

平成29年度第7回 入院医療等の調査・評価分科会

平成29年9月6日

1. データ提出加算

(1) 提出対象

(2) 提出項目の詳細

(3) 分析例

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

「A245データ提出加算」について

診調組 入-1
29.8.4

1 データ提出加算 1

平成28年度医科点数表より

- イ 200床以上の病院の場合 120点
- ロ 200床未満の病院の場合 170点

2 データ提出加算 2

- イ 200床以上の病院の場合 130点
- ロ 200床未満の病院の場合 180点

- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。
- 入院中に1回に限り、退院時に算定する。

データ提出加算 1 :
「入院データ」のみ提出

データ提出加算 2 :
「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の提出データの概要

診調組 入-1
29.8.24

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1	
	診療報酬請求情報	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	Dファイル
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来)	EF統合ファイル
		カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
		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	

※上記の様式、ファイル作成方法は
平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

データ提出加算の届出対象病棟と要件化されている入院料

診調組 入-1
29.8.4

- 平成24年改定で、データ提出加算の導入後、データ提出対象となる病棟を拡大するとともに、一部の入院料で、要件化された。

主な入院料	提出対象病棟	算定要件化
7対1入院基本料		
一般病棟	H24～	H26～
特定機能病院	H24～	H26～
専門病院	H24～	H26～
10対1入院基本料		
一般病棟	H24～	H28～(一般病床200床以上)
特定機能病院	H24～	H28～(一般病床200床以上)
専門病院	H24～	H28～(一般病床200床以上)
地域包括ケア病棟入院料	H26～	H26～
回復期リハビリテーション病棟入院料	H26～	—
療養病棟入院基本料	H26～	—

データ提出に係る評価の見直しについて

データ提出を要件とする病棟の拡大

- 10対1入院基本料(許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る)についても、データ提出加算の届出を要件化するとともに、データ提出加算の評価を充実する。

現行

1	データ提出加算1 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	100点
ロ	200床未満の病院の場合	150点
2	データ提出加算2 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	110点
ロ	200床未満の病院の場合	160点



改定後

1	データ提出加算1 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	<u>120点</u>
ロ	200床未満の病院の場合	<u>170点</u>
2	データ提出加算2 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	<u>130点</u>
ロ	200床未満の病院の場合	<u>180点</u>

[経過措置]

平成28年3月31日までに10対1入院基本料の届出を行っている病院については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア等 (評価票により評価を行うことが必要な病棟)	・重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)

データ提出加算の区分別の提出データの違い

- ・DPC対象病院については、データ提出が必須であり、全てのDPC対象病院がデータ提出加算を算定している。
- ・DPC対象病院以外のデータ提出加算を算定する病院は、Dファイルの提出が不要。
- ・DPC対象病院以外のデータ提出加算1を算定する病院は、外来EF統合ファイルの提出が不要。

データ提出加算の算定要件もしくは制度の参加要件となっている提出すべきデータの種類

様式名	内容	データ提出 加算1 算定病院	データ提出 加算2 算定病院	DPC 対象病院
様式1	簡易診療録情報	○	○	△ (一部作成義務なし)
様式4	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報	○	○	○
Dファイル	該当DPCに係る情報	×	×	○
EF統合 ファイル	医科点数情報	○	○	○
外来EF統合 ファイル	外来の医科点数情報	×	○	○
Hファイル	重症度、医療・看護必要度に 係る情報	○	○	○
様式3	施設情報(病院毎に毎月の情 報を作成)	○	○	○

対象病棟別の提出データの違い

- ・回復期リハビリテーション病棟と療養病棟の入院患者は、Hファイルの作成が不要。
- ・様式4、Dファイル、EFファイルは、医事会計システム等からのデータ変換が可能。

DPC対象病院以外のデータ提出加算を算定する病院の場合、対象病棟別に作成が必要となるデータの種類

様式名	内容	一般病棟の 入院患者	回復期リハ病棟・ 地域包括ケア病 棟の入院患者	療養病棟の 入院患者	医事会計システ ム等からの変換 の可否
様式1	簡易診療録情報	○	○	○	-
様式4	保険以外診療(公費、先進医療 等)の実施状況に関する情報	○	○	○	○
Dファイル	該当DPCに係る情報	×	×	×	○
EF統合 ファイル	医科点数情報	○	○	○	○
外来EF統合 ファイル	外来の医科点数情報	-	-	-	○
Hファイル	重症度、医療・看護必要度に係 る情報	○	△ (地域包括ケアの み)	×	-
様式3	施設情報(病院毎に毎月の情報 を作成)	患者ごとの作 成はない	患者ごとの作成は ない	患者ごとの 作成はない	-

様式1 ADLスコアについて

入院時・退院時に下表の分類に従って値を入力。15歳以上の場合には必須。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移動	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0	9	
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人できる。	0	9
入浴	1	0	9	
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時+失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時+失敗	0 失禁	9

様式1 FIMスコアについて

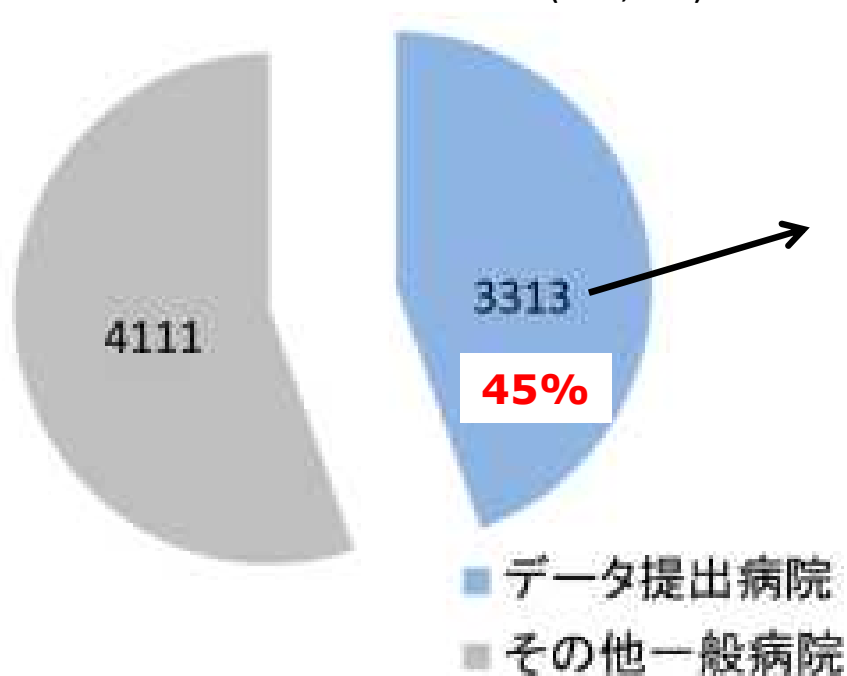
回復期リハビリテーション病棟で入退棟時に任意で入力。

分類		所見							
		全介助	最大介助	中等度介助	最小介助	監視又は準備	修正自立	完全自立	不明
運動項目	セルフケア								
	食事	1	2	3	4	5	6	7	9
	整容	1	2	3	4	5	6	7	9
	清拭	1	2	3	4	5	6	7	9
	更衣（上半身）	1	2	3	4	5	6	7	9
	更衣（下半身）	1	2	3	4	5	6	7	9
	トイレ	1	2	3	4	5	6	7	9
	排泄コントロール								
	排尿コントロール	1	2	3	4	5	6	7	9
	排便コントロール	1	2	3	4	5	6	7	9
	移乗								
	ベッド・車椅子	1	2	3	4	5	6	7	9
	トイレ	1	2	3	4	5	6	7	9
	浴槽・シャワー	1	2	3	4	5	6	7	9
	移動								
歩行・車椅子	1	2	3	4	5	6	7	9	
階段	1	2	3	4	5	6	7	9	
認知項目	コミュニケーション								
	理解	1	2	3	4	5	6	7	9
	表出	1	2	3	4	5	6	7	9
	社会認識								
	社会的交流	1	2	3	4	5	6	7	9
	問題解決	1	2	3	4	5	6	7	9
記憶	1	2	3	4	5	6	7	9	

データ提出加算を算定する病院の状況①

- 7対1一般病棟、200床以上の10対1一般病棟及び地域包括ケア病棟では、データ提出が算定要件になっており、DPC対象病院以外の病院からデータが提出されている。
- 全ての一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)の約45%がデータを提出している。

一般病院のうち、データを提出する病院
(n=7,424)



病院種別、データ提出加算1・2を算定する病院数

	加算1	加算2	計
DPC対象病院	19	1644	1,663
DPC準備病院	122	150	272
上記以外の病院	1,045	333	1,378
計	1,186	2,127	3313

出典:平成28年DPCデータ

データ提出加算を算定する病院の状況②

- ・ 病院種類別にデータ提出加算の対象病床数をみると、DPC対象病院を含め、約79万床となっており、DPC対象病院が最も多い。
- ・ 病院種類別にデータ提出加算の該当レコード数をみると、DPC対象病院以外の病院からのレコード数は、全レコード数の約18%を占める。

病院種別毎、データ提出加算1・2該当病床数

	加算1の対象	加算2の対象	病床数 計
DPC対象病院	2,755	564,261	567,016
DPC準備病院	18,204	25,731	43,935
上記以外の病院	129,643	49,297	178,940
計	150,602	639,289	789,891

病院種別毎、データ提出加算1・2該当レコード数

	加算1の対象	加算2の対象	レコード数 計
DPC対象病院	3,771	1,020,899	1,024,670
DPC準備病院	26,581	33,268	59,849
上記以外の病院	123,506	44,779	168,285
計	153,858	1,098,946	1,252,804

全体の
18.2%

データ提出加算を算定する病院の状況③

- ・ 10対1一般病棟では、200床以上の病院ではデータ提出加算の届出が算定要件になっており、10対1一般病棟入院基本料の届出病院のうちの約60%が算定対象となっている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院では約61%、療養病棟を有する病院では約28%の病院がデータ提出加算の対象となっている。

入院基本料種別・病院種別のデータ提出加算の算定する病院数(複数種類の病棟をもつ病院は重複して計上)

入院基本料種別	DPC対象病院	左記以外の病院	計(※)	届出病院数
7対1一般病棟入院基本料	1,332	277	1,609 (99%)	1,631
10対1一般病棟入院基本料	341	964	1,305 (60%)	2,182
地域包括ケア病棟入院料	606	1,100	1,706 (100%)	1,706
回復期リハビリテーション病棟入院料	377	486	863 (61%)	1,411
療養病棟入院基本料	204	739	943 (28%)	3,361

※括弧内は届出病院数に占める割合

出典:平成28年DPCデータ、届出病院数は平成28年10月保険局医療課調べ

データ提出加算を算定する病院の状況④

- ・ 10対1一般病棟入院基本料の算定病床のうち、約67%がデータ提出の対象となっている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定病床では約57%、療養病棟入院基本料の算定病床では約25%が、データ提出加算の対象となっている。

入院基本料種別・病院種別のデータ提出加算を算定する病院の対象病床数

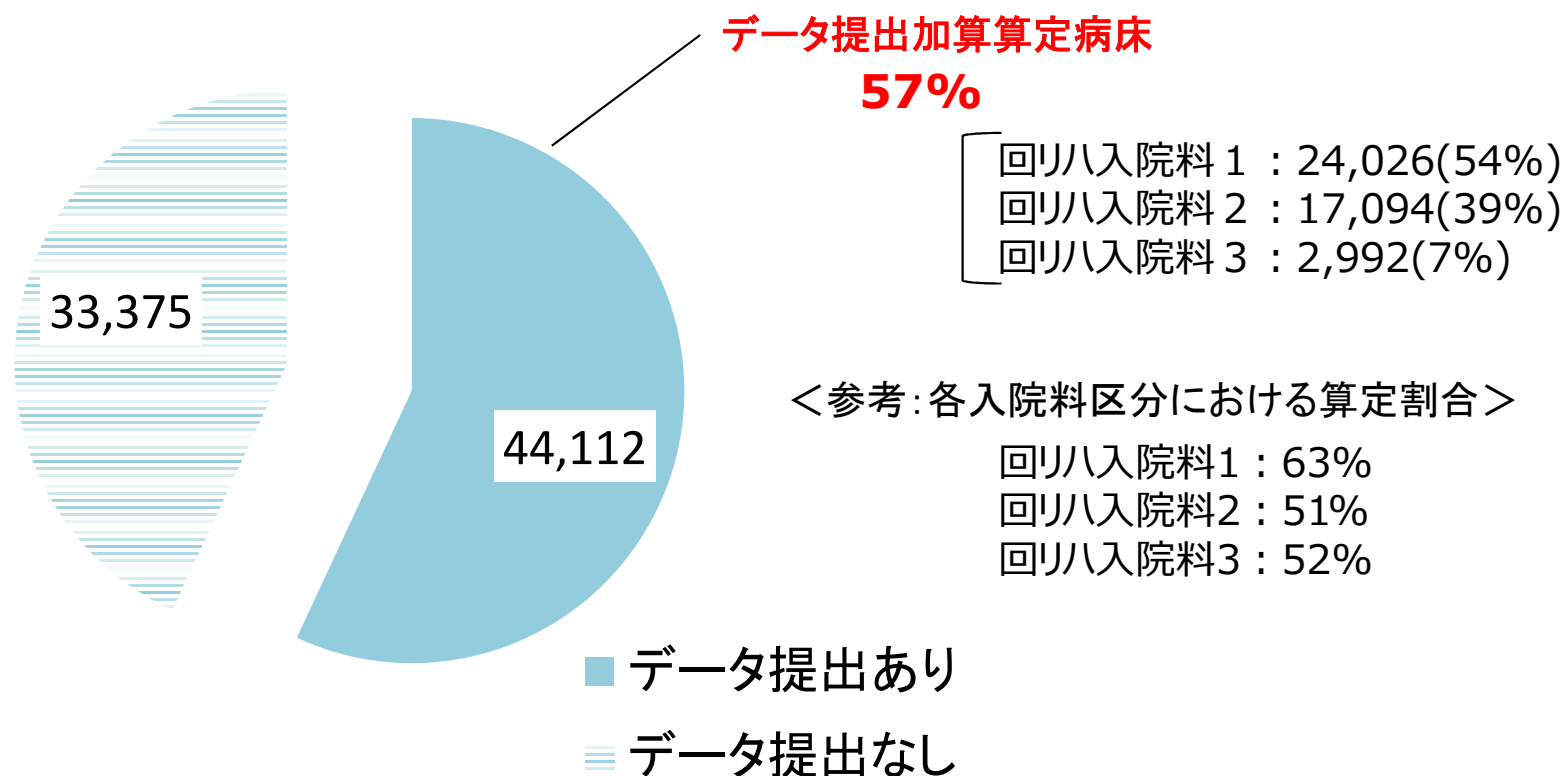
入院基本料種別	DPC対象病院	左記以外の病院	計(※)	入院基本料の算定病床数
7対1一般病棟入院基本料	389,606	24,283	413,889 (98%)	423,221
10対1一般病棟入院基本料	48,433	63,476	111,909 (67%)	166,171
地域包括ケア病棟入院料	25,430	28,451	53,881 (100%)	53,881
回復期リハビリテーション病棟入院料	18,313	25,799	44,112 (57%)	77,487
療養病棟入院基本料	10,636	42,744	53,380 (25%)	216,405

※括弧内は入院基本料の算定病床数に占める割合

データ提出加算の算定病床の割合（回復期リハ病棟）

- 回復期リハビリテーション病棟入院料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、57%であり、その中で回復期リハビリテーション病棟入院料1の占める割合が最も多い。

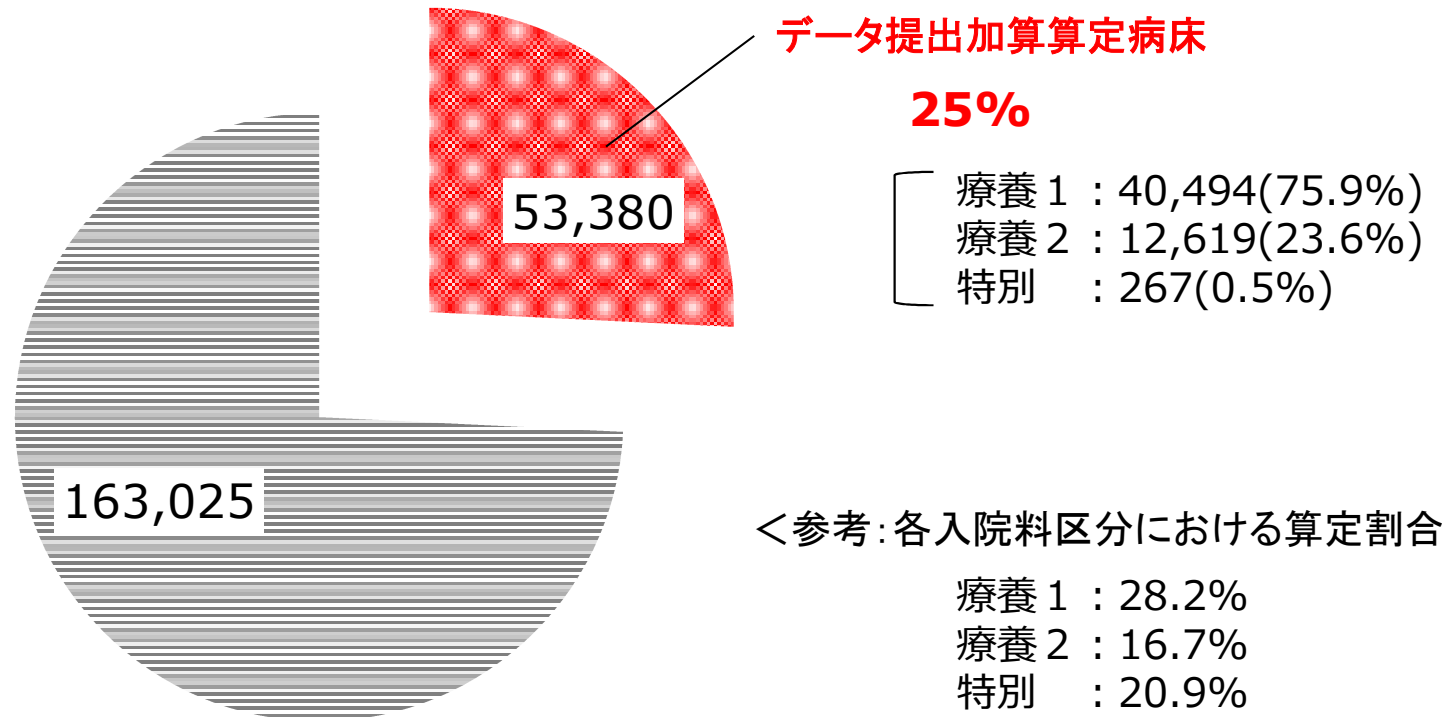
回復期リハ届出病床数 (n=77,487)



データ提出加算の算定病床の割合(療養病棟)

- 療養病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、約1/4である。

療養病棟入院基本料届出病床数 (n=216,405)



1. データ提出加算

(1) 提出対象

(2) 提出項目の詳細

(3) 分析例

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

提出項目の概要(様式1)

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1は基本的には急性期の診療内容、重症度の項目で占められており、主に回復期や慢性期の患者の状態を表す項目は少ない。

様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

性別	ADL(入院時、退院時)
郵便番号	FIM(回りハ病棟で、入退棟時)
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	手術日
退院年月日	TNM分類
退院時転帰	化学療法有無
退院後の在宅医療の有無	JCS
診療科	各疾患の重症度分類(脳卒中、心疾患、肺炎、 狭心症、急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷)
病棟	入院中の主な診療目的
身長	等

回復期や慢性期の患者の状態を表す、日常生活動作(ADLやFIM)の入院中の変化、要介護度、医療区分に係る詳細な情報等は含まれていない。

療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1, 810点	1, 412点	967点
ADL 区分2	1, 755点	1, 384点	919点
ADL 区分1	1, 468点	1, 230点	814点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1, 745点	1, 347点	902点
ADL 区分2	1, 691点	1, 320点	854点
ADL 区分1	1, 403点	1, 165点	750点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 19

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
 新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
 (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

【留意事項】

- 1 療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。
- 2 判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること(診療所はこの限りではない)。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

【評価票の拡大図(例示)】

I 算定期間に限りがある区分		1														2														3													
医療区分	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											
1. 24時間持続して点滴を継続している状態	1																																										
医療区分	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											
2. 医師の処置に対する応答を継続している状態	14																																										
3. 状態像により十分なケアが継続している状態	24																																										
4. 中心肺動脈血圧を測定している状態、かつ、呼吸器ケアが継続している状態	1																																										
5. 消化管等の体外からの栄養が継続している状態	1																																										
6. 医師の処置に対する応答を継続している状態、かつ、呼吸器ケアが継続している状態	1																																										
7. 生命線に対する応答を継続している状態	1																																										
8. 医師の処置に対する応答が持続しており、かつ、呼吸器ケアが継続している状態	1																																										
9. 適切な血糖検査を継続している状態	1																																										
II 算定期間に限りがない区分		1														2														3													
医療区分	日																																										
10. 点滴	日																																										
11. 呼吸器ケア	日																																										
医療区分	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											
12. 医師の処置による、呼吸、循環及び管理が継続している状態	日																																										
13. 中心肺動脈血圧を測定している状態	日																																										
14. 人工呼吸器を管理している状態	日																																										

提出項目の概要（EF統合ファイル）

- EF統合ファイルには、医科点数表に基づく診療報酬算定区分の情報が含まれており、電子レセプトなどの既存のデータベースを活用して提出データを作成できるようになっている。

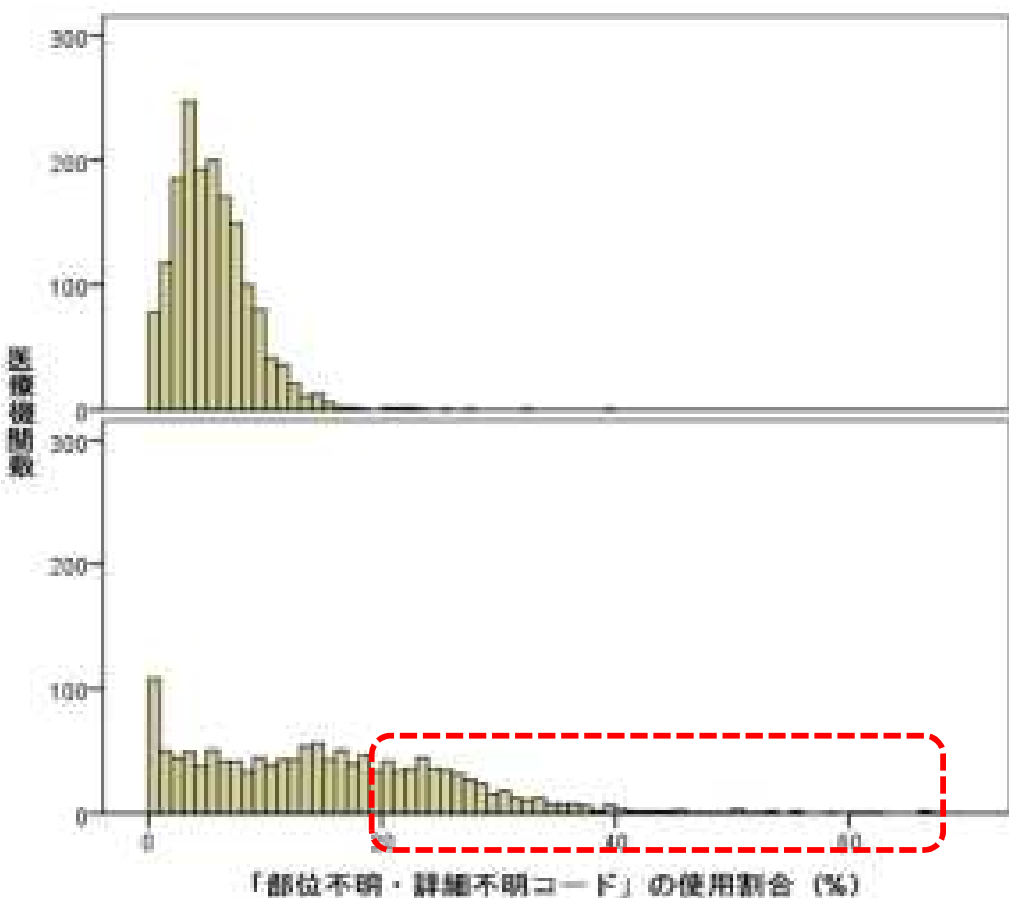
EF統合ファイルのデータ様式の例

EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-15	EF-24	EF-25	EF-26	EF-27	EF-28
データ区分	順序番号	行為明細番号	病院点数マスタコード	レセプト電算コード	診療明細名称	使用量	基準単位	明細点数	円点区分	実施年月日	レセプト科区分	診療科区分	医師コード	病棟コード
50	0001	000	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	0	000	0	0	20110624	26	230	603808	N07
50	0001	001	788005	810000000	右	0	000	0	0	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	002	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	0	000	12100	0	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	003	431709	620003739	セファメジンα点滴用キット1g(生理食塩液100mL付)	1	051	876	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	004	356530	661310031	エコリシン眼軟膏	0.5	033	18.35	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	005	359169	620006397	オペガンハイ0.85眼粘弾剤1% 0.85mL	1	047	9351.6	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	006	384267	660462011	ヒーロンV0.6 2.3%0.6mL	1	047	11750.5	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	007	431536	643310183	生理食塩液 100mL	2	019	194	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	008	441020	642450055	デカドロン注射液 3.3mg	1	022	203	1	20110624	NULL	230	603808	N07
50	0001	009	422094	620003210	ゲンタシン注40 40mg	1	022	358	1	20110624	NULL	230	603808	N07

病院種類別「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合

- ・ DPC対象病院以外の病院から提出されるデータでは、「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の病院が約32%で、DPC対象病院に比べ、多い。
- ・ DPC対象病院以外の病院で、200床未満の病院から提出されるデータでは、「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の病院が約35%となっており、200床以上の病院に比べ、多い。

