

(平成27年度第5回)
入院医療等の調査・評価分科会

平成27年7月16日(木)

1. 急性期入院医療について
2. 退院支援に係る取組について
3. 入院中の他医療機関の受診について

1. 急性期入院医療について

2. 退院支援に係る取組について

3. 入院中の他医療機関の受診について

1. 急性期入院医療について

○ 重症度、医療・看護必要度について

1-1. A項目について

1-2. A項目該当患者に関する評価について

1-3. B項目について

- 平成14年改定 「特定集中治療室管理料」の算定要件に**重症度**の判定基準及び患者割合を導入
⇒A項目9、B項目5、合計14項目について、毎日評価。A項目3点またはB項目3点以上を重症者と定義。患者割合9割以上を算定要件とした
- 平成16年改定 「ハイケアユニット入院医療管理料」の算定要件に**重症度・看護必要度**の判定基準及び患者割合を導入
⇒A項目15、B項目13、合計28項目について、毎日評価。A項目3点またはB項目7点以上を重症者と定義。患者割合8割以上を算定要件とした
- 平成20年改定 「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度の基準に該当している患者割合**を導入
「回復期リハビリテーション病棟入院料の重症患者回復病棟加算」の算定要件に**日常生活機能評価表**を導入
⇒一般病棟7対1入院基本料については、A項目9、B項目7、合計16項目について、毎日評価。A項目2点かつB項目3点以上を基準該当患者と定義。患者割合1割以上を算定要件とした
⇒回復期リハビリテーション病棟入院料については、日常生活機能評価表13項目について評価。10点以上を重症者と定義。新規入院患者の1割5分以上を算定要件とした
- 平成22年改定 「急性期看護補助体制加算」の算定要件、「一般病棟必要度評価加算(10対1)」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度の基準に該当している患者割合**を導入
⇒「急性期看護補助体制加算」では、一般病棟7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する病棟では、それぞれ患者割合が1割5分、1割以上を算定要件とした
⇒「一般病棟必要度評価加算(10対1)」では重症度・看護必要度の評価を行うことを算定要件とした
- 平成24年改定 「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件の厳格化。「一般病棟10対1入院基本料」「一般病棟必要度評価加算(13対1)」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度の測定**を導入
「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度A項目**を導入
⇒一般病棟7対1入院基本料は患者割合を1割5分とし、10対1入院基本料を算定する病棟では評価を行うことを算定要件とした
⇒回復期リハビリテーションについては、A項目9のうち1点以上を基準該当患者と定義。患者割合1割5分以上を算定要件とした

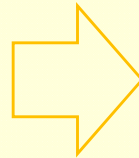
平成25年度入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ(抜粋)

- 一部の項目(創傷処置、時間尿測定、呼吸ケア)について、急性期で入院している患者の実態と合致せず、看護配置基準の低い入院基本料を算定している病棟や療養病棟の方が、7対1入院基本料を算定している病棟より該当割合が高いものがあった。
- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要なとされる重症度・看護必要度とは何かという観点から、特に、療養病棟の患者において該当率の高い項目や、項目に該当する患者像が本来評価すべき患者像と乖離している項目については見直しを行うことが必要である。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の <u>管理</u>
4	心電図モニターの <u>管理</u>
5	シリンジポンプの <u>管理</u>
6	輸血や血液製剤の <u>管理</u>
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(<u>注射剤のみ</u>) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の <u>管理</u> ③ 麻薬の使用(<u>注射剤のみ</u>) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の <u>管理</u> ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の <u>管理</u> 、⑦ 昇圧剤の使用(<u>注射剤のみ</u>) ⑧ 抗不整脈剤の使用(<u>注射剤のみ</u>) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

第2回入院分科会(H27.5.29)における主な意見

- 重症度、医療・看護必要度等の要件を見直すことによって、どの程度の医療機関が7対1病床として残るのか、全体のバランスを見渡した上で、ふさわしい要件のあり方を検討すべきではないか。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者の割合が20%以下の医療機関が多くみられたが、本当に急性期として適切な患者を受け入れ、診療しているのか基準等について検討が必要ではないか。
- 改定前後で心電図モニターの該当患者割合が増えているが、患者像が変わったのか又は単に患者に心電図を付けるようになったのか、その理由を検討する必要があるのではないか。また、この様に単に実施することが可能な処置等をA項目の対象とすることがふさわしいことなのか、検討すべきではないか。
- A項目だけで評価すると20%以上の該当患者がいる医療機関であっても、B項目と合わせた該当患者割合は15%未満に留まる医療機関が一定程度みられる。急性期病床では、なるべく早く患者を離床させようとしており、A項目だけでも評価できる等の工夫がないと急性期病床では要件を満たすのが厳しくなってしまうのではないか。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

中医協 総-3
27.3.4

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニター管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージ管理	なし	/	あり

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料、 専門病院10対1入院基本料	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 一般病棟7対1及び10対1 入院基本料	7対1の場合 15%以上 10対1の場合 5%以上
一般病棟看護必要度 評価加算 一般病棟13対1入院基本料、 専門病院13対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

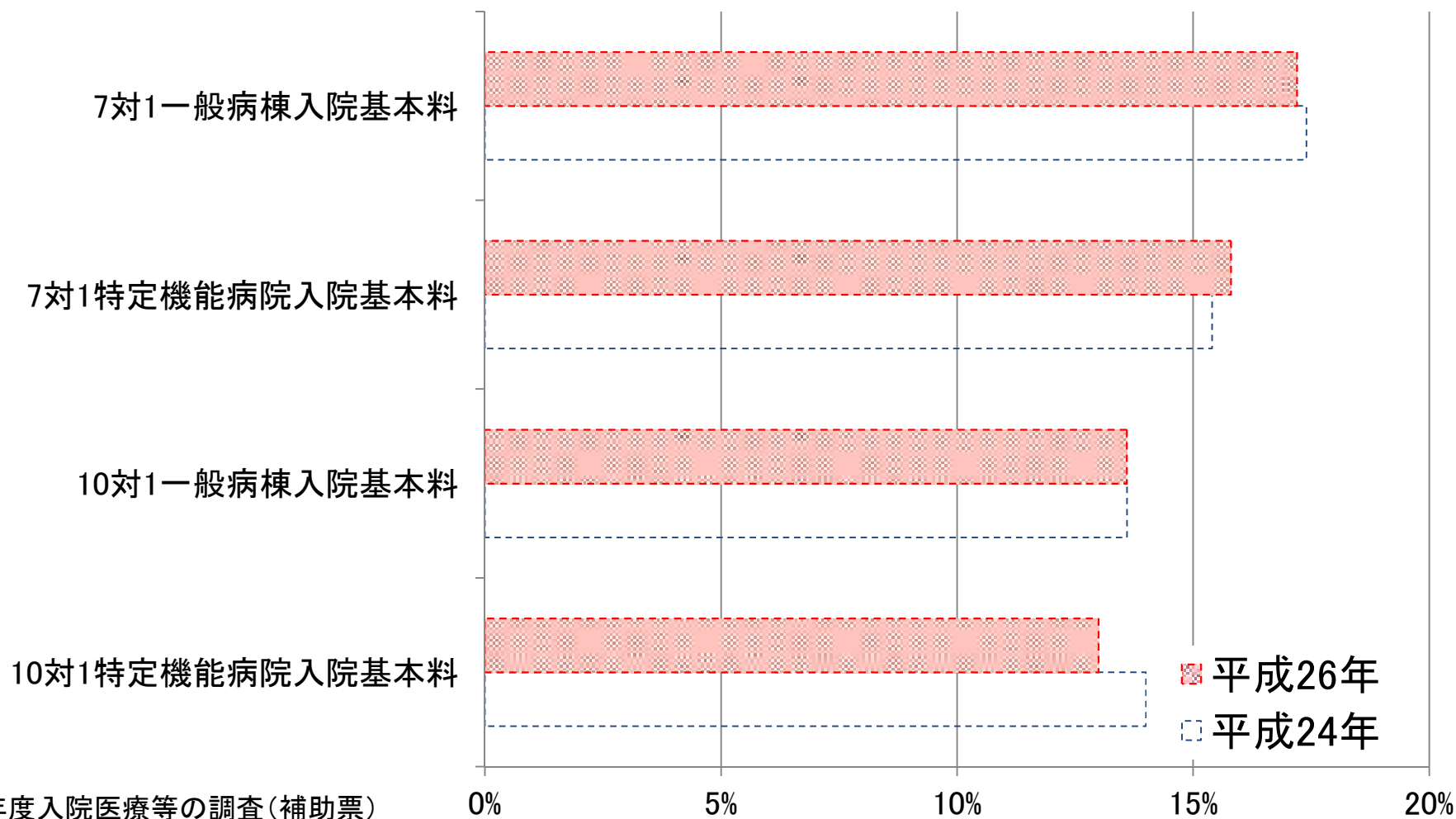
※ A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

入院料別の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合

診調組 入-1
27.5.29

- 7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

<入院料別の該当患者割合>



一般病棟/特定機能病院における重症度、医療・看護必要度の状況

- 特定機能病院では、A項目の該当割合が高く、B項目の該当割合が低い傾向がみられた。また、A項目のうち、専門的な治療処置が高かった。
- 一般病棟では、A項目と比べてB項目の該当割合が高い傾向がみられた。

<入院料別の該当患者割合>

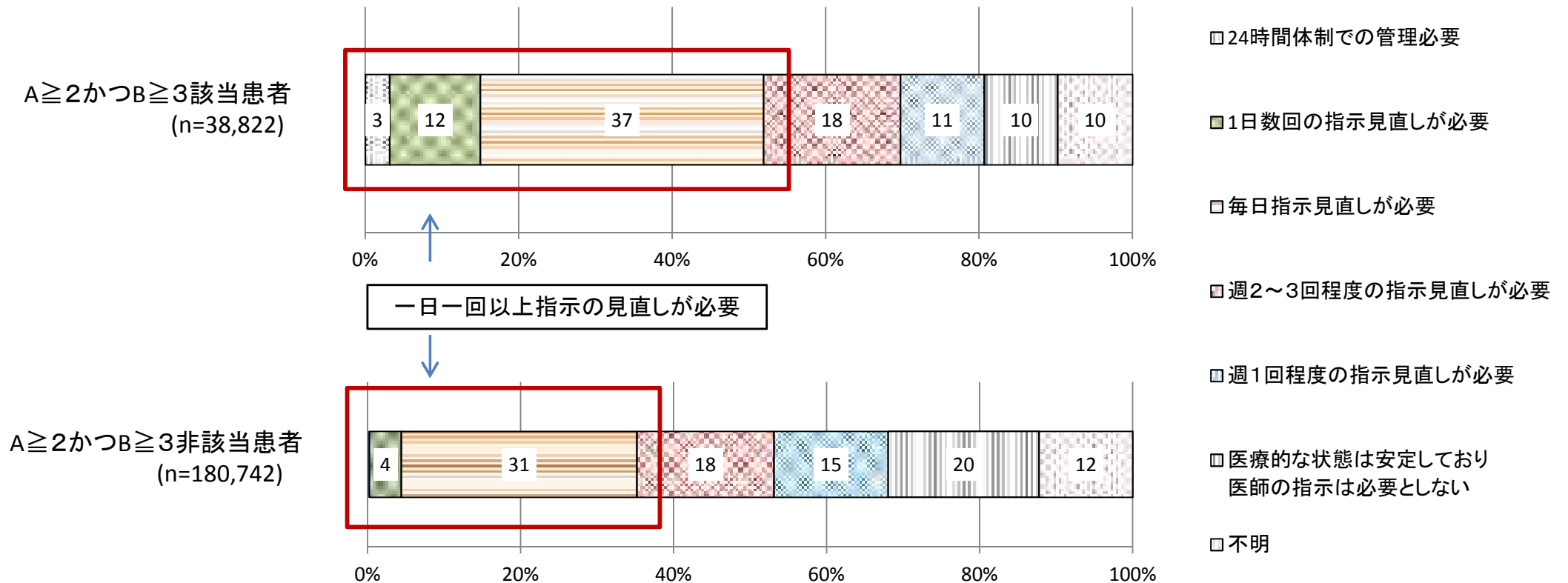
		7対1一般病棟 (n=61,298)	7対1特定機能 (n=14,240)
A 項目	全体の該当割合	28.8%	36.3%
	創傷処置	14.2%	13.8%
	呼吸ケア	14.3%	9.5%
	点滴ライン同時3本以上	4.2%	4.3%
	心電図モニターの管理	20.1%	14.0%
	シリンジポンプの管理	4.3%	5.7%
	輸血や血液製剤の管理	1.7%	2.0%
	専門的な治療処置	19.4%	31.7%

		7対1一般病棟 (n=61,298)	7対1特定機能 (n=14,240)
B 項目	全体の該当割合	44.7%	28.8%
	寝返り	36.7%	24.8%
	起き上がり	30.3%	17.4%
	座位保持	33.1%	19.0%
	移乗	44.2%	31.6%
	口腔清潔	41.3%	26.1%
	食事摂取	32.9%	21.6%
	衣服の着脱	51.8%	34.0%

重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直しの頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日1回以上指示の見直しが必要な患者の割合は、50%強程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日1回以上の指示の見直しが必要な患者は35%程度存在した。

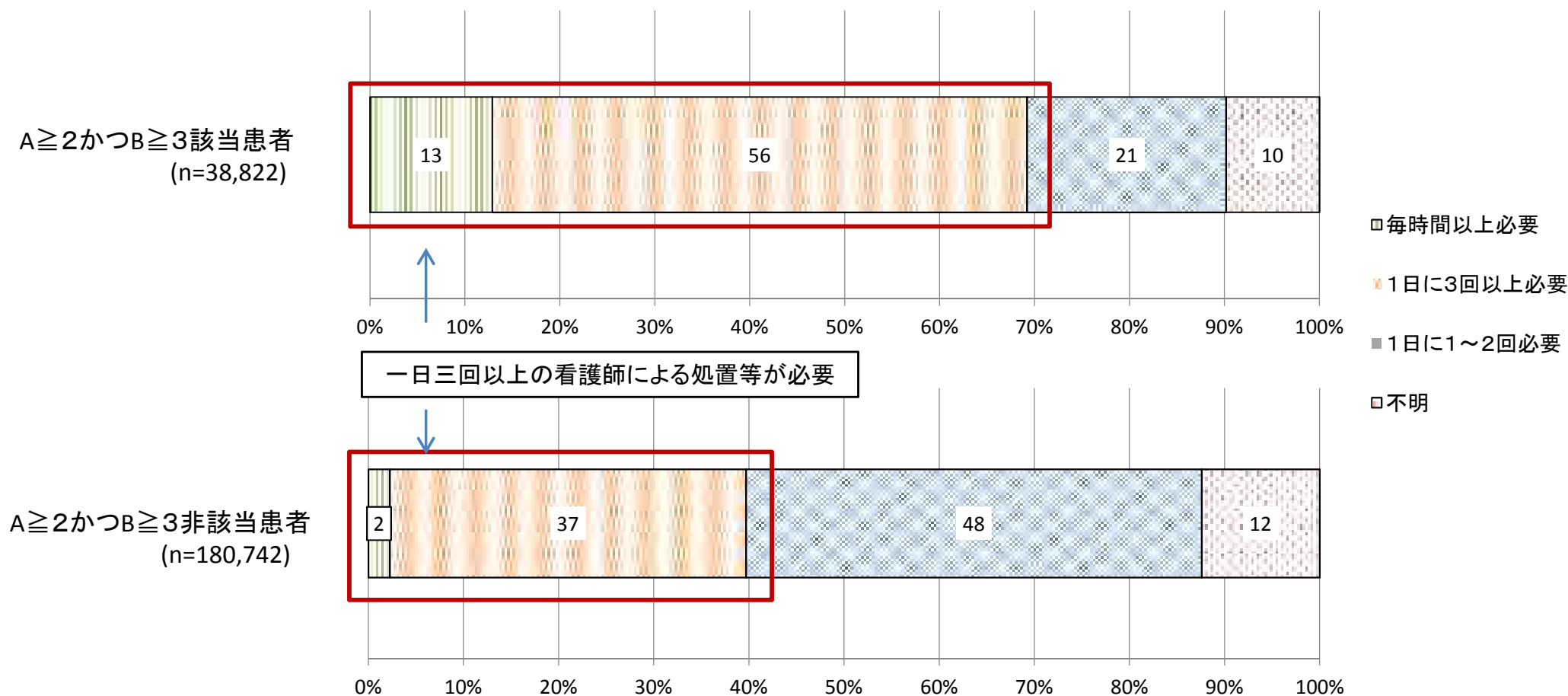
＜医師による指示の見直し頻度＞



重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

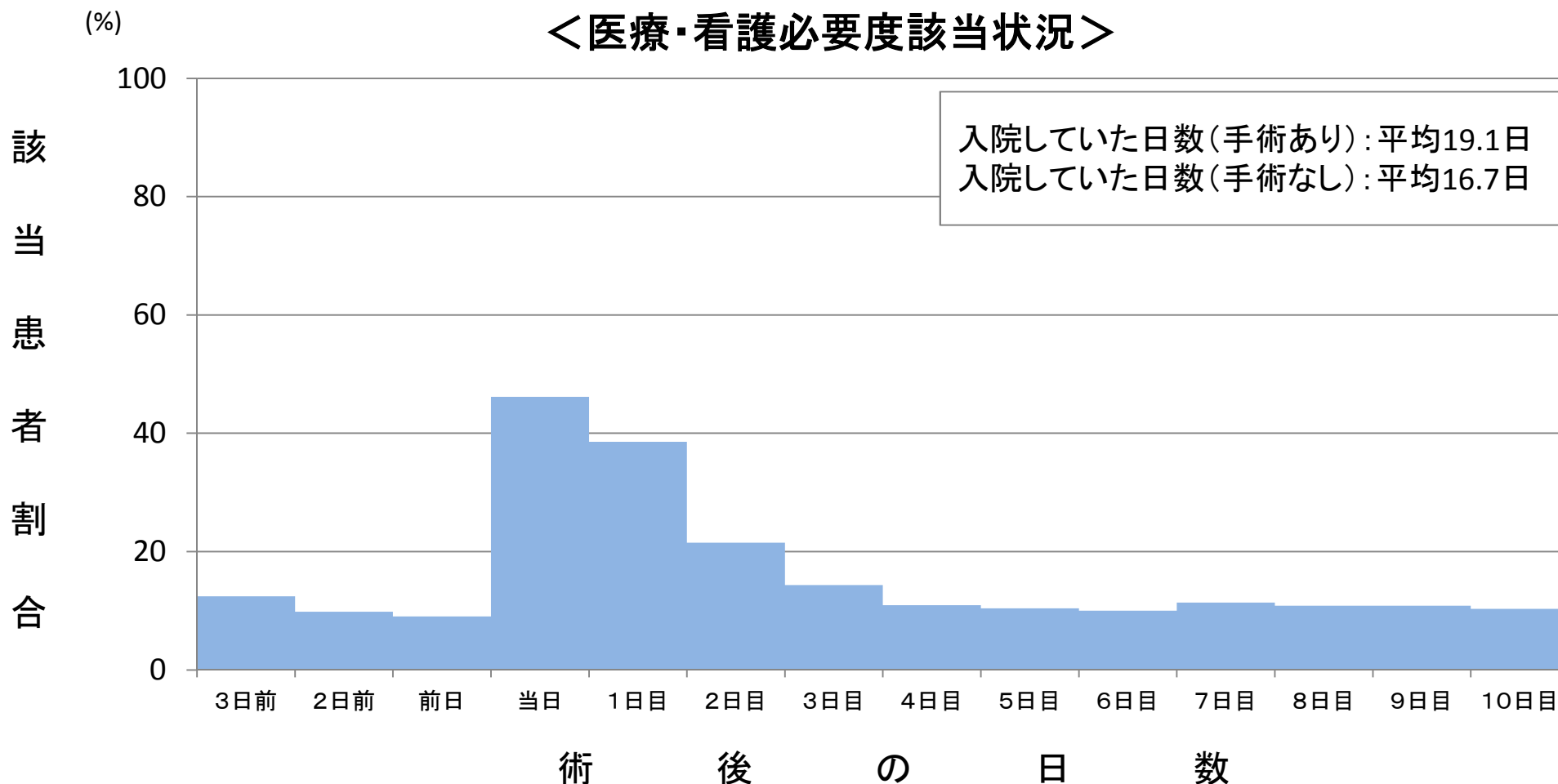
- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日3回以上看護師による処置等が必要な患者の割合は70%程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日3回以上が必要な患者は40%程度存在した。

<看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度>



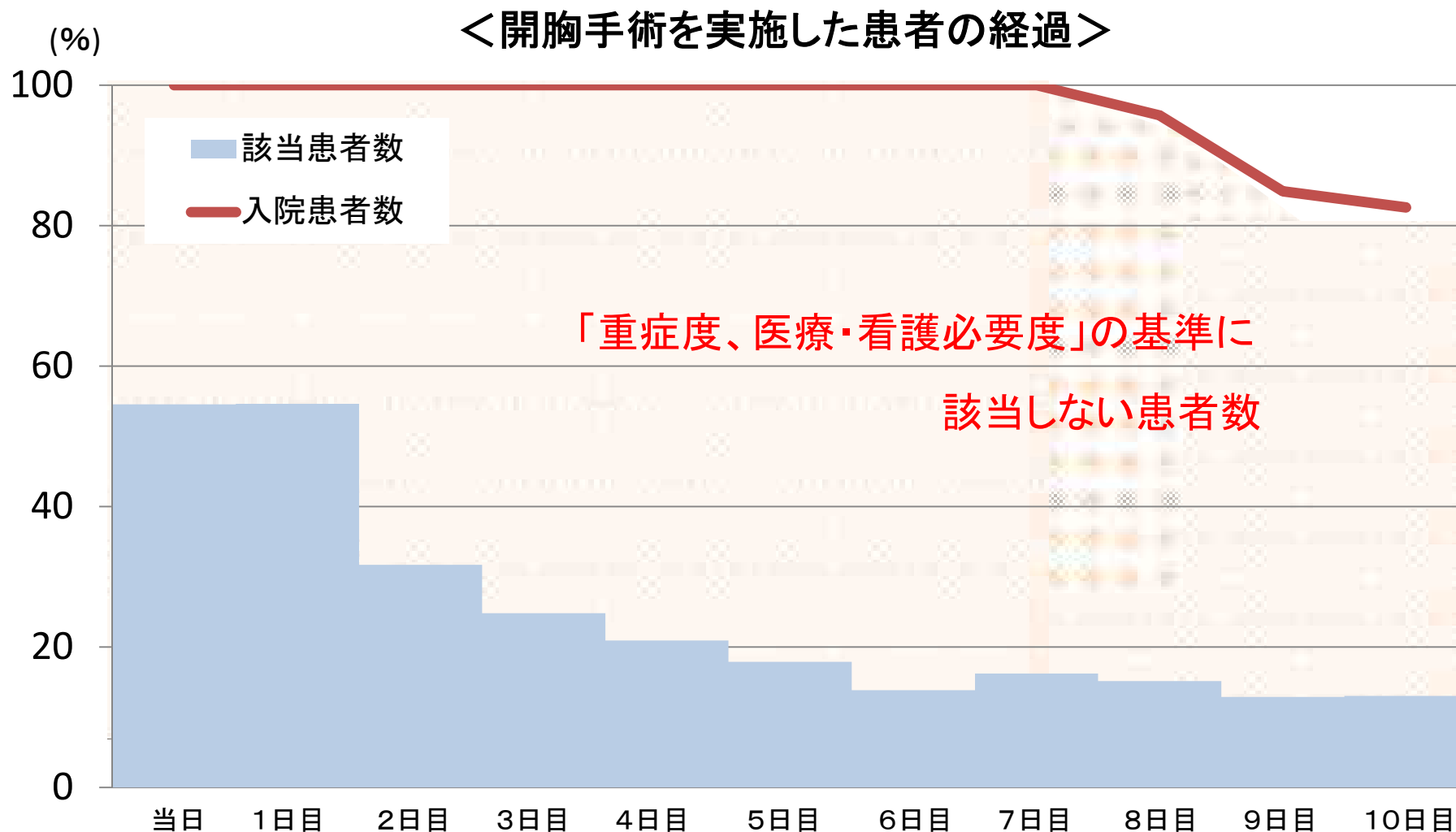
術後の日数と重症度、医療・看護必要度の該当状況

- 手術の当日であっても、重症度、医療・看護必要度A項目2点以上かつB項目3点以上に該当する患者の割合は45%程度に留まり、術後3日目には、術前と概ね同等の該当割合になっていた。
- また、手術を行った患者が入院していた日数は平均で19日であった。



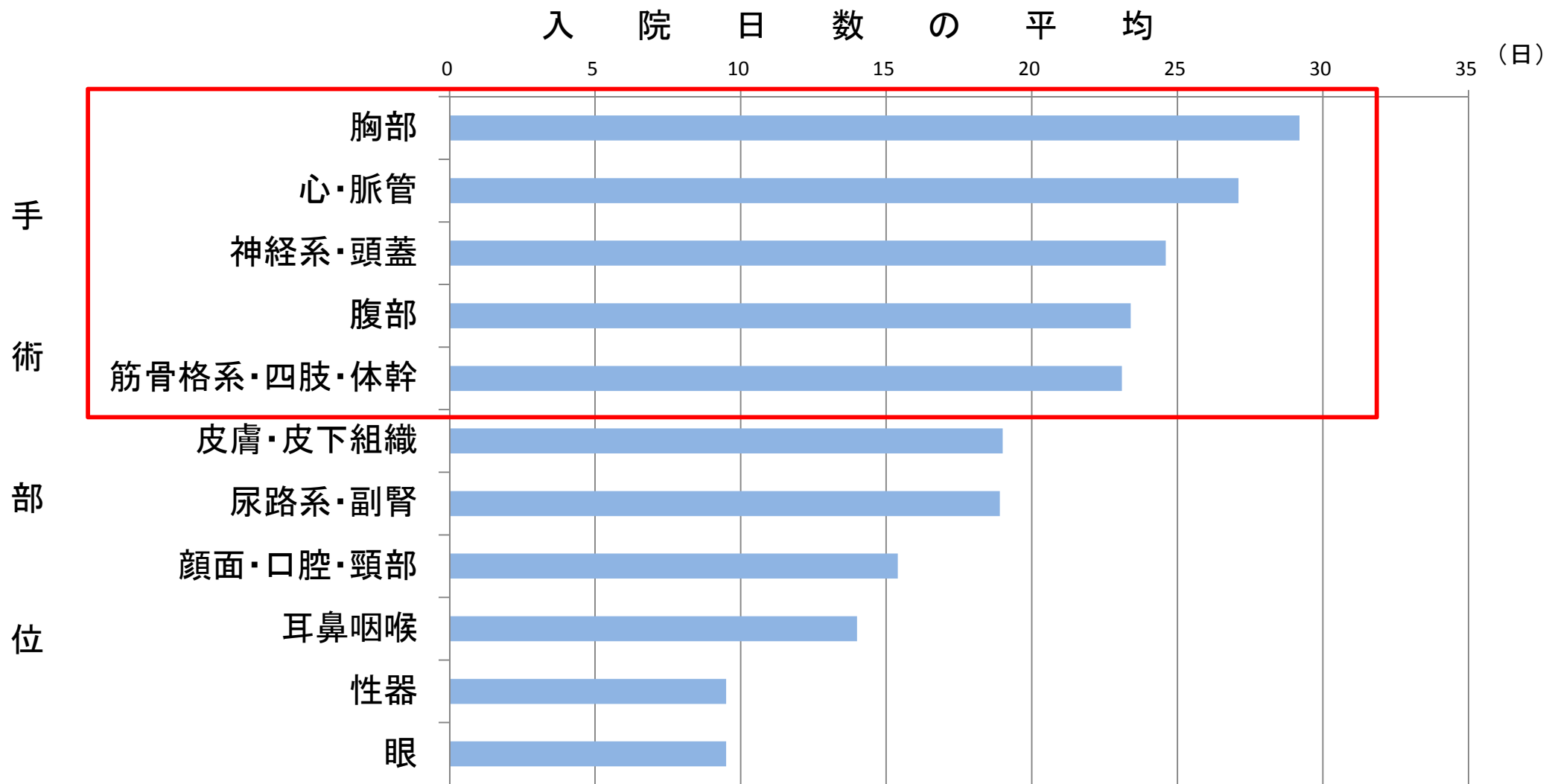
開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



手術の領域ごとの平均在院日数

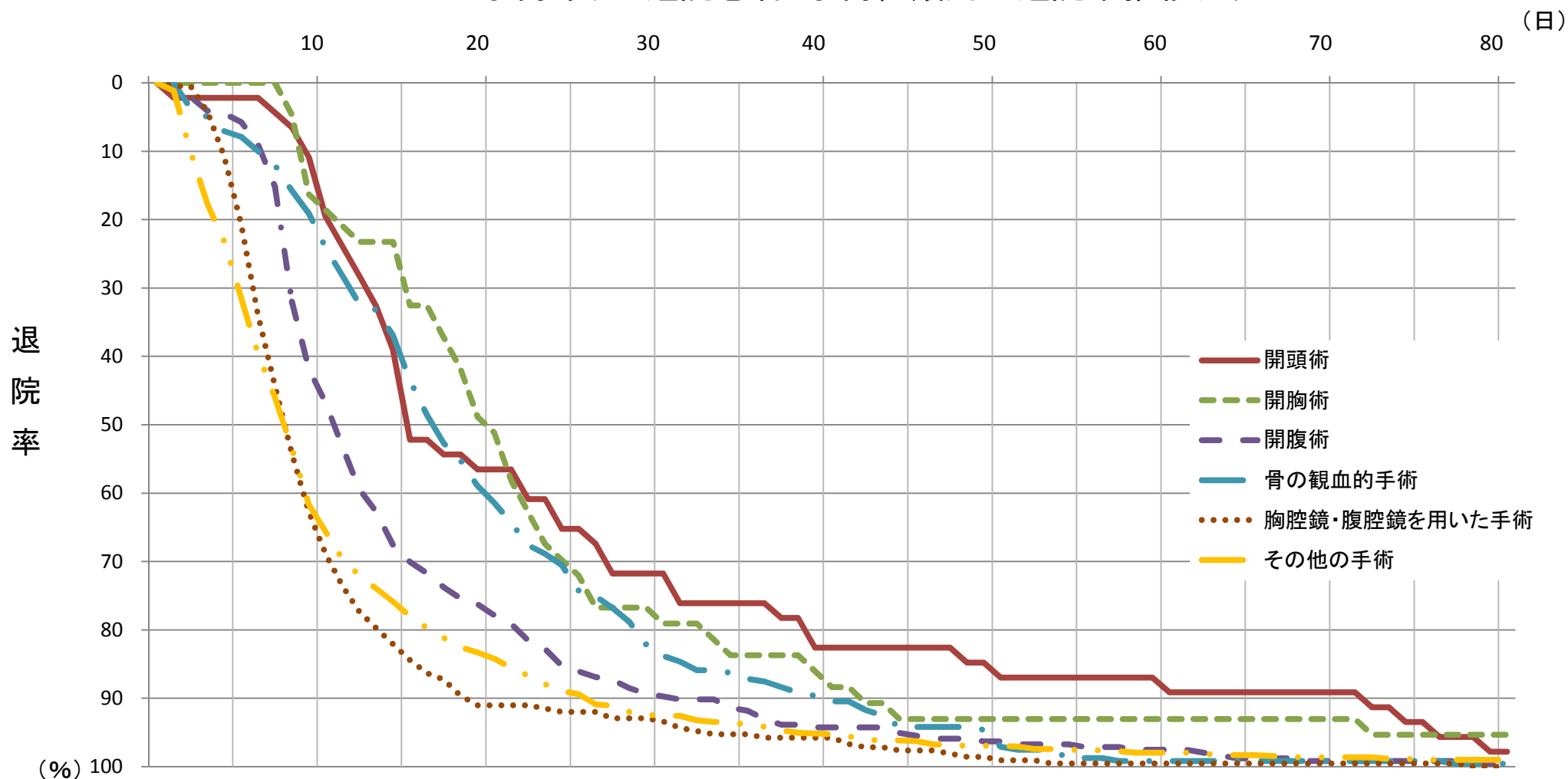
○ 患者が入院している日数は手術ごとに異なり、胸腹部の手術や神経系・頭蓋の手術、筋骨格系の手術で長い傾向が認められた。



