

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

令和3年10月〇日
入院医療等の調査・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「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、令和2年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和4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2年度入院医療等における実態調査」及び「令和3年度入院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 P 22～P 110 |
| 2. 特定集中治療室管理料等について | 別添資料 P 111～P 153 |
| 3. 短期滞在手術等基本料について | 別添資料 P 154～P 197 |
| 4. DPC/PDPS について | 別添資料 P 198～P 316 |
| 5. 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 P 317～P 390 |
| 6. 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 P 391～P 430 |
| 7. 療養病棟入院基本料について | 別添資料 P 431～P 471 |
| 8. 障害者施設等入院基本料等について | 別添資料 P 472～P 519 |
| 9. 救急医療管理加算について | 別添資料 P 520～P 538 |
| 10. 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 P 539～P 554 |
| 11. 横断的個別事項について | 別添資料 P 555～P 644 |

Ⅱ. 検討結果の概要

- 日本の人口は近年減少局面を迎えている中、2025年には75歳以上が全人口の18%となり、さらに、2065年には高齢化率は約38%となると推計されている。入院医療においては、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、より質の高い入院医療を提供でき、医療ニーズの変化にも対応しうるような効果的・効率的なサービス提供や、患者の状態に応じた入院医療の提供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。
- なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、入院医療等における実態調査の評価項目に新型コロナウイルス感染症に係る項目を含め、結果の評価・検討を行った。

1. 一般病棟入院基本料について（別添資料 P22～P110）

- 一般病棟入院基本料については、平成30年度診療報酬改定における評価体系の見直しの考え方を踏まえ、令和2年度に診療報酬改定においても対応が実施された。
- 急性期一般入院料1から他の病棟へ転換を検討している際の理由として、「実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため」が最も多かったことも踏まえつつ、患者の状態や医療の内容等の医療ニーズをさらに適切に評価する方法について、検討を行った。

1-1. 重症度、医療・看護必要度について（別添資料 P22～P88）

（1）重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

- ・ 重症度、医療・看護必要度（以下、必要度という。）Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では7割程度であった。
- ・ 必要度Ⅰの該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなく、令和2年と令和3年では、令和3年の方が高い傾向にあった。
- ・ 必要度Ⅱの基準患者割合は、令和元年と令和2年では、急性期一般入院料5を除き、令和2年の方が高い傾向にあったが、令和2年と令和3年では、全ての入院料において令和3年の方が高かった。
- ・ 必要度の基準を満たす患者割合について、必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設の平均をみると、令和2年においては、必要度Ⅰの方が高い傾向にあったが、令和3年においては、急性期一般入院料1については必要度Ⅰの方が高く、急性期一般入院料2・4については、必要度Ⅰ・Ⅱにおける大きな差はみられなかった。
- ・ 令和2年度に必要度Ⅱを届け出ている医療機関のうち、令和元年度の届出が必要度Ⅰであった医療機関は約2割だった。開設者別では、医療法人、公立が多く、病床規模では、200床未満と400床以上が多かった。
- ・ 令和2年度において、必要度Ⅰ・Ⅱをいずれも回答した施設の病床規模については、400床未満の医療機関が8割以上であった。

- ・ 急性期一般入院料 4 の届出医療機関について、改定前の届出区分を確認したところ、急性期一般入院料 4 が最も多く、次いで急性期一般入院料 5 が多かったが、急性期一般入院料 6・7 からの変更も存在した。
- ・ 必要度Ⅰと比較して、必要度Ⅱの該当患者割合は、令和 2 年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。
- ・ 全患者に対する必要度の各基準の該当患者割合については、基準③（C 1 点以上）で、必要度Ⅰ・Ⅱともにコロナ受入ありの方が、該当患者割合が低かった。
- ・ 令和 2 年度改定後の必要度の該当患者割合の変化は、令和 2 年度の見直しにおける、どの内容が最も影響しているのか分析してはどうかという指摘を踏まえ、令和 2 年度における必要度の基準を満たす患者について、基準①～③の割合を令和 2 年度改定前と比較したところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに基準③（令和 2 年度改定前の基準④）の割合が高くなっていた。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響が少ないと考えられる医療機関に着目した分析をさらに行うことで、令和 2 年度改定による必要度への影響を検討できるのではないかとこの指摘を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行ったところ、令和元年度より令和 2 年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。
- ・ 令和 2 年 8 月～10 月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者 100 人未満の県（9 県）と 100 人以上の県（9 県を除く 38 都道府県）で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析を行ったところ、急性期一般入院料 1 では、9 県・38 都道府県ともに令和 2 年度の方が高かった。

（２） 個別項目に着目した分析

- ・ 必要度の A・B・C 項目における個別項目の該当患者割合について、A 項目については、入院料による違いはあるものの、必要度Ⅰ・Ⅱともに、「心電図モニターの管理」「呼吸ケア」、及び「専門的な治療・処置」の該当患者割合が高い傾向にあった。
- ・ B 項目については、令和 2 年度診療報酬改定における見直しを踏まえ、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた該当割合の分析を行ったところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、「患者の状態」と最終の「評価得点」は概ね同様の傾向だが、「移乗」については最終の「評価得点」の方が低かった。
- ・ C 項目については、必要度Ⅰでは「骨の手術」及び「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」、必要度Ⅱでは「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。
- ・ また、令和 2 年度診療報酬改定における C 項目の該当日数の見直しの影響について、今後も注視していく必要があるとの指摘があった。
- ・ 自宅に退院した患者について、退院日や退院前日に「心電図モニターの管理」に該当する患者が、必要度Ⅰ・Ⅱともに、一定程度存在した。

- ・ 「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者について分析すると、必要度Ⅰでは4割であり、必要度Ⅱでは5割を超えていた。また、「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰでは1.5割であり、必要度Ⅱでは2割だった。
- ・ 心電図モニターの装着については、医師が医学的必要性から装着の必要性を判断している医療機関がある一方で、心電図モニターの保有台数等、医学的必要性以外の理由で装着を決定している医療機関もあるのではないかと指摘があった。こういった背景については、単に「心電図モニターの管理」に該当しているという結果のみから分析を進めても、議論を進めることが難しいのではないかと、という指摘があった。さらに、これらの実態や指摘も踏まえると、「心電図モニターの管理」は、純粹に患者の状態を反映しているとは必ずしも言えない、との指摘があった。
- ・ 「心電図モニターの管理」については、急性期における評価指標として適切かという観点から検討する余地があり、今回示された、他の項目の該当割合との掛け合わせの結果や、本項目を除外した場合の影響も見ながら、検討することがよいのではないかと、との指摘があった。また、医学的必要性がない項目である場合、看護師の手間が不必要に増えてしまう観点も踏まえて検討することが必要、との指摘があった。
- ・ 「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者を分析すると、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であり、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱにともに約2割だった。
- ・ 「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤数について分析すると、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上という要件でありながらも2種類以下という患者が存在し、評価指標として適切か検討が必要との指摘があった。さらに、必要度Ⅱでは、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価であるため、コードによっては使用薬剤数が2種類以下となる場合もあることも踏まえる必要があるのではないかと、という指摘があった。
- ・ 「A2点以上かつB3点以上」又は「A3点以上」の基準を満たす患者について、「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみると、「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向であった。
- ・ B項目について、「口腔清潔」と「衣服の着脱」や「口腔清潔」と「食事摂取」の相関をみたところ、高い正の相関がみられた。

