

(令和3年度第5回)
入院医療等の調査・評価分科会

令和3年8月6日(金)

1. 短期滞在手術等基本料について
2. 慢性期入院医療について
3. 横断的事項について

短期滞在手術等基本料の概要

○ 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り手術, 1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術及び検査)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査, 画像診断等を包括的に評価したもの。

(共通の要件)

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で, 短期滞在手術同意書を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等, 十分なフォローアップを行うこと
- 4 退院後概ね3日間, 患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術基本料3を除く)

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 947点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 5, 075点 (生活療養を受ける場合: 5, 046点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出

届出が必要

届出が必要

届出は不要

主な
施設
基準

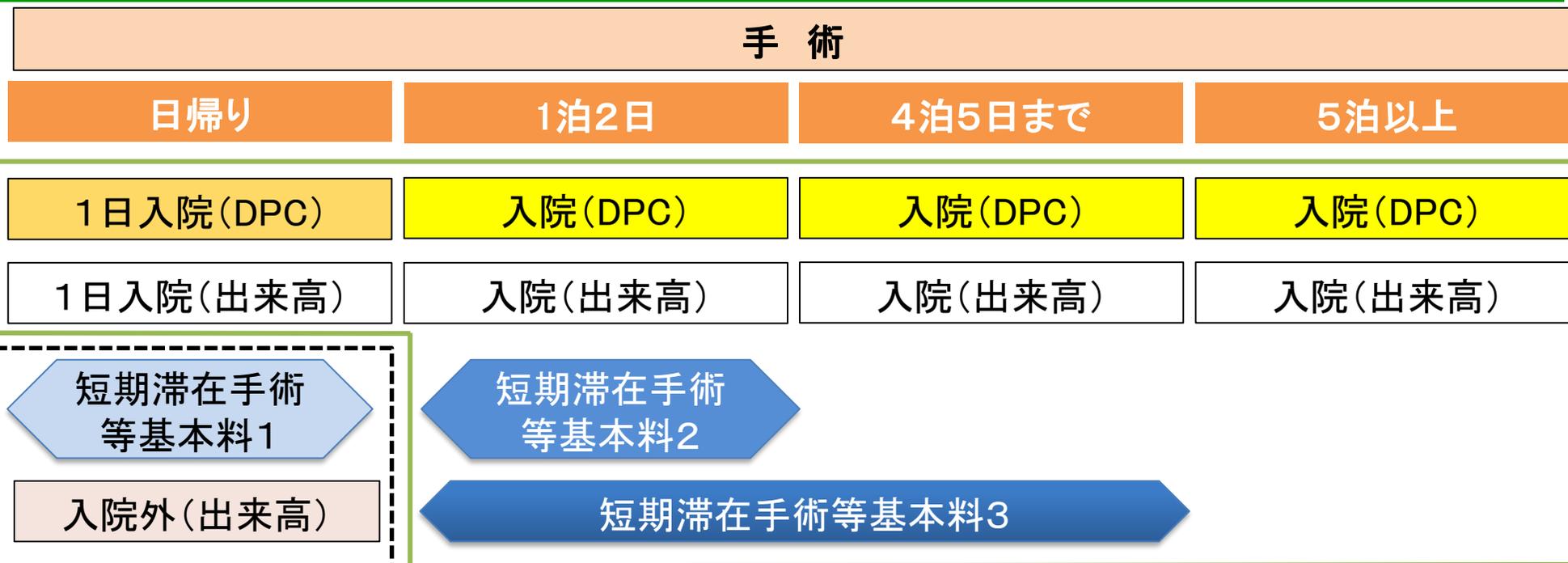
- ・局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること
- ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること
- ・短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること

- ・病院は、一般病棟入院基本料若しくは7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料のいずれかの基準を満たしていること
- ・有床診療所は、有床診療所入院基本料1又は4の基準を満たしていること
- ・短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
- ・DPC対象病院ではないこと

- ・DPC対象病院又は診療所ではないこと

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料2及び3は算定不可となっている。



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

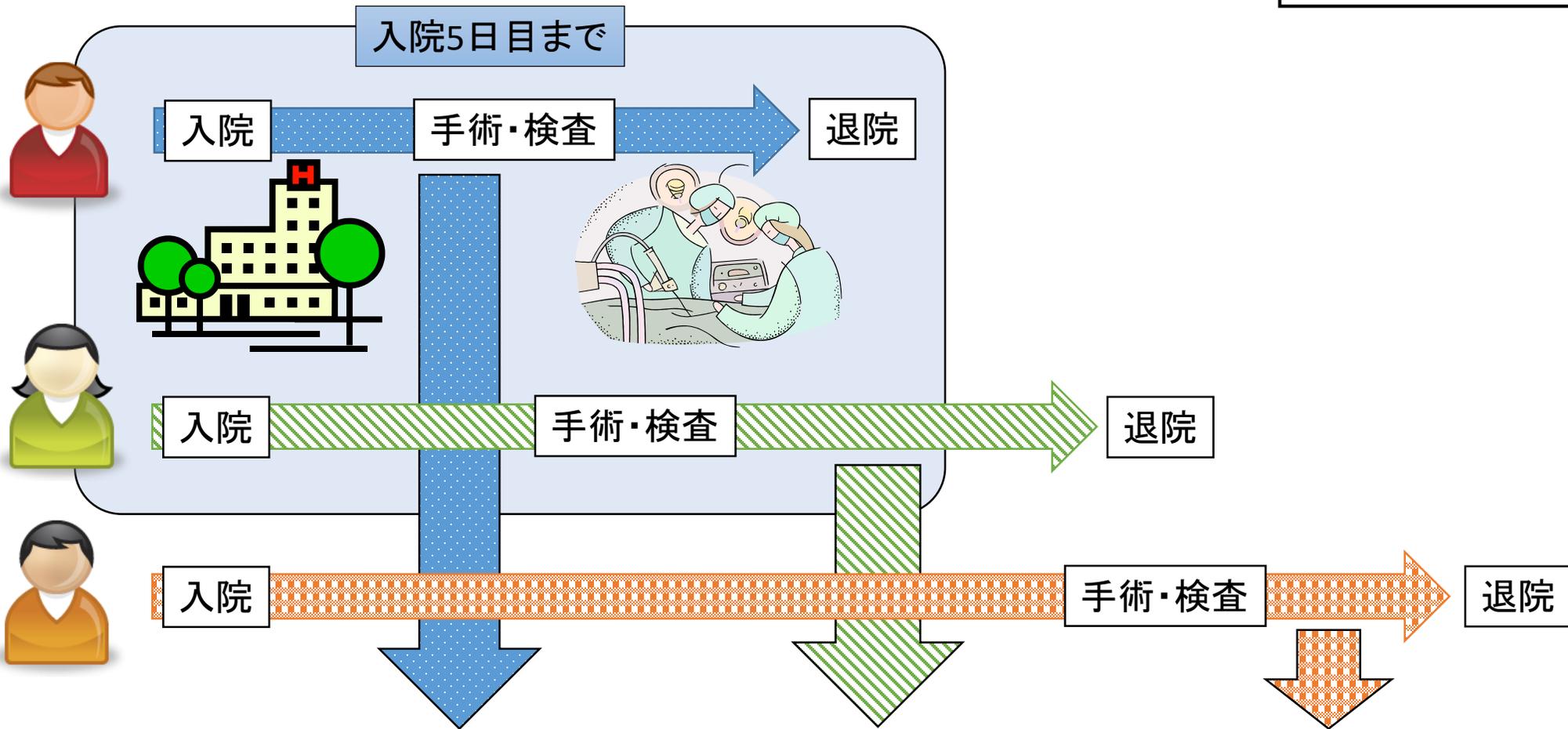
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料2	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×	×
DPC対象病院以外(病院)	○	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	○	×

○ : 算定可能、 × : 算定不可

短期滞在手術等基本料3に係る算定のイメージ

診調組 入-1(改)

29.10.18



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定(※)。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高で算定。

※ DPC対象病院及び診療所を除く。

短期滞在手術等基本料の経緯①

平成12年 短期滞在手術等基本料1, 2の新設

- 医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料、画像診断料、麻酔料等の全部又は一部を包括した短期滞在手術基本料を新設
- 短期滞在手術基本料 1 (日帰り手術)
対象手術:入院当日に退院する眼内レンズ挿入術、乳腺腫瘍摘出術等 13種類
- 短期滞在手術基本料 2 (1泊2日入院による手術)
対象手術:入院の翌日までに退院する顎下線腫瘍摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術等 16種類

平成20年 短期滞在手術等基本料3の新設

- 標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、1手術当たりの支払い方式として追加
- 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日入院による手術)
 - 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術(ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。)に係る5日以内の入院を対象とする。
 - 2 包括対象
 - 入院基本料及び入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。
 - 検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置 等

短期滞在手術等基本料の経緯②

平成26年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
 - ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として**本点数を算定する**。また、本点数のみを算定した患者は**平均在院日数の計算対象から除く**。
 - ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
 - ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
 - ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
 - ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ※ 短期滞在手術等基本料を算定する患者は、**重症度、医療・看護必要度の計算対象から除外**。

平成26年 短期滞在手術等基本料3の対象手術の追加

- D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法
- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)
- K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上
- K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術等基本料の経緯④

平成28年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

平成30年 短期滞在手術等基本料2及び3の見直し

- DPC対象病院については、DPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- 短期滞在手術等基本料3の一部の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

令和2年 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 対象手技の評価の見直しに伴い、一部の項目の評価を廃止する。
- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

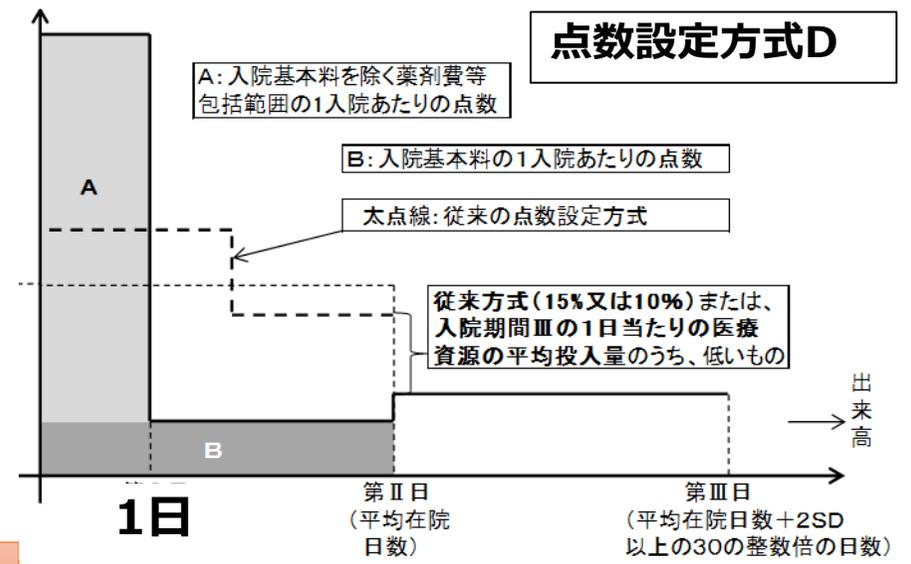
短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

➤ DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。

➤ DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。

➤ ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

➤ 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

➤ 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の見直し

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行(例)
D413 前立腺生検法 11,736点
K282 水晶体再建術1眼 内レンズを挿入する場 合 口 その他のもの 22,411点



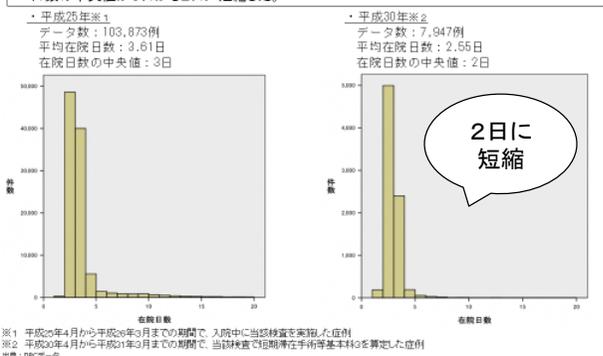
改定後(例)
D413 前立腺生検法 10,309点
K282 水晶体再建術1眼 内レンズを挿入する場 合 口 その他のもの 19,873点

(平均在院日数の検討例)

前立腺生検法

短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

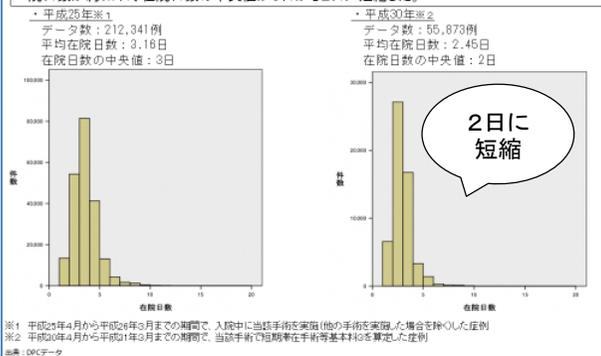
○ 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。



水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの 其他)は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。



- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2,947点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:5,075点 (生活療養を受ける場合:5,046点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)
K006 3,4 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満,長径12cm以上(6歳未満に限る)
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法,皮膚有毛部切除術,その他のもの
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後囊切開を伴う場合
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満,長径5cm以上
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K653 1 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術・蒸散術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩,股,膝,胸鎖,肘,手,足,肩鎖,指(手,足)
K069 半月板縫合術
K069-3 関節鏡下半月板縫合術
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯,膝側副靭帯,指(手,足)その他の靭帯
K453 顎下腺腫瘍摘出術
K454 顎下腺摘出術
K461 甲状腺部分切除術,甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合,両葉の場合
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの,虫垂周囲膿瘍を伴うもの
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法,硬化療法(四段階注射法によるもの)
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの,その他のもの
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの,その他のもの
K888 子宮附属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法
K093-2 関節鏡下手根管解放手術 *
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)
K282 1口水晶体再建術(片側),(両側) *
K474 1 乳腺腫瘍摘出術 *
K616-4 1,2経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術,硬化療法,高位結紮術
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満*,長径2cm以上
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術
K867 子宮頸部(腔部)切除術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に*を付している。

短期滞在手術等基本料に包括されている検査等

短期滞在手術等基本料1

日帰りの場合:2,947点

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

短期滞在手術等基本料2

1泊2日の場合:5,075点
(生活療養を受ける場合:5,046点)

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算, がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く)

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

短期滞在手術等基本料3

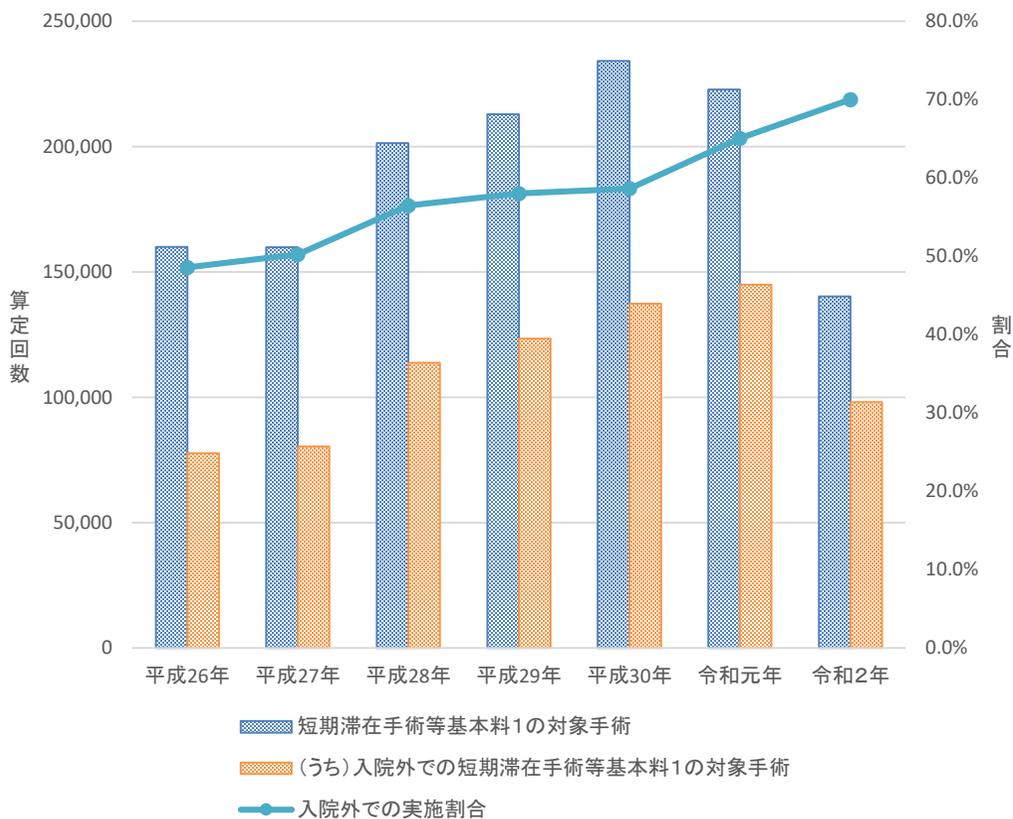
4泊5日までの場合

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
- ・医学管理等
- ・在宅医療
(在宅療養指導管理料, 薬材料, 特定保険医療材料を除く)
- ・検査
- ・画像診断
- ・投薬
(退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く)
- ・注射
(除外薬剤・注射薬を除く)
- ・リハビリテーション
- ・精神科専門療法
- ・処置
(人工腎臓を除く)
- ・手術
- ・麻酔
- ・放射線治療
- ・病理診断

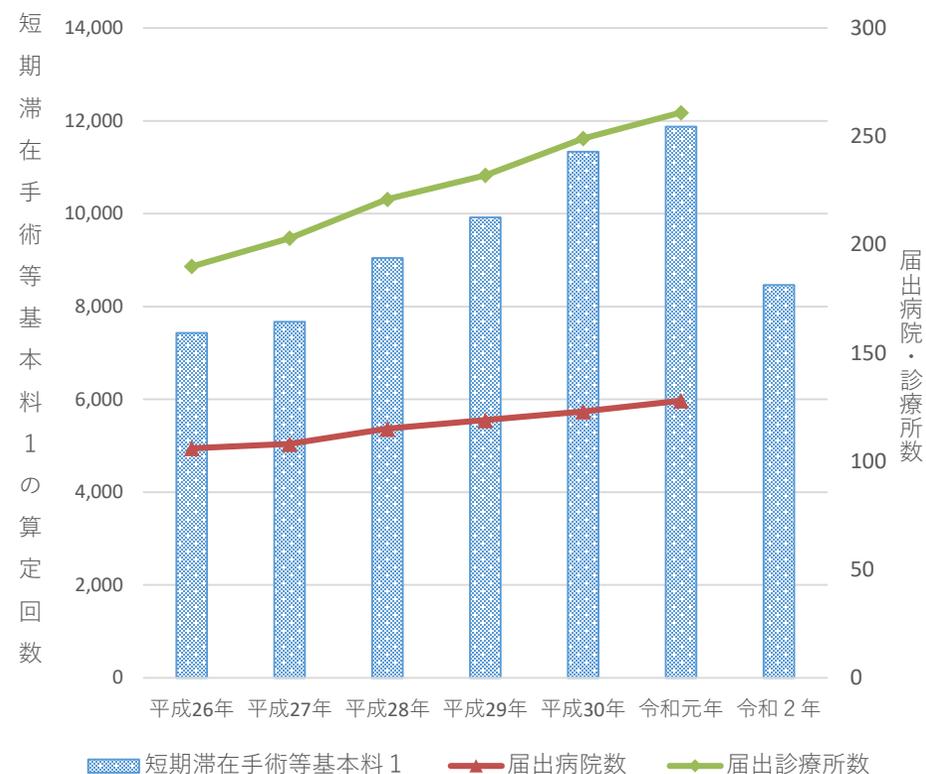
短期滞在手術等基本料 1 の年次推移

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

短期滞在手術等基本料1の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料 1 の算定実績

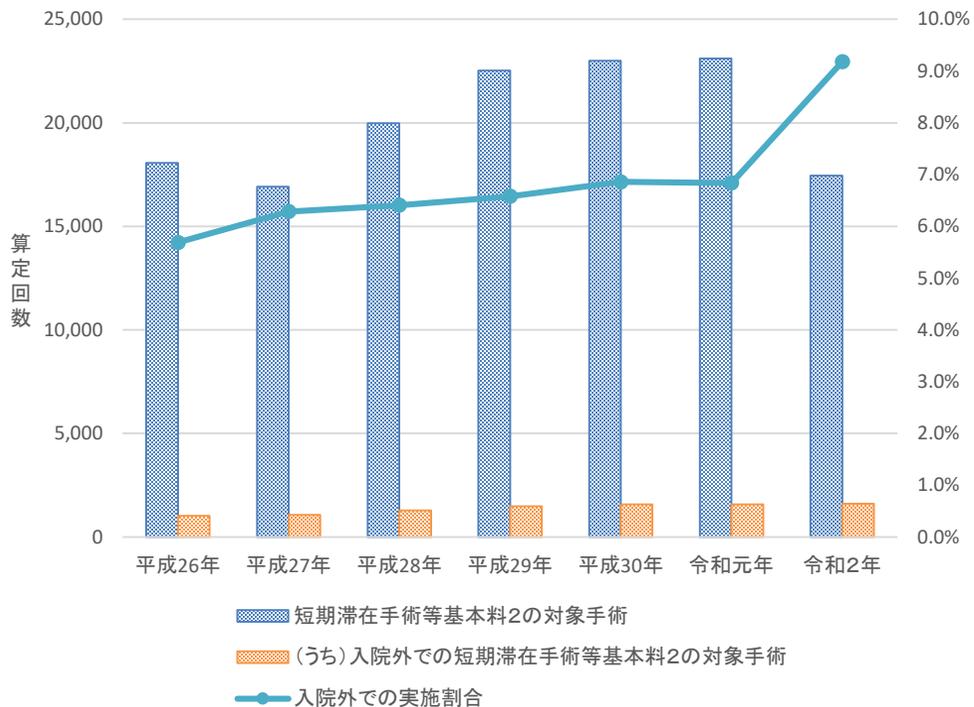


出典：
 (算定回数)社会医療診療行為別統計 各年6月審査分
 (届出医療機関数)保険局医療課調べ 各年7月1日時点

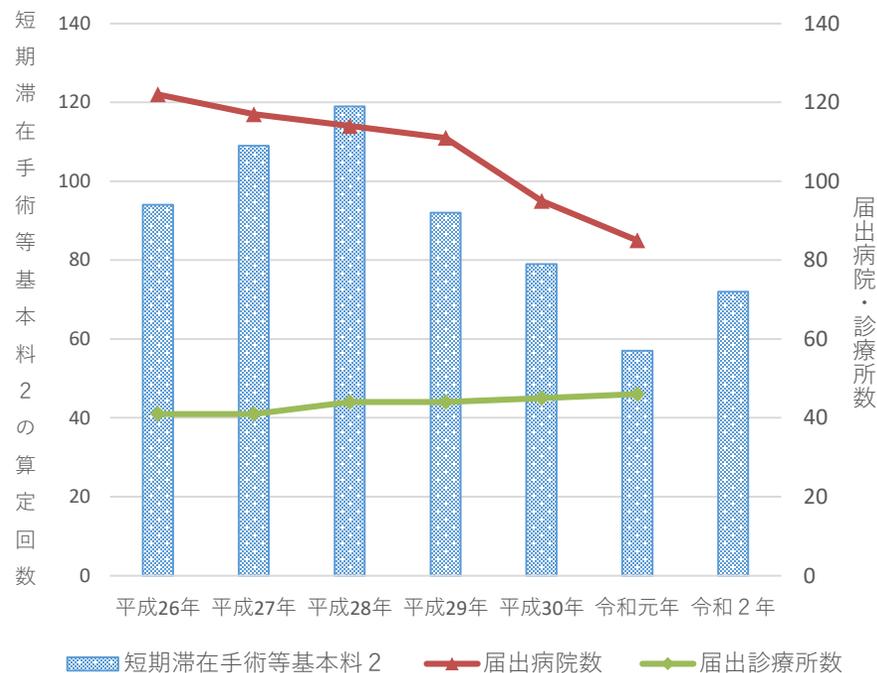
短期滞在手術等基本料2の年次推移

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

短期滞在手術等基本料2の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料2の算定実績



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

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

短期滞在手術等基本料2の平成30年と令和2年の比較

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

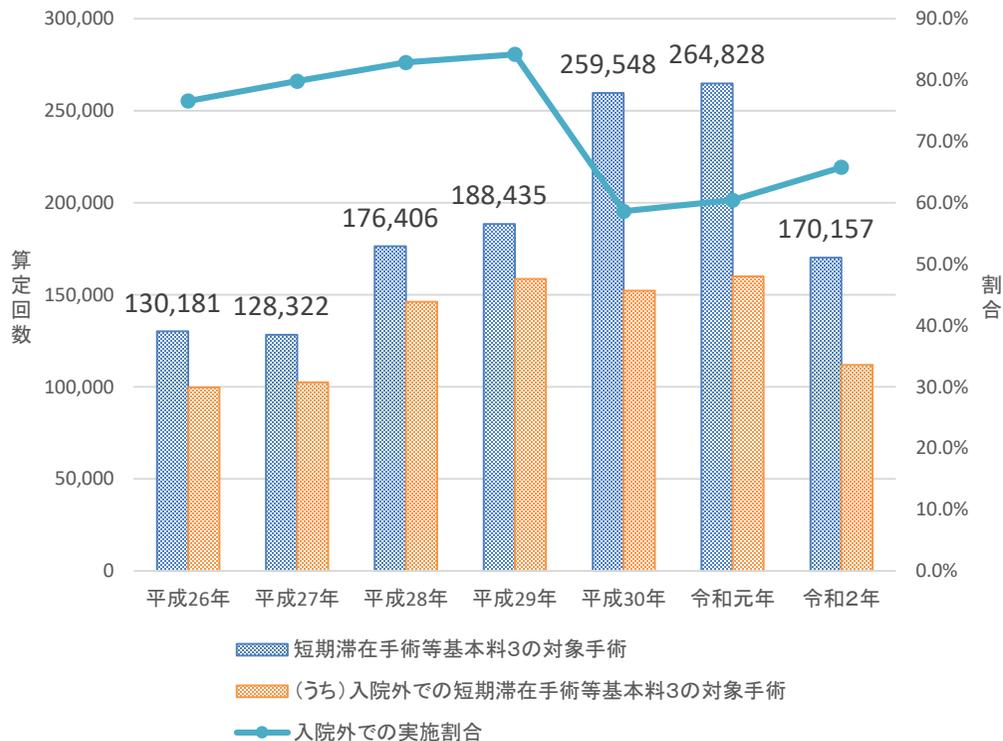
短期滞在手術等基本料2 手術名称	平成30年度						令和2年度					
	短期滞在手術等 基本料2		対象手術 (DPC対象病院以外)		対象手術 (DPC対象病院)		短期滞在手術等 基本料2		対象手術 (DPC対象病院以外)		対象手術 (DPC対象病院)	
	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	0	-	39	12.38	102	10.74	0	-	23	9.04	65	10.63
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	0	-	62	8.35	206	6.15	0	-	97	6.71	149	5.67
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	0	-	7	7.00	18	3.67	0	-	2	3.00	14	3.50
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	0	-	519	11.57	1,431	9.90	0	-	646	9.88	1,412	8.89
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	0	-	363	6.84	1,340	5.86	0	-	421	7.10	1,199	5.89
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	0	-	2	4.50	5	3.80	0	-	4	11.75	5	7.20
半月板縫合術	0	-	10	14.30	47	18.15	0	-	11	19.91	39	11.69
関節鏡下半月板縫合術	0	-	3,464	16.42	9,863	15.82	0	-	4,365	17.53	10,262	15.98
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	0	-	5	23.60	7	14.29	0	-	2	14.00	9	12.33
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	0	-	19	21.53	107	17.40	0	-	23	22.52	104	18.51
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	0	-	498	8.40	1,917	7.41	0	-	598	8.72	1,631	7.74
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	0	-	22	14.32	131	15.89	0	-	25	16.56	131	16.72
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	0	-	6	17.83	40	14.48	0	-	3	10.00	24	16.63
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	0	-	72	10.19	367	8.93	0	-	114	8.25	345	8.89
顎下腺腫瘍摘出術	0	-	9	6.78	691	7.18	0	-	13	7.92	556	6.79
顎下腺摘出術	0	-	19	9.11	1,656	7.39	0	-	29	7.59	1,532	7.32
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	0	-	281	7.42	5,822	7.31	0	-	332	7.65	5,043	7.26
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	0	-	62	8.94	513	7.90	0	-	119	11.08	485	7.58
腹腔鏡下胆嚢摘出術	3	2.00	5,884	7.41	71,883	6.77	3	2.00	6,032	7.47	67,835	6.83
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	0	-	1,711	5.96	28,147	5.29	0	-	2,075	5.71	29,864	5.27
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	0	-	893	9.35	11,175	8.91	0	-	1,120	9.36	12,260	8.79
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	8	2.00	4,560	8.33	6,656	6.58	22	2.00	6,261	8.99	5,874	6.50
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	1	2.00	2,489	7.93	2,920	6.27	7	2.00	3,048	7.44	2,776	5.67
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	0	-	3,246	5.31	28,572	5.03	0	-	4,789	5.22	31,764	5.04
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	0	-	165	5.39	1,926	5.34	0	-	229	4.74	1,732	5.55
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	0	-	20	8.15	114	5.23	0	-	13	4.31	79	5.44
尿失禁手術 その他のもの	0	-	139	6.10	1,441	5.04	0	-	106	6.08	870	4.98
子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	0	-	1,559	6.54	39,912	6.25	0	-	2,077	6.39	37,498	6.14

出典: DPCデータ(各年度1年分)

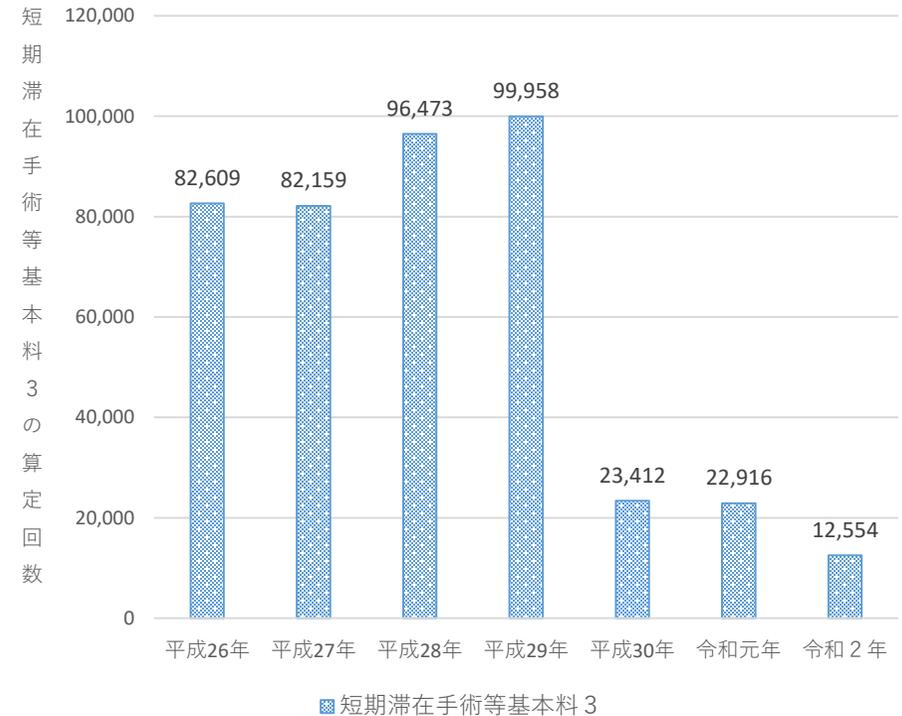
短期滞在手術等基本料3の年次推移

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

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

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

【短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合】

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

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に*を付している。

※ 入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

短期滞在手術等基本料3の平成30年と令和2年の比較

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

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

短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等の分析

【分析対象とした手術等】

- 手術
- 1,000点以上の検査、放射線治療等

【分析データ】

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

【項目の抽出方法】

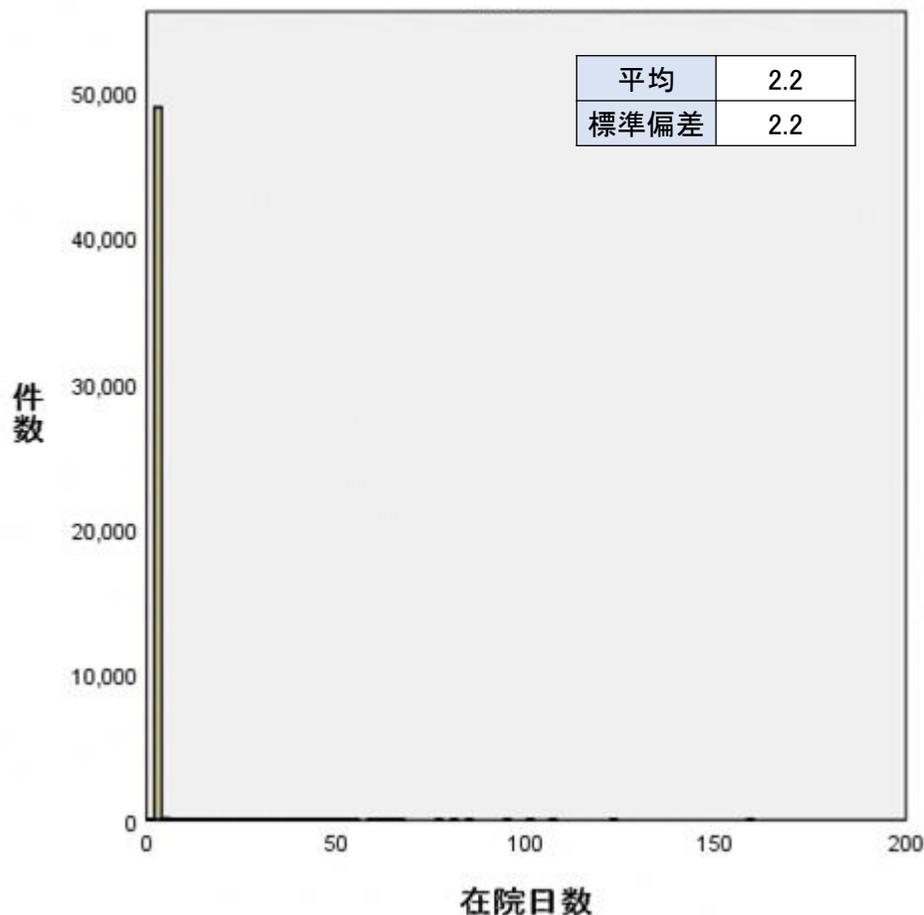
以下の条件を満たす手術等

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

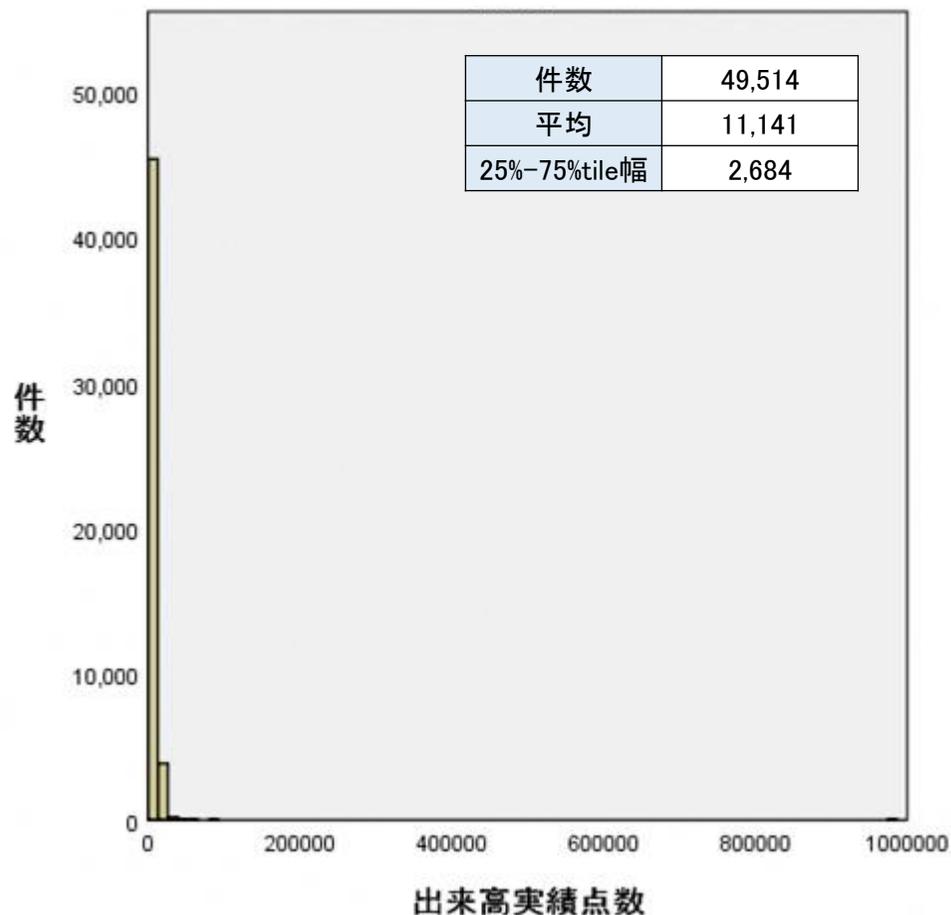
(例)D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)

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

<在院日数の分布>



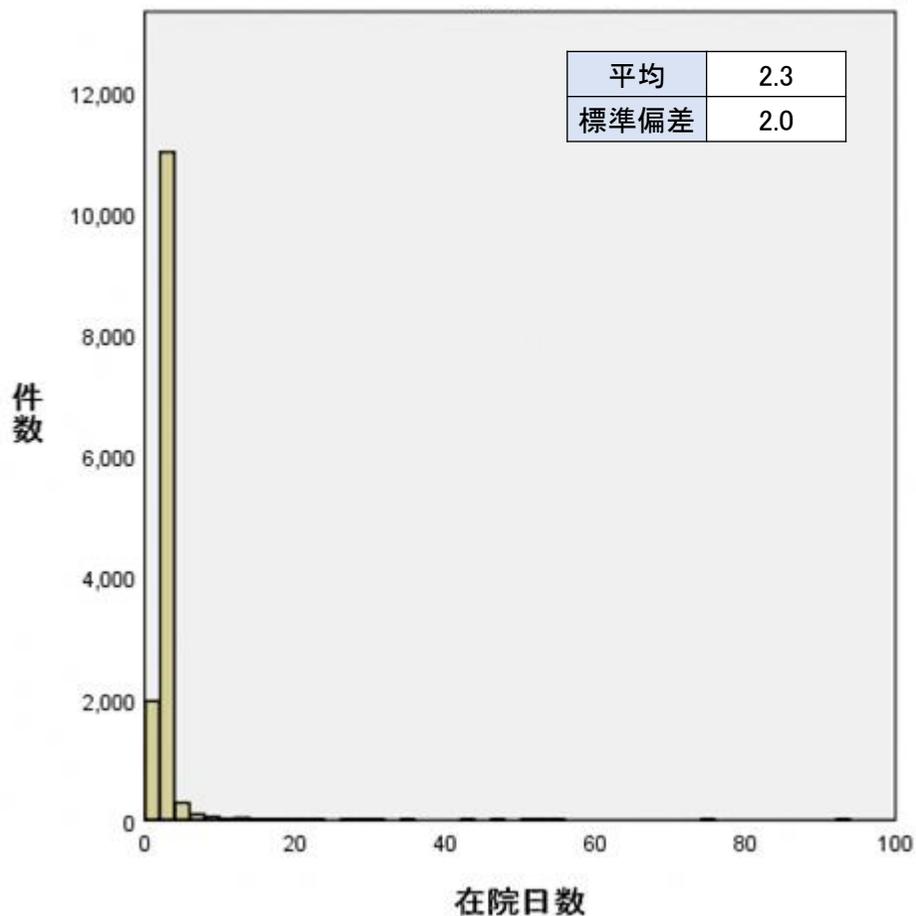
<出来高実績点数の分布>



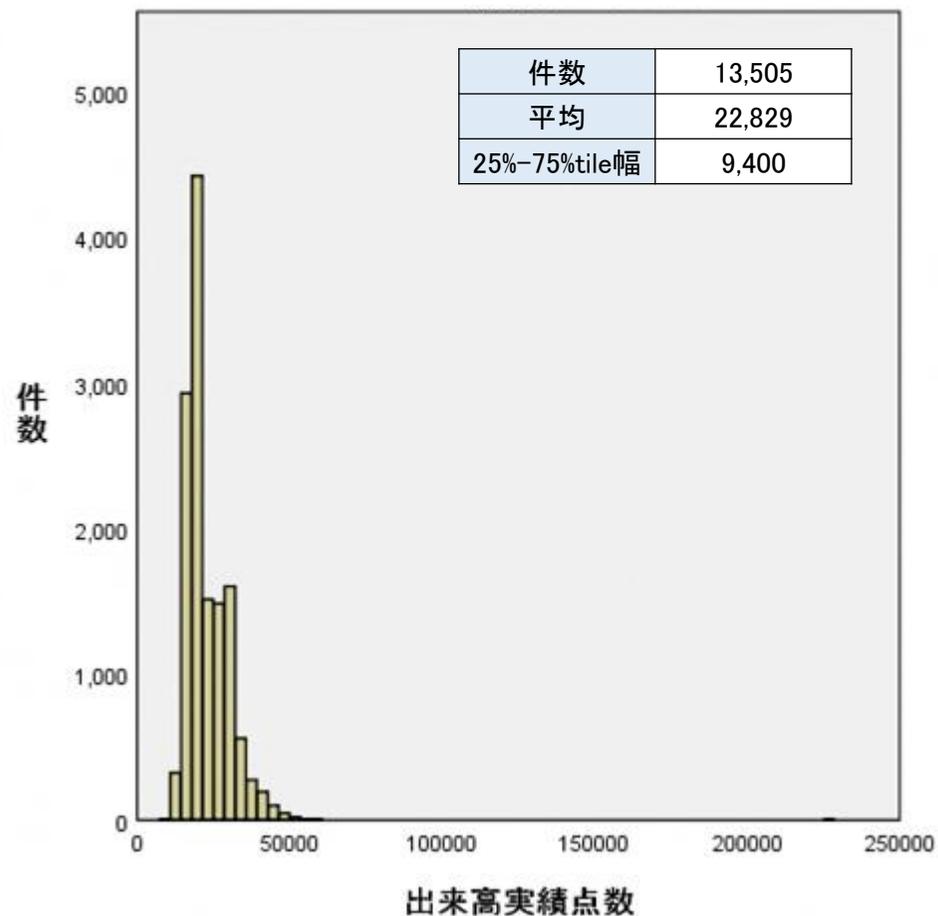
(例)K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

- 下肢静脈瘤血管内焼灼術については、在院日数の平均が2.3日、標準偏差は2.0日であった。また、出来高実績点数の平均は22,829.13点、25%-75%tile幅は9,400点であった。

<在院日数の分布>



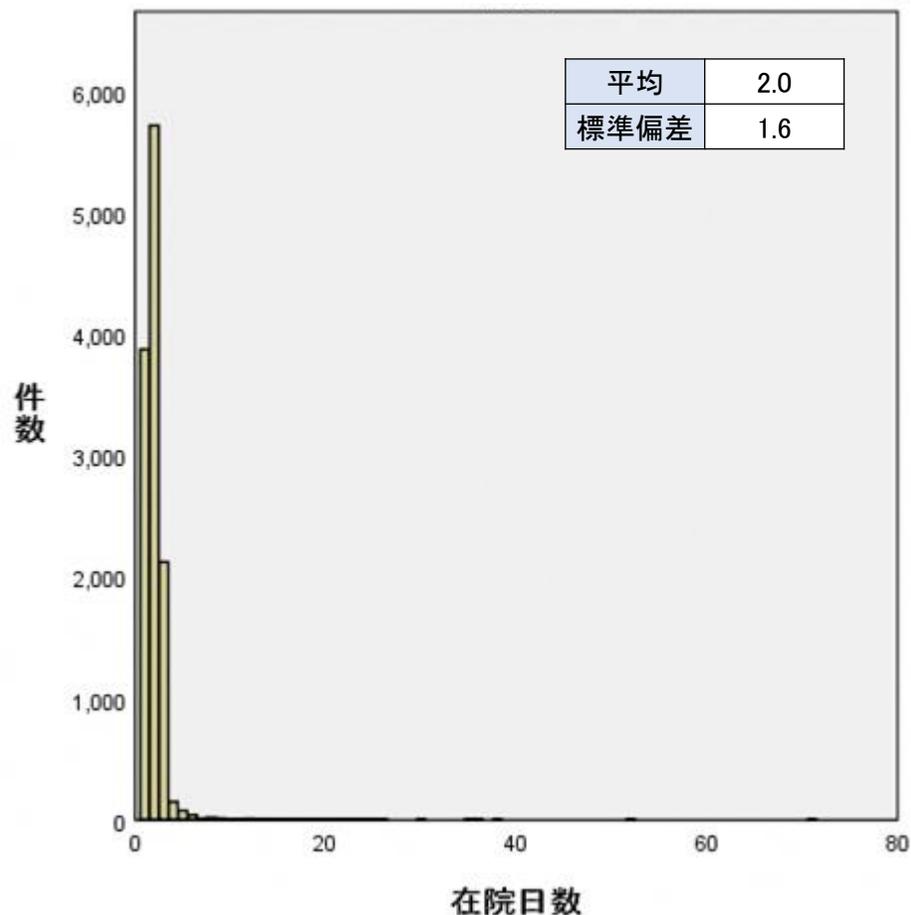
<出来高実績点数の分布>



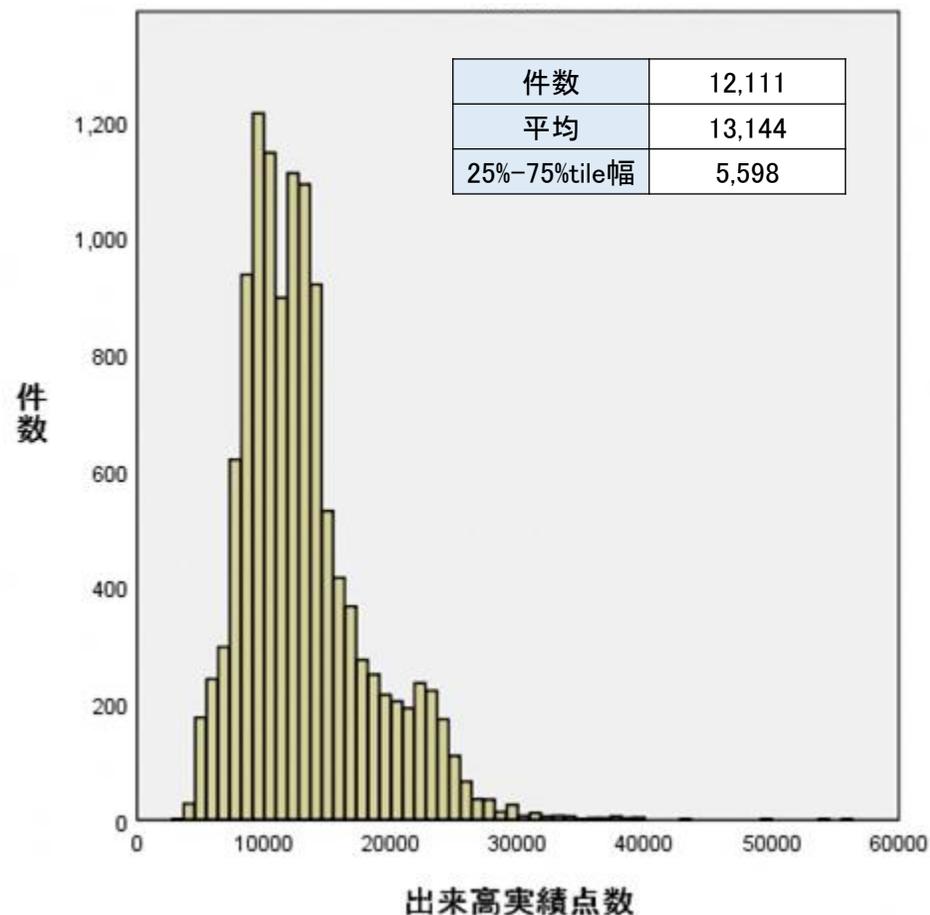
(例)K861 子宮内膜搔爬術

- 子宮内膜搔爬術については、在院日数の平均が2.0日、標準偏差は1.6日であった。
また、出来高実績点数の平均は13,144.42点、25%-75%tile幅は5,598点であった。

<在院日数の分布>



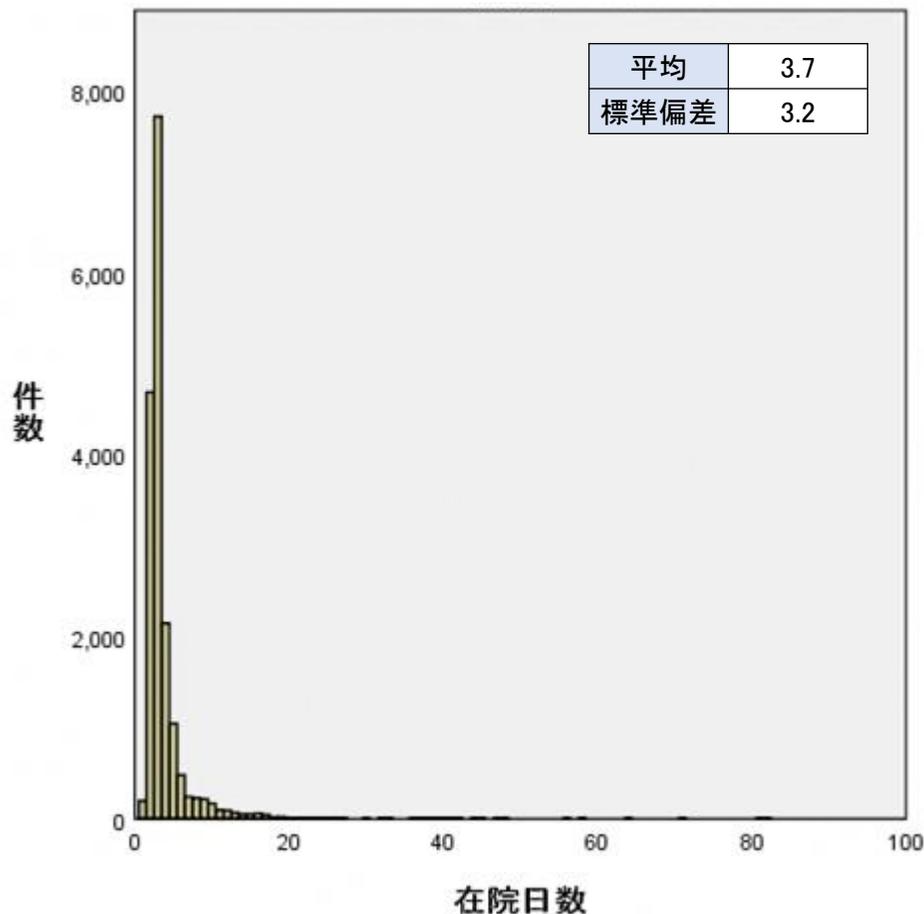
<出来高実績点数の分布>



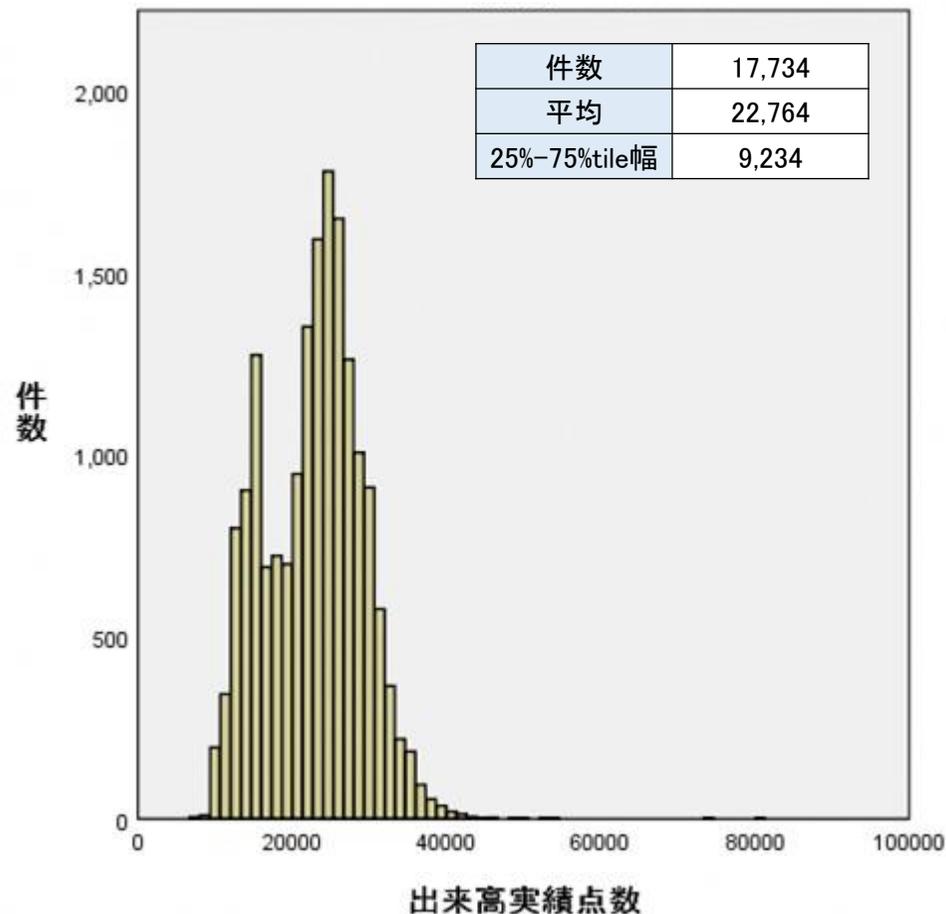
(例)K048 3 骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)

- 骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)については、在院日数の平均が3.7日、標準偏差は3.2日であった。また、出来高実績点数の平均は22,763.68点、25%-75%tile幅は9,234点であった。

<在院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>



短期滞在手術等基本料に係る課題及び論点

(短期滞在手術等基本料1)

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

(短期滞在手術等基本料2)

- ・ 短期滞在手術等基本料2の対象となっている手術は、入院外で実施される割合は低いものの、一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。
- ・ 短期滞在手術等基本料2の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3)

- ・ 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の対象となっていない手術等のなかにも、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。
- ・ これまでの診療報酬改定においては、診療実態等に合わせ、対象手術等及びその評価について、見直しを実施している。

【論点】

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

1. 短期滞在手術等基本料について
2. 慢性期入院医療について
3. 横断的事項について

2. 慢性期入院医療について

- 1) 慢性期入院医療を取りまく状況について
- 2) 療養病棟入院基本料について
- 3) 障害者施設等入院基本料等について

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

医療法の
位置付け

一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

86施設
58,570床※1
(+190床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

20施設 6,315床 (▲304床)

救命救急入院料

374施設 6,360床 (▲51床)

特定集中治療室管理料

624施設 5,235床 (▲24床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 562施設 5,440床
管理料2 30施設 316床
合計 592施設 5,756床 (+344床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

173施設 1,400床 (+82床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 108床 (+14床)

新生児特定集中治療室管理料

233施設 1,652床 (+26床)

総合周産期特定集中治療室管理料

127施設 母児・胎児 815床 (+12床)
新生児 1,653床 (+14床)

新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,840床 (+76床)

一類感染症患者入院医療管理料

32施設 103床 (±0床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	76施設	133施設	97施設	372施設	151施設
医療管理料	5,363床	6,272床	2,271床	7,971床	-
	(+126床)	(▲292床)	(+31床)	(▲125床)	

一般病棟入院基本料

592,340床 (▲12,569床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
732施設	180施設	440施設	85施設	54施設	59施設	1,550施設
48,551床	9,691床	20,336床	3,720床	2,272床	2,684床	87,254床
(+12,735床)	(▲6,338床)	(+123床)	(▲4,139床)	(+329床)	(▲374床)	(+2,336床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
998施設	1,372施設	51施設	97施設	2,518施設
31,449床	45,367床	1,398床	2,291床	80,505床
(+12,620)	(▲5,460)	(+826)	(+151)	(+8,137)

障害者施設等入院基本料

888施設
70,304床 (+1,883床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (▲6床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
106施設	102施設	32施設
5,609床	7,211床	447床
(▲172床)	(+116床)	(+16床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 306施設 5,998床
入院料2 130施設 2,648床
合計436施設 8,646床 (+283)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和元年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,938施設 66,506床 (▲2,462床)

有床診療所 (療養) 426施設 4,062床 (▲13床)

精神科救急入院料

入院料1 156施設 9,877床 (+352床)
入院料2 5施設 221床 (+5床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 353施設 16,020床 (▲134床)
入院料2 18施設 851床 (+105床)

精神病棟 1,190施設 146,886床 (▲2,838床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 374床 (▲50床)
児童・思春期精神科入院 44施設 1,408床 (+140床)

精神療養病棟入院料

825施設 91,209床 (▲763床)
地域移行機能強化病棟入院料 39施設 1,377床 (▲289床)

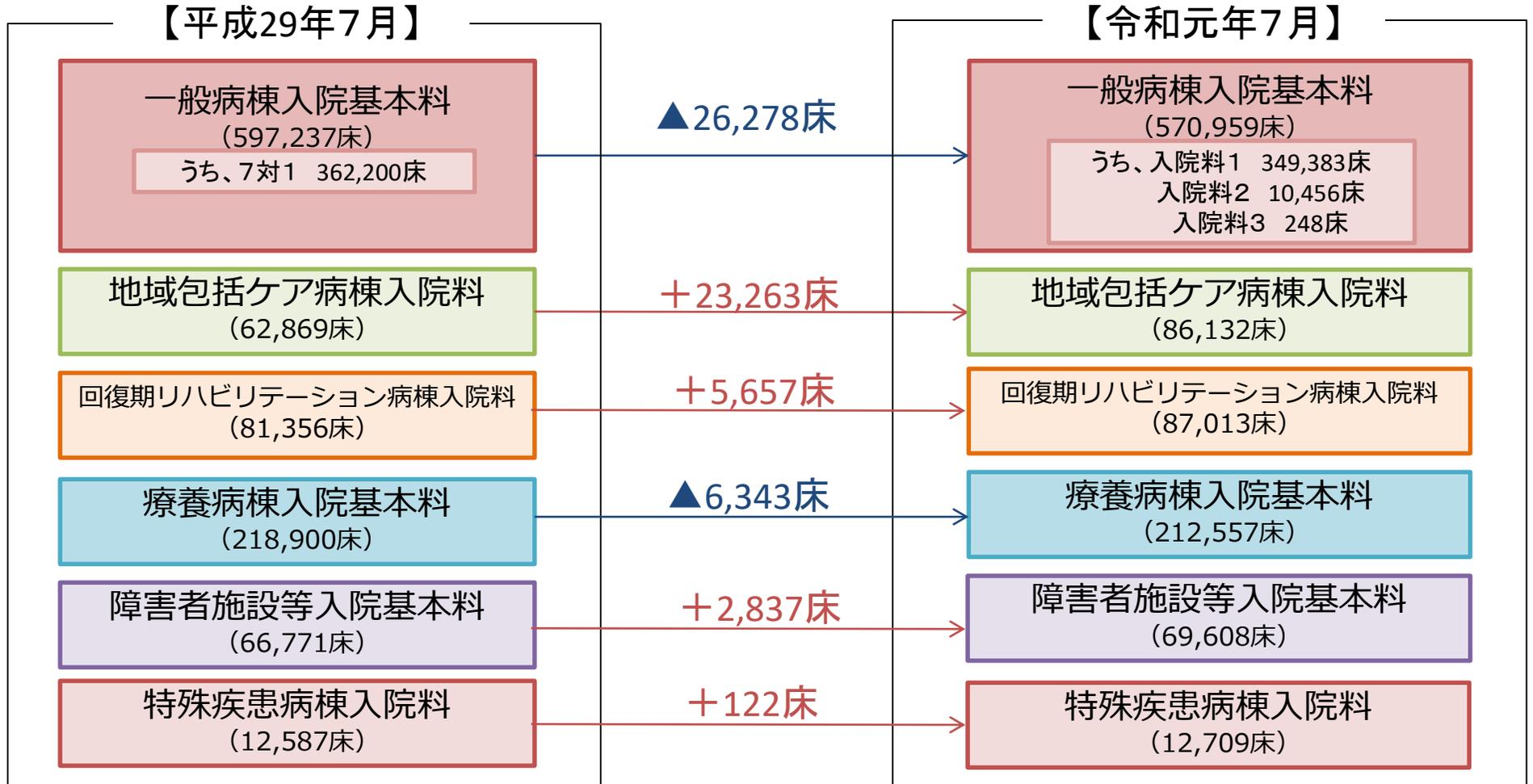
認知症治療病棟入院料

入院料1 521施設 36,518床 (+1,234床)
入院料2 7施設 660床 (±0床)

