

(平成27年度第6回)  
入院医療等の調査・評価分科会

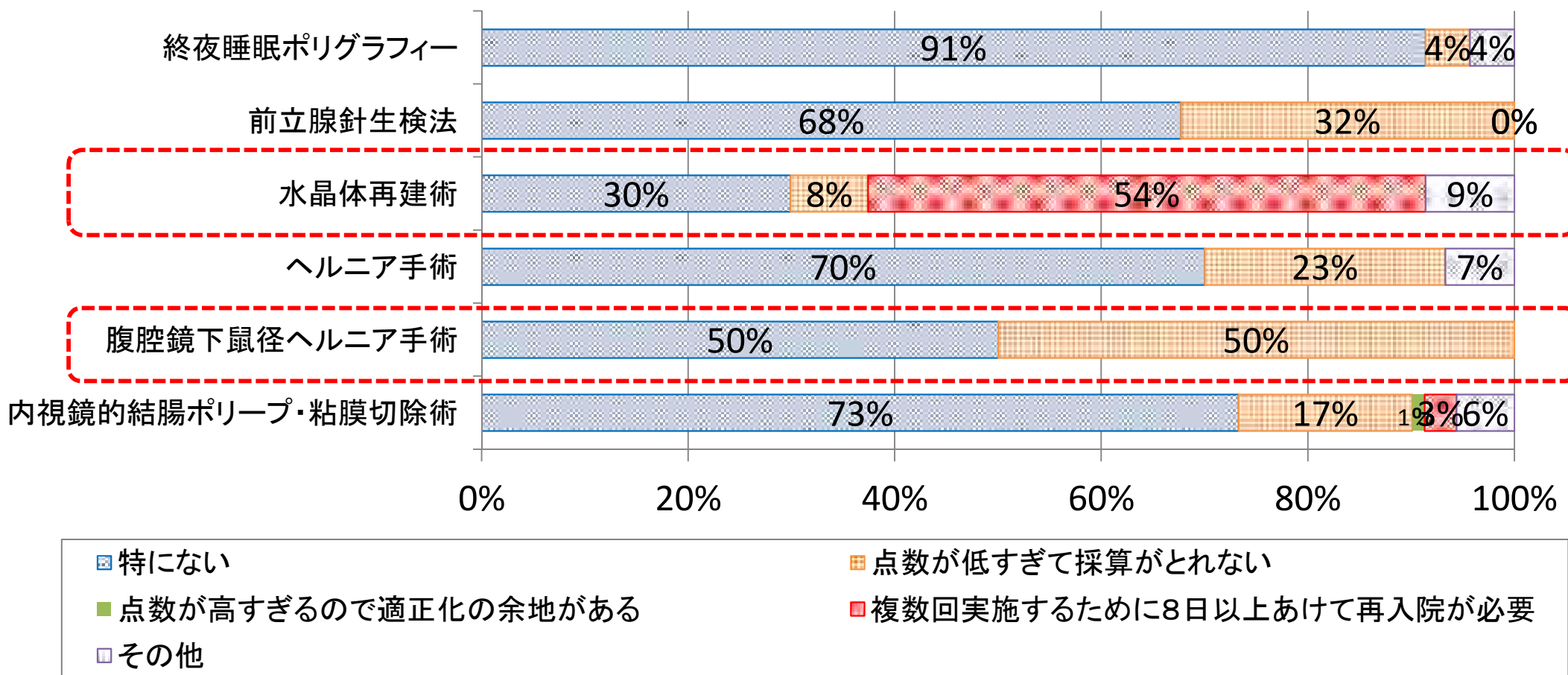
平成27年7月29日(水)

# 1. 短期滞在手術等基本料について

# 短期滞在手術等基本料の算定状況

- 短期滞在手術等基本料3の項目の多くについて、過半数の医療機関が、実態にそぐわないと考えられる点は「特にない」と回答した。
- 一方、水晶体再建術及び腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術については、半数以上の医療機関が「複数回実施するために再入院が必要」或いは「点数が低すぎて採算がとれない」ため実態にそぐわないと考えていた。

＜短期滞在手術等基本料3について実態にそぐわないと考えられる点＞



# K282 水晶体再建術（眼内レンズ挿入）の算定状況

○ 水晶体再建術については、平成26年度診療報酬改定の前後で包括範囲出来高実績点数の症例分布が大きく変化しており、診断群分類別では両眼の手術が減少し片眼の手術が増加していた。

## 平成25年度

診断群分類（上位2種類）	当該手術に占める割合
白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	57%
白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	28%

## 平成26年度

診断群分類（上位3種類）	当該手術に占める割合
白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	92%
白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	8%

特掲診療料の算定点数の分布  
(入院5日目まで)

件数	61,550
25%tile	14,851
50%tile	15,523
75%tile	28,138

出来高実績点数の分布  
(入院5日目まで)

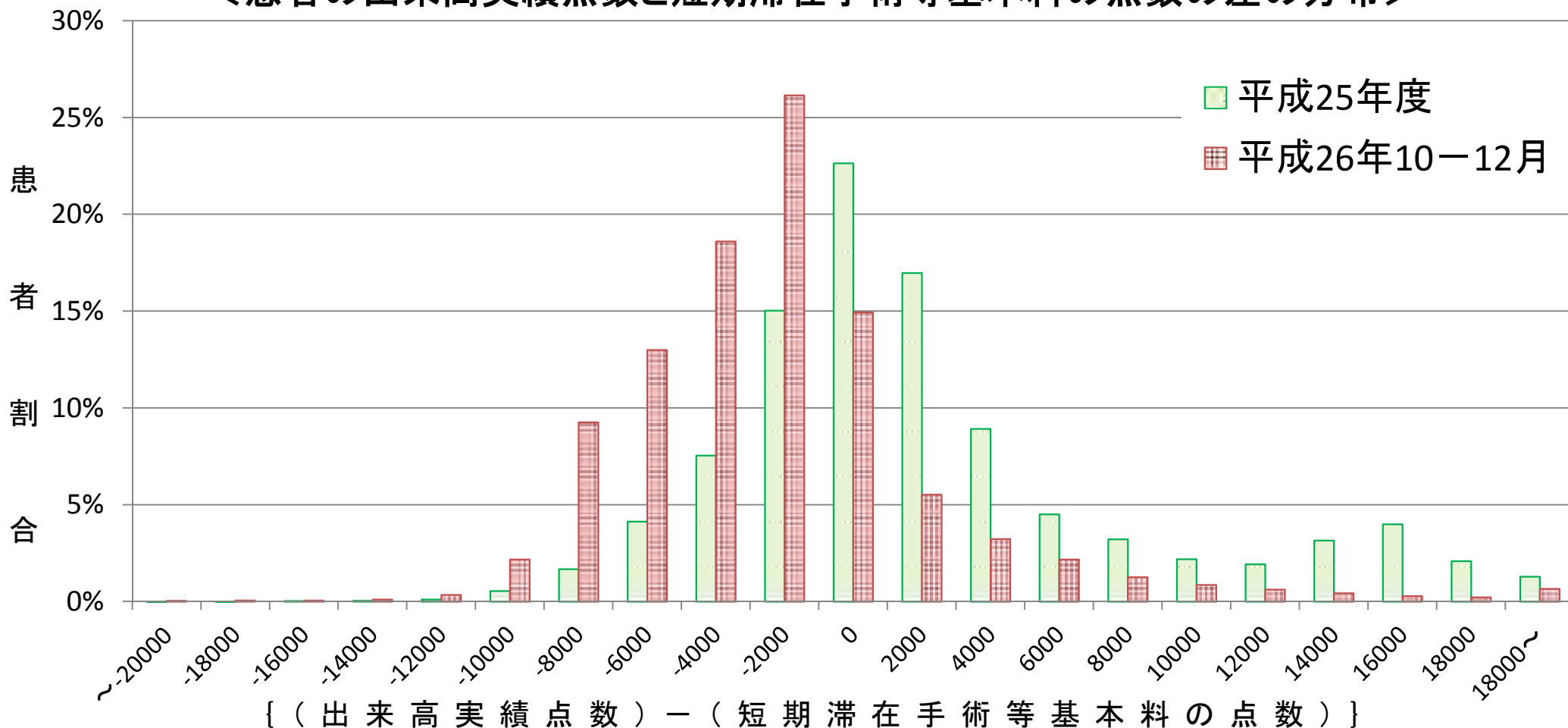
件数	84,409
25%tile	14,339
50%tile	14,776
75%tile	15,283



# 短期滞在手術等基本料算定患者の点数分布

- 患者の出来高実績点数と医科点数表上の短期滞在手術等基本料の点数との差の分布について、
  - ・やや右に裾野が長いが、概ね正規分布に近い分布
  - ・改定前後で分布の中心は左方(包括範囲出来高実績点数<医科点数表上の点数)に移動
  - ・改定後も、出来高実績点数が短期滞在手術等基本料3の点数を大きく上回る症例が一定程度存在などの傾向がみられた。

＜患者の出来高実績点数と短期滞在手術等基本料の点数の差の分布＞



{ (出来高実績点数) - (短期滞在手術等基本料の点数) }


# 主な入院料等の包括範囲

○ 短期滞在手術等基本料は、原則として基本診療料・特掲診療料は包括されているが、多くの入院料では、包括範囲に除外項目等を設ける等の対応を行っている。

	短期滞在手術等 基本料	地域包括ケア病棟 入院料	療養病棟 入院基本料	回復期リハビリテーション 病棟入院料	DPC (包括評価部分)
B 医学管理等	○	○ 地域連携計画退院時指 導料(Ⅰ)を除く	×	○ 地域連携計画退院時指 導料(Ⅰ)を除く	×
C 在宅医療	○	×	×	×	×
D 検査	○	○	○	○	○ 一部例外あり
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○	○	○ 一部例外あり
F 投薬	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○	○ 摂食機能療法を除く	×	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×	○	×
J 処置	○	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く
K 手術	○	○	×	○	×
L 麻酔	○	○	×	○	×
M 放射線治療	○	○	×	○	×
N 病理診断	○	○	○	○	×

# 透析患者における出来高実績点数について

- 各項目について、透析患者では、全体と比べて包括範囲出来高実績点数が高い分布を示していた。

算定コード	検査・手術名	全体				透析患者		
		25%tile	50%tile	75%tile		25%tile	50%tile	75%tile
K282 1	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合;その他)	14,339	14,776	15,283		17,204	18,259	20,093
K6335	ヘルニア手術(鼠径ヘルニア;15歳以上)	9,873	13,900	18,413		16,210	23,292	27,233
K721 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	6,701	7,373	8,343		9,929	11,914	14,259
K721 2	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm以上)	8,946	9,752	10,874		11,870	13,868	16,222

※50症例以上あった検査・手術を抽出

## その他の手術等における在院日数・算定点数の分布

### 【分析対象とした手術等】

- 手術
- 1,000点以上の検査、放射線治療等

### 【分析データ】

DPCデータ(平成26年10月～12月に退院した患者であって、当該手術等を実施した症例)

### 【項目の抽出方法】

以下のいずれの条件も満たす手術等

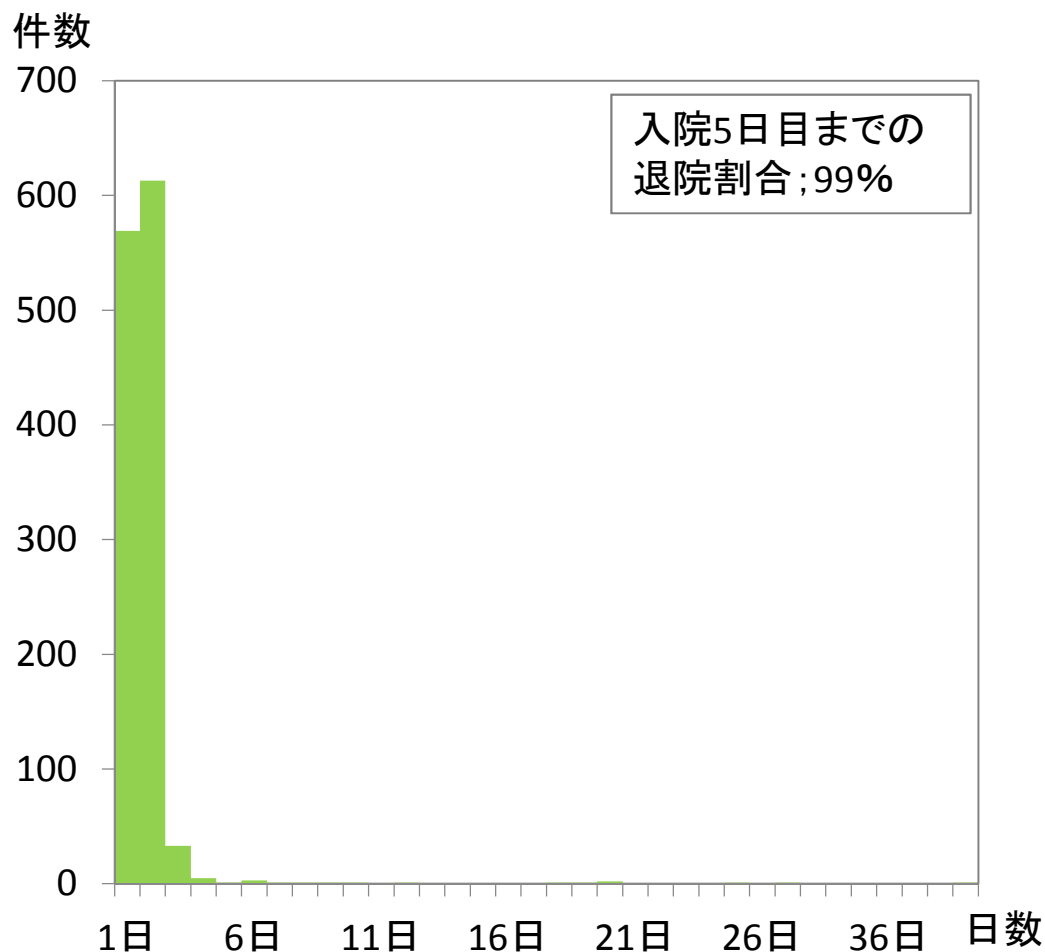
- 在院日数の平均+1SDが5日以内
- 一定の症例数が存在
- 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい



## K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

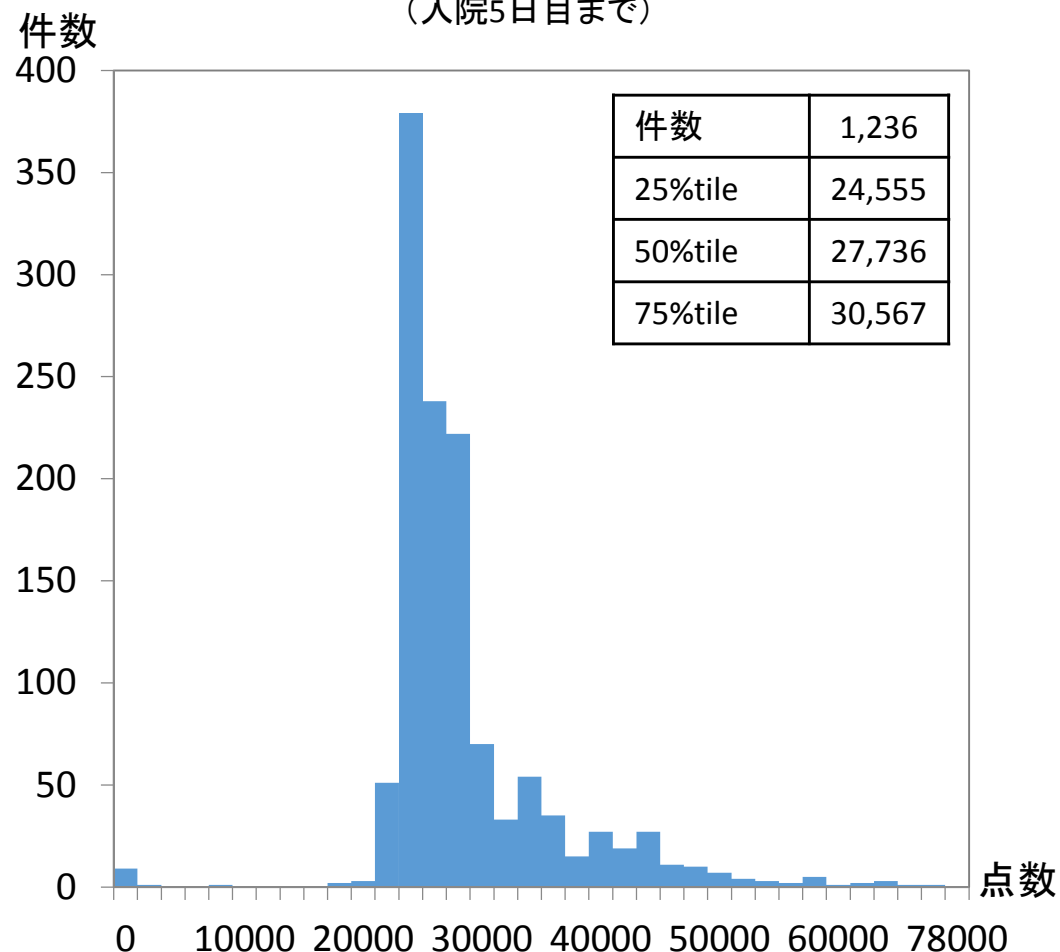
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、入院5日目までに99%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の20%程度であった。

### <入院日数>



### <特掲診療料の算定点数>

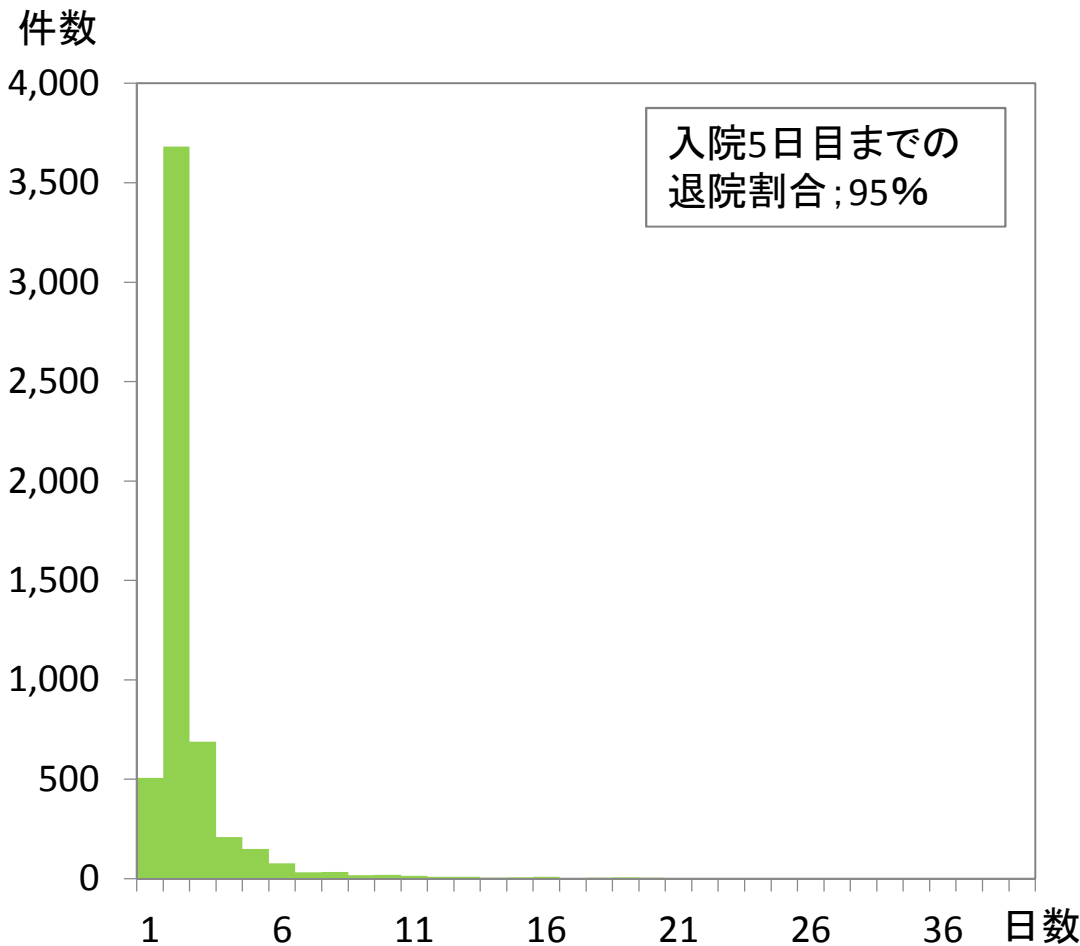
(入院5日目まで)



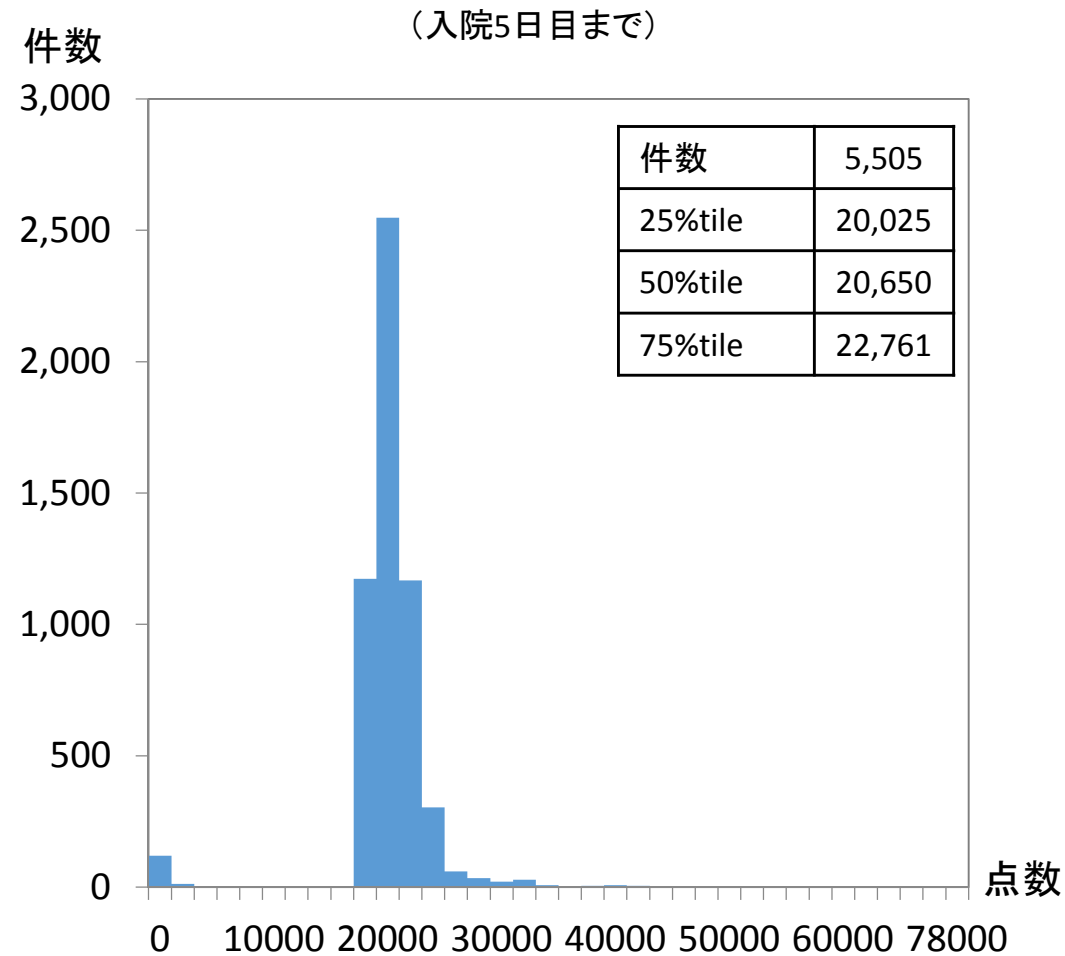
# K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

- 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、入院5日目までに95%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の15%程度であった。

### <入院日数>



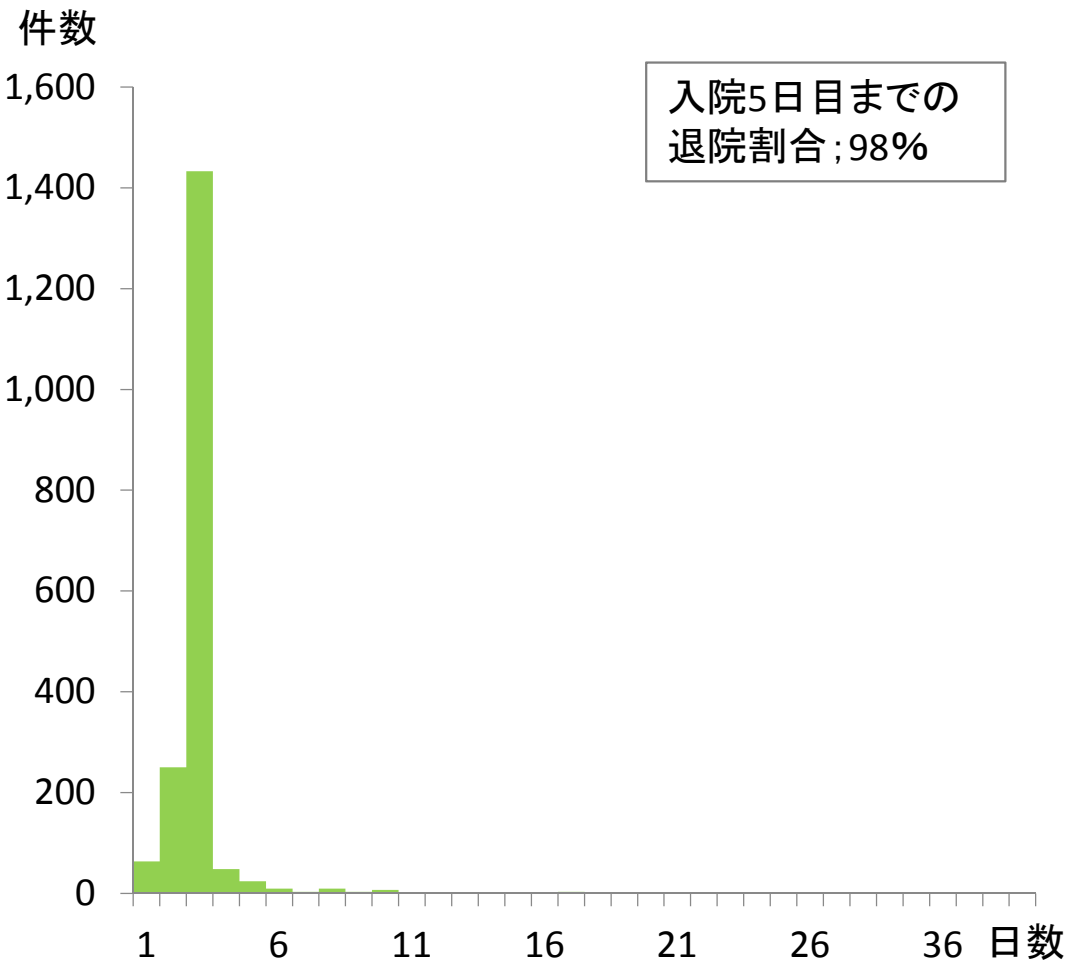
### <特掲診療料の算定点数>



## M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

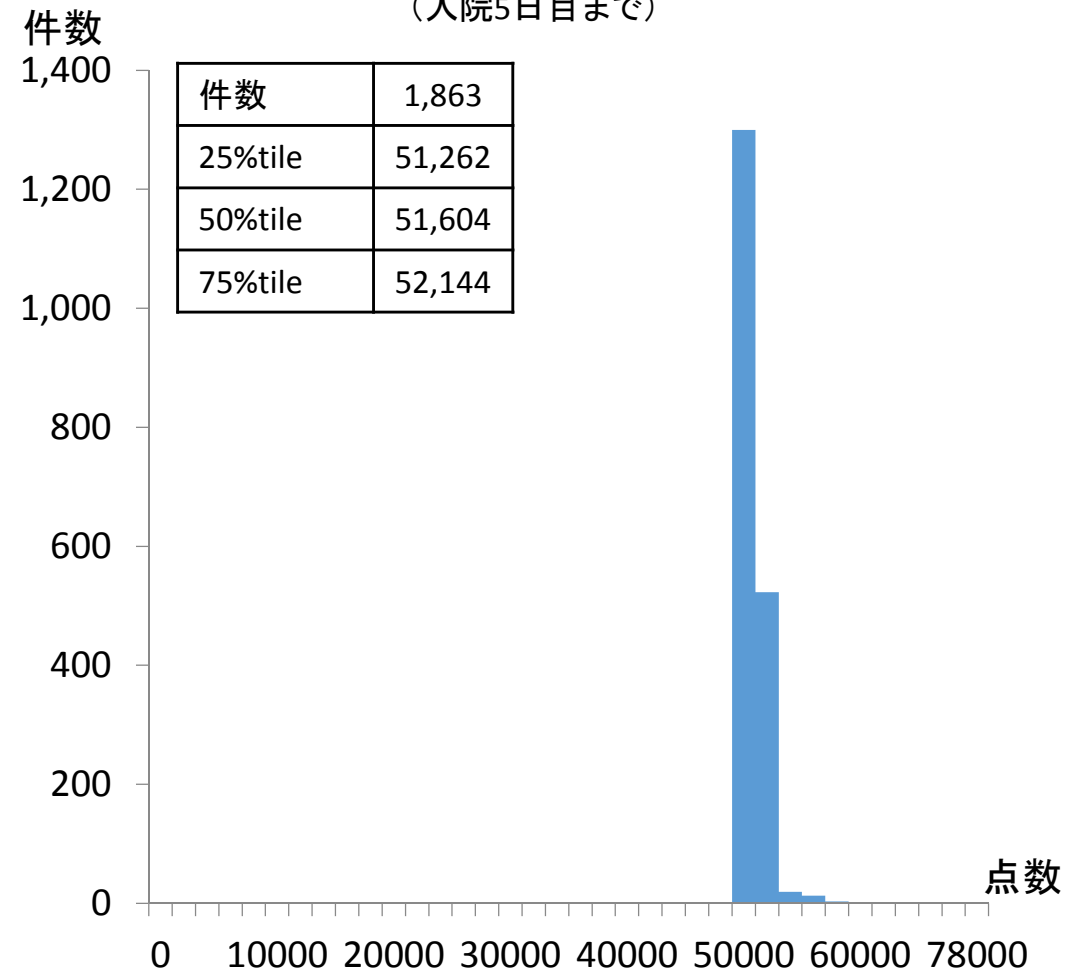
- ガンマナイフによる定位放射線治療については、入院5日目までに98%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の2%程度であった。

### <入院日数>



### <特掲診療料の算定点数>

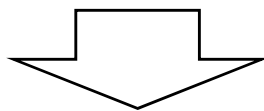
(入院5日目まで)



# 短期滞在手術等基本料に関する課題と論点

## 【課題】

- 医療機関における平均在院日数は短縮傾向がみられるが、平均在院日数が短い医療機関では、特定のMDCに偏った病院が多くみられたこと等から、平成26年度診療報酬改定で短期滞在手術基本料の見直しが行われた。
- 現行の対象手術等の一部に、包括範囲出来高実績点数のばらつきが大きく、
  - －改定前後で両側の手術が減少し、片側の手術が増加していた項目
  - －包括範囲出来高実績点数が二峰性・三峰性の分布を示していた項目
  - －そもそも算定件数が少ない項目がみられた。
- 患者の出来高実績点数は、改定前後で低くなる傾向がみられたが、一部に短期滞在手術等基本料の点数を大きく上回る症例が存在した。また、透析患者では、全体と比較して包括範囲出来高実績点数が高い分布を示していた。
- その他の手術等のうち、治療方法等が標準化されたために在院日数が短く、包括範囲出来高実績点数のばらつきが少ない算定項目がみられた。



## 【論点】

- 現行の対象手術等のうち、包括範囲出来高実績点数にばらつきがみられる項目が存在することから、より実態に即した点数のあり方についてどう考えるか。また、その際に、そもそも算定件数が少ない項目についてどう考えるか。
- 短期滞在手術等基本料の対象患者のうち、透析患者など総点数が平均的な症例を大きく上回る状態に関する対応について、どう考えるか。
- 短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、治療方法等が標準化されたために在院日数が短く、算定点数のばらつきが少ない項目が存在するが、これらの取扱いについてどう考えるか。

## <短期滞在手術等基本料に関する宿題事項>

- 全身麻酔と全身麻酔以外の方法の両方で実施されている手術について、医療機関によって選択する麻酔方法が異なるのか、患者によって選択する麻酔方法が異なるのか、医療機関における実施状況をデータで示せないか。
- 小児で多く実施される場合、3歳未満、3歳以上6歳未満等加算に応じて評価を分ける必要があるのではないか。
- 標準化が進んだのか評価するために、改定前後の点数の分布等を示せないか。

# 全身麻酔／全身麻酔以外の手術の内訳

算定コード	手術名*		症例の内訳		医療機関の内訳**	
			全身麻酔の症例	全身麻酔以外の症例	90%以上が全身麻酔	全身麻酔が10%以下
K474 1	乳腺腫摘出術	H25	72%	28%	58%	11%
		H26	67%	33%	62%	12%
K617 1	下肢静脈瘤手術 (抜去切除術)	H25	43%	57%	27%	43%
		H26	36%	64%	22%	58%
K633 5	ヘルニア手術 (15歳以上)	H25	46%	54%	21%	42%
		H26	44%	56%	17%	43%
K867	子宮頸部(膣部) 切除術	H25	34%	66%	23%	55%
		H26	34%	66%	25%	54%
K873	子宮鏡下子宮筋 腫摘出術	H25	71%	29%	57%	19%
		H26	66%	34%	49%	29%

\*全身麻酔と全身麻酔以外(脊椎麻酔等を含む)の症例がそれぞれ30%以上存在する項目を抽出

\*\*症例数の多い順に上位100位までの医療機関を抽出

# 乳幼児の症例が多くみられた項目

- 乳幼児が多くみられた症例として「K633 5 ヘルニア手術(15歳未満)」「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満)」が挙げられ、年齢によって出来高実績点数の平均には違いがみられた。

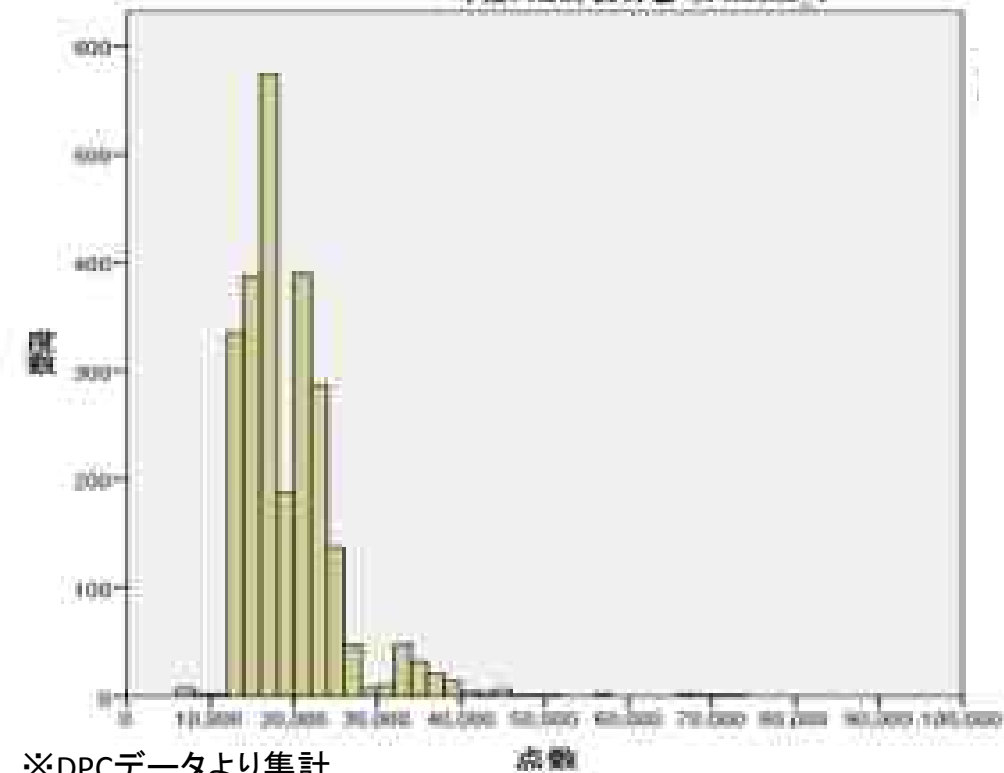
K633 5 ヘルニア手術(15歳未満)

	割合	出来高実績点数
全体	—	19,494
3歳未満	39.1%	24,349
3歳以上6歳未満	35.8%	17,580

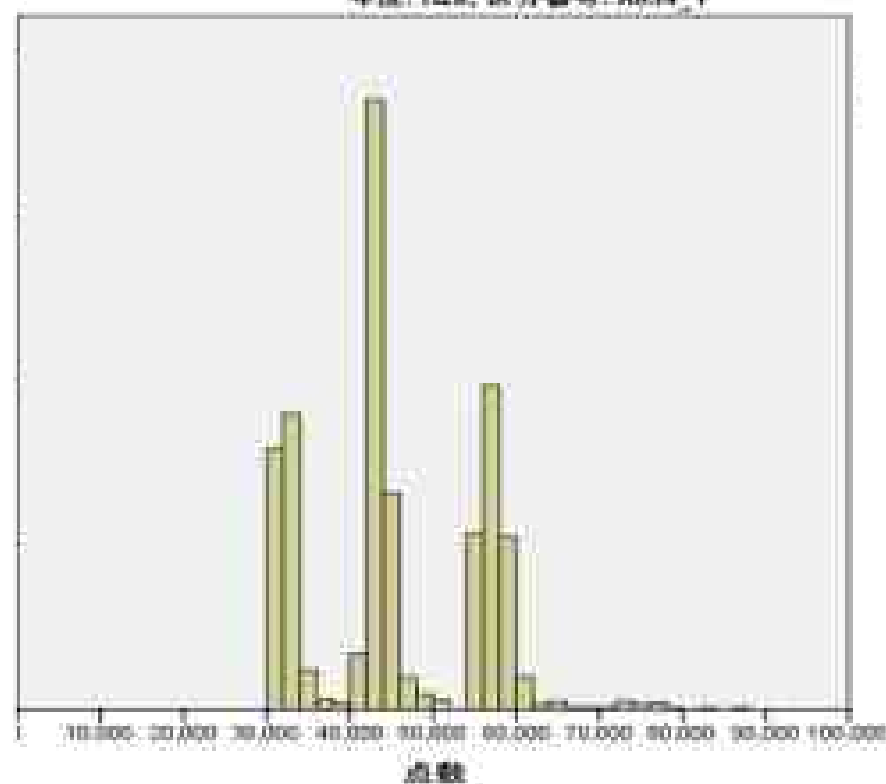
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満)

	割合	出来高実績点数
全体	—	45,533
3歳未満	31.5%	57,992
3歳以上6歳未満	41.9%	44,090

年度: H26, 区分番号: K633\_1



年度: H26, 区分番号: K634\_1



# 項目ごとの出来高実績点数の分布(平成26年改定前後)①

算定コード	項目名		件数	50%tile	25-75%tile幅
D237 1	終夜睡眠ポリグラフィー (携帯用装置)	H25	1,990	7,213	9,582
		H26	305	5,177	7,519
D237 2	終夜睡眠ポリグラフィー (多点感圧センサー)	H25	7	611	3,186
		H26	32	828	3,406
D237 3	終夜睡眠ポリグラフィー (その他)	H25	12,242	3,533	946
		H26	13,147	3,480	343
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	H25	378	1,300	54
		H26	4,765	1,300	497
D413	前立腺針生検法	H25	25,172	4,393	1,511
		H26	26,035	4,186	1,447
K008 2	腋臭症手術	H25	2	10,976	—
		H26	3	8,029	—
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	H25	306	13,226	6,976
		H26	374	11,411	1,037



## 項目ごとの出来高実績点数の分布(平成26年改定前後)②

算定コード	項目名		件数	50%tile	25-75%tile幅
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術	H25	48	34,883	3,788
		H26	69	34,817	9,775
K282 1	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合;その他)	H25	61,550	15,523	13,287
		H26	84,409	14,776	944
K282 2	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入しない場合)	H25	327	11,042	1,906
		H26	364	10,801	2,422
K474 1	乳腺腫瘍摘出術	H25	627	13,341	8,165
		H26	664	13,052	8,721
K617 1	下肢静脈瘤手術 (抜去切除術)	H25	2,449	17,895	10,727
		H26	2,095	13,275	9,597
K617 2	下肢静脈瘤手術 (硬化療法)	H25	55	2,855	2,799
		H26	77	2,649	2,590
K617 3	下肢静脈瘤手術 (高位結紮術)	H25	618	4,450	3,005
		H26	486	4,257	2,136

# 項目ごとの出来高実績点数の分布(平成26年改定前後)③

算定コード	項目名		件数	50%tile	25-75%tile幅
K633 5	ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)	H25	16,916	13,949	8,627
		H26	15,725	13,900	8,540
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	H25	4,095	40,483	4,096
		H26	6,257	39,907	4,367
K721 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (長径2cm未満)	H25	43,188	7,592	1,654
		H26	52,126	7,373	1,642
K721 2	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (長径2cm以上)	H25	5,375	10,132	2,101
		H26	5,655	9,752	1,928
K743 2	痔核手術 硬化療法	H25	1,012	6,370	1,676
		H26	996	6,100	1,494
K867	子宮頸部(膣部)切除術	H25	6,186	7,878	6,113
		H26	6,240	7,482	6,001
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	H25	1,043	29,507	6,380
		H26	1,061	27,038	6,359

# 短期滞在手術等基本料に関する課題と論点

## 【現状・課題】

- 現行の対象手術等の一部に、包括範囲出来高実績点数のばらつきが大きく、包括範囲出来高実績点数が二峰性・三峰性の分布を示していた項目がみられた。
- その原因としては、手術についての乳幼児の年齢による違い(乳幼児加算を反映するもの)や、麻酔の実施方法による違いが考えられた。
- 当該手術についての医療機関ごとの麻酔の実施状況を見ると、
  - 全身麻酔、全身麻酔以外の方法のいずれか一方を中心に実施している医療機関があるなど、麻酔の実施方法が医療機関間で大きく異なる傾向がみられる一方、
  - 同一医療機関内においても、患者ごとに、いずれかの麻酔を実施している医療機関もある。



## 【論点】

- 現行の対象手術等のうち、包括範囲出来高実績点数にばらつきがみられる項目が存在することから、出来高実績点数が全く異なる傾向を示す場合については短期滞在手術等基本料の別の項目を設定することを含め、より実態に即した点数のあり方についてどう考えるか。

## 短期滞在手術等基本料に関するまとめ(案)

- 近年、医療機関における平均在院日数は短縮していく傾向がみられるが、平均在院日数が短い医療機関の中で、患者が特定の疾患に偏った病院がみられたこと等から、平成26年度診療報酬改定で短期滞在手術等基本料の見直しが行われた。
- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっている項目のうち、調査結果から以下の特徴が観察された。
  - 「K282 水晶体再建術」については、平成26年度診療報酬改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。

### 検討内容を反映

- 包括範囲とされた部分の出来高実績点数は、平成26年度診療報酬改定後にやや低くなる傾向がみられた。また、短期滞在手術等基本料では原則として全ての基本診療料・特掲診療料が包括化されているが、他の包括入院料に例があるように、高額の治療を要する特定の部分を包括から除外することも考えられることから、透析患者について分析したところ、透析患者の出来高実績点数は平均的な症例を大きく上回っていた。
- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、短期滞在手術等基本料の設定の対象となり得るものを探索したところ、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「K768 体外衝撃波腎・破碎術」「M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療」は、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった。

## 2. 総合入院体制加算について

# 救急医療体制体系図

## 救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（265カ所）  
（うち、高度救命救急センター（32カ所））

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を **24時間体制** で受け入れるもの。

平成25年10月1日現在

ドクターヘリ（41カ所）

平成25年5月1日現在

## 入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（398地区、3,259カ所）

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

共同利用型病院（10カ所）

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

平成24年3月31日現在

## 初期救急医療

在宅当番医制（630地区）

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

休日夜間急患センター（556カ所）

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

平成24年3月31日現在

# 総合入院体制加算の概要

診調組 入-1

27.5.29

総合入院体制加算 1 (1日につき) 240点

総合入院体制加算 2 (1日につき) 120点

※一般病棟入院基本料の届出病床で算定

趣旨: 十分な人員配置及び設備等を備え **総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制** 及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価

## 【主な施設基準】

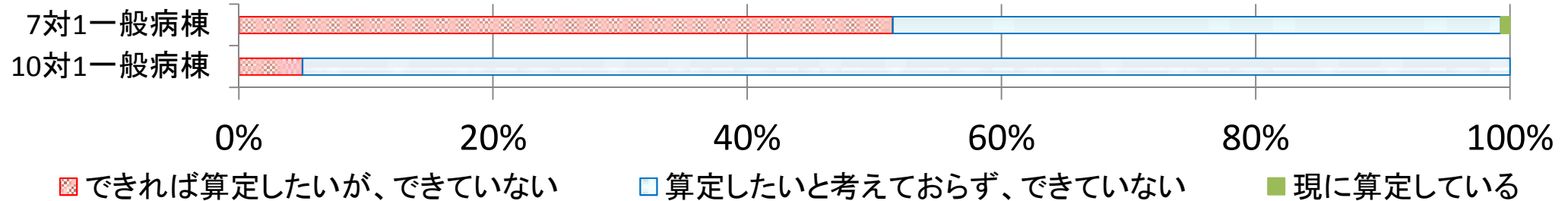
総合入院体制加算1	総合入院体制加算2
<p>○ 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している医療機関。</p>	
<p>○ 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法上の精神病床を有していること。また、<b>精神病棟入院基本料等の届け出ており、現に入院を受け入れていること。</b></p>	<p>○ 精神科については、<b>24時間対応できる体制があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。</b></p>
<p>○ 24時間の救急医療体制(救命救急センター、高度救命救急センター)</p>	<p>○ 24時間の救急医療体制(第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等)</p>
<p>○ 画像診断、検査及び調剤を24時間実施できる体制</p>	
<p>○ 全身麻酔の手術件数が年800件以上であること。</p>	
<p>○ 以下の要件を<b>全て満たしていること。</b></p>	<p>○ 以下の要件を<b>満たすことが望ましい。</b></p>
<p>ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上                      イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上                      ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上                      エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上                      オ 化学療法 4,000件/年以上                      カ 分娩件数 100件/年以上</p>	

# 総合入院体制加算1の届出に関する意向

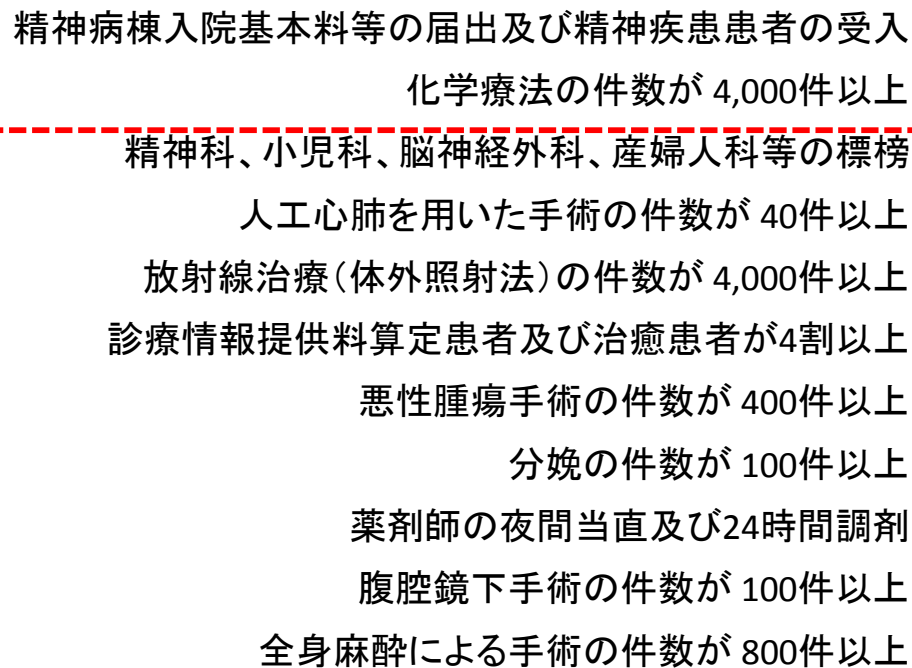
- 高度救命救急センター等に指定されている7対1一般病棟の半数程度は総合入院体制加算1の届出に関する意向をもっているが、精神疾患の患者の受入や化学療法に関する要件が困難であると考えている場合が多かった。

## ＜総合入院体制加算1の届出に関する意向＞

(高度救命救急センター・救命救急センターを有する医療機関に占める割合)



## ＜総合入院体制加算1を算定したいと回答した医療機関が満たすのが困難な要件＞



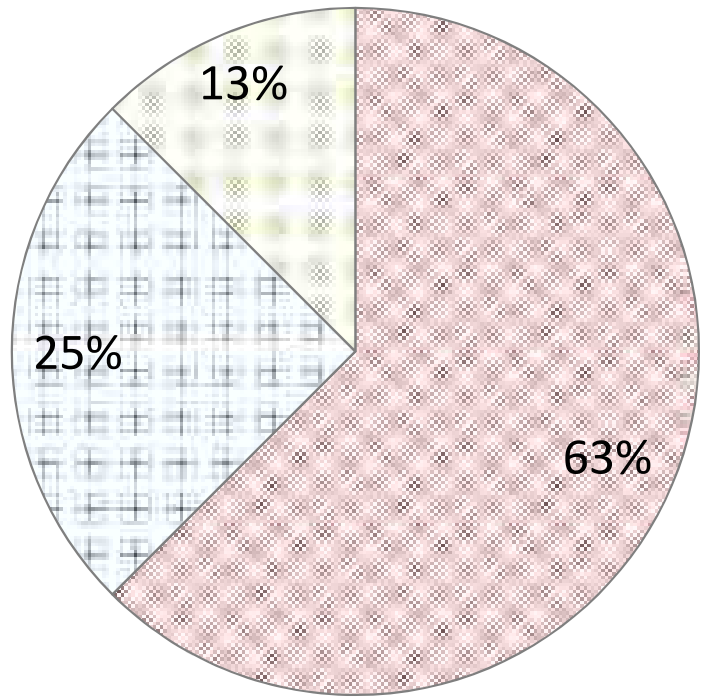
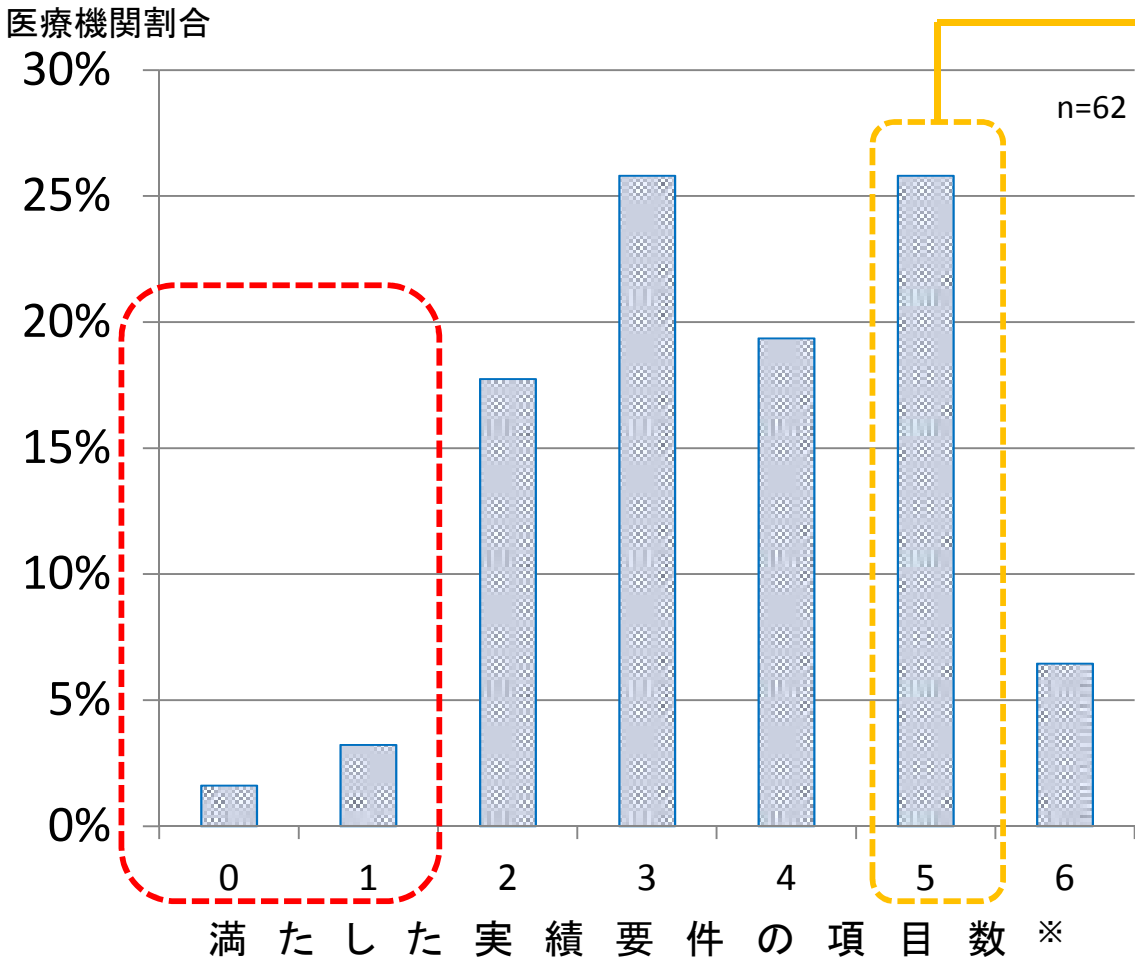