1-2. 急性期入院医療の評価について （別添資料 P87～P108）

- ・ 急性期医療を担う医療機関の役割として、これまでの診療報酬改定において、重症救急患者に対する医療の提供や手術等の専門的な医療の提供について掲げられてきたことから、その実態を分析した。

- ・ 特定集中治療室等の特定入院料の対象となる治療室について、その届出状況を分析した。急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関の 8 割超においては、何らかの治療室を届け出ており、特定機能病院入院基本料（一般病棟 7 対 1）を届け出ている医療機関においては、全ての医療機関で届出がされていた。その他の急性期一般入院料を届け出ている医療機関においては、治療室を届け出ている割合が低かった。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関のうち、救命救急入院料・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料のいずれもない医療機関は 23%であり、また、救命救急入院料・特定集中治療室管理料のいずれもない医療機関では、49%だった。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関において、治療室（救命救急入院料/ハイケアユニット入院医療管理料/特定集中治療室のいずれか）の届出の有無別に、他に届け出ている入院料の状況を集計したところ、治療室の届出なしの医療機関の方が届出ありの医療機関より、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている割合が高かった。
- ・ 急性期一般入院料 1 のうち 4 割程度は、いずれかの総合入院体制加算の届出を行っていた。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関における診療実績について、救急搬送は、特定機能病院と同程度の受入件数があった。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関における年間手術件数については、9 割以上の医療機関で、総合入院体制加算で設けられている年間手術件数 800 件の実績を上回っており、治療室の届出のある医療機関で件数が多い傾向にあった。
- ・ 放射線療法、化学療法及び分娩についても、治療室を届け出ている医療機関において、それらの件数が多い傾向にあり、また、手術件数の多い医療機関では、放射線療法、化学療法及び分娩も、多い傾向であった。なお、分娩件数については、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院入院基本料（一般病棟 7 対 1）を届け出ている医療機関以外の医療機関においても、その実施件数は多い場合があった。
- ・ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術、6 歳未満における手術のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。
- ・ 治療室を届け出していない医療機関においても、夜間に看護職員配置を手厚く行っている実態があるのではないか、との指摘があった。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関において、治療室の有無により手術等の実績に違いがあったが、急性期医療を担っている医療機関の中でも、中小病院では手術等の件数が少なくても地域で役割を果たしている場合もある、との指摘や、急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関の中でも手術等の実績に違いが出ていることからすれば、実績に応じた評価を行うべきではないか、との指摘があった。

- ・ 人工心肺を用いた手術については、オフポンプ冠動脈バイパス術が主流となるなど、人工心肺を用いた手術を実施できる体制・能力と、実績とは、必ずしも合わない可能性もあるのではないかと指摘があった。
- ・ 病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について分析したところ、医療機関の病床規模が大きいほど、新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関及び受入実績の割合も大きくなる傾向にあった。また、100床未満の受入可能医療機関のうち54%が受け入れている、という実態があった。さらに、病床規模別新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合を分析したところ、病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい、という実態があった。
- ・ 急性期一般入院料1の届出医療機関において、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示された「ア. 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等」に該当した期間が令和2年1月～令和3年5月のうち、0か月の施設と1か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、1か月以上の施設では、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、簡易な報告による治療室のいずれかを届け出ている医療機関の割合が高かった。

2. 特定集中治療室管理料等について（別添資料P111～P151）

- 平成30年度診療報酬改定及び令和2年度診療報酬改定において、生理学的スコア（SOFAスコア）の記載を求めることを導入したところであり、当該対応の影響を検証しつつ、さらに、患者の状態や医療内容等の医療ニーズをさらに適切に評価する方法について、検討を行った。

2-1. 重症度、医療・看護必要度（別添資料 P111～P134）

- ・ 重症度、医療・看護必要度（以下、必要度）の基準を満たす患者割合について、特定集中治療室管理料はいずれの管理料においてもほぼ差がなかったが、救命救急入院料・ハイケアユニット管理料については、入院料ごとに違いがみられた。
- ・ 特定集中治療室におけるA項目の各項目の該当患者割合については、特定集中治療室1・2と3・4のいずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」が9割を超えるが他の項目には違いが見られた。
- ・ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4のB項目の該当患者割合について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。
- ・ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の

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

- ・ 救命救急入院料1・3救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて「評価得点」をみたところ、いずれの項目も、「患者の状態」の割合に対して「介助の実施」の介助ありの方が、割合が低く、「評価得点」の割合も低かった。
- ・ 令和2年度報酬改定のB項目についての見直しにより、介助の実態を正確に把握することが可能になったとの指摘があった。
- ・ 特定集中治療室管理料、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。
- ・ 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
- ・ 必要度のB項目については、早期のリハビリテーションの介入等が有用であるとのエビデンスを踏まえ、患者の状態を改善させる取組が進められている中、必要度の基準に組み入れられていることで、負のインセンティブになっていないか等の視点もあることから、特定集中治療室における適切な評価指標であるかは検討が必要である、との指摘があった。一方、ADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために、B項目を必要度の基準から外したとしても、B項目の測定結果は有用なので、測定自体は継続すべきではないかとの指摘があった。
- ・ 救命救急入院料1及び3を算定する患者について、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、救命救急入院料1は47.1%、救命救急入院料3は55.8%であった。
- ・ 必要度の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めており、必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。
- ・ SOFAスコアを入力する職種を特定集中治療室管理料1～4ごとに比較すると、いずれの管理料についても医師が行っている割合が最も高かった。
- ・ 特定集中治療室管理料について、SOFAスコア別の患者割合を比較すると、特定集中治療室管理料3・4においてはSOFAスコア0点である患者割合が高い傾向であった。
- ・ 特定集中治療室の患者について、最も医療資源を投入した傷病名で頻度が高かったものについて、SOFAスコアの分布を比較すると、「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「肺の悪性腫瘍」、「結腸の悪性腫瘍」及び「脳腫瘍」についてはSOFAスコアが0点の患者割合が高かった。一方、「弁膜症」及び「狭心症、慢性虚血性心疾患」については、SOFAスコアが6～10点の患者割合が高かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度に該当しSOFAスコアが低い患者は、外科用ICUとして治療室に滞在している患者が多く、滞在日数が少ないのではないかと、との指摘を踏まえ、必

要度の基準該当別の平均滞在日数を SOFA スコア別に比較すると、SOFA が低い得点であると、平均滞在日数が短い傾向があった。

- ・ A 項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同様に、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とすることで、必要度の測定に係る看護職員の負荷を軽減できるのではないか、という指摘があった。
- ・ 大学病院等では SOFA スコアの入力が自動化されているが、このシステムの導入には多額の費用がかかるため全ての治療室に導入することは難しいとの指摘があった。

