

入院(その7)

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 医療資源の少ない地域について
3. 退院患者調査（DPCデータ）について

回復期入院医療に係る主な指摘事項①

中医協 総-2-1
3. 11. 12 (改)

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 介護との連携や、地域等への人材派遣、まちづくりへの参画、いざという時の在宅患者の受け入れなどを行う地域包括ケアを支える中小病院などの存在が必須。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料等について、前回改定において、診療実績に係る基準が引き上げられた一方で、新型コロナウイルス感染症により、経過措置が延長されている状況にあるため、改定の影響を検証するには時間が必要。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、求められている機能が十分に発揮されているのか、包括範囲の医療についてどの程度実施されているのかについて検討が必要。
- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションがどの程度行われているのか検討し、適正化の方向で検討すべき。リハビリテーション実績指数について、入院料毎で差がある理由について検討すべき。

(9月22日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- 地域包括ケア病棟入院料について、3機能を前提に点数を設定していることから、機能が偏った医療機関についてはその機能に応じた点数とすべきであり、見直しを提案する。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、実態にあった基準の見直しが必要であり、6つの入院料について整理すべき。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、一定期間後の措置については検討を行うべき。

回復期入院医療に係る主な指摘事項②

(11月12日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 地域包括ケア病棟について、3つの役割を均等に果たすことを評価したものではない。ただし、地域包括ケアを担う病棟であることから、その役割は急性期後の患者や在宅からの患者の受け入れなど幅広いことは理解する。
- 3つの役割を担う前提で包括報酬が設定されている中、一部の役割に偏っている医療機関があるのであれば評価にメリハリを付けるのは当然である。
- 役割が偏っていること自体が問題なのではなく、入棟元等によって患者の状態や医療資源投入量に差があることを踏まえた相応の評価を検討すべき。

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-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【平成26年度診療報酬改定】

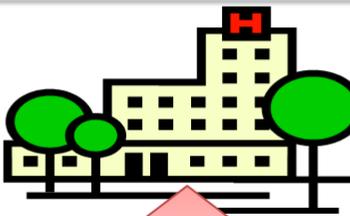
・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

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

地域包括ケア病棟の役割

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



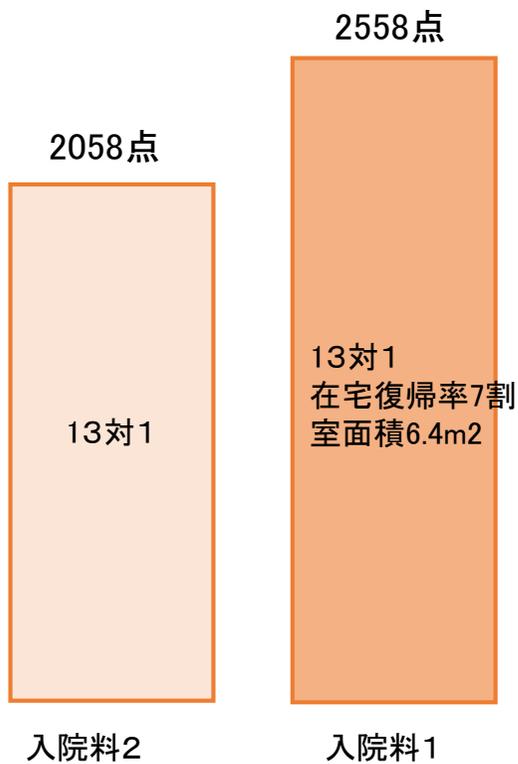
③在宅復帰支援



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

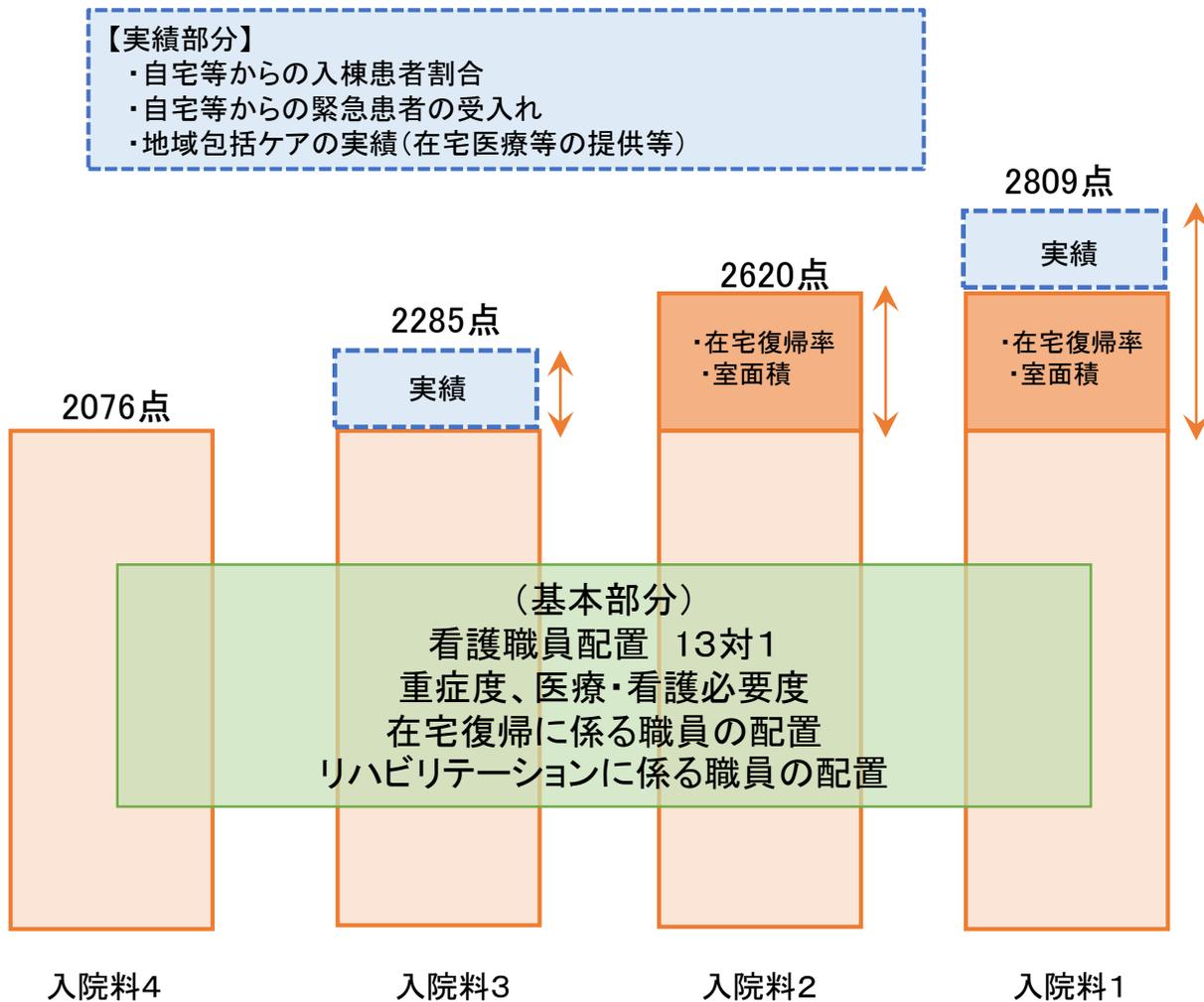
中医協 総-2-1
3.11.12

【平成30年度改定前】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【現行】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

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

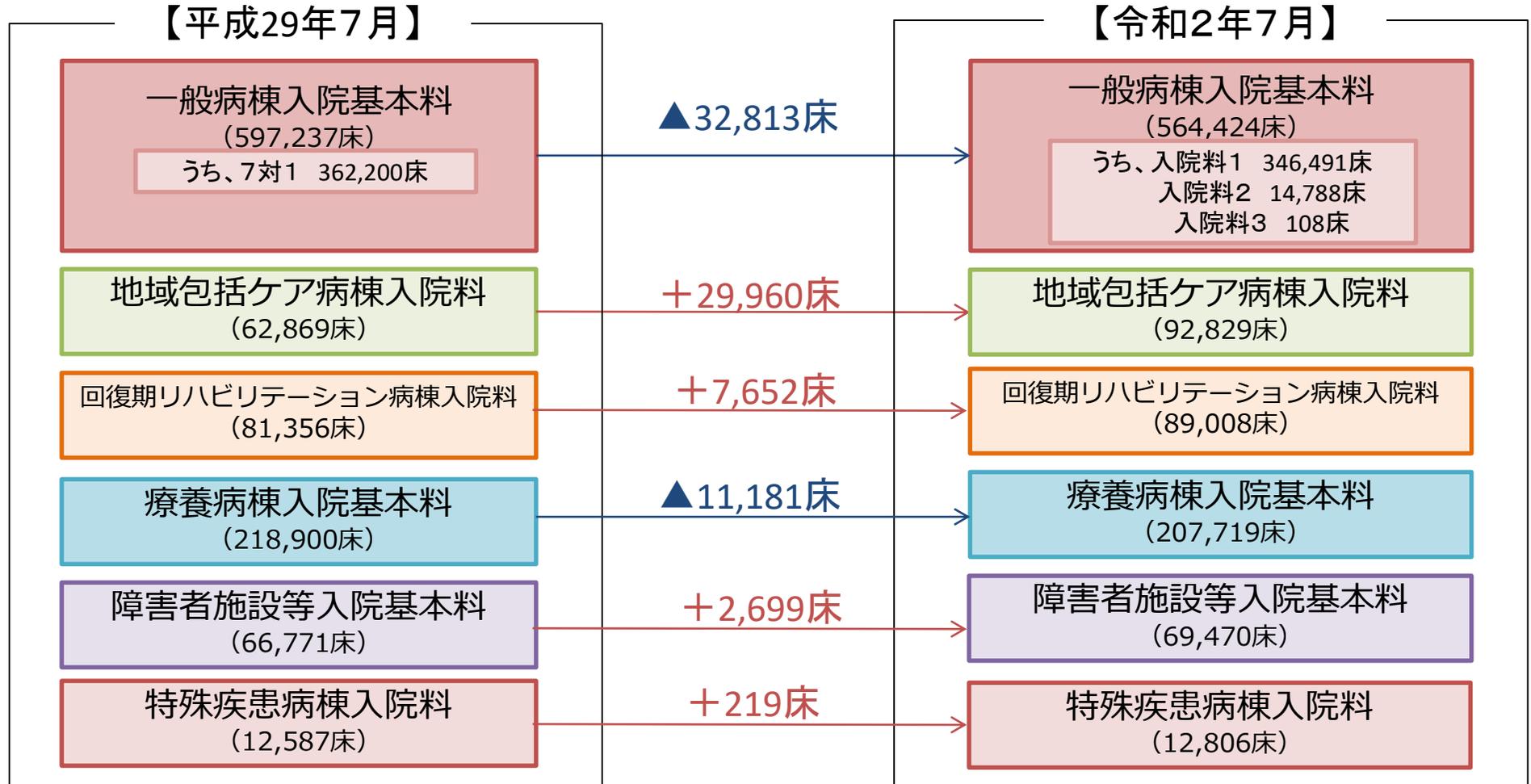
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