結核病棟 165施設 3,900床 (▲181)

病床数の推移について(概要)

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



出典：保険局医療課調べ

※各年7月1日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

2. 慢性期入院医療について

- 1) 慢性期入院医療を取りまく状況について
- 2) 療養病棟入院基本料について
- 3) 障害者施設等入院基本料等について

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

*:生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

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

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

療養病棟入院基本料について

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	— ※一部を除く。
B 医学管理等	—
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○ ※一部を除く。
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	—
I 精神科専門療法	—
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○

○ 療養病棟入院基本料について、検査・画像診断(一部を除く。)等に係る費用については当該入院基本料に含まれ、リハビリテーションや手術等に係る費用は左記のとおり、出来高で算定できる。

○: 包括範囲
—: 包括範囲外

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

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

現行

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

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

改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

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

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

適切な意思決定の支援

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

【経過措置】

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

中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 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。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

[算定要件]

- (1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、**当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。**
- (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、**他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供**すること。



- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

- 中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。
- 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。



【経過措置】

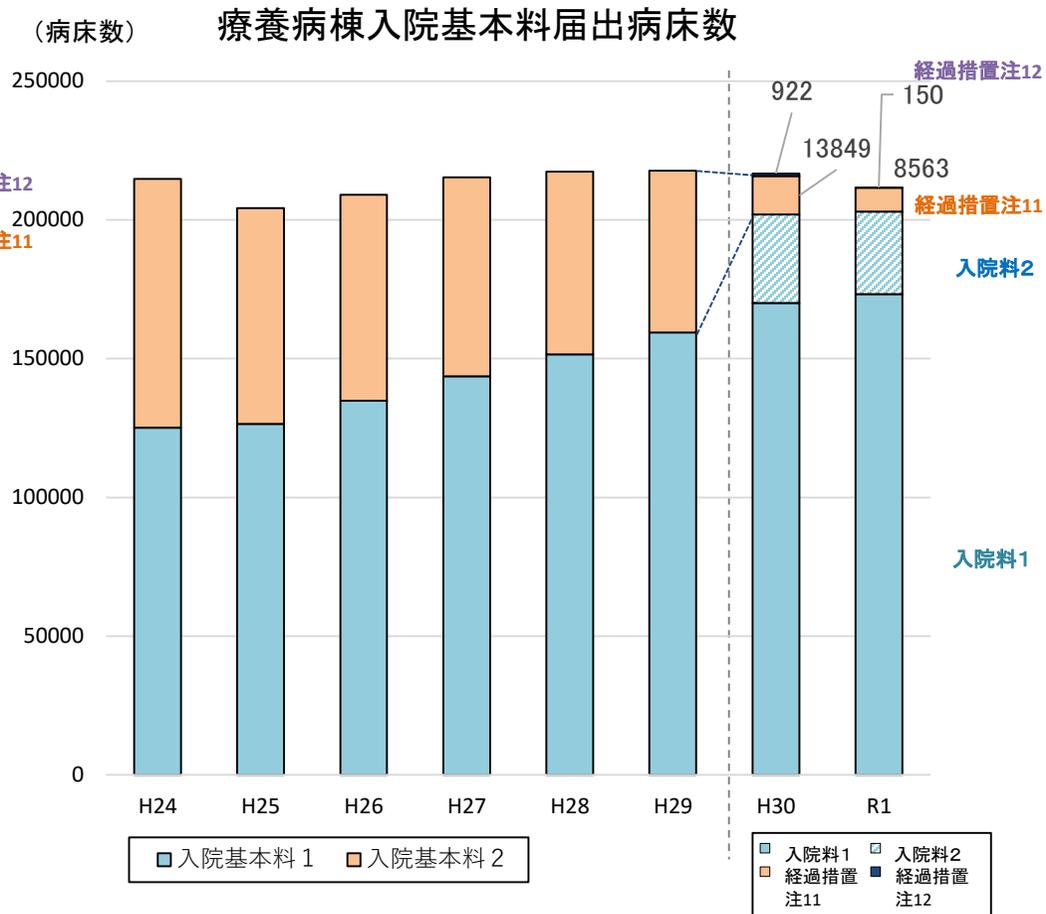
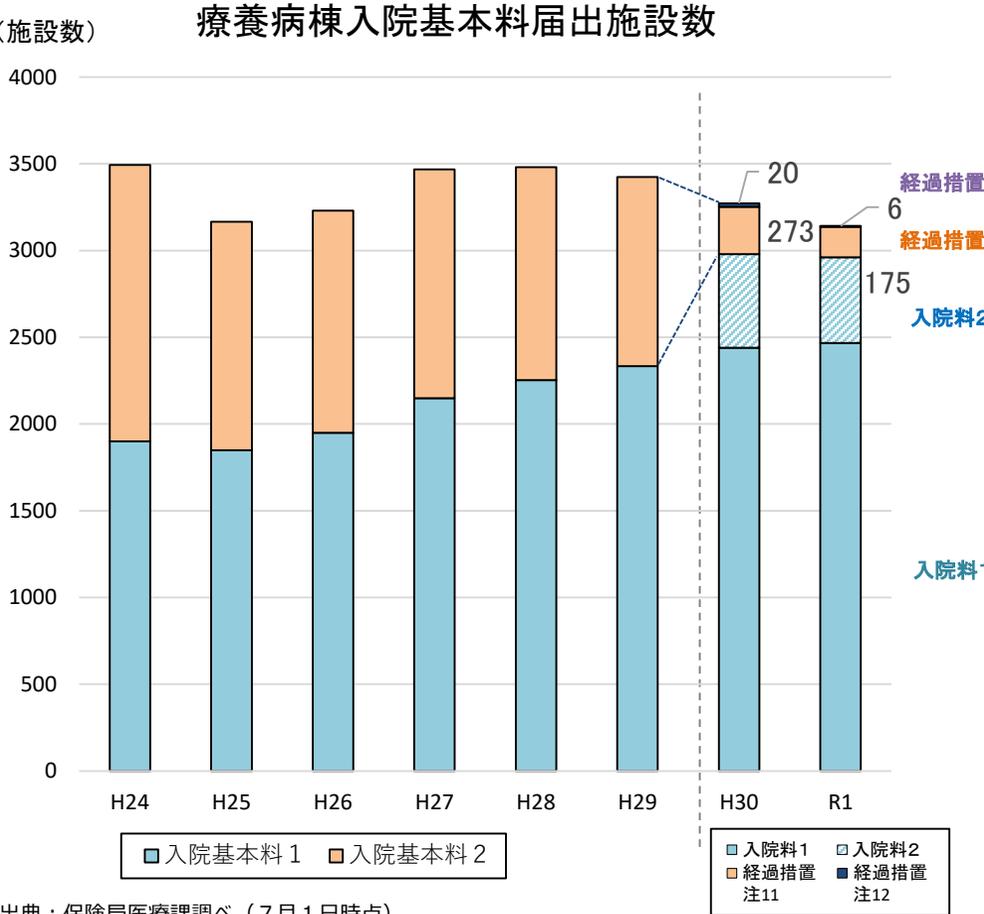
令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。



- 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

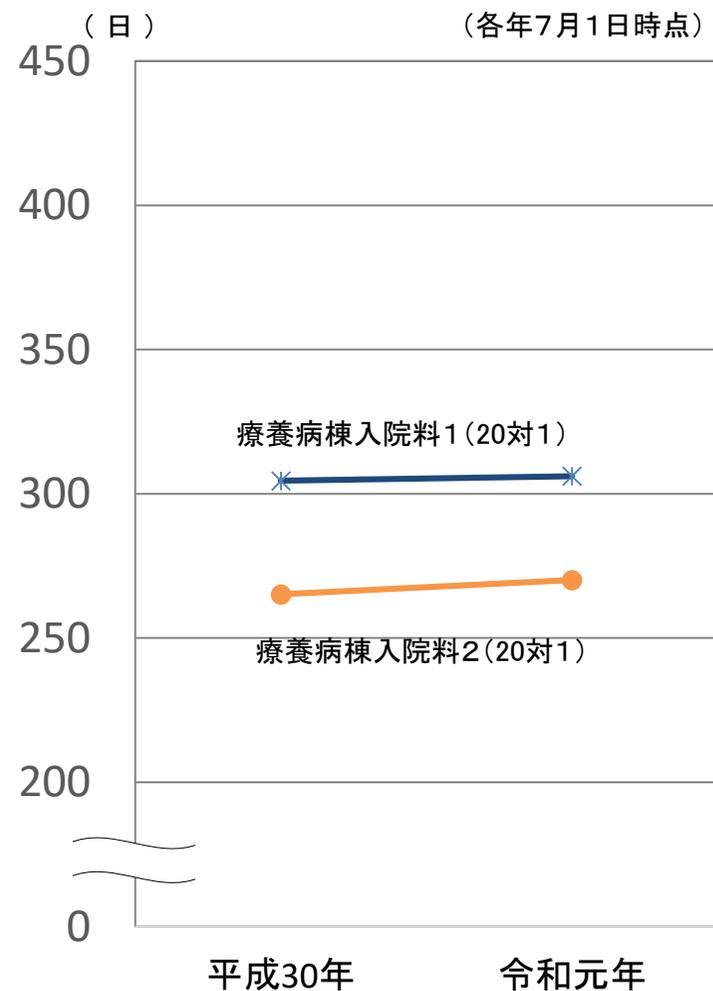
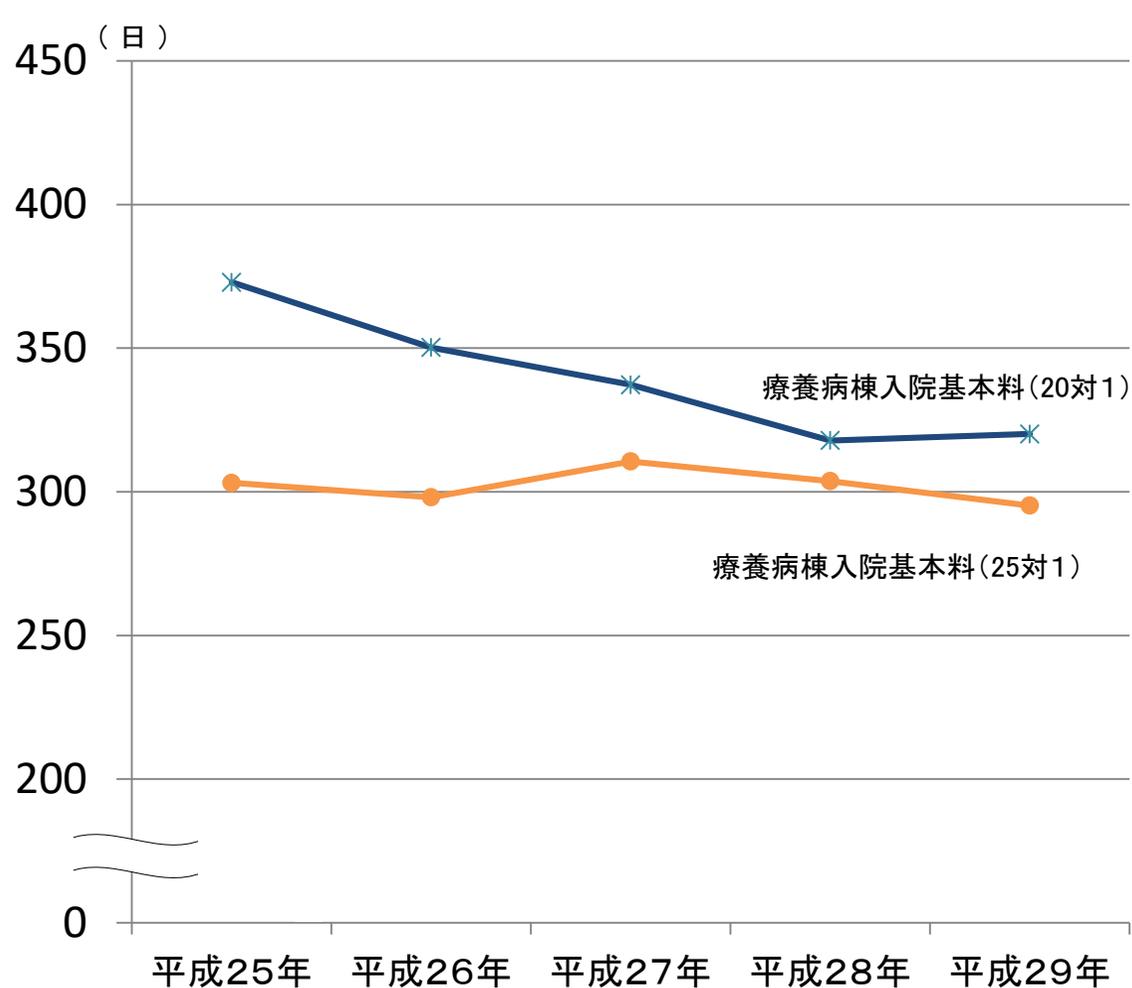
- 経過措置（注11）（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和元年7月1日時点で175施設、8563床であった。
- 経過措置（注12）（看護職員配置30対1）の届出施設数は令和元年7月1日時点で6施設、150床であった。



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）
 ※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

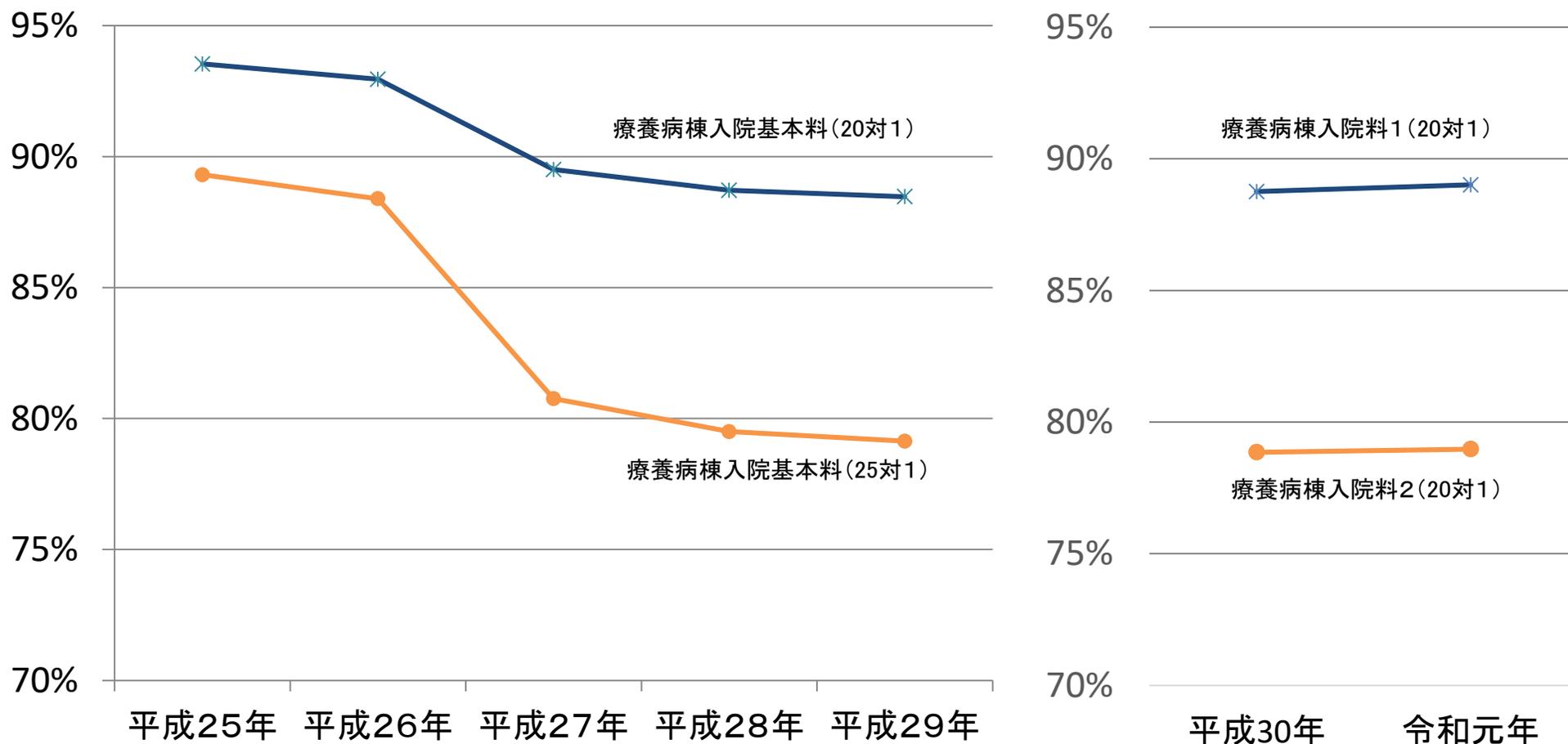
入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

○平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2と比較すると、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。



入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

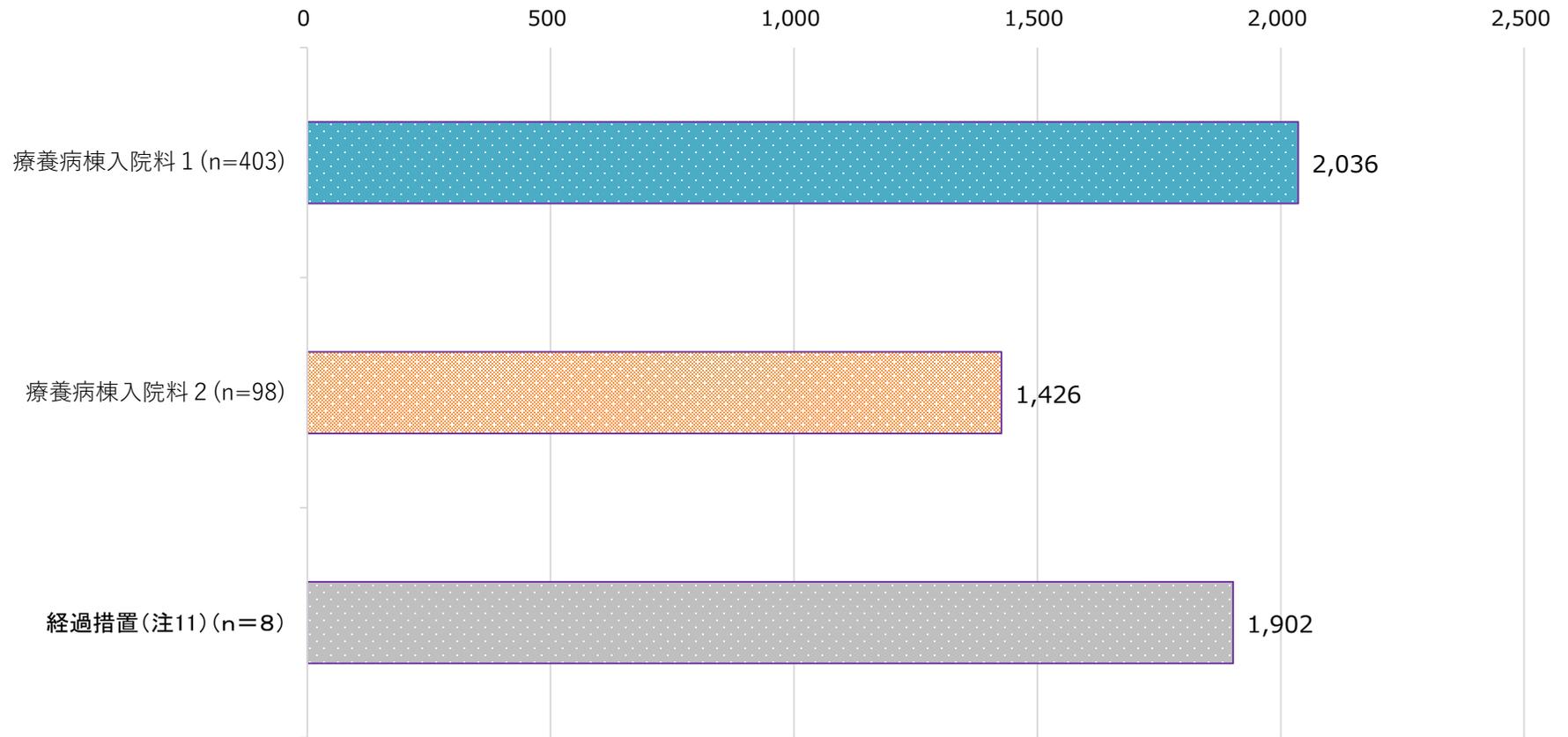
○ 病床稼働率の年次推移は以下のとおりであった。病床稼働率を入院料1と2と比較すると、入院料1は入院料2と比較して高い傾向であった。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したもの

入院料毎の1日当たりのレセプト請求点数

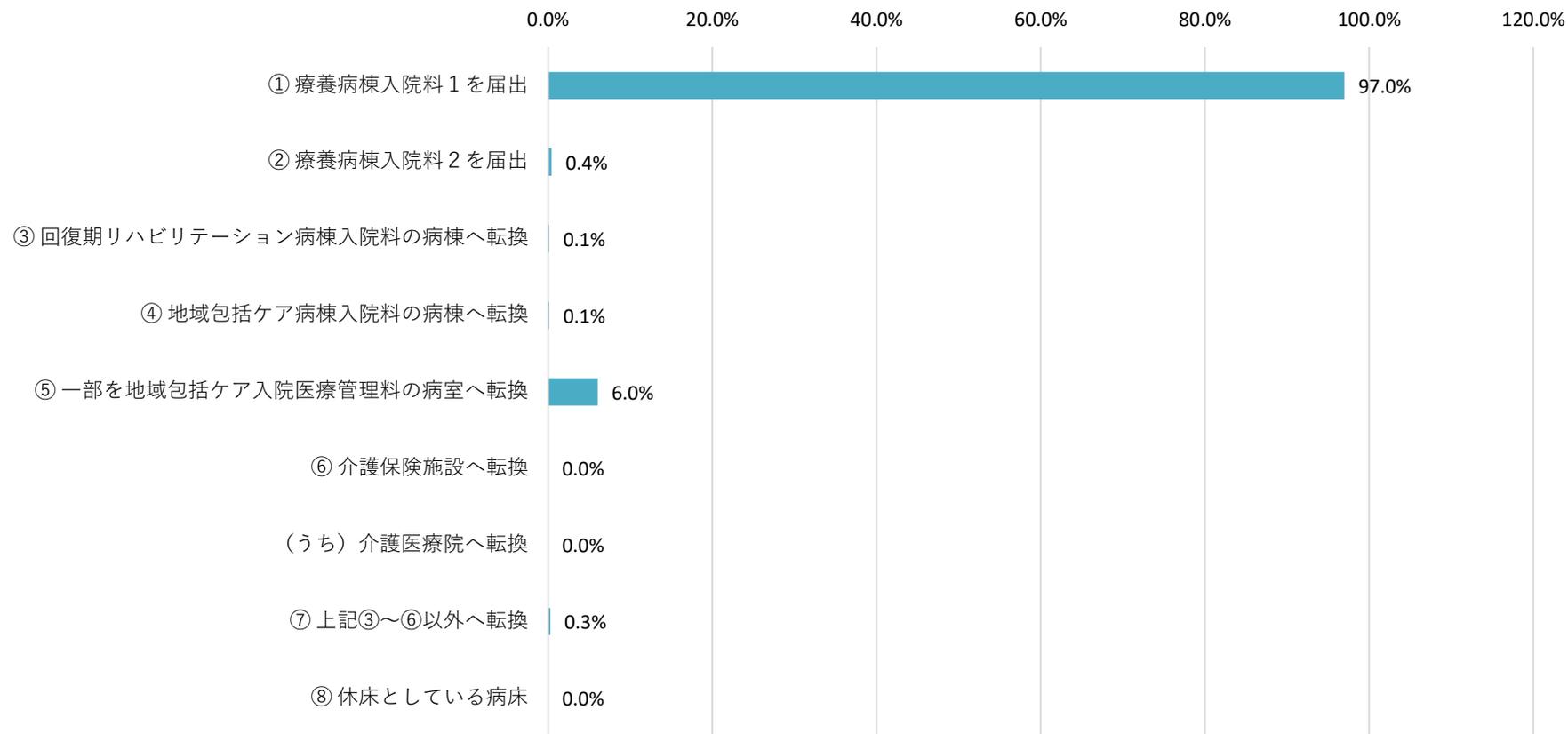
○ 入院料毎のレセプト請求点数(1日当たり)は以下のとおりであった。



改定前に療養病棟入院料1を届け出ていた病棟の状況

○ 改定前に療養病棟入院料1を届け出ていた病棟について、令和2年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料1を届出ている病棟が最も多かった。

改定前（令和2年3月31日時点）に療養病棟入院料1
を届け出ていた病棟の状況（令和2年11月1日時点）



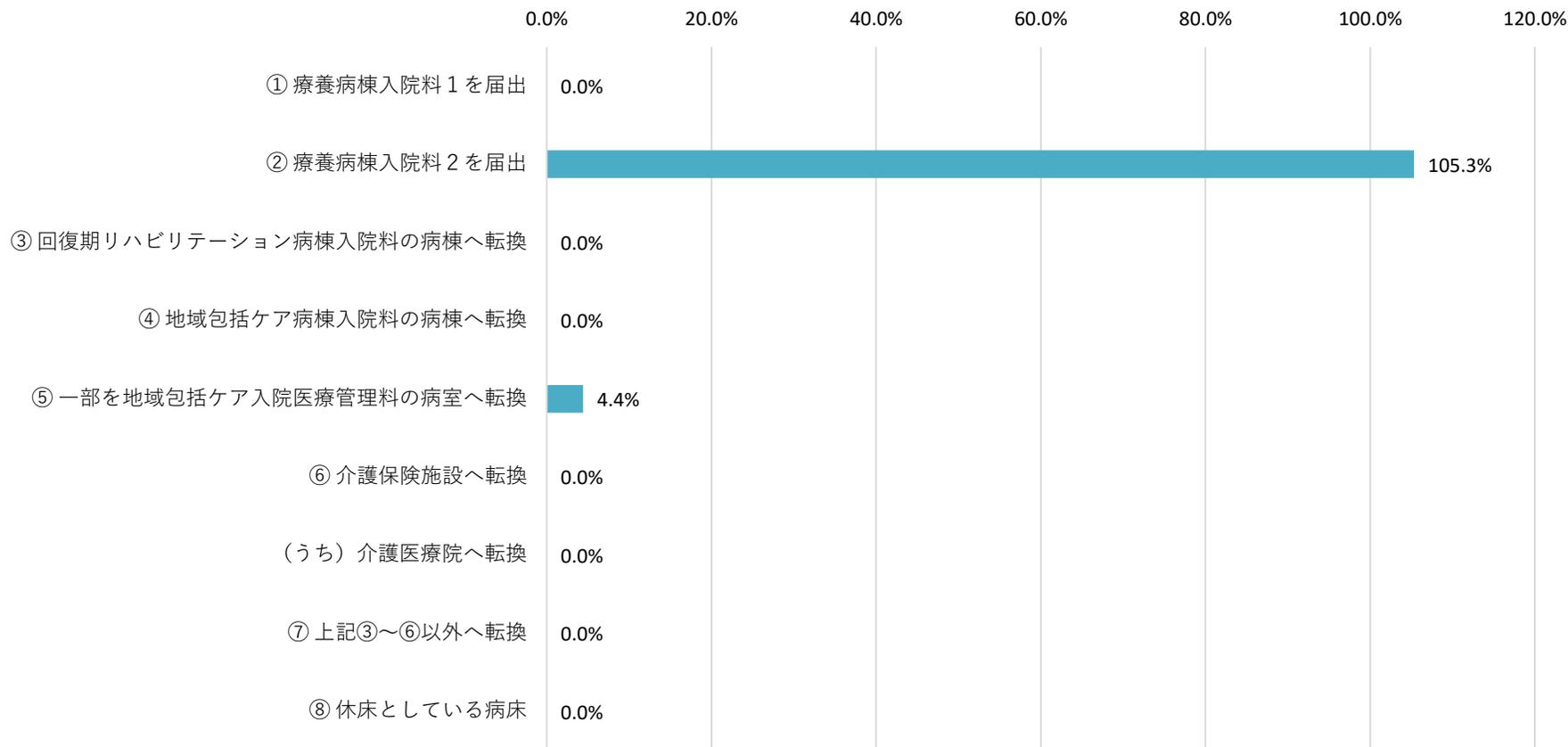
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。
※病棟数を40以上と回答した施設は除外。

■ 療養病棟入院料1(n=695(病棟数))

改定前に療養病棟入院料2を届け出ていた病棟の状況

○ 改定前に療養病棟入院料2を届け出ていた病棟について、令和2年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料2を届け出ている病棟が最も多かった。

改定前（令和2年3月31日時点）に療養病棟入院料2
を届け出ていた病棟の状況（令和2年11月1日時点）



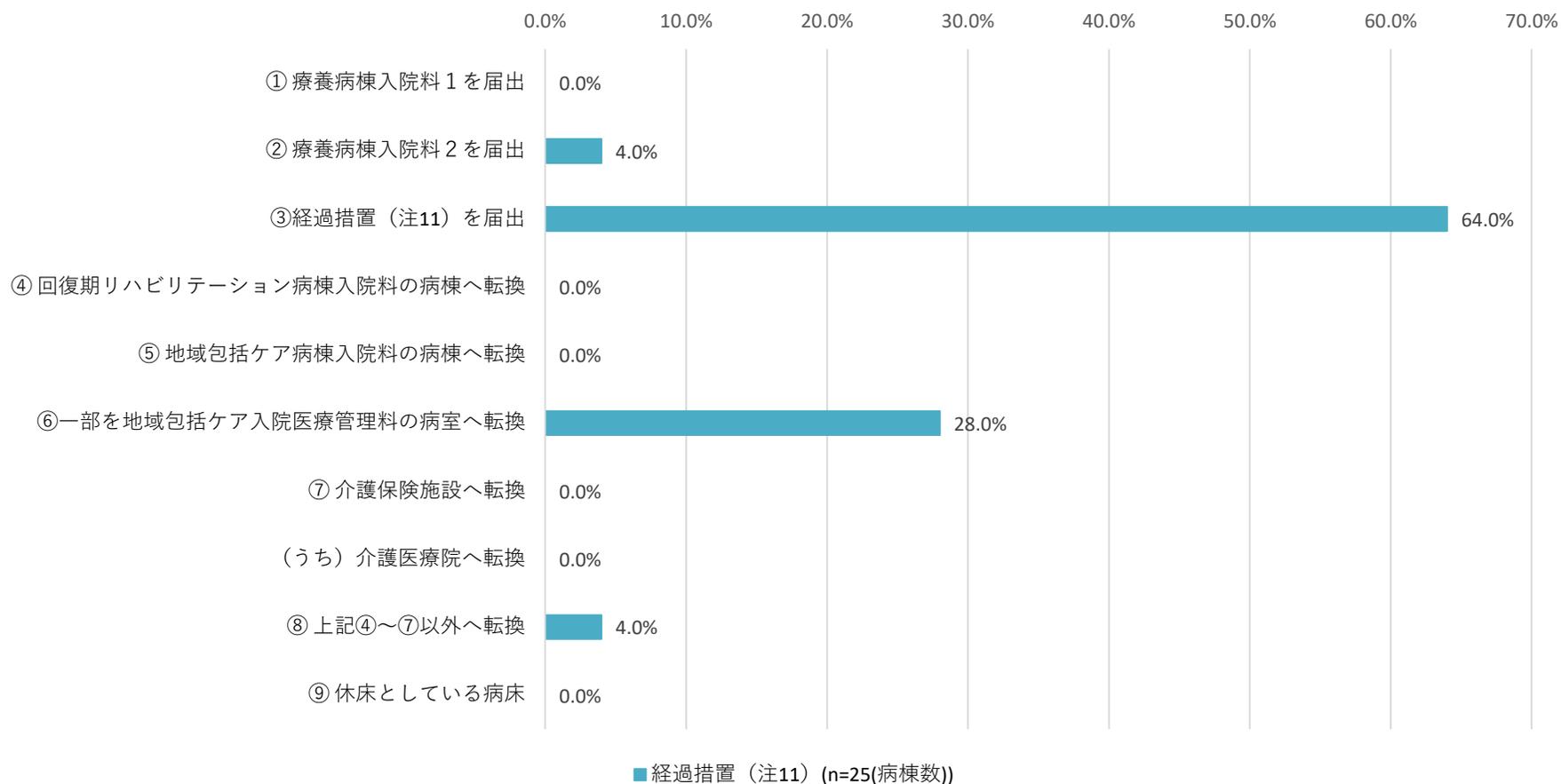
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。
※病棟数を40以上と回答した施設は除外。

■ 療養病棟入院料2(n=113(病棟数))

改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟の状況

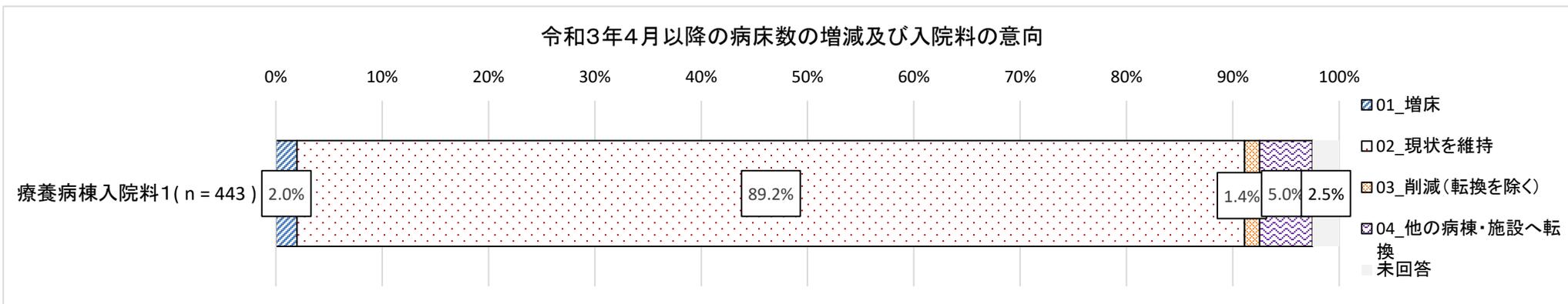
○ 改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟について、令和2年11月1日時点の状況を見ると、経過措置(注11)を届出している病棟が最も多かった。

改定前(令和2年3月31日時点)に経過措置(注11)を届け出していた病棟の状況(令和2年11月1日時点)



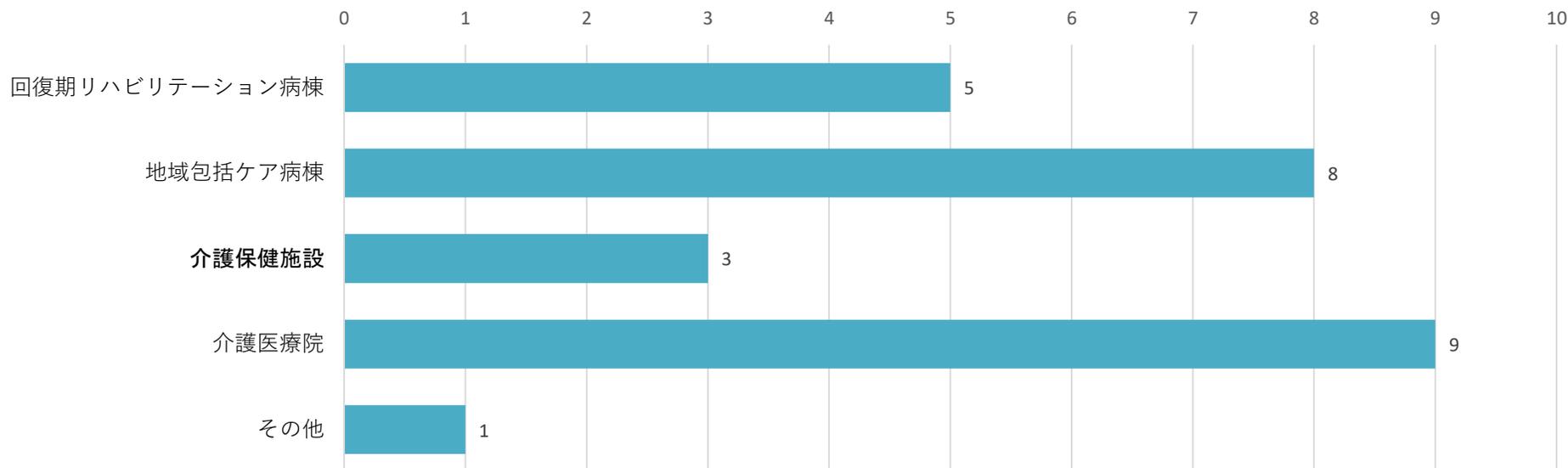
療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟のうち、5.0%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。
- 移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟の順に多かった。



現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設（該当するもの複数選択）

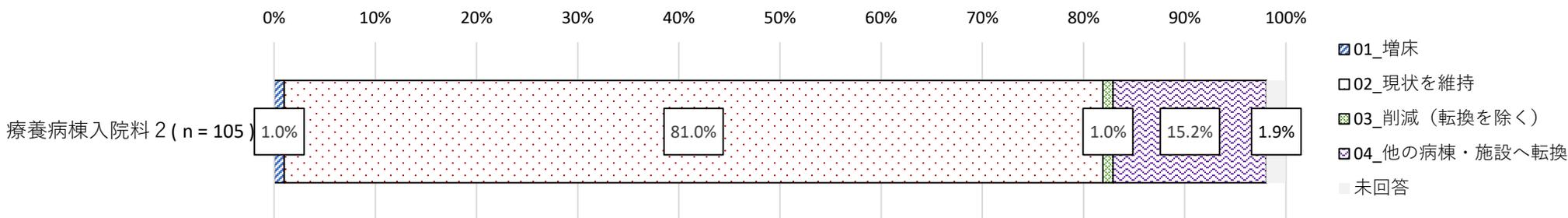
[施設数]



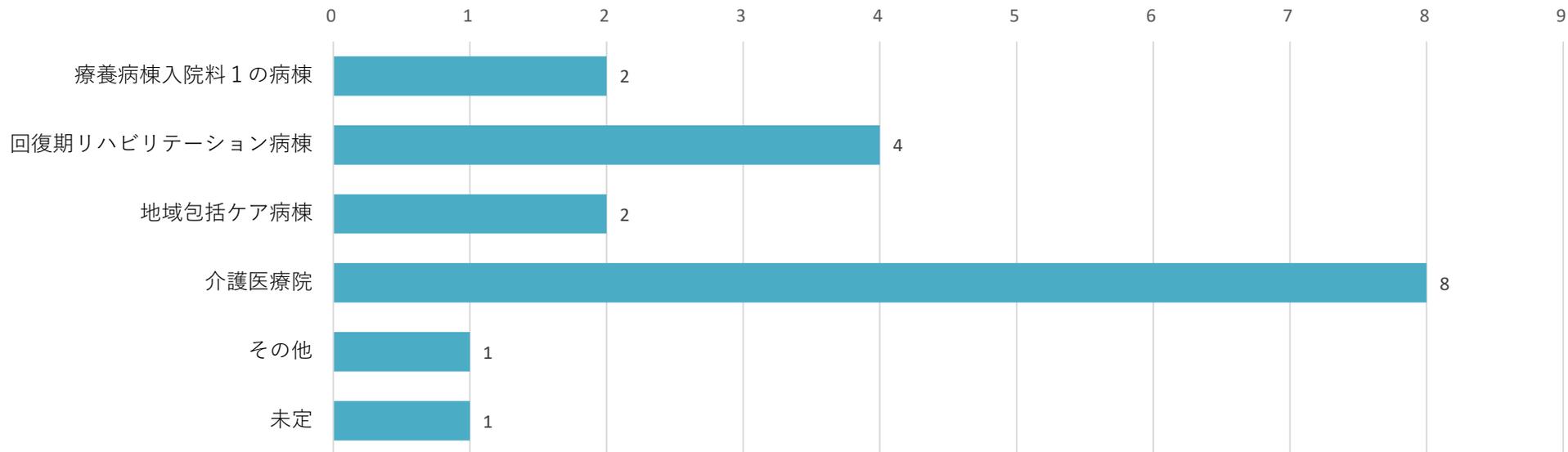
療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、15.2%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、回復期リハビリテーション病棟入院料の順に多かった。

令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向



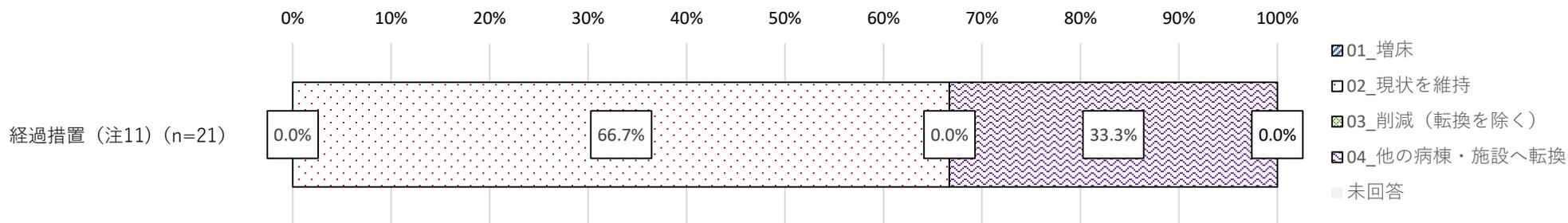
現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設（該当するもの複数選択） [施設数]



経過措置(注11)を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 経過措置(注11)を届出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。
 移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。

令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向



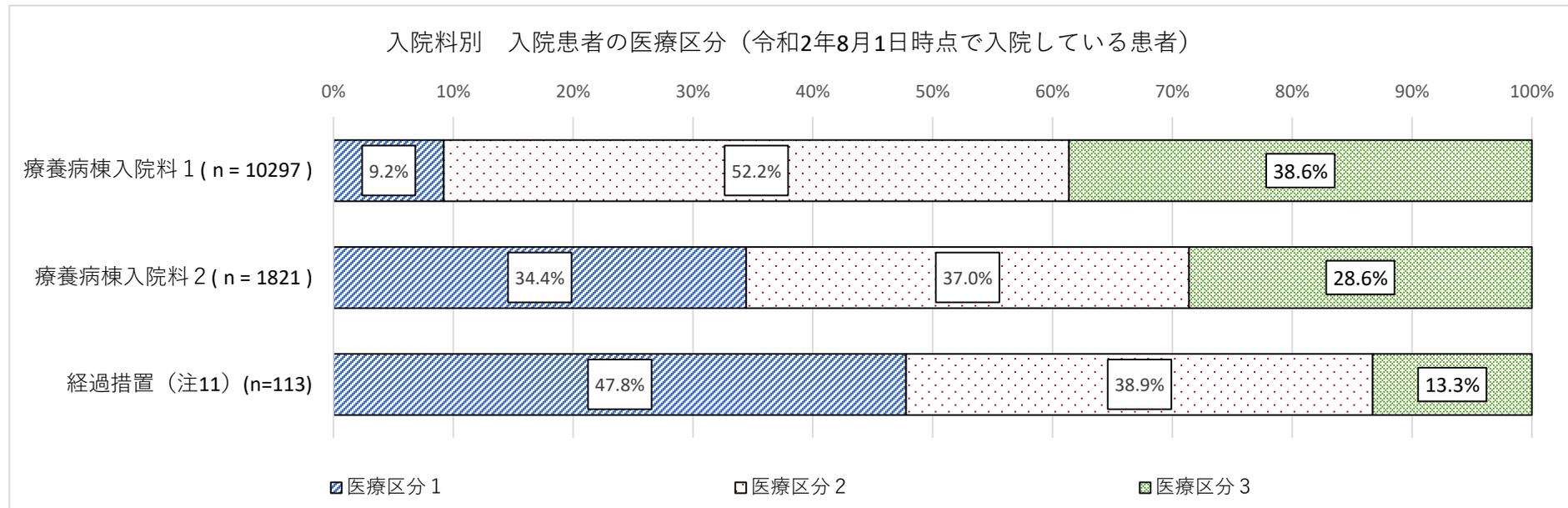
現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設(該当するもの複数選択) [施設数]



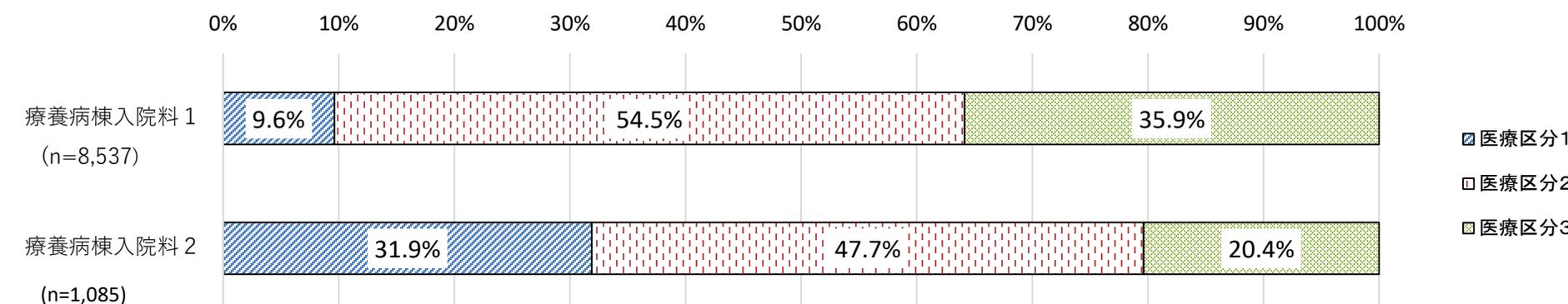
療養病棟入院料ごとの医療区分

診調組 入-1(改)
3 . 6 . 1 6

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体の約9割、療養病棟入院料2では全体の約7割を占めた。



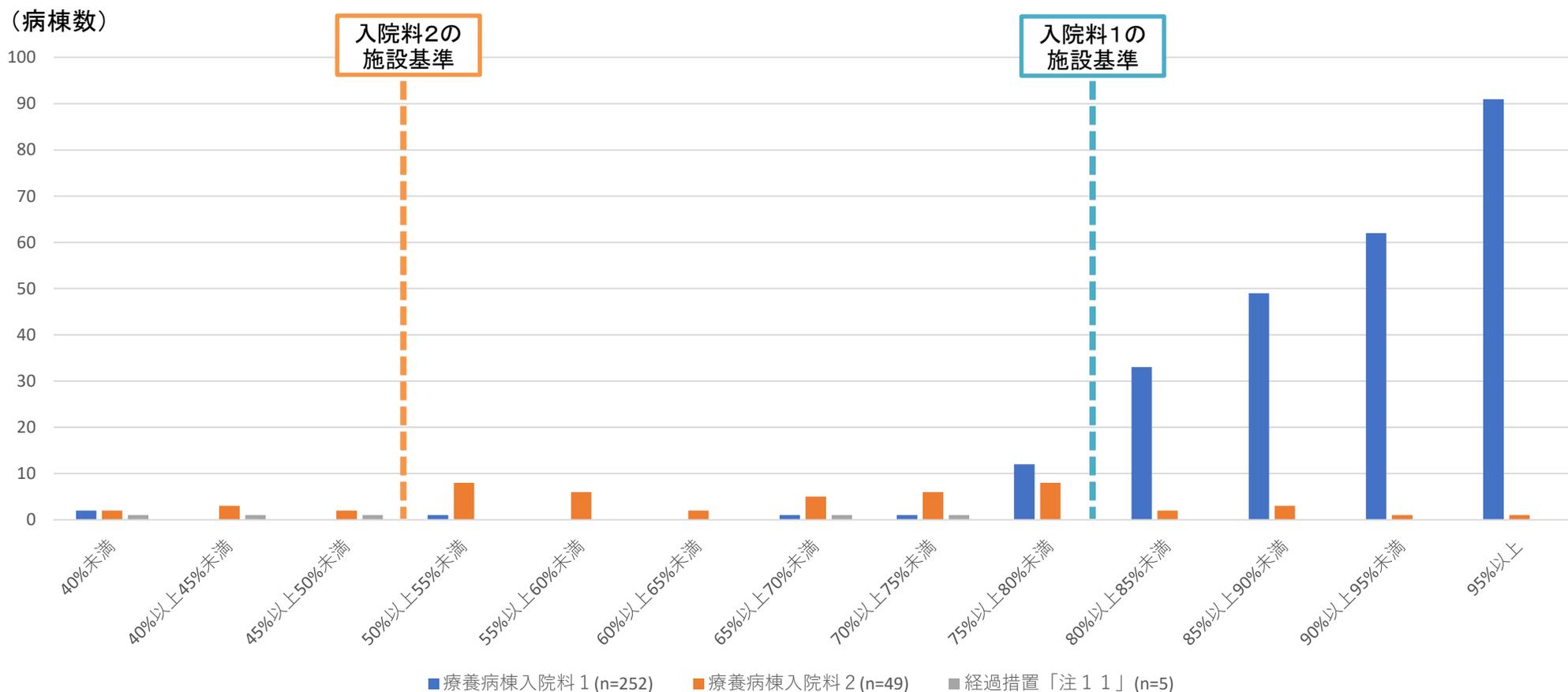
参考：平成30年度調査



各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上55%未満が最も多かった。

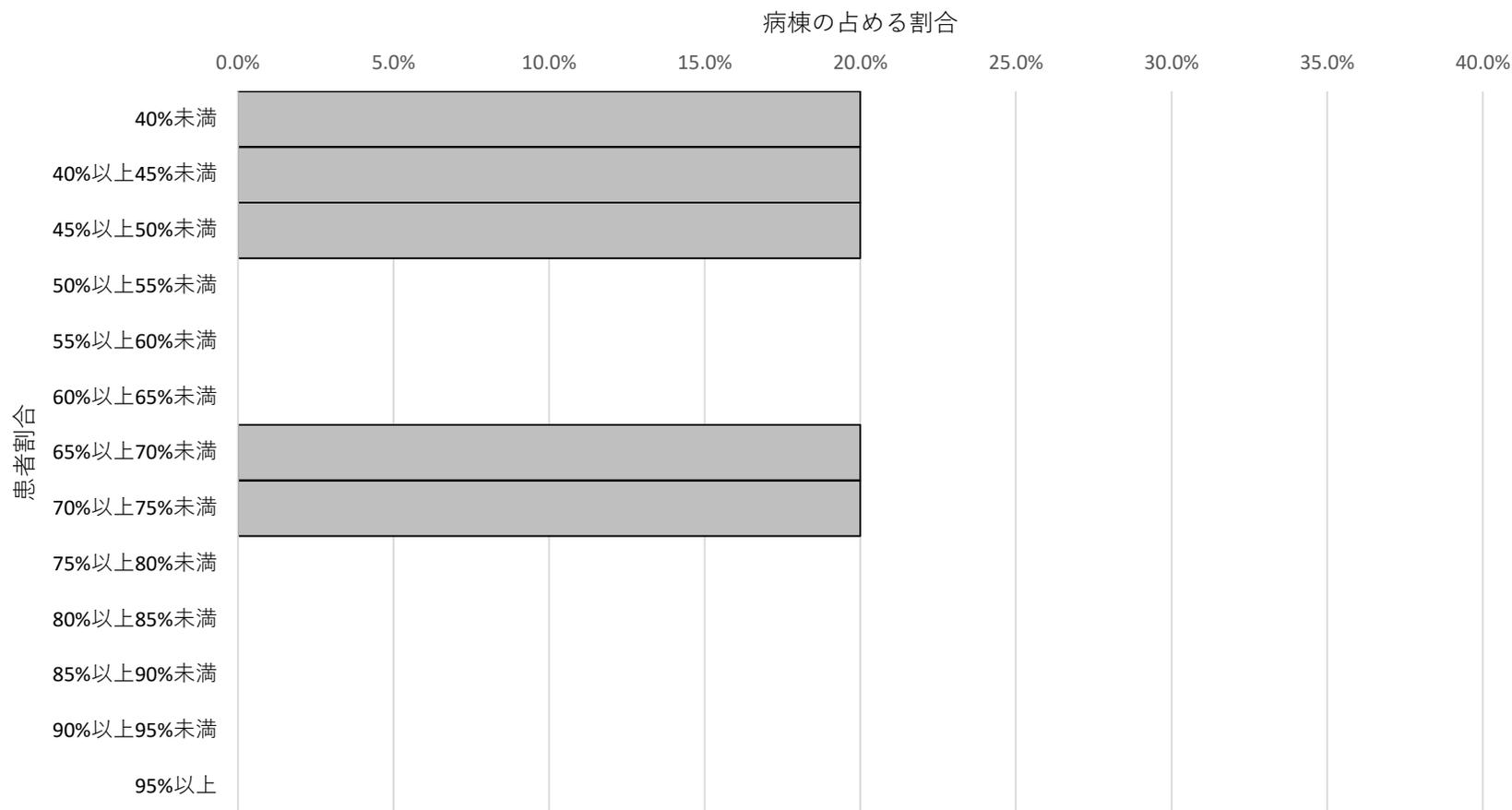
各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布



経過措置(注11)の病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

○ 経過措置(注11)を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、以下のとおりであり、50%以上の医療機関と50%未満の医療機関の、両方存在した。

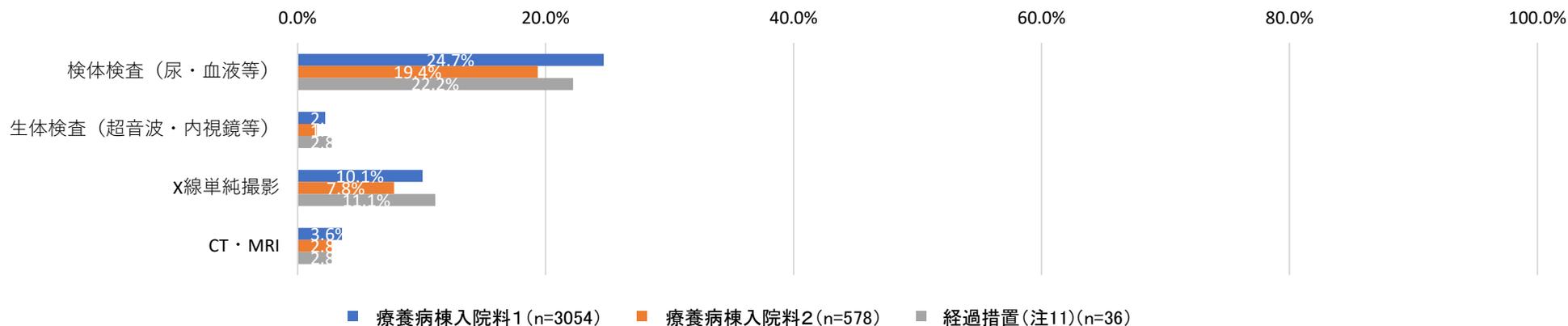
医療区分2・3の患者割合、経過措置(注11) (n=5)



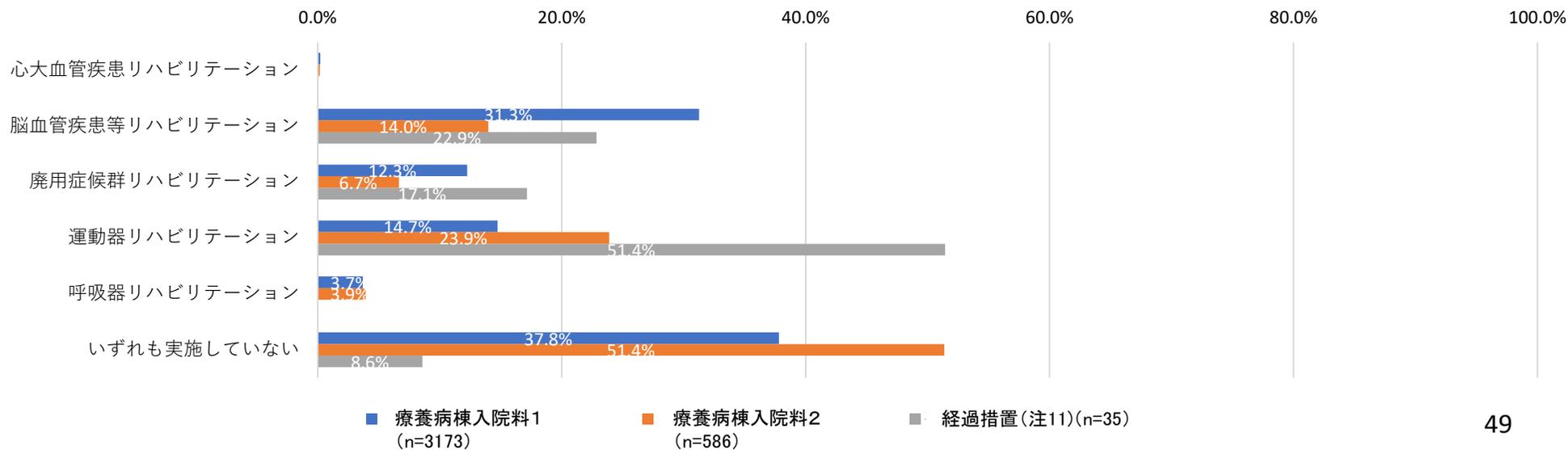
入院料毎の患者の検査等の実施状況

○ 療養病棟における、過去7日間の検査及びリハビリテーションの実施状況は以下のとおりであった。特にリハビリテーションの実施状況について、経過措置(注11)を届け出ている病棟においてリハビリテーションの実施が多い傾向であった。

過去7日間に検査実施した患者割合



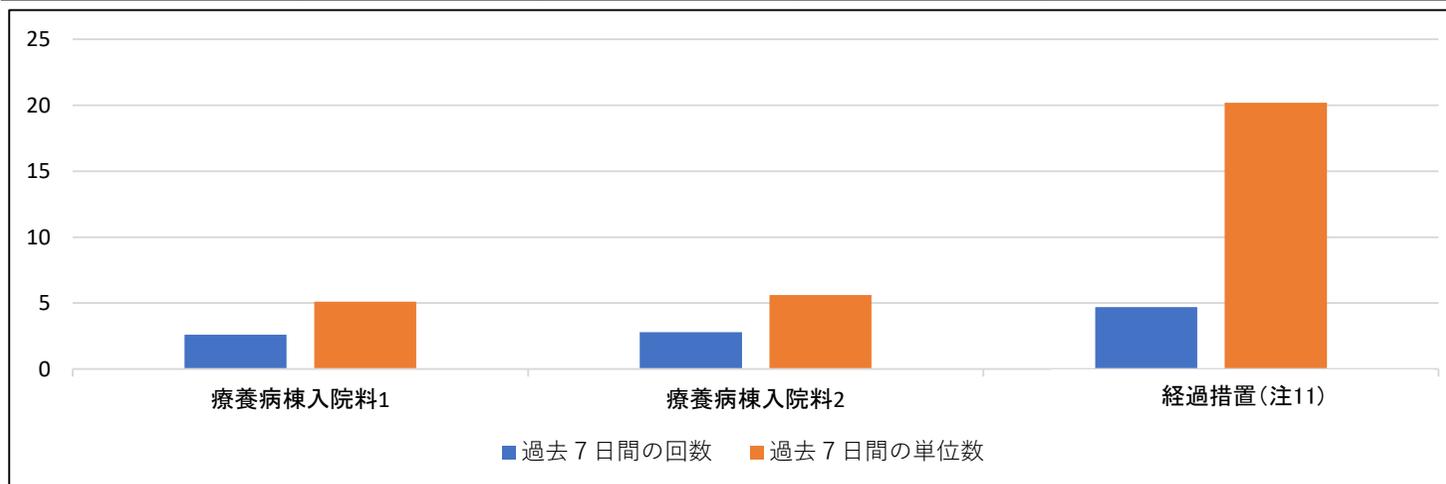
リハビリテーション実施状況



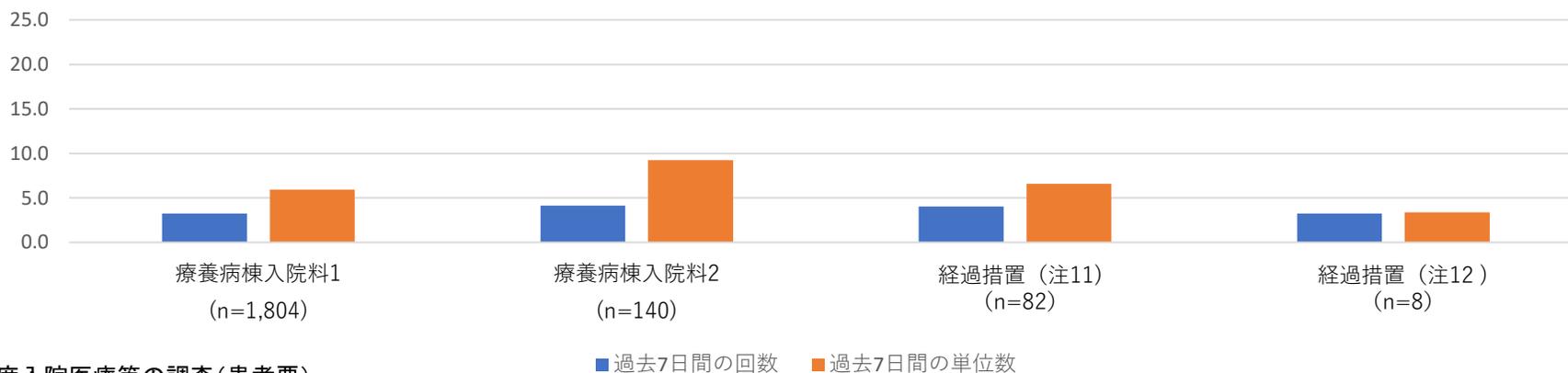
入院料毎の患者のリハビリテーションの実施状況

○ 入院料毎にみた、過去7日間のリハビリテーション実施回数と単位数は以下のとおり。入院料1及び2と比較して、経過措置(注11)を届け出ている病棟において、回数及び単位数ともに多かった。

