

入院医療(その7)

平成27年12月9日

1. 急性期入院医療について

2. 入院基本料の病棟単位での届出について

1. 急性期入院医療について

- イ 平均在院日数について
- ロ 急性期入院医療における患者像の評価について
- ハ 在宅復帰率について

平成26年度診療報酬改定：7対1入院基本料等の見直し

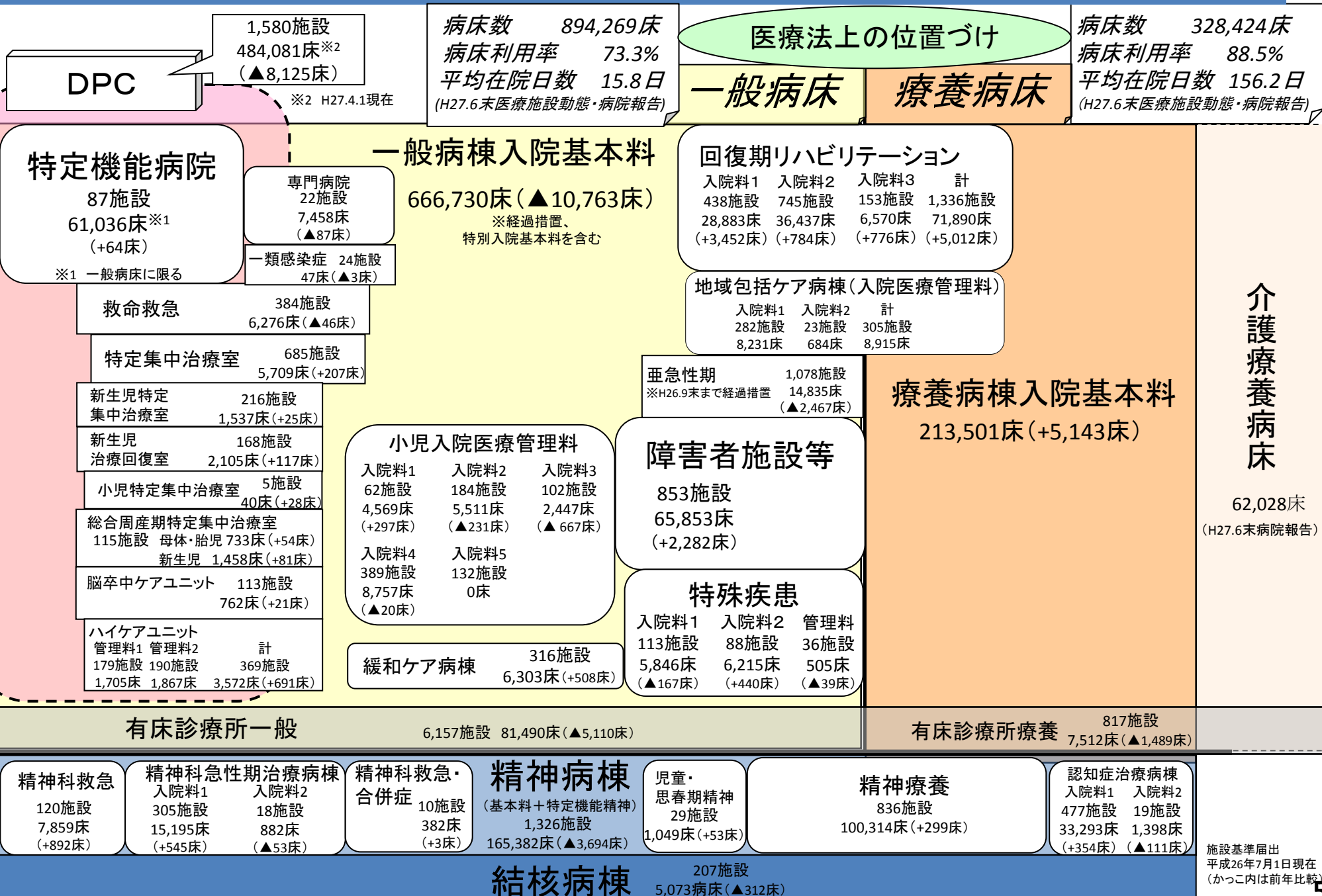
➤ 7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



DPC
1,580施設
484,081床※2
(▲8,125床)
※2 H27.4.1現在

病床数 894,269床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.8日
(H27.6末医療施設動態・病院報告)

医療法上の位置づけ
一般病床 **療養病床**

病床数 328,424床
病床利用率 88.5%
平均在院日数 156.2日
(H27.6末医療施設動態・病院報告)

特定機能病院
87施設
61,036床※1
(+64床)
※1 一般病床に限る

一般病棟入院基本料
666,730床(▲10,763床)
※経過措置、
特別入院基本料を含む

回復期リハビリテーション
入院料1 入院料2 入院料3 計
438施設 745施設 153施設 1,336施設
28,883床 36,437床 6,570床 71,890床
(+3,452床) (+784床) (+776床) (+5,012床)

地域包括ケア病棟(入院医療管理料)
入院料1 入院料2 計
282施設 23施設 305施設
8,231床 684床 8,915床

介護療養病床
62,028床
(H27.6末病院報告)

救命救急 384施設
6,276床(▲46床)

特定集中治療室 685施設
5,709床(+207床)

新生児特定集中治療室 216施設
1,537床(+25床)

新生児治療回復室 168施設
2,105床(+117床)

小児特定集中治療室 5施設
40床(+28床)

総合周産期特定集中治療室
115施設 母体・胎児 733床(+54床)
新生児 1,458床(+81床)

脳卒中ケアユニット 113施設
762床(+21床)

ハイケアユニット
管理料1 管理料2 計
179施設 190施設 369施設
1,705床 1,867床 3,572床(+691床)

小児入院医療管理料
入院料1 入院料2 入院料3
62施設 184施設 102施設
4,569床 5,511床 2,447床
(+297床) (▲231床) (▲667床)
入院料4 入院料5
389施設 132施設
8,757床 0床
(▲20床)

亜急性期 1,078施設
※H26.9末まで経過措置 14,835床
(▲2,467床)

障害者施設等
853施設
65,853床
(+2,282床)

特殊疾患
入院料1 入院料2 管理料
113施設 88施設 36施設
5,846床 6,215床 505床
(▲167床) (+440床) (▲39床)

療養病棟入院基本料
213,501床(+5,143床)

緩和ケア病棟 316施設
6,303床(+508床)

有床診療所一般 6,157施設 81,490床(▲5,110床)

有床診療所療養 817施設
7,512床(▲1,489床)

精神科救急
120施設
7,859床
(+892床)

精神科急性期治療病棟
入院料1 入院料2
305施設 18施設
15,195床 882床
(+545床) (▲53床)

精神科救急・合併症 10施設
382床
(+3床)

精神病棟
(基本料+特定機能精神)
1,326施設
165,382床(▲3,694床)

児童・思春期精神 29施設
1,049床(+53床)

精神療養 836施設
100,314床(+299床)

認知症治療病棟
入院料1 入院料2
477施設 19施設
33,293床 1,398床
(+354床) (▲111床)

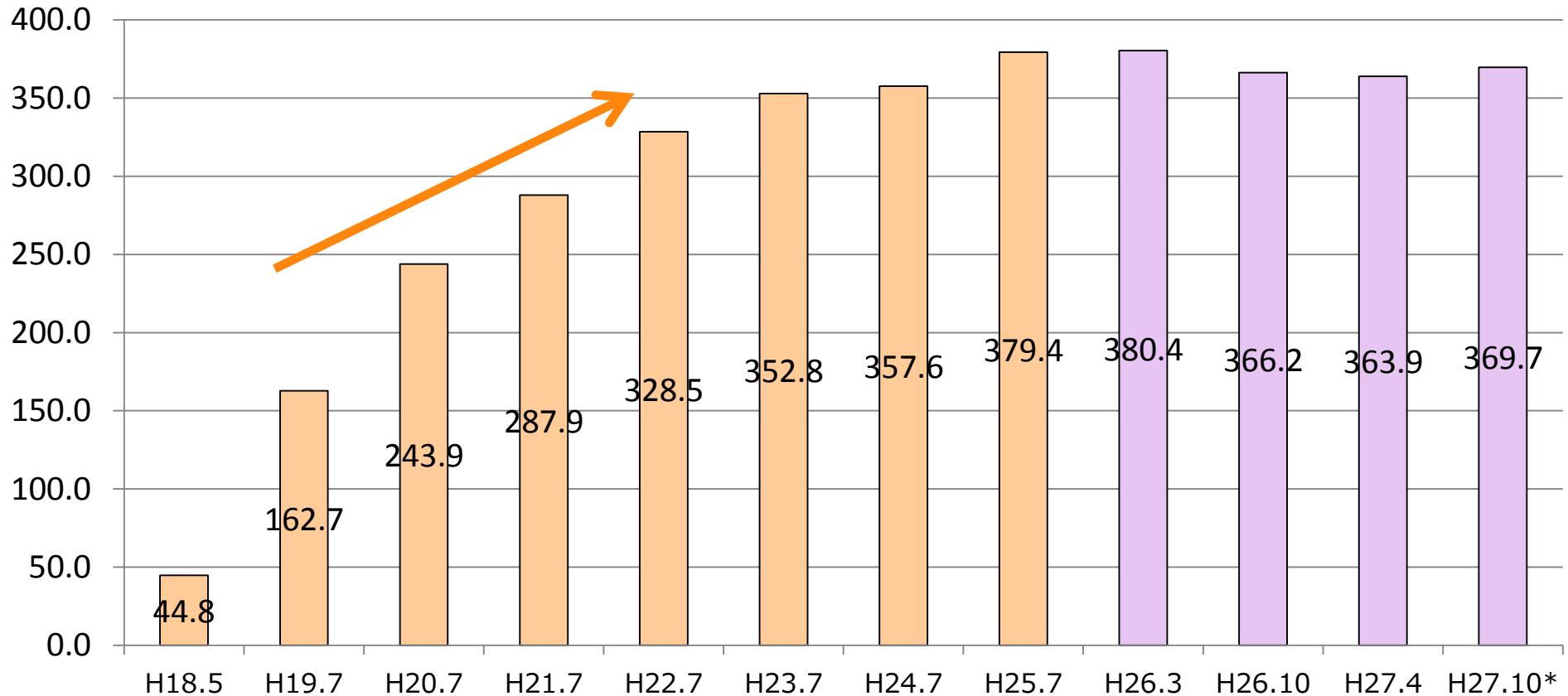
結核病棟 207施設
5,073病床(▲312床)

施設基準届出
平成26年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度には減少したが、直近の6か月では増加がみられた。

届出病床数(千床)

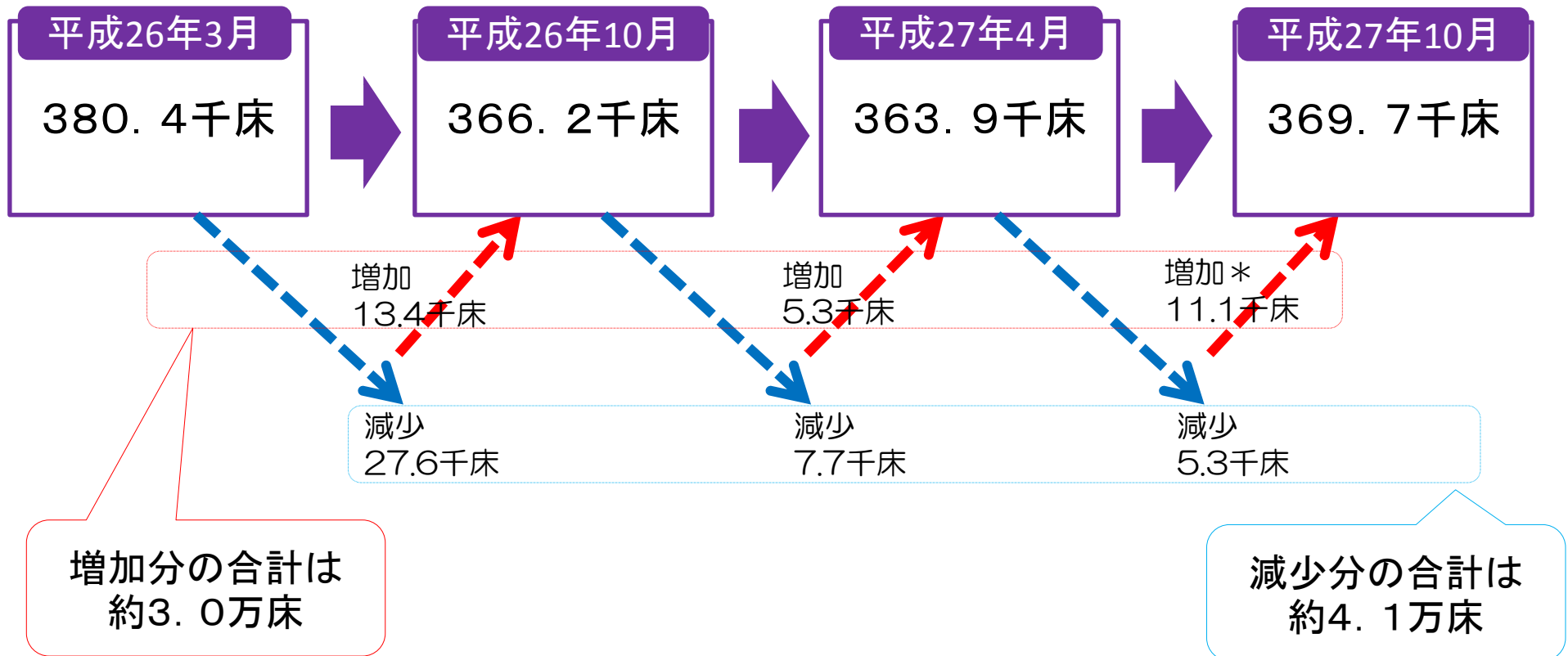


*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の増減

○ 平成26年度以降の一般病棟入院基本料7対1の届出病床数は、半年毎の増減を合計すると1年半の間に、約3万床が増加した一方、4.1万床が減少し、全体として減少している。



