

【資料】入院・外来医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ

中医協は9月27日、入院・外来医療等の調査・評価分科会での検討状況の「中間とりまとめ」を、基本問題小委および総会に報告した。

9月14日の第7回入院・外来医療等の調査・評価分科会で議論し、修正を分科会長に一任していたもので、主な項目における分析と指摘事項をまとめたものとなっている。

以下は、その中でも特に注目する項目に絞り、【ポイント】と主な【分析】【指摘】の形で整理したものである。

1. 一般病棟入院基本料

1-1. 重症度、医療・看護必要度等

【ポイント】

- 急性期一般入院料1におけるB項目に対する評価については両論併記
- 高齢者救急で、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送を評価するとともに、地域包括ケア病棟等による転院搬送患者受入についても評価
- 急性期一般入院料1の平均在院日数18日からの短縮

【主な分析と指摘事項】

	分析
	<ul style="list-style-type: none">●75歳以上に多い疾患のうち、「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症・部位不明」等は、急性期一般入院料1に入院した場合と地域一般入院料1・2に入院した場合とで1日当たりの医療資源投入量が大きく変わらない●75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」「尿路感染症」においては、全疾患平均と比べ「専門的な治療・処置」の該当割合が低く、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高い●点滴ライン同時3本以上の管理（令和3年度）」の項目が「注射薬剤3種類以上の管理（令和4年度）」に変更され、当該項目の該当割合がいずれの入院料でも上昇●急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準（18日）よりも2日以上短い。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きい
	指摘
	<ul style="list-style-type: none">●急性期一般入院料1においてはB項目以外の項目による評価を重視すべきではないか。一方で、急性期病棟におけるADLの低下した患者に対するケアの評価の観点からは、B項目による評価は重要ではないか【両論併記】●A項目のうち、多くの入院料において令和3年から令和4年にかけて上昇しているもののほか、「創傷処置」や「呼吸ケア」について、該当する状況の詳細について分析を行うべきではないか●C項目の各手術等について、直近の時点における入院で実施される割合等を分析してはどうか●「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないか●地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討が必要ではないか●高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があるため、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないか●急性期一般入院料1における指標としては、平均在院日数の短縮化が考えられるのではないか

1-2. 急性期充実体制加算

【ポイント】

- 指摘事項を踏まえた施設基準の見直し

【主な分析と指摘事項】

分析	●令和4年9月時点で総合入院体制加算1を算定している医療機関は、急性期充実体制加算を算定している医療機関よりも小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い
指摘	●総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関の一部が急性期充実体制加算の届出を行う医療機関に移行することにより、高度な医療を行う医療機関における精神科医療の提供体制が縮小しないようにすることが必要ではないか
	●施設基準に心臓血管外科や脳神経外科に関する手術の実績も加えるべきではないか ●許可病床数300床未満に適用される基準は不要ではないか ●新規届出の際には、地域医療構想調整会議において、地域で急性期医療の基幹的な役割を果たすべき医療機関と認められることを要件とすべきではないか

2. 特定集中治療室管理料等

2-1. 特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度等

【ポイント】

- SOFAスコアの指標として活用法

【主な分析と指摘事項】

分析	●重症度、医療・看護必要度の該当が6点以上と比較し、SOFAスコア5以上、10以上の方が退院時の転帰とより相関していた ●入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。重症度、医療・看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合はばらついていた
指摘	●SOFAスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる ●SOFAスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか ●RRS (Rapid Response System) を行っている病院では、SOFAスコアが上がる手前の人をICUで管理することによって、あがらないようにしている。SOFAスコアの導入に反対ではないが、こうした取組みも考慮して慎重な検討が必要

2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度

【ポイント】

- B項目に対する評価については両論併記

【主な分析と指摘事項】

分析	●入室したときの状態や、手術実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目はほぼ全ての患者で該当
指摘	●「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」はほぼ全ての患者に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要ではないか ●一部の項目について、特定集中治療室用と同様に点数に差をつけることが考えられるのではないかと ●「創傷処置」や「呼吸ケア」の項目について、具体的にどのような状況で該当しているのか分析してはどうか

