

# 入院(その3)

入院横断的個別事項

## 入院横断的個別事項について

### 1. データ提出加算・診療録管理体制加算について

#### 1-1 データ提出加算について

#### 1-2 診療録管理体制加算について

### 2. 入退院支援加算について

### 3. 救急医療管理加算について

### 4. 治療早期からの回復に向けた取組について

### 5. 入院医療における栄養管理について

### 6. 褥瘡対策について

# 入院分科会の取りまとめにおける記載事項

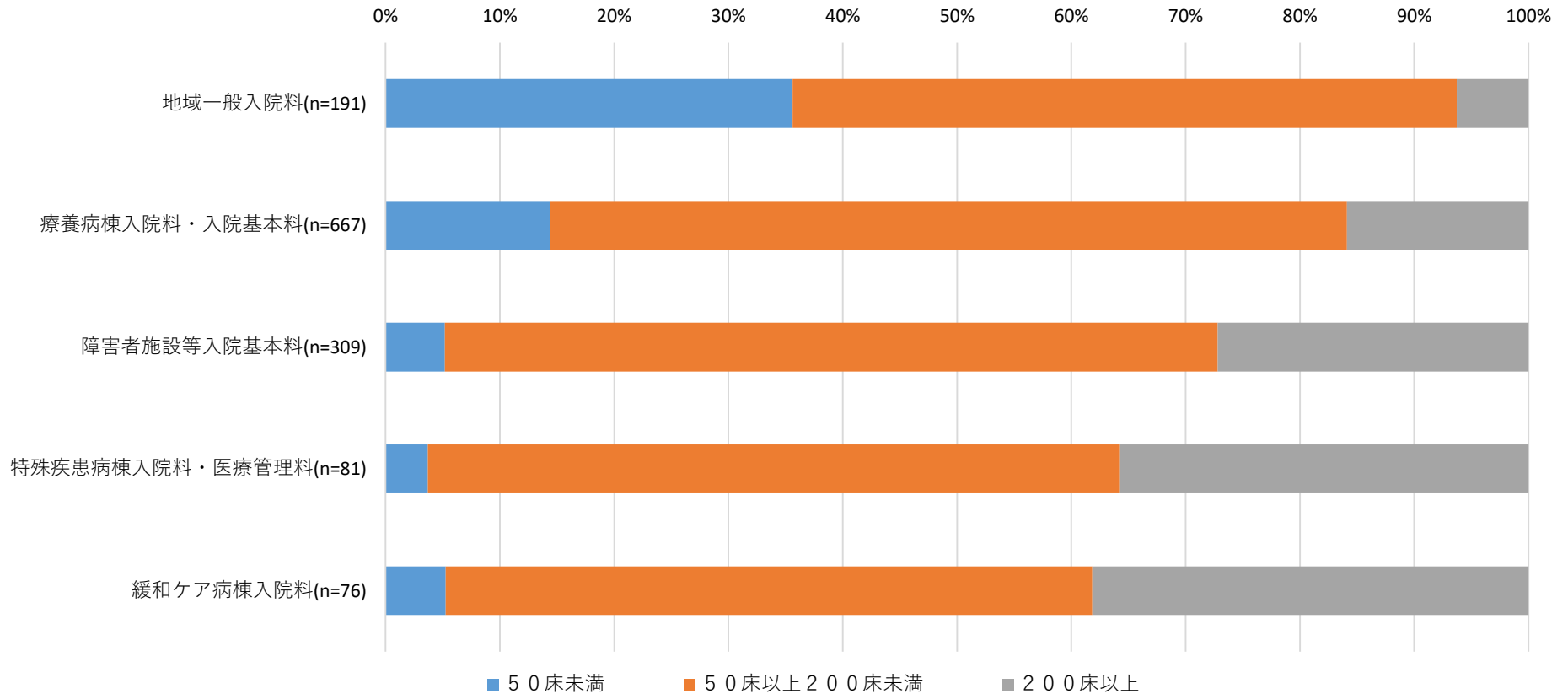
## 11-5. データ提出加算について

- データ提出加算の届出医療機関は、令和2年度で5,202施設にのぼっており、全病院の63.0%であった。
- データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなってはいたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。
- データ提出加算を届け出ることが困難な理由は、「電子カルテシステムが導入されていないから」という理由が多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料といった、新たにデータ提出加算の届出を要件化された入院料においては、データを提出している病床数について、要件化により顕著に増加がみられた。また、届出が要件となっていない地域一般入院料等の入院料においても、おおむね届出数の増加がみられた。
- データに基づく評価を推進する観点から、データを提出させる取組は重要ではないか、という指摘があった。

# 入院料ごとの許可病床数の状況

○ 各入院料における、許可病床数の状況は、以下のとおりであった。

## 入院料毎の許可病床数の状況



# 入院料ごとの電子カルテ等の導入状況

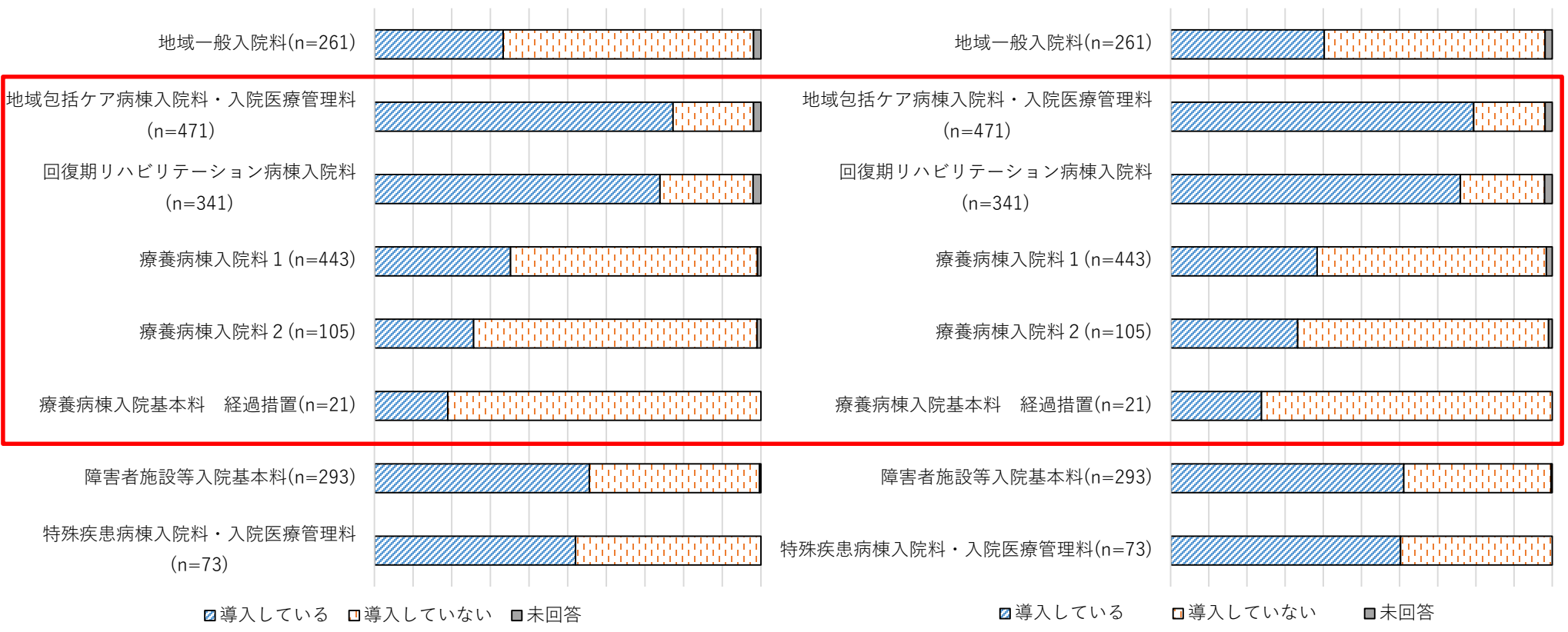
○ 各入院料における、電子カルテ等の導入状況は、以下のとおりであった。  
○ データ提出加算の届出が要件となっている入院料においても、電子カルテ等の導入状況にはばらつきがあった。

### 電子カルテの導入状況

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

### オーダリングシステムの導入状況

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

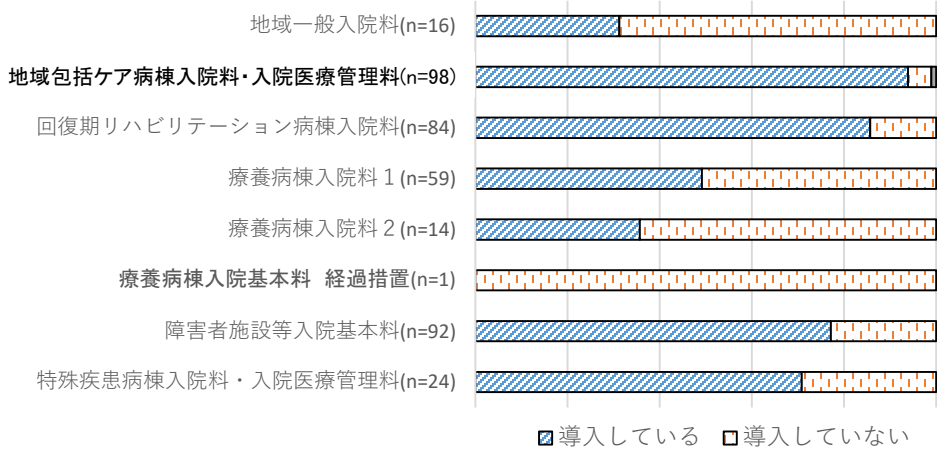


# 許可病床の規模別の入院料ごとの電子カルテ等の導入状況

- 許可病床数の規模別にみた電子カルテ等の導入状況は以下のとおりであった。
- 多くの入院料で、許可病床数200床以上の医療機関の方が、電子カルテ等の導入割合が高くなっていた。

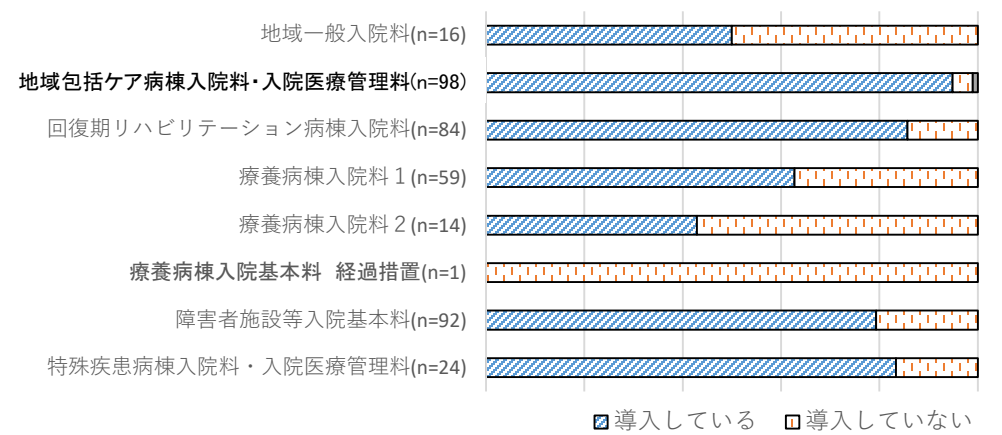
電子カルテの導入状況（200床以上の医療機関）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



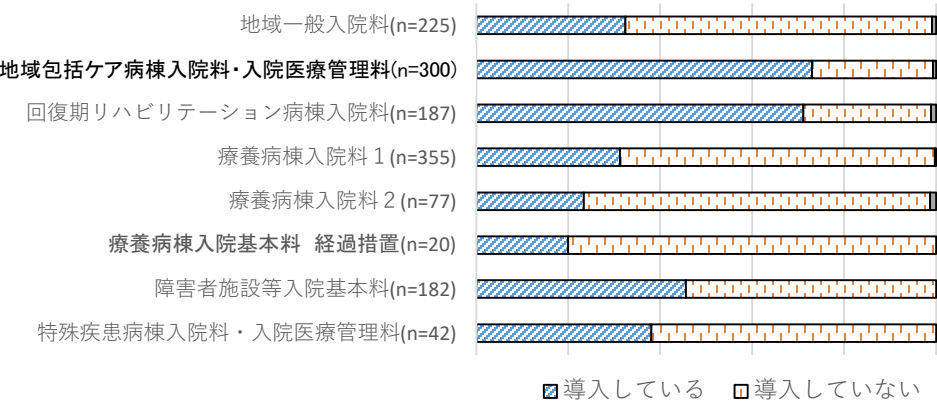
オーダーリングシステムの導入状況（200床以上の医療機関）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



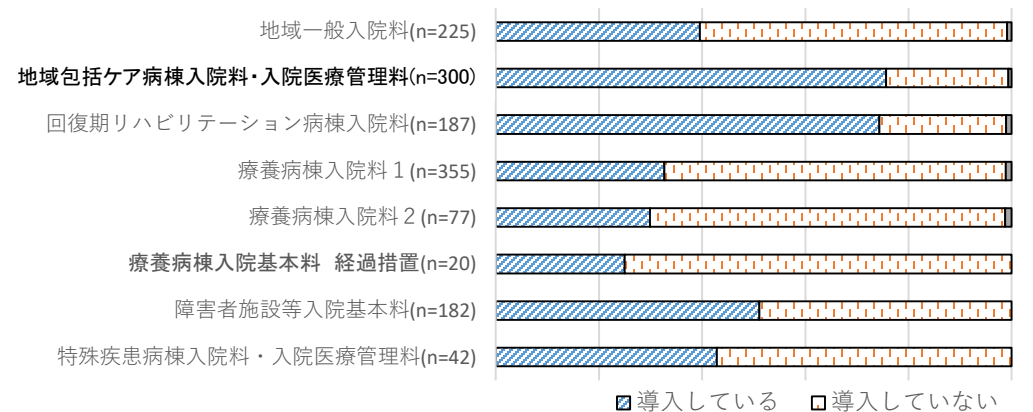
電子カルテの導入状況（200床未満の医療機関）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



オーダーリングシステムの導入状況（200床未満の医療機関）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



## 1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

## 2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

## ※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

(1)「A207診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、A207(1又は2)の施設基準を満たしていれば足りる。

ア:回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ:地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ:回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

(2)厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

(3)DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

(4)「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。



# データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～7 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
地域一般1～3 専門病院(13対1)	—	
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	平成30年度以降 データの提出が必須 (経過措置②)	令和2年度以降 データの提出が必須 (経過措置①及び②)

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

# データ提出加算の見直し①

➤ データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の**範囲を拡大**する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>現行</b> データの提出は不要                 </div> ⇒ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> <b>改定後</b> データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定                 </div>	

**【経過措置】**

- ① 令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ② 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

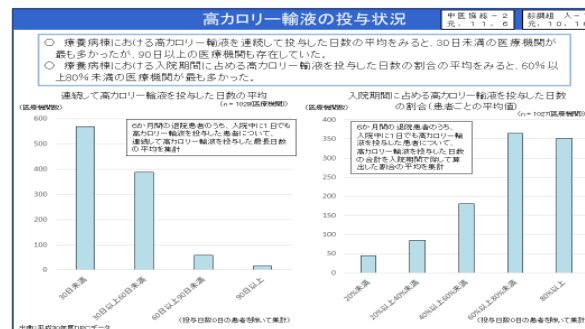
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの**内容を拡充**する。

**【新たに提出する項目(例)】**

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



# データ提出加算の見直し②

## データ提出加算の評価の見直し

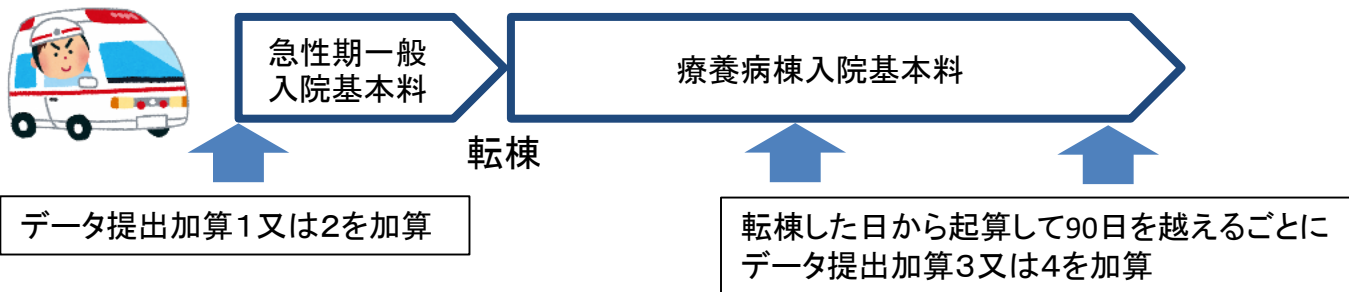
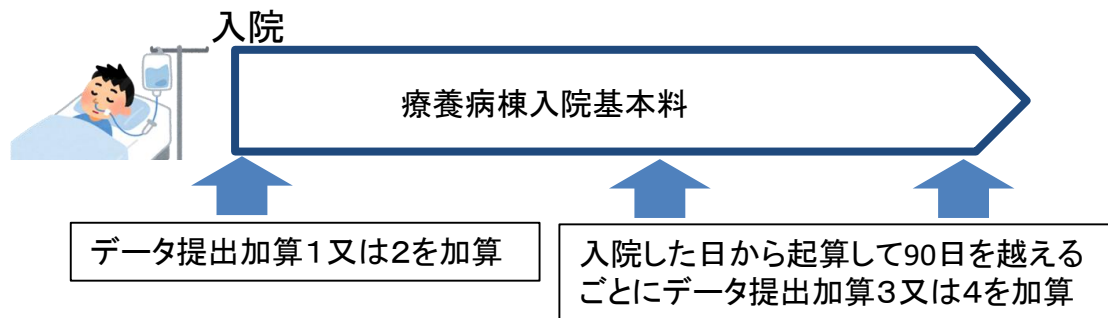
➤ データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

### 現行

- 1 データ提出加算 1
    - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
    - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
  - 2 データ提出加算 2
    - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
    - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。

### 改定後

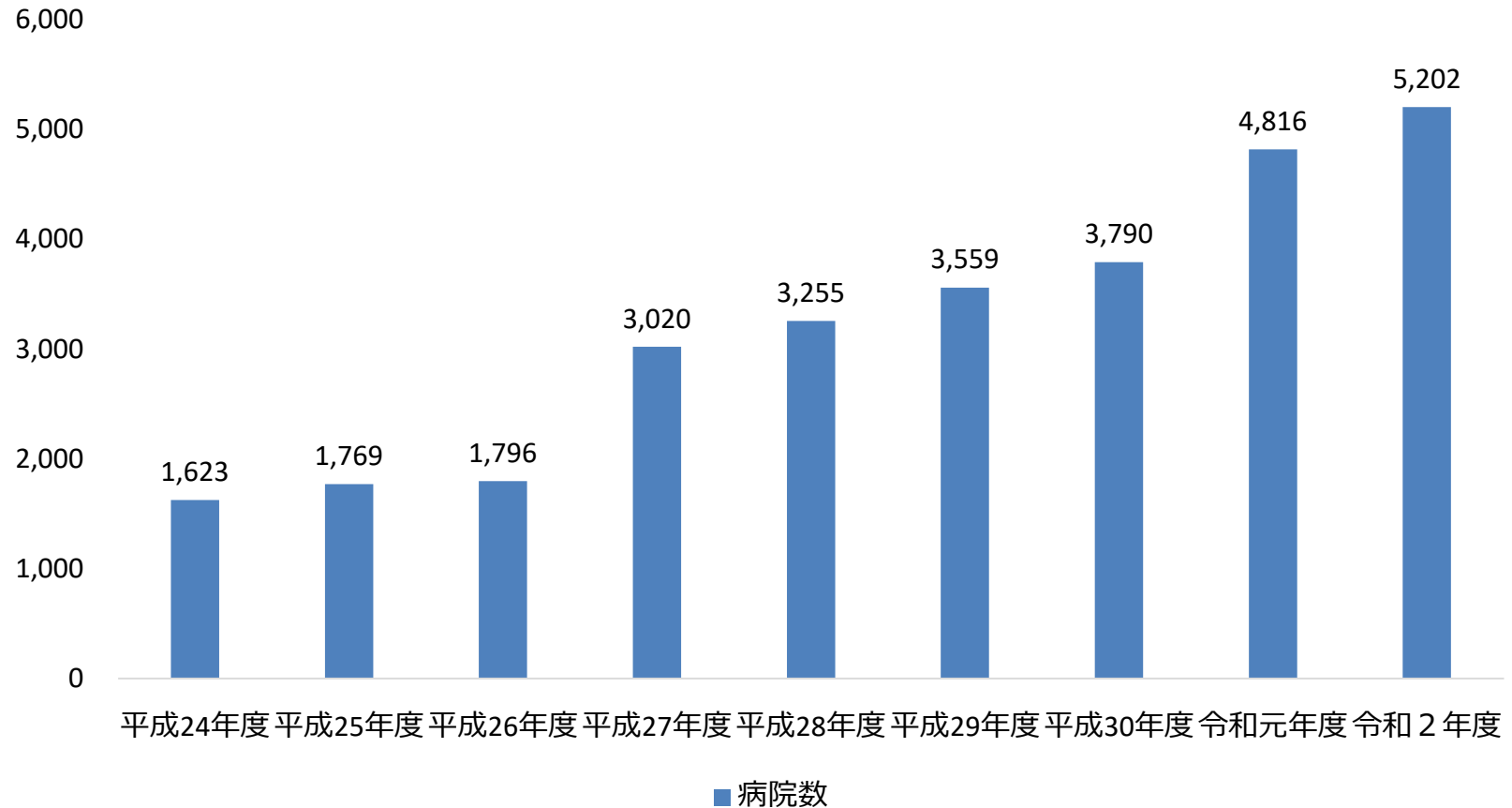
- 1 データ提出加算 1
    - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
    - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
  - 2 データ提出加算 2
    - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
    - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**
- 3 データ提出加算 3
    - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
    - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
  - 4 データ提出加算 4
    - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
    - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。**



➤ 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に限り、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているものとみなすものとする。

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

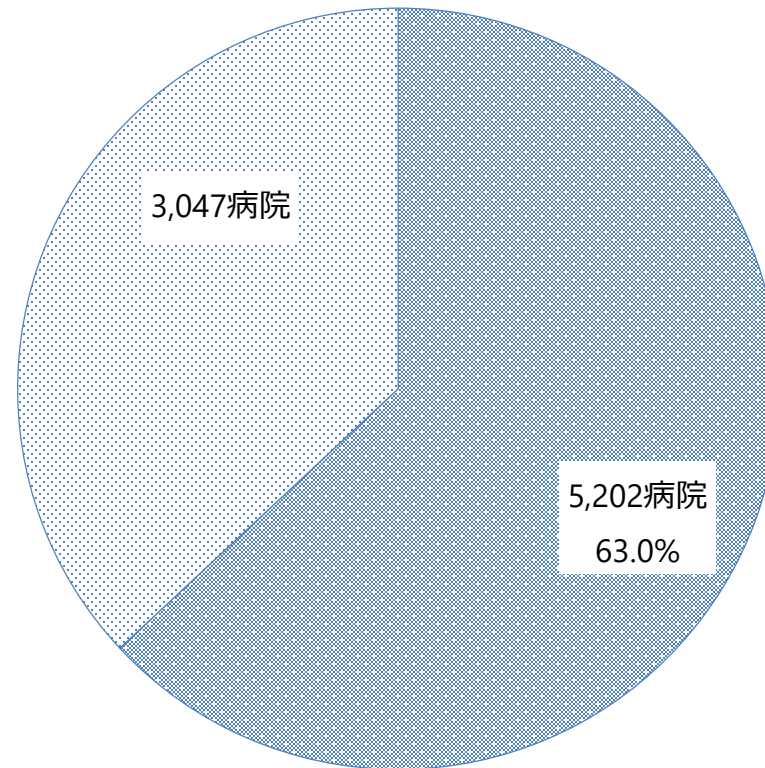
## データ提出加算 届出医療機関数



# データ提出加算の届出医療機関の割合

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

- 令和2年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届出ている病院の割合は、63.0%であった。



■ データ提出加算を届け出ている病院

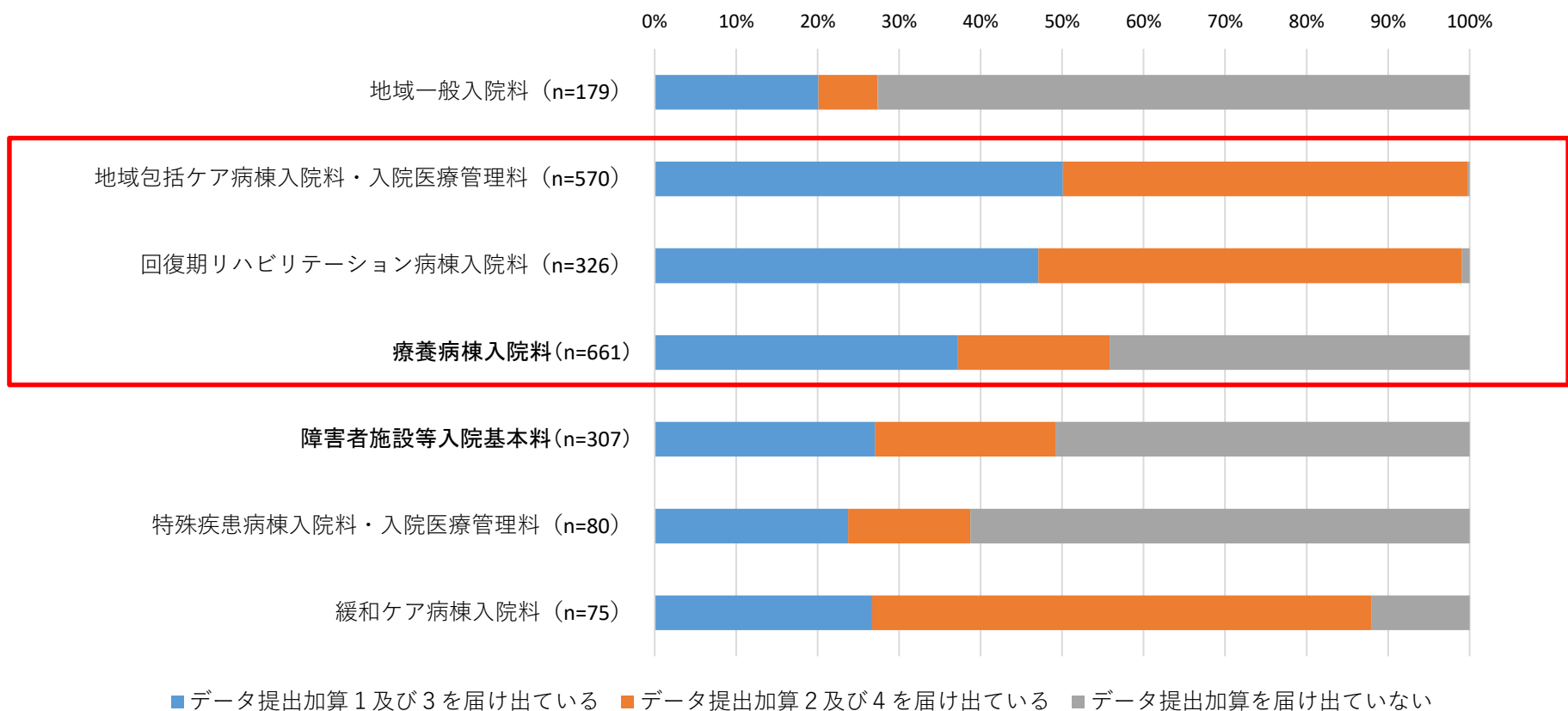
□ データ提出加算を届け出していない病院

# 入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなっていたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。

データ提出加算の届出状況



# データ提出加算を届け出ることが困難な理由

○ データ提出加算を届け出していない医療機関について、データ提出加算を届け出ることが困難な理由をみると、「電子カルテシステムが導入されていないから」という理由が多かった。

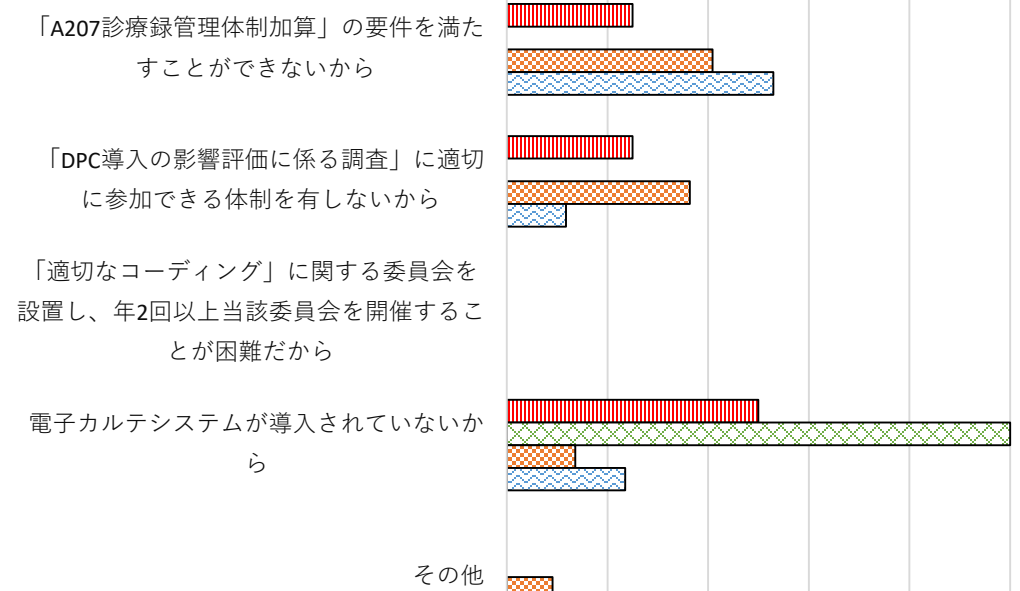
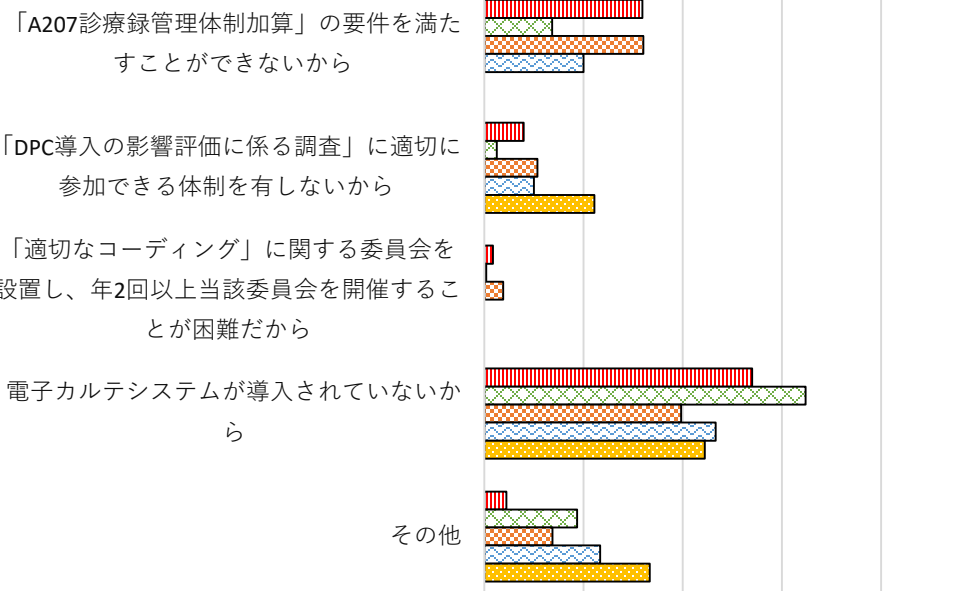
## データ提出加算を届け出ることが困難な理由(最も該当するもの)

許可病床数200床未満の医療機関

許可病床数200床以上の医療機関

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



■ 地域一般入院料(n=113)      □ 療養病棟入院料(n=278)  
 ■ 障害者施設等入院基本料(n=131)      □ 特殊疾患病棟入院料・医療管理料(n=30)  
 ■ 緩和ケア病棟入院料(n=9)

■ 地域一般入院料(n=8)      □ 療養病棟入院料(n=1)  
 ■ 障害者施設等入院基本料(n=22)      □ 特殊疾患病棟入院料・医療管理料(n=17)

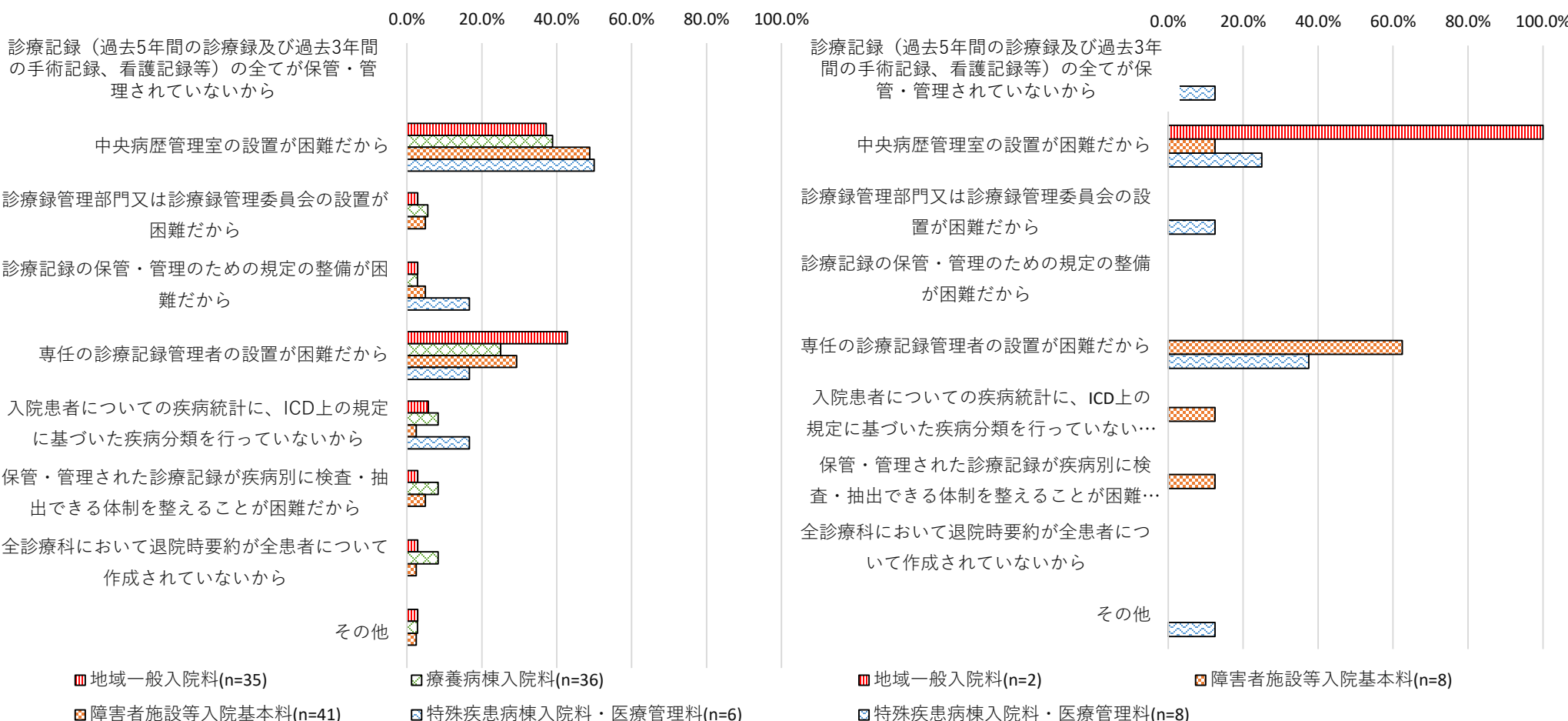
# 「『A207診療録管理体制』の要件を満たすことができないから」を選択した理由

○ データ提出加算を届け出ることが困難な理由として、「『A207診療録管理体制加算』の要件を満たすことができないから」を選択した理由は、以下のとおりであった。

## 「『A207診療録管理体制加算』の要件を満たすことができないから」を選択した理由(最も該当するもの)

許可病床数200床未満の医療機関

許可病床数200床以上の医療機関





# DPC導入の影響評価に係る調査の概要

- 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータに基づき、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合 ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合 ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通 IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID

# 様式1(患者属性や病態等の情報)の概要

- 様式1は、病院を退院した全ての患者が作成の対象であり、病棟グループごとに作成する。
- データ提出加算を要件とする入院料が、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟にも拡大してきたことなどを踏まえ、様式1の内容に、急性期の診療内容や特定の疾患等に関する項目のほか、回復期や慢性期に関する項目が追加されてきた。

(例)

すべての患者に関する項目	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目
性別	がん初発/再発	要介護度
入退院年月日	TNM分類	要介護情報
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

# DPCデータの利活用の例

- 医療機関の負担軽減のため、入院医療等の調査においては、一部の調査項目についてDPCデータでの代替提出を可能としている。
- また、データ提出加算の届出を要件とする入院料が、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にも拡大していることも踏まえ、提出されたDPCデータを元にした分析等を実施している。

## 令和2年度調査全体の概要①

中医協 診-1-1(改)  
2. 10. 28

- 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」を配布する。  
※患者票は、入院患者票、退院患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。
- 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。
- 調査項目（4）をヒアリングのみで実施し、実態をより詳細に把握できるよう工夫する。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その1）	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の届出を行っている医療機関
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関

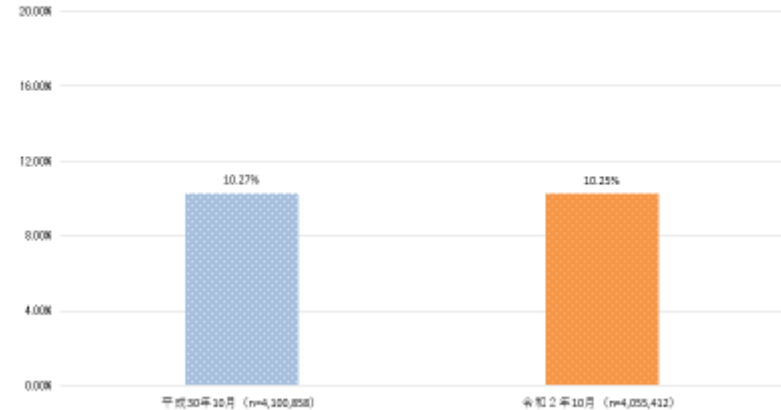
調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からD票に整理

## 中心静脈栄養を実施している患者数についての分析

診療組 入-2 参考 1  
3. 10. 1

- 平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ていた医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では10.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。

