

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告（案）

令和元年 10 月〇日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長 尾形裕也

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、平成 30 年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、平成 30 年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和 2 年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「平成 30 年度入院医療等における実態調査」及び「令和元年度入院医療等における実態調査」を実施し、以下の項目について、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

1. 急性期入院医療について
 - 1－1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 1－2. 入院患者の状況
 - 1－3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
 - 1－4. 特定集中治療室管理料等
 - 1－5. 短期滞在手術等基本料
 - 1－6. 急性期入院医療に関するその他の事項
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
 - 2－1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 2－2. 入院患者の状況
 - 2－3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3－1. 算定病床の動向及び施設の状況
 - 3－2. 入院患者の状況
 - 3－3. リハビリテーションの提供状況
 - 3－4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
 - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
 - 4－2. 入院患者の状況
 - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
 - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

5. 横断的事項について

- 5－1. 入退院支援
- 5－2. 診療実績データの提出に係る評価
- 5－3. その他の事項

6. 医療資源の少ない地域について

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

8. DPC/PDPS について

- 8－1. DPC 対象病院の要件
- 8－2. 医療機関別係数
- 8－3. 退院患者調査に関する事項

II. 検討結果の概要

1. 急性期入院医療について

1－1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況

(届出入院料の状況)

- ・ 一般病棟入院基本料は、平成 30 年度診療報酬改定において、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価となるよう、急性期一般入院料 1～7 に再編された。
- ・ 改定後の届出入院料の状況をみると、平成 30 年度診療報酬改定前に一般病棟（7 対 1）を届け出ていた病棟のうち、平成 30 年 11 月 1 日時点では 96.5%の病棟、令和元年 6 月 1 日時点では 93.5%の病棟が急性期一般入院料 1 を届け出ていた。急性期一般入院料 1 以外を届け出た病棟の中では、急性期一般入院料 2 を届け出た病棟が多かった。
- ・ 急性期一般入院料 1 を届け出ていた医療機関にその理由を聞くと、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに「改定前の一般病棟（7 対 1）相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い（医療需要がある）ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。
- ・ 一般病棟（7 対 1）から急性期一般入院料 2 又は 3 に転換した医療機関にその理由を聞くと、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。
- ・ 今後の届出の意向を聞くと、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに「現状を維持」が最も多かったが、約 1～2 割が「他の病棟・病室へ転換」と回答した。

(重症度、医療・看護必要度の届出状況)

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において、診療実績データを用いて該当患者割合を評価する方法（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）が新設された。届出状況をみると、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている施設は、平成 30 年度調査では急性期一般入院料 1 の 19.3%、特定機能病院（一般病棟 7 対 1）の 26.5%であったが、令和元年度調査ではそれぞれ、29.8%、46.2%に増加した。
- ・ 令和元年度調査において、重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っていないため」という回答が多かったが、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている理由をみると「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」が多かった。このことから、Ⅰ・Ⅱの選択にはⅡによる評価が可能な体制の有無が大きく影響していると考えられた。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている理由として「Ⅱを用いた場合、Ⅰよりも評価票記入者の負担が軽減されるため」という回答も多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、負担軽減の観点から重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出が進むような取組を検討すべきという意見があった。他方、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出は負担軽減に資すると思われるものの、必要度に係る記録時間は看護師の勤務時間のうち 5 分程度であるという研究報告もあることから、その効果は限定的かもしれないという意見もあった。

（重症度、医療・看護必要度の該当患者割合等）

- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合について、平成 29 年度と平成 30 年度を比較すると、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに、いずれの入院料においても平成 30 年度の割合が高く、急性期一般入院料 1 においては平均約 6 ポイントの差があった。
- ・ 平成 30 年度の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合を比較すると、平成 30 年度調査及び令和元年度調査ともに、概ねⅠの割合が高く、急性期一般入院料 1 においては平均約 4 ポイントの差があった。
- ・ これらの結果を踏まえ、分科会においては、平成 30 年度診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度の施設基準の設定は概ね妥当との認識で一致した。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合の平成 29 年度と平成 30 年度の差や、ⅠとⅡの該当患者割合の差は、急性期一般入院料 1 においては、病床規模が小さいほど差が大きい傾向にあった。
- ・ ⅠとⅡの該当患者割合の差が大きい医療機関について、各基準や項目の該当状況をみると、Ⅰの割合が相対的に高い医療機関では、平成 30 年度診療報酬改定において追加された「B 項目のうち B14 又は B15 に該当し、A 得点が 1 点以上かつ B 得点が 3 点以上」の基準（以下、基準②という）や「診療・療養上の指示が通じる」の項目の該当患者割合が高い傾向にあった。Ⅱの割合が相対的に低い医療機関には明らかな傾向がなかった。
- ・ ⅠとⅡで各項目の該当状況にはばらつきが見られたが、これは判定のルールに違いがあることや、Ⅱにおける診療実績データの入力精度による影響が大きいと考えられた。