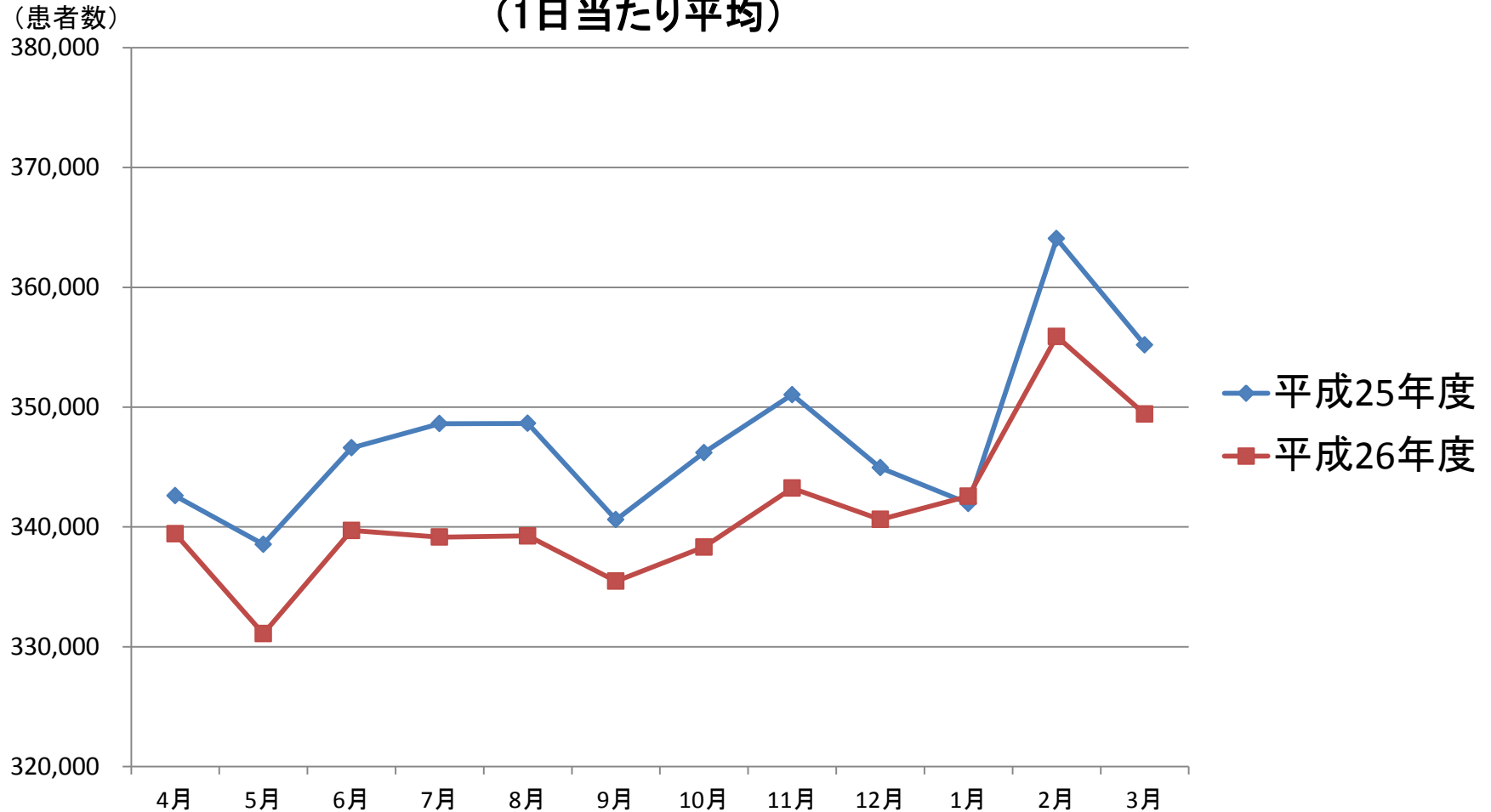
*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※医療機関からの届出をもとにした速報値であり、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

DPC病院(7対1)における平均患者数

- 平成26年度診療報酬改定の前後で、7対1入院基本料を届け出ているDPC算定病院における7対1入院基本料の算定患者数はやや減少していた。

＜7対1入院基本料の算定患者数＞
(1日当たり平均)



第306回中央社会保険医療協議会（H27.10.14）における主な意見

- 一般病床の平均在院日数や病床利用率、7対1病棟の届出病床数や平均患者数は経年的に減少する傾向にあり、この傾向が続けば徐々にあるべき姿に収斂していくのではないかと。また、急な制度の変更は現場に混乱をもたらすのではないかと。
- 7対1病棟の一部に、病状の安定した、むしろ回復期や慢性期の方がふさわしいのではないかと。という患者がかなりの割合を占める医療機関があると考えられ、平均在院日数・「重症度、医療・看護必要度」・在宅復帰率については、見直しの方向で議論すべきではないかと。
- 平均在院日数は、短期滞在手術等基本料や特定除外制度の見直しにより一時的に長くなっているものの、経年的には短縮する傾向にあり、取扱いについて一定の検討が必要ではないかと。
- 「重症度、医療・看護必要度」は、入院している患者の病状・病態をよりの確に反映し、その様な患者に対する医療提供内容を十分に評価する方向で検討すべきではないかと。なお、該当患者について何割が適当かについては、別途議論が必要だと考えられる。
- 在宅復帰率については、在宅復帰のみならず他の医療機関に転院した場合等も評価した計算式になっており、非常に高い算出値となっているが、計算式の見直しを含め、どの様な評価のあり方が適切か議論が必要ではないかと。

急性期入院医療における機能分化に関する論点

○ 急性期入院医療がより効率的・効果的に行われるよう、どの様に機能分化を進めていくべきか。

➤ 急性期入院医療の機能分化を図るため、以下の評価指標のあり方についてどのように考えるか。

1. 急性期入院医療における平均在院日数について
2. 急性期入院医療における患者像の評価について
3. 急性期入院医療における在宅復帰率について

1. 急性期入院医療について

イ 平均在院日数について

ロ 急性期入院医療における患者像の評価について

ハ 在宅復帰率について

平成24年度診療報酬改定

算定要件の見直し

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【改定前】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	➔	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内		特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【改定前】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	➔	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ		特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない)

平成26年度診療報酬改定(平均在院日数に関連した項目)

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)

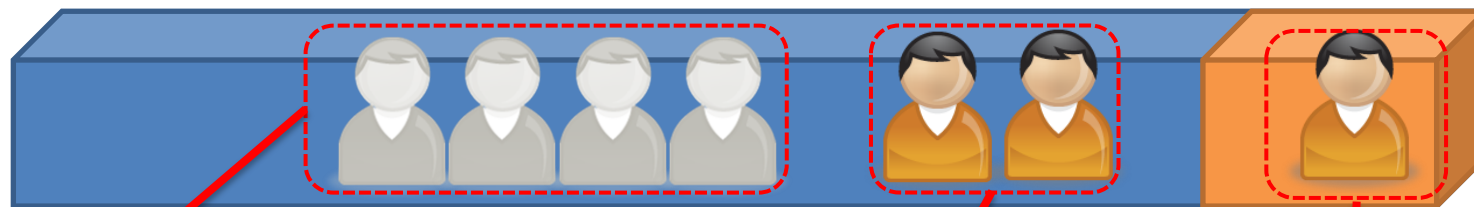
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 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)。

平成26年度診療報酬改定(平均在院日数に関連した項目)

短期滞在手術基本料の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

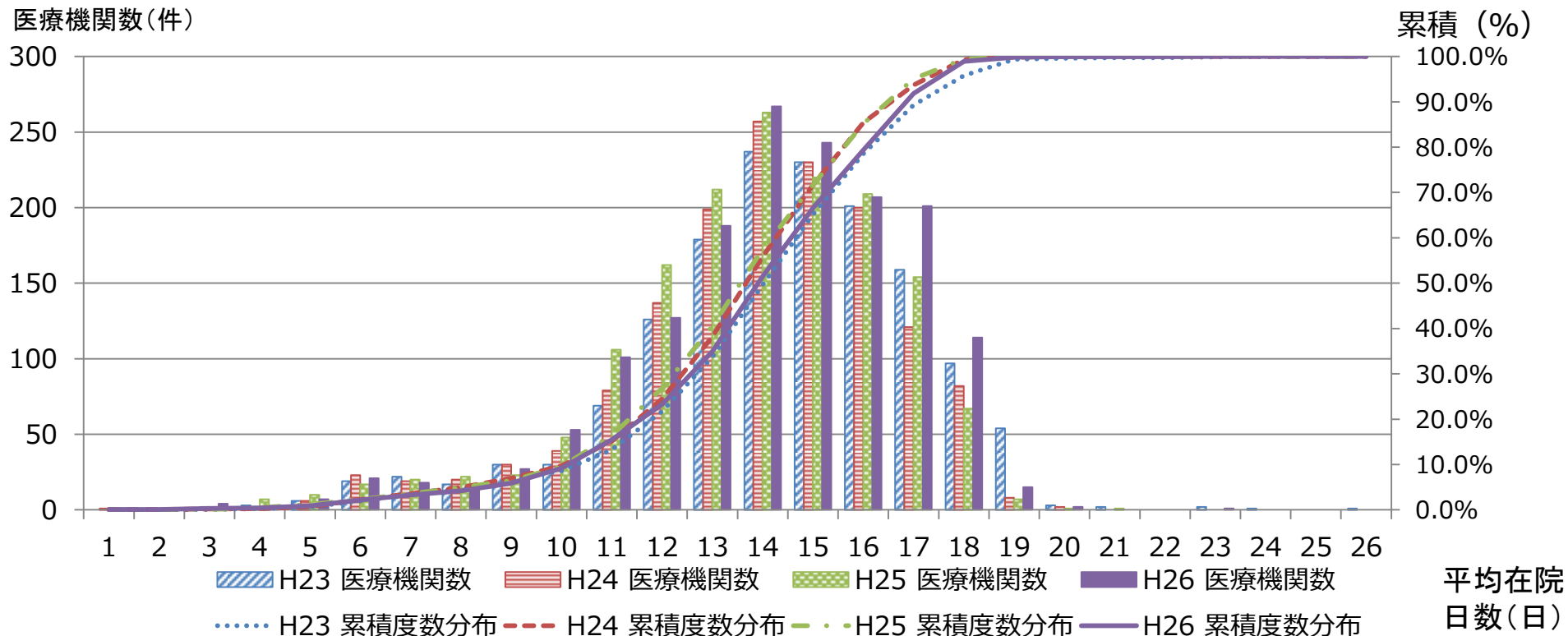
[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。
また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

一般病棟入院基本料(7対1)届出医療機関

平均在院日数の比較(平成23年~26年)

- 平成24年度改定において、平均在院日数の施設基準が19日から18日に短縮したことを受け、平成24年度は平成23年度と比べて平均在院日数が18日を超える医療機関が減少し、全体の平均在院日数も短縮した。
- 平成26年度改定において、特定除外制度・短期滞在手術等基本料を見直したことに伴い、平成26年度は平成25年度と比べて全体に計算上の平均在院日数が延長した。



	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
医療機関数	1,489	1,456	1,550	1,617
平均値±SD	14.3±2.9	13.9±2.7	13.8±2.8	14.1±2.8

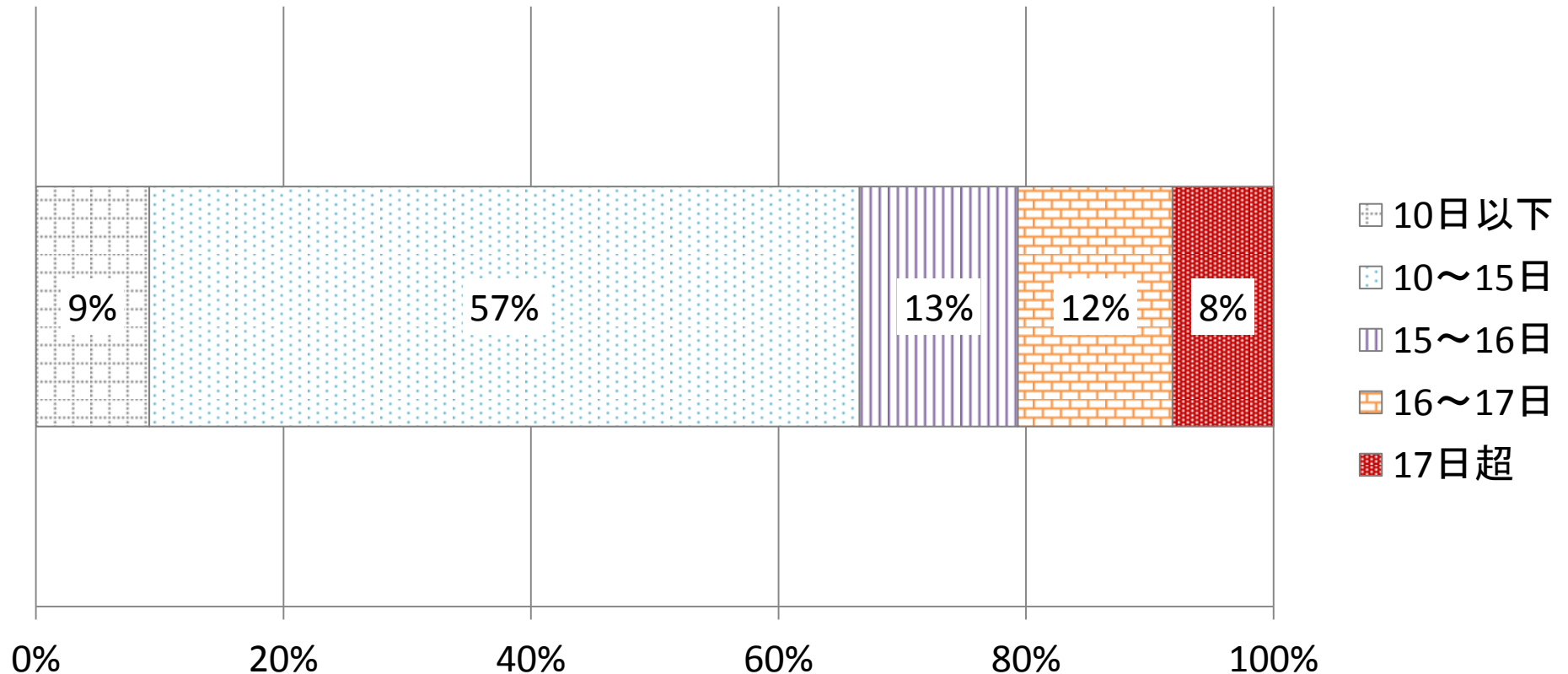
※平均在院日数は各年の診療報酬上の定義に則り医療機関が届け出たもの

出典: 保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料(7対1)届出医療機関の平均在院日数 ～平成26年～