- 特定集中治療室用と同様に、**B項目は不要**ではないか。一方、B項目の測定結果は**ADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために有用**であり、B項目を必要度の基準から外す場合においても、特定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべきではないか【**両論併記**】
- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についてもレセプト電算コードに基づく評価を導入する際には、現行の評価との比較分析を行ってはどうか

3. DPC/PDPS

【ポイント】

- 診療密度や在院日数が平均から外れている病院の扱い
- 入院初期に患者を退院させた場合の評価等

【主な分析と指摘事項】

分析	●「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が基準値を上回っている病院へのアンケート等の結果、「コーディング担当者の理解不足や病院全体のコーディング体制の不備に起因する不適切なコーディングが見られる」「 急性期病棟での入院が本来想定されていない症例においてコーディングが困難になるケースがある 」
	● データ数が少ない DPC対象病院は、 複雑性係数の値が高い 傾向にあり、データ数が1月あたり90以下の病院では診療密度（相対値）が低い傾向
	●点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間Iにおいて医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在する
指摘	●「部位不明・詳細不明コード」の一部については、DPC病院全体での使用割合の高いものが含まれているとの指摘⇒コーディングテキストの記載内容の充実化も含めて精査を行う
	●効率性係数の算出方法については、診療対象とする診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏っている医療機関に対して在院日数短縮という本来の趣旨にそぐわない評価となる場合がある
	●複雑性係数についても同様に、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、1日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合、急性期入院医療における評価という点では不適当な評価となっているのではないかと ⇒算出方法の見直しやDPC対象病院の基準の見直し等の対応が必要ではないか
	●救急医療係数については、評価の趣旨が明確になるよう名称の変更等も含め検討
	●DPC対象病院に一定の基準を設けるとともに、DPC制度からの退出についても検討
	● 入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう見直す べきではないか。 標準的・定型的な経過をたどれば早期退院 できるような診断群分類については、入院期間IIより早期に退院させた場合であっても 十分な評価 ができるよう検討すべきではないか

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【ポイント】

- 直接入棟患者と下り搬送の評価

【主な分析と指摘事項】

分析	<ul style="list-style-type: none">●救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者（直接入棟患者）の特徴は以下のとおり。緊急入院（外来の初再診後）患者においても、直接入棟患者ほどではないものの、これらの傾向が見られた ⇒「傷病名は誤嚥性肺炎や尿路感染症が多い」「医療的な状態が不安定である」「医師による診察の頻度、必要性が高い」「看護師による直接の看護提供頻度・必要性が高い」「リハ実施頻度、リハ実施単位数は低い」●直接入棟患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向。ついで、緊急入院後の患者の包括範囲の医療資源投入量が多かった
指摘	<ul style="list-style-type: none">●地域包括ケア病棟は施設ごとに果たしている機能が多様であることを尊重すべきではないか●自宅等からの緊急患者の受け入れをしっかりとやっているのであれば、救急がなくとも地域の役割を果たしているのではないか●直接入棟患者ではリハの実施頻度が低いが、直接入院だとリハがすぐには開始できないやむをえない事情もあるという指摘があった。一方で、できるだけ早期にリハを提供することは重要ではないか●高齢者の急性期医療は症状が不安定で医療資源投入量が多く、地域包括ケア病棟で受け入れることを推進する方策が必要である。推進にあたっては、夜間も含め手厚い看護配置が必要
	<ul style="list-style-type: none">●短期滞在手術について、地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院が多い ⇒地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、バランス良く受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料

5-1. 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価

【ポイント】

- 運動器リハの実施単位数に応じた評価および体制強化加算の見直し
- FIMの定期的な提出および第三者評価の厳格化

【主な分析と指摘事項】

分析	<ul style="list-style-type: none">●運動器疾患においては、1日あたりの平均リハ提供単位数が「6単位数以上7単位数未満」、「7単位数以上8単位数未満」及び「8単位数以上9単位数未満」の患者の運動FIMについて、リハ提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった●第三者機能評価認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時FIMの低下傾向が緩やかであり、FIMの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった
指摘	<ul style="list-style-type: none">●運動器疾患に対するリハについて、実施単位数に応じた評価について検討が必要●FIMについて、入院期間中の定期的な提出を求めているかどうか●体制強化加算について、効果が大きく出ていないことから、見直しの必要があるのではないか●第三者機能評価について、施設基準の厳格化を図るべき。一方、FIMの適切な評価に係る取組の推進に着目して検討するのが良いのではないか