2-2. 滞在日数について （別添資料 P135～P138）

- ・ 特定集中治療室（ICU）等に入室している患者に適用される特定集中治療室管理料等の入院料においては、例外として標準的な算定上限日数より延長した日数を設定している病態がある。
- ・ ICU 等において、ECMO や血液浄化等の特殊な治療が行われた患者及び臓器移植が行われた患者の ICU 等滞在日数を分析したところ、その平均日数は長く、算定上限日数を超過して ICU に滞在した患者が一定割合存在した。
- ・ 医療の高度化に伴い、治療室滞在日数が延長している実態を踏まえると、診療報酬により設定している算定上限日数についても検討することが考えられるのではないか、との指摘があった。
- ・ また、ECMO 装着患者等については、2 対 1 以上の手厚い看護配置を行っている場合があるといった実態について考慮すべき、との指摘があった。
- ・ 今回分析に用いた各種データの中には、日本集中治療医学会のデータベースから提供されたデータがあるが、これにより、登録された患者情報を用いて死亡予測モデルとの比較が可能となり、治療選択に用いることができるといった利点が示されている。

2-3. 職員配置状況について （別添資料 P139～P146）

- ・ 治療室ごとに臨床工学技士の配置状況をみると、特定集中治療室管理料 1・2・4 はほかの治療室と比較して手厚い配置であった。
- ・ 適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料 3 では約 7 割、特定集中治療室管理料 4 では 8 割以上の施設で配置されていた。
- ・ 特定集中治療室管理料における適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室 1 では平均 2 人を超えており、特定集中治療室 2 では 3 人を超えていた。また、適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1 人以上配置している割合が 3 割前後であった。
- ・ 特定集中治療室管理料における看護師配置要件について、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を 2 名組み合わせることにより配置要件を満たしているのは、特定集中治療室 1 では 5 割を超えていた。
- ・ 人工呼吸器を装着する患者に対して自立したケアを行える看護師は少なく、今般のコロナ禍において、ICU で重症患者をケアできるような専門性の高い看護師の確保の重要

性がみられたことから、専門性の高い看護師の配置をより強化していくべきとの指摘があった。

2-4. バイオクリーンルームについて （別添資料 P147～P153）

- ・ 治療室ごとにバイオクリーンルームの設置状況を見ると、原則としてバイオクリーンルームの設置が施設基準となっている治療室においても、バイオクリーンルームの設置にはばらつきがあった。
- ・ バイオクリーンルームに入室させる患者の疾患・状態について治療室別にみると、「特段患者の疾患・病態を定めていない」と回答した医療機関の割合が高い傾向であった。
- ・ 日本集中治療医学会の策定した指針も踏まえ、バイオクリーンルームの在り方については検討が必要、との指摘があった。

3. 短期滞在手術等基本料について （別添資料 P154～P197）

- ・ 短期滞在手術等基本料1（日帰り手術）の算定回数は、令和元年まで増加を続けていた。届出病院・診療所数は、いずれも令和2年まで増加を続けていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料2（1泊2日入院による手術）の算定回数については、対象手術は算定されているものの、平成28年度以降、減少傾向であり、近年は数十回程度となっていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数は、2日を大きく上回るものも存在した。短期滞在手術等基本料2の対象となっている手術は、入院外で実施される割合は低いものの、一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。
- ・ 短期滞在手術等基本料2は、一部の条件の整った症例でのみ算定することができる実態があるのではないかと、という指摘を踏まえ、短期滞在手術等基本料2の対象手術の在院日数の分布を確認したところ、2日以内に退院している症例は、いずれの手術においても、僅少であった。
- ・ 短期滞在手術等基本料2については、算定回数が少ないことや、平均在院日数等の実態が、1泊2日入院による手術の評価に見合っていないことなどから、実態にあわせて見直す必要があるのではないかと、という指摘があった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3（4泊5日入院による手術及び検査）の算定回数は、平成30年度以降、DPC対象病院における取扱いの変更の影響によって減少したが、近年も一定程度算定されている。短期滞在手術等基本料3の平均在院日数は、平成30年度と比較して、令和2年度に短縮しているものが多かった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、平成30年度以降、外来で実施される割合は60%程度となっているが、一部で、入院外での実施割合が高い手術が存在した。

- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等について、DPC データを用いて、症例数、在院日数の平均等に着目して分析したところ、在院日数が短く、算定点数のばらつきが少ない項目が存在した。
- ・ さらに、出来高実績点数のばらつきを分析するため、入院基本料等を差し引いた出来高実績点数の分布を確認したところ、おおむね収斂していた。
- ・ こうした状況も踏まえ、短期滞在手術等基本料3については、医療の質の担保を前提としつつ、平均在院日数も踏まえた評価の見直しや対象手術の見直しが必要ではないか、という指摘があった。

4. DPC/PDPS について （別添資料 P198～P316）

4-1. 医療資源投入量の少ない病院及び平均在院日数の短い病院の分析

（別添資料 P198～P259）

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

について着目することとなり、以下の分析を行った上で、今後の方向性を「入院医療等の調査・評価分科会報告書」において取りまとめた。

- 「医療資源投入量が平均から外れた病院」のうち、「医療資源投入量の少ない病院」について、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患において、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院の分析
- 「在院日数が平均から外れた病院」のうち、「在院日数の短い病院」について、自院他病棟への転棟割合が高い病院の分析
- ・ 令和4年度診療報酬改定に向けては、以下の分析を行った。

① 医療資源投入量の少ない病院

疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患（急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全）において、「手術なし」「手術・処置等なし」の症例が占める割合が高い病院に着目する方向であることを受け、他の疾患領域として悪性腫瘍を追加し、分析を加えた。

② 平均在院日数が短い病院

自院他病棟への転棟割合が高い病院では、医療資源投入量が少なく、平均在院日数が短い傾向があることを踏まえ、自院他病棟への転棟割合が高い病院に着目する方向であることを受け、分析を加えた。

- ・ 令和2年度診療報酬改定前の分析（平成30年DPC データを使用。）と同様に、令和2年データにおいても、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患（急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全。以下、「急性心筋梗塞等」

という。)における「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の割合が高い病院が存在していた。また、悪性腫瘍においても、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合が高い病院が存在していた。

