

**入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果
(とりまとめ)**

令和5年10月27日
入院・外来医療等の調査・評価分科会
分科会長 尾形裕也

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等に関する事項等について、技術的な課題に関して専門的な調査及び検討を行うこととされている。入院・外来医療等に関連する事項について、令和4年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和6年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」及び「令和5年度入院・外来医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

- | | | |
|-----|-----------------------------|---------------------|
| 1. | 一般病棟入院基本料について | 別添資料① P 12 ~ P 95 |
| 2. | 特定集中治療室管理料等について | 別添資料① P 96 ~ P 132 |
| 3. | DPC/PDPS について | 別添資料② P 2 ~ P 113 |
| 4. | 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について | 別添資料③ P 2 ~ P 50 |
| 5. | 回復期リハビリテーション病棟入院料について | 別添資料③ P 51 ~ P 103 |
| 6. | 療養病棟入院基本料について | 別添資料③ P 104 ~ P 155 |
| 7. | 障害者施設等入院基本料等について | 別添資料③ P 156 ~ P 178 |
| 8. | 外来医療について | 別添資料④ P 2 ~ P 82 |
| 9. | 外来腫瘍化学療法について | 別添資料④ P 83 ~ P 113 |
| 10. | 情報通信機器を用いた診療について | 別添資料④ P 114 ~ P 150 |
| 11. | 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について | 別添資料④ P 151 ~ P 200 |
| 12. | 医療資源の少ない地域に配慮した評価について | 別添資料⑤ P 2 ~ P 21 |
| 13. | 横断的個別事項について | 別添資料⑤ P 22 ~ P 186 |

Ⅱ. 検討結果の概要

- 2040 年を展望すると、65 歳以上人口の伸びは落ち着くが、2025 年までの間、一時的に 75 歳以上人口が急増すると予想され、2030 年代前半には、85 歳以上人口の増加率が上昇する。一方で、生産年齢人口は一貫して減少が見込まれる。
- 今後も高齢者向けの医療ニーズが増加することが予想される一方で、医療・介護の支え手の減少が見込まれる。限られた医療資源に配慮しつつ、より質の高い医療を提供でき、高齢化に伴う高齢者救急の需要増大といった医療ニーズの変化にも対応しうるような効果的・効率的な入院・外来医療提供や、医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進といった視点について、調査結果の評価・検討を行う前提として認識を共有した。

1. 一般病棟入院基本料について（別添資料① P12～P95）

- 一般病棟入院基本料については、急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し等を行うとともに、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として、令和 4 年度診療報酬改定において急性期充実体制加算が新設された。
- これらの改定による影響を確認するとともに、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価の在り方について検討を行った。

1-1. 重症度、医療・看護必要度等について

(1) 重症度、医療・看護必要度について（別添資料① P13～P61）

(令和 3 年度から令和 4 年度にかけての変化について)

- ・ 令和 4 年度診療報酬改定において、急性期一般入院料 1（許可病床数 200 床以上）又は急性期一般入院料 2-5（許可病床数 400 床以上）を算定する病棟は、重症度、医療・看護必要度Ⅱ（以下「必要度Ⅱ」という。）を用いることが要件化された（※令和 4 年 12 月 31 日までは経過措置期間）。令和 4 年 11 月 1 日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、急性期一般入院料 1 は 89.0%、急性期一般入院料 2-3 は 71.9%、急性期一般入院料 4-6 では 34.0%であった。
- ・ 令和 3 年から令和 4 年にかけて、必要度Ⅰ、必要度Ⅱともに該当患者割合は低下していた。基準に該当する施設の割合は、必要度Ⅰの施設において、必要度Ⅱの施設よりも低下の幅が大きかった。
- ・ 令和 3 年から令和 4 年にかけて、「心電図モニターの管理」の項目が削除された。「点滴ライン同時 3 本以上の管理（令和 3 年度）」の項目が「注射薬剤 3 種類以上の管理（令和 4 年度）」に変更され、当該項目の該当割合がいずれの入院料でも上昇していた。「輸血や血液製剤の管理」の点数が 1 点から 2 点に変更されているが、該当割合に大きな変化は見られなかった。

- ・ 必要度Ⅰの施設のうち急性期一般入院料１の４００床未満、急性期一般入院料２の２００床未満、急性期一般入院料５の２００床未満の施設、必要度Ⅱのうち急性期一般入院料２の２００床未満の施設においては、「創傷処置」の項目及び「呼吸ケア」の項目の該当割合が上昇していた。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の評価方法については、治療室用も含め、早期に必要度Ⅱへ移行する必要があるとの指摘があった。

(入院料ごと・疾患ごとの該当状況について)

- ・ 急性期一般入院料１は、急性期一般入院料２又は急性期一般入院料４と比較し、Ａ得点２点以上の割合、基準２（Ａ得点３点以上）に該当する割合及び基準３（Ｃ得点１点以上）に該当する割合が高く、Ｂ得点３点以上の割合及び「基準２又は基準３には該当しないが基準１（Ａ得点２点以上かつＢ得点３点以上）に該当する割合」が低かった。
- ・ 急性期一般入院料１においては、必要度基準の該当割合は入院２日目～５日目にピークを迎えた後低下し、入院１５日目以降は横ばいとなっていた。また、Ａ得点の総点数は、入院２日目にピークを迎えた後低下し、入院６日目以降は横ばいとなっていた。
- ・ 急性期一般入院料１の患者は、７５歳以上に限った場合も含め、急性期一般入院料２～６よりも「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。
- ・ 急性期一般入院料１における入院後日数ごとのＡ項目の該当割合は、入院初期は「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。
- ・ ７５歳以上に多い疾患のうち、「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症・部位不明」等は、急性期一般入院料１に入院した場合と地域一般入院料１～２に入院した場合とで１日当たりの医療資源投入量が大きく変わらず、これらの疾患に含まれる「食物及び吐物による肺臓炎」、「肺炎・詳細不明」、「細菌性肺炎・詳細不明」、「尿路感染症・部位不明」等は、１日当たりの医療資源投入量が低いものの、急性期一般入院料１に入院した場合、急性期一般入院料１の施設基準と同程度以上にいずれかの必要度基準に該当する割合が高かった。
- ・ 急性期一般入院料１において、７５歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症・部位不明」及び「腰椎骨折閉鎖性」の患者は、Ｂ得点３点以上の割合が７５歳以上の全疾患の平均よりも高く、基準２（Ａ得点３点以上）を満たさない場合に、基準１（Ａ得点２点以上かつＢ得点３点以上）に該当する割合が全年齢における全疾患の平均や７５歳以上における全疾患の平均よりも高かった。
- ・ 急性期一般入院料１に入院する７５歳以上の「食物及び吐物における肺臓炎」及び「尿路感染症」の患者における必要度基準の該当割合及びＡ得点の総点数は、入院初日～５日目は全疾患の平均よりも高いが、入院６日目以降で低下し、その後の基準該当割合は全疾患の平均を下回る程度になっていた。
- ・ 急性期一般入院料１に入院する７５歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染

症」の患者においては、全疾患の平均と比べ「専門的な治療・処置」の該当割合が低く、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。また、全疾患の平均としてA項目の総得点がピークを迎える入院2日目では、その傾向がより顕著に見られた。

- ・ 急性期一般入院料1に入院する75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折 閉鎖性」の患者においては、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の該当割合と必要度基準の該当割合の差が、全年齢の平均や全疾患の平均と比較して小さかった。
- ・ 急性期一般入院料1全体では、75歳以上に限った場合も含め、急性期一般入院料2-6よりも「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高いが、急性期一般入院料1における75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症・部位不明」の患者は、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合は他の入院料と比較して高いものの、その他の項目は急性期一般入院料2-3や急性期一般入院料4-6と大きく変わらなかった。
- ・ 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないかと指摘があった。

(A項目の状況について)

- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」については、該当割合が入院2日目にピークに達した後には低下し、その後も長期に入院する患者の中では該当割合が上昇していく傾向にあった。また、「点滴ライン同時3本以上の管理」では、急性期一般入院料1のほうが急性期一般入院料4-6よりも一度該当した場合にその後も継続する割合が高かった一方で、「注射薬剤3種類以上の管理」では、急性期一般入院料1では急性期一般入院料4-6よりも早期に終了する割合が高かった。
- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」に該当する日における注射薬剤の成分は、該当日数が長期になるに連れて、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」や「チアミンモノホスフェイト ジスルフィド・B6・B12配合剤」など静脈栄養に関するものの割合が増加していた。
- ・ 「呼吸ケア」に該当する患者においては、酸素吸入の実施により該当する割合が最も高く、5%の患者において人工呼吸が実施されていた。酸素吸入が入院初期に実施割合が高い一方で、人工呼吸、ハイフローセラピー、鼻マスク式人工呼吸器等は、長期間入院する患者において実施割合が高い傾向にあった。
- ・ 必要度Ⅰに基づく評価により「呼吸ケア」に該当する患者のうち15~40%程度は、必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。
- ・ 「創傷処置」に該当する患者のうち必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されている場合は、「創傷処置 100 cm²未満」又は「創傷処置 100 cm²以上 500 cm²未満」が実施されている割合が高いが、必要度Ⅰに基づく評価により「創傷処置」に該当する患者においては、

40%程度で必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

- ・ 「重度褥瘡処置」の実施割合は、急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料4-5や地域一般入院料で高く、また、入院初期の患者よりも長期間入院する患者において高かった。
- ・ 「専門的な治療・処置（①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「専門的な治療・処置（②抗悪性腫瘍剤の内服の管理）」の対象となる医薬品は入院と外来での使用割合にばらつきがあり、入院で使用する割合が低い医薬品も一定数認められた。
- ・ 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないかとの指摘があった。
- ・ 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないかとの指摘とともに、正確な評価のため、治療室用の重症度、医療・看護必要度の場合も含め、算定の対象とならない診療報酬上の項目についても、業務負担に配慮しつつ、E Fファイル等に入力することを検討してはどうかとの指摘があった。
- ・ 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないかとの指摘があった。
- ・ 外来での実施率が高い化学療法について外来での実施を推進する観点から、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について必要な見直しを行うべきではないかとの指摘があった。
- ・ 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1において、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「専門的な治療・処置」によりA得点2点となっている場合が多いことも踏まえ、こうした患者のうち急性期医療が必要な患者がB項目の状況によらず必要度基準に該当するよう、「専門的な治療・処置」の各項目について重みづけを見直すことが考えられるのではないかとの指摘があった。

（B項目の状況について）

- ・ 3日間以上の期間入院した患者のうち入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料4-5や地域一般入院料において高かった。
- ・ 入院2日目以降にB得点が3点以上となる割合は、入院初日にB得点が3点以上である場合に高く、入院初日にB得点が2点以下である場合との差が大きかった。
- ・ 入院2日目以降にB得点が3点以上となる割合は、入院初日のB得点が0点又は1点である場合では入院料間で大きく変わらなかった。一方で、入院初日のB得点が2点又は3点である場合では、特定機能病院や急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料4-5や地域一般入院料において、入院2日目以降にB得点が3点以上となる割合が高かった。
- ・ 基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみで必要度基準に該当する患者におい

ては、特定機能病院入院基本料及び急性期一般入院料1では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」又は「専門的な治療・処置」によりA得点2点となっている割合が高く、急性期一般入院料2・4や地域一般入院料においては、「呼吸ケア」及び「創傷処置」によりA得点2点となっている割合が高かった。

- ・ B項目は介護業務を評価している性質があり、急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないかと指摘があった。また、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないかとの指摘や、高齢患者等への対応を行っている現場の負担が増大しないような対応が必要との指摘があった。
- ・ ADLが低下した患者や認知症・せん妄状態の患者等への医療・看護に対する評価のためにB項目を評価基準に残す場合においても、疾病や治療に伴って一時的に低下したADL等の改善等が適切に評価できるよう、項目の追加や評価方法の見直しについて今後検討すべきではないかとの指摘があった。
- ・ 急性期医療における評価としては、B項目に基づく状況よりも、ADLが低下しないための取組を評価することが重要ではないかとの指摘があった。