	全体	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置(注11)
過去7日間の回数	2.7 (N=2320)	2.6 (N=1859)	2.8 (N=272)	4.7 (N=20)
過去7日間の単位数	5.5 (N=2426)	5.1 (N=1933)	5.6 (N=283)	20.2 (N=29)



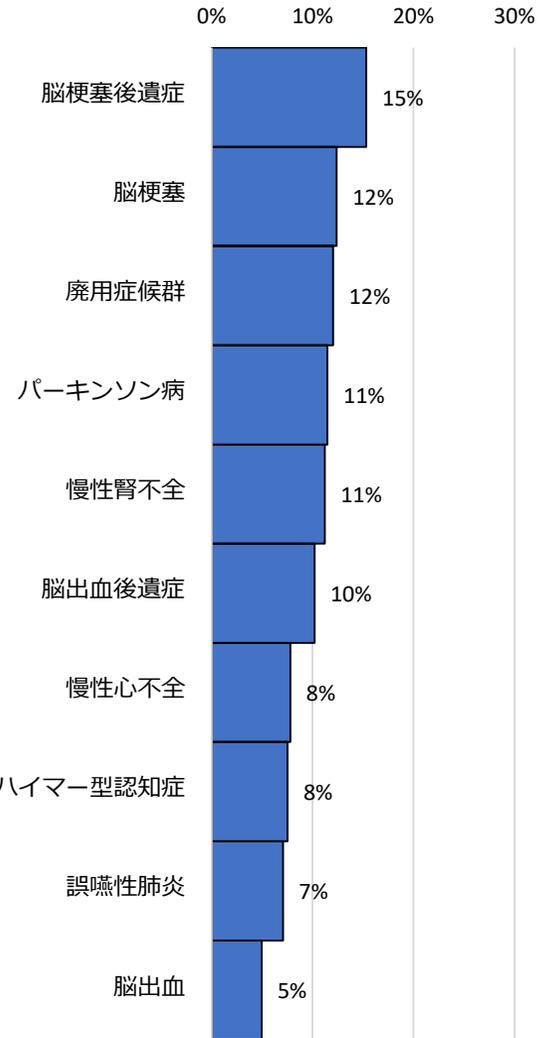
入院医療の患者のリハビリテーション実施状況 (平成30年度)



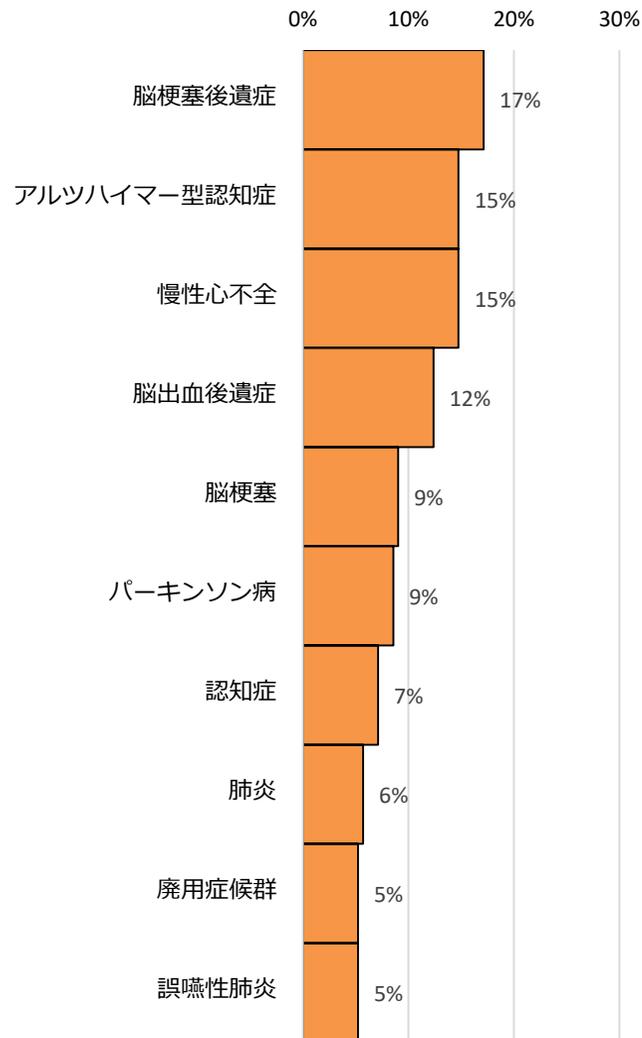
入院料毎の主傷病名

○ 各入院料に分けた場合の患者の主傷病名は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「廃用症候群」が最も多かった。

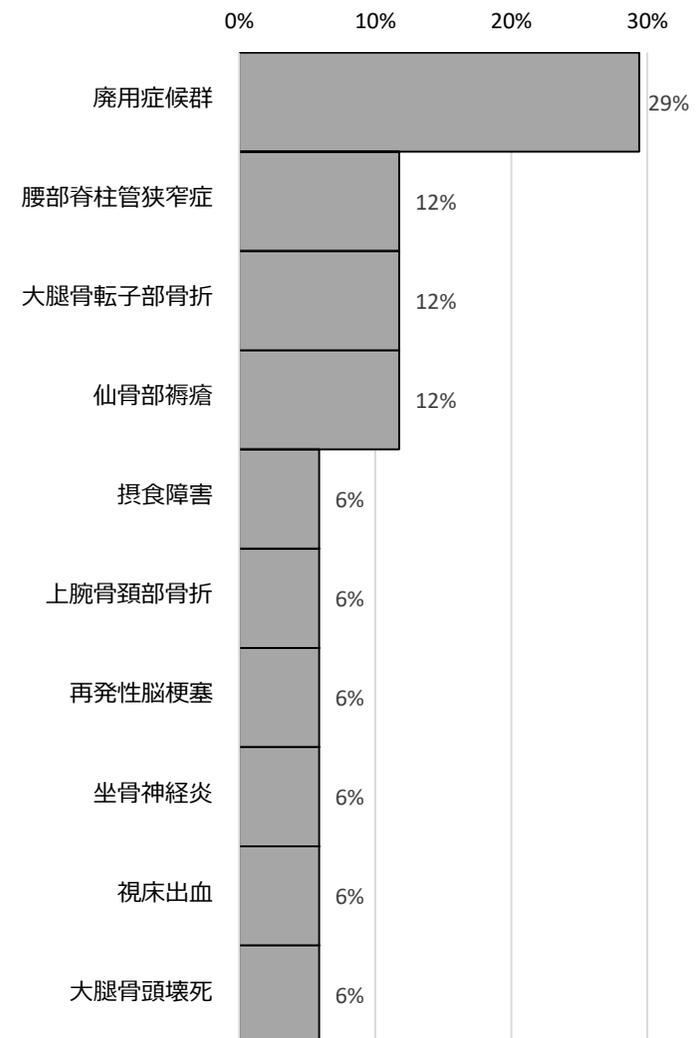
療養病棟入院料1 (n=1089)



療養病棟入院料2(n=210)

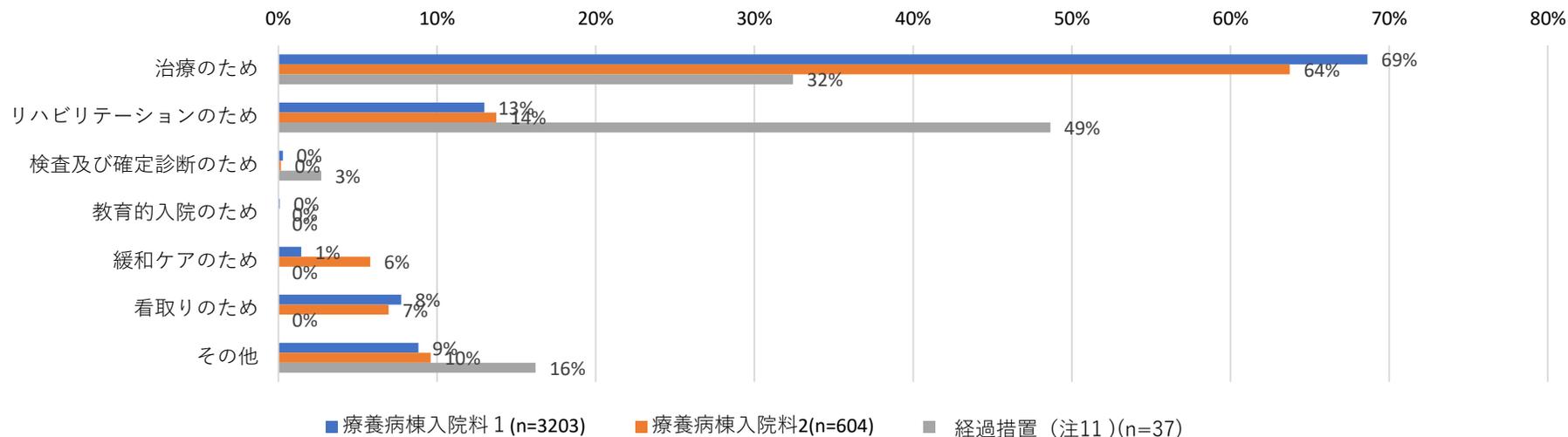


経過措置(注11) (n=17)

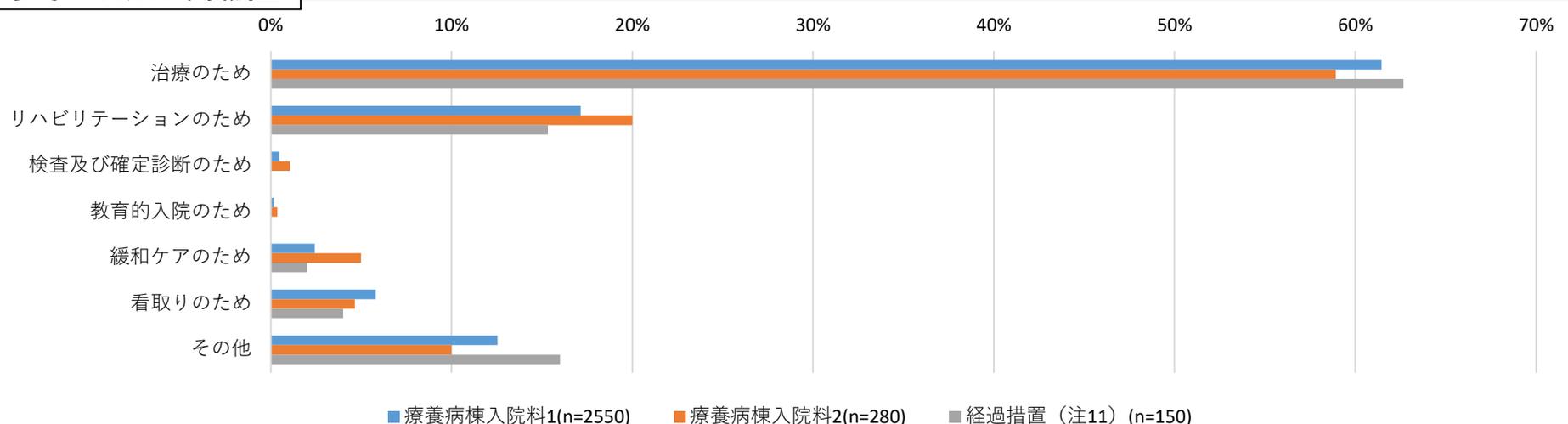


各入院料毎の患者の入院の理由

○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



参考：平成30年度調査

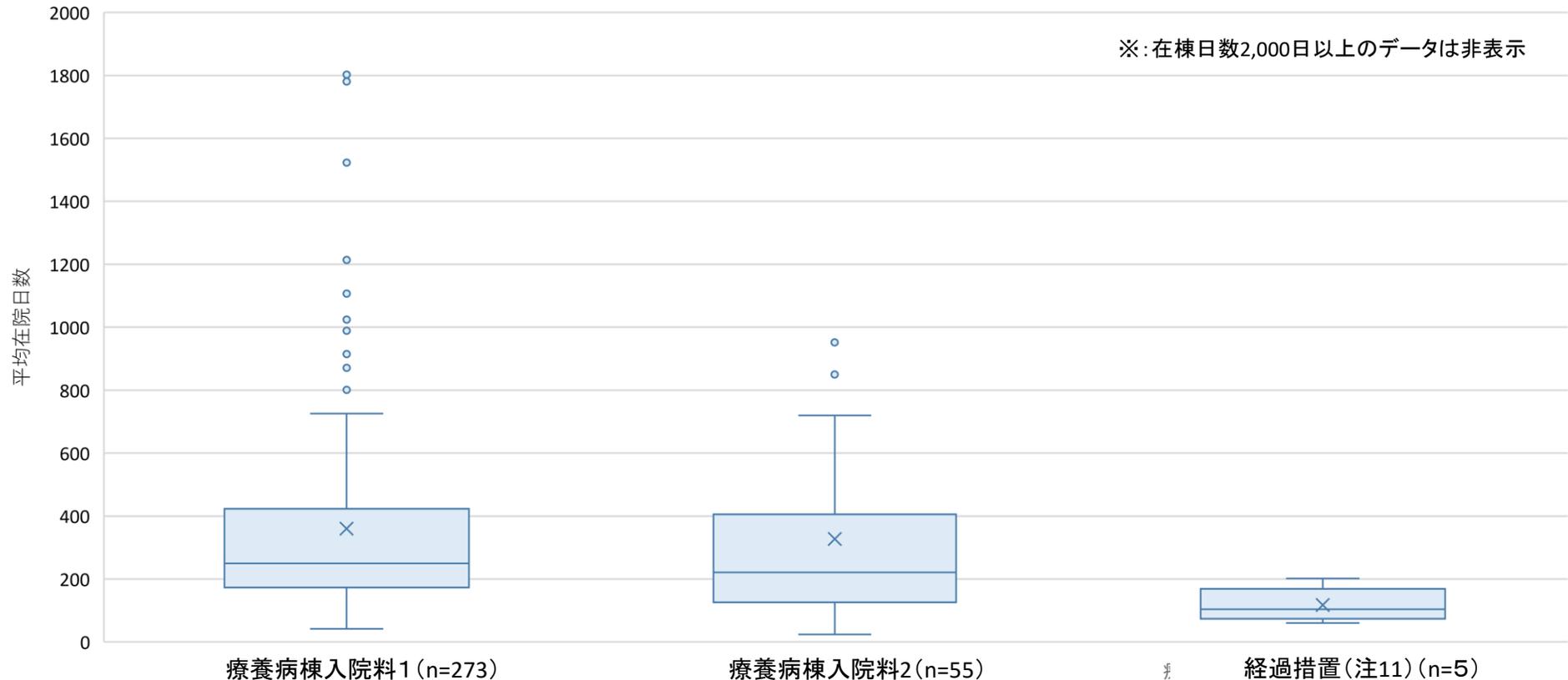


出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

各入院料毎の患者の平均在院日数

○ 各入院料に分けた場合の患者の平均在院日数は以下のとおりであった。平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置(注11)を届け出ている病棟が短かった。

入院料別の平均在院日数（病棟毎）（令和2年8～10月）

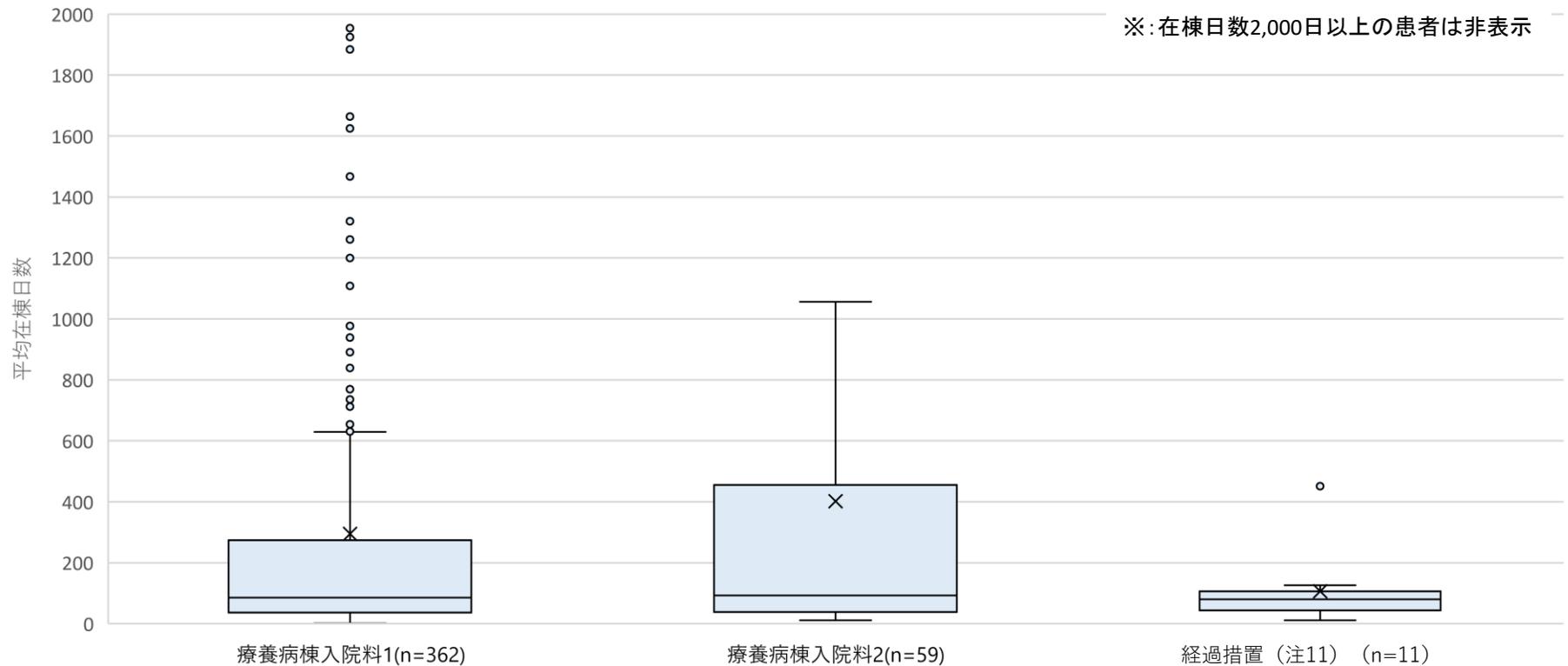


	平均値	中央値	25%tile	50%tile	75%tile
療養病棟入院料 1	360.2	250.1	172.9	250.1	423.3
療養病棟入院料 2	326.9	221.0	125.8	221.0	405.9
経過措置 (注11)	117.7	104.1	73.4	104.1	168.8

* : 平均在院日数が10,000日を超えている病棟については除いて算出。

各入院料毎の患者の平均在棟日数

○ 各入院料に分けた場合の患者の平均在棟日数は以下のとおりであった。平均値及び中央値で比較すると、入院料2を届け出ている病棟が最も長く、経過措置を届け出ている病棟が短い傾向であった。また、入院料1を届け出ている病棟では、入院料2及び経過措置(注11)を届け出ている病棟に比べて、患者のばらつきが大きい傾向であった。

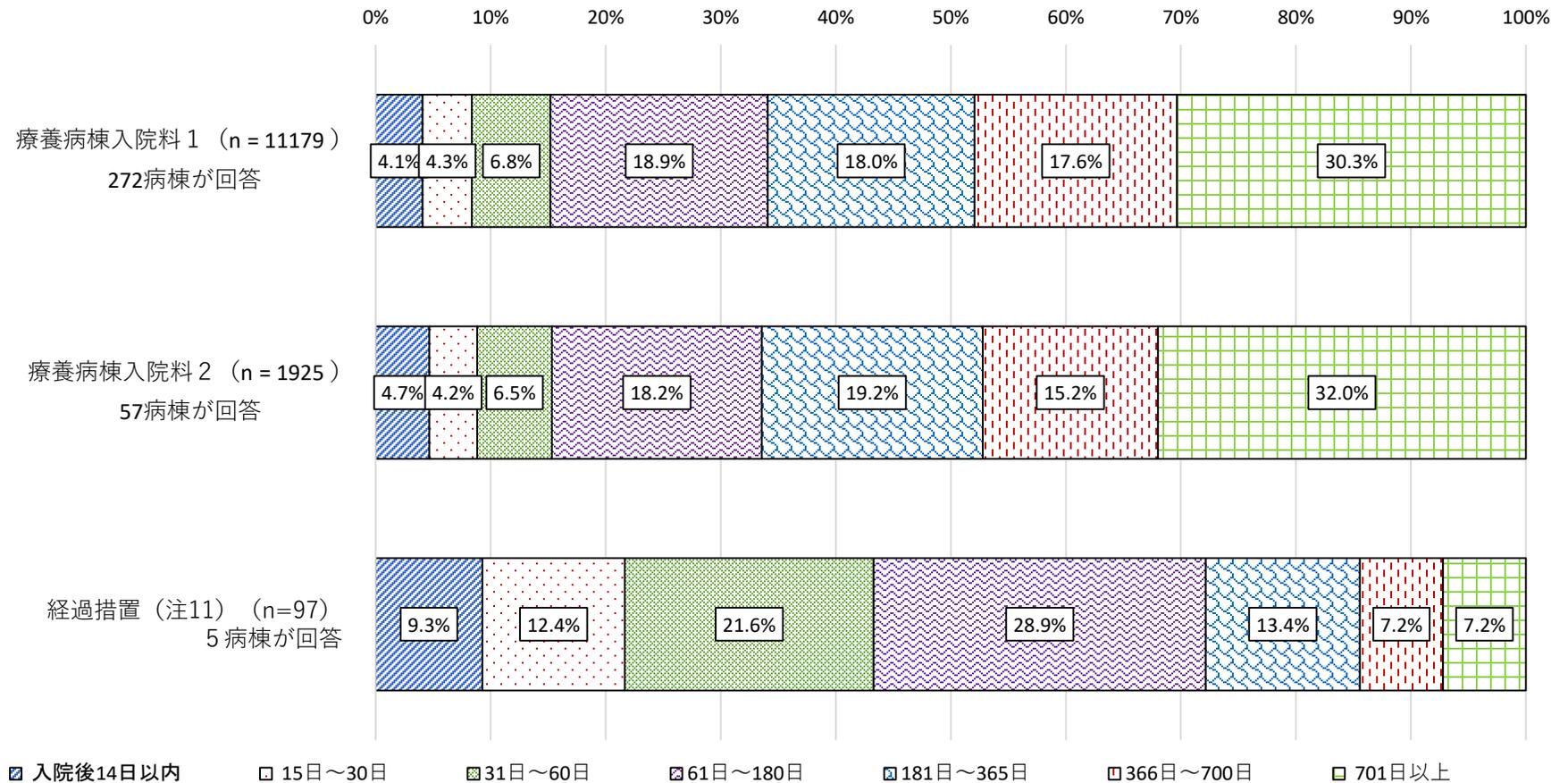


	n数	平均値	25%tile	50%tile	75%tile
療養病棟入院料1	362	294.5	36.0	85.0	273.8
療養病棟入院料2	59	401.6	38.0	93.0	455.0
経過措置 (注11)	11	105.8	44.0	80.0	106.0

入院料毎の患者の在院期間別割合の分布

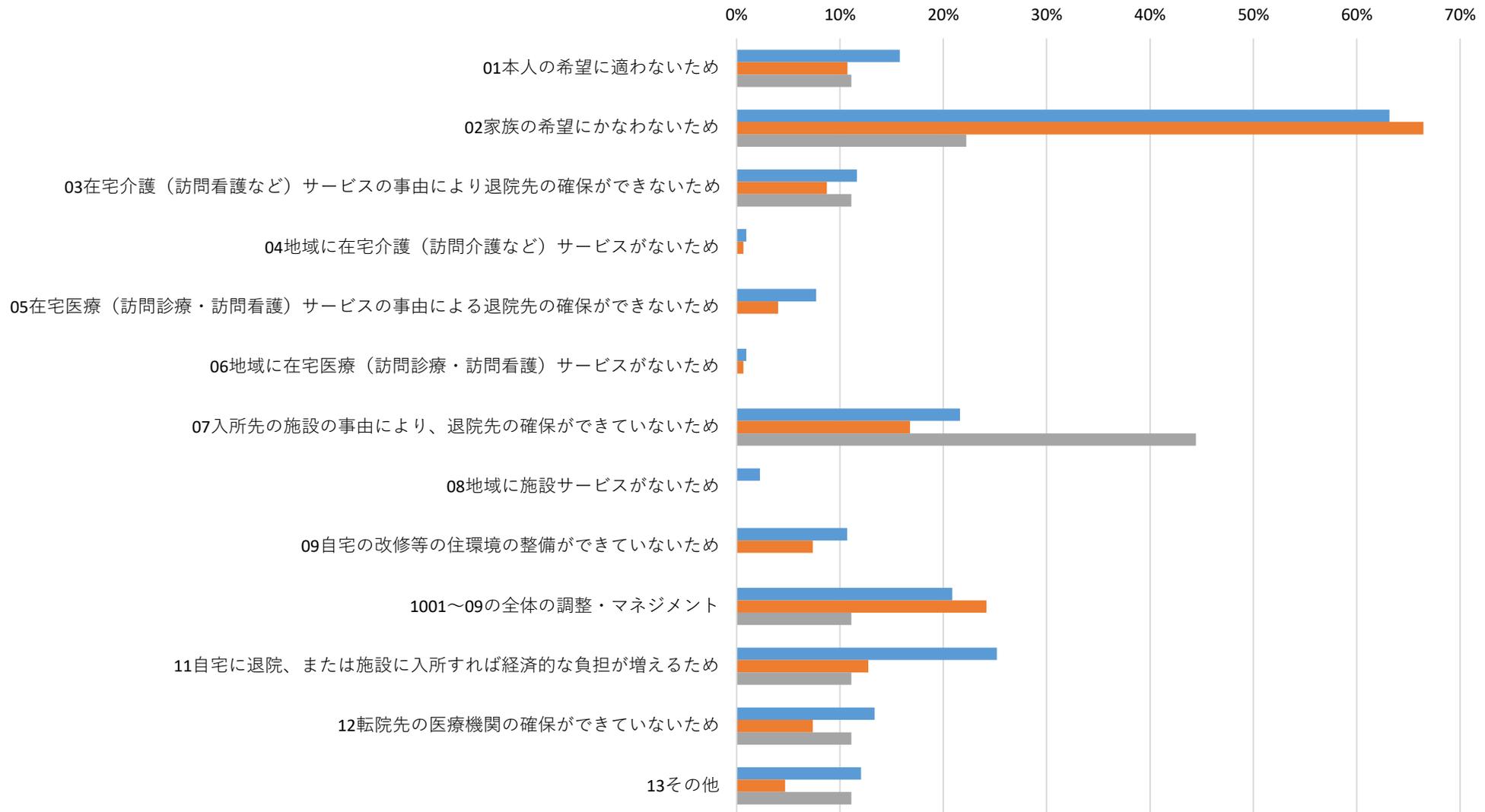
○ 入院料毎の平均在院日数は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟において、700日以上入院している患者の割合が多かった。一方、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては、180日以下の患者が半数以上を占めていた。

入院料別 患者の在院期間別の割合 (令和2年10月30日時点の状況)



各入院料毎の患者の退院できない理由(複数選択)

○ 各入院料に分けた場合の患者が退院できない理由は以下のとおりであり、入院料1及び2を届け出ている病棟においては「家族の希望にかなわないため」が多く、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「入所先の施設の事由」が多かった。

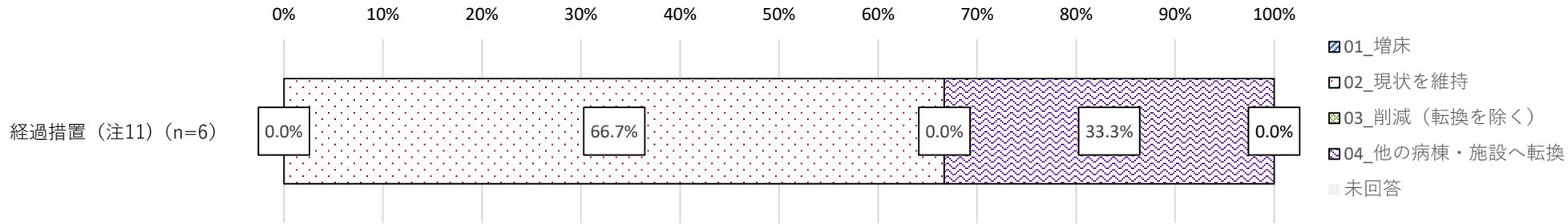


経過措置(注11)を届け出ている病棟の今後の届出の意向

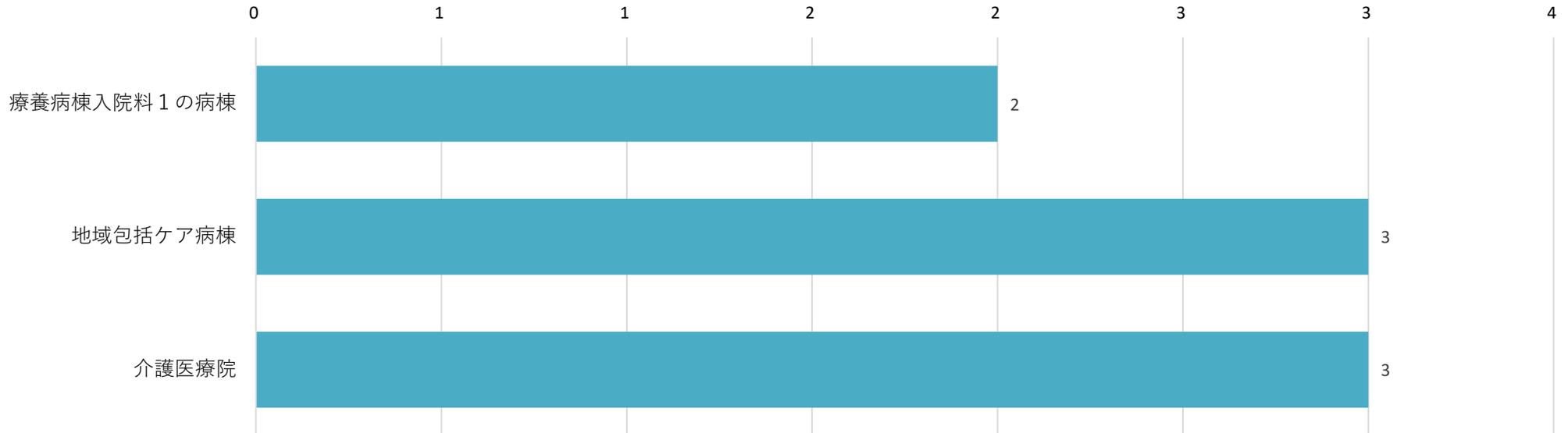
○ 経過措置(注11)を届け出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。

再掲

令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向



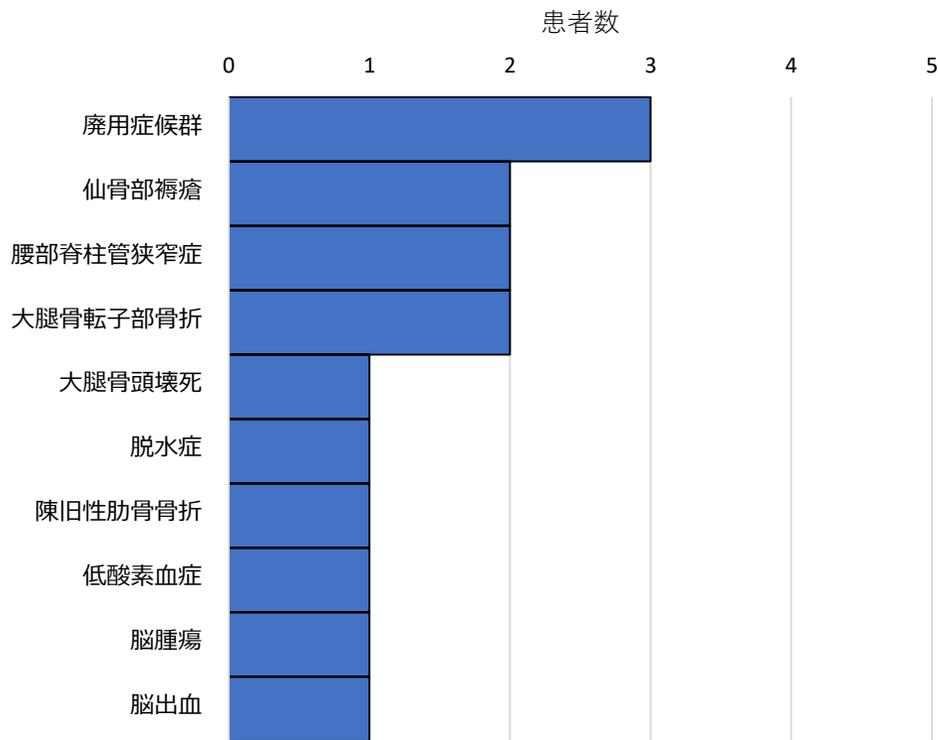
現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設 (該当するもの複数選択) [施設数]



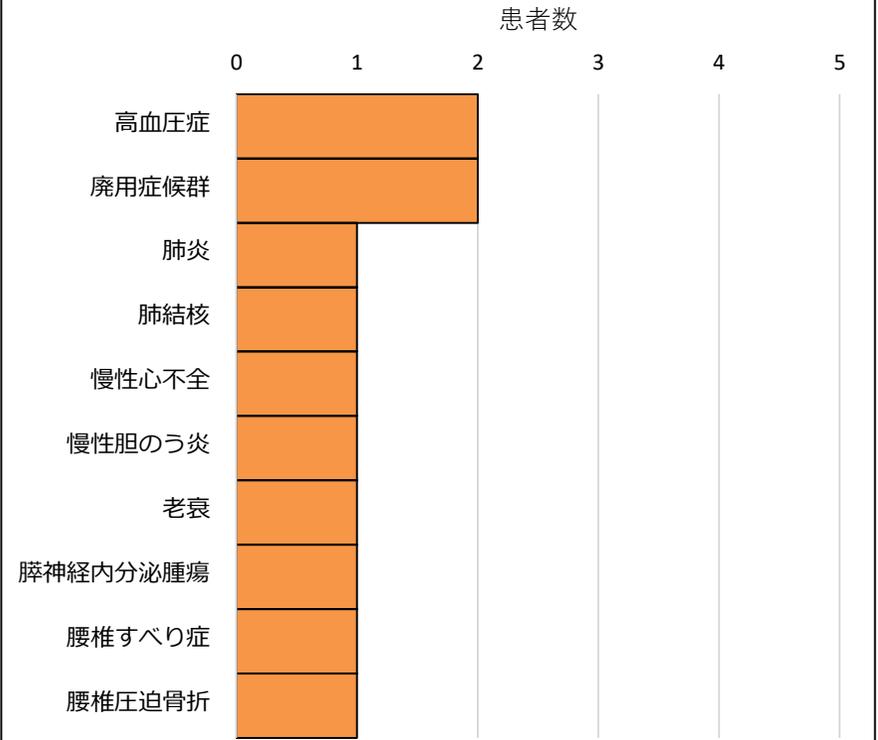
経過措置(注11)の病棟における分析

○ 経過措置(注11)を届け出ている病棟を今後の予定別に分けた場合の、それぞれの病棟に入院する患者の主傷病名は以下のとおり。「現状を維持」と答えた施設においては、「廃用症候群」が最も多く、「他の病棟・施設へ転換」と答えた施設では、「高血圧」「廃用症候群」が多かった。

現状を維持 (n=15)



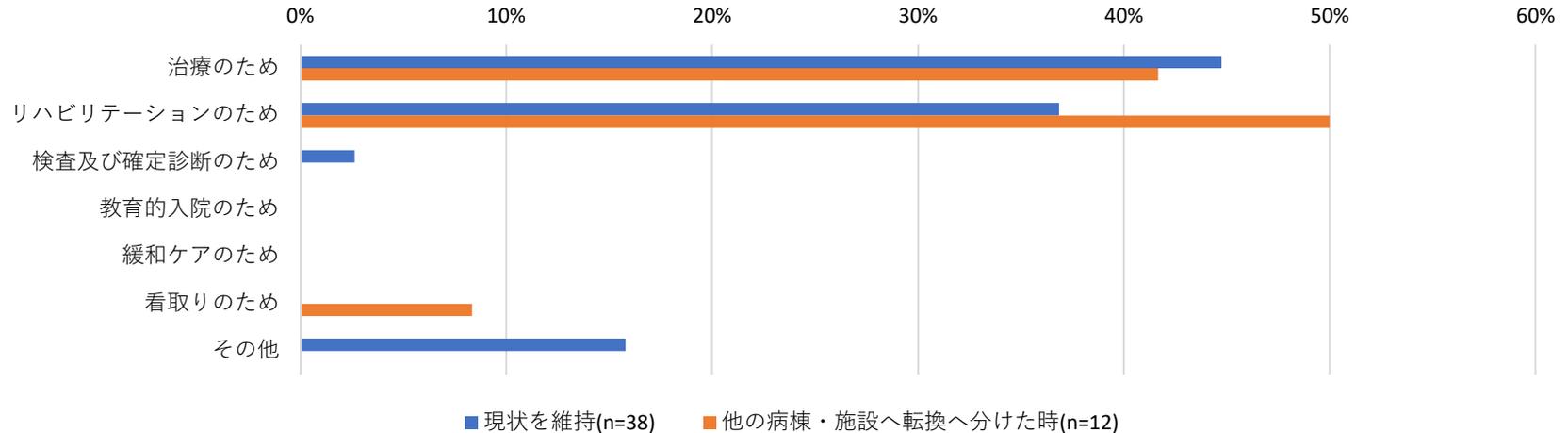
他の病棟・施設へ転換(n=12)



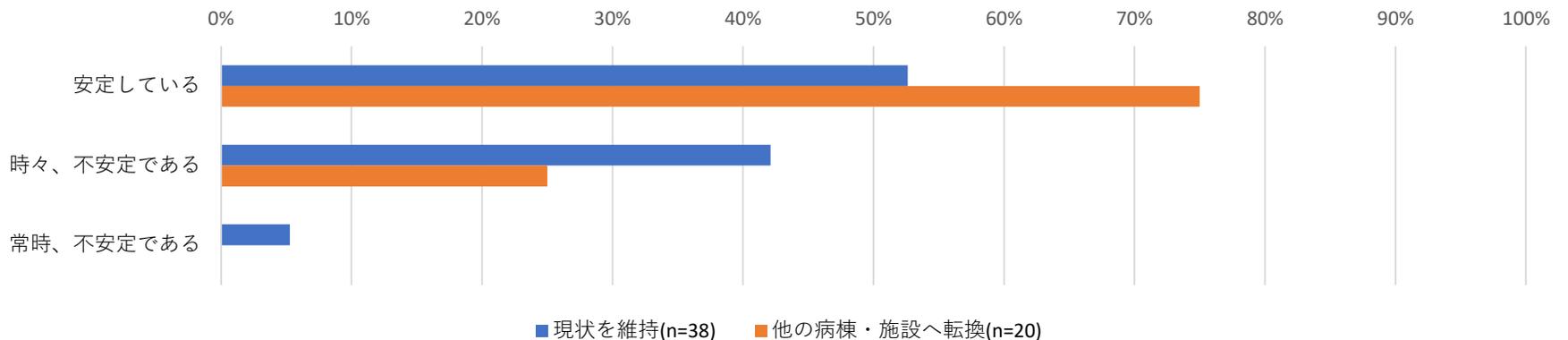
経過措置(注11)の病棟における分析

○ 経過措置(注11)を届け出ている病棟を今後の予定別に分けた場合の、患者の入院の理由及び患者の医療的な状態は以下のとおり。入院の理由について、「他の病棟・施設へ転換」のほうが、「現状を維持」と比較して、「リハビリテーションのため」が多かった。

入院の理由

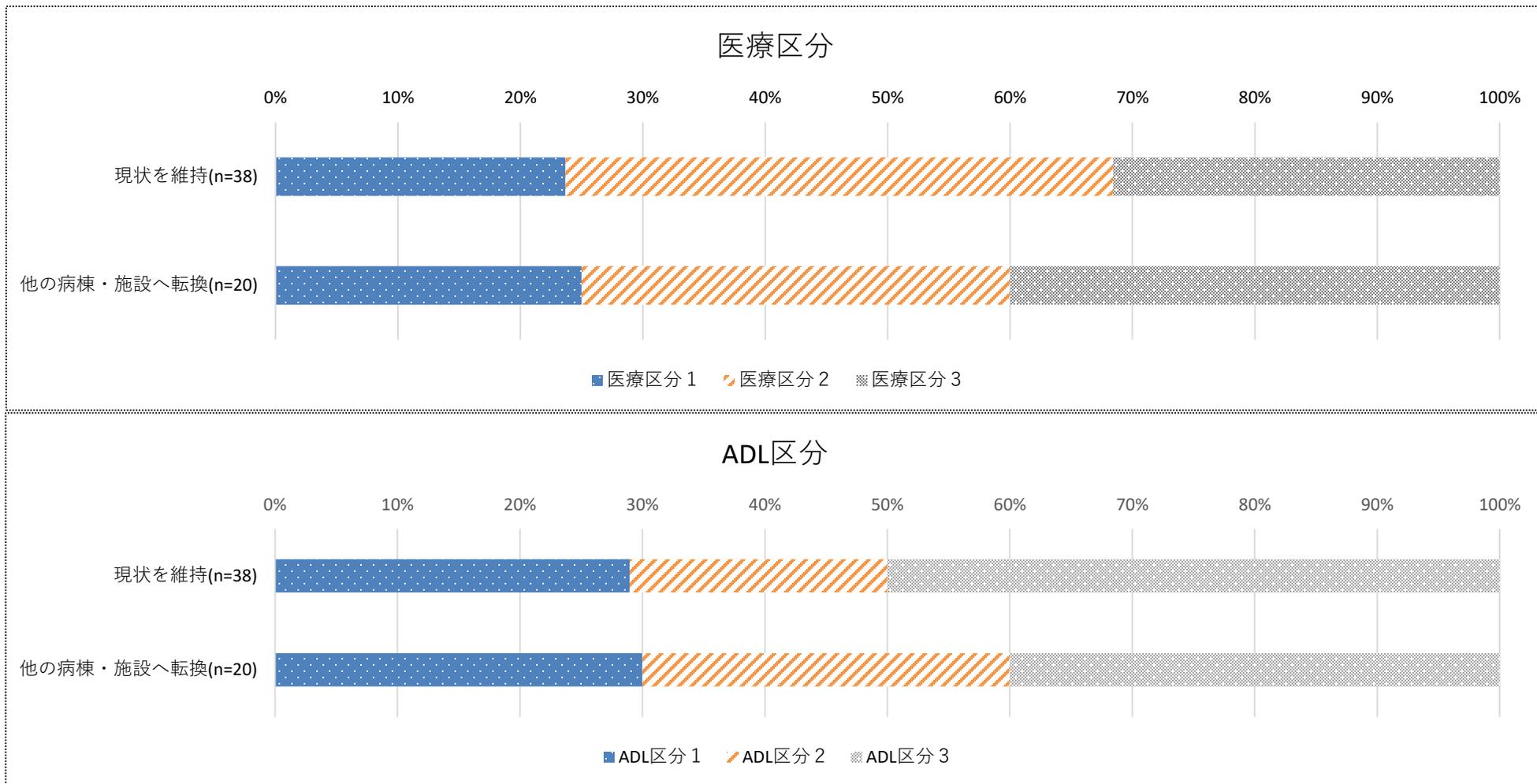


入棟中の患者の医療的な状態



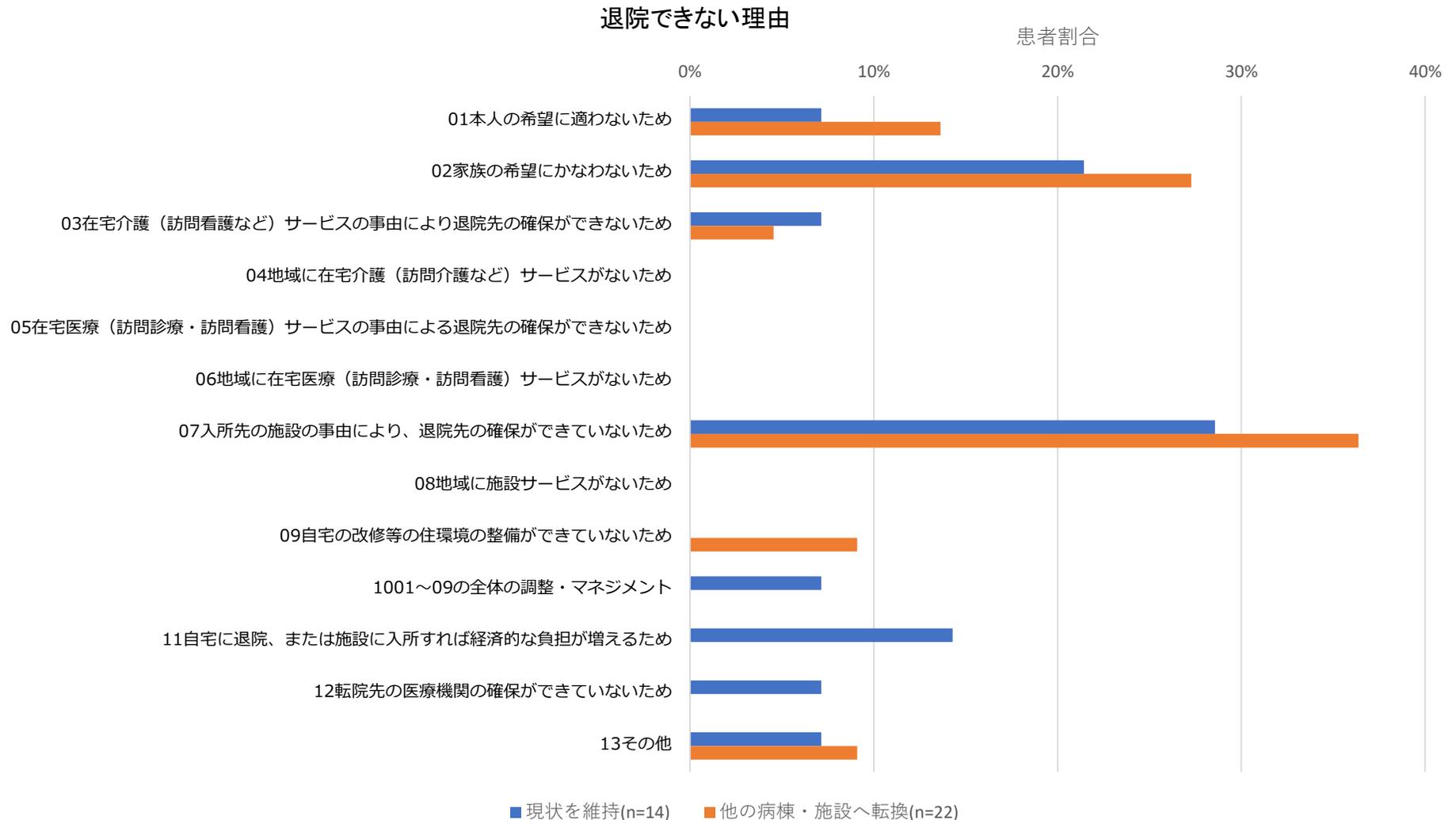
経過措置(注11)の病棟における分析

- 経過措置(注11)を届け出ている病棟を今後の予定別に分けた場合に、それぞれの病棟に入院している患者の医療区分及びADL区分は以下のとおり。
- 医療区分では、「現状を維持」としている病棟の方が「他の病棟・施設へ転換」としている病棟に比較して医療区分1の患者割合が高く、ADL区分では「現状を維持」等している病棟の方が、「他の病棟・施設へ転換」としている病棟に比較してADL区分3の割合が高かった。



経過措置(注11)の病棟における分析

○ 経過措置(注11)を届け出ている病棟を今後の予定別に分けた場合に、それぞれの病棟に入院している患者の退院できない理由は以下のとおりであり、他の病棟・施設へ転換と回答した病棟において、「入所先の施設の事由により、退院先の確保ができないため」がより多かった。



療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎に医療区分別に分けた場合の、3か月後の医療区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点で医療区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点で医療区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合は入院料間で大きな差は見られなかった。

入院料 1		令和2年8月1日時点			
		医療区分 1 (N=948)	医療区分 2 (N=5372)	医療区分 3 (N=3977)	
令和2年10月30日	医療区分 1	46.7%	2.0%	3.0%	
	医療区分 2	8.5%	75.0%	4.7%	
	医療区分 3	8.0%	6.2%	65.6%	
	退棟	36.7%	16.8%	26.8%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1	26.3%	1.5%	0.3%
		医療区分 2	0.8%	6.4%	0.4%
医療区分 3		0.8%	0.7%	2.7%	
死亡退院		8.9%	8.3%	23.3%	

入院料 2		令和2年8月1日時点			
		医療区分 1 (N=627)	医療区分 2 (N=673)	医療区分 3 (N=521)	
令和2年10月30日	医療区分 1	64.4%	8.0%	2.5%	
	医療区分 2	9.4%	61.8%	3.8%	
	医療区分 3	2.7%	4.8%	61.6%	
	退棟	23.4%	25.4%	32.1%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1	15.8%	3.1%	1.7%
		医療区分 2	1.4%	10.3%	1.3%
医療区分 3		0.6%	1.3%	4.6%	
死亡退院		5.6%	10.7%	24.4%	

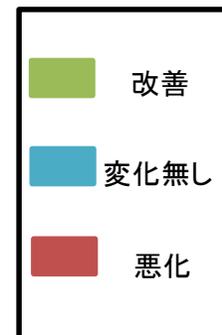
経過措置 (注11)		令和2年8月1日時点			
		医療区分 1 (N=54)	医療区分 2 (N=44)	医療区分 3 (N=15)	
令和2年10月30日	医療区分 1	24.1%	2.3%	0.0%	
	医療区分 2	1.9%	13.6%	6.7%	
	医療区分 3	1.9%	9.1%	60.0%	
	退棟	72.2%	75.0%	33.3%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1	70.3%	22.7%	6.7%
		医療区分 2	1.9%	43.2%	0.0%
医療区分 3		0.0%	2.3%	13.3%	
死亡退院		0.0%	6.8%	13.3%	



療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者のADL区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎にADL区分別に分けた場合の、3か月後のADL区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点でADL区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点でADL区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合についてみると、入院料間で大きな差は見られなかった。

入院料 1		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=951)		ADL区分 2 (N=2198)		ADL区分 3 (N=7290)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	54.0%		1.6%		0.6%	
	ADL区分 2	5.4%		66.8%		1.8%	
	ADL区分 3	5.6%		8.7%		76.5%	
	退棟	35.0%		22.9%		21.0%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	26.0%		0.8%		0.1%
ADL区分 2		0.7%		12.0%		0.2%	
ADL区分 3		1.0%		0.9%		3.9%	
死亡退院		7.4%		9.1%		16.8%	
入院料 2		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=221)		ADL区分 2 (N=509)		ADL区分 3 (N=1128)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	59.7%		0.8%		2.3%	
	ADL区分 2	6.8%		69.5%		1.7%	
	ADL区分 3	2.7%		4.9%		70.5%	
	退棟	30.8%		24.8%		25.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	24.5%		0.2%		0.0%
ADL区分 2		0.9%		16.7%		0.3%	
ADL区分 3		0.9%		1.8%		7.4%	
死亡退院		4.5%		6.1%		17.8%	
経過措置 (注11)		令和2年8月1日時点					
		ADL区分 1 (N=55)		ADL区分 2 (N=29)		ADL区分 3 (N=29)	
令和2年10月30日	ADL区分 1	12.7%		3.4%		0.0%	
	ADL区分 2	0.0%		24.1%		0.0%	
	ADL区分 3	0.0%		6.9%		65.5%	
	退棟	87.3%		65.5%		34.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1	85.4%		27.6%		0.0%
ADL区分 2		0.0%		31.1%		0.0%	
ADL区分 3		1.8%		0.0%		20.7%	
死亡退院		0.0%		6.9%		13.8%	



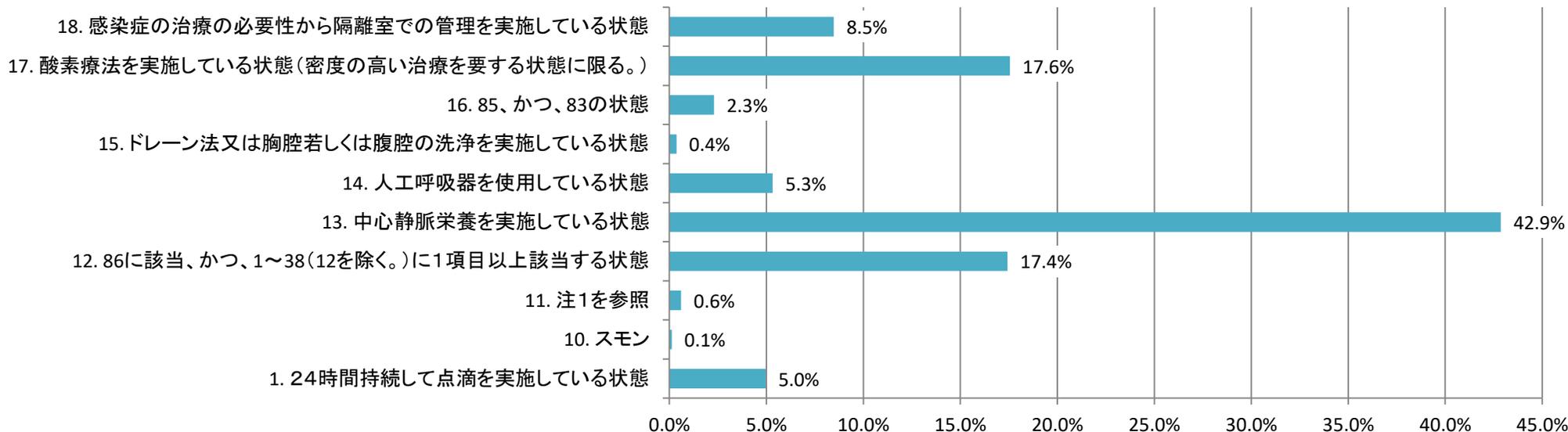
出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟票)

医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

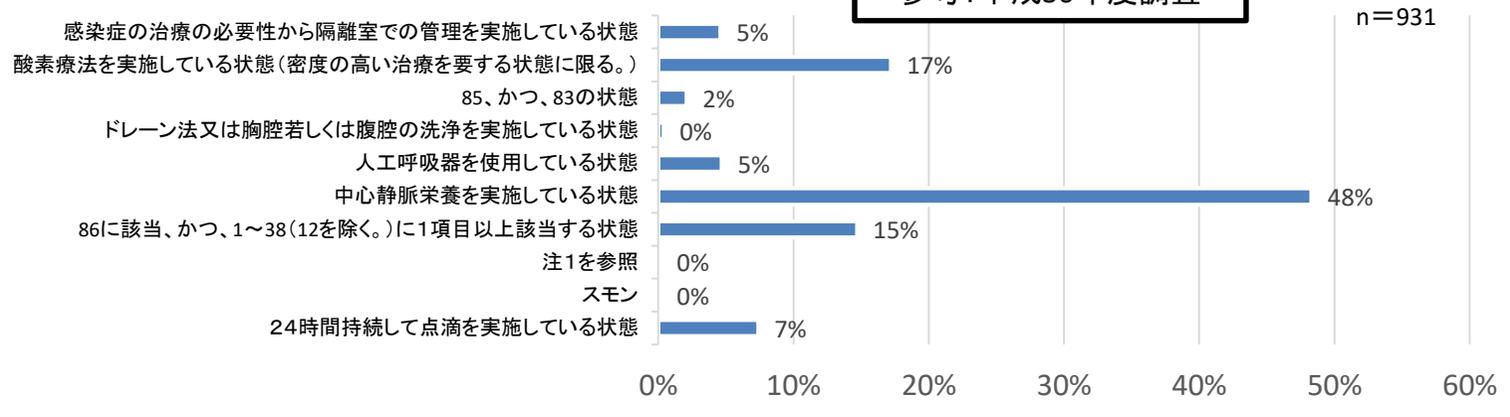
○ 医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

医療区分3の1項目該当の場合の該当項目(構成割合)

n=826



参考:平成30年度調査

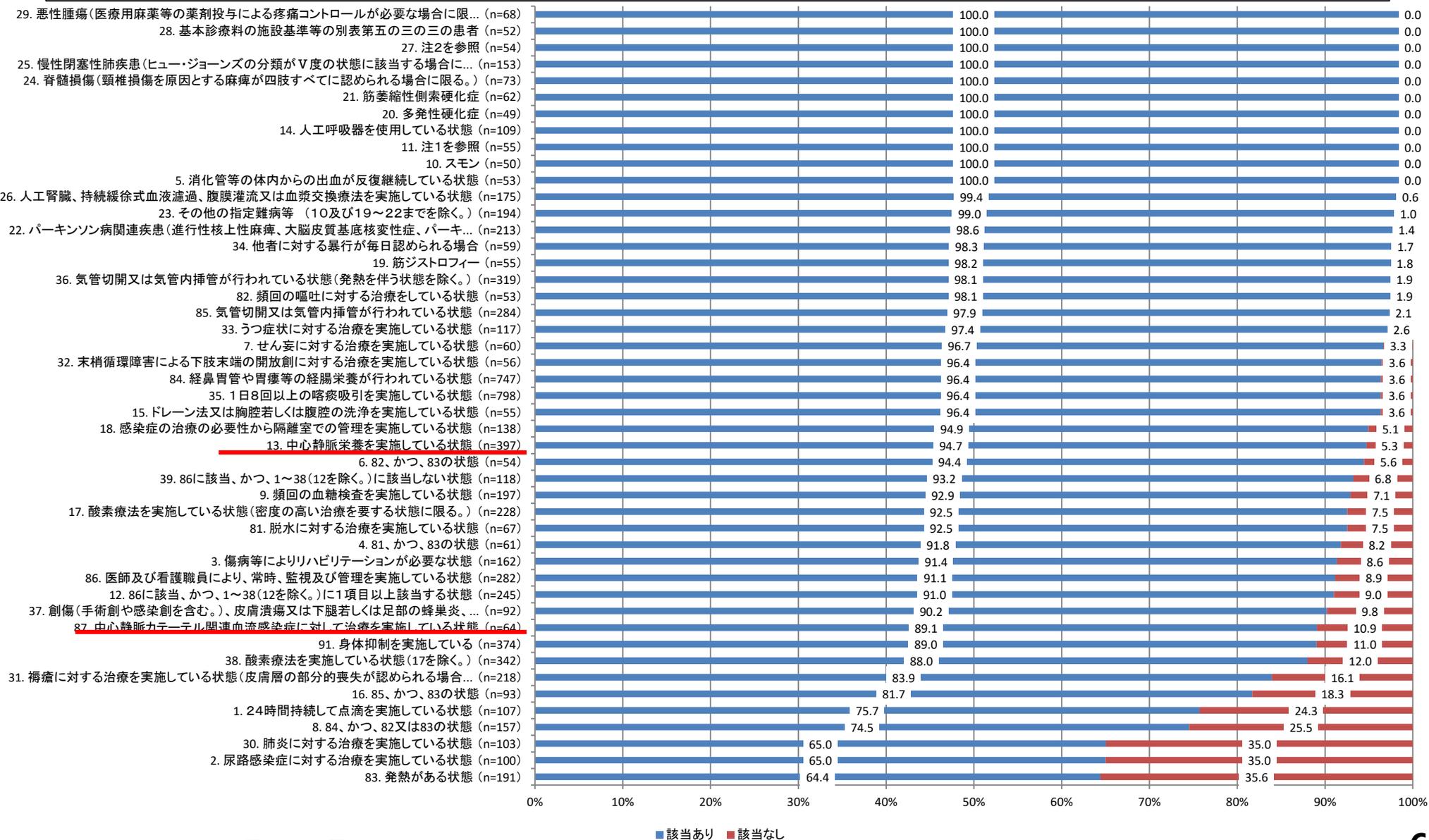


n=931

- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

調査基準日3か月前と調査基準日の医療区分の該当項目の比較

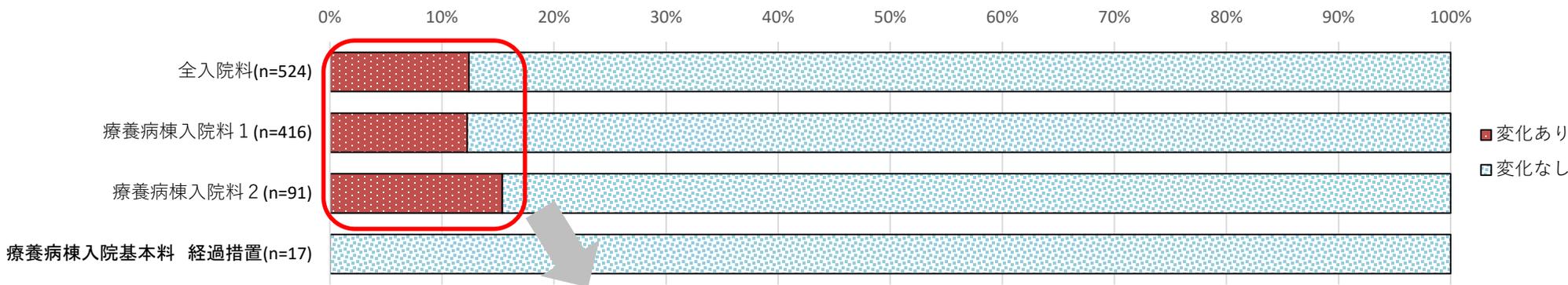
○ 調査基準日3か月前に該当していた患者のうち、調査基準日においても該当している患者の割合は以下のとおりであった。



