保存血液輸血（200mLごとに）　2回目以降	8
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　長径2センチメートル未満	4
K596	体外ペースメーキング術	2
K0004	創傷処理　筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	1
K5223	食道狭窄拡張術　拡張用バルーンによるもの	1
K597-2	ペースメーカー交換術	1
K6105	動脈形成術、吻合術　その他の動脈	1
K6121イ	末梢動静脈瘻造設術　内シャント造設術　単純なもの	1
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回	1
K6335	ヘルニア手術　鼠径ヘルニア	1
K6572	胃全摘術　悪性腫瘍手術	1
K664	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	1
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	1
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	1
K8282	包茎手術　環状切除術	1
K8411	経尿道的前立腺手術　電解質溶液利用のもの	1

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

特定の症例の「手術あり」「97」の病院数の分布：心不全（050130）

○　心不全（050130）で、「手術あり」症例のうち、「97　その他のKコード」が選択されている割合毎の病院数は、以下のとおりであった。多くの病院で「97　その他のKコード」の患者割合が100%を占めていた。

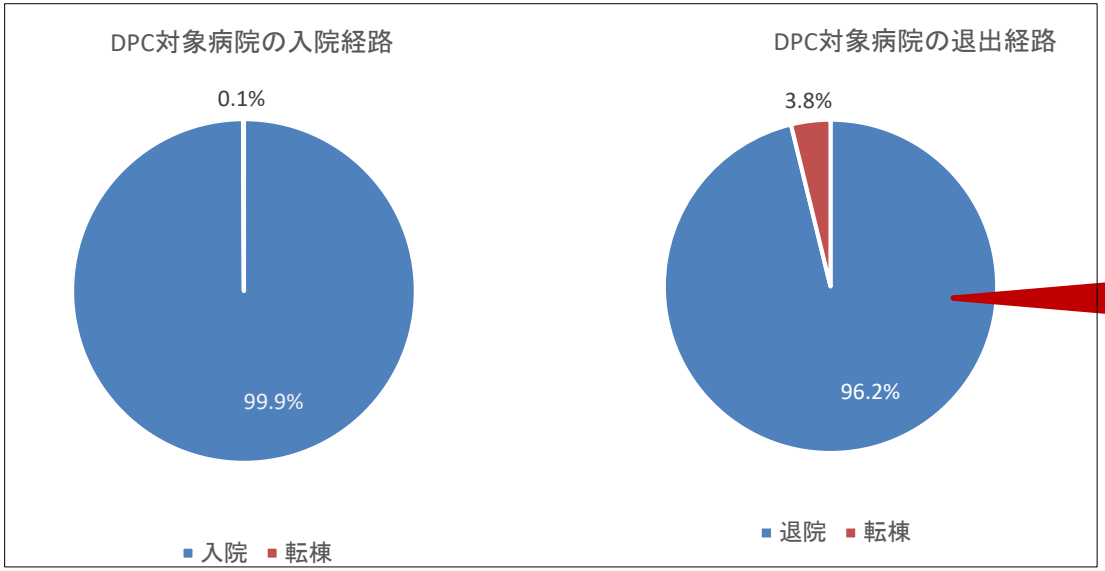
診調組　入－2参考2
３．１０．１

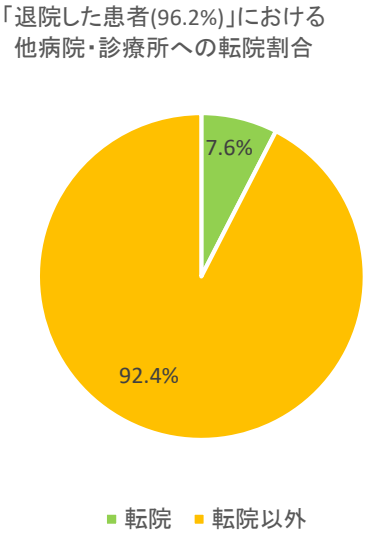


出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

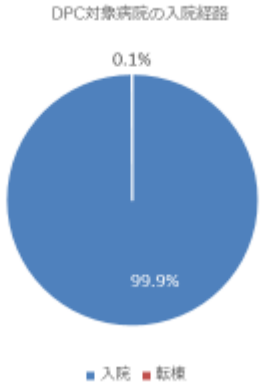
DPC対象病棟の入院患者の入退棟経路

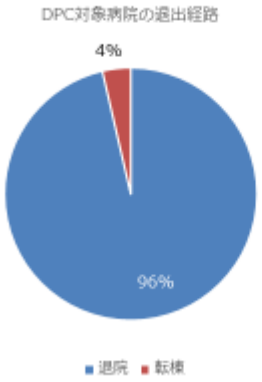
○　令和2年DPCデータにおける入院経路、退出経路の割合は、以下のとおりであった。平成30年データから大きな変化は見られなかった。なお、退出経路が「退院」のうち、他病院等に転院した割合は、約8%であった。





参考：平成30年ＤＰＣデータ

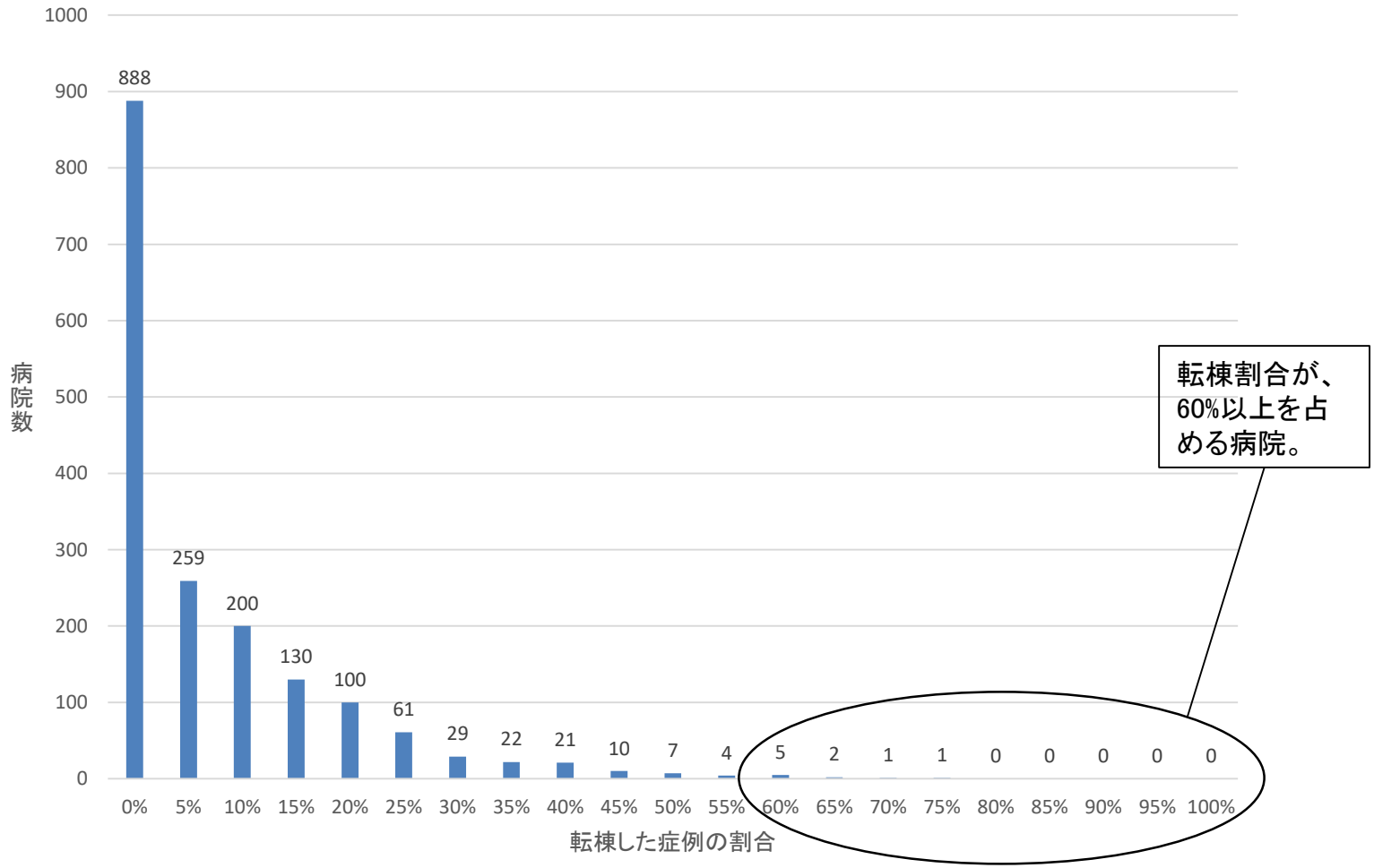




出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

転棟した症例の割合別の病院数

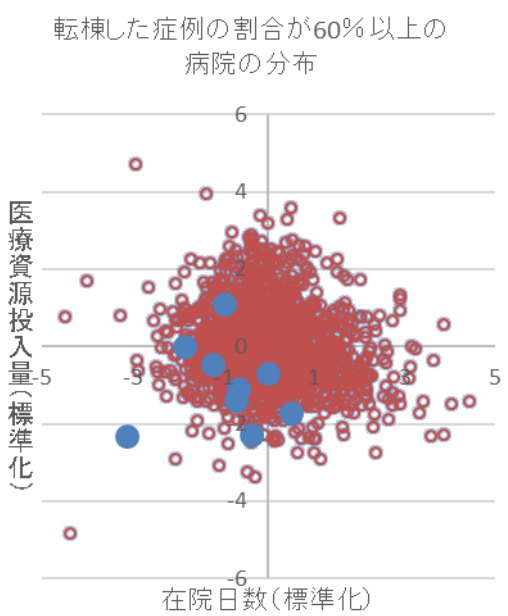
○ 「一般病棟（DPC対象病棟）」から「その他病棟（DPC対象病棟以外の病棟）」へ転棟した症例の割合別の病院数は、以下のとおりであった。転棟した症例の割合が60%を超える病院も存在する。

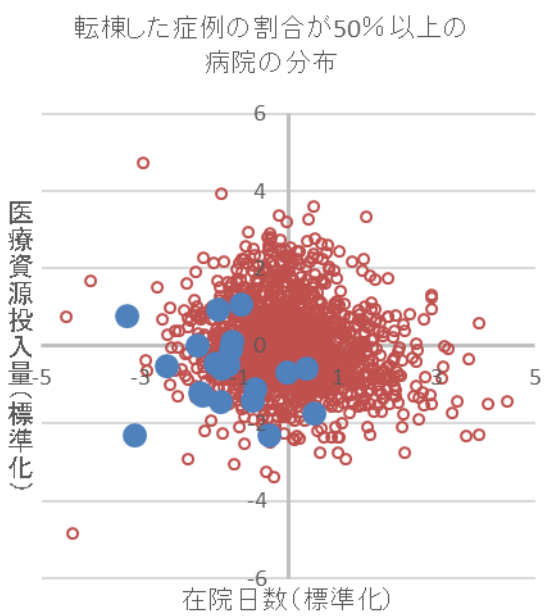


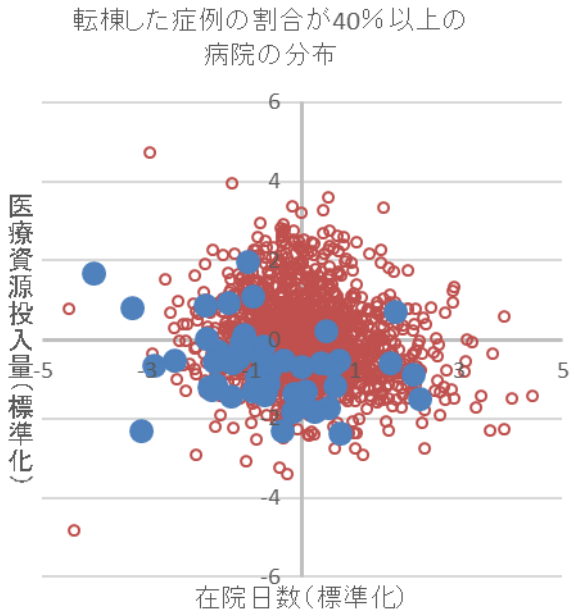
出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

医療資源投入量及び在院日数と転棟の関係

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







※医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
※標準化（実測値－平均値）/標準偏差
※青は、転棟する症例が40%または50%または60%を超える病院

出典：令和２年ＤＰＣデータ（４月～12月分）

０．調査概要

１．一般病棟入院基本料について

２．特定集中治療室管理料等について

３．短期滞在手術等基本料について

４．DPC/PDPSについて

４－１．DPC対象病院に係る検討について

４－２．令和3年度特別調査について

４－３．医療機関別係数について

５．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

６．回復期リハビリテーション病棟入院料について

７．療養病棟入院基本料について

８．障害者施設等入院基本料等について

９．救急医療管理加算について

１０．医療資源の少ない地域に配慮した評価について

１１．横断的個別事項について

令和3年度特別調査について①

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

1．概要

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

- 医療資源投入量が平均から外れた病院
- 在院日数が平均から外れた病院

について着目することとなり、以下のとおり分析を行った。

- 「医療資源投入量が平均から外れた病院」のうち、「医療資源投入量の少ない病院」について、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患において、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院の分析
- 「在院日数が平均から外れた病院」のうち、「在院日数の短い病院」について、自院他病棟への転棟割合が高い病院の分析

○　さらに、令和4年度診療報酬改定に向けては、引き続き適切なDPC制度の運用を図る観点から、「医療資源投入量の少ない病院」と「在院日数の短い病院」に対し、個別調査やヒアリングを実施することとなっている（令和3年5月12日中医協総会了承）

○　具体的な調査項目等については、DPC/PDPS等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

2．調査の目的について（案）

（1）「医療資源投入量の少ない病院」について、以下の内容を聴取する。

- 同じ診断群分類の症例でも、医療資源投入量が平均から外れている背景
- コーディングに関する理解度

（2）「在院日数の短い病院」について、以下の内容を聴取する。

- 転棟割合がDPC対象病院全体と比べて高くなっていることの背景
- 調査対象施設内における転棟に関する考え方

（3）全てのDPC対象病院について、以下の内容を調査する。

- コーディングテキストやコーディングの方法に関し、DPC制度の運用にあたっての不明点等

令和3年度特別調査について②

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

3. 調査の実施方法

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

【調査の回収状況】

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

※１　「特定の症例（急性心筋梗塞等）」について、「手術なし」「手術・処置等なし」の症例の占める割合が高い病院のうち、医療資源投入量、在院日数が平均から外れている病院を対象とする。
※２　転棟割合が著しく高い病院を対象とする。
※３　令和３年６月時点

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

令和3年度特別調査について③

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

4. ヒアリング対象施設の概要

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

令和3年度特別調査について④

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

5. 調査結果

（1）医療資源投入量の少ない病院

［医療機関からの主な聴取内容］

〈医療機関での疾患への対応状況〉

○ 脳梗塞を主体に対応しているため、急性心筋梗塞の治療はあまり実施していない。

○ 外傷、循環器疾患といった急性期医療は対応しているが、脳梗塞は対応していない。

○ 呼吸器を主体に対応しているため、循環器疾患の急性期の治療はあまり実施していない。

〈症例の受入れ方針について〉

○ 地域で唯一の急性期病院だが、緊急患者の受入はリスクが大きく、高度な治療を要する患者は、他病院へ搬送するようにしている。

○ 積極的治療の適応がない症例の受入れを行っている。

○ 回復期を中心とした医療を提供しているが、直接回復期病棟で受入れが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受入れを行っている。

○ 緩和ケアも提供しているが、直接緩和ケア病棟で受入れが困難な場合には、DPC対象病棟で受入れを行う場合がある。

○ 在宅酸素療法の教育入院や、糖尿病の教育入院などはパスを作って、対応している。

〈スタッフ・設備について〉

○ 夜間に常勤の専門医がいないため、脳梗塞への対応ができない。

○ 心臓カテーテルを実施できる設備がない。

〈治療方針について〉

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

〈コーディングについて〉

○ 他の急性期病院から患者を受け入れる場合であっても、自院で最も医療資源を投入した傷病名でコーディングを行っている

○ 自院で治療できない症例を転院させ、その後急性期の治療が終わった後戻ってきた場合、急性心筋梗塞としてコーディングしている。

○ FFR-CTや冠動脈CTを実施した場合に、治療が必要でない方もいるため、定義テーブルがより細分化されていた方がコーディングしやすい。

○ 心臓リハビリ目的に入院させる場合の、適切なコーディングが存在しない。

令和3年度特別調査について⑤

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

5. 調査結果（続き）

（2）在院日数の短い病院

［医療機関からの主な聴取内容］

〈症例の受入れ方針について〉

○ 他の病院からの転院患者で、直接回復期病棟で受けることが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受入れを行い、必要な検査を行ってから適した病棟へ転棟している。そのため、直接回復期病棟へ転院してくる例は少ない。

○ 主に整形外科疾患をDPC対象病棟で受け入れている。DPC対象病棟で手術を行い、その後回復期病棟に転棟するような症例が多い。

〈転棟の方針について〉

○ 手術を行った患者については、抜糸が終わるまでDPC対象病棟に入院し、その後回復期病棟に移ることが多い。

○ 急性期での治療が落ち着いた後に、退院のためにリハビリテーションを行う場合などに回復期病棟に転棟している。

〈コーディングについて〉

○ 基本的には原疾患でコーディングしている。

○ 回復期病棟へ受け入れる前の、精査入院は、コーディングは様々。

なお、全てのDPC対象病院を対象としたコーディングに関する調査結果の概要は以下のとおりであった。

【「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」について】

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

令和3年度特別調査について⑥

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

5．調査結果（続き）

急性心筋梗塞

・事例をもっと多く記載して欲しい。

・急性心筋梗塞、心不全のコーディングの区別（原疾患コーディング）の記載の内容やコーディングの仕方が不明瞭（心不全の治療がメイン）。わかりづらい。

・救急搬送後の来院時心停止等の場合の取扱いは急性心不全なのか。検査値は急性心筋梗塞ではある状態。

・DPC/PDPS傷病名コーディングテキストのP44「陳旧性心筋梗塞の場合は(I252)を選択すること」の記載とP26に示される原疾患コーディングを兼ね合わせた解釈が難しい。

・急性か陳旧性か判断に迷う（急性心筋梗塞か狭心症か）。

・責任血管と障害部位（ICDコード）が1対1になっていないので、コーディングする時に迷う。

・他院で急性心筋梗塞治療後にリハビリや検査目的で当院に来た場合は、急性心筋梗塞として良いのか。

・「急性」「亜急性」「慢性」といった時間の定義がない。

・梗塞部位が複数あった場合、傷病名（部位）の優先はあるのか。

脳梗塞

・事例を多く追加してほしい（010060 or 010061の分類の判断。脳動脈奇形破裂による脳出血（I619）は医療資源病名とはなりえないのか）。

・JCSとGCSの対応表があると良い。BADの概念。

・脳梗塞後遺症の考え方（胃ろう増設のみ目的入院とかの場合）。

・I63$のコーディングの判読句が難しい。

・MCA（中大脳動脈領域）が詰まった時の事例。

・治療開始日が脳卒中発症日後何日に該当するのか分からない。前医での治療開始日にするのか？当院での治療開始日にするのか？

・ICDには無い表現のアテローム血栓・心原性・ラクナ、何れの概念も定義されておらず、詳細不明コードを選択せざるを得ない。

・脳アンギオ検査選択的血管検査を実施した場合の考え方。

・発症時期、JCS,発症前RankinScaleを明確化する理由がわからない。

・一過性脳虚血発作と脳梗塞の両者を疑い、脳梗塞に準じた治療が行われた場合の判断に迷う。

・続発・後遺症のケースが分かりにくい。

・どの時点のJCSスコアを用いて判別すればよいか分からない。

令和3年度特別調査について⑦

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

5．調査結果（続き）

狭心症

・事例を多く記載してほしい。（冠動脈CTの検査入院の症例。疑診で検査入院をし、狭窄部位なしとの結果の場合。

・ステント留置を行う症例では冠状動脈狭窄症の可能性が考えられるが、触れられていない（ステント内再狭窄の場合はT828等の偶発的に発見された場合）。

・狭窄部位3枝病変のような多枝狭窄による疾患の傷病名は？症状に合わせて不安定／労作性として良いか？

・急性心筋梗塞の既往歴がない場合のフォローアップ心カテ検査の際のICD10選択。

・PCI施行後、経過観察のためCAG施行目的入院。有意狭窄を認めない場合のCCS分類について、一旦治療を終え症状も落ち着いている場合は分類不能か症状のない場合の「9」どちらを選んでよいのか。

・過去に心筋梗塞の既往（どのくらいの期間を遡るのか）があり、陳旧性心筋梗塞の検査のために入院した場合について。この場合、陳旧性心筋梗塞を選択することとなっているが、検査と同時に他疾患の加療を行った場合でも、陳旧性心筋梗塞を選択するべきなのか。

・陳旧性心筋梗塞は、独立した診断群分類がなく、狭心症と同じ診断群分類となる。

・コーディングテキスト（43ページ）の050050　狭心症、慢性虚血性心疾患の分類では 【過去の既往を根拠にI21＄、I22＄、I23＄は他分類（050030）となり選択しないこと】の記載もありますが、具体的にどういう事例で選択すべきなのか分からない点がある。

・検査入院に関する病名 ・大動脈弁狭窄症など手術予定患者が、冠動脈の虚血が疑われ、術前検査のため心臓カテーテル検査で入院することになった場合、医療資源病名は「I20$　狭心症」や「I25$　虚血性心疾患」（疑いも含む）か、それとも主手術の対象となる「I350大動脈弁狭窄症」のどちらを選択すべきでしょうか。

・ここ数年でよく見かけるようになった慢性冠症候群、という新しい傷病名について。

心不全

・事例を多く載せてほしい（使用してよい事例も載せてほしい。原疾患を特定するのに時間がかかる。どの場合まで原疾患なのか。疑診とは？）。

・原因疾患が多岐にわたる場合、PCIや心筋焼灼や弁置換を行った際に原疾患を特定するのは困難。原疾患ルールを認識していない医療機関もある。

・うっ血性心不全で入院した後に心カテ検査を実施した場合のコーディング。

・急性期増悪と通常の入院が同じ評価としているのに違和感。

・老齢化による心機能低下による心不全であった場合はどうコーディングすればよいか。

・ ICDがI509以外になる心不全（例えば、I500うっ血性心不全）であれば選択して良いか。

・コーディングテキストで「心不全ICD50.9」は選択すべきではないと記載がある。最終的に診断がつかない原疾患や原疾患での治療が主でない場合も心不全以外なのか。どのような場合が心不全なのか。心不全を確立した病名として認めてほしい。

令和3年度特別調査について⑧

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

5．調査結果（続き）

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

急性心筋梗塞

・直ぐに治療を要しない亜急性期の心筋梗塞は050030で良いのか。

・心不全がメインの病名の場合であっても原疾患コーディングでよいのか。

・冠動脈ステント留置後のフォローでの病名選択。新たな狭窄等があった場合の病名選択。

・急性心筋梗塞の定義（発症後〇日や手術後〇日等具体的なもの）。狭心症との線引き。

・心電図では異常が見られないが血液検査等で明らかに心筋梗塞だと思われる場合、梗塞部位が特定できない場合がある。

・I249急性冠症候群、非ST上昇型心筋梗塞やST上昇型心筋梗塞を医療資源病名に使用したいが部位不明・詳細不明コードに該当し使用できないのはなぜか。

・陳旧性も急性と同じく前壁／後壁とICDを細分化してほしい。

・JCS・年齢などの重症度の区分を設定し、全身管理が難渋である病態が詳細に分類できる様にして欲しい。

・急性心筋梗塞と狭心症の処置2-2（透析：J0384、J038-2）と処置2-3（ｼﾝﾁｸﾞﾗﾑ、SPECT、tPA）を逆にしてほしい。これらを両方行ってしまった場合、透析ありの評価（高点数）がうけられず、大幅なマイナス例がしばしばある。

・心臓カテーテル検査+血管内超音波検査等（加算有り）について 狭心症以外の病名でも加算有りの検査を実施することがある。

・救急搬送を受け高次医療機関へ搬送するまでの間に合致した医療資源最投入傷病ICD1-10コードの選択が難しい。

・リハビリ目的の転棟や来院であっても原疾患コーディングでよいのか。

・副傷病名が少ない。

脳梗塞

・閉塞血管で分類するか、アテローム・心原で分類するか統一をしてほしい。複数梗塞が存在した場合や塞栓性／血栓性脳梗塞の優先順位。分枝粥腫型梗塞（BAD）のICD-10がない。

・脳梗塞後遺症で胃ろう造設した場合の医療資源病名（陳旧性脳梗塞（I693）慢性期（I639））。

・脳梗塞発症後何日目までが脳梗塞でコーディングしてよいか。

・脳梗塞に対して術中tPA投与時の診断群分類の選択方法を明確に記載してほしい（術中に使用した場合の診断群分類区分の選択方法）。

・脳梗塞については診断群分類の詳細の数が多すぎて、時間がかかる。わかりづらい。副傷病の選択の優先順位がわからない。

・発症前Rankin　Scaleであるが、おおむね1週間のADLを病歴等から推定することは難しい為、推定するものでなく明確にわかるものを診断群分類に用いた方がよいのではないか。

令和3年度特別調査について⑨

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

5．調査結果（続き）

脳梗塞（続き）

・エダラボン以外の薬剤分岐がない（アルガトロバン、オザグレル等）。

・詳細不明コードになりやすい（一過性脳虚血発作等）。

・悪性腫瘍が原因で血栓傾向が強くなり脳塞栓を起こした場合、塞栓性脳梗塞(I634）を選択するか、トルソー症候群に基づくもの(D688,I639）を選択するか、原疾患の悪性腫瘍を選択するか、迷うことがある。

・内頚動脈狭窄による脳梗塞で入院し、抗凝固薬の治療を行い、退院した後に、内頚動脈狭窄症に対する動脈血栓内膜摘出術目的で入院した場合、内頚動脈狭窄症は「010060脳梗塞」または、「010070脳血管障害」どちらか。

・I638とG467のダブルコードである「ラクナ梗塞」のコード選択が難しい。

・BADタイプの場合のコード選択が難しい。

・リハビリ目的で転院してきた場合のコード選択が難しい。

・頭蓋内における内頚動脈瘤（未破裂脳動脈瘤）については診断群分類上、I720(閉塞性動脈疾患）になっているが、医学的診断においてはI671（未破裂脳動脈瘤）に該当するので、判断に迷う。

・脳梗塞、脳梗塞後遺症、陳旧性脳梗塞の定義が明確でなく、判別が難しい。

・脳梗塞後遺症に麻痺を含めてよいのか判断に迷う。

・超急性期の治療が重要となる疾患は、退院時の確定診断までに行われた診療内容も評価して欲しい（脳梗塞の診断確定前のエダラボン投与等）。

狭心症

・狭心症3枝病変がI20.9の詳細不明のコーディング。

・冠攣縮誘発物負荷試験加算に対するDPCの評価。

・不安定狭心症に対するコーディング（治療はAMIに近い。I249急性冠症候群は050030）。労作性狭心症と同じになる。

・冠動脈ステント留置後再狭窄と狭心症の両方が該当する場合に、どちらを選択するのか判断が難しい。

・亜急性心筋梗塞病態の場合に、合致した医療資源再投入傷病ICD－10が存在しない（陳旧性心筋梗塞や狭心症で置き換えている）。

・狭心症の既往歴がある場合で、新規の狭心症病変を疑い検査をした場合、『既往の狭心症』／『新規病変の狭心症疑い』としてのコーディングが適切なのか迷う。

・CAG入院で退院せずPCI施行となった場合。CAGの血管内超音波が評価されない。

・リハビリの評価があると良い。

令和3年度特別調査について⑩

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

5．調査結果（続き）

狭心症（続き）

・手術あり（K546＄等）→手術・処置等1の分岐選択で、「なし」と「1,2あり」が同じ分岐になっている。分岐を定義してほしい。

・心臓カテーテル検査が手術・処置等に定義されておらず、点数に反映されない。

・狭心症の疑いで検査入院した患者が、検査の結果、狭心症が否定された場合、医療資源を「狭心症の疑い」とするのか、「狭心症」とするのか明記されていないため、判断に迷う。

心不全

・原因疾患が多岐にわたる場合、治療との組み合わせも考慮しての一つに絞るのは困難（原疾患コーディングルール通りにすべきか）。

・心不全は選択すべきではないとテキストに書いてあるが心不全の分類はある。ハンプや利尿剤、サムスカ、ドブタミンを投与し心不全が改善された場合でも不可か？心不全でコーディングしてよい基準は？

・心不全の多くは高齢者が多く合併症も複数あり詳細なコードの明示が難しい。両心不全はI509となる。心不全は部位不明・詳細不明から除外してほしい。

・慢性・急性・慢性の急性増悪で急性と慢性の急性増悪の区別も難しい。

・原因疾患の方が期間Ⅱが短くなりコーディングテキスト通りにやると評価が下がる。

・心不全と腎不全（透析患者）がある症例、I110高血圧性心不全とI509心不全のコーディングは難しい。

・心不全のリハビリ目的入院（心不全の治療のみ入院）の場合のコーディング（原疾患 or 心不全）。

・「原疾患を資源病名とするが、原疾患が不明の場合や対症療法のみの場合はI50＄の心不全を使用」といったような指針についてもご検討いただきたい。

・副傷病において肺炎を定義してほしい。

・「原疾患が判明しない、明らかな基礎疾患が診断されない場合については、心不全を選択することもやむを得ない」とあるが、どの程度を想定されているのかが分からない。

・心臓カテーテル法による諸検査と血管内超音波検査等を実施した場合の分岐が手術・処置1に定義されていない。

・心不全にて治療中の患者に緊急PCIを施行した場合、心不全ではなくAMIでコーディングしなくてはならず、長期入院中に手技料の高い手術等をした場合のコーディングが難しい。

・重症度別の診断群分類区分を設定してほしい。

令和3年度特別調査について⑪

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

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

・MEDIS標準病名マスタにないものが多い（とりわけ、整形外科系の部位コード等）ので改善してほしい。

・コーディングテキストの事例を増やしてほしい(外傷系、DICや敗血症、廃用症候群、稀少な事例、ダブルコーディングの医療資源投入量の判別、老衰、C800原発不明癌　等）。

・皮膚潰瘍（L98、L97）が100100糖尿病足病変のDPCになるが、糖尿病が無い人でも皮膚潰瘍になりうる。また、足だけでなくいろいろな部位へと発症される患者もいる。分類名の変更等をすべきではないか。

・110280慢性腎炎症候群慢性間質性腎炎慢性腎不全の「手術処置１」にD412経皮的針生検法はあるが、D412-2経皮的腎生検法が定義されていない。

・部位不明・詳細不明のコードについて、どうしても使用しなければいけないコードがあるので改定してほしい。（医師から相談を受けてそれのみになってしまう場合やCPAや短期間（入院時から48時間以内）で専門病院への転院や死亡。関節リウマチ、鉄欠乏性貧血、小腸イレウス、虚血性腸炎、膝関節滑膜炎、廃用症候群など代替コードがあるか。

・Rコードに該当するものしかコーディングしがたい場合に判断が迷う（どうしても原因がわからない不明熱、老衰等）。

・原疾患をどのあたりまで考慮すればよいのか迷う（原疾患と合併症が複数あった場合の選択の基準）。

・入院期間Ⅲを超え翌月に手術等を行い包括に戻った場合やDPC／出来高変更の際の運用等。一度前月分を請求しているのに、取り下げを行わなければならず、煩雑化し事務処理（患者への説明含めて）に手間がかかる。

・アルコール肝硬変による肝不全に対して治療を行った場合に、アルコール性肝疾患（K70$）と肝硬変（K746）のどちらでコーディングするのが適切か判断に迷う。

・化学療法と放射線療法の併用時、病名によって分岐が異なるため、統一してほしい。

・診断群分類が複雑なので簡素化していただきたい(脳梗塞や肺炎）。

・転移性脊椎腫瘍(C795）に対して治療を行った場合（原発に対する治療なし）、C795では「070040　骨の悪性腫瘍（脊椎を除く）」となり、脊椎を除くとなっています。「070030　脊椎・脊髄腫瘍」では原発のICDしか該当しないため、コーディングに迷う。

・アブラキサン点滴静注を使用した場合は手術・処置等2での対応薬剤は「パクリタキセル（アルブミン懸濁液）」のみが該当薬剤なのか判断が難しい。

・「腹膜炎を伴う虫垂炎」の分類が存在しないため、判断に迷う。

・180040の手術の合併症に資源病名として選択していいのか定義が曖昧。

特別な治療をしていない場合（看取り状態含む）の医療資源病名の選択が困難な場合がある。合併症か、原疾患かを選ぶ場合の基準が曖昧で迷う事がある（リハビリ目的や終末期やその緩和ケアの場合）。

・臨床に沿った医師向けのコーディングテキストを作成してほしい（診療ガイドライン等を考慮した医師を納得させるためのマニュアル）。

・コーディングに特化した窓口開設をしていただきたい（SNSを利用したQA対応や窓口や厚生局で受け付けたコーディングに関する疑義や回答の公開と共有）。

令和3年度特別調査について⑫

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

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

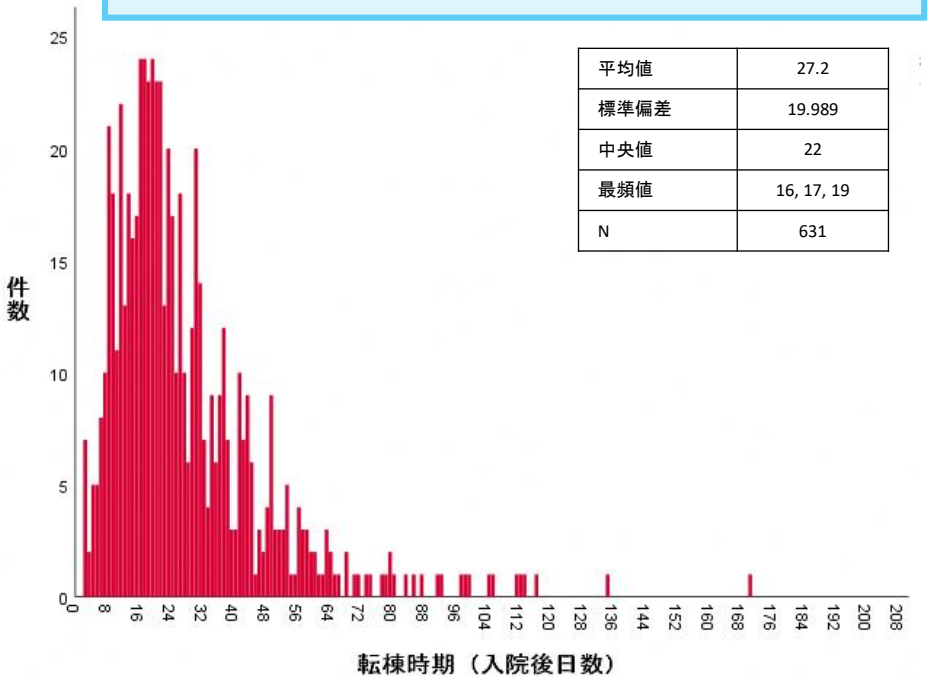
・QIプロジェクトに参加
・病院ホームページにおける医療の質を示す指標の公開
・医療の質の評価･公表等推進事業への参加
・委員会活動の実施
・病院機能評価の認定
・グループ病院内で統一した評価の実施
・部位不明・詳細不明コードの調査
・クリニカルパスの活用
・PDCAサイクルの実践
・ISOの認証の取得

脳梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）

○　脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

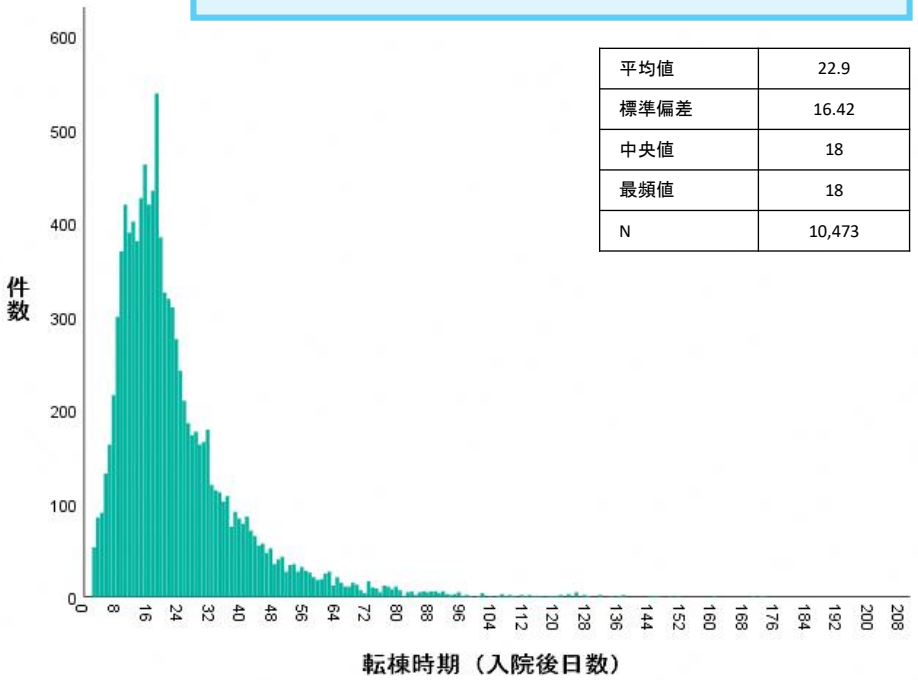
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	27.2
標準偏差	19.989
中央値	22
最頻値	16, 17, 19
N	631

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	22.9
標準偏差	16.42
中央値	18
最頻値	18
N	10,473

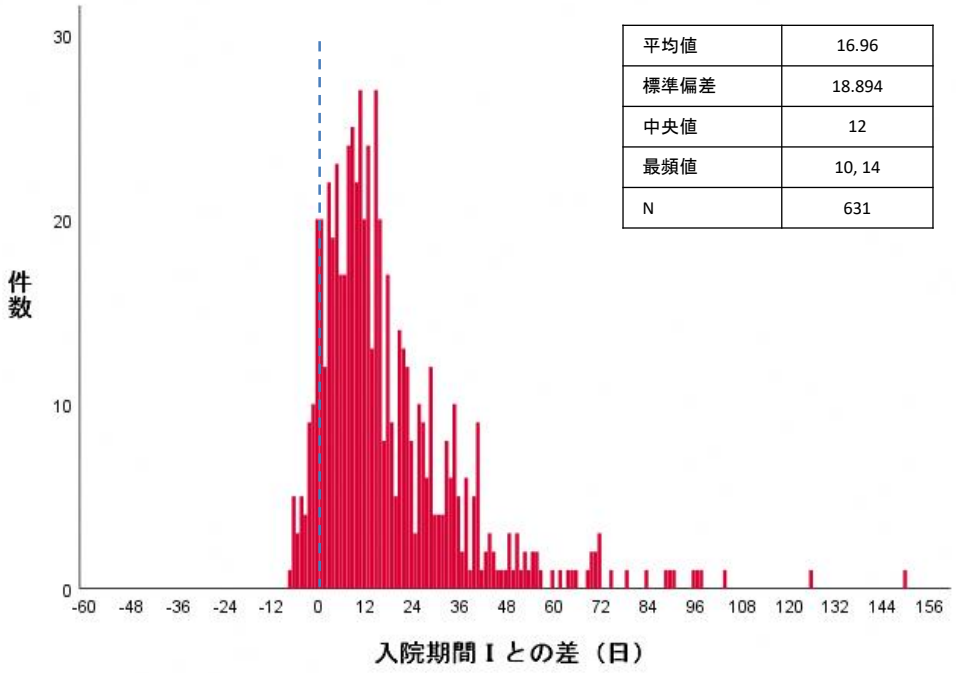
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

脳梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

○　脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

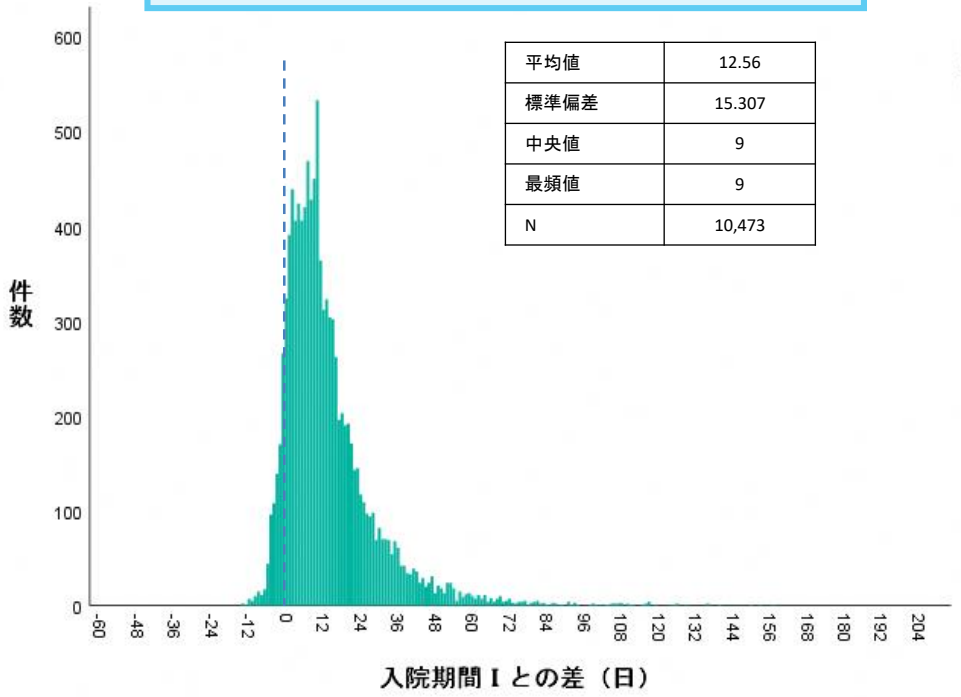
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	16.96
標準偏差	18.894
中央値	12
最頻値	10, 14
N	631

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	12.56
標準偏差	15.307
中央値	9
最頻値	9
N	10,473

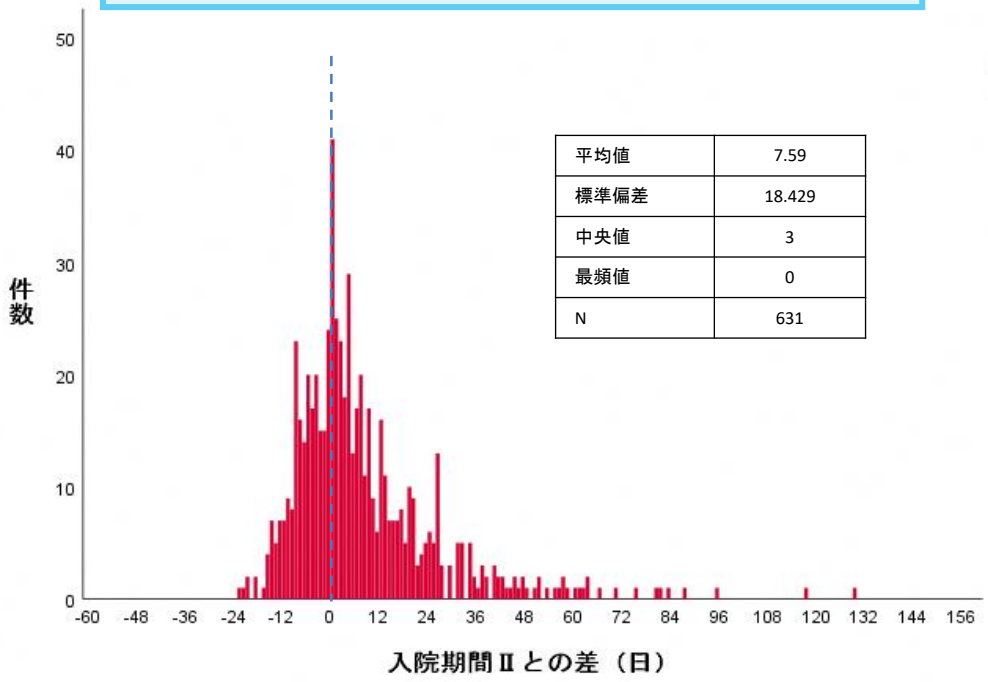
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

脳梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

○　脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

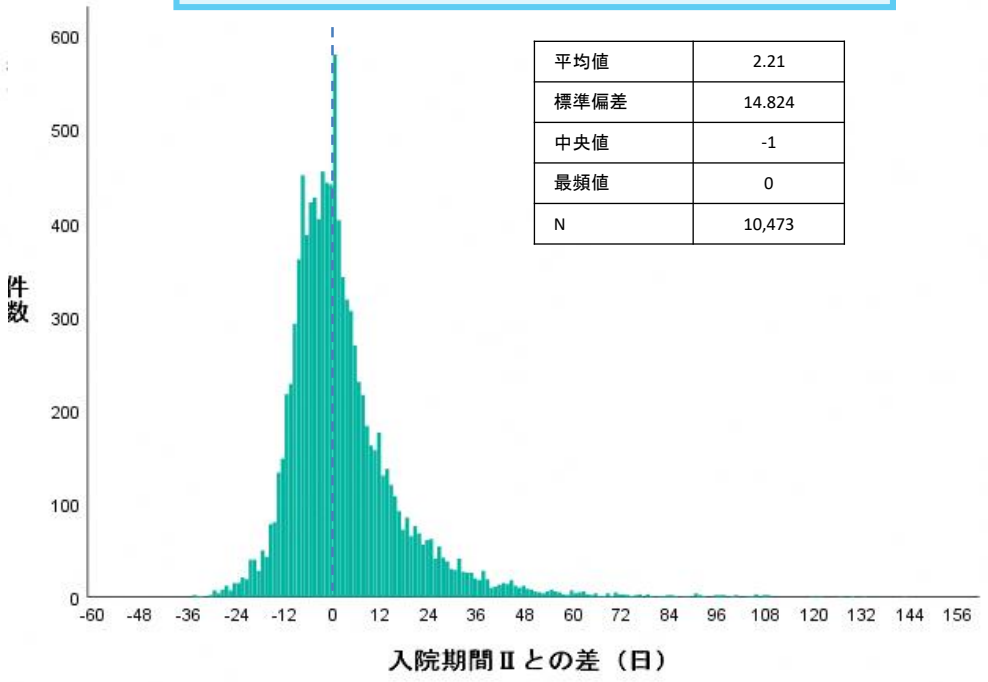
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	7.59
標準偏差	18.429
中央値	3
最頻値	0
N	631

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	2.21
標準偏差	14.824
中央値	-1
最頻値	0
N	10,473

出典：令和２年度ＤＰＣデータ

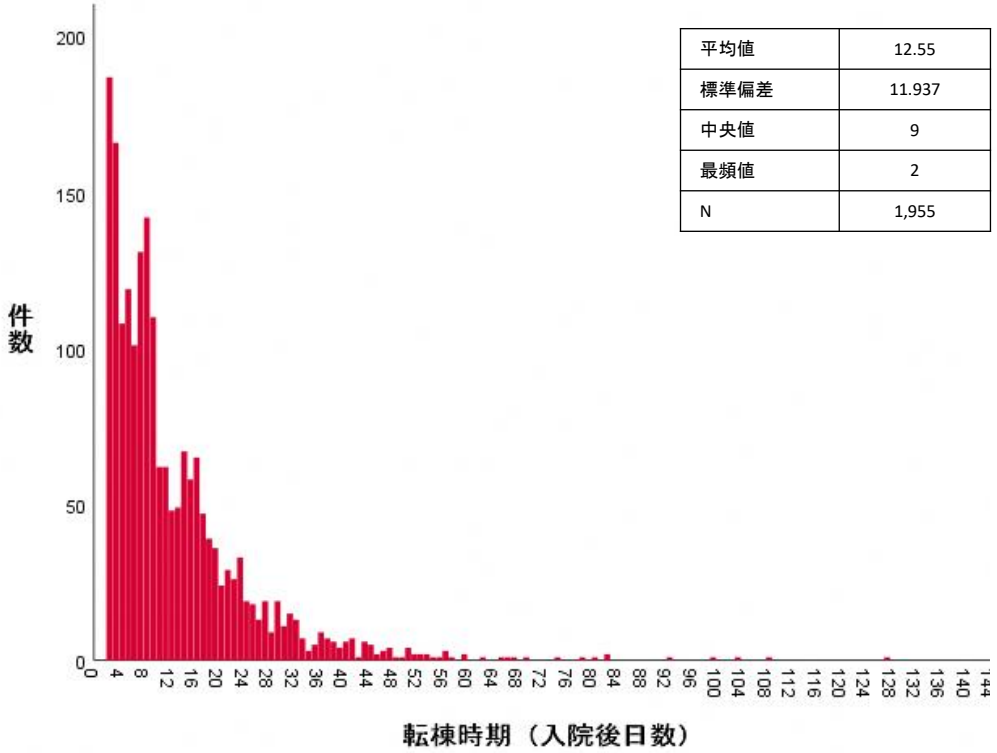
脳梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）

○　脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。
○　他院から転院してきた症例では、転棟時期が短い症例が多かった。

診調組　入－2参考2
３．１０．１

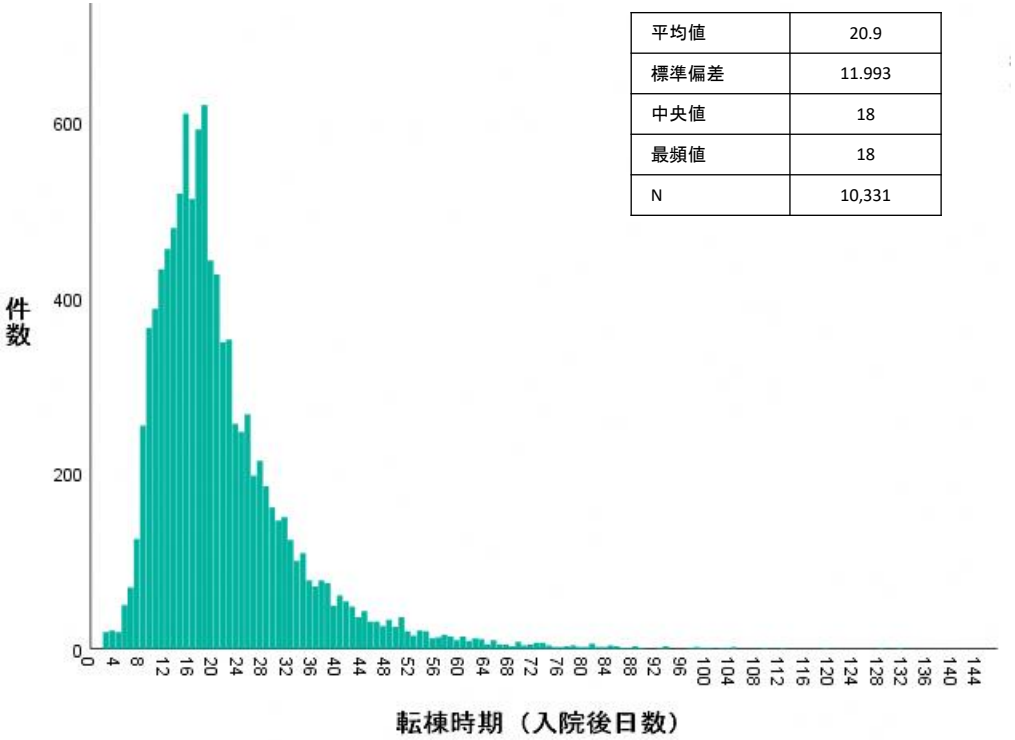
他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期

平均値	12.55
標準偏差	11.937
中央値	9
最頻値	2
N	1,955



自院DPC→自院回リハの転棟時期

平均値	20.9
標準偏差	11.993
中央値	18
最頻値	18
N	10,331



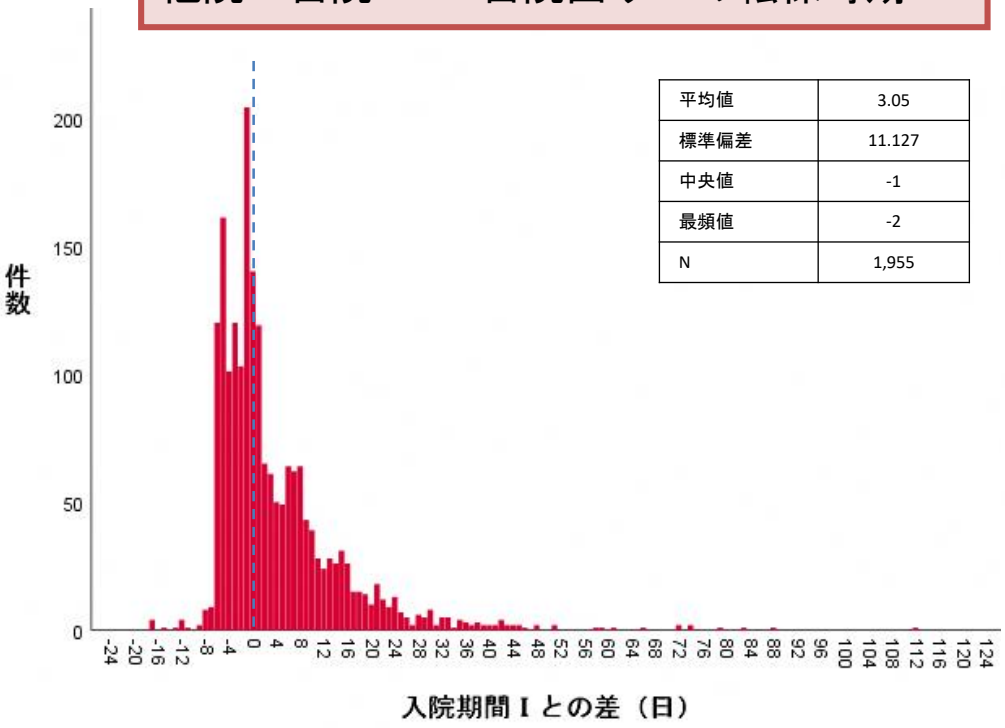
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

脳梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ｉとの差）

○　脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ｉとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ｉとの差）は、以下のとおりであった。
○　他院から転院してきた症例では、入院期間Ｉとの差が小さい症例が多かった。

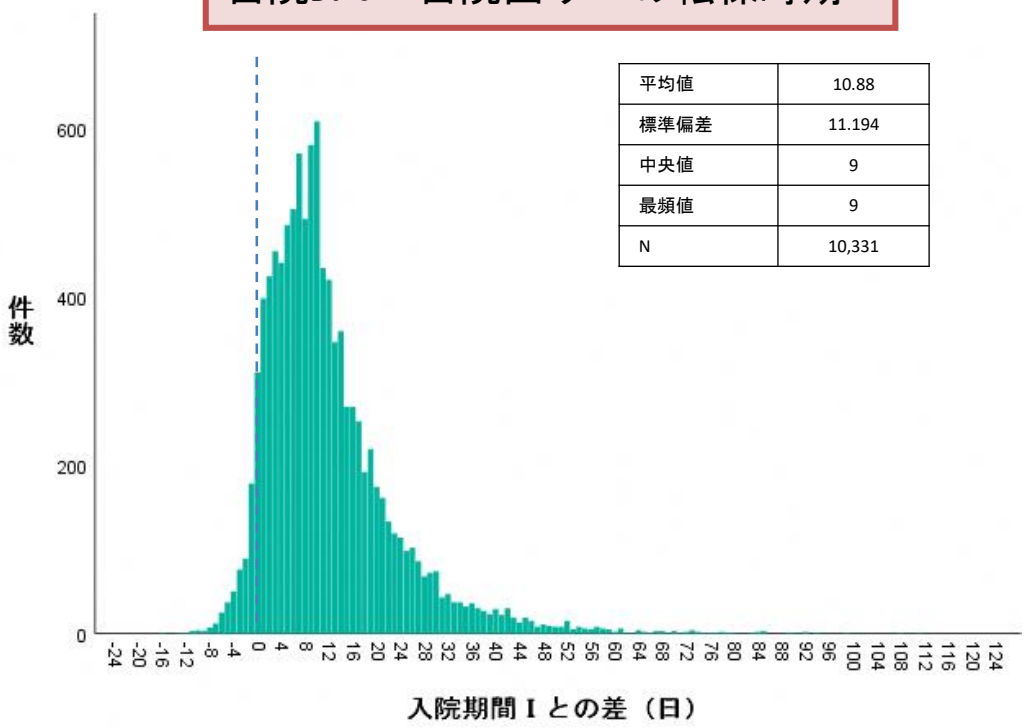
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	3.05
標準偏差	11.127
中央値	-1
最頻値	-2
N	1,955

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	10.88
標準偏差	11.194
中央値	9
最頻値	9
N	10,331

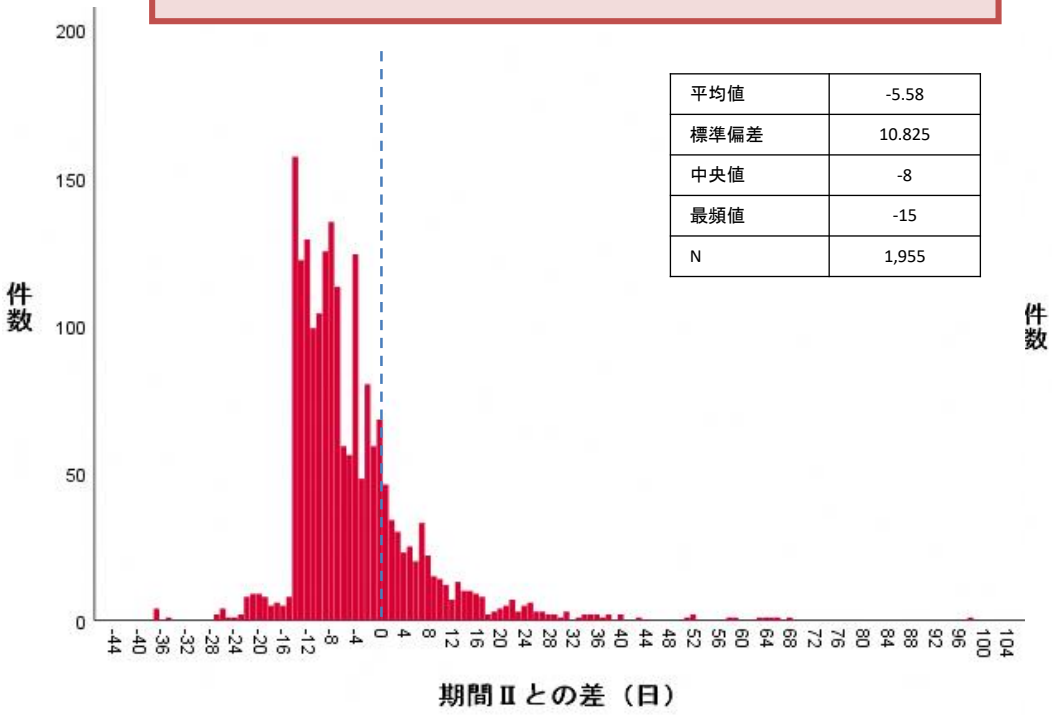
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

脳梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

○　脳梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

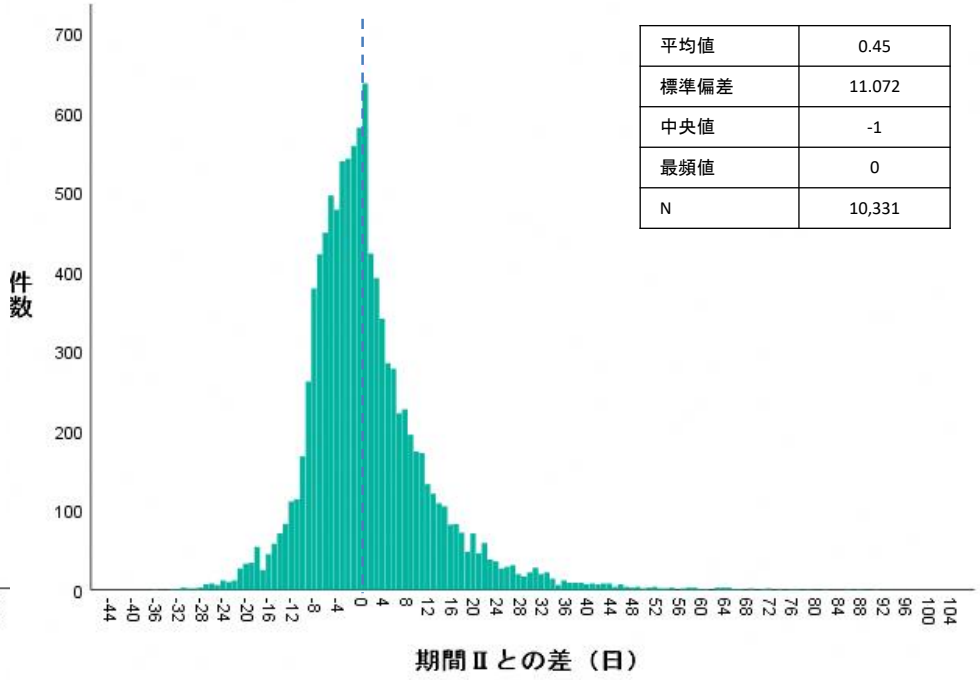
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	-5.58
標準偏差	10.825
中央値	-8
最頻値	-15
N	1,955

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	0.45
標準偏差	11.072
中央値	-1
最頻値	0
N	10,331

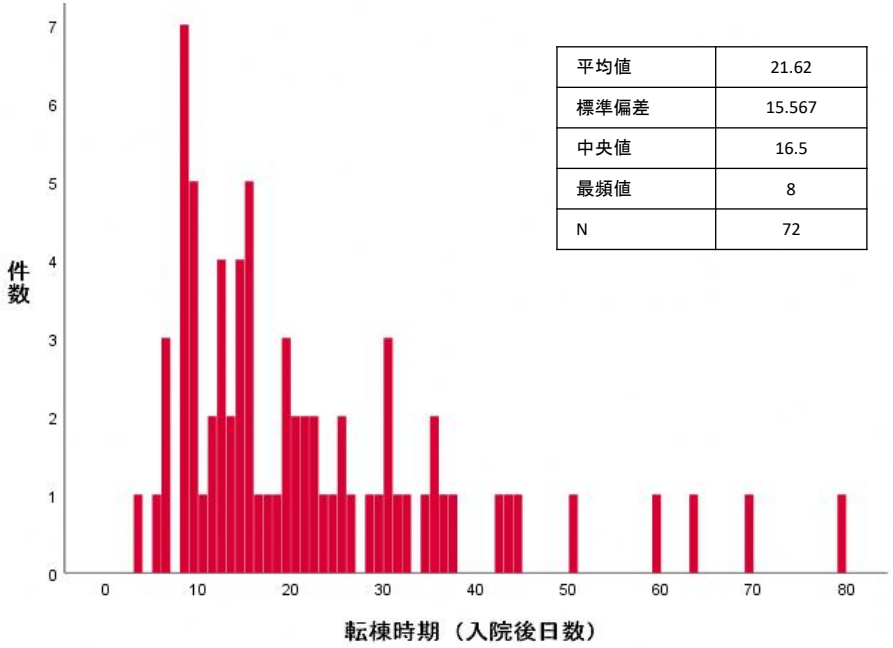
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

急性心筋梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）

○　急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

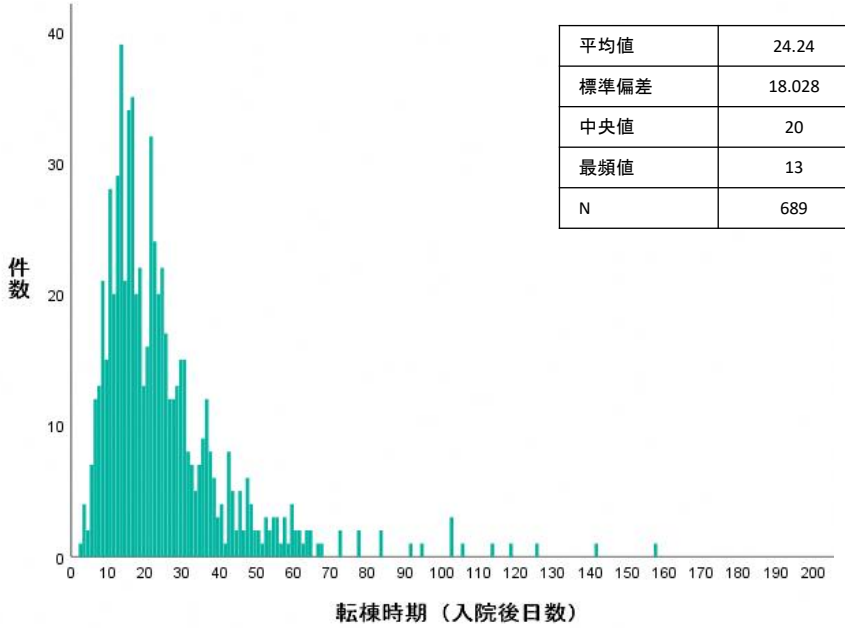
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	21.62
標準偏差	15.567
中央値	16.5
最頻値	8
N	72

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	24.24
標準偏差	18.028
中央値	20
最頻値	13
N	689

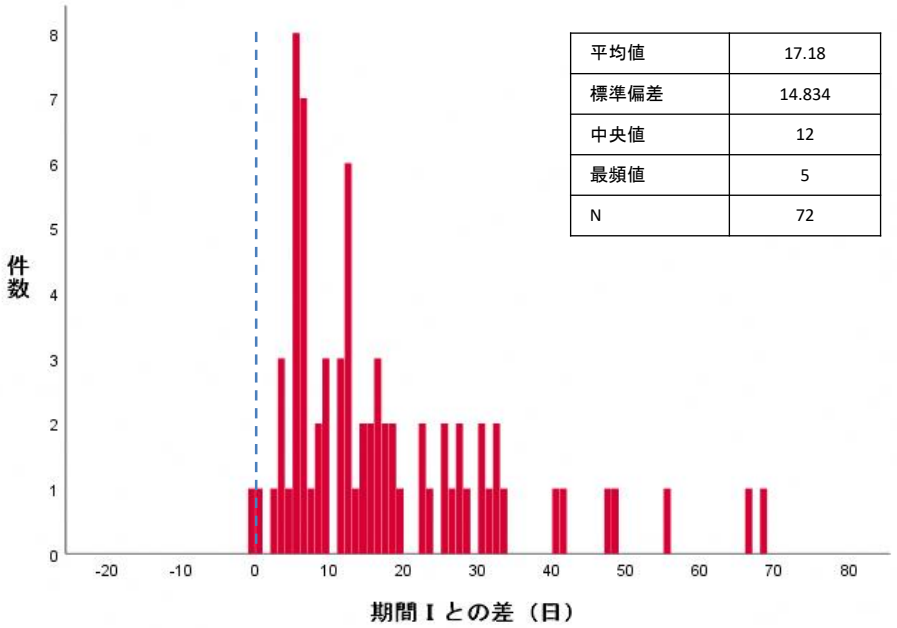
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

急性心筋梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

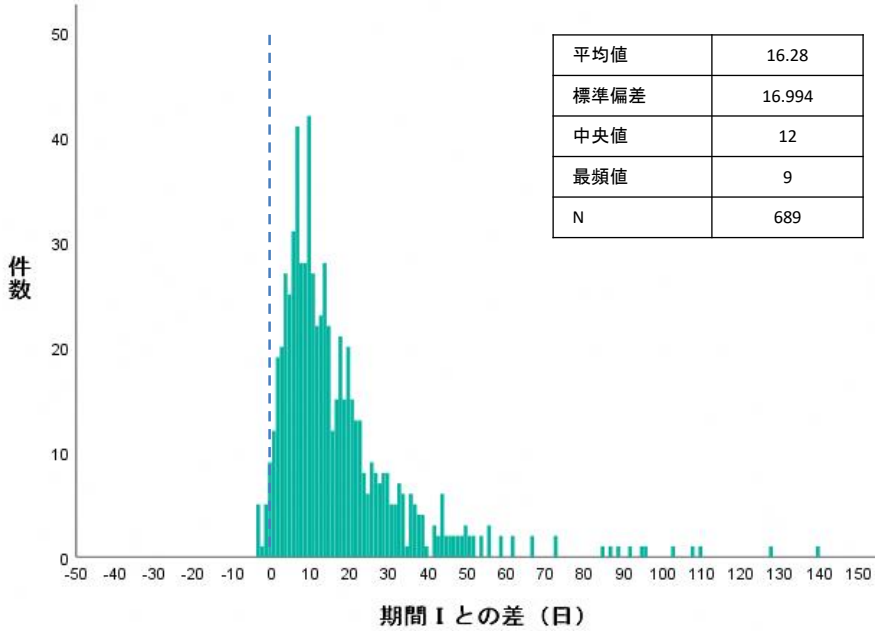
○　急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	17.18
標準偏差	14.834
中央値	12
最頻値	5
N	72

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	16.28
標準偏差	16.994
中央値	12
最頻値	9
N	689

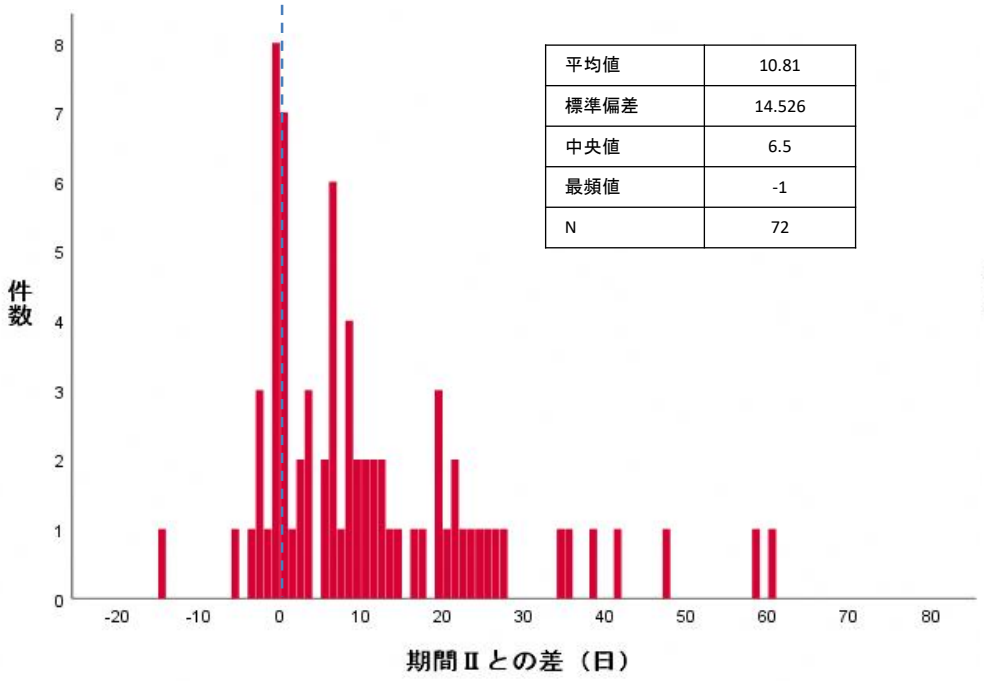
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

急性心筋梗塞における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

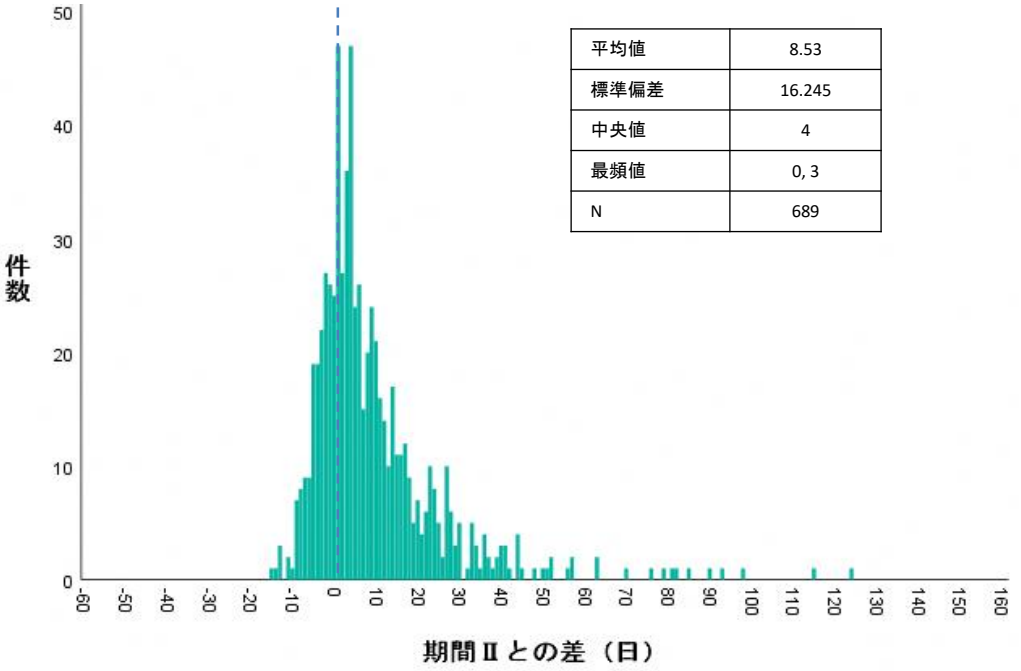
○　急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	10.81
標準偏差	14.526
中央値	6.5
最頻値	-1
N	72

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	8.53
標準偏差	16.245
中央値	4
最頻値	0, 3
N	689

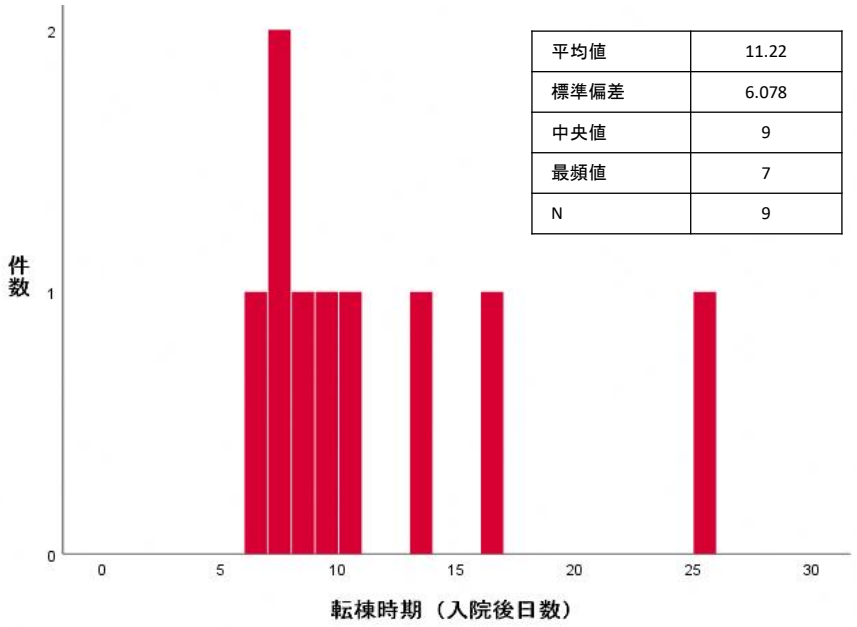
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

急性心筋梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

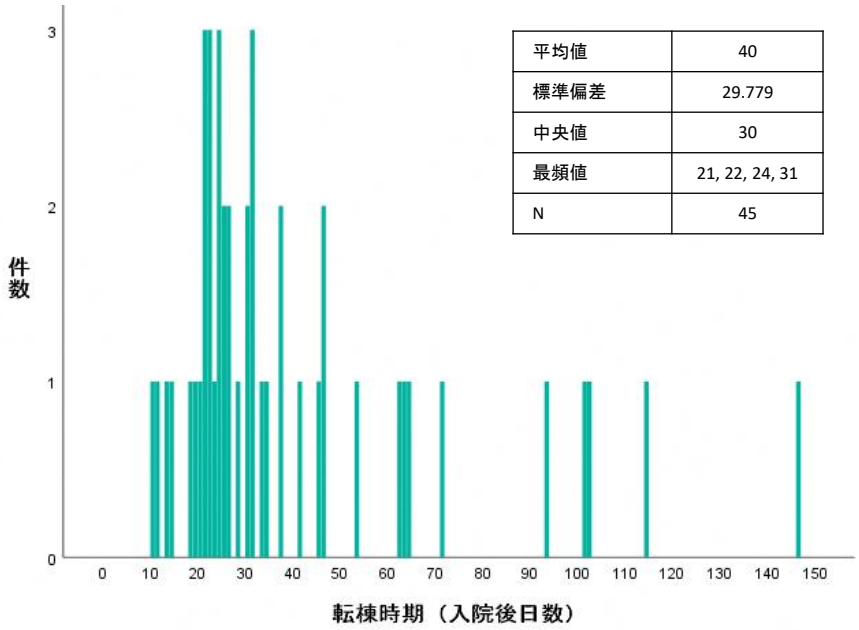
○　急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	11.22
標準偏差	6.078
中央値	9
最頻値	7
N	9

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	40
標準偏差	29.779
中央値	30
最頻値	21, 22, 24, 31
N	45

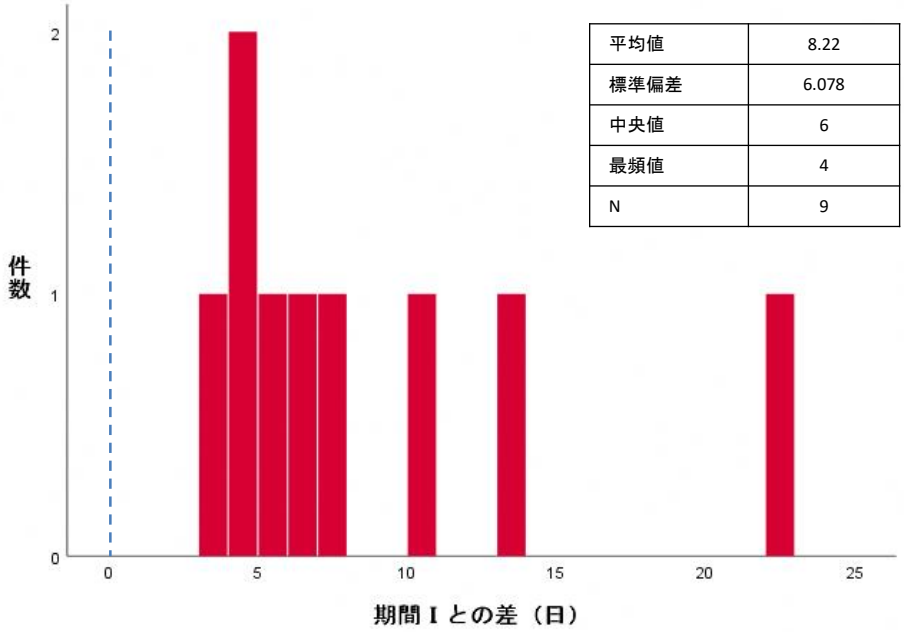
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

急性心筋梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

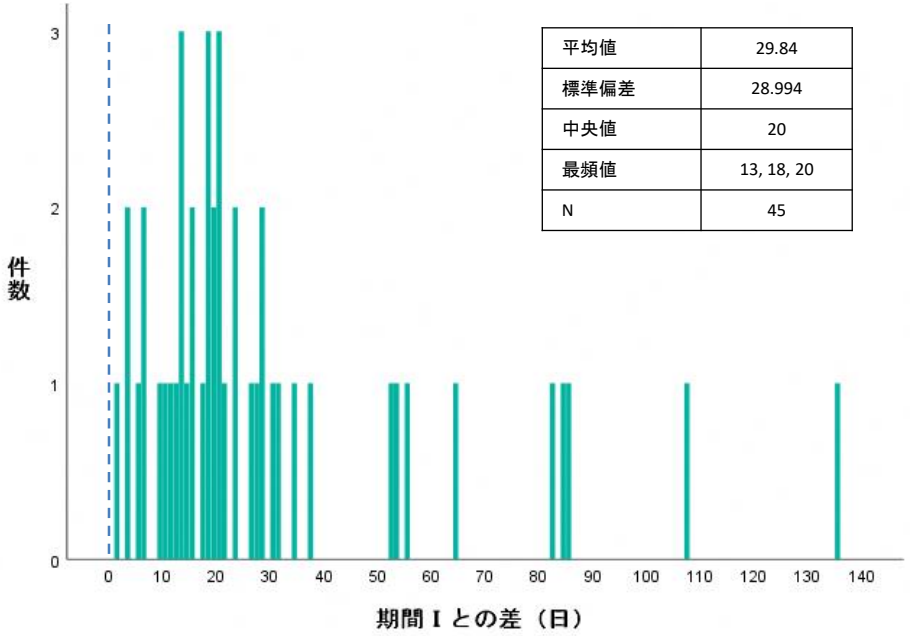
○　急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	8.22
標準偏差	6.078
中央値	6
最頻値	4
N	9

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	29.84
標準偏差	28.994
中央値	20
最頻値	13, 18, 20
N	45

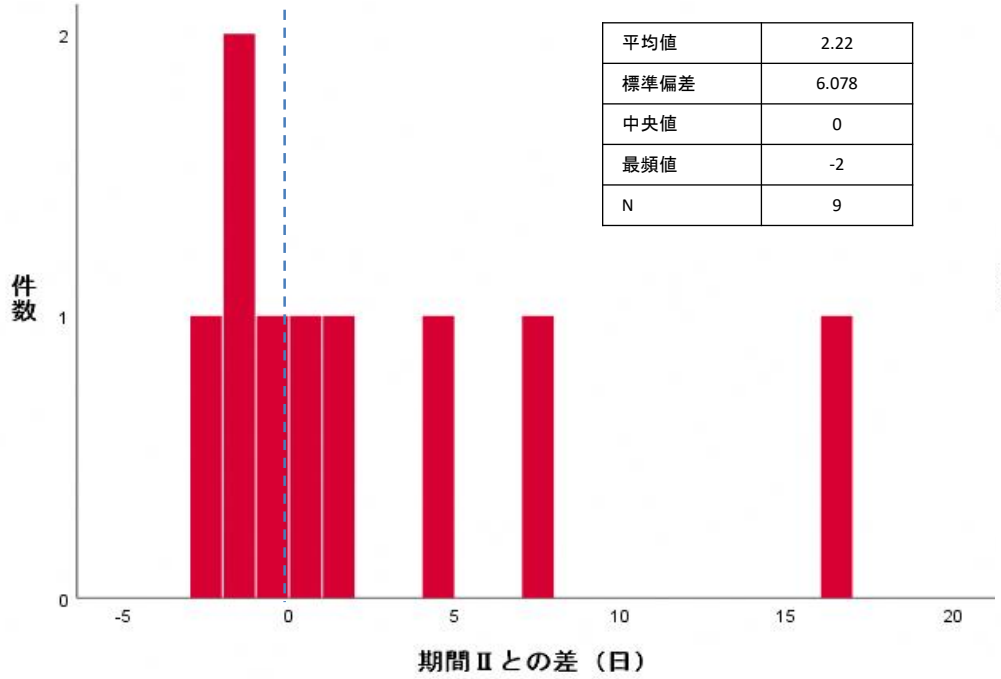
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

急性心筋梗塞における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

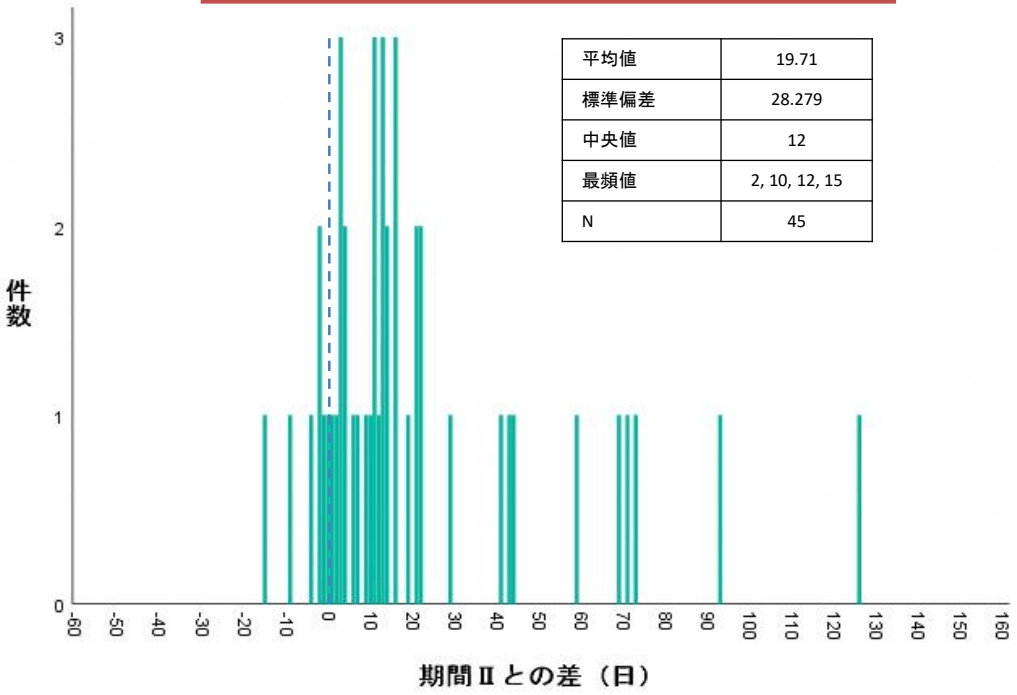
○　急性心筋梗塞において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	2.22
標準偏差	6.078
中央値	0
最頻値	-2
N	9

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	19.71
標準偏差	28.279
中央値	12
最頻値	2, 10, 12, 15
N	45

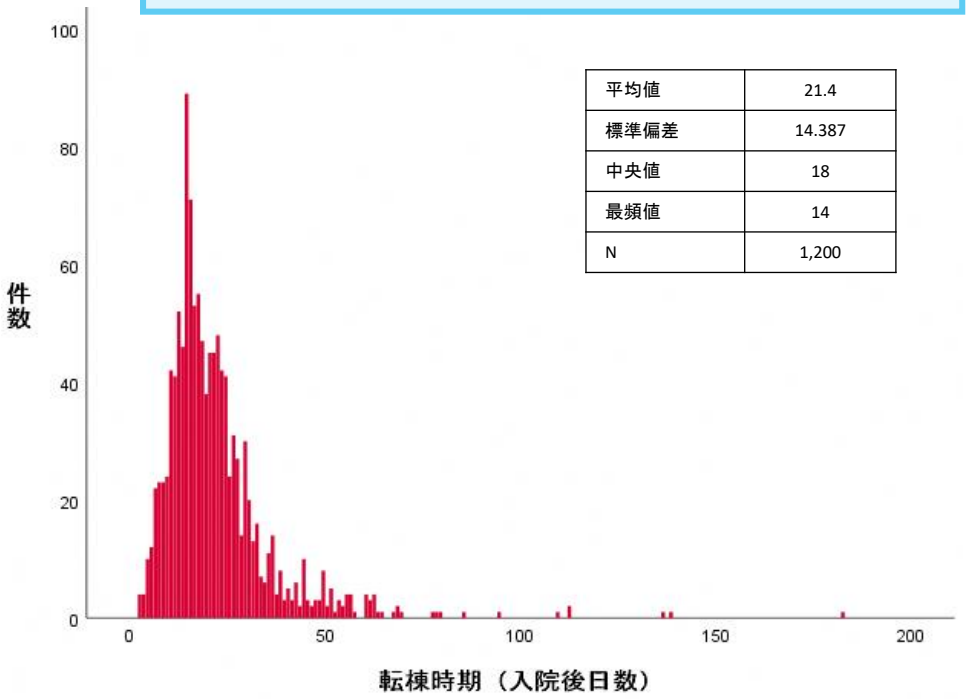
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

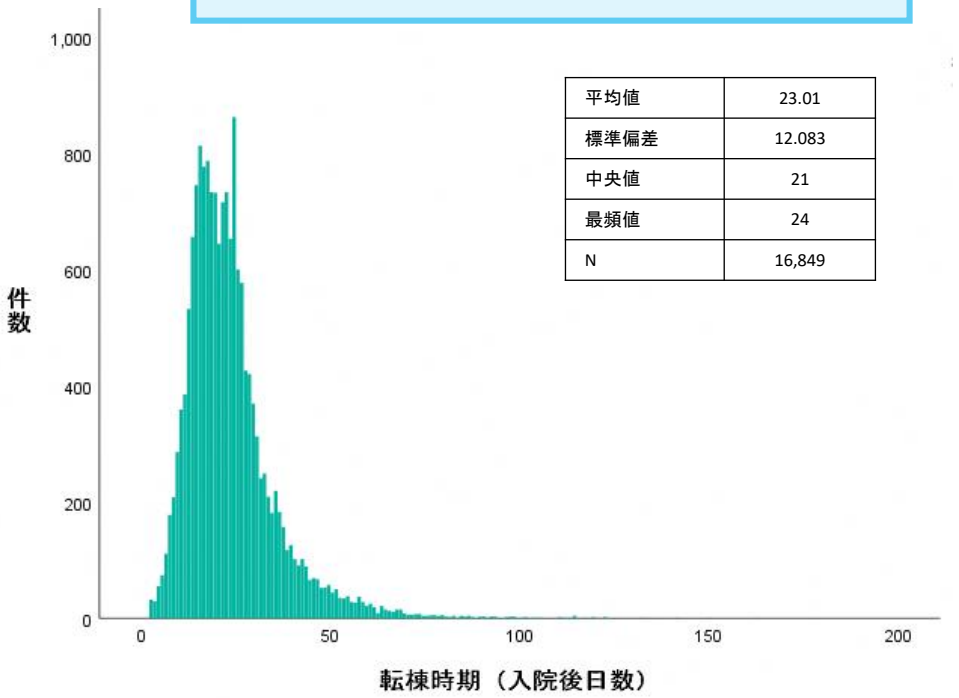
○　股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	21.4
標準偏差	14.387
中央値	18
最頻値	14
N	1,200

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	23.01
標準偏差	12.083
中央値	21
最頻値	24
N	16,849

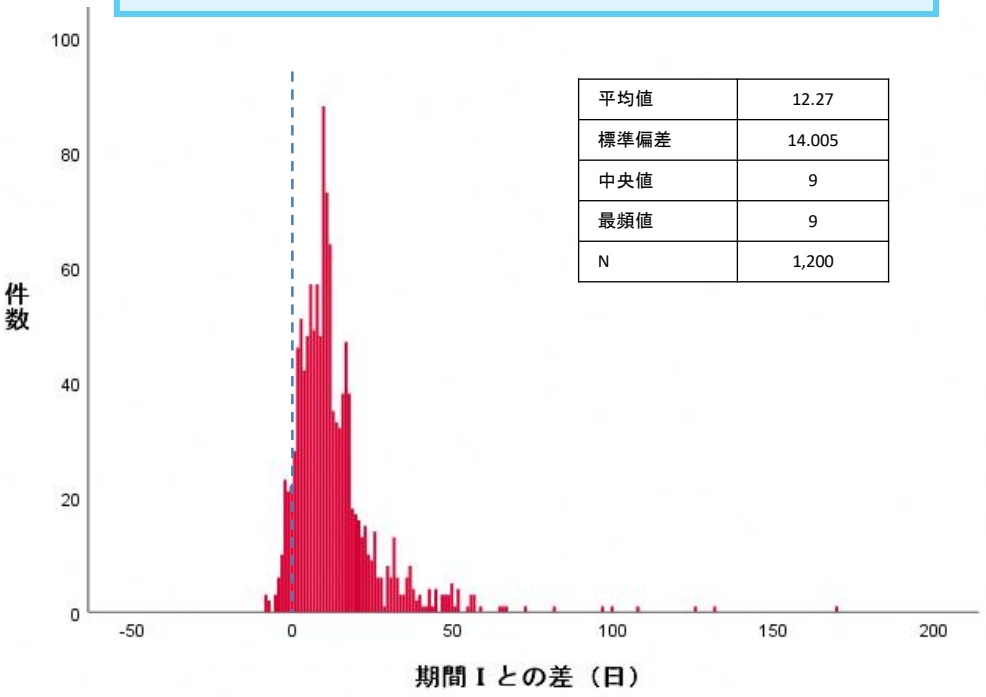
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

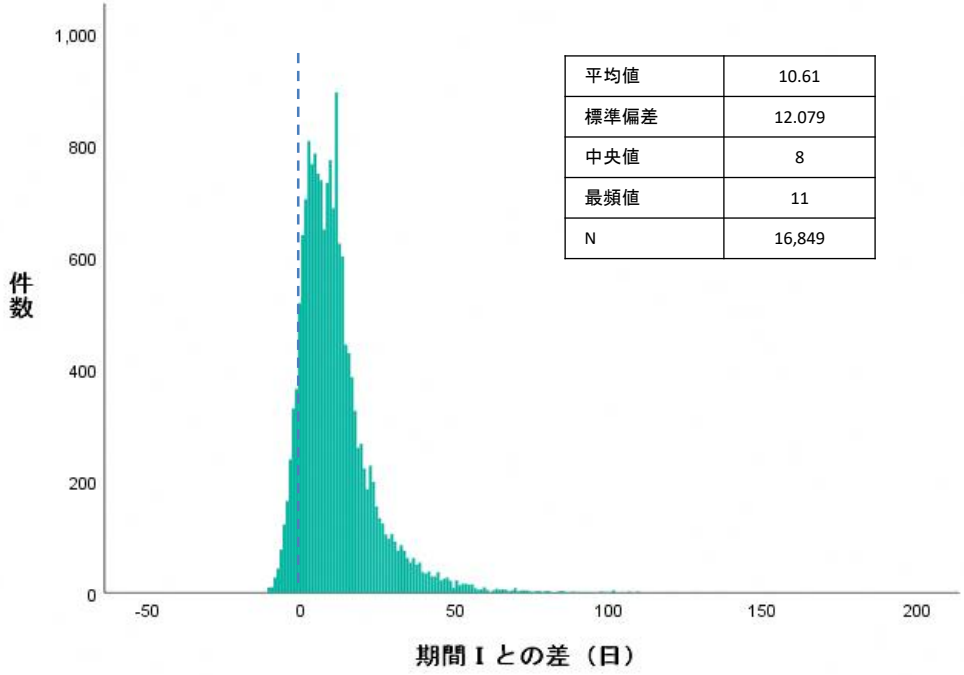
○　股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	12.27
標準偏差	14.005
中央値	9
最頻値	9
N	1,200

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	10.61
標準偏差	12.079
中央値	8
最頻値	11
N	16,849

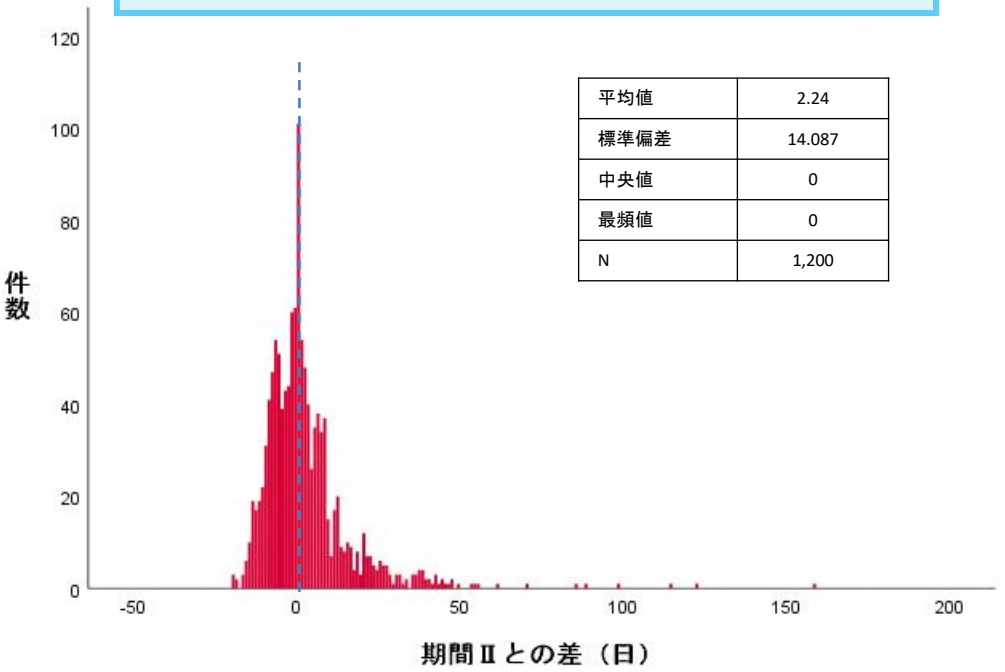
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

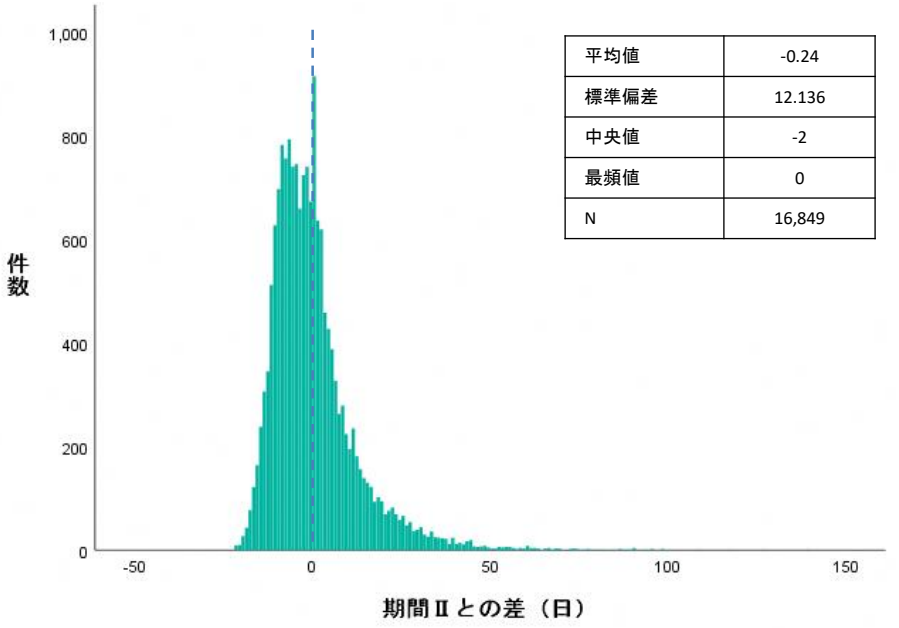
○　股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の地域包括ケア病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	2.24
標準偏差	14.087
中央値	0
最頻値	0
N	1,200

自院DPC→自院地ケアの転棟時期



平均値	-0.24
標準偏差	12.136
中央値	-2
最頻値	0
N	16,849

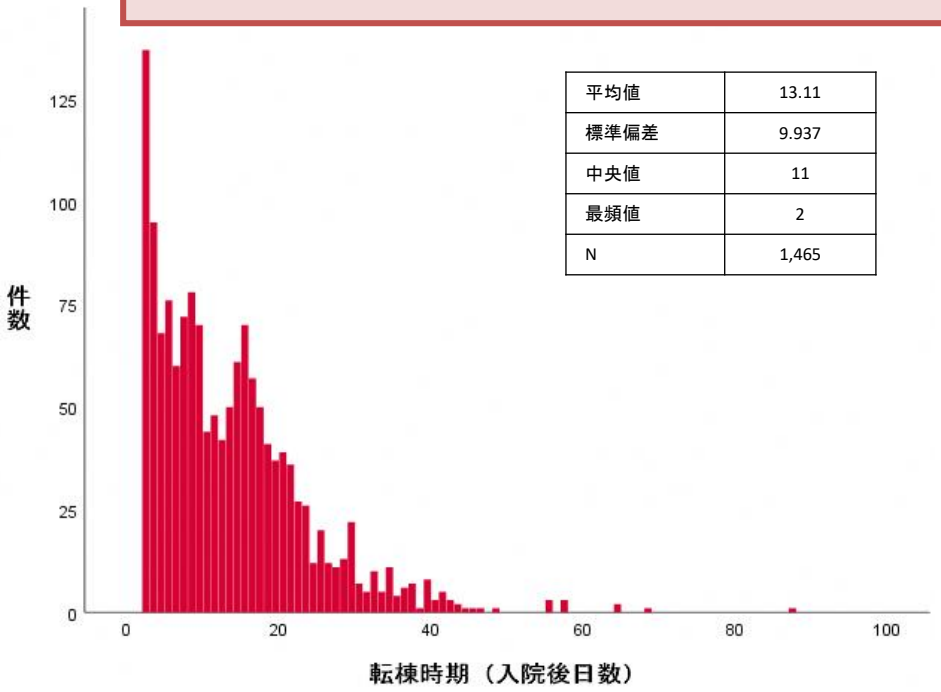
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

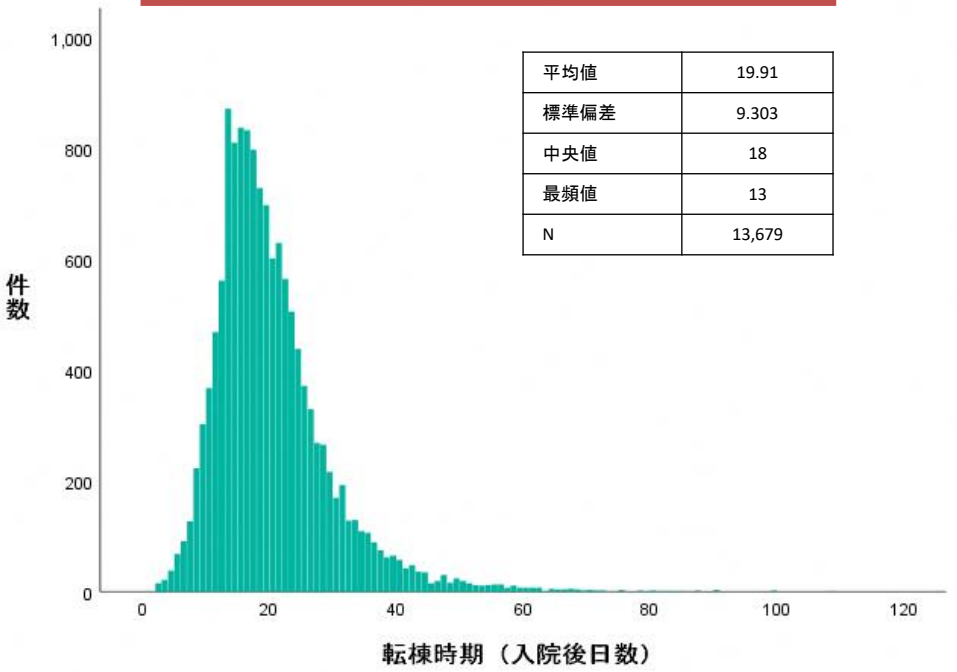
○　股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院後日数）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	13.11
標準偏差	9.937
中央値	11
最頻値	2
N	1,465

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	19.91
標準偏差	9.303
中央値	18
最頻値	13
N	13,679

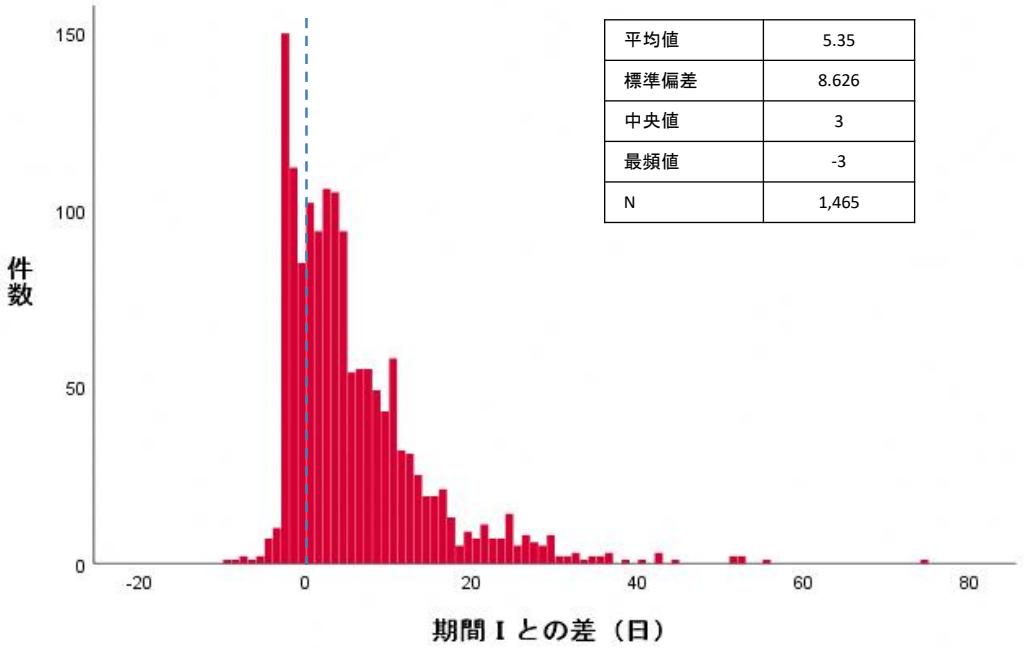
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

股関節･大腿近位の骨折における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

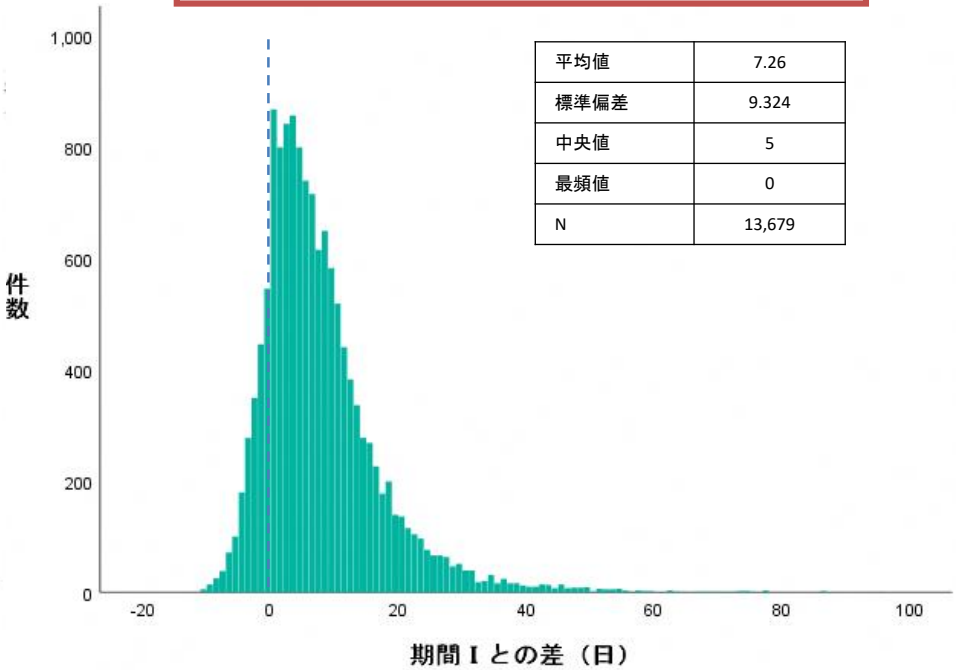
○　股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅰとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	5.35
標準偏差	8.626
中央値	3
最頻値	-3
N	1,465

自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	7.26
標準偏差	9.324
中央値	5
最頻値	0
N	13,679

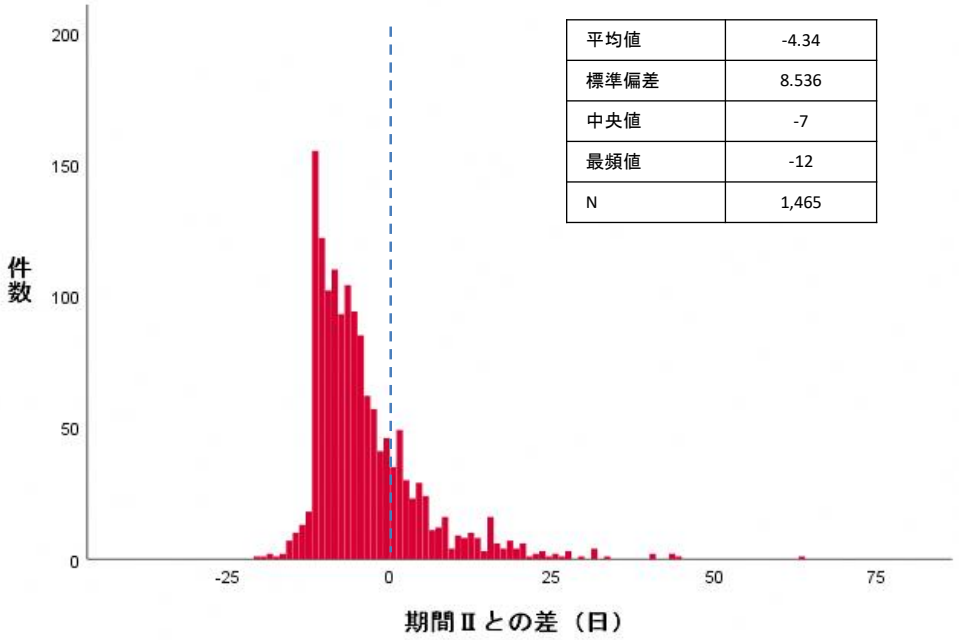
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

股関節・大腿近位の骨折における入院経路別の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）

診調組　入－2参考2
３．１０．１

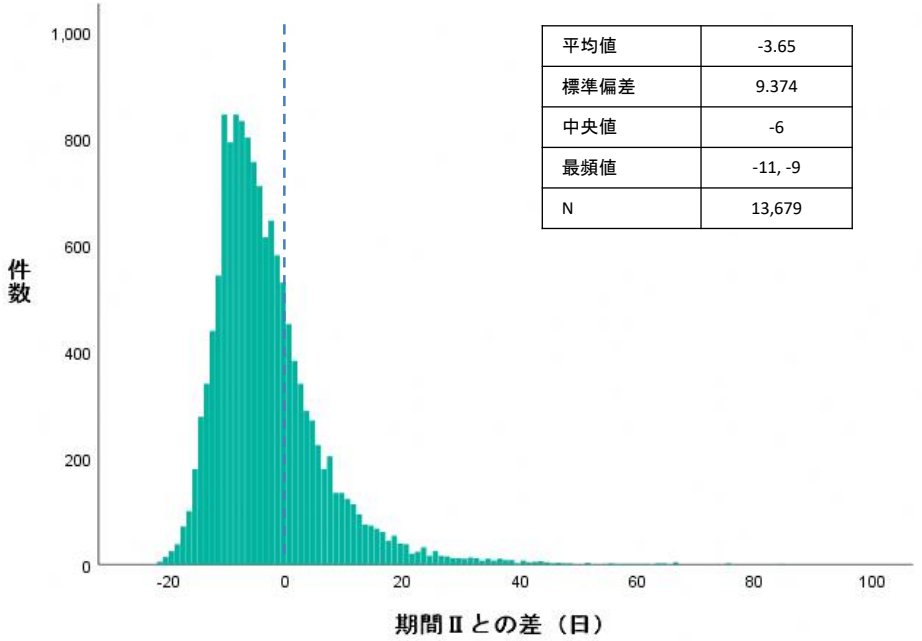
○　股関節・大腿近位の骨折において、他院から自院の一般病棟に転院してきた症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）と、直接自院に入院した症例の、自院の回復期リハビリテーション病棟への転棟時期（入院期間Ⅱとの差）は、以下のとおりであった。

他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期



平均値	-4.34
標準偏差	8.536
中央値	-7
最頻値	-12
N	1,465

自院DPC→自院回リハの転棟時期



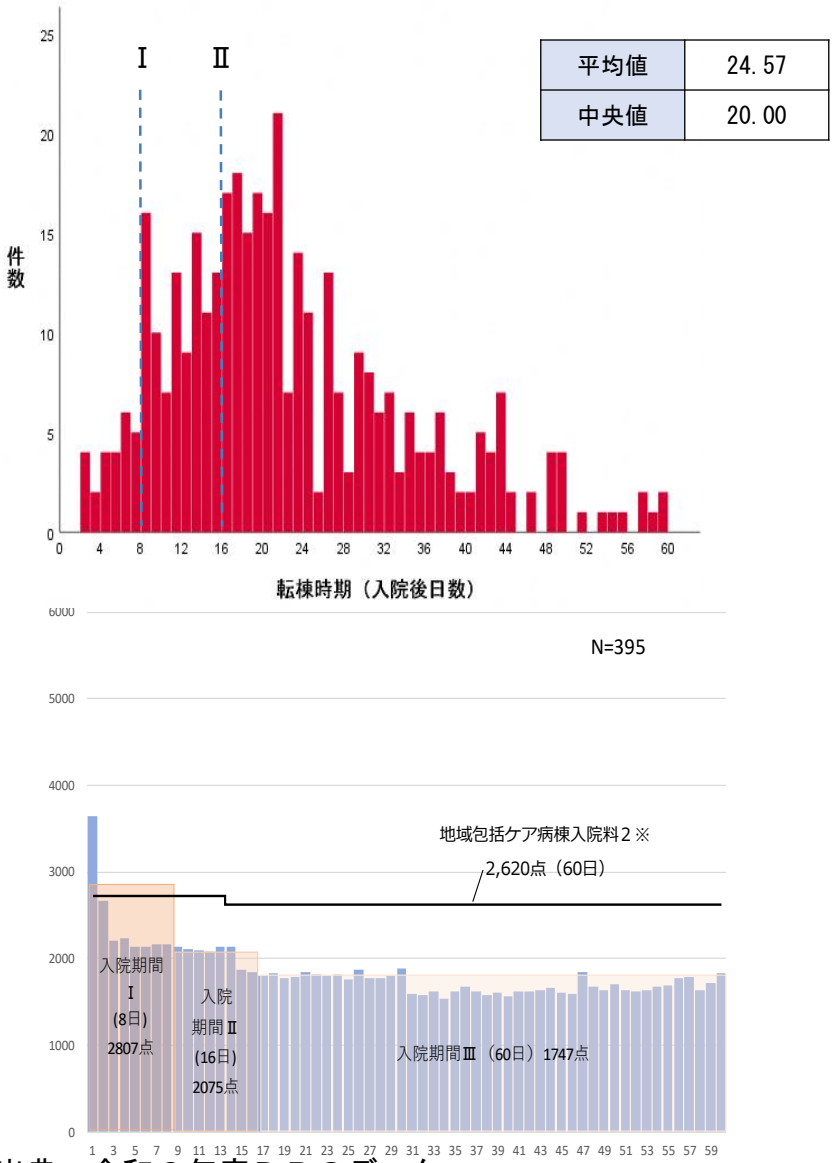
平均値	-3.65
標準偏差	9.374
中央値	-6
最頻値	-11, -9
N	13,679

出典：令和２年度ＤＰＣデータ

脳梗塞において症例数の多い診断群分類（010060xxCCPM02）の分析

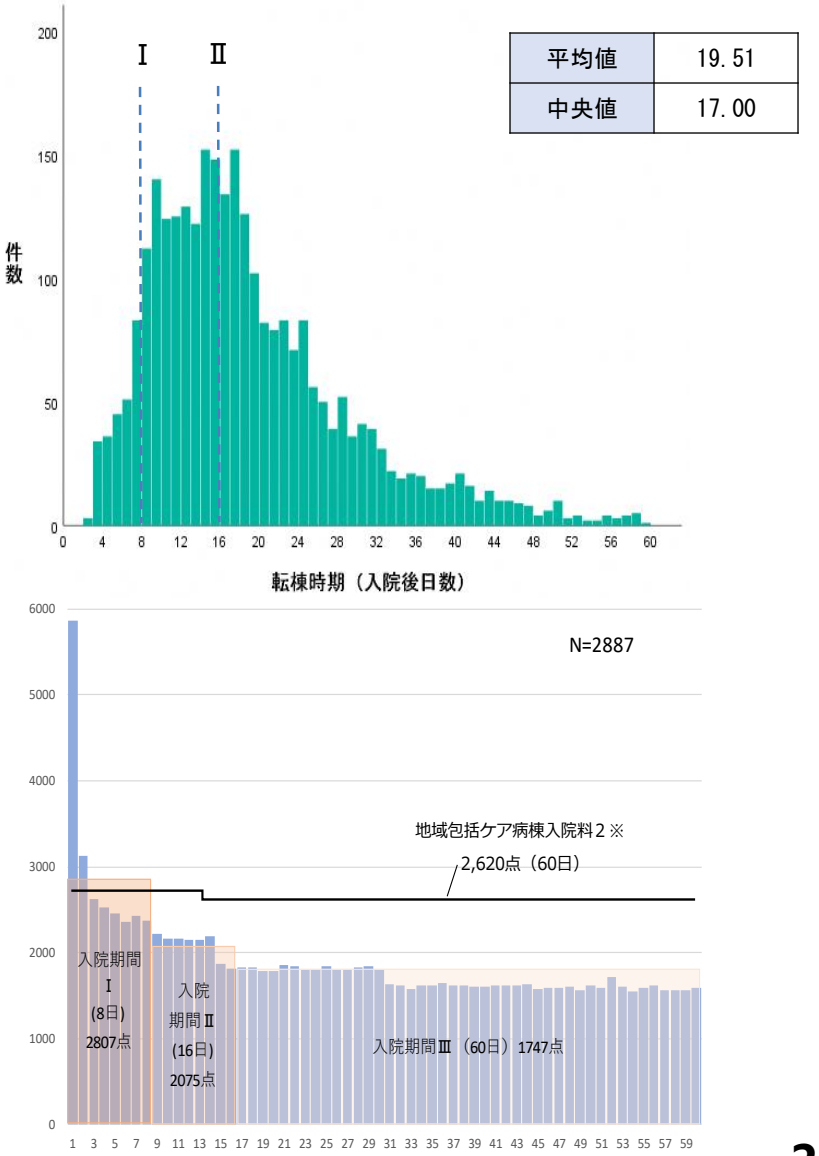
診調組　入－2参考2
３．１０．１

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



平均値	24.57
中央値	20.00

自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



平均値	19.51
中央値	17.00

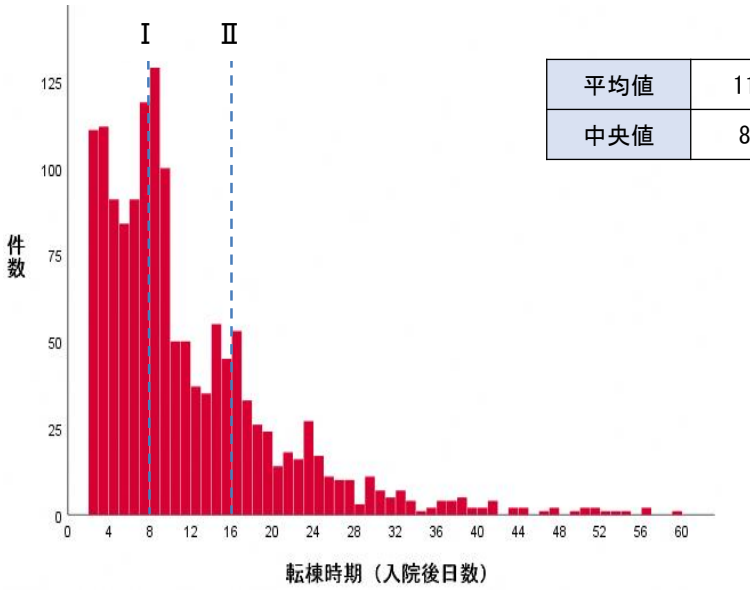
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

※　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）

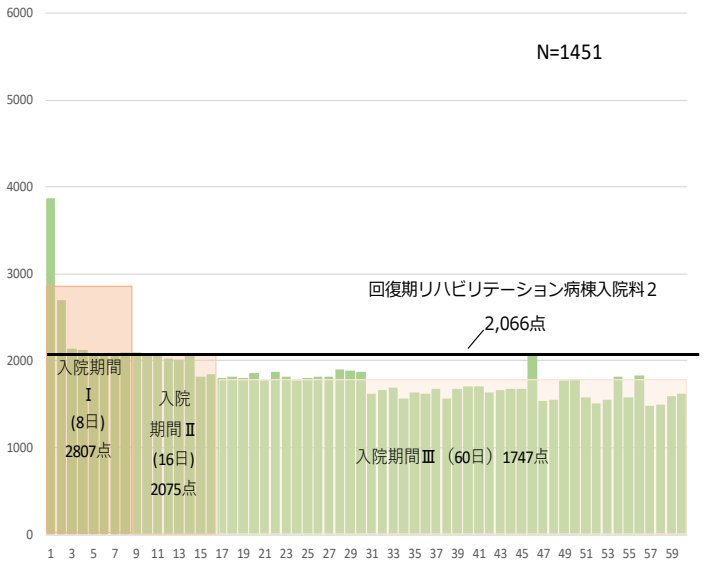
脳梗塞において症例数の多い診断群分類（010060xxCCPM02）の分析

診調組　入－2参考2
３．１０．１

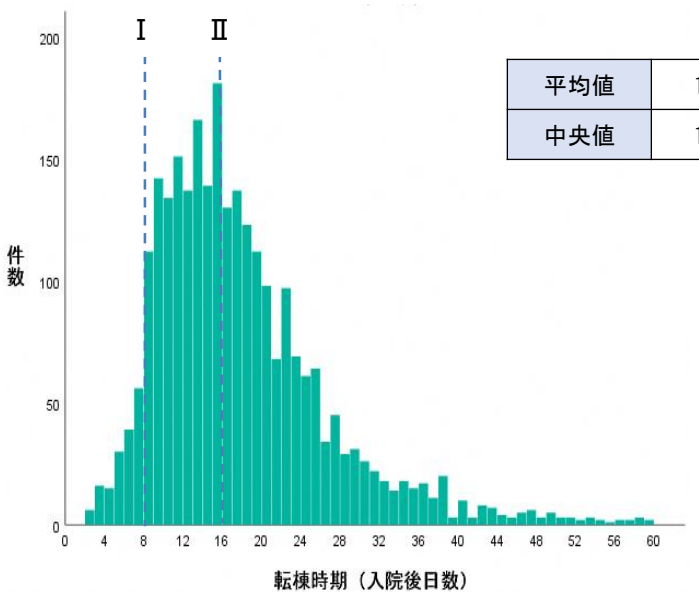
他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期、医療資源投入量



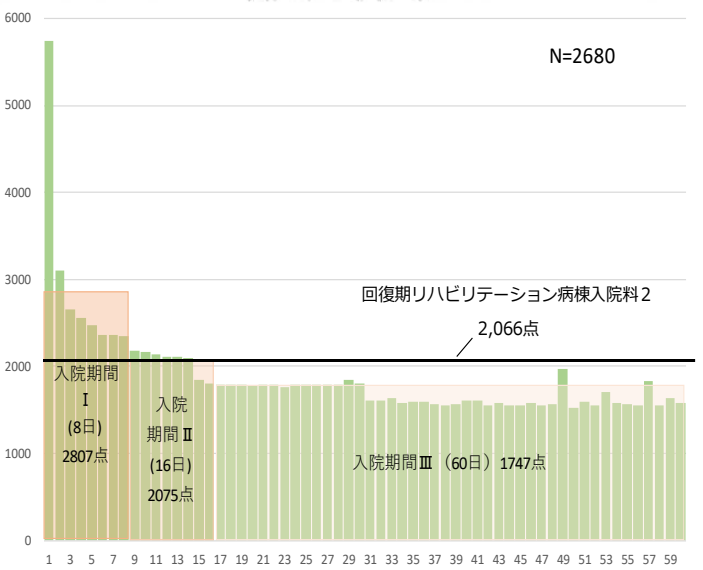
平均値	11.34
中央値	8.00



自院DPC→自院回リハの転棟時期、医療資源投入量



平均値	17.79
中央値	16.00

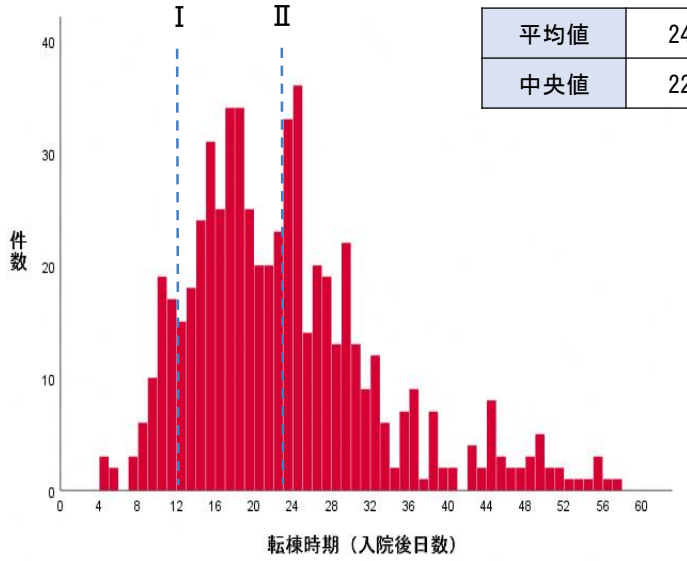


出典：令和２年度ＤＰＣデータ

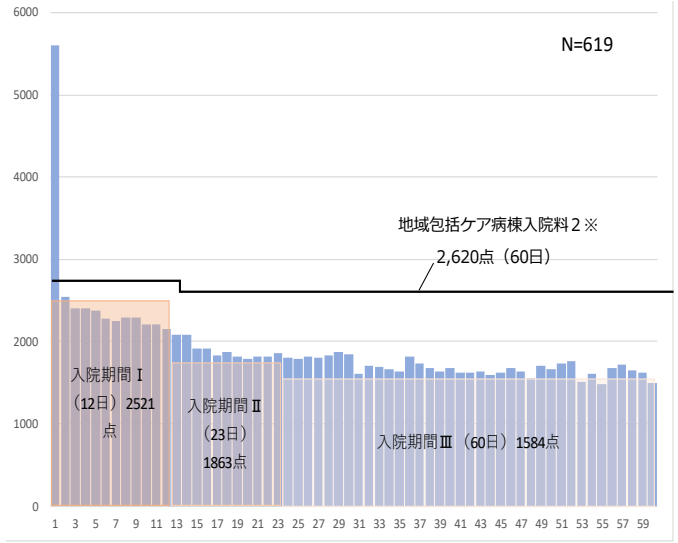
股関節・大腿近位の骨折において症例数の多い診断群分類（160800xx01xxxx）の分析

診調組　入－2参考2
３．１０．１

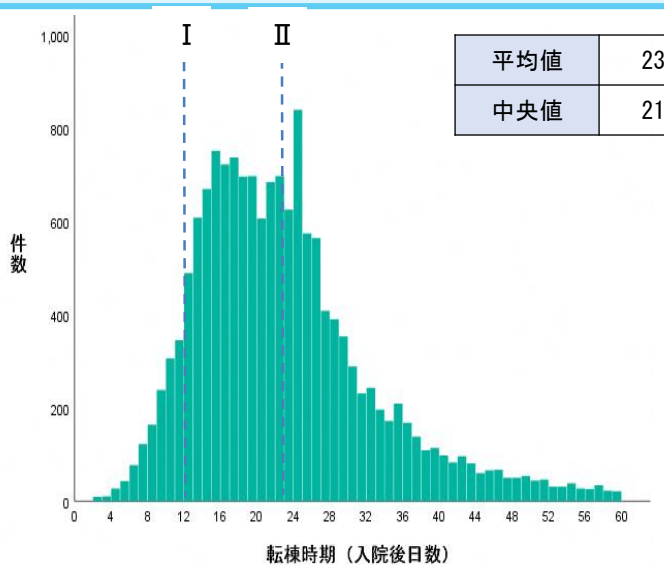
他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



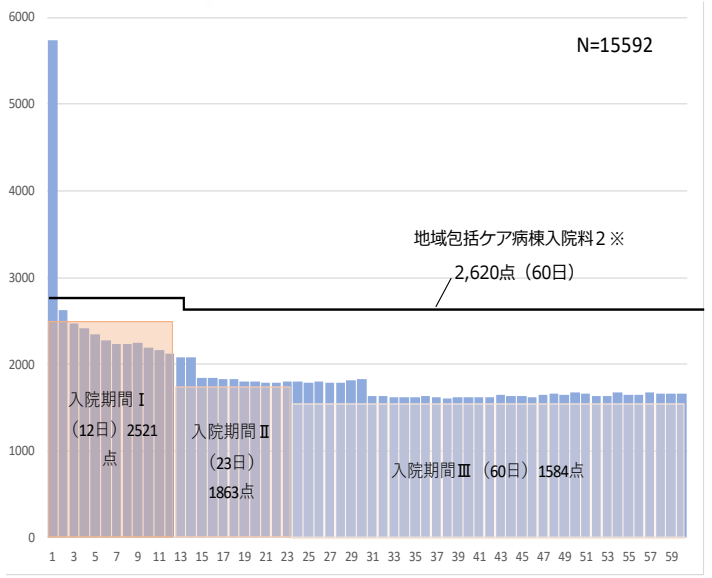
平均値	24.64
中央値	22.00



自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



平均値	23.31
中央値	21.00



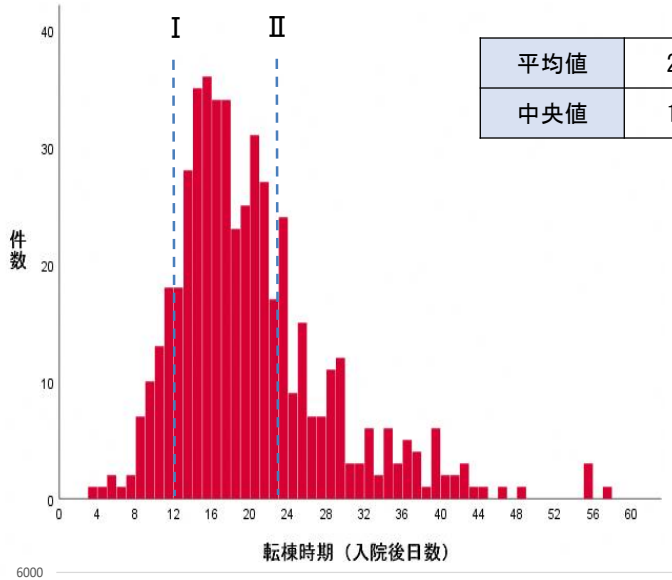
出典：令和２年度ＤＰＣデータ

※　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）

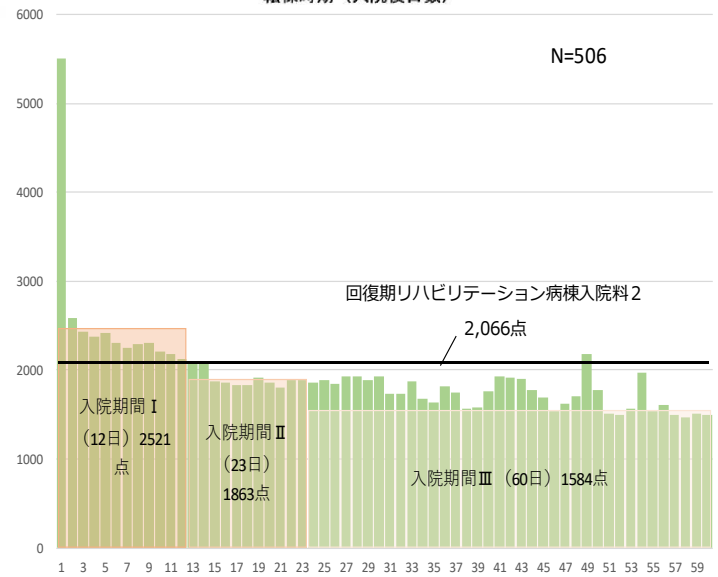
股関節・大腿近位の骨折において症例数の多い診断群分類（160800xx01xxxx）の分析

診調組　入－2参考2
３．１０．１

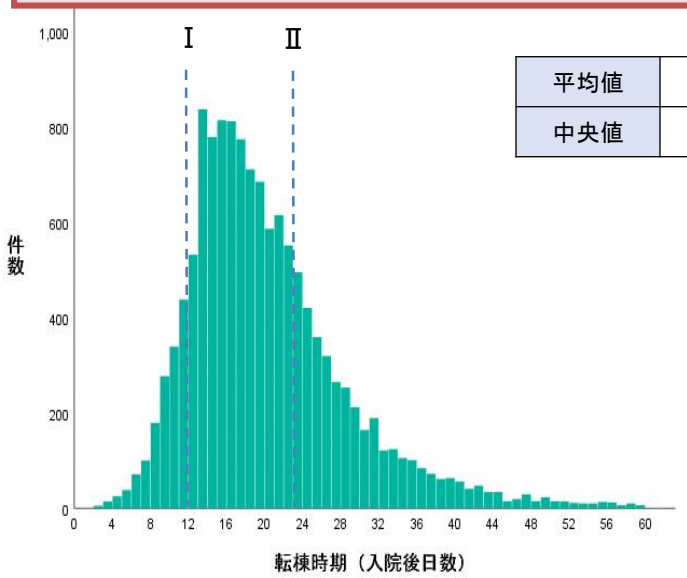
他院→自院DPC→自院回リハの転棟時期、医療資源投入量



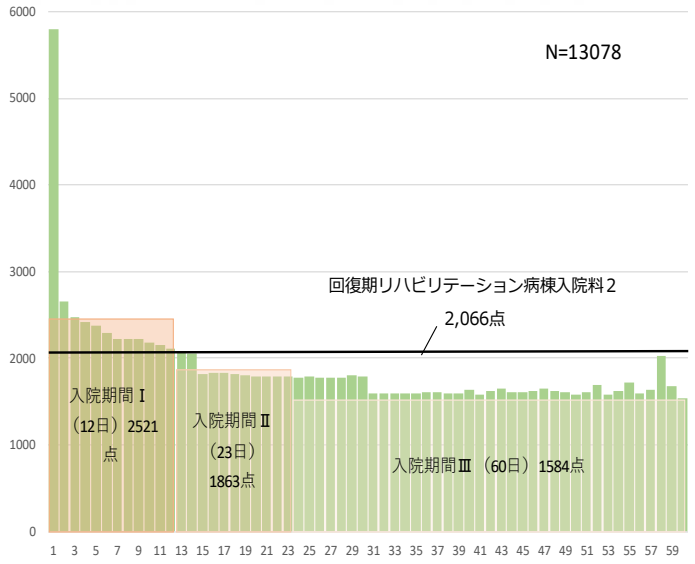
平均値	20.13
中央値	18.00



自院DPC→自院回リハの転棟時期、医療資源投入量



平均値	20.06
中央値	18.00



出典：令和２年度ＤＰＣデータ

０．調査概要
１．一般病棟入院基本料について
２．特定集中治療室管理料等について
３．短期滞在手術等基本料について
４．DPC/PDPSについて
　４－１．DPC対象病院に係る検討について
　４－２．令和3年度特別調査について
　４－３．医療機関別係数について
５．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
６．回復期リハビリテーション病棟入院料について
７．療養病棟入院基本料について
８．障害者施設等入院基本料等について
９．救急医療管理加算について
１０．医療資源の少ない地域に配慮した評価について
１１．横断的個別事項について

DPC/PDPSの見直し（概要）

➢ **医療機関別係数**

平成30年度診療報酬改定において暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱ及び激変緩和係数の4項目となった。令和2年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直す。

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準（DPC特定病院群）を継続する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価手法を継続する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：地域医療指数（体制評価指数）について、以下の見直しを行う。

現行	改定後
［地域医療指数の評価項目］ ◆治験等の実施 ・10件以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成 ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施	［地域医療指数の評価項目］ ◆治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上 ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施 ◆新型インフルエンザ対策（新設） ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定（改定年度の１年間のみ）

➢ **診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し**

直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえ、診断群分類点数表等の見直しを行う。

➢ **DPC/PDPSの安定的な運用**

急性期の医療の標準化という観点とDPC/PDPSになじまない可能性のある病院の診療内容を分析するため、医療資源投入量等の指標について検討するとともに、書面調査やヒアリング等を通じて診療内容の実態についての分析を引き続き行う。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式１で評価） 【病院情報の公表】　自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和4年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	**〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕** **／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	**〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	**1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕** ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

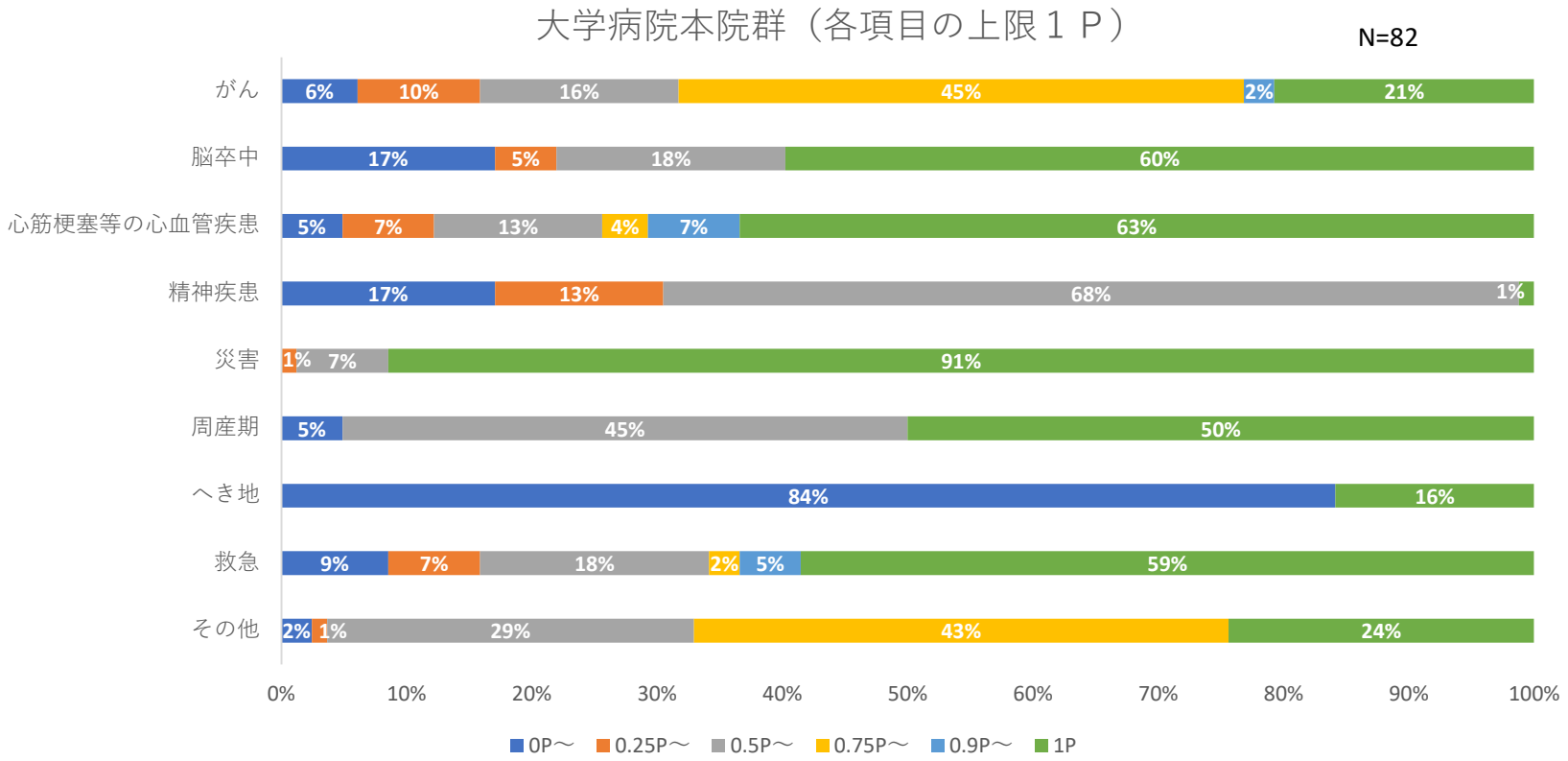
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イのいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

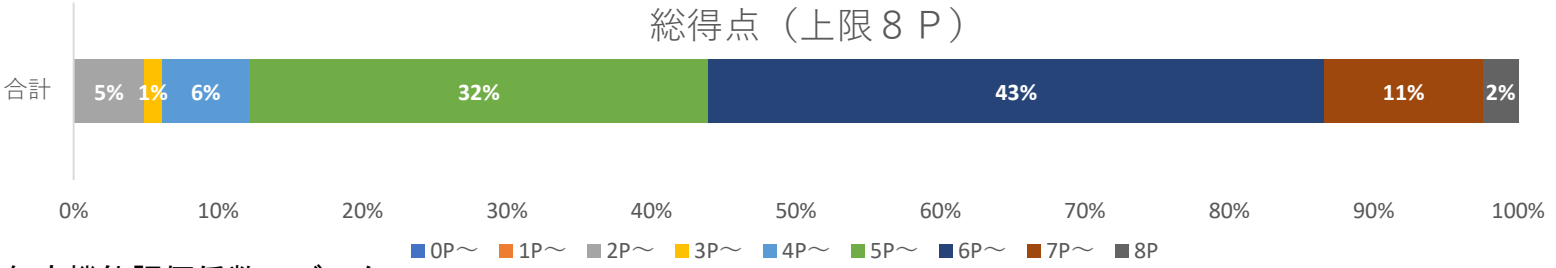
機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・BCPの策定実績有無別（令和３年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P）		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合１P	①治験等の実施 ・**過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）** ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。	
	②新型インフルエンザ対策 ・**新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）**		