# 総合入院体制加算2届出医療機関が総合入院体制加算1を算定できない理由

- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、実績要件を5項目満たしている医療機関が、総合入院体制加算1を算定するに当たって満たせていない項目として最も多かったのは「化学療法の件数が4,000件以上」の要件であった。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、実績要件をほとんど満たしていない医療機関が一部にみられた。

## <総合入院体制加算2届出医療機関の実績状況>

## <5項目を満たした医療機関が満たせない項目>



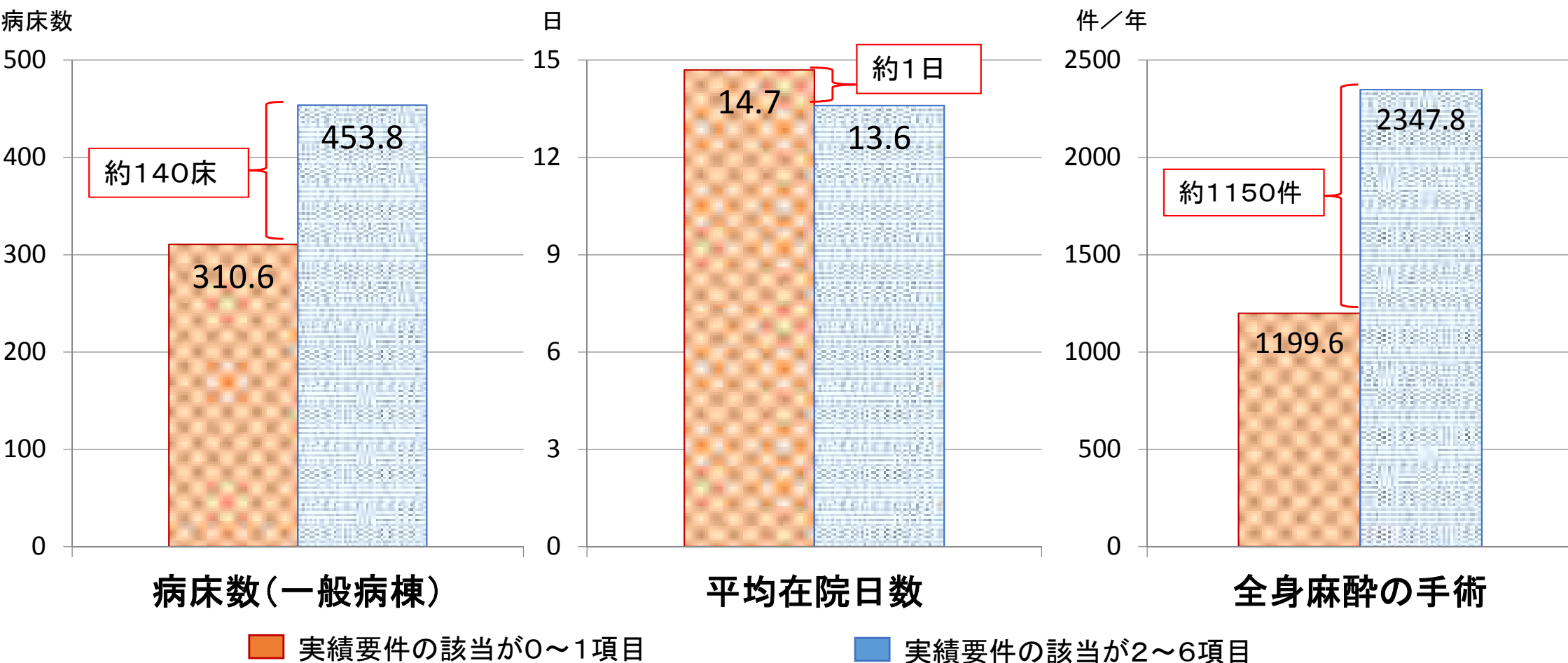
- 化学療法
- 人工心肺を用いた手術
- 放射線治療(体外照射法)

※実績要件:「人工心肺を用いた手術が40件以上」「悪性腫瘍手術が400件以上」「腹腔鏡下手術が100件以上」「放射線治療(体外照射法)が4,000件以上」「化学療法の件数が4,000件以上」「分娩の件数が100件以上」

# 実績要件の該当項目数別の診療状況等①

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、病床規模が小さく、平均在院日数が長い傾向にあった。また、全身麻酔の手術件数も少ない傾向がみられた。

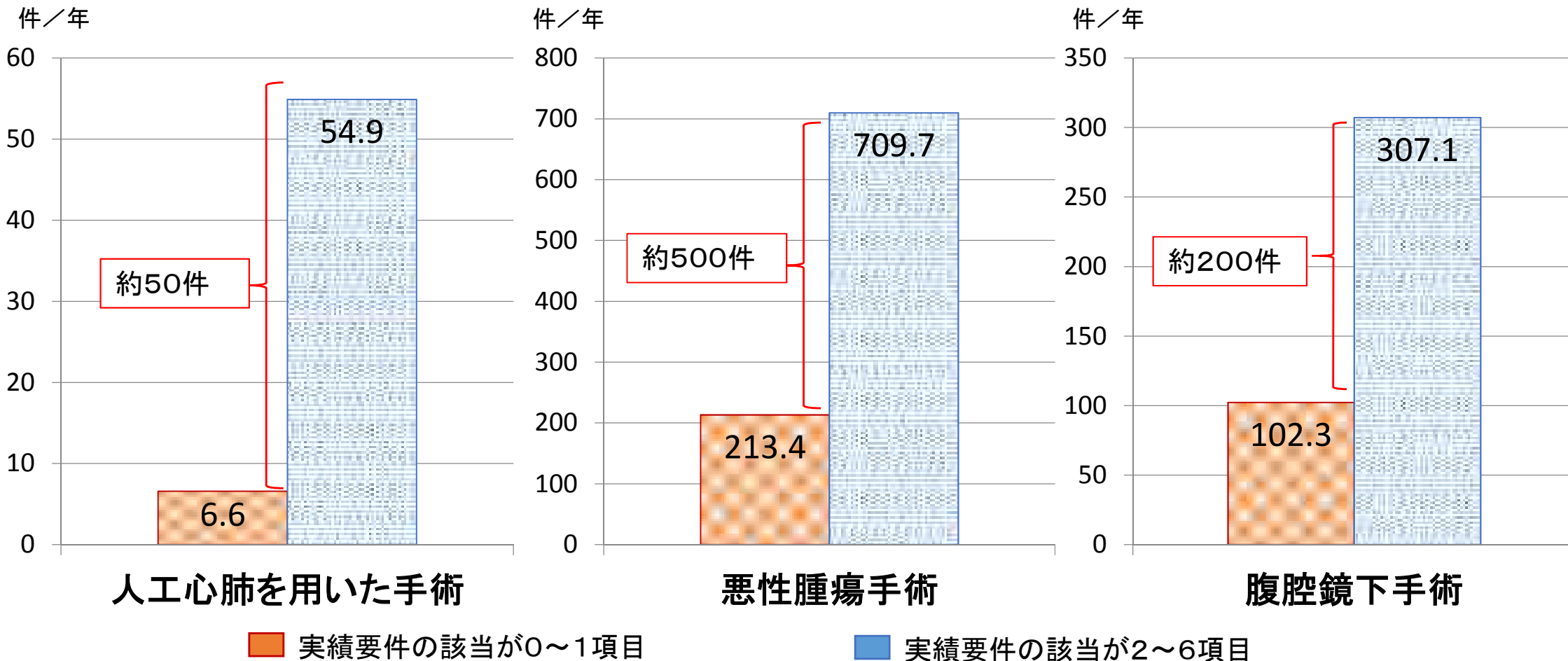
## ＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



## 実績要件の該当項目数別の診療状況等②

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、各種手術の実施件数が少ない傾向があった。

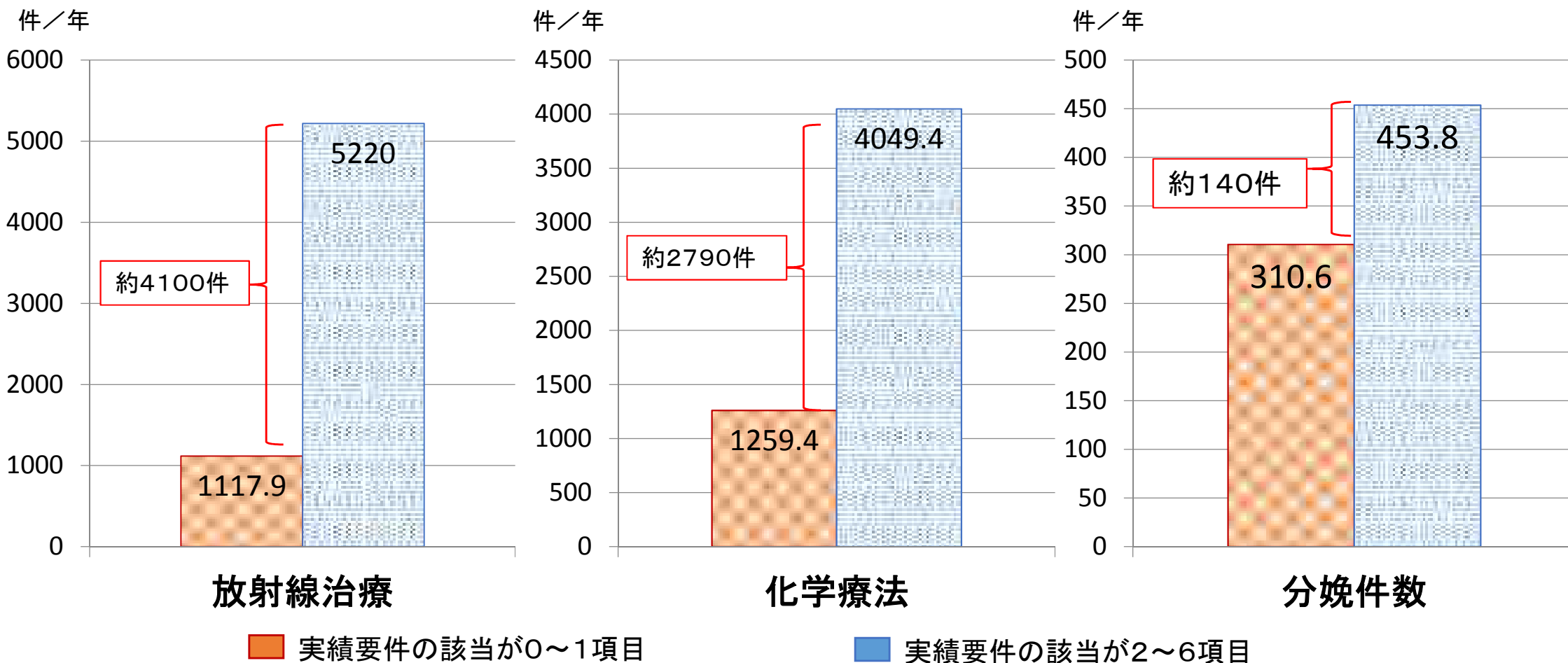
### ＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



# 実績要件の該当項目数別の診療状況等③

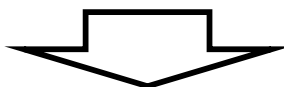
- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、放射線治療、化学療法及び分娩件数が少ない傾向にあった。

＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



- 一般の病院では、様々な病態により救急患者の受入は困難な場合があり、24時間の救急医療体制や総合的かつ専門的な医療の提供等を担う医療機関の確保が必要である。
- 総合入院体制加算は、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等をもつ医療機関に対する評価として、平成22年度診療報酬改定で創設され、その届出医療機関は増加している。
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設が一部にあり、重症な救急患者や小児・周産期、精神疾患を合併する救急患者の受入実績に乏しい医療機関が存在するほか、重症の入院患者の割合も様々であった。
- 総合入院体制加算1の届出にあたって求められる、6つの実績要件のうち、最も満たすのが困難とされる要件は「化学療法が4000件/年」、次いで「人工心肺を用いた手術が40件/年」であった。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、満たすことが望ましいとされる6つの実績要件をほとんど満たしていない医療機関が一部にみられた。これらの医療機関は、その他の医療機関と比べて病床規模が小さく、平均在院日数が長い傾向がみられ、診療実績に乏しい傾向にあった。

## 【論点】

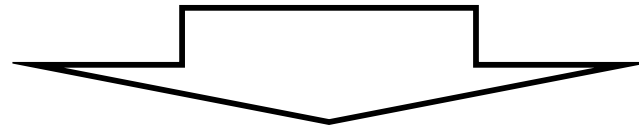


○小児・周産期や精神疾患を合併する救急患者の受入を含め、総合的かつ専門的な医療の提供を図る観点から、総合入院体制加算の施設基準の要件についてどう考えるか。

- 精神疾患を合併する患者等、多様な患者の受け入れが、実際に確保されるための要件についてどう考えるか。
- 実績要件のうち最も満たすことが困難とされる、化学療法の件数に関する要件について、どう考えるか。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、満たすことが望ましいとされる実績要件をほとんど満たしていない医療機関がみられることから、総合入院体制加算2における実績要件のあり方についてどう考えるか。

## 第3回入院分科会(H27.6.19)における主な意見

- 化学療法に関して、基準の適切性や見直しの必要性を検討するに当たり、平均値だけでなく分布を示した上で議論をする必要があるのではないか。
- 要件については、安易な緩和を行うのではなく、当該点数の趣旨を踏まえて望ましい姿に近づけていけるような形で要件設定をすべきではないか。
- A項目2点以上の患者が少ない医療機関は、当該加算の趣旨に合致していない可能性があり、データを示した上で要件に入れる等の検討をすべきではないか。
- 精神疾患の中でも、認知症の患者は特に今後の増加が見込まれることから、当該加算の算定病院でどの程度受入が行われているのか把握した上で対応を検討すべきではないか。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関であっても一定の実績要件は満たすべきではないか。

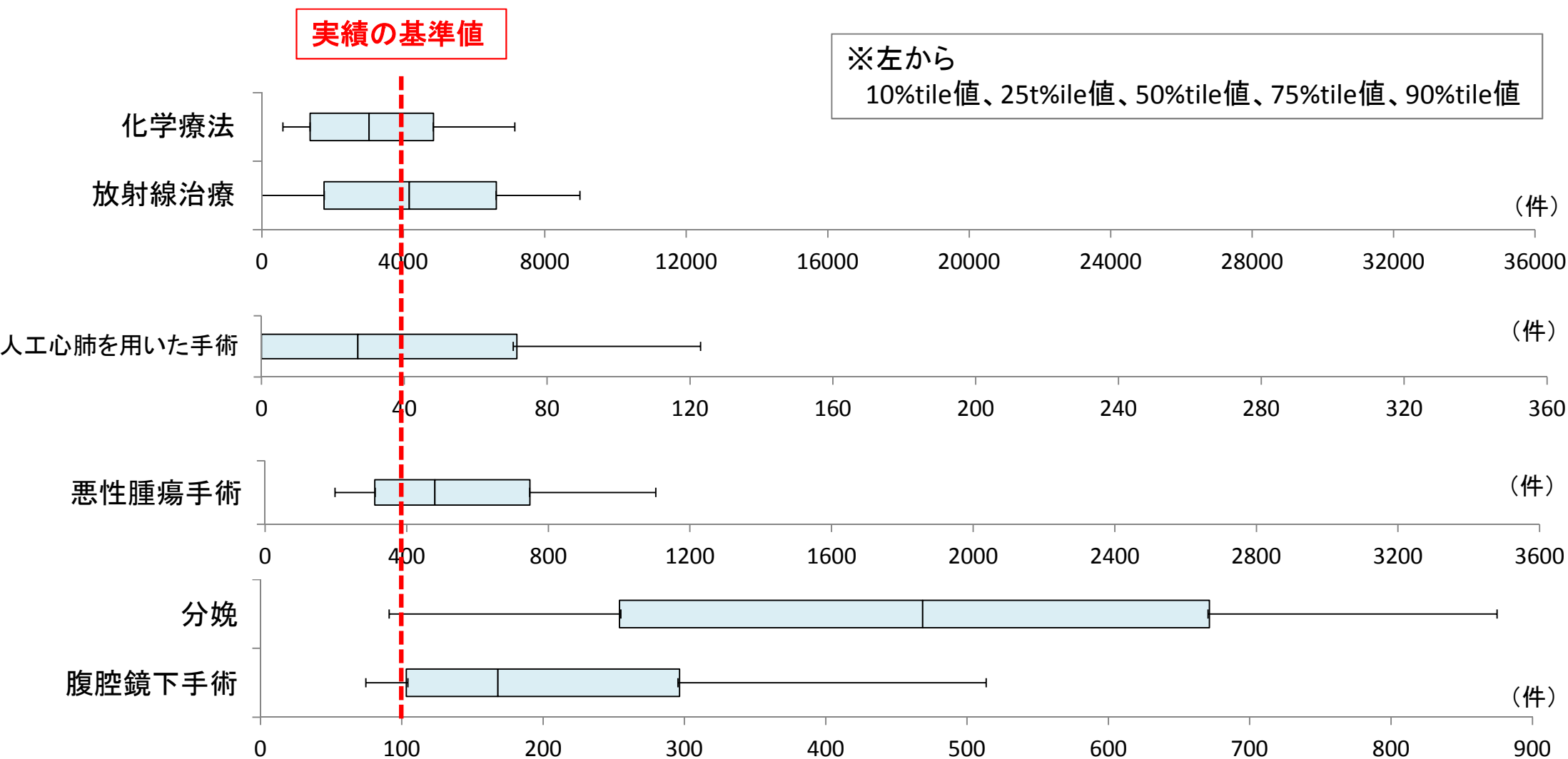


### 【宿題事項】

- ① 化学療法の実績要件の妥当性を判断するための分布の提示
- ② A項目2点以上の患者の割合による医療機関の実績等の提示
- ③ 認知症患者の受け入れ状況の提示

# 総合入院体制加算2届出医療機関の診療状況

- 総合入院体制加算2の届出を行っている医療機関における診療実績は以下の通りであり、化学療法については中央値が基準値を下回っており、基準値と比較して診療実績のばらつきは相対的に小さかった。

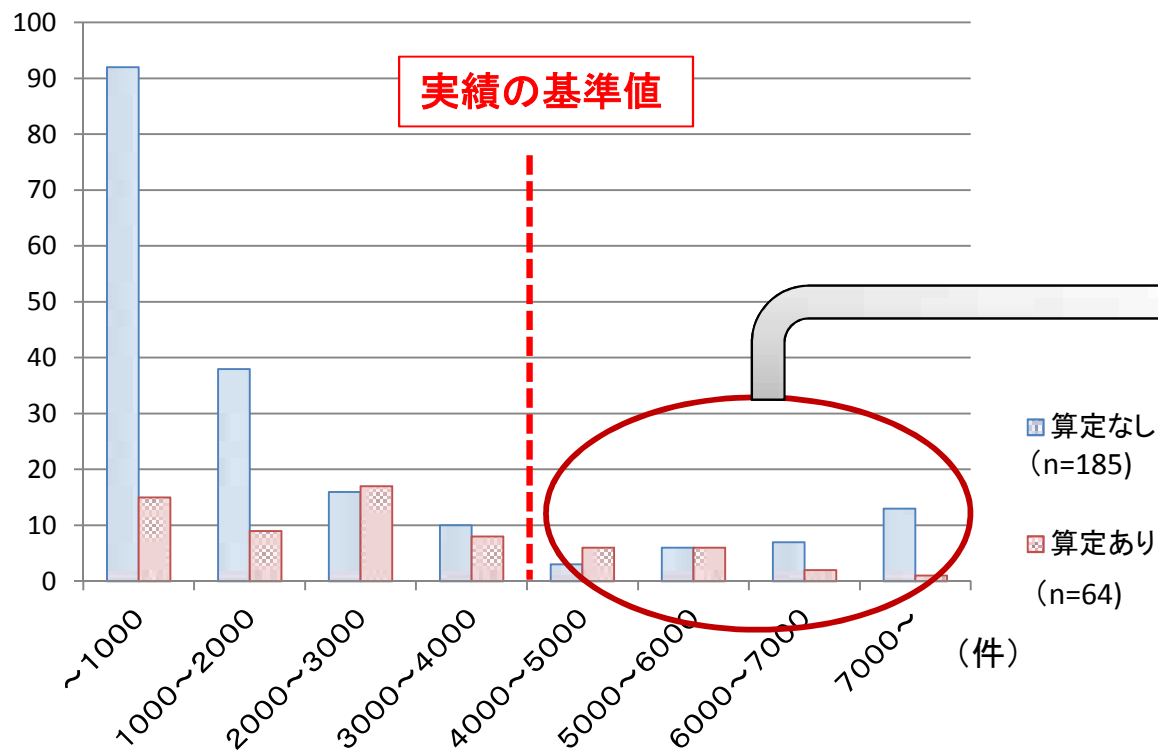


# 総合入院体制加算の有無別の化学療法実施件数について

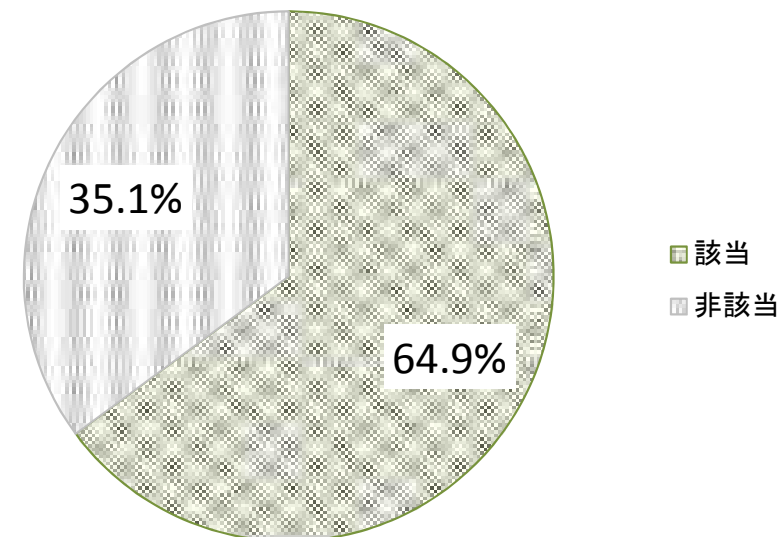
- 化学療法を多く実施している医療機関は総合入院体制加算の届出医療機関以外にも多く存在しており、過半数の医療機関はがん診療連携拠点病院等であった。

＜化学療法実施件数(年間)＞

(医療機関数)



＜化学療法4000件以上の群でのがん診療連携拠点病院等の割合＞

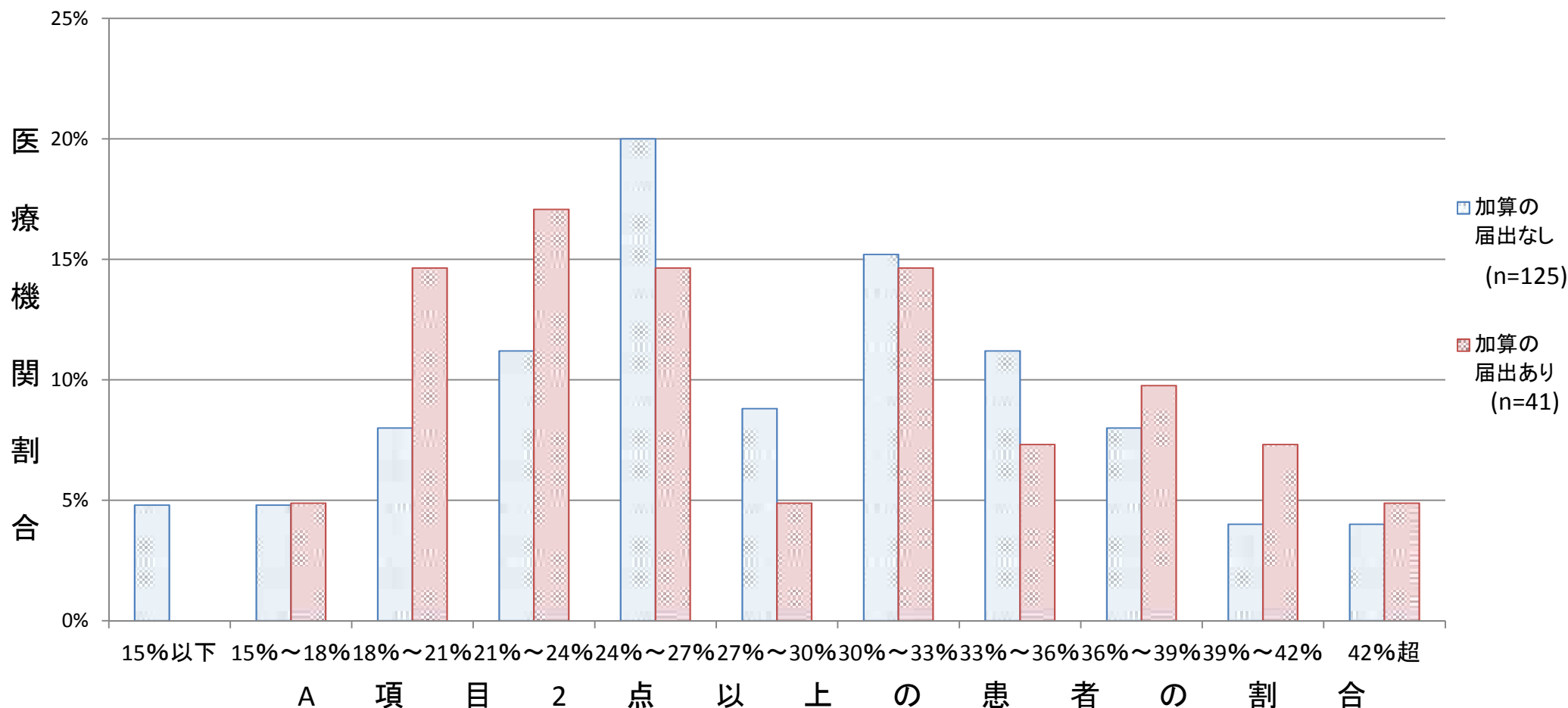




# A項目該当患者割合別の医療機関の該当割合

- 総合入院体制加算の届出医療機関とその他の7対1入院基本料の届出医療機関を比較した場合、A項目が2点以上の患者割合は類似の分布を示しており、総合入院体制加算の届出医療機関であってもA項目の患者が少ない医療機関がその他の医療機関と同等またはそれ以上にみられた。

## <総合入院体制加算届出別の重症度、医療・看護必要度のA項目の該当患者状況>



# A項目の該当患者割合別にみた医療機関の実績

- A項目が2点以上の患者が30%以上の医療機関と30%未満の医療機関を比較した場合、総じて該当患者が30%以上いる医療機関の方が病床当たりの実績値が高い傾向が認められた。

## ＜総合入院体制加算届出医療機関における実績等の中央値＞ (A項目が2点以上の患者割合別)

	A項目2点以上の患者 30%以上の医療機関 (n=18)	A項目2点以上の患者 30%未満の医療機関 (n=23)
100床当たりの全身麻酔の手術(年間)	567	517
100床当たりの人工心肺を用いた手術(年間)	9	15
100床当たりの悪性腫瘍の手術(年間)	174	111
100床当たりの腹腔鏡下手術(年間)	92	80
100床当たりの放射線治療(年間)	1,260	846
100床当たりの化学療法(年間)	612	589
100床当たりの分娩(年間)	104	95

※値は中央値

# A項目の該当患者割合別にみた医療機関の実績

○総合入院体制加算の届出の有無にかかわらず医療機関全体で見た場合でも、A項目が2点以上の該当割合が高い医療機関のほうが、総じて病床当たりの年間手術件数や一日当たりのレセプト単価の中央値が高い傾向が認められた。

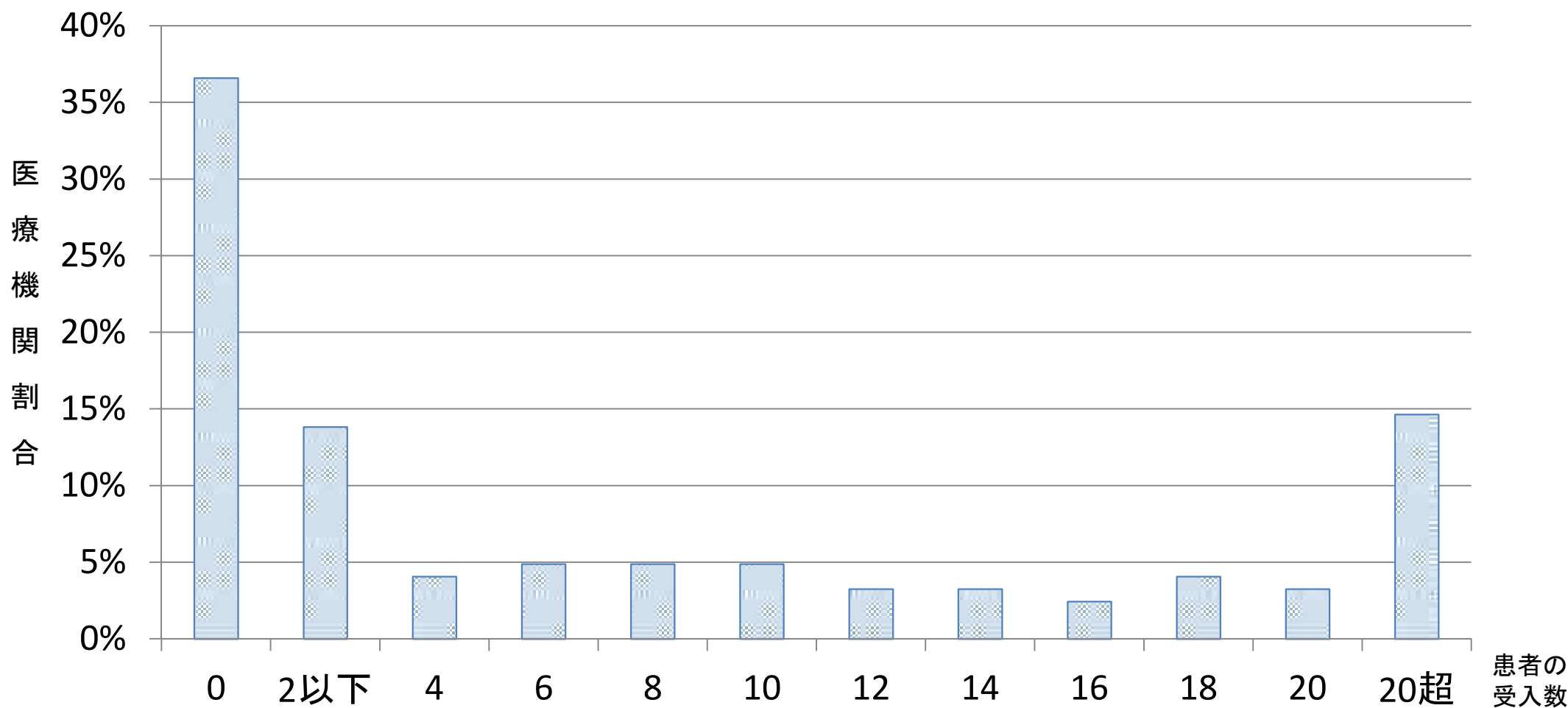
## <A項目が2点以上の患者割合別の手術件数等の実績(中央値)>

A $\geq$ 2該当割合	100床当たりの全麻手術の件数	100床当たりの人工心肺を用いた手術件数	100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	100床当たりの腹腔鏡下手術件数	100床当たりの放射線治療件数	100床当たりの化学療法件数	100床当たりの分娩件数	救急自動車により搬送された初診患者数	レセプトの一日当たり入院単価
25%未満(n=44)	502	0	96	77	0	305	41	402	4,334
25～35%(n=55)	560	2	107	72	140	451	190	465	4,980
35%～(n=26)	569	2	148	67	893	603	65	486	5,806

# 総合入院体制加算届出医療機関における認知症患者の受入状況

- 総合入院体制加算の届出医療機関であっても、認知症の救急搬送患者の受け入れをほとんど行っていない医療機関がみられた。

＜認知症の救急搬送患者の受入実績(1か月当たり)＞



出典：平成26年度検証調査(救急医療：「救命救急入院料、新生児特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、総合入院体制加算のいずれかの届出を行っている医療機関(悉皆533施設)」及び「救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料の届出を行っている医療機関(無作為抽出467施設)」の合計1000施設を対象に調査を実施)

# 精神疾患合併患者の受入状況

診調組 入-1

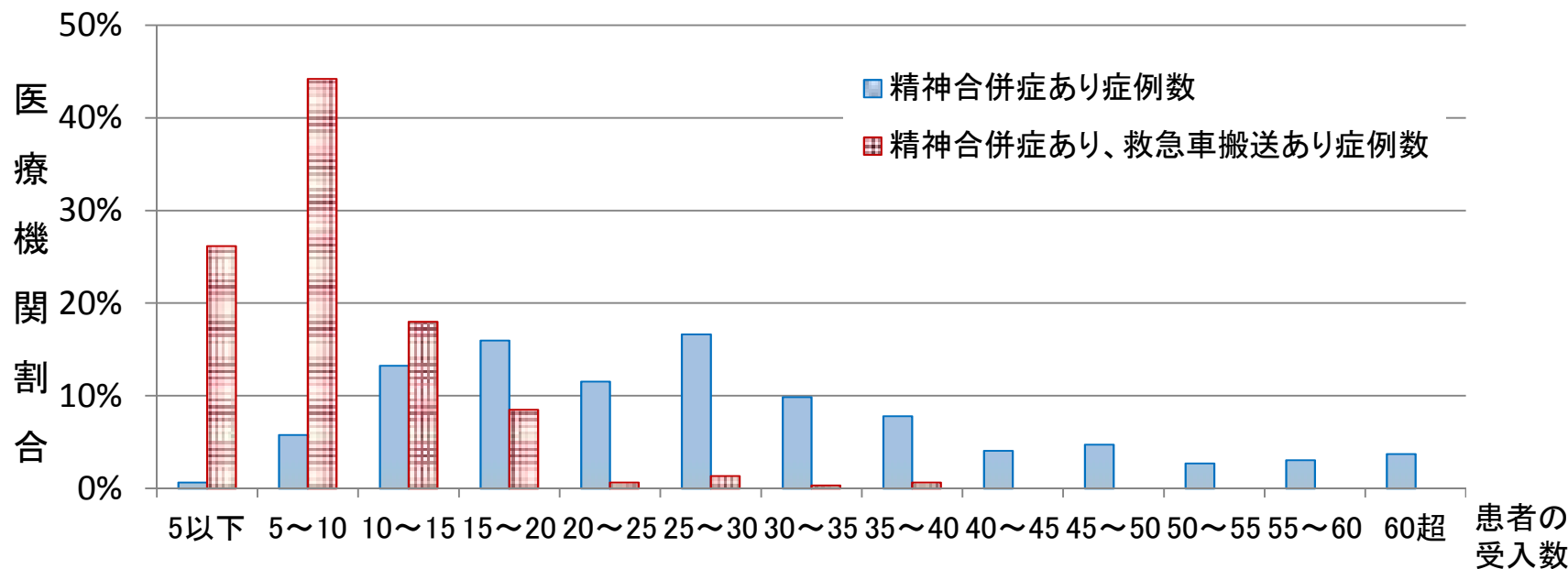
27.6.19

- 総合入院体制加算1の届出医療機関では、精神疾患を合併している患者を多く受け入れていた。また、総合入院体制加算届出医療機関であっても、精神疾患合併患者の受入実績が少ない医療機関がみられた。

	1病院当たりの精神合併症あり※ 症例数(1か月当たり)	1病院当たりの精神合併症あり、 救急車搬送あり症例数(1か月当たり)
加算1届出医療機関	55.3	17.6
加算2届出医療機関	27.7	8.5

※MDC17(精神疾患)の病名をもつ患者

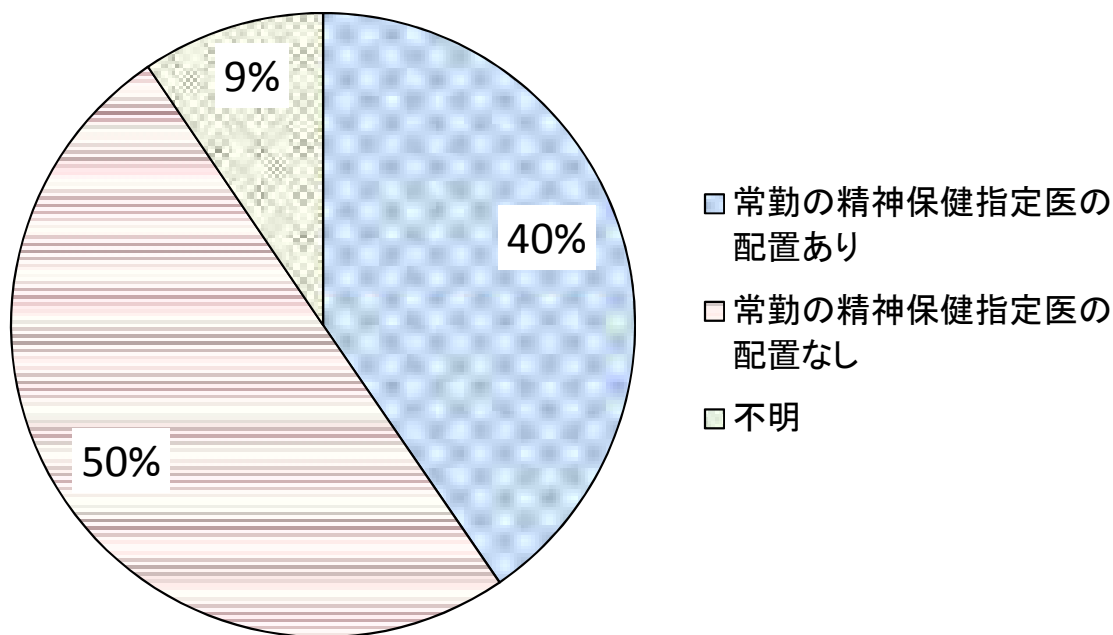
＜精神疾患合併患者の受入実績ごとの医療機関分布(1か月当たり)＞



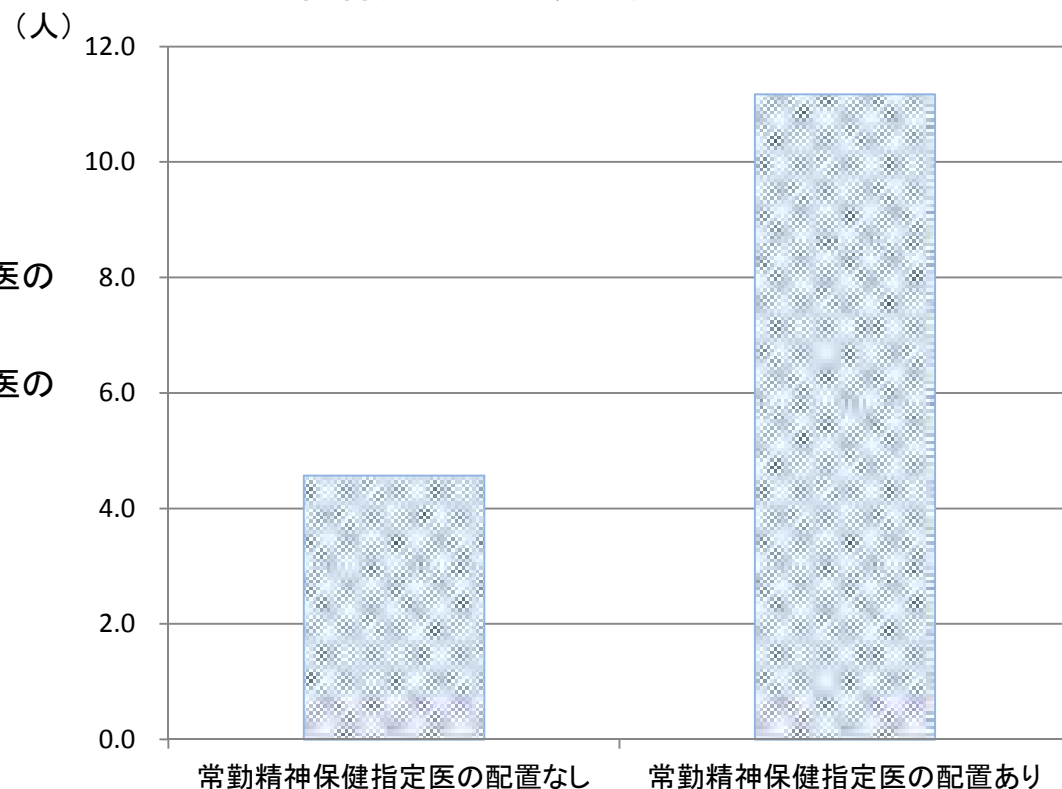
# 常勤精神保健指定医の有無による精神疾患患者の受入状況について

- 救急対応を行い緊急入院となった精神疾患患者数については、常勤精神保健指定医の配置がある医療機関が、配置のない医療機関に比べて多い傾向がみられた。

＜常勤精神保健指定医を配置している医療機関の割合＞



＜救急対応を行い緊急入院になった精神疾患患者数(1月間)の平均＞



## 参考：一般病棟における精神疾患を合併する患者に関連する評価

算定コード	項目名	点数の概要
A230-4	精神科リエゾンチーム加算	<p>一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供すること等を目的として、多職種からなるチームで診療することに対する評価。</p>
A300	救命救急入院料 (注2に掲げる加算)	<p>自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症等を有する患者又はその家族等に対して、精神保健指定医又は精神科の常勤医師が精神疾患に対する診断治療等を行ったことに対する評価。</p>
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料 (精神科疾患患者等受入加算)	<p>深夜、土日又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者</li> <li>・アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者</li> </ul> <p>に該当する患者の受入に対する評価。</p>

# 総合入院体制加算に関するまとめ(案)

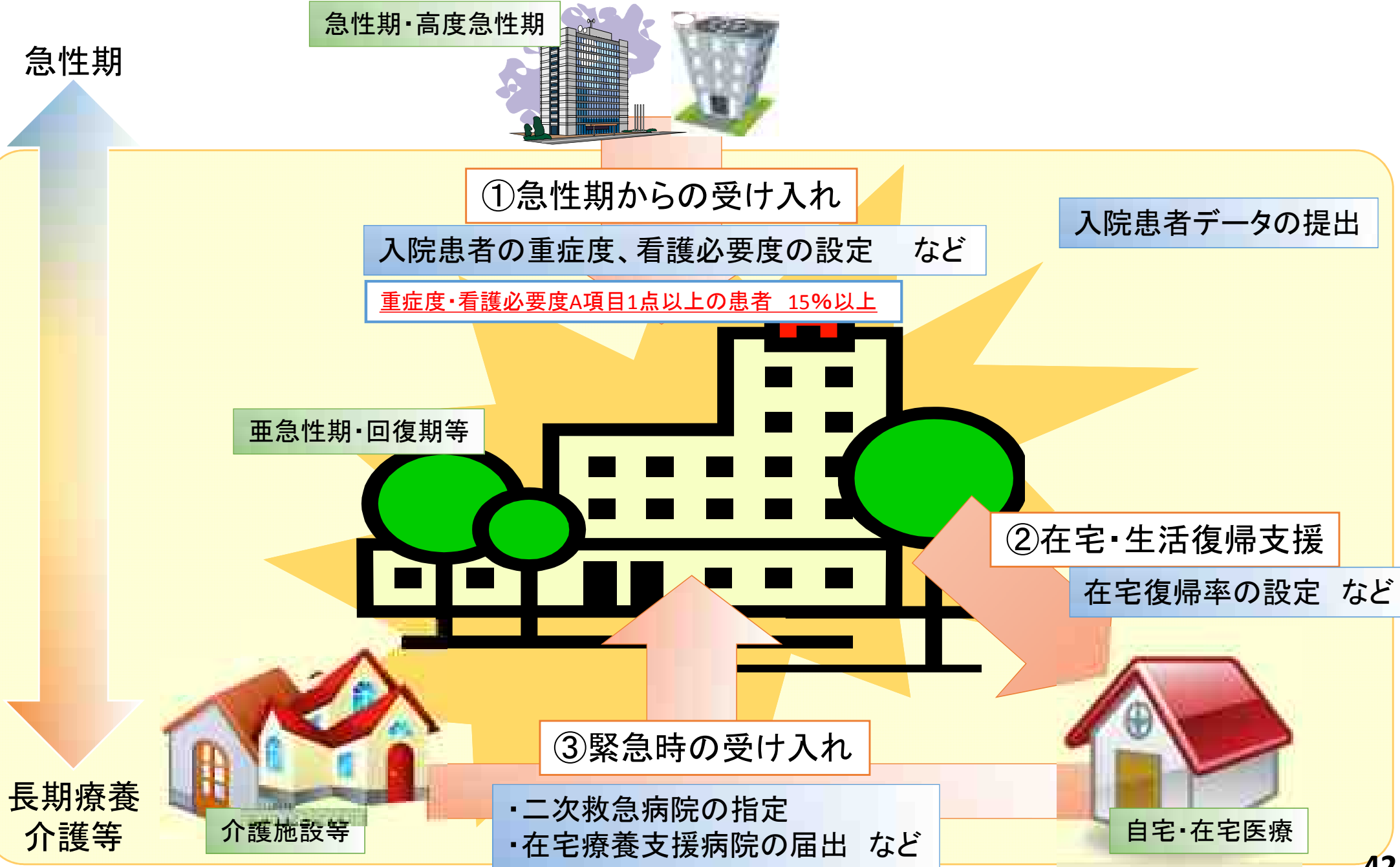
- 総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制の確保が求められていることから、平成22年度診療報酬改定で総合入院体制加算が創設され、その届出医療機関数は増加している。平成27年5月の届出医療機関数は、総合入院体制加算1が4か所、総合入院体制加算2が311か所であった。
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設や重症の入院患者の割合が少ない医療機関がみられた。
- 総合入院体制加算1の届出に当たって求められる6つの実績要件のうち、「化学療法が4,000件／年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かった。
- 総合入院体制加算を届け出た医療機関において、「重症度、医療・看護必要度」A項目の該当患者割合には大きな差がみられた。A項目の該当患者割合は、手術等の医療機関における件数だけでなく、病床数当たりの件数とも関連がみられており、高度な医療を提供する密度が高い医療機関であることの指標にもなると考えられた。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち約5%は、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている6つの実績要件のうち1つ以下しか満たしていなかった。これらの医療機関は、実績要件の多くを満たす医療機関と比較して、手術の実績等において大きな差があるほか、平均在院日数が長い傾向があった。