手術ごとの患者の入院日数

- 開頭術・開胸術・骨の観血的手術を実施した患者は入院日数が長く、術後10日を経ても80%程度の患者が入院していた。
- 一方、開腹術を実施した患者では、術後10日まで入院していた患者は50%程度であった。その他、胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術やその他の手術を実施した患者では、術後10日まで入院していた患者は30%程度に留まった。

＜手術ありの退院患者：手術種類別の退院率推移グラフ＞



手術の実施状況別の重症度、医療・看護必要度の該当割合

- 全身麻酔手術の実施件数別に、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみた場合、全身麻酔手術の件数が多い医療機関で該当患者割合が低い傾向がみられた。

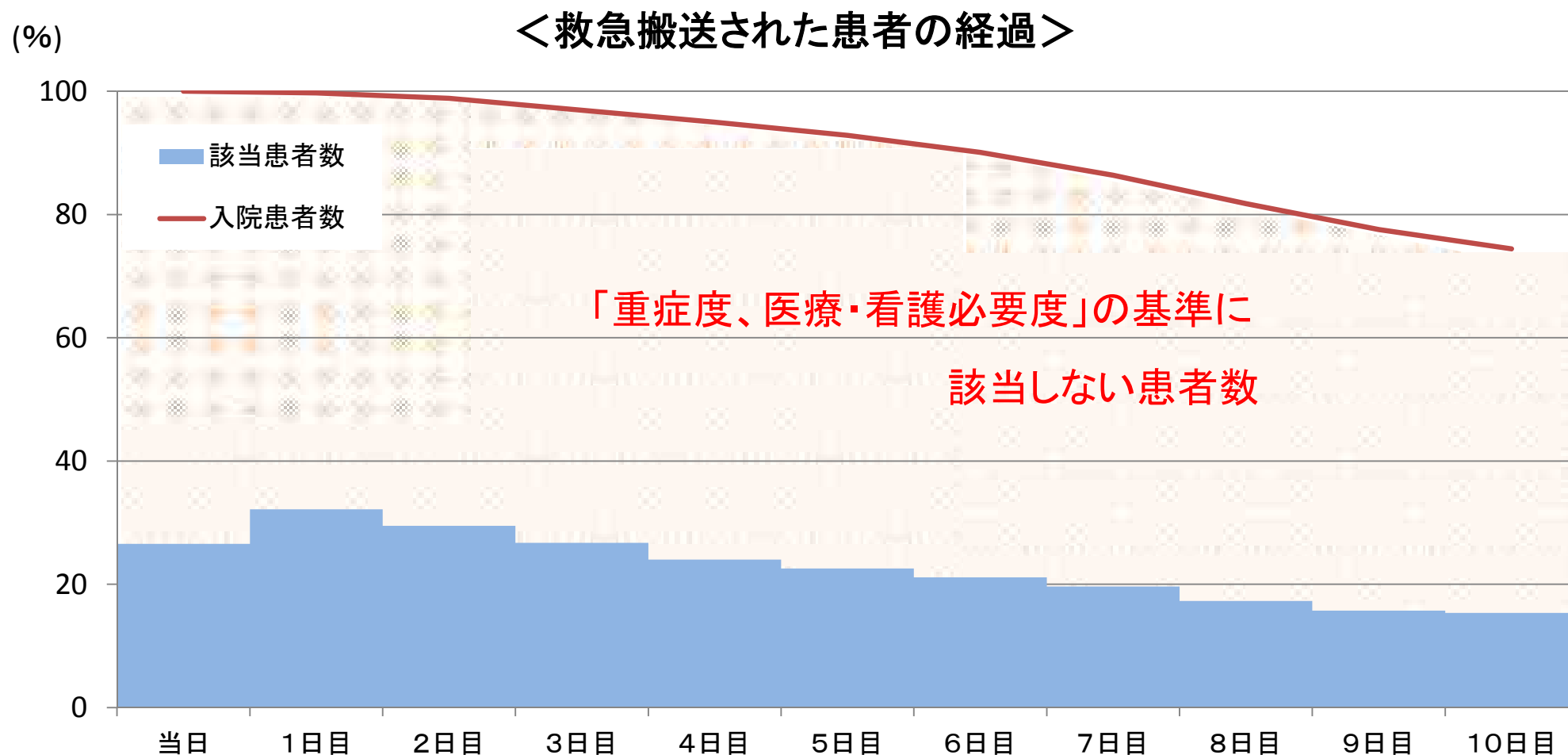
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の医療機関分布＞ ～全身麻酔手術の実施件数別～

全身麻酔手術の実施件数	重症度、医療・看護必要度の該当患者割合					
	15%以下	15～20%	20～25%	25～30%	30～35%	35%超
1000件/年未満(n=39)	28%	33%	10%	15%	10%	3%
1000件-2000件/年(n=33)	36%	39%	21%	3%	0%	0%
2000件/年超(n=56)	34%	48%	9%	4%	0%	5%

100床当たりの 全身麻酔実施件数	重症度、医療・看護必要度の該当患者割合					
	15%以下	15～20%	20～25%	25～30%	30～35%	35%超
400件未満(n=38)	30%	38%	19%	3%	8%	3%
400件-600件(n=43)	28%	42%	12%	14%	2%	2%
600件超(n=42)	40%	40%	14%	0%	0%	5%

救急搬送された患者の入院後の経過について

- 救急搬送された患者のうち、重症度、医療・看護必要度に該当する患者は、入院当日で20%強、最大でも30%強であった。



救急搬送の受入件数別の重症度、医療・看護必要度の該当割合

- 救急自動車の受入件数が3か月で300件未満の層で、該当患者割合が高い医療機関が最も多くみられた。
- 一方、救急自動車の受入件数が3か月で300件以上の医療機関のうち、80%程度の施設で該当患者割合が20%以下であった

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の医療機関分布＞ ～救急自動車の受入件数別～

救急搬送の受入件数	重症度、医療・看護必要度の該当患者割合					
	15%以下	15～20%	20～25%	25～30%	30～35%	35%超
300件/3月未満 (n=45)	29%	33%	16%	7%	9%	7%
300-600件/3月 (n=39)	38%	41%	10%	8%	0%	3%
600件/3月超 (n=46)	28%	50%	15%	7%	0%	0%

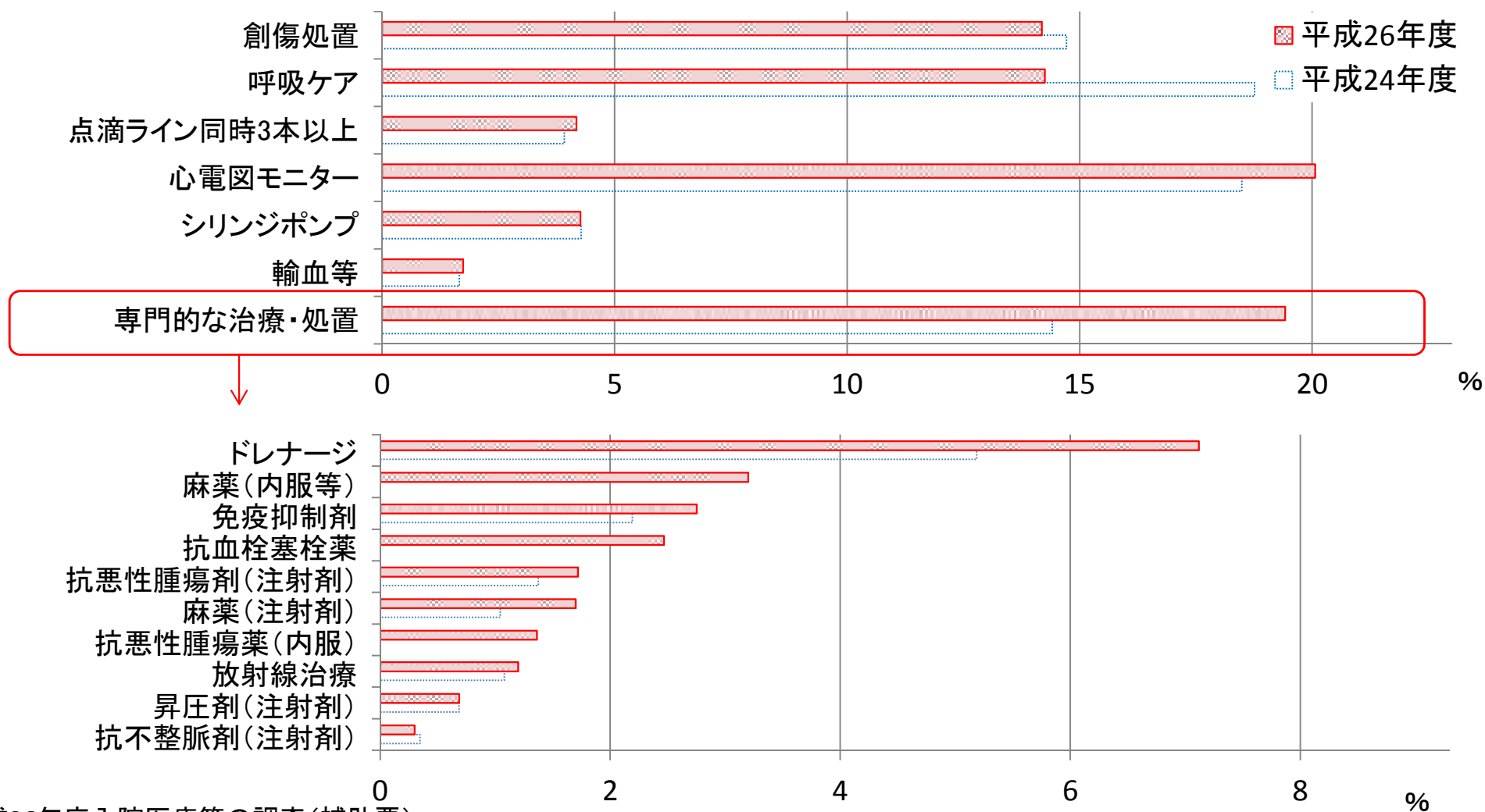
重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当割合

診調組 入-1
27.5.29

○ 「重症度、医療・看護必要度」について、個々の項目別にみた場合、平成26年度診療報酬改定で見直しを行った「呼吸ケア」等の割合が低下し、「専門的な治療・処置」の割合が大きくなっている。

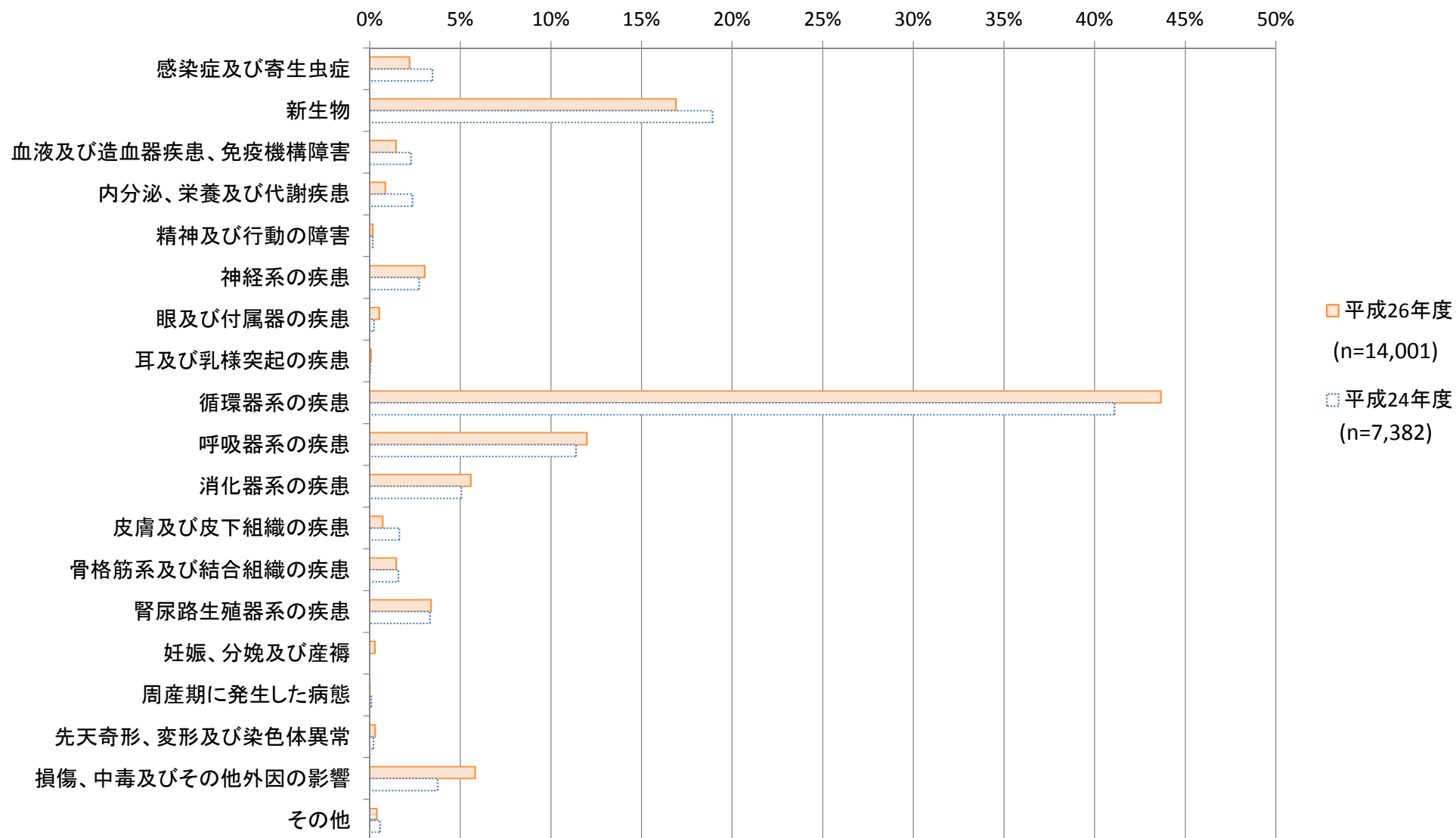
<看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)>

7対1一般病棟



心電図モニター装着患者の該当疾患割合について

○ 心電図モニター装着患者における疾患の該当割合の比較を平成24年度と平成26年度で行ったが、大きな変化は認められなかった。



A項目に関する課題と論点

【課題】

- ・ 「重症度、医療・看護必要度」について、複雑な病態をもつ急性期の患者に対する評価という観点から見直しが行われてきたが、基準を満たす患者以外にも、医師による頻回の指示の見直しや看護師による頻回の看護が必要な患者が一定程度存在した。
- ・ 例えば、手術後の患者について見た場合、「重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する患者は、術当日で45%程度、術後3日には術前と同程度の割合になっており、全身麻酔手術の実施件数が多い医療機関で該当患者割合が低い傾向がみられた。なお、手術の種類の違いによって、平均在院日数には違いがみられた。
- ・ また、救急搬送患者でも、「重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する患者は、入院初日で20%強であり、入院期間を通して概ね20~30%程度であった。その他、救急搬送患者の受入件数が少ない医療機関の方が該当患者割合が高い傾向がみられた。
- ・ 平成26年度改定の前後で、心電図モニターを装着している患者の増加がみられたが、該当疾患については大きな変化は認められなかった。



【論点】

- 「重症度、医療・看護必要度」のA項目には、様々な処置等が列挙されているが、手術直後の患者や救急搬送後の患者等、明らかに急性期の医療を必要とすると考えられる状態の患者が、必ずしも評価されていない現状についてどう考えるか。

1. 急性期入院医療について

○ 重症度、医療・看護必要度について

1-1. A項目について

1-2. A項目該当患者に関する評価について

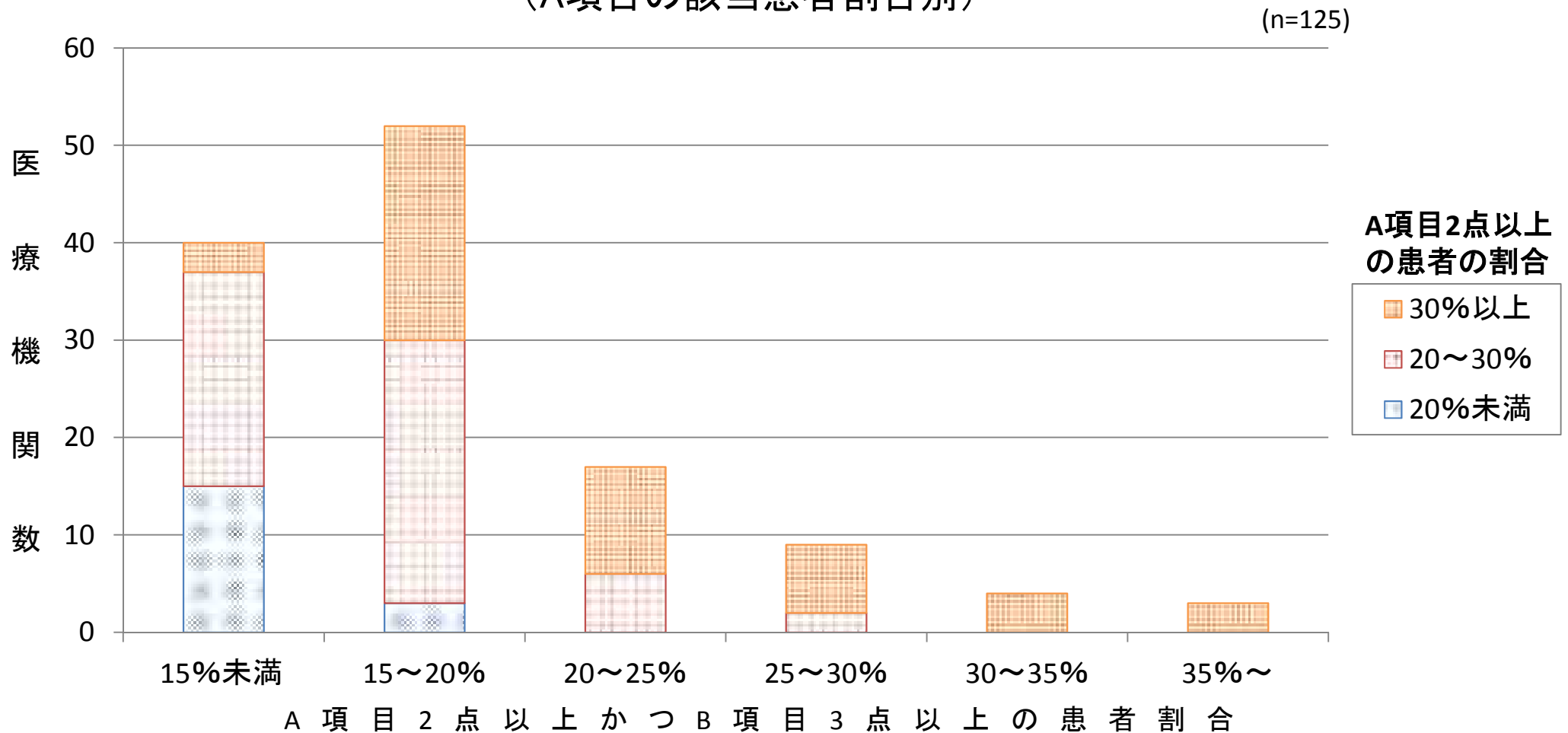
1-3. B項目について

重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合 (7対1一般病棟)

診調組 入-1
27.5.29

○ 「重症度、医療・看護必要度」について、A項目の該当割合が比較的高い場合でも、A、B項目を合わせた該当患者割合は必ずしも高くない場合がある。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の医療機関分布＞ (A項目の該当患者割合別)



重症度、医療・看護必要度に係る医療機関の状況について

- 重症度、医療・看護必要度が「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者及び「A項目2点以上」の患者が占める割合によって、医療機関の実績を比較したところ、
- ・ 「A項目2点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が高い傾向がみられた。
 - ・ 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が低い傾向がみられた。

7対1病棟を有する医療機関における、年間の手術等の実施件数と入院単価の比較 (n=140)

	A項目2点以上の患者割合による比較		(A) - (B)	A項目2点以上かつB項目3点以上の患者割合による比較		(C) - (D)
	該当患者割合が多い医療機関 (A)	該当患者割合が少ない医療機関 (B)		該当患者割合が多い医療機関 (C)	該当患者割合が少ない医療機関 (D)	
100床当たりの全麻手術の件数	564	494	70	513	550	-37
100床当たりの人工心肺を用いた手術件数	5	1	4	2	4	-2
100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	138	110	28	111	110	1
100床当たりの腹腔鏡下手術件数	73	74	-1	64	80	-16
100床当たりの放射線治療件数	385	3	382	106	132	-26
100床当たりの化学療法件数	613	314	299	422	615	-193
100床当たりの分娩件数	54	39	15	0	36	-36
レセプトの一日当たり入院単価	5,437	4,500	937	5,005	4,625	380

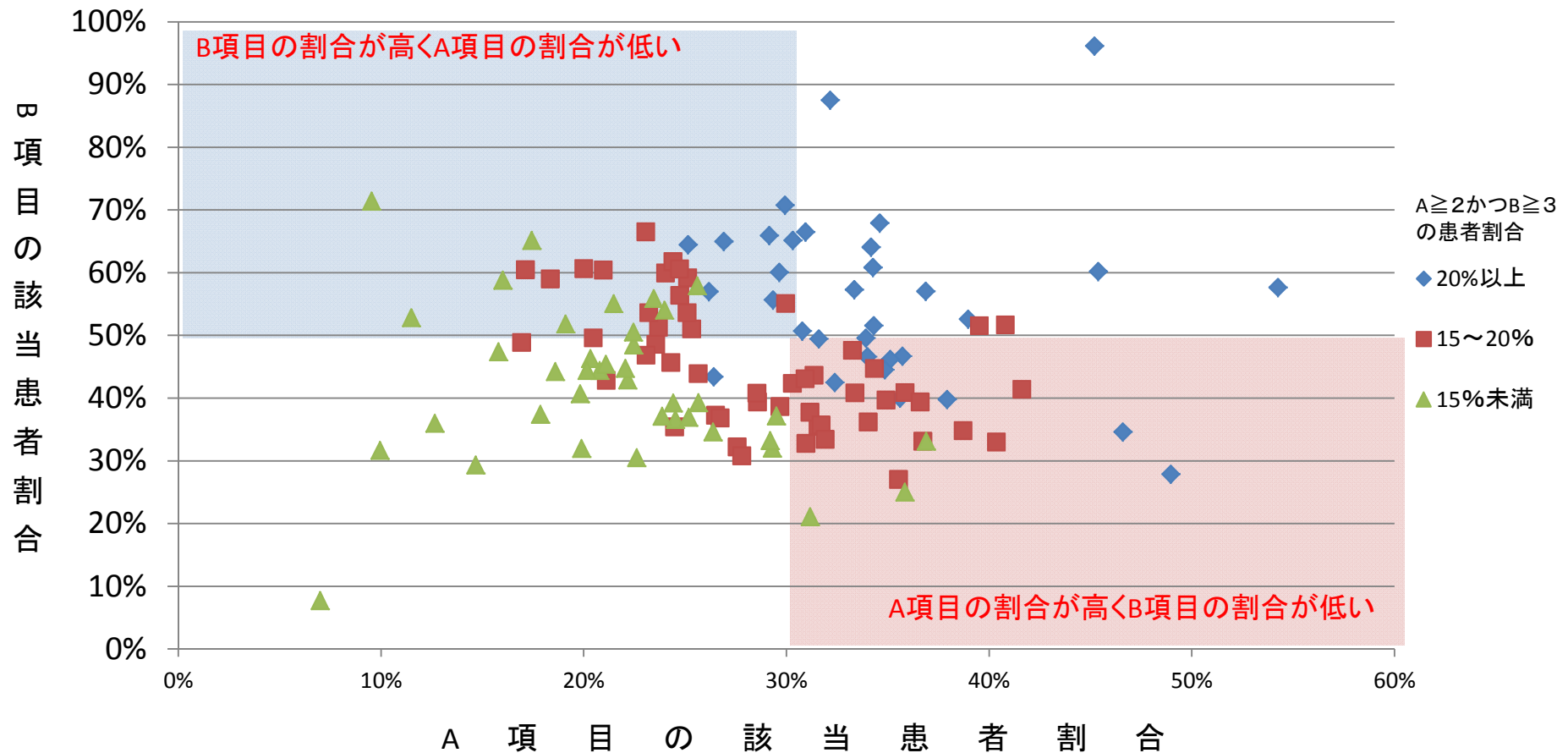
(※「A \geq 2」、「A \geq 2かつB \geq 3」の該当患者割合が、それぞれ中央値を超える群と中央値以下の群に分け、項目毎に中央値を集計した)

重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合 (7対1一般病棟)

- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が同程度の医療機関であっても、B項目の割合が高くA項目の割合が低い医療機関から、A項目の割合が高くB項目の割合が低い医療機関まで診療状況は様々であった。

＜A・B項目の該当患者割合別の医療機関分布＞

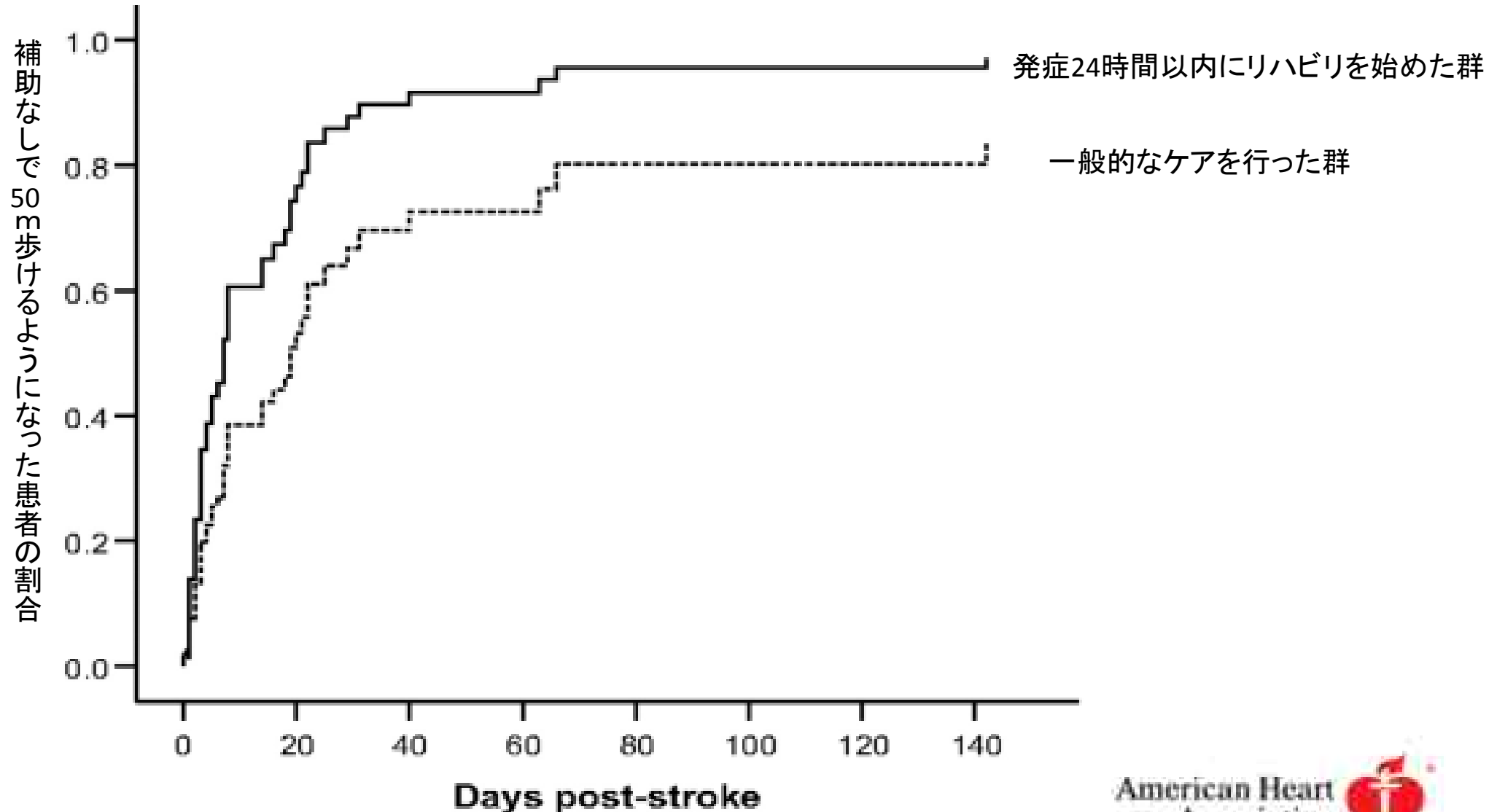
(n=126)



脳卒中発症早期に開始するリハビリテーションの有用性

中医協 総-1-1
23. 12. 7

Number of days to walking 50 m unassisted in VEM and SC groups, adjusted for age, sex, stroke severity (NIHSS), premorbid mRS, and diabetes (N=71).