- 平均在院日数が10～15日の医療機関が全体の過半数を占めた。
- 他方、平均在院日数が17日を超える医療機関が8%程度みられた。

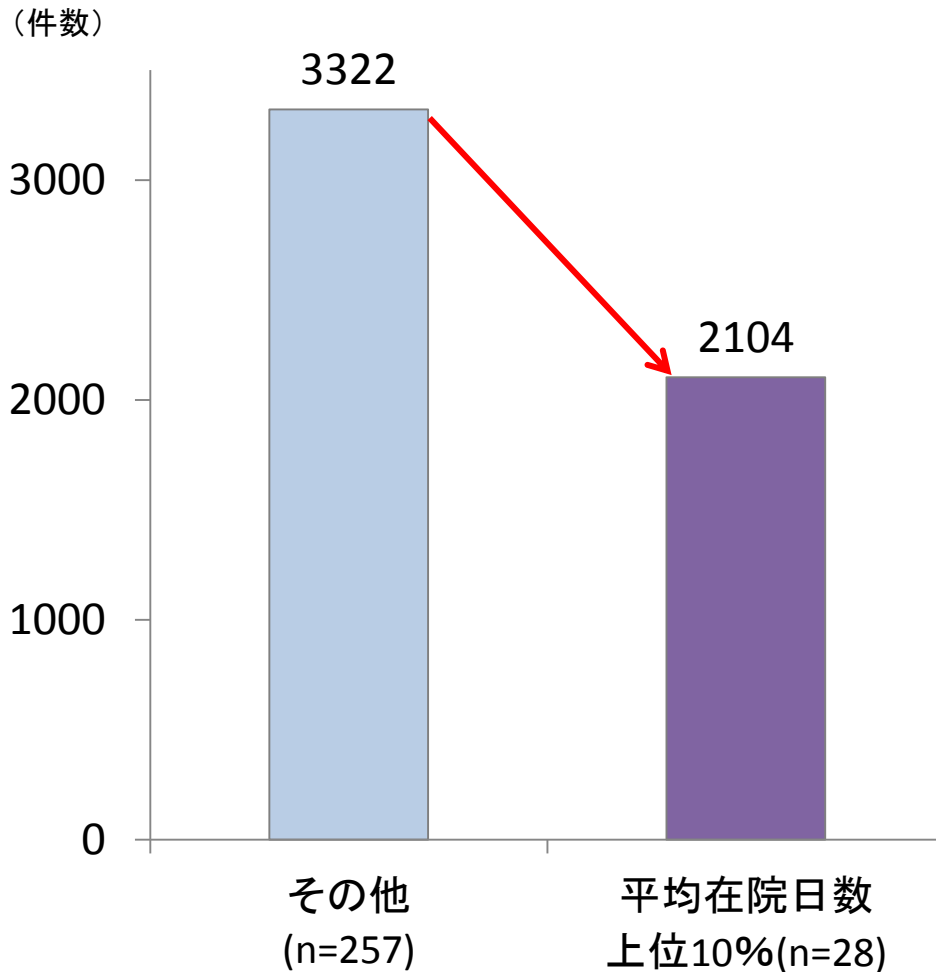
＜平均在院日数ごとの医療機関分布＞



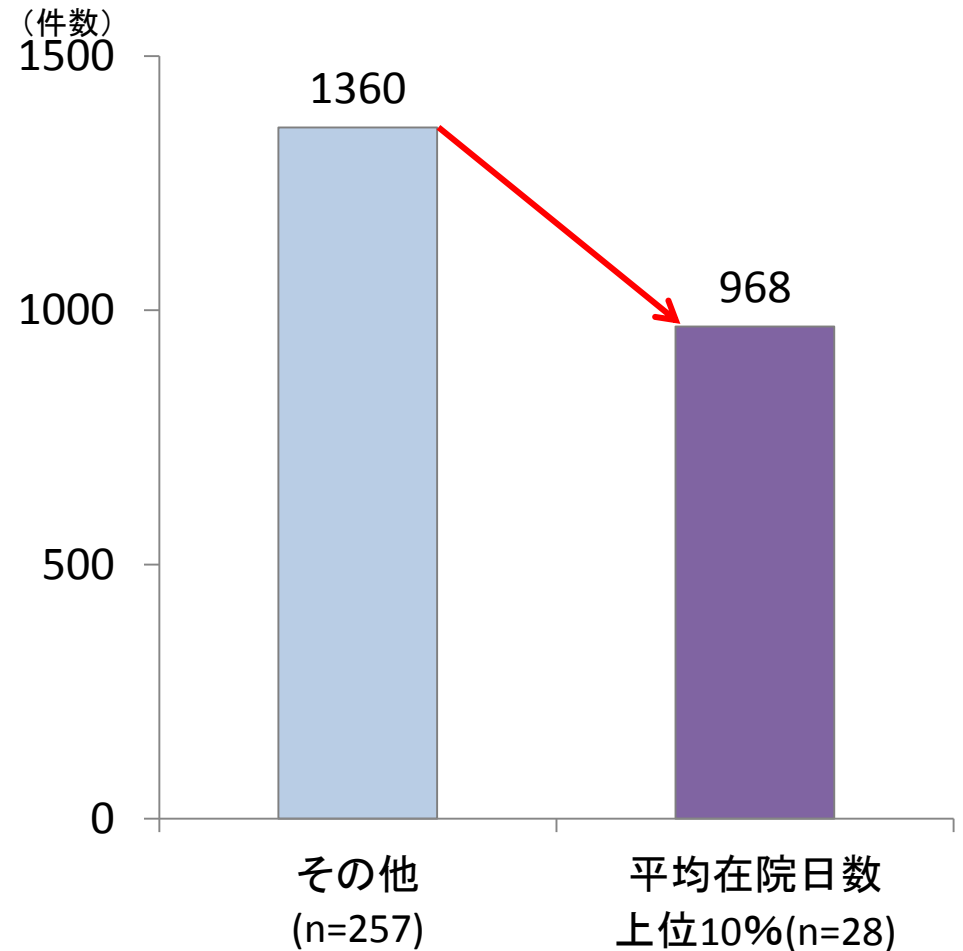
平均在院日数が長い医療機関の状況①

- 平均在院日数が長い7対1病院では、その他の7対1病院よりも手術・全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向がみられた。