### 3. 地域包括ケア病棟入院料について

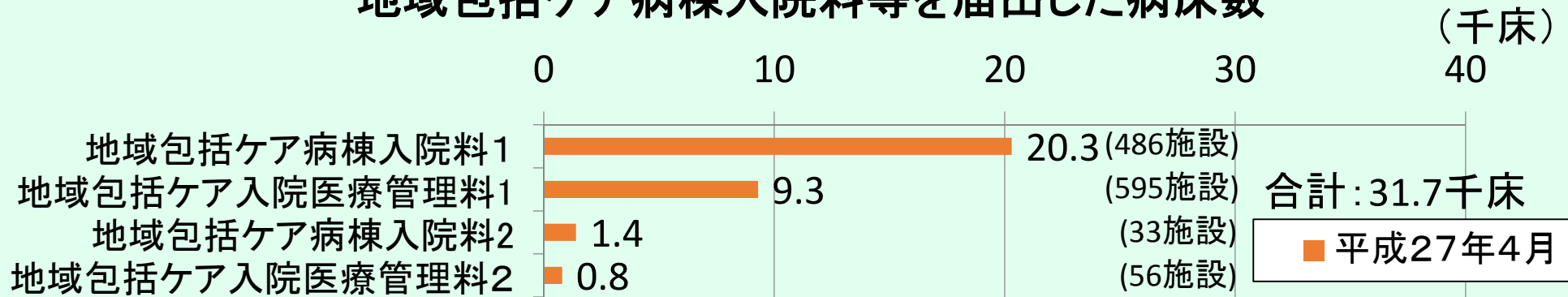
# 参考：地域包括ケア病棟の主な役割（イメージ）

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

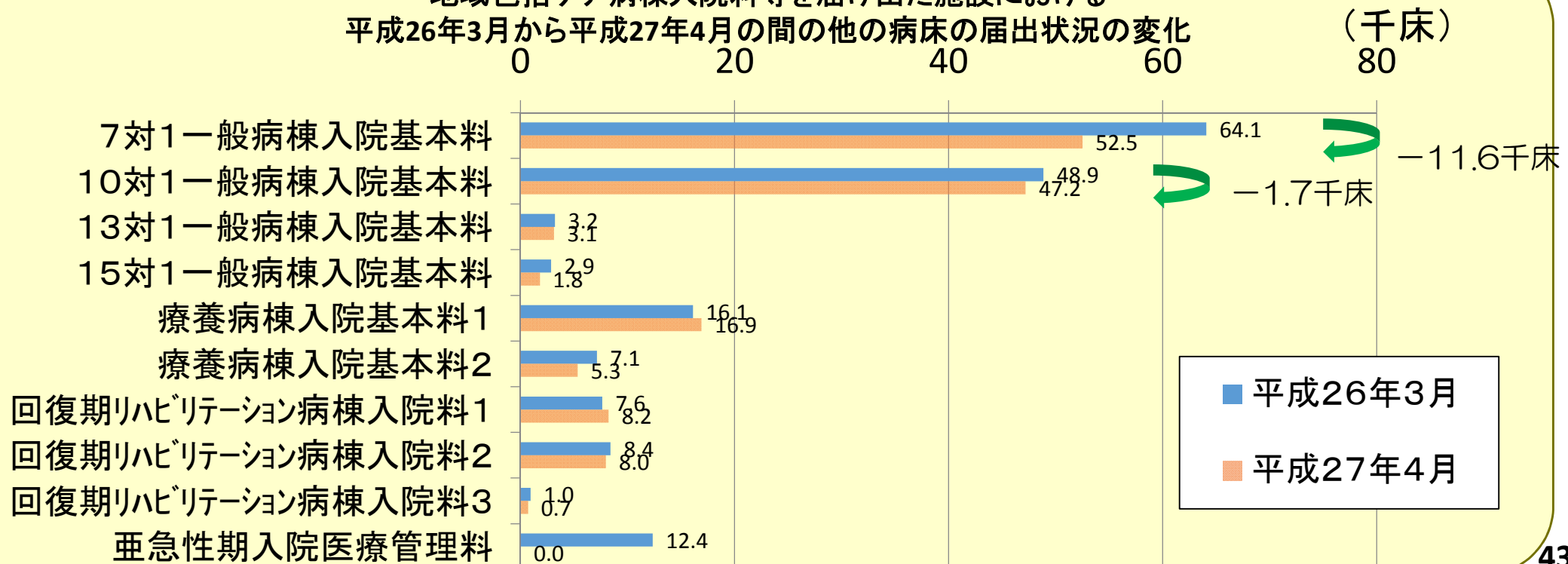


# 地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設数における他の届出状況

## 地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



## 地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における 平成26年3月から平成27年4月の間の他の病床の届出状況の変化

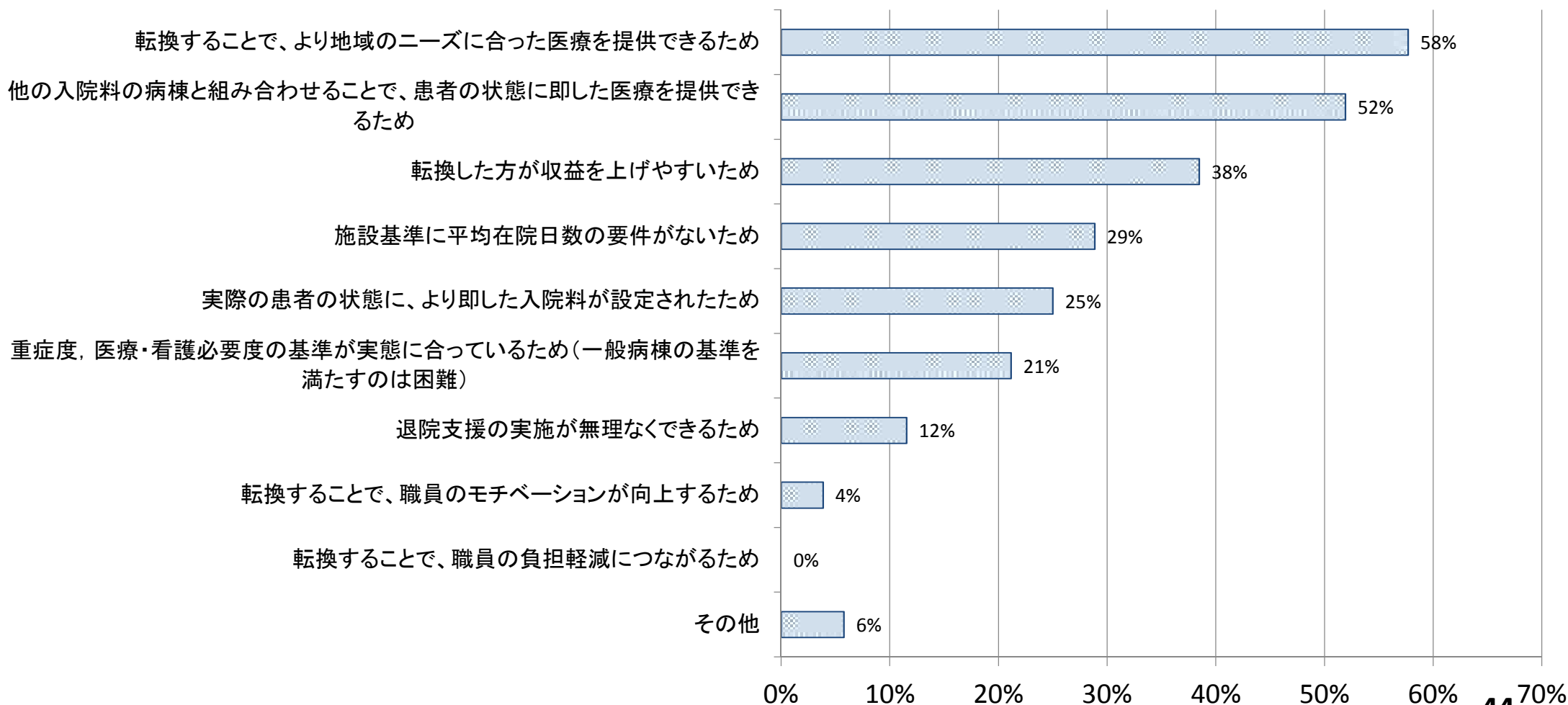


# 地域包括ケア病棟へ転換した理由

- 地域包括ケア病棟へ転換した理由は、「地域のニーズに合った医療を提供できるため」や「他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者の状態に即した医療を提供できるため」とする回答が多かった。

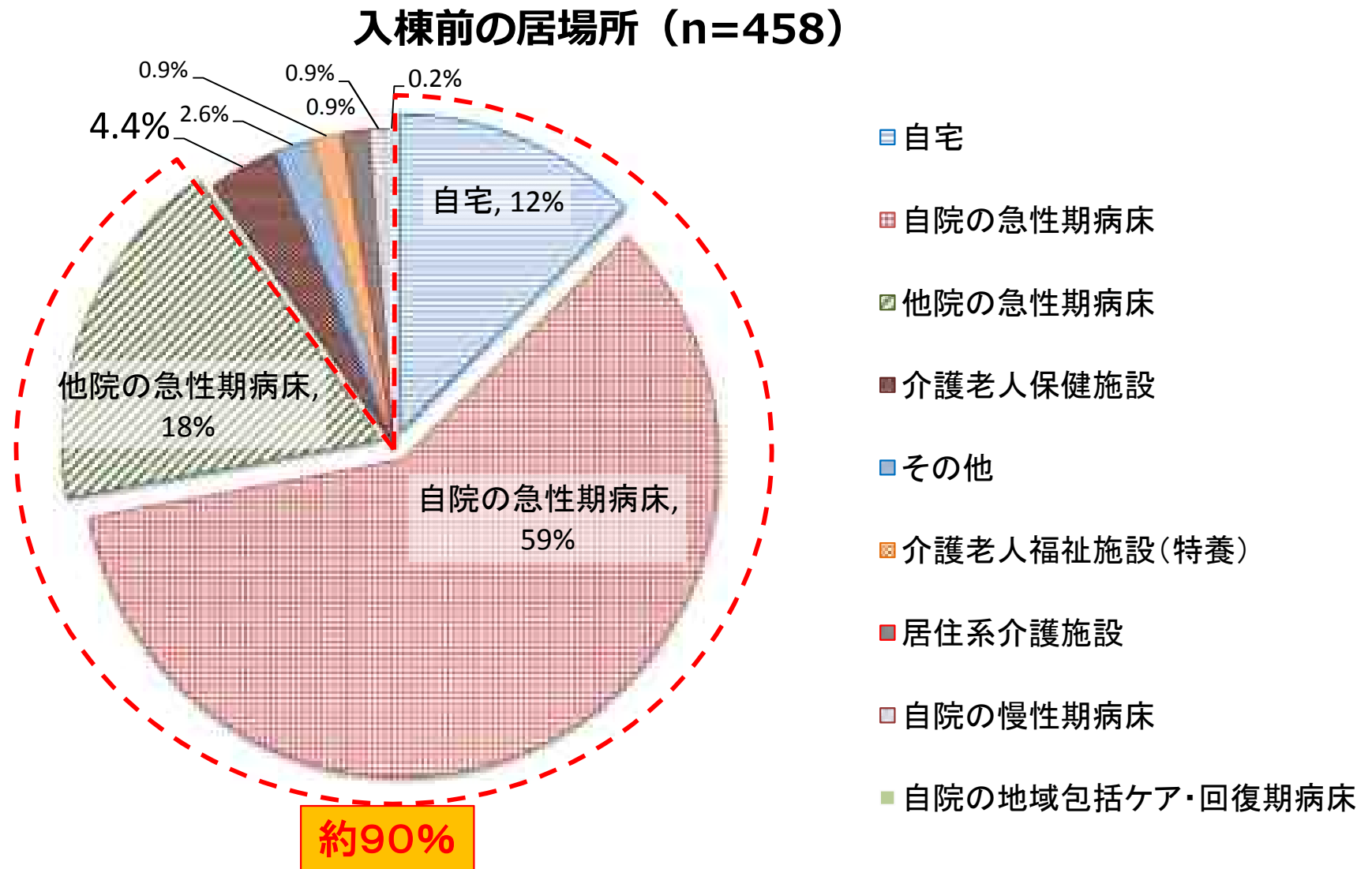
## ＜地域包括ケア病棟へ転換した理由＞

n=52



# 地域包括ケア病棟における入棟患者の状況

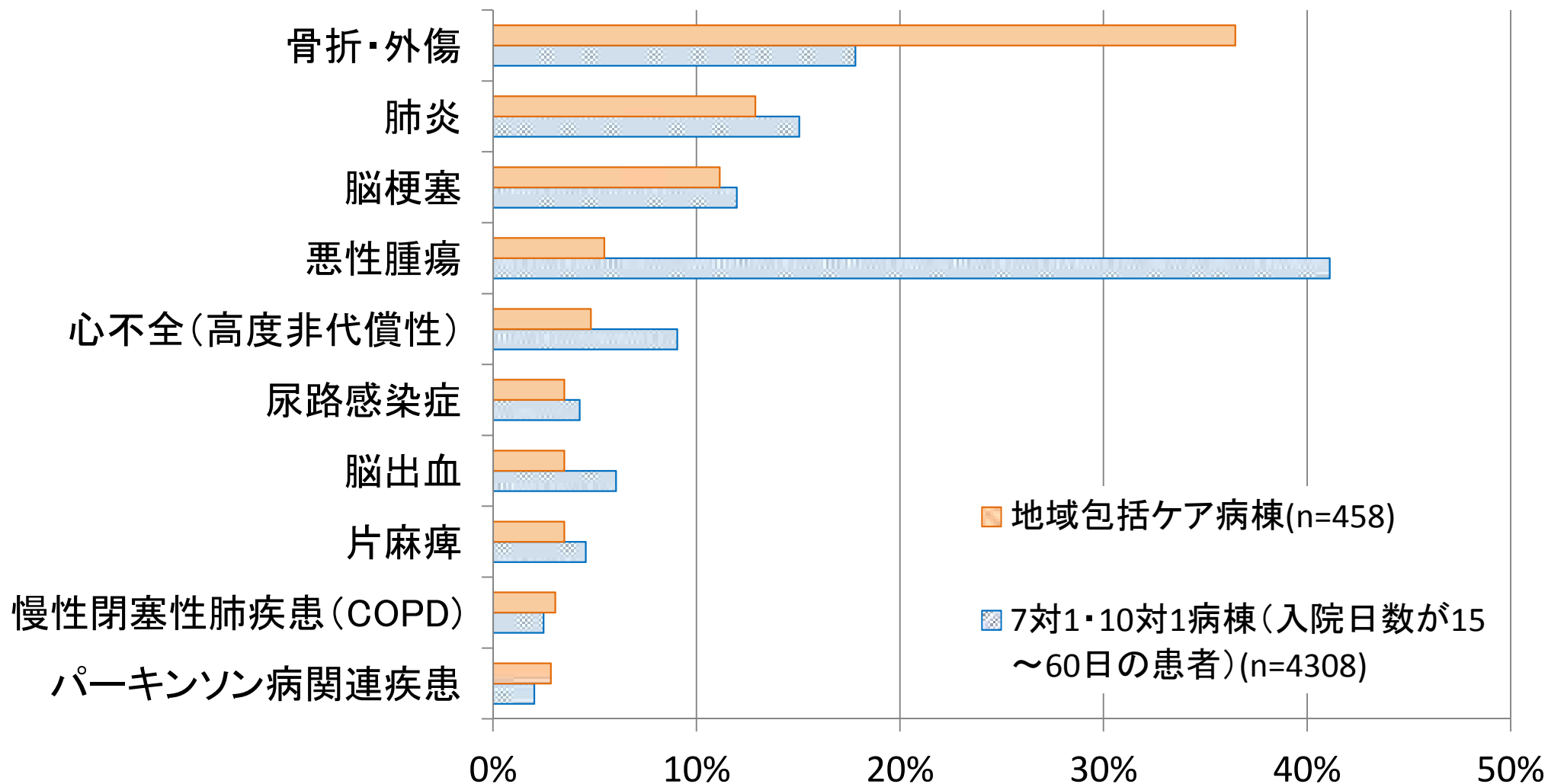
- 地域包括ケア病棟へ入棟した患者の入棟前の居場所は、自院・他院の急性期病床と自宅が約90%を占めた。



# 疾患（7対1、10対1病棟との比較）

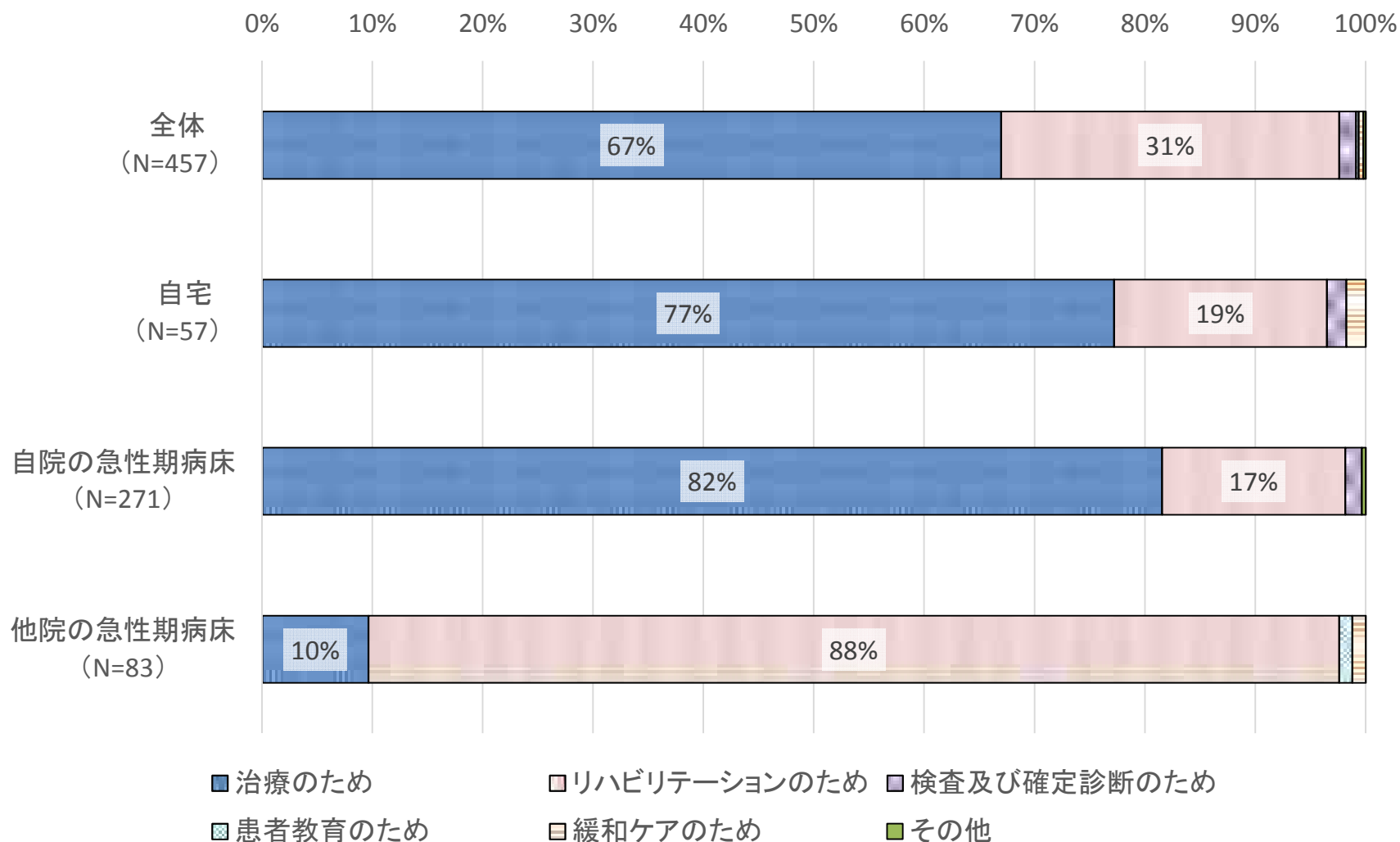
- 地域包括ケア病棟に入院している患者は、7対1・10対1病棟に入院している患者と比べて特に「骨折・外傷」に罹患している患者の割合が高かった。

＜疾患別の患者割合＞



# 地域包括ケア病棟への入院の理由（入棟前の居場所別）

- 地域包括ケア病棟への入院理由は、全体としては「治療のため」が多いが、他院の急性期病床から入棟した患者については、「リハビリテーションのため」が88%を占めていた。

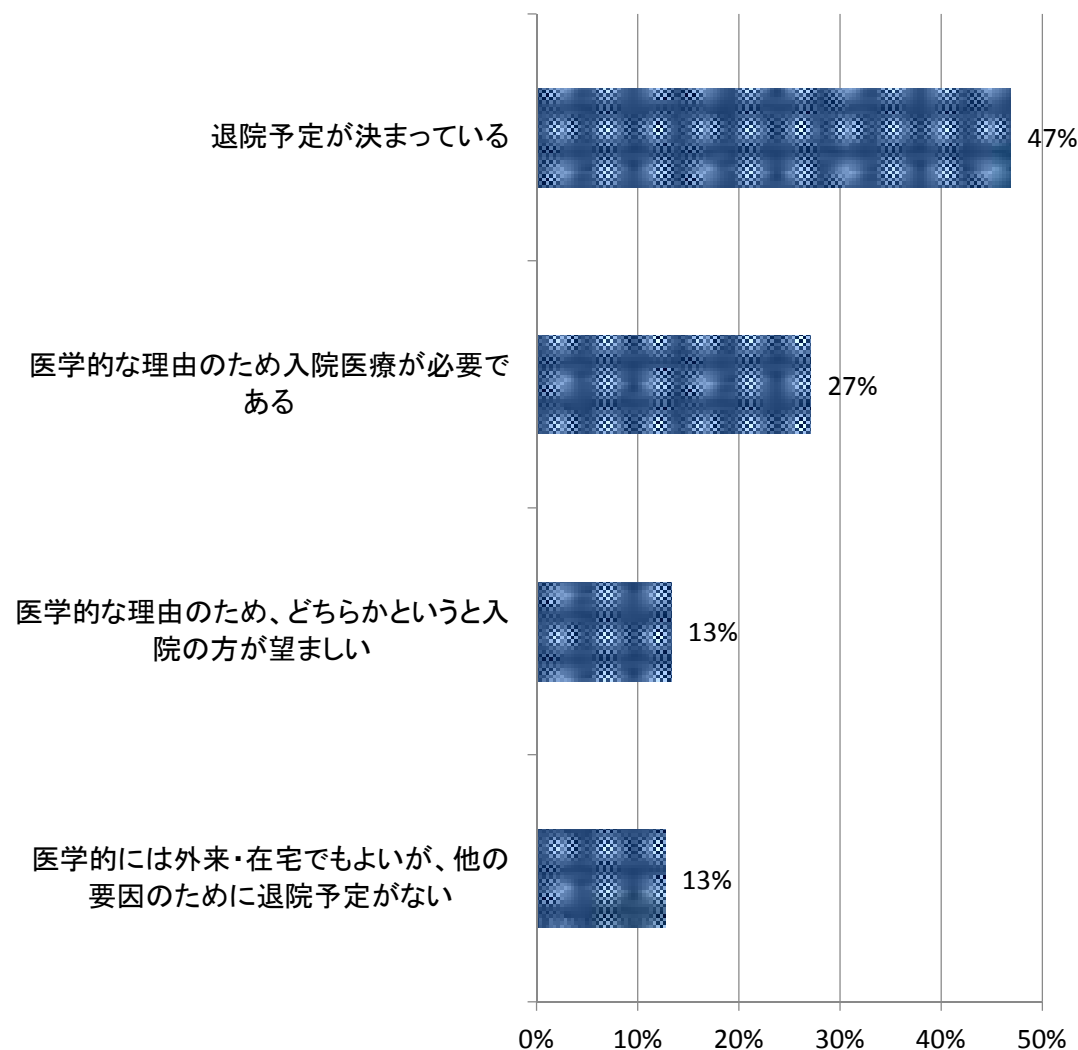


# 入院継続の理由と退院へ向けた目標

- 地域包括ケア病棟に入棟した患者のうち約半数は退院予定が決まっており、退院に向けてリハビリテーションを実施している患者の割合が大きい。

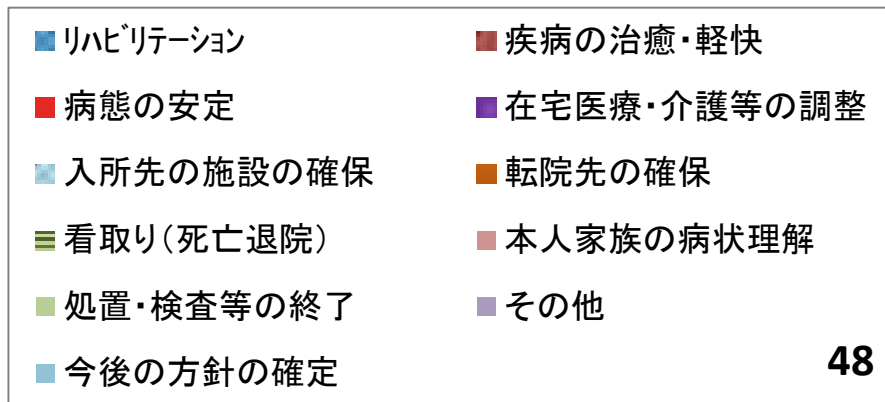
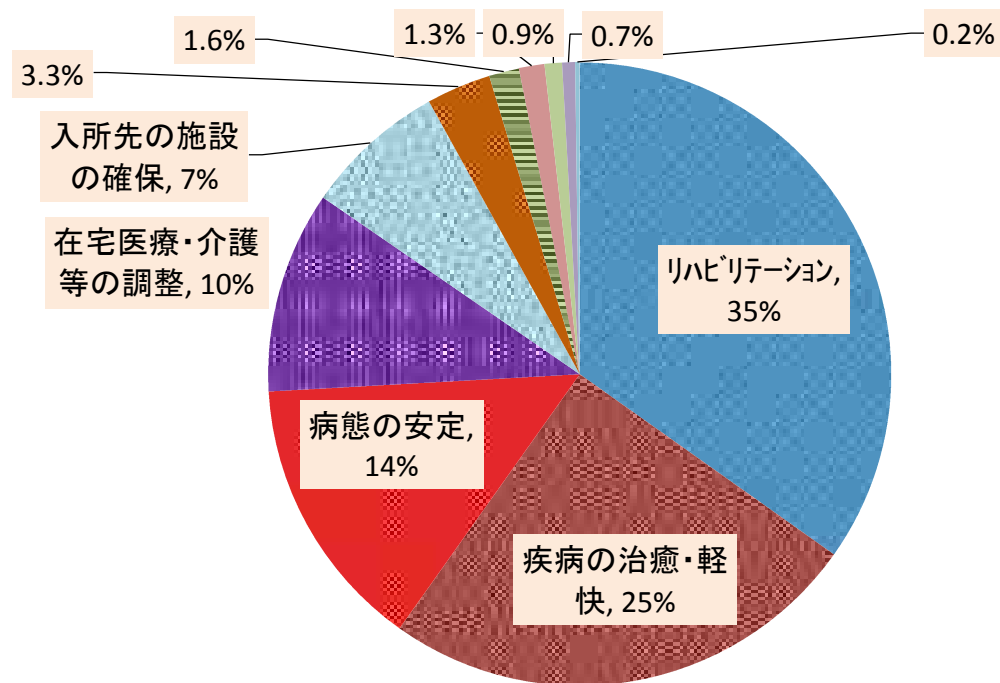
## <入院継続の理由等>

n=458



## <退院へ向けた目標>

n=448

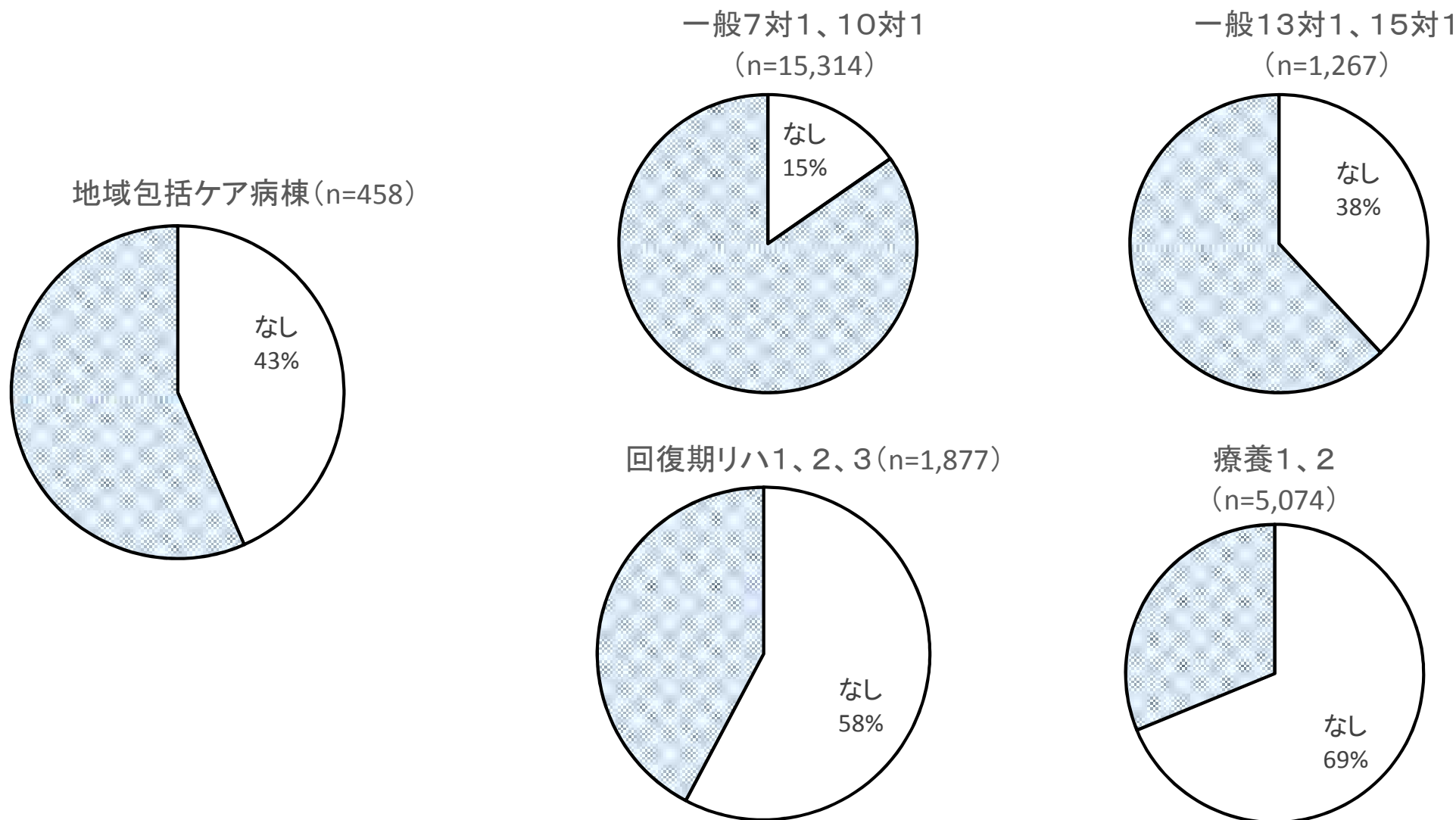




# 検査等の実施状況(他の病棟区分との比較)

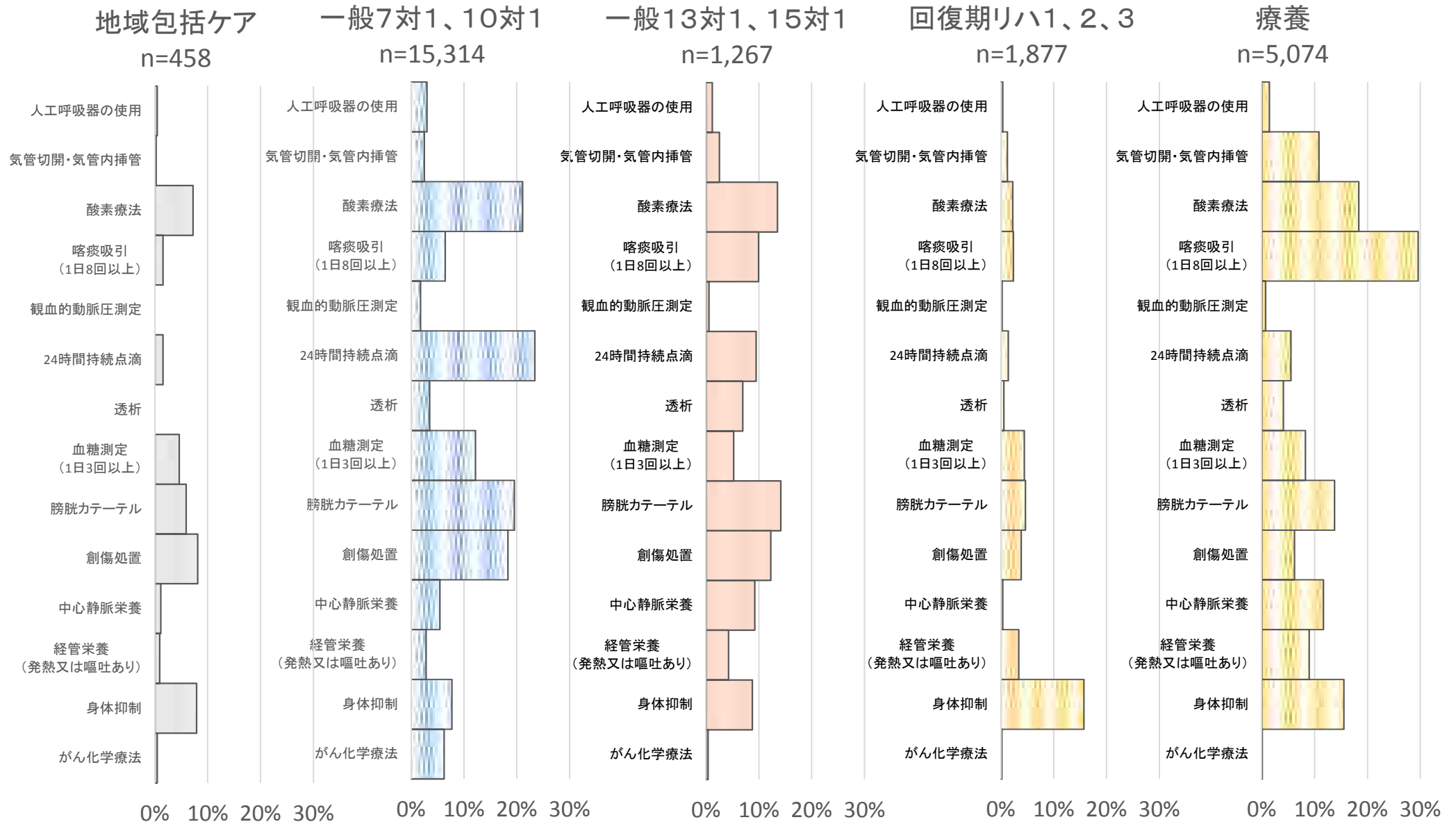
- 地域包括ケア病棟の患者の4割強は、過去7日間に検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIのいずれも受けていなかった。

調査日から過去7日間に、検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIのいずれも受けていなかった患者の割合



# 処置の実施状況（他の病棟区分との比較）

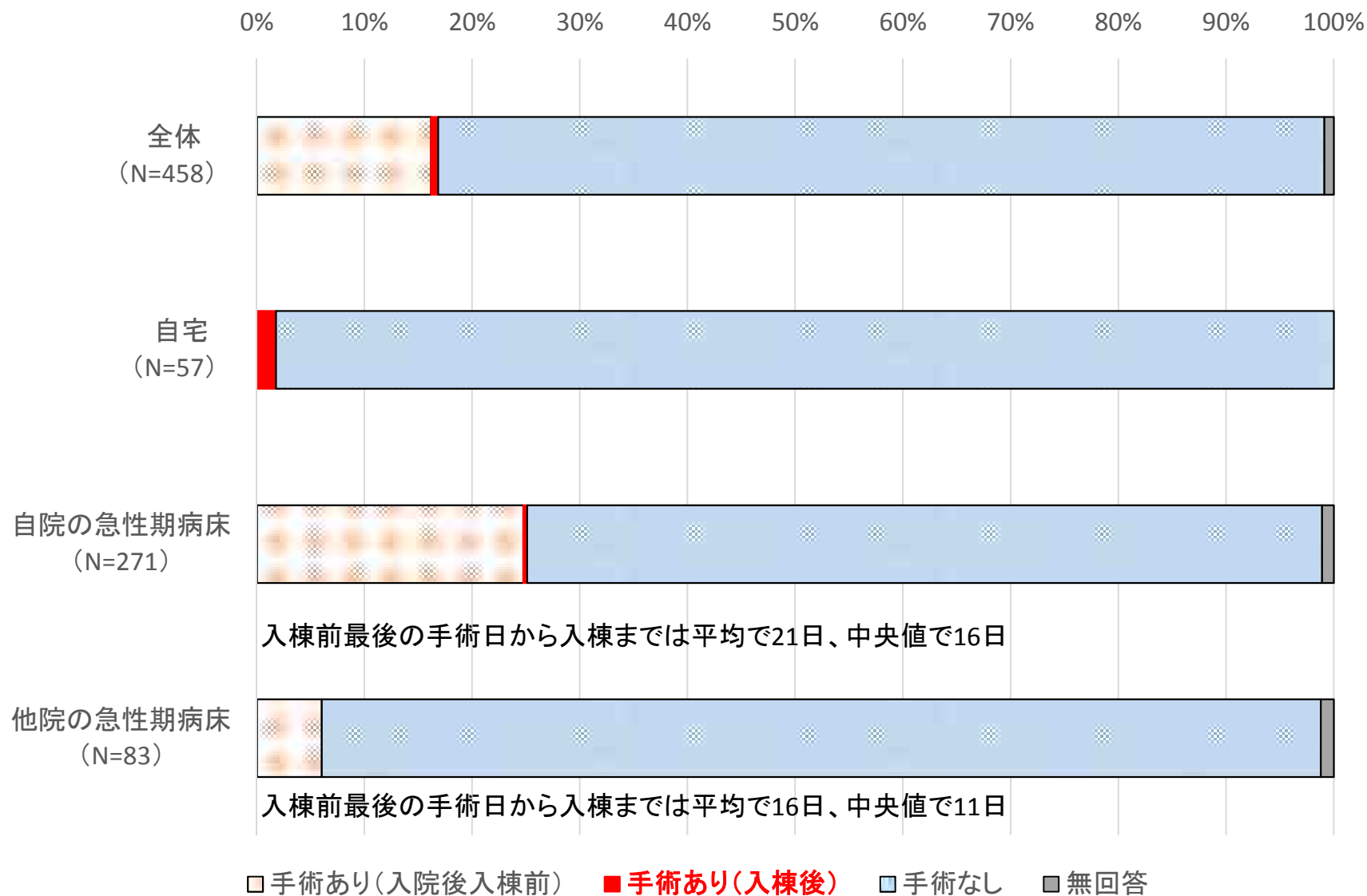
○ 地域包括ケア病棟で行われた処置は一般病棟、療養病棟と比較すると少なく、回復期リハビリテーション病棟のものに近かった。



出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）

# 手術の実施状況(入棟前の居場所別)

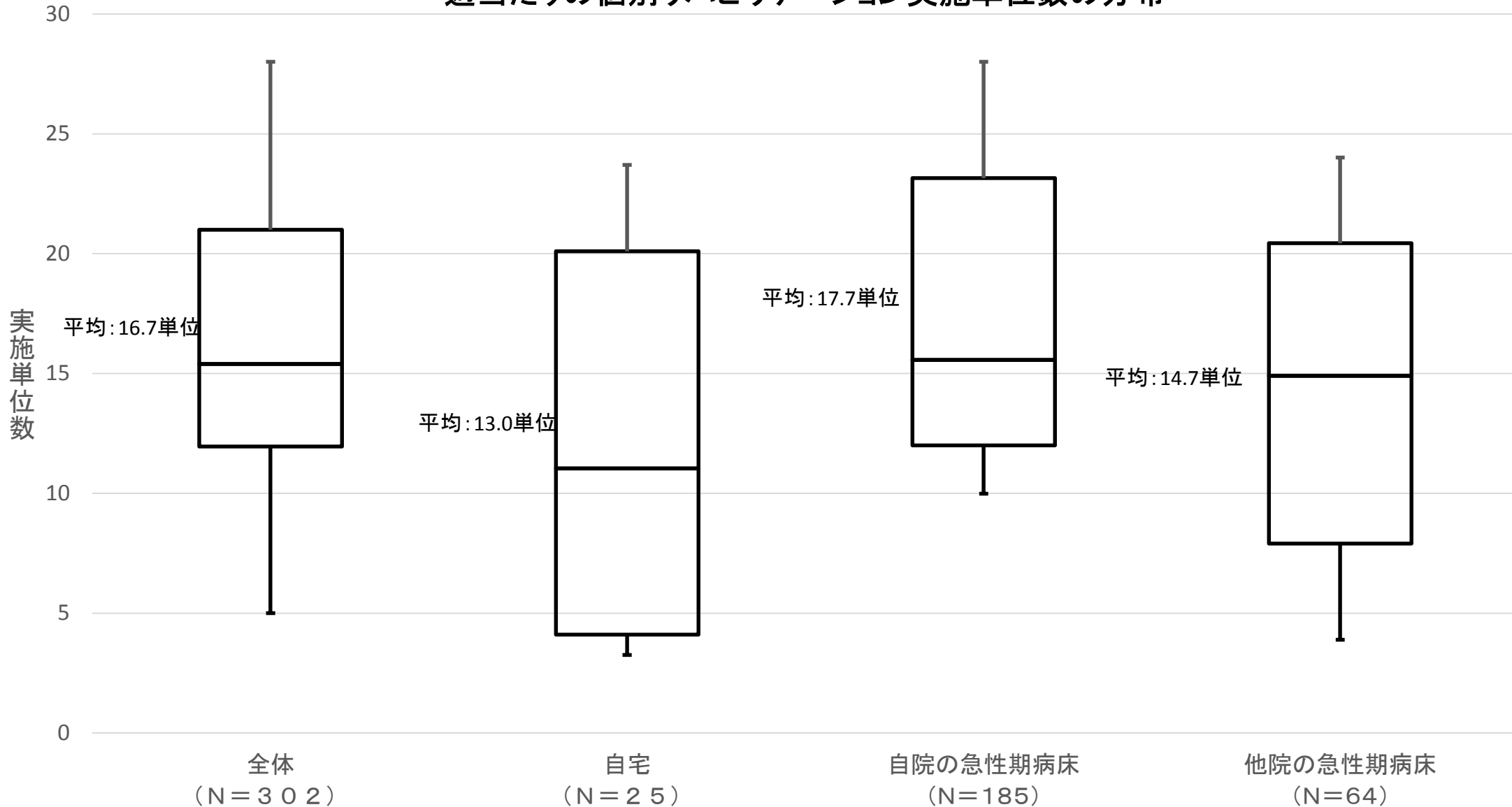
○ 地域包括ケア病棟では手術はほとんど行われていなかった。



# 個別リハビリテーションの実施状況（入棟前の居場所別）

- 地域包括ケア病棟でリハビリテーションの対象となった患者に対するリハビリテーション提供単位数は、平均で週14単位（1日当たり2単位）をやや上回っていた。患者単位での提供単位数は幅広く分布していた。

週当たりの個別リハビリテーション実施単位数の分布

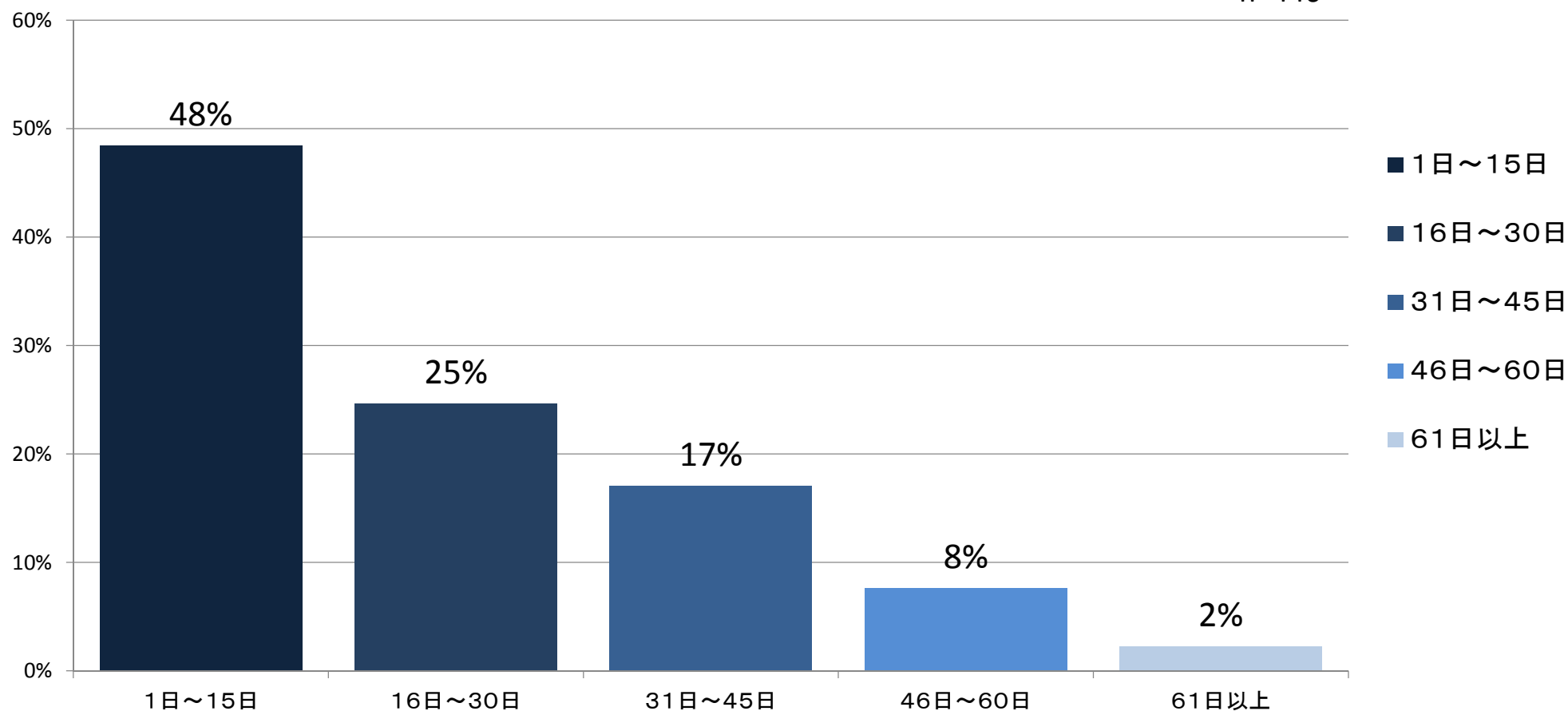


# 地域包括ケア病棟に入院している患者の在院期間

- 地域包括ケア病棟に入院している患者の半数近くは、入棟後15日以内の患者であり、30日以上入院している患者は全体の25%程度であった。

＜入棟日から調査基準日までの在院期間＞

n=446

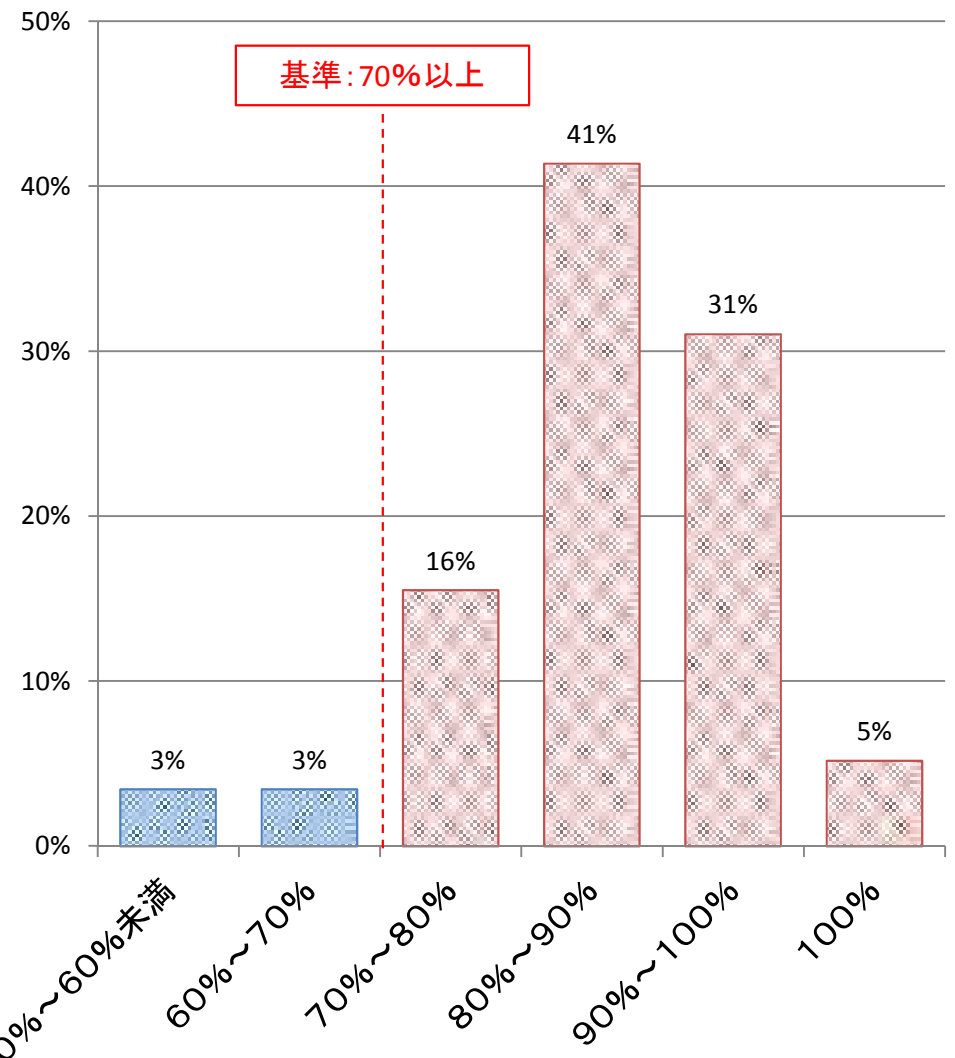


# 地域包括ケア病棟における在宅復帰率

- 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く、個別の退棟先は自宅や介護老人保健施設が多かった。

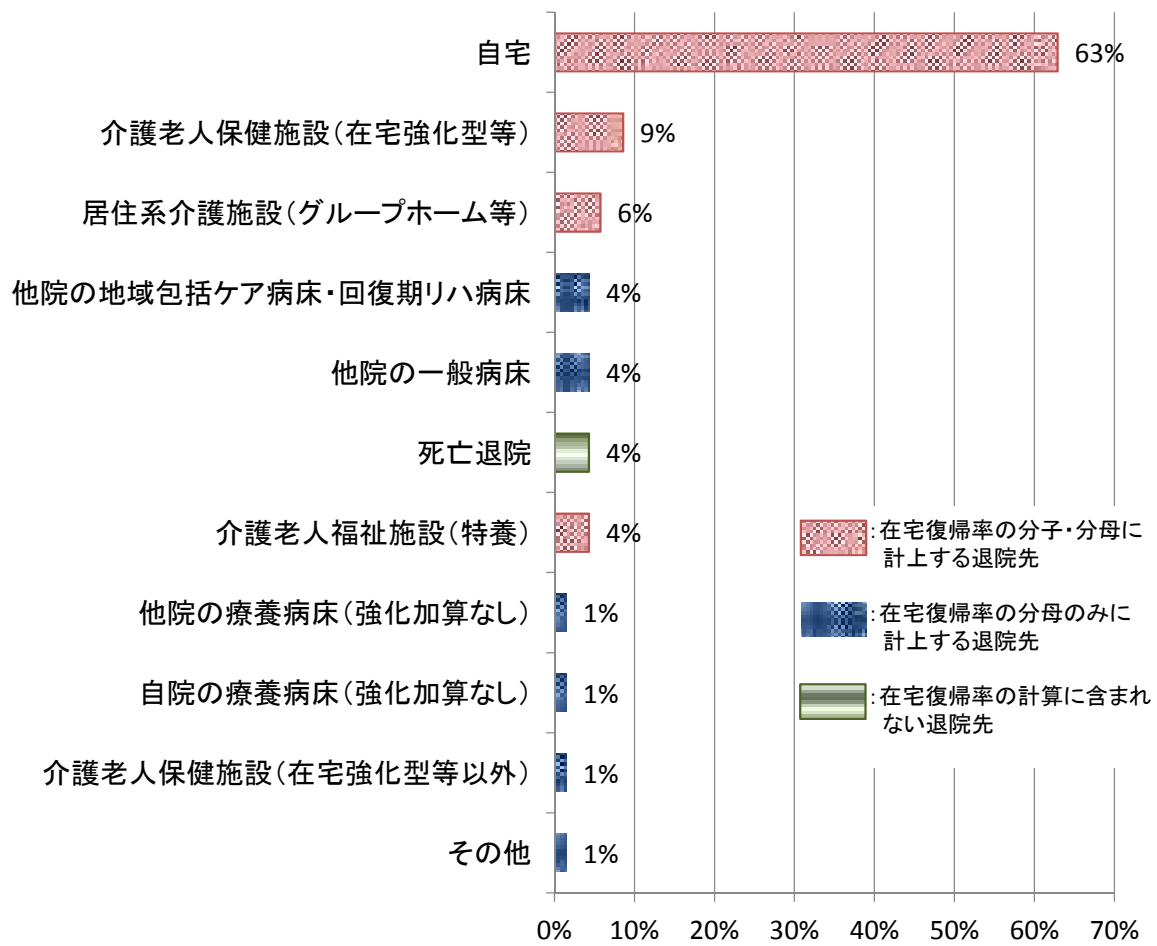
在宅復帰率と該当割合

n=58



退棟先別の患者割合

n=70

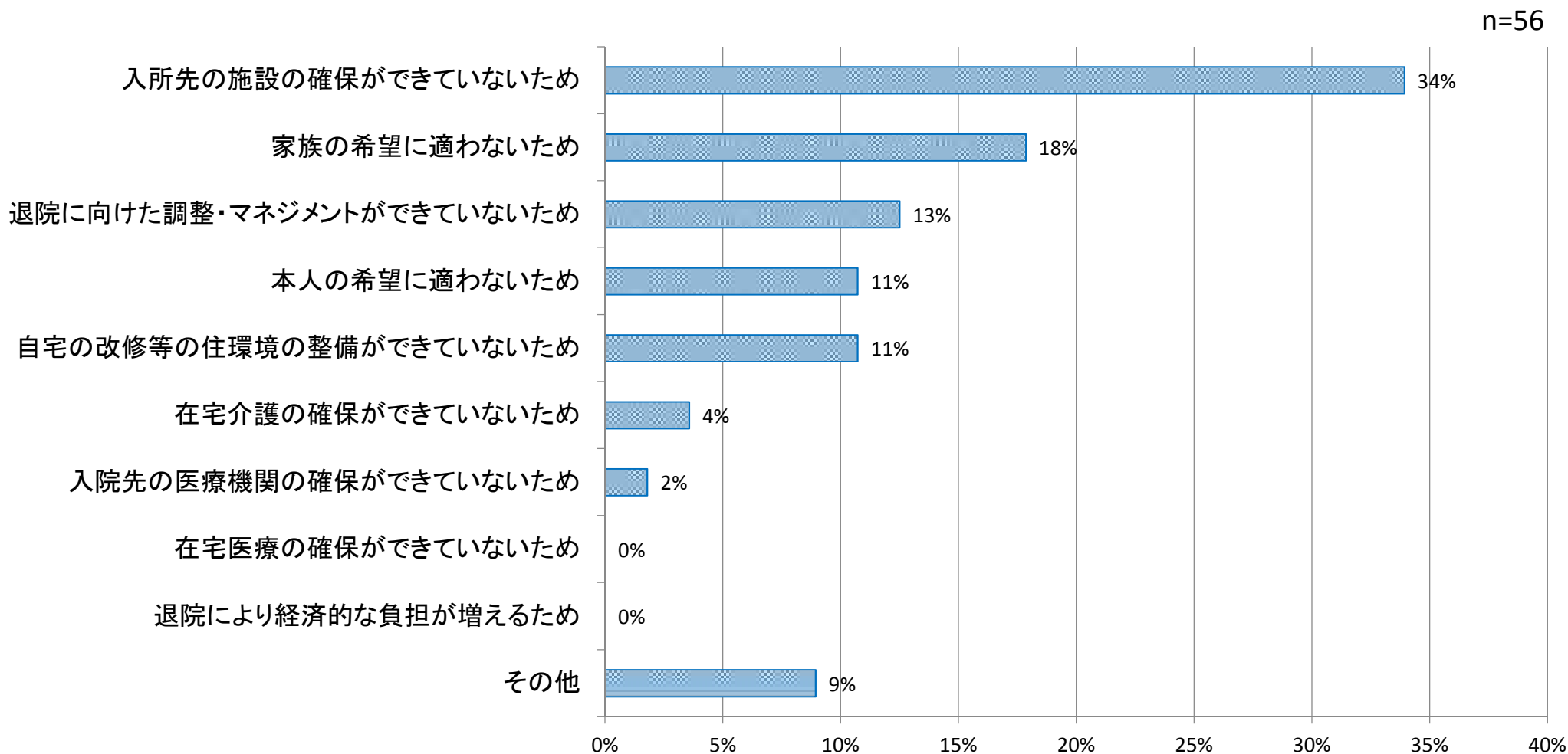


出典: 平成26年度入院医療等の調査(病棟票、患者票: H26年8月~10月の3月間の在宅復帰率を計上)