5-2. 質の高い回復期リハビリテーション医療の提供

【ポイント】

- 栄養食事指導や退院前訪問指導を促す仕組み
- 身体的拘束に対する取組み
- 回復期リハ病棟の地域貢献

【主な分析と指摘事項】

分析	●回復期リハ病棟1では、専任管理栄養士を配置しており、入院栄養食事指導料の対象患者に対して、約1割の病棟でほぼ全ての患者に算定していた。一方で、約2割の病棟では全く算定していなかった
	●摂食嚥下について、嚥下機能検査を実施している患者と実施していない患者とを比較すると、検査を実施している患者において経腸栄養の離脱割合が高かった
指摘	●退院前訪問指導は退院後のADL向上等に有効であるが、全く実施していない医療機関が約40%存在
	●身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハの実施単位数は変わらず約6単位提供されている
	●入院栄養食事指導を実施していない回復期リハ病棟1については、必要な患者に実施するよう改善を求めるべき
	●嚥下機能検査については、行っていない医療機関が多いため、適切な対応を促すべき。一方、嚥下調整食の必要性のある患者の割合も踏まえ妥当であるとの指摘もあった
	●退院前訪問指導を推進すべき。一方、多職種のマンパワーを要すること、遠方の患者等で自宅に訪問するのが困難なケースも踏まえ、ICTの活用や地域の医療機関との連携も考慮すべき
●栄養食事指導や退院前訪問指導のように、回復期リハ病棟として当たり前のことが確実に実施されるよう促す仕組みを検討すべき	
●身体的拘束については定義を明確にする必要がある。その上で、リハを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要がある	
●回復期リハ病棟の地域貢献活動への参加を促すような評価が必要ではないか。また、現在の取組状況は回復期リハ病棟1で61%と高いとは言えず、向上を目指すべき	

6. 療養病棟入院基本料

6-1. 療養病棟入院基本料における医療区分等

【ポイント】

- 医療区分の精緻化（9分類）
- 療養病棟でのリハや身体的拘束

【主な分析と指摘事項】

分析	●同一の医療区分においても医療資源投入量にはばらつきがある
	●疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1～3の組合せについては、医療資源投入量について2～3倍の違いがある
指摘	●医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要 ⇒医療区分について、「疾患・状態」としての医療区分3分類と、「処置等」としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか
	●200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要であり、現行の医療区分の各評価項目の内容については見直すべきではない
	●医療区分については「処置」と「処置」の組合せによっても医療資源投入量が増える可能性があるため、このような分析も今後必要ではないか

	●療養病棟でリハを多く実施されていることは 適当ではない のではないかと。入院料Ⅰにおけるリハについては、包括内外の医療資源投入量をみとうえで、評価の在り方について検討すべき
	●介護施設で状態が悪化した患者に対しリハを提供している実態があり、このような患者に対する対応については医療区分1であっても評価して 良い のではないかと
	●療養病棟における 身体的拘束 について、認知症の患者の拘束も課題だが、認知症のない患者が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、 慎重に検討 をする必要がある
	●介護保険施設において経腸栄養や喀痰吸引等の医療処置が可能という実態があり、医療療養病棟と介護保険施設のすみ分けや、介護保険施設での医療提供の在り方についての議論を進めていくべき
	●経過措置については廃止されることを念頭に、該当患者の基準を含めて療養病棟の在り方について議論をしていくべき