1－2. 入院患者の状態

- ・ 入院料・病床規模ごとの患者の状態をみると、急性期一般入院料 1 では、許可病床 100 床未満を除き、病床規模が小さいほど、患者の年齢が高く、要支援・要介護の患者の割合が高く、自立の患者の割合が低い傾向にあった。
- ・ 基準②の該当患者について、他の基準の該当状況をみると、Ⅰ・Ⅱともにいずれの入院料においても、基準②のみに該当する患者が最も多かった。また、基準②のみに該当する患者割合は、許可病床の規模が小さいほど高い傾向にあった。
- ・ 「A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上」（以下、基準①という）のみに該当する患者の該当項目をみると、Ⅰ・Ⅱともに、A 2 点は「呼吸ケア」と「心電図モニターの管理」の組合せや、「専門的な処置・治療」が多く、B 項目で該当する項目のパターンはばらついていて、また、B 項目は 3 点よりも 4 点以上の患者が多かった。
- ・ 基準②のみに該当する患者の該当項目をみると、Ⅰ・Ⅱともに、A 1 点は「心電図モニターの管理」が多く、次いで「呼吸ケア」や「創傷処置」が多かった。B 項目は「診療・療養上の指示が通じる」と「危険行動」の組合せや、「移乗」「衣服の着脱」「診療・療養上の指示が通じる」の組合せが多かった。
- ・ 基準②のみに該当する患者の約半分は、基準②に該当する前日は「いずれの基準にも非該当」の状態であった。基準非該当日の各項目の該当状況をみると、A 項目は約 8 割が該当なし、B 項目は「口腔清潔」が最も多く約 8 割、「診療・療養上の指示が通じる」は約 5 ～ 6 割が該当していた。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者のうち、A 1 点が「呼吸ケア」の患者の約 7 割、「心電図モニターの管理」の患者の約 6 割には、Ⅱの評価法で項目に対応するレセプト電算処理システム用コードの入力がなかった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱで基準②のみに該当する患者のうち、A 1 点が「呼吸ケア」の患者は「酸素吸入」のコードが最も多く、「心電図モニターの管理」の患者は「呼吸心拍監視（14 日超）」のコードが最も多かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の各基準に該当する患者を比較すると、基準②のみに該当する患者は他の基準に比べて、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要支援・要介護の割合が高く、自立の割合が低い傾向にあった。また、看護師による直接の看護提供の頻度が多い傾向にあったが、「医学的な理由のため入院継続が必要である」割合は低く、退院に向けた目標・課題として「入所先の施設の確保」や「転院先の医療機関の確保」の割合が高かった。

・（第 10 回分科会の議論を踏まえて追記）

1－3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目

- ・ A 項目の「専門的な治療・処置」に該当する患者の約 9 割は該当項目が 1 項目のみであり、該当項目の内訳は「免疫抑制剤の管理」が最も多かった。

・（第 10 回分科会の議論を踏まえて追記）

1－4. 特定集中治療室管理料等

（入院患者の評価指標）

- ・ 入院料種別に救命救急入院料等の特定入院料の届出状況をみると、集中治療室等は急性期一般入院料 1 と特定機能病院（一般病棟 7 対 1）において届出が多かった。
- ・ 救命救急入院料 1 及び 3 については、平成 30 年度診療報酬改定において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定・評価が要件となった。該当患者割合をみると、平均して救命救急入院料 1 の約 3 割、救命救急入院料 3 の約 4 割の患者が基準に該当していたが、割合の分布は施設によってばらついていていた。
- ・ この結果を踏まえ、救命救急入院料 1 及び 3 の評価指標として用いた特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度は、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度にあるような「創傷処置」「蘇生術の施行」等の項目がなく、評価指標として適切ではないのではないかとの意見があった。
- ・ 特定集中治療室管理料 1 及び 2 については、平成 30 年度診療報酬改定において、患者の生理学的スコア（SOFA スコア）の報告が要件となった。入力開始時期をみると、約 3 ～ 4 割は改定前から入力しており、入力を行う職種は主に医師であった。また、現在要件とはなっていない管理料 3 及び 4 の約 7 ～ 8 割からも SOFA スコアの回答が得られた。

・（第 10 回分科会の議論を踏まえて追記）

（専門性の高い看護師等）

- ・ 特定集中治療室管理料 1 及び 2 では、約 9 割の施設で専門性の高い看護師が配置されており、配置人数は 1 治療室当たり約 2 名、配置時間数は 1 週間当たり延べ約 60 時間であったことから、現行の経過措置は終了を検討してはどうかという意見があった。
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算については、特定集中治療室管理料 1、3 及び 4 では約 5 割、特定集中治療室管理料 2 では約 8 割の治療室が届け出ていた。
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算を届け出ていない理由について、「国立」「公立・公的」「その他」のいずれの開設者においても「理学療法士、作業療法士を確保できない」が約 4 ～ 5 割であった。当該加算の取組を適切に推進する観点から、従事者要件の見直しについて意見があった。

1－5. 短期滞在手術等基本料

(短期滞在手術等基本料の算定状況)

- ・ 短期滞在手術等基本料 1 の算定回数は平成 29 年 5 月で 9,917 回、平成 30 年 5 月で 11,335 回と増加していた。当該基本料の対象手術全体の実施回数も 212,853 回から 234,140 回と増加しており、対象手術全体として外来での実施率は上昇していた。
- ・ 短期滞在手術等基本料 2・3 については、従来、当該点数による算定と DPC/PDPS による算定を選択可能となっていたところ、評価をよりきめ細かなものとする観点から、平成 30 年度診療報酬改定において DPC 対象病院では算定できないこととした。このため短期滞在手術等基本料 2・3 の算定回数は、平成 29 年から平成 30 年にかけて減少した。
- ・ 短期滞在手術等基本料 2 は手術に伴う 1 泊 2 日の入院を包括評価した点数であるが、対象手術の平均在院日数は 2 日を大きく上回っていた。
- ・ 短期滞在手術等基本料 3 は手術に伴う 4 泊 5 日以内の入院を包括評価した点数であるが、対象手術には入院外で実施される割合が高いものもあった。
- ・ 短期滞在手術等基本料 2 の算定回数が非常に少ないことや対象手術の平均在院日数の実態から、現行の点数・期間は実態に即した設定となっていないのではないかという意見があった。
- ・ 短期滞在手術等基本料 3 について、4 泊 5 日より短い日数で実施されている手術や外来で多く実施されている手術については、短期滞在手術等基本料 1 もしくは 2 の対象手術とすることを検討してはどうかという意見があった。他方、外来で多く実施されている手術であっても、高齢や合併症があるなどの理由から入院で実施されている場合があるとの意見もあった。

1－6. 急性期入院医療に関するその他の事項

(総合入院体制加算)