- ・ これらの病院について、医療資源投入量や投入されている医療資源の内訳について分析を行ったが、これらの病院の多くに共通するような、明らかな傾向を見いだすことは困難であった。
- ・ さらに、急性心筋梗塞等において、「手術・処置等2なし」も加え、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合の高い病院に着目してはどうか、という指摘があったことを踏まえ、急性心筋梗塞等において、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合の高い病院に着目し、入院期間Ⅱまでの医療資源投入量や投入医療資源の内訳について分析を行ったが、明らかな傾向を見いだすことは困難であった。
- ・ 手術、処置等が「あり」であっても、その内容に違いがあることから、「あり」についても、内容の精査を行う必要があるのではないかと。例えば、脳梗塞において、エダラボンを使用している症例の使用日数の分布や、「手術あり」で「97 その他のKコード」が選ばれているようなものについて、疾患との関連性等の観点から精査する必要があるのではないかと、という指摘があったことを踏まえ、分析を行った。
- ・ 脳梗塞におけるエダラボンの平均使用日数は、DPC 特定病院群やDPC 標準病院群において、2日未満となっている病院があった。また、エダラボンの使用日数が2日未満の患者の割合が高い病院もあった。
- ・ 急性心筋梗塞等の「手術あり」のなかで、「97 その他のKコード」の占める割合毎の医療機関数の分布では、「97 その他のKコード」の占める割合が高い病院もあった。
- ・ さらに、脳梗塞及び狭心症においては、「97 その他のKコード」のなかに、あらかじめ定義された手術がないが、実際に選択された手術を確認したところ、疾患とは関連性が低いと考えられるものもあった。
- ・ 転棟割合が高い病院では、許可病床数に占めるDPC 算定病床数の割合が低い傾向にあった。転棟割合が高い病院における転棟症例の、転棟前後の医療資源投入量について分析を行ったが、特定の傾向は見られなかった。
- ・ 転棟割合が高い病院の、入院期間Ⅰの診療内容について着目して分析を行ってはどうか、という指摘があり、転棟割合が高い病院の、入院期間Ⅰの医療資源投入量や投入されている医療資源の内訳について分析を行ったが、これらの病院の多くに共通するような、明らかな傾向を見いだすことは困難であった。
- ・ 「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の割合の高い病院や転棟割合の高い病院に着目し、医療資源投入量やその内容に関する分析を行ったが、DPC 制度になじまないと考えられる病院の類型化は困難ではないかと、という指摘があった。
- ・ 脳梗塞におけるエダラボンについては、その使用日数が短いことに着目した分析を、これまでのDPC 評価分科会においても検討してきたところである。その患者割合が大

きい病院が、引き続き見られていることは、DPC 対象病院として不適切であると言えるのではないかと、という指摘があった。

- ・ 「97 その他のKコード」でコーディングを行っている症例が多く、疾患との関連性が低いと考えられる手術（輸血を含む。）を行っているような病院は、DPC 対象病院として不適切な場合があるのではないかと、という指摘があった。
- ・ DPC 対象病院の中で、医療資源投入量や平均在院日数の外れ値に該当する病院は、その数もわずかであり、診療のバリエーションと同様に、許容し得るとするのか、あるいは、病院数は少なくとも、制度設計に反映できるような特徴を洗い出し、検討を深めることとするのか、両方の考え方がある、との指摘があった。

4-2. 令和3年度特別調査について （別添資料 P260～P294）

- ・ 「① 医療資源投入量の少ない病院」「② 在院日数の短い病院」の区分ごとに、DPC データを活用し医療機関を選定して調査票を配布し、回収した。また、回収した調査票を踏まえてヒアリング対象施設を選定した。
- ・ ヒアリングにおいては、以下のような実態を聴取した。
 - － DPC 対象病棟以外での受入れ目的に転院してきた患者を、一時的に DPC 対象病棟に入院させている実態があること
 - － 「リハビリ目的」での入院など、必ずしも急性期の病態とは言えない患者についても、DPC 対象病棟に入院していること
- ・ 全ての DPC 対象病院を対象としたコーディングに関する調査においては、以下のような回答があった。
 - － 亜急性期、慢性期の病態の患者に対し、どのようにコーディングすればよいのか判断に迷う場合がある
 - － コーディングテキストに、より多くの事例を掲載するなど、コード選択の適切性をあげられるよう、工夫してほしい
- ・ 各医療機関における医療の質の評価に関する取組みについては、QI プロジェクトへ参加していることや、医療の質を示す指標を公開しているといった内容の回答があった。
- ・ これらの調査結果については、
 - － 診療の実態にバリエーションがあることは前提としつつも、医療機関において DPC 制度に対する理解を十分に行っていただくことが必要
 - － 回復期病棟等への転院前の入院に DPC 病棟を利用している実態は、DPC 制度になじまない側面があるのではないかと
 - － 許可病床数に占める DPC 病床数なども考慮しつつ、制度設計についてはさらに検討していく必要がある等の指摘があった。

- ・ さらに、特別調査の結果を踏まえ、他の医療機関からの転院患者について、一時的に DPC 対象病棟で受入を行い、自院の他の病棟へ転棟させている実態が見受けられたことから、患者の入院経路に着目した、他の病棟へ転棟時期についての分析を行った。
- ・ 他院から DPC 対象病棟に入院し、その後回復期リハビリテーション病棟に転棟する症例は、おおむね入院期間Ⅰ内で転棟する症例が多く、自院の DPC 対象病棟に直接入院し、その後回復期リハビリテーション病棟に転棟する症例は、入院期間Ⅰ～Ⅱの間に転棟する症例が多く、転棟時期の傾向が異なっていた。
- ・ 他院から DPC 対象病棟に入院し、その後地域包括ケア病棟に転棟する症例と、自院の DPC 対象病棟に直接入院し、その後地域包括ケア病棟に転棟する症例は、いずれも入院期間Ⅱで転棟する症例が多かった。
- ・ また、症例数の多い診断群分類ごとに分析を行った。脳梗塞（010060xxCCPM02）は、
 - － 回復期リハビリテーション病棟への転棟については、
 - ・ 他院から入院した群では、期間Ⅰ内で転棟する症例が多かった。
 - ・ 自院に直接入院した群では、期間Ⅰ～Ⅱで転棟する症例が多かった。
 - ・ 他院から入院した群においては、自院に直接入院した群に比べ、入院初期における医療資源投入量が小さかった。
 - － 地域包括ケア病棟への転棟については、
 - ・ 他院から入院した群、自院に直接入院した群のいずれも、期間Ⅱを超えて転棟する症例が多かった。
 - ・ 他院から入院した群においては、自院に直接入院した群に比べ、入院初期における医療資源投入量が小さかった。
- ・ 股関節・大腿近位の骨折（160800xx01xxxx）は、
 - － 回復期リハビリテーション病棟への転棟については、
 - ・ 他院から入院した群、自院に直接入院した群のいずれも、期間Ⅰ～Ⅱで転棟する症例が多かった。
 - ・ 他院から入院した群、自院に直接入院した群の医療資源投入量の傾向は同程度であった。
 - － 地域包括ケア病棟への転棟については、
 - ・ 他院から入院した群、自院に直接入院した群のいずれも、期間Ⅰ～Ⅱで転棟する症例が多いが、期間Ⅱを超えて転棟する症例も見られた。
 - ・ 他院から入院した群、自院に直接入院した群の医療資源投入量の傾向は同程度であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟について、他院から DPC 対象病棟に転院してきた群と、自院に直接入院してきた群とを比べ、他院から転院してきた群において、転棟までの日数が極端に短く、回復期病棟への転棟前に、一時的に DPC 対象病棟を利用している実態があることは、DPC 制度になじまない側面があるのではないかと、「リハビリ目的」で他院から転院してきた症例について、治療目的で入院してきた症例と同様の診断群分類になるのは不適切ではないか、という指摘があった。

