

(平成27年度第7回)
入院医療等の調査・評価分科会

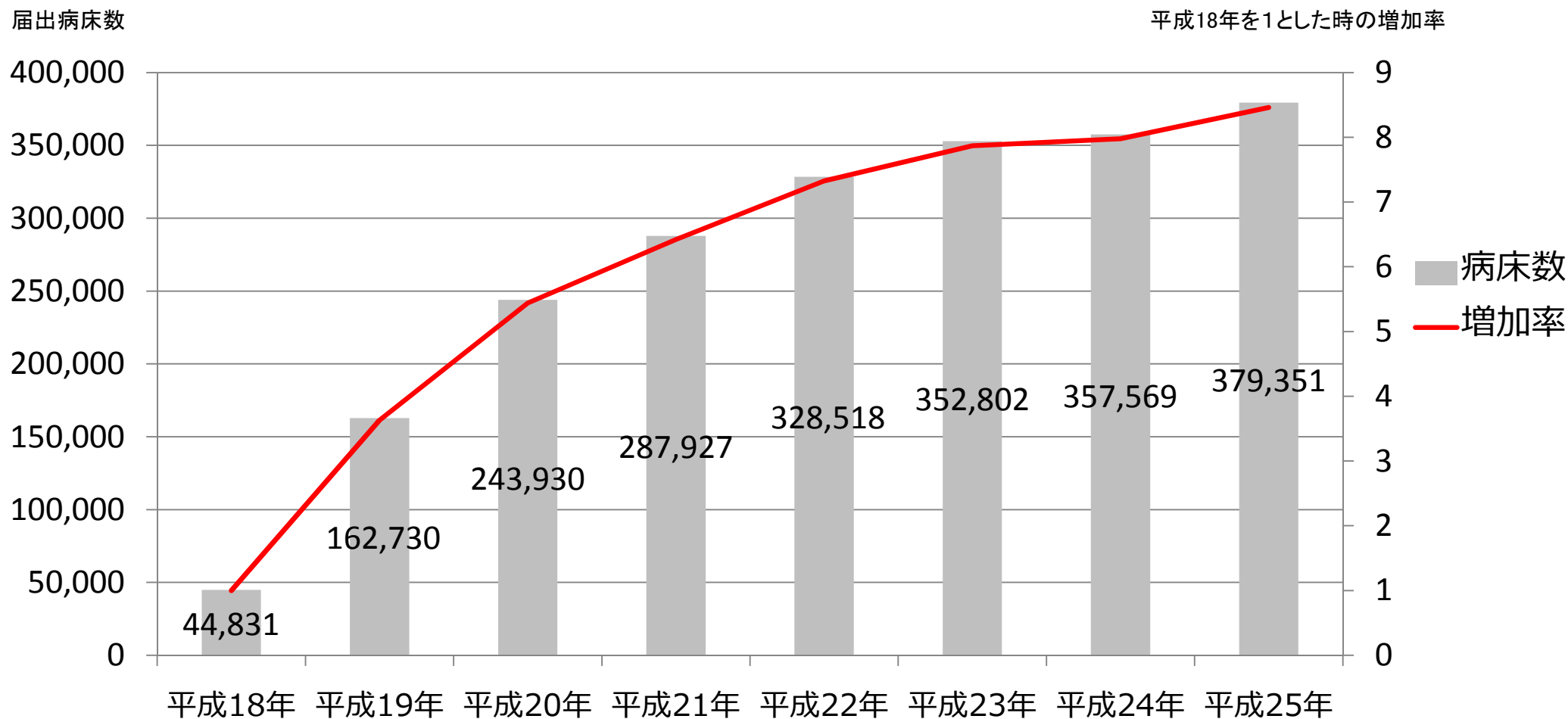
平成27年8月5日(水)

7対1入院基本料の算定病床の動向について

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

中医協 総 - 3
27 . 3 . 4

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

7対1入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年3月～10月間に7対1一般病棟入院基本料の届出病床は約14千床減少した。その後、平成27年4月までに約5.3千床の増加と約7.7千床の減少があり、全体では約2千床の減少となっている。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出が増加している。

【7対1病床数の動向】

(千床)

		平成26年3月	平成26年10月	平成27年4月
7対1一般病棟 入院基本料	施設数	約1,700施設	約1,550施設	約1,530施設
	病床数	380.4	366.2	363.9
	前回集計からの 増減数		▲14.2	▲2.3
		内訳	+13.4 ▲27.6	内訳 +5.3 ▲7.7

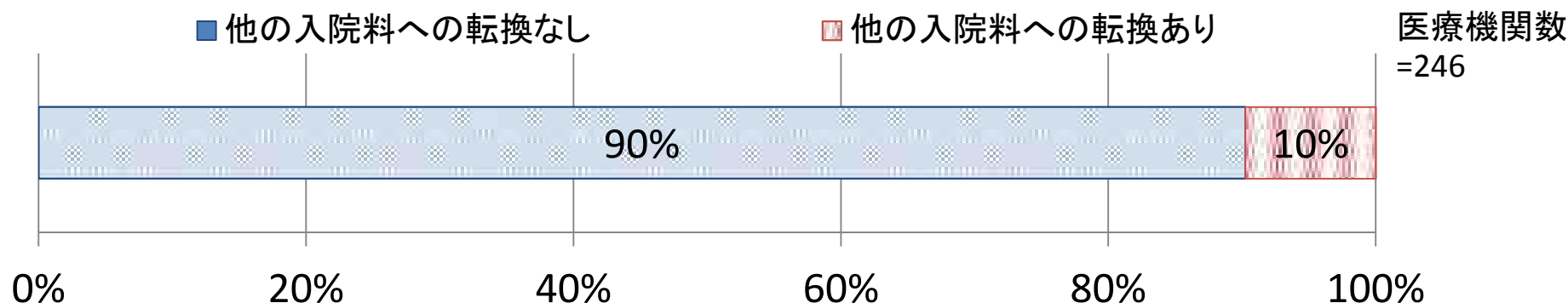
【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

	平成26年3月 (病床数;千床)	平成27年4月 (病床数;千床)	増加した 病床数(千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16.7	16.7	+約190か所
地域包括ケア病棟入院料1	0	8.8	8.8	+約200か所

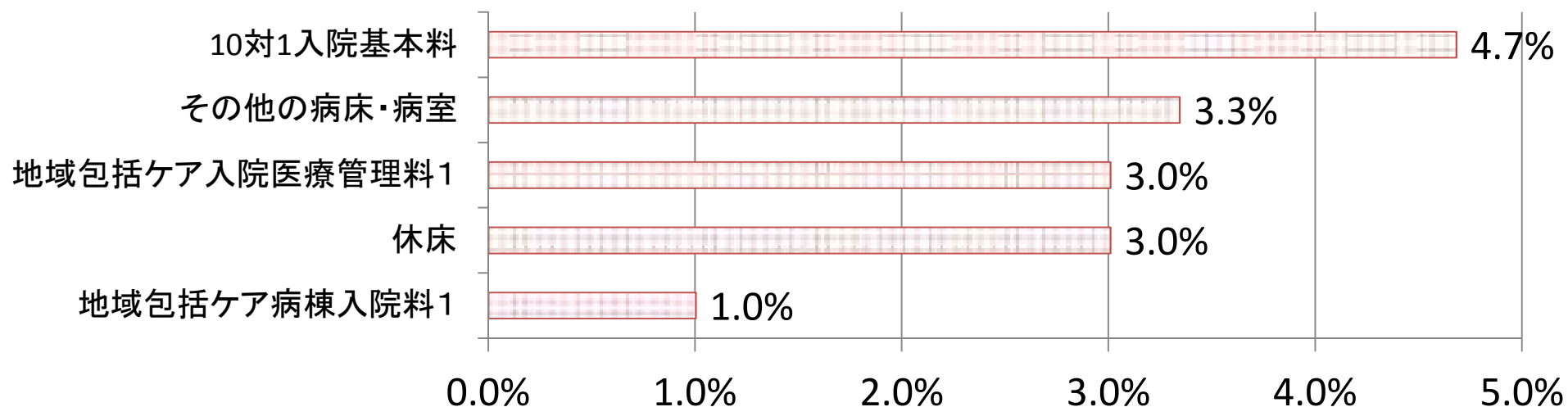
7対1入院基本料届出医療機関の動向

- 改定以前から7対1入院基本料を届け出ていた医療機関の多くは、改定後も7対1入院基本料を算定している。
- 7対1入院基本料から転換した病棟・病床の転換先としては、10対1入院基本料、地域包括ケア入院医療管理料1又は休床の割合が高い。

<7対1入院基本料届出医療機関の動向>



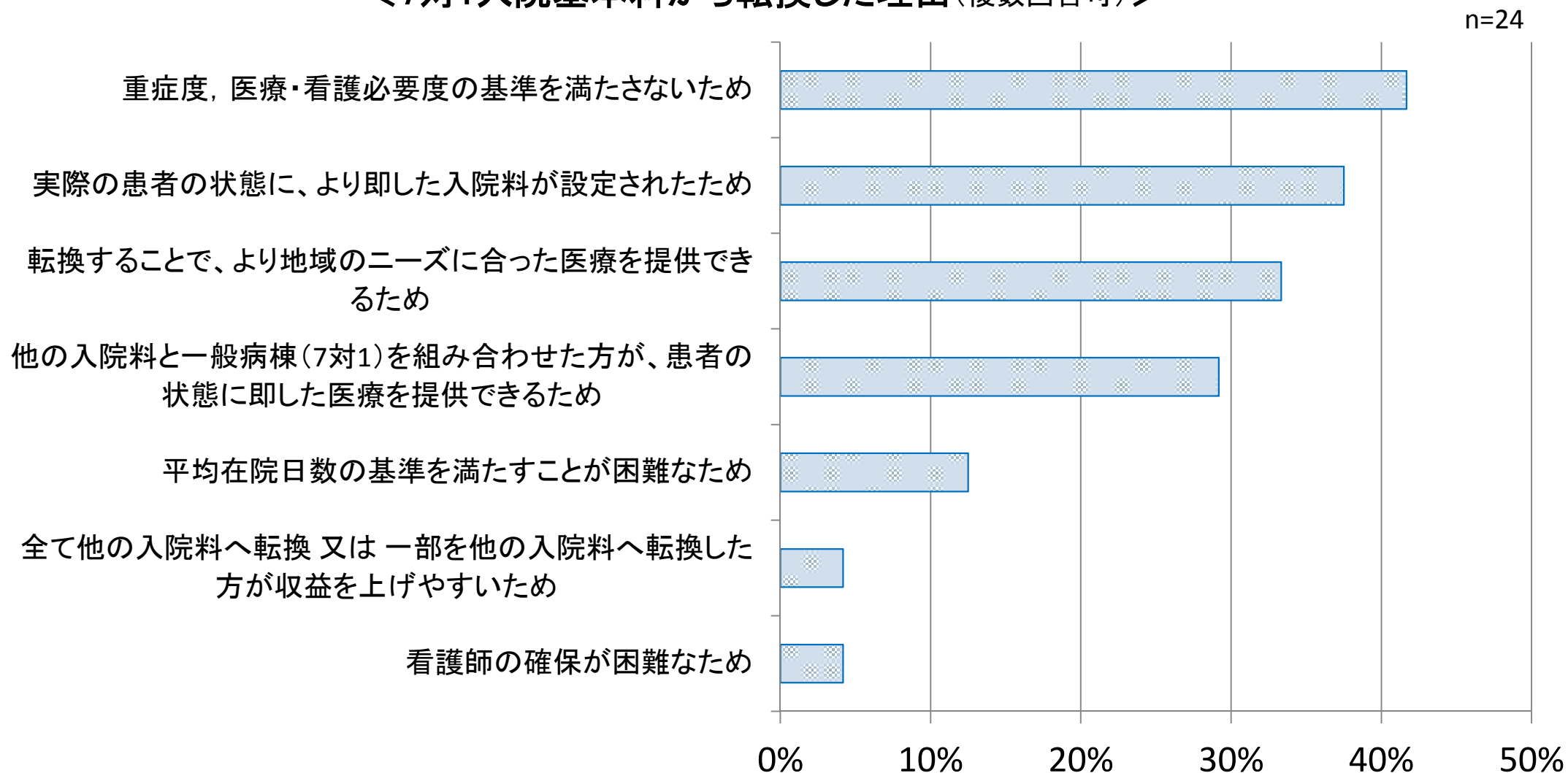
<7対1入院基本料からの転換先(複数回答可)>



7対1入院基本料から他の入院料への転換理由

- 7対1入院基本料から他の入院料へ転換した理由としては、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」の他、「実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため」や「より地域のニーズに合った医療を提供できるため」と回答した割合が多かった。

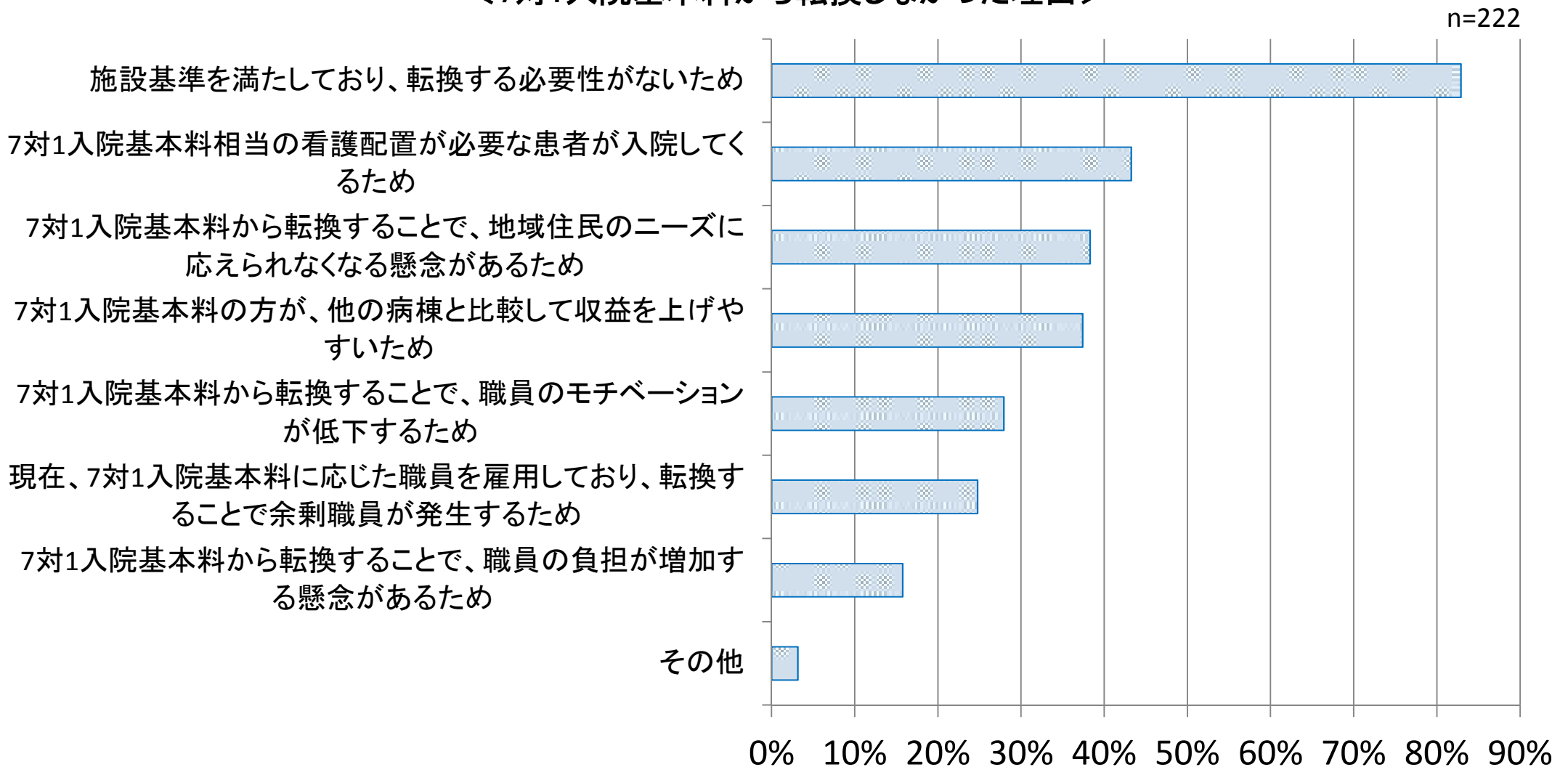
＜7対1入院基本料から転換した理由（複数回答可）＞



7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由

- 7対1入院基本料から転換しなかった理由としては、「必要な患者が入院してくるため」や「地域住民のニーズに応えられなくなる懸念があるため」よりも、「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」と回答した割合が多かった。

＜7対1入院基本料から転換しなかった理由＞



7対1入院基本料の算定病床の動向に関するまとめ(案)

- 平成26年度診療報酬改定では、急性期を担う病床の機能分化を図る観点から、7対1入院基本料については、特定除外制度の見直し、「重症度・看護必要度」の名称と内容の見直し、自宅等へ退院した患者の割合に関する基準の設定、短期滞在手術基本料3の対象手術の拡大等が行われた。
- 7対1入院基本料の届出病床数の動向について、診療報酬改定前の平成26年3月から、改定後の平成26年10月までの間には約1万4千床の減少がみられ、その後、平成27年4月までの期間では更に約2千床が減少した。また、7対1入院基本料からの転換先としては、10対1入院基本料、地域包括ケア入院医療管理料1の割合が高かった。
- 7対1入院基本料から他の入院料へ転換した理由としては「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」のほか、「実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため」等の回答が多くみられた。また、7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由としては「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」とする回答が最も多かった。

特定除外制度の見直しに伴う影響について

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

一般病棟における長期療養の適正化

➤ 7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

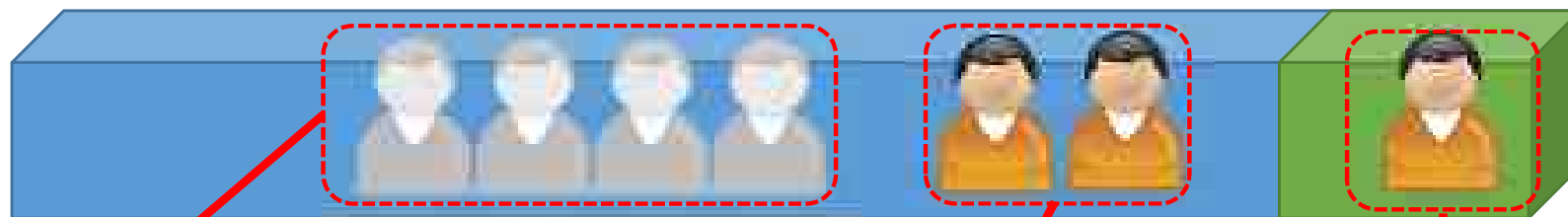
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

<上記の②を選択した場合の対応>

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

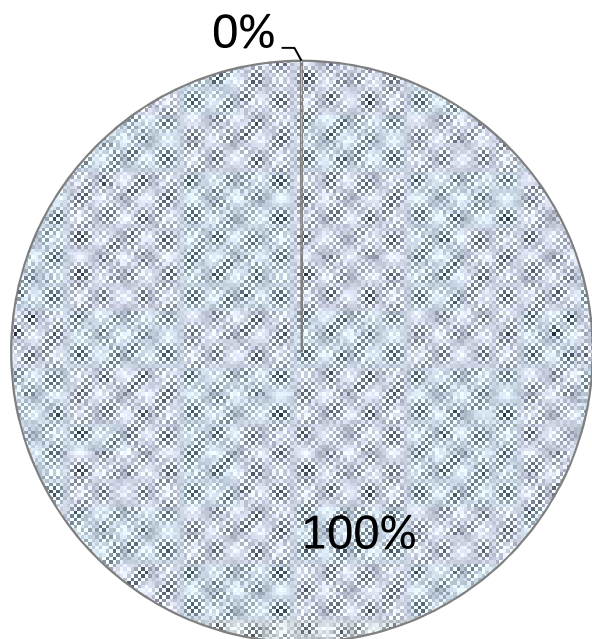
90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