# 医学的な理由以外の要因で退院できない理由

- 地域包括ケア病棟において、医学的な理由以外の要因により退院できない患者の多くは、入所先施設確保の問題や家族の希望等が原因と回答している場合が多い。

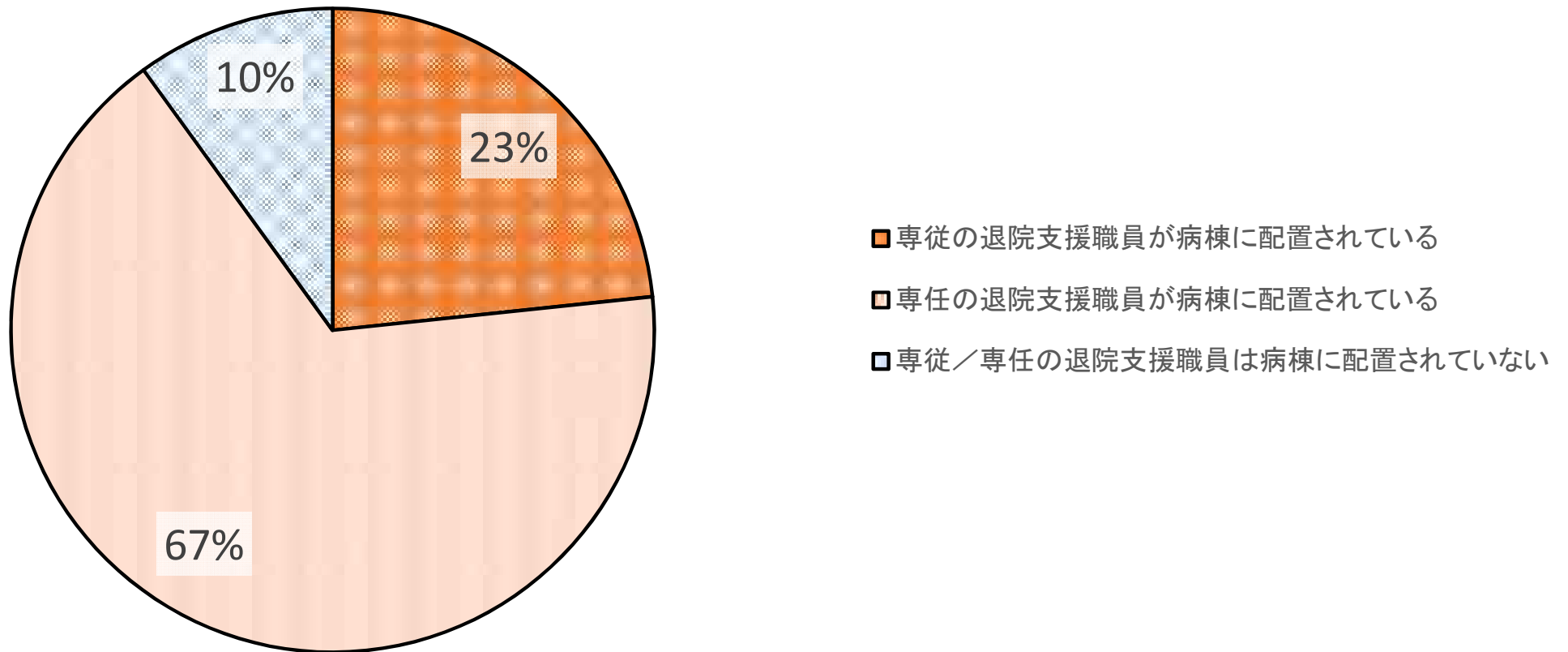
## 医学的な理由以外の要因で退院できない理由（最も当てはまるもの）



# 退院支援

- 地域包括ケア病棟の大部分で、専従又は専任の退院支援職員が配置されていた。

病棟への専従又は専任の退院支援職員の配置  
(n=60)

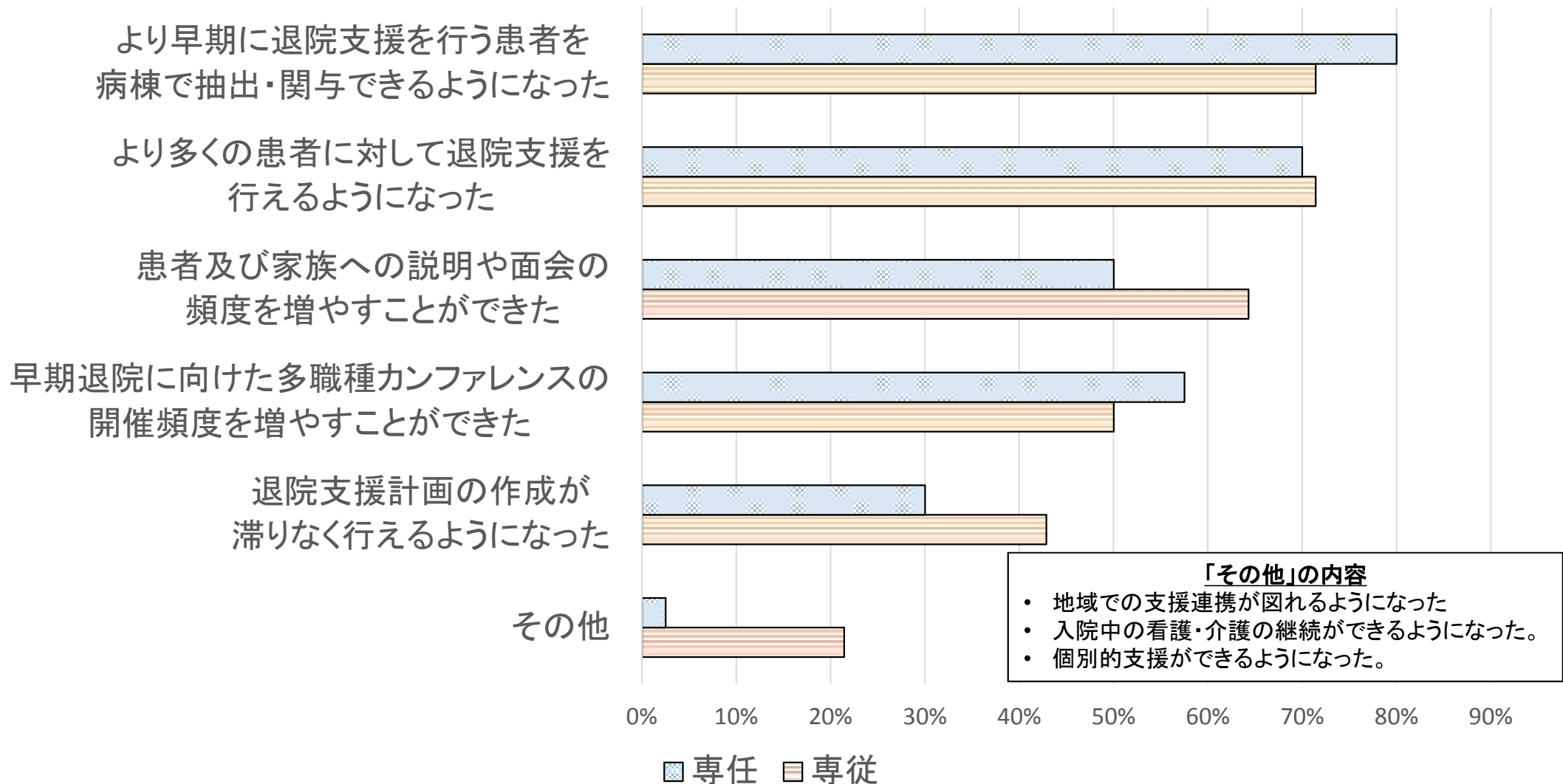




# 退院支援

- 退院支援職員を専任又は専従で配置したことによる効果として、7割以上の病棟が「より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出／関与できるようになった」「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」を挙げた。

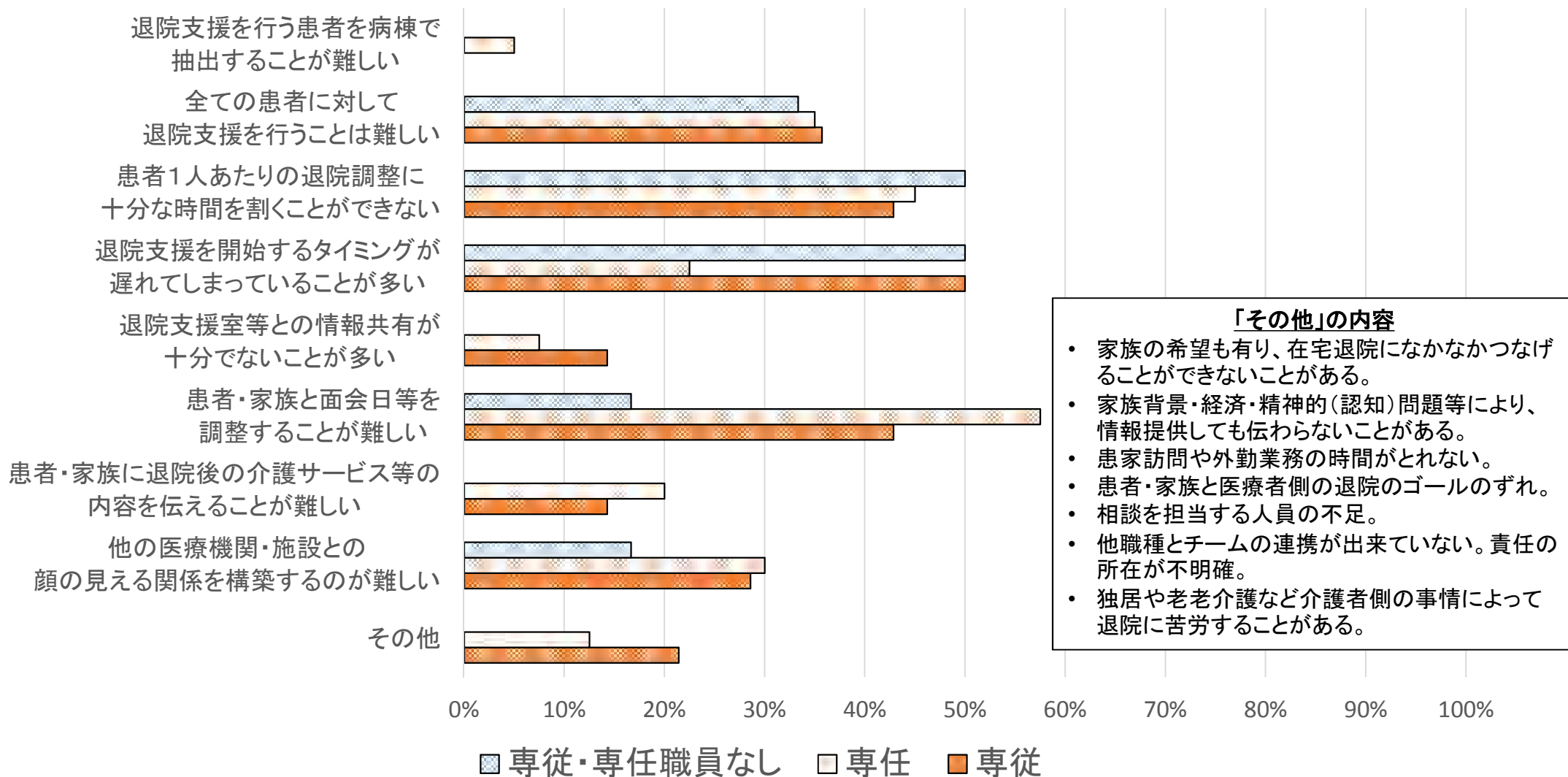
退院支援職員の配置による効果 (n=54病棟)



# 退院支援

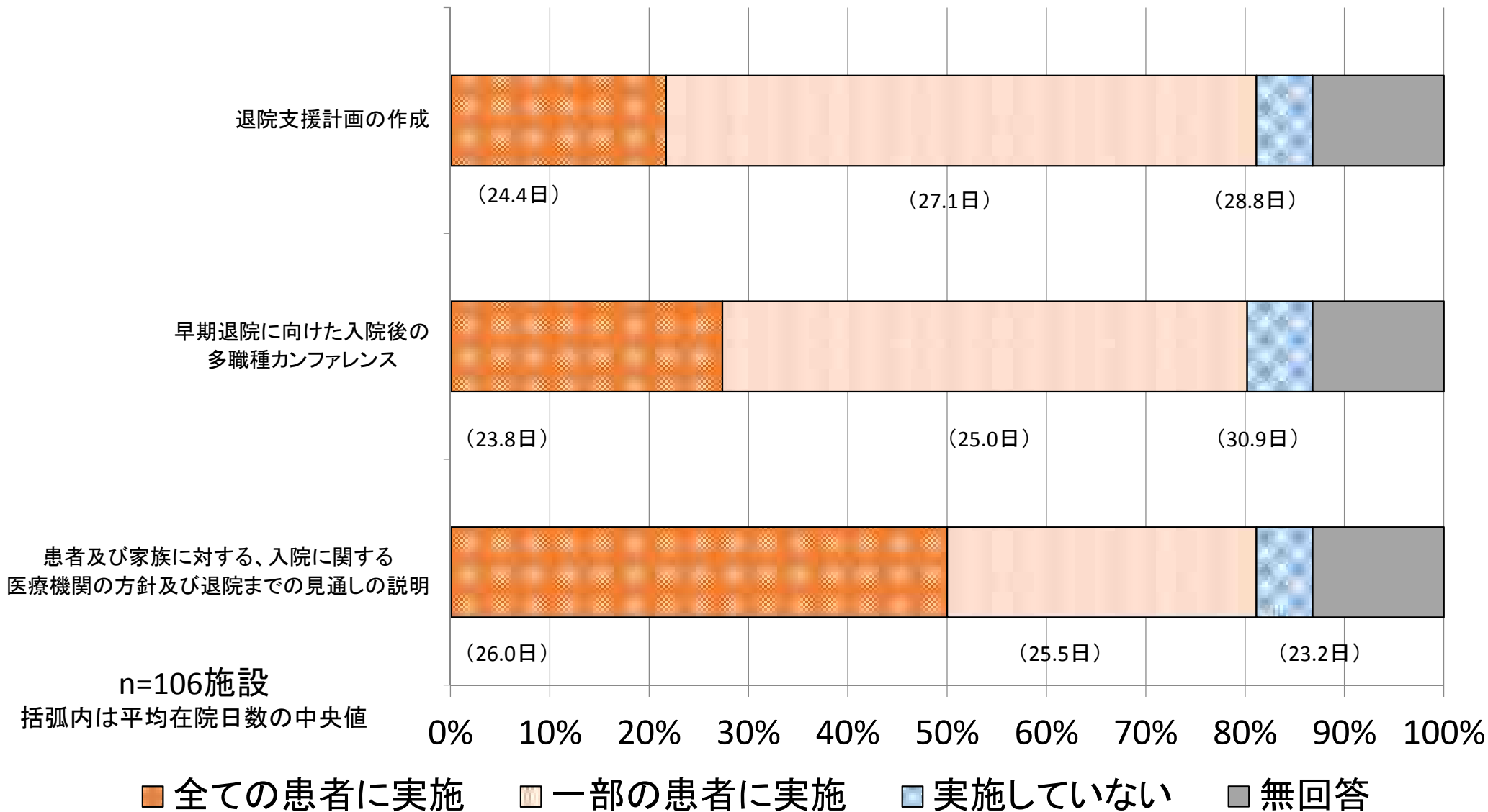
- 退院支援で困難を感じる点としては、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」「患者1人あたりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い」等が挙げられた。

退院支援で困難を感じる点 (n=60病棟)



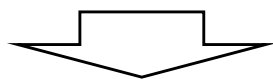
# 退院支援

○ 退院支援の取り組みとしては、「患者及び家族に対する、入院に関する医療機関の方針及び退院までの見通しの説明」「早期退院に向けた入院後の多職種カンファレンス」「退院支援計画の作成」とも8割程度の医療機関が実施していた。



## 【課題】

- 平成26年度診療報酬改定において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものとして、地域包括ケア病棟入院料等が新設された。創設以後、地域包括ケア病棟の病棟数、病床数は、一般病棟(7対1、10対1)や、亜急性期入院医療管理料からの転換を受け、増加の傾向にある。
- 地域包括ケア病棟では、急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても入院患者は自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。
- 骨折・外傷に対するリハビリテーションを目的に入院している患者が特に多く、手術等の実施は少なく、また入院患者の半数程度において、既に退院予定が決まっているなど、受入がなされている患者は特定の状態に集中する傾向がみられている。
- 個別リハビリテーションの実施は、平均としては、施設基準に定められ、入院料に包括された1人1日2単位をやや超える程度であった。一人当たりの提供単位数の分布は幅広く、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供されているものと考えられた。
- 退院支援のために、担当者の配置や、入院時からの多職種カンファレンス等、様々な取り組みが行われている。

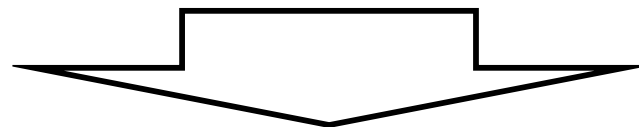


## 【論点】

- 地域包括ケア病棟において、期待された役割を果たすことができているか。地域包括ケアシステムの中で期待される役割を踏まえ、病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の診療に関する評価のあり方等について、どう考えるか。
  - 地域包括ケア病棟の包括範囲や施設基準は、本来、受け入れが期待される患者の受け入れを進める上で、適切に機能しているか。多様な状態の患者の受け入れが滞らないよう、例えば、手術料等を入院料の包括外とすることについてどのように考えるか。
  - 退院支援の体制等について機能強化を図りつつ、より入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを促すことについて、どう考えるか。

## 第3回入院分科会(H27.6.19)における主な意見

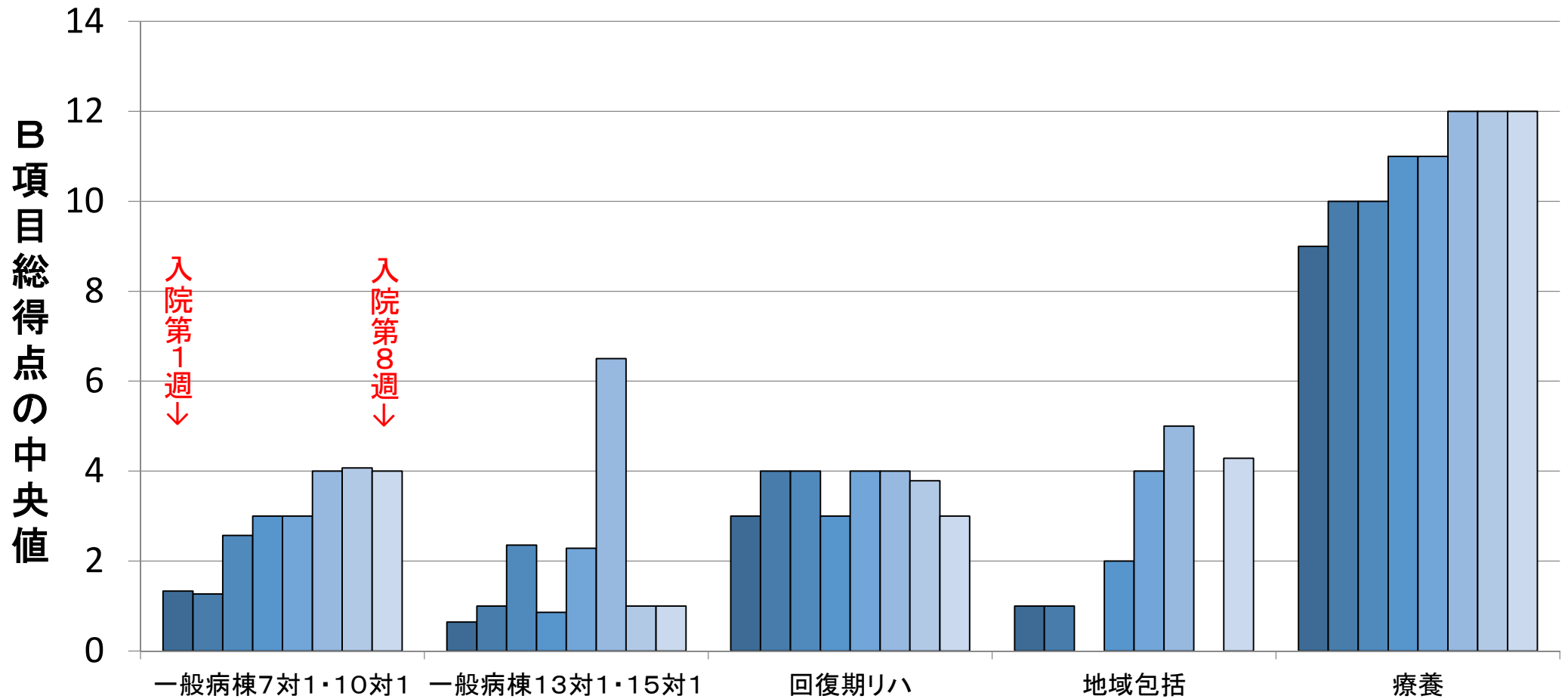
- 地域包括ケア病棟の入院患者のB項目の内容から、患者像、特に危険行動について分析できないか。
- 地域包括ケア病棟において手術料が包括外となれば、虫垂炎、骨折の簡単な手術等が必要な患者さんを在宅から地域包括ケア病棟に直接受け入れるインセンティブになるのではないか。
- 地域包括ケア病棟に入棟する前にどのような手術がなされていたかをみることで、地域包括ケア病棟で完結して対応できるものを探し出せるのではないか。



### 【宿題事項】

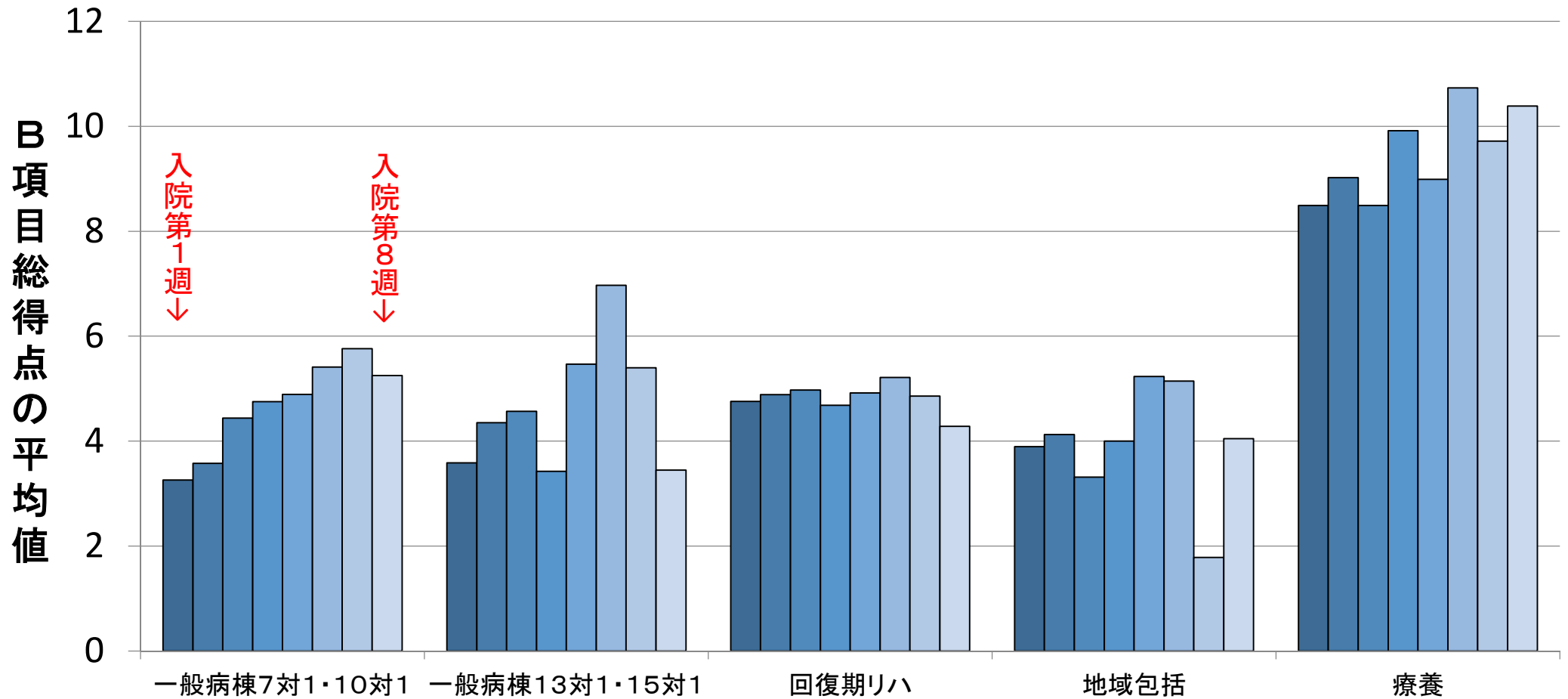
- ① 地域包括ケア病棟における入院後のB項目点数の推移
- ② 地域包括ケア病棟における入院患者の危険行動
- ③ 地域包括ケア病棟及び他の病棟における手術の実施状況

# 各病棟の入院患者のB項目の推移①



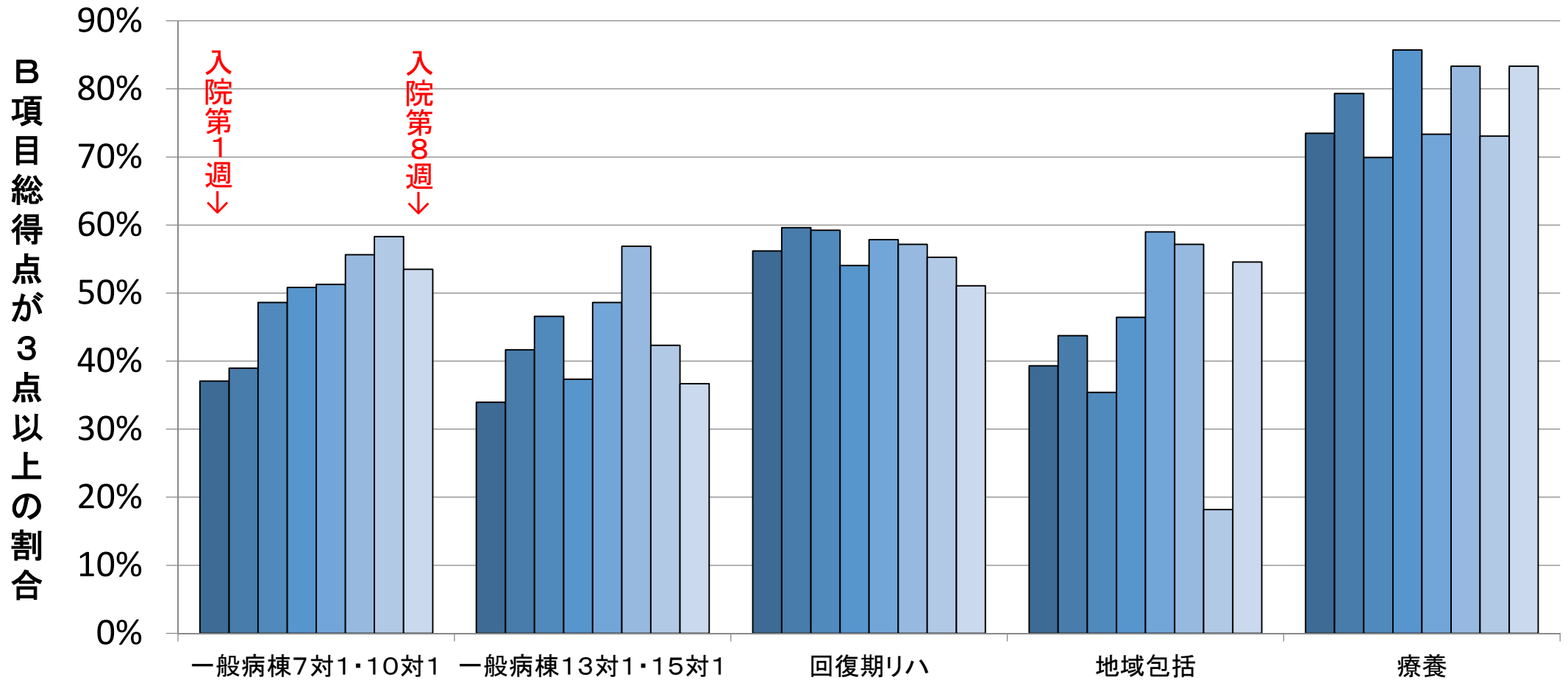
※調査時における、各病棟の入棟第1週から第8週の入院患者の平均

## 各病棟の入院患者のB項目の推移②



※調査時における、各病棟の入棟第1週から第8週の入院患者の平均

# 各病棟の入院患者のB項目の推移③

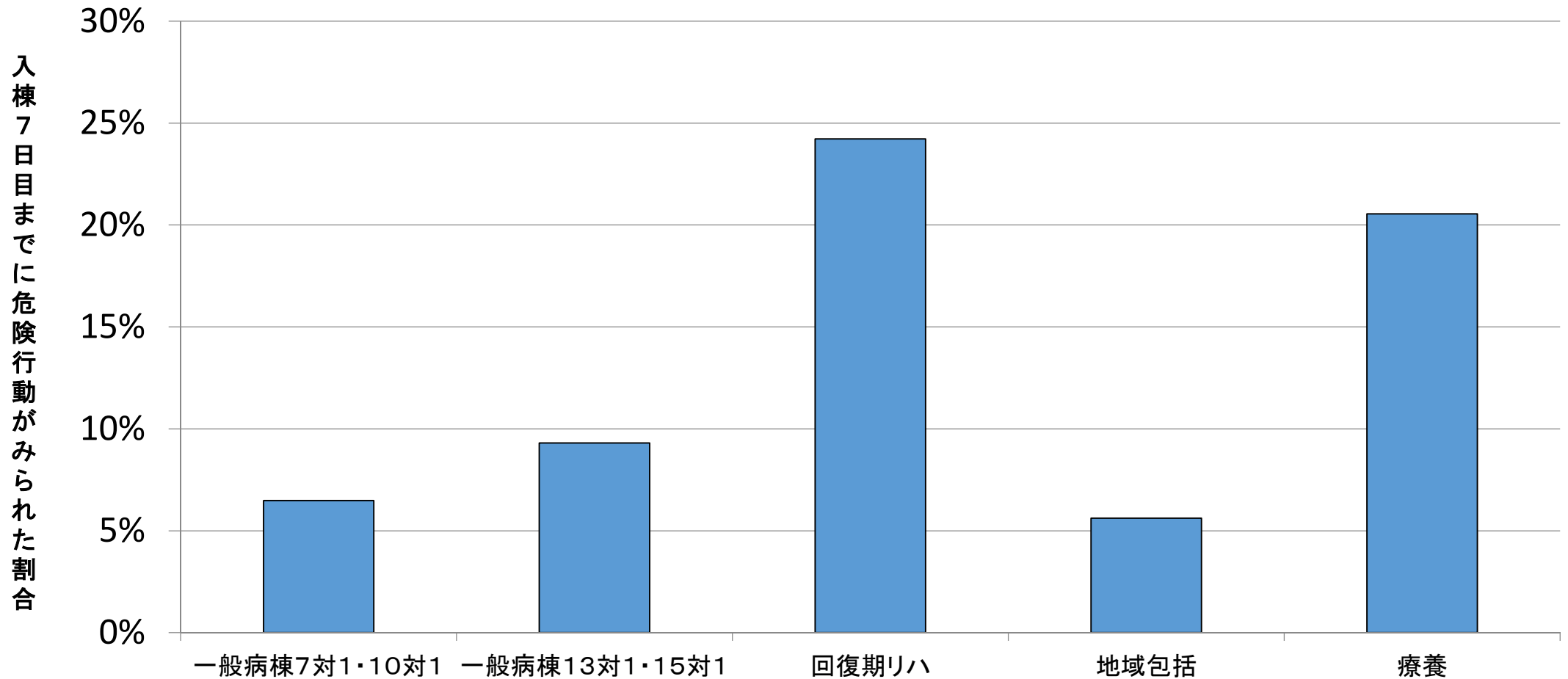


※調査時における、各病棟の入棟第1週から第8週の入院患者の平均



# 各病棟の入院患者の危険行動の割合

- B項目において危険行動ありとされる割合は、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で高く、地域包括ケア病棟では、一般病棟(7対1、10対1、13対1、15対1)と同程度であった。



# 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲

	地域包括ケア病棟 入院料	亜急性期入院医 療管理料1(廃止)	亜急性期入院医 療管理料2(廃止)	療養病棟入院 基本料	回復期リハビリテーション 病棟入院料	DPC (包括評価部分)
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院 時指導料(I)を除く	×	○ 地域連携計画退院 時指導料(I)を除く	×	○ 地域連携計画退院時 指導料(I)を除く	×
C 在宅医療	×	×	×	×	×	×
D 検査	○	○	○	○	○	○ 一部例外あり
E 画像診断	○	○	○	単純撮影等は ○	○	○ 一部例外あり
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×	×	×	×
I 精神科専門療 法	○	×	○	×	○	×
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く
K 手術	○	×	○	×	○	×
L 麻酔	○	×	○	×	○	×
M 放射線治療	○	○	○	×	○	×
N 病理診断	○	○	○	○	○	×

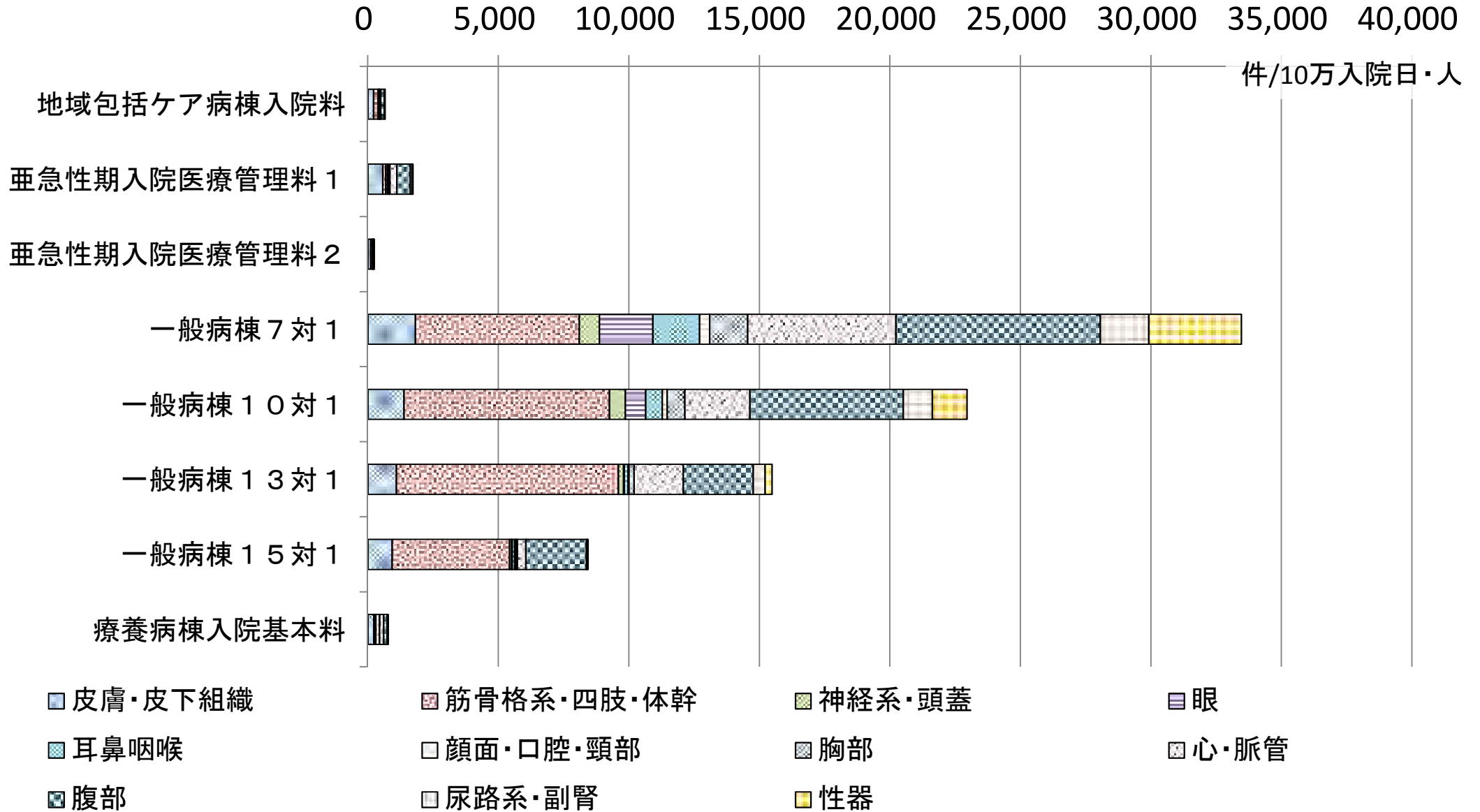
## 地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 入院1日・人あたりの手術点数は地域包括ケア病棟で2.9点、亜急性1で9.9点、療養で4.5点であった。

病棟	手術点数(輸血を含む) ／入院1日・人
地域包括ケア病棟	2.9
亜急性1	9.9
亜急性2	0.7
一般7対1	635.1
一般10対1	387.6
一般13対1	208.5
一般15対1	102.4
療養	4.5

# 地域包括ケア病棟等で実施された手術

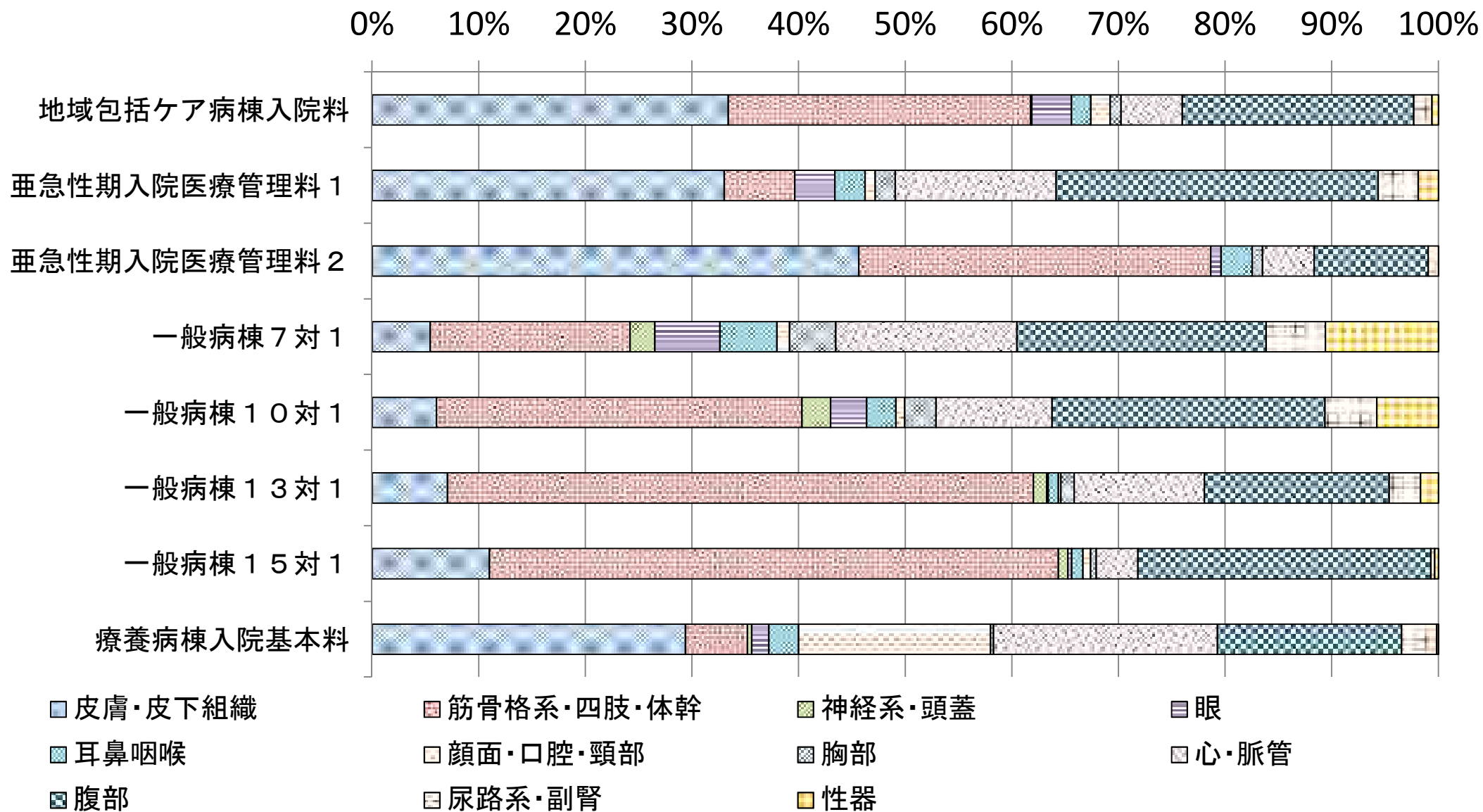
- 地域包括ケア病棟で行われた手術の件数は、亜急性期1、2、療養病棟で行われた手術の件数と同程度であり、一般病棟のものよりも少なかった。



出典：医療機関提出データ・DPCデータ(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

# 地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で行われた手術は皮膚・皮下組織、筋骨格系・四肢・体幹、腹部等についてのものが多かった。

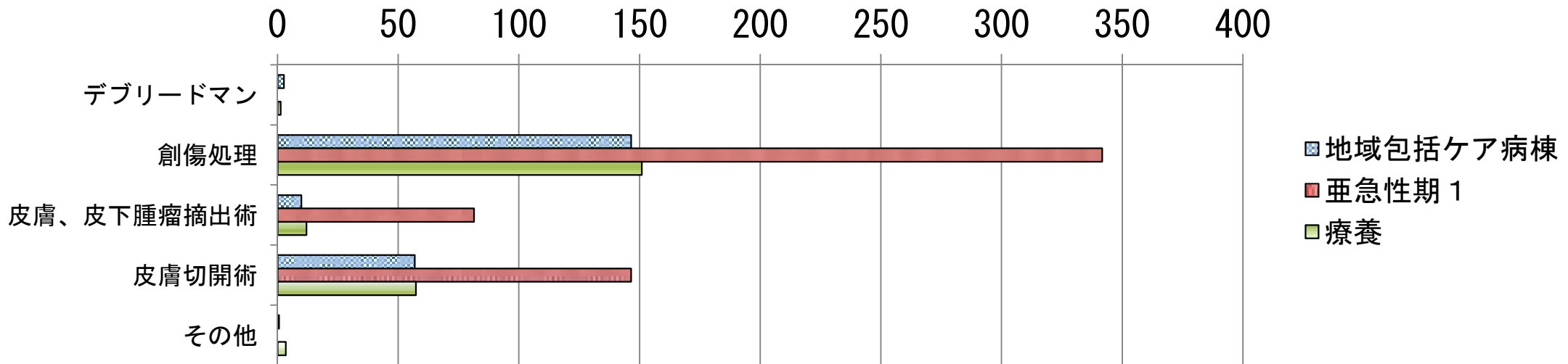


# 地域包括ケア病棟等で実施された手術

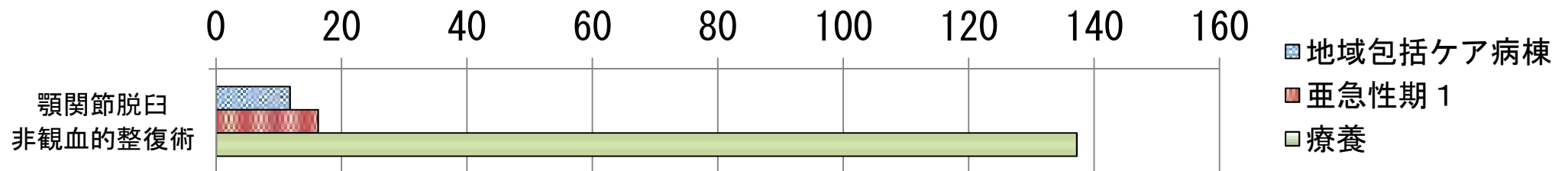
- 地域包括ケア病棟で行われた皮膚・皮下組織の手術の中では、創傷処理と皮膚切開術が多くを占めた。亜急性期1、療養病棟においても同様であった。
- 顔面・口腔・頸部の手術としては、地域包括ケア病棟で実施されたものは少なかったが、そのほとんどは顎関節脱臼非観血的整復術であった。

## 皮膚・皮下組織

件/10万入院日・人



## 顔面・口腔・頸部



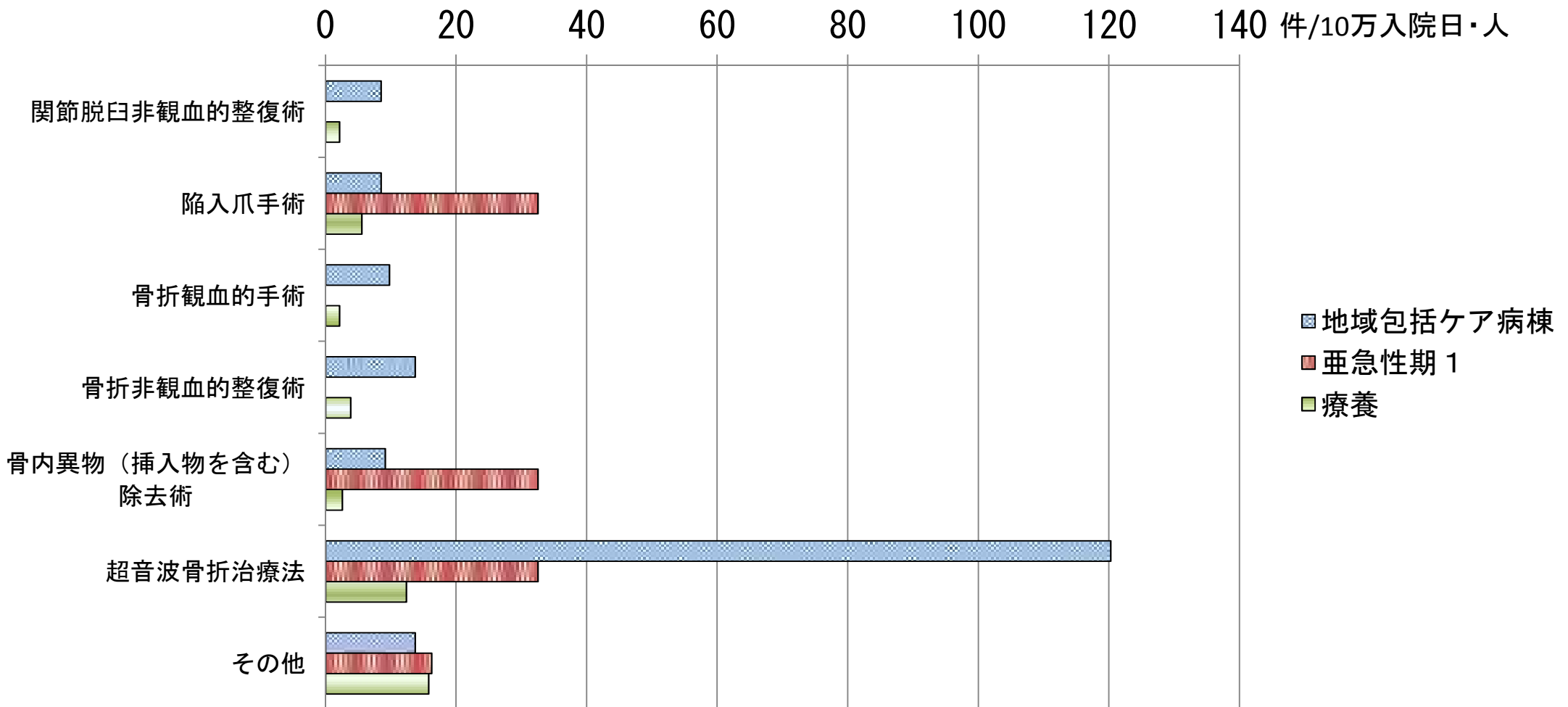
出典：医療機関提出データ

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

# 地域包括ケア病棟他で実施された手術

- 筋骨格系・四肢・体幹の手術の中では、地域包括ケア病棟では超音波骨折治療法が最も多かった。
- 亜急性期1では超音波骨折治療法のほか、陥入爪手術、骨内異物除去術が多かった。