(C項目等の状況について)

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、入院での実施率が9割以上等である手術及び検査についてC項目の対象に追加されたが、直近の状況としては、現在対象となっている手術等のうち入院での実施率が9割を下回るもの及び現在対象となっていない手術等のうち入院での実施率が9割を上回るものがあった。
- ・ C項目に該当する期間については、対象となる手術等を実施した当日から一定の日数まで該当ありと判断され、この一定の日数は当該手術等を実施した患者の在院日数に基づき定められているが、対象となる手術等のうち多くが入院当日ではなく入院2日目以降に実施されていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料を算定する場合や、短期滞在手術等の要件を満たした上で短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施する場合等においては、当該患者は必要度の評価の対象から除外している。
- ・ C項目の対象となる手術等については、年度によって入院での実施率にばらつきがある可能性も踏まえ、検討すべきではないかとの指摘があった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術の一部について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう必要度の評価対象に加えるべきではないかとの指摘があった。

(2) 平均在院日数について (別添資料① P62～P77)

- ・ 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準(18日)よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

- ・ 急性期一般入院料 1 のうち平均在院日数の長い群においては、以下の特徴を有していた。
 - 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を併せて行っている割合が低く、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を併せて行っている割合が高かった。
 - 全身麻酔手術の実施件数及び病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあり、病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数は急性期一般入院料 2 及び急性期一般入院料 4 と大きく変わらなかった。
 - 救急搬送件数が少ない傾向にあり、急性期一般入院料 2 と大きく変わらなかった。
 - 入院患者のうち 75 歳以上の割合や認知症を併存する割合、要介護度が高く、急性期一般入院料 2 や急性期一般入院料 4 と大きく変わらなかった。
 - 入院患者の入院経路について、家庭からの入院の割合が低く、介護施設・福祉施設からの入院の割合が高かった。
 - 「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症, 部位不明」等、急性期一般入院料 1 と地域一般入院料とで医療資源投入量の変化が小さい疾患の割合が高かった。
 - 重症度、医療・看護必要度の基準該当患者割合が低く、急性期一般入院料 2 及び 4 との差が小さかった。
 - A 得点 2 点以上の割合、基準 2 に該当する割合、基準 3 に該当する割合は急性期一般入院料 2 のうち平均在院日数の短い群との差が見られず、B 得点 3 点以上の割合及び「基準 2 又は 3 には該当しないが、基準 1 に該当する」割合は急性期一般入院料 2 や急性期一般入院料 4 よりも大きかった。
 - 重症度、医療・看護必要度の A 項目のうち「専門的な治療・処置」の該当割合について、急性期一般入院料 2 における該当割合及び急性期一般入院料 4 のうち在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。
 - 1 入院当たりの出来高換算点数は高いが、入院料及びリハビリテーションを除いた 1 日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料 2 及び急性期一般入院料 4 と同程度に低かった。
 - 75 歳以上の患者の退院先について、家庭への退院の割合が低く、また、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所の割合及び死亡の割合が高かった。
- ・ 平均在院日数の区分による患者の状態や医療の内容の違いを踏まえれば、急性期一般入院料 1 における指標としては、平均在院日数の短縮化が考えられるのではないかの指摘があった。

(3) その他

- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など 13 対 1 の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入

を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

- ・ 高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないかとの指摘があった。一方で、救急外来から他院へ転院搬送する体制には多くの人的資源が必要となり、必ずしも効率的とは言えないのではないかとの指摘もあった。
- ・ 看護のための業務と介護のための業務は異なるため、介護の必要性が高い病棟においては、介護職員の活用を進めるべきではないかとの指摘があった。一方で、入院医療における患者の医療ニーズに対応するためには看護職員及び看護補助者の配置を進めるべきであり、看護より介護の必要性が上回るような患者については、介護を受けられる場に移行すべきとの指摘もあった。
- ・ 病棟間の機能分化や、急性期病棟からの早期転院を推進していくに当たっては、回復期や慢性期の病棟における看護補助者の配置や連携がより重要ではないかとの指摘があった。
- ・ 現状の急性期病棟等においては、看護補助者を教育しても直接患者にケアを提供することが難しい場合や直接患者にケアを提供することを希望しない場合があり、増加する高齢患者への対応の観点からは看護補助者を配置する仕組みでは対応困難ではないかとの指摘があった。

1-2. 急性期充実体制加算等について（別添資料① P78～P95）

- ・ 令和4年7月の時点では、急性期充実体制加算を届け出る医療機関が157存在し、同時点における総合入院体制加算を届け出る医療機関の数は、令和3年7月と比較して138減少していた。
- ・ 令和4年9月時点で、許可病床数200床以上であって急性期充実体制加算を届け出ている医療機関（165施設）のうち90%以上が令和2年9月時点で総合入院体制加算を届け出ており、また、急性期充実体制加算の届出施設のうち元々総合入院体制加算を届け出ていた施設では、総合入院体制加算を届け出ていなかった施設に比して、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高かった。
- ・ 令和4年9月時点で総合入院体制加算1を算定している医療機関においては、急性期充実体制加算を算定している医療機関よりも小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高く、また、急性期充実体制加算を算定している医療機関においては、令和2年時点よりも令和4年時点のほうが小児医療及び周産期医療に係る診療実績を有する割合が低かった。
- ・ 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、令和4年時点では精神科の入院医療の提供を行っていたが、令和5年時点では行っていない医療機関が複数あった。

- ・ 総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関の一部が急性期充実体制加算の届出を行う医療機関に移行することにより、高度な医療を行う医療機関における精神科医療の提供体制が縮小しないようにすることが必要ではないかとの指摘があった。
- ・ 高度・専門的な医療の提供体制を評価する観点並びに働き方改革を踏まえた効率的な人員配置及び医療提供の推進の観点から、施設基準に心臓血管外科や脳神経外科に関する手術の実績も加えるべきではないかとの指摘があった。
- ・ 許可病床数が300床未満であって急性期充実体制加算の届出を行っている医療機関における診療実績の平均については、急性期充実体制加算の要件のうち300床以上の医療機関に適用される基準を満たしていない項目が複数あった。また、これらの医療機関のうち300床未満の医療機関に適用される施設基準のみを満たしている施設の平均では、施設基準に係る診療実績の多くの項目において、許可病床数300床以上600床未満で急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における平均を下回っていた。
- ・ 令和5年4月時点で、許可病床数が300床未満であって急性期充実体制加算の届出を行っている6医療機関について、これらの所在する二次医療圏においては全て他に急性期充実体制加算の届出医療機関があり、また、これらの二次医療圏においては、一つの二次医療圏を除き、全て特定機能病院が存在していた。
- ・ 高度かつ専門的な急性期医療の提供について、地域において基幹的な役割を果たす医療機関を評価する観点からは、許可病床数300床未満に適用される基準は不要ではないかとの指摘があった。また、新規届出の際には、地域医療構想調整会議において、地域で急性期医療の基幹的な役割を果たすべき医療機関と認められることを要件とすべきではないかとの指摘があった。

2. 特定集中治療室管理料等について（別添資料① P96～P132）

- 特定集中治療室については、令和4年度診療報酬改定において、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の項目が見直された。
- また、平成30年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料1・2において、S O F Aスコアの測定が要件とされ、令和2年度診療報酬改定においては、特定集中治療室管理料3・4においても同様にS O F Aスコアを測定することとなった。
- ハイケアユニットについても、一般病棟ではなくハイケアユニットに入室して治療することが必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を適切に評価するための重症度、医療・看護必要度の在り方について検討を行った。

2-1. 特定集中治療室管理料等の重症度、医療・看護必要度等について

（別添資料① P97～P117）

- ・ 特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度の分布は、特定集中治療室管理料1、2、及び4においては6点にピークがあり、特定集中治療室管理料3においては

4点（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）又は2点（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）にピークがある。

- ・ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度について、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。
- ・ 特定集中治療室に入室している患者は、入室日のS O F Aスコアが低い患者が多いが、5以上、11以上の患者も一定数認められた。
- ・ 入室日の重症度、医療・看護必要度の該当患者の方が、非該当の患者より、入室日のS O F Aスコアが高い傾向にあった。
- ・ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のS O F Aスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当、6点以上と比較し、S O F Aスコア5以上、10以上の方が退院時の転帰とより相関していた。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。
- ・ 入室日のS O F Aスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のS O F Aスコア5以上の患者の割合はばらついていた。
- ・ 入室日の入室日のS O F Aスコアが5以上の患者が30%以上の特定集中治療室と30%未満の特定集中治療室で、看護配置に大きな差はなかった。
- ・ 入室当日の重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合を、入室日のS O F Aスコア5以上の患者と5未満の患者とで比較すると、輸液ポンプの管理、動脈圧測定ではあまり差がなかったが、他の項目では、S O F Aスコア5以上の患者の方が高かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度をH C Uの併設有無別に比較したが、大きな差はなかった。
- ・ 入室日のS O F Aスコアは、H C Uの併設がないI C Uの方が、S O F Aスコアが低い患者が多い傾向にあった。
- ・ 入室日のS O F Aスコアが高い患者と低い患者を比較すると、高い患者の傷病名として敗血症性ショックが多く見られ、また入室日のS O F Aスコアが高い患者は低い患者に比較し、入室当日又は前日に手術を実施した患者の割合が少なかった。
- ・ S O F Aスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる、との指摘があった。
- ・ S O F Aスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか、との指摘があった。
- ・ R R S（Rapid Response System）を行っている病院では、S O F Aスコアが上がる手前の人をI C Uで管理し始めるようにしているため、こうした取組も考慮した慎重な検討が必要、との指摘があった。
- ・ 治療室における医師の業務において、夜間の体制は、いずれの業務においても、6割程度の施設が「原疾患の担当科医師が対応する」としており、他の体制よりやや高かった。

- ・ 治療室における術後の患者の管理について、特定集中治療室管理料 1・2 では「主に治療室の専従の医師が管理」、「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高く、特定集中治療室 3・4 及びハイケアユニット入院医療管理料では「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高かった。また、特定行為研修修了看護師の配置がある場合、「特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応」している割合が高かった。
- ・ 施設基準において専門性の高い看護師の配置を求めている特定集中治療室 3・4 及びハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室にも、それぞれ約 6 割、3 割は専門性の高い看護師を配置していた。

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度について

(別添資料① P118～P132)

- ・ ICU を併設しない HCU は、ICU を併設する HCU よりも、「点滴ライン同時 3 本以上の管理」及び「人工呼吸器の管理」の該当割合が高く、「動脈圧測定」の該当割合が低く、必要度基準の該当患者割合は高かった。
- ・ HCU の入室経路の内訳は施設によってばらつきが大きいが、ハイケアユニット入院医療管理料 1 においては、いずれの入室経路でも、ICU を併設しない HCU において必要度基準の該当患者割合が高かった。
- ・ 入室したときの状態や、手術実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目はほぼ全ての患者で該当していた。
- ・ ICU を併設する HCU のうち入室後の重症化率が高い群と低い群の比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」はいずれも該当割合が高く差が見られなかったが、重症化率の高い群では「創傷処置」、「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低い群では「呼吸ケア」、「点滴ライン同時 3 本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かった。
- ・ 人工呼吸器や ECMO の使用、血管作動薬の使用等、常時監視の必要性が高い治療を行っている割合の高い HCU と低い HCU の比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、これらの項目と「呼吸ケア」は 2 群間で差が見られなかった。
- ・ ICU 併設の有無や病床規模、入室経路によらず、A 得点 3 点以上の患者は、ほぼ全て B 得点 4 点以上となっていた。
- ・ 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」は患者の状態や入室経路によらずほぼ全ての患者に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要ではないかとの指摘があった。
- ・ 重症度の高い患者への対応や常時監視の必要な治療の実施を評価する観点から、一部の項目について、特定集中治療室用と同様に、点数に差をつけることが考えられるのではないかとの指摘があった。