90日を超えて入院している患者の診療報酬の算定状況

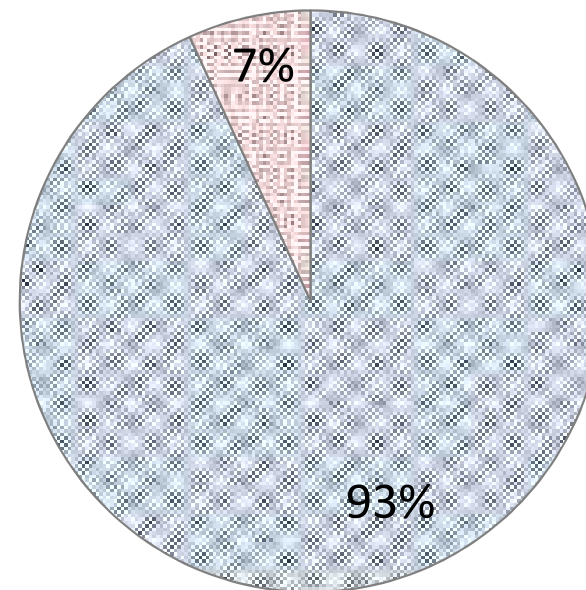
- 7対1・10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者のほとんどは、出来高での算定(平均在院日数の計算対象に含む)を選択している。

<7対1一般病棟入院基本料>



■ 出来高で算定 ■ 療養病棟と同等の報酬体系

<10対1一般病棟入院基本料>



■ 出来高で算定 ■ 療養病棟と同等の報酬体系

90日を超えて入院している患者の変化

<7対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	2.04人/50人	➔	1.74人/50人

<10対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	4.63人/50人	➔	3.77人/50人

<90日を超えて入院している患者の増加／減少した医療機関>



90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別：7対1一般病棟入院基本料)

特定除外項目	平成24年 6月1日 (50人あたり)	平成26年 11月5日 (50人あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.05人	0.00人	-0.05人/50人
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.00人	0.07人	+0.07人/50人
重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	0.09人	0.12人	+0.03人/50人
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.50人	0.11人	-0.39人/50人
観血的動脈圧測定を実施している状態	0.00人	0.00人	±0人/50人
リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	0.60人	0.49人	-0.11人/50人
ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	0.05人	0.00人	-0.05人/50人
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.17人	0.20人	+0.03人/50人
人工呼吸器を使用している状態	0.15人	0.09人	-0.06人/50人
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	0.08人	0.07人	-0.01人/50人
全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	0.05人	0.04人	-0.01人/50人



90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別：10対1一般病棟入院基本料)

特定除外項目	平成24年 6月1日 (50人あたり)	平成26年 11月5日 (50人あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.09人	0.00人	-0.09人/50人
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.09人	0.04人	-0.05人/50人
重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	0.29人	0.20人	-0.09人/50人
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.47人	0.11人	-0.36人/50人
観血的動脈圧測定を実施している状態	0.00人	0.00人	-0.00人/50人
リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	0.59人	0.71人	+0.12人/50人
ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	0.09人	0.00人	-0.09人/50人
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.18人	0.33人	+0.15人/50人
人工呼吸器を使用している状態	0.18人	0.14人	-0.04人/50人
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	1.06人	0.07人	-0.99人/50人
全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	0.00人	0.03人	+0.03人/50人



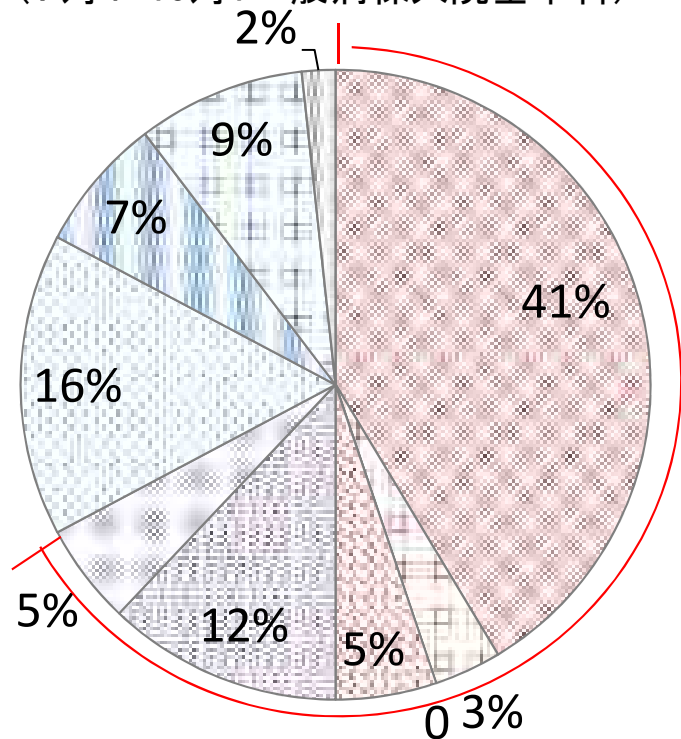
90日を超えて入院している患者の退棟状況について

○ 90日を超えて入院している患者の退棟先は、自宅が最も多い。また、自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。

○ なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

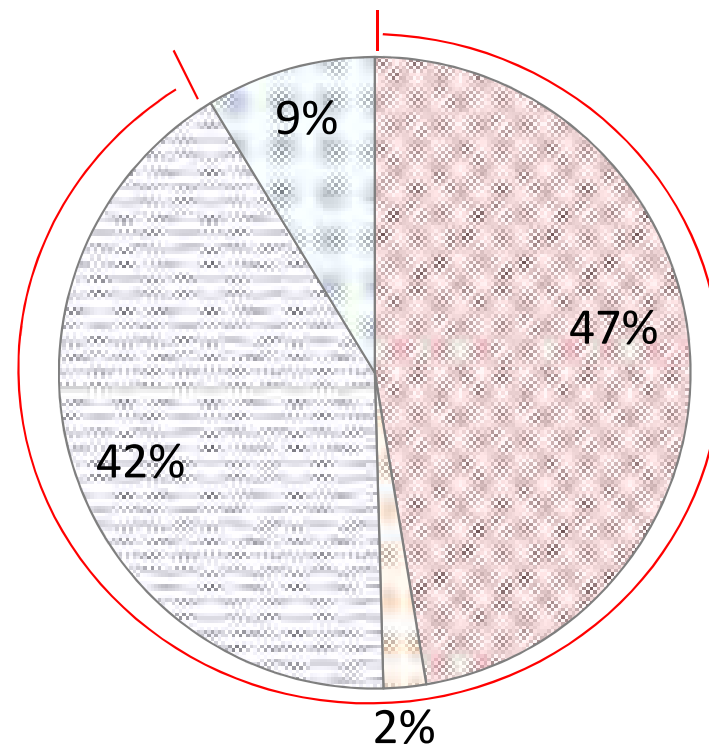
<90日を超え患者の退棟先>

(7対1・10対1一般病棟入院基本料)



- 自宅
- 自院の療養病床
- 他院の療養病床
- 自院の一般病床
- 他院の一般病床
- 自院の地域包括ケア・回りハ病床
- 他院の地域包括ケア・回りハ病床
- 介護施設等
- 自院のその他病床
- 他院のその他病床

<90日超え患者が減少した医療機関の退院支援>



- いずれも設置
- 地域連携室のみ設置
- 退院支援室のみ設置
- いずれも設置していない

特定除外制度の見直しに伴う影響に関するまとめ(案)

- 平成26年度診療報酬改定において、急性期入院医療を担う病床の機能の明確化等を図るため、7対1、10対1一般病棟における特定除外制度の見直しが行われた。
- 7対1、10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者について、平均在院日数の計算対象として出来高算定とするか、平均在院日数の計算対象から除いて療養病棟と同等の報酬体系とするか病棟ごとに選択することとされているが、ほとんどの病棟で、出来高での算定が選択されていた。
- 7対1、10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者は減少していると回答した医療機関は、増加していると回答した医療機関を大きく上回った。また、項目別にみた場合、「悪性新生物に対する治療を実施している状態」や「リハビリテーションを実施している状態」に該当する患者の減少がみられた。
- 90日を超えて入院している患者の退棟先は自宅が最も多かった。なお、こうした患者が減少した医療機関の多くでは退院支援室や地域連携室が設置されていた。

重症度、医療・看護必要度について

重症度、医療・看護必要度の導入の経緯

- 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

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)

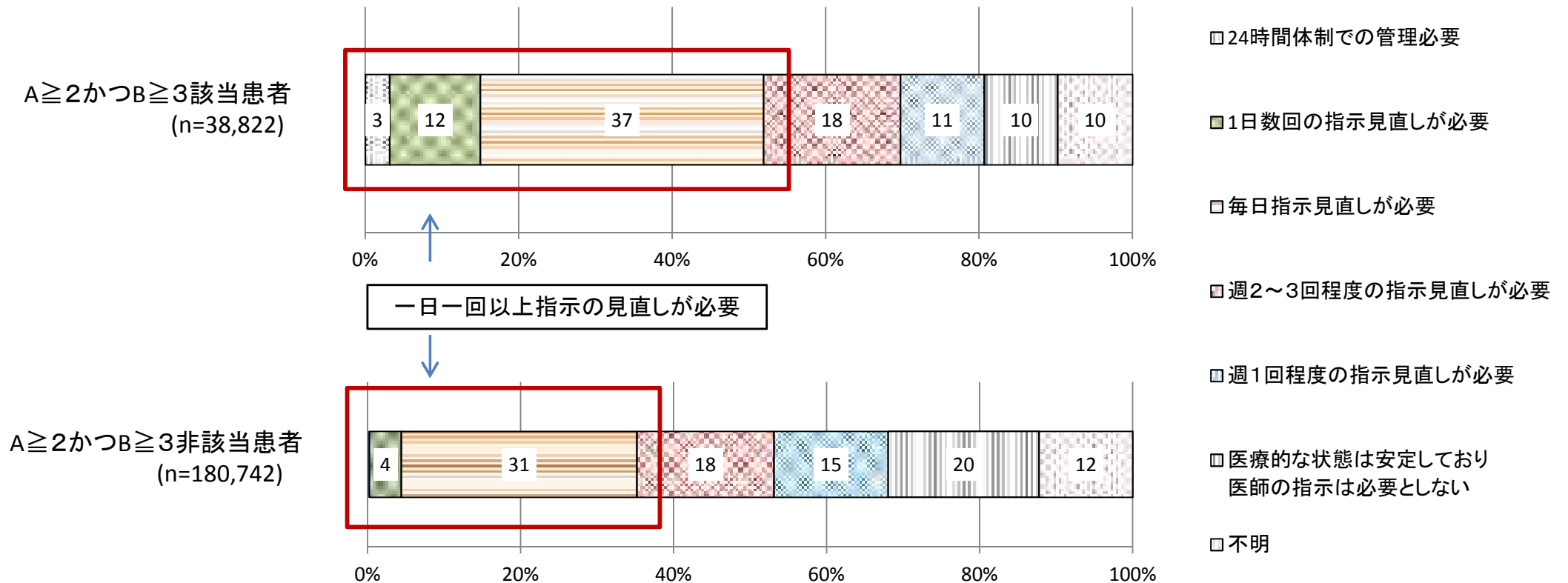
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

※ A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

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。

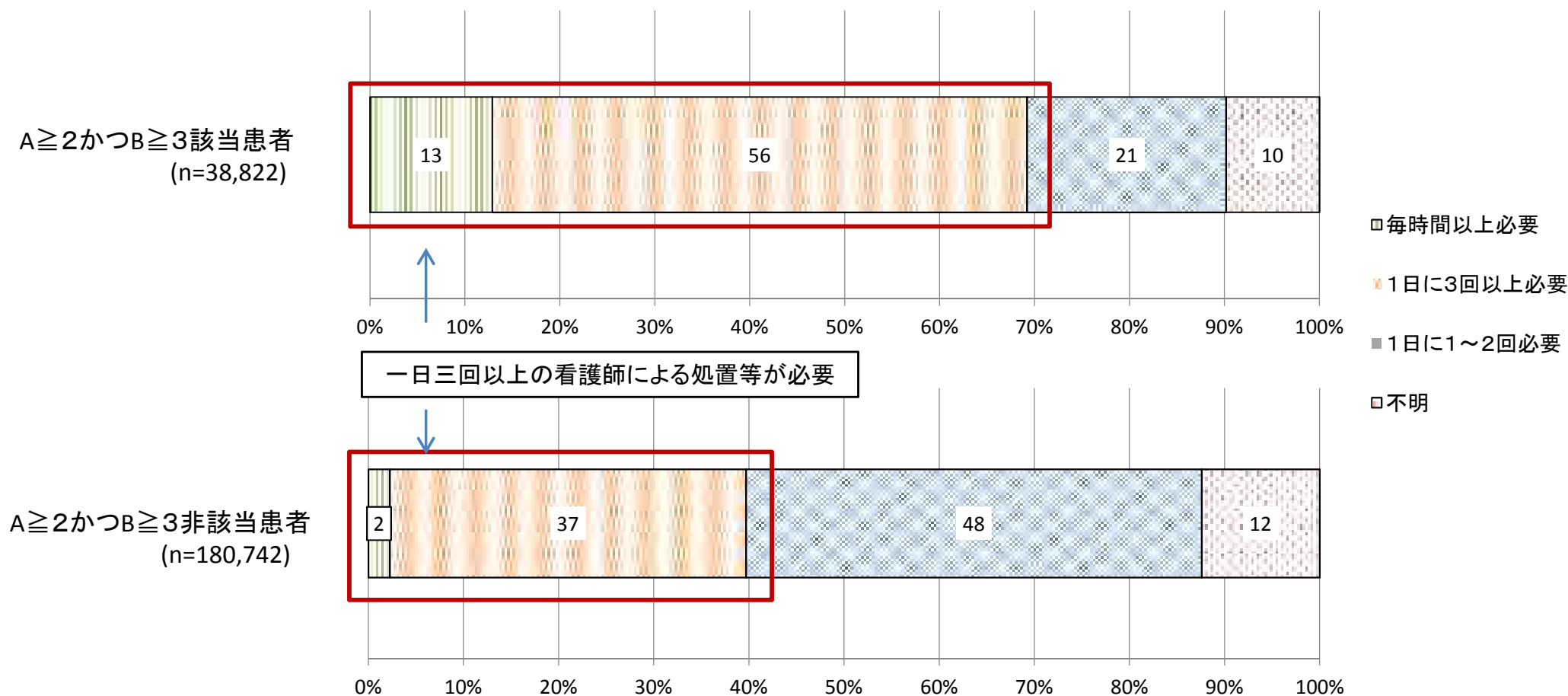
＜医師による指示の見直し頻度＞



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

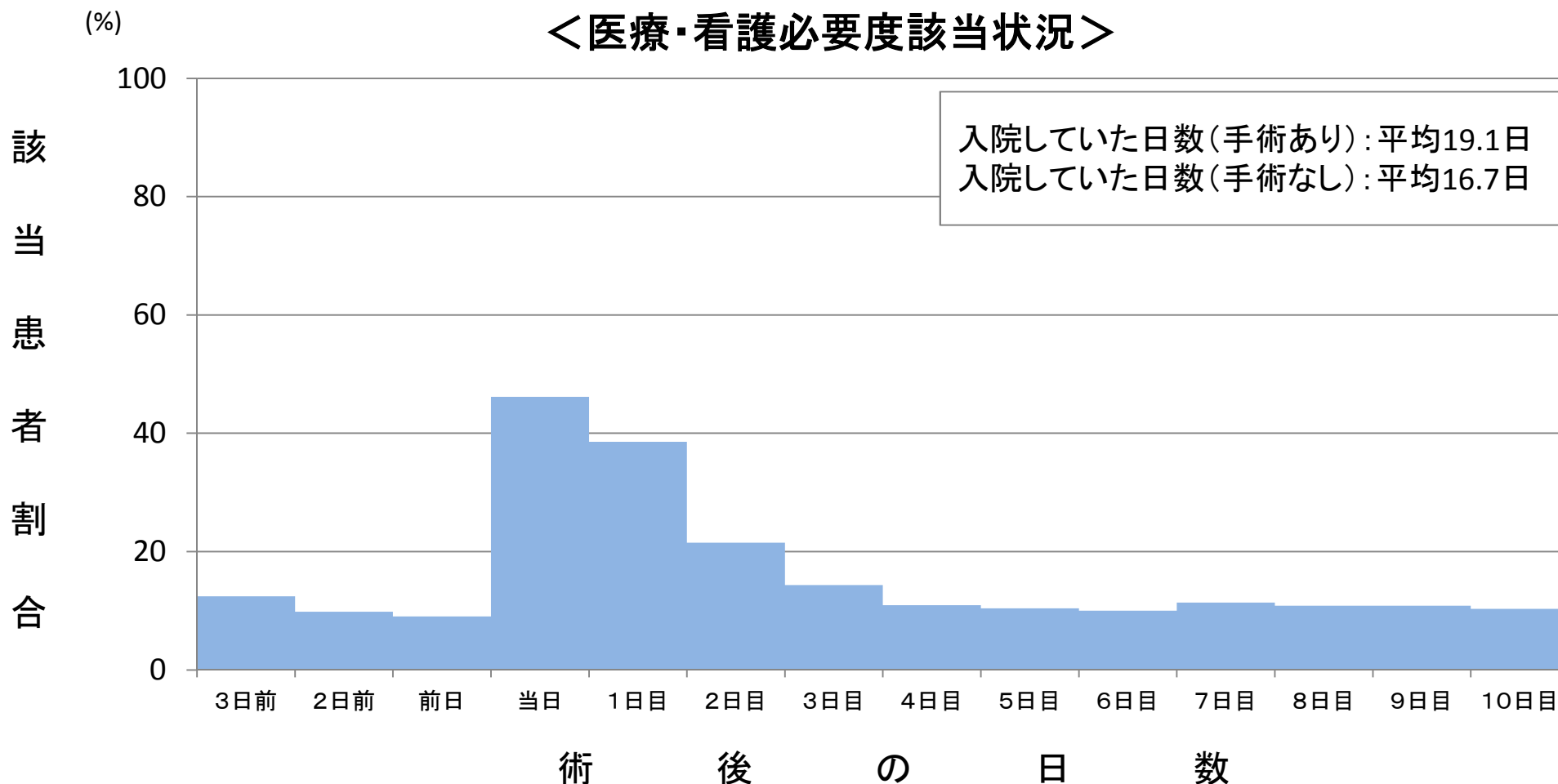
- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日3回以上看護師による処置等が必要な患者の割合は70%程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日3回以上が必要な患者は40%程度存在した。