体制評価指数の状況（大学病院本院群）①

○　大学病院本院群における、体制評価指数のポイントの取得状況及び総点数の状況は以下のとおりであった。総得点が、上限の８ポイントに達している割合は、２％であった。



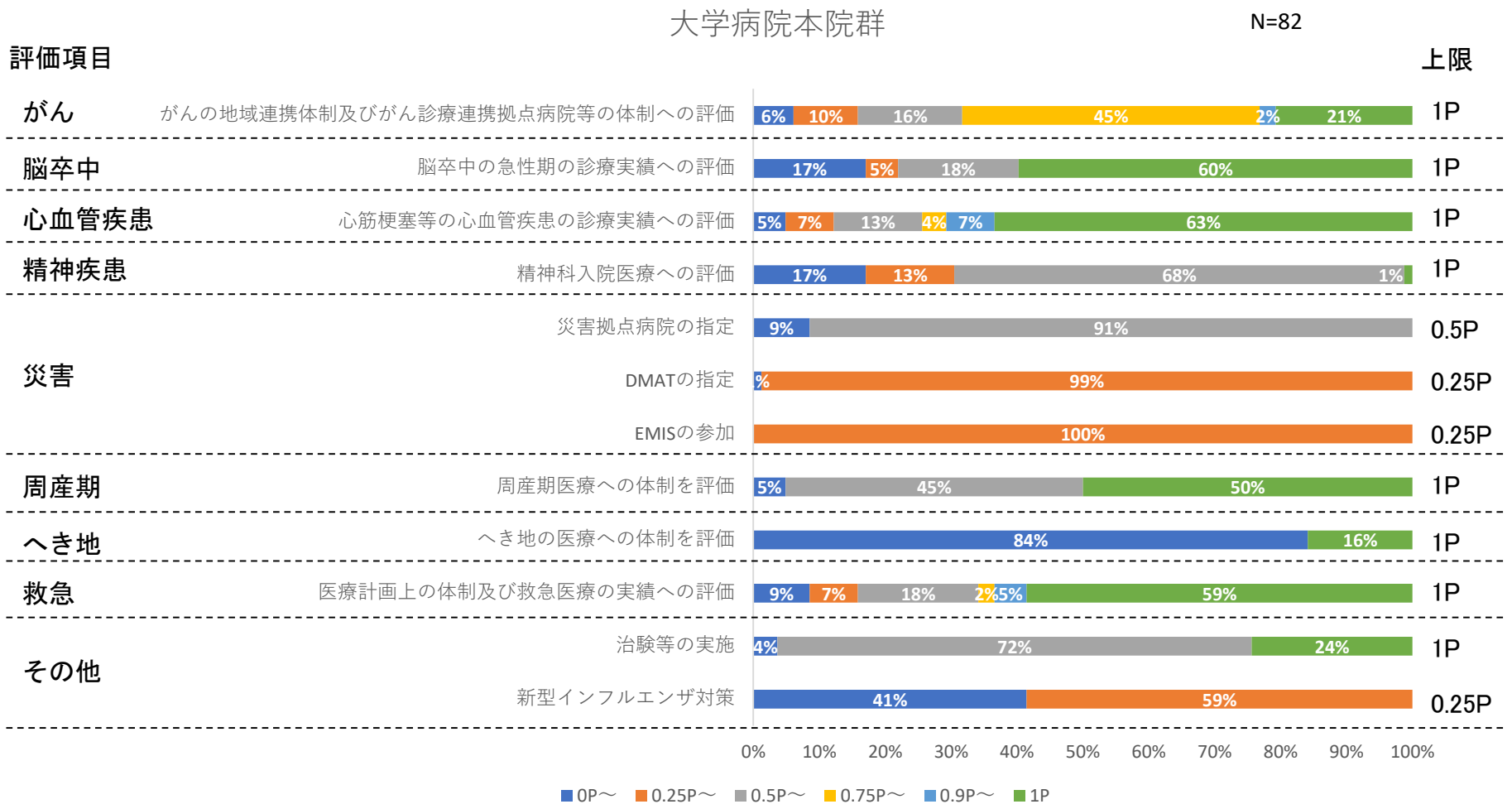


出典：令和２年度機能評価係数Ⅱデータ

体制評価指数の状況（大学病院本院群）②

診調組　入－2参考2
３．１０．１

○　各評価項目内の評価の状況は以下のとおりであった。

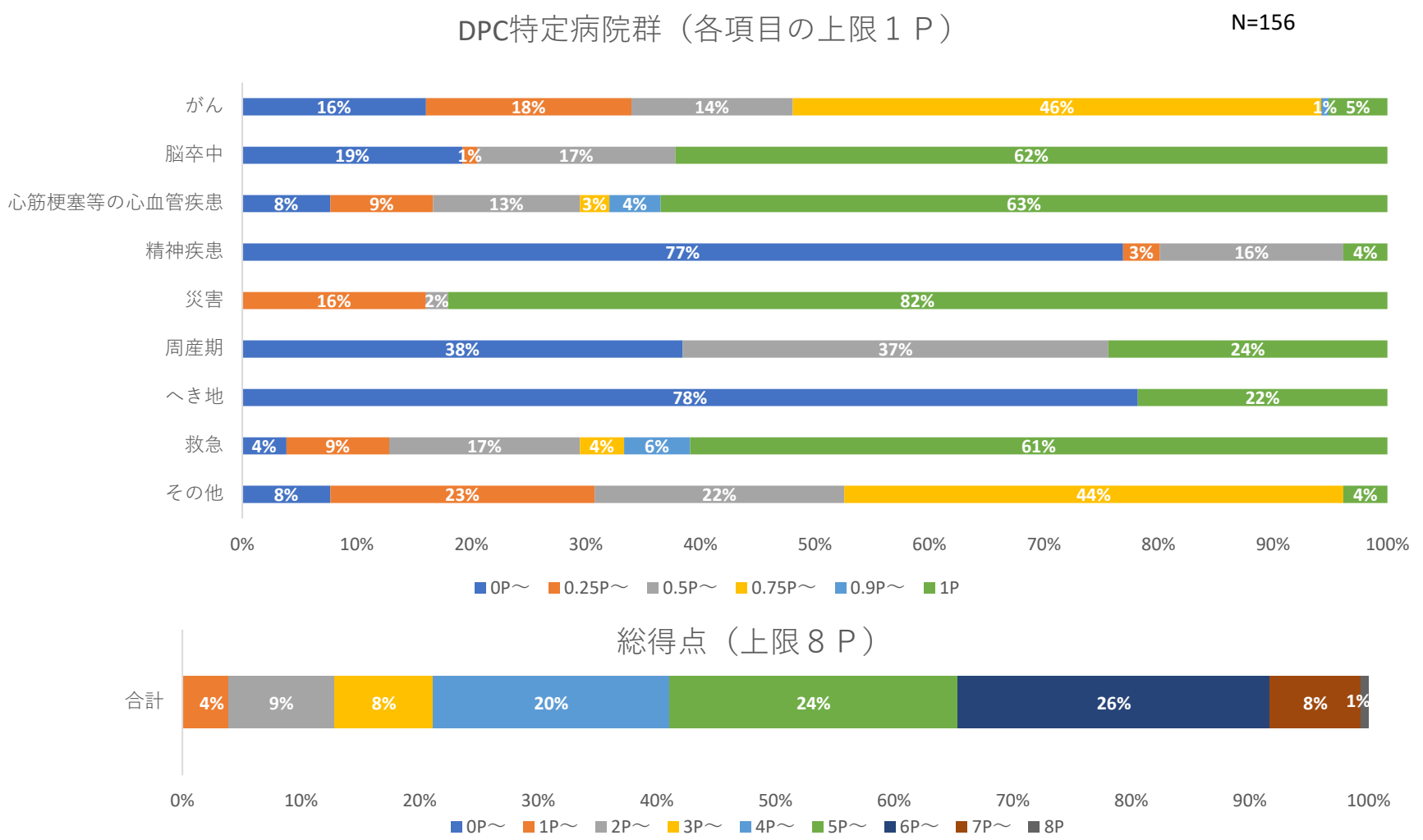


出典：令和２年度機能評価係数Ⅱデータ

体制評価指数の状況（特定病院群）①

診調組　入－2参考2
３．１０．１

○　特定病院群における、体制評価指数のポイントの取得状況及び総点数の状況は以下のとおりであった。総得点が、上限の８ポイントに達している割合は、１％であった。

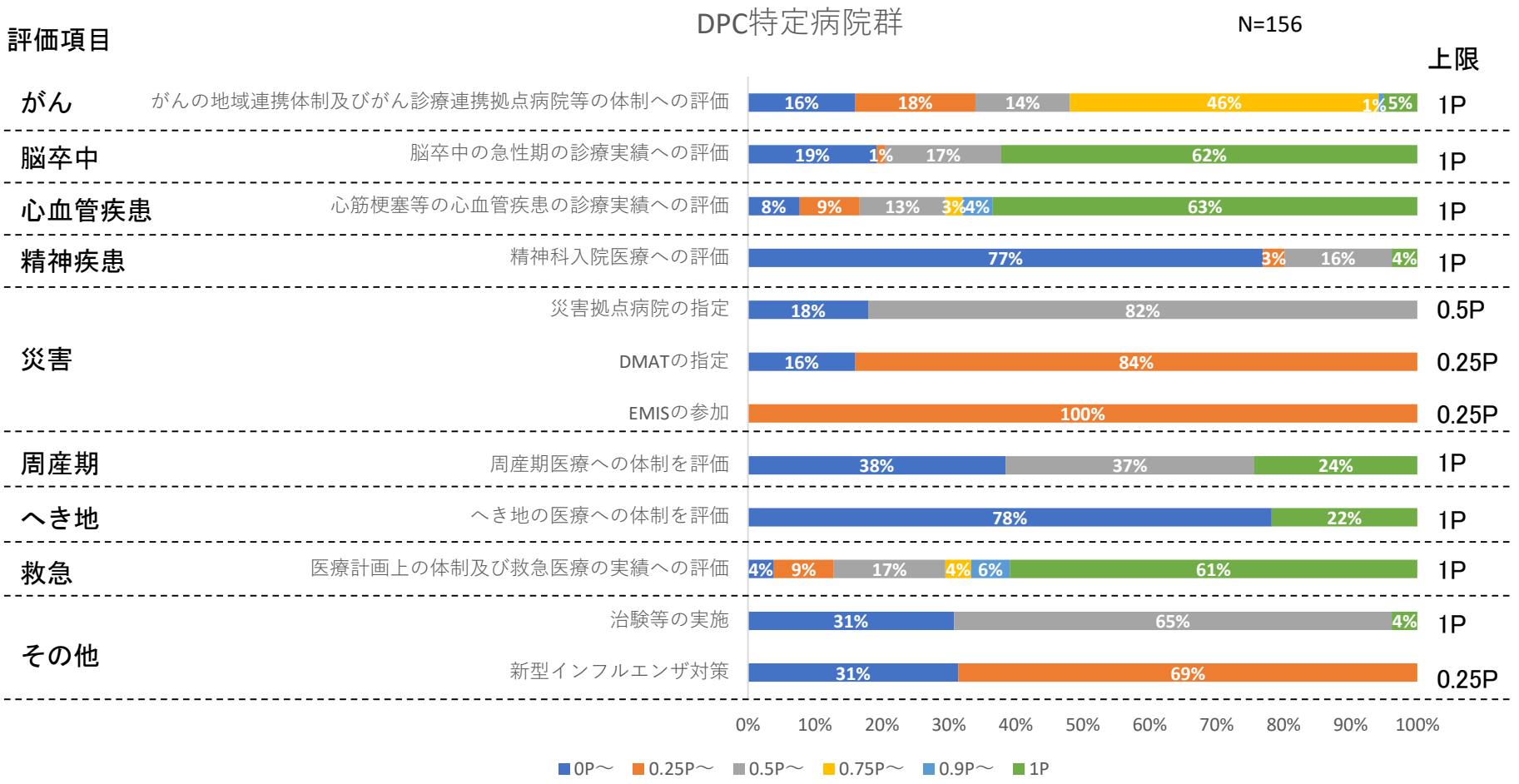


出典：令和２年度機能評価係数Ⅱデータ

体制評価指数の状況（特定病院群）②

診調組　入－2参考2
３．１０．１

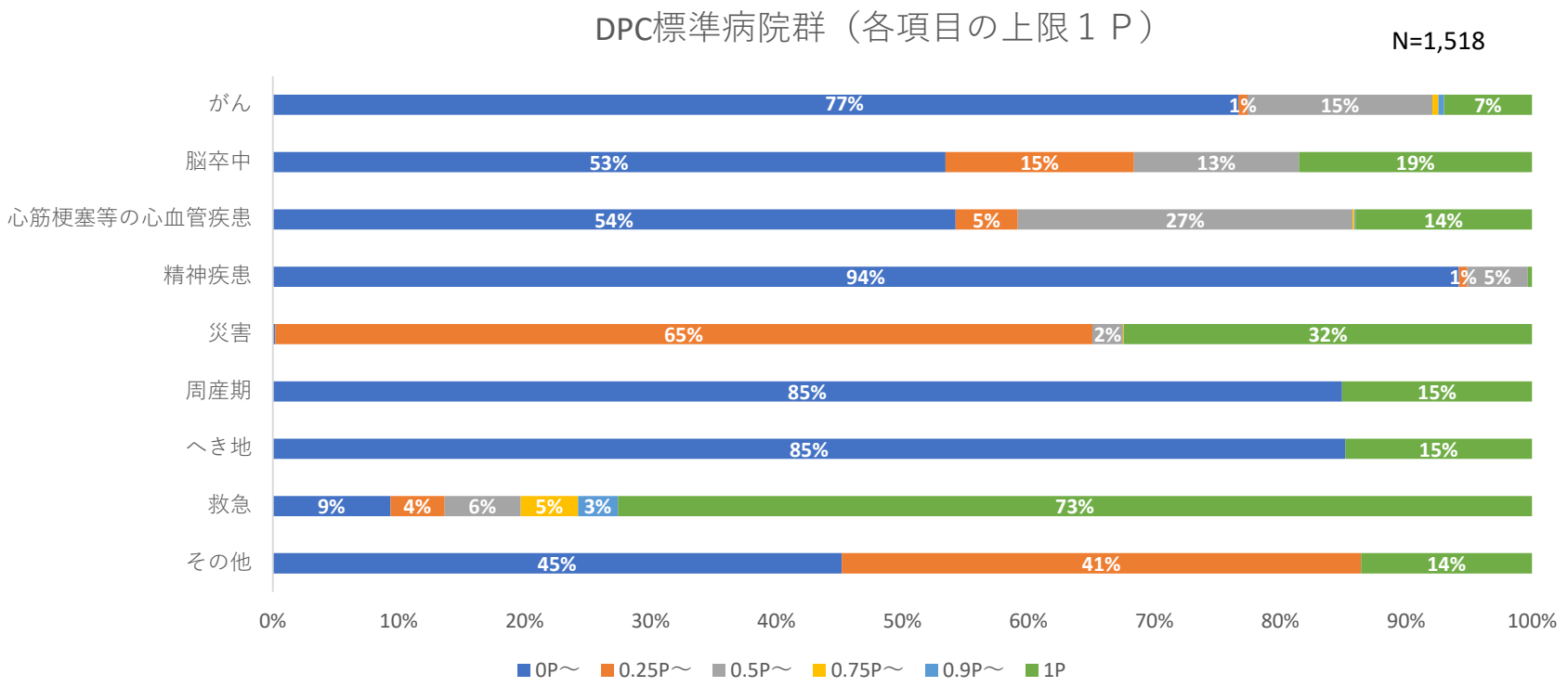
○　各評価項目内の評価の状況は以下のとおりであった。

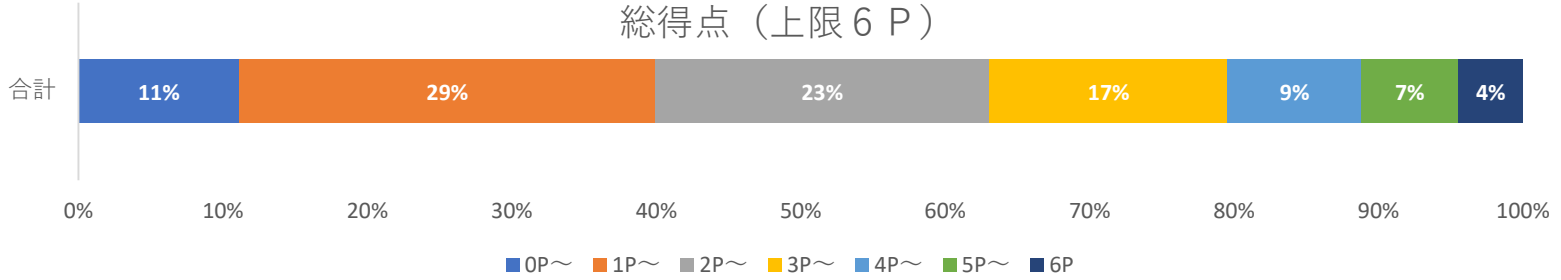


出典：令和２年度機能評価係数Ⅱデータ

体制評価指数の状況（標準病院群）①

○　標準病院群における、体制評価指数のポイントの取得状況及び総点数の状況は以下のとおりであった。総得点が、上限の６ポイントに達している割合は、４％であった。



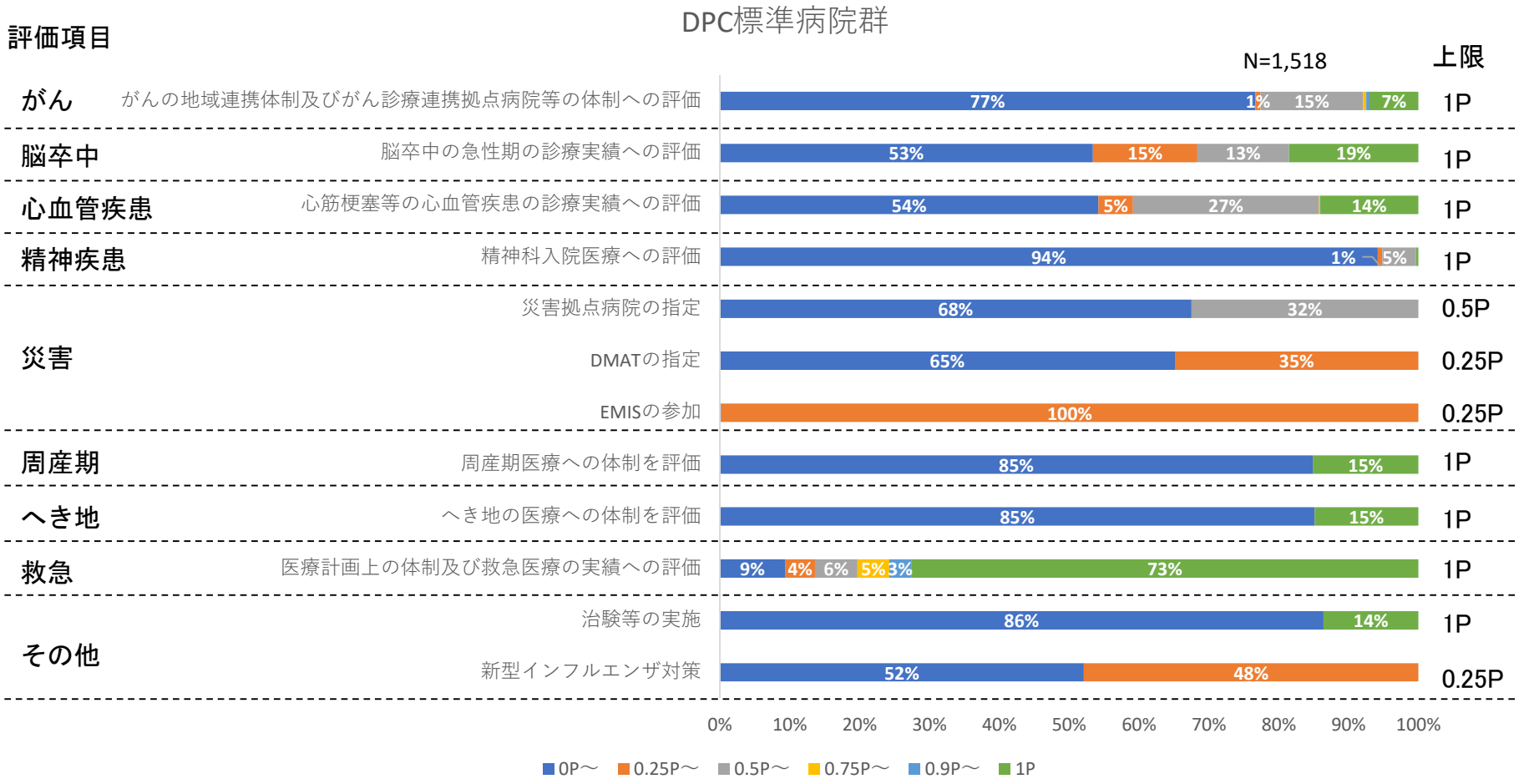


出典：令和２年度機能評価係数Ⅱデータ

体制評価指数の状況（標準病院群）②

診調組　入－2参考2
３．１０．１

○　各評価項目内の評価の状況は以下のとおりであった。



出典：令和２年度機能評価係数Ⅱデータ

体制評価指数

○　地域医療指数の体制評価指数においては、医療計画５疾病５事業等における急性期入院医療について、各項目毎の評価を行っている。
○　令和３年通常国会において成立した改正医療法においては、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を盛り込むこととしており、第８次医療計画（2024年度～2029年度）から「５疾病６事業」となる見込みとなっている。

＜現行の評価項目＞

評価項目	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

令和3年2月8日	第78回社会保障審議会医療部会	資料1

新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け

＜改正の背景＞

○　新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）

○　機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

＜改正の概要＞

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

○　詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒　**いわゆる「５事業」に追加して「６事業」に**

※５事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）

○　今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒　**第８次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
  （感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
  （感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
  クラスター発生時の対応方針の共有　など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担　など
  （感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※　引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

医療機関等情報支援システム（G-MIS*）について

＊Gathering Medical Information System

全国の医療機関（病院、診療所）から、**病院の稼働状況、病床や医療スタッフ**の状況、**受診者数、検査数、医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）**の確保状況等を一元的に把握・支援

必要な医療提供体制を確保

- 政府CIOポータルにおいて、各病院の稼働状況を可視化
- マスク等の物資の供給に活用
- 空床確保状況を、患者搬送調整に活用　等

【システム導入のメリット】

国民	【医療機関情報】 電話で確認する以外情報を得る方法はなかった	⇒ 政府CIOポータルから病院の稼働状況の閲覧が可能に
医療従事者	【報告】保健所へ電話等で報告 【支援】支援を得るのに時間を要した	⇒ パソコン等での報告により保健所への照会対応不要に ⇒医療資材等の支援を迅速に受けることが可能に
保健所・都道府県・国	【保健所業務】 保健所が、医療機関に電話等で照会し、都道府県を通じて国に報告 【情報共有】 情報共有に時間を要した	⇒ 医療機関が直接入力することで、即時に集計され、 自治体、国で共有可能に（保健所業務の省力化） ⇒ 迅速な入院調整、医療機器や医療資材の配布調整等が可能に

【医療機関の登録状況】　（令和3年9月24日現在）

登録医療機関数		
	病院	8,249
	診療所	30,381

【G-MIS入力画面イメージ】



【政府CIOポータル】



URL：https://cio.go.jp/hosp_monitoring_c19

体制評価指数（へき地）

○　「へき地」は、現在の評価項目の１つであり、「へき地拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」に対し評価を行っている。

＜現行＞

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

○　「へき地医療拠点病院」の目的、事業内容等については、「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和３年４月26日医政発第26号医政局長通知）において、以下のとおり定められている。

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下に次に掲げる事業を行うものとする。
ア　巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
イ　へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
ウ　特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
エ　派遣医師等の確保に関すること。
オ　へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
カ　遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
キ　総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
ク　その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

※ア、イ又はカのいずれかの事業は必須。

○　また、「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件」は、以下のとおりとなっている。

【社会医療法人の認定について（「へき地医療」当該業務の実績に係る要件）】（指定要件）
へき地医療施設が病院の場合、１、２又は３の基準に該当すること。この場合において、医師の延べ派遣日数及び巡回診療の延べ診療日数について、同日同場所に派遣され又は巡回する医師が複数の場合には、複数の派遣又は巡回が適切な状況で行われているかどうかについて確認し、短時間である等必要と判断する場合には、単数による派遣又は巡回として取り扱うこと。

１．へき地に所在する診療所に対する**医師の延べ派遣日数が５３人日以上**であること。
２．へき地における**巡回診療の延べ診療日数が５３人日以上**であること。
３．へき地医療拠点病院に対する**医師の延べ派遣日数が１０６人日以上**であること、
かつ、当該へき地医療拠点病院からへき地診療所に対する医師の延べ派遣日数(当該病院から医師の派遣を受けて行われた当該へき地医療拠点病院から当該へき地診療所に対する医師の延べ派遣日数に限る。)が１０６人日以上であること、
又は当該へき地医療拠点病院のへき地における巡回診療の延べ診療日数（当該病院から医師の派遣を受けて行われた当該へき地医療拠点病院の当該へき地における巡回診療の延べ診療日数に限る。）が１０６人日以上であること。

体制評価指数の見直し（へき地）

○　へき地医療拠点病院については、第７次医療計画の際に、へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要３事業）の回数については、年12回以上と数値目標が通知（※）されている。※　疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年３月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

○　また、数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要３事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在していることを踏まえ、「へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、更なる事業の推進について議論されている。

（1）－1へき地医療拠点病院の主要3事業について

背景・現状

○へき地医療拠点病院の目的、事業内容等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（平成30年3月29日医政発0329第12号医政局長通知）により、以下のとおり定められている。

へき地保健医療対策等実施要綱（抄）

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下に次に掲げる事業を行うものとする。

ア　巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
イ　へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
ウ　特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
エ　派遣医師等の確保に関すること。
オ　へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
カ　遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
キ　総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
ク　その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。
※ア、イ又はカのいずれかの事業は必須（以下必須事業とする）。

○第７次医療計画の際にへき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要３事業）の回数については、年12回と数値目標を通知※で示している。

※ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年３月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）別表11

○第13回医療計画の見直し等に関する検討会にて、「へき地医療拠点病院の主要３事業を推進するためにどのような対応が必要か」と論点を出されているところ。
○数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要３事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在している。

へき地医療拠点病院の３事業の実施状況（現況調査における平成29年度実績）

	主要３事業				参考	
	巡回診療（年12回以上）	医師派遣（年12回以上）	代診医派遣（年12回以上）	主要３事業合計（年12回以上）【A】	ＩＣＴによるへき地医療の診療支援【B】	【A】又は【B】
実施 施設数	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	206(65.2%)	94(29.7%)	234(74.1%)
未実施 施設数	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	110(**34.8%**)	222(70.3%)	82(**25.9%**)
計	316	316	316	316	316	316

※「主要３事業の実施回数が年0回」かつ「ＩＣＴによるへき地医療の診療支援を実施していない」施設数は、50施設（15.8%）となっている。

（1）－2　へき地医療拠点病院の主要３事業について

基本的な考え方

○　良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要３事業※の年間実績が合算で１２回以上の医療機関を増やして行くことが望ましい。

○　少なくともへき地医療拠点病院の必須事業※の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくことが望ましい。

見直しの方向性（案）

○　「へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で１２回以上の医療機関の割合」、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標として提示し、まずはへき地医療拠点病院の主要３事業の推進を促してはどうか。

○　現況調査における平成29年度実績で、必須事業のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が直近の現状を確認するよう指針に明示してはどうか。

※主要３事業：へき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣
※必須事業：へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている事業（下記）
ア　巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
イ　へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
カ　遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

体制評価指数（災害）

○　「災害」は、現在の評価項目の１つであり、「BCPの策定有無別（令和３年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定」、「DMATの指定」及び「EMISへの参加」に対し評価を行っている。

＜現行＞

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・BCPの策定実績有無別（令和３年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P）		

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

医療機関におけるBCP策定の現状①

第23回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和３年２月３日
資料2

○ 平成24年３月の通知において、災害時における医療体制の充実強化として、全医療機関及び都道府県に対して以下のように依頼。（平成24年３月21日 医政発0321第2号）

「医療機関は自ら被災することを想定して**災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたい**こと。また、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。なお、**都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと**。」

○ 平成25年９月の通知において、「病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル」について、情報提供するとともに周知を依頼。（平成25年９月４日　医政指発0904第2号）

○ 平成29年３月の通知において、災害拠点病院の指定要件として、「被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行っていること」を追加。（平成29年３月31日 医政発0331第33号）

○ 令和元年６月の通知において、災害拠点精神科病院の指定要件として、「被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）が整備されていること」と規定。（令和元年６月20日 医政発0620第８号 障発0620第１号）

○ 令和２年４月の通知の周産期医療の体制構築に係る指針において、総合・地域周産期母子医療センターの指定要件として、「（令和４年３月までに）被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP)を策定していること」を追加。（令和2年4月13日 医政地発0413第１号）

医療機関におけるBCP策定の現状②

第23回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和３年２月３日
資料2

○　近年の大規模災害や、今般の新型コロナウイルス感染症のクラスターの発生により、病院機能の低下が見られることから、医療機関におけるBCPの重要性はさらに増しているところ。

○　災害対応BCPと感染症対応BCPでは、「事業継続方針」、「被害の対象」、「地理的な影響範囲」、「被害の期間」、「災害発生と被害制御」及び「事業への影響」が異なっていることから、別途、「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」（新型インフルエンザ等及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議（平成30年６月21日一部改正））並びに「新型インフルエンザ等発生時診療継続計画作りの手引き」及び「平成25年政府行動計画・ガイドラインを踏まえた「医療機関における新型インフルエンザ等対策立案のための手引き」（平成25年９月暫定1.1版）」が示されているところ。

○　災害対応BCPについては、平成25年に「BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き」を作成し周知を図っている。
平成30年12月1日時点の全病院における策定率については、25.0%となっているが、将来的には全医療機関において策定されることが望ましいところである。

○ 厚生労働省として、BCP策定率の向上のため平成29年度より、BCP策定研修を実施。
（これまでに、合計20回開催、599医療機関、1169名受講、令和２年４月現在）

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

地域包括ケア病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

中医協　総－２
３．８．２５

【平成16年度診療報酬改定】

- **亜急性期入院医療管理料の創設**
  ［主な要件］ 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者１名
- 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料２を新設
  ［管理料２の主な要件］ 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者１名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より３週間以内である患者が２／３以上

【平成24年度診療報酬改定】

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

（新）亜急性期入院医療管理料１　2,061点
　脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
　（最大60日まで算定可能）

（新）亜急性期入院医療管理料２　1,911点
　脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
　（最大60日まで算定可能）

地域包括ケア病棟の経緯②（平成26年度診療報酬改定）

中医協　総－２
３．８．２５

【平成26年度診療報酬改定】

- **地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設**

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

- 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた



地域包括ケア病棟の経緯③（平成28～令和2年度診療報酬改定）

中医協　総－２
３．８．２５

【平成28年度診療報酬改定】
- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所（在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る）を追加

【平成30年度診療報酬改定】
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

【令和2年度診療報酬改定】
- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
  - 実績要件の見直し
  - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
  - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				ー			
一般病棟から転棟した患者割合※1	ー		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	ー	ー		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	ー
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		ー		1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		ー	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		ー		3月で6人以上		ー	
実績部分 地域包括ケアの実績※2	○		ー		○		ー	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		ー	○	○		ー	○
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

※2　以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

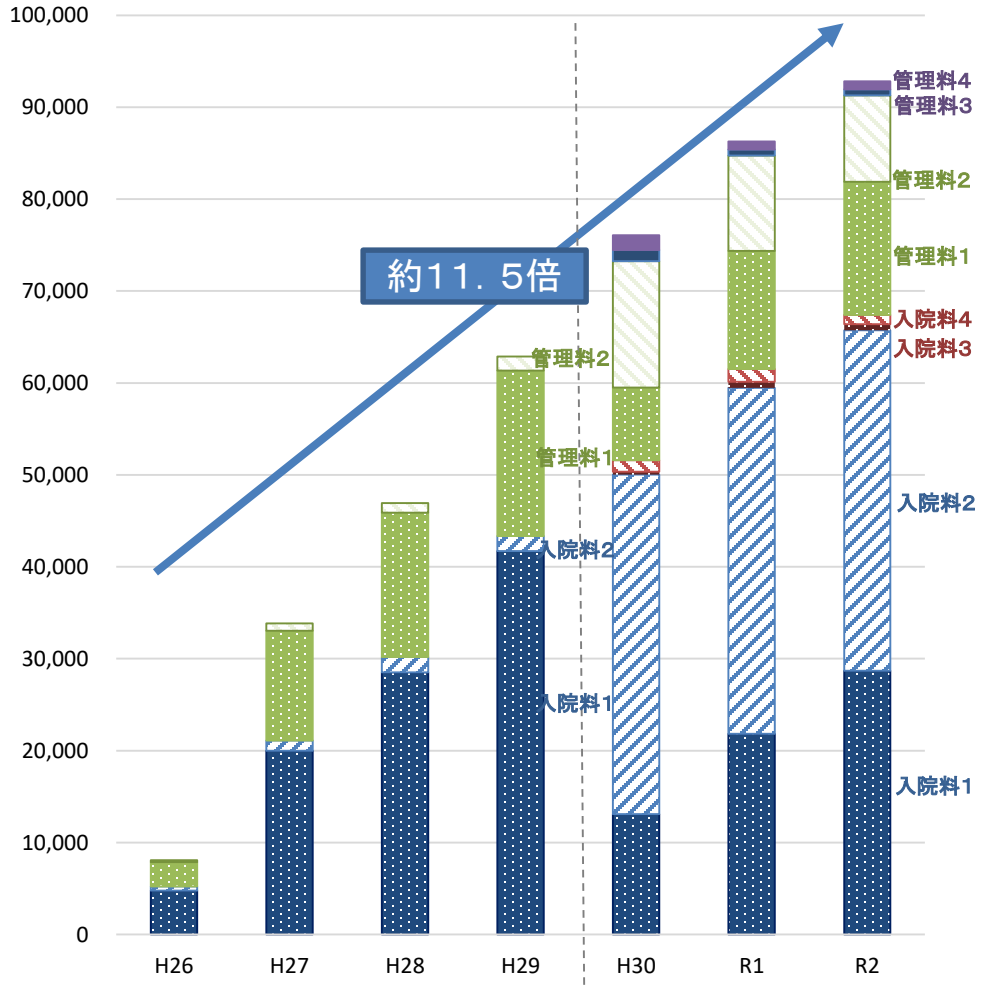
※1　満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

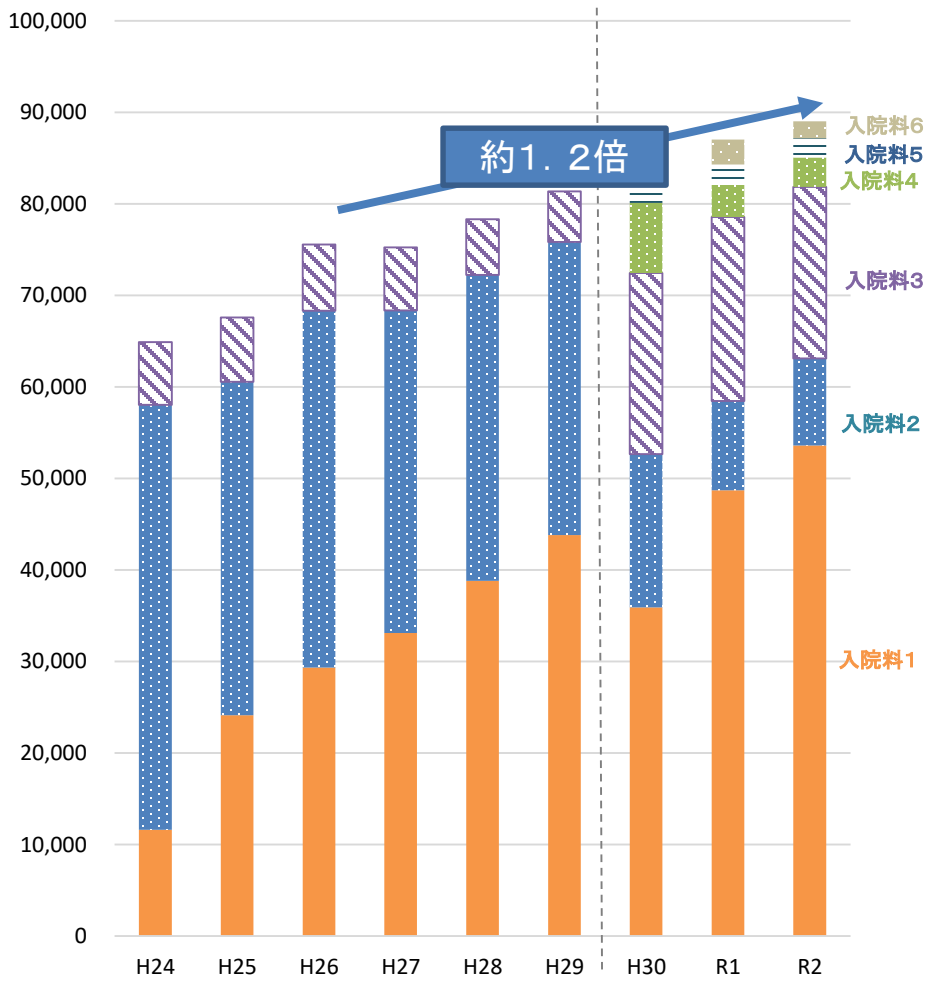
入院料別の届出病床数の推移

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

（病床数）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



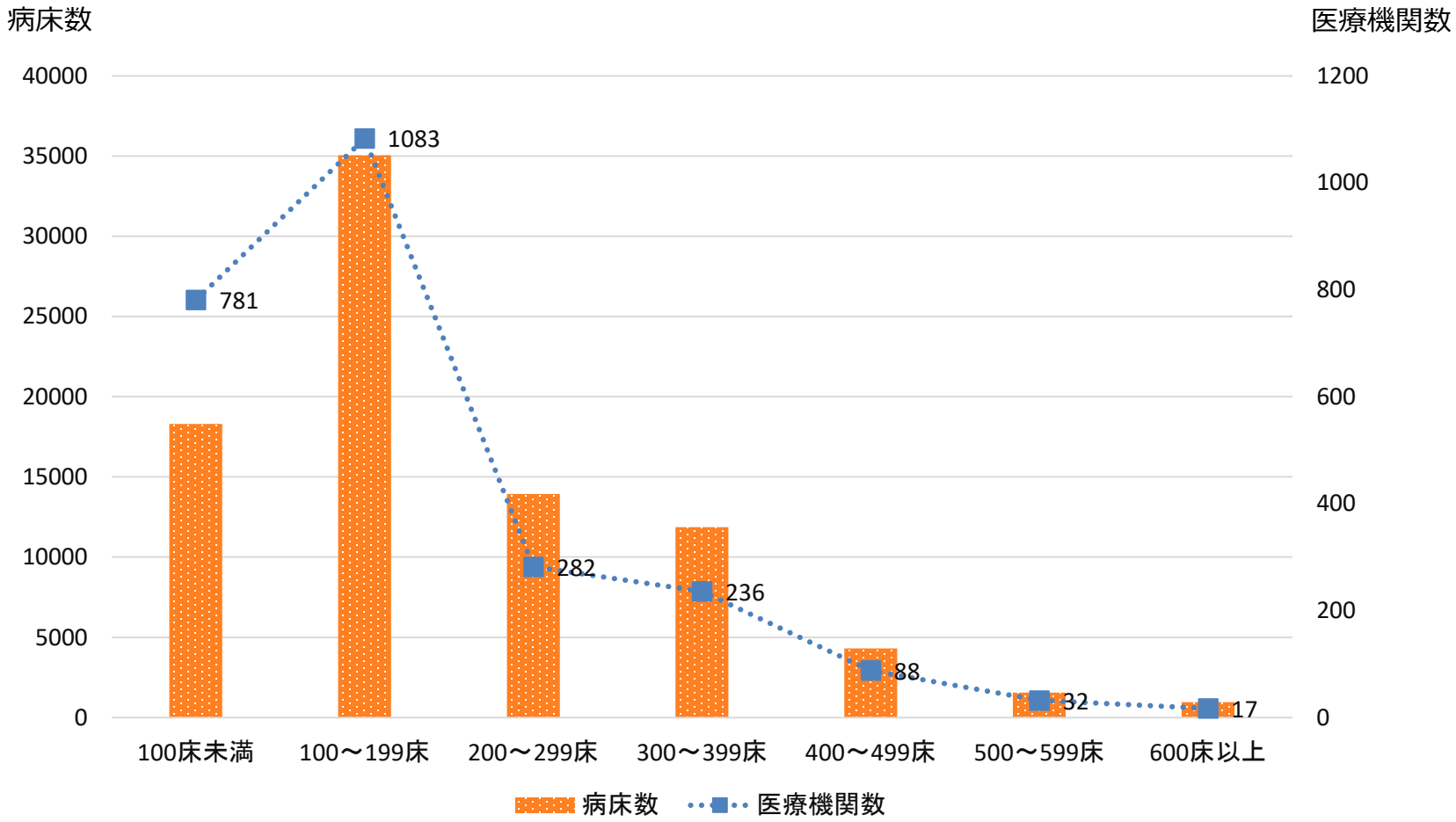
（病床数）回復期リハビリテーション病棟入院料



出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

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。

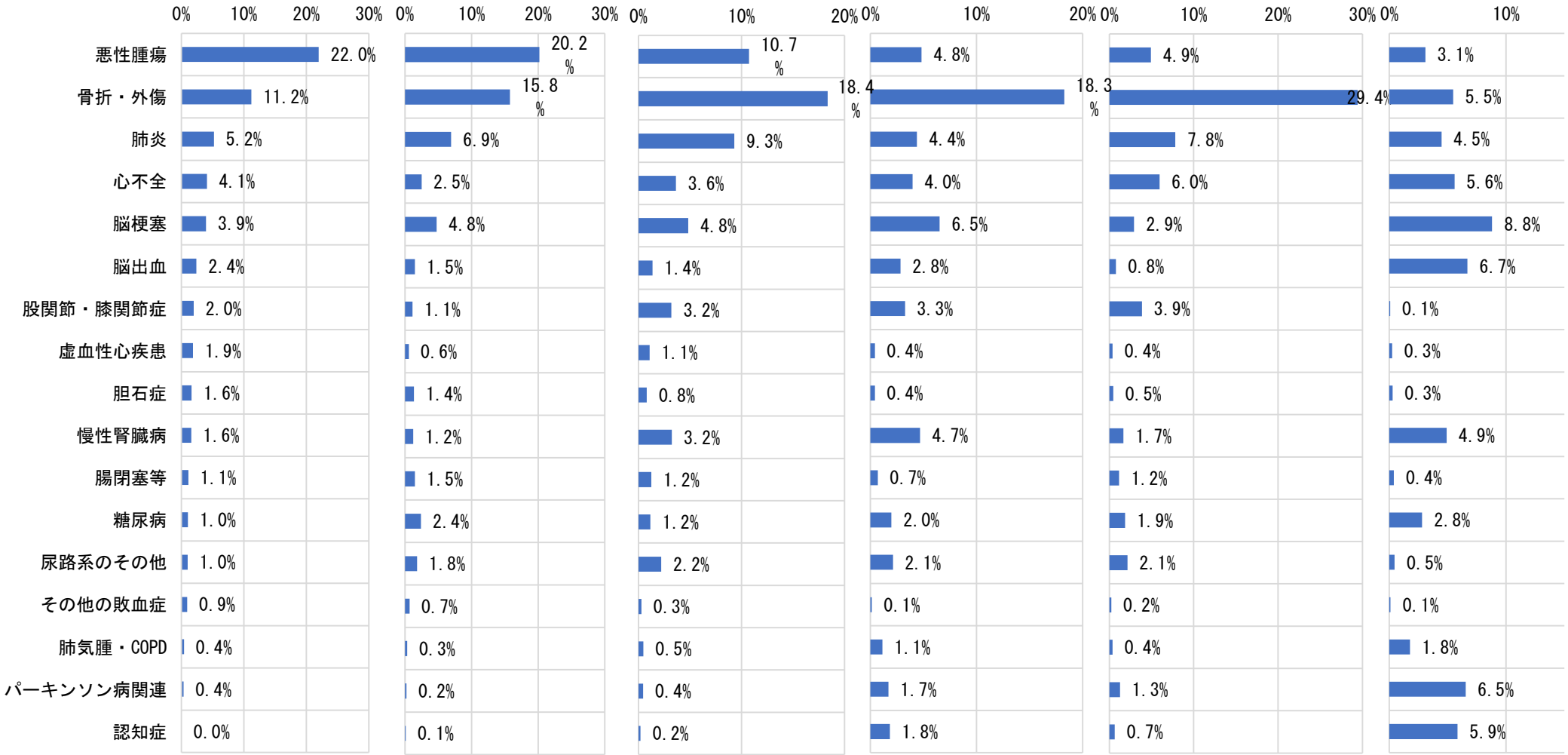


出典：保険局医療課調べ（令和元年度定例報告より）

入院料ごとの入院患者の主な傷病

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

入院料別・入院患者の主な主傷病の分布



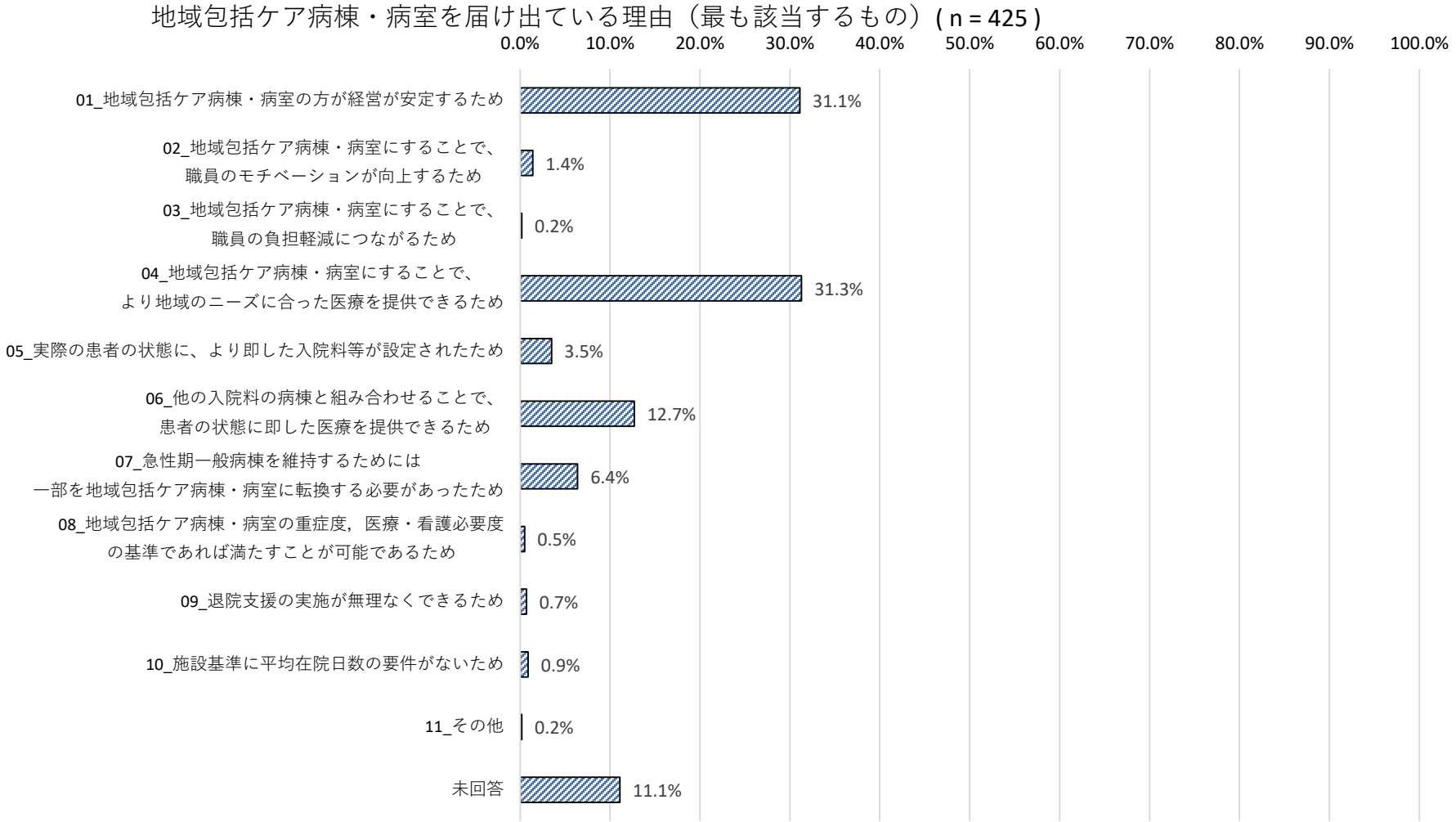
出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

※主要なものを事務局で抜粋・まとめたもの

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由

中医協　総－２
３．８．２５

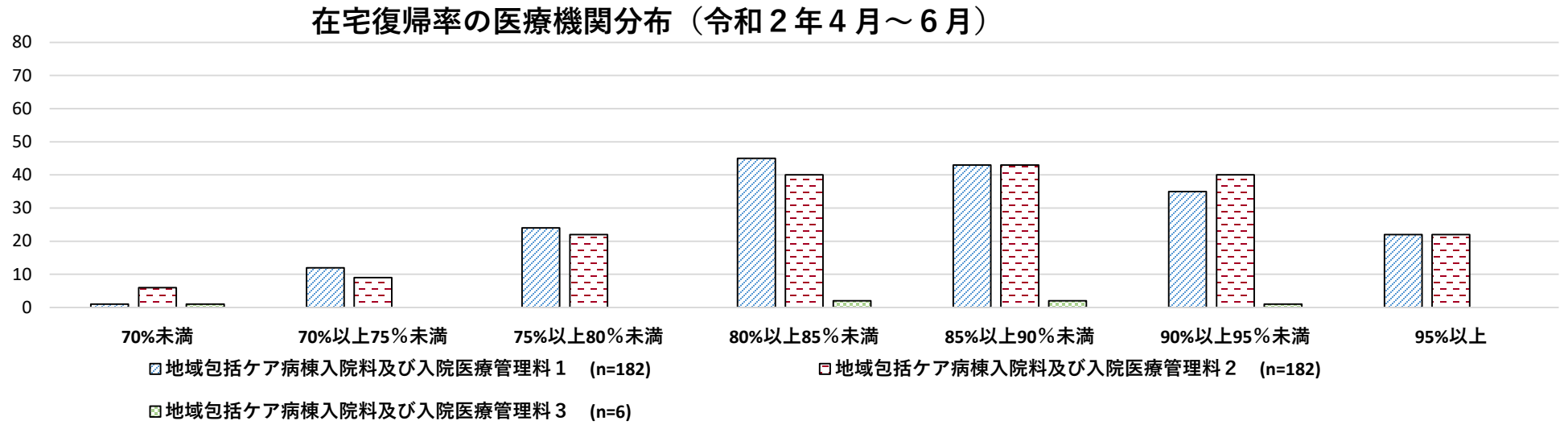
○　地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

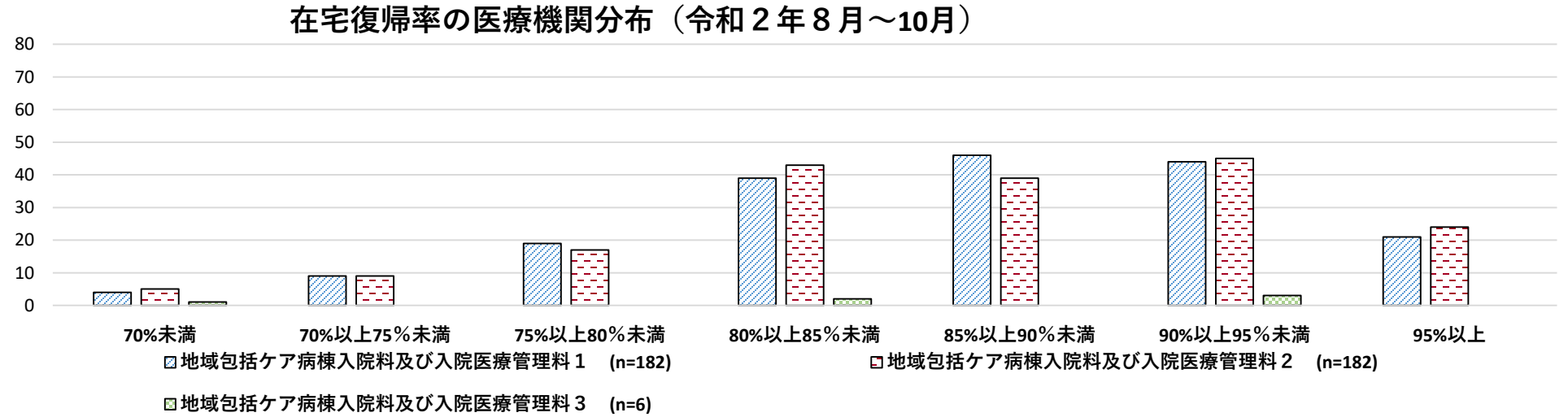


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○　地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。



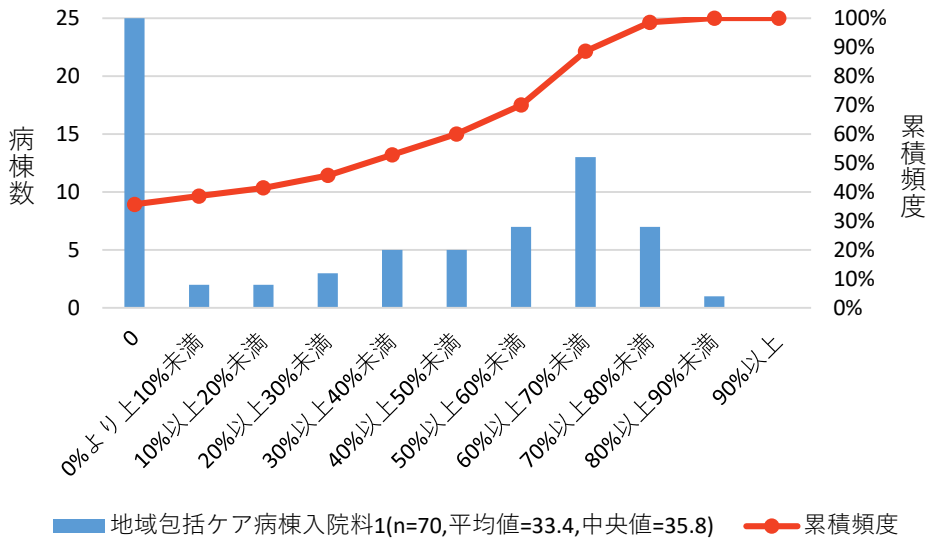


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

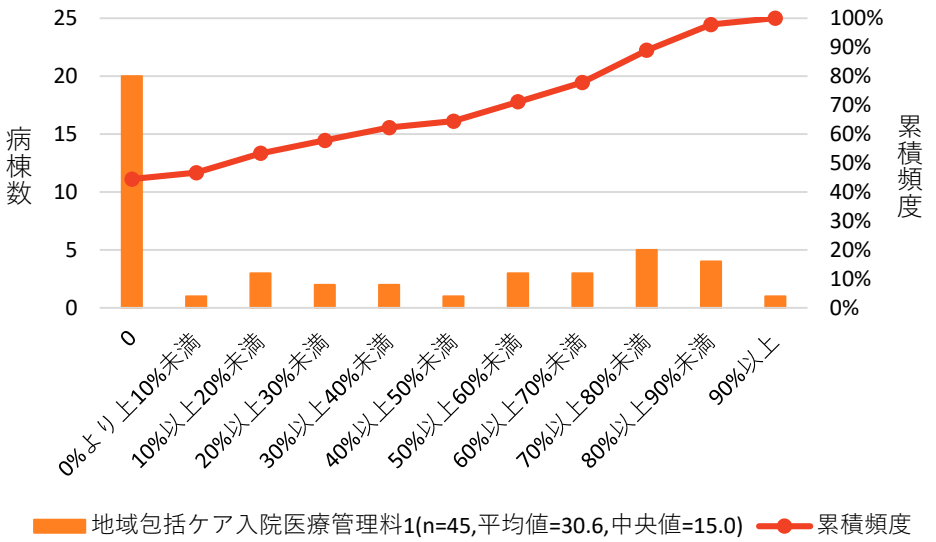
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

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

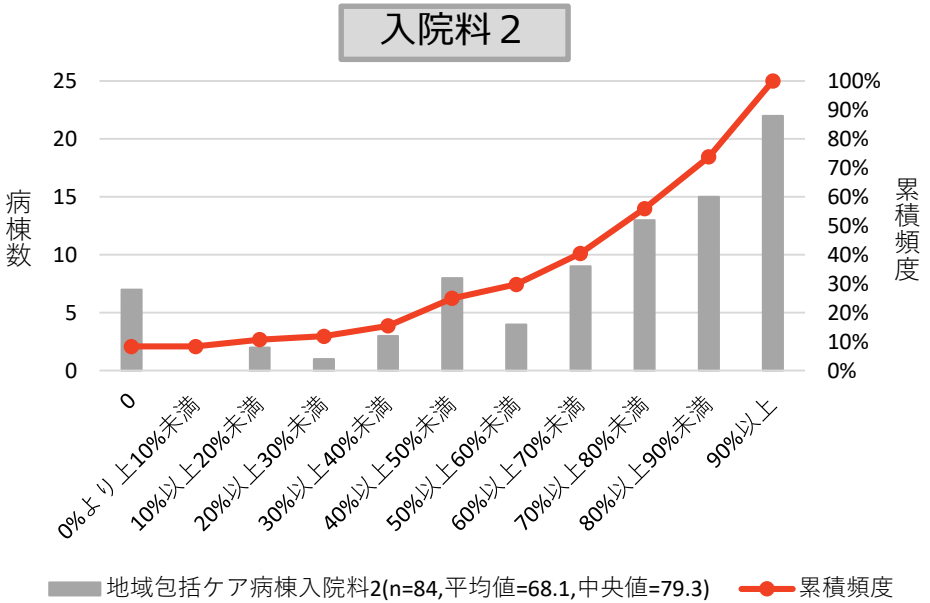
入院料１



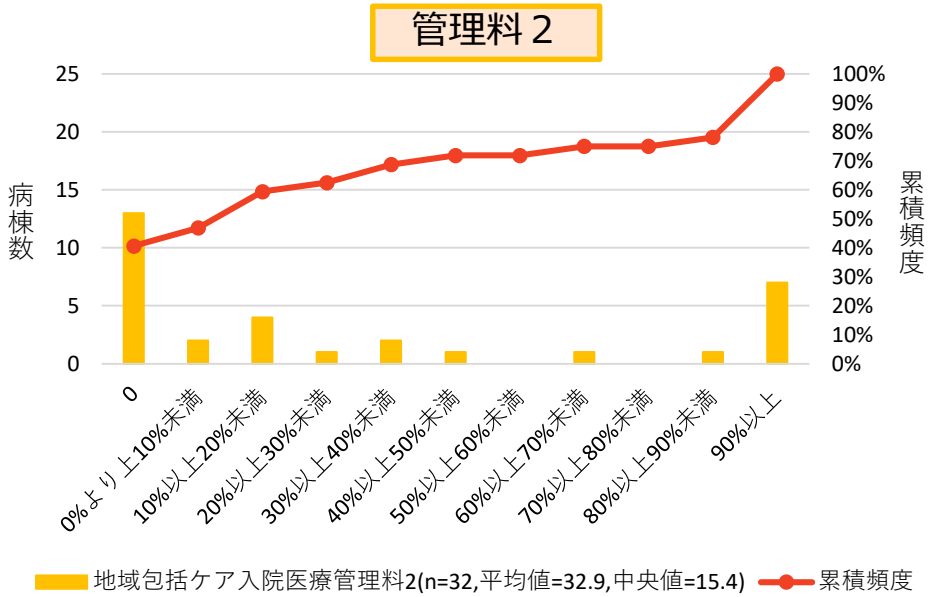
管理料１



入院料２



管理料２

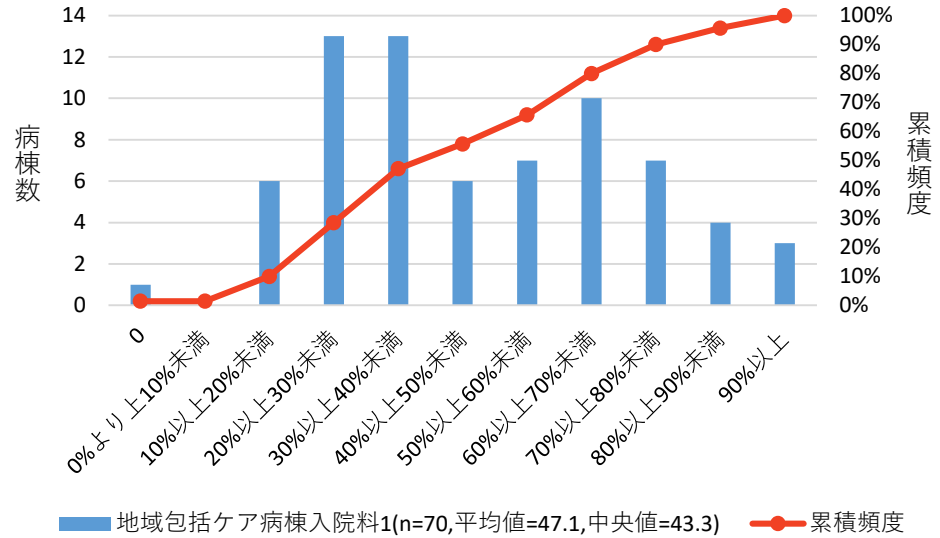


出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

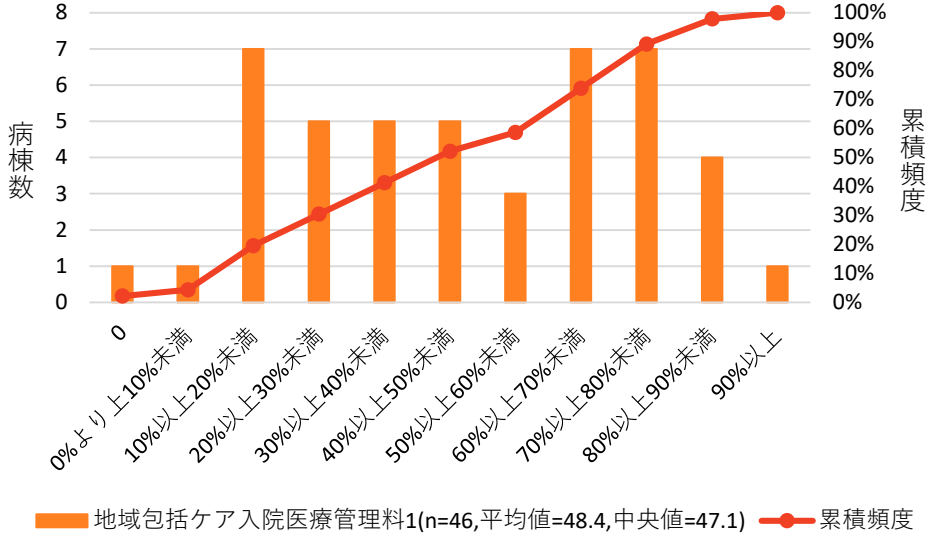
地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

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

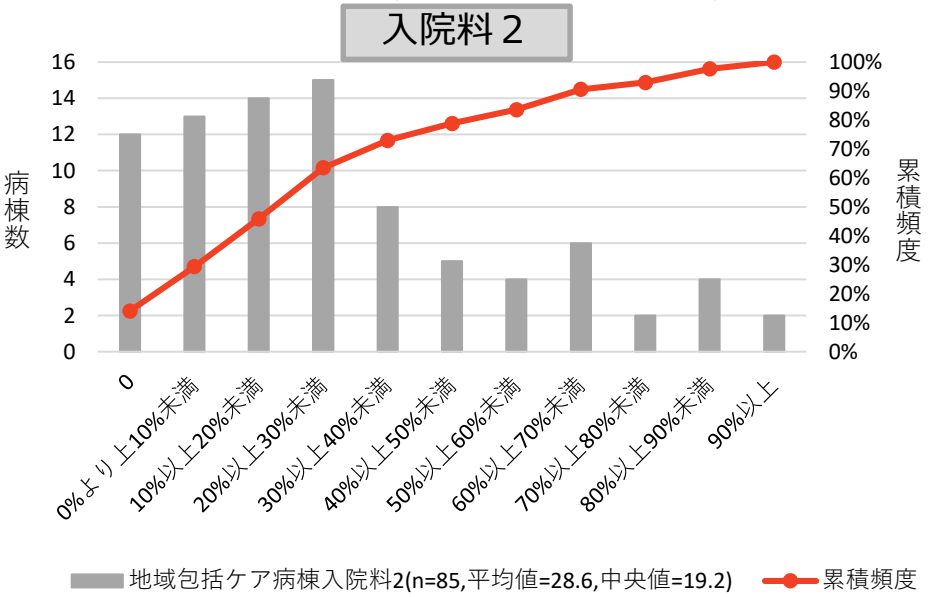
入院料１



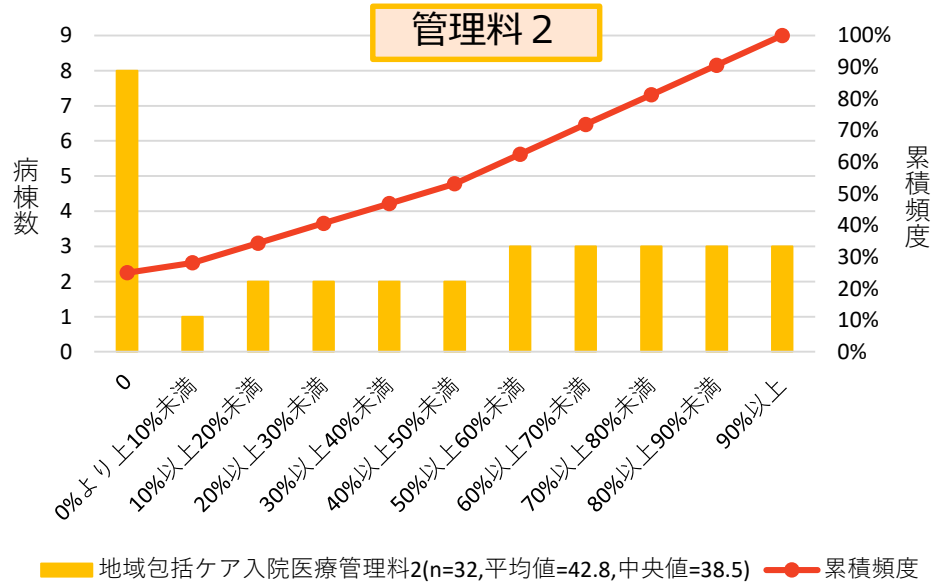
管理料１



入院料２



管理料２

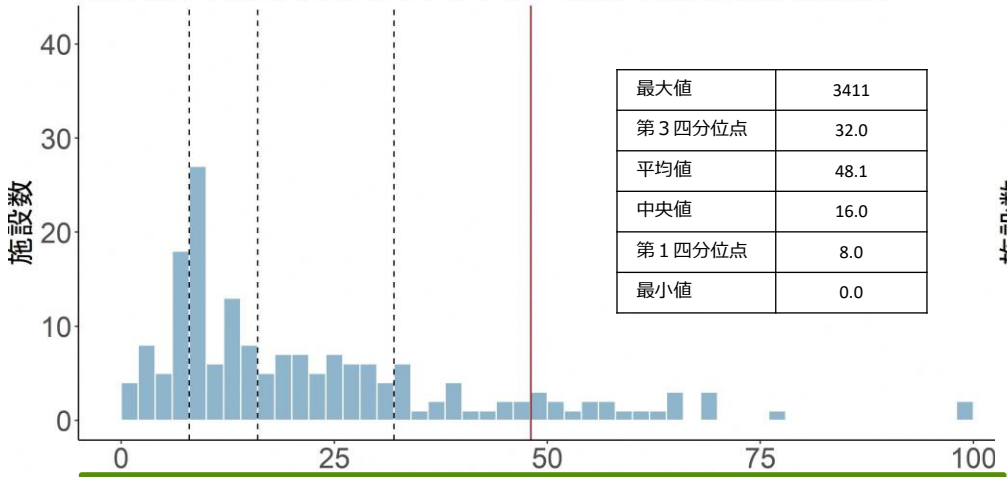


出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

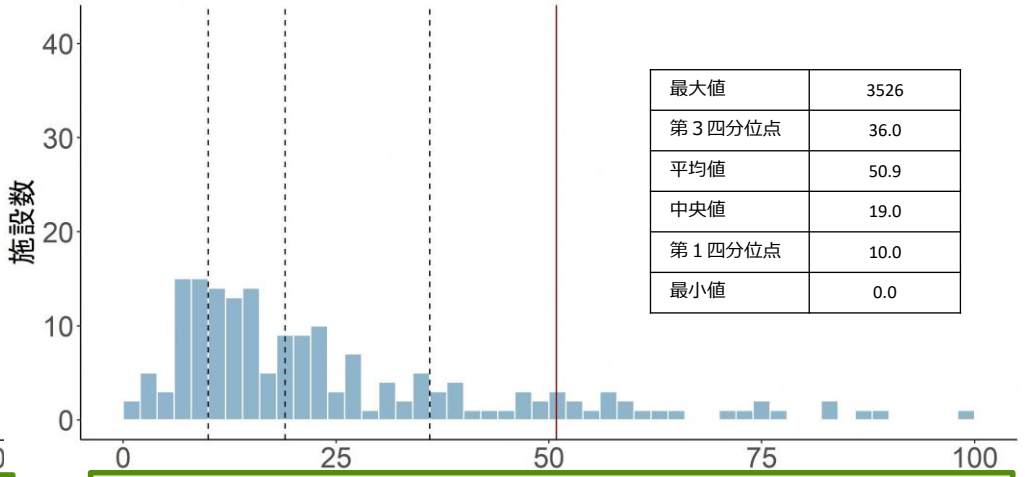
○ 自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおりであった。

地ケア入院料・管理料１（令和２年４～６月）



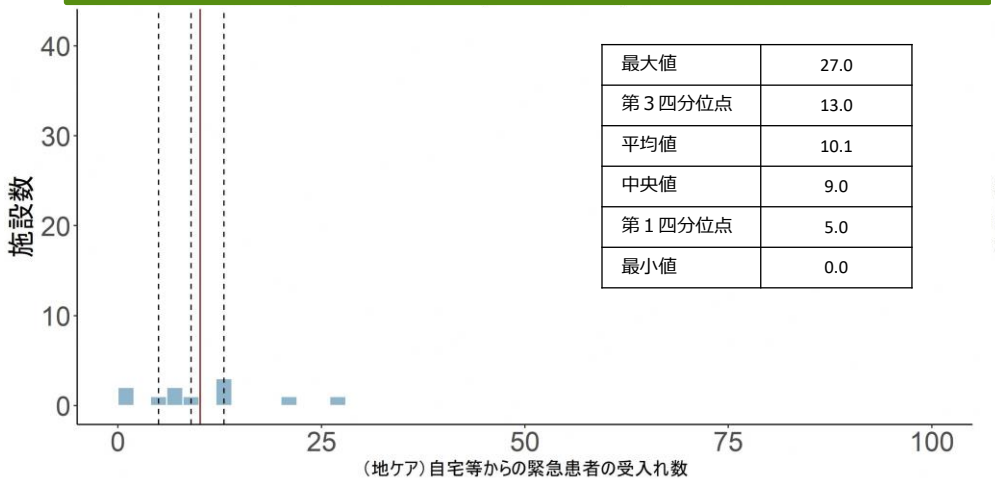
最大値	3411
第３四分位点	32.0
平均値	48.1
中央値	16.0
第１四分位点	8.0
最小値	0.0

地ケア入院料・管理料１（令和２年８～10月）



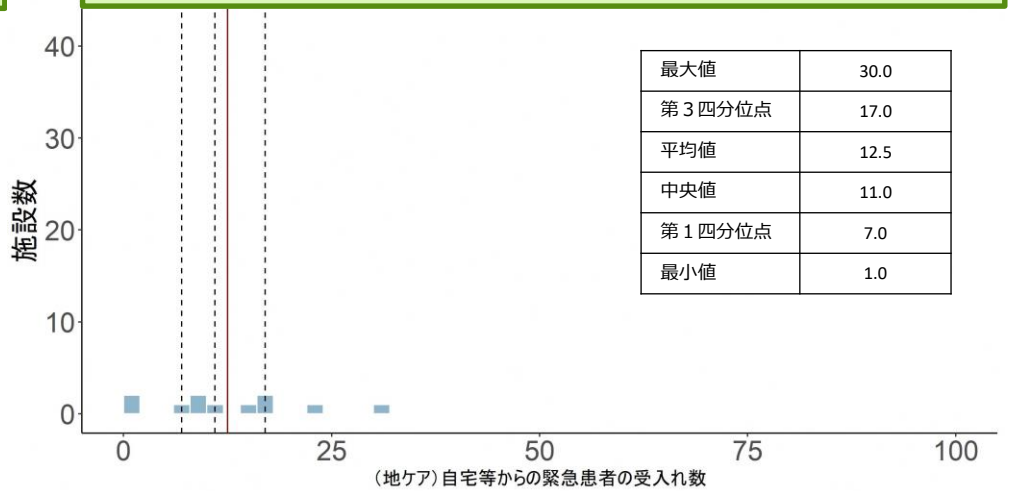
最大値	3526
第３四分位点	36.0
平均値	50.9
中央値	19.0
第１四分位点	10.0
最小値	0.0

地ケア入院料・管理料３（令和２年４～６月）



最大値	27.0
第３四分位点	13.0
平均値	10.1
中央値	9.0
第１四分位点	5.0
最小値	0.0

地ケア入院料・管理料３（令和２年８～10月）



最大値	30.0
第３四分位点	17.0
平均値	12.5
中央値	11.0
第１四分位点	7.0
最小値	1.0

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				ー			
一般病棟から転棟した患者割合※1	ー		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	ー	ー		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	ー
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		ー		1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		ー	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		ー		3月で6人以上		ー	
実績部分 地域包括ケアの実績※2	○		ー		○		ー	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		ー	○	○		ー	○
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

※2　以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

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

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケアの実績について

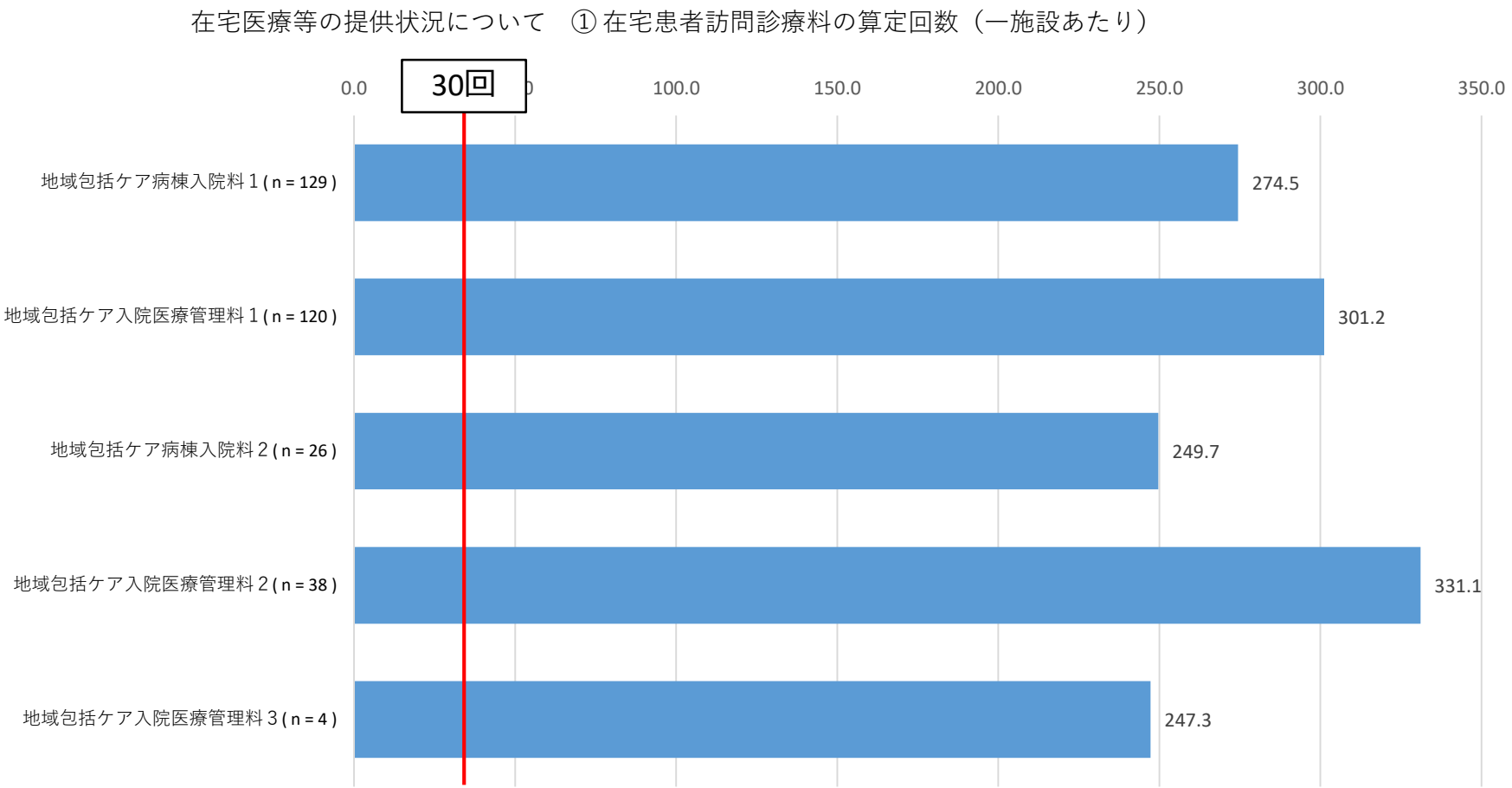
○　地域包括ケアの実績の各要件について、入院料毎に満たしている施設の割合は以下のとおりであった。

		全体		地域包括ケア病棟入院料１		地域包括ケア入院医療管理料１		地域包括ケア病棟入院料２		地域包括ケア入院医療管理料２		地域包括ケア入院医療管理料３		地域包括ケア入院医療管理料４	
		施設数	割合（%）	施設数	割合（%）	施設数	割合（%）	施設数	割合（%）	施設数	割合（%）	施設数	割合（%）	施設数	割合（%）
全体数		418	100%	156	100%	138	100%	61	100%	67	100%	5	100%	4	100%
満たしている要件	当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること	296	71%	130	83%	120	87%	20	33%	32	48%	4	80%	1	25%
	当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近３月か月間で60回以上であること	41	10%	8	5%	19	14%	9	15%	5	7%	0	0%	0	0%
	当該保険医療機関において、同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３月か月間で300回以上であること	90	22%	40	26%	27	20%	12	20%	10	15%	1	20%	1	25%
	当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること	50	12%	19	12%	21	15%	2	3%	9	13%	0	0%	2	50%
	当該保険医療機関において退院時共同指導料２の算定回数が直近３か月間で６回以上であること	58	14%	25	16%	14	10%	15	25%	3	4%	1	20%	0	0%
	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスの提供実績を有していること	349	83%	136	87%	121	88%	39	64%	56	84%	4	80%	4	100%

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）　　令和３年６月１日時点

地域包括ケアの実績について

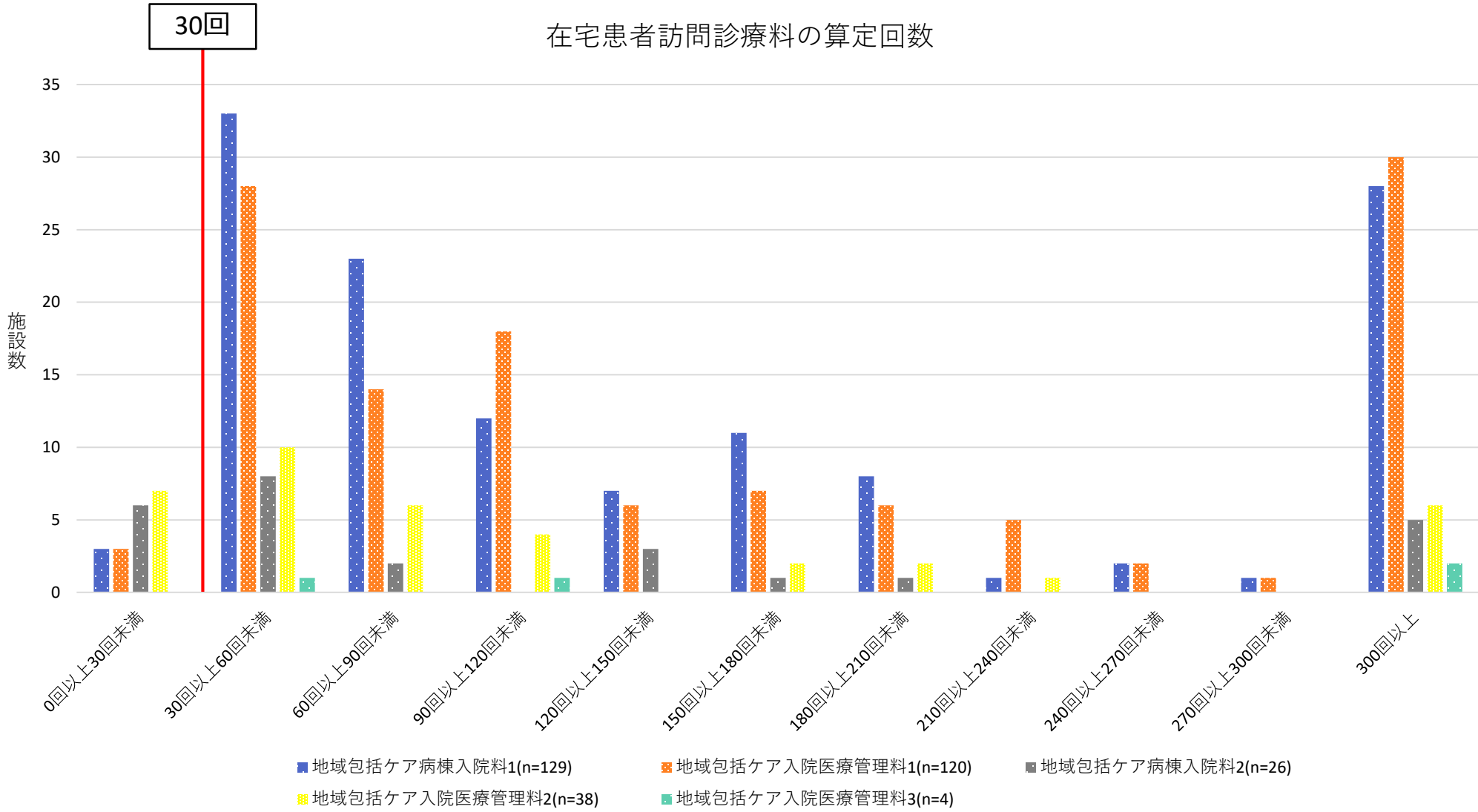
○　地域包括ケアの実績のうち、「①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数」の平均値は以下のとおりであった。どの入院料も基準を大きく上回っていた。



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）
※n２以下は除く。

地域包括ケアの実績について

○　地域包括ケアの実績のうち、「①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

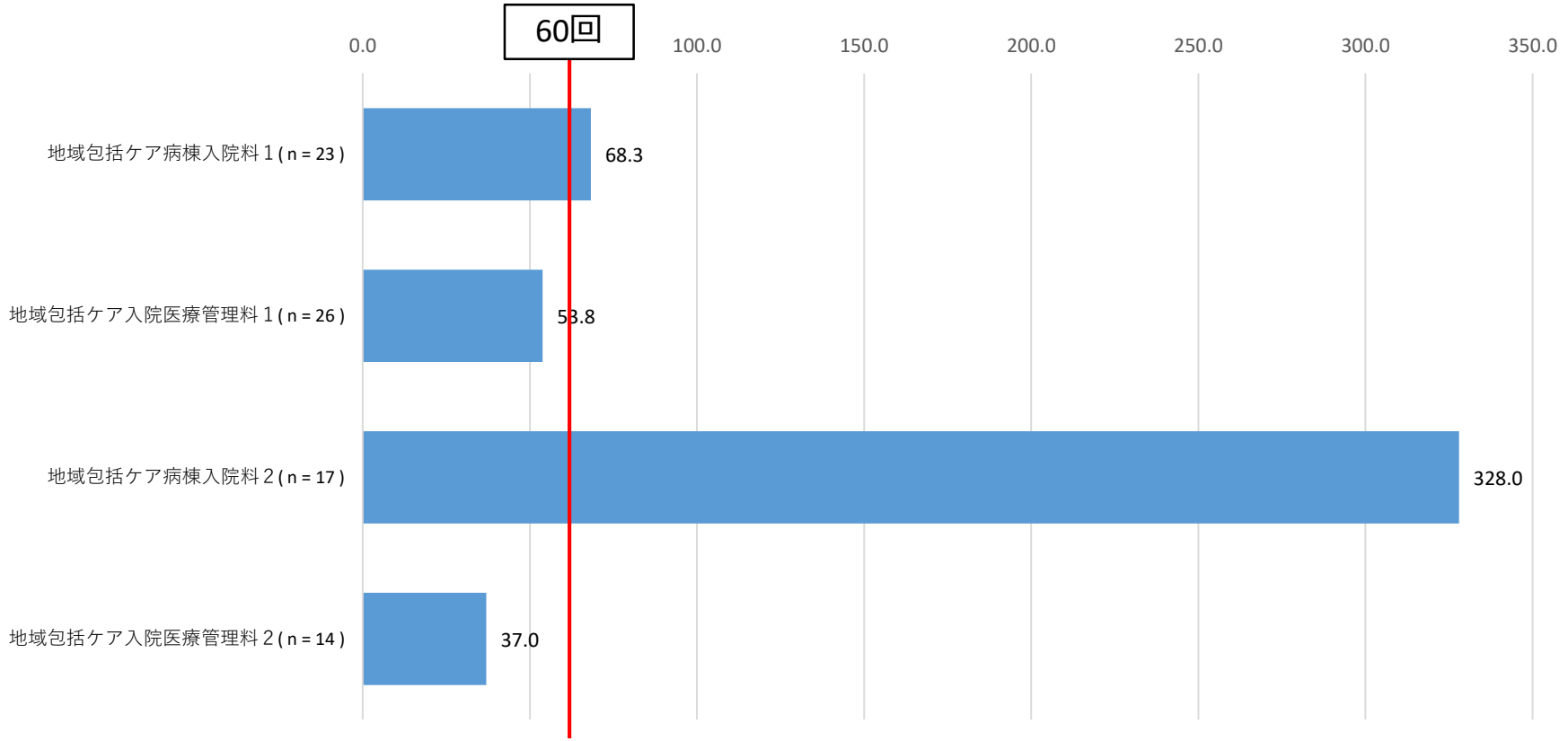


出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○　地域包括ケアの実績のうち、「② 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」の平均値は以下のとおりであった。平均値が、施設基準上の基準値を下回る入院料が存在した。

② 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

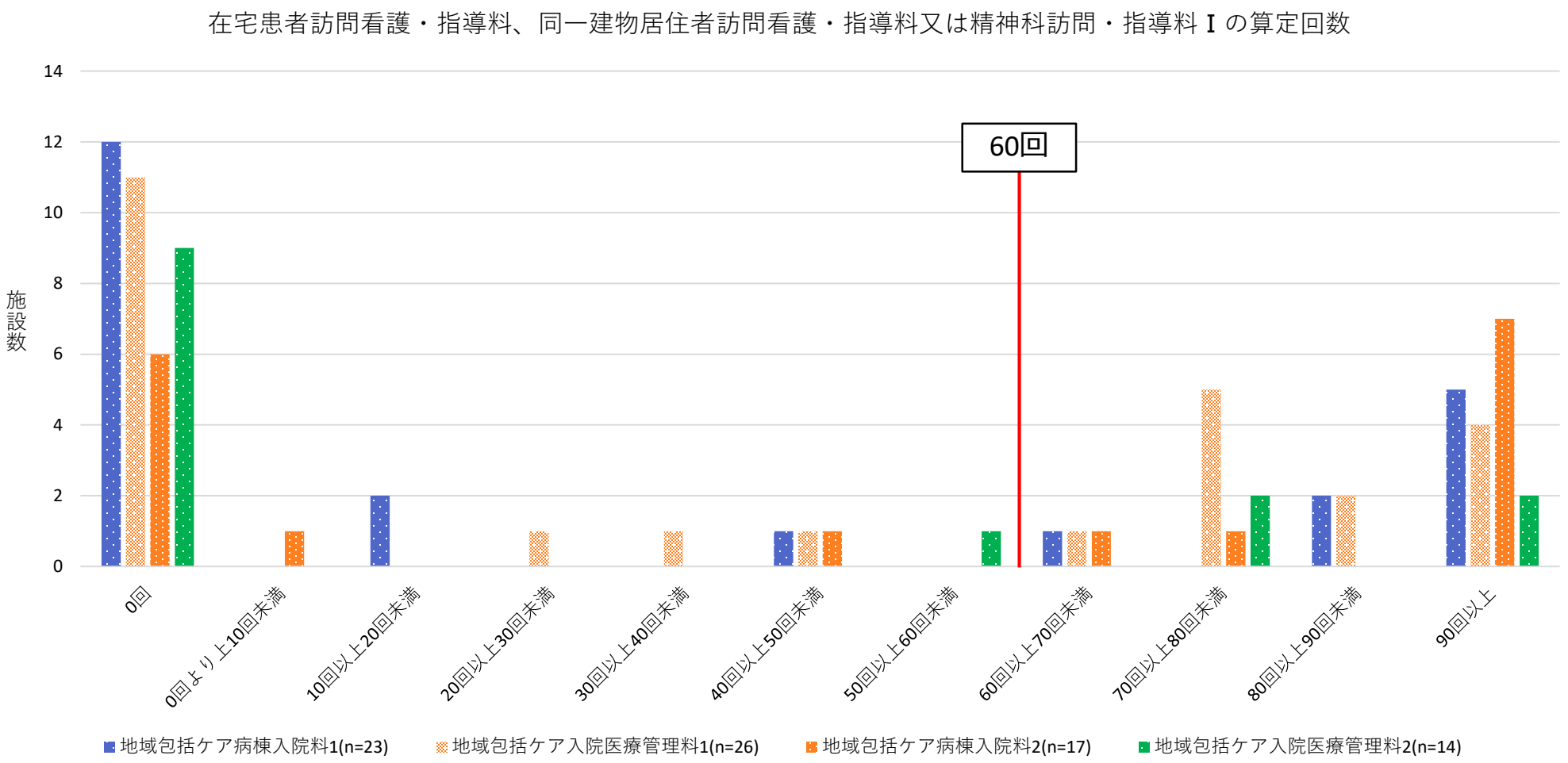


※n２以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○　地域包括ケアの実績のうち、「② 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」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。



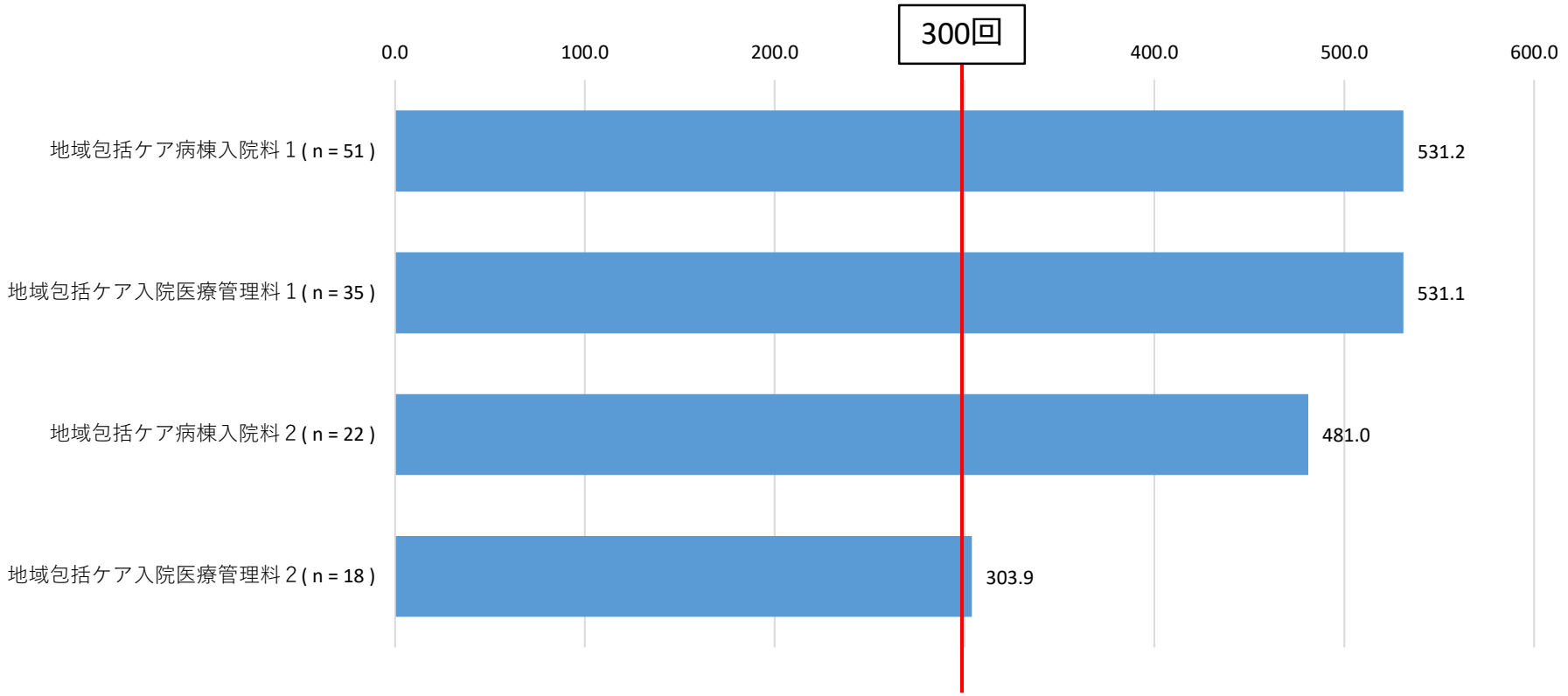
※n２以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「 ③ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数」の平均値は以下のとおり。どの入院料においても、平均値が基準以上であった。

③ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数

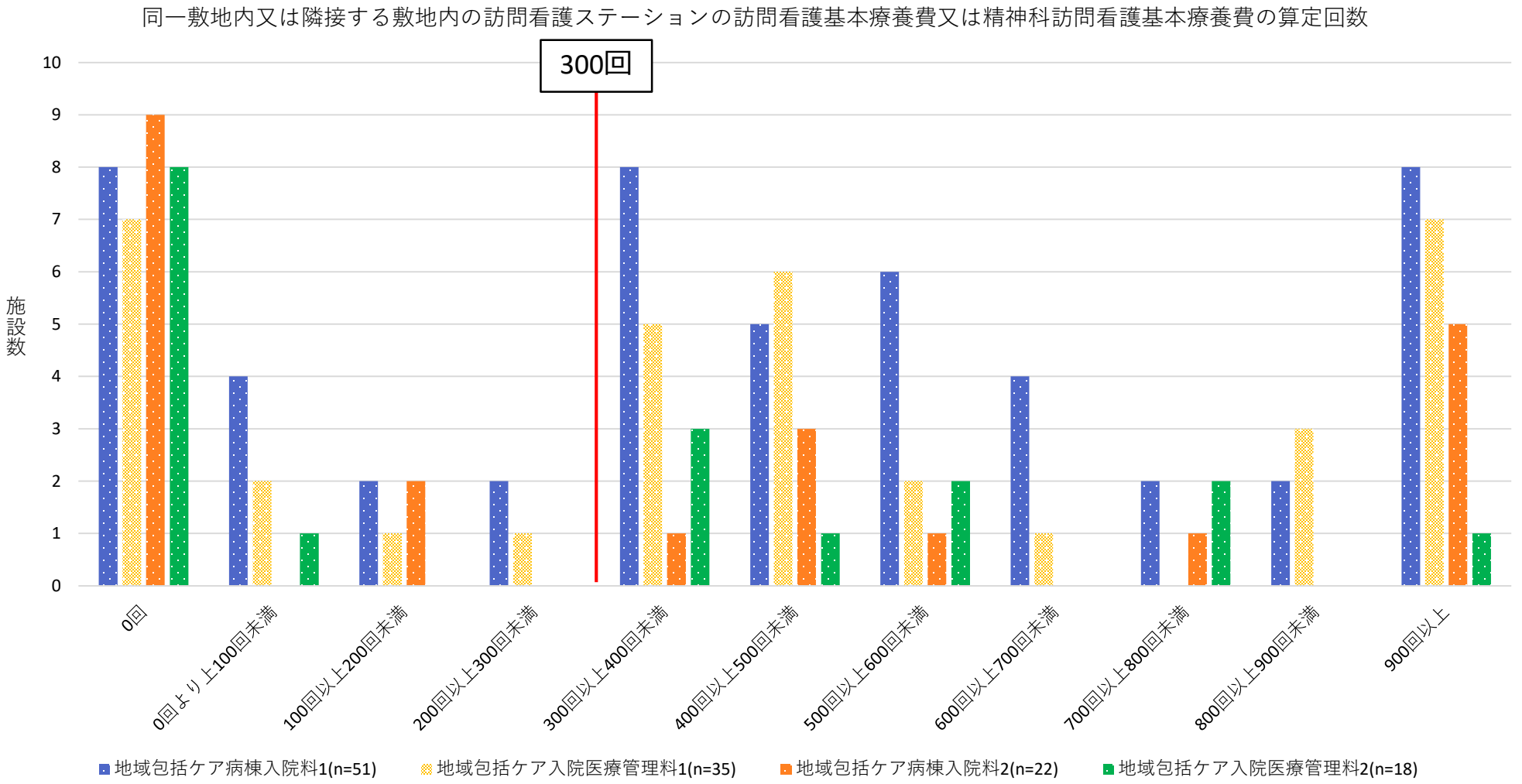


※n２以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

〇地域包括ケアの実績のうち、「 ③ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。



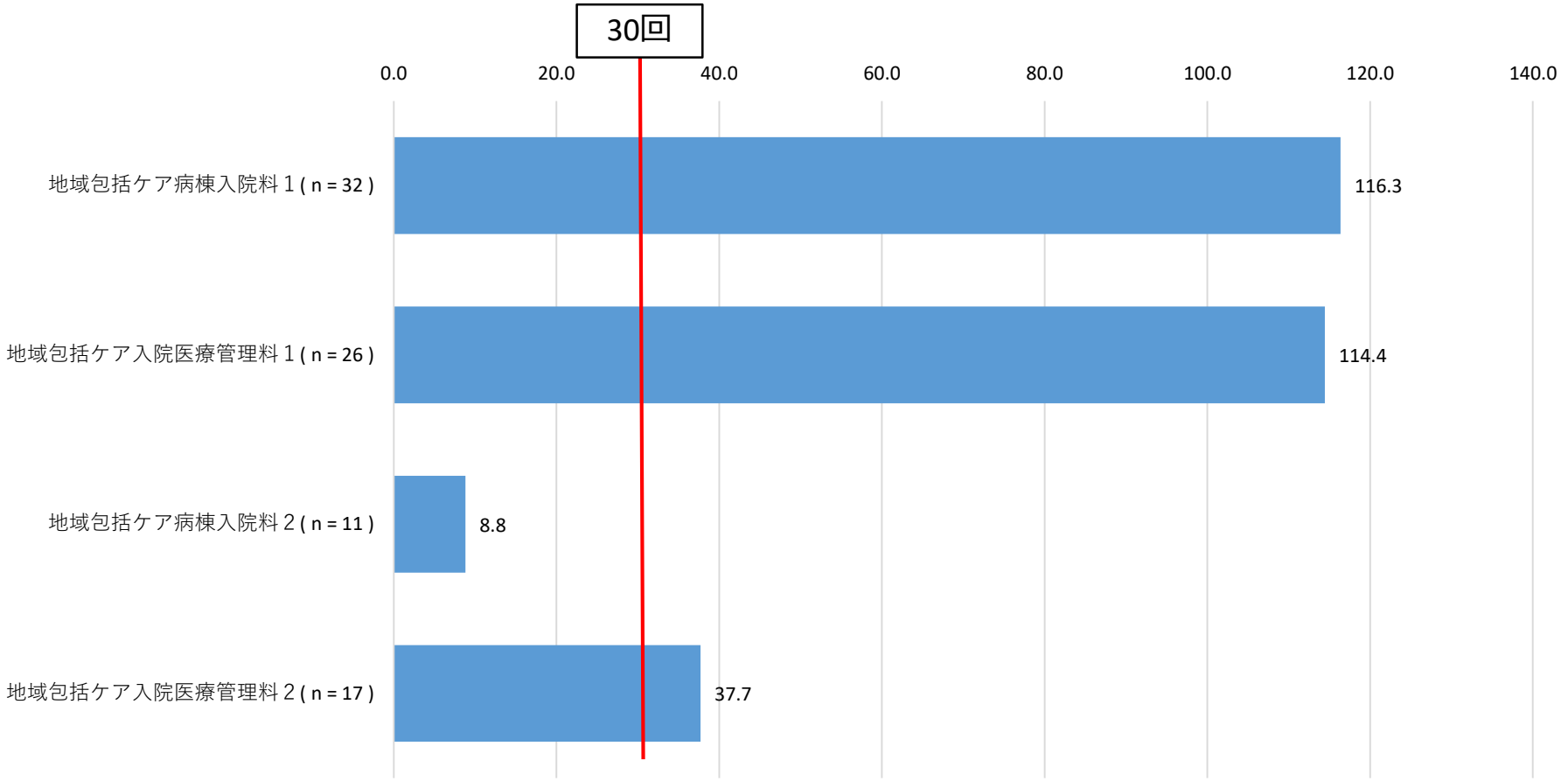
※n 2 以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「④ 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」の平均値は以下のとおり。一部の入院料において、平均値が施設基準上の基準値を下回っていた。

④ 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（一施設あたり）

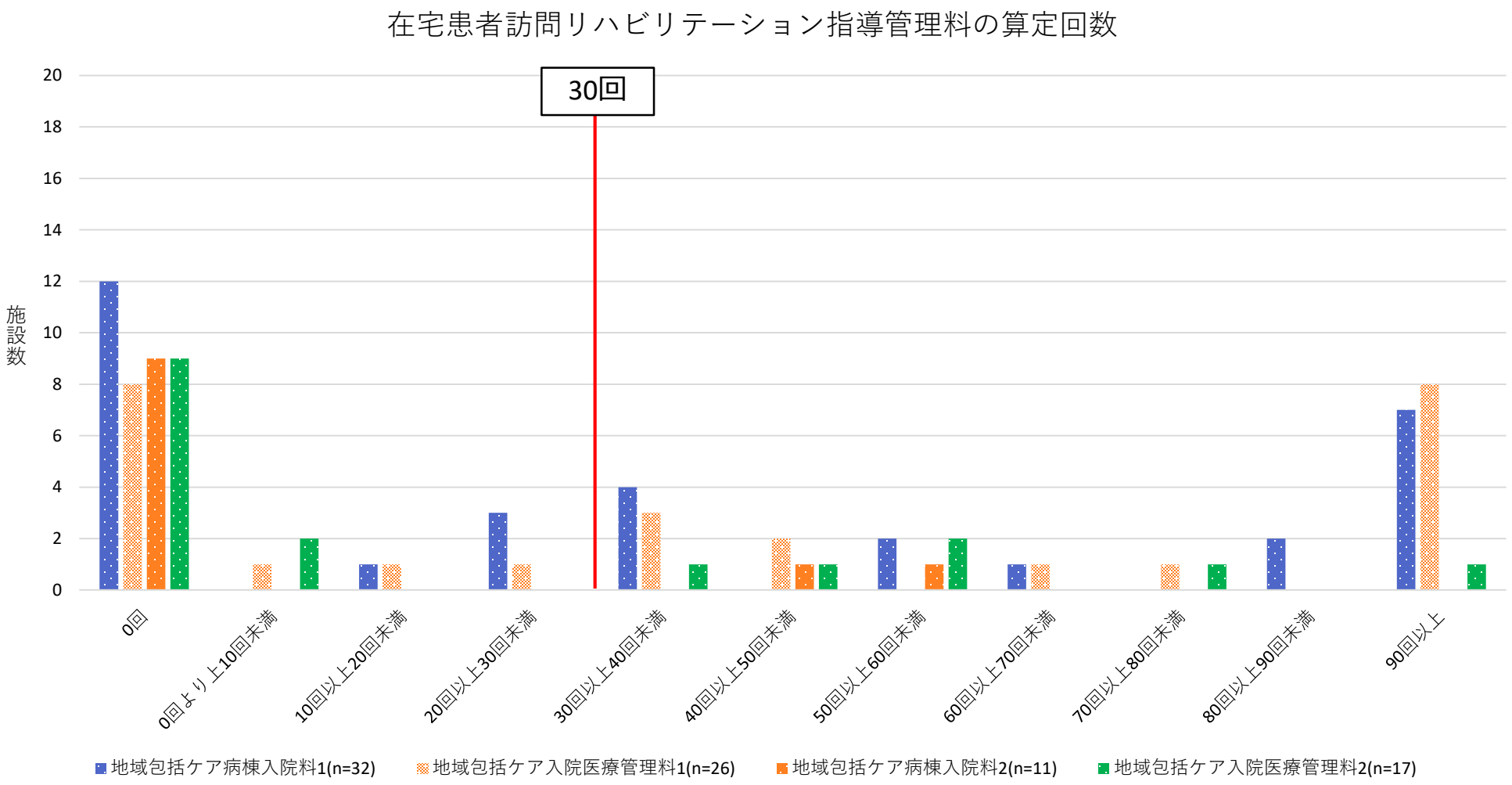


※n２以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「④ 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」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。



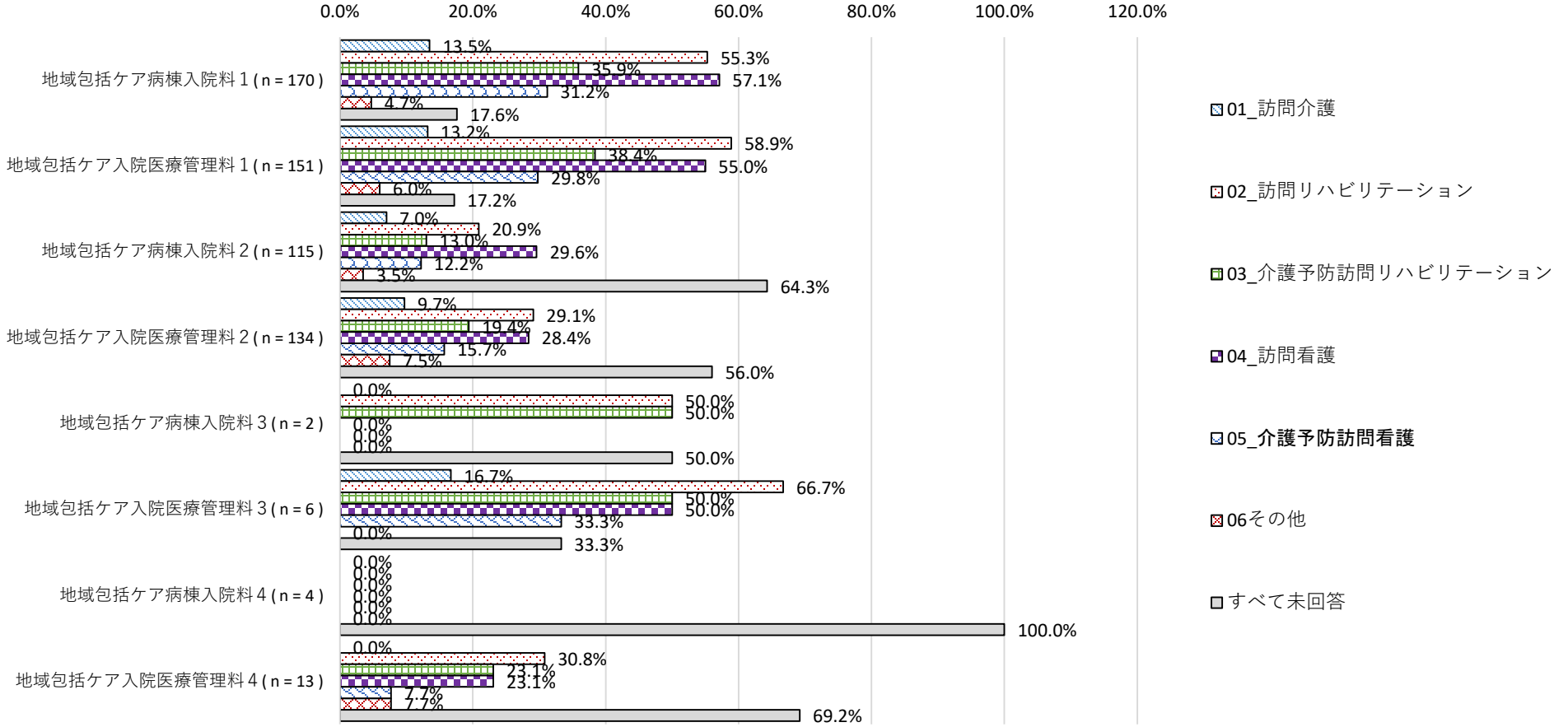
※n２以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。」の状況は以下のとおりであった。

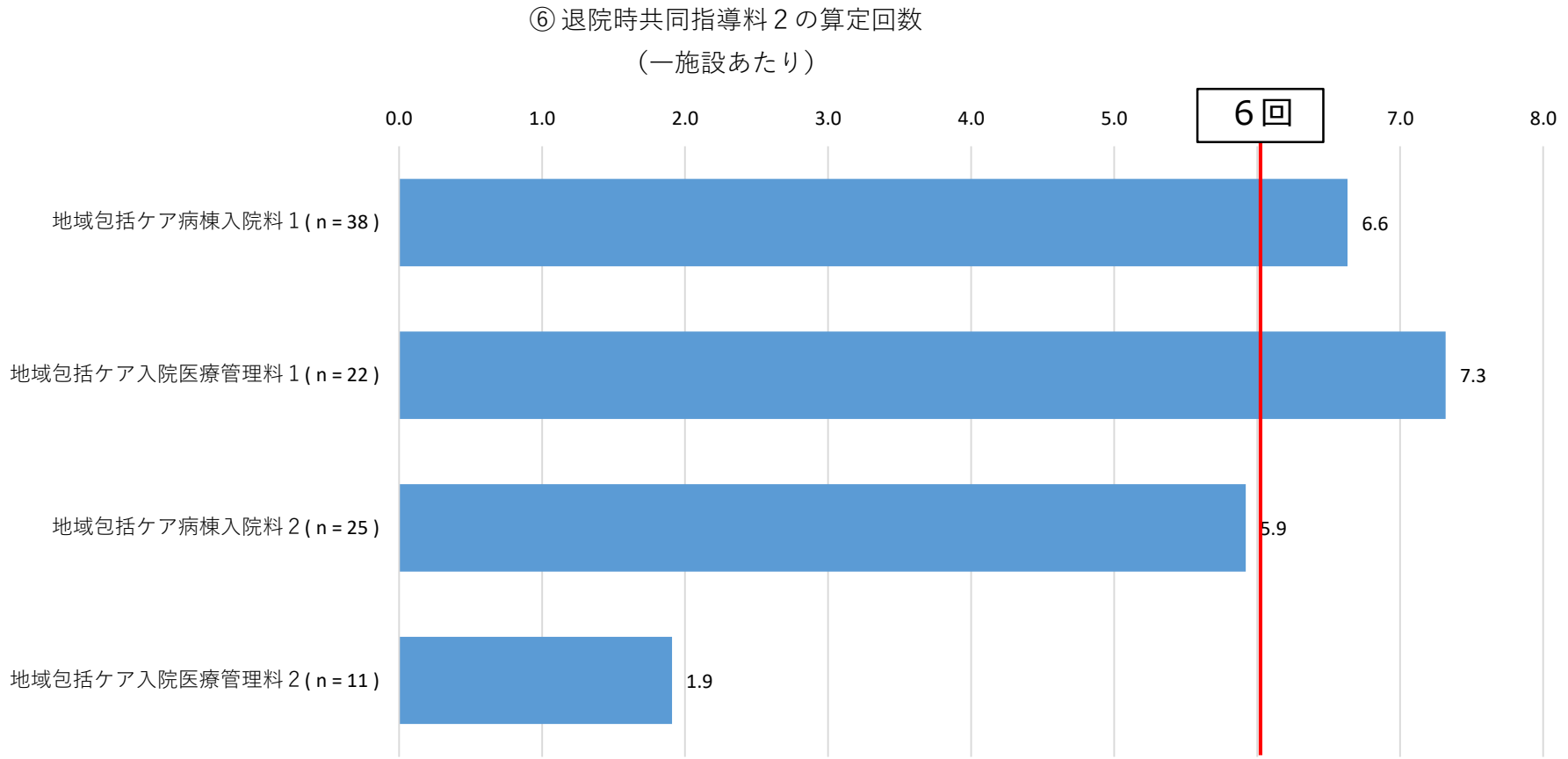
在宅医療等の提供状況について　⑥同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービス



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

〇地域包括ケアの実績のうち、「 ⑥ 退院時共同指導料2の算定回数」の状況は以下のとおりであった。一部の入院料において、平均値が基準値を下回っていた。

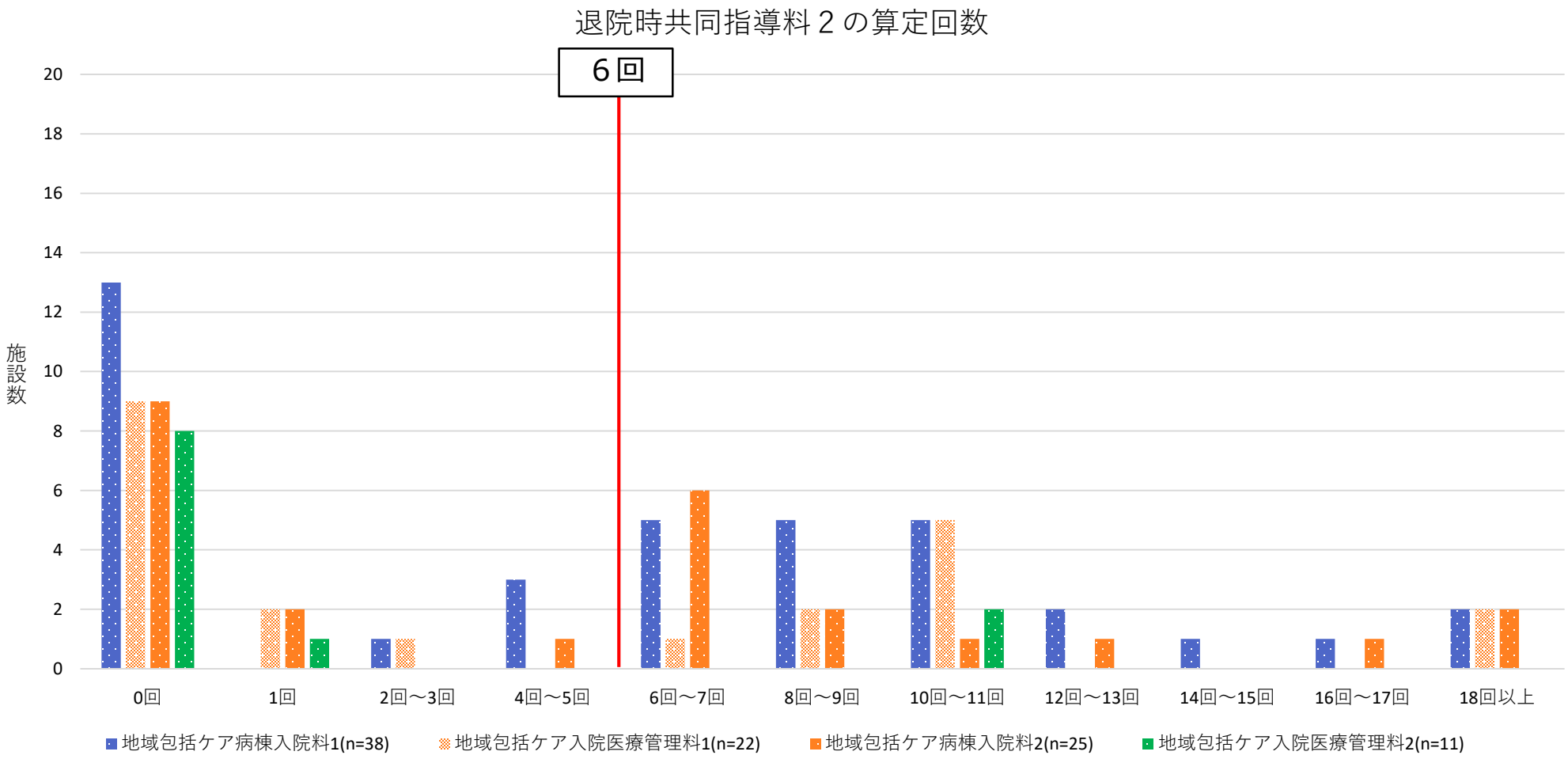


※n２以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

〇地域包括ケアの実績のうち、「⑥ 退院時共同指導料2の算定回数」の医療機関分布は以下のとおり。

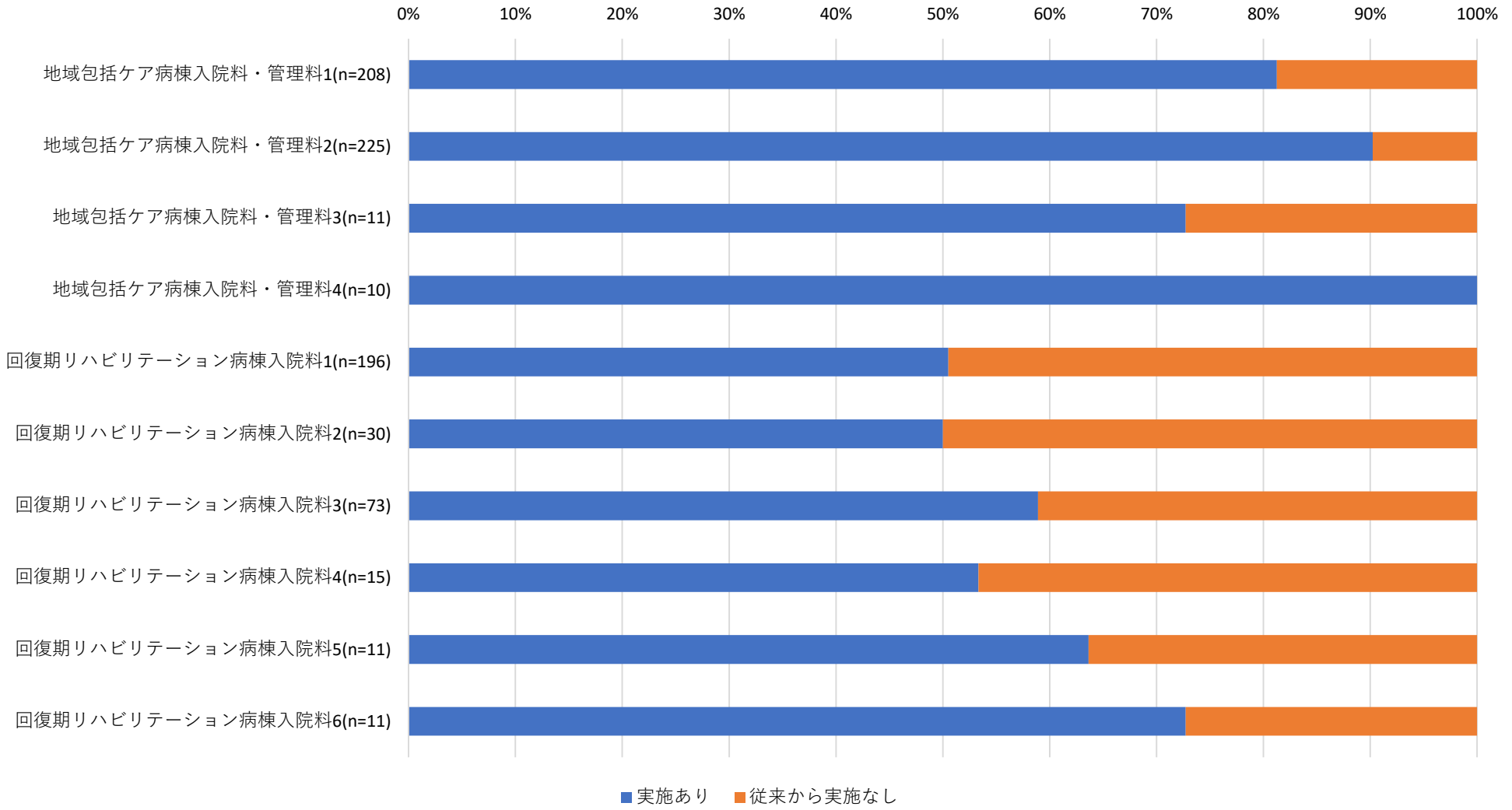


出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

※n２以下は除く。

地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を持つ医療機関の救急の状況

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



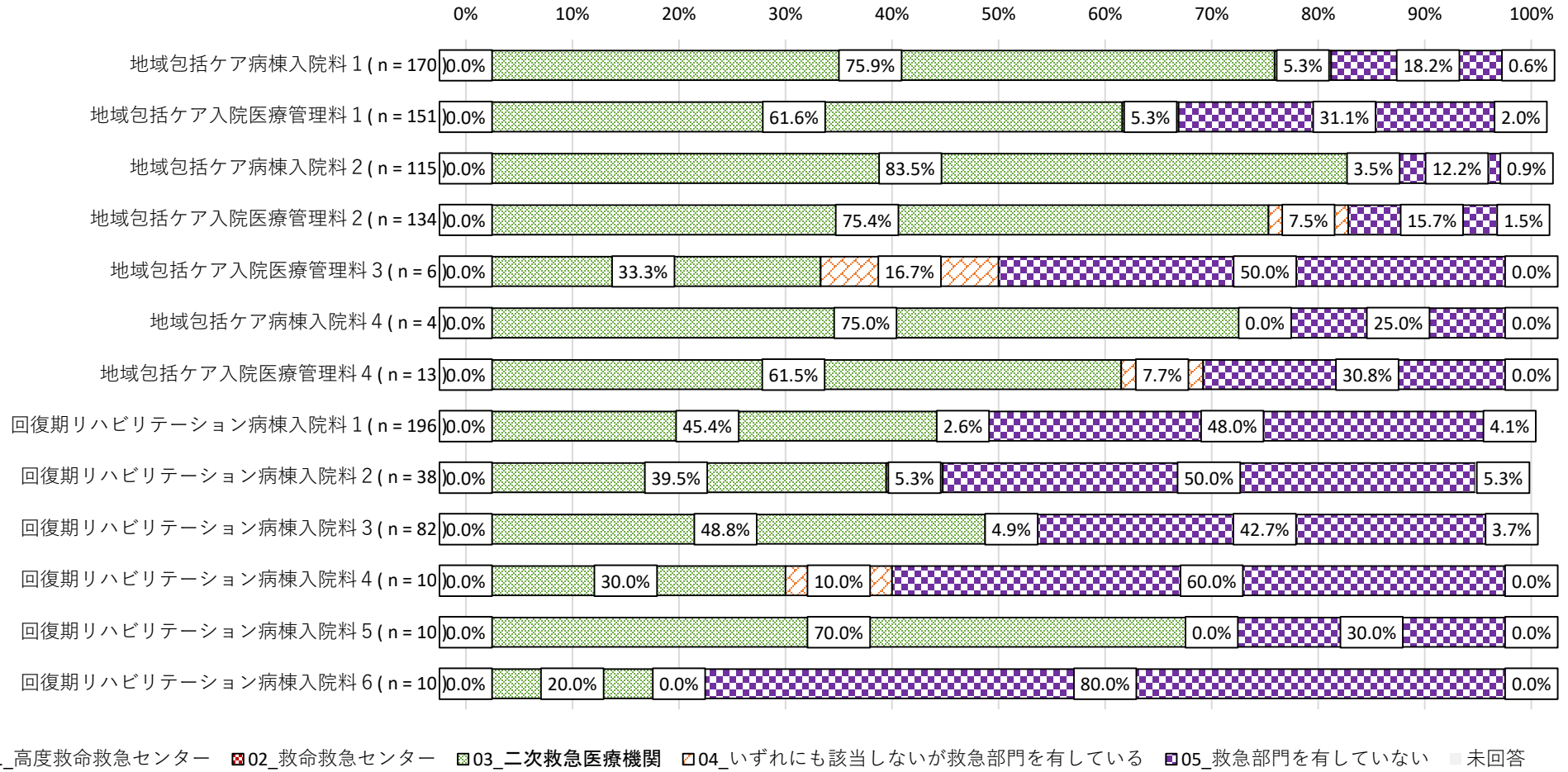
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急について

○　地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救命救急センター等の体制は以下のとおり。

診調組　入－３
３．１０．１

救急医療体制（令和３年６月１日時点）



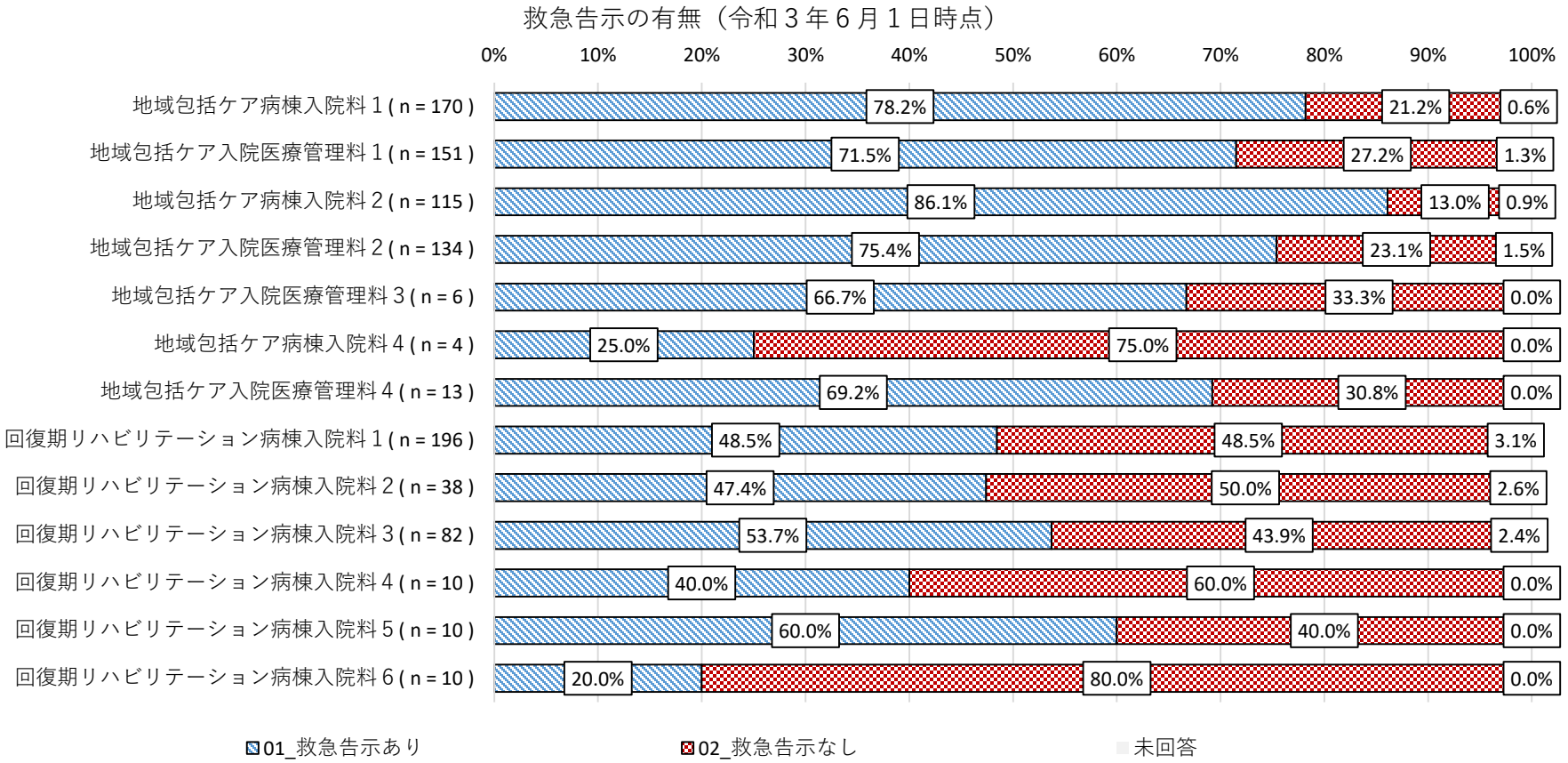
※：n数2以下は除く。

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急について

診調組　入－３
３．１０．１

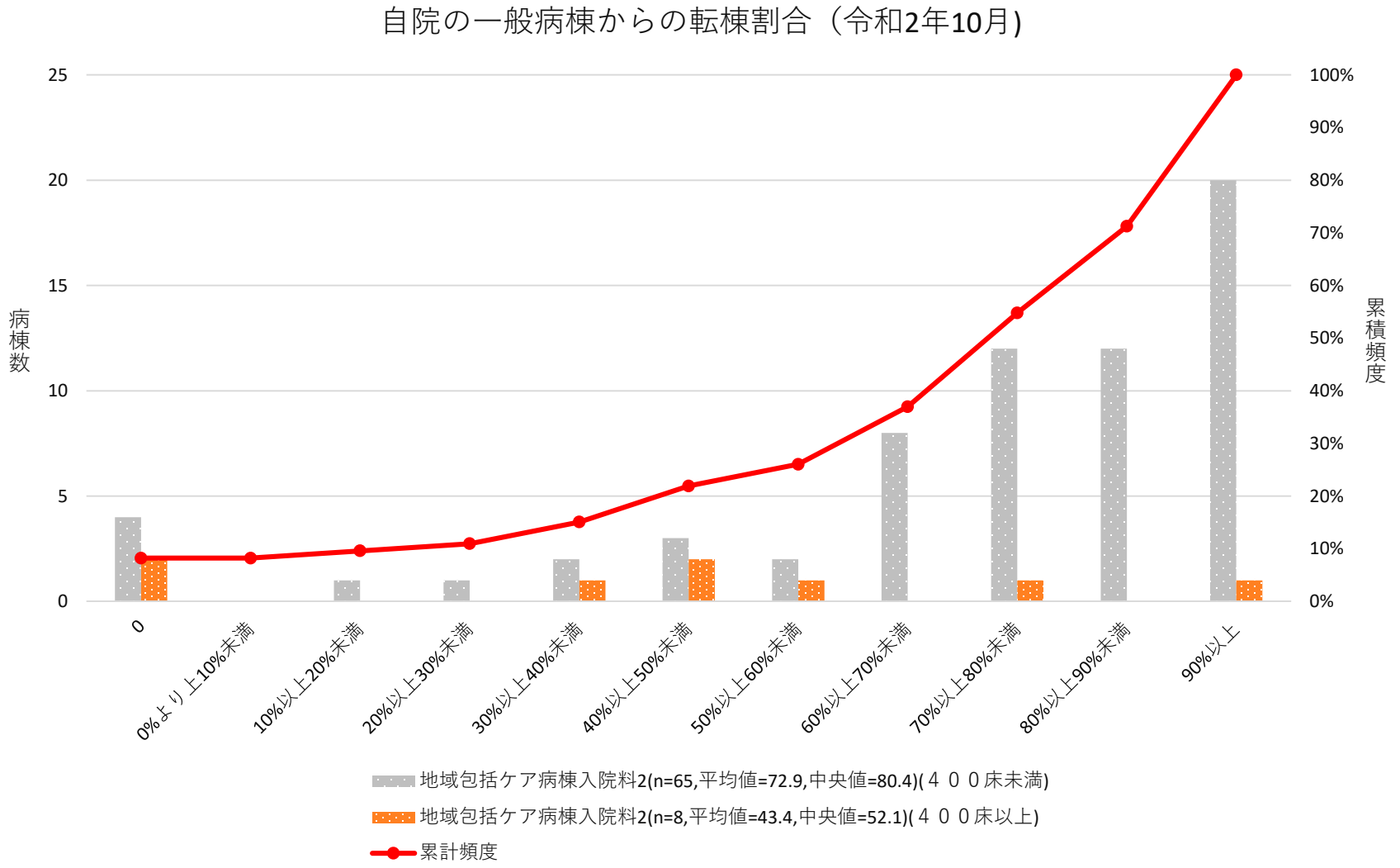
○ 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急告示の有無は以下のとおり。
○ 地域包括ケア病棟を有する医療機関で救急告示を行っていない医療機関は２～３割であった。



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

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。

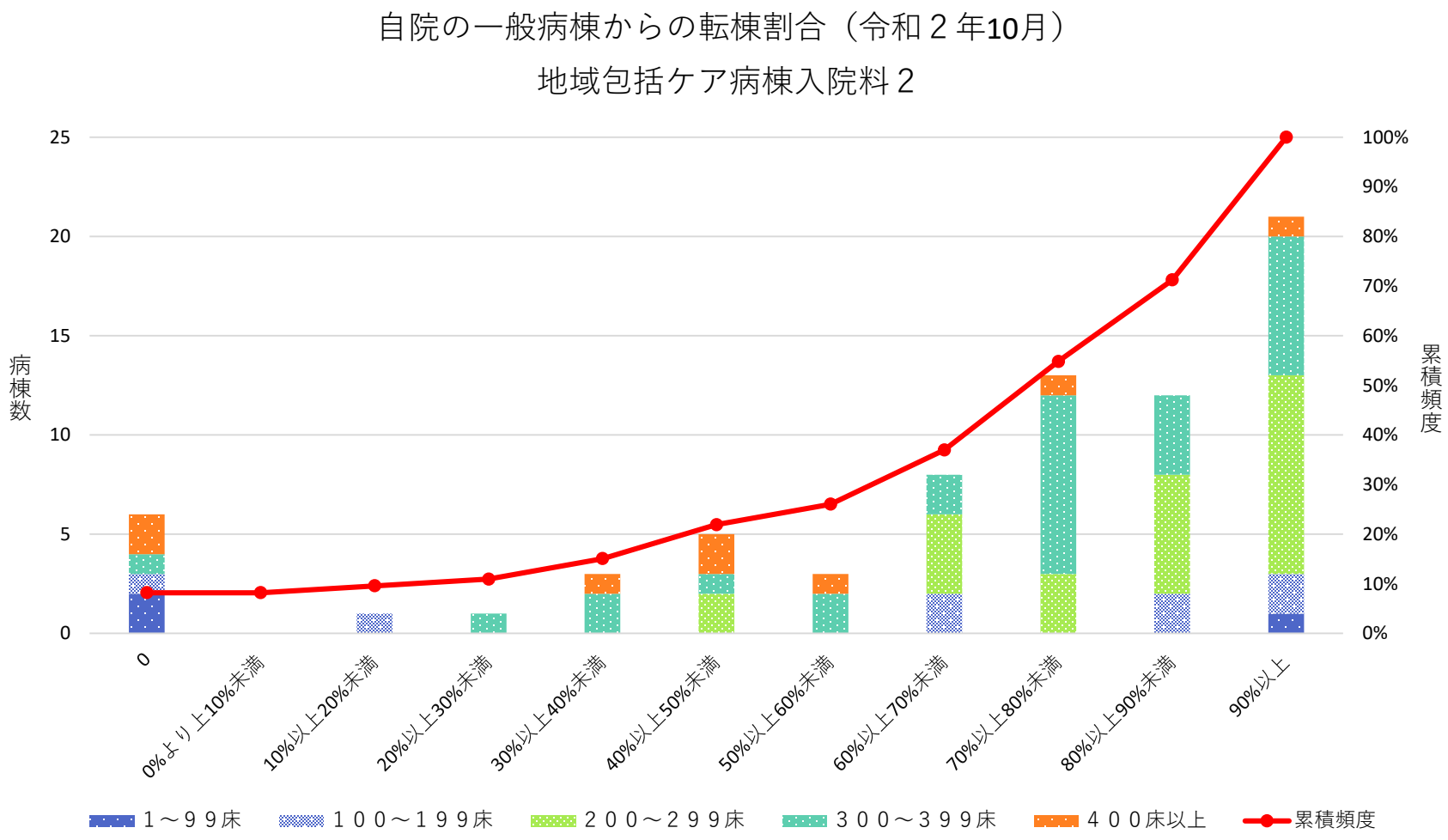


出典：令和２年度入院医療等における実態調査（施設票、病棟票）

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－４
３．１０．１

○　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。



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。

診調組　入－４
３．１０．１

		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

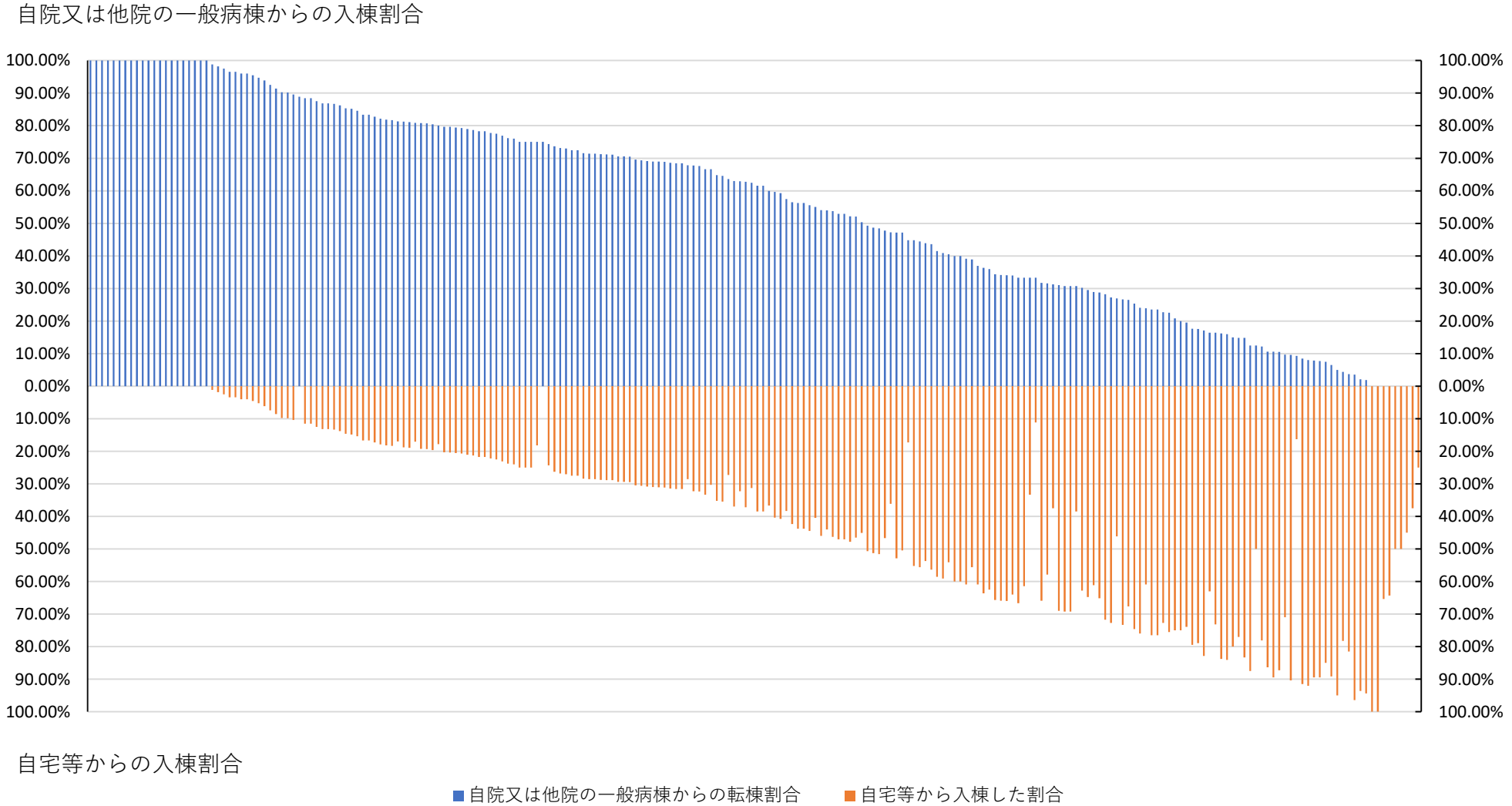
※：令和３年７月時点での医療機関情報を元に、令和２年５月と令和２年10月の算定状況を比較。
生活療養を受けている場合の点数については掲載していない。

出典：保険局医療課調べ

入棟元の割合分布 ①

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

地域包括ケア病棟入院料・管理料　10月(n=233)

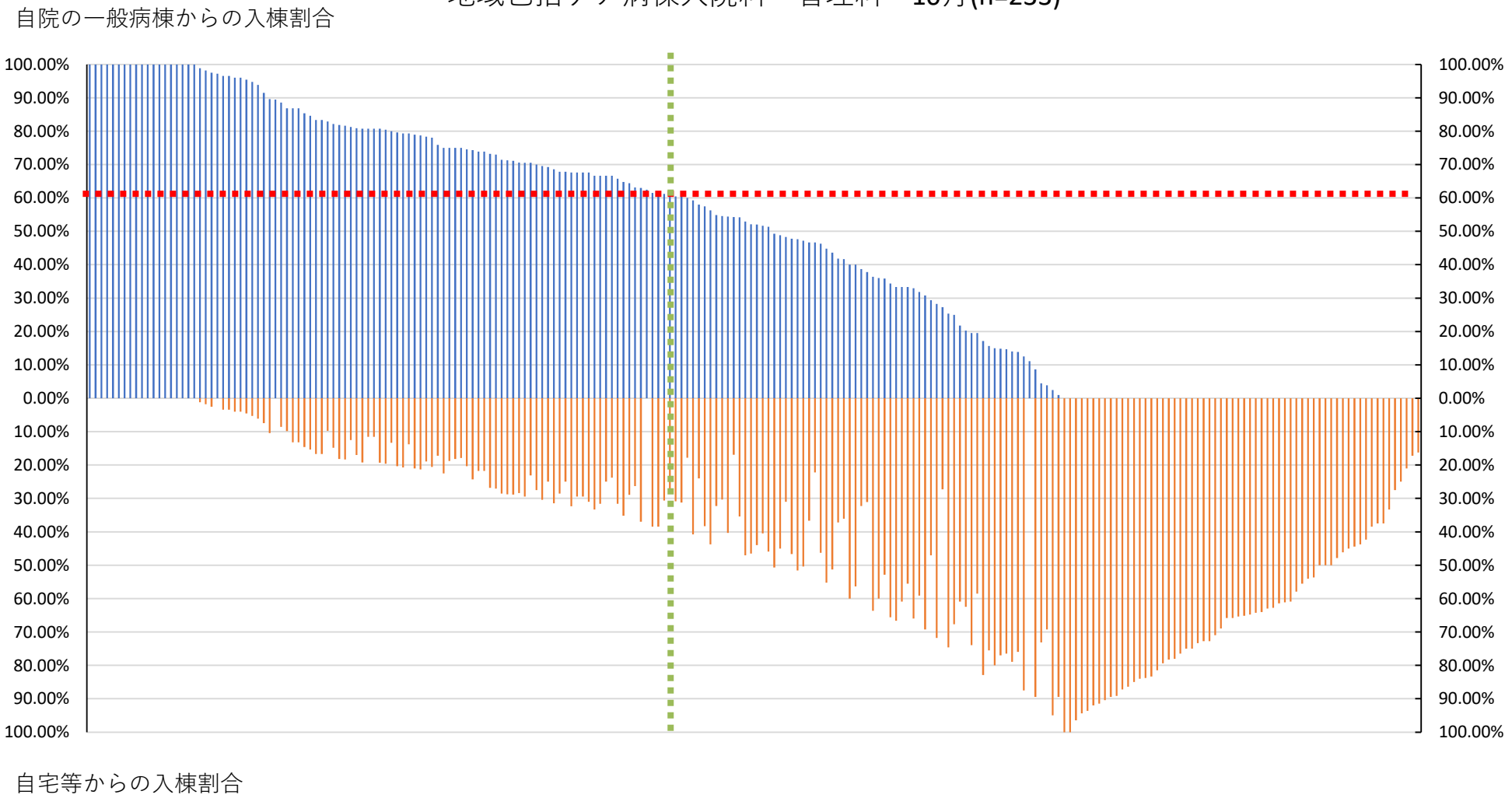


出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

入棟元の割合分布 ②

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

地域包括ケア病棟入院料・管理料　10月(n=233)

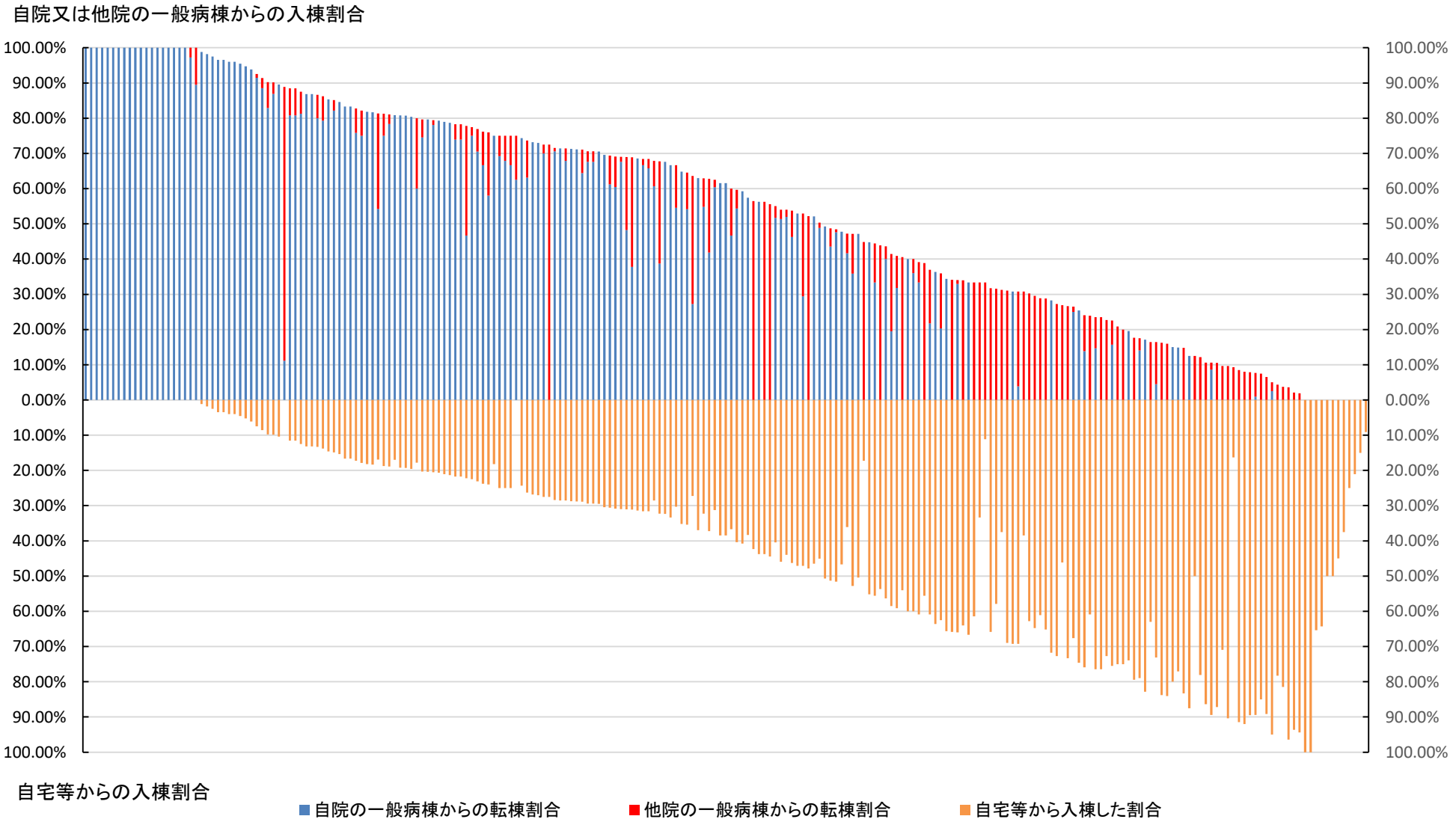


出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

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多い病棟は自宅等から入棟した割合が高い傾向であった。

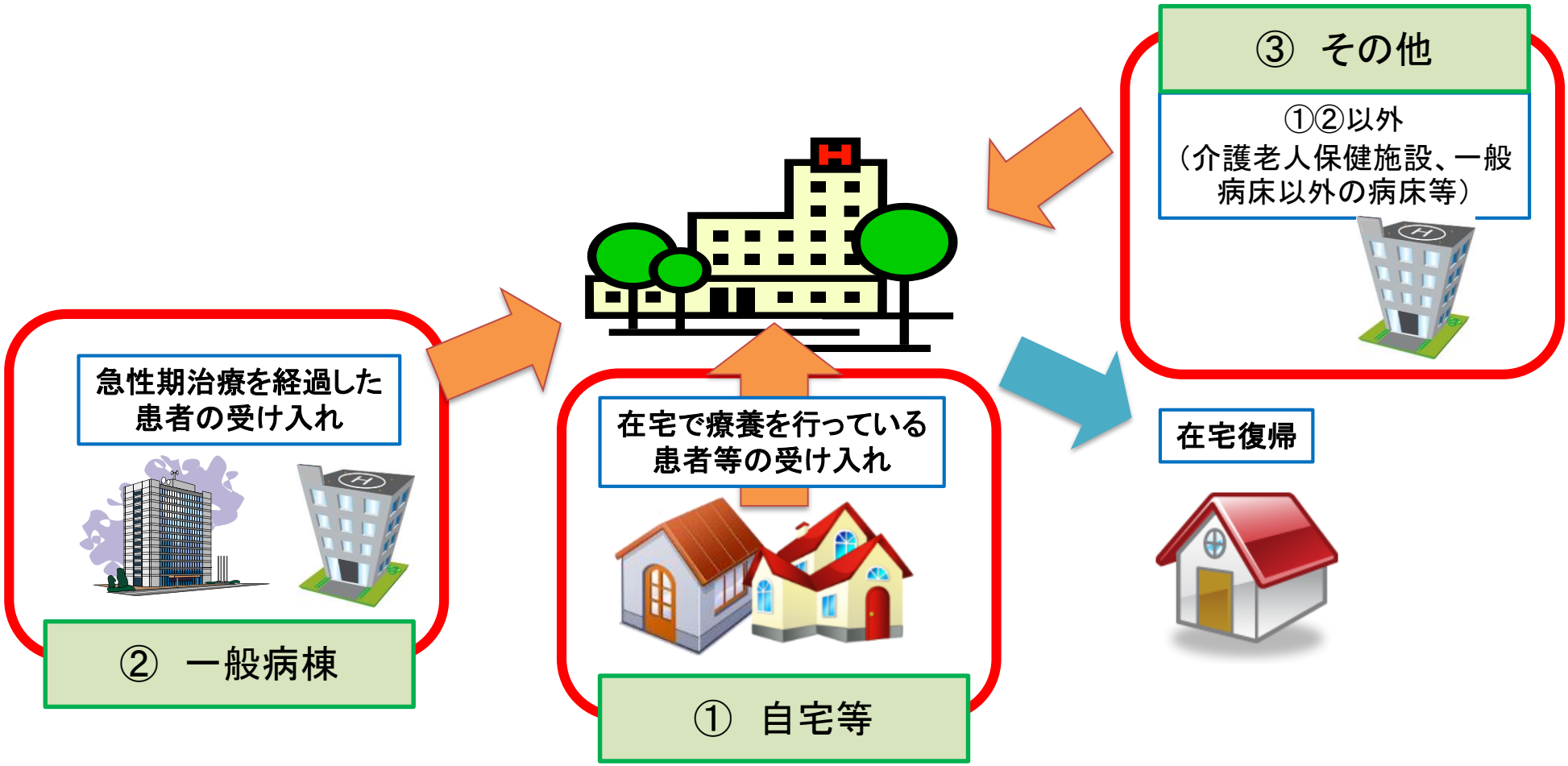
地域包括ケア病棟入院料・管理料　10月(n=233)



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

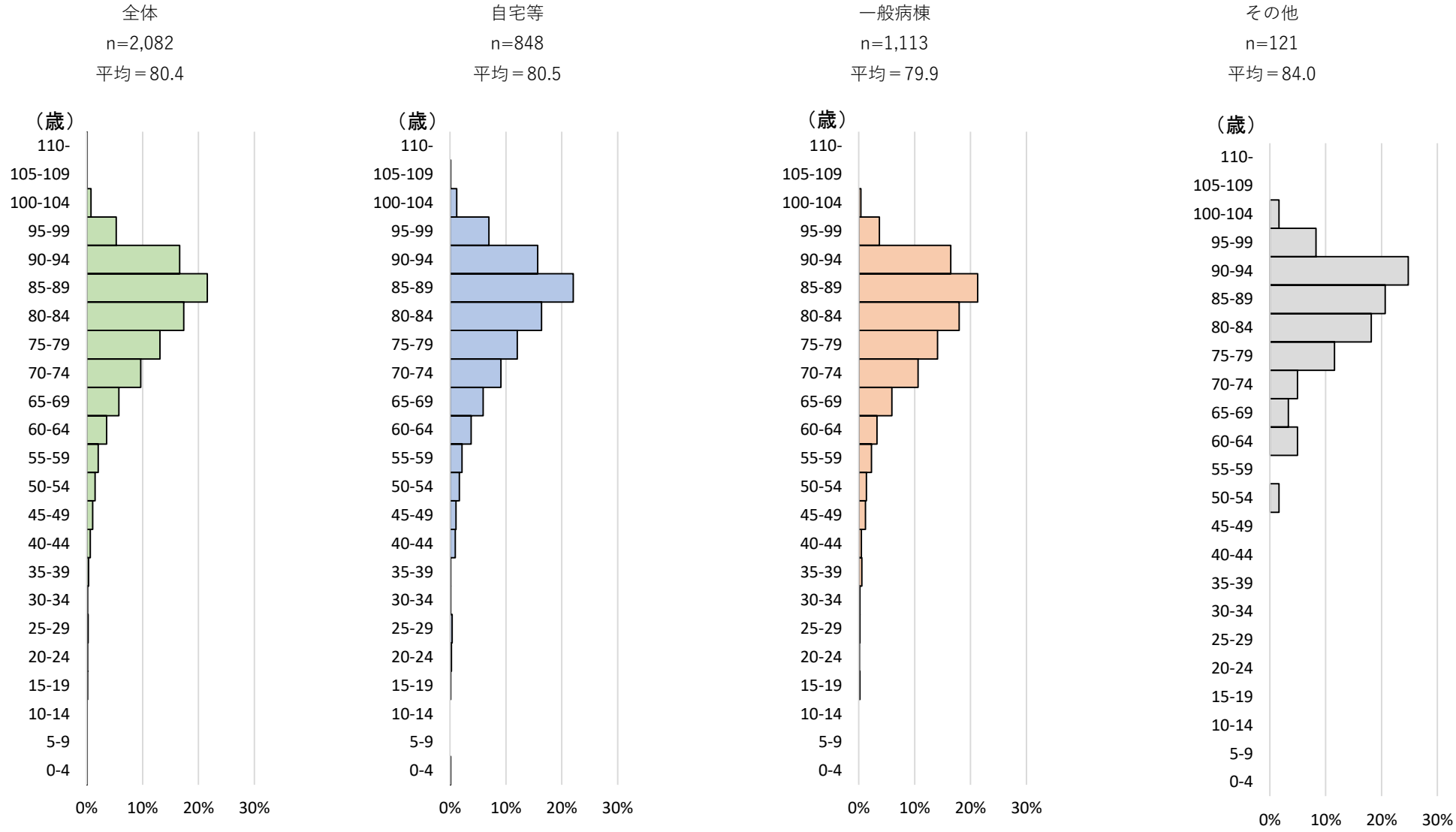
○　地域包括ケア病棟に入棟した患者について、以下の3群（①「自宅等」、②「一般病棟」、③「（①②以外の）その他」）に分け、分析を実施した。