＜過去1年間の手術の実施件数※＞



＜過去1年間の全身麻酔手術の実施件数※＞

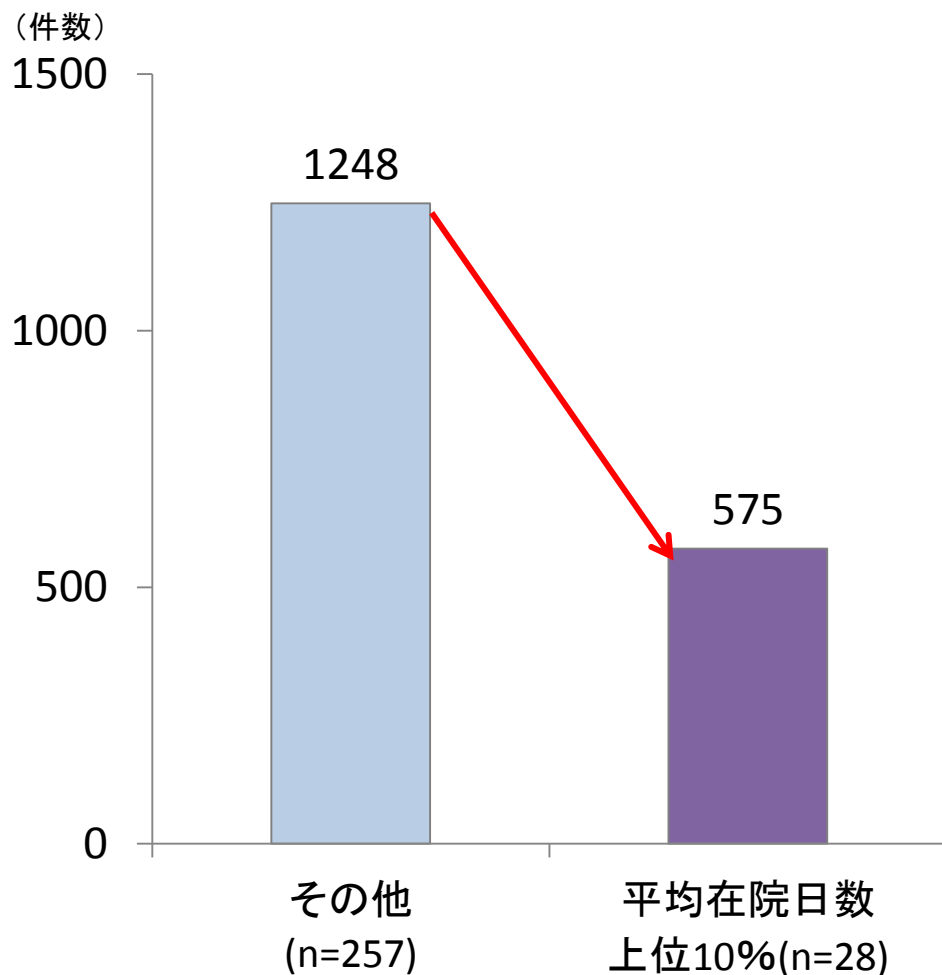


※平均在院日数が長い病院;平均在院日数上位10%の病院を抽出
※※平均病床数当たりの実施件数を計上

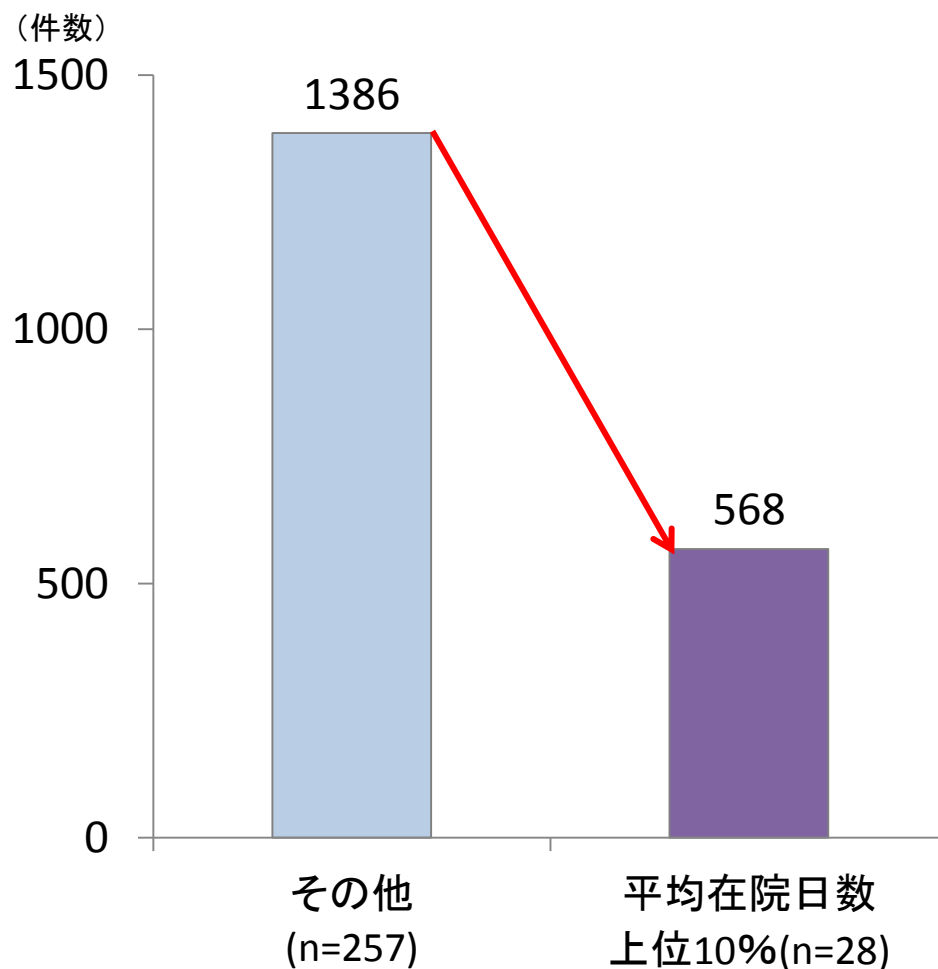
平均在院日数が長い医療機関の状況②

- 平均在院日数が長い7対1病院では、その他の7対1病院よりも放射線治療・化学療法の実施件数が少ない傾向がみられた。

＜過去1年間の放射線治療件数※＞



＜過去1年間の化学療法実施件数※＞

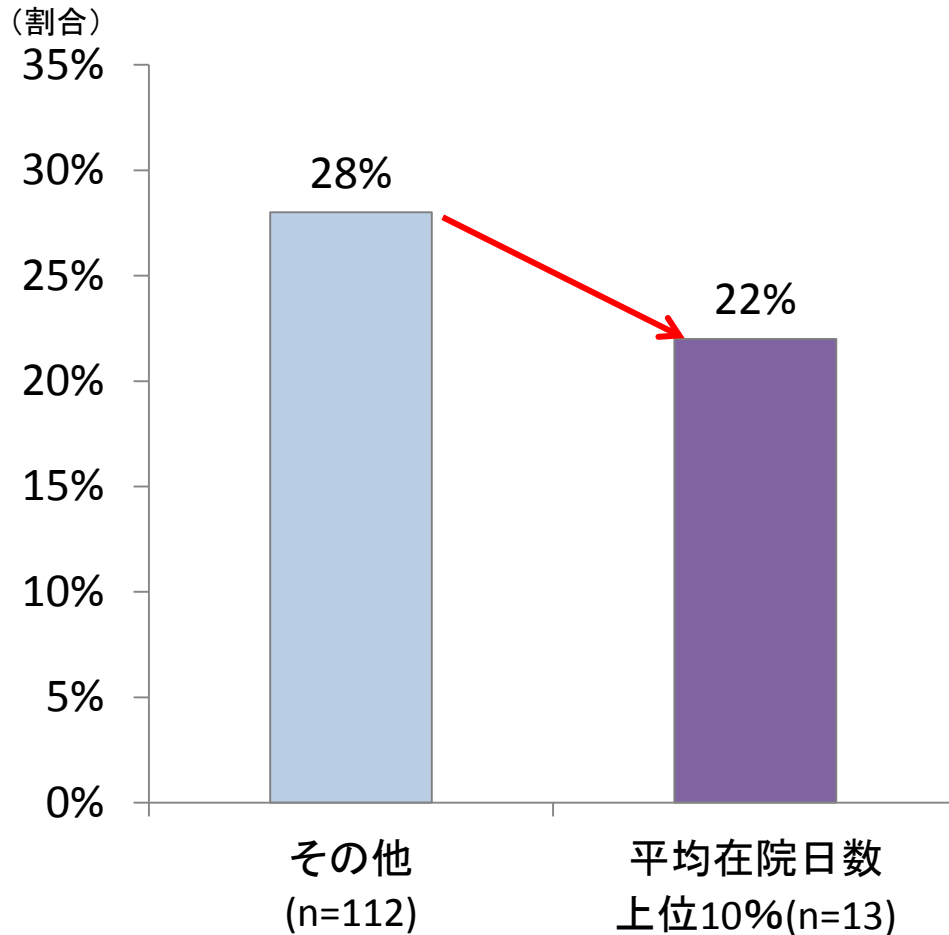


※平均在院日数が長い病院; 平均在院日数上位10%の病院を抽出
※※平均病床数当たりの実施件数を計上

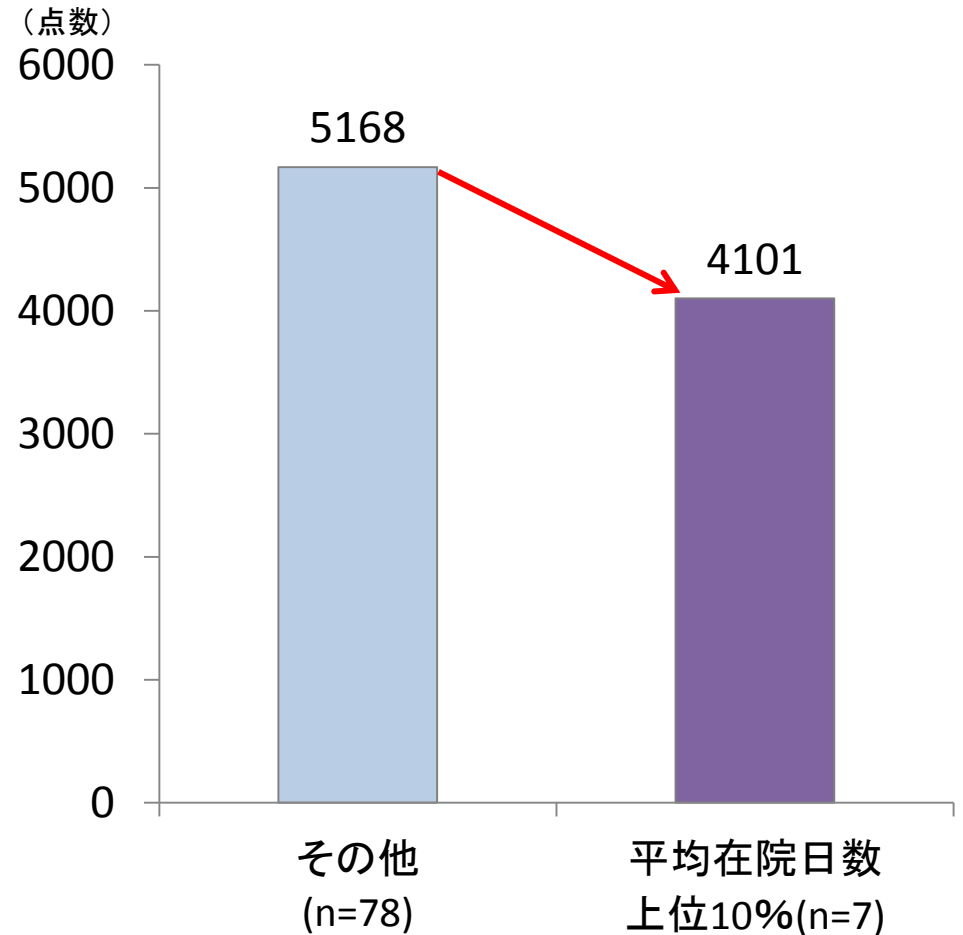
平均在院日数が長い医療機関の状況③

- 平均在院日数が長い7対1病院では、その他の7対1病院と比べて重症度、医療・看護必要度A項目の該当患者割合が小さく、1日当たりレセプト請求点数も小さい傾向がみられた。

＜重症度、医療・看護必要度のA項目該当患者割合＞



＜1日当たりレセプト請求点数＞



※平均在院日数が長い病院; 平均在院日数上位10%の病院を抽出
※※平均病床数当たりの実施件数を計上

1. 急性期入院医療について

イ 平均在院日数について

ロ 急性期入院医療における患者像の評価について

ハ 在宅復帰率について

7対1入院基本料の経緯(「重症度、医療・看護必要度」・平均在院日数)

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 **7対1入院基本料創設**

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 **7対1入院基本料の基準の見直し**

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年 **7対1入院基本料の基準の再見直し**

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

平成26年度診療報酬改定

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



改定後(A項目)	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	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の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、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 ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票(現行)

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 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 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の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 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 ドレナージの管理	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	何かにつかまればできる	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

現行の「重症度、医療・看護必要度」の評価の基準に含まれないが、急性期入院医療の必要性や看護の提供頻度の高い状態(A項目・B項目)

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめより

【A項目】

- 手術直後の患者
- 救急搬送後の患者
- 無菌治療室での管理が必要な患者

手術直後の患者や救急搬送後の患者は、急性期の入院医療を受けているが、処置やADLの状況等により、現行の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たさないことも多い。このほか、現行の基準には含まれないが、医師の指示の見直しが頻回で、急性期の医療の必要性が高い状態として、無菌治療室での管理等が挙げられた。

- A項目が3点以上の患者

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」では「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」と比べ、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やや多かった。

【B項目】

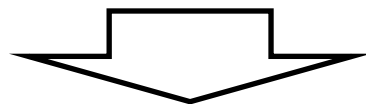
- 認知症の患者
- せん妄の患者

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。また、せん妄は急性期の入院治療中にしばしばみられ、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、認知症及びせん妄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。

急性期医療における患者像の評価に関する議論の経緯

中医協総会 入院医療(その4)で提示した論点

- 「重症度、医療・看護必要度」については、現行の基準を満たす患者以外にも、医療の必要性が高い患者も多くみられることから、手術直後の患者、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう、見直してはどうか。
- 併せて、項目間の相関の高いB項目の集約などによりできるだけ評価の簡素化を図るとともに、術後の早期離床等の促進や、看護職員以外とのチーム医療の推進にも資するよう、評価方法等を見直してはどうか。



委員から頂いたご意見

- 「重症度、医療・看護必要度」において、現行の基準を満たす患者以外にも、手術直後の患者、認知症・せん妄の患者等の急性期に密度の高い医療を必要とする状態を評価に加えることについて、その影響に関するシミュレーションを示して欲しい。

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

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 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 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の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 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 ドレナージの管理	なし	/	あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
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

M 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)	/	/
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)	/	/
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)	/	/

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

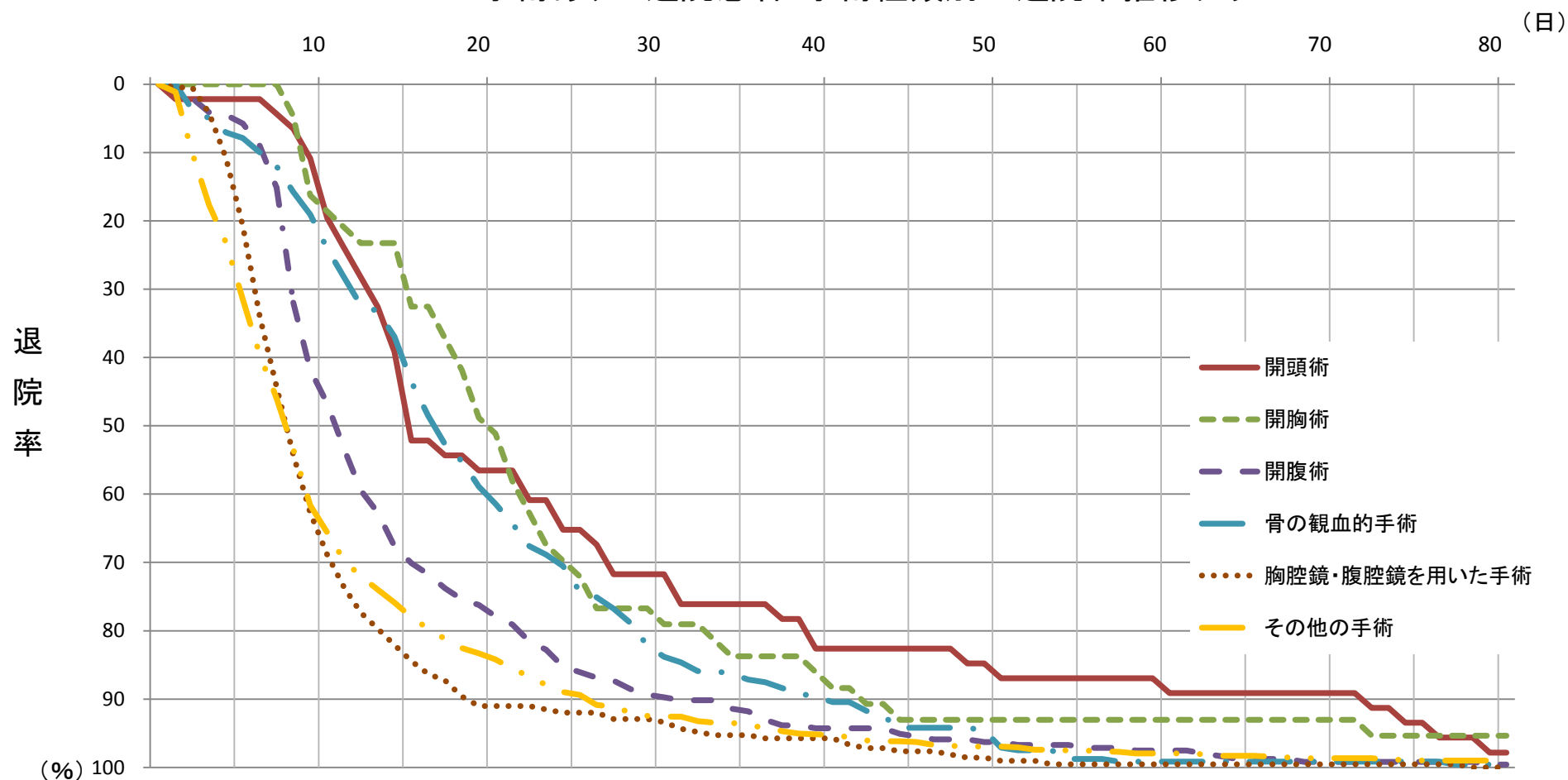
又は

M得点が1点以上の患者

手術ごとの患者の入院日数

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

＜手術ありの退院患者：手術種類別の退院率推移グラフ＞



一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しに関するシミュレーション

- 一般病棟における重症度、医療・看護必要度について、平成26年度入院医療等の調査を用いて、見直し案に近い形でのシミュレーションを行った。

<シミュレーションを実施した際の条件>

○評価項目

➢ 現行のA項目に以下の項目を追加 (※1)