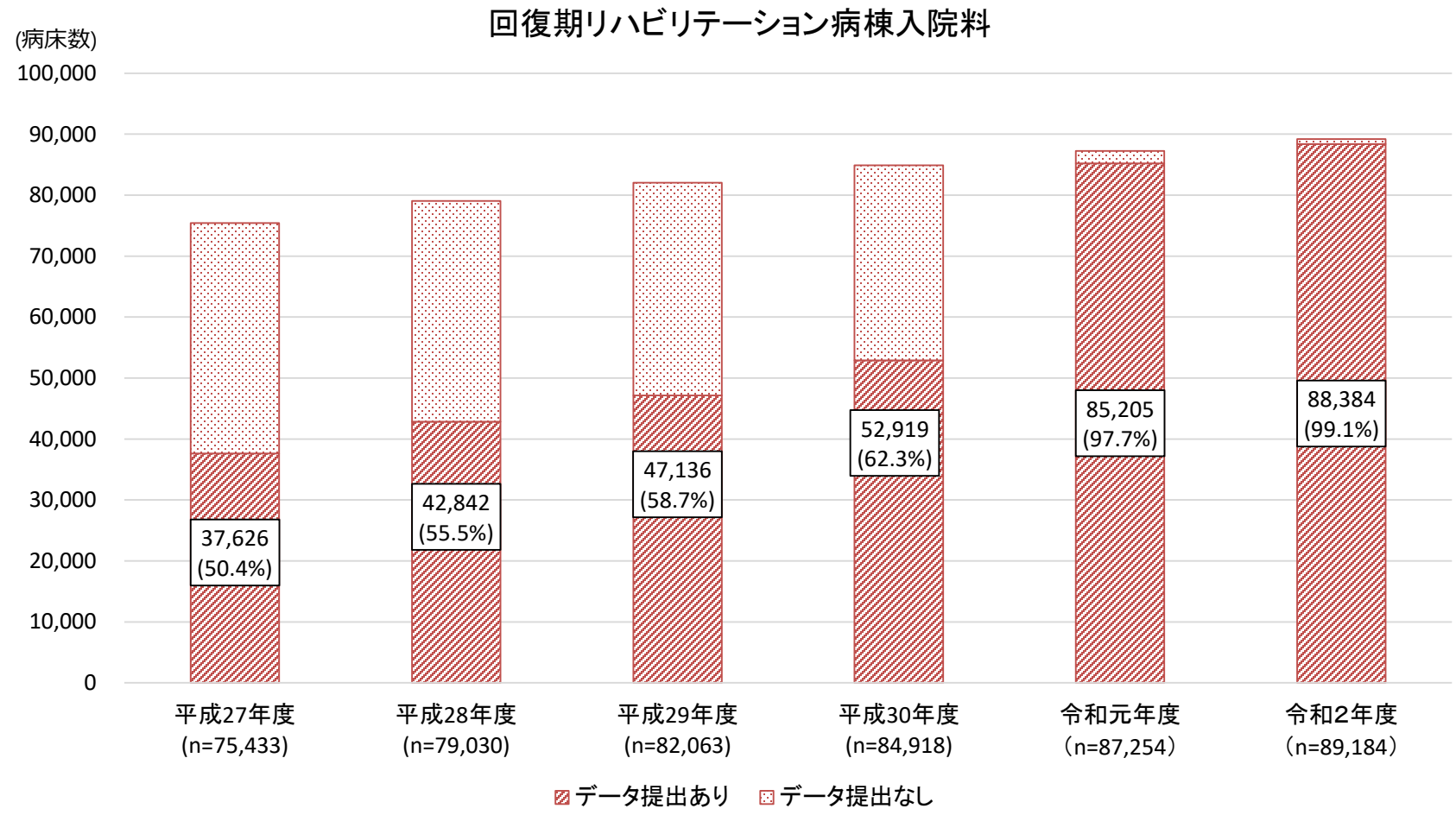
中心静脈栄養を実施している患者の割合



出典：DPCデータ

# DPCデータを提出している病床：回復期リハビリテーション病棟入院料

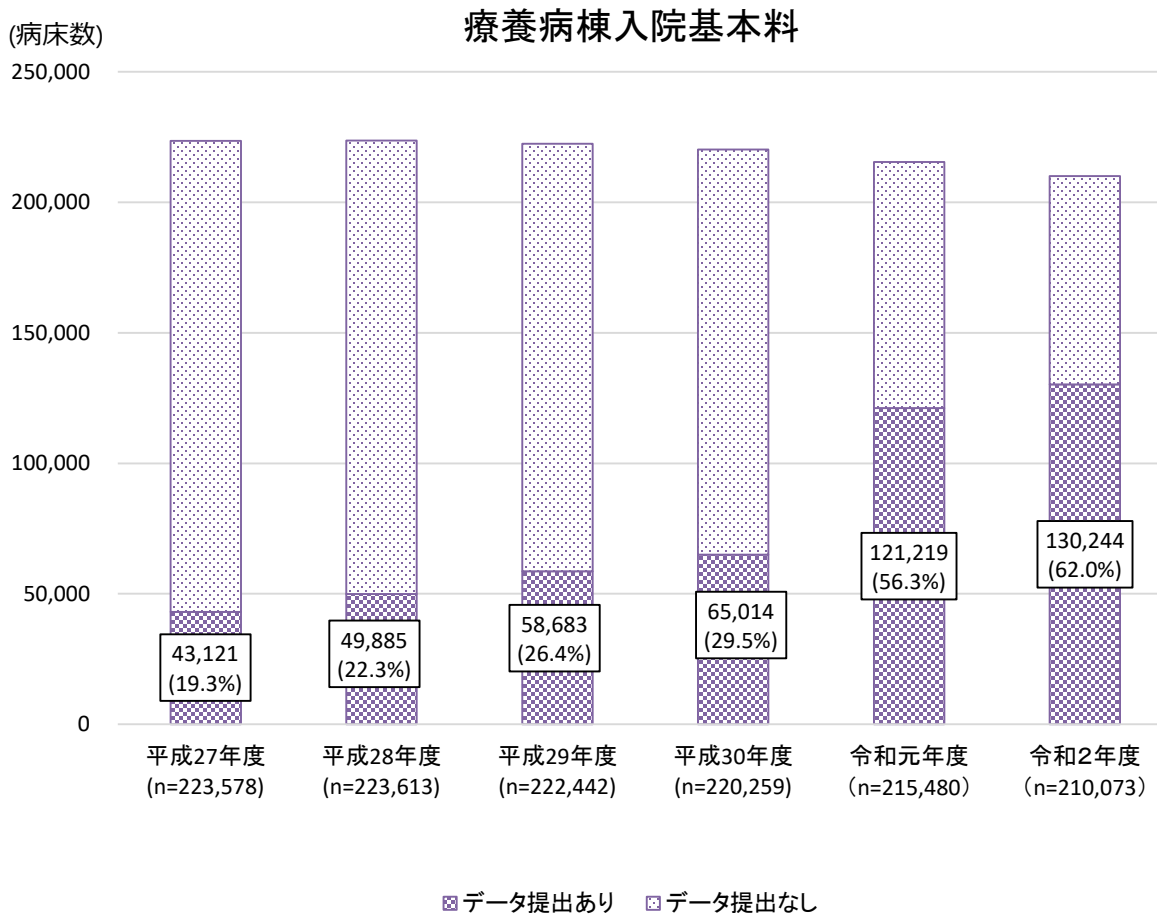
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、99.1%を占めていた。



出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

# DPCデータを提出している病床：療養病棟入院基本料

- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、62.0%を占めていた。
- 令和2年度診療報酬改定において設けられている経過措置（許可病床200床未満）が令和4年3月31日に終了するため、今後も一定数増加することが見込まれる。

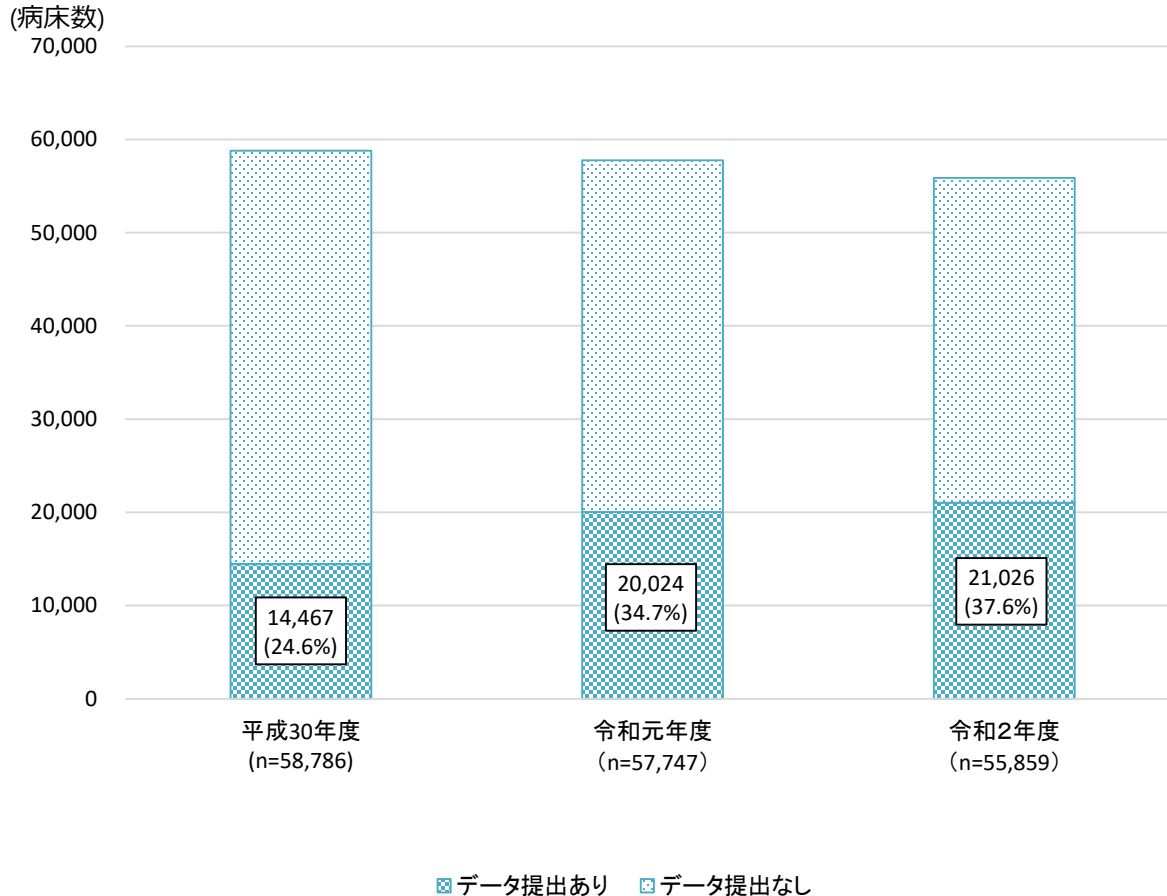


## 令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
療養1	112,811/ 174,701	64.6%
療養2	14,739/ 29,246	50.4%
注11	2,380/ 5,529	43.0%
特別	314/ 597	52.6%

○ 地域一般入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、37.6%を占めていた。

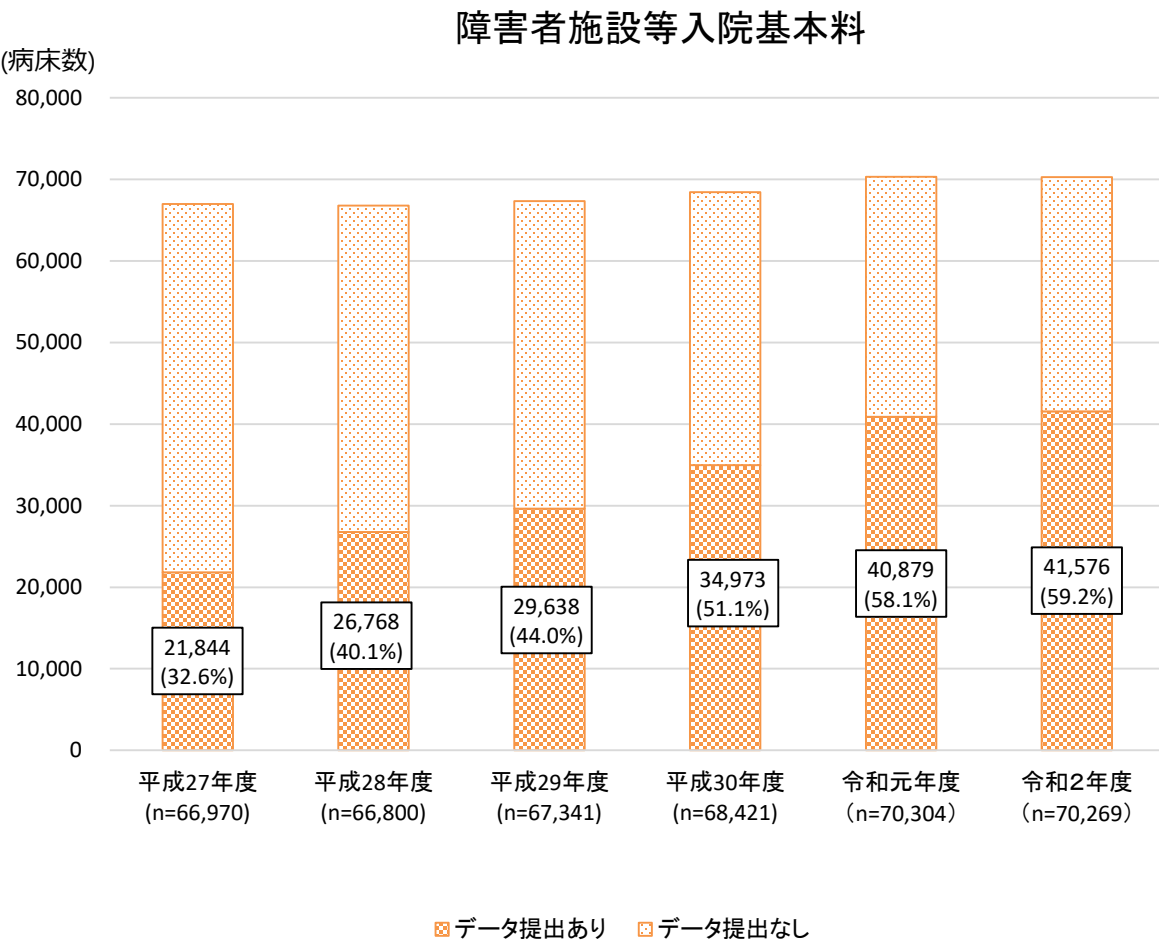
## 地域一般入院料



## 令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
地域一般1	9,120/16,417	55.6%
地域一般2	1,786/5,690	31.4%
地域一般3	10,120/33,752	30.0%

○ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、59.2%を占めていた。

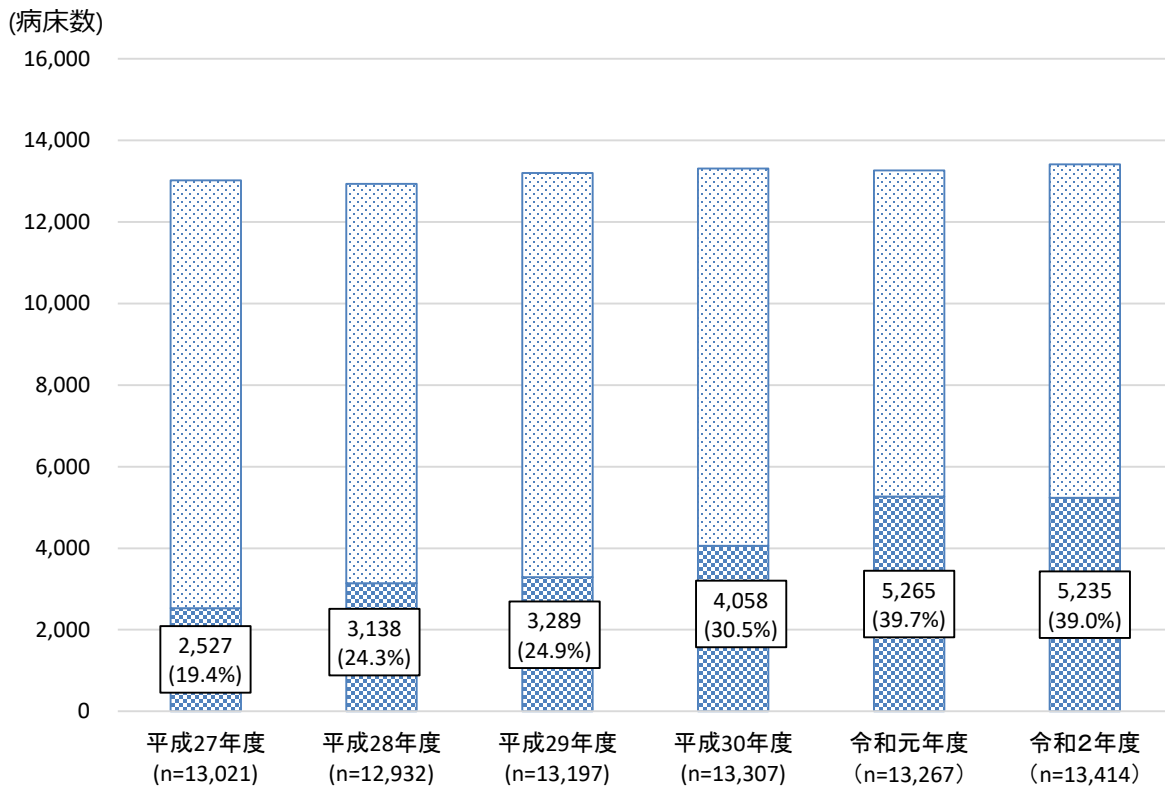


### 令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
7対1	9,072/ 14,250	63.7%
10対1	26,742/ 45,479	58.8%
13対1	4,992/ 8,333	59.9%
15対1	770/ 2,207	34.9%

○ 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、39.0%を占めていた。

## 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料



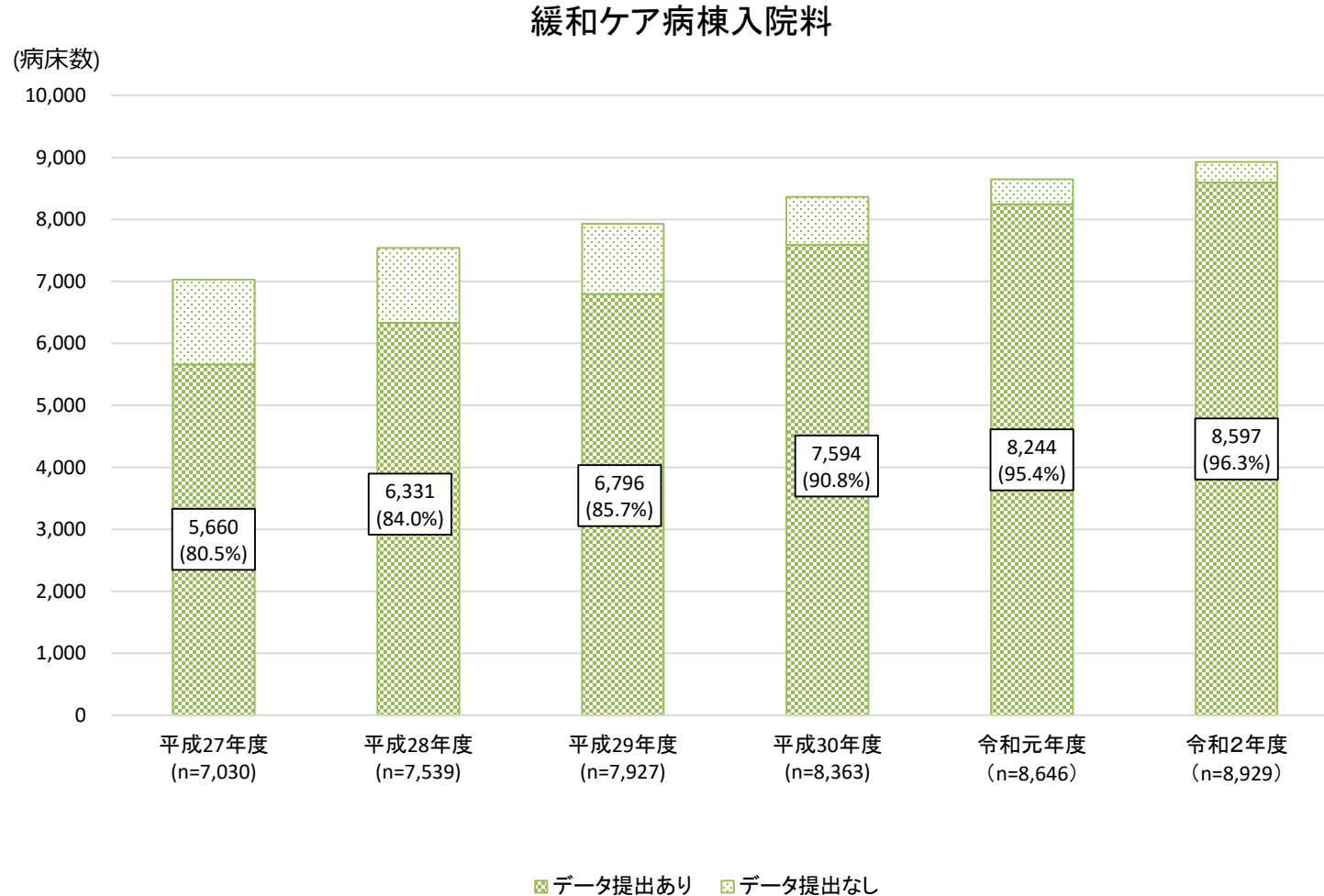
■ データ提出あり ■ データ提出なし

## 令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
特殊疾患病棟1	3,981 / 5,431	73.3%
特殊疾患病棟2	986 / 7,539	13.1%
特殊疾患入院医療	268 / 444	60.3%



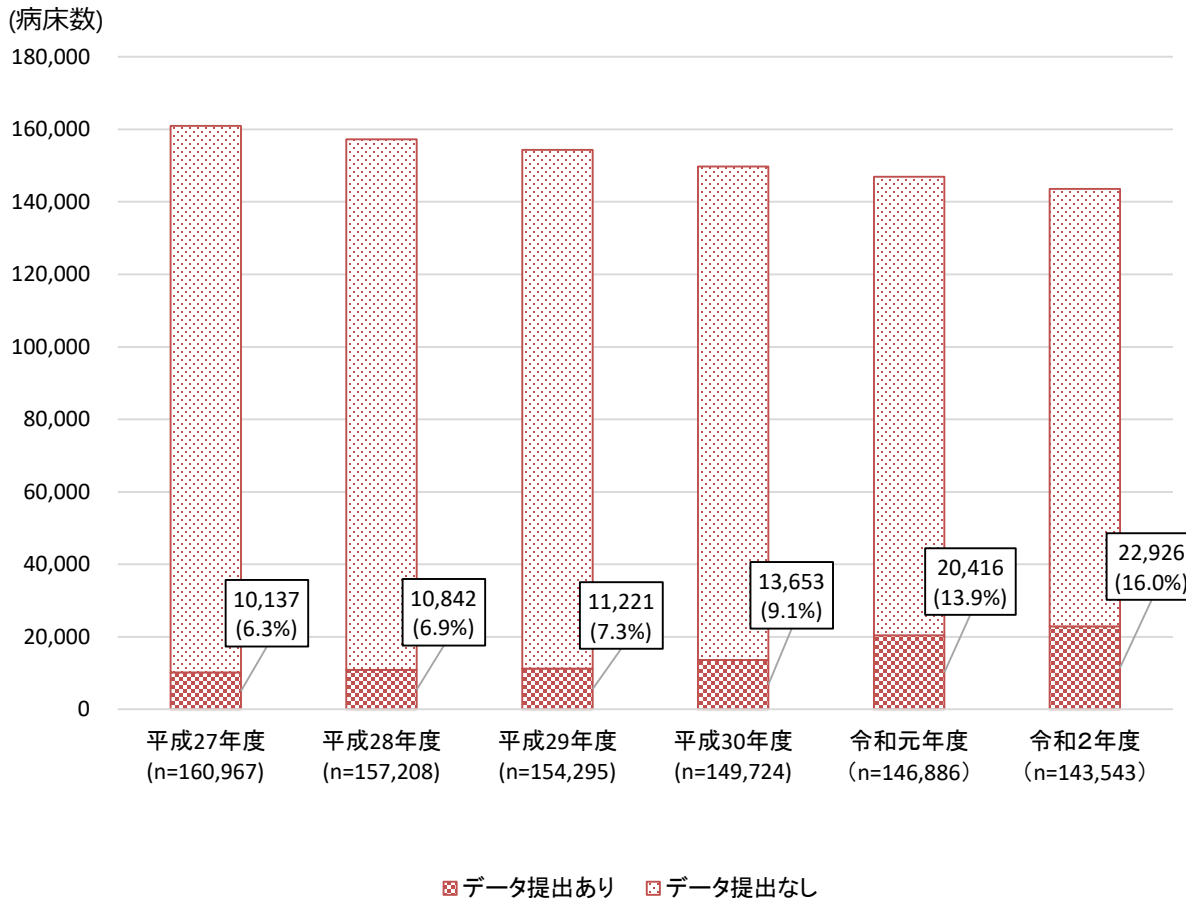
- 緩和ケア病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、96.3%を占めていた。



# DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、16.0%を占めていた。

精神病棟入院基本料



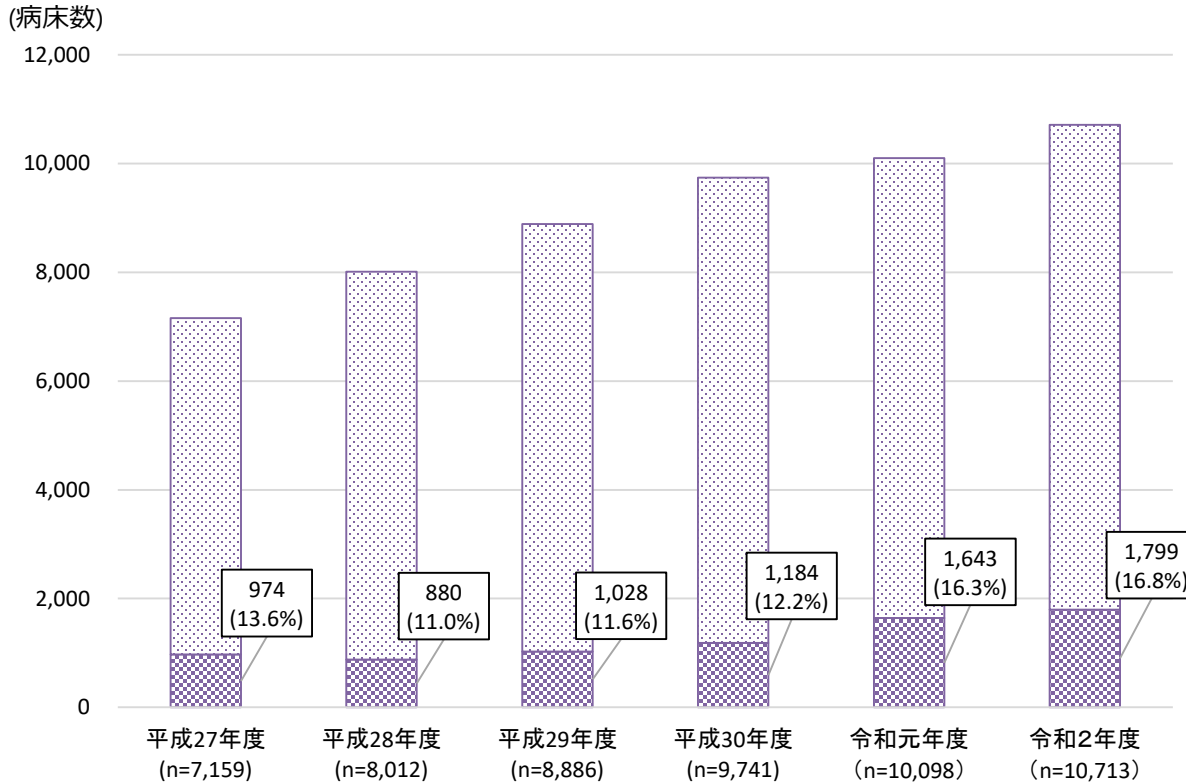
令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出する 割合
10対1	1,384/ 1,512	91.5%
13対1	2,970/ 4,376	67.9%
15対1	17,351/ 130,445	13.3%
18対1	1,156/ 4,140	27.9%
20対1	0/ 1,750	0.0%
特別	65/ 1,320	4.9%

# DPCデータを提出している病床：精神科救急入院料

○ 精神科救急入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、16.8%を占めていた。

## 精神科救急入院料



■ データ提出あり ■ データ提出なし

## 令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神科救急1	1,799/10,586	17.0%
精神科救急2	0/127	0.0%

## 入院横断的個別事項について

### 1. データ提出加算・診療録管理体制加算について

#### 1-1 データ提出加算について

#### 1-2 診療録管理体制加算について

### 2. 入退院支援加算について

### 3. 救急医療管理加算について

### 4. 治療早期からの回復に向けた取組について

### 5. 入院医療における栄養管理について

### 6. 褥瘡対策について

## A207 診療録管理体制加算（入院初日）

診療録管理体制加算 1 100点

診療録管理体制加算 2 30点

### 【算定要件】

適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、入院初日に算定する。

### 【施設基準】

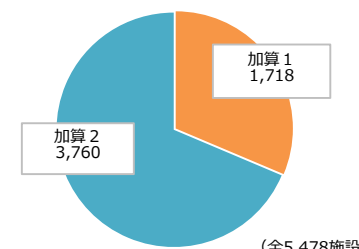
#### （加算 1）

- (1) 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、[「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。](#)
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者2,000名ごとに 1 名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち 1 名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4 桁又は 5 桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づく管理が実施されていること。
  - ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
  - イ 入院日、退院日
  - ウ 担当医、担当診療科
  - エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
  - オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」を参考にすること。

#### （加算 2）

- (1) 加算 1 の (1) から (4) まで及び (9) を満たしていること。
- (2) 1 名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

### 診療録管理体制加算の届出医療機関数



【出典】  
保険局医療課調べ  
(令和 2 年 7 月 1 日時点)

# 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの概要

中医協 総-1-2  
3.10.27

- **個人情報保護に資する情報システムの運用管理と e-文書法への適切な対応を行うための指針**として「医療情報ネットワーク基盤検討会」（現 健康・医療・介護情報利活用検討会、医療等情報利活用WG）での議論を経て「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」初版を平成17年3月に公開した。
  - 本ガイドラインは、**医療機関等における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象**としている。各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定を行っており、**今般第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表**した。
  - 医療情報システムのセキュリティについては、厚生労働省、総務省及び経済産業省が連携してガイドラインを整備している。（いわゆる3省2ガイドライン（※））
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版（厚生労働省、2021年1月）  
医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン（経済産業省、総務省 2020年8月）

## ガイドライン内容

- 電子的な医療情報を扱う際の責任のあり方
- 情報システムの基本的な安全管理  
→ 技術的、物理的、組織的、人的対策を規程
- 診療録等を電子化・外部保存する際の安全管理基準  
→ 電子保存の際に真正性・見読性・保存性を要求

## 3省2ガイドライン

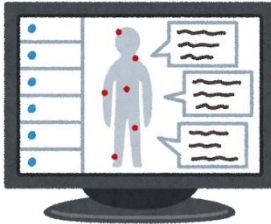
本GL

経産省  
総務省  
GL



医療機関等における  
電子的な医療情報の  
取扱いに係る責任者

基準に沿うようにシステムが  
構築運用されているか確認  
規程類を作成し、医療従事  
者が遵守していることを確認



医療情報システム

構築・運用



システム事業者

## 6.10 災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

ガイドライン	論点	改定における対応
(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備	サイバーセキュリティ事故情報の報告スキーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ B項に「(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備」を新設し、緊急時対応に必要な体制の構築の必要性を追記。</li> <li>◆ 一定の医療機関等において、CISOやCSIRTの設置の必要性を追記</li> <li>◆ 「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に示す報告を行うこと及びこれに必要な体制を整備する旨に変更 (C項)</li> </ul>

### B. 考え方

#### (4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備

非常時やサイバー攻撃などに対して、的確に対応できるようにセキュリティ体制を医療機関等においても構築することが求められる。非常時等において必要な原因関係の調査、必要なセキュリティ対応等に関する指揮、所管官庁等への報告などの体制については、平常時から明確にする必要がある。

また、一定規模以上の病院や、地域で重要な機能を果たしている医療機関等においては、そのために情報セキュリティ責任者(CISO)等の設置や、緊急対応体制(CSIRT等)を整備するなどが強く求められる。

### C. 最低限のガイドライン

5. コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた(疑い含む)場合や、サイバー攻撃により障害が発生し、個人情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがある事案であると判断された場合には、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に基づき、所管官庁への連絡等、必要な対応を行うほか、そのための体制を整備すること。また上記に関わらず、医療情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行うこと。

- 医療機関へのサイバーセキュリティ対策のため、情報セキュリティインシデント発生時の国への報告について通知

中医協 総-1-2  
3.10.27

## <通知内容1及び3の概要>

### 1. 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の周知徹底 について

- 医療機関等においてコンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた疑いがある場合、医療情報システムの保守会社等に直ちに連絡。
- サイバー攻撃により、医療情報システムに障害が発生し、個人情報情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがあると判断された場合、速やかに当該医療機関等から厚生労働省医療情報技術推進室に連絡。

### 3. 情報セキュリティインシデントが発生した医療機関等に対する調査及び指導について

- 自治体においては、コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた医療機関等に対し、必要に応じて被害状況、対応状況、復旧状況、再発防止策等に係る調査及び指導を行い、医療技術情報推進室に報告。
- 病院、診療所又は助産所に対する情報セキュリティインシデントに係る調査及び指導については、医療法第25条及び第26条並びに医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第42条に基づく立入検査等を行うことが可能。



## 実施状況の実態(医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査)

(アンケート調査結果は次ページ)

情報システムの管理体制について、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%は委員会等を設置しているが、20~199床の中小病院では36.9%、診療所では4.4%となっている。

規模が大きい医療機関ほど、情報システムのメンテナンス活動に内部スタッフが関わっている割合が高い(内部スタッフ(院長含む)による実施と、内部スタッフ(院長含む)および外部の業者のサービスによる実施の合算)。

2020年度AMED(医薬品等規制調査・評価研究事業)  
医療機関における医療機器のサイバーセキュリティに係る課題抽出等に関する研究  
医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査(2021年3月)

調査元：公益社団法人日本医師会、公益財団法人医療機器センター

送付先：ランダムに抽出した全国の病院(5,000施設)・診療所(5,000施設)を対象

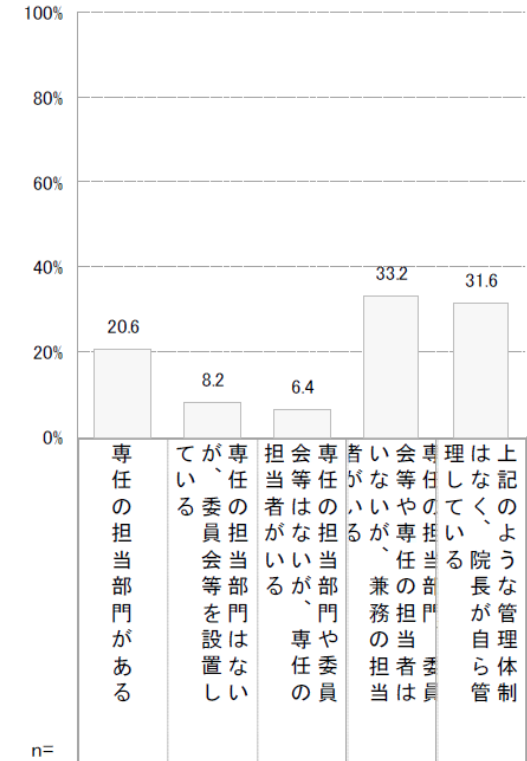
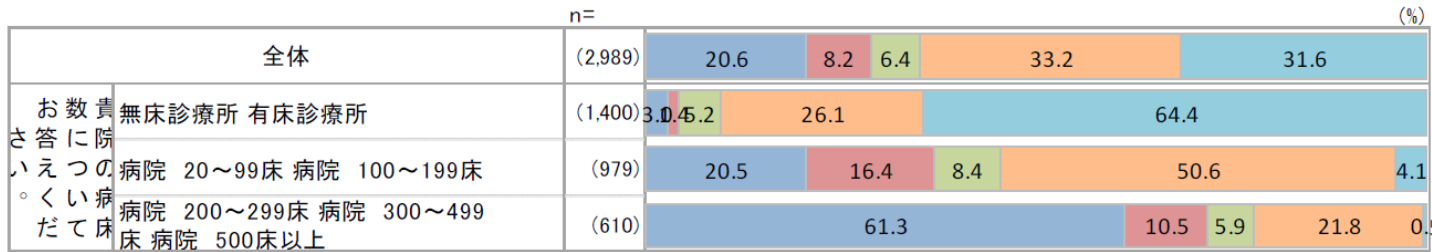
期間：2021年1月7日～2月3日

回収数：2,989件(病院1,589件・診療所1,400件)

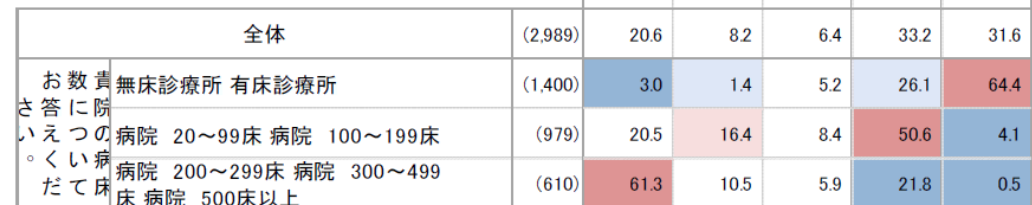
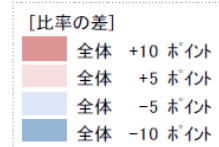
回収率：29.9%

Q10 貴院の情報システムの管理体制について、もっともよくあてはまるものをひとつ選んでお答えください。

- 専任の担当部門がある
- 専任の担当部門はないが、委員会等を設置している
- 専任の担当部門や委員会等はないが、専任の担当者がいる
- 専任の担当部門、委員会等や専任の担当者はいないが、兼務の担当者がいる
- 上記のような管理体制はなく、院長が自ら管理している



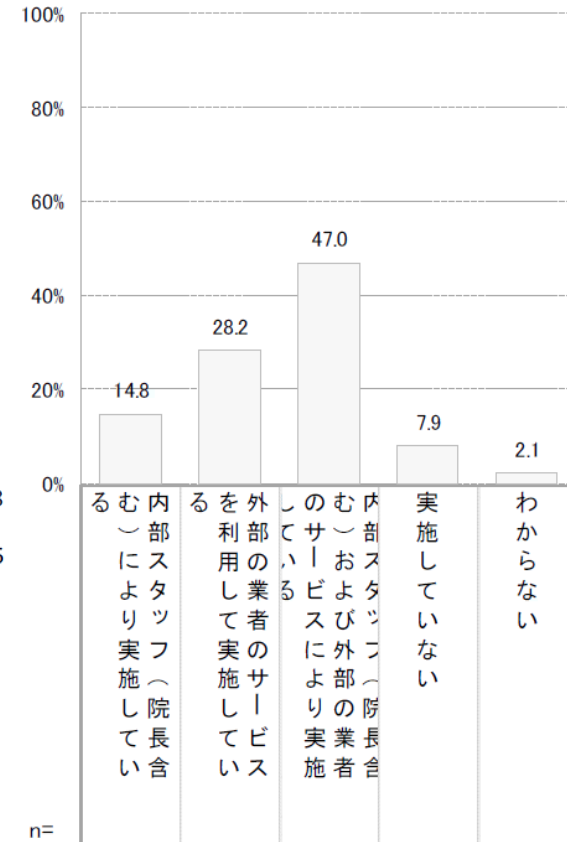
n=30以上の場合



Q11 貴院の情報システムのメンテナンス活動を現場にて行っている方についてお答えください。

- 内部スタッフ(院長含む)により実施している
- 外部の業者のサービスを利用して実施している
- 内部スタッフ(院長含む)および外部の業者のサービスにより実施している
- 実施していない
- わからない

		n=	n (%)				
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
お数貴 さ答に院 いえつの 。くい病 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	15.0	38.3	30.5	12.6	3.6
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	16.2	21.9	55.6	5.5	0.8
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	11.8	15.4	71.1	1.1	0.5
	病院 500床以上						



n=30以上の場合



		n=	n (%)				
全体		(2,989)	14.8	28.2	47.0	7.9	2.1
お数貴 さ答に院 いえつの 。くい病 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	15.0	38.3	30.5	12.6	3.6
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	16.2	21.9	55.6	5.5	0.8
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	11.8	15.4	71.1	1.1	0.5
	病院 500床以上						

## 実施状況の実態(医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査)

(アンケート調査結果は次ページ)

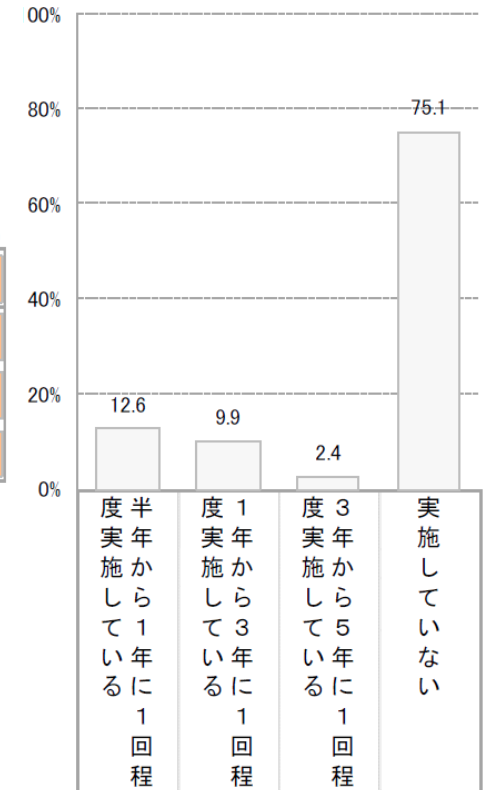
中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施している

また、研修を実施している場合は、概ね全職員を対象に実施している。

## Q22 サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況についてお答えください。

- 半年から1年に1回程度実施している
- 1年から3年に1回程度実施している
- 3年から5年に1回程度実施している
- 実施していない

		n=	(%)			
全体		(2,989)	12.6	9.9	2.4	75.1
お数貴 さ答に院 いえつ 。くい病 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	2.6	4.4	1.7	91.3
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	13.9	12.6	3.6	70.0
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	33.4	18.2	2.0	46.4
	病院 500床以上					