- ・ 一般病棟ではなく治療室に入室が必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を評価する観点からは、特定集中治療室用と同様に、B項目は適さないではないかとの指摘があった。一方、B項目の測定結果はADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために有用であり、B項目を必要度の基準から外す場合においても、特定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべきではないかとの指摘があった。
- ・ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についてもレセプト電算コードに基づく評価を導入する際には、現行の評価との比較分析を行ってはどうかとの指摘があった。

3. DPC/PDPS について (別添資料② P 2 ~ P 113)

3-1. DPC 対象病院に係る検討について (別添資料② P 2 ~ P 72)

- DPC/PDPS の対象病院は、平成 15 年度に特定機能病院を対象として制度が導入されて以降、段階的に拡大され、令和 4 年 4 月時点で 1,764 病院となった。DPC 対象病院数は経年的に増加傾向であり、特に急性期病床が 200 床未満の病院が増加傾向にある。
- 平成 30 年度診療報酬改定に向けた議論において、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は DPC 制度になじまない可能性があるとの指摘があったことを踏まえ、その後、医療資源投入量や在院日数を指標とした分析や外れ値に該当する病院に対するヒアリングを実施してきている。
- 以上のような経緯も踏まえ、令和 6 年度診療報酬改定に向けては、DPC 対象病院のあり方について、適切な評価方法も含めて検討を行った。

(1) 医療機関別係数による評価について

<保険診療係数について>

- ・ 保険診療係数は、提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上を目指す取組を評価する項目として設定されており、適切な DPC データの作成について、以下の 3 項目の観点から評価を行っている。
 - 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合 (10%未満)
 - 様式間の記載矛盾 (1%未満)
 - 未コード化傷病名の割合 (2%未満)
- ・ 令和 5 年度係数においては、各項目について、減点対象となった病院はそれぞれ、23 病院 (1.3%)、4 病院 (0.2%)、6 病院 (0.3%) であった。
- ・ 各項目の基準を満たさない DPC 対象病院がわずかである現状においては、データ提出が非急性期医療機関においても一般化する中で、質の高いデータ提出が安定的な DPC 制度の運用の前提となっていることを踏まえると、適切なデータの作成に係る基準を DPC 対象病院の要件とすることも考えられるのではないかと、との指摘があった。
- ・ 一方、適切なコーディングという観点から評価を行っている「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が基準値を上回っている病院については、令和 4 年度特別調査の結

果も踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要と考えられ、令和5年度特別調査を実施した。

- ・ アンケート調査及びヒアリングの結果を踏まえ、以下の指摘があった。
 - － コーディング担当者の理解不足や病院全体のコーディング体制の不備に起因する不適切なコーディングが見られる。
 - － 急性期病棟での入院が本来想定されていない症例においてコーディングが困難になるケースがある。
 - － 「部位不明・詳細不明コード」の使用状況に着目し、コーディング体制の見直し等を含む病院全体としての取組をすでに行っている病院も見られる。
- ・ また、「部位不明・詳細不明コード」の一部については、DPC 病院全体での使用割合の高いものが含まれているとの指摘があり、コーディングテキストの記載内容の充実化も含めて精査を行うこととした。
- ・ 精査の結果、一部のコードについては「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされ、「部位不明・詳細不明コード」の計算対象からは除外すべきではないか、との指摘があった。

<効率性係数・複雑性係数について>

- ・ 効率性係数は、在院日数短縮の努力を評価する項目として設定されており、算出にあたっては、全国の患者構成への置き換えや一定の診療実績がある包括対象 DPC を計算対象とする等の対応を行っている。
- ・ 効率性係数の算出方法については、令和4年度特別調査に係る検討過程において、診療対象とする診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏っている医療機関に対して在院日数短縮という本来の趣旨にそぐわない評価となる場合があるとの指摘があった。
- ・ また、本来、全国の症例数の多い疾患ではなく、各病院が取り扱っているものを重点的に評価する必要があるのではないかと、との指摘があった。
- ・ 複雑性係数については、1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成を評価する項目として設定されている。
- ・ 複雑性係数についても同様に、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、1日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合、急性期入院医療における評価という点では不適当な評価となっているのではないかと、との指摘があった。
- ・ これらの点については、本来の評価の趣旨や DPC 対象病院のあり方も踏まえ、算出方法の見直しや DPC 対象病院の基準の見直し等の対応が必要ではないかと、との指摘があった。
- ・ 効率性係数については、診療対象とする診断群分類の種類数や構成によらず在院日数短縮の努力を評価するのであれば、各医療機関の平均在院日数と、各医療機関の症例構成による補正を行った全国の平均在院日数の相対値を取る手法に変更することが望ましいのではないかと、との指摘があった。

- ・ また、医療機関群ごとに期待される機能や役割が異なることを踏まえ、効率性係数についても複雑性係数等と同様に医療機関群ごとの評価としてはどうか、との指摘があった。
- ・ 複雑性係数については、以下のような指摘があった。
 - － 1日当たり医療資源投入の観点での評価の方が急性期入院医療の評価として妥当ではないか。
 - － 「1日当たり」での評価の場合、短期での入院に該当する一部の診断群分類については適切な評価とならないのではないか。
 - － 「1入院当たり」での現行の評価手法は入院医療の労力の評価という観点では妥当性があり、急性期入院医療の評価という観点から、むしろ評価の対象とする医療機関の基準自体を検討すべきではないか。

<救急医療係数について>

- ・ 救急医療係数は、緊急入院の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等により、初期治療や鑑別診断等のために通常の予定入院による診療よりも医療資源投入量が一定程度多くなることを踏まえ、「入院初期の実際の医療資源投入量と診断群分類点数表に基づく点数の乖離」を評価している。
- ・ 救急医療係数については、高度な救急医療の実施や救急車の受け入れ数等を必ずしも直接的に評価する項目ではないことから、評価の趣旨が明確になるよう、名称の変更等も含め検討する必要があるとの指摘があった。

<地域医療係数（体制評価指数）について>

- ・ 地域医療指数における体制評価指数については、5疾病5事業等における急性期入院医療への評価という観点から、項目ごとの評価を行っている。
- ・ 令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、体制評価指数の上限値に達する病院の割合は、大学病院本院群で11.0%（9病院）、DPC特定病院群で5.0%（9病院）、DPC標準病院群で10.0%（150病院）であった。
- ・ また、体制評価指数の上限値の5割以上を取得する病院の割合は、大学病院本院群で100%（82病院）、DPC特定病院群で88.4%（160病院）、DPC標準病院群で56.4%（845病院）であった。
- ・ 特に大学病院本院群やDPC特定病院群については、ほとんどの病院で上限値を満たしている項目があり、評価項目や実績評価の手法については、医療機関群ごとにあり方を検討する必要があると考えられた。
- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、第8次医療計画から新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれることを踏まえ、体制評価指数における評価項目に「感染症」を追加した。
- ・ 「感染症」における評価内容については、第8次医療計画において、令和4年の感染症法改正により法定化された都道府県・医療機関間での協定締結を通じ、平時から医

療提供体制の確保を図ることとされていることを踏まえ、令和6年度診療報酬改定以降、新型コロナウイルス感染症対応への評価から、入院医療に係る協定締結の評価へと移行することが考えられるのではないかと、との指摘があった。

また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

ア) 脳死下臓器提供の実施

- 脳死下臓器提供の実施数は近年停滞しており、国内での十分な臓器提供体制の構築という社会的要請に応えるため、急性期医療機関にはより積極的なコーディネートが求められている。
- 脳死下臓器提供の実施機能や実績を評価することについては、社会的に重要な論点であるという指摘があった一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないかと、との指摘があった。

イ) 多職種協働による医療提供

- 高齢化の進行等を背景に、急性期入院医療においても、機能回復・維持や生活の質向上に向けた、リハビリ・栄養・口腔等を代表とする多職種協働による取組の重要性が増している。
- 多職種協働による医療提供を評価することについては、高齢者の急性期患者が増加する中で入院患者全体にメリットのある取組への評価と考えられるといった指摘があった一方で、医科点数表上の評価に係る議論を優先すべきではないかと、との指摘があった。

ウ) 医師少数地域への医師派遣機能

- 令和6年度からの医師の労働時間の上限規制が施行されるにあたり、他の医療機関への医師派遣が危ぶまれる中において、大学病院等に勤務する医師に関しては、医療圏を越えて、他の医療機関へ派遣されている実態があり、特に医師少数地域での地域医療提供体制の維持に大きな役割を果たしていることが指摘されていた。令和5年9月には、文部科学省「今後の医学教育の在り方に関する検討会」の「中間取りまとめ」において、医師の派遣機能が地域社会の維持に不可欠であること等が記載されている。
- 医師少数地域への医師派遣機能を評価することについては、大学病院に期待される役割等を踏まえると、大学病院本院群に限った評価として考えられるのではないかと、との指摘があった一方で、大学病院の果たす機能については別途評価を検討する必要があるのではないかと、との指摘があった。
- 大学病院の医師派遣機能については、地域医療への支援として重要な役割を担っており、働き方改革の施行を踏まえると、評価する意義があるのではないかと、との指摘があった。

エ) 外国人患者の受け入れ体制

- 我が国の在留外国人は令和4年末に初めて300万人を超え、その国籍や在留資格も多様化している中で、外国人患者に対する医療の質や安全の向上の観点から、外国人患者受入環境の整備が求められており、こうした体制を審査・認証する制度として、外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）等がある。
- 外国人患者の受け入れ体制の評価については、社会状況の変化に伴う重要な論点であるといった指摘があった一方で、地域医療への貢献という観点から適切な評価指標を設定しうるのか慎重に検討する必要がある、との指摘があった。

オ) 医療の質向上に向けた取組

- DPC データ等の一般化等により、医療の質向上に向けた取組の重要性が増している中で、厚生労働省補助事業「医療の質向上のための体制整備事業」においては、病院の機能・規模によらず共通に計測可能、等の条件を満たす9指標を用いた医療の質可視化プロジェクトが実施され、一定の実績が得られている。
- DPC データ等を活用した医療の質向上に向けた取組への評価については、DPC 対象病院の評価として適切であるといった指摘や、今後の更なる評価のあり方の検討を前提としつつ、既に保険診療係数において基本的な病院情報の公表を評価していることを念頭に置くと、令和6年度診療報酬改定に向けては上記9指標に係るデータの提出や提出データに基づく指標の算出・公表を評価していく方向性が考えられるのではないかと、との指摘があった。
- 医療の質向上に向けた取組については、積極的に評価するべきであり、9指標の中にはDPC データに含まれない項目があることも踏まえ、DPC データの項目の見直し等も検討してはどうかといった指摘や、将来的にはより精緻な質指標の活用を評価していくことも検討すべきではないかとの指摘があった。

(2) DPC 対象病院の要件について

- ・ データ/病床比（※）は、DPC 対象病院が満たすべき要件の1つとされている。
※ データ/病床比＝対象期間においてDPC 算定病床を退院した患者の全データ数（エラーデータ等を除く）／DPC 算定病床数
- ・ 現行の基準（1月あたり0.875）は、平成17年医療施設調査の一般病床の病床利用率（79.4%）及び特定機能病院入院基本料（一般病棟10：1）の基準在院日数（28日）に基づき設定されており、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関の大半が満たしている。
- ・ 一方、データ数に着目すると、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関全体と比較してもデータ数が少ないDPC 対象病院が存在する。
- ・ データ数が少ないDPC 対象病院は、複雑性係数の値が高い傾向にあり、データ数が1月あたり90以下の病院では、診療密度（相対値）が低い傾向にあった。