- ・ 救急搬送後の患者 入院翌日まで 2点

➢ 現行のB項目を以下のとおり変更

- ・ 起き上がり、座位保持の項目を削除 2点
- ・ 危険行動「ある」 1点
- ・ 診療・療養上の指示が通じる「いいえ」

➢ 新たにM項目を以下の通り設定

- ・ 開胸・開頭の手術後の患者 術当日より7日間 1点
- ・ 開腹・骨の観血的手術後の患者 術当日より5日間 1点
- ・ 胸腔鏡・腹腔鏡手術後の患者 術当日より3日間 1点
- ・ その他の手術 術当日より2日間 (※2) 1点

○該当要件

「A得点2点以上かつB得点3点以上の患者」又は「A得点3点以上の患者」、又は「M得点1点以上の患者」

※1 「無菌治療室での治療」については、入院医療等の調査における患者票への記載項目でなかったためシミュレーションに含めていない。

※2 「その他の手術」については、入院中の手術の実施の有無及び実施日を病棟等において記載したものであり、診療報酬上の項目を網羅するものではない。

<使用したデータ>

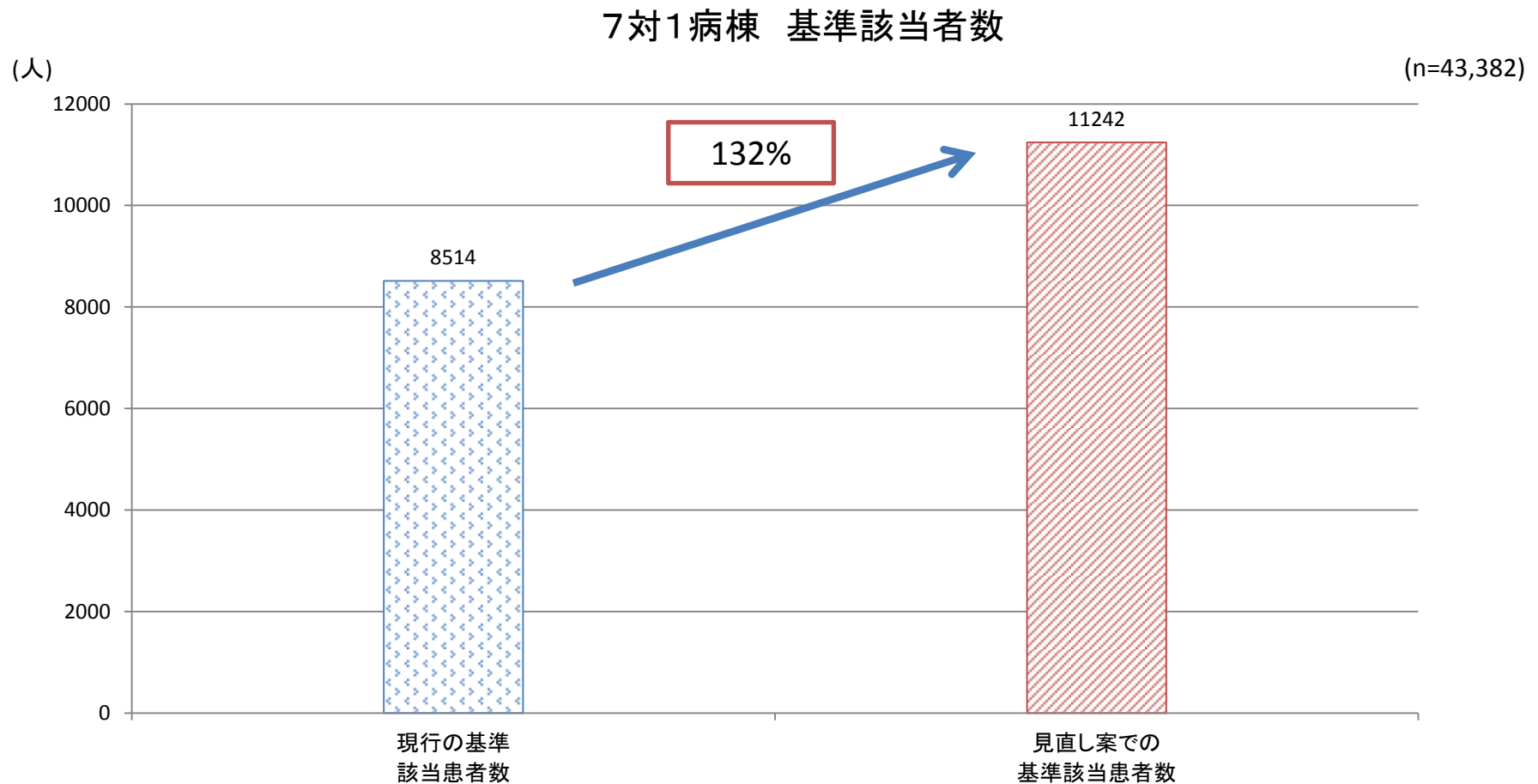
「平成26年度入院医療等の調査」の患者票の有効回答

7対1病棟(※特定機能病院、専門病院を含む) 対象医療機関数:86医療機関 28888床 患者数:43382人

※調査において、現行基準で基準該当者が15%以上であった医療機関について集計

重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者

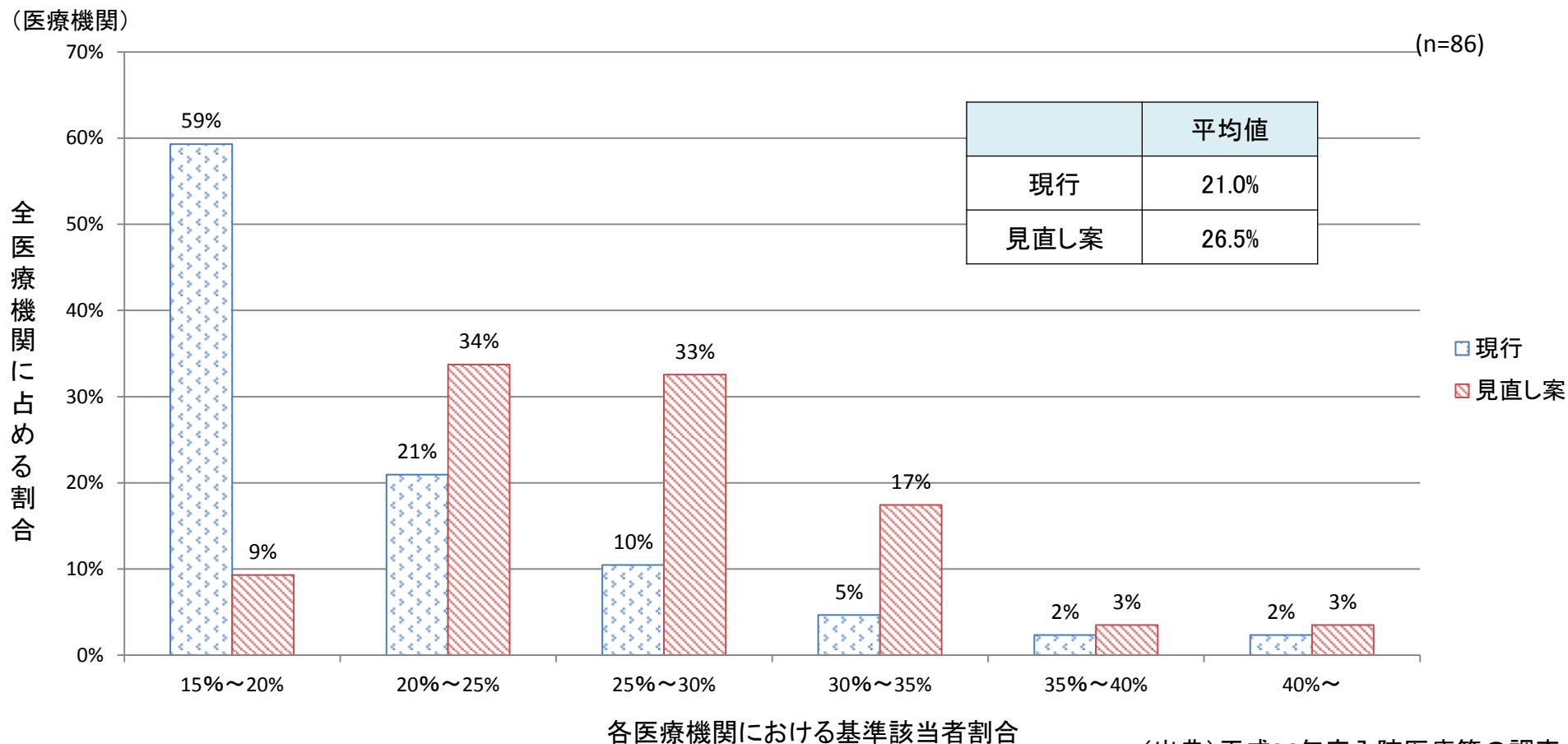
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



重症度、医療・看護必要度見直し案における医療機関毎の基準該当患者割合

- 現行の基準と見直し後の基準における、7対1病棟の医療機関毎の基準該当患者割合の分布は以下の通りであった。
- 新しい基準での該当患者割合が
20%を下回る医療機関は9.3%、25%を下回る医療機関は43.0%、30%を下回る医療機関は75.6%であった。

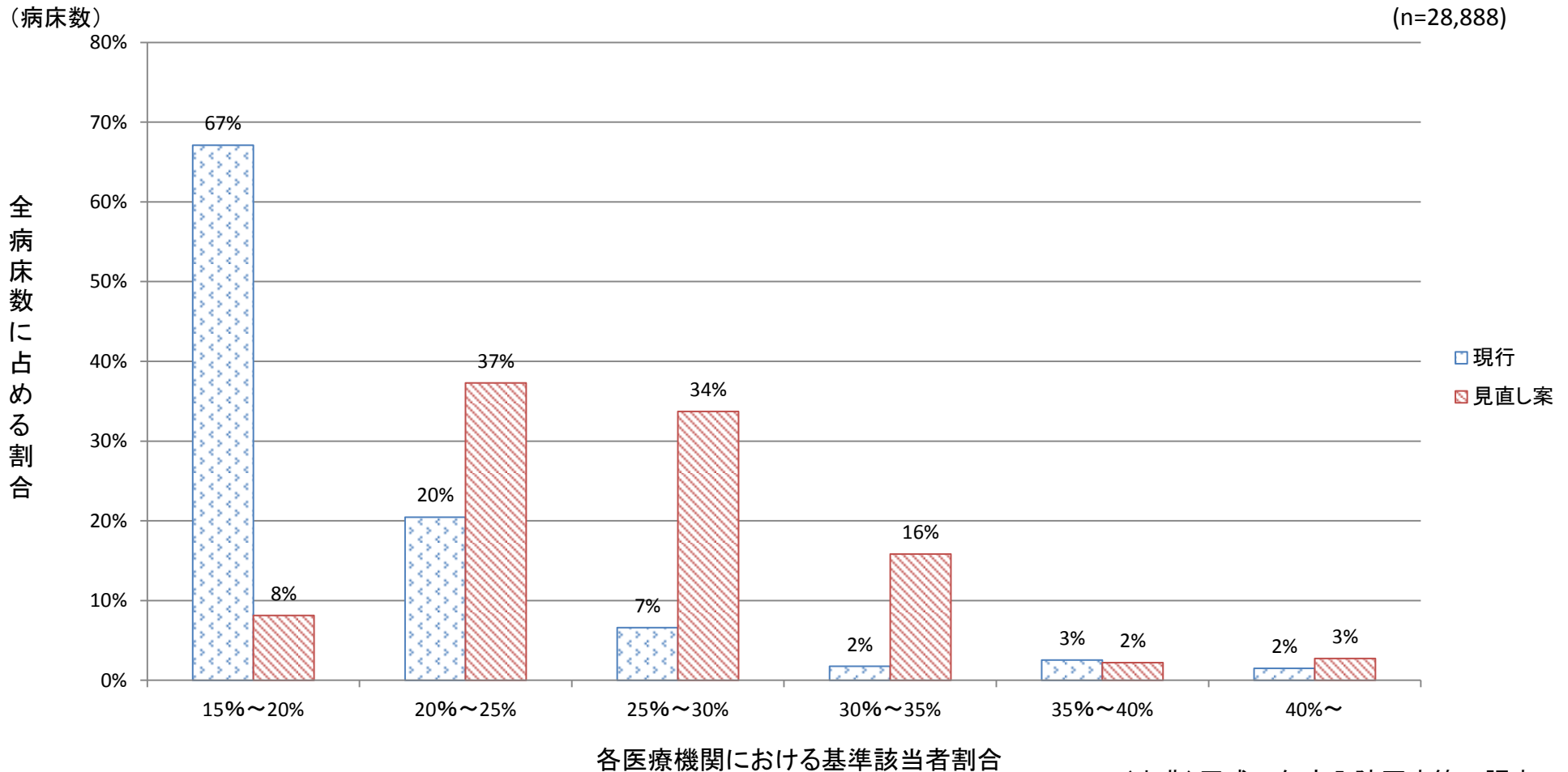
7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(医療機関数ベース)



重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数

- 病床数ベースでみた場合、新しい基準で該当患者割合が
20%を下回る医療機関の病床数は8.1%、25%を下回る医療機関の病床数は45.4%、
30%を下回る医療機関の病床数は79.2%であった。