- ・ 総合入院体制加算の届出医療機関数は近年横ばいであるが、内訳をみると加算 2 が増加、加算 3 が減少傾向にある。調査においてはいずれの加算を届け出ている医療機関も「届出変更の予定なし」が多く、届出なしの医療機関も「届出意向なし」が多かった。
- ・ 総合入院体制加算 2、3 又は届出なしの施設の約 8 割が、加算の要件のうち「精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受け入れている」ことを満たすことが困難と回答した。
- ・ これらの結果を踏まえ、医療機関の機能分化の観点から精神病床の要件の見直しを検討してはどうかという意見と、精神病床を有している医療機関の役割を考えると加算の要件としては妥当ではないかという両方の意見があった。
- ・ また、加算において必須となっている産科の標榜等の要件も、地域における医療機能の集約化の障壁となっている可能性があるという意見や、総合入院体制加算の趣旨に鑑み、施設基準の整理を検討してはどうかという意見があった。

（抗菌薬適正使用支援加算）

- ・ 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、平成 30 年度診療報酬改定において抗菌薬適正使用支援加算が新設された。入院料種別の加算の届出状況を見ると、急性期一般入院料 1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。届出医療機関における専従職員の職種は、看護師が約 8 割であった。
- ・ 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等の介入を行っていた。薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗 MRSA 抗菌薬は概ね把握されていたが、他の薬剤では把握状況にばらつきが見られた。
- ・ 届出医療機関の多くは「感染症診療に関する全ての診療科からの診療支援体制」等を有していたが、「院内で細菌検査ができる体制」がない医療機関が 14%、「副作用についてチームが把握する体制がない」医療機関が 48%あった。
- ・ 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスは「週 1 回」が 66%、抗菌薬適正使用に関する院内講習会は「半年に 1 回」が 79%、直近 3 か月で周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績は「実績なし」が 52%であった。
- ・ これらの結果を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算の新設には一定の効果があったという意見や、地域における医療機関間の支援がさらに進むよう、必要な見直しを検討してはどうかという意見があった。

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1. 算定病床の動向及び施設の状況

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向にあり、特に、入院料（管理料）1 の届出の増加が顕著である。

- ・ 地域包括ケア病棟・病室を届け出ている理由をみると、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨をみると、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に求められる機能を適切に評価する観点から、平成 30 年度診療報酬改定において、入院料（管理料）1 及び 3 に係る実績部分が導入された。実績部分の状況をみると、自宅等から入棟した患者割合は 20%以上 30%未満、自宅等からの緊急入院の受入は 3 か月で 5～9 人が最も多かった。
- ・ 在宅医療等の提供に係る実績は、「在宅患者訪問診療料の算定回数が 3 か月で 20 回以上」と「介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施している」の要件を満たす割合が高く、他の要件を満たす割合は低かった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、いずれの入院料（管理料）においても、約 2～3 割であった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料（管理料）の届出医療機関のうち、入退院支援部門の設置がない医療機関は 10.1%、入退院支援加算の届出がない医療機関が 24%、入院時支援加算の届出がない医療機関が 61.5%であった。
- ・ これらの結果を踏まえ、入院料（管理料）1 及び 3 に係る実績要件については、実態等を踏まえて必要な見直しを行ってはどうかという意見があった。また、ACP に係る要件については、入院料 1 及び 3 と 2 及び 4 で差を設ける必要がないのではという意見もあった。

2-2. 入院患者の状態

- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当項目をみると、A 項目のうち「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」の割合が高かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、入院期間中に手術を実施されていた患者は約 2 割であった。地域包括ケア病棟に入院中に実施されている手術をみると、「水晶体再建術（眼内レンズ挿入）」と「内視鏡的大腸ポリープ粘膜切除術」が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、いずれの疾患別リハビリテーションも実施していない患者は 33%であった。疾患別リハビリテーションを実施している患者について頻度や単位数をみると、過去 7 日間で 4 回以下が 25%、10 単位以下が 34%であった。
- ・ 疾患別リハビリテーションを実施していない患者の ADL をみると、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のいずれかに介助を要する患者が多く、そのうち多くが医療的な状態は安定していた。

- ・ 状態が疾患別リハビリテーションを実施していない患者割合を医療機関ごとにみると、割合の分布にはばらつきが見られ、入院患者の半分以上に疾患別リハビリテーションを実施していない医療機関も一定程度あった。
- ・ これらの結果を踏まえ、入院患者全体の3割、施設によってはそれ以上の割合の患者に、疾患別リハビリテーションを実施していないのは少なすぎるのではないかという意見があった。これに対し、疾患別リハビリテーションができない患者にはそれ以外のケアを実施しているという意見があった。

2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状

- ・ 地域包括ケア病棟・病室の入棟元は「自院の一般病床（地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く）」が43.5%、退棟先は「自宅（在宅医療の提供なし）」が49.4%であった。
- ・ 許可病床の規模別に入棟元をみると、許可病床の規模が大きいほど、特に許可病床400床以上では自院の一般病床の割合が高く、他院の一般病床の割合が低かった。退棟先はいずれの病床規模でも自宅が約6～7割を占めた。
- ・ 他の届出入院料の種別に入棟元をみると、一般病棟がある場合はない場合と比較して自院の一般病床からの入棟が多く、他院の一般病床が少なかった。退棟先は他の届出入院料によらず自宅の割合が高いが、療養病棟の届出がある場合はない場合と比較して、自院の療養病床への退棟や死亡退院が多かった。
- ・ 入棟元が自院又は他院の一般病床の患者が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院又は他院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。さらに、一般病床から入棟した患者のうち、自院の一般病床が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、自院における転棟割合が高い医療機関については、地域における機能分化を適切に進めるべきではないかという意見があった。また、許可病床の規模が小さい医療機関は、在宅等からの入院割合が相対的に高いことを受けて、地域包括ケアの役割を適切に担っていると言えるのではないかという意見があった。
- ・ 入院患者の重症度、医療・看護必要度の該当項目や疾患別リハビリテーションの実施状況は、入棟元による明らかな傾向の違いは見られなかったが、在棟日数をみると、入棟元が自院の一般病床や自宅・介護保険施設等では平均25～30日程度であるのに対し、入棟元が他院の一般病床では平均47.5日であった。
- ・ 同一医療機関の一般病棟（DPC）から地域包括ケア病棟・病室に移動する場合、他の病棟に転棟する場合と同一病棟内で転室する場合で、転棟・転室後に算定する点数が異なっており、入院料の包括範囲や初期加算の取扱い等も異なっている。関連して、DPC対象病棟に入院中の患者が地域包括ケア病棟に転棟する時期は、DPC/PDPSによる点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