- ・ これらの点については、急性期医療の標準化という DPC 制度の趣旨を踏まえ、DPC 対象病院の要件とその評価のあり方の両面から検討する必要がある、との指摘があった。
- ・ また、DPC 対象病院に一定の基準を設けるとともに、DPC 制度からの退出についても検討する必要がある、との指摘があった。
- ・ データ数が少ない DPC 対象病院については、さらに以下のような指摘があった。
 - － 医療機関別係数を含め適切な包括評価となっていない現状があり、急性期医療の標準化という観点からも制度になじまないのではないか。
 - － 特に診療密度（相対値）が低い点については、他の DPC 対象病院に対する包括評価にも影響することから、何らかの対応が必要である。
 - － 複雑性係数に係る検討内容も踏まえると、データ数に係る一定の基準を DPC 対象病院の要件として設定することが考えられるのではないか。
- ・ 保険診療係数に係る検討内容を踏まえ、現在保険診療係数において評価を行っている「適切な DPC データの作成」に係る 3 つの基準については、DPC 対象病院の要件として位置づけることが望ましいのではないかと指摘があった。
- ・ DPC 算定病棟の中に地域包括ケア病室がある等の医療機関が散見されるが、DPC 制度の趣旨を踏まえると、そのあり方について、算定ルールも含め再検討すべきではないかと指摘があった。

3-2. 算定ルールに係る検討について （別添資料② P73～P98）

（1）点数設定方式について

- ・ DPC/PDPS においては、診断群分類ごとの在院日数に応じた 3 段階の 1 日当たり点数の設定にあたって、入院初期に要する医療資源投入量等に応じた 4 つの点数設定方式を用いている。
- ・ 標準的な点数設定方式 A については、令和 4 年度診療報酬改定において、入院初期の医療資源投入量が経時的に増加傾向であることを踏まえ、入院期間 I をより重点的に評価する体系へ見直しを行った。
- ・ 点数設定方式別の在院日数の変化の推移を確認したところ、症例構成の補正を行った場合でも、点数設定方式 A で設定される診断群分類について、在院日数の明らかな延長・短縮は見られてない。
- ・ 現行の点数設定方式 A～C については、入院期間 I での 1 日当たり医療資源投入量と 1 入院期間での 1 日当たり医療資源投入量の比率（以下、「入院期間 I / 1 入院比率」という。）に応じて設定されているが、経年的な医療資源投入量等の変化により、
 - － 入院期間 I での医療資源投入量が増加している診断群分類が多いこと
 - － 点数設定方式 A が適用される診断群分類において、「入院期間 I / 1 入院比率」が大きくばらついていること
 が確認された。

- ・ また、令和4年度診断群分類点数表において点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間Iにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが確認された。
- ・ こうした点については、入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう見直すべきではないか、との指摘があったほか、標準的・定型的な経過をたどれば早期退院できるような診断群分類については、入院期間IIより早期に退院させた場合であっても十分な評価ができるよう検討すべきではないか、との指摘があった。
- ・ 点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間Iにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る診断群分類については、在院日数ごとの設定点数と実績点数の関係を踏まえると、点数設定方式Bを適用することで、実際の医療資源投入量に見合った評価が可能となるのではないかと、との指摘があった。
- ・ また、標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対する、現行の点数設定方式による評価の妥当性について検討を行ったところ、以下のような指摘があった。
 - 現行の点数設定方式は、基本的には、医療資源投入のパターンに沿った評価となっており、早期退院させた場合への評価として十分でないのではないかと。
 - 入院初期を重点的に評価する点数設定方式として、短期滞在手術等に適用している点数設定方式Dがあるが、一定の入院期間が見込まれる分類について、入院初日に高い評価とすることはなじまない可能性がある。
 - 入院期間Iで入院基本料を除く包括評価を行うことで、粗診粗療への高い評価を避けつつ、入院期間IIより早期での退院を一定程度評価することが可能なのではないかと。
 - 不要な在院日数の延伸につながらないような評価方法は重要である一方で、こうした点数設定方法を導入するにあたっては、同質性の高い分類に限るなど条件を設定した上で、疾患や手術の特性に係る臨床的な観点も踏まえつつ、慎重に検討する必要があるのではないかと。

(2) 短期滞在手術等の算定ルールについて

- ・ DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっており、DPC算定病床において対象手術等を実施した場合、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等については入院外での実施割合が高いものの、DPC対象病院においては入院外での実施割合が低いものが存在する。
- ・ また、個別の手術等に注目すると、DPC対象病院の中でも入院/入院外での実施状況に大きなばらつきがあることが確認された。
- ・ 入院における包括評価のあり方も踏まえつつ、短期滞在手術等の入院/入院外での実施状況等の実態把握のため令和5年度特別調査を実施し、以下の指摘があった。

- 短期滞在手術等の入院外での実施状況については、設備や人員体制が整備できているかが大きく関わっている。
- 患者や家族の意向等により外来に移行できない状況や病床稼働率等により相対的に決まっている部分もあり、短期滞在手術等自体の診療報酬上の評価の見直しにより解決するのは難しいのではないかと。
- 日帰り手術として実施可能な手術について、術後の経過観察目的に病床を利用した上で、1日入院として当日に入退院させる場合がある。
- 入院の必要性については、データの取得が可能であればより詳細な検討を進めることができるのではないかと。

3-3. 診断群分類に係る検討について (別添資料② P99～P105)

- ・ 診断群分類については、診療報酬改定時に合わせて、最新の診療実態や臨床的知見を踏まえた見直しを行うとともに、適切な診断群分類の設定に必要な様式1の見直し及び「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」の見直しを行っている。
 - ・ 令和6年度診療報酬改定に向けた診断群分類の見直し作業の基本的な実施方針について確認を行う一方、具体的な作業に当たっては疾患ごとの特性も踏まえつつ、発症時期等を含む適切な指標による分岐の設定や、そうした分岐の設定が可能となるような様式1での調査方法を検討する必要があるとの指摘があった。
 - ・ また、重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)を導入している診断群分類(脳梗塞及び肺炎)については、厚生労働省行政推進調査事業「DPC制度の適切な運用及びDPCデータの活用に資する研究」における検討結果も踏まえ、分類としての妥当性を検証するとともに、必要な見直しを行うこととされた。
 - ・ 診断群分類の見直し作業については、現在も複数班で検討作業を実施しており、医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、ICDコードと傷病名の対応関係の見直しや手術、手術・処置等の見直し等の対応を検討している。
- ※ 診断群分類の見直し作業は、令和4年4月～12月(9ヶ月分)のデータに基づき実施しており、令和6年度診療報酬改定に向けては、令和4年10月～令和5年9月(12ヶ月分)のデータを用いて最終的な検証を行う。

3-4. 退院患者調査に係る検討について (別添資料② P106～P113)

- ・ 平成15年度のDPC/PDPS導入以降、DPC/PDPS導入の影響評価等を行うための調査(「DPC導入の影響評価に係る調査」として、退院患者ごとの診療情報及び診療報酬請求情報等からなる提出データ(DPCデータ)に基づく分析調査(「退院患者調査」)を毎年実施しており、退院患者調査では把握困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。
- ・ 退院患者調査の結果については、DPC/PDPSのモニタリングという観点から、一定の集計結果を毎年中医協総会に「定例報告」とするとともに、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データについて広く公開することとしている。

- ・ DPC/PDPS が既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、退院患者調査の対象施設の増加に伴い、DPC データが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえると、調査の名称（「DPC 導入の影響評価に係る調査」）やその目的について、再整理するべきと考えられた。
- ・ また、退院患者調査の結果報告のあり方についても、併せて再整理するべきと考えられた。
- ・ 退院患者調査の様式 1 の入力状況について分析を行ったところ、一部の医療機関において「不明」データの入力の割合が高い等のばらつきが見られた。
- ・ 特に診断群分類に用いることが想定されている臨床指標等のデータについては、適切なデータ入力の必要性が高く、今後継続的なモニタリングの対象とすることも考えられた。

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

（別添資料③ P 2～P 50）

- ・ 地域包括ケア病棟の入棟元、退棟先ともに、自宅が最も多かった。また、自宅等からの入棟割合には病棟ごとにばらつきが見られた。
- ・ 地域包括ケア病棟を有する病院の救急搬送の受け入れ件数については、100 件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。
- ・ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は 19.5%、緊急入院（外来の初再診後）の患者は 34.9%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は 5.7%であった。
- ・ 救急搬送に係る地域包括ケア病棟への入棟経路を、病院類型、併設する病棟の類型別に分析したが、明確な差は見られない。
- ・ 令和 4 年度入院・外来医療等における実態調査の調査結果によれば、地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の特徴は以下のとおりであった。緊急入院（外来の初再診後）の患者においても、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者ほどではないものの、これらの傾向が見られた。
 - 傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。
 - 医療的な状態が不安定である傾向であった。
 - 医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。
 - 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。
 - リハビリテーション実施頻度、リハビリテーション実施単位数は低い傾向にあった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者について D P C データ解析したところ以下のとおりであった。
 - いずれの入棟経路においても、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多く見られた。

- 入棟経路別の医療資源投入量等においては、救急搬送後、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。ついで、緊急入院後の患者の包括範囲の医療資源投入量が多かった。
- 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設(7.8%)は15%以上であった。
- 病院の許可病床ごとに救急搬送後直接入棟の患者の割合の分布を比較したが、明確な差は見られなかった。
- 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が5%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の1日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。
- ・ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟・病室で0%であったが、158施設(9.5%)は10%以上であった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0である地域包括ケア病棟と比較して、自院の病棟から転棟した患者割合が低く、家庭から入棟した患者割合が高く、自宅等に退棟した患者割合が高い傾向にあった。
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。
- ・ 地域包括ケア病棟を有する病院に併設する訪問看護ステーションでは、「24時間対応体制加算の届出」や「併設医療機関以外の主治医の利用者が1割以上」が約9割以上である一方、地域における人材育成等の実施割合は低い。
- ・ 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入数について、入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ・ 在宅復帰率について、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、令和3年と比較して令和4年では、在宅復帰率が高い傾向にある。
- ・ 地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院の届出を行う割合が増えている。
- ・ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきが見られる。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。
- ・ 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。
- ・ 電話等による相談や緊急時の往診等の対応について多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。

- ・ 地域包括ケア病棟は施設ごとに果たしている機能が多様であることを尊重すべきではないか、との指摘があった。
- ・ 自宅等からの緊急患者の受け入れをしっかりとやっているのであれば、救急がなくとも地域の役割を果たしているのではないかと、との指摘があった。
- ・ 救急搬送後直接入棟の患者ではリハビリテーションの実施頻度が低いが、直接入院だとリハビリテーションがすぐには開始できないやむをえない事情もあるという指摘があった。一方で、できるだけ早期にリハビリテーションを提供することは重要ではないかと、との指摘があった。
- ・ 高齢者の急性期医療は症状が不安定で医療資源投入量が多く、地域包括ケア病棟で受け入れることを推進する方策が必要である、との指摘があった。また、その推進にあたっては、夜間も含め手厚い看護配置が必要との指摘があった。
- ・ 短期滞在手術について、地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院は多いが、こういった医療機関は、地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、こういった患者の受入が多い地域包括ケア病棟とバランス良く受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要、との指摘があった。
- ・ 病態やADLが回復しているのに入院期間が長くなることは望ましくなく、必要性が低い長期入院を防ぐために、日数に応じた点数設定等が考えられるのではないかと、との指摘があった。
- ・ 介護保険施設との連携は重要であるが、在宅療養後方支援病院であることが多い地域包括ケア病棟入院料2等の届出を行っている医療機関では、電話相談は可能だが緊急時の往診の対応が難しいことも踏まえた推進策が必要との指摘があった。また、介護保険施設と連携を行う医療機関は在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟に限らず、療養等を含めた全ての医療機関を合わせて検討していくべきとの指摘があった。