6-2. 療養病棟入院基本料における中心静脈栄養

【ポイント】

- 中心静脈栄養から経腸栄養への促し

【主な分析と指摘事項】

分析	●中心静脈カテーテルを挿入して病棟に転棟した患者のうち、中心静脈栄養から 経口摂取へ移行した患者は4.1%
	●中心静脈栄養を実施している状態にある者に対する 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況 について、 体制がない医療機関が32.7%
指摘	●療養病棟における 経腸栄養 は、中心静脈栄養と比較し、 生命予後が良好 で抗菌薬の使用が少ない
	●経口摂取が不可能な場合であり人工栄養を開始する場合や中心静脈栄養から胃ろうや腸ろうなどへ栄養方法を変更するような場合に、医療者から患者・家族へ十分な情報提供や意思決定支援が重要
	● 中心静脈栄養が漫然と続いている可能性 があるため、医学的根拠に基づいて、腸を使った栄養管理へシフトし、中心静脈栄養ができるだけ 早期に終了されるような促しが必要
	●中心静脈栄養の医療区分3としての評価は、経腸栄養が可能な患者は対象とせず、腸閉塞等の腸管が利用できない患者のみを対象とし、それ以外の患者についての評価は 医療区分3から2あるいは1に引き下げるなど見直しが必要
	●腸管浮腫や長期絶食後の患者については経腸栄養が禁忌ではないが、一定期間の中心静脈栄養を実施することが有効ではないか

7. 外来医療

7-1. かかりつけ医機能等 / 7-2. 生活習慣病対策 / 7-3. 外来機能の分化の推進

【ポイント】

- 特定疾患療養管理料の対象疾患等の見直し
- 生活習慣病管理料の算定要件等の見直し
- 外来機能の分化・連携

【主な分析と指摘事項】

分析	<かかりつけ医機能等>
	●時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患

	療養管理料等ではこうした差は見られなかった
	<p><生活習慣病対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ●生活習慣病管理料の算定について困難を感じることで、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多い
	<p><外来機能の分化の推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ●初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた
指 摘	<p><かかりつけ医機能等></p> <ul style="list-style-type: none"> ●特定疾患療養管理料は、算定回数は多いが対象疾患が分かりにくく見直しが必要 ●特定疾患療養管理料について、医療法改正に基づく書面交付を意識した対応を考える必要がある ●高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも、再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少なく、どのような診療報酬が相応しいのか考えることが必要。その際、併算定を検討する
	<p><生活習慣病対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ●生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべき ●生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要 ●データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい
	<p><外来機能の分化の推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ●外来機能の分化・連携をさらに進める

8. 外来腫瘍化学療法

【ポイント】

- 外来腫瘍化学療法診療料、療養・就労両立支援指導料の見直しを含めた外来化学療法における総合的な体制構築および評価

【主な分析と指摘事項】

分 析	<ul style="list-style-type: none"> ●外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクルも外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%だった ●外来化学療法実施施設において、外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由については、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多 ●外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成
	<ul style="list-style-type: none"> ●外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている病院であっても、化学療法をほぼ全て入院で実施しているというのは、適切な治療といえるのか ●外来化学療法に係る指針を作成することが医療の質の向上にもつながり、また医療機関のチームワークの醸成にも役立つのではないか
	<ul style="list-style-type: none"> ●24時間体制については、一部の診療所等においては、例えば、夜間などの時間外において、規模の大きな医療機関に患者の対応を依頼する等の連携体制が必要ではないか ⇒新たな算定項目を作成して評価するべきではないか。大きな医療機関に連携を依頼する場合には、連携先の医療機関の負担にも配慮する必要があるのではないか
指 摘	

- 療養・就労両立支援指導料に関しては、算定されにくい仕組みのため、今後、改善の必要があるのではないかと
- 仕事との両立支援や外来化学療法中の食事指導、副作用発生時の時間外の対応体制等も含め、がん患者に対する外来化学療法における総合的な体制を構築・評価していくことが必要ではないかと