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

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

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。



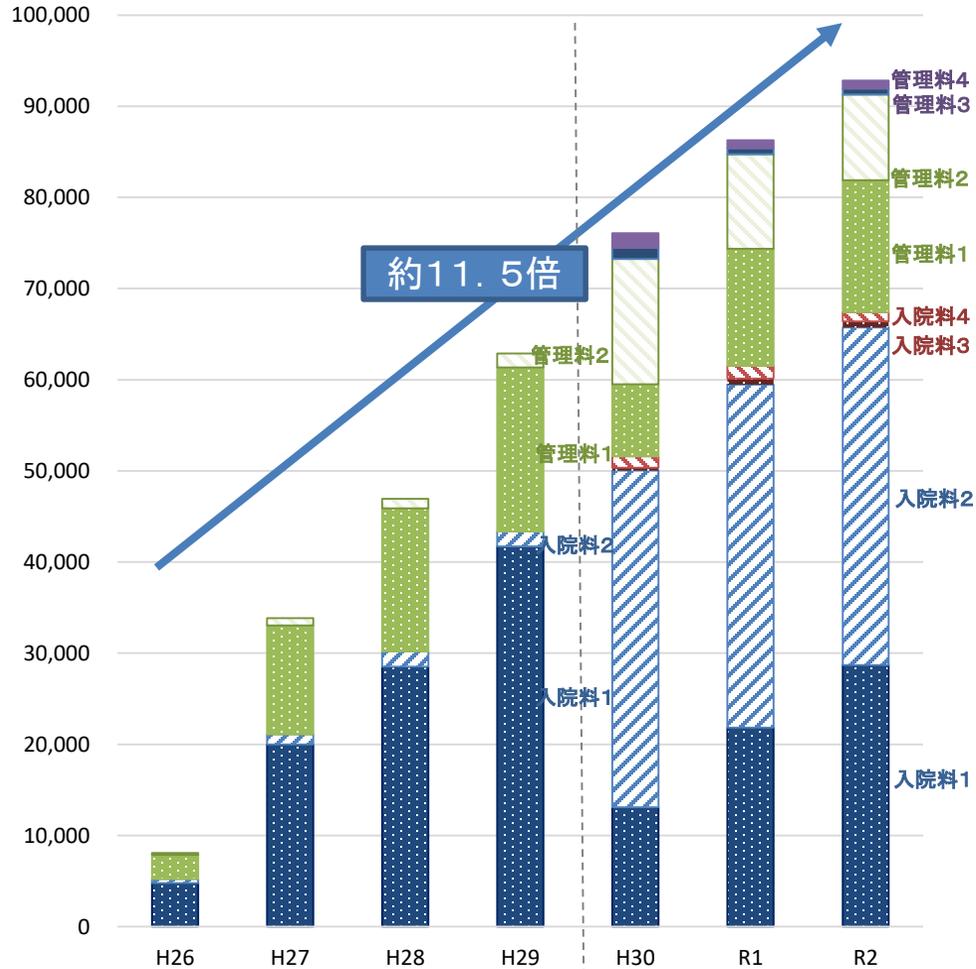
出典：保険局医療課調べ

※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。

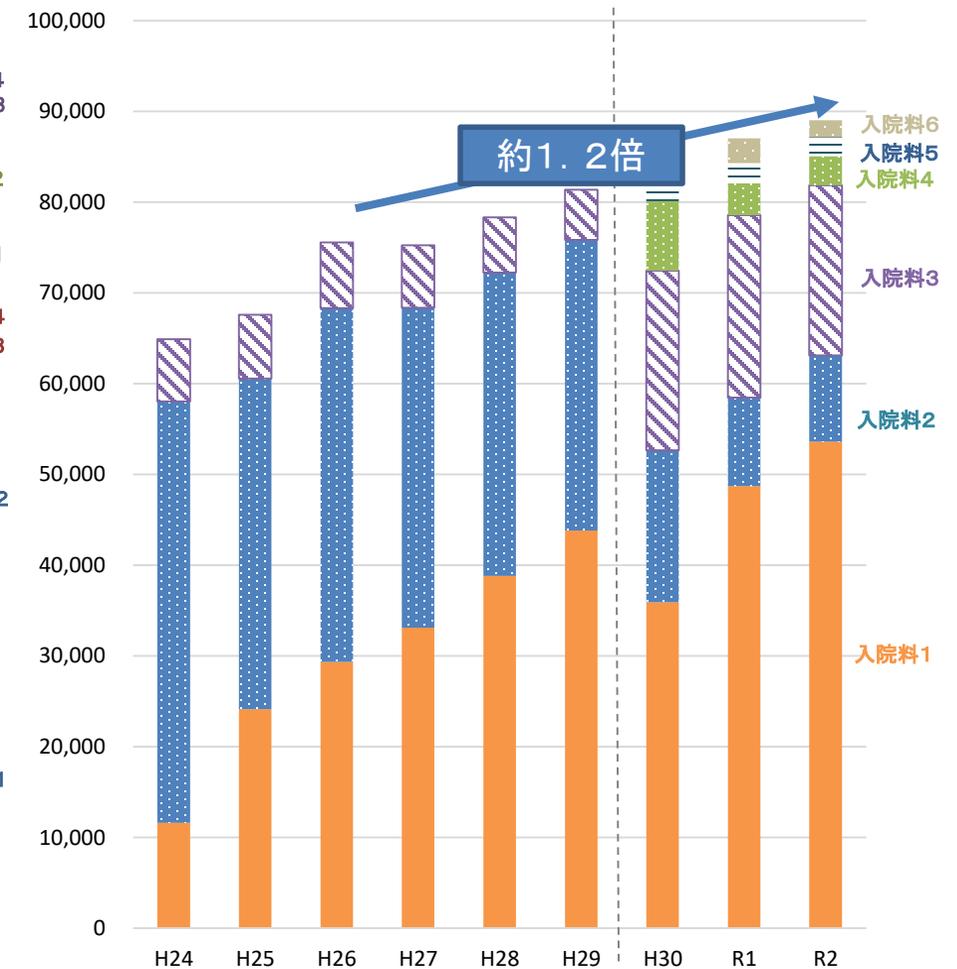
入院料別の届出病床数の推移

○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

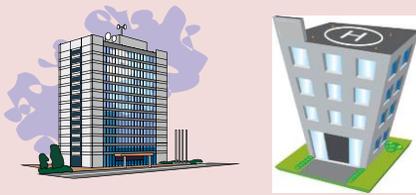


地域包括ケア病棟の3つの役割について

- 地域包括ケア病棟について、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つの役割を担うこととされている。

地域包括ケア病棟の役割

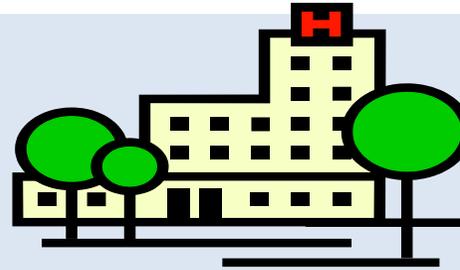
①急性期治療を経過した患者の受け入れ



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



地域包括ケア病棟入院料等の施設基準について



	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)							
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							
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	○		—	○	○		—	○

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

一般病棟から転棟した患者割合※1

—

6割未満
(許可病床数400床以上の場合)

—

—

6割未満
(許可病床数400床以上の場合)

—

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)

—

1割5分以上
(管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)

—

自宅等からの緊急患者の受入

3月で6人以上

—

3月で6人以上

—

地域包括ケアの実績

○

—

○

—

在宅復帰率



7割以上

—

点数(生活療養)

2,809点(2,794点)

2,620点(2,605点)

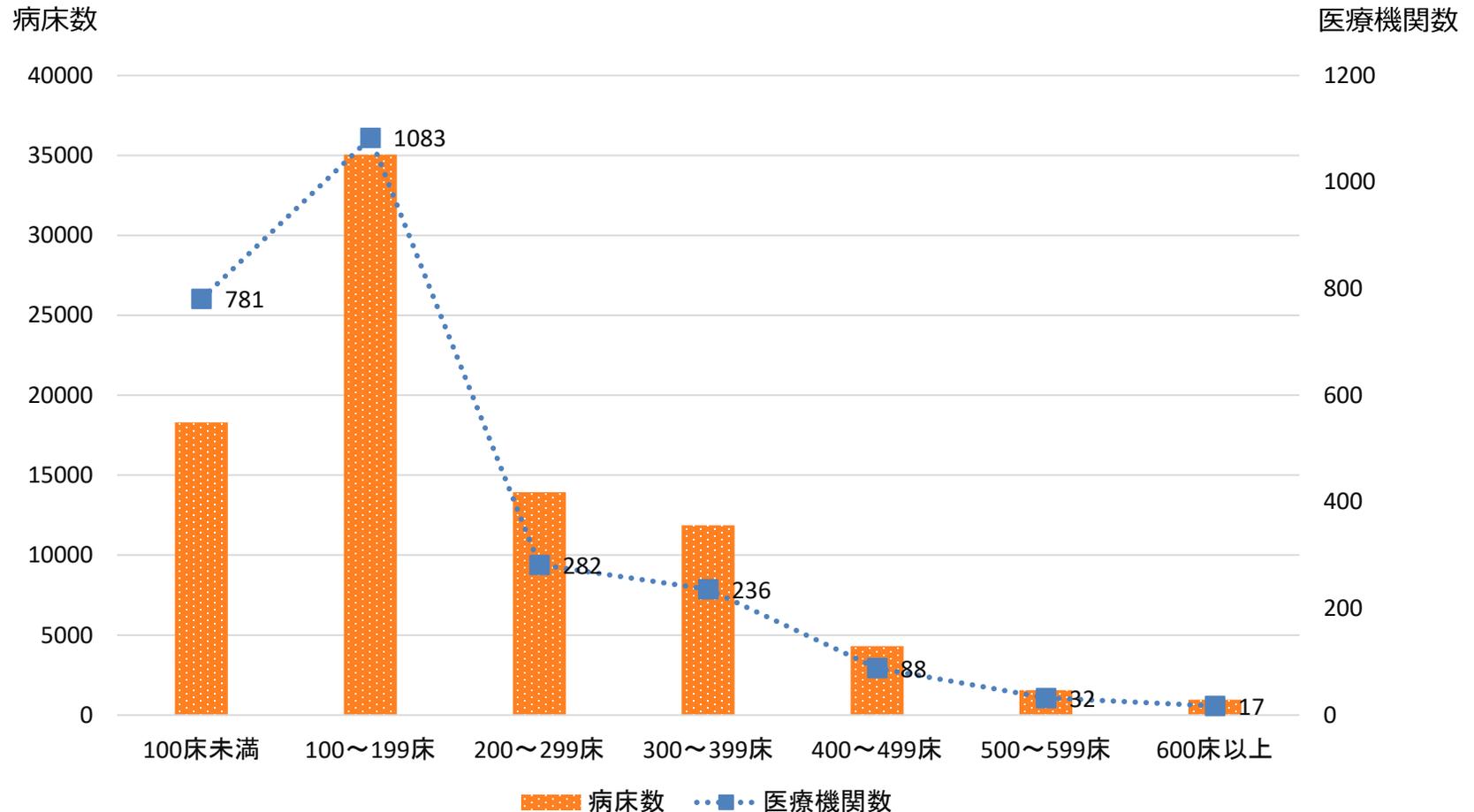
2,285点(2,270点)

2,076点(2,060点)

医療機関規模別の病床数等

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 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。