## 筋骨格系・四肢・体幹



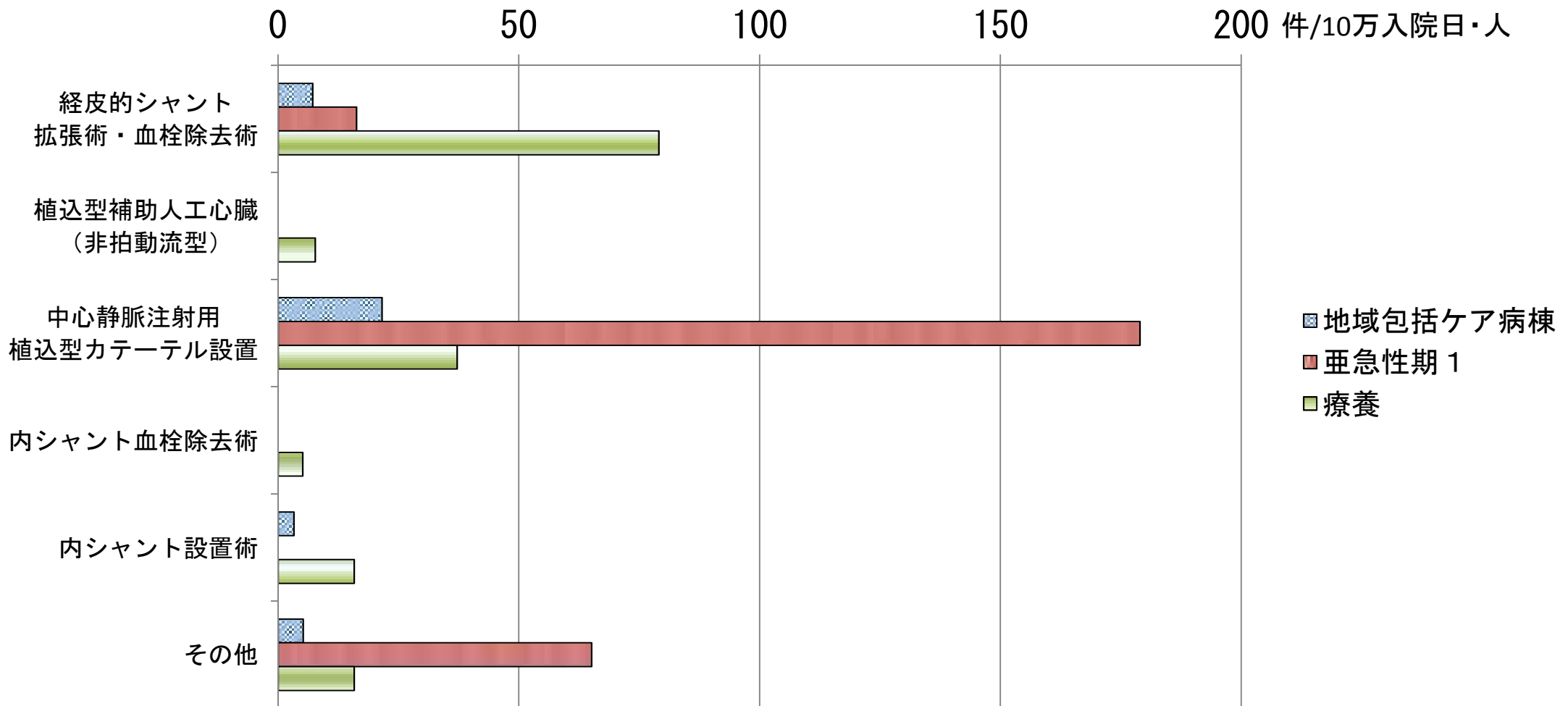
出典：医療機関提出データ

（亜急性期入院医療管理料は平成26年4～6月、それ以外は平成26年10月～12月）

# 地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で実施された心・脈管の手術は少なかったが、その中では、中心静脈静注用植込型カテーテル設置が多かった。
- なお、亜急性期1では中心静脈静注用植込型カテーテル設置が多かったが、療養病床では経皮的シャント拡張術・血栓除去術が多かった。

## 心・脈管



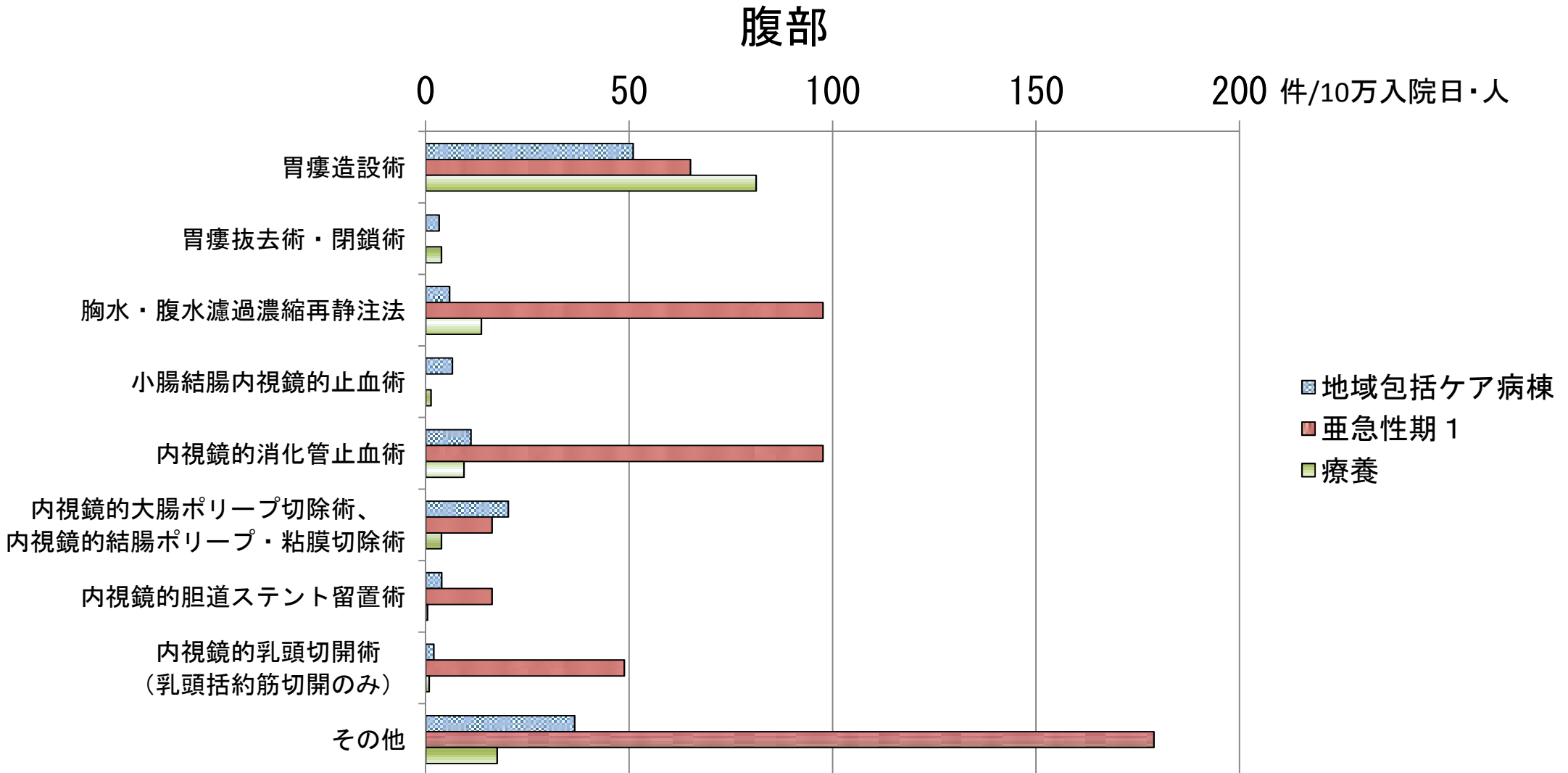
出典：医療機関提出データ

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)



# 地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で実施された腹部の手術としては、胃瘻造設術が多かった。
- 療養病棟では同様に胃瘻造設術が多く、亜急性期1では胃瘻造設術の他、胸水・腹水濾過濃縮再静注法、内視鏡的手術が多かった。

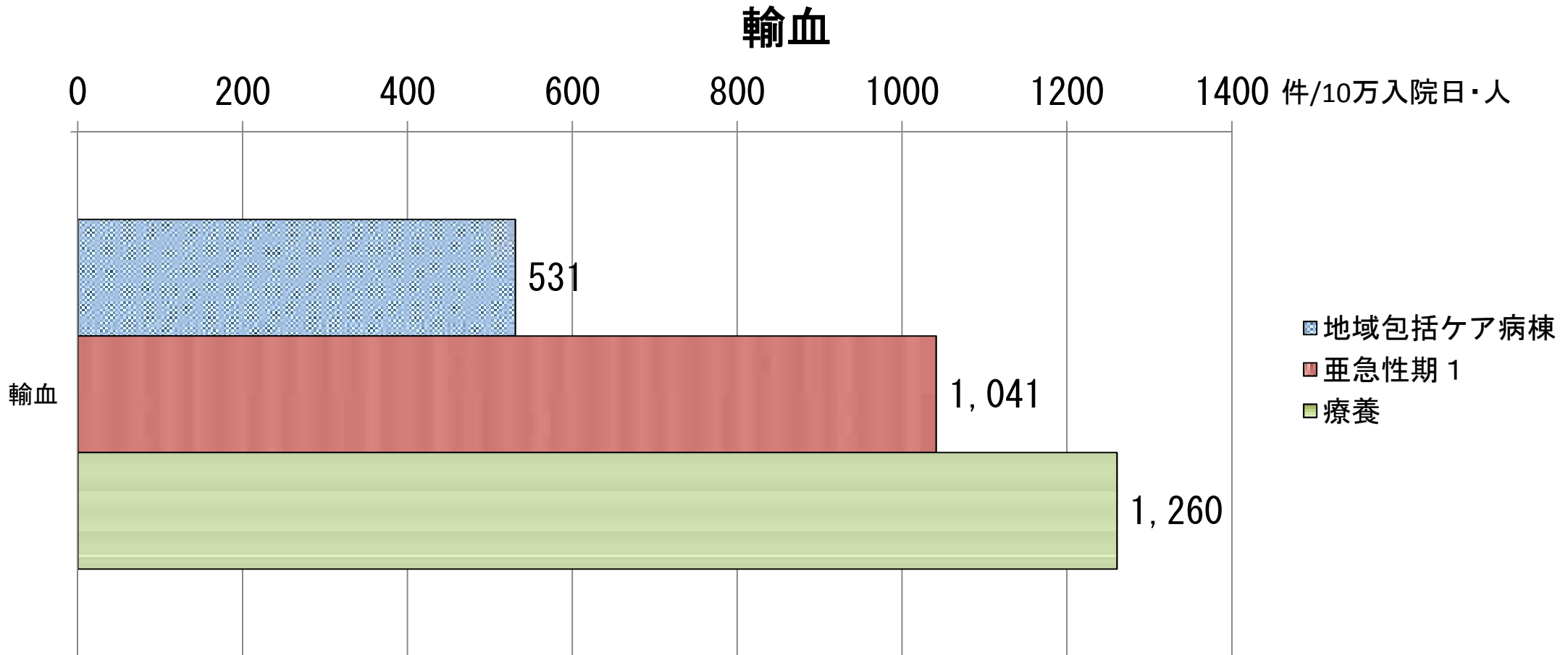


出典：医療機関提出データ

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

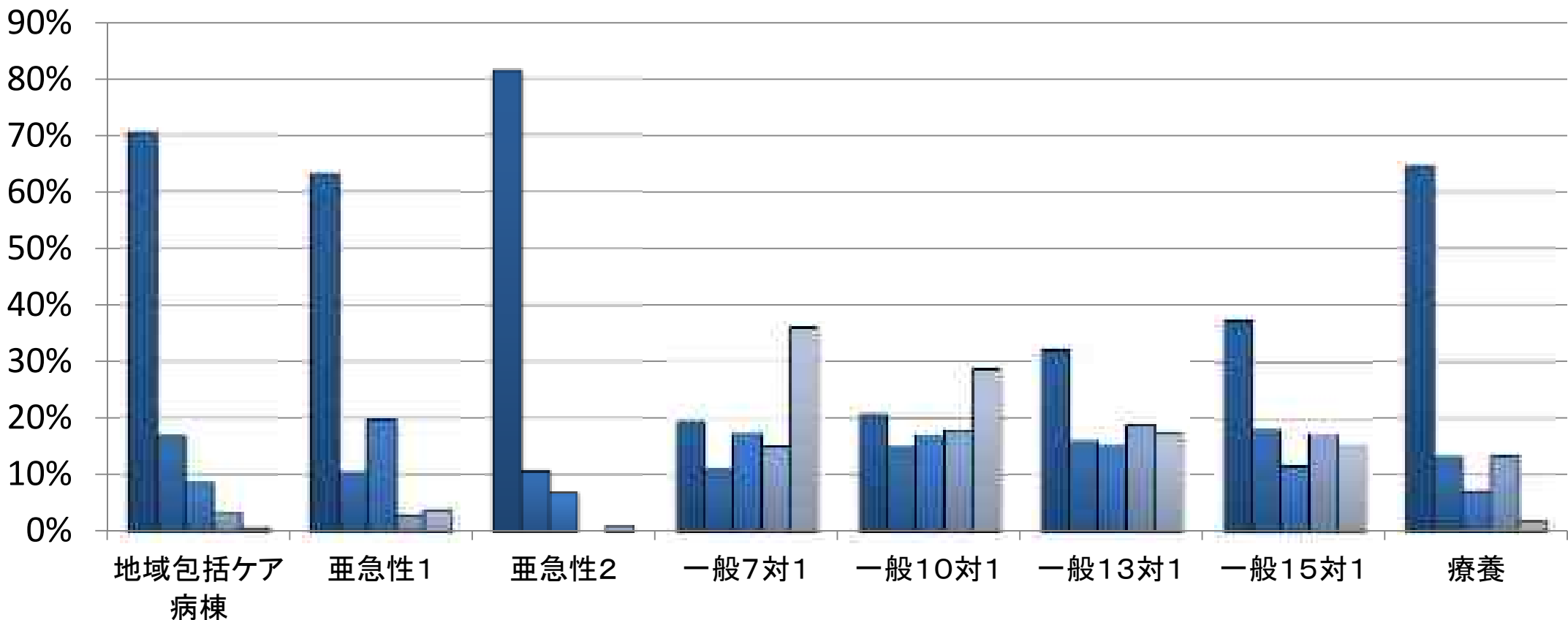
# 地域包括ケア病棟等で実施された輸血

- 地域包括ケア病棟における輸血の件数は入院10万日当たり531件であった。
- これは、亜急性期1、療養病棟よりも少ない傾向にあった。



# 地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で行われた手術の7割は5,000点未満であった。亜急性1、療養病棟についても5,000点未満の手術が7割弱を占めたが、10,000点を超える手術も一定程度みられた。



■ 0点以上5,000点未満

■ 5,000点以上10,000点未満

■ 10,000点以上15,000点未満

■ 15,000点以上20,000点未満

■ 20,000点以上

※輸血を含まない

出典：医療機関提出データ・DPCデータ

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

# 地域包括ケア病棟等で実施された麻酔

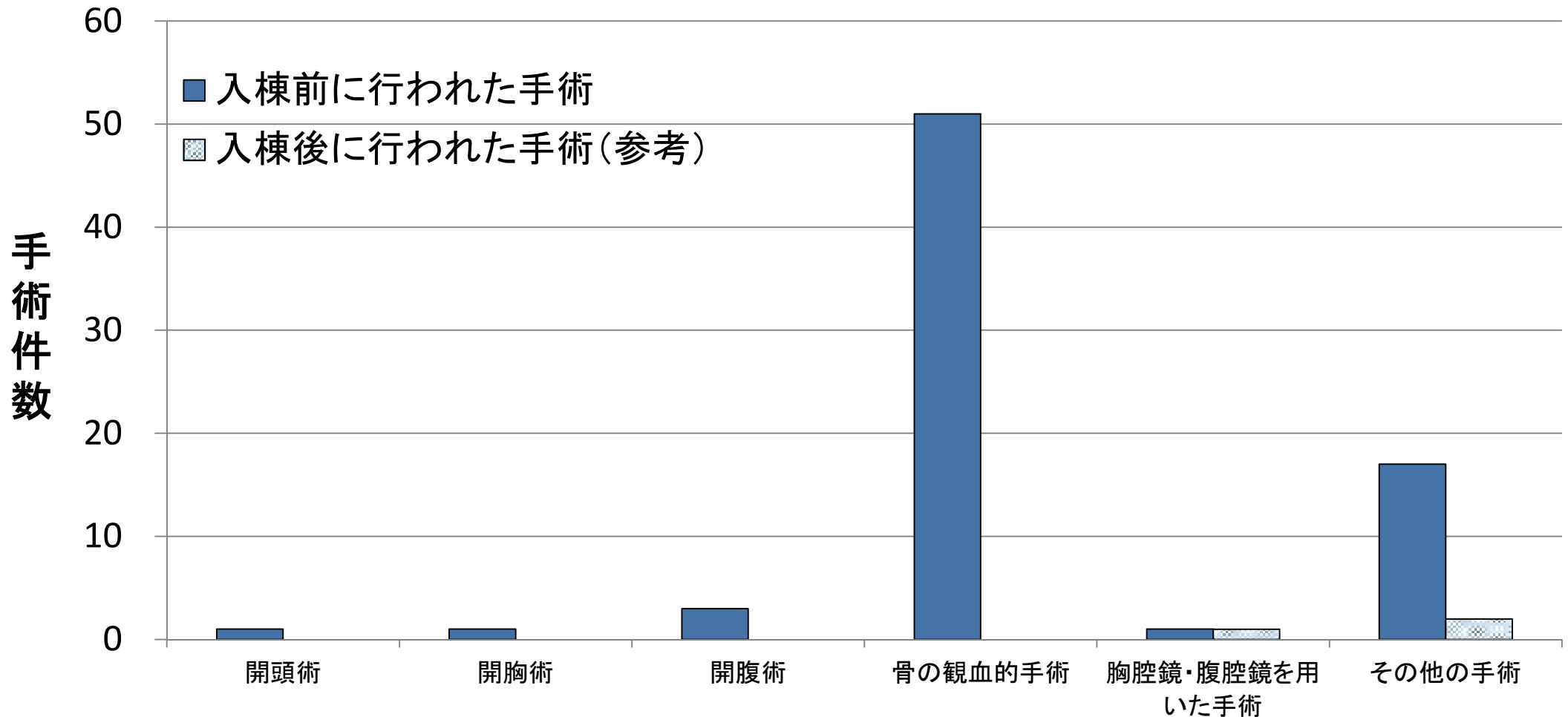
- 入院10万日・人あたりの全身麻酔算定数は地域包括ケア病棟で8.5回、亜急性1で130.2回、療養で11.1回であった。

病棟	麻酔点数 ／入院1日・人		全身麻酔算定回数 ／入院10万日・人	
		ブロック注射を除く		手術料算定回数 (輸血を含まない) に対する割合
地域包括ケア病棟	0.3	0.1	8.5	(1.3%)
亜急性1	1.3	1.0	130.2	(7.5%)
亜急性2	0.3	0.1	6.9	(2.9%)
一般7対1	128.0	126.7	16,762.7	(50.1%)
一般10対1	89.5	88.8	11,780.4	(51.3%)
一般13対1	48.6	47.8	6,478.1	(41.8%)
一般15対1	23.4	23.2	3,035.1	(36.0%)
療養	0.2	0.1	11.1	(1.5%)

出典：医療機関提出データ・DPCデータ  
(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

# 地域包括ケア病棟への入棟前に行われた手術

- 地域包括ケア病棟入棟前に行われた手術のうち、大部分が骨の観血的手術であった。



※調査時点で地域包括ケア病棟に入棟していた患者(N=458)で、入院中(他の医療機関から転院してきた者については転院前を含まない)に手術を受けた者について、その種類、及び手術の実施日が入棟日の前か後かで分類したものを。

# 地域包括ケア病棟入院料に関する課題と論点

## 【現状・課題】

- 地域包括ケア病棟における手術の実施頻度は、亜急性期入院医療管理料1を算定する病床や療養病棟入院基本料を算定する病棟と比しても少なかった。
- 地域包括ケア病棟で実施された手術の種類は、創傷処理、皮膚切開、超音波骨折治療法、胃瘻造設術等が多く、療養病棟と比較的類似していた。実施されていた手術の大半は10,000点未満の小規模なものであった。
- 地域包括ケア病棟における全身麻酔の実施頻度は極めて小さく、手術の実施件数と比べても小さかった。なお、手術・麻酔を出来高で請求できる亜急性期1、療養病棟においても、全身麻酔の実施頻度は比較的小さかった。
- 地域包括ケア病棟へ入棟する前に実施された手術としては骨の観血的手術が大部分を占めた。



## 【論点】

- 地域包括ケア病棟が期待される役割を果たせるよう促す観点から、例えば、手術料及びブロック注射を除く麻酔料を包括外とすることについてどう考えるか。

## 地域包括ケア病棟入院料に関するまとめ(案)

- 平成26年度診療報酬改定において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものとして、地域包括ケア病棟入院料等が新設された。
- 地域包括ケア病棟の届出は増加の傾向にあり、27年4月現在で約3.2万床であった。7対1・10対1入院基本料や亜急性期入院医療管理料からの転換が多いと考えられた。また、届出を行った理由としては、よりニーズに合った医療を提供できるため、患者の状態に即した医療を提供できるためとする回答が多くみられた。
- 地域包括ケア病棟の入棟前の居場所では、急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。
- 入院患者の疾患としては骨折・外傷が多く、入院の目的はリハビリテーションを目的に入院している患者が多く、手術等の実施は少なく、また入院患者の半数程度において既に退院予定が決まっているなど、受入がなされている患者は特定の状態に集中する傾向がみられた。
- 地域包括ケア病棟においては、検査、画像診断、処置、手術等大半の診療が入院料に包括とされているが、ほとんど検査や画像診断を要しない患者も一定程度入院していた。処置の実施は頻繁ではなく、手術の実施はほとんどみられなかった。また、実施された処置等としては、酸素療法、膀胱カテーテル、血糖測定、創傷処置等の頻度が高かった。

(続く)

## 検討内容を反映

- 個別リハビリテーションの実施は、必要な患者に対して、平均で1人1日2.4単位実施されていた。一人当たりの提供単位数の分布は幅広く、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供されているものと考えられた。リハビリテーションについては、入院料に包括されているが、現時点では、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供され、想定した期間内に自宅に退院する患者が多いなど、概ね適切に実施されているものと評価された。
- 地域包括ケア病棟の入院患者の退棟先は主に自宅であり、在宅復帰率は高い水準にある一方で、家族のサポートや介護施設の確保等が困難なため退院予定が立っていない入院患者が一定程度存在していた。
- 退院支援のために、担当者の配置や、入院時からの多職種カンファレンス等、様々な取り組みが行われていた。より入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを図る方策を探るため、退院支援の取り組みの効果等について分析を行い、次のような結果が得られた。
  - 退院支援については、「患者1人あたりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い」等の課題が指摘された。
  - 病棟に専任又は専従で、退院支援職員の担当者を配置した医療機関では、より早期に関与を始められたり、より多くの患者に退院支援を行えたりするといった効果が指摘された。
  - また、退院支援計画の作成や、早期退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施している病棟では、実施していない病棟に比べて平均在院日数が短い傾向が見られた。

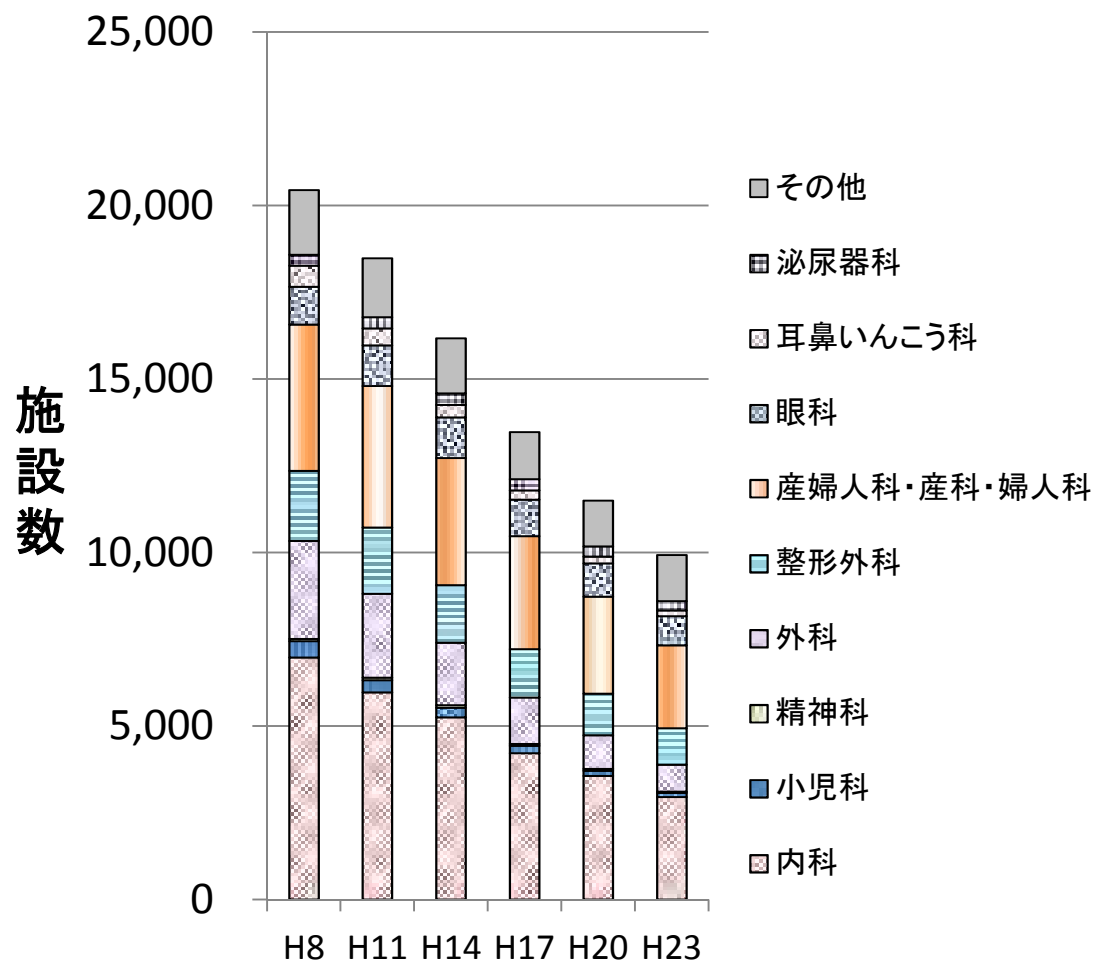


## 4. 有床診療所入院基本料について

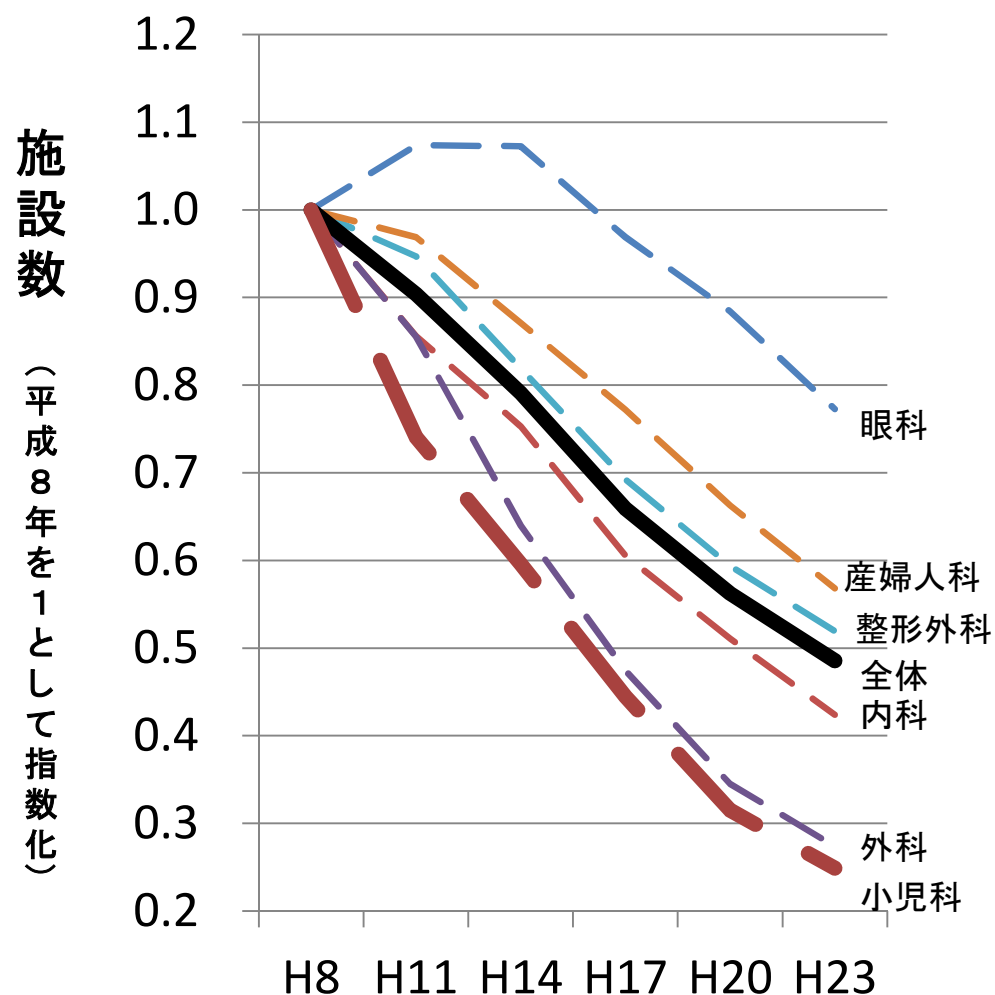
# 有床診療所の施設数(診療科別)

○ 有床診療所の施設数を診療科別にみると、内科、外科、整形外科、産婦人科等が比較的大きな割合を占める。

＜実数＞

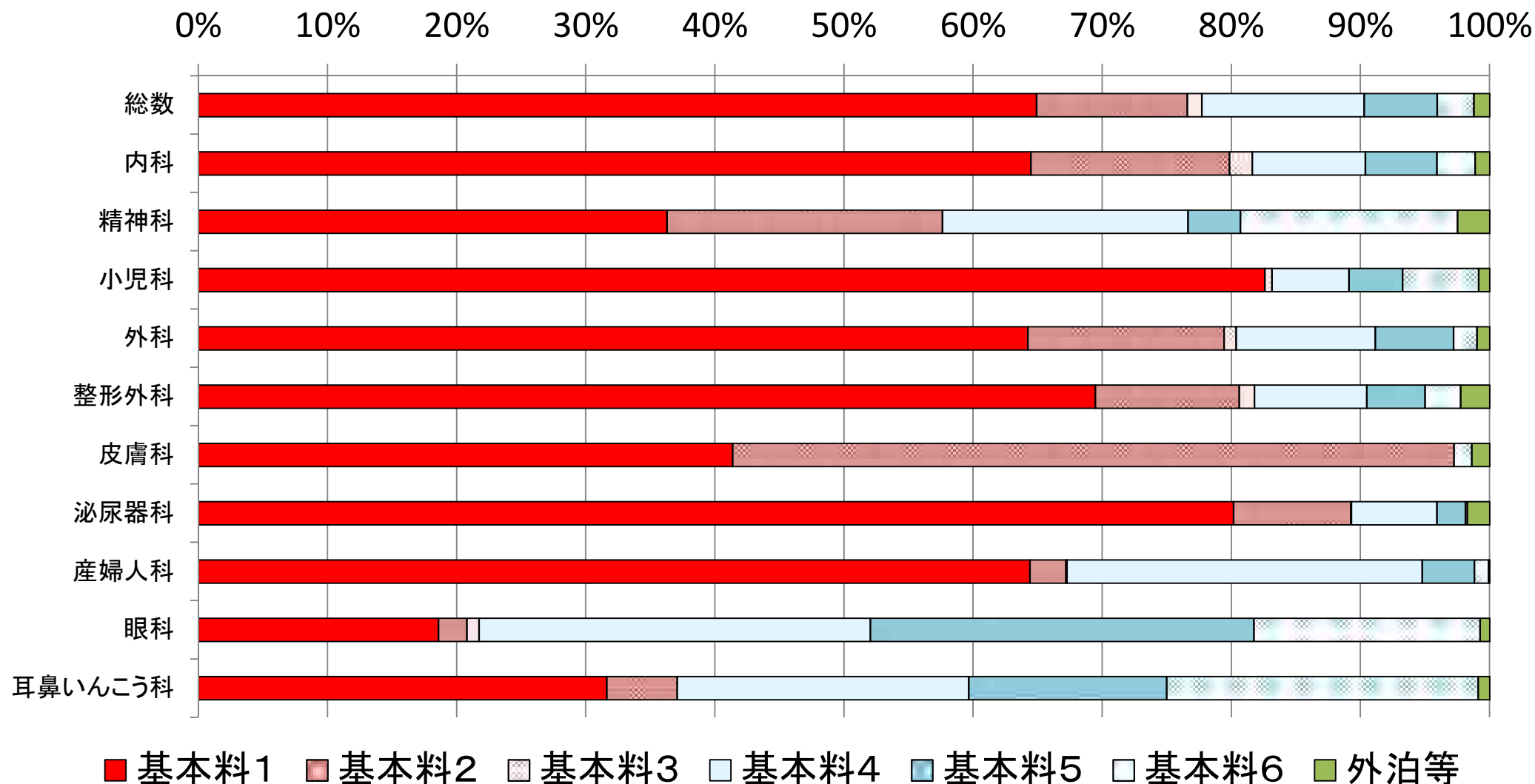


＜指数 (平成8年=1)＞



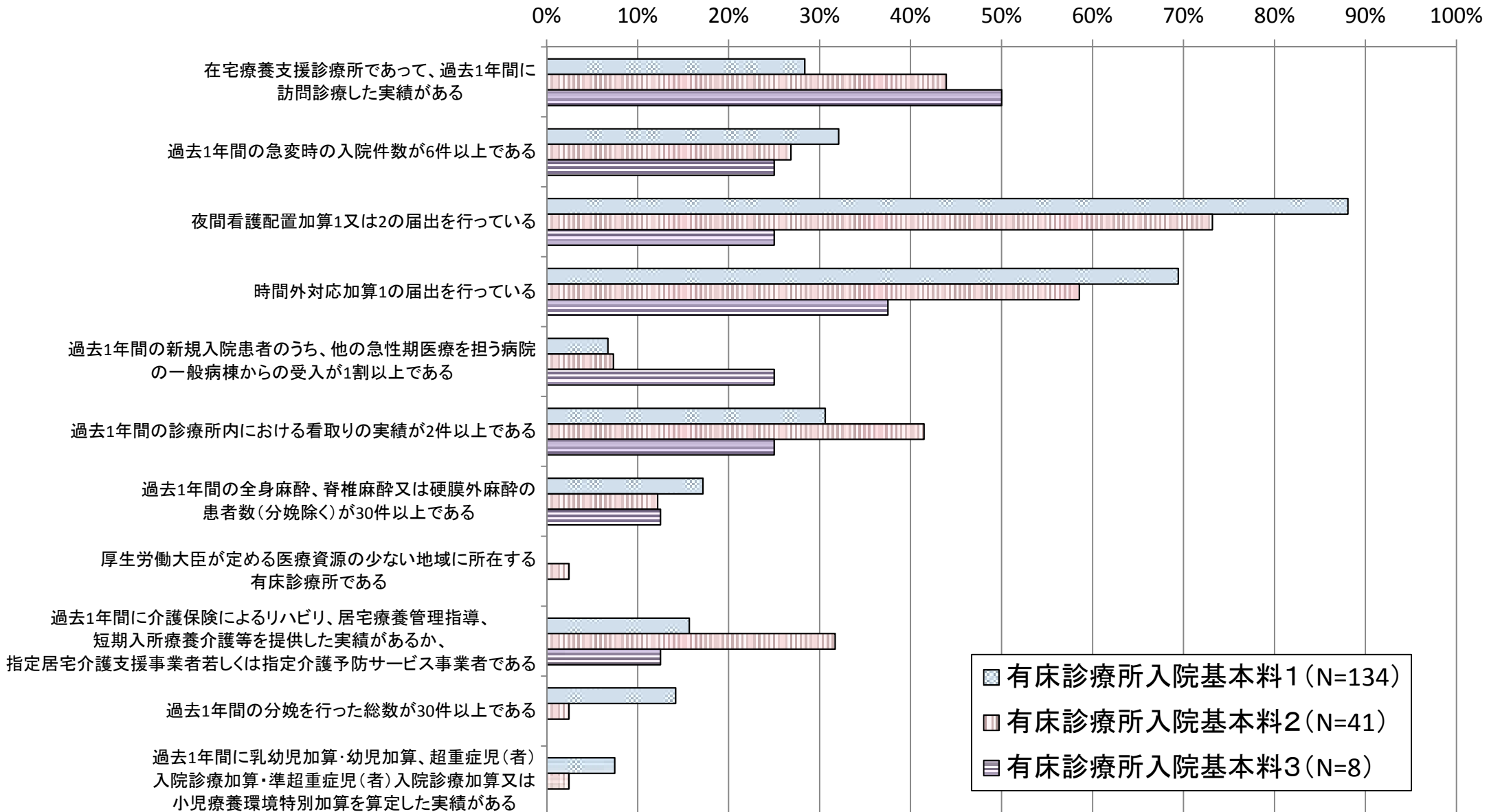
# 有床診療所入院基本料の算定状況

○ 入院基本料の算定回数のうち8割弱が基本料1－3であり、また眼科、耳鼻いんこう科を除く診療科で入院基本料算定回数の過半数を基本料1－3が占めた。



# 基本料1-3を届け出た医療機関が該当した要件

○ 入院基本料1-3を届け出る際に満たした要件としては、夜間看護配置加算、時間外対応加算1、在宅療養支援診療所等が多かった。



## 有床診療所に入院している患者の入院前の居場所

○ 有床診療所の入院患者の入院前の居場所としては自宅が最も多いが、内科、外科、整形外科では他院の急性期病床から、また内科では介護老人福祉施設からも一定程度受け入れていた。

平成26年11月5日時点の入院患者の入院前の居場所		内科 N=266	外科 N=64	整形外科 N=131	産婦人科 N=92	眼科 N=37
自宅		55%	69%	73%	96%	100%
自院	急性期病床	0%	0%	2%	0%	0%
	慢性期病床	0%	0%	2%	0%	0%
他院	急性期病床	15%	13%	16%	0%	0%
	地域包括ケア・回復期病床	2%	0%	0%	0%	0%
	慢性期病床	3%	5%	1%	0%	0%
介護療養型医療施設		0%	2%	0%	0%	0%
介護老人保健施設		2%	9%	0%	0%	0%
介護老人福祉施設(特養)		10%	0%	2%	0%	0%
居住系介護施設		6%	0%	3%	0%	0%
障害者支援施設		5%	0%	0%	0%	0%
その他		2%	0%	0%	3%	0%
無回答		1%	3%	1%	1%	0%

# 有床診療所から退院した患者の退院先

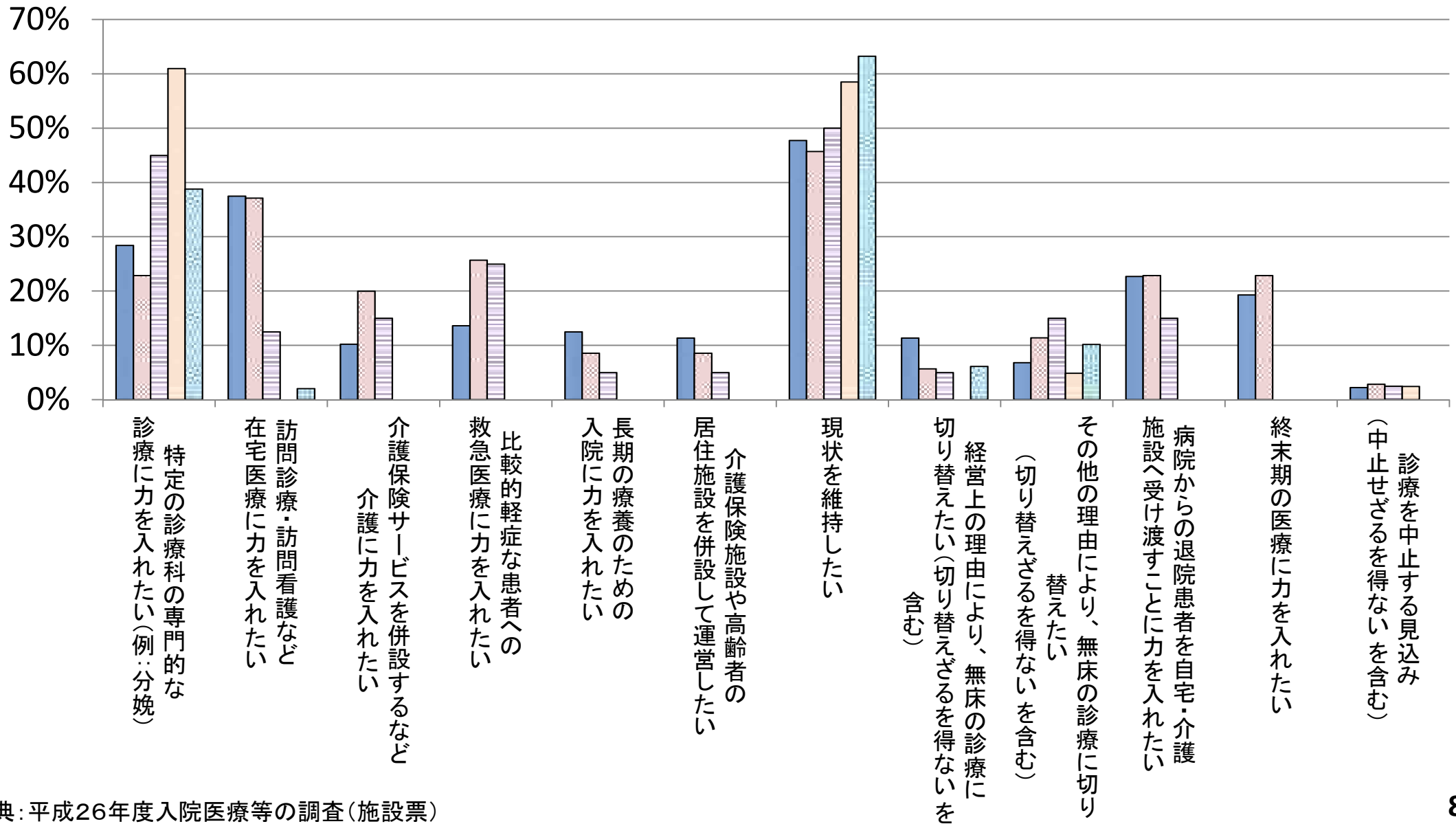
- 有床診療所の入院患者の退院先は大部分が自宅であった。診療科によっては、一部、自院の一般病床、他院の急性期病床、介護老人保健施設等への退院や、死亡退院もみられた。

平成26年10月の1ヶ月間に退院した患者の退院先		内科 N=335	外科 N=57	整形外科 N=177	産婦人科 N=294	眼科 N=242	
自宅	在宅医療の提供あり	7%	0%	28%	1%	0%	
	在宅医療の提供なし	80%	77%	67%	96%	99%	
自院	一般病床	0%	7%	0%	0%	0%	
	療養病床	0%	0%	0%	0%	0%	
他院	急性期病床	4%	2%	2%	2%	0%	
	地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床		0%	0%	2%	0%	0%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0%	2%	0%	0%	0%
	療養病床	上記以外	0%	0%	0%	0%	0%
	その他の病床		2%	0%	1%	0%	0%
介護療養型医療施設		0%	0%	0%	0%	0%	
介護老人保健施設	在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり		0%	5%	0%	0%	0%
	上記以外		1%	0%	1%	0%	0%
介護老人福祉施設(特養)		1%	0%	0%	0%	0%	
居住系介護施設		1%	2%	1%	0%	1%	
障害者支援施設		0%	0%	0%	0%	0%	
死亡退院		4%	5%	0%	0%	0%	
その他		1%	0%	0%	0%	0%	

# 今後5－10年を見据えた運営の方向性

○ 今後の運営の方向性については、現状を維持したいと答えた医療機関が多かったが、内科、外科では訪問診療や自宅・介護施設への受け渡し、終末期医療等に力を入れたいとした施設も一定程度みられた。

■ 内科 ■ 外科 ■ 整形外科 ■ 産婦人科 ■ 眼科



## 有床診療所入院基本料に関するまとめ(案)

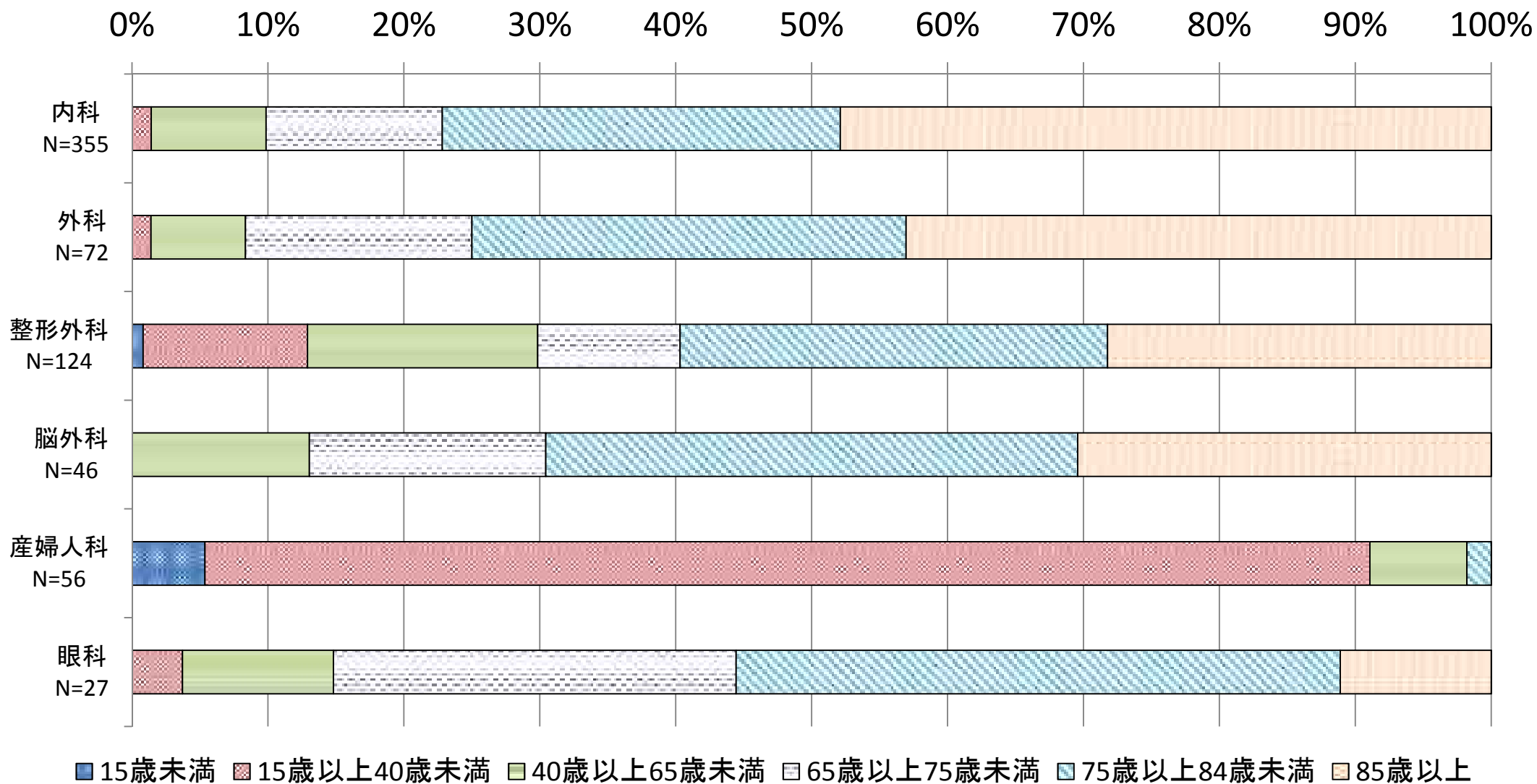
- 有床診療所の施設数、病床数ともに近年減少傾向にあり、特に外科、小児科等で顕著となっている。
- 平成26年度診療報酬改定においては、地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所に対してより高い入院基本料(入院基本料1~3)が設定された。
- 有床診療所入院基本料の算定回数(平成26年5月)の約8割が、入院基本料1~3のいずれかであった。入院基本料1~3を届け出る際に満たした要件としては、「夜間看護配置加算1又は2」の届出、「時間外対応加算1」の届出、「在宅療養支援診療所であって訪問診療を実施している」等が多かった。
- 有床診療所への入院は、診療科別にみると、内科・外科・整形外科と、眼科・産婦人科とではその傾向が大きく異なっていた。入院の多くは自宅からであったが、内科・外科・整形外科では他院の急性期病床からの入院がみられ、介護老人福祉施設から内科への入院もみられた。内科・外科・整形外科では、要介護認定を受けた者が半数前後にのぼっており、こうした診療科の有床診療所は、地域の医療機関や介護関係者と良好な関係を築いていた。有床診療所からの退院先は、診療科によらず、そのほとんどが自宅であった。
- 今後5~10年を見据えた運営の方向性としては、現状を維持したいと答えた医療機関が多かった。内科、外科では、訪問診療や自宅・介護施設への受け渡し、終末期医療等に力を入れたいとした施設も一定程度みられた。一方、整形外科、産婦人科、眼科では、専門的な診療に力を入れたいとの回答が比較的多かった。