9. 情報通信機器を用いた診療

9-1. 情報通信機器を用いた診療の算定状況等

9-2. 情報通信機器を用いた診療をおこなう医療機関の特性

【ポイント】

- オンライン診療の僻地・離島および「D to P with N」の利用促進
- 不適切なオンライン診療への対処

【主な分析と指摘事項】

分析	<p><情報通信機器を用いた診療の算定状況等></p> <ul style="list-style-type: none"> ●情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関 ●情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数については、令和4年度診療報酬改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた ●患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が僻地や在宅の場面で活用されてきている
	<p><情報通信機器を用いた診療をおこなう医療機関の特性></p> <ul style="list-style-type: none"> ●対面診療の割合が5割未満の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名を分析したところ、傷病名としては初診では「COVID19」が37.9%、再診料・外来診療料では「不眠症」が39.7%と最多
指摘	<p><情報通信機器を用いた診療の算定状況等></p> <ul style="list-style-type: none"> ●僻地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要がある ●オンライン診療の効果が出るのは離島・僻地であり、積極的に離島・僻地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要
	<p><情報通信機器を用いた診療をおこなう医療機関の特性></p> <ul style="list-style-type: none"> ●「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において初診では向精神薬の処方を行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないかと。また、不眠症に係る診療の実態について更に分析してはどうか

10. 横断的個別事項

10-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組

【ポイント】

- 多職種等の組織全体での取組への評価

【主な分析と指摘事項】

分析	<ul style="list-style-type: none"> ●「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった ●身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた
----	--

指 摘	<ul style="list-style-type: none"> ●病院全体として理念を掲げ、身体的拘束ゼロに向けた方針を明確にしていく必要があり、多職種からなる職員全体で、組織一丸となった取組が評価されるべき ●医療安全の側面から、院内で転倒・転落が起きると、職員が法的に責任を問われる場合もあり、身体的拘束ゼロに向けた取組の妨げにもなっている。高齢になればどこにいても転倒のリスクはあるため、それを受け入れること等も含め身体的拘束をゼロにしていくことについて、社会全体の理解を醸成していくことも必要
	<ul style="list-style-type: none"> ●A I 等の活用や介護における取組で参考にすべきことは参考にする等も含めて検討が必要

10-2. 入退院支援

【ポイント】

- 介護保険や障害福祉サービスとの連携
- 入院前実施項目の見直し

【主な分析と指摘事項】

分 析	<ul style="list-style-type: none"> ●退院を困難にしている事項は、いずれの入院料においても「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」が多い ●入院時支援加算を届け出ている医療機関の方が、いずれの入院料においても平均在院日数が短い
	<ul style="list-style-type: none"> ●入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施した事項は、必須項目以外では「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施率は低い ●障害を有する者の医療と福祉との連携の必要性を指摘されているが、入退院支援加算の連携機関に障害福祉サービス事業所はほとんど挙げられていない
	<ul style="list-style-type: none"> ●入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも非常に重要。これらの項目の実施率は、必須項目に比べれば低いとはいえ、全体としては、いずれも85%以上という状況であり、全て必須項目としてもよいのではない ●地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないか
指 摘	

10-3. 急性期におけるリハビリテーション・栄養等

【ポイント】

- ADL維持向上等体制加算の改善、土日祝日のリハビリテーションの評価
- 入院栄養管理体制加算、入院栄養食事指導、栄養情報連携の対象範囲の拡大等

【主な分析と指摘事項】

分 析	<p><急性期におけるリハビリテーション></p> <ul style="list-style-type: none"> ●急性期における休日リハの有効性がエビデンスとして示されているが、土日祝日にリハを実施していない施設は、日曜日は67.9%、祝日は56.8% ●ADL維持向上等体制加算の届出施設数は令和4年度で98施設。届け出していない理由としては「理学療法士等を確保できないため」「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多い