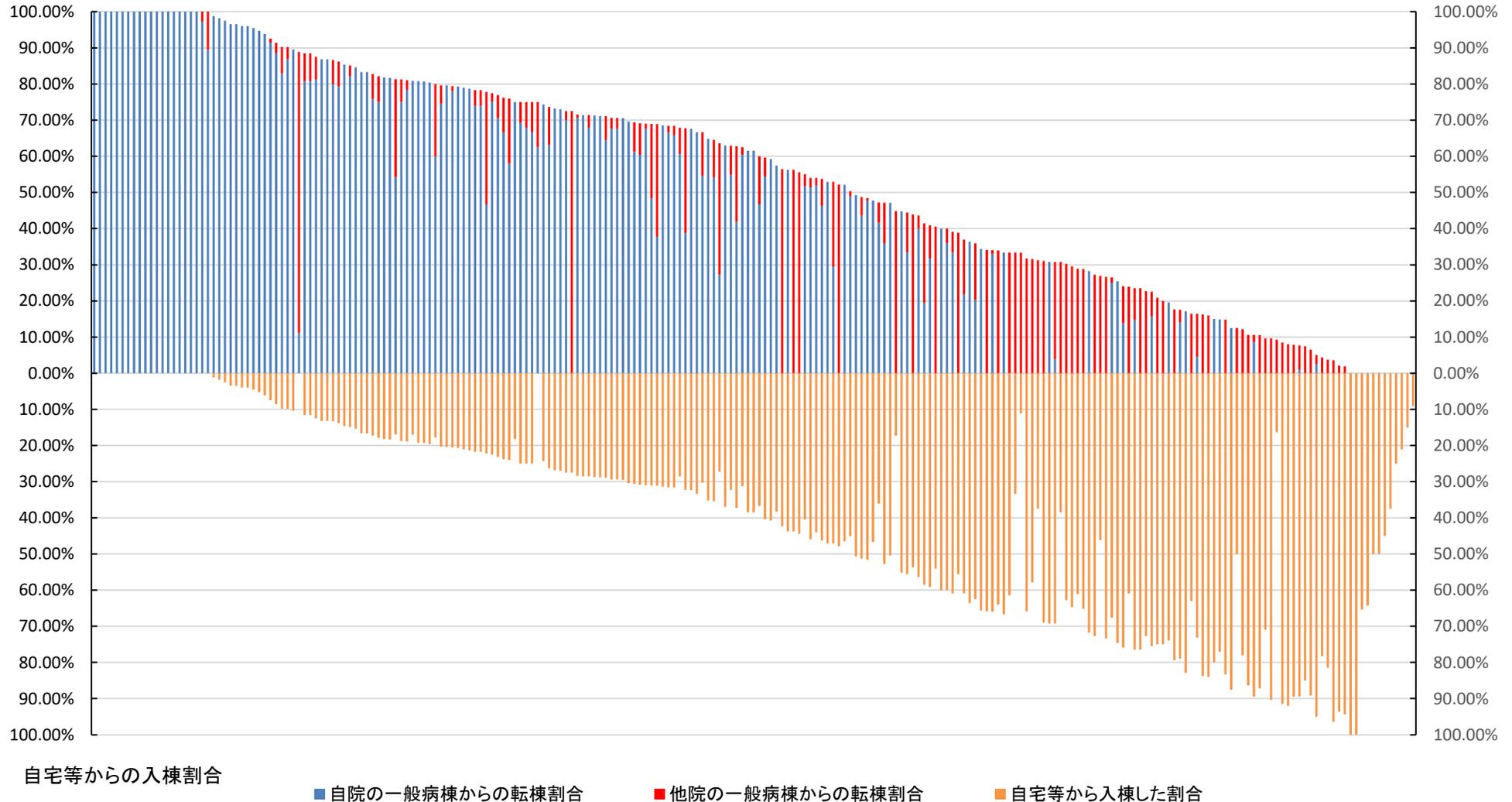
地域包括ケア病棟・病室の入棟元

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合

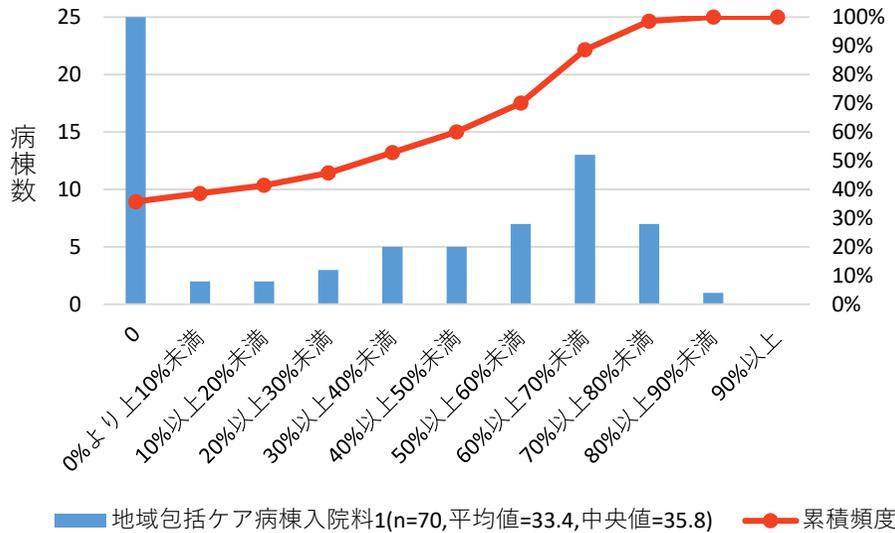


出典: 令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

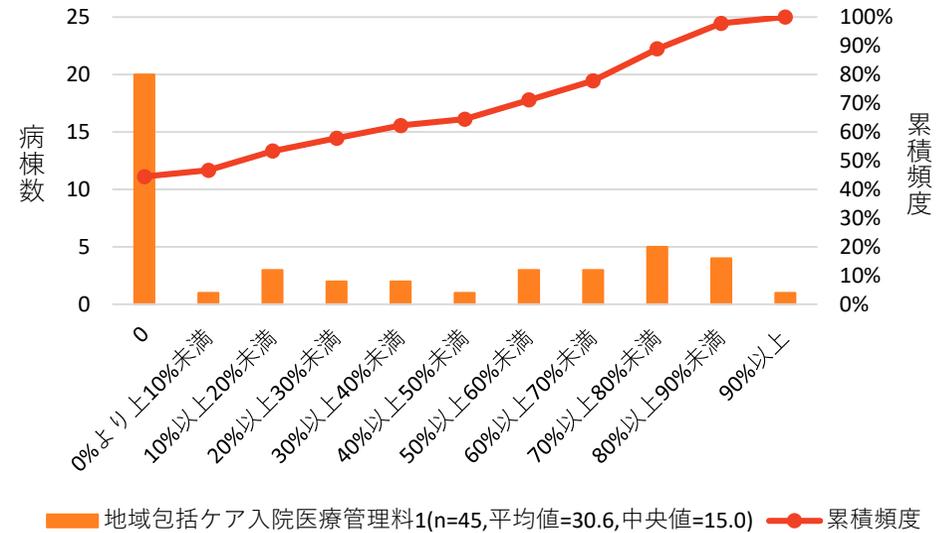
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 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。

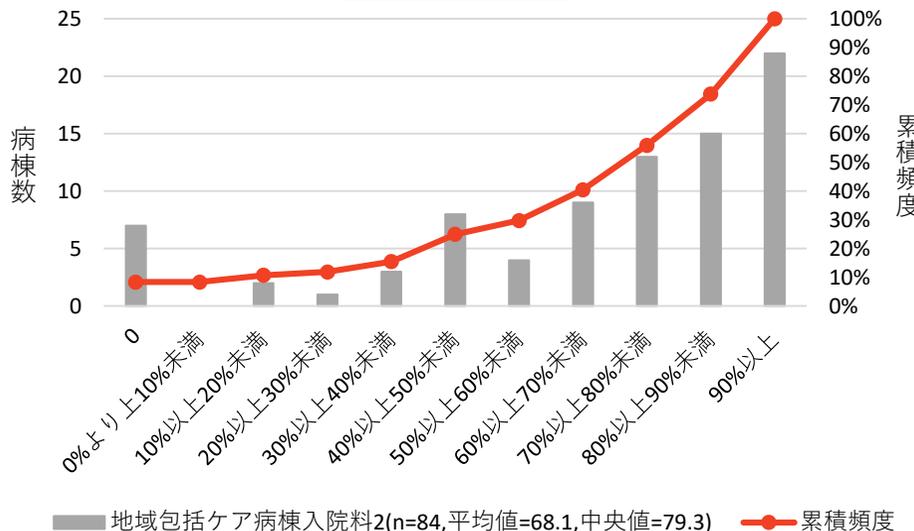
入院料 1



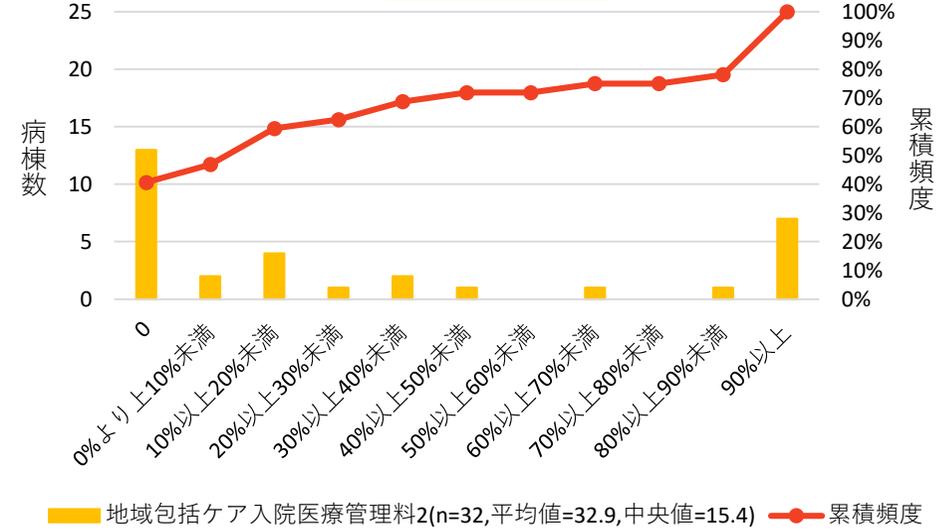
管理料 1



入院料 2



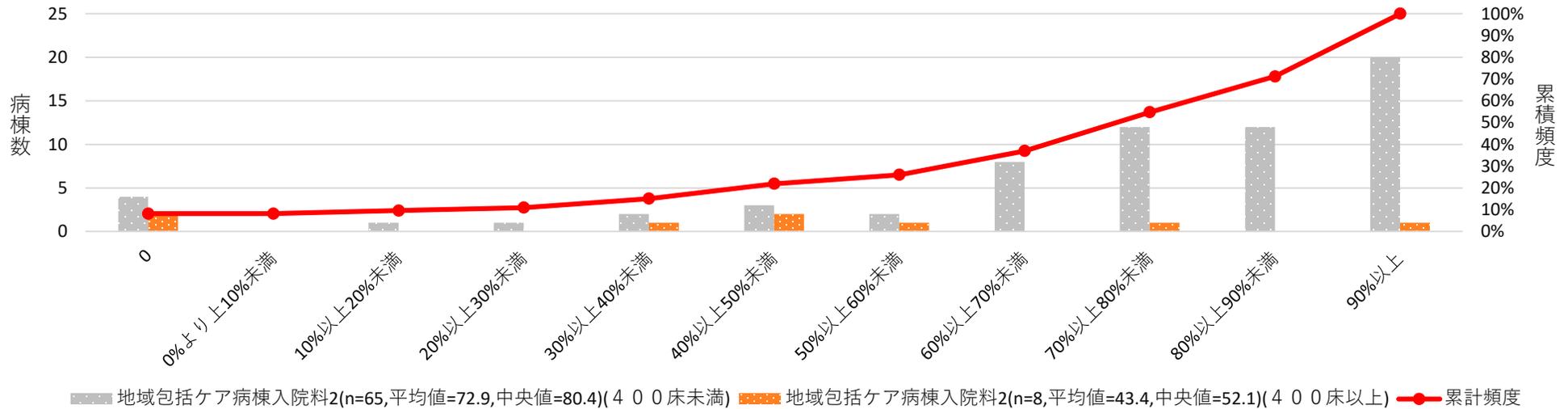
管理料 2



地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。例として90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。

自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）



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）

(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

		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

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

○ 自院の一般病棟からの転棟割合について、「自院の一般病棟からの転棟割合が30%以上」～「自院の一般病棟からの転棟割合が90%以上」を満たす病棟の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料1 (n=70)	地域包括ケア入院医療管理料1 (n=45)	地域包括ケア病棟入院料2 (n=84)	地域包括ケア入院医療管理料2 (n=32)
30%以上	50%	40%	90%	40%
40%以上	50%	40%	80%	30%
50%以上	40%	40%	80%	30%
60%以上	30%	30%	70%	30%
70%以上	10%	20%	60%	30%
80%以上	0%	10%	40%	30%
90%以上	0%	0%	30%	20%

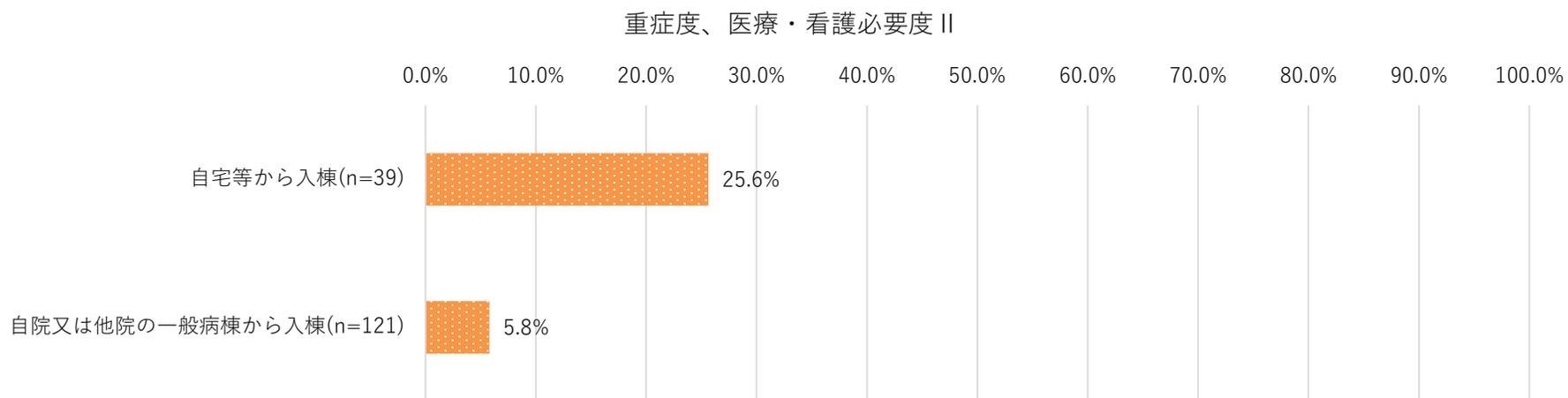
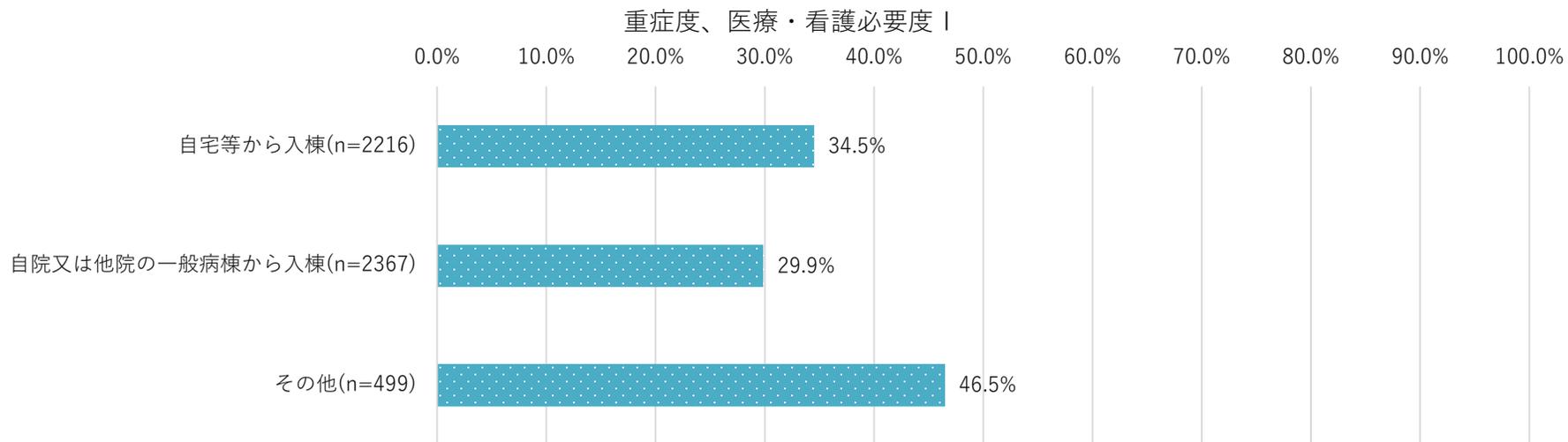
※：1桁目を四捨五入して表示。

※：n数は病棟数。

入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

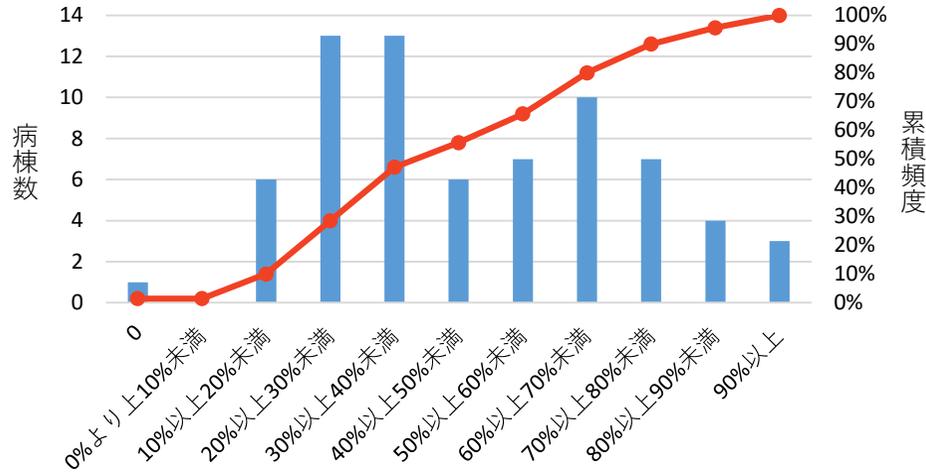
- 患者の入棟元別の患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元別で、基準を満たす患者割合に差がみられた。
- 必要度 I では、その他から入棟した患者が満たす割合が最も高く、次いで自宅等から入棟、一般病棟から入棟の順であった。