- ・ 治療目的での手術が定義されている診断群分類（160800xx01xxxx）の場合に、他院からの転院と自院への直接入院とで医療資源投入量の傾向に違いが見られなかったが、これは、明確に手術という治療目的での転院・入院が行われていることによると想定される一方で、それ以外の診断群分類の場合には、入院元によって医療資源投入量の傾向に違いが見られたことを踏まえると、例えば、診断群分類を医療資源投入量の実態も捉えた上で区別することも考えられるのではないかと、という指摘があった。
- ・ コーディングについては、DPC 対象病院は、コーディングについて適切に理解することが求められることから、「コーディングテキスト」は、全ての DPC 対象病院において、確実に認知・活用いただくことが重要ではないかと、という指摘があった。
- ・ コーディングの適切性を高める観点から、中長期的に、「コーディングテキスト」における事例の追加なども検討すべきではないかと、という指摘があった。
- ・ 例えば、急性心筋梗塞のように、発症からの日数によって病態が変わる疾患については、今後、発症日からの日数で、さらに診断群分類を区別できるよう検討することも考えられるのではないかと、という指摘があった。
- ・ これらを踏まえ、今後の対応については、DPC 制度においてどのように急性期入院医療を評価するのかというこれまでの視点に加え、医療の標準化を通じて、医療の質を高める取組につなげる視点もあわせて議論していくことが必要ではないかと、という指摘があった。

4－3. 医療機関別係数について （別添資料 P295～P316）

- ・ DPC/PDPS 導入当初設定された調整係数は、包括払い制度の円滑導入のため、医療機関毎に前年度の診療実績に基づく報酬水準が維持されるよう設定された。その後、この調整係数については、医療機関の機能を評価する係数に組み替えることとされ、基礎係数及び一連の機能評価係数Ⅱへの置き換えを診療報酬改定毎に段階的にを行い、平成 30 年度診療報酬改定において、一連の置き換えが完了した。令和 4 年度診療報酬改定に向け、医療機関別係数の今後の取扱いについて検討を行った。
- ・ また、機能評価係数の体制評価指数については、既に評価項目の満点に達している病院にとっては、評価項目が見直されても、実態の変化につながらないのではないかと、という指摘があったことを踏まえ、体制評価指数の状況について分析を行った。
- ・ 体制評価指数について、総得点が上限に達している割合は、大学病院本院群、DPC 特定病院群、DPC 標準病院群で、それぞれ 2 %、1 %、4 %であることが分かった。

（1）体制評価指数

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

- ・ これを踏まえ、新興感染症等に係る医療への体制を評価項目に組み込むことについて議論を行った。
- ・ 現在、新型コロナウイルス感染症に対応している状況であるとともに、今後の感染症への備えという観点からも、体制評価指数の中で評価を行うことが重要ではないか、という指摘があった。
- ・ さらに、個別の項目について議論を行った。
 - ① 新型コロナウイルス感染症
 - 評価項目において「感染症」を組み込むとすれば、現在、「その他」に位置づけられている「新型インフルエンザ対策」は「感染症」の評価項目において位置づけることが考えられるのではないかと、という指摘があった
 - また、令和3年2月13日に施行された、改正特措法及び改正感染症法においては、新型コロナウイルス感染症が「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけられ、同様の措置を講ずることができることとされたことを踏まえると、新型コロナウイルス感染症への対応も、「感染症」において位置づけていくことが考えられるのではないかと、という指摘があった。
 - また、新型コロナウイルス感染症を踏まえた取組として、病院の稼働状況等についてG-MISで一元的に把握・支援し、必要な医療提供体制を確保することへつなげていくこととしていることから、既に「災害」において位置づけられているEMISと類似した対応を行うことが考えられるのではないかと、という指摘があった。
 - ② へき地
 - 「へき地」は、現在の評価項目の1つであり、「へき地拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」に対し評価を行っている。
 - へき地医療拠点病院については、第7次医療計画の際に、へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要3事業）の回数については、年12回以上と数値目標が通知（※）されている。
 - ※ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）
 - また、数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要3事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在していることを踏まえ、「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、更なる事業の推進について議論されているところ。
 - DPC制度においても、その方向性に沿った対応とすることが考えられるのではないかと、という指摘があった。
 - ③ 災害

- 「災害」は、現在の評価項目の1つであり、「BCPの策定有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定」、「DMATの指定」及び「EMISへの参加」に対し評価を行っている。
- このうち、「災害拠点病院の指定」については、平成30年度診療報酬改定に向けたDPC評価分科会において検討されたが、災害拠点病院においてもBCPの策定率が100%ではないことから、評価を「BCPの策定有無別」によって評価の差を設けることについて議論が行われた。
- その際、災害拠点病院の要件には既に「BCP策定」が組み込まれていることを踏まえるべきといったご意見があったことも踏まえ、「平成31年以降の評価導入を検討」という条件のもと、現行の評価項目となった。
- その後、令和元年の調査において、災害拠点病院におけるBCPの策定率は100%となったことが確認されている。
- 災害拠点病院において、BCP策定率が100%となっている一方、災害拠点病院以外の病院においても、全ての医療機関において、「BCPの策定に努めること」とされているが、平成30年の調査において、全医療機関におけるBCP策定率は約25%に留まっており、「将来的には全医療機関において策定されることが望ましい」とされ、更なる策定率向上が求められている。
- DPC制度においても、この方向性に沿った対応をすることが考えられるのではないかと、という指摘があった。

5. 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 P316～P390）

- ・ 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。地域包括ケア病棟の届出医療機関数・病床数はともに、増加傾向にある。この3つの役割に着目して、これまでの診療報酬改定において評価の検討が行われてきたことを踏まえ、実態の分析等を行った。
- ・ 入院料毎の主傷病名について比較すると、急性期一般入院料1や2・3では悪性腫瘍が最も多い一方、地域包括ケア病棟入院料では骨折・外傷が最も多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟を届け出ている理由については、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ これらの分析結果により、「自宅等から全く入棟しないパターン」、「自宅等のみから入棟しているというパターン」の地域包括ケア病棟の存在も示され、地域包括ケア病棟の3つの役割のバランスが様々となっている、との指摘があった。
- ・ 地域包括ケア病棟の入院患者の状態に着目すると、入棟元によって患者の主傷病名に差が見られた。例えば、自宅等から入棟した患者では腰椎圧迫骨折の患者が最も多く、次いで肺炎や心不全が多かった。一般病棟から入棟した患者では大腿骨転子部骨折・大腿骨頸部骨折が多かった。
- ・ 平均在棟日数については、自宅等から入棟した患者は他の患者と比較して、平均在棟日数が短い傾向であった。
- ・ 一方で、入院の理由については、自院の一般病棟から入棟した患者は「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。
- ・ 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。同一の入棟元の患者について、必要度ⅠとⅡで比較すると、必要度Ⅰの方が、基準を満たす患者割合が高かった。必要度Ⅰを届け出ている医療機関は必要度Ⅱを届け出ている医療機関と比べ、病床規模が小さかった。
- ・ 患者の入棟元別の患者の状態は、「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「常時～毎日診察が必要」である患者の割合について「自宅等」及び「その他」から入棟した患者で高く、「一般病棟」から入棟した患者は低かった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者が、一般病棟から入棟した患者より高かった。
- ・ 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」にそれぞれ入院している患者の医療的な状態は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」である患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」である患者の割合が低かった。
「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」と「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」それぞれに入院する患者の入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換

算した点数は、投薬・検査・処置等は、「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」の方が、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」より高かった。