①自宅等：自宅、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知料対応型グループホーム、有料老人ホーム等を指す
②一般病棟：
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等を指す
③その他：介護老人保健施設、一般病床以外の病床（精神病床等）、有床診療所等を指す

入棟元別の患者の年齢について

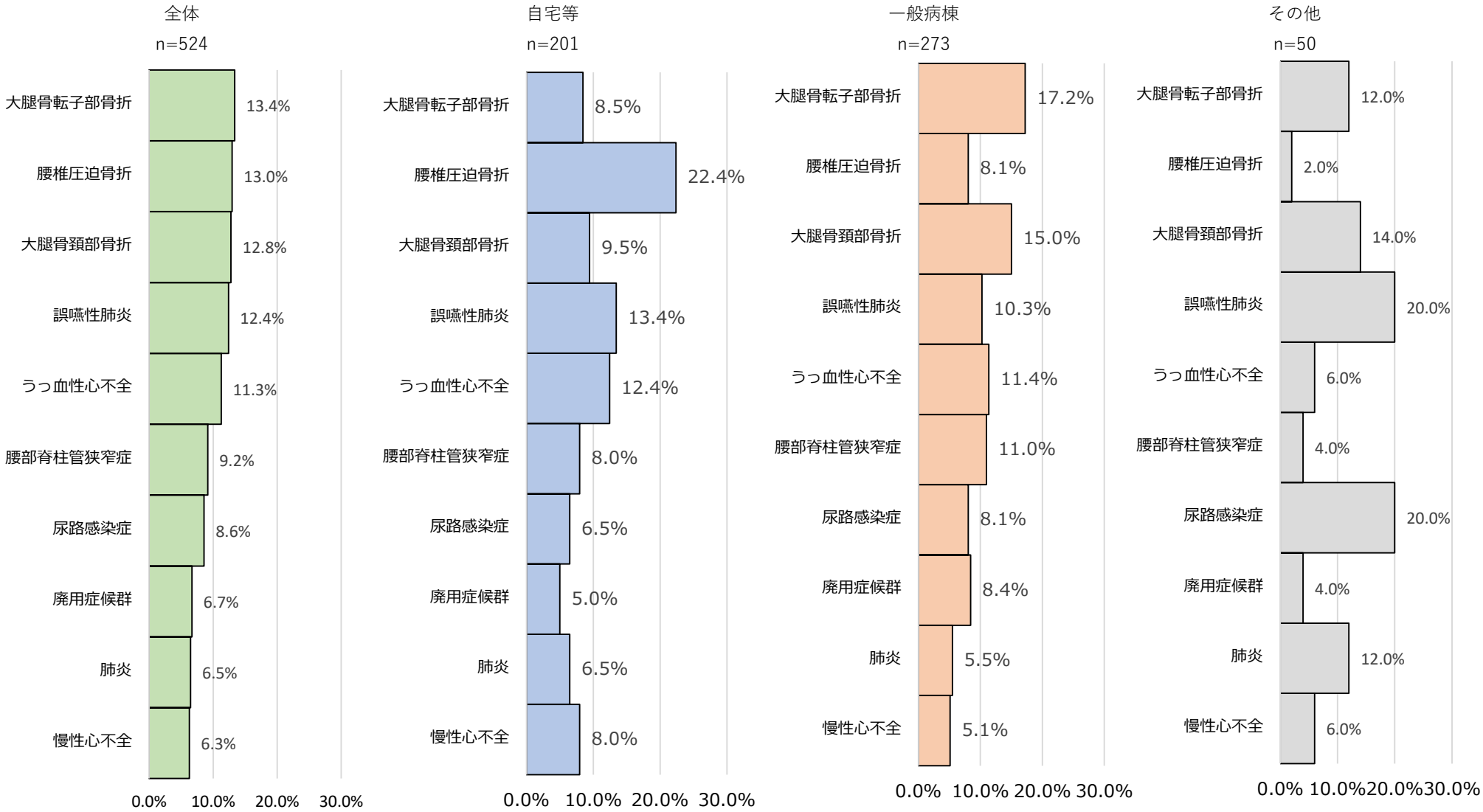
○　入棟元別にみた、患者の年齢分布については、以下のとおりであった。
○　自宅等から入棟した患者と一般病棟から入棟した患者では傾向の差はみられなかったが、その他から入棟した患者は他と比べ高い傾向であった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入棟元別の主傷病名

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

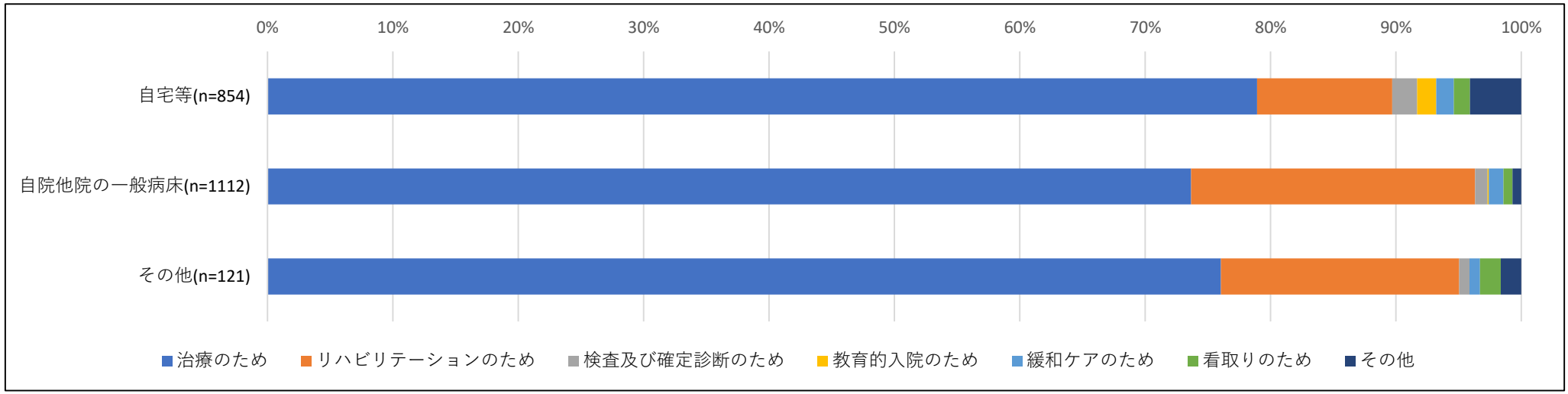


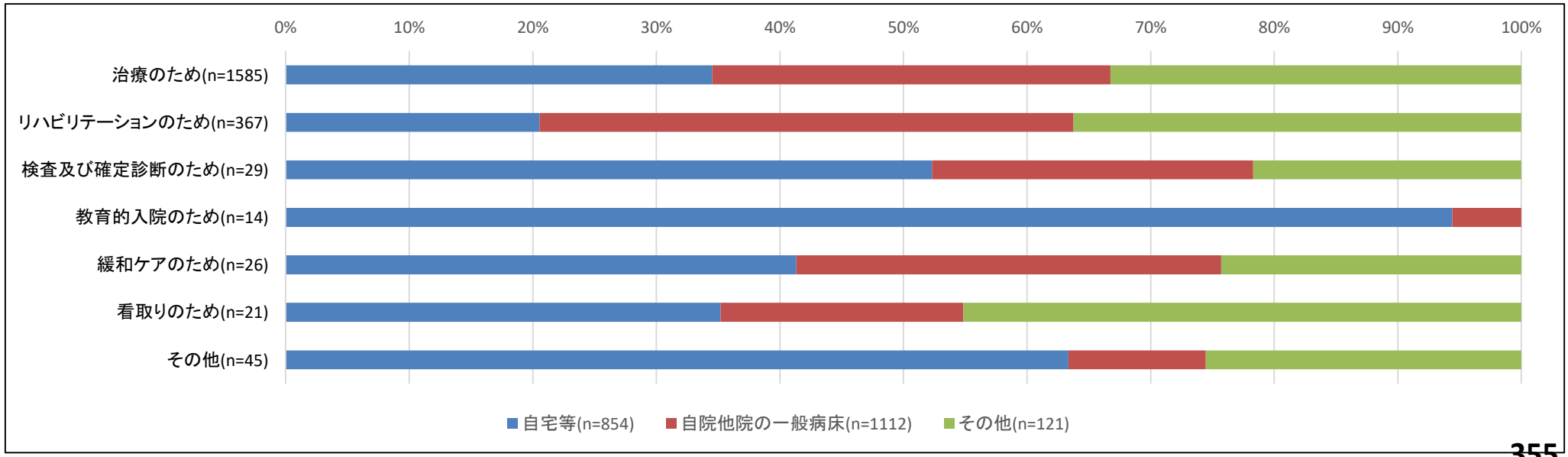
出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

※上位10疾患を表示。

入棟元別の患者の入院理由

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

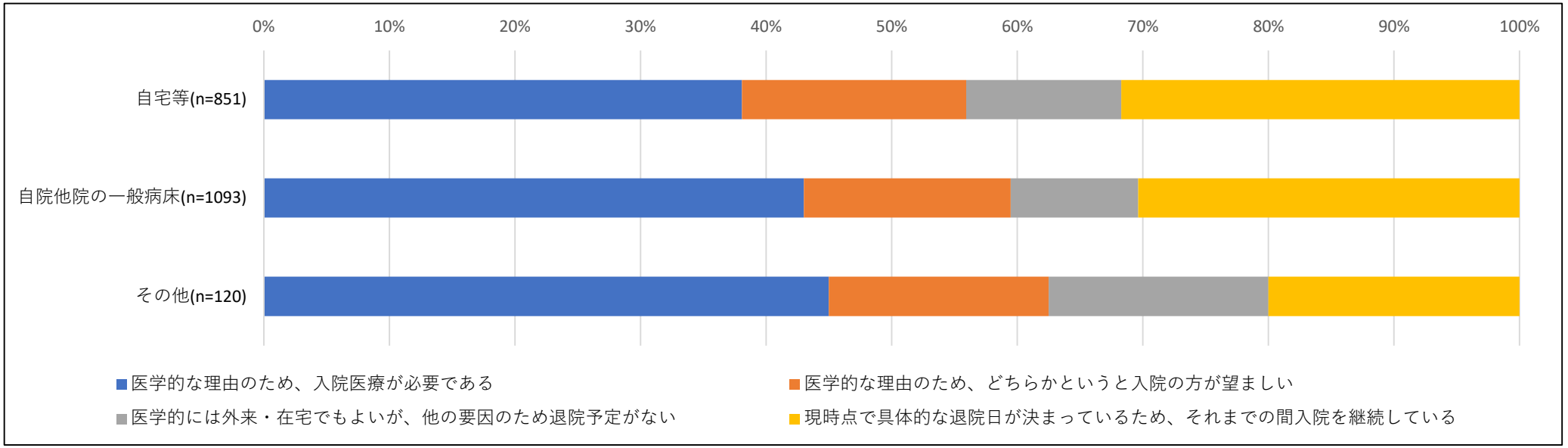


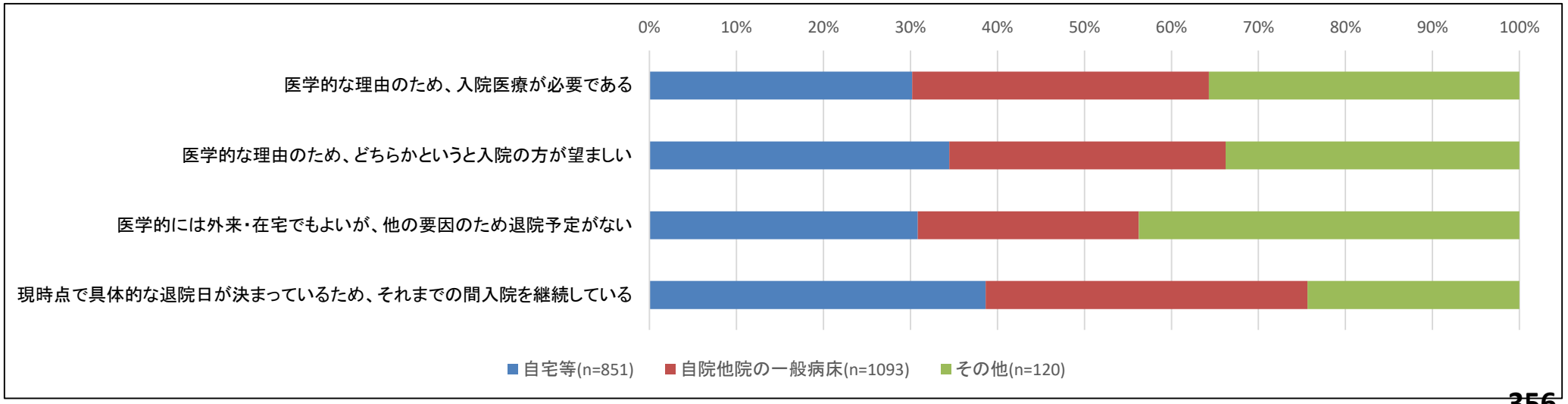


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入棟元別の患者の入院継続の理由

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

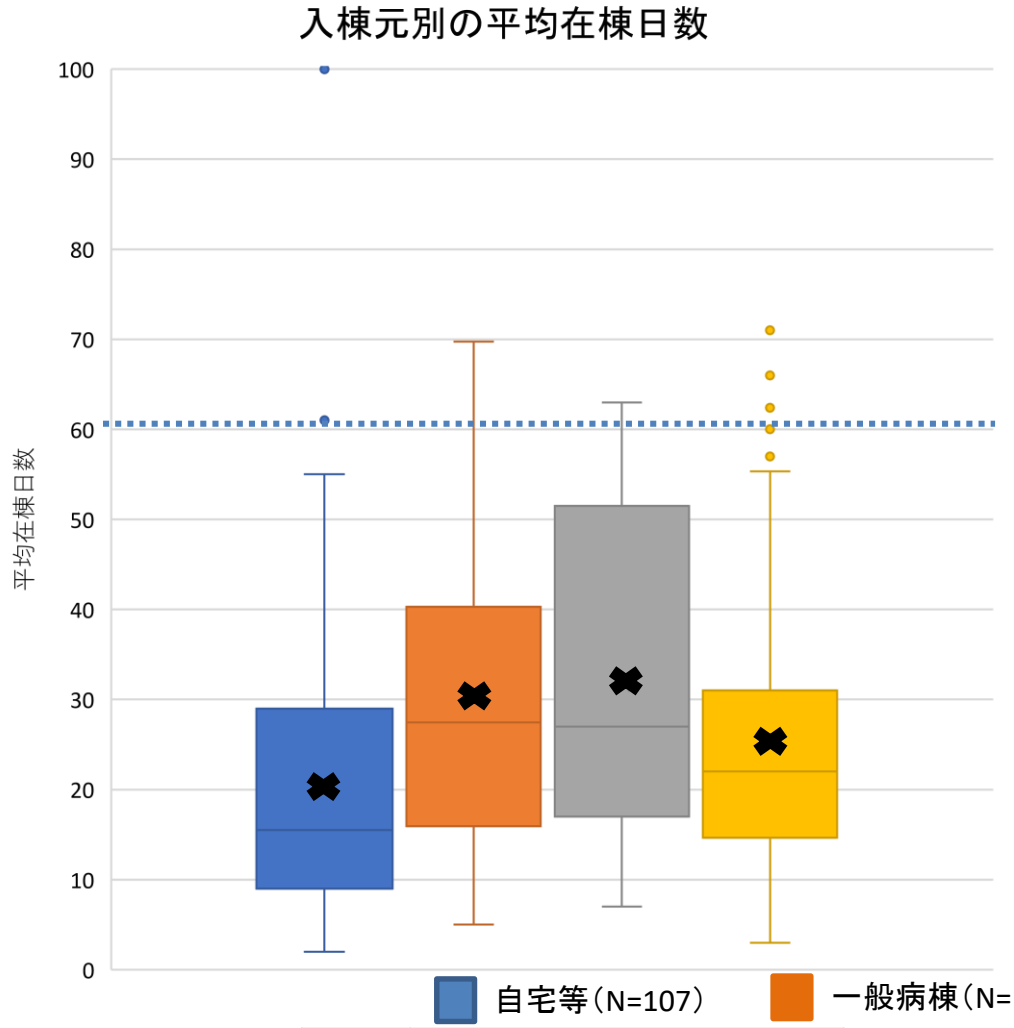


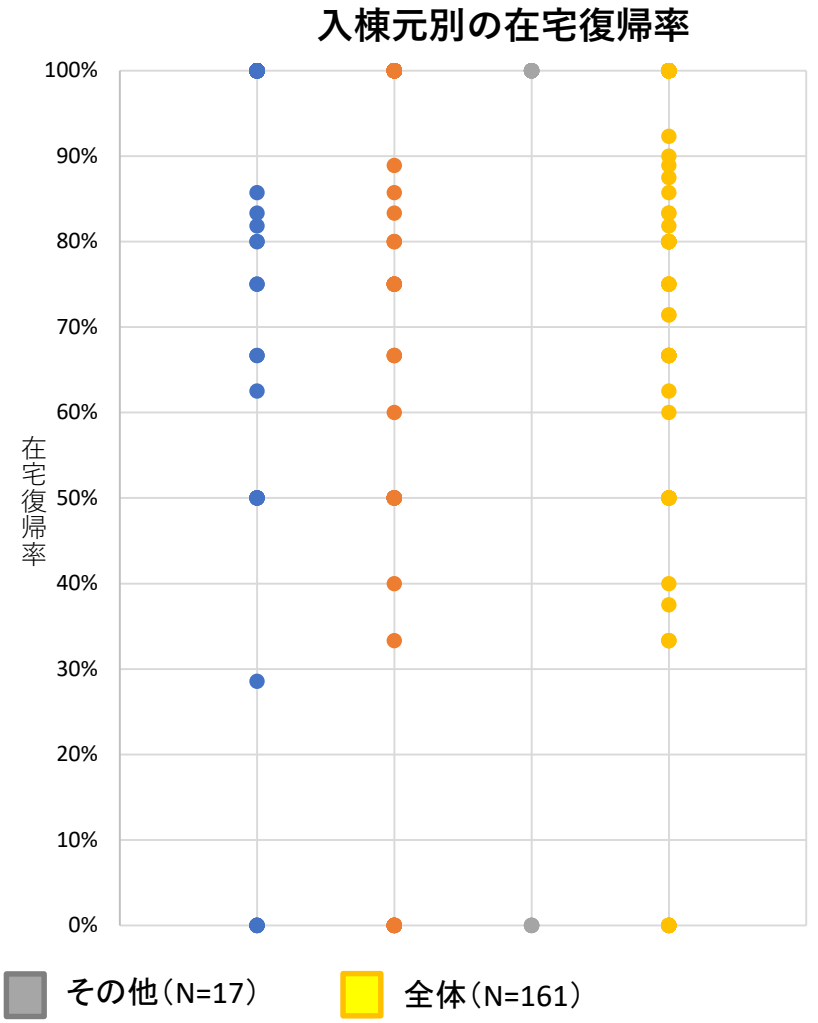


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入棟元別の平均在棟日数及び在宅復帰率

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





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

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

出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

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、回リハ、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、回リハ、地ケア以外）	121	75.6%	5.8%
		総計	160	100.0%	10.6%

出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

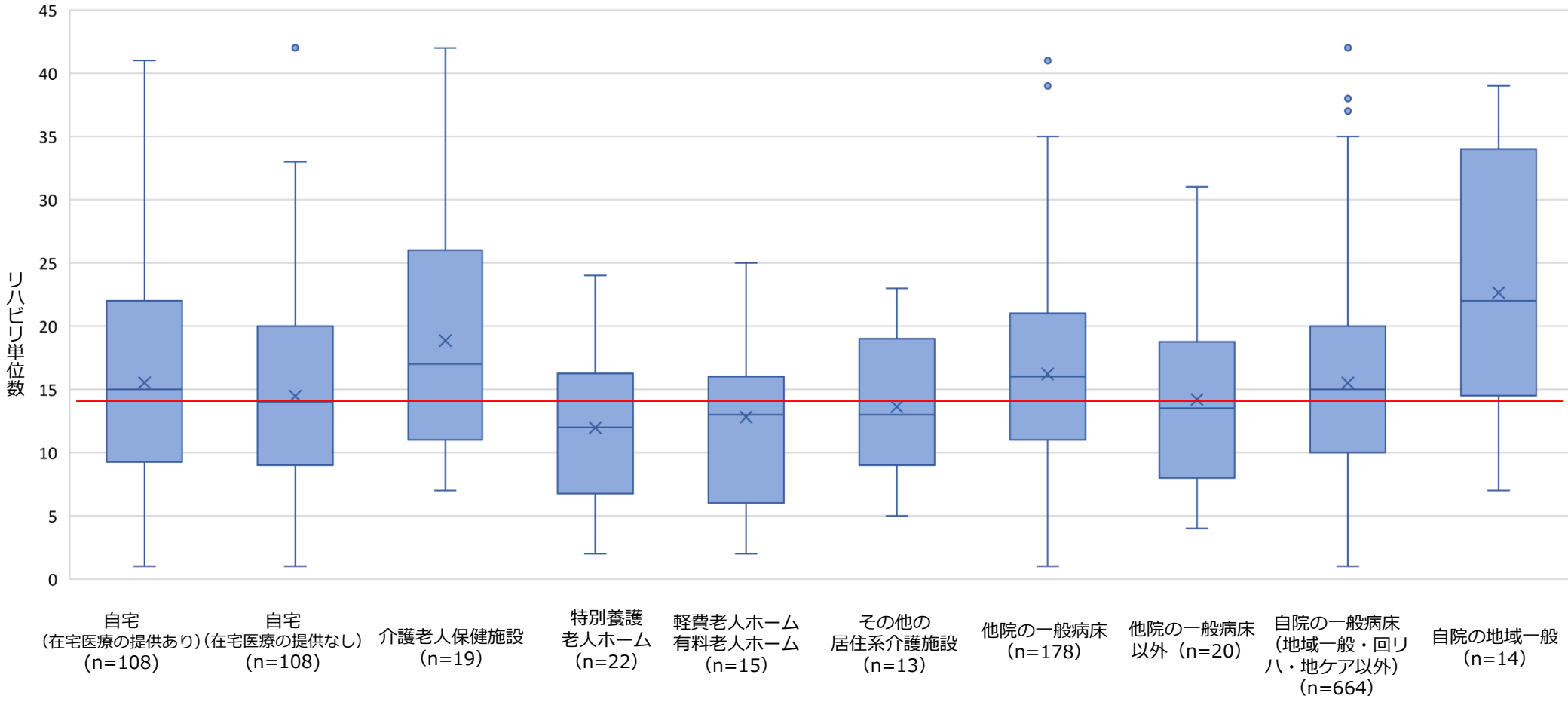
※n数が2以下のものを除く。

入棟元別のリハビリ単位数②

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

（単位/7日間）

過去7日間の入棟元別リハビリ単位数

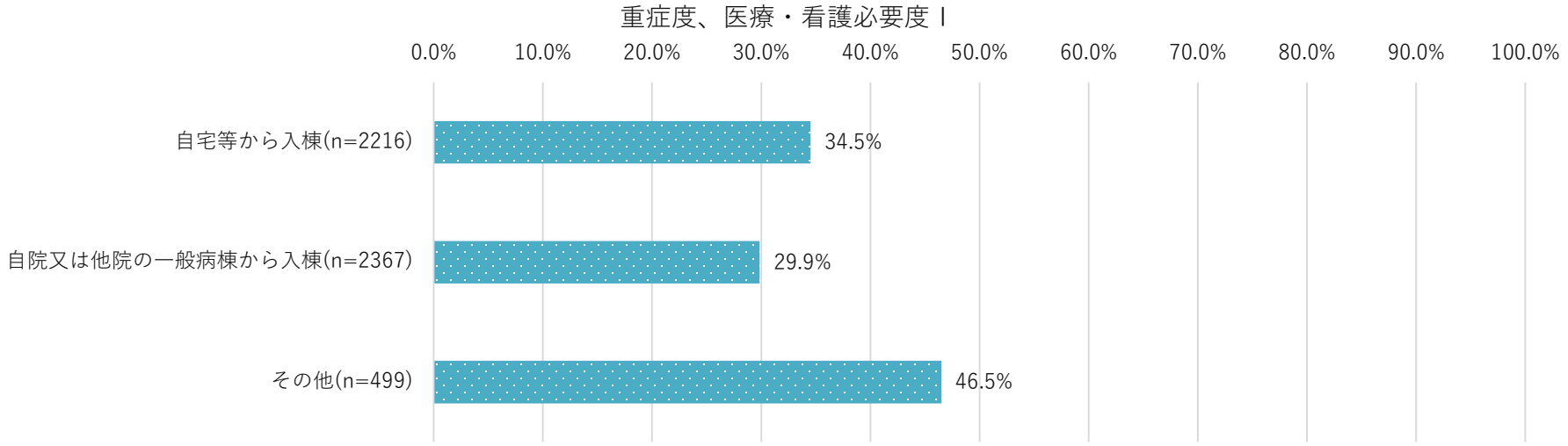


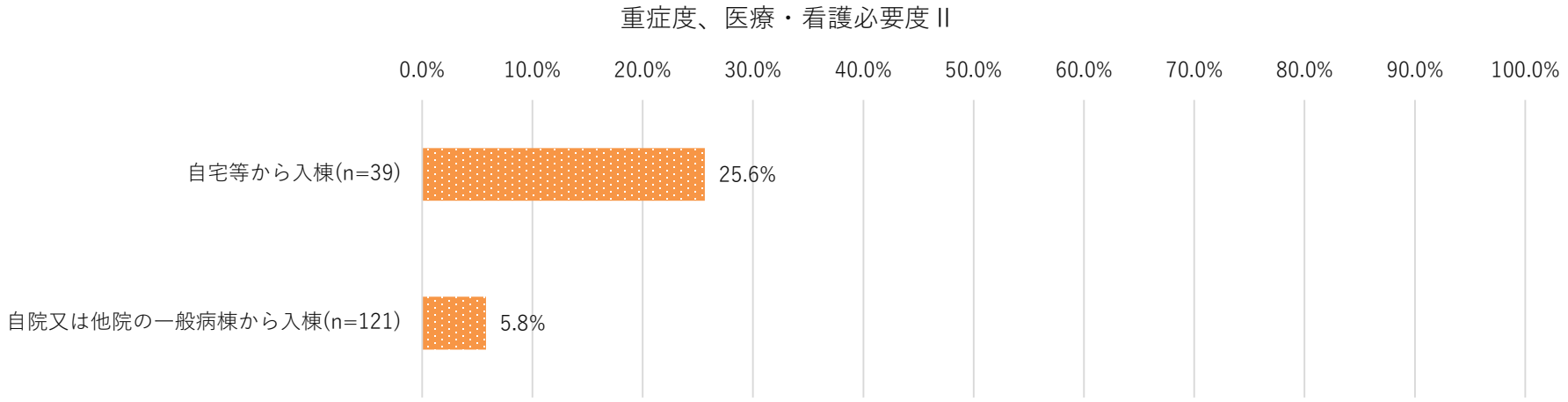
出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

※n数が2以下のものを除く。

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。



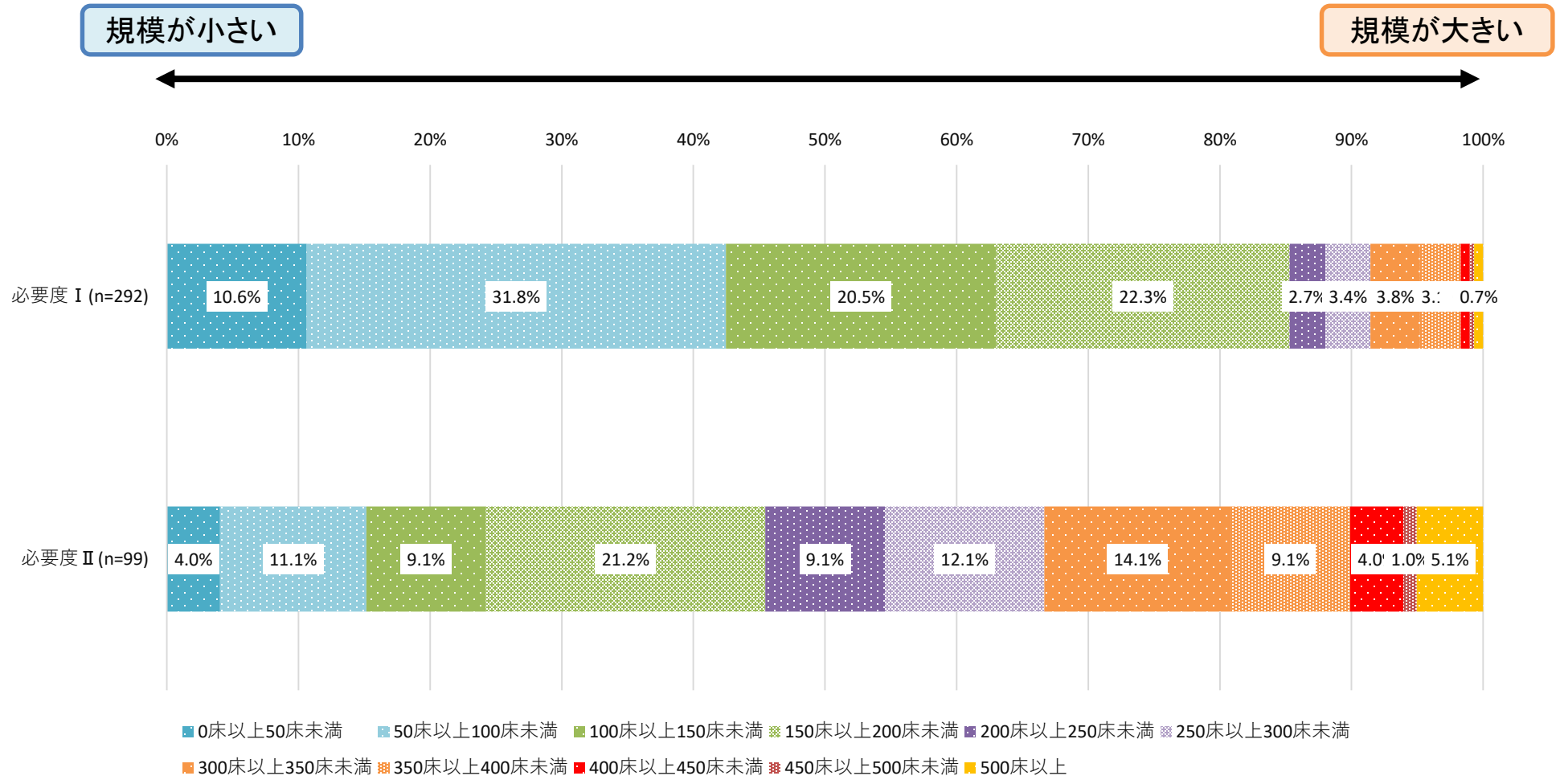


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

※n数が2以下のものを除く。

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。



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

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%

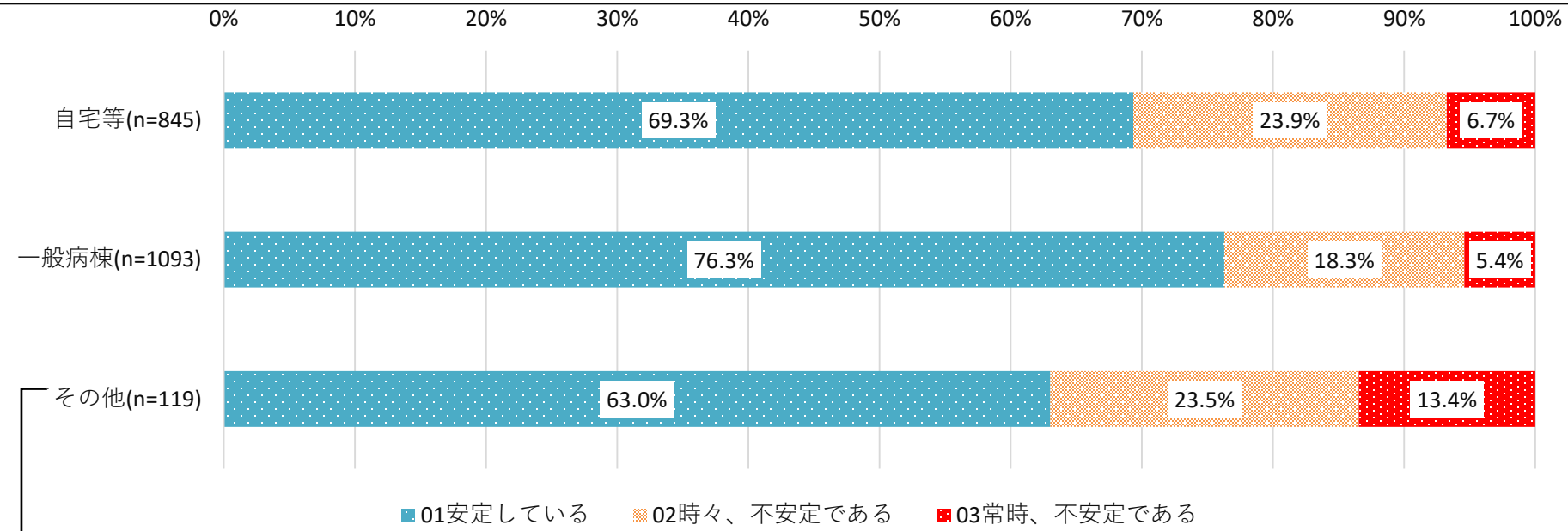
※：n数２以下は除く。

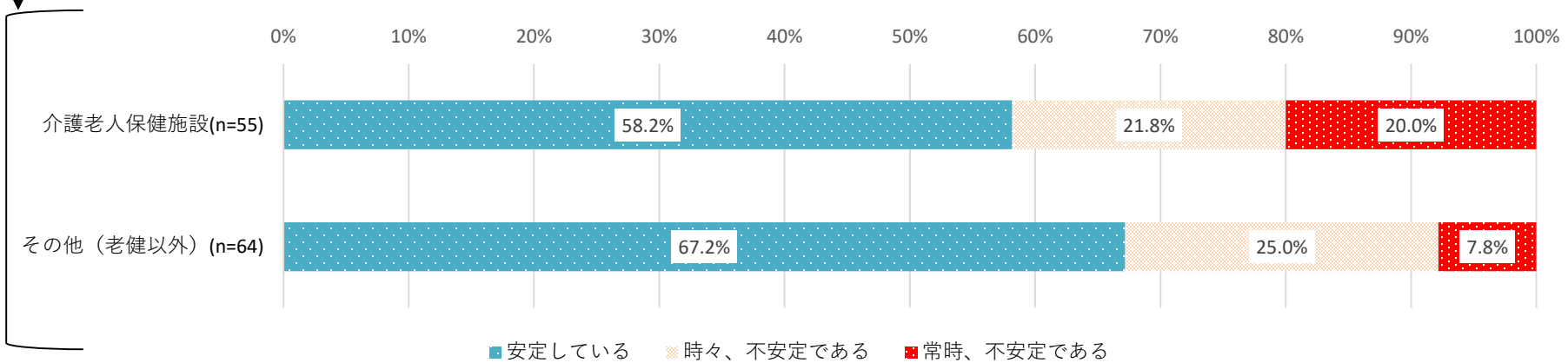
出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入棟元別にみた患者の医療的な状態について

診調組　入－4
３．１０．１

○　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。

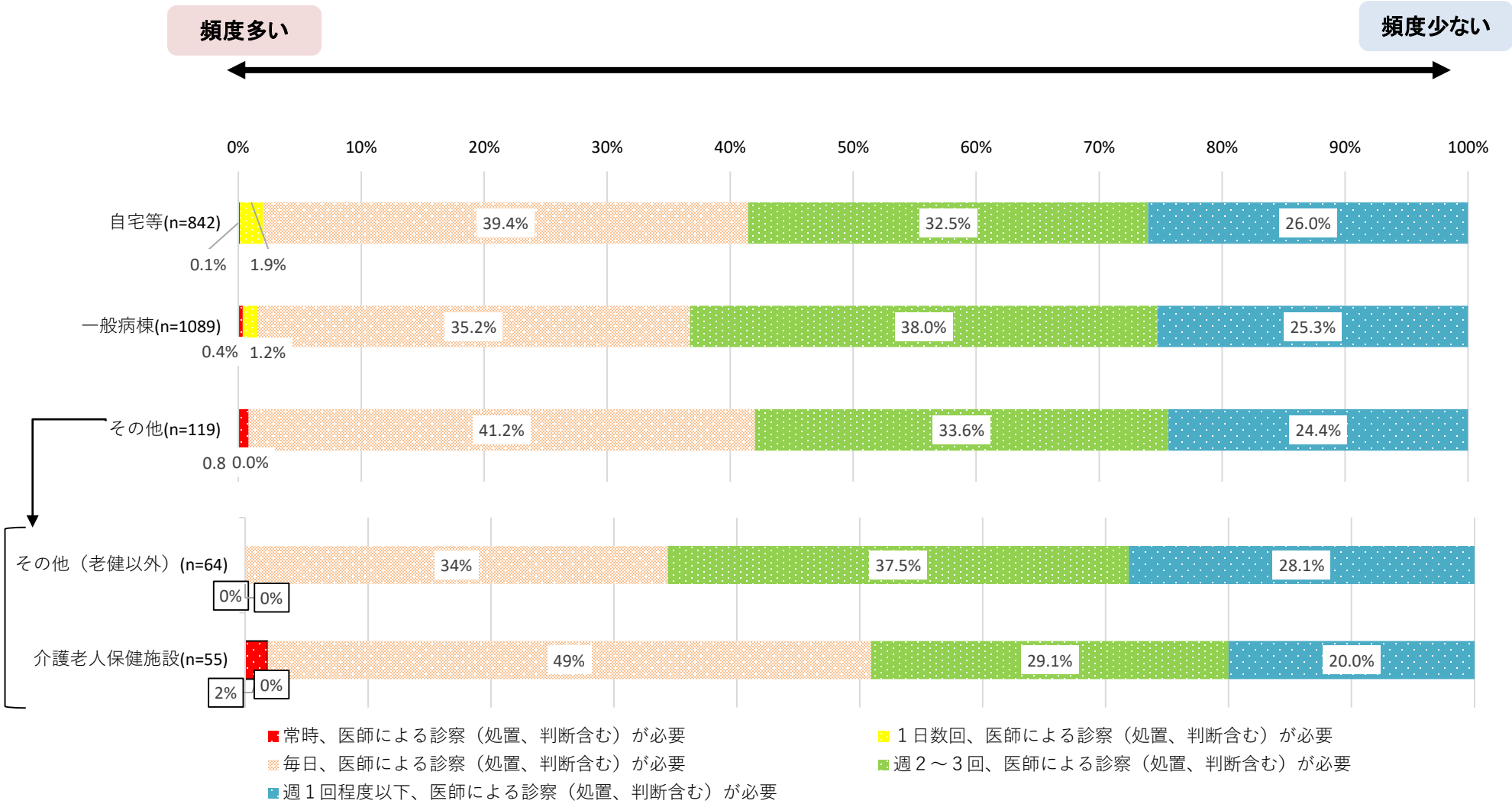




出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入棟元別にみた医師による診察の頻度について

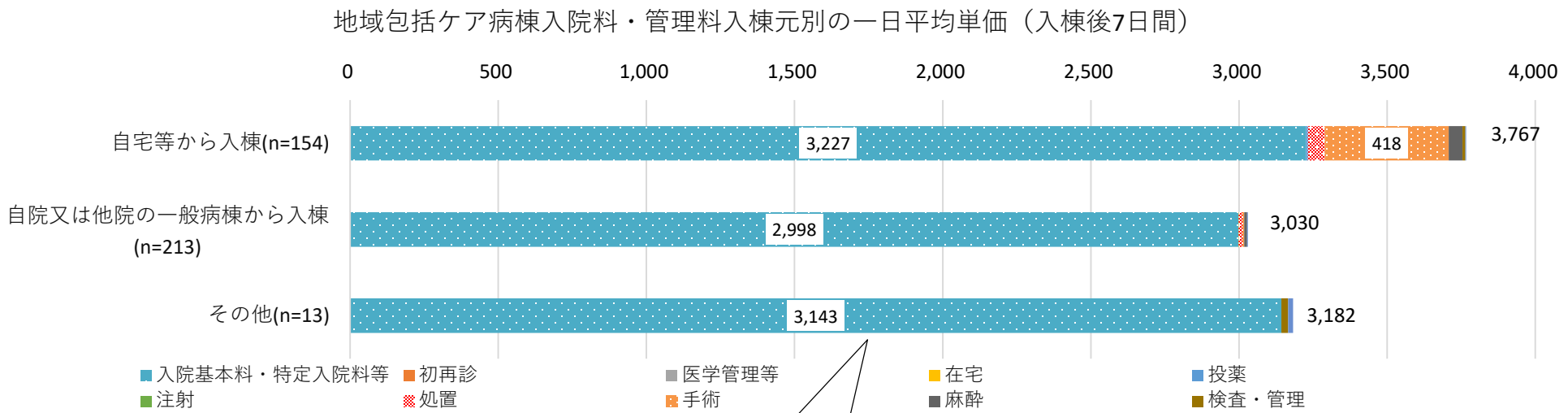
○　患者の入棟元別の、医師による診察の頻度は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。
○　「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他（老健以外）」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が高かった。

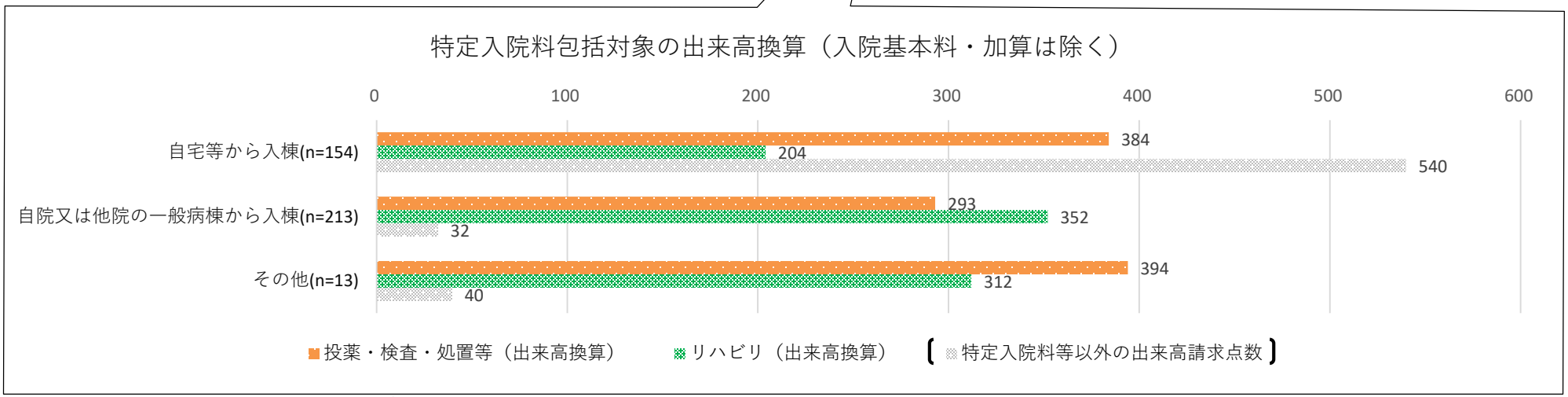


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

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。



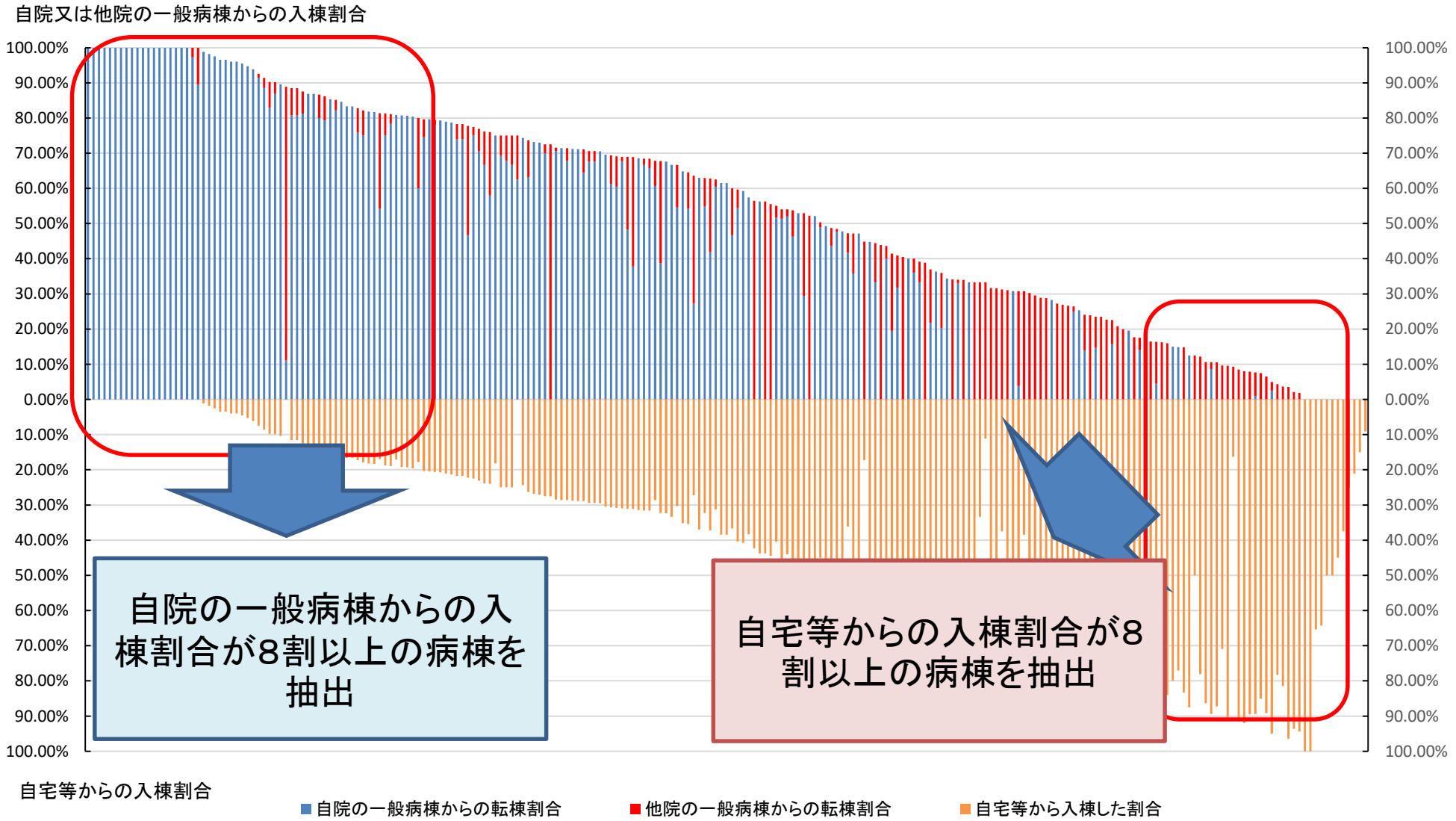


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入棟元の割合分布

診調組　入－４
３．１０．１

地域包括ケア病棟入院料・管理料　10月(n=233)

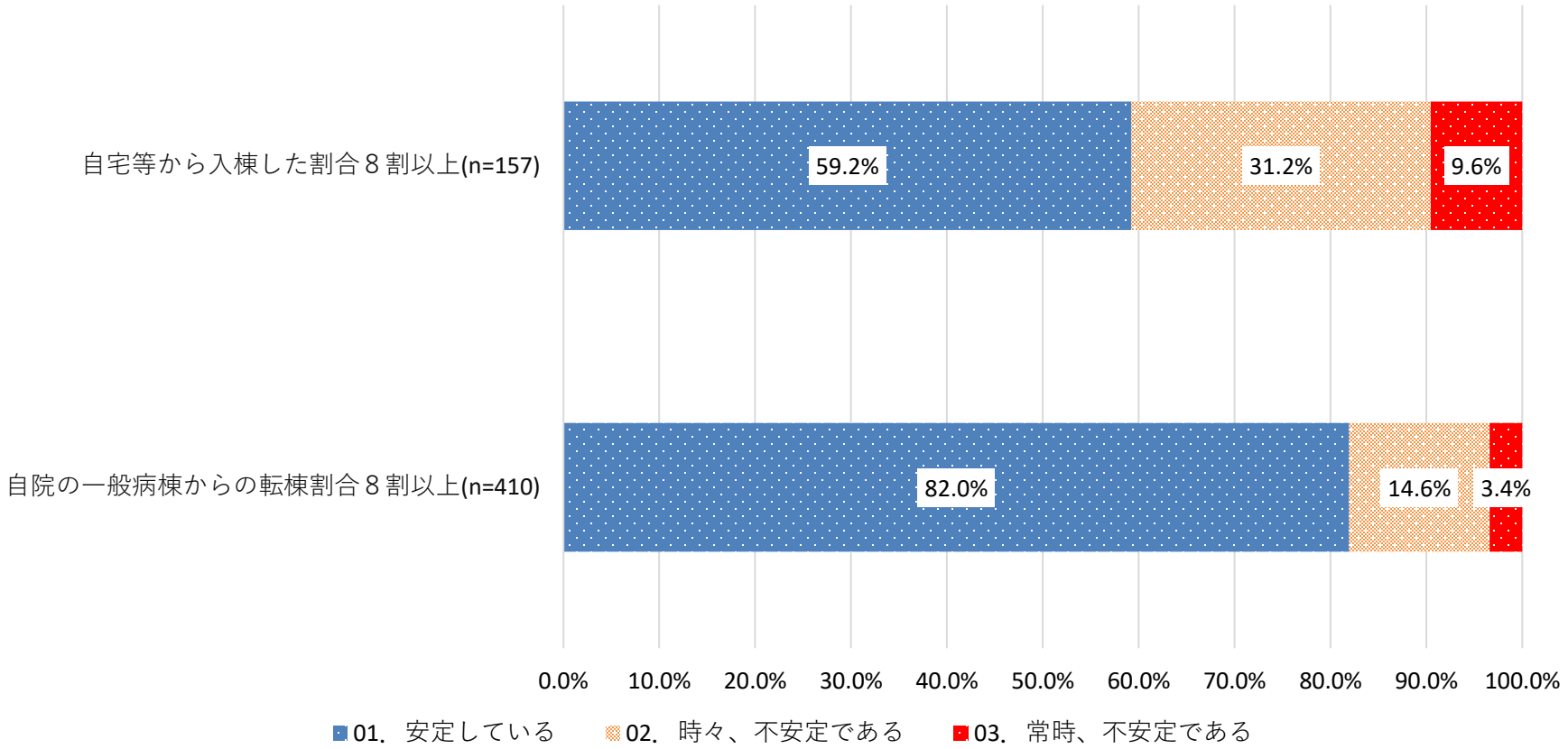


出典：令和2年度入院医療等における実態調査（病棟票）

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

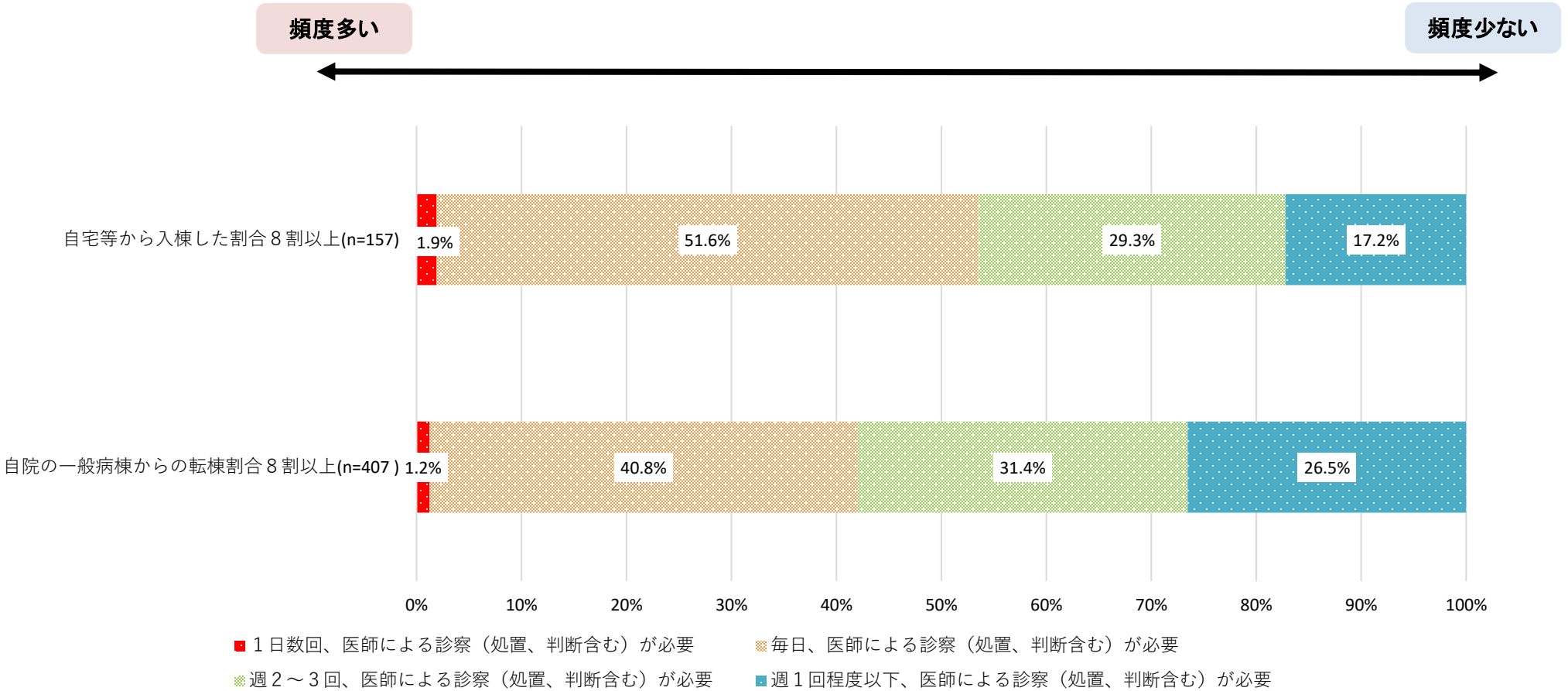
○「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している患者の状態は、以下のとおりであった。
○「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟・患者票）

医師による診察の頻度について

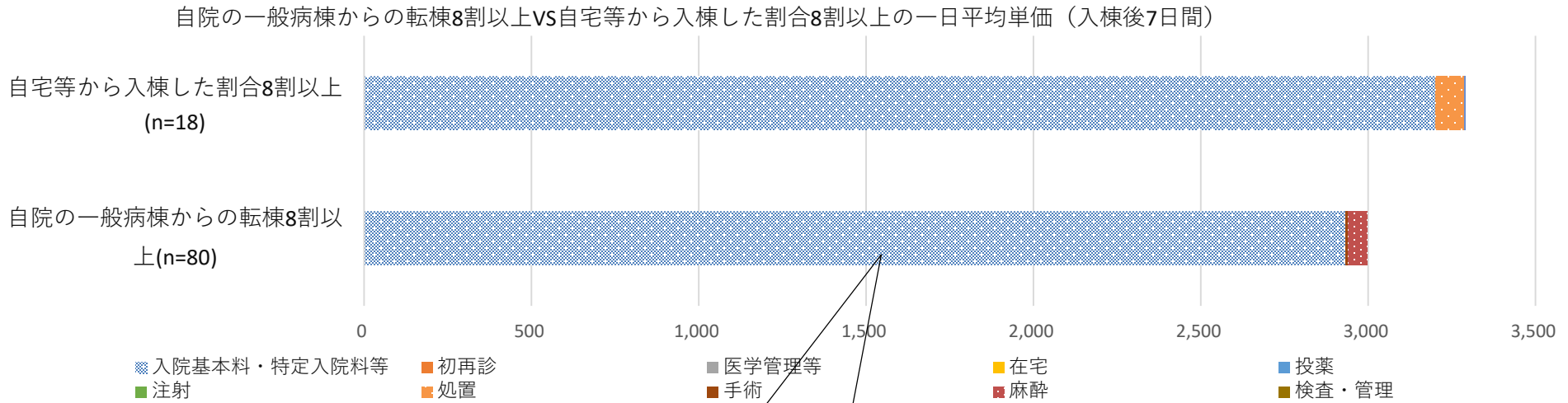
○「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している医師による診察の頻度については以下のとおりであった。
○「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」な患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。

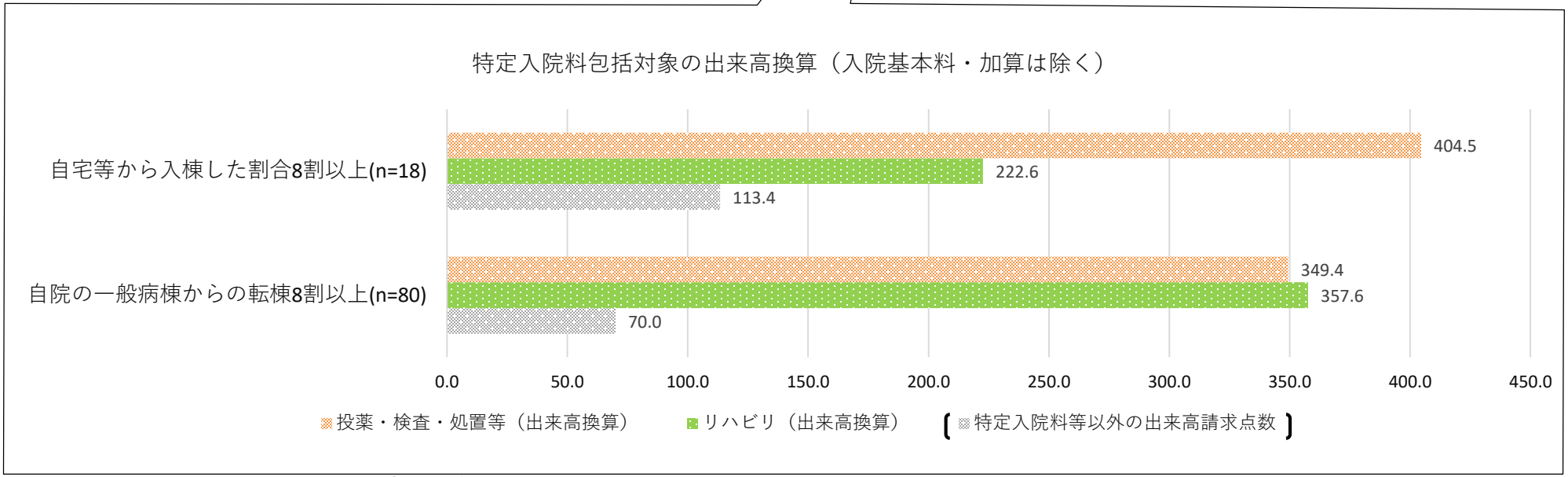


出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟・患者票）

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。

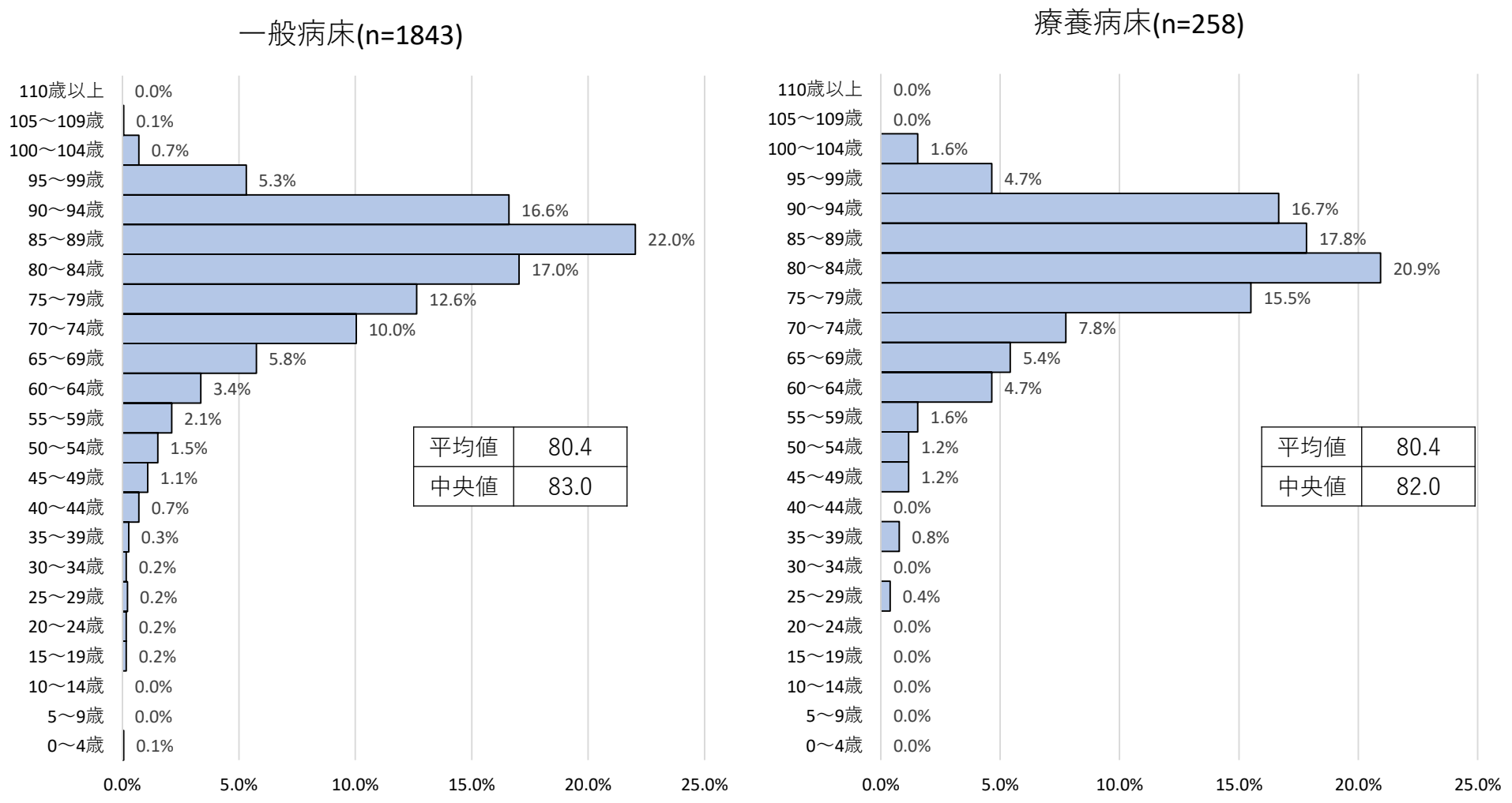




出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟・患者票）

病床種別にみた患者の年齢分布

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

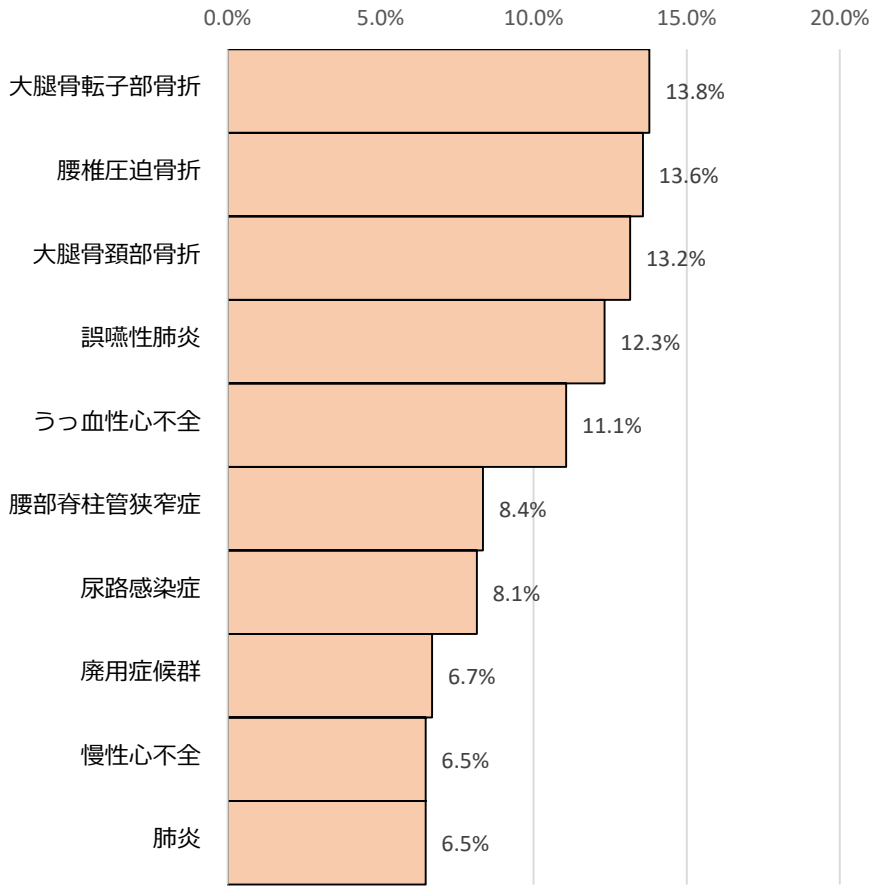


出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

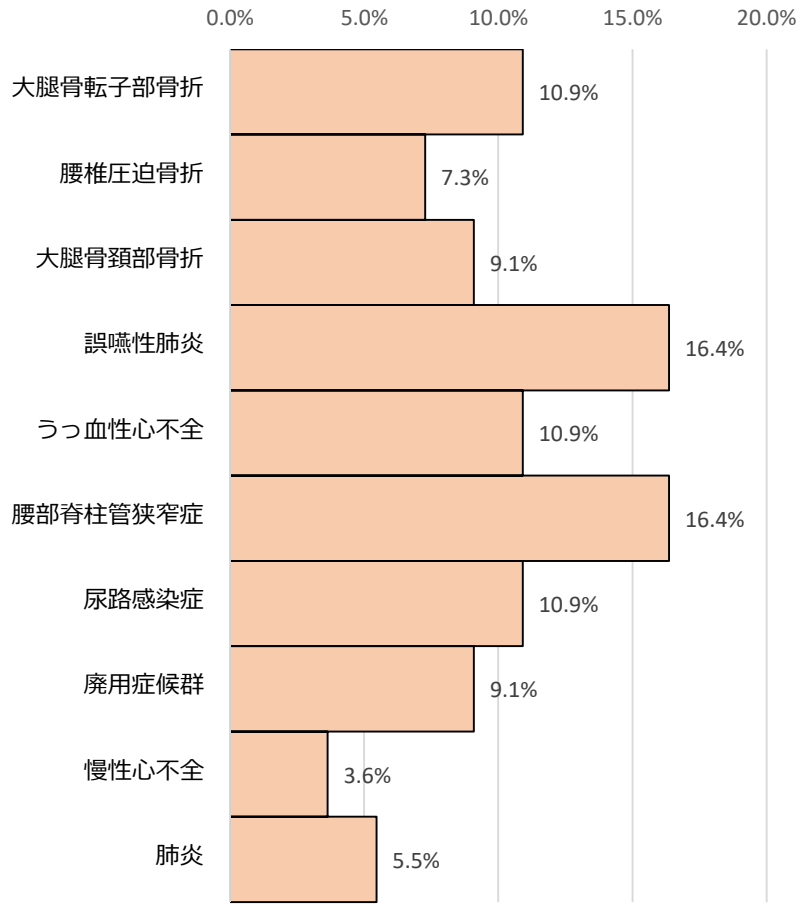
病床種別にみた患者の主傷病名

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

一般病床の患者割合(n=479)



療養病床の患者割合(n=55)



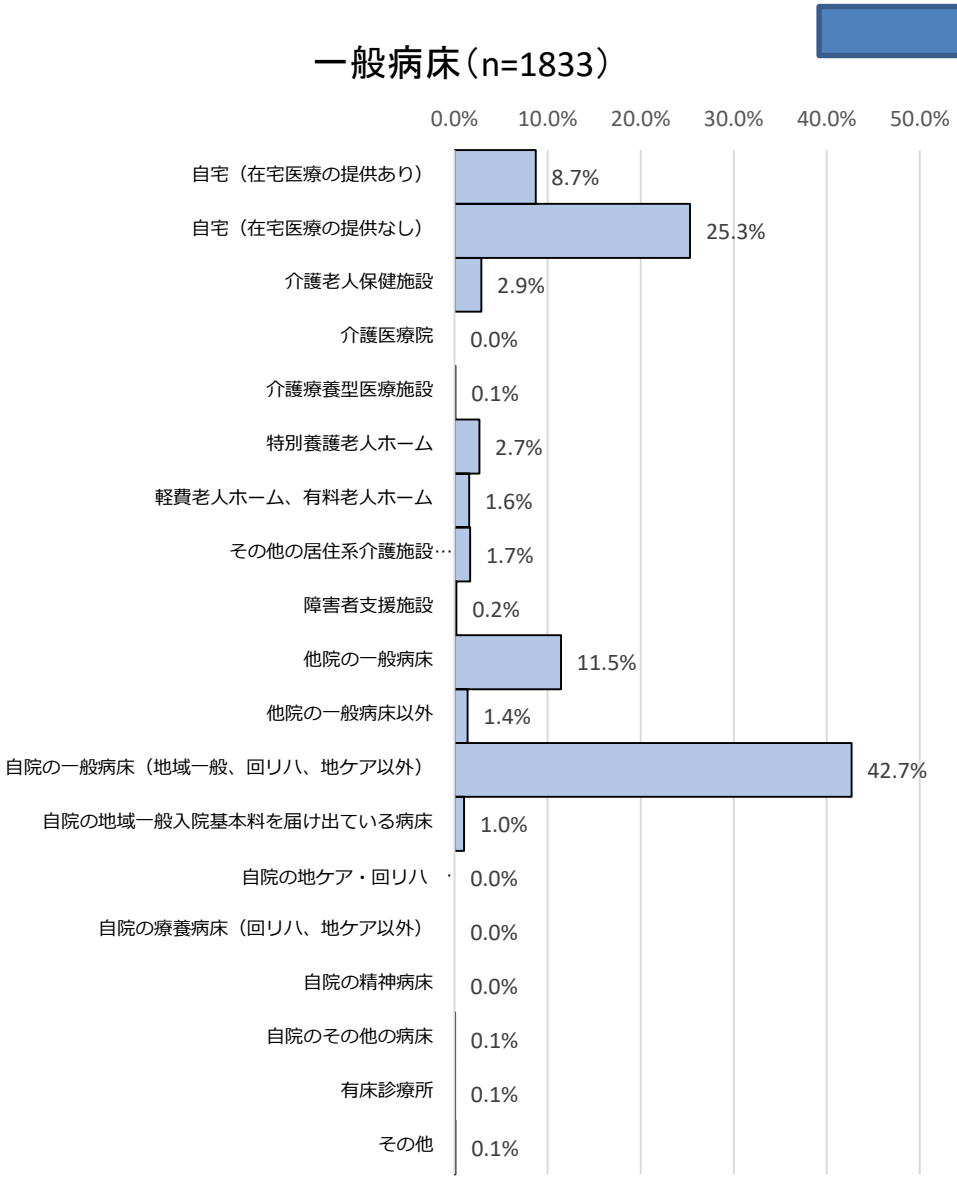
出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

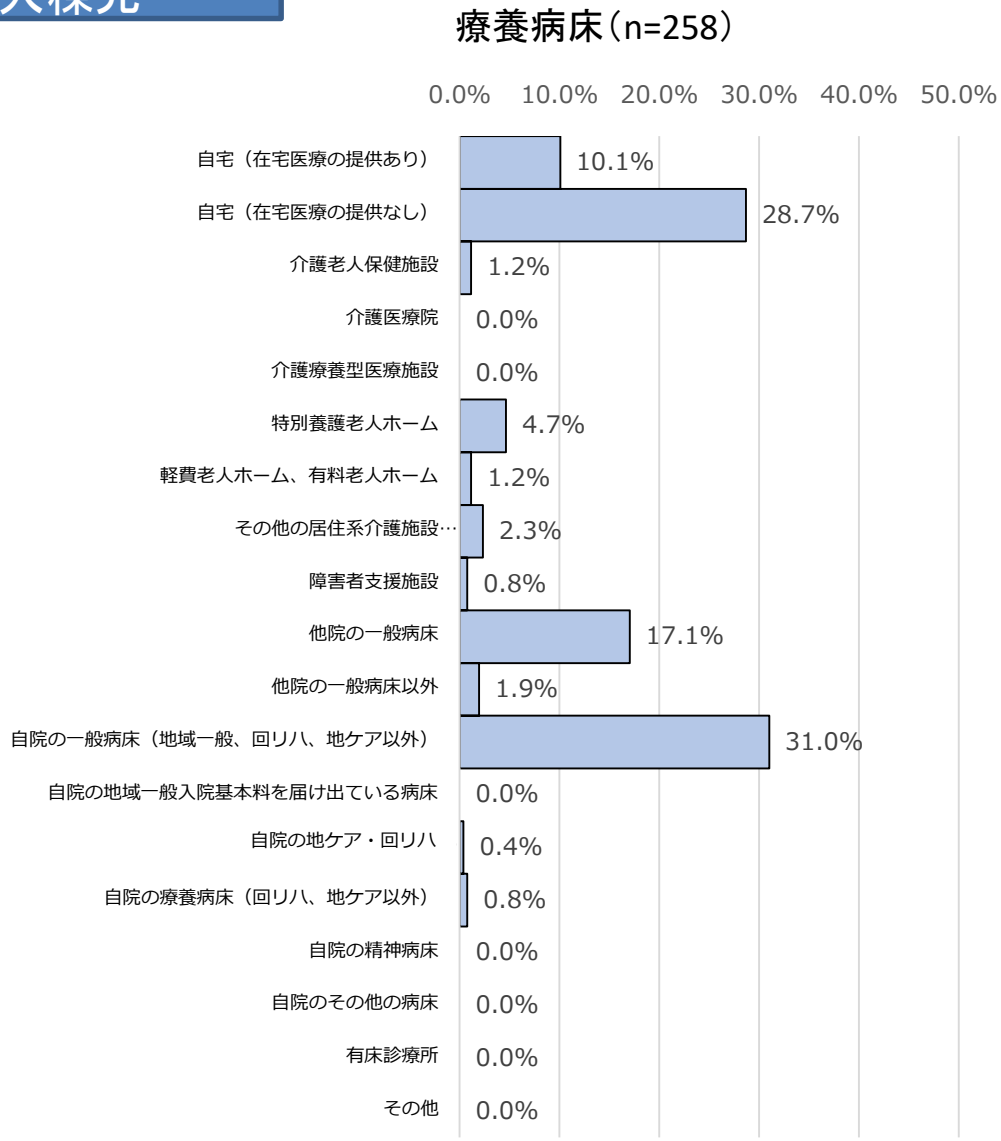
※上位10疾患を表示。

病床種別でみた場合の患者の入棟元

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

入棟元



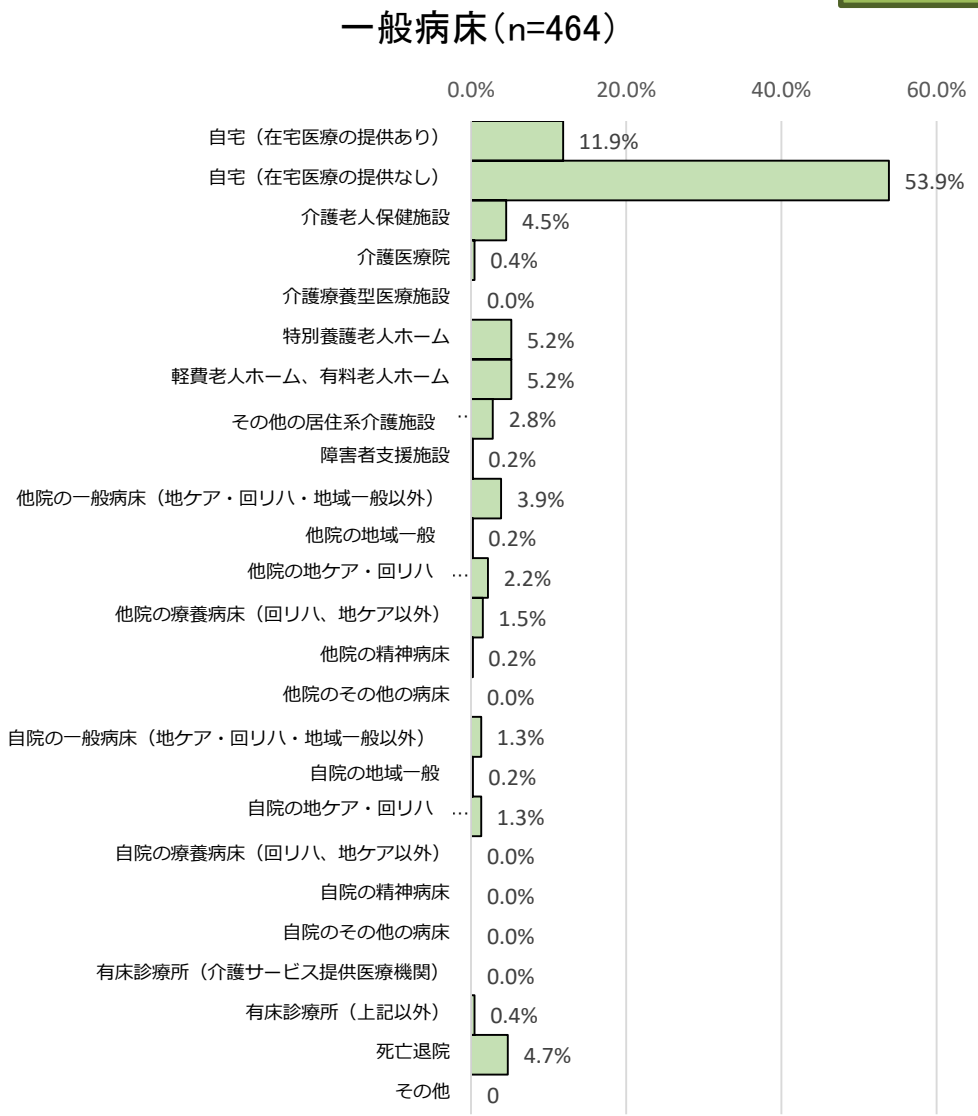


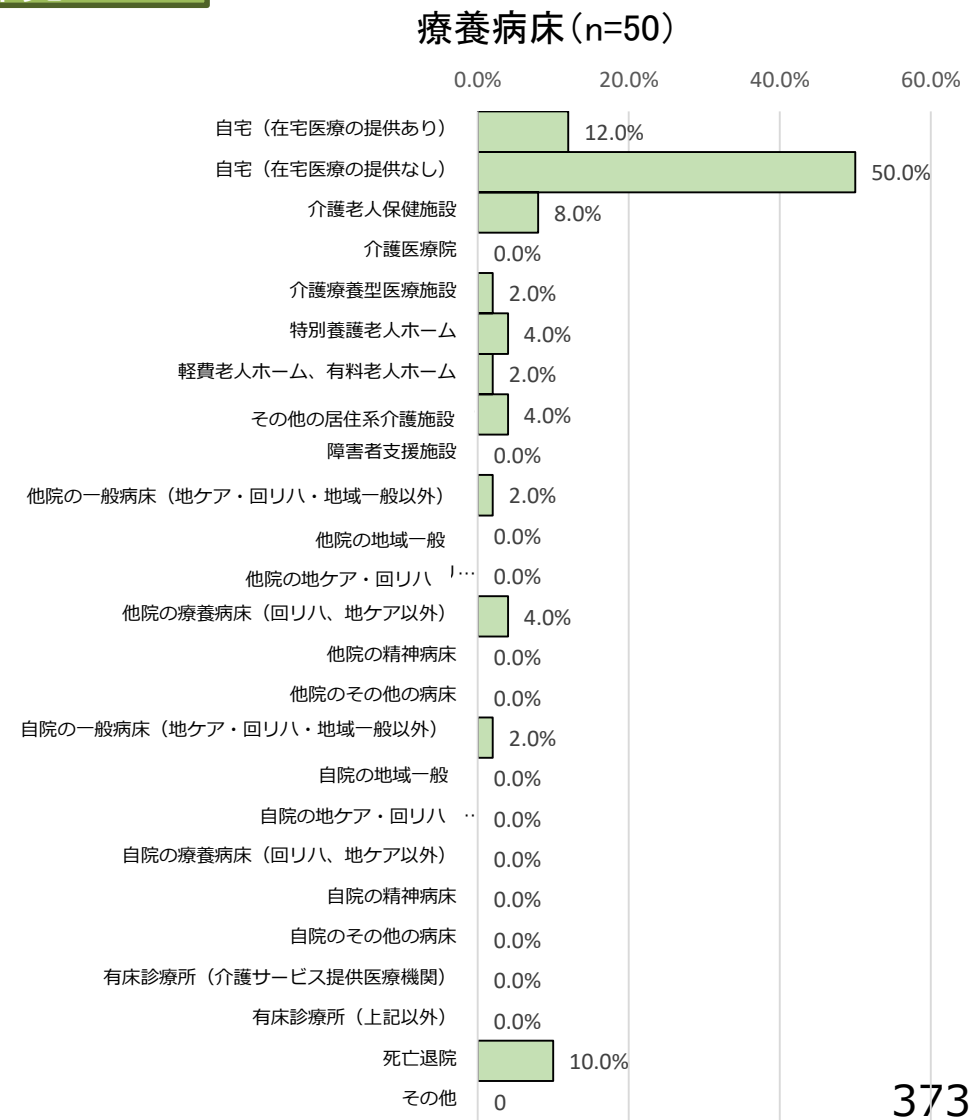
出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

病床種別でみた場合の患者の退棟先

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

退棟先

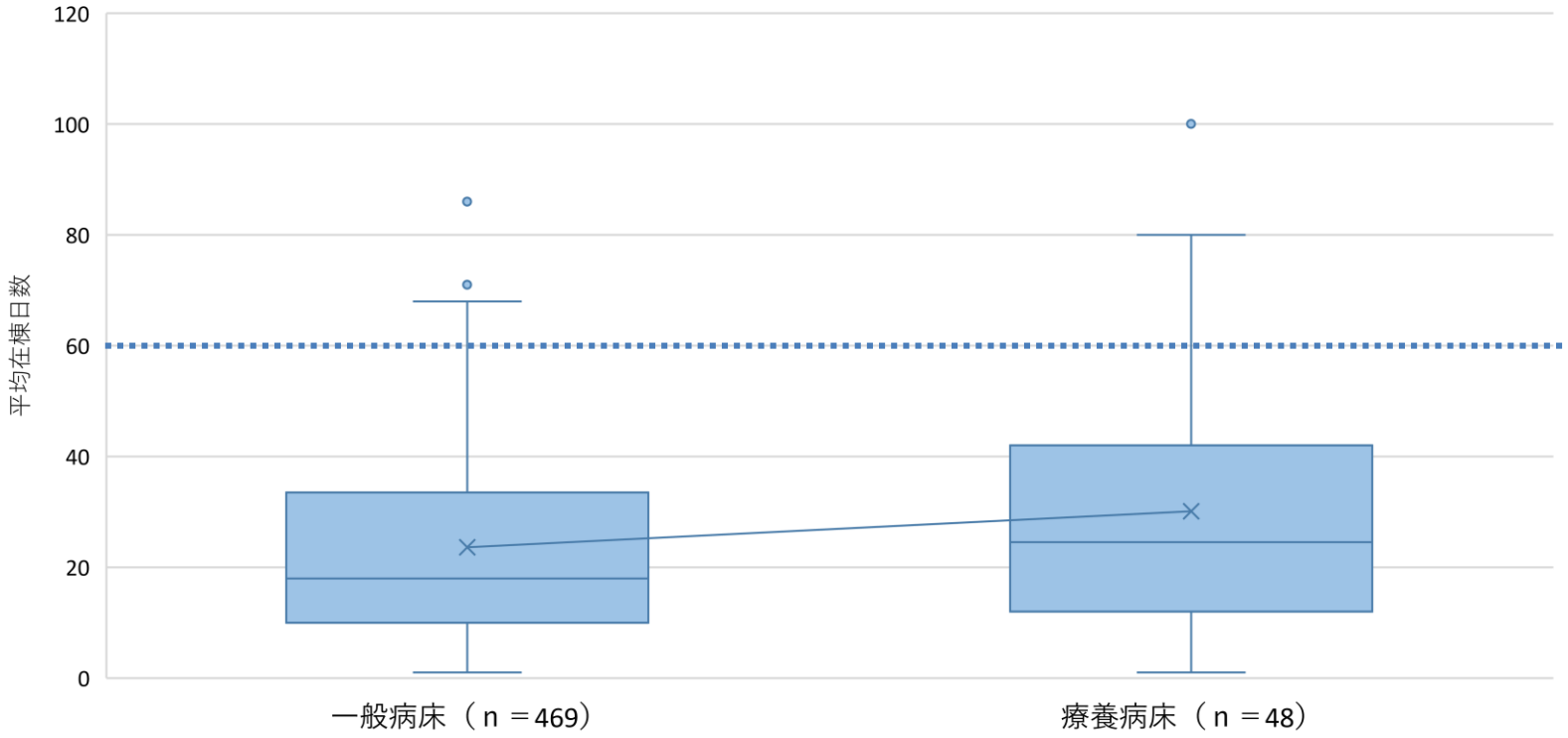




出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

病床種別でみた場合の平均在棟日数

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

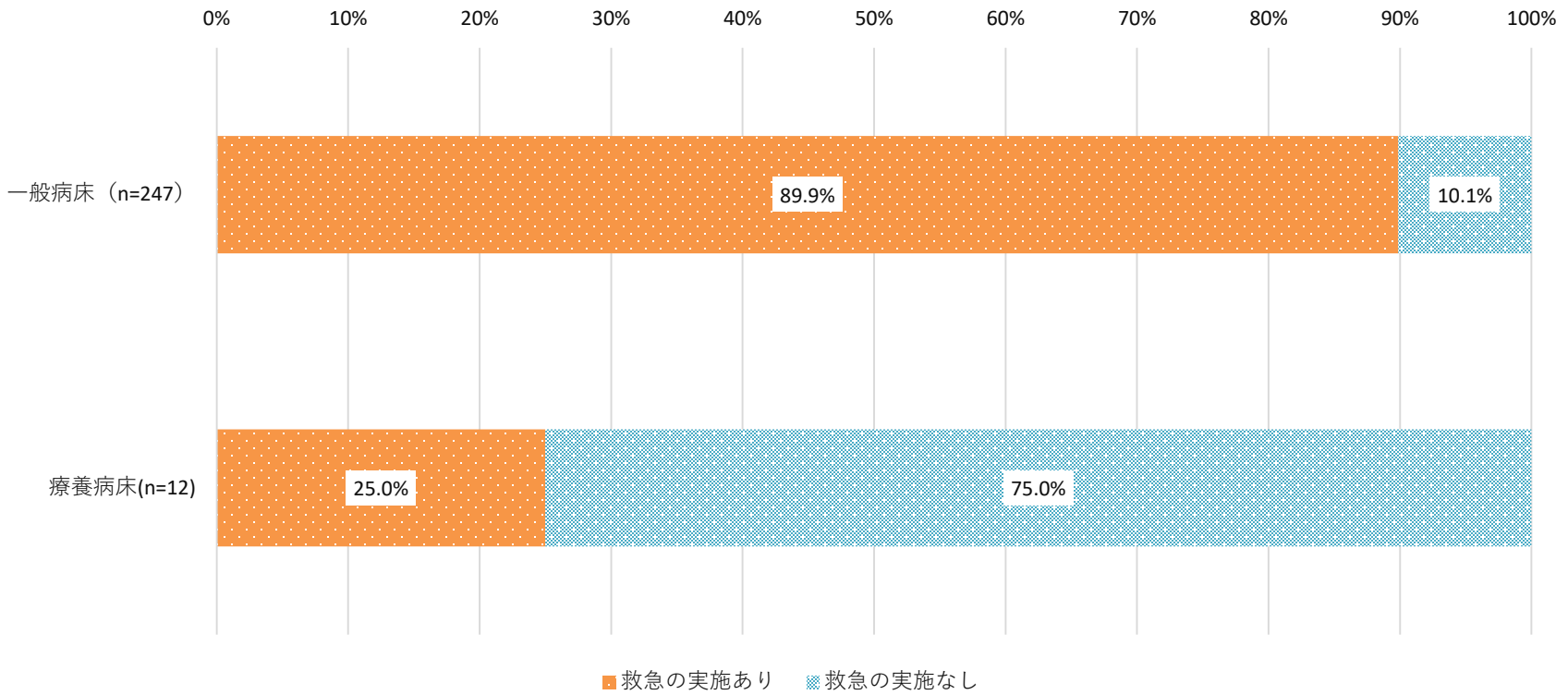


	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
一般病床	23.6	18.0	10.0	18.0	33.5
療養病床	30.1	24.5	12.0	24.5	42.0

出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

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。

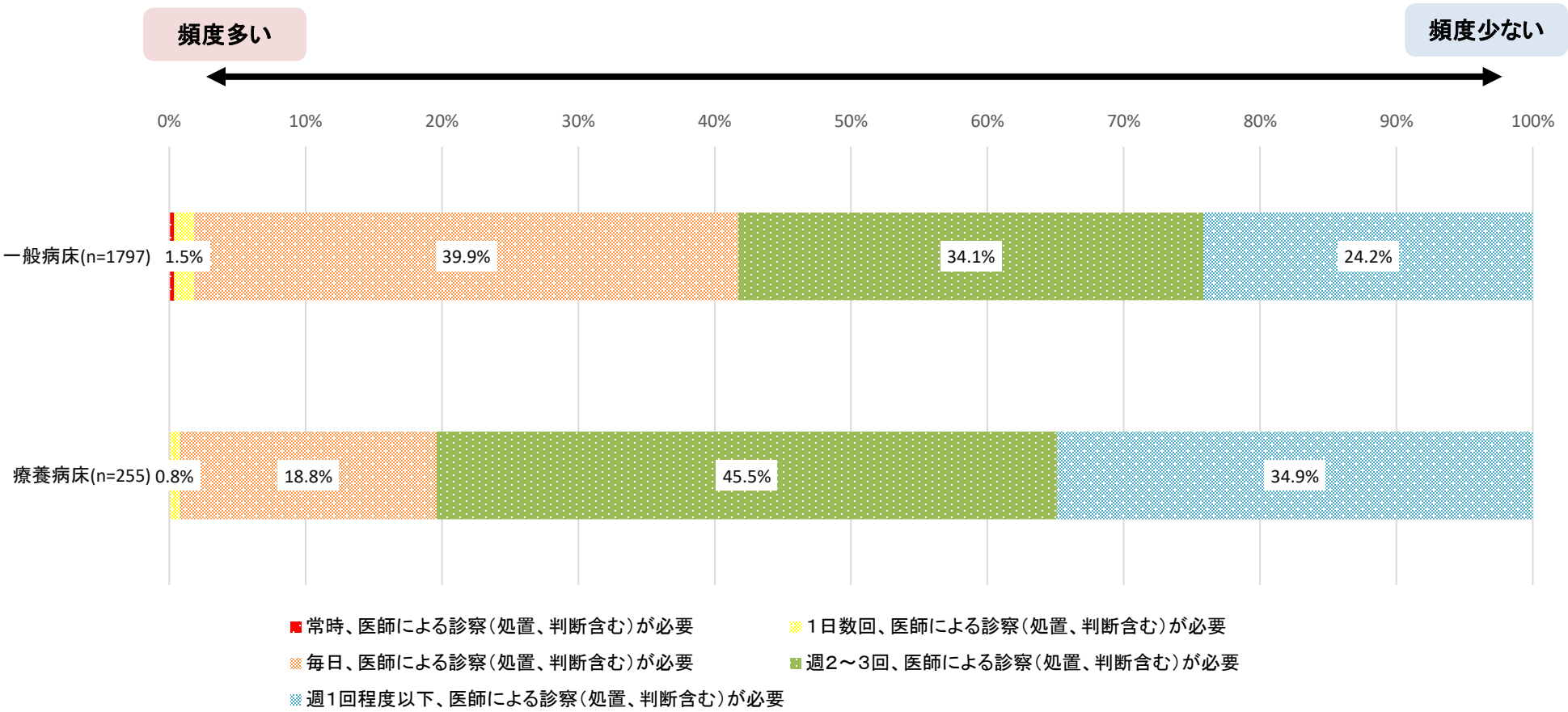


※:一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

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。

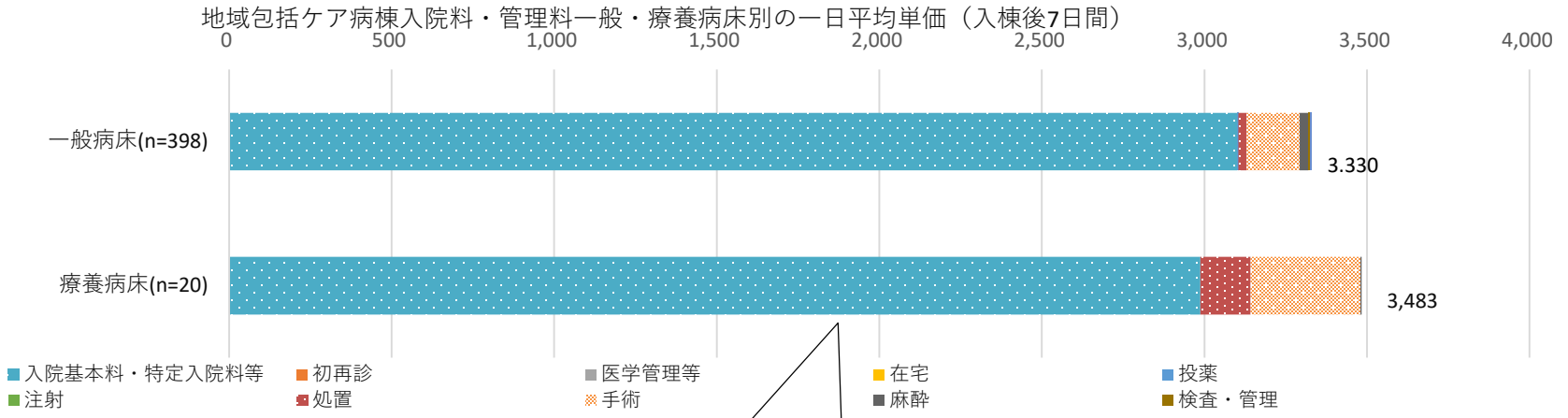


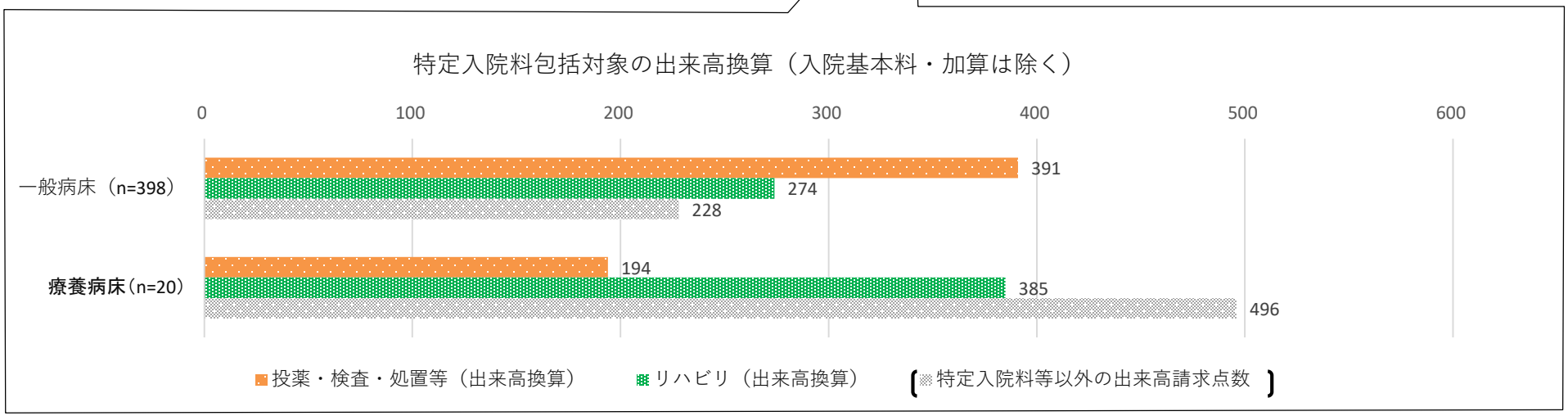
出典：令和2年度入院医療の実態調査（病棟・患者票）

入棟後7日間のレセプト請求点数

診調組　入－4
3．10．1

○　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。



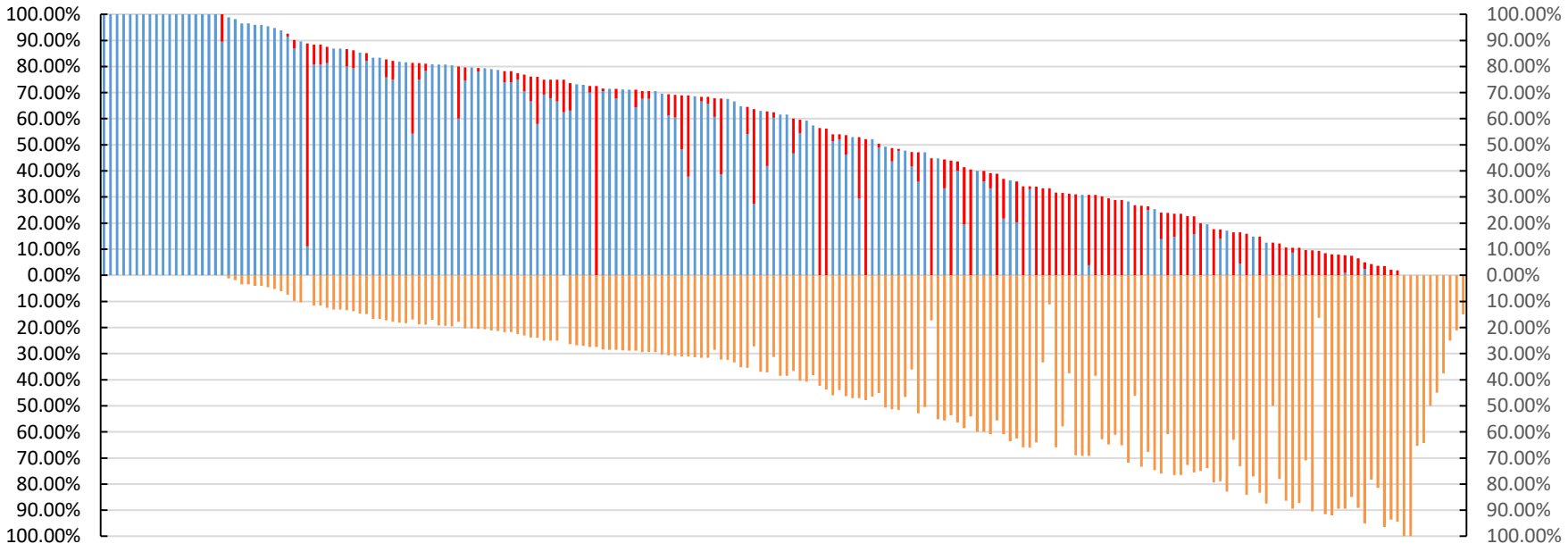


出典：令和2年度入院医療の実態調査（病棟・患者票）

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)



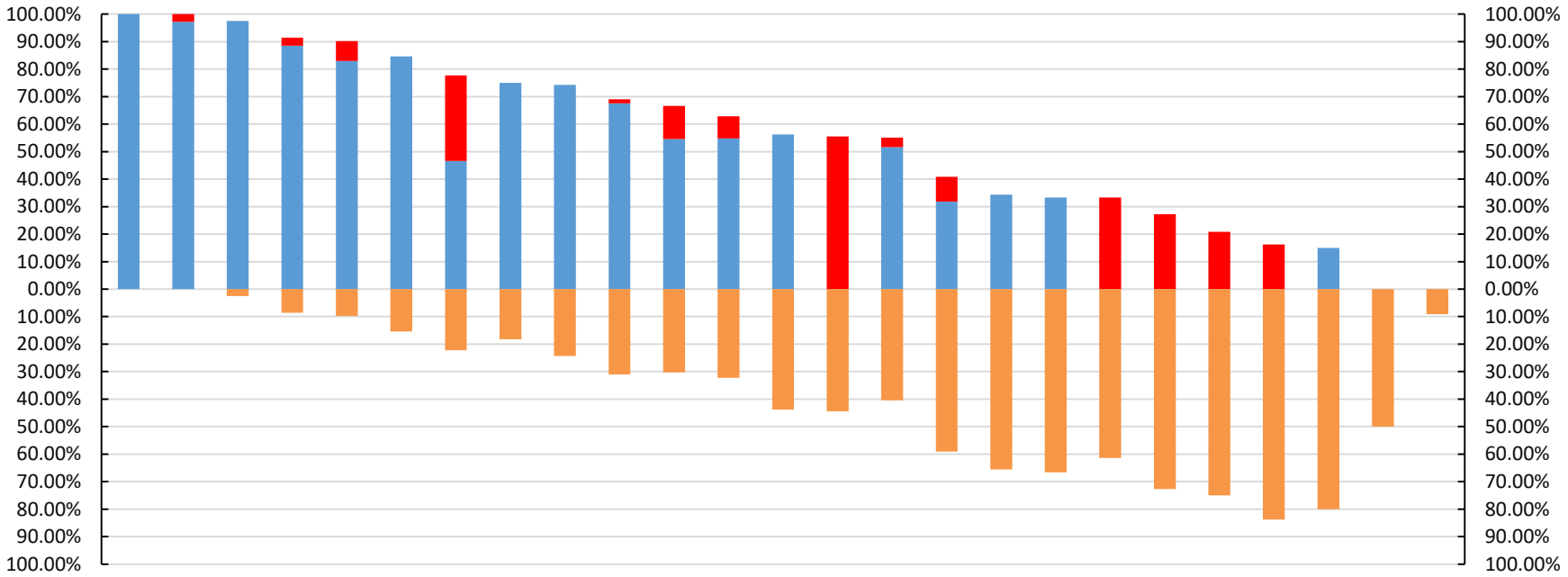
	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
自院又は他院の一般病棟からの転棟割合	54.9%	61.5%	28.4%	61.5%	80.8%
自院の一般病棟からの転棟割合	45.8%	51.7%	0.0%	51.7%	78.6%
自宅等から入棟した割合	39.6%	32.8%	17.8%	32.8%	63.0%

出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

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)



	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%

出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

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。

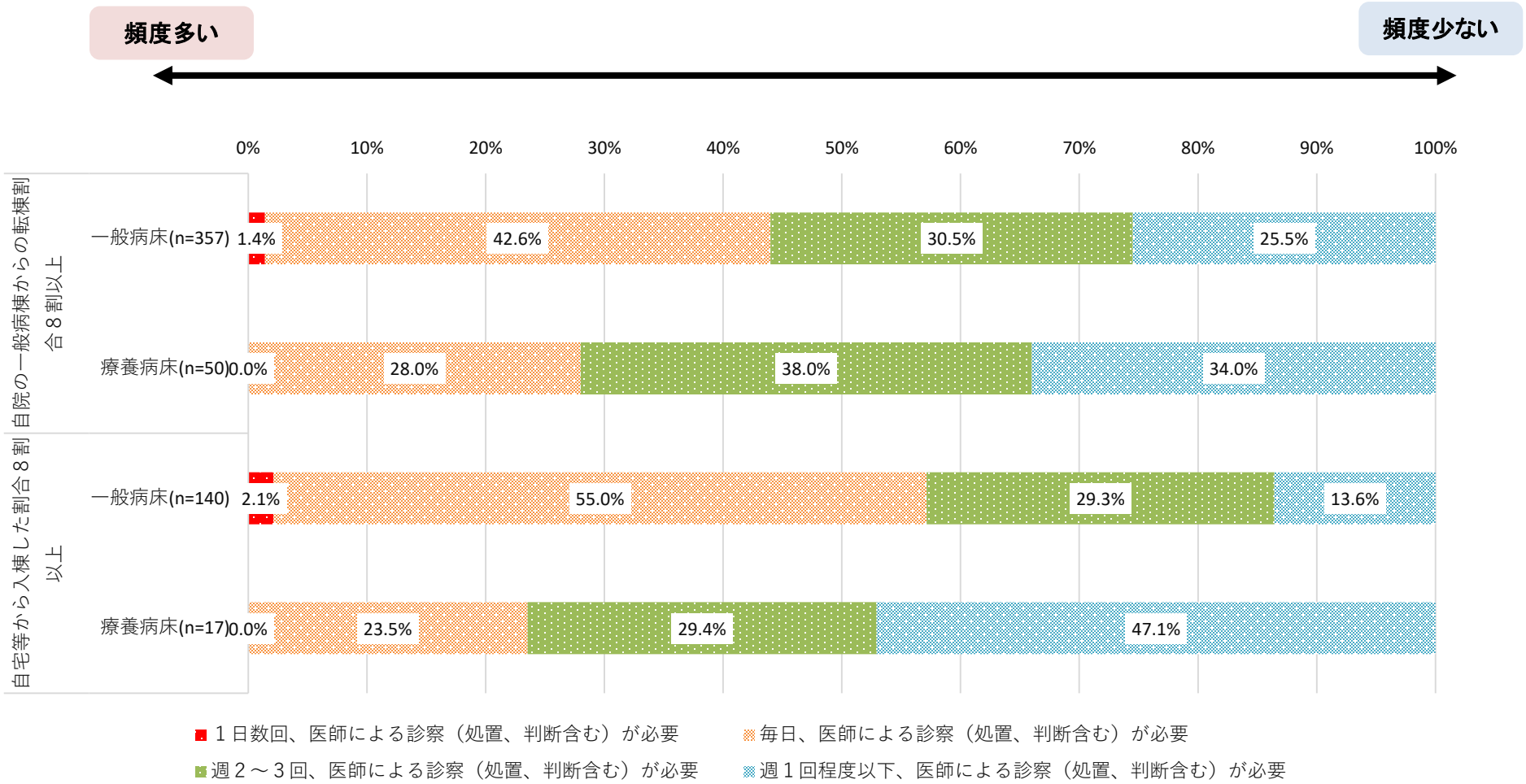
	看護必要度Ⅰ		看護必要度Ⅱ	
	該当患者数	基準を満たす患者割合	該当患者	基準を満たす患者割合
一般病床	4373	34%	160	11%
療養病床	752	31%	0	

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%

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設・病棟・患者票）

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。



出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟・患者票）

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。

- 入院時支援加算
- 入退院支援加算
- 地域連携診療計画加算
- 退院時共同指導料

外来・在宅 → **入院** → **外来・在宅**

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

病棟



≪入退院支援の対象となる患者≫
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- **虐待を受けている又はその疑いがある**
- **生活困窮者**
- 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
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は**介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

外来部門

【入院前からの支援】
- （入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成　　等



在宅療養を担う関係機関等



【退院時共同指導】
- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入退院支援加算の概要

Ａ２４６　　入退院支援加算（退院時１回）

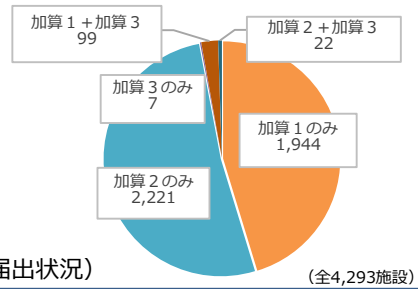
- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
  入退院支援加算１　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　６００点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　１，２００点
- **地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定している病棟においては、入退院支援加算１のみ出来高で算定可。**

［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一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因に準ずると認められるもの		ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後３日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は７日以内 療養病棟入院基本料等は１４日以内　に実施 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後７日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・７日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後１か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が１名以上かつ、①もしくは②　（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（２病棟に１名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年３回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

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

入退院支援加算の届出状況



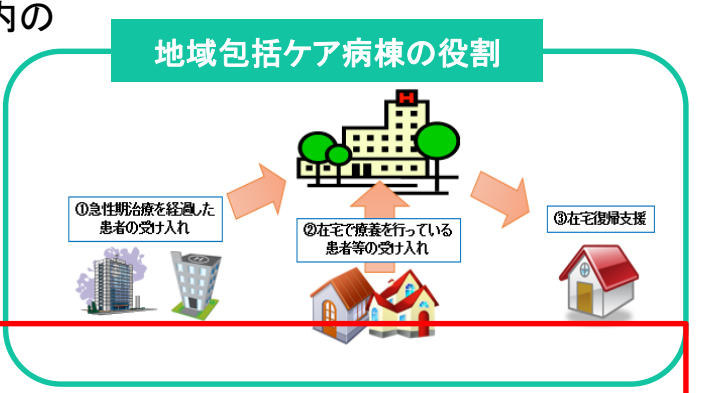
【出典】
保険局医療課調べ
（令和元年７月１日の届出状況）

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

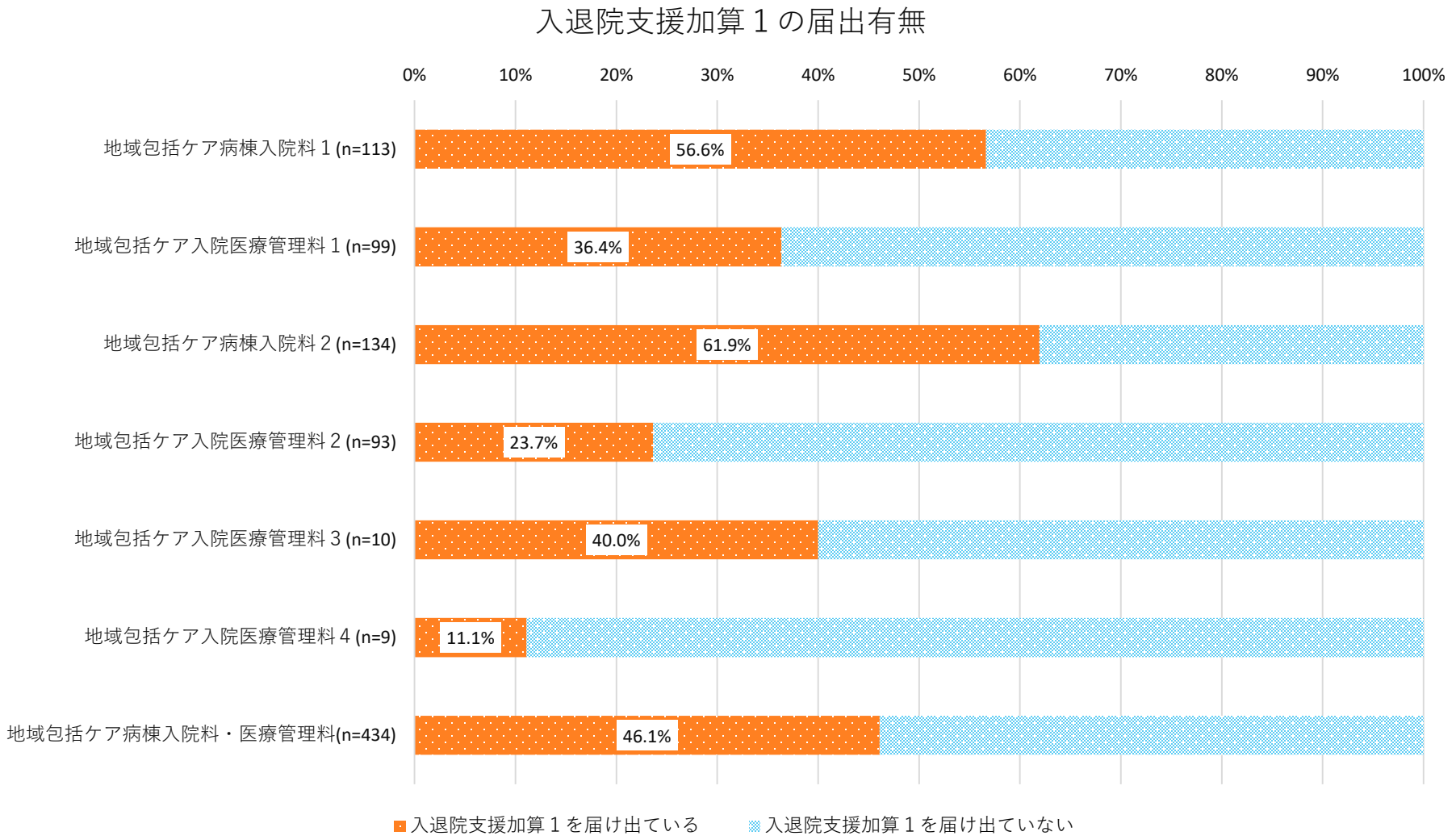
- 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟 に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

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。

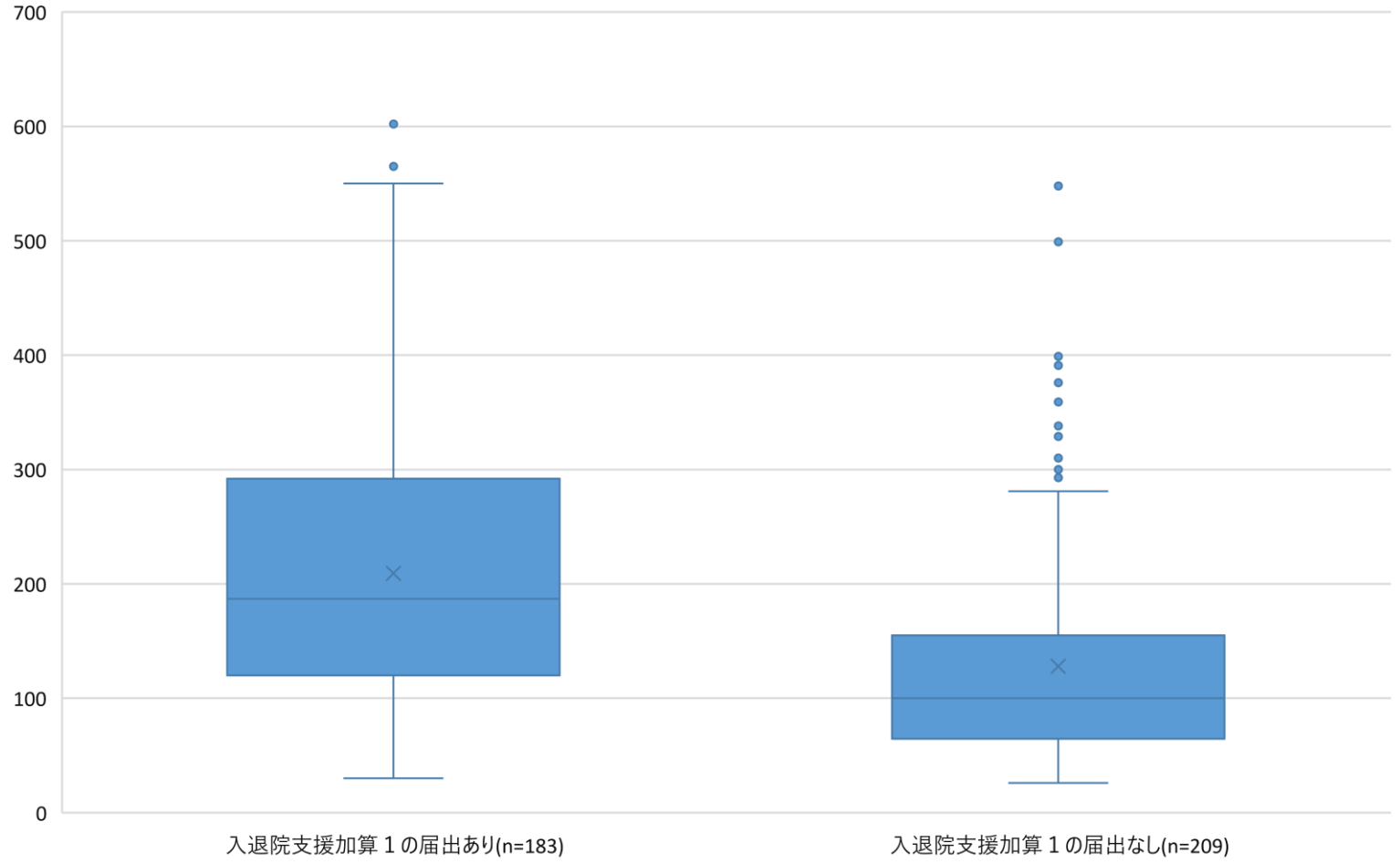


※：n=１は除く。
出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

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

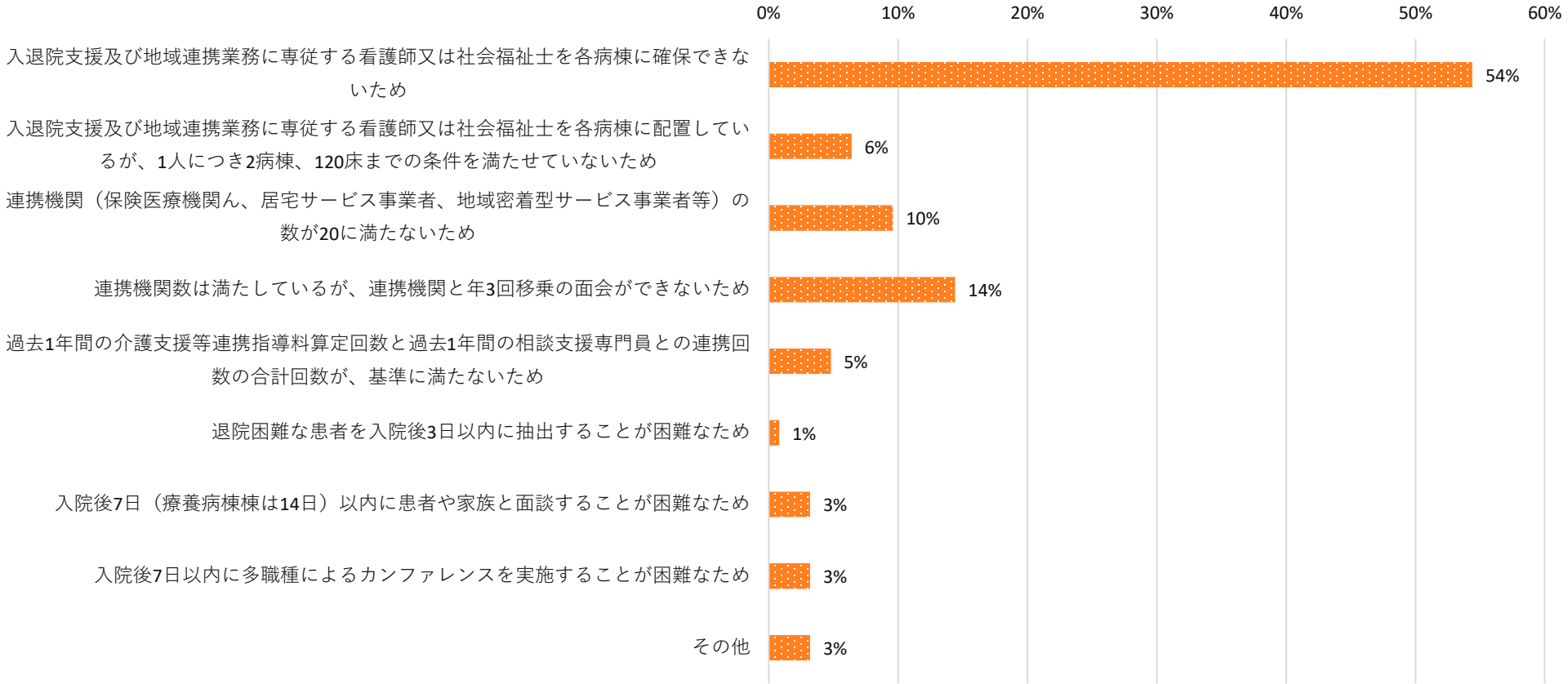


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

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））



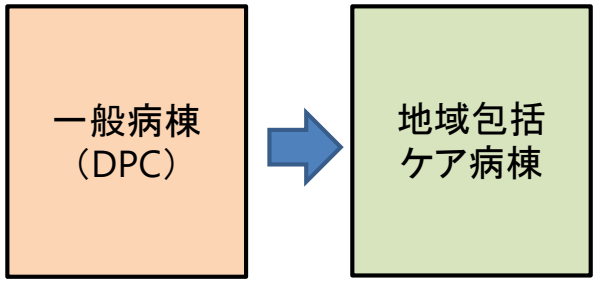
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

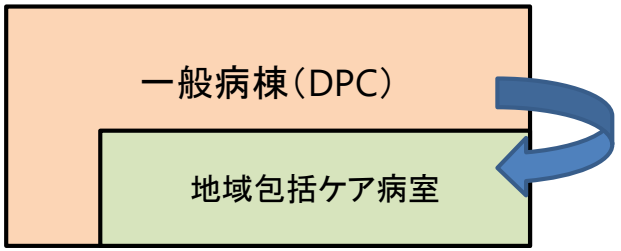
➢ 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。

他の病棟に転棟する場合



現行	改定後
転棟後は 地域包括ケア病棟 の点数を算定する	転棟後も DPC/PDPSによる点数 を算定する （期間Ⅱまで）

同一病棟内で転室する場合



現行（変更なし）
転室後も DPC/PDPSによる点数を算定する （期間Ⅲまで）

※他の一般病棟の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合も同様

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

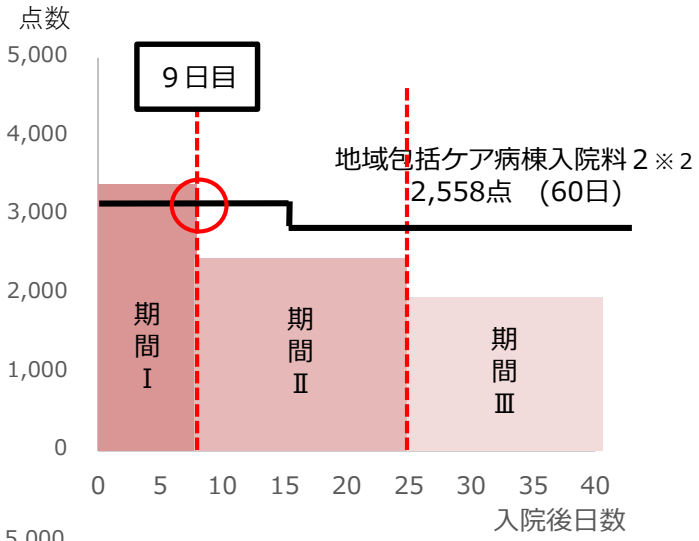
DPC対象病棟からの転棟について

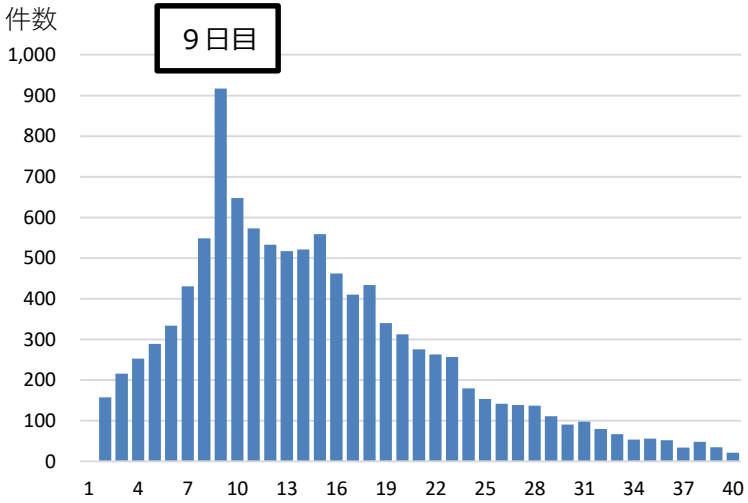
○　DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※１と転棟先での報酬

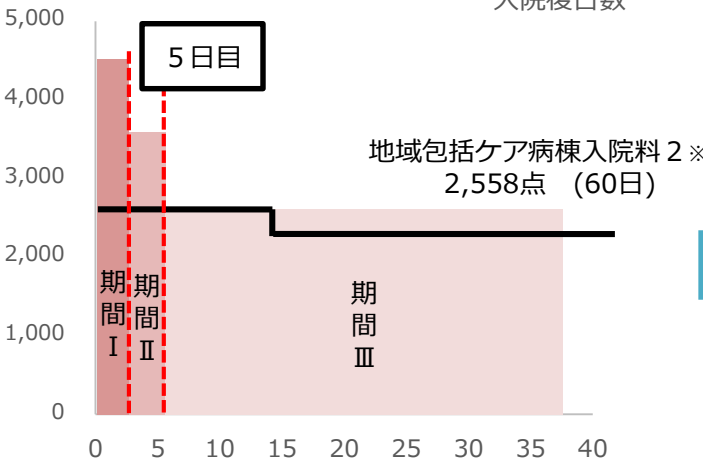
地域包括ケア病棟への転棟時期※３

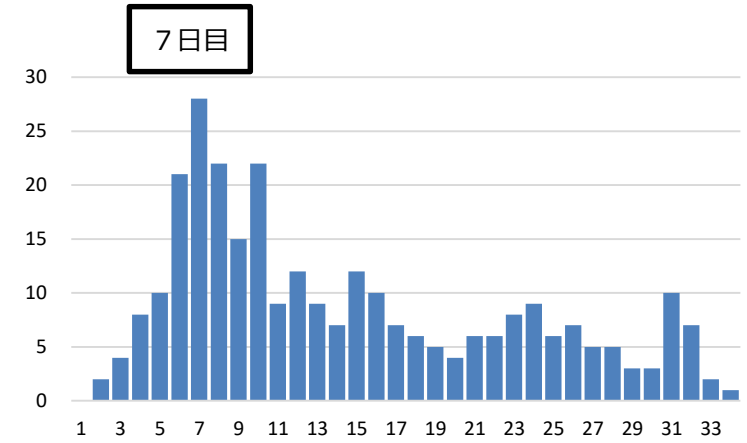
胸椎、腰椎以下骨折損傷
(胸・腰髄損傷を含む)
手術なし
(160690xx)





狭心症、慢性虚血性
心疾患
手術なし
(050050xx99000x)





出典：平成30年DPCデータ

※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）

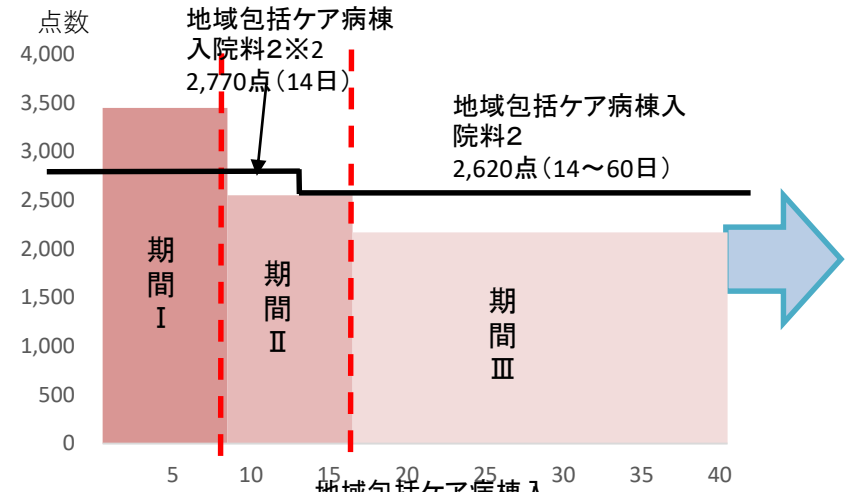
※２　急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）
※３　DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

DPC対象病棟からの転棟について

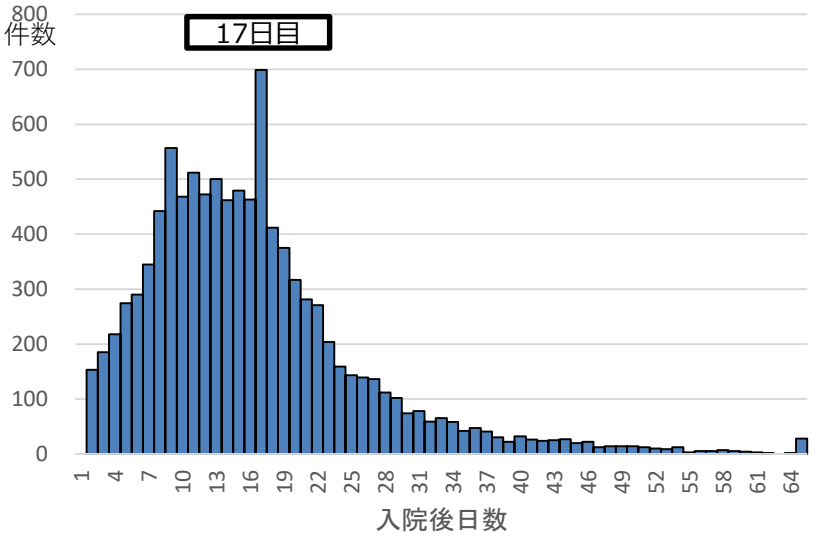
○　平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

DPC/PDPSによる報酬※１と転棟先での報酬

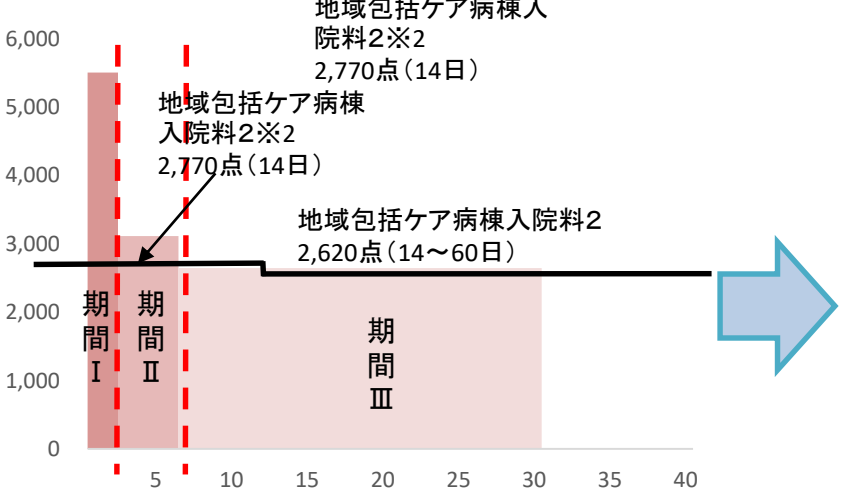
胸椎、腰椎以下骨折損傷
(胸・腰髄損傷を含む)
手術なし
(160690xx)



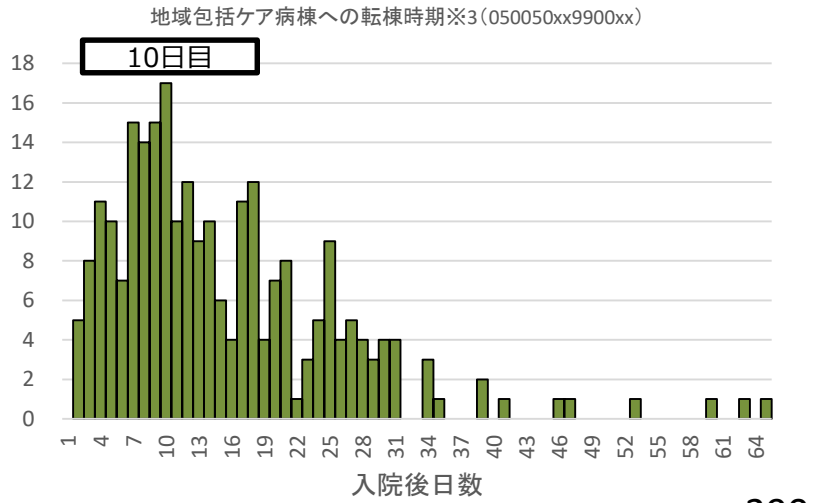
地域包括ケア病棟への転棟時期※3（160690xx99xxxx）



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（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

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し　等

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

＊1　日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

中医協　総－２
３．８．２５

効果の実績の評価基準

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

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

＜実績指数の計算対象＞

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

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

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

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

日常生活動作（ADL）の指標　FIMの概要

中医協　総－２
３．８．２５

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

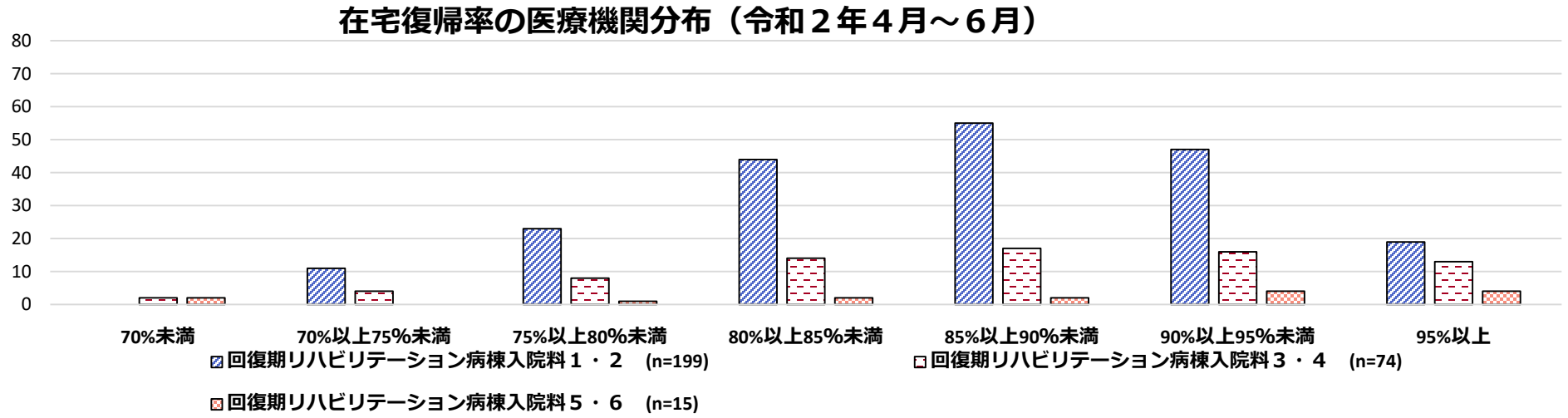
Functional Independence Measure（FIM）

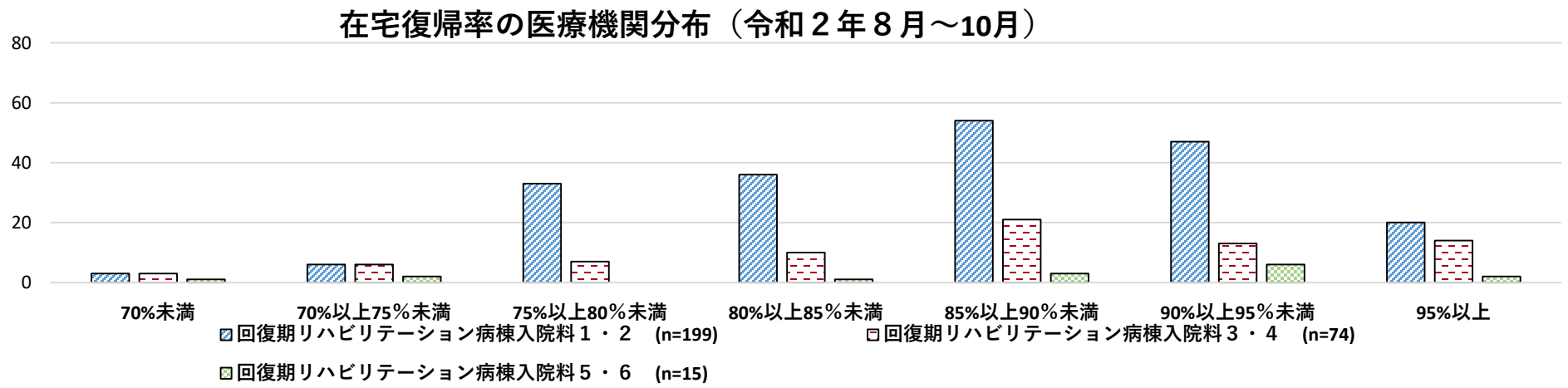
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目				認知項目	
セルフケア	排泄	移乗	移動	コミュニケーション	社会認識
食事	排尿コントロール	ベッド・椅子・車椅子	歩行・車椅子	理解（聴覚・視覚）	社会的交流
整容	排便コントロール	トイレ	階段	表出（音声・非音声）	問題解決
清拭		浴槽・シャワー			記憶
更衣（上半身）					
更衣（下半身）					
トイレ動作					
計42～６点	計14～２点	計21～３点	計14～２点	計14～２点	計21～３点
運動項目　計91～13点				認知項目　計35～５点	
合計　126～18点					

回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率

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

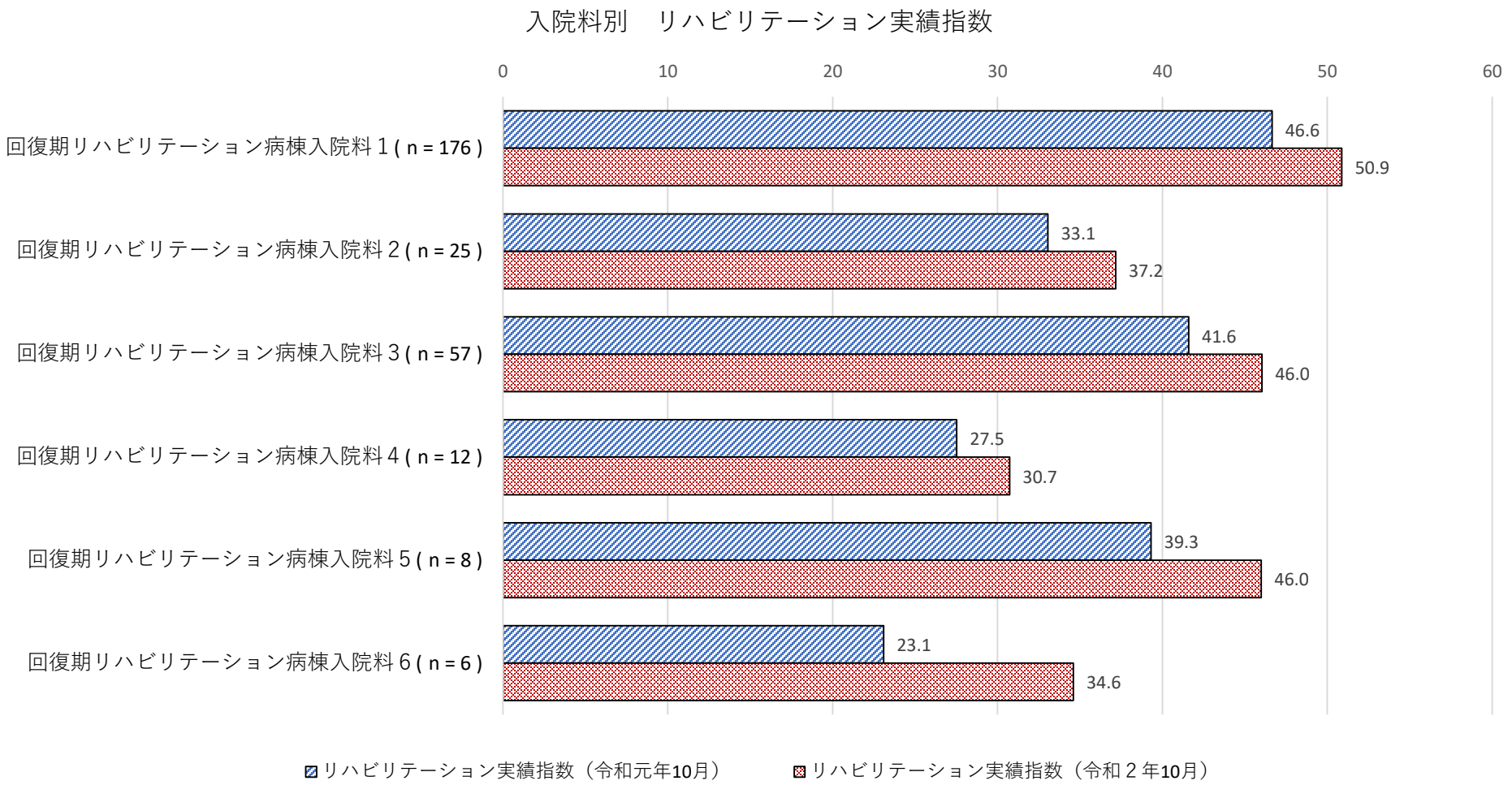




出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

リハビリテーション実績指数について

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



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

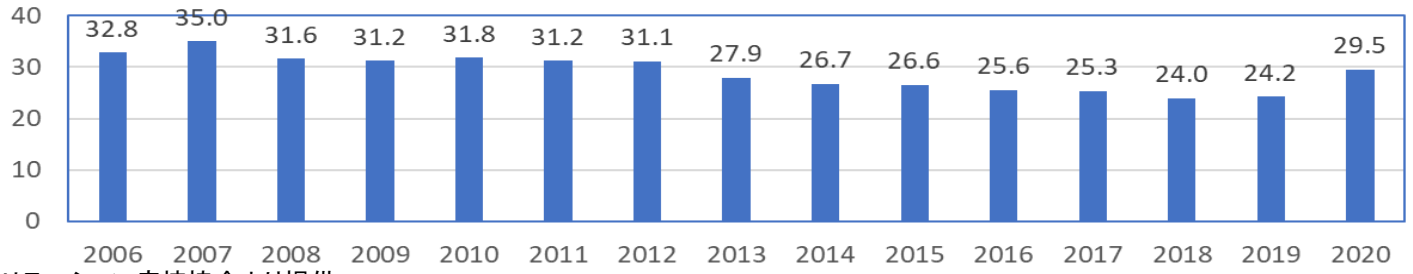
入棟時FIM等の年次推移について

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

入棟時FIM及びFIMの変化



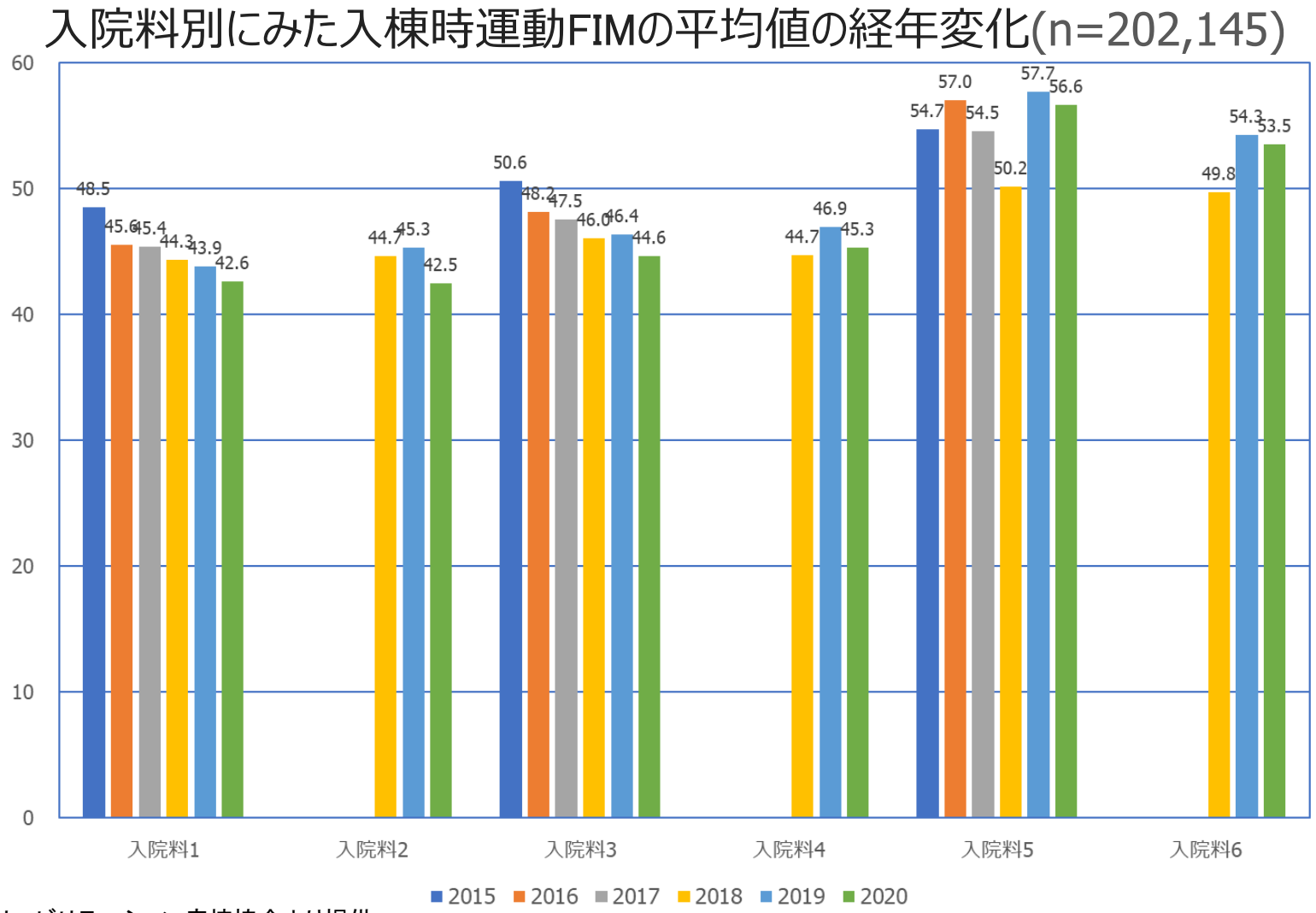
発症から入棟までの日数



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の年次推移

○　入院料毎に入棟時運動FIMの平均値を2015年～2020年で比較したところ、入院料１及び入院料３においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば2019年と2020年で比較すると、入院料2、3、4、6で低下する傾向にあった。

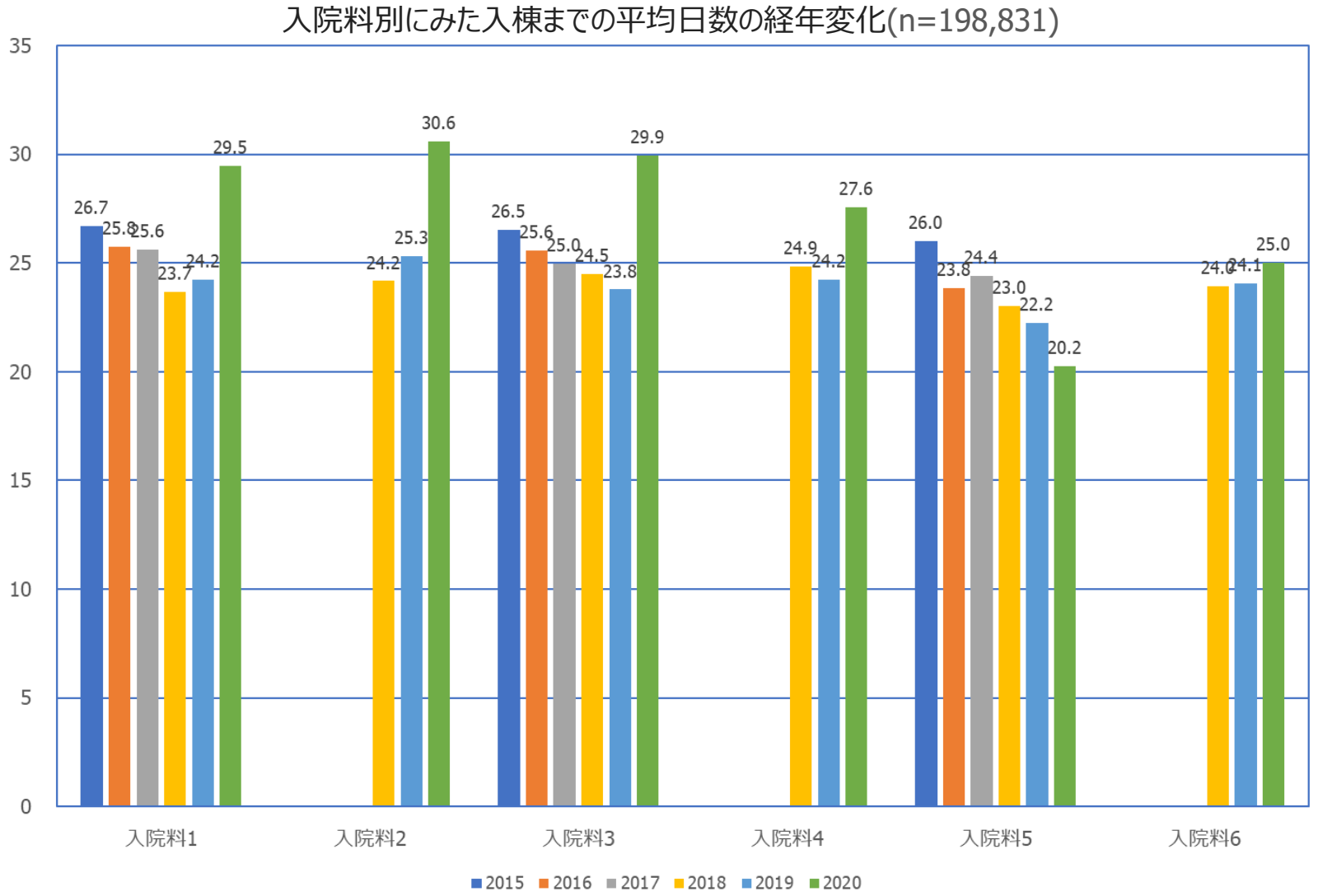


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料３」として、「2017年以前の入院料３」は「2017年以前の入院料５」として分析。