データを提出する医療機関の「部位不明・詳細不明のコード割合」



D
P
C
対
象
病
院

上
記
以
外
の
病
院

部位不明・詳細不明のコード：様式1の医療資源を最も投入した傷病名に入力するICDについて、他のコードに分類される可能性が高いコード。

病院種類別の部位不明・詳細不明のコード使用割合

	使用割合20%以上	全病院数
DPC対象病院	11(0.7%)	1664
DPC対象病院以外	455(32.3%)	1409

DPC対象病院以外の病院病床規模別部位不明・詳細不明のコード使用割合

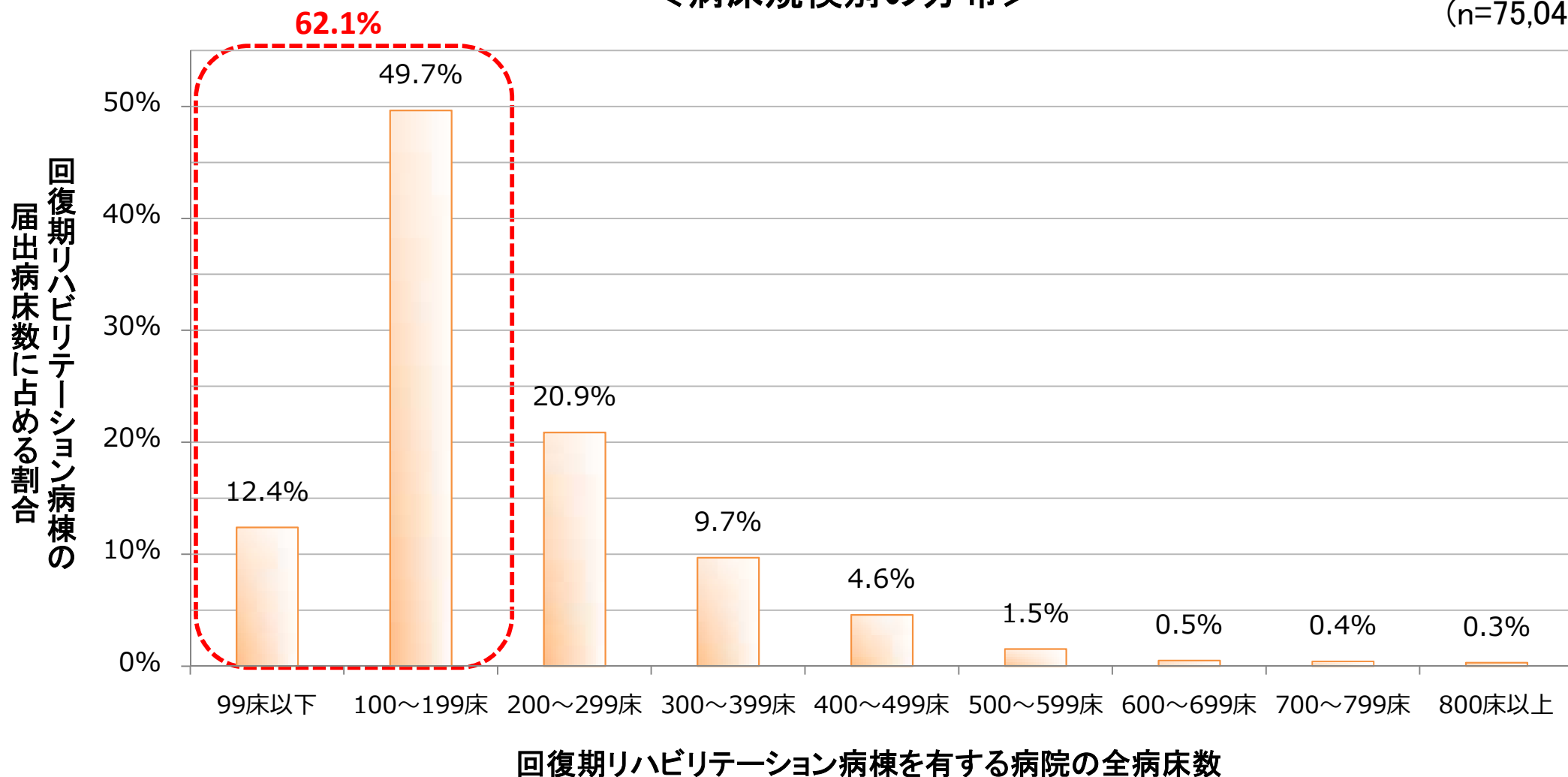
	使用割合20%以上	全病院数
200床以上	29(16.3%)	178
200床未満	426(34.6%)	1231

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別分布

- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別で分布をみると、200床未満の病院が、回復期リハビリテーション病棟の全病床の約6割を占める。

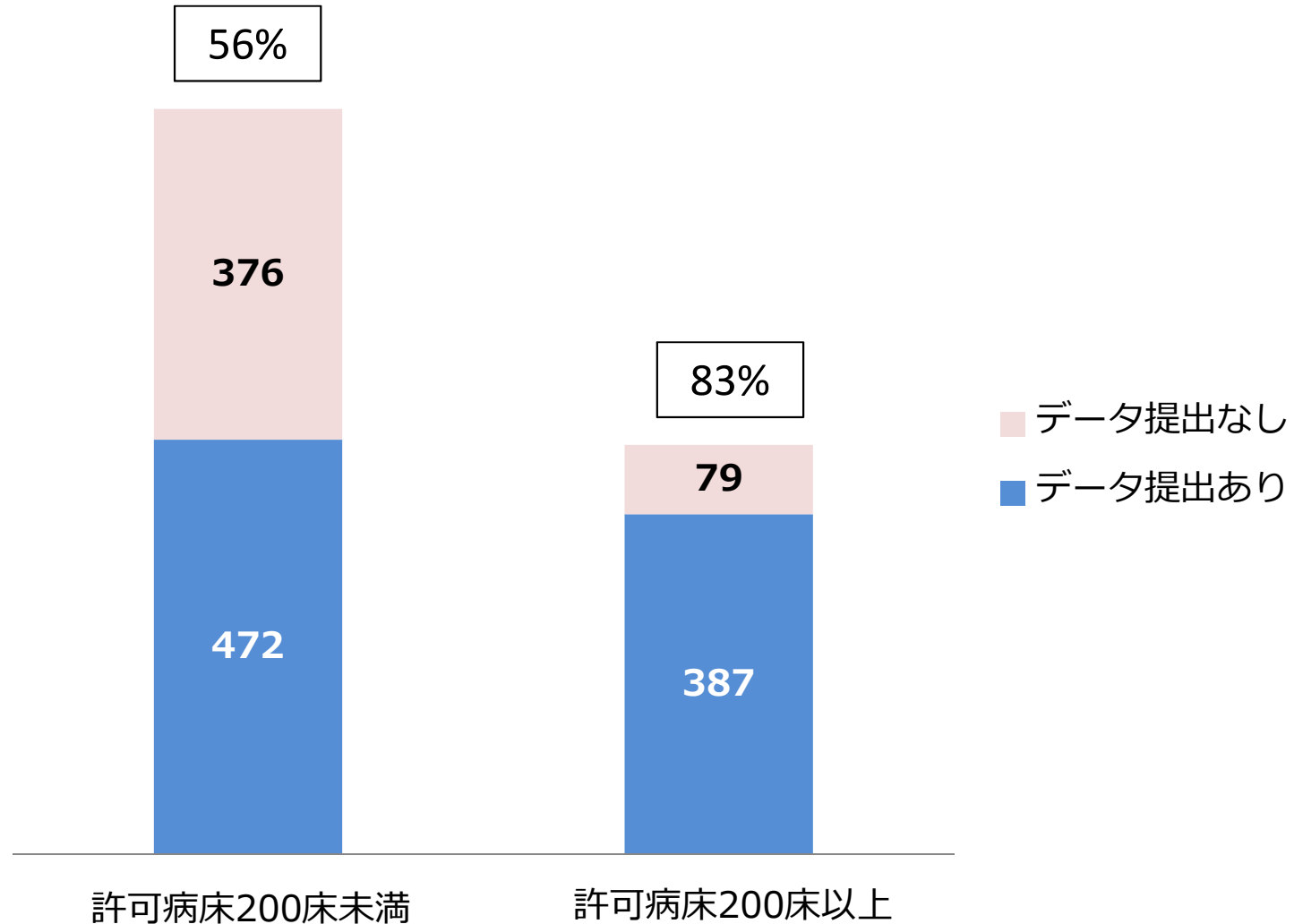
＜病床規模別の分布＞

(n=75,044)



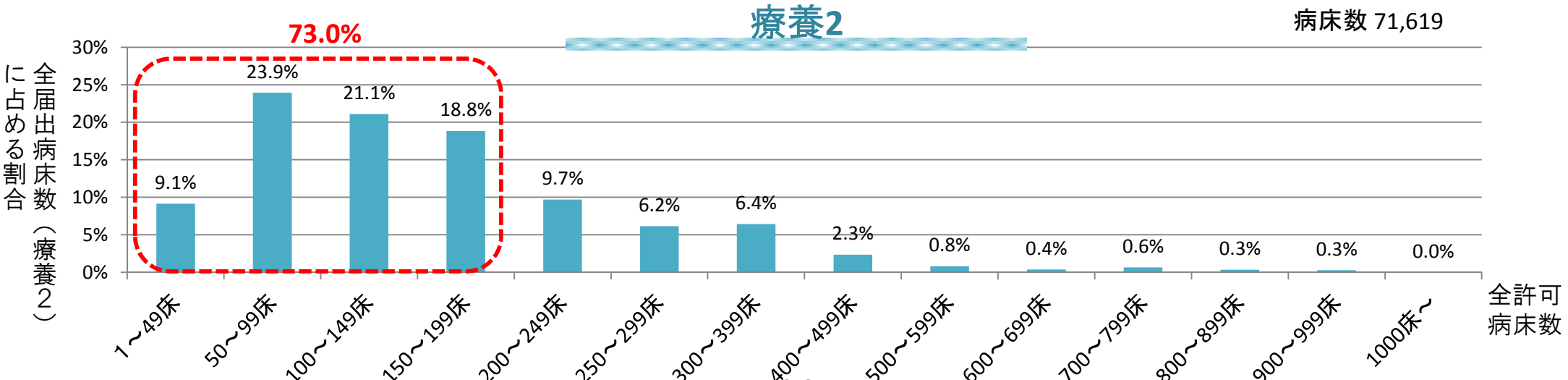
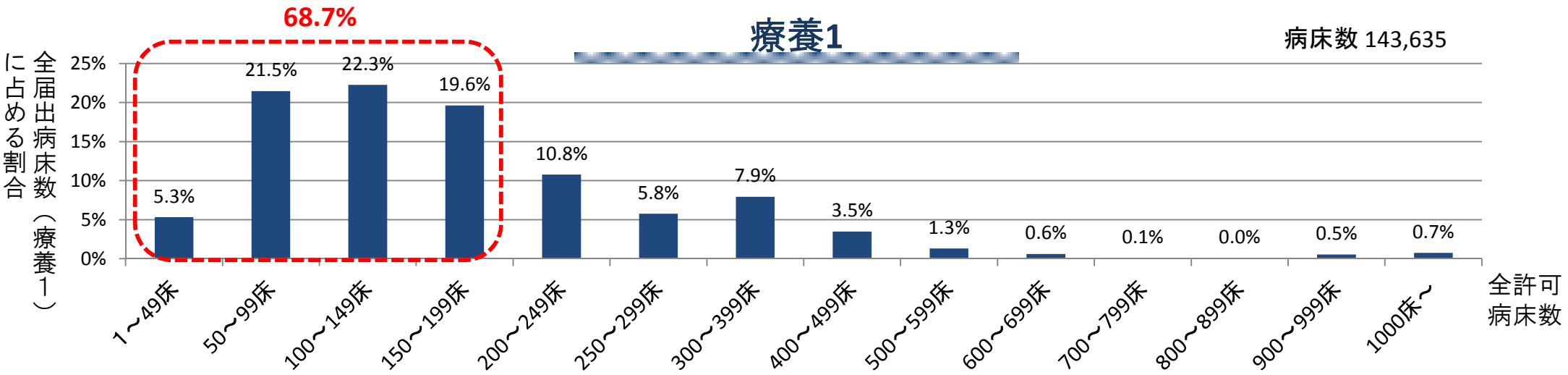
回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は56%、200床以上の病院は83%がすでにデータを提出している。



療養病棟を有する病院の病床規模別の分布

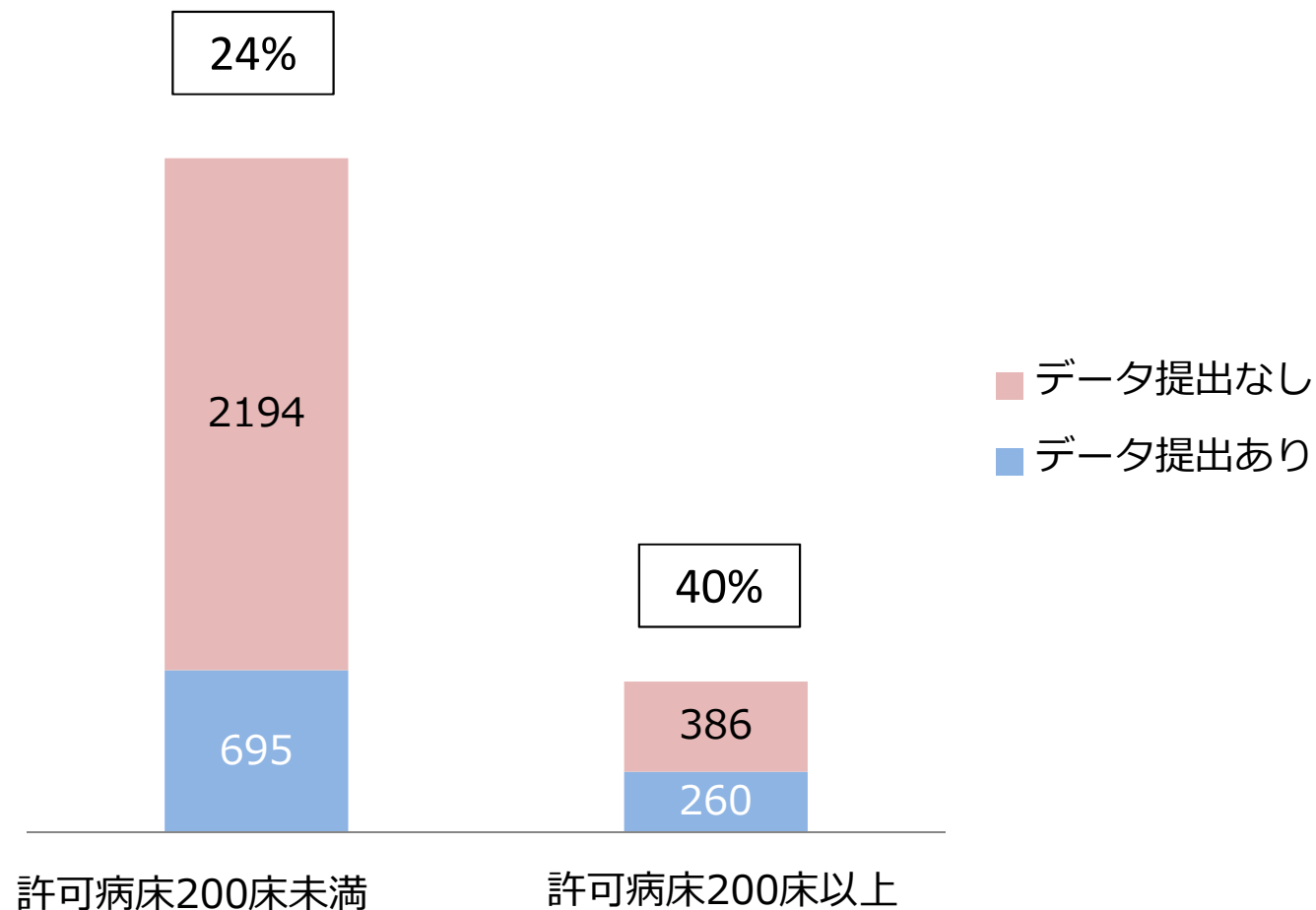
○ 療養病棟入院基本料1・2を有する病院の病床規模別の分布をみると、200床未満の病院が、療養病棟の全病床の約7割を占める。



出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）

療養病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

- 療養病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は24%、200床以上の病院は40%がすでにデータを提出している。



1. データ提出加算

(1) 提出対象

(2) 提出項目の詳細

(3) 分析例

2. 一般病棟入院基本料(その3)

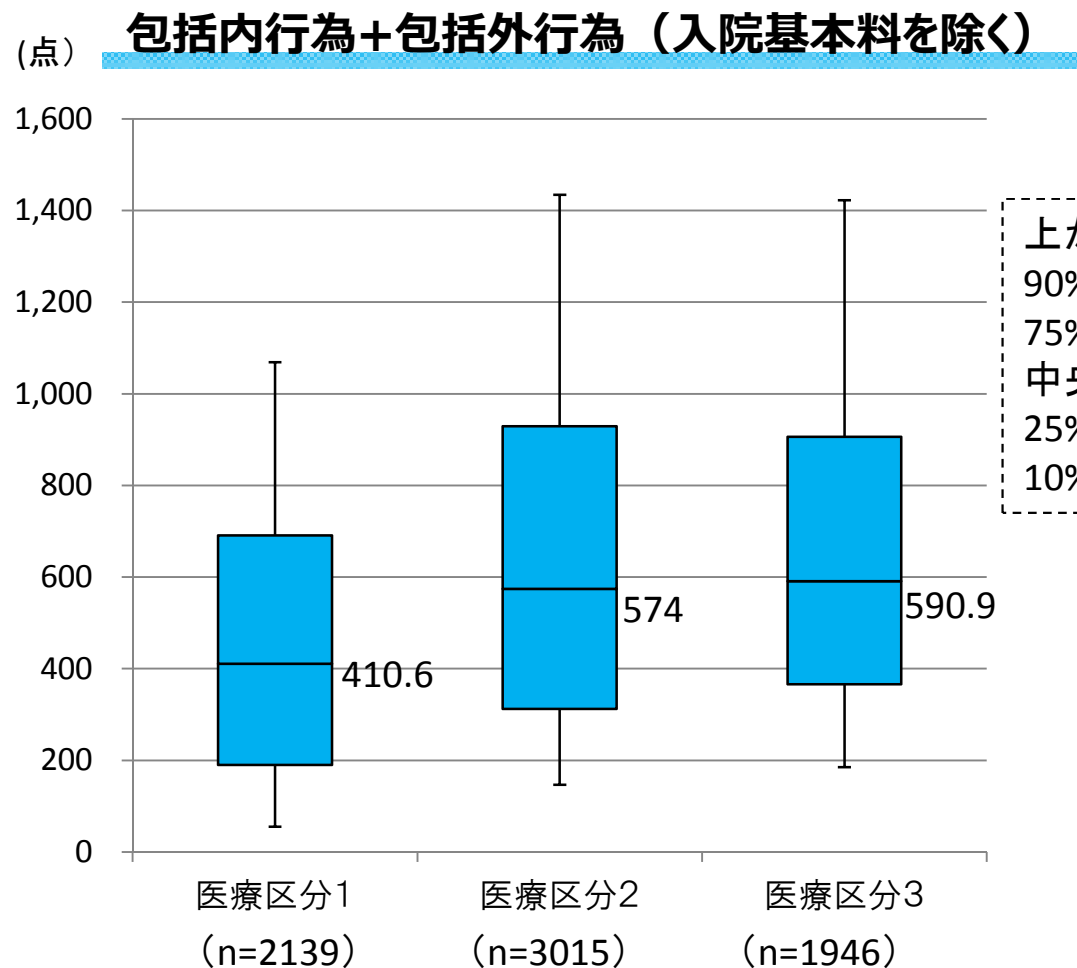
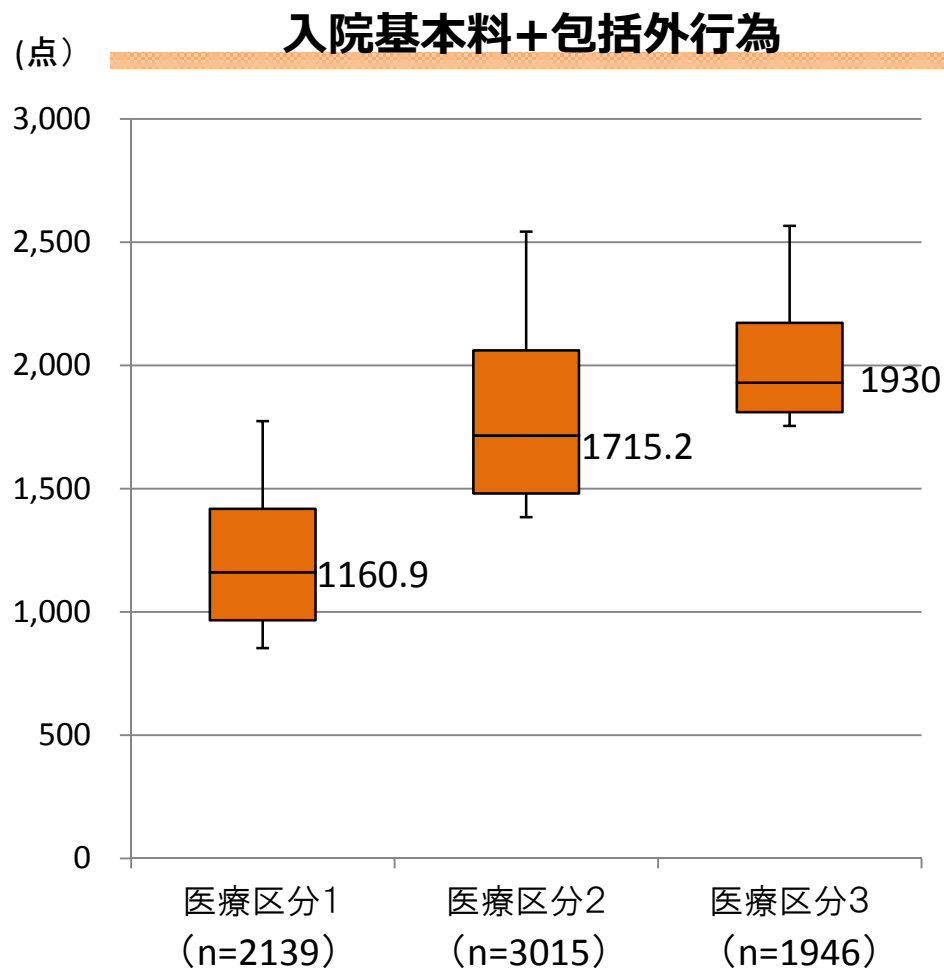
3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

(療養病棟入院基本料) 医療区分別の1日当たり平均点数

※DPC調査のデータより、入院基本料及び各診療行為の算定点数×算定回数を用いて計算

- 入院基本料を除き、診療行為を全て出来高として総点数をみると、医療区分1では、医療区分2・3に比べ、点数が低い傾向。医療区分2と3では、重複する部分が大きく、あまり差がない。

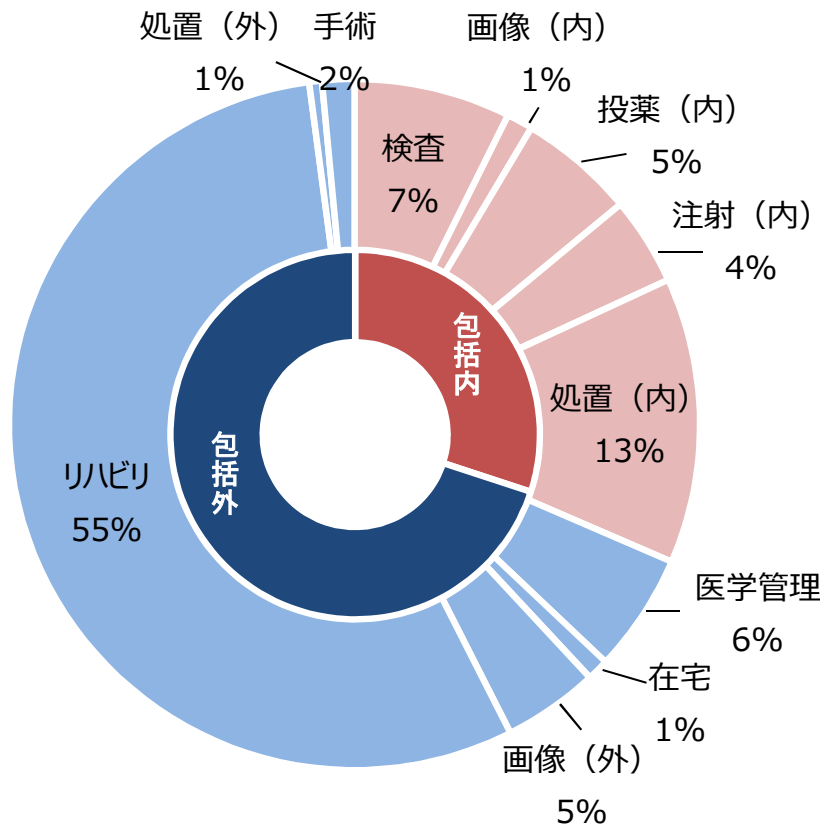


出典: 保険局医療課調べ(平成28年6月分DPCデータのうち、療養病棟入院基本料を算定しているデータで集計)

診療行為の出来高総点数の内訳(医療区分1)

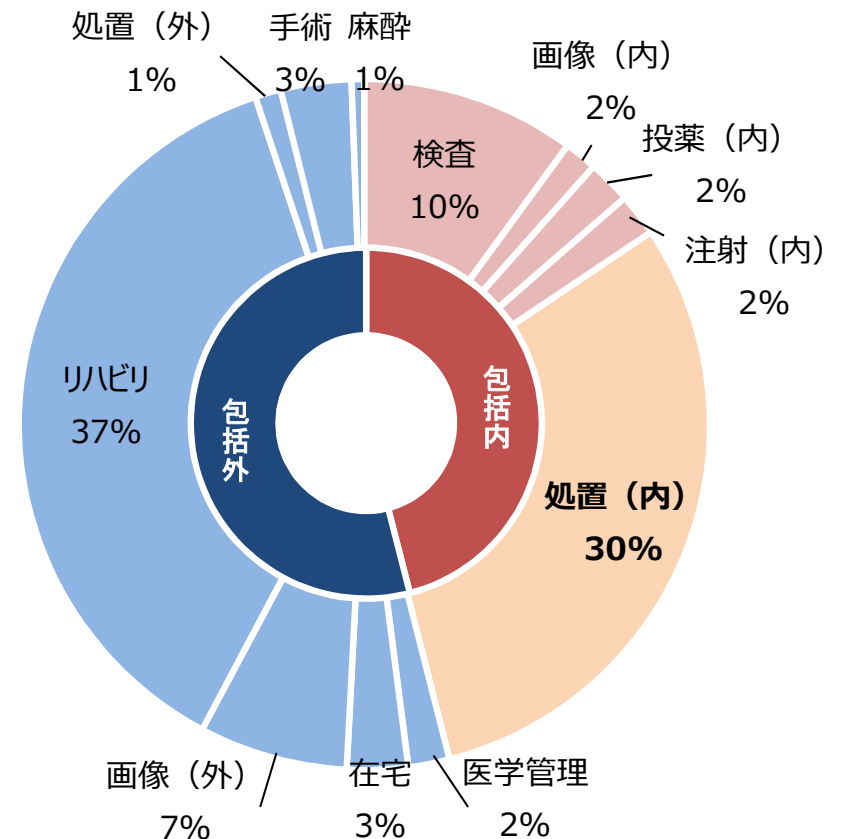
○ 医療区分1について、入院基本料を除く診療行為の出来高総点数の内訳をみると、出来高総点数の上位10%までの患者では、全体に比べ、包括内の診療行為のうち、処置の割合が多い。