中心静脈栄養の対象患者の変化について

○ 令和2年度改定において要件とされた、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。

中心静脈カテーテル挿入時の要件である、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことによる対象患者の変化

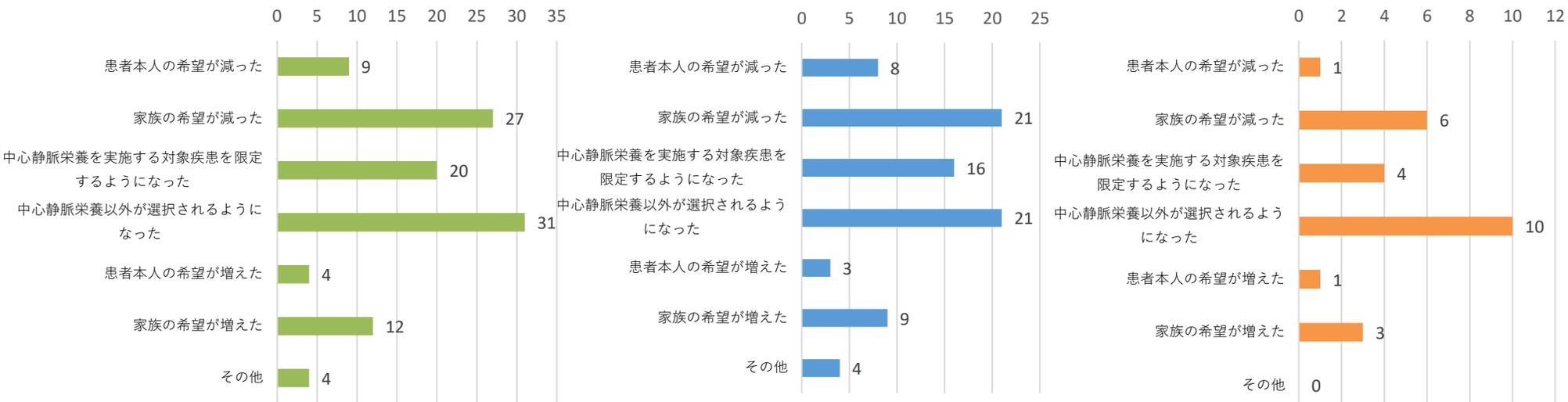


説明による変化があった場合の、中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の内容(複数回答)

全入院料(回答施設数：64、回答数：107)

療養病棟入院料 1(回答施設数：50、回答数：82)

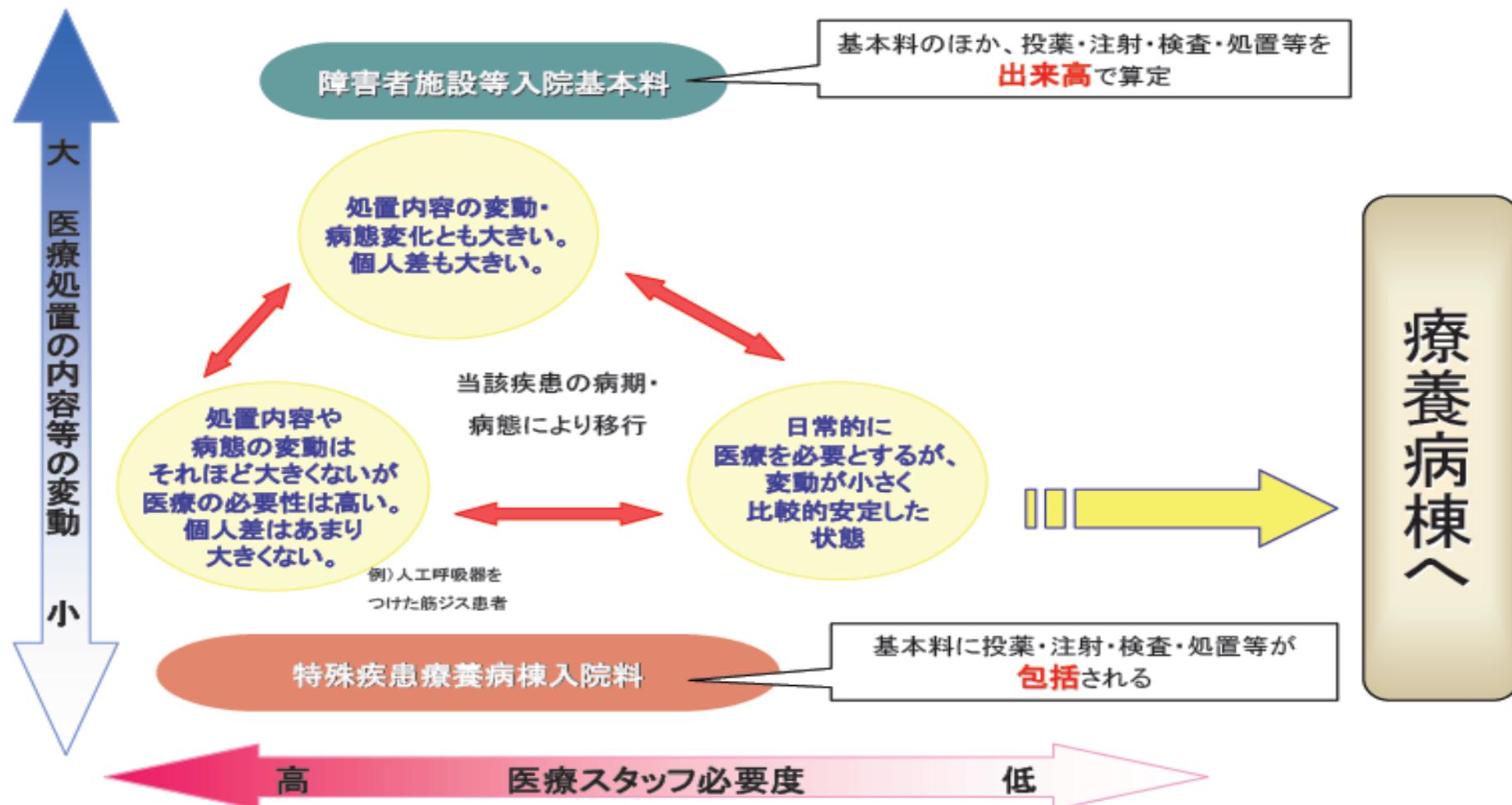
療養病棟入院料 2(回答施設数：14、回答数：25)



2. 慢性期入院医療について

- 1) 慢性期入院医療を取りまく状況について
- 2) 療養病棟入院基本料について
- 3) 障害者施設等入院基本料等について

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

H12

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

- 児童福祉法が規定する
- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
 - 脊髄損傷等の重度障害者
 - 重度の意識障害者
 - 筋ジストロフィー患者
 - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

<障害者施設等入院基本料の特徴>

個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの係る経緯

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設
(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
→投薬・注射・処置等が包括払い

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上		
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—			
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	—	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上		
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟		
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			褥瘡の評価			
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点	1,748～751点	
	重度の意識障害者(脳卒中後)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点			
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括		
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

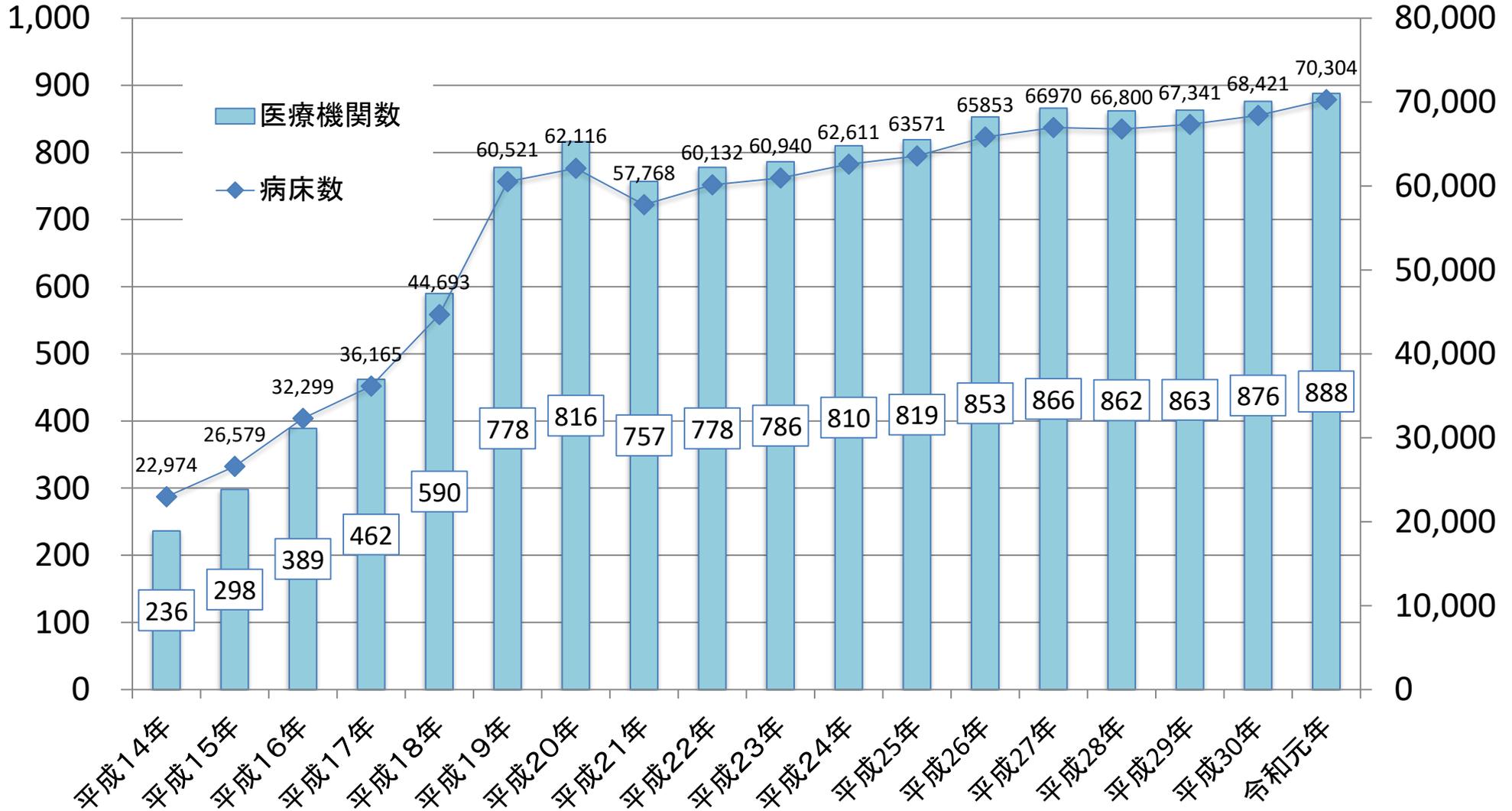
障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

障害者施設等入院基本料	特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患病棟入院料2
<ul style="list-style-type: none"> ○ 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む) <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等) ○ 筋ジストロフィー患者 ○ 難病患者等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む) <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等) ○ 筋ジストロフィー患者 ○ 神経難病患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者 <p style="text-align: center;">ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く</p>
<p style="text-align: center;">上記患者が概ね7割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)</p>	<p style="text-align: center;">上記患者が概ね8割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)</p>	<p style="text-align: center;">上記患者が概ね8割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)</p>

障害者施設等入院基本料届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



障害者施設等入院基本料届出医療機関数(入院料別)

医療機関数

1,000

900

800

700

600

500

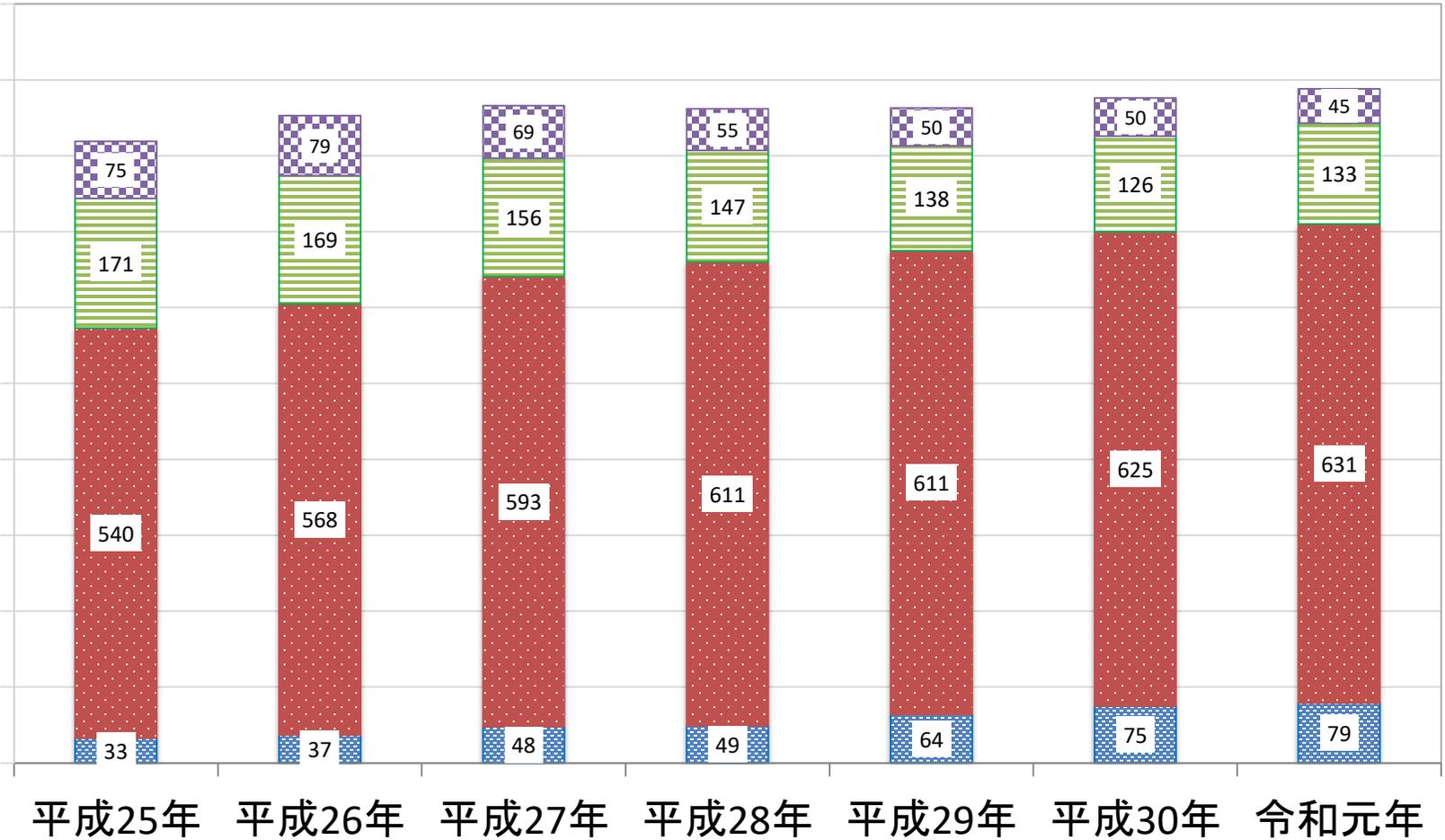
400

300

200

100

0



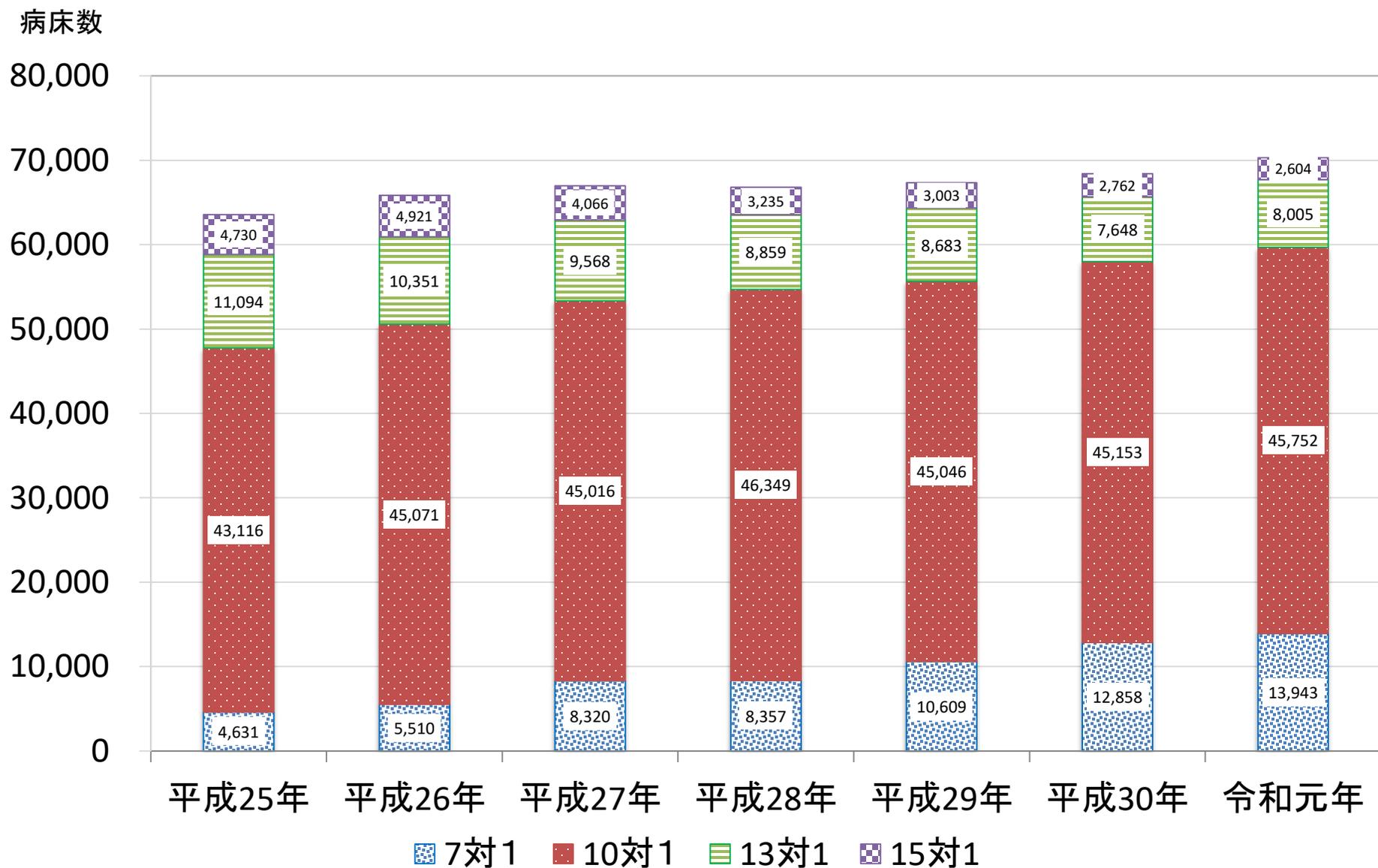
7対1

10対1

13対1

15対1

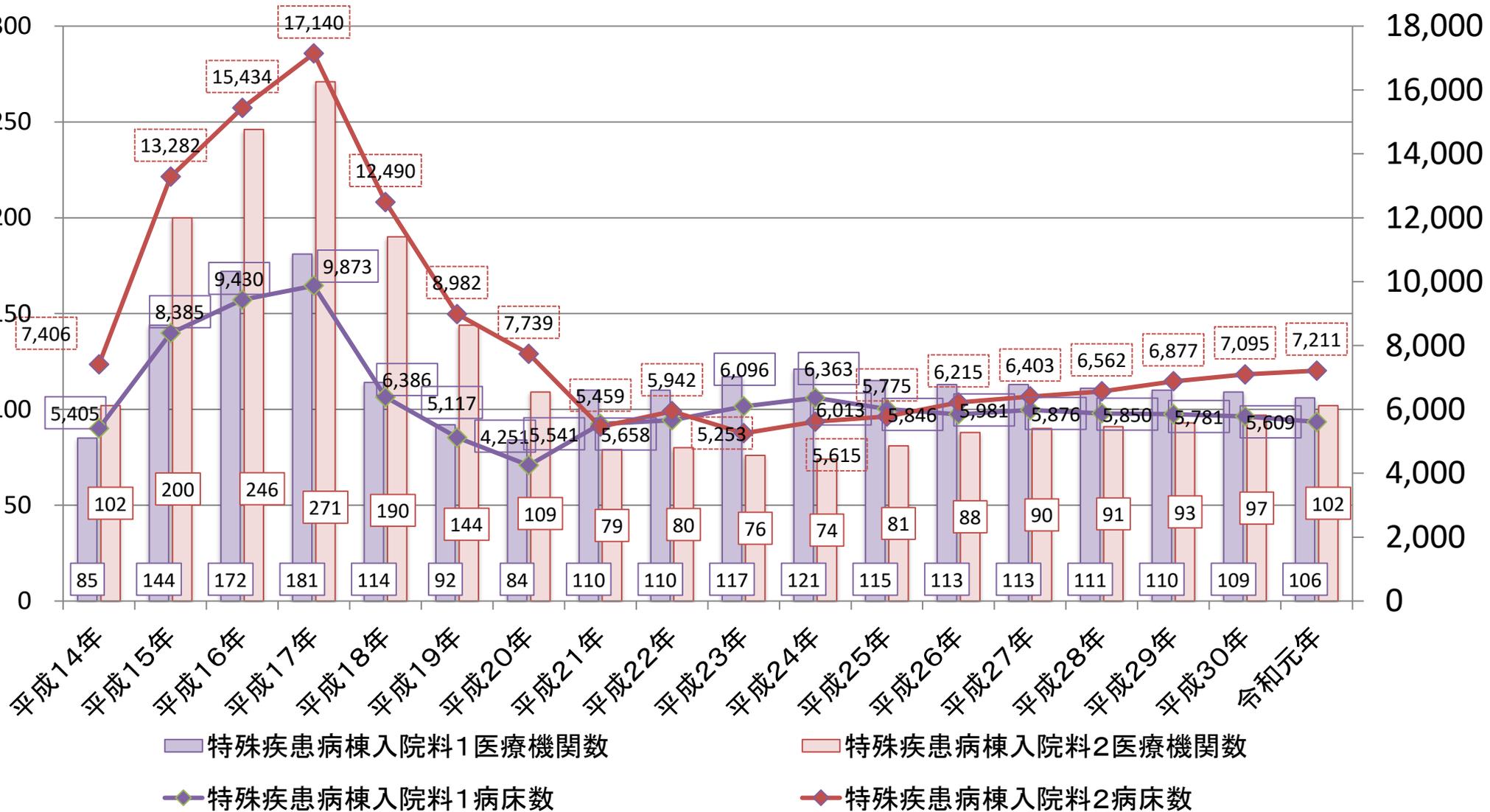
障害者施設等入院基本料届出病床数(入院料別)



特殊疾患病棟入院料届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数

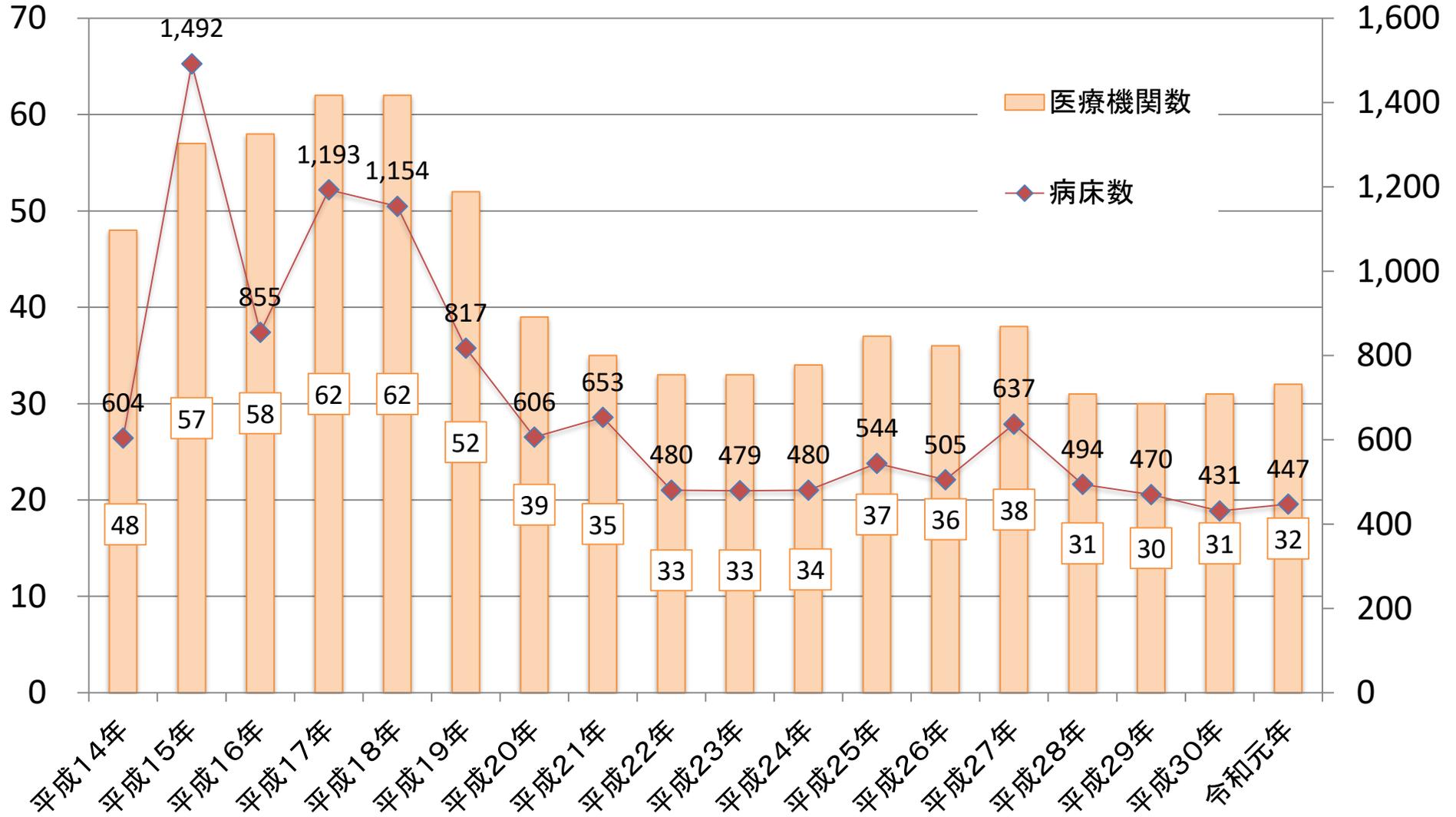


※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料

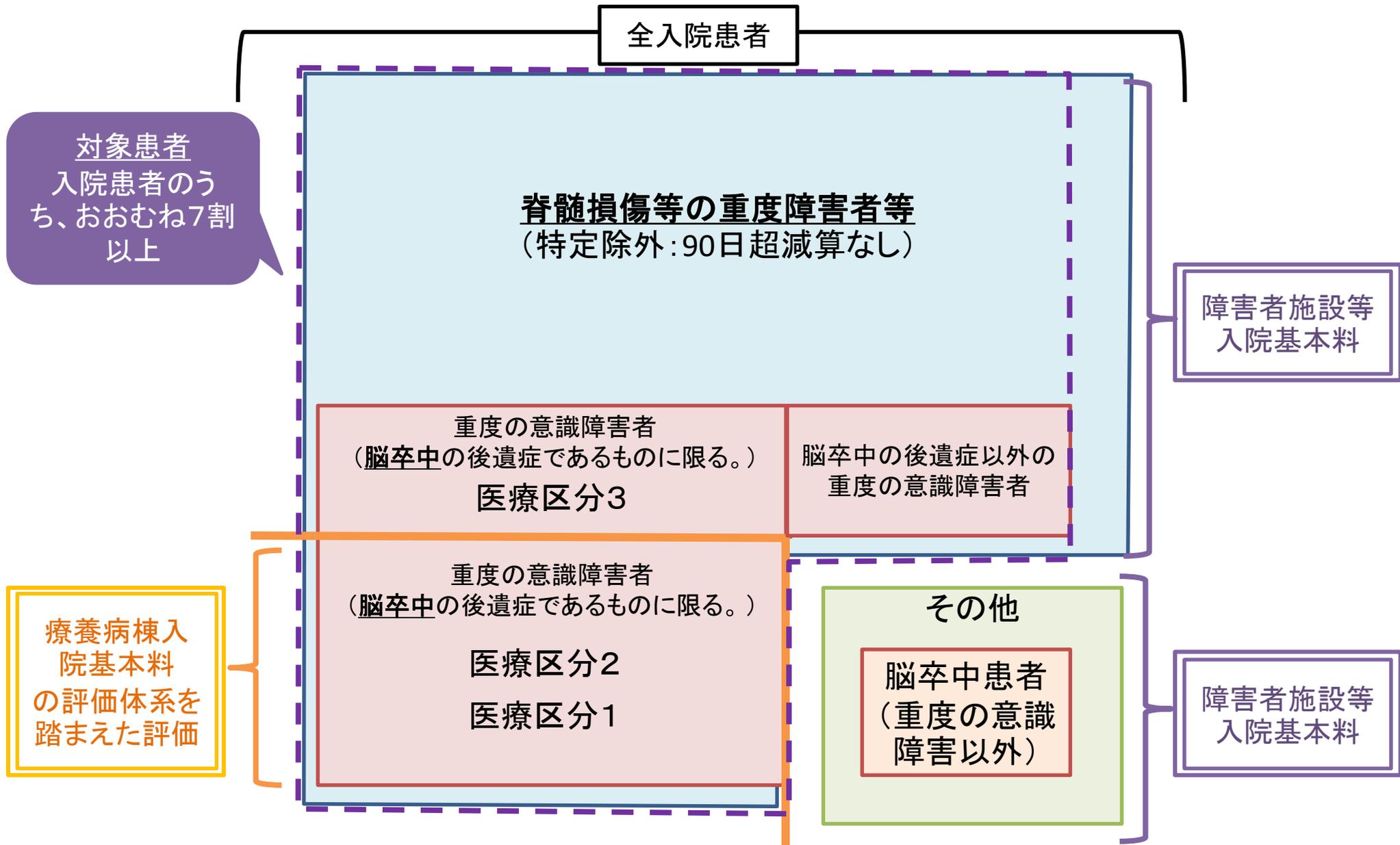
特殊疾患入院医療管理料届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数

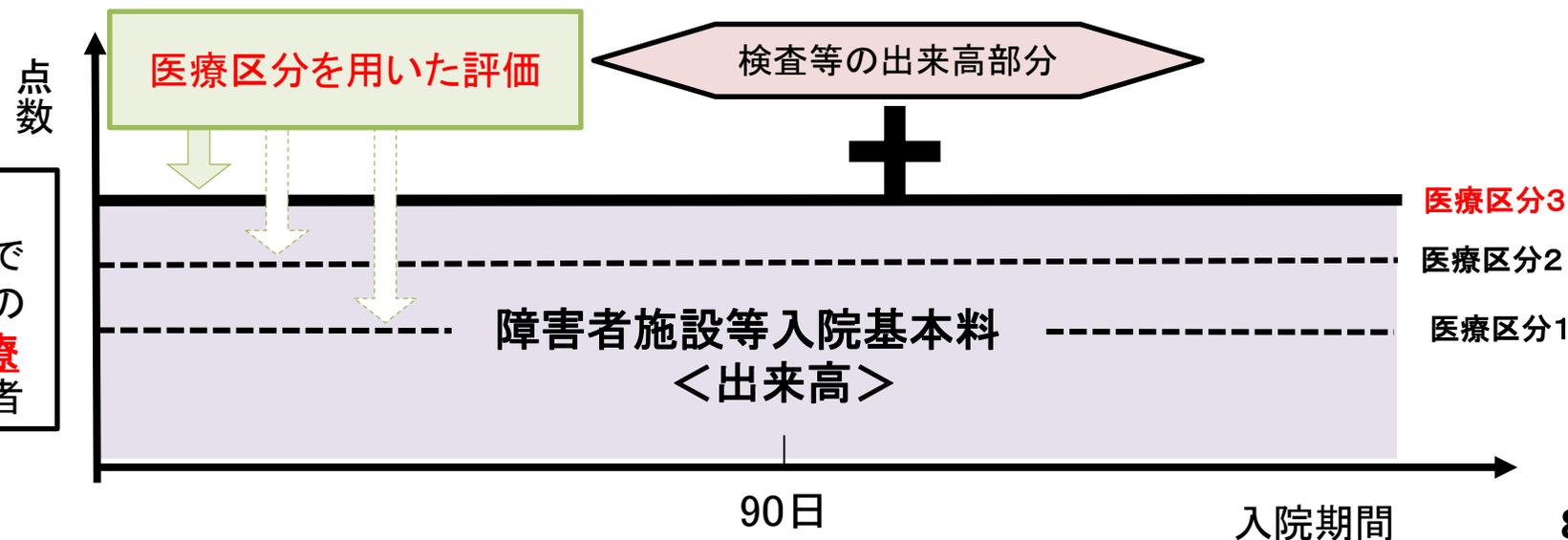
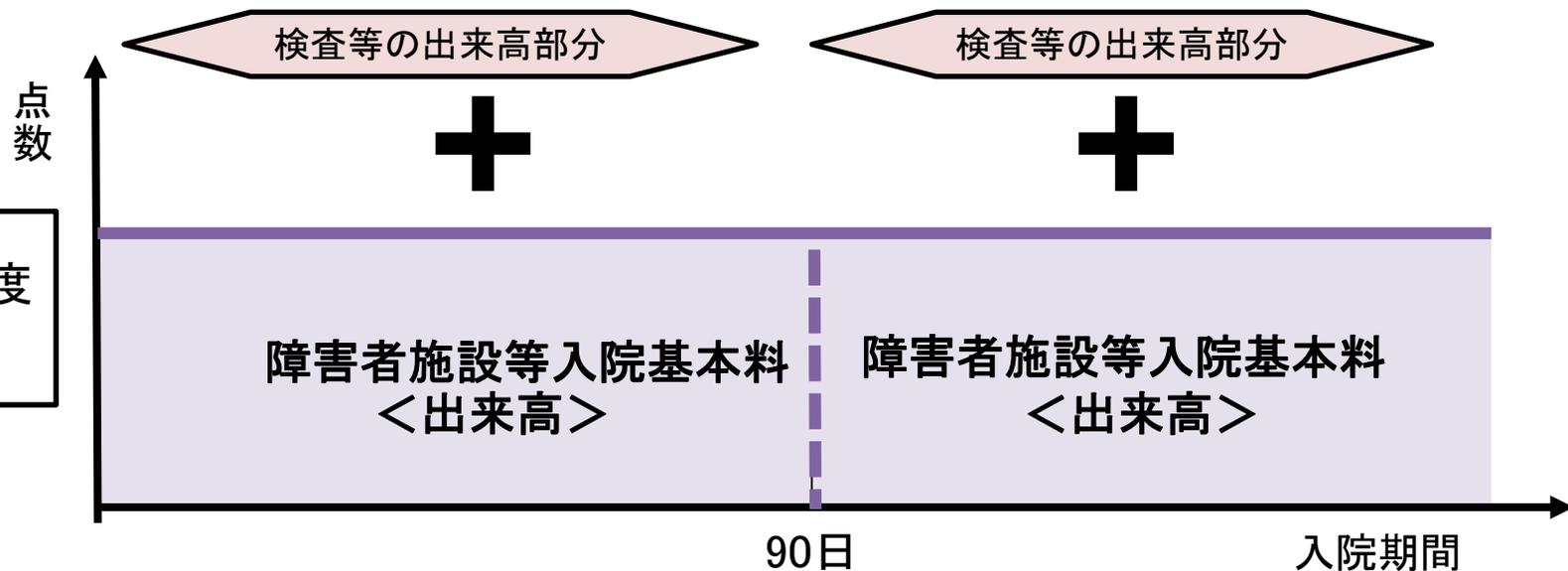


障害者施設等入院基本料の対象患者と算定する入院料の関係（イメージ）



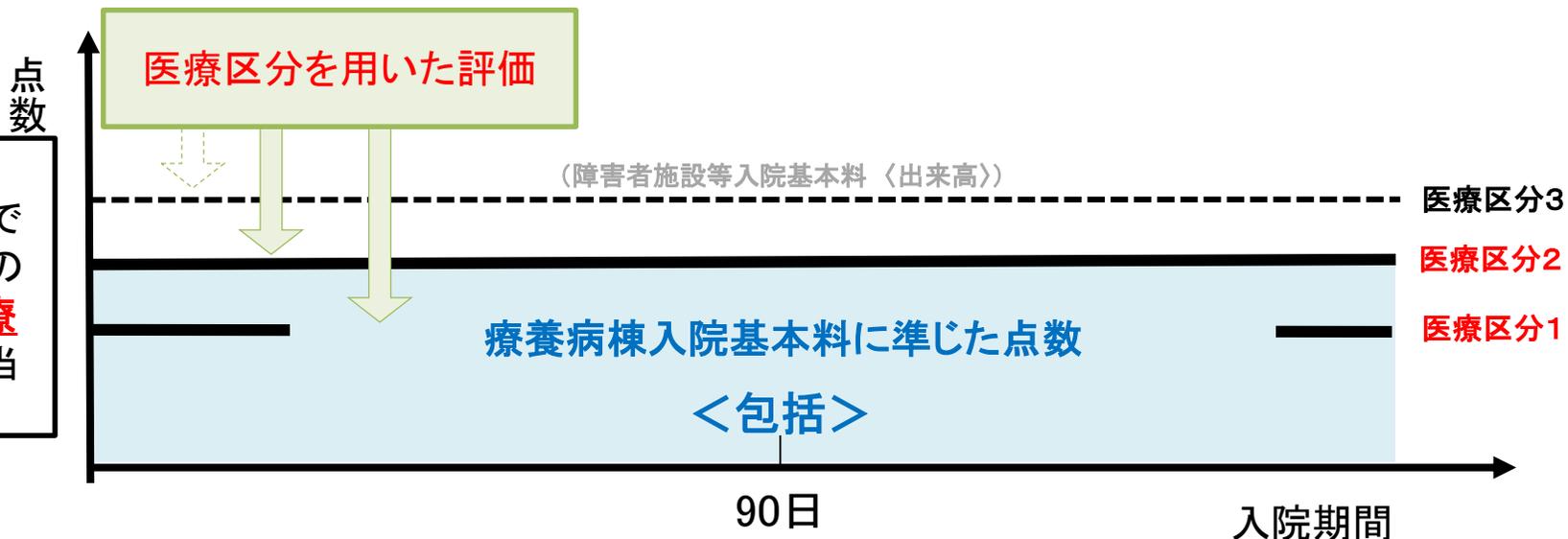
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。

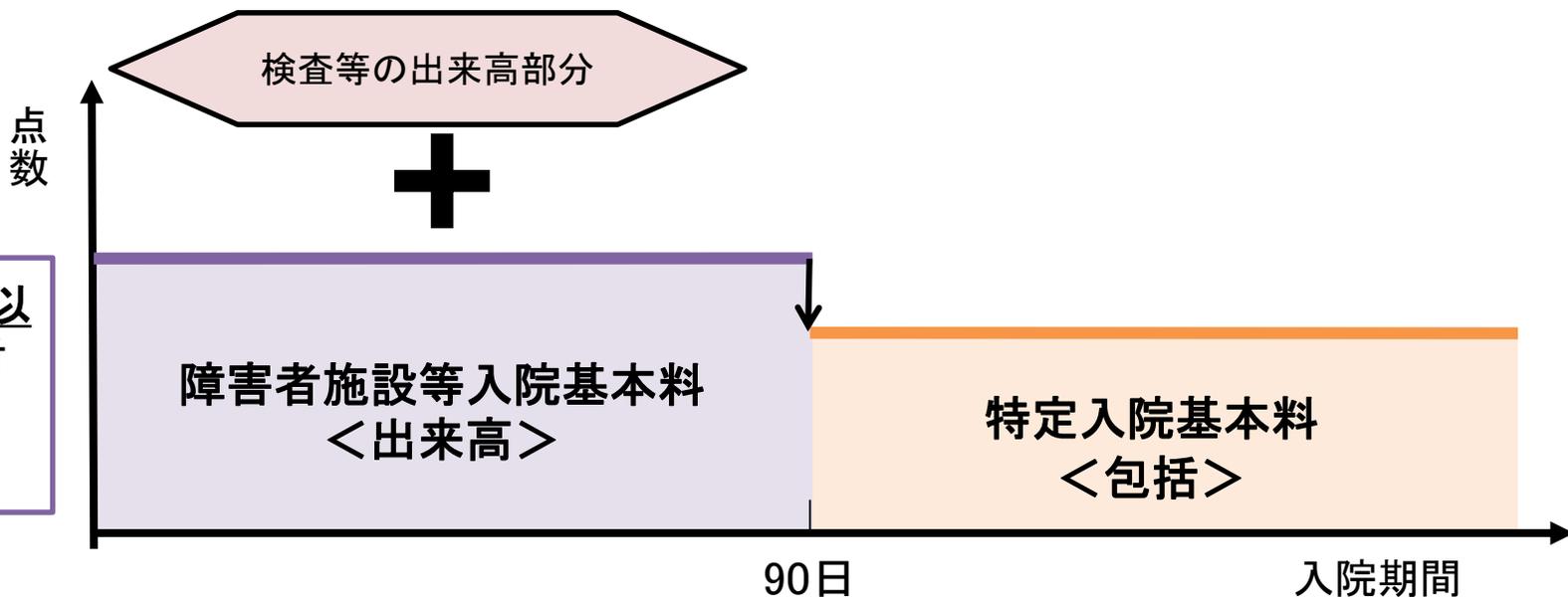


障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。



重度の意識障害
 (脳卒中の後遺症であるものに限る。)の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者

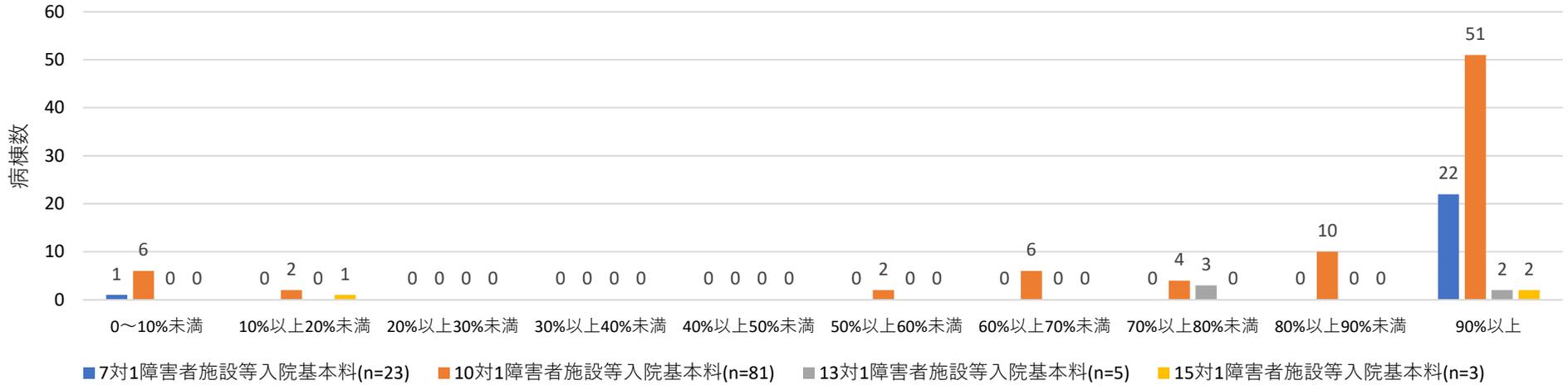


重度の意識障害以外の脳卒中患者及びその他の患者

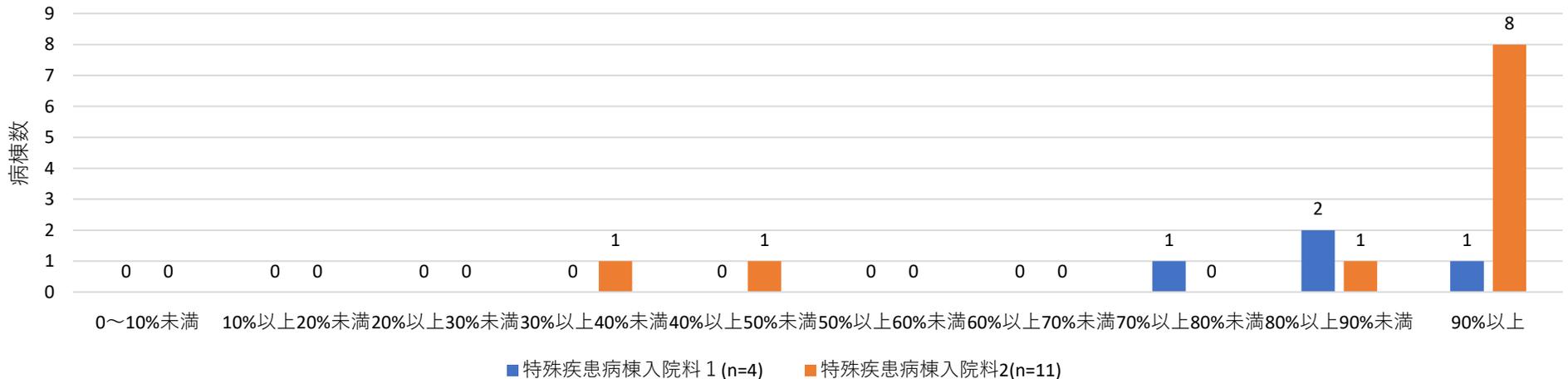
障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の対象患者割合の分布

○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟における対象患者割合は90%以上が最も多かった。一方で70%を下回る病棟も存在していた。

障害者施設等入院基本料の対象患者割合10月（病棟票）



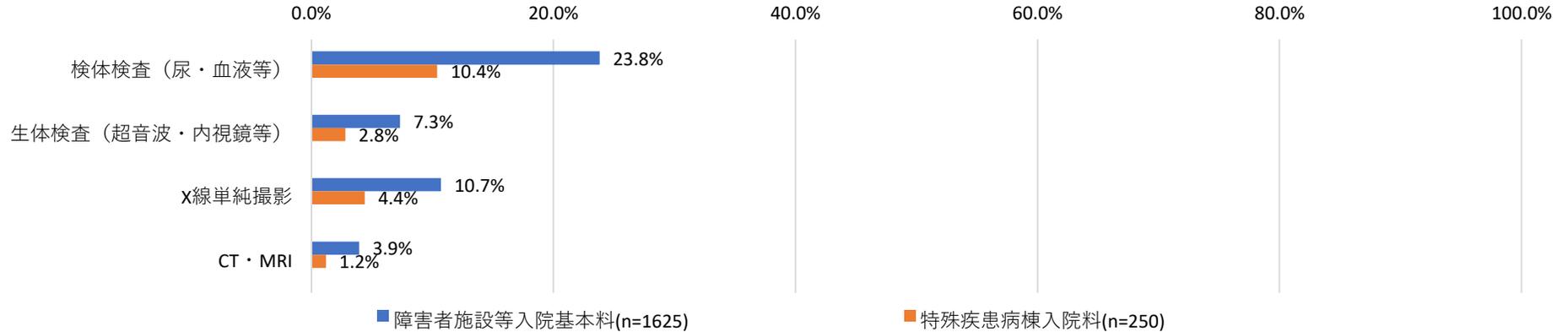
特殊疾患病棟入院料・管理料の対象患者割合10月（病棟票）



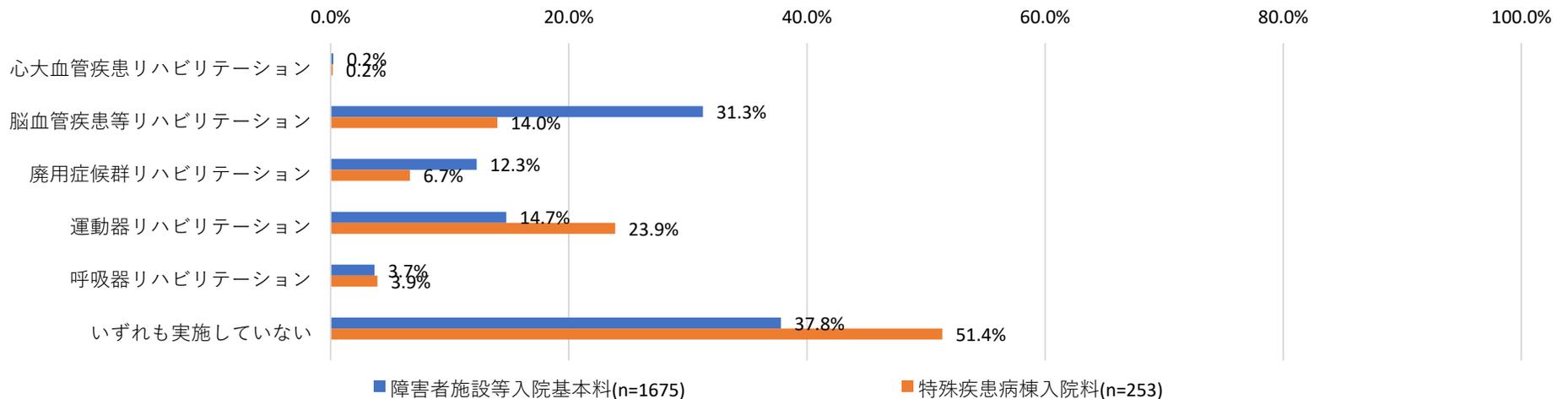
障害者施設等入院基本料・特殊疾患

○ 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料における、過去7日間の検査等の実施状況は以下のとおりであった。

過去7日間に検査実施した患者割合



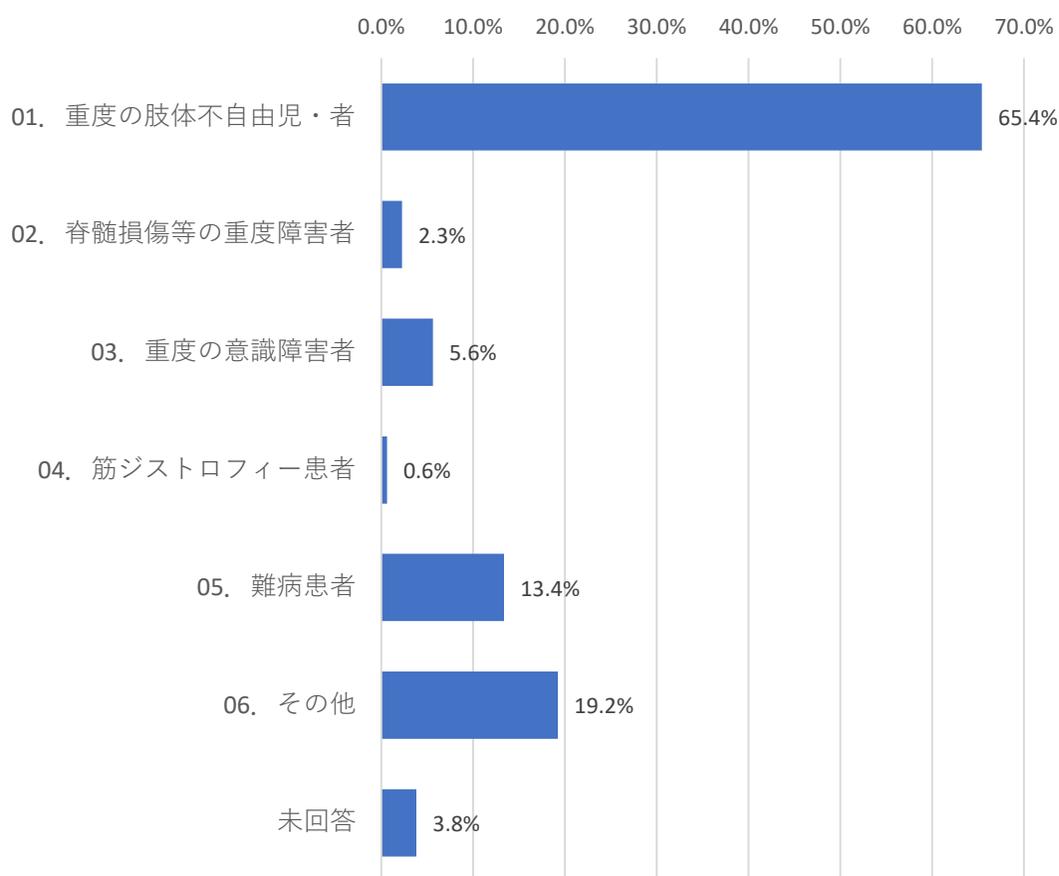
疾患別リハビリ実施状況



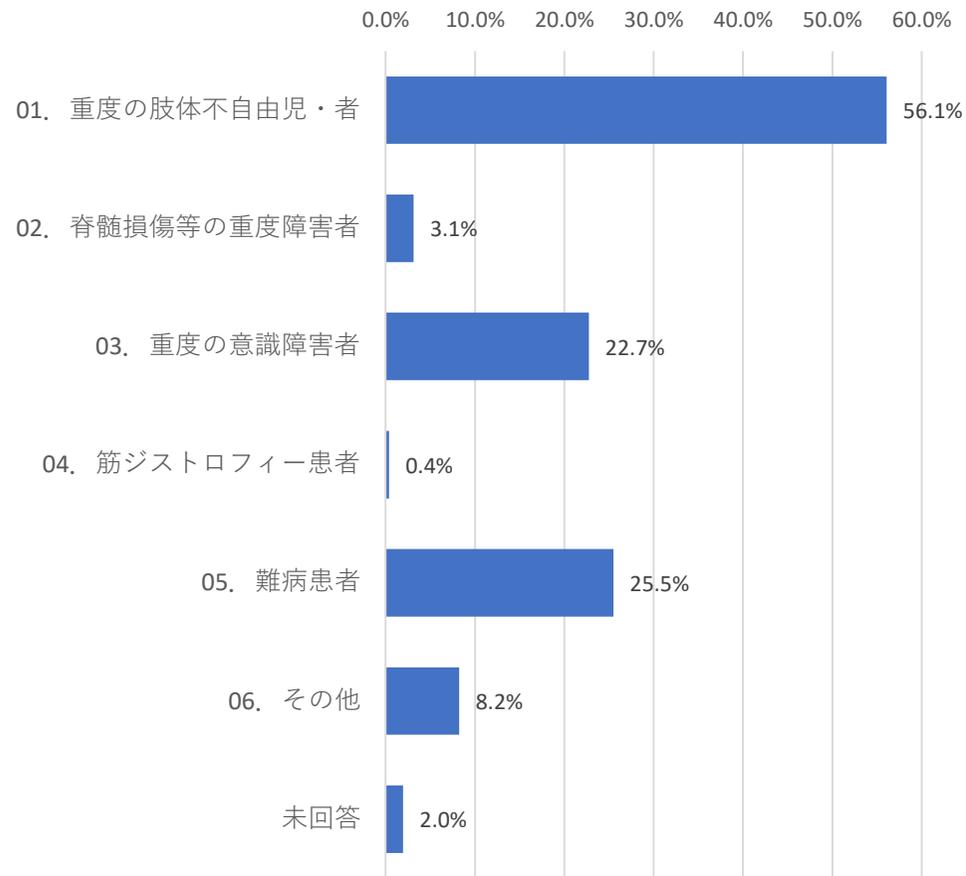
障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の 対象疾患ごとの該当割合の分布

○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者に該当する者が多かった。一方で、その他の患者も一定程度存在した。

障害者施設等入院基本料を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合 (n = 1,720) (該当するもの複数選択)



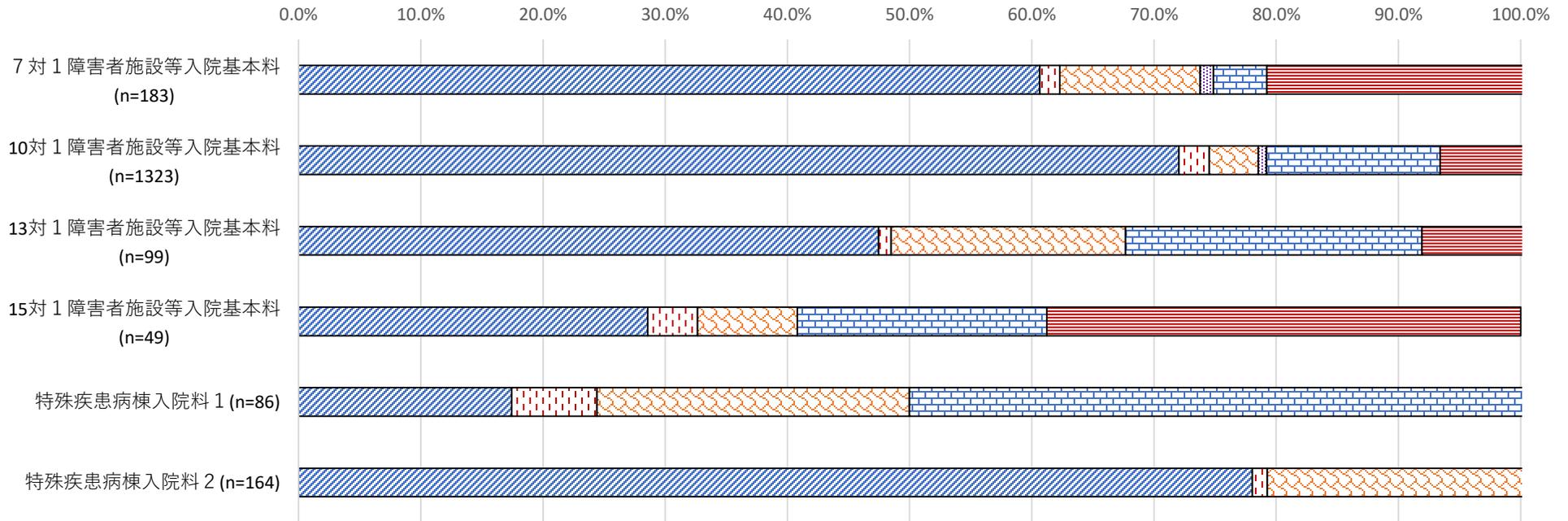
特殊疾患病棟入院料等を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合 (n = 255) (該当するもの複数選択)