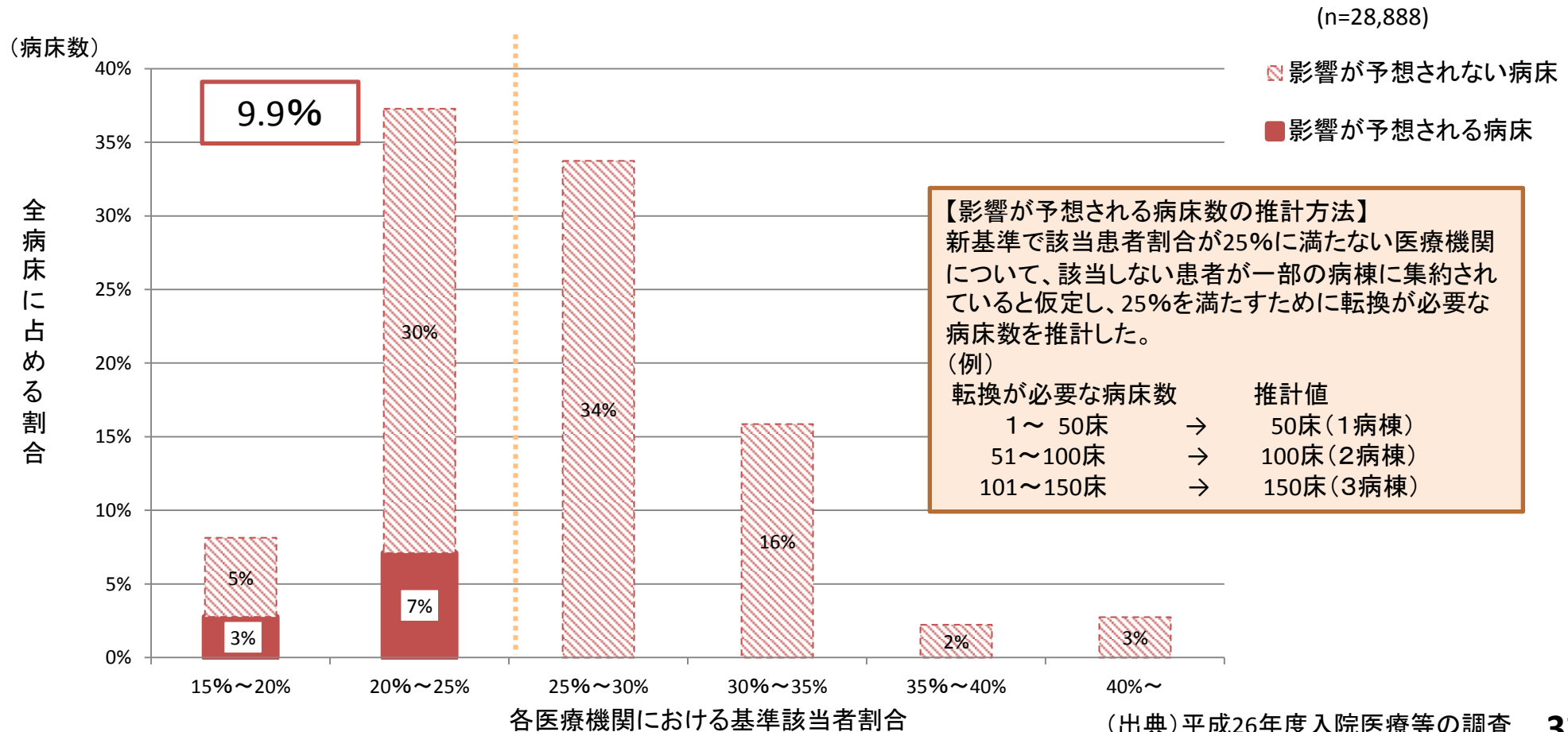
7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)



重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)

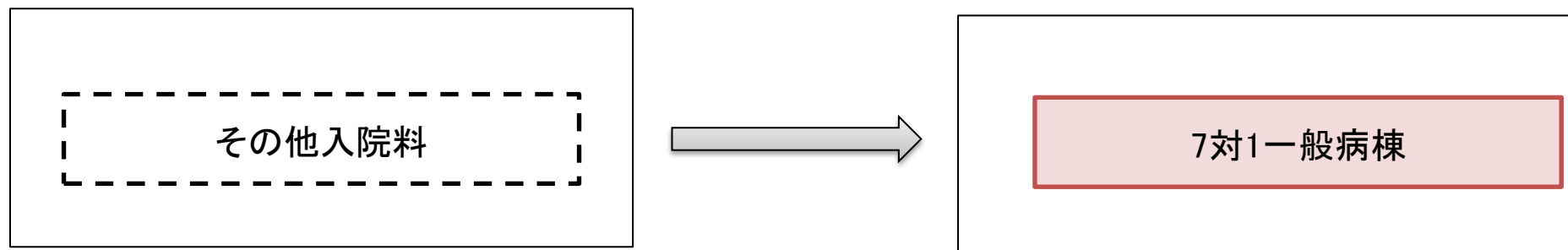


7対1一般病棟入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年度診療報酬改定後、他病棟から7対1一般病棟におよそ2.8万床が転棟した。

【平成26年3月】

【平成27年10月】



+約2.8万床

(7対1病棟(特定機能病院含む)

およそ43万床の約6.5%)

出典：平成26年3月末及び平成27年10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの(病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要)。

見直し案におけるシミュレーションのまとめ①

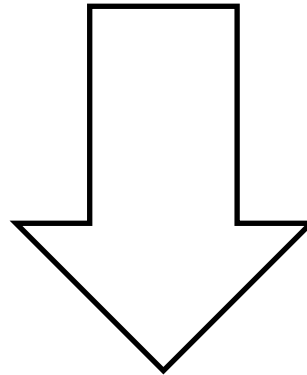
- 見直し案で基準を25%とした場合における影響をシミュレーションした。

7対1病棟で新基準により影響が予想される病床数

▲9.9%

他病棟から新たに7対1病棟に転棟が予想される病床数

+5~7%



【見直し後】

7対1病棟

▲4.9%~▲2.9%

見直し案におけるシミュレーションのまとめ②

- 見直し案で基準を22%から28%とした場合における影響をシミュレーションした。

7対1病棟で新基準により影響が予想される病床数

基準22%
▲4.2%

基準23%
▲5.7%

基準24%
▲7.8%

基準25%
▲9.9%

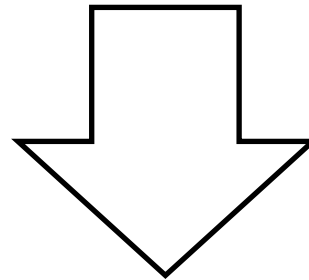
基準26%
▲12.5%

基準27%
▲14.7%

基準28%
▲16.1%

他病棟から新たに7対1病棟に転棟が予想される病床数

+5~7%



基準22%
+0.8%~
+2.8%

基準23%
▲0.7%~
+1.3%

基準24%
▲2.8%~
▲0.8%

基準25%
▲4.9%~
▲2.9%

基準26%
▲7.5%~
▲5.5%

基準27%
▲9.7%~
▲7.7%

基準28%
▲11.1%~
▲9.1%

1. 急性期入院医療について

イ 平均在院日数について

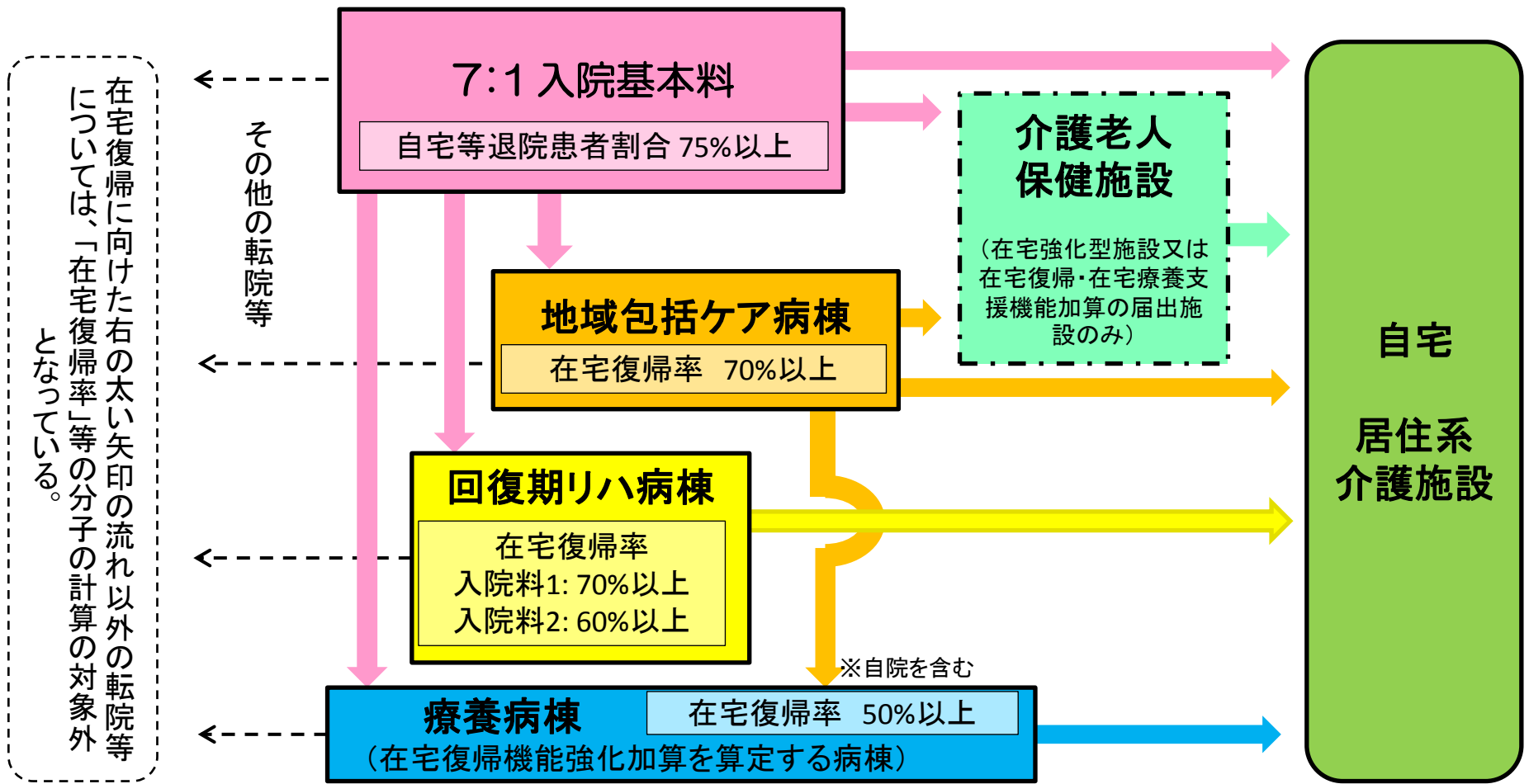
ロ 急性期入院医療における患者像の評価について

ハ 在宅復帰率について

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

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

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



在宅復帰率の定義

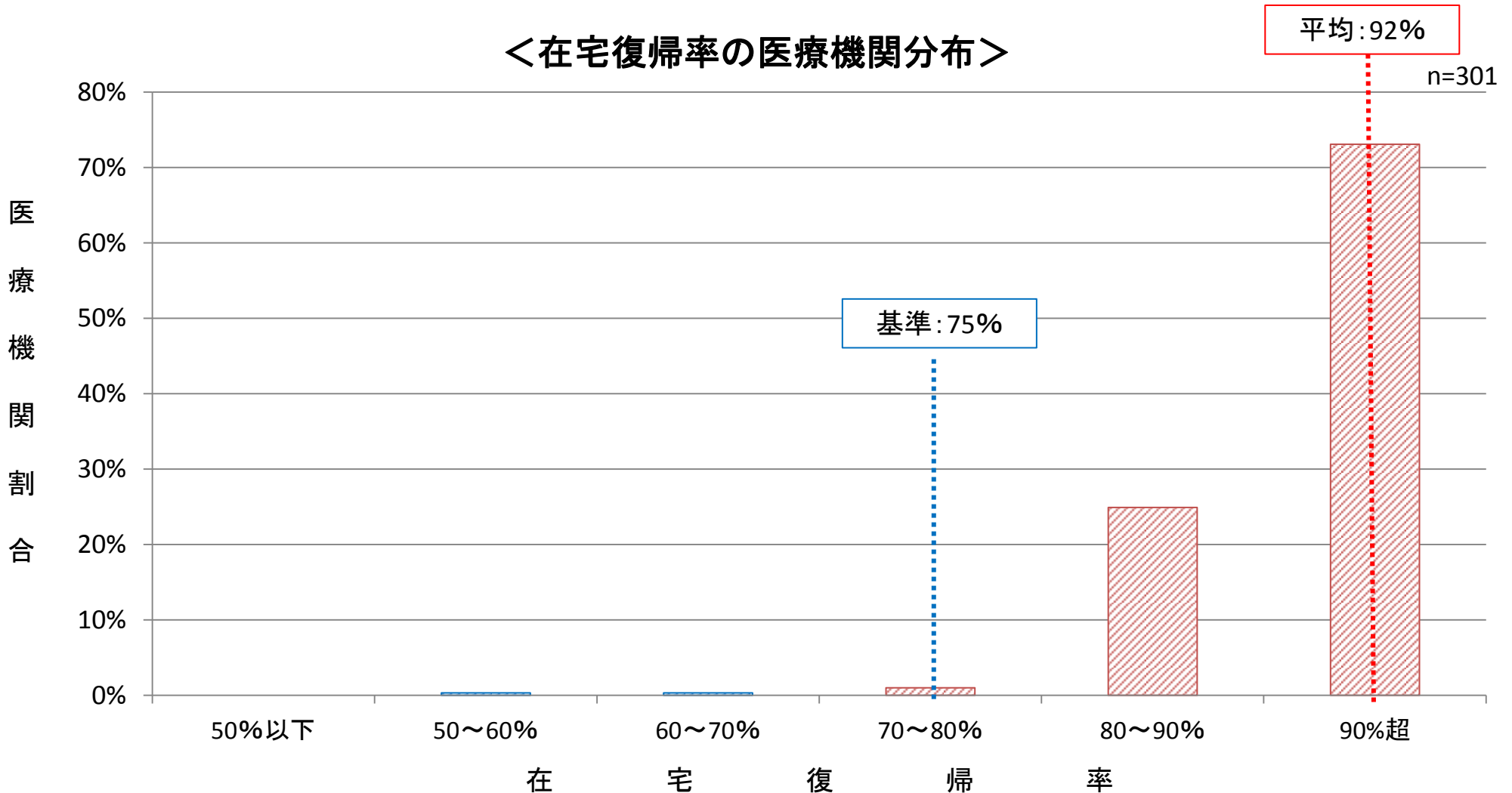
- 在宅復帰率の算出に含まれない退棟先は各病棟により異なっており、転棟患者を含まない場合や1か月未満の入院患者を含まない場合等それぞれに複雑な計算式となっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院している訳ではないが、現在の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