- ・ これらの結果を踏まえ、地域包括ケア病棟・病室として施設基準等の要件が同じであるにも関わらず、算定する点数が異なることは合理性を欠くのではないかという意見があった。また、一般病棟から地域包括ケア病棟への転棟時期が偏っている場合があることについて、患者の状態に応じた適切な管理と言えるのかという意見があった。

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1. 算定病床の動向及び施設の状況

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は増加傾向にあり、特に、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の占める割合が増加傾向であった。また、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6の占める割合は、全体の約3%程度であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟における、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の配置状況は、施設基準で定める数よりも多かった。
- ・ 専任の管理栄養士の病棟配置が望ましいとしている回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している施設のうち、82%の施設で専従又は専任の管理栄養士を病棟に配置していた。また、管理栄養士の配置要件が定められていない回復期リハビリテーション病棟入院料2、3及び4を算定している施設のうち、約5割の施設が専従又は専任の管理栄養士が病棟に配置されていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4における在宅復帰率は、多くの医療機関で施設基準の70%を大きく上回っていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入棟元は「他院の一般病床」が66.9%、退棟先は「自宅（在宅医療の提供なし）」が51.1%であった。

3-2. 入院患者の状態

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のうち、約9割は経口摂取のみであるが、そのうち嚥下調整食が必要な患者は約2割であった。
- ・ 入院時と退棟時のADLスコアについて、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を比較したところ、回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

3-3. リハビリテーションの提供状況

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対する疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7～14回、単位数は、週当たり30～45単位前後であり、実施頻度・単位数とも入院料1が最も多かった。

- ・ 退院後のリハビリテーションの必要性について、回復期リハビリテーション病棟からの退院する患者の約 6 割が必要とされており、そのうち約 5 割の患者に対して、退院後 1 週間以内にリハビリテーションが実施されていた。
- ・ リハビリテーション実績指数は、全体的に上昇傾向にあった。特に、算定要件の実績部分にリハビリテーション実績指数が含まれている回復期リハビリテーション病棟入院料 1、3 又は 5 を算定する病棟を有する医療機関において、リハビリテーション実績指数が高い傾向にあった。

3-4. リハビリテーション実績指数等

- ・ 発症から入棟までの期間と FIM 得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。
- ・ 提供した疾患別リハビリテーションの単位数が多いほど、FIM 得点の変化が増加する傾向であった。
- ・ 入院料別に FIM 得点の変化をみると、回復期リハビリテーション入院料 1 を算定する病棟において、得点の変化が最も大きかった。
- ・ 入棟時と退棟時の FIM の推移をみると、入棟時の値は平成 28 年度以降やや低下傾向にあり、退棟時の値はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM 得点の変化の推移をみると、平成 28 年度以降増加傾向となっていた。この関係性は、入院料ごとにみても、同様の傾向であった。
- ・ 入棟時 FIM と発症から入棟までの日数の関係を経年的にみると、発症から入棟までの日数によらず、入棟時 FIM が低下傾向であり、他方、入棟時 FIM と FIM 得点の変化の関係を経年的にみると、入棟時 FIM の値によらず、FIM 得点の変化が増加傾向であった。これらの関係性は、疾患区分ごと又は入院料ごとにみても、同様の傾向であった。
- ・ 入棟時・退棟時 FIM 及び FIM 得点の変化と、入棟時・退棟時日常生活機能評価及び日常生活機能評価の変化との関係については、平均値及び中央値に着目した場合、一定程度、相関関係が見られた。
- ・ これらの結果を踏まえ、FIM 得点の経年的な変化については、FIM 測定の精度の担保等を含め、適切な運用を促す仕組みが必要ではないかという意見があった。

4. 慢性期入院医療について

4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況

- ・ 療養病棟入院基本料の届出病床数は近年微増だが、療養病棟入院基本料（20 対 1）の割合が増加していた。
- ・ 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届け出ていた病棟のうち、令和元年 6 月 1 日時点で経過措置 1 を届け出ていた病棟は約 6 割であった。経過措置 1 を届け出てい

る理由は、「医療区分 2・3 の該当患者割合 5 割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

- ・ 経過措置 1 を届け出ている病棟の今後の届出意向について、「一部又は全部を他の病棟等に転換」と回答した病棟は平成 30 年度調査では 60.6%、令和元年度調査では約 44.7%あったが、「現状を維持」と回答した病棟は平成 30 年度調査では 36.4%、令和元年度調査では 53.2%あった。
- ・ 医療区分 2・3 該当患者割合は、療養病棟入院料 1 では、約 9 割となっており、療養病棟入院料 2 では、約 7 割であった。

4-2. 入院患者の状態

(医療区分・ADL 区分)

- ・ 入院患者の状態をより適切に評価する観点から、平成 30 年度診療報酬改定において、医療区分 3 の項目のうち、「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」を医療区分 2 と医療区分 3 に分けることとした。平成 30 年度調査において当該項目の改定後の該当状況をみると、医療区分 3 に該当する患者が多かった。
- ・ 3 か月間の医療区分の変化をみると、約 5～7 割の患者は同じ区分で変化がなかった。
- ・ 医療区分が上がるにつれて、ADL 区分 3 の患者割合が増加し、ADL 区分が上がるにつれて、医療区分 3 の患者割合が増加していた。また、いずれの医療区分においても、脳梗塞及び脳出血の患者が多かった。
- ・ 医療区分 2・3 に該当する患者について、各医療区分の該当項目数は 1 項目が最も多く、医療区分 3 については、「中心静脈栄養」が最も多く、医療区分 2 については、「1 日 8 回以上の喀痰吸引」が最も多かった。
- ・ 入棟時に、「1 日 8 回以上の喀痰吸引」に該当する患者は 24.9%、「中心静脈栄養」に該当する患者は 16.7%であった。また、入棟時及び調査基準日に「中心静脈栄養」に該当していた患者の在院期間をみると、約半数が半年以上であった。