	<p><急性期における栄養管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ●管理栄養士が病棟に配置されている割合は低い。病棟配置の管理栄養士による栄養管理としては、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応はほぼ実施されていた。一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると実施割合が低い ●誤嚥性肺炎患者に対し、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、できるだけ早期に経口摂取を開始することが重要であることがエビデンスとして示されている ●病棟における多職種連携の取組の実施割合について、栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない
指 摘	<p><急性期におけるリハビリテーション></p> <ul style="list-style-type: none"> ●ADL悪化を予防するためには、リハを実施するだけではなく、看護体制や介護福祉士の配置等を含めて、パッケージとしての対応を検討すべき ●土日祝日にリハビリテーションを提供するための体制を確保するため、このような取組は診療報酬において評価されるべき ●疾患別リハビリテーション料とADL維持等向上体制加算を併用できるよう見直すべきではないか。また、点数設計を見直す必要がある ●ADL維持等向上体制加算の要件には病棟に特定の疾患を有する患者割合があるが、脳血管障害が含まれていないのは課題
	<p><急性期における栄養管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ●病棟における管理栄養士の業務について、入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要で、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか ●病棟への専従配置を求めるとなれば給与面の課題も考慮し、増員できるくらいの評価が必要 ●栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえ、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべき ●他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうか ●栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハと栄養の取組は組み合わせて推進されるよう検討すべき ●リハが実施される時間帯以外における、看護師等による生活リハが提供されることも重要

●「中間とりまとめ」への主な意見

上記「中間とりまとめ」における9月27日の基本問題小委および総会での【主な意見】は、以下の通りである（10月5日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で公表）。

【9月27日中医協（基本小委・総会）での主な意見】

入 院	<ul style="list-style-type: none"> ●急性期充実体制加算の新規届出要件として地域医療構想調整会議の承認を得ることを追加すべき ⇒要件を追加したとしても適切な機能分化につながらない可能性もある ●総合入院体制加算から急性期充実体制加算への届出医療機関数の移行が進む中で、総合入院体制加算の評価をさらに引き上げることを検討 ●一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度において、該当割合が上昇している「注射薬剤3種類以上の管理」について、どのような薬剤がどのように使用されているのか詳細な分析が必要
--------	--

- 75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料1の病棟で対応することが妥当なの
について、十分な検討が必要
⇒救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、どのような制度設計が
ありうるのか議論が必要
- 高齢者の中には高度急性期病院で受け入れなければならない患者もおり、最初から受入病棟を決
めるのは難しい
- 高齢者救急の役割分担については、救急対応ができる施設でトリアージを行い、必要に応じて適切な
医療機関へ転院搬送を行うというような仕組みが重要
- 地域包括ケア病棟等における高齢者救急において、直接入棟患者への医療資源投入量が多いことを踏
まえると、直接入棟と転院搬送による受入を同様に評価することには疑問
- 効率性係数について、適切な評価につながる計算方法について、具体的な検討を進めるべき。また、
診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院において複雑性係数が不当に高くなる点については、
計算方法の見直しではなく、DPC病院からの退出を促すルールを考えるべき
- 回復期リハビリテーション病棟については、第三者機能評価の厳格化、FIMの適切な評価につい
ては何らかの対応が必要。また、入院期間中のFIMデータの定期的な提出を求める方向で議論を進め
るべき
- 療養病棟入院基本料については、医療資源投入量に差があることを踏まえ評価体系の精緻化の方向性
には賛成。医療と介護の役割分担を踏まえ、どのような患者を医療保険で対応すべきかという視点を
含めて具体的に検討
- リハビリテーション・栄養との連携における口腔管理の取組について、医療機関の歯科標榜の有無、
外部の歯科医療機関との連携状況によって、どの程度の差が出ているのか分析が必要