全体 (n=2139)
点数平均値/中央値 578.0/410.6



0% : 投薬(外)、注射(外)、精神、麻酔、放射線、病理

上位10% (n=214)
点数平均値/中央値 2218.2/1312.5

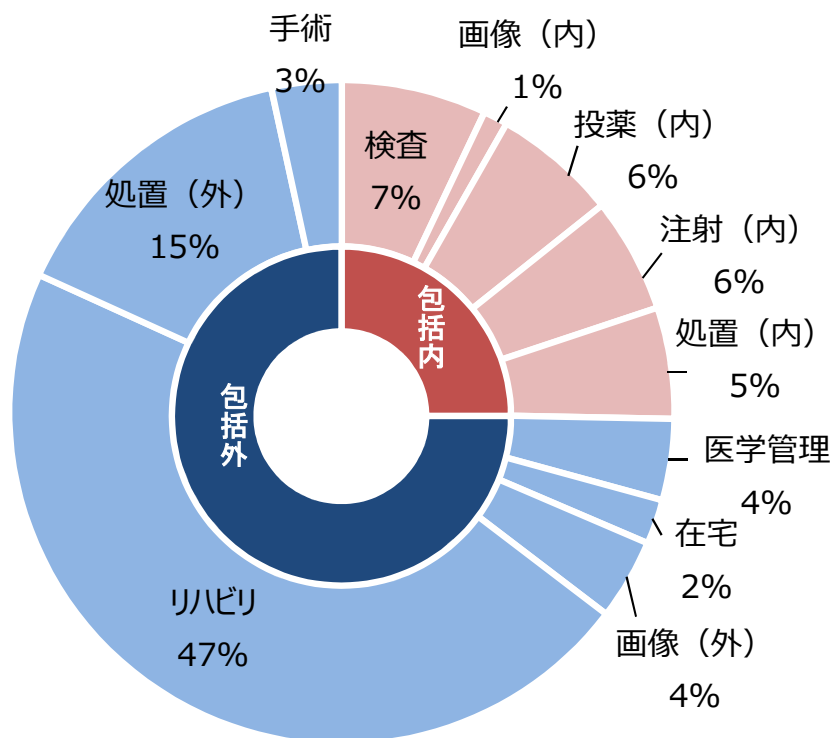


0% : 投薬(外)、注射(外)、精神、放射線、病理

診療行為の出来高総点数の内訳（医療区分2）

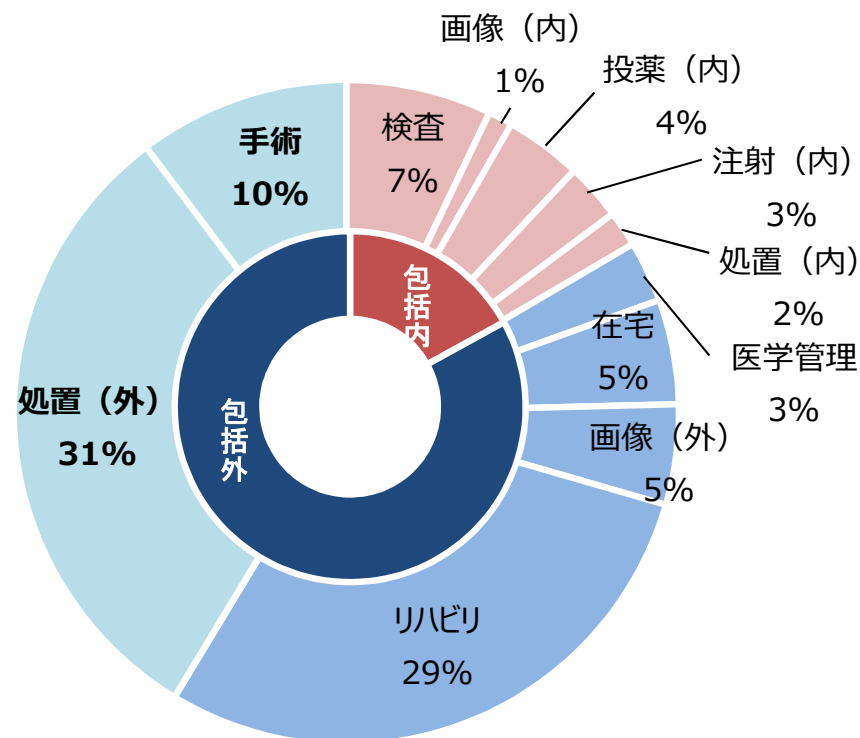
○ 医療区分2について、入院基本料を除く診療行為の出来高総点数の内訳をみると、出来高総点数の上位10%までの患者では、全体に比べ、包括外の割合が多く、診療行為では手術と処置の割合が多い。

全体 (n=3015)
点数平均値/中央値 720.8/574.0



0% : 投薬 (外)、注射 (外)、精神、麻酔、放射線、病理

上位10% (n=301)
点数平均値/中央値 2121.7/1714.1

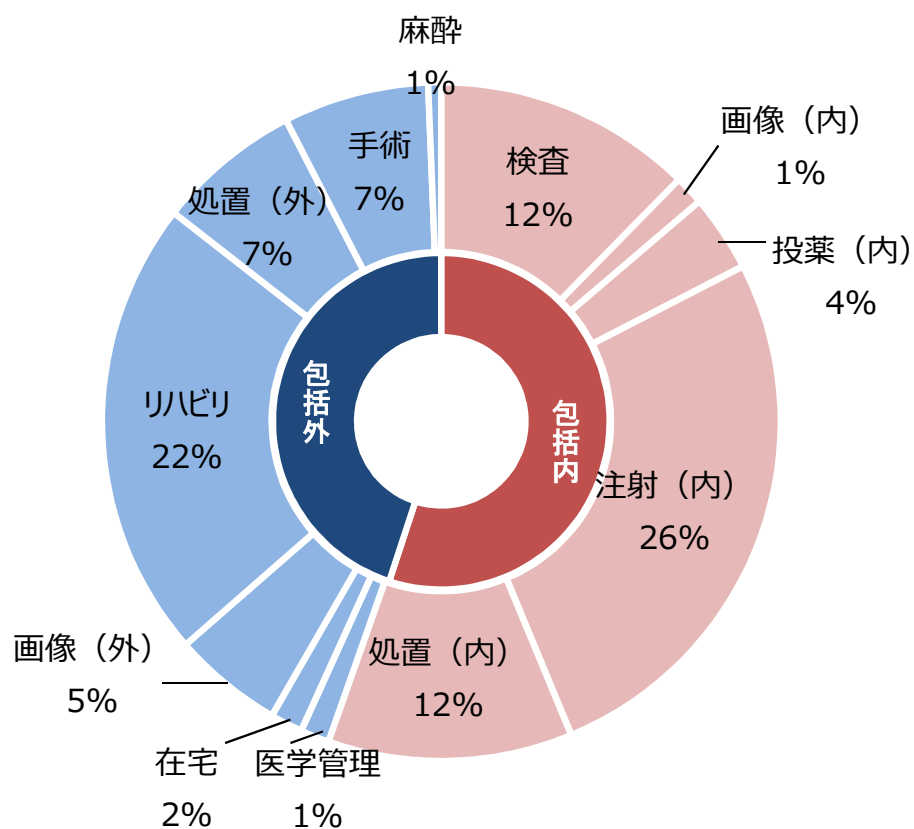


0% : 投薬 (外)、注射 (外)、精神、麻酔、放射線、病理

診療行為の出来高総点数の内訳（医療区分3）

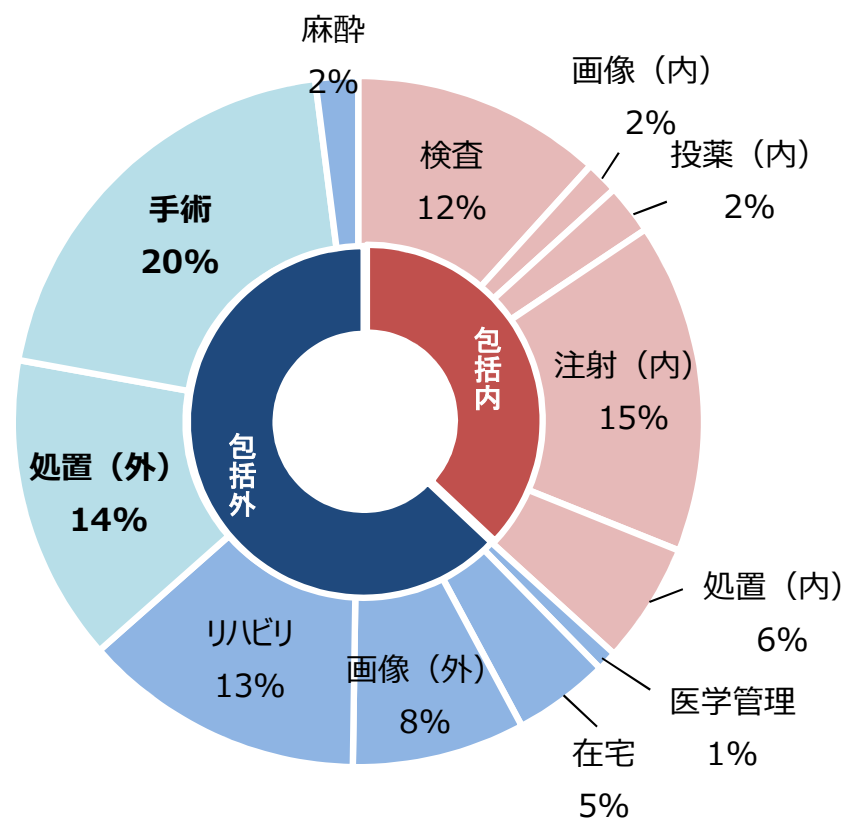
○ 医療区分3について、入院基本料を除く診療行為の出来高総点数の内訳をみると、出来高総点数の上位10%までの患者では、全体に比べ、包括外の割合が多く、診療行為では手術と処置の割合が多い。

全体 (n=1946)
点数平均値/中央値 760.4/590.9



0% : 投薬 (外)、注射 (外)、精神、放射線、病理

上位10% (n=195)
点数平均値/中央値 2391.7/1781.1

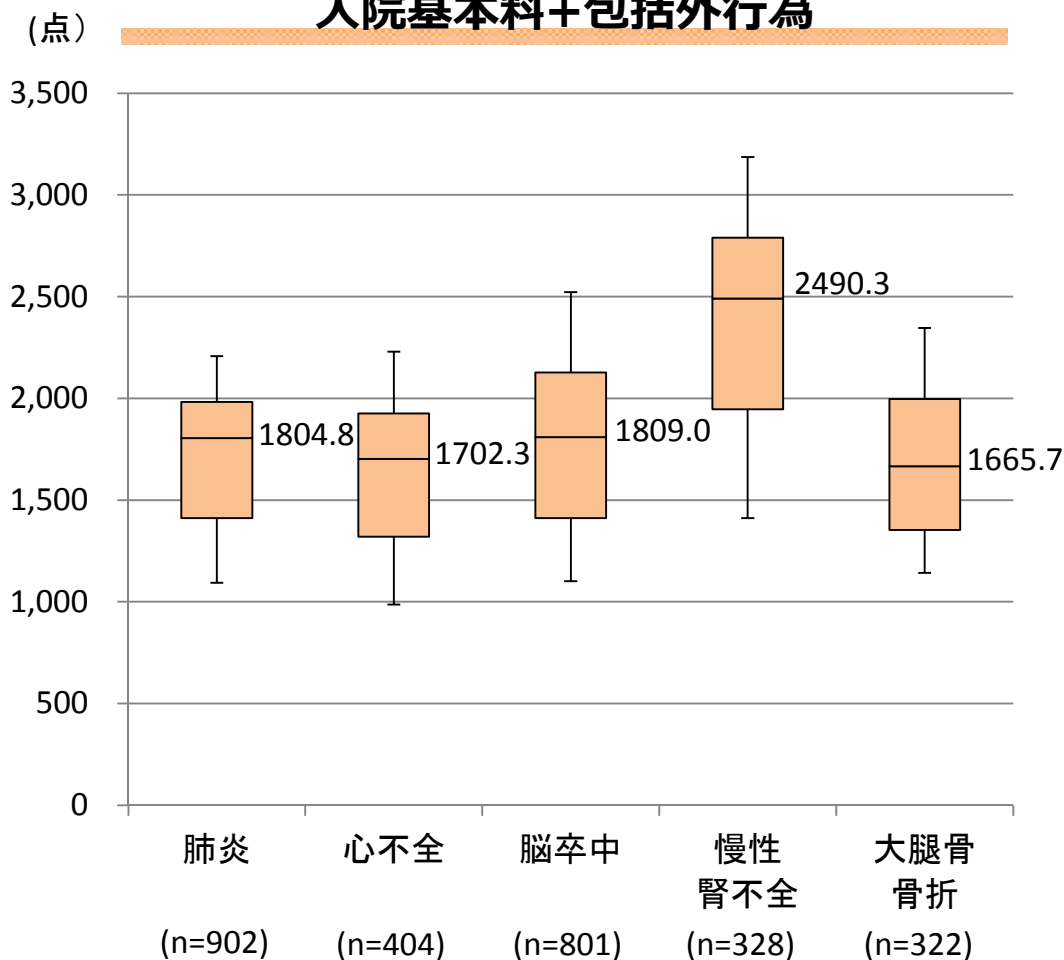


0% : 投薬 (外)、注射 (外)、精神、放射線、病理

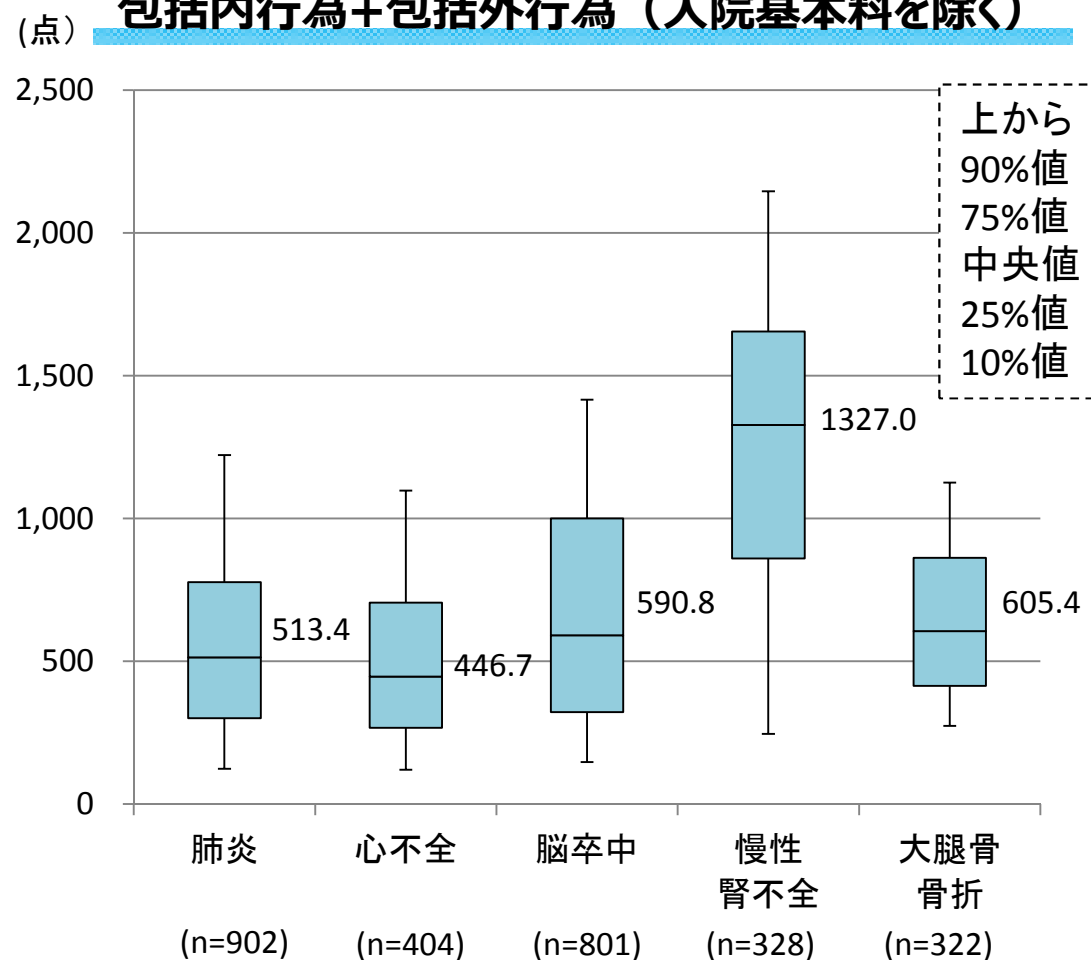
主傷病別の1日当たり平均点数

- 主な疾患ごとに1日当たり平均点数の分布をみると、入院基本料を含めた点数と、入院基本料を除く診療行為の出来高総点数ともに、慢性腎不全を除いて、疾患間で重なる部分も多い。

入院基本料+包括外行為



包括内行為+包括外行為 (入院基本料を除く)



データ提出加算の課題(案)

【課題】

(提出対象)

- ・ データ提出加算の届出については、7対1一般病棟、地域包括ケア病棟、200床以上の10対1一般病棟等で算定要件となっているが、回復期リハビリテーション病棟と療養病棟では、加算の提出対象となっているが、算定要件にはなっていない。
- ・ 病棟の種類別で、提出するデータの範囲が一部異なっている。様式4、Dファイル、EFファイルについては、医事会計システム等から変換が可能となっている。
- ・ 全ての一般病院のうち約45%の病院がデータの提出対象となっており、約3300病院ある。病床数では約79万床が提出対象となっている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟の病床数では約57%、療養病棟の病床数では約25%が、提出対象となっている。入院料区分別で見ると、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定病床では約71%が、療養病棟入院基本料1の算定病床では約28%が、提出対象となっている。

(提出項目の詳細)

- ・ 提出項目の概要をみると、様式1では、急性期の診療内容や重症度に関する項目で占められており、主に回復期や慢性期の患者の状態を示す日常生活動作の入院中の変化や要介護度、医療区分に係る詳細な情報等は含まれていない。
- ・ EF統合ファイルを見ると、診療報酬算定区分の情報の詳細が含まれており、電子レセプト等の既存のデータベースから提出データを作成できるようになっている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟と療養病棟を持つ病院について、200床以上でみると、回復期リハビリテーション病棟では約8割、療養病棟では約4割が既にデータを提出している。
- ・ 病床規模別に、提出データの部位不明・詳細不明コードの使用割合をみると、DPC対象病院以外の200床未満の病院ではその他に比べ、使用割合が高い。

(分析例)

- ・ 提出データの分析例として、療養病棟入院基本料について、入院基本料を除く、包括範囲内の診療行為と包括範囲外の診療行為の算定状況の内訳や、主な疾患別に診療行為の算定状況等を一定程度みる事が可能。

- データ提出加算を算定する病院はDPC対象病院以外の病院も多く含まれており、一般病棟以外の、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟にも一定程度対象が広がりがつつある。医療の質の向上に資するデータ利活用の観点から、データ提出に係る実態も考慮しつつ、対象範囲について、どのように考えるか。
- 一般病棟以外の回復期や慢性期の病棟からも多数のデータが提出されている現状を踏まえ、入院医療の分析に資する観点から、事務の合理化や負担軽減にも配慮しつつ、患者の特性の違いに着目した項目の追加や入力頻度の設定等について、どのように考えるか。

1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

(1) 重症度、医療・看護必要度の非該当患者の分析

(2) 重症度、医療・看護必要度の測定方法等

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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(喀痰吸引のみの場合を除く)	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、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

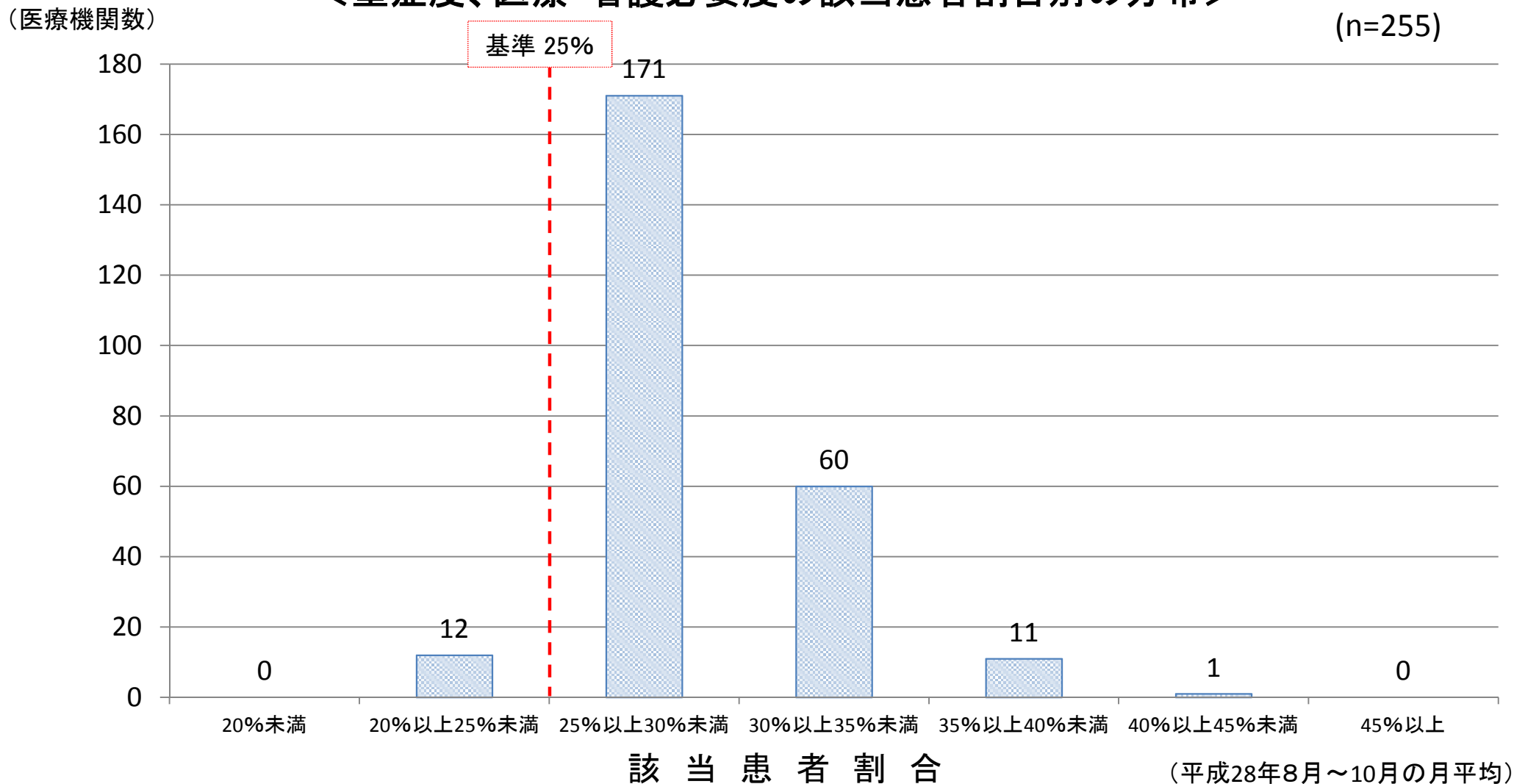
C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