<看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度>



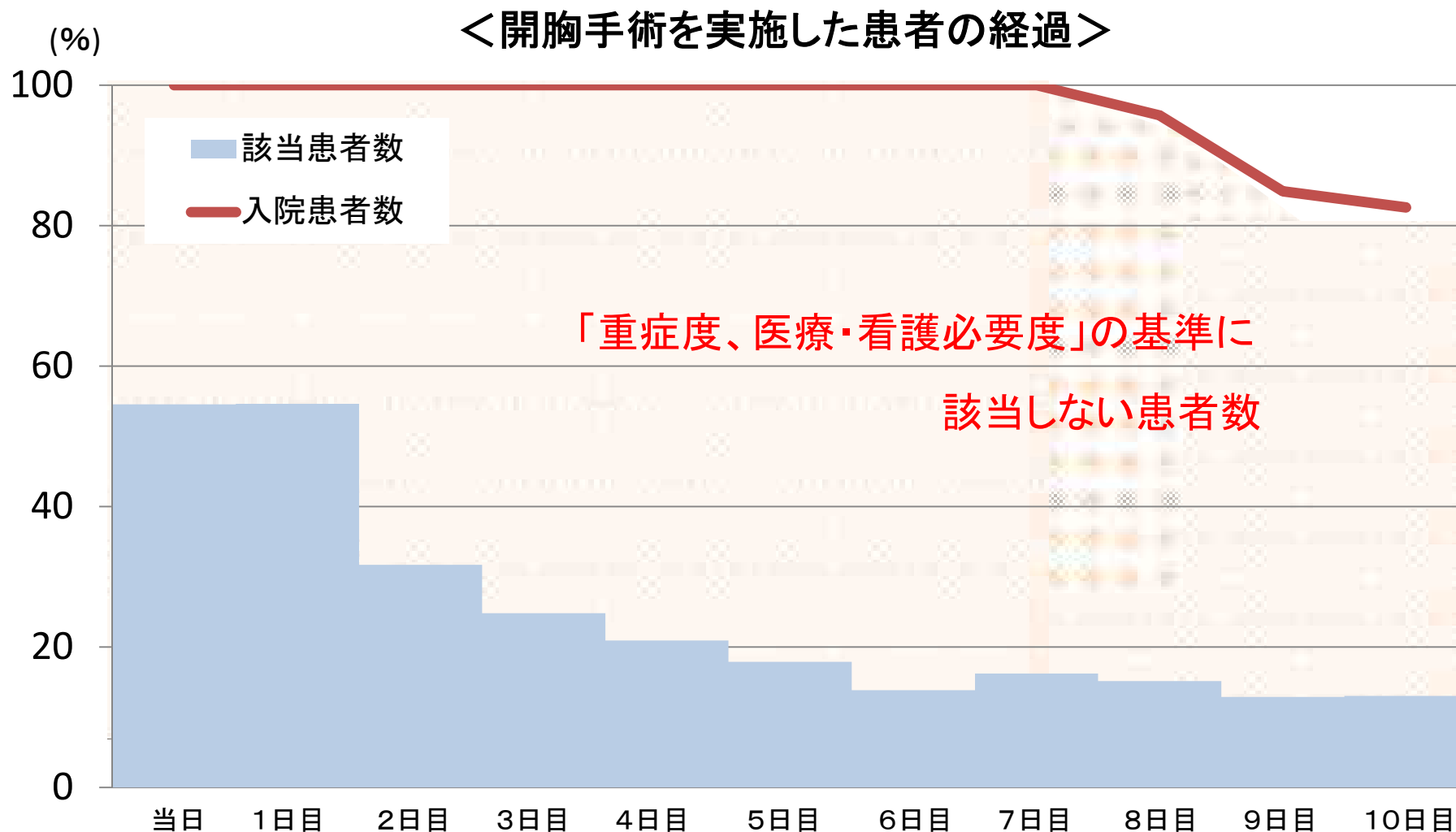
術後の日数と重症度、医療・看護必要度の該当状況

- 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。



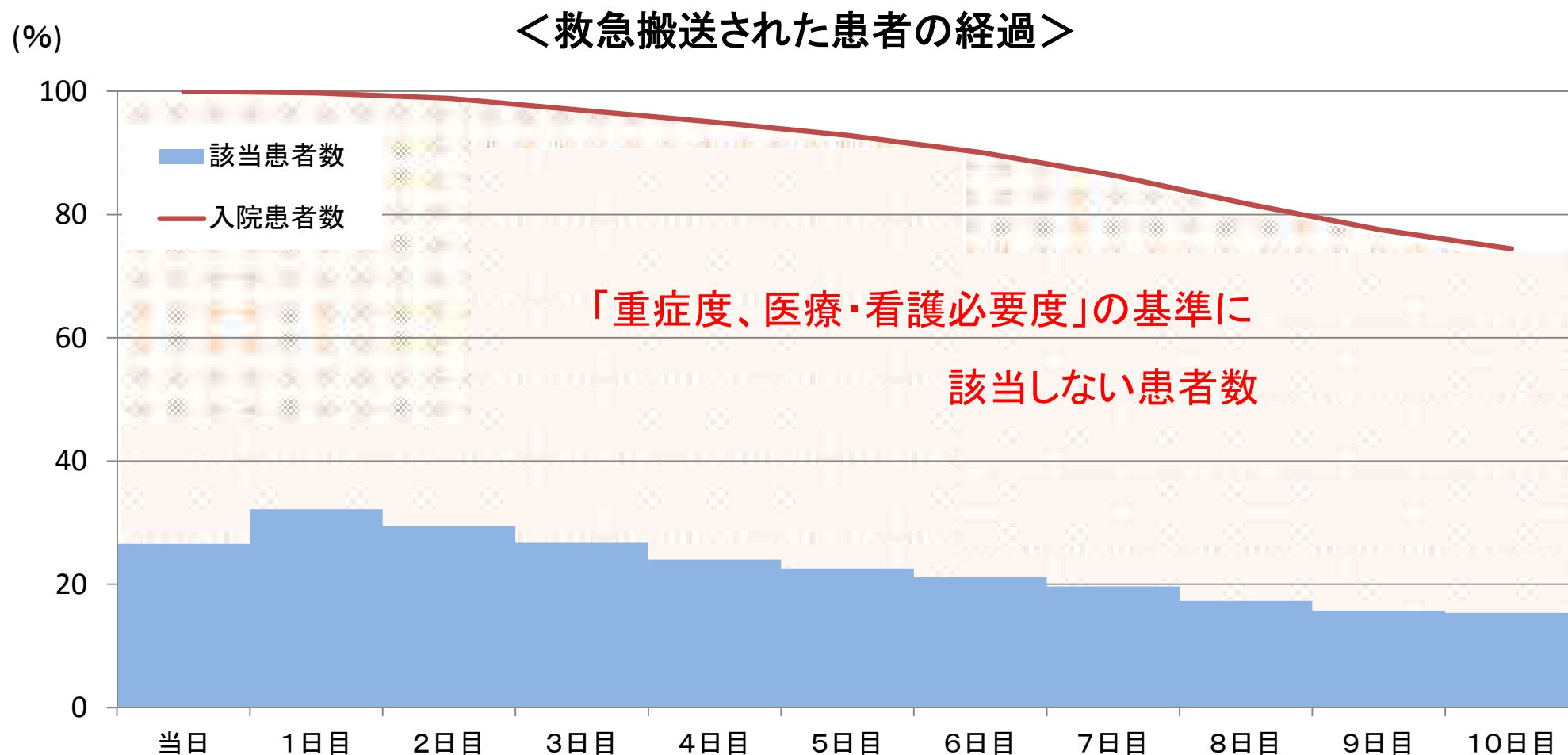
開胸手術実施患者の術後の経過について

- 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。



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。



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。

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

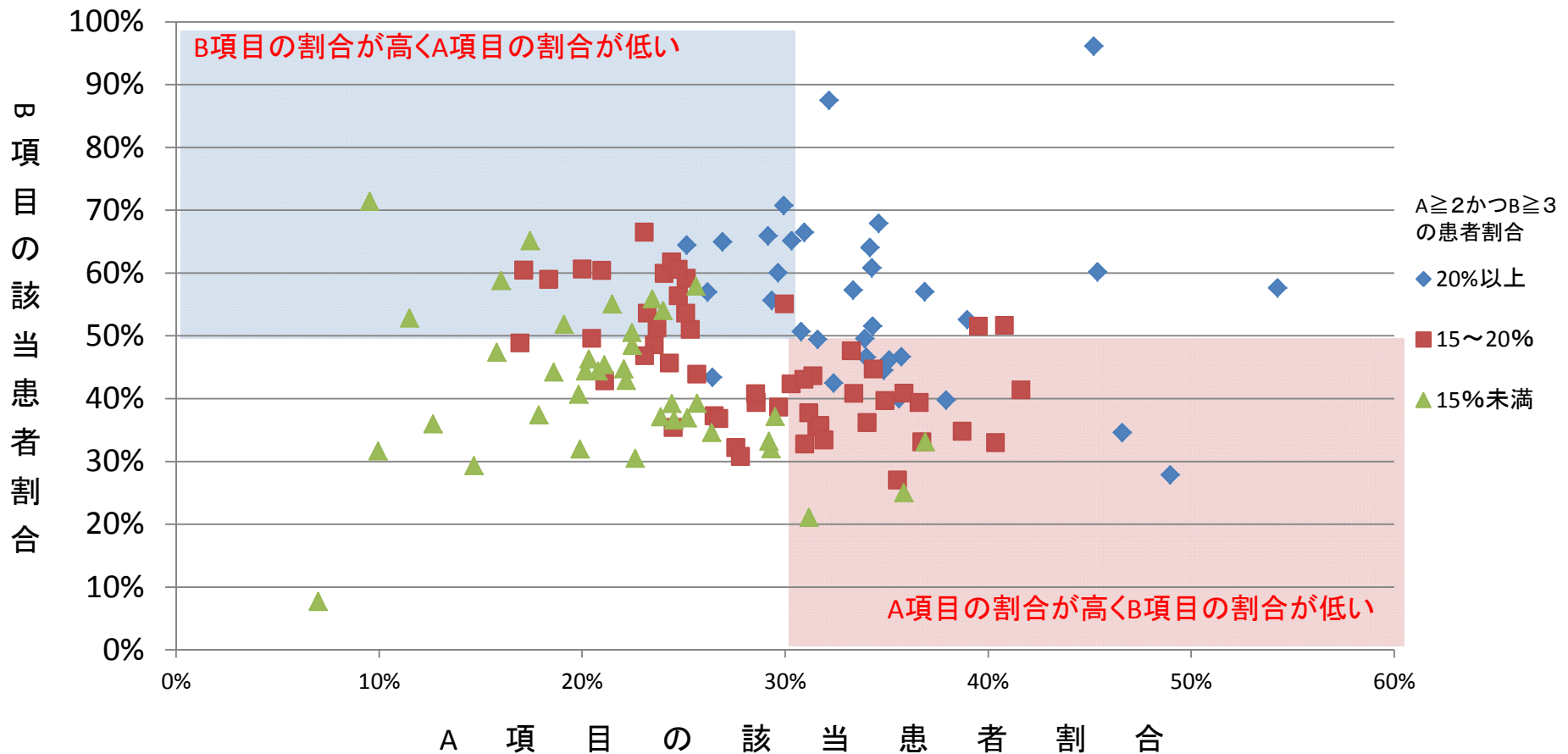
(※「A \geq 2」、「A \geq 2かつB \geq 3」の該当患者割合が、それぞれ中央値を超える群と中央値以下の群に分け、項目毎に中央値を集計した)

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)

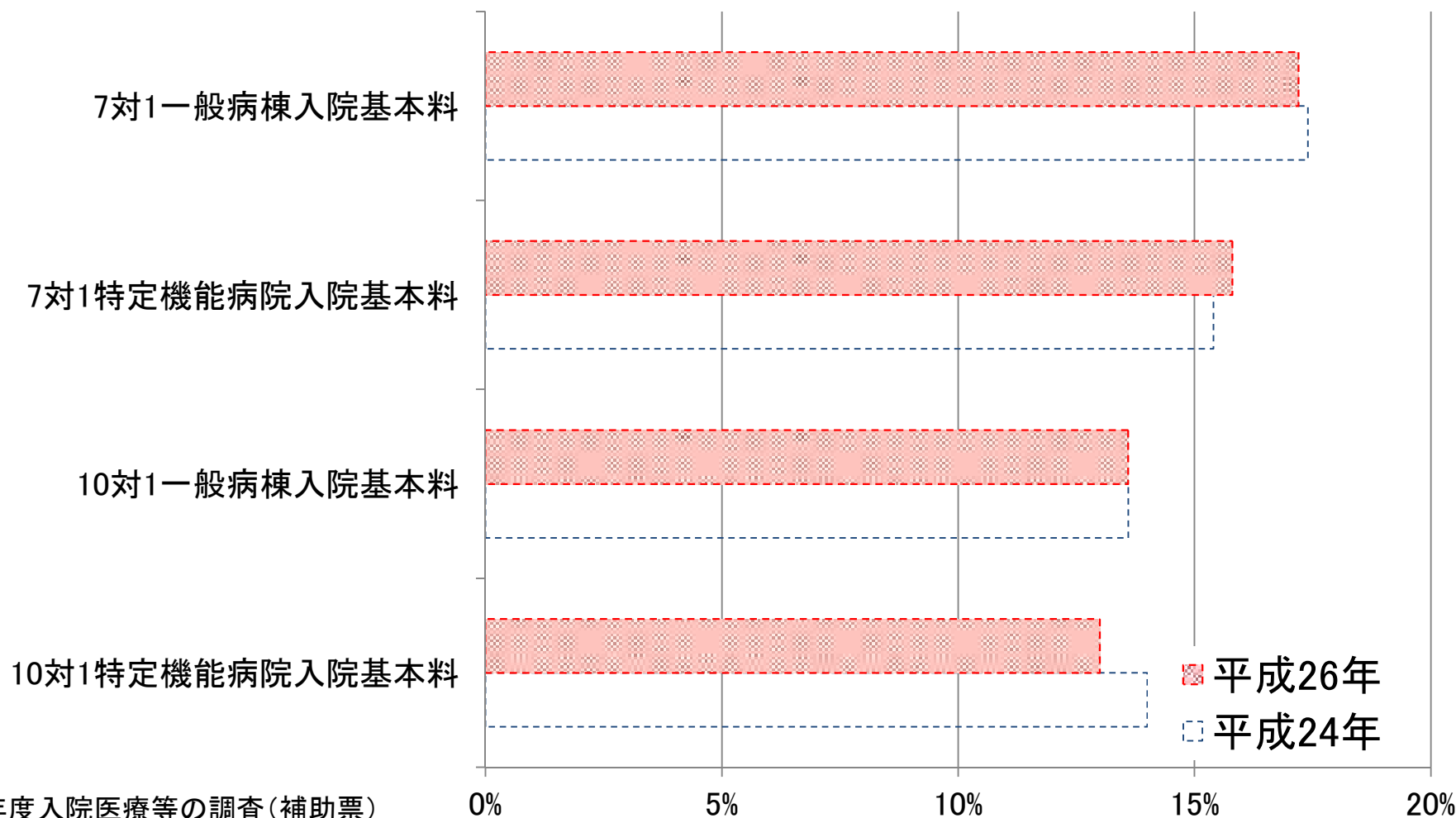


入院料別の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合

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>

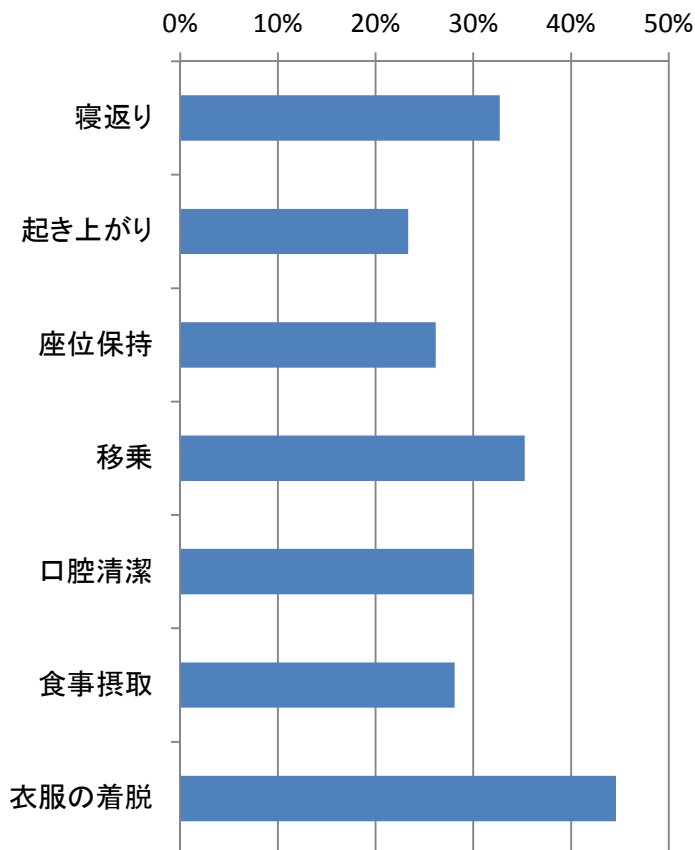
		7対1一般病棟 (n=61,298)	7対1特定機能 (n=14,240)
A 項目	全体の該当割合	28.8%	36.3%
	創傷処置	14.2%	13.8%
	呼吸ケア	14.3%	9.5%
	点滴ライン同時3本以上	4.2%	4.3%
	心電図モニターの管理	20.1%	14.0%
	シリンジポンプの管理	4.3%	5.7%
	輸血や血液製剤の管理	1.7%	2.0%
	専門的な治療処置	19.4%	31.7%

		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%

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。

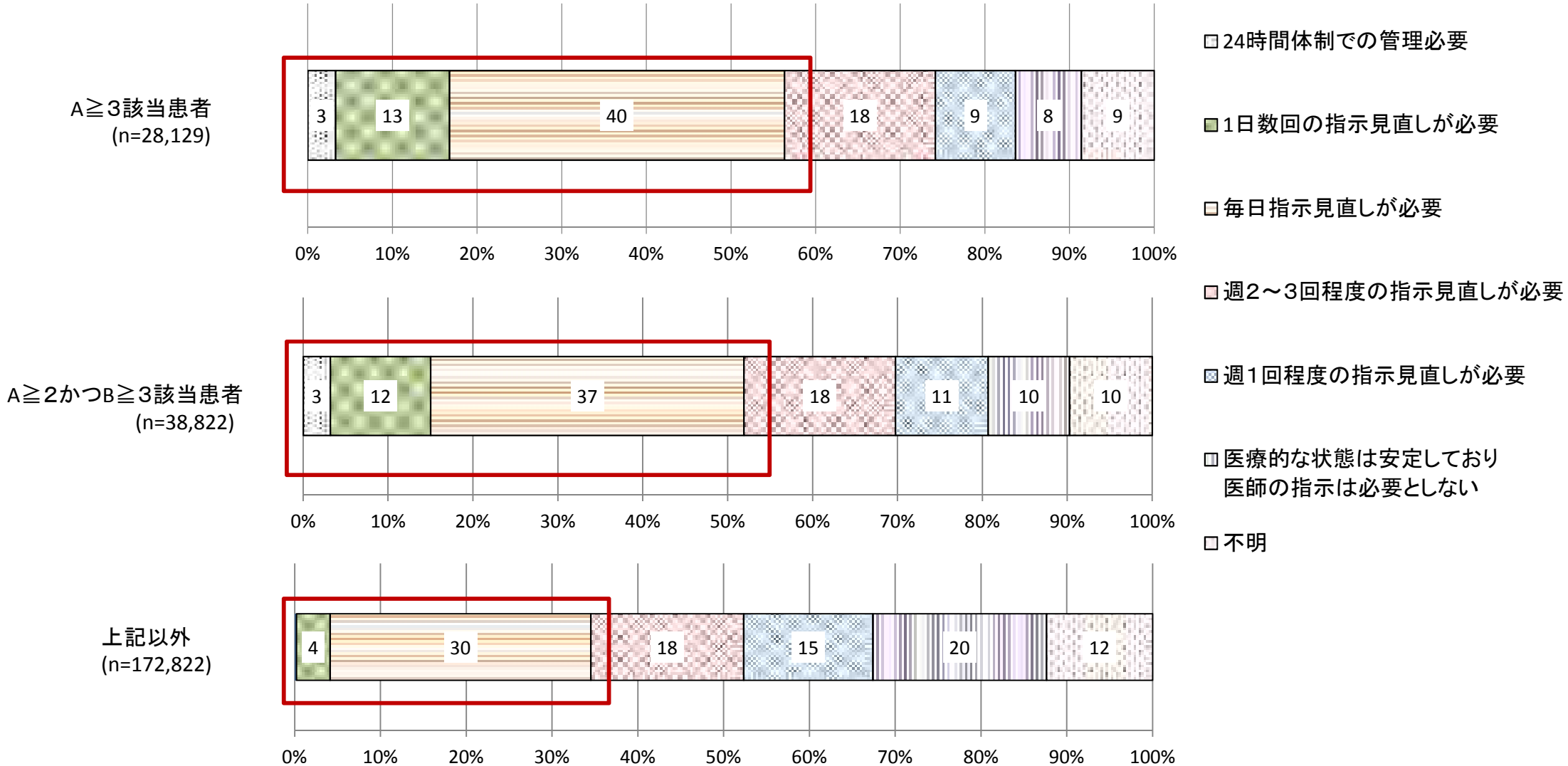
(判断に際しての留意点)