外
来

- 特定疾患療養管理料等を算定している医療機関が地域で果たしているかかりつけ医機能について、時
間外対応加算の届出状況だけではなく、より多面的な観点からの検討が必要
- 特定疾患療養管理料の対象疾患には、かかりつけ医機能が求められる疾患、例えば慢性腎炎、慢性腎
臓病、腎不全、心臓病、認知症、更年期障害、白内障などが対象疾患に含まれておらず、対象疾患に
ついてはかかりつけ医機能の発揮が求められる疾患という観点からも分析すべき
- コロナ禍の影響で、生活習慣病患者に対する長期処方が増えた一方で、治療中断も見られるようにな
っている。医学管理の質の観点から診療報酬を検討するにあたり、どの程度長期処方が増えているの
か、その結果として医療機関にどのような影響が出ているかについても分析・検討が必要
- コロナ禍で定期的な受診ができなかった状況で、糖尿病の悪化がみられたというデータもあるため、
定期的にしっかりした診療を受けられるようにすることが重要
- 特定疾患療養管理料における医療法改正による書面交付への対応、生活習慣病管理料における療養計
画書の見直しについては、医療の質・患者の負担・効率性の視点で更なる検討が必要
- 高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれも再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が
算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少な
い実態を考えると、かかりつけ医機能をどの診療報酬項目で評価すべきなのかを体系的に整理すべ
き時期に来ている
- オンライン診療について、オンライン診療の適切な実施に関する指針には、睡眠薬の処方は初診では
行わないこととされているにもかかわらず、情報通信機器を用いた初診に係る傷病名では不眠症が上
位にあるなど、不適切な運用がなされている可能性が示唆されている
⇒さらなる分析を進め、健全な形でオンライン診療を普及させるべき

●診療情報・指標等作業グループからの最終報告

10月5日に開催された「第9回入院・外来医療等の調査・評価分科会」では、上記「中間とりまとめ」における【主な意見】のほか、「診療情報・指標等作業グループ」および「DPC/PDPS等作業グループ」それぞれから、「最終報告」が提出されている。各「中間報告」については、9月6日に開催された「第6回入院・外来医療等の調査・評価分科」にて示されていた。

「診療情報・指標等作業グループからの最終報告」では、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における「A項目」・「B項目」・「C項目」および「短期滞在手術等基本料3の対象手術」について分析を行い、主な指摘事項として以下を追加している。

【「診療情報・指標等作業グループからの最終報告」で追加された指摘事項】

- 「**注射薬剤3種類以上の管理**」の対象薬剤や上限日数とともに、**初期を重点的に評価することについて検討すべき**
- 「**呼吸ケア**」や「**創傷処置**」の項目については、評価基準を**必要度Ⅱに統一すべき**。その際、正確な評価のため、治療室用の重症度、医療・看護必要度の場合も含め、算定の対象とならない診療報酬上の項目についても業務負担に配慮しつつ、EFファイル等に入力することを検討
- 「**創傷処置**」に該当する診療行為から**重度褥瘡処置の実施は削除すべき**
- 外来での実施率が高い化学療法について、「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」及び「**抗悪性腫瘍剤の内服の管理**」について必要な見直しを行うべき
- 7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないか**。ただし、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため測定自体は継続すべき
- ADLが低下した患者等へのケアに対する評価のために**B項目を評価基準に残す場合**においても、治療に伴って低下したADLの改善等が適切に評価できるよう、**項目の追加や評価方法の見直し**について今後検討すべき
- 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1において、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「**専門的な治療・処置**」によりA得点2点となっている場合が多い
⇒急性期医療が必要な患者が引き続き必要度基準に該当するよう、「**専門的な治療・処置**」の各項目について**重みづけを見直す**ことが考えられる
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術の一部**について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう**必要度の評価対象に加えるべき**

●DPC/PDPS等作業グループからの最終報告

「DPC/PDPS等作業グループからの最終報告」では、医療機関別係数のうち、「保険診療係数」・「効率性係数」・「複雑性係数」・「地域医療係数（体制評価指数）」・「新たに評価を行う内容」について以下のような指摘事項が追加された。そのほか、「DPC対象病院の要件」・「点数設定方式」についても、以下の追記が行われている。

【「DPC/PDPS等作業グループからの最終報告」で追加された指摘事項】

<保険診療係数>

- 一部の「部位不明・詳細不明コード」については「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされ、「**部位不明・詳細不明コード**」の計算対象からは除外すべき

<効率性係数>

- 診療対象とする診断群分類の種類数や構成によらずに在院日数短縮の努力を評価するのであれば、各医療機関の平均在院日数と、各医療機関の症例構成による補正を行った**全国の平均在院日数の相対値を取る手法に変更**することが望ましい
- 医療機関群ごとに期待される機能や役割が異なることを踏まえ、効率性係数についても複雑性係数等と同様に**医療機関群ごとの評価**としてはどうか