- ・療養病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合は、一般病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合と比較し、平均在棟日数が長かった。病床種別毎の退棟先については、あまり差はみられなかった。救急実施の割合について、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。
- ・一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟では、入棟元の構成割合の分布は、類似していた。
- ・医師による診察の頻度について、常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病棟の方が高かった。
- ・「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度について、「常時～毎日医師による診察が必要」である患者の割合は、一般病床の方が療養病床よりも高かった。
- ・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、役割の一部しか担えていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき、との指摘があった。
- ・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。
- ・地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている医療機関について、入退院支援加算1を届け出られない理由は、「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。
- ・令和2年度改定においては、患者の状態に応じた適切な管理を妨げないように、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定することとした。
- ・自院のDPC対象病棟からの転棟時期について平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

6. 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 P391～P430）

- 回復期リハビリテーション病棟については、回復期のリハビリテーションを充実させる目的で平成12年度診療報酬改定においてその評価が新設されて以降、質の評価を充実させる取組を進めてきたところであることから、リハビリテーションの質の適切な評価を行う観点から分析を行った。

6-1. 質の高いリハビリテーションの提供について （別添資料 P391～P422）

- ・ 過去十数年間の推移において、入棟時FIMの低下が続いていることが指摘されており、また、実績指数についても、令和元年と令和2年で比較して、令和2年の方が高い傾向にあった。
- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態の年次推移についてみると、骨折等の疾患の割合が増加してきている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1から6毎に比較した場合、受け入れている患者の状態に違いがみられた。入院料1では脳血管系疾患の患者割合が高く、入院料5や6では骨折等の状態の割合が高い傾向にあった。
- ・ 入棟時FIMで見た重症者の受入について、入院料1や2と比較すると、入院料5及び6について、入棟時FIMの点数の低い患者割合が低かった。
- ・ 入院料毎のリハビリテーションの実施単位数については、1日当たりの疾患別リハビリテーションの実施単位数・入院中の総実施単位数ともに、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。また、疾患別の実施単位数については、脳血管疾患では1日当たりの実施単位数が多く、整形疾患では少ない傾向であった。
- ・ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）を分析した。例として、1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者においては、入院料1が最も運動FIMの変化が大きく、入院料6が小さいという結果であった。さらに、1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料・患者の状態毎に運動FIMの変化について分析した。脳血管疾患、整形疾患、廃用症候群で、全体的な傾向に大きな差はみられなかった。入院料1について、運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）を変化の量により4群に分けた上で、それぞれの病棟における患者の状態の割合や平均年齢等を比較した。運動FIMの変化が大きい病棟は小さい病棟と比較すると、自院からの転棟割合が低く、在院日数が長い傾向であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料において設けている診療に係る施設基準の全要件の該当状況については、入院料5及び6において、「重症者の割合」及び「リハビリテーション実績指数」を満たせていない医療機関が多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において、別の入院料へ移行していたのはそれぞれ2割超、5割超であった。
- ・ 令和元年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

- ・ 半年間で別の入院料へ移行した割合と 1 年間で別の入院料へ移行した割合との差は、入院料 2、4 よりも、入院料 5、6 の方が小さかった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和 3 年 8 月時点の届出入院料毎に比較した。届出から 10 年未満の病棟は、入院料 1～4 では 3～5 割であったのに対し、入院料 5 では約 85%、入院料 6 では約 64%であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 及び 6 について、新規届出を行う場合に届け出る入院料であるところ、実績指数が悪い・FIM の変化が小さいこと等から他の入院料を届け出られないまま何年も 5 又は 6 を引き続き届け出ているケースがあることを踏まえ、入院料 5 及び 6 の在り方については、対応を検討すべき、との指摘があった。

6-2. リハビリテーションを要する状態について （別添資料 P423～P430）

- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態に心大血管疾患リハビリテーションの対象患者が含まれていないが、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在した。
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料の届出ありとなしとで、理学療法士数については大きな差はみられなかった。作業療法士数と言語聴覚士数については届出なしの方が多かった。
- ・ 心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している、という実態が見られた。加えて、関係学会が作成したガイドラインにおいても、回復期において心臓リハビリテーションのニーズがあることが示されていた。
- ・ 循環器疾患患者への回復期リハビリテーションは今後さらに重要となり、現に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関で心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在していることから、回復期リハビリテーション病棟において、心大血管疾患リハビリテーションが提供される機会を確保することを検討しても良いのではないか、との指摘があった。
- ・ 一方で、心大血管疾患リハビリテーションは、循環器の医師が必要となるなど、他の疾患別リハビリテーションと比較して施設基準も異なっていることから、広く回復期リハビリテーション病棟において実施しなければならないとされることは実態からみて困難ではないか、との指摘があった。

7. 療養病棟入院基本料について （別添資料 P431～P471）

- 療養病棟入院基本料は、平成 30 年度診療報酬改定において、20 対 1 看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化し、医療区分 2・3 の該当患者割合及び看護職員配置に応じた 2 段階の評価に見直した。令和 2 年度診療報酬改定においては、看護職員配置 30 対 1 の経過措置を終了し、看護職員 25 対 1 の経過措置については、入院料を切り下げた。

- 療養病棟入院基本料届出医療機関数・病床数のうち、経過措置（注 11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少していた。令和 2 年においても、引き続き減少傾向であるが、現に届け出ている医療機関・病床は存在した。
- 経過措置（注 11）を届け出ている医療機関について、満たせていない施設基準は「当該病棟のうち医療区分 3 の患者と医療区分 2 の患者との合計が 5 割以上であること。」が最多であった。

7-1. 療養病棟入院基本料における、入院料毎の患者の状態等について

（別添資料 P431～P453）

- ・ 各入院料で、患者の主傷病名に差がみられた。最も多い主傷病名をみると、入院料 1 及び 2 においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置（注 11）においては「廃用症候群」であった。
- ・ 医療区分 2・3 の該当患者の占める割合について、療養病棟入院料 1 では 95%以上が最も多く、入院料 2 では 50%以上 55%未満及び 75%以上 80%未満が多かった。経過措置（注 11）においては、50%未満の病棟と 50%以上の病棟が両方存在した。
- ・ 療養病棟の入院患者に行われている医療等に着目すると、入院料毎によって差が見られており、入院料 1 及び 2 ではリハビリテーションの過去 7 日間の単位数は約 5 単位であったが、経過措置（注 11）では約 20 単位であった。また、入院の理由について、経過措置（注 11）では「リハビリテーションのため」が最多であった。
- ・ 1 日当たりレセプト請求点数は、入院料 1、経過措置（注 11）、入院料 2 の順に高かった。リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置（注 11）が最も高かった。
- ・ 療養病棟における、1 日当たりのリハビリテーション単位数は、入院料 1 及び 2 と比較して経過措置（注 11）において多かった。入院料毎に平均在院日数について、平均値及び中央値で比較すると、入院料 1 を届け出ている病棟が最も長く、経過措置（注 11）を届け出ている病棟が短かった。
- ・ 100 床当たりの職員数を比較すると、看護師数は入院料 1、経過措置（注 11）、入院料 2 の順、看護補助者数は、入院料 1、入院料 2、経過措置（注 11）の順に多かった。また、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料 1 及び 2 と比べて経過措置（注 11）で多かった。
- ・ 経過措置（注 11）について、短い入院期間で、リハビリテーションを他の入院料より多く実施していること等を踏まえると、療養病棟入院基本料としての役割から少しずれており、そのあり方を検討するべき、との指摘があった。