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。

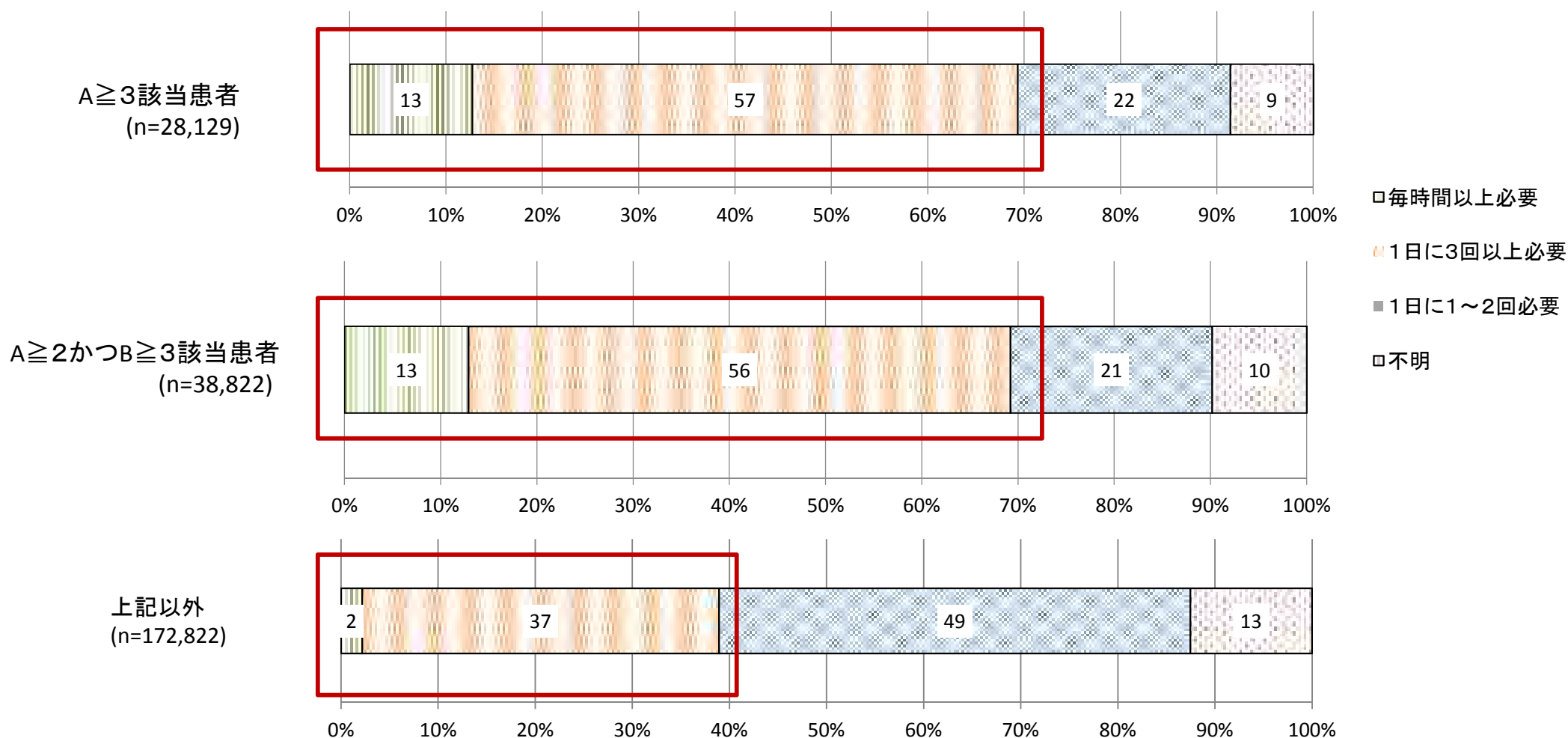
<医師による指示の見直し頻度>



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。

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 >

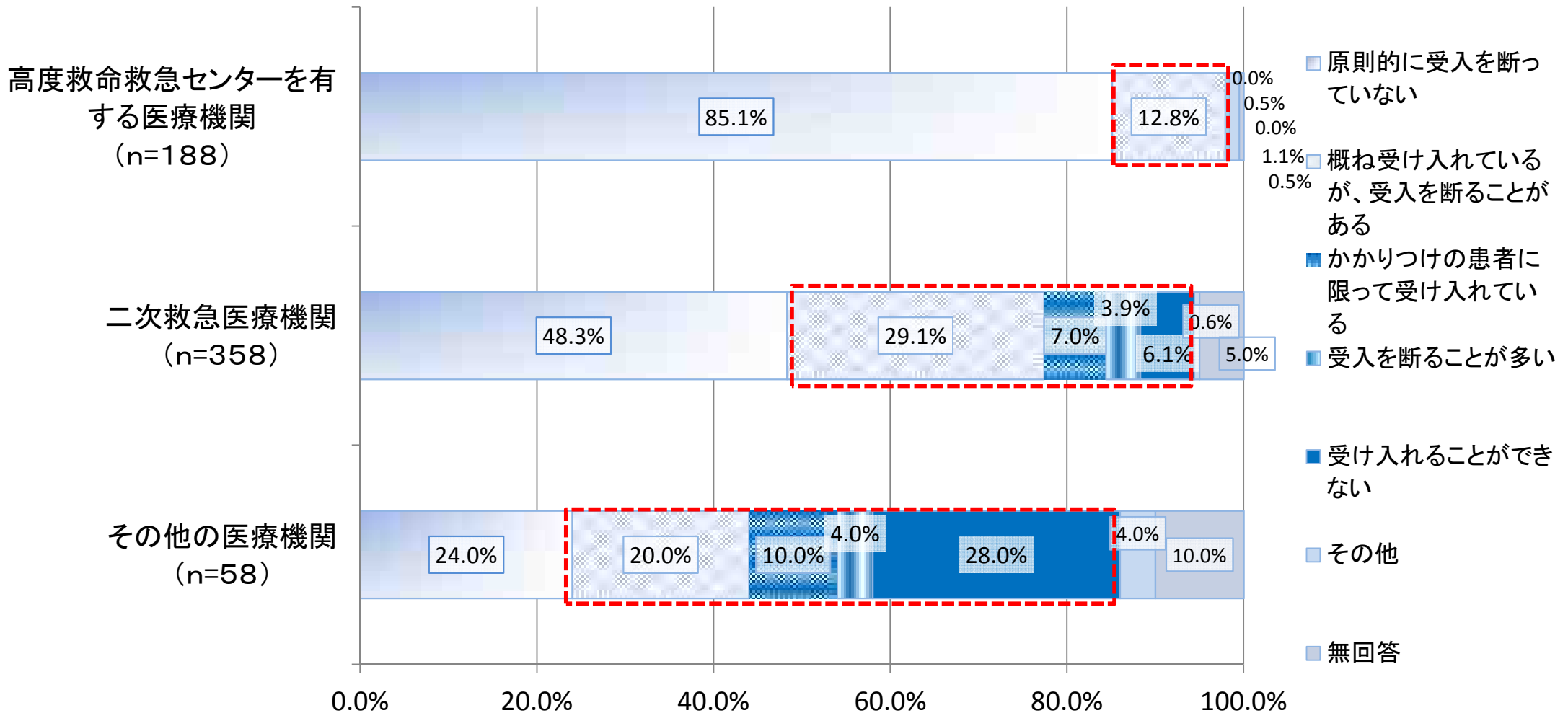
n=75, 936

		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%

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

- 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

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

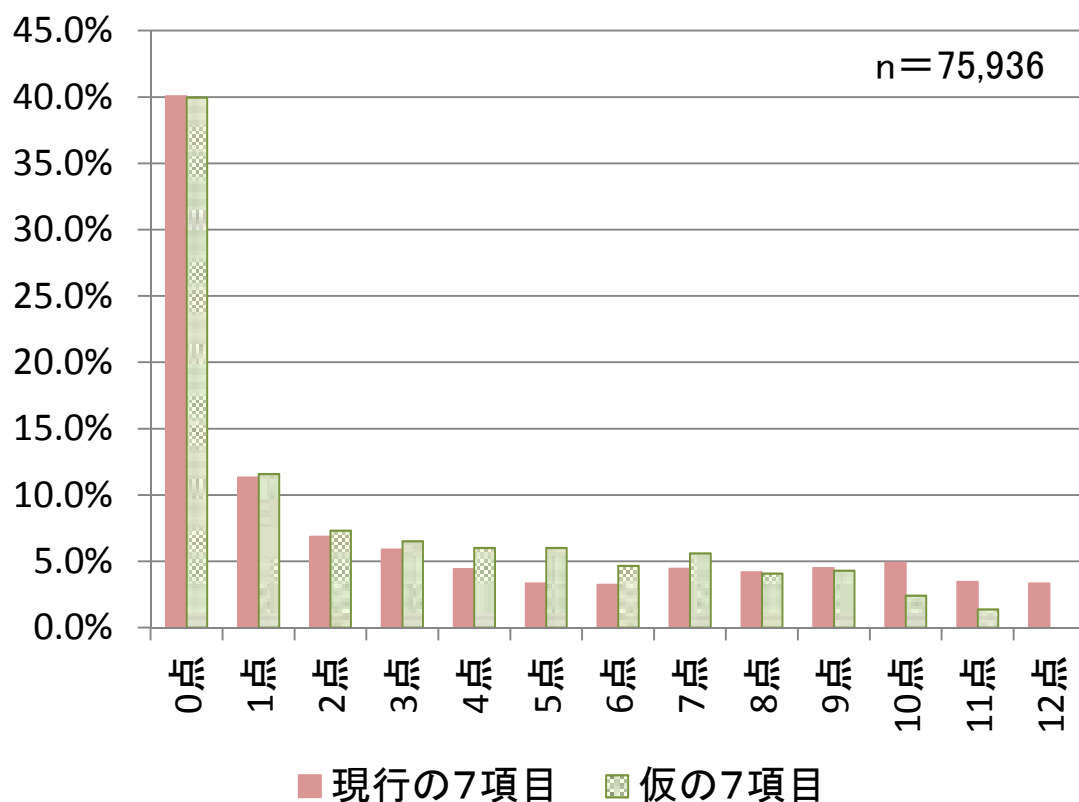
		ハイケアユニット用(6項目)					
		B(08) 床上安静の指示	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	B(10) 移動方法	B(11) 他者への意思の伝達	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	B(13) 危険行動
ハイ ケア ユニ ット 用 (6 項 目)	B(08) 床上安静の指示	1.000					
	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0.309	1.000				
	B(10) 移動方法	0.330	0.271	1.000			
	B(11) 他者への意思の伝達	0.306	0.567	0.417	1.000		
	B(12) 診療・療養上の指示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

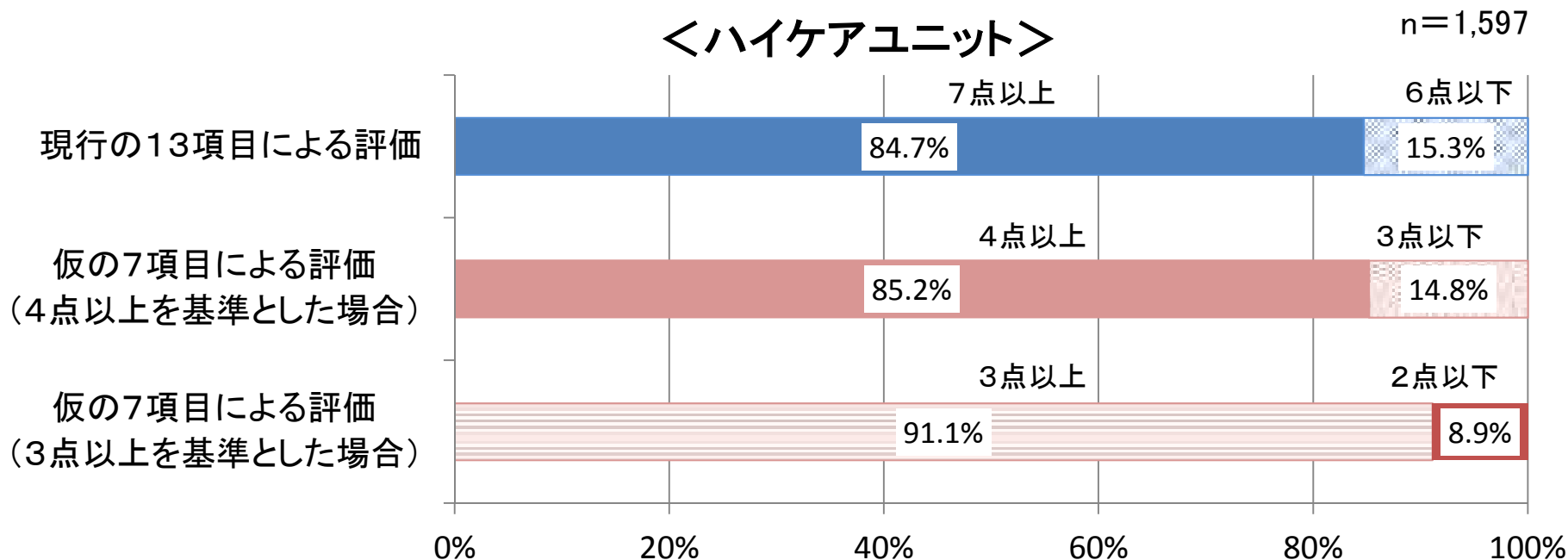


【現行7項目と仮の7項目でのB項目3点以上の該当者】

		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

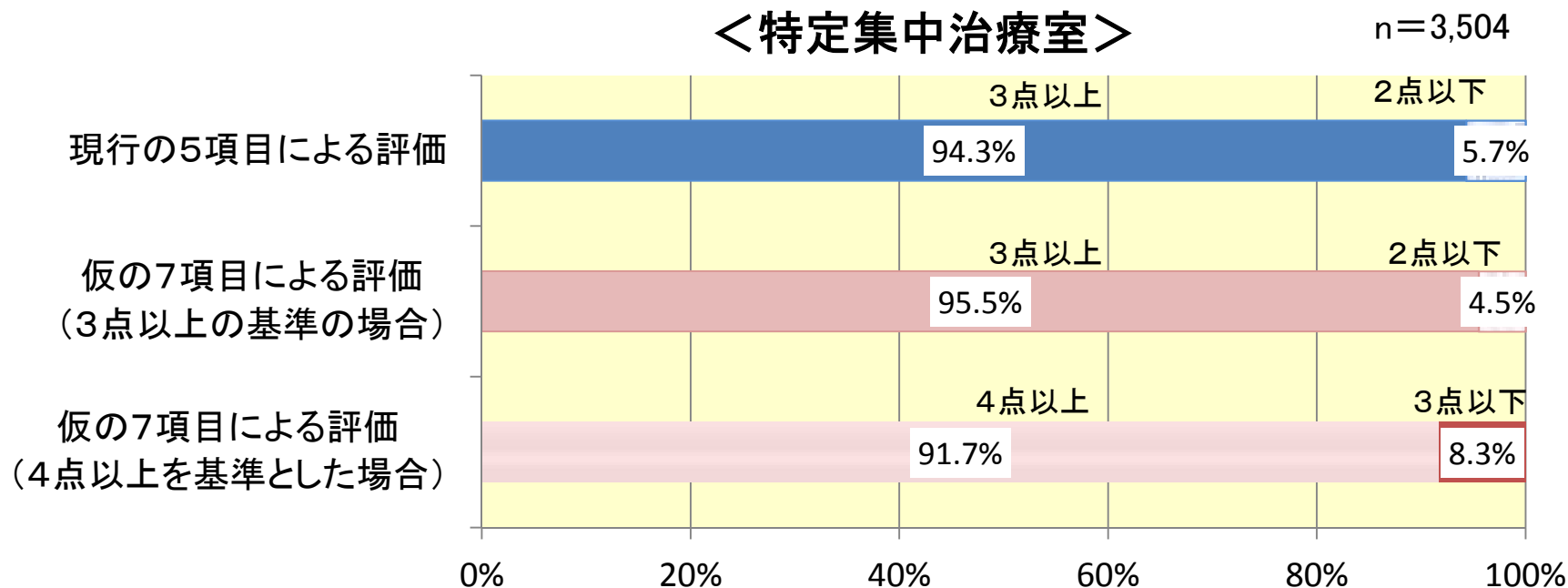
感度 99.7%
特異度 56.6%

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%

5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。

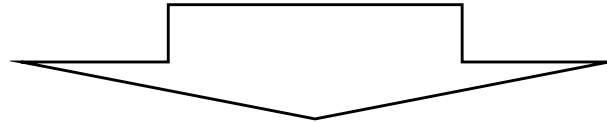


【論点】

- 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。

第5回入院分科会(H27.7.16)における主な意見

- 重症度、医療・看護必要度のA項目について、現行のものに加え、手術や救急搬送など明らかに急性期の医療の必要性が高い項目は追加してはどうか。
- 手術等は評価すべきだが、重症度、医療・看護必要度の項目が増えすぎると評価が難しくなるのではないか。
- 重症度、医療・看護必要度のA項目について、一般病棟用の項目と、ICU・HCU用の項目を統一すべきではないか。
- 重症度、医療・看護必要度について、A項目とB項目を両方満たす必要がある現行の評価方法に加えて、A項目の該当患者割合のみで評価する方法を新たに追加しても良いのではないか。
- 「せん妄」を伴う入院患者の受入について、現場での負担も大きいことから、評価に反映できないか。
- 現行の重症度、医療・看護必要度のデータについて、DPCデータの中で把握できるような仕組みにするべきではないか。



【宿題事項】

- ① 急性期の医療が必要性の高い項目についてのデータ提示
- ② せん妄の患者に対する評価の実態に関するデータの提示
- ③ 急性期入院医療におけるデータ提出に関する現状についての提示

医師の指示の見直しの頻度が高い算定項目について

- 7:1入院基本料の入院患者の各診療報酬項目の実施された患者のうち、実施日に、「医師の見直しの頻度が1日1回以上必要な患者」の割合が60%以上であるものを検索した結果、現在の重症度、医療・看護必要度のA項目で評価されていない項目として、ICU/HCUで評価されている項目や、極度の免疫抑制時に実施される検査・治療が挙げられた。

＜診療報酬項目と、医師の指示の見直しの頻度との関連に関する分析＞

各診療報酬項目の実施された患者のうち、実施日に「医師の指示の見直しが1日1回以上必要」な患者の割合が60%以上であった項目 ^(※)	特徴	現在の取り扱い	
人工呼吸器の使用、終末呼気炭酸ガス濃度測定等	呼吸ケア	既存のA項目に関連が強いもの	
保存血液輸血、自己血輸血等	輸血や血液製剤の使用		
無菌製剤処理料	抗悪性腫瘍剤の使用		
FDP定性、全血凝固、AT活性、Dダイマー定性	凝固異常 (抗血栓薬の持続点滴)		
麻酔管理料、閉鎖循環式全身麻酔等	手術後の患者	第5回入院分科会で議論	
夜間休日救急搬送医学管理料、創傷処置等	救急搬送後の患者		
中心静脈圧測定、観血的動脈圧測定	ICU/HCUで評価されている項目	その他	既存のA項目で評価されていない項目
無菌治療室管理加算、サイトメガロウイルス抗体価、サイトメガロウイルス抗原、アスペルギルス抗原、細菌培養同定(口腔)、細菌培養同定(消化管)、β-D-グルカン、集菌塗抹法加算	抗悪性腫瘍剤の投与後など 極度の免疫抑制時に実施される検査・治療		
基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料等	特定機能病院で実施される項目		
ケトン体アンプル法、フィブリノゲン半定量、抗核抗体、β2-ミクログロブリン、アミラーゼ(尿)、トランスサイレチン、腰椎穿刺、Tf脈波図・心機図・ポリグラフ、誘発筋電図、他医撮影の写真診断、間歇的導尿	その他の処置・血液検査項目		