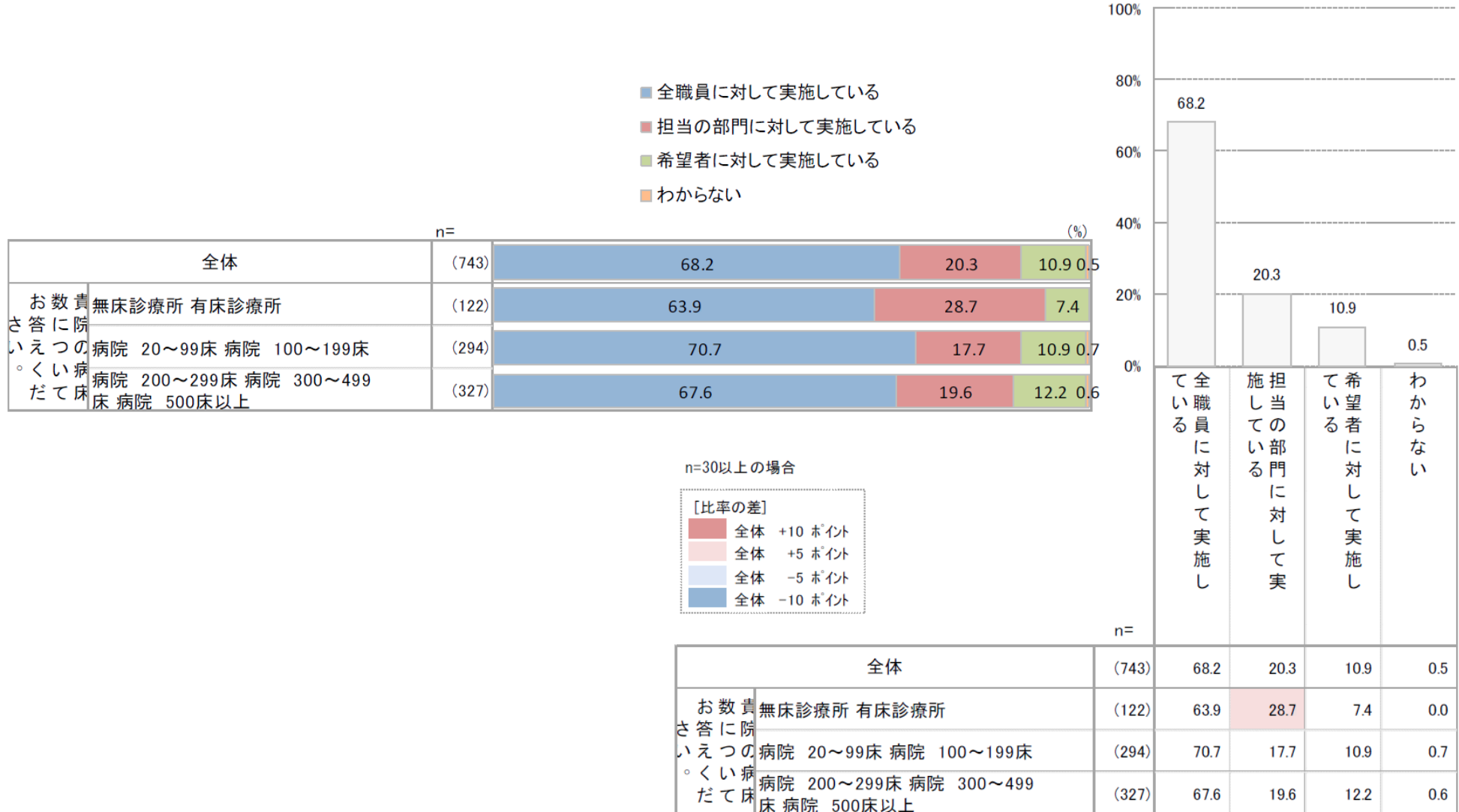


n=30以上の場合

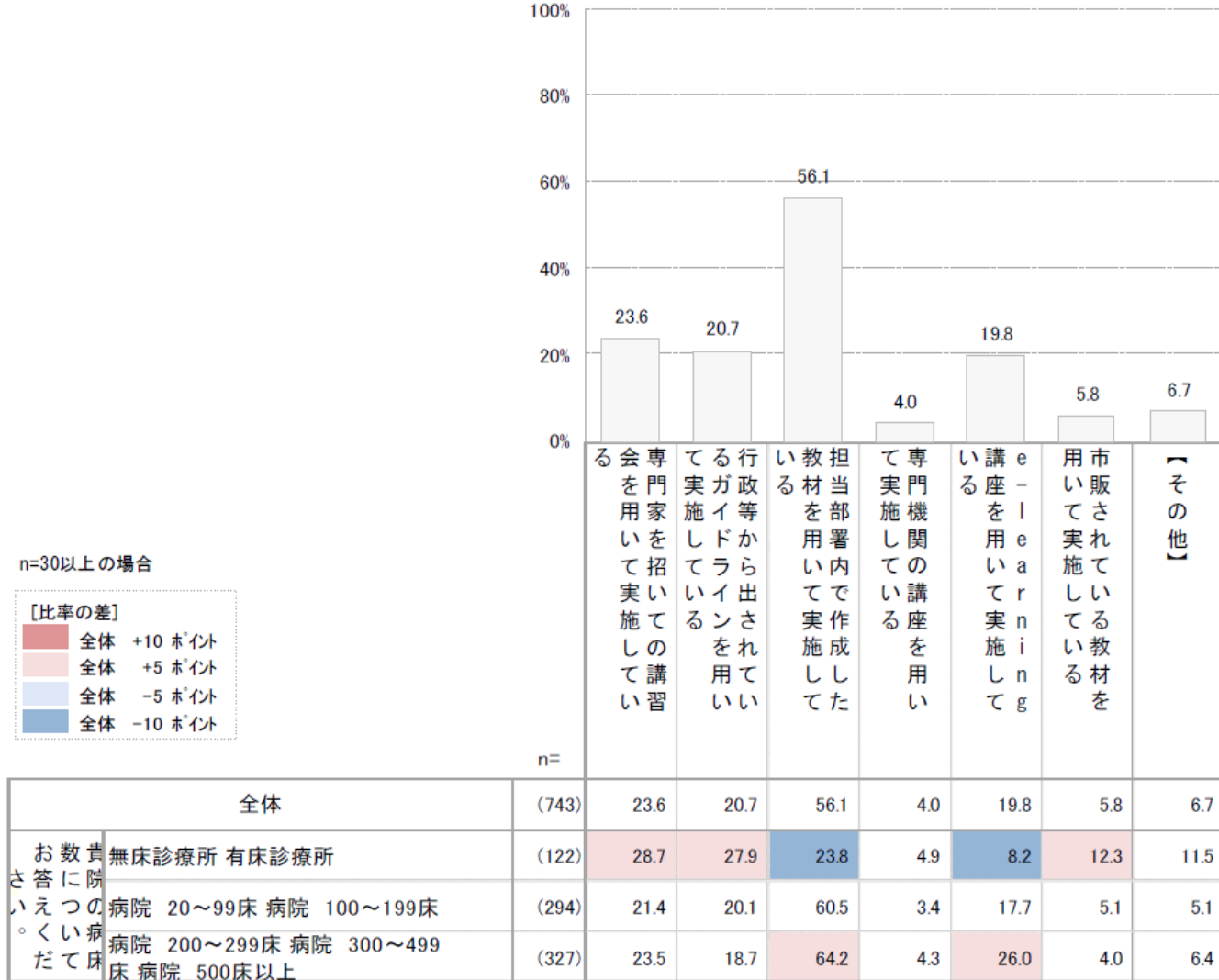
- [比率の差]
- 全体 +10 ポイント
  - 全体 +5 ポイント
  - 全体 -5 ポイント
  - 全体 -10 ポイント

		n=	12.6	9.9	2.4	75.1
全体		(2,989)	12.6	9.9	2.4	75.1
お数貴 さ答に院 いえつ 。くい病 だて床	無床診療所 有床診療所	(1,400)	2.6	4.4	1.7	91.3
	病院 20~99床 病院 100~199床	(979)	13.9	12.6	3.6	70.0
	病院 200~299床 病院 300~499床	(610)	33.4	18.2	2.0	46.4
	病院 500床以上					

Q23 Q22にて「実施している」と回答された方にお伺いします。  
教育の対象者についてお答えください。



Q24 Q22にて「実施している」と回答された方にお伺いします。  
貴院における教育の方法について当てはまるものをすべてお答えください。



## 11-5. 診療録管理体制加算について

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



# データ提出加算・診療録管理体制加算に係る課題と論点

## (データ提出加算について)

- これまでの診療報酬改定において、データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大してきており、データ提出加算を届け出ている医療機関数は令和2年度まで増加を続けている。
- データ提出加算が要件となる入院料が拡大してきたことなどを踏まえ、様式1の内容に、急性期の診療内容や特定の疾患等に関する項目のほか、回復期や慢性期に関する項目が追加されてきた。
- このことにより、医療機関の診療実態についてより詳細な分析を行うことが可能になるとともに、医療機関に対する調査の負担軽減も図られている。
- データを提出している病床数は、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料といった、データ提出加算の届出が要件となった入院料において、顕著に増加がみられる。また、届出が要件となっていない地域一般入院料等の入院料においても、おおむね届出数の増加がみられる。

## (診療録管理体制加算について)

- 診療録管理体制加算は、届出に当たり、「『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に準拠した体制」であることを求めている。
- 医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査において、情報システムの管理体制については、委員会等を設置している以上の対策を実施している医療機関は全体で28.8%であり、200床以上の病院に限ると71.8%にのぼっていた。
- サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況については、中小病院・診療所は7～9割が年1回も教育を実施していないが、200床以上の病院は33.4%が1年に1回以上実施していた。

## 【論点】

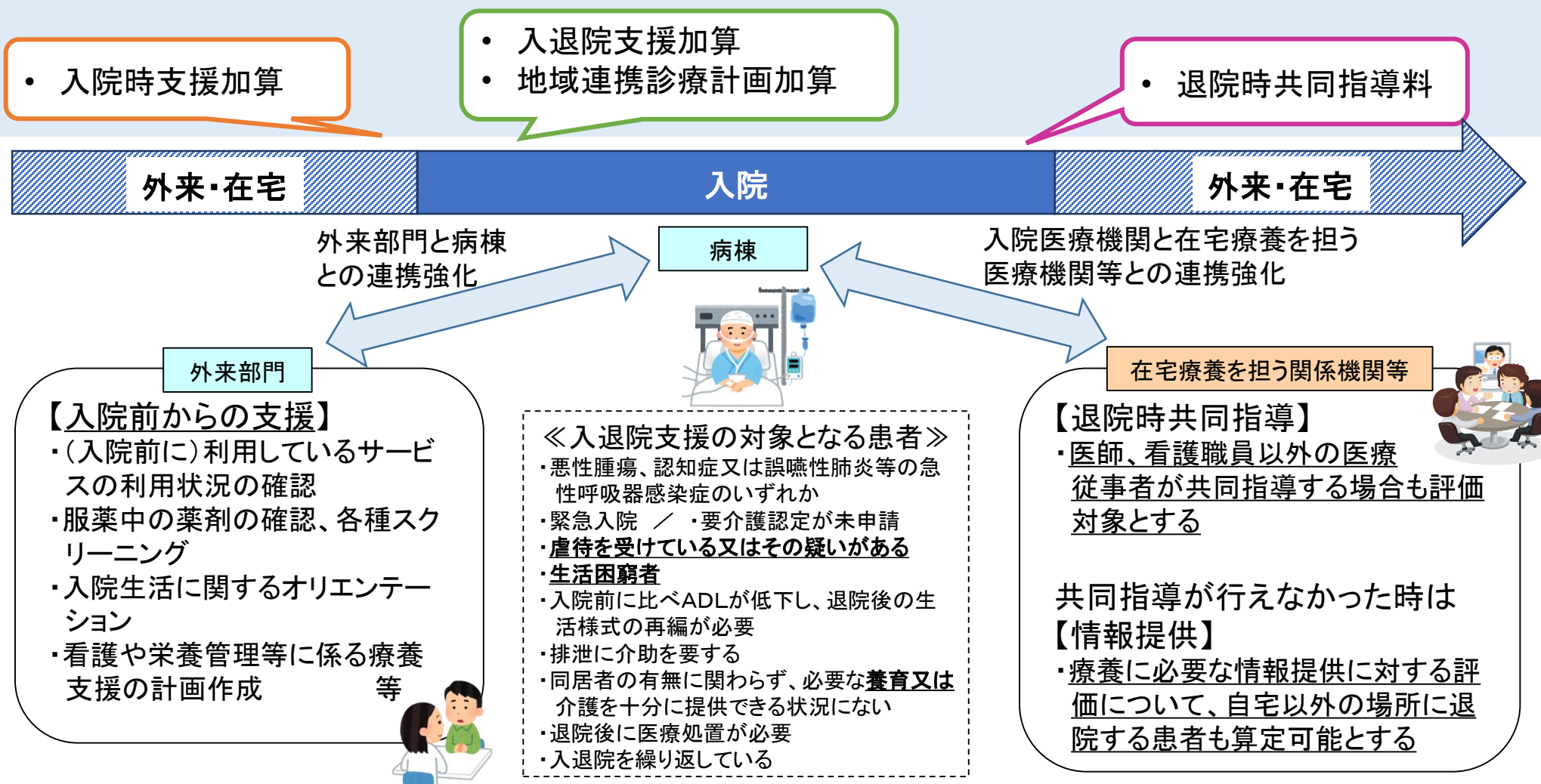
- 累次の診療報酬改定において、データ提出加算を要件とする対象が拡大してきたことを踏まえ、データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、その範囲についてどのように考えるか。
- 医療情報システムの安全管理について、実態調査の結果も踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。

## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 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。



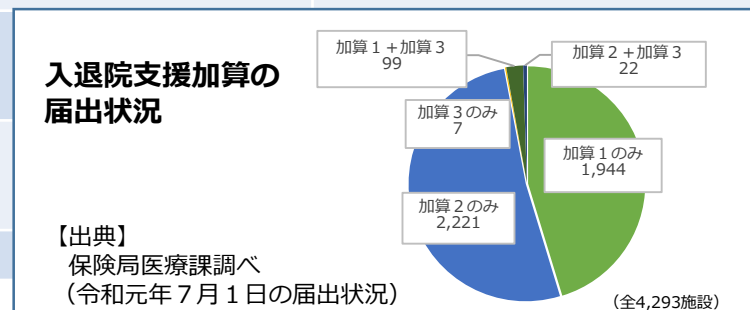
# 入退院支援加算の概要①

## 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 □ 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 □ 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. 先天奇形 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]

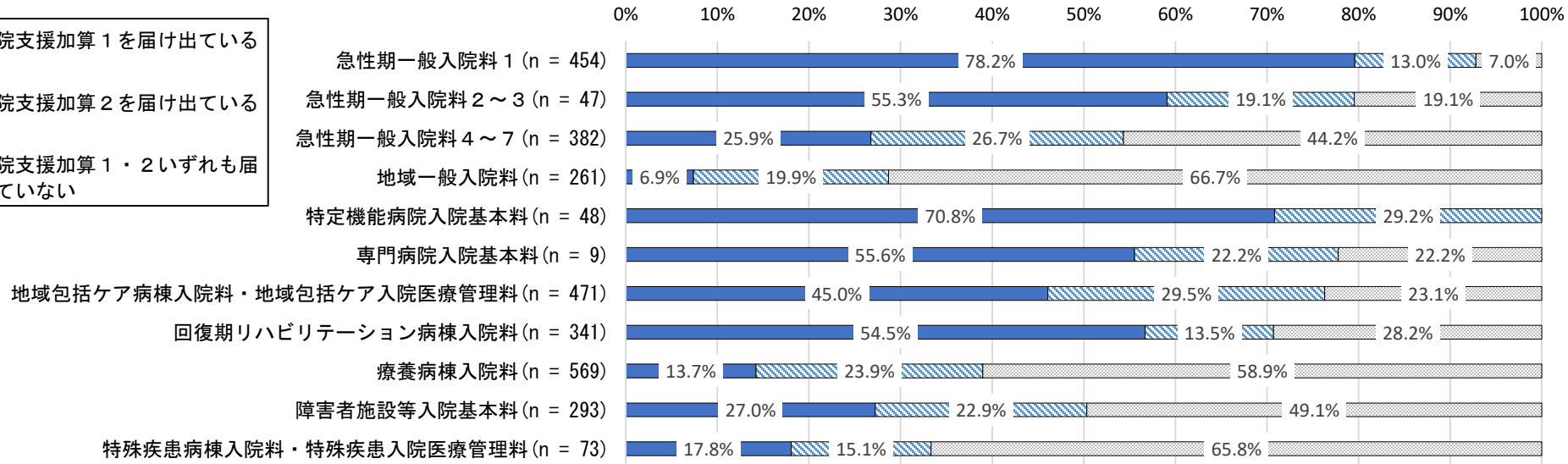
- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対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

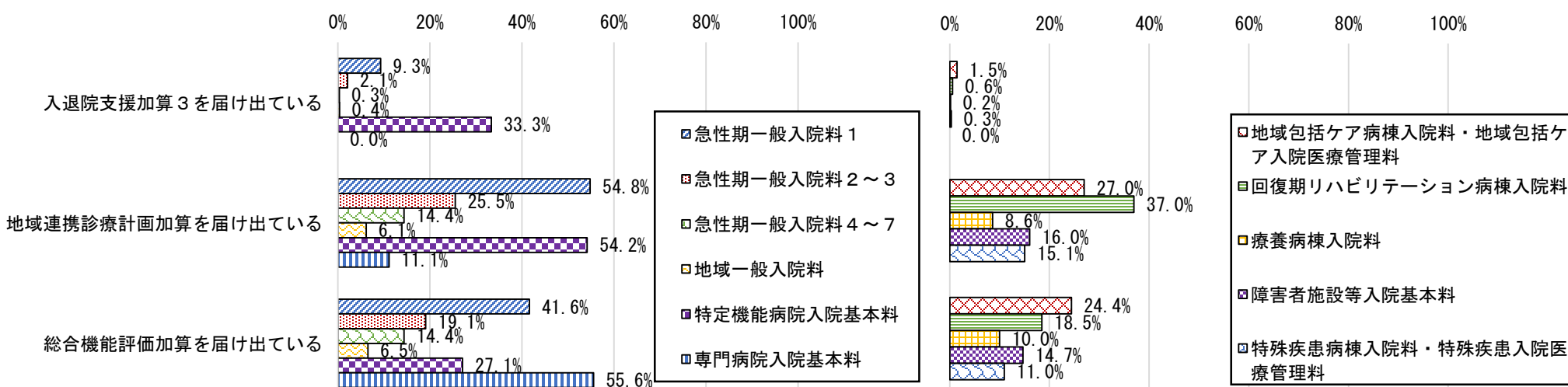
○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

## 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況

- 入退院支援加算 1 を届け出ている
- ▨ 入退院支援加算 2 を届け出ている
- ▩ 入退院支援加算 1・2 いずれも届け出していない



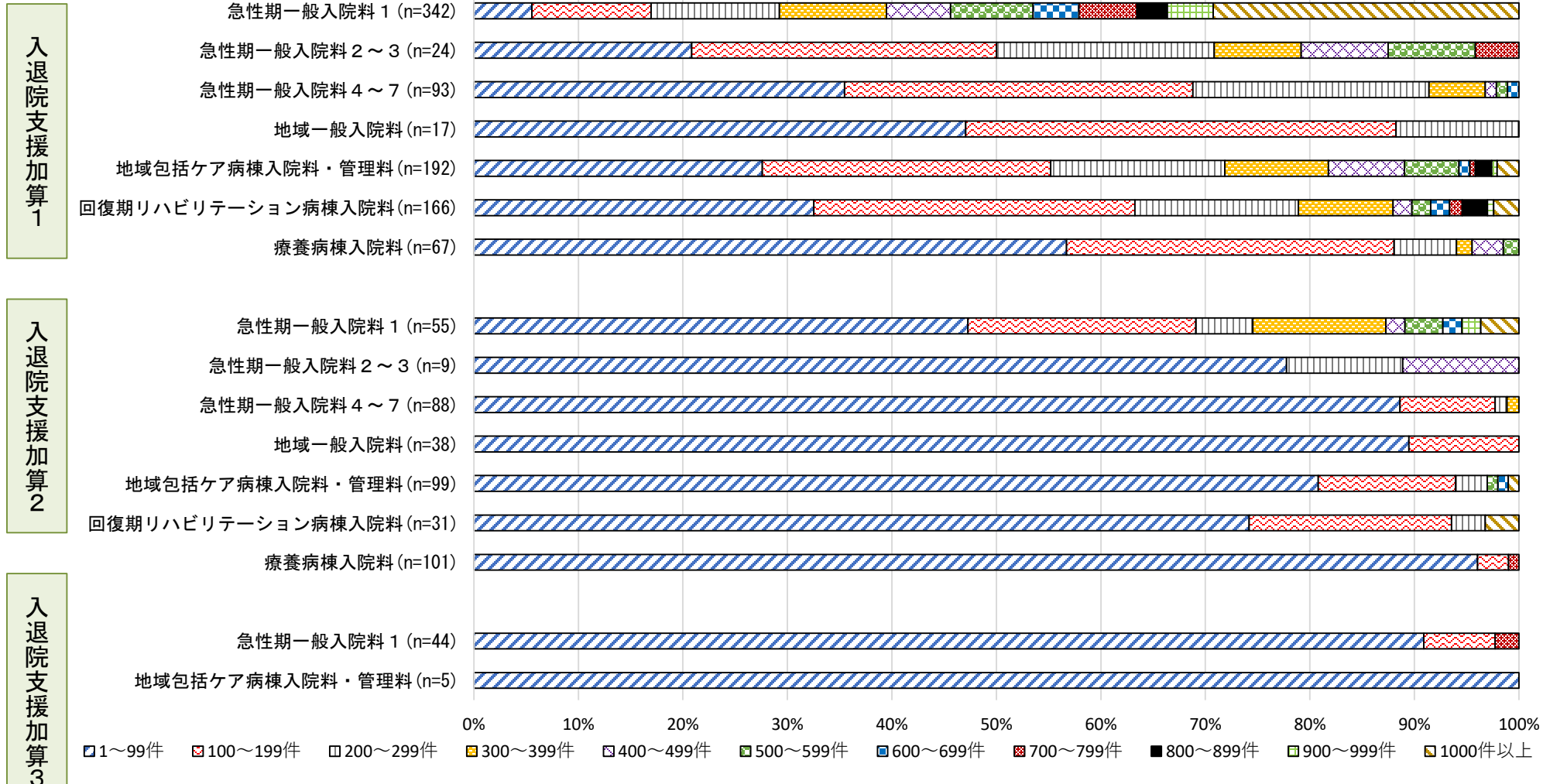
## 入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



# 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

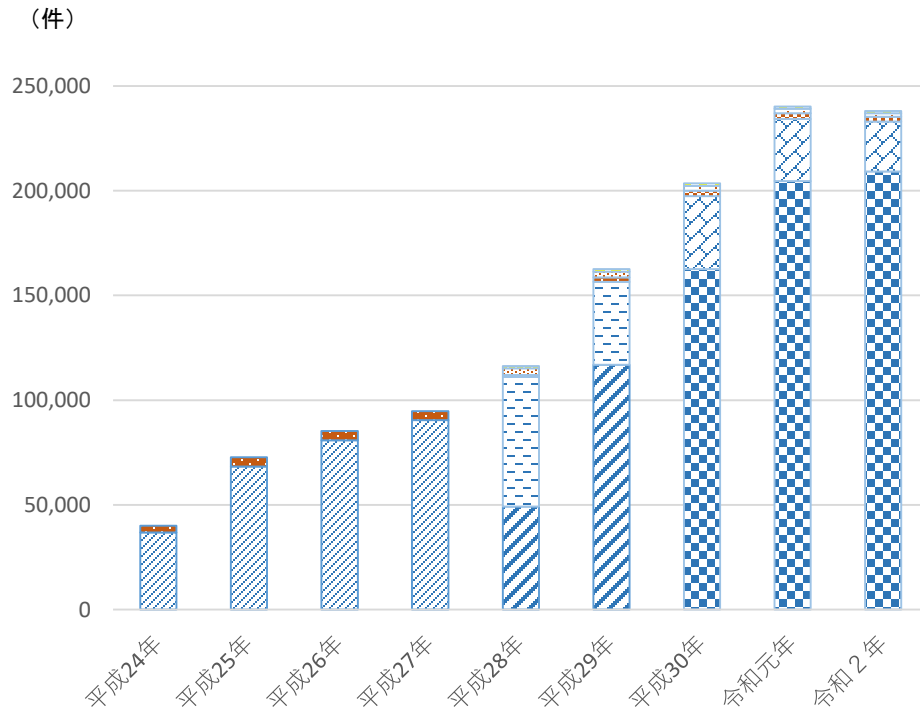


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票※届出区分が無回答のものは除く n=2以下のものは除く ※各病棟を含む施設として集計

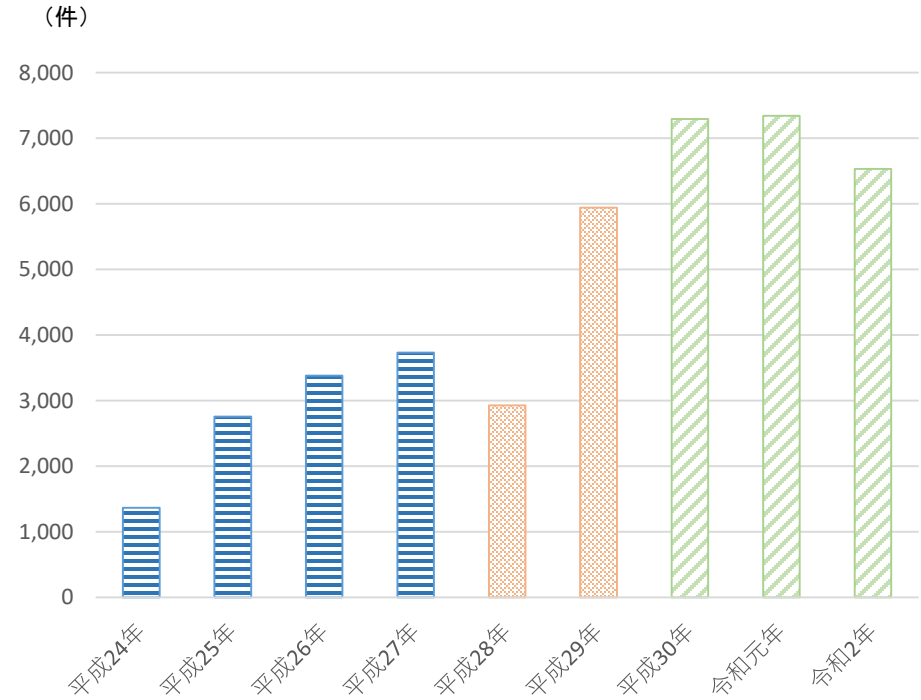
# 入退院支援加算等の算定状況

○ 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。

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)

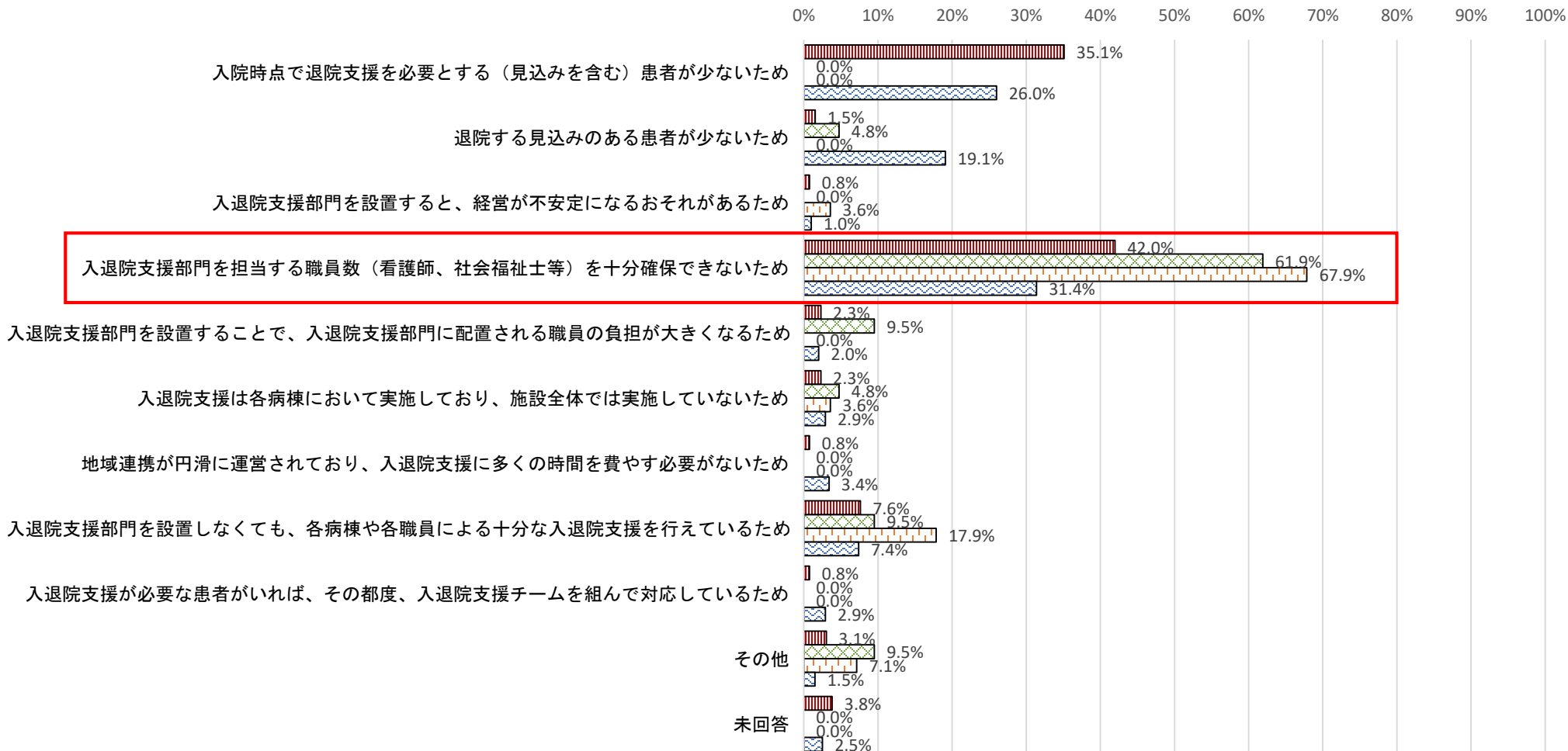
- 入退院支援加算 地域連携診療計画加算
- 退院調整加算 地域連携計画加算
- 退院支援加算 地域連携診療計画加算



# 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)

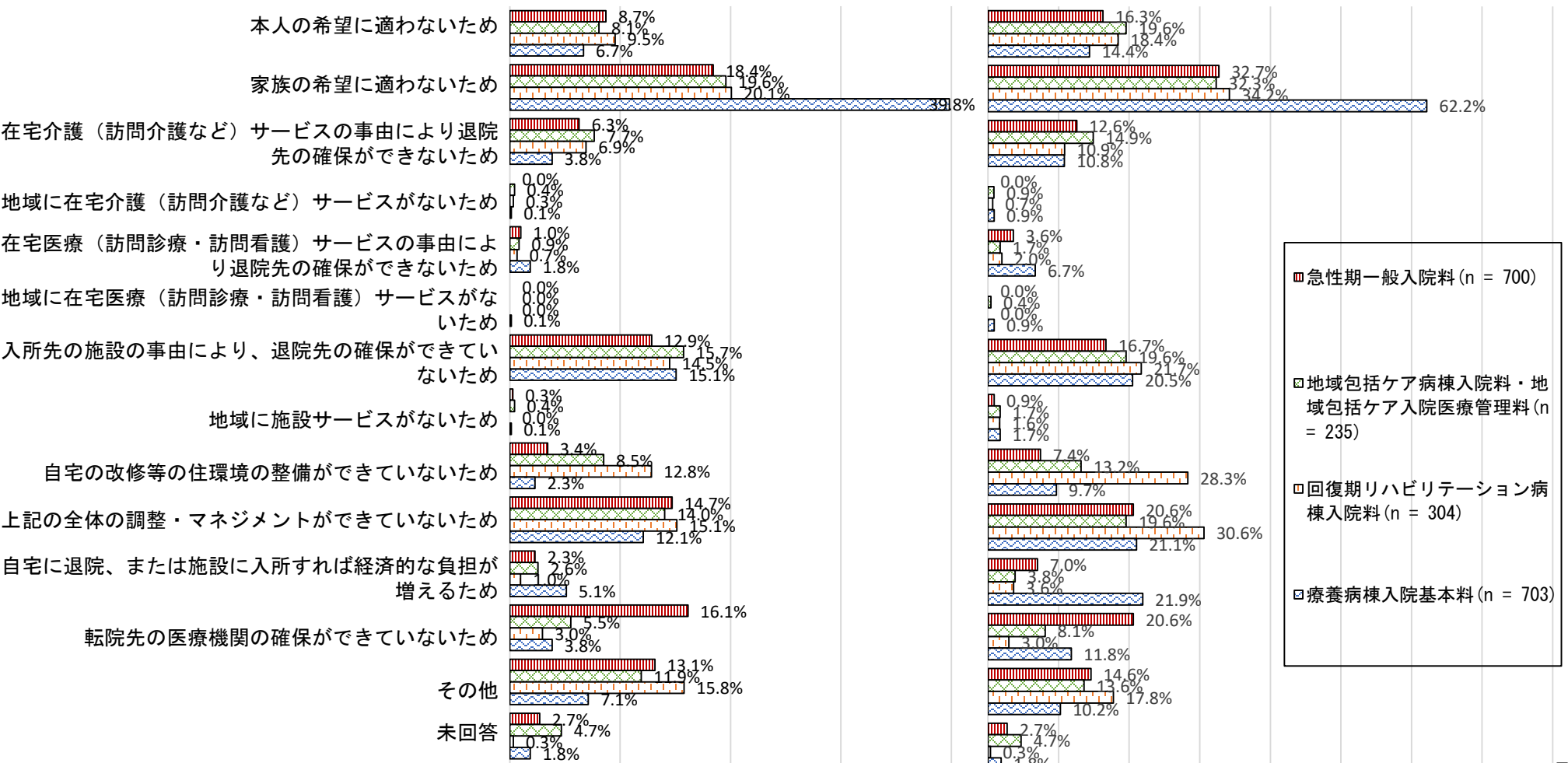
# 退院できない理由

○「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%



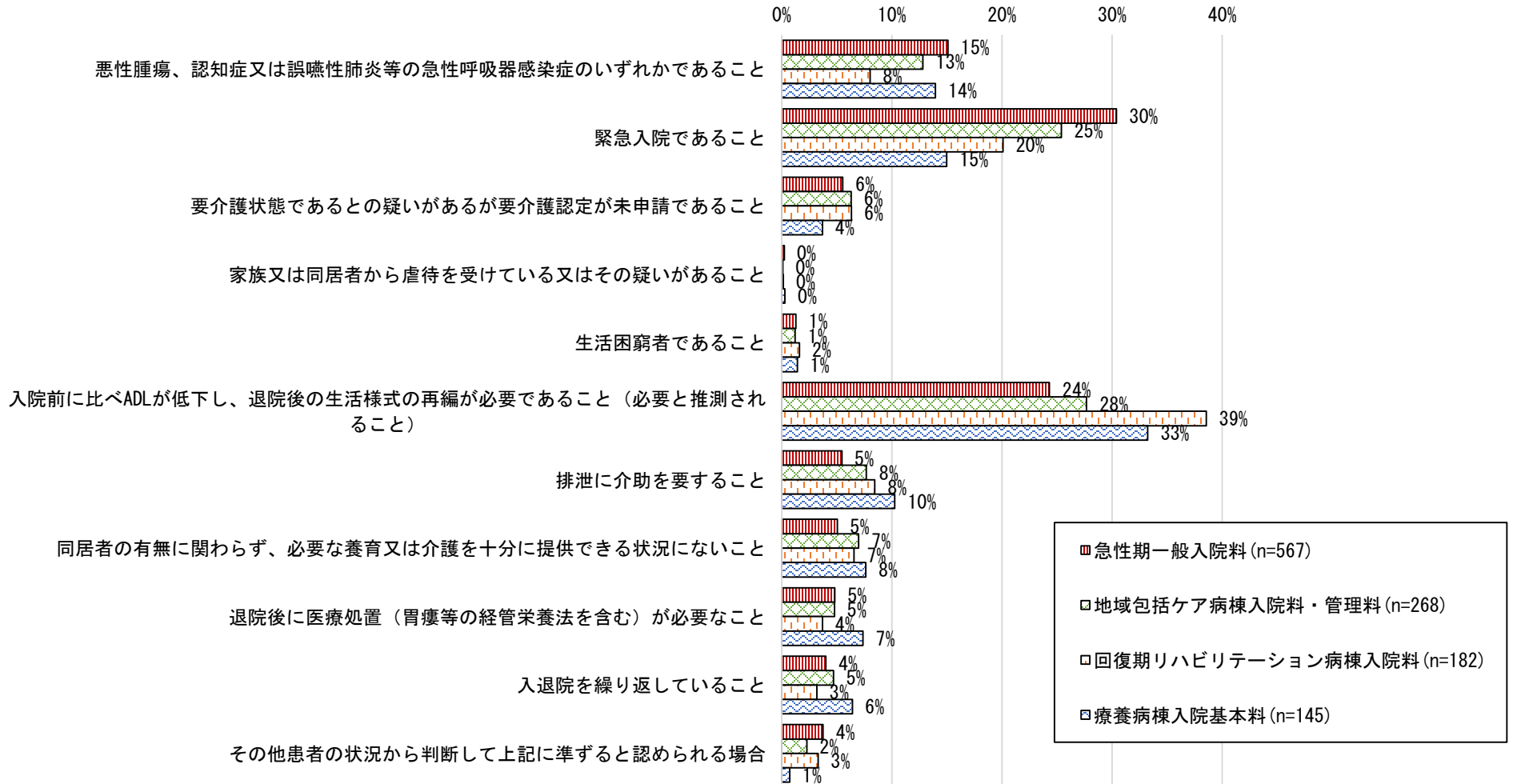
■急性期一般入院料 (n = 700)  
 ■地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 235)  
 ■回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 304)  
 ■療養病棟入院基本料 (n = 703)

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

# 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)



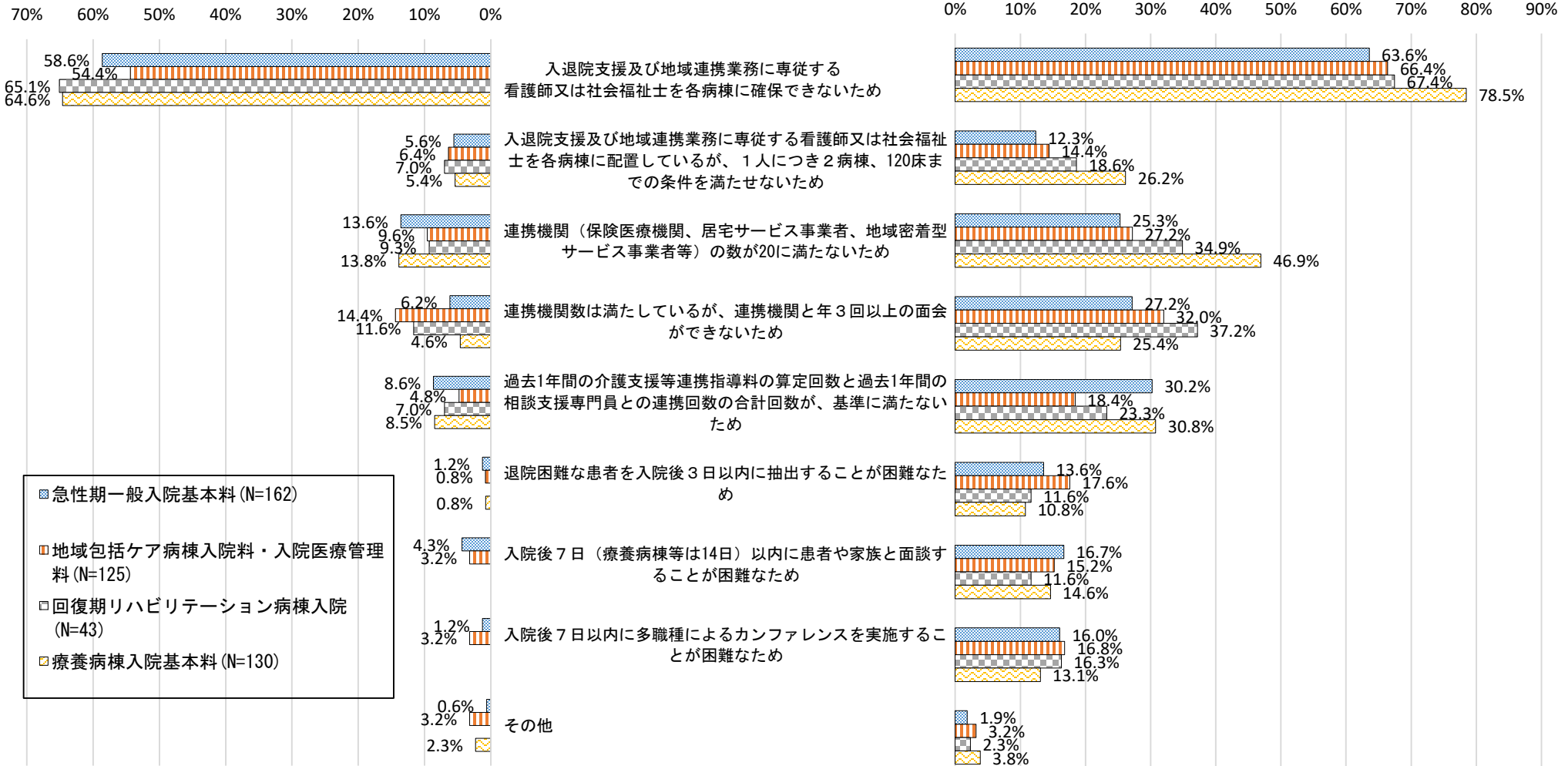
# 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 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。