7-2. 医療区分・ADL 区分について （別添資料 P454～P471）

- ・ 令和 2 年度診療報酬改定において、中心静脈栄養の適切な管理の推進の観点から、中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際

の情報提供を要件に追加する見直しを行ったことから、その影響等について分析した。

- ・ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養を実施している状態が最も多かった。
- ・ 平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ている医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では10.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。
- ・ 令和2年度改定において要件とされた「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。
- ・ 中心静脈栄養に該当する患者について、入院中の嚥下機能評価の有無をみたところ、ありの割合は入院料1では25.4%、入院料2では32.6%、経過措置（注11）では0%であった。嚥下機能障害については、半数程度の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。また、嚥下リハビリについては、約9割の患者で入院中に実施されたことがなかった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者の割合を入院料毎に比較した。入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置（注11）では25.0%の患者が嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能障害の有無により、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合を比較した、嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。
- ・ 療養病棟において、中心静脈栄養からの離脱に向けた取り組みがなされない要因として、療養病棟における人員、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査が療養病棟では難しいこと、疾患別リハビリテーションと摂食機能療法の設定時間の違い等があるのではないかと、との指摘があった。
- ・ 中心静脈栄養について、嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する視点の検討が必要ではないかと、との指摘があった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者の中心静脈栄養開始からの日数の平均値について、嚥下機能評価ありの患者の場合は、なしの場合と比較して、その日数が短かった。
- ・ 新規入院患者に占める、入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち、令和2年8～10月の3か月間で中止又は終了した患者の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。

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

8. 障害者施設等入院基本料等について（別添資料 P472～P519）

8-1. 障害者施設等入院基本料等について（別添資料 P462～P494）

- ・ 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。
- ・ 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等における「対象患者」について、病棟毎にみると、「対象患者」が 90%以上入院している病棟が最も多かった。
- ・ 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうち、脳卒中患者に着目すると、療養病棟入院基本料を算定する病棟における当該疾病の患者と、医療区分、患者の医療的な状態、医師による診察の頻度、看護師による看護提供の頻度について、類似していた。
- ・ 障害者施設等入院基本料と療養病棟入院基本料において、脳卒中患者に対する医療的な状態等に大きな相違がないことを踏まえて評価の在り方について検討すべきではないか、との指摘があった。

8-2. 緩和ケア病棟入院料について（別添資料 P495～P519）

- ・ 緩和ケア病棟入院料は平成 2 年に、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟と

して新設された。平成 30 年以後は、緩和ケア病棟入院料 1 を算定している医療機関数・病床数が減少し、入院料 2 を算定している医療機関数・病床数が増加している。

- ・ 緩和ケア病棟に入院した患者の疾患はほとんどが悪性腫瘍の患者であった。
- ・ 緩和ケア病棟入院料 2 を算定している医療機関について、入院料 1 を算定できない理由は、「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。
- ・ 緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は、入院料 1 では約 1 割、入院料 2 では約 2 割の施設において実施されていなかった。
- ・ 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設における実施患者の割合は、原則全員、が最も多い一方、2 割未満も約 5 %みられた。また、評価を実施している頻度は、毎日、が最も多かった。
- ・ 疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由は、入院料 1 においては、「職員の負担が大きい」が最も多かった。

9. 救急医療管理加算について （別添資料 P520～P538）

- ・ 救急医療加算については、救急搬送受入の中心を担う二次救急医療機関の評価の観点及び緊急に入院を必要とする重症患者を評価の対象としている観点から、累次の改定において評価の見直しが行われてきた。
- ・ 救急医療管理加算 1 については、「項目ア～ケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや判断に係る施設間のばらつきが大きいこと」、救急医療管理加算 2 については「項目ア～ケに準ずる重篤な状態の重症度の基準が明らかでなく、ア～ケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかでないこと」といった課題を踏まえ、令和 2 年度の診療報酬改定において、ア～ケのうち該当する状態（加算 2 の場合はア～ケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）、入院時の状態に係る指標及び入院後 3 日以内に実施した検査等の事項を摘要欄へ記載するよう見直したことから、当該対応の影響を検証した。
- ・ 救急医療管理加算 1 を算定する患者について、その病態の内訳は改定前後で大きな変化はなかった。救急医療管理加算 2 を算定する患者について、その病態の内訳は、「その他重症な状態」である患者の割合が最も高く、60%以上を占めていた。
- ・ 救急医療管理加算 1 を算定する患者のうち、「意識障害又は昏睡」における JCS 0 の患者、及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」における P/F 比 400 以上又は NYHA I の患者については、全体に占める当該患者割合が減少し、また、当該患者の割合が 0～5 %未満である医療機関の割合が増加した。
- ・ 救急医療管理加算 1 が算定される患者で「意識障害又は昏睡」の患者のうち JCS 0 の患者について、実施された処置をみると、「非開胸式マッサージ」や「人工呼吸」といった緊急性の高いと思われる処置が一部の患者で行われていた。
- ・ 救急医療管理加算が算定される患者で「広範囲熱傷」又は「広範囲熱傷に準ずる状態」である患者のうち、Burn Index 0 である患者が一定割合存在した。

- ・ また、「その他重症な状態」である患者の介入状況を、最も多くみられた入院時の状態ごとにみると、イレウス用ロングチューブ挿入等の処置介入が行われている患者が一定割合存在した。
- ・ 救急患者は刻一刻と状態が変化するため、入院時の状態指標のみで評価することは難しい、との指摘があった一方、臨床現場での算定が簡便となるよう基準の定量化に努めた方がよい、との指摘もあった。
- ・ また、熱中症や感染症等においては輸液治療が行われる実態を踏まえ、入院後3日以内に行われた検査等に「注射」も含めると、より実態の把握に役立つのではないか、との指摘があった。
- ・ 入院時の状態に係る指標について、例えば、Burn Index 0 の患者でも、顔面熱傷や気道熱傷をきたした場合、全身管理が必要となること、また、JCS 0 の患者であっても「非開胸式マッサージ」等が行われている場合があることを鑑みると、指標による評価と、行われている治療をあわせながら、整理していくことも考えられるのではないかと、との指摘があった。

10. 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 P539～P554）

- ・ 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- ・ 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。
- ・ 医療資源の少ない地域に存在する医療機関の設置主体は公立の医療機関が最も多かった。許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多かった。
- ・ 令和2年度入院医療等の調査においては、医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査を実施し、医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目については、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。
- ・ 例えば、入退院支援加算の届出が困難な理由は、「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」といった意見があった。
- ・ 医療資源の少ない地域の特性に配慮した評価について患者の受ける医療の内容も踏まえて慎重に検討すべき、との指摘があった。

11. 横断的個別事項について（別添資料 P555～P644）

11-1. 入退院支援について（別添資料 P555～P564）

- ・ 入退院支援加算は、急性期一般入院料1や特定機能病院において届出が多く、算定件数は増加傾向であった。

- ・ 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。
- ・ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算1において、加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。
- ・ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する施設の数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料においては、入退院支援部門の設置が要件となっているものの、入退院支援加算の届出を必ずしも伴っていなかった。
- ・ 入院時支援加算についても、急性期一般入院料1や特定機能病院において届出が多かった。
- ・ 入院時支援加算2を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外は4～7割の実施割合となっており、特に「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」が低かった。入院時支援加算2の算定理由としては、「他職種の協力が必要だった」が最も多かった。