- ・ (第 10 回分科会の議論を踏まえて追記)

(膀胱留置カテーテルの状況)

- ・ 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。また、膀胱留置カテーテルを留置されている患者のうち、74.1%が 3 か月以上留置されていた。

- ・ 排尿自立指導料を算定している病棟は、算定していない病棟に比べ、膀胱留置カテーテル留置中の患者が少なく、また、膀胱留置カテーテルを留置している患者割合が 60% 以上の病棟はなかった。
- ・ 療養病棟において排尿自立指導料を算定していない理由をみると、「経験を有する医師の確保が困難」が最も多く、次いで「算定対象となる患者がいない」が多かった。
- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟において排尿自立に向けた取組を適切に推進するため、排尿自立指導料について必要な見直しを検討してはどうかという意見があった。

4－3．療養病棟入院基本料に関するその他の事項

- ・ 在宅復帰機能強化加算の算定状況は増加傾向であり、療養病棟入院料 1 の届出病棟のうち 34% が加算を届け出ている。
- ・ 急性期患者支援療養病床初期加算については、入院患者のうち 4.7%、在宅患者支援療養病床初期加算については、入院患者のうち 1.6% が算定していた。
- ・ 療養病棟への入棟元は自院又は他院の急性期病棟が多く、退院先は死亡退院が約 5 割で最も高かった。
- ・ 適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果をみると、「患者・家族の看取りに対する理解が深まった」が最も多く、約 6 割であった。また、指針の実行に当たり困難と考えられる事項については、約 3 割の病棟が「入棟前に看取りに係る説明がされていない」と回答した。
- ・ DESIGN-R について、調査基準日の合計点が前月の実績点を上回り、かつ、前月の実績点が前々月の実績点を上回った患者は 4.4% であった。
- ・ 約 7 割の療養病棟において、質の高い療養生活の取組を実施していた。取組による効果としては、「身体機能の維持・向上」が最も多かった。

4－4．障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

- ・ 障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料（以下「障害者施設等入院基本料等」という。）では、包括範囲が異なるものの、患者の疾病や状態について、類似していた。
- ・ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている病棟における対象患者割合は、95% 以上の病棟が最も多かった。
- ・ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者が約 6 割を占めた。
- ・ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている病棟の入院患者について、意識障害がある患者は約 3 割であり、障害支援区分に該当する患者は約 2～3 割であった。また、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については、約 6 割が身体障害者（肢体不自由）の等級が 1 級又は 2 級であった。

5. 横断的事項について

5-1. 入退院支援

(入退院支援加算等)

- ・ 入退院支援については、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進する観点から、平成 30 年度診療報酬改定において、入院時支援加算の新設や退院時共同指導料の見直しが行われた。
- ・ 改定後の届出状況を見ると、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院入院基本料の届出医療機関の約 7 ～ 8 割が入院時支援加算を届け出ており、届け出ていないこれらの種別の医療機関の約 4 割は今後の届出を予定していた。
- ・ 入院時支援加算を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院基本料においても「専従の看護師の配置が困難」及び「専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難」が多いが、一部の入院基本料においては「予定入院患者が少ない」を理由として挙げている。
- ・ 入退院支援加算 1 及び 2 の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算 1 及び 2 の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・ 入退院支援加算 3 の届出施設は、入退院支援加算 1 又は 2 の届出施設に比べて、入退院支援部門の専従・専任職員数が多かった。
- ・ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみでの施設との間に大きな違いはみられなかった。
- ・ 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見ると、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。また、患者の退院を困難にしている事項を見ると、全体として、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」が多かった。
- ・ 入退院支援加算の算定患者について、算定要件である退院困難な要因の主な該当項目を見ると、「緊急入院であること」が最も多く、次いで「入院前に比べて 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。「その他患者の状態から判断して上記に準ずると認められる患者」の具体的な記載を見ると、「精神疾患がある」「内服管理が必要」「栄養管理が必要」等の理由が見られた。
- ・ 入院時支援加算の入院前に実施した事項を見ると、いずれの入院料種別においても概ね 8 割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届け出ている施設においては「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

(退院時共同指導料等)

- ・ 退院時共同指導料 2 及び多機関共同指導加算については、3 か月間における算定患者数はそれぞれ約 3 名、約 2 名であったが、そのうちビデオ通話を用いた共同指導は 1 件のみであった。
- ・ ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由としては、「ビデオ通話に対応できる環境がない」「ビデオ通話と用いた共同指導を行う必要性がない」が約 6 割と最も多かったが、「医療資源の少ない地域ではない」「やむを得ない事情がない」という現行の要件を理由としている回答もあった。
- ・ 退院前訪問指導料及び退院後訪問指導料の算定患者数はともに 3 か月間で約 2 名であり、算定していない理由としては、「対象者がいない」「指導を行う職員が指導時間を確保できない」の順に多かったが、退院後の在宅療養を担う医師等と連携できていること等も理由として挙げられていた。

5-2. 診療実績データの提出に係る評価

(データ提出加算を算定する病院の状況)

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定においてデータ提出加算の届出を要件として追加した、回復期リハビリテーション病棟入院料と療養病棟入院基本料について、当該加算の算定状況を見ると、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出た病床 84,918 床のうち 52,919 床 (62.3%)、療養病棟入院基本料を届け出た病床 220,259 床のうち 65,014 床 (29.5%) であった。
- ・ その結果、平成 30 年 10 月時点でデータ提出加算を算定する一般病床を有する病院数は 7,308 病院であり、一般病院の約 6 割を占めた。