最も該当

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

該当する項目全て（複数回答）

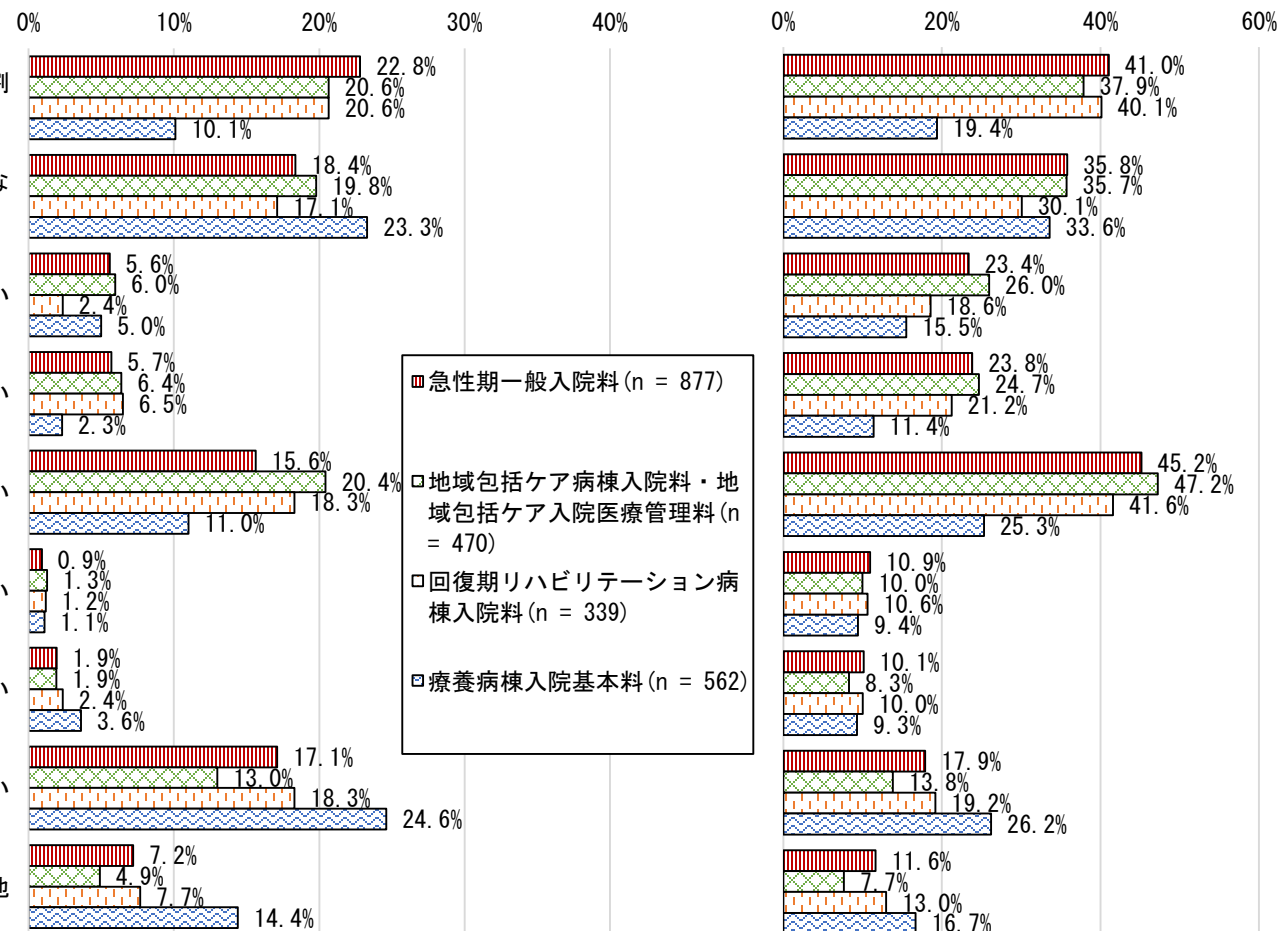


# 施設において退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 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)

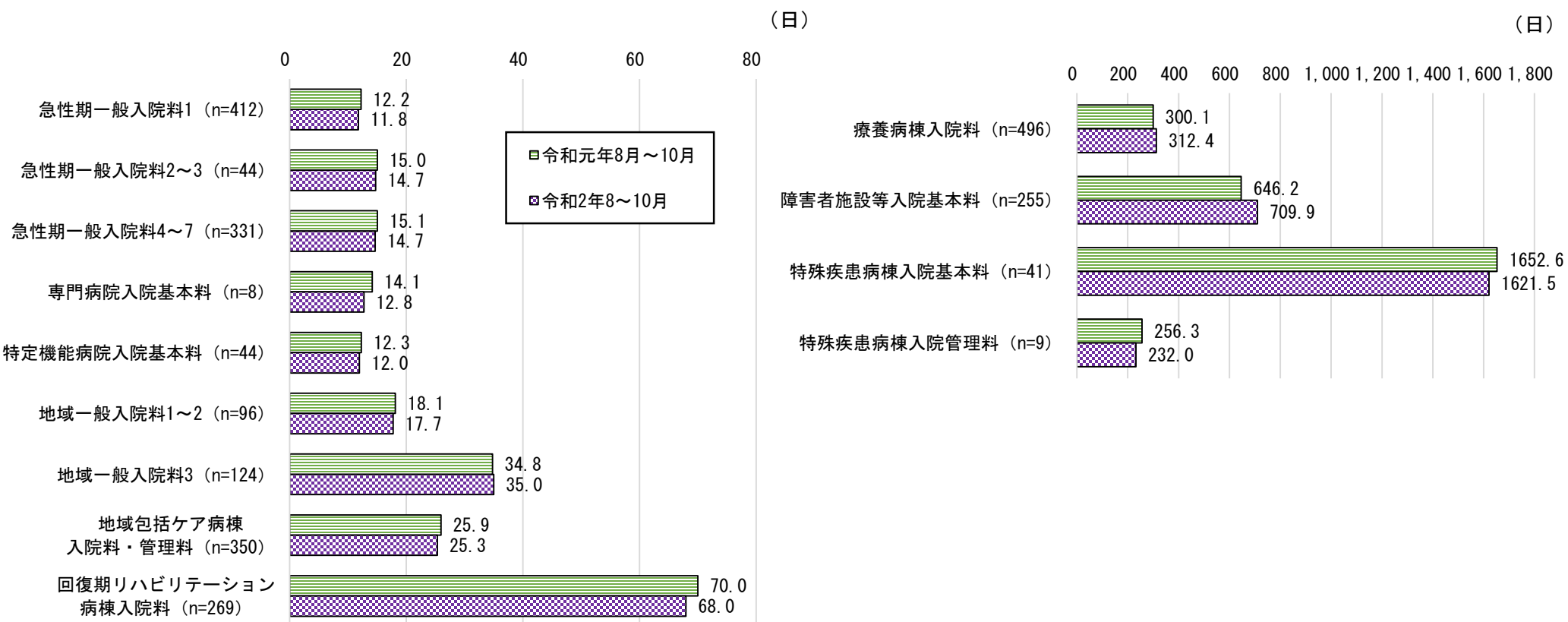


■急性期一般入院料 (n = 877)  
 □地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 470)  
 □回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 339)  
 □療養病棟入院基本料 (n = 562)

# 入院料ごとの平均在院日数

○ 慢性期入院医療を担っている病床においては、急性期や回復期と比較して平均在院日数が非常に長い。

## 平均在院日数

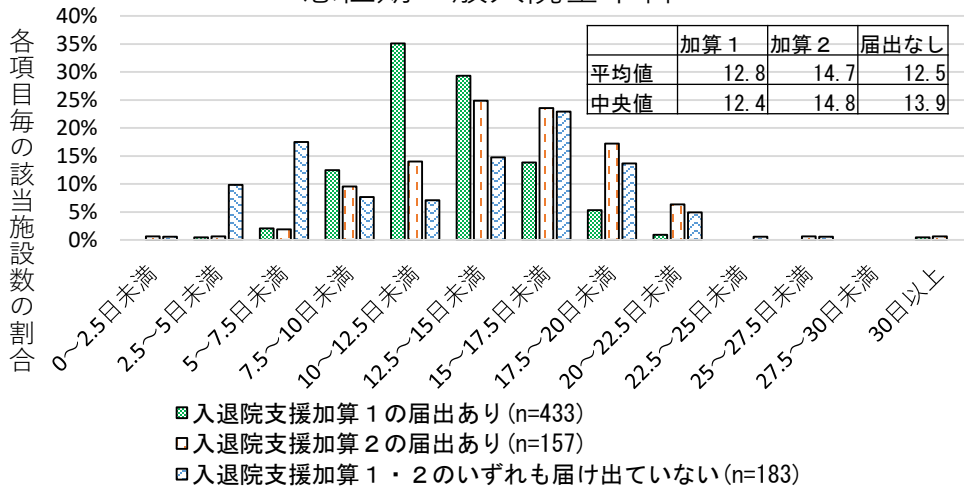


# 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

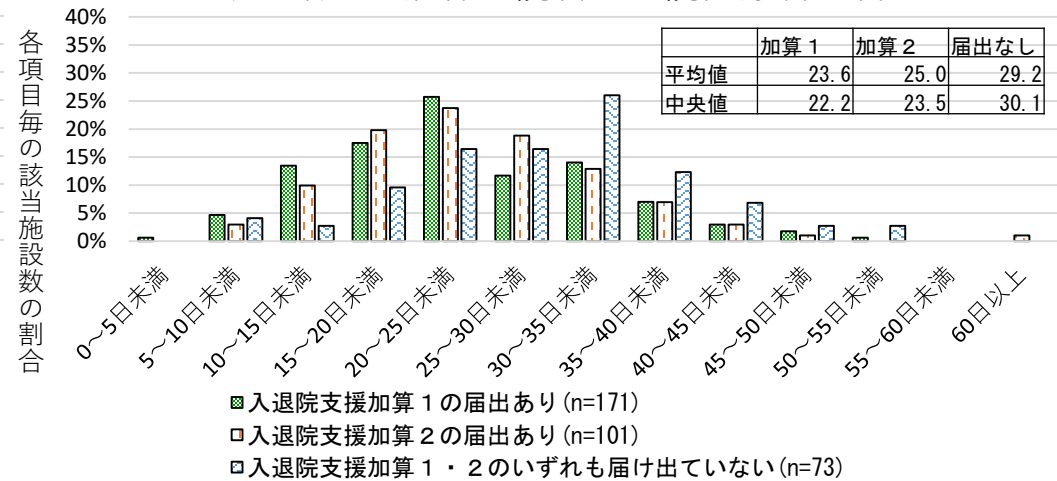
○ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算1において、加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。

## 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

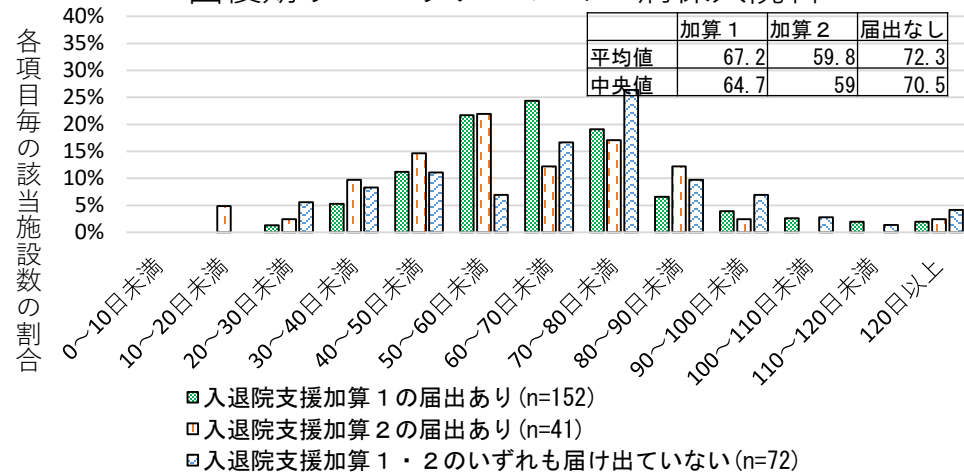
<急性期一般入院基本料>



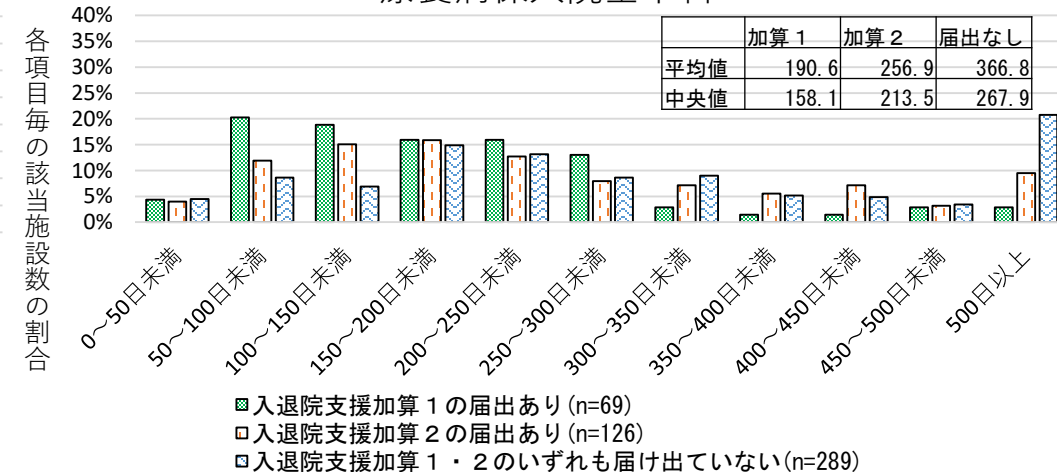
<地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料>



<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>

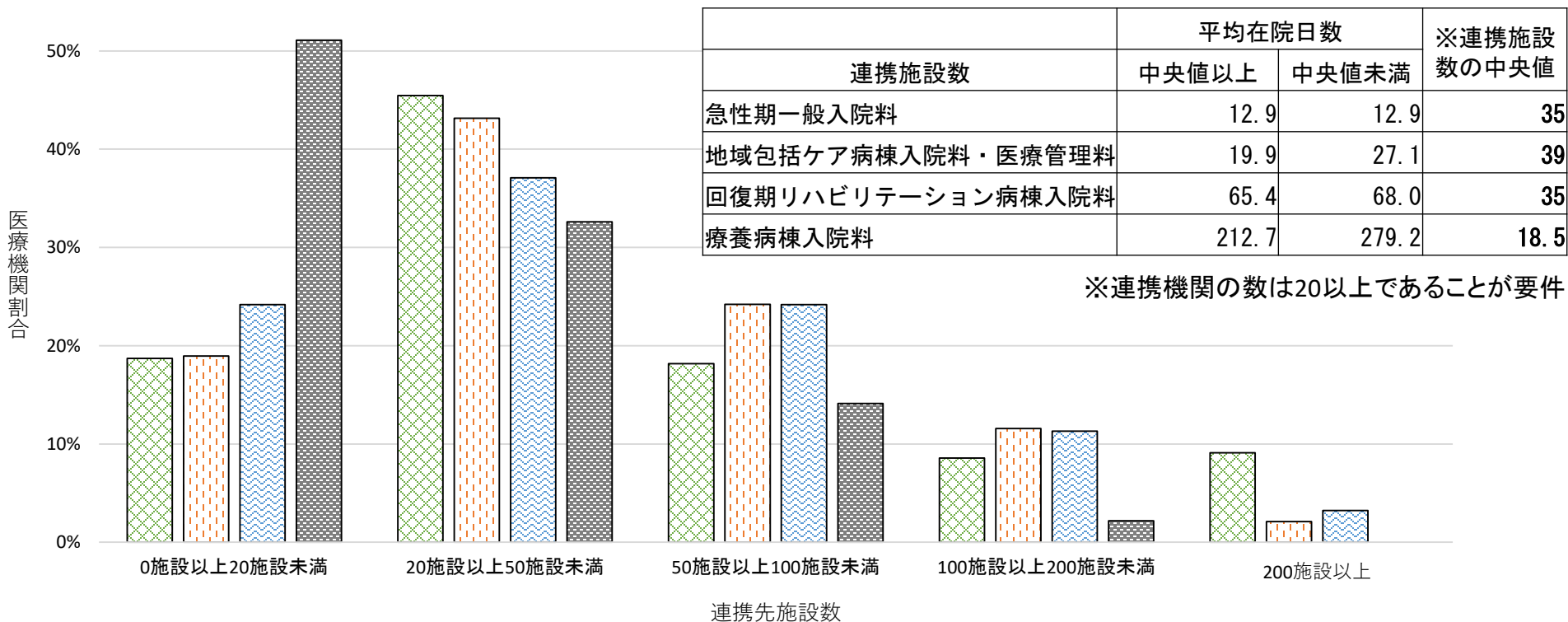


# 退院支援に向けた施設間の連携状況

- 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。
- 連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- 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

## 連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数



□ 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)



- 福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が課題となっている。

## ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

中医協 総-2  
3. 8. 25

### 現状・課題

令和3年5月17日

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

### 今後取り組むべき施策

#### 1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

#### 2 支援策の推進

- 悩み相談支援  
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
  - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
  - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援  
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討  
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援  
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

#### 3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

※ヤングケアラー：法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている児童を指す。

# ヤングケアラーとは

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例) )



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



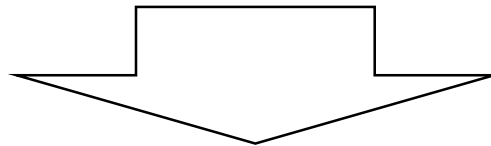
障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

# 入退院支援についての課題と論点

## (入退院支援)

- ・ 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。
- ・ 入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由として、「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。
- ・ 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、連携施設数が20施設以上50施設未満が最も多く、連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- ・ 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。
- ・ ヤングケアラーは家庭内のデリケートな問題であること等から表面化しにくく、福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が必要である。

## 【論点】



- 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、地域の関係者との更なる連携や円滑な退院調整の促進など、入退院支援をさらに推進することに係る評価について、どのように考えるか。
- ヤングケアラーについては、早期発見や、適切な支援へつなげることが必要であり、関係機関の連携が重要とされていることから、退院困難な要因を有している患者を抽出し、地域の関係者と協力する仕組みを評価している入退院支援加算において、どのように考えるか。

## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 入院分科会のとりにまとめにおける記載事項

## (救急医療管理加算)

- 救急患者は刻一刻と状態が変化するため、入院時の状態指標のみで評価することは難しい、との指摘があった一方、臨床現場での算定が簡便となるよう基準の定量化に努めた方がよい、との指摘もあった。
- また、熱中症や感染症等においては輸液治療が行われる実態を踏まえ、入院後3日以内に行われた検査等に「注射」も含めると、より実態の把握に役立つのではないか、との指摘があった。
- 入院時の状態に係る指標について、例えば、Burn Index0の患者でも、顔面熱傷や気道熱傷をきたした場合、全身管理が必要となること、また、JCS 0の患者であっても「非開胸的心マッサージ」等が行われている場合があることを鑑みると、指標による評価と、行われている治療をあわせながら、整理していくことも考えられるのではないか、との指摘があった。

# 救急医療管理加算の概要

中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

## A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 950点
- 2 救急医療管理加算2 350点

### 【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～ケいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからケまでに準ずる重篤な状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
  - ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
  - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
  - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
オ ショック	コ その他重症な状態(加算2のみ)

### 【施設基準】(抜粋)

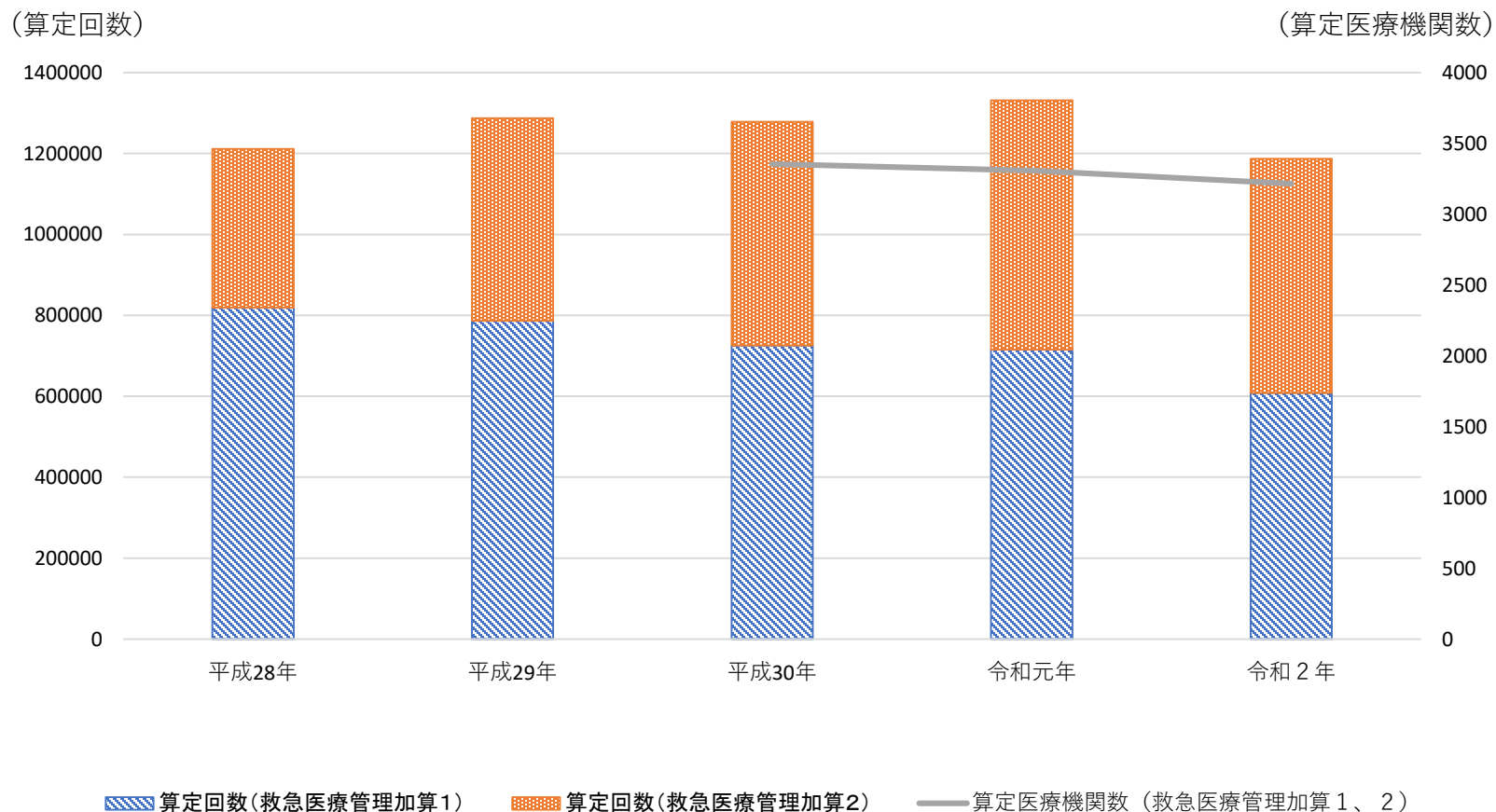
- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
  - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
  - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
  - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 施設基準に係る届出を行うこと。

# 救急医療管理加算の算定状況

中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

○ 救急医療管理加算の算定回数及び算定医療機関数については、以下のとおりであった。

## 救急医療管理加算の算定状況



出典：平成30年～令和2年についてはNDBデータより集計（保険局医療課調べ）  
平成28年、平成29年については社会医療診療行為別統計より引用

# 救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送入院のうち救急医療管理加算が算定された患者の割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%及び60%以上の医療機関割合が上昇した。
- 救急医療管理加算の算定患者のうち加算2が占める患者割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%の医療機関割合が上昇し、患者割合が40%以上の医療機関割合も上昇した。

## 救急搬送入院のうち

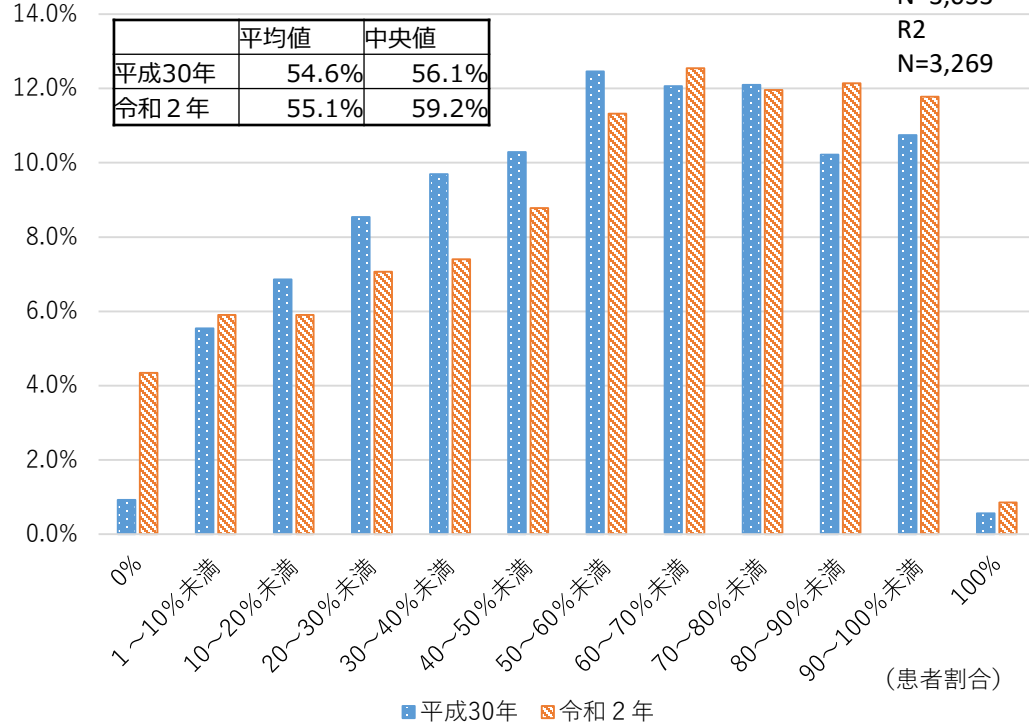
### 救急医療管理加算の算定患者割合ごとの

(医療機関割合)

#### 医療機関割合

H30  
N=3,033  
R2  
N=3,269

	平均値	中央値
平成30年	54.6%	56.1%
令和2年	55.1%	59.2%



## 救急医療管理加算

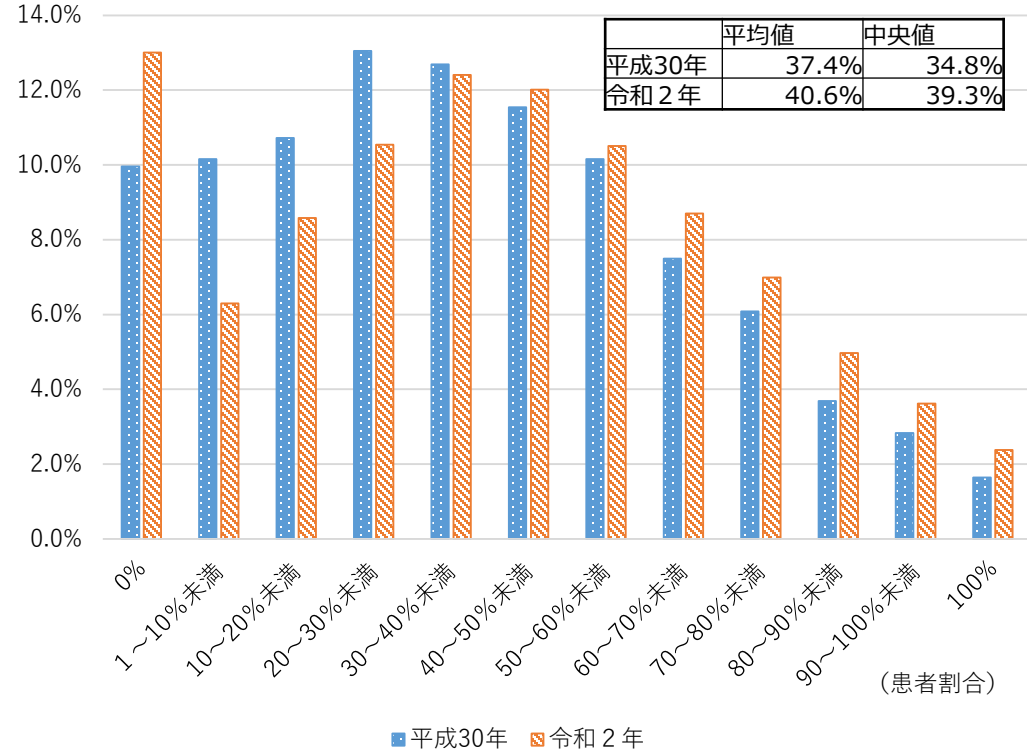
### 算定患者のうち救急医療管理加算2が占める

H30  
N=3,042  
R2  
N=3,321

#### 患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)

	平均値	中央値
平成30年	37.4%	34.8%
令和2年	40.6%	39.3%



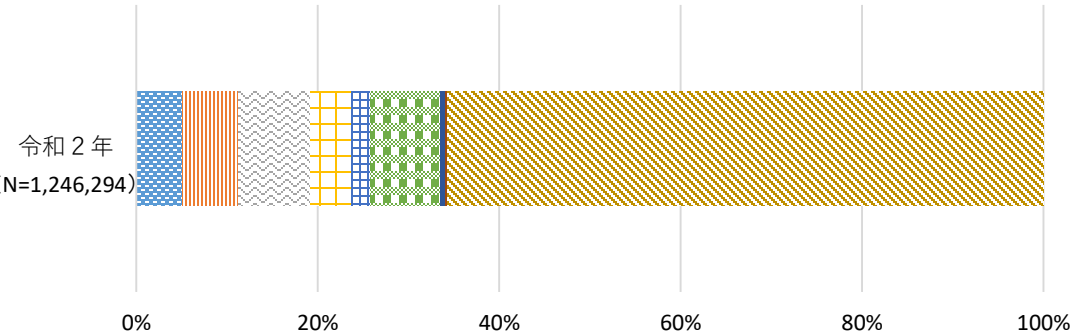
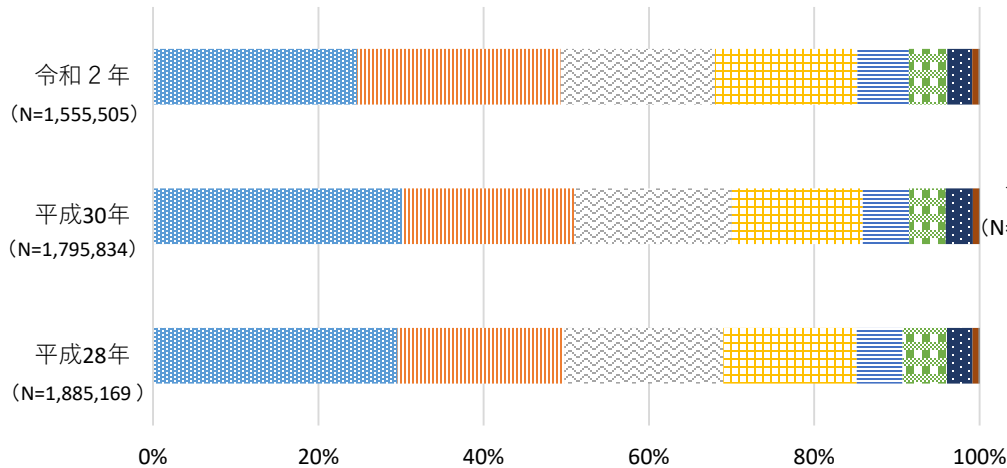


# 救急医療管理加算の状態の内訳

- 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「イ.呼吸不全又は心不全で重篤な状態」及び「ケ.緊急手術緊急カテーテル治療・検査又はtPAを必要とする状態」が多く、これら2項目で全体の約半数を占めていた。
- 救急医療管理加算2の対象患者の状態の内訳をみると、「コ.その他の重症な状態」が最も多く、60%以上を占めていた。

## 救急医療管理加算1の状態の内訳

## 救急医療管理加算2の状態の内訳



- 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
- 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 意識障害又は昏睡
- 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ショック
- 急性薬物中毒
- 広範囲熱傷

- 呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態
- 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態に準ずる状態
- 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態に準ずる状態
- 意識障害又は昏睡に準ずる状態
- 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）に準ずる状態
- 外傷、破傷風等で重篤な状態に準ずる状態
- ショックに準ずる状態
- 急性薬物中毒に準ずる状態
- 広範囲熱傷に準ずる状態
- その他の重症な状態

# 「意識障害又は昏睡」の患者について①

○救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCS0の患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。

○救急医療管理加算2の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典:脳卒中ガイドライン2009

I. 刺激しなくても覚醒している状態  
(1桁の点数で表現)  
0 意識清明  
1 意識清明とはいえない  
2 見当識障害がある  
3 自分の名前・生年月日が言えない

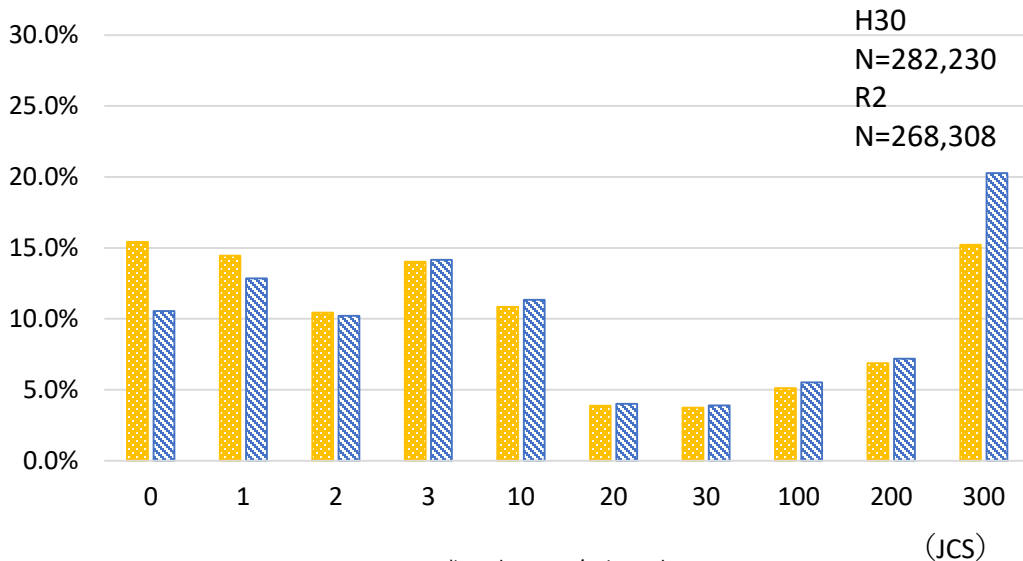
II. 刺激をすると覚醒する状態  
(2桁の点数で表現)  
10 普通の呼びかけで容易に開眼する  
20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する  
30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない状態  
(3桁の点数で表現)  
100 痛みに対し、払いのけるような動作をする  
200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる  
300 痛み刺激に全く反応しない

救急医療管理加算1 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合

(患者割合)

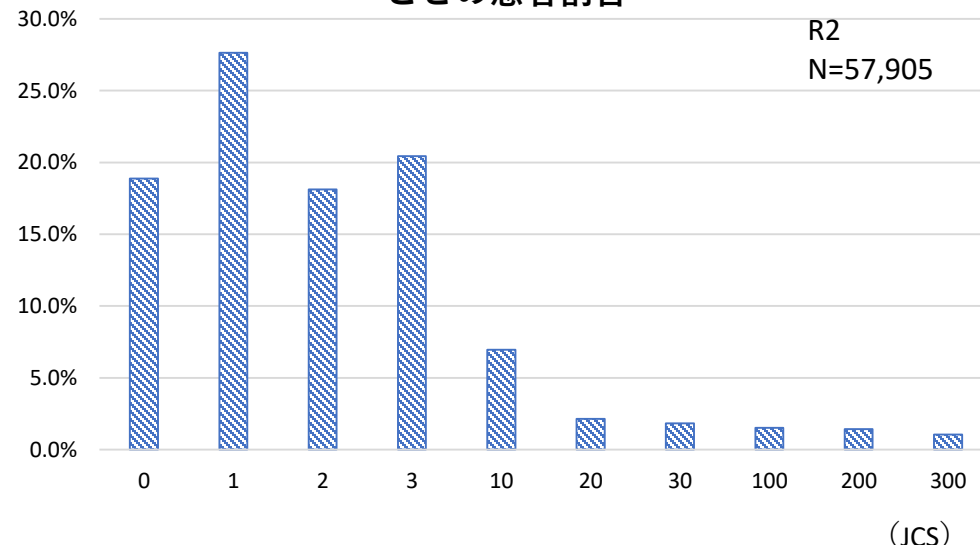


救急医療管理加算2 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS

(患者割合)

ごとの患者割合

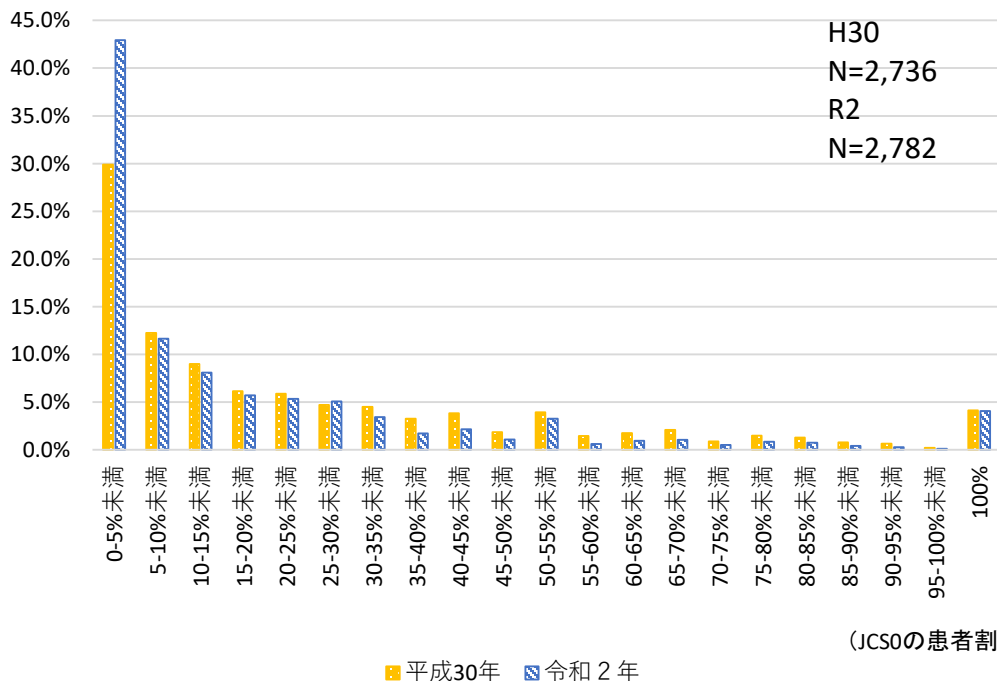


# 「意識障害又は昏睡」の患者について②

- 救急医療管理加算1が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、各年共に0-5%未満の医療機関の割合が最も高く、改定後には増加した。
- 救急医療管理加算2が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