術後の早期離床等に関するガイドライン

ERASプロトコールについて

- ERAS(enhanced recovery after surgery)プロトコールは、ERAS Society、ESPEN（ヨーロッパ静脈経腸栄養学会）、IASMEN（国際外科代謝栄養学会）により提唱されている周術期のケアに関するプロトコールで、エビデンスのあるケアの手法を集約し構成されている。
- ERASプロトコールは、術前・術中・術後におけるケアプログラムを通じて、患者の術後合併症のリスク低減やケア時間の短縮等をもたらし、術後の早期回復・退院を実現することを目的とするものである。

<直腸/骨盤内手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	術当日の2時間の離床、翌日からの6時間の離床	low	strong
術後栄養管理	術後4時間での経口摂取の開始	Moderate	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

<大腸手術における推奨例>

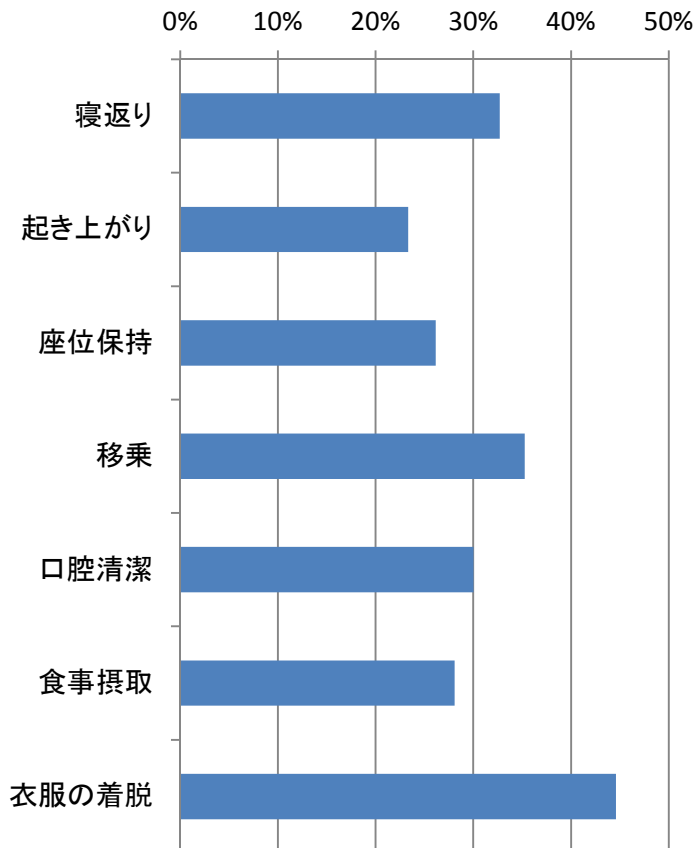
項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	早期の理学療法 of 開始	low	strong
術後栄養管理	早期の経腸栄養の開始	High	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

※その他、膀胱癌手術、膵十二指腸切除術、胃切除術においても同様のガイドラインが定められている。

術後のB項目の評価について

- 術後の患者のB項目については「衣服の着脱」、「寝返り」、「移乗」の該当率が高かった。

術後10日間のB項目平均該当率



重症度、医療・看護必要度に係る評価表 評価の手引き(抜粋)

<B項目共通事項>

医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。

<寝返り>

(項目の定義)

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド、柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

(判断に際しての留意点)

寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等がおこなっている場合は「できない」となる。

<移乗>

(項目の定義)

移乗が自力でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

(判断に際しての留意点)

医師の指示により自力での移乗が制限されていた場合は「できない」とする。

重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直し頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者では、「A項目3点以上」の患者の方が医師による頻回の指示の見直しが必要な患者がやや多かった。
- また、その他の患者においては、医師による頻回の指示の見直しが必要な患者は少なかった。

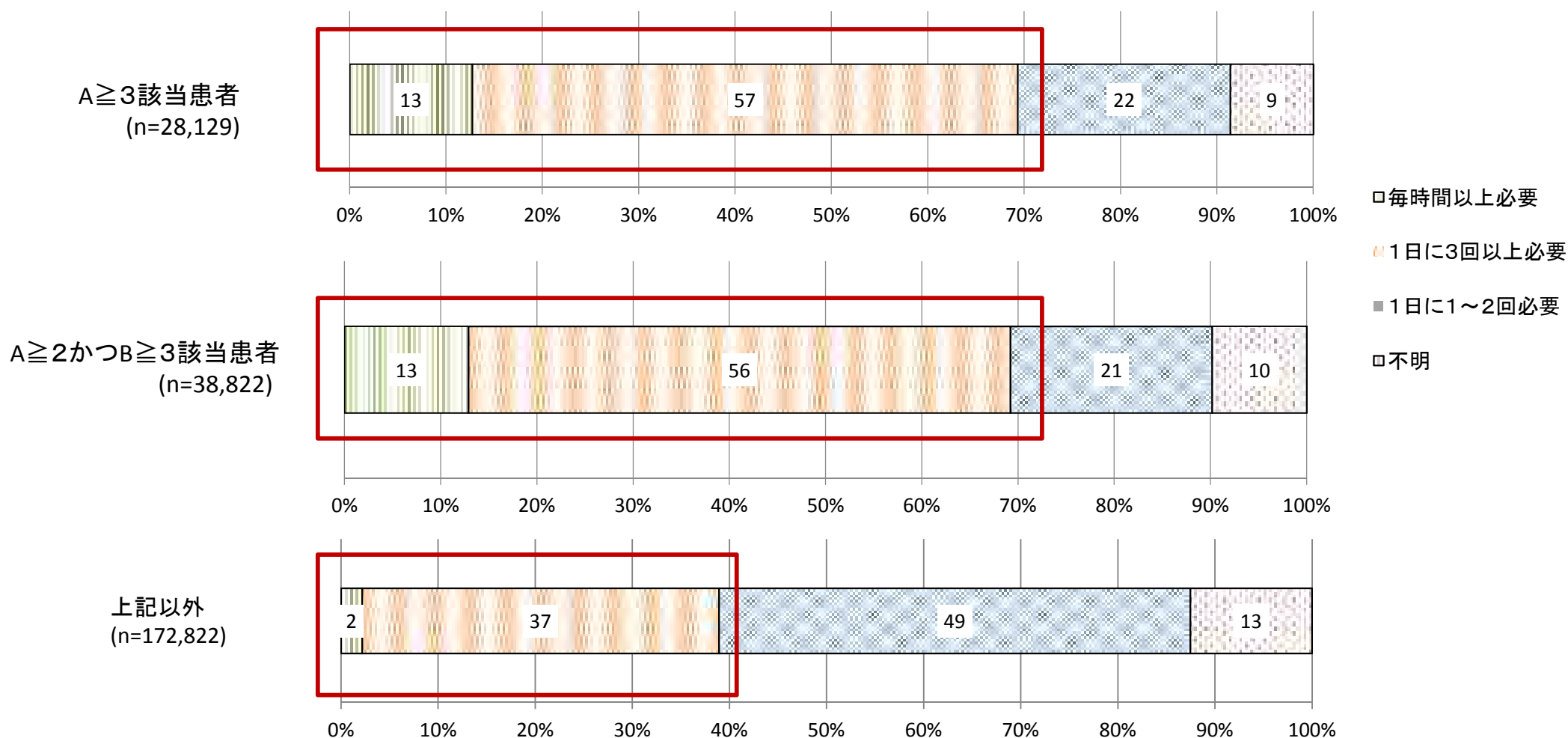
<医師による指示の見直し頻度>



重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者では、看護師による頻回の看護が必要な患者割合はほぼ同等であった。
- また、その他の患者においては、看護師による頻回の看護が必要な患者は少なかった。

<看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度>



A項目該当患者に関する課題と論点

【課題】

- 「A項目2点以上の患者」の割合の多い医療機関では高度な治療の実施件数が多い傾向が見られたが、「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」の割合の多い医療機関では、そのような傾向はみられなかった。
- A項目の該当患者割合が高い医療機関であっても、B項目の該当患者割合が低いために、「重症度、医療・看護必要度」の該当割合が低い医療機関が存在した。
- 近年、急性期医療では、発症早期のリハビリテーションや術後の早期離床等が推奨されており、術後早期のADLの向上が図られているが、こうした取り組みを行うとB項目の評価が下がる可能性がある。
- 「A項目3点以上の患者」と「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」を比較した場合、医師による指示の見直しや看護師による看護の頻度は概ね同等又はやや「A項目3点以上の患者」の方が多かった。また、いずれの場合もその他の患者と比較すると医師・看護師によるケアの必要な患者の割合は高かった。



【論点】

- A項目の点数が高いなど、特に専門的な治療が実施されている患者や、手術直後の患者等に関して、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすための条件について、どう考えるか。

1. 急性期入院医療について

○ 重症度、医療・看護必要度について

1-1. A項目について

1-2. A項目該当患者に関する評価について

1-3. B項目について

重症度、医療・看護必要度の「B：患者の状況等」に係る評価票

<一般病棟用>

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

<特定集中治療室用>

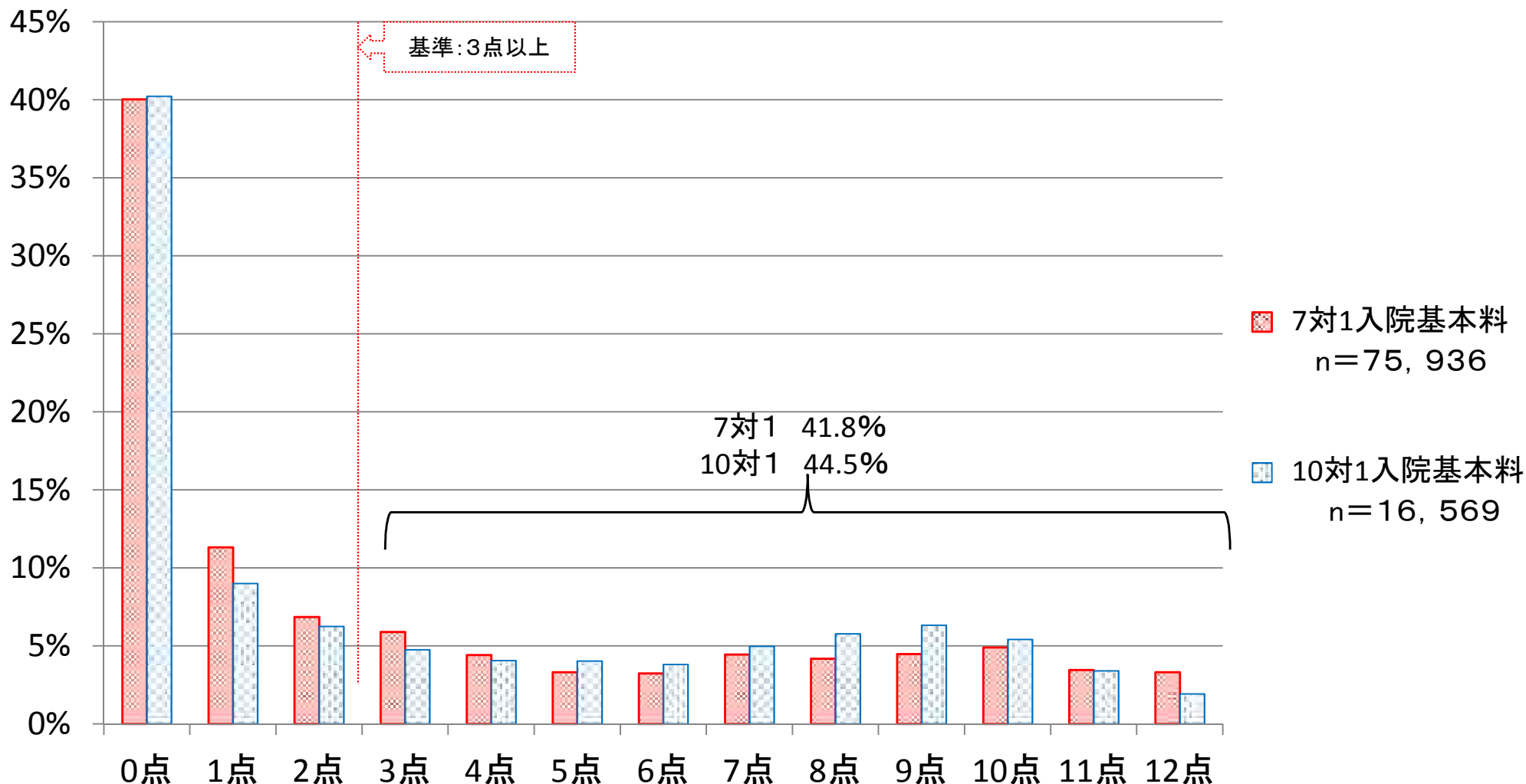
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	

<ハイケアユニット用>

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 床上安静の指示	なし	あり	
2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
3 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
4 起き上がり	できる	できない	
5 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
7 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	
8 口腔清潔	できる	できない	
9 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
12 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13 危険行動	ない	ある	

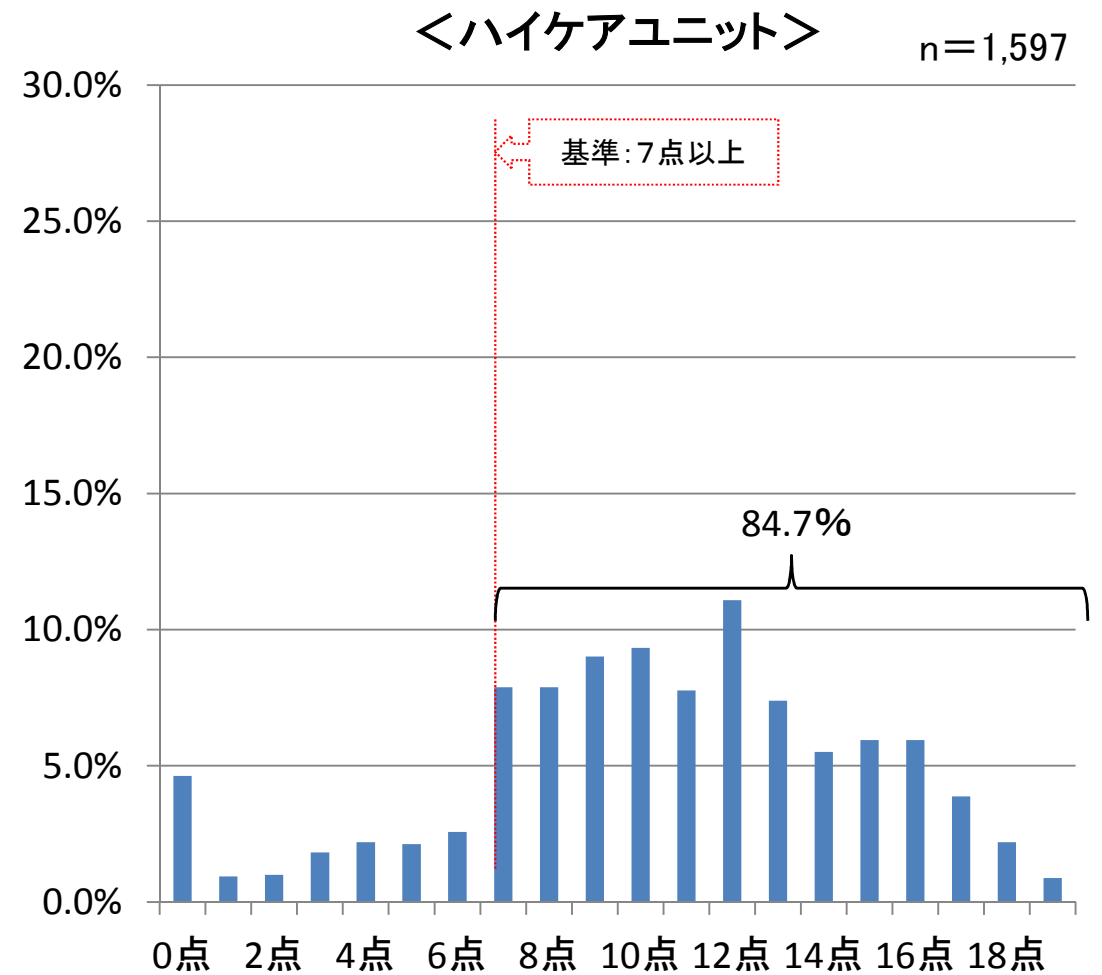
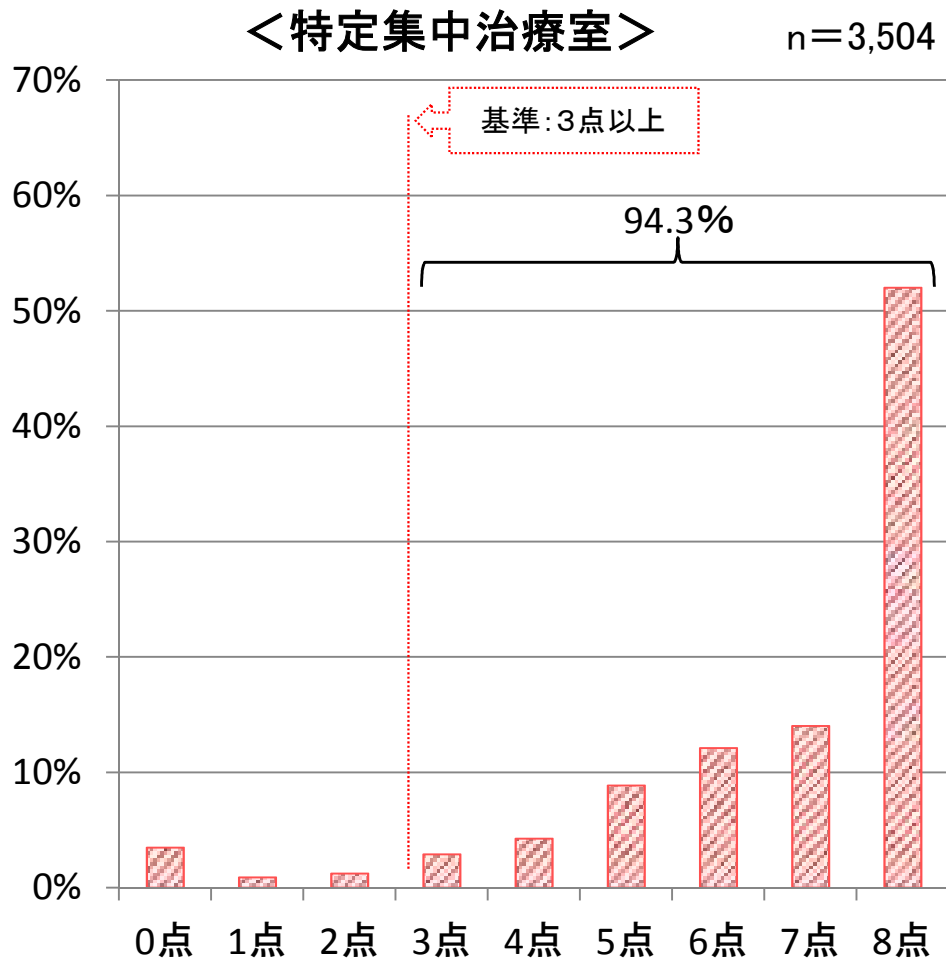
B項目の得点別該当患者割合(一般病棟)

- 一般病棟(7対1、10対1)では約4割の患者が0点であり、3点以上の患者は約4割であった。
- なお、B項目の一般病棟(7対1、10対1)における得点別該当患者割合は、7対1と10対1で違いはほとんどみられなかった。



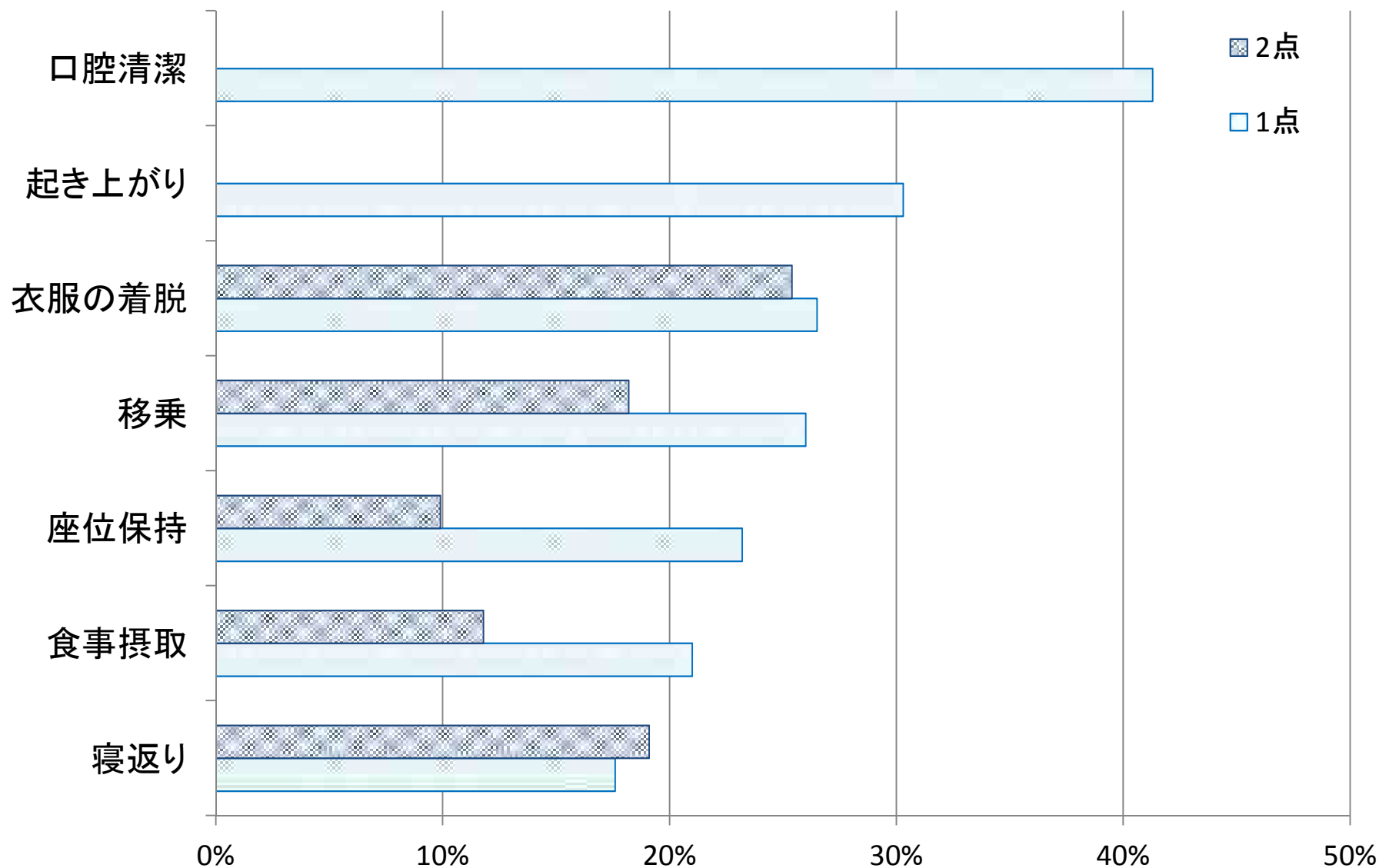
B項目の得点別該当患者割合(特定集中治療室、ハイケアユニット)

- 特定集中治療室では約9割以上、ハイケアユニットでは約8割以上の患者が基準を満たしていた。



<看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>

7対1一般病棟



B項目間の相関係数

○ 7対1入院基本料算定病床における、B項目の該当状況について、すべての項目の間に高い相関があった。特に、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間には、極めて高い相関があった。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		B(01) 寝返り	B(02) 起き上がり	B(03) 座位保持	B(04) 移乗	B(05) 口腔清潔	B(06) 食事摂取	B(07) 衣服の着脱
一般 病棟 用	B(01) 寝返り	1.000						
	B(02) 起き上がり	0.804	1.000					
	B(03) 座位保持	0.795	0.822	1.000				
	B(04) 移乗	0.644	0.657	0.678	1.000			
	B(05) 口腔清潔	0.663	0.680	0.657	0.648	1.000		
	B(06) 食事摂取	0.595	0.588	0.556	0.533	0.602	1.000	
	B(07) 衣服の着脱	0.730	0.714	0.697	0.664	0.720	0.616	1.000

参考)相関係数

- +0.600～+1.000 高い正の相関
- +0.400～+0.599 中位の正の相関
- +0.200～+0.399 低い正の相関
- 0.199～+0.199 無相関
- 0.399～-0.200 低い負の相関
- 0.599～-0.400 中位の負の相関
- 1.000～-0.600 高い負の相関

B項目のうち、仮に1項目を除いた場合の影響

- B項目のうち、仮に1項目を除いて、残りの6項目で評価するとした場合、「起き上がり」「座位保持」を除いても、3点以上を満たす者の割合への影響は小さかった。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		B<3 該当者数	B≥3		1項目を除いた場合の影響	
			該当者数	該当割合		
一般病棟用B得点(7項目)		44,226人	31,710人	41.8%	人	割合
除外項目	B(01)寝返り	45,503人	30,433人	40.1%	1,277人	1.7%
	B(02)起き上がり	44,474人	31,462人	41.4%	248人	0.3%
	B(03)座位保持	44,643人	31,293人	41.2%	417人	0.5%
	B(04)移乗	47,779人	28,157人	37.1%	3,553人	4.7%
	B(05)口腔清潔	46,519人	29,417人	38.7%	2,293人	3.0%
	B(06)食事摂取	46,135人	29,801人	39.2%	1,909人	2.5%
	B(07)衣服の着脱	48,018人	27,918人	36.8%	3,792人	5.0%

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

< 抜粋 >

第2 具体的施策

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

(4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

(身体合併症等への適切な対応)

○ 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応を求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進める。

○ 身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高めること、及び精神科病院における身体合併症への対応力を高めることがともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討をすすめる。

○ 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができる研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

認知症の人の将来推計

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

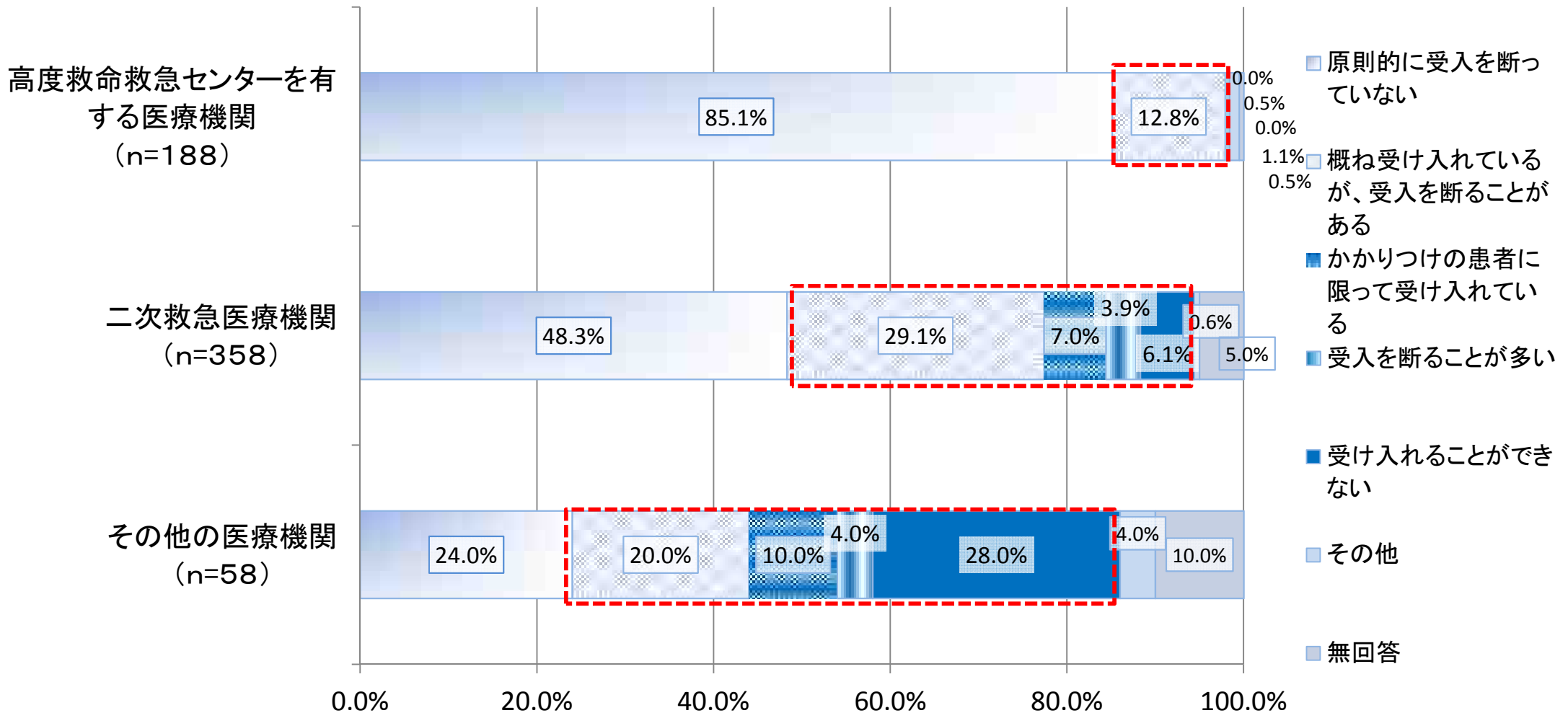
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

認知症の合併をもつ救急患者の受入状況

○ 認知症を合併した救急患者は、約半数の二次救急医療機関で受け入れられないことがあるとされるなど、急性期医療機関への受け入れが忌避されやすい傾向にあった。

＜受入対応方針(認知症の合併)＞



認知症の行動・心理症状の頻度

○ 認知症の行動・心理症状で、頻繁にみられるものは、「興奮」「繰り返し尋ねる」であった。

	7対1 (n=30,989)	10対1 (n=1,844)	HCU(n=430)	ICU(n=1,111)
興奮	3.2%	4.1%	3.7%	7.6%
繰り返し尋ねる	2.9%	4.3%	3.5%	4.4%
易怒性	1.5%	1.4%	2.1%	2.1%
徘徊	1.1%	1.9%	0.5%	0.0%
身体的攻撃性	0.9%	0.9%	2.3%	1.2%
泣き叫ぶ	0.7%	0.3%	0.5%	0.6%
その他	3.8%	3.7%	7.2%	4.9%
調査期間中に該当するBPSDはない	80.6%	70.2%	66.3%	69.7%
不明	10.8%	18.0%	19.3%	15.8%

認知症の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係①

- 7対1入院基本料対象病棟において、認知症の有無と、B項目との関係をみると、現在の評価項目についても、認知症とある程度の相関がみられた。
- 一方、現在の評価対象項目以外では、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

B項目	認知症あり(n=11,436)		認知症なし(n=63,803)		相対危険度
	1点以上	0点	1点以上	0点	
[1] 寝返り	8,229	3,207	17,699	46,104	2.6
[2] 起き上がり	7,600	3,836	13,274	50,529	3.2
[3] 座位保持	8,013	3,423	14,738	49,065	3.0
[4] 移乗	8,674	2,762	22,813	40,990	2.1
[5] 口腔清潔	9,358	2,078	19,430	44,373	2.7
[6] 食事摂取	7,597	3,839	15,514	48,289	2.7
[7] 衣服の着脱	9,807	1,629	26,519	37,284	2.1
[8] 床上安静の指示	1,348	10,088	3,468	60,335	2.2
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	1,344	10,092	2,048	61,755	3.7
[10] 移動方法	5,758	5,678	13,753	50,050	2.3
[11] 他者への意思の伝達	4,532	6,904	3,762	60,041	6.7
[12] 診療・療養上の指示が通じる	4,246	7,190	3,199	60,604	7.4
[13] 危険行動	3,042	8,394	2,481	61,322	6.8