基準

A得点2点以上かつB得点3点以上
あるいは
A得点3点以上
あるいは
C得点1点以上

○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

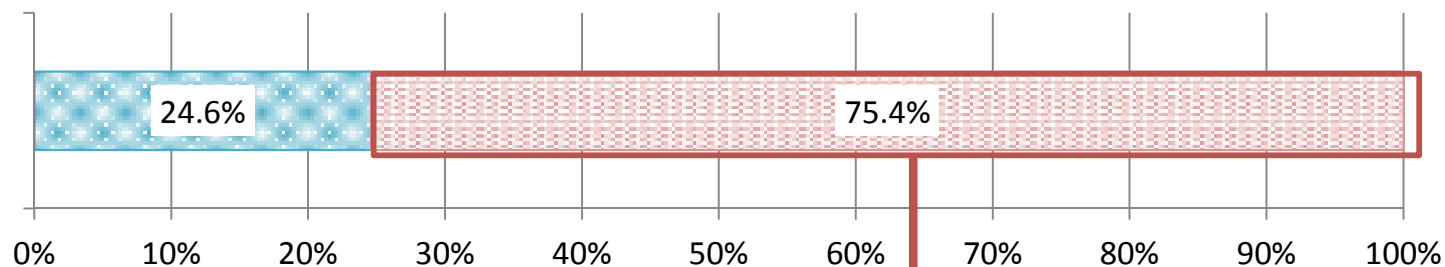


一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況①

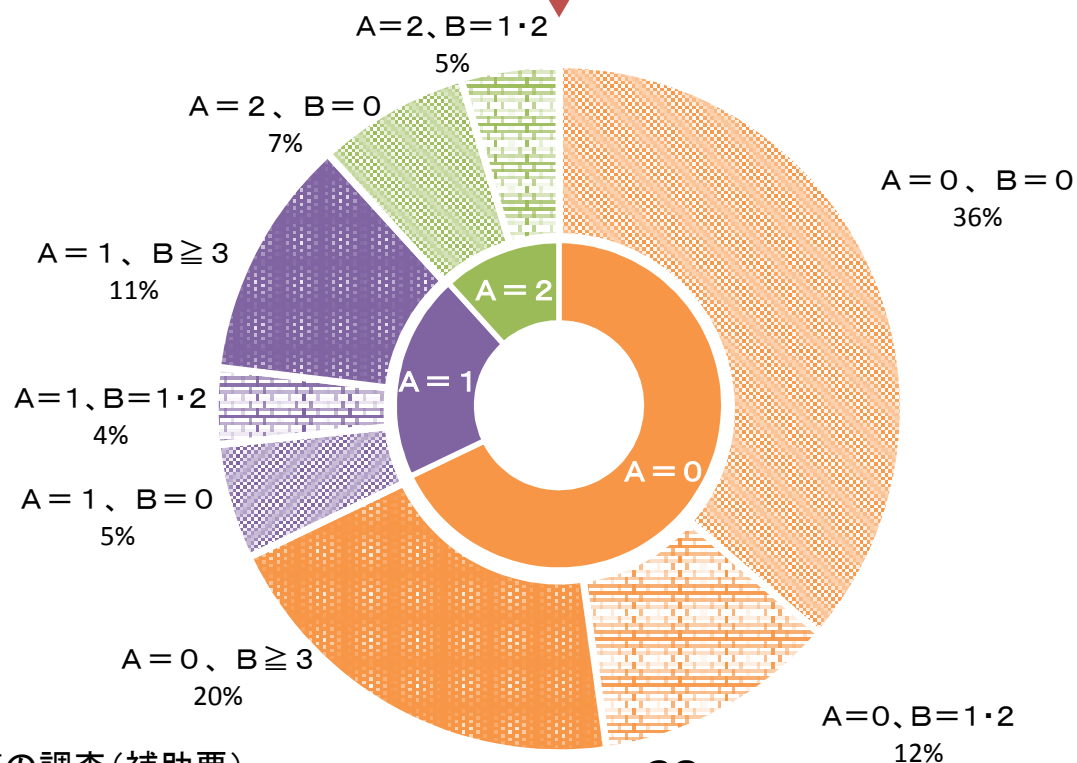
- 一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の非該当患者の内訳をみると、A項目・B項目ともに0点の患者が非該当者の中で4割弱存在する一方で、A項目が0点でもB項目が3点以上の患者が非該当者の中で2割、また、A項目が1・2点の患者が非該当者の中で3割強存在する。

該当患者割合

(n=92,364)



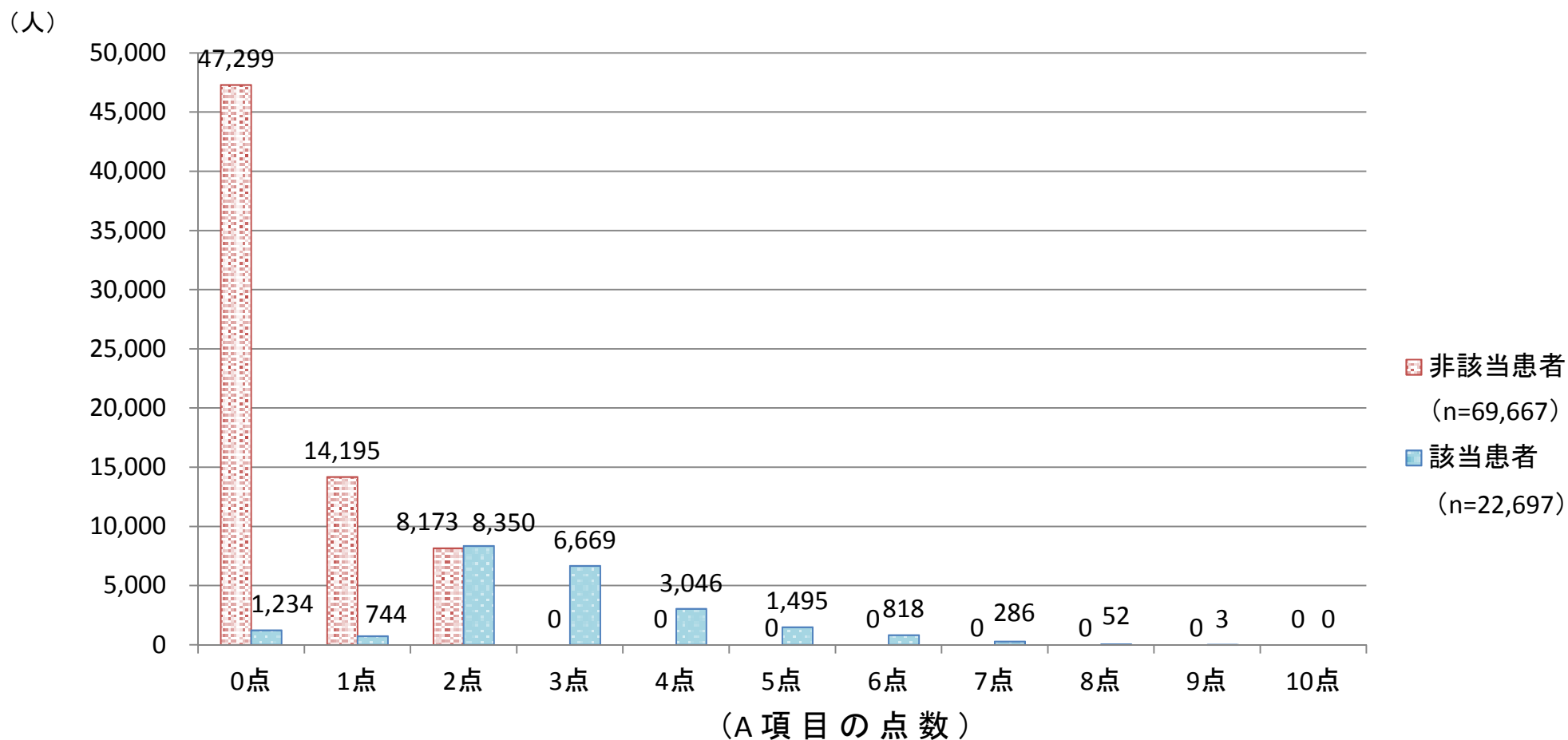
- 重症度、医療・看護必要度該当患者
- 重症度、医療・看護必要度非該当患者



一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況②

- 重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別のA項目の得点分布をみると、該当患者ではA項目2点の患者が最も多く、非該当患者ではA項目0点の患者が最も多い。

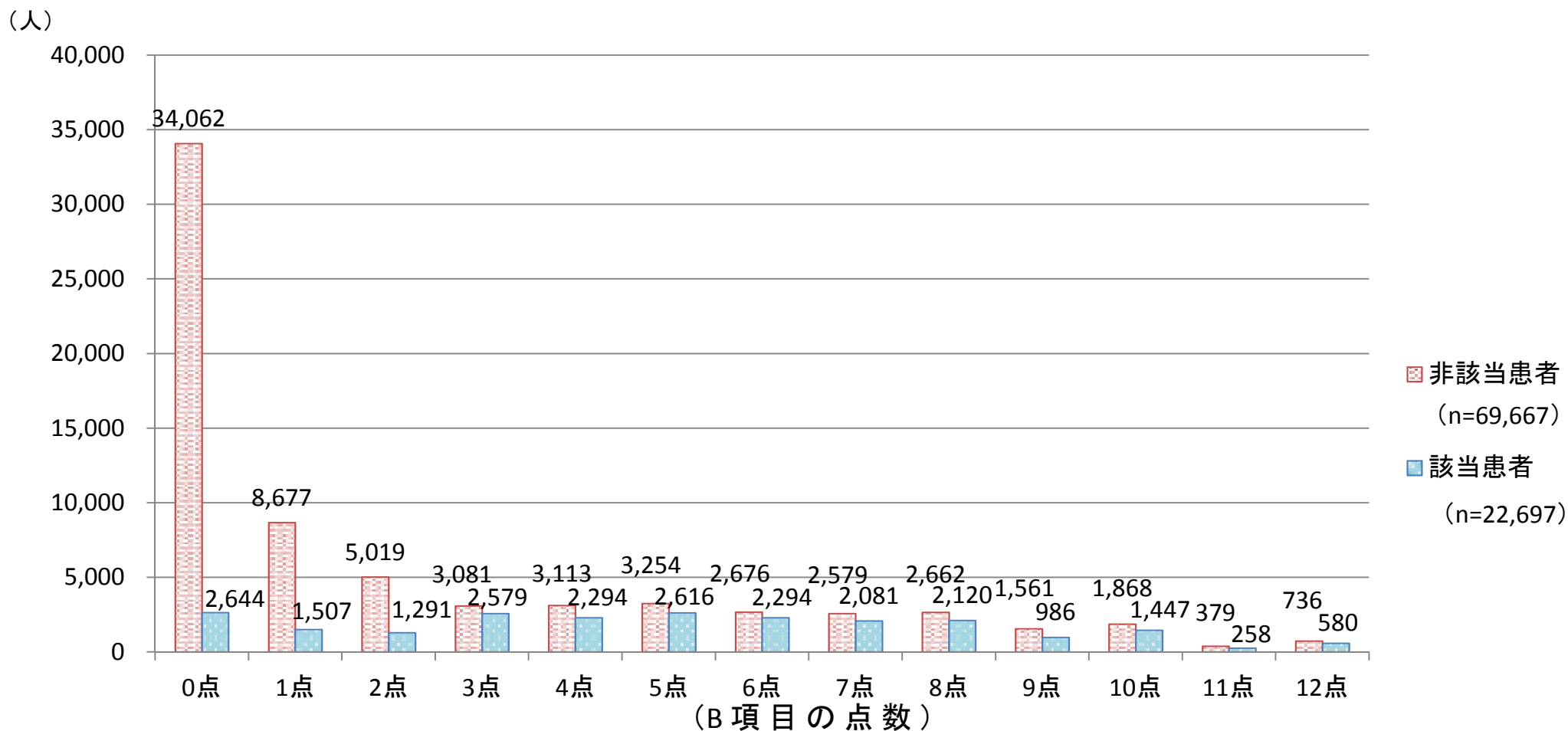
重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別のA項目の点数分布(n=92,364)



一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況③

○ 重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別のB項目の得点分布をみると、非該当患者でもB項目が3点以上の患者が全体の3割以上を占めた。

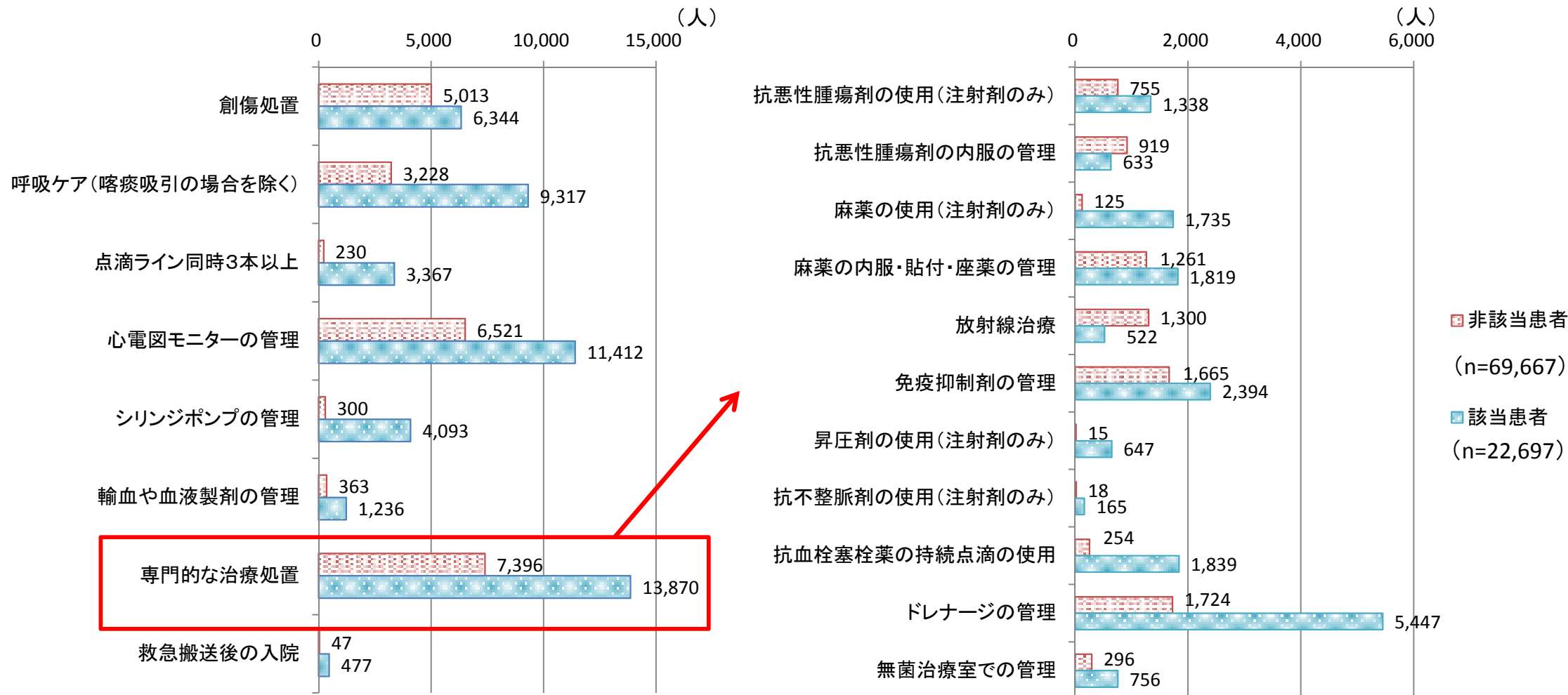
重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別のB項目の点数分布(n=92,364)



一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況④

○ 重症度、医療・看護必要度非該当患者のA項目の該当状況をみると、「専門的な治療処置」に該当する患者が最も多かった。

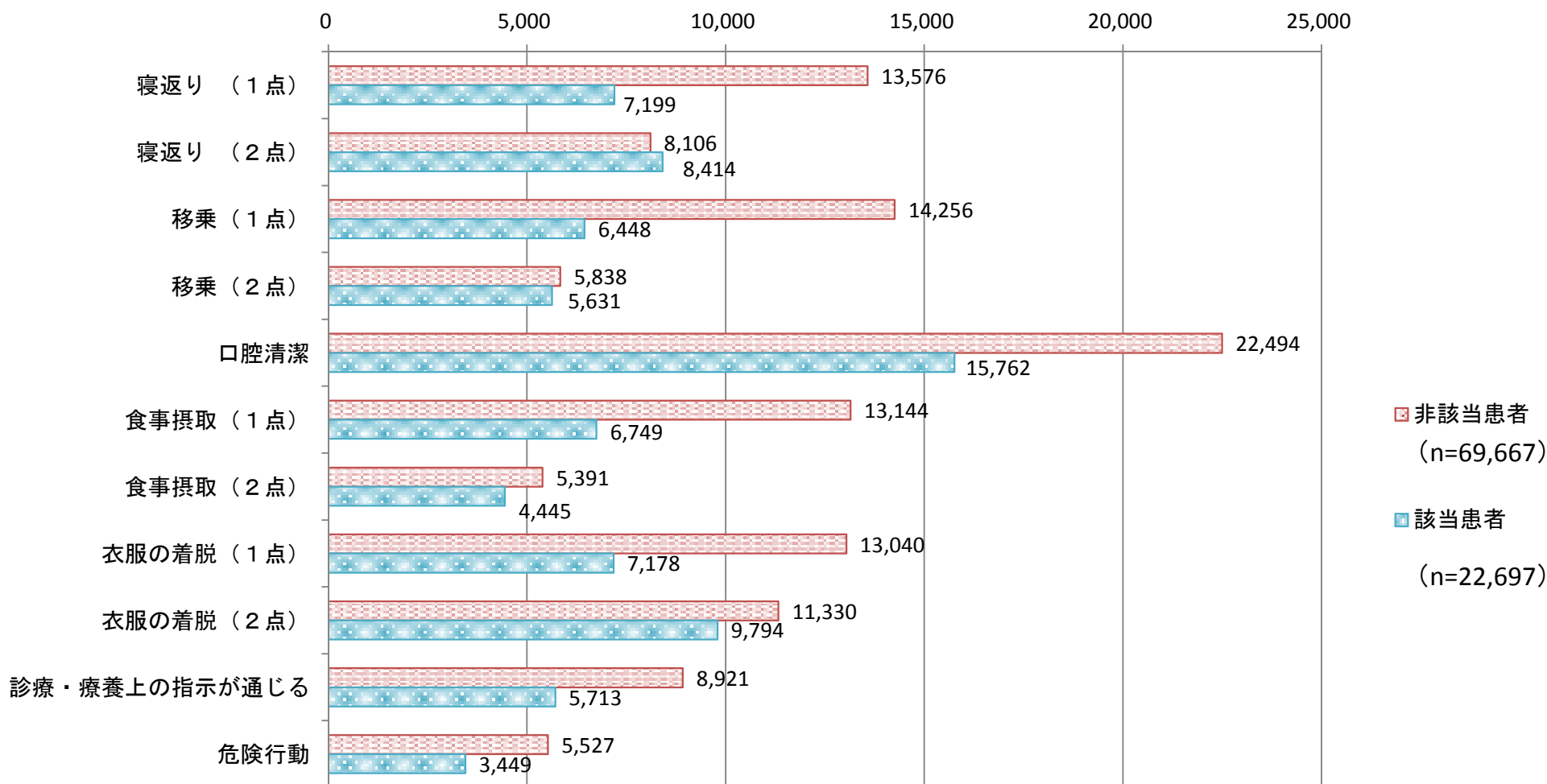
重症度、医療・看護必要度の該当・非該当患者の項目別状況(A項目) (n=92,364)



一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況⑤

○ 重症度、医療・看護必要度非該当患者のB項目の項目別状況をみると、「衣服の着脱(1点、2点)」、「口腔清潔」に関する項目に該当する患者が多かった。

重症度、医療・看護必要度の該当・非該当患者の項目別状況(B項目) (n=92,364)

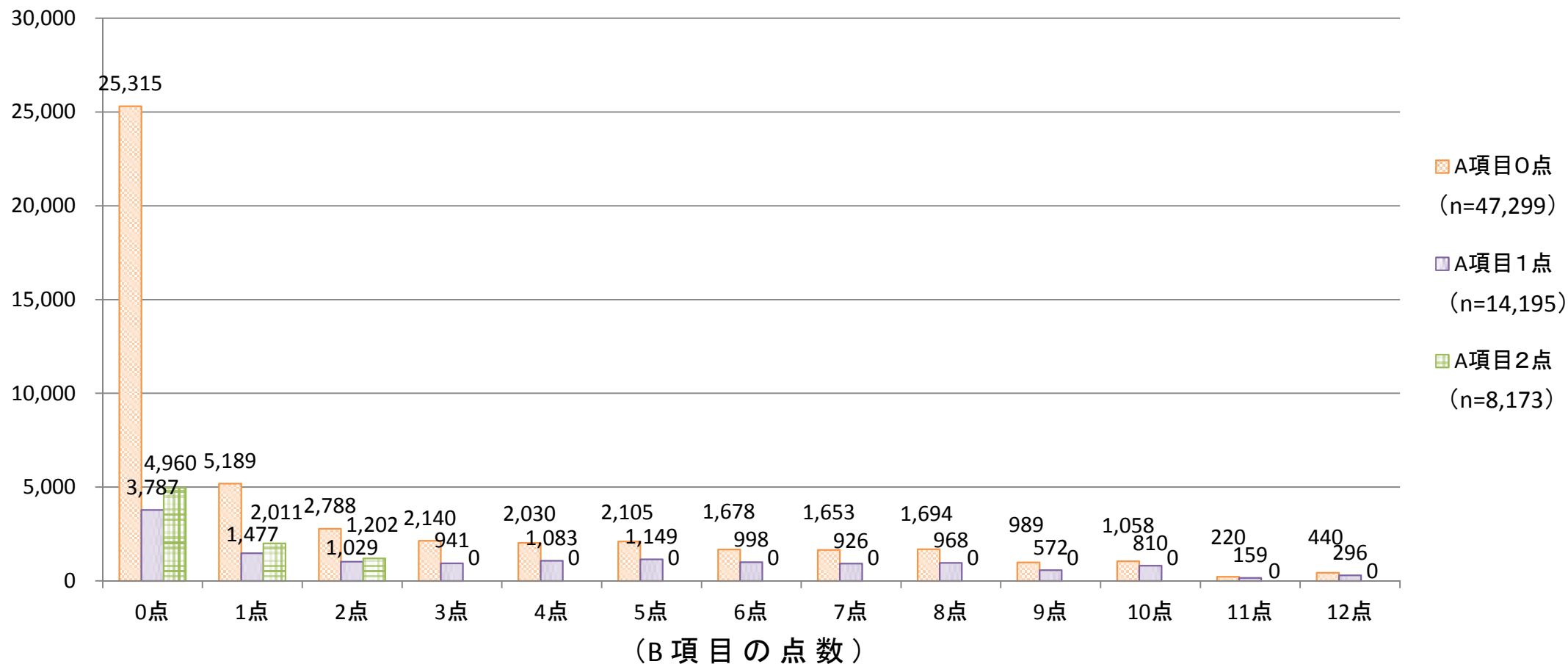


一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の非該当患者の項目別の状況①

○ 重症度、医療・看護必要度の非該当別のB項目の得点分布をみると、A項目1点の患者で、B項目3点以上の患者が全体の5割以上を占めた。

重症度、医療・看護必要度の非該当患者のA項目点数別のB項目の点数分布(n=92,364)

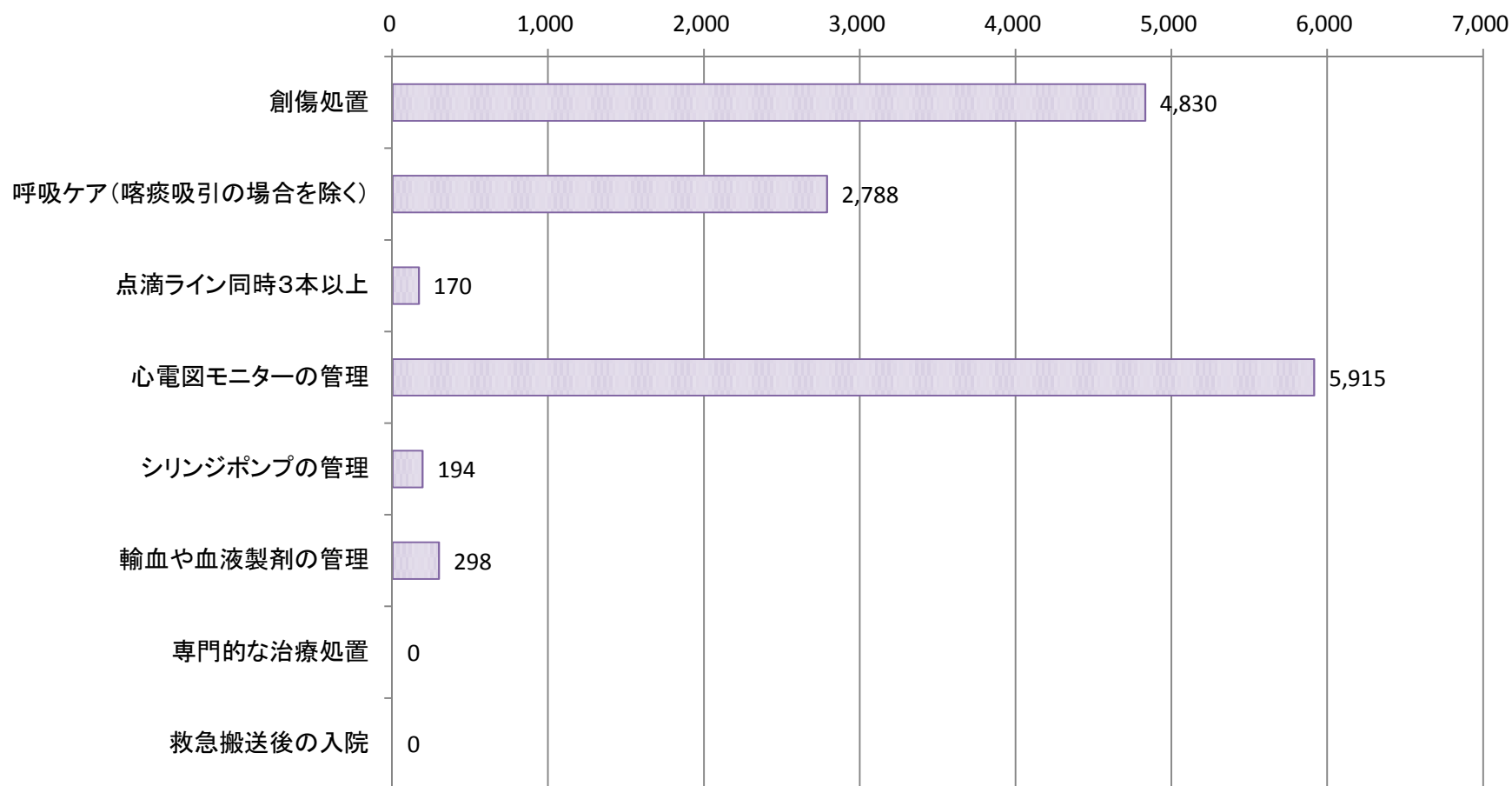
(人)



一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の非該当患者の項目別の状況②

- 重症度、医療・看護必要度非該当患者のうち、A項目1点の患者の状況をみると、「心電図モニターの管理」に該当する患者が最も多い。

重症度、医療・看護必要度の非該当患者(A項目1点)の状況 (n=14,195)



1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

(1) 重症度、医療・看護必要度の非該当患者の分析

(2) 重症度、医療・看護必要度の測定方法等

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

重症度、医療・看護必要度等に関する調査の調査概要

【調査対象】

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、救命救急入院料及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかの治療室を有し、7対1一般病棟入院基本料を届け出ているDPC対象病院から無作為に抽出された約700施設

※ 7対1一般病棟入院基本料を算定している病棟については、3病棟(無作為抽出)を対象とした

【調査期間】

平成29年1月

【調査方法・項目】

調査対象医療機関より、以下の調査票・データを収集し、分析を行った

- ・ 施設票(病床数等)
- ・ 病棟調査票(届出病床数、職員配置の状況等)
- ・ 入院患者票(診療科、入院時の状態等)
- ・ 看護必要度票
- ・ DPCデータ

回収率:31%(217病院)