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について (別添資料③ P51～P103)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟である。
- 平成26年以降、入棟時FIMは年々低下傾向である。
- 令和4年度診療報酬改定では回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、重症患者の割合等を見直した。
- 以上のような経緯も踏まえ、令和6年度診療報酬改定に向けては、回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価及び質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について検討を行った。

5-1. 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価について

(別添資料 P55～P75)

- ・ 入退棟時のFIM、バーセルインデックス及びADLスコアについて年次推移を比較したところ、バーセルインデックス及びADLスコアにおいても低下傾向を認めた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟において、発症から7日以内の転棟患者と発症後61日以上経過してからの転棟患者の割合が増加傾向であり、それらの転棟患者は入棟時FIMが低い傾向にあった。
- ・ 1日あたり提供リハビリテーション単位数について、脳血管疾患リハビリテーションが運動器リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーションと比較して1日あたり6単位以上提供されている割合が高かった。
- ・ リハビリテーションの提供単位数と運動FIMの変化について、入棟時の運動FIMに着目して分析をすると、全ての疾患で入棟時FIMが76点以上の患者についてはFIMの変化が小さい傾向にあった。また、運動器疾患においては、1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」及び「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。
- ・ データ提出加算では、FIMについて入退棟時の点数を提出するように求めている。一方で、FIMの変化の大きさは時期によって異なることを示す報告もあった。体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。また、体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差がなかった。
- ・ 第三者機能評価の認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時FIMの低下傾向が緩やかであり、FIMの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった。
- ・ 運動器疾患に対するリハビリテーションについて、実施単位数に応じた評価について検討が必要であるとの指摘があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟におけるデータ提出加算の提出データ項目であるFIMについて、入院期間中の定期的な提出を求めているかどうかとの指摘があった。
- ・ 体制強化加算について、効果が大きく出ていないことから、見直しの必要があるのではないかと指摘があった。
- ・ 第三者機能評価について、施設基準の厳格化を図るべきであるとの指摘があった一方、FIMの適切な評価に係る取組の推進に着目して検討するのが良いのではないかと指摘もあった。

5-2. 質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について

(別添資料 P76～P103)

- ・ 回復期リハビリテーション病棟1では、専任管理栄養士を配置しており、入院栄養食事指導料の対象となる患者に対して、約1割の病棟ではほぼ全ての患者に算定していた一方で、約2割の病棟では全く算定していなかった。
- ・ 摂食嚥下について、嚥下機能の検査を実施している患者と実施していない患者とを比較すると、検査を実施している患者において経腸栄養の離脱割合が高かった。
- ・ 退院前訪問指導は退院後のADL向上等に有効であるが、全く実施していない医療機関が約40%存在した。
- ・ リハビリテーション専門職による退院前訪問指導の実施のある医療機関はない医療機関と比較して、退院後の外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションの実施割合が高かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施について、以下の特徴があった。
 - － 急性期一般入院料や地域包括ケア病棟届出病棟と比較し、身体的拘束の実施率が30%以上の病棟が多い。
 - － 身体的拘束の実施理由としては「転棟・転落防止」が多い。
 - － 身体的拘束を実施している患者は、主傷病が脳梗塞や心原性脳塞栓症である者が多い。
 - － 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず約6単位提供されている。
- ・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へのリハビリテーション専門職の確保が不足している市町村は半数以上を占める。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における地域貢献活動について、実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多く。
- ・ 入院栄養食事指導を実施していない回復期リハビリテーション病棟1については、必要な患者に実施するよう改善を求めるべきとの指摘があった。
- ・ 嚥下機能検査については、行っていない医療機関が多いため、適切な対応を促すべきとの指摘の一方、嚥下調整食の必要性のある患者の割合も踏まえ妥当であるとの指摘もあった。
- ・ 退院前訪問指導を推進すべきであるとの指摘の一方、多職種のマンパワーを要すること、遠方の患者等で自宅に訪問するのが困難なケースも踏まえ、ICTの活用や地域の医療機関との連携も考慮すべきとの指摘があった。

- ・ また、退院後の患者について、リハビリテーションの提供が途絶えてADLが低下しないように訪問リハビリテーション等を確実に提供できるような体制の整備が必要であるとの指摘があった。
- ・ 栄養食事指導や退院前訪問指導のように、回復期リハビリテーション病棟として当たり前のことが確実に実施されるよう促す仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟は自宅等への復帰を目指すことを目的としており、回復期リハビリテーション病棟の地域貢献活動への参加を促すような評価が必要ではないか。また、現在の取組状況は回復期リハビリテーション病棟1で61%と高いとは言えず、向上を目指すべきとの指摘があった。

6. 療養病棟入院基本料について (別添資料③ P104～P155)

- 療養病床入院基本料における医療区分等は、平成18年度診療報酬改定において、患者特性や医療提供状況等に応じた慢性期入院の包括評価として導入された区分であり、累次の改定において医療区分の各項目について見直しを図ってきた。
- 平成30年度診療報酬改定において、療養病棟についてデータ提出加算が要件となり、包括範囲の検査・処置等の実態を分析することが可能となっている。
- 療養病棟入院料経過措置（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4年7月1日時点で57施設、2,826床であった。
- 療養病棟入院基本料の注11に規定される点数を届け出ている施設のうち、満たせない施設基準としては医療区分2・3の患者の合計についてが61.1%と最多であった。

6-1. 療養病棟入院基本料における医療区分等について

(別添資料③ P105～P140)

- ・ 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等について、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。
- ・ データ提出加算の提出対象となるデータを分析したところ、
 - 医療区分に応じて医療資源投入量が増えること
 - 同一の医療区分においても医療資源投入量にはばらつきがあること
 - 医療区分によって医療資源投入量の内訳が変わること
 - 疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分は医療資源投入量の分布と内訳が異なること
 等が明らかとなった。
- ・ さらに、疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分を組み合わせた上で医療資源投入量を分析したところ、
 - 医療区分3として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分3の医療資源投入量はそれ以外の組合せより高いこと、また、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分1・2の医療資源投入量はそれ以外の組合せより低いこと

- 医療区分2として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分1・2かつ処置等の医療区分2における医療資源投入量は、疾患・状態の医療区分2かつ処置等の医療区分1より高いこと
- 組合せの内容によって医療資源投入量の内訳が異なること
等が明らかとなった。
- ・ 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数（単位数）について、特に入院料Ⅰ（医療区分1・ADL区分1）において医療資源投入量が高く、算定件数（単位数）が多い。
- ・ 療養病棟における患者が受ける医療行為・処置等毎の身体的拘束の実施割合は、中心静脈栄養で31.4%、経鼻経管栄養で36.6%、胃ろう・腸ろうによる栄養管理では20.1%であった。
- ・ 介護保険施設で提供可能な医療について、「経鼻経管栄養」、「酸素療養（酸素吸入）」及び「インスリン注射」は約9割、「24時間持続点滴」及び「喀痰吸引（1日8回以上）」は約8割の介護医療院で実施可能であった。
- ・ 医療区分についての医療資源投入量の分析結果については、以下の指摘があった。
 - 疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1～3の組合せについては、医療資源投入量について2～3倍の違いがあることから、医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要がある。
 - 具体的には、医療区分について、疾患・状態としての医療区分3分類と処置等としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか。
 - 医療区分を細かく分類することにより医療資源投入量との整合性が増すと考えられるが、200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要であり、現行の医療区分の各評価項目の内容については見直すべきではない。
 - 医療区分については処置と処置の組合せによっても医療資源投入量が増える可能性があるため、このような分析も今後必要ではないか。
- ・ 療養病棟におけるリハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟ではなく、療養病棟の入院料Ⅰでリハビリテーションを多く実施されていることは適当ではないのか。包括内外の医療資源投入量をみとうえて、評価の在り方について検討すべきとの指摘があった。
- ・ また、医療療養病棟でも、地域の事情に応じて、介護施設で状態が悪化した患者に対しリハビリテーションを提供している実態があり、このような患者に対する対応については医療区分1であっても評価しては良いのではないかと指摘があった。
- ・ 療養病棟における身体的拘束について、認知症の患者の拘束も課題だが、認知症のない患者が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、慎重に検討をする必要があるとの指摘があった。

- ・ 介護医療院等の介護保険施設において経腸栄養や喀痰吸引等の医療処置が可能という実態があり、医療処置を必要としつつも生活を支えるための介護が必要な患者は介護保険施設に入所することが望ましいことから、医療療養病棟と介護保険施設のすみ分けや、介護保険施設での医療提供の在り方についての議論を進めていくべき、との指摘があった。
- ・ 療養病棟入院基本料の経過措置については廃止されることを念頭に、該当患者の基準を含めて療養病棟の在り方について議論をしていくべき、との指摘があった。

6-2. 療養病棟入院基本料における中心静脈栄養について

(別添資料 P141～P155)

- ・ 令和4年度診療報酬改定において、中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直した。
- ・ 調査対象施設（597施設）における3か月間の中心静脈栄養の実施患者数の中央値は、令和4年度診療報酬改定の前後で大きな変化は見られなかった。
- ・ 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況について、中心静脈カテーテルを挿入して病棟に転棟した患者のうち、中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者は4.1%であった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している状態にある者に対する摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況について、体制がない医療機関が32.7%であった。
- ・ 内視鏡嚥下機能検査あるいは嚥下造影検査の実施が1件でもある施設のほうが、全く実施のない施設より、中心静脈栄養を実施した患者が経口摂取等へ移行する割合が高い傾向があった。
- ・ 入院後・入院中に中心静脈栄養を中止・終了した患者数が40床あたり1名を超える施設の割合は、摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制がある施設では23.2%、体制がない施設では12.1%だった。
- ・ 診療ガイドラインにおいて、消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することを基本であるとされている。また、療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ないとの報告がある。
- ・ 入院後から中心静脈栄養を実施開始した患者数が40床あたり10名以上いるものの、中心静脈栄養を中止・終了した患者数が4名未満の施設が2.4%であった。
- ・ 中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる。中心静脈栄養開の開始からの日数が長期になるほど、カテーテル関連血流感染症発症の罹患歴のある患者割合は高くなり、151日以上では31.2%となる。
- ・ また、経口摂取が不可能な場合であり人工栄養を開始する場合や中心静脈栄養から胃ろうや腸ろうなどへ栄養方法を変更するような場合に、医療者から患者・家族へ十分な情報提供や意思決定支援が重要との指摘があった。

- ・ 中心静脈栄養が漫然と続いている可能性があるため、医学的根拠に基づいて、腸を使った栄養管理へシフトし、中心静脈栄養ができるだけ早期に終了されるような促しが必要ではないか、との指摘があった。
- ・ 中心静脈栄養の医療区分3としての評価は、経腸栄養が可能な患者は対象とせず、腸閉塞等の腸管が利用できない患者のみを対象とし、それ以外の患者についての評価は医療区分3から2あるいは1に引き下げるなど見直しが必要ではないか、との指摘があった。
- ・ また、静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されるとあるが、腸管浮腫や長期絶食後の患者については経腸栄養が禁忌ではないが、一定期間の中心静脈栄養を実施することが有効ではないか、との指摘があった。

7. 障害者施設等入院基本料等について（別添資料③ P156～P178）

- ・ 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。
- ・ 平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者については、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。令和4年度診療報酬改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- ・ 障害者施設等7：1入院基本料における脳卒中患者に係る算定回数は0.2%であったが、10：1入院基本料等の算定回数のうち約2%は脳卒中患者であった。また、特殊疾患入院管理料の算定回数のうち約10%、特殊疾患病棟入院料1の算定回数のうち約14%が脳卒中患者であった。
- ・ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況は、障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料においては重度の肢体不自由児・者が最も多かった。
- ・ 施設基準に定める該当患者の基準をを満たさない病棟の割合は、障害者施設等入院基本料2～4では12.6%、特殊疾患病棟入院料1では16.7%、特殊疾患病棟入院料2では8.3%であった。
- ・ 障害者施設等入院基本料2～4を算定する病棟における患者の主たる傷病名について、施設基準の該当患者割合が7割以上の病棟における傷病名は脳性麻痺が23.9%と最多であり、該当患者割合が7割未満の病棟における傷病名は慢性腎不全が16.3%と最多であった。
- ・ 透析患者に対する障害者施設等入院基本料等の入院料毎の診療費について分析したところ、療養病棟入院基本料より、障害者施設等入院基本料の方が診療費が高かった。