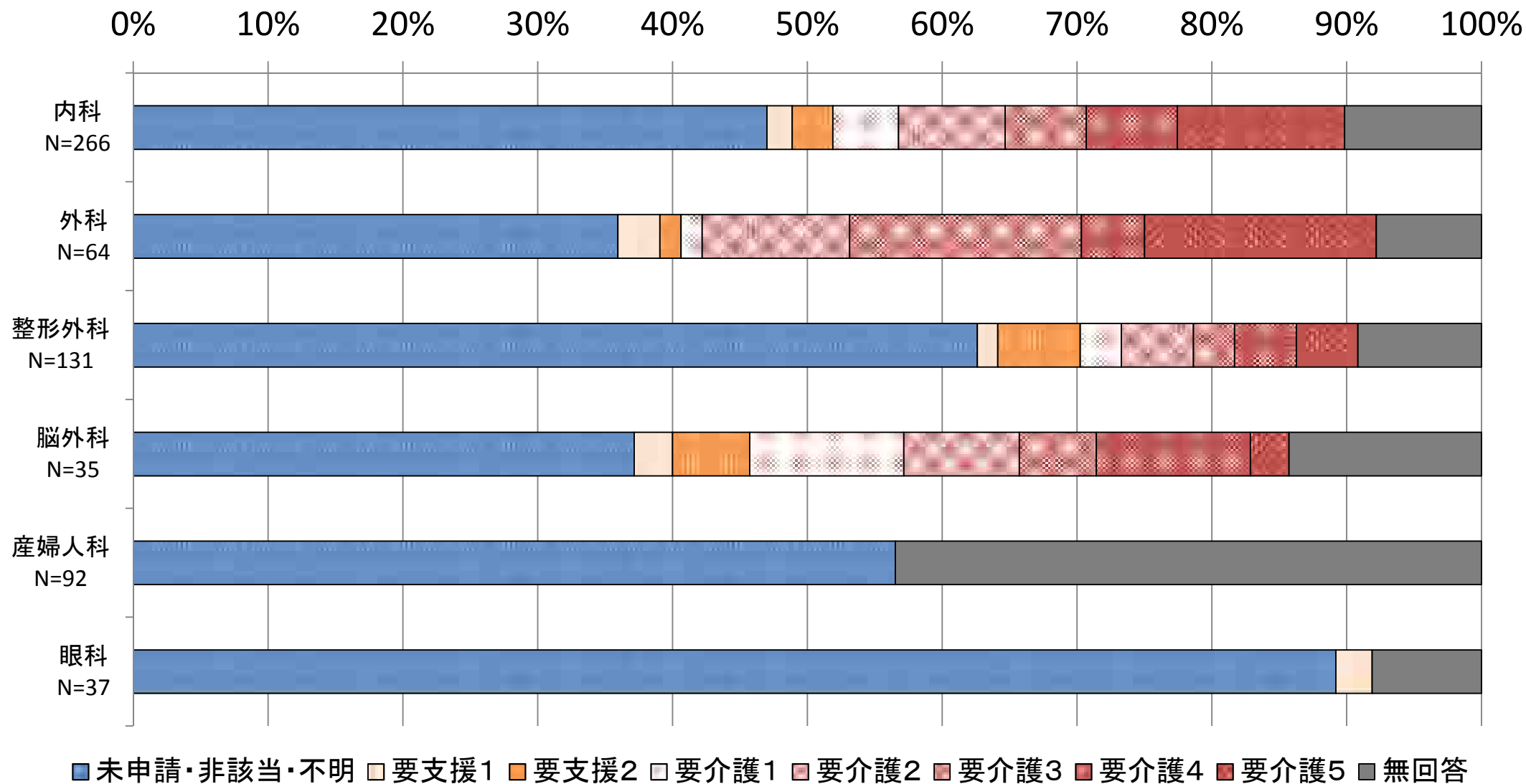
## <有床診療所入院基本料に関する宿題事項>

- 有床診療所について、例えば要介護認定を受けている方に適切に使って頂けると大変有意義な病床だと考えられるが、年齢階級別の患者数等を示せないか。
- 患者の入院日数の内訳が示されており、31日以上という区分になっているが長期の入院もいると思うので、平均在院日数を示せないか。

# 有床診療所の入院患者の年齢構成



# 有床診療所の入院患者の要介護度の分布



## 有床診療所の平均在院日数

診療科	N数	25%Tile	50%Tile	75%Tile
内科	33施設	7.4日	16.2日	29.6日
外科	7施設	3.8日	10.8日	15.3日
整形外科	11施設	18.4日	21.5日	34.5日
脳外科	3施設	19.6日	25.7日	38.9日
産婦人科	14施設	4.5日	5.1日	6.8日
眼科	12施設	1.0日	1.1日	2.5日

## 5. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

## 参考：医療資源の少ない地域に配慮した評価の算定状況

- 算定回数に一定の増加はみられるものの、多くの算定項目がほとんど利用されていない状況にある。

算定項目	点数	H24件数	H25件数	H24回数	H25回数
緩和ケア診療加算 指定地域	200	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算 指定地域	100	3	17	3	36
亜急性期入院医療管理料1(指定地域)	1,761	-	15	-	170
亜急性期入院医療管理料2(指定地域)	1,661	-	22	-	375
特定一般病棟入院料1	1,103	-	113	-	1,163
特定一般病棟入院料2	945	77	109	1,487	2,123
特定一般病棟入院料 入院期間加算(14日以内)	450	39	152	289	1,236
特定一般病棟入院料 入院期間加算(15日以上30日以内)	192	25	63	251	527
特定一般病棟入院料 重症児(者)受入連携 加算	2,000	-	-	-	-
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	80	61	676	543
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	-	-	-	-
特定一般病棟入院料(亜急性期入院医療管理)	1,761	-	-	-	-
特定一般病棟入院料(亜急性期入院医療管理・リハビリ算定患者)	1,661	-	-	-	-
特定一般病棟入院料 リハビリテーション提供体制 加算	50	-	-	-	-

# 医療提供が困難な地域の考え方について

地域に密着した医療提供を行う医療提供が困難な地域等において、下記の観点から地域の条件を検討

- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※ただし、特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

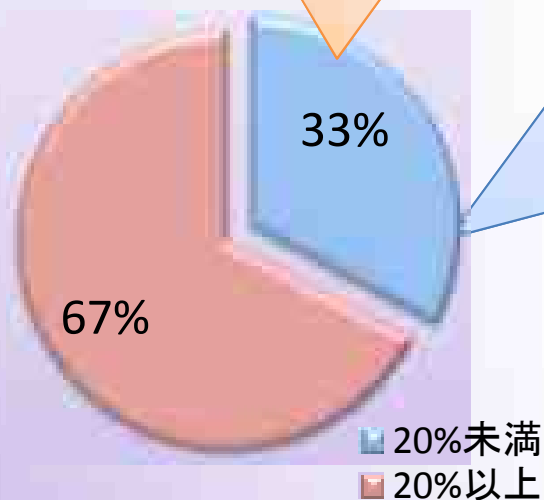
## ①自己完結した医療を提供

## ②医療従事者の確保が困難な地域

## ③医療機関が少ない地域

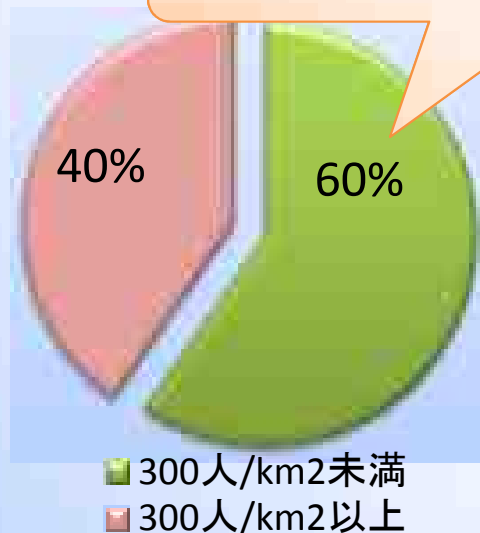
(n=348医療圏)

患者流出20%未満  
114医療圏



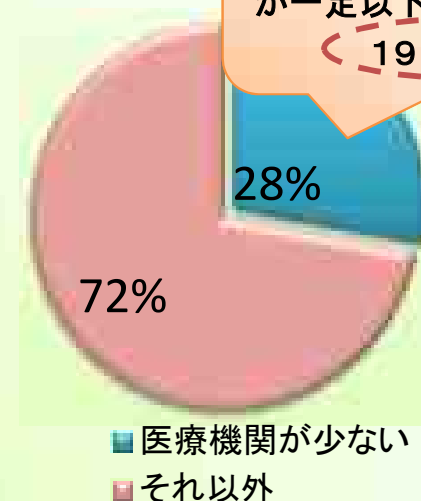
(n=114医療圏)

人口密度300人/km<sup>2</sup>未満  
68医療圏



(n=68医療圏)

病院密度(面積当たり)又は  
病床密度(面積当たり)  
が一定以下  
19医療圏

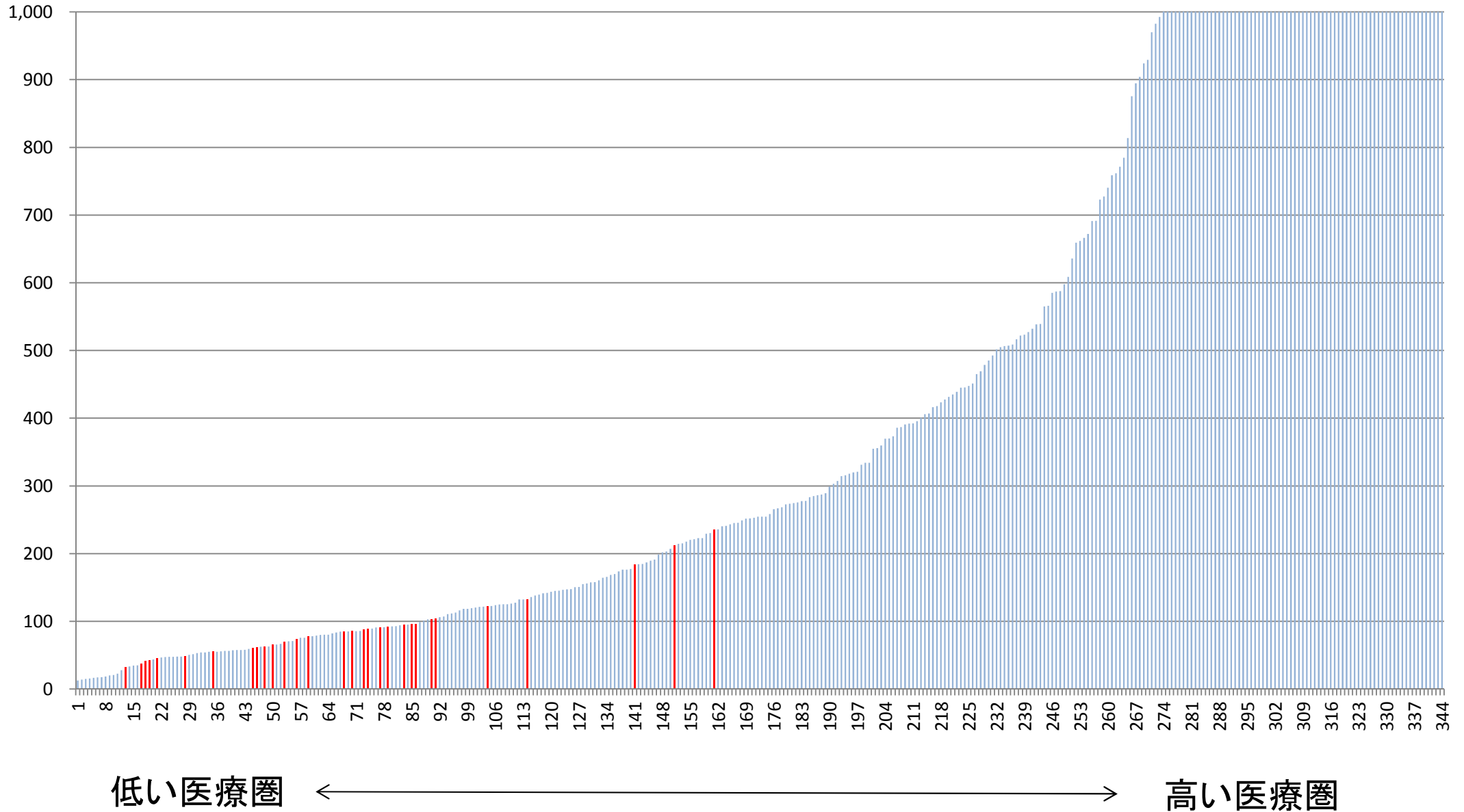


※病院総数、病院病床数が少なくても、面積が小さければ、一定程度医療機関の数は満たされていると考えられることから、面積当たりとした。

平成24年診療報酬改定では、これらに離島の医療圏を加えた30医療圏を、“医療提供しているが、医療資源の少ない地域”としている。

# 二次医療圏の人口密度と現行の特定地域の分布

人口密度(人/㎢)

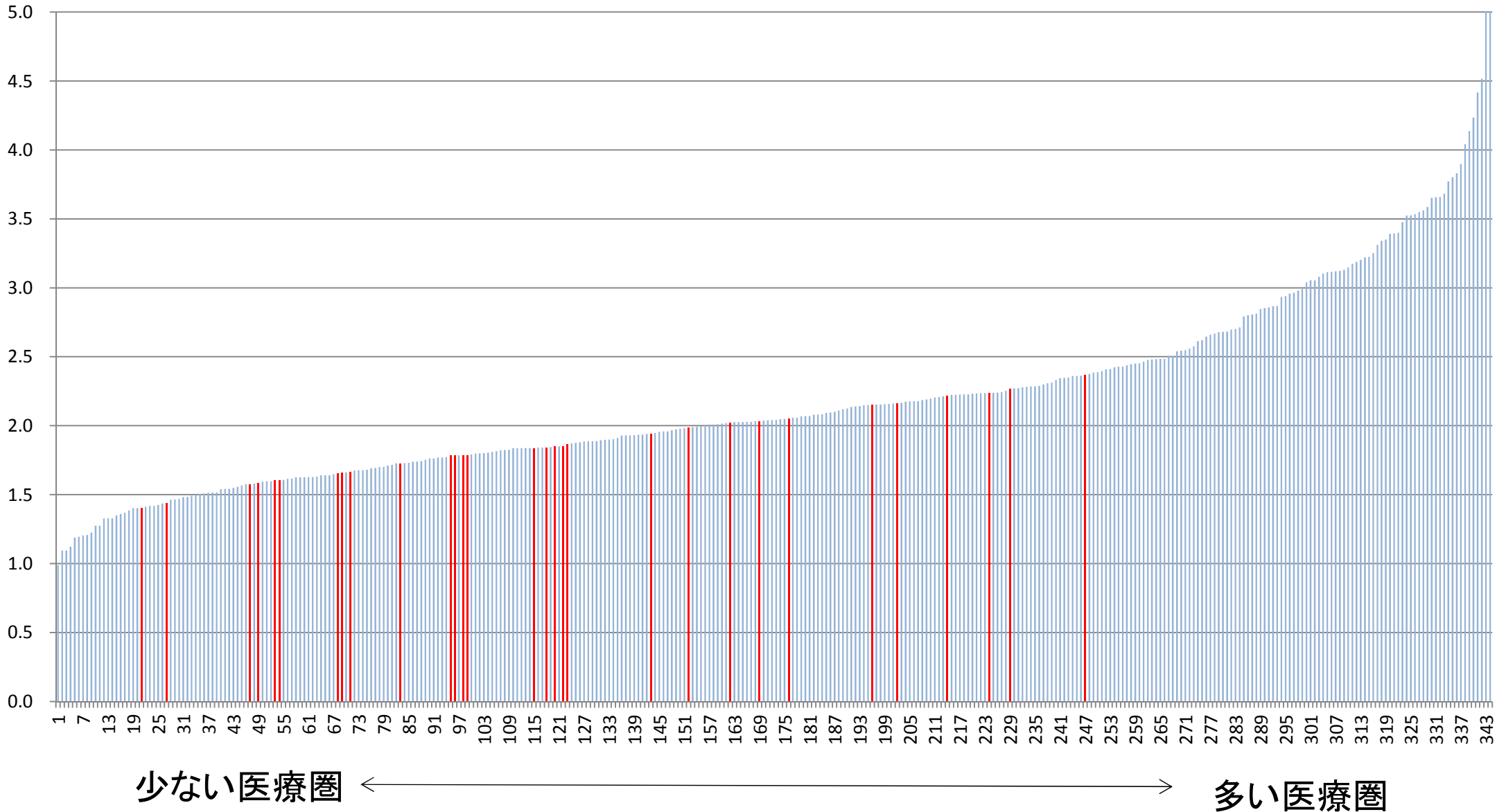


■ : 現行の特定地域



# 二次医療圏の医師数と現行の特定地域の分布

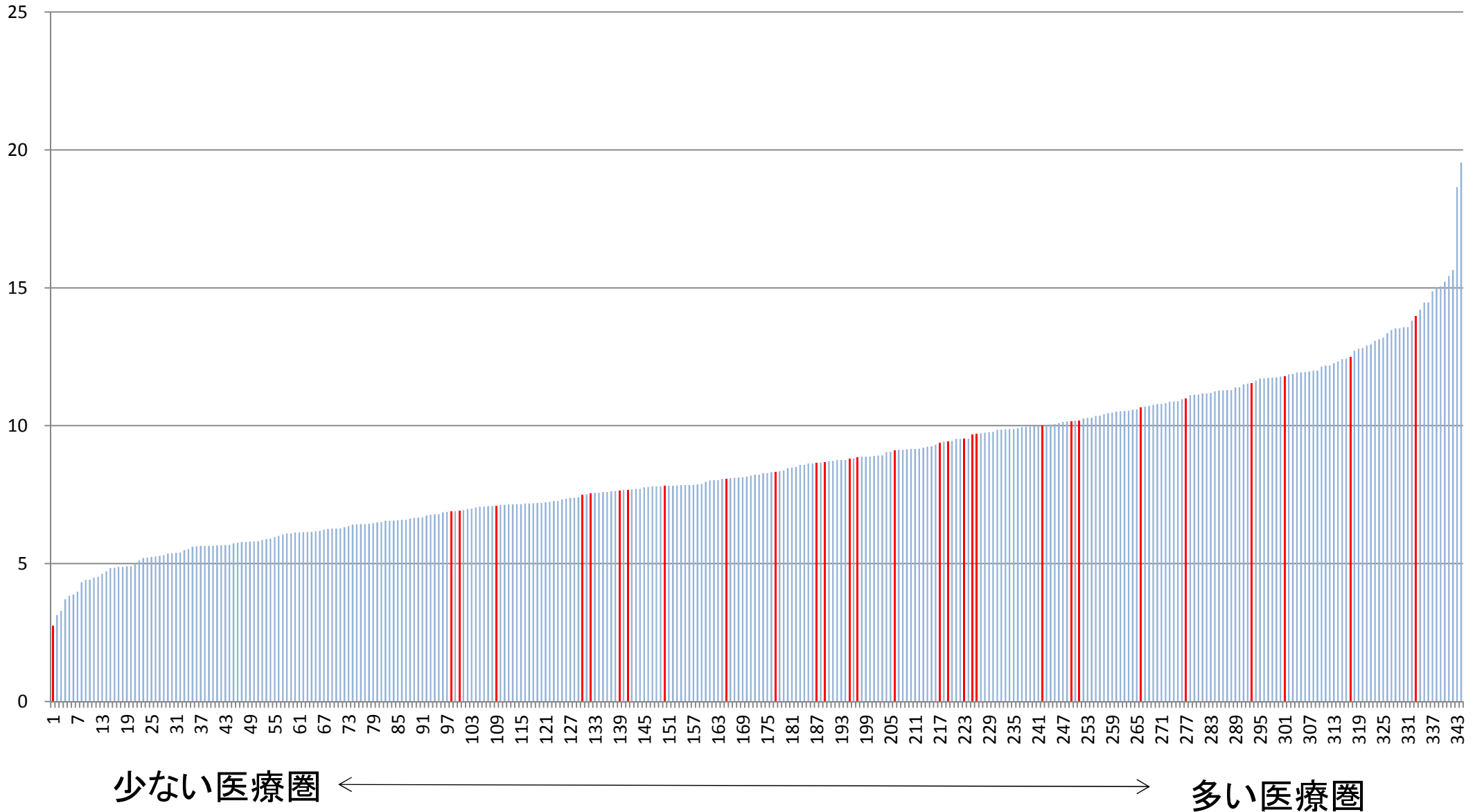
## 人口1,000人あたりの医師数



■ : 現行の特定地域

# 二次医療圏の看護師数と現行の特定地域の分布

## 人口1,000人あたりの看護師数

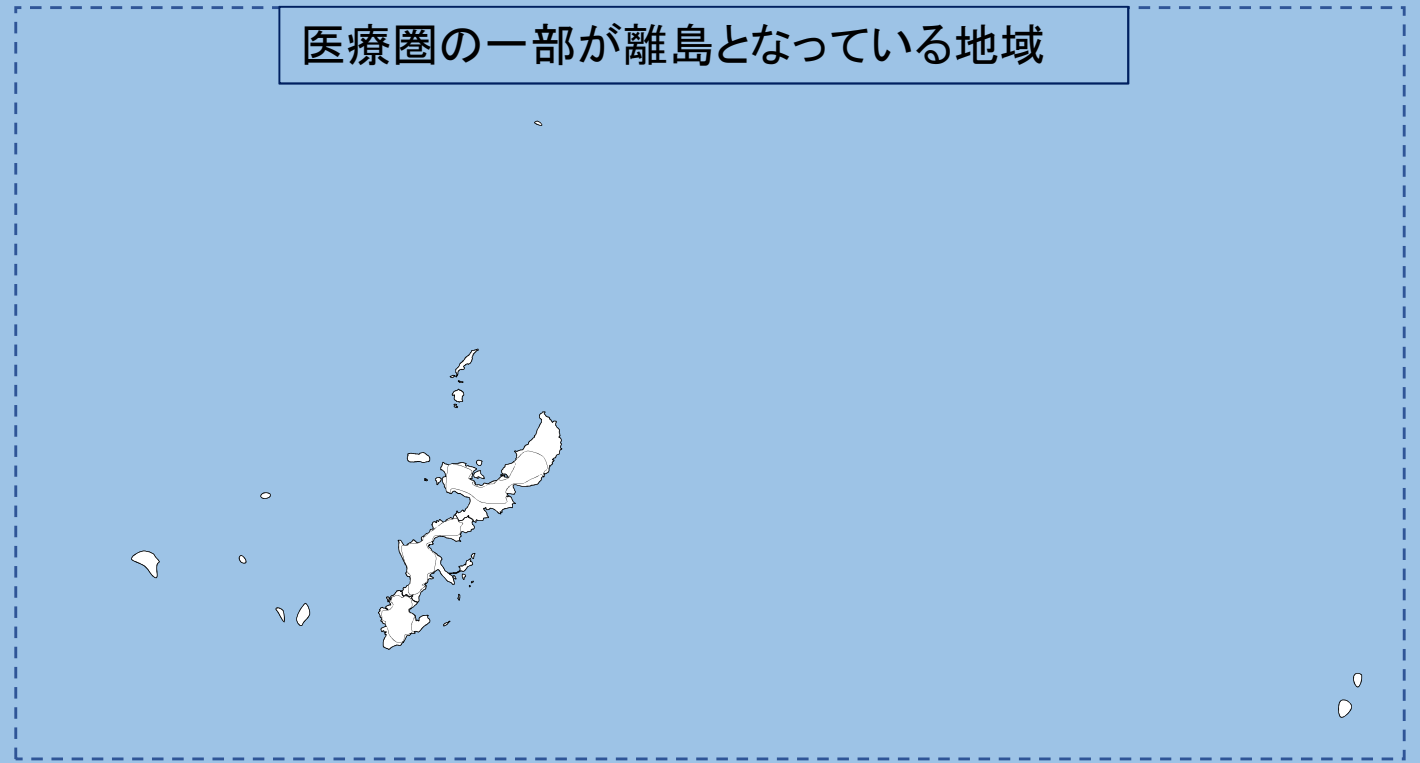


■ : 現行の特定地域

# 特定地域に含まれていない離島

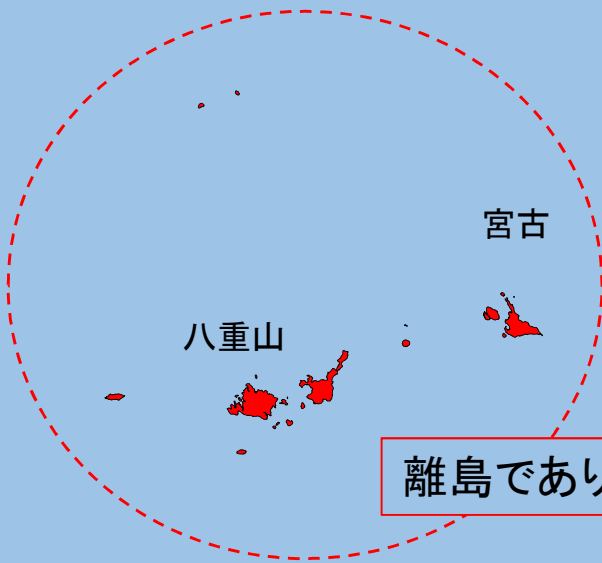
<沖縄県の例>

医療圏の一部が離島となっている地域



※次頁拡大図

離島であり、現行の特定地域に指定されている地域

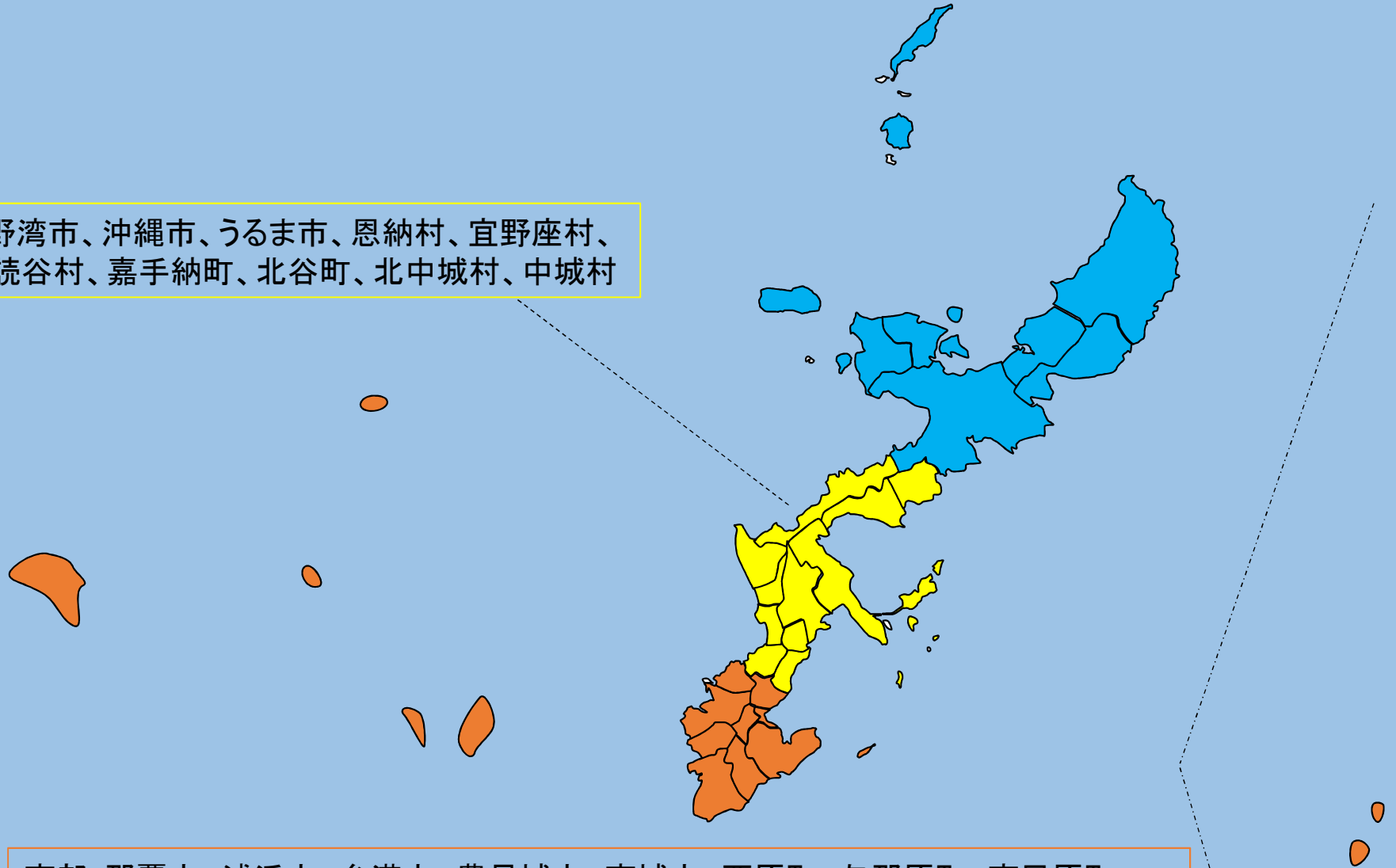


# 特定地域に含まれていない離島

## <沖縄県の例>

北部: 名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村

中部: 宜野湾市、沖縄市、うるま市、恩納村、宜野座村、  
金武町、読谷村、嘉手納町、北谷町、北中城村、中城村



南部: 那覇市、浦添市、糸満市、豊見城市、南城市、西原町、与那原町、南風原町、  
渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、南大東村、北大東村、久米島町、八重瀬町

# 医療資源の少ない地域に配慮した評価に対する医療機関の意識 ＜ヒアリング調査の結果＞

## ＜ヒアリングにより得た医療機関の主な意見＞

設問	医療機関の主な意見等
退院支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスとの連携が課題である。</li> <li>・地域内に介護サービスを提供する事業所が少ない。</li> </ul>
医療少資源地域関連の診療報酬改定項目に対する評価とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く」とあるため、緩和要件が活用できない。</li> <li>・各種加算をとりたいと考えてはいるが、医療従事者は地方に留まる率が低いため不足しており、体制を整備できない。給与を上げて難しい。</li> <li>・遠隔地で行われる研修への参加が容易ではなく、要件を満たすことが難しい。</li> </ul>
在宅療養支援病院・診療所に係る要件の困難事項とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤医師が少なく、要件を満たすのが難しい。</li> <li>・半径4km以内に診療所は存在しないこと、との要件を満たすのは難しい。</li> <li>・他医療機関と24時間往診体制を確保するのは難しい。</li> </ul>
診療提供体制等に対する評価とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療従事者特に看護師の確保が困難。</li> <li>・患者が多様であり専門医師が不足している。</li> <li>・程よい規模の後方病院が不足している。</li> </ul>

※1例として、以下のように要件を変えた場合の、対象地域のシミュレーションを実施

①自己完結した医療を提供

(現行)患者流出率20%未満



(例)問わない

②医療従事者の確保が困難な地域

(現行)人口密度300人/km<sup>2</sup>未満



(例)人口あたり医師数が下位3分の1かつ人口あたり看護師数が下位2分の1

③医療機関が少ない地域

(現行)病院密度が下位15%または病床密度が下位15%

※このシミュレーションにおいて、③の要件は変更していない。

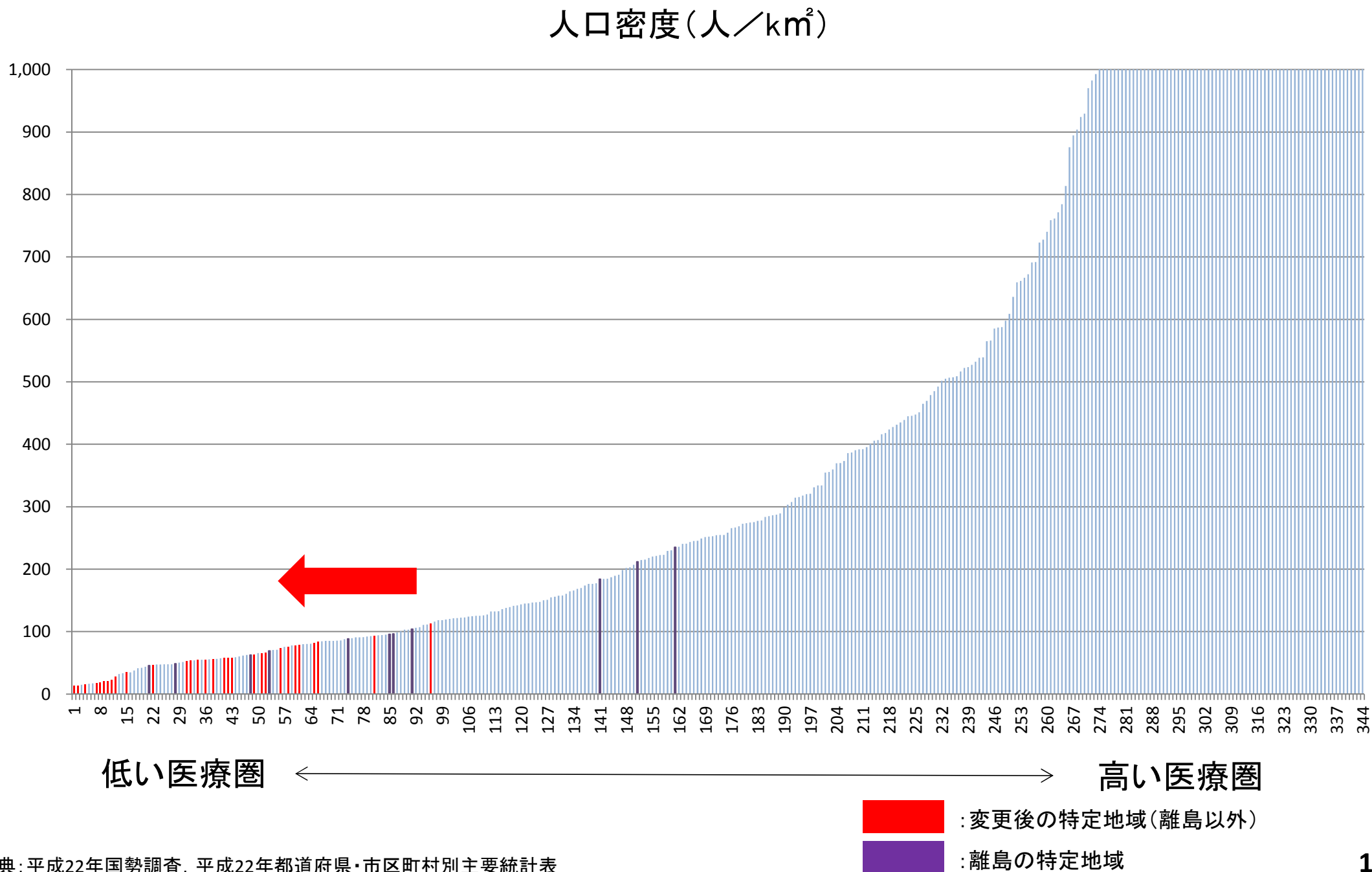
【結果】

(現行) 30 医療圏	引き続き要件を満たす二次医療圏数	12医療圏 (うち離島 11 )
	新たに要件を満たす二次医療圏数	29医療圏
	要件を満たさなくなる二次医療圏数	18医療圏

41  
医療圏

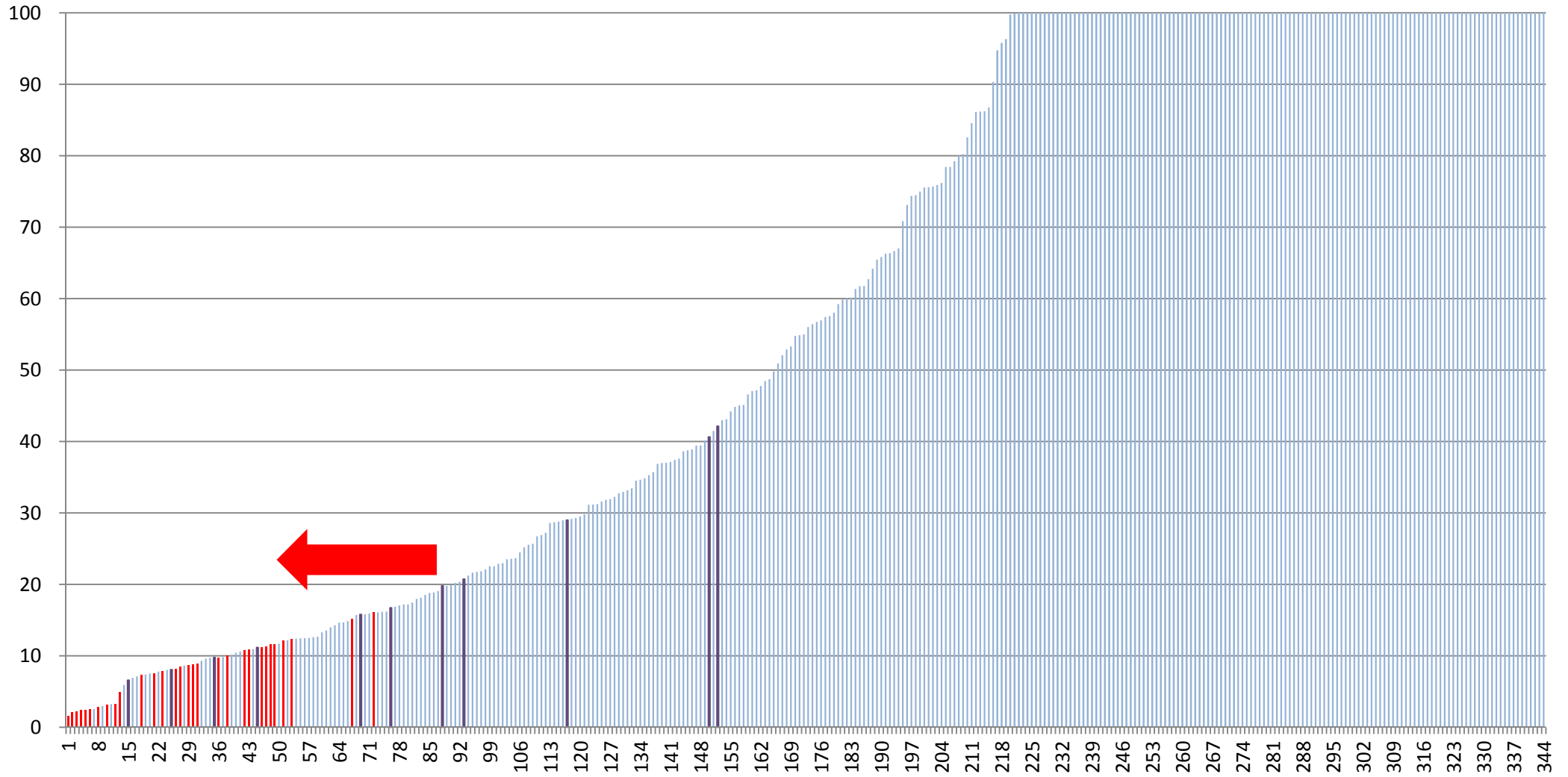
面積割合 16.5% ⇒ 16.8%  
 人口割合 3.2% ⇒ 3.3%  
 病院数割合 4.1% ⇒ 3.6%

# 二次医療圏の人口密度と変更後の特定地域の分布



# 二次医療圏の医師密度と変更後の特定地域の分布

医師密度(人/100km<sup>2</sup>)



低い医療圏 ← → 高い医療圏

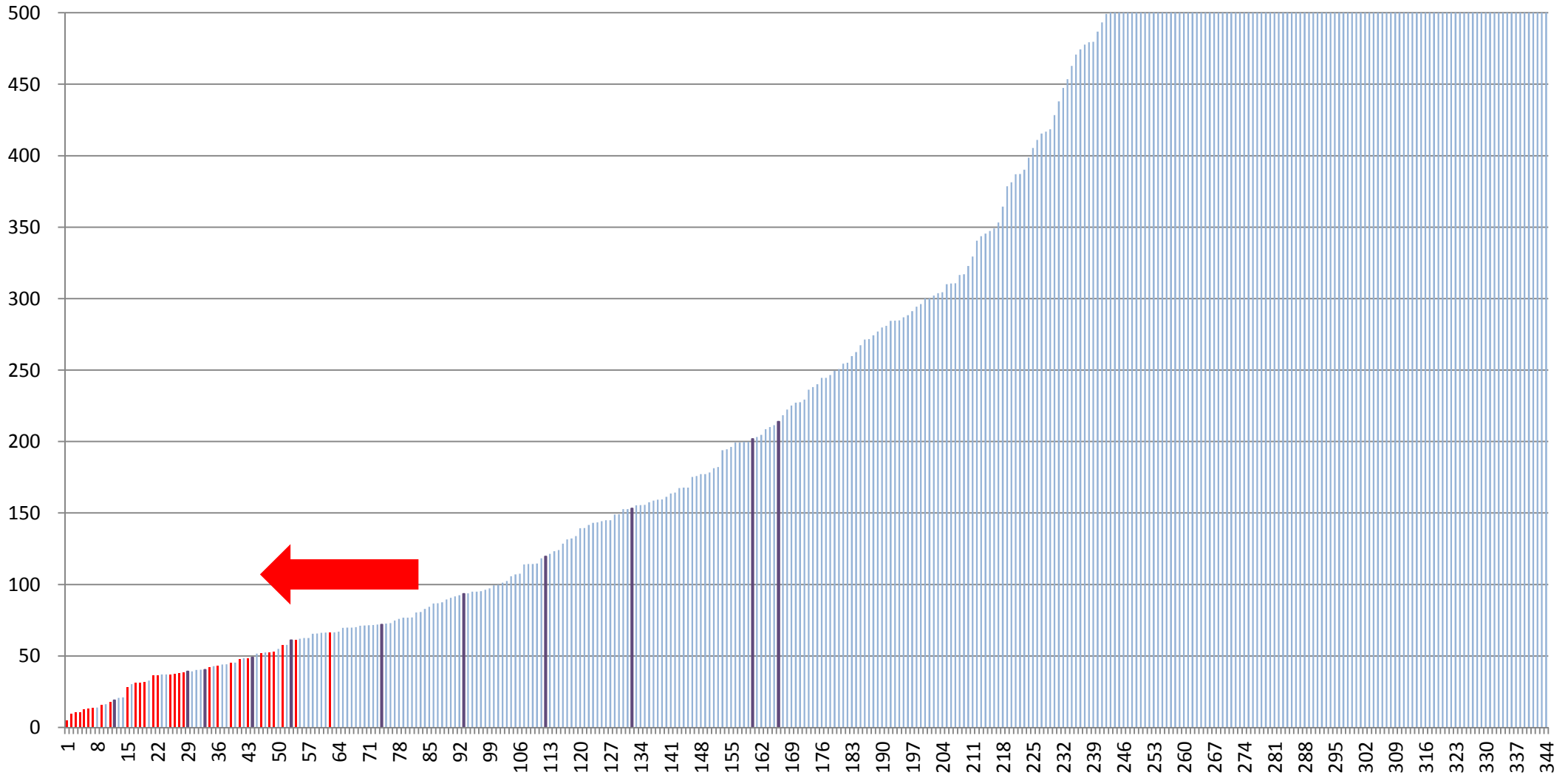
- : 変更後の特定地域(離島以外)
- : 離島の特定地域

出典: 平成23年病院報告, 平成23年医療施設調査, 平成22年都道府県・市区町村別主要統計表



# 二次医療圏の看護師密度と変更後の特定地域の分布

## 看護師密度(人/100km<sup>2</sup>)



低い医療圏 ←

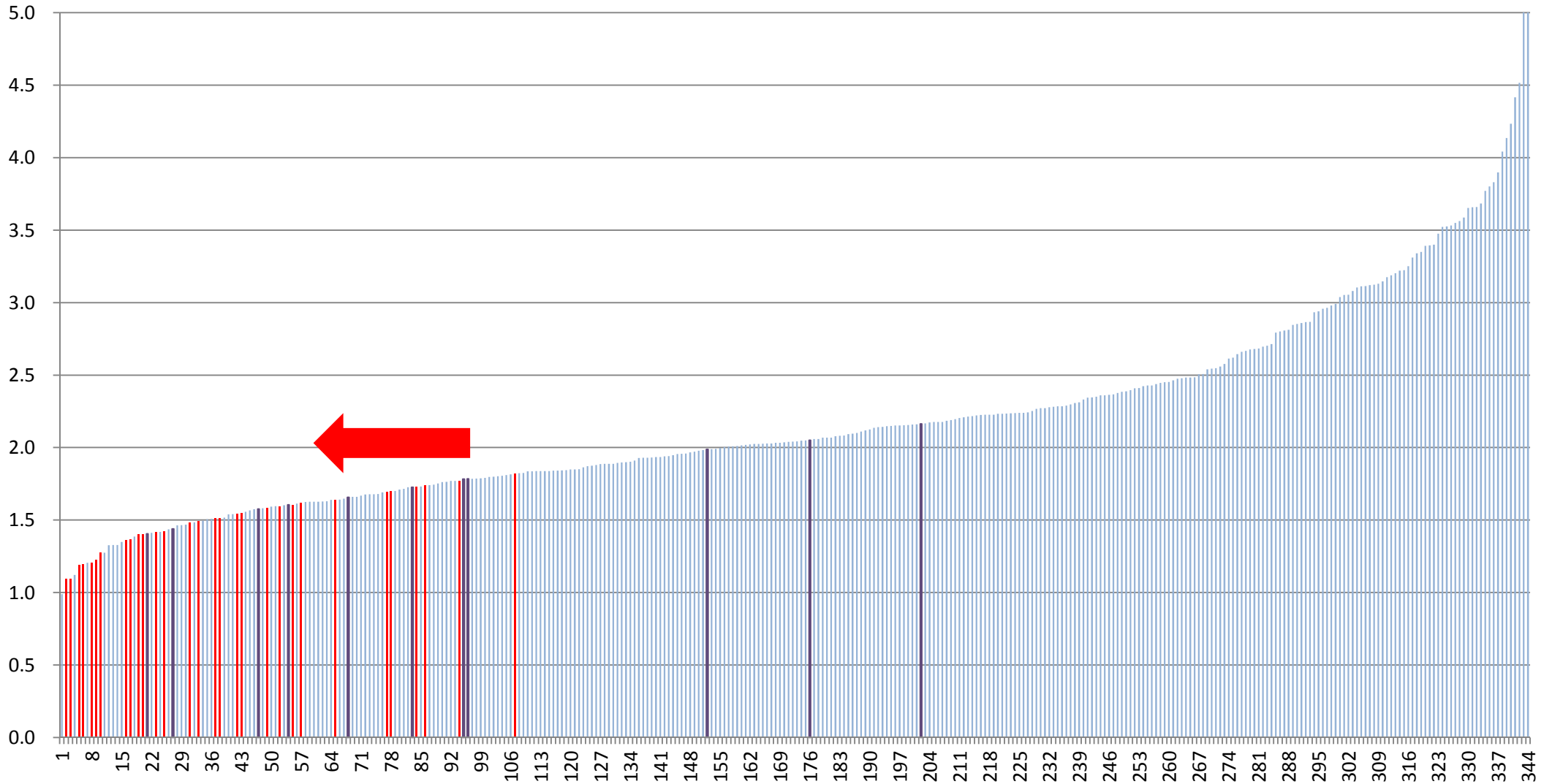
→ 高い医療圏

■ : 変更後の特定地域(離島以外)

■ : 離島の特定地域

# 二次医療圏の医師数と変更後の特定地域の分布

## 人口1,000人あたりの医師数



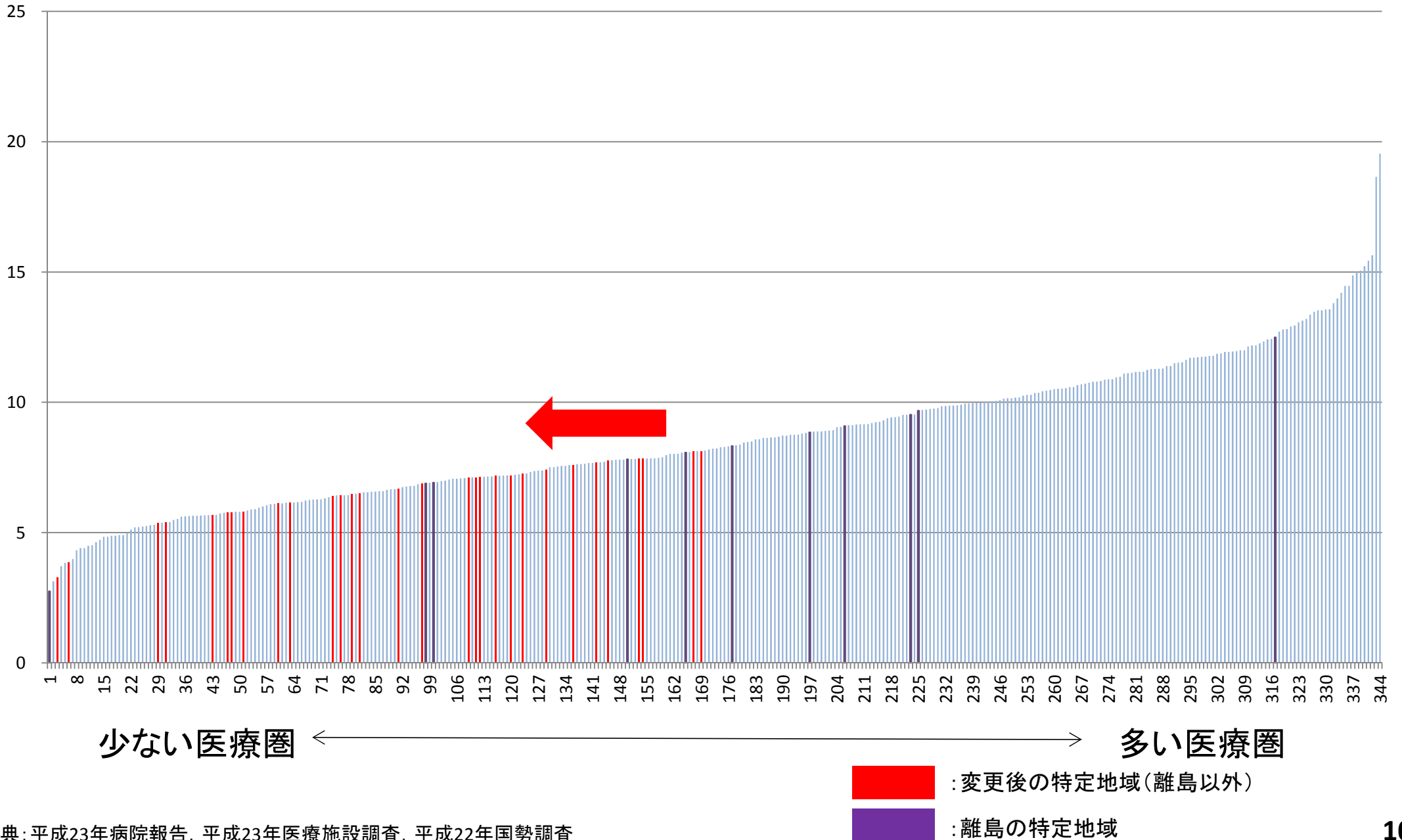
少ない医療圏 ←

→ 多い医療圏

- : 変更後の特定地域(離島以外)
- : 離島の特定地域

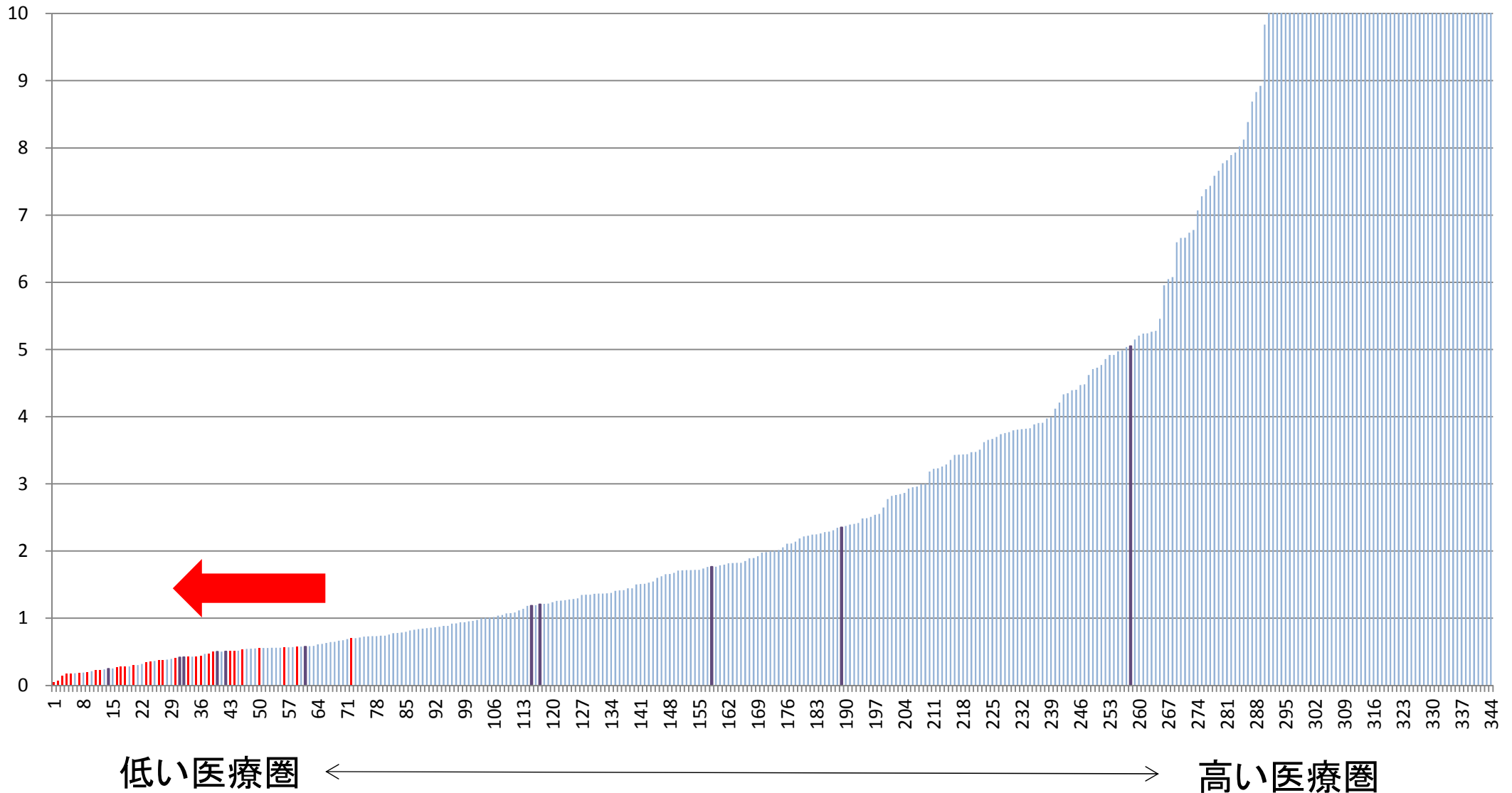
# 二次医療圏の看護師数と変更後の特定地域の分布

## 人口1,000人あたりの看護師数



# 二次医療圏の病院密度と変更後の特定地域の分布

病院密度(病院数/100km<sup>2</sup>)