(参考)感度、特異度、ファイ係数について

		重症度、医療・看護必要度項目の該当		計
		あり	なし	
EFファイルでの請求	あり	a	b	w
	なし	c	d	x
計		y	z	

【計算式】

○ 感度 = $a \div (a + c)$

○ 特異度 = $d \div (b + d)$

○ ファイ係数※ = $(a \times d - b \times c) \div \sqrt{w \times x \times y \times z}$

※ ファイ係数の解釈の目安

−1から1までの値をとり、絶対値が大きいほど連関が強いと解釈できる。

係数(絶対値)	評価
~0.2	ほとんど関連なし
0.2~0.4	弱い関連あり
0.4~0.7	中程度の関連あり
0.7~1	強い関連あり

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連①

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 1	①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)	J000 創傷処置	9.7%	29.6%	14.8%	1.9%	53.7%	0.35	0.88	0.19	14,595
	②褥瘡の処置	J004-1 重度褥瘡処置	2.3%	1.2%	80.5%	0.0%	18.3%	0.06	1	0.22	14,595
A 2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	J024 酸素吸入	15.9%	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72	118,588
A 3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射	4.1%	2.2%	71.3%	24.3%	2.1%	0.5	0.75	0.11	118,588
		K920 輸血		0.3%	94.7%	1.0%	4.0%	0.07	0.99	0.11	118,588
A 4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視	23.2%	16.5%	73.0%	2.3%	8.1%	0.69	0.93	0.44	118,588
A 5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算	4.9%	1.4%	93.2%	1.6%	3.8%	0.26	0.98	0.32	118,588
A 6	輸血や血液製剤の管理	血液製剤の算定	1.7%	1.4%	97.7%	0.5%	0.4%	0.79	0.99	0.76	118,588
		K920 輸血		1.0%	97.9%	0.3%	0.8%	0.57	1	0.67	118,588
		K920-2 輸血管理料		0.4%	98.1%	0.1%	1.4%	0.22	1	0.4	118,588

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連②

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数	
A 7 専門的な治療・処置	①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	抗悪性腫瘍剤(注射剤)の算定	0.6%	2.2%	96.4%	0.6%	0.8%	0.74	0.99	0.76	24,822
		G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入		0.3%	97.0%	0.1%	2.7%	0.11	1	0.3	24,822
	②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	抗悪性腫瘍剤(内服薬)の算定	1.3%	3.2%	92.7%	0.8%	3.3%	0.49	0.99	0.61	24,822
	③麻薬の使用(注射剤のみ)	麻薬(注射剤)の算定	2.0%	5.0%	87.6%	2.2%	5.3%	0.49	0.98	0.54	24,822
		G通則 麻薬注射加算		2.6%	89.5%	0.2%	7.6%	0.25	1	0.46	24,822
	④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	麻薬(内服、貼付、坐剤)の算定	3.1%	7.4%	84.1%	0.4%	8.1%	0.48	1	0.64	24,822
	⑤放射線治療	M000 放射線治療管理料	1.2%	0.4%	93.9%	0.1%	5.6%	0.06	1	0.22	24,822
		M001 体外照射		5.3%	93.7%	0.3%	0.7%	0.88	1	0.91	24,822
	⑥免疫抑制剤の管理	免疫抑制剤の算定	3.9%	3.3%	78.3%	2.0%	16.4%	0.17	0.98	0.25	24,822
	⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)	昇圧剤(注射剤)の算定	0.8%	0.1%	94.8%	1.3%	3.9%	0.01	0.99	0	24,822
	⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)	抗不整脈剤(注射剤)の算定	2.0%	0.5%	98.6%	0.4%	0.5%	0.53	1	0.53	24,822
	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	抗血栓塞栓薬(注射剤)を算定(ハパロック、透析、皮下注用を除く)	2.6%	11.4%	80.5%	6.2%	1.9%	0.86	0.93	0.7	24,822
	⑩ドレナージの管理	J002 ドレナ法(ドレナジ)	6.9%	23.4%	64.1%	0.8%	11.7%	0.67	0.99	0.73	24,822
⑪無菌治療室での治療	A224 無菌治療室管理加算	0.8%	3.3%	95.4%	0.2%	1.1%	0.76	1	0.83	24,822	
A 8 救急搬送後の入院	C004 救急搬送診療料	0.4%	0.0%	97.7%	0.0%	2.3%	0	1	0.04	118,588	

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連③

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
1 6	開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術	0.2%	0.0%	99.8%	0.0%	0.2%	0.07	1	0.22	118,588
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術		0.0%	99.8%	0.0%	0.1%	0.21	1	0.44	118,588
1 7	開胸手術	K552 冠動脈、大動脈ハ イ ス移植術	0.3%	0.1%	99.7%	0.0%	0.2%	0.17	1	0.4	118,588
		K552-2 冠動脈、大動脈ハ イ ス移植術		0.0%	99.7%	0.0%	0.3%	0.1	1	0.3	118,588
		K554 弁形成術		0.0%	99.7%	0.0%	0.3%	0.05	1	0.21	118,588
		K555 弁置換術		0.0%	99.7%	0.0%	0.3%	0.11	1	0.3	118,588
1 8	開腹手術	K655 胃切除術	1.1%	0.1%	98.9%	0.0%	1.1%	0.05	1	0.21	118,588
		K657 胃全摘術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.03	1	0.17	118,588
		K695 肝切除術		0.1%	98.9%	0.0%	1.0%	0.06	1	0.25	118,588
		K702 膵体尾部腫瘍切除術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.02	1	0.13	118,588
		K703 膵頭部腫瘍切除術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.03	1	0.17	118,588
		K877 子宮全摘術		0.1%	98.9%	0.0%	1.0%	0.09	1	0.28	118,588
		K879 子宮悪性腫瘍手術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.03	1	0.16	118,588
1 9	骨の手術	K059 骨移植術	1.9%	0.2%	97.9%	0.0%	1.9%	0.09	1	0.29	118,588
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術		0.4%	97.9%	0.0%	1.7%	0.17	1	0.4	118,588

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連④

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数		
C	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	K513 胸腔鏡下肺切除術	0.9%	0.0%	99.0%	0.0%	0.9%	0.03	1	0.16	118,588	
		K655-2 腹腔鏡下胃切除術		0.0%	99.1%	0.0%	0.9%	0.03	1	0.17	118,588	
		K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術		0.2%	99.0%	0.0%	0.7%	0.14	1	0.32	118,588	
		K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術		0.1%	99.1%	0.0%	0.9%	0.08	1	0.26	118,588	
	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術	L004 脊椎麻酔	1.5%	0.3%	98.2%	0.2%	1.3%	0.2	1	0.35	118,588	
		L008 閉鎖循環式全身麻酔		1.1%	96.8%	1.6%	0.5%	0.71	0.98	0.53	118,588	
	22 救命等に係る内科的治療 ①経皮的血管内治療	K178-4 経皮的脳血栓回収術	0.5%	0.1%	62.7%	0.0%	37.2%	0	1	0.04	1,698	
		K546 経皮的冠動脈形成術		3.1%	62.7%	0.0%	34.2%	0.08	1	0.23	1,698	
		K549 経皮的冠動脈ステント留置術		17.2%	62.7%	0.0%	20.1%	0.46	1	0.59	1,698	
		22 救命等に係る内科的治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療	K595 経皮的カテテル心筋焼灼術	1.8%	8.2%	86.2%	0.2%	5.4%	0.6	1	0.74	1,698
			K597 ペースメーカー移植術		2.7%	85.9%	0.5%	11.0%	0.19	0.99	0.37	1,698
		救命等に係る内科的治療 ③侵襲的な消化器治療	K688 内視鏡的胆道ステント留置術	0.7%	8.8%	49.5%	0.0%	41.7%	0.17	1	0.31	1,698
K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	3.1%		49.4%		0.1%	47.4%	0.06	1	0.17	1,698		
K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	2.9%		49.5%		0.0%	47.6%	0.06	1	0.17	1,698		

重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(1)

< 呼吸ケア >

重症度、医療・看護必要度

定義	呼吸ケアは、 <u>酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。</u>
判断の留意点	<p>喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。</p> <p>呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。</p> <p>人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。</p> <p>NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。</p> <p>なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない</p>

J024 酸素吸入(1日につき)

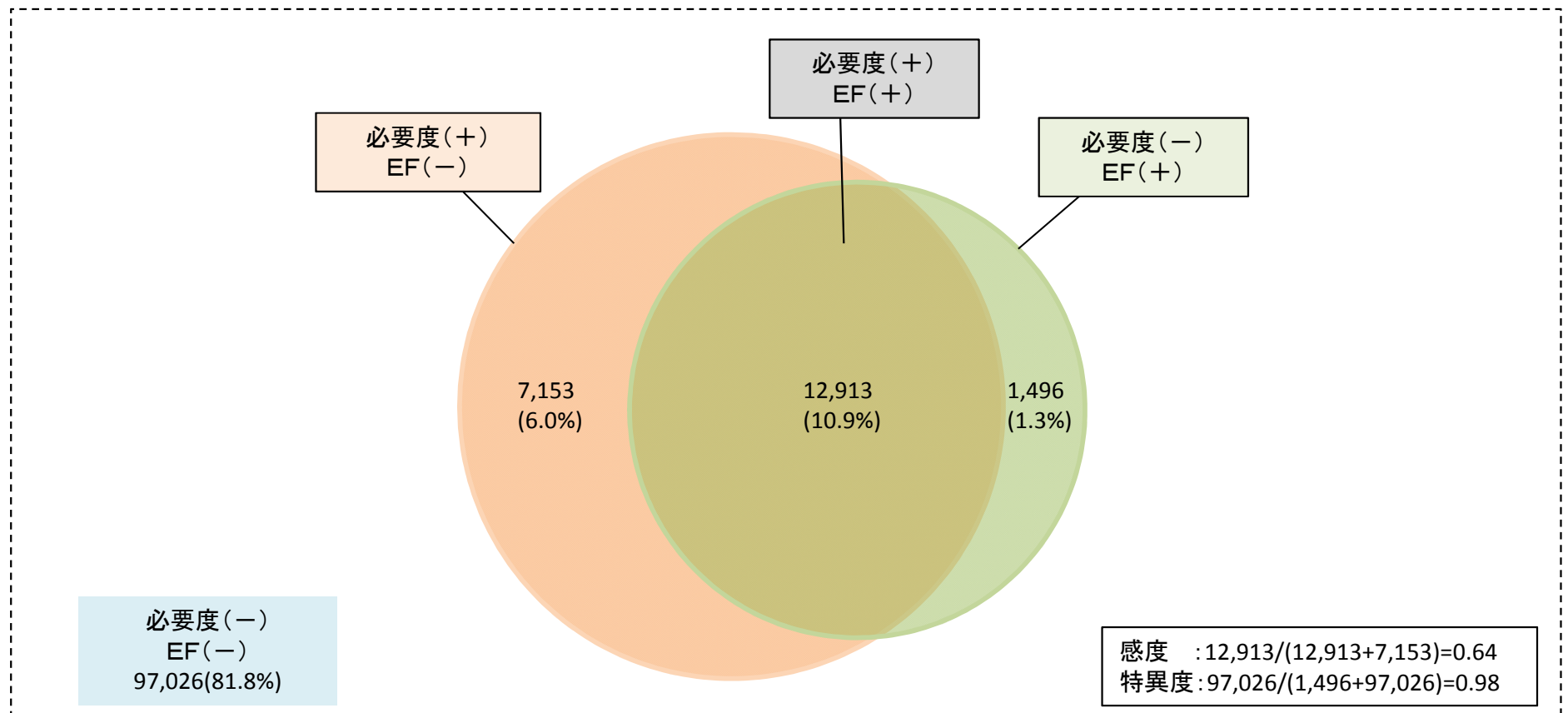
(1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

J018 喀痰吸引(1日につき)

(2) 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

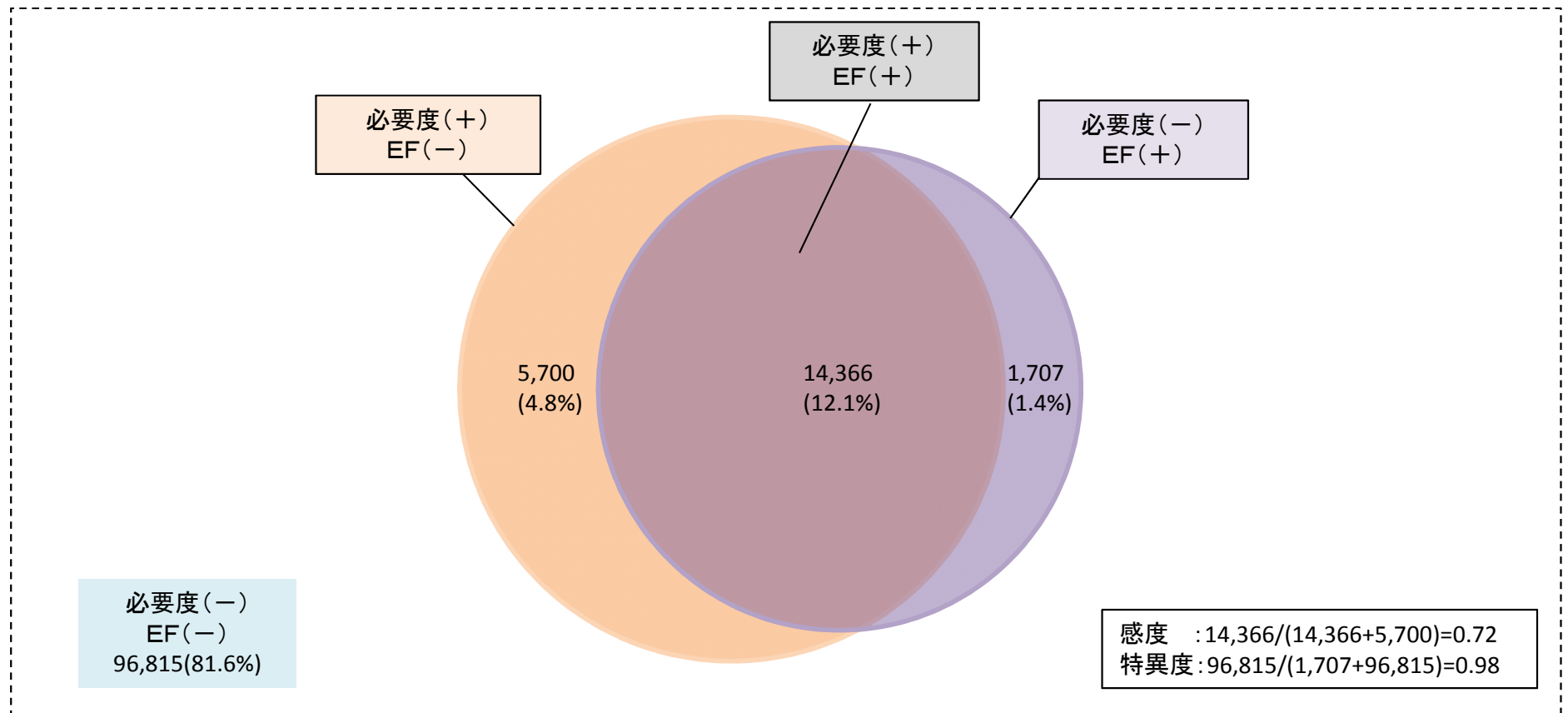
重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(2)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数	
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入	15.9%	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72	118,588



重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(3)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	9区分いずれかに該当	15.9%	12.1%	81.6%	1.4%	4.8%	0.72	0.98	0.77	118,588



重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(4)

重症度、医療・看護必要度項目			項目該当患者割合	報酬区分の例	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	15.9%	J024 酸素吸入	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72
				J024-2 突発性難聴に対する酸素療法	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.00
				J025 酸素テント	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	-
				J026 間歇的陽圧吸入法	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.02
				J026-2 鼻マスク式補助換気法	0.0%	83.0%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.03
				J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.02
				J026-4 ハイフローセラピー	0.1%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.05
				J027 高気圧酸素治療	0.0%	83.0%	0.1%	16.9%	0.00	1.00	-0.01
				J045 人工呼吸	1.1%	83.0%	0.0%	15.8%	0.07	1.00	0.23
				いずれかに該当	12.1%	81.6%	1.4%	4.8%	0.72	0.98	0.77

- ・上記9項目の報酬区分を用いると、比較的一致する一方で、必要度の対象となる「痰を出すための体位ドレナージ」「スクウィーピング」については、対応する区分がなく、評価されない。（重症度、医療・看護必要度の対象範囲が狭くなる）
- ・「呼吸ケア」の定義に該当しない、「J018 喀痰吸引」を算定した場合、「呼吸ケア」に関連する上記9項目は算定されなくなる。（算定ルールにより、評価されない）

上記9区分でシミュレーションしてはどうか。

重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較②～救急搬送後の入院

< 救急搬送後の入院 >

重症度、医療・看護必要度

定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

判断の留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。入院当日を含め、翌日までを評価の対象とする。

C004 救急搬送料

注 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数
A 8 救急搬送後の入院	C004 救急搬送診療料	0.4%	0.0%	97.7%	0.0%	2.3%	0.00	1.00	0.04

- 重症度、医療・看護必要度の場合、「搬送され入院した患者」が対象だが、救急搬送診療料の場合、「医師が同乗し診察した場合」が算定対象となる。そのため、救急搬送診療料に置き換えた場合、重症度、医療・看護必要度で評価している対象患者より対象となる範囲が狭まる。(重症度、医療・看護必要度の対象範囲が狭くなる)
- 重症度、医療・看護必要度の場合、2日間の該当に対し、救急搬送料の場合1日のみの算定である。(評価期間が狭まる)

上記1区分を2日分と設定してシミュレーション設定してはどうか。

重症度、医療・看護必要度とADLスコアとの比較

<B項目(毎日測定)>

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

<様式1:ADLスコア(入院時と退院時に測定)>

項目	測定			
	自立	一部介助	全介助	不能
歩行	2	1 短ったり、バネを踏ったりなどで歩行を必要とする	0	0
階段	3	2 階段の手助で可能 1 高度の介助を必要とするが、履いている。	0 階段バランス困難	0
着脱	1 履/脱/履/脱/履/脱	0	0	0
トイレ動作 トイレの便用	2	1 多少の介助を必要とするがなおとも自分一人である。	0	0
入浴	1	0	0	0
平地歩行	2	1 一人介助で歩く 0 歩かず自立	0	0
階段	2	1	0	0
更衣	2	1	0	0
排泄管理	2	1 時々失禁	0 失禁	0
摂食管理	2	1 時々失禁	0 失禁	0

B項目と様式1のADLスコアでは、身体活動でも項目が異なっていること、「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」に関する項目はADLスコアにはないこと、様式1には入院中の変化は測定されていないことなど、複数の点で異なっており、該当・非該当の判定が極めて困難であるため、今回のシミュレーションでは、HファイルのB項目を活用することとしてはどうか。

DPCデータを用いたシミュレーション(案)

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、DPCデータを用いて以下の条件でシミュレーションを行うこととしてはどうか。

<シミュレーション方法>

- 使用するデータ
平成28年10月～12月に提出されたDPCデータ(一般病棟7対1)
- 各項目の評価方法
 - A項目・C項目
事務局で作成予定のマスタに沿って、重症度、医療・看護必要度に対応する報酬区分がEFファイルで報告されていた場合、当該項目に該当すると設定。
 - B項目
Hファイルを用いて、現行の重症度、医療・看護必要度の該当判定をそのまま使用。
- 医療機関ごとの該当患者の計算方法
現行の計算方法と同様に、
(シミュレーションにより「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」又は「A項目3点以上の患者」、又は「C得項目点以上の患者」患者の割合) / のべ入院患者
で計算を行う

上記方法で、医療機関ごとに、現行の重症度、看護・必要度の該当患者割合とシミュレーションによる該当患者割合の分布を比較してはどうか。

重症度、医療・看護必要度に係る検討の視点①(位置づけ・経緯(1))

1. 「重症度、医療・看護必要度」の位置づけ

- 現行の急性期入院基本料(7:1、10:1)等の算定要件に導入されている「重症度、医療・看護必要度」は、急性期入院医療体制の報酬評価について、急性期の医学的管理や患者の状態に応じた看護提供の必要性を適切に反映するために導入された指標である。

2. 「重症度、医療・看護必要度」導入の経緯(1)

- 2000年改定で導入された入院基本料は、看護体制、平均在院日数、医師配置等による医学的管理体制の評価に基づき、看護配置別基本料と各種加算による評価体系として、従前の看護料、入院環境料、入院時医学管理料を統合して創設された。
- 2002年改定の特定集中治療管理料において、ICU管理を必要とする重症患者を評価する指標として「重症度」が導入され、判定基準と患者割合が設定された。
- 2004年改定では、ハイケアユニット入院医療管理料の創設において、一般病棟よりも手厚い体制の治療室で重症度の高い患者に対して行う集中的な治療を評価する指標として、「重症度」の項目に看護の必要量を推計するために開発された「看護必要度」の項目を追加した「重症度・看護必要度」が導入され、判定基準と患者割合が設定された。

重症度、医療・看護必要度に係る検討の視点②(経緯(2))

2. 「重症度、医療・看護必要度」導入の経緯(2)

- 2006年改定で導入された7:1入院基本料について、2008年改定において、医療ニーズに着目した評価を導入するため、ハイケアユニットで導入されていた「重症度・看護必要度」を一般病棟用に修正導入し、判定基準と患者割合が設定された。
- 2012年の改定では評価基準等が見直された。
- 2014年改定では、一般病棟用「重症度・看護必要度」について、急性期患者の特性を評価する項目と基準に見直され、名称も「重症度、医療・看護必要度」と改められた。
- 2016年改定では更に、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、専門的な医療処置や手術等の項目(C項目)の追加等が見直しが行われた。

重症度、医療・看護必要度に係る検討の視点③(論点)

3. 論点

- 前述の経緯から、現行の「重症度、医療・看護必要度」は、その開発・導入で活用された「看護必要度」の測定・評価手法が用いられてきた。
- 「看護必要度」は患者に必要な看護量を測定するために開発された指標であり、急性期病棟では入院患者の日々の状態変化や日内変動に対応するため、全ての患者についての連日測定が基本とされている。
- 一般病棟・入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」は本来、急性期の医学的管理や患者の状態に応じた看護提供の必要性について“入院基本料の報酬算定に反映させる”ために実施するものであり、「看護必要度」とは異なる視点から導入されてきた、との指摘もある。
- 医療機関によっては報酬算定の手続きとしてしか「重症度、医療・看護必要度」が使用されず、現場にとっては負担になっているとの指摘があり、更に、算定要件の基準値となっていることから、経営的な視点からは、入院患者の状態に応じた医療の提供よりも、基準値をクリアすることに重点がおかれているのではないか、との指摘もある。

入院基本料の変遷①

中医協 診-1
24.8.22

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

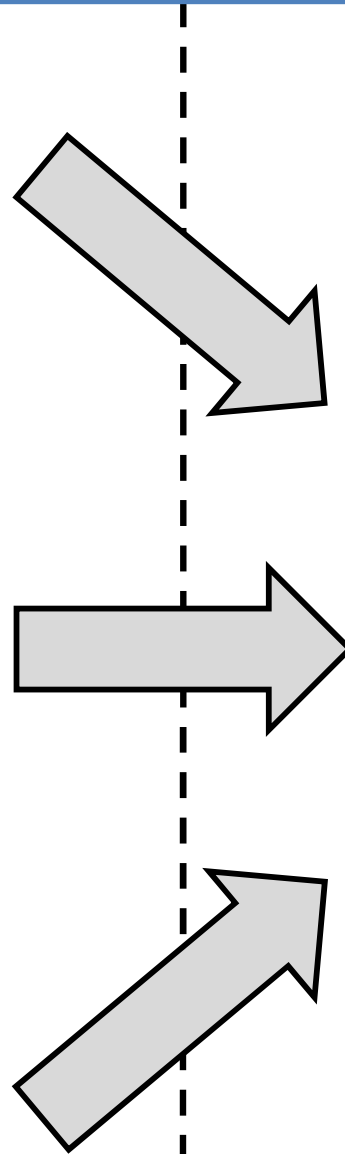
看護料

看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

平成11年度以前



入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成12年度以降

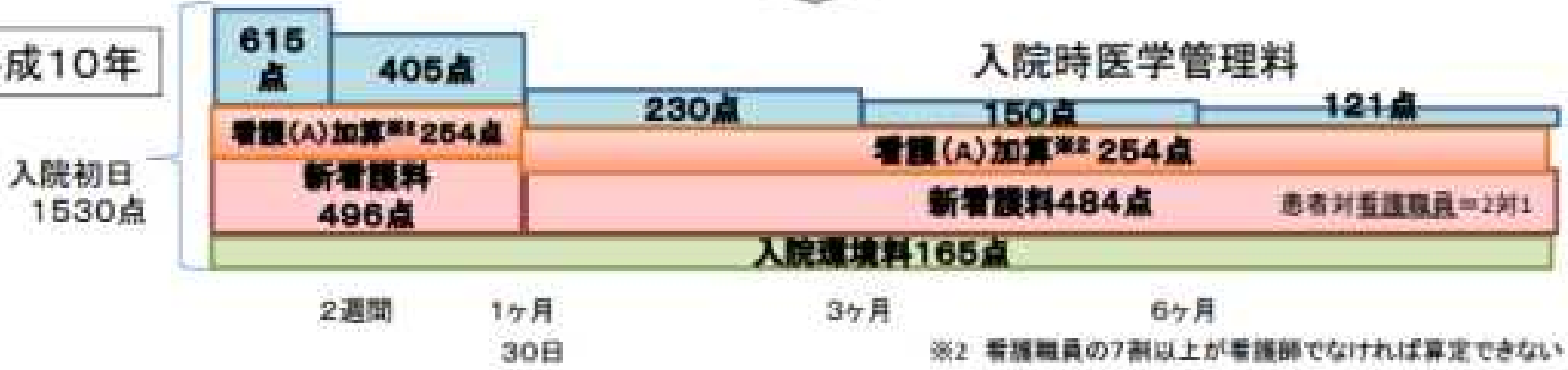
入院基本料の変遷②

中医協 診-1
24.8.22

昭和58年
(甲表)