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

認知症の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係②

○ 既存のB項目においては2点以下となる患者のみを対象として、認知症の有無と、B項目との関係をみた場合も、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

＜7対1入院基本料：B項目2点以下の者＞

B項目	認知症あり(n=1,484)		認知症なし(n=40,672)		相対危険度
	1点以上	0点	1点以上	0点	
[1] 寝返り	48	1,436	1,689	38,983	0.8
[2] 起き上がり	3	1,481	123	40,549	0.7
[3] 座位保持	7	1,477	214	40,458	0.9
[4] 移乗	305	1,179	3,538	37,134	2.4
[5] 口腔清潔	50	1,434	1,497	39,175	0.9
[6] 食事摂取	90	1,394	1,459	39,213	1.7
[7] 衣服の着脱	287	1,197	6,052	34,620	1.3
[8] 床上安静の指示	0	1,484	124	40,548	0.0
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	2	1,482	44	40,628	1.2
[10] 移動方法	82	1,402	1,621	39,051	1.4
[11] 他者への意思の伝達	40	1,444	39	40,633	28.1
[12] 診療・療養上の指示が通じる	27	1,457	49	40,623	15.1
[13] 危険行動	31	1,453	92	40,580	9.2

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

認知症の有無と看護提供頻度

- 7対1入院基本料対象病棟において、認知症の有無と、看護提供頻度の関係を見ると、認知症ありの患者に対する看護提供頻度は高かった。また、B項目2点以下の患者においても同様であった。

<7対1入院基本料>

	全体 (n=193,327)	認知症あり (n=13,454)	認知症なし (n=177,182)
1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	49.0%	26.2%	50.5%
1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	46.3%	61.9%	45.4%
毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	4.7%	11.9%	4.2%

<7対1入院基本料：B項目2点以下>

	全体 (n=107,956)	認知症あり (n=1,491)	認知症なし (n=105,005)
1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	59.5%	39.2%	59.5%
1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	38.8%	48.7%	38.9%
毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	1.7%	12.1%	1.6%

B項目（ハイケアユニット13項目）の主成分分析

- 7対1入院基本料算定病棟の患者をB項目（ハイケアユニット用13項目）で評価し、主成分分析したところ、第1主成分は、現行のB項目（7項目）の寄与が大きく、第2主成分は認知症に関連した3項目の寄与が大きく、現行のB項目とは異なる状態を評価していた。
- 現行の7項目で評価される患者像は、13項目の評価の中で、最も重要な要素であり、互いに関連していた。認知症に関連した項目で評価される患者像は、次いで重要な要素であり、互いに関連していた。

B項目	第一主成分	第二主成分
B(01) 寝返り	-0.331	-0.192
B(02) 起き上がり	-0.329	-0.224
B(03) 座位保持	-0.331	-0.193
B(04) 移乗	-0.305	-0.207
B(05) 口腔清潔	-0.309	-0.215
B(06) 食事摂取	-0.282	-0.128
B(07) 衣服の着脱	-0.325	-0.187
B(08) 床上安静の指示	-0.176	0.117
B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	-0.194	0.336
B(10) 移動方法	-0.247	0.098
B(11) 他者への意思の伝達	-0.269	0.451
B(12) 診療・療養上の指示が通じる	-0.256	0.488
B(13) 危険行動	-0.180	0.396
標準偏差	2.561	1.254
寄与率	0.505	0.121
累積寄与率	0.505	0.626

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

<7対1入院基本料>
n=75, 936

7対1一般病棟で評価されていないB項目と他のB項目の相関

- 7対1入院基本料算定病棟では評価されていないハイケアユニット用B項目6項目の、他の項目との相関をみると、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は互いに強い相関がみられた。これらの2項目は、類似した状況の評価するものであることが示唆される。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		一般病棟用						
		B(01) 寝返り	B(02) 起き上がり	B(03) 座位保持	B(04) 移乗	B(05) 口腔清潔	B(06) 食事摂取	B(07) 衣服の着脱
ハイ ケア ユニ ット 用 (6 項 目)	B(08) 床上安静の指示	0.318	0.320	0.370	0.317	0.258	0.202	0.276
	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0.351	0.308	0.361	0.251	0.255	0.264	0.300
	B(10) 移動方法	0.407	0.420	0.425	0.540	0.457	0.388	0.466
	B(11) 他者への意思の伝達	0.476	0.435	0.459	0.372	0.388	0.416	0.442
	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	0.421	0.399	0.409	0.350	0.374	0.386	0.416
	B(13) 危険行動	0.247	0.258	0.246	0.259	0.282	0.274	0.296

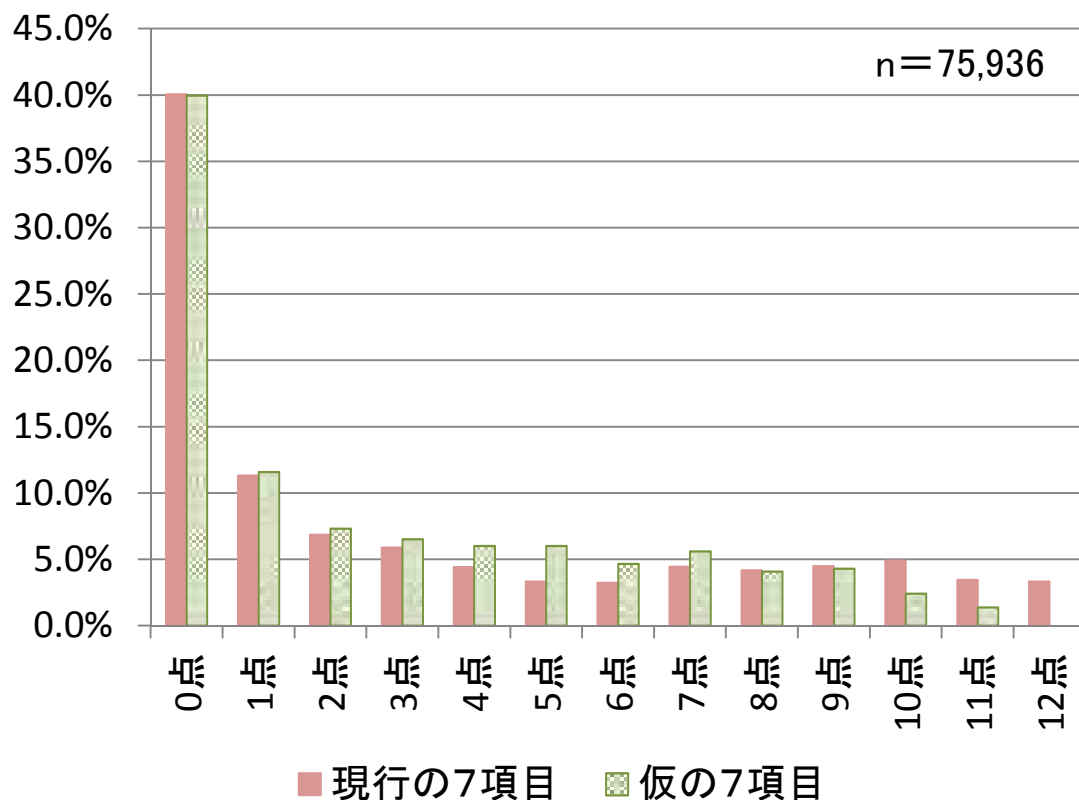
		ハイケアユニット用(6項目)					
		B(08) 床上安静の指示	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	B(10) 移動方法	B(11) 他者への意思の伝達	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	B(13) 危険行動
ハイ ケア ユニ ット 用 (6 項 目)	B(08) 床上安静の指示	1.000					
	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0.309	1.000				
	B(10) 移動方法	0.330	0.271	1.000			
	B(11) 他者への意思の伝達	0.306	0.567	0.417	1.000		
	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	0.258	0.453	0.411	0.797	1.000	
	B(13) 危険行動	0.176	0.142	0.350	0.446	0.574	1.000

一般病棟のB項目を入れ替えた場合の試算

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した場合、B項目の点数分布に大きな差はみられなかった。B項目が3点以上となる者の割合についても大きな変動はなかった。

<7対1入院基本料>

【現行7項目と仮の7項目との該当得点の比較】

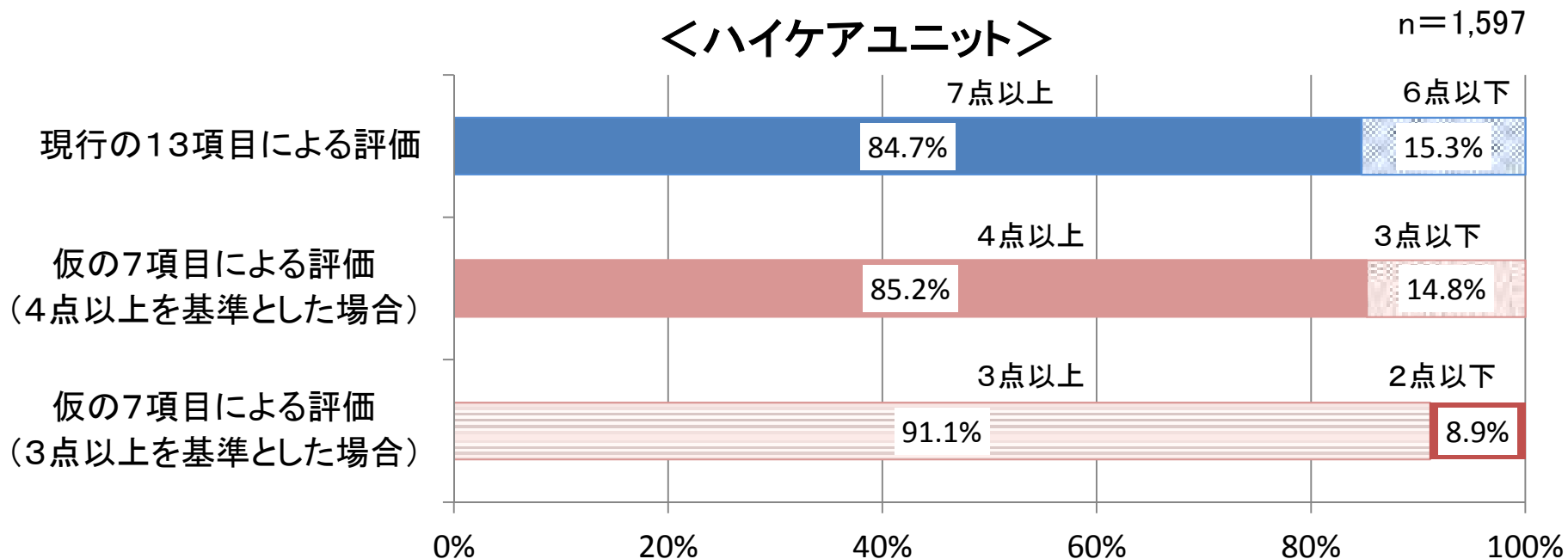


【現行7項目と仮の7項目でのB項目3点以上の該当者】

		該当割合	該当者数
3点以上 B項目	現行7項目	41.8%	31,701人
	仮の7項目	41.1%	31,219人

13項目での評価と、7項目での評価の比較(ハイケアユニット)

- 一般病棟用のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した仮の7項目で基準を4点以上としてハイケアユニットにおいて評価した場合、現行の13項目の基準である7点以上の患者割合と同程度であった。



ハイケアユニット		現行の13項目による評価		
		7点以上	6点以下	計
仮の7項目による評価	3点以上	1,349	106	1455
	2点以下	4	138	142
	計	1353	244	1597

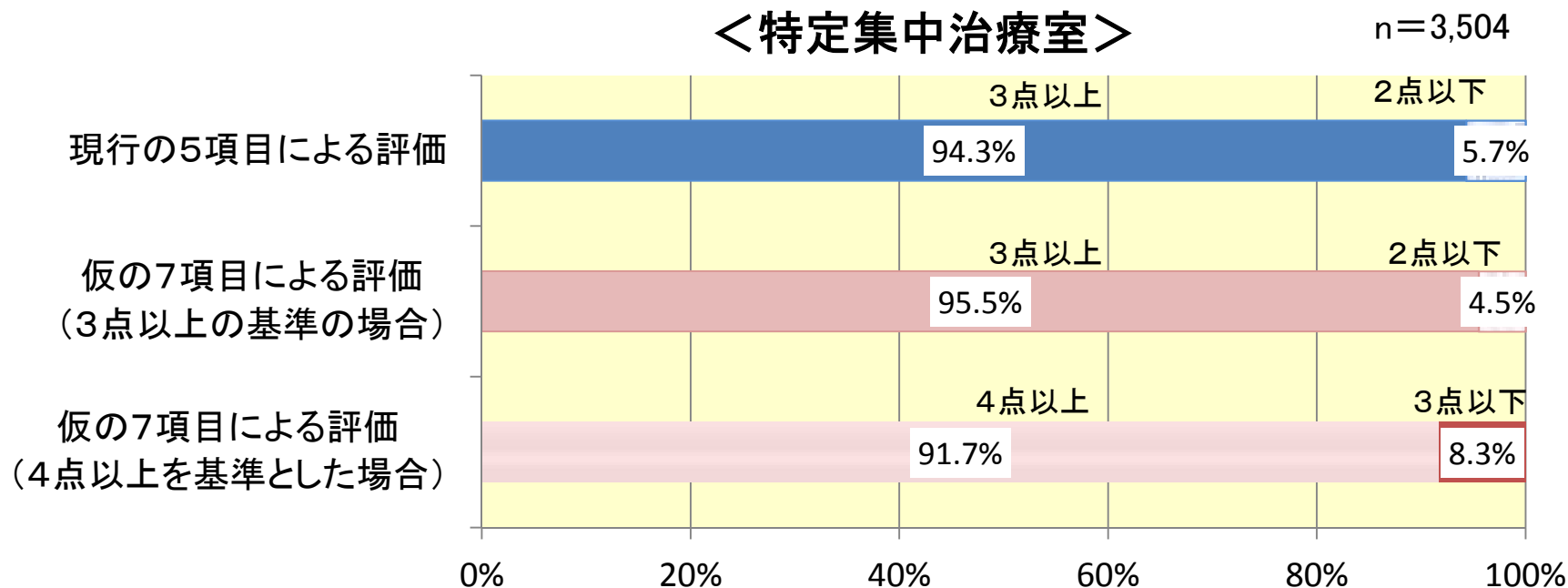
感度 99.7%
特異度 56.6%

ハイケアユニット		現行の13項目による評価		
		7点以上	6点以下	計
仮の7項目による評価	4点以上	1,314	46	1360
	3点以下	39	198	237
	計	1353	244	1597

感度 97.1%
特異度 81.1%

13項目での評価と、7項目での評価の比較(特定集中治療室)

- 一般病棟用のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した仮の7項目で、基準を3点以上として特定集中治療室において評価した場合、現行の5項目の基準である3点以上の患者割合と同程度であった。



特定集中治療室		現行の5項目による評価		
		3点以上	2点以下	計
仮の7項目による評価	3点以上	3,267人	78人	3,345人
	2点以下	39人	120人	159人
	計	3,306人	198人	3,504人

感度 98.8%
特異度 60.6%

特定集中治療室		現行の5項目による評価		
		3点以上	2点以下	計
仮の7項目による評価	4点以上	3,176人	37人	3,213人
	3点以下	130人	161人	291人
	計	3,306人	198人	3,504人

感度 96.1%
特異度 81.3%

B項目に関する課題と論点

【現状と課題】

- 重症度、医療・看護必要度のB項目には、一般病棟用(7項目)、特定集中治療室用(一般病棟用のうち5項目)、ハイケアユニット用(13項目、うち7項目は一般病棟用と同じ)の、3種類がある。
- 一般病棟用のB項目間の相関は概ね高く、とりわけ「寝返り」「起き上がり」「座位保持」については相関が高く、「起き上がり」「座位保持」については、評価から除外しても、基準を満たす患者の割合にほとんど変化はなかった。
- 一般病棟用のB項目にも、認知症との関連があるが、現行では一般病棟用で評価されていない「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」等の項目は認知症との関連がより強かった。また、現行のB項目の基準を満たさない3点未満の患者にも、認知症の患者が一定程度みられ、こうした患者では看護の提供頻度が高い傾向がみられた。
- ハイケアユニット用の13項目での評価に代えて、一般病棟用の7項目で評価した場合や、特定集中治療室用の5項目での評価に代えて、一般病棟用の7項目で評価した場合、現行の評価結果と一致する患者が多かった。



【論点】

- 一般病棟用のB項目について、「寝返り」との相関が強く、基準の該当性への影響の少ない「起き上がり」「座位保持」の、評価の必要性についてどう考えるか。
- 認知症患者の急性期病床への受け入れについては、医療現場での負担が大きいことから、現在ハイケアユニットで評価項目となっている「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の項目を、一般病棟においても評価の対象とすることについてどう考えるか。
- 一般病棟用、特定集中治療室、ハイケアユニット用のB項目については、類似の状態を評価する項目が多いが、項目数に差があることから、病棟種別間で統一し、単純化を図ることについて、どう考えるか。

1. 急性期入院医療について

2. 退院支援に係る取組について

3. 入院中の他医療機関の受診について

1. 退院支援に係る診療報酬上の評価について
2. 退院に向けた患者等の状況について
3. 退院支援に係る医療機関の取組について
4. 在宅復帰率について

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患；大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、
新生児退院調整加算

平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援に係る主な診療報酬上の評価①

退院に向けた院内の取組に関する主な評価

項目名	概要
退院調整加算(退院時1回)	入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。
新生児特定集中治療室 退院調整加算 (入院中又は退院時1回)	新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室に入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対して、より適切な退院先に退院できるよう、退院支援計画を策定し、退院先の選定や必要な社会福祉サービスの調整等も含め、退院調整を行う取組を行った場合に算定する。
総合評価加算(入院中1回)	65歳以上の者等については、入院当初から退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことであり、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組を行った場合に算定する。
退院前訪問指導料 (入院中1回)	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
精神科地域移行実施加算 (1日につき)	精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、入院期間が5年を超える入院患者のうち、患者数が1年間で5%以上減少した場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者について算定する。

退院支援に係る主な診療報酬上の評価②

退院に向けた院外との情報共有等に関する主な評価

項目名	概要
退院時共同指導料 (入院中1回)	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。
介護支援連携指導料 (入院中2回)	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する
診療情報提供料(I) (月1回)	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

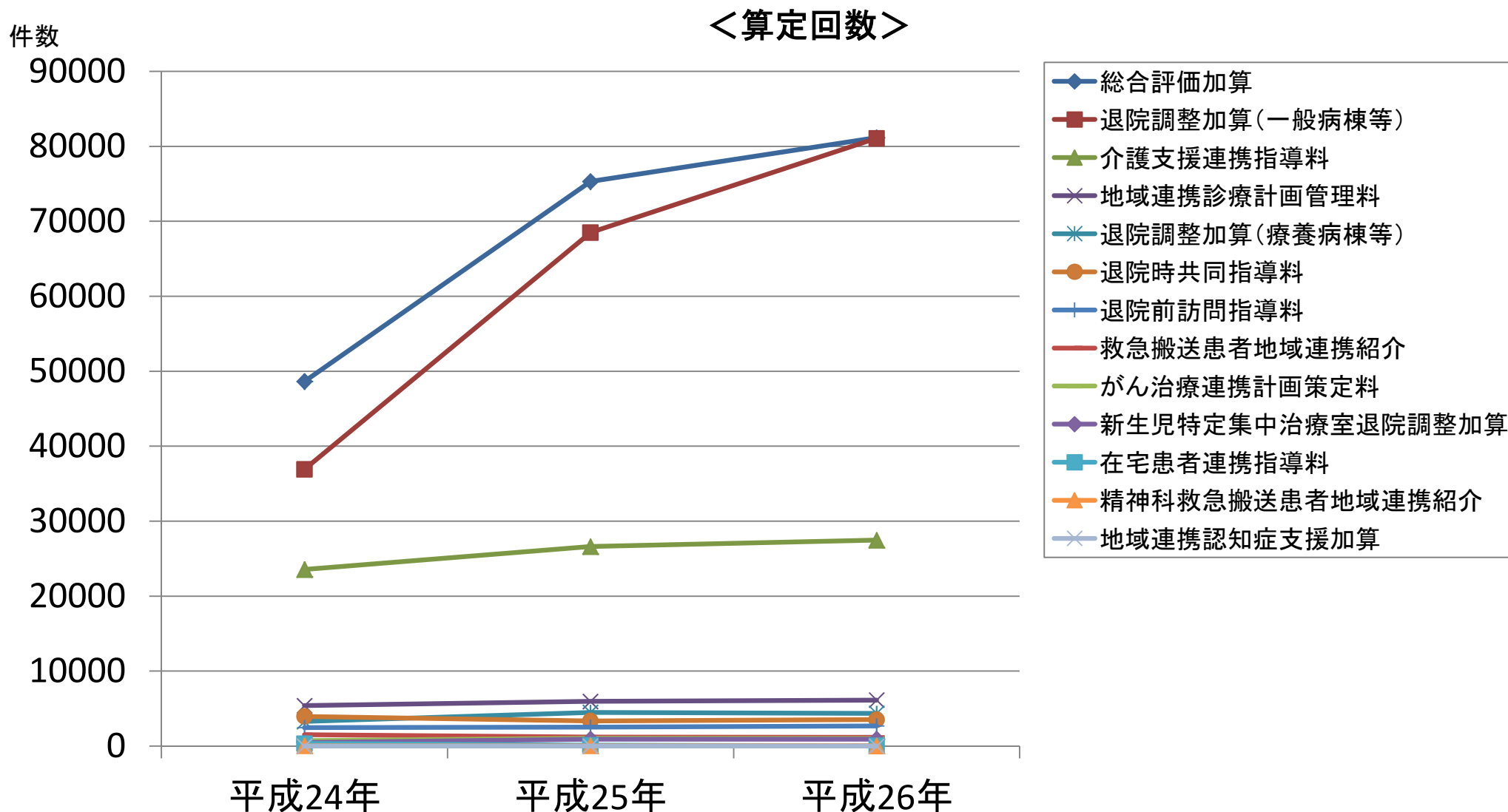
退院支援に係る主な診療報酬上の評価③

退院に向けた医療機関の連携に関する主な評価

項目名	概要
救急搬送患者地域 連携紹介加算(退院時1回)	高次の救急医療機関に緊急入院した患者について、他の保険医療機関でも対応可能な場合に、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑化を図るため、入院7日以内に当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の医療機関に転院させた場合に算定する。
精神科救急搬送患者地域 連携紹介加算(退院時1回)	精神科救急医療機関に緊急入院した患者について、後方病床の役割を担う保険医療機関で対応可能な場合に、精神科救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑化を図るため、入院60日以内に当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の医療機関に転院させた場合に算定する。
地域連携認知症支援加算 (入院初日)	認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保健医療機関の病棟に転院させた場合であって、60日以内に、元の保険医療機関に入院した場合に算定する。
地域連携診療計画管理料 (退院時等1回)	地域連携診療計画の対象疾患(大腿骨頸部骨折・脳卒中)の患者に対し、地域連携診療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日以内に値行き連携診療計画に基づく個別の患者毎の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に算定する。
がん治療連携計画策定料1 (退院時等1回)	がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものであり、地域連携診療計画を作成するとともに、文書にて患者等に説明し、他の医療機関に診療情報を文書により提供した場合に算定する。

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



退院支援に係る主な取組と評価

ストラクチャー評価

【人員の配置に関する評価】

- ・退院調整部門の設置及び専従の職員(1名以上)の配置(退院調整加算等)
- ・総合的な機能評価に係る研修を修了した医師等がいること(総合評価加算)

【医療機関間の恒常的な連携に関する評価】

- ・紹介元と受入先の医療機関があらかじめ協議を行って連携をとっていること(救急搬送患者地域連携紹介加算等)
- ・あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること(地域連携診療計画管理料等)

プロセス評価

【早期退院に向けた院内の取組に関する評価】

- ・入院早期の退院困難な患者の抽出(退院調整加算等)
- ・入院早期の家族等との面談(退院調整加算等)
- ・退院支援計画の作成(退院調整加算等)
- ・地域連携診療計画の作成(地域連携診療計画管理料等)
- ・日常生活、認知機能、意欲等に関する総合的な評価の実施(総合評価加算)
- ・病棟及び退院調整部門の関係職種による共同カンファレンスの実施(退院調整加算等)
- ・患家を訪問した上で、退院後に在宅で必要となる療養上の指導の実施(退院前訪問指導料)

【医療機関間の恒常的な連携に関する評価】

- ・3回/年以上の連携医療機関間の会合の実施(地域連携診療計画管理料)

【退院に向けた情報提供等に関する評価】

- ・退院・転院後の保険医療機関等との連絡や調整、情報提供(退院調整加算等)
- ・入院している保険医療機関及び退院後の在宅療養を担う保険医療機関職員による共同指導(退院時共同指導料)
- ・入院している保険医療機関の職員と介護支援専門員による共同指導(介護支援連携指導料)

アウトカム評価

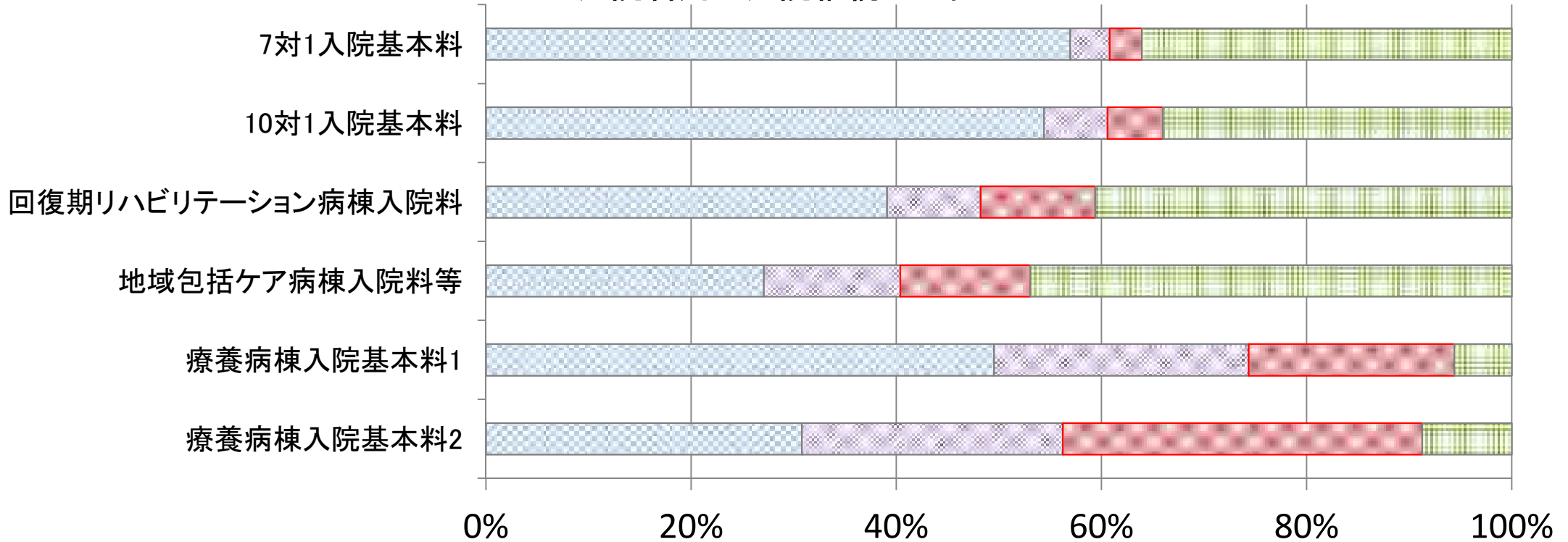
- ・平均在院日数が17日以内(地域連携診療計画管理料)
- ・入院期間が5年を超える入院患者のうち、退院した患者の数が1年間で5%以上の実績(精神科地域移行実施加算)

1. 退院支援に係る診療報酬上の評価について
2. 退院に向けた患者等の状況について
3. 退院支援に係る医療機関の取組について
4. 在宅復帰率について

各病棟における入院継続の理由

○ 各病棟において、「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者は、一定程度の割合で存在していた。

＜入院料別の入院継続の理由＞



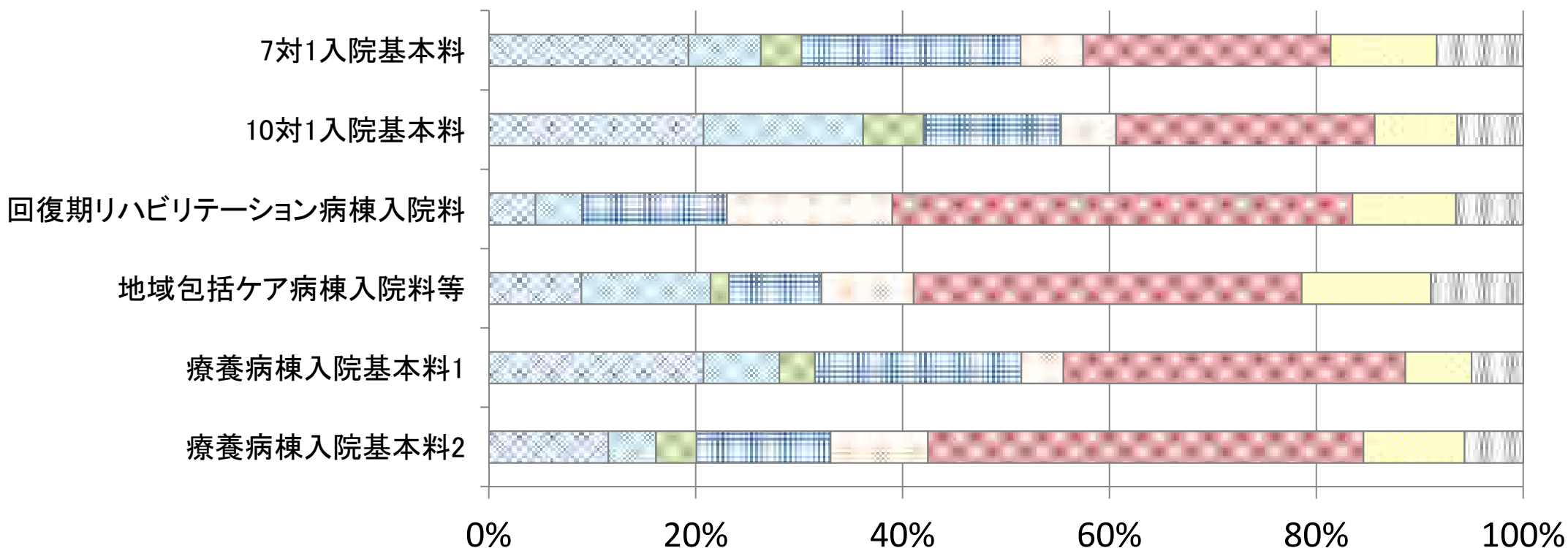
- 医学的な理由のため入院医療が必要である
- 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 退院予定が決まっている