- : 変更後の特定地域(離島以外)
- : 離島の特定地域

# 医療資源の少ない地域に配慮した評価に関するまとめ(案)

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価として、医療従事者や医療機関が少ないこと等に着目し、対象となる30の二次医療圏内においては、施設基準の緩和や、入院基本料の病棟ごとの届出等が認められているが、届出や算定の状況は極めて低調である。
  - 当該評価の対象は、患者流出率20%未満、人口密度300(人/km<sup>2</sup>)未満、病院密度が下位15%または病床密度が下位15%の基準を全て満たす二次医療圏であるが、
    - 患者の流出率が一定以上の場合には対象とならない
    - 医療従事者数自体は要件とされていない
- ことから、人口密度や人口当たり医療従事者数が極めて低い二次医療圏の多くは対象となっていない。
- また、二次医療圏の中心部が離島でない場合は離島に所在する医療機関であっても対象となっていない。
  - こうしたことから、真に医療資源の少ない地域であっても、対象となっていない地域が多くみられた。
  - このほか、ヒアリングの結果からは7対1や10対1入院基本料の医療機関は対象となっていないことが、対象となる医療機関が少ない原因であるとの指摘もあった。

(続く)

- 医療資源が少ないことが患者の流出の原因にもなり得ることから、対象地域の選定条件として、患者の流出率が少ないことよりも、むしろ、医療従事者数が少ないことを重視した場合のシミュレーションを実施した。仮に以下の条件で二次医療圏を選定した場合には、人口密度、人口当たり・面積当たりの医師・看護師数、病院密度のいずれについても、現行よりも低い二次医療圏が対象となる傾向がみられた。対象となる二次医療圏数は30から41に増加するが、対象となる二次医療圏の面積・人口の合計は現行とほぼ同じであった。

現行	シミュレーション
① 自己完結した医療を提供	
患者流出率20%未満	問わない
② 医療従事者の確保が困難な地域	
人口密度300人/km <sup>2</sup> 未満	人口当たり医師数が下位1/3かつ 人口当たり看護師数が下位1/2
③ 療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

※現行、シミュレーションとも、離島の二次医療圏についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

## 6. 慢性期入院医療について

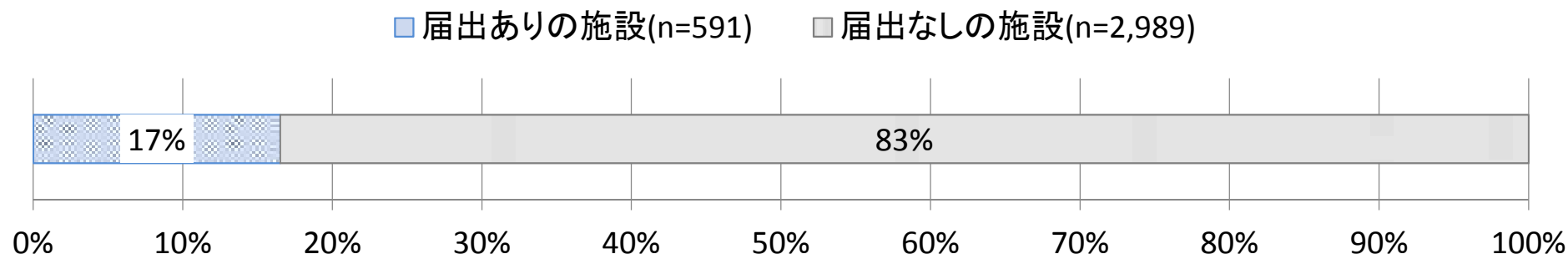
### (1) 在宅復帰機能強化加算について

# 療養病棟における在宅復帰機能強化加算の算定状況

(改) 中医協 総-5  
27.6.10

- 療養病棟入院基本料1を届出している施設の17%で、在宅復帰機能強化加算が届出が行われていた。また、当該加算を届け出ている病棟は、届け出していない病棟と比べて在宅復帰率が高い、平均在院日数が短いといった特徴がみられた。

## 1. 在宅復帰機能強化加算届出状況 (保険局医療課調べ)



## 2. 平均在院日数在宅復帰率 (平成26年度入院分科会調査(病棟票))

	療養病棟入院基本料1					
	全体		在宅復帰機能強化加算届出あり		在宅復帰機能強化加算届出なし	
	回答病棟数	平均値	回答病棟数	平均値	回答病棟数	平均値
平均在院日数 (日)	241	317.8	51	159.7	190	360.2
在宅復帰率 (%)	171	58.8	51	74.9	120	52.0

※ 「在宅復帰率」=A÷B : A. 該当する病棟から、自宅もしくは居住系介護施設等(老健施設は含まない)へ退院した患者であり、在宅での生活が1月以上(医療区分3の場合は14日以上)継続する見込であることを確認できた者、B. 該当する病棟から、退院した患者(死亡退院・急性増悪により転棟または転院した患者・再入院患者を除く)



# 療養病棟における患者の流れ

(改) 中医協 総 - 5

27.6.10

○ 療養病棟では、自宅や自院・他院の急性期病床から入棟し、自宅へ退院又は死亡退院する患者の割合が高かった。また、特に在宅復帰機能強化加算の届出医療機関では、自宅からの入退院の割合が高かった。

入棟前の居場所(n=38/74)

		加算あり	加算なし
自宅		39%	16%
自院	急性期病床	18%	31%
	地域包括ケア・回復期病床	3%	1%
	慢性期病床	0%	0%
他の病院	急性期病床	21%	32%
	地域包括ケア・回復期病床	0%	1%
	慢性期病床	0%	1%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	5%	3%
	介護老人福祉施設（特養）	3%	3%
	居住系介護施設	11%	5%
	障害者支援施設	0%	0%
その他	0%	5%	

## 療養病棟

退院先(n=38/74)

		加算あり	加算なし
自宅		32%	15%
自院	一般病床	3%	7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	0%
	療養病床	0%	1%
	その他の病床	0%	3%
他の病院	一般病床	5%	5%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	1%
	療養病床	0%	0%
	その他の病床	0%	1%
有床診療所		0%	0%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	3%	4%
	介護老人福祉施設（特養）	11%	4%
	居住系介護施設（グループホーム等）	11%	7%
	障害者支援施設	0%	0%
その他	死亡退院	37%	49%
	その他	0%	3%

# 療養病棟における患者の流れ(自宅からの入院除く)

○ 自宅から入院した患者を除いた退院先の割合をみると、在宅復帰機能強化加算の届出病棟は、他の病棟と比べ、介護施設への退院がやや多く、自宅への退院の割合に差は見られなかった。

入棟前の居場所(n=23/62)

		加算あり	加算なし
自宅		-	-
自院	急性期病床	30%	37%
	地域包括ケア・回復期病床	4%	2%
	慢性期病床	0%	0%
他の病院	急性期病床	35%	39%
	地域包括ケア・回復期病床	0%	2%
	慢性期病床	0%	2%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	9%	3%
	介護老人福祉施設(特養)	4%	3%
	居住系介護施設	17%	6%
	障害者支援施設	0%	0%
その他		0%	6%

## 療養病棟

退院先(n=23/62)

		加算あり	加算なし
自宅		4%	5%
自院	一般病床	4%	8%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	0%
	療養病床	0%	2%
	その他の病床	0%	3%
他の病院	一般病床	9%	6%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	2%
	療養病床	0%	0%
	その他の病床	0%	2%
有床診療所		0%	0%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	4%	5%
	介護老人福祉施設(特養)	13%	5%
	居住系介護施設(グループホーム等)	13%	3%
	障害者支援施設	0%	0%
その他	死亡退院	52%	56%
	その他	0%	3%

# 在宅復帰機能強化加算の算定要件

## [算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

現在の算定要件では、  
自宅からの入院と  
他院からの転院とを  
区別せずに  
在宅復帰機能を  
評価している。

## 〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者  
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】  
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

## 〈④の計算式〉

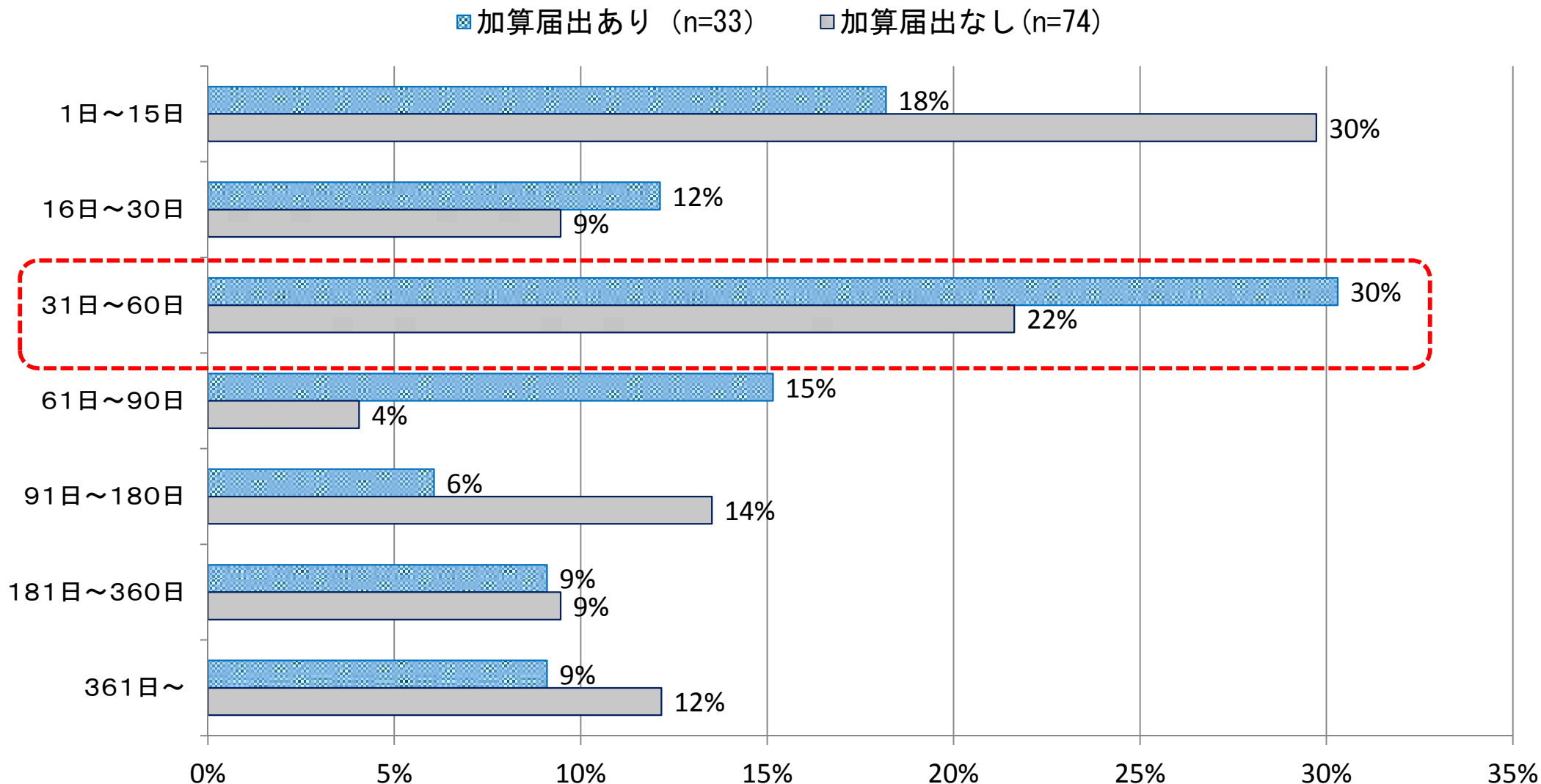
30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、  
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

# 在宅復帰機能強化加算の算定病棟の退院患者の入棟期間

○ 在宅復帰機能強化加算届出病棟において、退院患者の入棟期間は、在宅復帰率に計上される31～60日の割合が高かった。



注) 平成27年5月29日入院分科会資料とは、入棟期間を分析している点で異なる。

# 早期退院の取り組み

- 退院支援の専門職員を配置している施設や入院時に退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施している施設では、他の施設と比べて連携している医療機関の数は2倍以上であり、平均在院日数が約100日短く、在宅復帰率は約10%高かった。

## 【入院時に退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施】

	連携病院数	連携診療所数	平均在院日数	在宅復帰率
実施している	9.4施設 n=223	10.3施設 n=219	235.7日 n=232	51.8% n=230
実施していない	4.0施設 n=59	4.4施設 n=58	347.4日 n=67	39.9% n=67

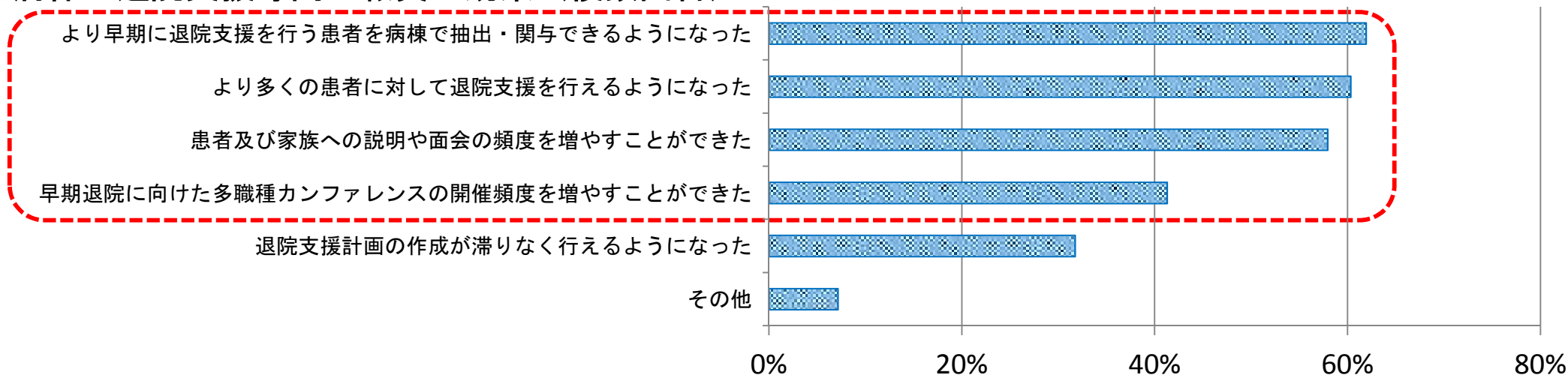
## 【退院支援室・連携室の設置】

	連携病院数	連携診療所数	平均在院日数	在宅復帰率
いずれか設置している	8.3施設 n=279	9.2施設 n=267	263.6日 n=337	48.7% n=337
いずれも設置していない	1.3施設 n=30	1.3施設 n=26	357.0日 n=163	36.0% n=173

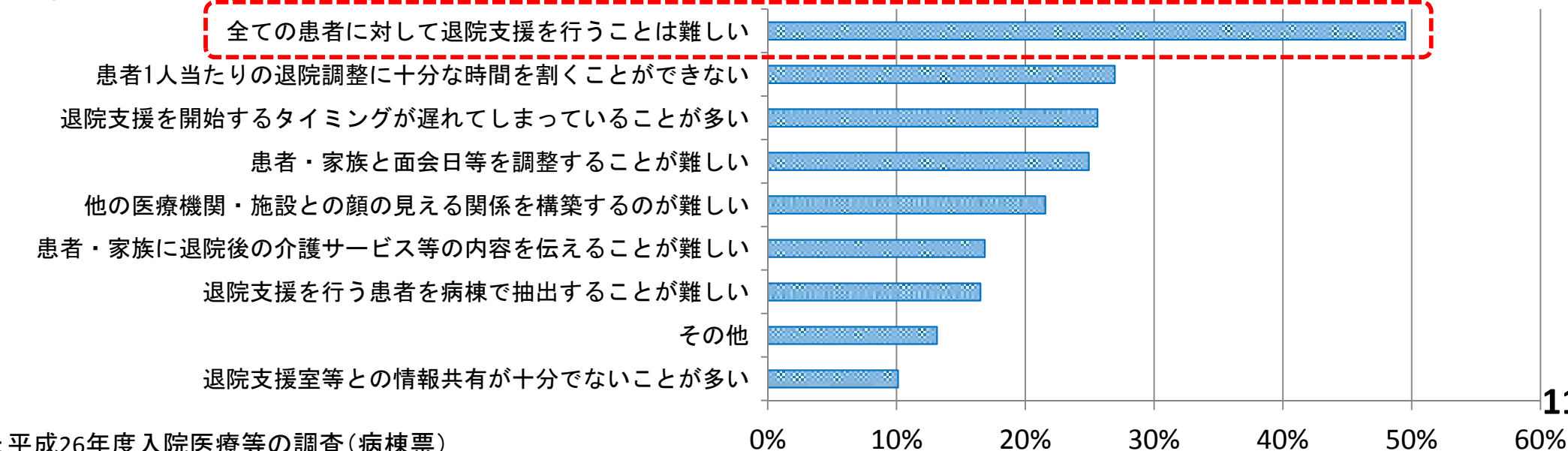
# 病棟の退院支援専門の職員の効果

- 退院支援専門の職員を配置している病棟では、患者や家族に対する説明の増加や多職種カンファレンスの増加といった効果が見られた。一方、退院支援の専門職員のない病棟では十分な退院支援を行うことが難しいとの回答が多く見られた。

## ＜病棟の退院支援専門の職員の効果（複数回答） n=126＞



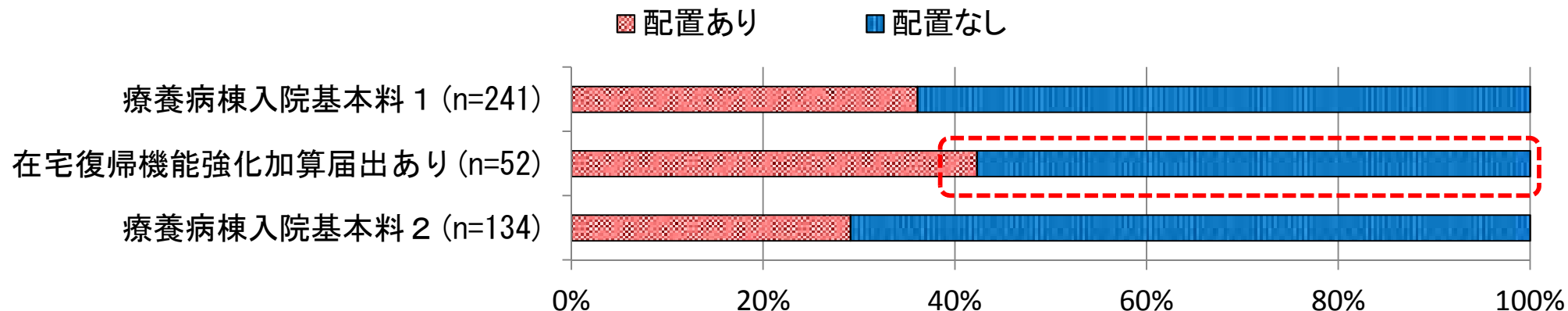
## ＜病棟に退院支援専門の職員がいないための困難（複数回答） n=297＞



# 退院支援専門の職員の配置状況

- 在宅復帰機能強化加算の届出病棟の約60%で専任又は専従の退院支援専門の職員が配置されていなかった。職員を配置している病棟では、看護師及び社会福祉士が多く配置されていた。

## 【病棟の退院支援専門の職員の配置状況】



配置のある病棟の平均人数	療養病棟入院基本料1		療養病棟入院基本料2	
	専任	専従	専任	専従
看護師	0.1 人	0.6 人	0.1 人	0.7 人
准看護師	0.0 人	0.1 人	0.0 人	0.1 人
相談員	0.4 人	0.8 人	0.3 人	0.8 人
(内数) 社会福祉士	0.3 人	0.6 人	0.3 人	0.7 人
その他の職種	0.0 人	0.1 人	0.0 人	0.1 人
[再掲] 介護支援専門員の資格を有する者	0.1 人	0.2 人	0.2 人	0.3 人
合計	0.5 人	1.6 人	0.4 人	1.7 人

## 在宅復帰機能強化加算に関するまとめ(案)

- 平成26年度診療報酬改定では、長期の入院を要する在宅復帰が困難な患者に対する在宅復帰に向けた取組を促すため、在宅復帰機能強化加算が創設された。療養病棟入院基本料1届出医療機関の17%が当該加算の届出を行っていた。
- 在宅復帰機能強化加算届出医療機関の状況を分析したところ、当該加算の届出医療機関では自宅からの入院が多かったが、在宅復帰機能強化加算を算定している病棟において、必ずしも急性期病棟から受け入れた患者の多くが在宅に復帰できているわけではなかった。病床回転率等の算出に当たって自宅からの入院と他院からの転院を区別していないこと等が背景にあると考えられた。
- また、在宅復帰機能強化加算の届出病棟では、入院期間が31～60日の退院患者が多く、これは、在宅復帰率等の算出から入院期間が1か月未満の患者を除くルールから生じる弊害であると考えられた。このルールが設定された本来の目的は、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰を進めることであったが、必ずしも所期の目的を果たしていないと考えられた。
- こうしたことから、回転率等何らかの指標において、急性期病棟から患者を受け入れ在宅に復帰させることを加味して評価すれば、在宅復帰率の算出における入院期間に関するルールを改めることも可能になると考えられる。但し、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰には大きな困難を伴うことから、急性期病棟からの受け入れ患者に限った場合、現行の回転率等と同じ水準に基準を設定することは難しいとの意見があった。

(続く)



- 併せて、在宅復帰機能強化加算の届出病棟における一層の退院支援機能の強化について検討するため、療養病棟における退院支援に向けた取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた。
  - － 退院支援室等を設置している医療機関等では在宅復帰率が高い、平均在院日数が短い等の結果が得られた。
  - － 病棟への退院支援職員の配置によって、より早期に、より多数の患者に対して退院支援をできるようになる等の効果がみられたが、当該加算の届出病棟とその他の病棟で職員の配置状況に大きな違いはみられなかった。

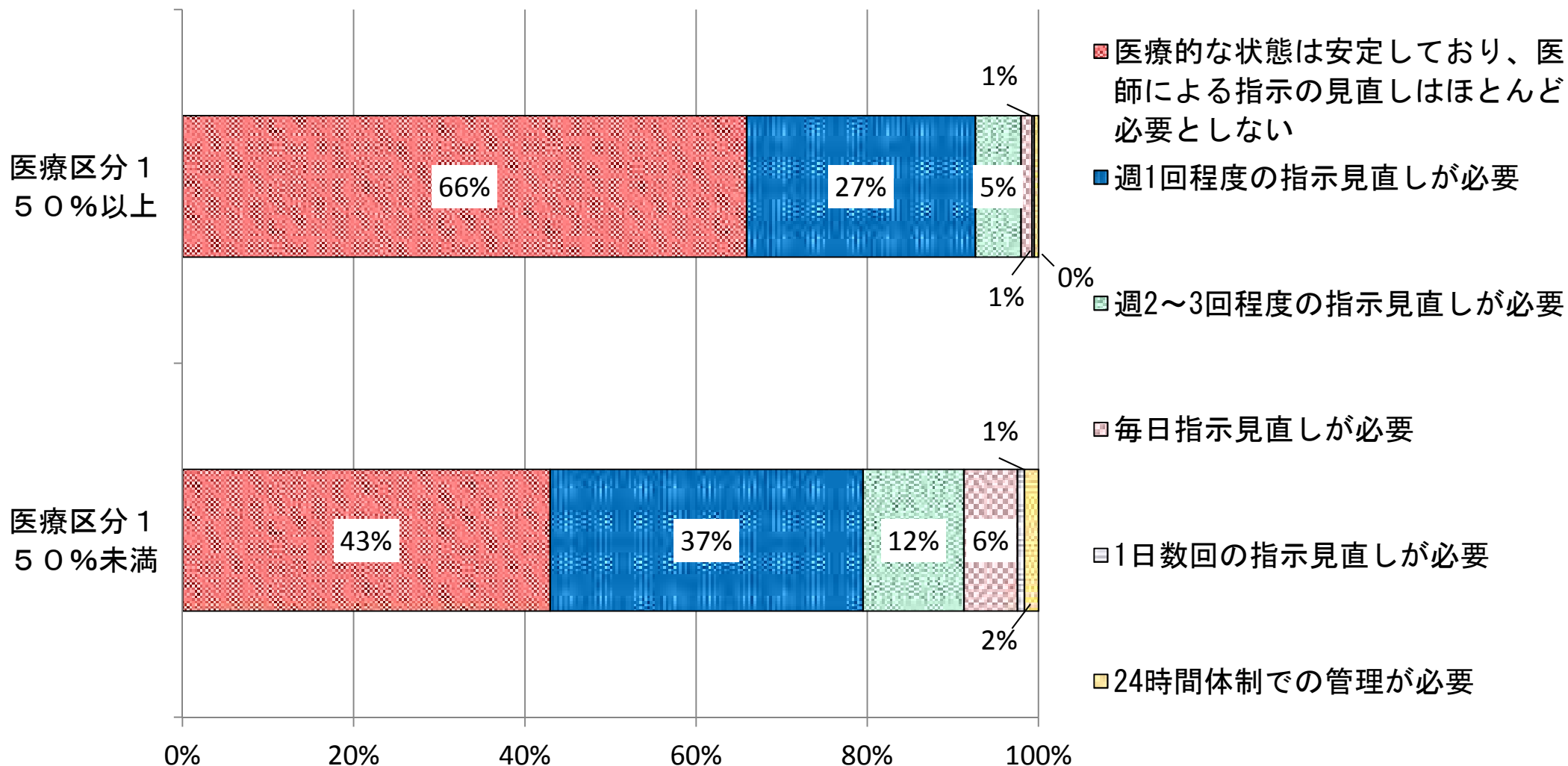
## 6. 慢性期入院医療について

### (2) 療養病棟入院基本料2について

# 医療区分1の割合が高い病棟の患者像①

○ 医療区分1の患者の割合が50%以上の病棟では、50%未満の病棟と比べて医師による指示の見直しがほとんど必要でない患者の割合が高く、60%を超えていた。

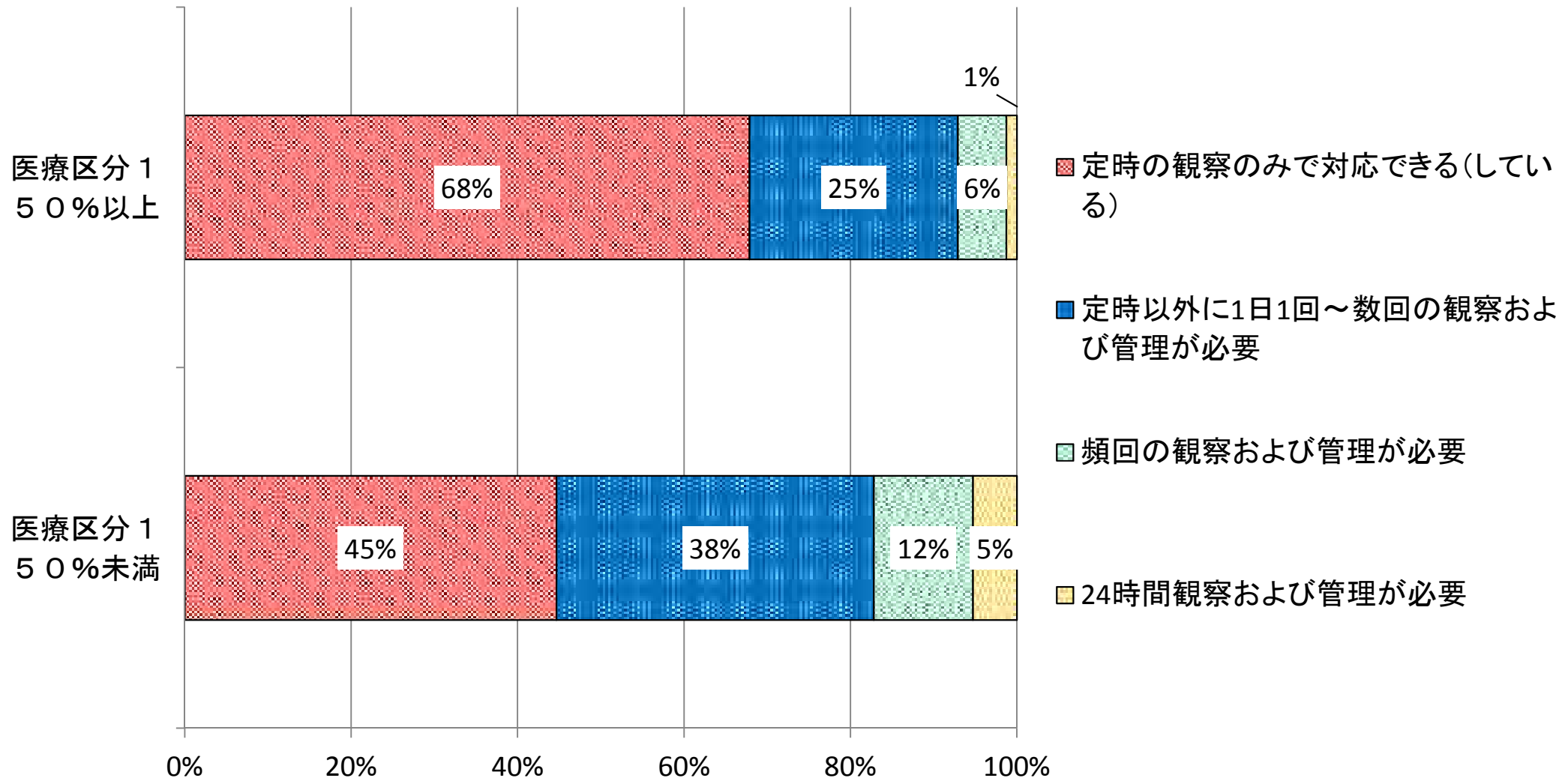
## <医師による指示の見直しの頻度>



## 医療区分1の割合が高い病棟の患者像②

- 医療区分1の患者の割合が50%以上の病棟では、50%未満の病棟と比べて看護師による定時の観察のみで対応できる患者の割合が高く、60%を超えていた。

### <看護師による観察及び管理の頻度>



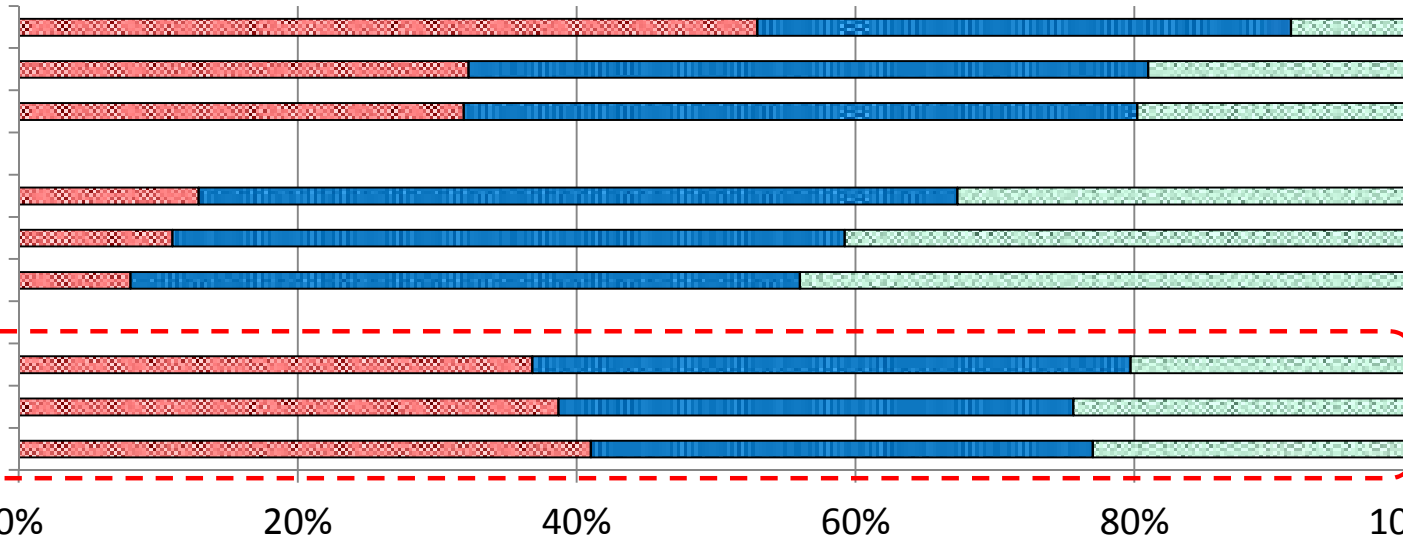
# 医療区分の年次推移

○ 療養病棟入院基本料1の届出病棟では医療区分1の患者の割合は減少する傾向にあるが、療養病棟入院基本料2の届出病棟ではその割合は増加する傾向にある。

## 医療療養

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3

平成17年  
平成18年  
平成20年



### 許可病床数(割合)

年度	療養1	療養2
平成22年	99,400 (47%)	110,800 (52%)
平成23年	112,900 (53%)	99,100 (46%)
平成24年	125,100 (58%)	89,600 (41%)
平成25年	128,200 (62%)	79,100 (38%)

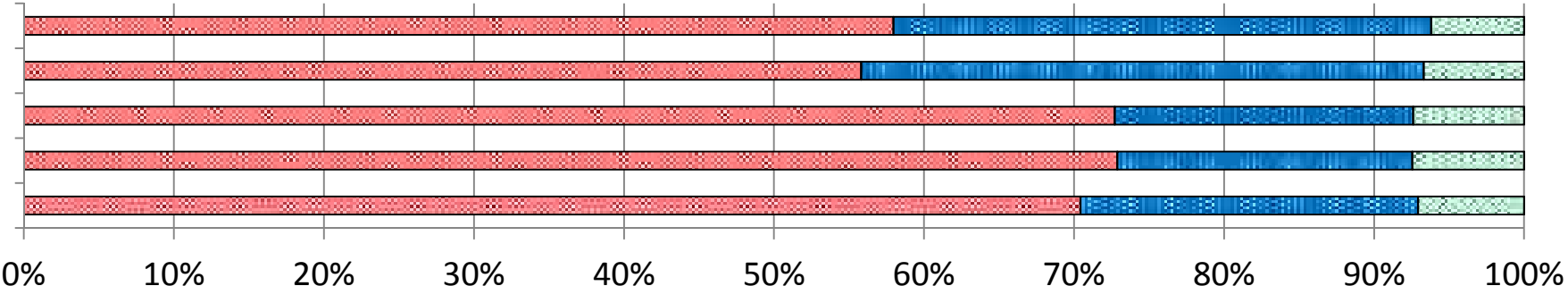
療養1

療養2

平成22年 (20:1)  
平成24年 (20:1)  
平成26年 (20:1)  
平成22年 (25:1)  
平成24年 (25:1)  
平成26年 (25:1)

## (参考)介護療養

平成17年  
平成18年  
平成22年  
平成24年※  
平成26年※



(出典) 平成17~20年:慢性期入院医療の包括評価に関する調査

※出典から不明・無回答・未実施の割合除外して再計算している。

平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

平成24年:医療療養;平成24年度入院医療等の調査、介護療養;療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業

平成26年:医療療養;平成26年度入院医療等の調査、介護療養;介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業

## 療養病棟入院基本料2に関するまとめ(案)

- 医療区分1の患者が多い病棟では、医師による指示の見直しや看護師による観察の頻度等が少ない患者が多くみられた。
- 医療療養病床においては、看護師の配置や入院単価が介護療養病床より高いことから、医療の必要性の高い患者がより多く入院していることが期待されている。療養病棟入院基本料1については、医療区分2又は3の患者を8割以上受け入れていることが要件になっているが、療養病棟入院基本料2についてはこのような要件はなく、近年、医療区分1の患者が増加している傾向がみられる。介護療養病床との機能分化を図るためには、療養病棟入院基本料2についても、医療区分2又は3の患者の割合について何らかの要件を設けることも有効であると考えられた。

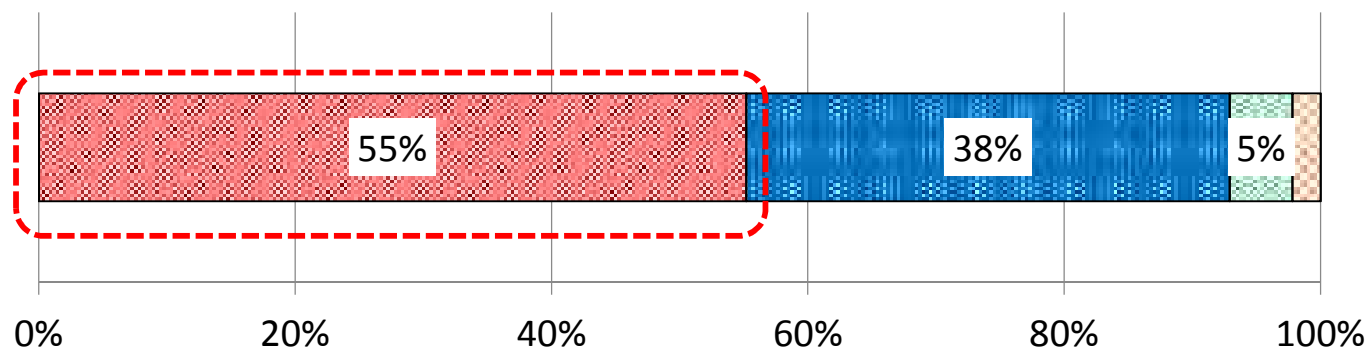
## 6. 慢性期入院医療について

### (3) 医療区分の評価項目について

# うつ状態に該当する患者の患者像

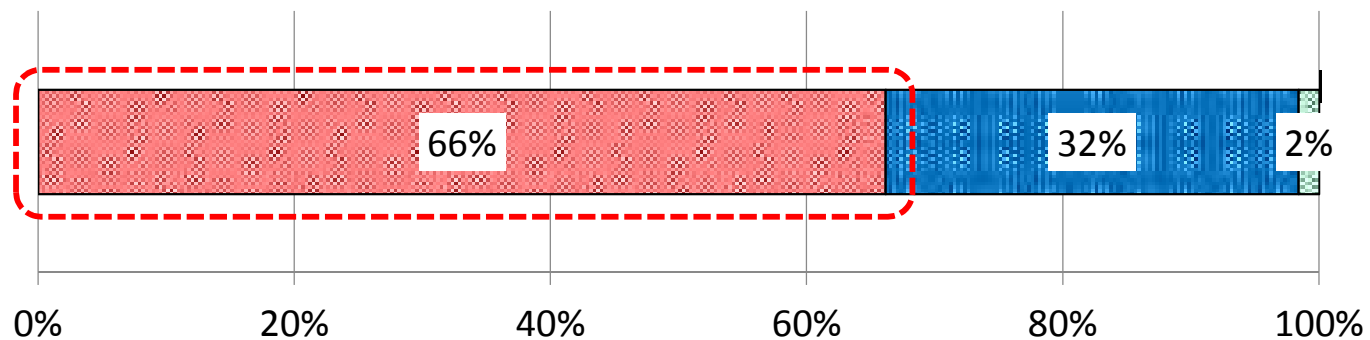
○ うつ状態の患者のうち、50%以上で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、60%以上で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、90%以上の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

## <医師による指示の見直しの頻度 (n=183)>



- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

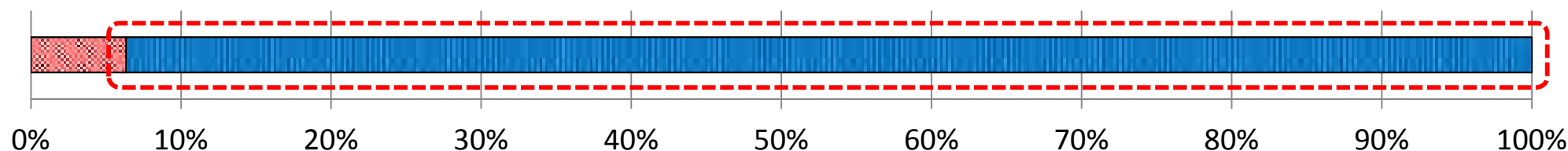
## <看護師による観察及び管理の頻度 (n=183)>



- 定時の観察のみで対応できる (している)
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

## <過去1ヶ月の急性増悪の有無 (n=189)>

■ 急性増悪があった    ■ 急性増悪はなく、安定している

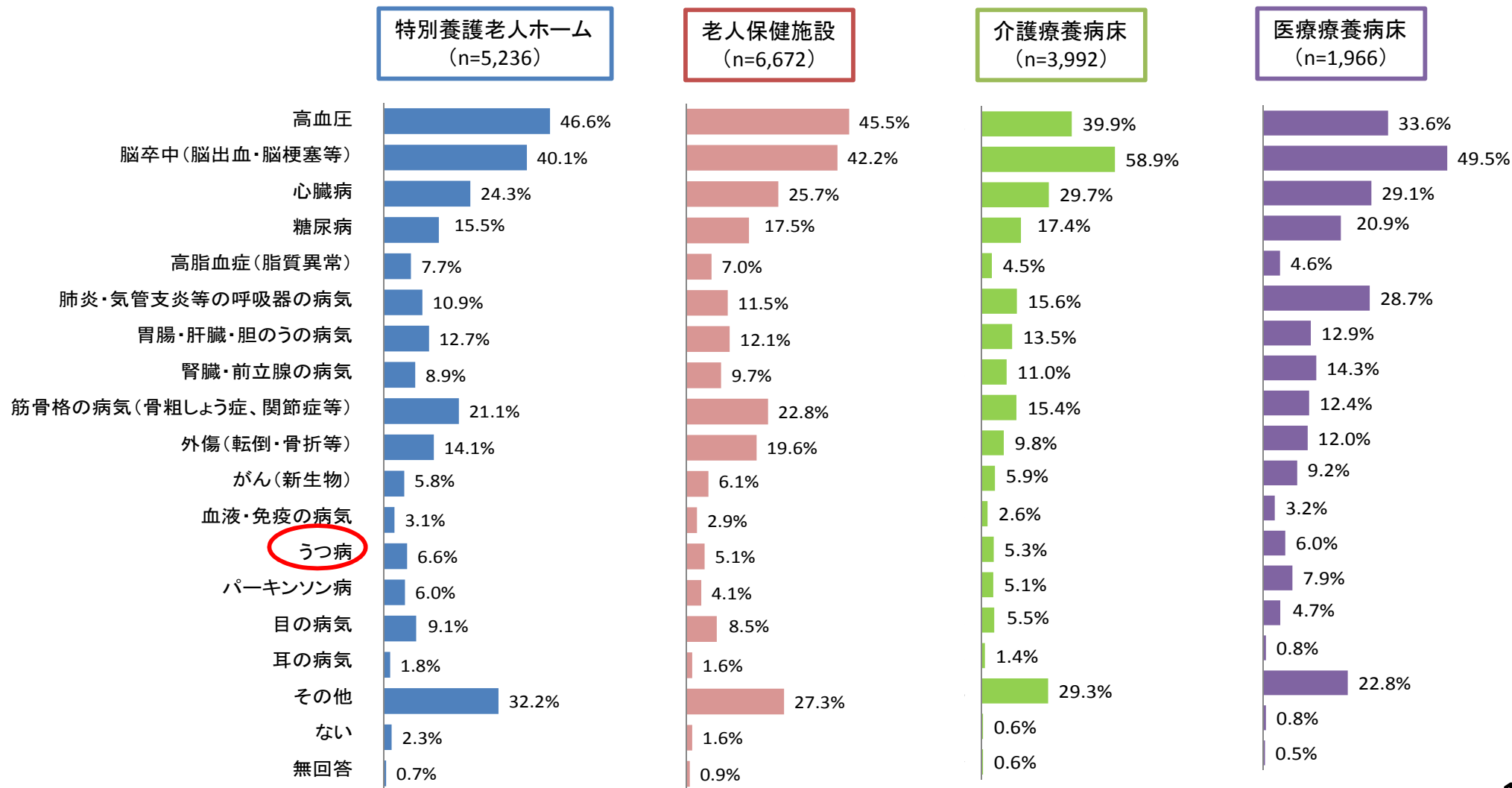




# 医療療養病床と介護保険施設における傷病

○ 介護療養型医療施設をはじめ特別養護老人ホームや老人保健施設においても医療療養病床と同程度にうつ病の受け入れを行っていた。

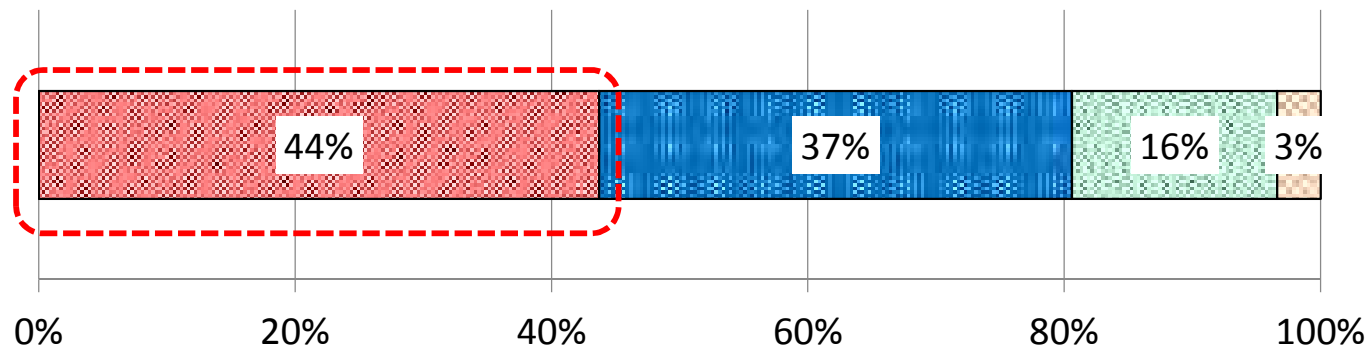
## <有している傷病(複数回答)>



# 頻回の血糖検査を実施している患者の患者像

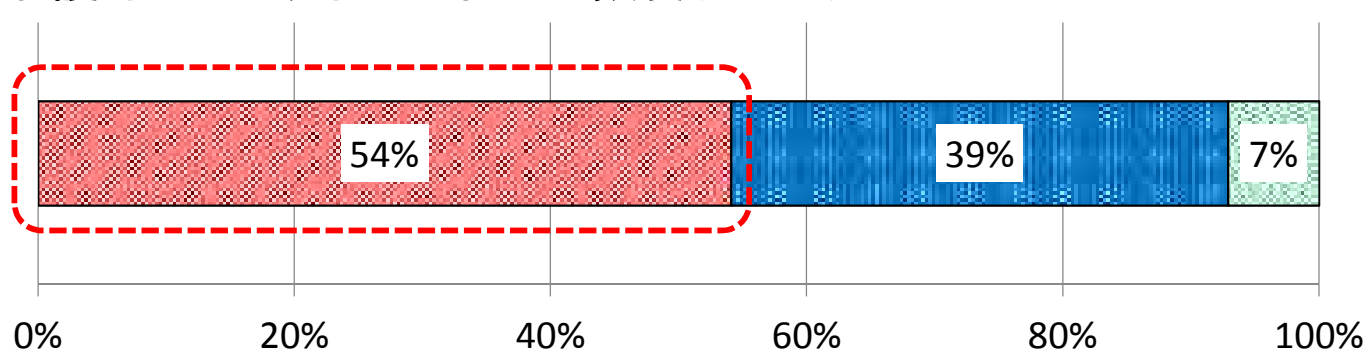
○ 頻回の血糖検査に該当する患者のうち、40%以上で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、50%以上で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、約85%の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