(データ提出加算が要件となる入院料)

- ・ 平成 24 年度診療報酬改定においてデータ提出加算を導入した後、累次の改定においてデータ提出加算の届出が要件となる入院料を拡大してきており、平成 30 年度診療報酬改定の答申書附帯意見においても、「データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること」とされている。
- ・ 現在、許可病床数 200 床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料 5・6 及び療養病棟入院基本料を届け出る病棟については、データ提出加算を算定することが施設基準となっている。この要件を 50 床以上とした場合、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床の 87.2%、療養病棟入院基本料を算定する病床の 91.7% のデータが提出されることとなる。
- ・ これらを踏まえ、データを用いた診療実績の適切な評価のためには、データ提出の対象病棟を拡大する必要があるのではないかという意見があった。他方、医療機関における電子カルテ等のシステムの導入状況も踏まえ、許可病床の少ない病院についてはデータの提出が難しいのではないか、という意見もあった。

(提出項目の現状)

- ・ データ提出加算の提出項目には、全ての病棟で提出を必須としている身長、体重、入院退院日等の基本情報や、ADL 等の患者の状態を示す項目の他に、急性期一般入院基本料等を届け出た病棟のみで提出を必須としている TNM 分類や肺炎の重症度分類等の項目が設けられている。平成 30 年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を届け出た病棟の特徴を捉えるための項目として、FIM や要介護度等の項目を追加した。
- ・ また、褥瘡の状態に係る項目等について、データ提出加算の様式 1 においては、入院時の褥瘡対策の診療計画書とは別の記載事項を求めている。

(提出項目の追加や内容の見直し)

- ・ 入力を必須とする項目の拡大を検討するにあたっては、入院医療を適切に評価するという観点に加え、入力に係る負担を考慮する必要があるという意見があった。
- ・ 高齢の患者や自立度が低い患者が増えていることを踏まえ、療養病棟においてのみ提出を必須としている要介護度について、急性期病棟等においても提出を必須とすることとしてはどうかという意見があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟においてのみ提出を必須としている FIM について、急性期病棟等では、測定に係る負担が大きいことや、正確な入力可能な人員の確保が難しいという観点から、現時点で提出を必須とすることは難しいという意見があった。他方、まずは評価項目や様式等の在り方について整理が必要ではないかという意見があった。
- ・ また、提出項目のうち、診療報酬上の他の項目において定められている記載事項との整理が必要な項目があるのではないかという意見があった。

(提出データ評価加算の現状)

- ・ 提出データ評価加算は、作成したデータの質を評価する目的で、平成 30 年度診療報酬改定において新設された。算定の要件として、データ提出加算 2 を算定している場合であって、医科の診療報酬明細書、様式 1 や外来 EF ファイルにおける未コード化傷病名の割合が 10%未満であることを求めている。
- ・ 平成 30 年 12 月時点で、データ提出加算 2 を算定する 2,441 病院の内、提出データ評価加算を算定する病院は約 9 割にあたる 2,200 病院であった。
- ・ 医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合は、平成 29 年 12 月時点で約 5%だったが、平成 30 年 12 月時点では約 4%に減少した。
- ・ 様式 1 と外来 EF ファイルにおける未コード化傷病名の割合は、ほとんどの医療機関で 1%未満であった。また、診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合は、1%の医療機関が最も多かったが、10%以上の医療機関も約 1 割あった。

(未コード化傷病名の割合に係る評価の在り方)

- ・ 未コード化傷病名の割合の平均が4%である現状を踏まえ、評価対象とする割合について見直してはどうかという意見があった
- ・ データ提出加算2を算定している医療機関のうち、約9割の医療機関で提出データ評価加算を算定していることから、未コード化傷病名の割合を減少させるという当初の目的は達成したという意見があった。他方、データ提出加算が要件となる範囲の拡大に合わせて未コード化傷病名の割合が増えることも予想されるため、評価の在り方については引き続き慎重に検討すべきではないかという意見もあった。

5-3. その他の事項

(認知症ケア加算)

- ・ 急性期一般入院料1の届出医療機関の約8割が認知症ケア加算1又は2のいずれかを届け出ていた。
- ・ 認知症ケア加算1を届け出していない理由としては、「精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できない」が全体的に多かった。この結果を踏まえ、当該加算の取組を適切に進める観点から、医師要件の見直しを検討してはどうかという意見があった。

(せん妄予防の取組)

- ・ せん妄予防の取組状況をみると、急性期一般入院料1や集中治療室等の約7～8割で取組が行われていた。取組のタイミングは入院時早期に一律に行っている場合と、せん妄を疑う際に行っている場合が多かった。取組を行う職種は看護師が多く、次いで医師が多かった。
- ・ 取組において集中治療室等の約7～8割がチェックリストを活用していたが、入院料によってばらつきがあり、チェックリストの種類も病院独自のものを活用している方が多かった。
- ・ リスクのある患者への予防的介入は多くの場合で行われており、非薬物療法（環境調整等）を中心としている割合が高く、具体的内容の実施状況にはばらつきが見られた。

(その他)

- ・ 総合評価加算の算定回数や届出医療機関数は増加傾向にあり、急性期一般入院料1等で算定されていた。算定を行っていない理由をみると、総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師や歯科医師がいないという回答が多かった。
- ・ 総合的な機能評価に係る測定には多くがチェックリストを用いていたが、その種類は病院独自のものが多く見られた。総合評価にガイドラインを使用していると回答した割合は約2～5割であった。

- ・ 総合評価加算については、入院患者の状態を評価する他の項目との整理が必要ではないかとの意見や、加算を創設した当初の目的を一定程度果たしたのではないかと意見があった。
- ・ 患者サポート体制充実加算の届出医療機関数は近年、微減傾向であるが、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院入院基本料の届出医療機関の約 8 ～ 9 割が届け出ている。
- ・ また、患者サポート体制充実加算の届出の有無によらず、患者対応窓口では 入院患者及び外来患者ともに対応している医療機関がほとんどであった。
- ・ 身体的拘束等の行動制限を最小化する取組については、いずれの入院基本料においても約 7 割以上で「身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている」となっていた。