外来・在宅で管理可能な患者が退院後に必要な支援

- 「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者が、退院後に必要な支援としては、各病棟ともに「食事・排泄・移動等の介護」の割合が高かった。

＜入院料別の退院後に必要な支援＞

※最も当てはまるものを一つ回答



■ 医療処置

■ 通院の介助

■ 訪問診療

■ 訪問看護・リハビリテーション

■ 買物・清掃・調理等の家事の補助

■ 食事・排泄・移動等の介護

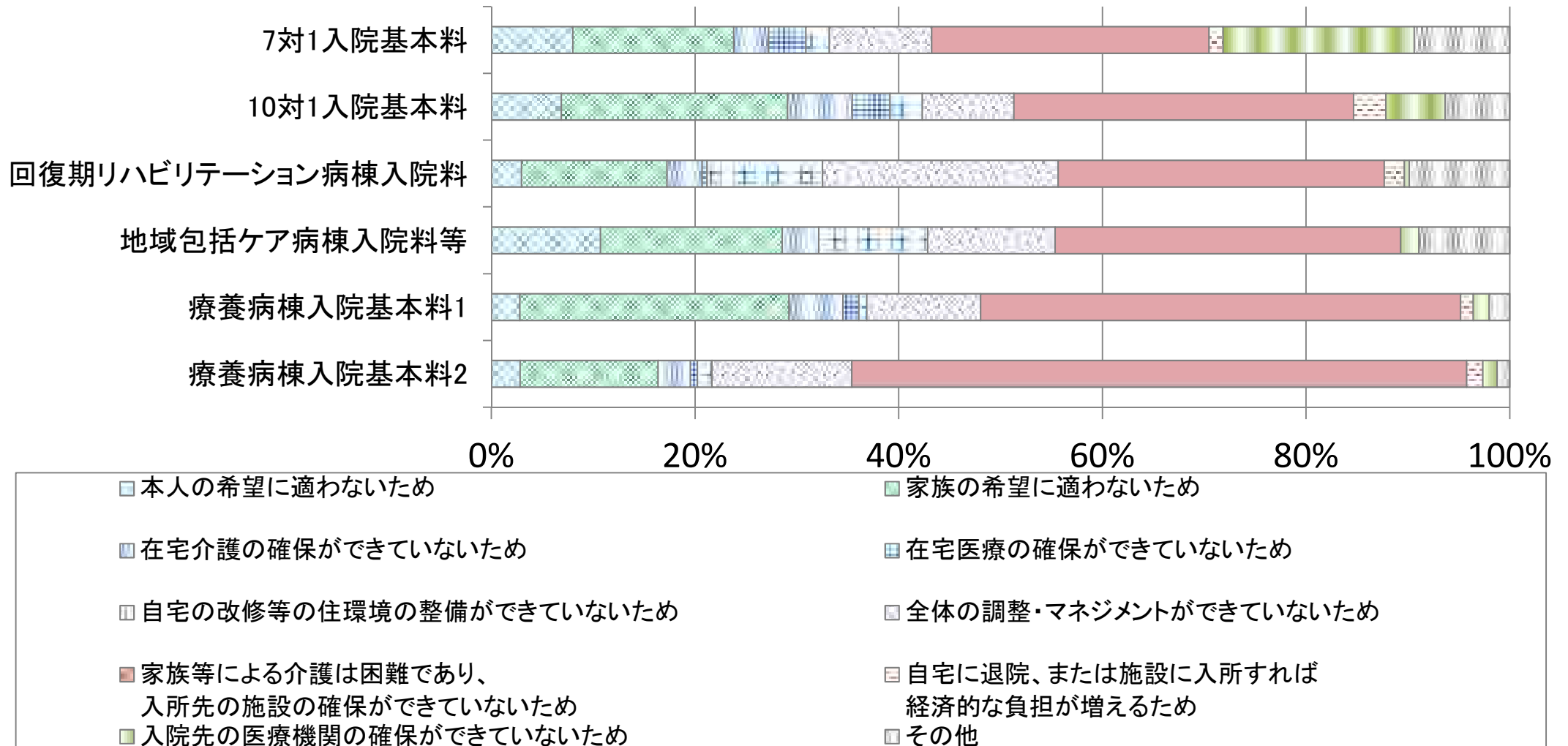
■ 認知症・精神疾患に対する見守り

■ その他

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由

- 「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」患者が、退院できない理由としては、「入所先の施設の確保ができていないため」「家族の希望に合わないため」とする割合が多かった。
- その他、7対1病棟では「入院先の医療機関が確保できていないため」とする患者も多くみられた。

＜入院料別の退院できない理由＞



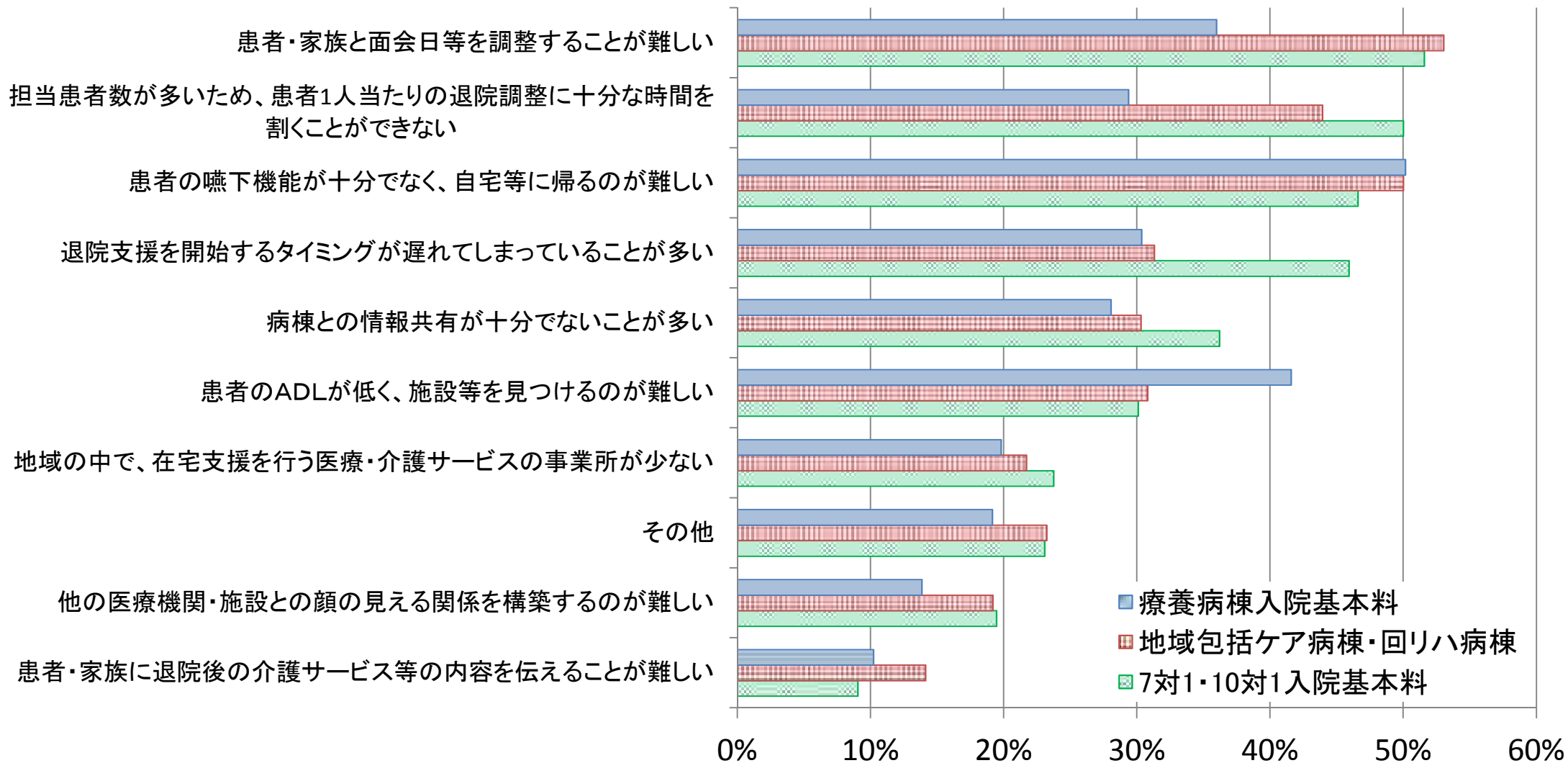
退院支援を行うに当たって困難な点

中医協 総-5

27.6.10

- 退院支援室等において、退院支援を行うに当たって困難な点として、患者・家族との面会や十分な退院調整に向けた時間の確保、嚥下機能が低下した患者の取扱い等が挙げられた。

＜入院料別の退院支援を行うに当たって困難な点＞



1. 退院支援に係る診療報酬上の評価について
2. 退院に向けた患者等の状況について
3. 退院支援に係る医療機関の取組について
4. 在宅復帰率について

地域連携室・退院支援室の設置状況

- 療養病棟では限定的だったものの、病床数の少ない医療機関を含め、多くの医療機関において地域連携支援室又は退院支援室を設置していた。
- また、病床数の少ない医療機関の方が病床数当たりの専従職員が多い傾向がみられた。

<地域連携支援室・退院支援室の設置状況(病床規模別)>

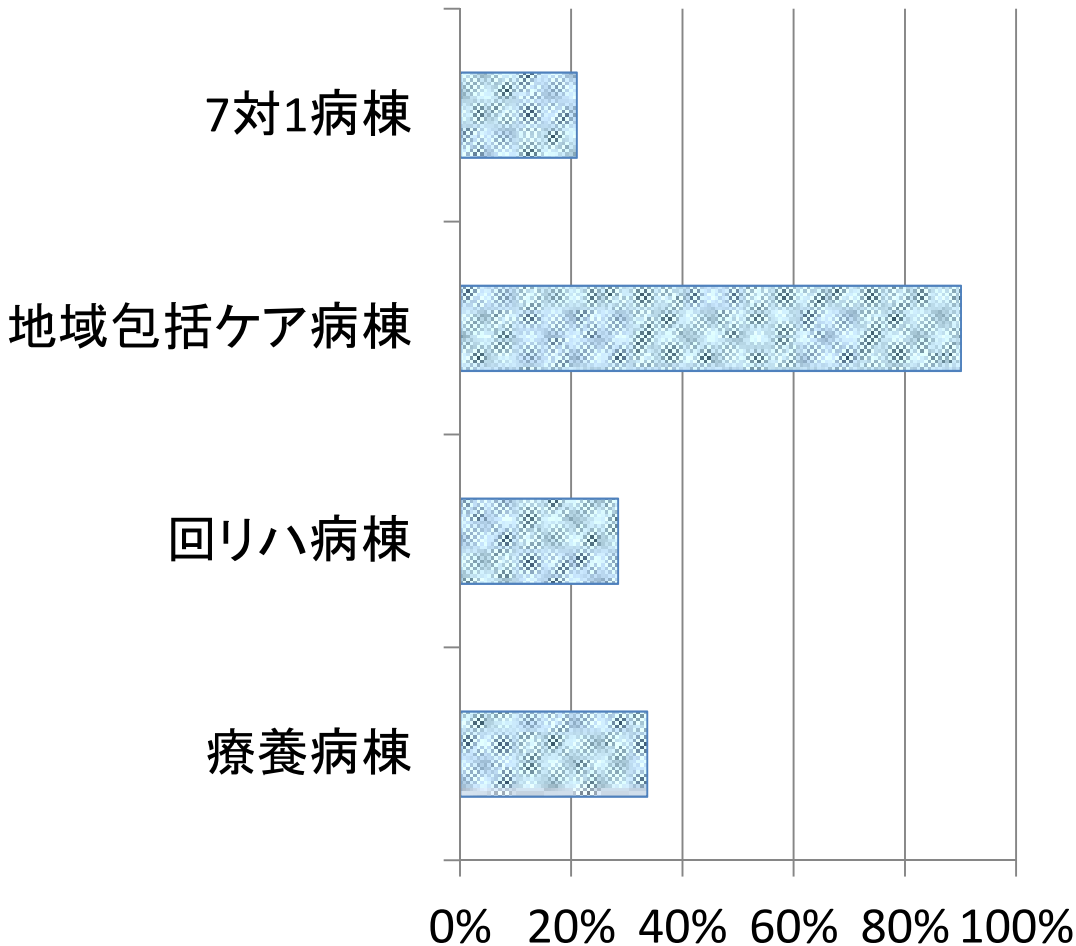
		200床未満		200～500床		500床以上	
		設置あり	設置なし	設置あり	設置なし	設置あり	設置なし
7対1入院基本料	医療機関数	72(86%)	12(14%)	144(100%)	-	67(100%)	-
	職員数(/100床)	4		3		2	
10対1入院基本料	医療機関数	172(73%)	63(27%)	30(88%)	4(12%)	3(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		2	
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	医療機関数	70(93%)	5(7%)	26(100%)	-	1(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		0	
回復期 リハビリテーション 病棟入院料	医療機関数	122(87%)	18(13%)	51(96%)	2(4%)	-	-
	職員数(/100床)	4		2		-	
療養病棟 入院基本料	医療機関数	255(60%)	172(40%)	80(87%)	12(13%)	-	-
	職員数(/100床)	3		1		-	

病棟への退院支援職員の配置状況

- 地域包括ケア病棟では、約90%の病棟で退院支援に係る専任又は専従の職員を病棟に配置しており、他の病棟と比べて極めて高い値を示していた。
- 7対1病棟と療養病棟では、職員の配置を行っている病棟の方が平均在院日数が短い傾向がみられた。

＜病棟への退院支援に専任／専従の職員の配置＞

＜病棟への退院支援職員の配置別の平均在院日数＞

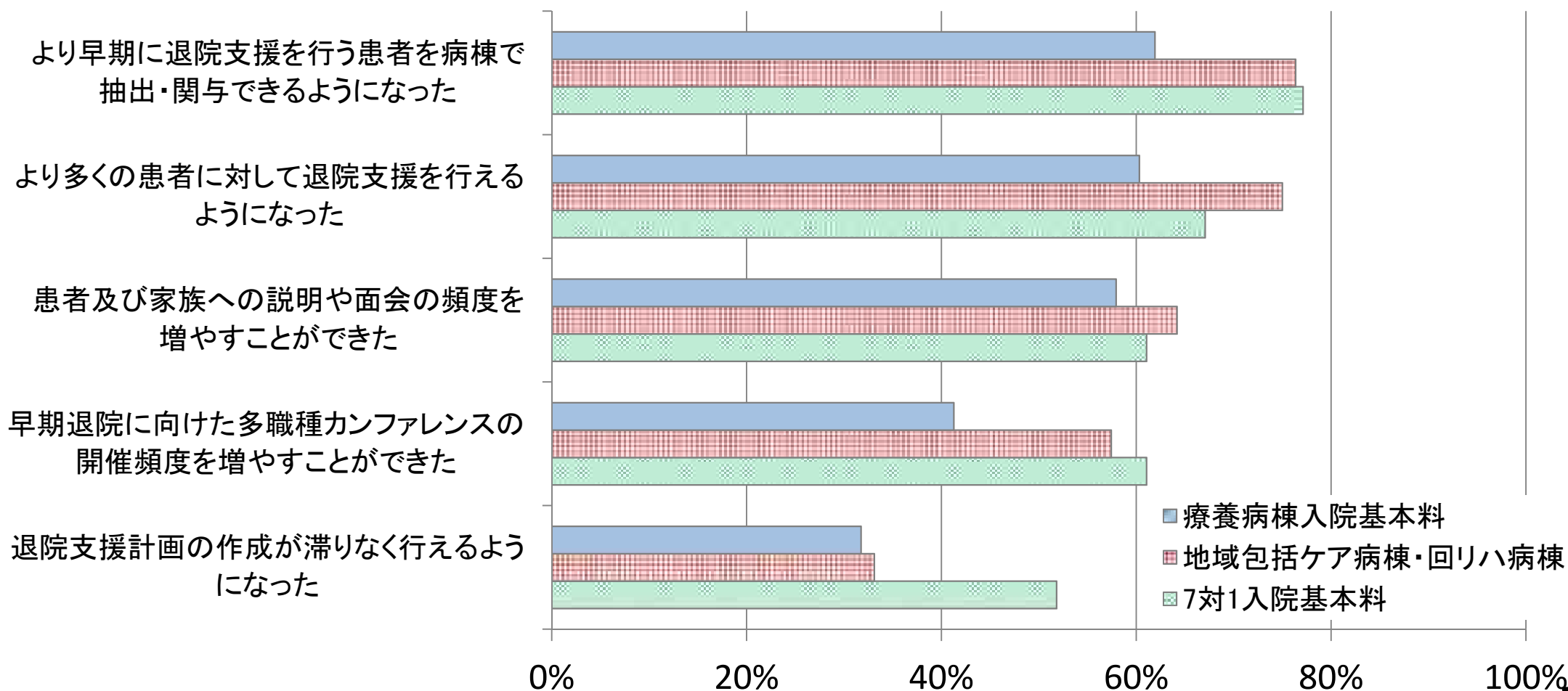


	専任／専従職員の配置	
	あり	なし
7対1病棟	12.7	13.0
地域包括ケア病棟	28.0	22.2
回りハ病棟	73.0	68.5
療養病棟	256.9	348.4

病棟への退院支援職員の配置による効果

- 病棟に専任/専従の退院支援の職員を配置した効果として、より早く患者を抽出できるようになった或いはより多くの患者に対して退院支援を行えるようになったとする回答が多くみられた。
- また、療養病棟よりも7対1・10対1入院基本料や地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟において、効果が高いとする回答が多くみられた。

＜病棟への退院支援職員配置による効果＞



退院支援に向けた院内の取組について①

- 病床規模に関わらず、多くの医療機関で入院時に早期退院に向けた多職種カンファレンスを実施していた。

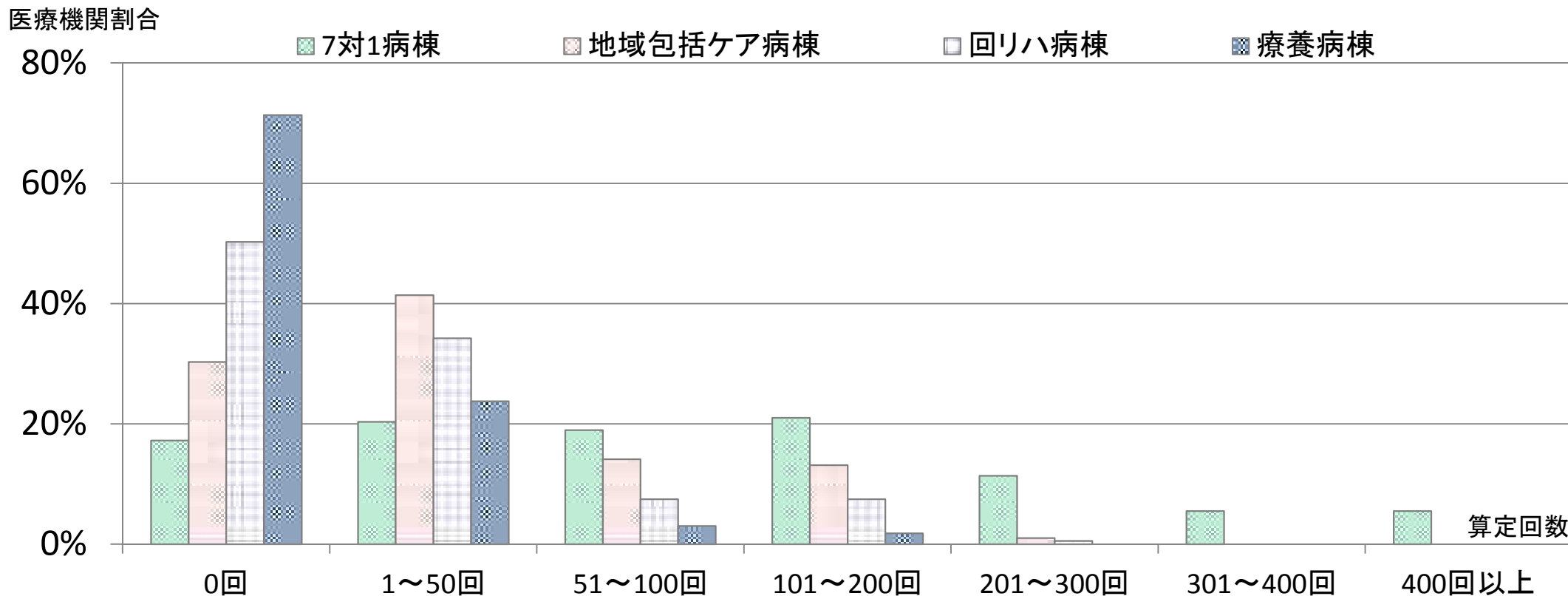
<入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスの実施(病床規模別)>

		200床未満		200～500床		500床以上	
		実施あり	実施なし	実施あり	実施なし	実施あり	実施なし
7対1・10対1 入院基本料	実施施設数	184(89%)	22(11%)	148(94%)	9(6%)	65(97%)	2(3%)
	平均在院日数	15.2	15.0	13.4	14.9	13.0	13.3
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	実施施設数	59(92%)	5(8%)	20(91%)	2(9%)	1	0
	平均在院日数	27.1	26.6	25.4	39.2	21.8	-
回復期リハビリ テーション病棟 入院料	実施施設数	103(95%)	5(5%)	43(96%)	2(4%)	0	0
	平均在院日数	70.0	65.7	75.6	100.1	-	-
療養病棟 入院基本料	実施施設数	174(76%)	54(24%)	55(86%)	9(14%)	0	0
	平均在院日数	214.1	332.7	303.0	378.1	-	-

退院支援に向けた院内の取組について②

○ 入院期間が短い入院料を届け出ている医療機関ほど、退院調整加算を算定している医療機関が多かった。

＜退院調整加算の算定状況＞



※退院調整加算[概要]

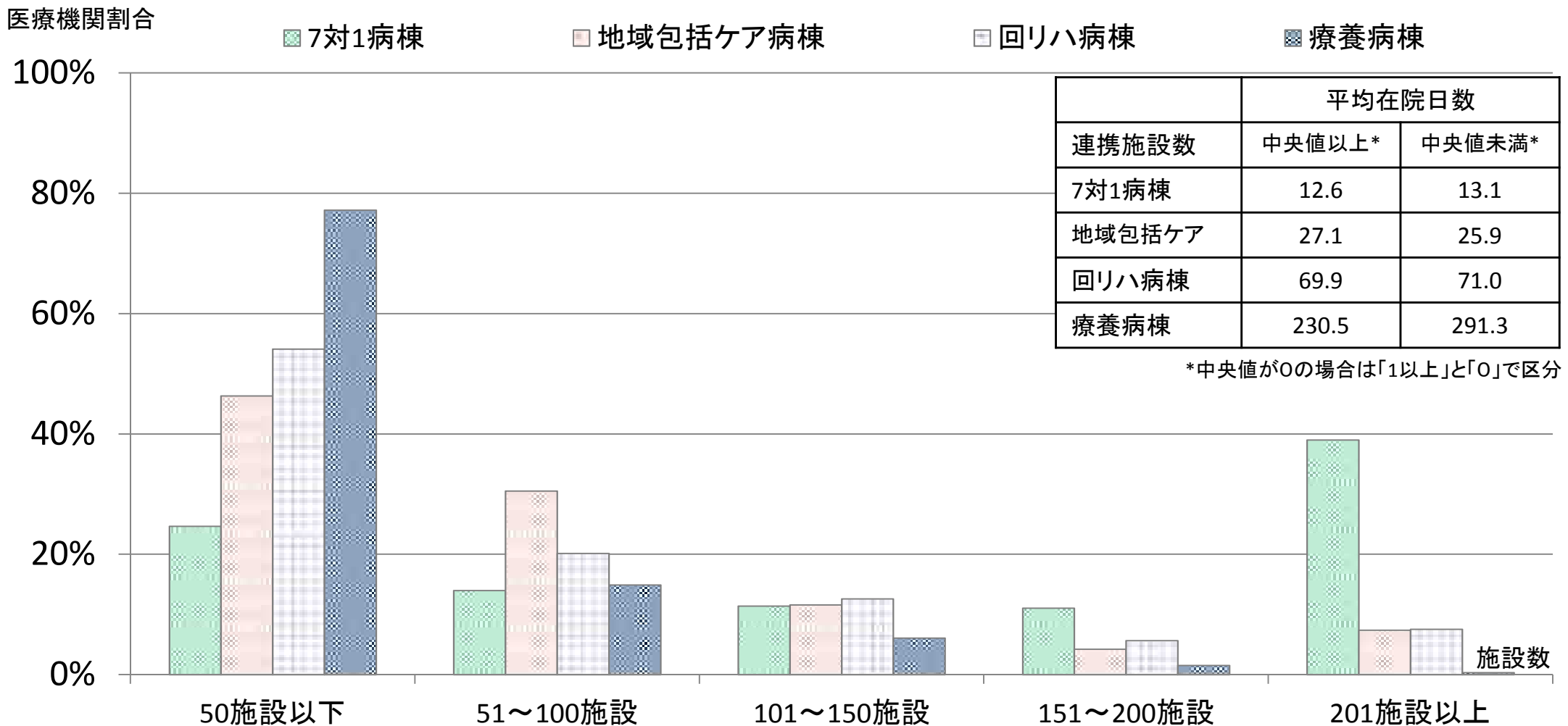
- ・入院7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出
- ・できるだけ早期に患者等と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携し、退院支援計画の作成に着手
- ・病棟及び退院調整部門の看護師等が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施
- ・退院後の療養を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービスの導入に係る支援を実施

等

退院支援に向けた院外との連携について①

- 入院期間が短い入院料を届け出ている医療機関ほど、連携施設数が多かった。また、地域包括ケア病棟を除き、連携施設数の多い医療機関ほど平均在院日数が短い傾向がみられた。

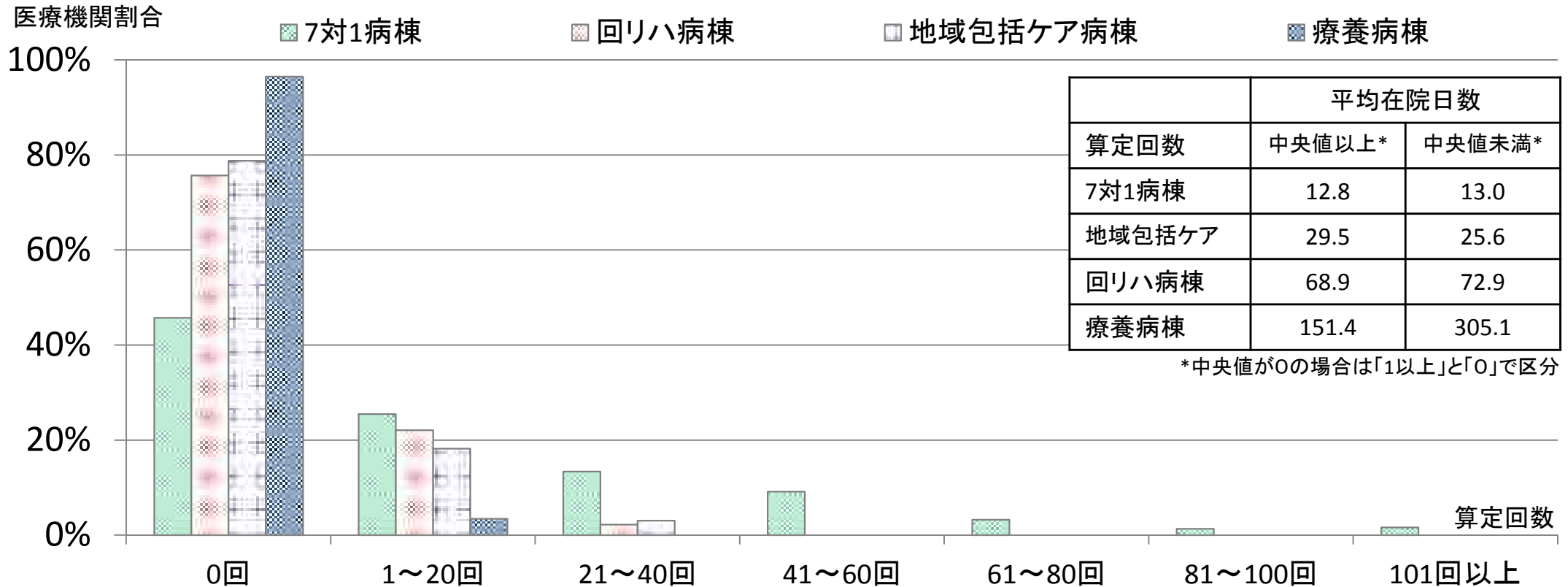
＜連携施設数の状況＞



退院支援に向けた院外との連携について②

- 7対1病棟を除き、地域連携診療計画管理料を算定している医療機関は少なかった。
- 地域包括ケア病棟を除き、当該管理料を算定している医療機関では平均在院日数が短い傾向がみられた。

＜地域連携診療計画管理料の算定状況＞



※地域連携診療計画管理料[概要]

- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折、脳卒中
- ・地域連携診療計画をあらかじめ作成し、連携医療機関と共有して活用
- ・連携医療機関との間で、情報交換のための会合を年3回程度開催
- ・入院7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の診療計画を作成し、患者等に説明して提供