入院料別にみた入棟まで日数の年次推移

○　入院料毎に入棟までの日数を2015年～2020年で比較したところ、入院料１，２，３，４においては、2015年から2019年にかけて低下傾向であったが、2020年に増加傾向であった。一方、入院料5においては2015年から2019年にかけて一貫して低下する傾向であった。



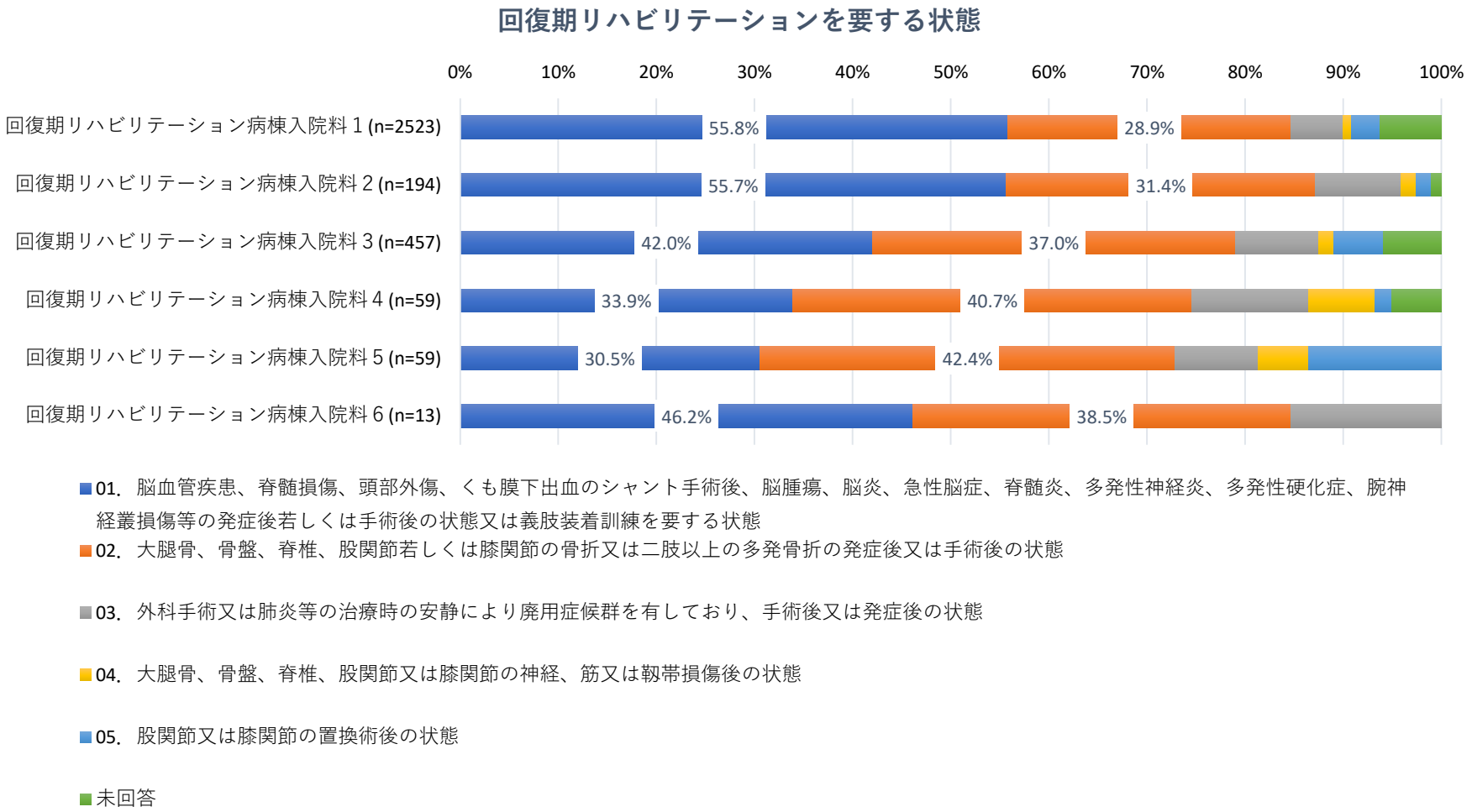
2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料３」として、「2017年以前の入院料３」は「2017年以前の入院料５」として分析。

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

回復期リハビリテーションを要する状態について

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

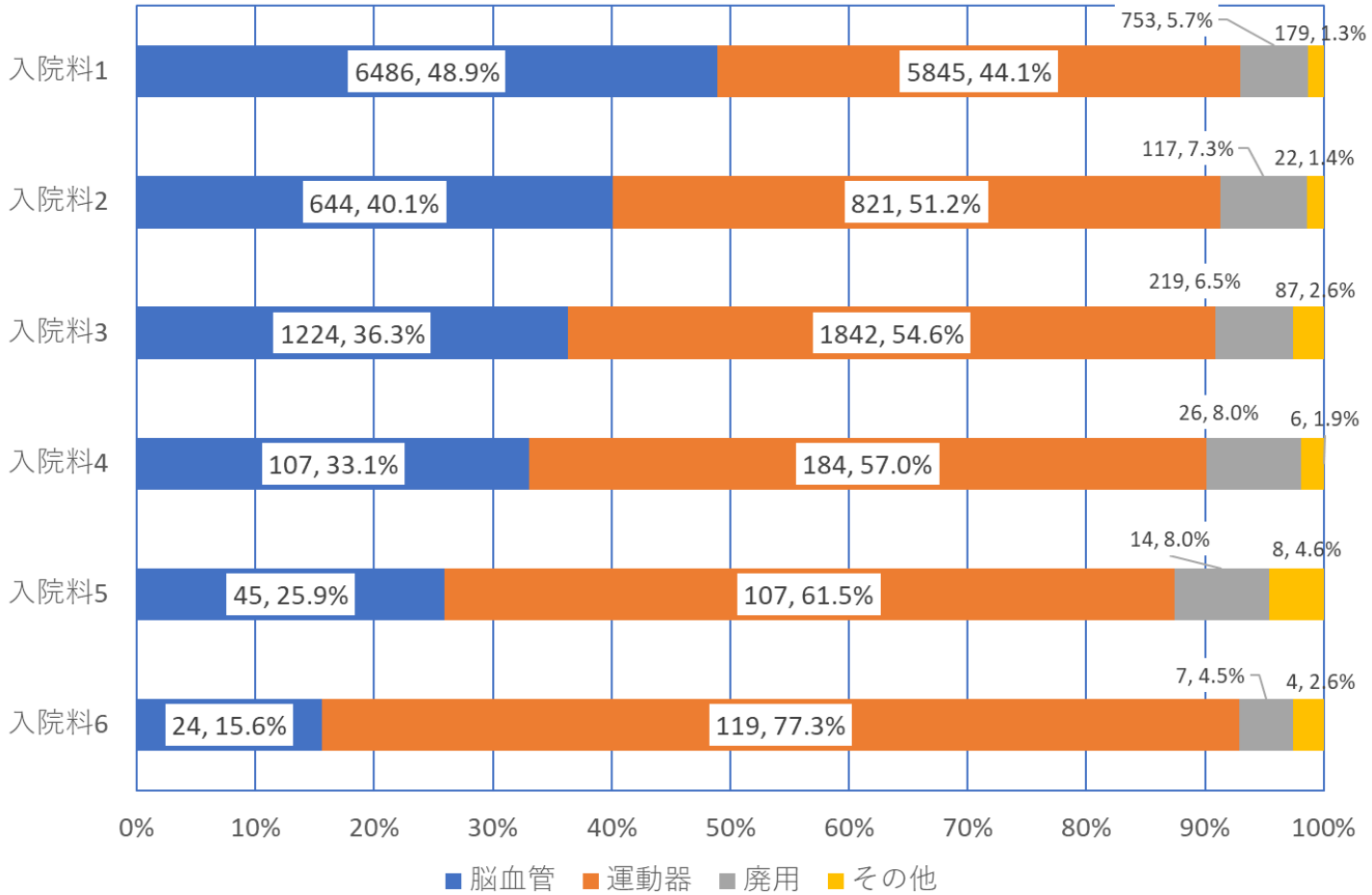
- 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

入院料別の原因疾患について

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

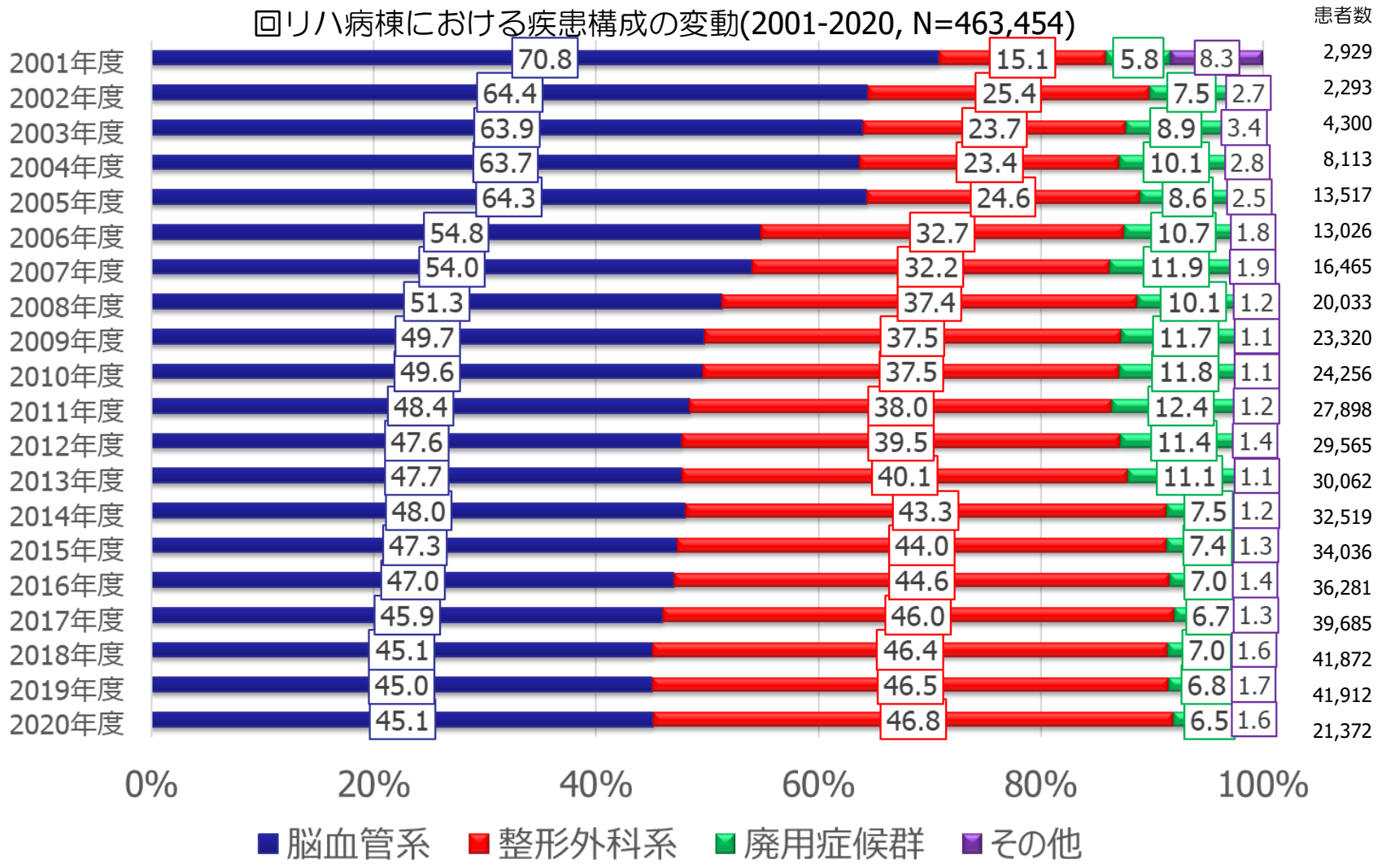


脳血管：「脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態」
運動器：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は２肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
廃用：「外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態」
その他：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態」

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

原因疾患の年次推移

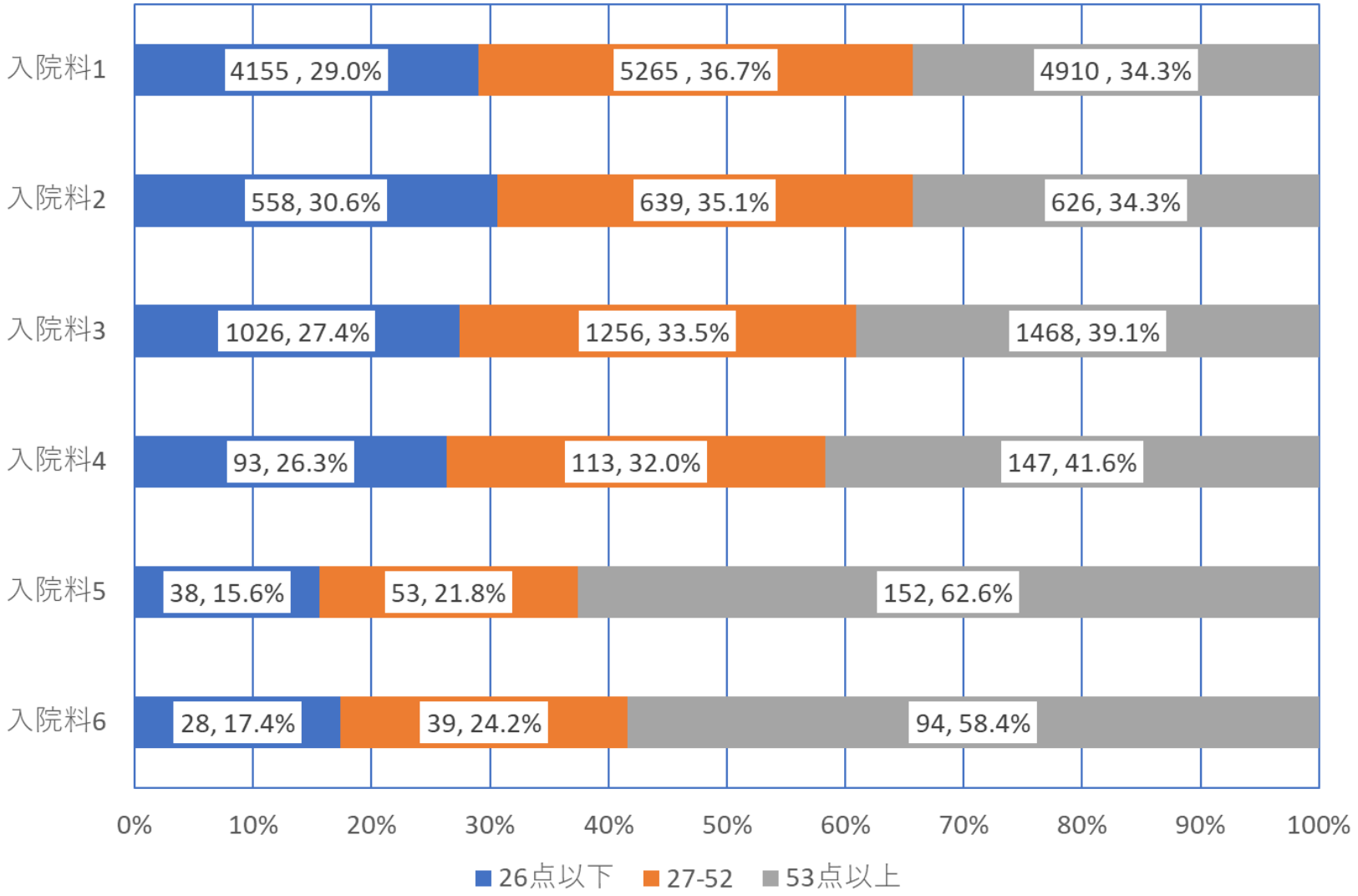
○　回復期リハビリテーション病棟における入院患者の疾患・状態の割合の年次推移は以下のとおりであり、経年的に脳血管疾患の割合が低下し整形外科疾患の割合が増加している。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

入院料別の重症度（入院時運動FIM）について

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

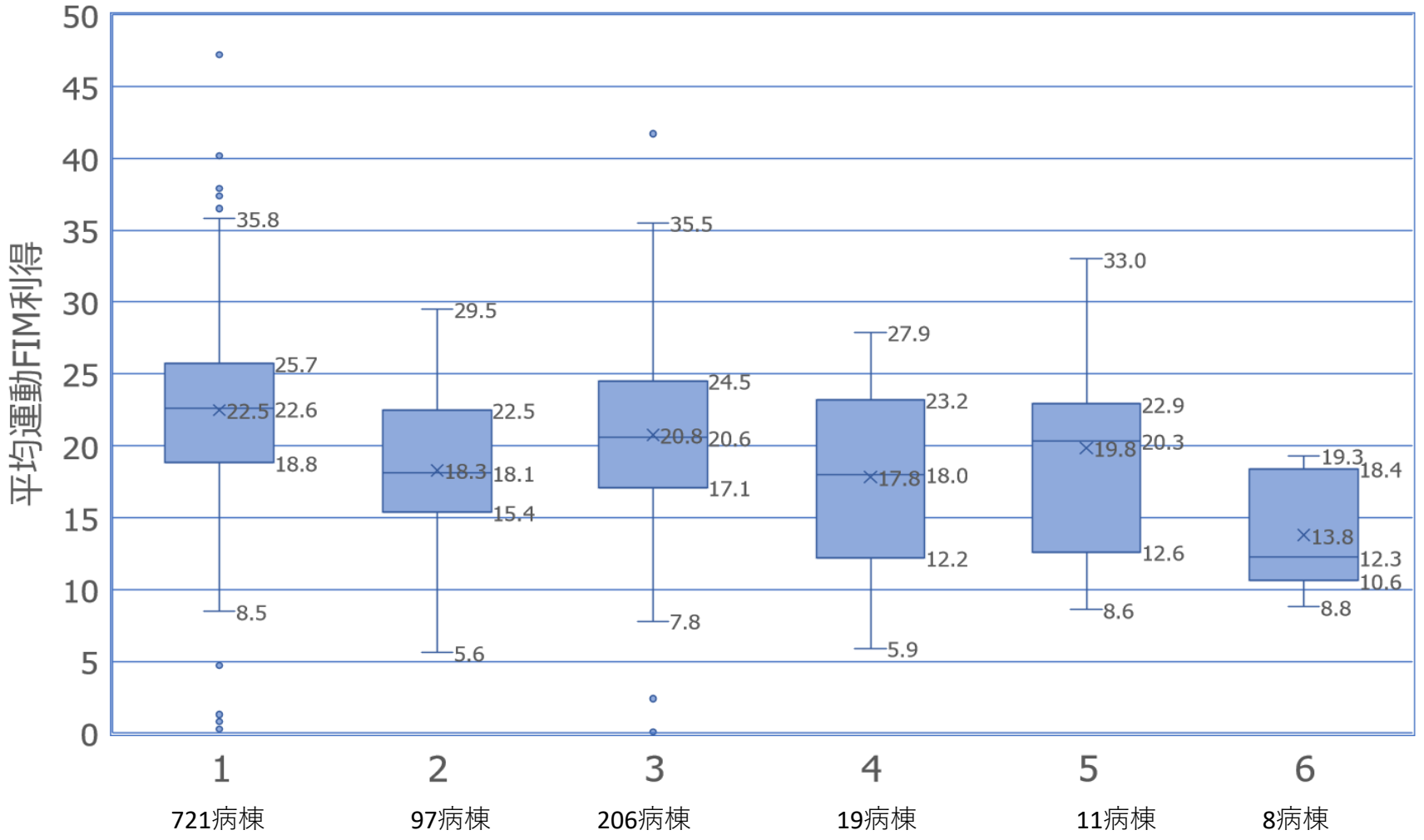


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

入院料別の運動ＦＩＭの変化（退棟時運動ＦＩＭ－入院時運動ＦＩＭ）

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

入院料別の平均運動FIM利得（1カ月に退院10例以上の1,062病棟）



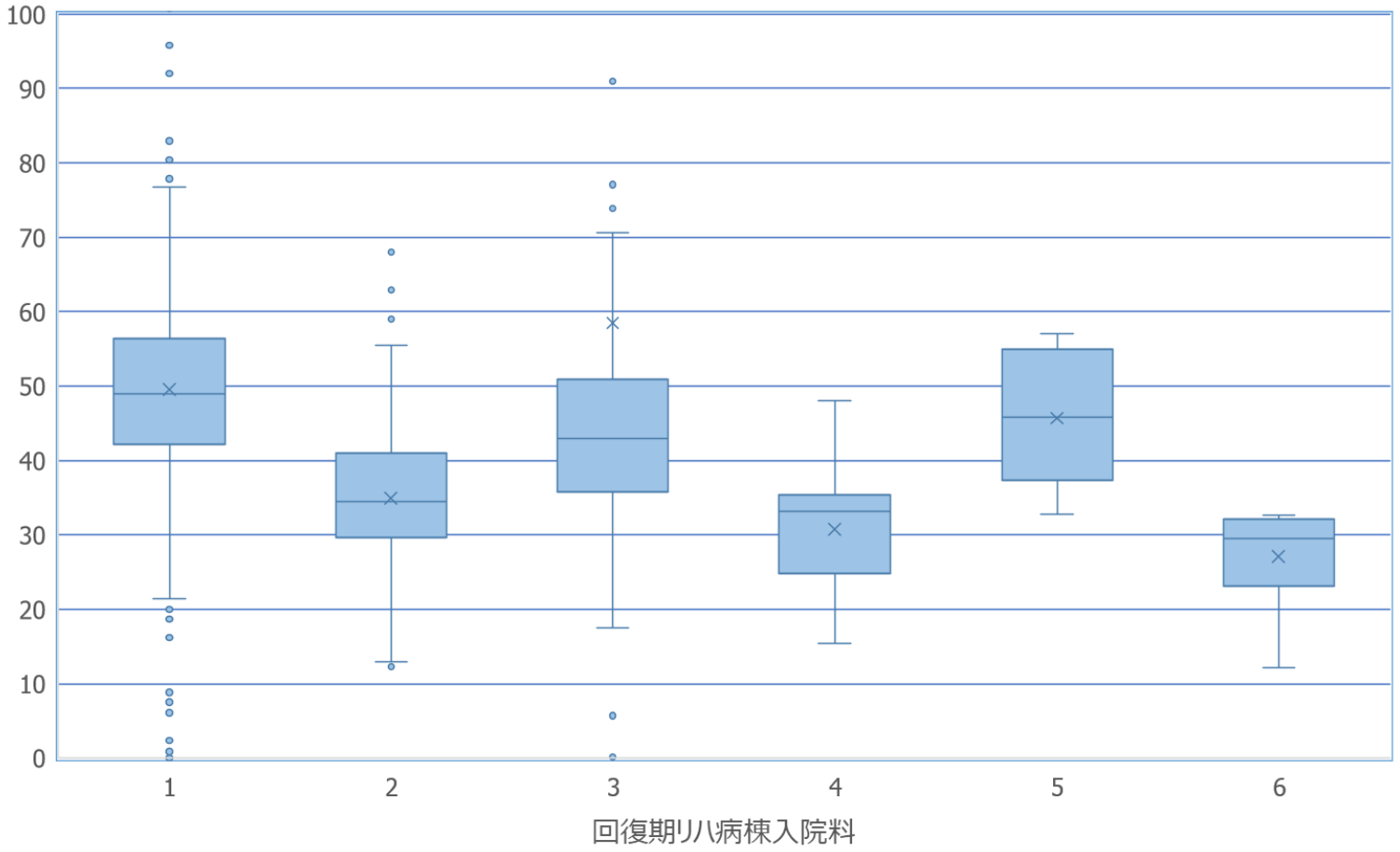
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

上より90, 75, 50, 25, 10パーセンタイル、X平均値

入院料毎の実績指数の分布

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

入院料別の実績指数（ 1カ月に退院10例以上の995病棟）

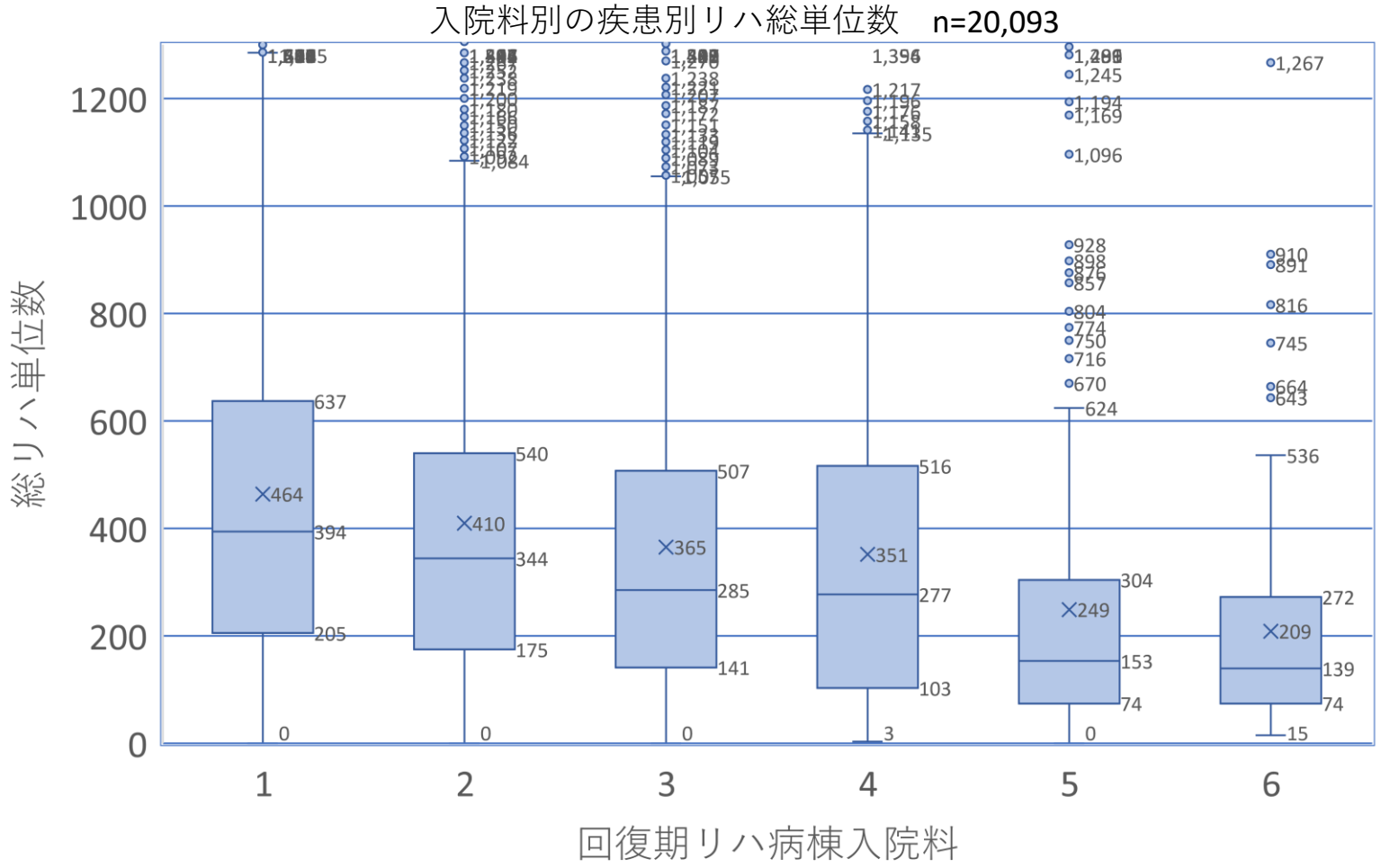


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

上より90, 75, 50, 25, 10パーセンタイル、X平均値

入院料毎の疾患別リハビリテーション総単位数

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

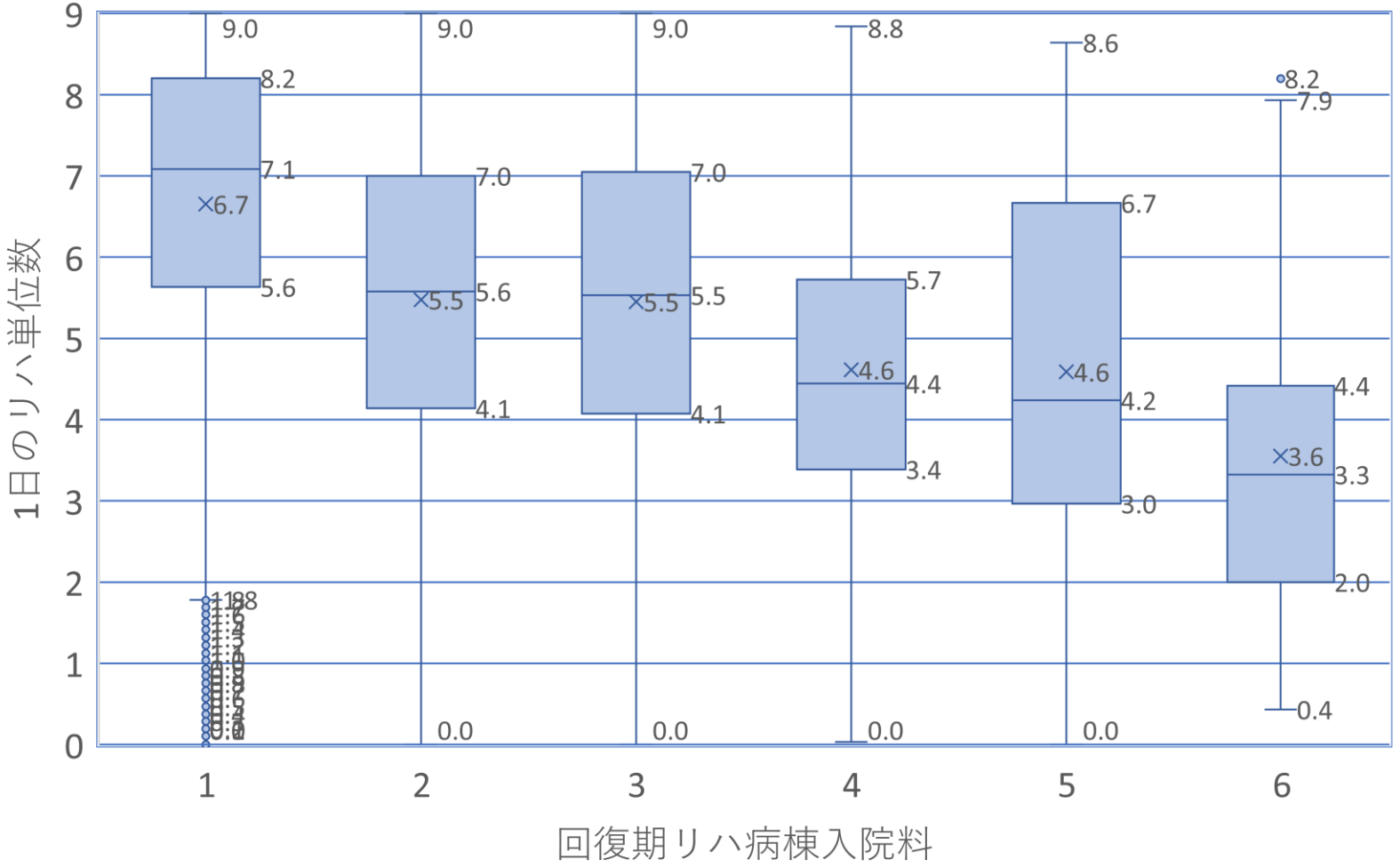


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）　上より90, 75, 50, 25, 10パーセンタイル、X平均値

入院料毎の疾患別リハビリテーション単位数（１日当たり）

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

入院料別の1日当たりの疾患別リハ単位数　n=19,430

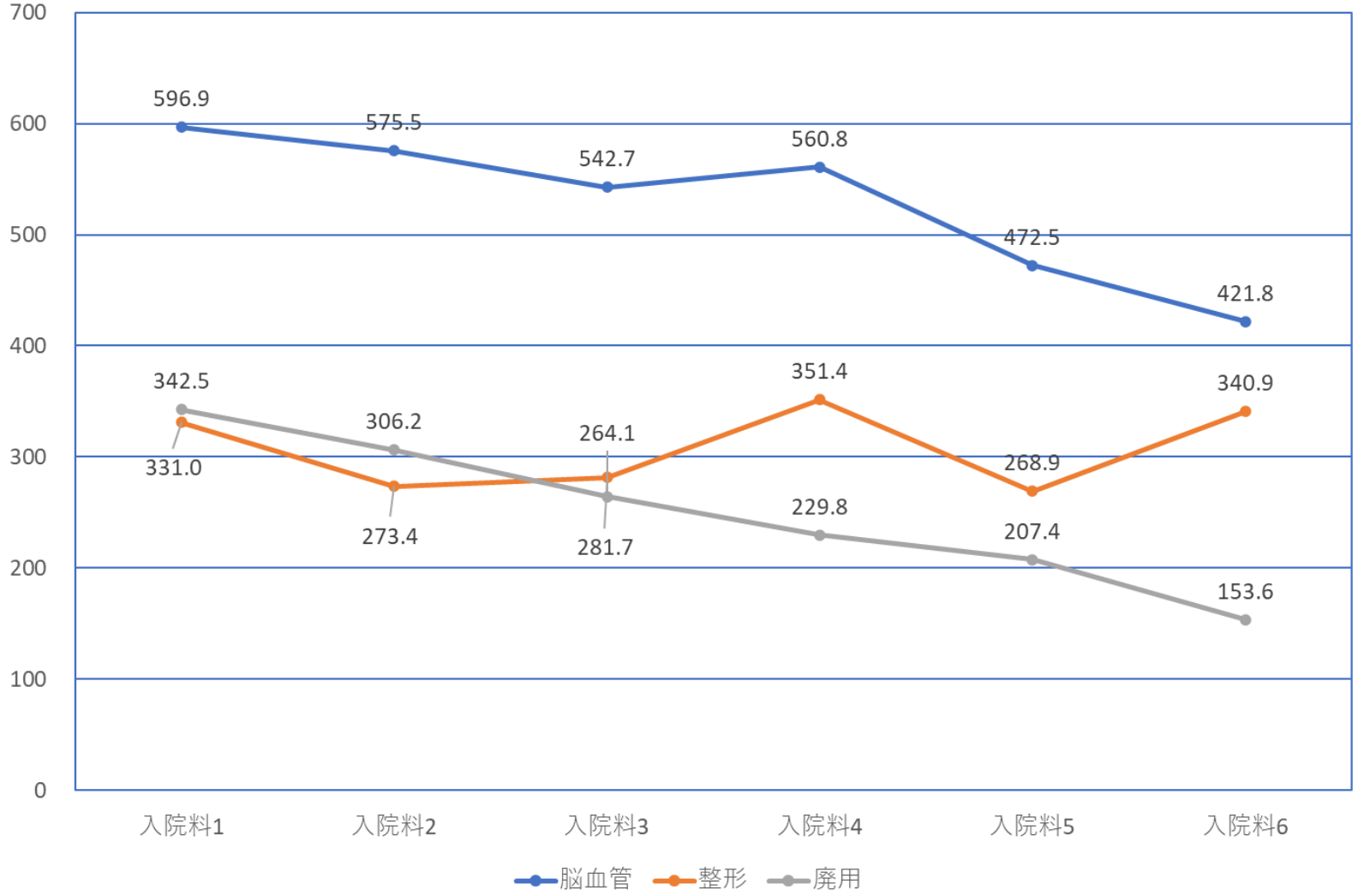


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）上より90, 75, 50, 25, 10パーセンタイル、X平均値

患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数

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

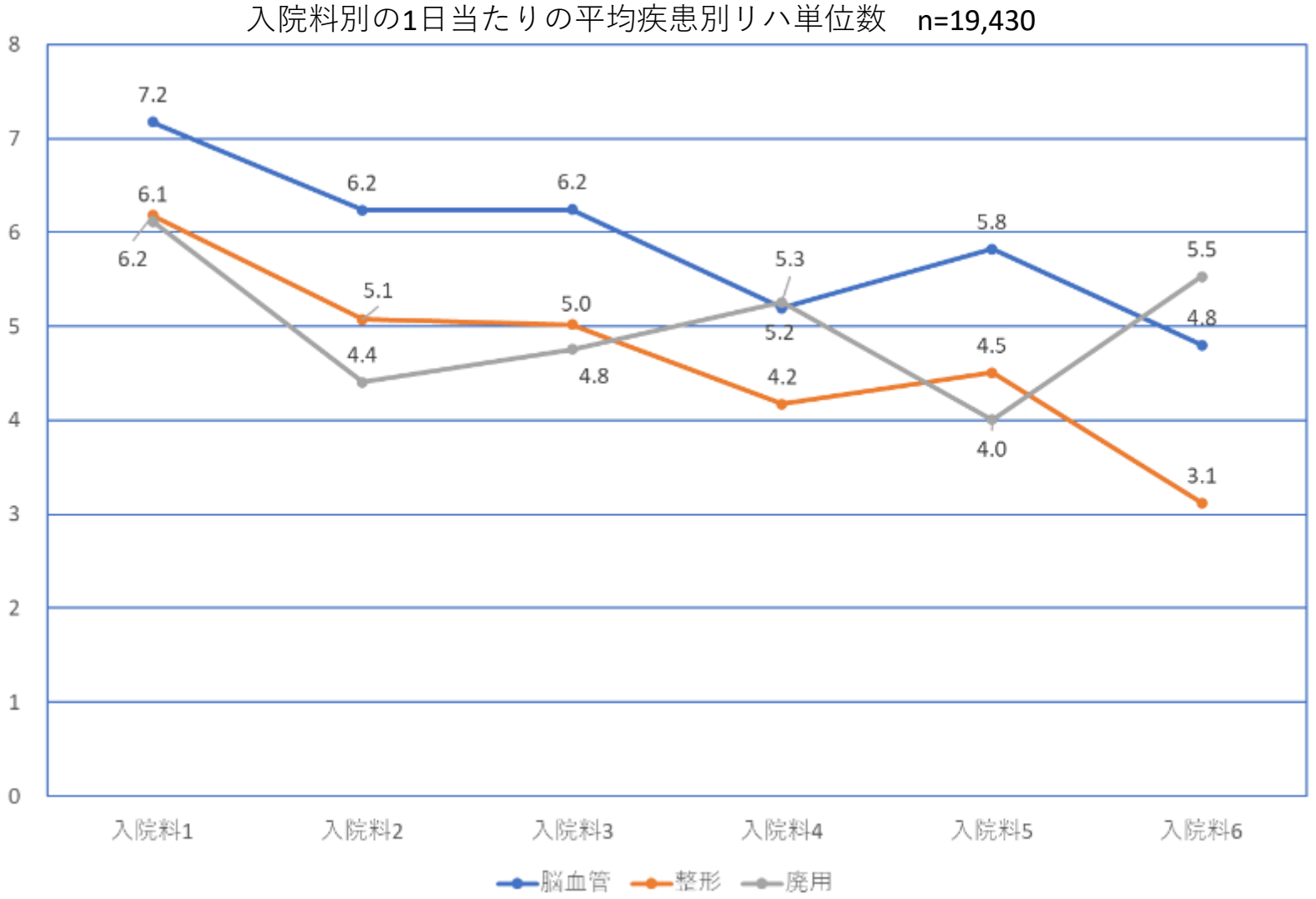
入院料別の平均疾患別リハ総単位数　n=20,093



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数（１日当たり）

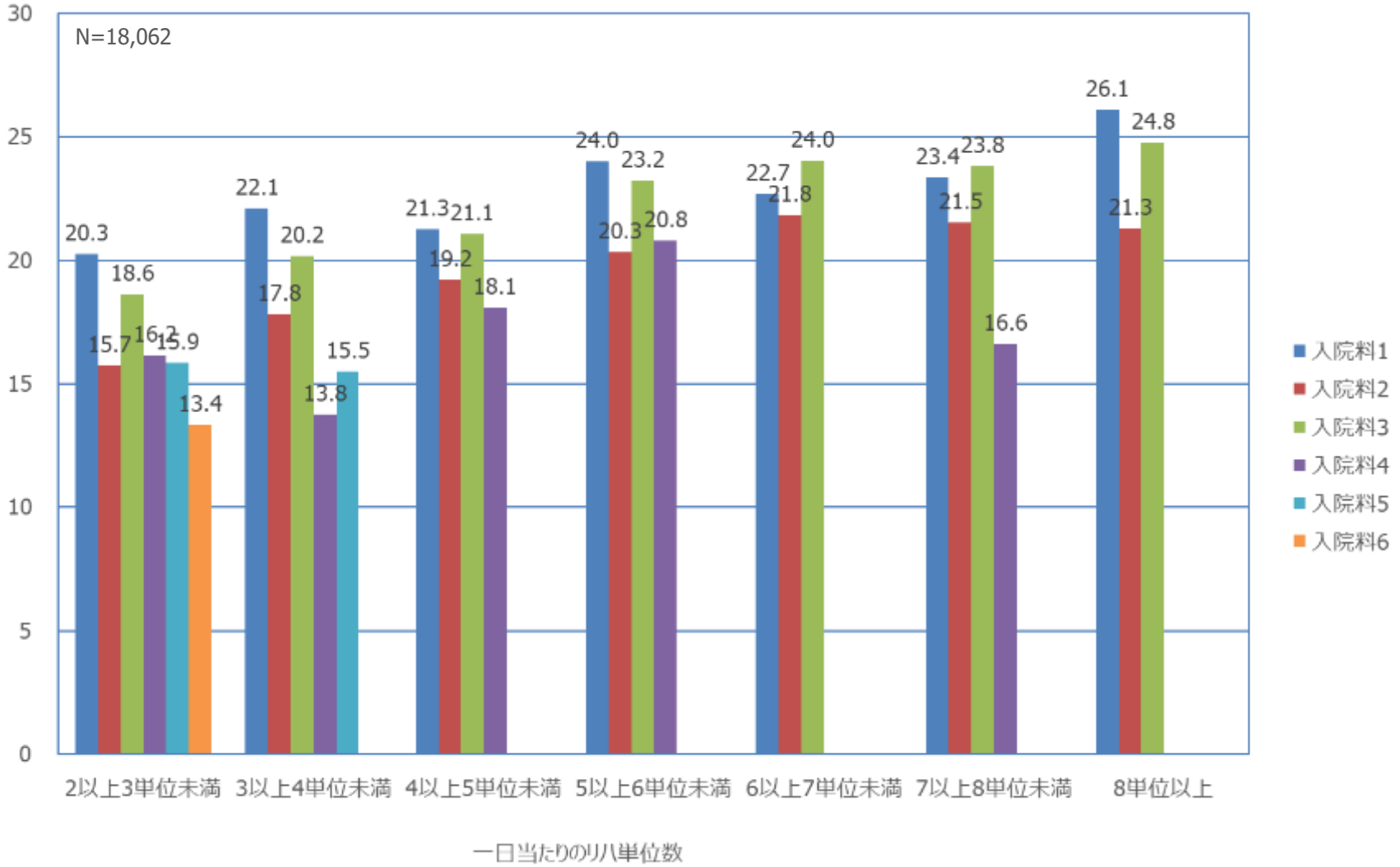
○　患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数（１日当たり）は以下のとおりであり、脳血管疾患及び整形疾患については単位数が入院料１から6にかけて低下する傾向であった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について

○　１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）について分析した。例として１日２単位以上３単位未満のリハビリテーションが提供されている患者についてみると、入院料１が最も変化が大きく、入院料６が小さい結果であった。

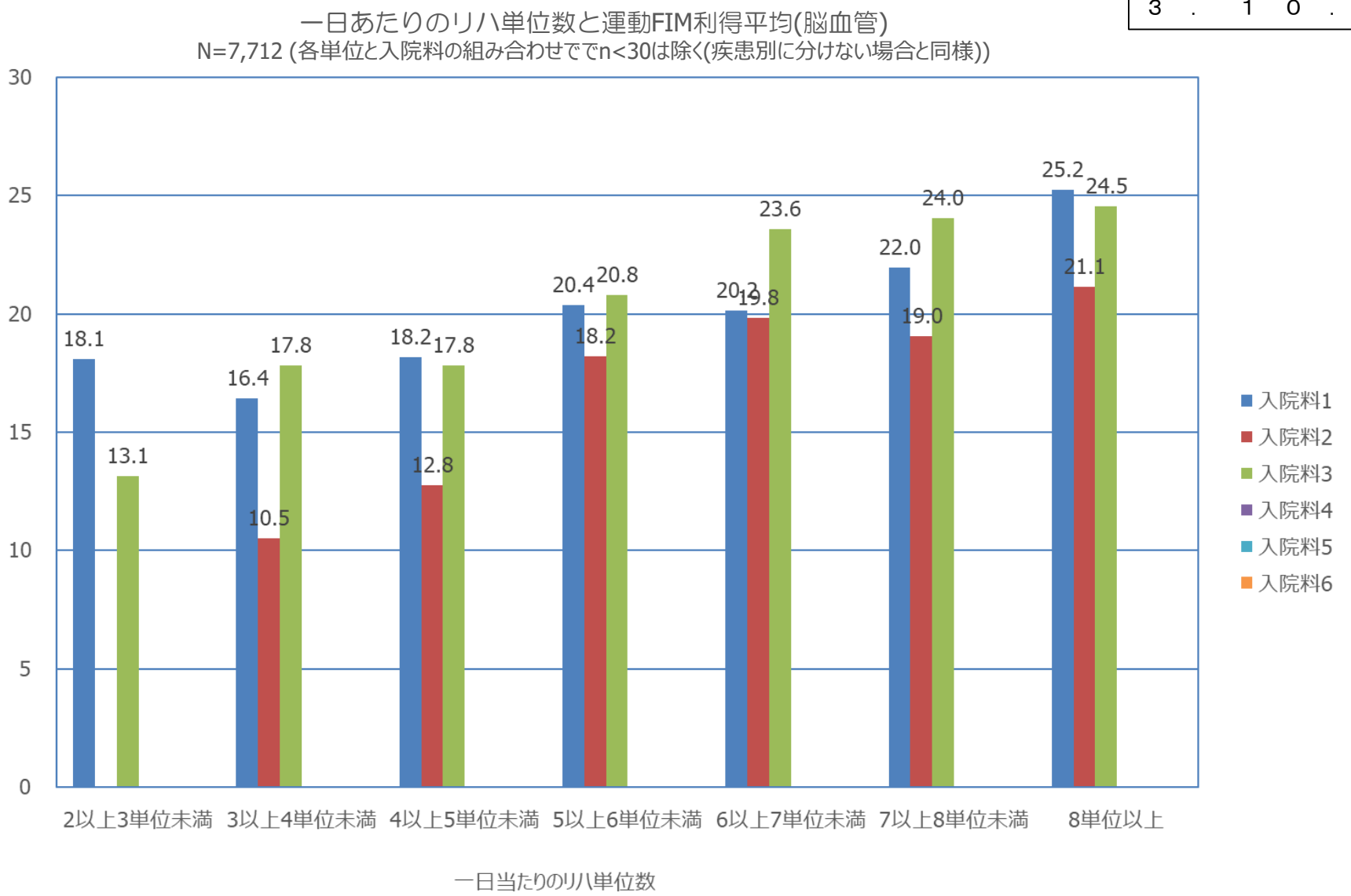


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について（脳血管疾患）

○　１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の脳血管疾患患者について、入院料・患者の状態毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）について分析した。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

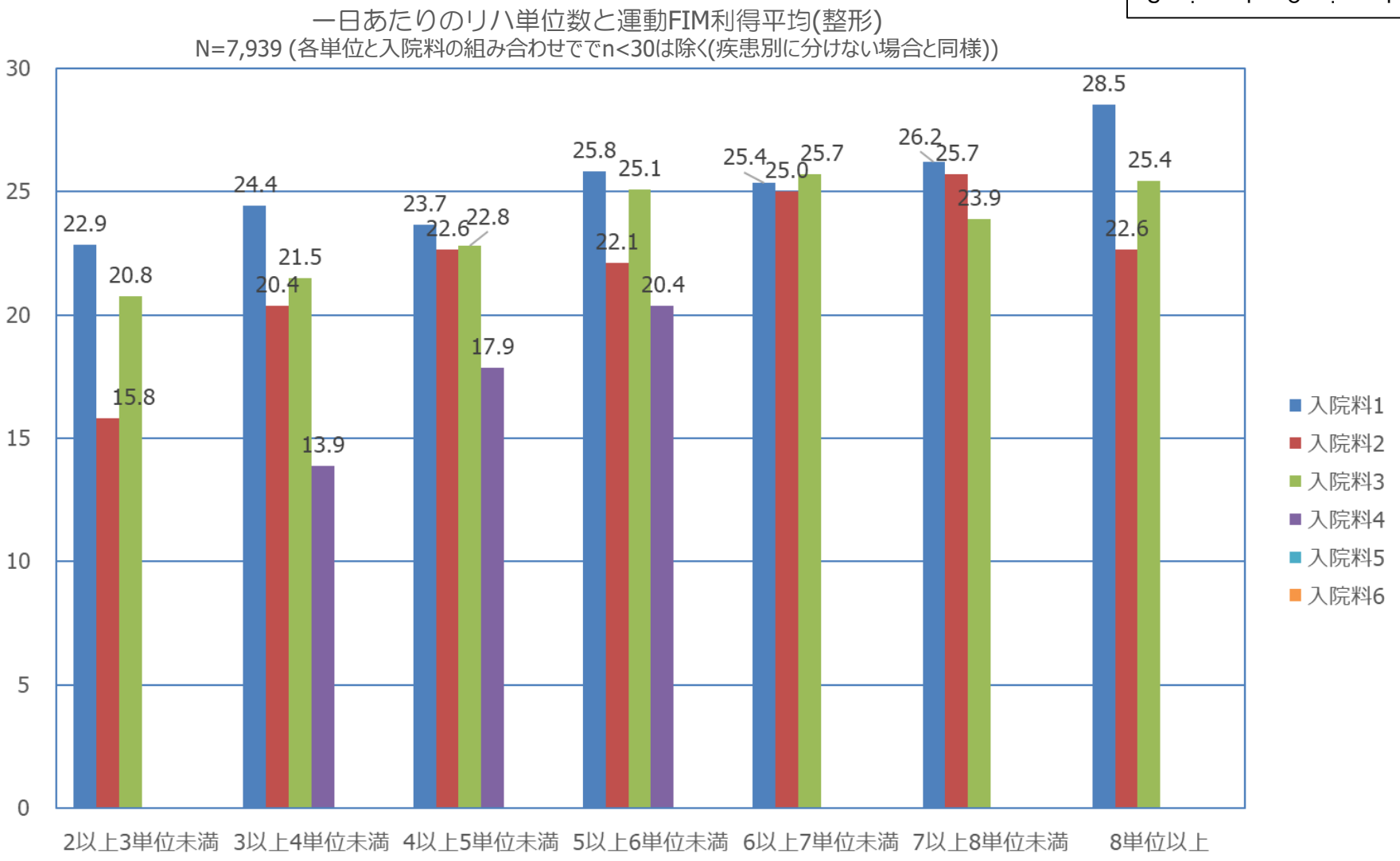


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について（整形疾患）

○　１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の整形疾患患者について、入院料・患者の状態毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）について分析した。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

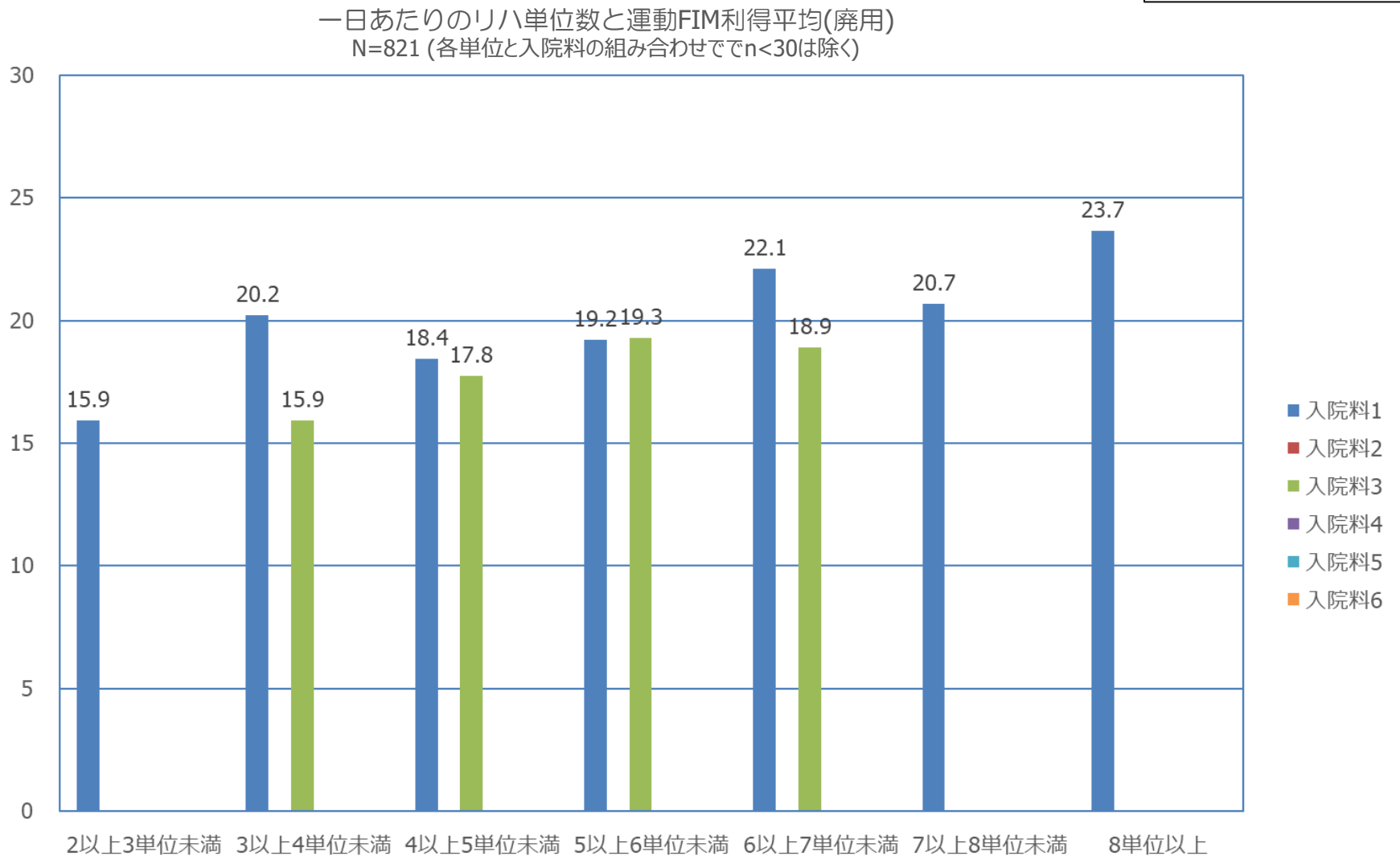


一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について（廃用）

○　１日当たりのリハビリテーション単位数が同一の廃用症候群患者について、入院料・患者の状態毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）について分析した。

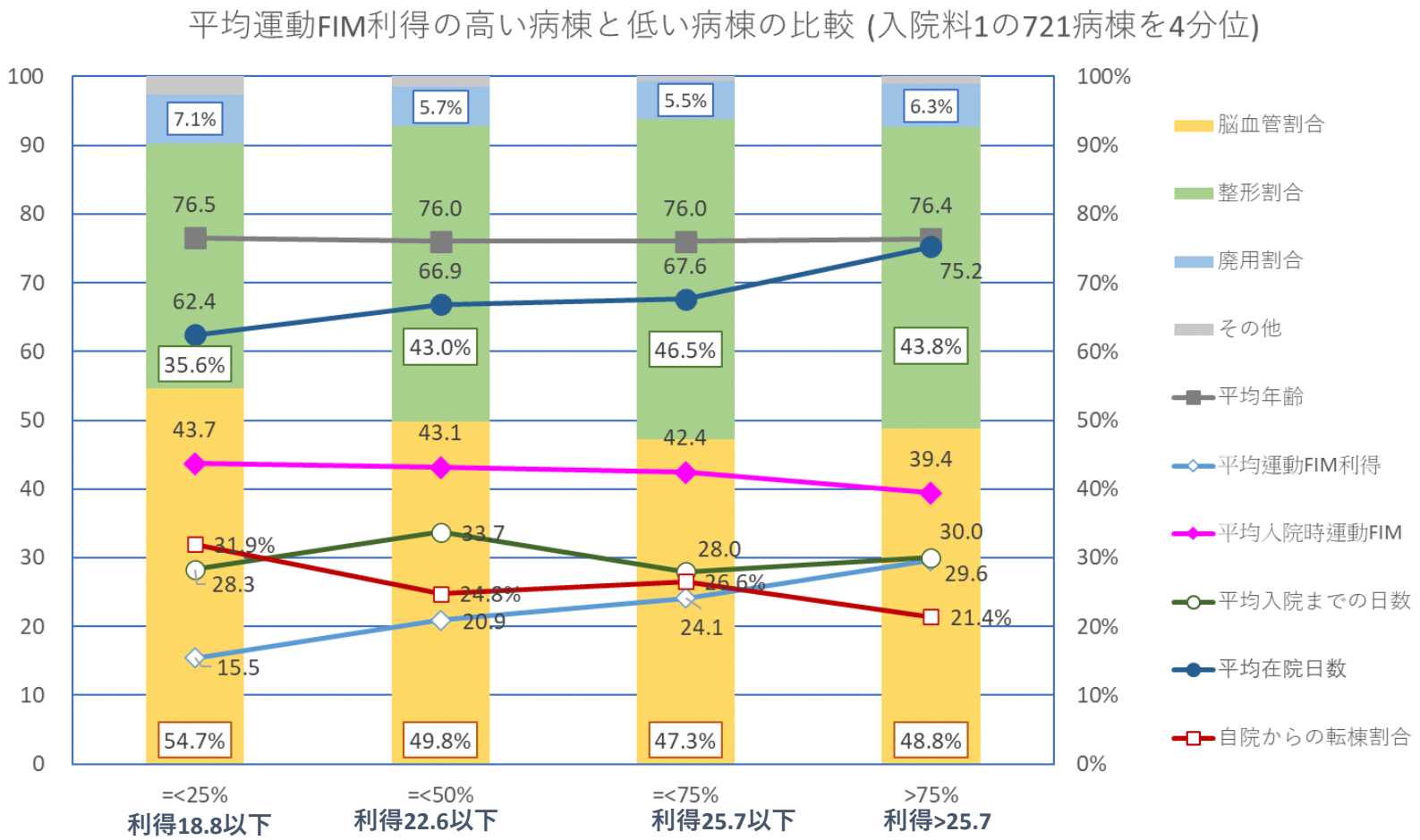
診調組　入－２参考１
３．１０．１



運動ＦＩＭの変化（退棟時運動ＦＩＭ－入院時運動ＦＩＭ）についての分析

○　入院料1について、運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）を変化の量により4群に分けた上で、それぞれの病棟における患者の状態の割合や平均年齢等を比較した。
○　運動FIMの変化が大きい病棟は小さい病棟と比較すると、自院からの転棟割合が低く、在院日数が長い傾向であった。

診調組　入－３
３．１０．１



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し　等

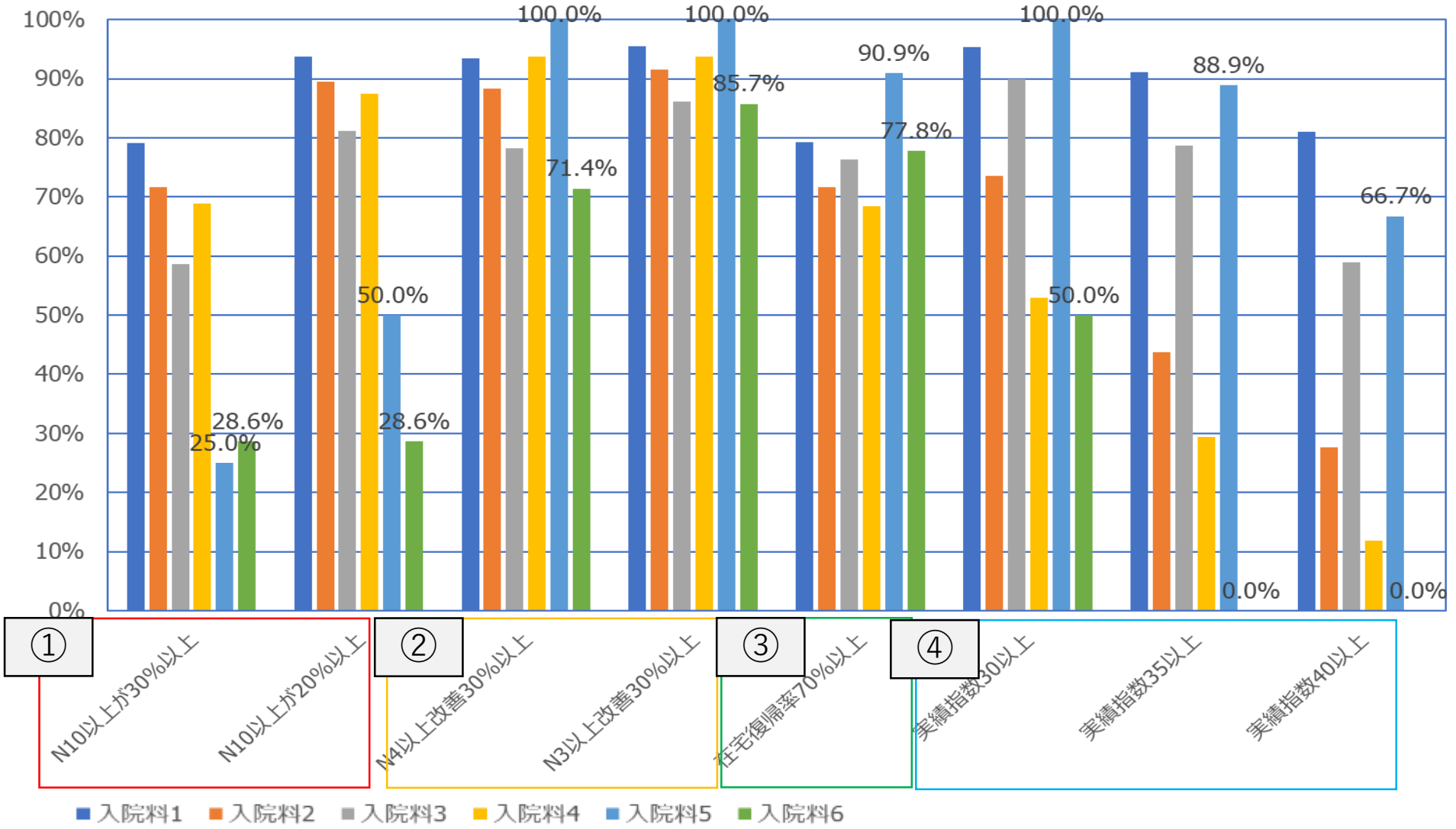
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合：実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					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

入院料毎の施設基準（項目別）を満たす割合

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

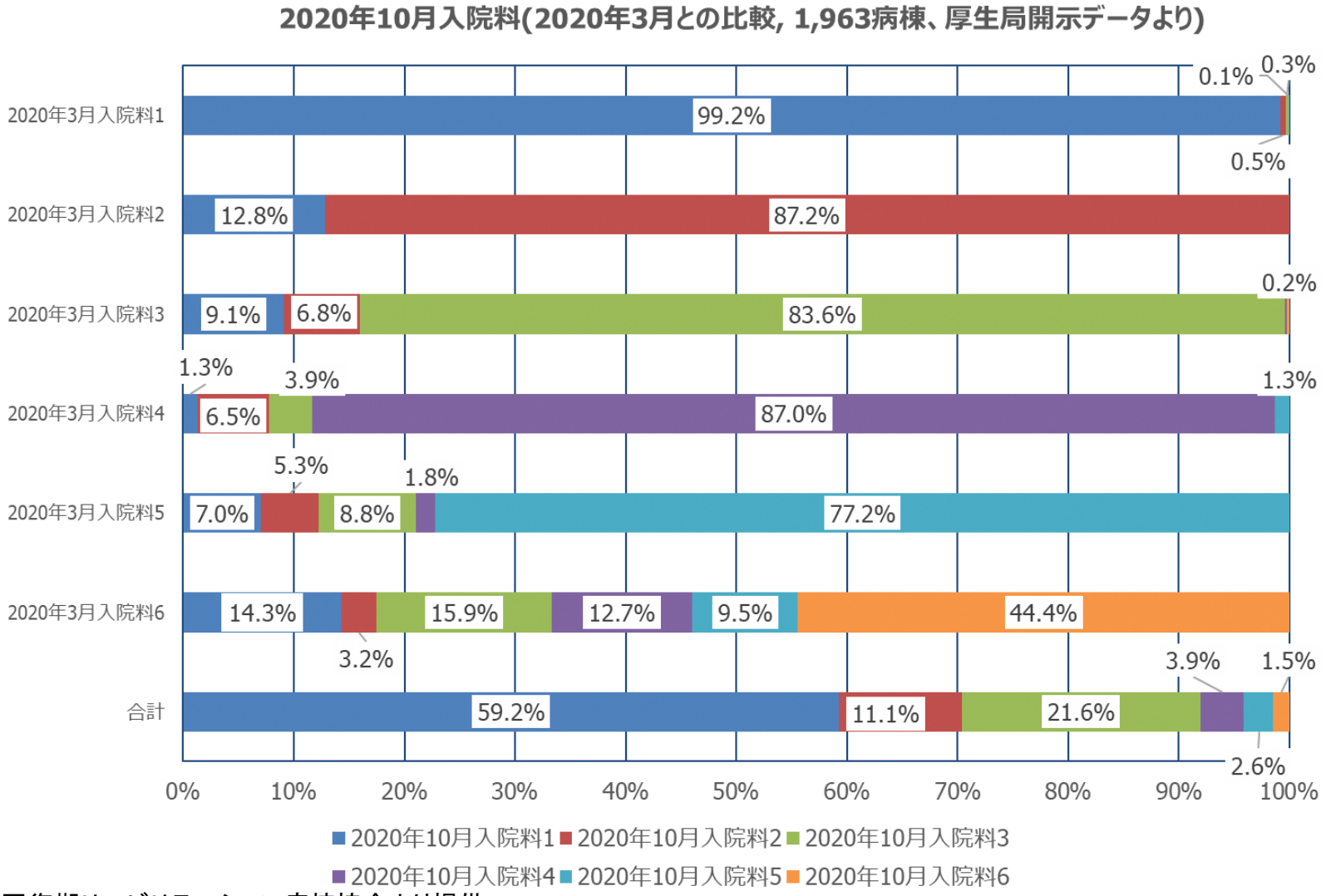
入院料別算定要件達成率(≥10人/月退院の1005病棟,入院料1/2/3/4/5/6=696/87/188/17/9/8病棟)



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2020年実態調査）

入院料の届出についての分析①

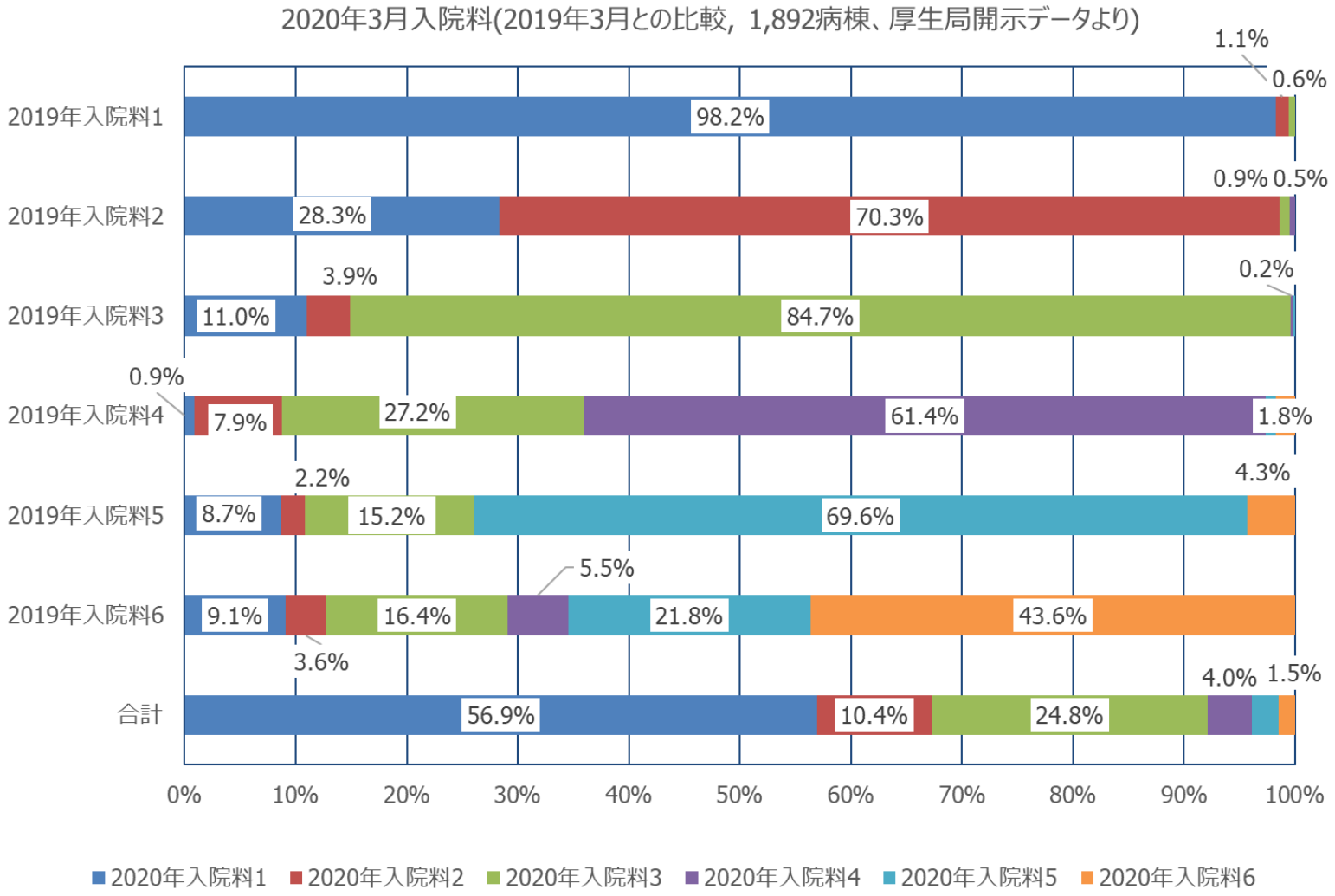
○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。
○　入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

入院料の届出についての分析②

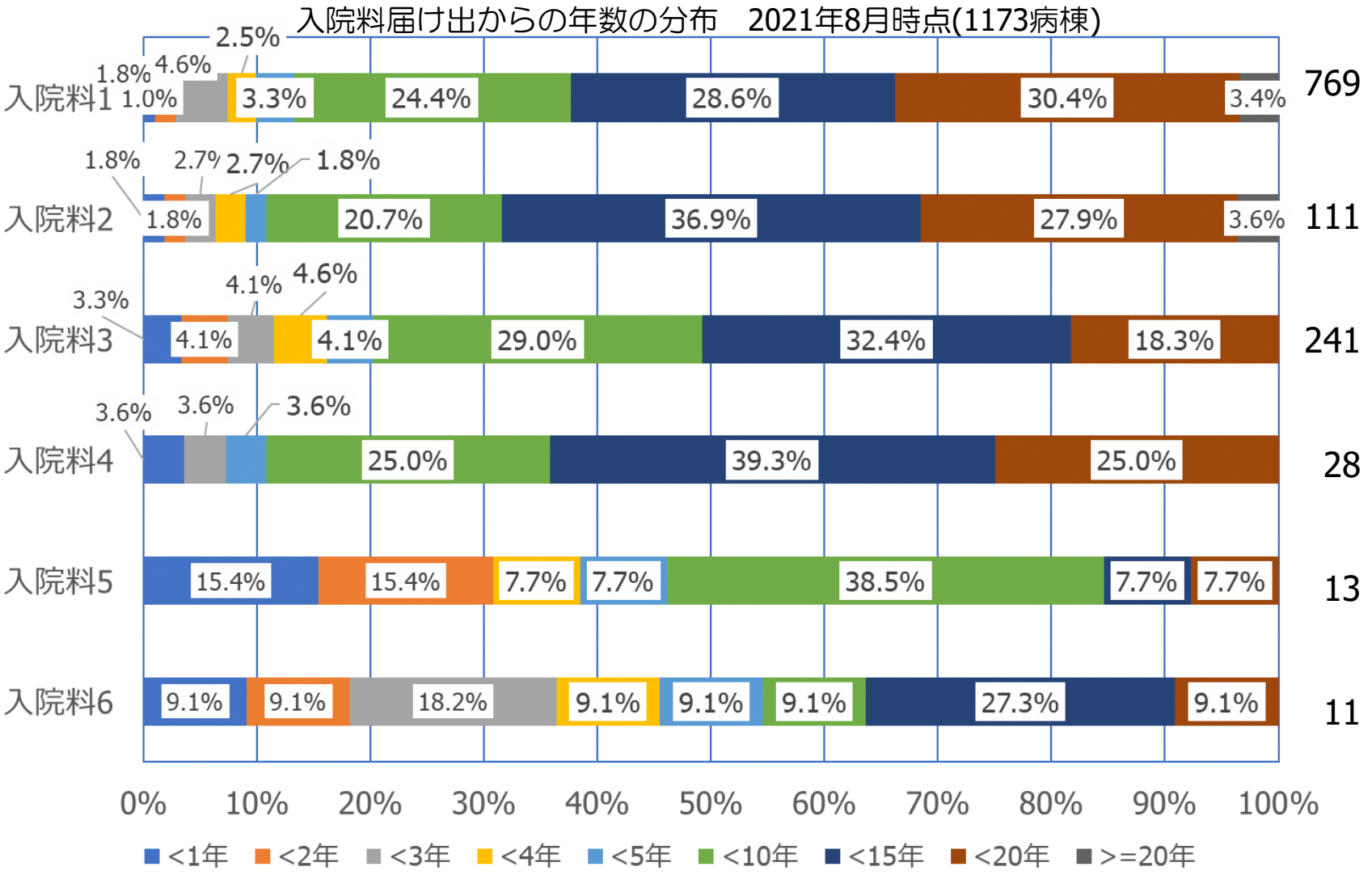
○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和元年年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。
○　入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

入院料の届出からの年数の分析

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。
○ 例として届出から10年未満の病棟は、入院料１～４では3～5割であったのに対し、入院料５では約85%、入院料６では約64%であった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

回復期リハビリテーション病棟の届出に関する事項（概要）

○ 「新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出る」こととされている。
○ なお、異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせて届出を行う場合。その組み合わせについては制限が設けられている。

※○：組み合わせての届出可、－：組み合わせての届出不可、△：届出から**6か月に限り**届出可

原則：異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせて届出を行う場合

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
入院料1		－	○	－	－	－
入院料2	－		○	○	－	－
入院料3	○	○		－	－	－
入院料4	－	○	－		－	－
入院料5	－	－	－	－		－
入院料6	－	－	－	－	－	

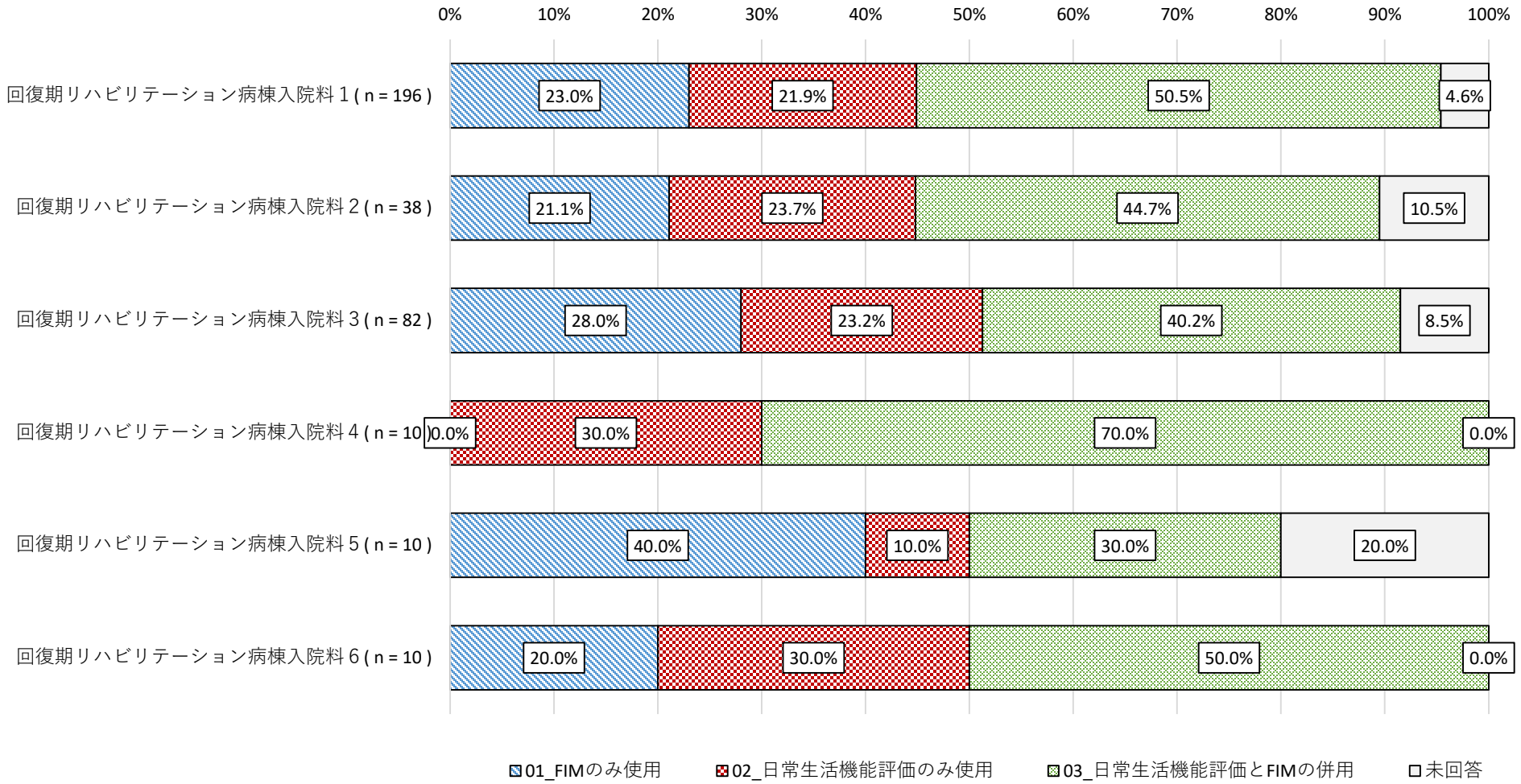
例外：新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合

		新規届出を行う入院料					
		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
従前から届け出ている入院料	入院料1		－	○	－	△	－
	入院料2	－		○	○	△	△
	入院料3	○	○		－	△	－
	入院料4	－	○	－		－	－
	入院料5	－	－	－	－		－
	入院料6	－	－	－	－	－	
	入院料1+3	－	－	－	－	△	－
	入院料2+3	－	－	－	－	△	－
	入院料2+4	－	－	－	－	－	△

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は以下のとおりであり、日常生活機能評価とFIMを併用している医療機関が多かった。

回復期リハビリテーション病棟入院料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関する状況
（令和３年５月1か月）

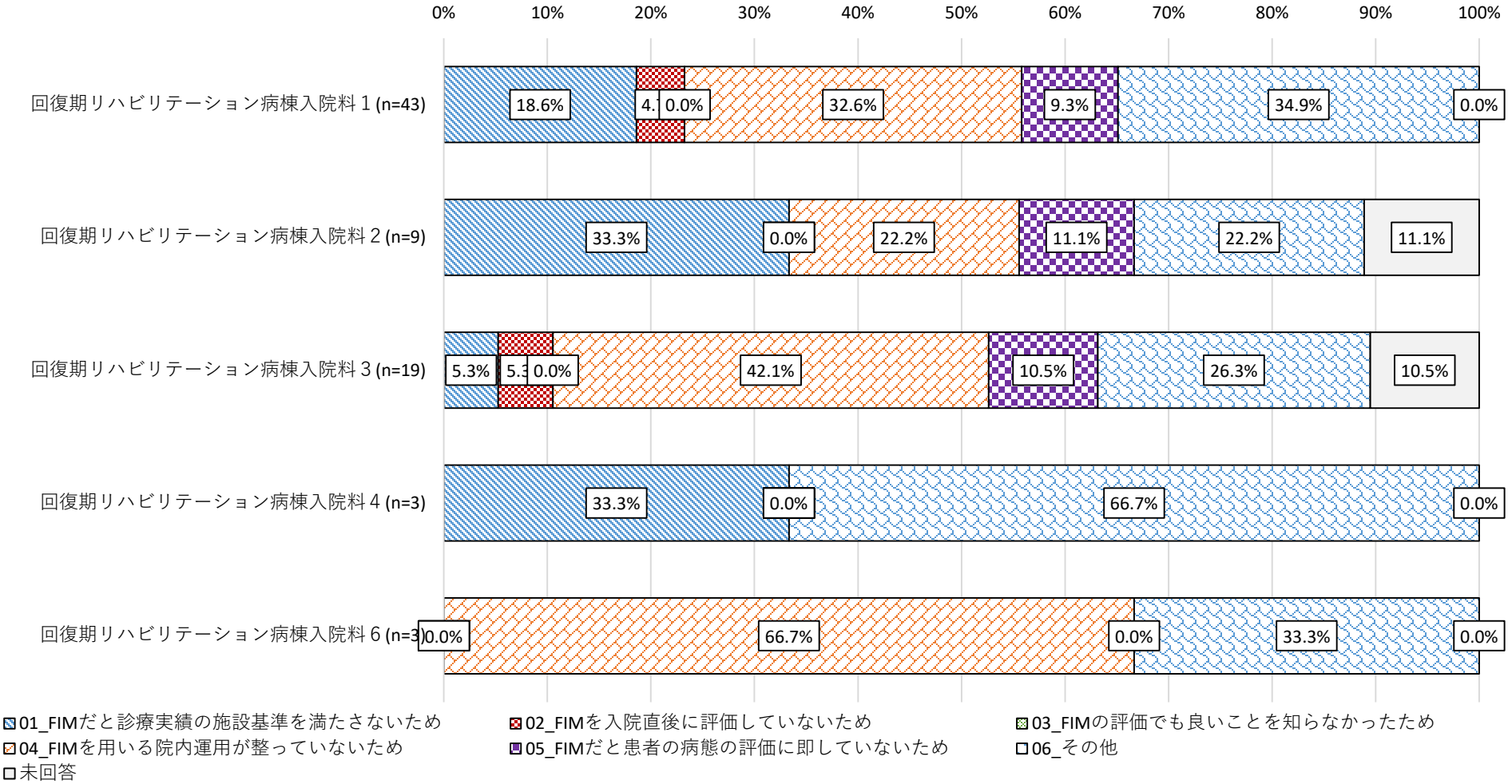


出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

FIM及び日常生活機能評価について

○ 「日常生活機能評価のみを使用」している理由は以下のとおりであり、「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。

「日常生活機能評価のみ使用」を選択した場合　その理由（最も該当するもの）



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

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

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）

診調組　入－４
３．１０．１

○　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　30m²以上 診療所　20m²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	（言語聴覚療法を行う場合）専従常勤ST 1名以上※4	160m²以上※4	（言語聴覚療法を行う場合）専用室（8m²以上）1室以上	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　100m²以上 診療所　45m²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　100m²以上 診療所　45m²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　100m²以上 診療所　45m²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				45m²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　100m²以上 診療所　45m²以上	要	
	（Ⅱ）		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上				45m²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

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

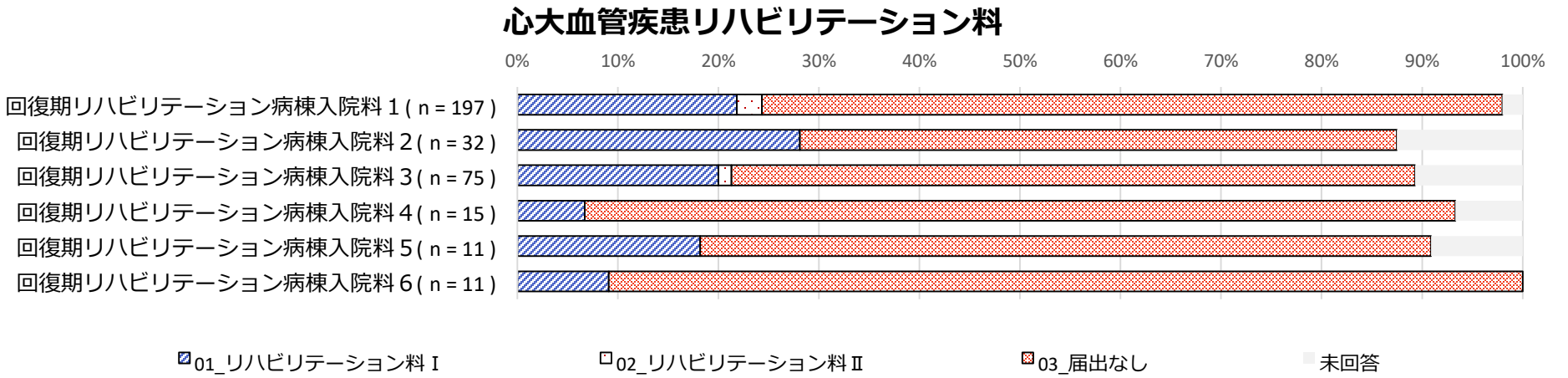
○　回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、算定上限日数が設けられている。

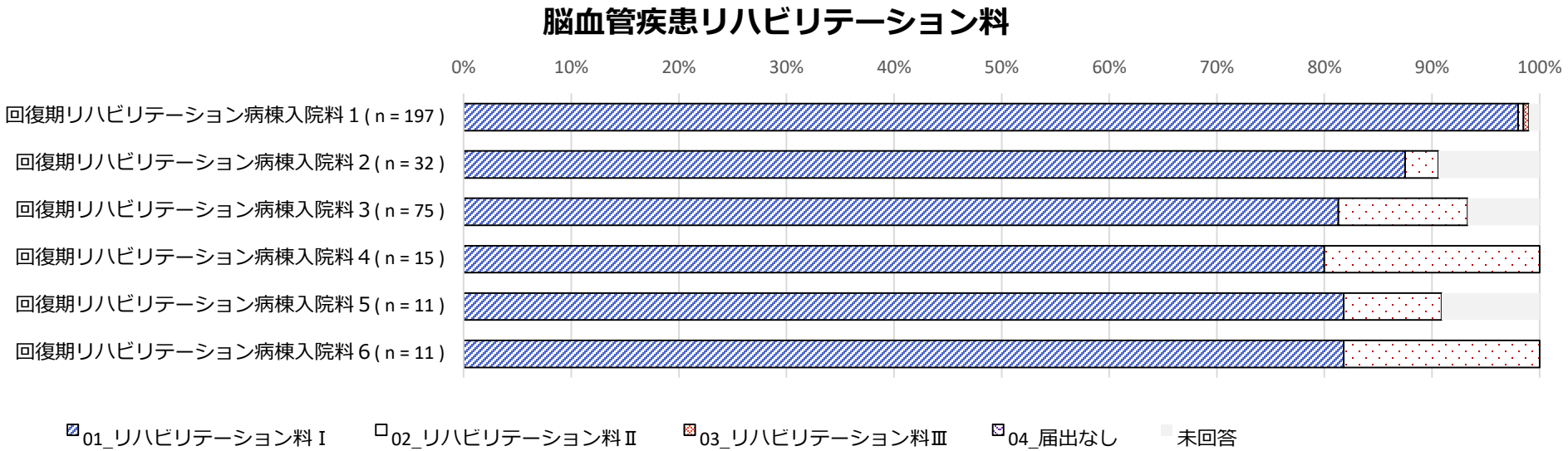
中医協　総－２
３．８．２５

	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、筋又は靱帯損傷後の状態	○　算定開始日から起算して**60日以内**
	5　股関節又は膝関節の置換術後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**

疾患別リハビリテーション料の届出状況①

○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。
○　心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が一定程度存在した。

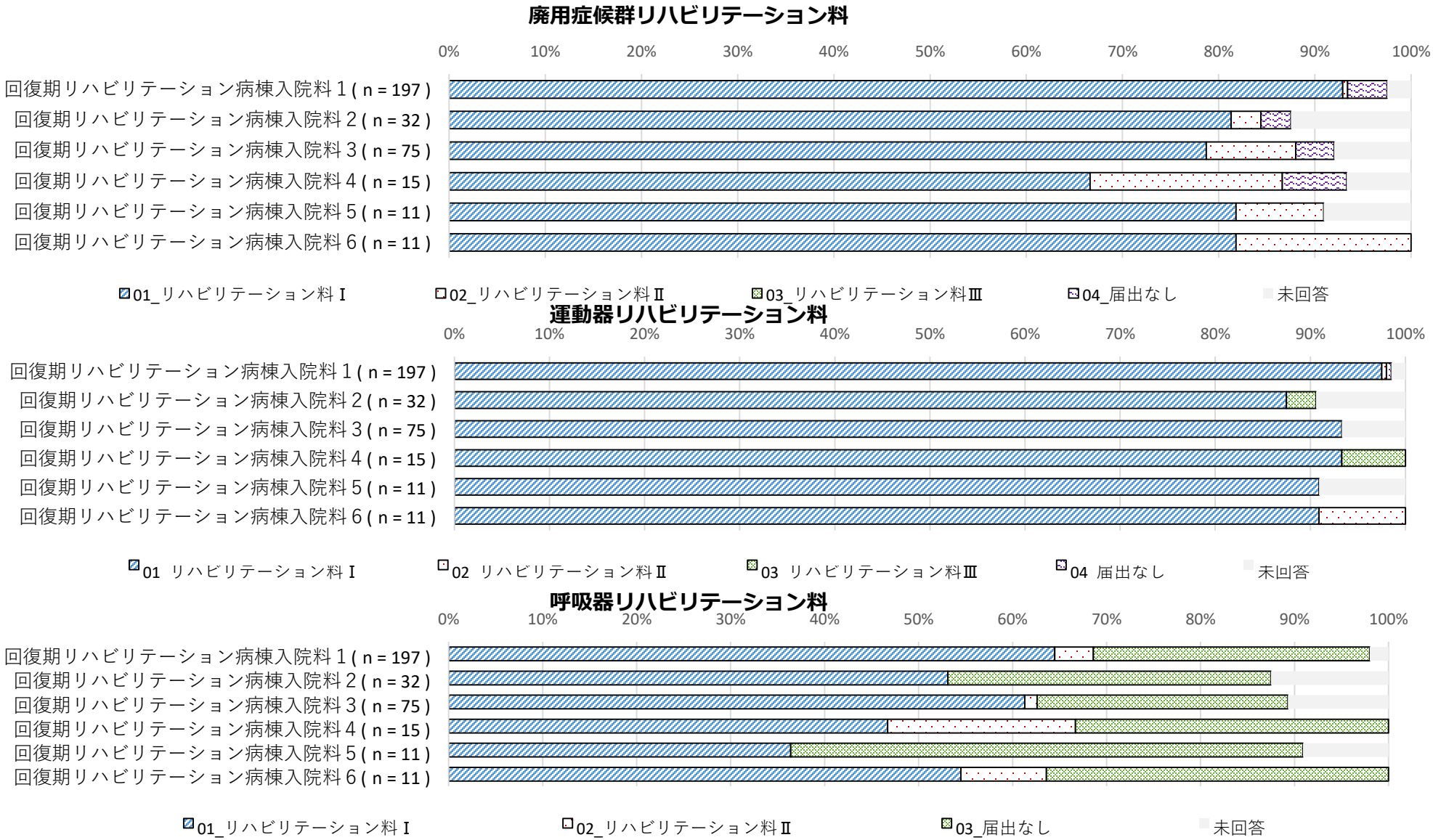




出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

疾患別リハビリテーション料の届出状況②

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

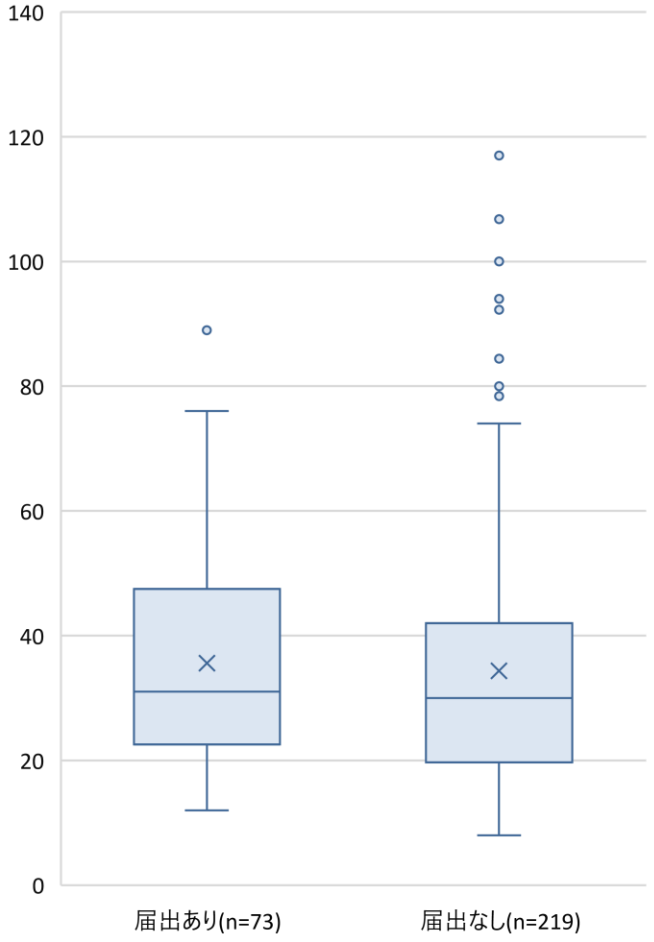


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

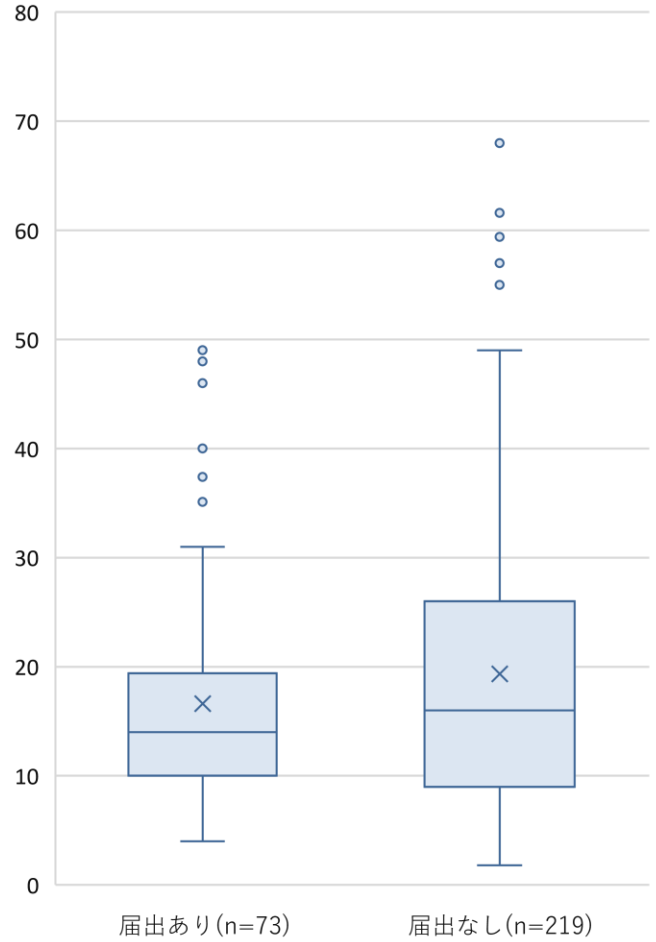
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数について（心大血管リハビリテーション料の届出有無別）

○　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。

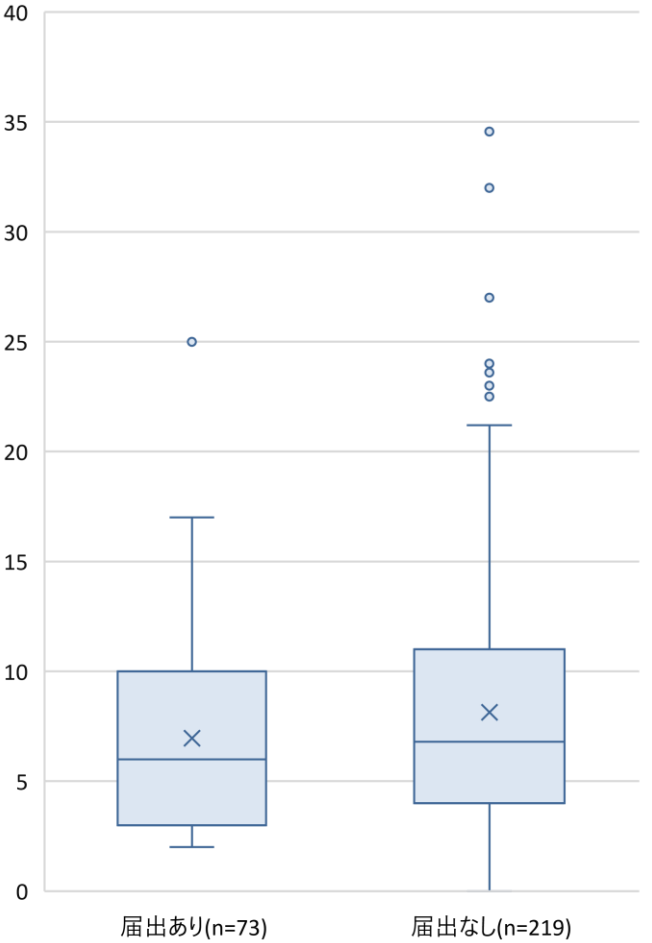
理学療法士（常勤換算）



作業療法士（常勤換算）



言語聴覚士（常勤換算）

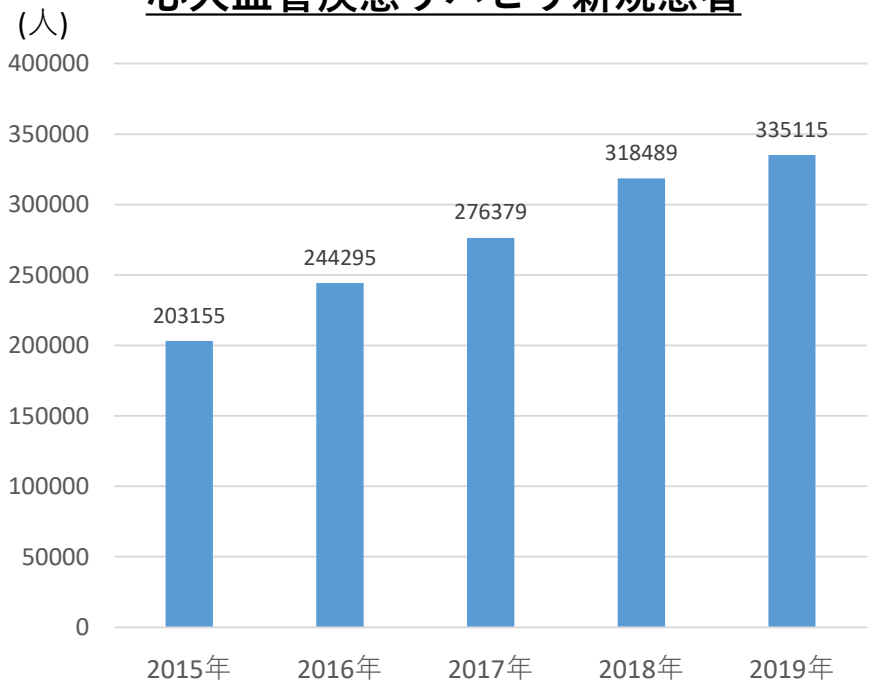


出典：令和2年度入院医療等調査（施設票）

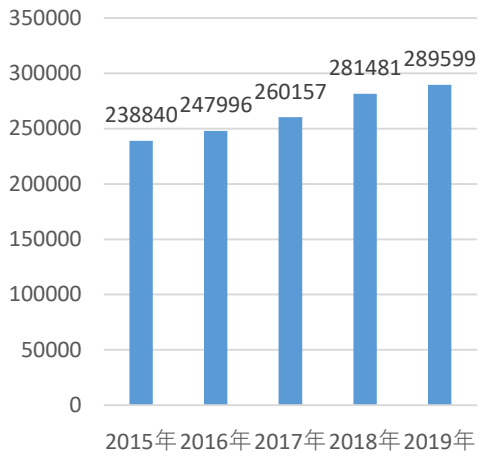
心臓リハビリテーションのニーズを示すデータ

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

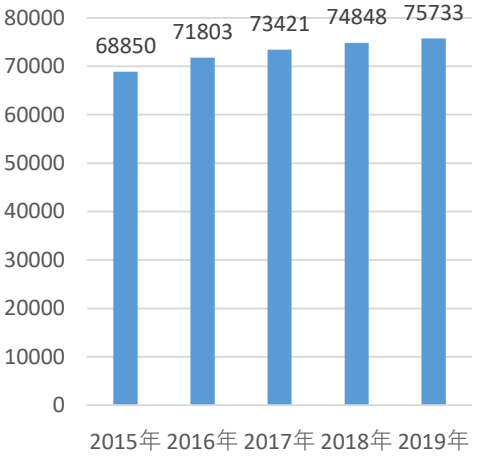
心大血管疾患リハビリ新規患者



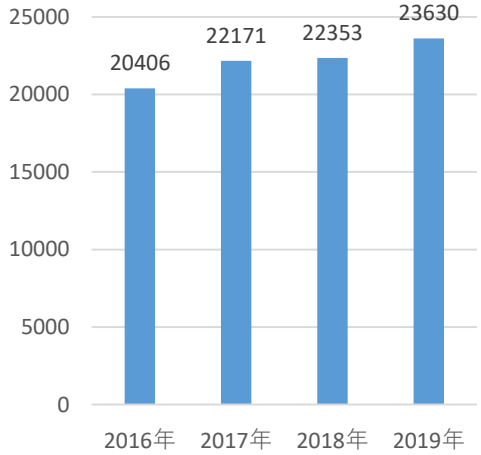
心不全入院



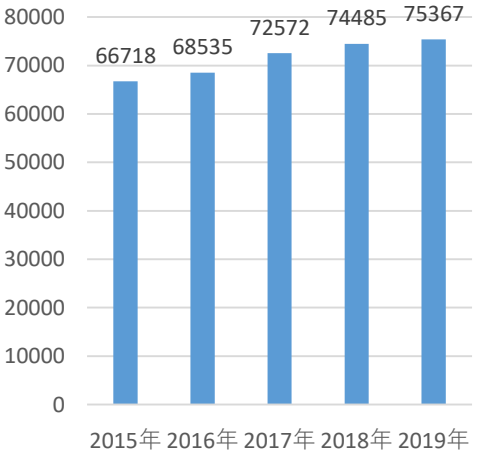
急性心筋梗塞



急性大動脈解離



心臓手術（※）



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

※ 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。

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

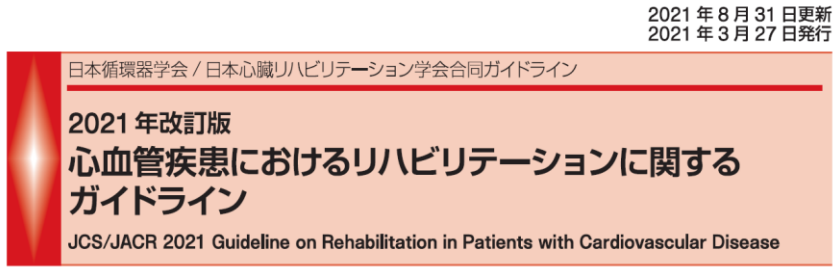
入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオがある．1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで，急性期治療に伴って，デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる．2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで，入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる．これらの患者では，心血管疾患の平均在院日数となる約2週間[704]での歩行退院は実現困難であり[189]，リハの成果が達成できないばかりでなく，急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く．特にフレイル超高齢患者は，身体能力の低下により外来心リハ

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．

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．



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

療養病棟入院基本料の概要

中医協　総－２
３．８．２５

	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

	包括範囲について
A　入院基本料等加算	ー ※一部を除く。
B　医学管理等	ー
C　在宅医療	ー
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	ー
I　精神科専門療法	ー
J　処置	○ ※一部を除く。
K　手術	ー
L　麻酔	ー
M　放射線治療	ー
N　病理診断	○

中医協　総－２
３．８．２５

○　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。

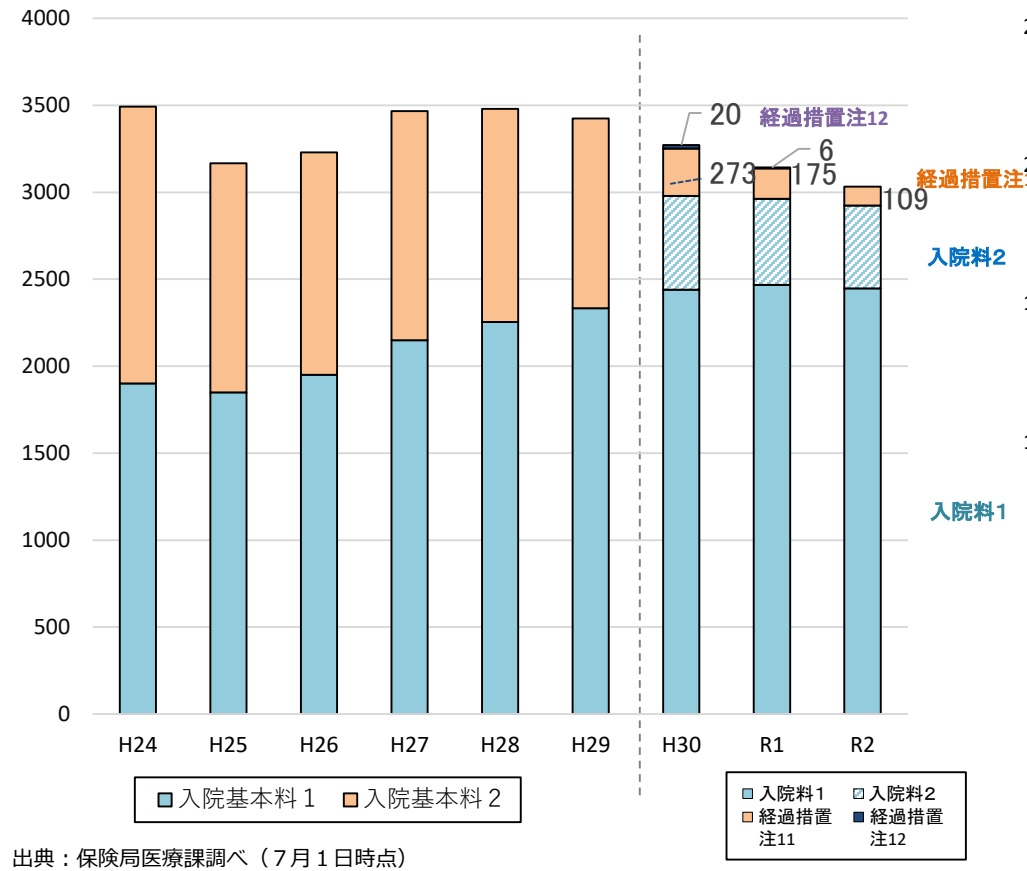
○：包括範囲
ー：包括範囲外

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

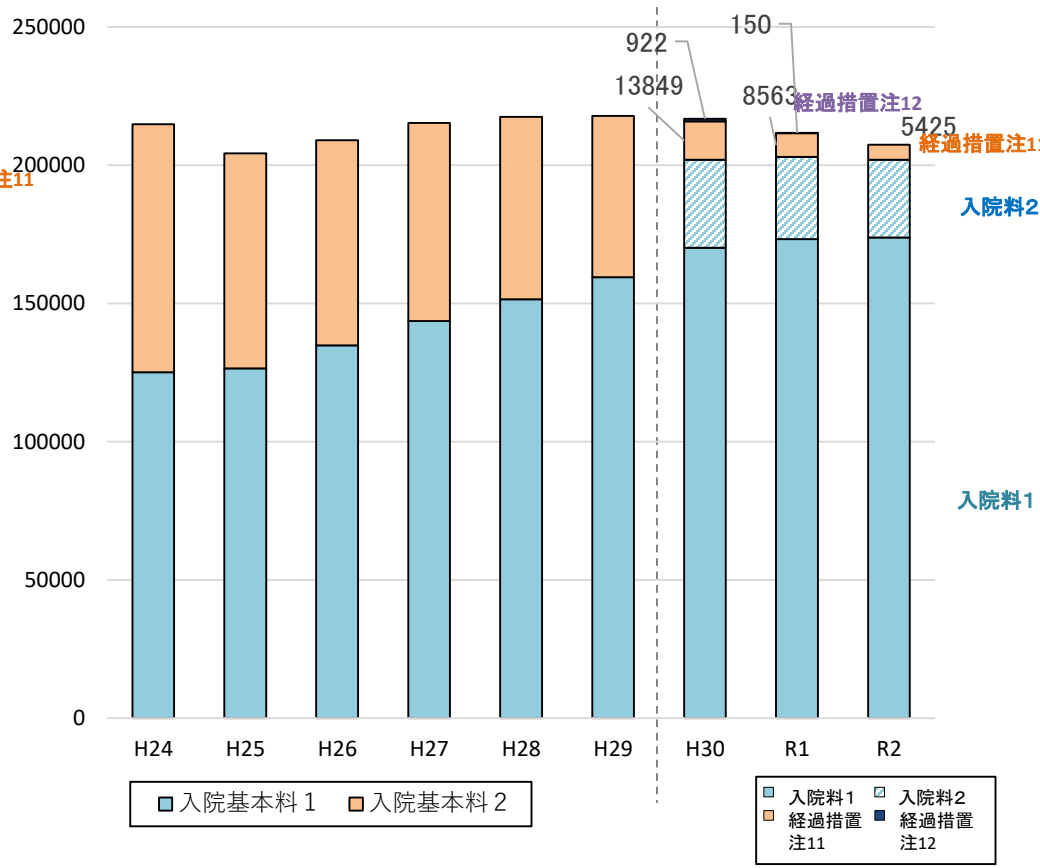
診調組　入－４
３．１０．１

○ 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。

療養病棟入院基本料届出施設数



療養病棟入院基本料届出病床数

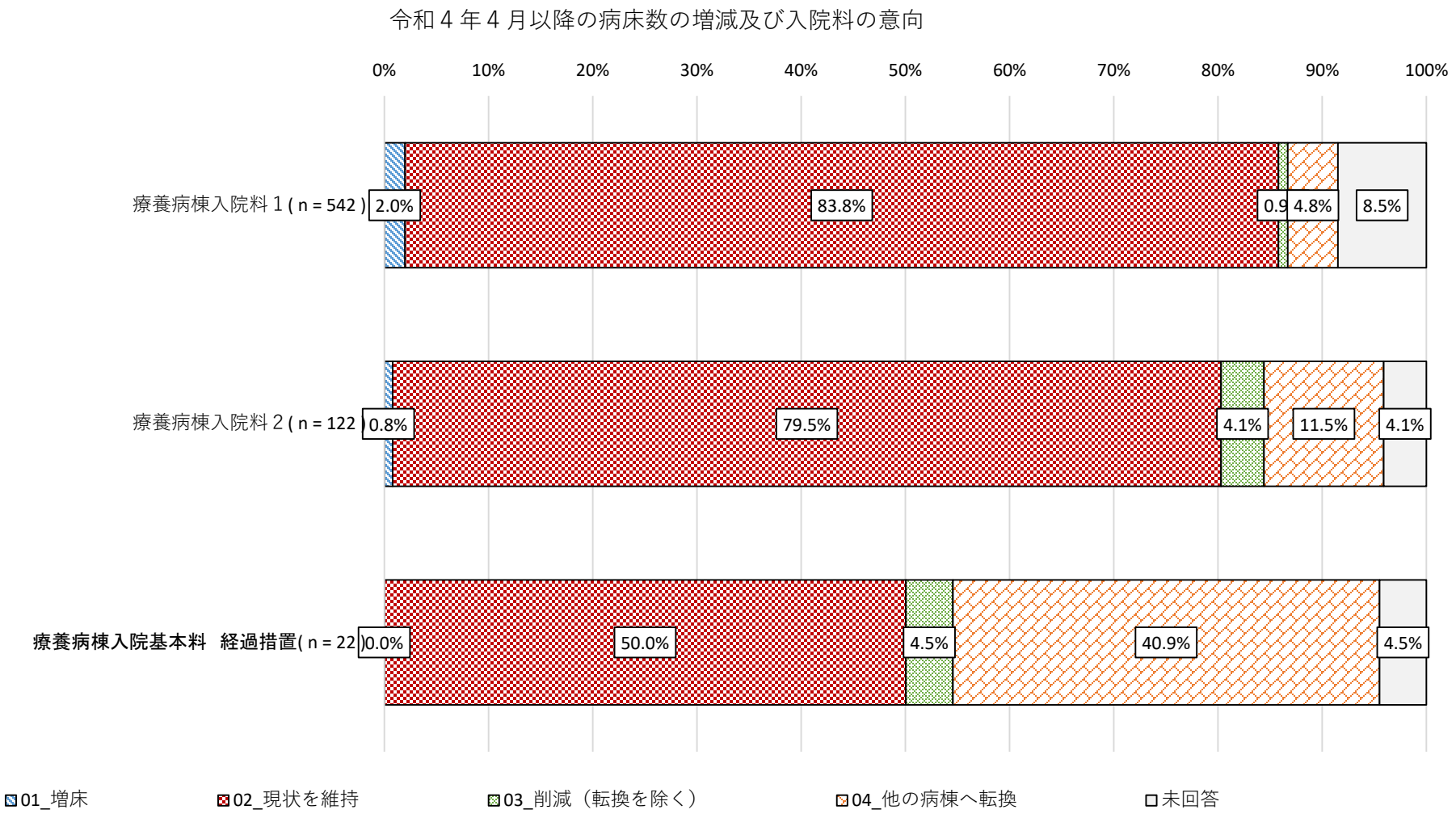


出典：保険局医療課調べ（７月１日時点）
※平成24年及び平成25年は７対１入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

療養病棟入院基本料の今後の意向について

診調組　入－３
３．１０．１

○　療養病棟入院基本料を届け出ている病棟の、今後の意向は以下のとおりであった。



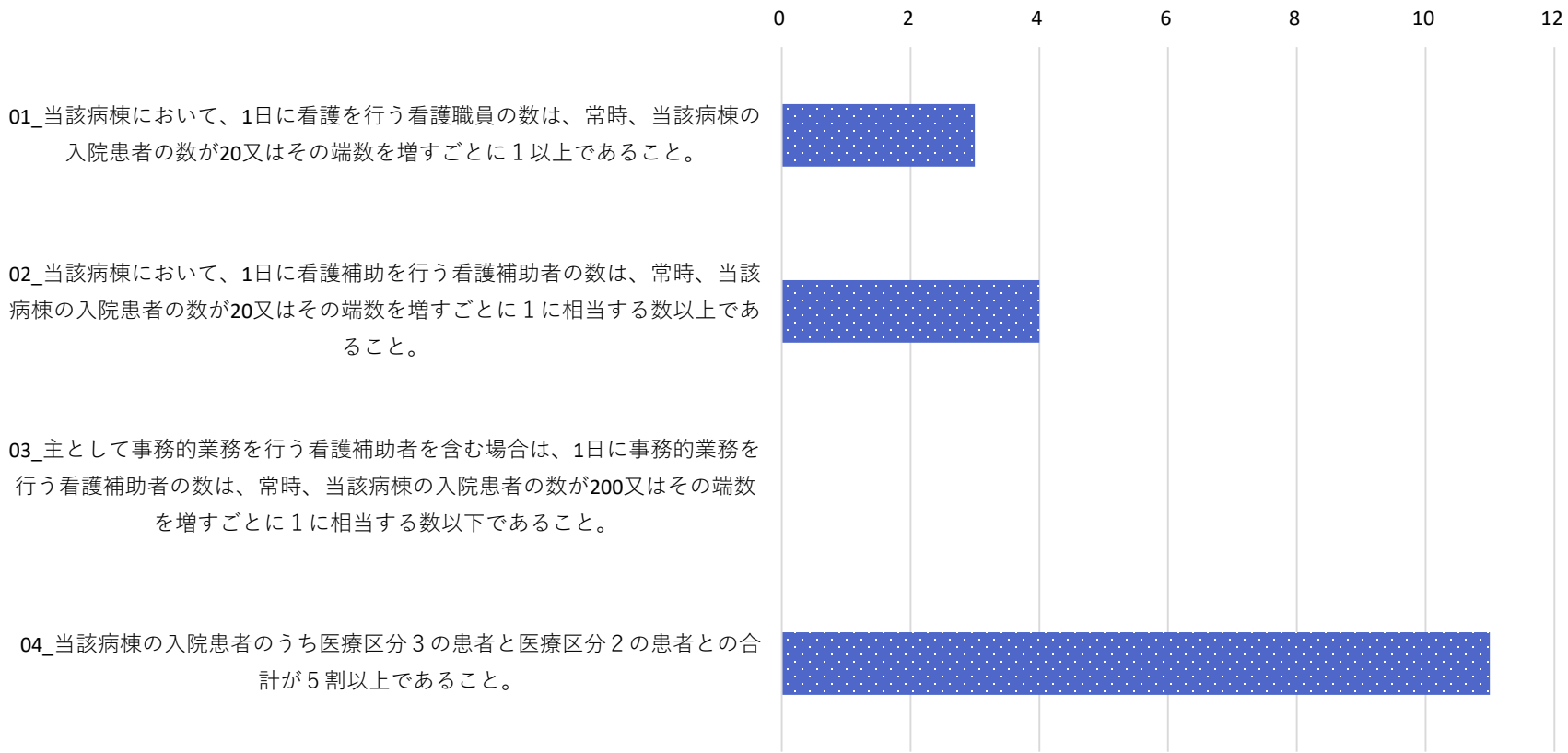
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

経過措置（注11）を届け出ている理由（満たせていない基準）

○　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以下のとおりであり、「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。

診調組　入－３
３．１０．１

施設数15、回答数18



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

経過措置（注11）を届け出ている理由（満たせていない基準）

○ 今後の意向別の、経過措置（注11）を届け出ている理由（満たせていない基準）は以下のとおりであった。
○ どの意向においても、「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。

診調組　入－３
３．１０．１

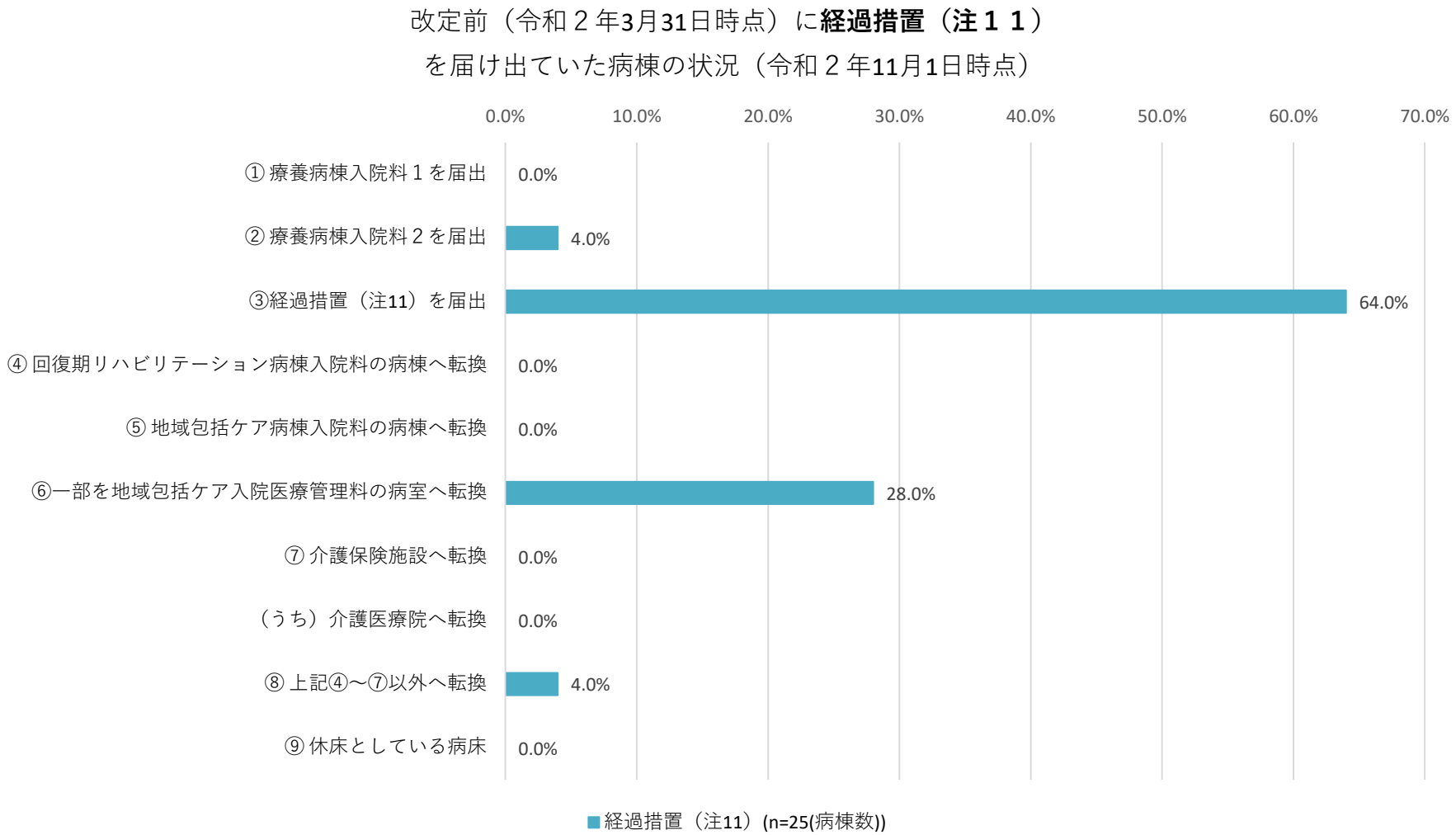
今後の意向	施設数	①	②	③	④	①及び②	①及び④	②及び④
01_増床	-	-	-	-	-	-	-	-
02_現状を維持	7	14.3%	28.6%	0.0%	42.9%	0.0%	0.0%	14.3%
03_削減（転換を除く）	-	-	-	-	-	-	-	-
04_他の病棟へ転換	7	0.0%	0.0%	0.0%	71.4%	14.3%	14.3%	0.0%

①当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。
②当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
③主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、1日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること。
④_当該病棟の入院患者のうち医療区分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。

※：n数2以下は除く。
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

改定前に経過措置（注11）を届出ていた病棟の状況

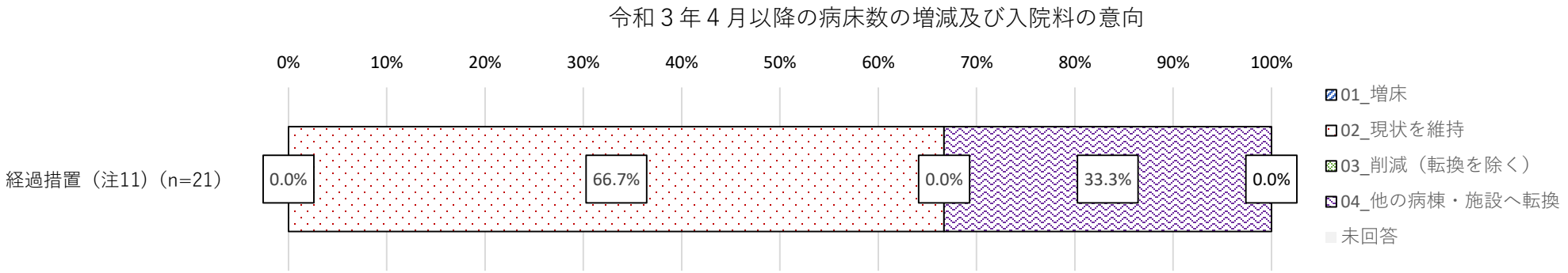
○　改定前に経過措置（注11）を届出ていた病棟について、令和２年11月１日時点の状況をみると、経過措置（注11）を届出ている病棟が最も多かった。

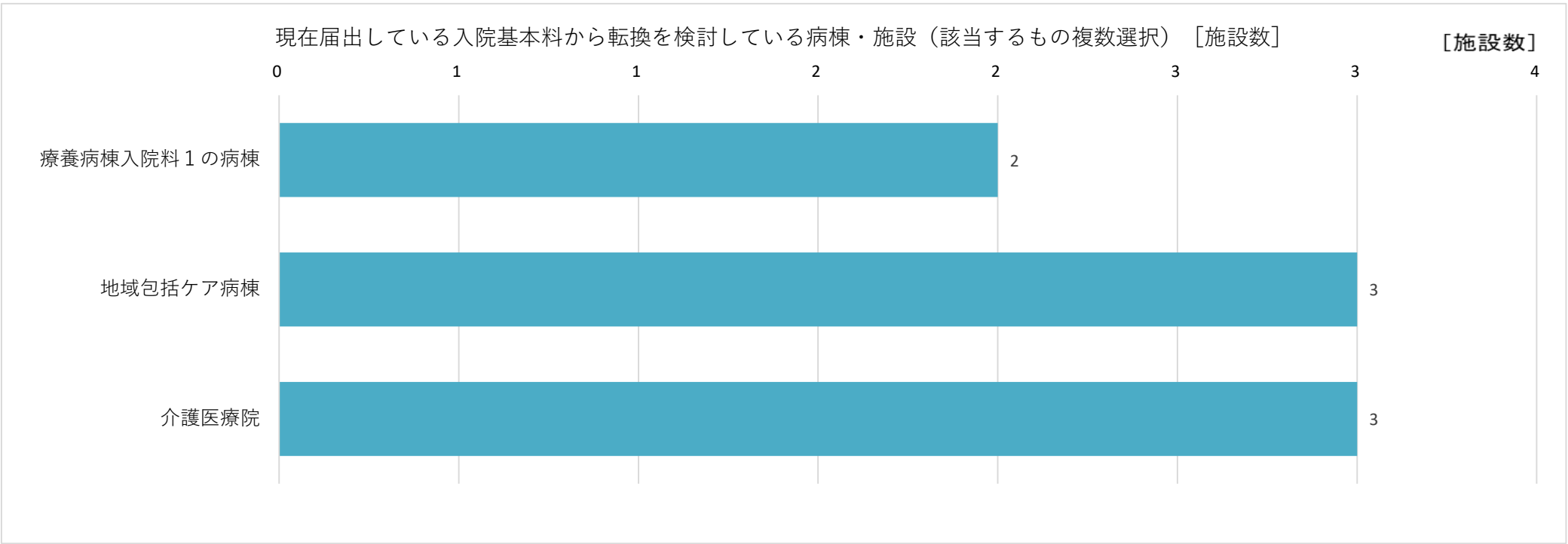


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

経過措置（注11）を届出ている病棟の今後の届出の意向

○　経過措置（注11）を届出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。
　移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。



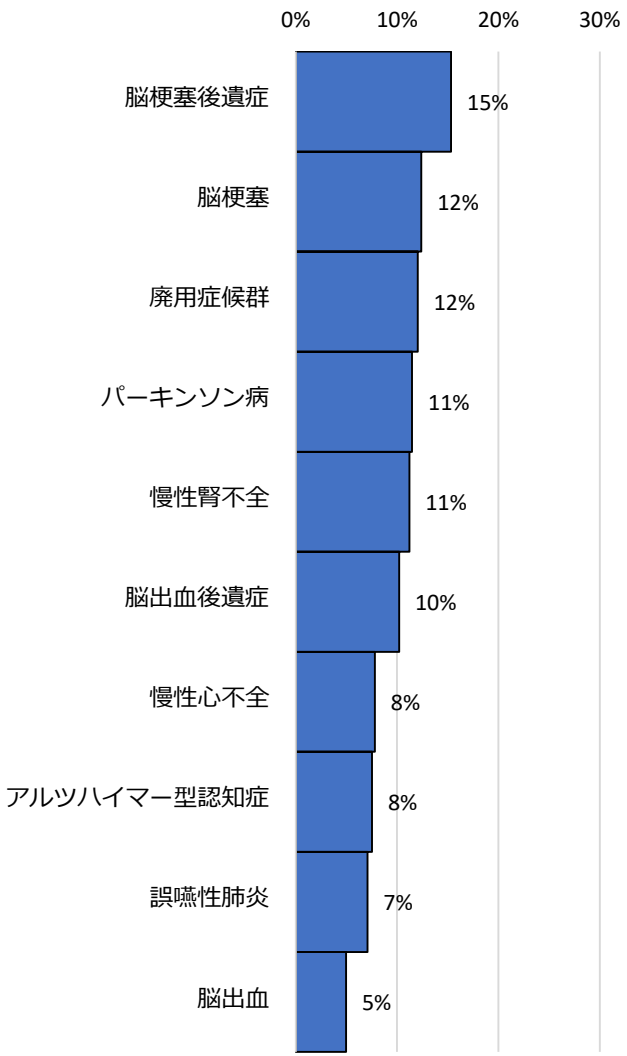


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

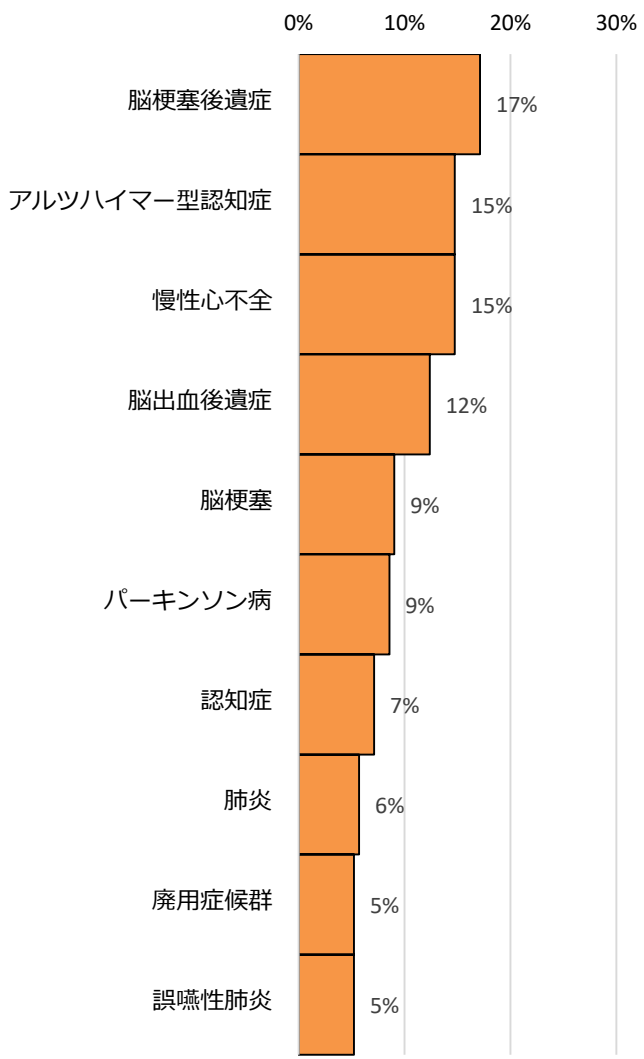
入院料毎の主傷病名

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

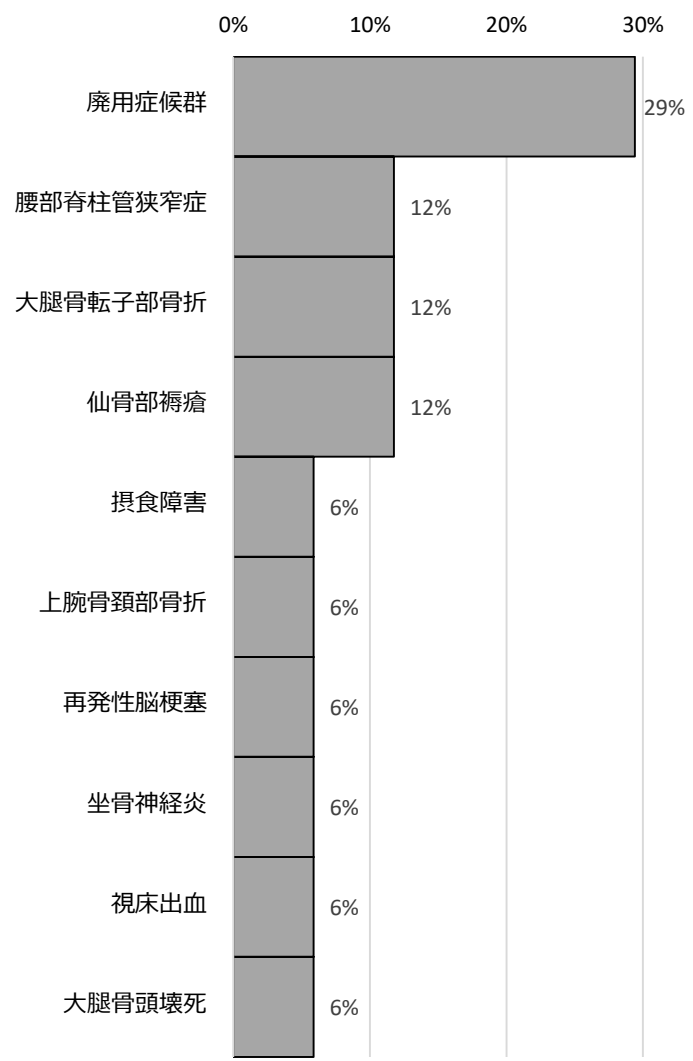
療養病棟入院料１　(n=1089)



療養病棟入院料2(n=210)



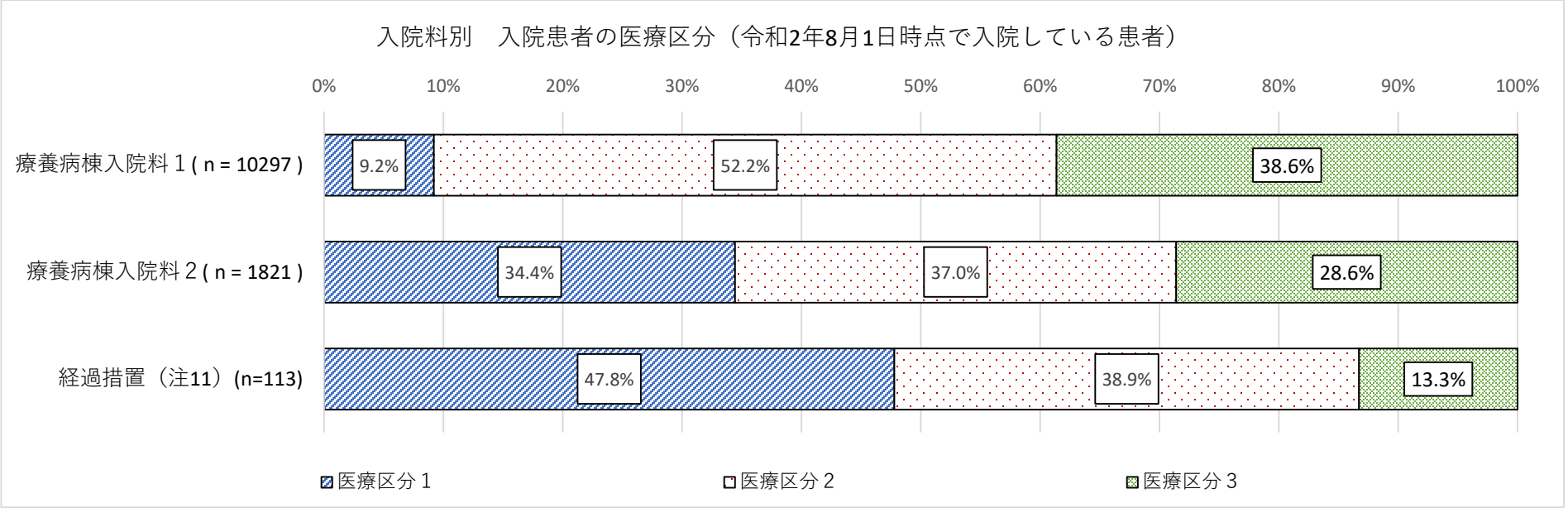
経過措置（注11）(n=17)



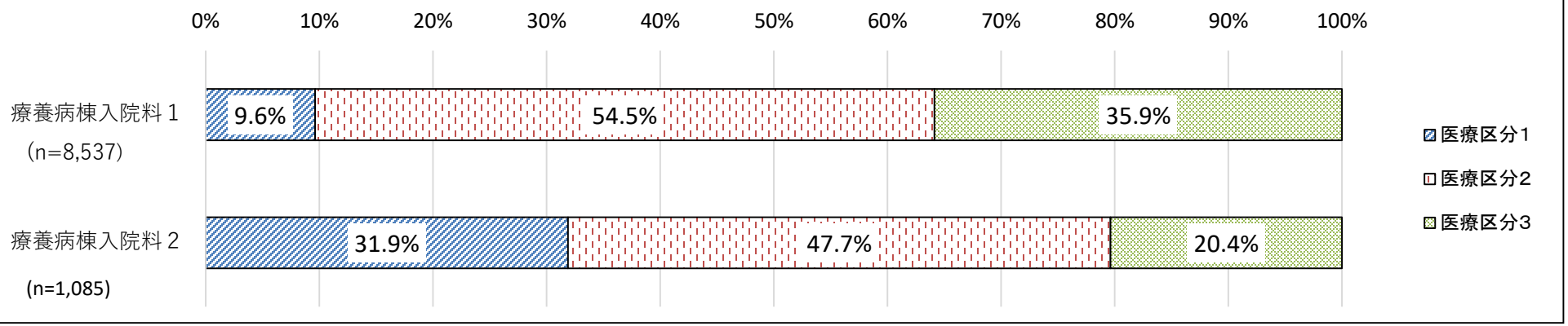
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

療養病棟入院料ごとの医療区分

○　入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体の約9割、療養病棟入院料2では全体の約7割を占めた。



参考：平成30年度調査

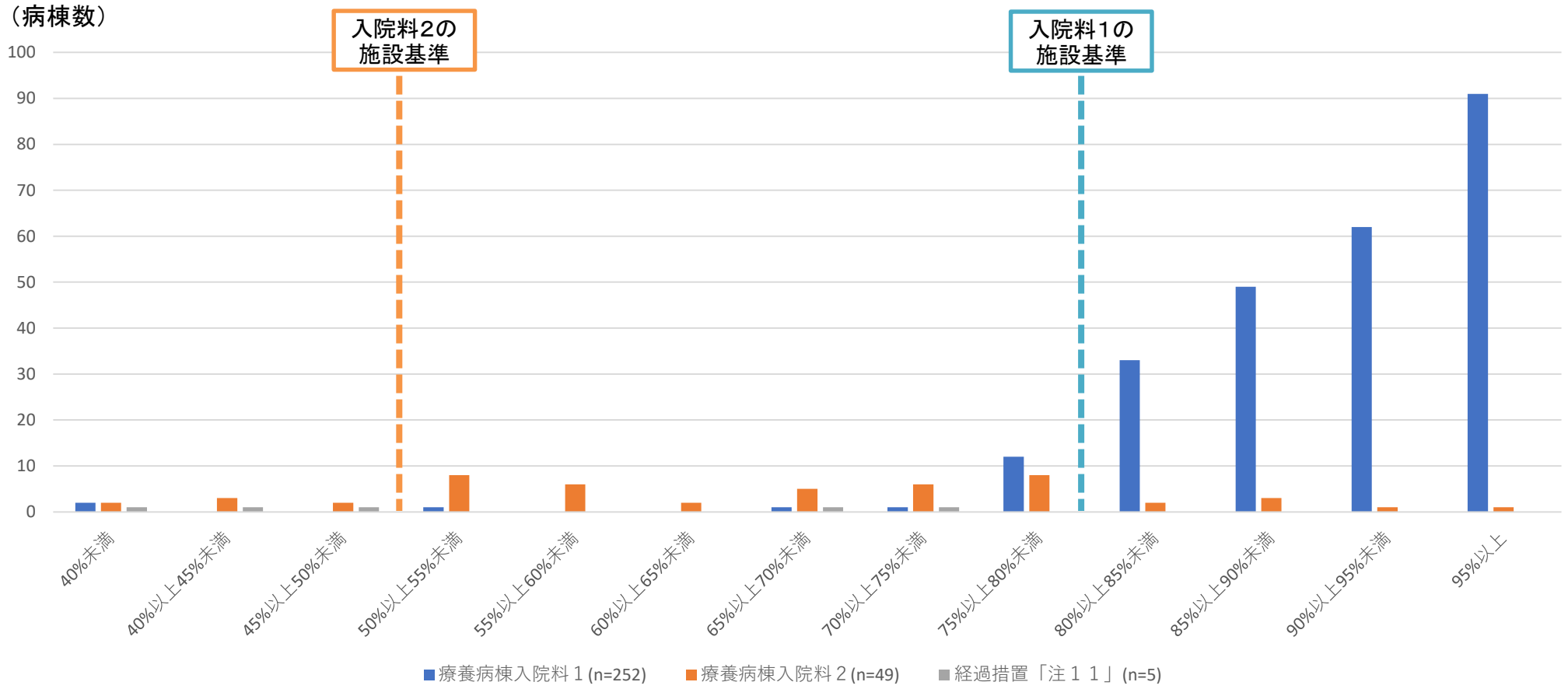


出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

各病棟における医療区分２・３の該当患者の占める割合の分布

○　療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
○　療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上55%未満及び75%以上80%未満が最も多かった。

各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

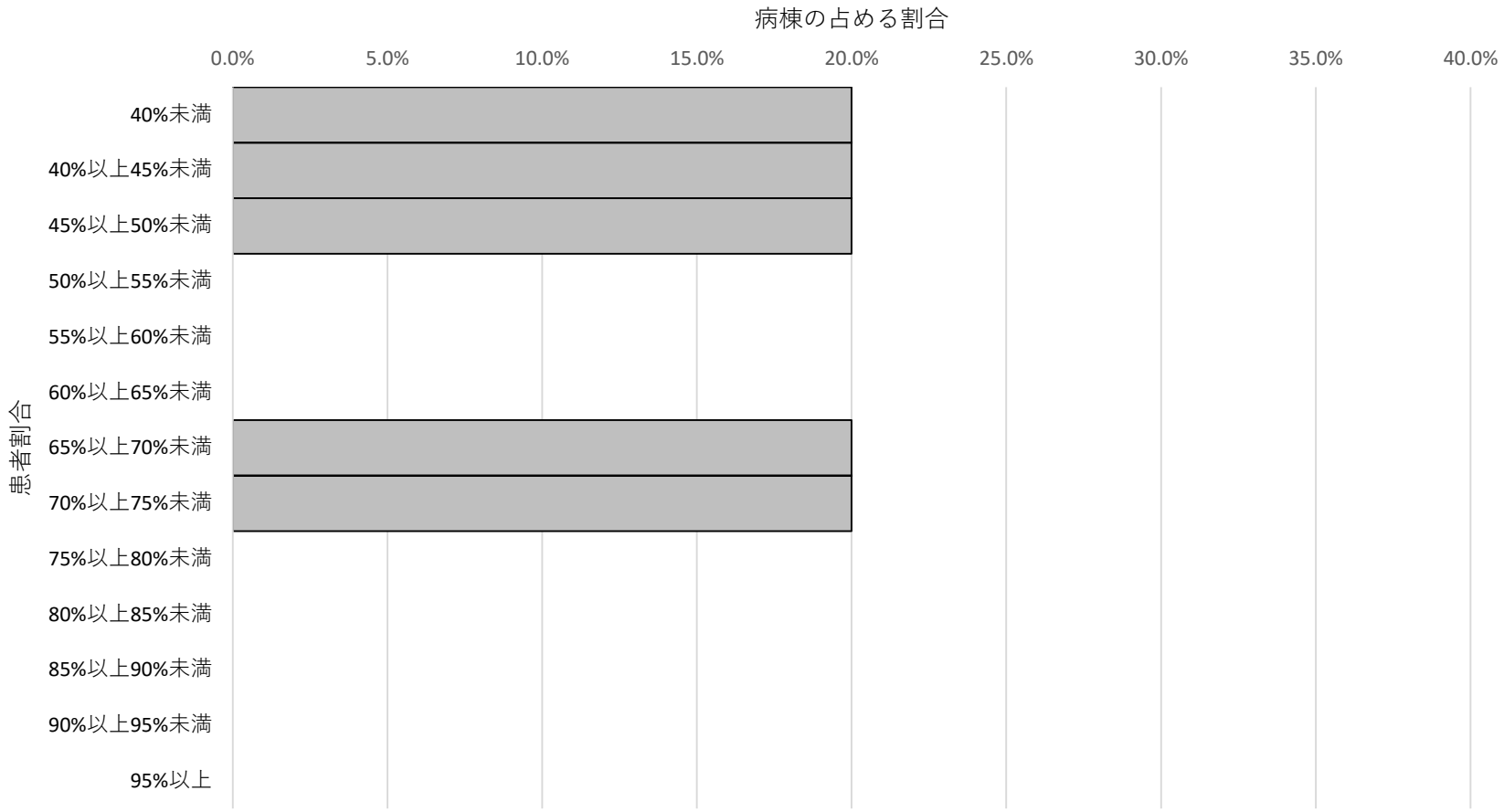


出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

経過措置（注11）の病棟における医療区分２・３の該当患者の占める割合の分布

○ 経過措置（注11）を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、以下のとおりであり、50%以上の医療機関と50%未満の医療機関の、両方存在した。

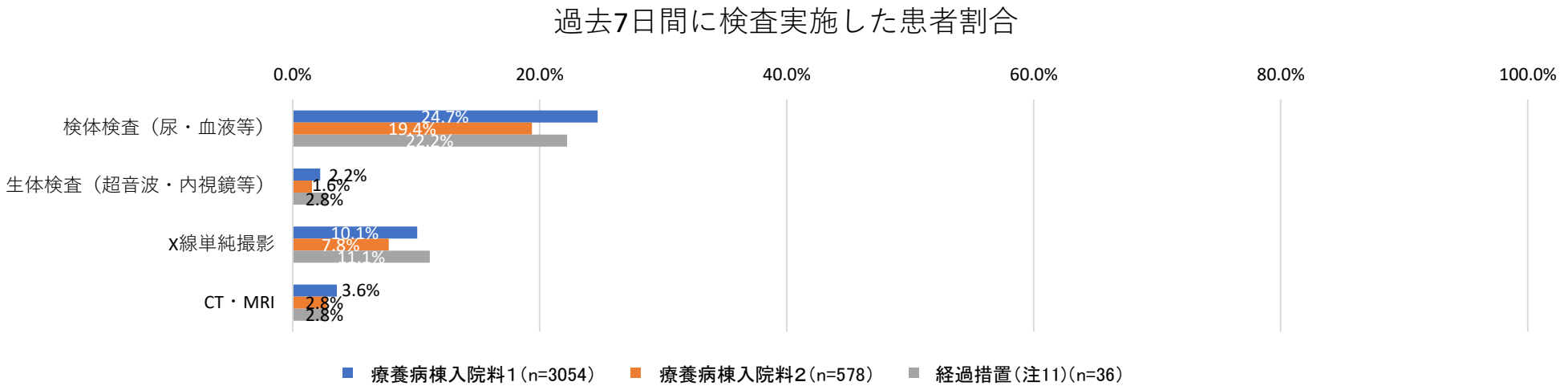
医療区分２・３の患者割合、経過措置（注11）(n=5)