## <医師による指示の見直しの頻度 (n=268)>



- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

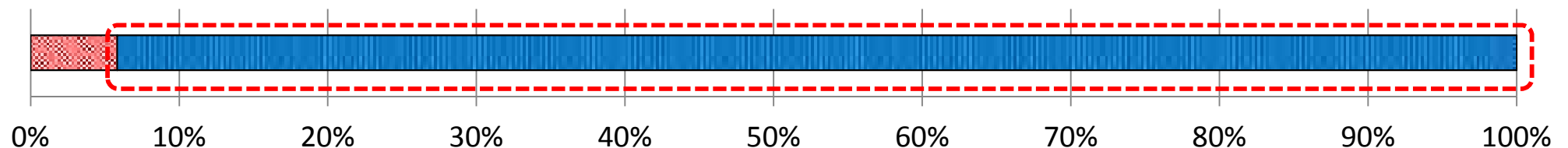
## <看護師による観察及び管理の頻度 (n=268)>



- 定時の観察のみで対応できる (している)
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

## <過去1ヶ月の急性増悪の有無 (n=275)>

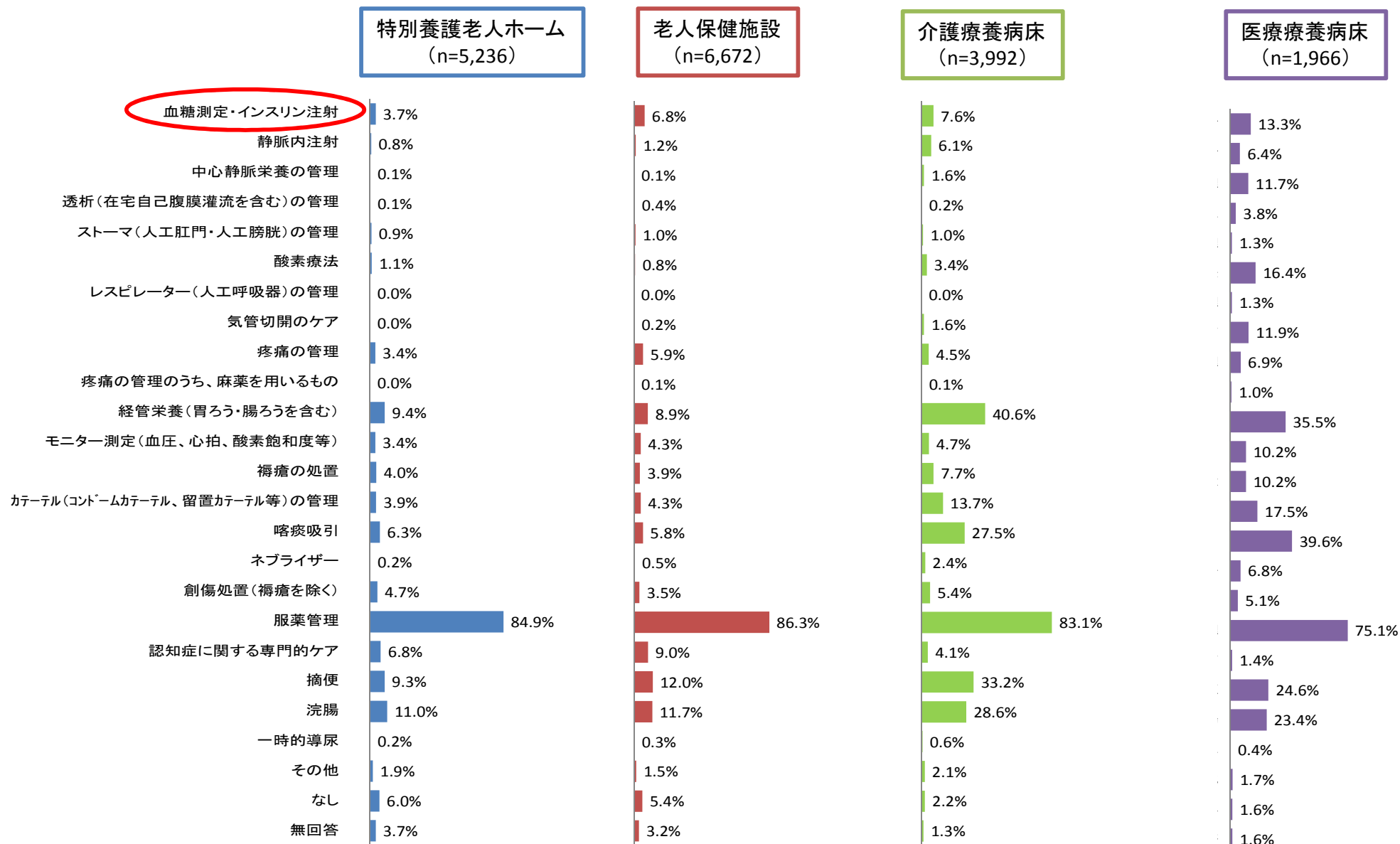
■ 急性増悪があった    ■ 急性増悪はなく、安定している



# 医療療養病床と介護保険施設における処置の実施

○ 介護療養型医療施設をはじめ特別養護老人ホームや老人保健施設においても一定程度血糖測定・インスリン注射を行っていた。

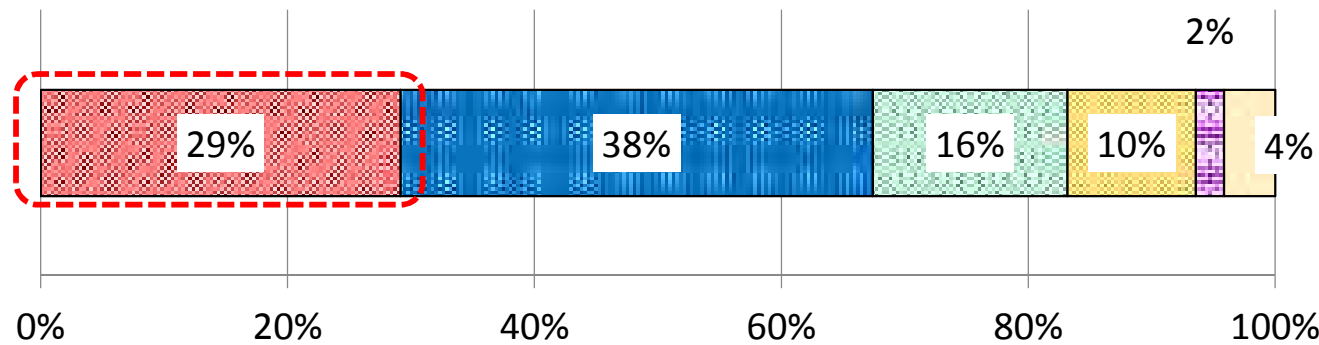
<現在受けている治療(複数回答)>



# 酸素療法を実施している患者の患者像

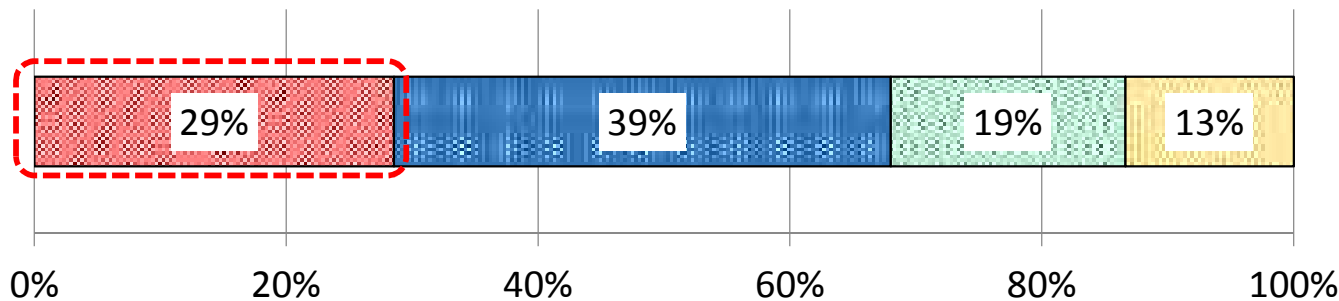
○ 酸素療法に該当する患者のうち、約30%で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、約30%で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、約75%の患者で過去1月に急性増悪は見られなかった。

## <医師による指示の見直しの頻度 (n=1,009)>



- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

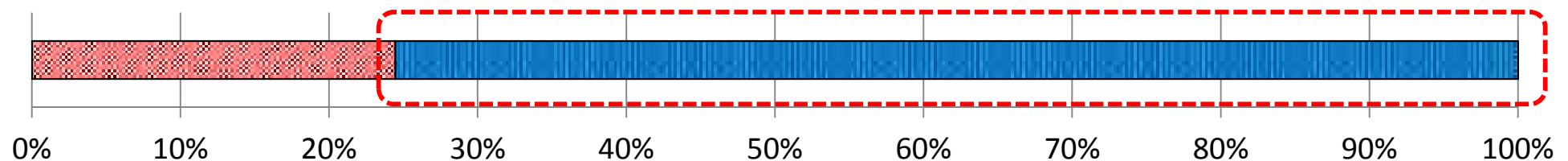
## <看護師による観察及び管理の頻度 (n=1,009)>



- 定時の観察のみで対応できる (している)
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

## <過去1ヶ月の急性増悪の有無 (n=1,014)>

■ 急性増悪があった      ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



# 診療報酬上の在宅酸素療法に関する基準

## <C103 在宅酸素療法指導管理料>

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 | 1,300点 |
| 2 その他の場合          | 2,500点 |

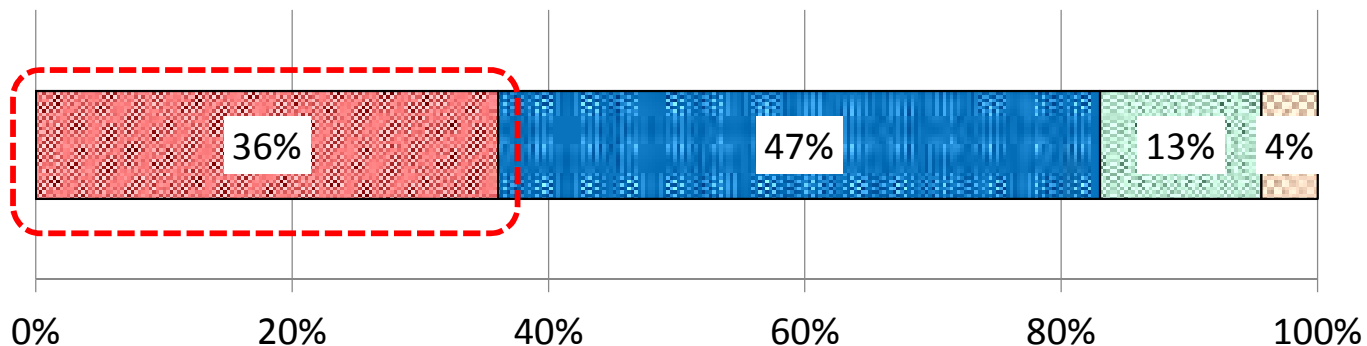
「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例

※動脈血酸素分圧55mmHg＝動脈血酸素飽和度88%  
動脈血酸素分圧60mmHg＝動脈血酸素飽和度90%

# 褥瘡（皮膚層の喪失又は複数箇所）に該当する患者の患者像

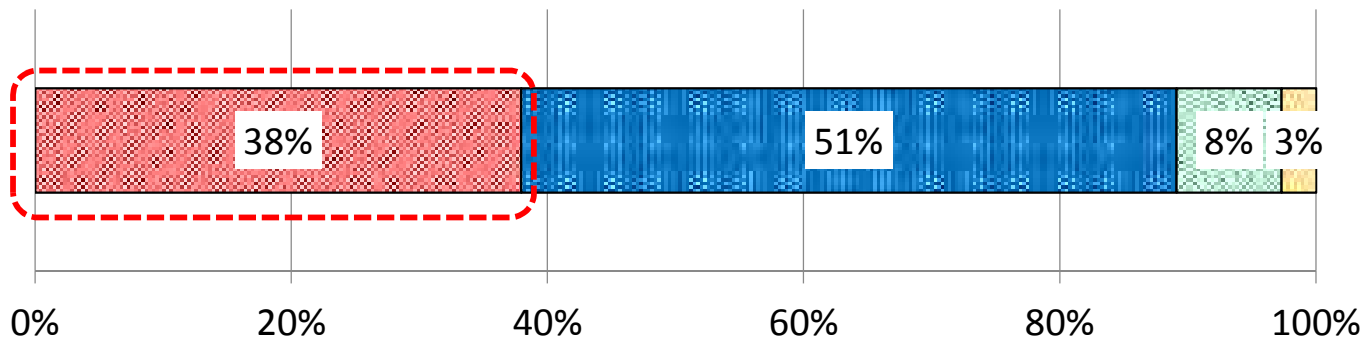
○ 褥瘡に該当する患者のうち、約40%で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、約40%で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、90%以上の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

## <医師による指示の見直しの頻度 (n=183)>



- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

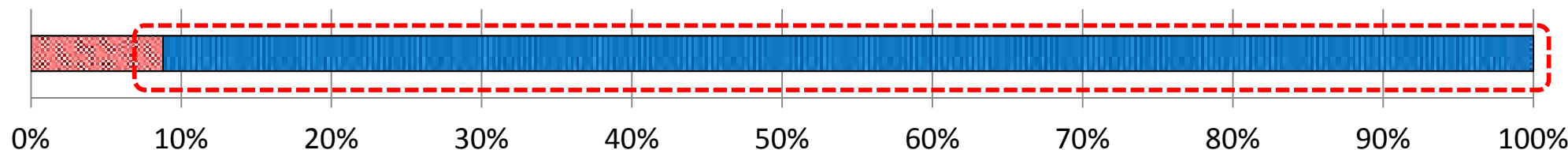
## <看護師による観察及び管理の頻度 (n=182)>



- 定時の観察のみで対応できる（している）
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

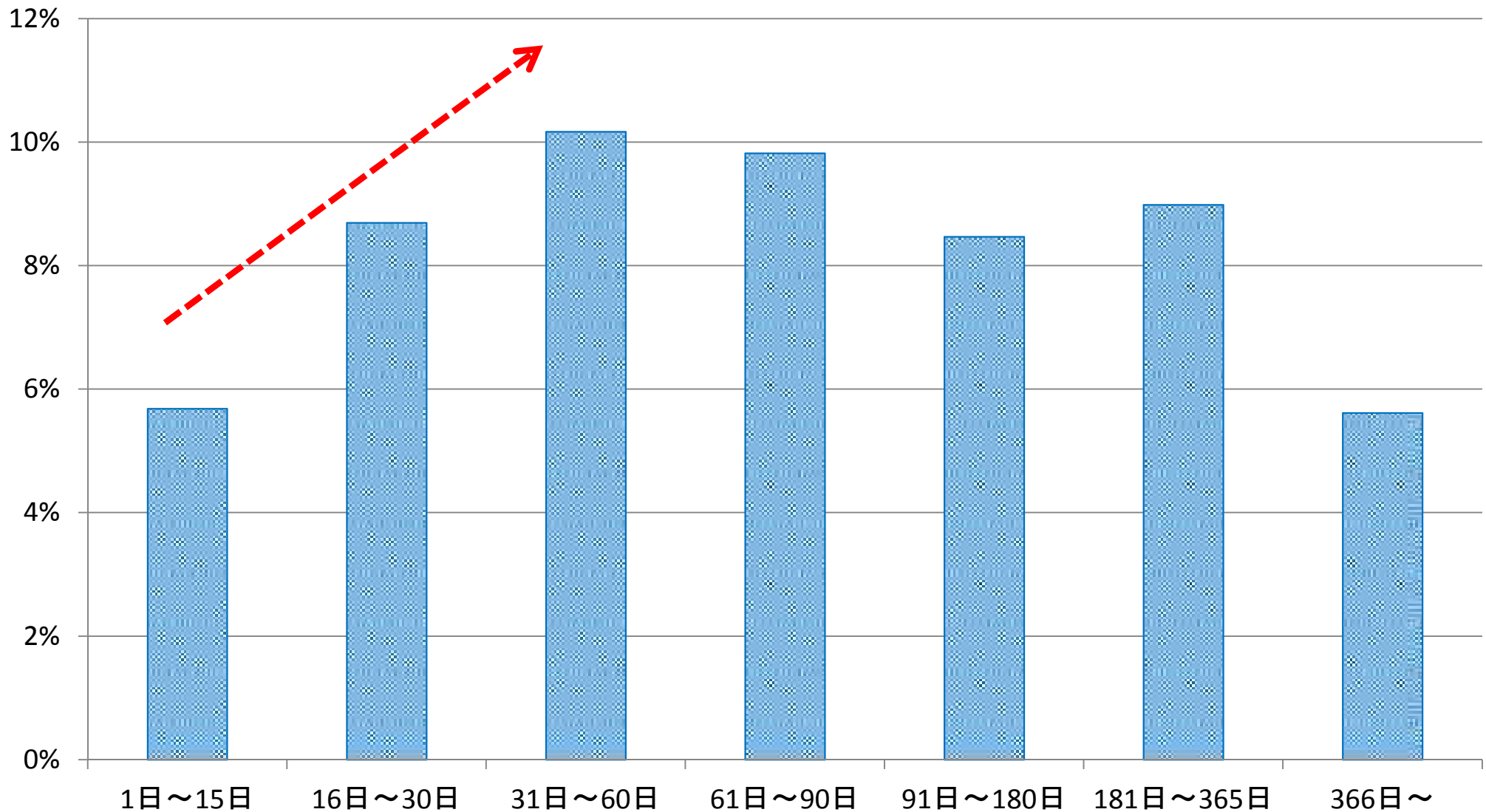
## <過去1ヶ月の急性増悪の有無 (n=182)>

■ 急性増悪があった    ■ 急性増悪はなく、安定している



## 入棟期間ごとの褥瘡に該当する患者の割合

- 入棟期間60日まで入棟期間が長くなると共に、入院患者に占める褥瘡(皮膚層の喪失又は複数箇所)の割合が増加していた。



# 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年5月23日成立)

## 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、難病の患者に対する医療費助成(注)に関して、法定化によりその費用に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措置を講ずる。

(注)これまでは法律に基づかない予算事業(特定疾患治療研究事業)として実施していた。

## 概要

### (1) 基本方針の策定

- 厚生労働大臣は、難病に係る医療その他難病に関する施策の総合的な推進のための基本的な方針を策定。

### (2) 難病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立

- 都道府県知事は、申請に基づき、医療費助成の対象難病(指定難病)の患者に対して、医療費を支給。
- 指定難病に係る医療を実施する医療機関を、都道府県知事が指定。
- 支給認定の申請に添付する診断書は、指定医が作成。
- 都道府県は、申請があった場合に支給認定をしないときは、指定難病審査会に審査を求めなければならない。
- 医療費の支給に要する費用は都道府県が支払い、国は、その2分の1を負担。

### (3) 難病の医療に関する調査及び研究の推進

- 国は、難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進。

### (4) 療養生活環境整備事業の実施

- 都道府県は、難病相談支援センターの設置や訪問看護の拡充実施等、療養生活環境整備事業を実施できる。

## 施行期日

平成27年1月1日

※児童福祉法の一部を改正する法律(小児慢性特定疾病の患児に対する医療費助成の法定化)と同日



# 難病の新たな医療費助成制度について

## ○ 医療費助成の対象疾病の拡大

### ○ 対象疾病

- 難病:56疾病 → 306疾病(平成27年7月から)

### ○ 受給者数

- 難病:約78万人(平成23年度) → 約150万人(平成27年度)(試算 ※)

※ 平成25年12月時点の試算。

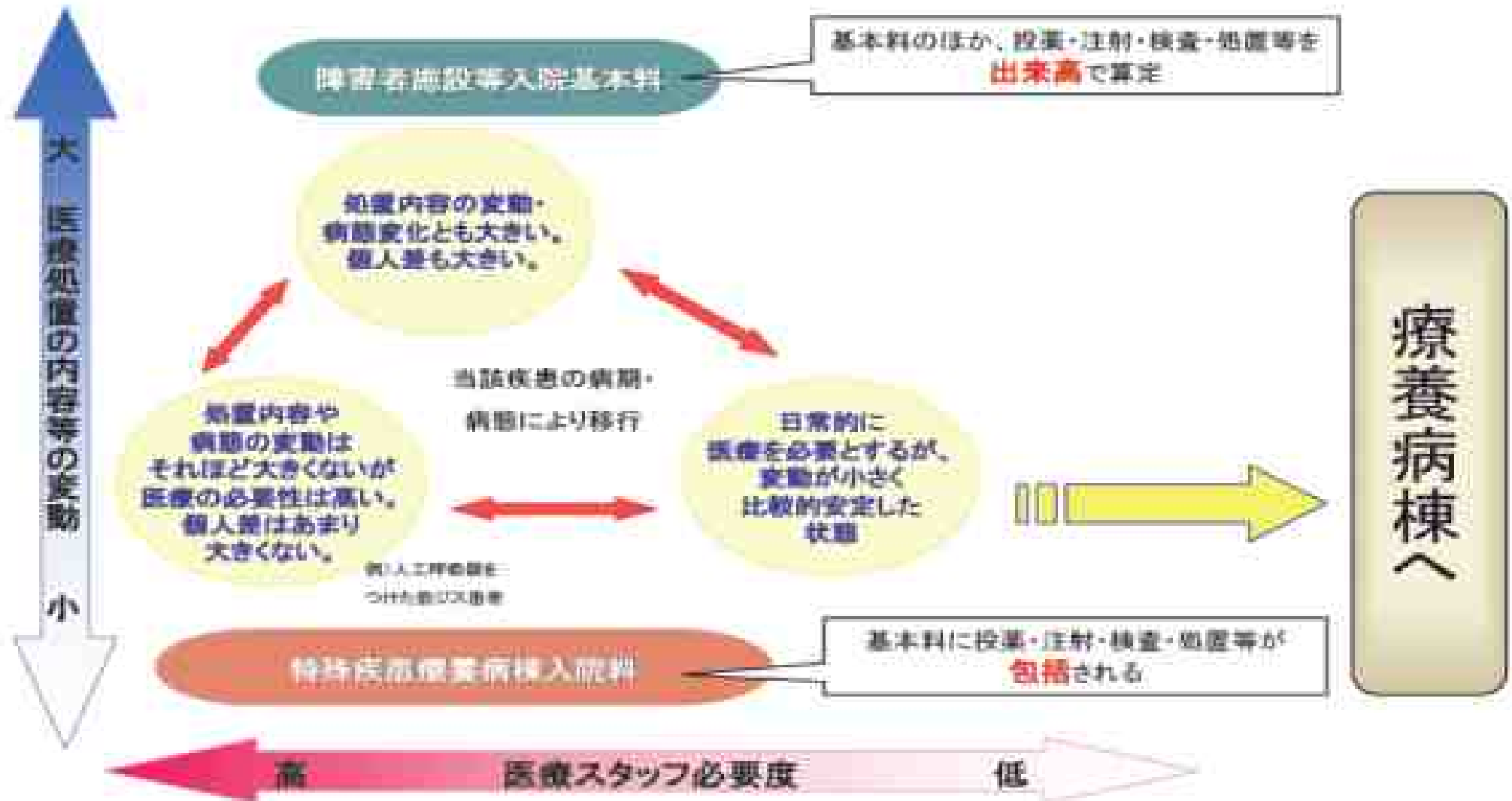
## 医療区分の評価項目に関するまとめ(案)

- 「うつ状態」「頻回の血糖検査」の患者は、医療区分2の中では、医師による指示の見直しがほとんど必要ない者や看護師による定時の観察のみで対応できる者の割合が高く、介護保険施設で一定程度受入が行われていた。「酸素療法」は、患者の状態によっては在宅でも実施できる治療法であり、医療区分3の中では看護師による定時の観察のみで対応できる患者の割合が高かった。こうした基準に該当する患者の必要とする医療の密度は極めて多様であると考えられることから、密度の高い治療を要するかどうか等に基づいて、更にきめ細かな評価を行うことで、より適正な評価が可能になると考えられる。
- 「褥瘡」の患者は、入院期間が長期に及ぶ患者により多くみられた。現在は、入院期間中に新たに生じた褥瘡についても基準に含まれているが、近年の標準的なケアの質からみれば、入院期間中に新たに生じた褥瘡については、医療区分2として高く評価することは妥当でないと考えられる。
- 「難病の患者に対する医療等に関する法律」の施行に伴い医療費助成の対象となる難病が56疾病から306疾病に増加した。医療費助成の対象となる難病については、これまで医療区分2として評価されていたことから、新たに指定された難病の取り扱いについても定めていく必要がある。
- なお、医療区分1のうち、より重症な患者の評価の在り方などを含め、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。

## 6. 慢性期入院医療について

### (4) 脳卒中患者に関する 慢性期医療の適切な評価について

# 障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



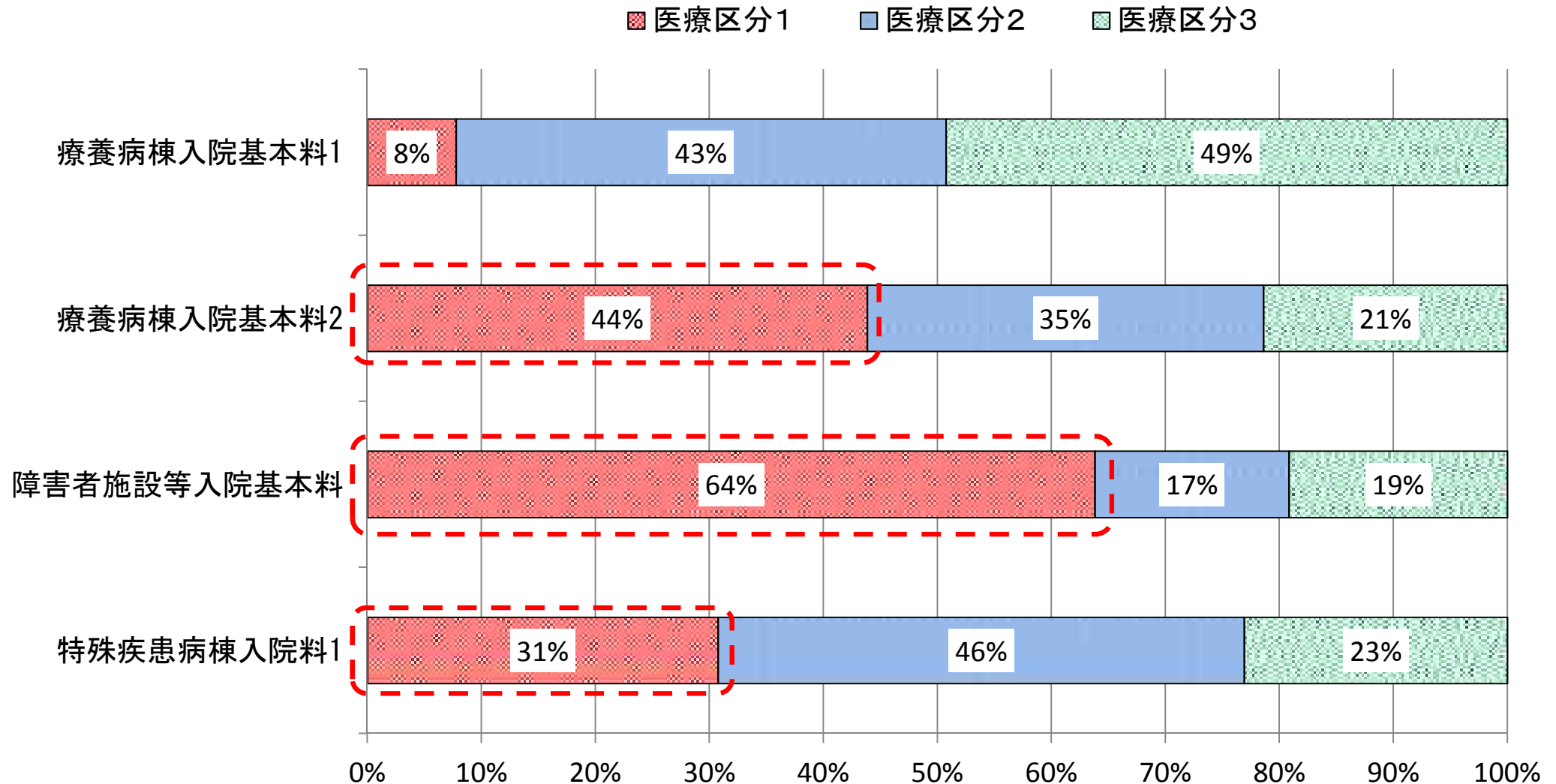
# 各病棟における患者の状態の比較～主病名～

- 療養病棟入院基本料、障害者病棟入院基本料、特殊疾患病棟入院料の届出を行っている病棟それぞれにおいて、脳血管疾患の患者は一定数入院していた。

	療養病棟 入院基本料1 (n=1,731)	療養病棟 入院基本料2 (n=781)	障害者施設等 入院基本料 (n=1,769)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=146)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=206)
神経系の疾患	16.3%	7.8%	43.1%	38.4%	30.6%
パーキンソン病	6.3%	3.6%	5.8%	14.4%	1.0%
アルツハイマー病	3.6%	1.4%	0.4%	2.7%	7.3%
てんかん	0.5%	0.6%	3.6%	0.7%	2.4%
脳性麻痺及びその他の麻痺 性症候群	0.7%	0.3%	22.3%	10.3%	17.0%
自律神経系の障害	0.7%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%
その他の神経系の疾患	4.5%	1.9%	10.2%	10.3%	2.9%
脳血管疾患	26.7%	23.9%	10.8%	17.8%	1.0%
くも膜下出血	2.2%	1.3%	1.2%	1.4%	0.5%
脳内出血	6.7%	5.2%	2.5%	0.7%	0.0%
脳梗塞	16.1%	16.3%	5.3%	8.9%	0.0%
脳動脈硬化(症)	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
その他の脳血管疾患	1.7%	1.2%	1.6%	6.8%	0.5%

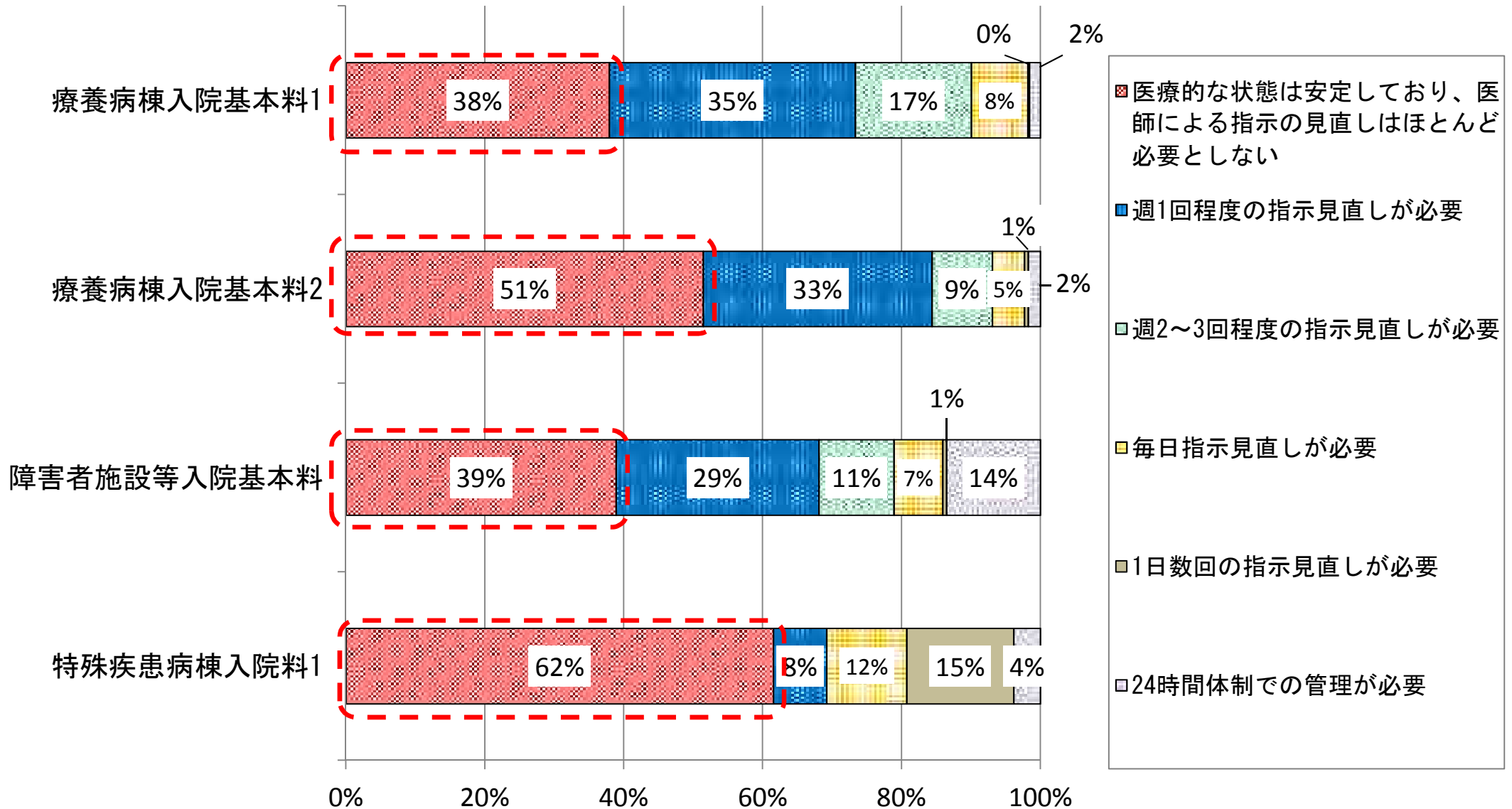
# 脳卒中※患者の医療区分

- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院基本料2の病棟では約40%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では60%以上、特殊疾患病棟入院料の病棟では約30%であった。



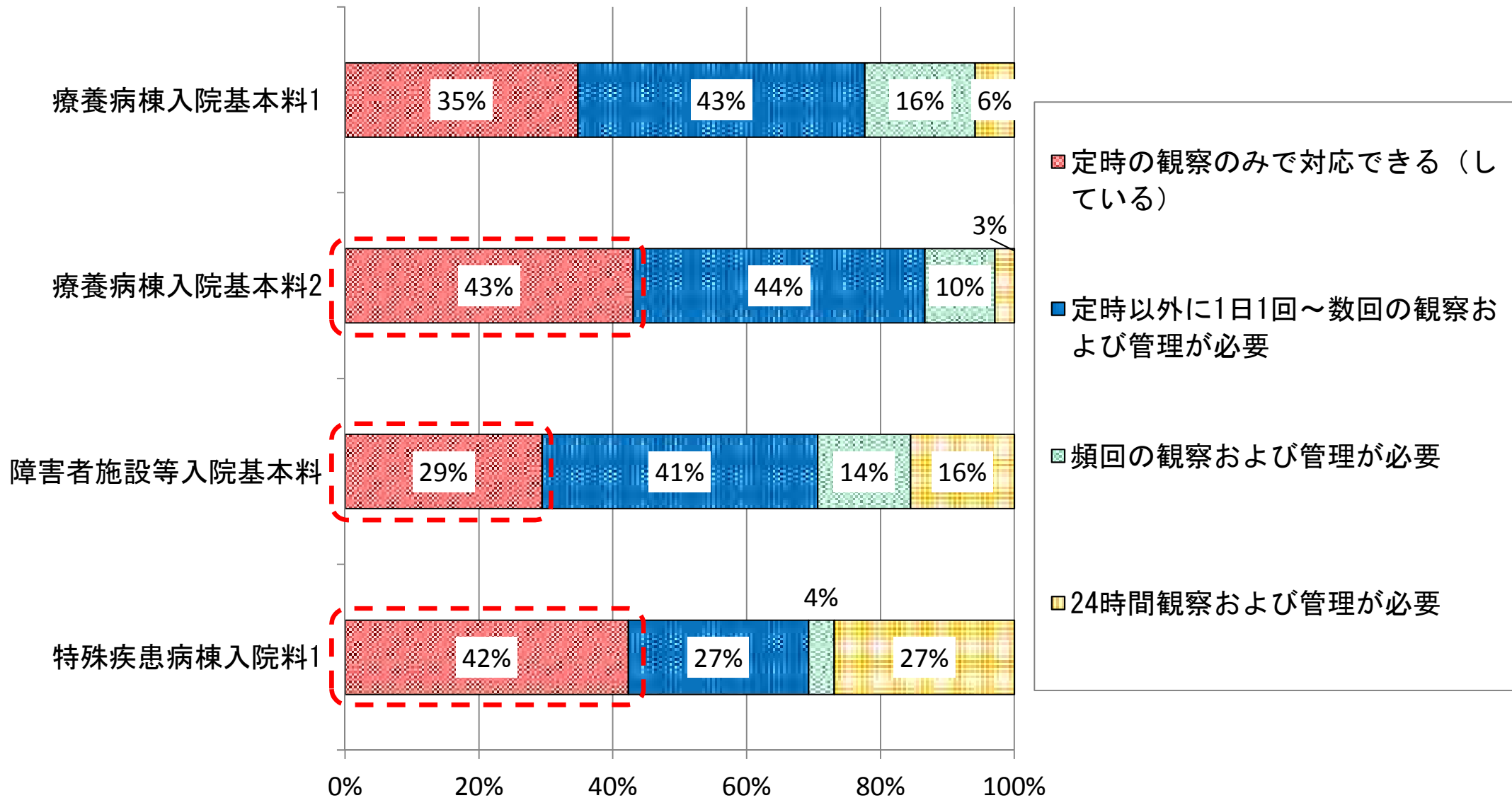
# 脳卒中※患者の「医師による指示の見直し」の頻度

○ 医師による指示の見直しをほとんど必要としない患者の比率は療養病棟入院基本料の病棟では約40～50%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では約40%、特殊疾患病棟入院料の病棟では60%以上であった。



# 脳卒中※患者の「看護師による観察及び管理」の頻度

○ 看護師による定時の観察のみで対応できる患者の比率は療養病棟入院基本料の病棟では約30～40%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では約30%、特殊疾患病棟入院料の病棟では約40%であった。

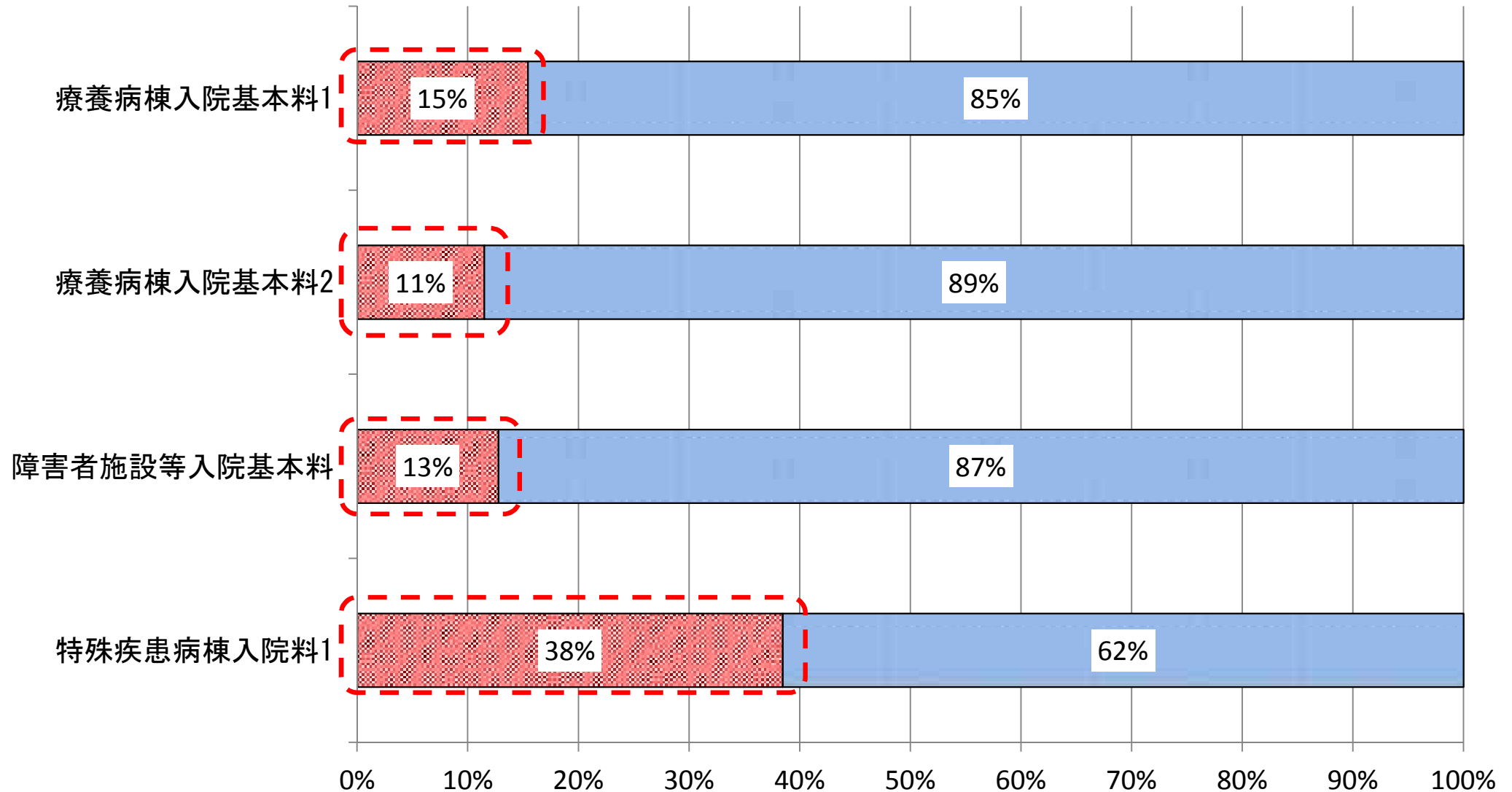




# 脳卒中※患者の急性増悪

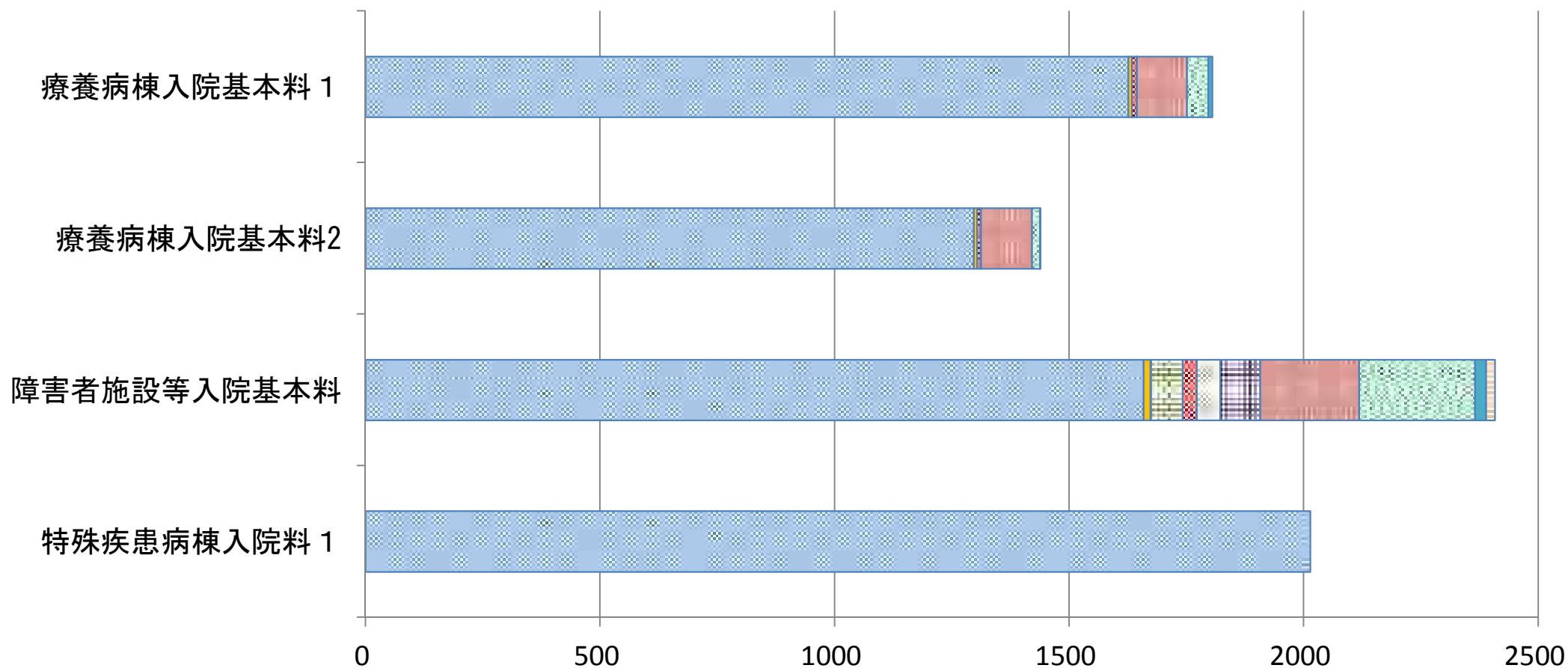
○ 過去1ヶ月に急性増悪があった脳卒中患者の割合は障害者施設等入院基本料の届出病棟と療養病棟入院基本料の届出病棟で同様であった。また、特殊疾患病棟入院料1の届出病棟では急性増悪の割合が多く見られた。

■ 急性増悪があった    ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



# 脳卒中患者の入院料ごとの一日平均単価

<1日当たりのレセプト請求点数(点数/日数)>



一日当たり点数

## 脳卒中患者に対する慢性期医療の適切な評価に関するまとめ(案)

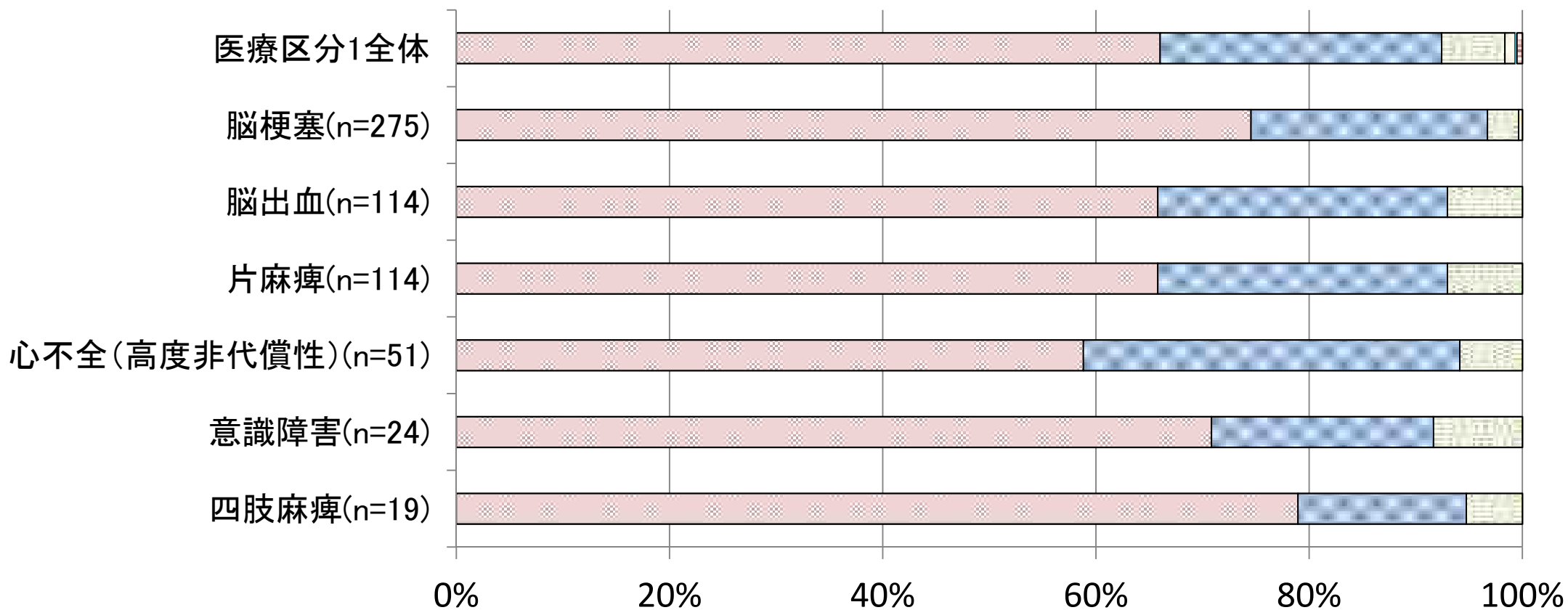
- 障害者施設等入院基本料においては、処置の内容や病態の変動が大きい患者の受入を想定して、処置等を出来高で算定できるとされている。また、特殊疾患病棟入院料等についても、療養病棟と比べて医療の必要性が高い患者の受入を前提とした評価とされている。
- 障害者施設等入院料及び特殊疾患病棟入院料等において、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している患者が一定程度入院していた。
- これらの病棟に入院している脳卒中患者について、医療区分の内訳、医師の指示の見直しの頻度、看護師の観察及び管理の頻度等は療養病棟に入院している患者と概ね同等であった。他方、これらの病棟に入院している脳卒中患者の1日当たりレセプト請求点数は、療養病棟と比較して高額になっていた。
- 障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについては課題がある。また、当面の間引き続きこれらの病棟への入院が必要であるとしても、同一の状態にある患者について、病棟間で報酬の評価方法等が大きく異なっていることについては、課題があると考えられる。なお、これらの病棟に入院する脳卒中患者の中には、医師による指示の見直しの頻度が高い患者が存在することなどから、患者毎の状態にも留意すべきとの意見があった。

## <慢性期入院医療に関する宿題事項>

- 医療区分2・3以外は医療区分1とされている中で、医療区分1の中に重篤な患者が隠れている可能性もあるので、医療区分1の患者に提供されている医療の状況を示せないか。

# 疾患・状態別の医師による指示の見直しの頻度（医療区分1）

## ＜医師による指示の見直しの頻度＞



■ 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直し

■ 週1回程度の指示見直しが必要

■ 週2～3回程度の指示見直しが必要

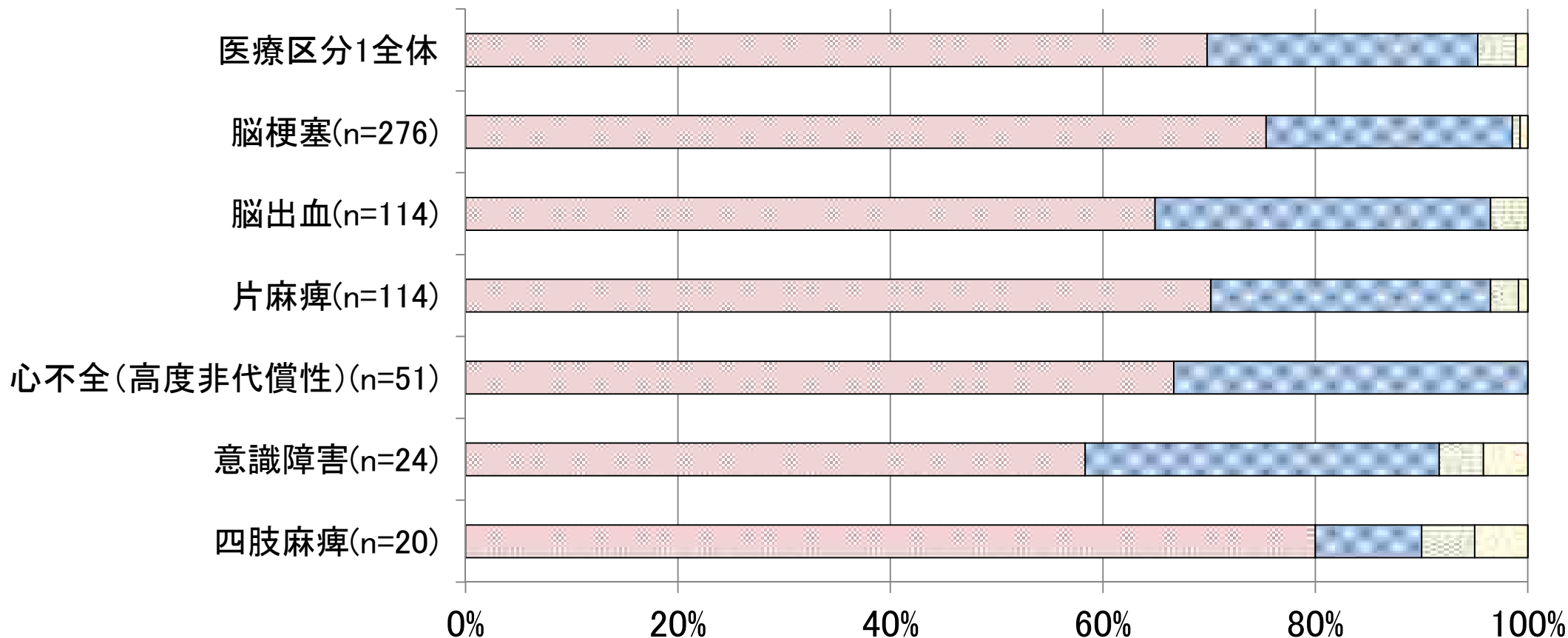
■ 毎日指示見直しが必要

■ 1日数回の指示見直しが必要

■ 24時間体制での管理が必要

# 疾患・状態別の看護師による観察及び管理の頻度（医療区分1）

＜看護師による観察及び管理の頻度＞



- 定時の観察のみで対応できる(している)
- 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

# 中間とりまとめの構成(案)

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
  - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
  - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
  - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 総合入院体制加算について
5. 地域包括ケア病棟入院料について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
8. 慢性期入院医療について
  - 8-1. 在宅復帰機能強化加算について
  - 8-2. 療養病棟入院基本料2について
  - 8-3. 医療区分の評価項目について
  - 8-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
9. その他
  - 9-1. 退院支援に係る取組について
  - 9-2. 入院中の他医療機関の受診について