地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

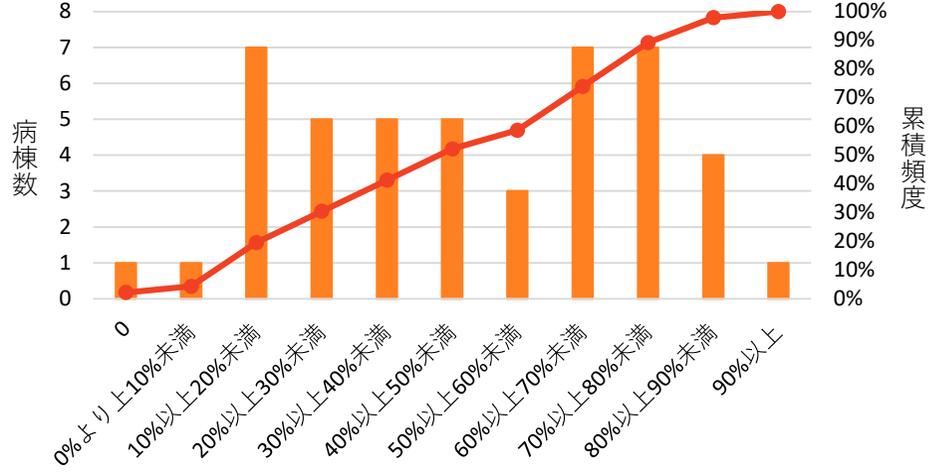
○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

入院料 1



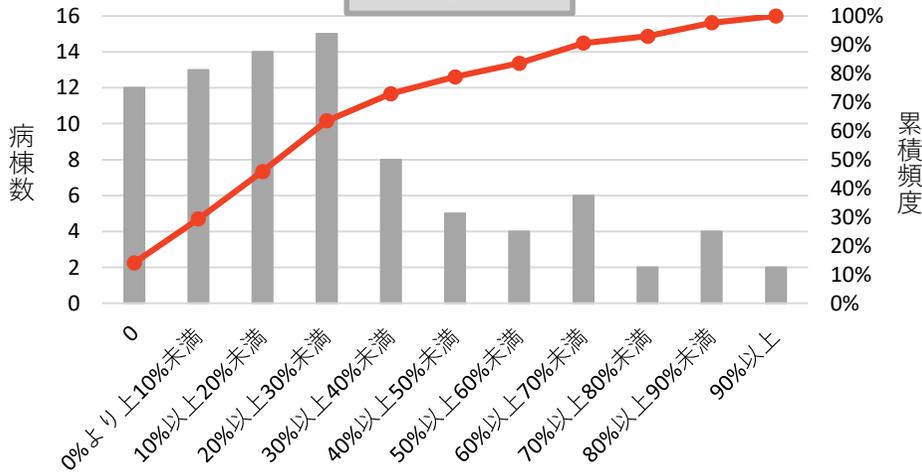
■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

管理料 1



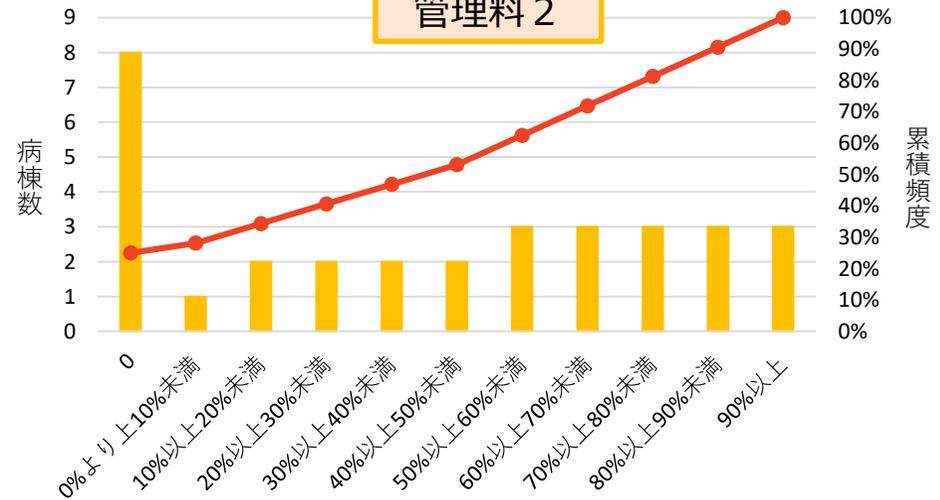
■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

入院料 2



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

管理料 2



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

地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの入棟割合

○ 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの入棟割合について、「自宅等からの入棟割合が10%以上」～「自宅等からの入棟割合60%以上」を満たす病棟の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=70)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=46)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=85)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=32)
10%以上	100%	100%	70%	70%
15%以上	100%	90%	60%	70%
20%以上	90%	80%	50%	70%
30%以上	70%	70%	40%	60%
40%以上	50%	60%	30%	50%
50%以上	40%	50%	20%	50%
60%以上	30%	40%	20%	40%

※：1桁目を四捨五入して表示。

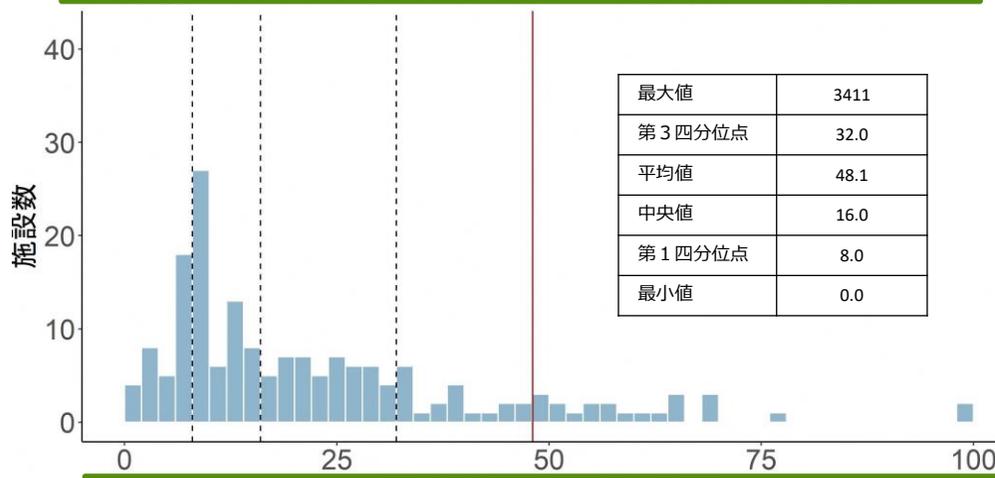
※：n数は病棟数。

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

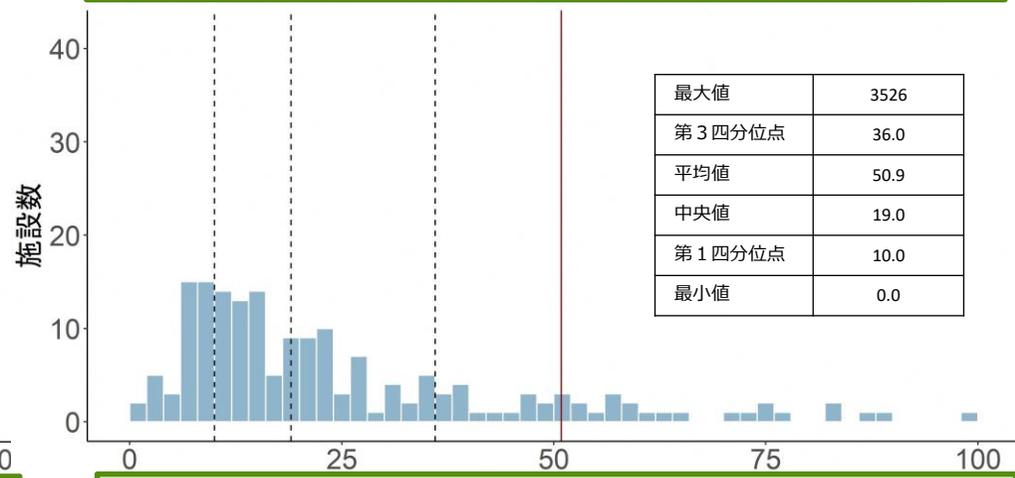
中医協 総-1-2
3.10.27

○ 自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおりであった。

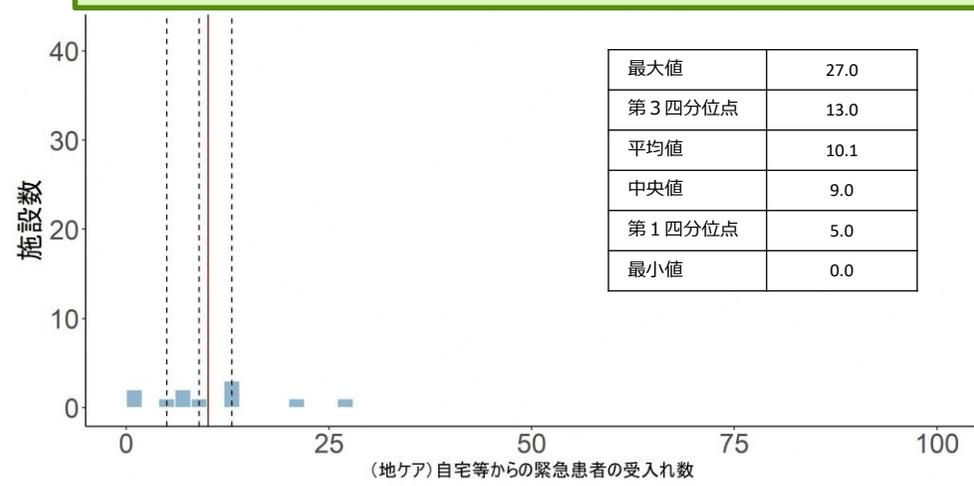
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年4~6月)



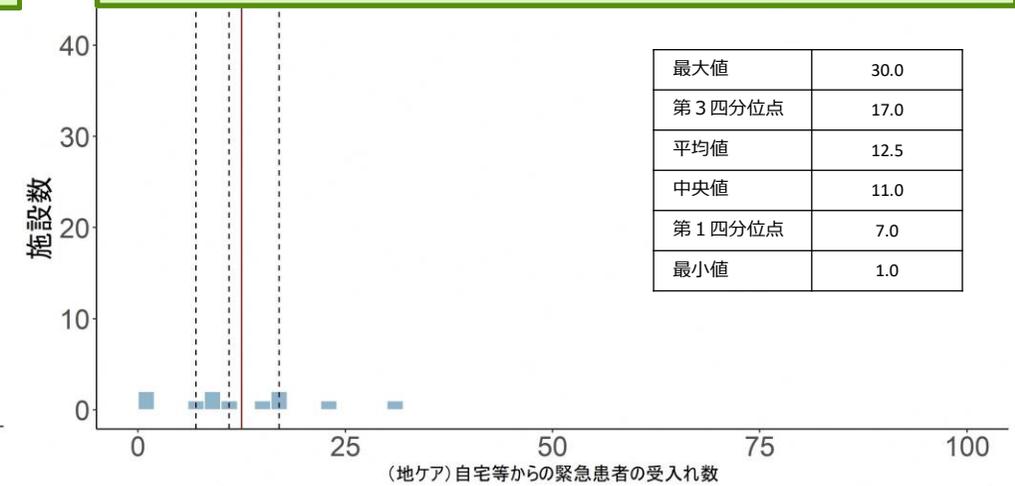
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年8~10月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年4~6月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年8~10月)



地域包括ケアの実績について

中医協 総-2-1
3. 1. 1. 1. 2

○ 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		156		138		61		67		5		4		
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1の算定回数が直近3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%
	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%
	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%

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

○ 地域包括ケア病棟・病室における地域包括ケアの実績について、「1つ以上満たす病棟の割合」～「6つすべて満たす病棟の割合」はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=73)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=50)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=92)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=37)
1つ以上	100%	100%	50%	40%
2つ以上	90%	100%	20%	20%
3つ以上	20%	30%	10%	0%
4つ以上	0%	0%	0%	0%
5つ以上	0%	0%	0%	0%
6つ以上	0%	0%	0%	0%

出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設・病棟票） ※：1桁目を四捨五入して表示。N数は病棟数。

参考：平成30年度調査

	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=35)	地域包括ケア入院医療管理料 1 (n=46)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=91)	地域包括ケア入院医療管理料 2 (n=29)
1つ以上	90%	90%	40%	20%
2つ以上	90%	90%	10%	0%
3つ以上	10%	0%	0%	0%
4つ以上	0%	0%	0%	0%
5つ以上	0%	0%	0%	0%