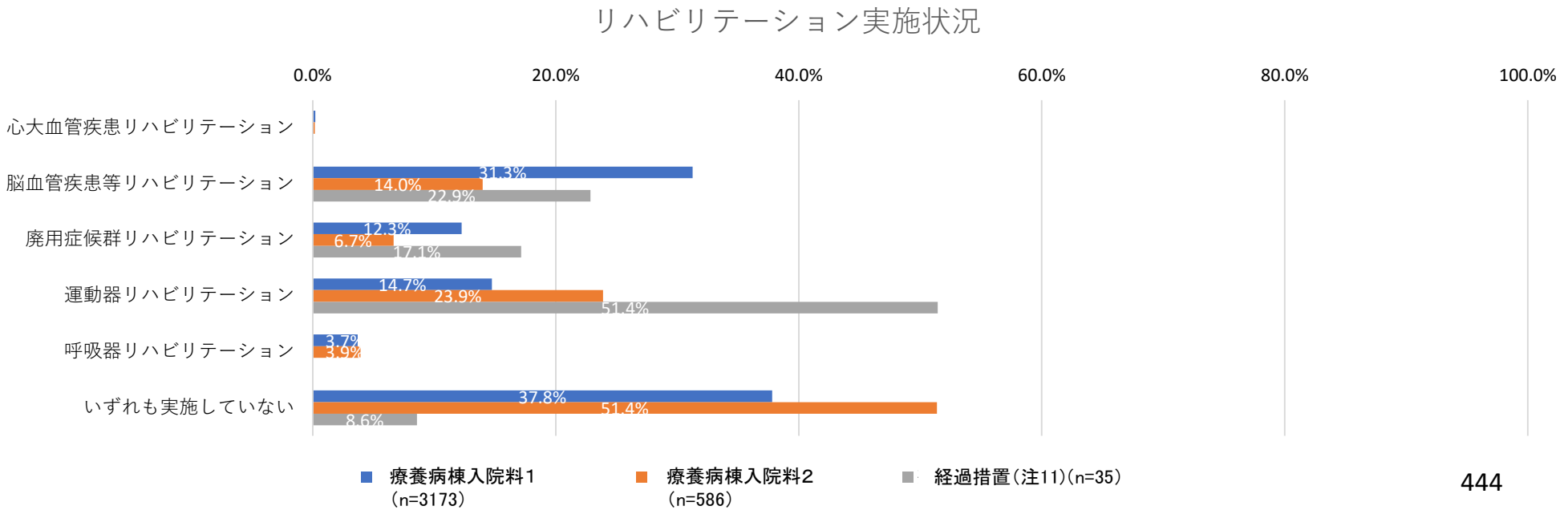


出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

入院料毎の患者の検査等の実施状況

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



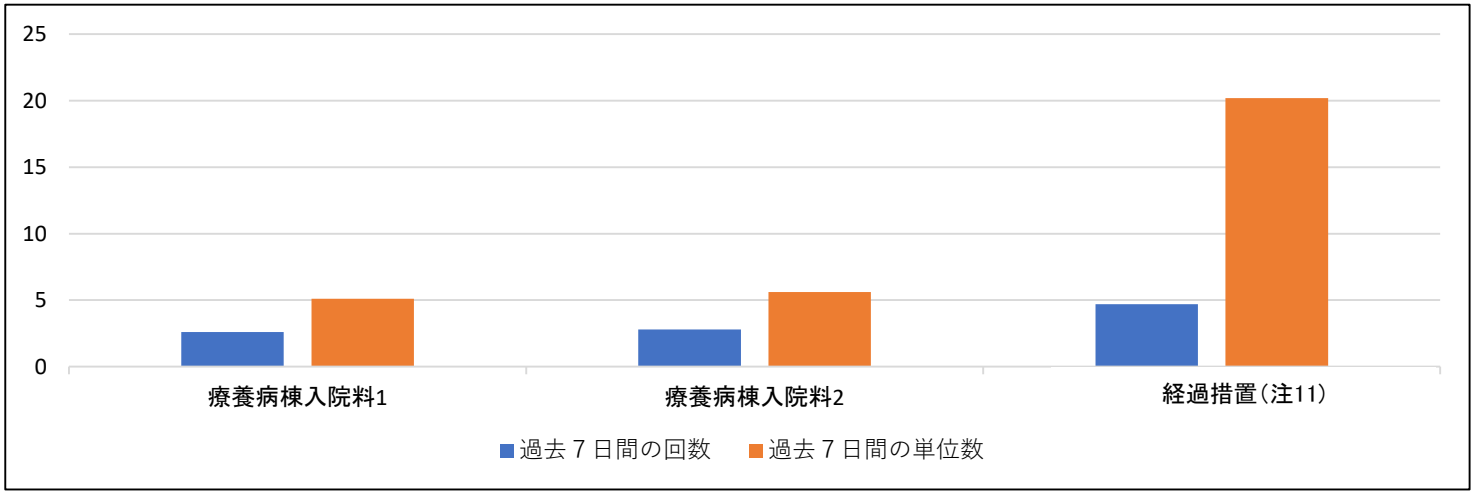


出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

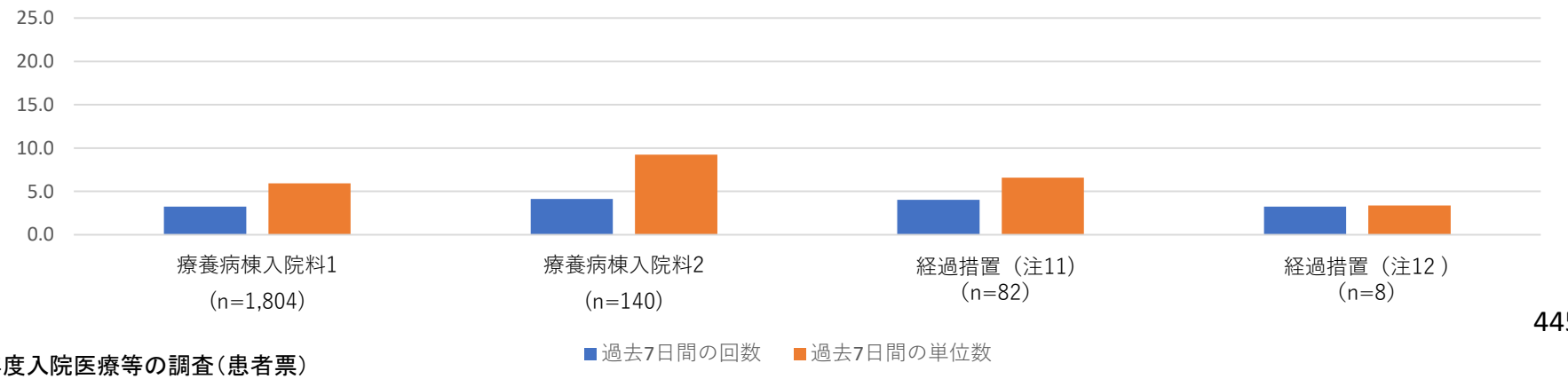
入院料毎の患者のリハビリテーションの実施状況

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

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



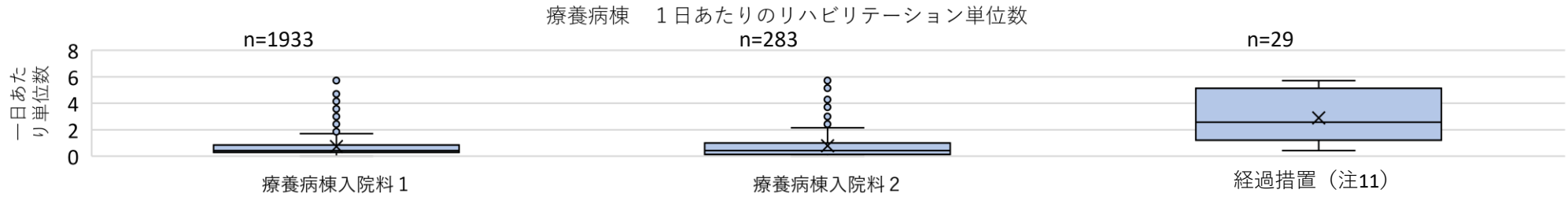
入院医療の患者のリハビリテーション実施状況（平成30年度）

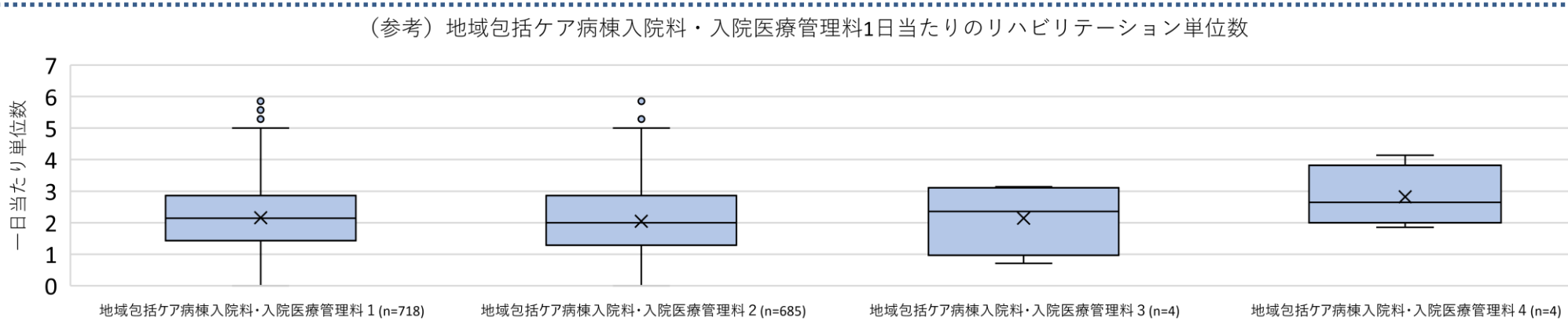


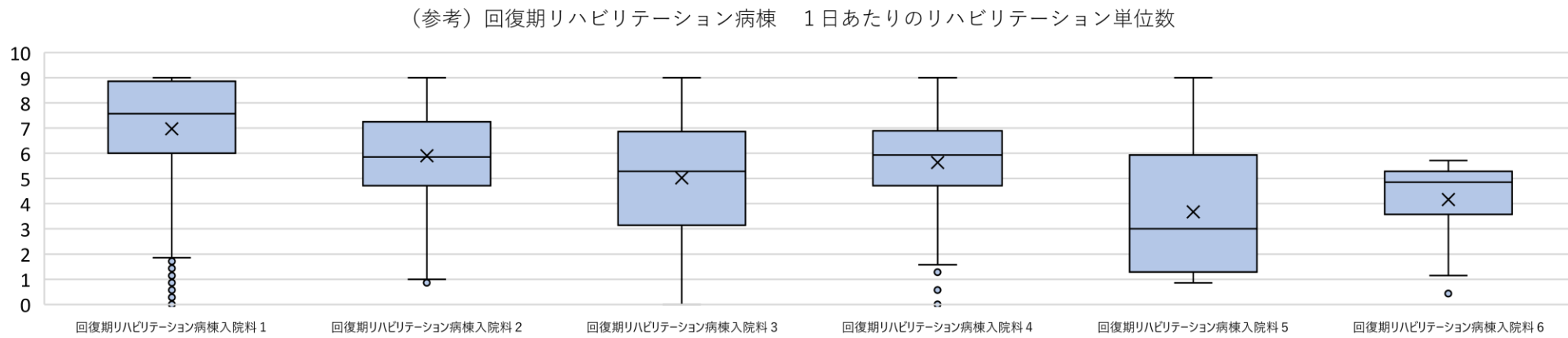
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

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。



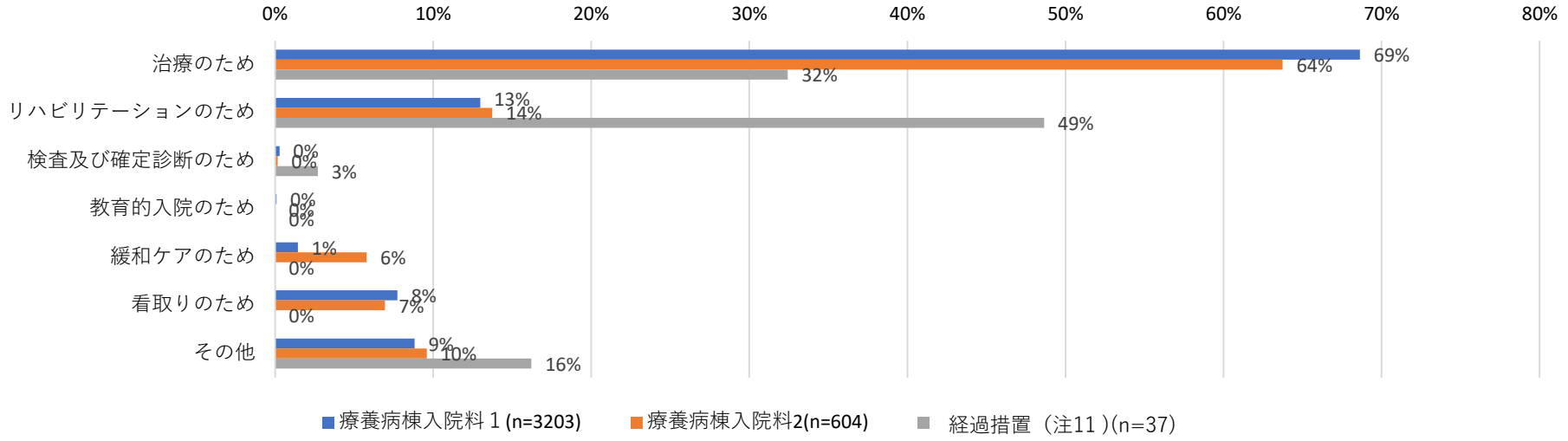




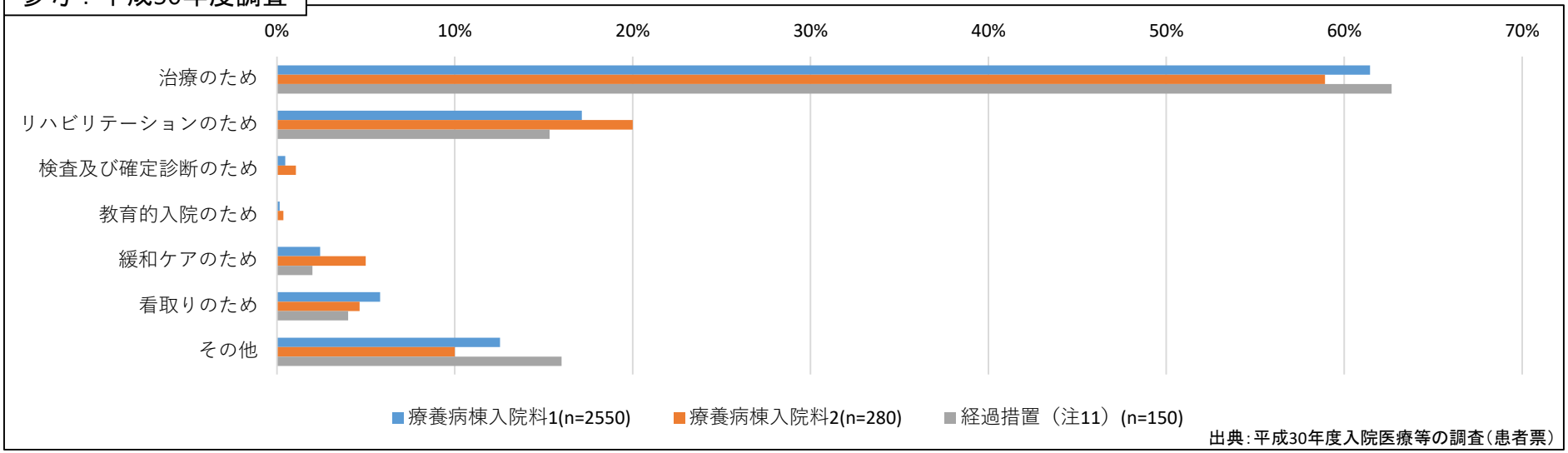
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

各入院料毎の患者の入院の理由

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



参考：平成30年度調査

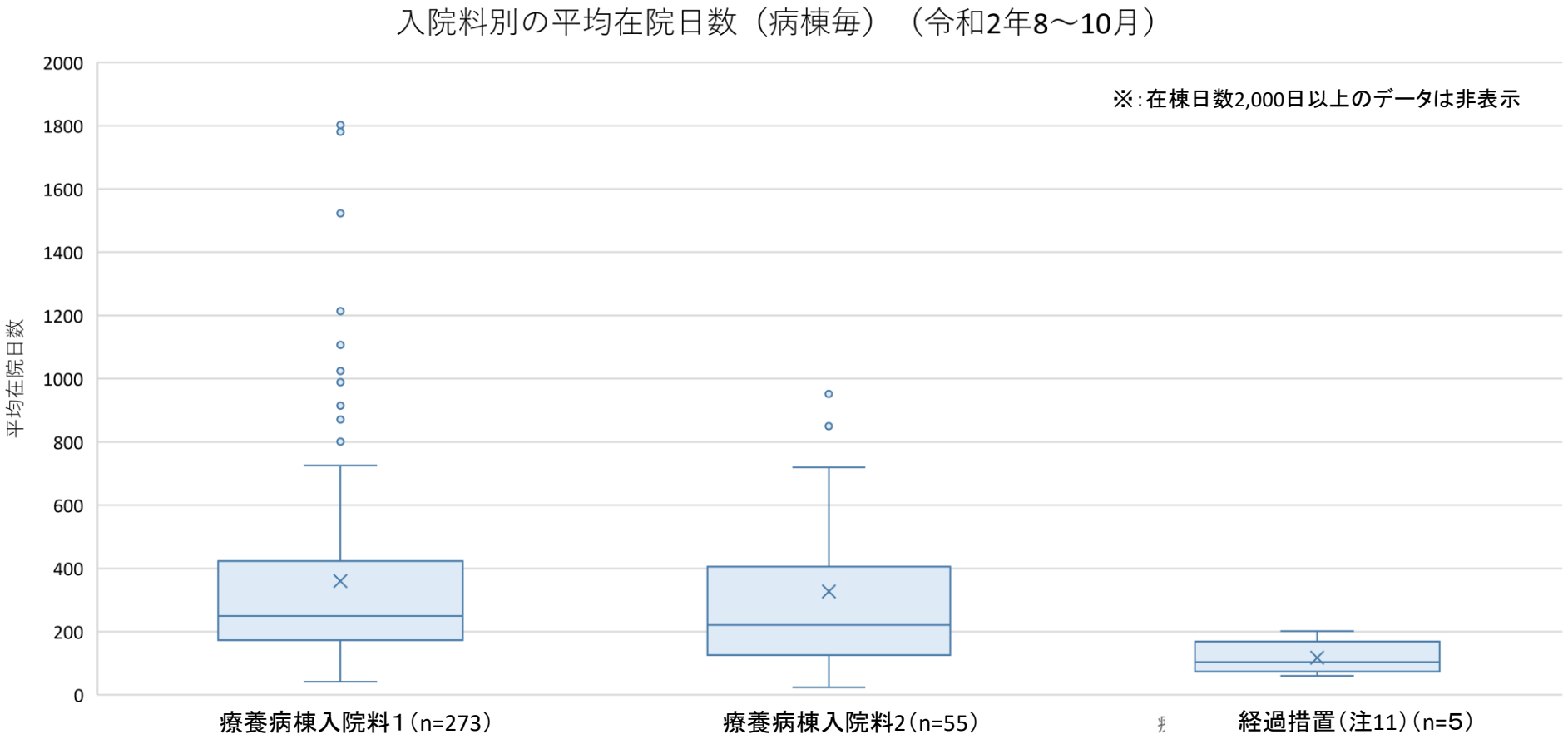


出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

各入院料毎の患者の平均在院日数

○　各入院料に分けた場合の患者の平均在院日数は以下のとおりであった。平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置（注11）を届け出ている病棟が短かった。



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

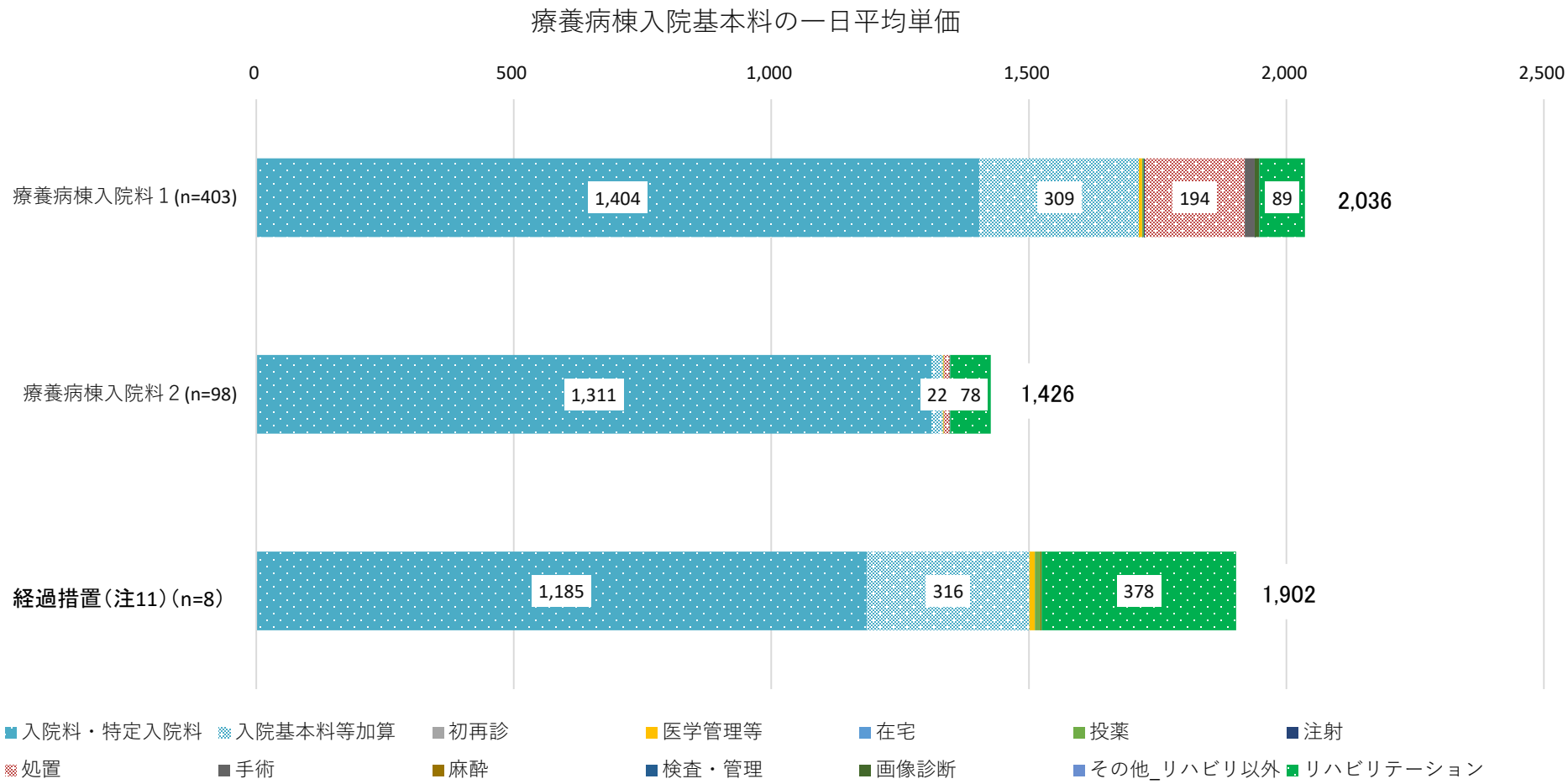
＊：平均在院日数が10,000日を超えている病棟については除いて算出。

出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

入院料毎の１日当たりのレセプト請求点数

診調組　入－４
３．１０．１

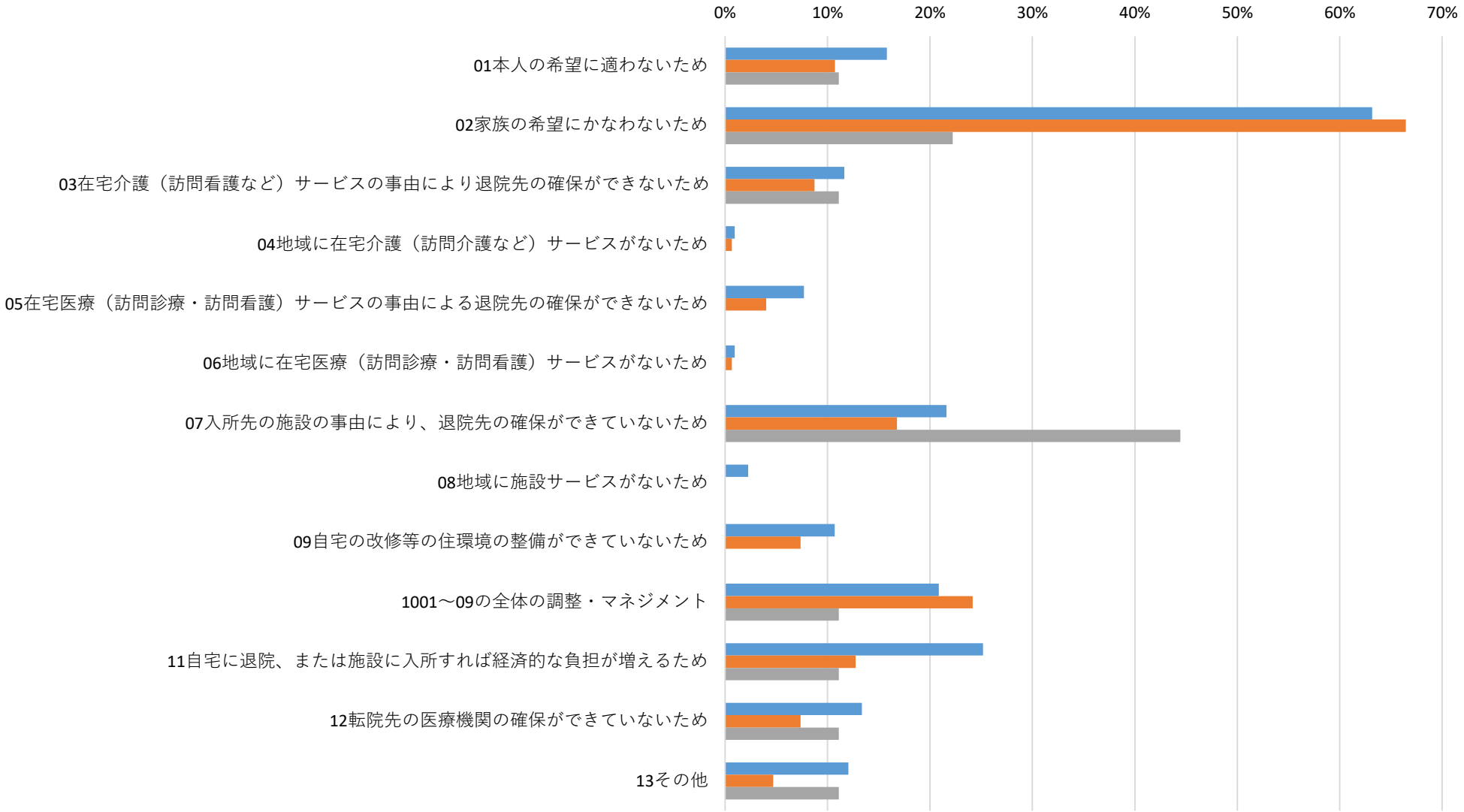
○　入院料毎のレセプト請求点数（１日当たり）は以下のとおりであった。
○　リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置（注１１）が最も高かった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

各入院料毎の患者の退院できない理由（複数選択）

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



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

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

入院料1			令和2年8月1日時点 医療区分1 (N=948)	医療区分2 (N=5372)	医療区分3 (N=3977)
令和2年10月30日	医療区分1		46.7%	2.0%	3.0%
	医療区分2		8.5%	75.0%	4.7%
	医療区分3		8.0%	6.2%	65.6%
	退棟		36.7%	16.8%	26.8%
	（退棟の内訳）	医療区分1	26.3%	1.5%	0.3%
		医療区分2	0.8%	6.4%	0.4%
		医療区分3	0.8%	0.7%	2.7%
		死亡退院	8.9%	8.3%	23.3%

入院料2			令和2年8月1日時点 医療区分1 (N=627)	医療区分2 (N=673)	医療区分3 (N=521)
令和2年10月30日	医療区分1		64.4%	8.0%	2.5%
	医療区分2		9.4%	61.8%	3.8%
	医療区分3		2.7%	4.8%	61.6%
	退棟		23.4%	25.4%	32.1%
	（退棟の内訳）	医療区分1	15.8%	3.1%	1.7%
		医療区分2	1.4%	10.3%	1.3%
		医療区分3	0.6%	1.3%	4.6%
		死亡退院	5.6%	10.7%	24.4%

経過措置（注11）			令和2年8月1日時点 医療区分1 (N=54)	医療区分2 (N=44)	医療区分3 (N=15)
令和2年10月30日	医療区分1		24.1%	2.3%	0.0%
	医療区分2		1.9%	13.6%	6.7%
	医療区分3		1.9%	9.1%	60.0%
	退棟		72.2%	75.0%	33.3%
	（退棟の内訳）	医療区分1	70.3%	22.7%	6.7%
		医療区分2	1.9%	43.2%	0.0%
		医療区分3	0.0%	2.3%	13.3%
		死亡退院	0.0%	6.8%	13.3%

改善
変化無し
悪化

出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

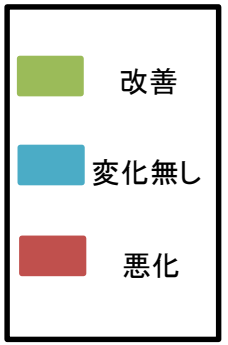
療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者のADL区分の推移

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

入院料1			令和2年8月1日時点 ADL区分1（N=951）	令和2年8月1日時点 ADL区分2（N=2198）	令和2年8月1日時点 ADL区分3（N=7290）
令和2年10月30日	ADL区分1		54.0%	1.6%	0.6%
	ADL区分2		5.4%	66.8%	1.8%
	ADL区分3		5.6%	8.7%	76.5%
	退棟		35.0%	22.9%	21.0%
	（退棟の内訳）	ADL区分1	26.0%	0.8%	0.1%
		ADL区分2	0.7%	12.0%	0.2%
		ADL区分3	1.0%	0.9%	3.9%
		死亡退院	7.4%	9.1%	16.8%

入院料2			令和2年8月1日時点 ADL区分1（N=221）	令和2年8月1日時点 ADL区分2（N=509）	令和2年8月1日時点 ADL区分3（N=1128）
令和2年10月30日	ADL区分1		59.7%	0.8%	2.3%
	ADL区分2		6.8%	69.5%	1.7%
	ADL区分3		2.7%	4.9%	70.5%
	退棟		30.8%	24.8%	25.5%
	（退棟の内訳）	ADL区分1	24.5%	0.2%	0.0%
		ADL区分2	0.9%	16.7%	0.3%
		ADL区分3	0.9%	1.8%	7.4%
		死亡退院	4.5%	6.1%	17.8%

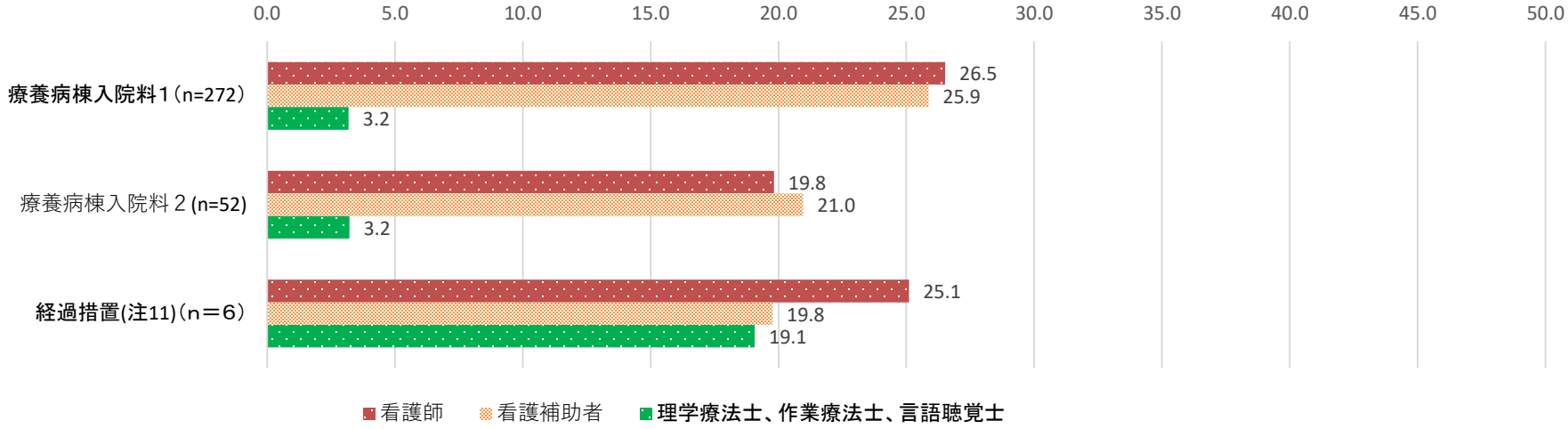
経過措置（注11）			令和2年8月1日時点 ADL区分1（N=55）	令和2年8月1日時点 ADL区分2（N=29）	令和2年8月1日時点 ADL区分3（N=29）
令和2年10月30日	ADL区分1		12.7%	3.4%	0.0%
	ADL区分2		0.0%	24.1%	0.0%
	ADL区分3		0.0%	6.9%	65.5%
	退棟		87.3%	65.5%	34.5%
	（退棟の内訳）	ADL区分1	85.4%	27.6%	0.0%
		ADL区分2	0.0%	31.1%	0.0%
		ADL区分3	1.8%	0.0%	20.7%
		死亡退院	0.0%	6.9%	13.8%



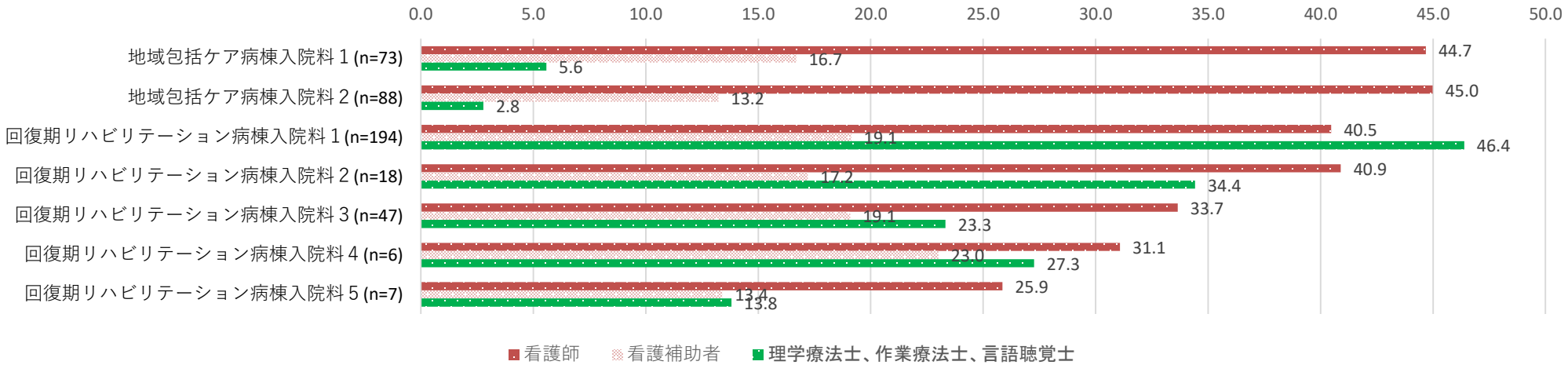
出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

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



出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

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

療養病棟入院基本料について

中医協　総－２
３．８．２５

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

【疾患・状態】
・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）
【医療処置】
・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

【疾患・状態】
・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）
【医療処置】
・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（1日8回以上）
・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査
・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置）
・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）

医療区分1　医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料２

【施設基準】
①看護配置20：1以上　②**医療区分2・3の患者が5割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，748点	1，349点	903点
ADL区分2	1，694点	1，322点	855点
ADL区分1	1，406点	1，167点	751点

ADL区分

ADL区分3：　23点以上
ADL区分2：　11点以上～23点未満
ADL区分1：　11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、
4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存　）

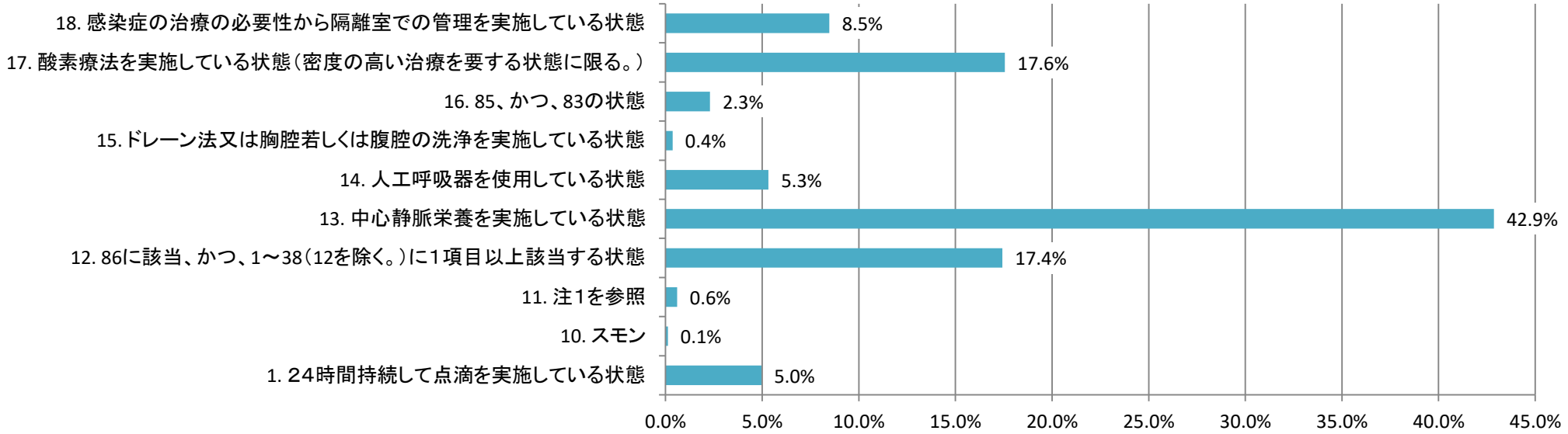
項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	0～6
b　移乗	0～6
C　食事	0～6
d　トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

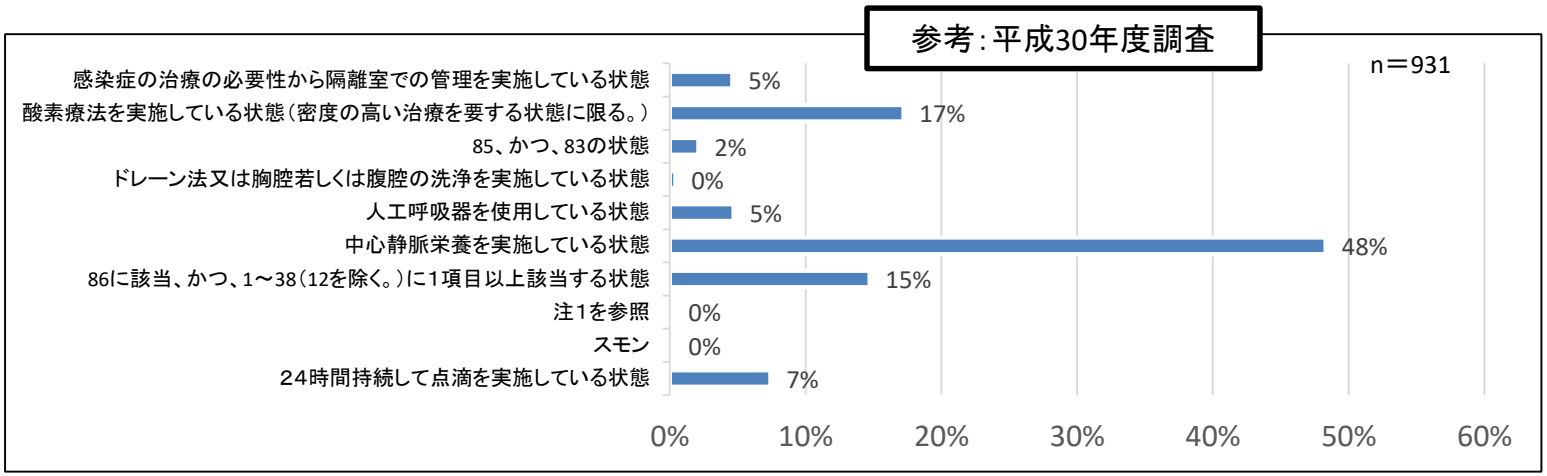
○　医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

医療区分3の1項目該当の場合の該当項目（構成割合）

n＝826



参考：平成30年度調査

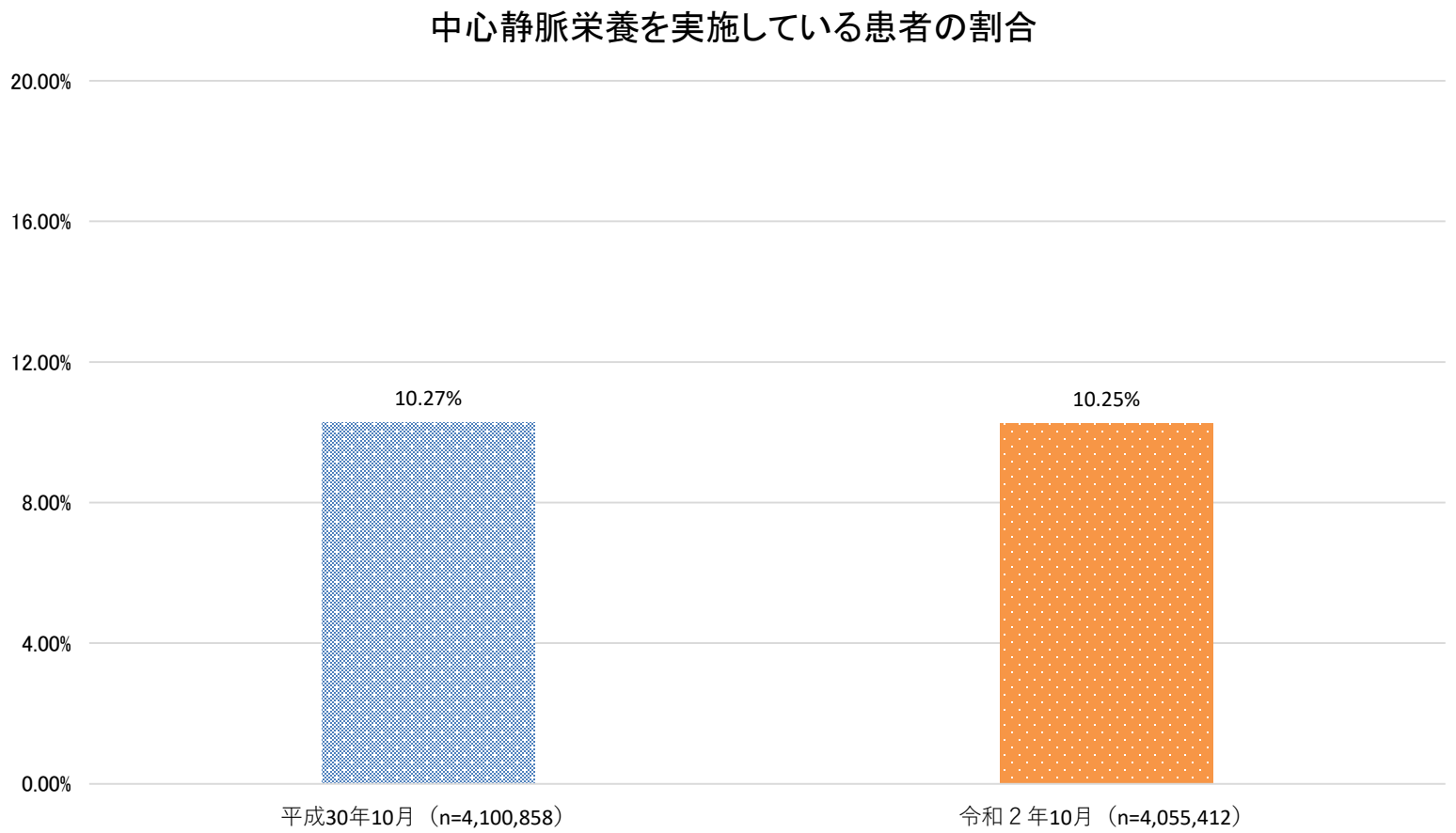


81　脱水に対する治療を実施している状態
82　頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
83　発熱がある状態
84　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
85　気管切開又は気管内挿管が行われている状態
86　医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
91　身体抑制を実施している

出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

中心静脈栄養を実施している患者数についての分析

○　平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ていた医療機関を対象に、平成30年10月と令和２年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では10.27%、令和２年10月では10.25%であり、平成30年と令和２年で大きな差はみられなかった。

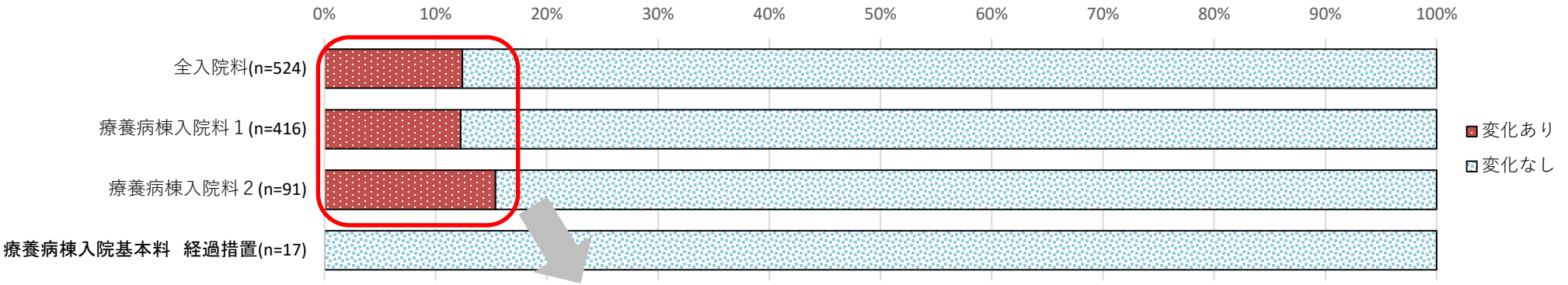


出典：DPCデータ

中心静脈栄養の対象患者の変化について

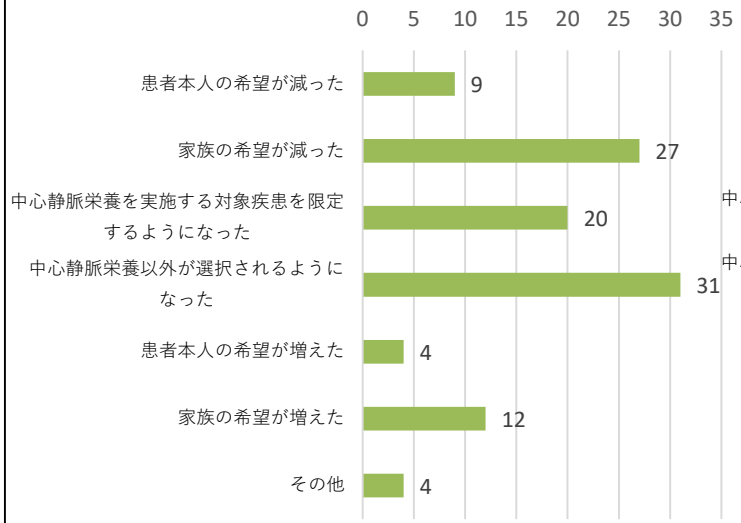
○　令和2年度改定において要件とされた、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。

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

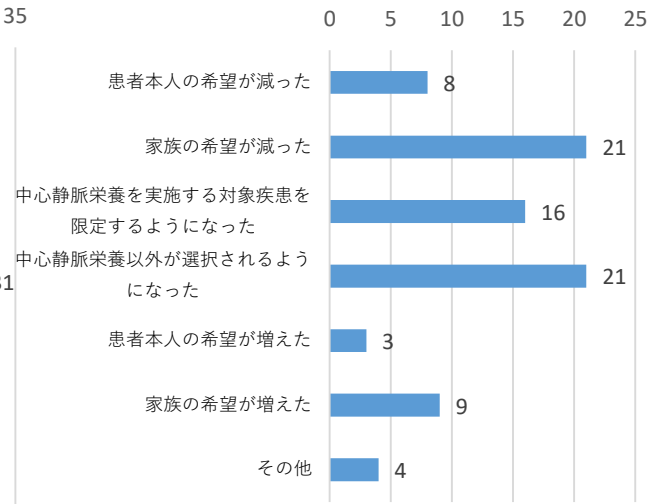


説明による変化があった場合の、中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の内容（複数回答）

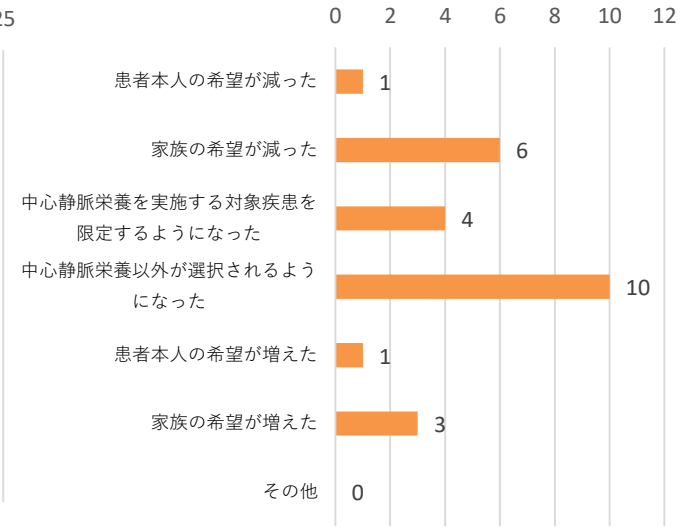
全入院料(回答施設数：64、回答数：107)



療養病棟入院料１(回答施設数：50、回答数：82)



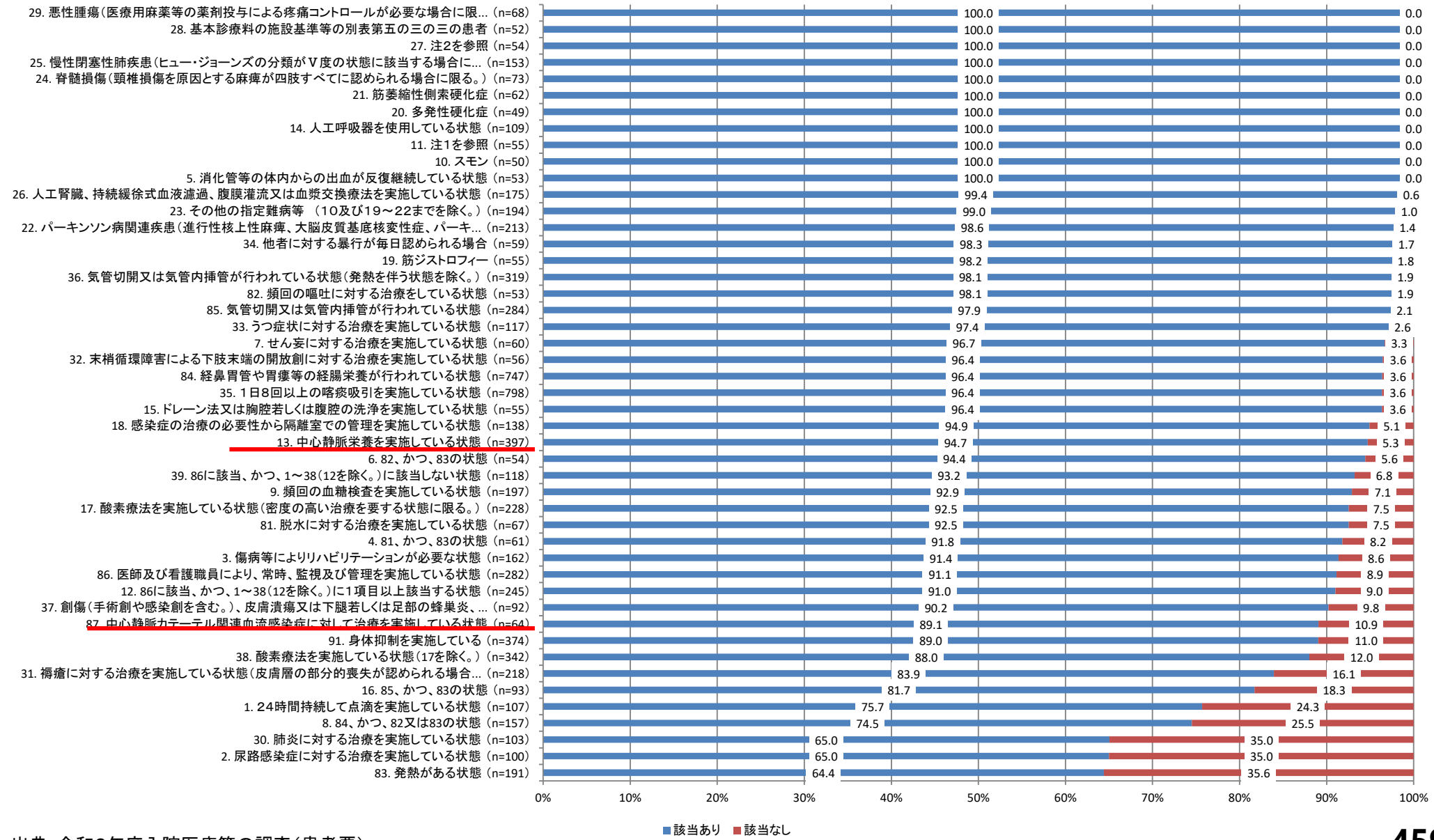
療養病棟入院料２(回答施設数：14、回答数：25)



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設票）

調査基準日3か月前と調査基準日の医療区分の該当項目の比較

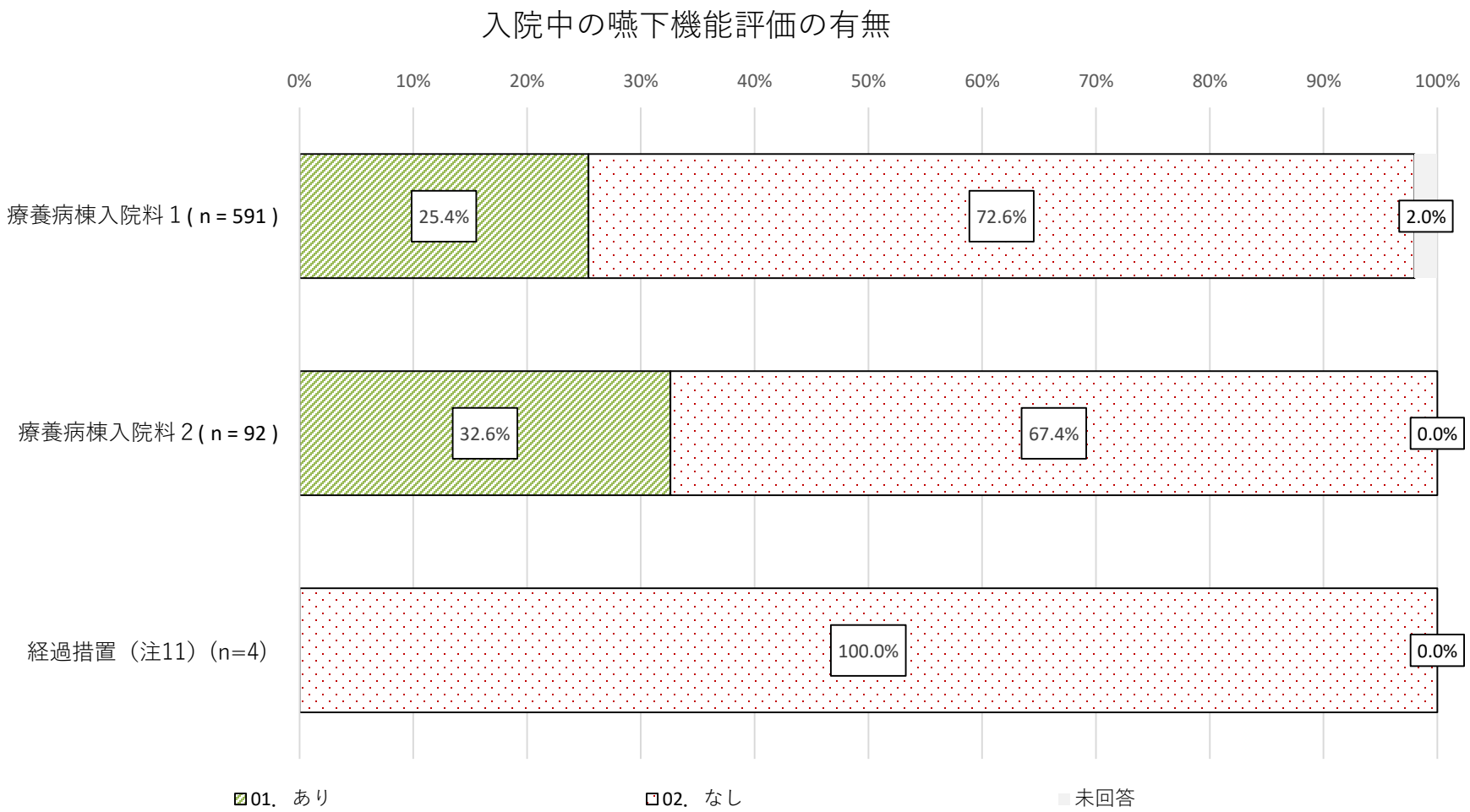
○　調査基準日3か月前に該当していた患者のうち、調査基準日においても該当している患者の割合は以下のとおりであった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

中心静脈栄養の患者について（嚥下機能評価）

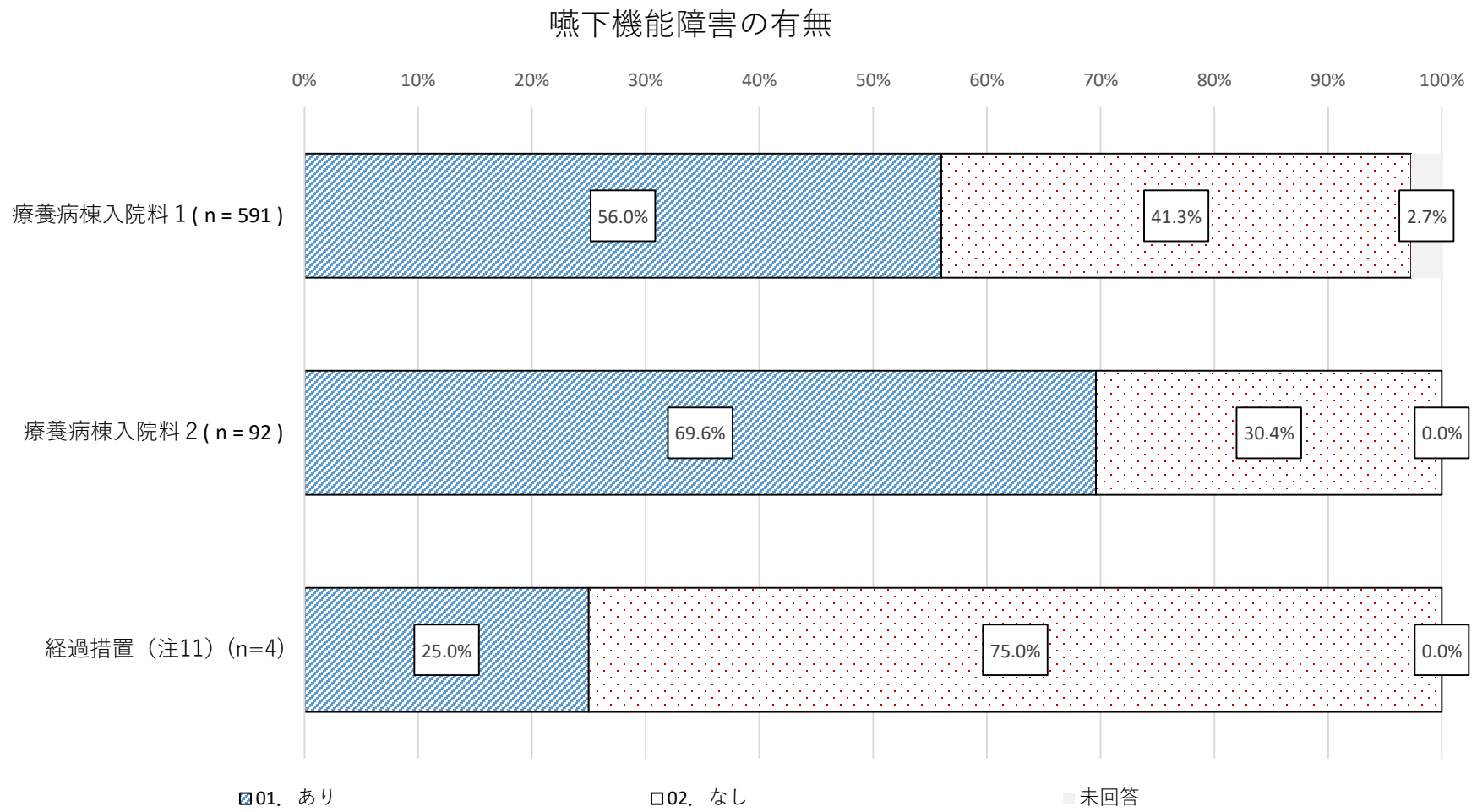
○　入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

中心静脈栄養の患者について（嚥下機能障害）

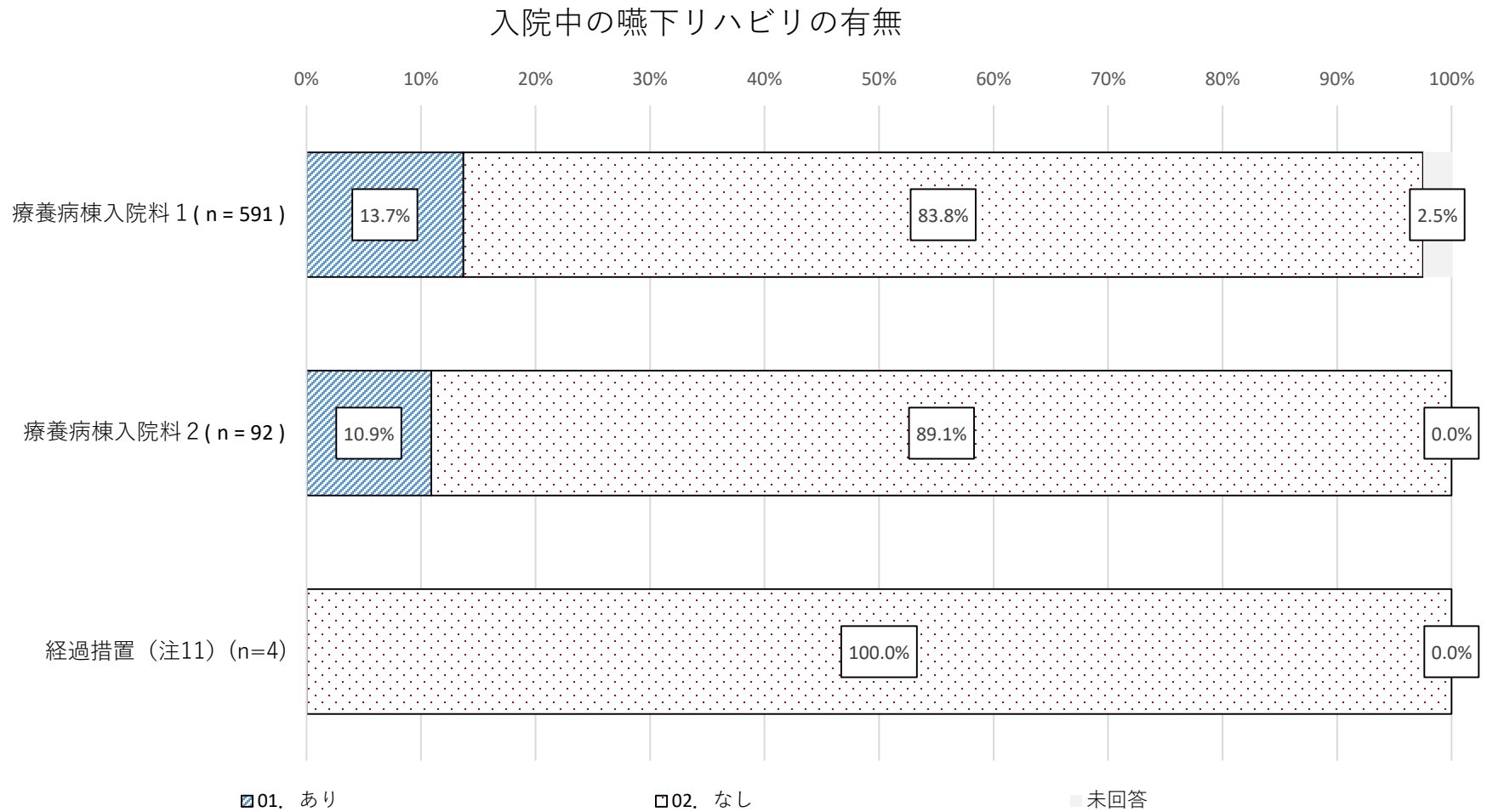
○　中心静脈栄養を行っている患者の嚥下機能障害の有無は以下のとおりであり、半数前後の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

中心静脈栄養の患者について（嚥下リハビリ）

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



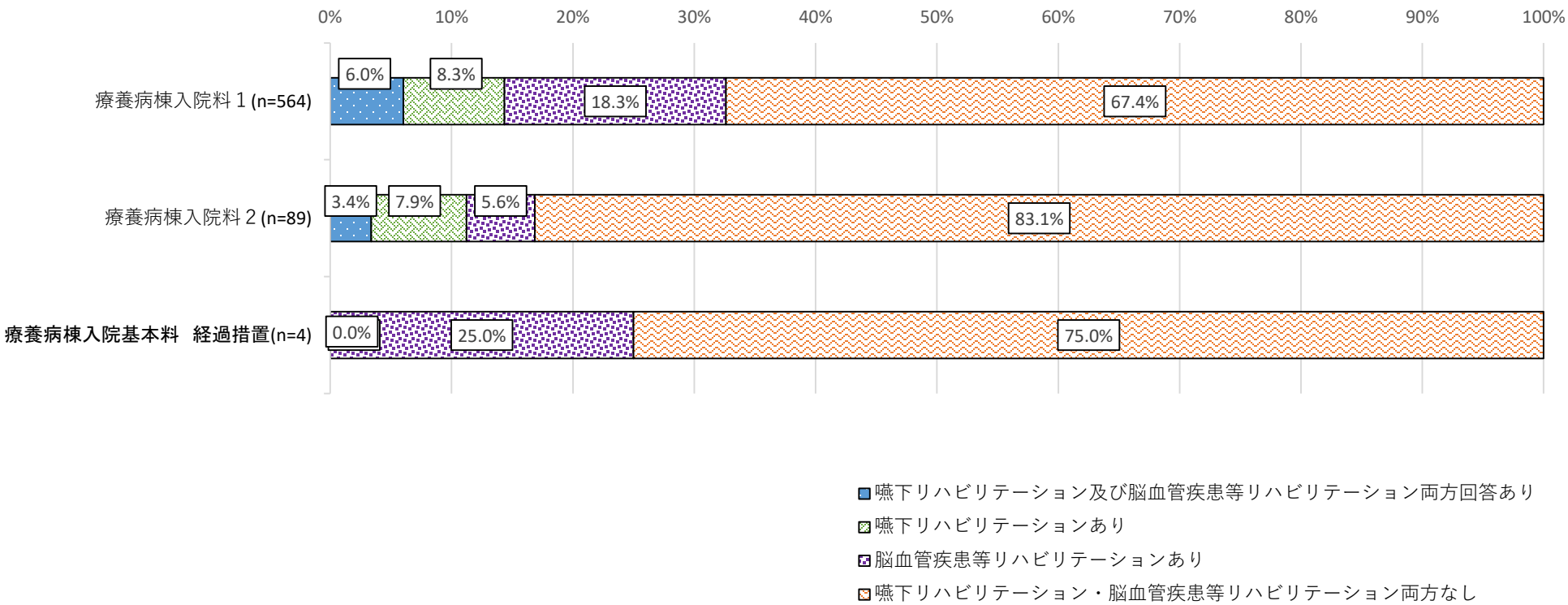
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

中心静脈栄養を実施している患者における嚥下リハビリ等の実施割合

○　中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおり。
○　入院料１では32.6%、入院料２では16.9%、経過措置（注11）では25.0%の患者が、嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

入院料別の嚥下リハビリ等の実施割合

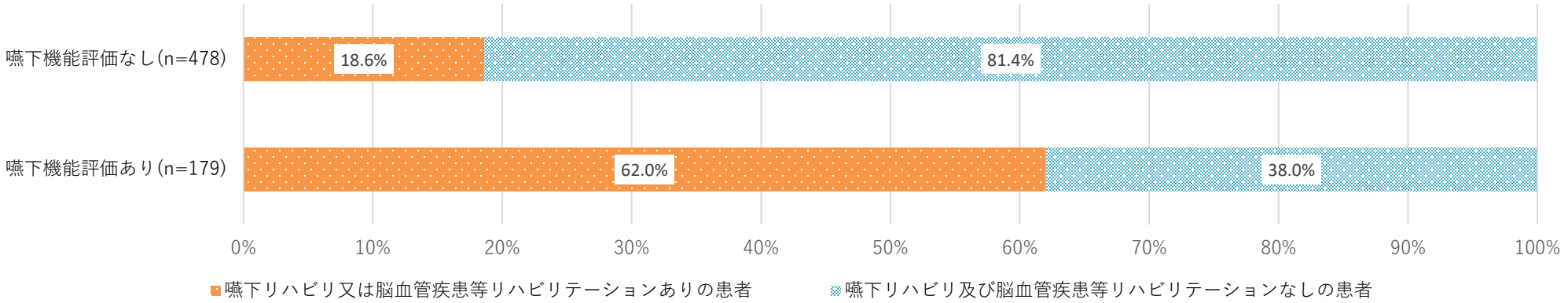


出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

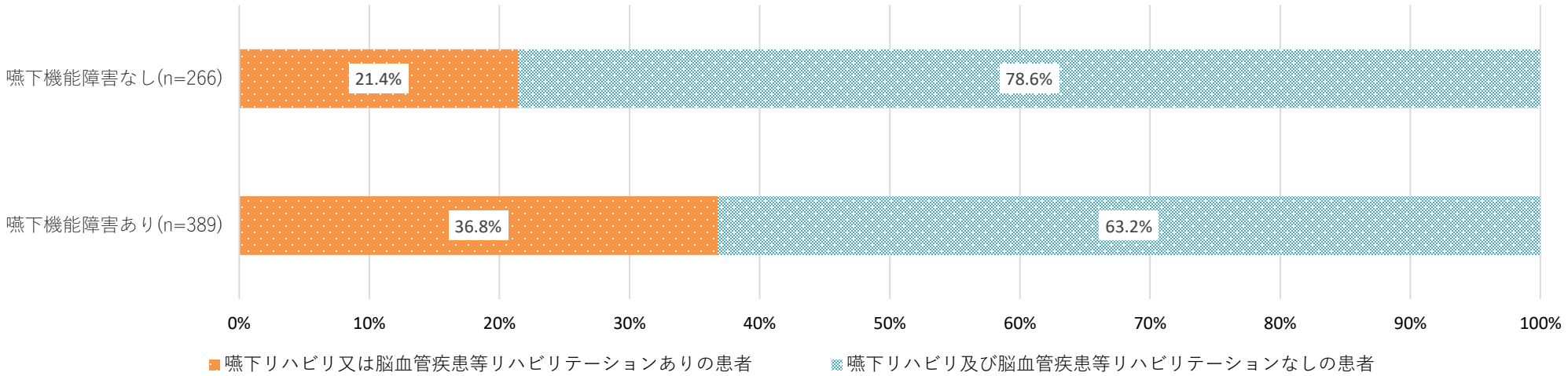
中心静脈栄養の患者における嚥下リハビリ等の実施状況

○　中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無、嚥下機能障害の有無により分けた場合の、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合は以下のとおり。
○　嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションのどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。

嚥下機能評価有無別の嚥下リハビリ等の実施状況



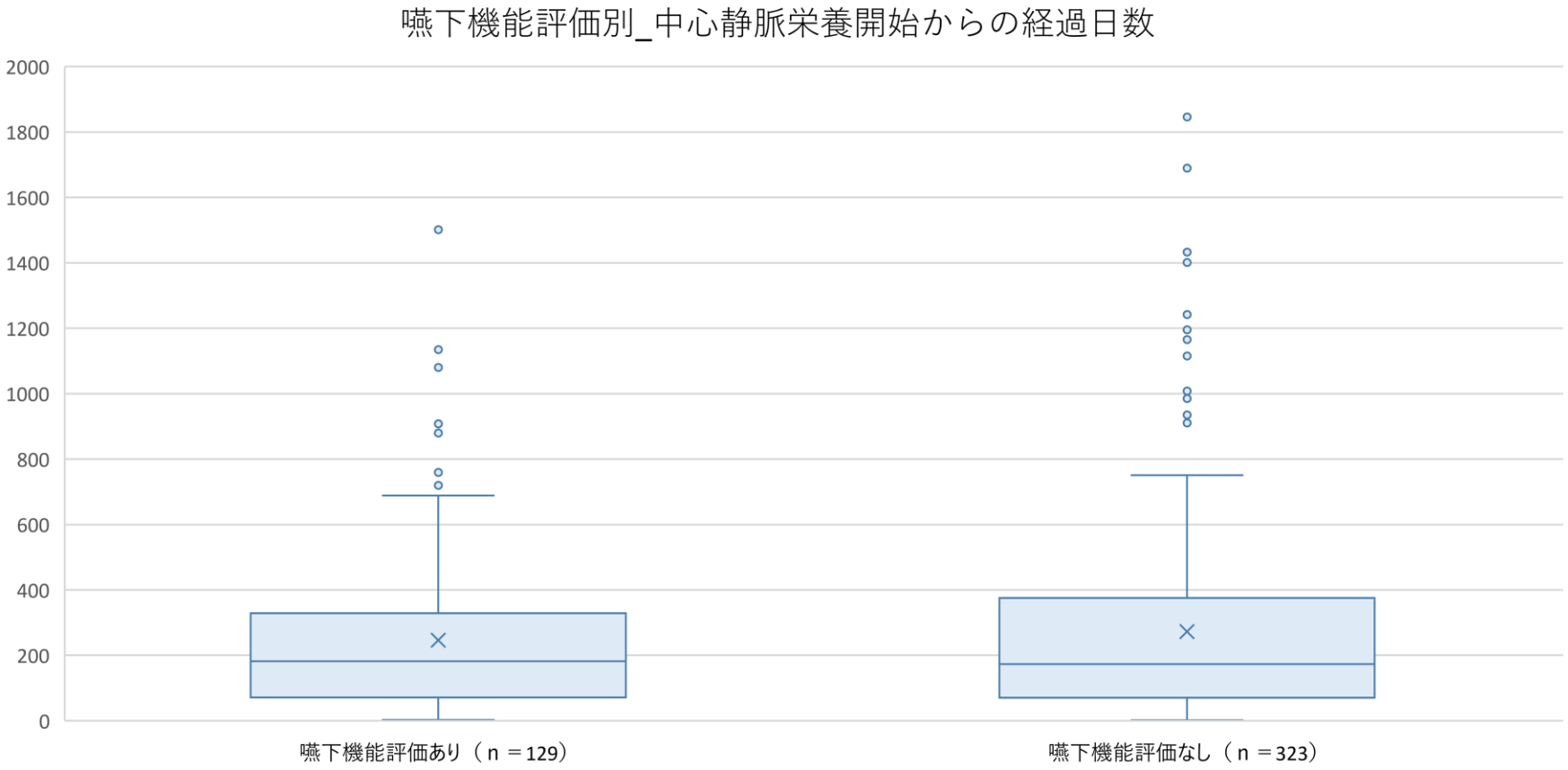
嚥下機能障害有無別の嚥下リハビリ等の実施状況



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

嚥下機能評価の有無別にみた中心静脈栄養開始からの日数

○　中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無で分けた場合の中心静脈栄養開始からの日数は以下のとおり。平均値で見た場合、嚥下機能評価ありの方がなしと比較して開始からの日数が短い傾向であった。



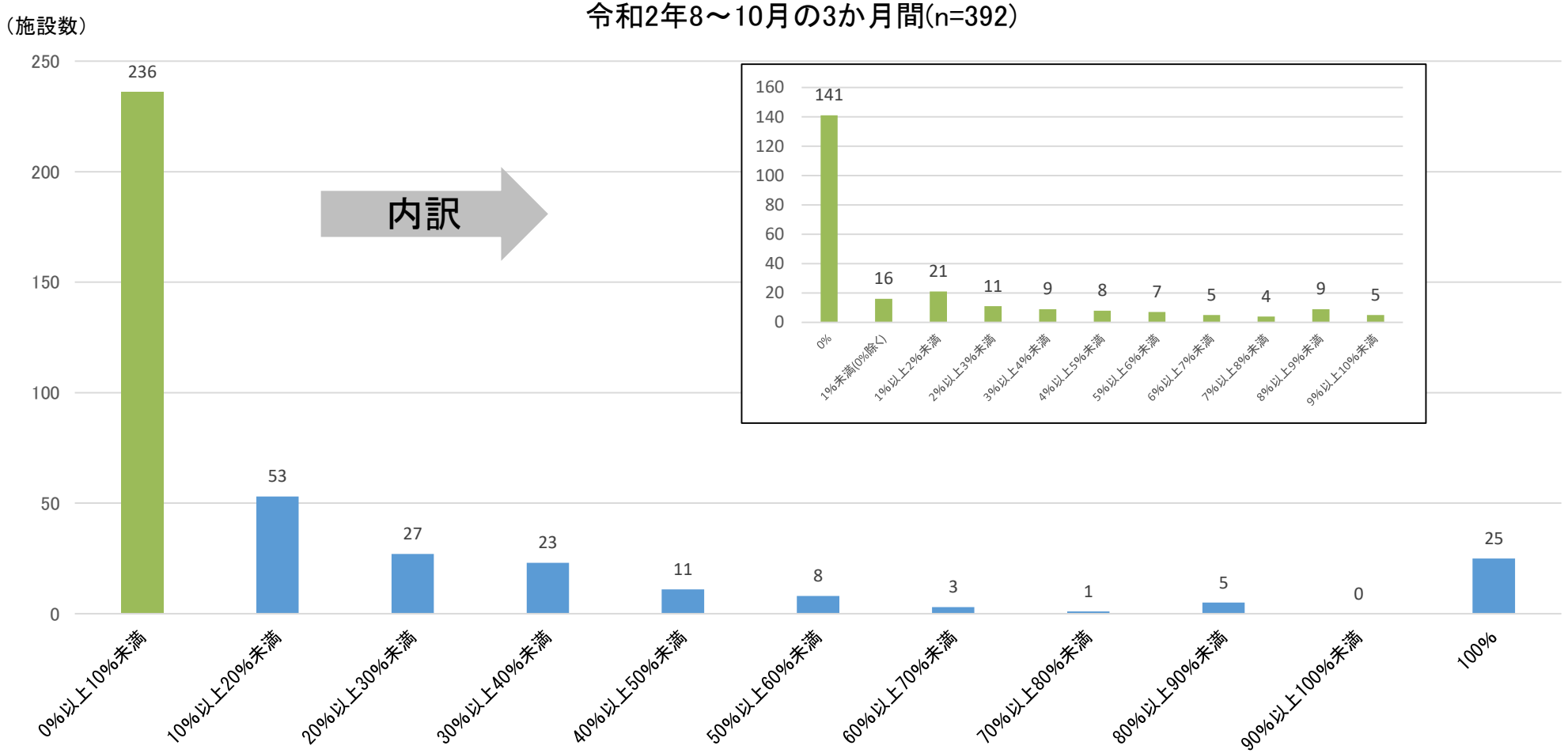
出典：令和２年度入院医療等における実態調査（患者票）

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

入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者の割合

○　新規入院患者のうち、入院時点で中心静脈を実施していた患者の割合の医療機関分布は以下のとおりであった。
○　０%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

令和2年8～10月の3か月間(n=392)



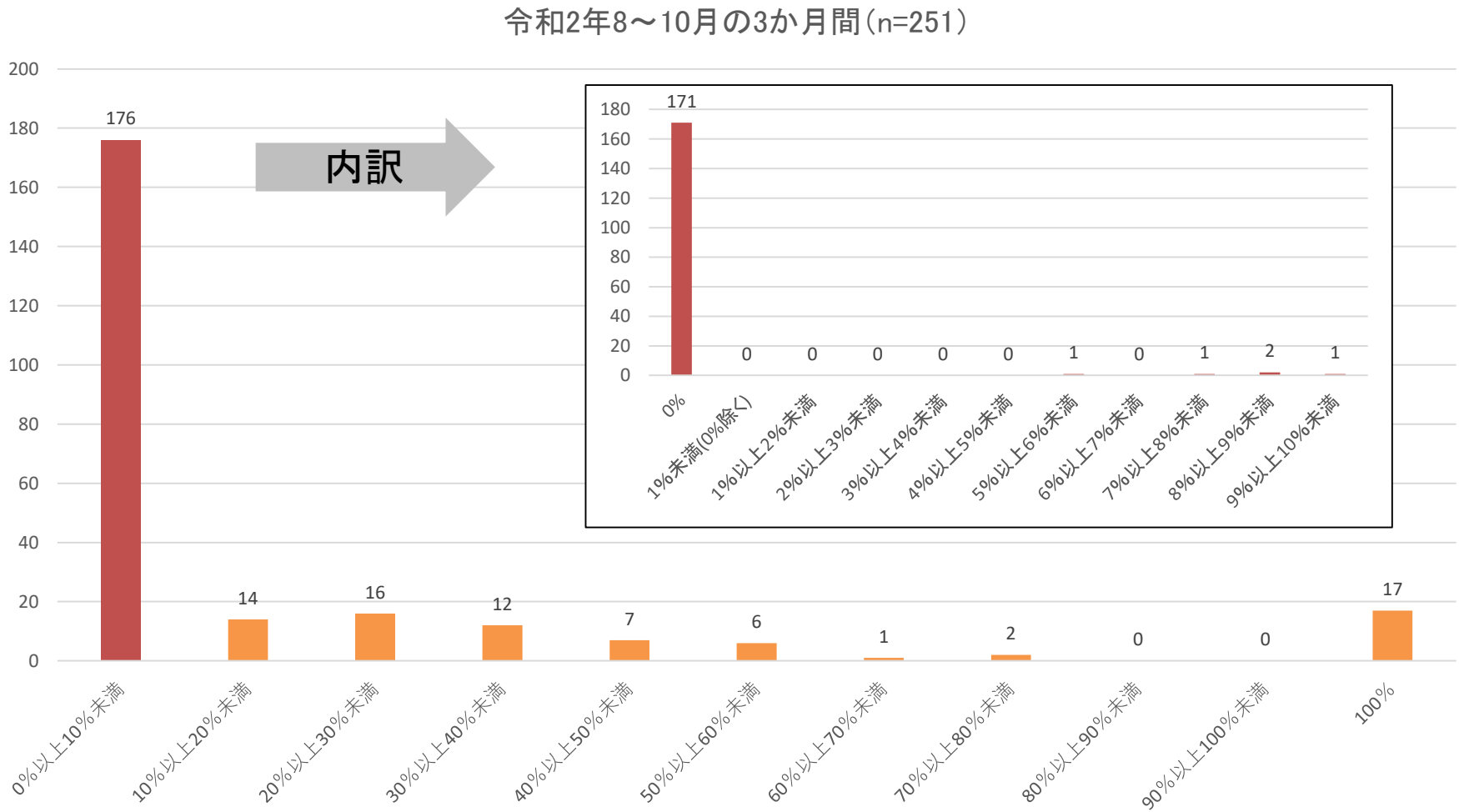
出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち中止又は終了した患者の割合

○　新規入院患者のうち、入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者の割合の医療機関分布（令和2年8～10月の3か月間）は以下のとおりであった。
○　０%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

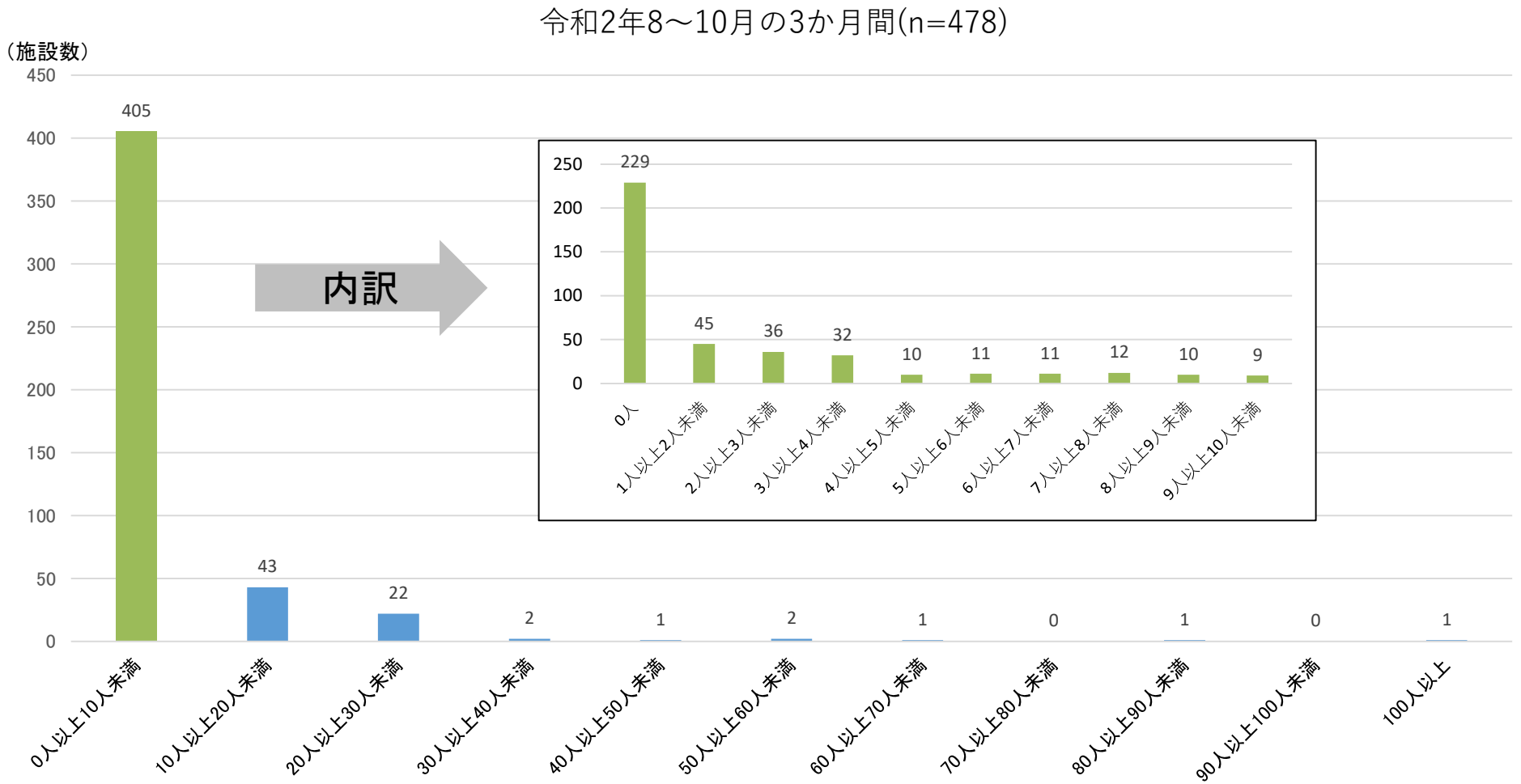
（施設数）



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

入院後に中心栄養静脈を開始した患者に関する分析

○　入院後に中心静脈栄養を開始した患者数の医療機関分布は以下のとおりであった。
○　０人以上10人未満の医療機関が最も多かった。



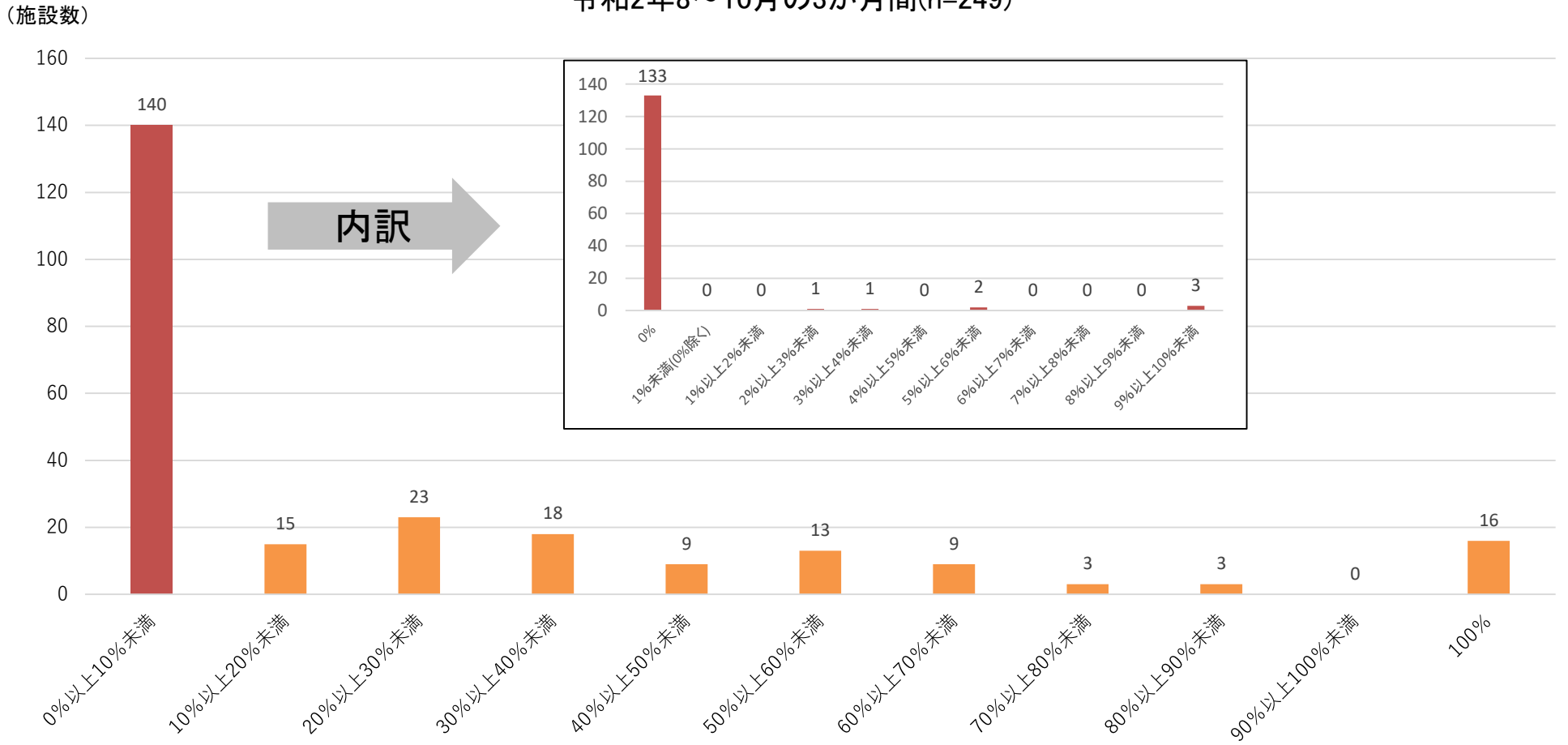
出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合

○　入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布（令和2年8～10月の3か月間）は以下のとおりであった。
○　０%以上10%未満が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

診調組　入－２参考１
３．１０．１

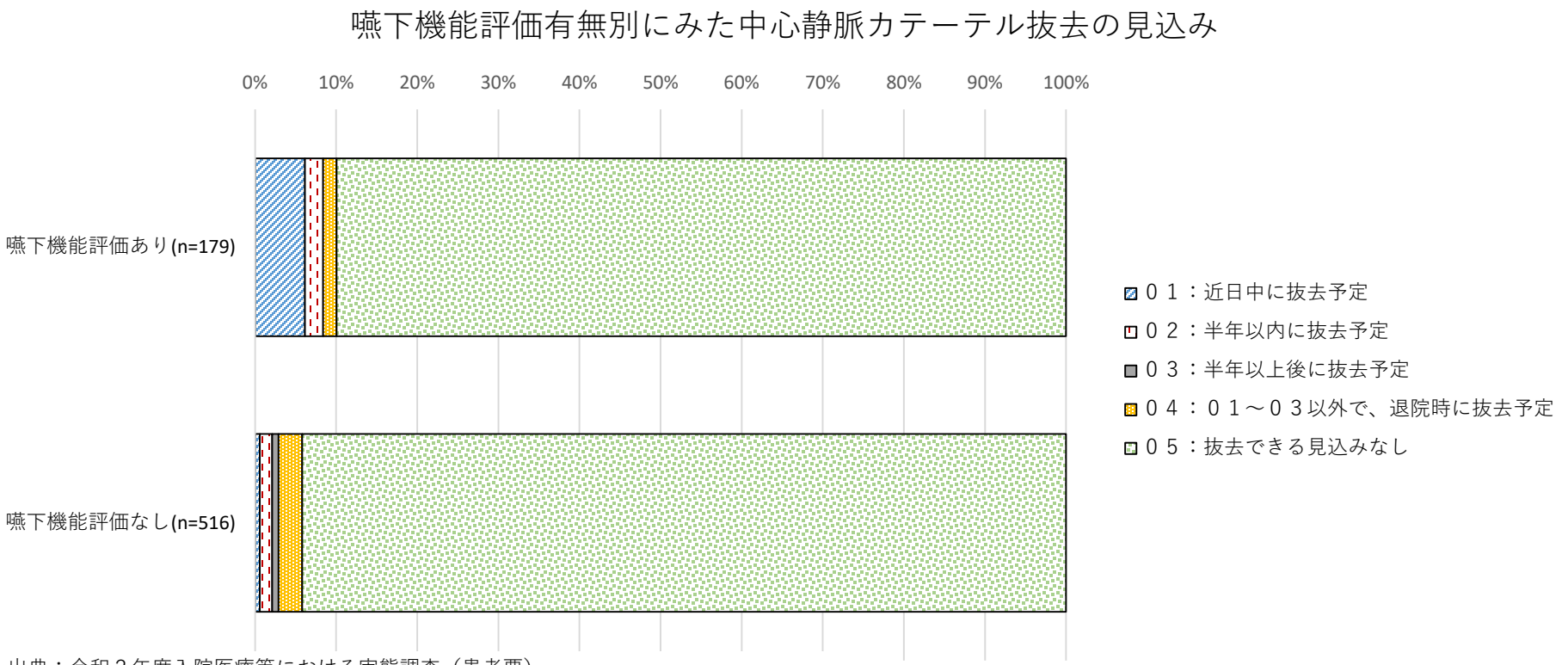
令和2年8～10月の3か月間(n=249)



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

嚥下機能評価の有無別にみた、中心静脈カテーテル抜去の見込み

○　中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの方がなしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。例として近日中～半年以内に抜去予定との回答を比較すると、評価ありは8%、評価なしは3%であった。

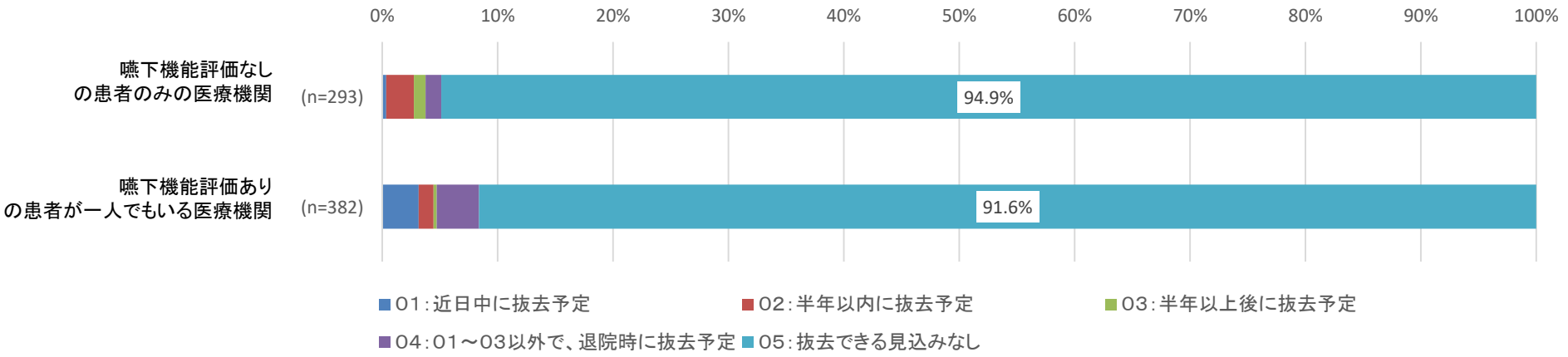


出典：令和２年度入院医療等における実態調査（患者票）

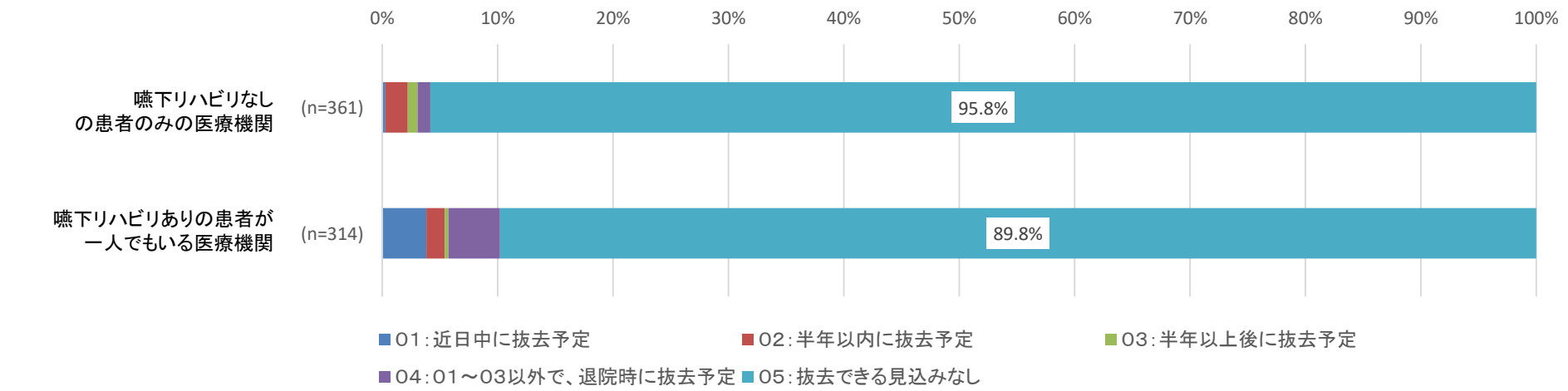
嚥下機能評価・嚥下リハビリ有無別で分けた医療機関に入院している患者の中心静脈カテーテル抜去の見込み

○　中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを１人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。

嚥下機能評価の有無別の中心静脈カテーテル抜去の見込み



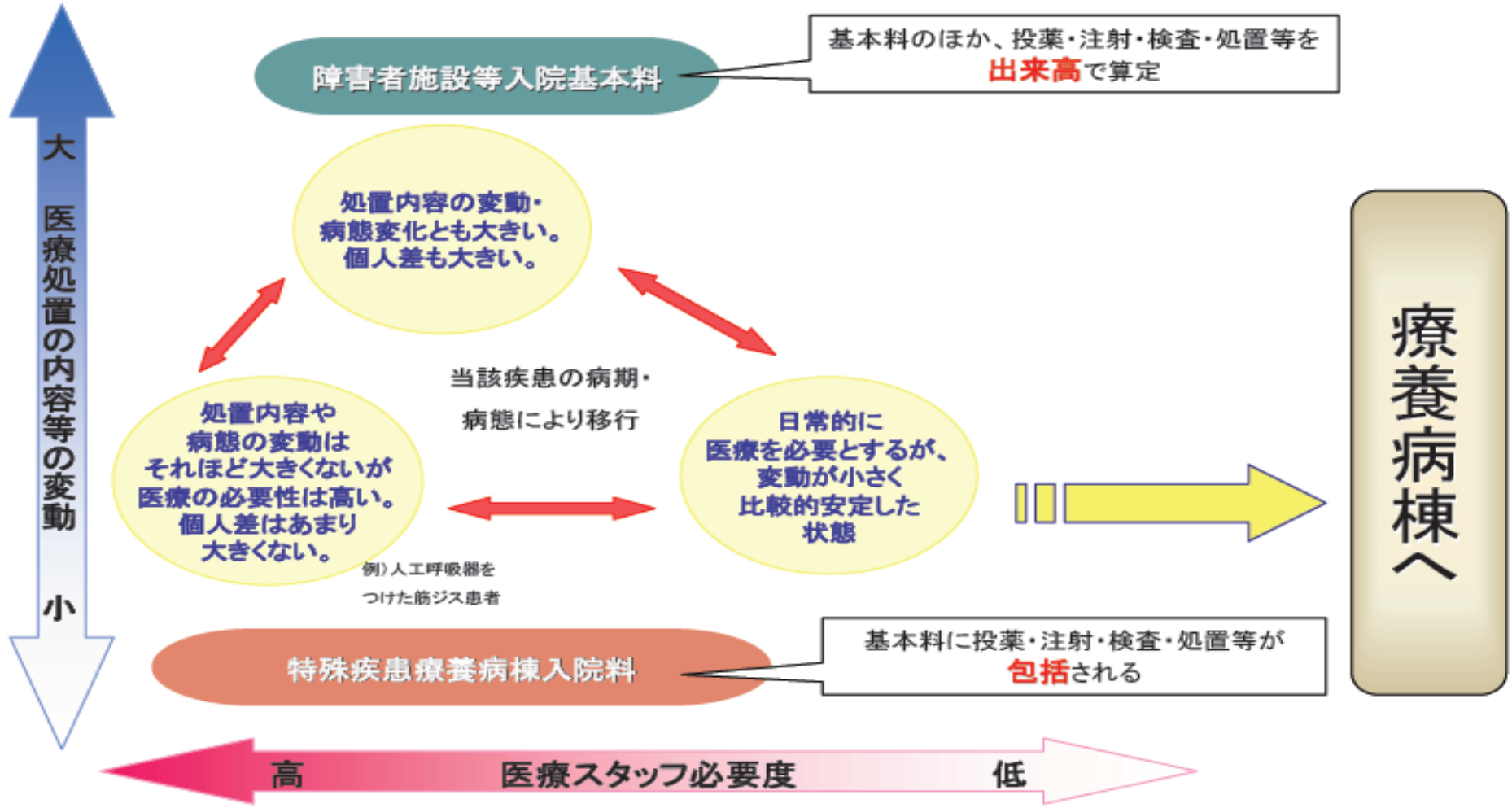
嚥下リハビリの有無別の中心静脈カテーテル抜去の見込み



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

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

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

中医協　総－２
３．８．２５

H12

障害者施設等入院基本料を新設

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

【上記施設以外における要件】
○重度の肢体不自由児（者）
○脊髄損傷等の重度障害者
○重度の意識障害者
○筋ジストロフィー患者
○難病患者等
これらの患者が概ね7割以上

＜障害者施設等入院基本料の特徴＞
個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象
→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

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

H20

平成20年度診療報酬改定
（特殊疾患病棟に合わせた見直し）

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

H28

平成28年度診療報酬改定
（特殊疾患病棟に合わせた見直し）

・ 重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分１又は２に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯

中医協　総－２
３．８．２５

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設
（病室単位で算定可能に）

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
→投薬・注射・処置等が包括払い

H16 H16実態調査
実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16 **平成18年度診療報酬改定**
特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について
・療養病床部分　→廃止
H18 ・一般病床、精神病床部分　→19年度末に廃止を予定

H19 H19実態調査
・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において　脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20 **平成20年度診療報酬改定**
・存続を決定
・対象疾患の見直し（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外）
・名称変更
（特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料）
・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援（経過措置）

H28 **平成28年度診療報酬改定**
・ 重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分１又は２に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

平成28年度診療報酬改定資料より抜粋

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分１又は２に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定
※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。
※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

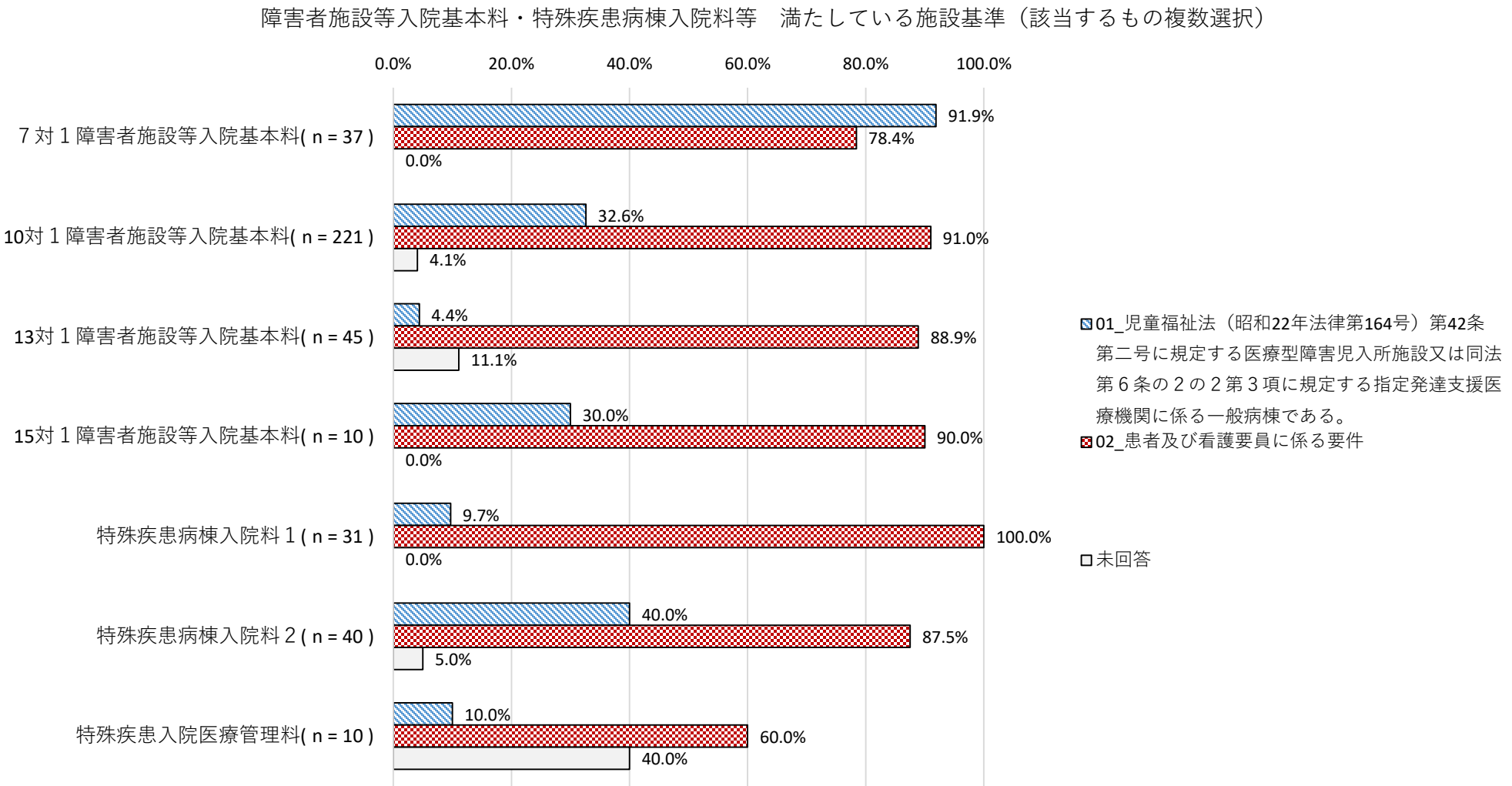
中医協　総－２
３．８．２５

障害者施設等入院基本料	特殊疾患病棟入院料１ 特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患病棟入院料２
○　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く） ○　脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く） ○　重度の意識障害者（以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む） ・　意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・　無動症（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等） ○　筋ジストロフィー患者 ○　難病患者等	○　脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く） ○　重度の意識障害者（以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む） ・　意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・　無動症（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等） ○　筋ジストロフィー患者 ○　神経難病患者	○　重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクB以上に限る）等の重度の障害者 ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く
上記患者が概ね7割以上 （児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合）	上記患者が概ね8割以上 （児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合）	上記患者が概ね8割以上 （児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合）

障害者施設等入院基本料等における施設基準について

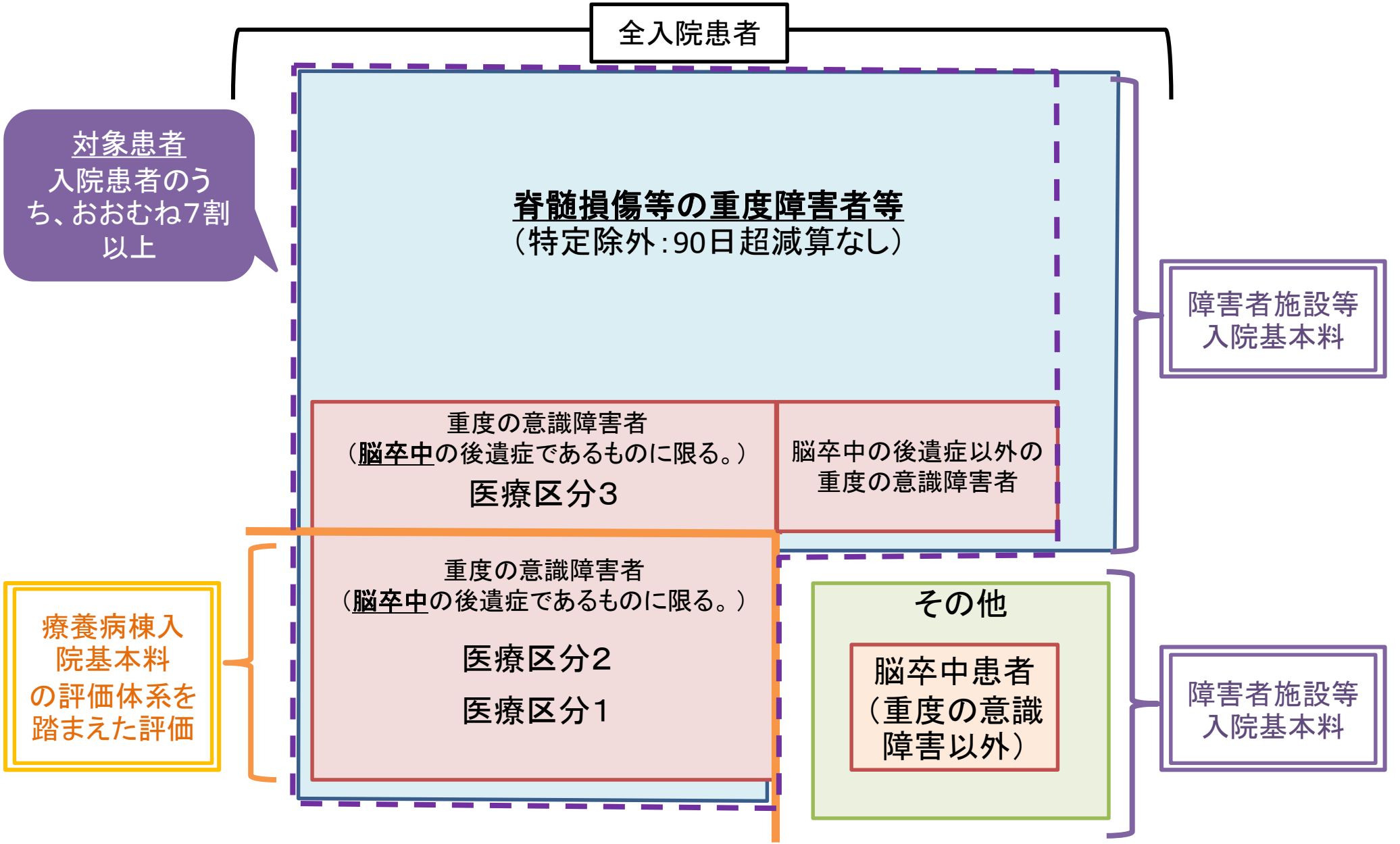
診調組　入－３
３．１０．１

○　障害者施設等入院基本料等について、満たしている施設基準は以下のとおりであった。



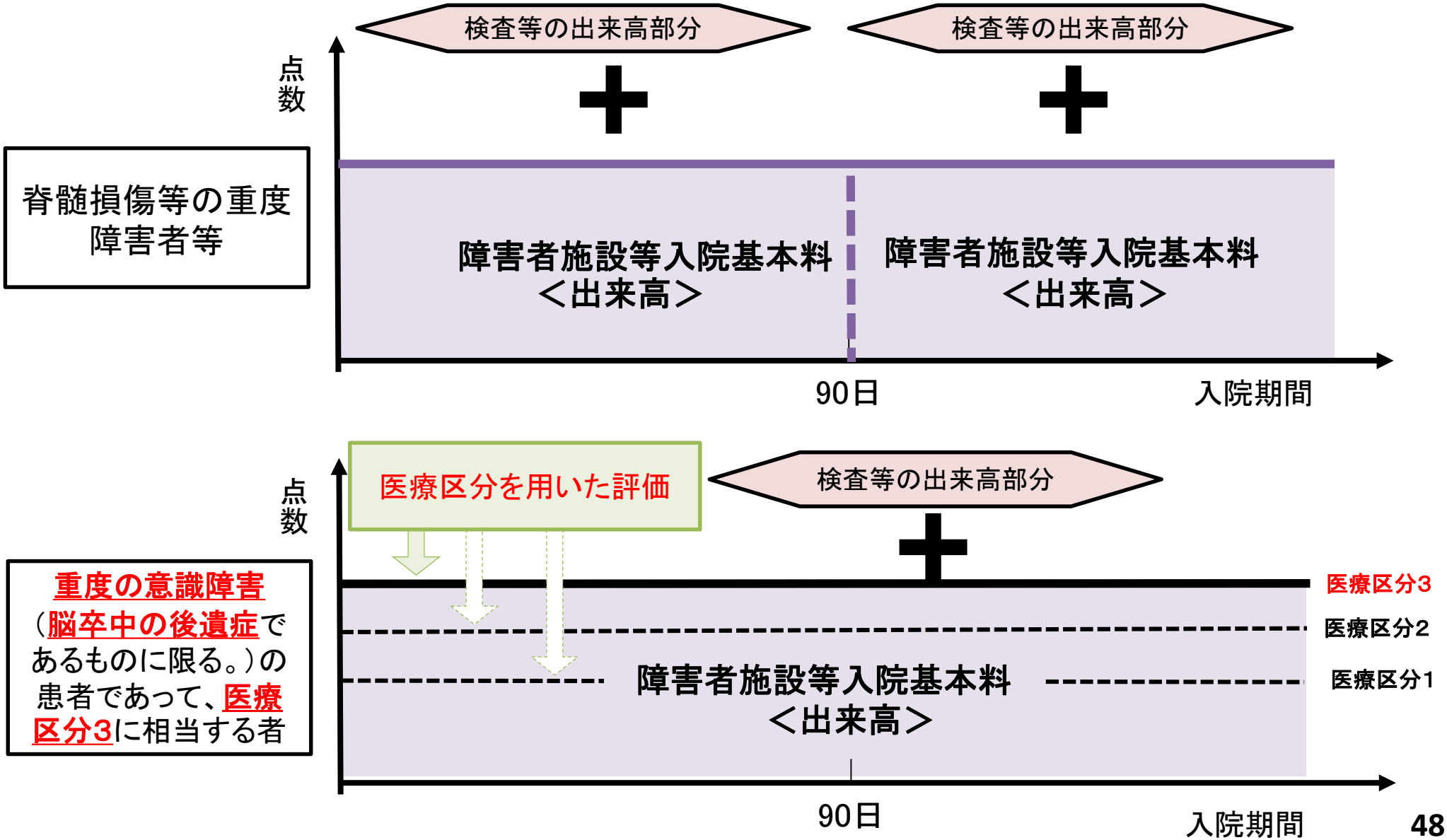
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

障害者施設等入院基本料の対象患者と算定する入院料の関係（イメージ）



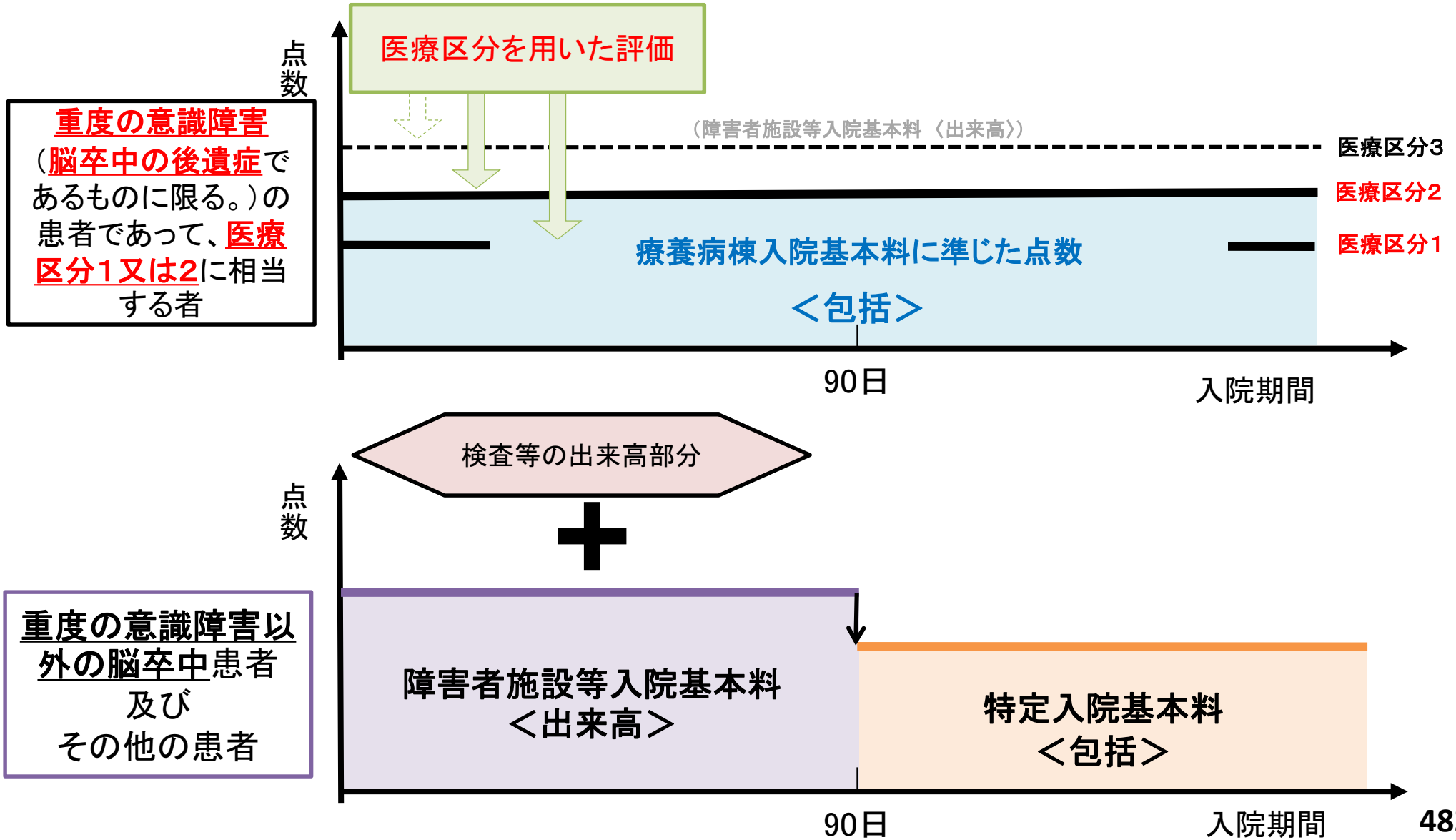
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

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



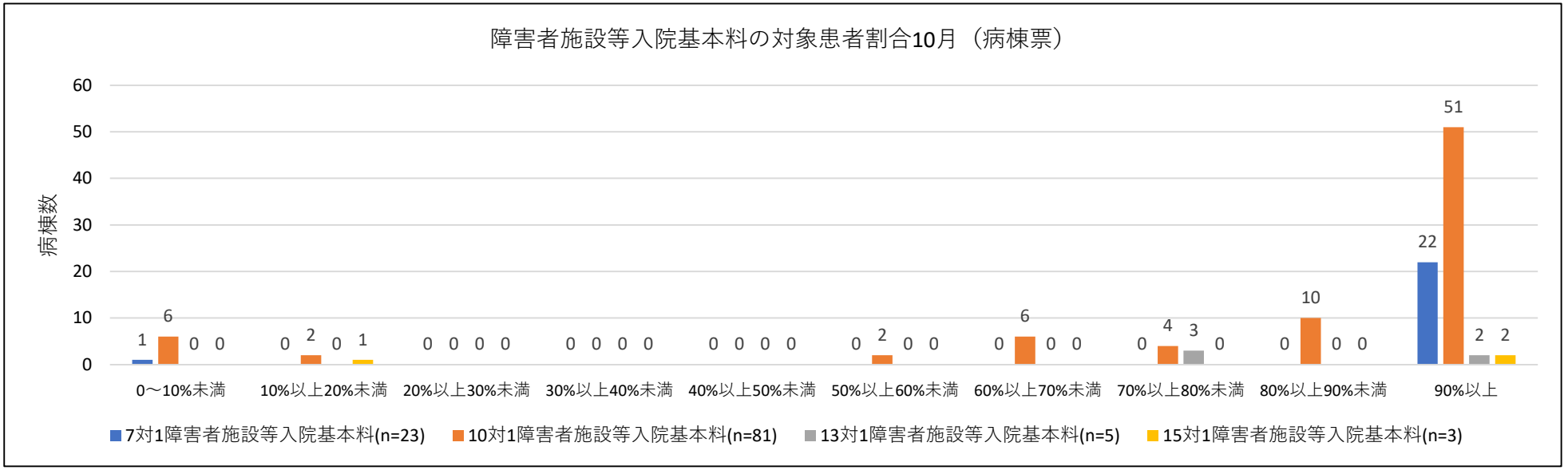
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

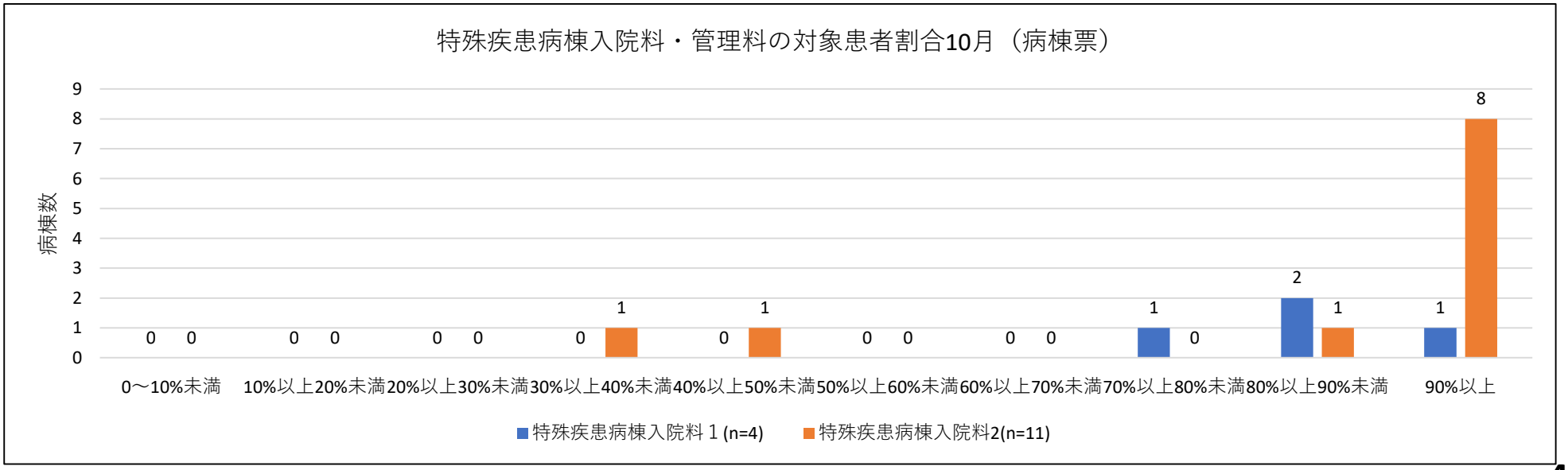
○　障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。



障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の対象患者割合の分布

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



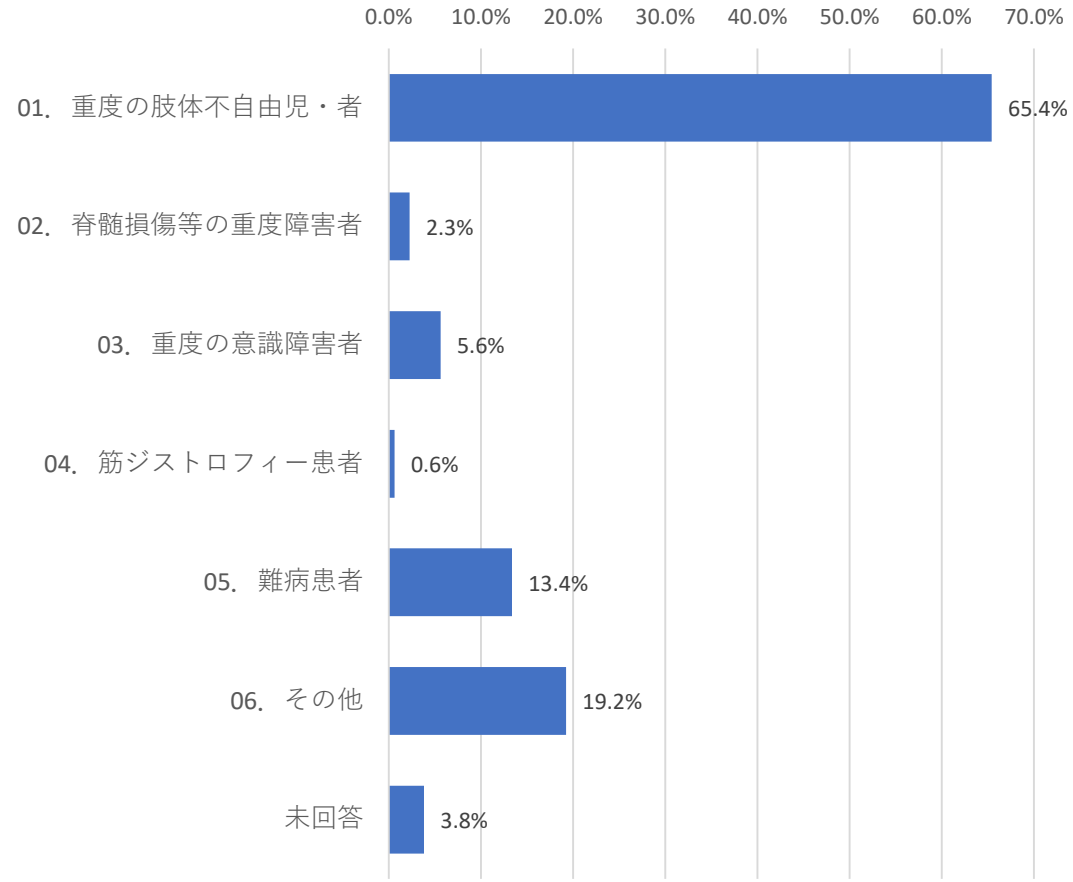


出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

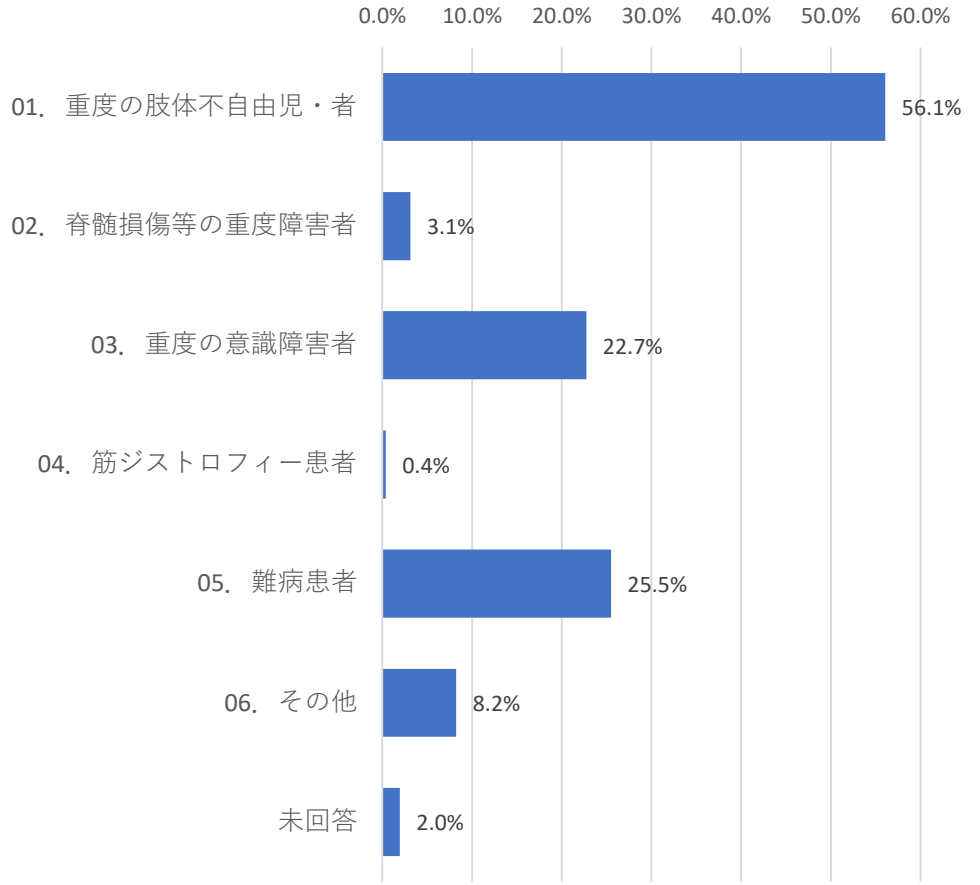
障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の対象疾患ごとの該当割合の分布

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

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



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



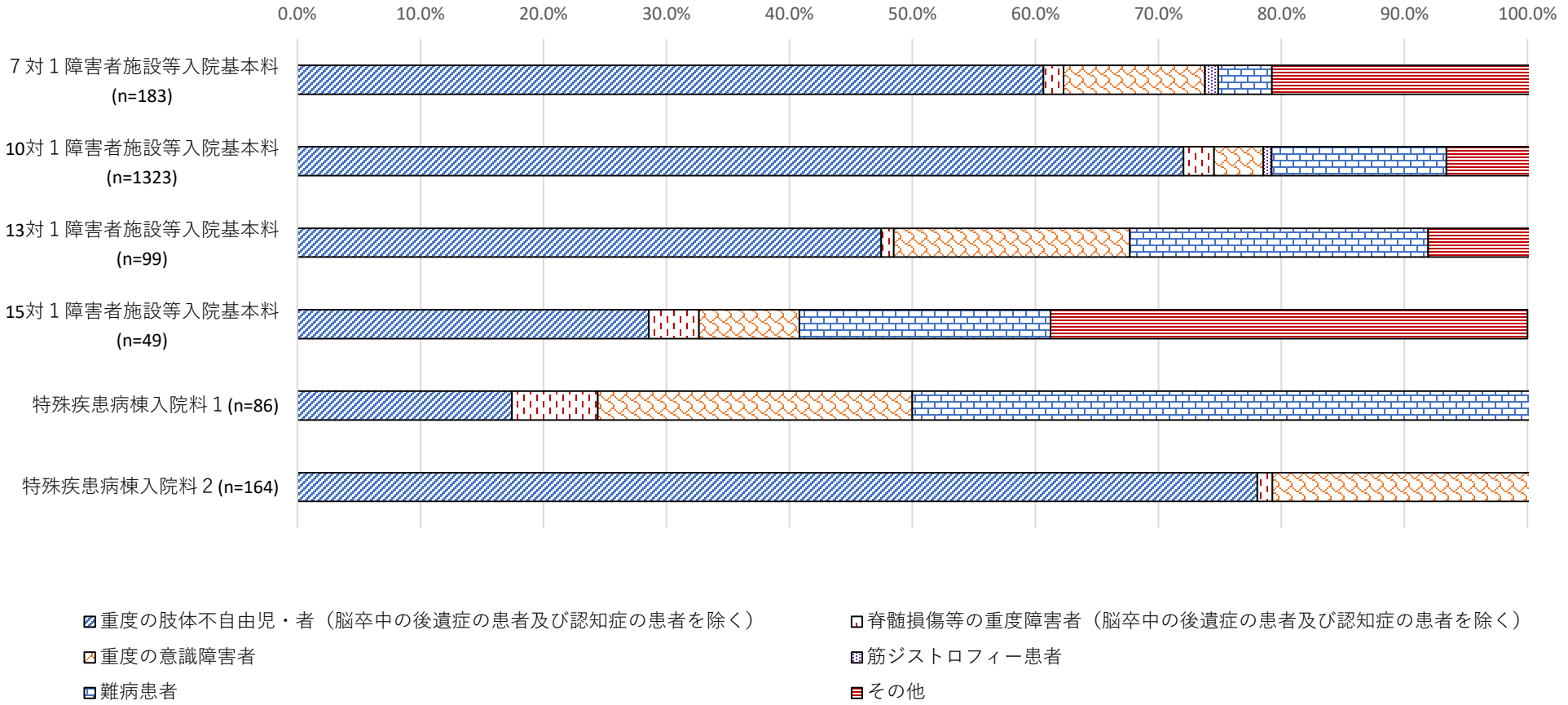
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の対象患者

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

入院料別　障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当患者の割合

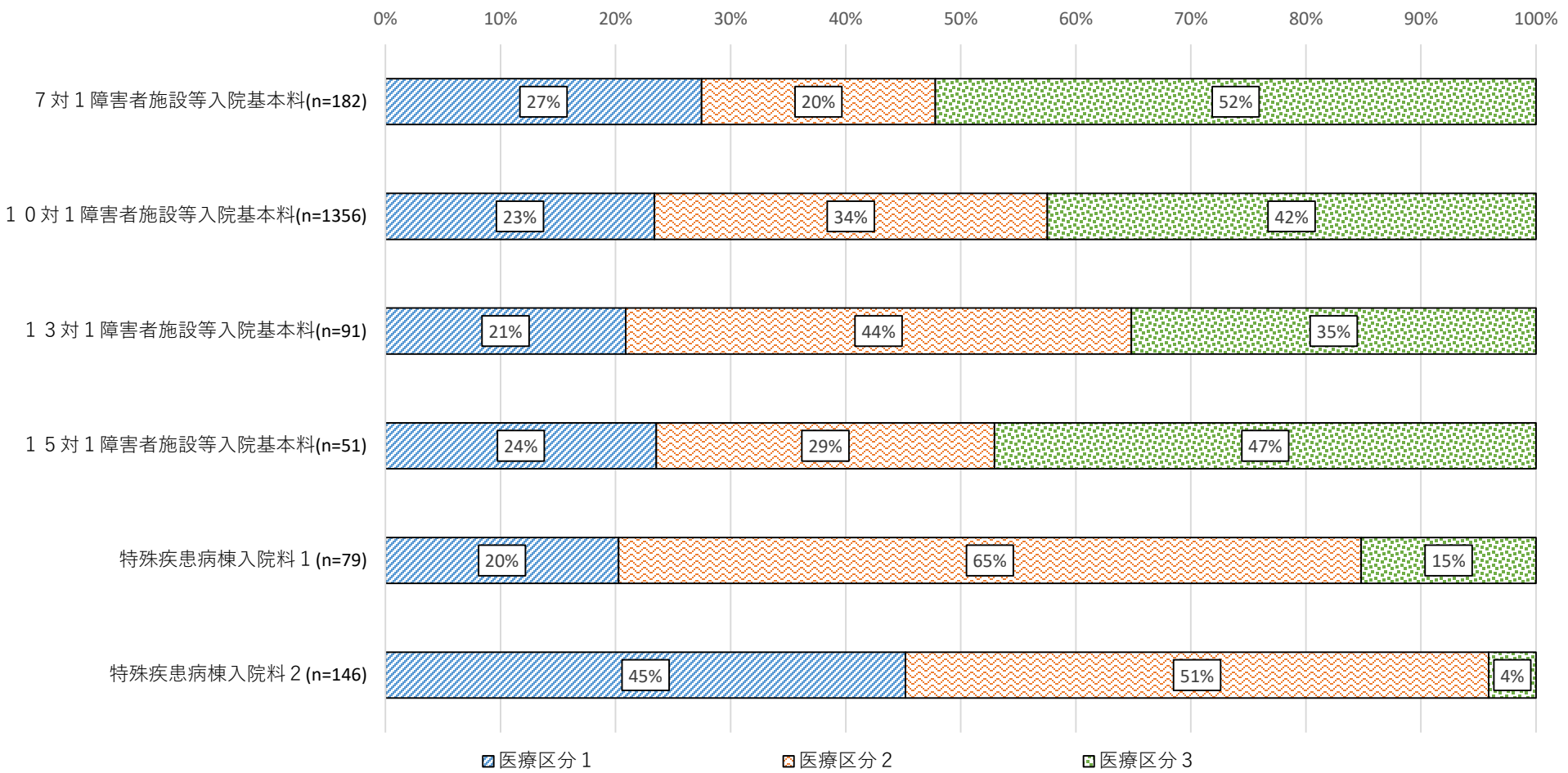
（該当するもの複数選択）



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療区分

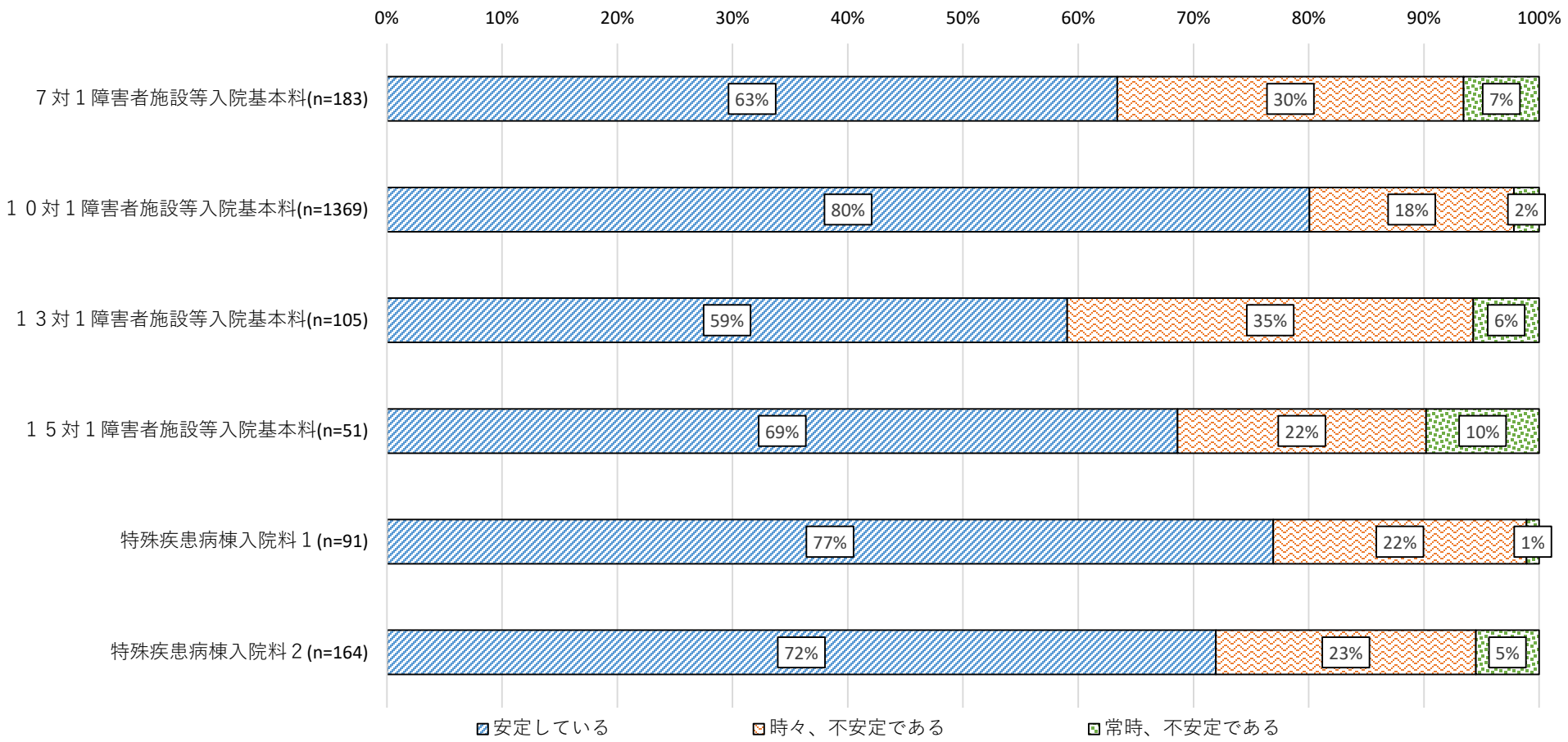
○入院料毎の患者の医療区分は以下のとおりであった。障害者施設等入院基本料においては、医療区分3の患者が約4～5割程度存在していた。特殊疾患病棟入院料においては、ほどんどが医療区分1・2の患者であった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療的な状態

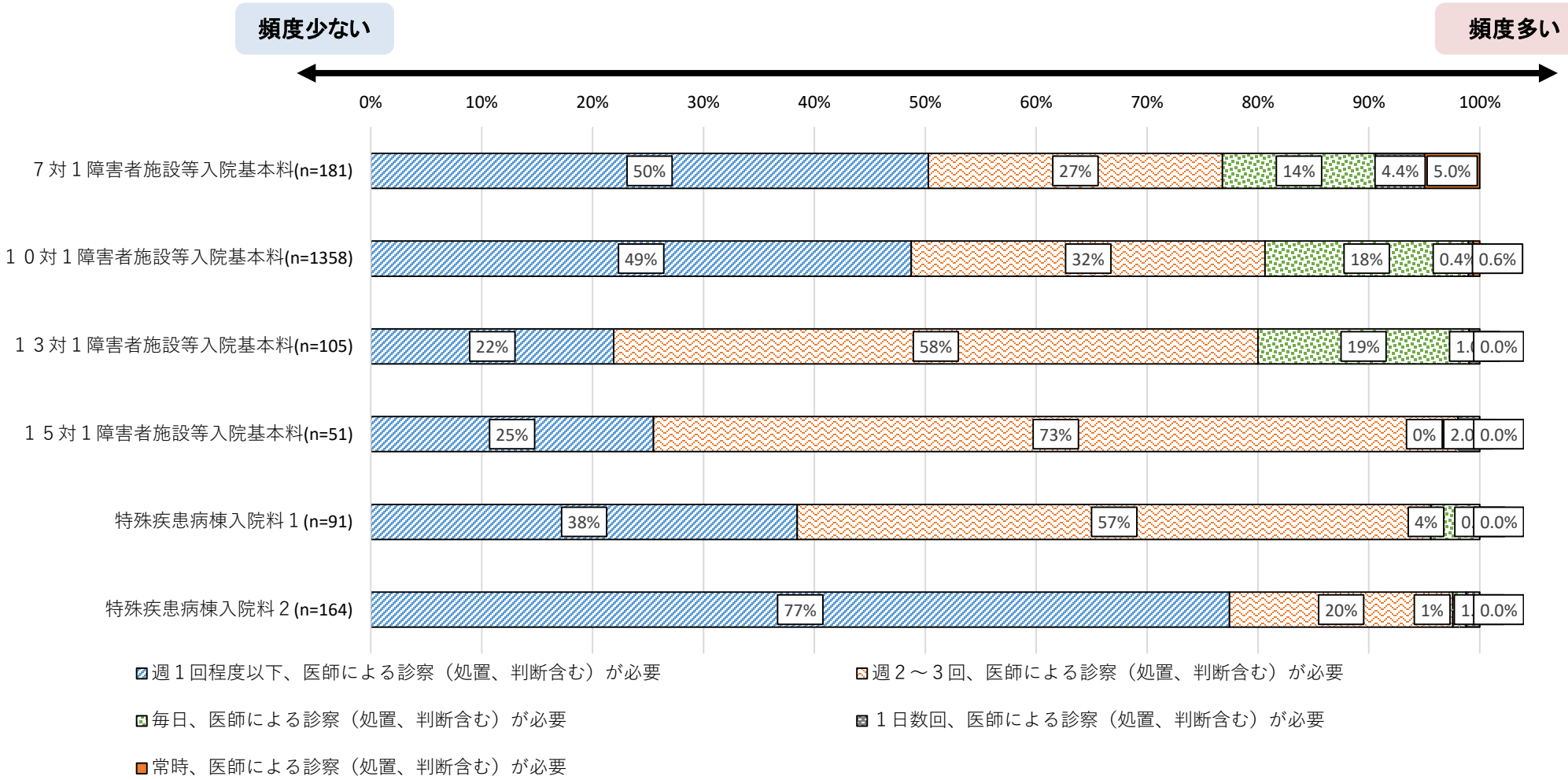
○入院料毎の患者の医療的な状態は以下のとおりであった。安定している患者がどの入院料でも多い一方、不安定な患者も存在した。



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

医師による診察の頻度

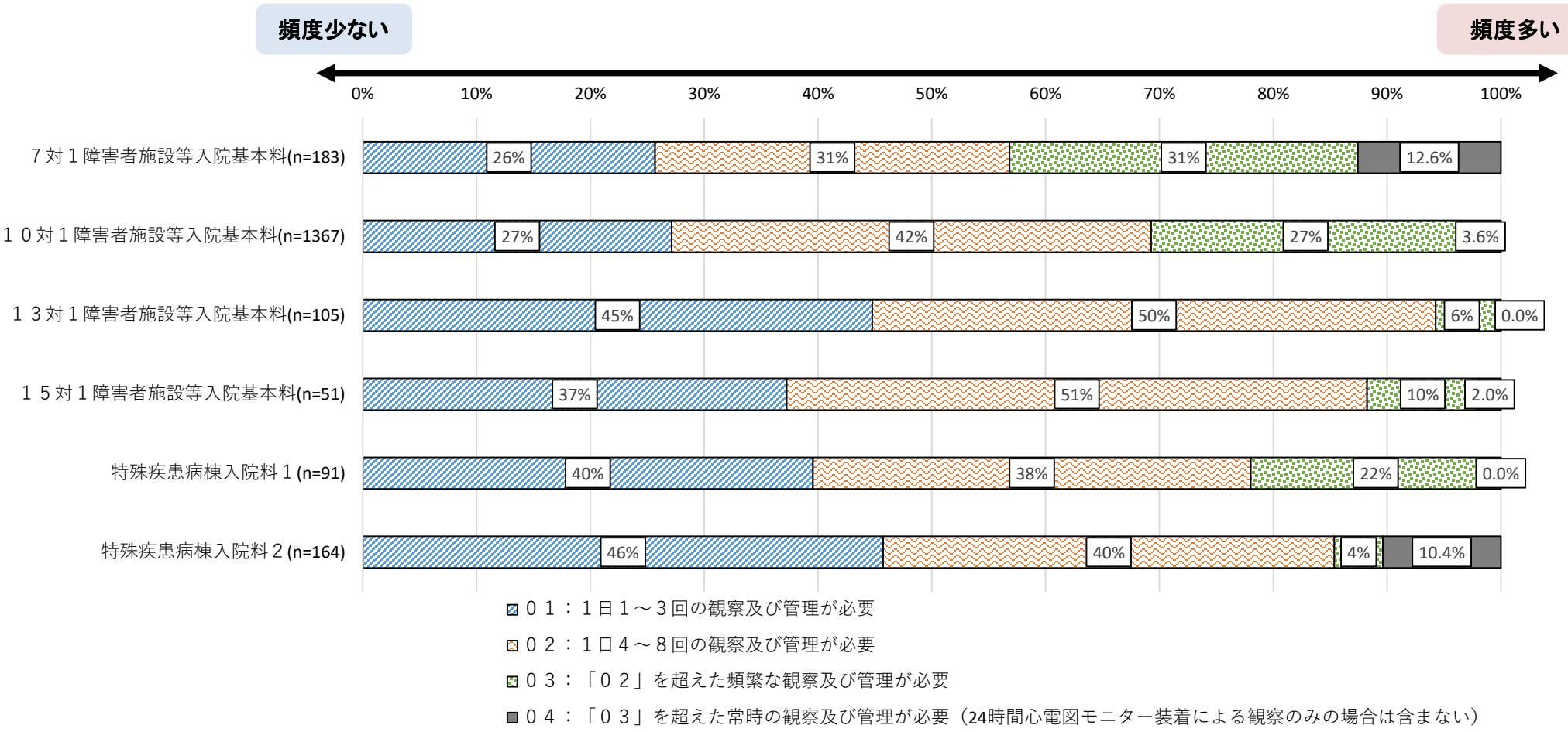
〇入院料毎の患者への医師による診察の頻度は以下のとおりであった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