## 救急医療管理加算1の算定患者で「意識障害又は昏睡」

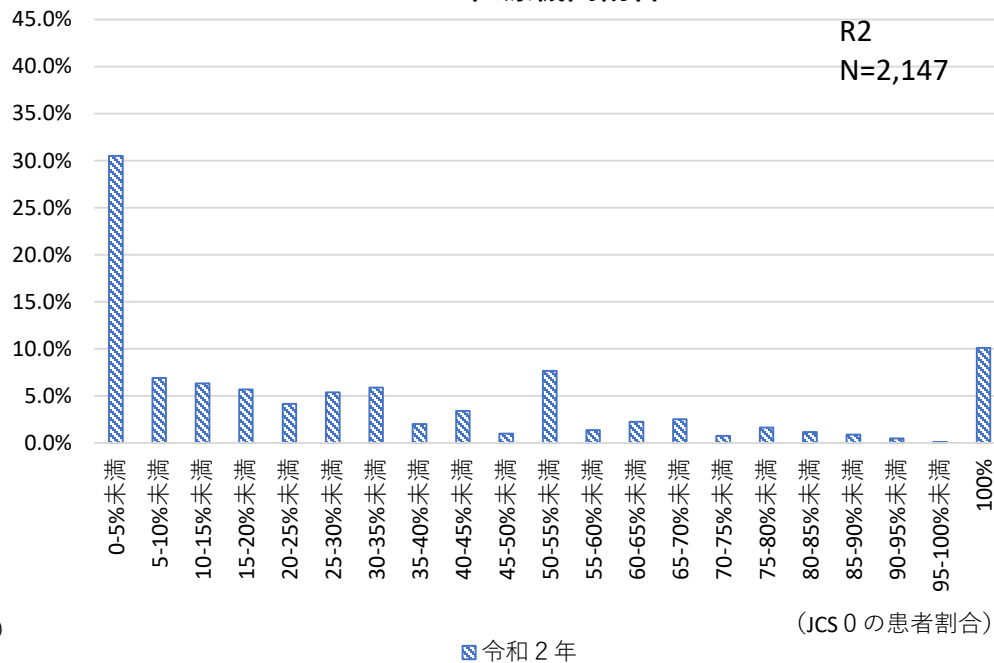
(医療機関割合)の患者のうちJCS0の患者割合ごとの医療機関割合



## 救急医療管理加算2の算定患者で「意識障害又は昏睡」

に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者割合ごとの

(医療機関割合)医療機関割合



# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

中医協 総-1-2  
3. 10. 27

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHA I、IIの患者の割合が低下し、NYHA III、IVの患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

(参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

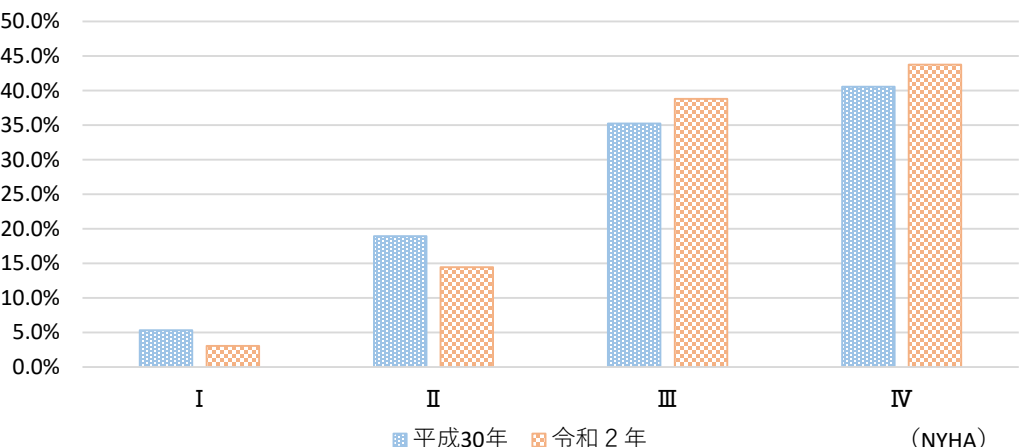
救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で

H30  
N=32,081  
R2  
N=33,966

傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

(患者割合)



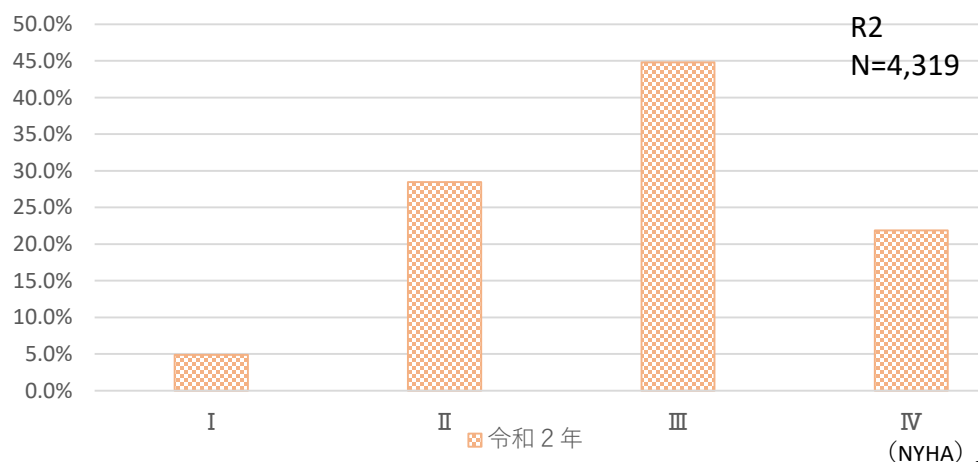
救急医療管理加算2算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる

R2  
N=4,319

患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

(患者割合)



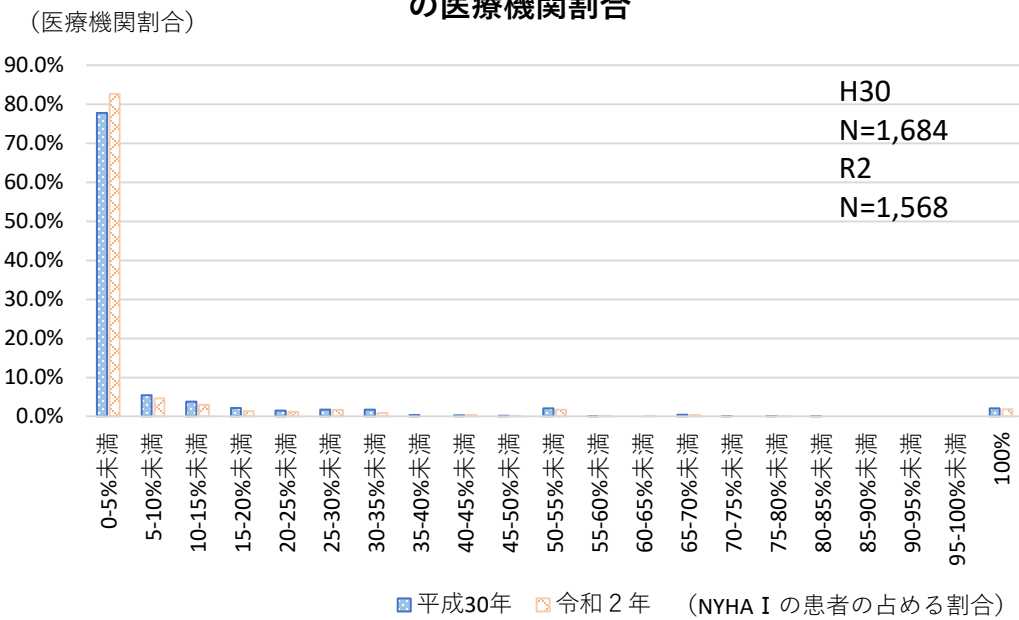
出典：各年度DPCデータ ※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について②

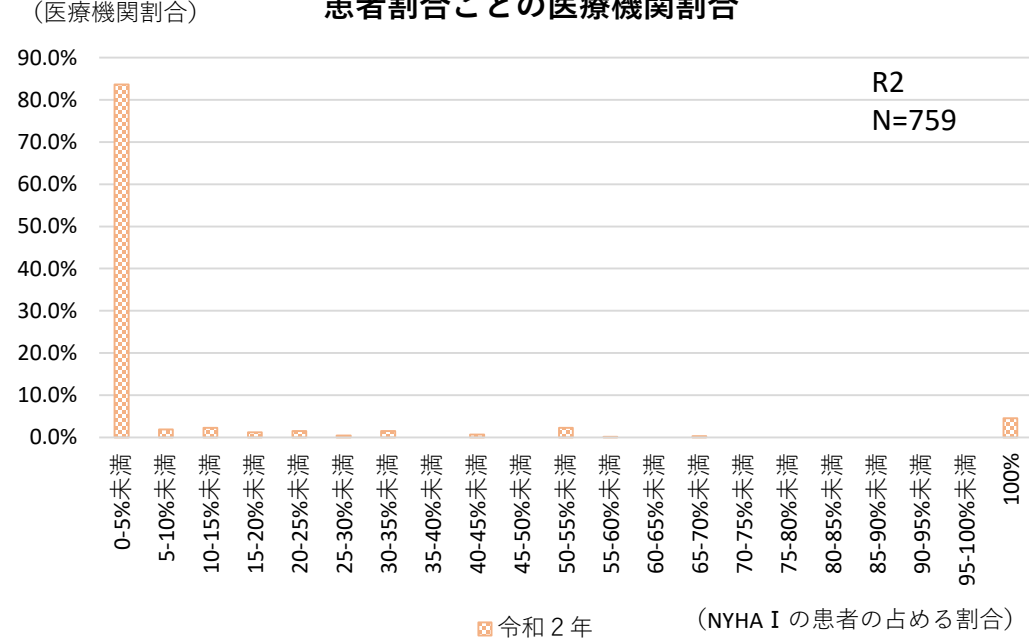
中医協 総-1-2  
3.10.27

- 救急医療管理加算1において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA I の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後に増加した。
- 救急医療管理加算2において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA I の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全でNYHA I の患者割合ごとの医療機関割合



救急医療管理加算2のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全でNYHA I の患者割合ごとの医療機関割合



出典:各年度DPCデータ

# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について①

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布を改定前後で比較すると、P/F比400以上である患者の割合が低下し、200未満である患者の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布は以下のとおりであった。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{\text{PaO}_2 \text{ (動脈血酸素分圧)}}{\text{FIO}_2 \text{ (吸入気酸素)}}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

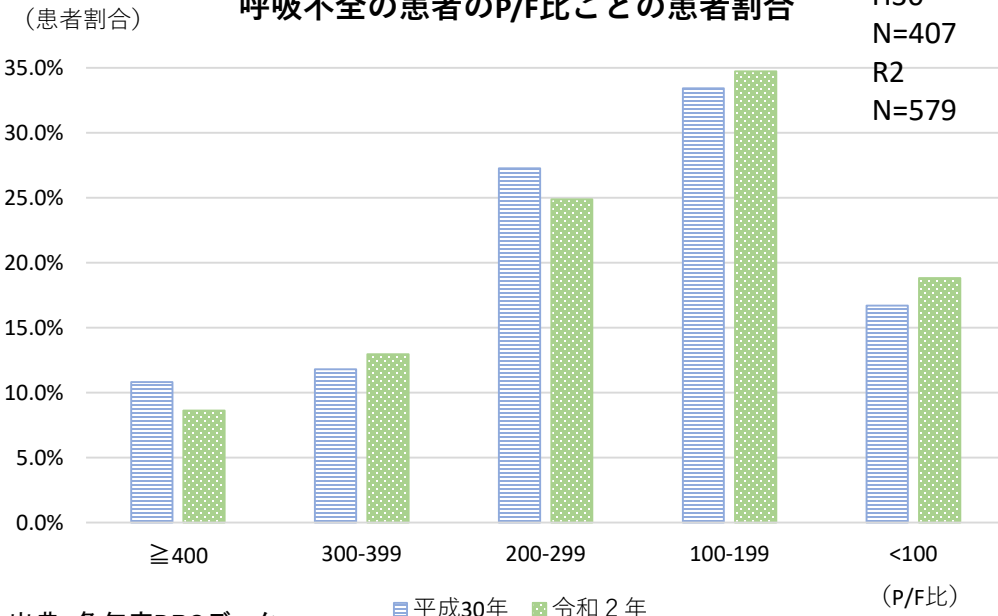
参考:SOFAスコア(呼吸の評価)

SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

※出典:日本版敗血症診療ガイドライン2016

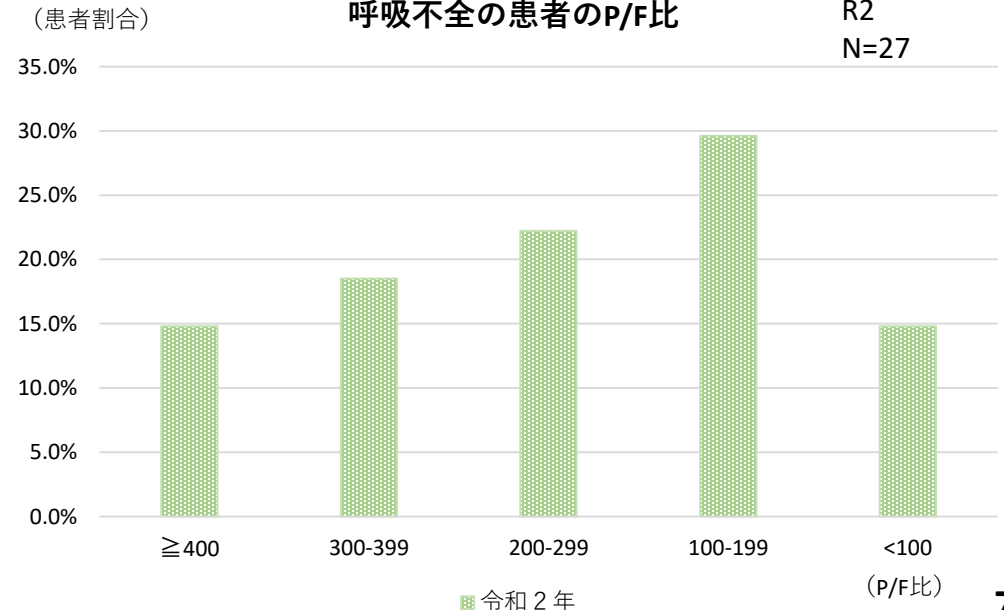
救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比ごとの患者割合

H30  
N=407  
R2  
N=579



救急医療管理加算2算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比

R2  
N=27



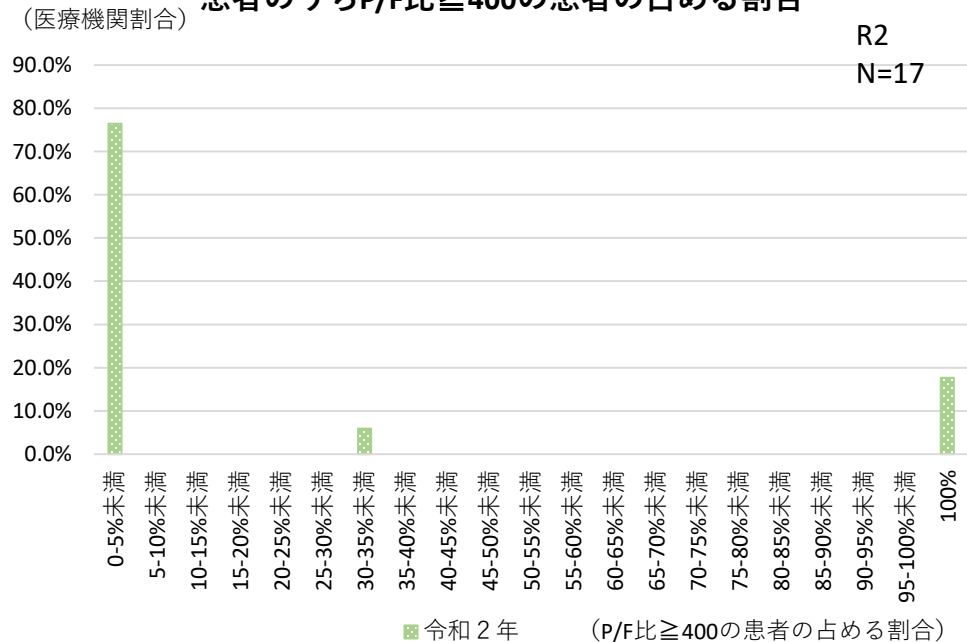
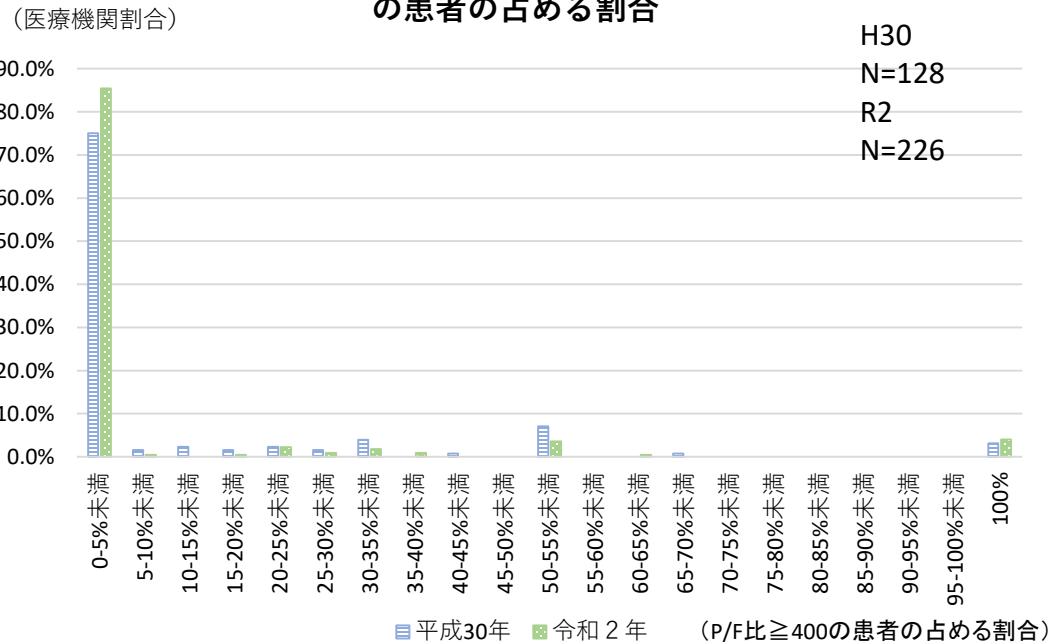
# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について②

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後では0-5%未満の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合の医療機関ごとの分布は以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 $\geq$ 400の患者の占める割合

救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態かつ傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 $\geq$ 400の患者の占める割合



# 「広範囲熱傷」の患者について①

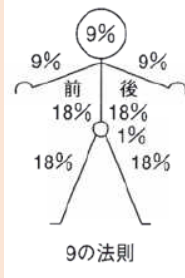
- 救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者において、改定前後いずれでもBurn Index0の患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者において、Burn Index0の患者が一定割合存在した。

(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積}(\%) + \text{Ⅱ度熱傷面積}(\%) \times 1/2$$

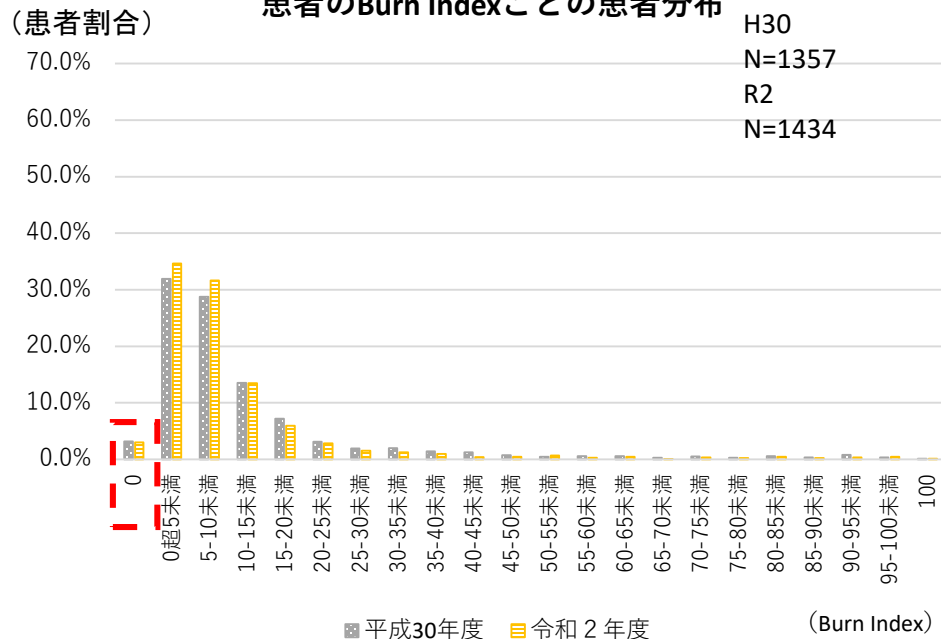
※Burn Index 10~15以上が重症とされる

出典: 日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

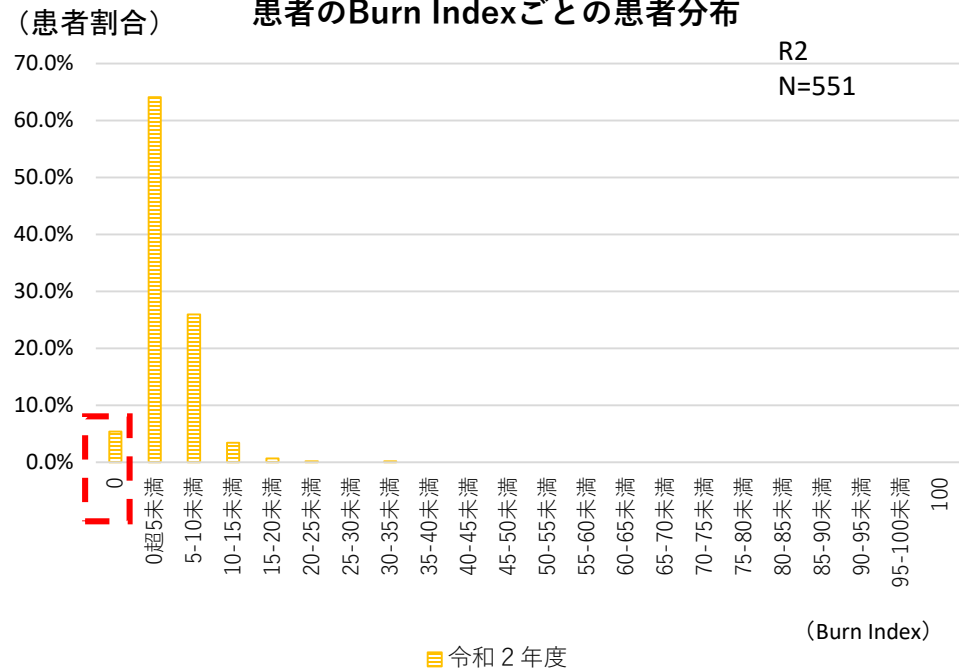


Ⅰ度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
Ⅱ度熱傷	浅達性: 水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1~2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性: 水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3~4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1~3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のBurn Indexごとの患者分布



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のBurn Indexごとの患者分布



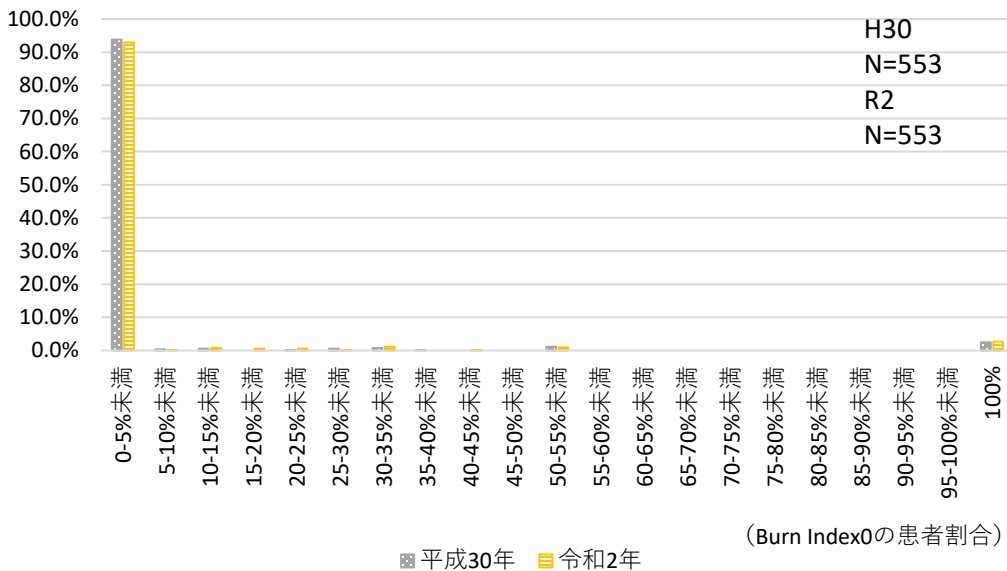


# 「広範囲熱傷」の患者について②

- 救急医療管理加算1を算定する患者で「広範囲熱傷」の患者のうちBurn Index0の患者割合ごとの医療機関割合を改定前後で比較すると、いずれの年においても患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算2を算定する患者で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうちBurn Index0の患者割合ごとの医療機関割合をみると、患者割合が0～5%未満の医療機関が90%以上であった一方、患者割合が100%の医療機関が一定割合存在した。

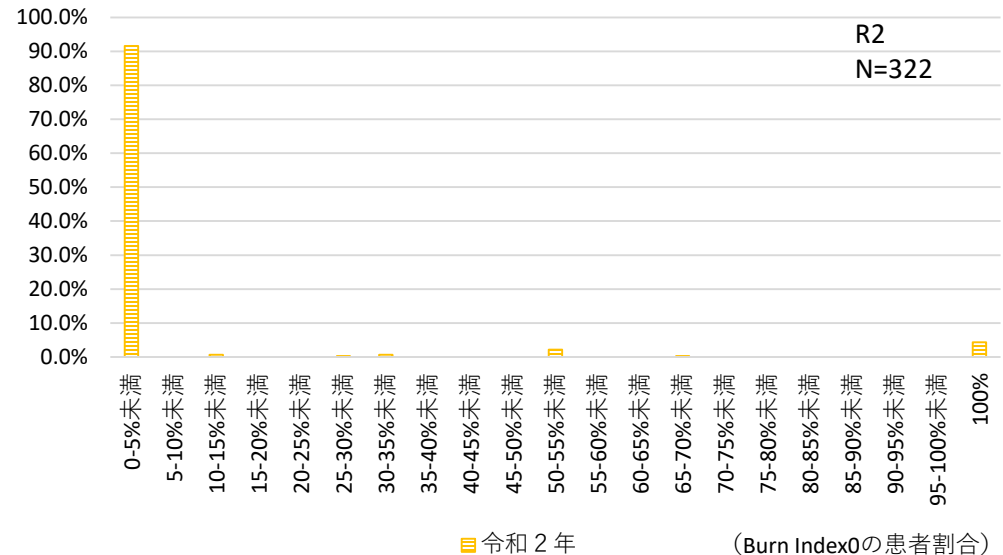
救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち  
Burn Index 0 の患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の  
患者のうちBurn Index 0 の患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)

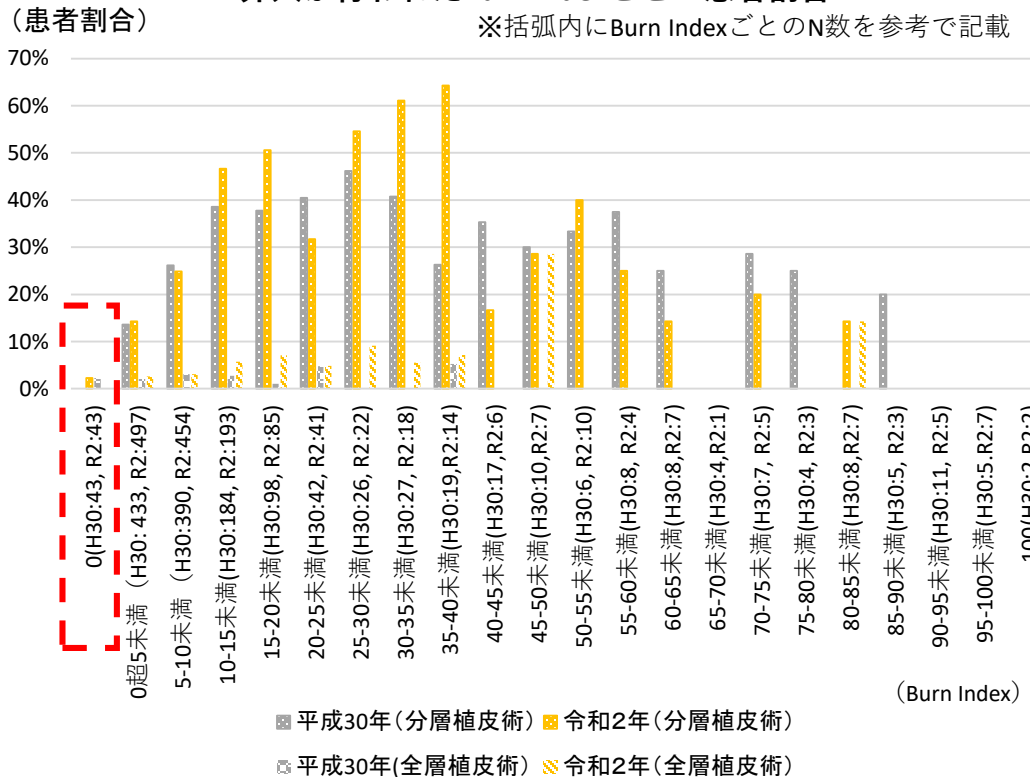


(Burn Index0の患者割合)

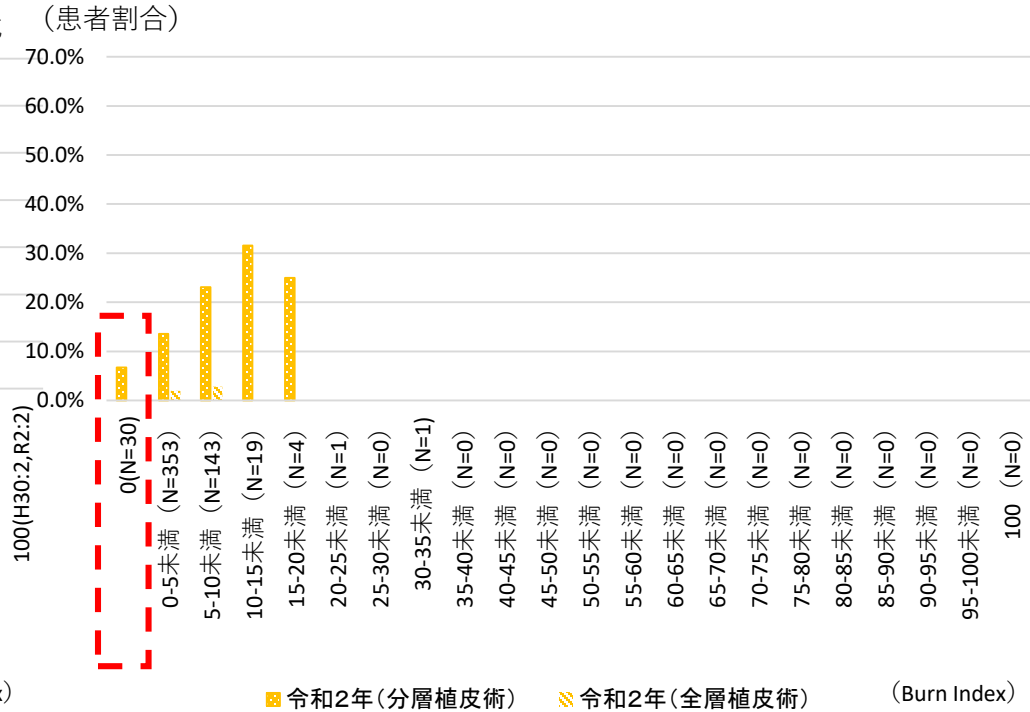
# 「広範囲熱傷」の患者について③

- 救急医療管理加算1について「広範囲熱傷」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。
- 救急医療管理加算2について「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうち分層植皮術又は全層植皮術が行われた患者割合をBurn Indexごとにみると、Burn Index0の患者についても植皮術を行った患者は存在したが、ごくわずかであった。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合



# 「その他重症な状態」の患者の内訳

- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「コ その他重症な状態」の患者について、最も多くみられた入院時の状態は「脳梗塞」であった。

令和2年

名称	件数(年)
脳梗塞	71,282
腎臓又は尿路の感染症	39,270
股関節・大腿近位の骨折	32,536
肺炎等	32,099
ヘルニアの記載のない腸閉塞	29,933
誤嚥性肺炎	23,676
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	21,145
胆管(肝内外)結石、胆管炎	21,019
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	15,187
胆嚢炎等	13,553

# 「その他重症な状態」の患者の介入状況

○ 「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
酸素吸入	3700(5.2%)	留置カテーテル設置	4450(11.3%)	留置カテーテル設置	8976(27.6%)	酸素吸入	6994(21.8%)	ドレーン法 (その他のもの)	4941(16.5%)
留置カテーテル設置	2782(3.9%)	酸素吸入	3137(8.0%)	骨折観血的手術 (肩甲骨、上腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	酸素吸入	2975(9.1%)	留置カテーテル設置	1881(5.9%)	イレウス用ロングチューブ挿入法	3635(12.1%)
高気圧酸素療法(その他のもの)	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法 (持続吸引を行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	摘便	455(1.2%)	人工骨頭挿入術(肩、股)	2056(6.3%)	超音波ネブライザー	693(2.2%)	酸素吸入	1538(5.1%)

# 「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCS0の患者とJCS1以上の患者の処置・手術を比較すると以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算1を算定する患者については、JCS0の患者の一部において、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった、緊急性が高いと思われる処置が行われていた。

救急医療管理加算1(令和2年度)				救急医療管理加算2(令和2年度)			
JCS0(n=28326)		JCS1以上(n=239982)		JCS0(n=10925)		JCS1以上(n=46980)	
処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数
酸素吸入	8533(30.1%)	酸素吸入	89880(37.5%)	酸素吸入	2080(19.0%)	酸素吸入	12036(25.6%)
留置カテーテル設置	5978(21.1%)	留置カテーテル設置	75610(31.5%)	留置カテーテル設置	1364(12.5%)	留置カテーテル設置	9737(20.7%)
喀痰吸引	3185(11.2%)	喀痰吸引	52997(22.1%)	喀痰吸引	641(5.9%)	喀痰吸引	6114(13.0%)
非開胸的心 マッサージ	2352(8.3%)	非開胸的心 マッサージ	30378(12.7%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	325(3.0%)	導尿(尿道拡張 を要するもの)	1926(4.1%)
人工呼吸(30分 までの場合)	2078(7.3%)	救命のための 気管挿管	28244(11.8%)	創傷処置(100 平方センチメー トル未満)	214(2.0%)	鼻腔栄養	1780(3.8%)

# 救急医療管理加算についての課題と論点

(救急医療管理加算について)

- 救急医療管理加算については、救急搬送受け入れの中心を担う二次救急医療機関の評価の観点及び緊急に入院を必要とする重症患者を評価の対象としている。
- 救急医療管理加算1を算定する患者について、その病態の内訳は改定前後で大きな変化はみられなかった。救急医療管理加算2を算定する患者について、その病態の内訳は「その他重症な状態」である患者の割合が最も高く、60%以上を占めていた。
- 救急医療管理加算1の算定患者の状態指標の分布を改定前後で比較すると、「意識障害又は昏睡」及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」については、状態指標の軽い層の患者の算定割合は改定後に減少していた。
- 「その他重症な状態」である患者の介入状況を、最も多くみられた入院時の状態ごとにみると、イレウス用ロングチューブ挿入等の処置が行われている患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算1が算定される患者で「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS0の患者について、実施された処置をみると、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった緊急性の高いと思われる処置が一部の患者で行われていた。



## 【論点】

- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価であることを前提として、患者の状態の状態を適正に評価していくための判断基準等についてどのように考えるか。

## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 入院分科会のとりまとめにおける記載事項

(治療早期からの回復に向けた取組について)

- 早期リハビリテーションの有用性は学会ガイドライン等で示されており、当該加算が算定できない病床についても、早期からのリハビリテーションを行っている場合が存在することから、当該取組をより推進すべき、という指摘があった。
- 一方で、特定集中治療室管理料を算定する施設においても、当該加算を届け出していない医療機関が一定数存在しており、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないか、との指摘があった。
- 早期栄養介入管理加算の算定が出来ない入院料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していたことから、こういった機関の取組をさらに推進していくことも必要ではないか、との指摘があった。



# 特定集中治療室での早期からの取組の評価について

中医協 総-1-2  
3. 10. 27

## 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。



○ 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)

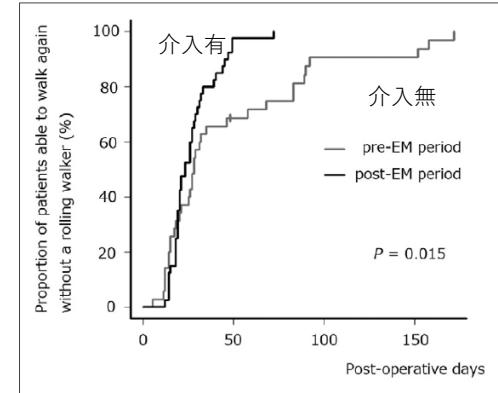


Figure 3. Cumulative frequency of patients regaining the ability to walk again without a rolling walker. EM = early mobilization.