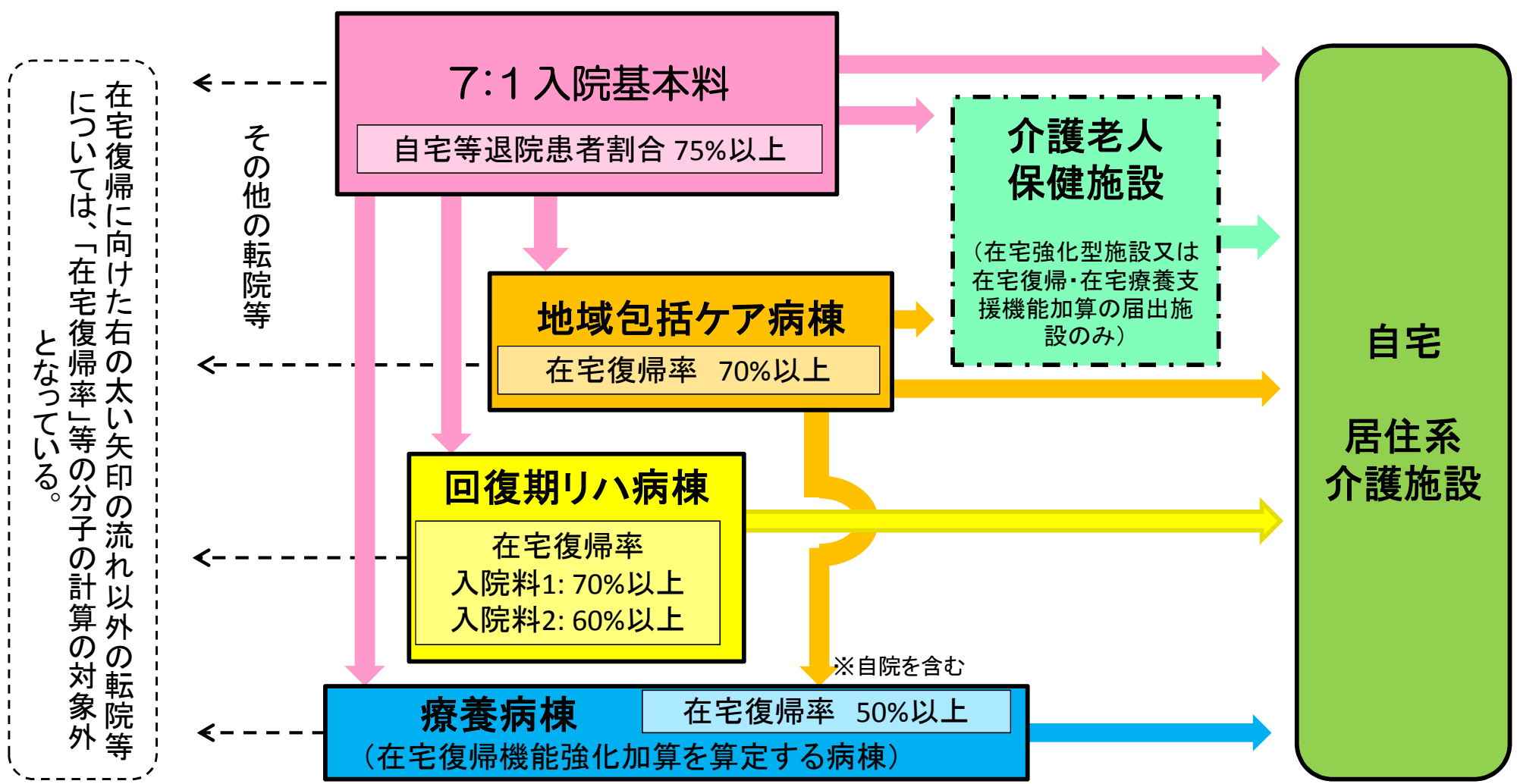
等

1. 退院支援に係る診療報酬上の評価について
2. 退院に向けた患者等の状況について
3. 退院支援に係る医療機関の取組について
4. 在宅復帰率について

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できていることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



在宅復帰率の定義

- 在宅復帰率の算出に含まれない退棟先は各病棟により異なっており、転棟患者を含まない場合や1か月未満の入院患者を含まない場合等それぞれに複雑な計算式となっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院している訳ではないが、現在の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

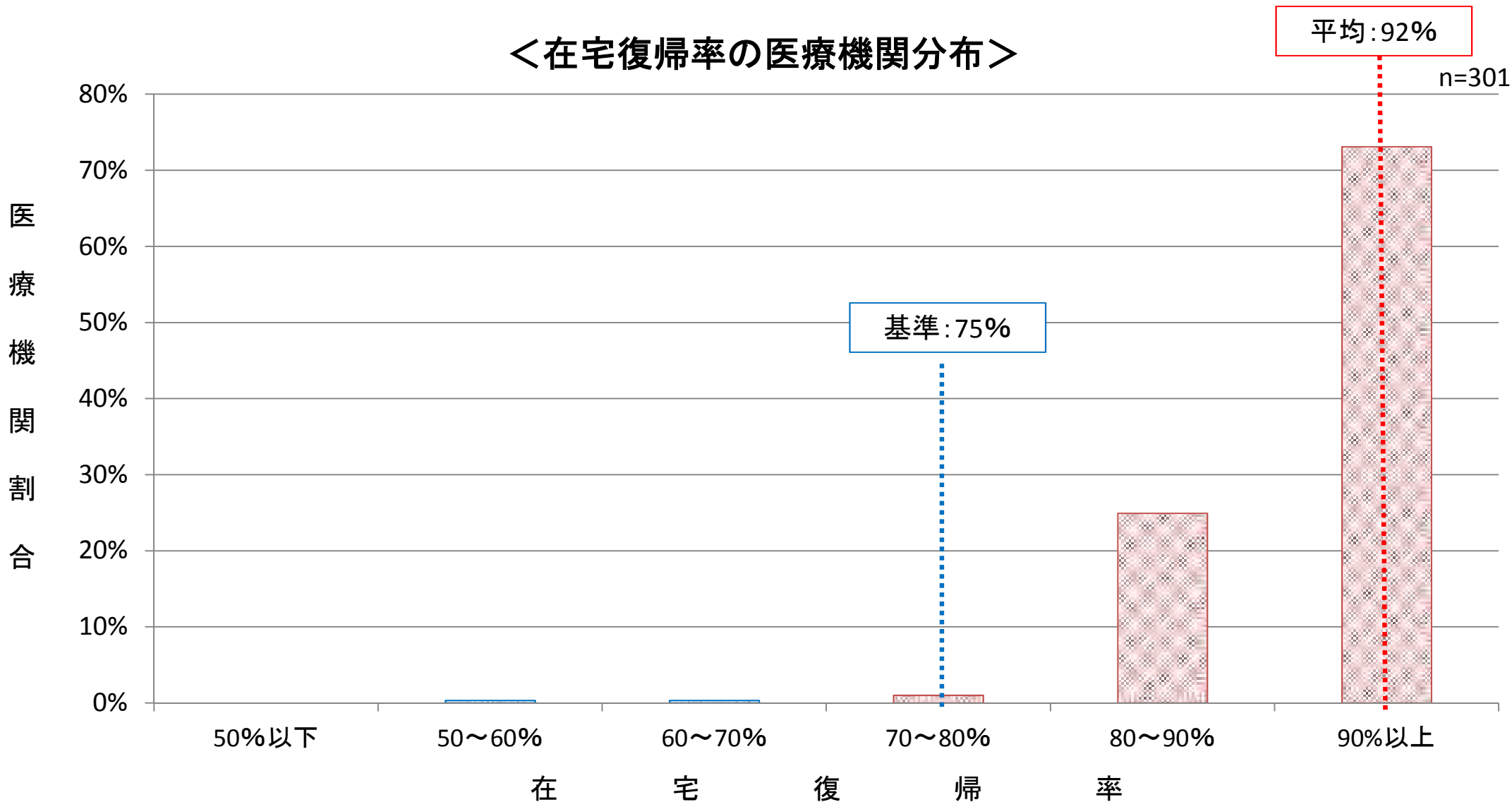
	7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟	療養病棟
分子に含まれる退棟先	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+)(退院・転棟含む) ・介護老人保健施設(加算+) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p>※退院後の生活が1か月以上継続する見込みのある者</p>
分母に含まれる退棟先	<ul style="list-style-type: none"> ・7対1病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月以上入院して退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>
計算式に含まれない退棟先	<ul style="list-style-type: none"> ・転棟患者 ・死亡退院 ・再入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院 ・再入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院 ・再入院患者 ・急性増悪患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院 ・再入院患者 ・急性増悪患者 ・1か月未満の入院患者

7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

診調組 入-1
27.5.29

- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。

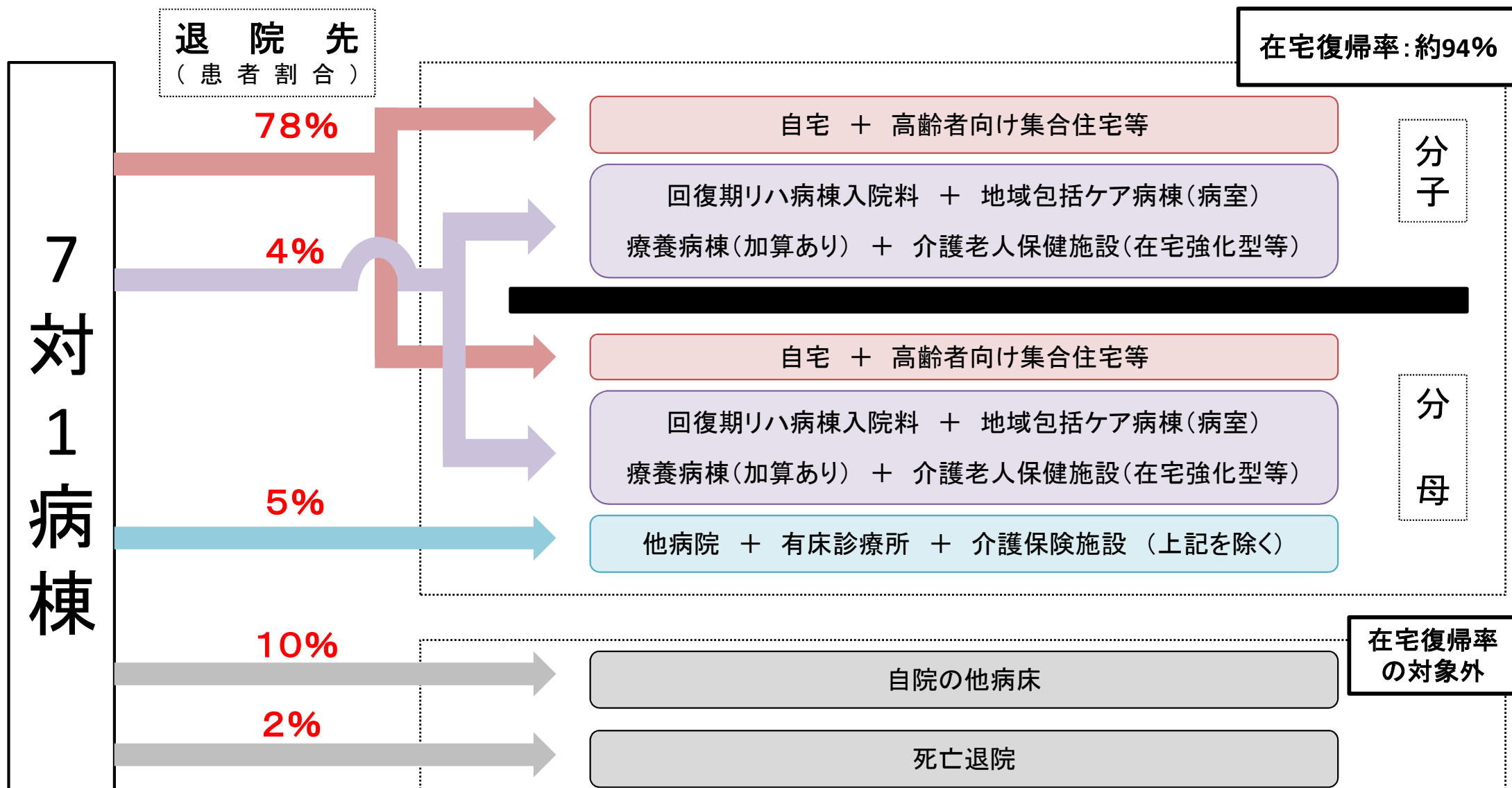
<在宅復帰率の医療機関分布>



7対1病棟における在宅復帰率（患者別）

診調組 入-1
27.5.29

- 7対1病棟からの退院患者全体の在宅復帰率は約94%であるが、直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であった。



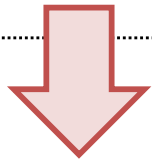
7対1病棟における在宅復帰率の評価について

- 現在の在宅復帰率の計算では退棟先の評価が3段階に分かれており、自宅等への退棟と在宅復帰率が要件化されている病棟への退棟が同等に最も評価されている。
- また、自院の他病床への退棟等が2番目に評価されている。

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅 + 高齢者向け集合住宅等

回復期リハ病棟入院料
地域包括ケア病棟(病室)
療養病棟(加算あり)
介護老人保健施設(在宅強化型等)

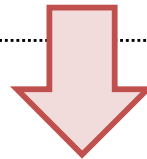


- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が上がる。
- ・自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されている。

2番目に評価されている退棟先
(計算に含まれない退棟先)

自院の他病床
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)

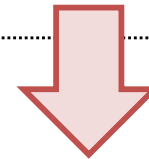
死亡退院



- ・計算から除外されているため、この退棟先が増加しても在宅復帰率は変化しない。

最も低く評価されている退棟先
(分母にのみ含まれる退棟先)

他医療機関
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)
介護保険施設
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)



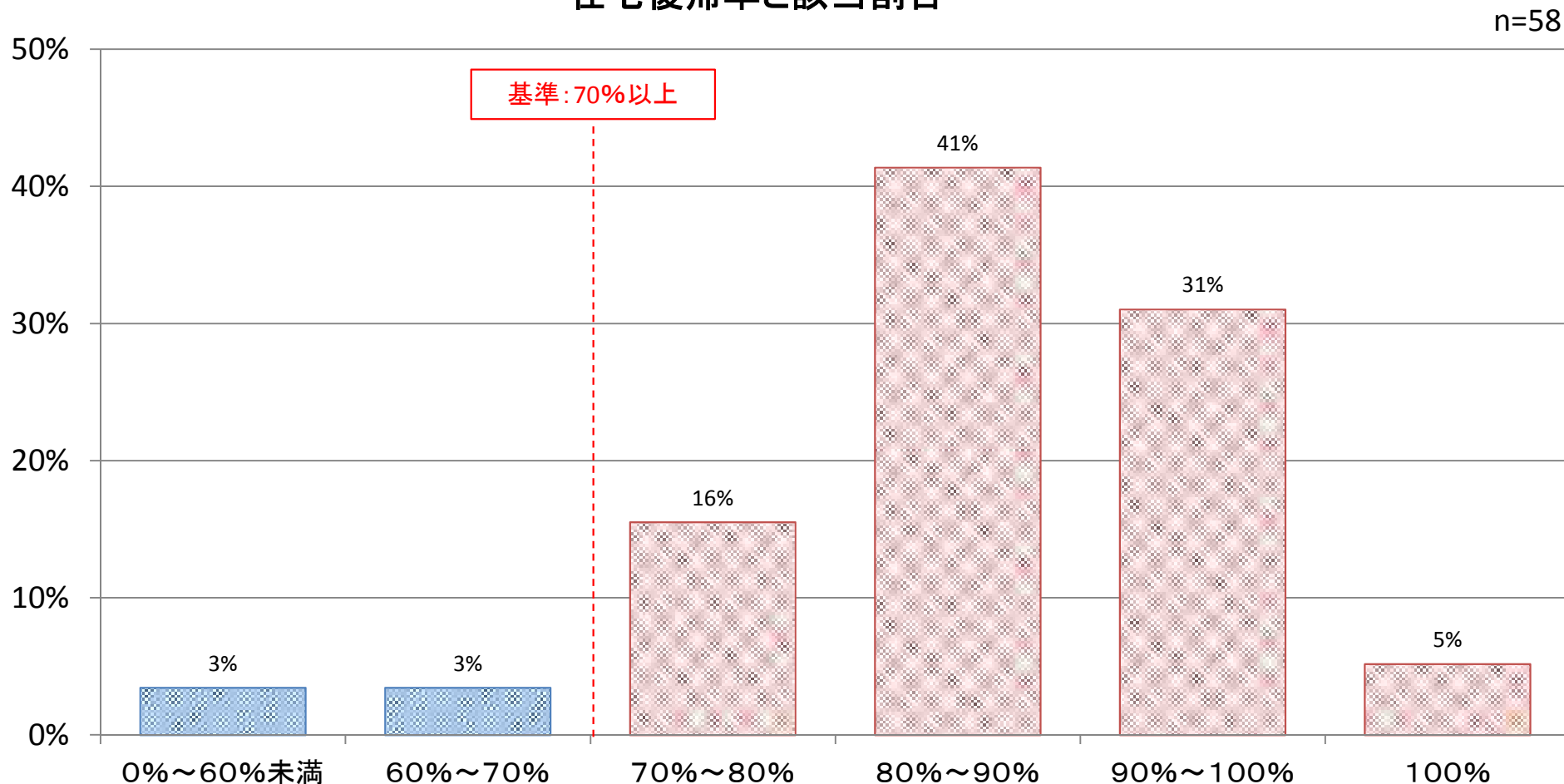
- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が下がる。

地域包括ケア病棟における在宅復帰率（医療機関別）

診調組 入-1
27.5.29

- 地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多かった。

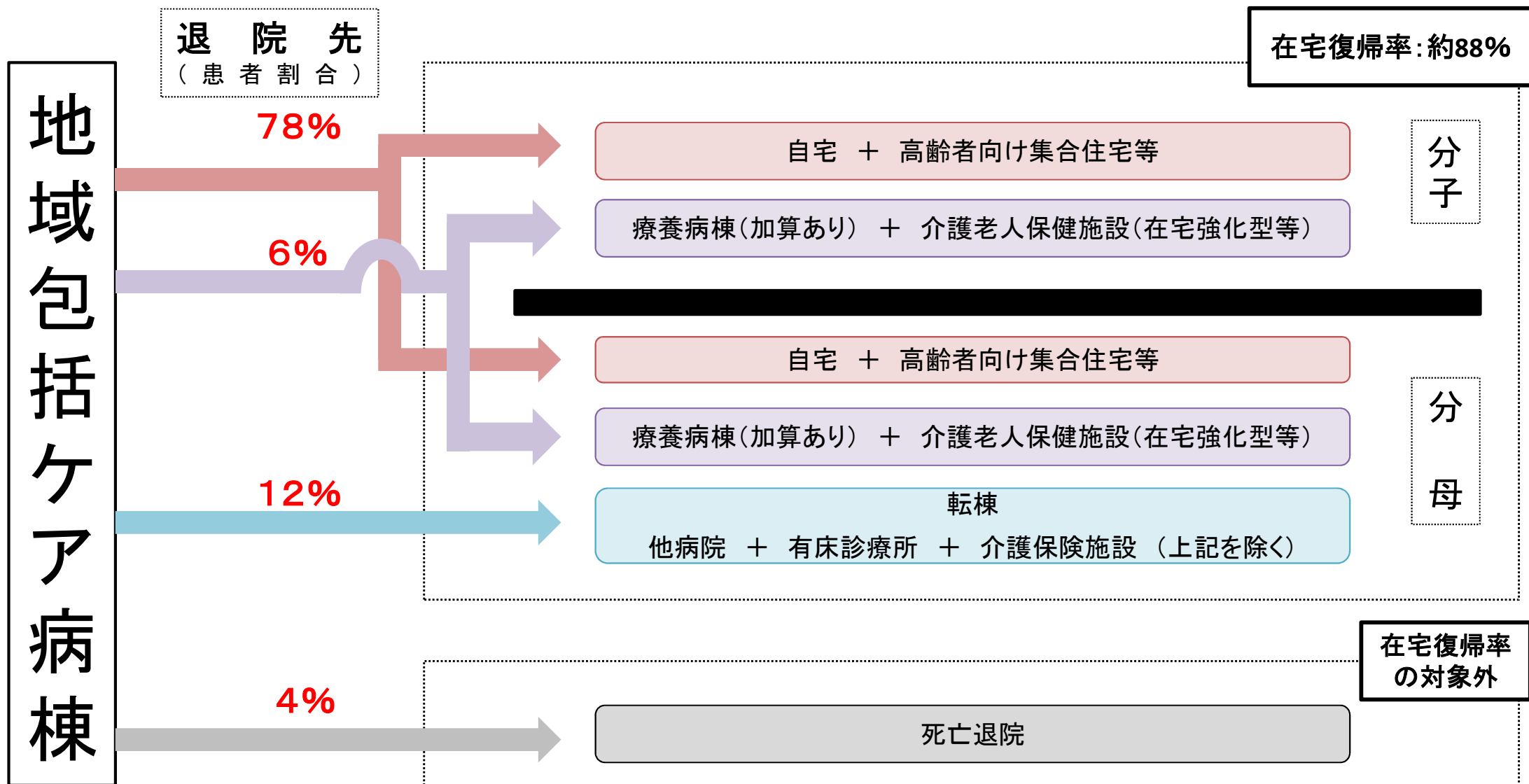
在宅復帰率と該当割合



出典：平成26年度入院医療等の調査（病棟票、患者票：H26年8月～10月の3月間の在宅復帰率を計上）

地域包括ケア病棟における在宅復帰率（患者別）

- 地域包括ケア病棟からの退院患者全体の在宅復帰率は約88%であるが、直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であった。



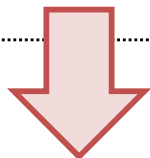
地域包括ケア病棟における在宅復帰率の評価について

- 現在の在宅復帰率の計算では退棟先の評価が3段階に分かれており、自宅等への退棟と在宅復帰率が要件化されている病棟への退棟が同等に最も評価されている。

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅 + 高齢者向け集合住宅等

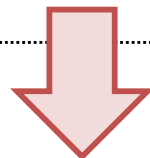
療養病棟(加算あり)
介護老人保健施設(在宅強化型等)



- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が上がる。
- ・自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されている。

2番目に評価されている退棟先
(計算に含まれない退棟先)

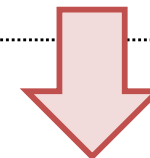
死亡退院



- ・計算から除外されているため、この退棟先が増加しても在宅復帰率は変化しない。

最も低く評価されている退棟先
(分母にのみ含まれる退棟先)

他医療機関
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)
介護保険施設
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)

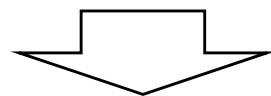


- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が下がる。

退院支援に関する課題と論点

【課題】

- これまで、退院支援に係る評価の見直しは継続的に行われており、内容の類似したものを含め種々の評価項目が存在するが、一部の項目を除きその算定回数は多くない。
- 医学的には外来・在宅でもよいと考えられる入院患者は各病棟に存在しており、退院できない理由としては入院・入所先の確保や家族の希望等が原因として挙げられていた。
- 病床規模に関わらず多くの医療機関が退院支援室等の設置や早期退院に向けた多職種カンファレンス等を実施していた。また、病棟に専任／専従の退院支援職員を配置している病棟が一定程度みられ、一定の効果がみられた。
- 地域連携診療計画管理料の算定回数が多いなど退院支援に向けた院外との連携を積極的に実施している施設では、平均在院日数が短い傾向がみられた。
- 現在、在宅復帰率は入院料ごとに算出方法が異なり、複雑な計算式となっている。また、在宅復帰率が要件となっている病棟への退棟は、自宅への退棟と同様の評価となっており、在宅復帰率の算出値と実際に自宅へ退棟している割合に乖離が生じている。



【論点】

- 退院支援については、退院支援に係る人員の配置や院内の取組、院外との連携等が行われているが、退院支援を推進していくための評価のあり方についてどう考えるか。また、内容の類似した項目や算定回数が少ない項目の取扱いについてどう考えるか。
- 在宅復帰率について、例えば、自宅への退棟を在宅復帰率が要件となっている病棟への退棟よりも高く評価するなど、より実態に即した算出方法についてどう考えるか。

1. 急性期入院医療について

2. 退院支援に係る取組について

3. 入院中の他医療機関の受診について

入院中の患者の他医療機関受診における現行の取扱い

出来高病棟

A医療機関

入院基本料から**30%**減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

入院基本料から**15%**減額

外来

B医療機関

診療行為に係る費用を算定

特定入院料等算定病棟

A医療機関

入院料から**70%**減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床に限る^(注))