6. 医療資源の少ない地域について

- ・ 医療資源の少ない地域については、入院基本料の算定、人員配置、夜勤、病床数要件の緩和の対象としており、平成 30 年度診療報酬改定においても対象の一部拡大等を行ったところ。
- ・ 当該緩和の対象となっている点数項目の算定状況をみると、全体として算定回数は増加傾向にあるが、一部の項目については算定されていなかった。
- ・ 医療資源の少ない地域の医療機関にヒアリングを行ったところ、「ICT による連携に効果がある」、「常勤医師が不足している」、「診療報酬項目の算定に当たって経験を有する医師等の確保が困難」等の意見があった。
- ・ これらの結果を踏まえ、これまでの医療資源の少ない地域に対する対応には一定の効果があったと思われるものの、診療報酬による対応には限界があるのではないかと意見があった。

7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

- 入院医療等の調査・評価分科会の下に設置された診療情報・指標等作業グループにおいて、平成 30・31 年度厚生労働科学研究（「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性和職員配置等の指標の開発に係る研究」（研究代表者松田晋哉））を踏まえ、急性期から長期療養まで含めた入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等について検討を行った。

（検討内容について）

- ・ 研究班より、現行の診療報酬体系の課題や対応を検討すべき事項、中長期的な入院に係る評価体系のイメージ、今後の研究の具体的な内容について報告があった。

- ・ 報告に対して、医療内容については急性期と長期療養では医療の目的や内容が異なることを踏まえた評価指標を検討すべきという意見や、患者状態については急性期から長期療養までシームレスに把握・評価することを検討すべきという意見があった。
- ・ また、そのような指標の検討を行うに当たり、現在の重症度、医療・看護必要度の B 項目が患者状態と介助実施の有無を合わせた評価となっていることから、現在のデータを用いて正確な患者状態を把握することが困難という指摘があった。

(今後の方向性について)

- ・ 引き続き研究班において、入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等について研究を行い、必要に応じて作業グループにおける意見交換を行うこととなった。

8. DPC/PDPS について

- 入院医療等の調査・評価分科会の下に設置された DPC/PDPS 等作業グループにおいて、DPC/PDPS の運用に関する事項や退院患者調査に関する事項等の検討を行った。

8-1. DPC 対象病院の要件

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において、調整係数の置換え完了に伴い、基礎係数（医療機関群）や機能評価係数Ⅱについての考え方の再整理を行った。その際に、平均から乖離した診療実態の医療機関の存在が確認され、これらの病院は制度運用の妨げとなる可能性が指摘された。
- ・ その後の中医協や入院分科会においても、粗診粗療の懸念がある場合の診療内容の適切性について検討する必要性や、平均から外れて医療資源投入量が少ない、在院日数が長い等の診療実態がある病院は DPC/PDPS になじまない可能性があるため、何らかの対応について検討する必要性を指摘された。
- ・ また、すぐに要件への追加や DPC/PDPS から退出させるのではなく、まずは急性期の医療の標準化をすすめるという観点から、そのような診療実態となっている理由について分析が必要ではないかという指摘もあった。
- ・ 以上を踏まえ、DPC/PDPS の対象病院の要件を検討するに当たって、制度導入時から変わった DPC 対象病院の現況について分析し、医療資源投入量や在院日数を指標とし、それぞれの病院の分布の傾向や診療内容等の状況を評価・分析することを通じて、急性期の医療の標準化をすすめるという観点と、粗診粗療の懸念のある病院や制度になじまない可能性のある病院、という観点について分析・検討を行った。

(医療資源投入量が平均から外れた病院)

- ・ 診療する疾患群の補正を行った上で算出された病院別の医療資源投入量については、一定の幅は存在するものの、平均に収れんすることが望ましい。

- ・ 医療資源投入量の少ない病院については、必要な医療が十分に提供されていない可能性が考えられる一方で、必要かつ効率的な医療を実施している可能性もあること、単に医療資源投入量が少ないことでもって評価・分析した場合、不要な医療の実施を招く危険性もあることに留意が必要であるという指摘があった。
- ・ これらを踏まえ、DPC/PDPS の対象病院において、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患（急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全）について、「手術なし」かつ「手術・処置等 1 なし」の症例が占める割合が高く、在院日数が平均から外れて長い、という病院の分布等について評価分析を行い、制度になじまない可能性がある病院の状況等について分析を行った。
- ・ 医療資源投入量の多い病院については、必要な医療が実施されていないとは考えにくい一方で、効率的な医療の提供という DPC/PDPS 制度の趣旨に照らし、それらの病院における具体的な医療内容などについて、引き続き精査が必要と考えられた。

（在院日数が平均から外れた病院）

- ・ 診療する疾患群の補正を行った上で算出された病院別の在院日数については、一定の幅は存在するものの、平均に収れんすることが望ましい。また、在院日数については、効率的な医療提供の観点から、結果として、経年的に短縮化の傾向が見られている。
- ・ 在院日数が平均から外れて短い病院については、必要な医療が提供されかつ在院日数が短い病院がある一方で、急性期医療が必要な状態である患者への医療が、他の病棟において提供されている可能性もあると考えられる。
- ・ 今回の評価分析において、自院の他の病棟種別へ転棟した患者の割合は全体としては 4 %であったが、その割合が 30%を越える病院もあったことから、それらの病院における医療の提供状況等について分析を行った。
- ・ 在院日数が平均から外れて長い病院については、医療資源投入量が少ないことや、前述の、「手術なし」かつ「手術・処置等 1 なし」の症例が占める割合が高い、という視点を加え、DPC/PDPS になじまない可能性のある病院の状況等について分析を行った。