平成10年



平成12年



- 平成14年 特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入
- 平成16年 ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入
- 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入院基本料に一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入
A項目9、B項目7の合計16項目について、「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
- 平成22年 10対1入院基本料に一般病棟必要度評価加算を新設
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 7対1入院基本料の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」
10対1入院基本料の一般病棟必要度評価加算を施設基準化し、看護必要度加算を新設
看護必要度加算1「該当患者割合15%以上」、看護必要度加算2「該当患者割合10%以上」
- 平成26年 7対1入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し
「名称を重症度、医療・看護必要度に変更」、「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」
- 平成28年 7対1入院基本料の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し
「A項目の一部追加、B項目の項目変更、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」
「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上」
「該当患者割合を15%以上→25%以上」
10対1入院基本料の看護必要度加算の要件の見直し
看護必要度加算1の新設「該当患者割合24%以上」、看護必要度加算2「15%→18%以上」、
看護必要度加算3「10%→12%以上」

3 医療ニーズに着目した評価

7対1入院基本料の基準の見直し(1)

- **看護必要度基準の導入**

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」による評価で、**A得点**(モニタリング及び処置等) **2点以上**かつ、**B得点**(患者の状況等) **3点以上の患者が1割以上**

評価指標の開発

- 現在活用されている評価項目については、平成9年から実施された看護量を推計するための指標開発の研究(業務量調査、臨床の看護専門家へのヒアリング調査、タイムスタディ調査等)を基に開発されてきたもの。
- 平成19年、上記を基に作成され既に導入されていたハイケアユニット用の評価票に含まれる項目の「特殊な治療法等」に代えて、急性期病院の一般病棟で実施されている治療・処置等を評価する「専門的な治療・処置」の項目を一般病棟用に開発。
- ハイケアユニット用の評価票を一般病棟に適用するため、設定した項目について妥当性を調査し、急性期病院の一般病棟において、①実施頻度が高い項目、②7対1、10対1、13対1病院間で頻度の差があること、かつ病院側の負担を少なくするために評価項目数が少ないこと、判断が容易であること等の視点から項目を精査。
- 設定した項目について急性期病院の一般病棟において調査を実施し、一定以上の患者に対して実施されていることや、設定した項目によって構成される測定尺度の因子構造の妥当性の検証等を経て、一般病棟用の評価票が開発された。

一般病棟入院基本料(その3)の課題(案)

【課題】

(非該当患者の分析)

- ・重症度、医療・看護必要度の非該当患者の内訳を見ると、A項目が2点未満でB項目が3点以上の患者が3割以上存在する。
- ・B項目の得点分布を見ると、非該当患者でも、B項目が3点以上の患者が全体の3割以上を占めた。項目を見ると、口腔清潔に該当する患者が最も多かった。
- ・A項目の該当状況を見ると、専門的な治療処置に該当する患者が最も多かった。

(測定方法等)

- ・ 前回の入院分科会で、重症度、医療・看護必要度の評価項目と、診療報酬区分(EFファイル)との関連性と、置き換えのシミュレーションについて、一定の条件をおいて検証することについて提案した。今回は、シミュレーションの前提となる一定の条件やその方法について、整理した。
- ・ 7対1一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度について、A項目・C項目と報酬区分(EF統合ファイル)との関連性について、統計分析を行うと、該当患者割合と項目の出現の有無について、一定程度、該当性が一致するものもあるが、一部、必要度のみが該当するものの割合が、高い項目もある。
- ・ A項目のうち、単一の報酬区分だけで該当性が不十分な項目の場合は、複数の関連する報酬区分を組み合わせることで、いずれかに該当した場合に該当と判断する方法、診療報酬区分に該当期間の日数を追加する方法などの一定の補正を行ったデータで該当患者割合を算出するといったシミュレーションの可能性が考えられた。
- ・ B項目については、様式1にADLスコアがあるが、身体活動に関する項目も完全には一致しないこと、患者との意思疎通に関する項目がADLスコアには全くないこと、測定頻度が異なることなど、複数の要素で該当・非該当の判定が極めて困難であることから、シミュレーションでは、HファイルのB項目を使うことが考えられた。



- 重症度、医療・看護必要度の評価項目について、診療報酬区分(EFファイル)を使ってシミュレーションするにあたり、
 - ・A項目とC項目については、診療報酬区分を基に、複数の報酬区分を組み合わせることや、該当期間の日数を追加することなどの一定の条件で補正する方法、
 - ・B項目については、HファイルのB項目の判定を活用する方法、をとることで、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合とシミュレーションによる該当患者割合との分布の比較や、基準値の相関等を検証してはどうか。

1. データ提出加算
2. 一般病棟入院基本料(その3)
3. 療養病棟入院基本料(その2)
 - (1) 医療区分の変化の分析
 - (2) リハビリテーションの提供状況
 - (3) 療養2の分析
4. 参考資料

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院基本料 1 (療養1)	療養病棟入院基本料 2 (療養2)
入院料	医療区分 1 814点～967点 医療区分 2 1,230～1,412点 医療区分 3 1,468～1,810点	医療区分1 750点～902点 医療区分2 1,165点～1,347点 医療区分3 1,403点～1,745点
看護職員※	20 : 1 (医療法で 4 : 1 相当)	25 : 1
看護補助者※	20 : 1 (医療法で 4 : 1 相当)	25 : 1
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2と3の患者の合計が<u>8割以上</u> ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2と3の患者の合計が<u>5割以上</u> ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価

※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員及び看護補助者の人員配置は、本則上4:1(診療報酬基準でいう20:1に相当)以上とされているが、同施行規則(附則)に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6:1(診療報酬基準でいう30:1に相当)以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1, 810点	1, 412点	967点
ADL 区分2	1, 755点	1, 384点	919点
ADL 区分1	1, 468点	1, 230点	814点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1, 745点	1, 347点	902点
ADL 区分2	1, 691点	1, 320点	854点
ADL 区分1	1, 403点	1, 165点	750点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 69

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

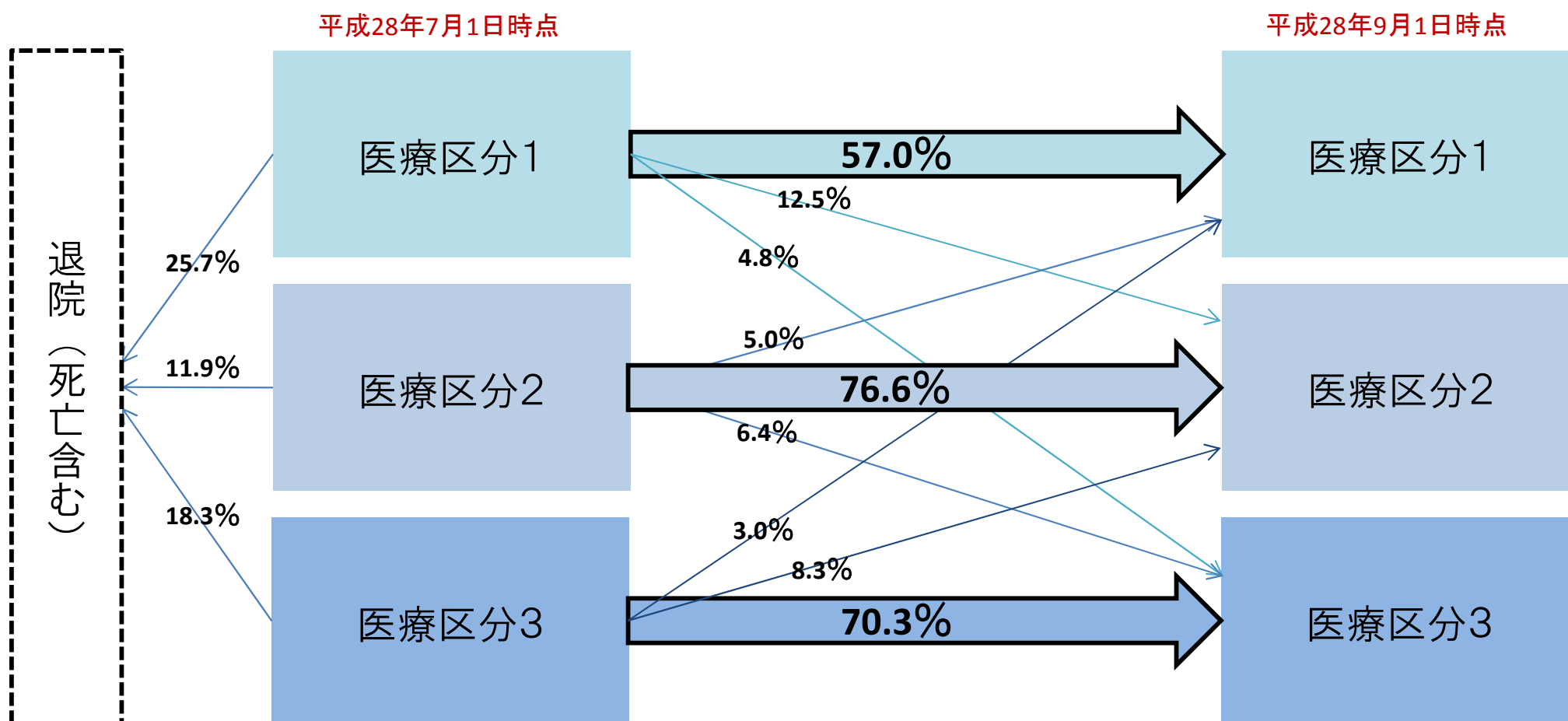
- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

一定期間における医療区分の変化(療養1)

- 任意の2ヶ月間に入院している患者の医療区分の変化をみると、多くは同じ医療区分に留まるが、改善または悪化する患者も一定程度存在する。

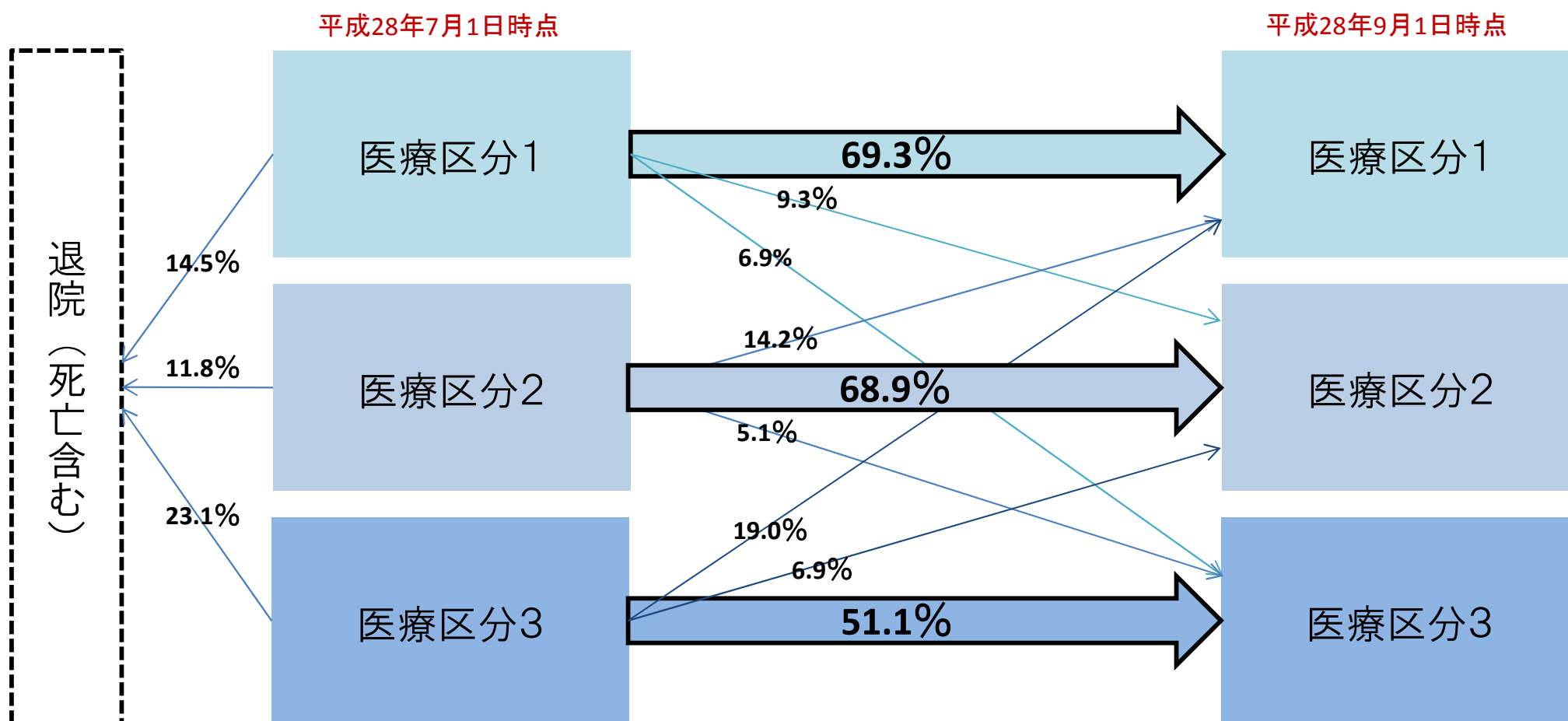
療養病棟入院基本料1 (病棟数219, 患者数9628)



一定期間における医療区分の変化(療養2)

- 任意の2ヶ月間に入院している患者の医療区分の変化をみると、多くは同じ医療区分に留まるが、改善または悪化する患者も一定程度存在する。

療養病棟入院基本料2 (病棟数89, 患者数3436)

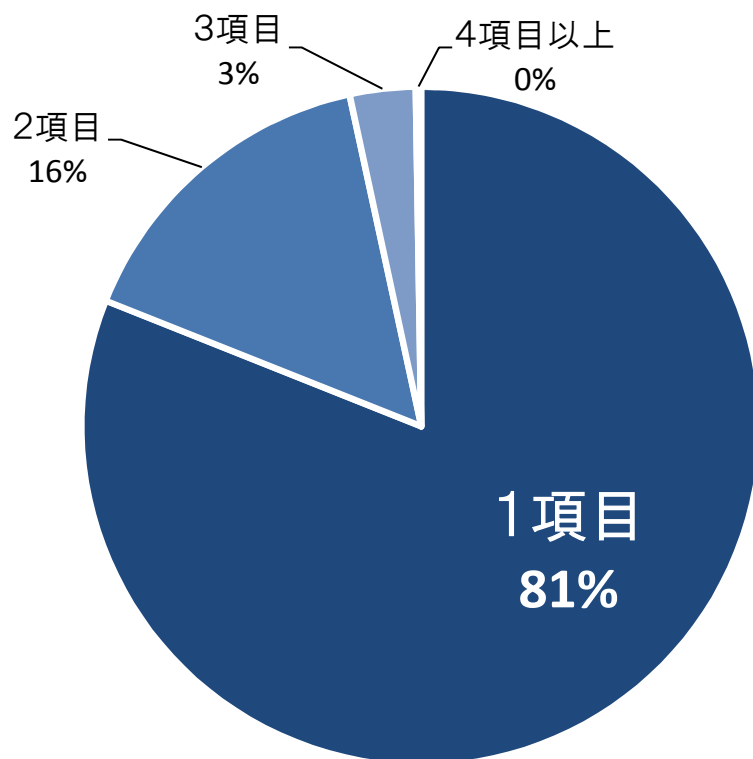


医療区分の要件項目の該当数別の割合

○ 医療区分の要件項目の該当項目数別の割合をみると、約7～8割が1項目である。

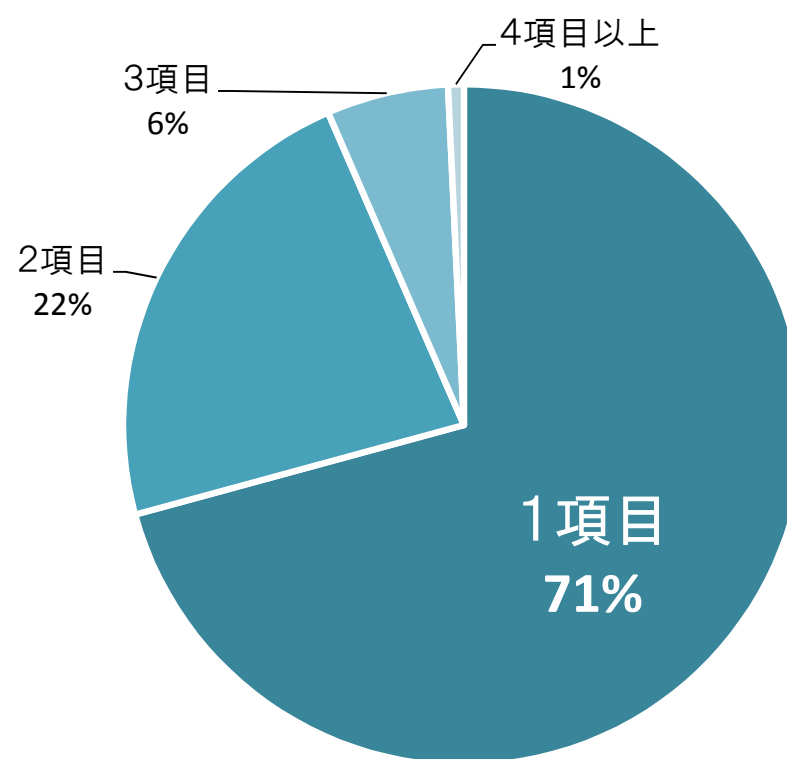
医療区分3

(n=1453)



医療区分2

(n=2405)

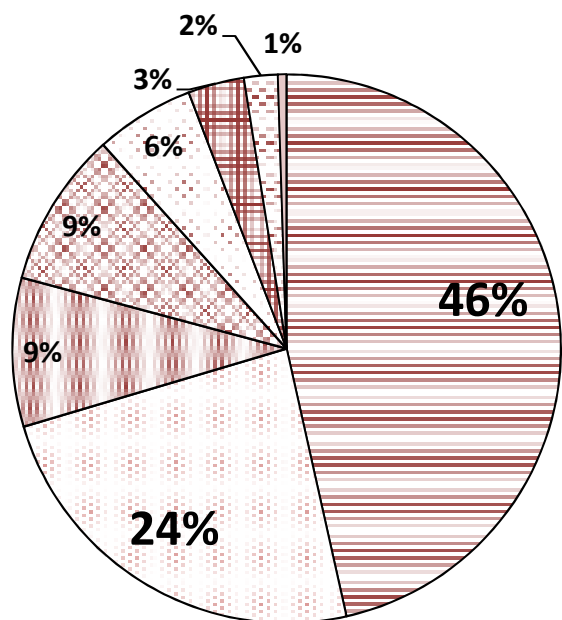


医療区分の該当項目数が1項目の場合の内訳

- 医療区分3のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「中心静脈栄養」が約46%、「常時監視・管理」が約24%で、合わせると約7割である。
- 医療区分2のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「1日8回以上の喀痰吸引」が約3割だが、それ以外はばらばらである。

医療区分3

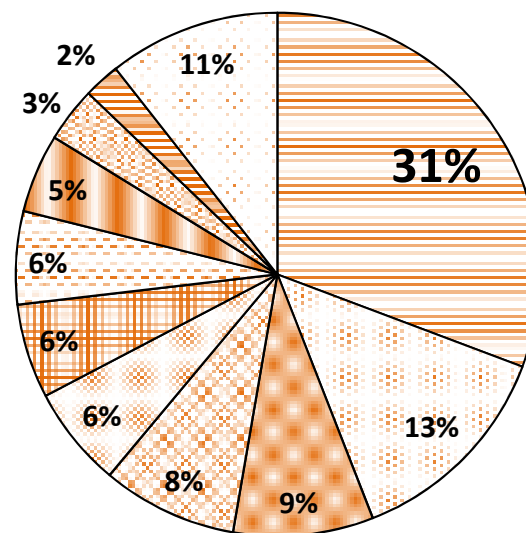
(n=753)



- 中心静脈栄養
- 医師及び看護師による常時監視・管理
- 感染隔離室における管理
- 酸素療法(3L/分以上)
- 24時間持続点滴
- 人工呼吸器の使用
- 気管切開・気管内挿管(発熱あり)
- その他

医療区分2

(n=1028)



- 1日8回以上の喀痰吸引
- パーキンソン病関連疾患
- 鬱状態
- 頻回の血糖測定
- 酸素療法(医療区分3以外)
- その他の難病
- 褥瘡
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
- 肺炎
- その他

※ 医療区分2は調査票で一部とれていない項目があることに留意が必要

1. データ提出加算
2. 一般病棟入院基本料(その3)
3. 療養病棟入院基本料(その2)
 - (1) 医療区分の変化の分析
 - (2) リハビリテーションの提供状況
 - (3) 療養2の分析
4. 参考資料

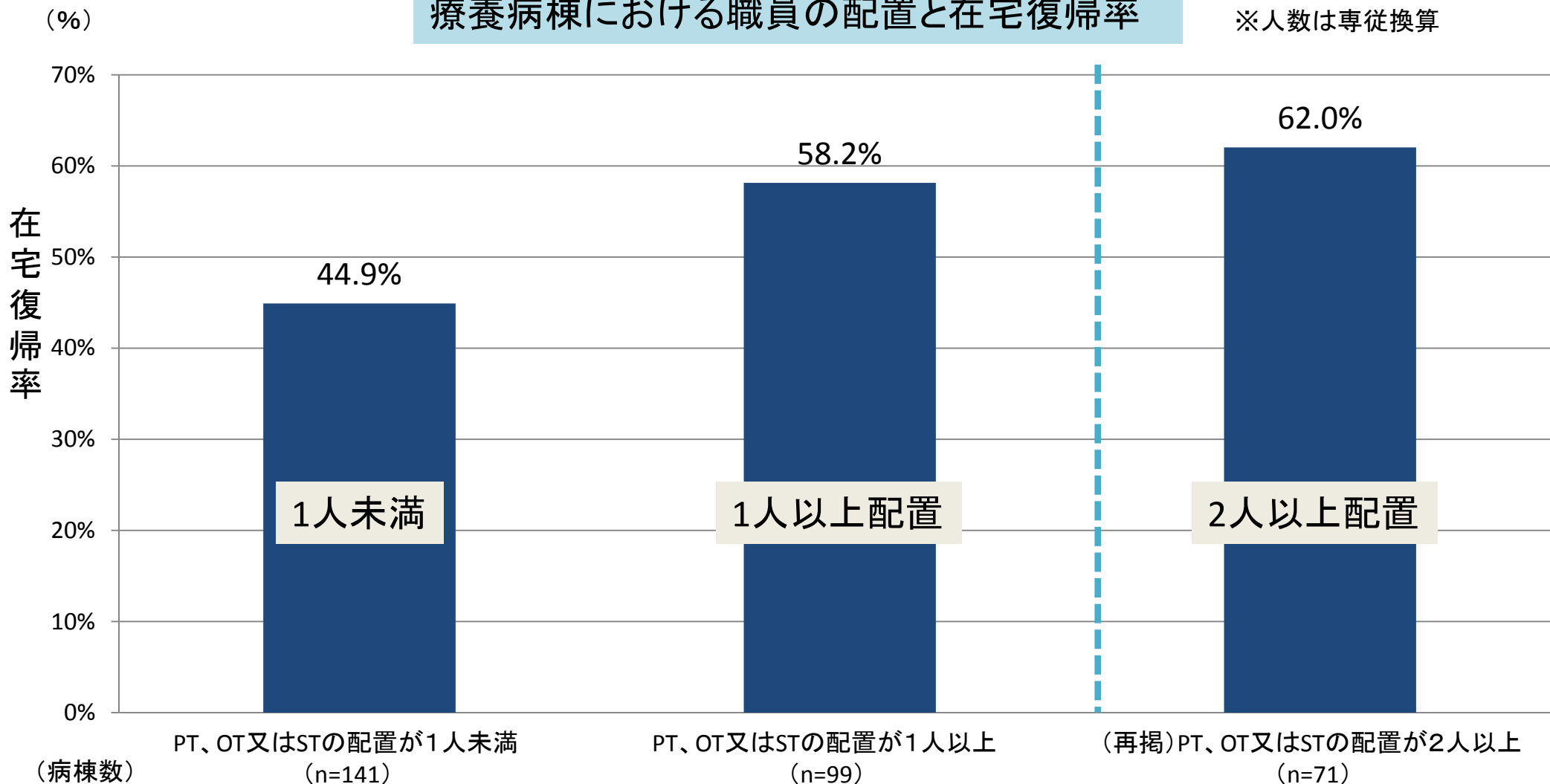
理学療法士等の病棟配置と在宅復帰率

診調組 入-1
29.8.4

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が合計1名以上配置されている病棟の方が、在宅復帰率が高い。

療養病棟における職員の配置と在宅復帰率

※人数は専従換算



1回当たり平均リハビリテーション提供単位数

○ 療養病棟の入院患者について、病棟ごとに、個別リハビリテーションありの患者に対する1回当たり平均リハビリテーション提供単位数をみると、2単位未満が約8～9割を占める。