入院料から**55%**減額

外来

B医療機関

包括範囲及び包括範囲外の診療行為に係る費用を算定

(注)結核病床、有床診療所については、該当する入院料等はない

1. 包括範囲に含まれる診療行為がB医療機関で行われた場合

入院料から**30%**減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

入院料から**15%**減額

外来

B医療機関

包括範囲外の診療行為のみに係る費用を算定

ただし、Bで診療に係る費用を全く請求しない場合は、AからBに合議で精算することも可能

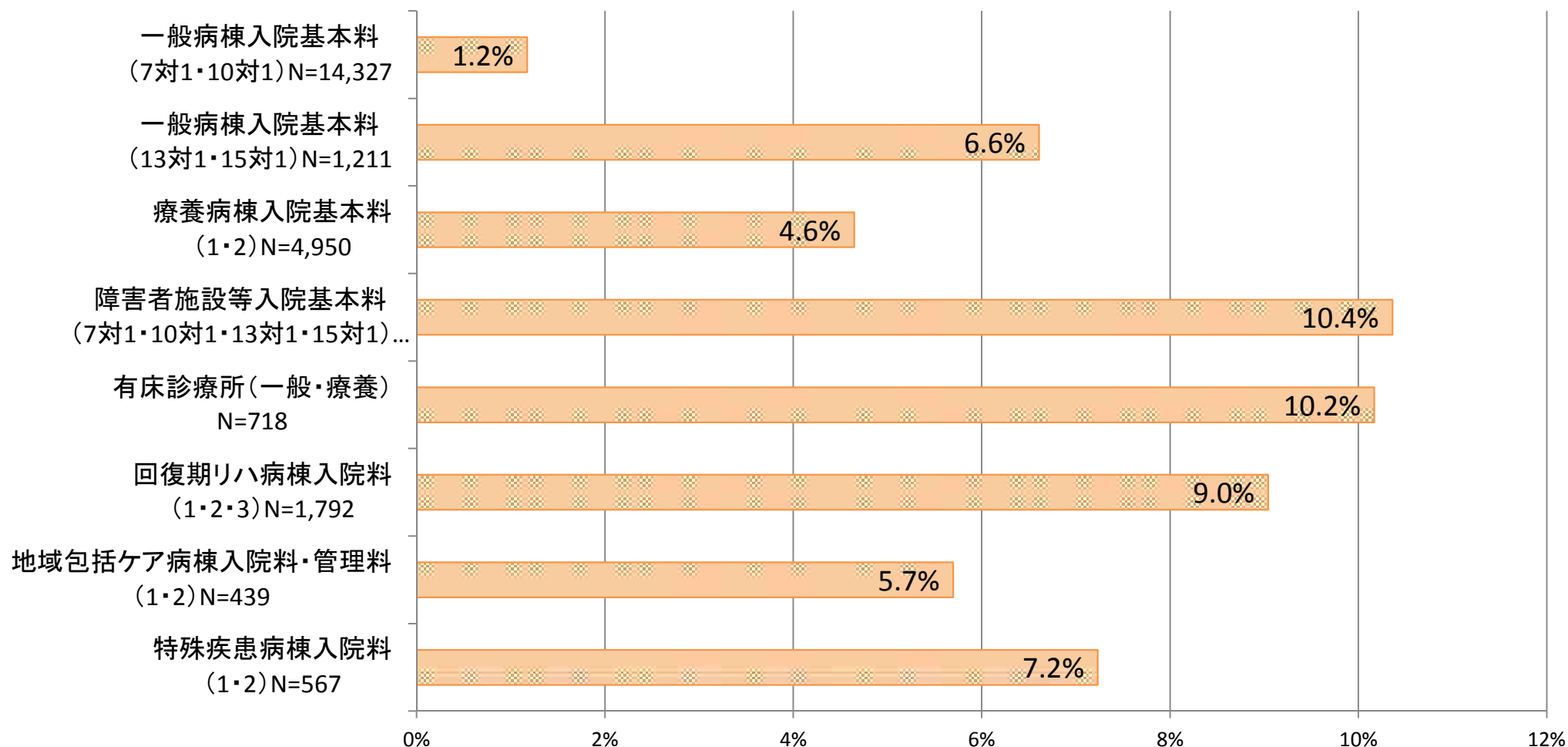
※ B医療機関では原則として医学管理、在宅等は算定できない。

※ 特定入院料等算定病棟: 特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料

入院中に他医療機関を受診した患者の割合①

- 入院中に他医療機関を受診した患者の割合は、障害者病棟や有床診療所、回復期リハビリテーション病棟に入院している患者で比較的高かった。

＜他医療機関受診患者の割合＞

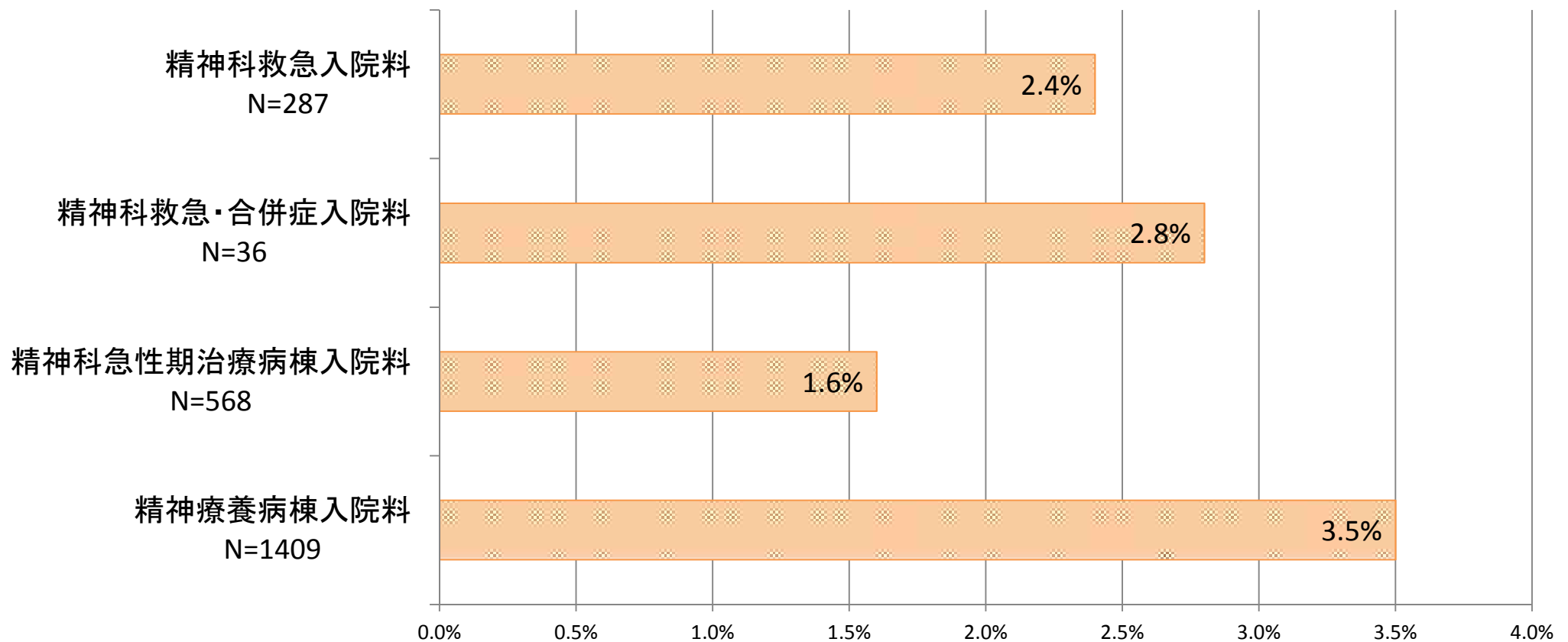


注) 他医療機関受診に関する調査項目については、対象期間を定めておらず、長期入院患者の多い病棟では割合が高くなる可能性がある。

入院中に他医療機関を受診した患者の割合②

- 精神病床(急性期・療養)においても、身体合併症治療の観点から、他医療機関受診患者が一定割合みられた。

＜身体合併症の治療を他院に移送して実施した割合＞

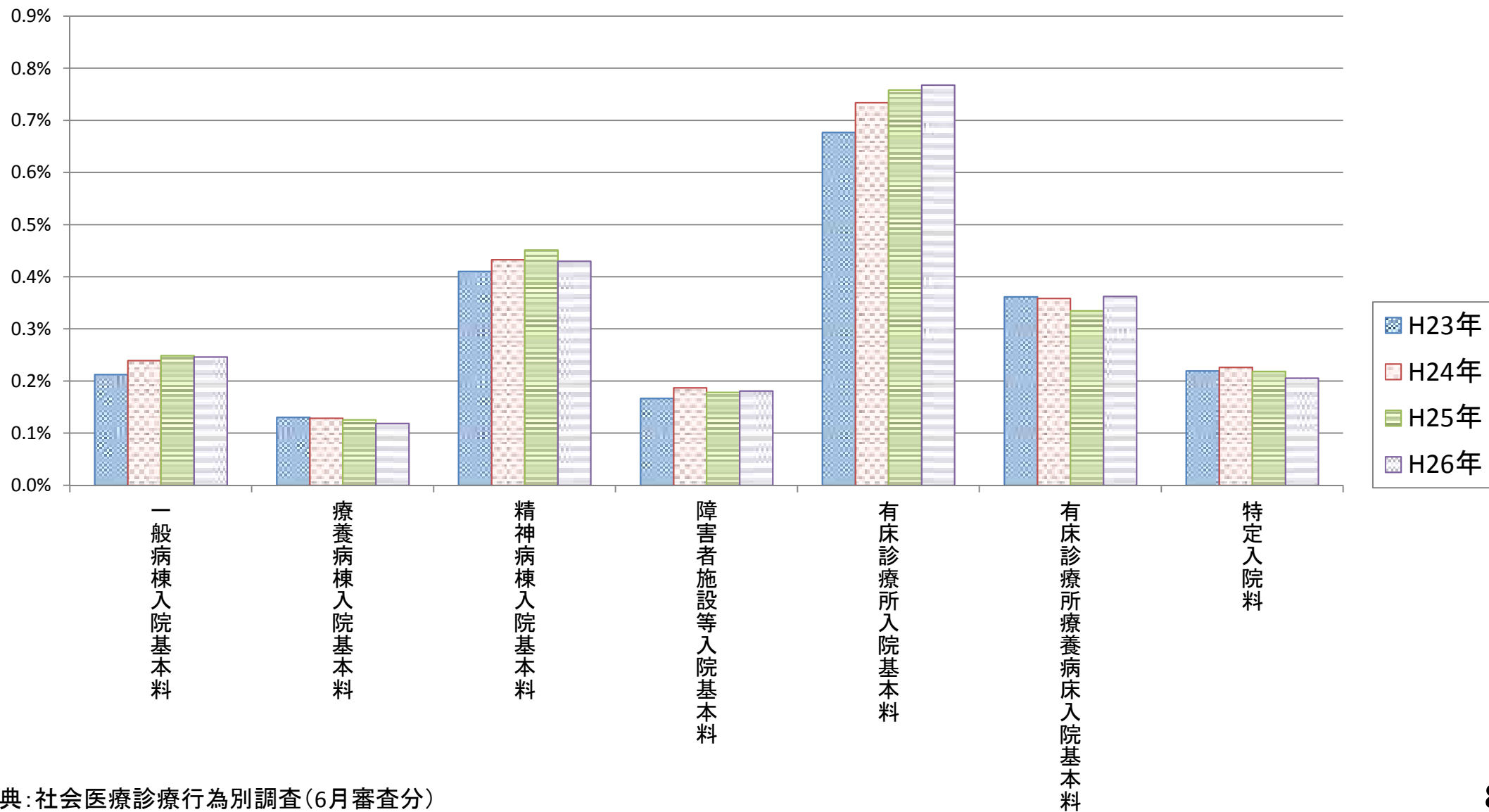


注) 他医療機関受診に関する調査項目については、対象期間を定めておらず、長期入院患者の多い病棟では割合が高くなる可能性がある。

入院料減算による算定割合の推移

- 入院1日当たりの、他医療機関受診による入院料減算の頻度は、有床診療所入院基本料や精神病棟入院基本料で高く、有床診療所入院基本料ではやや増加傾向がみられた。

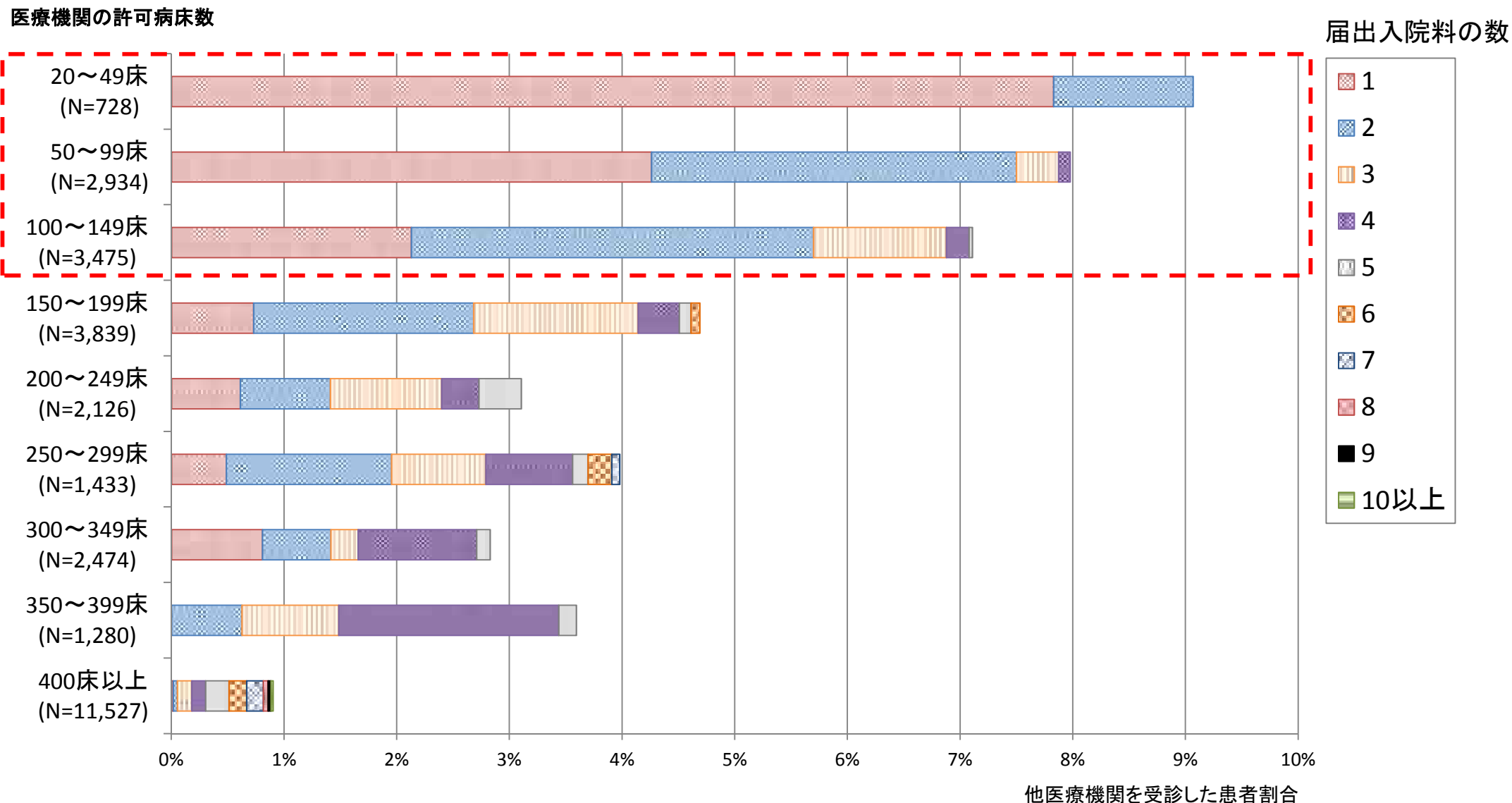
＜入院料減算の算定割合推移＞※入院料減算の延べ算定回数／当該入院料全体の延べ算定回数



医療機関の規模と他医療機関受診患者の割合

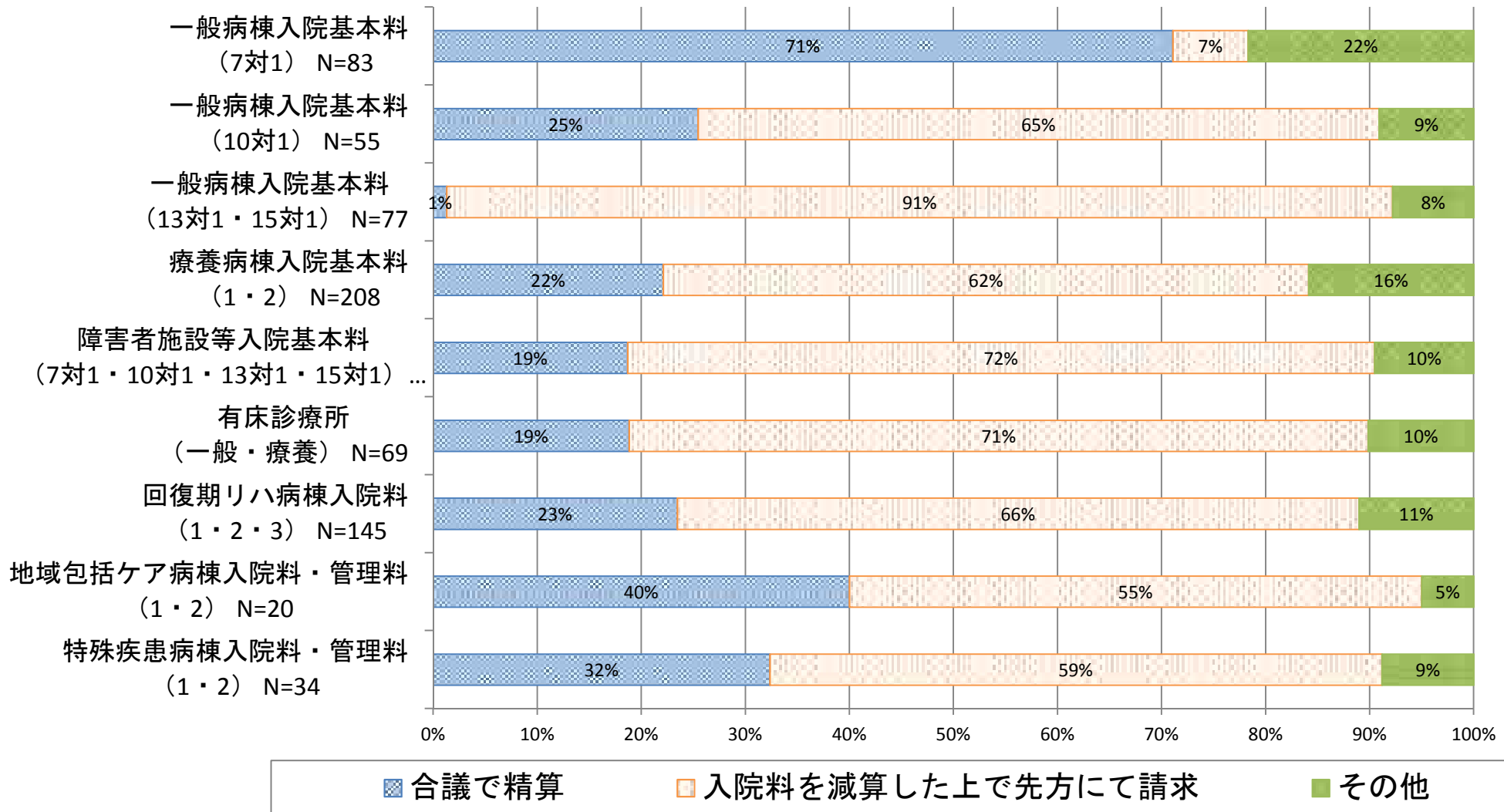
○ 他医療機関を受診した患者割合は、小規模で届出入院料が2つ以下の医療機関で特に多かった。

＜許可病床数別の他医療機関受診患者割合と届出入院料の数＞



他医療機関の受診費用の請求方法①

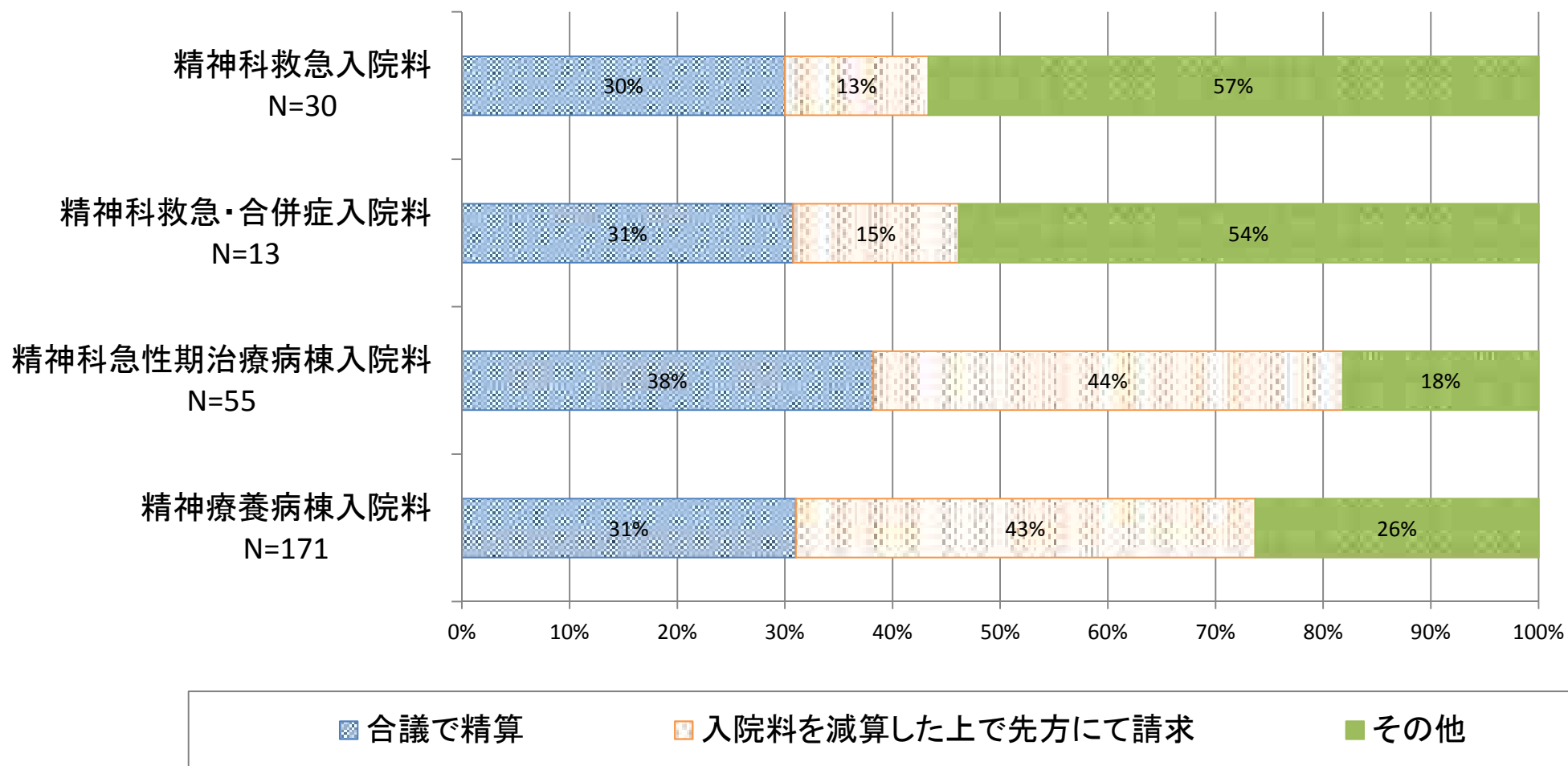
○ 7対1一般病棟入院基本料以外では、入院料を減算した上で先方にて請求している割合が高かった。



※無回答は除いている

他医療機関の受診費用の請求方法②

- 精神科の特定入院料においては、入院料減算に係る一定の緩和措置があるものの「合議で精算」も3割程度を占めていた。

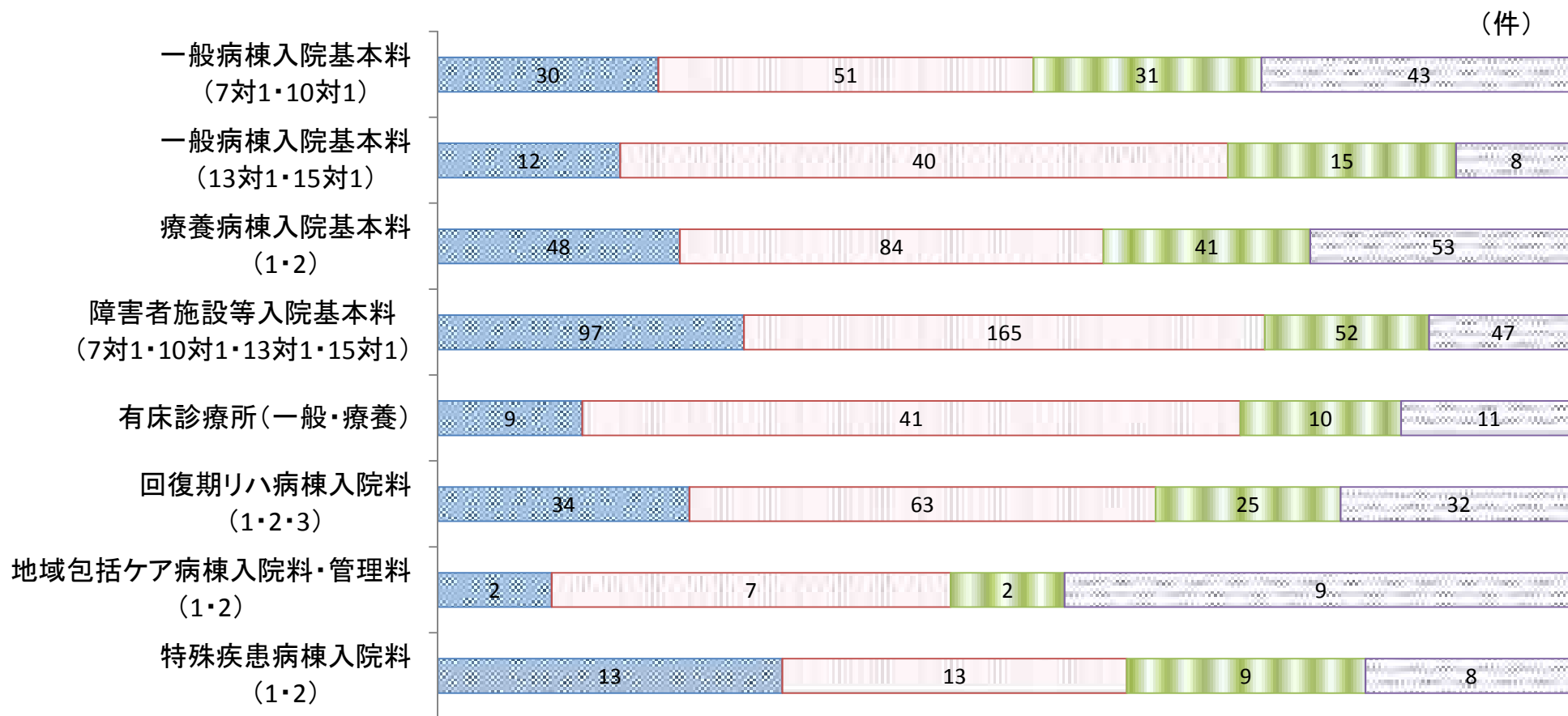


※無回答は除いている

他医療機関を受診した理由①

- 入院中に他医療機関を受診した理由としては、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」のほか、「症状の原因精査のため」という理由も一定数みられた。

＜主な入院料別の他医療機関受診理由(複数回答)＞

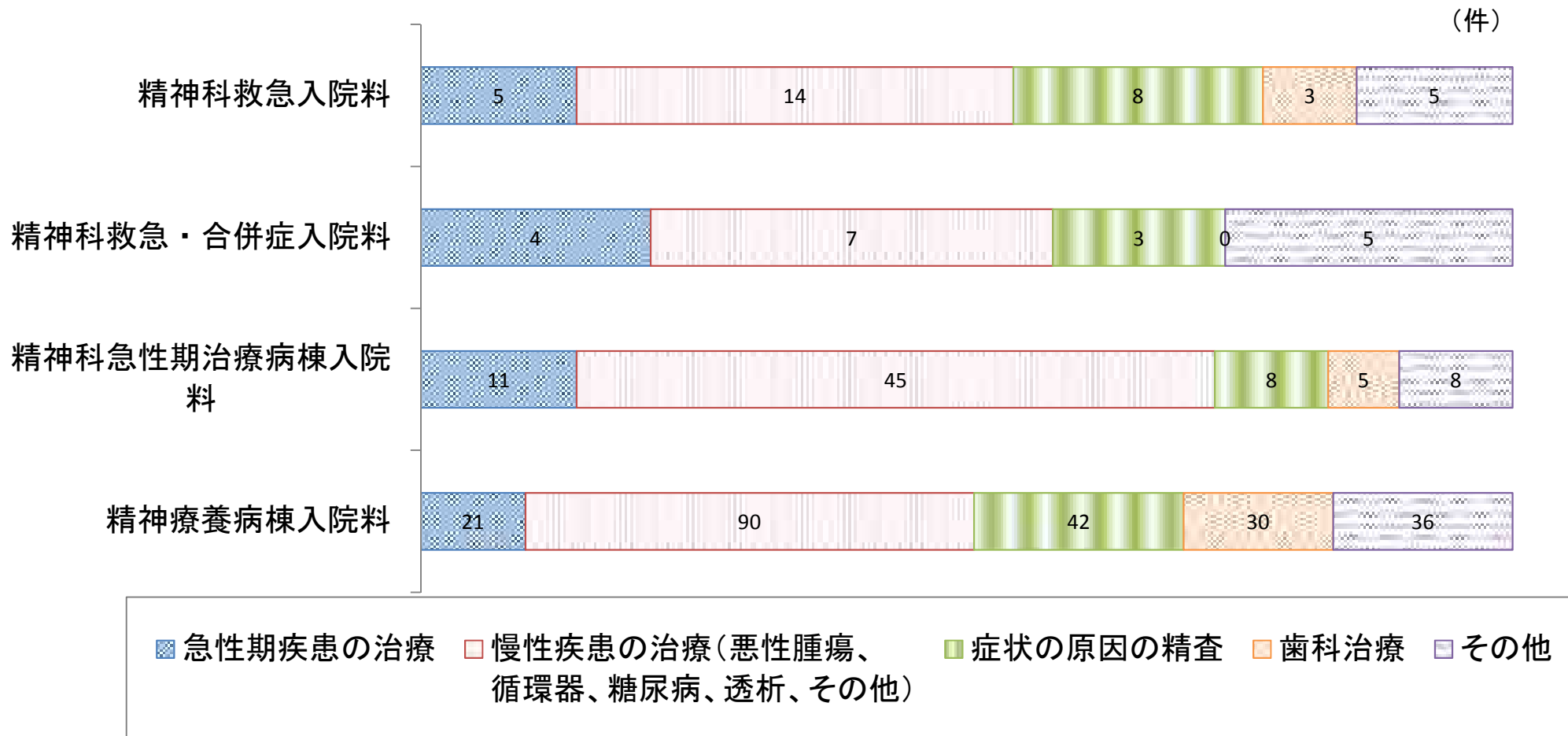


■ 専門外の急性疾患の治療のため □ 専門外の慢性疾患の治療のため ■ 症状の原因精査のため □ その他

他医療機関を受診した理由②

- 精神病棟(急性期・療養)においても、他医療機関を受診した理由としては、「慢性疾患の治療」が多かった。

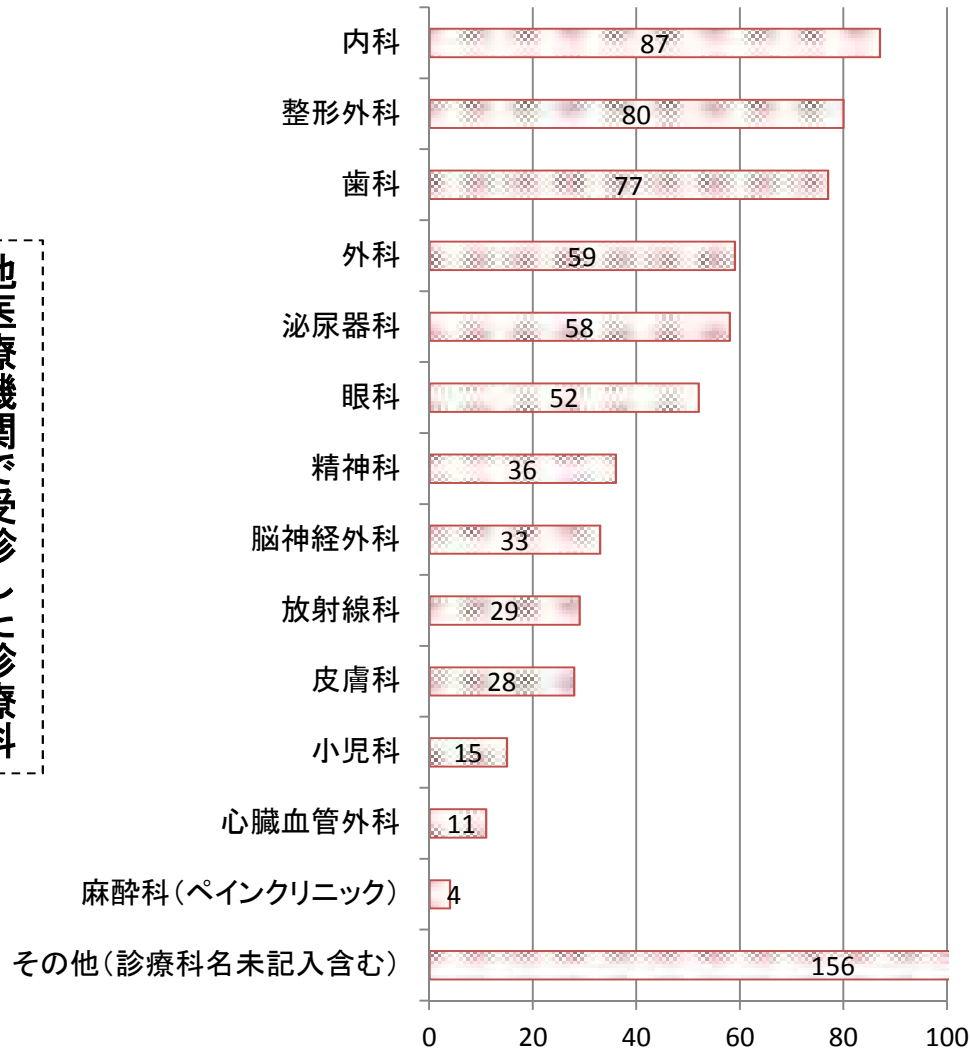
<身体合併症に係る他医療機関受診理由(複数回答)>



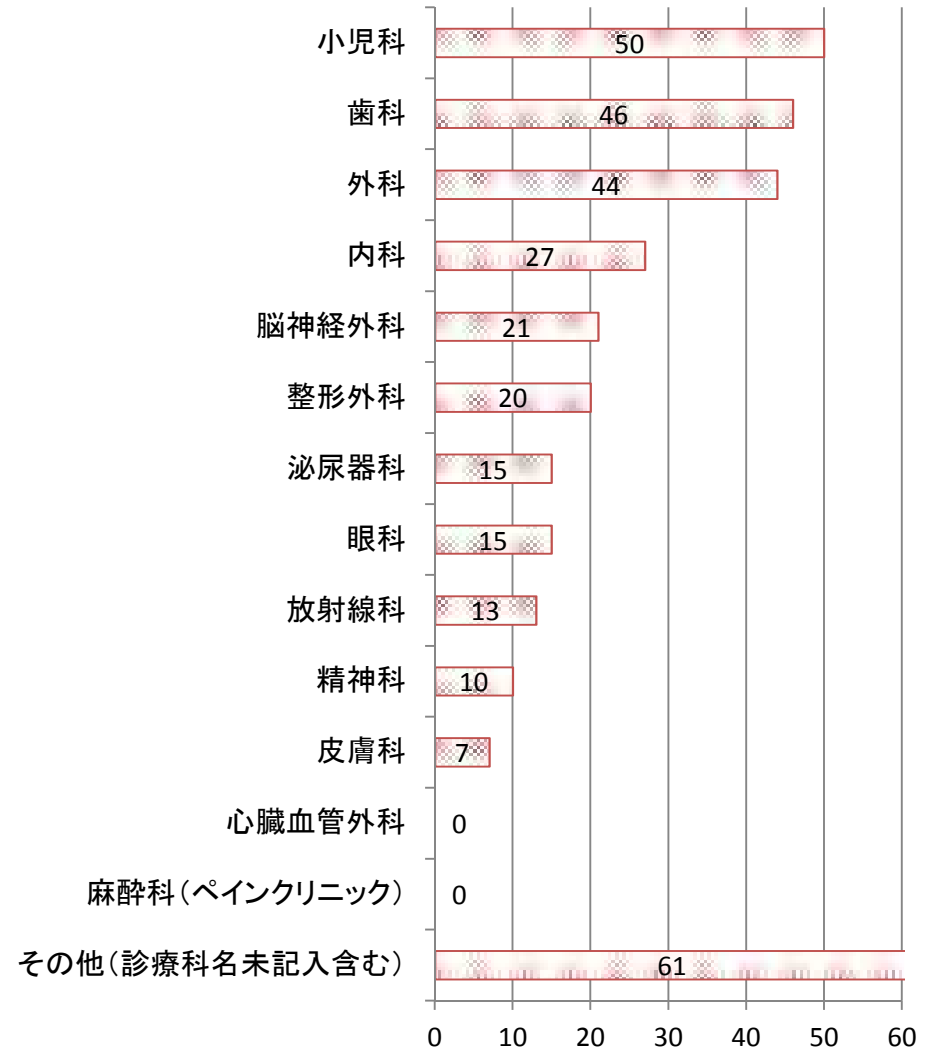
入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科①