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)

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 日本薬床研究会  
業績 野田 福天堂大学保健医療学部理学療法学科

日本語訳  
梶田 有輝 豊橋医科大学保健医療学部理学療法学科  
井原 誠 公立豊田病院 日本医療センター リハビリテーション技術科  
加藤 隆雄 東京大学薬学科学部 物理療理学療法学科  
神谷 健太郎 北海道医療大学 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  
別家 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 理学療法研究科  
森久 知之 福天堂大学保健医療学部理学療法学科

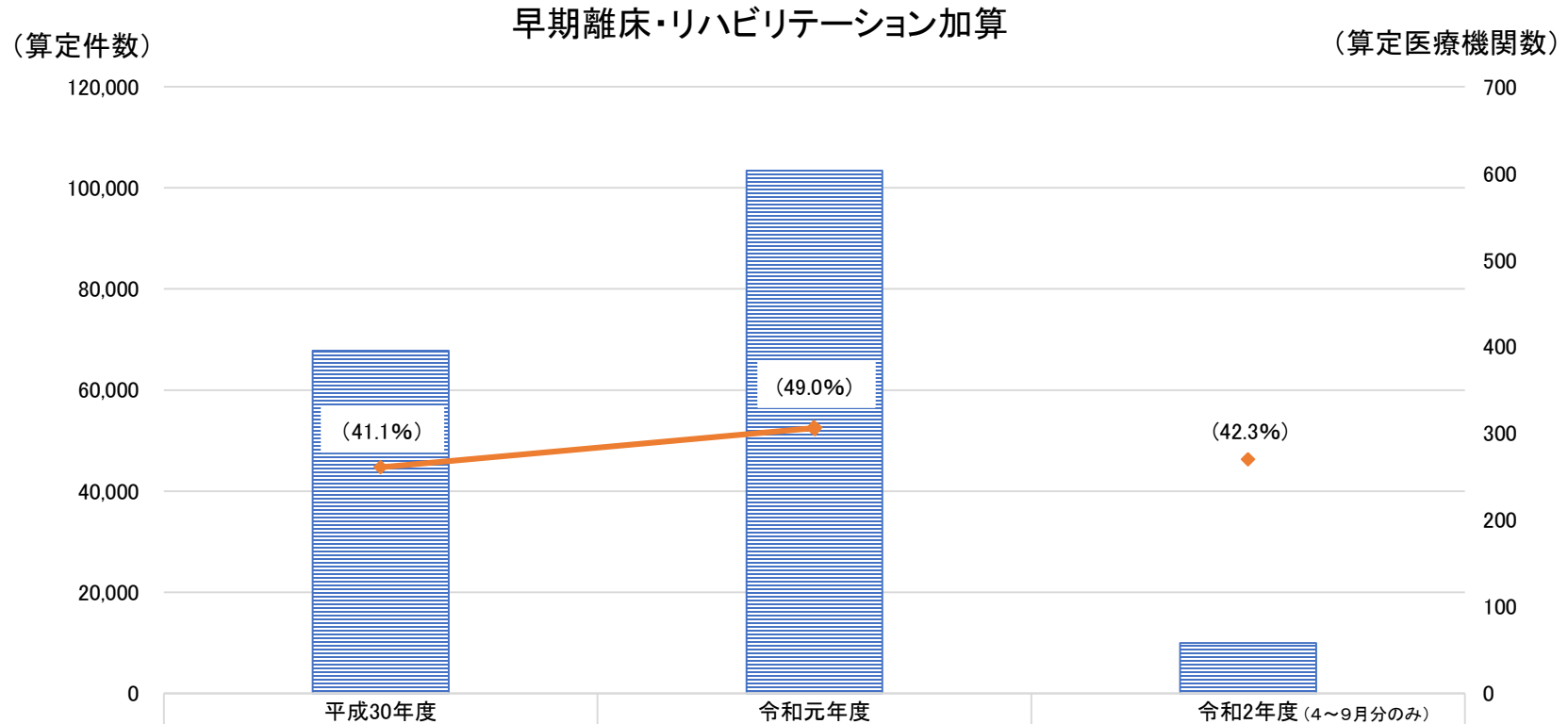
表 6. 推奨される理学療法的なモビライゼーション、運動およびリハビリテーション:

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]。

# 早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 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

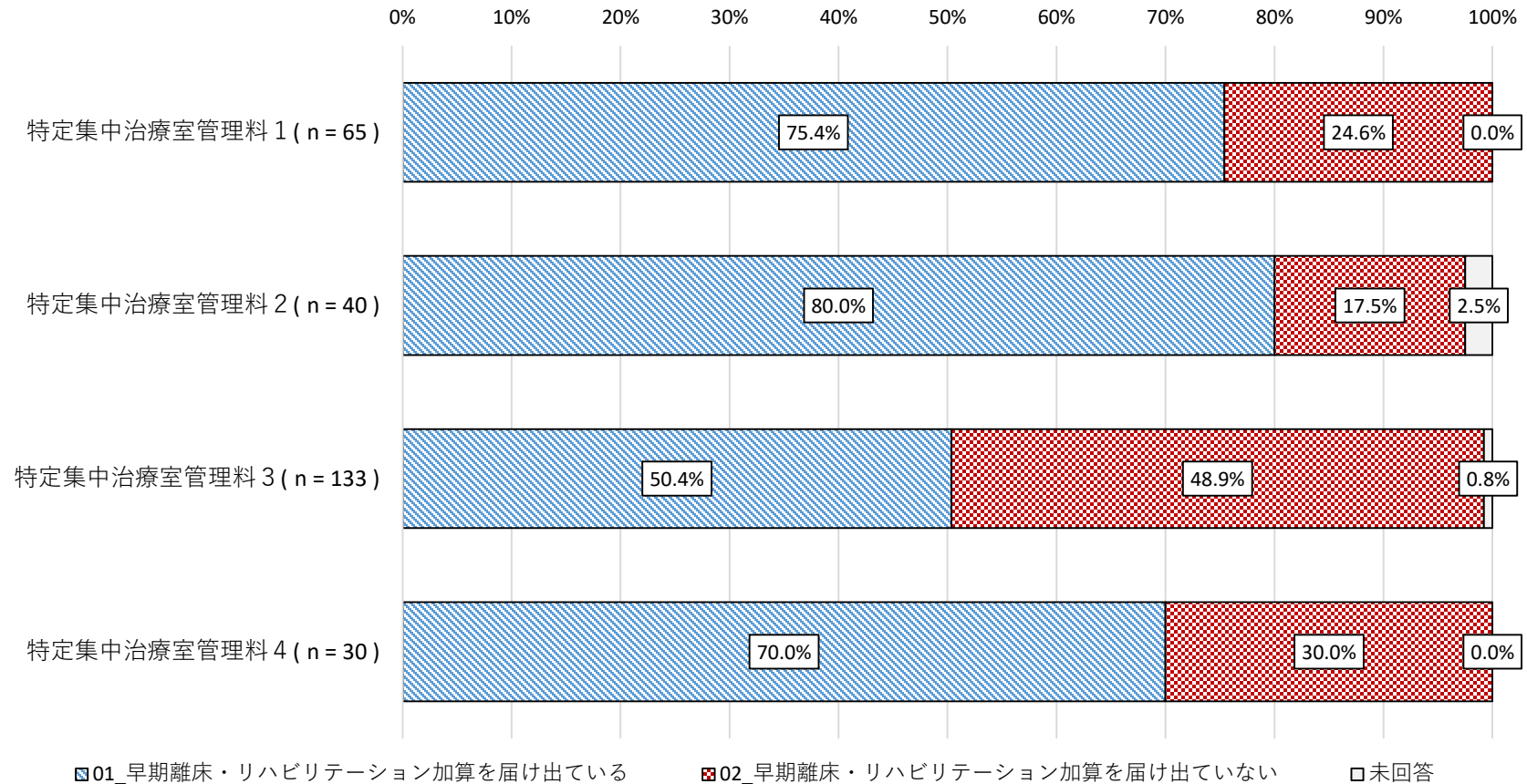
※届出医療機関数は各年度の中医協報告「施設基準等の届出状況」より抜粋

# 早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算の届出状況は以下のとおりであった。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況（令和3年6月1日時点）

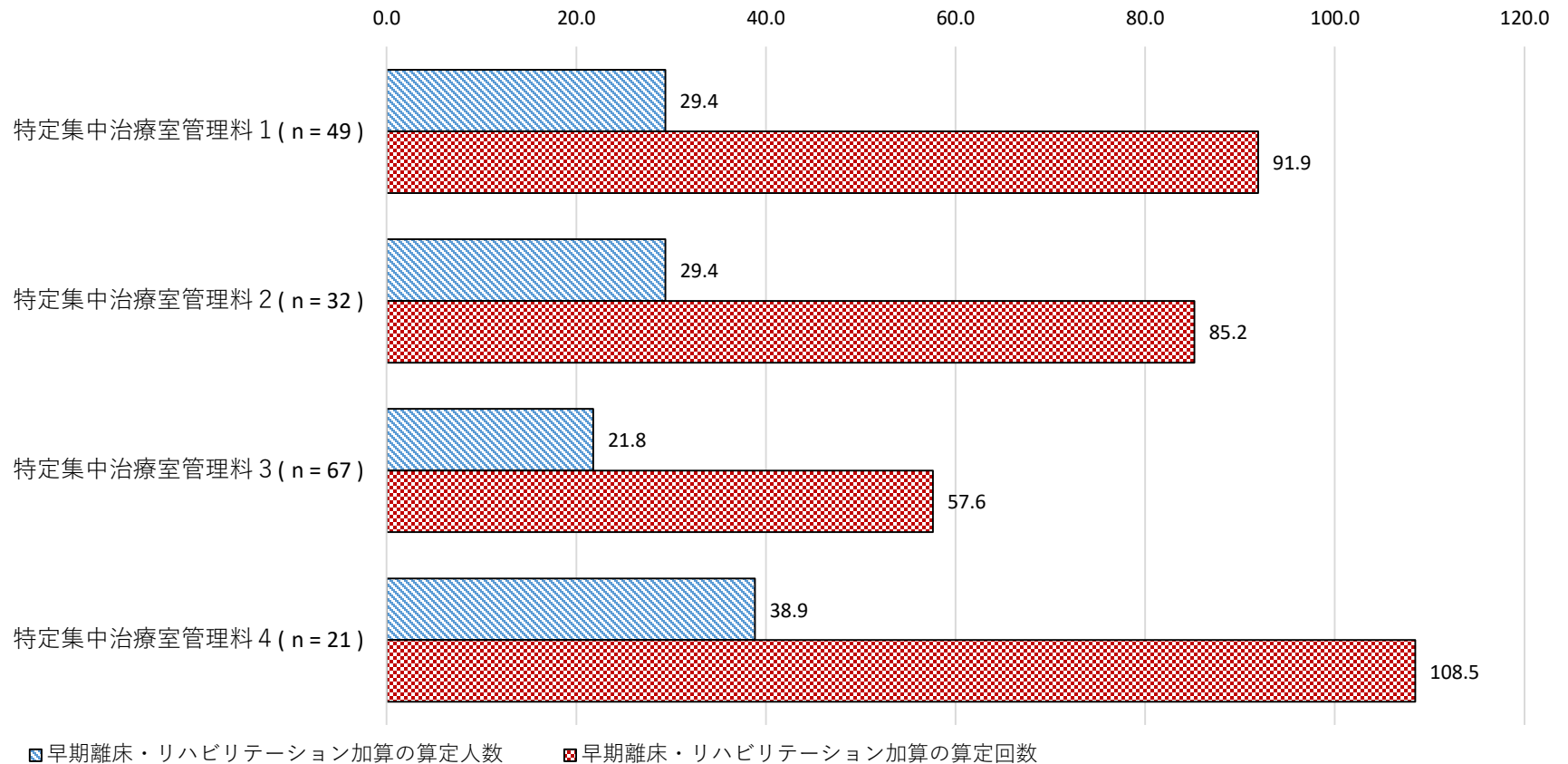


# 早期離床・リハビリテーション加算の算定状況

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算の算定人数及び算定回数は、以下のとおりであった。

早期離床・リハビリテーション加算の算定人数、算定回数（令和3年5月の1か月間）  
（一治療室あたり）



出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※無回答は除く

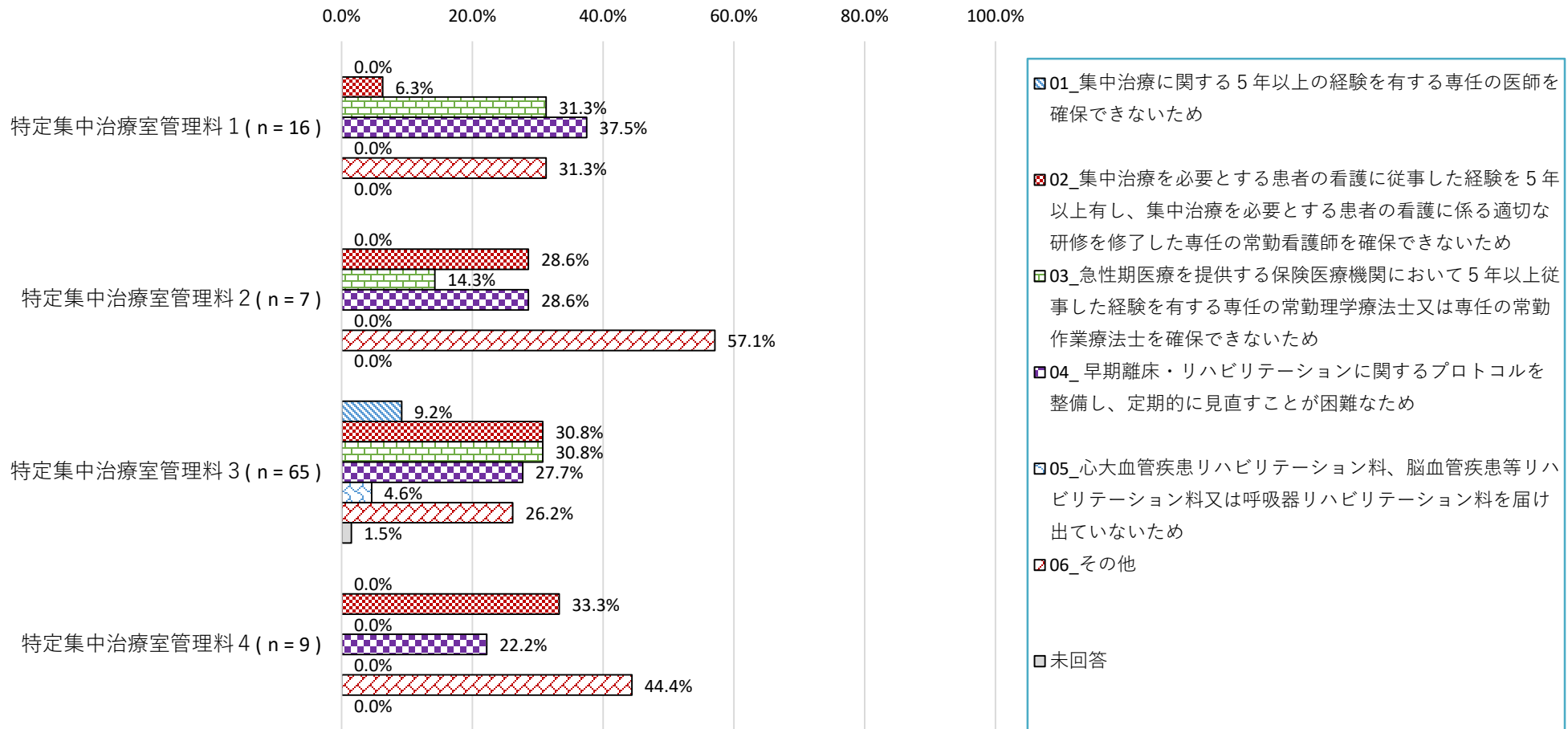
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

# 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由については、以下のとおりであった。

早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない理由



出典: 令和3年入院医療等の調査(治療室票)

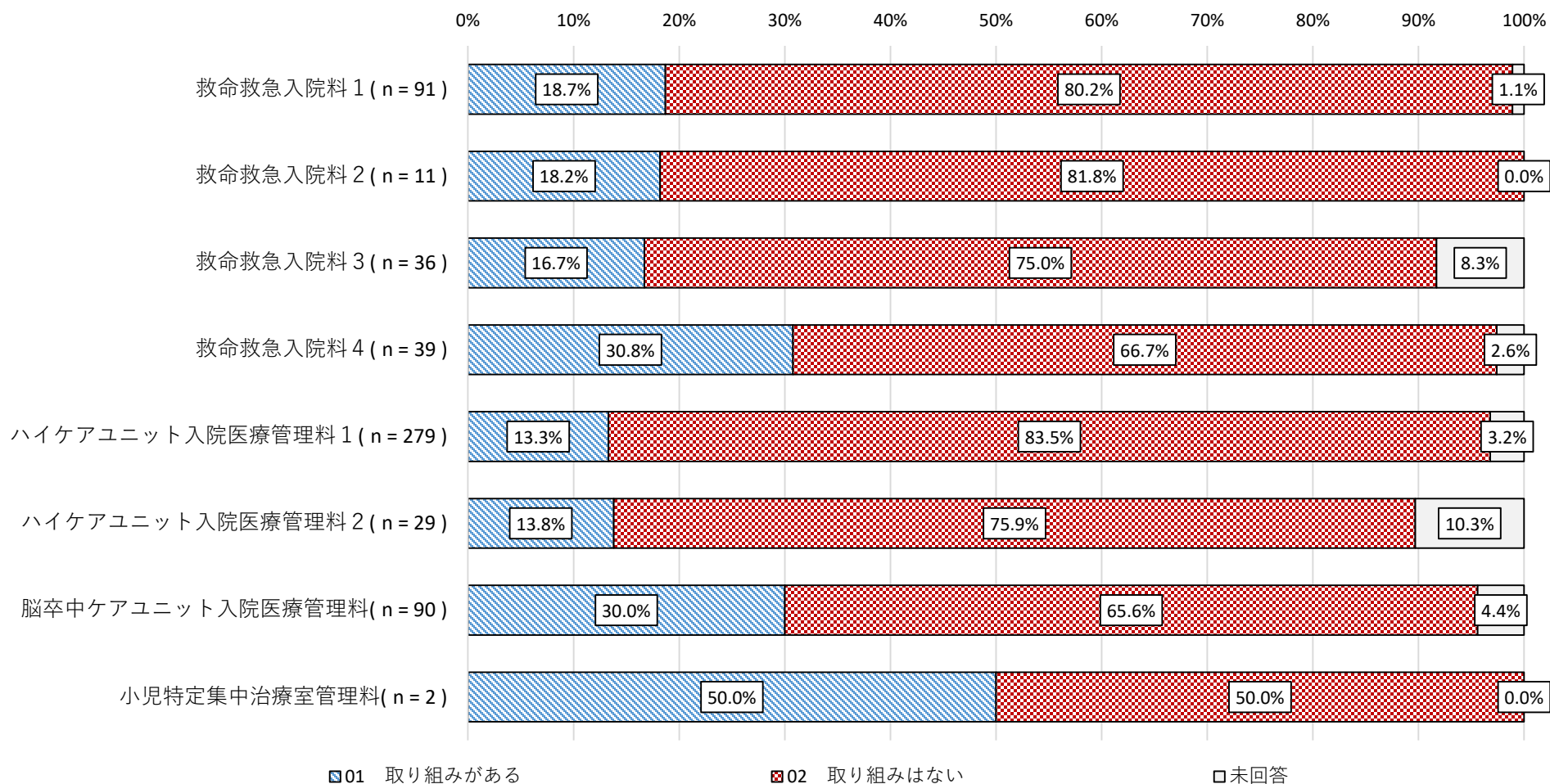
※複数回答

※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

# 早期離床やリハビリテーションの実施状況

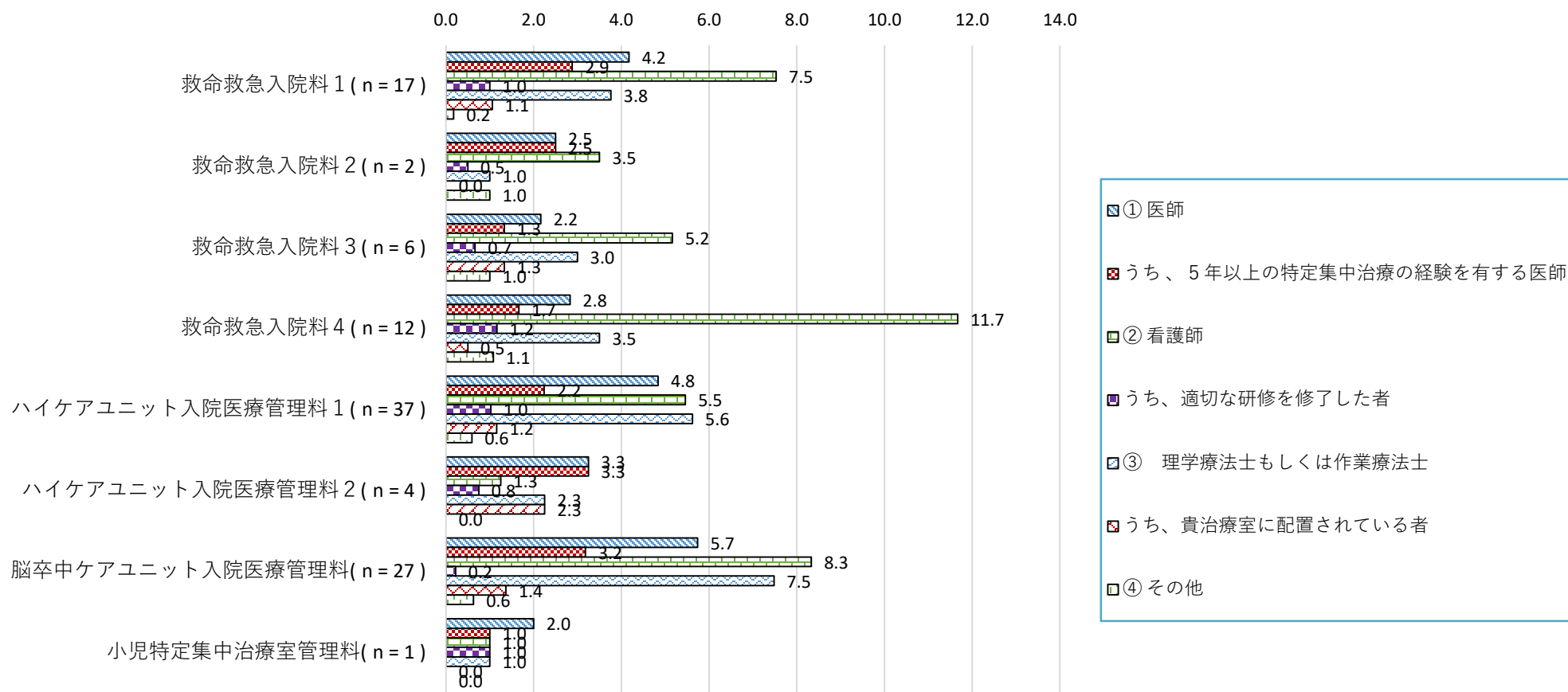
○ 早期離床・リハビリテーション加算の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの有無については、以下のとおりであった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの有無



○ 早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みにおける職種の人数は、以下のとおりであった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みに関わる職種の人数  
(一治療室あたり)

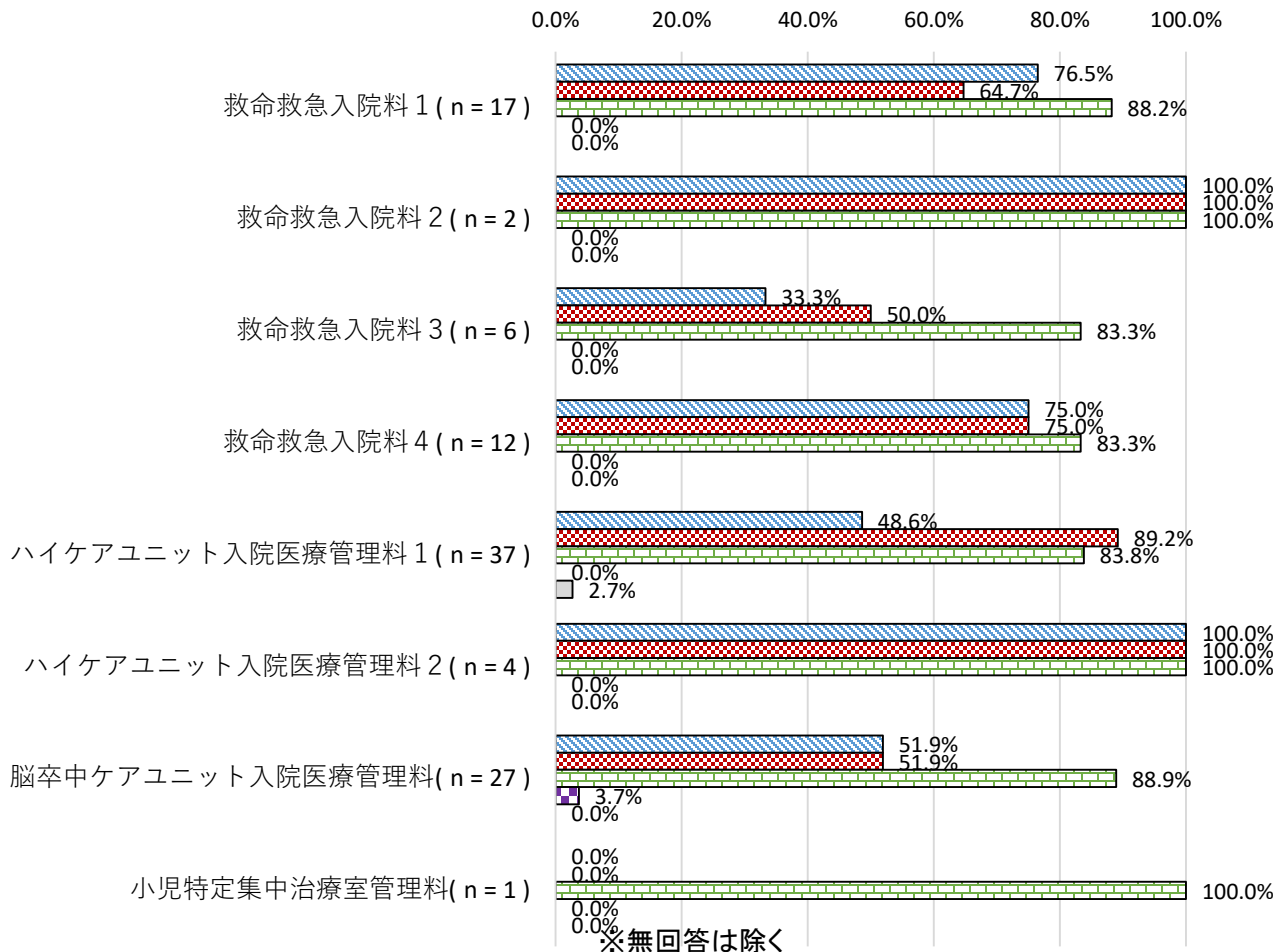


- ① 医師
- うち、5年以上の特定集中治療の経験を有する医師
- ② 看護師
- うち、適切な研修を修了した者
- ③ 理学療法士もしくは作業療法士
- うち、貴治療室に配置されている者
- ④ その他



○ 早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みを行っている治療室の活動内容は、以下のとおりであった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの内容



- 01\_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、定期的に見直している
- 02\_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を届け出ている (\*脳卒中ケアユニット入院管理料を除く)
- 03\_定期的なカンファレンスを実施している。
- 04\_その他
- すべて未回答

※無回答は除く

※複数回答

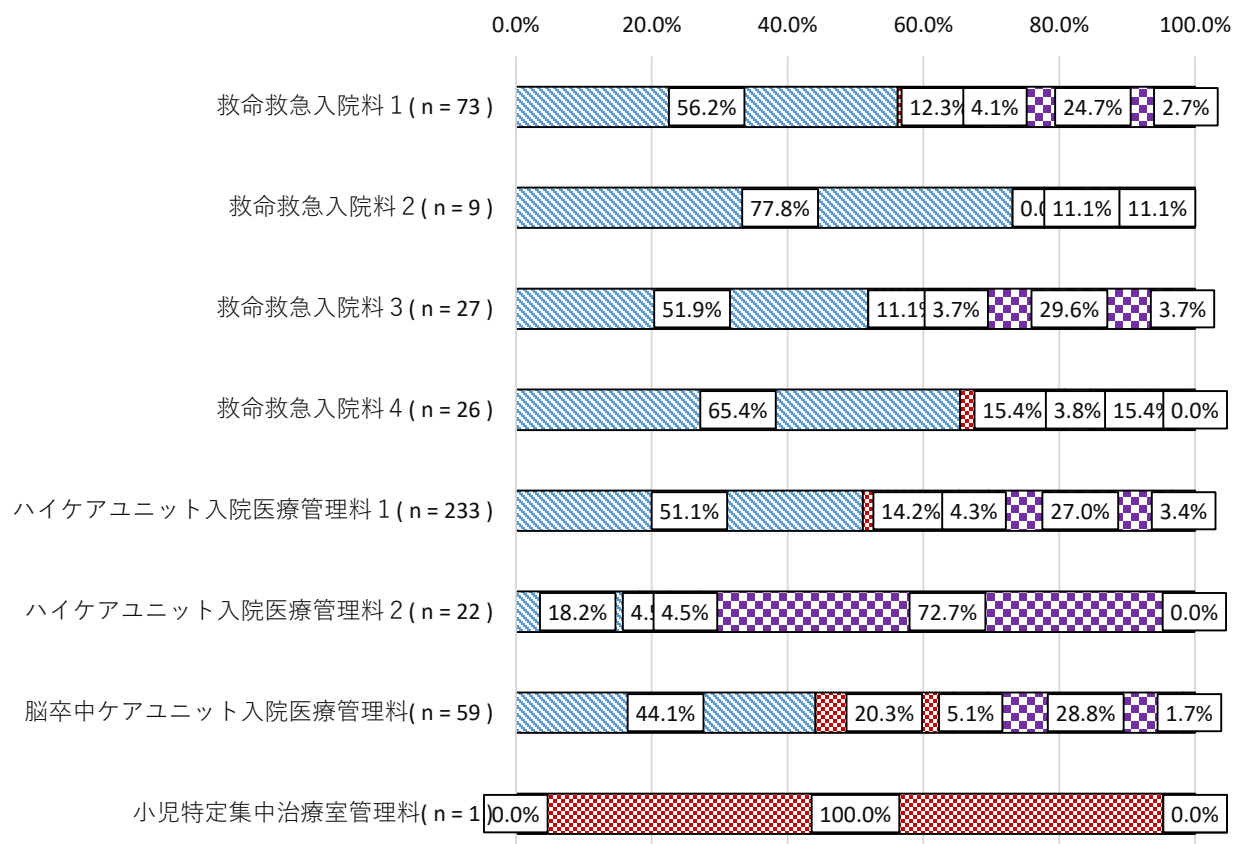
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

# 早期離床やリハビリテーションについての今後の意向

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 早期離床やリハビリテーションに関わるチーム活動がない治療室において、早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチームについて「必要性を感じている」、「検討中である」又は「準備中である」と回答した医療機関はハイケアユニット入院医療管理料2を除く、全ての治療室において6割以上であった。

早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みが無い場合、今後の意向について



01\_治療室において、早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチーム介入の必要性を感じている。

---

02\_現在、早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチームを立ち上げについて検討中である。

---

03\_早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチームの立ち上げを準備中である。

---

04\_早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチーム介入がなくても問題ない。

□すべて未回答

※無回答は除く  
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

# 早期栄養介入等の現状について

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 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

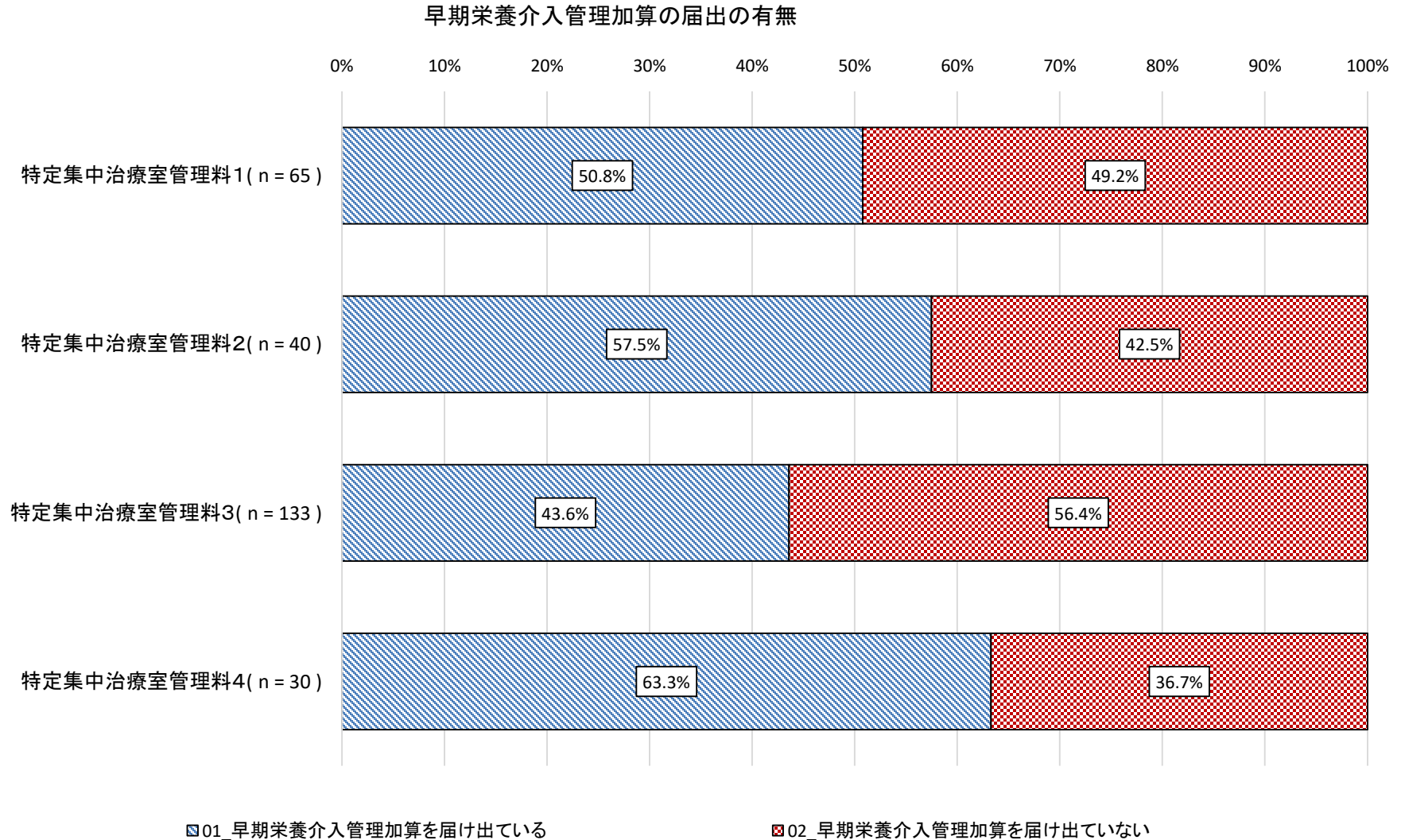
※学会開催の研修会を受講した管理栄養士に対してwebアンケート調査を実施。

出典：日本健康・栄養システム学会調べ

# 早期栄養介入管理加算の届出状況

中医協 総-1-2  
3 . 1 0 . 2 7

○ 特定集中治療室管理料1～4において約半数の医療機関において、届出がされていた。

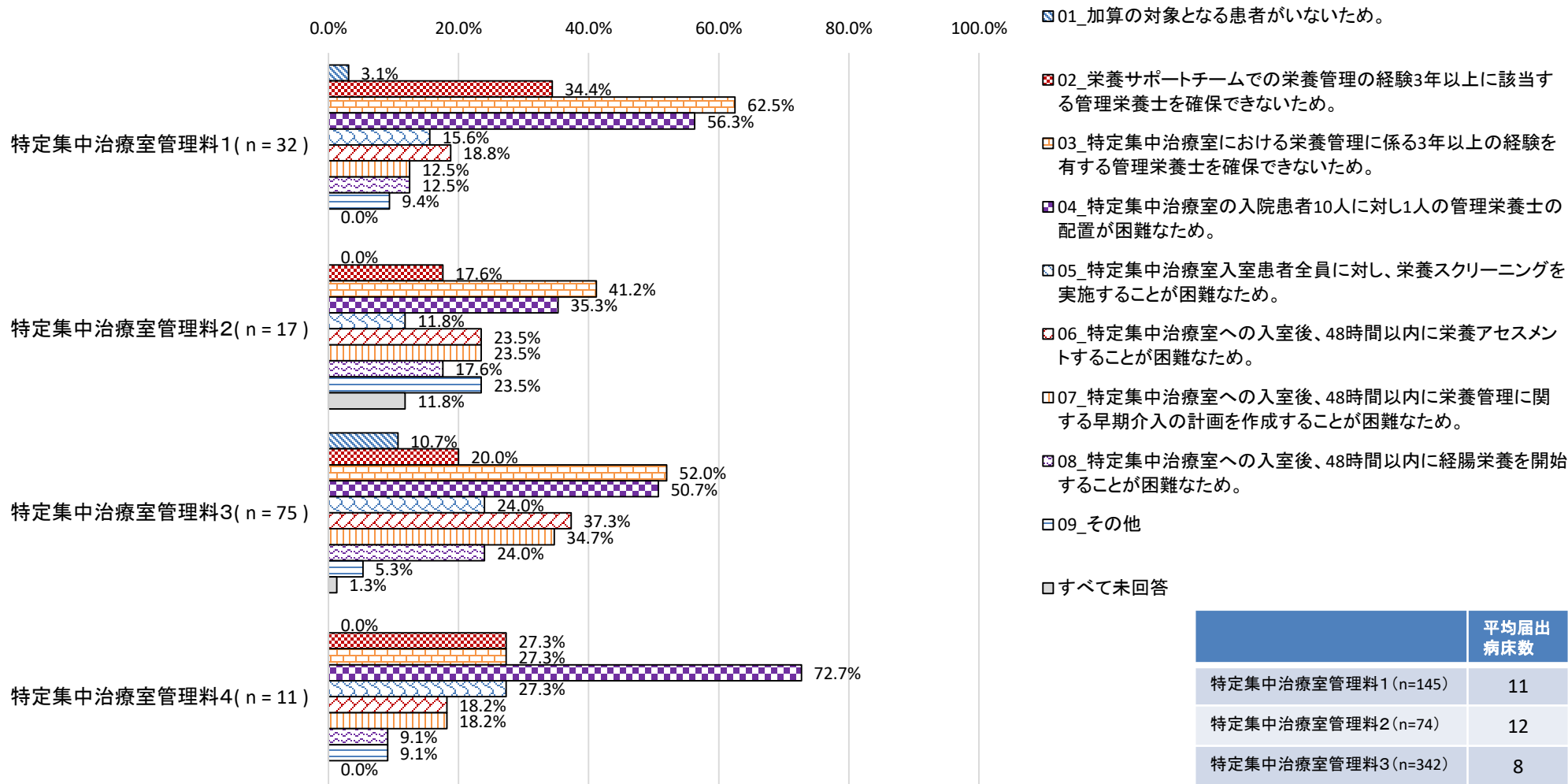


# 早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 届出をしていない理由としては、「特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を有する管理栄養士が確保できないため」、「特定集中治療室の入院患者10人に対して1人の管理栄養士の配置が困難なため」が多かった。

早期栄養介入管理加算を届け出していない理由



出典: 令和3年度入院医療等の調査(治療室票)

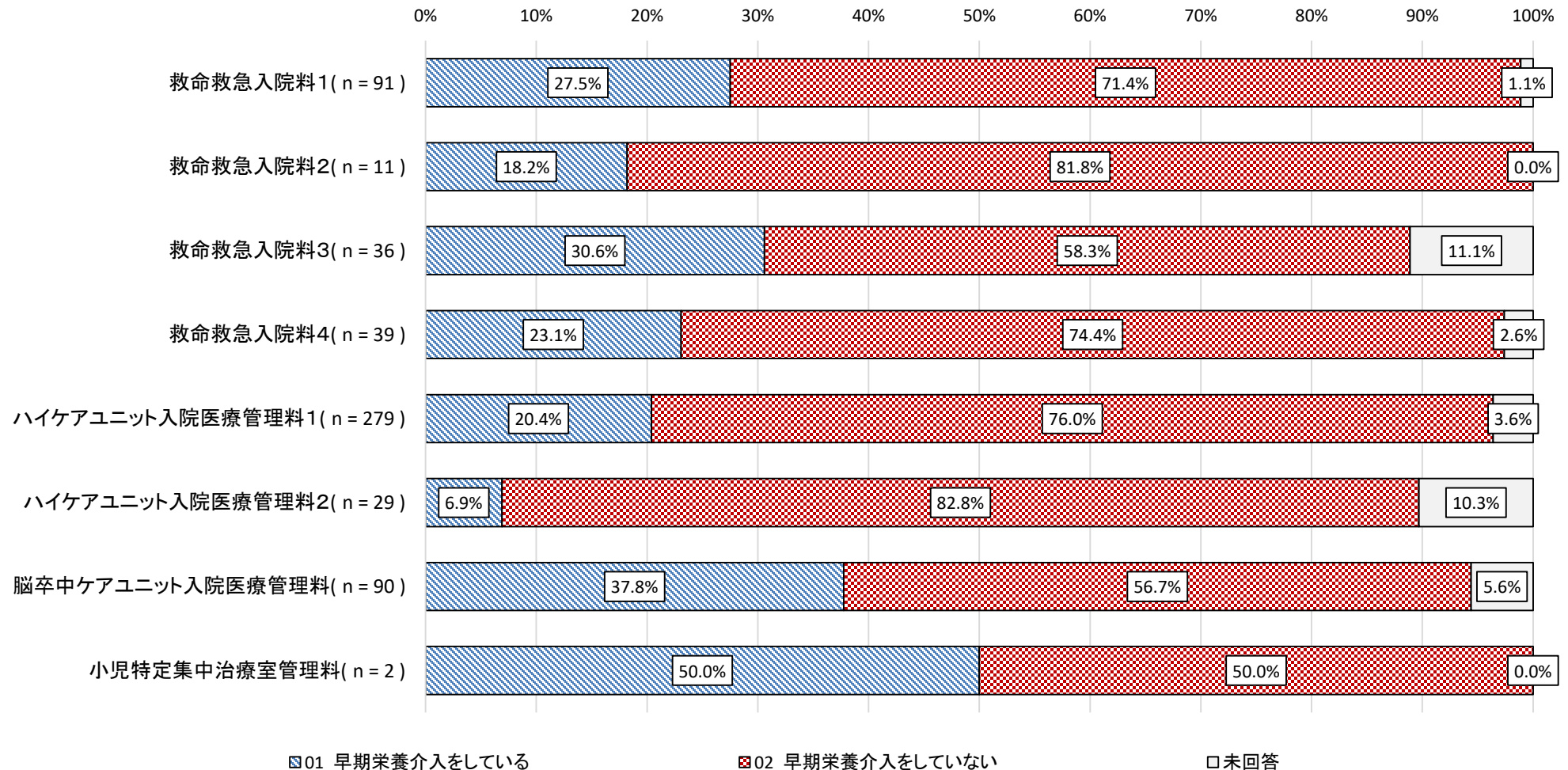
※医療課調べ

# 早期からの栄養管理の実施状況

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していた。

栄養管理に係る早期介入の状況(令和3年6月1日時点)