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の対象患者

○入院料毎の対象疾患への該当割合は以下のとおりであった。15対1障害者施設等入院基本料において、「その他」患者が多い傾向であった。

入院料別 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当患者の割合
(該当するもの複数選択)

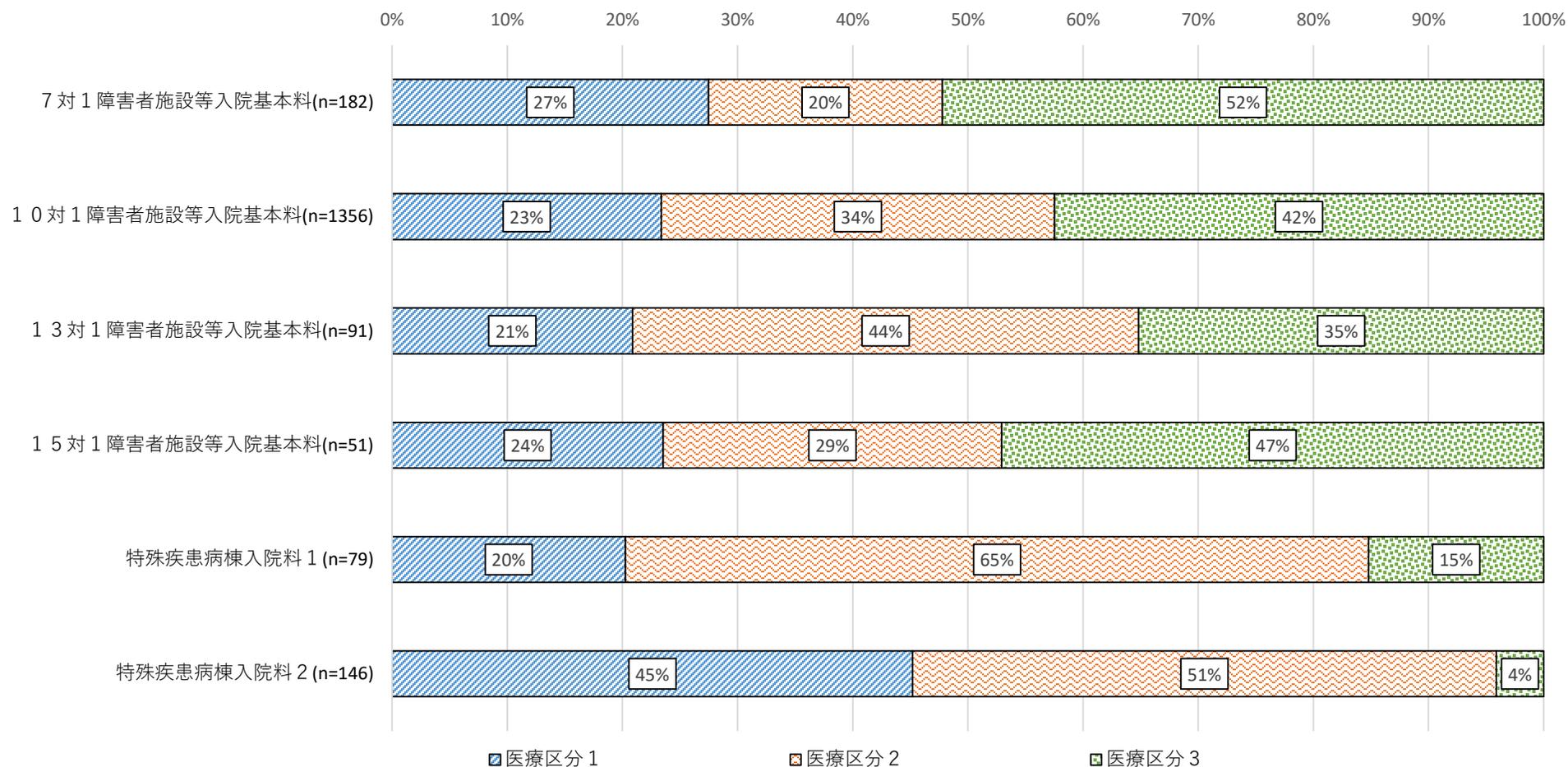


- 重度の肢体不自由児・者 (脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者
- 難病患者

- 脊髄損傷等の重度障害者 (脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)
- 筋ジストロフィー患者
- その他

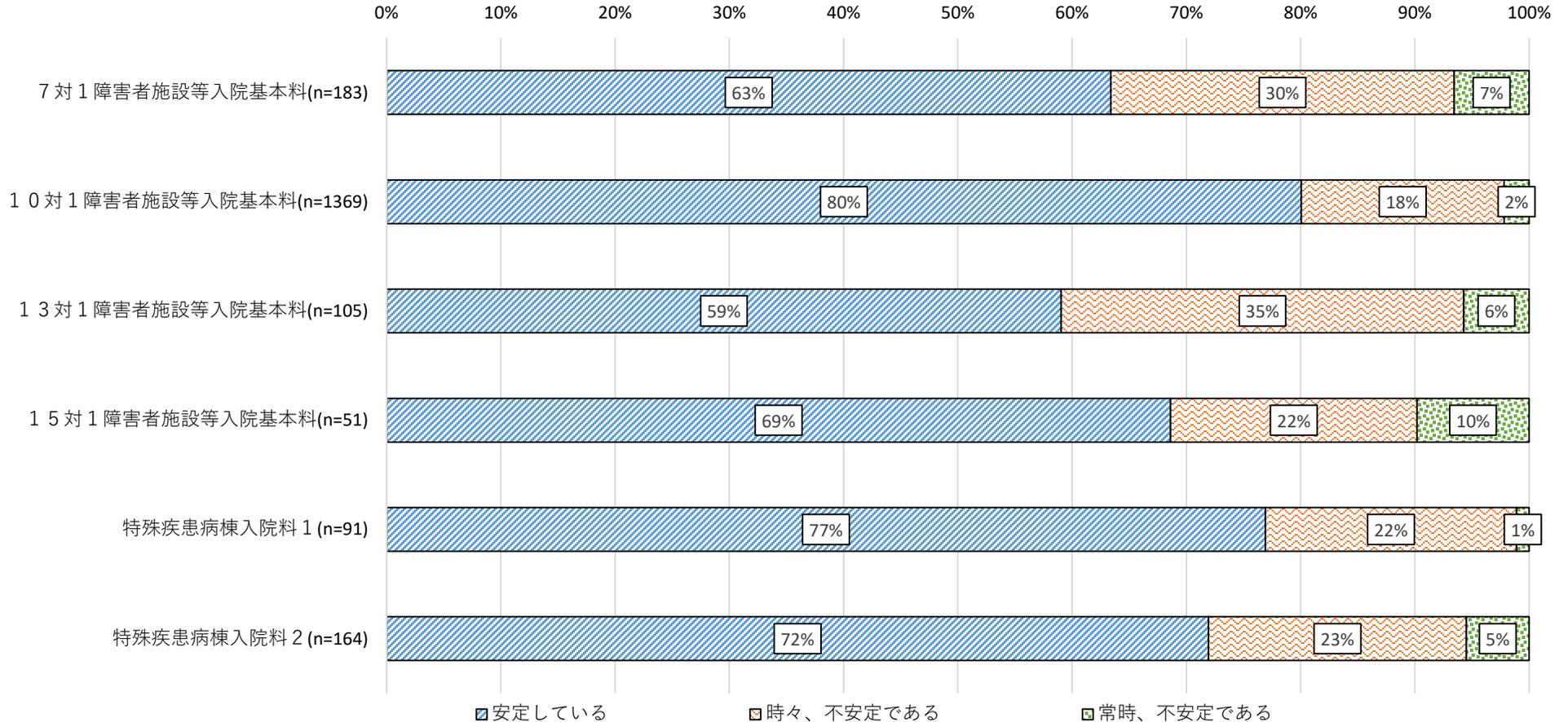
障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療区分

○入院料毎の患者の医療区分は以下のとおりであった。障害者施設等入院基本料においては、医療区分3の患者が約4～5割程度存在していた。特殊疾患病棟入院料においては、ほとんどが医療区分1・2の患者であった。



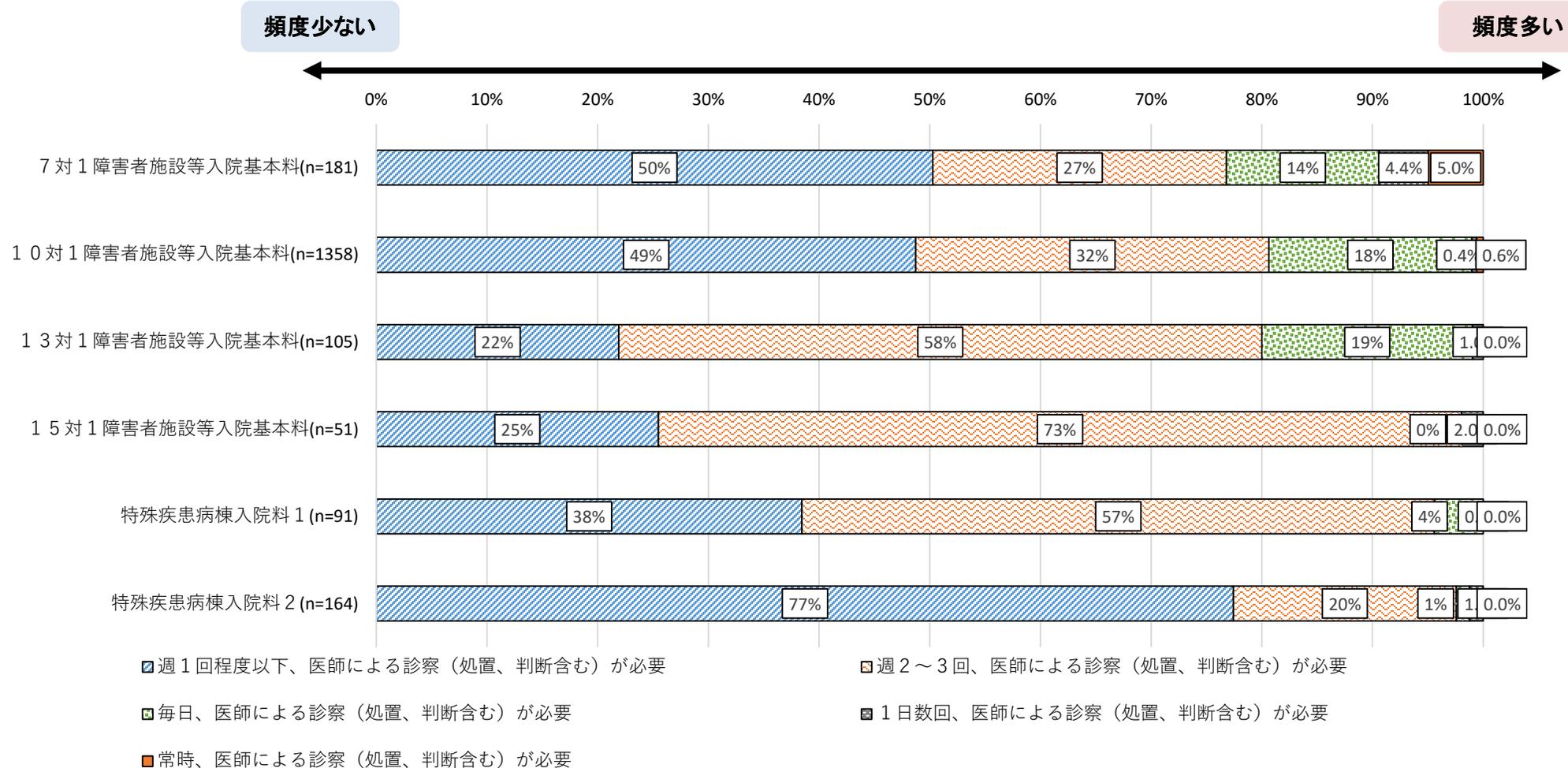
障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療的な状態

○入院料毎の患者の医療的な状態は以下のとおりであった。安定している患者がどの入院料でも多い一方、不安定な患者も存在した。



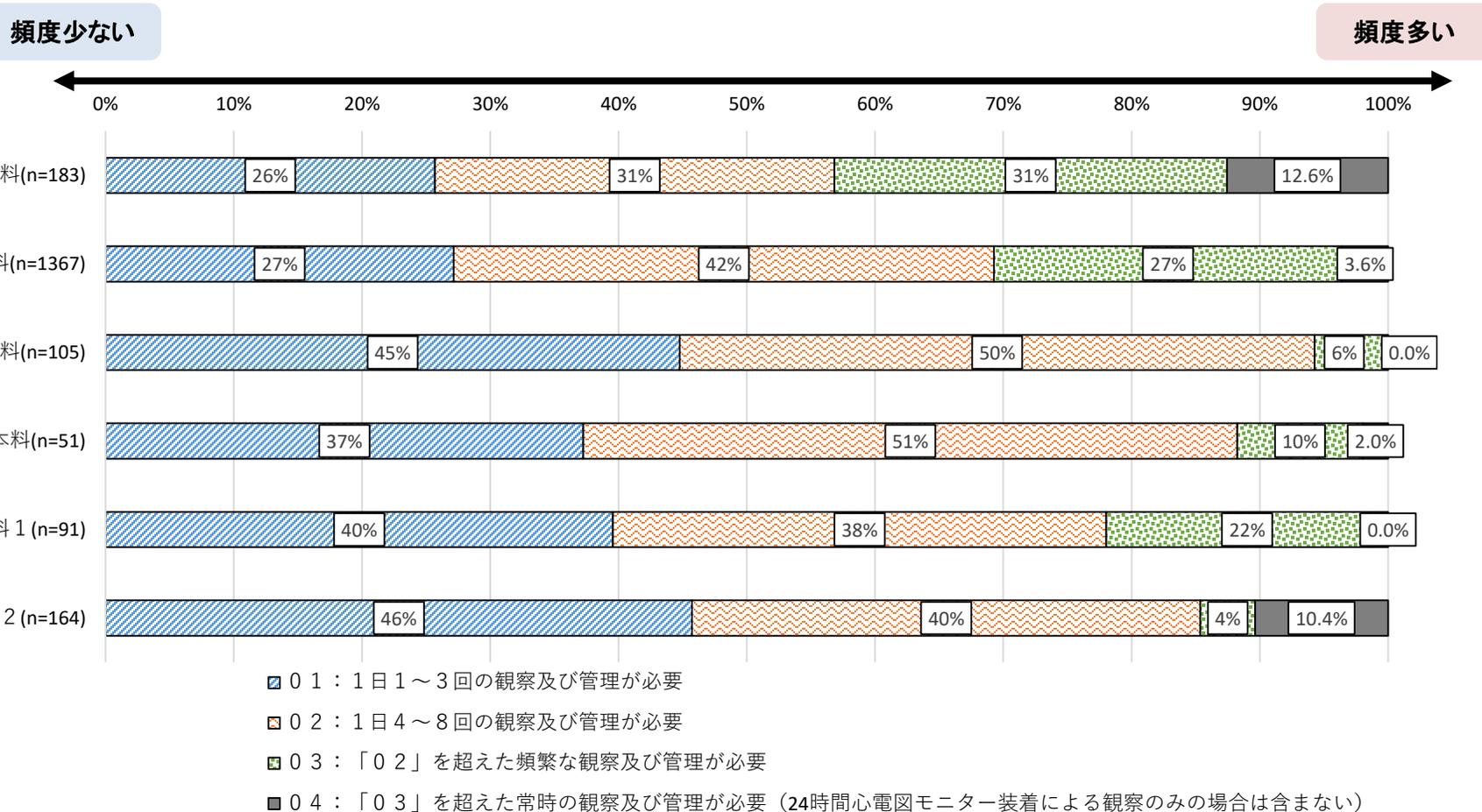
医師による診察の頻度

○入院料毎の患者への医師による診察の頻度は以下のとおりであった。



看護師による看護提供の頻度

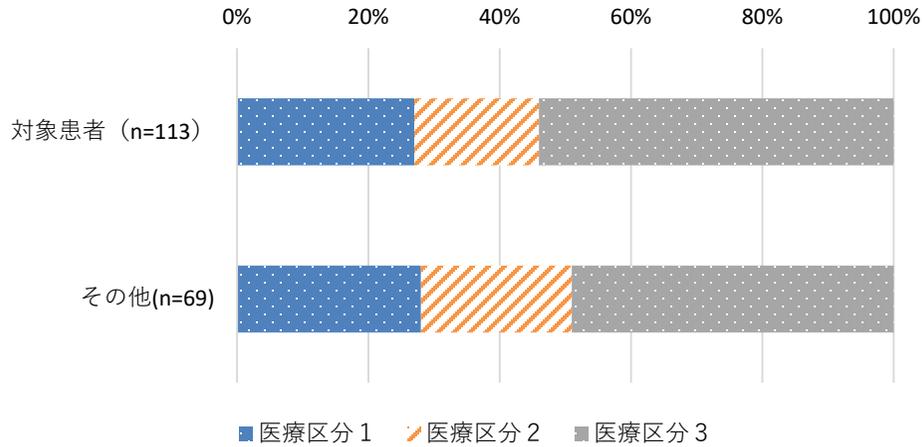
○入院料毎の患者への看護師による看護提供の頻度は以下のとおりであった。7対1及び10対1の障害者施設等入院基本料は他の入院料と比較して、(1日9回以上の)頻繁な観察及び管理が必要との回答が多かった。



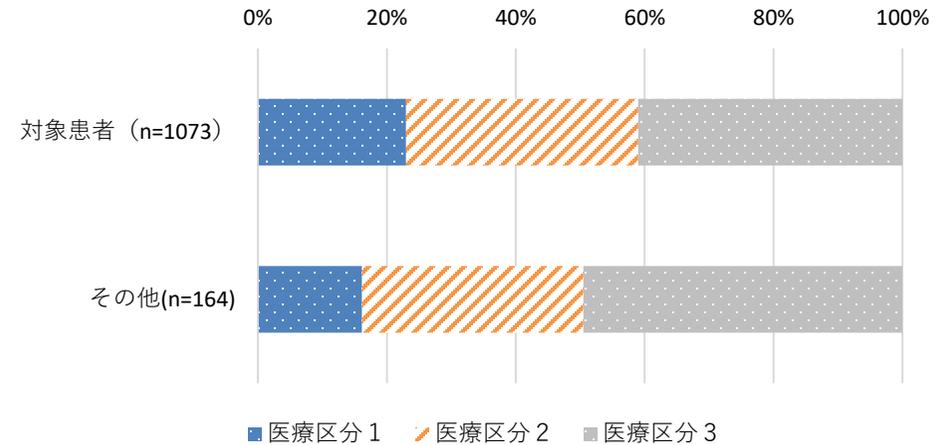
障害者施設等入院基本料の医療区分

○ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、「対象患者」と「その他」を分けた場合の医療区分は以下のとおり。

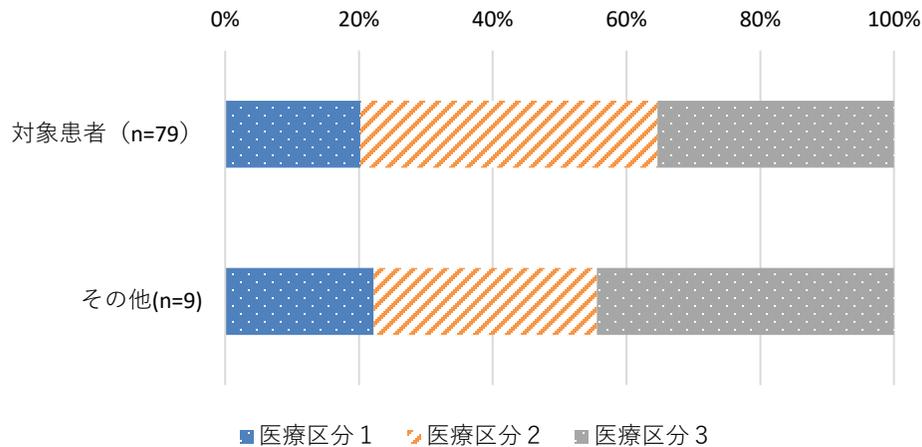
7対1



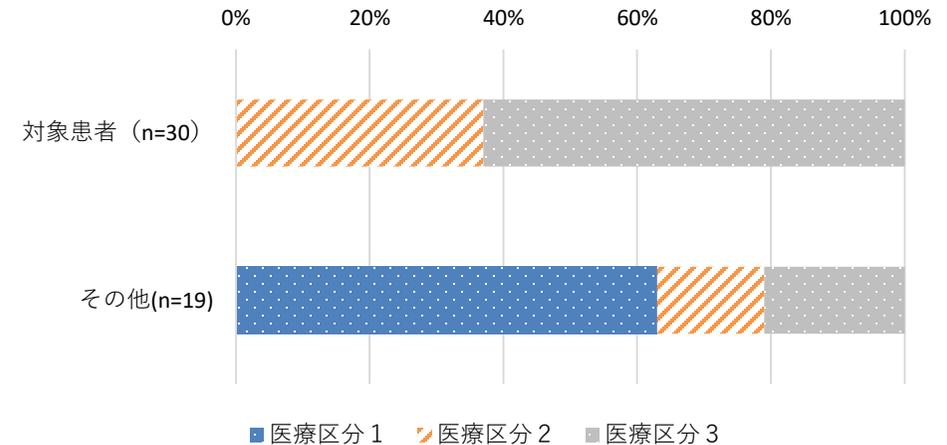
10対1



13対1

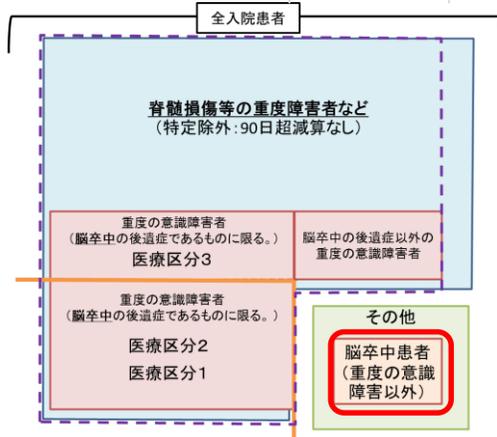
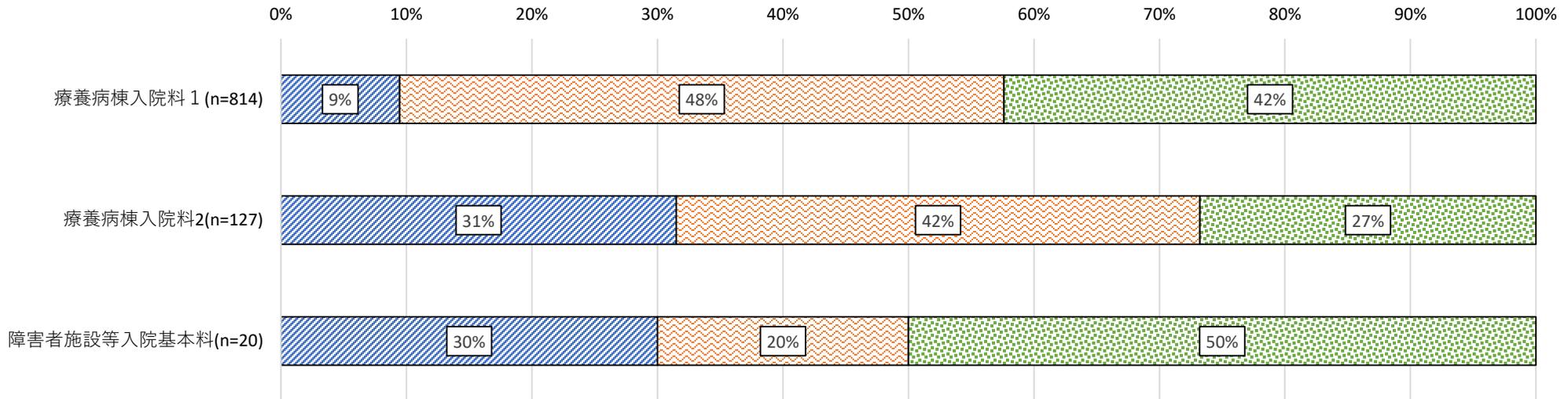


15対1



脳卒中患者（※）における医療区分

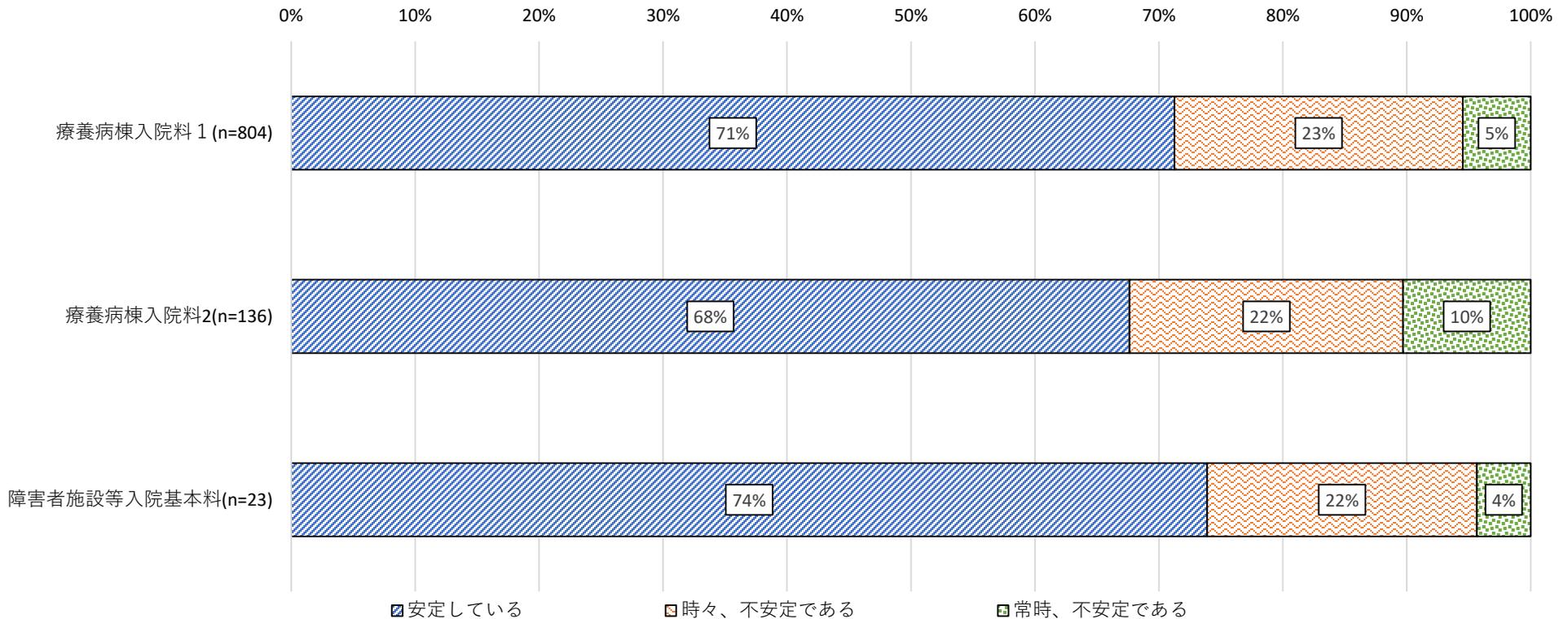
- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者（※）の医療区分と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者（※）の医療区分を比較した。
- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院料1では約10%、入院料2では約30%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では30%程度であった。



(※) 主病名が脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管障害の患者とした。なお、障害者施設等入院基本料については、入院料における対象患者以外の患者のうち、脳卒中患者（左図のうち赤枠部分。）を対象とした。以降のスライドにおける「脳卒中患者」も同様。

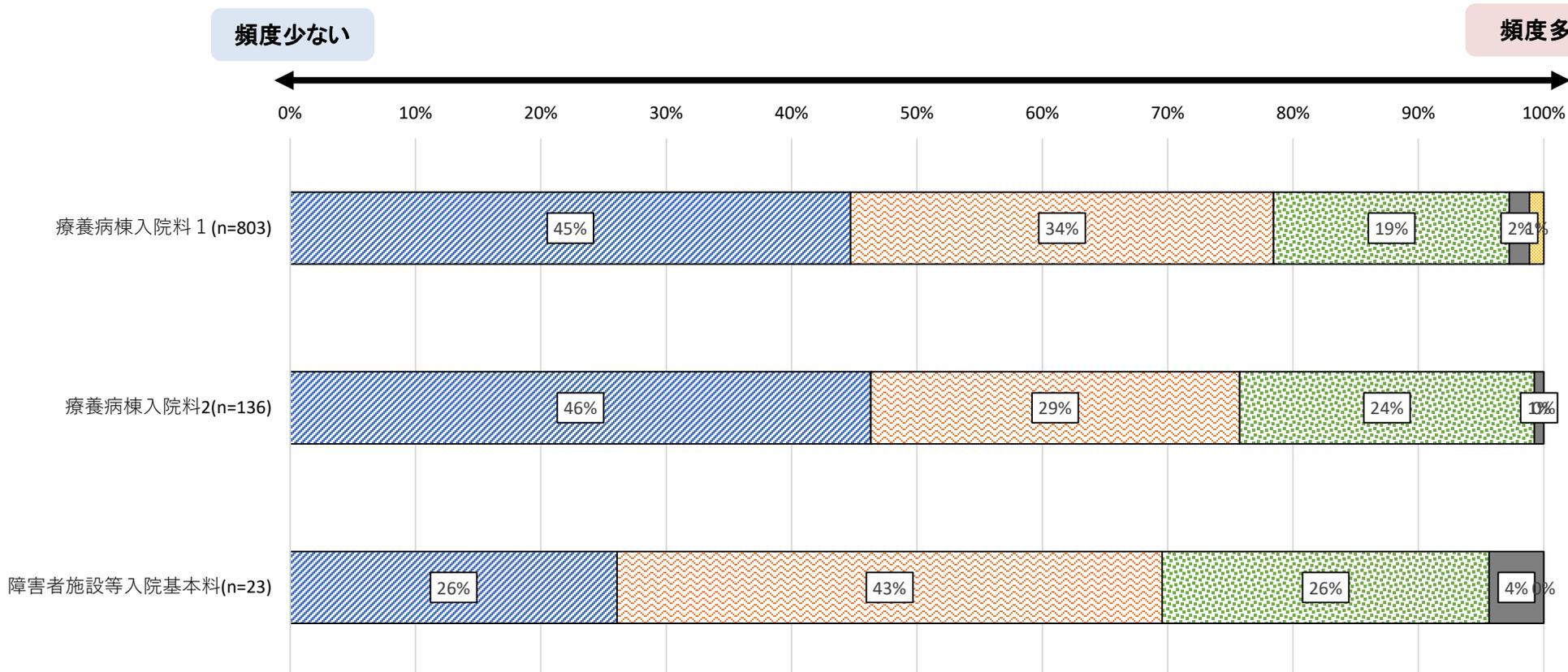
脳卒中患者における医療的な状態

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医療的な状態と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医療的な状態を比較した。
- 「安定している」患者の割合は療養病棟入院料1では71%、入院料2では68%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では74%であった。



脳卒中患者における医師による診察の頻度

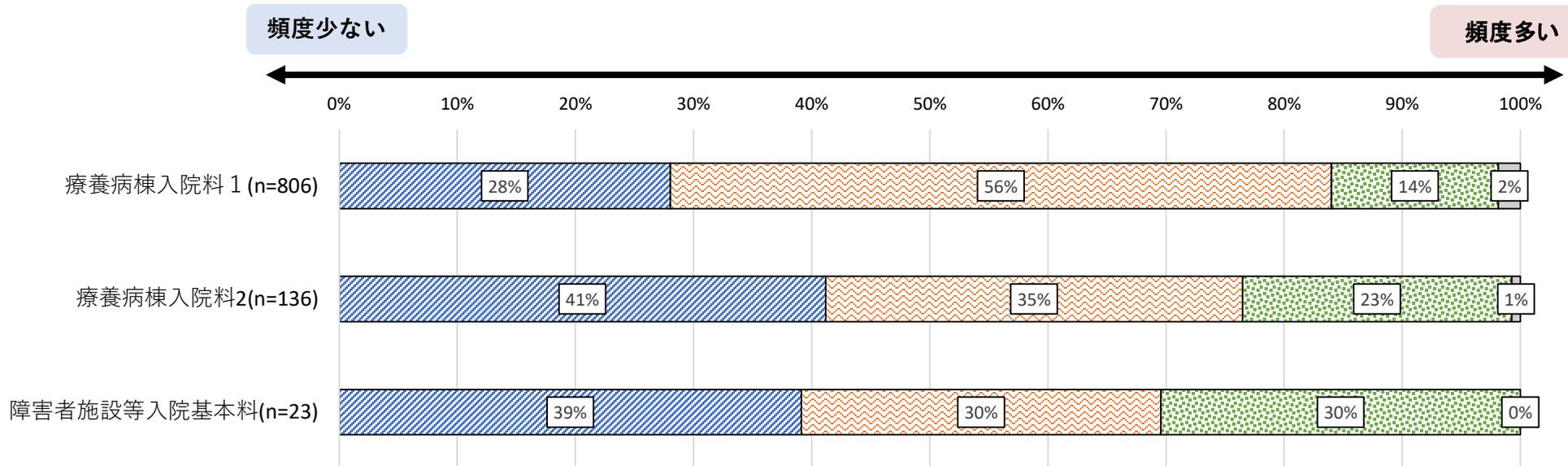
- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医師による診察の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医師による診察の頻度を比較した。
- 「週1回程度以下」及び「週2～3回」医師による診察が必要な患者の割合は、療養病棟入院料1では79%、入院料2では75%となっており、障害者施設等入院基本料の病棟では69%であった。



- 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

脳卒中患者における看護師による看護提供の頻度

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度を比較した。
- 「1日1～3回の観察及び管理が必要」な患者の割合は療養病棟入院料1では28%、入院料2では41%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では39%であった。



- 01：1日1～3回の観察及び管理が必要
- 02：1日4～8回の観察及び管理が必要
- 「02」を超えた頻繁な観察及び管理が必要
- 「03」を超えた常時の観察及び管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

慢性期入院医療に係る課題及び論点

(総論)

- 療養病棟入院基本料の届出医療機関数・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る。令和2年度診療報酬改定においては、経過措置(注12)を終了した。
- 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が対象」、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が対象」とされている。平成28年度診療報酬改定においては、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者について、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。
- 障害者施設等入院基本料の届出医療機関数・病床数は、増加してきている。特殊疾患病棟入院料については、平成29年から令和元年にかけて、122床増加していた。

(療養病棟入院基本料における患者の状態等について)

- 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。各入院料の患者全体で見ると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。経過措置(注11)においては、約半数が医療区分1であった。
- 療養病棟の入院患者に行われている医療等に注目すると、入院料毎によって差が見られており、リハビリテーションについてみると、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。
- 各入院料で、患者の主傷病名に差がみられた。最も多い傷病名をみると、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。また、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、全入院料で見ると、「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。

(障害者施設等入院基本料等における対象患者について)

- 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の「対象患者」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。
- 入院患者の状態について、入院料毎に医療区分等で差がみられた。障害者施設等入院基本料の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、医療の状態等について類似している点があった。



【論点】

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

1. 短期滞在手術等基本料について
2. 慢性期入院医療について
3. 横断的事項について

3. 横断的事項

①入退院支援について

②認知症ケアについて

③治療早期からの回復に向けた取組について

④栄養管理について

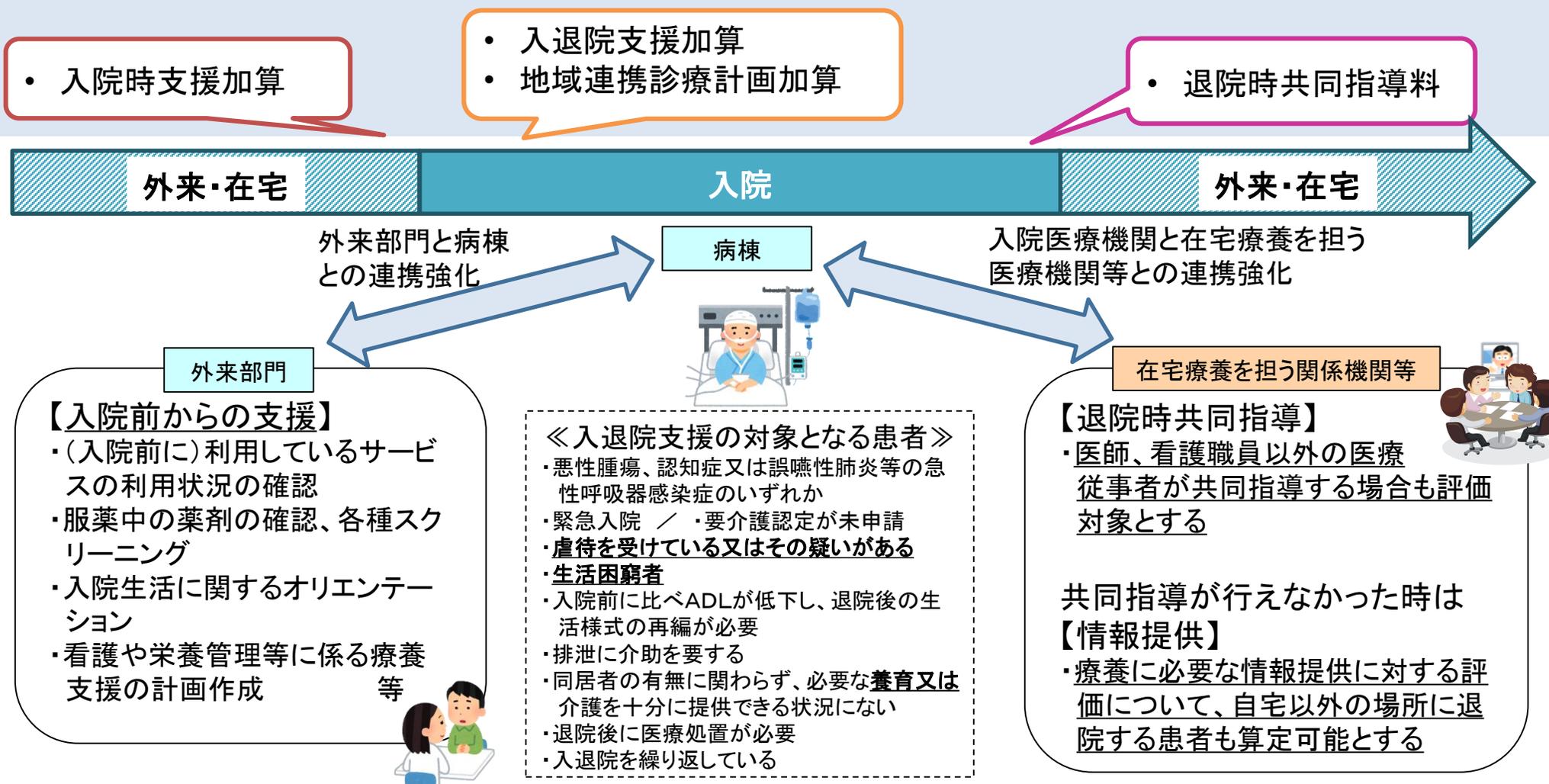
ア 栄養サポートチーム加算について

イ 周術期の栄養管理について

ウ 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



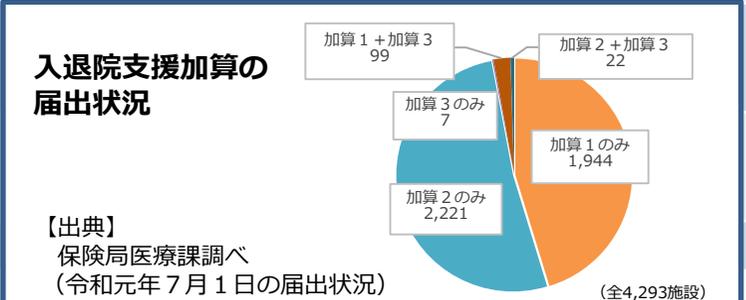
入退院支援加算の概要①

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算2
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。
 - 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



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

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上「許可病床数200床未満」
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算2 200点（退院時1回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1) から8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。
入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認 / カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

医療機関間の連携に関する評価

➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

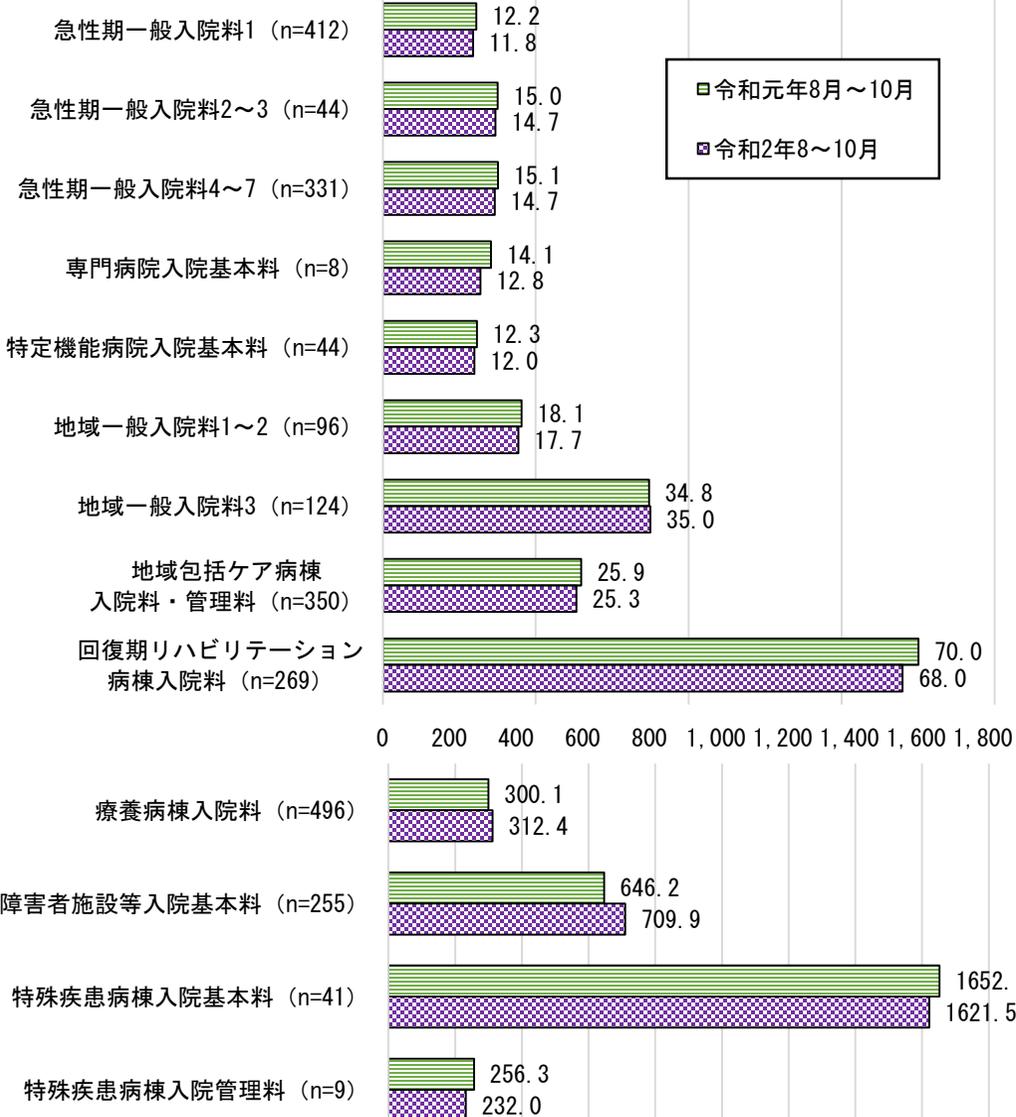
- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

入院料ごとの平均在院日数・病床利用率

平均在院日数

(日)

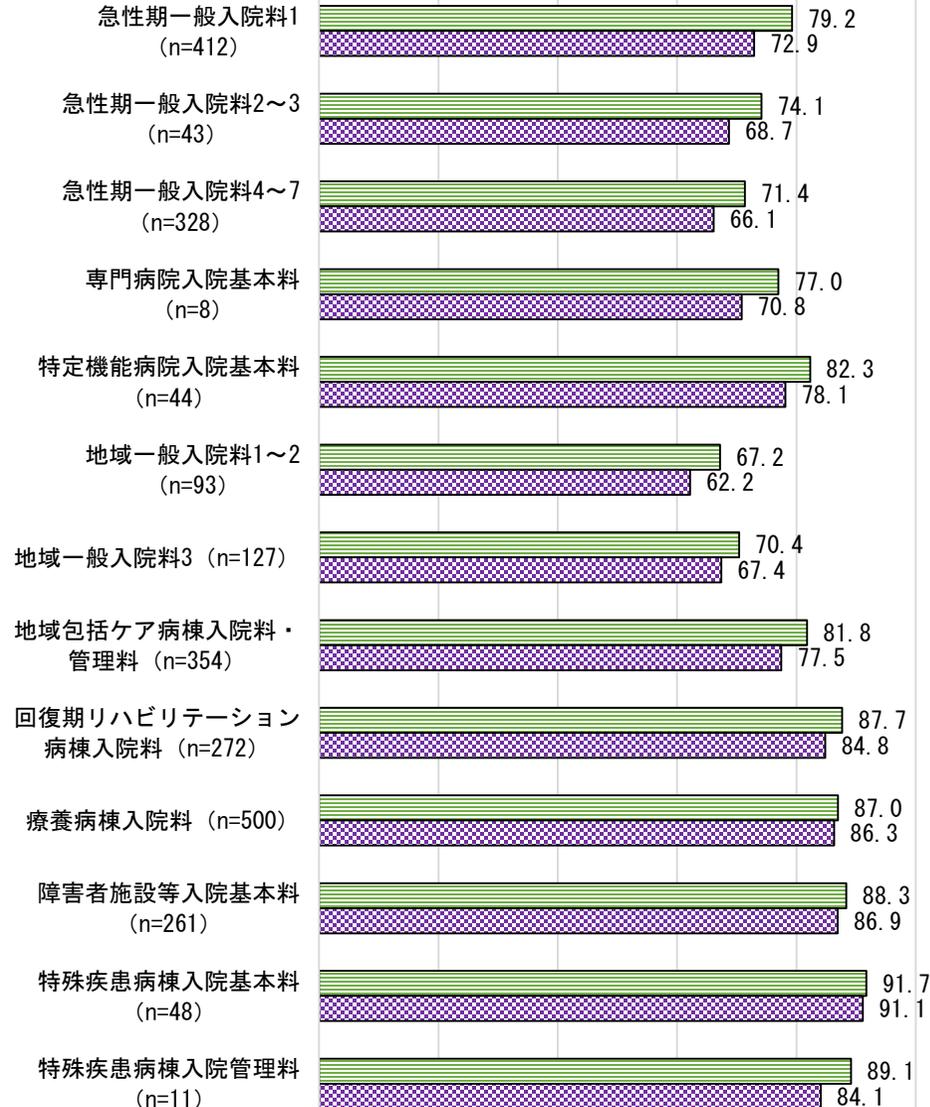
0 20 40 60 80



病床利用率

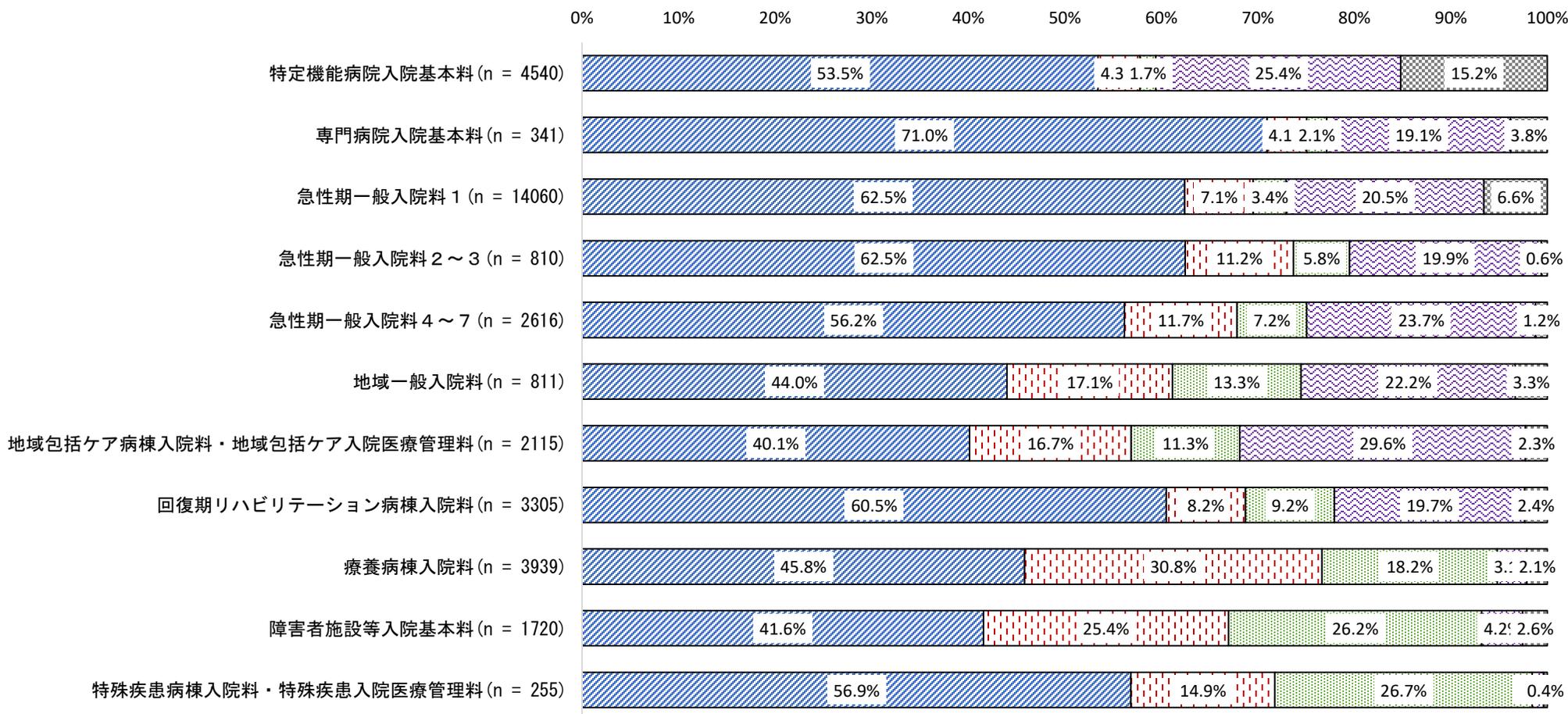
(%)

0 20 40 60 80 100



入院料ごとの入院継続の理由

入院継続の理由別の割合



- 医学的な理由のため、入院医療が必要である
- 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している
- 未回答

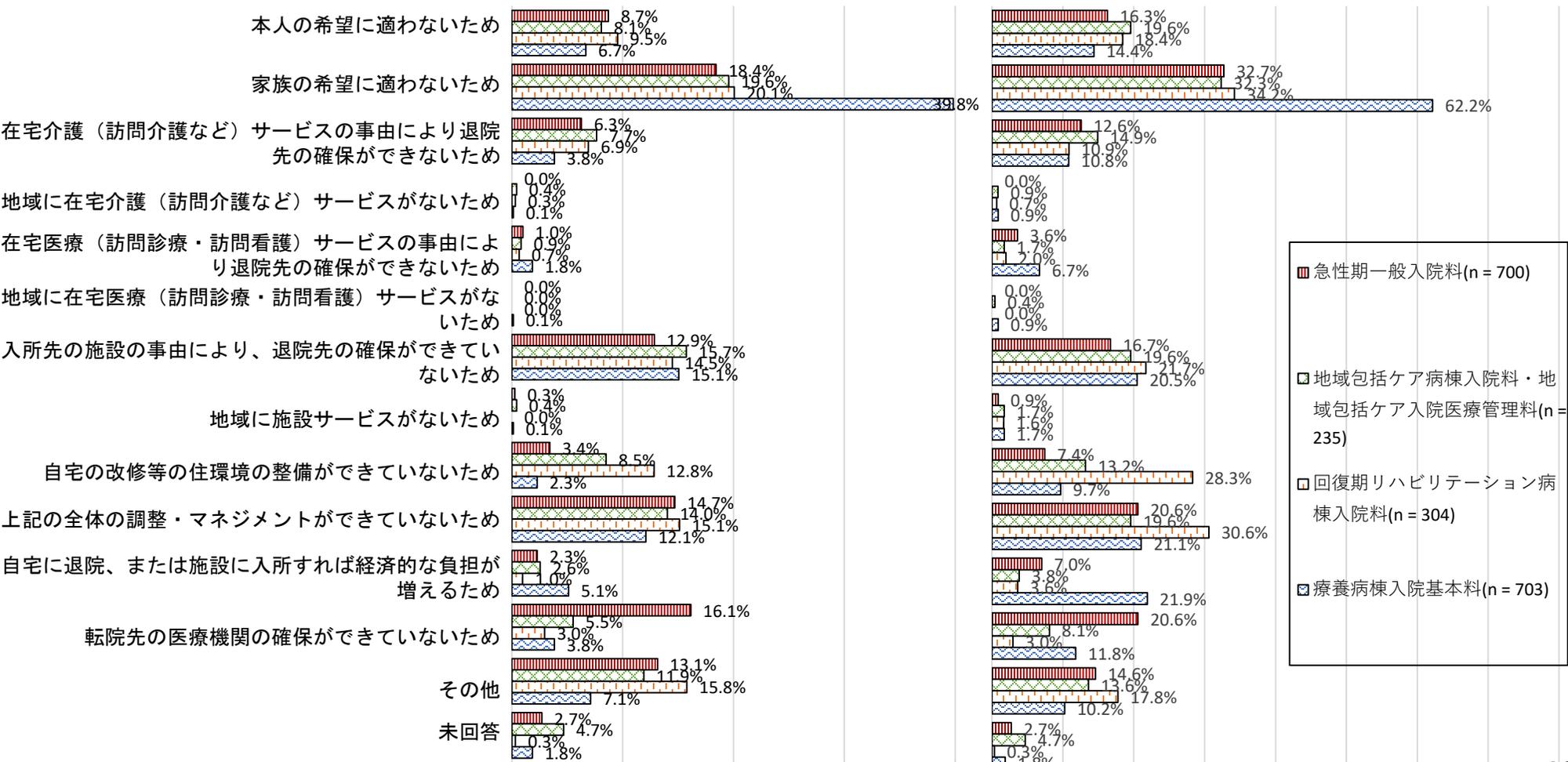
退院できない理由

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院できない理由をみると、全体として、「家族の希望に合わないため」「入所先の施設の事由により退院先の確保ができていないため」「上記の全体の調整・マネジメントができていないため」が多かった。

退院できない理由(最も該当するもの)

退院できない理由(複数回答)

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



■ 急性期一般入院料(n = 700)
 ■ 地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料(n = 235)
 ■ 回復期リハビリテーション病棟入院料(n = 304)
 ■ 療養病棟入院基本料(n = 703)

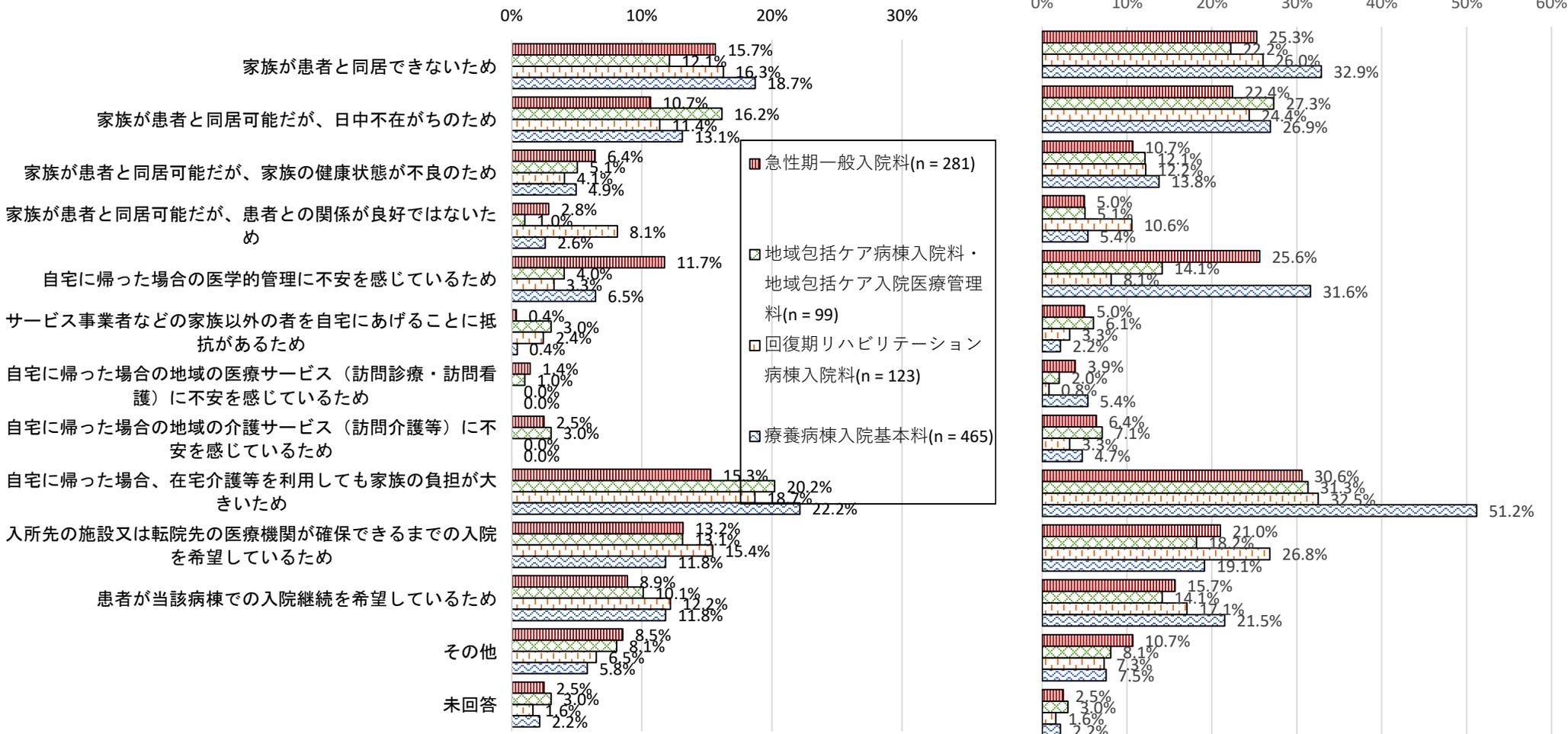
出典：令和2年度入院医療等の調査(患者票) ※理由が無回答のもの及び無効な回答については除く

本人・家族の希望に合わない理由

○「本人・家族の希望に合わないため」と回答した患者について、その理由をみると、全体的に介護に関連する理由が多かった。

本人・家族の希望に合わない理由(最も該当するもの)