- ・ これについて、障害者施設等入院基本料等の該当患者について基準の「概ね」は廃止することによって基準を明確化してはどうか、という指摘があった。
- ・ また、障害者施設等入院基本料等において透析患者を多く受け入れることは適当ではなく、透析患者の評価については適正化してはどうか、との指摘があった。

8. 外来医療について（別添資料④ P 2～P 82）

- 外来医療について、令和4年度及び令和5年度の外来・入院医療等の実態調査の対象となっており、今回、同調査の結果等を踏まえ議論を行った。
- かかりつけ医機能、生活習慣病対策、外来機能の分化、それぞれ議論を行った。

8-1. かかりつけ医機能等（別添資料④ P 3～P 40）

- ・ 令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）の対象医療機関において、約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。
- ・ 時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算1～3全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が対応する体制が多かった。相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。
- ・ 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向にある。
- ・ 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であり、そのうち満たすことができた要件は「在宅療養支援診療所である」が61.5%、「時間外対応体制加算1の届出を行っている」が53.8%と高かった。
- ・ 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数としては、高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。
- ・ 時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。
- ・ 施設が有するかかりつけ医機能としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。患者が「かかりつけ医」に求める役割としては「どんな病気でもまずは診療してくれるが多かった。
- ・ 医療機関における介護との連携の取組について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は96.9%が取り組んでいた。
- ・ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。かかりつけ医からの患者への書面を用いた説明について、患者票では、病状また治療内容についての説明を希望する割合が高かった。

- ・ 機能強化加算の届出のある施設の方が、施設が有するかかりつけ医機能を有している割合及び介護との連携、障害福祉サービスとの連携、書面を用いた患者への説明に取り組んでいる割合が高かった。
- ・ 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。
- ・ かかりつけ医の機能はまだまだ不明瞭であるとの指摘があった。
- ・ 高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している患者割合は0～2%であった。
- ・ 特定疾患療養管理料は、算定回数は多いが対象疾患が分かりにくく、見直しが必要との指摘があった。
- ・ 特定疾患療養管理料について、医療法改正に基づく書面交付を意識した対応を考える必要があるとの指摘があった。
- ・ 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも、再診患者のかなり多くで外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少なく、医学管理の質の観点で、どのような診療報酬が相応しいのか考えることが必要との指摘があった。またその際、併算定を検討する必要があるとの指摘もあった。
- ・ 施設が有するかかりつけ医機能について、患者票では求める機能として「どんな病気でもまずは診療してくれる」の割合が8割であるが、医療機関がこの機能の割合を有する割合は5割となっており、この乖離を今後どのように解消していくかが重要である、との指摘があった。
- ・ 医療機関における介護との連携の取組について、サービス担当者会議や地域ケア会議の参加は機能強化加算の届出がある施設でも5割に留まっており、これらの取組の推進が必要ではないか、との指摘があった。
- ・ 書面を使った説明について、病状と治療について患者票では7割が希望している一方で、医療機関がこれらについて説明している割合は5割程度となっており、乖離があるのは課題であり、本年に制定された医療法改正において患者への説明が努力義務化されたことを踏まえ診療報酬上でも検討していくべき、との指摘があった。

8-2. 生活習慣病対策 (別添資料④ P41～P64)

- ・ 生活習慣病管理料について、令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。
- ・ 生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。
- ・ 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることで、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多い。

- ・ 生活習慣病管理料を算定した患者がいる施設においては、多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。また、糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性が示されている。
- ・ 高血圧、脂質異常症、糖尿病患者の外来診療においては、外来管理加算および特定疾患療養管理料が算定される割合が多い。
- ・ 生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- ・ 生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要との指摘があった。
- ・ データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい、との指摘があった。

8-3. 外来機能の分化の推進 (別添資料④ P65~P82)

- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)を追加し、医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。
- ・ 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- ・ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において減少傾向が顕著であった。患者数の推移についても同様の結果であった。
- ・ 外来機能の分化・連携をさらに進める必要があるとの指摘があった。
- ・ 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況については、令和4年5月1日の状況と、令和5年5月1日の状況を見ると、導入状況に変化は見られず、また、200床以上の紹介受診重点医療機関に新たに定額負担が義務化される予定であったが、紹介受診重点医療機関の公表時期が令和5年6月以降に変更されたことから、調査時点では増加が見られなかった。
- ・ 初診における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況については、令和4年10月より義務化対象施設(200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院)の定額負担(告示に定める額)が約2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっていた。
- ・ 再診における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況については、令和4年10月より義務化対象施設の定額負担(告示に定める額)が約500円(歯科は400円)増額になり、当該病院の平均値等は600円程度の上昇となっていた。
- ・ 初診時に紹介状なしで受診した患者と定額負担を徴収した患者の割合については、令和4年5月と令和5年5月の状況を見ると、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3%減少していた。

9. 外来腫瘍化学療法について (別添資料④ P83～P113)

- ・ 外来腫瘍化学療法診療料1については、外来化学療法加算1の施設から9割以上の医療機関は移行できていた。
- ・ 一方、外来腫瘍化学療法診療料2については、令和3年度と比較し、移行している施設数は3割台であった。
- ・ 外来腫瘍化学療法診療料1及び2の届出医療機関数算定回数は令和4年度以降微増傾向であった。
- ・ 外来腫瘍化学療法診療料1の算定回数は、診療料1イ及びロの合計値は、303,175件と増加。診療料2イ及びロの合計値は、4,793件と減少していた。
- ・ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクルも外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%であった。
- ・ 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設では、化学療法を実施した実患者数のうち全て入院で化学療法を実施した実患者数の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。
- ・ 外来化学療法実施施設において、外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由については、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
- ・ 診療科によって、外来・入院化学療法の患者数の違いが認められ、小児科は外来で実施できるレジメン数の割合が少ない傾向であった。
- ・ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- ・ 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。
- ・ 時間外の体制については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設が多かった。
- ・ 外来化学療法を実施している診療所で外来腫瘍化学療法診療料1、2を届け出ている施設において、時間外対応加算1～3の届出状況は、「届出していない」が57%であり最多であった。
- ・ 外来化学療法実施施設における取組内容について、「副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」については、58.6%の施設では、その内容をホームページに掲載していた。「医療機関において実施されている化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合」について院内で掲示している割合は26.4%であった。

- ・ 療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、算定回数は低水準であった。この指導料に関しては、算定されにくい仕組みのため、今後、改善の必要があるのではないかと指摘があった。
- ・ 外来化学療法に係る外来栄養食事指導料を届出しない理由として、「④悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了することが困難であるため」の回答が多かった。
- ・ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている病院であっても、化学療法をほぼ全て入院で実施しているというのは、適切な治療といえないのではないかと指摘があった。
- ・ 外来腫瘍化学療法は多職種が関わるものであり、外来腫瘍化学療法に係る指針を作成することが医療の質の向上にもつながり、また医療機関のチームワークの醸成にも役立つのではないかと指摘があった。
- ・ 急性期充実体制加算については、外来腫瘍化学療法が施設基準の要件とされているものの、総合入院体制加算を届け出ている施設と比較した際に、入院で化学療法を実施している施設が多い点については改善が必要ではないかと指摘があった。
- ・ 24時間の体制については、一部の診療所等においては、例えば、夜間などの時間外において、規模の大きな医療機関に患者の対応を依頼する等の連携体制が必要ではないかと指摘があった。また、大きな医療機関に連携を依頼する場合には、連携先の医療機関の負担にも配慮する必要があるのではないかと指摘があった。
- ・ 仕事との両立支援や外来化学療法中の食事指導、さらには副作用発生時の時間外の対応体制等も含め、がん患者に対する外来化学療法における総合的な体制を構築・評価していくことが必要ではないかと指摘があった。
- ・ 外来化学療法実施施設における取組内容について、例えば「副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」等については、患者にも理解しやすいようにホームページへの掲示が必要ではないかと指摘があった。
- ・ 外来化学療法に係る指針や基準等の策定は、一部の診療所等において、有害事象発生時の時間外の対応が求められた際に、規模の大きな医療機関と連携をとる上でも有用ではないかと指摘があった。

10. 情報通信機器を用いた診療について（別添資料④ P114～P150）

- オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定された。その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月の指針の一部改定、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

10-1. 情報通信機器を用いた診療の算定状況等について

（別添資料④ P115～P141）

- ・ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。

- ・ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和4年8月まで増加し、令和4年9月には減少した。
- ・ 令和4年10月の情報通信機器を用いた診療の実施状況について、大半の施設では実施実績がなかったものの、初診料では6施設（全体の2.4%）、再診料・外来診療料では23施設（全体の9.3%）で15回を超える算定実績があった。
- ・ 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数については、令和4年度診療報酬改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。令和4年度診療報酬改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。
- ・ オンライン診療等に関する意識調査（患者票、一般の方向け票）に回答した患者特性について、患者票は一般の方向け票より男性の割合が低かった。
- ・ 患者票におけるオンライン診療を受診した感想は、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。
- ・ 一般の方向け票におけるオンライン診療を受診した感想は、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」が63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が56.1%であった。
- ・ オンライン診療を受診した感想については年齢区分で分析したところ、患者票では60歳未満と60歳以上で大きく傾向は異ならなかった一方で、一般の方向け票においては、「対面診療と十分な診察が受けられない」等と回答した割合は、60歳以上に比べて、60歳未満で多かった。
- ・ 患者票においては、オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。一般の方向け票では、この割合は28.8%であった。

10-2. 情報通信機器を用いた診療をおこなう医療機関の診療の傾向について

（別添資料④ P142～P150）

- ・ 患者の所在毎の、全診療件数のうち、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施した件数割合は、ほとんどの医療機関は2.5%以下であった。
- ・ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合について、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では4.8%、100件以上の医療機関では3.4%であった。
- ・ 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療について、全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関の割合は1割弱であり、5割を超える医療機関の割合は約1%であった。

- ・ 情報通信機器を用いた初診、再診料及び外来診療料における傷病名を分析したところ、いずれにおいても傷病名としては COVID-19 が最多であった。
- ・ さらに、対面診療の割合が5割未満の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名を分析したところ、傷病名としては初診では COVID-19 が 37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が 39.7%と最多であった。
- ・ オンライン診療における薬剤処方・管理については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。
- ・ 患者の所在と医療機関の関係については、特に医療資源が乏しい地域でのオンライン診療の実態を把握するために、郵便番号を用いた解析等が考えられるのではないかと指摘があった。
- ・ 情報通信機器を用いた診療に係る傷病名の分析結果について、指針において初診では向精神薬の処方を行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないかと、また、不眠症に係る診療の実態について更に分析をしてはどうか、との指摘があった。
- ・ 患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）がへき地や在宅の場面で活用されてきていることを踏まえ、へき地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要があるとの指摘があった。
- ・ また、オンライン診療の効果が出るのは離島・へき地であり、積極的に離島・へき地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘があった。

1 1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について

(別添資料④ P 151～P 200)

1 1-1. 医師の働き方改革について (別添資料④ P 152～P 176)

- ・ 働き方改革推進の中で、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年960時間の上限規制が適用されるが、地域医療確保暫定特例水準（B水準）及び集中的技能向上水準（C水準）の医療機関においては、特例的に年1,860時間の上限規制が適用される。
- ・ 令和3年改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備等が定められ、2024年4月1日に向け段階的に施行されている。
- ・ 年1,860時間の特例的な時間外労働時間の上限も、将来的には縮減方向であり、特に地域医療確保暫定特例水準（B水準）は2035年度末の終了が目標とされている。
- ・ 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- ・ 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか

不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

- ・ 勤務医への調査において、1年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は12%、長くなったと回答した医師は11%であり、変わらないと回答した医師が77%を占めた。
- ・ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明（47%）、医師事務作業補助者の外来への配置・増員（43%）といった取組が挙げられた。
- ・ 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」（56%）等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- ・ 地域医療体制確保加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。
- ・ 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担（94%）、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。
- ・ 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。
- ・ 医師事務作業補助体制加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。
- ・ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和4年10月1日時点で、令和3年10月1日時点より多い傾向が見られた。
- ・ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。
- ・ 急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関において、6割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していた。また、許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容は、救急外来業務、一般病棟業務を挙げる医療機関が多かった。
- ・ 一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、M F I C Uが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。
- ・ 急性期一般入院料等を届け出ている医療機関において、20.9%の医療機関が、手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている。手術もしくは処置の休

日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている医療機関は、届け出していない医療機関に比較しても、当直明けの医師の勤務について、勤務間インターバルの配慮をしている割合に大きな差はない。

- ・ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で労働時間が長い医師の割合が増えているのは、働き方改革が進み、交代勤務にすることにより、日中の勤務が全て時間外になったことや近隣の医療機関が働き方改革を進めたこと等の影響も考えられる、との指摘があった。
- ・ 医師事務作業補助者には、レセプト請求時の症状詳記の業務を積極的に担っていただくことも考えられる、との指摘があった。
- ・ 宿日直について考える場合、多くの集中治療室での業務はチームで行われていることにも配慮すべきではないか、との指摘があった。
- ・ M F I C Uにおける宿日直許可取得の割合が高いが、医師の確保が困難であることを考慮しなければならない、との指摘があった。
- ・ 勤務間インターバルを推進していくべき、との指摘があった。
- ・ 医師の働き方改革において特定行為研修修了看護師の活用は重要な要素であったはずだが、思ったように育成・活用されていない現状がある。さらなる診療報酬上の後押しを検討すべきではないか、との指摘があった。

11-2. 看護職員の負担軽減について（別添資料④ P177～P193）

- ・ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では主に、夜間の看護体制の充実及び看護補助者との業務分担・協働に対して評価が行われており、夜間の看護体制については、看護職員や看護補助者の加配に関する評価に加え、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組状況を評価している。
- ・ 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の状況としては、以下の特徴があった。
 - 備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い
 - 一方で、看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助である
- ・ 看護職員の業務負担軽減策として、他職種の配置やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クレークの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜勤・交代勤務の改善に関するものとしては「11時間以上の勤務間隔の確保」等が効果があった。
- ・ 令和4年度診療報酬改定で新設した看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ていた。
- ・ 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添等が看護職員の負担となっているが、これらは看護補助者が主となって対応することが難しい場合もあるため、個々の患者の状

態を適切に評価し看護補助者と協働できる看護職員の夜間の手厚い配置についてより評価していく必要があるとの指摘があった。

- ・ 夜間における看護業務の負担軽減に資する取組について、以下の指摘があった。
 - 「11時間以上の勤務間隔の確保」は単独の必須項目としてはどうか
 - 「夜勤後の暦日の休日の確保」も効果があるとなっており、必須化していないことで取り組まれていない可能性があるため、準必須項目化も検討してはどうか
- ・ 看護職員と看護補助者の業務分担について、以下の指摘があった。
 - 急性期か否かにかかわらず、看護職員と看護補助者の業務分担状況に大きな差はなく、直接患者に触れる業務は看護職員が主に担っていることが多い。これらの結果から、医療機関における介護職員の確保は介護施設との競合にもなるという点で留意が必要であるものの、急性期から慢性期のいずれの病棟でも看護と介護のニーズがあることから、看護職員の負担軽減のため、介護福祉士の配置の評価や従来とは異なる看護補助者の配置の評価を考えるべき
 - 看護補助充実体制加算の有無により業務分担の状況は大きな差はないが、加算有りの方が看護職員と看護補助者との協働の割合はやや高く、看護補助者に対する直接患者に係わる業務に関する研修や、協働する看護職員への研修の充実が効果的なのではないか
- ・ 看護職員の負担感は強く、負担軽減策として看護補助者との業務分担や協働を推進していくことが効果的であるといった指摘があった。
- ・ 看護補助者の確保が困難になってきていることから、介護が必要な高齢患者等に対してどのように対応すべきか検討が必要との指摘があった。
- ・ また、看護補助者の減少の理由として介護保険における介護職員処遇改善加算等の影響も考えられ、結果的に、看護職員の離職につながることも想定される。このような中で、看護補助者をいかに定着させるかが重要であり、看護補助体制充実加算について中小病院でも加算が算定できるような配慮が必要である、といった指摘があった。一方で、看護補助者を教育しても直接患者にケアを提供することが難しい場合や直接患者にケアを提供することを希望しない場合があり、看護補助者の教育の充実や処遇の改善だけでは対応しきれないことも直視し、看護職員の負担を増加させないように留意すべき、といった指摘もあった。

11-3. 病院薬剤師の業務の広がりと現状について (別添資料④ P194~P200)

- ・ 病棟薬剤業務実施加算1について届出している医療機関は6割程度であり、急性期一般入院料1~3や特定機能病院入院基本料を算定する医療機関以外では、全般的に病棟薬剤業務実施加算1の届出割合が低かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟・入院医療管理料の病棟では、全般的に薬学的管理が行われているが、項目によって差があった。また、回復期病棟において困っていることの回答が多かったのは、薬剤師の手がまわらないことが最も

多かったが、具体的業務としては、退院時の服用薬の説明や退院後の薬局への情報提供が十分できていないことであった。

- ・ 回復期病棟からの退院後の薬局への情報提供等の業務は、地域包括ケアの観点から重要であるが、薬剤師の手が回らないことによって十分に実施がされていない現状があるため、早急に対応する必要があるとの指摘があった。
- ・ 急性期病棟であっても薬剤師の配置が十分でない施設がある現状があるとの指摘があった。また、地域包括ケア病棟においても、状態の安定しておらず医療を必要とする患者が一定数いる中で、適切な薬物療法を提供する観点から薬剤師の関与が重要との指摘があった。
- ・ 周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
- ・ 周術期の薬剤管理など診療報酬で評価されている業務が実施できない理由として薬剤師が不足していることが多く挙げられており、このため必要な業務を十分実施することができない状況がある。
- ・ チーム医療やタスク・シフト/シェアの推進の中で、医療機関における薬剤師の業務は集中治療室を含めた様々な病棟薬剤業務や周術期における薬学管理にも広がってきており、医師の負担軽減及び医療の質向上への貢献の観点からも評価されている。今後は外来においても薬剤情報の収集や処方提案、併用薬の確認など医療安全等を高める取組を実施すべきとの指摘があった。

1 2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について（別添資料⑤ P 2～P 21）

- ・ 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화가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。
- ・ 医療資源の少ない地域に係るヒアリング調査では回復期患者のリハビリテーション提供体制に関する意見や、D to P with N 等も活用した在宅医療・オンライン診療の提供体制の構築に関する意見があった。
- ・ 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。
- ・ 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差が無かった。
- ・ 医療資源の少ない地域では、回復期リハビリテーション病棟を整備するのが難しい実態があり、そういった実態を踏まえた対応を検討してはどうかといった指摘があった。

- ・ 地域包括ケア病棟の自院の一般病棟からの転棟に関する要件については、周辺に医療機関が存在しないことにより自院からの転棟が多くなることを踏まえ、医療資源の少ない地域における対応を検討してはどうかといった指摘があった。
- ・ 在宅医療の提供体制の構築について、在宅療養支援診療所等のような 24 時間の医療提供体制の確保を行う医療機関の運用が難しい実態も踏まえ、D to P with N 等の活用や、訪問看護との連携が重要であるといった指摘があった。

1 3. 横断的個別事項について （別添資料⑤ P 22～P 186）

1 3-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について （別添資料⑤ P 22～P 36）

- ・ ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は 0～10%未滿（0%を含む）であるが、実施率が 50%を超える病棟・病室も一定程度あった。
- ・ 身体的拘束を実施された患者の状態や実施理由等については、以下のとおりであった。
 - 「認知症あり」かつ「BPSD あり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
 - 「認知症あり」の患者の場合、約 2～4 割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は 1 割以内であった。
 - 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約 9 割を占めた。
 - 身体的拘束を行った日の 1 日の拘束時間は、約 7 割が常時（24 時間連続）拘束をしていた。
- ・ 身体的拘束を予防・最小化するための医療機関としての取組として、「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね 9 割程度の病院で策定されていた。
- ・ 身体的拘束を予防・最小化するためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要であることや、急性期の医療機関においても身体的拘束の最小化に取り組む必要があることを指摘されている。
- ・ 身体的拘束ゼロに向けての取組は決して手を緩めてはならず、
 - 好事例の周知・情報共有を図り、身体的拘束に代わる代替的な手段の選択肢を広げる等の取組を進めることが必要
 - 病院全体として理念を掲げ、身体的拘束ゼロに向けた方針を明確にしていく必要がある、多職種からなる職員全体で、組織一丸となった取組が評価されるべき
 - AI 等の活用や介護における取組で参考にすべきことは参考にする等も含めて検討が必要
 - 医療安全の側面から、院内で転倒・転落が起きると、職員が法的に責任を問われる場合もあり、身体的拘束ゼロに向けた取組の妨げともなっている。高齢になれ

ばどこにおいても転倒のリスクはあるため、それを受け入れること等も含め身体的拘束をゼロにしていくことについて、社会全体の理解を醸成していくことも必要といった指摘があった。

13-2. 入退院支援について (別添資料⑤ P37~P60)

- ・ 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、入退院支援加算による評価を実施するとともに、入院時支援加算等により、外来部門と病棟との連携強化を推進している。
- ・ 入院料別に入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
 - 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、急性期一般入院料では「緊急入院」、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い
 - 連携機関の施設数は入院料別に大きな差はなく、いずれも介護保険サービス事業所との連携が最も多い
 - 地域包括ケア病棟では、退院支援に関する各取組を入退院支援部門の職員が実施していることが多い
 - 退院支援を困難にしている事項は、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い
 - 退院を困難にしている事項は、いずれの入院料においても「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」が多い
- ・ 特に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、以下のような特徴があった。
 - 急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟両方の届出が無い場合、入退院支援加算1の届出割合が低い
 - 入退院支援加算1を届け出ている方が、早期からの転院患者を受け入れている
 - 入退院支援加算1を届け出ている方が、リハビリテーション専門職による退院前の訪問指導を実施している
- ・ 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施した事項は、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低かった。
- ・ 入院時支援加算を届け出ている医療機関の方が、いずれの入院料においても平均在院日数が短かった。
- ・ 障害を有する者の医療と福祉との連携の必要性を指摘されているが、入退院支援加算の連携機関に障害福祉サービス事業所はほとんど挙げられていなかった。
- ・ 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、地域包括ケア病棟や回復期リ

ハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないかとの指摘があった。

- ・ 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも非常に重要。これらの項目の実施率は、必須項目に比べれば低いとはいえ、全体としては、いずれも85%以上という状況であり、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うためにも、全て必須項目としてもよいのではないかとの指摘があった。

13-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等について

(別添資料⑤ P61～P120)