出典：平成30年度入院医療等における実態調査（施設・病棟票） ※：1桁目を四捨五入して表示。n数は病棟数。

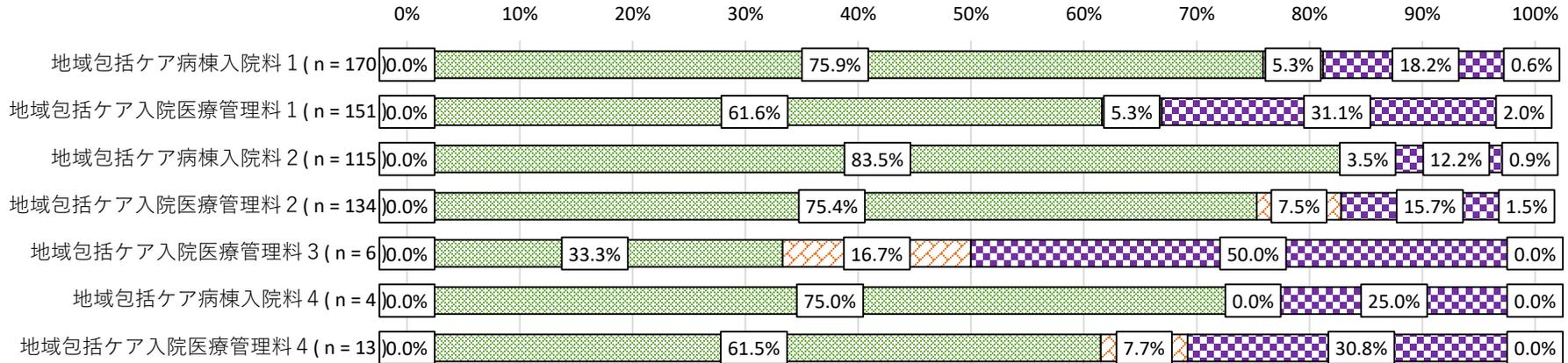
地域包括ケアの実績	
平成30年度改定	令和2年度改定
以下（4つ）のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下（6つ）のうちいずれか2つ以上を満たすこと
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定回数（3月）20回以上	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定回数（3月） 30回 以上
在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数（3月間）100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数（3月） 60回 以上 併設 の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数（3月） 300回 以上
開放型病院共同指導料の算定回数（3月）10回以上	（削除）
同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	併設 の事業所が介護サービスの 提供実績を有していること
-	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（3月） 30回 以上
-	退院時共同指導料2 の算定回数（3月） 6回 以上

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及び救急告示の有無は以下のとおり。救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。

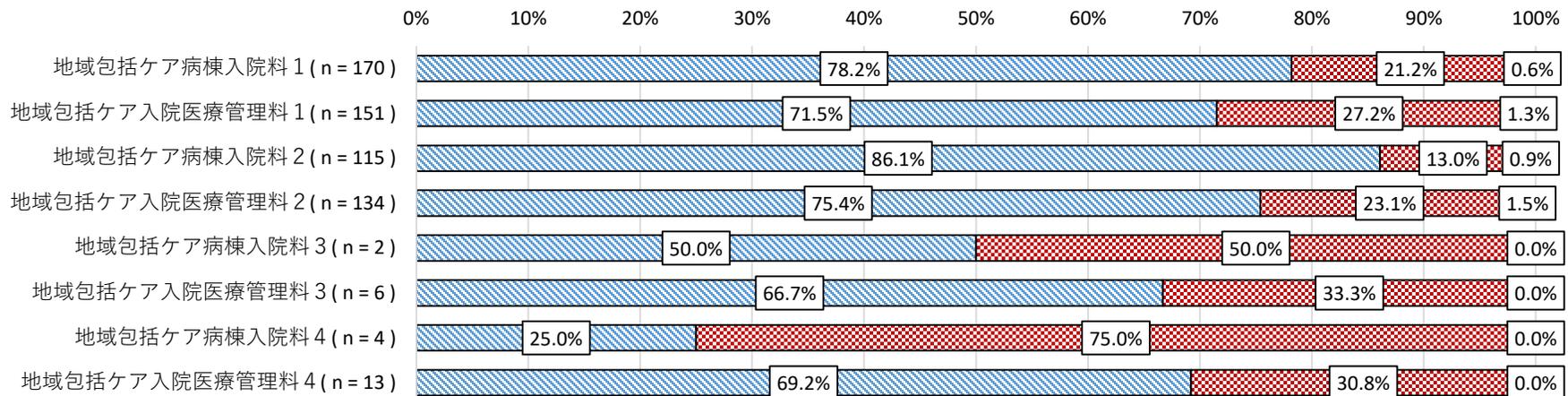
中医協 総-1-2
3.10.27(改)

救急医療体制（令和3年6月1日時点）



01 高度救命救急センター 02 救命救急センター 03 二次救急医療機関 04 いずれにも該当しないが救急部門を有している 05 救急部門を有していない 未回答

救急告示の有無（令和3年6月1日時点）

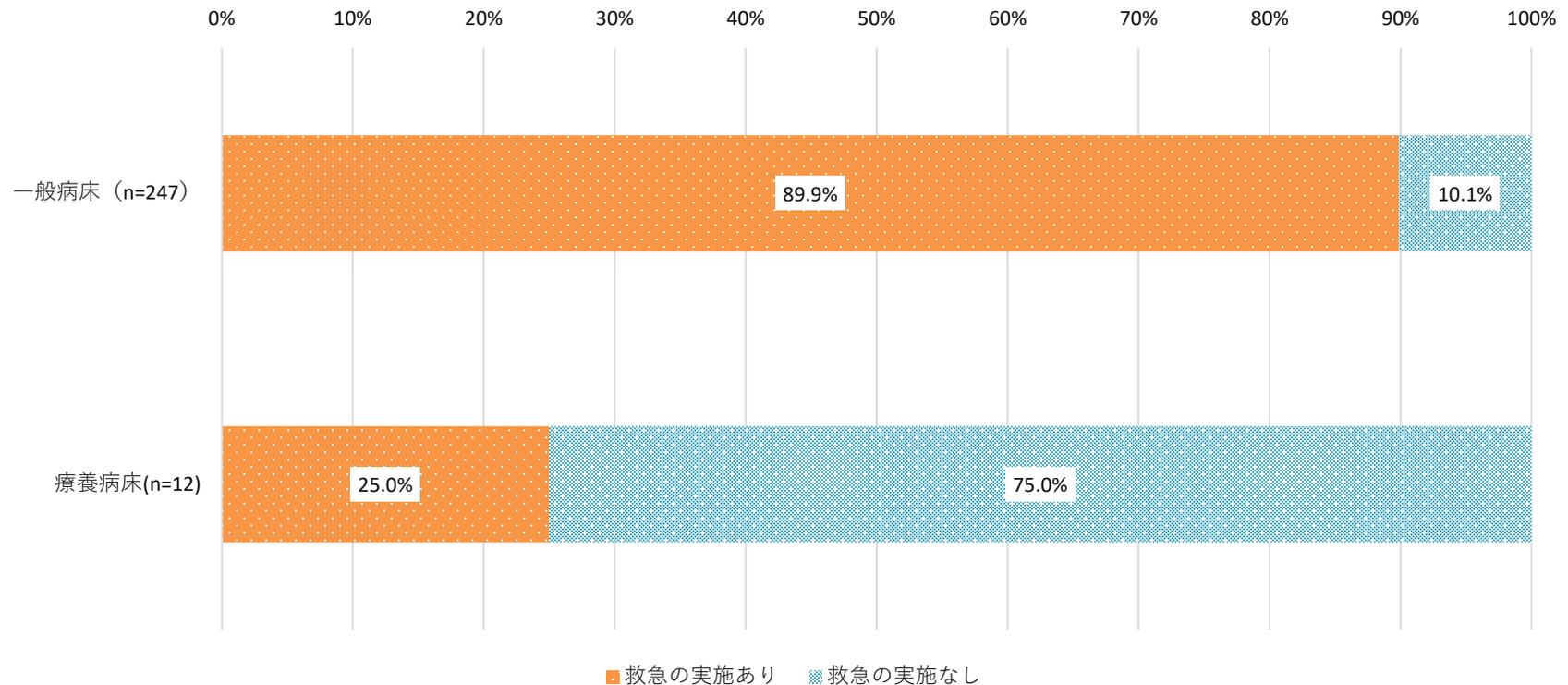


01 救急告示あり 02 救急告示なし 未回答

救急実施の有無(病床種別)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 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。

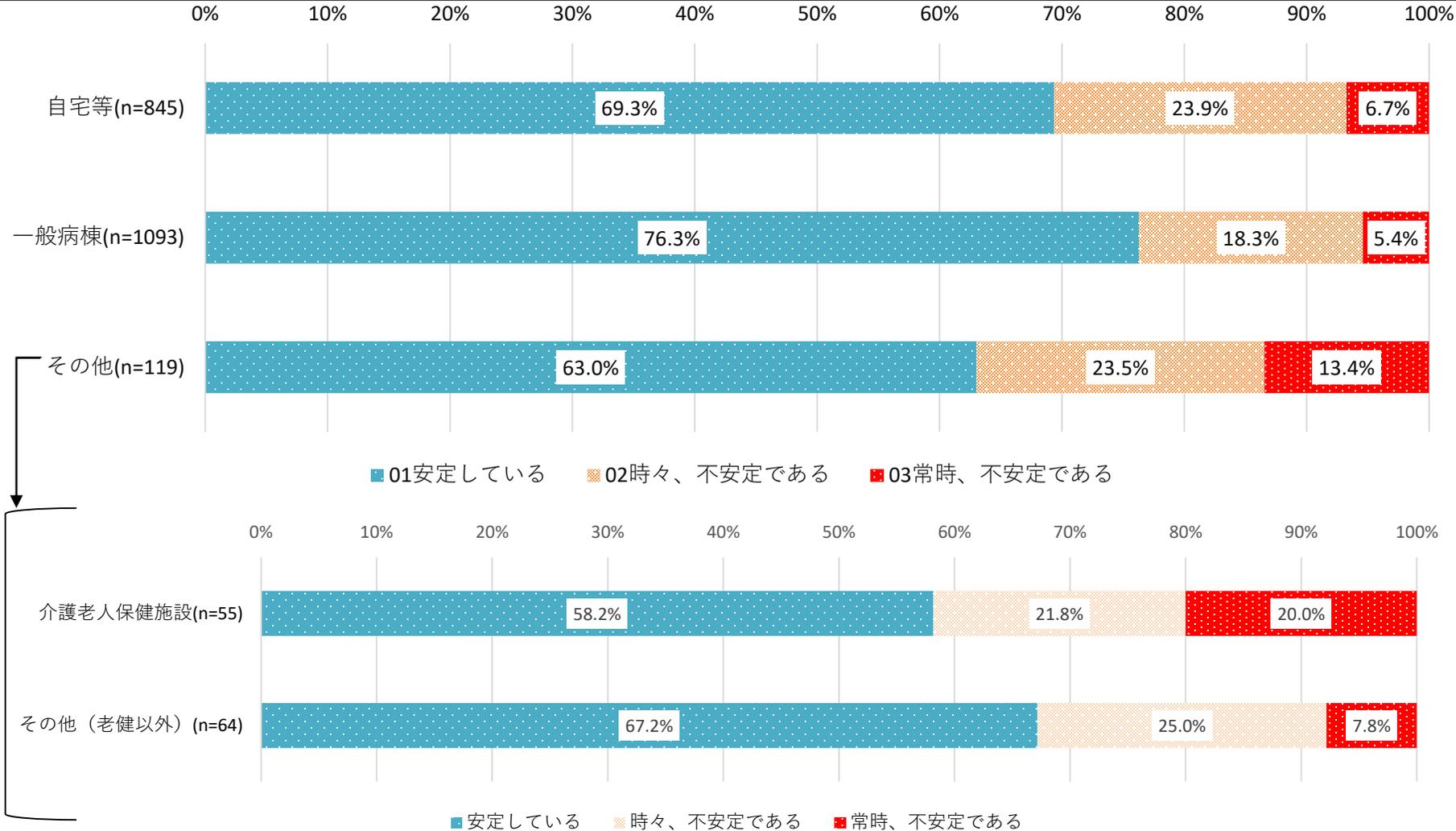


※:一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

出典: 令和2年度入院医療等の調査(施設票)

入棟元別にみた患者の医療的な状態について

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



入棟元別にみた医師による診察の頻度について

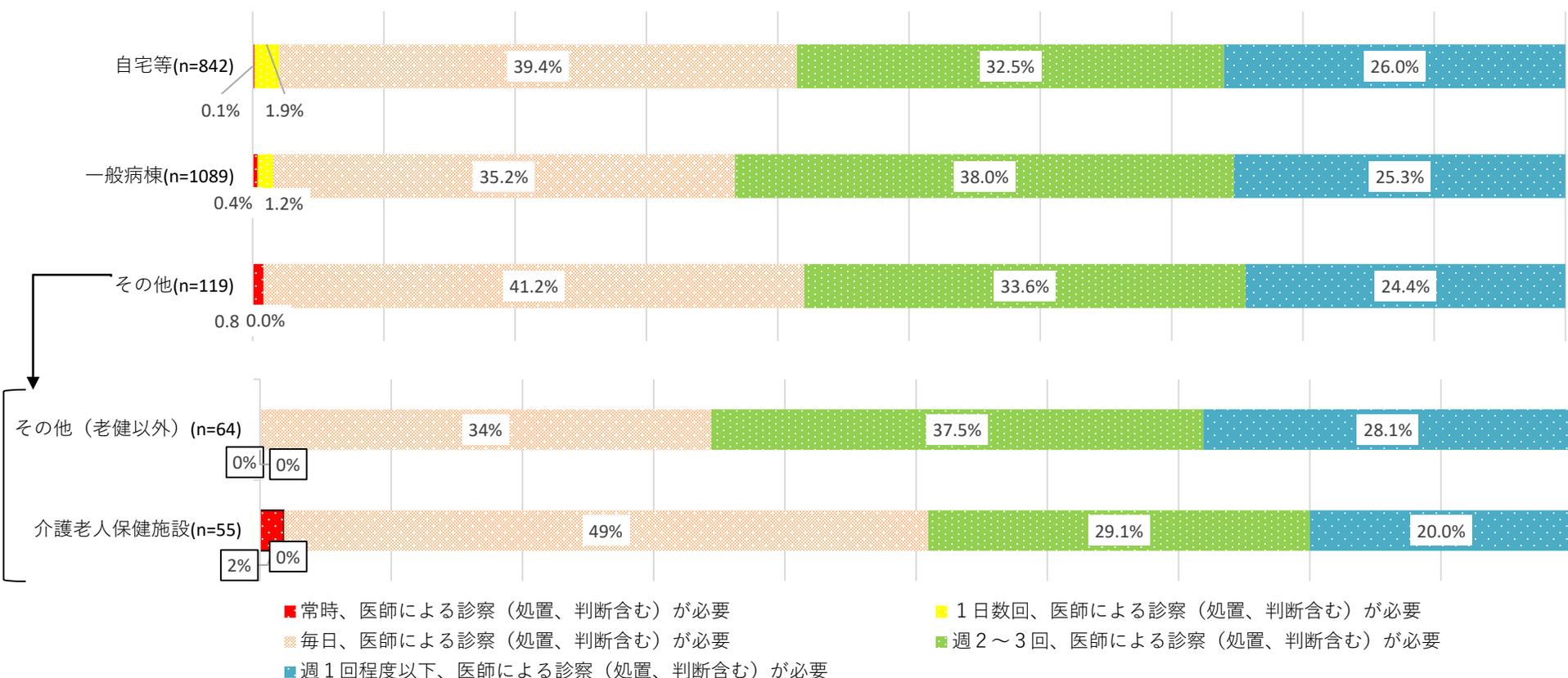
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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