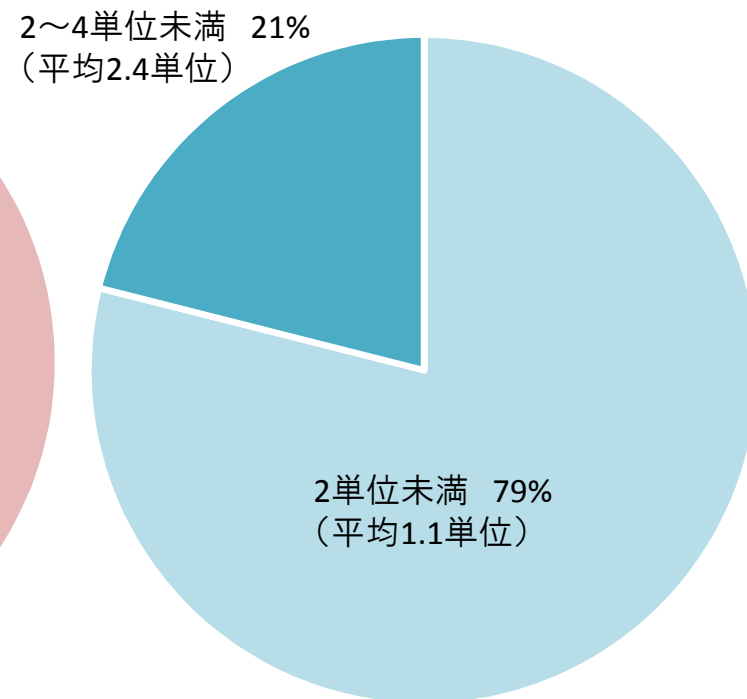
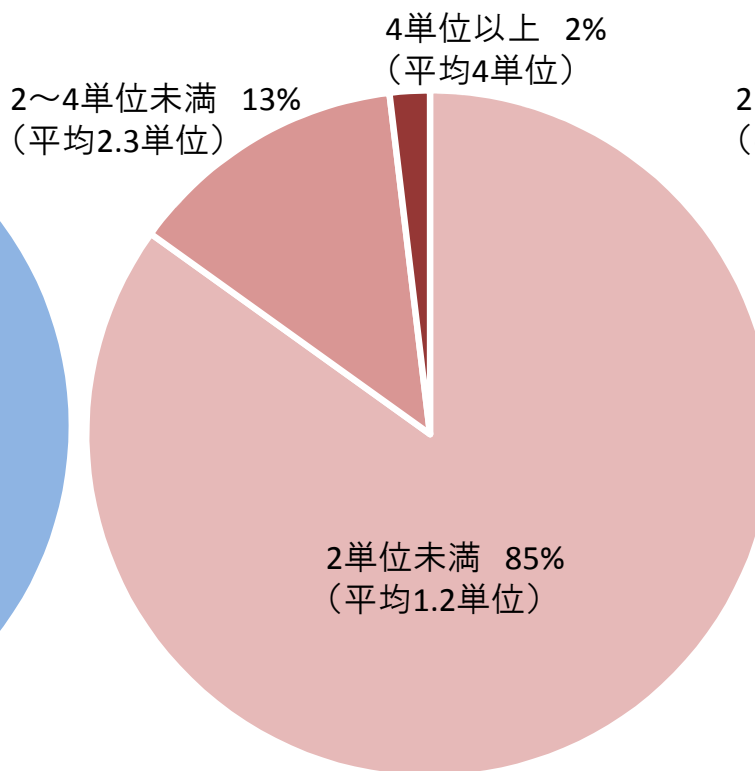
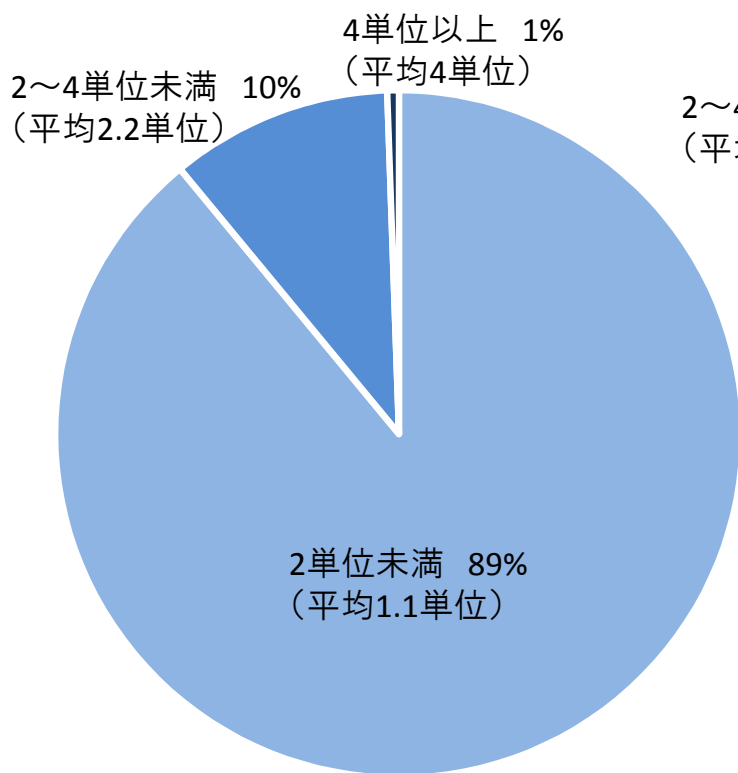
療養1

療養2

(病棟数) 療養1全体 (n=181)

在宅復帰機能強化加算あり (n=53)

(n=57)



1週間当たり平均リハビリ提供回数

○ 療養病棟の入院患者について、病棟ごとに、個別リハビリテーションありの患者に対する1週間当たり平均リハビリテーション提供回数をみると、2～4回未満と4～6回未満で約8割を占める。

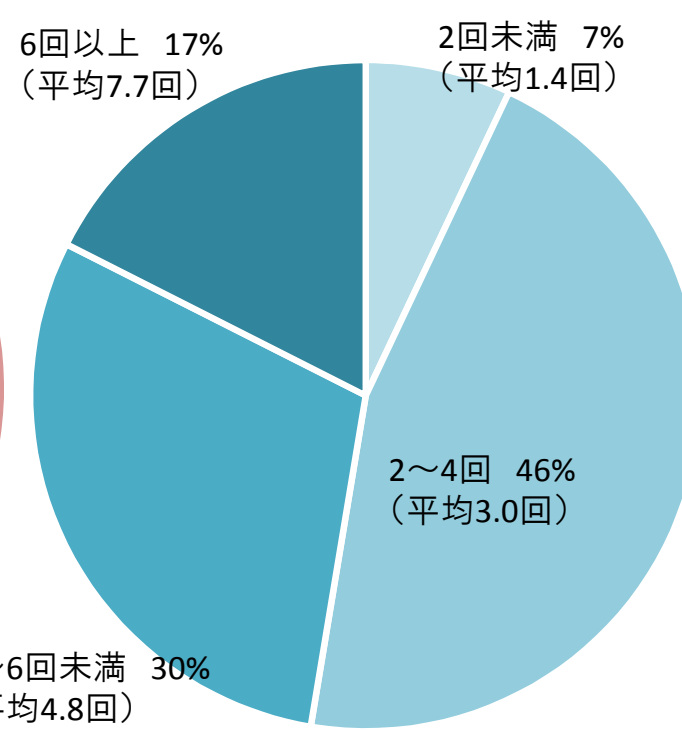
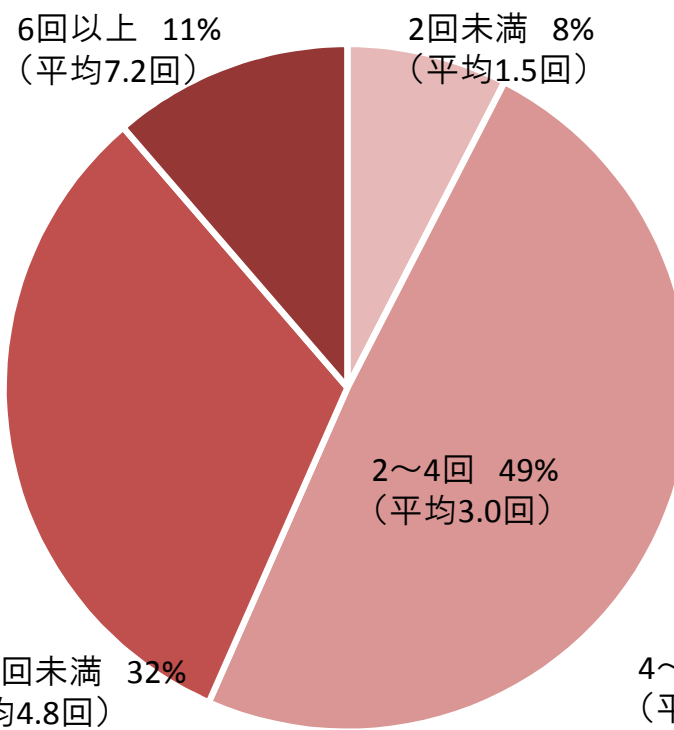
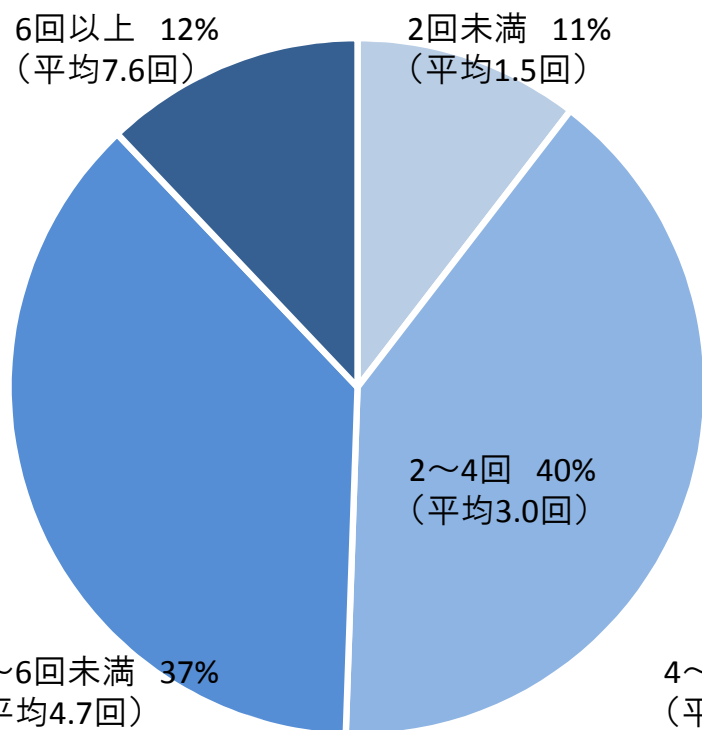
療養1

療養2

(病棟数) 療養1全体 (n=181)

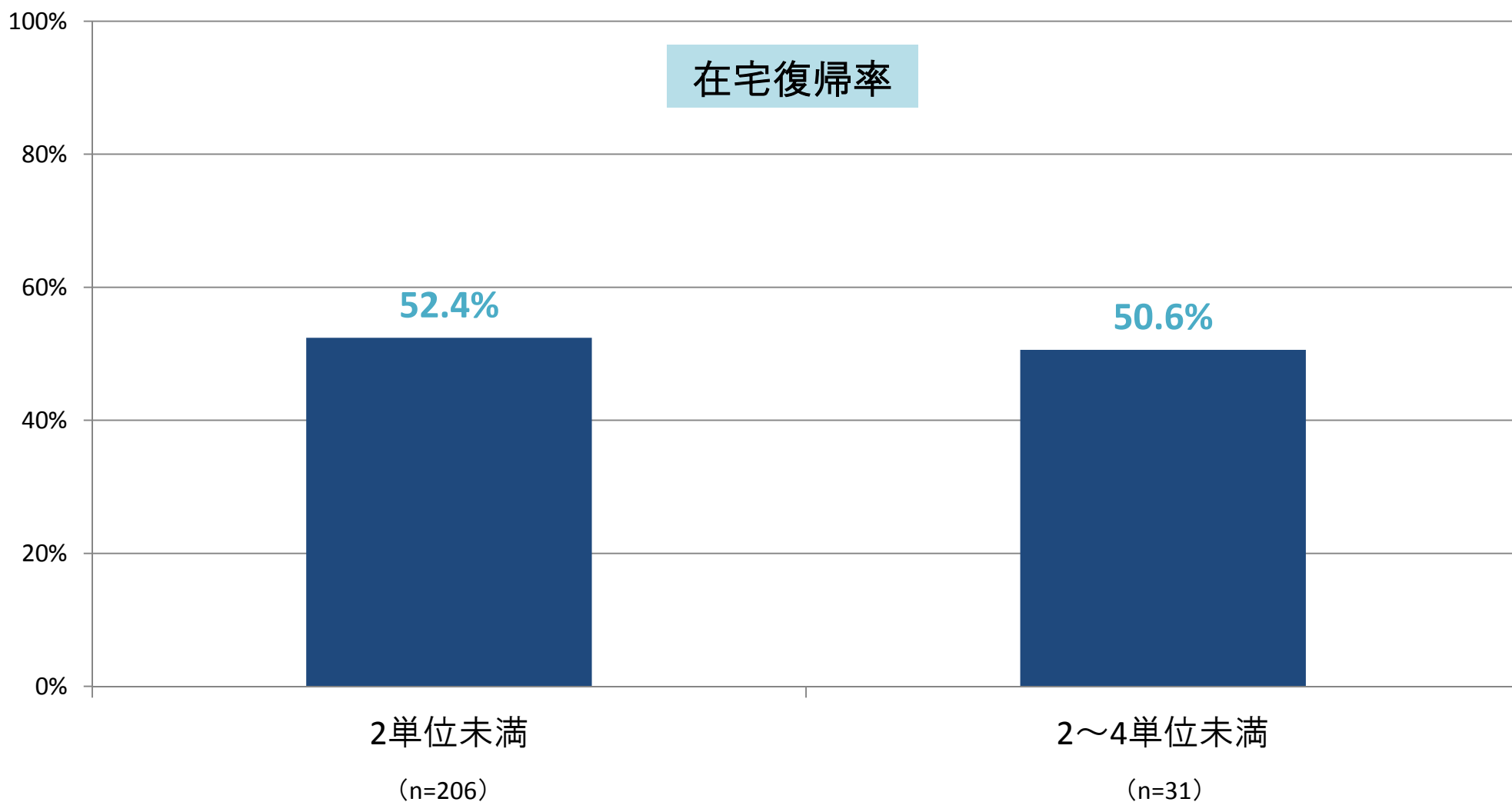
在宅復帰機能強化加算あり (n=53)

(n=57)



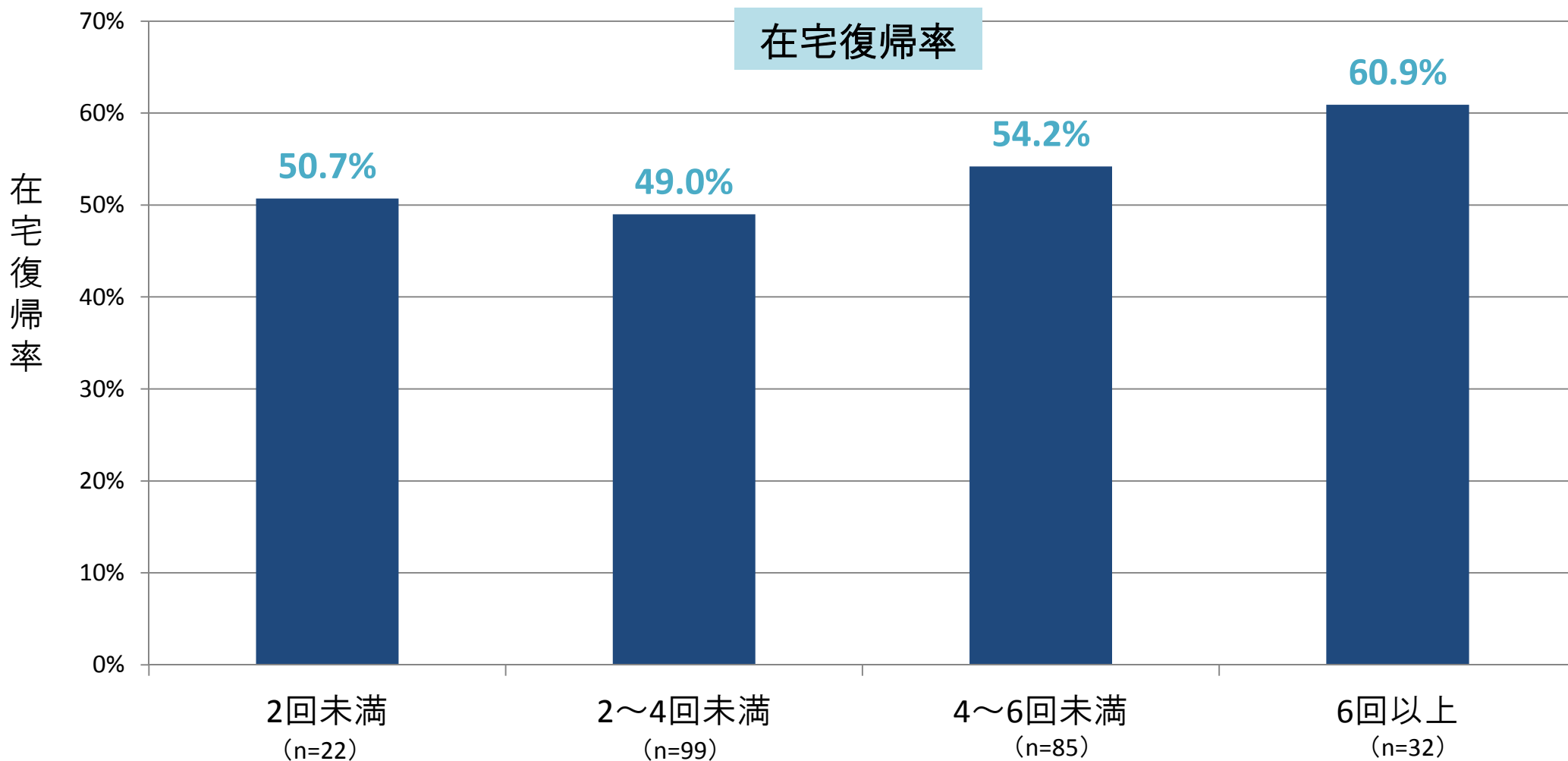
1回当たり平均リハビリテーション提供単位数と在宅復帰率

○ 療養病棟の入院患者について、病棟ごとの1回当たり平均リハビリテーション提供単位数が、2単位未満と2単位以上4単位未満の病棟を比較すると、在宅復帰率に明らかな差はない。



1週間当たり平均リハビリテーション提供回数と在宅復帰率

○ 療養病棟の入院患者について、病棟ごとの1週間当たり平均リハビリテーション提供回数を比較すると、リハビリ提供回数2回以上の病棟では、回数が多いほど在宅復帰率が高い傾向にある。