※DPC対象医療機関の患者約25000人を対象に2週間の調査を行い、EFファイルから、延べ100回以上算定された項目について網羅的に分析。

一般病棟のA項目での抗悪性腫瘍剤の評価について

- 現在の一般病棟A項目における抗悪性腫瘍剤使用については、薬剤が投与された日について評価するものとなっている。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き(抜粋)＞

抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)

(定義)

抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

(留意点)

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。

抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休業中は含めない。

ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

抗悪性腫瘍剤の内服の管理

(定義)

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護師等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

(留意点)

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

内服の管理が発生しており、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。


抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休業中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

- チーム医療の推進により、薬剤師や理学療法士等の様々な職種が、病棟において処置・介助等を実施する機会が増えているが、現在の「重症度、医療・看護必要度」の評価において、基本的には、看護職員以外の職種が実施した場合や評価の記録は、評価の対象となっていない。

<看護職員以外の職種が実施することのある処置・介助等の例>

項目の例		評価対象となる処置等の内容	看護職員以外に実施することが考えられる職種の例
A項目	「7 専門的な治療・処置」 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤の使用に関する指導、内服確認、内服後の副作用の観察等	薬剤師
B項目	「8 寝返り」	寝返りが自分でできるかどうか、何かにつかまればできるかどうかの評価	理学療法士、作業療法士等
	「12 口腔清潔」	口腔内を清潔にするための一連の行為を自分でできるかどうか、見守りや介助を行っているかどうかの評価	歯科衛生士
	「13 食事摂取」	食事介助の状況の評価	管理栄養士



こうした項目も、看護職員が処置等を実施し記録した場合のみが、「重症度、医療・看護必要度」の評価の対象となっている。

重症度、医療・看護必要度の評価方法

- 各項目において、実施を評価する項目と、実施後の観察等を含む看護師等による管理を評価する項目がある。
- 評価対象の処置・介助等の実施者又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならぬとされており、評価の根拠においても医師の指示記録と看護師等による記録だけが評価の対象となっている。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

1. 評価の対象

7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料や看護補助加算等の入基本料等を届出ている病棟に入院(算定)している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等(A項目)並びに患者の状況等(B項目)について、毎日評価を行うこと。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うこと。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

せん妄の有無と看護提供頻度

○ 7対1入院基本料届出病棟において、せん妄の患者は医師の指示の見直しや看護師による処置等の頻度が高い傾向が認められた。また、せん妄について、術後のものとそれ以外のものでは大きな差は認めなかった。

<7対1入院基本料>

【医師による指示の見直しの頻度】

	全体 (n=219,564)	せん妄あり(術後) (n=1,048)	せん妄あり(術後以外) (n=5,233)	せん妄なし (n=185,561)
医療的な状態は安定しており、医師の指示は必要としない	18%	9%	10%	21%
週1回程度の指示見直しが必要	14%	8%	12%	16%
週2～3回程度の指示見直しが必要	18%	22%	19%	20%
毎日指示見直しが必要	32%	43%	45%	36%
1日数回の指示見直しが必要	6%	14%	11%	6%
24時間体制での管理必要	1%	4%	2%	1%

【看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度】

	全体 (n=219,564)	せん妄あり(術後) (n=1,048)	せん妄あり(術後以外) (n=5,233)	せん妄なし (n=185,561)
1. 1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	43%	20%	22%	50%
2. 1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	41%	67%	61%	46%
3. 毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	4%	13%	17%	4%

せん妄の有無と、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、せん妄の有無と、B項目との関係をみると、現在の評価項目についても、せん妄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、せん妄と特に関係が強かった。

(せん妄の有無とB項目)7対1		全体		「せん妄」が”あり”の患者				「せん妄」が”なし”の患者		相対危険度
				術後		術後以外		1点以上	0点	
		1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	
B 項 目	[1] 寝返り	80,523人	139,041人	771人	277人	3,926人	1,307人	66,316人	119,245人	4.7
	[2] 起き上がり	62,954人	156,610人	705人	343人	3,526人	1,707人	50,824人	134,737人	4.8
	[3] 座位保持	72,798人	146,766人	764人	284人	3,934人	1,299人	59,542人	126,019人	5.5
	[4] 移乗	96,443人	123,121人	918人	130人	4,193人	1,040人	79,705人	105,856人	5.2
	[5] 口腔清潔	84,215人	135,349人	826人	222人	4,531人	702人	68,788人	116,773人	7.9
	[6] 食事摂取	67,430人	152,134人	639人	409人	3,623人	1,610人	55,420人	130,141人	4.3
	[7] 衣服の着脱	107,706人	111,858人	938人	110人	4,736人	497人	89,505人	96,056人	8.2
	[8] 床上安静の指示	19,769人	199,795人	197人	851人	930人	4,303人	17,814人	167,747人	2.0
	[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	11,052人	208,512人	48人	1,000人	681人	4,552人	9,874人	175,687人	2.3
	[10] 移動方法	79,671人	139,893人	758人	290人	3,772人	1,461人	71,634人	113,927人	3.6
	[11] 他者への意思の伝達	29,520人	190,044人	503人	545人	3,416人	1,817人	24,003人	161,558人	8.6
	[12] 診療・療養上の指示が通じる	24,862人	194,702人	469人	579人	3,331人	1,902人	19,617人	165,944人	9.9
	[13] 危険行動	18,860人	200,704人	625人	423人	3,283人	1,950人	13,481人	172,080人	14.5

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

せん妄の有無と、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、せん妄の有無と、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、せん妄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	(せん妄の有無とB項目)7対1		全体		「せん妄」が”あり”の患者				「せん妄」が”なし”の患者		相対危険度
					術後		術後以外				
	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点			
[1] 寝返り	5,330人	118,829人	3人	130人	12人	503人	4,929人	102,102人	0.5		
[2] 起き上がり	247人	123,912人	-	133人	5人	510人	216人	106,815人	2.8		
[3] 座位保持	558人	123,601人	1人	132人	6人	509人	513人	106,518人	1.7		
[4] 移乗	15,264人	108,895人	63人	70人	173人	342人	13,047人	93,984人	4.2		
[5] 口腔清潔	4,636人	119,523人	7人	126人	45人	470人	3,929人	103,102人	1.9		
[6] 食事摂取	4,661人	119,498人	6人	127人	36人	479人	4,170人	102,861人	2.0		
[7] 衣服の着脱	20,451人	103,708人	72人	61人	174人	341人	17,599人	89,432人	2.8		
[8] 床上安静の指示	2,028人	122,131人	5人	128人	25人	490人	1,904人	105,127人	2.4		
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	556人	123,603人	1人	132人	22人	493人	496人	106,535人	7.0		
[10] 移動方法	16,338人	107,821人	56人	77人	198人	317人	15,211人	91,820人	3.3		
[11] 他者への意思の伝達	1,399人	122,760人	17人	116人	160人	355人	1,121人	105,910人	24.0		
[12] 診療・療養上の指示が通じる	1,232人	122,927人	14人	119人	192人	323人	923人	106,108人	33.9		
[13] 危険行動	1,884人	122,275人	30人	103人	223人	292人	1,392人	105,639人	30.6		

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

DPCフォーマットデータ提出の評価について

DPCフォーマットデータ提出の評価

- 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

(新) データ提出加算1 (入院診療のみ提出)イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)150点(退院時一回)(新) データ提出加算2 (入院診療と外来診療を提出)イ(200床以上)110点、ロ(200床未満)160点(退院時一回)

※ DPC対象病院のデータ提出に係る評価(機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む)については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理

[施設基準]

- (1) 7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ)を算定する保険医療機関であること。
- (2) 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(DPC対象病院以外の病院は、同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。)
- (3) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[算定基準]

- データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。 等

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて

- データ提出加算について、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。
- また、データ提出加算参加の機会が年1回に限られていることから、参加機会を増やす。

現行

[データ提出加算1 (入院データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 100点、ロ (200床未満) 150点
[データ提出加算2 (入院+外来データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 110点、ロ (200床未満) 160点

[算定要件]

- ・7対1及び10対1入院基本料 (一般病棟入院基本料 (一般病棟に限る。)、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料 (一般病棟に限る。)) を届け出ていること。
- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること (同等の体制を有している場合を含む)。等

[対象病棟]

- ・一般病棟入院基本料 (7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。)、専門病院入院基本料 (7対1及び10対1に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生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、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、短期滞在手術基本料3

[参加機会]

- ・年1回 (原則5月)

改定後

[データ提出加算1 (入院データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 100点、ロ (200床未満) 150点
[データ提出加算2 (入院+外来データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 110点、ロ (200床未満) 160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。等

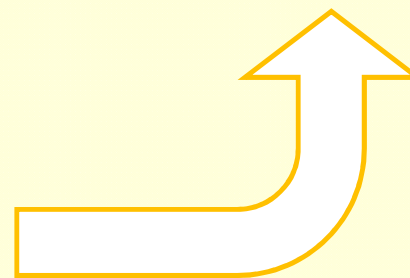
[対象病棟]

- ・全ての病棟 (短期滞在手術基本料1を除く)

[参加機会]

- ・年4回 (5月20日、8月20日、11月20日、2月20日 (※))

(※)平成27年度においては2月22日



[経過措置] ※終了済

平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

DPCデータの提出状況

- 平成26年度診療報酬改定では、急性期を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、7対1入院基本料や地域包括ケア病棟基本料等において、データ提出加算の届出を要件化した。
- データの提出状況は、平成26年11月時点で7対1入院基本料では90%、地域包括ケア病棟入院料では70%であった。また、10対1入院基本料でも45%程度の病床がデータの提出を行っていた。

データの提出が必要な病棟について

	DPC対象病院 ／DPC準備病院	出来高病院
7対1入院基本料届出医療機関	○	○
10対1入院基本料医療機関	○	×
地域包括ケア病棟入院料医療機関	/	○
回復期リハビリテーション病棟入院基本料医療機関		×
療養病棟入院基本料医療機関		×

- : 該当する場合、全病棟の患者についてデータ提出が必要
- ×: データ提出の義務なし
- : 単独でDPC対象病院にはなり得ず、非該当
- ※黄セルは平成26年診療報酬改定で新たにデータ提出加算が要件化された

データの提出状況(平成26年11月時点)

	データ提出届出 病床数割合
7対1入院基本料 (n=313)	96.5%
10対1入院基本料 (n=280)	43.9%
地域包括ケア病棟基本料 (n=106)	72.4%
回復期リハビリテーション病棟入院基本料 (n=203)	33.7%
療養病棟入院基本料 (n=542)	10.7%

※集計時点が平成26年11月1日時点のため、7対1入院基本料及び地域包括ケア病棟基本料の提出割合が100%になっていないと考えられる。

提出データの概要

内容		ファイル名称
患者別匿名化情報	簡易診療録情報	様式1 カルテ情報
	診療報酬請求情報	EF統合ファイル
	医科点数表に基づく出来高点数情報 (入院及び外来)	Dファイル レセプト情報
	診断群分類点数表により算定した患者に係る 診療報酬請求情報	
	医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3

提出データに含まれる項目について

- データの提出を行う医療機関は、様式1として、入院患者の簡易診療録情報を提出することとされている。
- また、平成26年度診療報酬改定では、7対1病床において在宅復帰率が要件化されたことに伴い、様式1の項目に退院先の情報なども追加された。

様式1(簡易診療録情報)について

<概要>

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料等を算定する病棟・病室への入院患者について各病棟単位で作成する簡易診療録情報。

<調査項目>

- 患者情報(生年月日、性別、住所地域の郵便番号)
- 入院情報(入院年月日、入院経路、救急搬送の有無等)
- 退院情報(退院年月日、退院先、在宅医療の有無等)
- 診断情報(傷病名、ICD-10コード等)
- 手術情報(Kコード、麻酔方法、手術名等)
- その他診療情報(褥瘡の有無、持参薬の使用状況、ADLスコア、がんのTNM分類、JCS、肺炎の重症度等)

※下線部は平成26年度に追加された項目

DPCデータの提出様式について

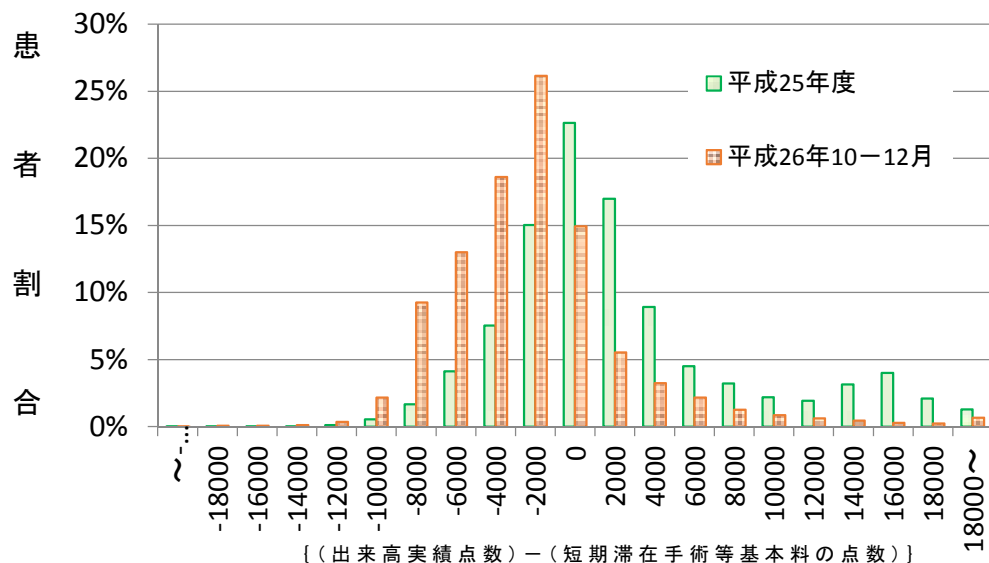
第5回入院分科会 (H27.7.16)における意見

- 現行の重症度、医療・看護必要度のデータについて、医療提供の内容と併せて詳細に分析できるよう、DPCデータの中で把握できるような仕組みにするべきではないか。

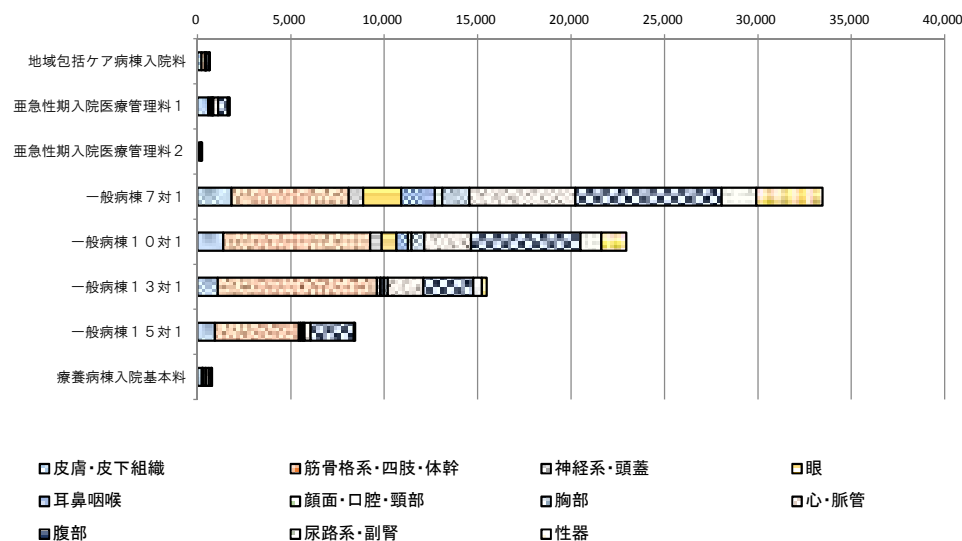
DPCデータを用いた活用例(活用事例)

- DPCデータを用いた分析を行うことで、相当数の医療機関を対象として、包括化された範囲を含めた集計や異なる病棟間の横断的な集計等を行うことが可能となった。

＜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＞



＜地域包括ケア病棟等で実施された手術＞



(参考)平成26年度入院医療等調査

- ・DPCデータ等の活用を行うことを前提に調査項目を簡素化を図る等により回収率が32%※(平成24年度調査では10%)に向上
 ※A票～D票の回収率
- ・なお、対象施設を抽出した上、調査対象病棟の1/3の患者について1週間の状態を調査するなど、調査の範囲は限定されている。

急性期入院医療に関する課題と論点

- 医師の指示の見直しの頻度が高い患者に算定されている診療報酬項目の多くは、現在の「重症度、医療・看護必要度」A項目の評価と関連するものであったが、例えば、抗悪性腫瘍薬の投与よりも後に行われることが多い、無菌治療室での治療や極度の免疫抑制状態での検査など、現在の評価対象範囲には含まれない項目もみられた。
- チーム医療の推進に伴い、薬剤師等、看護職員以外の職種が病棟で診療に関与する機会が増えているが、「重症度、医療・看護必要度」の評価方法については、原則的に看護職員が関与した処置・介助等以外は評価の対象となっていない。
- せん妄を有する患者については、医師の指示の見直しの頻度や看護師による処置の必要な頻度が高い傾向がみられた。また、一般病棟用のB項目のうち、現行では一般病棟用として評価されていない、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」等の項目では、せん妄との関連が極めて強かった。
- 平成26年度診療報酬改定では、急性期入院医療の実態等を把握するため、7対1入院基本料や地域包括ケア病棟においてデータ提出加算の届出が要件化されるとともに、在宅復帰率の要件化に併せて様式1に患者の退院先を加える等の対応が行われた。これらのデータを活用することで、当分科会の調査よりも多くの対象患者についての、より詳細な分析をもとに議論を進めることが可能になった。

【論点】



- 「重症度、医療・看護必要度」のA項目について、手術直後の患者や救急搬送後の患者に加え、例えば無菌治療室での治療など、医師の指示の見直しが頻回で、重症な患者に対して実施される治療に対する評価についてどう考えるか。
- チーム医療が推進されている中で、看護職員以外の職種が実施した処置等についての「重症度、医療・看護必要度」における評価方法についてどう考えるか。
- 7対1病棟等において、データ提出加算の届出が要件化されたことで、当該データに基づいて詳細な分析が可能になってきているが、例えばDPC対象病院以外の10対1入院基本料の病棟では要件とされていないことや、重症度、医療・看護必要度の評価については提出するデータに含まれていないことについて、どう考えるか。

重症度、医療・看護必要度に関するまとめ(案)

- 「重症度、医療・看護必要度」については、看護配置の手厚い急性期の病床に入院する患者像を適正に評価する観点から見直しが行われてきた。
- 現在は、A項目とB項目からなる基準を満たす患者が15%以上であることが要件となっているが、基準を満たす患者以外にも、医師による指示の見直しや看護師による看護が頻回に必要な患者が存在している。
- 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であるにも関わらず、こうした患者のうち現行の基準を満たす患者の割合は低かった。

検討内容を反映

- また、7対1入院基本料算定病床において、現行の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合が高い医療機関は、手術などの高度な治療の病床数当たりの実施件数が少ない傾向がみられた。なお、「A項目2点以上の患者」が多い医療機関では、高度な治療の実施件数が多い傾向がみられた。
- 現行の基準を満たす患者の割合は同程度でも、A項目、B項目のそれぞれの該当患者割合は医療機関によって大きく異なり、相対的にA項目の該当患者割合が高い医療機関やB項目の該当患者割合が高い医療機関が存在する。特定機能病院ではA項目の該当患者割合が高く、B項目の該当患者割合が低い傾向がみられた。

(続く)

重症度、医療・看護必要度に関するまとめ(案)

- 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いるが、現在の基準では、医師の指示によって動作を制限した場合にB項目の点数が得られることとされており、早期離床を促す際の悪影響が懸念される。例えば、術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらず基準を満たすこととすれば、こうした不都合は解消されうる。
- また、A項目のみに着目した評価と、現行の基準による評価を比較したところ、「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、医師による指示の見直しや看護師による観察等が頻回に必要な患者の割合は概ね同等又は「A項目3点以上の患者」でやや多くなっており、A項目の点数が高い患者は、現行基準を満たす患者と同等に、密度の高い医療・看護を要していた。
- 一般病棟用のB項目については、すべての項目の間に高い相関があり、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みられ、「起き上がり」「座位保持」の項目を除いても、該当患者割合への影響は小さかった。なお、これら3項目のうち、「寝返り」の項目は看護業務の負担からみても最も重要であるとの意見があった。