1 1－2. 認知症ケアについて （別添資料 P565～P570）

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算の評価の見直しを行い、届出医療機関・算定件数ともに大きな変化は見られなかった。
- ・ 認知症ケア加算1の届出は、急性期一般入院料1や特定機能病院で多く、その他の入院料では認知症ケア加算3の届出が多かった。
- ・ 認知症ケア加算を届出していない理由として、「認知症ケアチームを設置することが困難なため」等が多かった。
- ・ 療養病棟入院基本料等の、高齢者の療養を支えることの多い病棟において、質の高い医療提供を実施する観点から、当該加算がさらに届け出られるよう、単なる要件の緩和だけでなく、適切な取組の推進に資することを念頭に、さらに分析を行うべき、との指摘があった。

1 1－3. 治療早期からの回復に向けた取組について （別添資料 P568～P587）

（1）早期離床・リハビリテーション加算

- ・ 平成30年度の診療報酬改定において、特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価として、早期離床・リハビリテーション加算が新設された。
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象となっていない治療室においても、早期離床やリハビリテーションに係る取り組みを行っている治療室は一定割合存在した。

- ・ 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象となっていない治療室において、早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチームについての今後の意向を「必要性を感じている」、「検討中である」又は「準備中である」と回答した医療機関は、一部の治療室を除いて6割以上であった。
- ・ 早期リハビリテーションの有用性は学会ガイドライン等で示されており、当該加算が算定できない病床についても、早期からのリハビリテーションを行っている場合が存在することから、当該取組をより推進すべき、という指摘があった。
- ・ 一方で、特定集中治療室管理料を算定する施設においても、当該加算を届け出していない医療機関が一定数存在しており、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないか、との指摘があった。

（２） 早期栄養介入管理加算

- ・ 令和２年度診療報酬改定において新設された早期栄養介入管理加算を算定した医療機関は、約200施設にのぼっており、早期栄養介入管理加算を算定できない特定集中治療室以外の治療室を有している施設の約6割においても、栄養アセスメントに基づき、経腸及び経口栄養法への移行や適切な栄養補給の確保等が実施されているという報告があるなど取組が進んでいる実態があった。
- ・ そのほか、自立度の改善、早期の回復が進むことも学会等の資料で示されていることから、当該取組をより推進すべき、との指摘があった。
- ・ 令和３年６月１日時点の特定集中治療室管理料１～４において、約半数の医療機関において、早期栄養介入管理加算を届出していた。
- ・ 早期栄養介入管理加算を算定していない治療室において、早期からの栄養管理に関する介入内容は、「入室患者全員に対し、栄養スクリーニングを実施している」、「患者が入室後、管理栄養士が医師、看護師、薬剤師等と連携を図っている」は8割を越え、「栄養アセスメント等を実施し、48時間以内に経腸栄養を開始している」は、ばらつきが見られたが、ほとんどの入院料において5割を越えていた。
- ・ 早期栄養介入管理加算の算定が出来ない入院料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していたことから、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないかとの指摘があった。

１１－４．栄養管理について （別添資料 P588～P599）

（１）栄養サポートチーム加算

- ・ 平成22年度診療報酬改定において、創設された当該加算は、これまでの改定において、算定対象の入院料等の見直しがなされてきた。
- ・ 障害者病棟においても、栄養サポートチームの介入により、BMI や Alb 値が改善した、という報告があった。

（２）周術期の栄養管理

- ・ 全身麻酔の手術後絶食から栄養摂取を開始する日数は、消化器疾患の患者及び年齢が上がるほど、当該日数の長くなる患者割合が高い傾向であった。
- ・ 術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者が病床規模に関わらず一定程度存在している。
- ・ 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期の栄養管理に関する具体的な方法が示されている。
- ・ 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が短くなることや、大腿骨近位部骨折のように、術後すぐに経口摂取が可能な手術において適切な栄養管理を実施することにより、合併症発生率等が低下するという報告があった。

（３）回復期リハビリテーション病棟における栄養管理

- ・ 管理栄養士の病棟配置が規定されている回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定している施設においては、常勤換算で４．２名、入院料２～５においても、３名以上配置されている。１病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病棟数は、１病棟又は２病棟の施設をあわせると９割以上にのぼっていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料１において、入院栄養食事指導料を出来高算定できることとなっているが、算定割合は、２６．９％であった。管理栄養士の配置に着目すると、管理栄養士が配置されている病棟では、栄養食事指導料の実施割合が高く、栄養食事指導を依頼していない理由としては、「手間がかかる」、「依頼方法がわからない」という報告があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料２～６の病棟における分析では、専従管理栄養士を１名以上配置した病棟は、管理栄養士の配置が１名未満の病棟を比較して入院中の体重減少発生リスクが低値である、という報告があった。

１１－５．データ提出加算・診療録管理体制加算について（別添資料 Ｐ６００～Ｐ６３０）

- ・ データ提出加算の届出医療機関は、令和２年度で５，２０２施設にのぼっており、全病院の６３．０％であった。
- ・ データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなっていたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。
- ・ データ提出加算を届け出ることが困難な理由は、「電子カルテシステムが導入されていないから」という理由が多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料といった、新たにデータ提出加算の届出を要件化された入院料においては、データを提出している病床数について、要件化により顕著に増加がみられた。また、届出が要件となっていない地域一般入院料等の入院料においても、おおむね届出数の増加がみられた。
- ・ データに基づく評価を推進する観点から、データを提出させる取組は重要ではないか、という指摘があった。

- ・ 診療録管理体制加算は、届出に当たり、『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に準拠した体制であることを求めている。
- ・ 医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査において、情報システムの管理体制については、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は全体で 28.8%であり、200 床以上の病院に限ると 71.8%にのぼっていた。
- ・ サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況については、中小病院・診療所は 7～9 割が年 1 回も教育を実施していないが、200 床以上の病院は 33.4%が 1 年に 1 回以上実施していた。
- ・ サイバーセキュリティ対策は、各医療機関での取組みの底上げが重要だが、診療報酬においてどのような対応が可能なのかも含め、検討が必要ではないか、という指摘があった。

1 1－6. 感染防止対策加算について（別添資料 P631～P640）

- ・ 届け出ている入院料によって、感染防止対策加算を届け出ている医療機関の割合にはばらつきがあった。また、病床規模ごとでみると、病床規模が大きい方が感染防止対策加算の届出割合は高くなっていた。
- ・ 新型コロナウイルス感染症への対応として、感染症看護専門看護師や感染管理認定看護師は、自院のみならず、他の医療機関等へ赴き、感染防止対策の支援を行ったが、こうした取組についても、感染防止対策の方法として評価の検討が必要ではないか、という指摘があった。

1 1－7. 褥瘡対策チーム （別添資料 P640～644）

- ・ 褥瘡対策チームを構成する職種として、基準に規定されていない薬剤師、管理栄養士、理学療法士について、いずれの入院料においても一定程度、参画していた。