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

7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

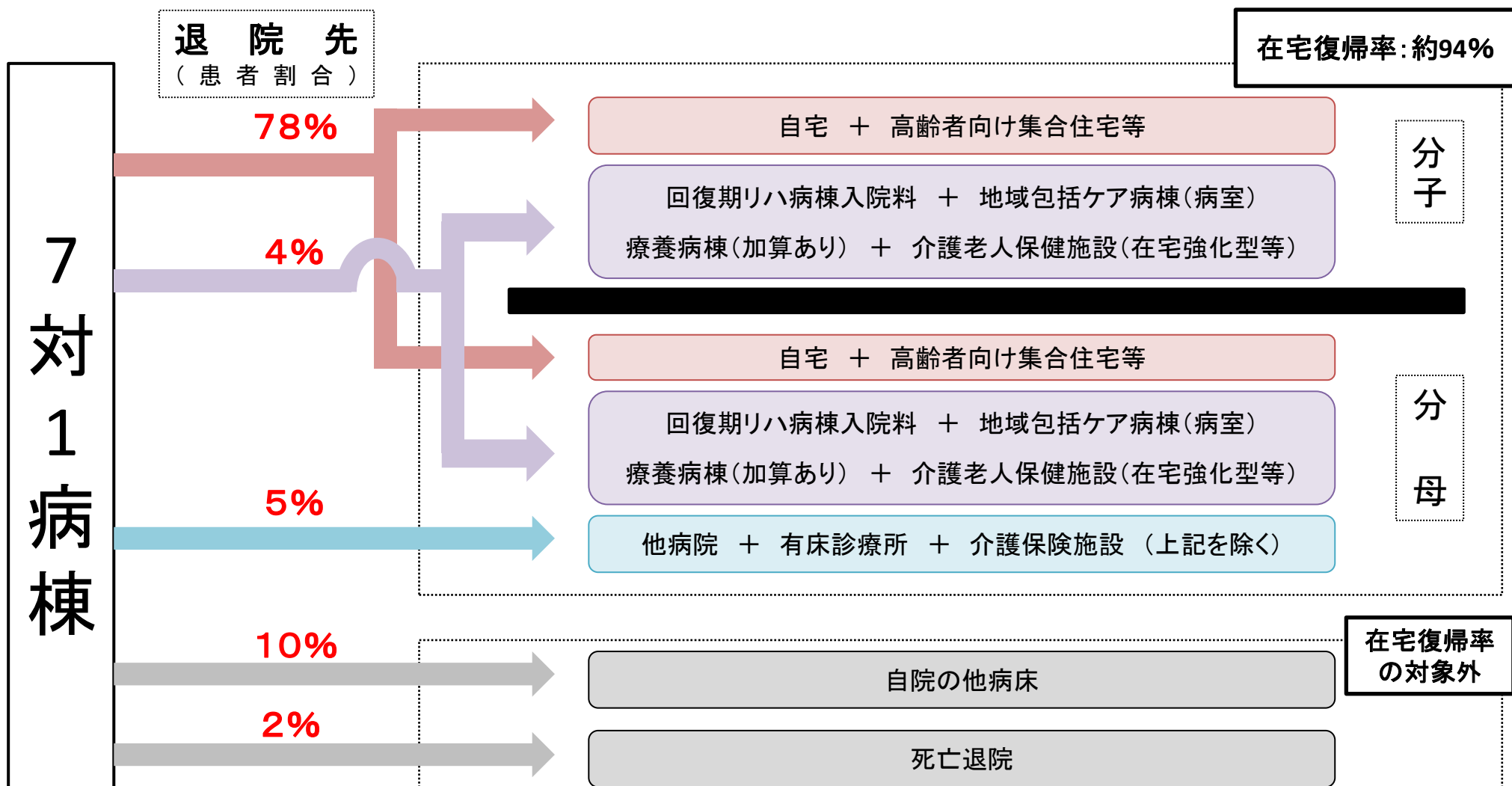
- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



7対1病棟における在宅復帰率（患者別）

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



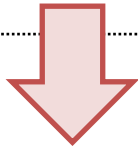
7対1病棟における在宅復帰率の評価について

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

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅 + 高齢者向け集合住宅等

回復期リハ病棟入院料
地域包括ケア病棟(病室)
療養病棟(加算あり)
在宅復帰支援型の老健等

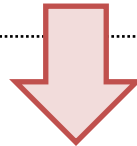


- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が上がる。
- ・自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されている。

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

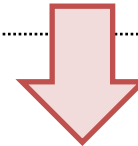
死亡退院



- ・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。

在宅復帰を推進するための評価のあり方

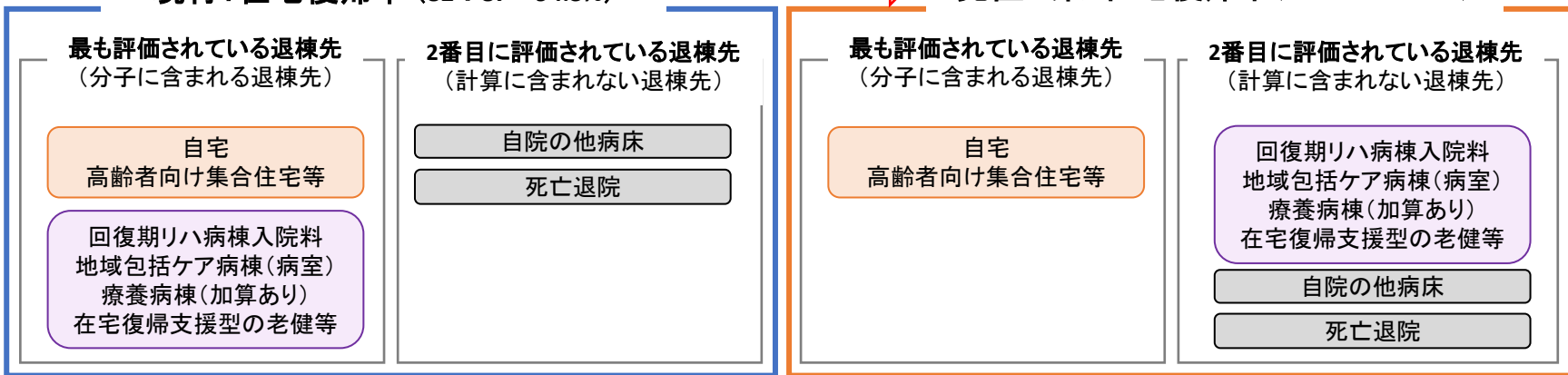
○ 自宅等への退院を更に促すための在宅復帰率のあり方として、例えば、以下の様な見直しの方法が考えられる。

➤ (例1): 在宅復帰率の計算方法の見直し

○ 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ことから、在宅復帰率を、自宅等への退院をより評価できる計算方法に変更する。

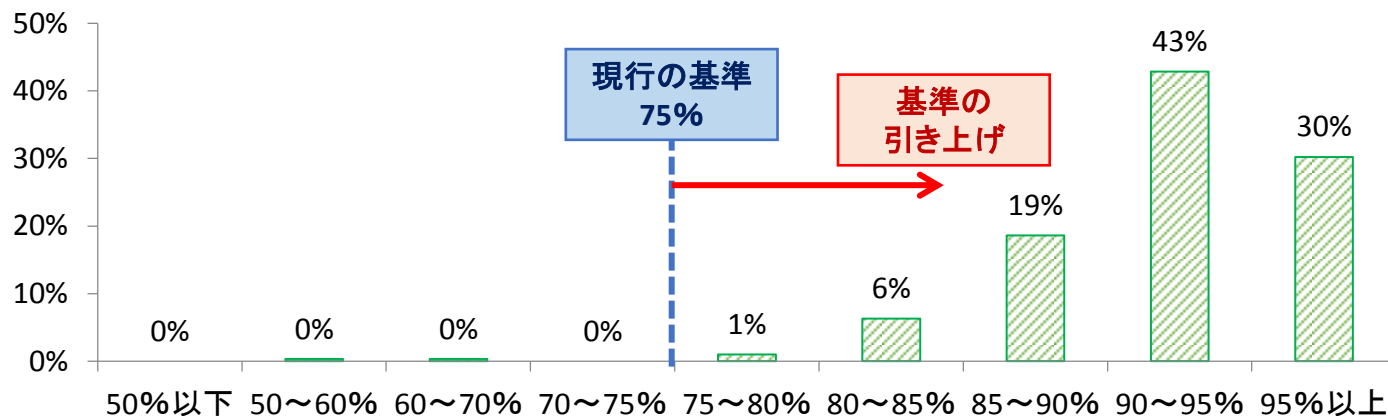
現行: 在宅復帰率 $(82 \div 87 = 94.3\%)$

見直し案: 在宅復帰率 $(78 \div 83 = 94.0\%)$



➤ (例2): 在宅復帰率の基準の見直し

○ 医療機関における在宅復帰率の平均が施設基準の要件となっている基準を大幅に上回ることから、自宅等への退院を更に推進していくため、在宅復帰率の基準を引き上げる。



急性期入院医療における課題と論点

【課題】

- 平成26年度診療報酬改定を受けて、7対1入院基本料を算定する病床は減少したが、依然として全ての種別の中で最も病床数が多い状態にある。
- 平均在院日数が長い医療機関では手術等の外科系の診療実績や化学療法等の内科系の診療実績が少ないほか、「重症度、医療・看護必要度」A項目の該当患者割合や1日当たりレセプト請求点数も小さい傾向がみられた。
- 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の評価項目等について、これまでの議論を踏まえ、手術直後患者、救急搬送後の患者、無菌治療室での患者、認知症・せん妄の患者等を新たに評価する見直し案を整理した。
- 7対1病棟において見直し案に沿ったシミュレーションを行い、仮に基準を25%に設定し、一定の仮定を置いた場合には、見直し後の病棟数は見直し前のおよそ95～97%程度になるとの結果となった。
- 平成26年度改定で在宅復帰率が導入されたが、7対1病棟において、実際には基準を大きく上回る医療機関が多い。



【論点】

- 平均在院日数が長い医療機関では診療密度が低い傾向がみられるが、こうした医療機関についてどう考えるか。
- 急性期医療の必要な患者像を適切に評価し、急性期医療の機能分化を進めるための、7対1入院基本料の病棟における「重症度、医療・看護必要度」の該当割合の水準についてどう考えるか。
- 7対1病棟等における在宅復帰率について、在宅復帰を一層促すための評価の見直しについてどう考えるか。

1. 急性期入院医療について

2. 入院基本料の病棟単位での届出について

現行の算定・届出の考え方

- 現在、一つの保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定することとされている。

<病棟種別毎の届出イメージ>

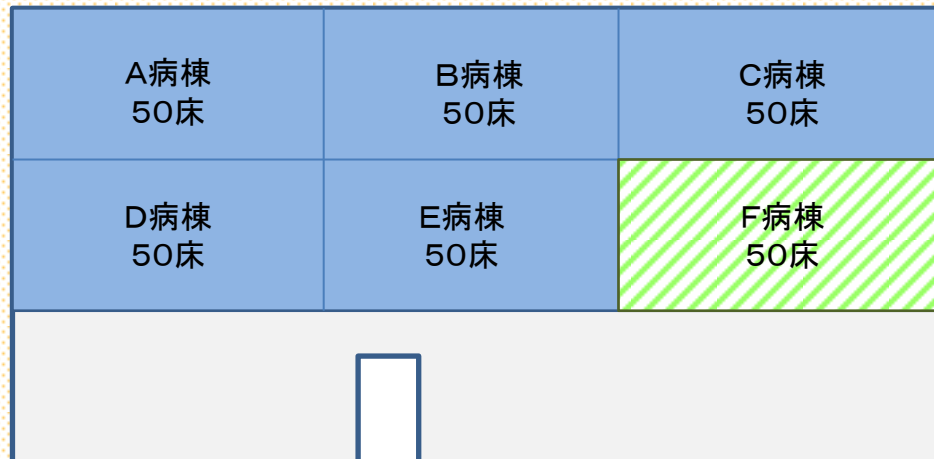
例: 300床の病院(50床×6病棟)
一般病棟 7対1入院基本料が5病棟(入院患者250人)
精神病棟 10対1入院基本料が1病棟(入院患者50人)



病棟の種別(一般病棟と精神病棟)ごとに届出を行う

A、B、C、
D、Eの5病
棟をまとめて
250床を一
般病棟7対1
入院基本料
を届出

一般
病
棟



精
神
病
棟

F病棟の50床
を精神病棟10
対1入院基本
料を届出

傾斜配置の考え方

- 看護職員の配置については、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよいこととされており、病棟(看護単位)ごとに異なる密度で看護職員の配置を行うことができる。
- また、1つの病棟の中でも、24時間の各勤務帯において、異なる密度で看護職員の配置を行うことができる。