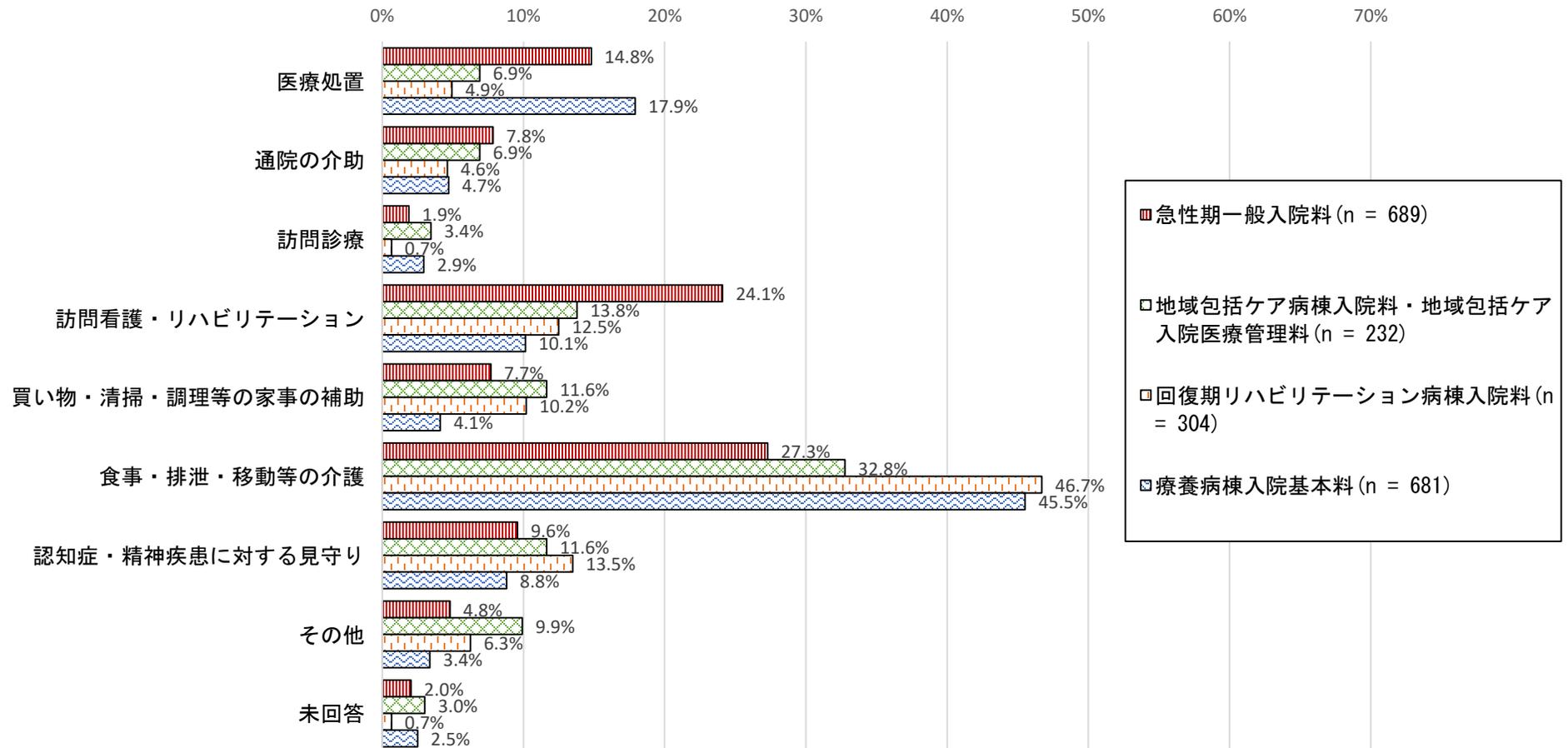
本人・家族の希望に合わない理由(複数回答)



退院後に必要な支援

○ 「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者における退院後に必要な支援としては、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

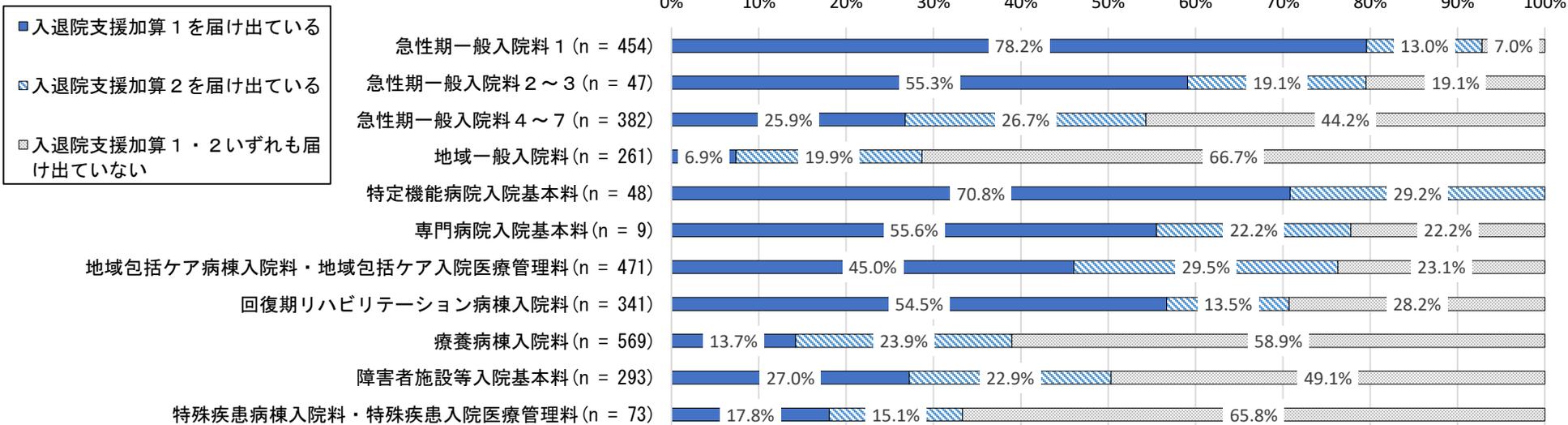
入院継続の理由として「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について
退院後に必要な支援(最も該当するもの)



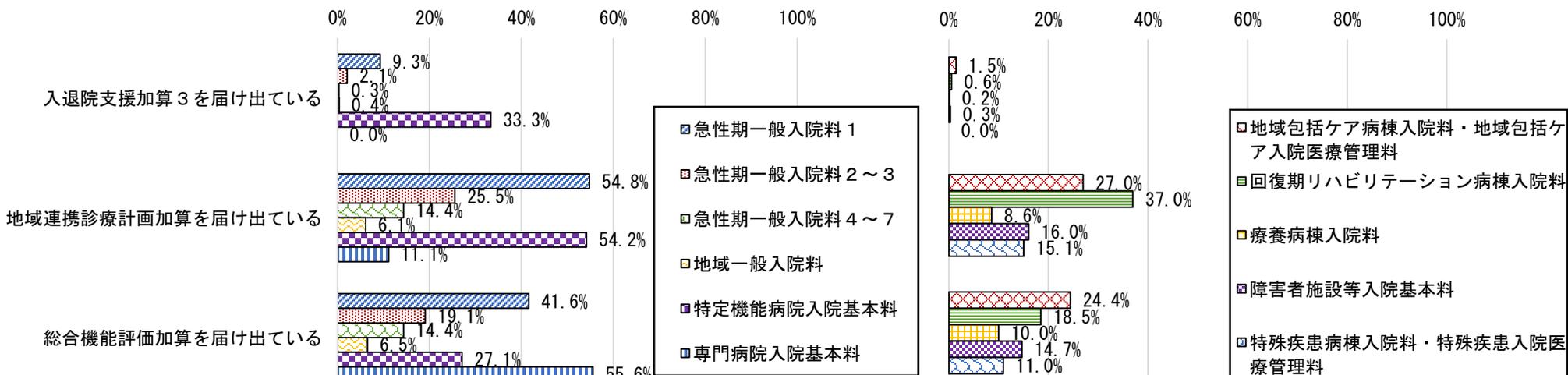
入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



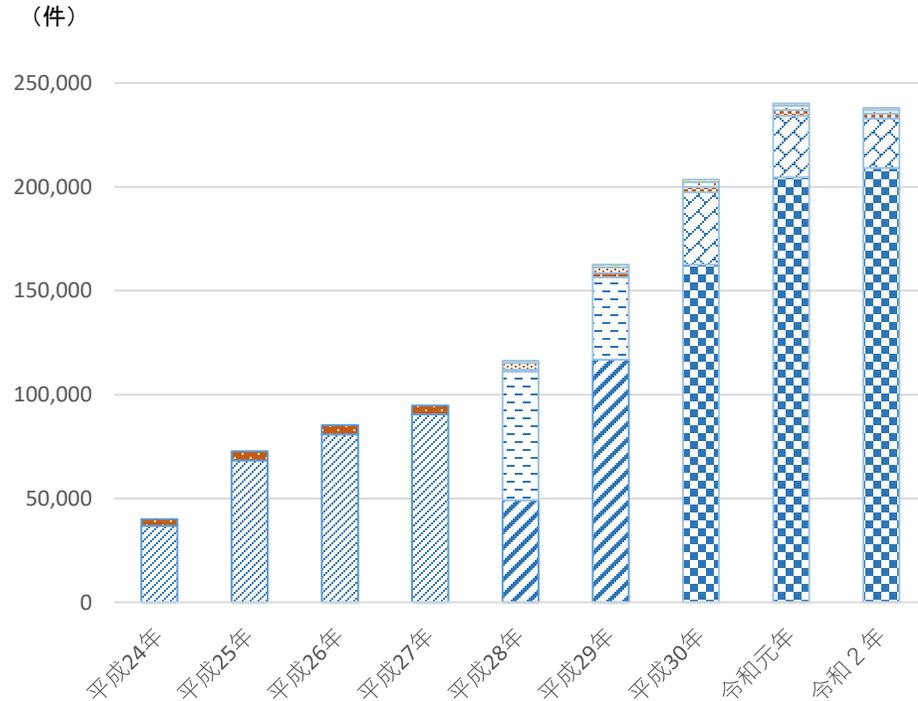
入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



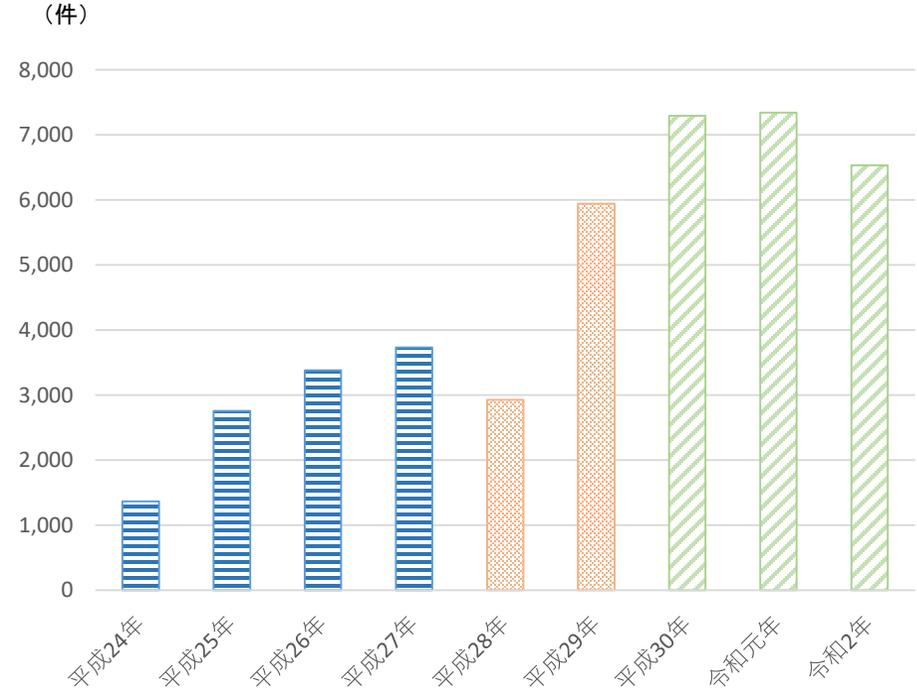
入退院支援加算等の算定状況

- 入退院支援加算（平成24～27年は退院調整加算、平成28～29年は退院支援加算）の算定件数は増加傾向だが、近年は横ばい。
- 地域連携診療計画加算の算定件数は近年は増加傾向は止まっている。

入退院支援加算の算定件数



地域連携診療計画加算の算定件数



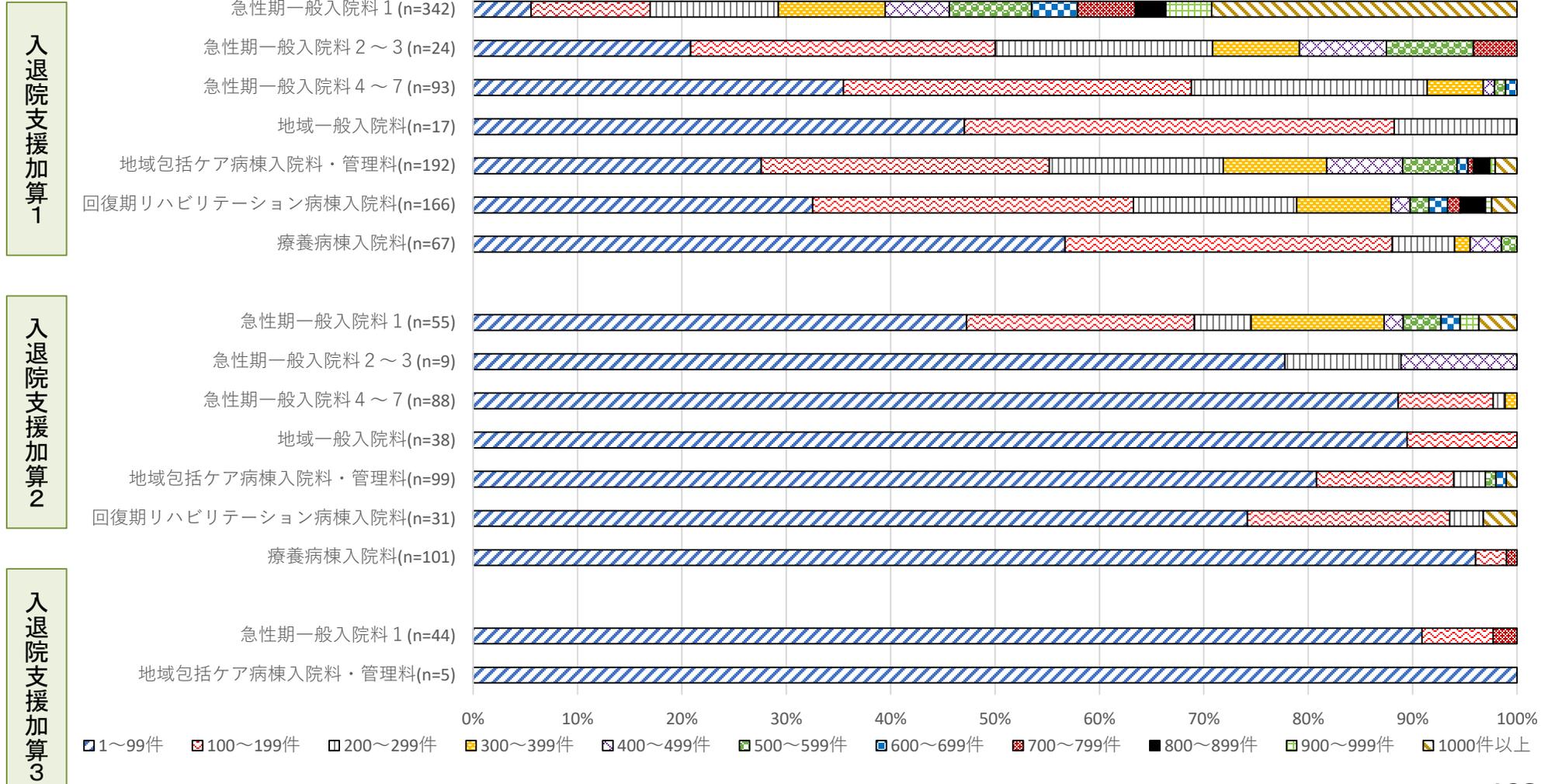
- 入退院支援加算 3
- 入退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 3
- 退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院調整加算(療養病棟入院基本料等)
- 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)

- 入退院支援加算 地域連携診療計画加算
- 退院調整加算 地域連携計画加算
- 退院支援加算 地域連携診療計画加算

入退院支援加算の算定件数

○ 入退院支援加算の算定件数をみると、加算1は、加算2・3に比べて、1施設あたりの算定件数が多い。

入退院支援加算の算定件数



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票※届出区分が無回答のものは除く n=2以下のものは除く ※各病棟を含む施設として集計

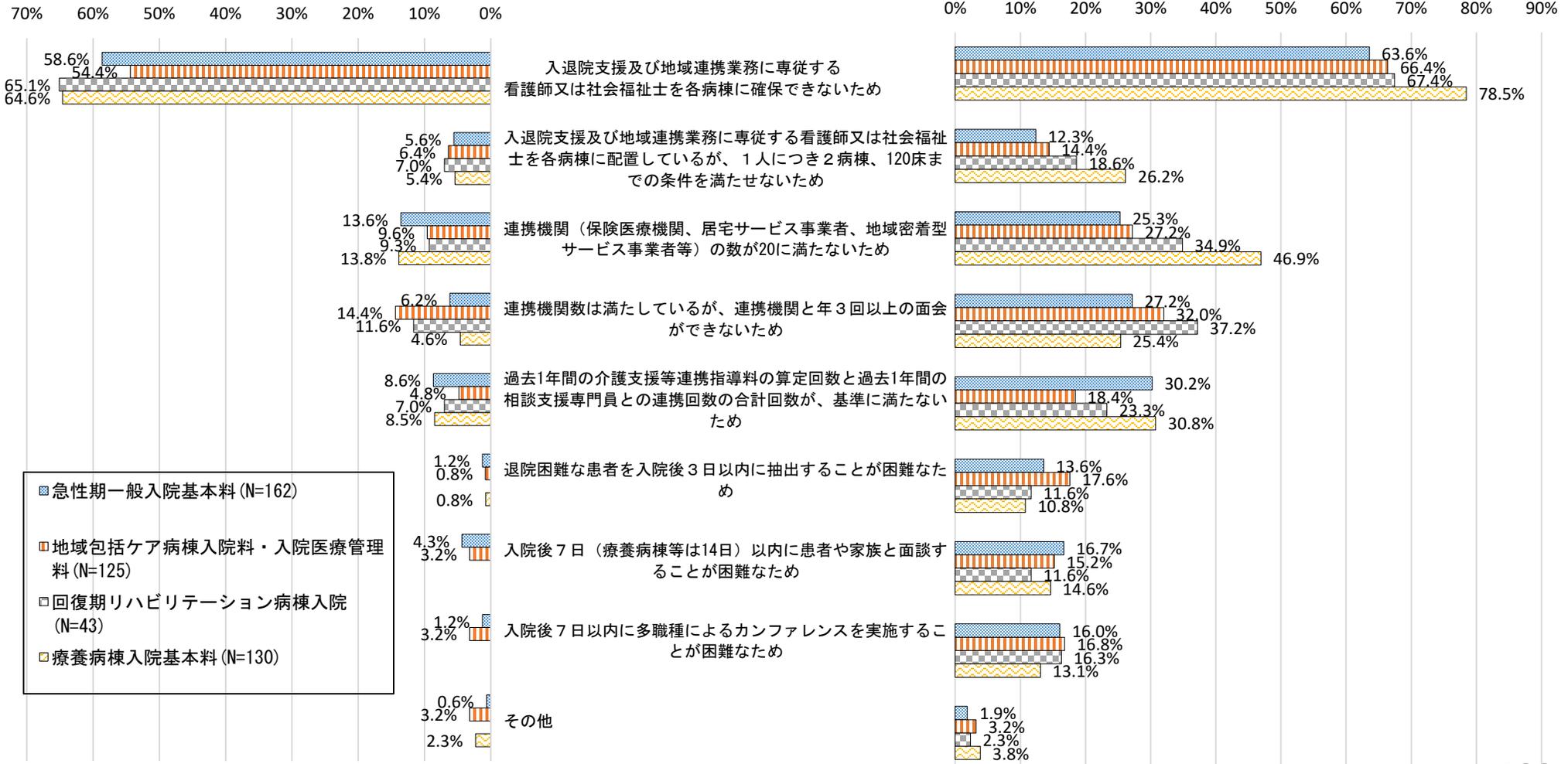
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院料においても、各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難、が最も多く、急性期一般入院料では、次いで過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計、が多かった。

入退院支援加算 2 を届け出ている施設において、
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

最も該当

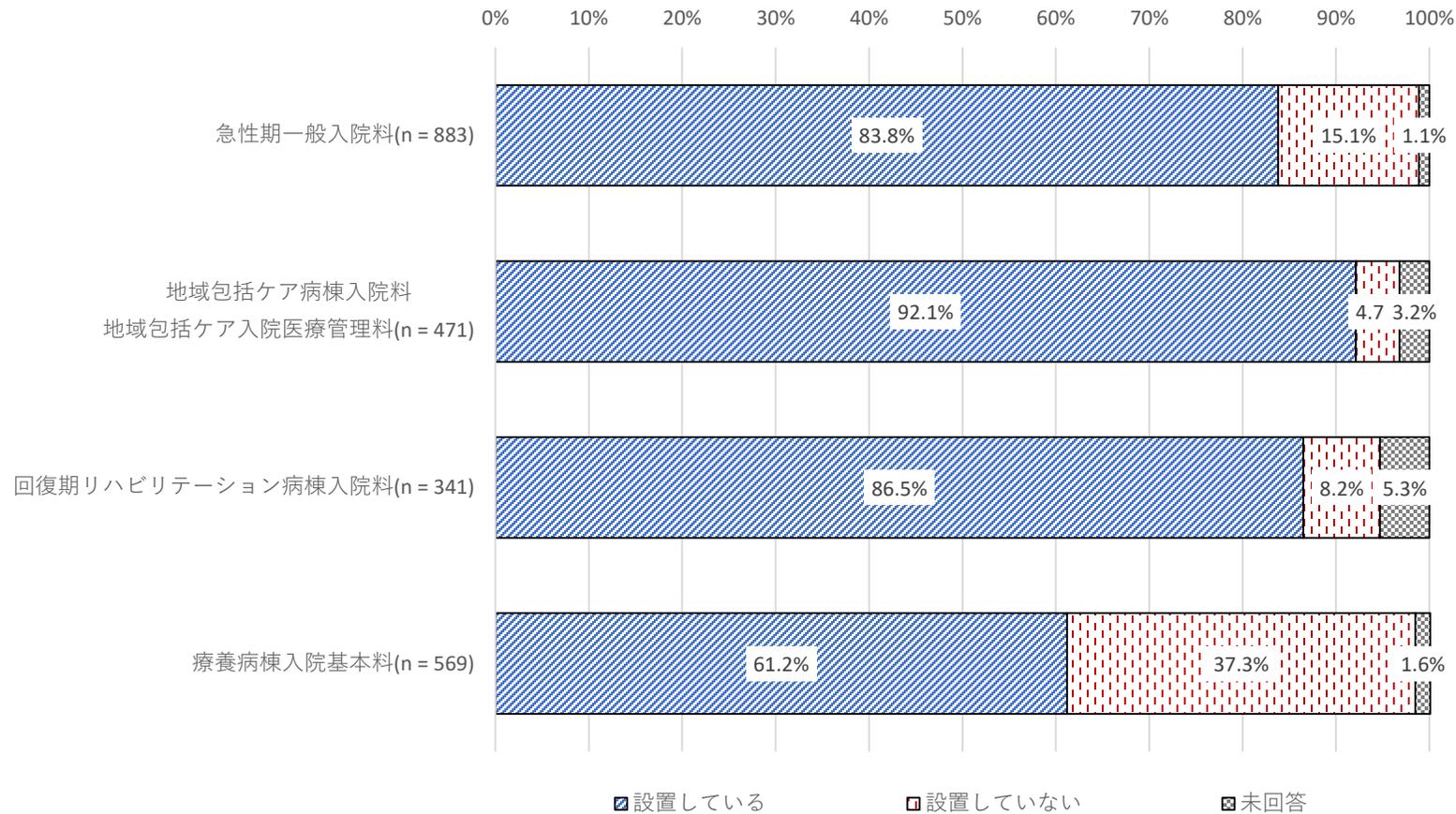
該当する項目全て（複数回答）



入退院支援部門の設置状況

○ 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。

入退院支援部門の設置状況

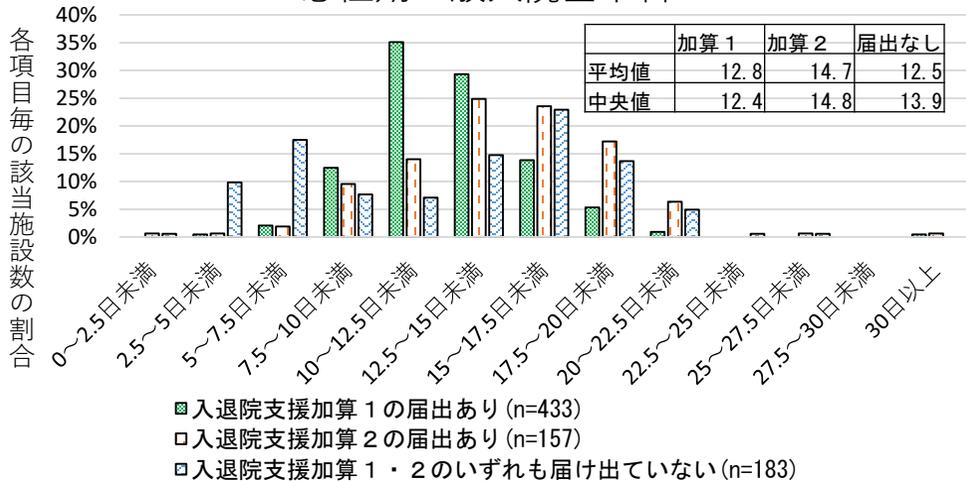


入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

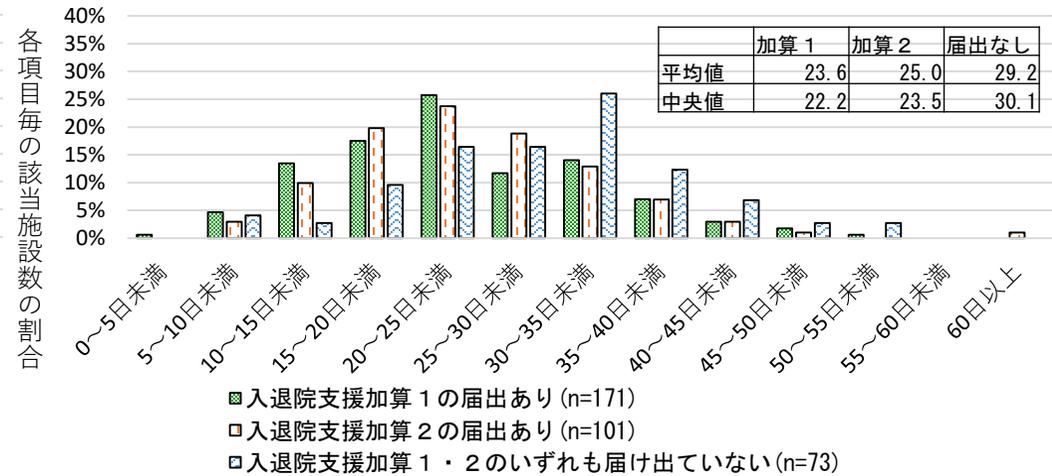
○ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算1において、加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

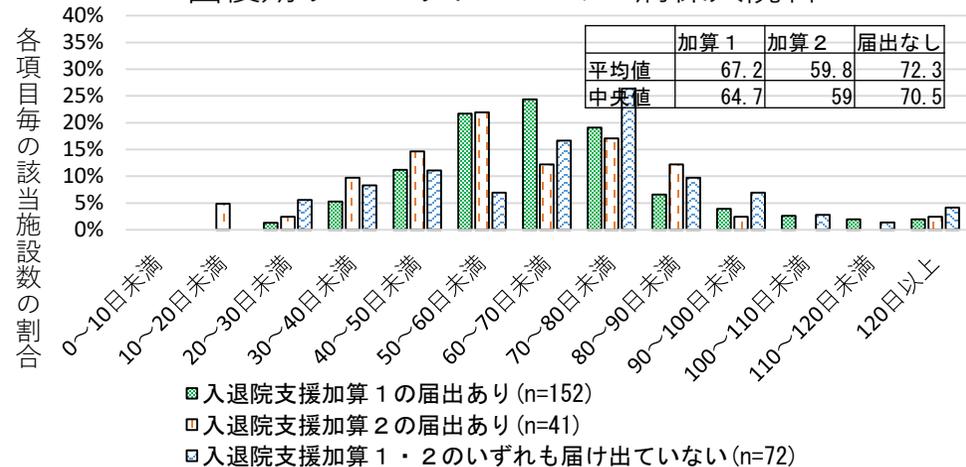
<急性期一般入院基本料>



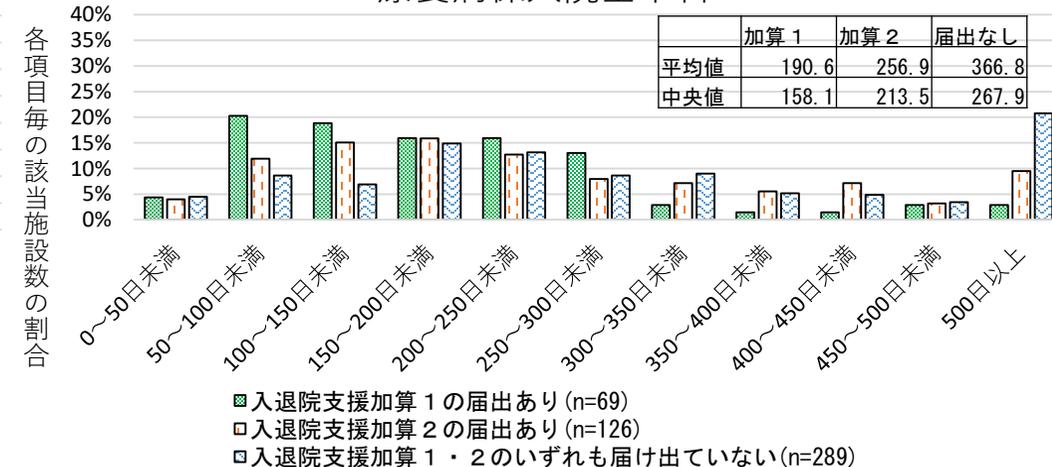
<地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料>



<回復期リハビリテーション病棟入院料>



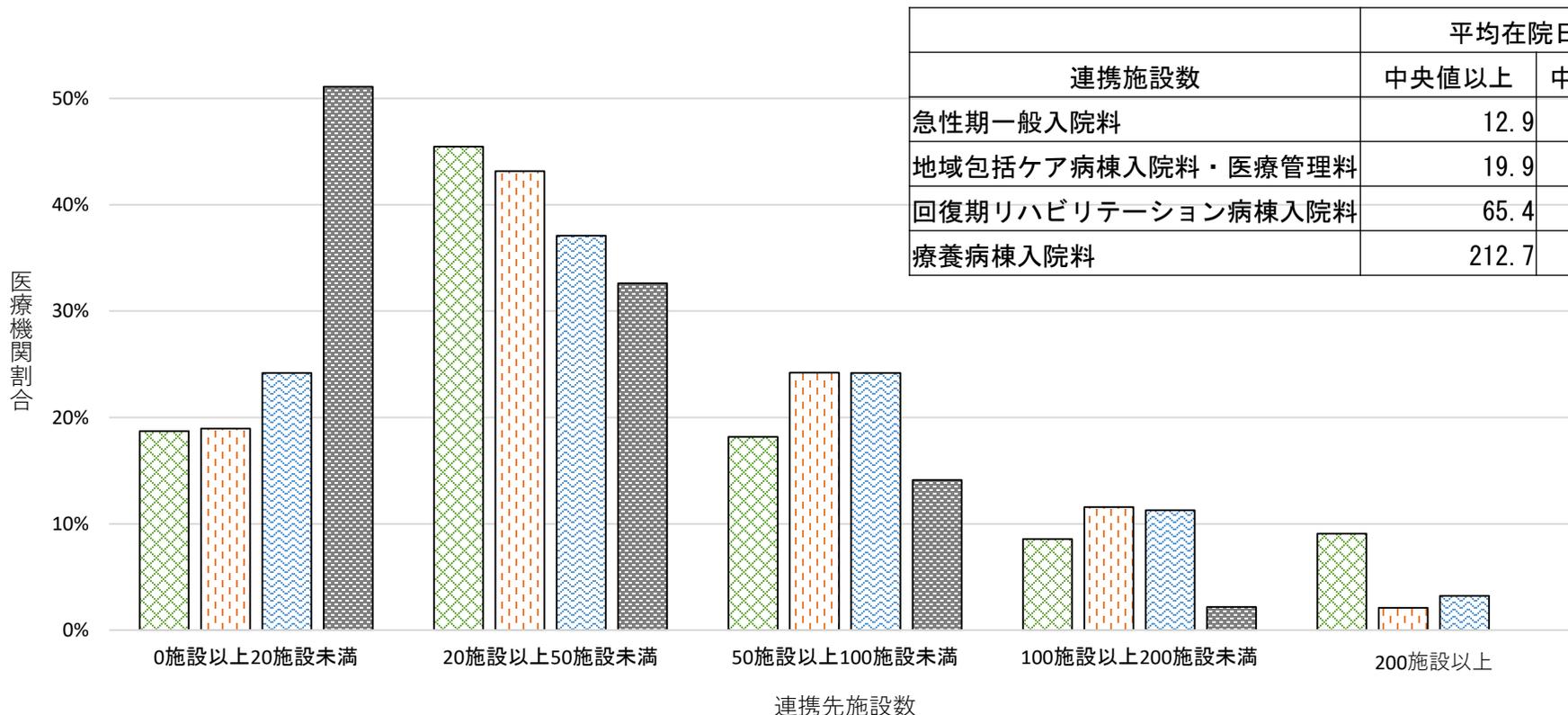
<療養病棟入院基本料>



退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設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。

入院料別・連携施設数の状況



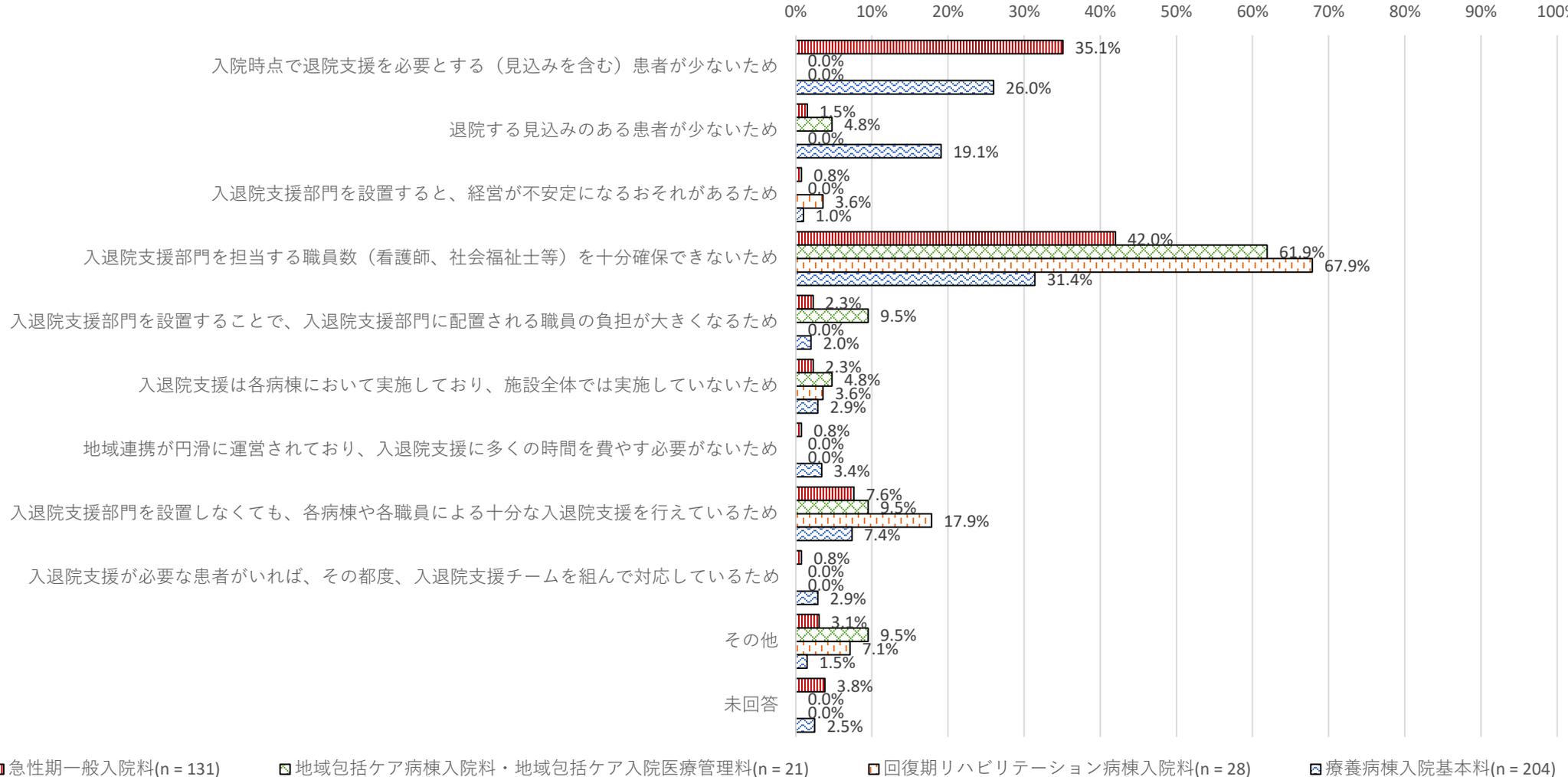
急性期一般入院料(n=385)
 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)

回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)
 療養病棟入院料(n=92)

入退院支援部門を設置していない理由

○ 入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。

入退院支援部門を設置していない理由（最も該当するもの）



■ 急性期一般入院料(n=131)

■ 地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料(n=21)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料(n=28)

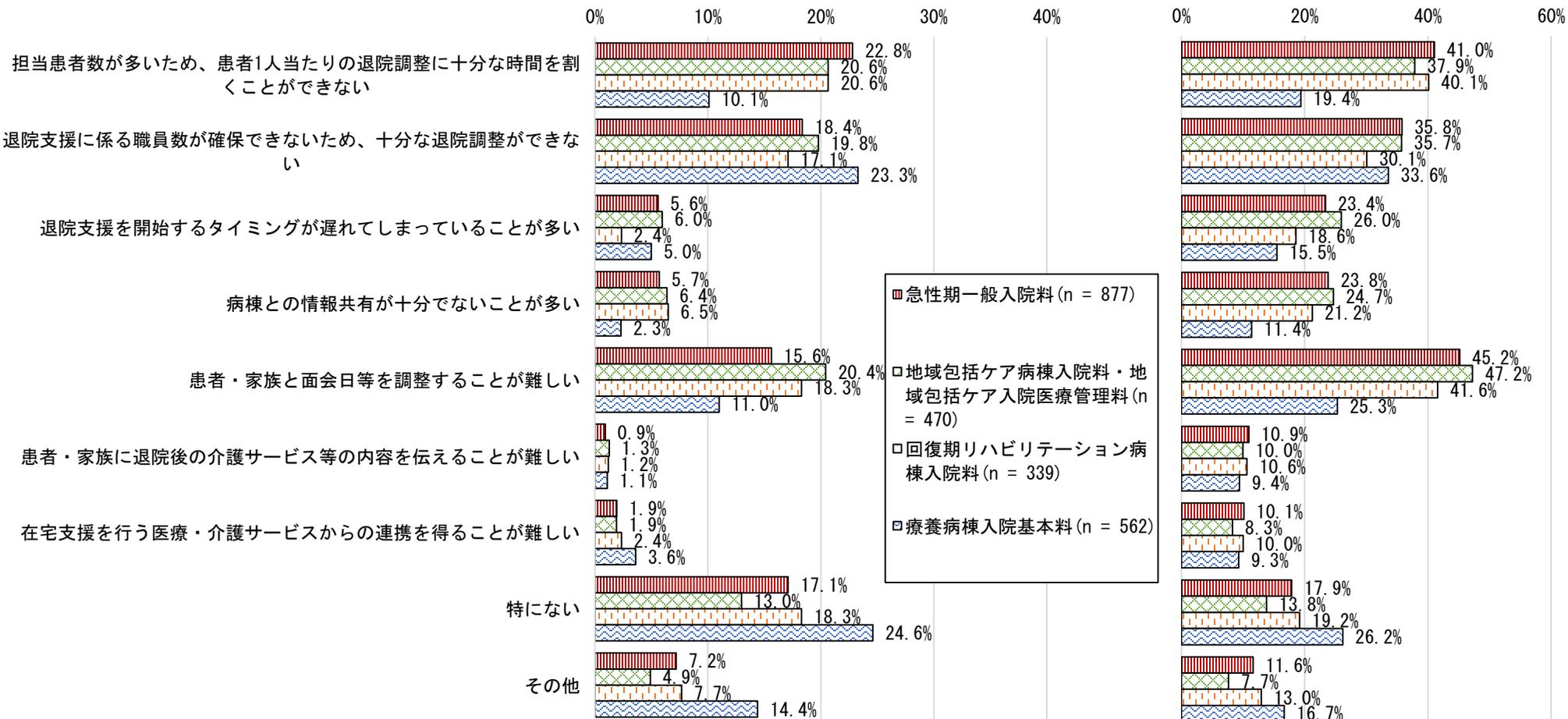
■ 療養病棟入院基本料(n=204)

施設において退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 施設において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として、「担当患者数が多いため、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」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

退院支援等の取組等を困難にしている事項
(最も該当するもの)

退院支援等の取組等を困難にしている事項
(複数回答)

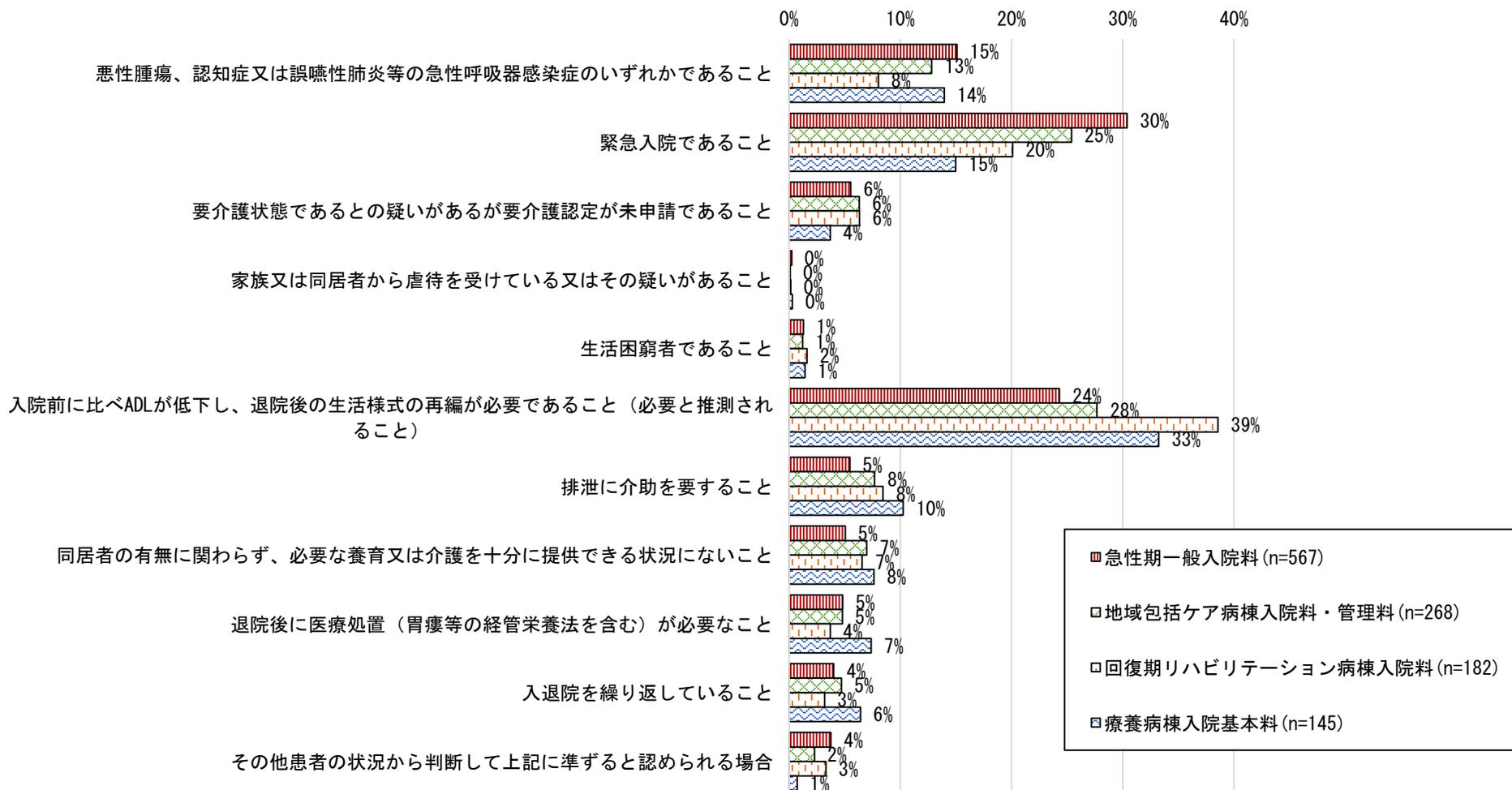


■急性期一般入院料 (n = 877)
 □地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 470)
 □回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 339)
 □療養病棟入院基本料 (n = 562)

入退院支援加算の算定要件の「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算1又は2を算定した患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても、「緊急入院であること」、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」が多かった。

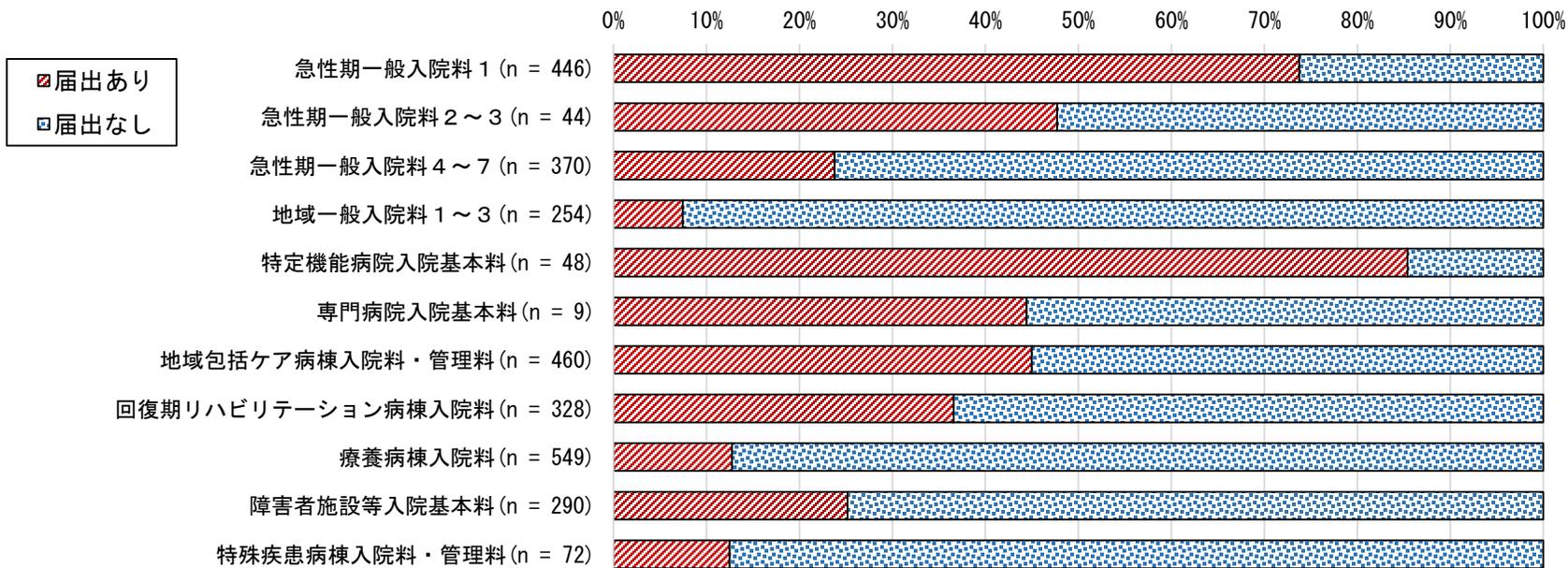
入退院支援加算1又は2を算定する患者の「退院困難な要因」(主なもの1つ)



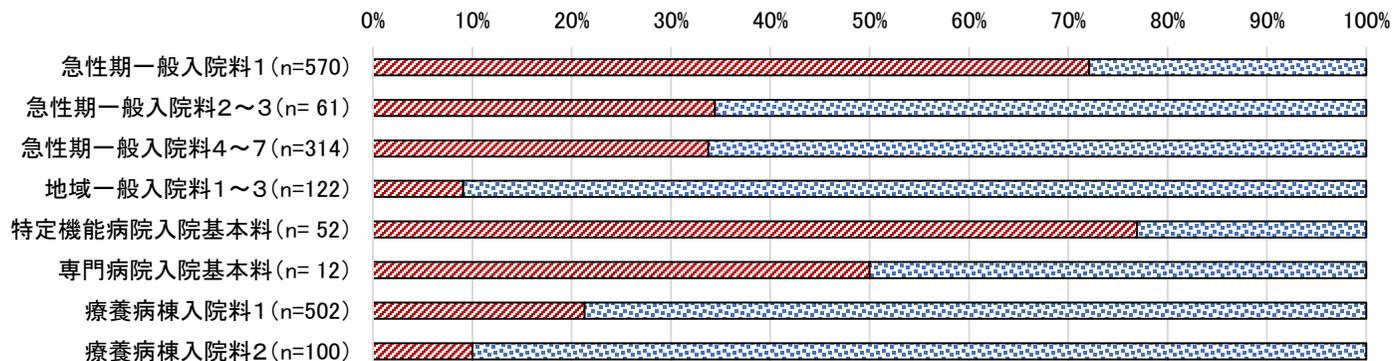
入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：令和元年度調査



入院時支援加算を届出ることが困難な理由

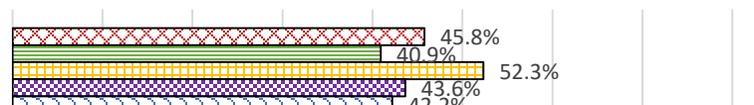
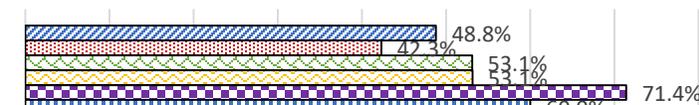
○ 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

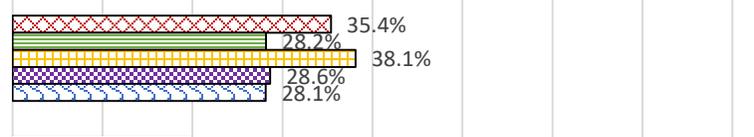
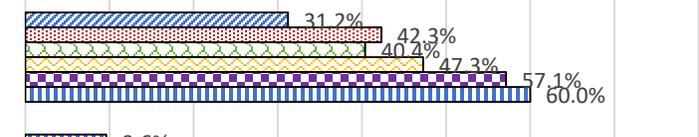
(複数回答)

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

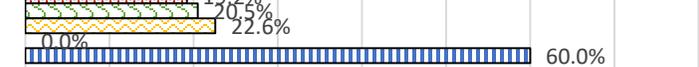
入退院支援を行うための入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため



入退院支援を行うための入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため



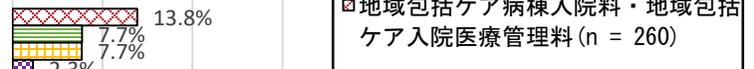
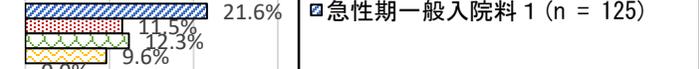
地域連携を行う十分な体制が整備できていないため



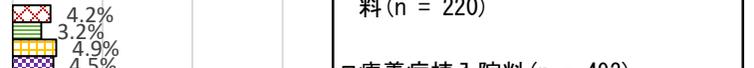
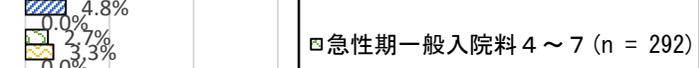
自宅等から入院する予定入院患者が少ないため



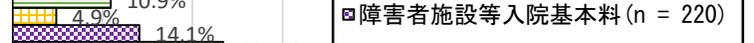
緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため



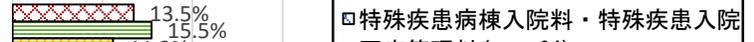
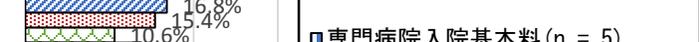
他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため



その他



未回答



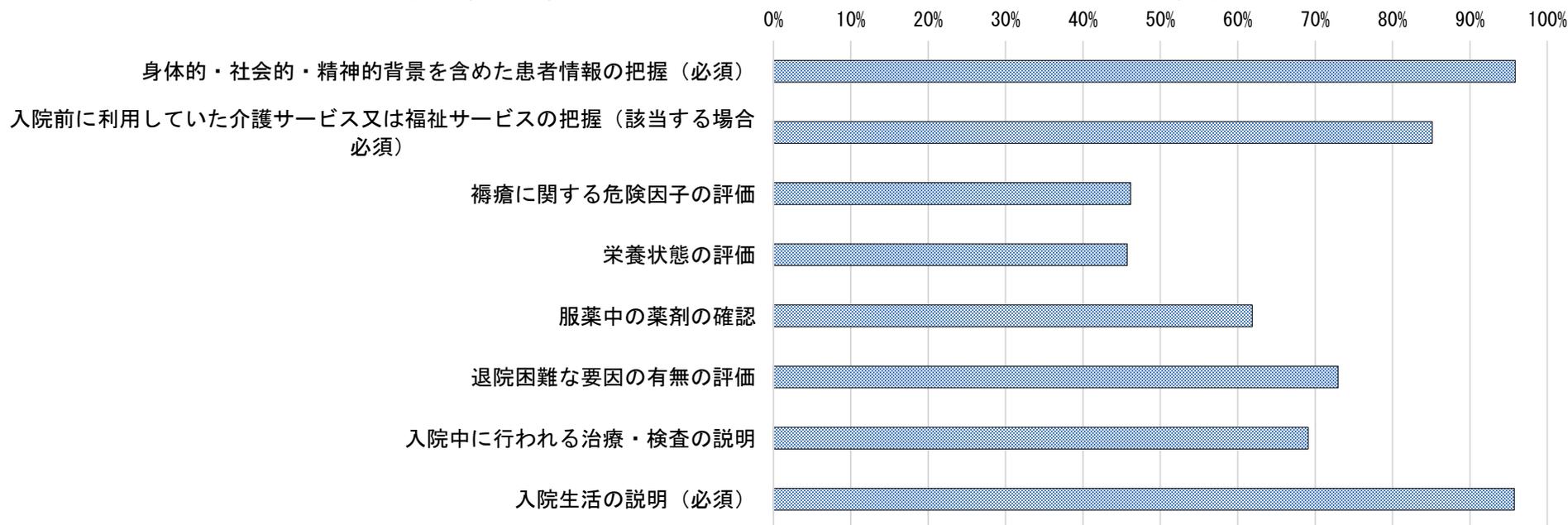
- 急性期一般入院料 1 (n = 125)
- 急性期一般入院料 2～3 (n = 26)
- 急性期一般入院料 4～7 (n = 292)
- 地域一般入院料 (n = 239)
- 特定機能病院入院基本料 (n = 7)
- 専門病院入院基本料 (n = 5)

- 地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 260)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 220)
- 療養病棟入院料 (n = 493)
- 障害者施設等入院基本料 (n = 220)
- 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料 (n = 64)

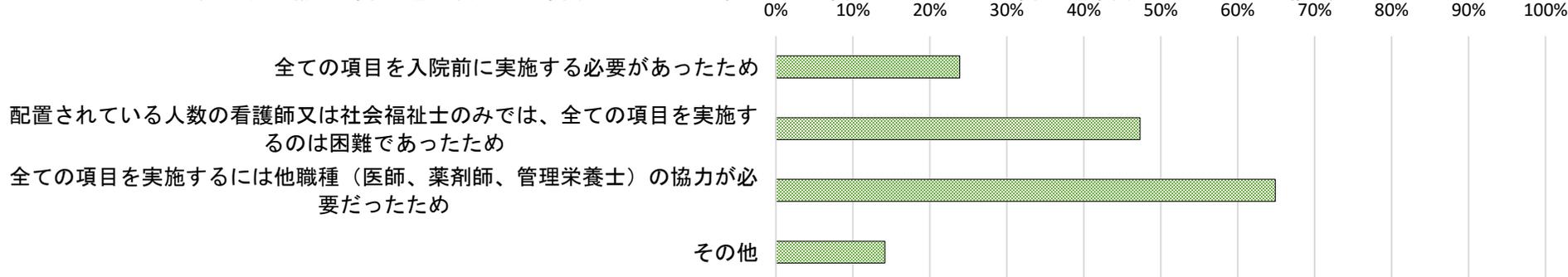
入院時支援加算2を算定した患者の入院前に実施した事項

- 入院時支援加算2を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、必須項目意外は4～7割の実施割合となっており、特に「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」が低かった。
- また、入院時支援加算2の算定理由としては、「他職種の協力が必要だった」が最も多かった。

入院時支援加算2を算定した患者について、入院前に実施した事項(複数回答)



入院時支援加算2を1件以上算定している場合、加算1ではなく加算2を算定した理由(複数回答)



3. 横断的事項

①入退院支援について

②認知症ケアについて

③治療早期からの回復に向けた取組について

④栄養管理について

ア 栄養サポートチーム加算について

イ 周術期の栄養管理について

ウ 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

認知症対策の充実

認知症ケア加算の見直し

➤ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行			
認知症ケア加算1	イ	150点	ロ 30点
認知症ケア加算2	イ	30点	ロ 10点



改定後			
認知症ケア加算1	イ	<u>160点</u>	ロ 30点
<u>認知症ケア加算2</u>	イ	<u>100点</u>	ロ <u>25点</u>
認知症ケア加算3	イ	<u>40点</u>	ロ 10点

イ 14日以内の期間
ロ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、認知症ケア加算2を新設する。

改定後

[認知症ケア加算2の施設基準]

- 認知症患者の診療に十分な経験を有する**専任の常勤医師**又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した**専任の常勤看護師**を配置 (※経験や研修の要件は加算1と同様)
- 原則として、全ての病棟に、**研修を受けた看護師を3名以上配置** (※研修の要件は加算3と同様)
- 上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等



② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、研修を受けた看護師の病棟配置数を3名以上に増やす。

現行

[認知症ケア加算2の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置



改定後

[認知症ケア加算3の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を**3名以上**配置

※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行

[認知症ケア加算1の施設基準]

- 認知症ケアチームを設置
- ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験5年以上)
- イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了)
- ※ 16時間以上チームの業務に従事
- ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士



改定後

[認知症ケア加算1の施設基準]

- 認知症ケアチームを設置
- ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験3年以上)
- イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了)
- ※ 原則16時間以上チームの業務に従事
- ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

認知症対策の充実

(参考) 認知症ケア加算の主要要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ 160点 □ 30点	イ 100点 □ 25点	イ 40点 □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	－
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	－
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