<複雑性係数>

- 1日当たり医療資源投入の観点での評価の方が急性期入院医療の評価として妥当ではないか**
- 「1日当たり」での評価の場合、短期での入院に該当する一部の診断群分類については適切な評価とならないのではないか
- 「1入院当たり」での現行の評価手法は入院医療の労力の評価という観点では妥当性があり、急性期入院医療の評価という観点から、むしろ**評価の対象とする医療機関の基準自体を検討**すべき

<地域医療係数（体制評価指数）>

- 「感染症」における評価内容については、第8次医療計画において、令和4年の感染症法改正により法定化された都道府県・医療機関間での協定締結を通じ、平時から医療提供体制の確保を図ることとされていることを踏まえ、令和6年度改定以降、新型コロナウイルス感染症対応への評価から、入院医療に係る**協定締結の評価へと移行**することが考えられるのではないかと

<新たに評価を行いうる内容>

●脳死下臓器提供の実施

⇒脳死下臓器提供の実施機能や実績を評価することについては、社会的に重要な論点であるという指摘があった一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないかと

●多職種協働による医療提供

⇒高齢者の急性期患者が増加する中で入院患者全体にメリットのある取組への評価と考えられるといった指摘があった一方で、医科点数表上の評価に係る議論を優先すべきではないかと

●医師少数地域への医師派遣機能

⇒**大学病院本院群に限った評価**として考えられるのではないかとといった指摘があった一方で、大学病院の果たす機能については別途評価を検討する必要があるのではないかと

●外国人患者の受け入れ体制

⇒社会状況の変化に伴う重要な論点であるといった指摘があった一方で、地域医療への貢献という観点から適切な評価指標を設定しうるのは慎重に検討する必要がある

●医療の質向上に向けた取組

⇒DPCデータ等を活用した医療の質向上に向けた取組への評価については、DPC対象病院の評価として適切であるといった指摘や、今後の更なる評価のあり方の検討を前提としつつ、既に保険診療係数において基本的な病院情報の公表を評価していることを念頭に置くと、令和6年度改定に向けては「医療の質向上のための体制整備事業」における9指標に係るデータの提出や提出データに基づく指標の算出・公表を評価していく方向性が考えられるのではないかと

<DPC対象病院の要件>

- データ数が少ないDPC対象病院

⇒医療機関別係数を含め適切な包括評価となっていない現状があり、急性期医療の標準化という観点からも

制度になじまないのではないか

⇒特に**診療密度（相対値）**が低い点については、他のDPC対象病院に対する包括評価にも影響することから、何らかの**対応が必要**

⇒**データ数に係る一定の基準**をDPC対象病院の要件として**設定**することが考えられる

- 現在保険診療係数において評価を行っている「**適切なDPCデータの作成**」に係る**3つの基準**については、DPC対象病院の要件として位置づけることが望ましい

<点数設定方式>

- 点数設定方式A**で設定される**診断群分類のうち、入院期間I**において**医療資源投入量が設定点数を大きく上回る診断群分類**については、在院日数ごとの設定点数と実績点数の関係を踏まえると、**点数設定方式B**を適用することで、実際の医療資源投入量に見合った評価が可能となるのではないか
- 現行の点数設定方式は、基本的には、医療資源投入のパターンに沿った評価となっており、**早期退院させた場合への評価**として十分でないのではないか
- 入院初期を重点的に評価する点数設定方式として、短期滞在手術等に適用している**点数設定方式D**があるが、一定の入院期間が見込まれる分類について、**入院初日に高い評価とすることはなじまない可能性**がある
- 入院期間Iで入院基本料を除く包括評価を行うことで、粗診粗療への高い評価を避けつつ、**入院期間IIより早期での退院を一定程度評価**することが可能なのではないか
- 不要な在院日数の延伸につながらないような評価方法は重要である一方で、こうした点数設定方法を導入するにあたっては、同質性の高い分類に限るなど条件を設定した上で、疾患や手術の特性に係る臨床的な観点も踏まえつつ、慎重に検討する必要がある