入院病棟の診療科

<内科>



<小児科>



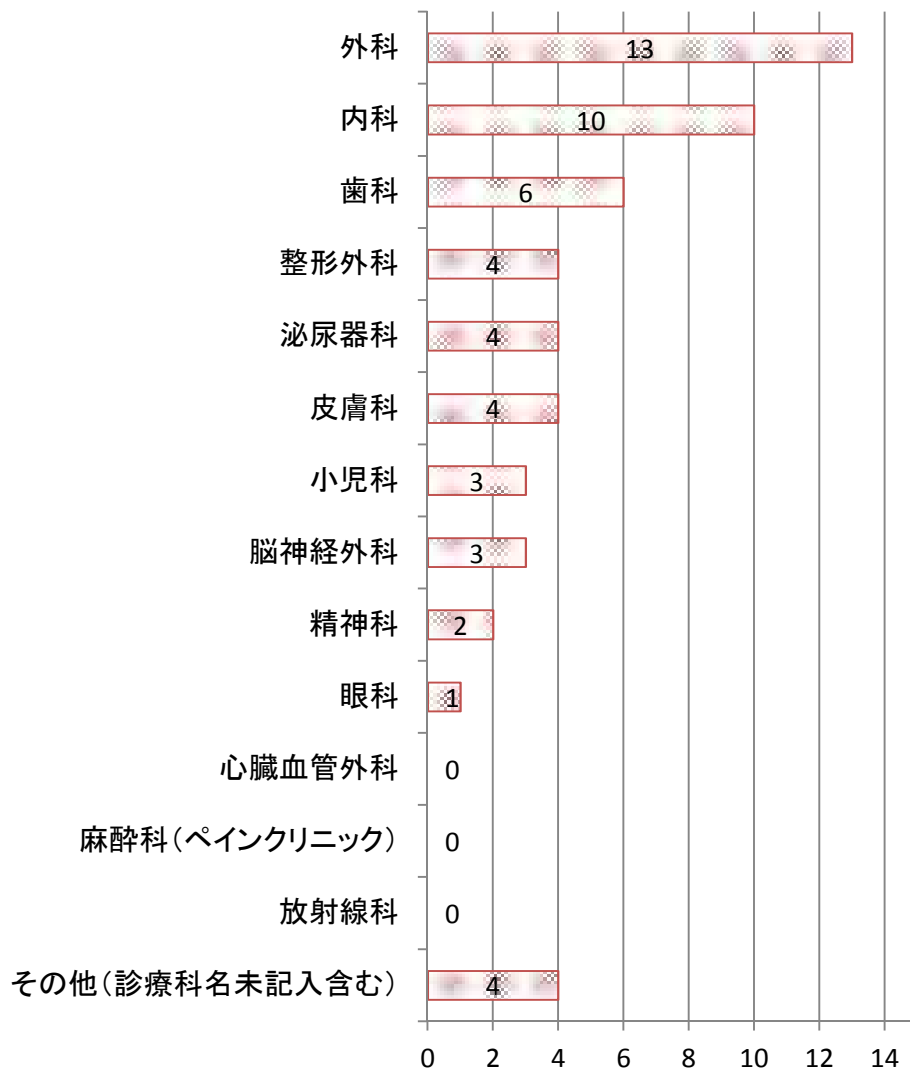
他医療機関で受診した診療科

※入院している病棟に複数の診療科がある場合は、同一患者が重複計上されている。

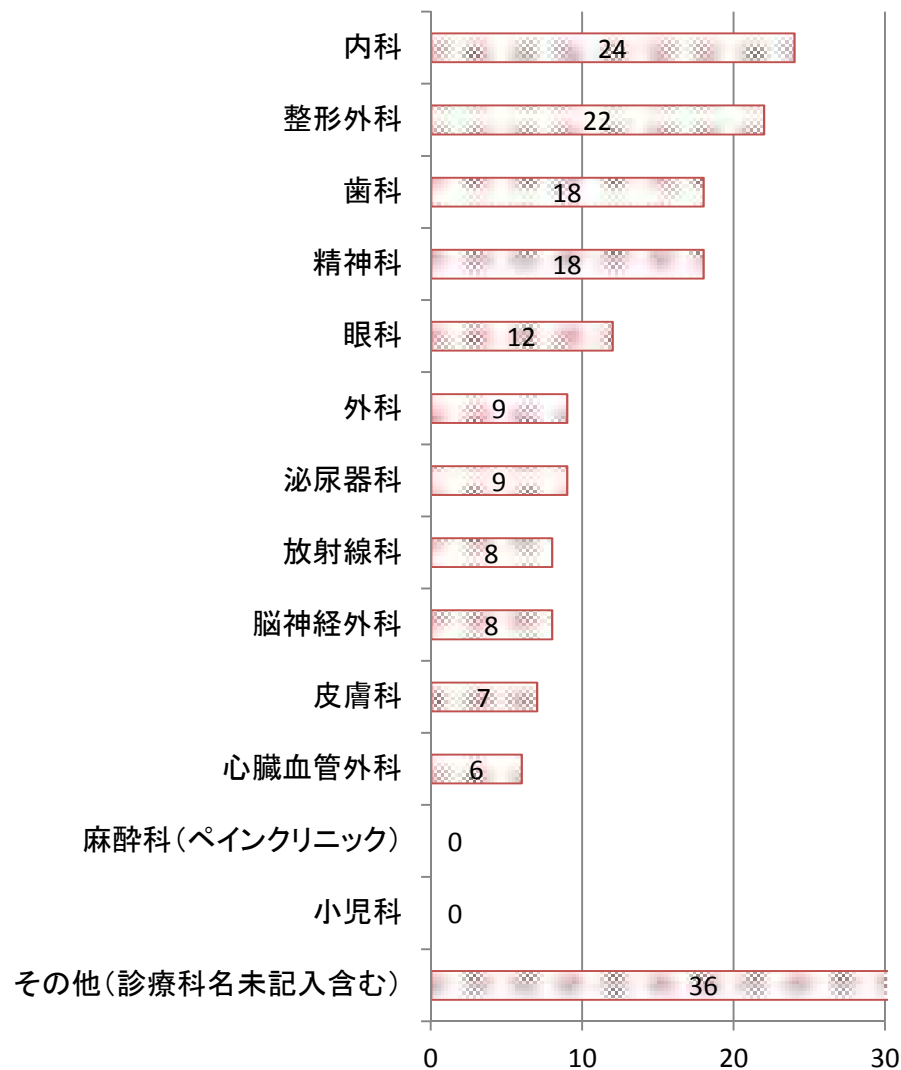
出典：平成26年度入院医療等の調査(病棟調査・入院患者調査)

入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科②

<精神科>

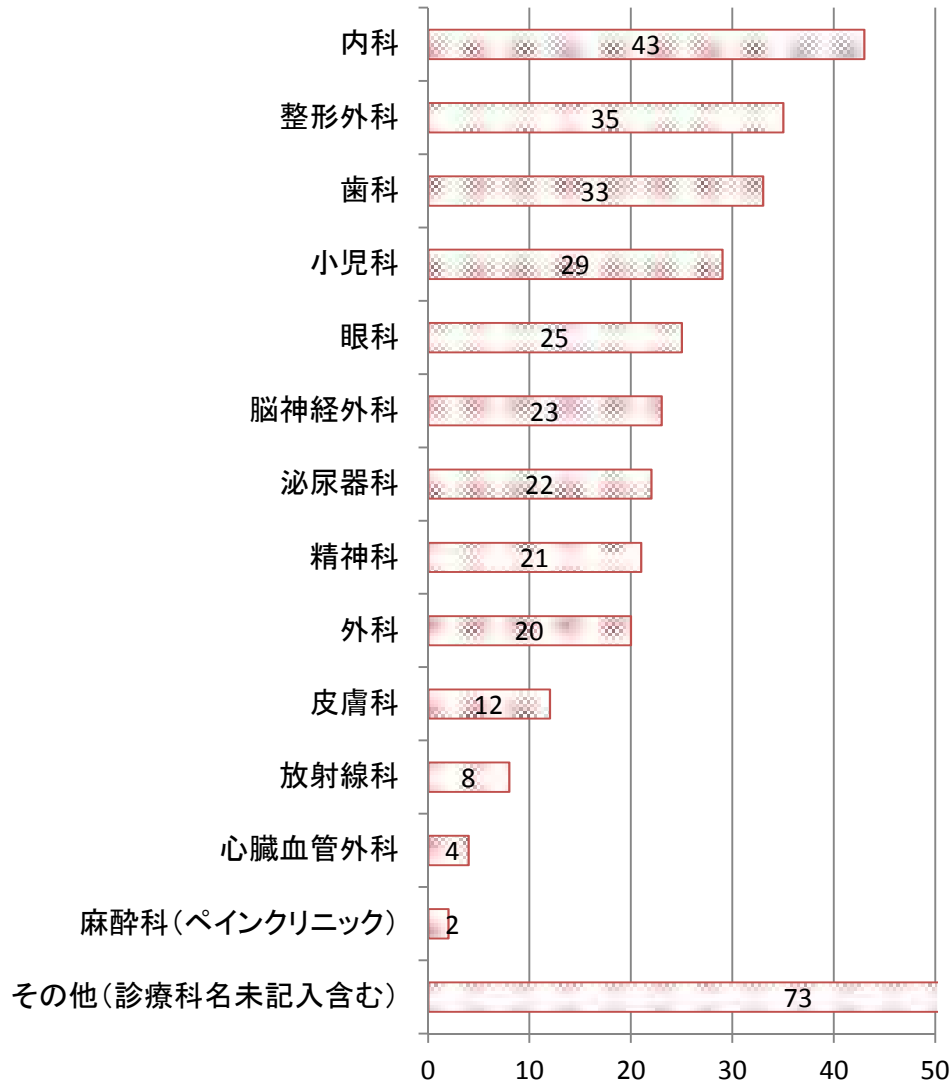


<外科>

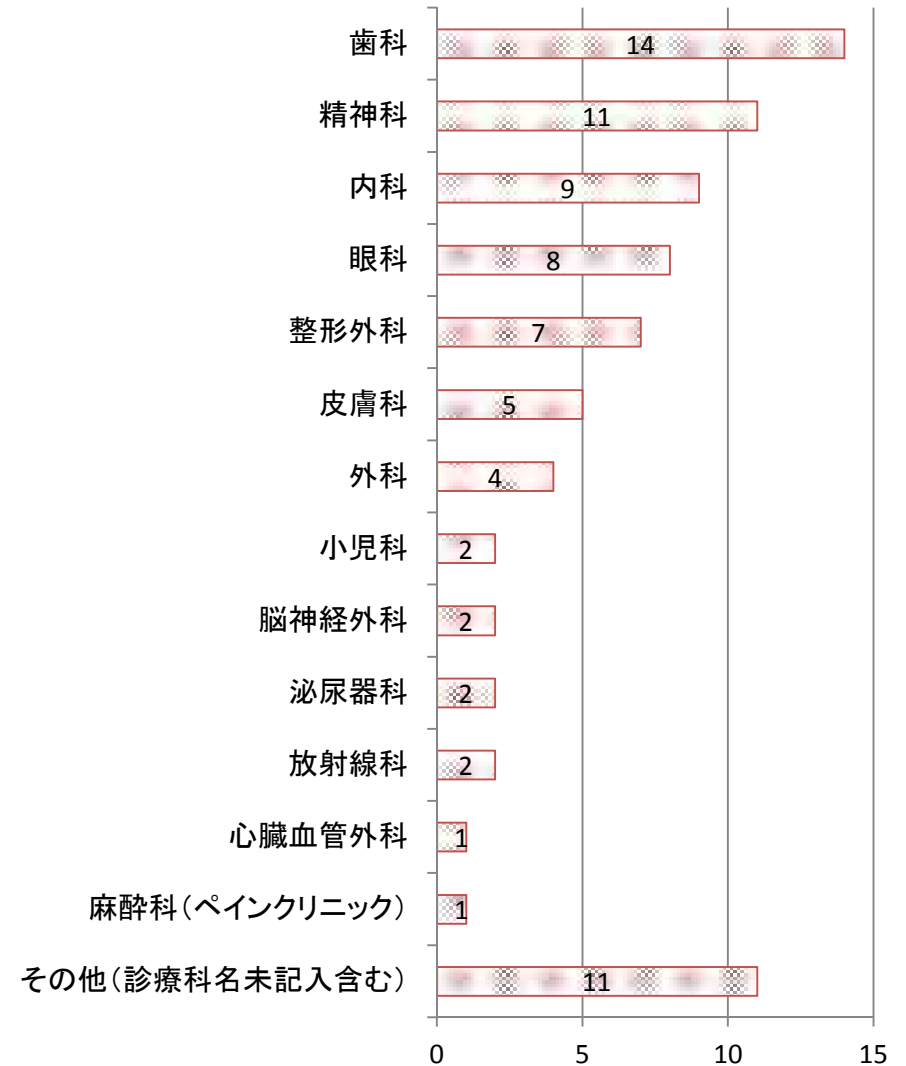


入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科③

＜整形外科＞

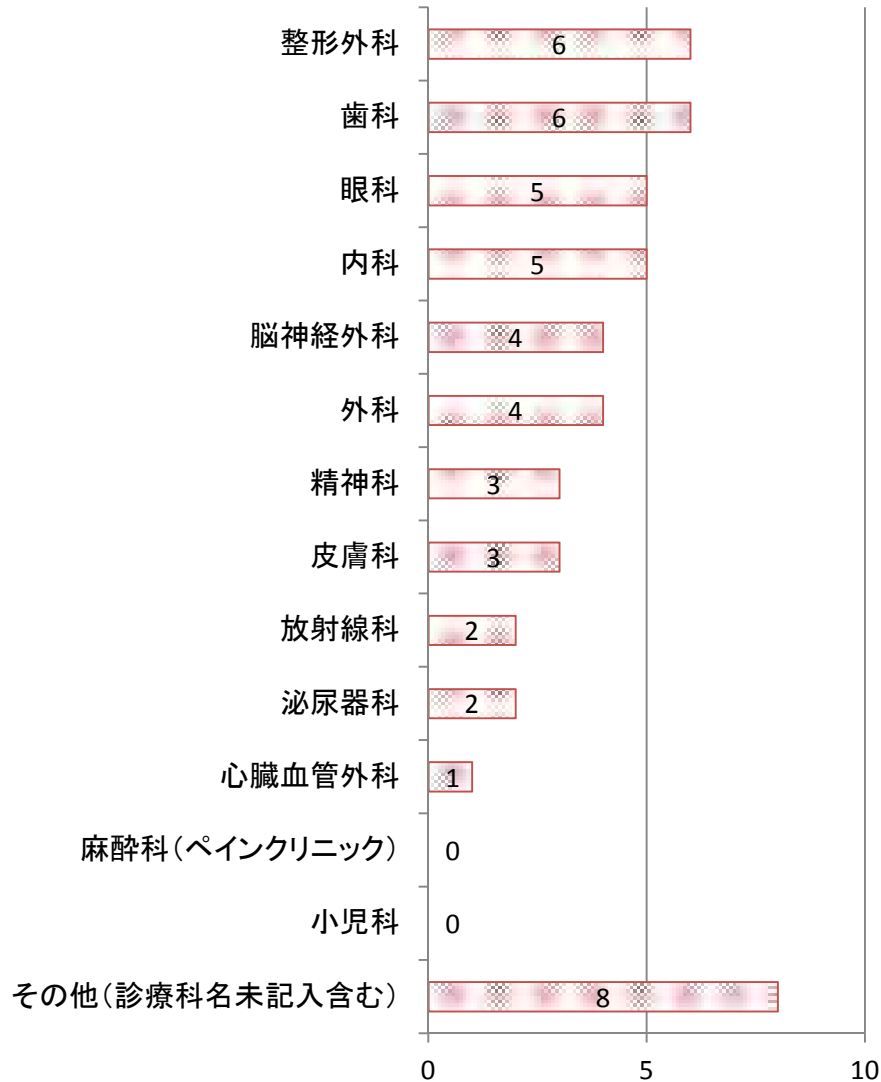


＜脳神経外科＞

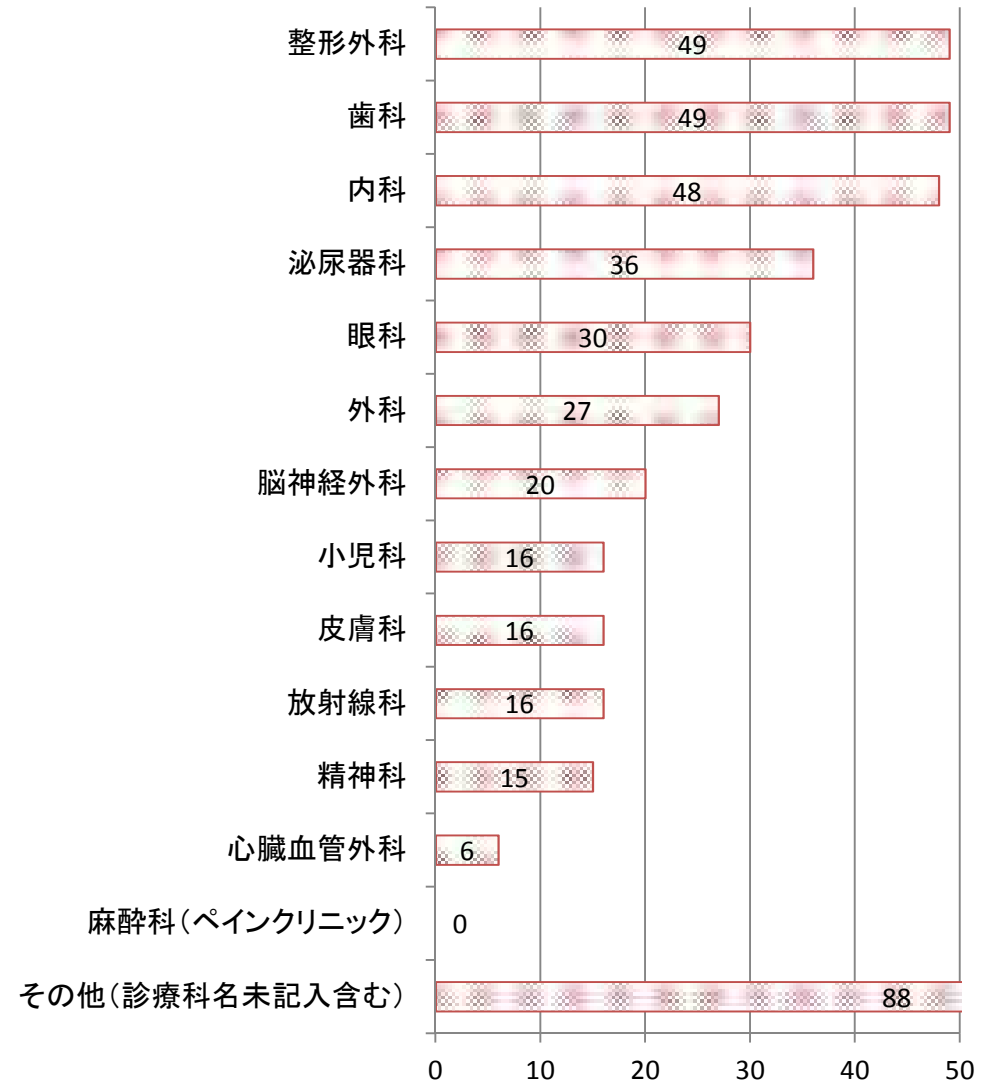


入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科④

＜泌尿器科＞

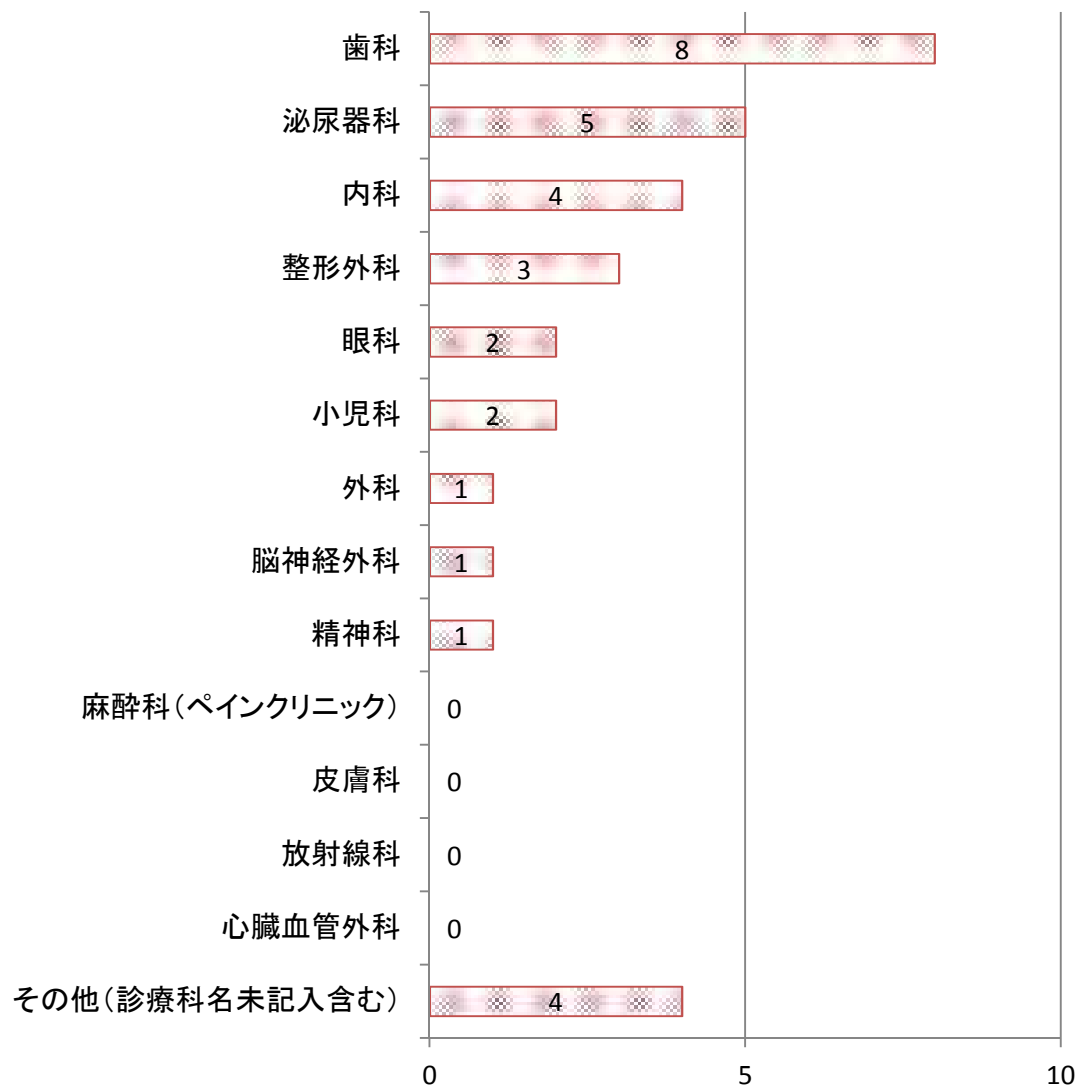


＜リハビリテーション科＞



入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科⑤

<歯科>



※N数が非常に少ないため除外した診療科(入院病棟)
形成外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、
放射線科

他医療機関受診時に入院料から減算される点数①

一般病棟入院基本料等の出来高入院料の場合

主な出来高入院料	A:所定点数	控除される点数	
		※1	※2
		A×30%	A×15%
7対1一般病棟入院基本料	1,591	477	—
10対1一般病棟入院基本料	1,332	400	—
13対1一般病棟入院基本料	1,121	336	—
15対1一般病棟入院基本料	960	288	—
10対1精神病棟入院基本料	1,271	381	191
13対1精神病棟入院基本料	946	284	142
15対1精神病棟入院基本料	824	247	124
18対1精神病棟入院基本料	735	221	110
7対1障害者施設等入院基本料	1,588	476	—
10対1障害者施設等入院基本料	1,329	399	—
13対1障害者施設等入院基本料	1,118	335	—
15対1障害者施設等入院基本料	978	293	—
有床診療所入院基本料1(14日以内)	861	258	129

※1 入院料の基本点数から控除される点数

※2 精神病床、結核病床、有床診療所であって透析又は共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィー等)の場合

他医療機関受診時に入院料から減算される点数②

特定入院料等の包括入院料の場合

主な包括入院料	A:所定点数	控除される点数			
		【入院料の包括範囲に含まれる場合】		【入院料の包括範囲に含まれない場合】	
		※1	※2	※3	※4
		A×70%	A×55%	A×30%	A×15%
療養病棟入院基本料1(A・生活療養)	1,795	1,257	—	539	—
療養病棟入院基本料1(D・生活療養)	1,397	978	—	419	—
療養病棟入院基本料2(A・生活療養)	1,731	1,212	—	519	—
療養病棟入院基本料2(D・生活療養)	1,333	933	—	400	—
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,025	1,418	—	608	—
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,811	1,268	—	543	—
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,657	1,160	—	497	—
地域包括ケア病棟入院料・管理料1	2,558	1,791	—	767	—
地域包括ケア病棟入院料・管理料2	2,058	1,441	—	617	—
緩和ケア病棟入院料(30日以内)	4,926	3,448	—	1,478	—
特殊疾患病棟入院料1	2,008	1,406	—	602	—
特殊疾患病棟入院料2	1,625	1,138	—	488	—
小児入院医療管理料1	4,584	3,209	—	1,375	—
精神科救急入院料1(30日以内)	3,557	2,490	1,956	1,067	—
精神科急性期治療病棟入院料1(30日以内)	1,984	1,389	1,091	595	—
精神科救急・合併症入院料(30日以内)	3,560	2,492	1,958	1,068	—
精神療養病棟入院料	1,090	763	600	327	—
認知症治療病棟入院料1(30日以内)	1,809	1,266	995	543	271
有床診療所療養病床入院基本料(A・生活療養)	980	686	—	294	147
有床診療所療養病床入院基本料(B・生活療養)	874	612	—	262	131
有床診療所療養病床入院基本料(E・生活療養)	516	361	—	155	77

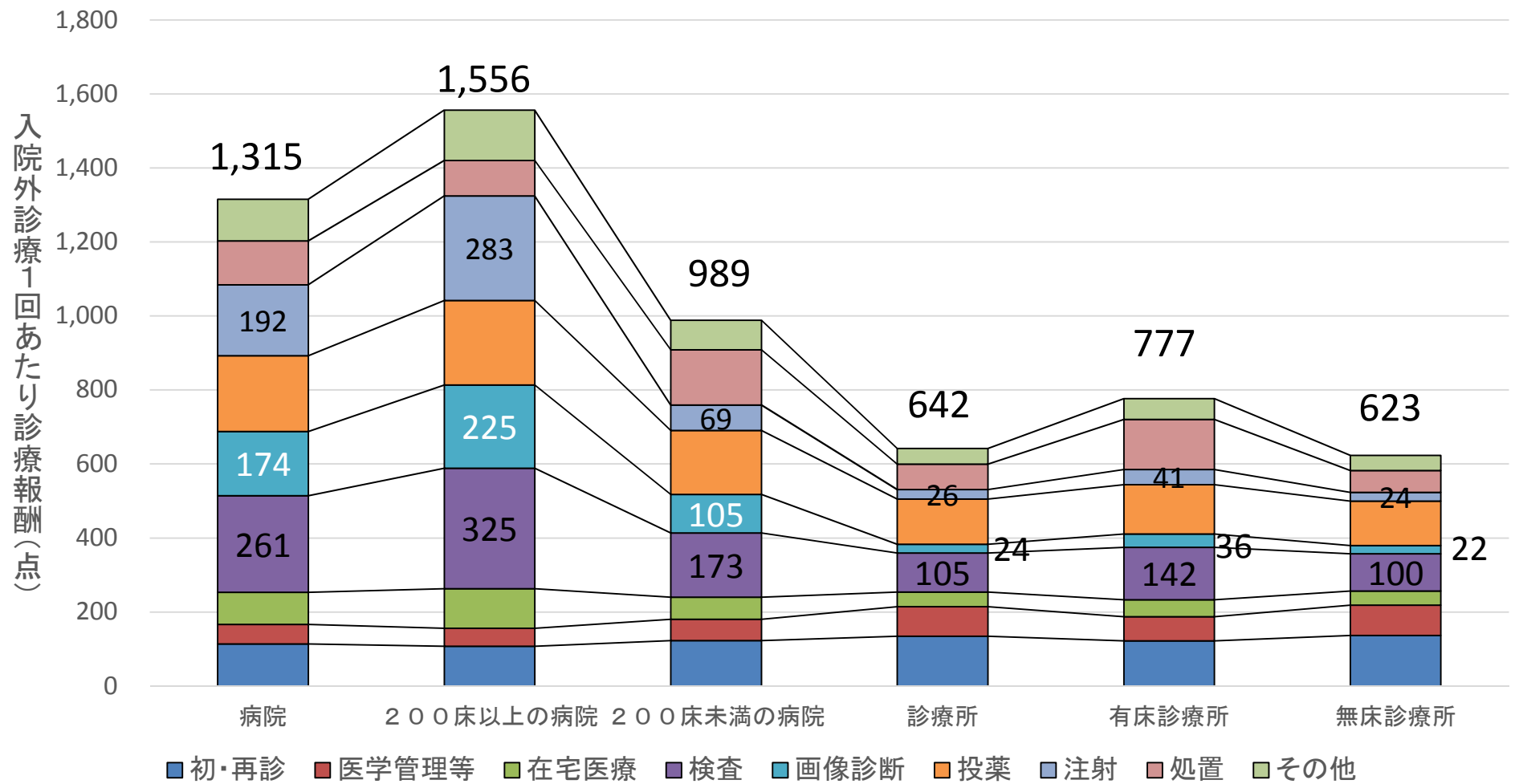
※1, ※3 入院料の基本点数から控除される点数

※2 精神病床であって透析又は共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィー等)の場合(認知症治療病棟であって透析目的の場合は入院61日以上に限る)

※4 有床診療所であって透析又は共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィー等)の場合及び認知症治療病棟であって透析目的の場合(入院60日以内に限る)

外来受診1回あたりの診療報酬構成(病院・診療所 規模別)

○ 受診1回あたりの診療報酬は大病院で高い傾向にあり、検査、画像、注射が大きく寄与している。



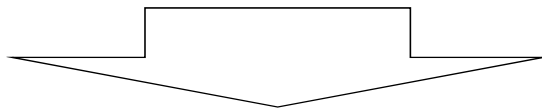
出典:平成26年社会医療診療行為別調査

「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断等が含まれる。

入院中の他医療機関受診の受診に関する現状と論点

【現状】

- 入院中に他医療機関を受診した場合、入院料の点数から一定割合を控除することとされており、病棟の特徴等から、他医療機関受診の必要性が高いと考えられる場合（精神病床・結核病床・有床診療所から透析のために他医療機関を受診する場合等）については減額幅を縮小することとされている。なお、DPCにより入院料を算定する患者が、他の医療機関を受診した場合には、合議で精算することとされている。
- 他医療機関受診による入院料減算の頻度は、有床診療所入院基本料や精神病棟入院基本料で比較的高かった。
- 入院中に他医療機関を受診した理由としては、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」、「症状の原因精査のため」などが挙げられていた。
- 入院中に受診した他医療機関の診療科は、内科、外科、整形外科など、多様な診療科にわたっていた。



【論点】

- 入院中に他医療機関を受診した際の、入院料の取り扱いについてどう考えるか。