頻度多い ←

→ 頻度少ない

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

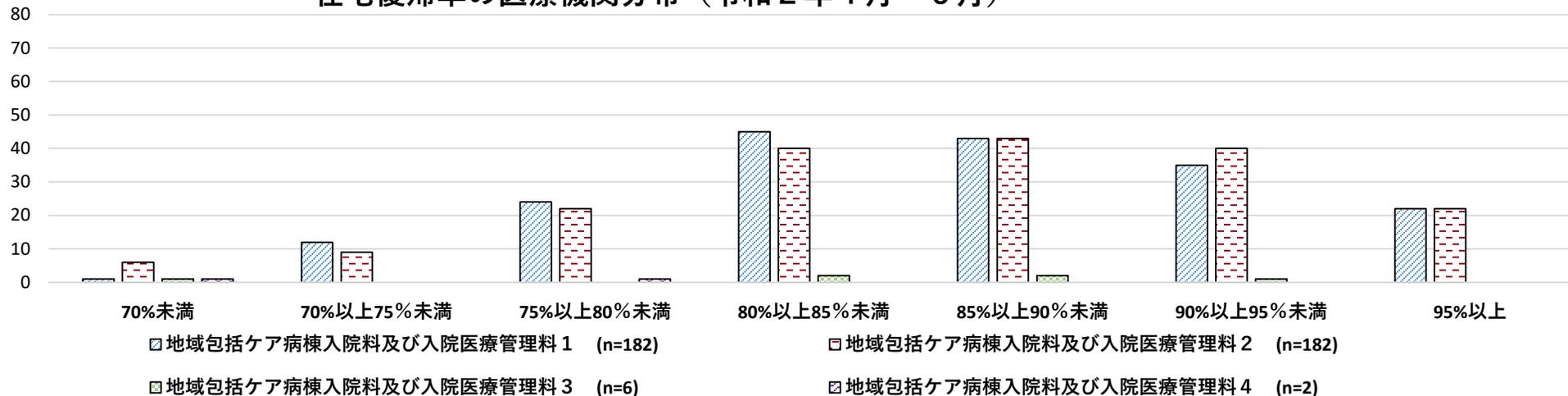


地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

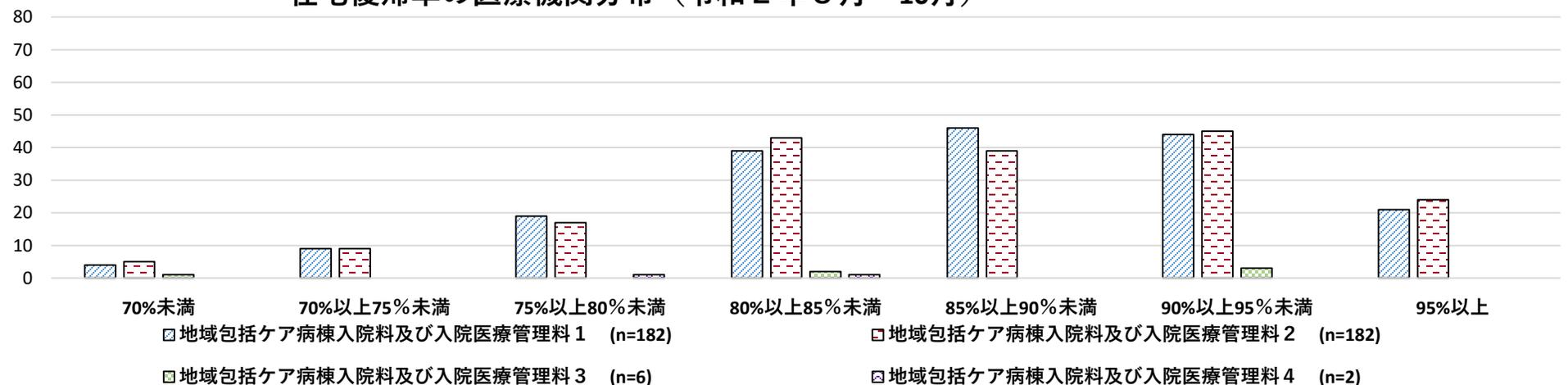
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 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。

在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○ 地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率について、「在宅復帰率が60%以上」～「在宅復帰率90%以上」を満たす病棟の割合はそれぞれ以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟入院料1 (n=73)	地域包括ケア入院医療管理料1 (n=48)	地域包括ケア病棟入院料2 (n=91)	地域包括ケア入院医療管理料2 (n=34)
60%以上	100%	100%	100%	100%
70%以上	100%	100%	90%	100%
80%以上	80%	80%	70%	90%
90%以上	30%	40%	30%	50%

※：1桁目を四捨五入して表示。

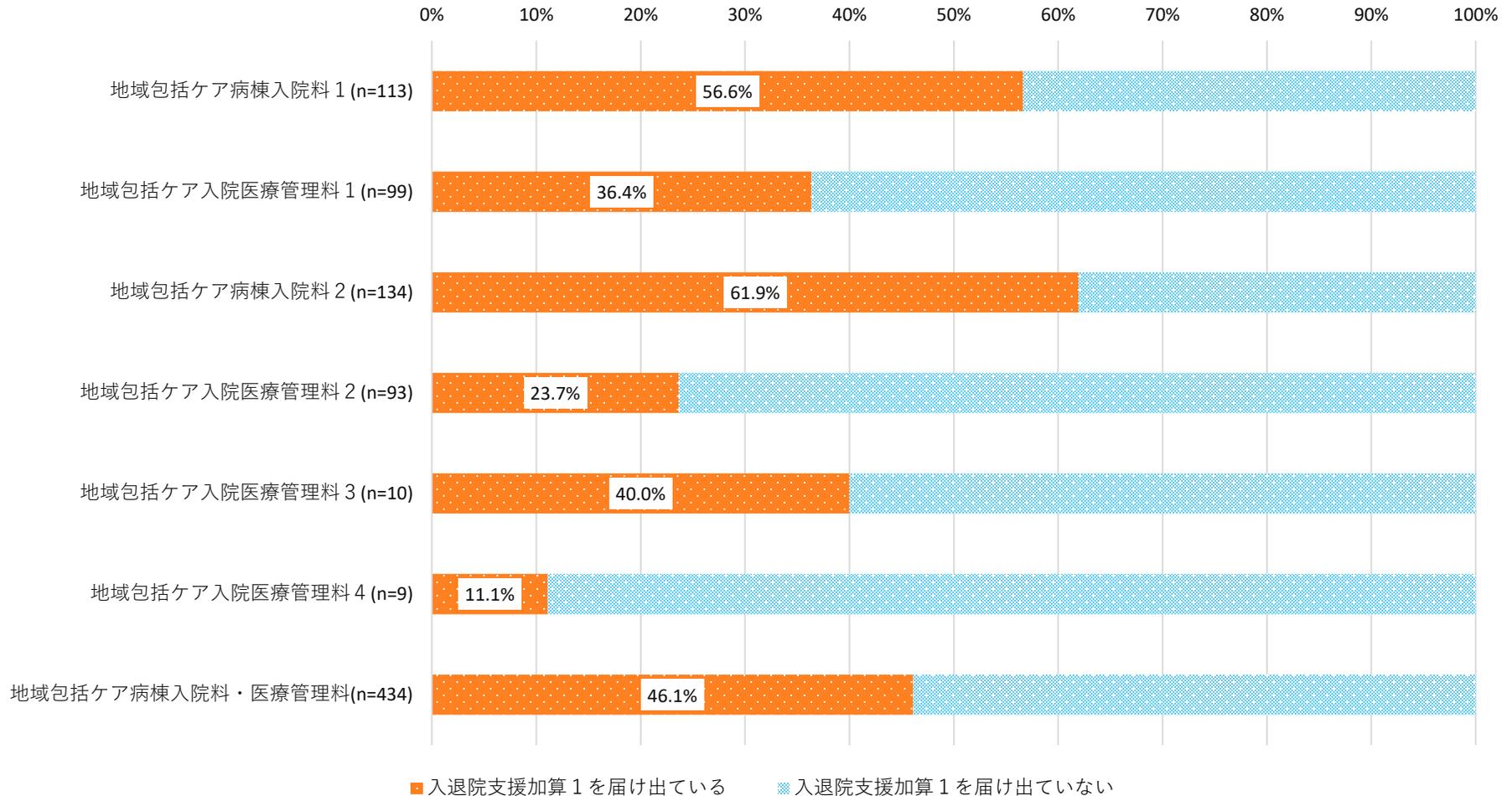
※：n数は病棟数。

入退院支援加算についての分析①

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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

入退院支援加算1の届出有無



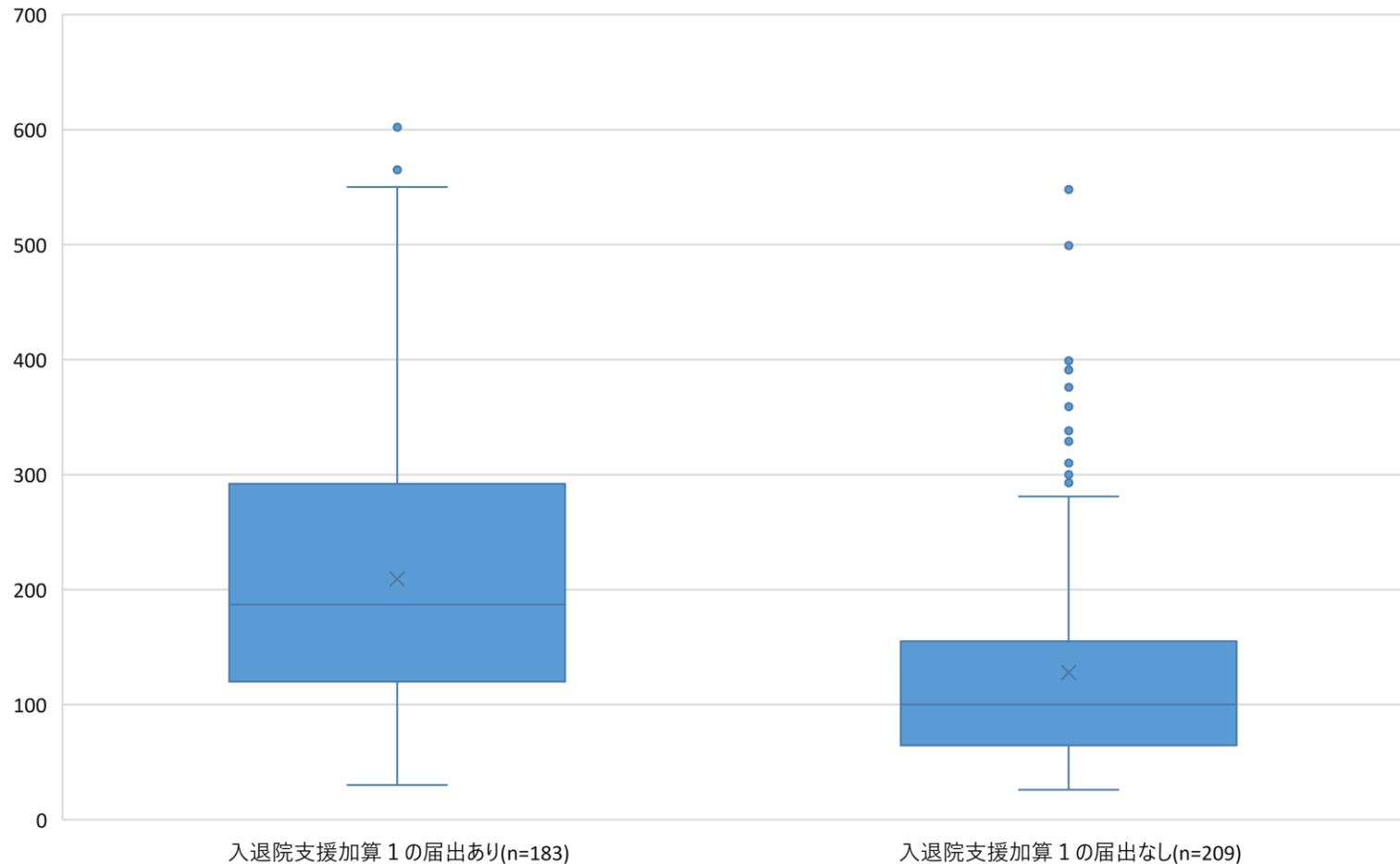
※：n=1は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算についての分析②