重症度、医療・看護必要度に関するまとめ(案)

- 認知症患者は増加する傾向にあり、急性期医療機関における受け入れが課題となっている。認知症患者には様々な行動・心理症状がみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。現行の一般病棟用のB項目にはない「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。なお、このうち、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は類似の状態を評価していた。

検討内容を反映

- このように、現行の一般病棟用のB項目から、「起き上がり」「座位保持」の2項目を除き、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を加え、仮の7項目とした場合には、認知症やせん妄の患者が、B項目で、これまでより高く評価されることになる。仮の7項目を用いて、7対1入院基本料の病棟で試算した場合、点数分布や3点以上となる者の割合は、現行と大きな差はなかった。
- ハイケアユニットの患者について、B項目を、現行の13項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を4点以上とすれば、該当患者割合は現行と同程度であった。同様に、特定集中治療室の患者について、B項目を、現行の5項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を3点以上とすれば、該当患者割合に大きな変化はなかった。いずれも現行の評価結果と一致する患者が大半であった。

検討内容を反映

退院支援に係る取組について

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。

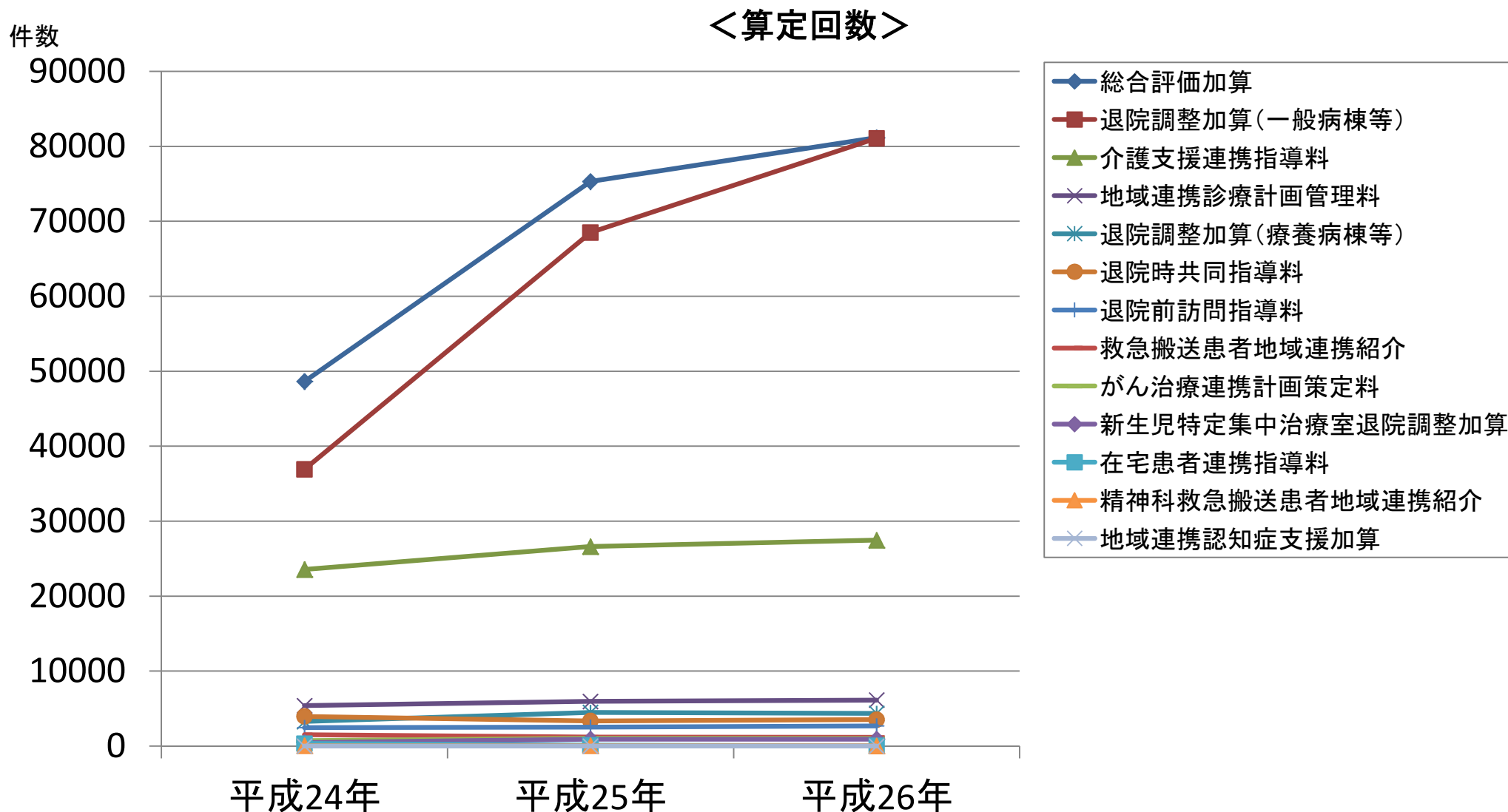
退院支援に係る主な診療報酬上の評価③

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)

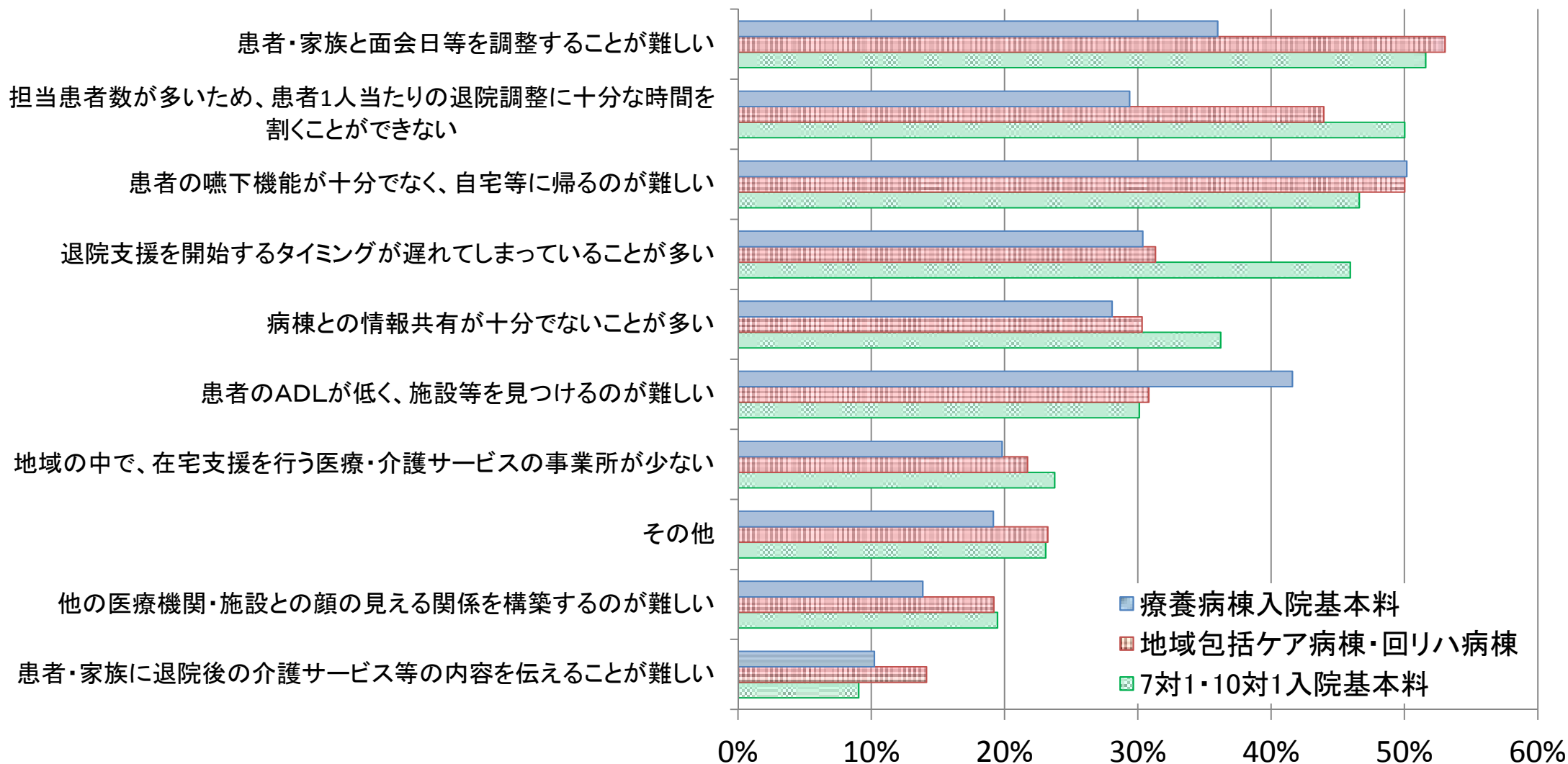
アウトカム評価

- ・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)

退院支援を行うに当たって困難な点

- 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。

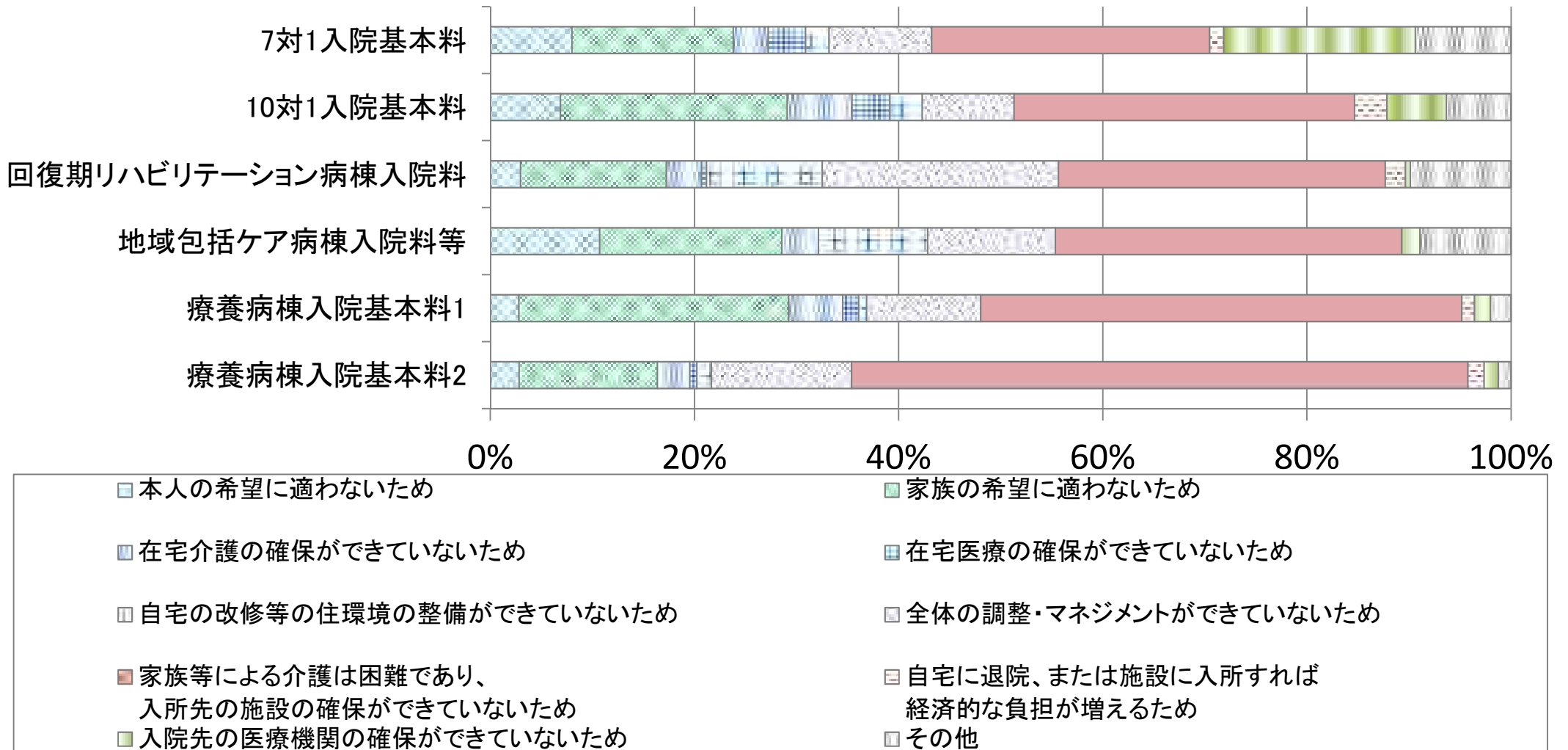
＜入院料別の退院支援を行うに当たって困難な点＞



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＞



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)>

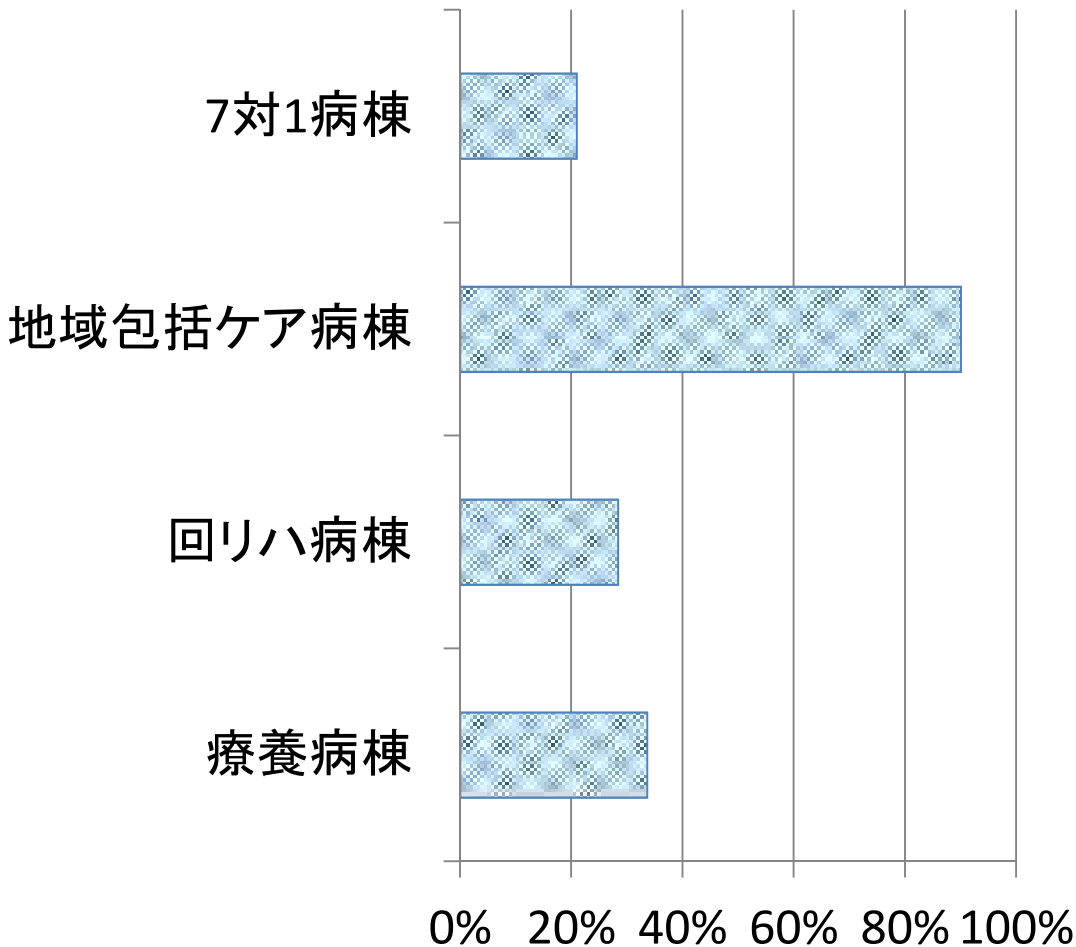
		200床未満		200～500床		500床以上	
		設置あり	設置なし	設置あり	設置なし	設置あり	設置なし
7対1入院基本料	医療機関数	72(86%)	12(14%)	144(100%)	-	67(100%)	-
	職員数(/100床)	4		3		2	
10対1入院基本料	医療機関数	172(73%)	63(27%)	30(88%)	4(12%)	3(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		2	
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	医療機関数	70(93%)	5(7%)	26(100%)	-	1(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		0	
回復期 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＞

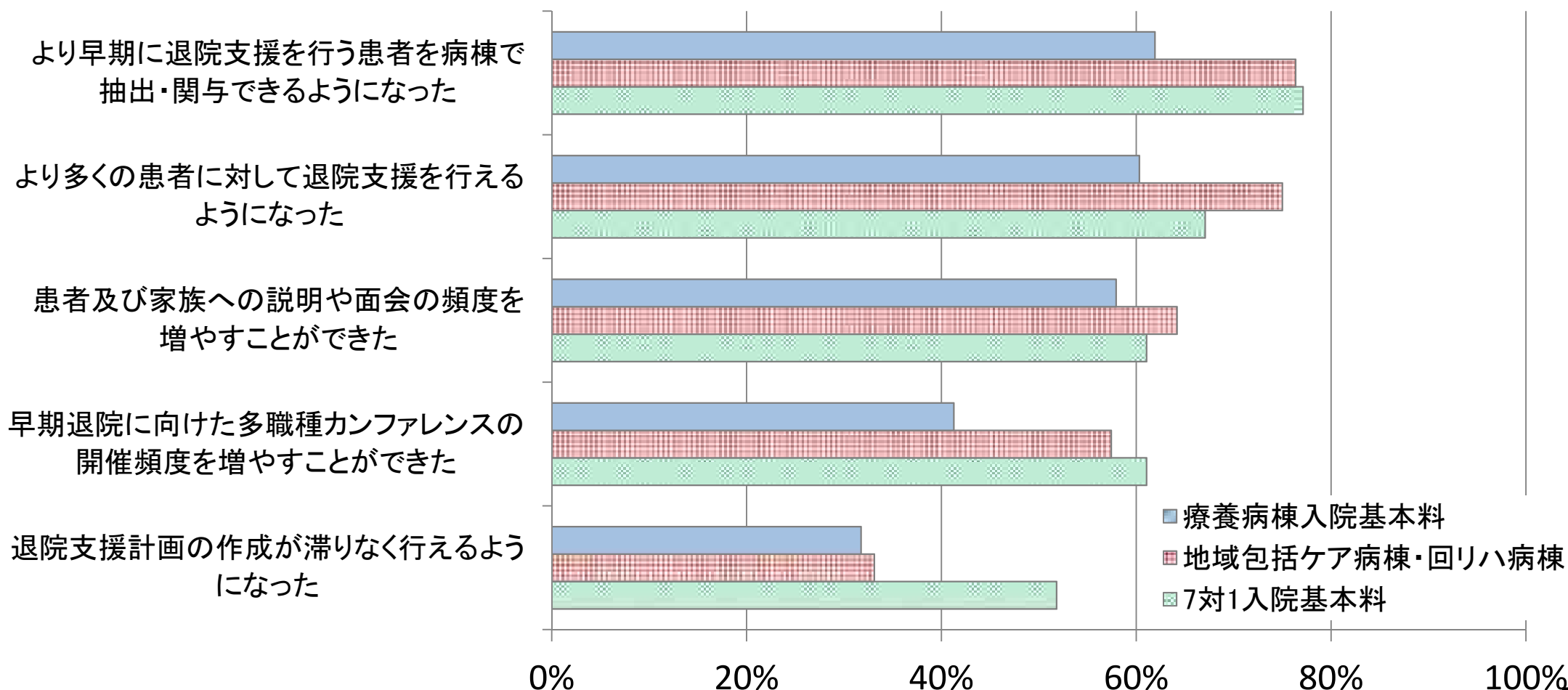


	専任／専従職員の配置	
	あり	なし
7対1病棟	12.7	13.0
地域包括ケア病棟	28.0	22.2
回りハ病棟	73.0	68.5
療養病棟	256.9	348.4