（その他）

- ・ 医療の質に関する指標について DPC データを用いて分析を行ったところ、DPC 対象病院が実施する診療内容にばらつきがあることが分かった。しかし、指標で評価できる内容が限定的であることや評価方法について課題があることから、DPC 対象病院の要件に使用することは慎重に検討する必要があるという指摘があった。
- ・ 特定の診療領域に特化した診療を行う病院については、医療資源投入量や在院日数と明らかな相関は認められなかった。
- ・ 主として小児を対象としている病院について、全症例の 50%以上が 15 歳以下の小児の診療を行う病院の傾向をみたところ、医療資源投入量が少なく、在院日数が短い傾向が見られたため、DPC/PDPS の対象病院の要件について検討する際は配慮してはどうかという指摘があった。

(今後の DPC/PDPS 等作業グループにおける作業の方向性について)

- ・ 次に該当する病院について、書面調査や個別のヒアリングなどを通じて、それらの病院で提供されている診療の状況等について、引き続き評価分析を行うこととなった。
- ア) 医療資源投入量の少ない病院であって、急性心筋梗塞、脳梗塞、狭心症、心不全症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等 1 なし」の症例が占める割合が高い病院
- イ) 在院日数の短い病院であって、自院他病棟への転棟割合が高い病院
- ・ 医療資源投入量の多い病院や在院日数が長い病院についても、制度の趣旨に鑑み、提供されている医療の実態の把握を行い、評価分析を行うことが必要である。

(各病院の診療状況等の確認)

- ・ DPC 対象病院で実施される診療の標準化を進めることは重要なことから、次の指標について、各病院に対し、当該病院が DPC 対象病院全体の分布のうちどのような位置にあるのかについて、当分の間、試験的に個別に知らせることとする。
 - ① 医療資源投入量
 - ② 在院日数
 - ③ 転棟した症例の占める割合
 - ④ 「手術なし」かつ「手術・処置等 1 なし」の症例が占める割合

8-2. 医療機関別係数

- DPC/PDPS 導入当初設定された調整係数は、包括払い制度の円滑導入のため、医療機関毎に前年度の診療実績に基づく報酬水準が維持されるよう設定された。その後、この調整係数については、医療機関の機能を評価する係数に組み替えることとされ、基礎係数及び一連の機能評価係数Ⅱへの置き換えを診療報酬改定毎に段階的に行い、平成 30 年度診療報酬改定において、一連の置き換えが完了した。また、平成 24 年度診療報酬改定から平成 28 年度診療報酬改定までの期間は暫定調整係数を設けていたが、置き換え完了後も診療報酬改定が報酬水準に与える影響を加味し、平成 30 年度診療報酬改定において一年に限り激変緩和措置を行った。今後の安定的な DPC/PDPS の運用に資するための機能評価係数Ⅱ、激変緩和係数の今後の取扱いについて検討を行った。

(治験等の実施)

- ・ 現状、機能評価係数Ⅱの一つである地域医療係数において、高度・先進的な医療の提供として医師主導試験治療の実施、先進医療の実施、患者申出療養の実施を評価している。
- ・ 地域医療係数の評価項目の一つである「10 例以上の医師主導治験の実施、10 例以上の先進医療の実施、及び 1 例以上の患者申出療養に係る意見書の作成」について、該当する病院は令和元年 4 月時点で 2 病院のみであった。

- ・ 適切な評価を行うため、臨床研究中核病院における、医師主導治験及び臨床研究の実施件数等の実績評価を参考とし、機能評価係数Ⅱの評価項目の見直しを検討する必要がある。

（新型インフルエンザ等対策）

- ・ 新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備する病院について、平成 26 年診療報酬改定から、機能評価係数Ⅱで評価することとしている。
- ・ 現状では、新型インフルエンザ等対策に係る地方公共機関の指定を法人単位で受ける場合がある等、個別の病院の指定の状況について把握が困難な場合があったため、機能評価係数での評価は行っていなかった。
- ・ 令和元年度から、新型インフルエンザ等対策政府行動計画を踏まえ、新型インフルエンザ等協力医療機関について、厚生労働省のホームページにおいて公開され、評価の対象となる病院が明確となったことから、令和 2 年度からは機能評価係数Ⅱにおいて評価を行う必要がある。

（激変緩和係数）

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定時、調整係数の置き換え完了後も、安定的な医療機関の運営に資するよう診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定し、推計診療報酬変動率を±2%までとする対応を行った。平均的な診療実態から外れる病院の令和 2 年度診療報酬の対応については、引き続き検討することとした。
- ・ 診療報酬改定における報酬の変動については、病院の個別の要因を特定することは困難と考えられるため、令和 2 年度診療報酬改定においても一定の激変緩和措置を置く必要がある。

8－3．退院患者調査に関する事項

（提出データの公開等）

- ・ 平成 30 年度診療報酬改定において、急性期一般入院基本料や地域包括ケア病棟入院料に加え、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を届け出た病棟についても、データ提出加算の届出を要件として追加するとともに、それぞれの病棟の特徴を捉えるための項目を提出項目として追加した。
- ・ 各医療機関から提出されたデータのうち、現在、公開することとしているものは、急性期の診療内容や重症度等に係る項目が多い。

（データを公開する対象病棟）

- ・ 公開データが、各医療機関のベンチマーク等に広く利用されているという観点から、データを公開する対象病棟の範囲については、その範囲を拡大することとしてはどうか

という意見があった。なお、拡大に当たっては、平成 30 年 7 月時点のデータの提出状況等を明記した上で公開することとしてはどうかという意見があった。

（公開データの集計方法）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を届け出る病棟における特徴を捉えるための項目として追加された FIM 及び要介護度等の公開に当たっては、入院症例の背景等による違いを踏まえた解釈が可能となるよう、該当する病棟の病床数や平均年齢等、必要な項目を併せて公開することとしてはどうかという意見があった。
- ・ また、公開データは現在、全病棟の集計及び一般病棟のみの集計を行っているが、地域包括ケア病棟のみに入院していた症例など、病棟の種別ごとに集計することについて検討してはどうかという意見があった。