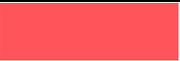
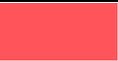
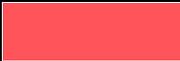
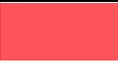
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数



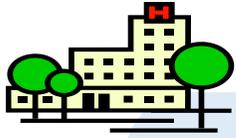
地域包括ケア病棟・病室の入退院支援加算 1 の届出状況

○ 入退院支援加算 1 の「許可病床数50床以上の医療機関」～「許可病床数200床以上の医療機関」の届出状況は以下のとおりであった。

	地域包括ケア病棟 入院料 1 (n=101)	地域包括ケア入院 医療管理料 1 (n=91)	地域包括ケア病棟 入院料 2 (n=116)	地域包括ケア入院 医療管理料 2 (n=81)	地域包括ケア入院 医療管理料 3 (n=8)	地域包括ケア入院 医療管理料 4 (n=9)
50床以上	 60%	 40%	 60%	 20%	 40%	 20%
100床以上	 70%	 30%	 70%	 40%	 50%	 30%
150床以上	 70%	 40%	 70%	 40%	0%	 100%
200床以上	-	-	 70%	-	-	-

※：1桁目を四捨五入して表示。

地域包括ケア病棟に係るこれまでの議論(ポイントの振り返り)



これまでの議論のポイント (例)

- 3つの機能の評価の方法について、果たしている機能に応じた場合の評価の在り方
- 病床種別（一般病床と療養病床）に基づく患者の状態や実績等の違いを踏まえた評価の在り方



これまでの議論のポイント (例)

- 在宅からの患者と一般病棟からの患者を比較した場合の医療的な状態や医師による診察の頻度の違い等を踏まえ評価の在り方
- 自宅等からの入棟割合及び自院の一般病棟からの入棟割合に基づく患者の医療的な状態や医師による診察の頻度の違い等を踏まえた評価の在り方



これまでの議論のポイント (例)

- 自宅等で療養を行っている患者の緊急時の受け入れ
- 在宅医療等の提供
- 救急の受け入れ体制



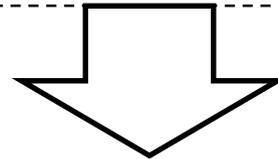
これまでの議論のポイント (例)

- 在宅復帰の実績
- 入退院支援部門を通じた、入退院支援の推進



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る課題と論点

- ・ 地域包括ケア病棟入院料については、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされ、平成26年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 令和2年10月の地域包括ケア病棟入院料2における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。病床規模で分けると、90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟について、病棟毎に分析した場合の、患者の入棟元の構成割合は様々であった。自宅等からの入棟患者と自院の一般病棟からの入棟患者の割合の分布を見た場合に、例えば、自院の一般病棟から多数の患者を受け入れ、自宅等からの受入が少ない病棟が一定数存在した。さらに、自院又は他院の一般病棟からの転棟の内訳については、当該割合が高い病棟においては自院の一般病棟からの転棟割合が多くを占め、逆に、当該割合の低い病棟においては、他院の一般病棟からの転棟割合が多くを占めるという傾向にあった。
- ・ 患者の重症度、医療・看護必要度は、患者の入棟元毎で基準を満たす患者割合に差がみられ、その他から入棟した患者、自宅等から入棟した患者、一般病棟から入棟した患者の順に基準を満たす患者割合が高かった。
- ・ 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態について、患者の入棟元を「一般病棟」、「自宅等」及び「その他」に分け、さらに「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。また、医師による診察の頻度についても、「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。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関において、救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料においては、入退院支援部門を置くことを求めているが、入退院支援加算1を届け出ている割合は約4割であった。



- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、その評価の在り方についてどのように考えるか。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 医療資源の少ない地域について
3. 退院患者調査（DPCデータ）について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

中医協 総 - 2
3. 8. 25 (改)

○ 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、280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おいて、追加又は項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域 算定状況①

診 調 組 入 - 4
3 . 1 0 . 1

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

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

医療資源の少ない地域 算定状況②

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

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

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果①

中医協 診-1
3.6.23

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

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果②

中医協 診-1
3.6.23

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

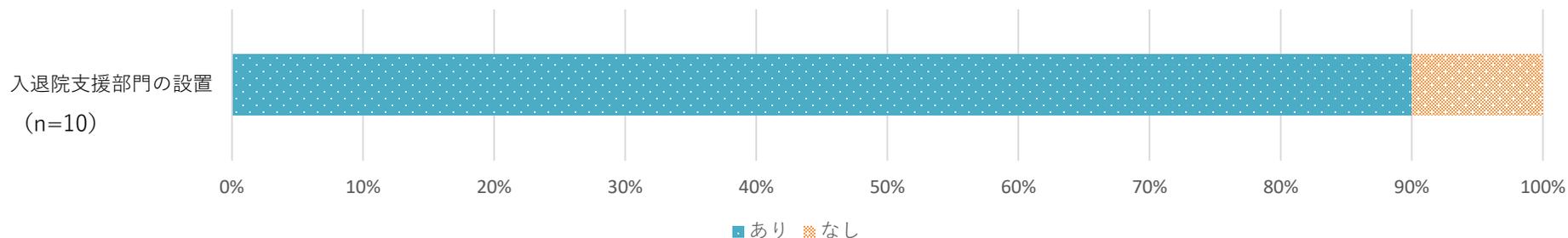
設問	医療機関の主な意見等
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉士の人材確保が困難であるため、要件を緩和してほしい。 ・ 地域包括ケア病棟入院料について、理学療法士などの要件を専従から兼務可能に緩和してほしい。 ・ 医師事務作業補助者の確保のために賃金を上げたい。現在の加算点数では足りない。 ・ 病院ごとにシステムが違うことや、各地域でネットワーク環境が違うなど、方々の病院と連携が求められる当院では病院ごとに対応を変える必要がある。国で統一したICTの整備を行われることを期待する。 ・ ネットワークの環境や構築は、行政が主体で進めてほしい。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

入退院支援加算について

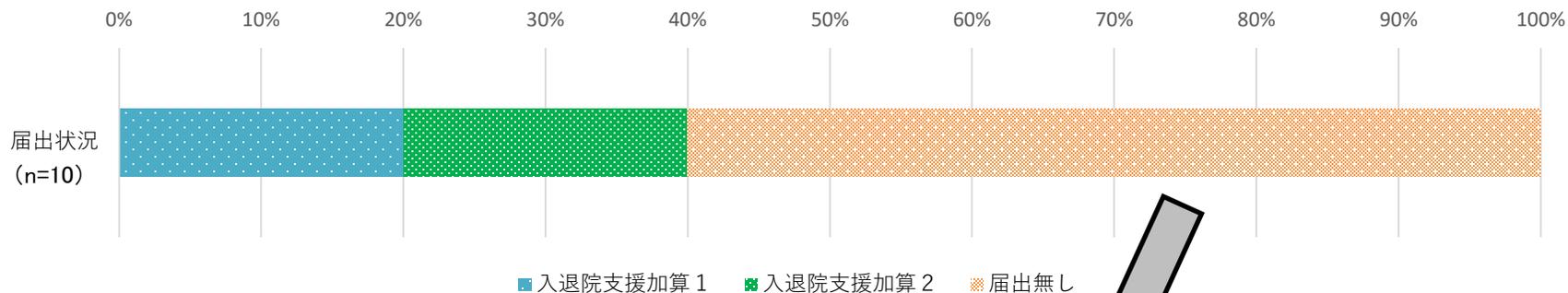
中医協 診-1
3 . 6 . 2 3

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

入退院支援部門の設置有無



入退院支援加算の届出状況



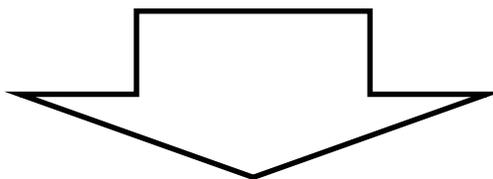
□ 入退院支援加算の届出が困難な理由

- ・ 専従の看護師を配置することが出来ない
- ・ 入退院支援部門としての設置が困難
- ・ 社会福祉士の人員不足
- ・ 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行うことが、人力的に困難



医療資源の少ない地域に係る課題と論点

- ・ 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。
- ・ 医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について、届出等が困難な理由として、「人材の確保が困難」等の意見があった。



- 医療資源の少ない地域について、これまでの診療報酬改定の経緯や考え方等を踏まえつつ、その特性に配慮した評価の在り方をどのように考えるか。

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
2. 医療資源の少ない地域について
3. 退院患者調査（DPCデータ）について

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. **オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)、船員保険法】
 - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めるとを禁止(告知要求制限)する。(公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日)
2. **オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】(令和元年10月1日)
3. **NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
 - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備(審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等)を行う。(DPCデータベースについても同様の規定を整備。)(令和2年10月1日(一部の規定は令和4年4月1日))
4. **高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
 - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。(令和2年4月1日)
5. **被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
 - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。(令和2年4月1日)
 - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。(公布日)
6. **審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金(支払基金)について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。(令和3年4月1日)
 - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
 - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
7. **その他**
 - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】(公布日)

3. NDB、介護DB等の連結解析等（データベースの概要）

NDB

<収納情報（R3年6月時点）>

医療レセプト（約206億件）、特定健診データ（約3.2億件）

<主な情報項目>

（レセプト）傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査等
（特定健診）健診結果、保健指導レベル

<収集根拠> 高齢者の医療の確保に関する法律 第16条

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途>

医療費適正化計画の作成等、医療計画、地域医療構想の作成等

<第三者提供>

専門委員会の審査を経て実施（H23年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者、
民間事業者等に提供

<匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

介護DB

<収納情報（R2年度末時点）>

介護レセプト（約12.8億件）、要介護認定情報（約0.7億件）

<主な情報項目>

（レセプト）サービスの種類、単位数、要介護認定区分等
（要介護認定情報）要介護認定一次、二次判定情報

<収集根拠> 介護保険法第118条の2

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途>

介護保険事業（支援）計画の作成等

<第三者提供>

専門委員会の審査を経て実施（H30年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持
向上等を目的とする公益法人等の研究者に提供

<匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

NDB、介護DBの連結解析の例

- ① 地域毎・疾患毎のリハビリ・退院支援等の利用状況と在宅復帰率の関係の比較・分析
- ② 特定保健指導等による適正化効果を、医療費への影響に加え、将来の介護費への影響も含めて分析

DPCデータベース（特定の医療機関への入院患者に係る入院期間のレセプト情報や病態等に係る情報のデータベース）

<収納情報> DPCデータ（約1400万件/年）

<主な情報項目>

傷病名、病態（一部疾患のみ）、投薬、入退院年月日、検査、
手術情報 等

<収集根拠> 健康保険法第77条

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途> 診療報酬改定、DPC/PDPS（※）導入の影響評価 等

※急性期入院医療の包括支払い方式

Diagnosis Procedure Combination（診断群分類）/Per-Diem Payment System（一日当たり支払い方式）

<第三者提供> 専門委員会の審査を経て実施（H29年度～）

<匿名性> 匿名（個人特定可能な情報は収集していない）

DPCDBと他のDBの連結解析について

令和3年12月8日

第8回匿名医療情報等の提供に関する専門委員会

資料2

- 令和元年に成立した医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による健康保険法の改正において、令和4年度以降、DPCデータは、NDB及び介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることとされた。
- このことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定以降、DPCデータにおいても、NDB及び介護DBとの共通IDである、Kファイル（生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID）の収集を開始した。

現在のDPCデータの内容

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID

- 個人の医療等分野の情報の共有・収集・連結を安全かつ効率的に行うための識別子の仕組みについて、医療等分野情報連携基盤検討会において検討が進められてきた。
- 平成30年8月の同検討会の報告書においては、
 - ・ 被保険者番号を医療等分野における識別子の一つとして活用することが現実的
 - ・ 医療情報等の共有・収集・連結を行う者が、必要に応じて、履歴管理提供主体から被保険者番号履歴の提供を受けられる仕組みの整備を目指すことが適当とされた。

医療等分野における識別子の仕組みについて(平成30年8月医療等分野情報連携基盤検討会とりまとめ)(抄)

1. 医療等分野における識別子の仕組みを導入する背景及び検討の経緯
 - ……医療等分野(健康・医療・介護分野をいう。以下同じ。)の情報の利活用について、セキュリティ確保にも留意しつつ、促進することが求められている。
 - こうした状況の中で、個人の医療等分野の情報(以下「医療情報等」という。)の共有・収集・連結を安全かつ効率的に行うための識別子(以下「医療等分野における識別子」という。)の仕組みの導入が求められている……。
 - 検討会等では、地域の医療情報連携や研究開発等の目的別に新たな識別子を発行する仕組みの案と、個人単位化された被保険者番号及び個人単位で一元的に管理されたその履歴(以下「被保険者番号履歴」という。)を活用する仕組みの案について、セキュリティの確保、識別子の利用主体や提供主体、コスト、現場の医療機関等の負担等を勘案し、議論を行った。
2. 医療等分野における識別子の仕組み
 - (1) 被保険者番号とその履歴の活用
 - ④被保険者番号履歴を活用する仕組み
 - 新たな識別子を発行する案については、以上のとおり、生じるコスト等を含めて、実現可能性になお課題があることから、……一定の措置を併せて講ずることにより、被保険者番号を医療等分野における識別子の一つとして活用することが現時点においては現実的である。具体的には、医療情報等の共有・収集・連結を行う者が、必要に応じて、履歴管理提供主体から被保険者番号履歴の提供を受けられる仕組みの整備を目指すことが適当である。