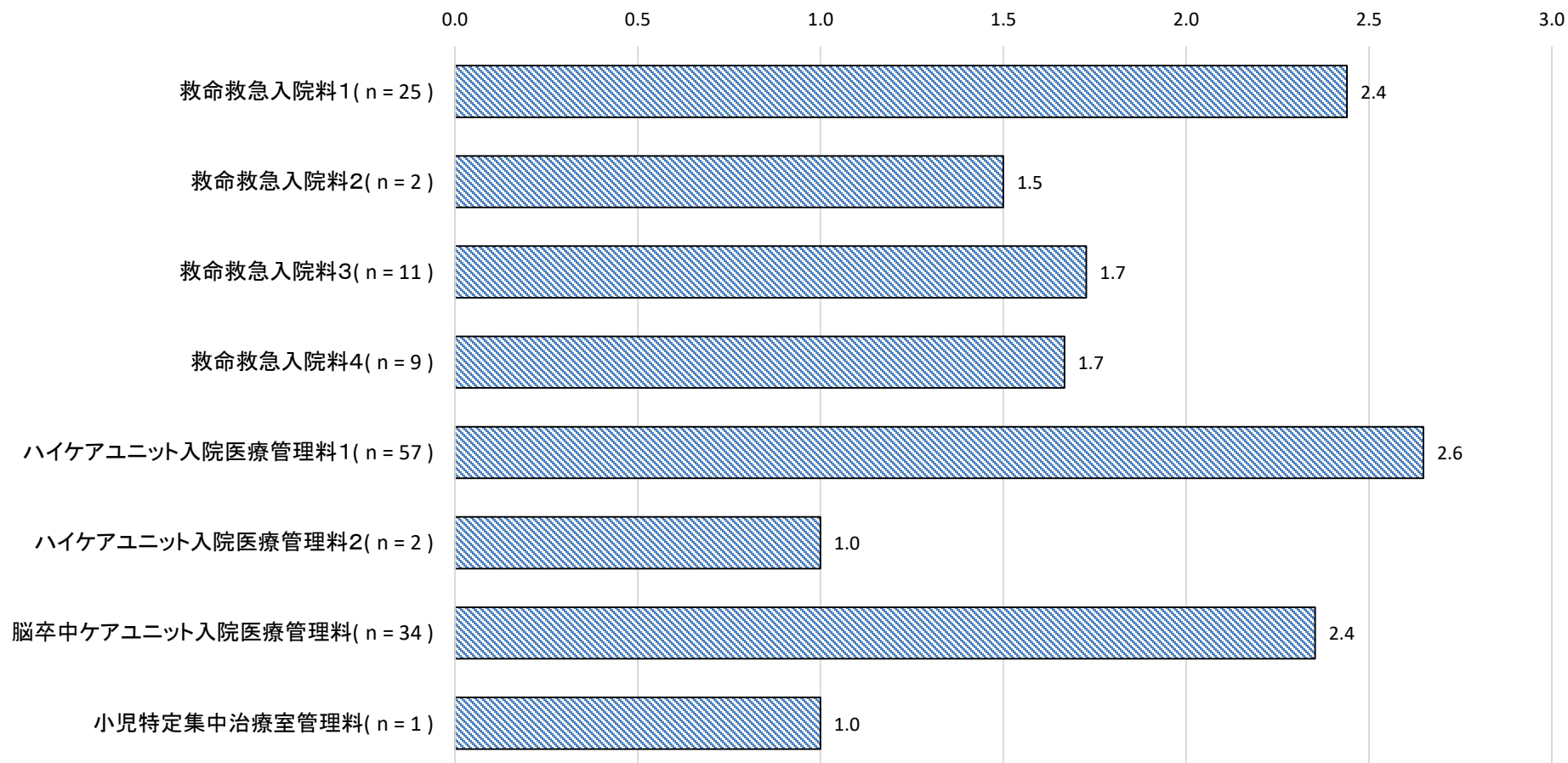


# 早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数

中医協 総-1-2  
3.10.27

○ 各入院料において、早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数は、1名以上であった。

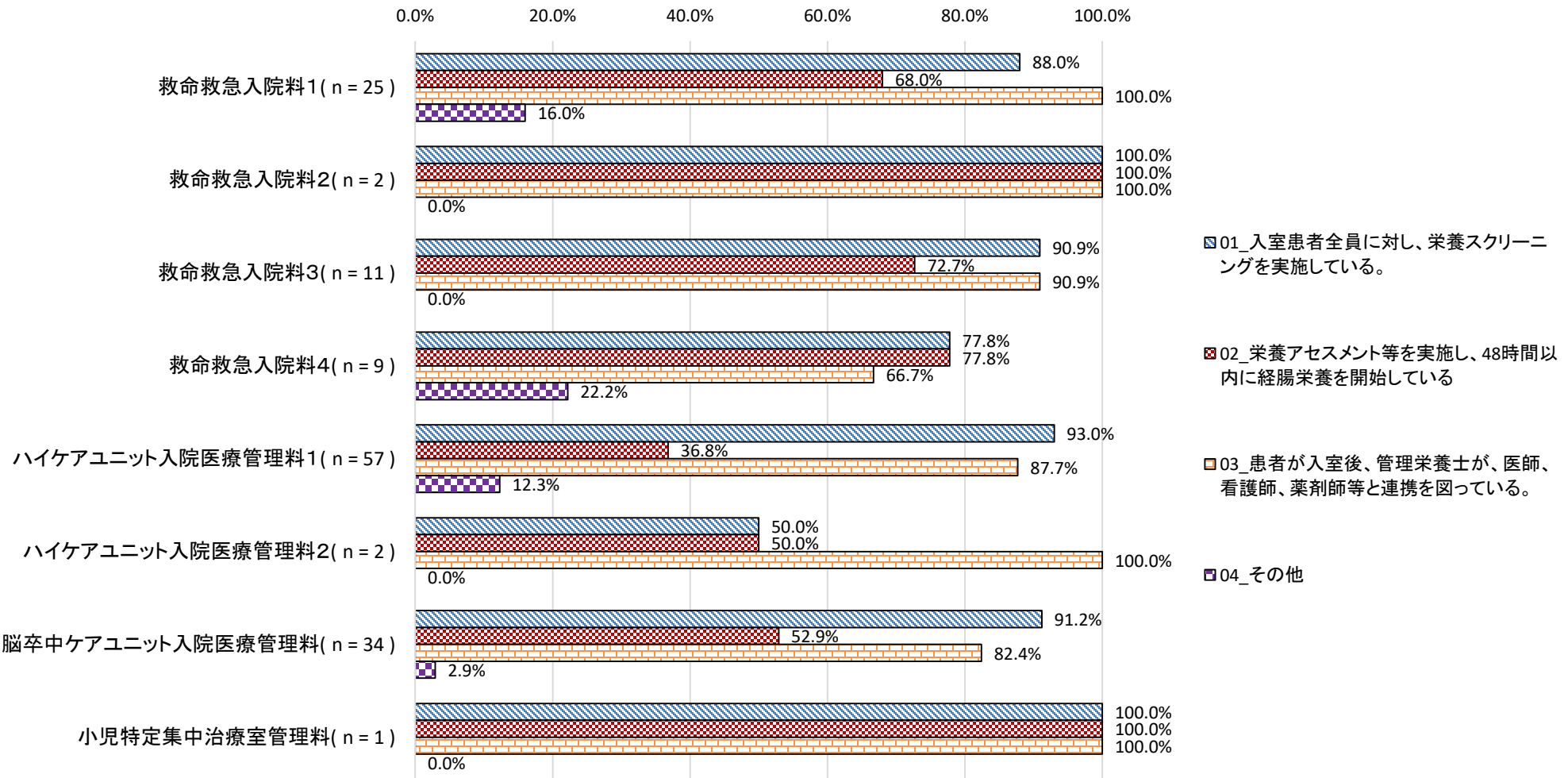
栄養管理に係る早期介入に関わる管理栄養士の人数(一治療室あたり)



# 早期からの栄養管理の実施内容

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 早期栄養介入管理加算を算定していない治療室において、早期からの栄養管理に関する介入内容は、「入室患者全員に対し、栄養スクリーニングの実施している」、「患者が入室後、管理栄養士が、医師、看護師、薬剤師等と連携を図っている」は8割を越えていた。
- 「栄養アセスメント等を実施し、48時間以内に経腸栄養を開始している」は、ばらつきが見られたが、ほとんどの入院料において5割を越えていた。

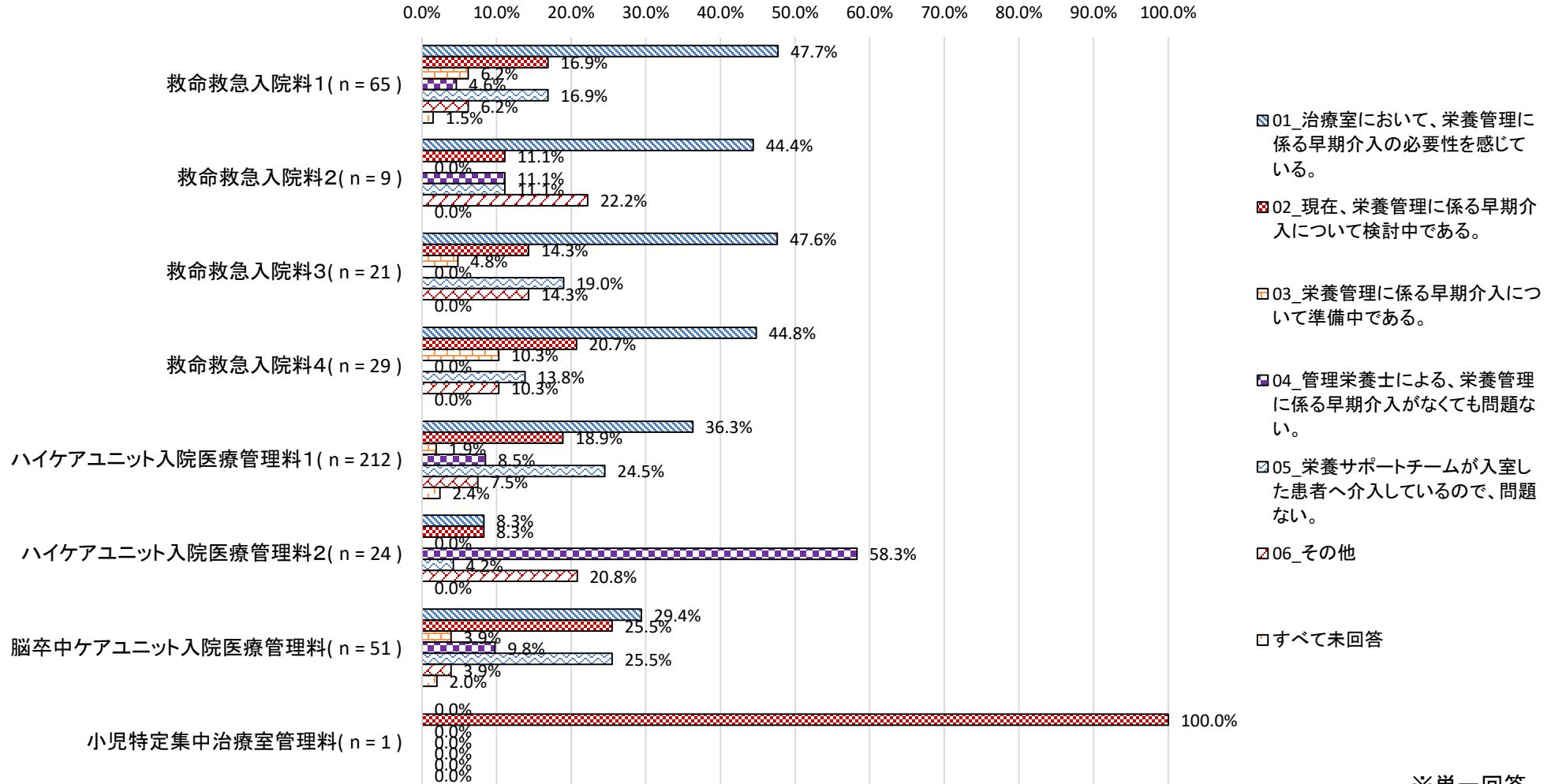




# 今後の意向について

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 救命救急入院料において、「治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている」を選択した医療機関は4割を越えていた。
- 栄養管理に係る早期介入について検討中、準備中である医療機関を合わせると、約2割である。



※単一回答

# 治療早期からの回復に向けた取組についての課題と論点

(早期離床・リハビリテーション加算について)

- 集中治療において、早期から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、早期歩行獲得などの効果が期待されている。
- 入院調査の結果をみると、早期離床・リハビリテーション加算の算定対象となっていない治療室においても、一定の割合で、早期離床やリハビリテーションに係る取組が行われている実態があった。
- 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象となっていない治療室において、早期離床やリハビリテーションに対する多職種によるチームについての今後の意向として「必要性を感じている」、「検討中である」又は「準備中である」と回答した医療機関は、一部の治療室を除いて6割以上であった。

(早期栄養介入管理加算)

- 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実態がみられた。
- 救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していた。
- 救命救急入院料において、「治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている」を選択した医療機関は4割を越えており、栄養管理に係る早期介入について検討中、準備中である医療機関を合わせると、約2割であった。



## 【論点】

- 質の高い入院医療を推進するための、治療早期からの回復に向けた取組についてどのように考えるか。

## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
  - 5-1 病棟における栄養管理について
  - 5-2 周術期における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 診療報酬における栄養項目に関する評価の主な変遷

○ 近年、診療報酬における栄養項目に関する評価として、入院に関して、管理栄養士が主にベッドサイドで行う業務が増加している。

	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	
入院での評価	栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料へ要件化					
							回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実	回復期リハビリテーション病棟入院料における栄養管理の充実	
								早期栄養介入管理加算	
			栄養サポートチーム加算						
			摂食障害入院医療管理加算						
						認知症ケア加算			
		入院栄養食事指導料							
								栄養情報提供加算	
	主に入院以外での評価	外来・在宅患者訪問栄養食事指導料							
				糖尿病透析予防指導管理料					
				在宅患者訪問褥瘡管理指導料					
						個別栄養食事管理加算			
						在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料			
								摂食嚥下支援加算	
								連携充実加算 <b>100</b>	

# 入院基本料等加算の簡素化①

## 栄養管理実施加算の簡素化

- 栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いことから、栄養管理体制の確保を入院基本料及び特定入院料の要件とし、診療報酬体系の簡素化を行う。

[入院基本料及び特定入院料の施設基準]（新たに追加された栄養管理に関する項目）

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成していること。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載すること。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- ⑦ 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑧ 特別入院基本料及び短期滞在手術料1を算定する場合は、①～⑦までの体制を満たしていることが望ましい。
- ⑨ 当該保険医療機関において、①の基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくなった日の属する月を含む3か月に限り、従来の入院基本料等を算定できる。
- ⑩ 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、①の基準を満たしているものとする。

# チーム医療において管理栄養士が主体的に関わる業務

## 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日付け医政局長通知)(抜粋)

### 2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

#### (3)管理栄養士

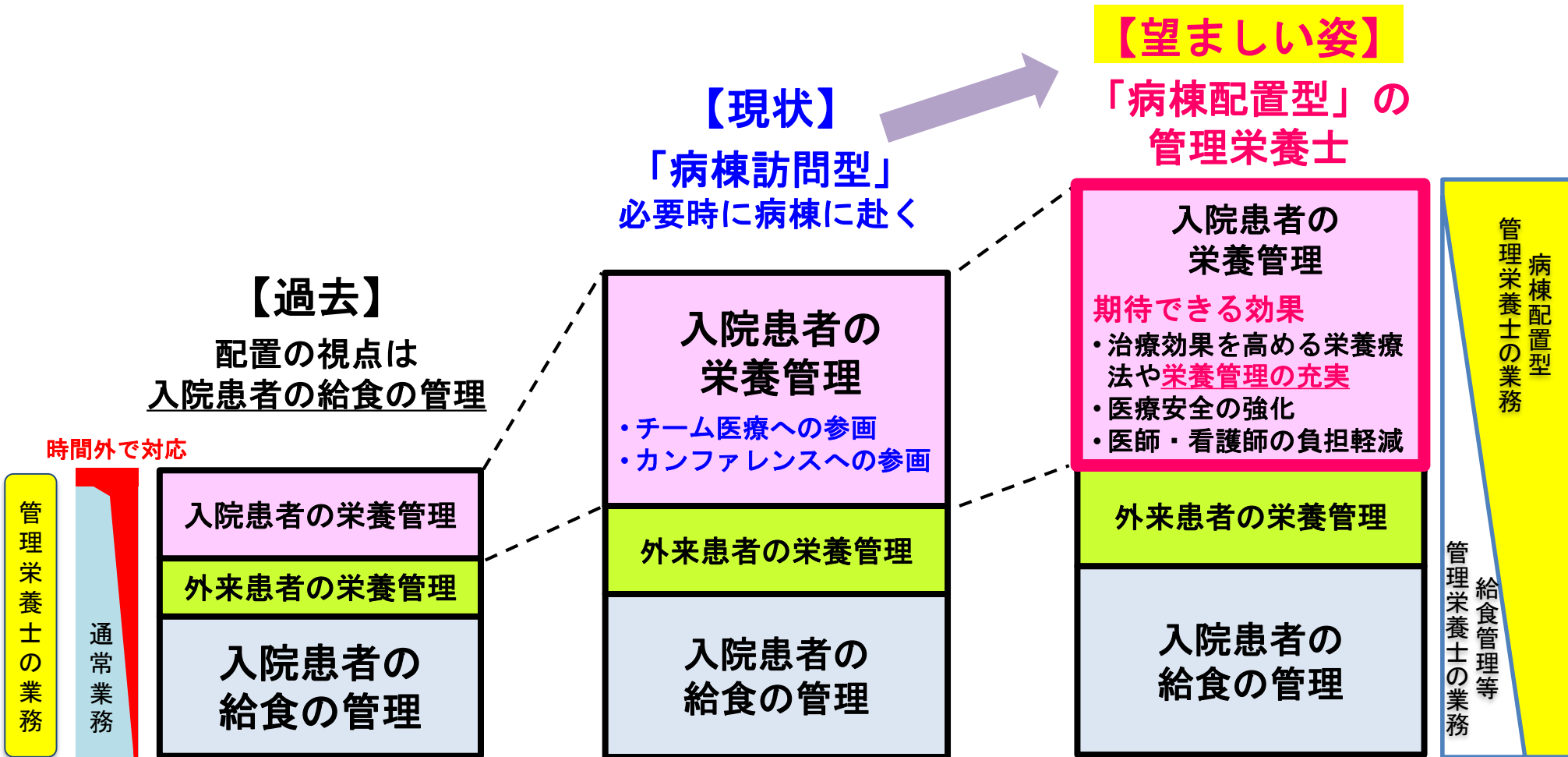
近年、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食(常食)について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること(食事内容等の変更を提案することを含む)。
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導(クリティカルパスによる明示等)を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類を選択や変更等を提案すること。

# 管理栄養士の業務のイメージ

- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であった。
- 近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主に変わってきている。
- 入院患者の栄養管理を更に充実させるため、管理栄養士が病棟配置されることが望ましいと考えられる。



# 入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

- 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 主に低栄養状態の患者など、介入時点の栄養状態に着目した指導に対して評価を行っている。

## 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

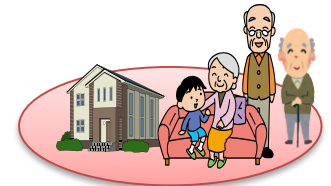
### 栄養サポートチーム加算

(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



## 病棟における管理栄養士の役割の例

- 1) 全ての入院患者の栄養障害・低栄養のリスクを適切に評価・予測し、疾病やその部位、症状、手術療法他、有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養評価と栄養計画、食事・栄養管理の実践のともに栄養指導を実施する。
- 2) 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション等に対して、個人の体質・、心理面等を考慮した生活療養の指導を実施する。
- 3) 栄養素や疾病に伴う代謝の状態を理解し、食事・輸液・経腸栄養を含めた総合的な栄養に関する提案と調整を実施。
- 4) 疾病や治療、加齢に伴う摂食・嚥下障害の発生要因や症状より、その食形態の提案と調整を実施する。
- 5) 食事・栄養摂取を含めた生活全体を見た全人的な視点に立った在宅復帰にむけて支援する。
- 6) 病状や、治療等、食事摂取量や栄養に影響しうるに関わる問題を抽出し、医師・看護師、他職種とともにチーム医療を推進し実践する。
- 7) 個々の疾病、身体状況、いずれの状況においても治療が効果的に継続できるように食事・栄養面から支援する。
- 8) 在宅復帰後の食生活に合わせた栄養量の見直しや、低栄養回避による再入院支援のための食事・生活支援に関する相談・指導の実施する。
- 9) 転施設、紹介元への栄養情報提供を実施する

# 管理栄養士の業務の現状

- 管理栄養士の業務のうち、入院患者への業務に関する時間は、全業務時間の約3割であった。
- 管理栄養士の病棟業務時間が長い(病棟業務のエフォートが高い)ほど、医師等の業務支援対応時間が有意に長い傾向であった。

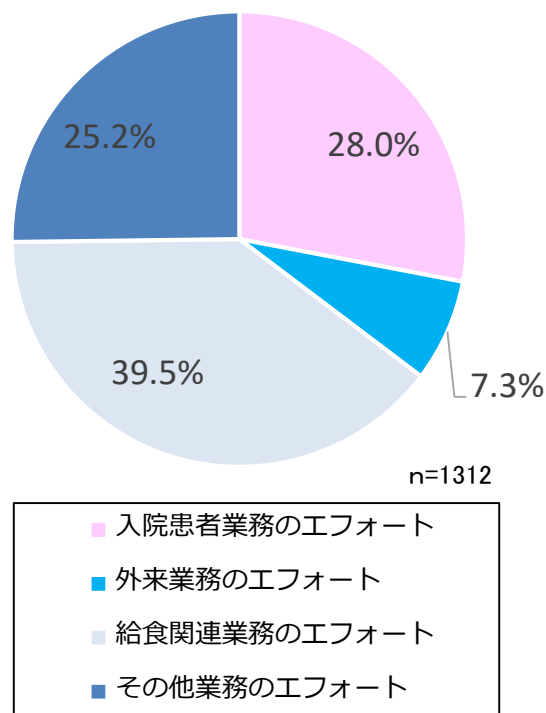


表 病棟業務時間割合別の医師等の業務支援対応時間

病棟業務へのエフォート	N	医師等の業務支援対応時間				P for trend
		平均値	中央値	IQR		
80%以上	57	73.5	70.0	30.4	96.2	<0.001
50-79%	274	49.4	42.4	22.8	69.0	
1-49%	626	17.1	9.1	0	25.3	
0%	355	0.2	0	0	0	

※業務量調査のうち、  
 ①入院患者対応(医師等の業務支援)  
 ②栄養指導業務の医師への提案  
 ③チーム医療の際の患者情報収集  
 ④アレルギー等の聞き取り  
 の時間を集計

(Jonckheere-Terpstra trend test)

図 管理栄養士の業務内容別割合

# 病棟配置された管理栄養士の具体的な患者対応のイメージ

- 管理栄養士の病棟業務は、入院栄養食事指導とベッドサイドで行うその他の栄養管理業務に分類できる。
- 医師、看護師等と連携して実施するその他の栄養管理業務は、管理栄養士が病棟配置された場合には、管理栄養士が主体的に実施し、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となる。

現行

管理栄養士が実施

医師、看護師等と連携して実施

## 給食管理業務

献立作成  
発注・在庫管理  
等



## 外来栄養食事指導

食生活状況の把握  
病態に応じた食事内容の指導  
食生活の改善・是正



## 病棟での業務

### 入院栄養食事指導

入院前の食生活状況の把握  
病態に応じた食事内容の指導  
食生活の改善・是正  
栄養情報提供書の作成



### その他の栄養管理業務



#### ① 栄養評価

食生活等の入院前の情報収集  
食物アレルギーの確認  
栄養状態の評価  
・身体所見、画像所見の評価  
・電解質の評価  
・病態、循環動態の評価 等

#### ② 栄養計画

入院診療計画書の確認、作成  
栄養管理計画書の作成、再評価  
・食種選択(栄養量、食事形態)  
・経腸栄養メニュー作成

#### ④ モニタリング

食事摂取状況、摂取栄養量、  
水分出納、腹部症状、循環動態、  
血液検査値、画像所見、  
ADL・活動量・体重変動の確認

#### ③ 栄養介入

ミールラウンド  
喫食量、食事形態の確認  
食事摂取不良患者への対応  
栄養補助食品の紹介・提案  
食欲低下時の対応  
医師への栄養メニュー提案

病棟配置

「その他の栄養管理業務」を治療方針や  
摂取状況等に応じて、速やかに介入・支援が可能

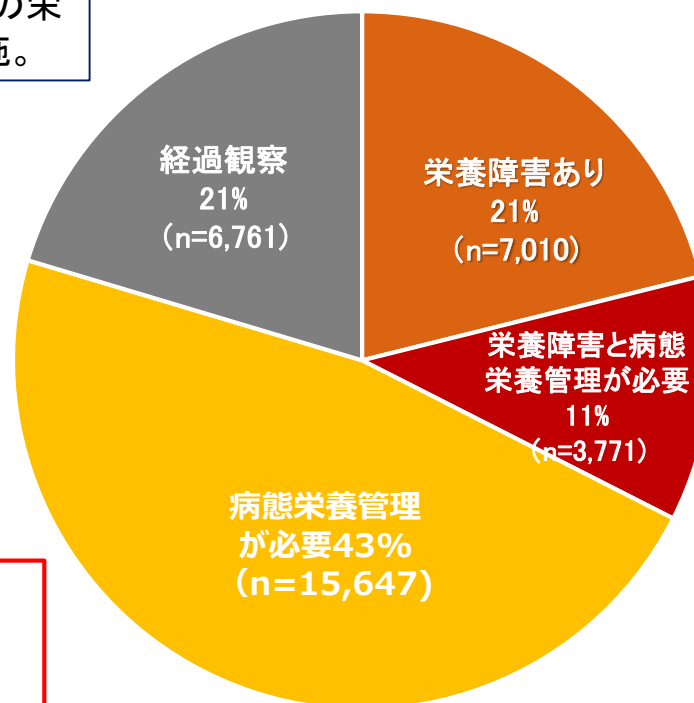
患者の病態・状態に応じた、  
きめ細やかな栄養管理の実施

# 特定機能病院における入院時の栄養状態

○ 全体の21%の患者に栄養障害が認められ、病態栄養管理の必要な割合は43%、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者は11%であった。全体の約80%の患者に栄養管理の必要性があった。

## 【方法】

2018年度に特定機能病院に入院した患者 33,189名を対象として、入院時の栄養管理の必要性について調査を実施。



## A. 栄養障害判定基準

- ・ 血清アルブミン値3.0g/dL以下
  - ・ やせ  
(BMI18.5未満 ※小児はカウプ指数等で判定)
  - ・ 浮腫・腹水あり
  - ・ 褥瘡あり
  - ・ %AC、%TSF、%AMC 60%以下
  - ・ 入院時食事摂取量7割以下
  - ・ 入院時絶食管理  
(経管・経静脈栄養管理) など
- により管理栄養士が総合的に判定

## B. 病態に対する栄養管理が必要

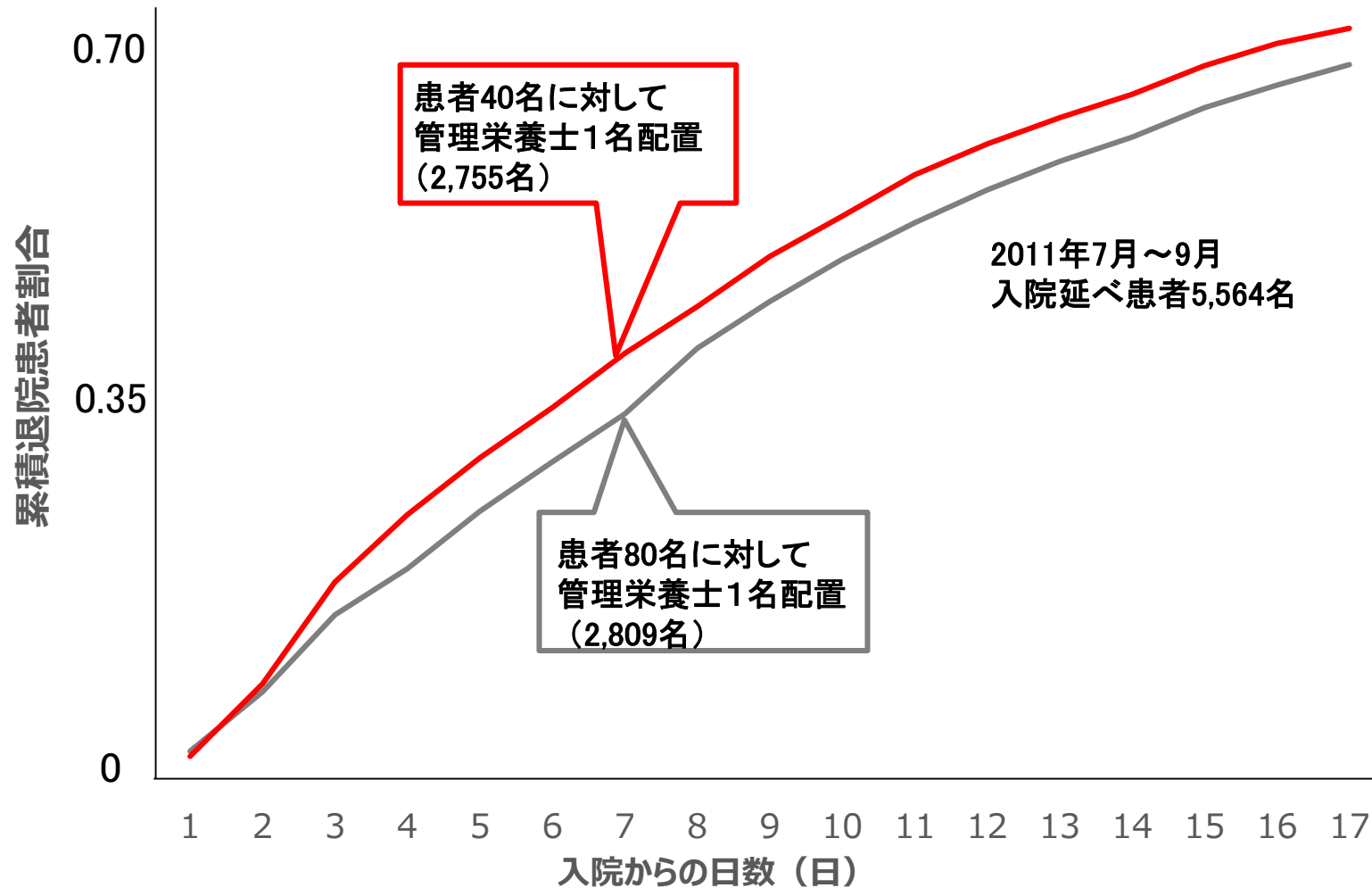
- ・ 特別治療食が必要とされる患者  
(胃・腸疾患、肝・胆疾患、膵臓疾患、心臓疾患、腎臓疾患、糖尿病、肥満症、脂質異常症など)
- ・ その他、病態に応じた栄養管理が必要とされる患者(悪性腫瘍、呼吸器疾患など)

# 管理栄養士の病棟業務の効果等①

○ 栄養ケアを強化し、患者40人に対して管理栄養士1人を配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていた。

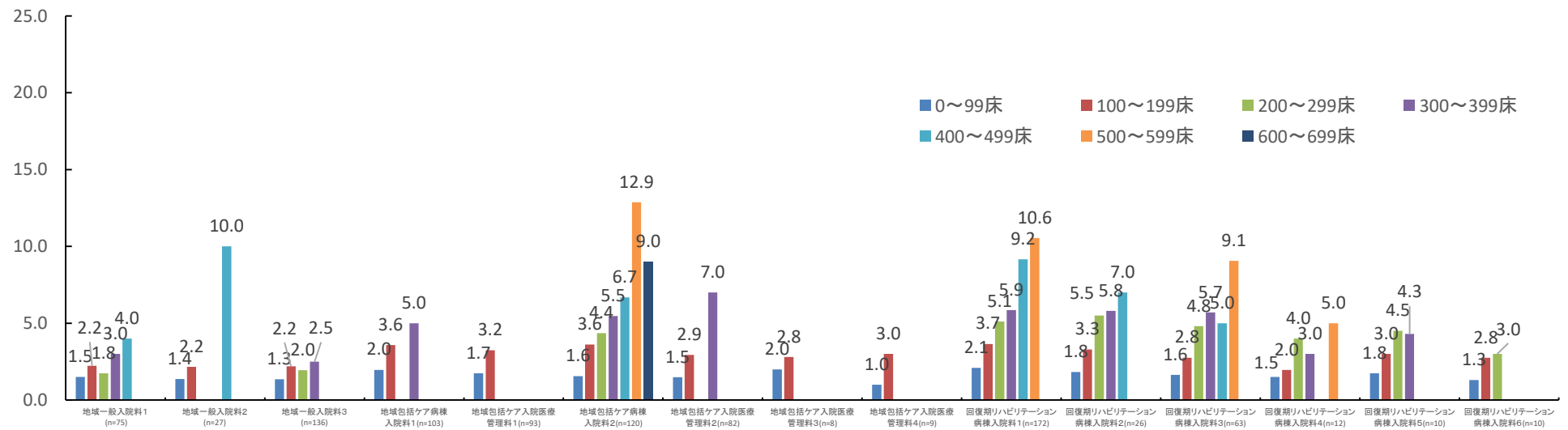
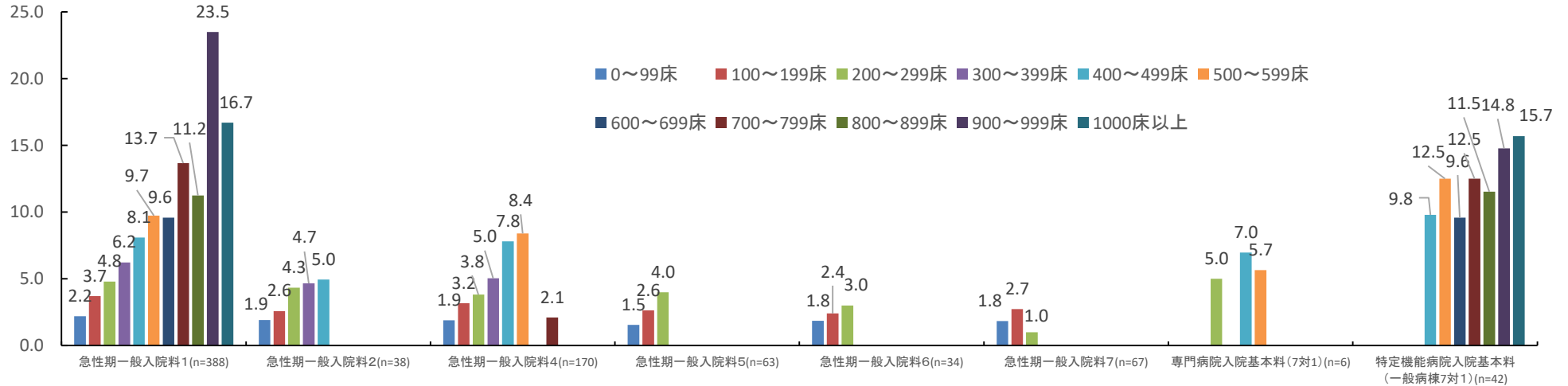
## 【対象と方法】

2011年度、特定機能病院に入院した患者5,564名を対象に、管理栄養士1人に対して40人の患者の栄養ケアを担当した場合と80名の栄養ケアを担当した場合の累積退院患者の割合を比較。



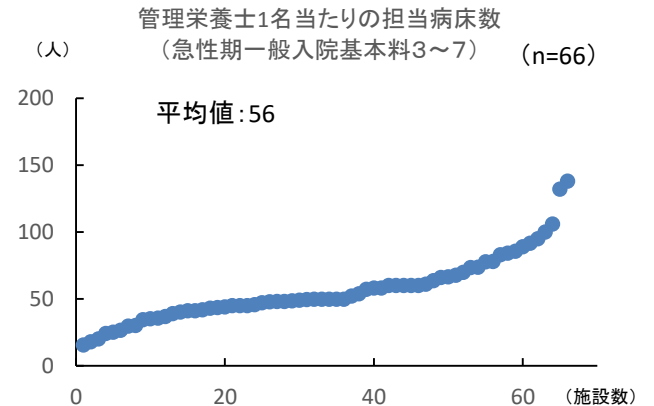
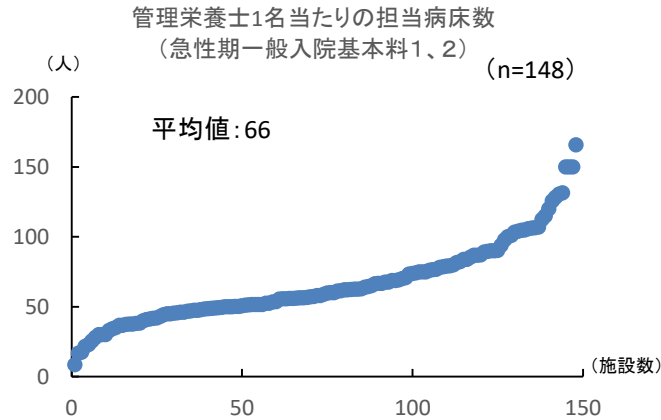
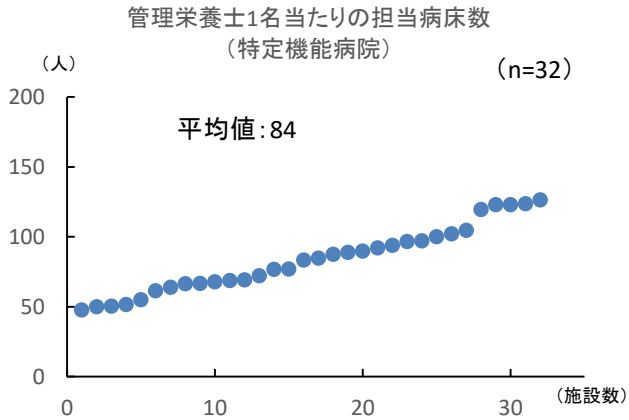
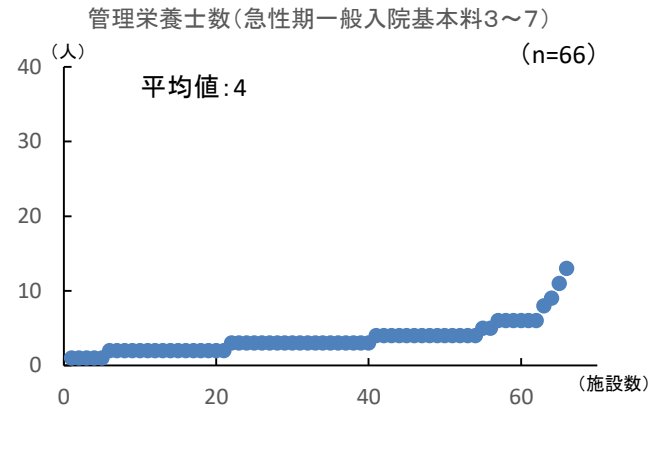
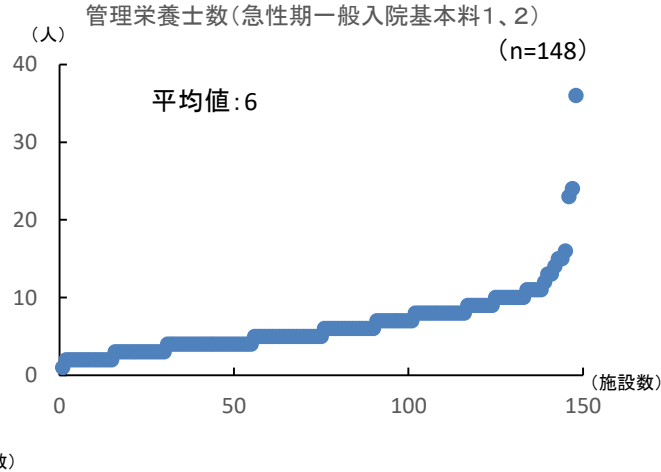
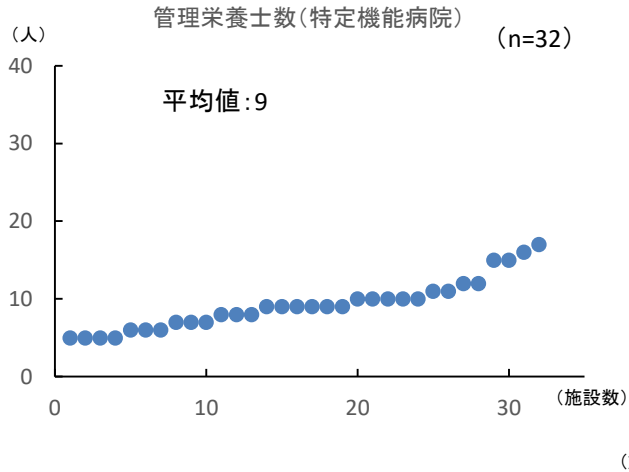
# 管理栄養士の配置の状況