看護師による看護提供の頻度

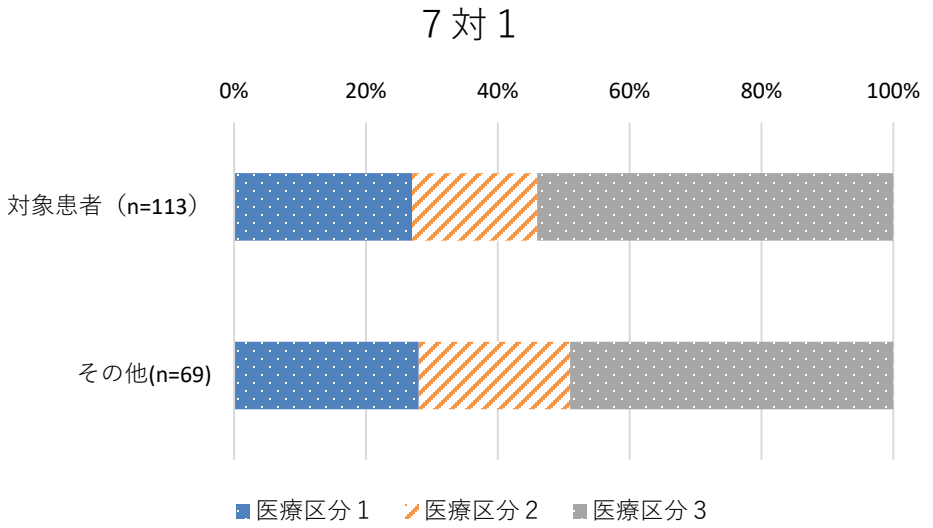
○入院料毎の患者への看護師による看護提供の頻度は以下のとおりであった。7対1及び10対1の障害者施設等入院基本は他の入院料と比較して、（1日9回以上の）頻繁な観察及び管理が必要との回答が多かった。

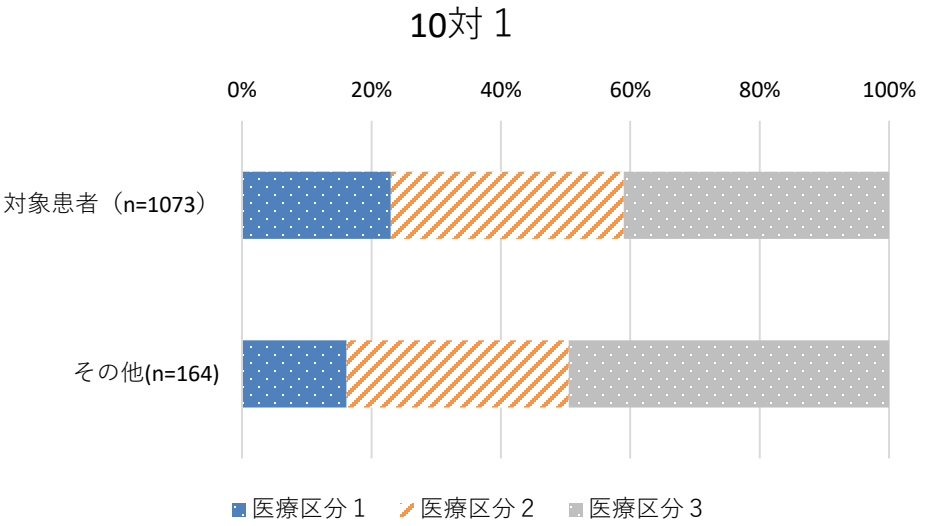


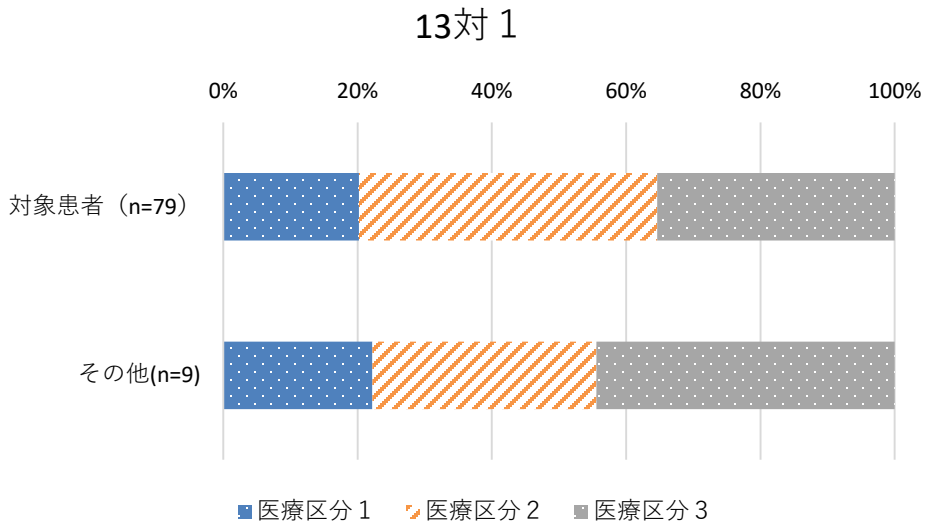
出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

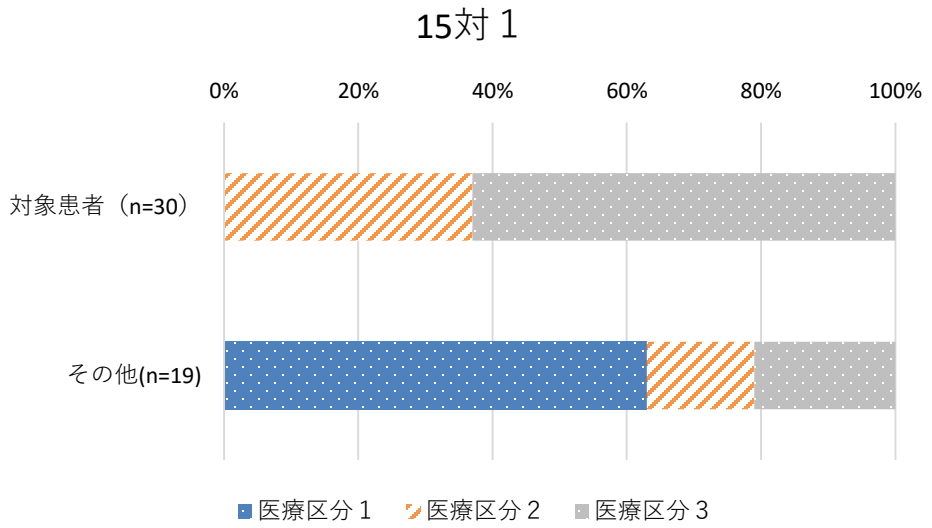
障害者施設等入院基本料の医療区分

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





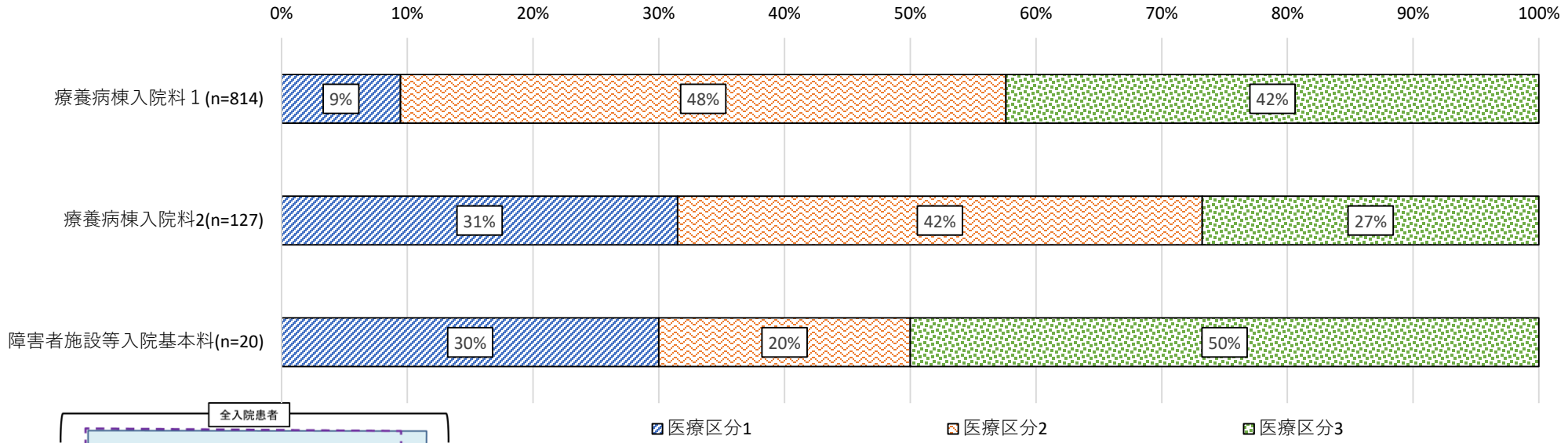


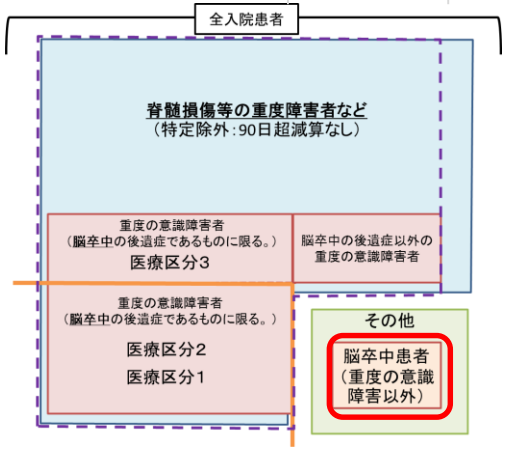


出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

脳卒中患者（※）における医療区分

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



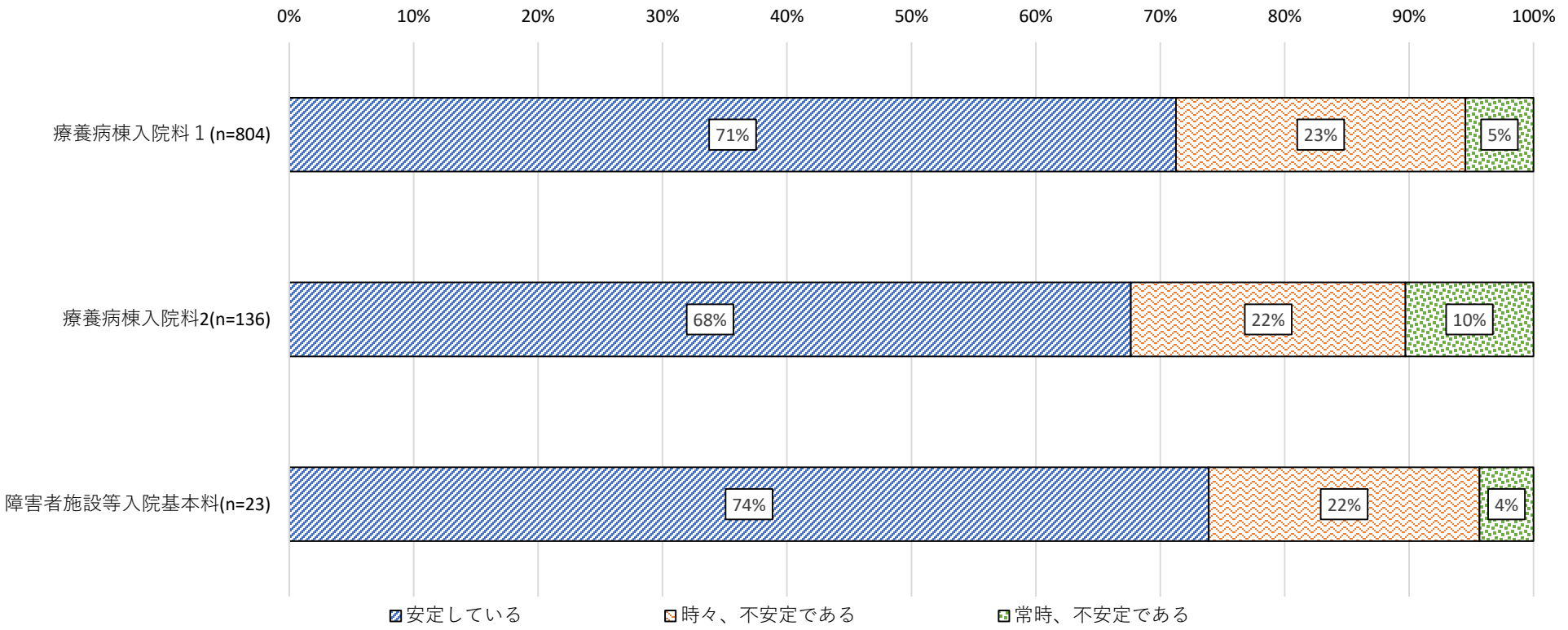


（※）
主病名が脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管障害の患者とした。なお、障害者施設等入院基本料については、入院料における対象患者以外の患者のうち、脳卒中患者（左図のうち赤枠部分。）を対象とした。P.64以降のスライドにおける「脳卒中患者」も同様。

出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

脳卒中患者における医療的な状態

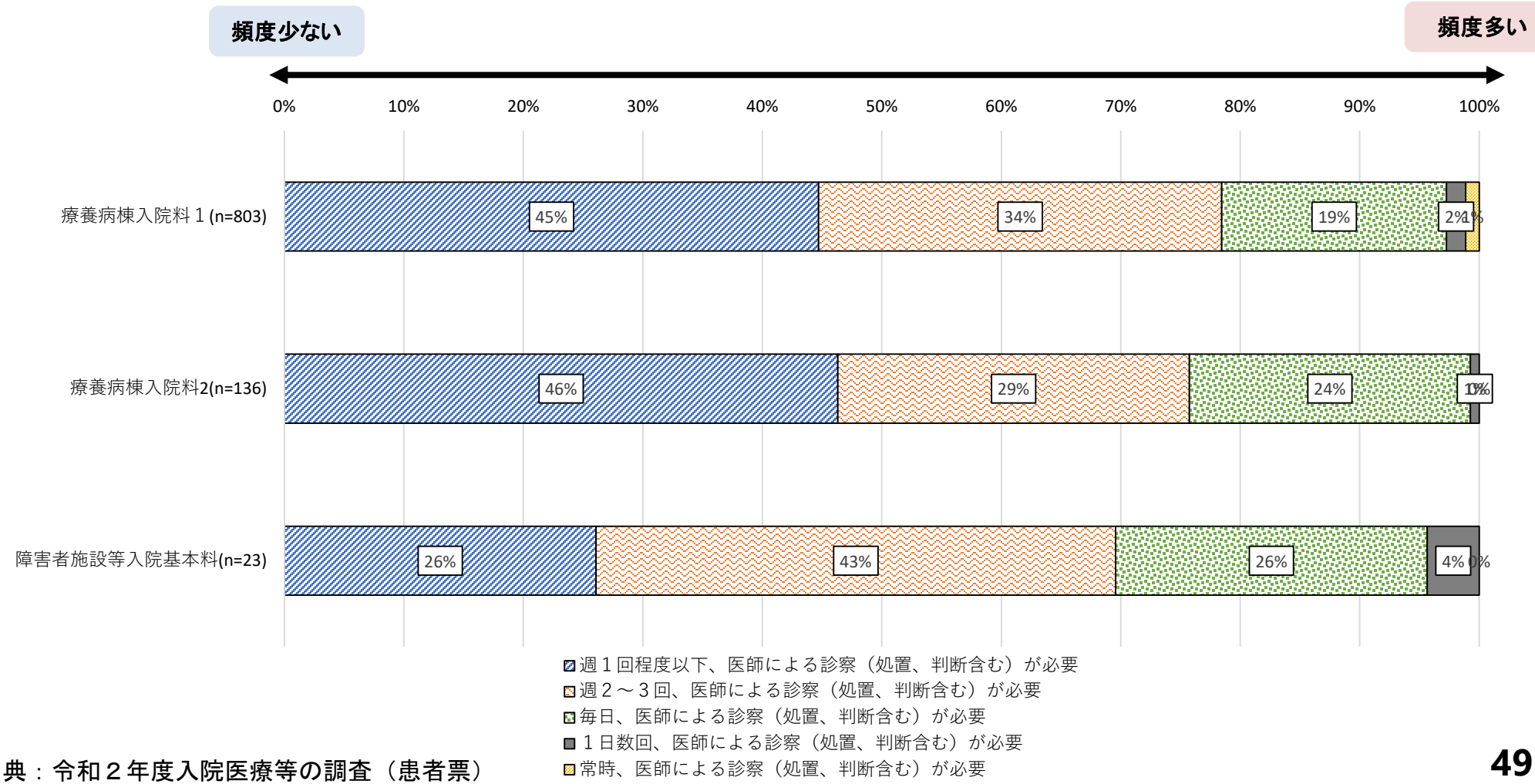
○　以下に、療養病棟入院料１及び2に入院している脳卒中患者の医療的な状態と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医療的な状態を比較した。
○　「安定している」患者の割合は療養病棟入院料１では71%、入院料2では68%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では74%であった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

脳卒中患者における医師による診察の頻度

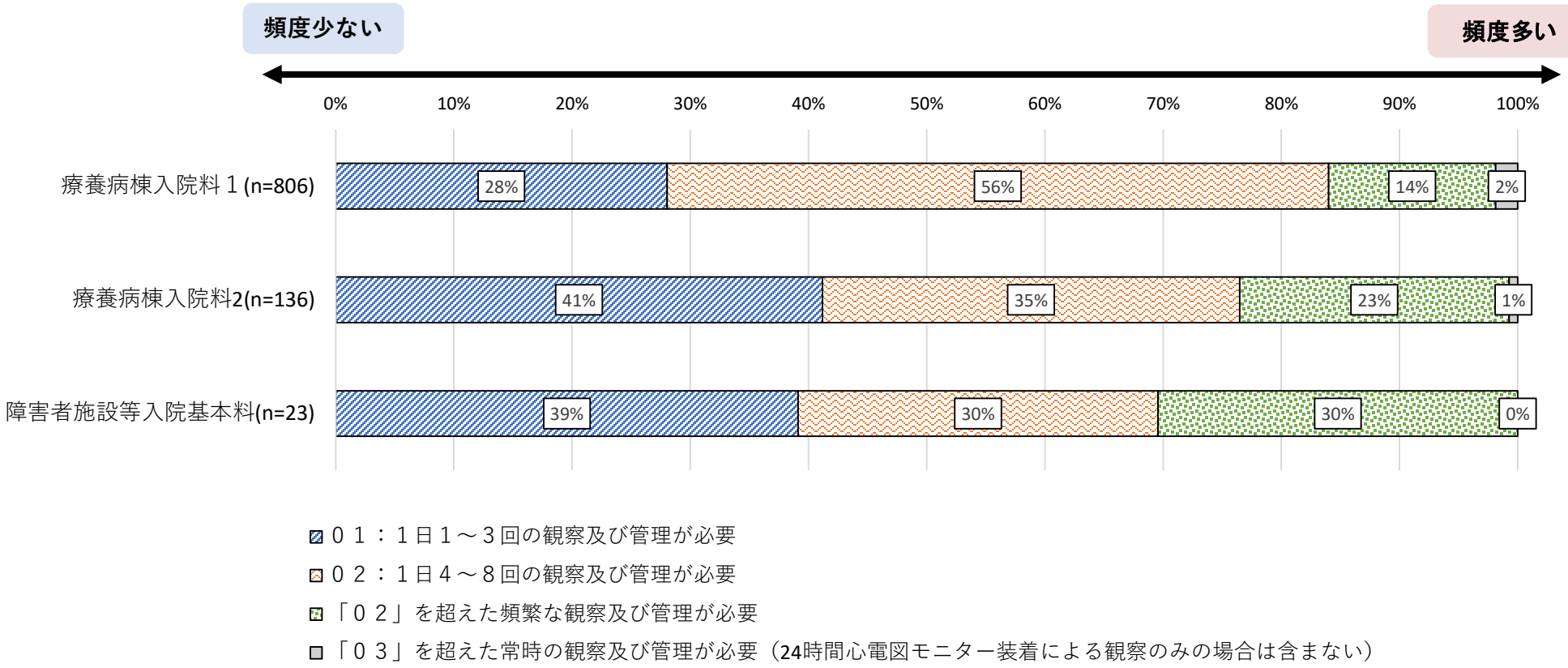
○　以下に、療養病棟入院料１及び2に入院している脳卒中患者の医師による診察の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医師による診察の頻度を比較した。
○　「週１回程度以下」及び「週２～３回」医師による診察が必要な患者の割合は、療養病棟入院料１では79%、入院料２では75%となっており、障害者施設等入院基本料の病棟では69%であった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

脳卒中患者における看護師による看護提供の頻度

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



出典：令和２年度入院医療等の調査（患者票）

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

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	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 （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。 〇　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。 （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
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

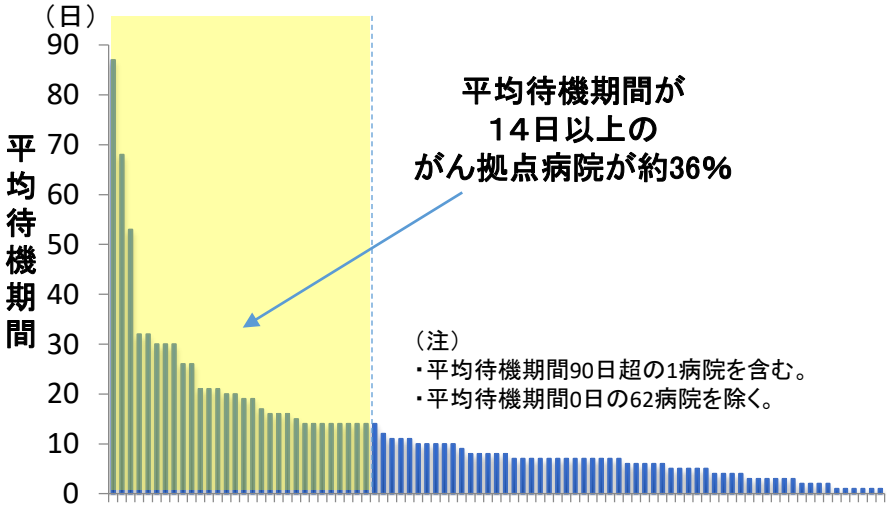
（新）緩和ケア病棟入院料２

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）



平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとにがん・疾病対策課作成

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。

(緩和ケアを担当する医師等から説明を受け、患者等が入院の意思表示を行った日) － (患者が当該病棟に入院した日) ≦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。



(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)







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

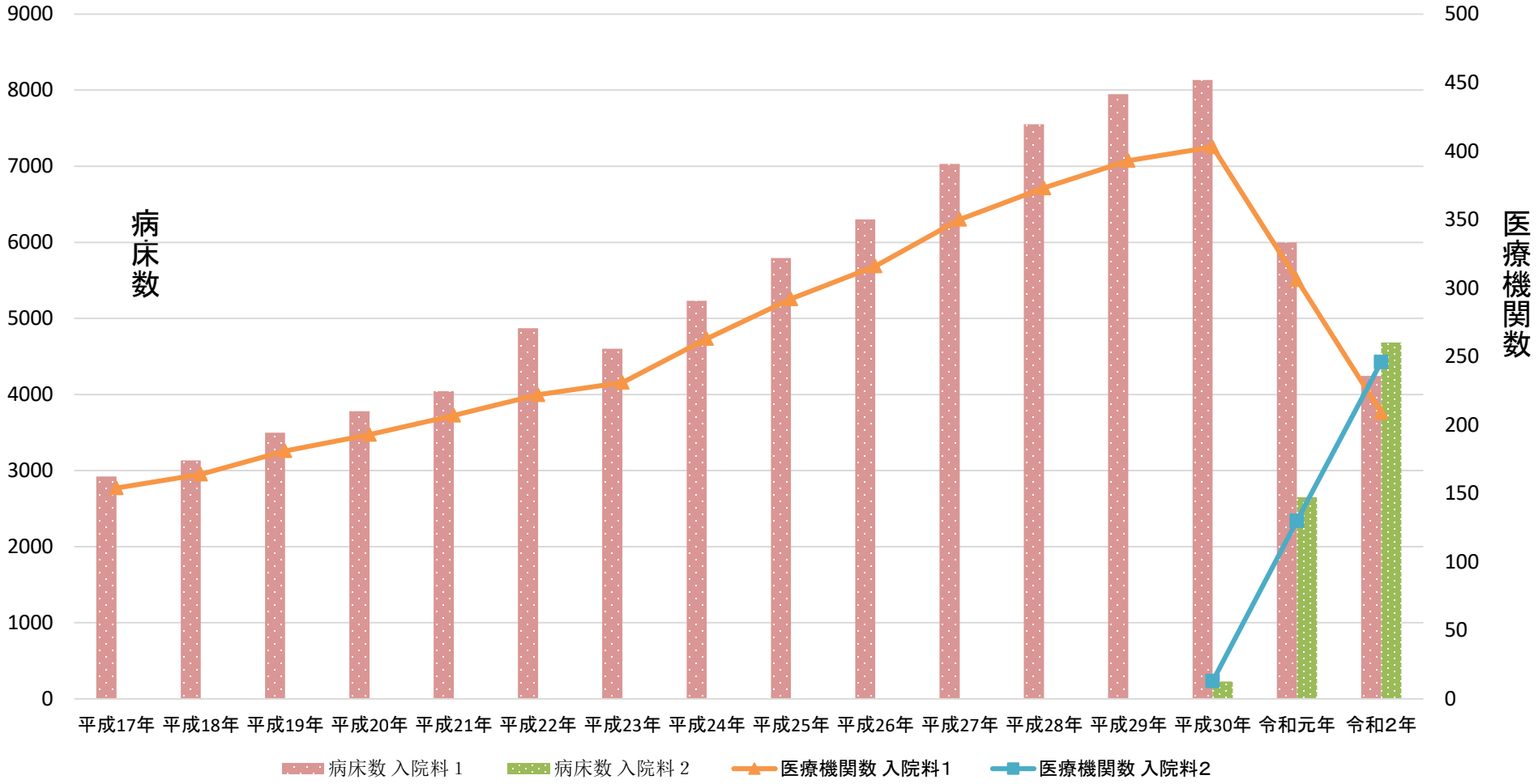
［入院料１の施設基準］
入院料２の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。
○　以下のア又はイを満たしていること
ア）当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
イ）直近１年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15％以上であること。
○　次のいずれかに係る届出を行っていること。
①　緩和ケア診療加算※1
②　外来緩和ケア管理料※1
③　在宅がん医療総合診療料※2
［入院料２の施設基準］
○　看護配置７対１、緩和ケアを担当する常勤の医師を１名以上配置
○　がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機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

診調組　入－4
3．10．1

○　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。

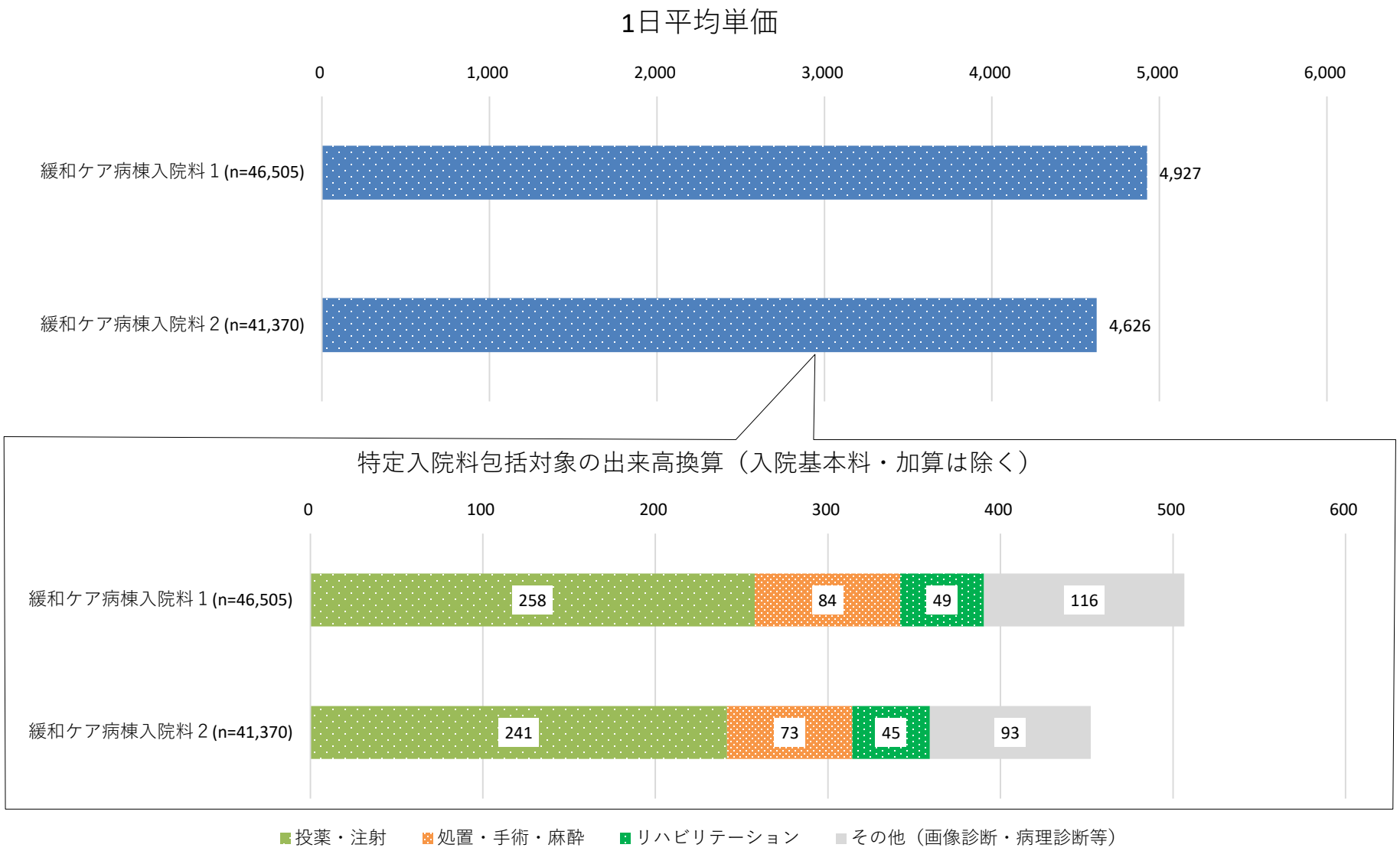


※保険局医療課調べ

緩和ケア病棟入院料におけるレセプト請求点数

診調組　入－４
３．１０．１

○　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。

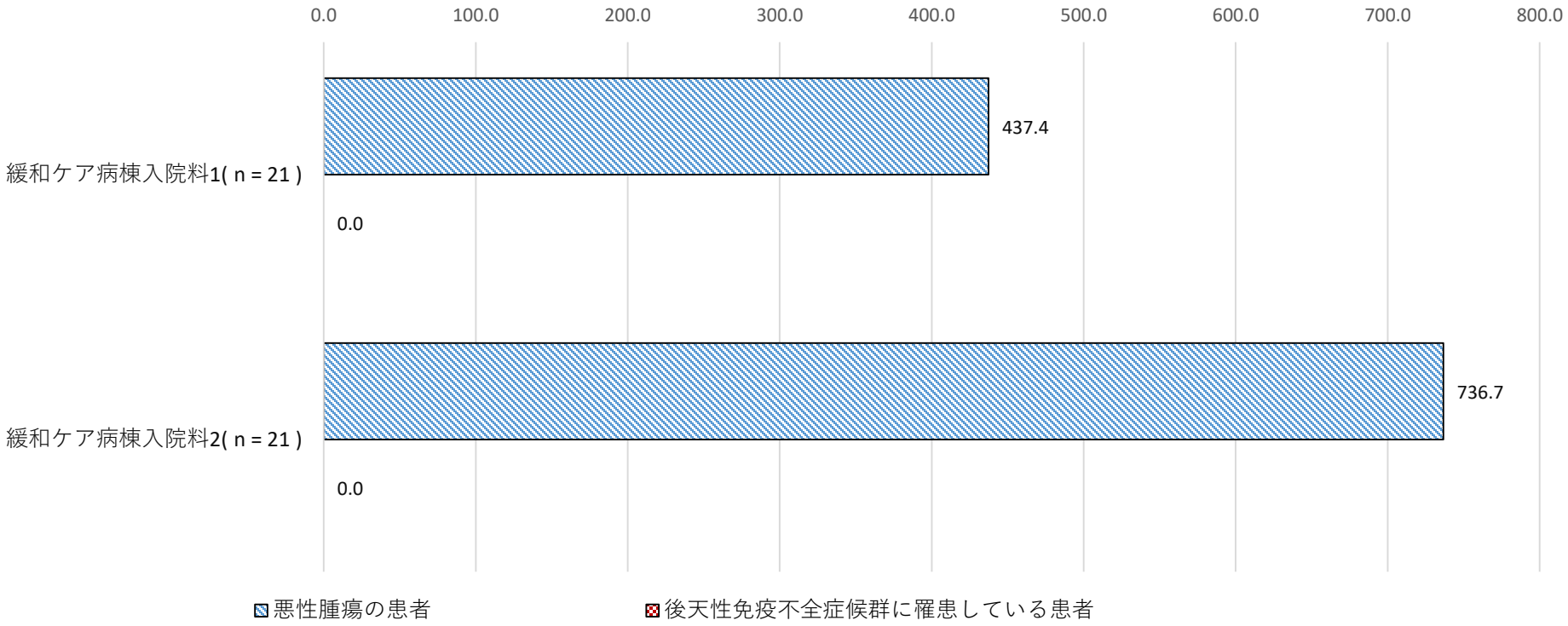


出典：令和２年度DPCデータ

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。

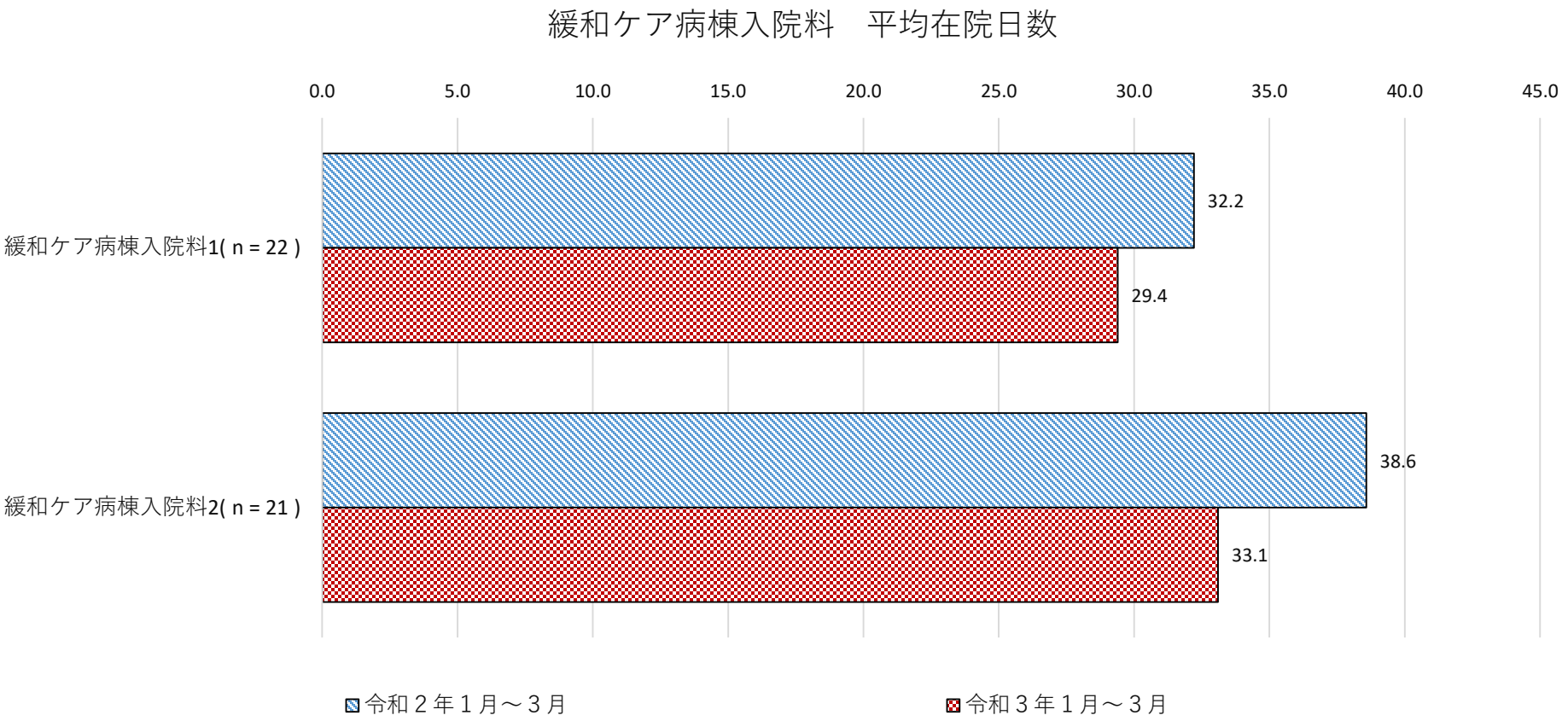
緩和ケア病棟入院料　疾患ごとの患者数（令和２年６月１日から令和３年５月３１日）
（病棟あたり）



出典：令和3年度入院医療等の調査（病棟票）

緩和ケア病棟入院料における平均在院日数

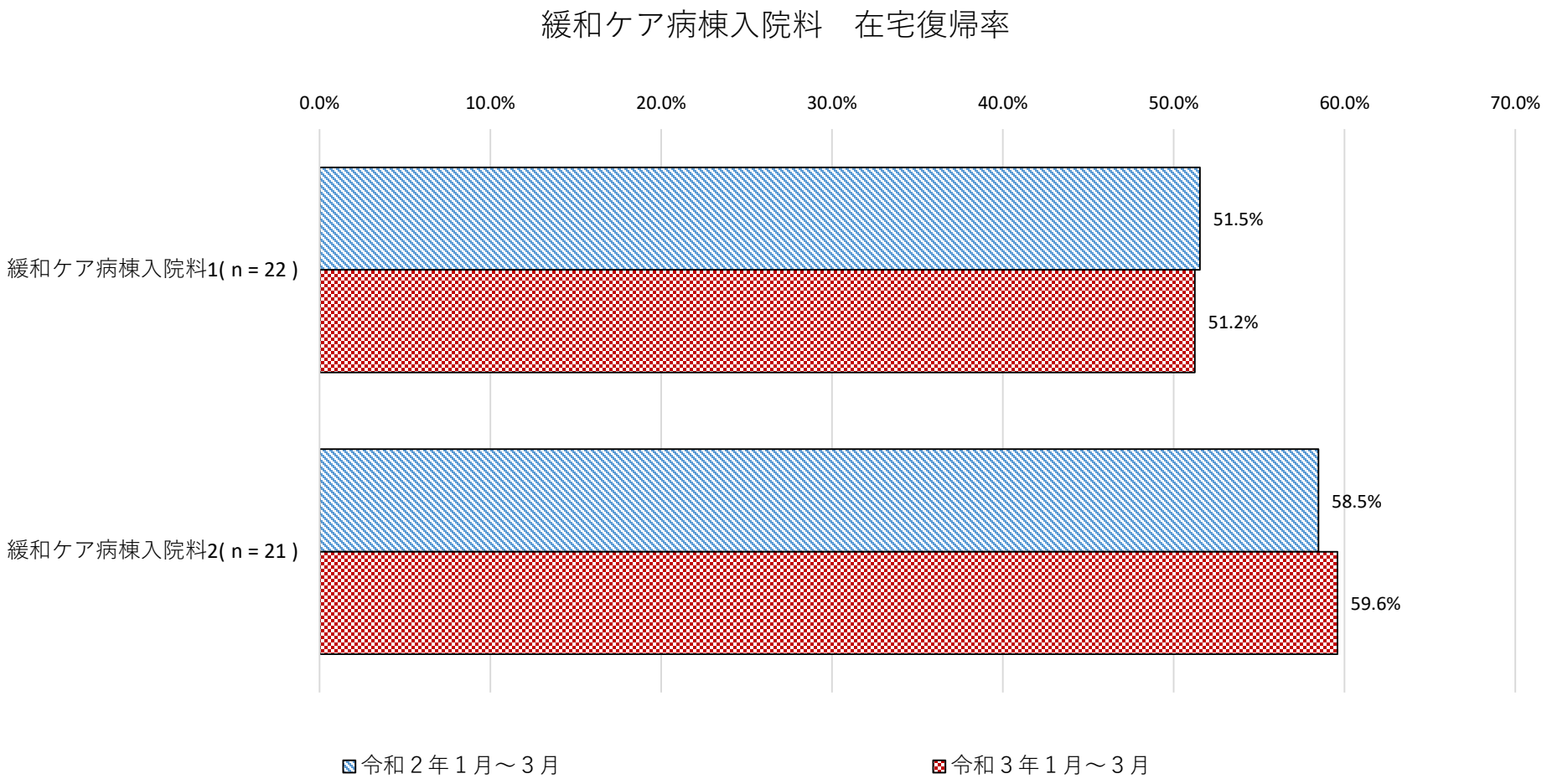
○　緩和ケア病棟における平均在院日数は以下のとおりであった。



出典：令和3年度入院医療等の調査（病棟票）

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。

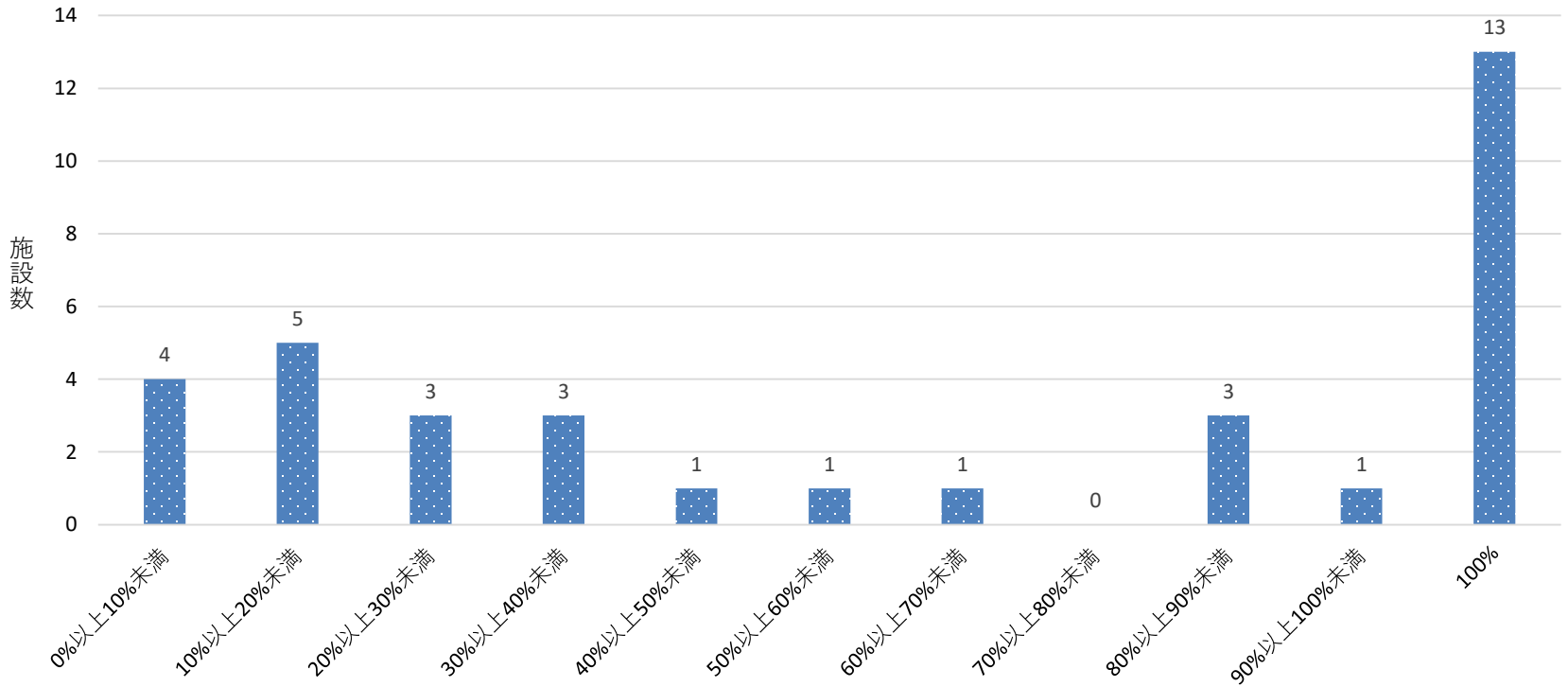


出典：令和3年入院医療等の調査（病棟票）

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。

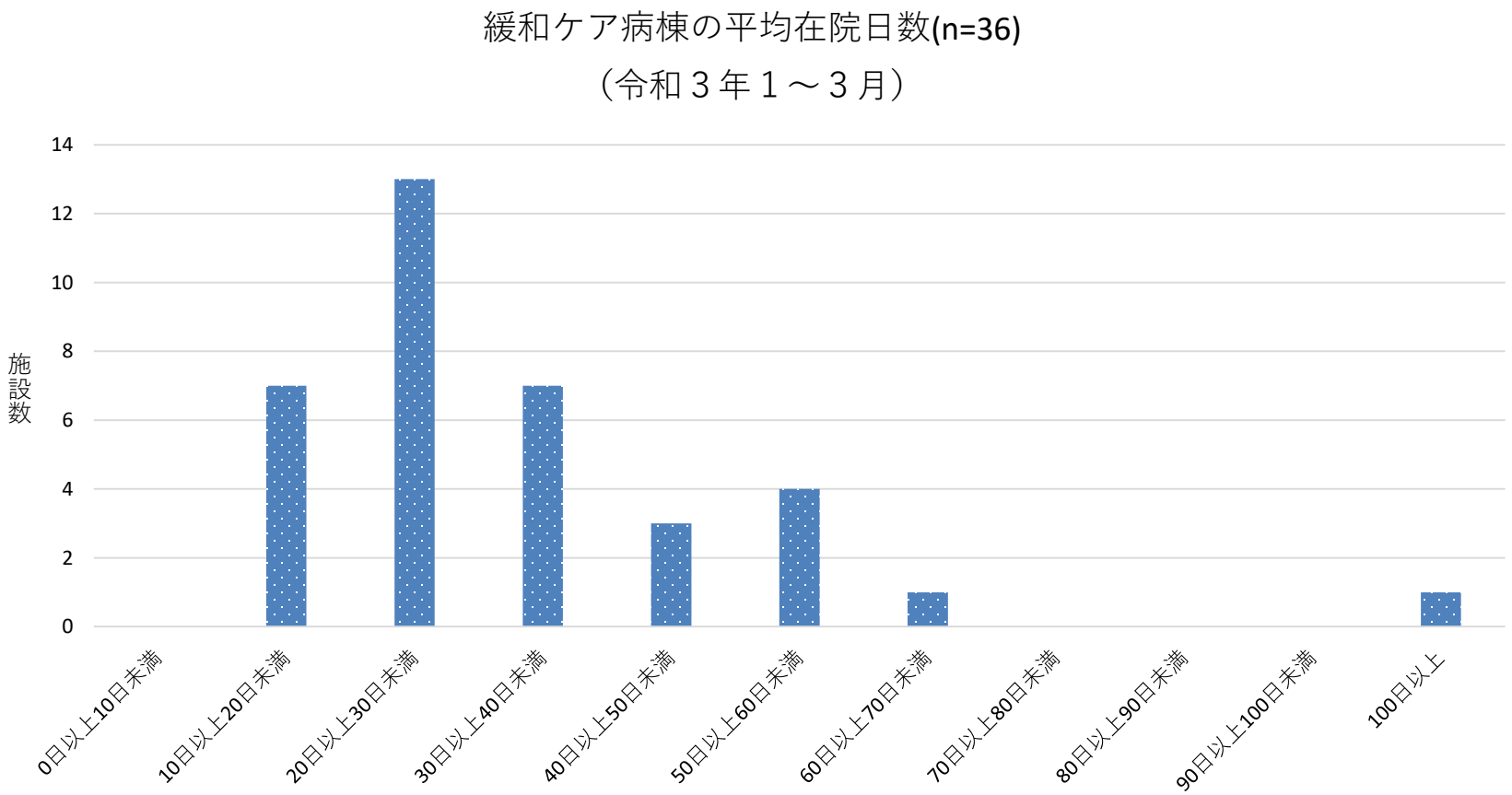
緩和ケア病棟の在宅復帰率(n=35)
（令和３年１～３月）



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

平均在院日数について

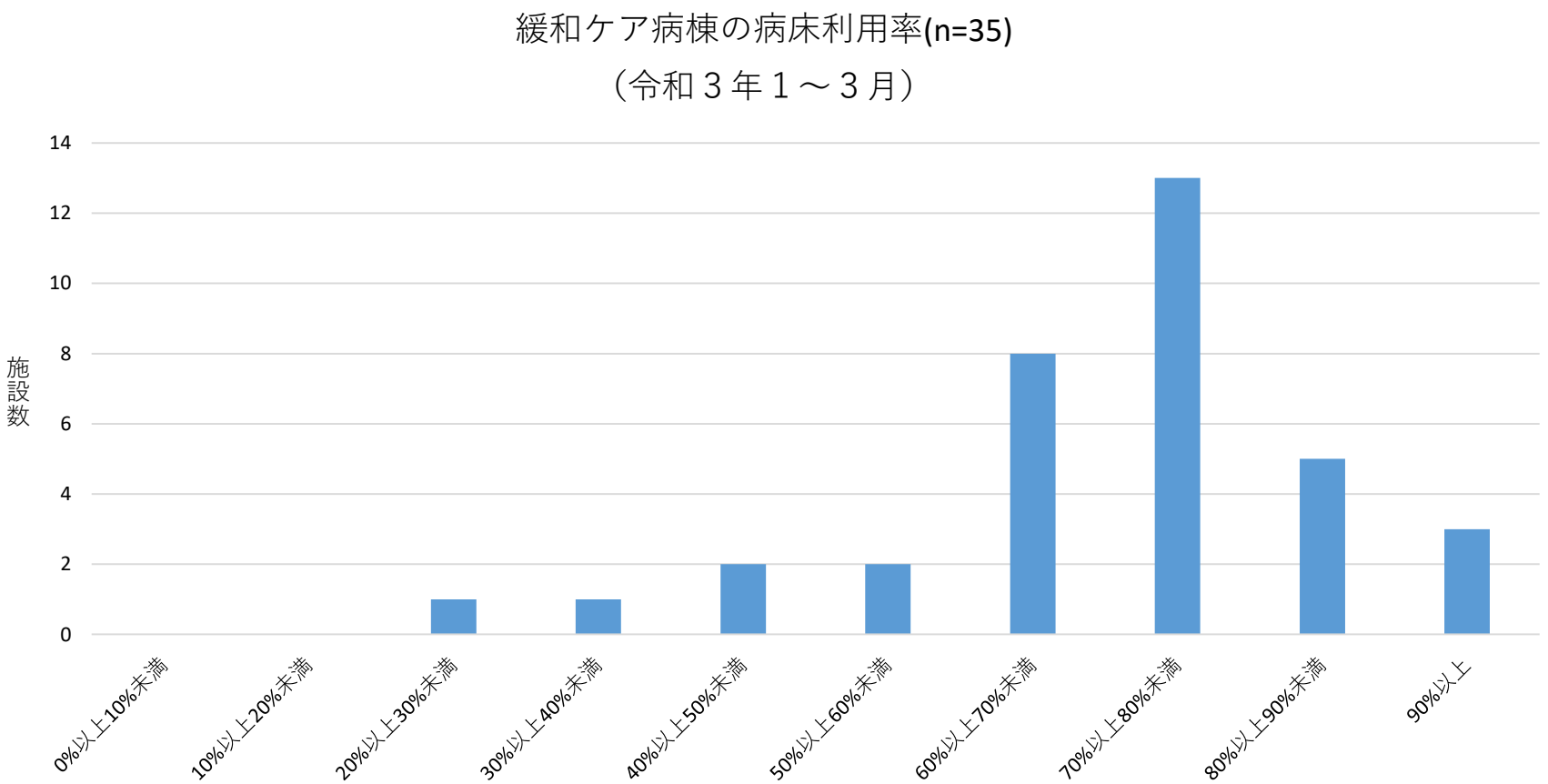
○ 緩和ケア病棟における、平均在院日数の医療機関分布は以下のとおり。
○ 「20日以上30日未満」の医療機関が最多であった。



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

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。



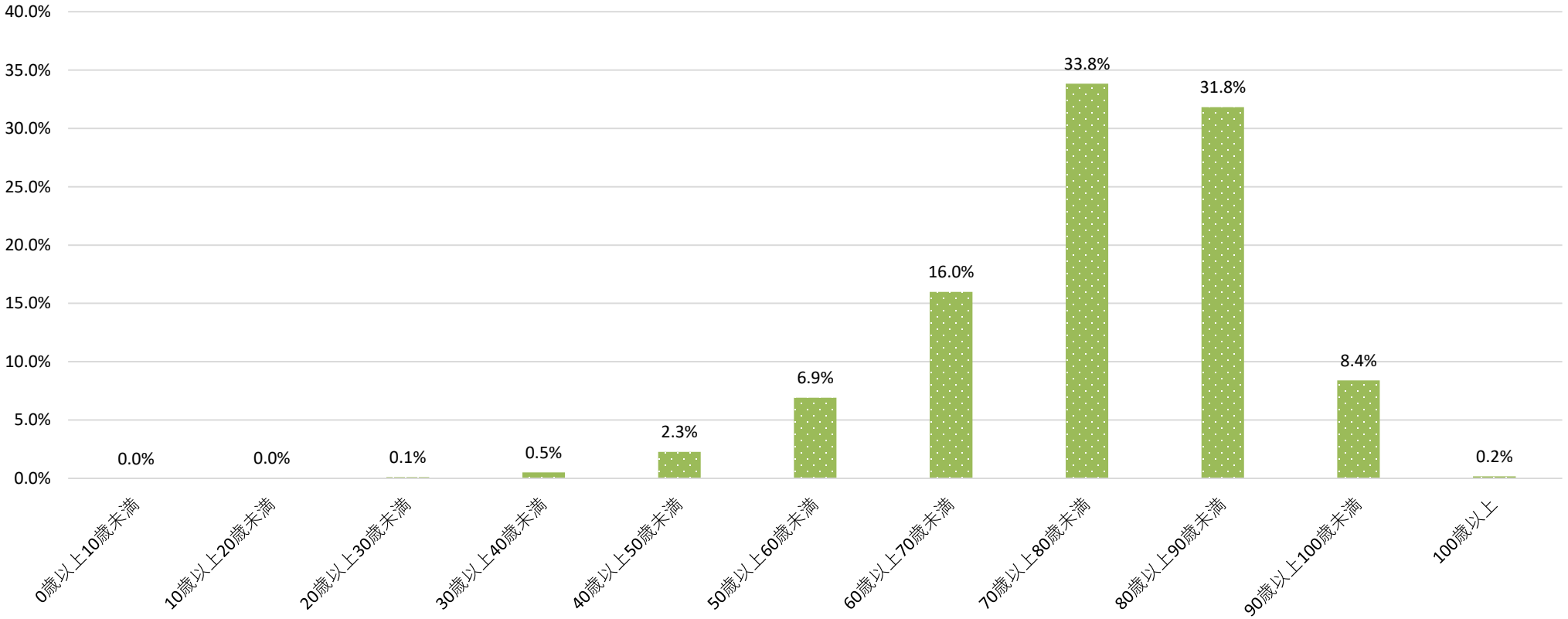
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

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

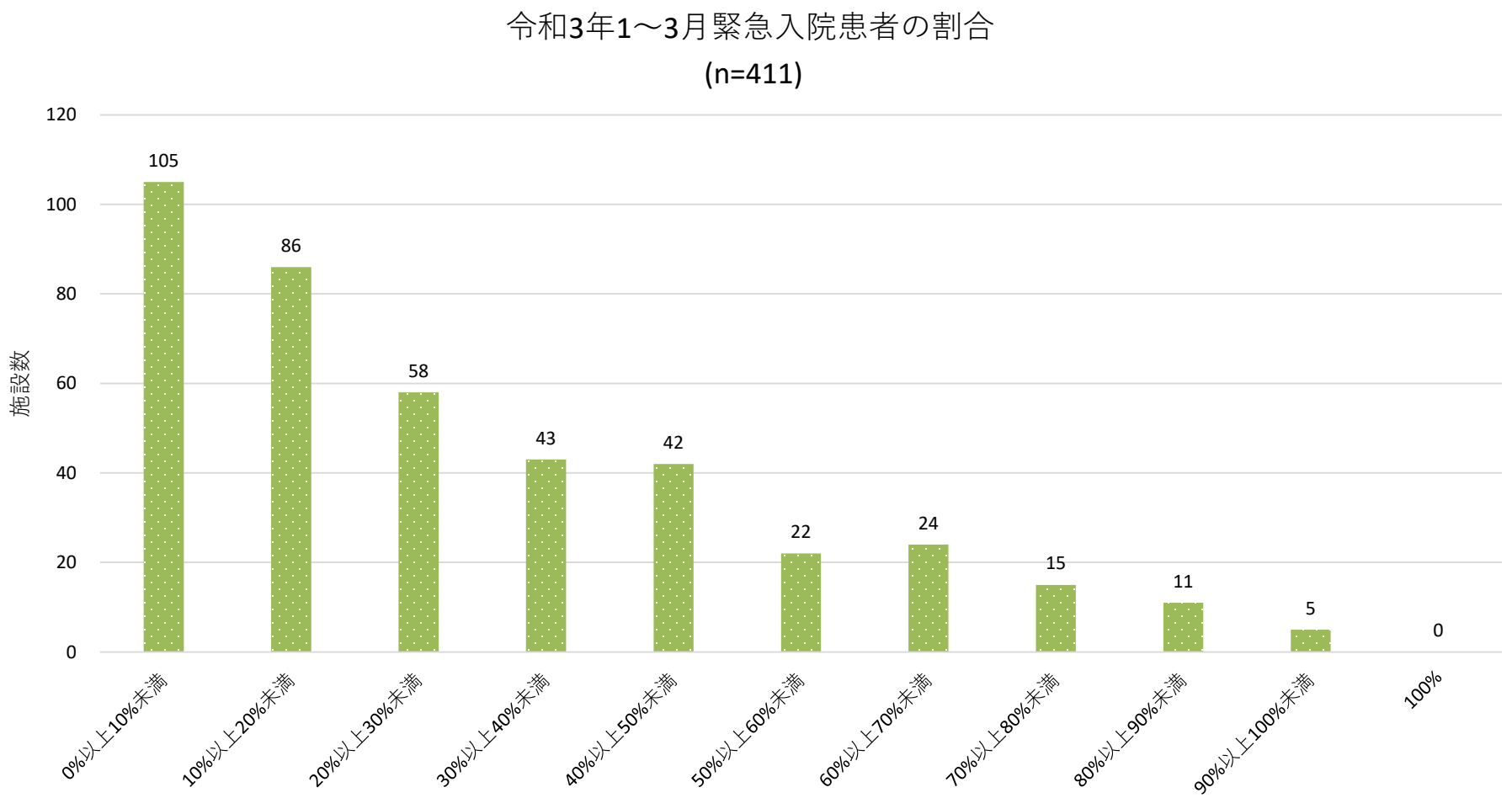
411施設(n=19467)



出典：DPCデータ

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。

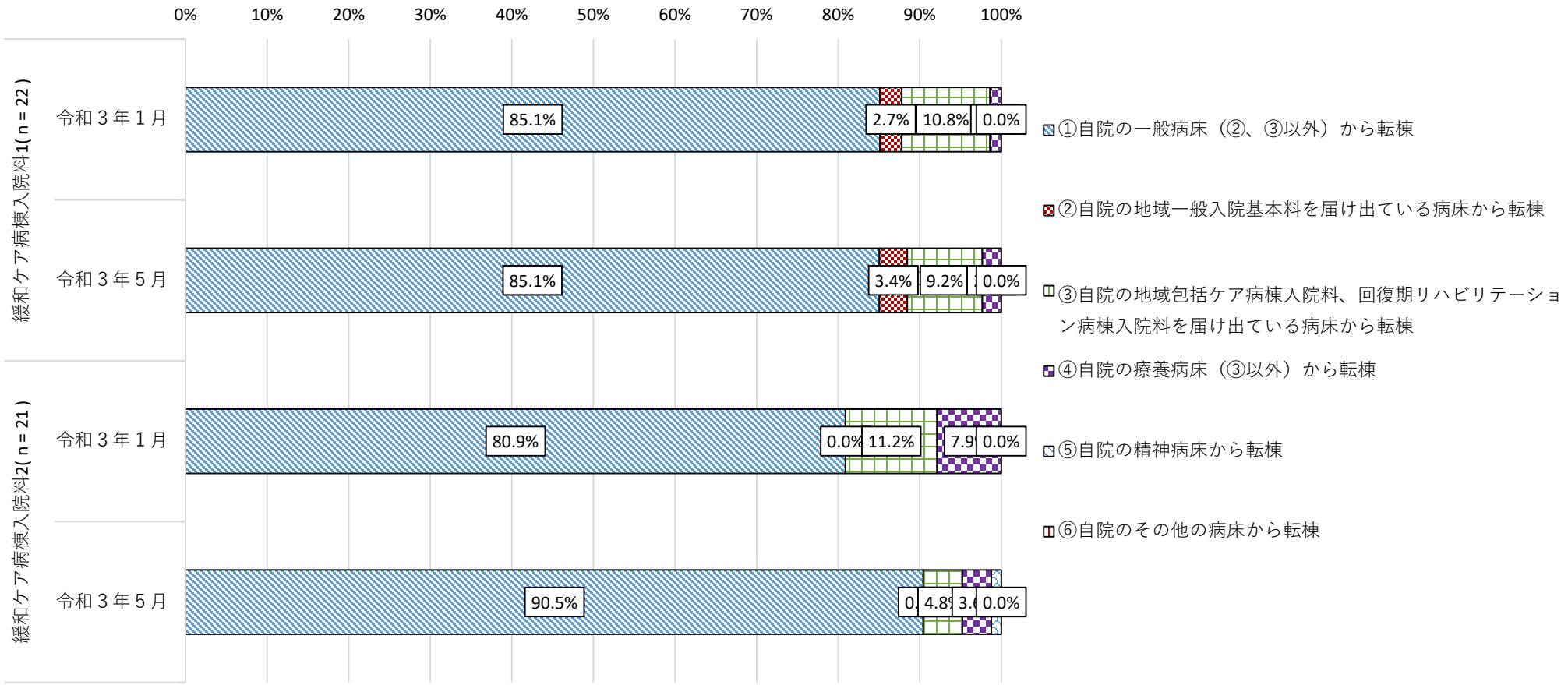


出典：DPCデータ

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



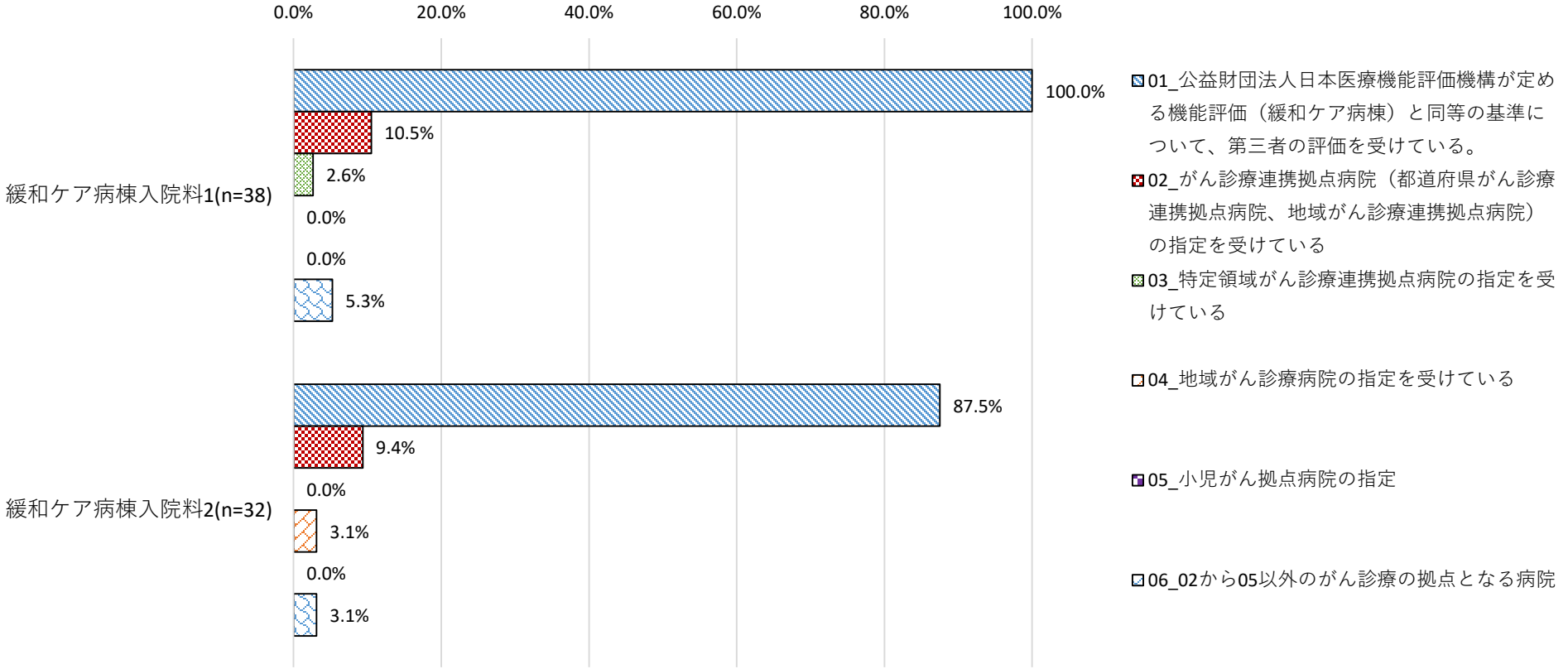
出典：令和3年入院医療等の調査（病棟票）

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）

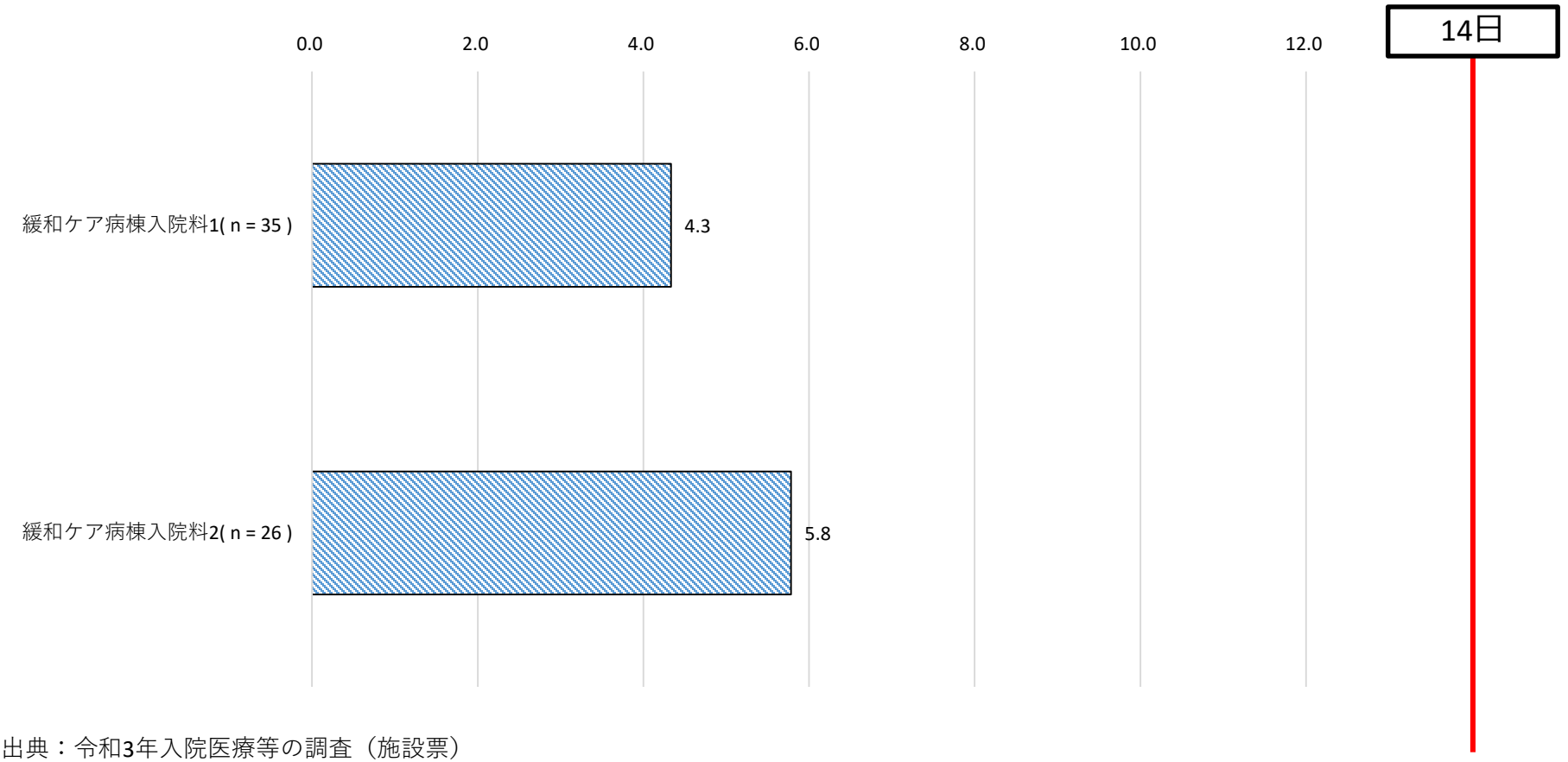


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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）

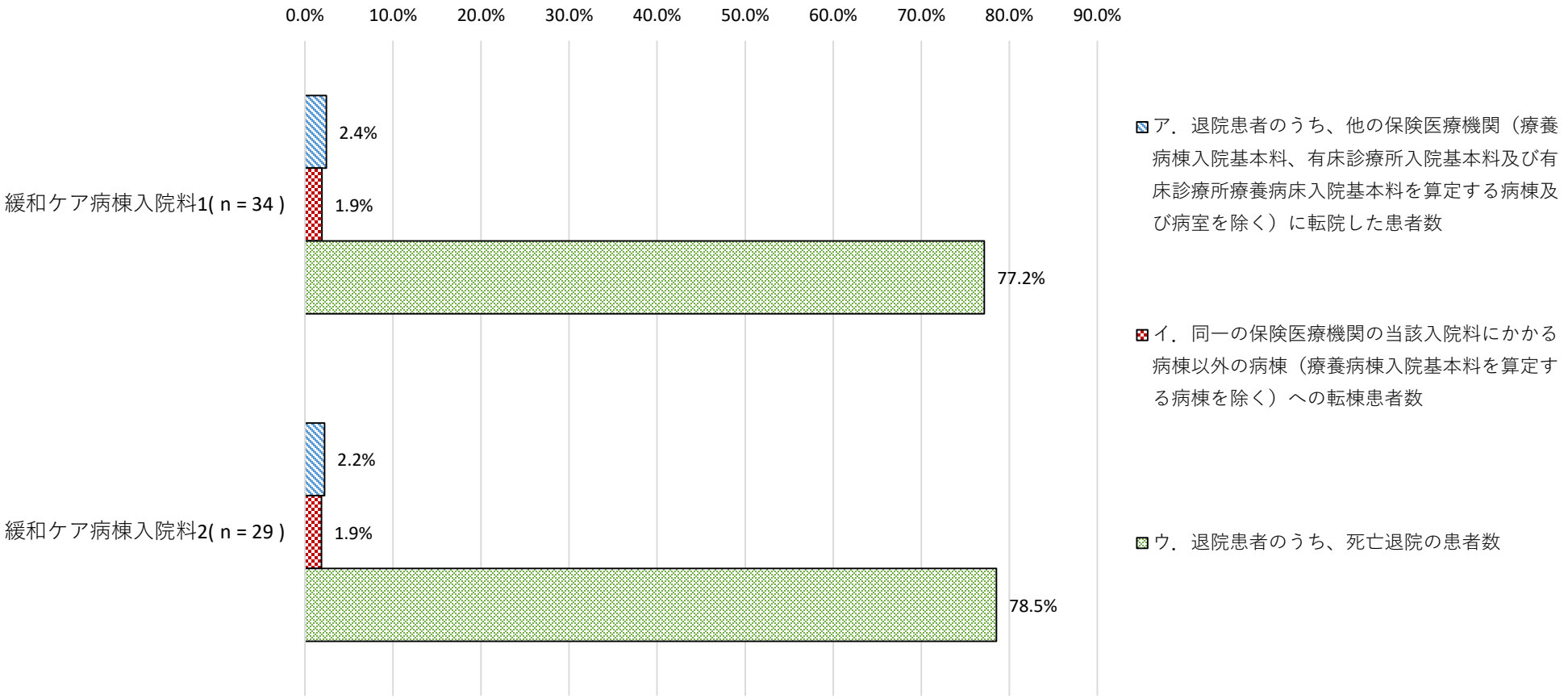


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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）

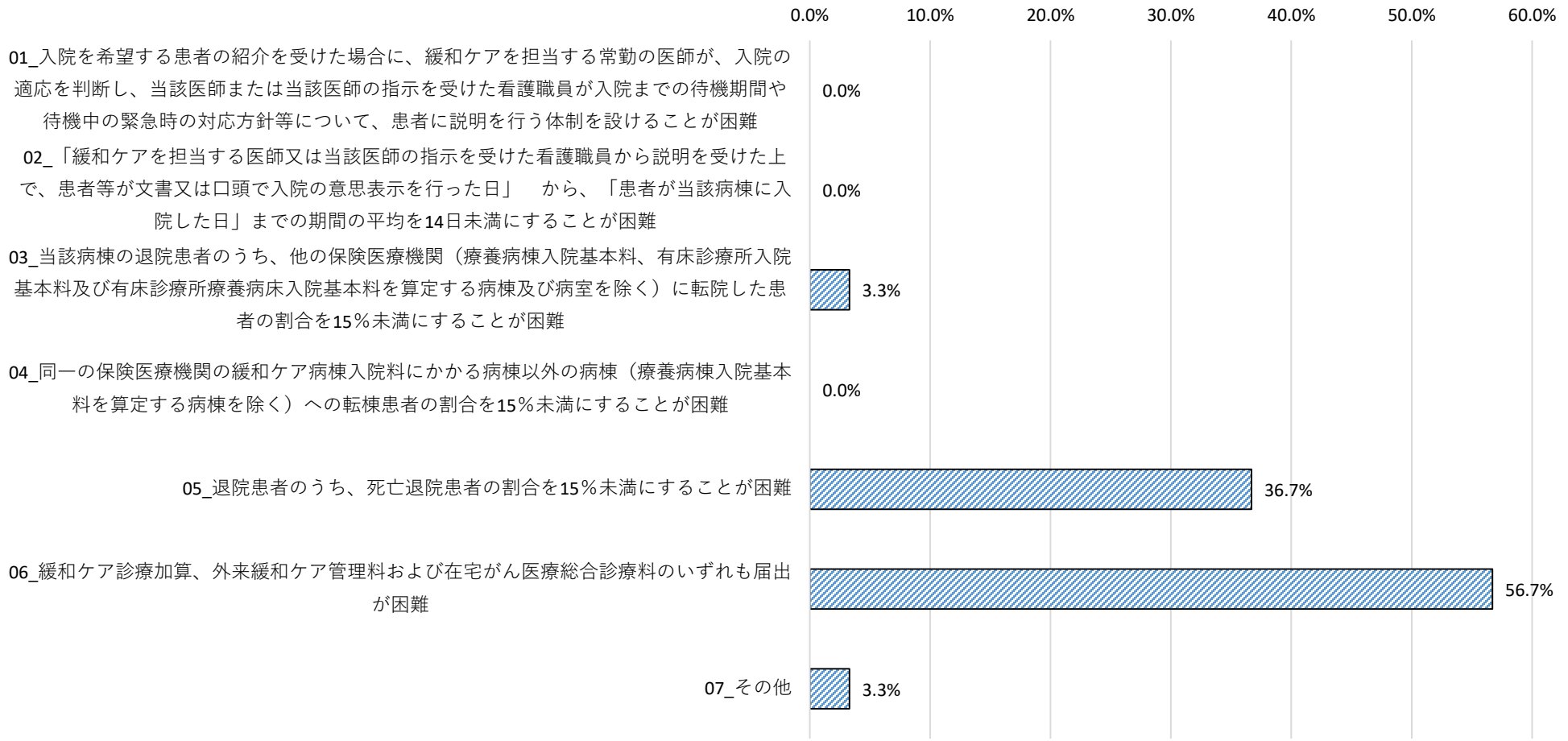


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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）

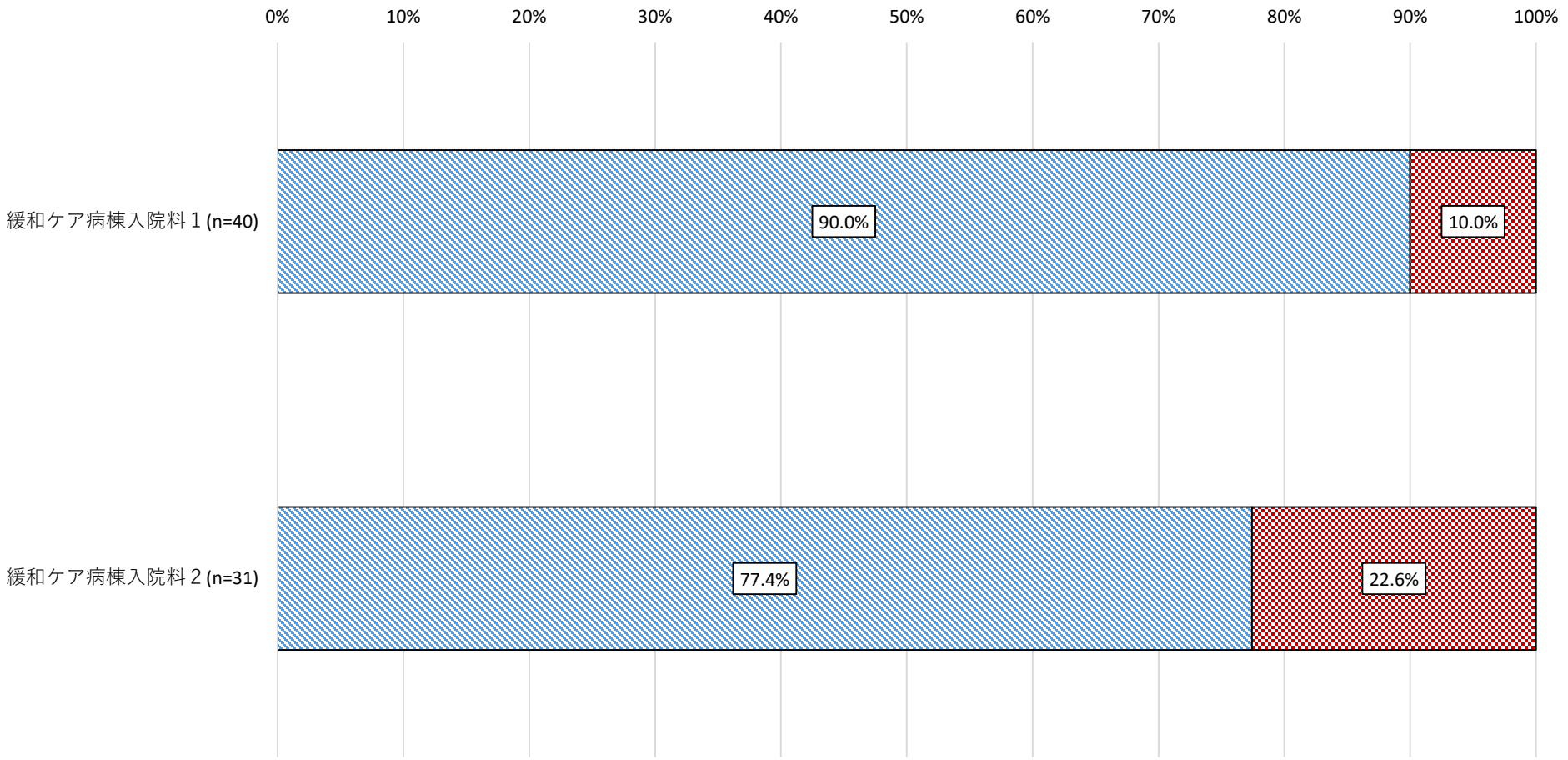


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

○　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

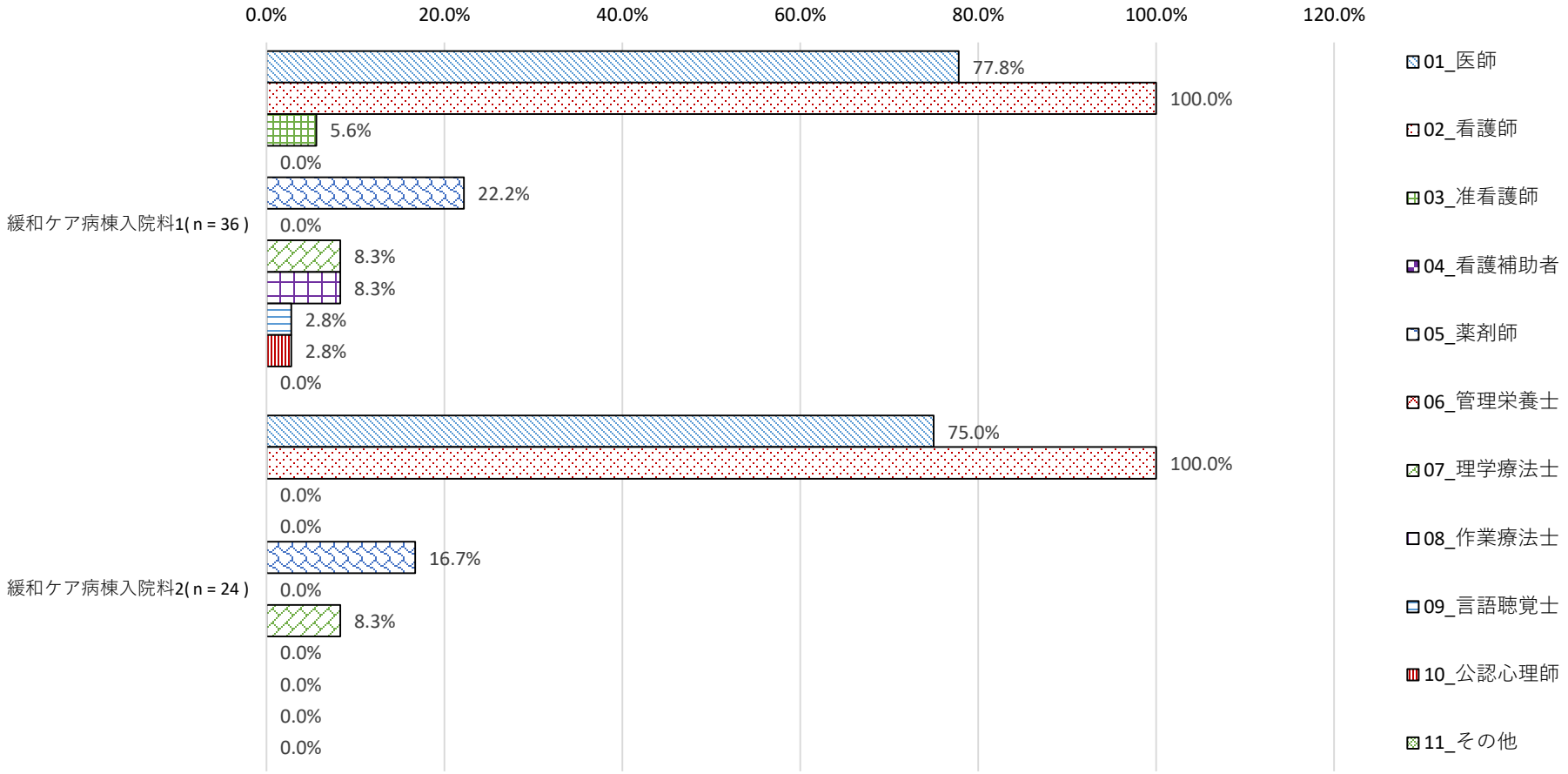


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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）

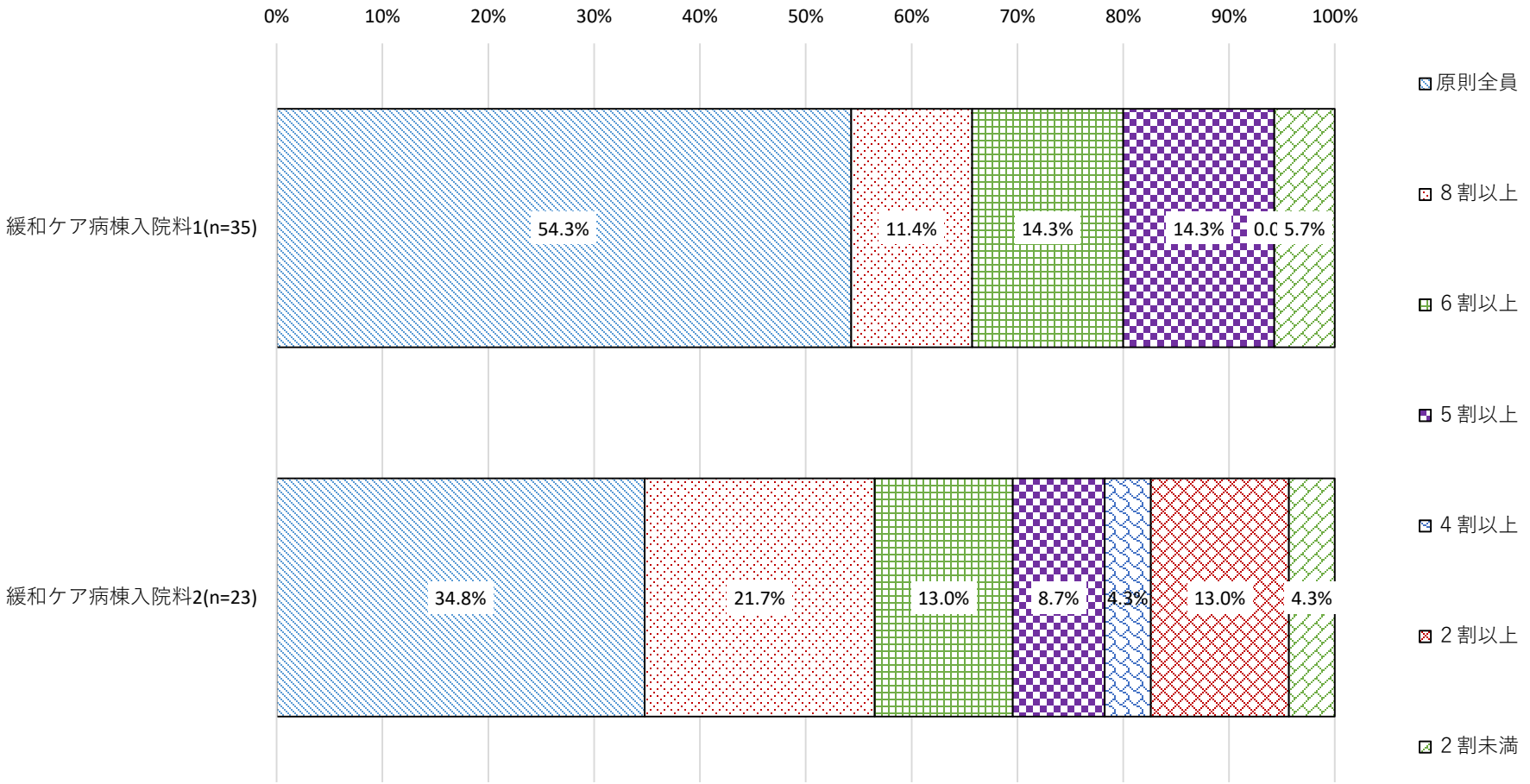


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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）

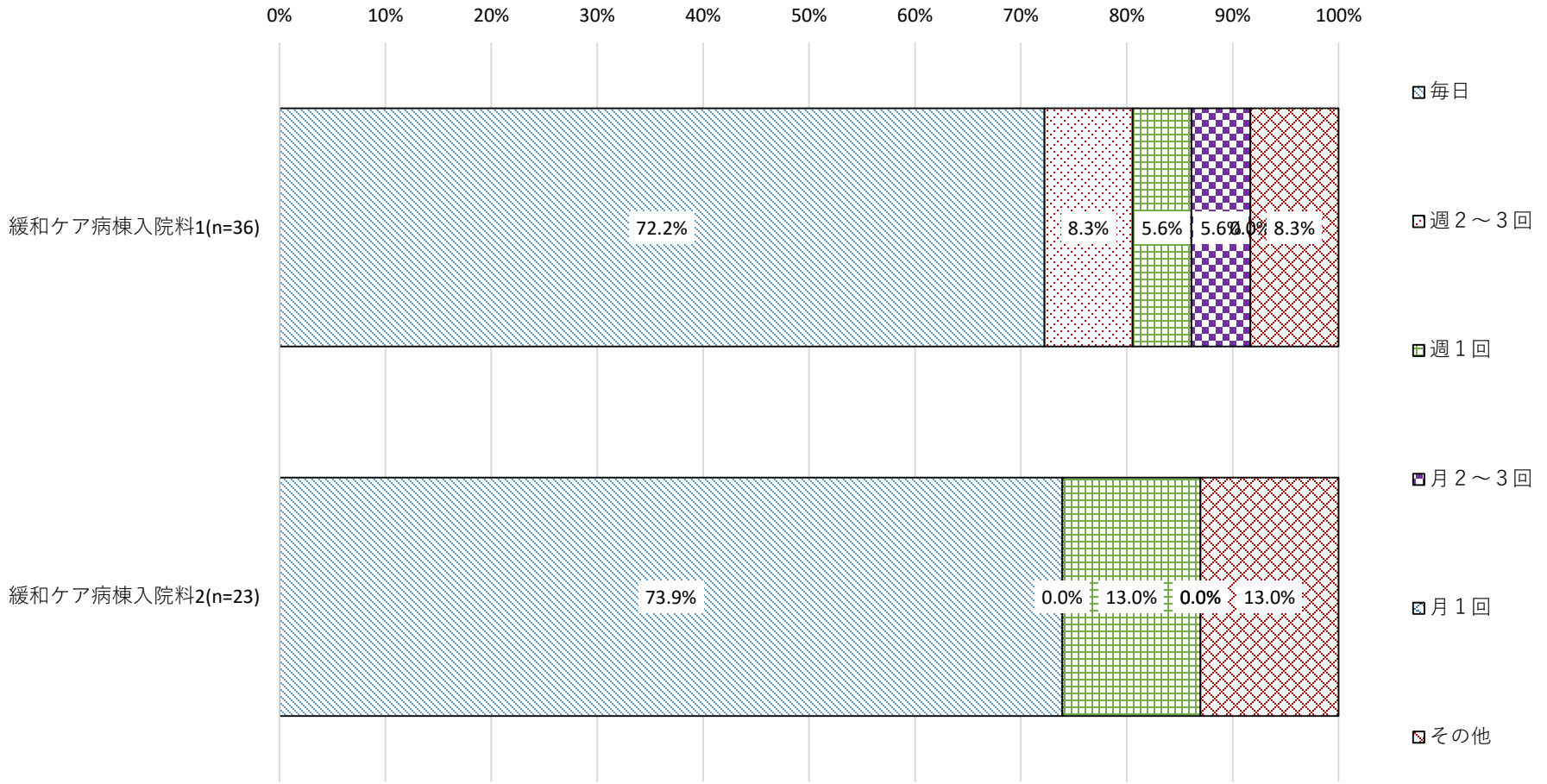


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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、疼痛の数字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）

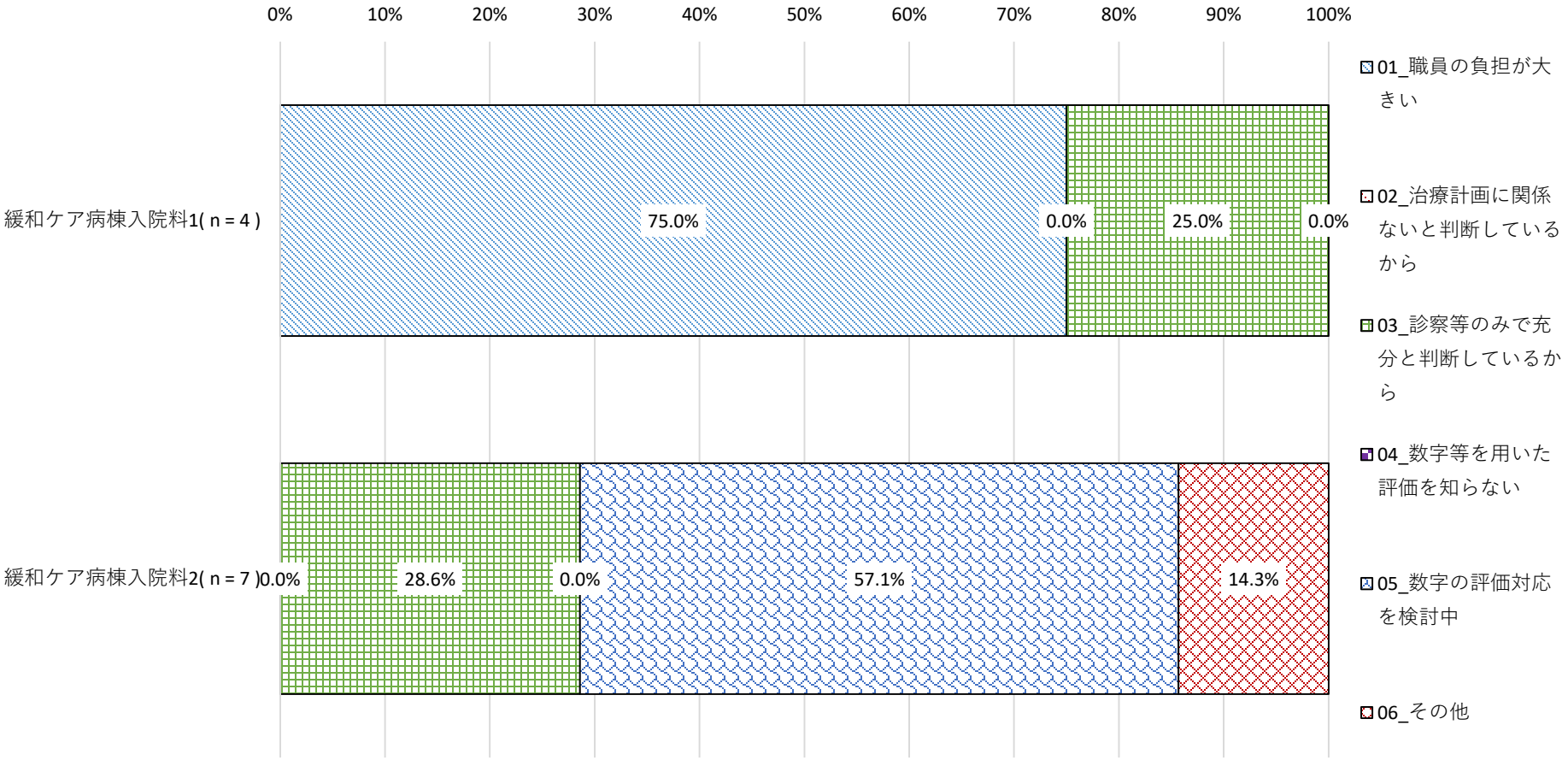


出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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



出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

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

救急医療管理加算の概要

中医協　総－２
３．８．２５

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なくても算定できる。

○　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なくても算定できる。

○　救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

○　救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ◆ アからケのうち該当する状態（加算２の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）
- ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ 当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ　意識障害又は昏睡
ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ　急性薬物中毒
オ　ショック
カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ　広範囲熱傷
ク　外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
コ　その他重症な状態（加算２のみ）

【施設基準】（抜粋）

（１）　休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
ア　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院）
イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

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

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

（４）　施設基準に係る届出を行うこと。

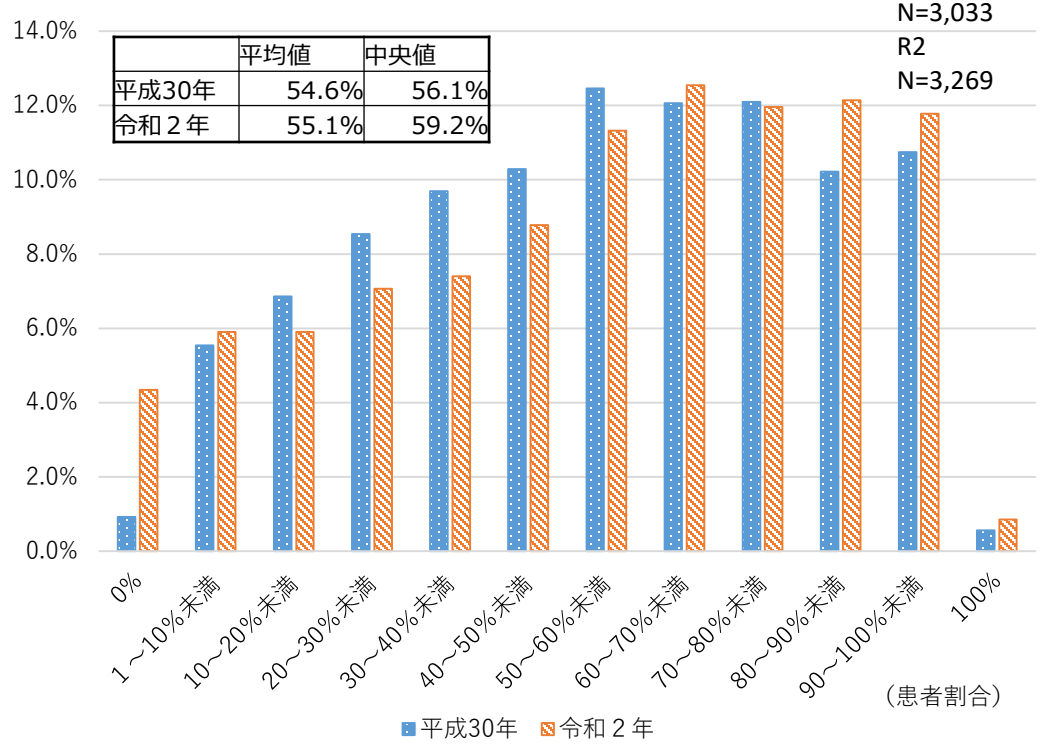
救急医療管理加算の算定状況

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

○　救急医療管理加算の算定患者のうち加算2が占める患者割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%の医療機関割合が上昇し、患者割合が40%以上の医療機関割合も上昇した。

救急搬送入院のうち
救急医療管理加算の算定患者割合ごとの
医療機関割合

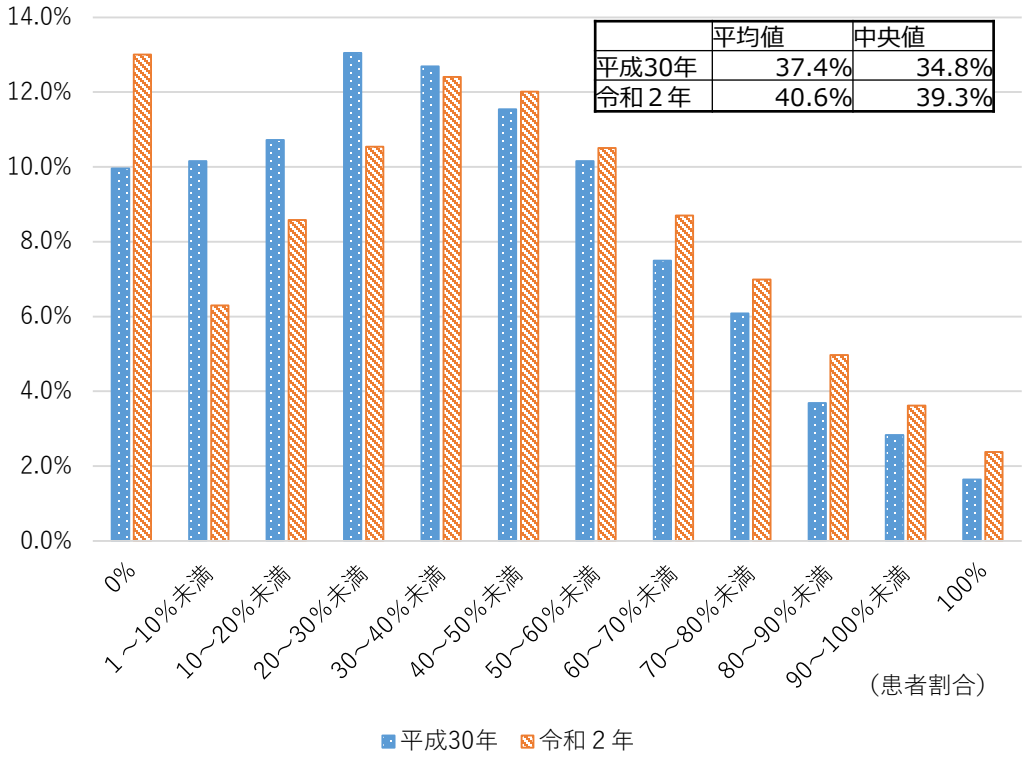
H30
N=3,033
R2
N=3,269



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

救急医療管理加算
算定患者のうち救急医療管理加算２が占める
患者割合ごとの医療機関割合

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



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

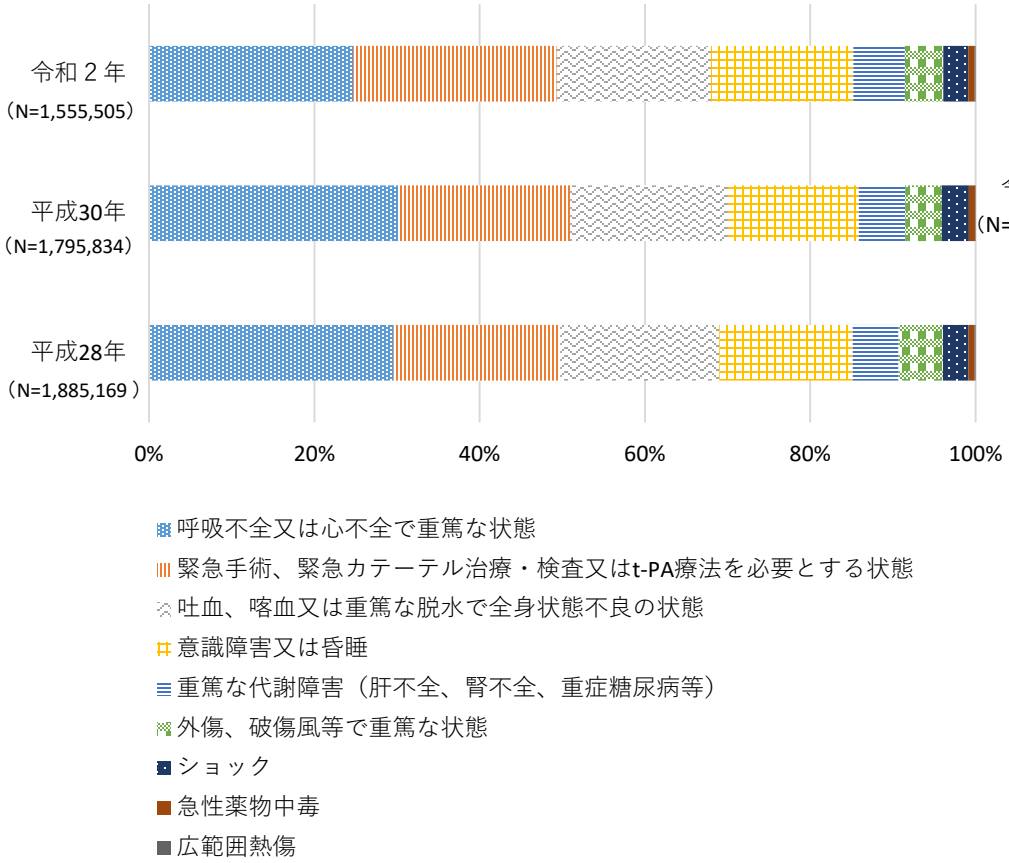
出典：各年度DPCデータ

救急医療管理加算の状態の内訳

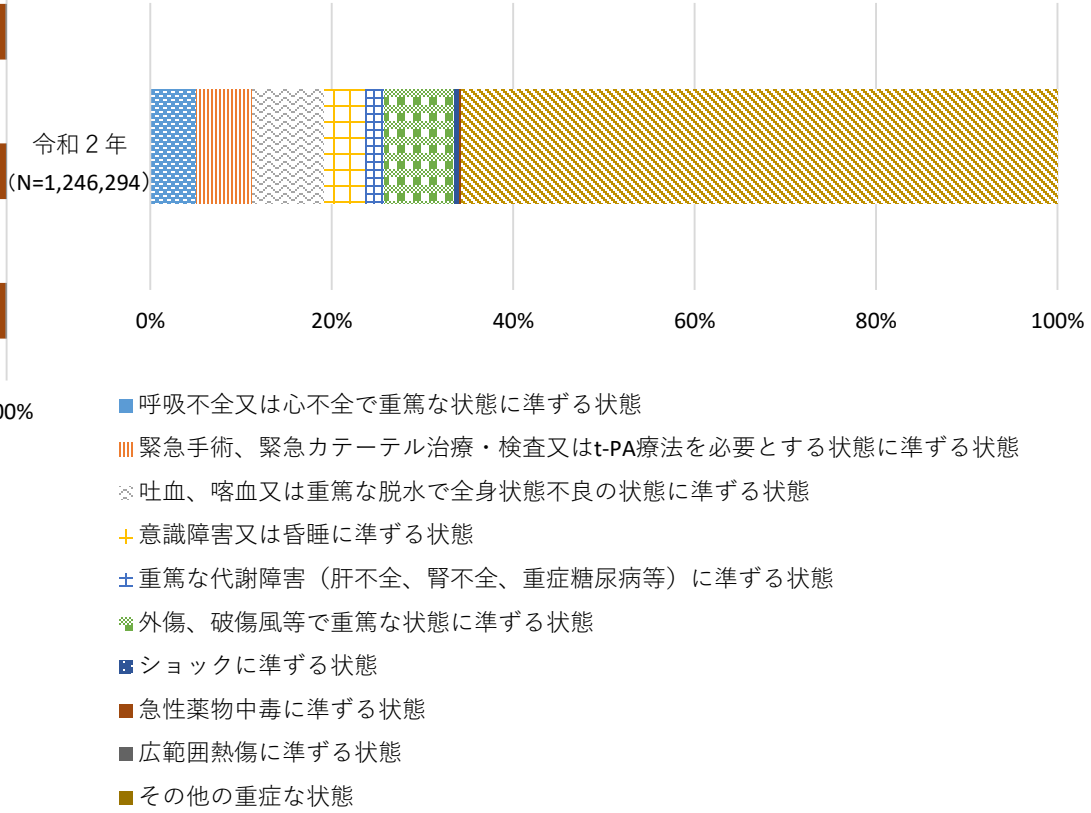
○　救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「イ．呼吸不全又は心不全で重篤な状態」及び「ケ．緊急手術緊急カテーテル治療・検査又はtPAを必要とする状態」が多く、これら2項目で全体の約半数を占めていた。

○　救急医療管理加算2の対象患者の状態の内訳をみると、「コ.その他の重症な状態」が最も多く、60%以上を占めていた。

救急医療管理加算１の状態の内訳



救急医療管理加算２の状態の内訳



出典：各年度DPCデータ

「意識障害又は昏睡」の患者について①

○救急医療管理加算１の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCSOの患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。

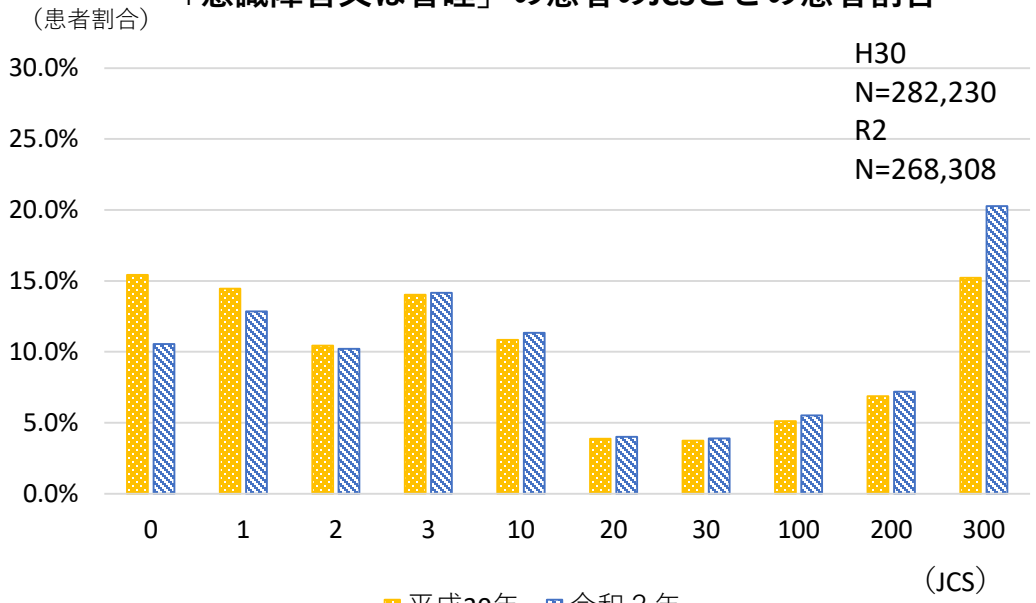
○救急医療管理加算２の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

（参考） JCS：Japan Coma Scale

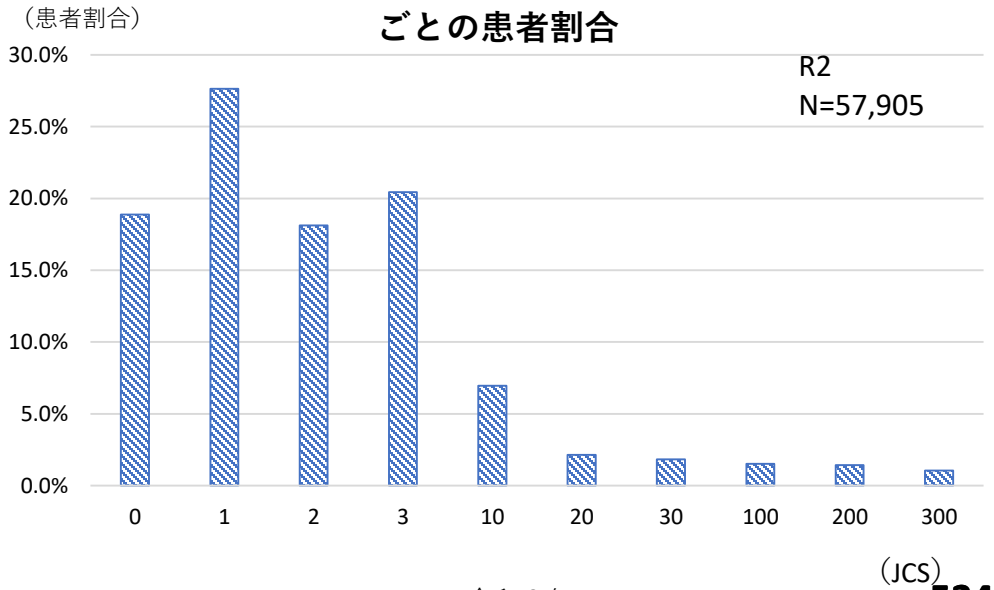
出典：脳卒中ガイドライン2009

Ⅰ.刺激しないでも覚醒している状態 （1桁の点数で表現） 0 意識清明 1 意識清明とはいえない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない	Ⅱ.刺激をすると覚醒する状態 （2桁の点数で表現） 10 普通の呼びかけで容易に開眼する 20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する	Ⅲ.刺激しても覚醒しない状態 （3桁の点数で表現） 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる 300 痛み刺激に全く反応しない

救急医療管理加算１算定患者のうち
「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



救急医療管理加算２算定患者のうち
「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS
ごとの患者割合

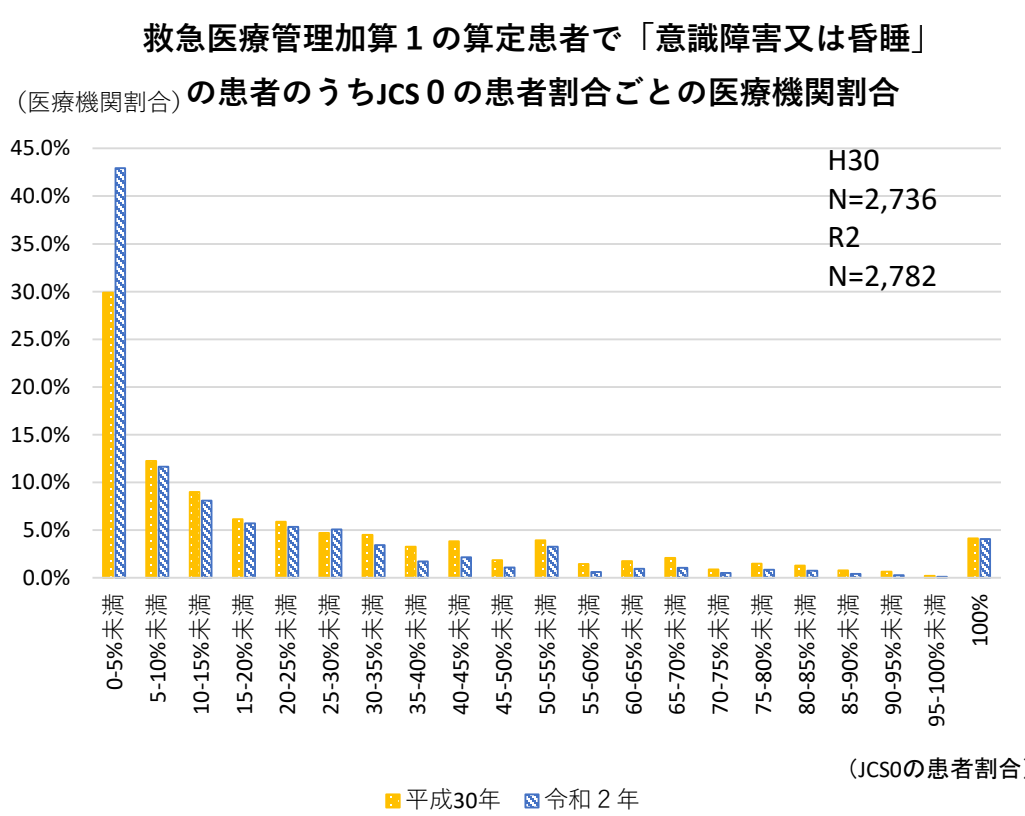


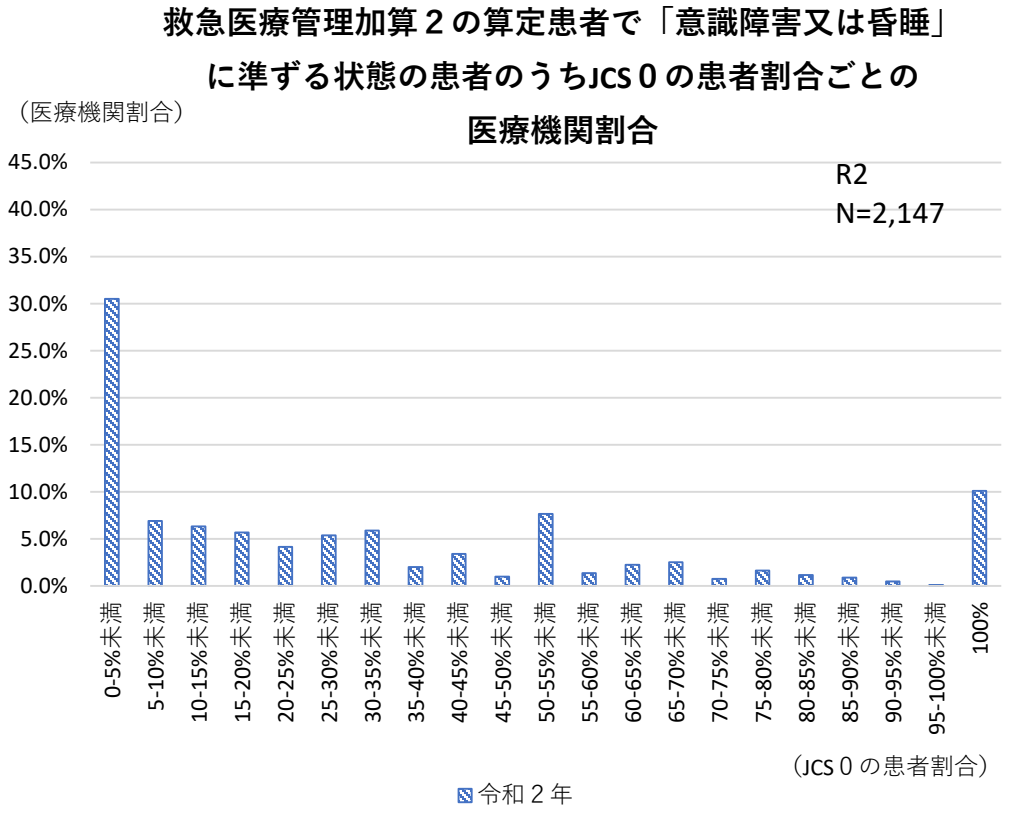
出典：各年度DPCデータ

「意識障害又は昏睡」の患者について②

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

○　救急医療管理加算２が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。





出典：各年度DPCデータ

「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JCSO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JCSO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。

JCSO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

	JCSO		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）

出典：各年度DPCデータ

「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JCSO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、JCSO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）			
JCSO(n=28326)		JCS1以上(n=239982)		JCSO(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%)

出典：令和2年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

○ 救急医療管理加算１の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHAⅠ、Ⅱの患者の割合が低下し、NYHAⅢ、Ⅳの患者の割合が上昇していた。

○ 救急医療管理加算２の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

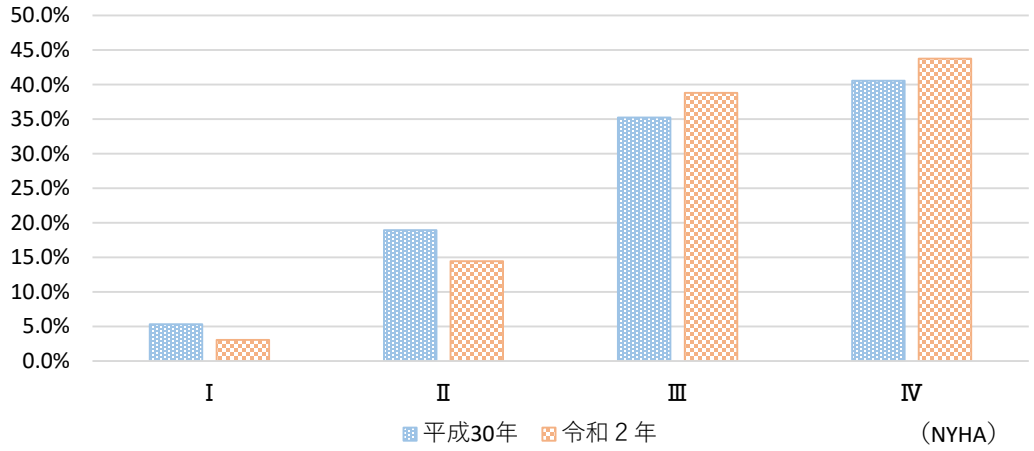
（参考） NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改定版）より抜粋

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

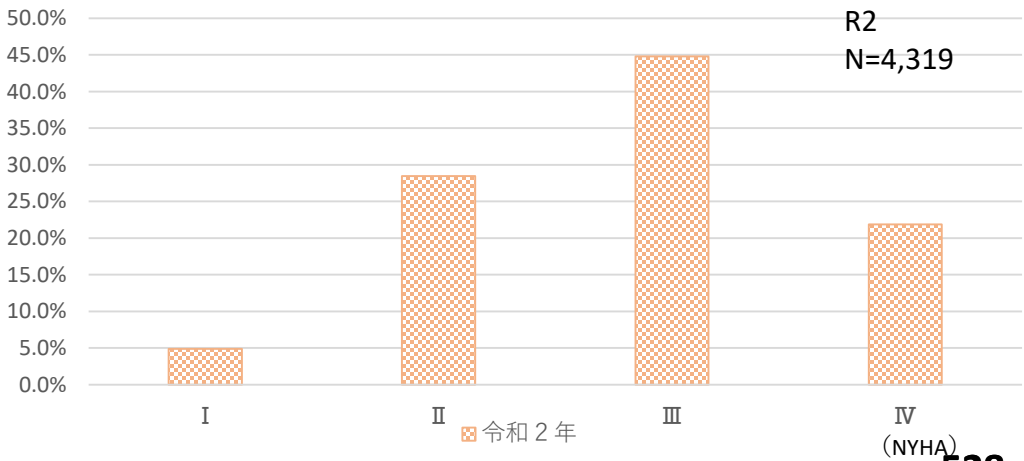
救急医療管理加算1算定患者のうち
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

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



救急医療管理加算２算定患者のうち
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる
患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

R2
N=4,319



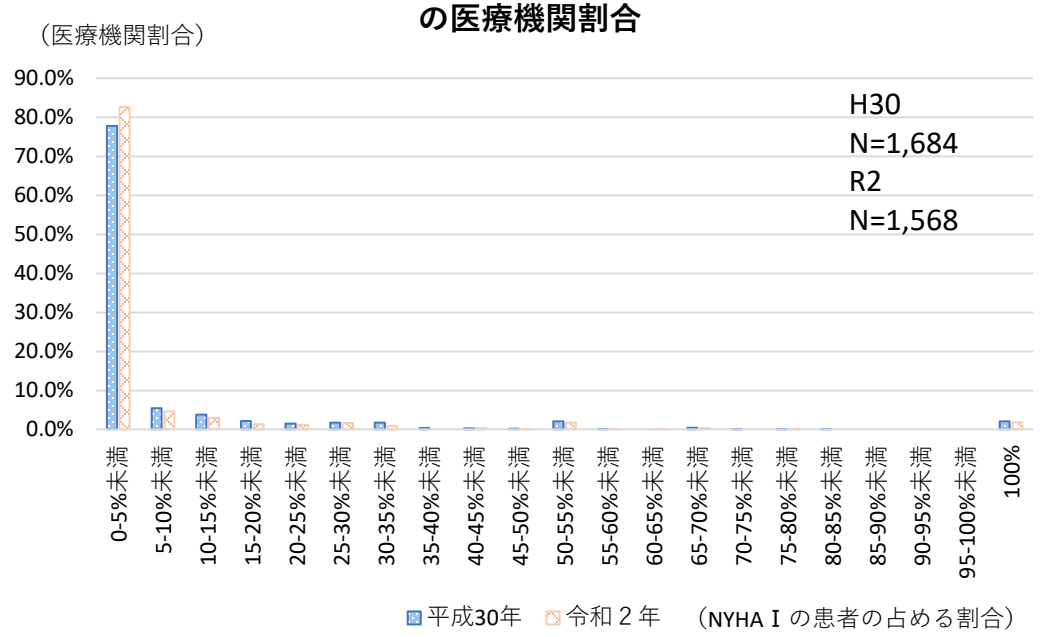
出典：各年度DPCデータ　※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について②

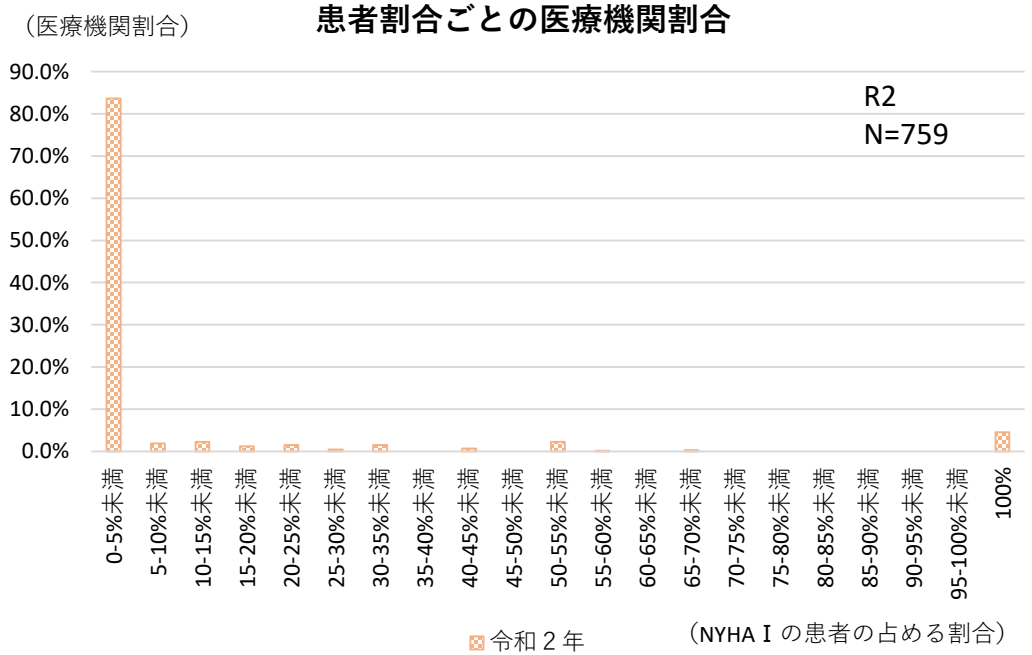
○　救急医療管理加算1において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA Ⅰの患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後に増加した。

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

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



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



出典：各年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について①

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

○　救急医療管理加算２の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布は以下のとおりであった。

（参考）

$$\text{P/F ratio （P/F 比）} = \frac{\text{PaO2（動脈血酸素分圧）}}{\text{FIO2（吸入気酸素）}}$$

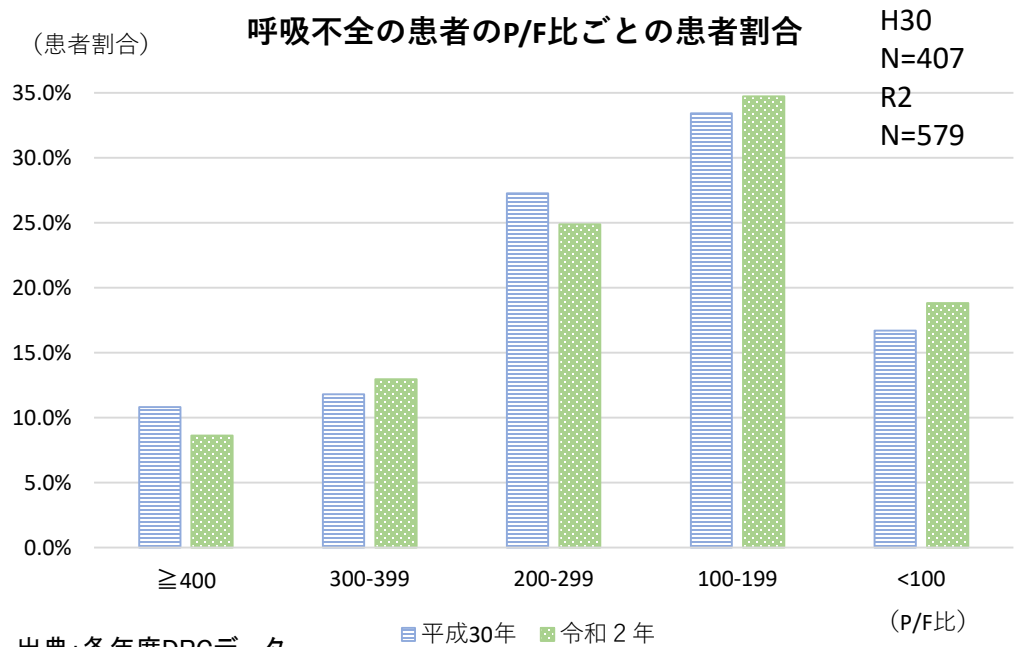
※　呼吸状態（酸素化）を評価する指標

参考：SOFAスコア（呼吸の評価）

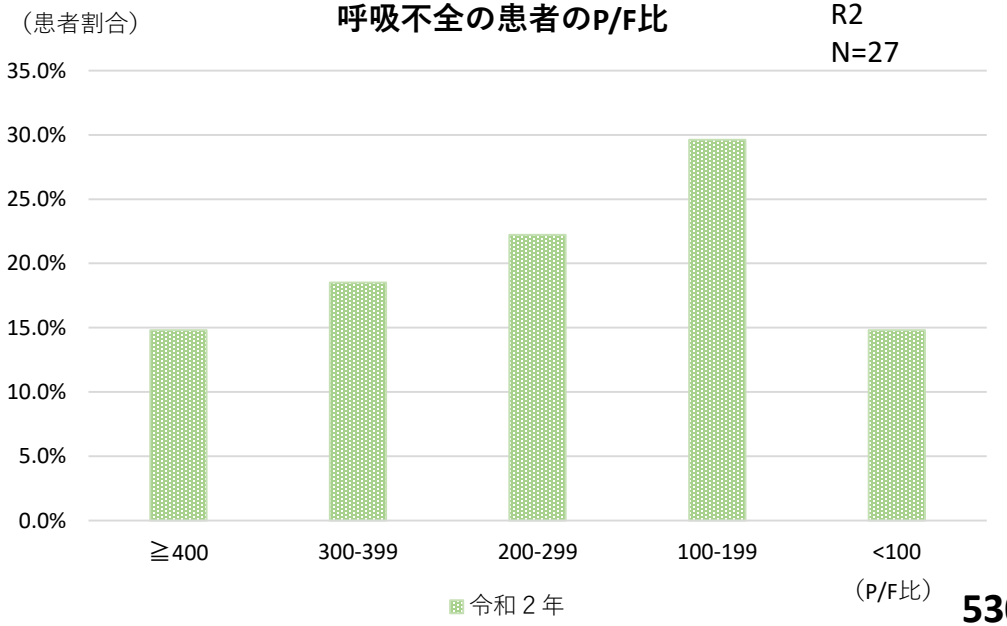
SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≧400	400＞	300＞	200＞	100＞

※出典：日本版敗血症診療ガイドライン2016

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



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



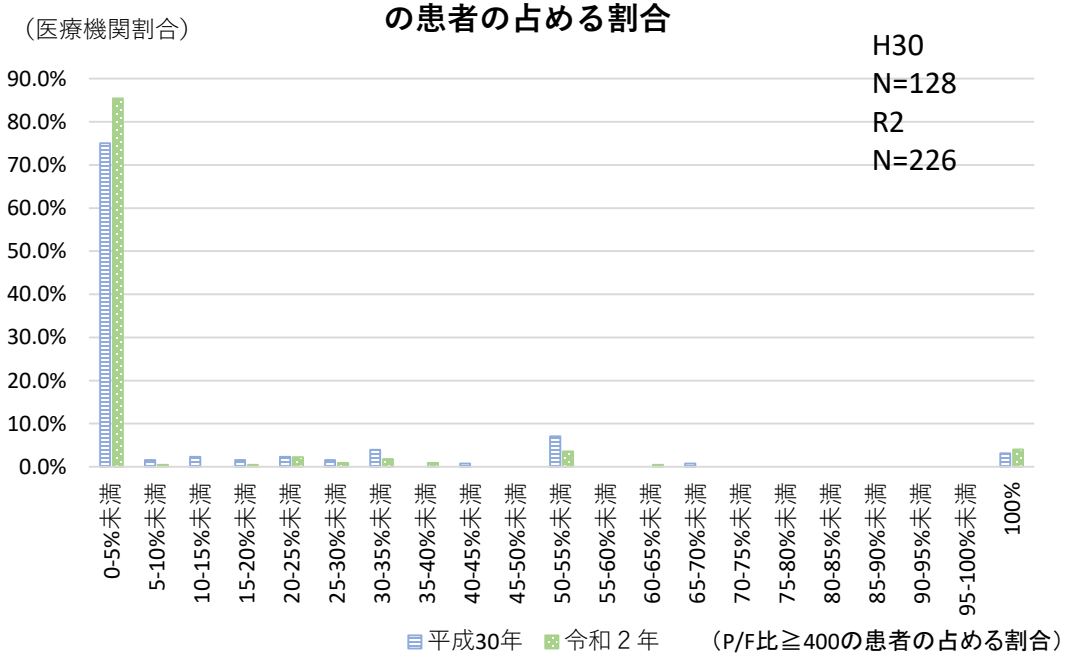
出典：各年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について②

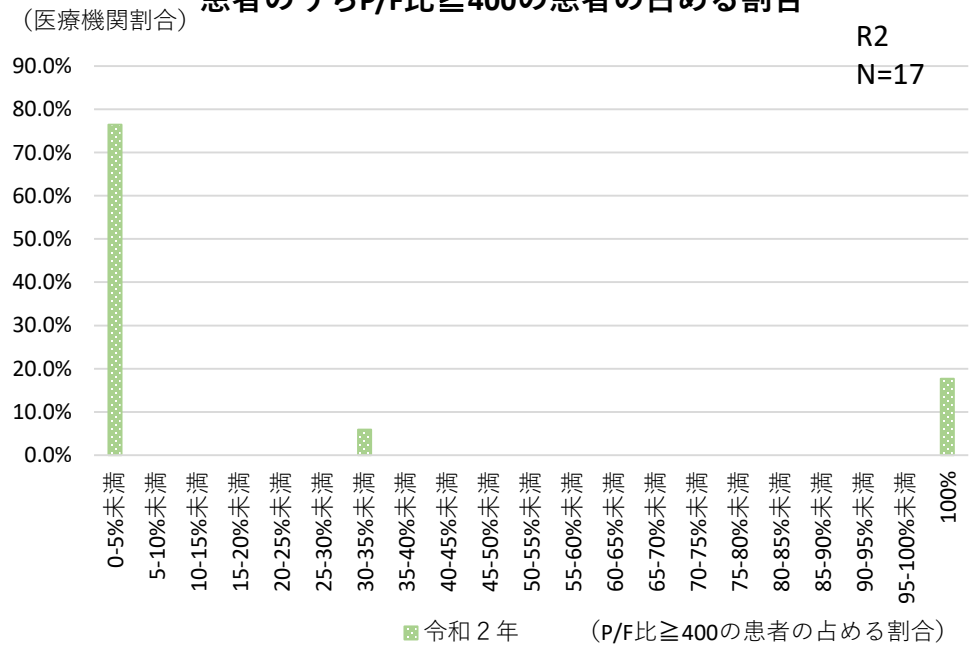
○　救急医療管理加算１の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後では０－５%未満の割合が上昇した。

○　救急医療管理加算２の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合の医療機関ごとの分布は以下のとおりであった。

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



救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態かつ傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比≧400の患者の占める割合



出典：各年度DPCデータ

「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

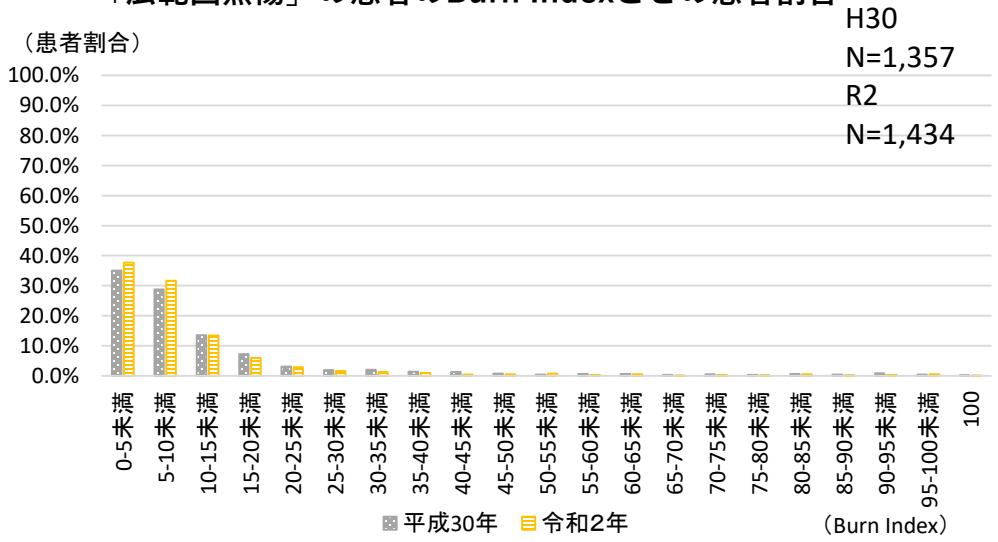
＝　Ⅲ度熱傷面積（%）　＋　Ⅱ度熱傷面積（%）　×　1／2

※Burn Index 10～15以上が重症とされる

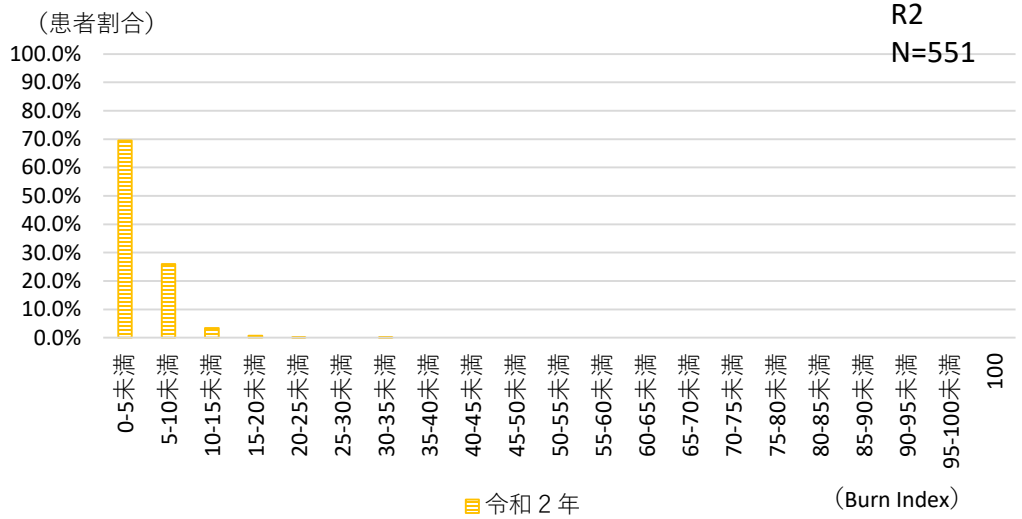
出典：日本皮膚科学会　熱傷診療ガイドラインより引用

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



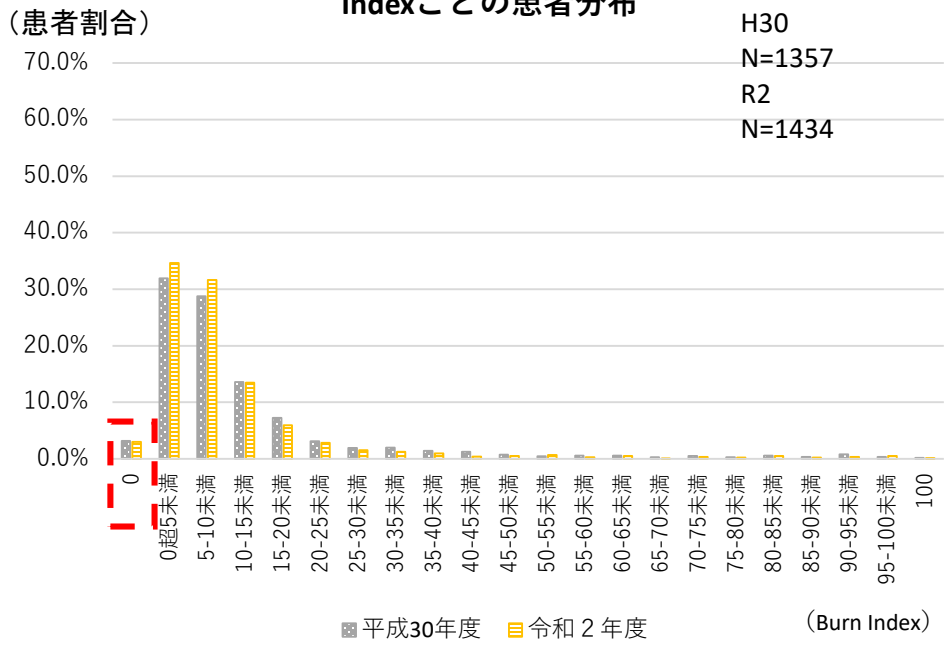
出典：各年度DPCデータ

「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について①

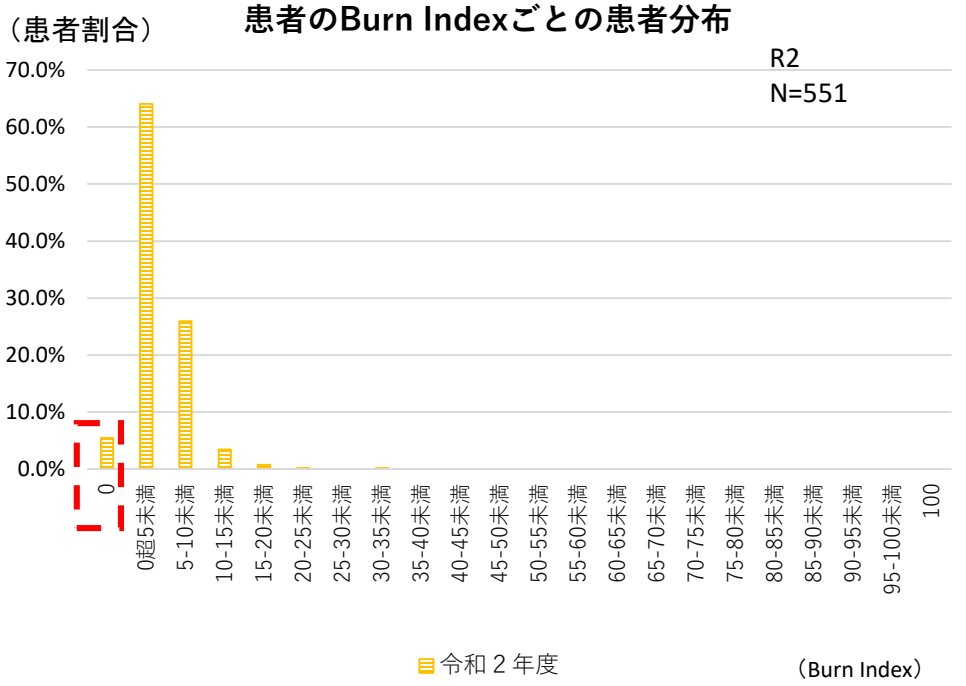
○　救急医療管理加算１で「広範囲熱傷」の患者において、改定前後いずれでもBurn Index0の患者が一定割合存在した。

○　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



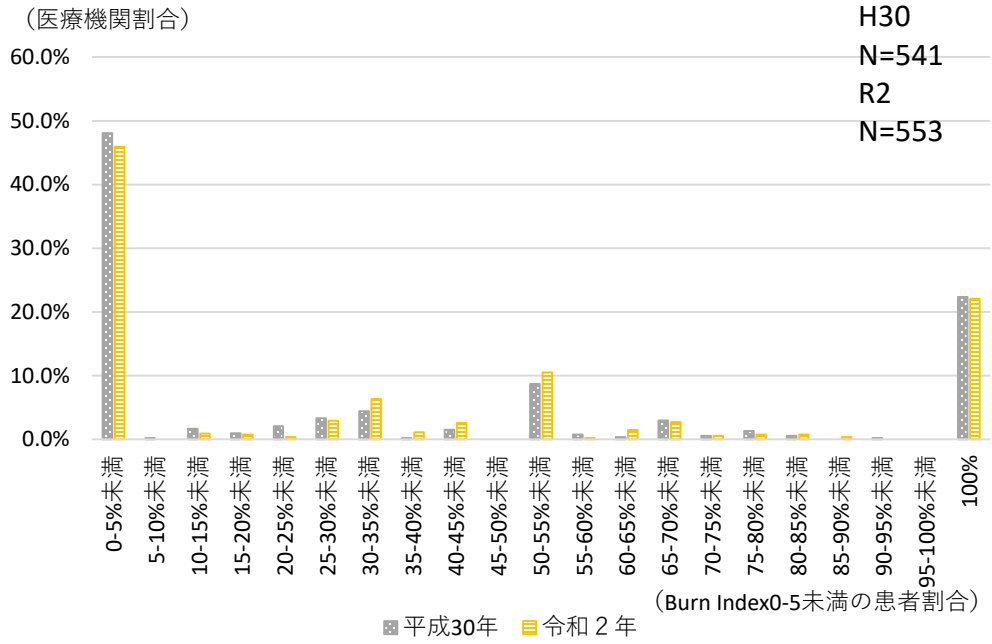
出典：各年度DPCデータ

「広範囲熱傷」の患者について②

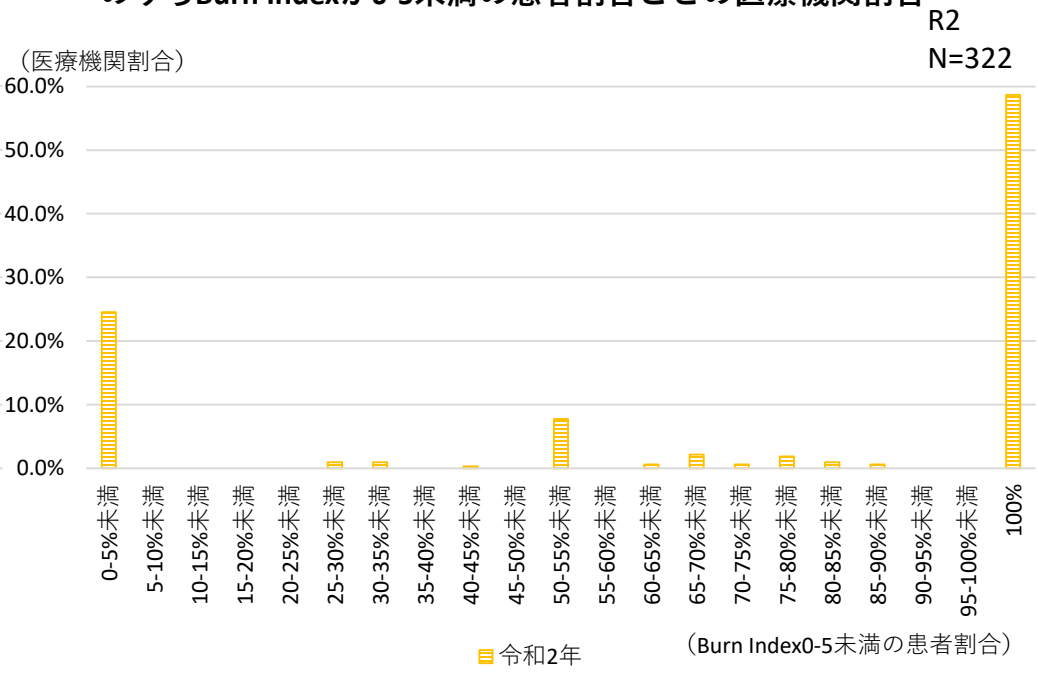
○　救急医療管理加算１を算定する患者で「広範囲熱傷」の患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