医療等情報の連結精度の向上に関する検討について②

令和3年12月8日
第8回匿名医療情報等の提供に
関する専門委員会

資料2

- 医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議において、NDBや介護DBの連結解析に係る基盤の構築、セキュリティや効率的な実施体制の確保等の課題や、保健医療分野のその他の公的データベースとの連結の関係などについて、検討が行われた。
- 平成30年11月の報告書においては、DPCデータベースについても、「連結解析に対するニーズや期待される有用性が認められることから、データベースの課題を解決した上で、連結解析に向けた検討を進めるべき」としたうえで、「この検討を進めるに当たっては、・・・連結解析のための識別子等の技術的な対応について検討を進めるべきである」とされている。

「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」報告書(平成30年11月とりまとめ)(抄)

3. 運用面での対応が必要な課題

(1) データベースの整備のあり方

- NDB、介護DBでは、各データベースでそれぞれ別の情報を元にした固有の識別子を保有し、データベース内でのデータの「名寄せ」に利用している一方で、現在はデータベース間でデータを連結するための識別子は存在しない。

②連結解析のための技術的な対応

- 2020年度に向けて、カナ氏名・性別・生年月日をハッシュ化して作成した識別子をもとに、NDBと介護DBの連結解析が可能となるよう、それぞれのデータベースにおいて必要な対応を進めるべきである。また、2021年度以降、以下の対応を行うことを検討すべきである。

①カナ氏名・性別・生年月日をハッシュ化して作成した識別子による連結精度の検証

②個人単位の被保険者番号(医療保険)をハッシュ化して作成した識別子の整備

なお、②の対応を行う場合にも、一定の連結の精度を維持する観点から、カナ氏名・性別・生年月日をハッシュ化して作成した識別子の整備も継続することを基本とすべきである。

5. 保健医療分野の他の公的データベースとの関係整理

- 保健医療分野の他の公的データベース（DPCデータベース、全国がん登録データベース、指定難病・小児慢性特定疾病データベース、MID-NET）との関係については、・・・その在り方について検討を行った。
- 各データベースとの関係については現状以下のとおりであり、連結解析に対するニーズや期待される有用性がそれぞれに認められることから、各データベースの課題を解決した上で、連結解析に向けた検討を進めるべきである。この検討を進めるに当たっては、匿名性に十分に留意することや連結解析することのニーズや具体的なメリットの有無、頻繁な変更等が関係者への過重な負担にならないようデータベースの仕様等について統一的に対応することの必要性等を踏まえて検討を行うとともに、連結解析のための識別子等の技術的な対応について検討を進めるべきである。

- 令和元年10月の医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会においては、公的データベースから被保険者番号の履歴の照会を受け、同一人物性について回答を行うシステム（「履歴照会・回答システム」の活用について議論が行われた。
- そのうえで、報告書において、「DPCデータベースで、履歴照会・回答システムを活用するかどうかは、各データベースの所管部局、関係審議会等で検討」することとされている。

医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会報告書(令和元年10月とりまとめ)(抄)

2. 被保険者番号の履歴を活用した医療等情報の連結の基本スキーム

- 公的データベースから被保険者番号の履歴の照会を受け、同一人物性について回答を行うシステム（以下「履歴照会・回答システム」という。）では、照会された被保険者番号のうち、「同一人物の被保険者番号がどれかを回答する」ことになるが、システム上は、照会された被保険者番号に、何らかの目印（以下「キー」という。）を付する形で「同一人物であることを示す」ことになる。

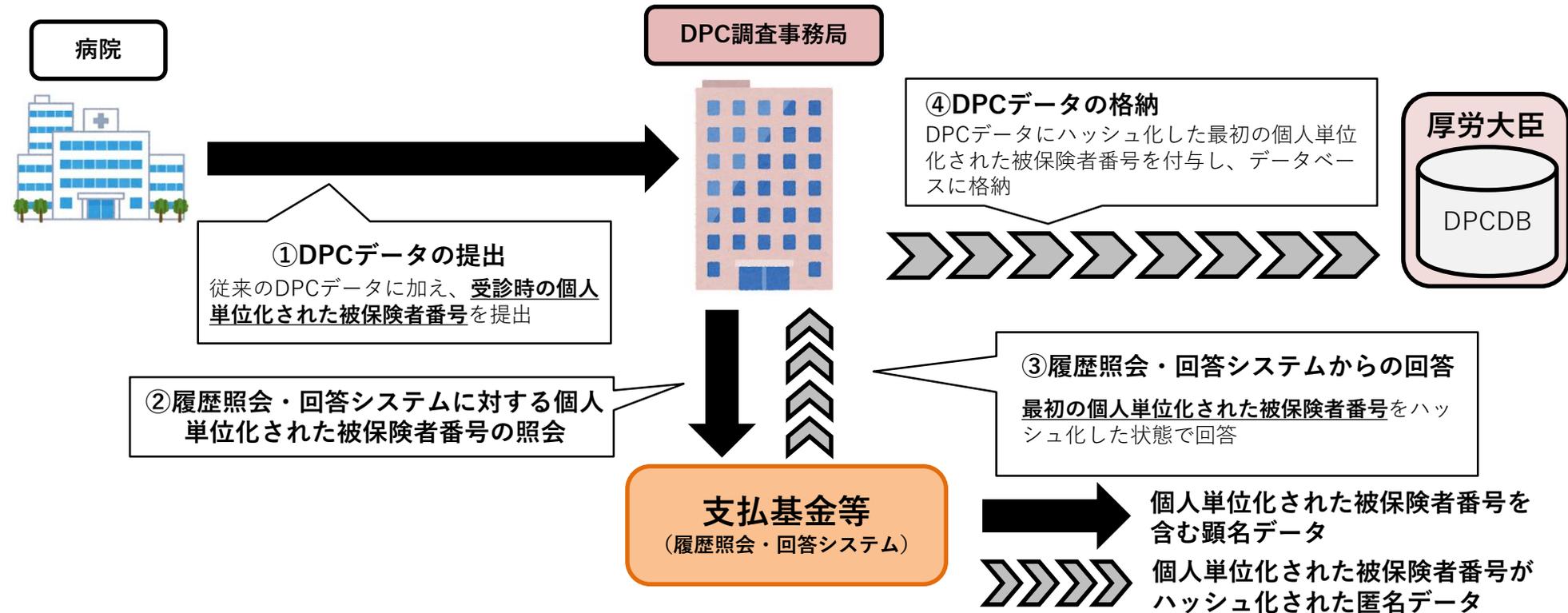
3. 履歴照会・回答システムの活用主体

- ……他のデータベースとの連結解析に係る同意取得の必要性や、個人単位化された被保険者番号の履歴を活用するに当たっての安全確保措置等や適格性の確認といったことも加味すると、
 - ① データの収集根拠、利用目的などが法律・・・で明確にされていること（被保険者番号の履歴を活用すること及びその活用範囲等が法律で明らかになること）、
 - ② 保有するデータの性質に応じて、講ずべき安全管理措置等が個別に検討され、確保されているものであること、
 - ③ データベースの第三者提供が行われる場合は、当該提供スキームが法律に規定され、提供先に係る照合禁止規定など、必要な措置が設けられているものであること、が必要である。
- ……上記①から③までの要件を満たすと考えられるものとしては、NDB、介護保険総合データベース、DPCデータベース、・・・があげられる。これらのデータベースで、実際に、履歴照会・回答システムを活用するかどうかは、各データベースの所管部局、関係審議会等で検討し、当該システムを活用する場面においては、関係法令の整備を含め、必要な措置が行われる必要がある。

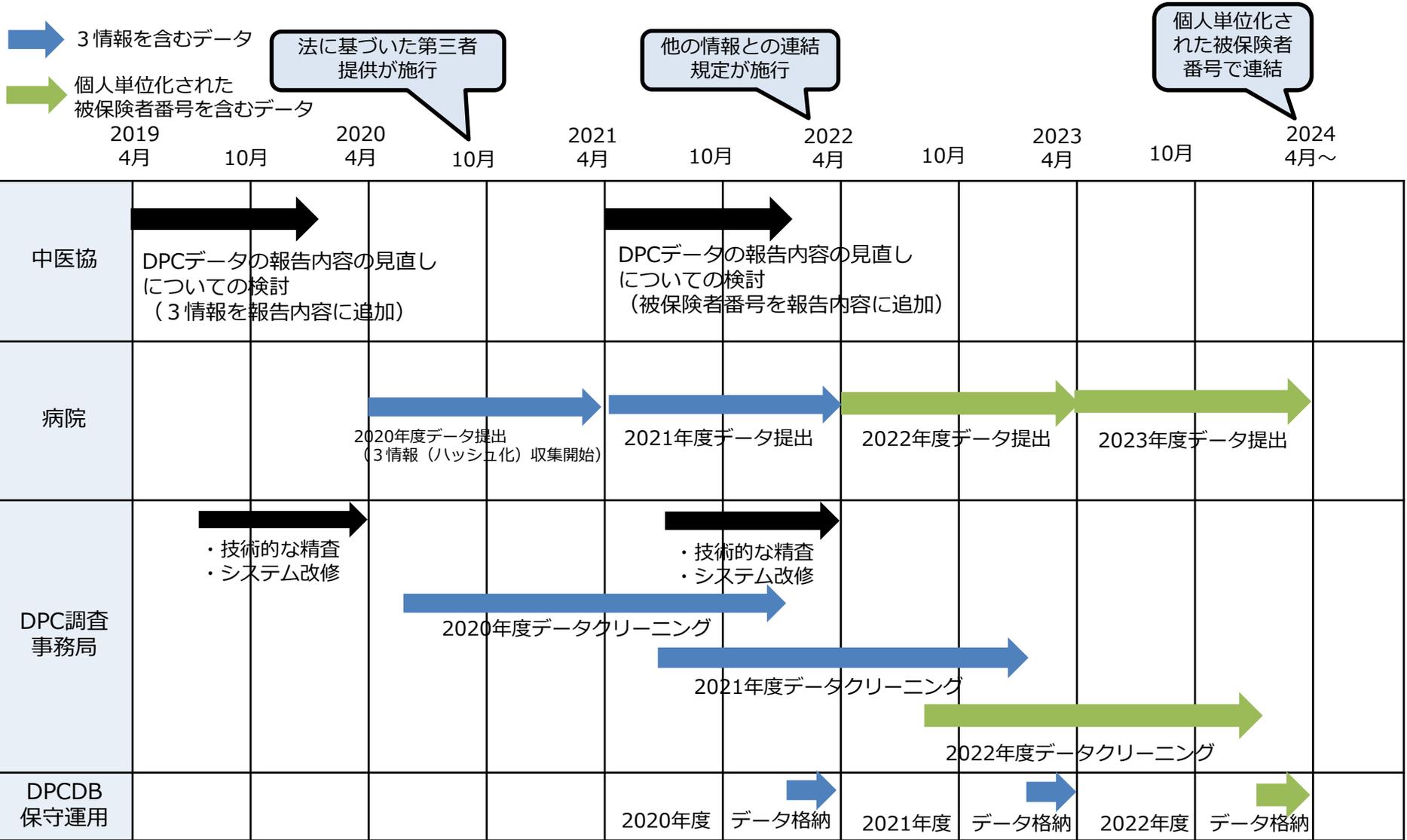
連結精度の向上に関するDPCデータの対応について

- これまで、連結精度の向上に向けた検討が進められてきたことを踏まえ、DPCデータにおいても、連結精度の向上に向けた取組を進めることが必要となることから、
 - ・ NDB・介護DBと連結解析する際に個人単位化された被保険者番号を用いる
 - ・ 個人単位化された被保険者番号の履歴の照会のために、履歴照会・回答システムを活用することについて、令和3年12月8日の第8回匿名医療等情報等の提供に関する専門委員会です承された。
- 現在のDPCデータには、被保険者番号は含まれていないが、今後、仮にDPCデータにおいて被保険者番号の収集を行う場合、DPCDBは匿名のデータベースであることから、ハッシュ化して匿名化した状態の被保険者番号を格納することが考えられる。
- なお、被保険者番号をDPCデータの収集項目に含めることについては、中央社会保険医療協議会でご議論いただくことが必要となる。

DPCデータにおいて個人単位の被保険者番号を収集する際のスキーム（イメージ）

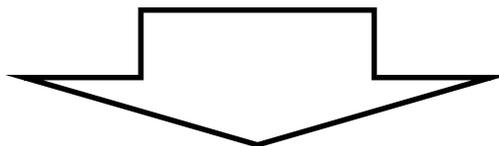


DPCDBのスケジュール（イメージ）



退院患者調査（DPCデータ）に係る課題と論点

- ・ 令和元年に成立した、改正健保法において、令和4年度以降、DPCデータはNDB及び介護DBの情報と連結して利用・提供することができることとされた。このことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定以降、DPCデータにおいてもKファイルの収集を開始している。
- ・ 医療等情報の連結については、被保険者番号を識別子の一つとして活用することとされており、DPCデータについても、個人単位の被保険者番号等を用いて、NDBや介護DBとの連結精度の向上が可能となる仕組みの構築が求められている。



- 令和元年に成立した改正健保法により、DPCデータとNDB・介護DBの情報との連結解析が可能となったこと、連結解析の精度向上に向けた検討が進められてきたこと等を踏まえ、個人単位の被保険者番号データの提出等による、DPCデータにおけるDB間の連結精度向上に向けた取組について、どのように考えるか。