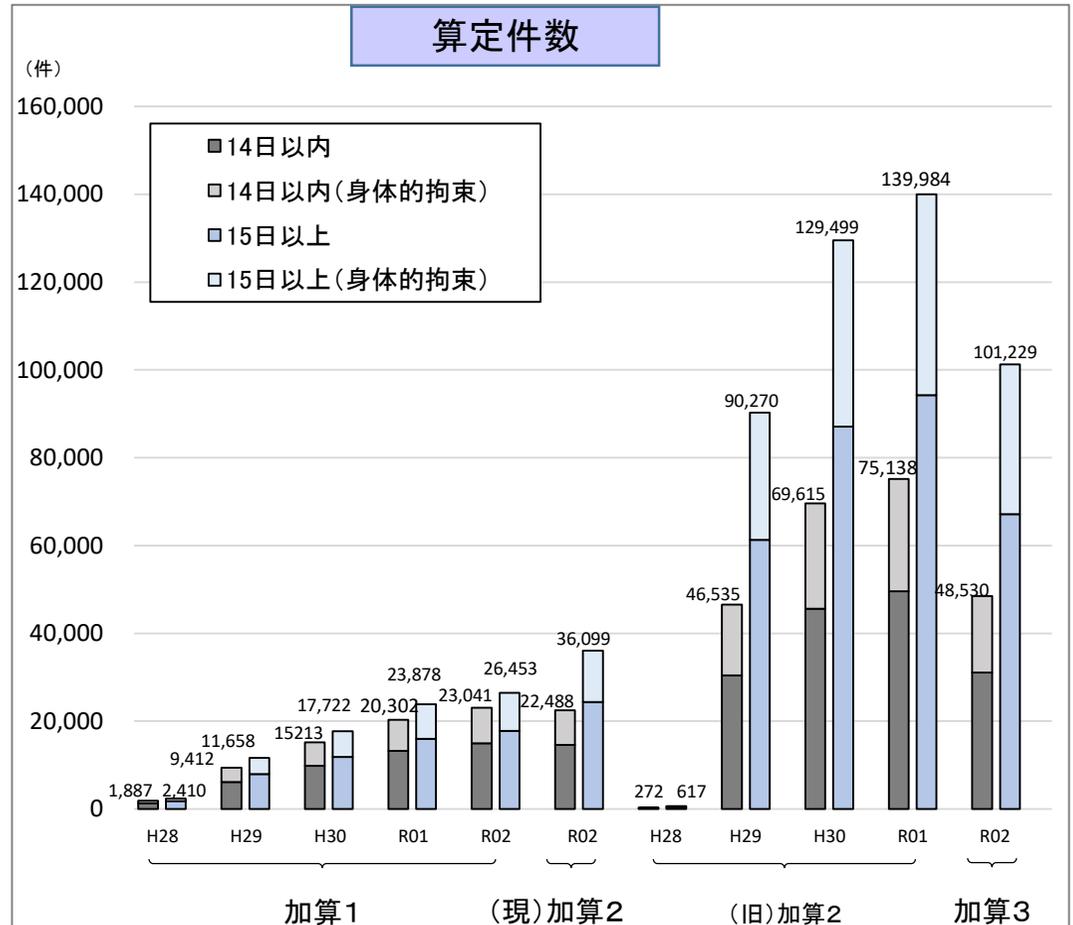
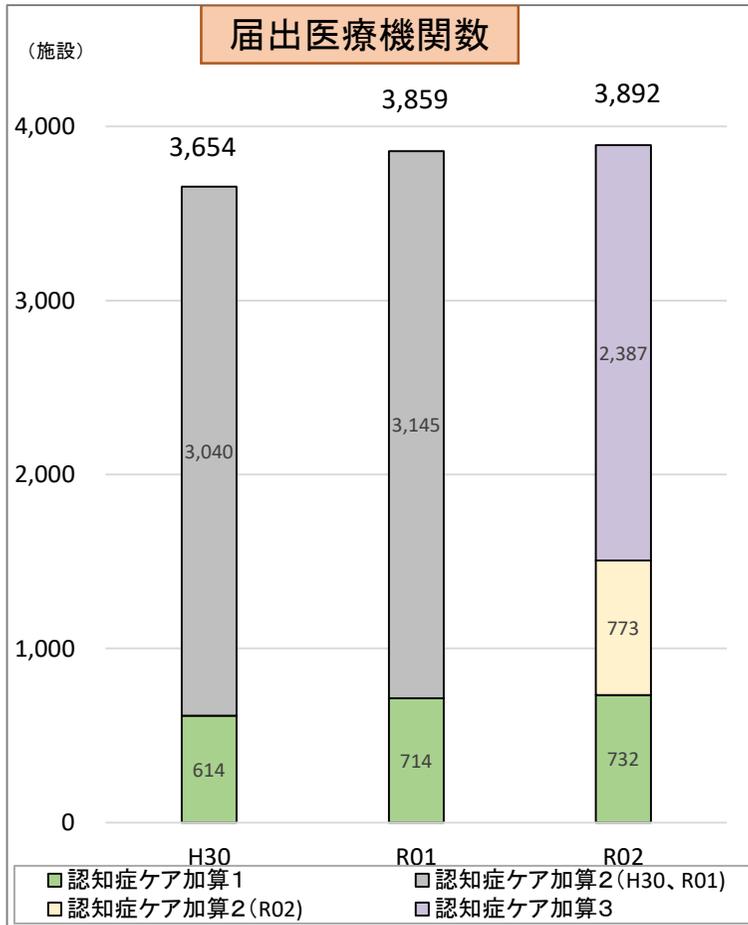
※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

認知症ケア加算の算定状況

○ 認知症ケア加算は届出医療機関数、算定件数ともに増加傾向。



【出典】NDB集計

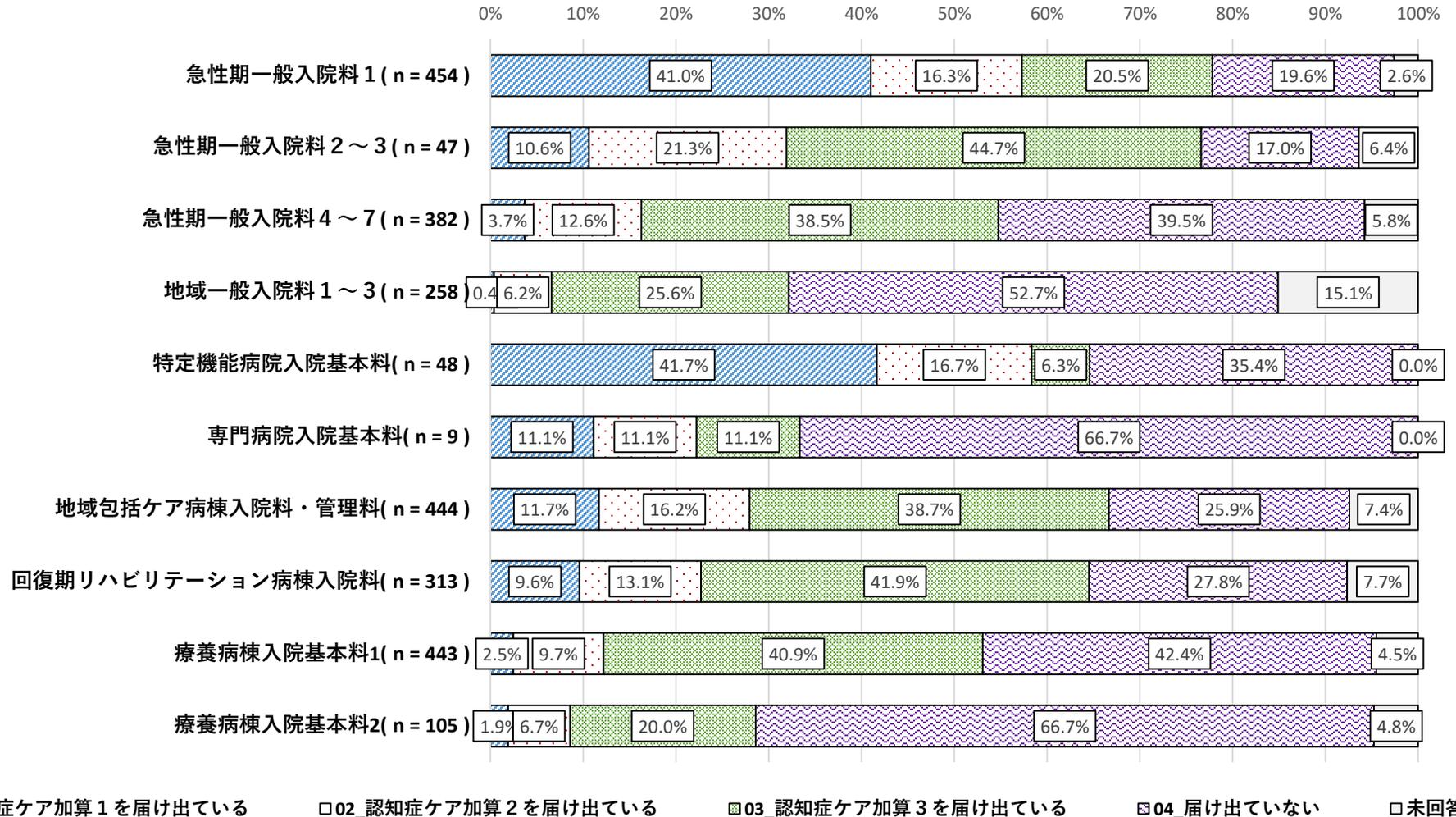
※各加算における(14日以内の期間)の医療機関数

【出典】社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

認知症ケア加算の届出状況

○ 認知症ケア加算 1 の届出は、急性期一般入院料 1・特定機能病院で多く、その他の入院料では認知症ケア加算 3 の届出が多かった。

認知症ケア加算の届出状況



01_認知症ケア加算 1 を届け出ている

02_認知症ケア加算 2 を届け出ている

03_認知症ケア加算 3 を届け出ている

04_届け出していない

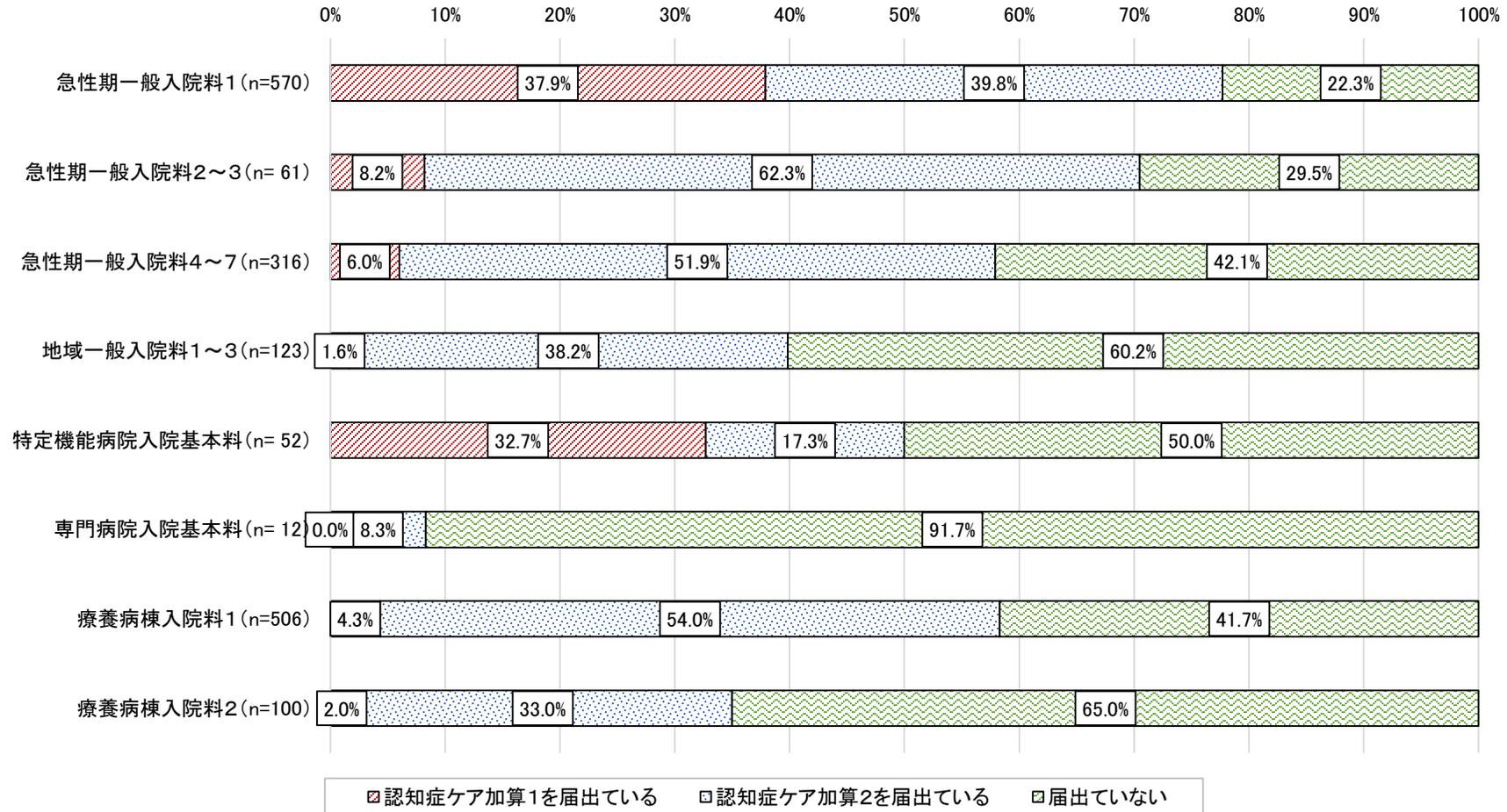
未回答

認知症ケア加算の届出状況

診 調 組 入 - 1
元 . 9 . 2 6

○ 認知症ケア加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

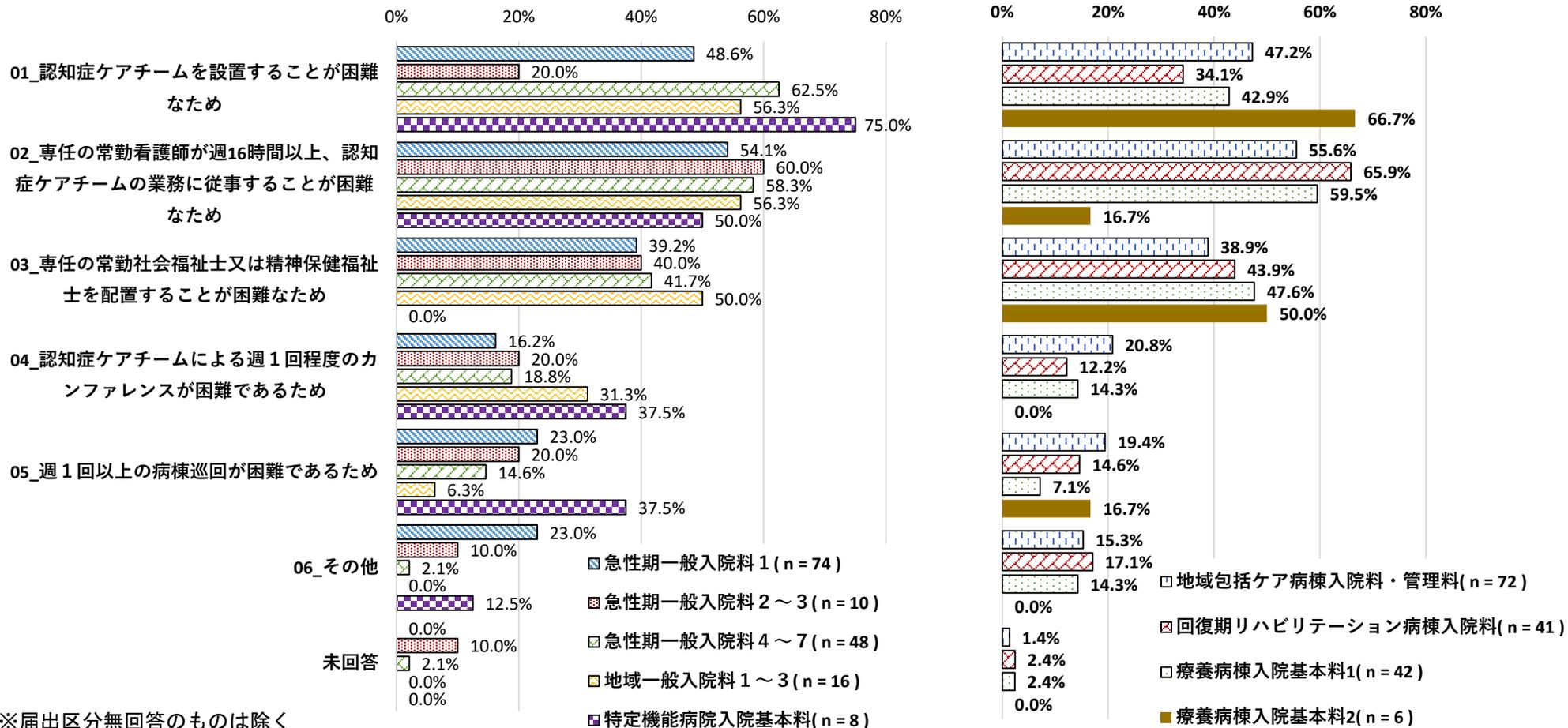
認知症ケア加算の届出状況



認知症ケア加算 1 を届出していない理由

- 認知症ケア加算 1 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」「専任の看護師が週16時間以上認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため」が多かった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由 (複数回答)

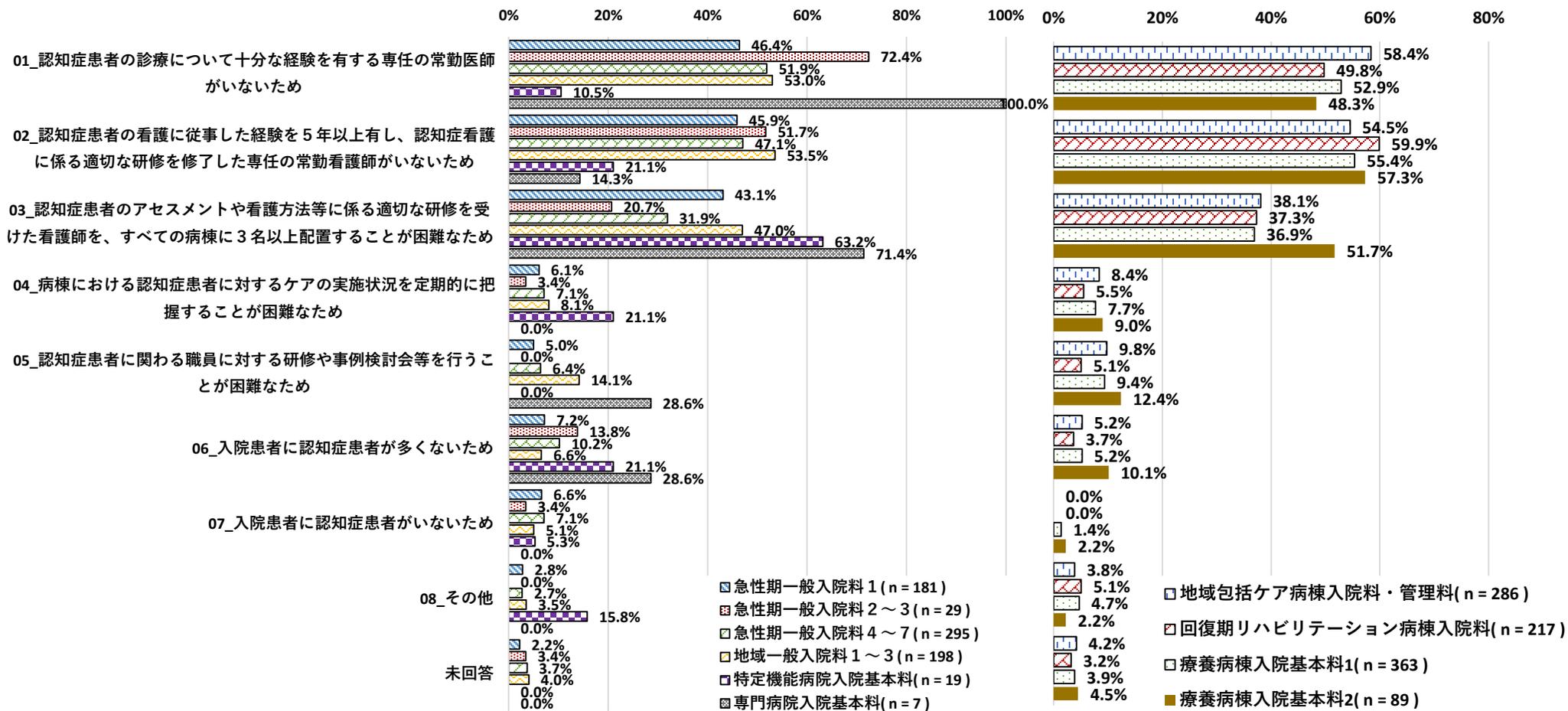


※届出区分無回答のものは除く

認知症ケア加算2を届出していない理由

○ 認知症ケア加算2を届出していない理由として、「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため」「認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がいないため」が多かった。

認知症ケア加算2を届出していない理由（複数回答）



※届出区分無回答のものは除く

出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

n=2以下の入院料を除く

3. 横断的事項

①入退院支援について

②認知症ケアについて

③治療早期からの回復に向けた取組について

④栄養管理について

ア 栄養サポートチーム加算について

イ 周術期の栄養管理について

ウ 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

特定集中治療室での早期からの取組の評価について

ICU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

➤ 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を新設する。

早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

➤ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)

[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始を入室後48時間以内に実施すること。等

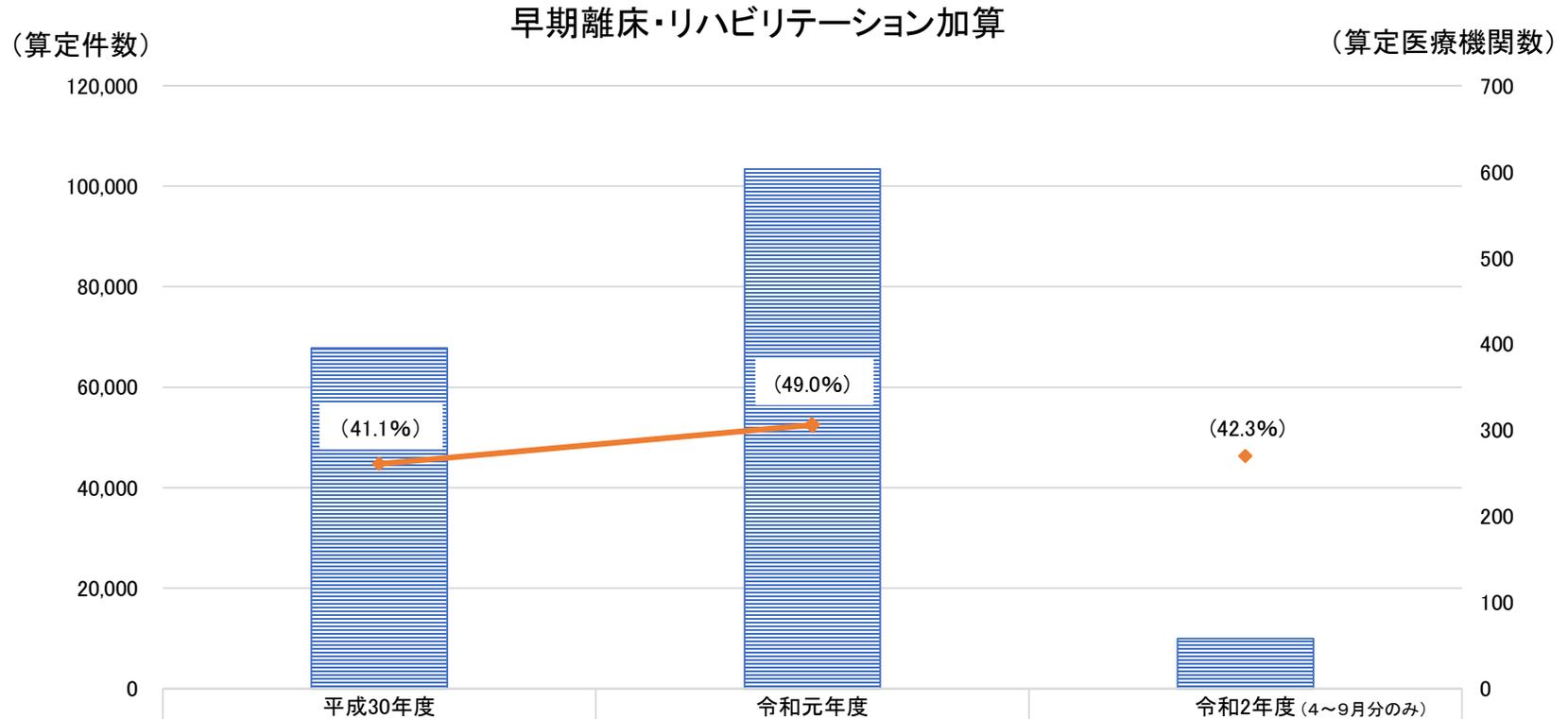
[施設基準]

特定集中治療室に要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。



早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

○ 早期離床・リハビリテーション加算の算定医療機関数・算定回数は、以下のとおり。



算定件数	67,806	103,415	9,943
算定医療機関数	261 (41.1%)	306 (49.0%)	270 (42.3%)
特定集中治療室管理料届出医療機関数	635	624	639

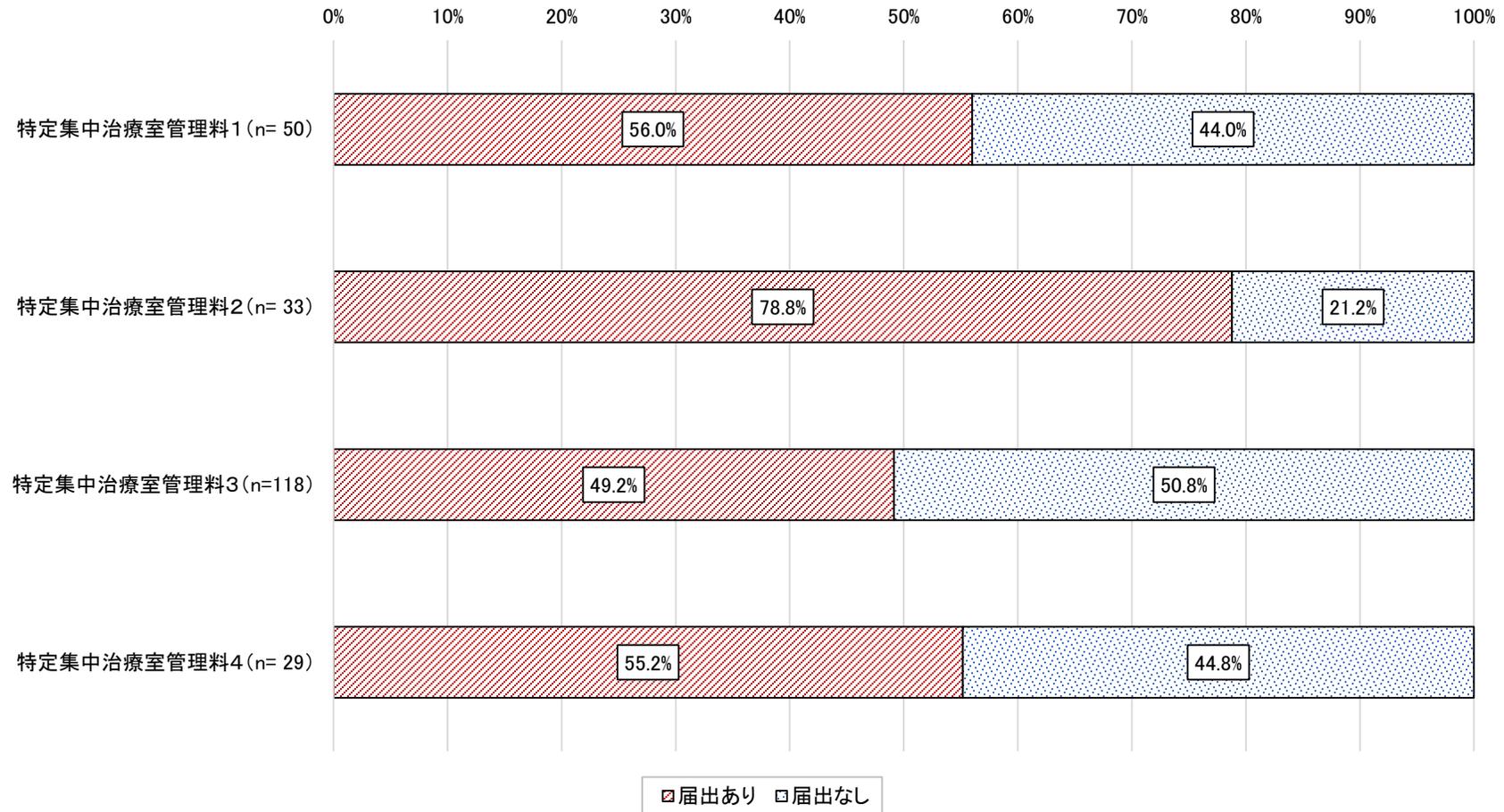
※括弧内には特定集中治療室管理料届出医療機関数に対する早期離床・リハビリテーション加算算定医療機関数の割合を記載。

※NDBデータより各年度の算定状況を集計

※届出医療機関数は各年度の中医協報告「施設基準等の届出状況」より抜粋

- 特定集中治療室管理料における早期離床・リハビリテーション加算の届出状況をみると、管理料1・3・4では約5割、管理料2では約8割が届出していた。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況



早期離床・リハビリテーションの状況①

○ 集中治療において、早期リハビリテーションに取り組んだ場合、自立度の改善や、ICU滞在期間の短縮、早期歩行獲得等の効果が期待されている。

《集中治療における早期リハビリテーションのエキスパートコンセンサス》
早期リハビリテーションの手順を示す手引きとして、日本集中治療医学会で作成された治療指針。(一部抜粋)



- CQ 4-1**
早期離床や早期からの積極的な運動は退院時や退室時の日常生活動作 (activities of daily living: ADL) 再獲得に効果があるか？
- A** ▶▶ 早期離床や早期からの積極的な運動により退院時の Barthel Index および機能的自立度が有意に改善する。
▶▶ 退室時における ADL 再獲得における報告は少なく、今後も検証が必要である。
- CQ 4-6**
早期離床や早期からの積極的な運動は ICU 在室期間を短縮するか？ 在院日数を減らすか？
- A** ▶▶ 早期離床や早期からの積極的な運動によって ICU 在室期間や在院日数は短縮する可能性がある。

介入群のほうが、歩行器なしの歩行獲得までの期間が短かった。
(Norihiko T. et al. Pediatric Crit Care Med; Feb 2019; Vol20: e91-97)

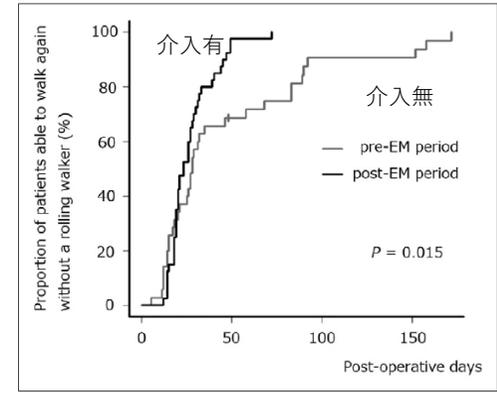


Figure 3. Cumulative frequency of patients regaining the ability to walk again without a rolling walker. EM = early mobilization.

コロナ患者においても早期リハビリテーションの実施が推奨されている。
(「急性期病院におけるCOVID-19の理学療法管理」についての推奨)

表 6. 推奨される理学療法的なモビライゼーション、運動およびリハビリテーション:

推奨	
6.4	早期モビライゼーションが奨励される。安全に実施可能であれば、積極的に早期からモビライゼーションを実施する[23]。

Physiotherapy Management for COVID-19 in the Acute Hospital Setting:
急性期病院における COVID-19 の理学療法管理

Recommendations to guide clinical practice
臨床実践のための推奨

バージョン 1.0
2020年3月22日

Japanese translation by Japanese Society of Intensive Care Medicine
Committee of Intensive Care Early Rehabilitation and Committee of Intensive Care
Physiotherapy and Occupational Therapy

Japanese Physical Therapy Association (Japanese Society of Respiratory
Physiotherapy, Japanese Society of Cardiovascular Physical Therapy,
Japanese Society of Physical Therapy for Diabetes Mellitus)

日本語監訳
神楽 洋 高崎大学大学院 医療薬学総合研究科 医療科学専攻 理学療法学分野
黒川 元 日本臨床研究会
業績 野田 福天堂大学保健医療学部理学療法学科

日本語監訳
野田 有輝 慶應義塾大学保健医療学部理学療法学科
井原 誠 公立富田病院 日本医療センター リハビリテーション技術科
加藤 隆雄 東京大学医学部附属病院理学療法学科
神谷 健太郎 北海道医療大学理学療法センター 理学療法学科
野藤 正和 福天堂大学保健医療学部理学療法学科
野末 俊介 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門
玉木 彰 広島医科大学大学院医学研究科
森沢 知之 福天堂大学保健医療学部理学療法学科

早期離床・リハビリテーションの状況②

- ICU、HCU、PICU等の施設を対象とした調査によると、PICS(Post Intensive Care Syndrome)の予防として早期リハビリテーションを行っているという回答した割合は92.1%であり、ICU以外の病棟においても早期リハビリテーションが行われている。

PICSに対する介入の実施状況

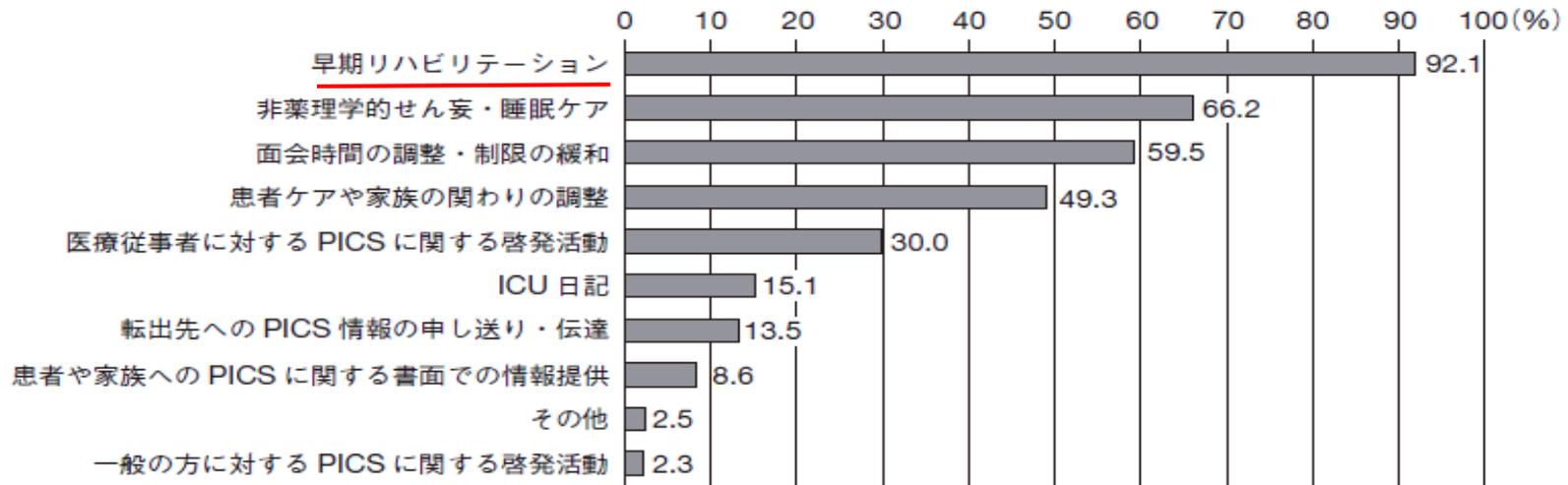


Fig. 3 回答者の施設で実践している PICS に対する介入 (n = 444 : 複数回答含む)
早期リハビリテーション：疾患の新規発症、手術または急性増悪から 48 時間以内に開始するリハビリテーション
非薬理的せん妄・睡眠ケア：光・アラーム、騒音対策、音楽療法、身体抑制の制限など
患者ケアや家族の関わりの調整：患者のケアやリハビリテーションへの家族の参加、家族の関わりの調整

出典：日本集中治療医学会 PICS 対策・生活改善検討委員会(日集中医誌: 2019; 26: 467-75)

早期栄養介入等の現状について

- 令和2年4月～9月に早期栄養介入管理加算を算定した医療機関は、徐々に増加し、232施設であり、一人当たりの算定回数は、2.53～2.75回と推計される。
- 早期栄養介入管理加算が算定出来ない、HCU、CCU、SCU等を有している約6割弱の施設において、栄養管理が実施されている。

表 早期栄養介入管理加算の実績について

令和2年	算定医療機関数	算定件数	算定回数	算定回数／算定件数
4月	79	809	2,097	2.59
5月	118	1,146	3,150	2.75
6月	174	2,228	5,865	2.63
7月	195	2,462	6,631	2.69
8月	232	3,030	8,246	2.72
9月	232	3,047	7,719	2.53

※NDBデータより算定状況を集計

(参考) 特定集中治療室の平均在室日数

	平均日数
平成30年度	3.5
令和元年度	3.5
令和2年度	3.4

※NDBデータより集計(特定集中治療室管理料1～3を算定した日数から、在室日数を算出)

表 HCU, SCU, CCUにおける管理栄養士による栄養管理の実施状況

有効回答42施設

	施設数	%
早期栄養介入管理加算(ICU)を算定している	23	54.8
HCU, SCU, CCUにおける栄養管理を実施している	24	57.1
HCU	16	38.1
CCU	9	21.4
SCU	7	16.7

※学会開催の研修会を受講した管理栄養士に対してwebアンケート調査を実施。

出典：日本健康・栄養システム学会調べ

救命救急入院料等の主な施設基準①

診調組 入-1
3.6.30

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料 1	～3日 10,223点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制 	4対1	ICU用 測定評価	救命救急 センター を有して いること
		～7日 9,250点				
		～14日 7,897点				
	入院料 2	～3日 11,802点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす 	2対1	ICU用 8割	
		～7日 10,686点				
		～14日 9,371点				
	入院料 3	～3日 10,223点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	4対1	ICU用 測定評価	
		～7日 9,250点				
～14日 7,897点						
入院料 4	～3日 11,802点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	2対1	ICU用 8割		
	～7日 10,686点					
	～14日 9,371点					
特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料 1	～7日 14,211点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務（うち2人がICU経験5年以上） ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 	2対1	ICU用 8割	
		～14日 12,633点				
	管理料 2	～7日 14,211点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること 			ICU用 7割
		～14日 12,633点				
	管理料 3	～7日 9,697点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること 		ICU用 7割	
		～14日 8,118点				
	管理料 4	～7日 9,697点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 		ICU用 7割	
		～14日 8,118点				
ハイケアユニット 入院医療管理料 (HCU)	管理料 1	6,855点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下 	4対1	HCU用 8割	
	管理料 2	4,224点		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	<ul style="list-style-type: none"> ・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下 	3対1	一般病棟 用(I) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、 くも膜下 出血が8 割以上

救命救急入院料等の主な施設基準②

診調組 入-1
3.6.30

		点数	概要	主な施設基準	看護配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点 8日～ 14,211点	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日（急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日）を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時当該治療室内に勤務（専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上） ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア：他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ：他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上（そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上） 	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料1	10,539点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア：直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ：直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上 	3対1	
	管理料2	8,434点		<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上 		
総合周産期特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料1	7,381点	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置 	3対1	総合/地域周産期母子医療センターであること
	管理料2	10,539点		<ul style="list-style-type: none"> ・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置 		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日（出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日）を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置 	6対1	

3. 横断的事項

①入退院支援について

②認知症ケアについて

③治療早期からの回復に向けた取組について

④栄養管理について

ア 栄養サポートチーム加算について

イ 周術期の栄養管理について

ウ 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

栄養に関する診療報酬上の主な評価（入院時食事療養以外）

入院

○栄養サポートチーム加算

（200点／週1回）

対象入院料（結核病棟、精神病棟）の追加

○早期栄養介入管理加算

（400点／1日）

入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

○入院栄養食事指導料1

（初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施
※ 特定入院料では算定不可（回リハ入院料1を除く）

○入院栄養食事指導料2

（初回250点、2回目190点／週1回・入院中2回）

入院栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

○栄養情報提供加算

（50点／入院中1回）※入院栄養食事指導料の上乗せ

栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

○集団栄養食事指導料※

（80点／月1回）※ 外来患者も指導対象

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な複数の患者（15人以内／1回）に対して、1回40分以上の指導を実施

○摂食障害入院医療管理加算

（200点（30日以内）、100点（31～60日以内））

※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる

○個別栄養食事管理加算※

（70点（1日につき））※緩和ケア診療加算の上乗せ

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を実施

○摂食嚥下支援加算※

（200点／月1回）※ 外来患者も指導対象

※ 摂食嚥下支援チームの一員に管理栄養士が含まれる。
外来患者も指導対象

○回復期リハビリテーション病棟入院料

（2,129～1,678点）

入院料1は、管理栄養士の病棟配置が必須

入院料2～6は、管理栄養士の病棟配置が努力義務

○栄養管理体制

常勤管理栄養士1名以上を配置（非常勤管理栄養士又は常勤栄養士の場合は入院基本料から1日につき40点減算。それも満たせない場合は、特別入院基本料を算定。）

入院に係る栄養管理に対する主な評価について

- 入院に係る栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 入院中の評価としては、入院栄養食事指導料や栄養サポートチーム加算を中心として、一部の状態に着目した加算による評価も導入している。

入院前



外来栄養食事指導料

(初回260点、2回目以降200点/月1回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算

(200、230点/退院時1回)
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料

(初回260点、2回目200点/週1回・入院中2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算

(50点/入院中1回)
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算

(400点/1日)
特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

退院後



外来栄養食事指導料 (再掲)

在宅患者訪問栄養食事指導料

(440~530点/月2回)
在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

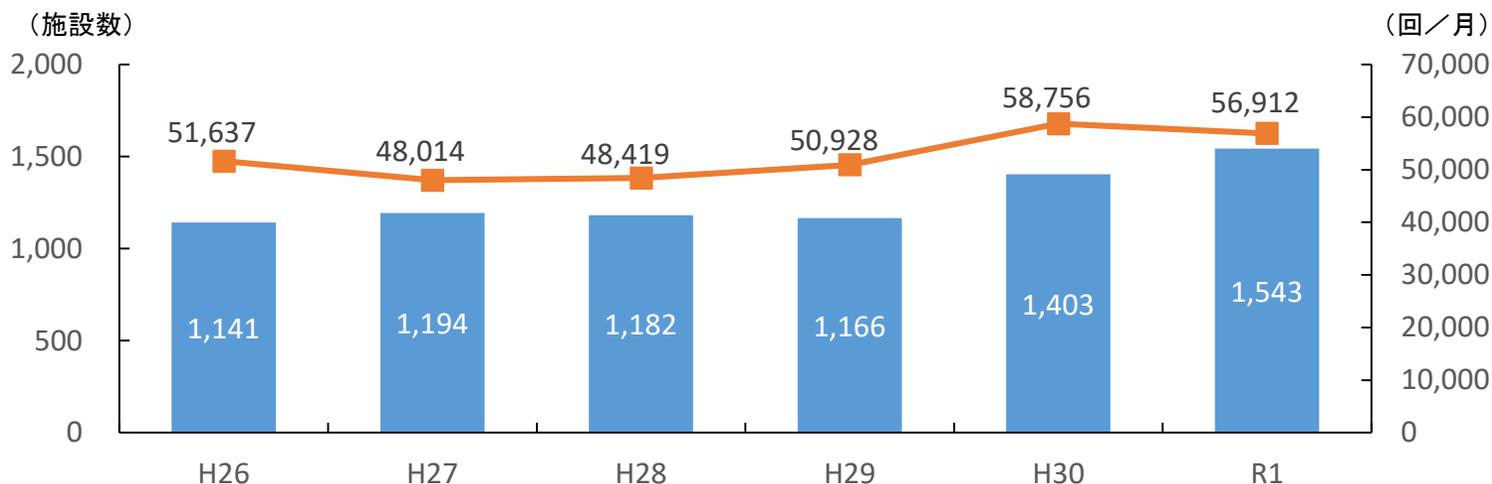


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

栄養サポートチームの介入効果について

- 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高い。
- 栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清Alb値が有意な改善が認められた。

【対象・方法等】

2011年度～2013年度に呼吸器病棟(肺がん、肺結核、COPD等)(114名)を一般病棟、神経筋病棟(神経難病、筋ジストロフィー等)(153名)を障害者病棟として、各病棟に入院した患者に対する栄養サポートチームの介入の有用性について比較検討。

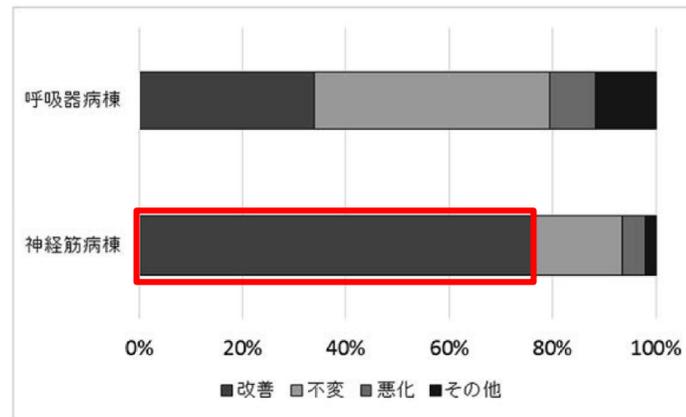


図1 病棟種別 NST 介入終了時の評価 (2011年度-2013年度)

【改善】血清Alb値が3.0g/dl以上となった場合
 【不変】血清Alb値が3.0g/dlに達しなかった場合
 【悪化】血清Alb値が介入前より低下、病状悪化や死亡により介入中止の場合
 【その他】上記以外

表2 NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値 (2011年度-2013年度)

		NST 介入前	NST 介入後	
呼吸器病棟 (n=68)	BMI	18.08 ± 4.08	17.98 ± 4.15	ns
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.57 ± 0.33	2.60 ± 0.41	ns
神経筋病棟 (n=93)	BMI	17.04 ± 3.55	17.40 ± 3.71	p=0.01
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.80 ± 0.32	3.04 ± 0.43	p<0.001

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟も算定可能となった。

○:算定可、×:算定不可

	基本入院料									特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×	○	×	×	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
備考	平成26年度改定より医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定より専従要件を緩和										

3. 横断的事項

①入退院支援について

②認知症ケアについて

③治療早期からの回復に向けた取組について

④栄養管理について

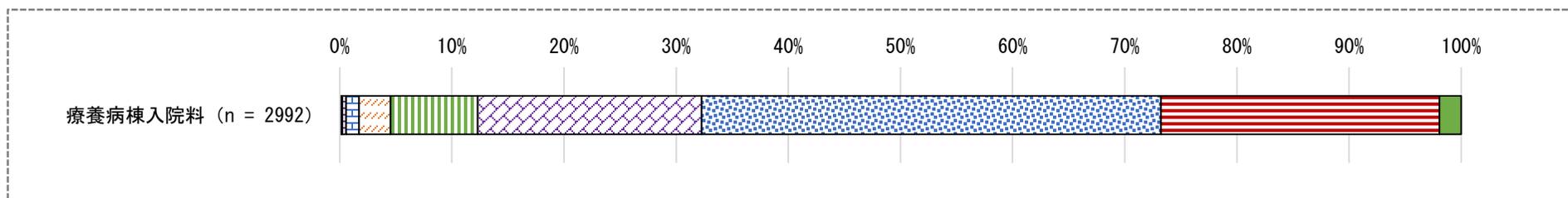
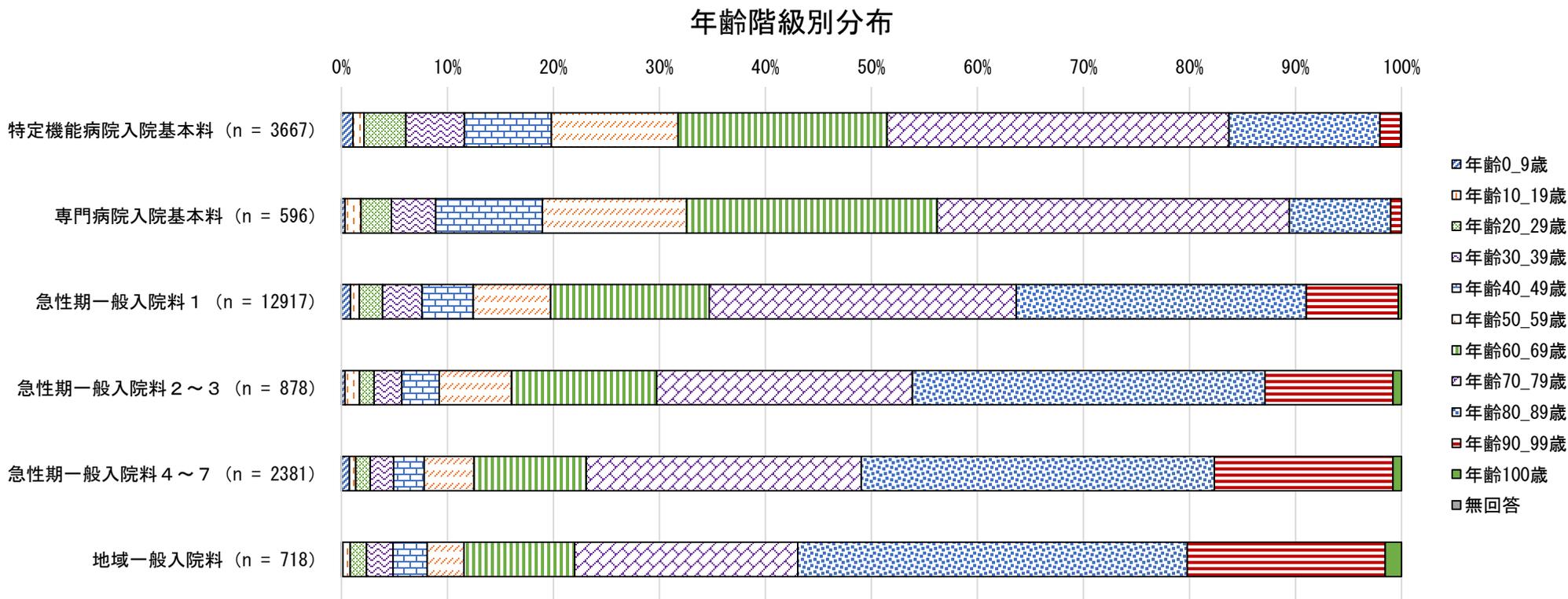
ア 栄養サポートチーム加算について

イ 周術期の栄養管理について

ウ 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

入院料ごとの年齢階級別分布

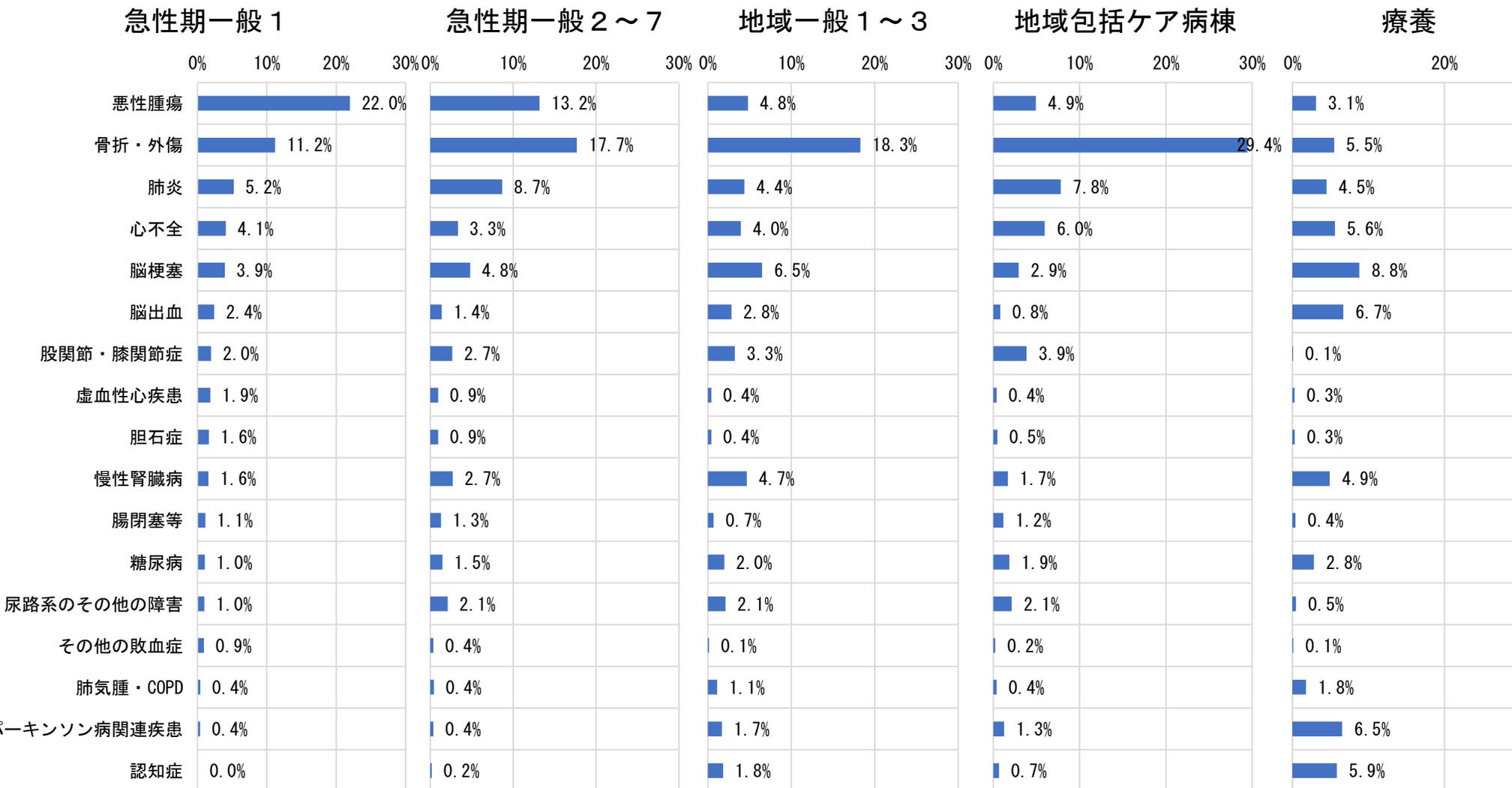
○ 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、急性期一般入院料1は、その他の急性期一般入院料や地域一般入院料と比較して、高齢である患者の割合が低かった。



入院料ごとの入院患者の主な傷病

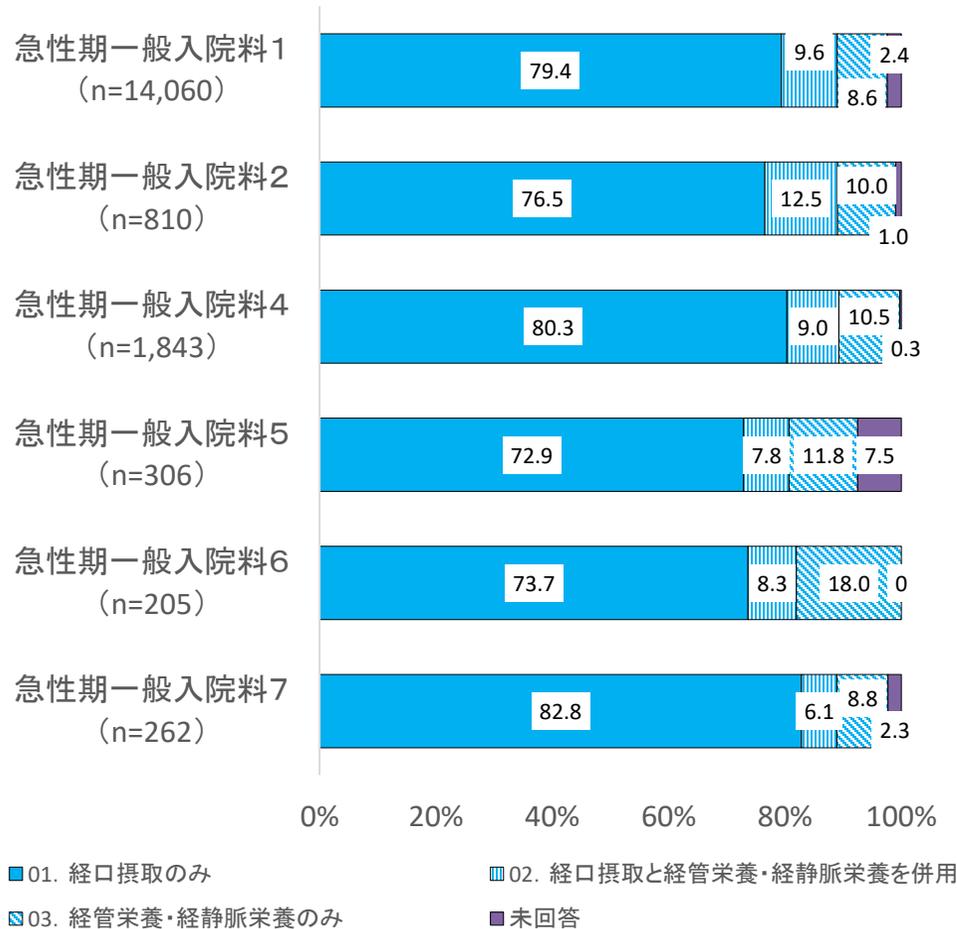
○ 急性期一般入院料 1 では悪性腫瘍が最も多く、急性期一般入院料 2～7 や地域一般入院料、地ケア病棟は骨折・外傷が最も多かった。療養病棟では疾患のバラツキが大きかった。

入院料別・入院患者の主な主傷病の分布

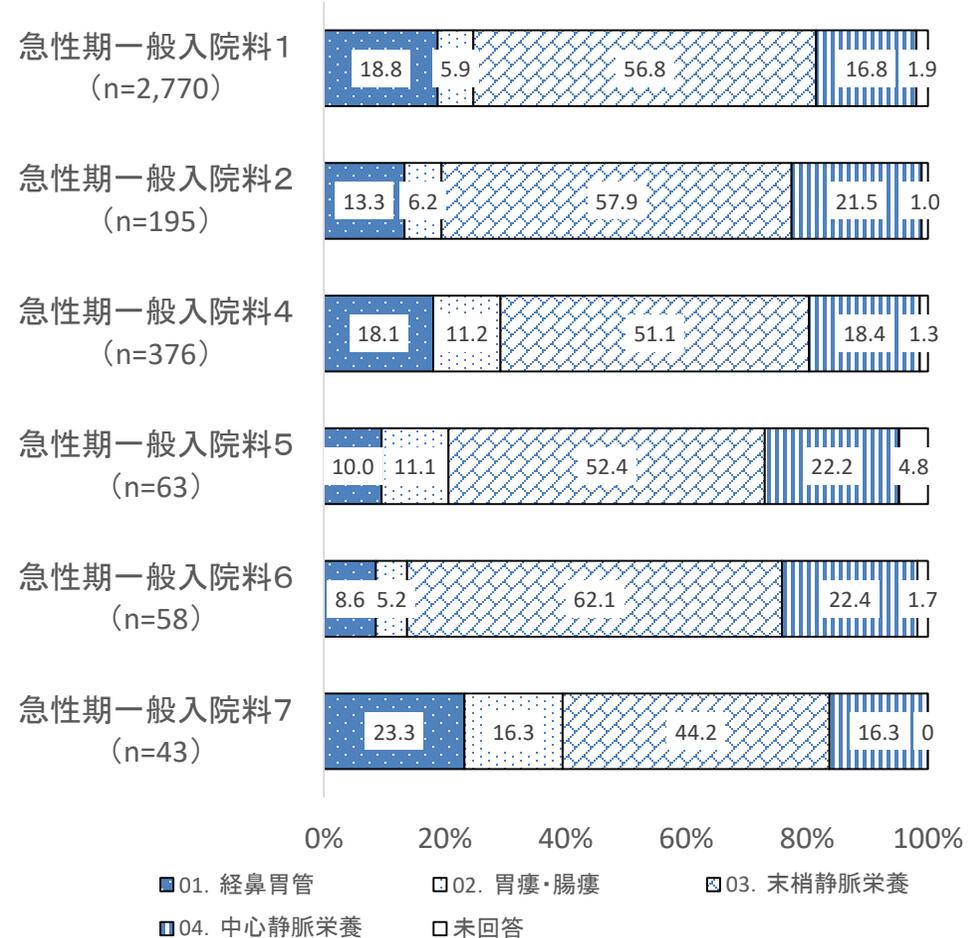


入院料ごとの栄養摂取の状況

- いずれの入院料においても経口摂取の割合は、約7割であった。
- また、経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用、経管栄養・経静脈栄養のみは、それぞれ約1割であった。経静脈栄養においては、末梢静脈栄養の割合が最も高く約5割、次に中心静脈栄養が約2割であった。