○　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



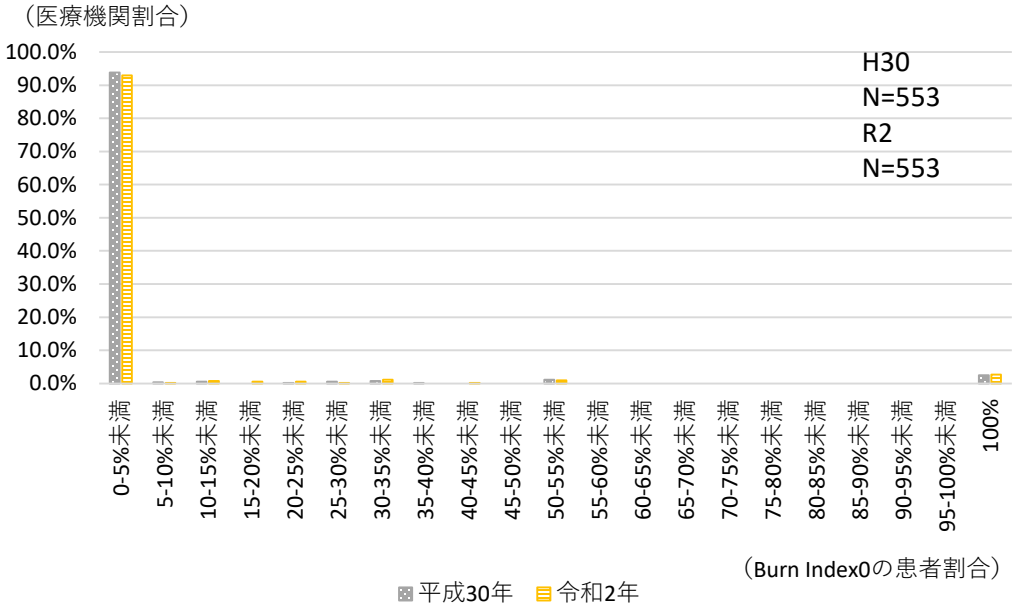
出典：各年度DPCデータ　　※新型コロナウイルス感染症患者は除く

「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について②

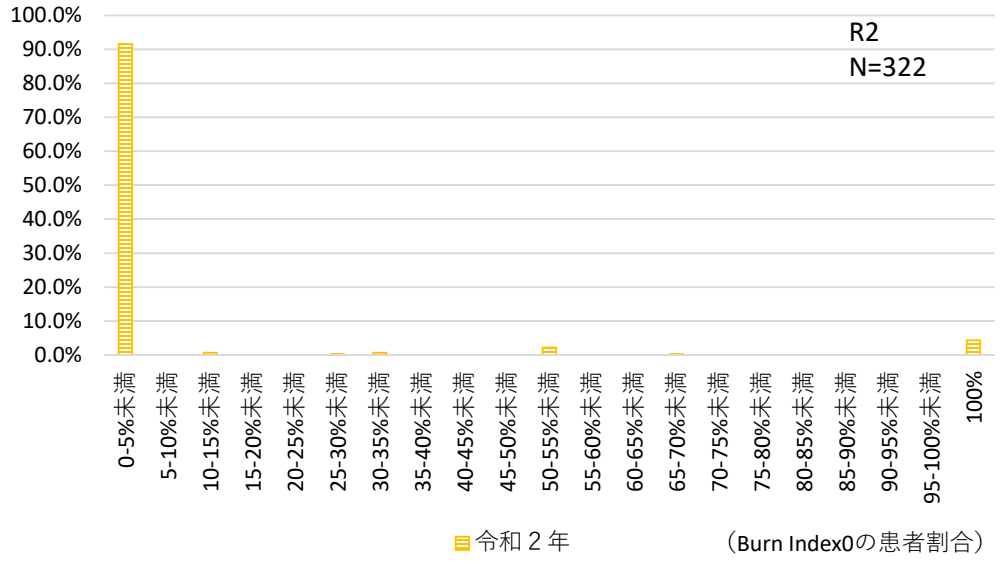
○　救急医療管理加算1を算定する患者で「広範囲熱傷」の患者のうちBurn Index0の患者割合ごとの医療機関割合を改定前後で比較すると、いずれの年においても患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。

○　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



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



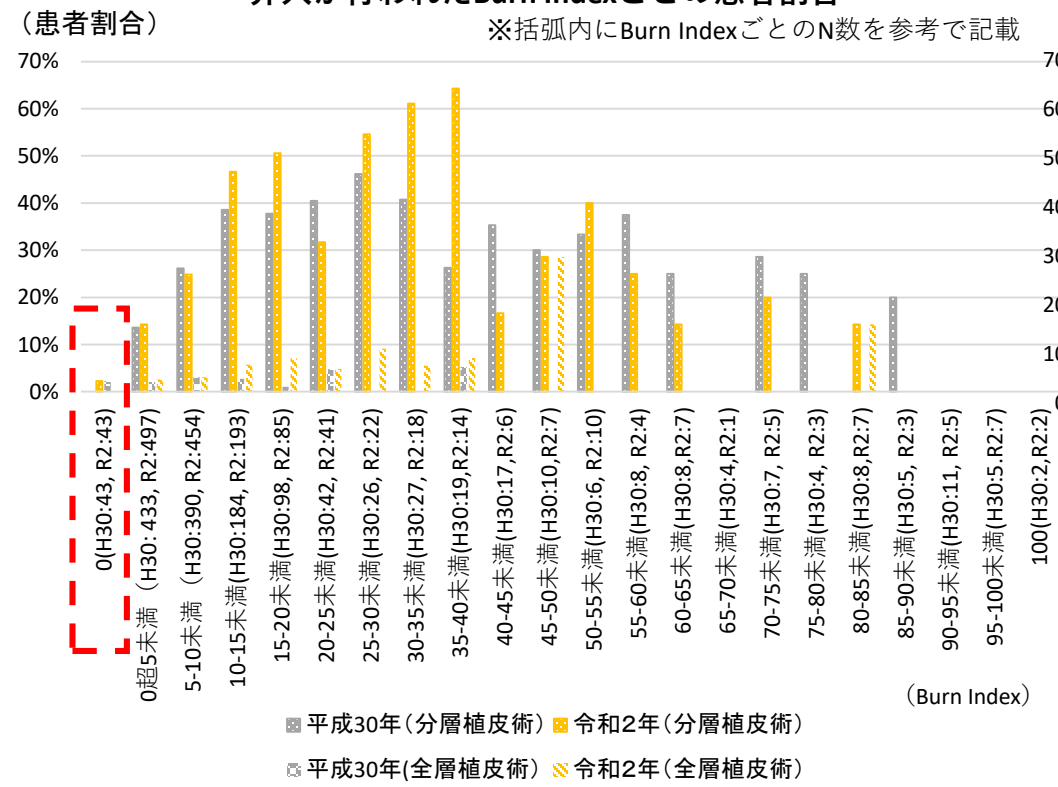
出典：各年度DPCデータ

「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について③

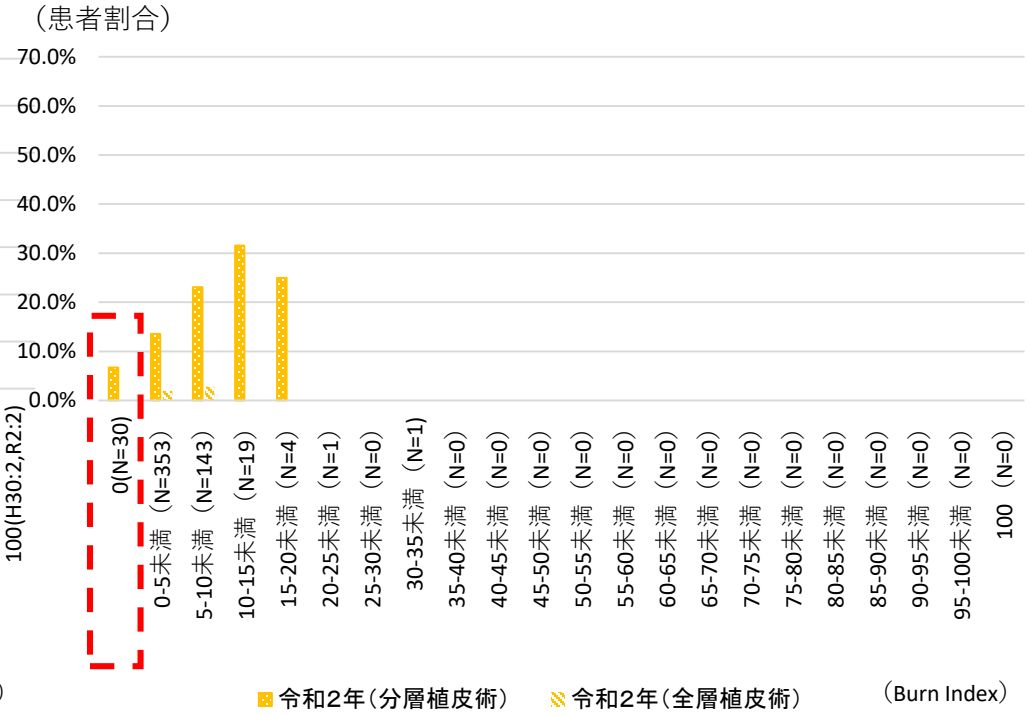
○　救急医療管理加算1について「広範囲熱傷」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。

○　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



出典：各年度DPCデータ

「その他重症な状態」の患者の内訳

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

令和2年

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

出典：令和2年度DPCデータ

「その他重症な状態」の患者の介入状況

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

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

出典：令和2年度DPCデータ

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

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

➢ 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

現行

別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域

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

（新規）

改定後

別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域

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

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

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

○ 医師事務作業補助体制加算（20対1～100対1）
○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1
○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1
○ 遠隔画像診断
○ 保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）　等

医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
対象 ← 拡大	対象

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

現在経過措置の対象となっている地域：
神奈川県山北町、神奈川県大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、奈良県河合町、福岡県篠栗町

医療資源の少ない地域の考え方

中医協　総－２
３．８．２５

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。

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

（平成30年度改定）
41
医療圏

引き続き要件に該当する二次医療圏数	34 医療圏
新たに要件に該当する二次医療圏数	6 医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	7 医療圏

（令和2年度改定）
40
医療圏

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

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

中医協　総－２
３．８．２５

改定年度	改定内容
平成24年	○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し ＜対象地域に関する要件＞ ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位１/３かつ人口当たり看護師数が下位１/２ ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15% ○ 一般病棟10対１入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた （特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対１入院基本料を算定している病院を除く）
平成30年	○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ ○地域包括ケア入院医療管理料１～４　○地域包括ケア病棟入院料１・３　○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算　○在宅療養支援診療所　○在宅療養支援病院　○在宅療養後方支援病院
令和2年	○ 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和（※）するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

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

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

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。
注）下線部については、令和２年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域（令和２年度診療報酬改定）

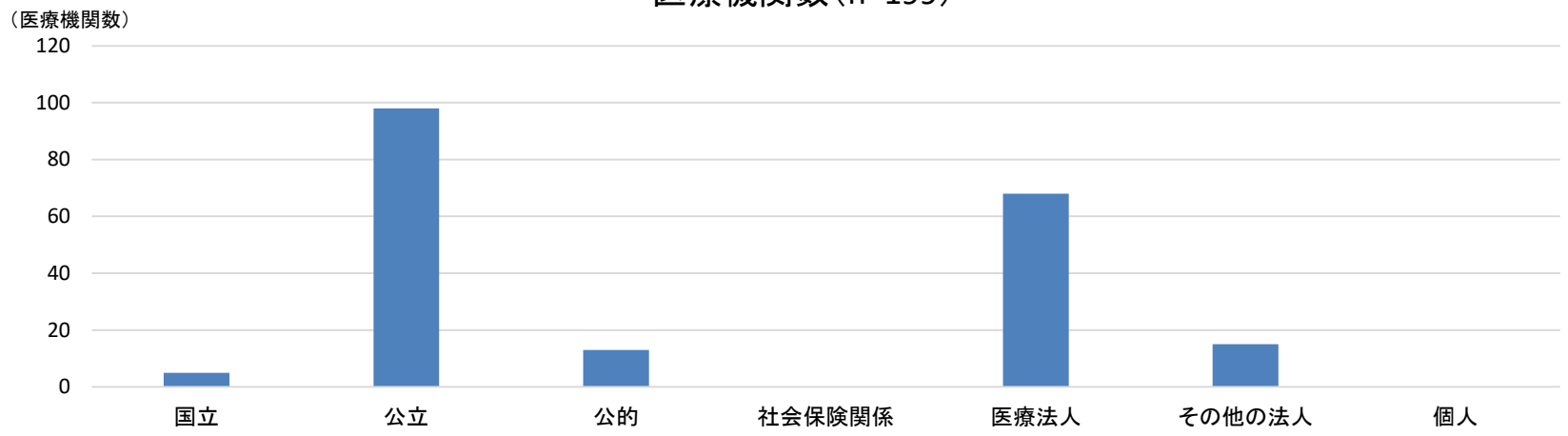
都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村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

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

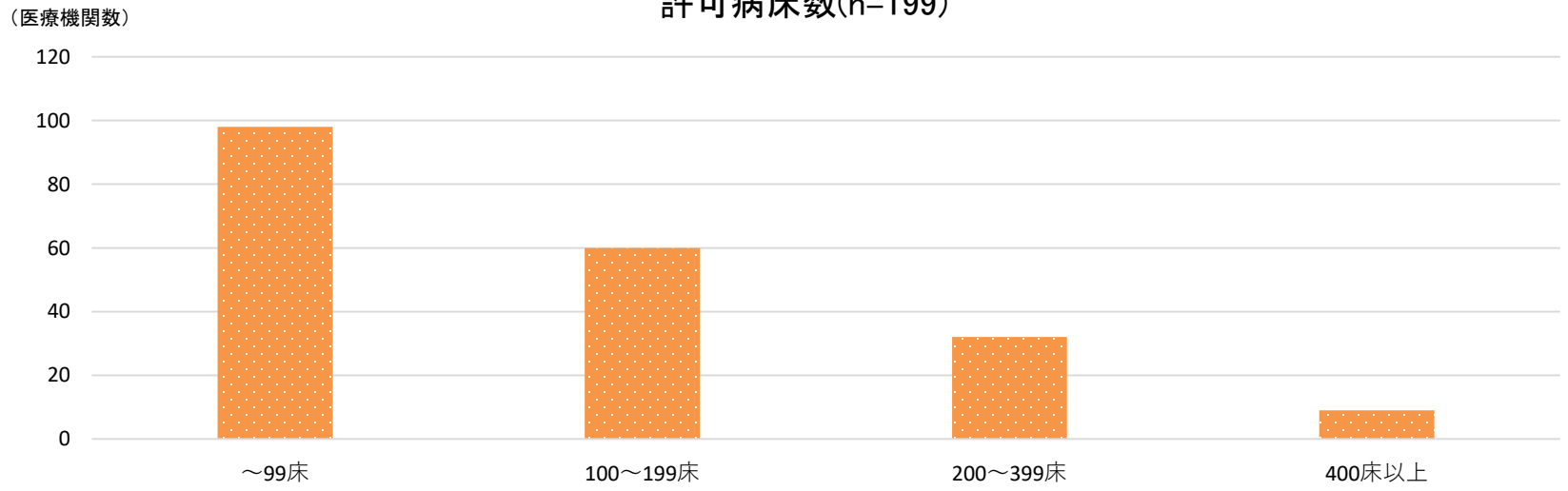
医療資源の少ない地域の病院について

○　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。

医療機関数（n=199）



許可病床数(n=199)



保険局医療課調べ（令和2年度病床機能報告より）

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 5月診療月			令和2年度 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	・　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	・　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	○　人員配置 ・　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 ・　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 ・　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
医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について	○　医師事務作業補助体制加算 ・　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 ・　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 ・　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 ・　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 ・　担当医がいない。 ○　在宅療養支援病院について ・　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 ・　小児科では利用しているが、高齢者は対応できていない。 ・　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。

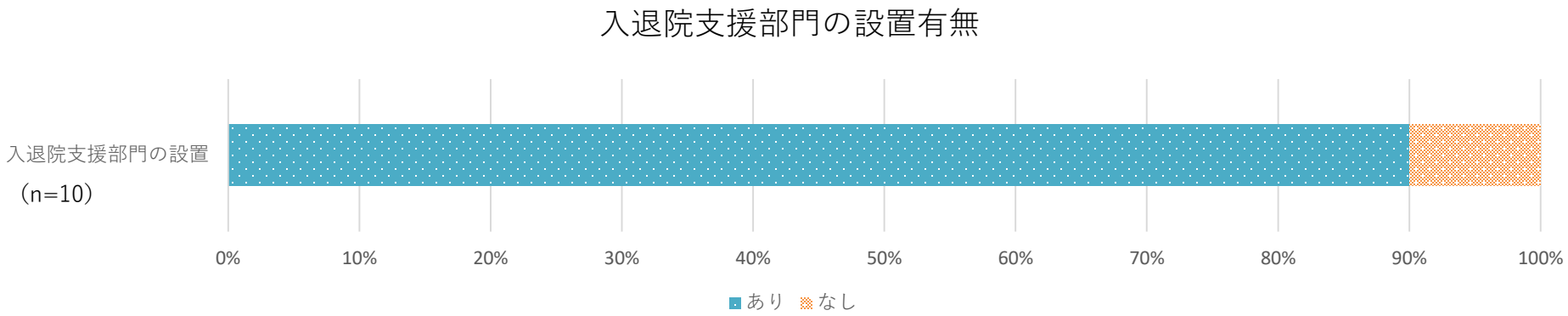
医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果③

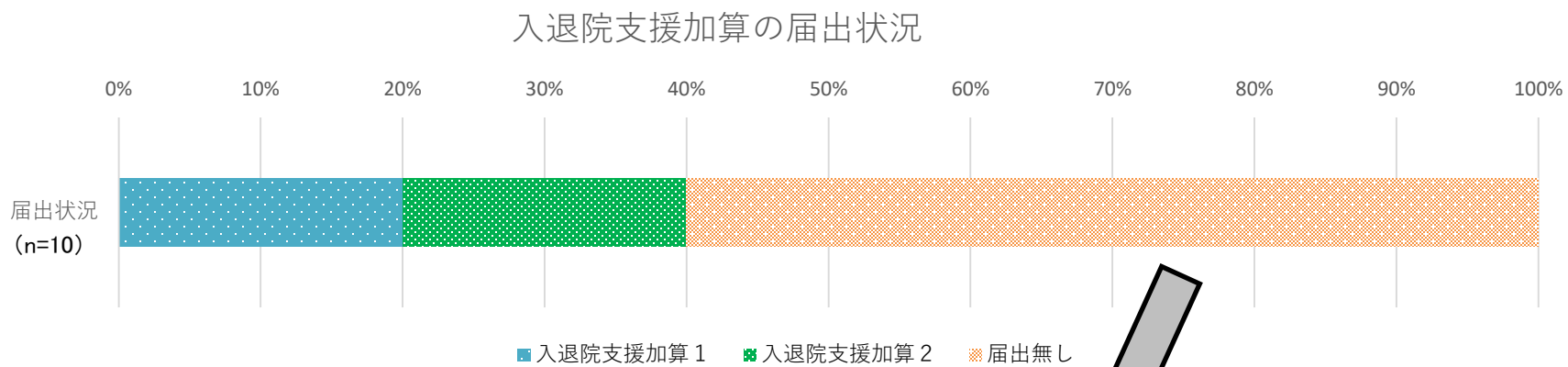
中医協　診－1
３．６．２３

設問	医療機関の主な意見等
その他	・ 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性がある。国で統一したICTの整備を行われることを期待する。 ・ ネットワークの環境や構築は、行政が主体で進めてほしい。 ・ 医師の少ない地域としては、数回の訪問診療実施後は研修医と看護師のみで訪問診療できるようなルールになってほしい。

入退院支援加算について

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





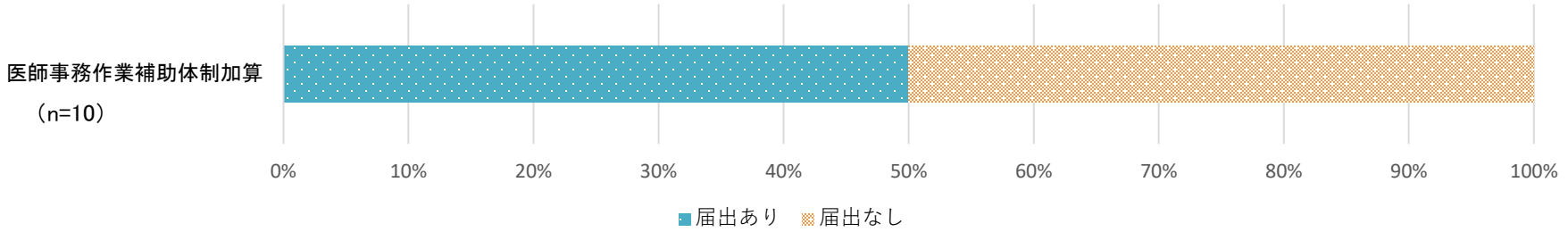
□　<u>入退院支援加算の届出が困難な理由</u>

- 専従の看護師を配置することが出来ない
- 入退院支援部門としての設置が困難
- 社会福祉士の人員不足
- 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行うことが、人員的に困難

出典：令和２年度入院医療等の調査

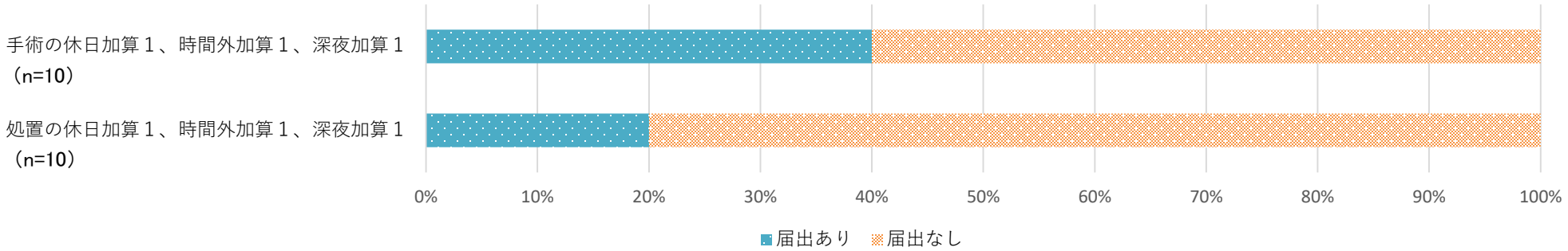
医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について

○　各施設基準の届出状況等は以下のとおりであった。



□　医師事務作業補助体制加算の届出が困難な理由(例)

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



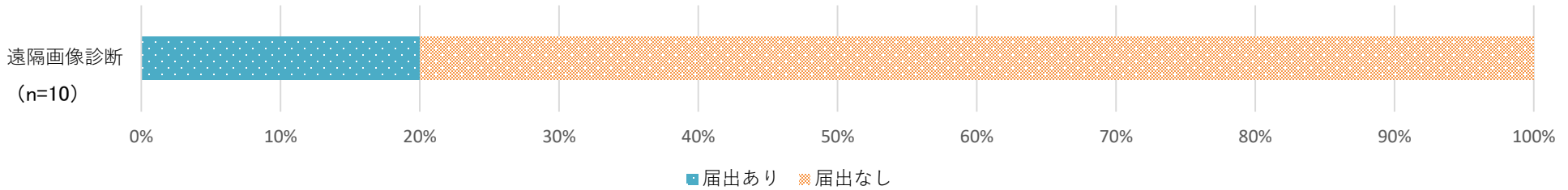
□　休日加算等の届出が困難な理由(例)

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

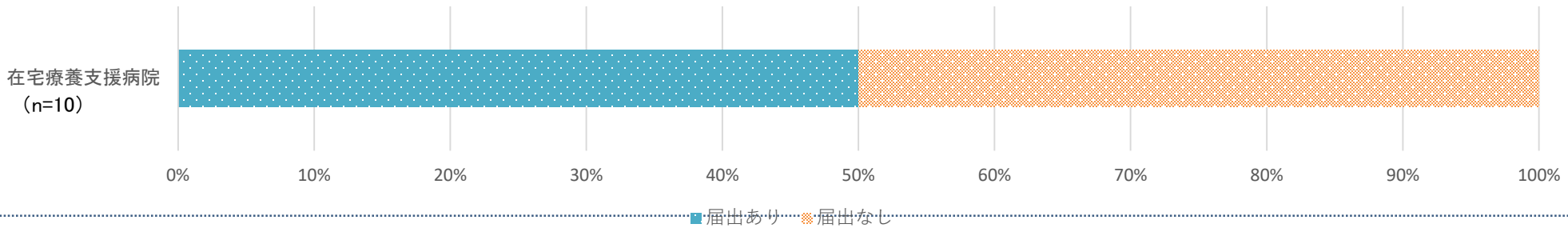
出典：令和２年度入院医療等の調査

医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について

○　各施設基準の届出状況等は以下のとおりであった。



□　遠隔画像診断の届出が困難な理由(例)
- 担当医がいないため。
- 医師の勤務環境が満たせないため

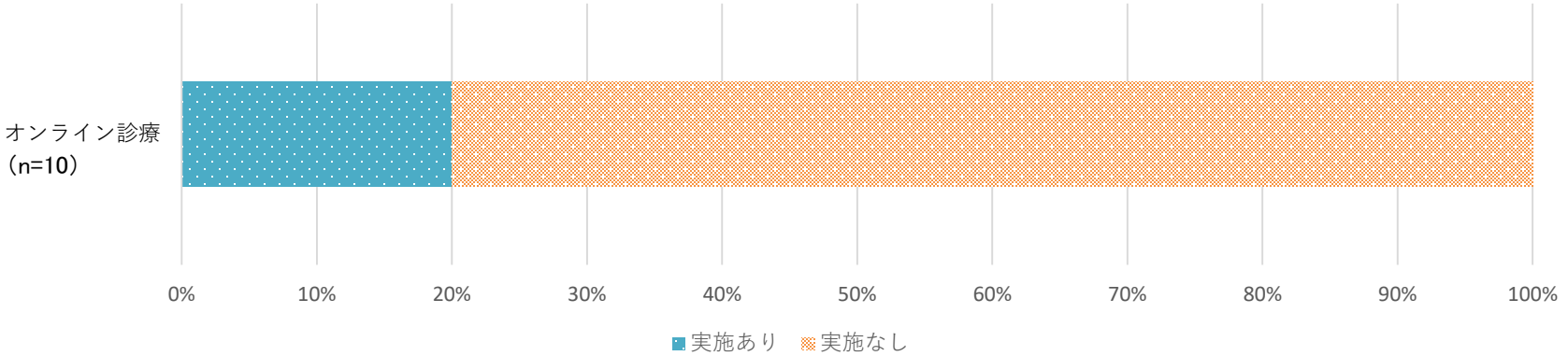


□　在宅療養支援病院の届出が困難な理由（例）
- 人員の確保が困難
- 医師不足により訪問診療ができないため。
- 訪問診療ができるような環境にないため。
- 現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難なため。
- 必要な患者に対し月１～２回訪問診療を実施しているが、現状以上の訪問診療は常勤医師の確保ができないと困難なため。
- 地理的にも1件あたりに時間を要するため。
- 地域のニーズもあり、当院の役割としても訪問診療の必要性を感じているが実現できない状況であるため。

出典：令和２年度入院医療等の調査

医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について

○　オンライン診療の実施状況等は以下のとおりであった。



□　<u>オンライン診療の実施が困難な理由（例）</u>

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

出典：令和２年度入院医療等の調査

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

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。

- 入院時支援加算
- 入退院支援加算
- 地域連携診療計画加算
- 退院時共同指導料

外来・在宅　→　入院　→　外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

病棟



≪入退院支援の対象となる患者≫
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- **虐待を受けている又はその疑いがある**
- **生活困窮者**
- 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
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は**介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

外来部門

【入院前からの支援】
- （入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成　　等



在宅療養を担う関係機関等



【退院時共同指導】
- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入退院支援加算の概要①

Ａ２４６　　入退院支援加算（退院時１回）

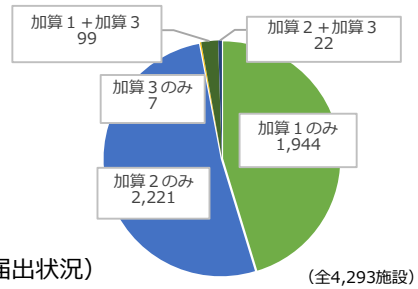
- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算１　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　６００点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　１，２００点
  入退院支援加算２　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　１９０点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　６３５点
  入退院支援加算３　　１，２００点
- 入退院支援加算１又は２を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。
  小児加算　　２００点

［主な算定要件・施設基準］

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

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

入退院支援加算の届出状況



【出典】
保険局医療課調べ
（令和元年７月１日の届出状況）

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

➢ 入院時支援加算１　230点

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

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

入院時支援加算２　200点（退院時１回）

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

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

医療機関間の連携に関する評価

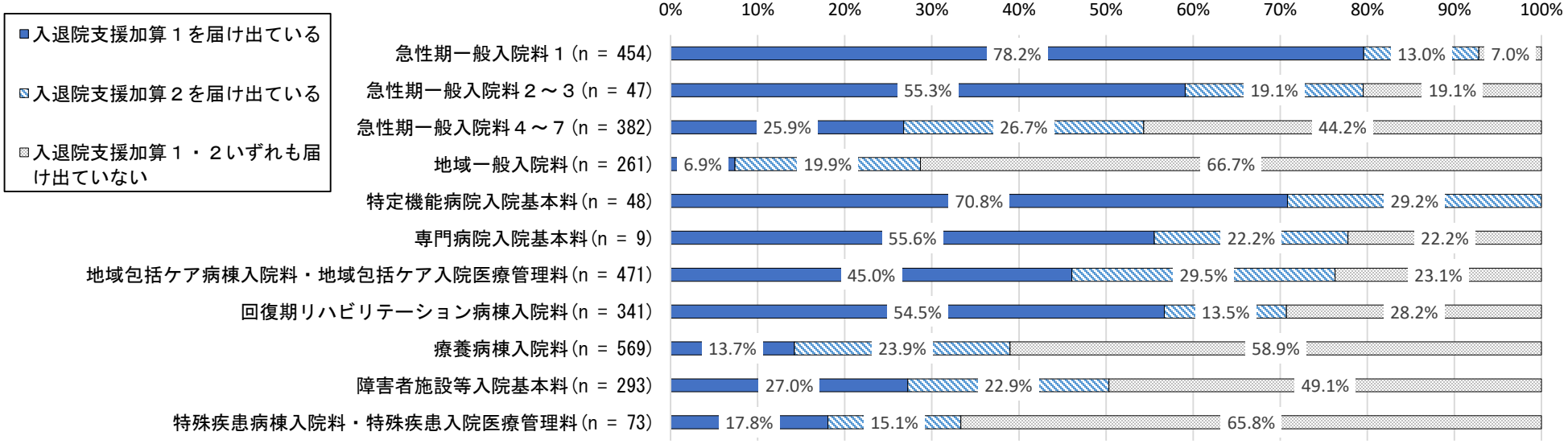
➢ 地域連携診療計画加算　３００点（退院時１回）

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

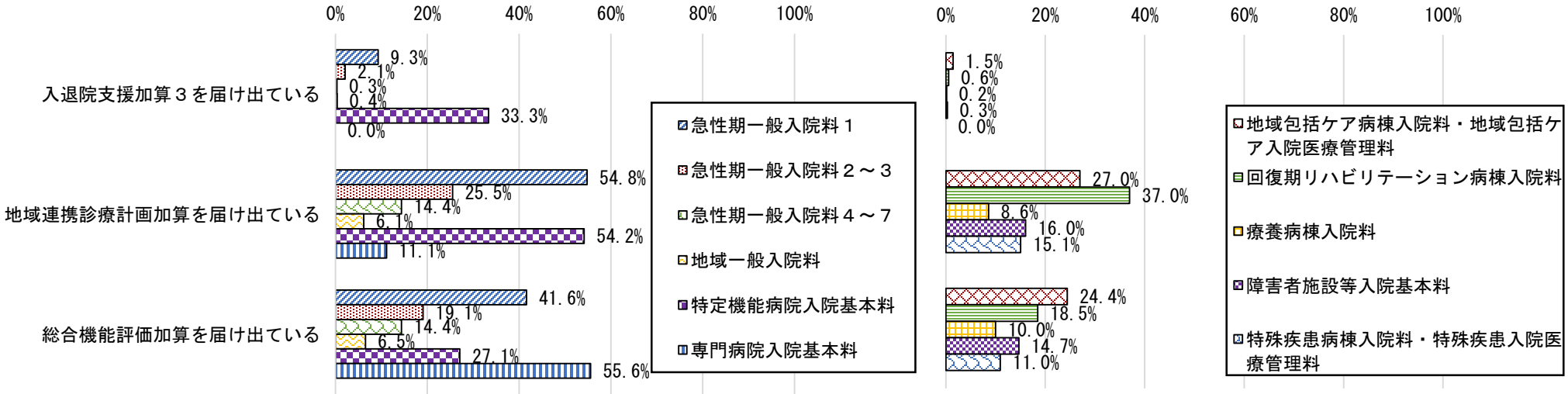
入退院支援加算の届出状況

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

入退院支援加算１又は２の届出状況



入退院支援加算等の届出状況　（複数回答）

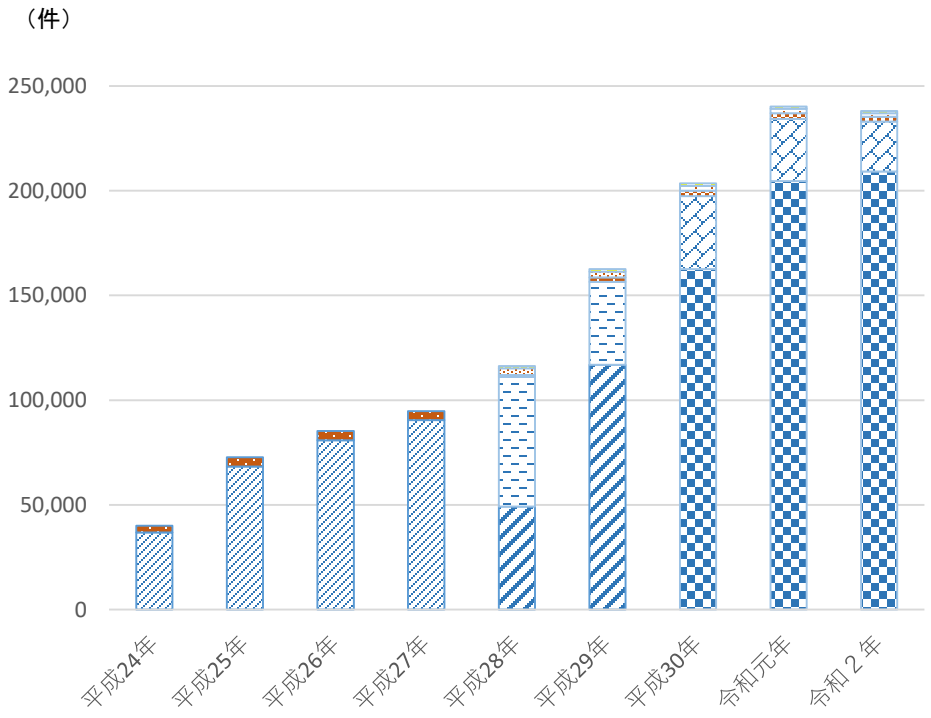


出典：平成２年度入院医療等の調査（施設票）　※無回答は省略

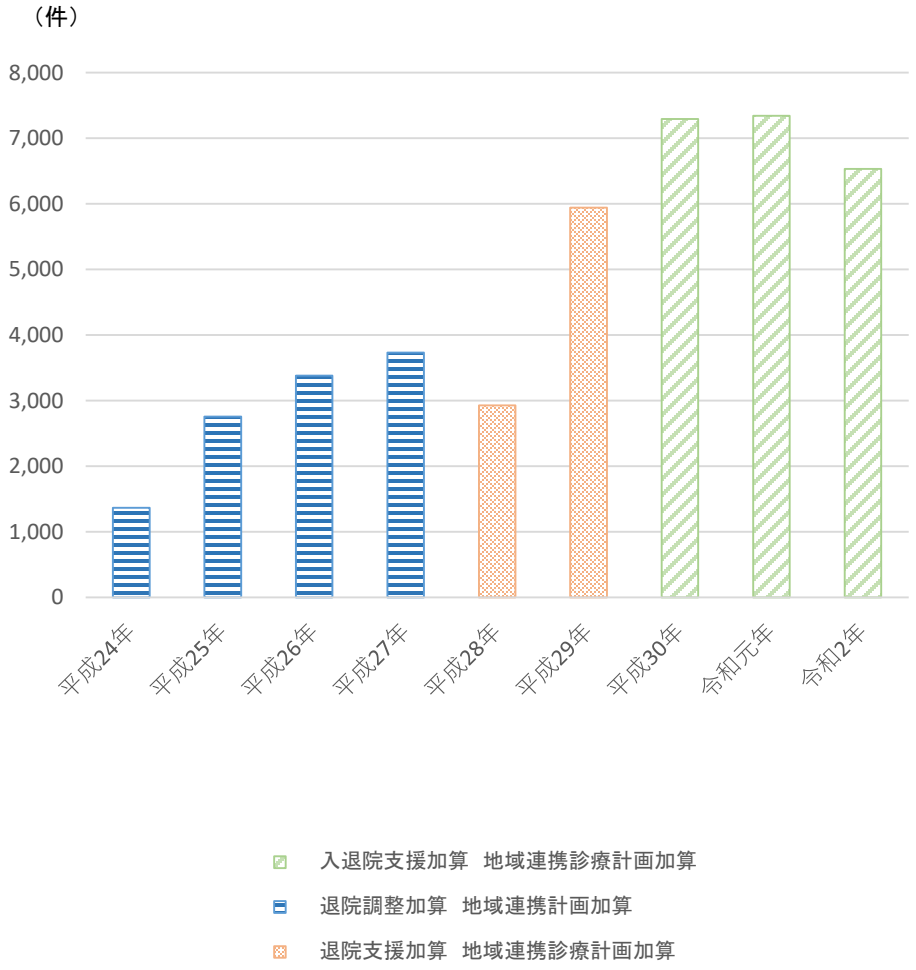
入退院支援加算等の算定状況

○　入退院支援加算（平成24～27年は退院調整加算、平成28～29年は退院支援加算）の算定件数は増加傾向だが、近年は横ばい。

入退院支援加算の算定件数



地域連携診療計画加算の算定件数

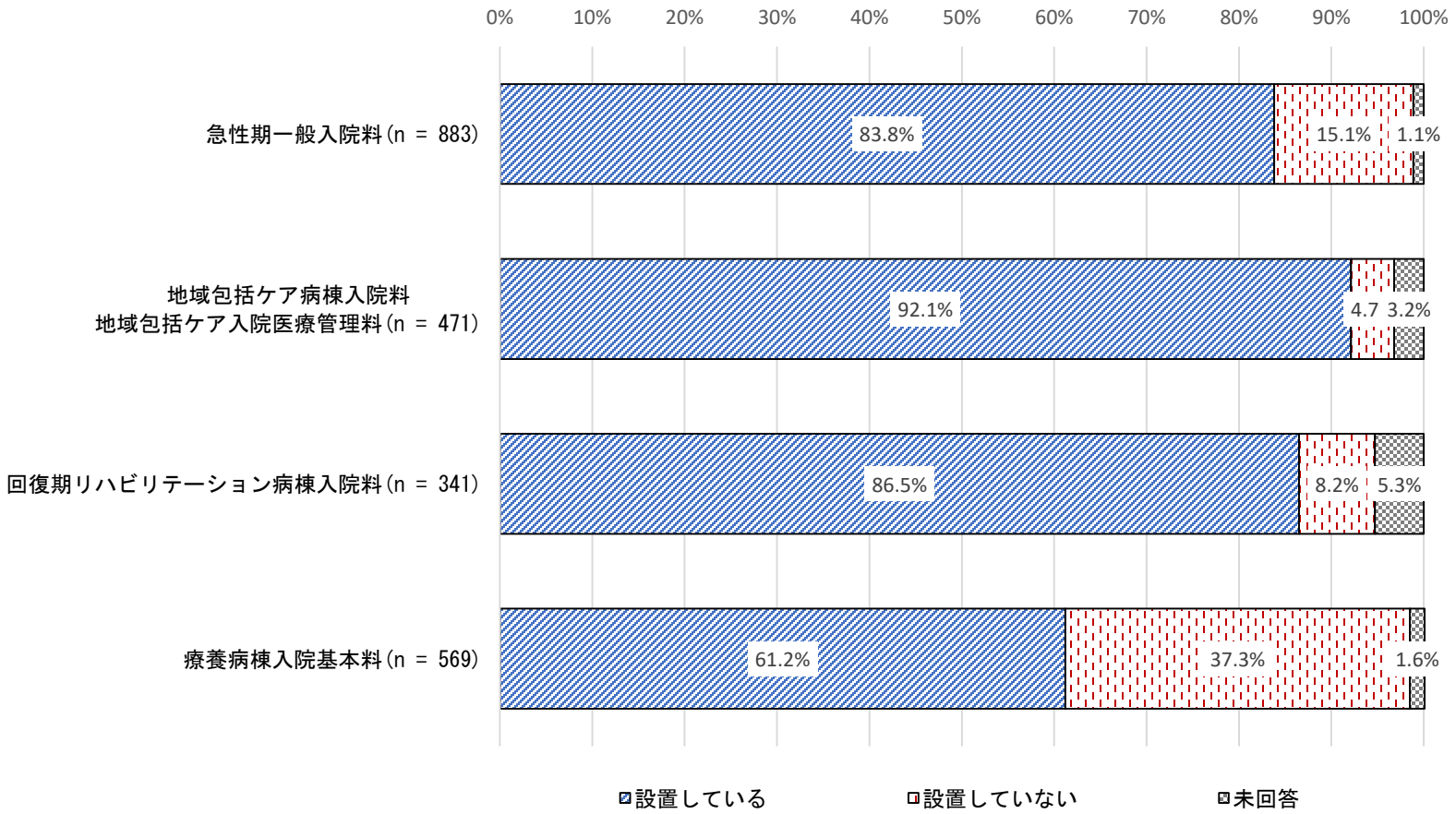


出典：社会医療診療行為別統計

入退院支援部門の設置状況

○　急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、８割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。

入退院支援部門の設置状況



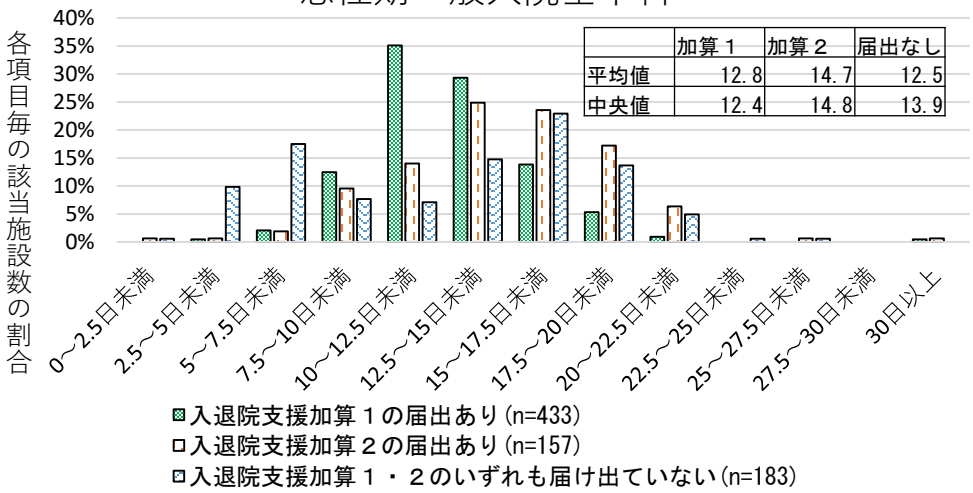
出典：平成２年度入院医療等の調査（施設票）※届出区分が無回答のものは除く

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

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

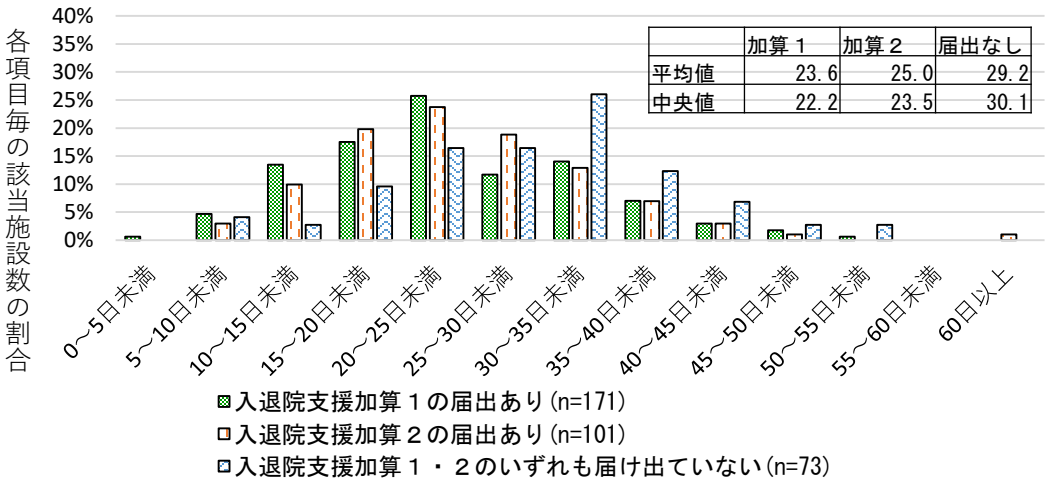
入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

＜急性期一般入院基本料＞



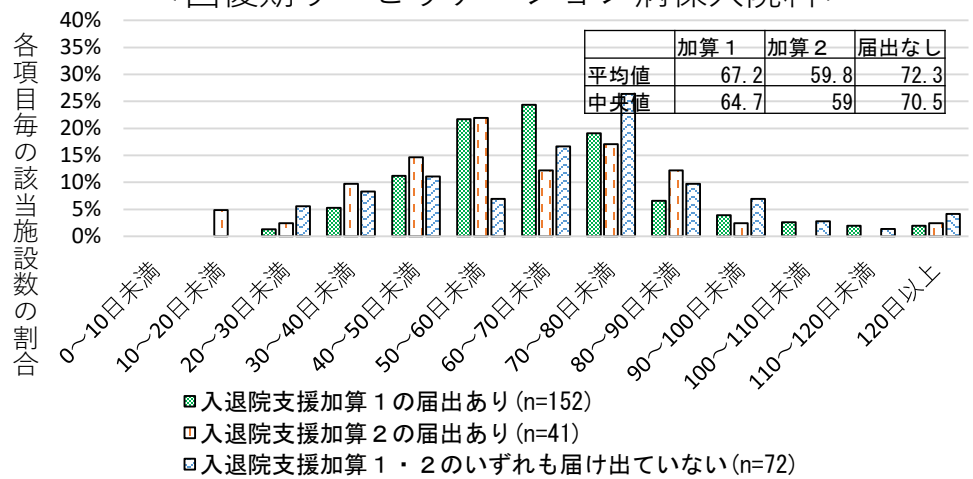
	加算１	加算２	届出なし
平均値	12.8	14.7	12.5
中央値	12.4	14.8	13.9

＜地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料＞



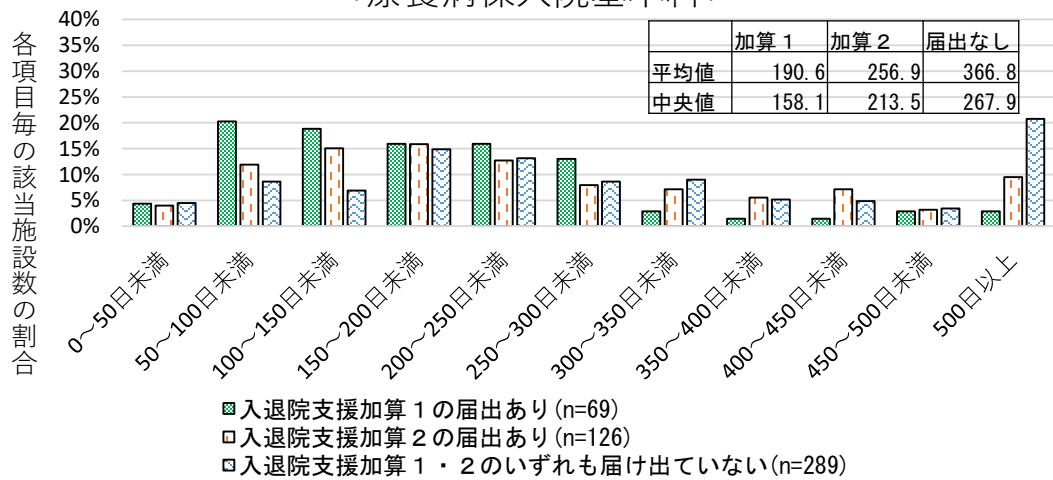
	加算１	加算２	届出なし
平均値	23.6	25.0	29.2
中央値	22.2	23.5	30.1

＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞



	加算１	加算２	届出なし
平均値	67.2	59.8	72.3
中央値	64.7	59	70.5

＜療養病棟入院基本料＞

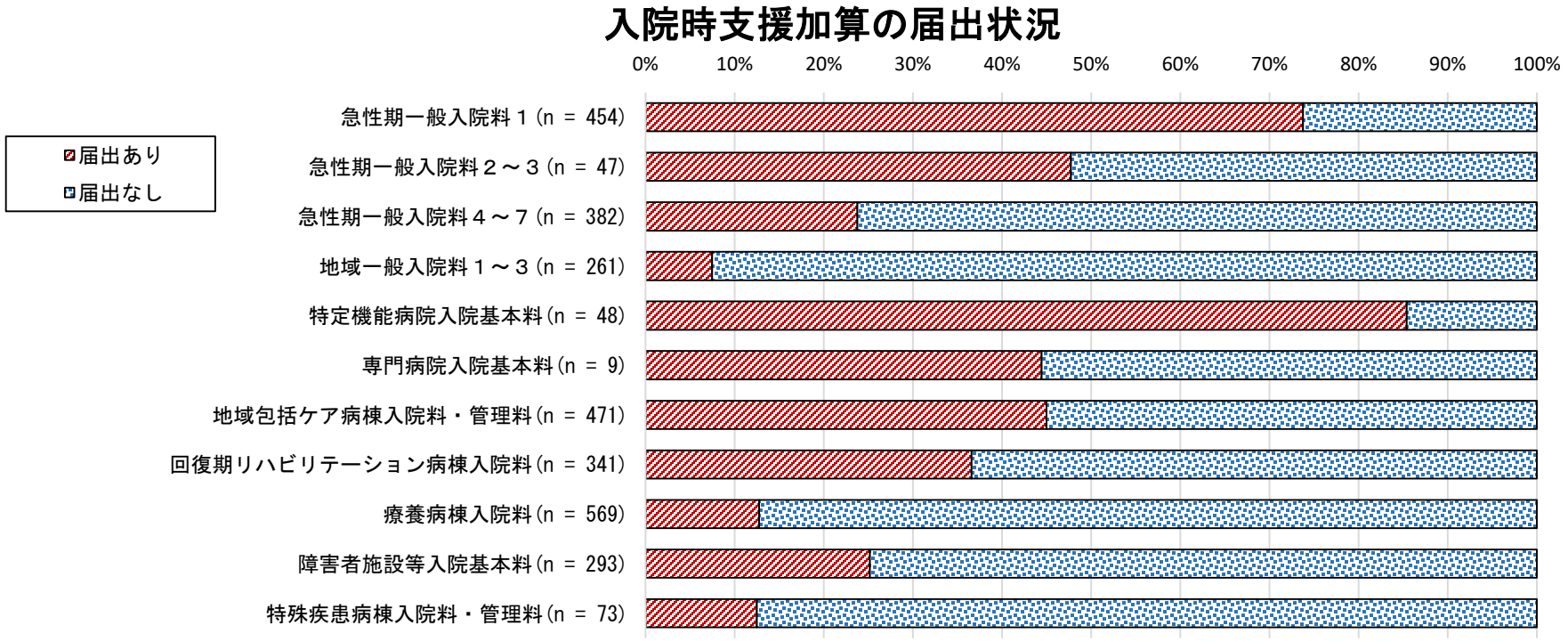


	加算１	加算２	届出なし
平均値	190.6	256.9	366.8
中央値	158.1	213.5	267.9

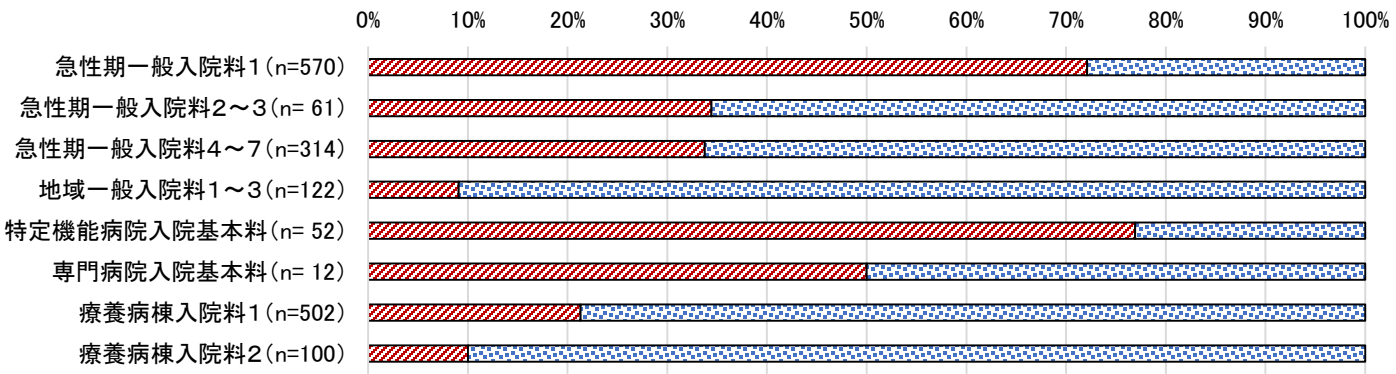
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）　※無回答のものは除く

入院時支援加算の届出状況

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



参考：令和元年度調査

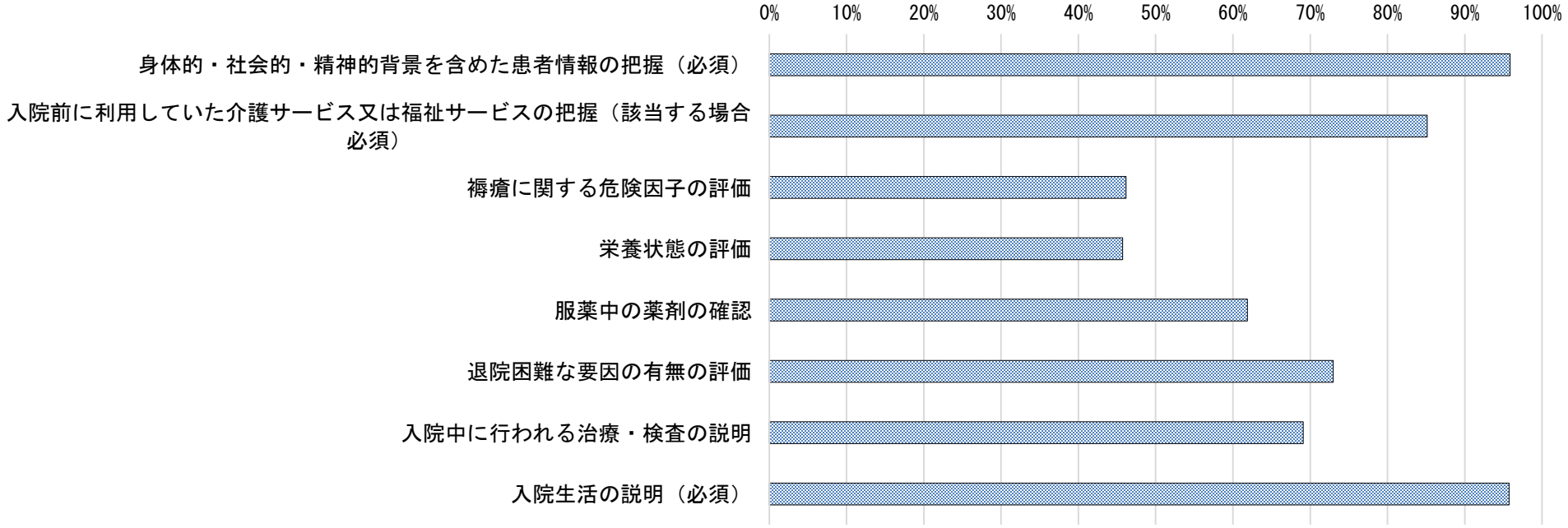


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）　※無回答は除く

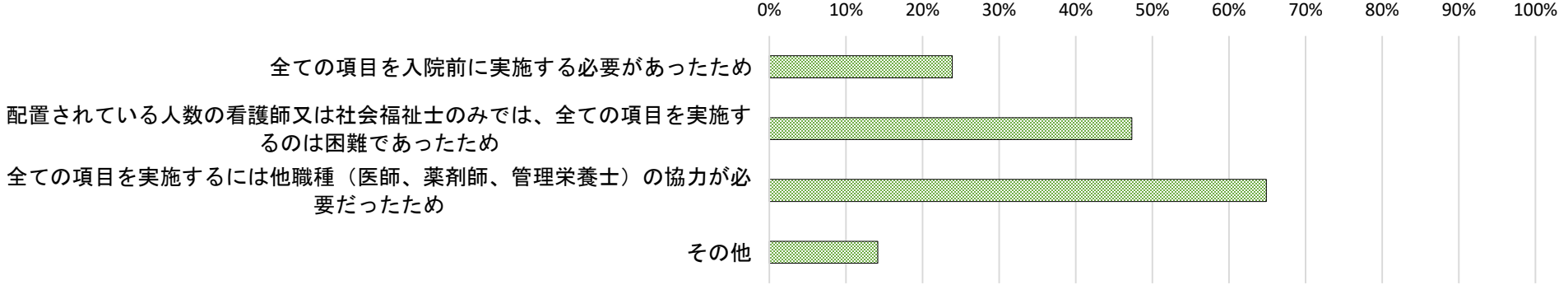
入院時支援加算２を算定した患者の入院前に実施した事項

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

入院時支援加算2を算定した患者について、入院前に実施した事項（複数回答）



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



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）　※令和2年8月～10月の3か月間の算定患者における内訳

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

認知症対策の充実

（参考）認知症ケア加算の主な要件等

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



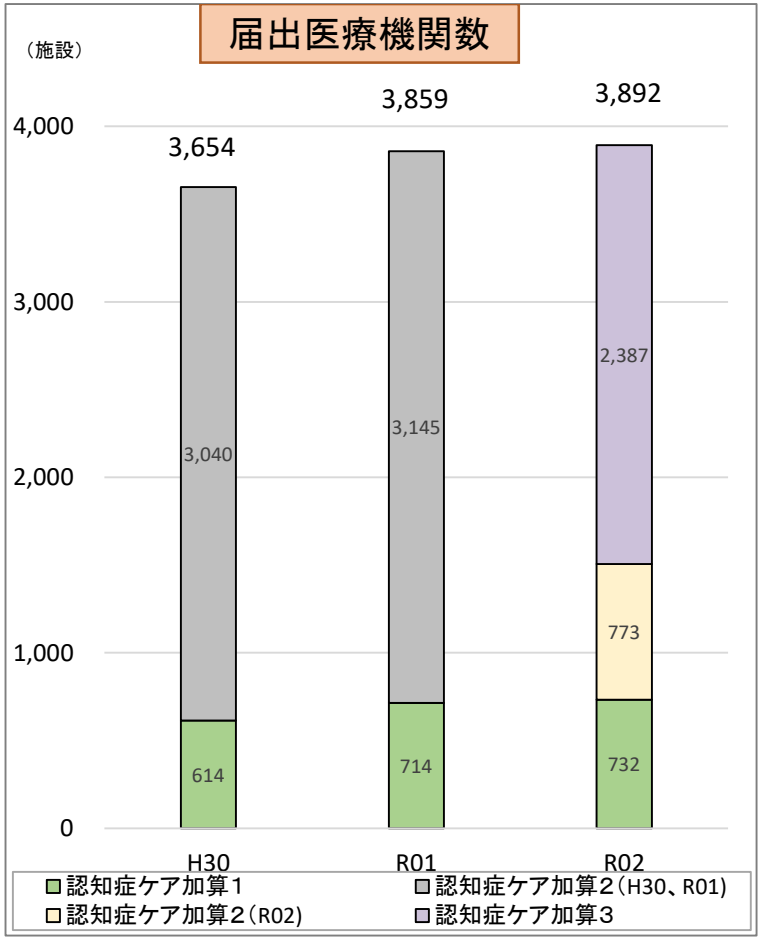
※1　イ：14日以内の期間、ロ：15日以上の期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

※2　認知症ケア加算１の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。
① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修　② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

認知症ケア加算の算定状況

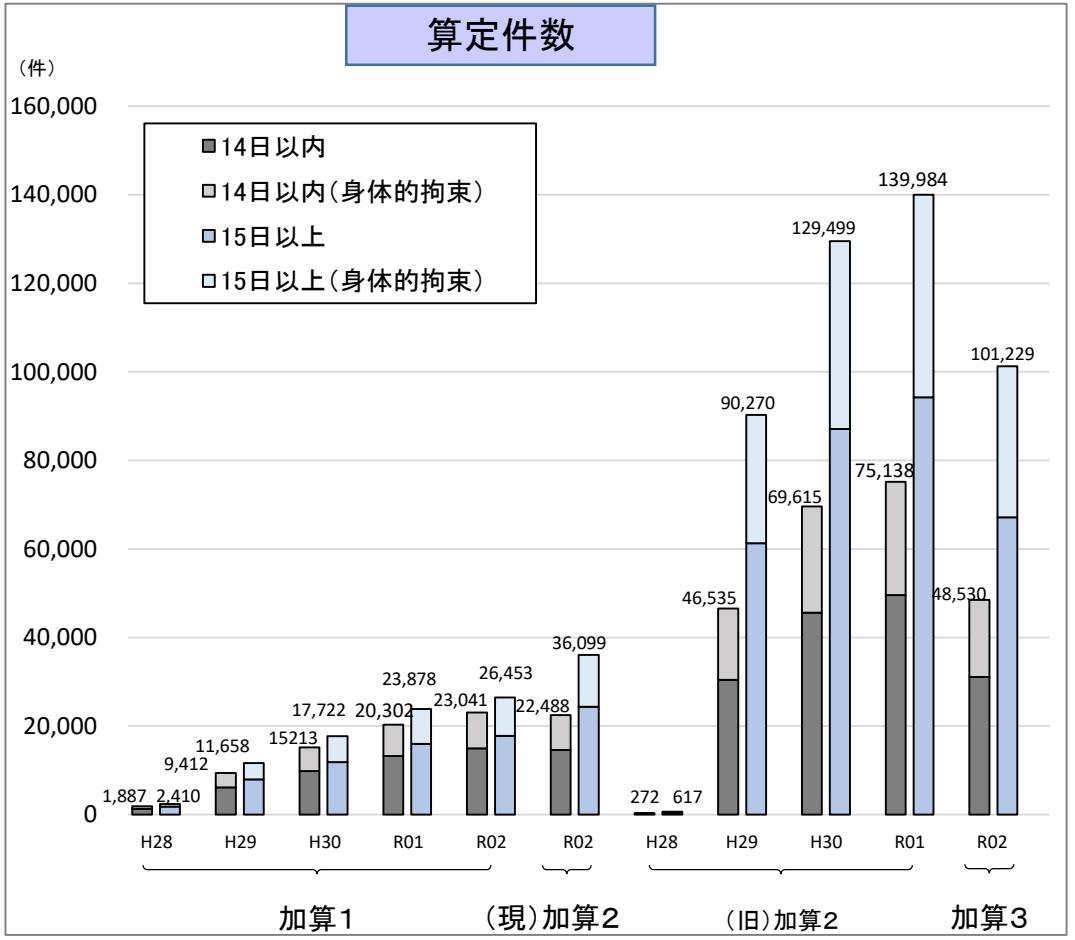
〇認知症ケア加算の届出医療機関数・算定件数は、令和２年度診療報酬改定前後で大きな変化は見られない。

届出医療機関数



【出典】NDB集計
※各加算における（14日以内の期間）の医療機関数

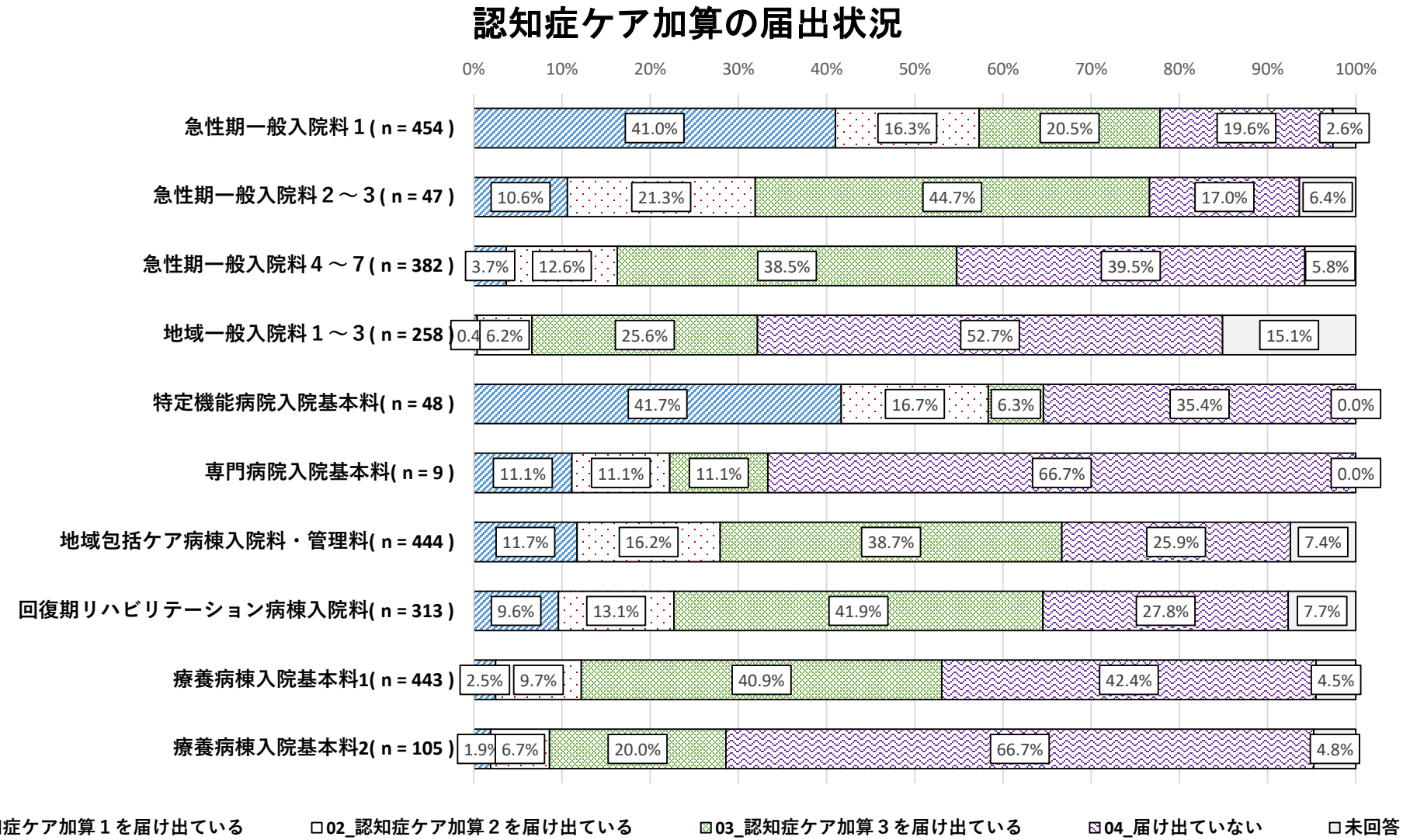
算定件数



【出典】社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

認知症ケア加算の届出状況

○　認知症ケア加算１の届出は、急性期一般入院料１・特定機能病院で多く、その他の入院料では認知症ケア加算３の届出が多かった。

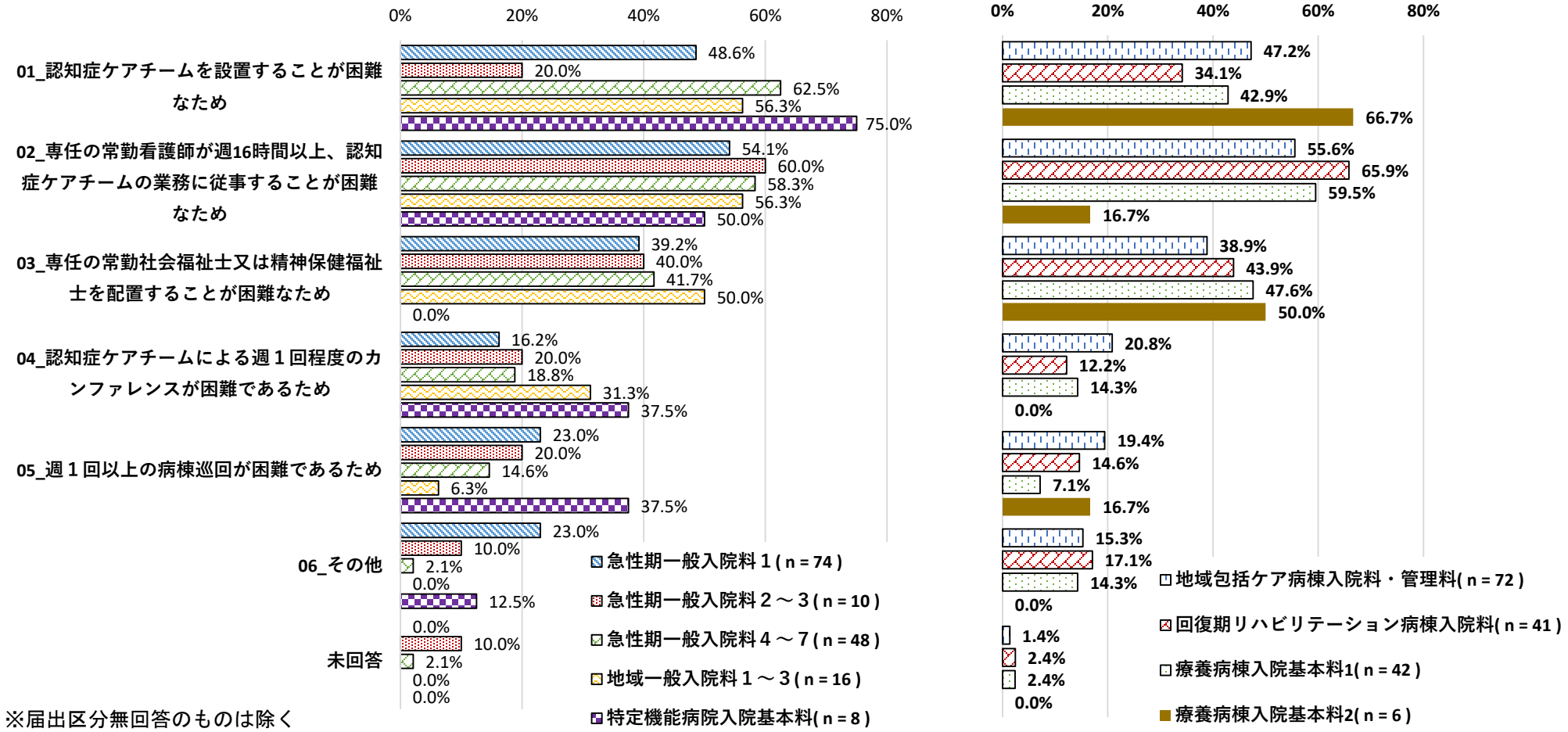


出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）　　n =2以下の入院料を除く

認知症ケア加算１を届出ていない理由

○　認知症ケア加算１を届出ていない理由として、「認知症ケアチームを設置することが困難なため」「専任の看護師が週16時間以上認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため」が多かった。

認知症ケア加算１を届出ていない理由　（複数回答）



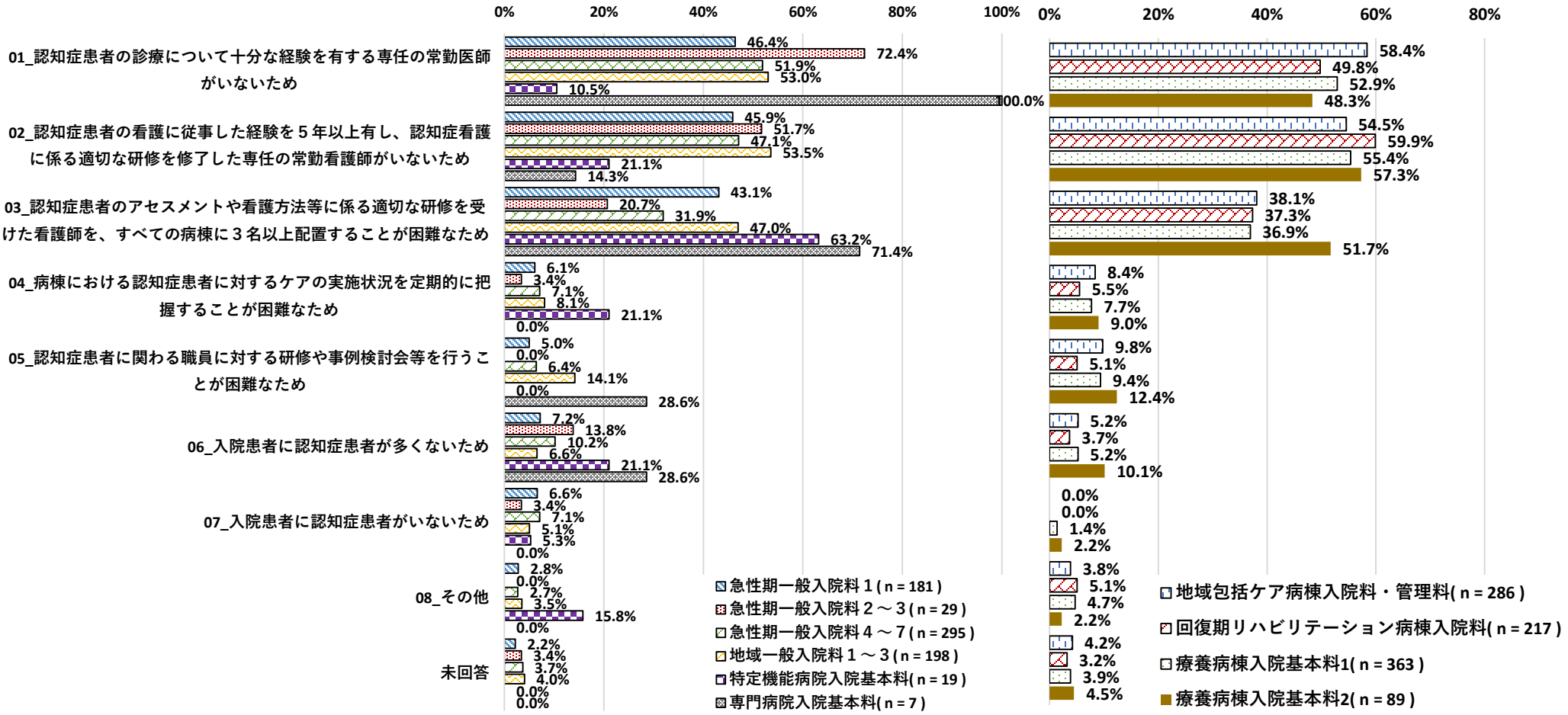
※届出区分無回答のものは除く

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）　n =2以下の入院料を除く

認知症ケア加算２を届出ていない理由

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

認知症ケア加算２を届出ていない理由 （複数回答）



※届出区分無回答のものは除く

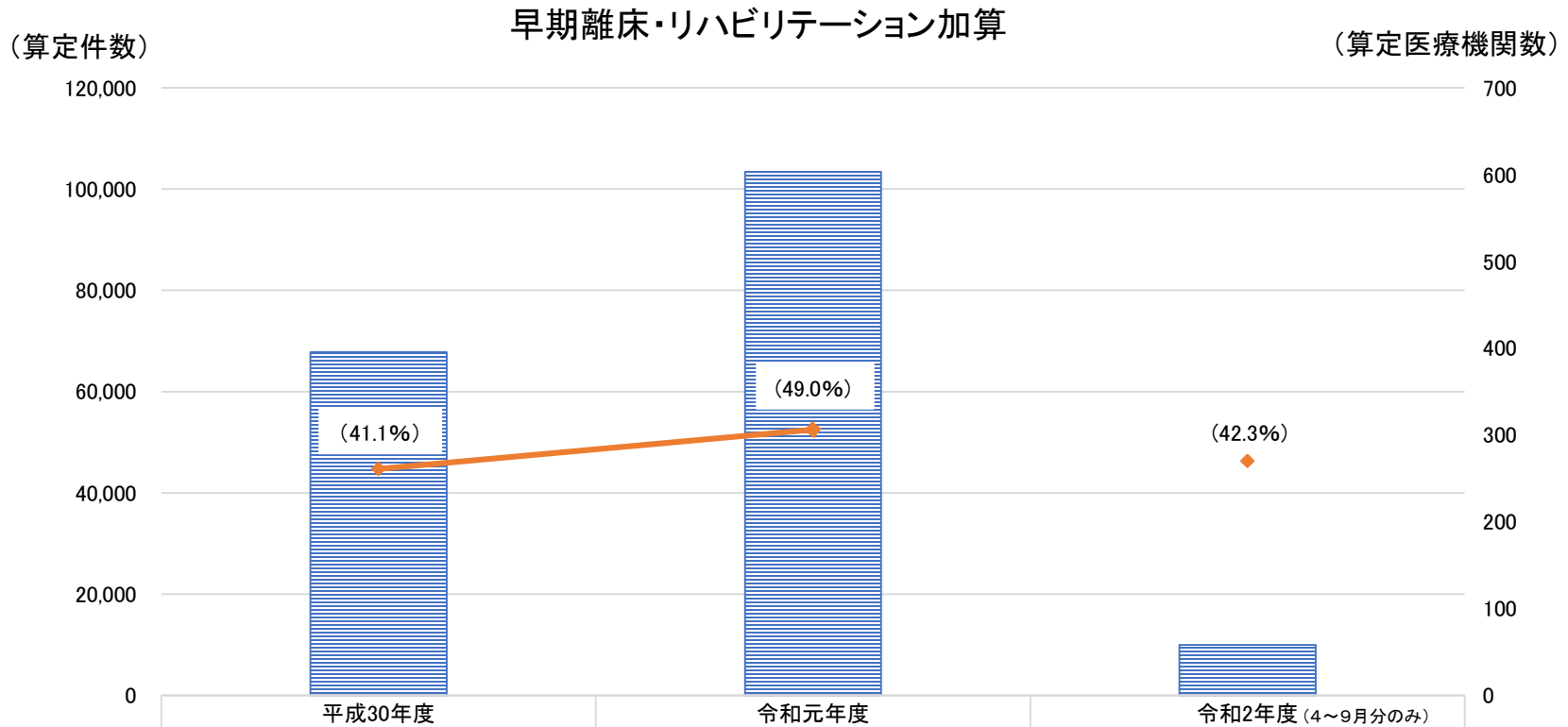
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

n =2以下の入院料を除く

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

早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

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

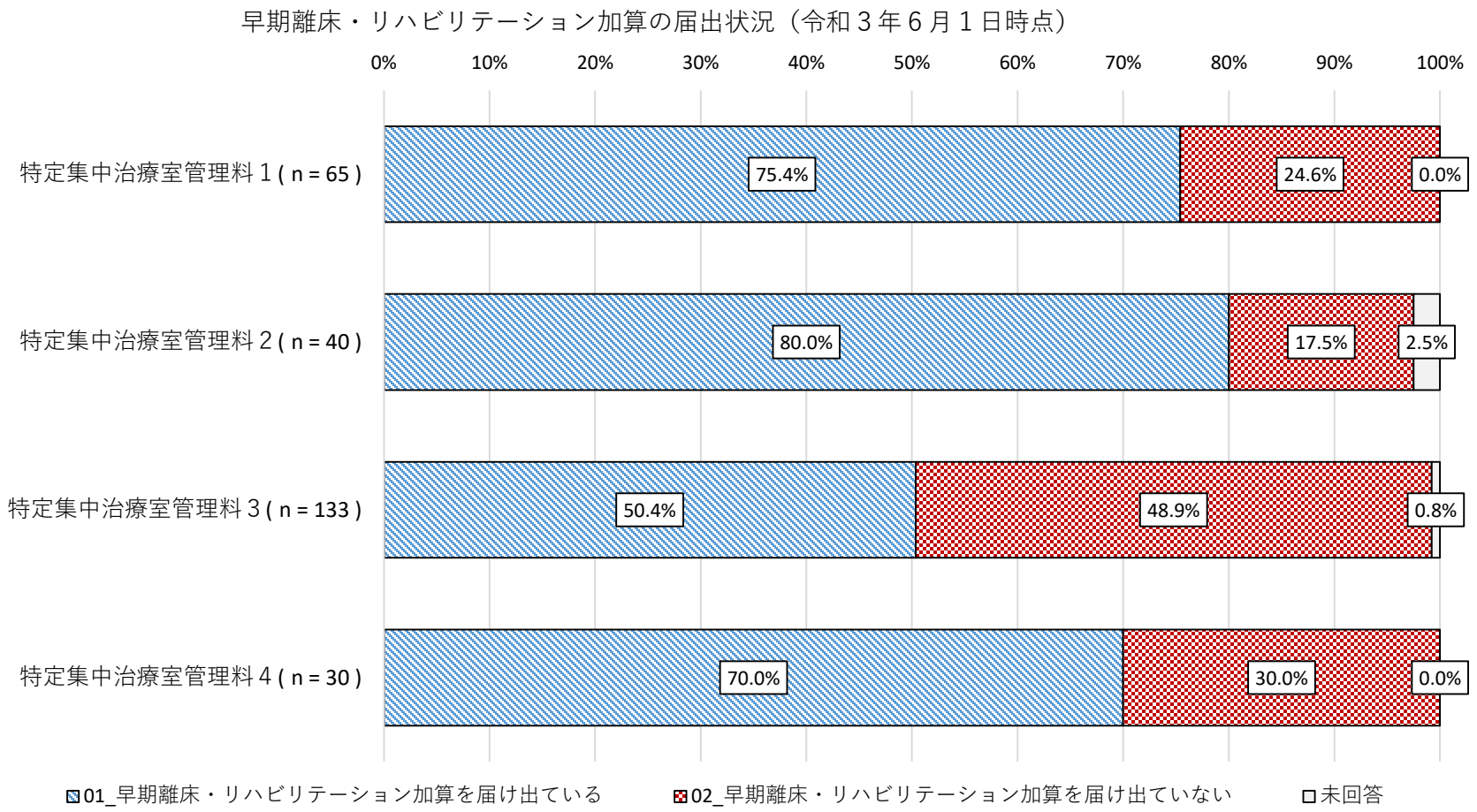


	平成30年度	令和元年度	令和2年度（4～9月分のみ）
算定件数	67,806	103,415	9,943
算定医療機関数	261　（41.1%）	306　（49.0%）	270（42.3%）
特定集中治療室管理料届出医療機関数	635	624	639

※括弧内には特定集中治療室管理料届出医療機関数に対する早期離床・リハビリテーション加算算定医療機関数の割合を記載。
※NDBデータより各年度の算定状況を集計
※届出医療機関数は各年度の中医協報告「施設基準等の届出状況」より抜粋

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

○　特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算の届出状況は以下のとおりであった。

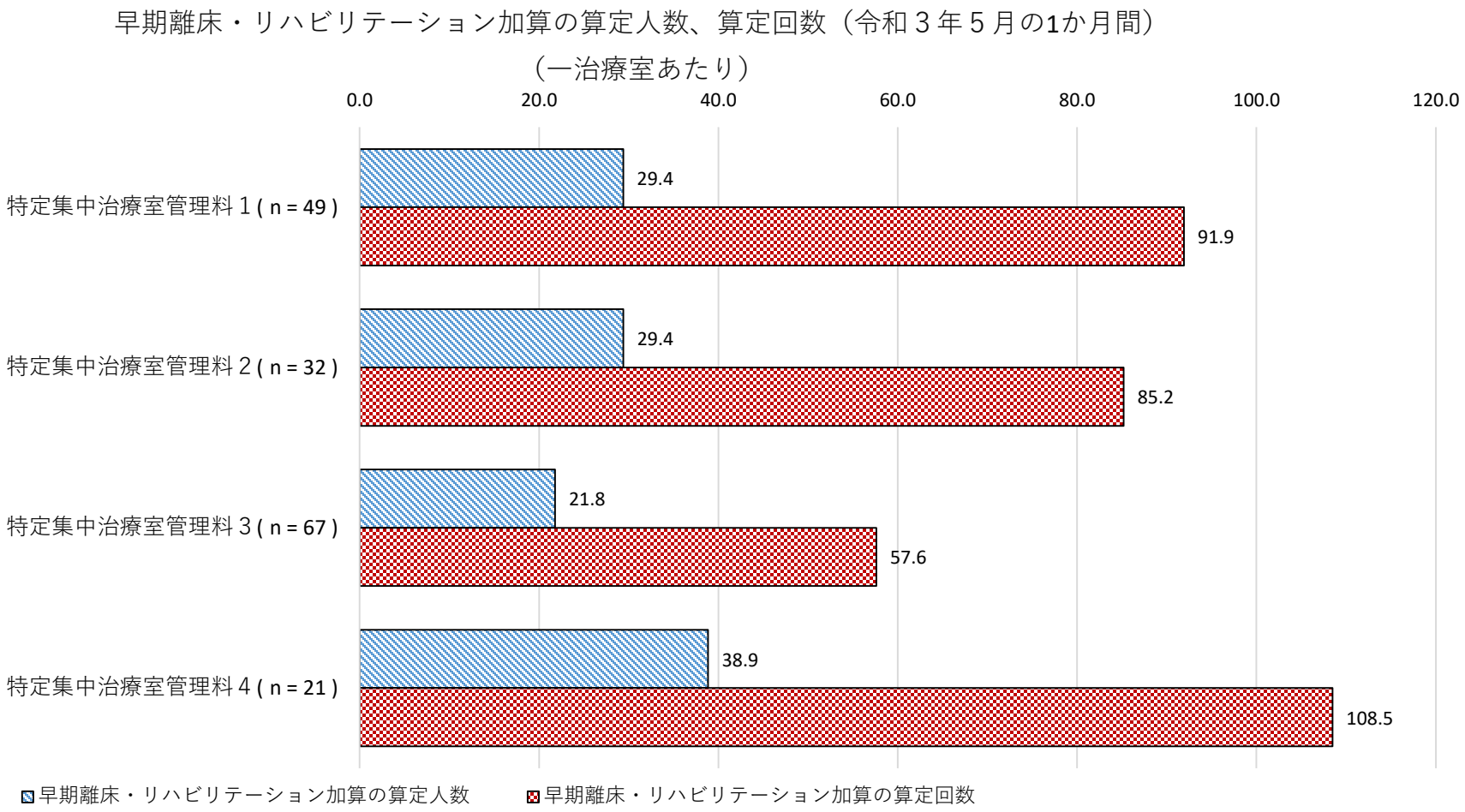


出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

○　特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算の算定人数及び算定回数は、以下のとおりであった。

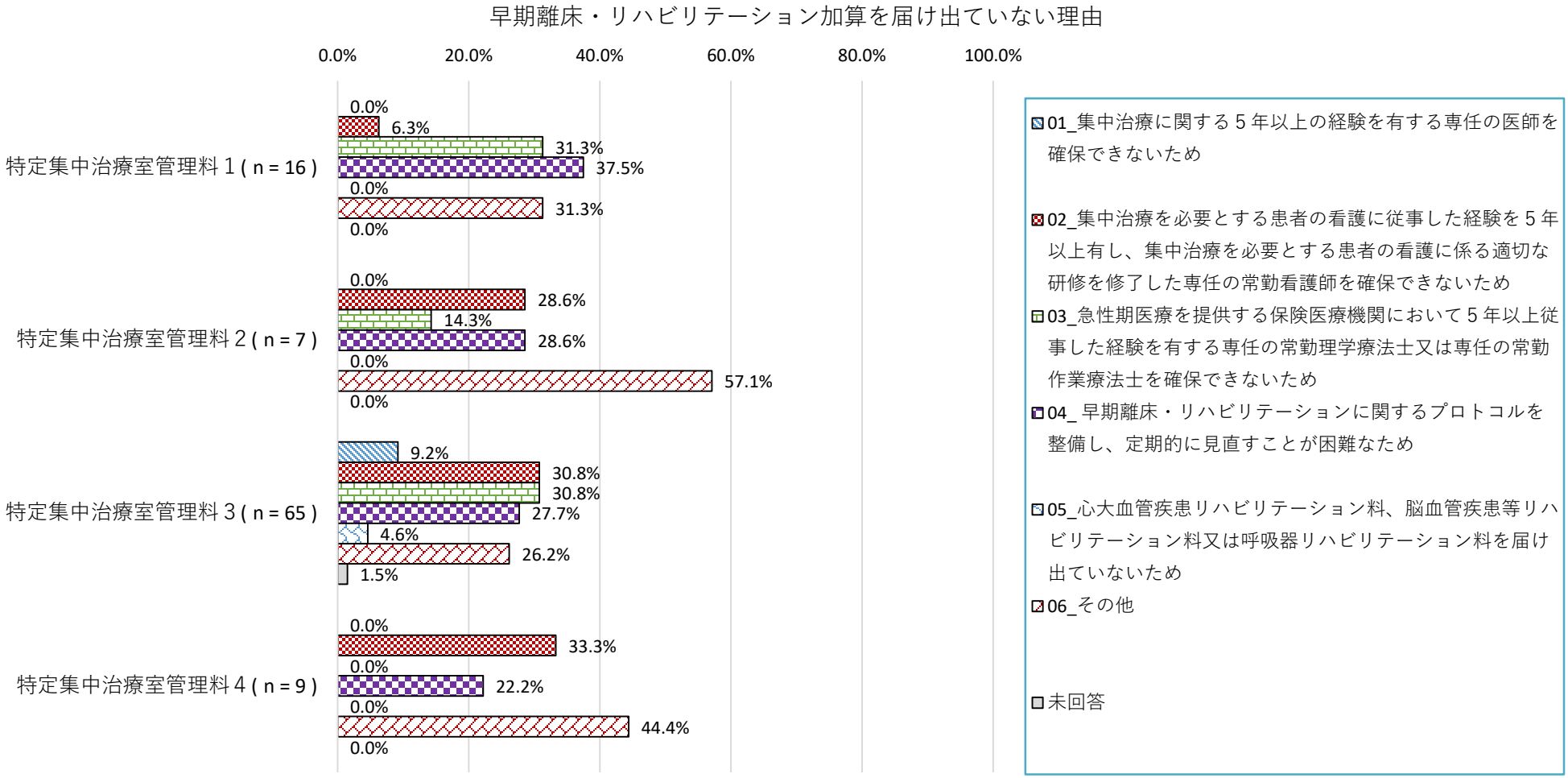


出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※無回答は除く
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床・リハビリテーション加算を届出ていない理由

○　特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を届出ていない理由については、以下のとおりであった。

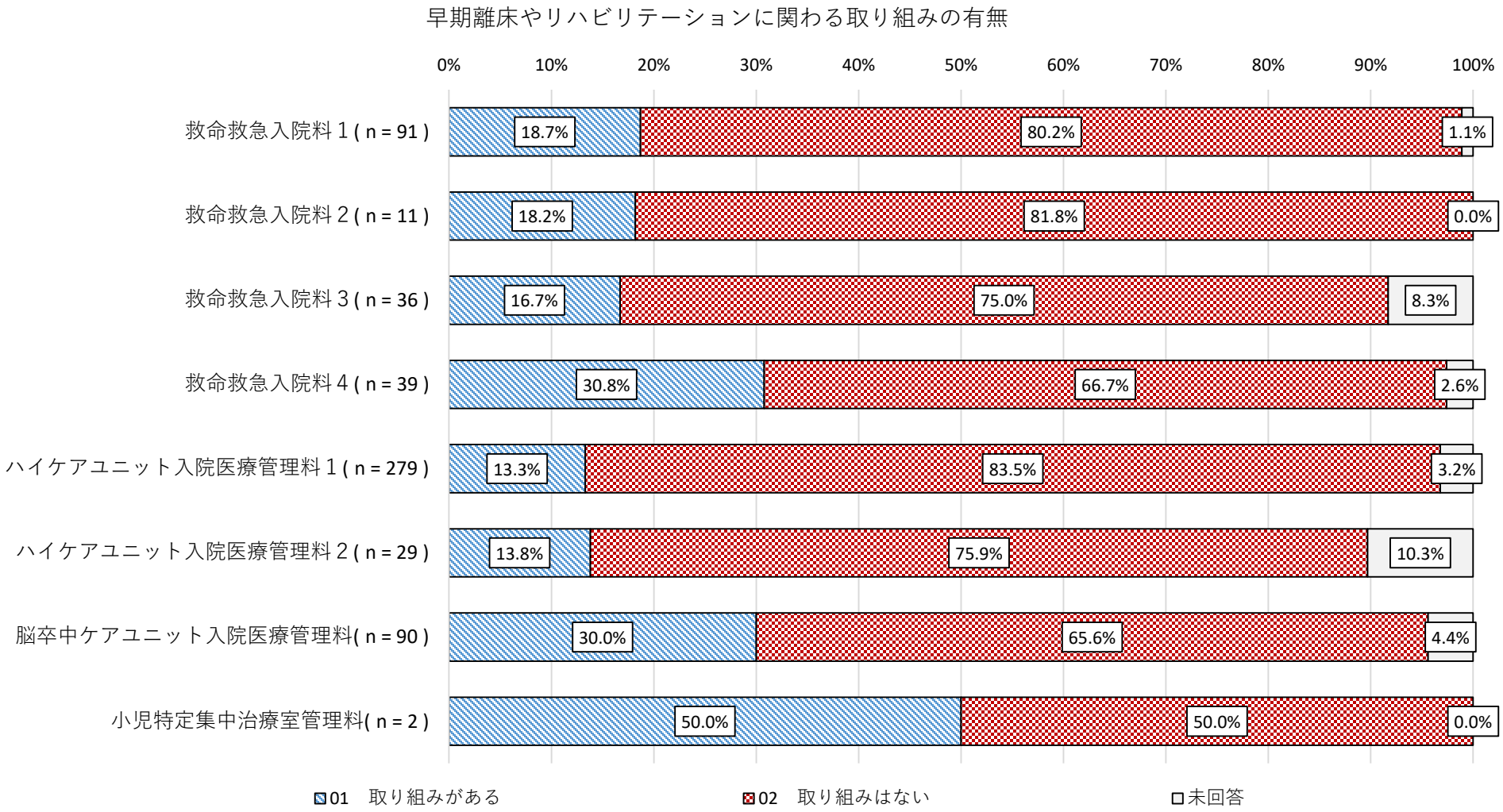


出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※複数回答
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床やリハビリテーションの実施状況

○　早期離床・リハビリテーション加算の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの有無については、以下のとおりであった。

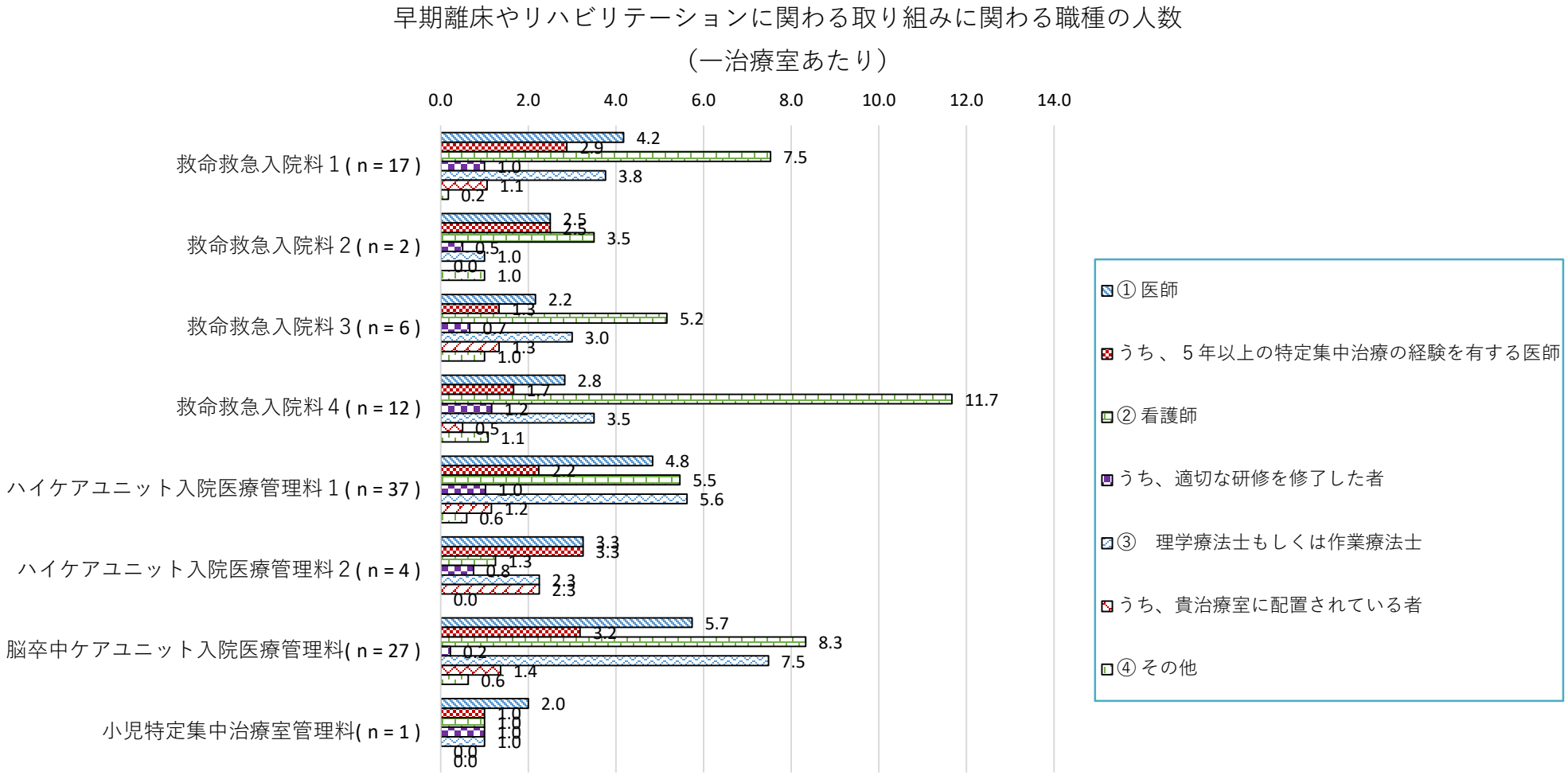


出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※簡易な報告で新たに治療室となった治療室を除く

早期離床やリハビリテーションに関わる職種

○　早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みにおける職種の人数は、以下のとおりであった。

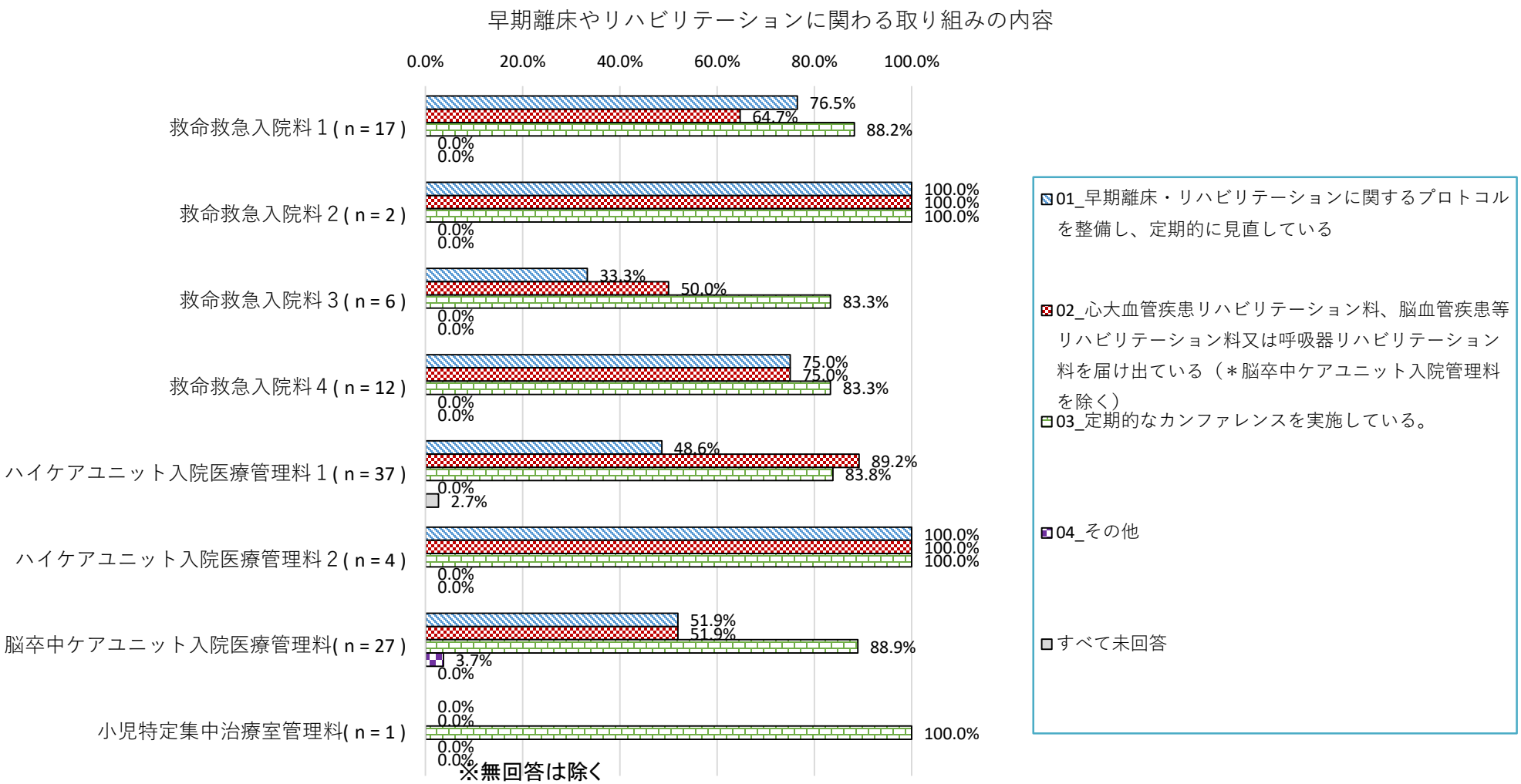


出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※無回答は除く
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

早期離床やリハビリテーションの活動内容

○　早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みを行っている治療室の活動内容は、以下のとおりであった。

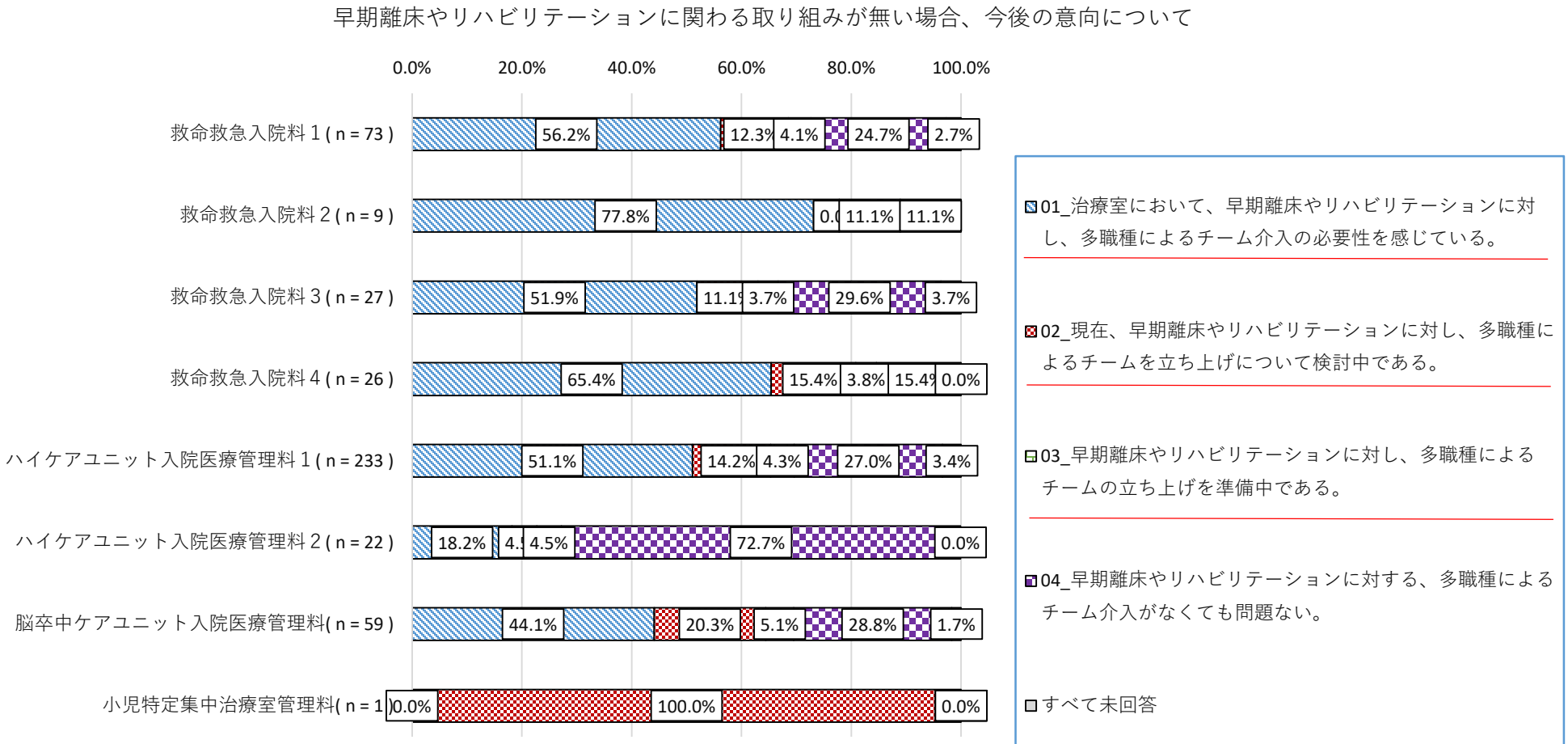


※無回答は除く
※複数回答
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

早期離床やリハビリテーションについての今後の意向

○　早期離床やリハビリテーションに関わるチーム活動がない治療室において、早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチームについて「必要性を感じている」、「検討中である」又は「準備中である」と回答した医療機関はハイケアユニット入院医療管理料２を除く、全ての治療室において6割以上であった。



※無回答は除く
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

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

早期栄養介入等の現状について

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

表　早期栄養介入管理加算の実績について

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

※NDBデータより算定状況を集計

（参考）　特定集中治療室の平均在室日数

	平均日数
平成30年度	3.5
令和元年度	3.5
令和2年度	3.4

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

表　HCU, SCU, CCUにおける管理栄養士による栄養管理の実施状況

有効回答42施設

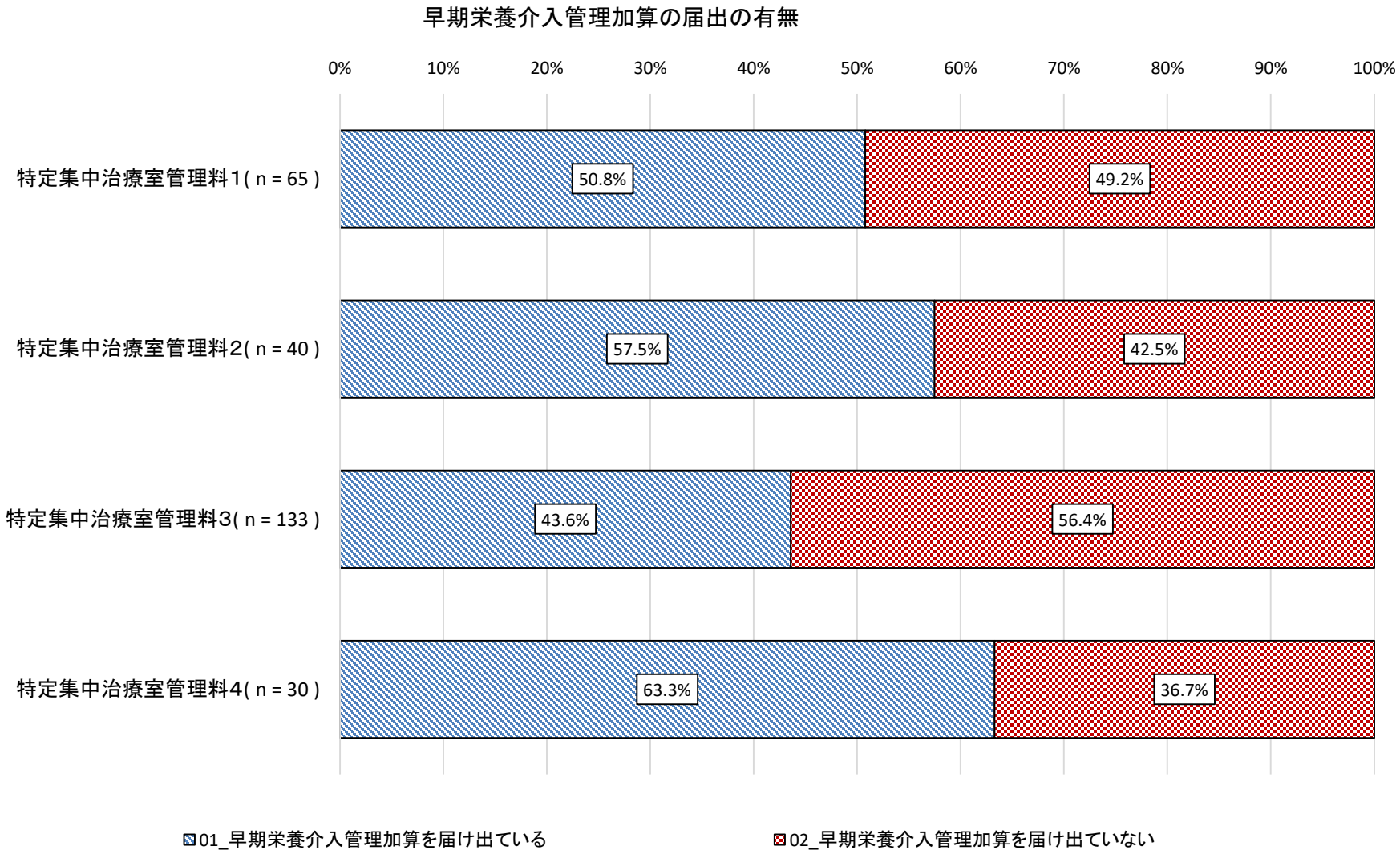
		施設数	%
早期栄養介入管理加算(ICU)を算定している		23	54.8
HCU,SCU,CCUにおける栄養管理を実施している		24	57.1
	HCU	16	38.1
	CCU	9	21.4
	SCU	7	16.7

※学会開催の研修会を受講した管理栄養士に対してwebアンケート調査を実施。

出典：日本健康・栄養システム学会調べ

早期栄養介入管理加算の届出状況

○ 特定集中治療室管理料１～４において約半数の医療機関において、届出がされていた。

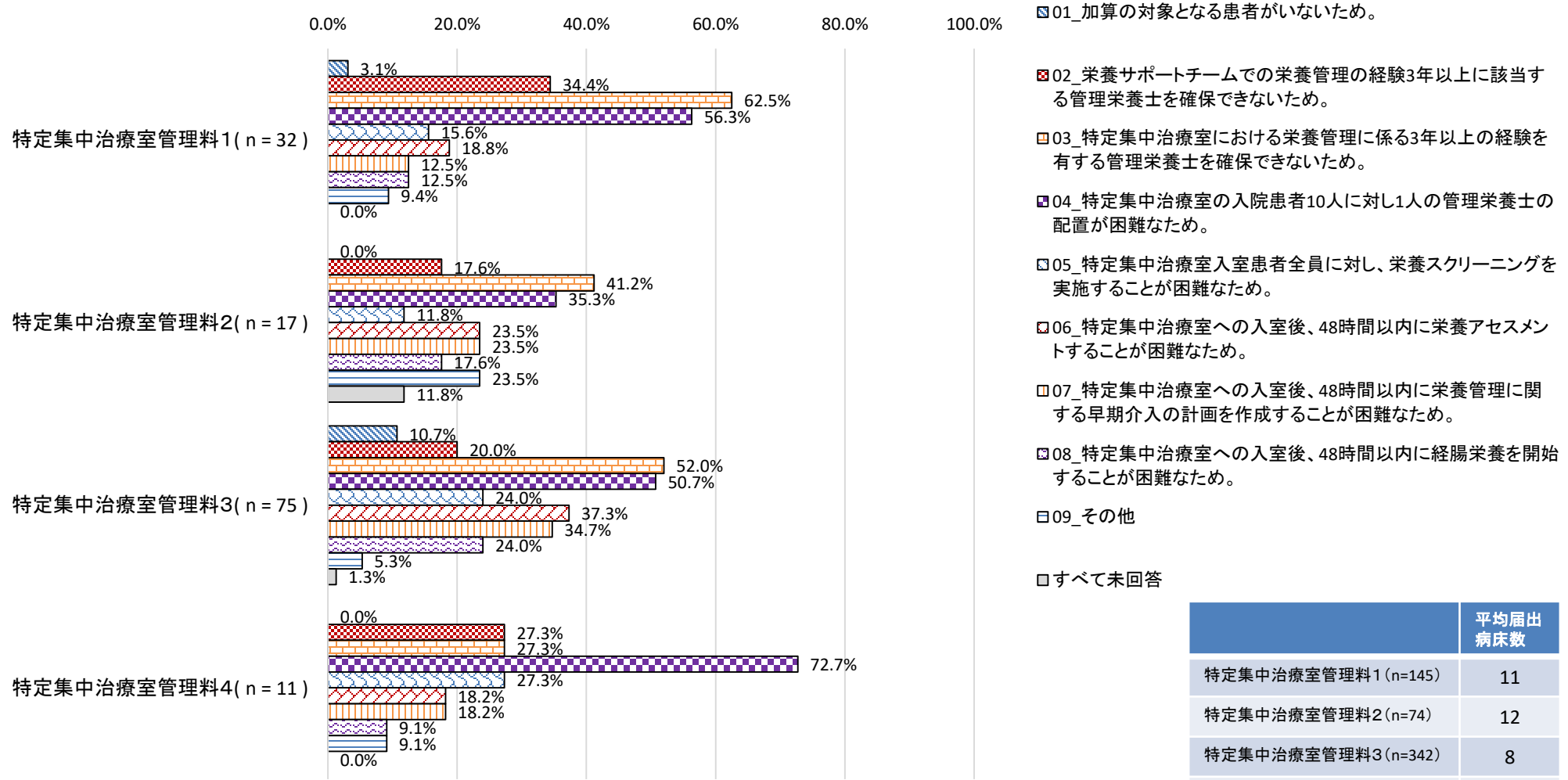


出典：令和3年度入院医療等の調査（治療室票）

早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

○　届出をしていない理由としては、「特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を有する管理栄養士が確保できないため」、「特定集中治療室の入院患者10人に対して1人の管理栄養士の配置が困難なため」が多かった。

早期栄養介入管理加算を届け出していない理由



	平均届出病床数
特定集中治療室管理料1（n=145）	11
特定集中治療室管理料2（n=74）	12
特定集中治療室管理料3（n=342）	8
特定集中治療室管理料4（n=63）	10

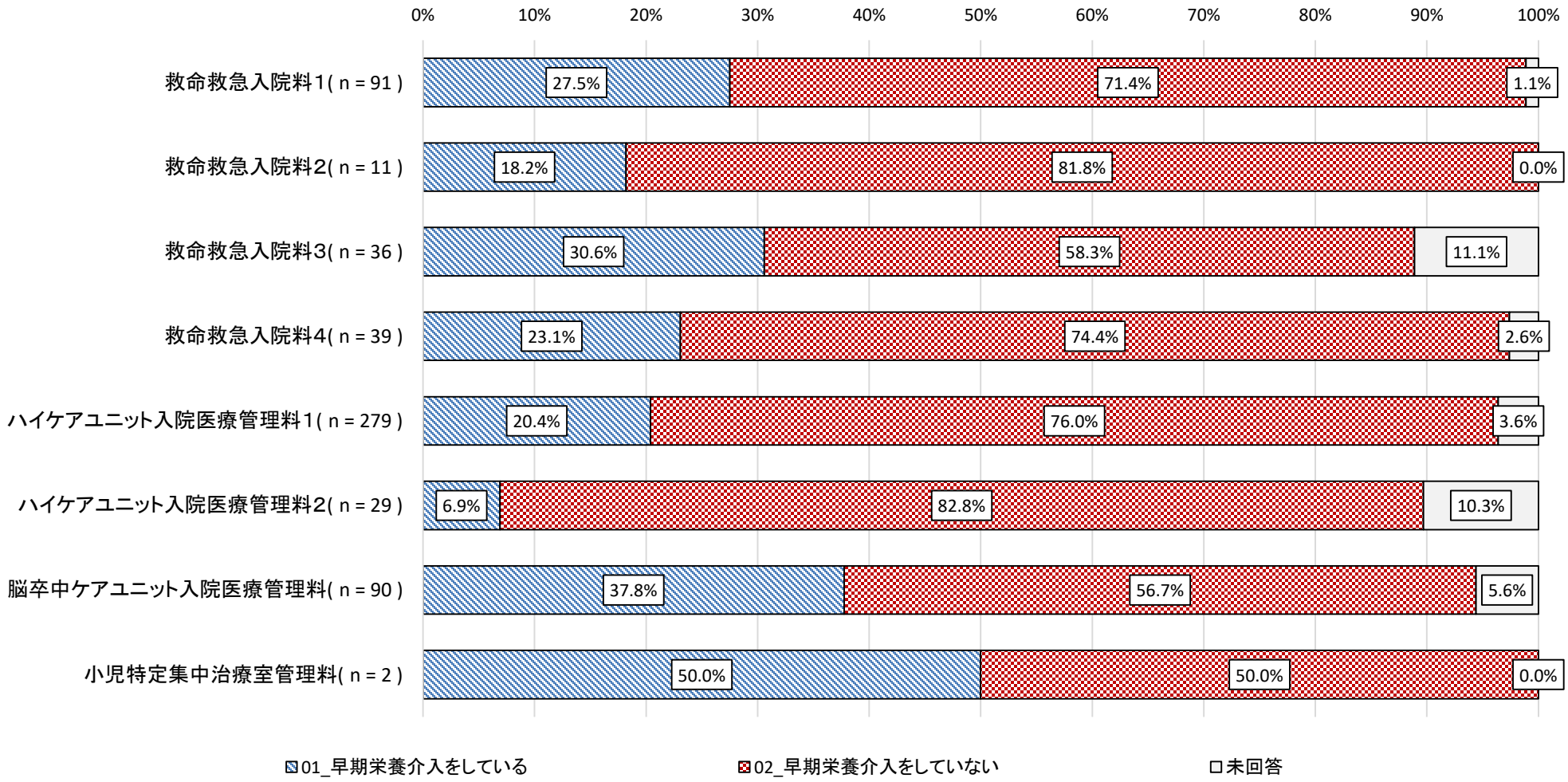
※医療課調べ

出典：令和3年度入院医療等の調査（治療室票）

早期からの栄養管理の実施状況

○ 救命救急入院料１～４、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においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していた。

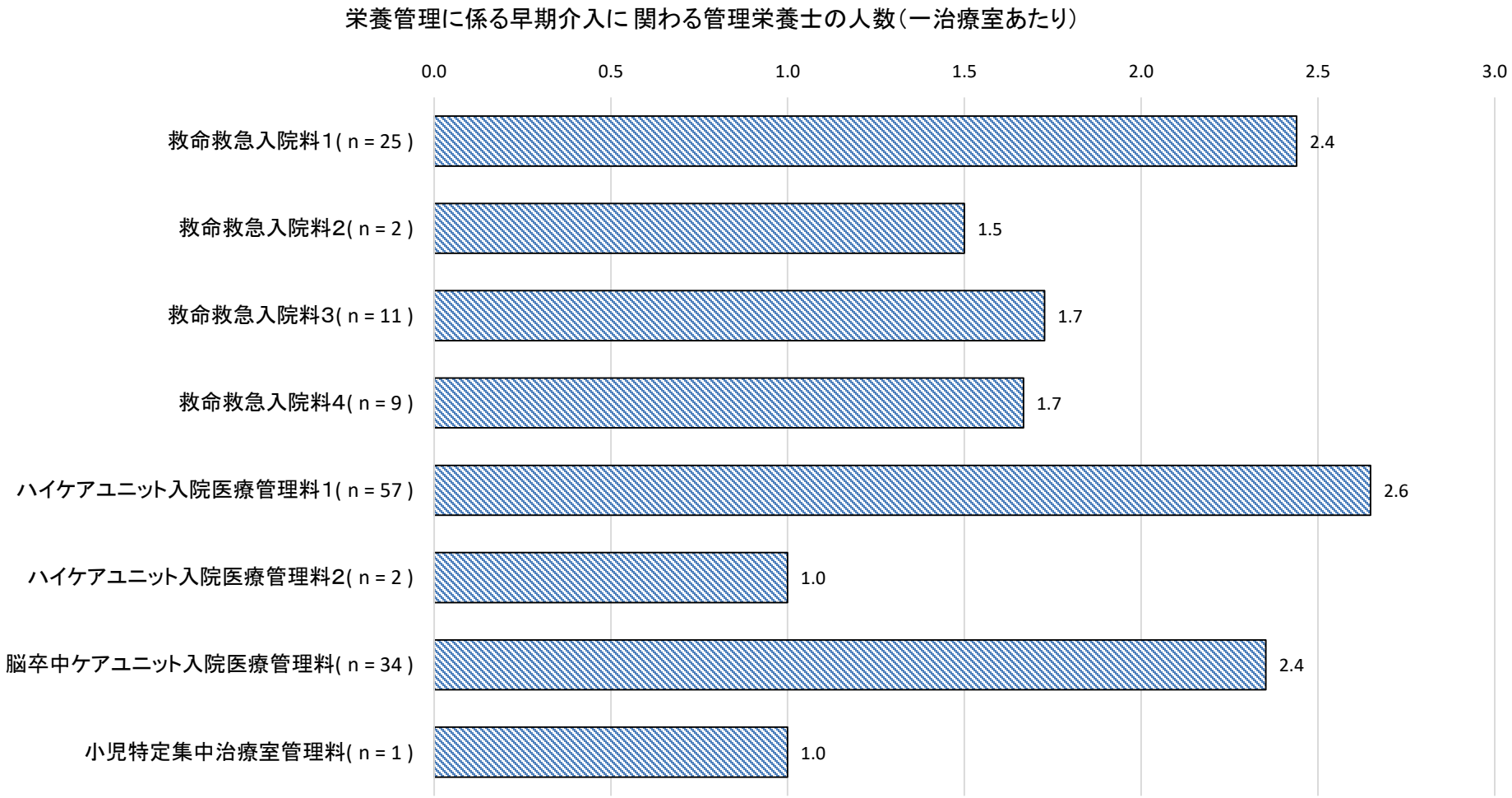
栄養管理に係る早期介入の状況（令和3年6月1日時点）



出典：令和3年度入院医療等の調査（治療室票）

早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数

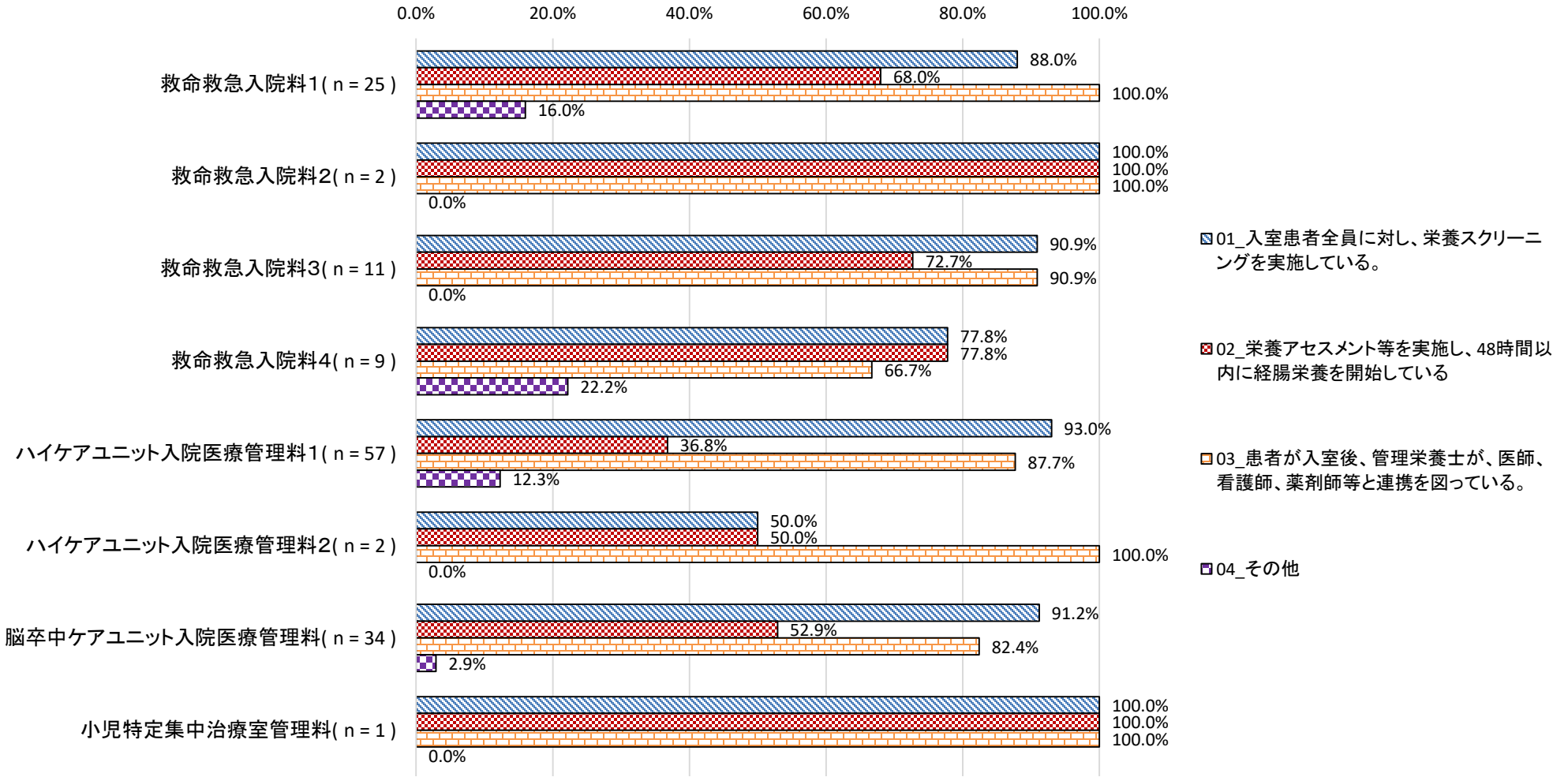
○ 各入院料において、早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数は、1名以上であった。



出典：令和3年度入院医療等の調査（治療室票）

早期からの栄養管理の実施内容

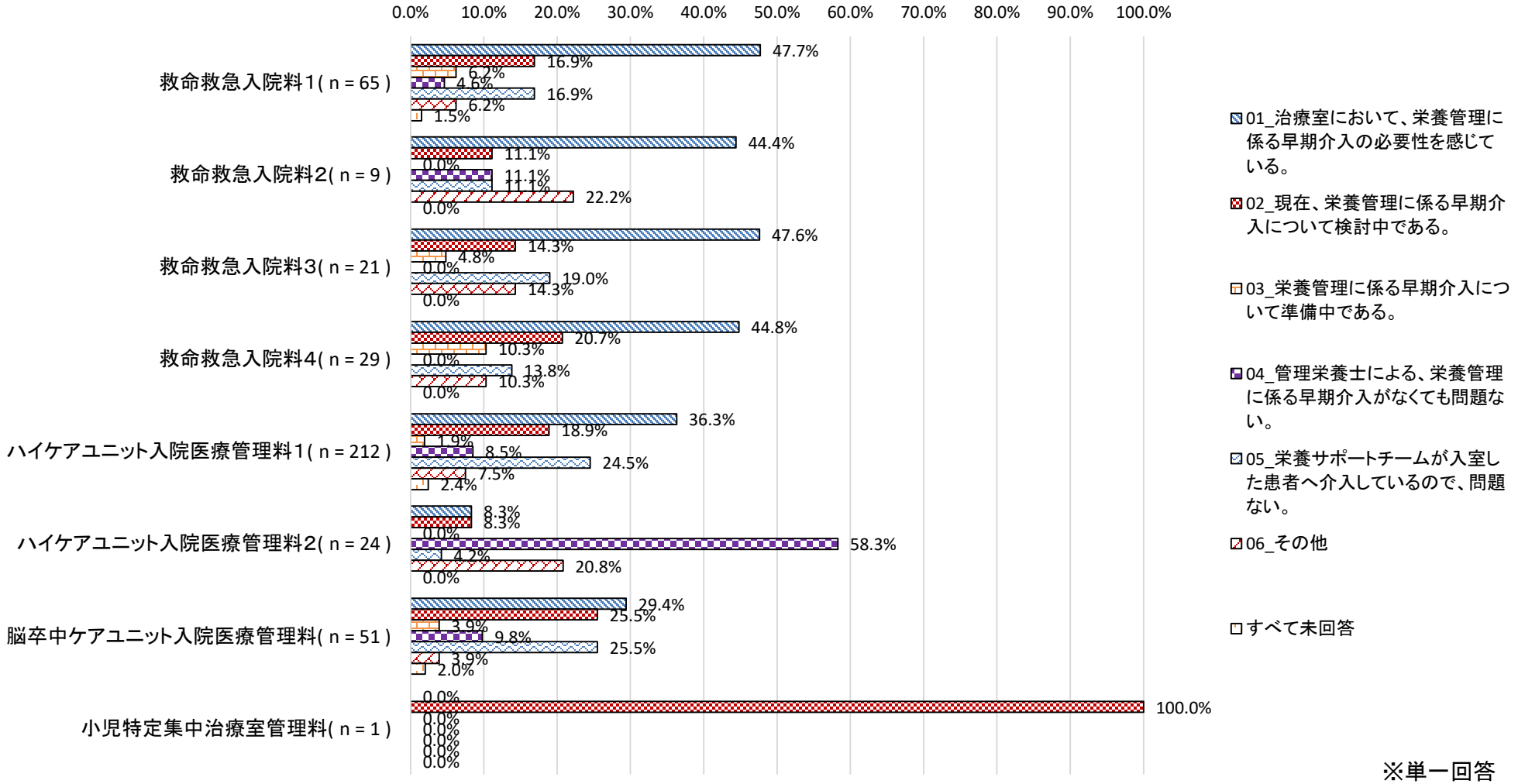
○　早期栄養介入管理加算を算定していない治療室において、早期からの栄養管理に関する介入内容は、「入室患者全員に対し、栄養スクリーニングの実施している」、「患者が入室後、管理栄養士が、医師、看護師、薬剤師等と連携を図っている」は8割を越えていた。
○　「栄養アセスメント等を実施し、48時間以内に経腸栄養を開始している」は、ばらつきが見られたが、ほとんどの入院料において5割を越えていた。



出典：令和3年度入院医療等の調査（治療室票）

今後の意向について

○ 救命救急入院料において、「治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている」を選択した医療機関は4割を越えていた。
○ 栄養管理に係る早期介入について検討中、準備中である医療機関を合わせると、約2割である。



※単一回答

出典：令和3年度入院医療等の調査（治療室票）

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

栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算　200点（週1回）

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

【対象患者】

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

ア　栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

イ　経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者

ウ　経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者

エ　栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

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

ア　栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週１回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

イ　カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。

ウ　栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

エ　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。

オ　当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

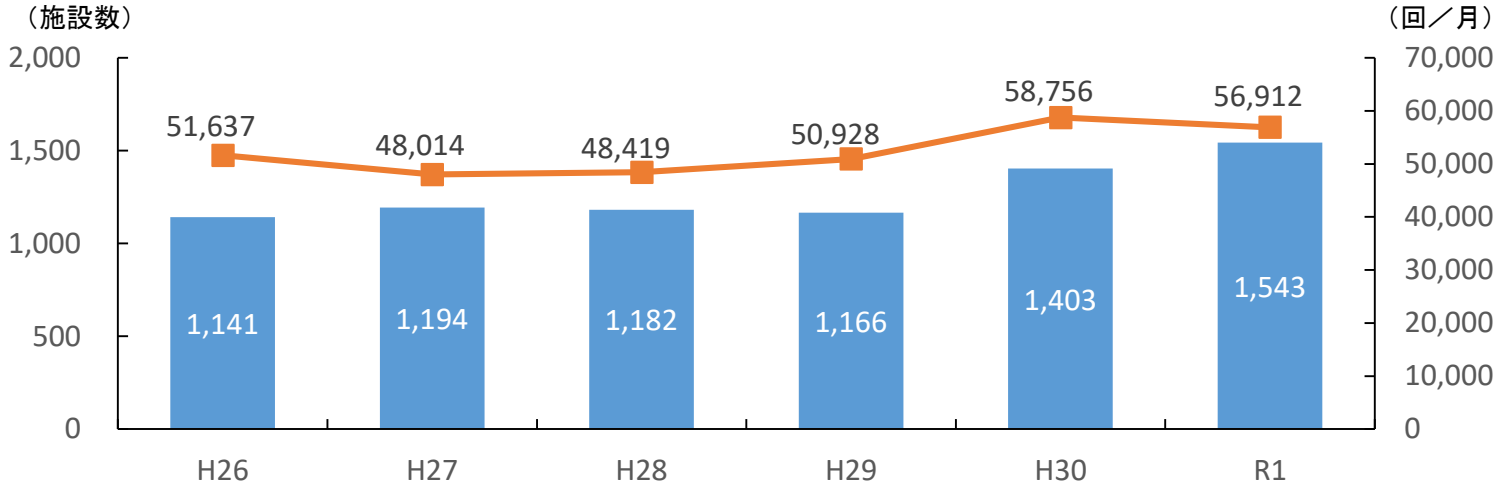


図　栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年7月1日）

栄養サポートチームの介入効果について

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

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

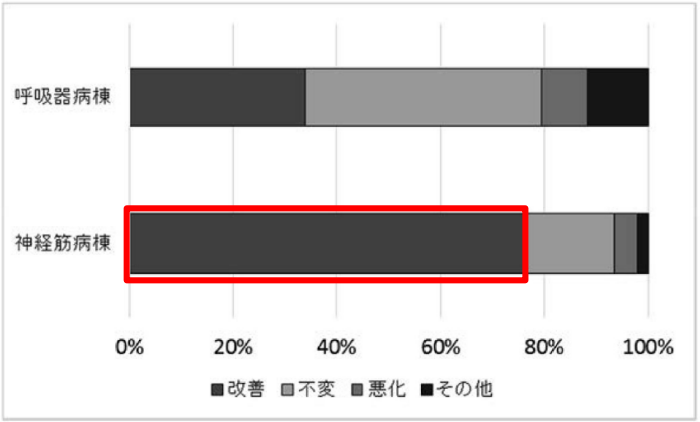


図１　病棟種別 NST 介入終了時の評価（2011年度-2013年度）

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

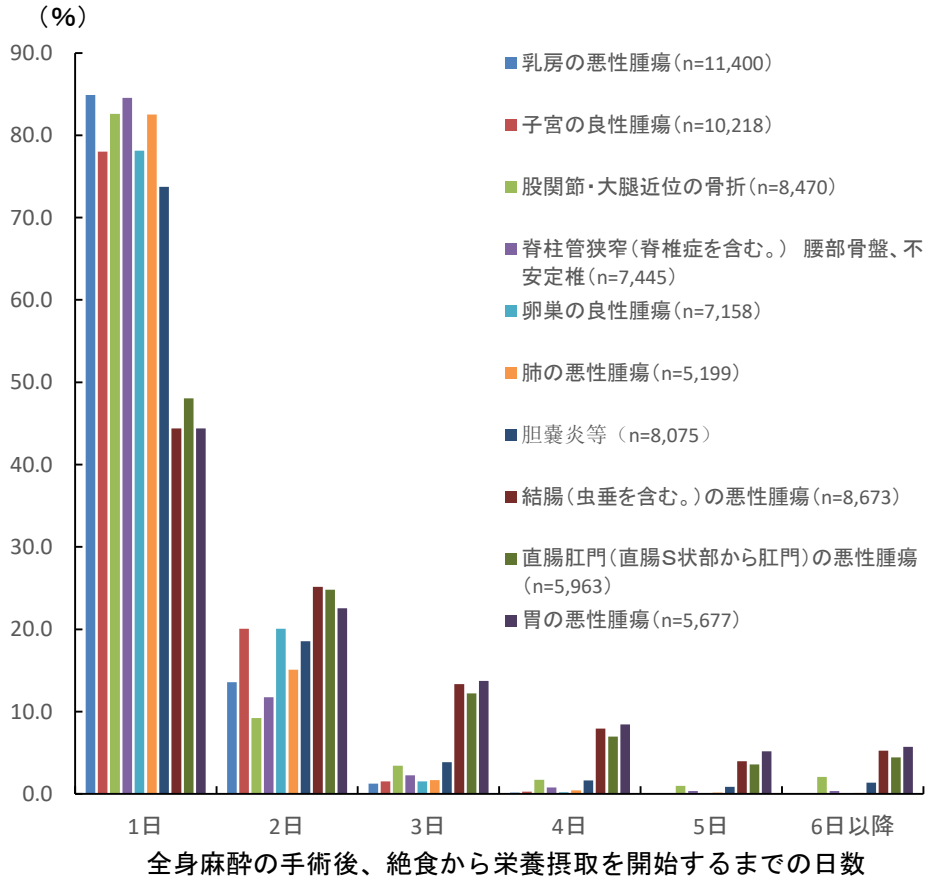
表２　NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値（2011年度-2013年度）

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

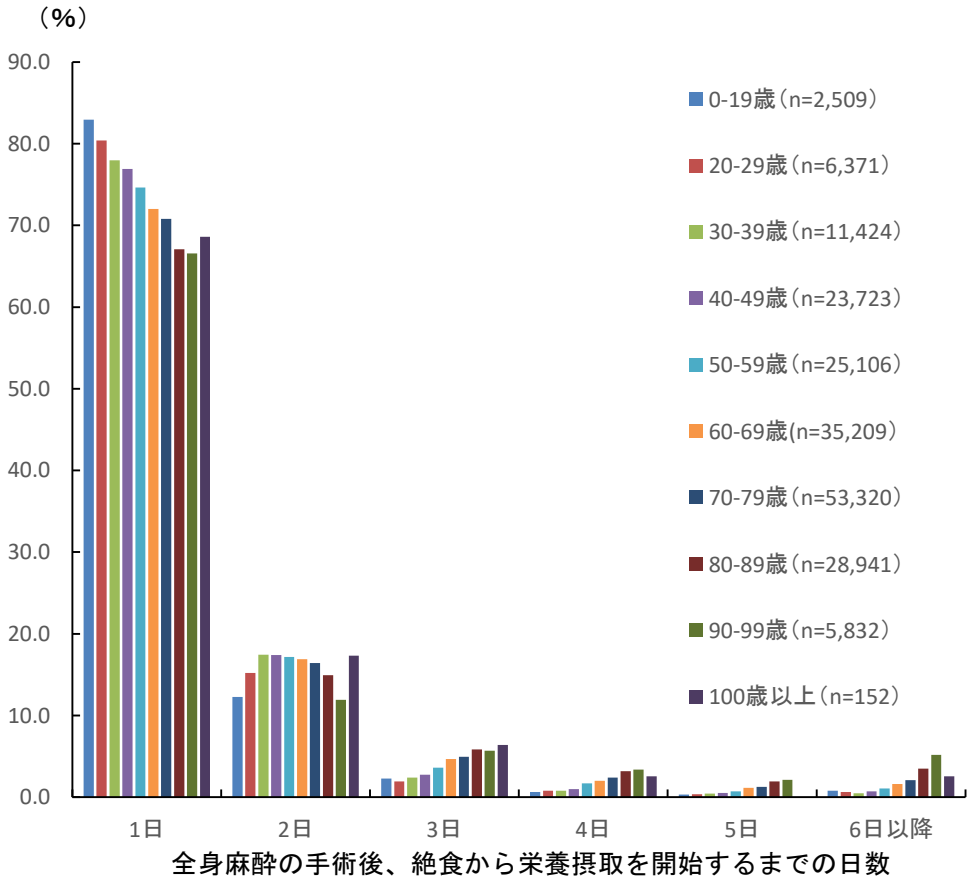
出典：伊藤ら，障害者病棟における栄養サポートチーム活動の有用性の検討，IRYO. 69(6)275–278.2015

術後の栄養摂取開始の状況

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



全身麻酔の手術後、絶食から栄養摂取を開始するまでの日数



全身麻酔の手術後、絶食から栄養摂取を開始するまでの日数

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

出典：DPCデータより医療課にて作成

各ガイドラインにおける周術期の栄養管理について

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

静脈経腸栄養ガイドライン第3版（抜粋）（日本臨床栄養代謝学会：JSPEN）

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

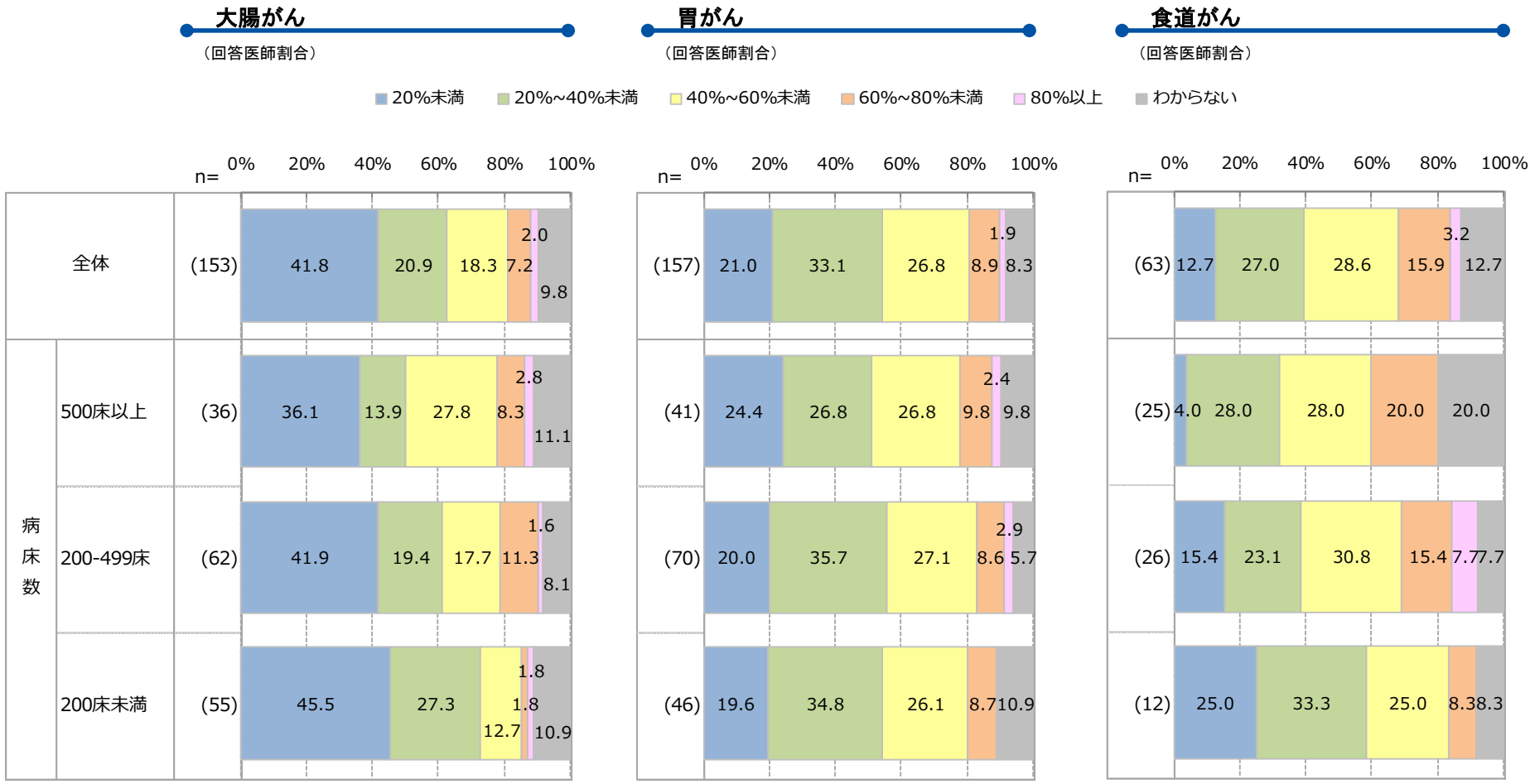
Clinical nutrition in surgery（抜粋）（欧州臨床栄養代謝学会：ESPEN）

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

術前の経口栄養剤の摂取の状況

○　術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

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



（n=30未満は参考値として掲載）

出典：深柄和彦，福島亮治.WEBアンケート調査から見る外科医のアルブミンに対する認識と術後の栄養管理の現状．外科と代謝・栄養 55(3).

周術期の栄養ケア・マネジメントについて

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

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

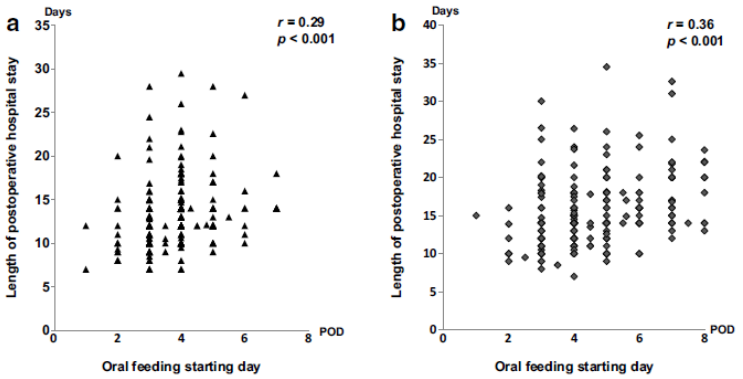
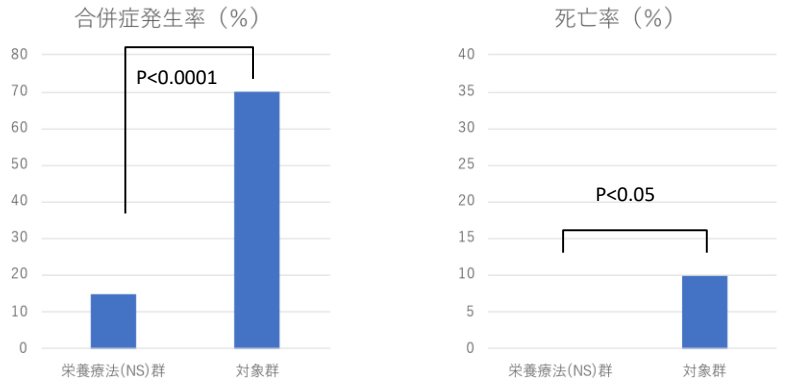


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 236$). **a** Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. **b** Relationship betwe oral feeding starting day and length of postoperative hospit in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analy Spearman's rank correlation coefficient. *POD* postoperative da

出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.
Surg Today (2017) 47:1460–1468.