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。

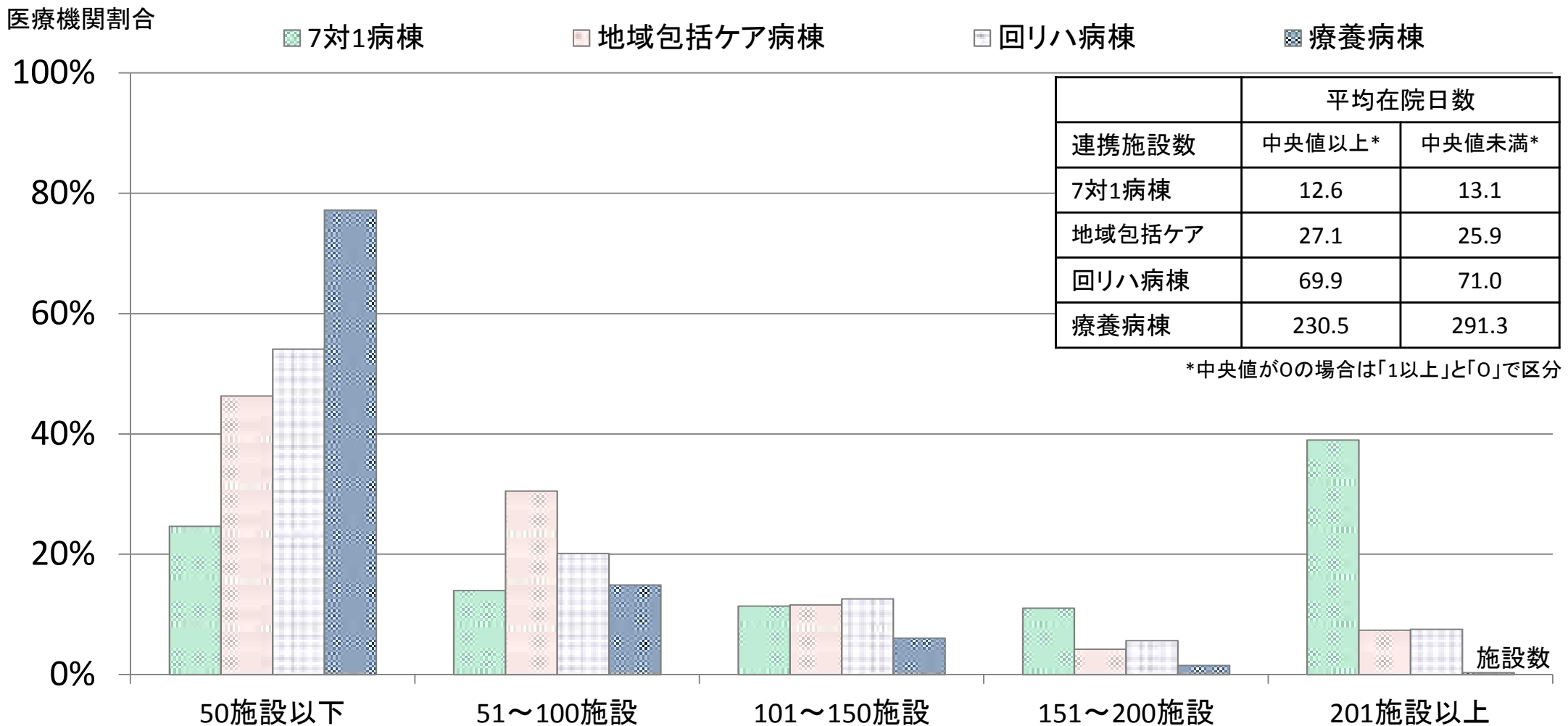
＜病棟への退院支援職員配置による効果＞



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＞



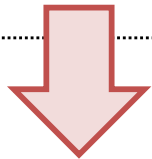
7対1病棟における在宅復帰率の評価について

- 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)

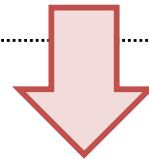


- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が上がる。
- ・自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されている。

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)

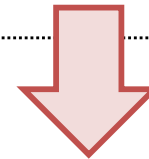
死亡退院



- ・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)

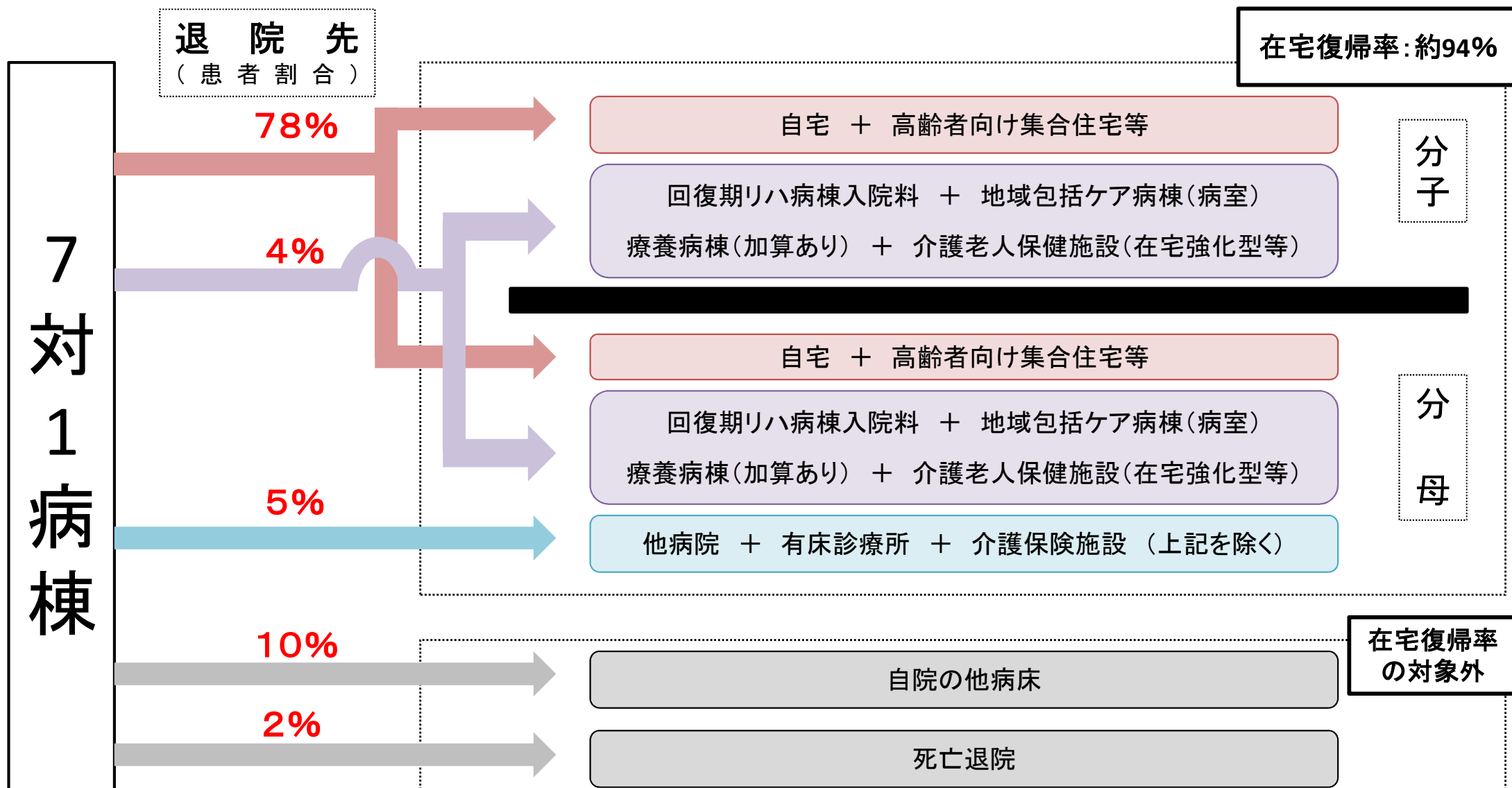


- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が下がる。

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。



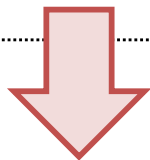
地域包括ケア病棟における在宅復帰率の評価について

- 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

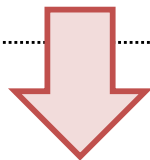
療養病棟(加算あり)
介護老人保健施設(在宅強化型等)



- ・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)

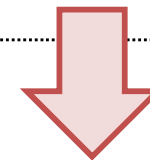
死亡退院



- ・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)

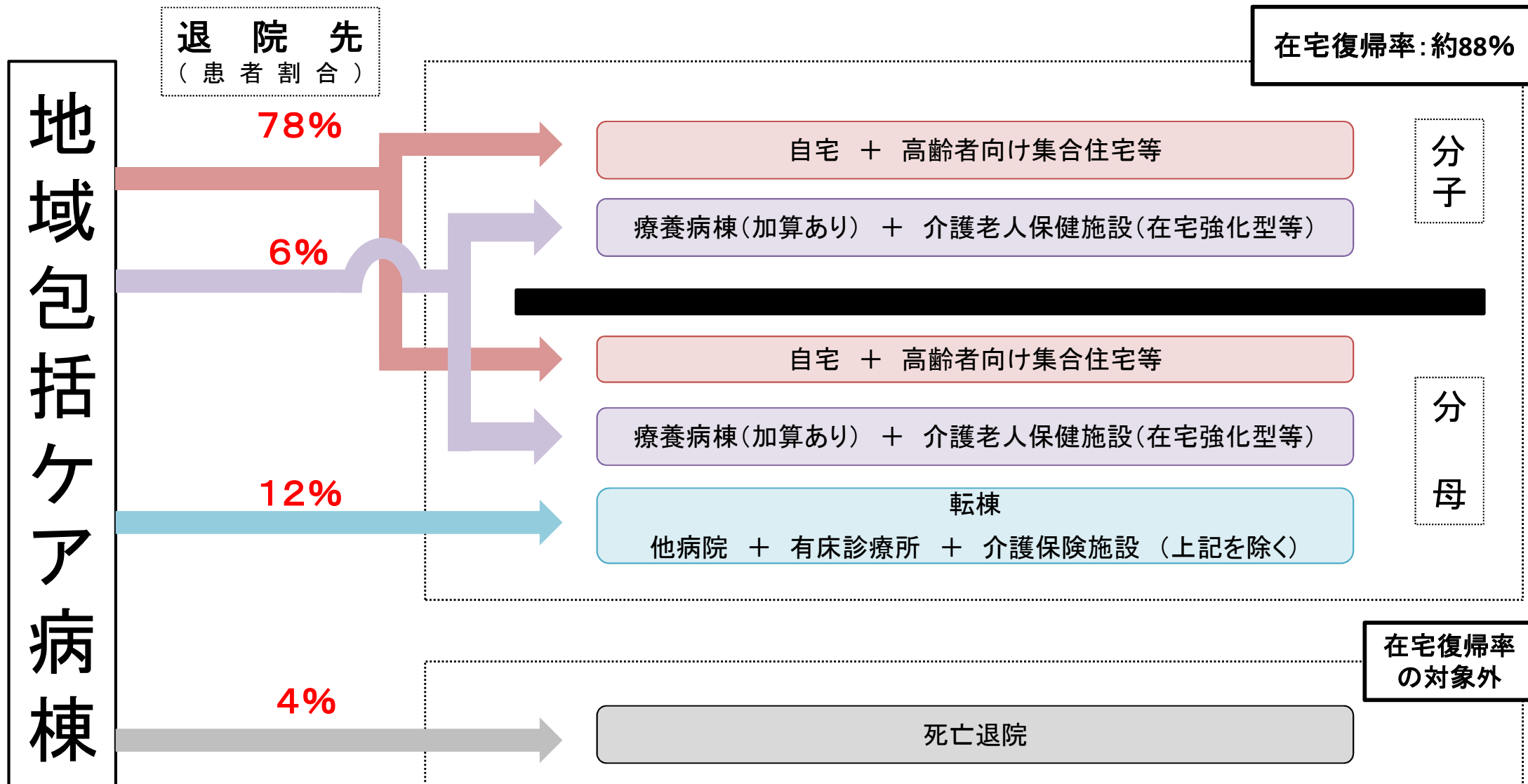
他医療機関
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)
介護保険施設
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)



- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が下がる。

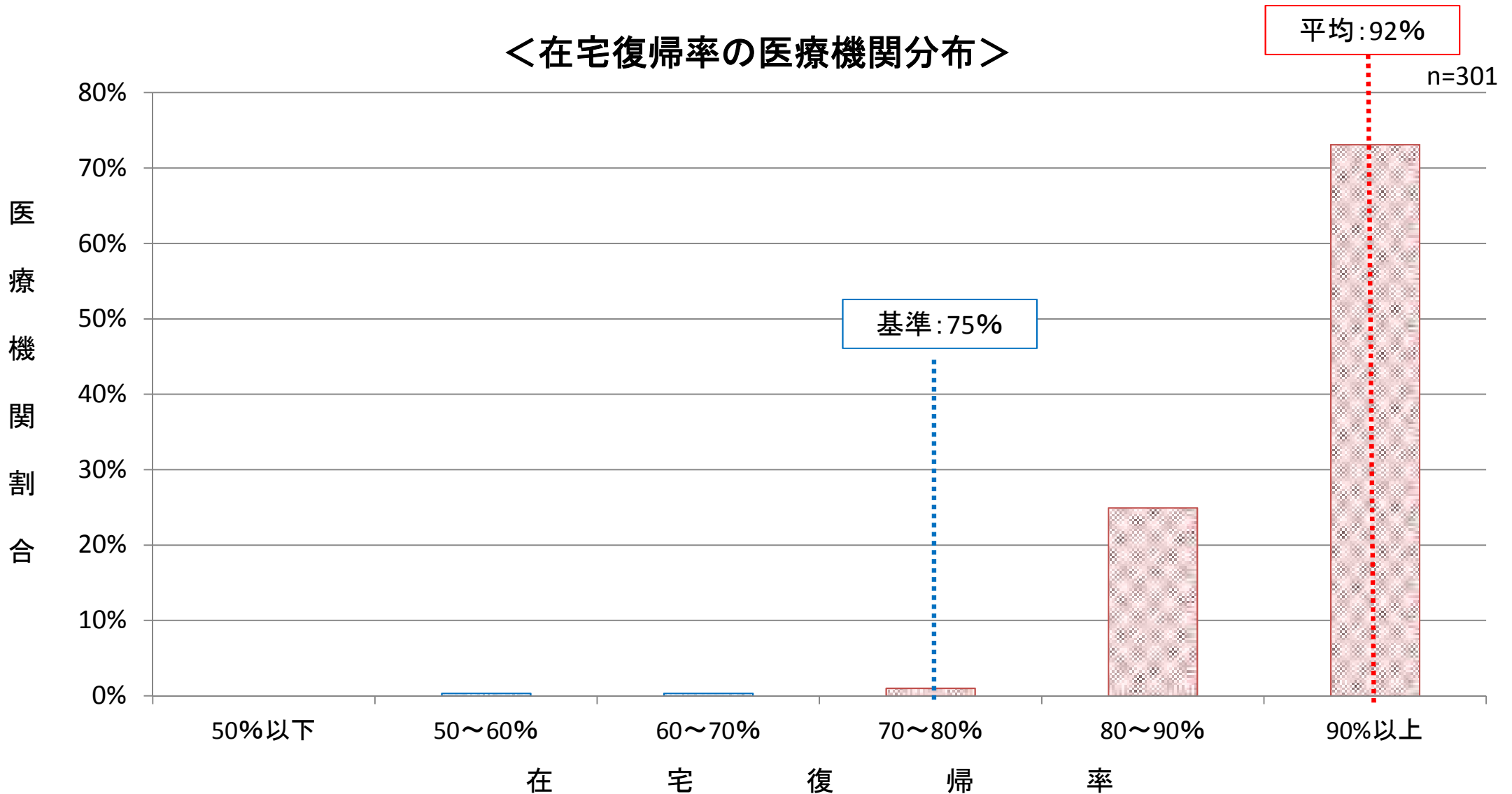
地域包括ケア病棟における在宅復帰率（患者別）

- 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。



7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

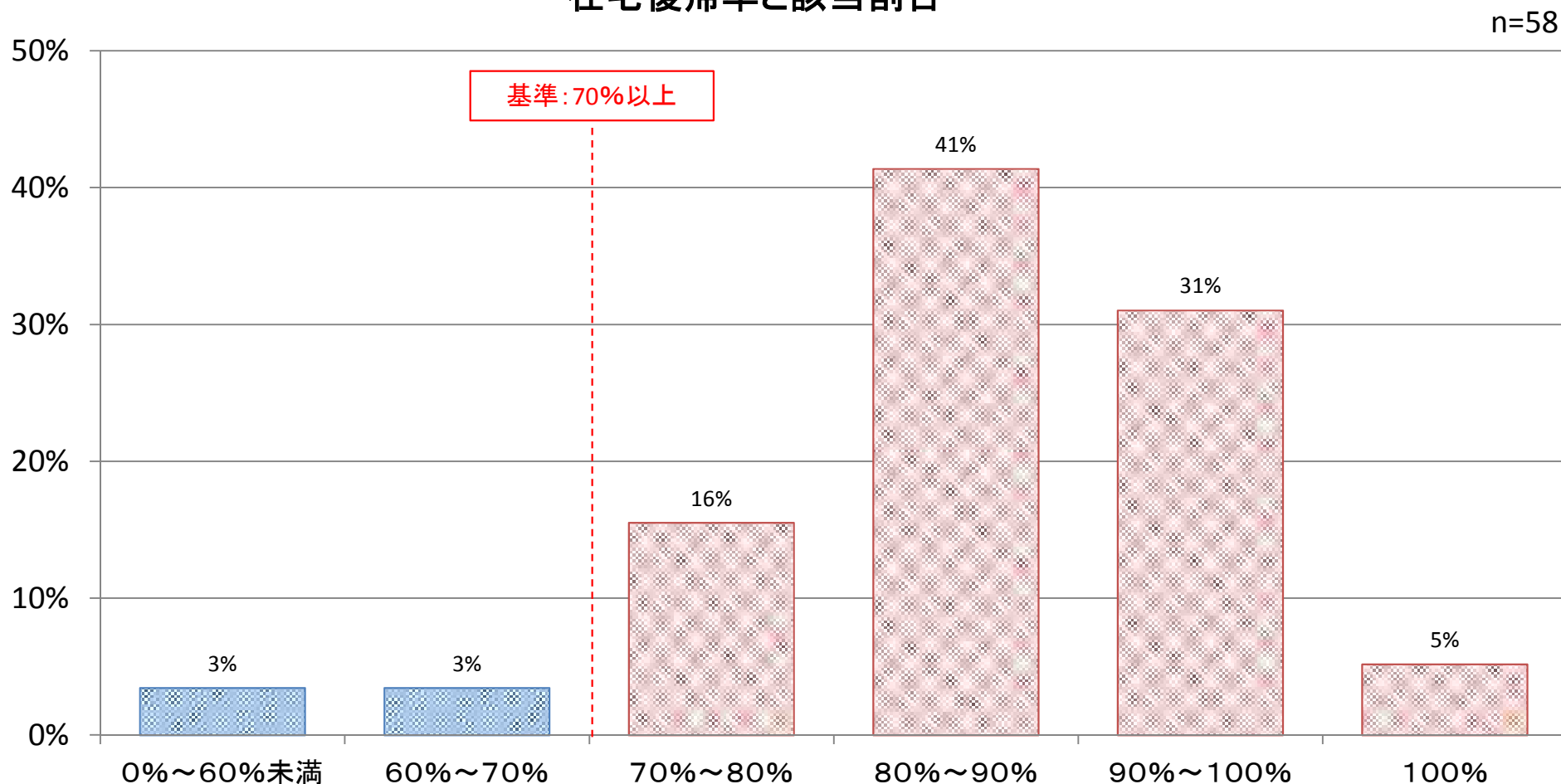
- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。



地域包括ケア病棟における在宅復帰率（医療機関別）

- 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



退院支援に係る取組に関するまとめ(案)