- 管理栄養士数は、急性期一般入院料、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においては、病床規模に応じて、多く配置されていた。
- 特定機能病院入院基本料においては、病床規模による差が比較的小さかった。



# 管理栄養士1名当たりの担当病床数

○ 管理栄養士1名当たりの担当病床数の、入院基本料別分布は以下のとおり。



# 病棟における栄養管理に関する課題及び論点

- 近年、入院医療に関して、管理栄養士が主にベッドサイドで行う業務が増加している。
- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であったが、近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主に変わってきている。
- 管理栄養士の業務のうち、入院患者への業務に関する時間は、全業務時間の約3割であったが、管理栄養士の病棟業務時間が長い(病棟業務のエフォートが高い)ほど、医師等の業務支援対応時間が有意に長い傾向であったという報告がある。
- 管理栄養士の病棟業務は、入院栄養食事指導とベッドサイドで行うその他の栄養管理業務に分類でき、医師、看護師等と連携して実施するその他の栄養管理業務は、管理栄養士が病棟配置された場合には、管理栄養士が主体的に実施し、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となる。
- 栄養障害が認められた患者のうち、病態栄養管理、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者が一定程度存在していた。また、栄養管理の必要性な患者が多かったという報告がある。
- 栄養ケアを強化し、管理栄養士を手厚く配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていたという報告がある。



## 【論点】

- 患者の病態・状態に応じた、きめ細やかな栄養管理の実施を推進する観点から、病棟における栄養管理の評価のあり方について、どのように考えるか。



## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
  - 5-1 病棟における栄養管理について
  - 5-2 周術期における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 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。）

# 入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

- 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 主に低栄養状態の患者など、介入時点の影響状態に着目した指導に対して評価を行っている。

## 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

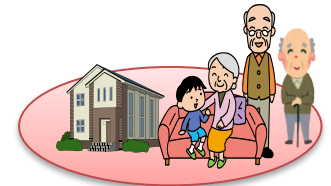
### 栄養サポートチーム加算

(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

# 周術期の患者の病態の変化について

- 術後の病態は4つの相に分けることができ、それぞれで大きく異なるため、各相に対応した栄養管理が必要になる。

## 第1相 (Injury Phase) : 術後の2～4日間

- ・筋たんぱく質の崩壊が著明に進み、エネルギー源としては内因性の栄養が利用される。
- ・消費エネルギー量すべてを栄養として投与するのではなく、やや少なめの栄養投与を行う。

## 第2相 (Turning Point) : 術後3～7日に開始し1～2日間持続

- ・筋たんぱく質の崩壊が低下し、適切なエネルギー投与でたんぱく質合成が高まる。
- ・内因性のエネルギー産生は低下するが持続している。
- ・エネルギー・たんぱく質の投与量を増やし、目標投与量を目指す。

## 第3相 (Muscle Strength) : 第2相の1～2日後から2～5週間持続

- ・たんぱく質合成が亢進し、骨格筋が増加する。
- ・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

## 第4相 (Fat Gain) : 数カ月持続

- ・体脂肪量が回復する。
- ・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

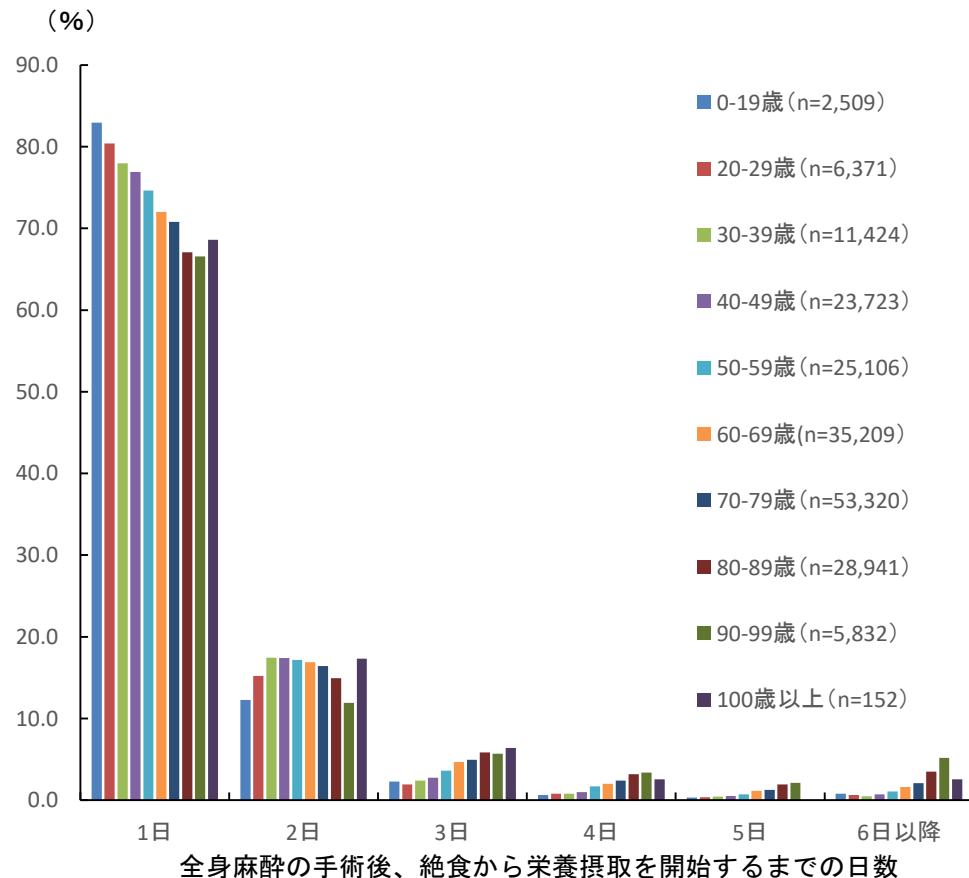
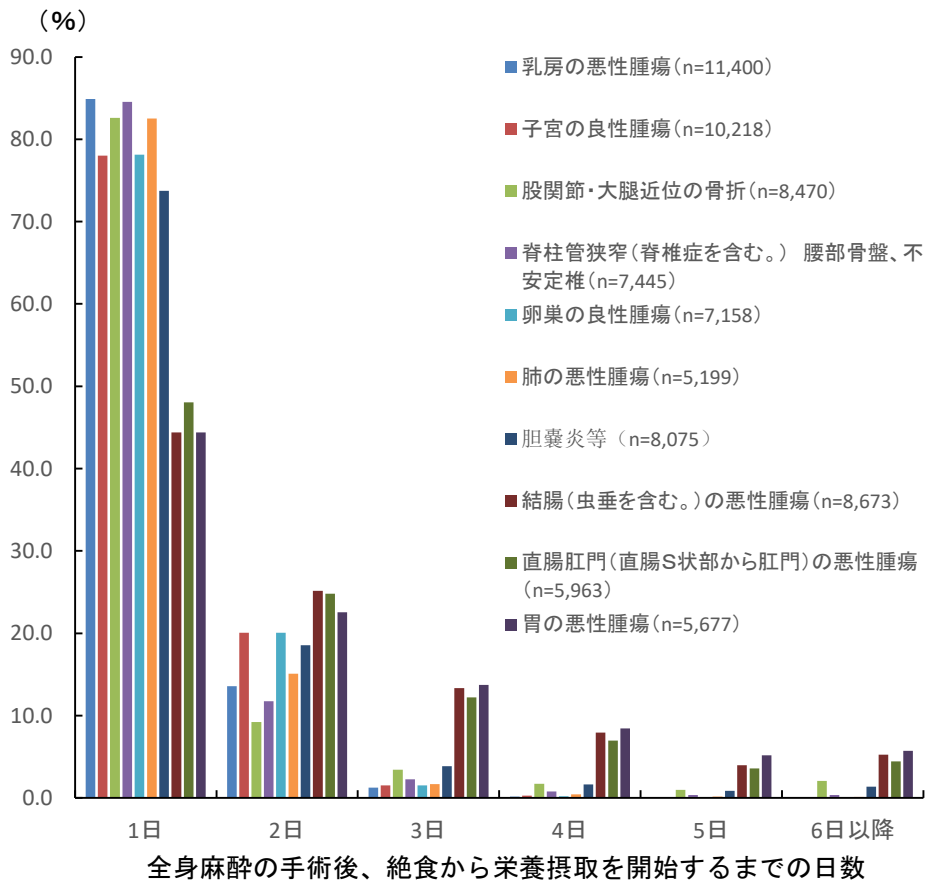
術後の重篤な合併症発生・手術の侵襲度・患者の併存疾患によって、各相の進展は大きく変化するため毎日刻々と変化する病態の観察が必要である。

また、第1相が遷延する場合、栄養投与量の不足状態が続くと重篤な栄養不良を引き起こす。特に病態をきめ細かく観察し、第2相、第3相で行うべき栄養管理開始を検討する。

# 術後の栄養摂取開始の状況

中医協 総-1-2  
3.10.27

- 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

- 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

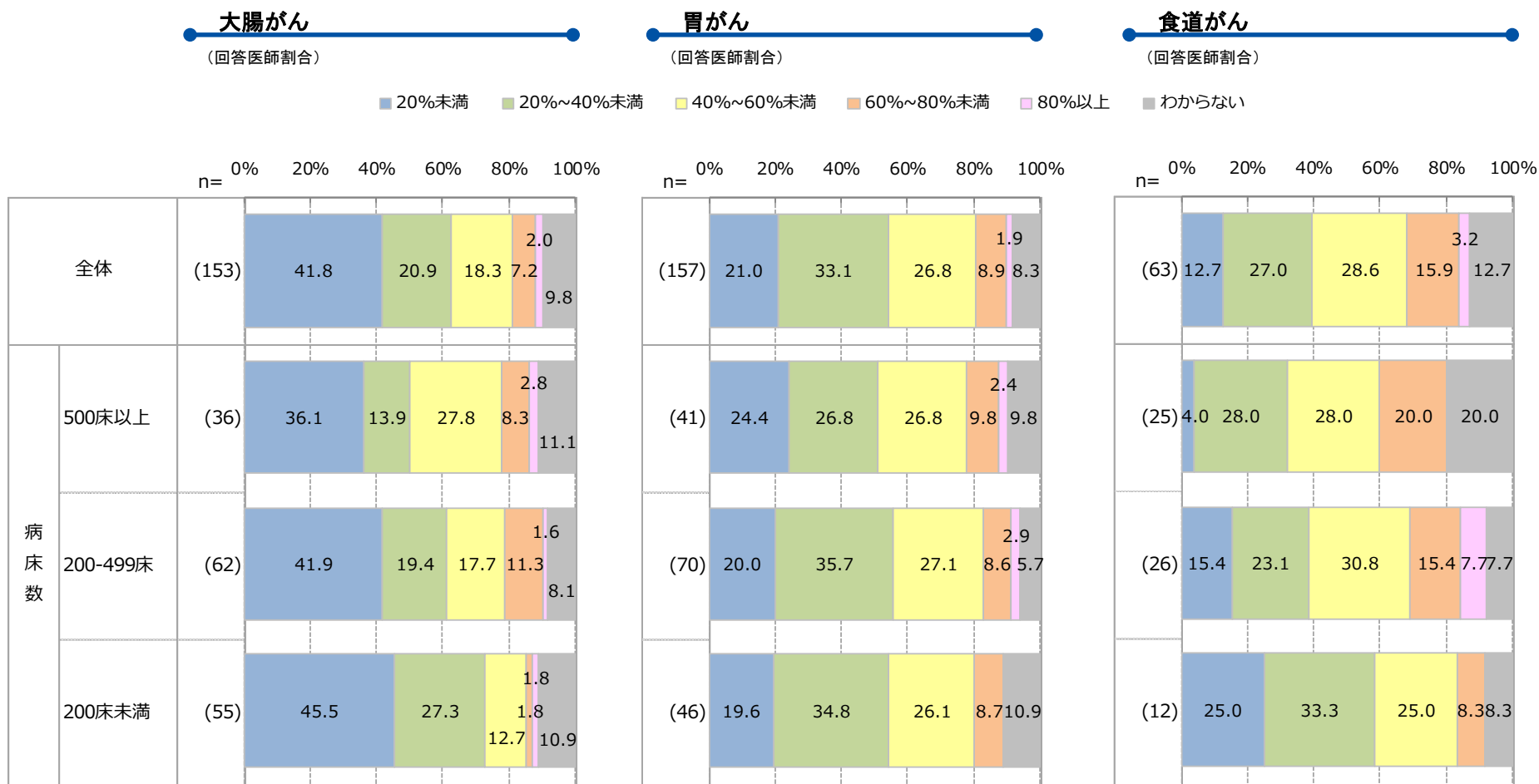
## Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

- 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)

- 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。

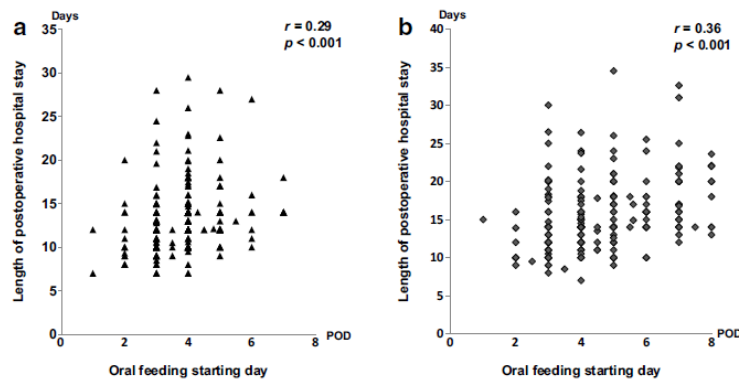
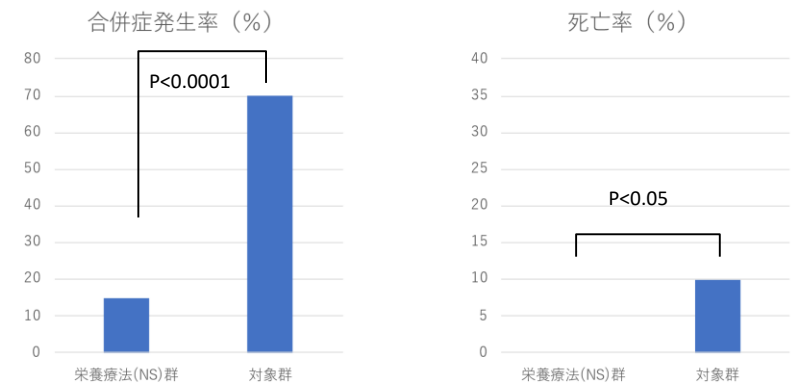


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ( $n = 236$ ). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

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

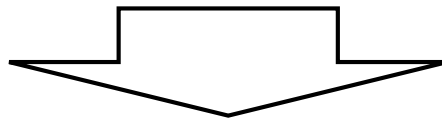
出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan. Surg Today (2017) 47:1460–1468.

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.



# 周術期における栄養管理に係る課題及び論点

- 現在の栄養管理に係る診療報酬上の評価については、主に低栄養状態の患者など、介入時点の影響状態に着目した指導に対して評価を行っている。
- 術後の病態は4つの相に分けることができ、それぞれで大きく異なるため、各相に対応した栄養管理が必要になる。
- 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。
- 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という報告がある。
- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短く、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という報告がある。



## 【論点】

- 質の高い栄養管理を推進する観点から、周術期における栄養管理の取組について、評価をどのように考えるか。

## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 入院基本料等加算の簡素化④

## 褥瘡患者管理加算の簡素化

	(旧)入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算	(新)入院基本料における褥瘡対策
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要)	褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要) + <b>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者</b>
人員要件	褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	褥瘡対策に係る専任の医師及び <b>褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員</b> から構成される褥瘡対策チームの設置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・栄養状態低下 など	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	<b>褥瘡患者管理加算の様式を使用</b>
体制		患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。	<b>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</b>
その他			<b>褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会の定期的な開催が望ましい。</b>

**入院基本料に包括**

# 褥瘡対策に関する評価の主な変遷

○ 褥瘡対策に関する評価を各改定において、実施してきている。

平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
褥瘡管理加算		★褥瘡管理加算の入院基本料へ要件化			
訪問看護管理療養費		★褥瘡患者数等の報告を追加			
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		★対象患者の拡大			
褥瘡評価実施加算		★褥瘡対策加算への見直し			
		在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ★新設		★見直し	★見直し
		ADL維持向上等体制加算		★院内褥瘡発生率の基準の見直し	
				★新設:入院時支援加算	

# 褥瘡対策の要件等について

## 【告示】

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

## 【留意事項通知】

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。)、特定入院料又は短期滞在手術等基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

## 【施設基準告示】

### 四 褥瘡対策の基準

- (1)適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
- (2)褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

## 【施設基準通知】

### 4 褥瘡対策の基準

- (1)当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2)当該保険医療機関において、**褥瘡対策に係る専任の医師**及び**褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員**から構成される**褥瘡対策チームが設置**されていること。
- (3)当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4)褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていることが望ましい。
- (5)患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (6)毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

# 褥瘡発生予防・発生後全身管理のアルゴリズムについて

- 褥瘡発生予防の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。
- 褥瘡発生後の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

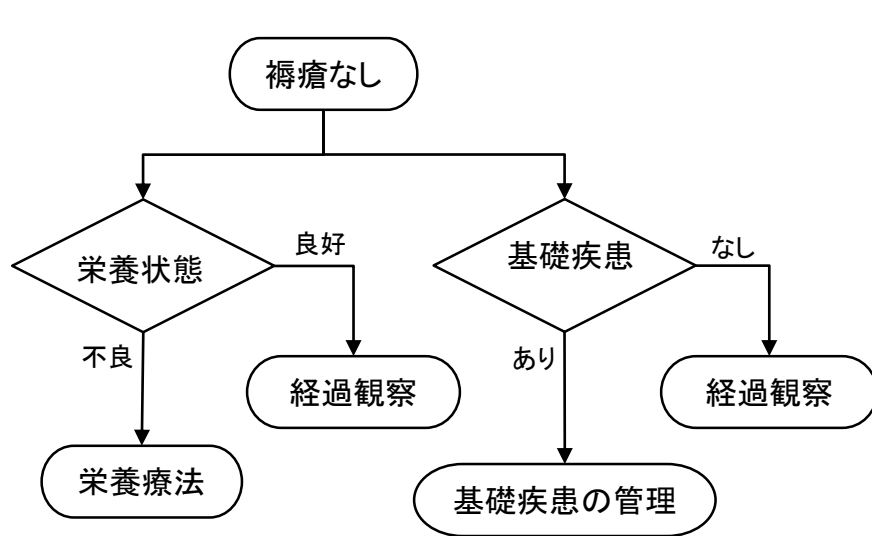


図 発生予防全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。

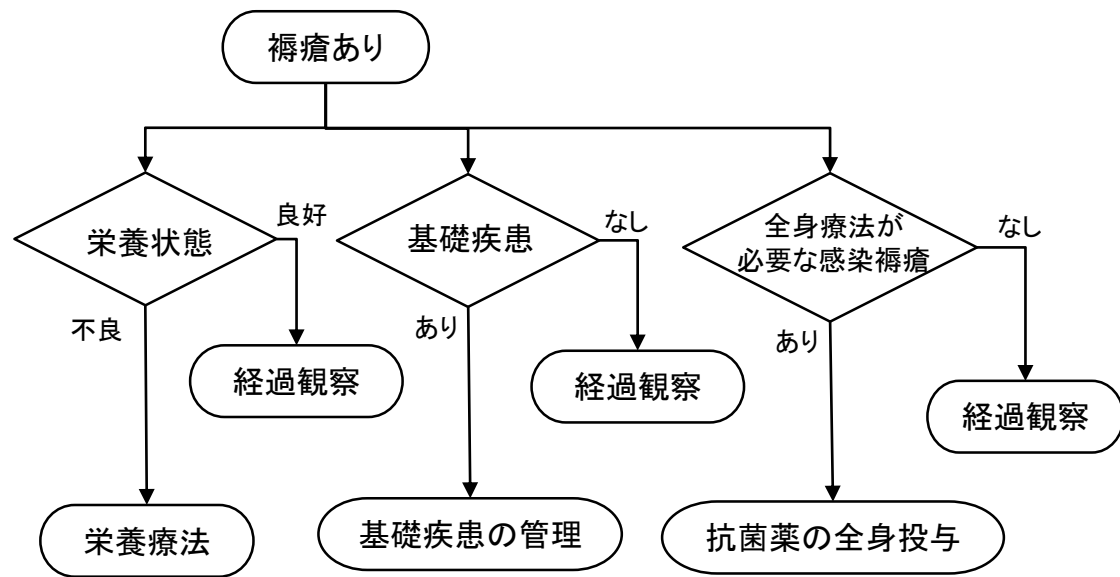


図 発生後全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

# 褥瘡患者の全身管理について

表 褥瘡患者の全身管理に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
発生予防 全身管理	褥瘡発生の危険因子として、どのような基礎疾患を考慮すればよいか。	C1	うつ血性心不全、骨盤骨折、脊髄損傷、糖尿病、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患などを考慮してもよい。
		B	周術期管理においては、特に糖尿病を考慮することが勧められる。
	低栄養患者の褥瘡予防にはどのような栄養介入を行うとよいか。	B	蛋白質・エネルギー低栄養状態(PEM)の患者に対して、疾患を考慮したうえで、高エネルギー、高蛋白質のサプリメントによる補給を行うことが勧められる。
	経口摂取が不可能な患者の栄養補給はどのようにすればよいか。	C1	必要な栄養量を経腸栄養で補給するが、不可能な場合は静脈栄養による補給を行ってもよい。
	褥瘡発生の危険因子となる低栄養状態を確認する指標には何があるか。	C1	炎症や脱水などがなければ血清アルブミン値を用いてもよい。
		C1	体重減少率を用いてもよい。
		C1	食事摂取率(食事摂取量)を用いてもよい。
		C1	高齢者には、MNA (mini nutritional assessment) およびMNA-Short Form (SF) を用いてもよい。
		C1	COUNT (controlling nutritional status) を用いてもよい。
		C1	主観的包括的栄養評価(SGA)を用いてもよい。
発生後 全身管理	褥瘡患者には栄養評価を行ったほうがよいか。	C1	栄養評価を行い、必要な省令には栄養介入を行ってもよい。
	褥瘡患者にはどのような栄養補給を行うのがよいか。	B	褥瘡治療のための必要エネルギーとして、基礎エネルギー消費量(BEE)の1.5倍以上を補給することが勧められる。
		B	必要量に見合った蛋白質を補給することが勧められる。
	褥瘡患者に特定の栄養素を補給することは有効か。	C1	亜鉛、アスコルビン酸、アルギニン、L-カルノシン、n-3系脂肪酸、コラーゲン加水分解物など疾患を考慮したうえで補給してもよい。
	褥瘡患者に対して栄養の専門職及びチームの介入は行ったほうがよいか。	C1	管理栄養士や栄養サポートチーム(NST)の介入を行ってもよい。
褥瘡患者の栄養補給の評価に体重を用いてもよいか。	B	浮腫、脱水がなければ、体重増加を用いることが進められる。	

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

# 褥瘡患者の薬学的介入について

表 褥瘡患者の外用薬と抗菌薬に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
保存的治療 外用薬	急性期の褥瘡にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、白色ワセリンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬やスルファジアジン銀のような水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	深部損傷褥瘡(DTI)が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	毎日の局所観察を怠らないようにし、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬を用いてもよい。
	発赤・紫斑にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創面の保護が大切であり、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬を用いてもよい。
	水泡にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創の保護目的に酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基材の外用薬を用いてもよい。
	びらん・浅い潰瘍にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンを用いてもよい。上皮形成促進を期待してアルプロスタジアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	疼痛を伴う場合に外用薬は有用か	C1	外用薬には創部の疼痛を除去する効果はないが、創面を適切な浸潤環境に保つことで疼痛を緩和できる。ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油性基剤の外用薬やスルファジアジン銀、トレンチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	滲出液が多い場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	滲出液吸収作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポピドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	滲出液が少ない場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	デキストラノマー、ヨウ素軟膏を用いてもよい。
	褥瘡に感染・炎症を伴う場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	感染抑制作用を有するカデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、ポピドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	臨界的定着により肉芽形成期の創傷治癒遅延が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	フラジオマイシン硫酸塩・結晶トリプシン、ポピドンヨード、ヨウ素軟膏、ヨードホルムを用いてもよい。
	肉芽形成が不十分で肉芽形成を促進させる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	肉芽形成促進作用を有するアルクロキサ、トラフェルミン、トレンチノイントコフェリル、ポピドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	C1	アルプロスタジアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	創の縮小作用を有するアルクロキサ、アルプロスタジアルファデクス、トラフェルミン、ブクラデシンナトリウム、ポピドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
	壊死組織がある場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、幼牛血液抽出液、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	ポケットを有する場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	カデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、デキストラノマー、プロメラン、ポピドンヨード・シュガー、ヨードホルムを用いてもよい。
発生後 全身管理	抗菌薬の全身投与が必要な感染褥瘡において、どのような抗菌薬の使用が適切か	C1	ポケット内に壊死組織が残存する場合は、まず創面の洗浄化を図る。また、滲出液が多ければポピドンヨード・シュガーを用いてもよい。滲出液が少なければトラフェルミン、トレンチノイントコフェリルを用いてもよい。
アウトカム マネジメント	褥瘡の治癒促進に、病院ではどのような対策が有効か	C1	速やかに想定される起炎菌に適応した抗菌薬の投与を考慮し、感受性試験の結果に基づき、より適切な抗菌薬を投与してよい。
		C1	多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。
		C1	褥瘡ハイリスク患者加算を導入してもよい。
C1	皮膚・排泄ケア認定看護師を配置してもよい。		

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。



①24時間ベッドサイドで全身状態(栄養状態、皮膚の状態、臥床時間、活動性など)の観察・評価を行います。褥瘡ができやすい人には、▽オムツや寝具の選択▽肌の乾燥を防ぐための保湿▽皮膚への負担を軽減する身体の動かし方などについて、具体的なアドバイスをしながら、実際のケアを実施。

②褥瘡がある場合は、これらの予防ケアに加えて、薬剤やドレッシング材(傷を保護するために覆うもの)などを用いて適切な処置・ケアを実施。

看護師



医師



褥瘡(床ずれ)の評価、治療方針の決定および治療を実施

リハ職等



患者



- ①身体の特定の部分に圧迫を受けないよう、寝具の選定や見直しを実施。
- ②褥瘡(床ずれ)の治癒促進や予防をするため、福祉用具を用いて、治療・指導・援助。
- ③圧迫が少なくなるよう(除圧)に、自力での体位変換の練習や、除圧姿勢の指導の実施。
- ④除圧のためのベッドやマット、車椅子など用具の調整を実施。

薬剤師



- ①褥瘡の病態を観察し、治療に使用する外用薬やドレッシング材(創傷被覆剤)について、その特性を活かした選定・使用法を提言・指導します。さらに、薬剤の効果を評価。
- ②褥瘡周囲の皮膚のたるみなどによる、きずのゆがみは薬剤の効果が現れにくいいため、原因を改善して治療期間の短縮。
- ③外用薬に限らず、褥瘡の発症に関係する内服薬の影響を把握し、副作用を防止。

管理栄養士



- ①患者さんの必要な栄養量を算出したうえで、実際の摂取栄養量・不足栄養素・栄養状態の評価をして、栄養補給方法を計画立案。
- ②患者さんの嗜好への対応、使用する食品や調理法の決定、栄養補助食品の選択、食事形態(普通食・きざみ食・とろみ食など)の提言、テクスチャー(口当たり・歯ごたえ・舌触りなど)の提言、水分管理の評価、経腸栄養剤における選別の提言などを実施。

予防・早期発見



適切な褥瘡管理



褥瘡の改善・治癒

○ 褥瘡対策チームによる回診の実施状況は、以下のとおりであった。

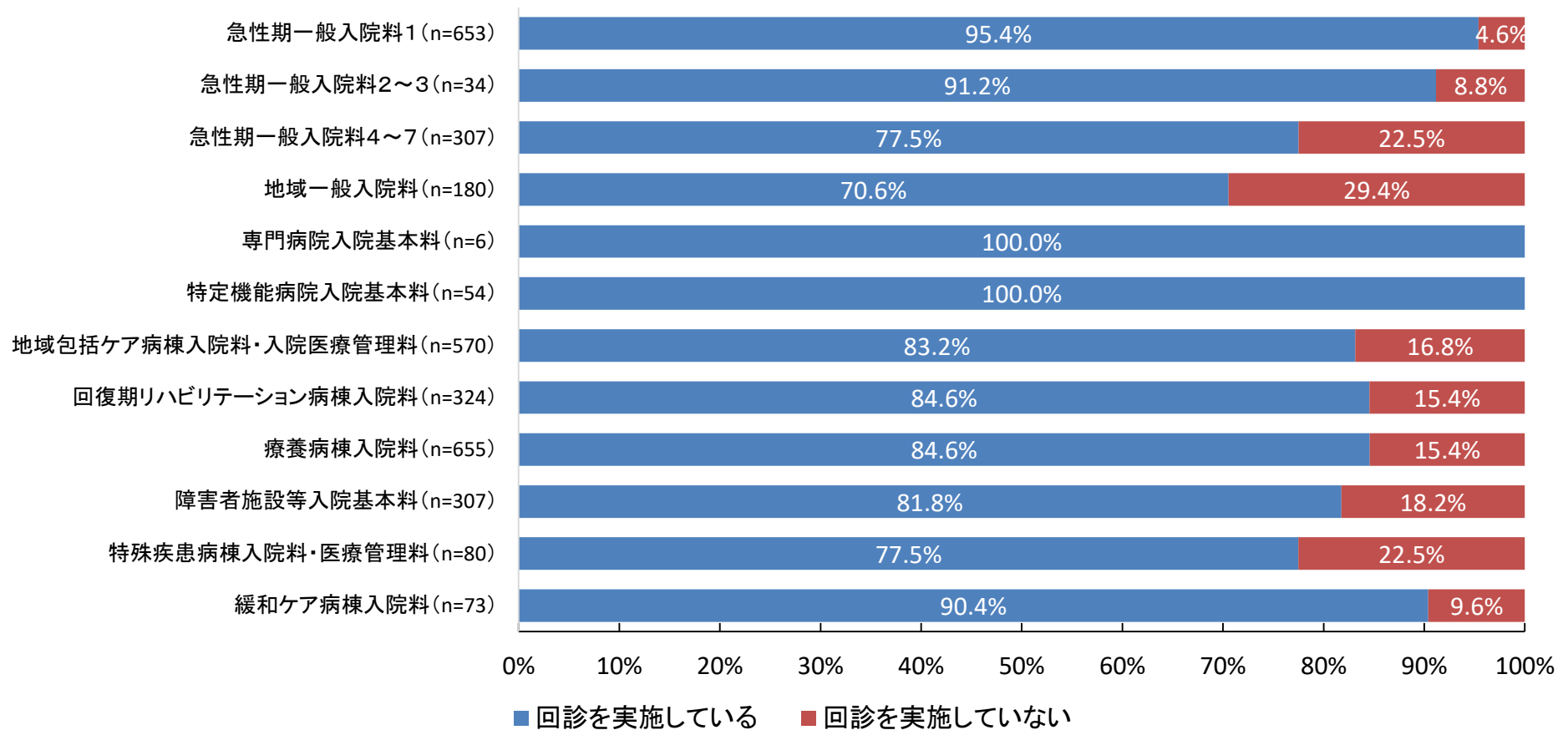


図 褥瘡対策チームによる回診の実施状況

# 褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

診調組 入-3  
3.10.1

○ 褥瘡対策に関する院内研修の実施状況は、以下のとおりであった。

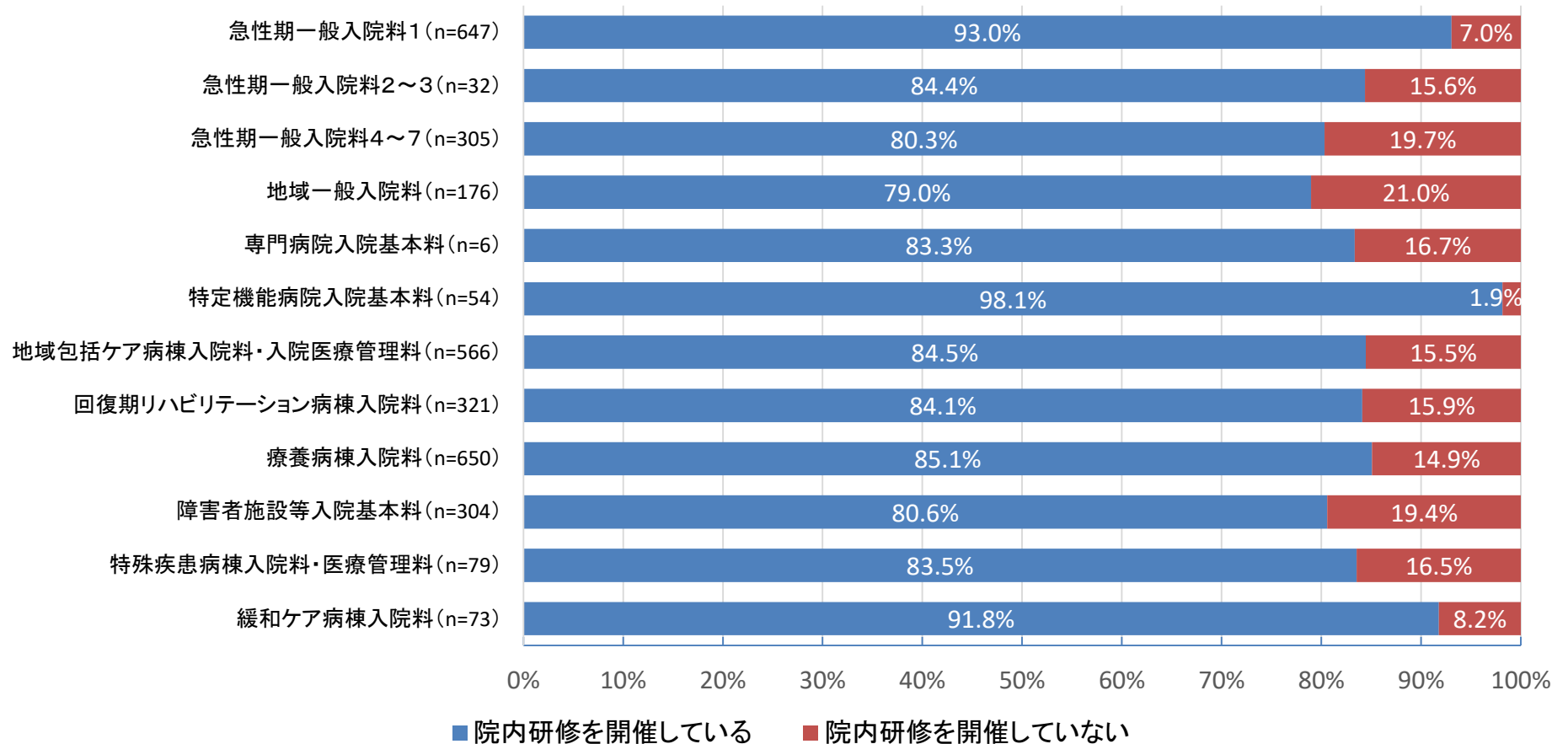


図 褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

# 褥瘡対策の状況

診調組 入-3  
3. 10. 1

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

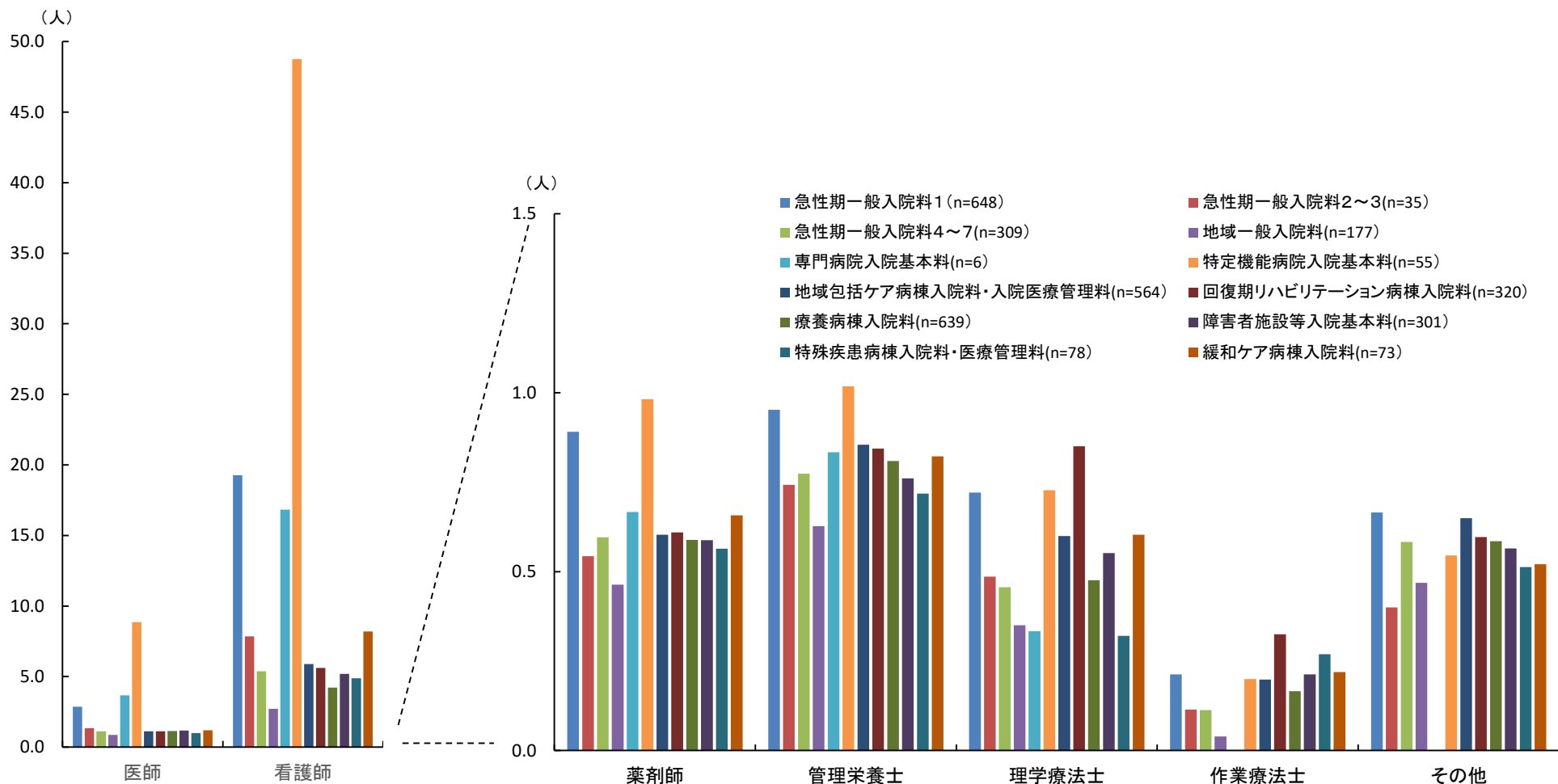
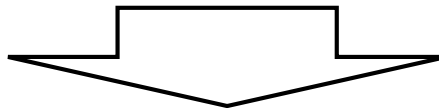


図 入院料別の褥瘡対策チームを構成する職員数

## 褥瘡対策についての課題及び論点

- 褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)において、褥瘡の発生予防及び発生後の全身管理の方法として、低栄養患者への介入や栄養補給方法等が示されている。
- 褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)において、他職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい(推奨度C1)とされており、現在の実態としても、褥瘡対策チームを構成する職種として、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入院料においても参画が見られた。



### 【論点】

- 褥瘡予防・管理ガイドラインの内容も踏まえ、褥瘡対策チームによる取組に係る評価について、どのように考えるか。