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

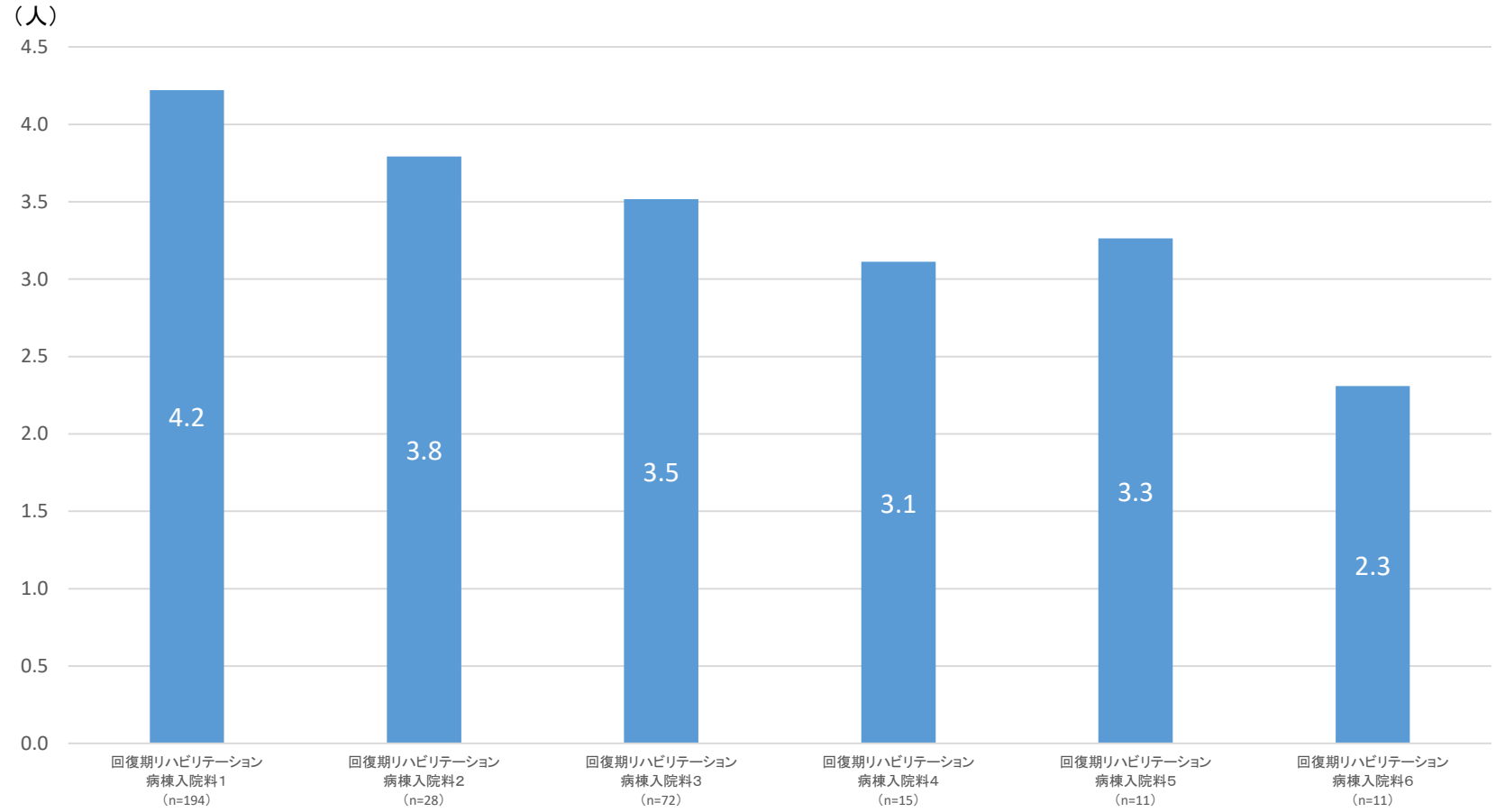


栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
対照群：通常の病院の飲食

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

管理栄養士の施設の配置（常勤換算）状況

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

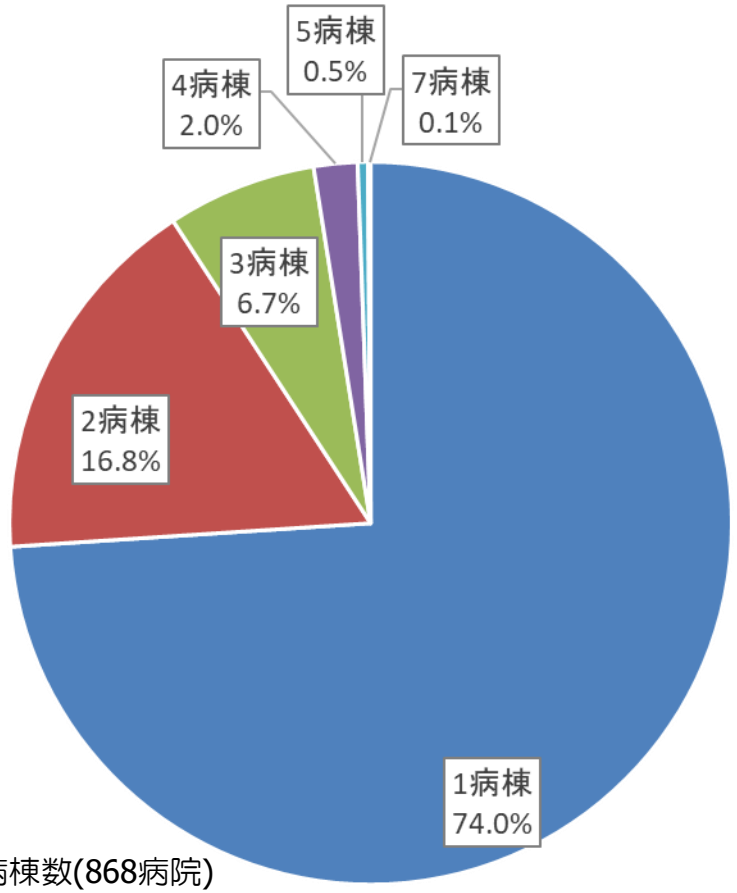


※常勤換算の算出方法
常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して少数第１位まで（小数第２位を切り上げ）としている。
例：常勤職員の１週間の通常の労働時間が40時間の病院で、病棟にて週４日（各５時間）勤務している場合
　　常勤換算した職員数＝（４日×５時間×１人）／40時間＝0.5人

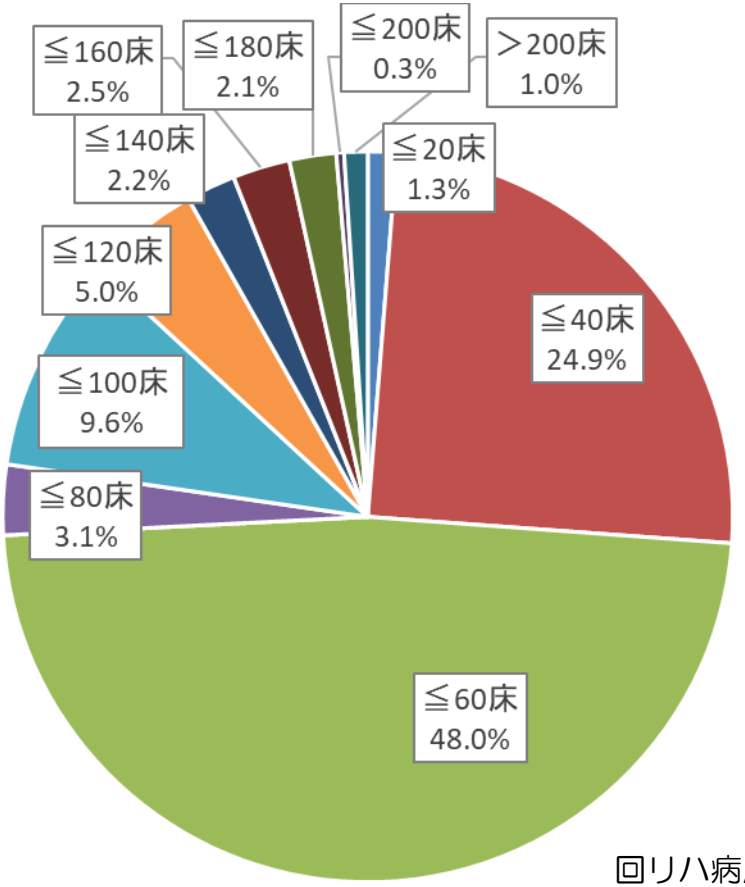
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟の病棟数及び病床数の現状

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



回リハ病棟数(868病院)
平均1.4病棟・中央値1病棟



回リハ病床数(868病棟)
平均63.4床・中央値50床

一病院あたりの回リハ病棟数および病床数の分布

2020 年度回リハ協会実態調査より改変

入院料ごとの管理栄養士の配置状況の変化

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

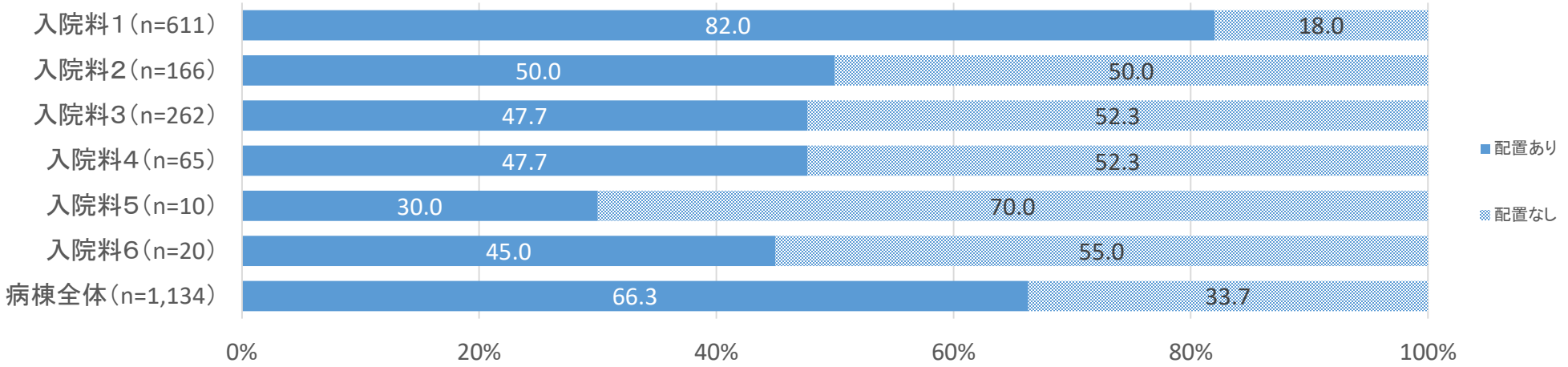


図　回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況（2019年）

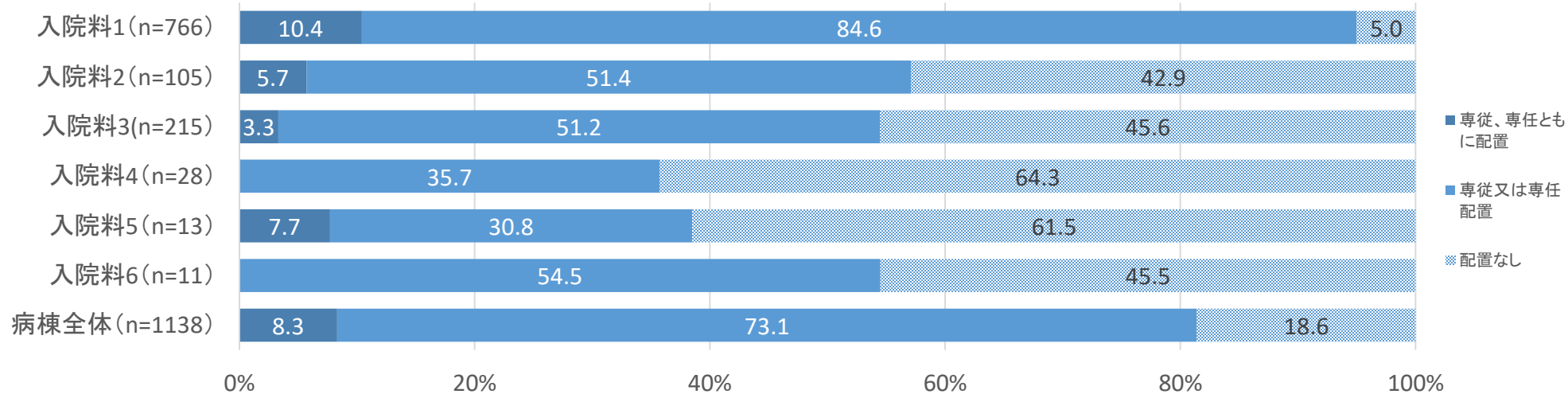


図　回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況（2020年）

出典：2019年、2020年回復期リハビリテーション病棟協会調査報告書より、図は、保険局医療課が作成

入院栄養食事指導料の算定状況等について

○　回復期リハビリテーション病棟入院料１において入院栄養食事指導料の算定割合は、26.9%であり、栄養食事指導の対象患者の原因疾患の割合に大きな違いはみられなかった。
○　管理栄養士の専従、専任の配置がない病棟と比較して、管理栄養士が病棟に配置されている病棟において栄養食事指導の実施割合が高い。特に専従、専任ともに配置されている病棟で高い。
○　栄養食事指導を依頼しない理由は、手間がかかる、依頼方法がわからないという報告がある。

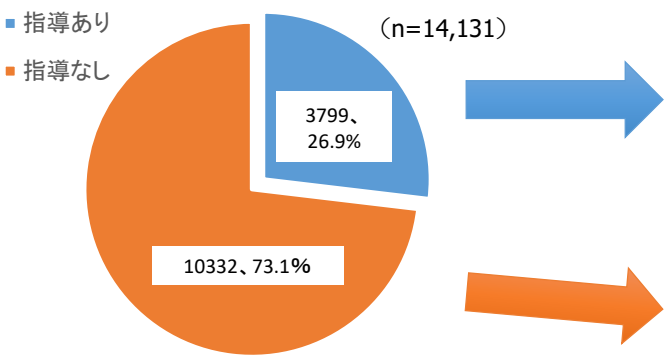


図　回復期リハビリテーション病棟入院料１の入院栄養食事指導料の算定の状況

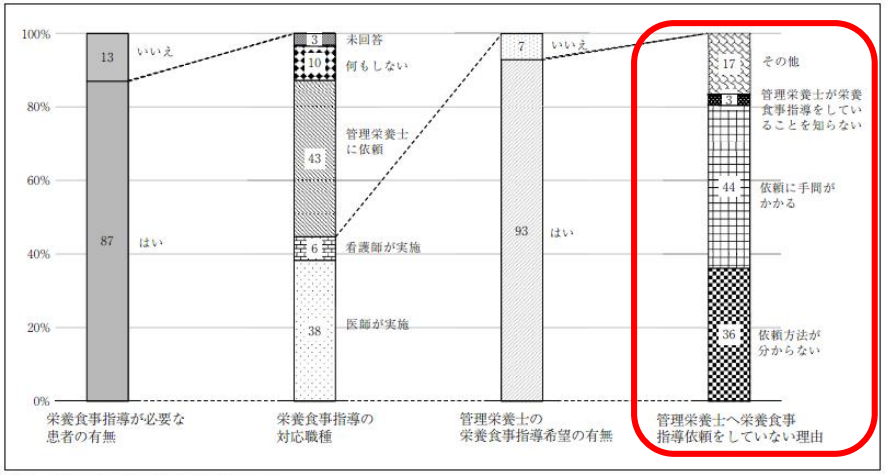
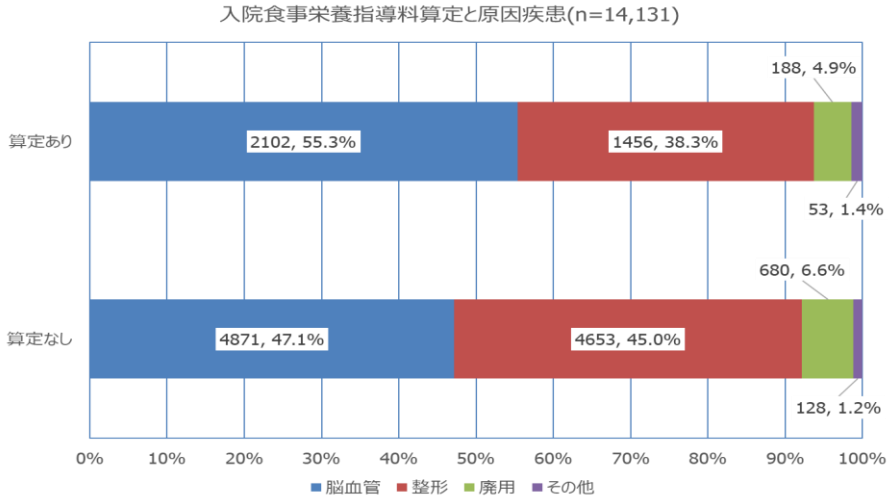


図 2　栄養食事指導に関する実情と希望

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

出典：飯野ら、JSPEN Vol.1(1):2019



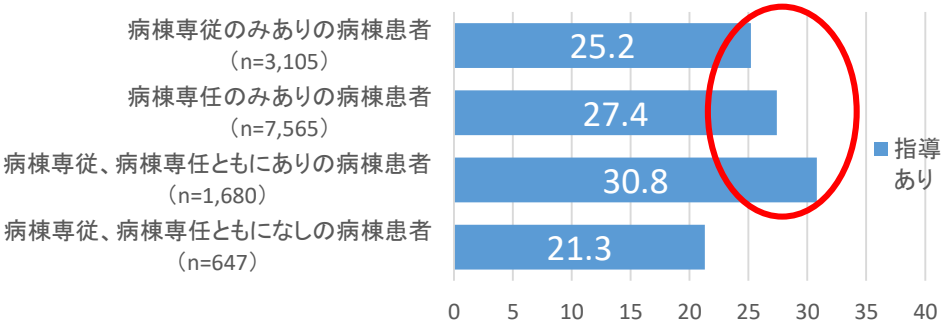


図　管理栄養士の配置状況別の回復期リハビリテーション病棟入院料１の入院栄養食事指導料の算定割合

出典：回復期リハ病棟協会　2020年実態調査より改変

管理栄養士の病棟配置の効果について

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

【対象・方法】
2018年、2019年に全国回復期リハビリテーション病棟協会に所属している回復期リハビリテーション病棟を有している病院に対して実態調査を実施。
回復期リハビリテーション病棟入院料2～6を算定している病棟において、管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟と1名未満の病棟ごとに集計し、解析。

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

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

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

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

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

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

OR, odds ratio; CI, confidence interval; FIM, Functional Independence Measure. * defined as ≥5% loss during the KRW stay. $R^2 = 0.051$.

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

出典：Nishioka et al, Healthcare, 1–12, 9, 753, 2021.

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

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

診調組　入－４
３．１０．１

（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っては、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にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、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

○　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日を超えるごとにつき１回加算する。

病棟＼許可病床数	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な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。

病棟＼許可病床数	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**	現行：データの提出は不要 ⇒ 改定後：**データの提出が必須** **※経過措置①及び②を設定**	

［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な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。

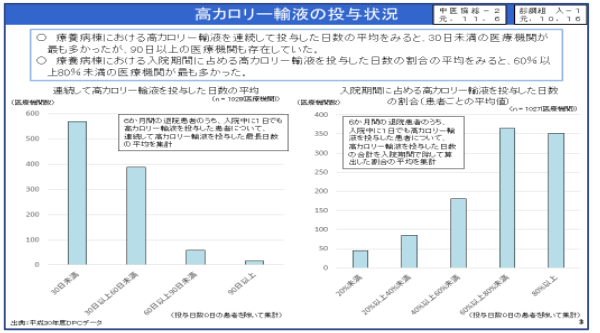
［新たに提出する項目（例）］

◆ 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日を越えるごとにつき1回加算する。



入院

療養病棟入院基本料

データ提出加算1又は2を加算

入院した日から起算して90日を越えるごとにデータ提出加算3又は4を加算



急性期一般入院基本料

転棟

療養病棟入院基本料

データ提出加算1又は2を加算

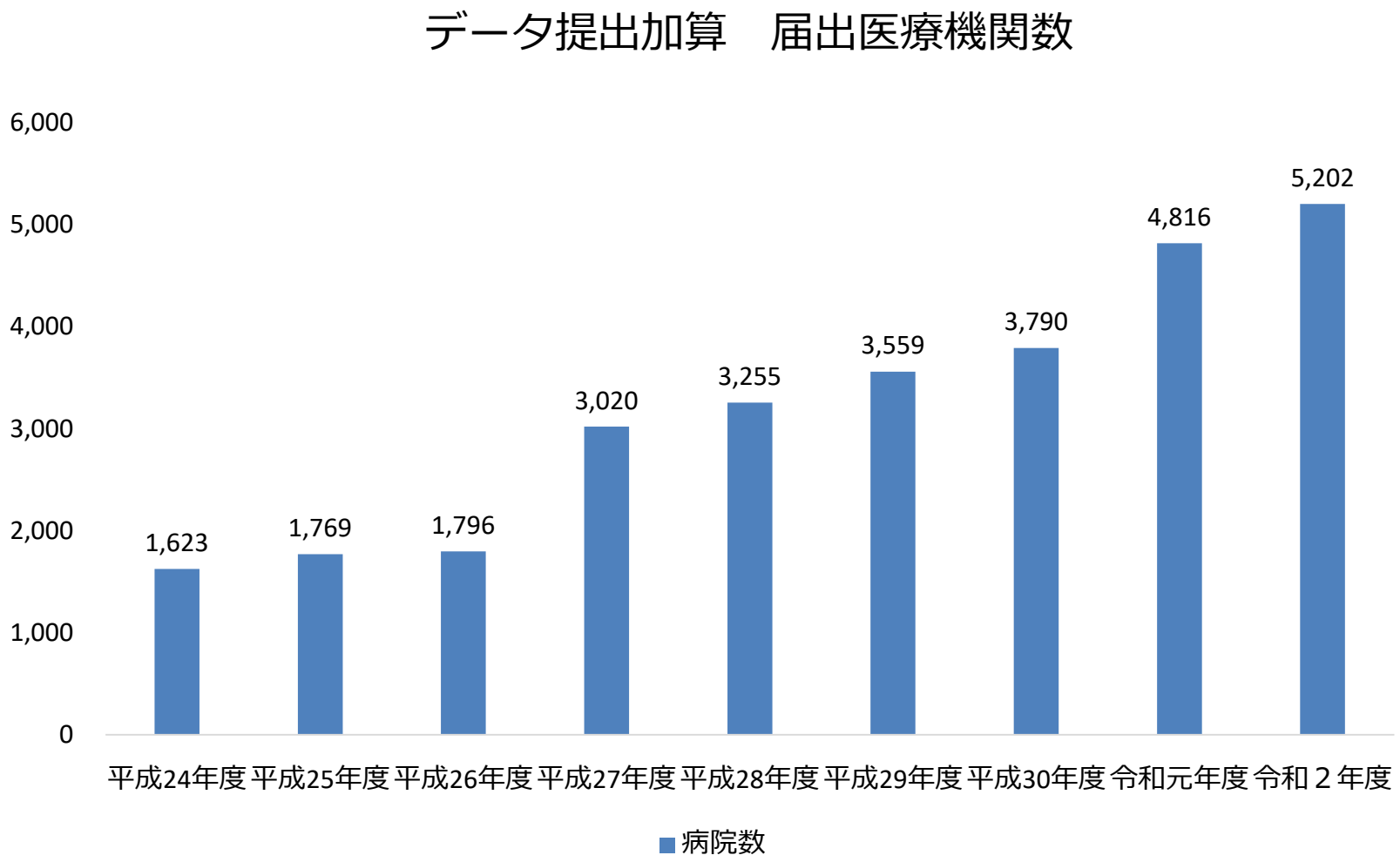
転棟した日から起算して90日を越えるごとにデータ提出加算3又は4を加算

➢ 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

診調組　入－４
３．１０．１

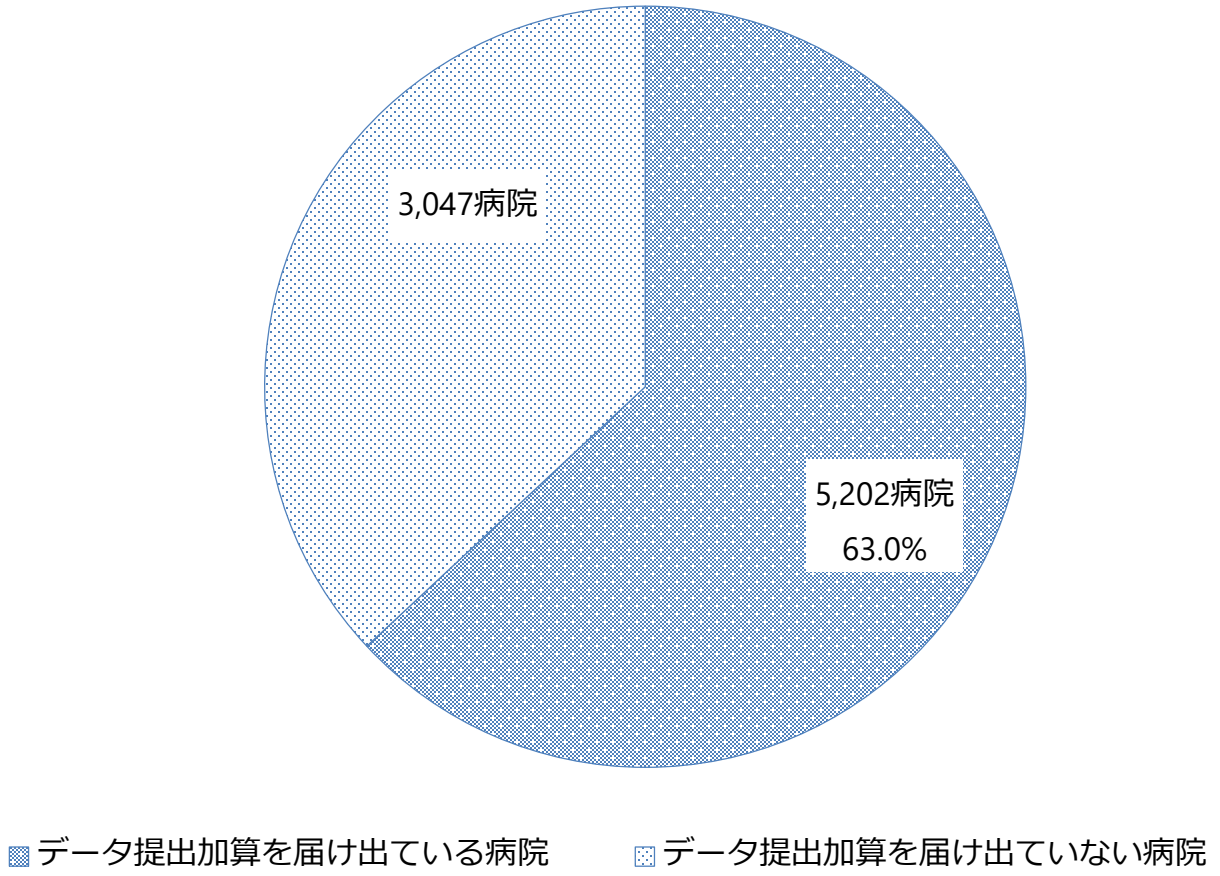
○　データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。



出典：保険局医療課調べ　各年7月1日時点

データ提出加算の届出医療機関の割合

○　令和２年７月時点のデータで比較すると、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。

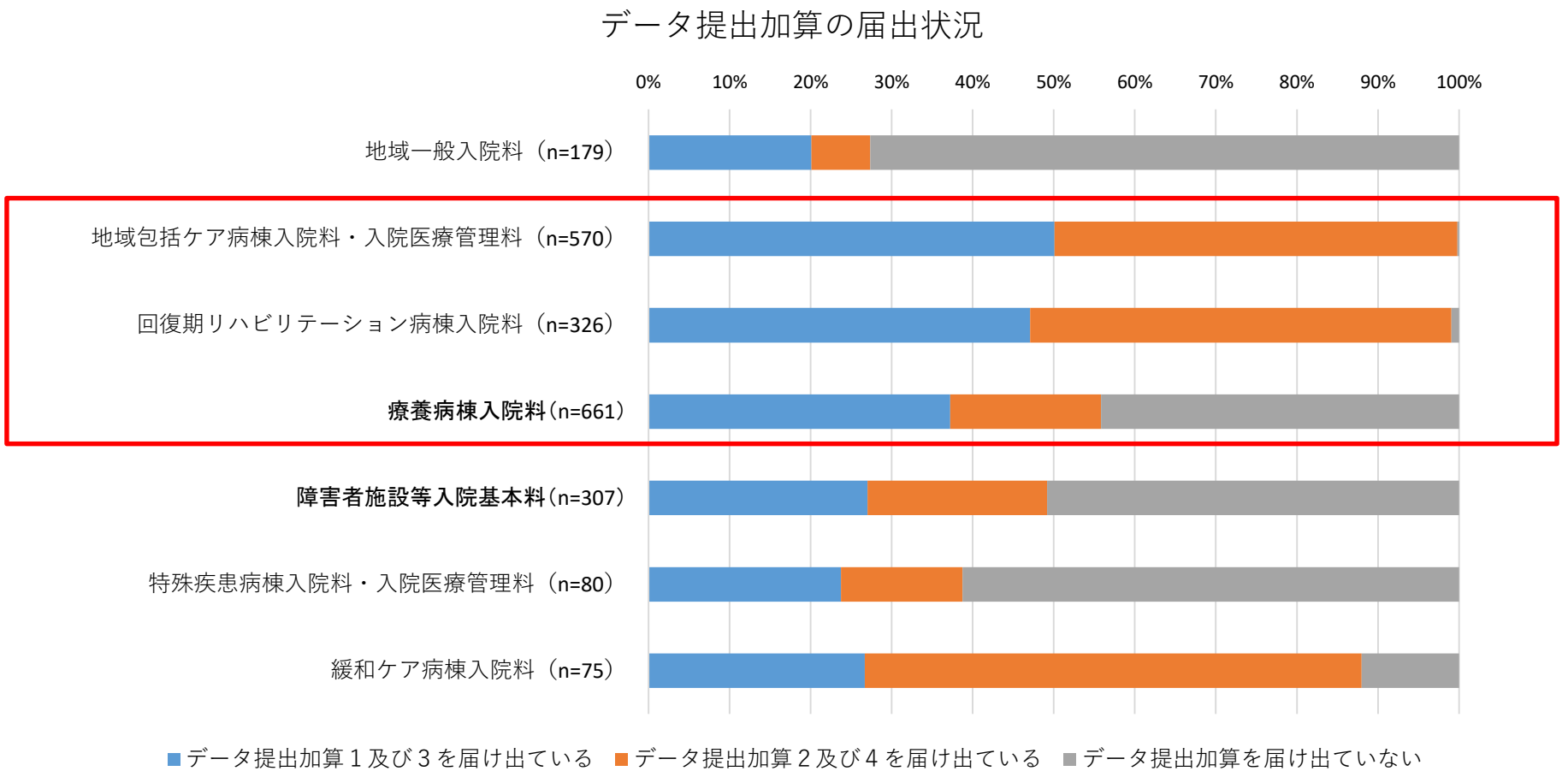


出典：医療施設動態調査（令和2年7月末概数）、保険局医療課調べ（令和2年7月1日時点）

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

診調組　入－４
３．１０．１

○　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。



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

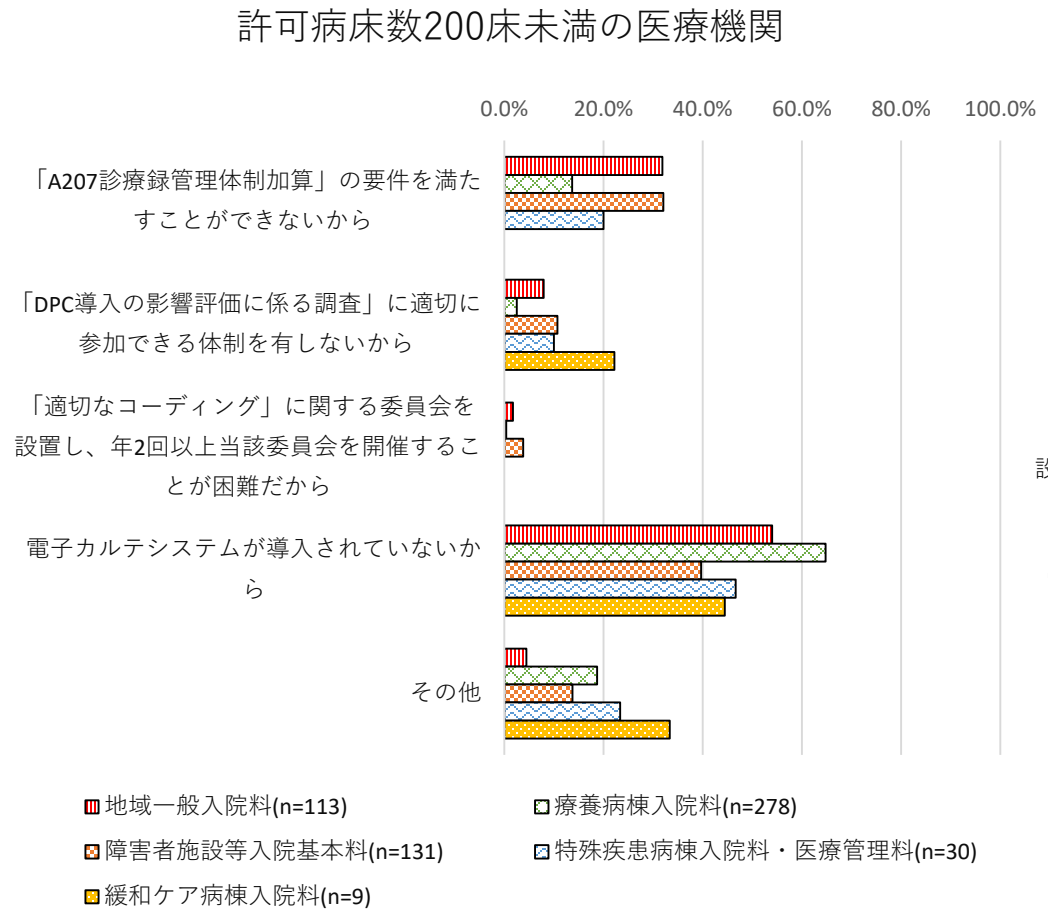
※赤枠内は、データ提出加算の届出が要件となっている入院料（一部経過措置あり）。

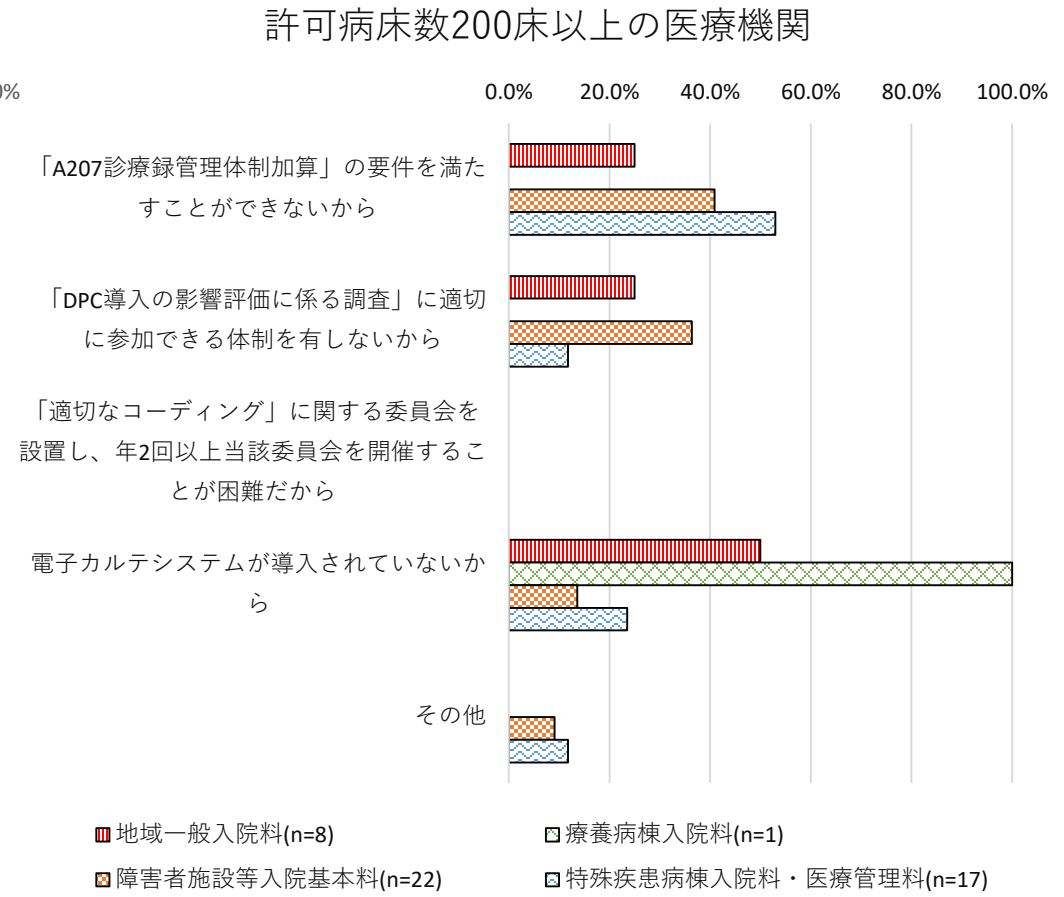
データ提出加算を届け出ることが困難な理由

診調組　入－４
３．１０．１

○　データ提出加算を届け出ていない医療機関について、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）



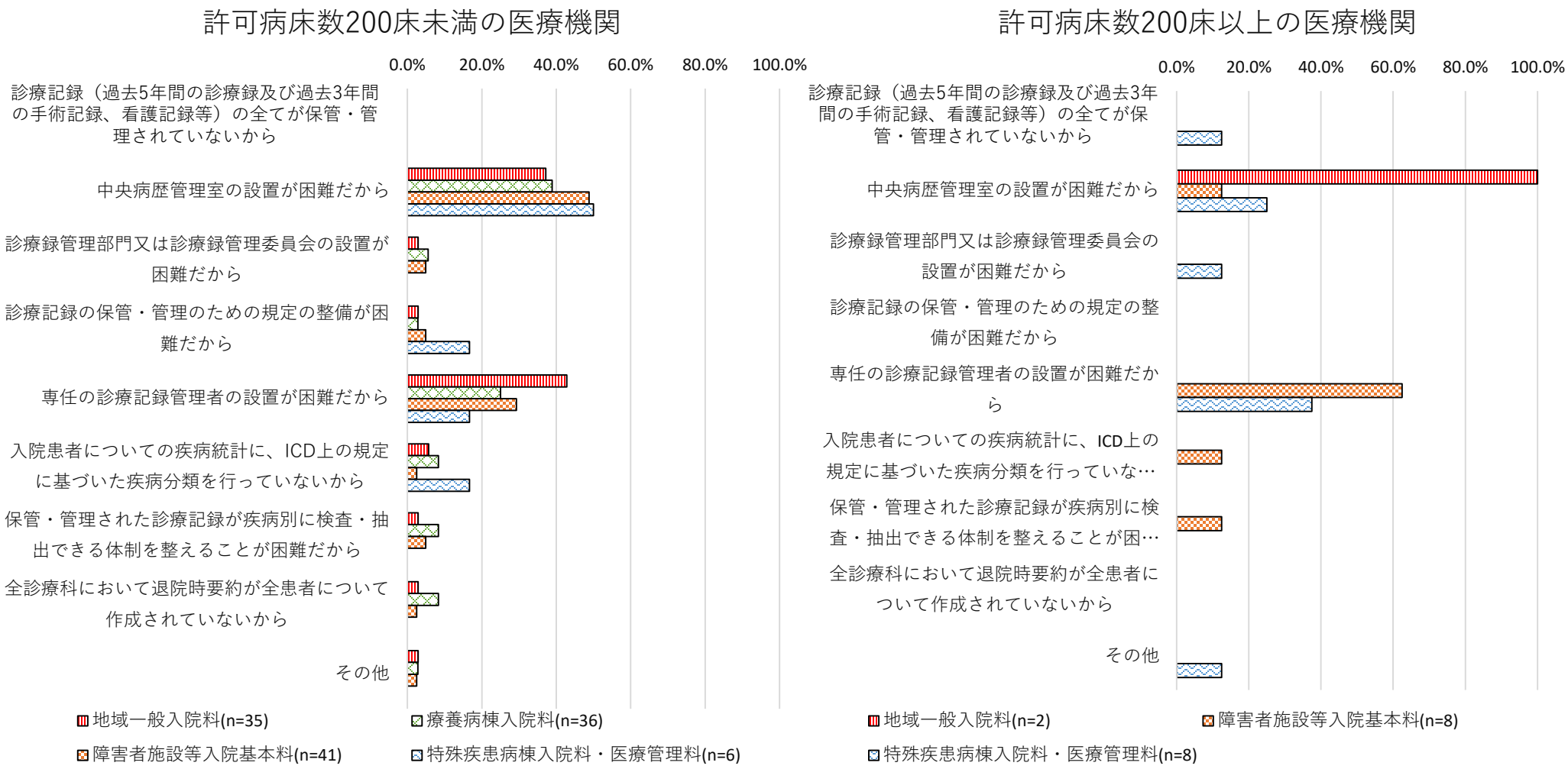


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

「『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）

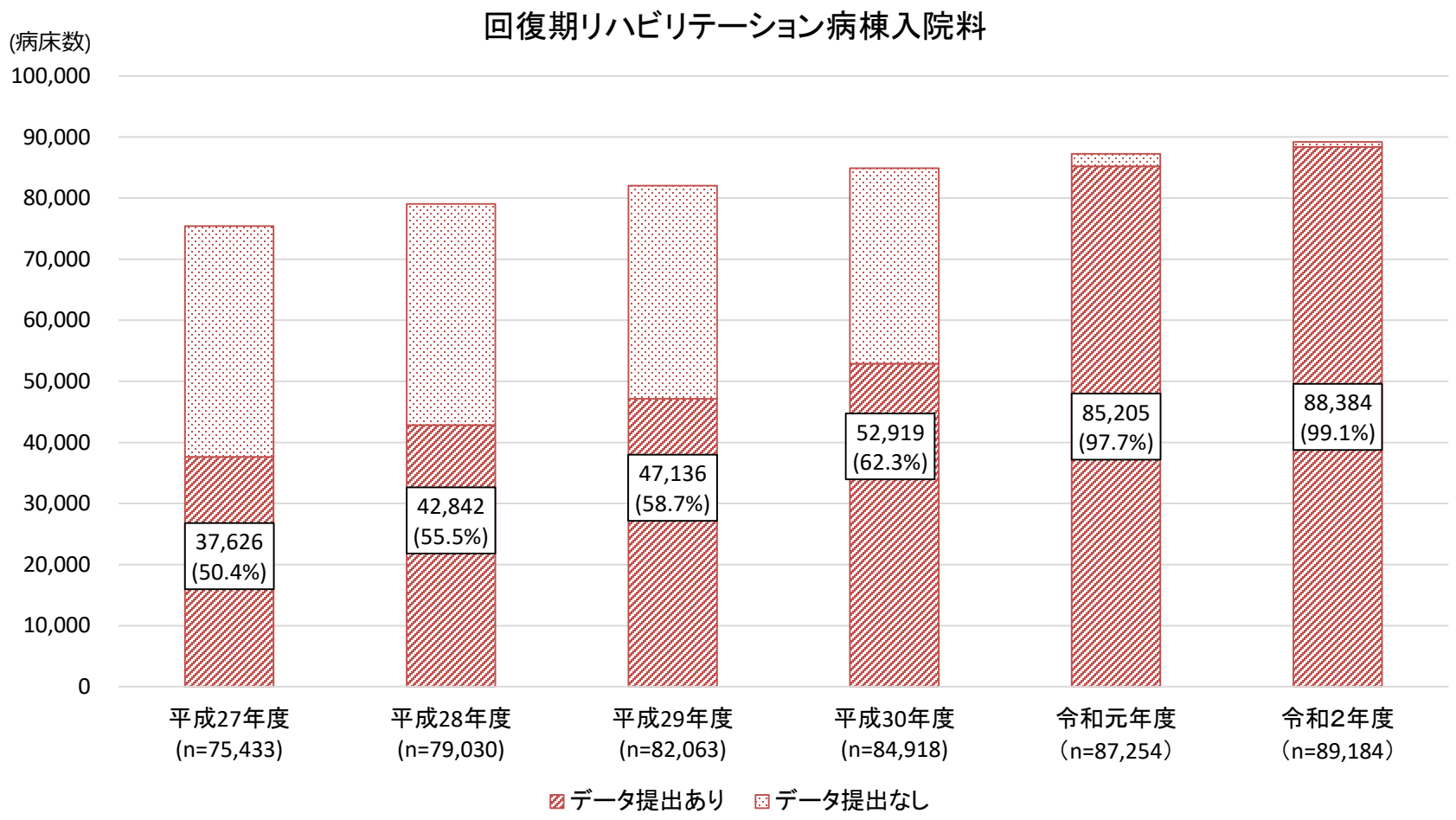


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

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

診調組　入－４
３．１０．１

○　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。

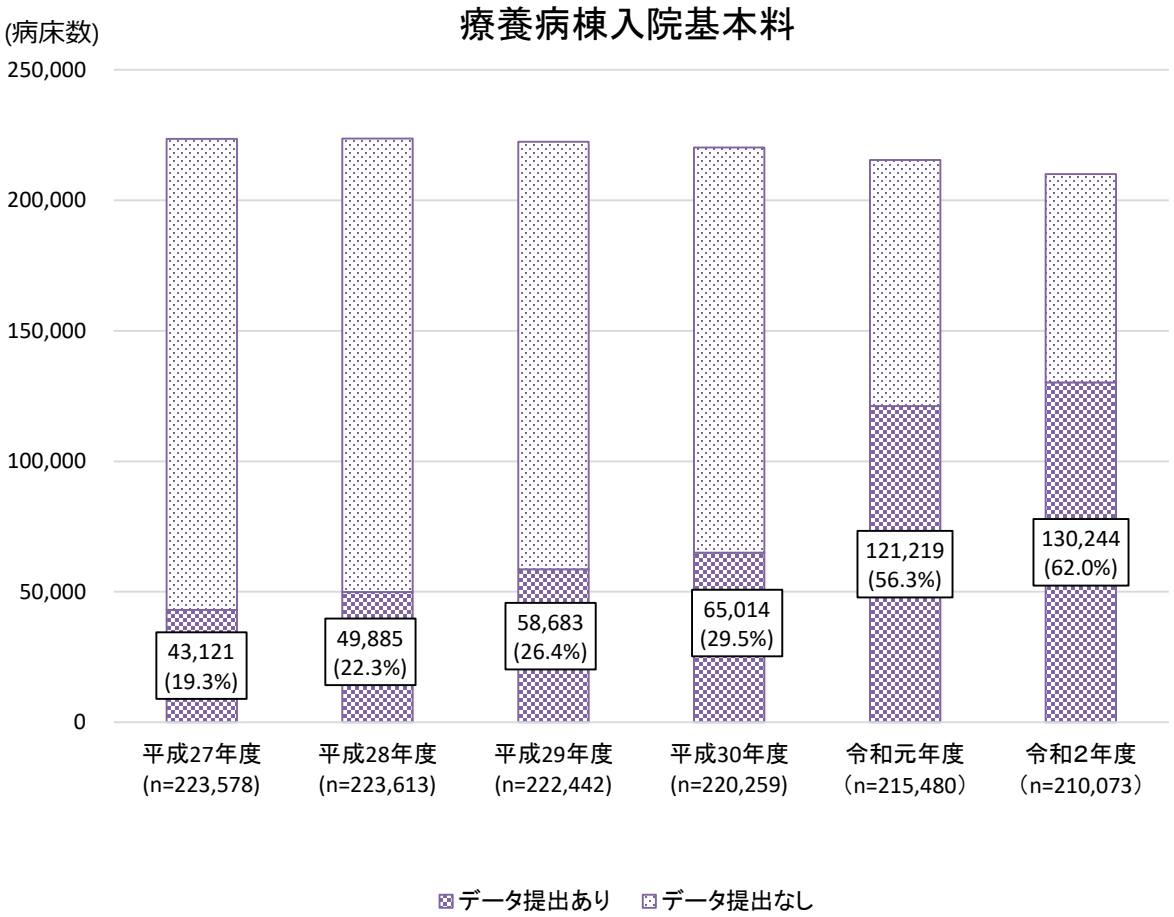


出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

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。



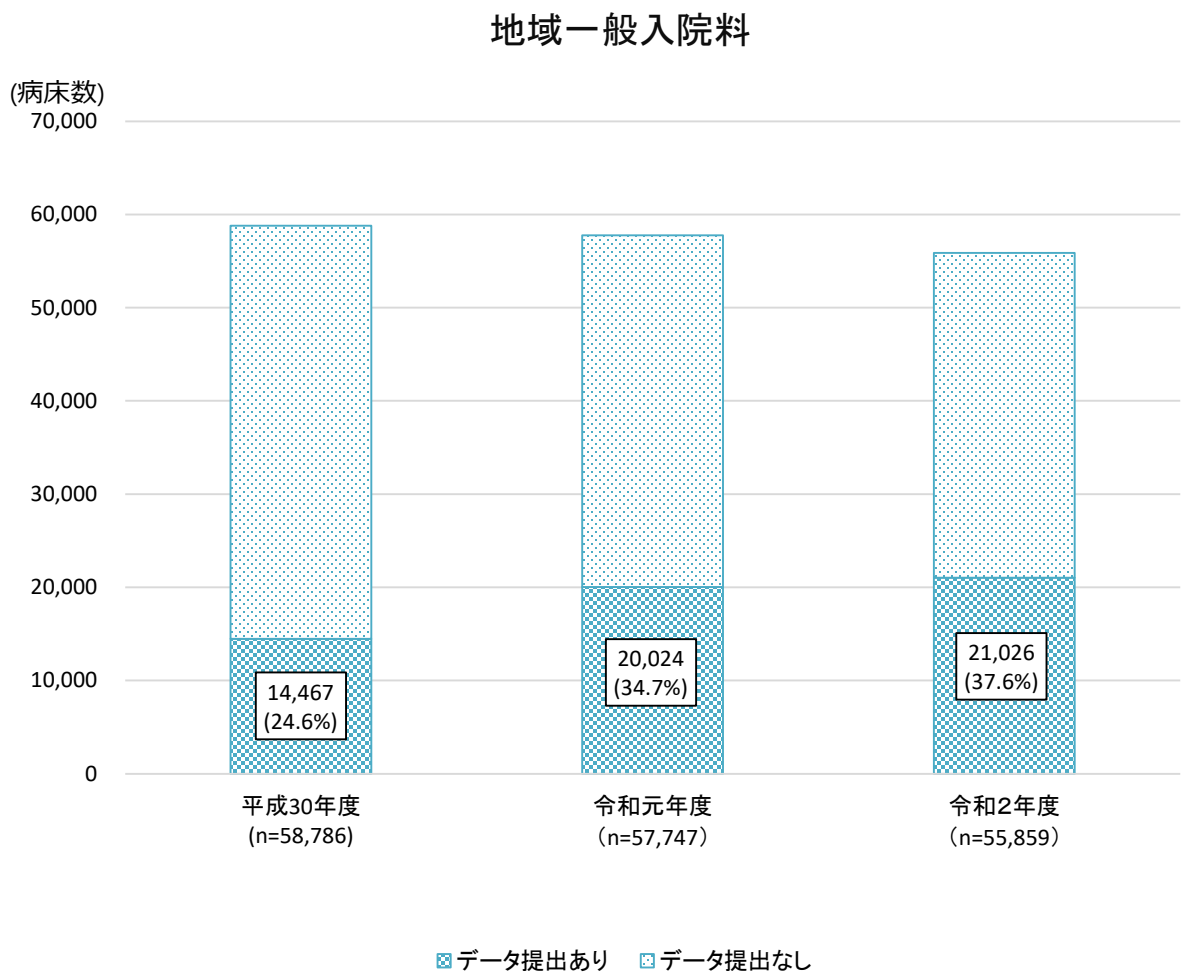
令和2年度の入院料別の内訳

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%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

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。



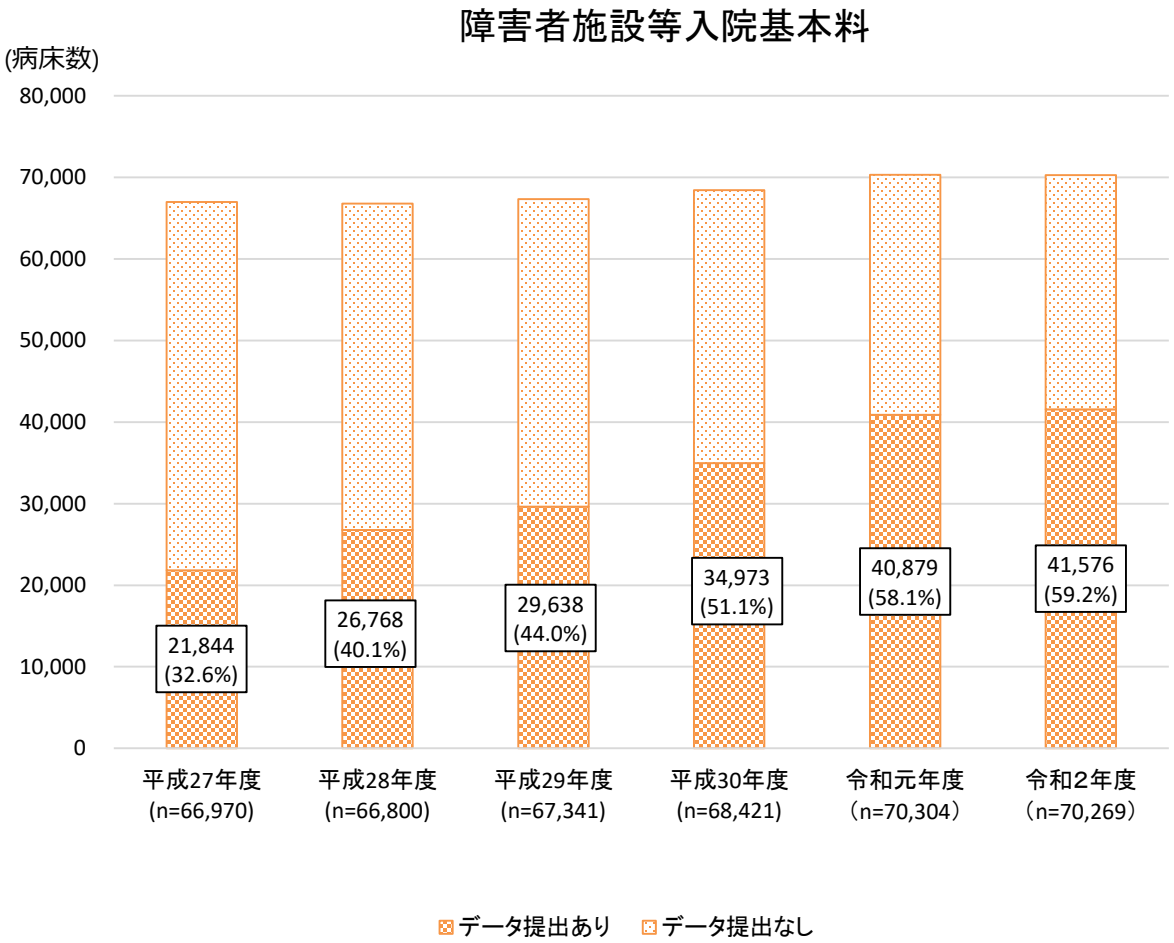
令和2年度の入院料別の内訳

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%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

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。



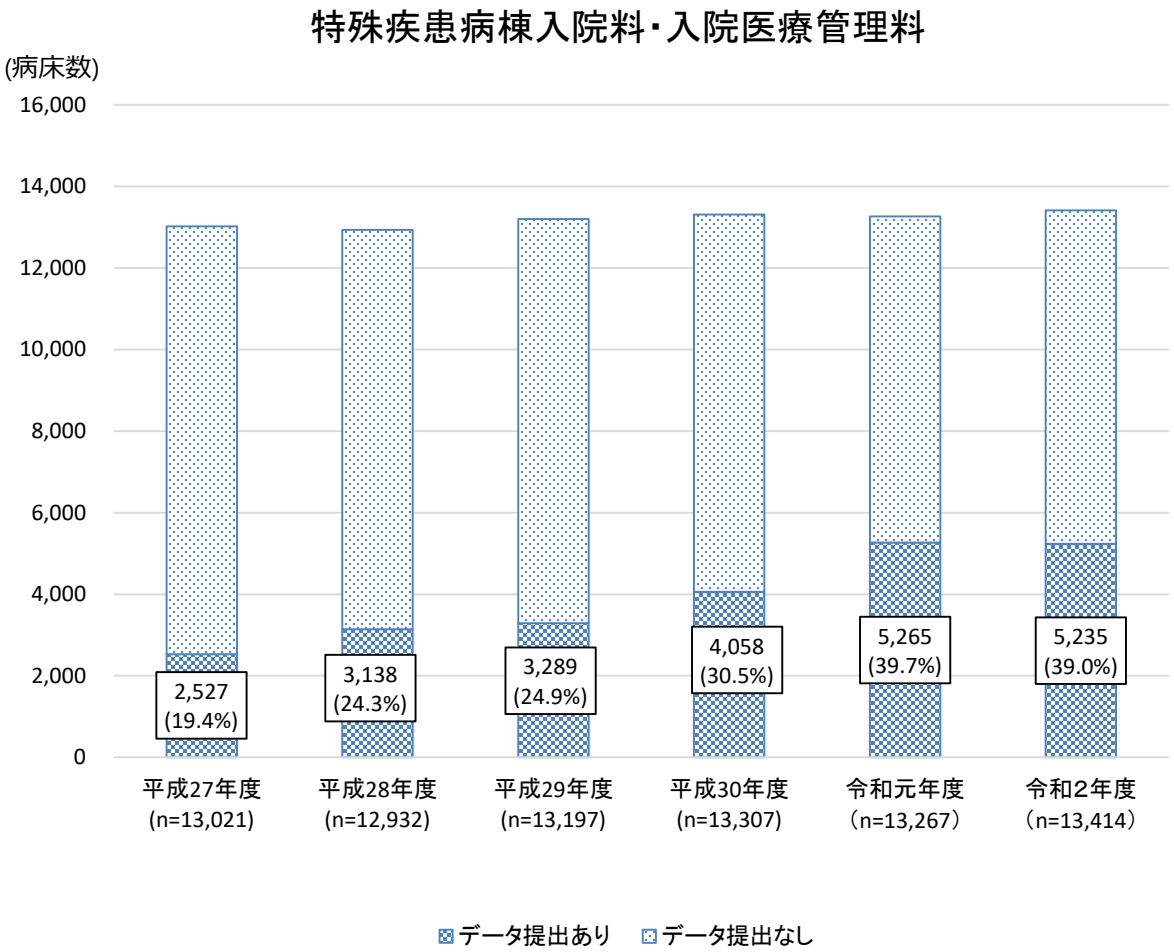
令和2年度の入院料別の内訳

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%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

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。



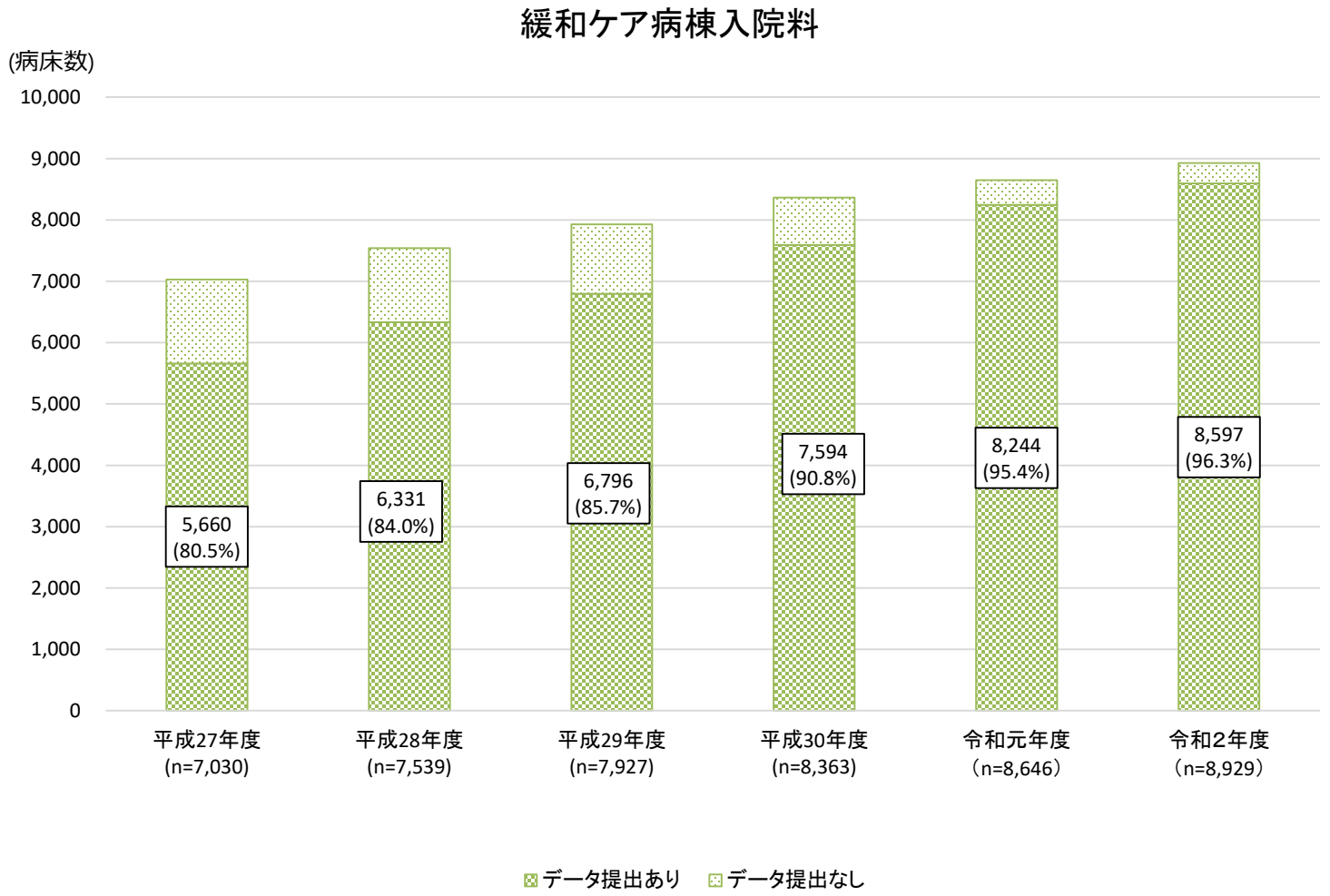
令和2年度の入院料別の内訳

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%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

DPCデータを提出している病床：緩和ケア病棟入院料

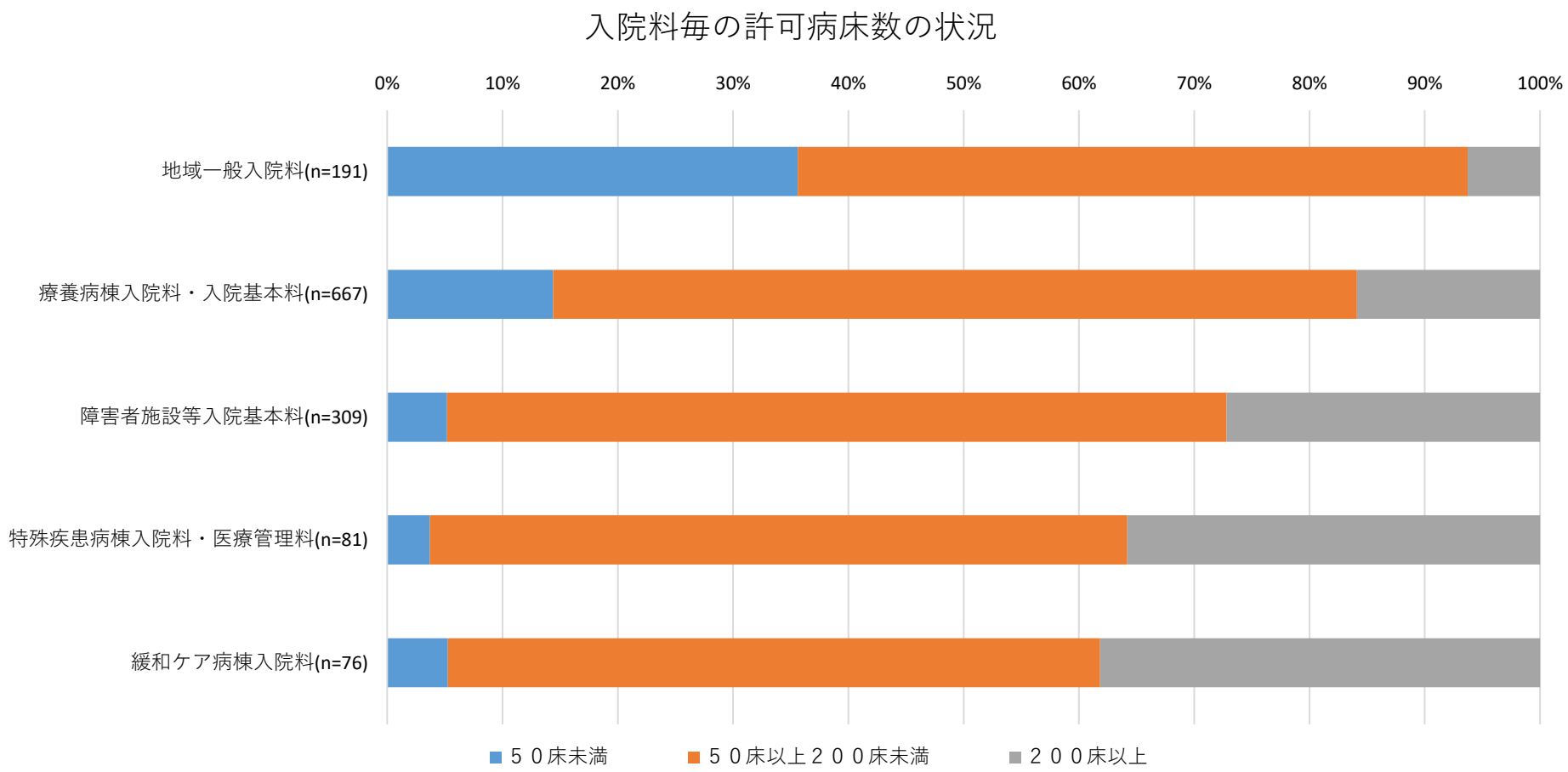
○　緩和ケア病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
令和2年度においては、96.3%を占めていた。



出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

入院料ごとの許可病床数の状況

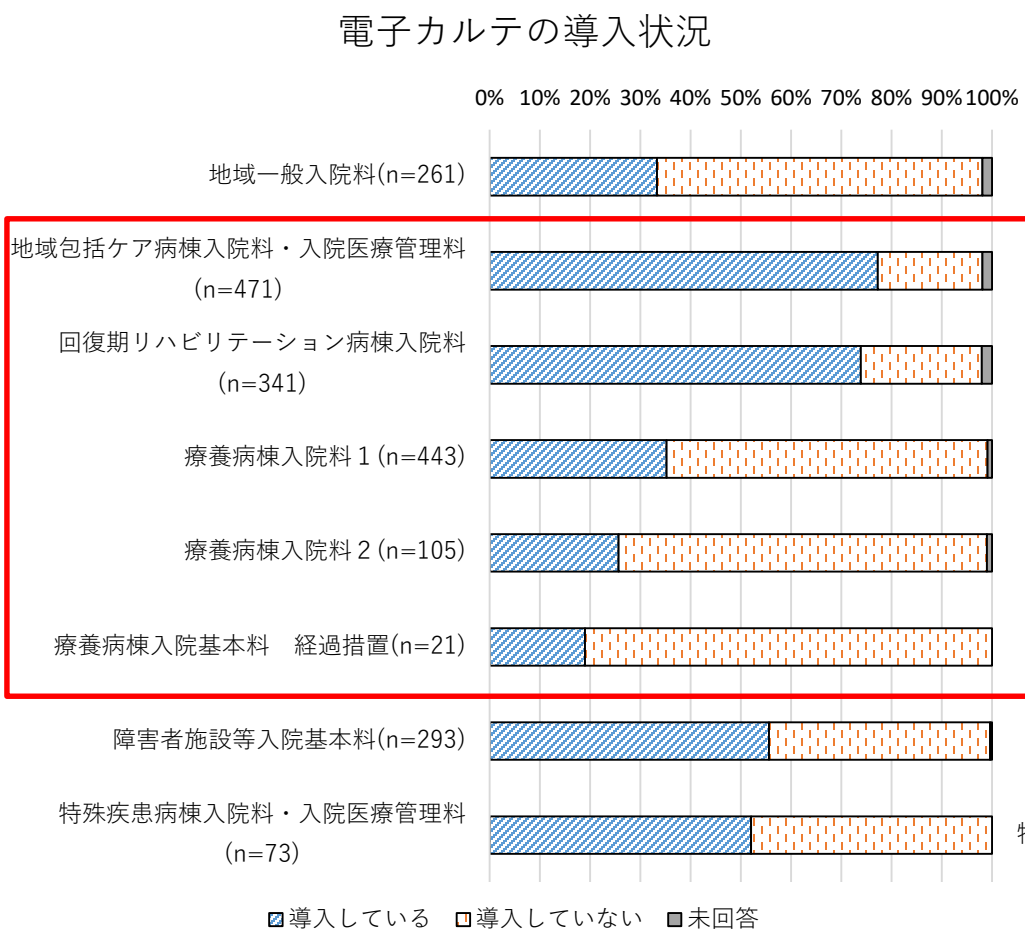
○　各入院料における、許可病床数の状況は、以下のとおりであった。

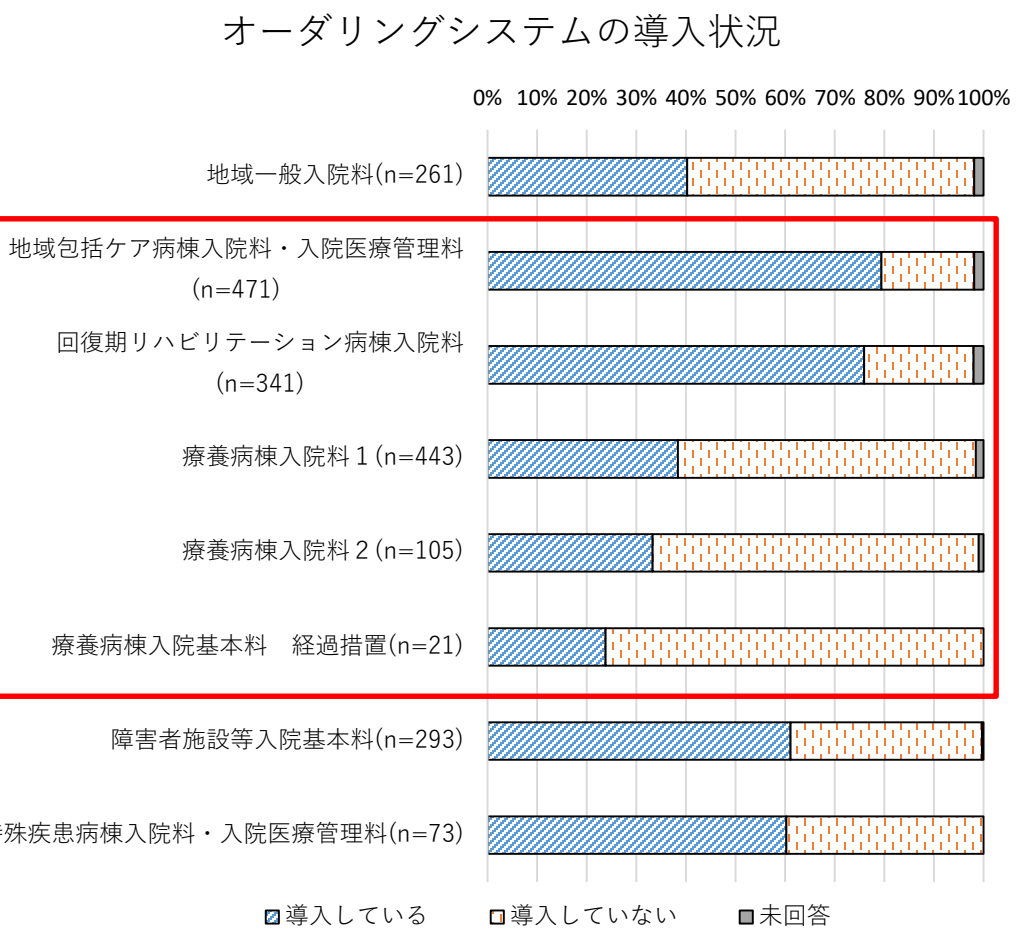


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

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。





出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

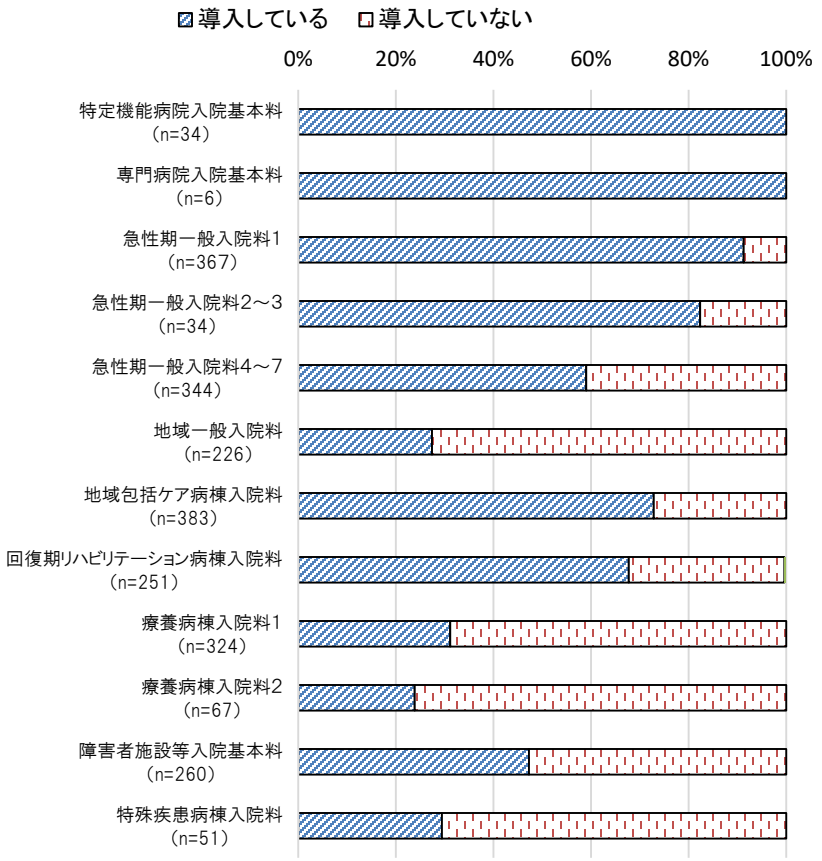
※赤枠内は、データ提出加算の届出が要件となっている入院料（一部経過措置あり）。

入院料毎の電子カルテ等の導入状況

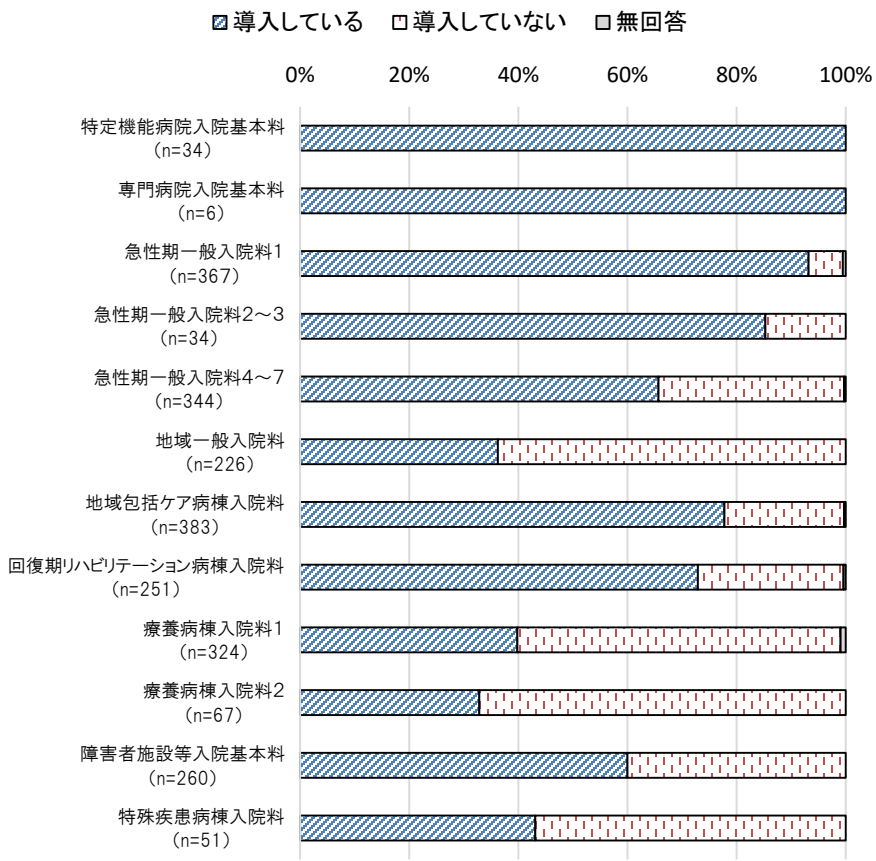
診調組　入－４
３．１０．１

診調組　入－１(改)
元．９．１９

電子カルテの導入状況



オーダリングシステムの導入状況



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

診療録管理体制加算の概要

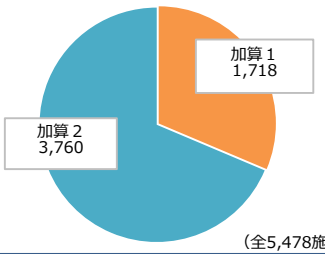
A207　診療録管理体制加算（入院初日）
診療録管理体制加算１　100点　　診療録管理体制加算２　30点

【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）
（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。
（２）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。
（３）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。
（４）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。
（５）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。
（６）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。
（７）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。
　ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
　イ　入院日、退院日
　ウ　担当医、担当診療科
　エ　ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
　オ　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
（８）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。
（９）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）
（１）加算１の（１）から（４）まで及び（９）を満たしていること。
（２）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。
（３）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。
（４）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。
（５）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。

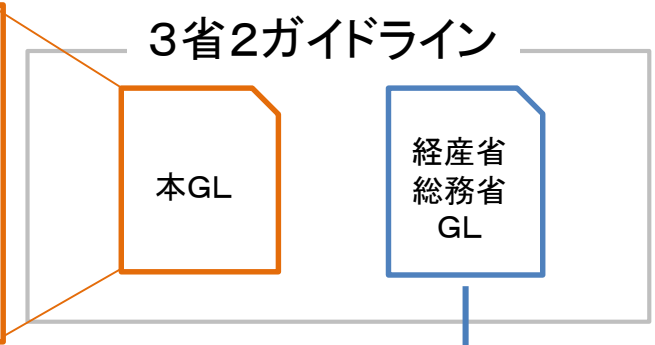
○　本ガイドラインは、**医療機関等における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象**としている。各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定を行っており、**今般第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表**した。

○　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





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

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインで求めるセキュリティ体制

診調組　入－4
３．１０．１

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	◆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、的確に対応できるため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。

参考：「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）

- 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

診調組　入－4
３．１０．１

＜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。

医療機関におけるセキュリティ体制の実態

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）。

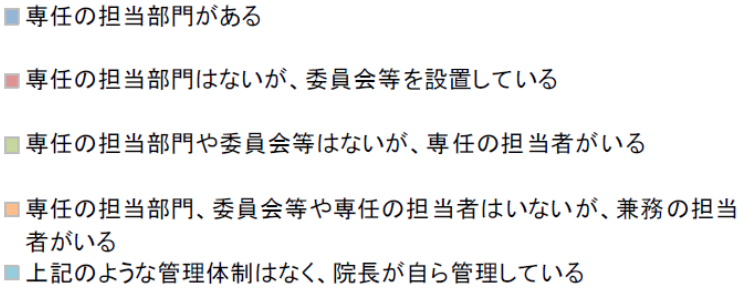
2020年度AMED（医薬品等規制調査・評価研究事業）
医療機関における医療機器のサイバーセキュリティに係る課題抽出等に関する研究
医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査（2021年3月）

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%

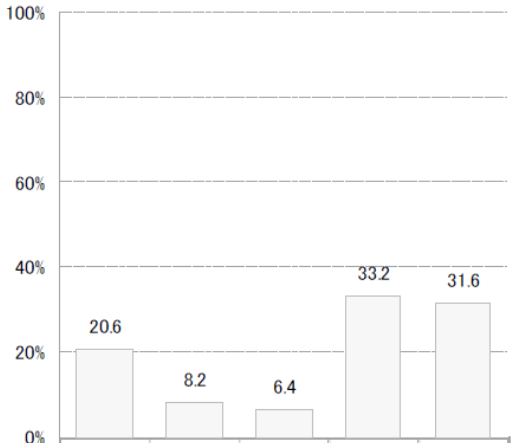
医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

診調組　入－4
３．１０．１

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。



お答えください。貴院の病床数について		n=	(%)					
全体		(2,989)	20.6	8.2	6.4	33.2	31.6	
	無床診療所 有床診療所	(1,400)	3.0	1.4	5.2	26.1	64.4	
	病院　20～99床 病院　100～199床	(979)	20.5	16.4	8.4	50.6	4.1	
	病院　200～299床 病院　300～499床 病院　500床以上	(610)	61.3	10.5	5.9	21.8	0.5	



n=30以上の場合

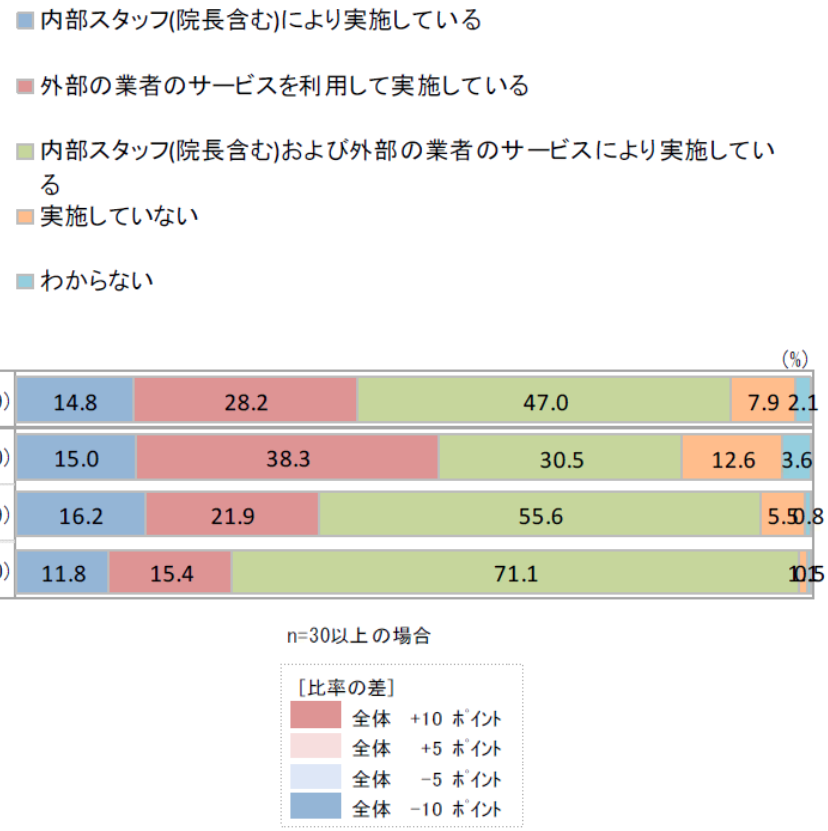
[比率の差]
全体　+10 ポイント
全体　+5 ポイント
全体　−5 ポイント
全体　−10 ポイント

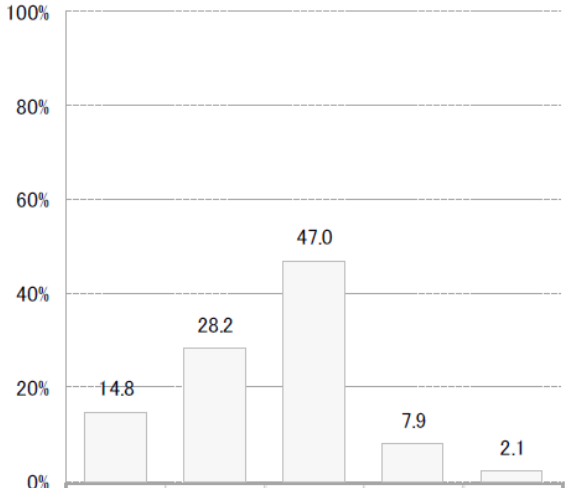
お答えください。貴院の病床数について		n=	専任の担当部門がある	専任の担当部門はないが、委員会等を設置している	専任の担当部門や委員会等はないが、専任の担当者がいる	専任の担当部門や委員会等はないが、兼務の担当者がいる	上記のような管理体制はなく、院長が自ら管理している
全体		(2,989)	20.6	8.2	6.4	33.2	31.6
	無床診療所 有床診療所	(1,400)	3.0	1.4	5.2	26.1	64.4
	病院　20～99床 病院　100～199床	(979)	20.5	16.4	8.4	50.6	4.1
	病院　200～299床 病院　300～499床 病院　500床以上	(610)	61.3	10.5	5.9	21.8	0.5

医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

診調組　入－4
３．１０．１

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。





		n=	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
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
貴院の病床数についてお答えください。	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 病院　500床以上	(610)	11.8	15.4	71.1	1.1	0.5

医療機関における従業員に対するセキュリティ研修・訓練の実態

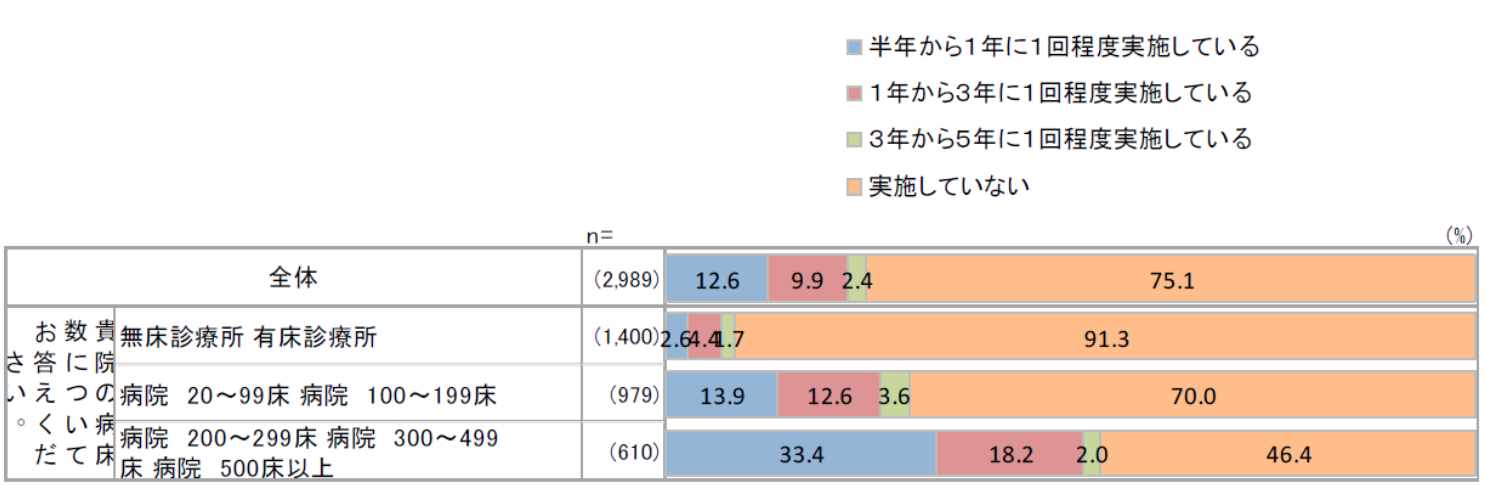
実施状況の実態（医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査）

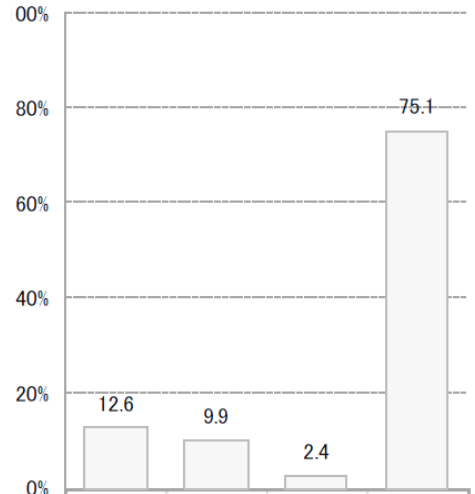
（アンケート調査結果は次ページ）
　中小病院・診療所は７～９割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施している
　また、研修を実施している場合は、概ね全職員を対象に実施している。

医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

診調組　入－4
３．１０．１

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。





n=30以上の場合

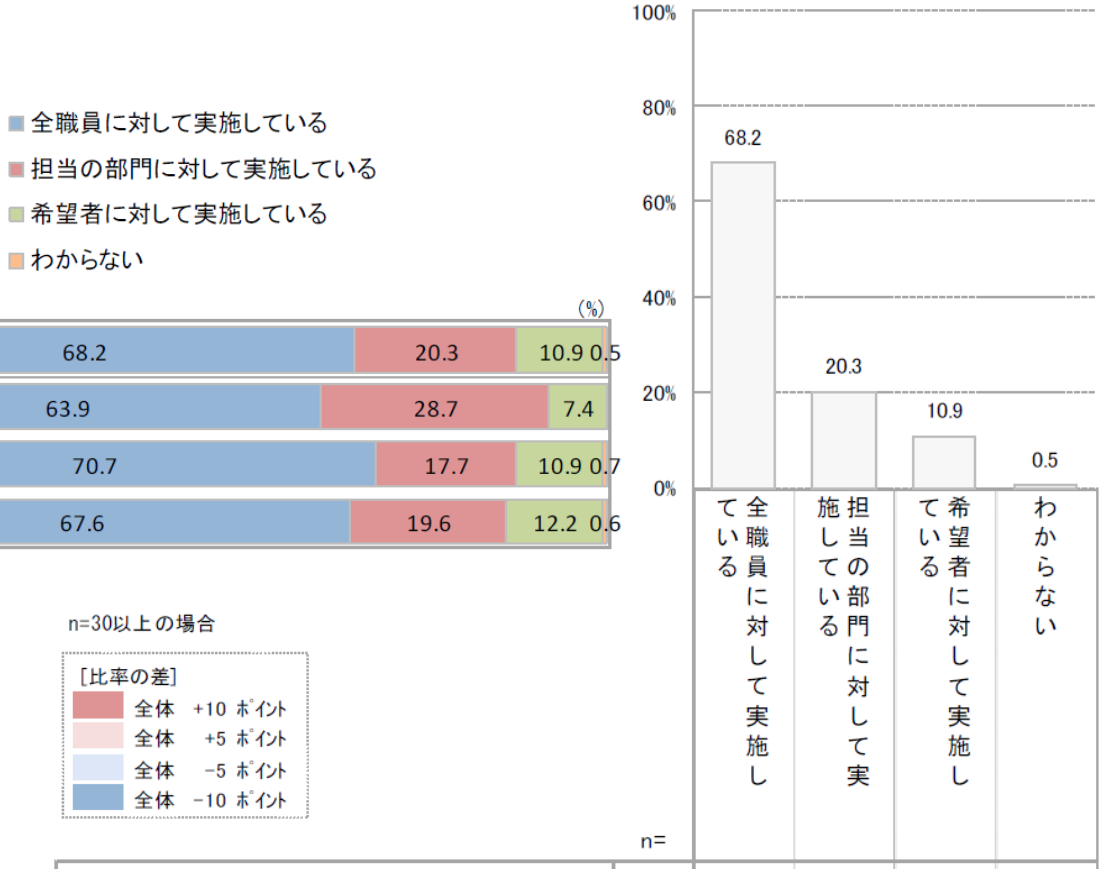
［比率の差］
- 全体 +10 ポイント
- 全体 +5 ポイント
- 全体 −5 ポイント
- 全体 −10 ポイント

		n=	半年から1年に1回程度実施している	1年から3年に1回程度実施している	3年から5年に1回程度実施している	実施していない
全体		(2,989)	12.6	9.9	2.4	75.1
貴院のお答えください。病床数について	無床診療所 有床診療所	(1,400)	2.6	4.4	1.7	91.3
	病院 20～99床 病院 100～199床	(979)	13.9	12.6	3.6	70.0
	病院 200～299床 病院 300～499床 病院 500床以上	(610)	33.4	18.2	2.0	46.4

医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

診調組　入－4
３．１０．１

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。



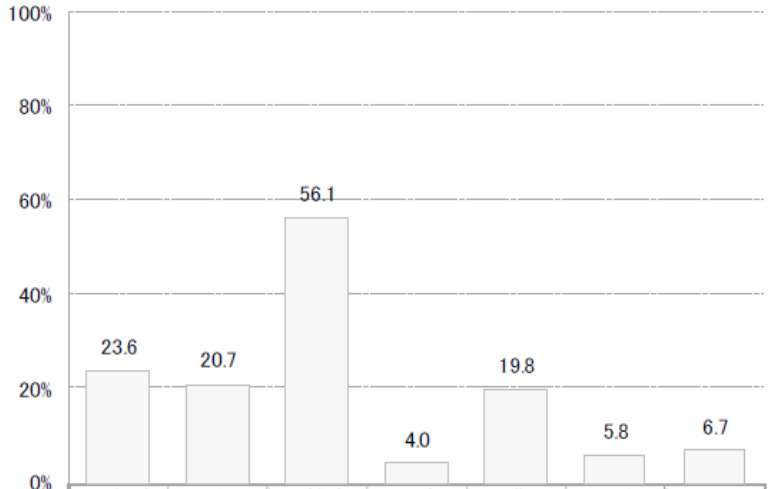
		n=	全職員に対して実施している	担当の部門に対して実施している	希望者に対して実施している	わからない
全体		(743)	68.2	20.3	10.9	0.5
貴院の病床数についてお答えください。	無床診療所 有床診療所	(122)	63.9	28.7	7.4	0.0
	病院　20～99床 病院　100～199床	(294)	70.7	17.7	10.9	0.7
	病院　200～299床 病院　300～499床 病院　500床以上	(327)	67.6	19.6	12.2	0.6

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

医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

診調組　入－4
３．１０．１

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。



n=30以上の場合

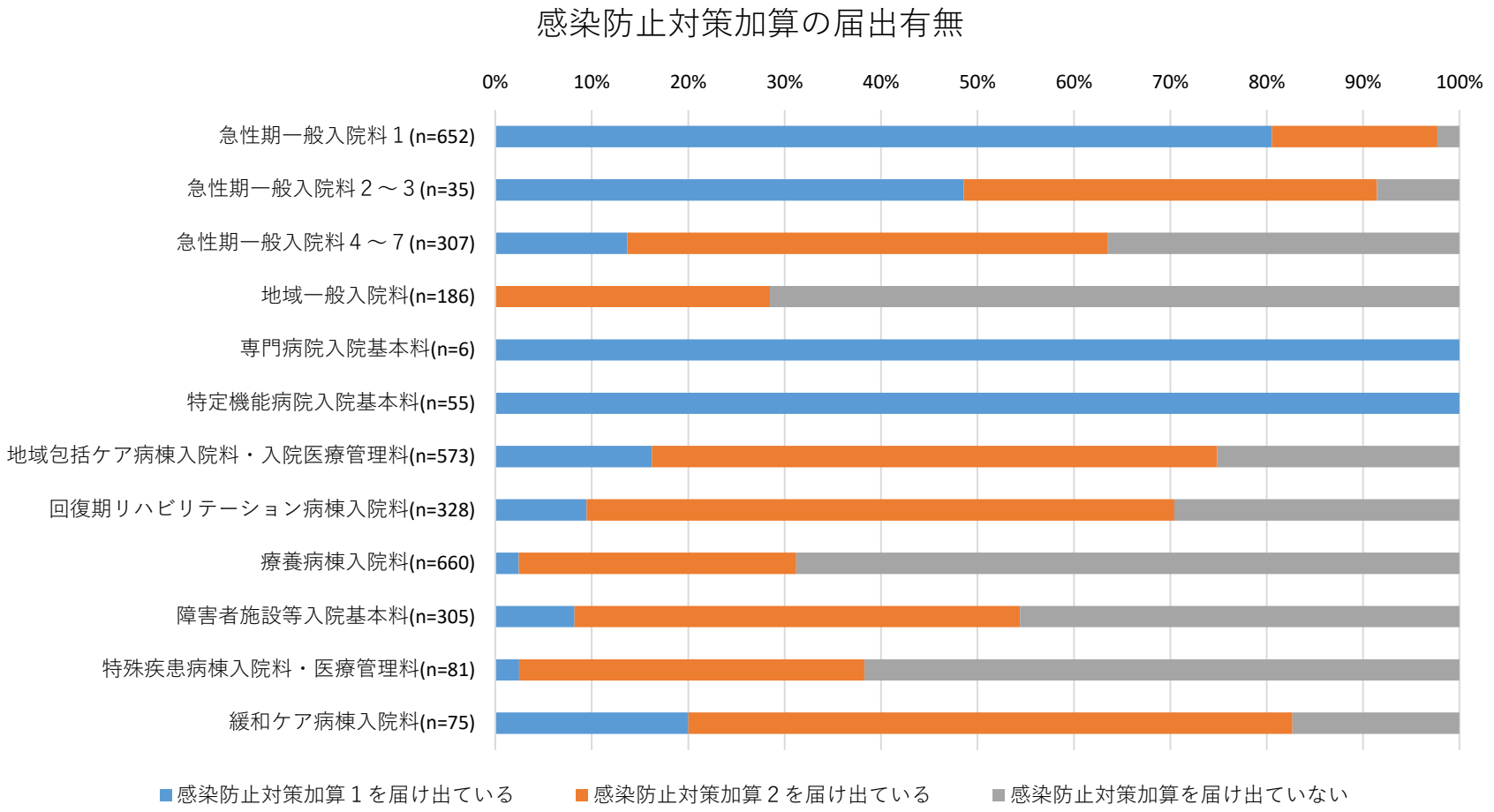
［比率の差］
全体　+10 ポイント
全体　+5 ポイント
全体　-5 ポイント
全体　-10 ポイント

		n=	専門家を招いての講習会を用いて実施している	行政等から出されているガイドラインを用いて実施している	担当部署内で作成した教材を用いて実施している	専門機関の講座を用いて実施している	e-learningの講座を用いて実施している	市販されている教材を用いて実施している	【その他】
全体		(743)	23.6	20.7	56.1	4.0	19.8	5.8	6.7
貴院のお答えください。	無床診療所 有床診療所	(122)	28.7	27.9	23.8	4.9	8.2	12.3	11.5
	病院　20～99床 病院　100～199床	(294)	21.4	20.1	60.5	3.4	17.7	5.1	5.1
	病院　200～299床 病院　300～499床 病院　500床以上	(327)	23.5	18.7	64.2	4.3	26.0	4.0	6.4

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

感染防止対策加算の届出状況

○　各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

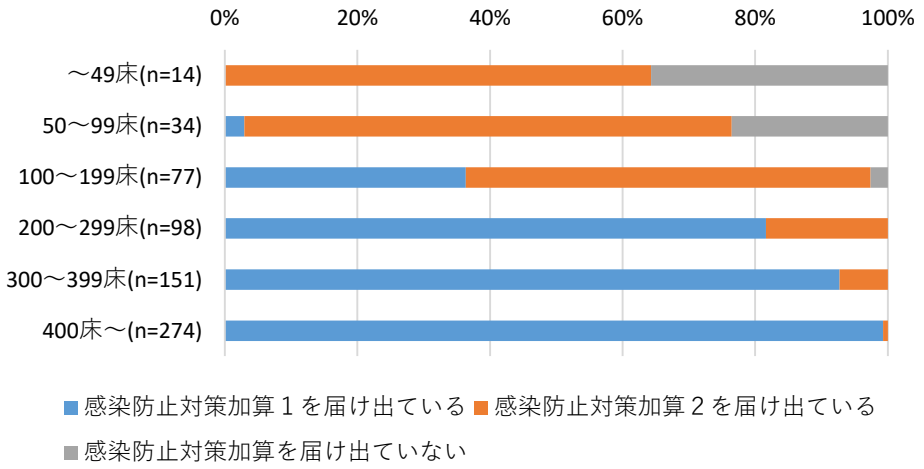


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

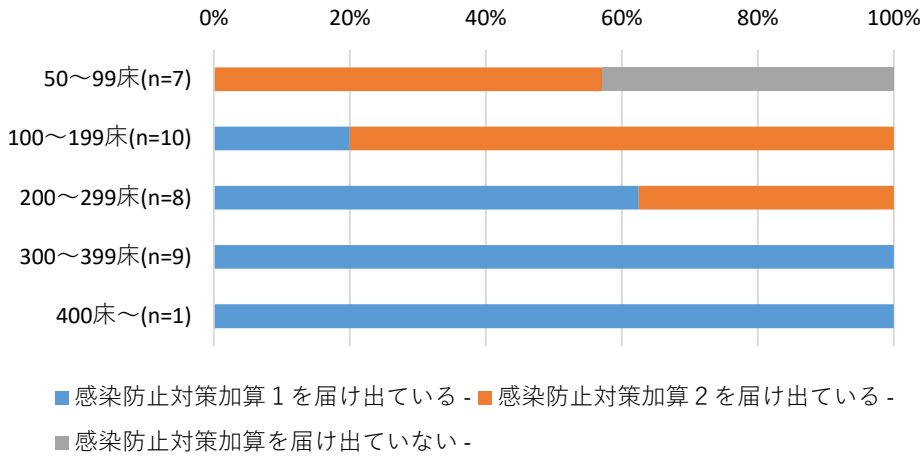
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況①

○　各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

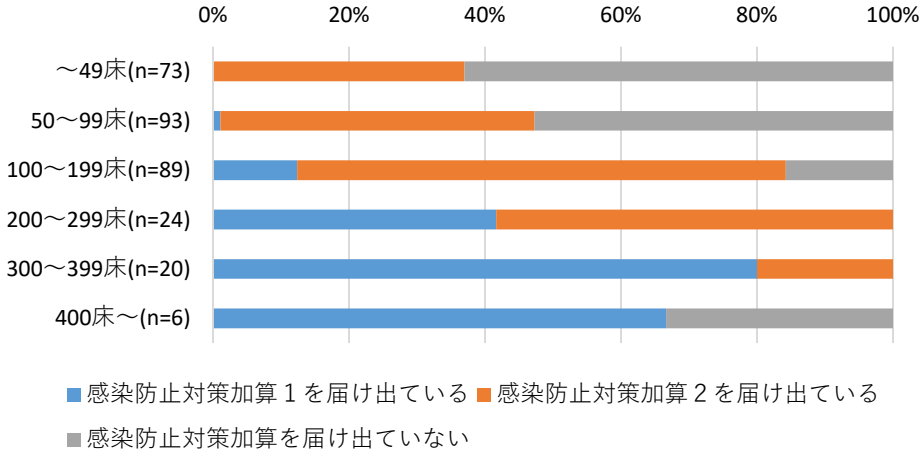
急性期一般入院料１



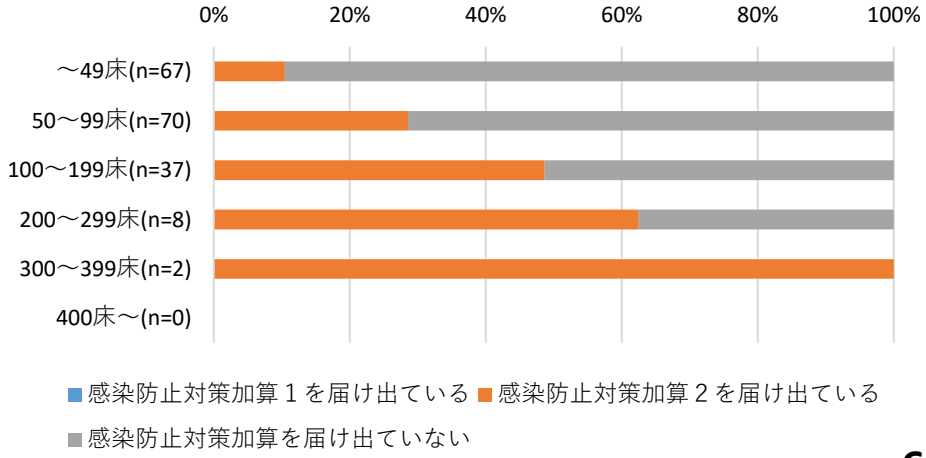
急性期一般入院料２～３



急性期一般入院料４～７



地域一般入院料

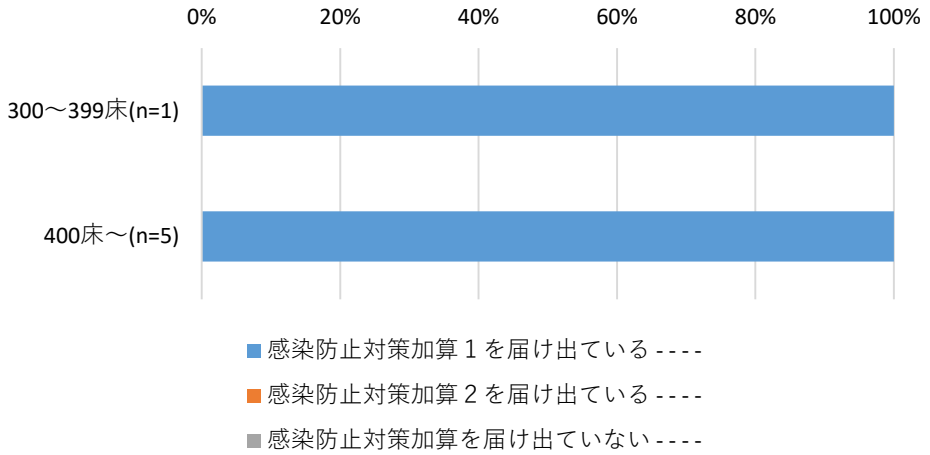


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

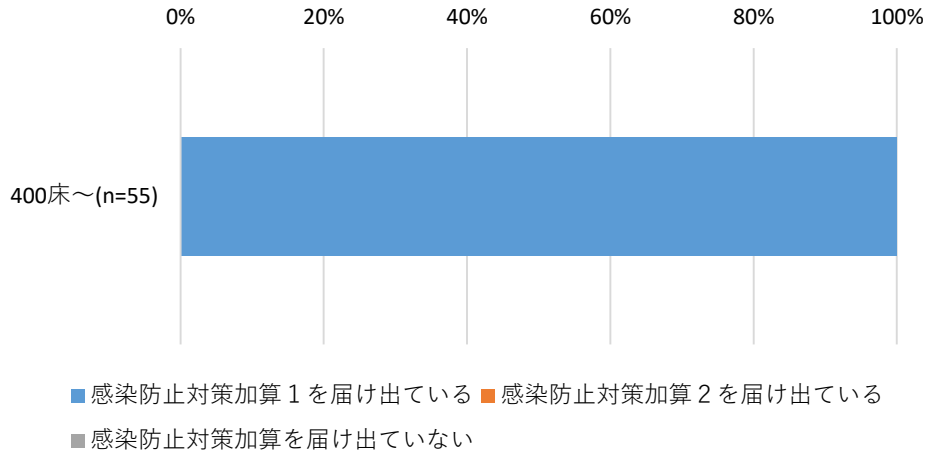
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況②

○　各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

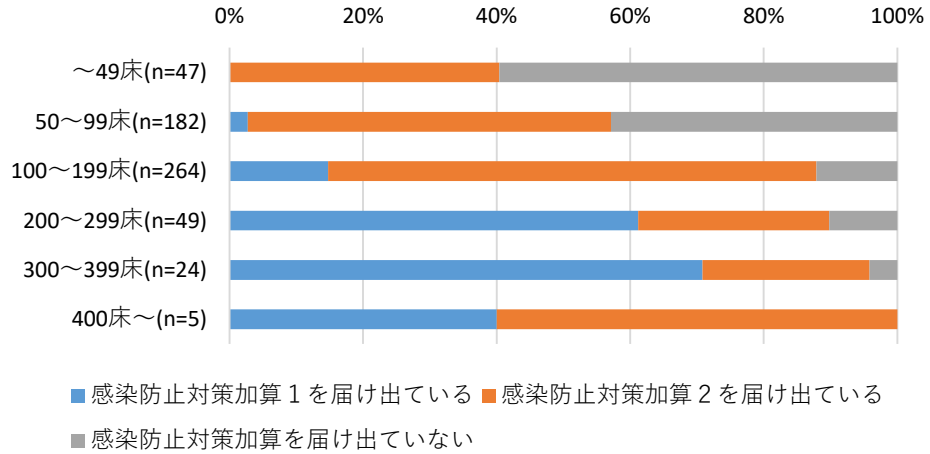
専門病院入院基本料



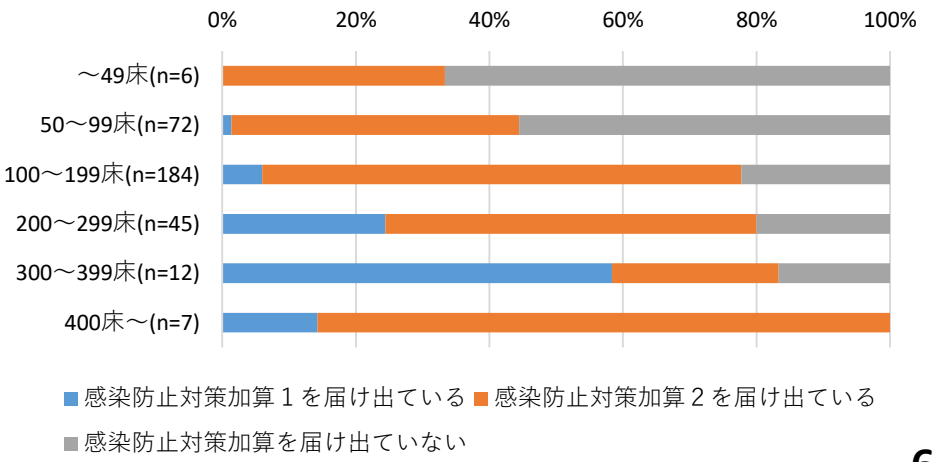
特定機能病院入院基本料



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料

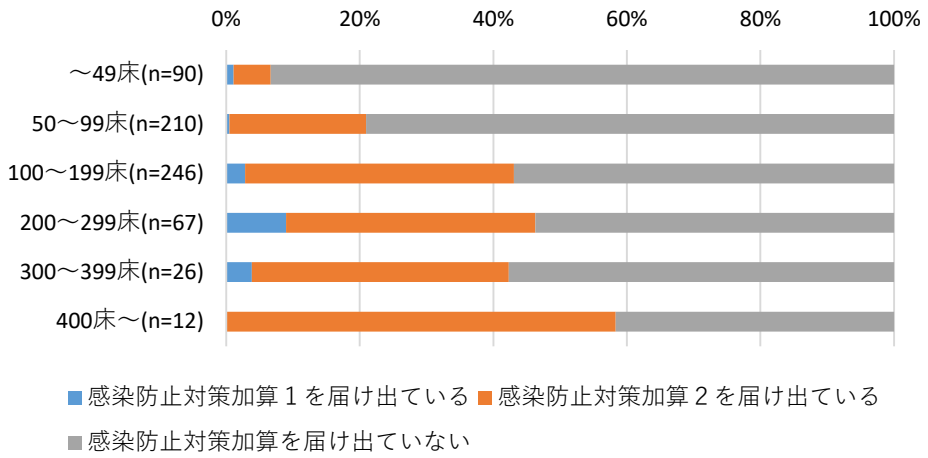


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

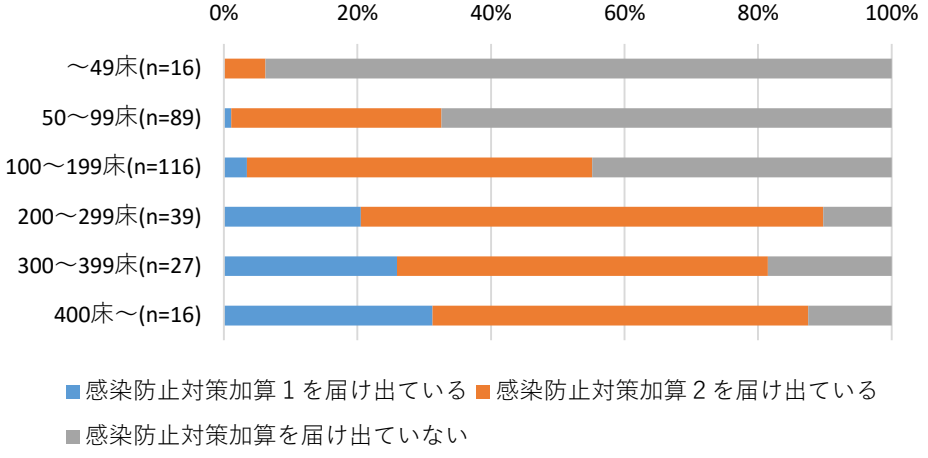
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況③

○　各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

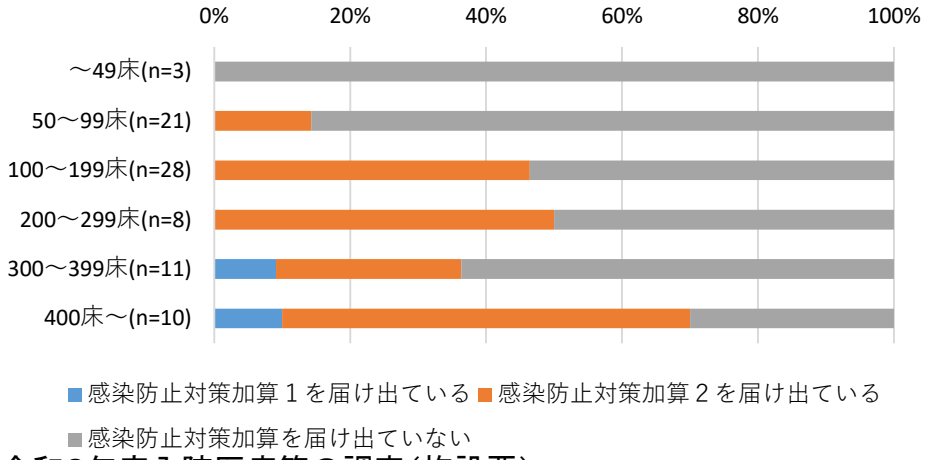
療養病棟入院料



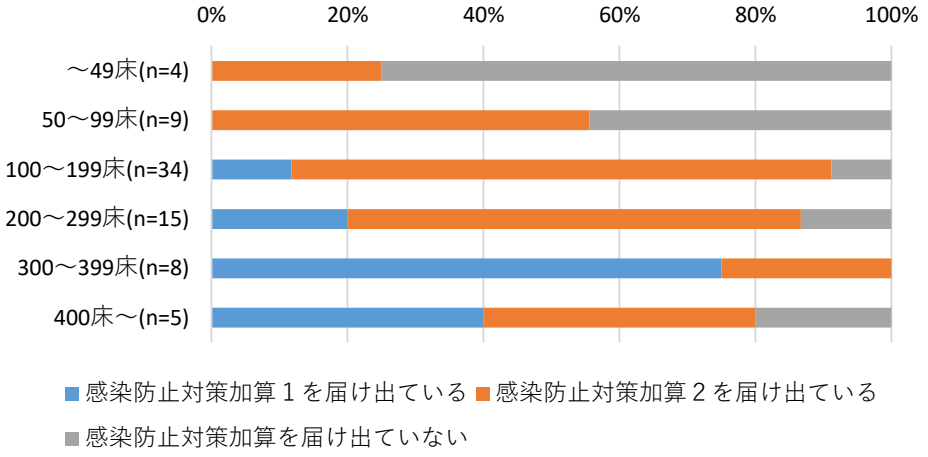
障害者施設等入院基本料



特殊疾患病棟入院料・医療管理料



緩和ケア病棟入院料

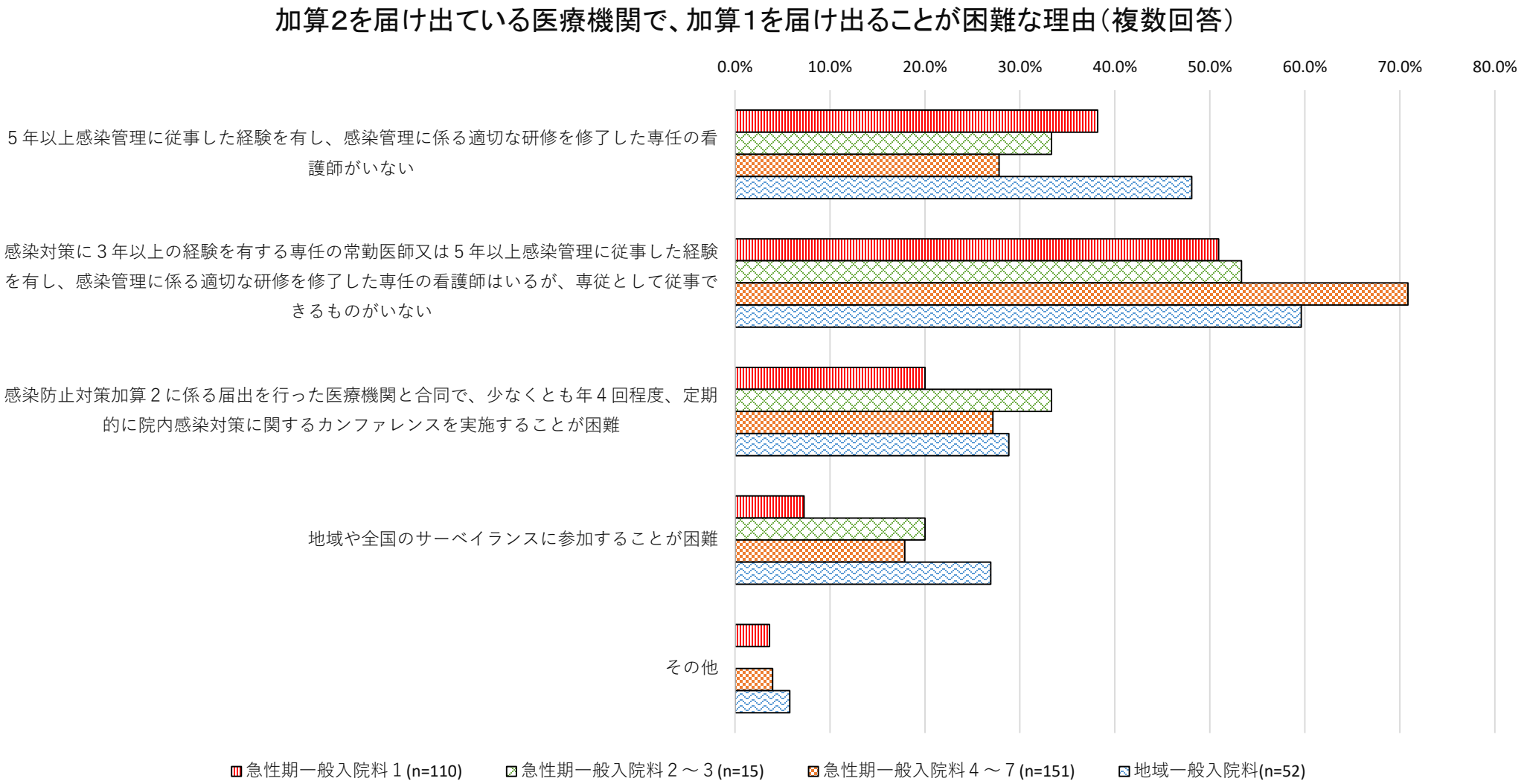


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

感染防止対策加算１を届け出ることが困難な理由①

診調組　入－３
３．１０．１

○　感染防止対策加算２を届け出ている医療機関において、感染防止対策加算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。



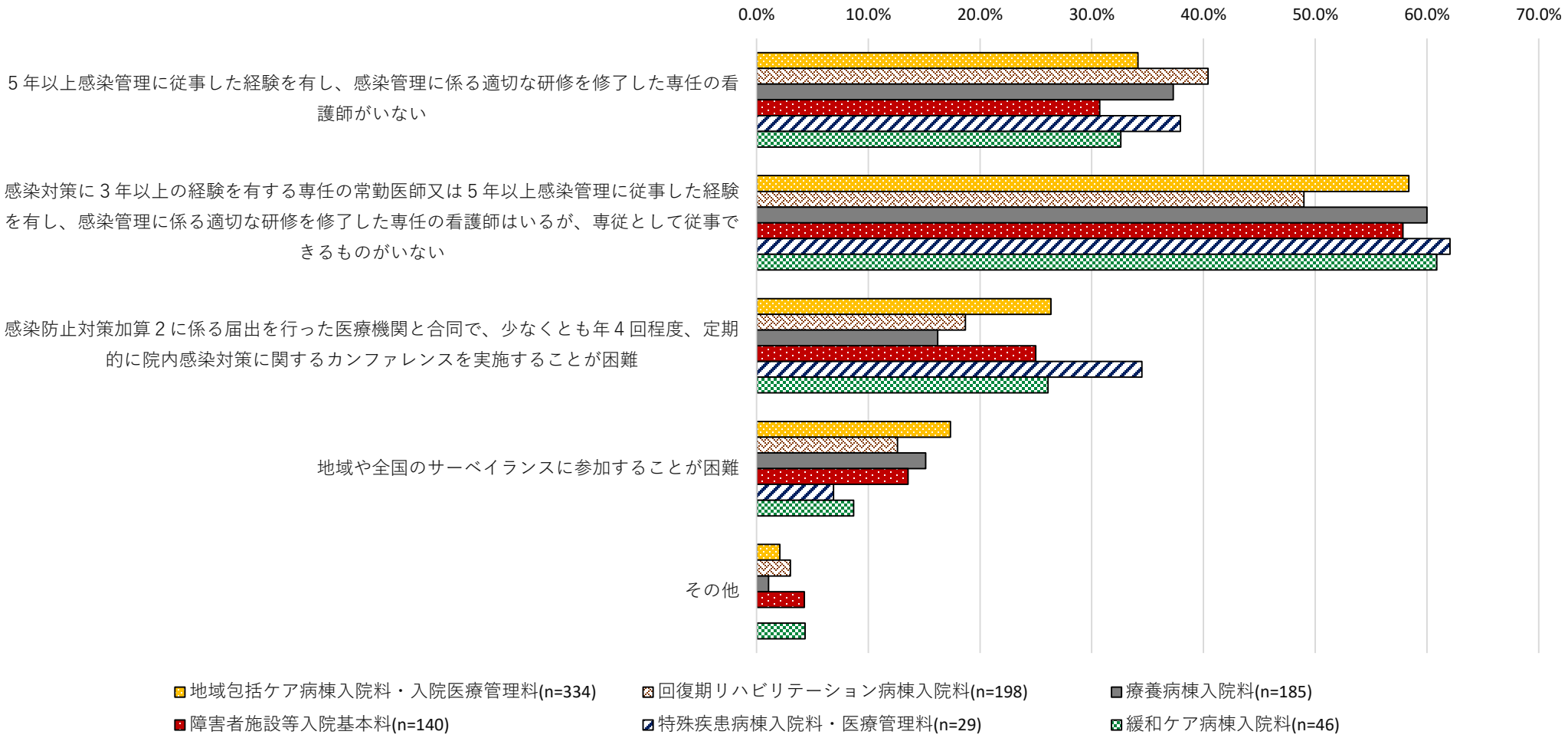
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

感染防止対策加算１を届け出ることが困難な理由②

診調組　入－３
３．１０．１

○　感染防止対策加算２を届け出ている医療機関において、感染防止対策加算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。

加算2を届け出ている医療機関で、加算1を届け出ることが困難な理由（複数回答）



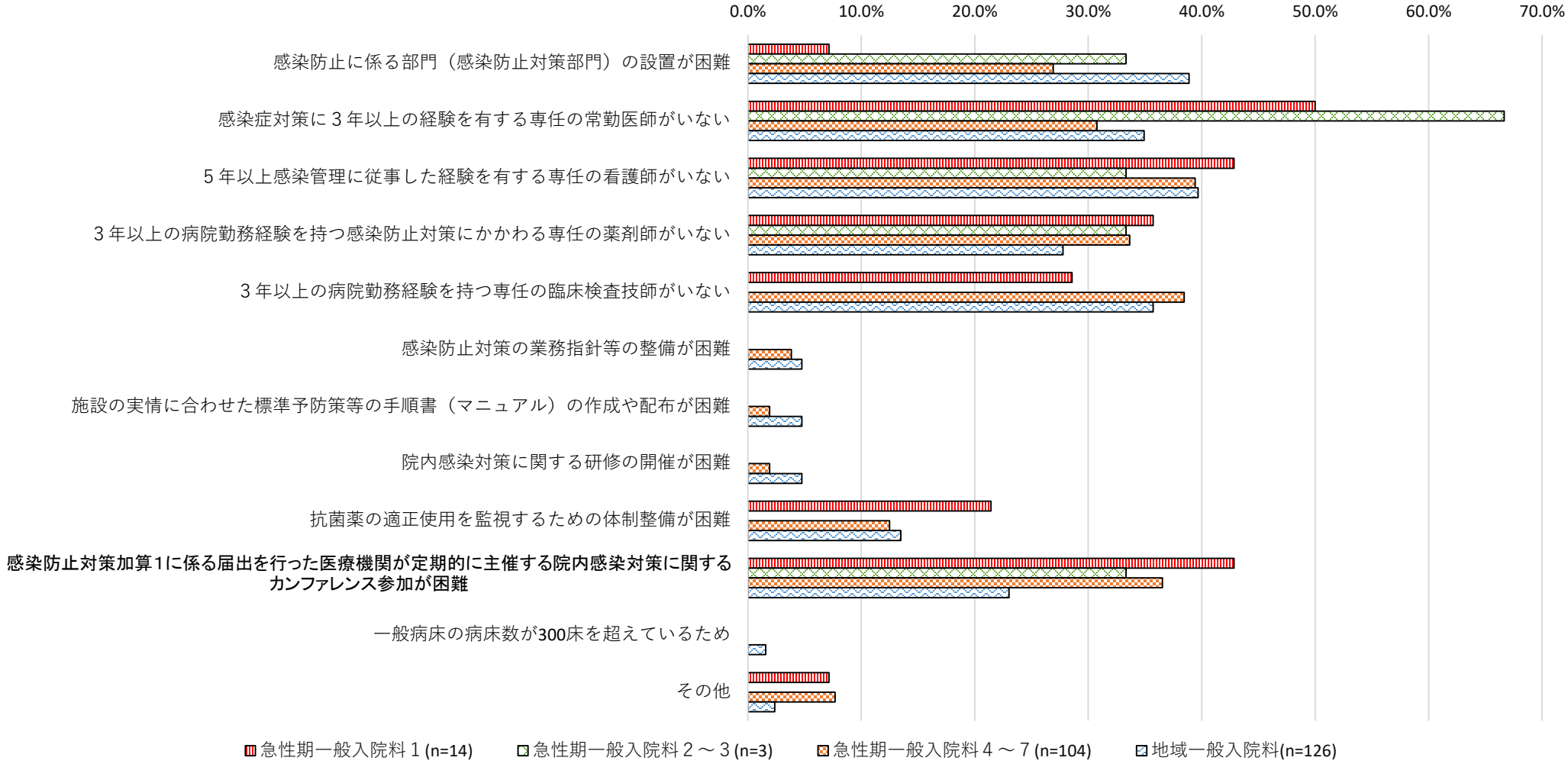
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

感染防止対策加算２を届け出ることが困難な理由①

診調組　入－３
３．１０．１

○　感染防止対策加算の届出がない医療機関において、感染防止対策加算２を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

加算の届出がない医療機関で、加算2を届け出ることが困難な理由（複数回答）

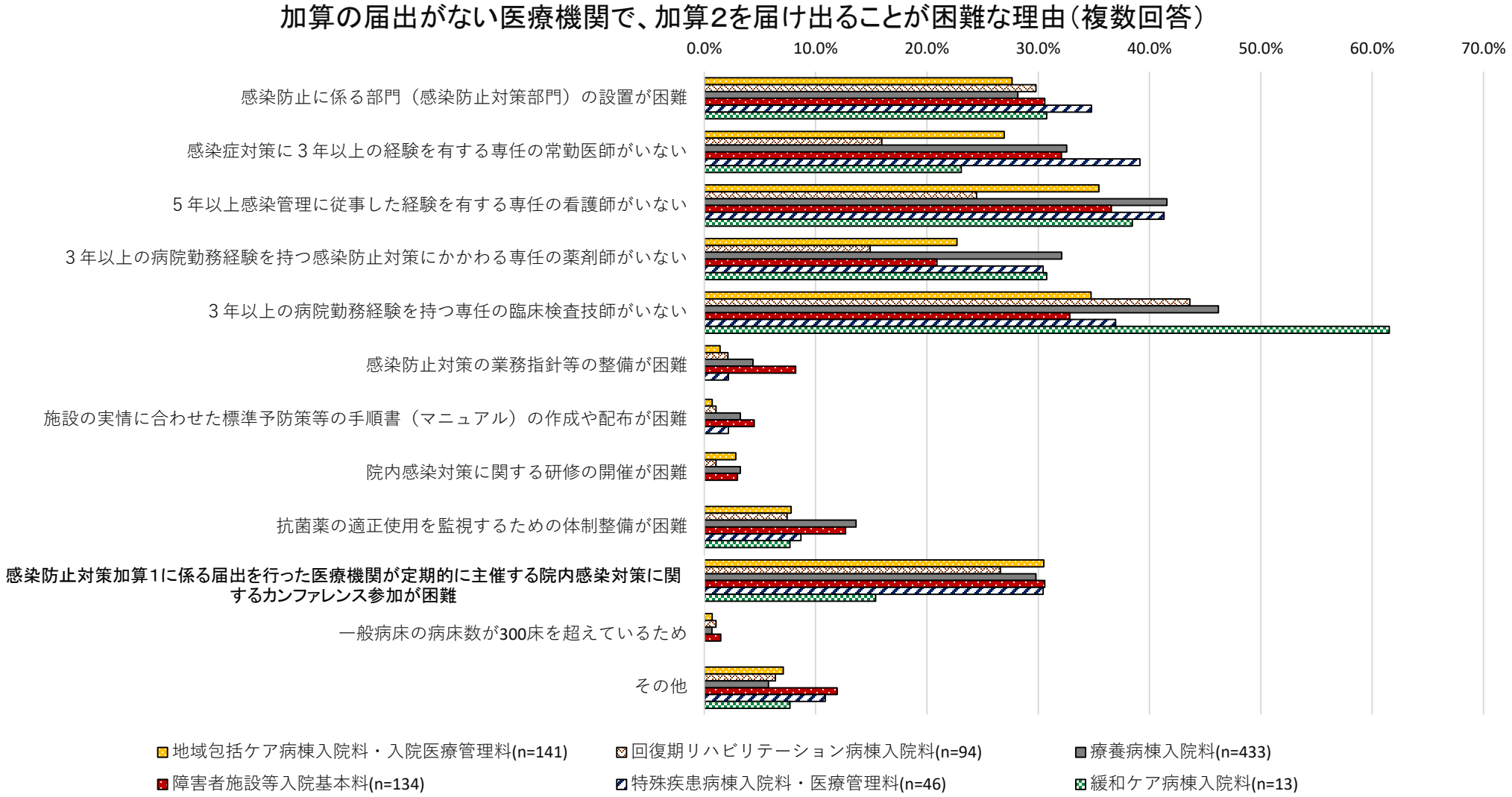


出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

感染防止対策加算２を届け出ることが困難な理由②

診調組　入－３
３．１０．１

○　感染防止対策加算の届出がない医療機関において、感染防止対策加算２を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。



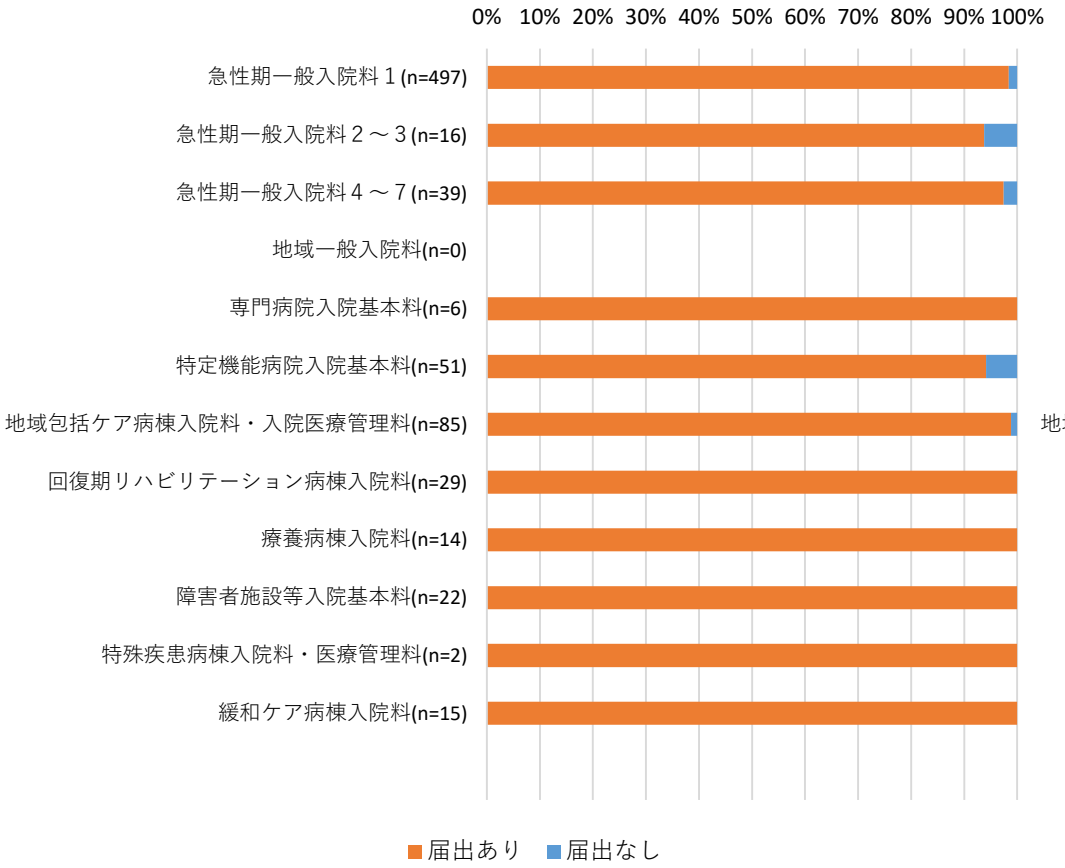
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の届出状況

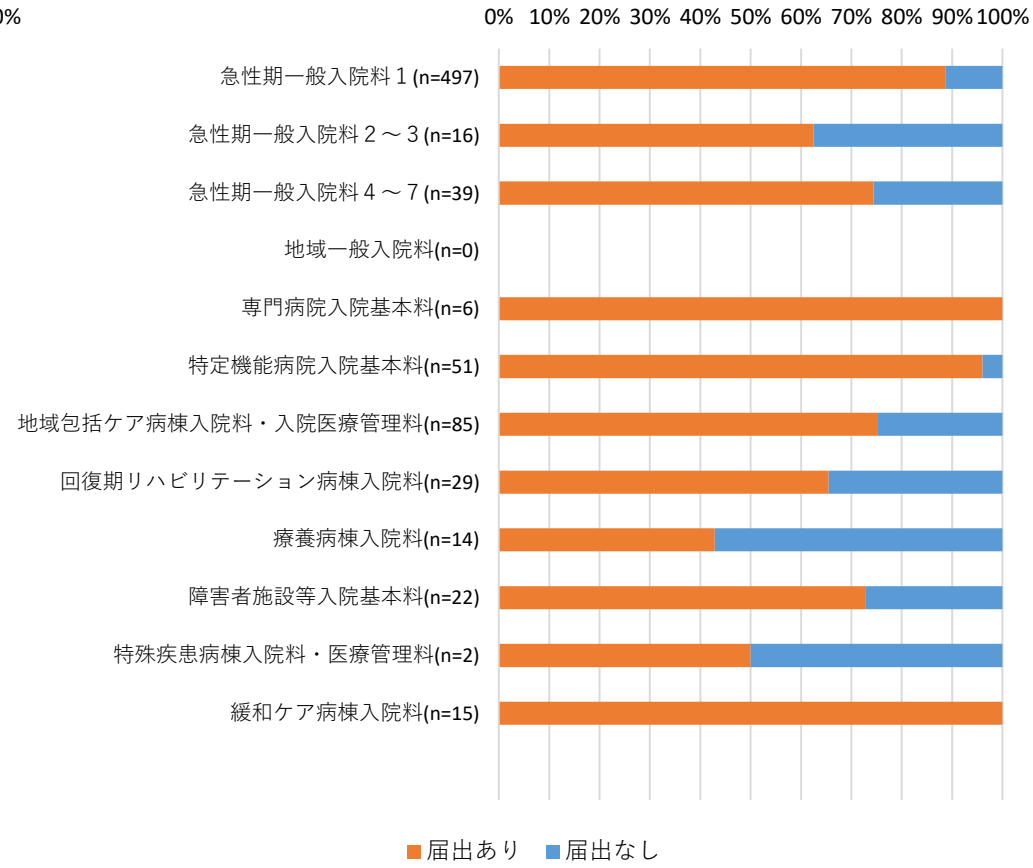
診調組　入－３
３．１０．１

○　感染防止対策加算１を届け出ている医療機関のうち、感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている医療機関の割合は、以下のとおりであった。

感染防止対策地域連携加算の届出



抗菌薬適正使用支援加算の届出



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

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

褥瘡対策チームによる回診の実施状況

○　褥瘡対策チームによる回診の実施状況は、以下のとおりであった。

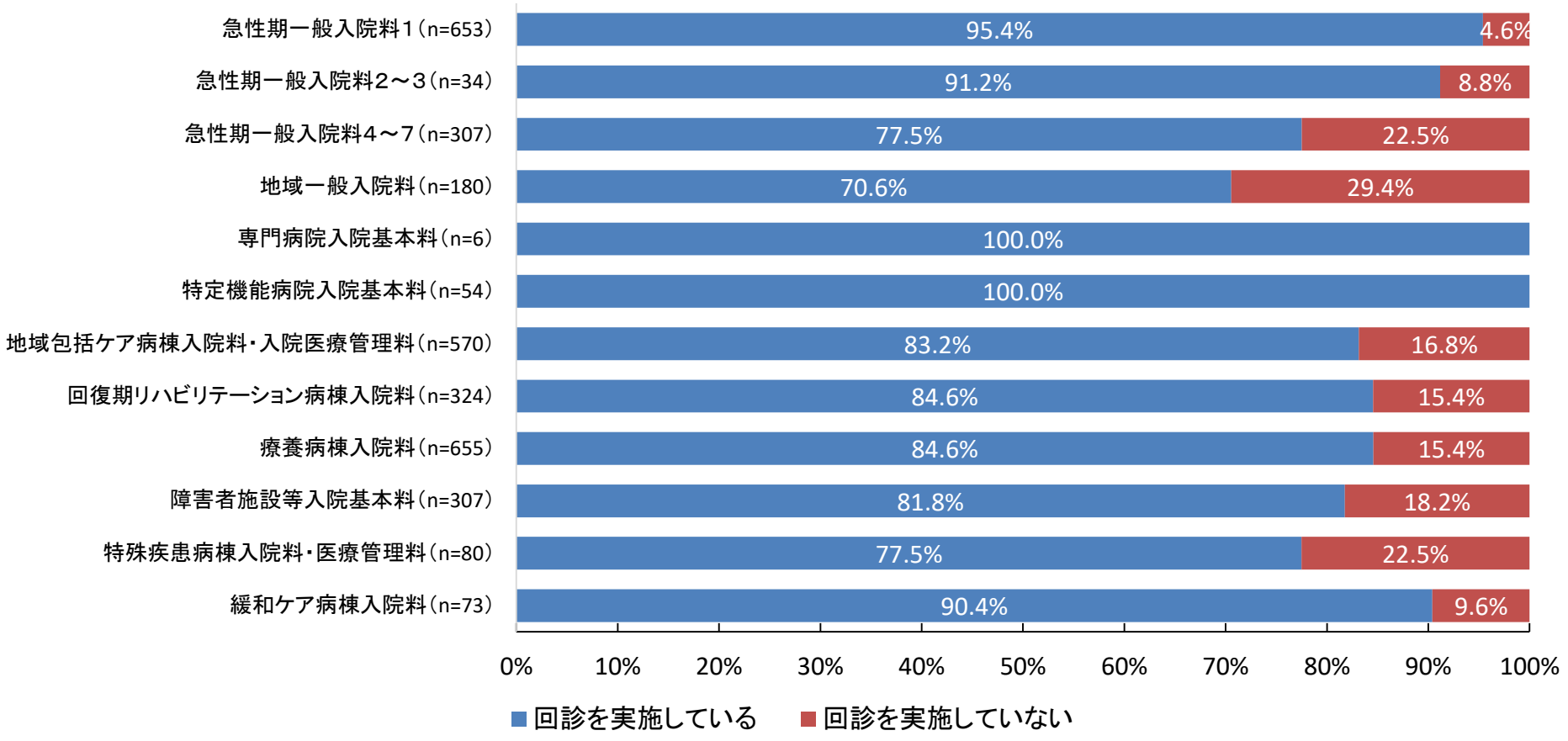


図　褥瘡対策チームによる回診の実施状況

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

○　褥瘡対策に関する院内研修の実施状況は、以下のとおりであった。

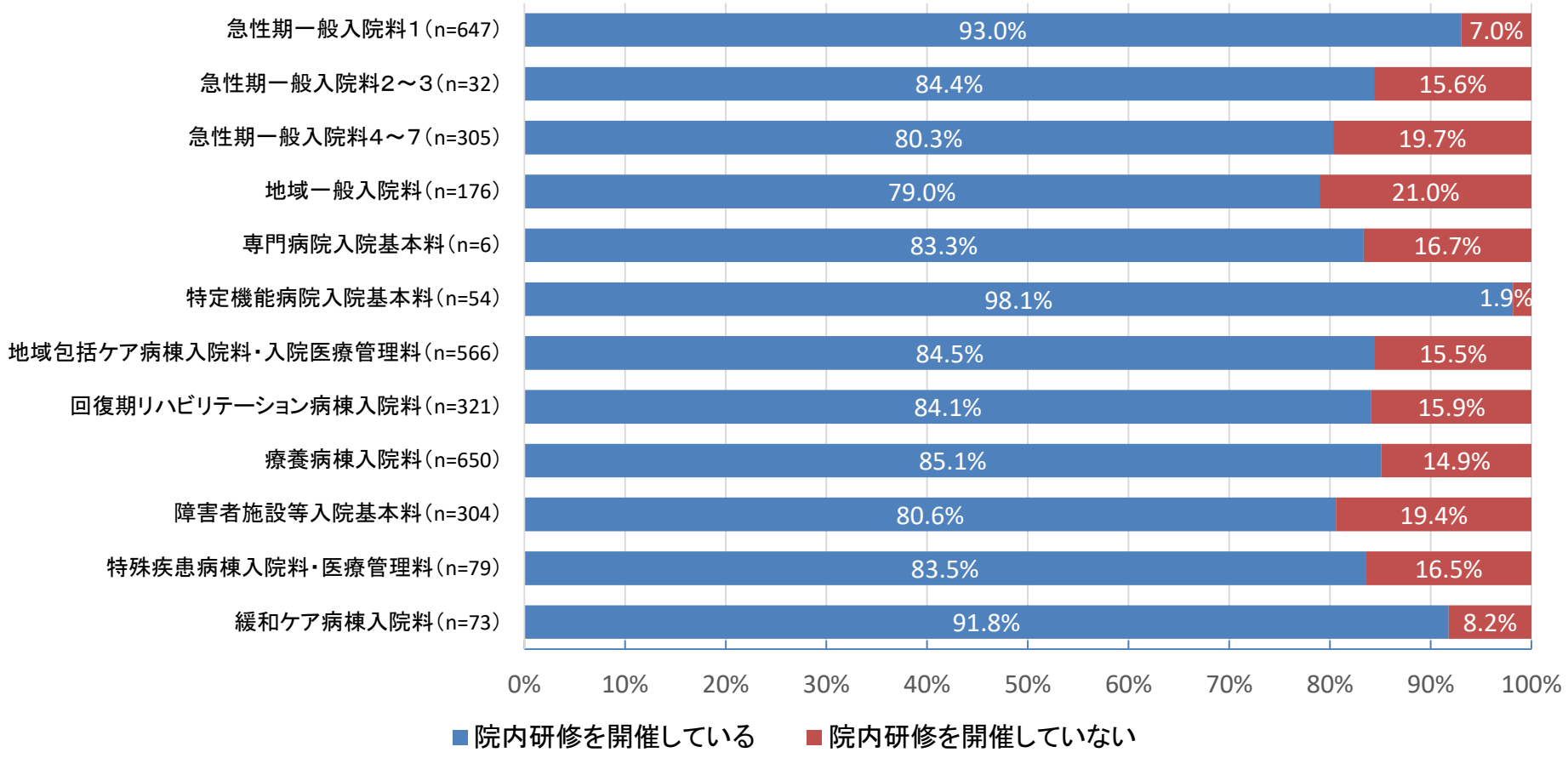


図　褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

褥瘡対策の状況

○　褥瘡対策チームを構成する職種として、基準に規定されていない薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入院料においても一定程度、参画していた。

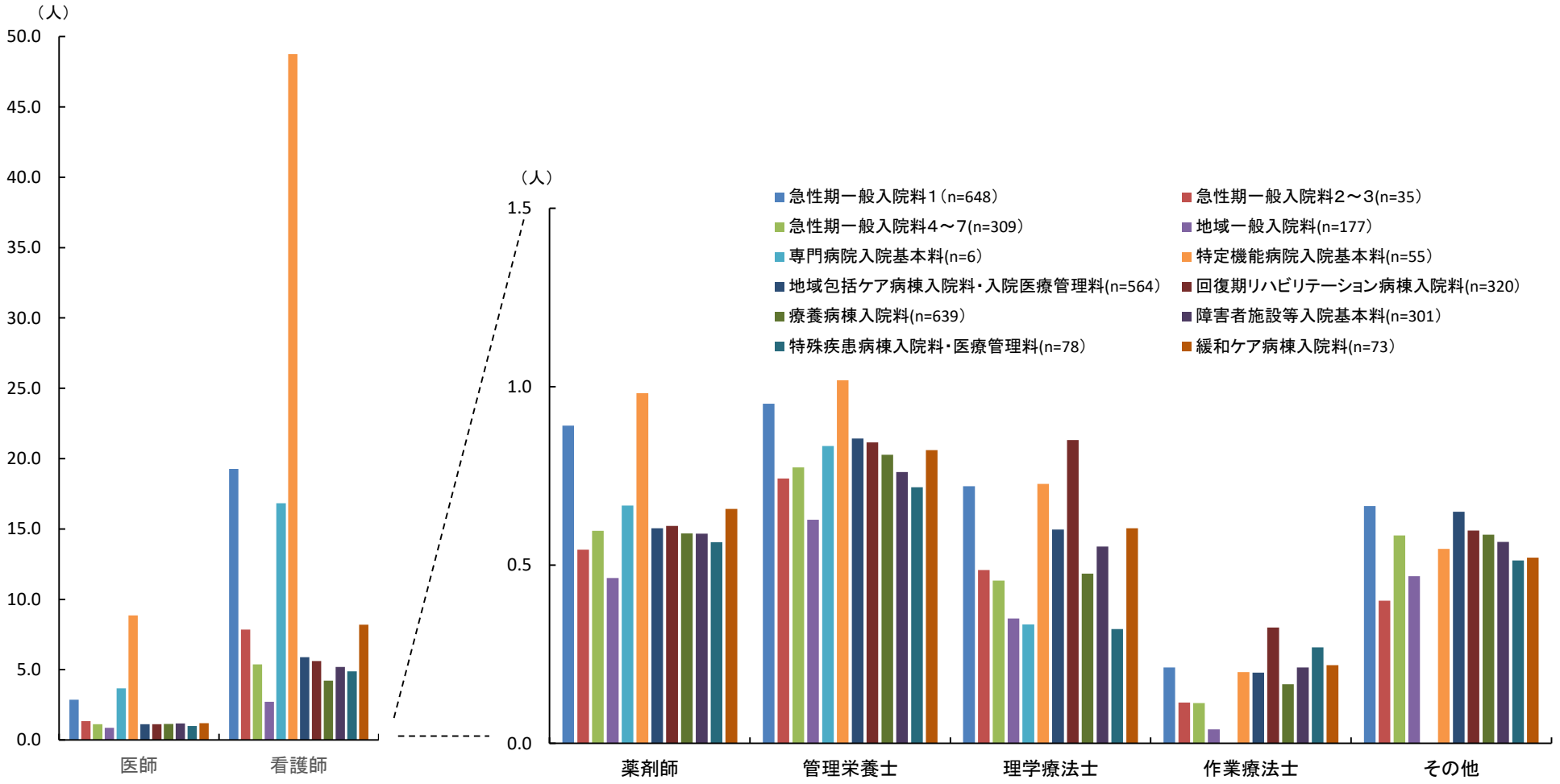


図　入院料別の褥瘡対策チームを構成する職員数

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）