- 退院支援に係る評価については、累次の改定において充実が図られてきた。診療報酬項目が増加するとともにその要件は複雑化しており、一部の項目を除き算定回数は少なかった。
- 退院支援に関して、対象となる疾患や病棟等によって異なる様々な評価項目があるが、評価の着目点は、退院支援にかかる人員の配置や、早期退院に向けた院内の取組、医療機関間の恒常的な連携に関する評価等、類似したものも多かった。また、退院時に算定することとされるものや、平均在院日数を要件とするものなど、アウトカムと連動した評価項目もみられた。
- より入念な退院支援を要する状態の患者の受入及び円滑な在宅復帰への流れを促進するための退院支援の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。
 - 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者1人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があることが指摘された。また、患者が退院できない理由として、入院・入所先の確保等が課題になっていることが示された。
 - 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の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場合があり、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援を行えるようになる等の効果が指摘された。

(続く)

退院支援に係る取組に関するまとめ(案)

- 一 連携施設数が多いなど、退院支援に向けた他施設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。こうした傾向は入院期間が長い病棟でより顕著であった。
- 在宅復帰率について、在宅復帰率が要件となっている病棟への転院・転棟は、自宅への退院と同等に評価されており、在宅復帰率の算出値は、実際に自宅へ退棟している割合よりも高く評価されていた。7対1入院基本料においては、在宅復帰率の基準(75%)を上回り、90%を超える医療機関が多かった。地域包括ケア病棟においては、基準(70%)を一定程度上回る、80~90%の医療機関が多かった。

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

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

出来高病棟

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

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

特定入院料等算定病棟

2. 包括範囲外の診療行為のみが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

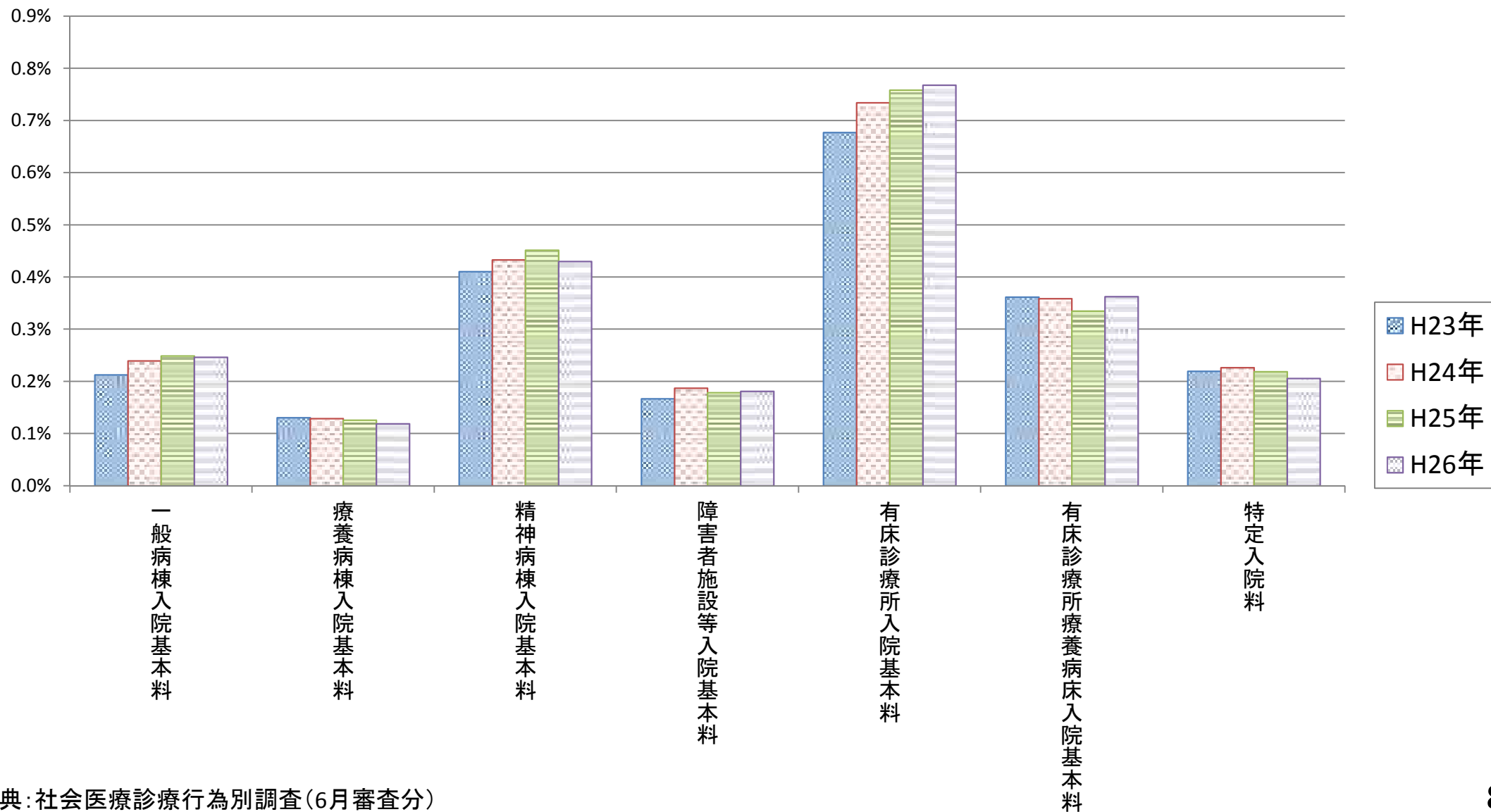
※ B医療機関では原則として医学管理、在宅等は算定できない。

※ 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。

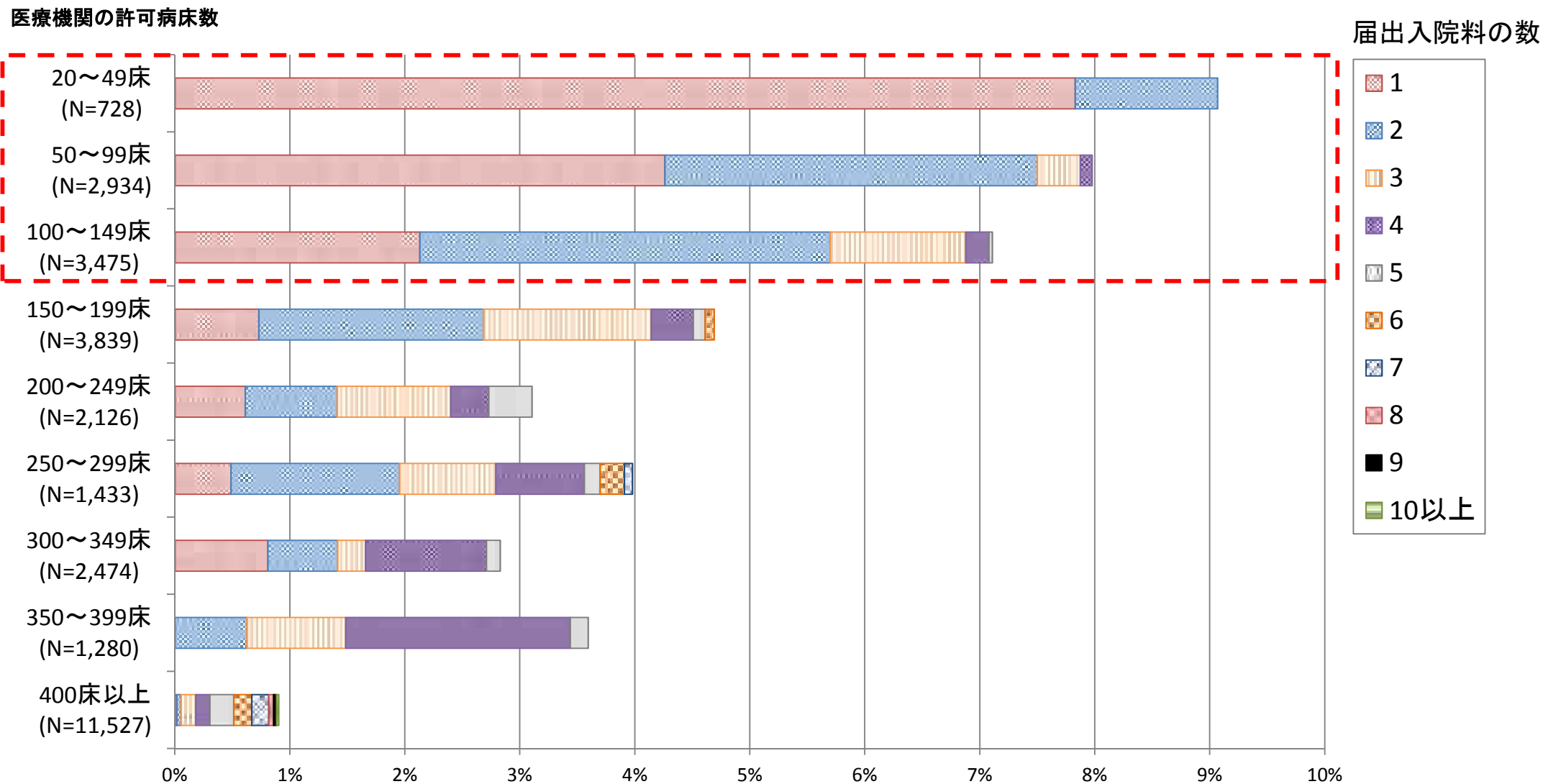
＜入院料減算の算定割合推移＞ ※入院料減算の延べ算定回数／当該入院料全体の延べ算定回数



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。

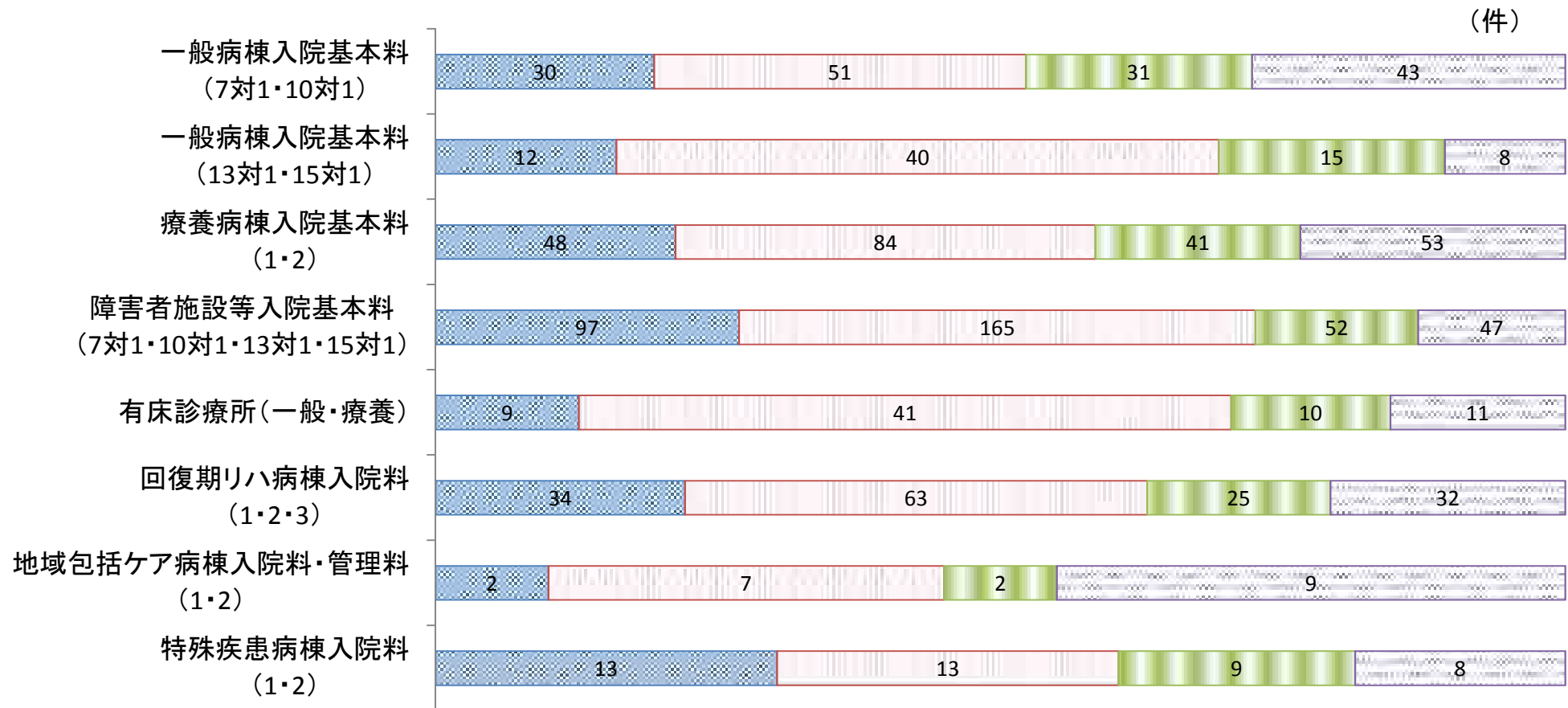
＜許可病床数別の他医療機関受診患者割合と届出入院料の数＞



他医療機関を受診した理由

- 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

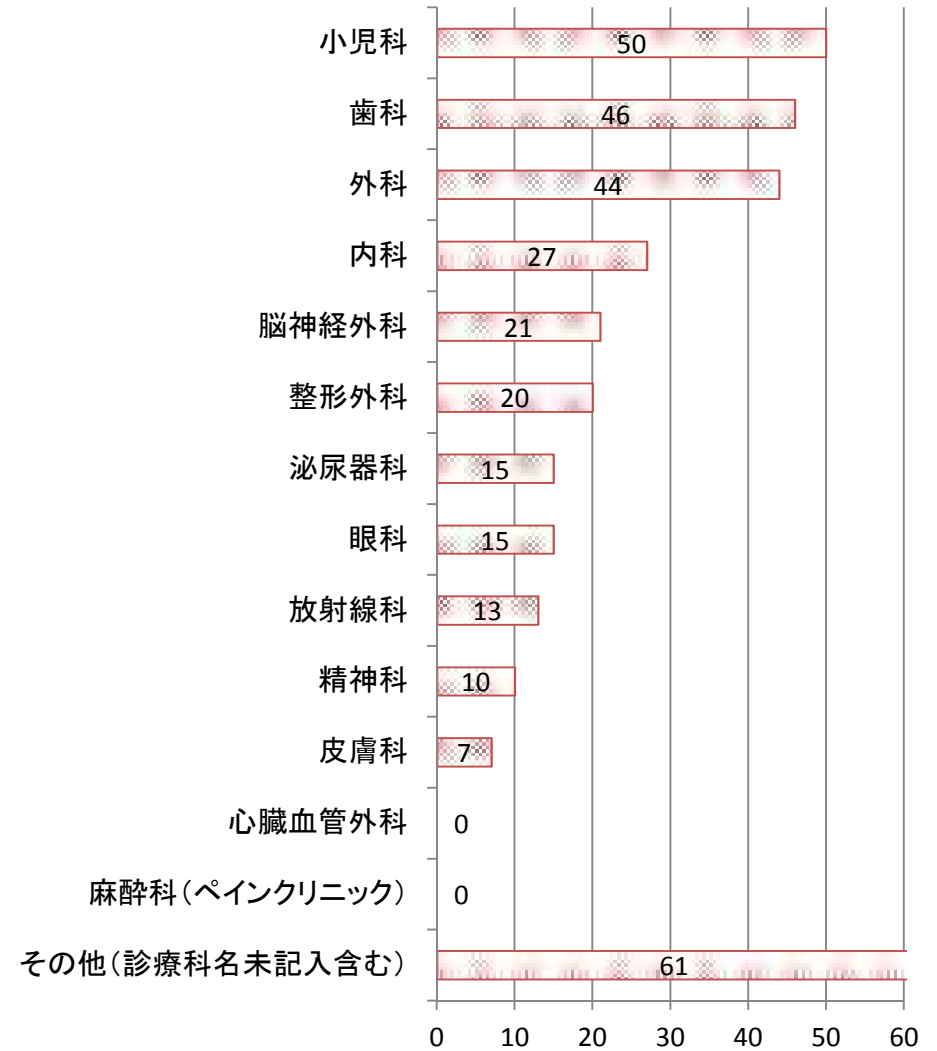
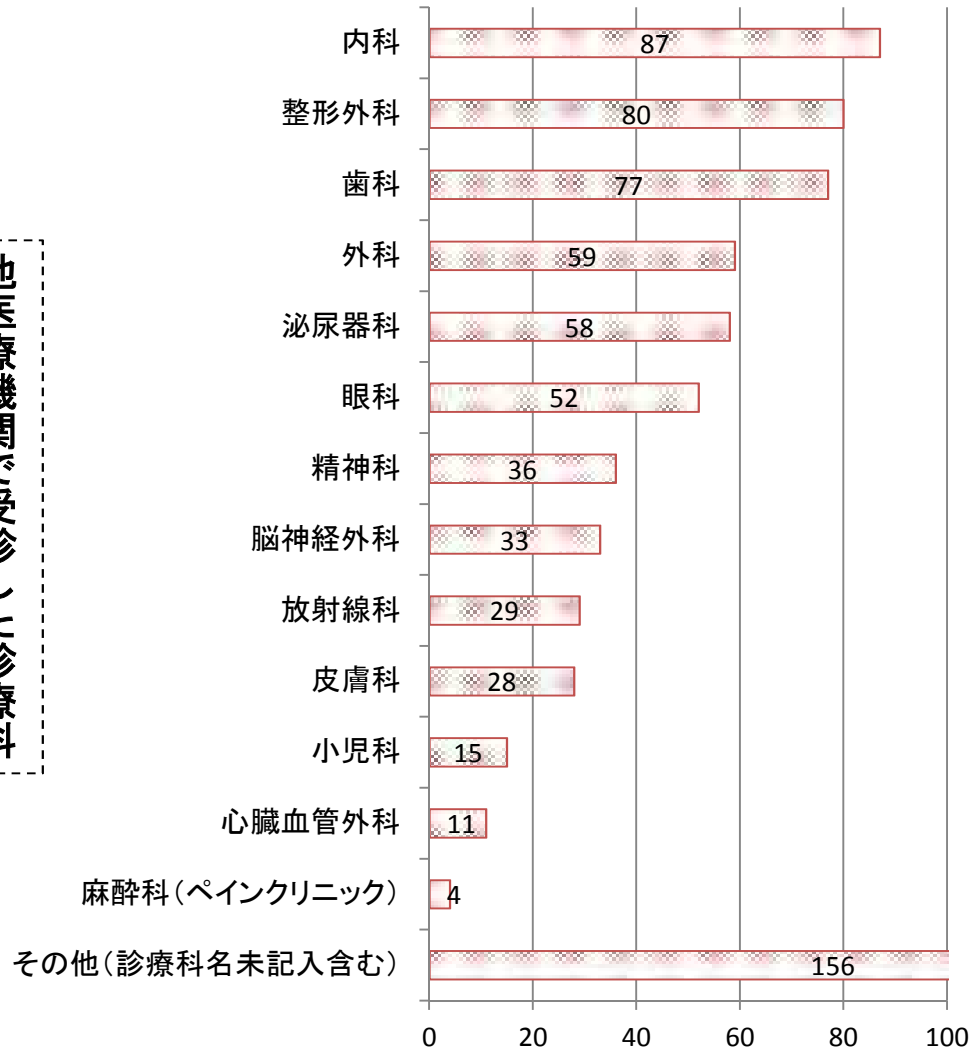
入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科

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)

入院中の他医療機関の受診に関するまとめ(案)

- 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、この割合は、他の医療機関での診療が、入院料の包括部分を含むかどうかに応じて設定されている。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。
- 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で比較的高く、入院日数の約0.8%であり、近年やや増加がみられた。次いで、精神病棟入院基本料では、入院日数の約0.4%であった。また、医療機関の規模別にみると、他医療機関を受診した患者割合は、小規模な医療機関で高い傾向があった。
- 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。また、入院中に受診した他医療機関の診療科は、内科、外科のほか、整形外科、泌尿器科、眼科など、様々な診療科にわたっていた。

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