(1) 急性期におけるリハビリテーションについて

- ・ 平成28年度と令和4年度調査を比較すると、急性期一般入院料1（一般病棟入院基本料（7対1）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。
- ・ 急性期一般入院料1及び2～6における、65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率の分布にはばらつきがあり、特に急性期一般入院料1と比べ、急性期一般入院料2～6でのばらつきが大きかった。
- ・ 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、リハビリテーション専門職の人数の分布について、届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。
- ・ 急性期一般入院料1及び2～6における、65歳以上の患者について、リハビリテーション専門職の40床以上2名以上の方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。
- ・ 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の平均値は6.6%であった。急性期一般入院料2～6を届け出ている病棟における、この患者割合の平均値は7.1%であった。
- ・ 土日祝日にリハビリテーションを実施していない施設は、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。急性期における休日リハビリテーションの有効性がエビデンスとして示されている。
- ・ ADL維持向上等体制加算の届出施設数は令和4年度で98施設であった。同加算を届け出ている理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。
- ・ 急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組は喫緊の課題であり、予防の取組を推進することが重要。一方、ADL悪化を予防するためには、リハビリテーションを実施するだけでなく、看護体制や介護福祉士の配置等を含めて、パッケージとしての対応を検討すべきとの指摘があった。
- ・ 休日を含めて早期からの切れ目のないリハビリテーションが提供されることが極めて

重要。土日祝日にリハビリテーションを提供するための体制を確保するため、このような取組は診療報酬において評価されるべきとの指摘があった。

- ・ ADL維持等向上体制加算の届出実態は極めて少ないが、疾患別リハビリテーション料と当該加算を併用できるよう見直すべきではないか、また点数設計を見直す必要があるとの指摘があった。

(2) 急性期における栄養管理について

- ・ 低栄養や経管栄養・嚥下調整食が必要な患者は一定数おり、入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。
- ・ 急性期病院における栄養管理体制として、入院時の栄養スクリーニングと定期的な評価を含む個別的な栄養管理により全死亡率等が低下したという報告がある。
- ・ 栄養サポートチーム加算の届出状況は、入院料によって様々である。未届けの理由は、研修を受けた専門職確保が困難であることが多く、チーム設置のメリットが少ないことも3割超だった。
- ・ 入院栄養管理体制加算の届出割合は、38.9%であり、届出をしていない特定機能病院の約3割は、「届出の意向があり、今後届出をする予定」と回答していた。
- ・ 管理栄養士が病棟に配置されている割合は低い。病棟配置の管理栄養士による栄養管理としては、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。
- ・ 入院栄養食事指導料の算定回数は近年は概ね横ばいで、栄養情報提供加算の算定回数は、入院栄養食事指導料に対して少ない。
- ・ 他の病院・診療所や介護施設・福祉施設から入退院する患者は、一定数、低栄養や摂食・嚥下機能障害を有していた。
- ・ 栄養・摂食嚥下状態に関する状況を把握していくことは重要であり、低栄養の世界的診断基準や通常の評価項目等を参考にして、DPCデータ（様式1）の項目を検討してはどうかとの指摘があった。
- ・ 病棟における管理栄養士の業務について、
 - － 入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要であり、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか
 - － 栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえ、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべきとの指摘があった。
- ・ 他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうかとの指摘があった。

(3) 急性期におけるリハビリテーションと栄養の取組

- ・ 誤嚥性肺炎患者に対し、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、できるだけ早期に経口摂取を開始することが重要であることがエビデンスとして示されている。
- ・ 病棟における多職種連携の取組の実施割合について、栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。
- ・ これについて、栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハビリテーションが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハビリテーションと栄養の取組は組み合わせて推進されるよう検討すべきとの指摘があった。
- ・ また、リハビリテーションが実施される時間帯以外における、看護職員等による生活リハビリテーションが提供されることも重要との指摘があった。

13-4. 救急医療管理加算について（別添資料⑤ P121～P153）

（1）加算を算定する患者数の推移等

- ・ 令和2年度と令和4年度との比較では、救急医療管理加算1を算定する患者数は減少し、救急医療管理加算2を算定する患者は増加していた。
- ・ 救急搬送され救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合よりも、救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合のほうが、都道府県間のばらつきがやや大きかった。
- ・ 状態別の内訳では、救急医療管理加算1のうち「意識障害又は昏睡」と「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の減少率が高く、救急医療管理加算2のうち「外傷、破傷風等で重篤な状態に準ずる状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」及び「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の増加率が高かった。また、令和4年度診療報酬改定で「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」の分類が新設されているものの、救急医療管理加算2における「その他重症な状態」の患者数の増加率は、救急医療管理加算を算定する患者数全体の増加率よりも高かった。
- ・ 救急医療管理加算を算定する患者の転帰としては、いずれの状態においても、加算1を算定する患者の死亡率が加算2を算定する患者の死亡率よりも高かった。
- ・ 特に二次救急の現場においては、当該加算による評価の意義は大きいという指摘があった。

（2）「意識障害又は昏睡」の患者

- ・ 「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS 0である割合は加算1で6.1%、加算2で10.8%であり減少していたものの、「意識障害又は昏睡」の状態に救急医療管理加算を算定する患者のうちJCS 0の割合は、加算1においては、64%の医療機関で5%以下である一方、11%の医療機関で20%以上であり、加算2においては、46%の医療機関で5%以下である一方、8%の医療機関で40%以上であり、JCS 0の割合が大きい医療機関が一部みられた。
- ・ 「意識障害又は昏睡」の状態に救急医療管理加算を算定する患者のうちJCS 0の患者に対して人工呼吸や非開胸的心マッサージが実施される割合は、令和2年度と比較し

て低下しており、JCS 1以上の患者とは大きな差がみられた。

- ・ 「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS 100~200 や JCS 300 で加算 2 を算定する患者は、JCS 0~30 で加算 1 を算定する患者よりも死亡率が高かった。
- ・ JCS ごとの「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算 1 を算定する割合は、医療機関間のばらつきが大きかった。
- ・ 「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合において加算 1 を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。また、JCS 0 の患者で加算 1 を請求する割合が高い都道府県においては、JCS 1~3 で加算 1 を請求する割合も高い傾向にあった。

(3) 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者

- ・ 令和 4 年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者では、NYHA 分類 I 度の割合が減少しており、加算 1 で 2.8%、加算 2 で 4.5% の患者が NYHA 分類 I 度の状態だった。
- ・ 傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、NYHA 分類 I 度の割合は、加算 1 においては、85% の医療機関で 5% 以下である一方、5% の医療機関で 10% 以上であり、加算 2 においては、78% の医療機関で 5% 以下である一方、4% の医療機関で 15% 以上であり、NYHA 分類 I 度の割合が大きい医療機関が一部みられた。
- ・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が心不全の患者においては、入院時の NYHA 分類で死亡率に差がみられるものの、NYHA 分類ごとの加算 1 を算定する場合と加算 2 を算定する場合とでは、大きな差がみられなかった。
- ・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者においては、いずれの NYHA 分類でも加算 1 を算定する割合が高い医療機関が多いが、医療機関間のばらつきがあった。
- ・ 傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合において加算 1 を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。また、NYHA 分類 I 度の患者で加算 1 を請求する割合が高い都道府県においては、NYHA 分類 II 度で加算 1 を請求する割合も高い傾向にあった。

(4) 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者

- ・ 令和 4 年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者における P/F 比 400 以上の割合は減少しており、加算 1 で 4.7%、加算 2 で 12.3% だった。
- ・ 傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうち、P/F 比が 400 以上の割合は、61% の医療機関で 5% 以下で

ある一方、2%の医療機関で20%以上であり、P/F比400以上の割合が大きい医療機関が一部みられた。

- ・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F比が低いほど死亡率が高かったが、P/F比が400以上の場合でも死亡率が17~24%と高かった。

(5) 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」

- ・ 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」により救急医療管理加算を算定する患者においては、Burn Index 0の割合が加算1で42.5%、加算2で70.9%であり、いずれも増加していた。

(6) 救急医療管理加算1及び救急医療管理加算2の選択について

- ・ JCSやNYHA分類等の重症度分類が転帰と相関する傾向にあるものの、こうした重症度に関わらず加算1又は加算2が選択されている場合があると考えられることを踏まえ、加算1を算定する場合と加算2を算定する場合の基準を重症度分類に基づき明確化すべきではないかとの指摘があった。一方で、入院時の重症度分類が軽度であってもその後重篤な状態になる患者も存在するため、基準を設けるべきではないのではないかとの指摘や、基準を設ける必要はあるもののJCSやNYHA分類のみではなく病態を的確に把握できる指標を用いることが必要ではないかとの指摘があった。また、請求審査の観点からレセプト上で、患者の状態が加算1あるいは加算2に該当するのか、判断できる制度であるべきとの指摘もあった。

(7) 「その他の重症な状態」の患者

- ・ 令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者で多い傷病名は以下のとおりであり、これらの疾患により重篤な状態であれば、「意識障害又は昏睡」、「救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA両方を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」等、算定対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。
- ・ 「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者は、重篤な状態であれば他の状態に該当すると考えられるため、「その他の重症な状態」は分類として不要ではないかとの指摘があった。

13-5. 短期滞入手術等基本料について

(別添資料⑤ P154~P170)

- ・ 短期滞入手術等基本料1については、令和4年度診療報酬改定において、評価の見直し等を行うとともに、短期滞入手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものを対象手術等に追加した。
- ・ 短期滞入手術等基本料1の算定回数は令和4年度診療報酬改定を経て増加しているが、

届出病院数は届出診療所数に比して増加幅が少なかった。

- ・ DPC/PDPS に係る令和5年度特別調査において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、術後に外来で経過観察するスペースがないため、1日入院として当日に入退院させている実態を聴取した。
- ・ DPC データによる分析においても、短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、1日入院で実施される例が一定程度存在することが確認された。
- ・ 入院外での実施が期待される短期滞在手術等基本料1の対象手術等について、入院外で実施している場合と1日入院として実施している場合とで評価が異なる点については是正すべきではないかとの指摘があった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3については、令和4年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等を対象手術等に追加した。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等は、入院外での実施割合が増加しており、平成30年度以降も一定程度算定されていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等の多くについて、令和2年度と比較し、令和4年度に平均在院日数が短縮していた。

13-6. データ提出加算について

(別添資料⑤ P171～P183)

- ・ データを用いた診療実績の適切な評価のため、累次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の範囲を拡大してきている。
- ・ データ提出加算を届け出ている医療機関数は経年的に増加傾向であり、令和4年7月1日時点で全ての病院の約7割(5,770病院)がデータ提出加算を届け出ている。
- ・ 提出データ評価加算は、データ提出加算2を算定する医療機関に対し、未コード化傷病名の割合の観点から一定の質が確保されたデータの提出を評価するものとして、平成30年度診療報酬改定に新設され、令和2年度診療報酬改定において、実態を踏まえ許可病床数200床未満の医療機関に限り算定可能とすることとした。
- ・ 令和5年3月時点でデータ提出加算を算定する医療機関のうち、データ提出評価加算を算定可能なデータ提出加算2口を算定する医療機関は1,477施設(25.7%)であり、そのうち、提出データ評価加算を算定する医療機関は1,263施設(85.5%)であった。
- ・ 令和5年3月時点で、許可病床数の区分によらず、データ提出加算2を算定するほぼ全ての医療機関が、医科診療報酬明細書及びDPCデータの様式1・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合に係る基準を満たしていた。
- ・ 未コード化傷病名の割合の実態を踏まえると、現行の提出データ評価加算はその役割を終えており、今後は病名選択が適切なのか等の観点から、より一層データの質を担保していくことが必要なのではないかとの指摘があった。

13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

(別添資料⑤ P184～P186)

- ・ 入院医療における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合で作成している一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、地域一般病棟入院料1～2で57.8%、地域一般病棟入院料3で42.0%と指針を作成している割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- ・ 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。
- ・ また、外来医療における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を作成している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。
- ・ 入院医療における人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援については、指針の作成の有無は入院患者の状況にもよるとは思うが、医療の質の改善を目指す観点からも、指針の作成や有効利用を推進していくべきではないかとの指摘があった。
- ・ 外来医療における人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援については、高齢者が増加し、意思決定支援の必要性が高まっているなか、入院医療と比較し外来医療における取組に差があることや今後は認知症患者が増加することも踏まえ、かかりつけ医による取組の強化が必要ではないかとの指摘があった。