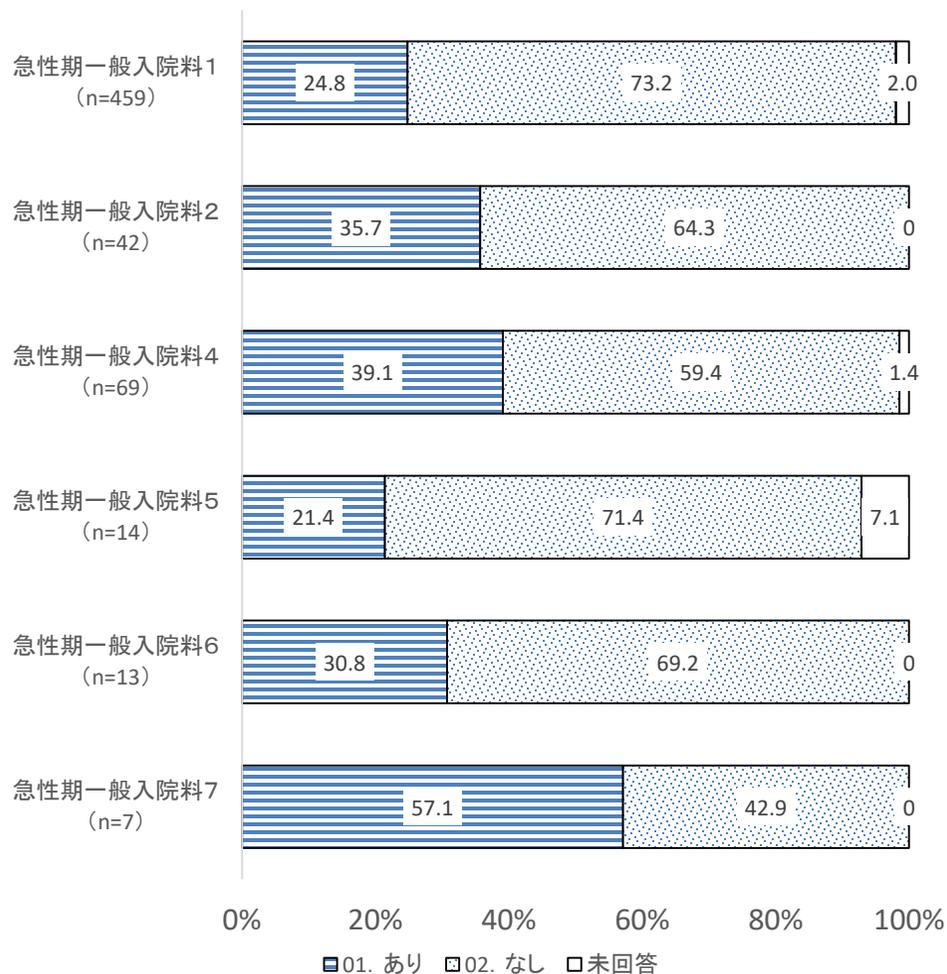
入院料別・入院患者の栄養摂取の方法



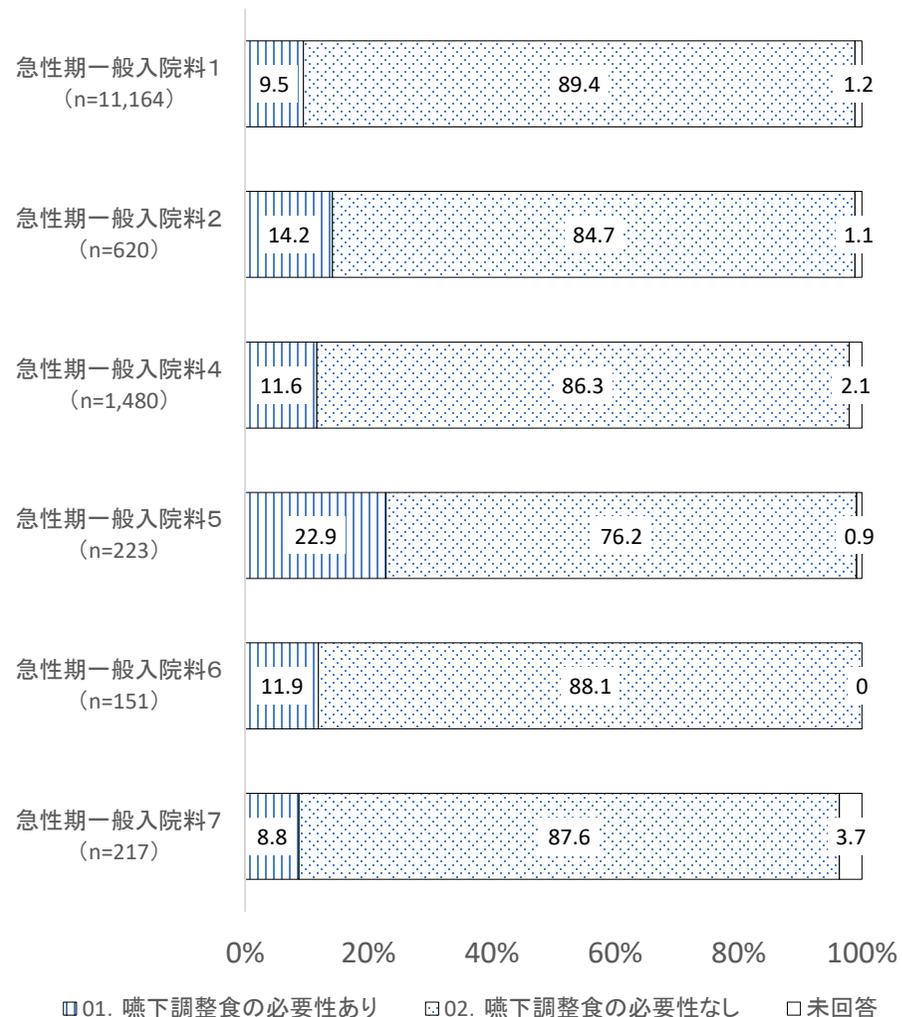
入院料別・経口摂取以外の入院患者の栄養摂取の状況

入院料ごとの嚥下機能障害の有無等

- 入院料によりばらつきはみられるが、約3割前後の患者に嚥下機能障害がみられた。
- 入院料によりばらつきはみられるが、約1割の患者に嚥下調整食が必要であった。



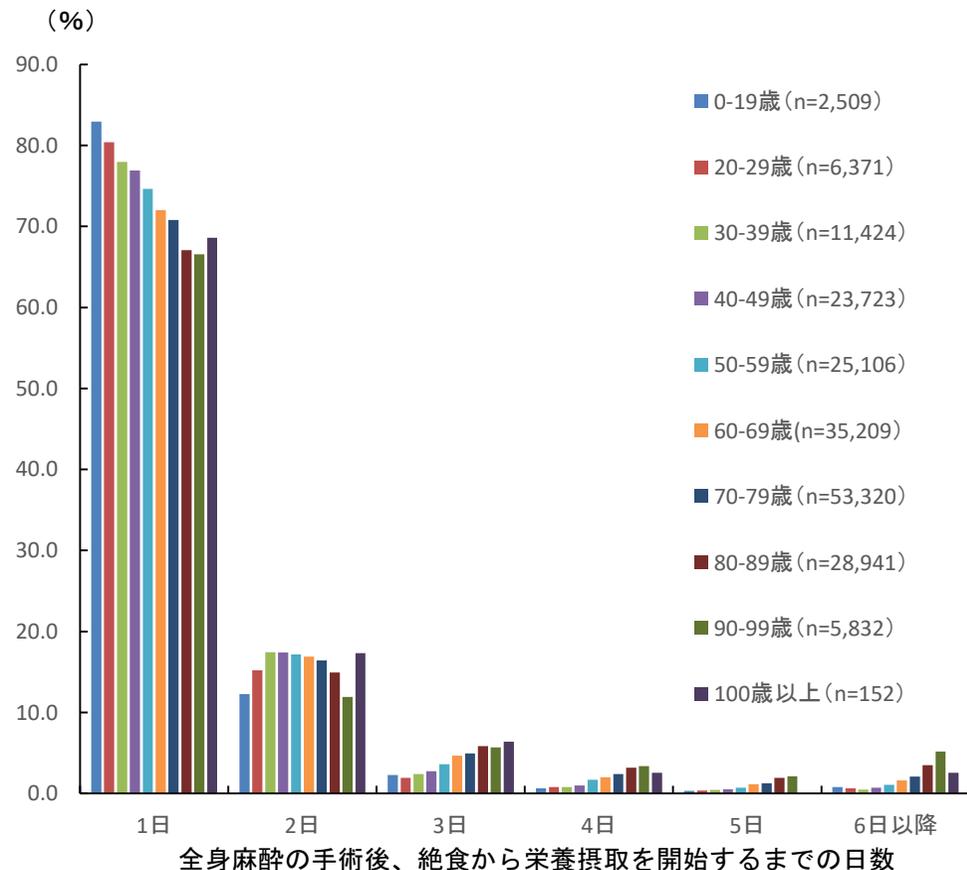
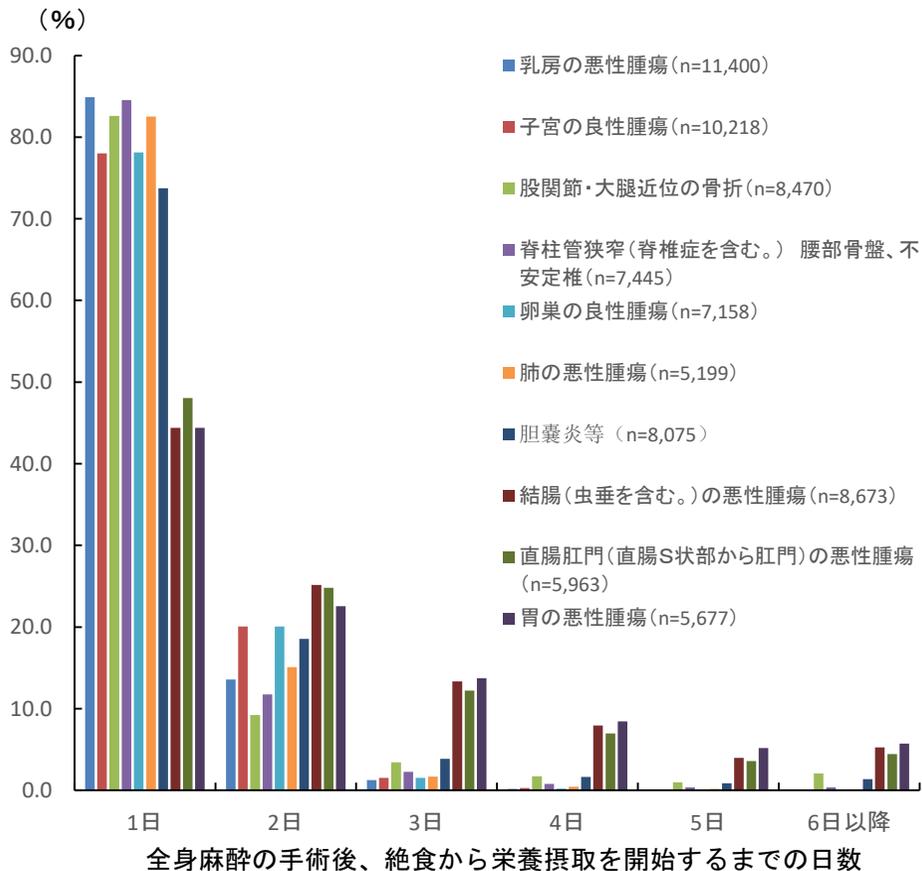
入院料別・入院患者の嚥下機能障害の有無



入院料別・嚥下機能障害患者の嚥下調整食の必要性

術後の栄養摂取開始の状況

- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の疾患別の患者割合は、消化器疾患において、開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。
- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の年齢階級別の患者割合は、年齢が上がるほど開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。



2020年度データ(2020年4月1日入院以降症例)の新評価表において、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(加算は含まずに本体のみ)」を行った日(複数ある場合は最初)に、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」の患者が、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」から変更されるまでの日数別患者割合

各ガイドラインにおける周術期の栄養管理について

○ 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版(抜粋) (日本臨床栄養代謝学会:JSPEN)

- 1) 術前の栄養状態の評価
- 2) 栄養状態不良な場合、術後に栄養のリスクが存在する場合には、術前からの栄養療法の施行(経口サプリメントの投与、免疫経腸栄養剤、腸を使えない場合の静脈栄養など)が必要
- 3) 術後早期からの経口摂取再開、経腸栄養の開始
- 4) 術後1週間以上、経口摂取・経腸栄養を施行できない場合は完全静脈栄養の施行
- 5) 経腸栄養でエネルギー必要量を満たせない場合は静脈栄養の併用
- 6) 術後に経腸栄養を行う場合は、標準組成を第一選択とするが、栄養不良・大侵襲手術患者では免疫経腸栄養剤を考慮

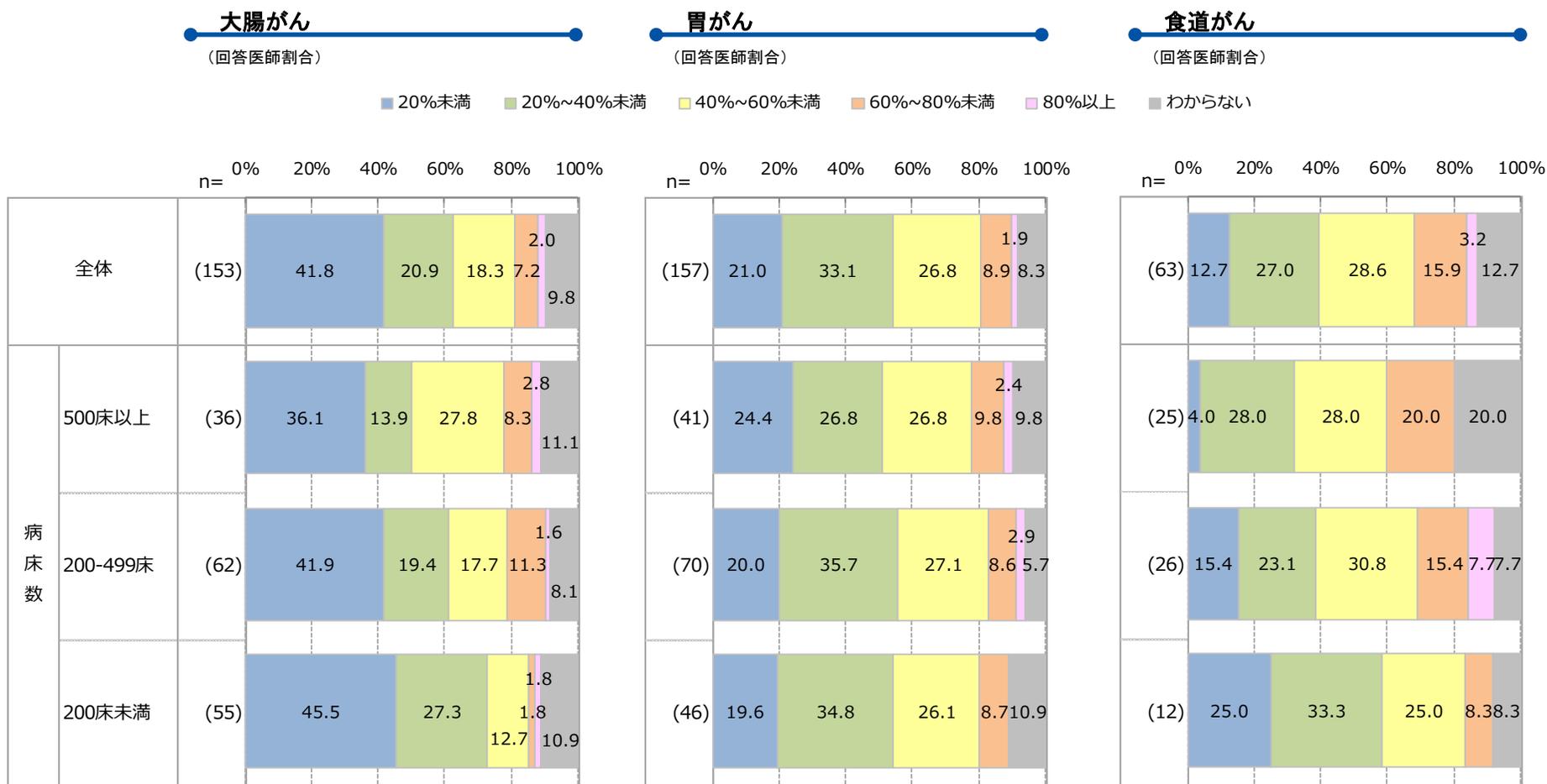
Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

- 1) 術前の絶飲食を避ける
- 2) 個々の患者の忍容性、手術のタイプに応じて経口摂取
- 3) Major surgeryにおいては、術前・術後に栄養状態を評価
- 4) 低栄養患者、低栄養のリスクがある患者(周術期に5日より長く経口摂取ができないと予想される場合、7日より長く推奨量の50%を摂取できないと予想される場合)には遅滞なく周術期の栄養管理(経口あるいは経腸を第一選択とした栄養療法:エネルギーは25-30 kcal/kg、たんぱく質は1.5 g/kg ideal body weight)を行う。))
- 5) 7日より長く、経口あるいは経腸栄養で必要量の50%のエネルギーを投与できない場合は、補助的な静脈栄養投与を開始する
- 6) 低栄養の、がん手術患者には周術期に免疫栄養剤を投与する
- 7) 重度栄養障害を有する患者では、たとえがん手術であっても7-14日間の術前栄養療法を行う
- 8) 可能であれば、経口・経腸栄養を優先する
- 9) 通常食で必要量の栄養を摂取できない場合は栄養状態が良好であっても術前に経口的な栄養サプリメントを投与する

術前の経口栄養剤の摂取の状況

○ 術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

図 術前管理を行った患者での経口栄養剤のアドヒアランス：提供量の半分以下しか摂取できていない患者の割合



(n=30未満は参考値として掲載)

周術期の栄養ケア・マネジメントについて

- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短い。
- 大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下する。

【対象・方法等】

全国242施設、20,858例の胃切除患者において周術期栄養管理が術後経過に及ぼす影響に関する調査を実施。

【対象・方法等】

大腿骨近位部骨折患者80名を術後に通常食のみ摂取させたコントロール群(40名)、術後3日間1,000kcal/日の静脈栄養を追加し、その後7日間の400kcal/日の経口栄養剤を追加した栄養療法群(40名)に分け、術後合併症等を検証。

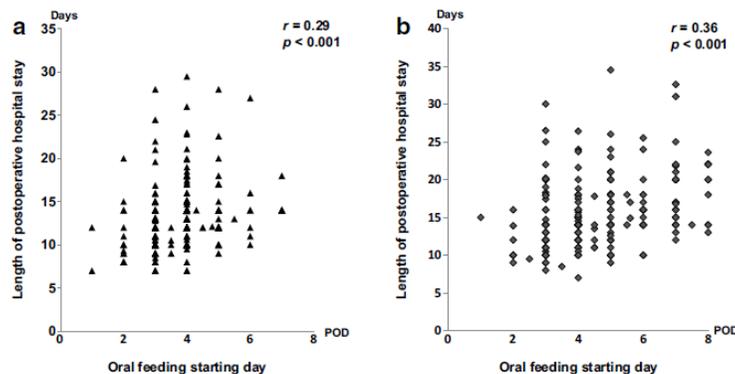
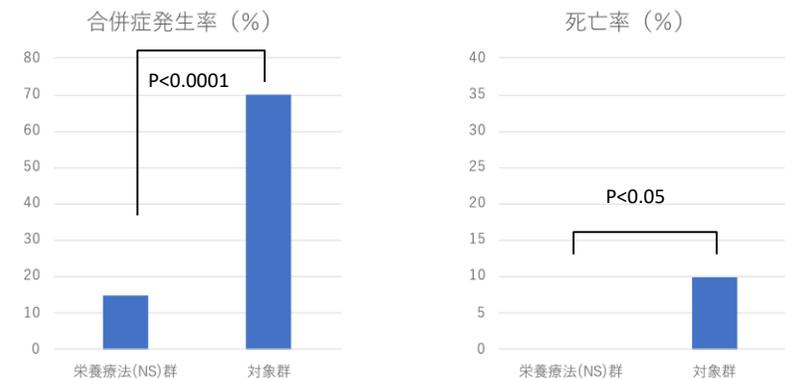


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 236$). **a** Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

Spearman's rank correlation coefficient. **b** Relationship between oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. *POD* postoperative day



栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
 対照群：通常の病院の飲食

出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.

Surg Today (2017) 47:1460–1468.

出典：Magnus Eneroth, Ulla-Britt Olsson, Karl-Göran Thorngren. Nutritional Supplementation Decreases Hip Fracture-related Complications. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 451(2006) 212–217.

3. 横断的事項

- ①入退院支援について
- ②認知症ケアについて
- ③治療早期からの回復に向けた取組について
- ④栄養管理について
 - ア 栄養サポートチーム加算について
 - イ 周術期の栄養管理について
 - ウ 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

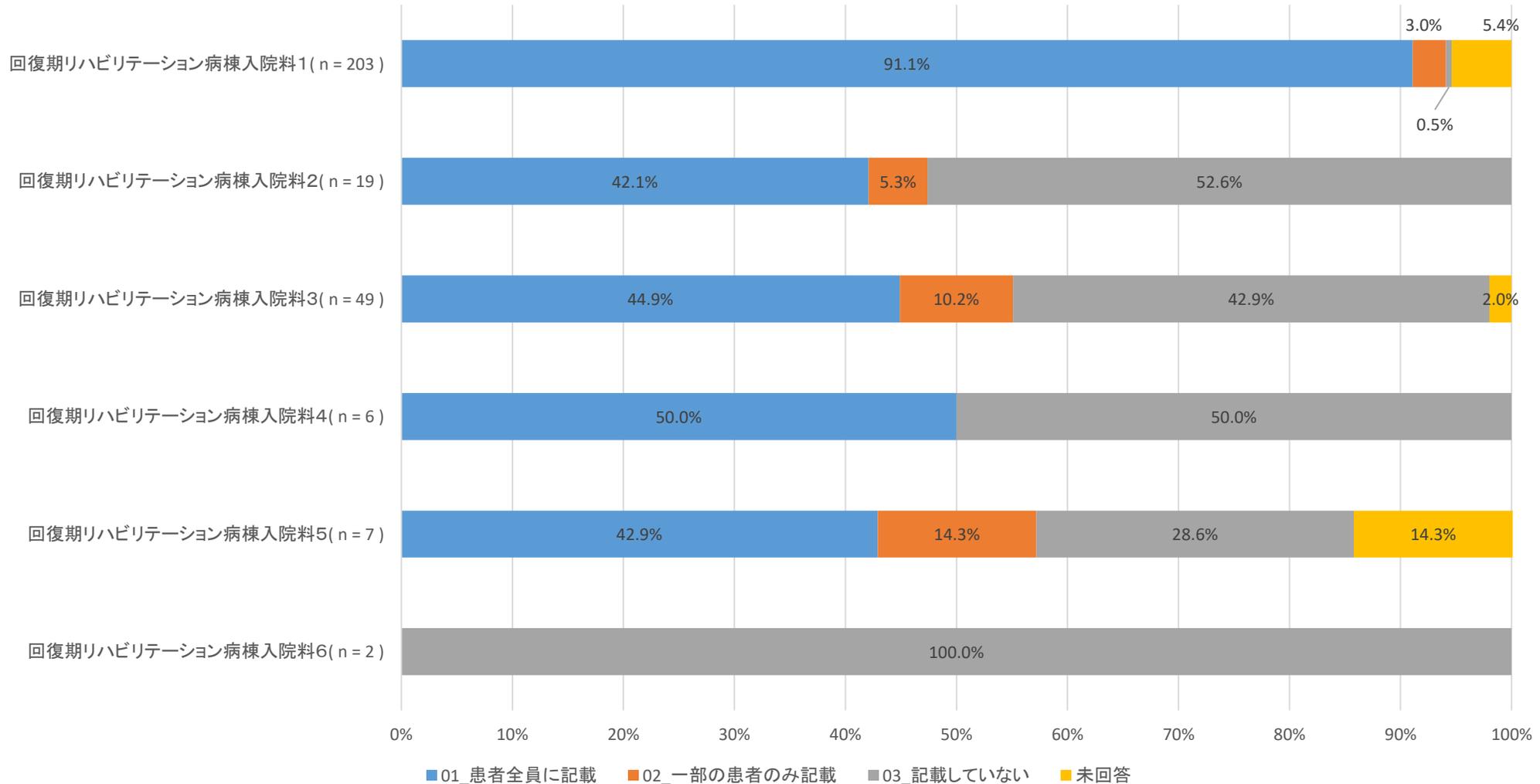
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	<u>専任常勤1名</u>	<u>専任常勤1名の配置が望ましい</u>				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	<u>管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい</u>				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(<u>※経過措置あり</u>)		
休日リハビリテーション	○		- <u>※休日リハビリテーション提供体制加算あり</u>			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 <u>※()内はFIM総得点</u>	3割以上が4点(<u>16点</u>)以上改善		3割以上が3点(<u>12点</u>)以上改善		-	
自宅等に退院する割合	7割以上					-
リハビリテーション実績指数	<u>40以上</u>	-	<u>35以上</u>	-	30以上	-
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

リハビリテーション計画書における栄養項目の記載状況

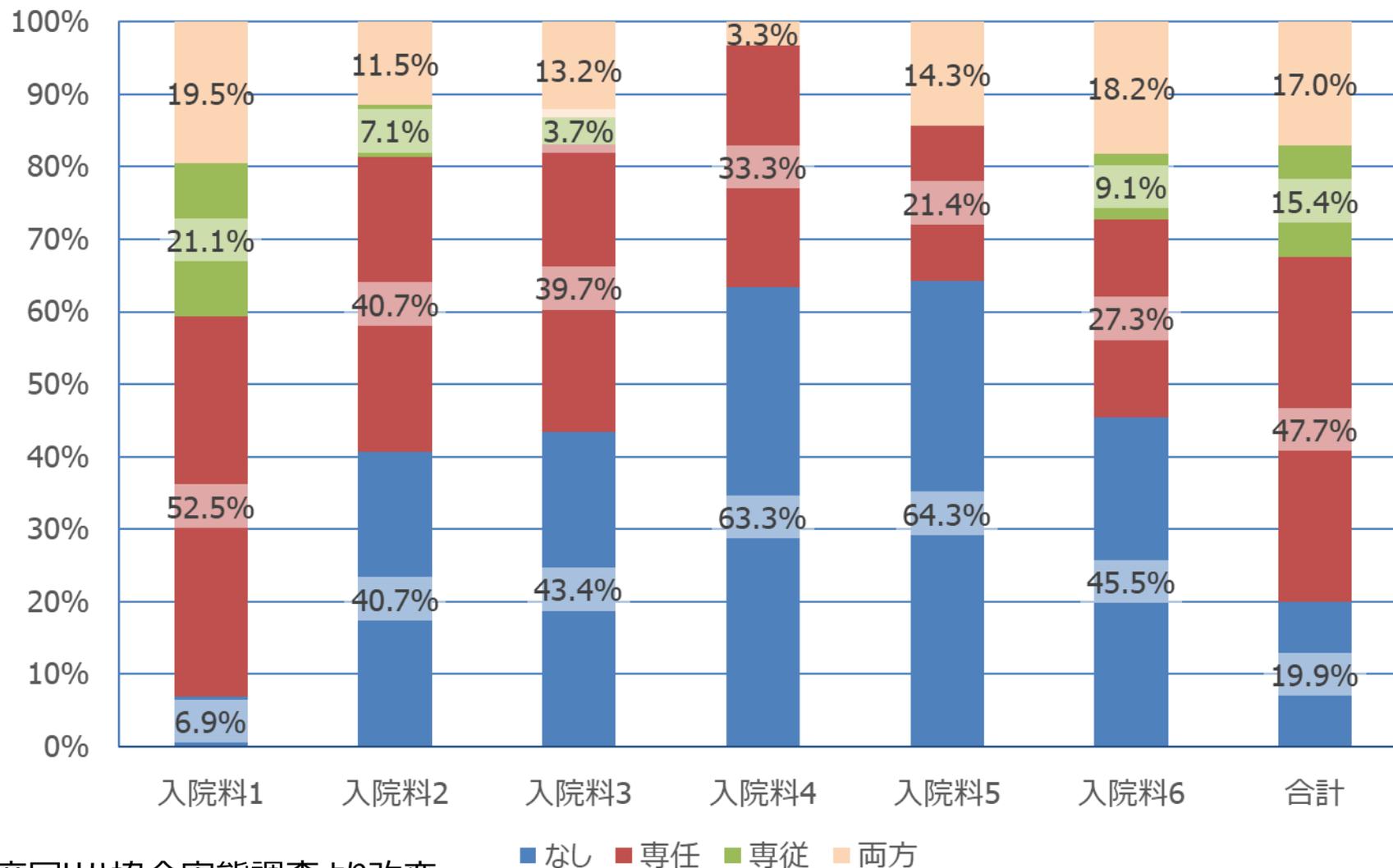
- 栄養項目の記載が必須となっている入院料1においても栄養項目の記載が約9割であった。
- 栄養項目の記載が望ましいとされている入院料2～5においても約4～5割の病棟において、栄養項目の記載がされている。



入院料ごとの管理栄養士の配置状況

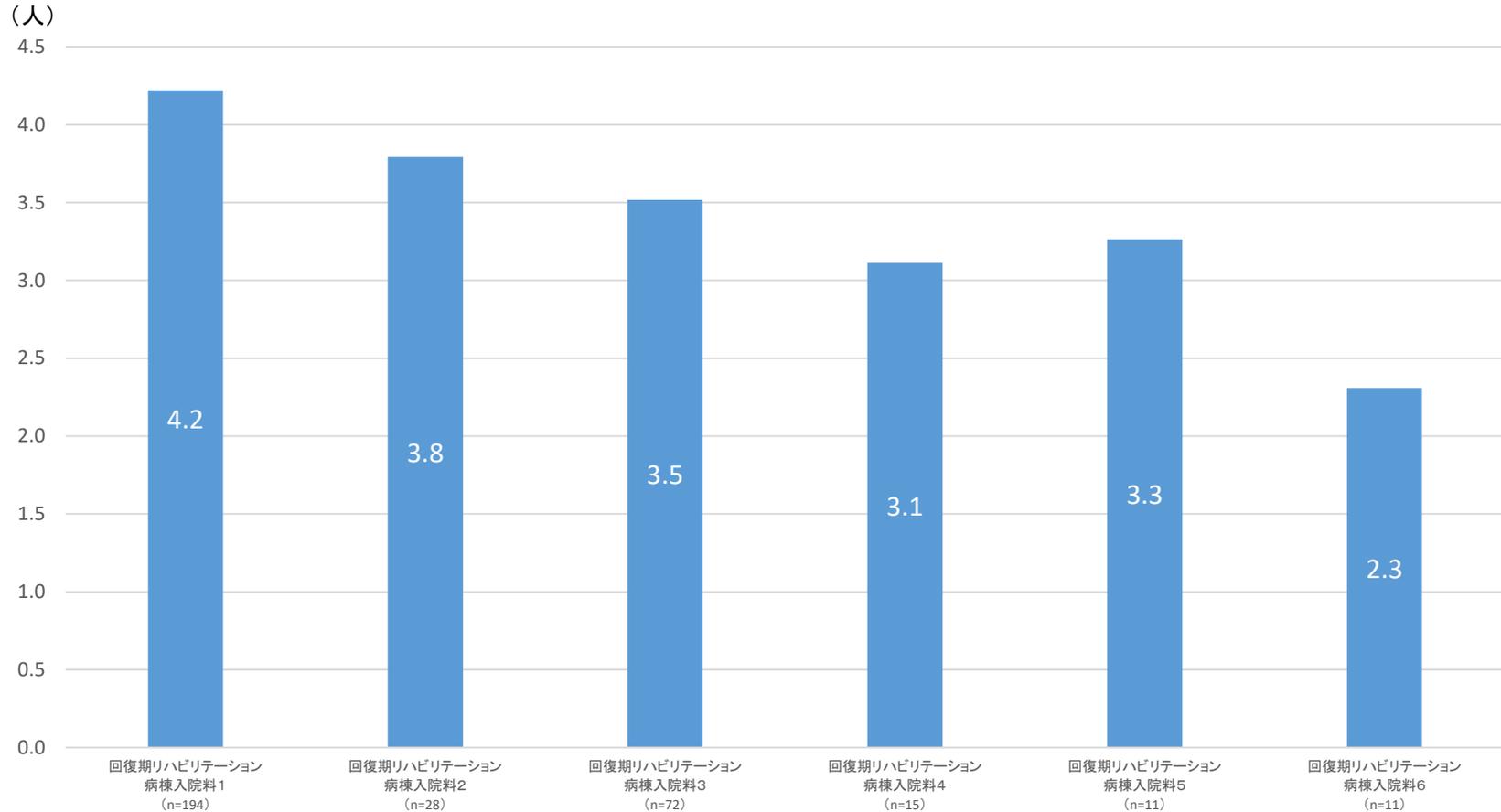
- 管理栄養士の配置要件のある入院料1については、ほぼ配置されている。
- また、入院料2～6については、約4～6割が管理栄養士が配置されていた。

管理栄養士専任・専従配置の状況(1,195病棟)



管理栄養士の施設の配置（常勤換算）状況

○ 入院料によりばらつきが見られるが、入院料1において、常勤換算で4.2名、入院料2～5において、常勤換算で3名以上配置されている。



※常勤換算の算出方法

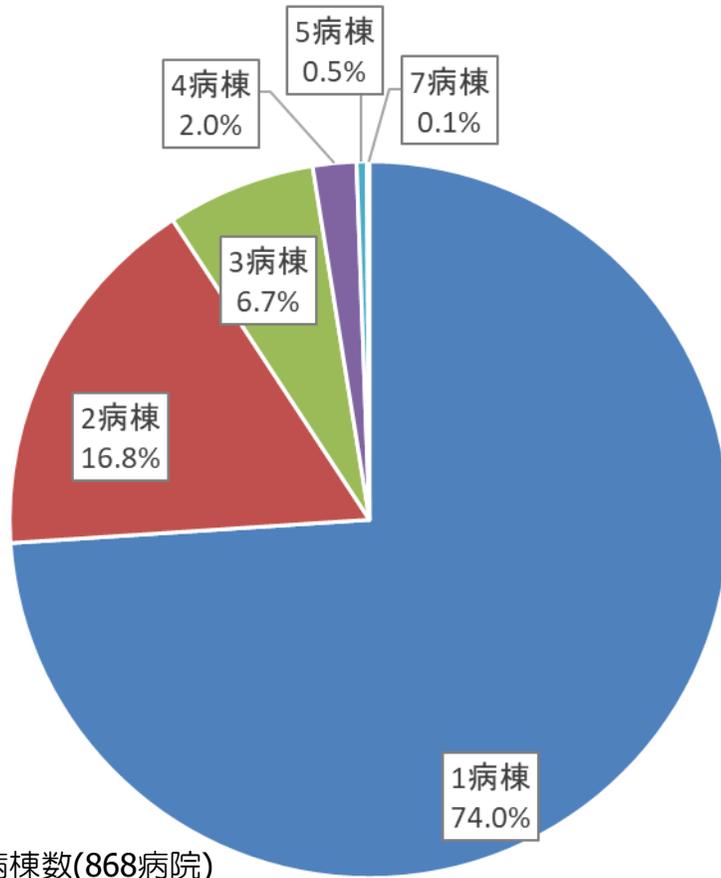
常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して少数第1位まで（小数第2位を切り上げ）としている。

例：常勤職員の1週間の通常の労働時間が40時間の病院で、病棟にて週4日（各5時間）勤務している場合

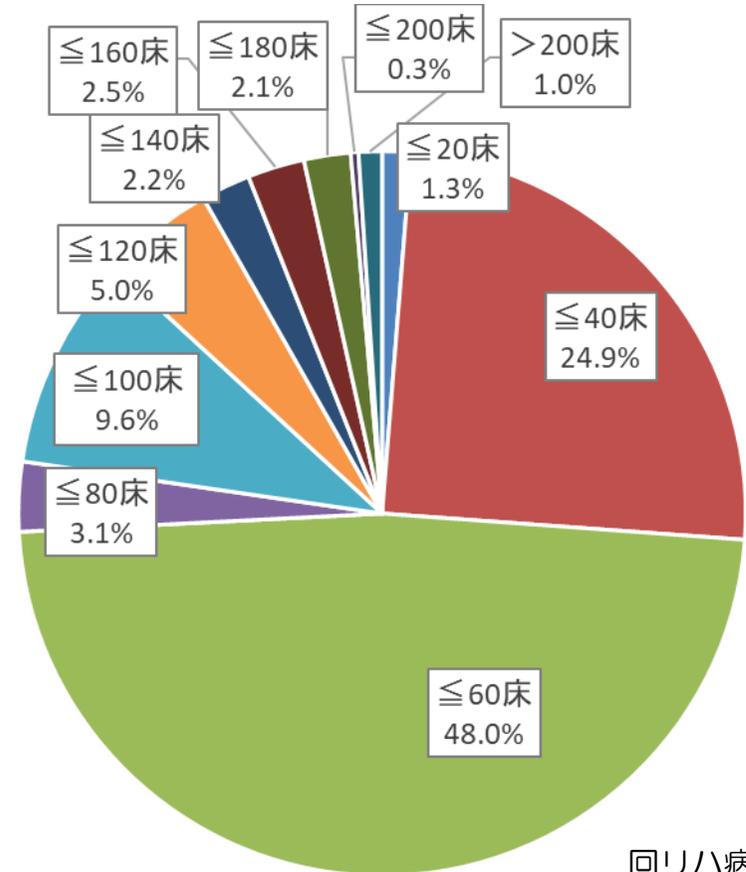
$$\text{常勤換算した職員数} = (4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}) \div 40 \text{時間} = 0.5 \text{人}$$

回復期リハビリテーション病棟の病棟数及び病床数の現状

- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟数は、1病棟が74.0%、2病棟が16.8%と全体の90%以上であった。
- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病床数は、60床以下が48.0%、40床以下が24.9%と高い割合であった。



回り八病棟数(868病院)
平均1.4病棟・中央値1病棟



回り八病床数(868病棟)
平均63.4床・中央値50床

一病院あたりの回り八病棟数および病床数の分布

入院料ごとの管理栄養士の配置状況の変化

○ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。

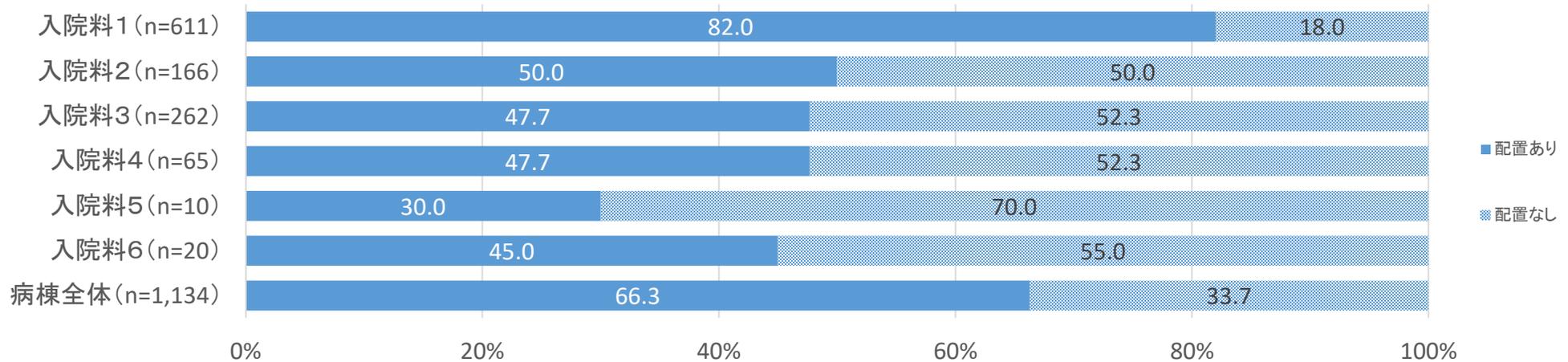


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2019年)

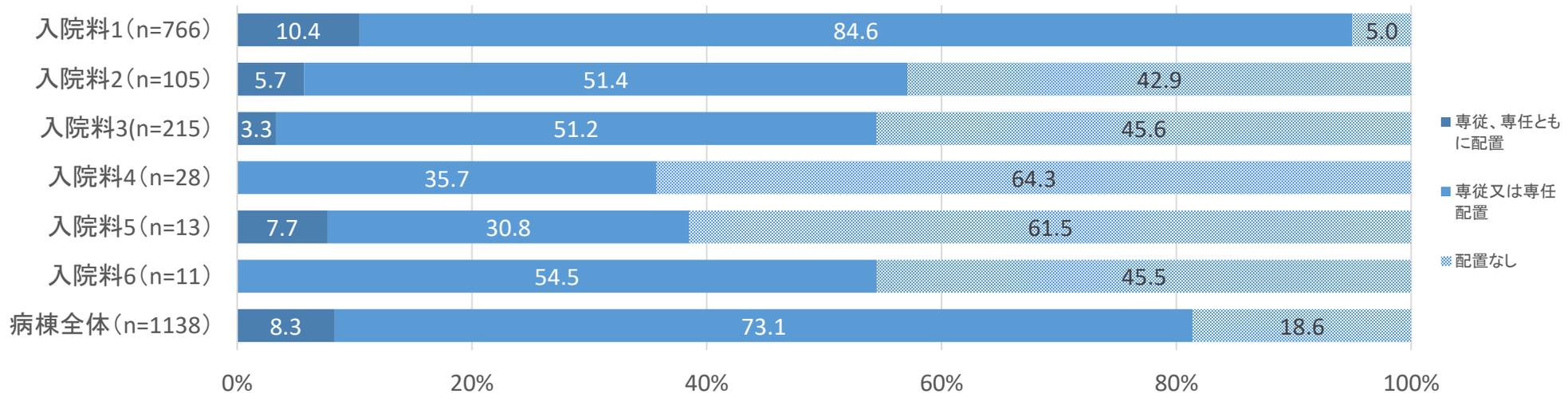
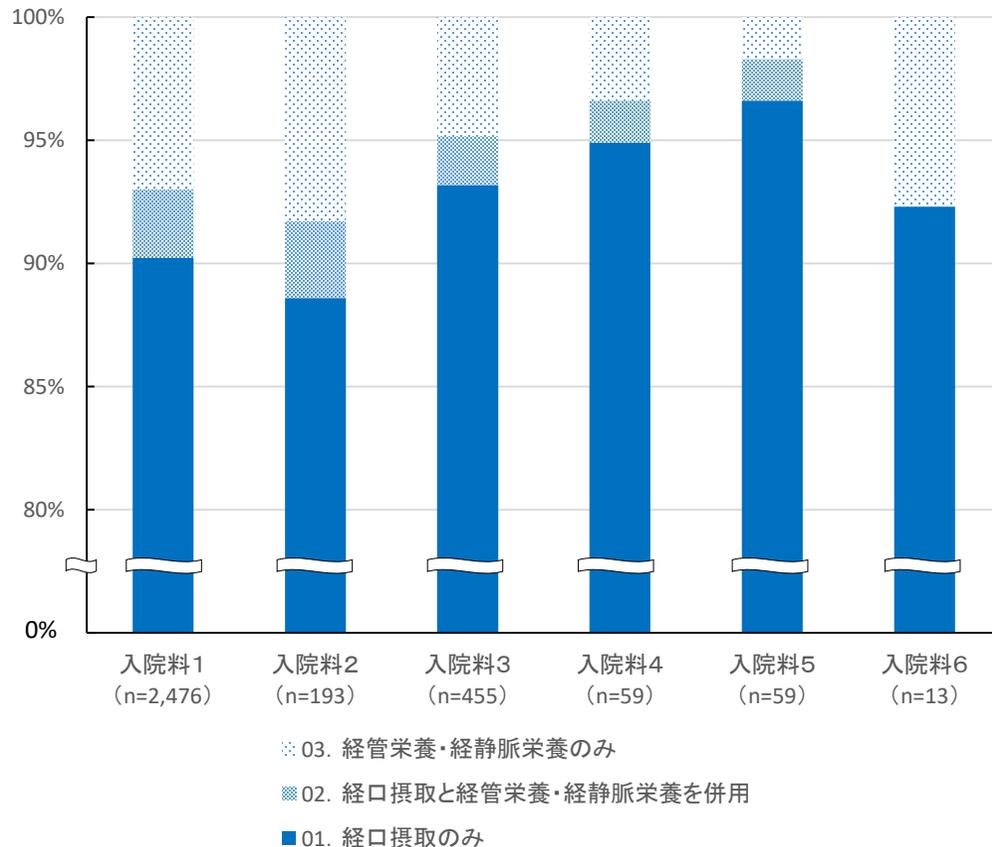


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2020年)

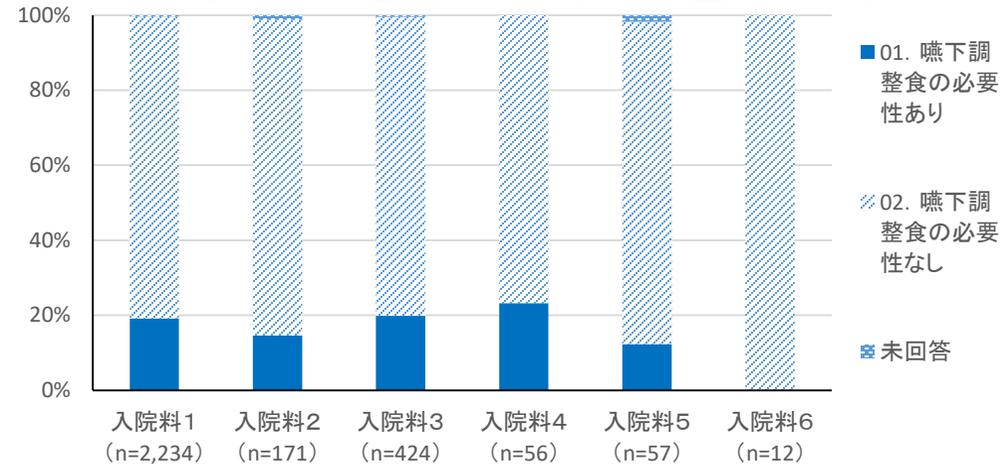
回復期リハビリテーション病棟における栄養摂取の状況

- 栄養摂取の状況は、入院料での違いはみられず、約9割の患者が経口摂取のみである。
- 経口摂取のみの患者のうち、嚥下調整食が必要な患者は、いずれの入院料でも約2割である。
- 経管栄養等のみ、経口摂取と経管栄養等を併用している場合、経管・経静脈栄養の状況に入院料での違いはみられず、経鼻胃管の割合が高く、約6割である。

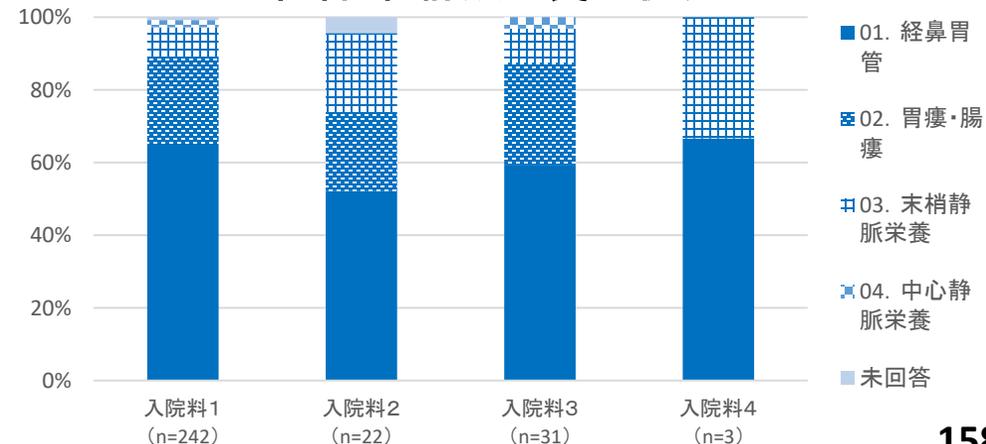
栄養摂取の状況



経口摂取のみの患者のうち嚥下調整食の必要性

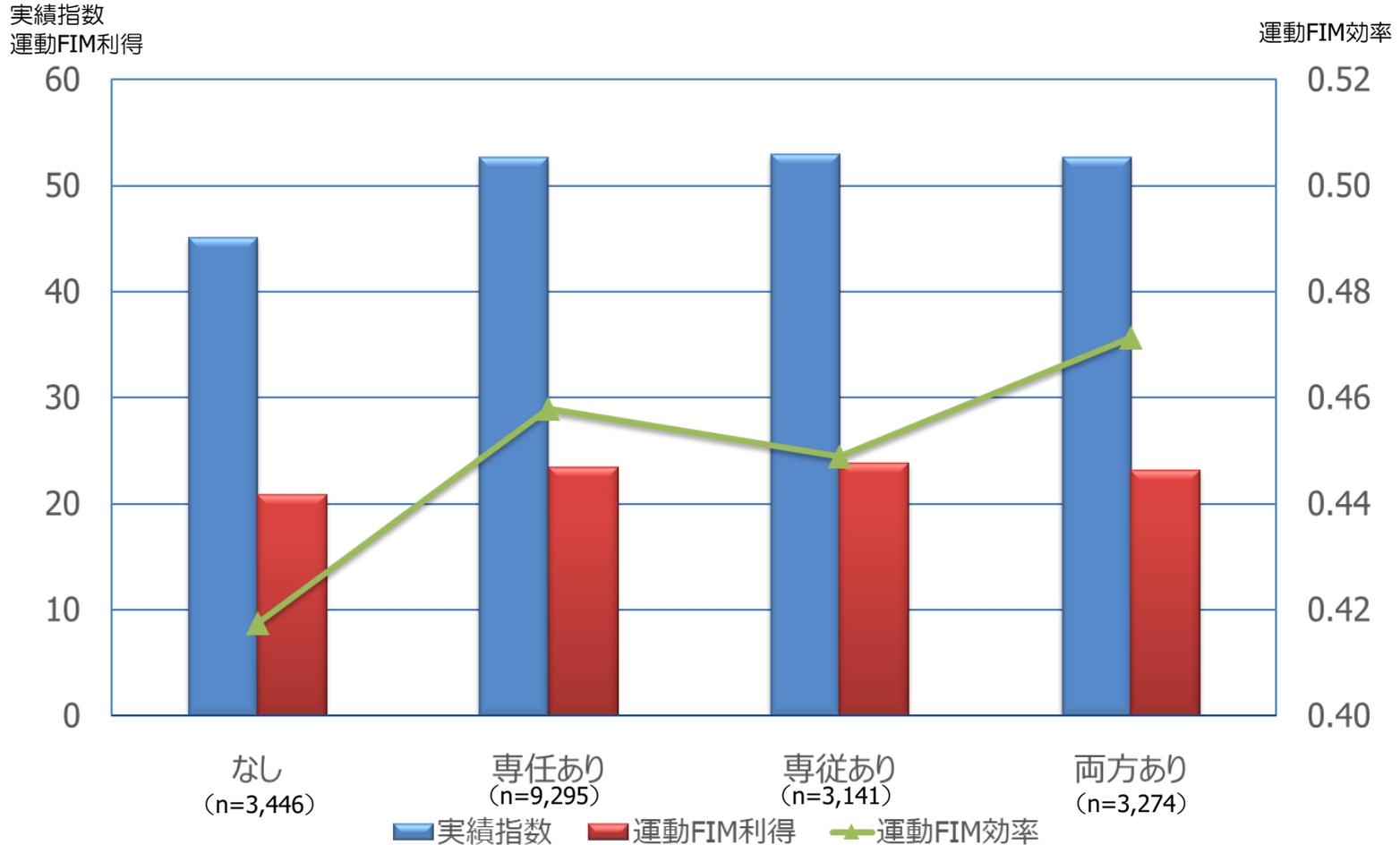


経管・経静脈栄養の状況



管理栄養士の専従・専任配置別のアウトカム指標について

- 管理栄養士が病棟に配置されている場合、配置されていない病棟と比較にして、ADL改善効率が良好である。



ここでの実績指数は症例毎の 運動FIM利得/(在院日数/疾患毎の算定上限日数)の平均
 運動FIM利得=退棟時運動FIM点数 - 入棟時運動FIM点数、 運動FIM効率=運動FIM利得/在棟日数

入院栄養食事指導料の算定状況等について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1において入院栄養食事指導料の算定割合は、26.9%であり、栄養食事指導の対象患者の原因疾患の割合に大きな違いはみられなかった。
- 管理栄養士の専従、専任の配置がない病棟と比較して、管理栄養士が病棟に配置されている病棟において栄養食事指導の実施割合が高い。特に専従、専任ともに配置されている病棟で高い。
- 栄養食事指導を依頼しない理由は、手間がかかる、依頼方法がわからないという報告がある。

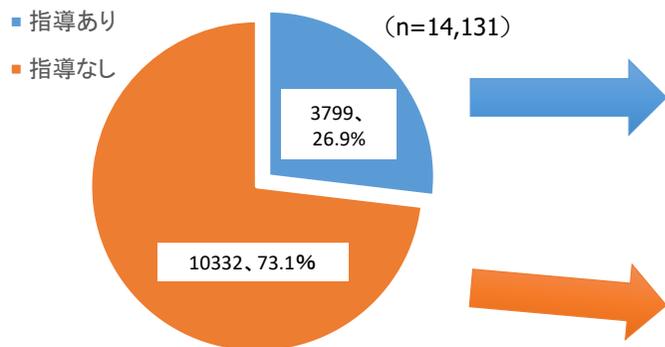


図 回復期リハビリテーション病棟入院料1の入院栄養食事指導料の算定の状況

入院食事栄養指導料算定と原因疾患(n=14,131)

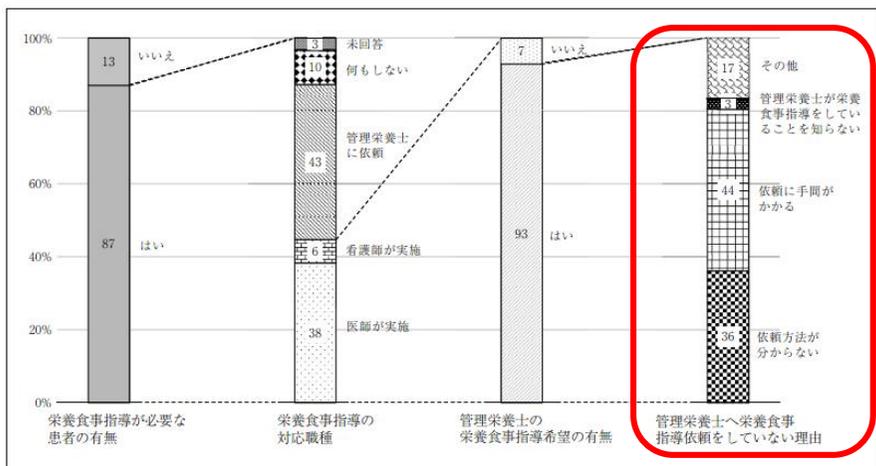
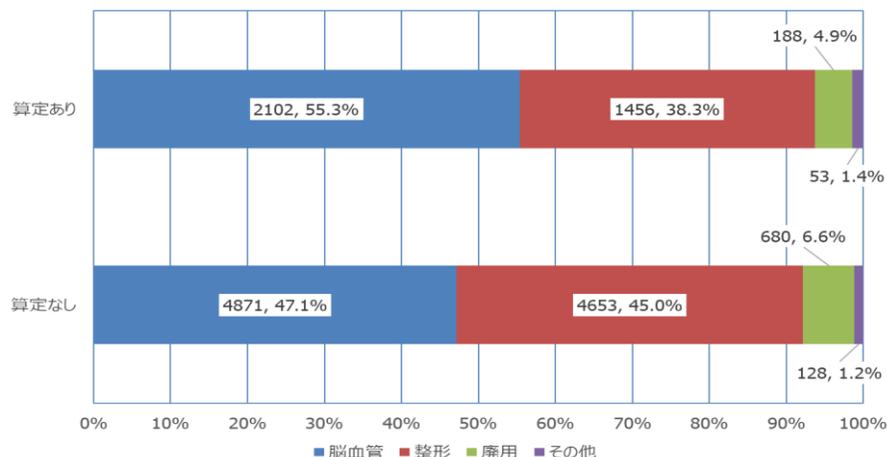


図2 栄養食事指導に関する実情と希望

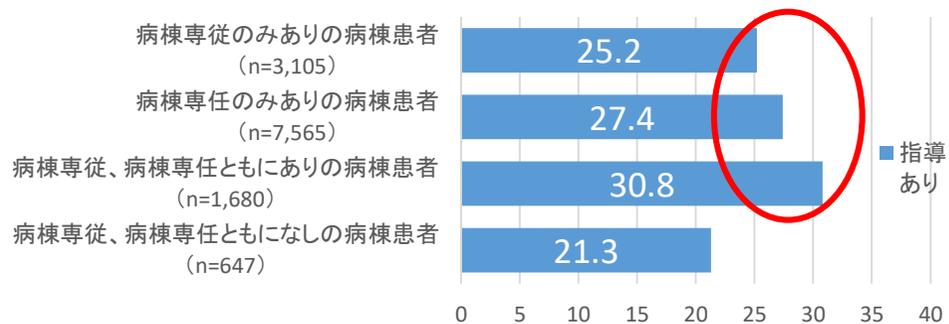


図 管理栄養士の配置状況別の回復期リハビリテーション病棟入院料1の入院栄養食事指導料の算定割合

【方法等】 医師172名に対し、外来栄養食時指導の依頼に関してアンケート調査を実施。

管理栄養士の病棟配置の効果について

○ 専従管理栄養士を1名以上配置した回復期リハビリテーション病棟入院料2～6の病棟では、管理栄養士の配置が1名未満の病棟と比較して入院中の体重減少発生リスクが有意に低値であり、かつ独立した説明因子であった。

【対象・方法】

2018年、2019年に全国回復期リハビリテーション病棟協会に所属している回復期リハビリテーション病棟を有している病院に対して実態調査を実施。

回復期リハビリテーション病棟入院料2～6を算定している病棟において、管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟と1名未満の病棟ごとに集計し、解析。

Table 2. Characteristics of the 14,093 underweight and normal weight patients admitted to class 2-6 KRWs.

Factor	All	KRWs with Exclusively Staffed RDs *	KRWs without Exclusively Staffed RDs	p Value
Number	14,093	1392 (9.9)	12,701 (90.1)	
Age, median (IQR)	82 (74-78)	82 (74-88)	82 (74-87)	0.428 ¹
Female, n (%)	8511 (60.4)	852 (61.2)	7659 (60.3)	0.512 ²
Disease, n (%)				0.040 ²
Stroke	4946 (35.1)	475 (34.1)	4471 (35.2)	
Other neurological diseases/injuries	957 (6.8)	88 (6.3)	869 (6.8)	
Orthopaedic diseases/injuries	7067 (50.1)	691 (49.6)	6376 (50.2)	
Hospital-associated deconditioning	1123 (8.0)	138 (10.0)	985 (7.8)	
FIM at admission, median (IQR)	64 (42-85)	62 (41-83)	64 (42-85)	0.020 ¹
Weight loss, n (%)	2607 (18.5)	224 (16.1)	2383 (18.8)	0.015 ²

¹ Mann-Whitney U-test, ² Chi-square test; IQR, interquartile range; FIM, Functional Independence Measure; KRWs, Kaifukuki Rehabilitation Wards; RD, registered dietitian. * RDs who worked at the ward but did not complete other tasks

管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟は、1名未満の病棟と比較して、体重減少発生リスクが有意に低値である。

Table 4. Binary logistic regression analysis of weight loss * in the KRWs where nutrition care was not provided (classes 2-6).

Factor	OR	95%CI		p Value
		Lower	Upper	
Age	1.016	1.011	1.021	<0.001
Sex, male	0.650	0.577	0.731	<0.001
Disease				
Stroke	Reference			
Other neurological diseases/injuries	0.745	0.603	0.915	0.005
Orthopaedic diseases/injuries	0.785	0.700	0.881	<0.001
Hospital-associated deconditioning	0.823	0.683	0.987	0.036
Days between onset and admission	0.995	0.991	0.998	0.001
FIM at admission	0.983	0.981	0.985	<0.001
Body weight at admission	1.056	1.048	1.064	<0.001
Number of nurses	1.000	0.991	1.010	0.886
Daily rehabilitation dose (min/d)	0.998	0.996	0.999	<0.001
Exclusively staffed registered dietitian (≥1 per ward)	0.810	0.683	0.955	0.012

OR, odds ratio; CI, confidence interval; FIM, Functional Independence Measure. * defined as ≥5% loss during the KRW stay. R² = 0.051.

管理栄養士が1名以上専従配置されていることが、性別、FIM、リハビリテーション実施時間等とは独立した体重減少発生リスクの説明因子である。

横断的事項に係る課題及び論点

(入退院支援について)

- ・ 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だが、近年は横ばい。
- ・ 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。
- ・ 入院時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かった。
- ・ 入院時支援加算2を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、必須項目以外は4～7割の実施割合となっており、特に「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」が低かった。また、入院時支援加算2の算定理由としては、「他職種の協力が必要だった」が最も多かった。

(認知症ケアについて)

- ・ 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実施した。認知症ケア加算1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、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。

(治療早期からの回復に向けた取組について)

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、早期離床・リハビリテーション加算を、令和2年度診療報酬改定において、早期栄養介入管理加算を新設した。
- ・ これらの加算を算定できる特定集中治療室以外の治療室においても、これらの取組が実施されている実態が見られた。

(栄養管理について)

- ・ 栄養サポートチーム加算により、低栄養状態患者等の栄養状態改善の取組を評価しており、障害者病棟において、BMI及び血清Alb値が有意な改善が認められているという報告が見られた。
- ・ 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されており、術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短いことや、大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下することが報告されている。
- ・ 令和2年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション入院料1について、専任常勤の管理栄養士1名を置くこととした。
- ・ 管理栄養士が病棟に配置されている場合、配置されていない病棟と比較にして、ADL改善効率が良好であった。

【論点】

- 質の高い入院医療を推進するための、入退院支援、認知症ケア、治療早期からの回復に向けた取組、栄養管理について、どのように考えるか。