<看護職員の傾斜配置のイメージ>

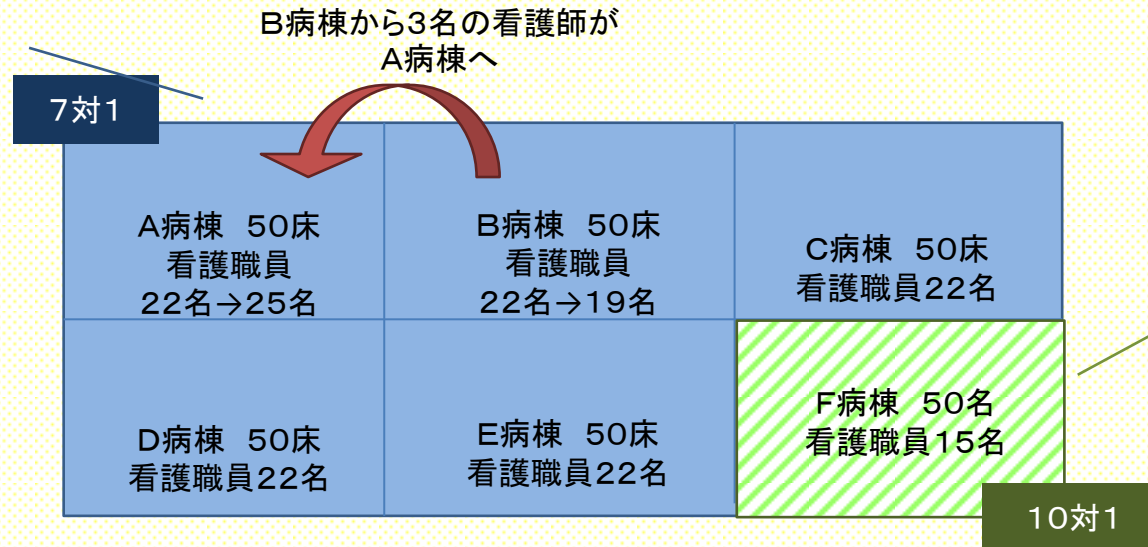
例: 300床の病院(50床×6病棟)
 一般病棟7対1入院基本料が5病棟(入院患者250人)
 精神病棟10対1入院基本料が1病棟(入院患者50人)

※図に記載した看護職員数は、1日に勤務する職員数(3勤務帯の合計)。

【病棟間での傾斜配置】

<例>
 A病棟: 25名/日
 B病棟: 19名/日

A病棟の患者の重症度割合が高く、B病棟の患者の重症度割合が低いため、一時的にB病棟の看護師をA病棟で勤務させ、A病棟の看護配置を手厚くする。



【病棟内での傾斜配置】

<例>
 日勤: 7名
 準夜勤: 5名
 夜勤: 3名

患者の処置・検査等が多い日中に看護師を多く配置

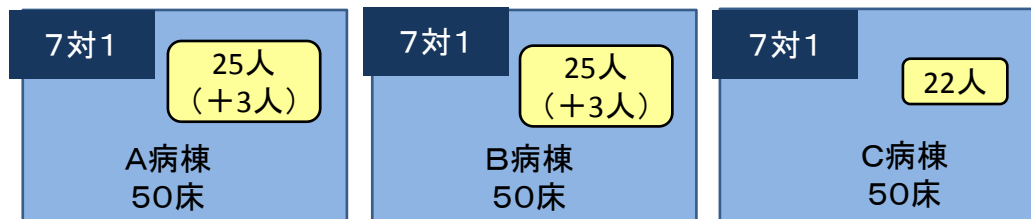
仮に病棟単位と病棟群単位で計算する場合のイメージ

- 仮に病棟単位で届け出るとすれば、それぞれの病棟ごとに看護職員数が基準を満たす必要がある。
- また、病棟群単位で届け出るとすれば、複数の病棟を単位として看護職員数が基準を満たす必要がある。

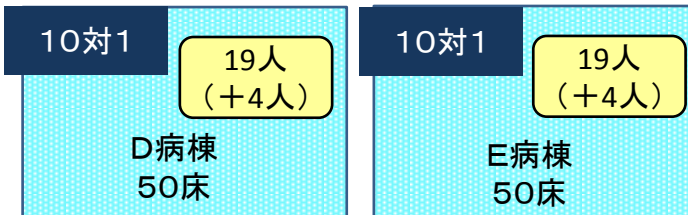
病棟単位のイメージ

(仮想例)

一般病棟7対1入院基本料
A, B, C病棟それぞれで届出



一般病棟10対1入院基本料
D, E病棟それぞれで届出



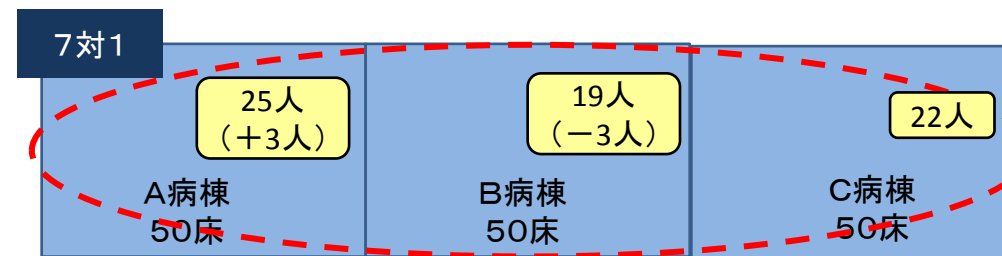
合計110人が配置されており、平均では7対1(必要数108人)を超えているが、全ての病棟では7対1の算定はできない。

実際には看護師が加配されており、A～Eの平均では7対1の基準を満たすが、D、E病棟は7対1の基準を満たさない。

病棟群単位のイメージ

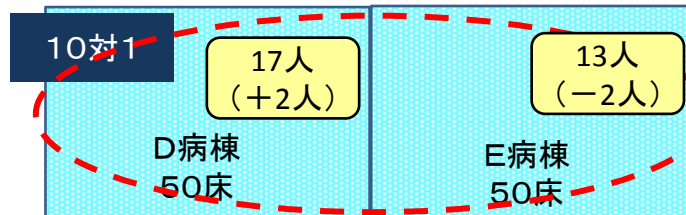
(仮想例)

一般病棟7対1入院基本料
A, B, C病棟をあわせて届出



合計の看護職員数が7対1の基準を満たす

一般病棟10対1入院基本料
D, E病棟をあわせて届出



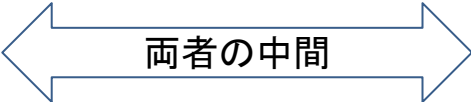
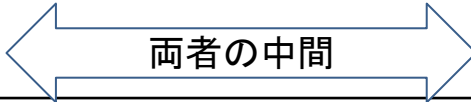
合計の看護職員数が10対1の基準を満たす

合計96人が配置されており、平均では7対1(必要数108人)を下回るが、一部の病棟では7対1の算定が可能。

※図に記載した看護職員数は、1日に勤務する職員数(3勤務帯の合計)。カッコ内は必要数と比べた増減。

【参考】病棟別評価、病棟群別評価とした場合の主な特徴

- 病棟群別区分、病棟別区分とした場合には、病棟ごとの看護配置と報酬区分が一致する一方で、看護配置の弾力的な運用が困難になったり、分かりにくい・煩雑になるなどのデメリットがある。
- 病棟群別区分は、現行と比べ、医療機関にとっては自由度が高いが、より高い看護配置をとることが容易になるため、財政中立的に実施するためには、診療報酬の評価を調整する必要がある。

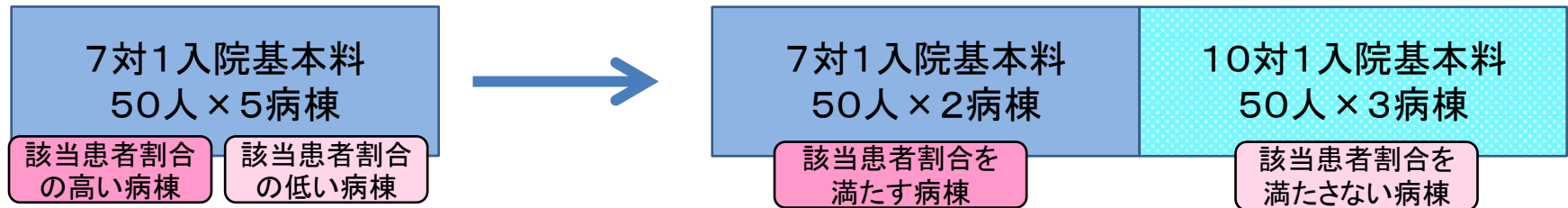
	現行:1つの区分 (傾斜配置する場合を含む)	病棟群別区分	病棟別区分
病棟の看護職員の配置	● 弾力的な運用(傾斜配置)が可能		● 弾力的な運用ができない
患者からみたサービスと報酬の関係	<ul style="list-style-type: none"> ● どの病棟に入っても診療報酬が共通であり簡便・分かりやすい。 ● 傾斜配置を行うと、実際の看護配置と診療報酬が必ずしも対応しない。 		<ul style="list-style-type: none"> ● 入院する病棟により、又、病棟を移動するたびに診療報酬が変わる。 ● 看護配置と報酬区分が一致し、病棟のサービスに対応した診療報酬となる。
病棟の移動		● 報酬算定の基準を満たす目的での転棟が生じるおそれ。	
届出の手続き	● 最も簡便		● 届出が煩雑
診療報酬上の評価	● 現行どおり	<ul style="list-style-type: none"> ● より高い基本料の算定が容易になる場合がある。 <p>(財政中立的に実施するためには、診療報酬の評価を調整することが必要)</p>	● 実態により、基準を満たすのがより困難になる場合と、より高い区分を満たしやすくなる場合がある。

7対1から10対1入院基本料に変更する場合に 一時的に複数の入院基本料の届出を認めた場合のイメージ

○ 7対1から10対1入院基本料に変更する場合に、一時的に病棟群単位で複数の入院基本料の届出を認めた場合には、病棟ごとの重症度が異なる場合に重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすくなる、看護職員数の急激な変動が緩和される、といった影響が考えられる。

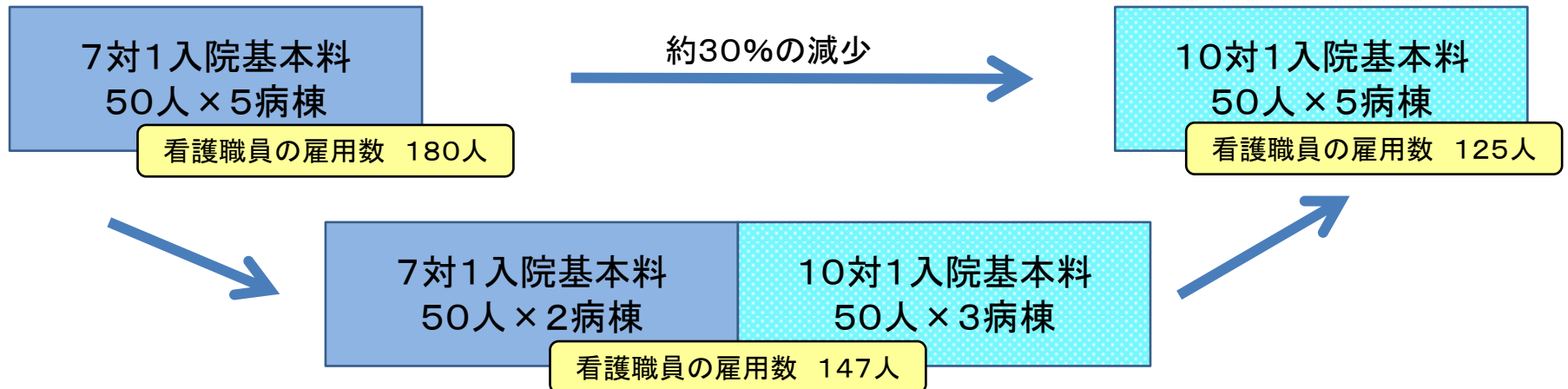
○ 一部の病棟に重症者がいる場合、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすい

(例)



○ 届出を変更する際の看護職員数の変動が緩和される

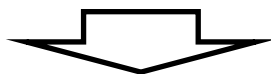
(例)



入院基本料の病棟単位での届出に関する課題と論点

【課題】

- 一般病棟入院基本料の届出については、一つの保険医療機関に複数の一般病棟がある場合は、同じ区分の入院基本料で算定することとされている。
- 病棟群別区分、病棟別区分とした場合には、病棟ごとの看護配置と報酬区分が一致する一方で、看護配置の弾力的な運用が困難になったり、分かりにくい・煩雑になるなどのデメリットがある。なお、病棟群別区分は、現行と比べ、医療機関にとっては自由度が高く、より高い看護配置をとることが容易になる。
- 7対1から10対1入院基本料に変更する場合に、一時的に病棟群単位で複数の入院基本料の届出を認めた場合には、病棟ごとの重症度が異なる場合に重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすくなる、看護職員数の急激な変動が緩和される、といった影響が考えられる。



【論点】

- 急性期医療の機能分化に伴い、これまで7対1入院基本料を届け出していた病棟が、他の入院基本料に届出を変更する際に、一時的な仕組みとして、一部の病棟に限り、病棟群単位で7対1入院基本料の届出を併せて認めることについてどう考えるか。