1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

(1) 医療区分の変化の分析

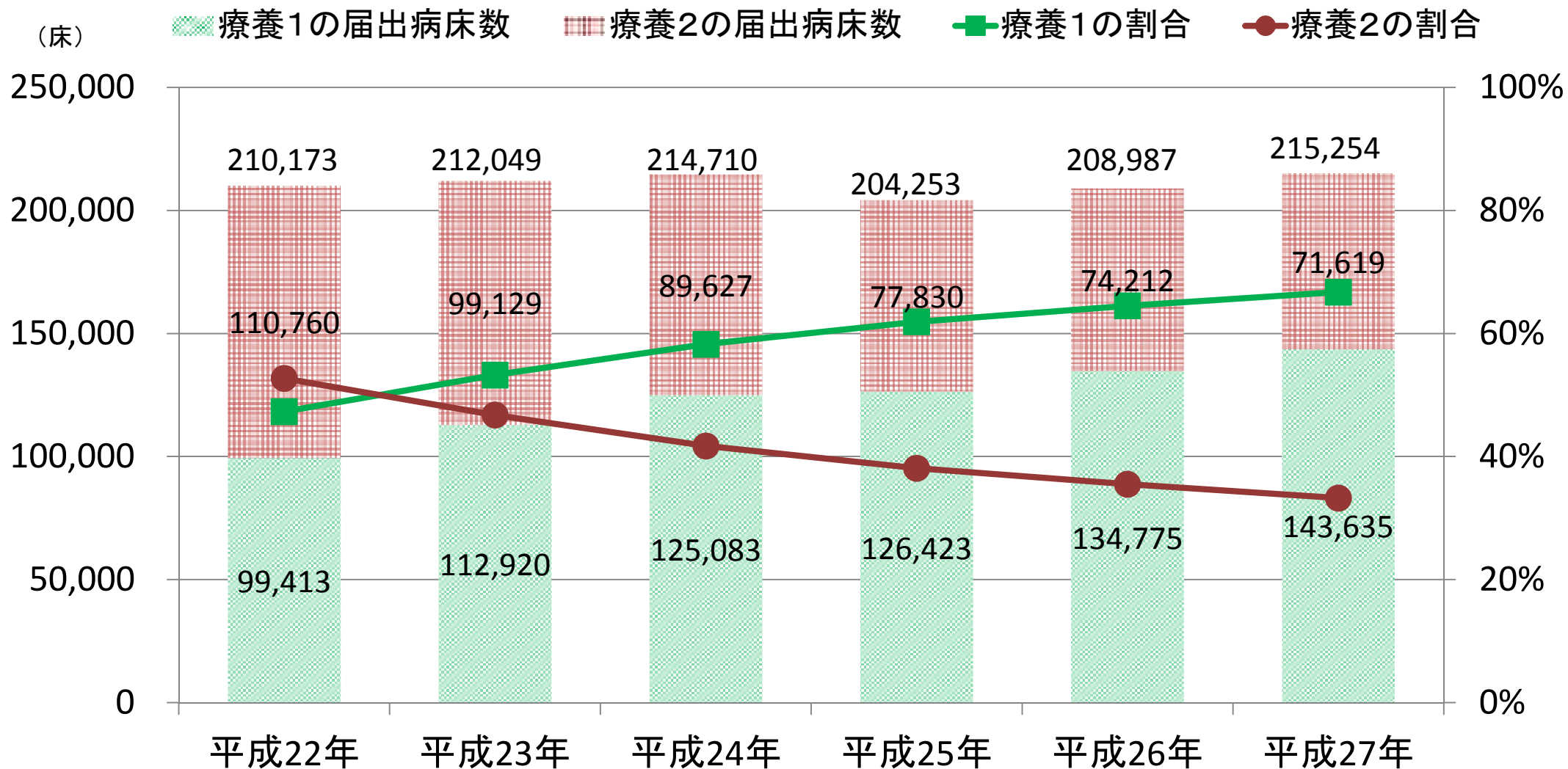
(2) リハビリテーションの提供状況

(3) 療養2の分析

4. 参考資料

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

- 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
- 療養1の病床数は増加傾向。

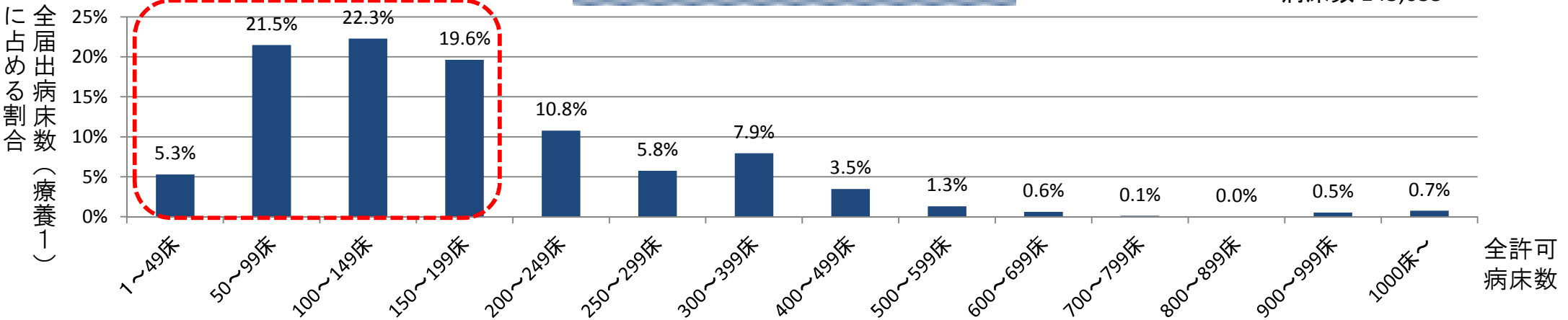


療養病棟を有する病院の病床規模別の分布

○ 療養病棟入院基本料1・2ともに、200床未満の医療機関の届出病床が、療養病床全体の約7割を占める。

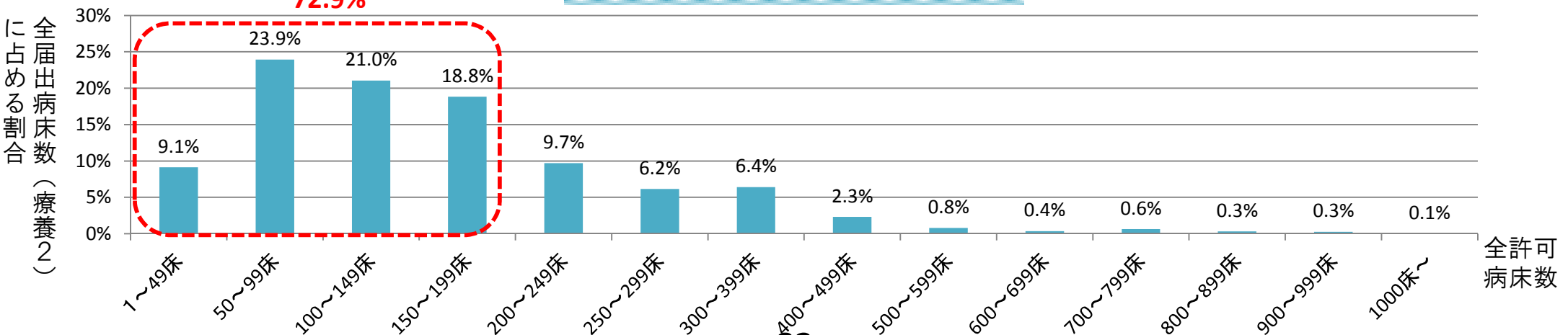
療養1

病床数 143,635



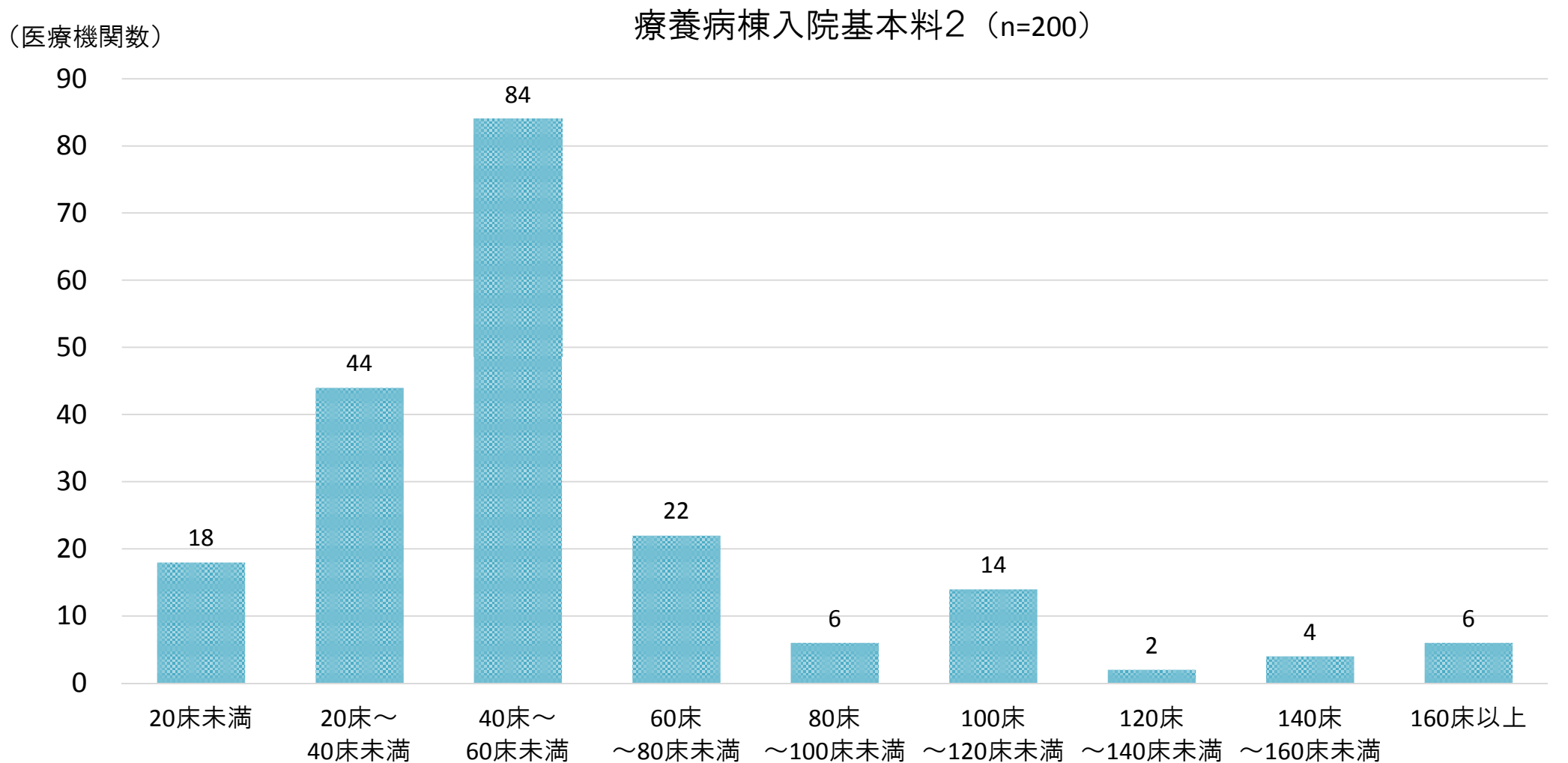
療養2

病床数 71,619



療養2の届出病床数別の分布

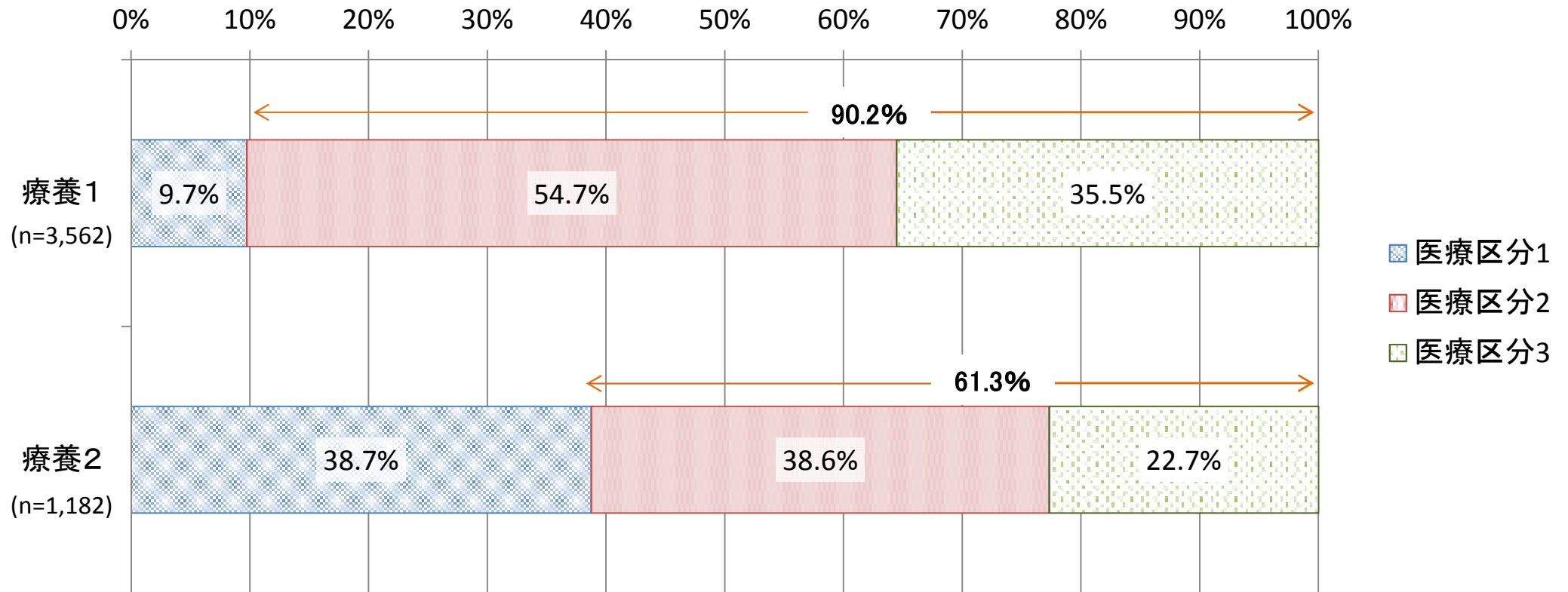
○ 療養2の届出病床規模別の医療機関の分布をみると、40床以上60床未満が最も多い。



(届出病床数)

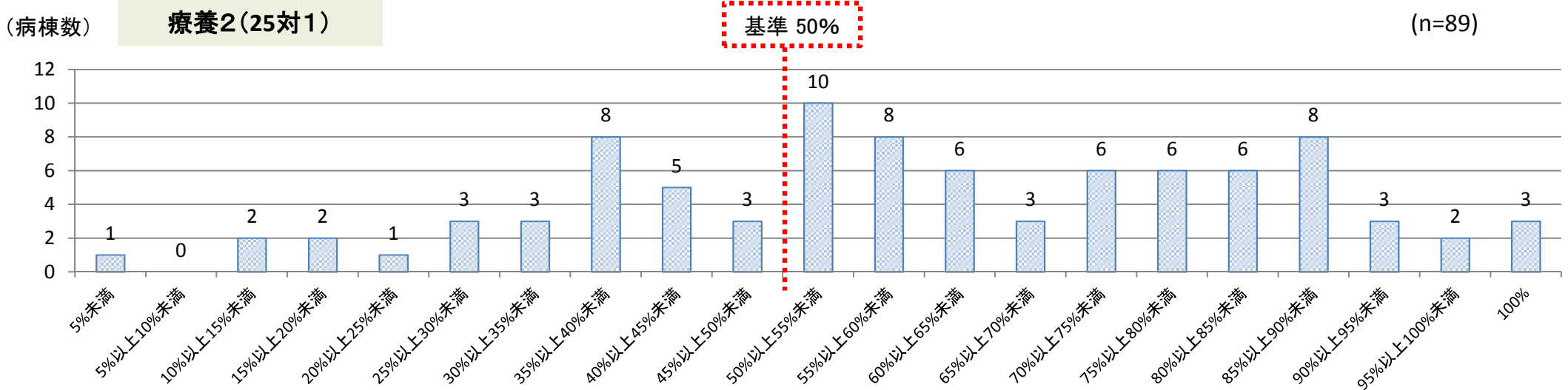
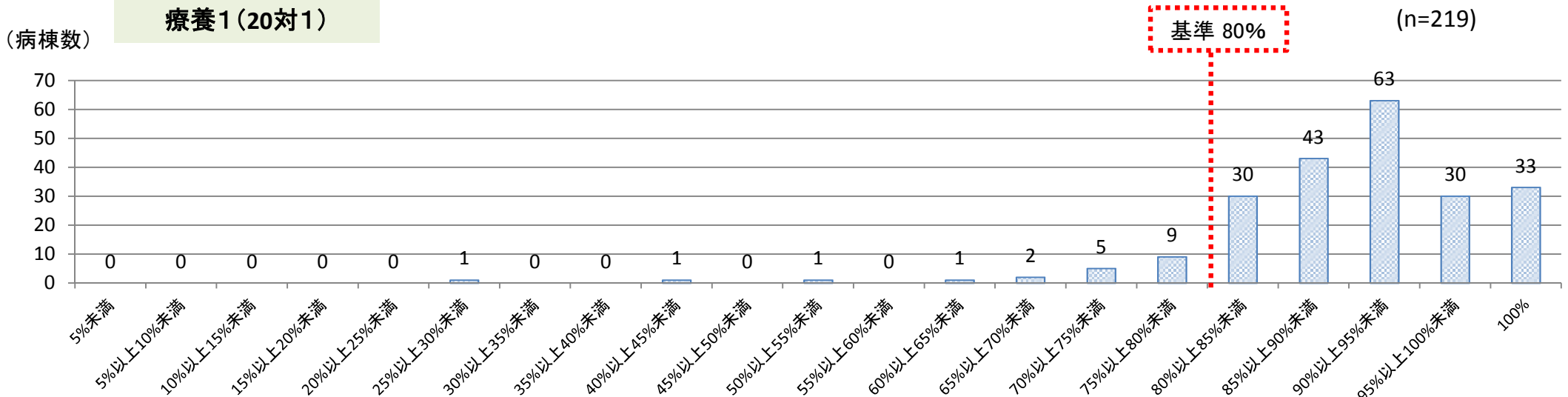
- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

療養病棟入院患者の医療区分の割合



- 療養1(20対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、90%を超える医療機関は全体の6割弱であった
- 療養2(25対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、50%を超える医療機関は全体の7割弱であった。

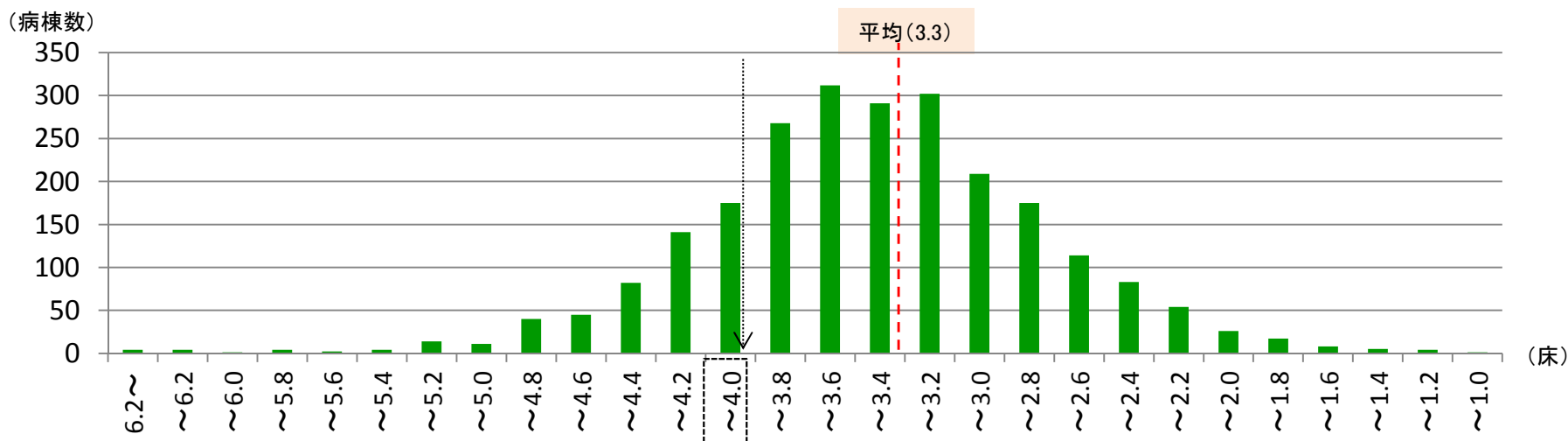
＜各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布＞



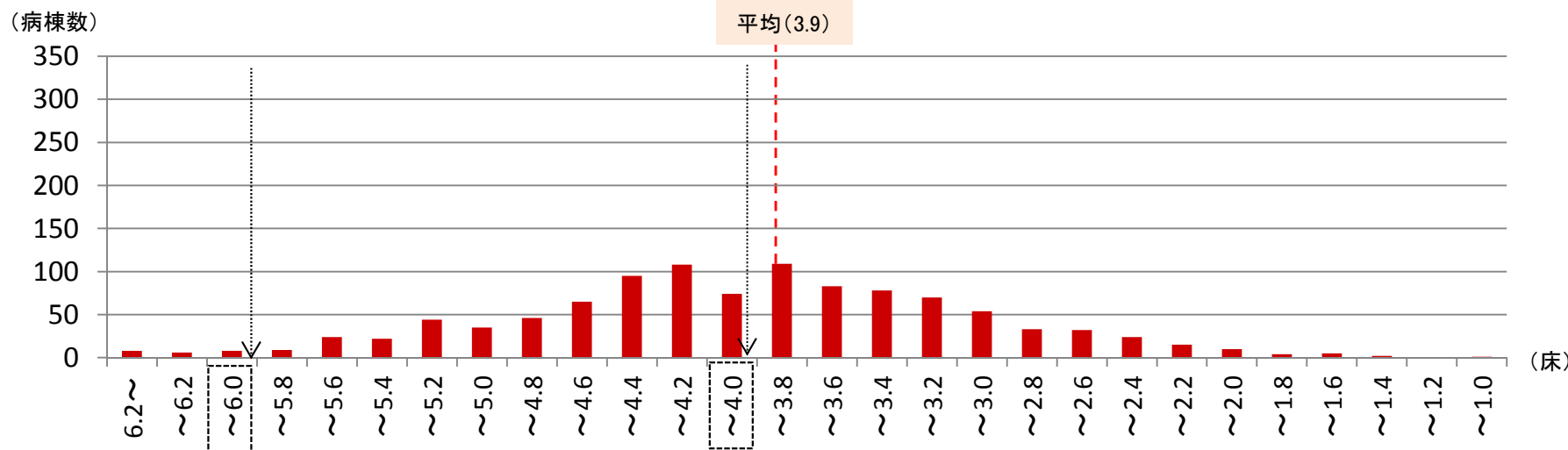
療養病棟入院基本料区分別 看護職員1人あたり稼働病床別の病棟数

○ 区分別の看護職員1人あたりの稼働病床数をみると、いずれの区分においても基準より多めに配置されている病棟が多い。

療養1
(2,396病棟)



療養2
(1,075病棟)

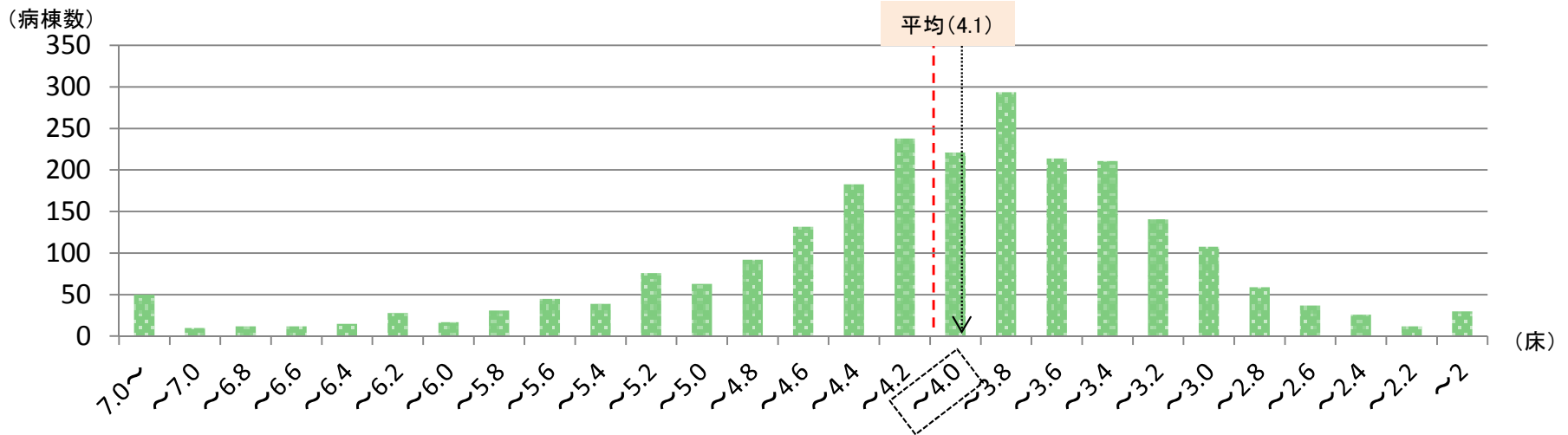


※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

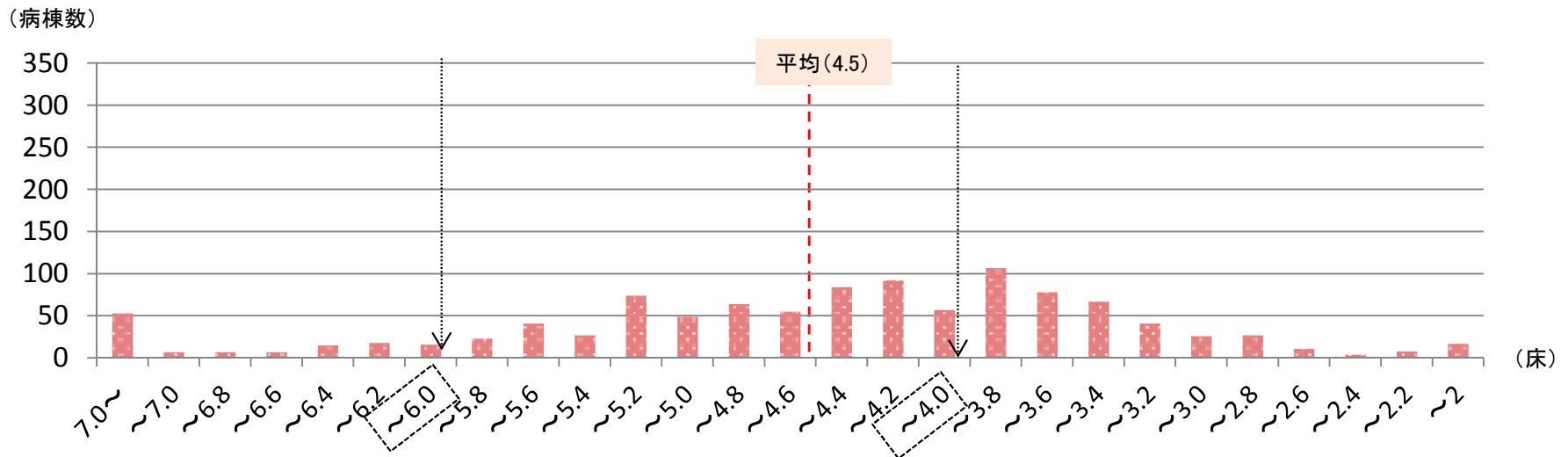
療養病棟入院基本料区分別 看護補助者1人あたり稼働病床別の稼働病床数

○ 区分別の看護補助者1人あたりの稼働病床数をみると、基準より多めに配置されている病棟もあるが、少なく配置されている病棟もあり、多様である。

療養1
(2,396病棟)



療養2
(1,075病棟)

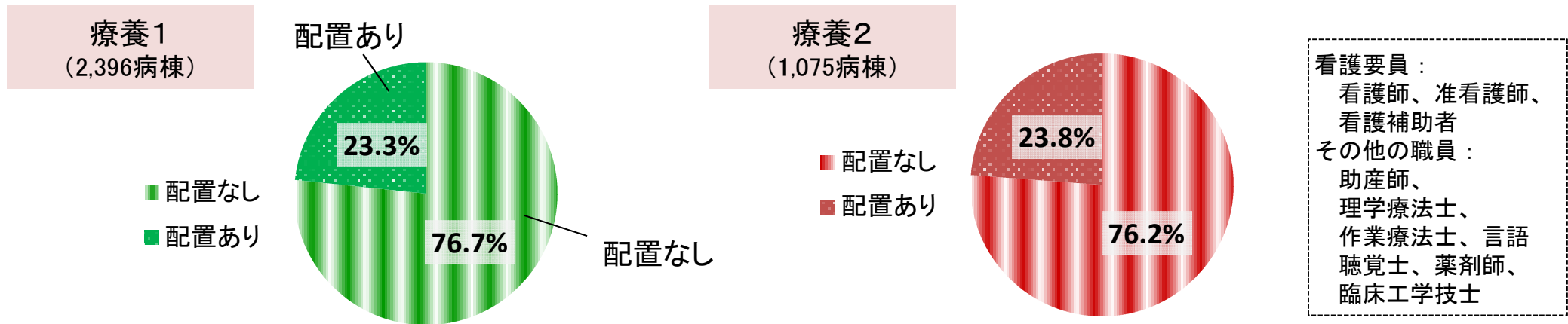


※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

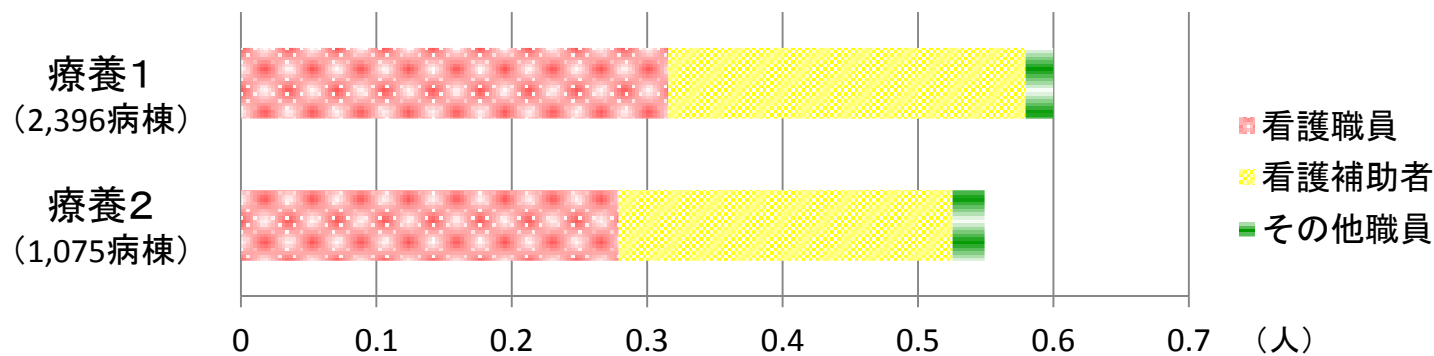
療養病棟入院基本料区分別 病棟の配置職員数

- 療養病棟入院基本料1及び2の病棟で、各病棟の「その他の職員」の配置をみると、約2割余の病棟で「その他の職員」を配置している。
- 1床あたりの職員数は、療養病棟入院基本料1と2でほぼ同じである。

■ 各病棟における「その他の職員」の配置



■ 区分別稼働病床1床あたりの職員数 (各病棟に配置された職員数を稼働病床数で割ったもの)

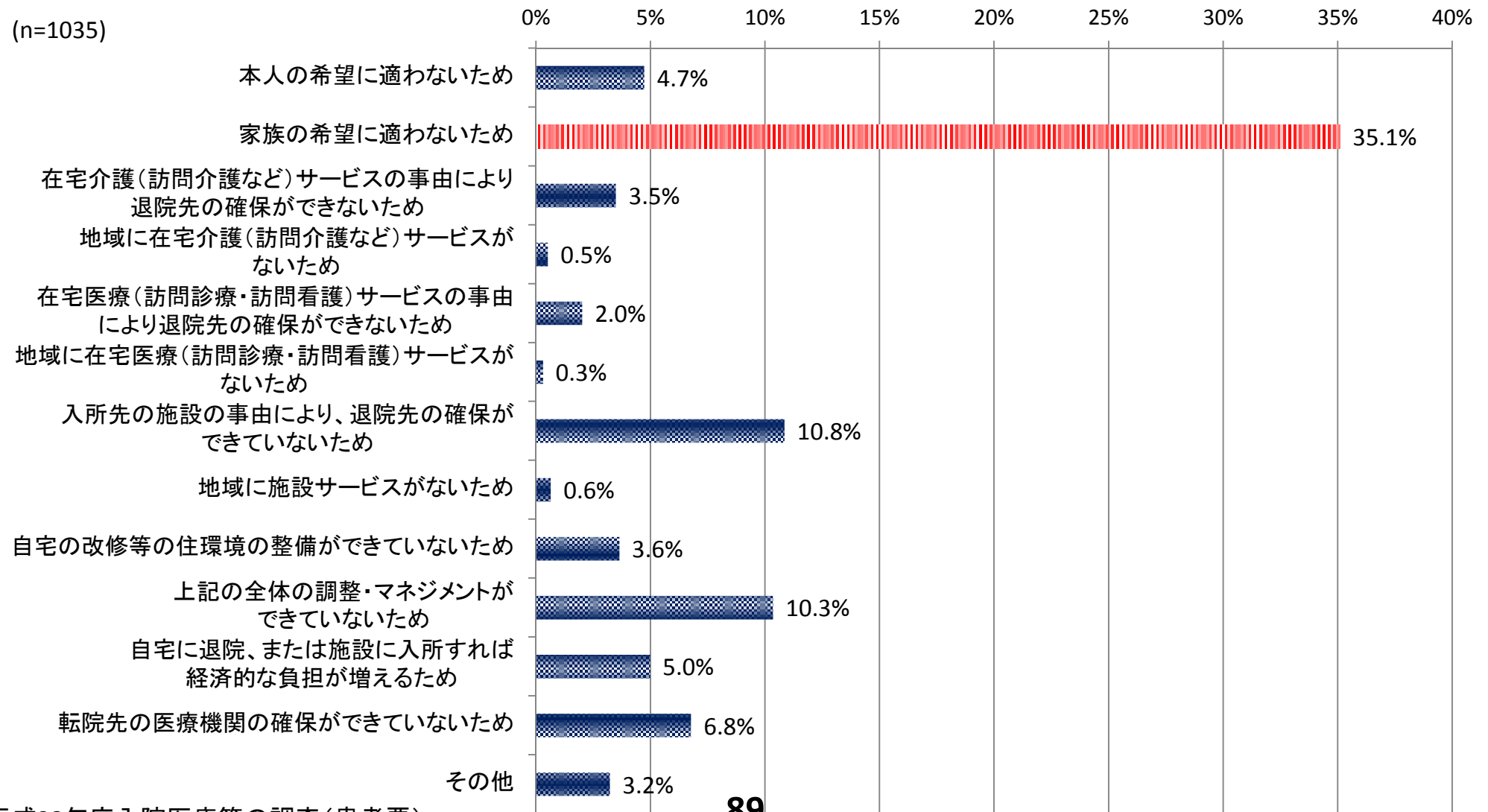


※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

療養病棟における退院できない理由

※入院継続の理由で「**医学的には外来・在宅でも良いが、他の要因のために退院予定がない**」と回答した患者を集計

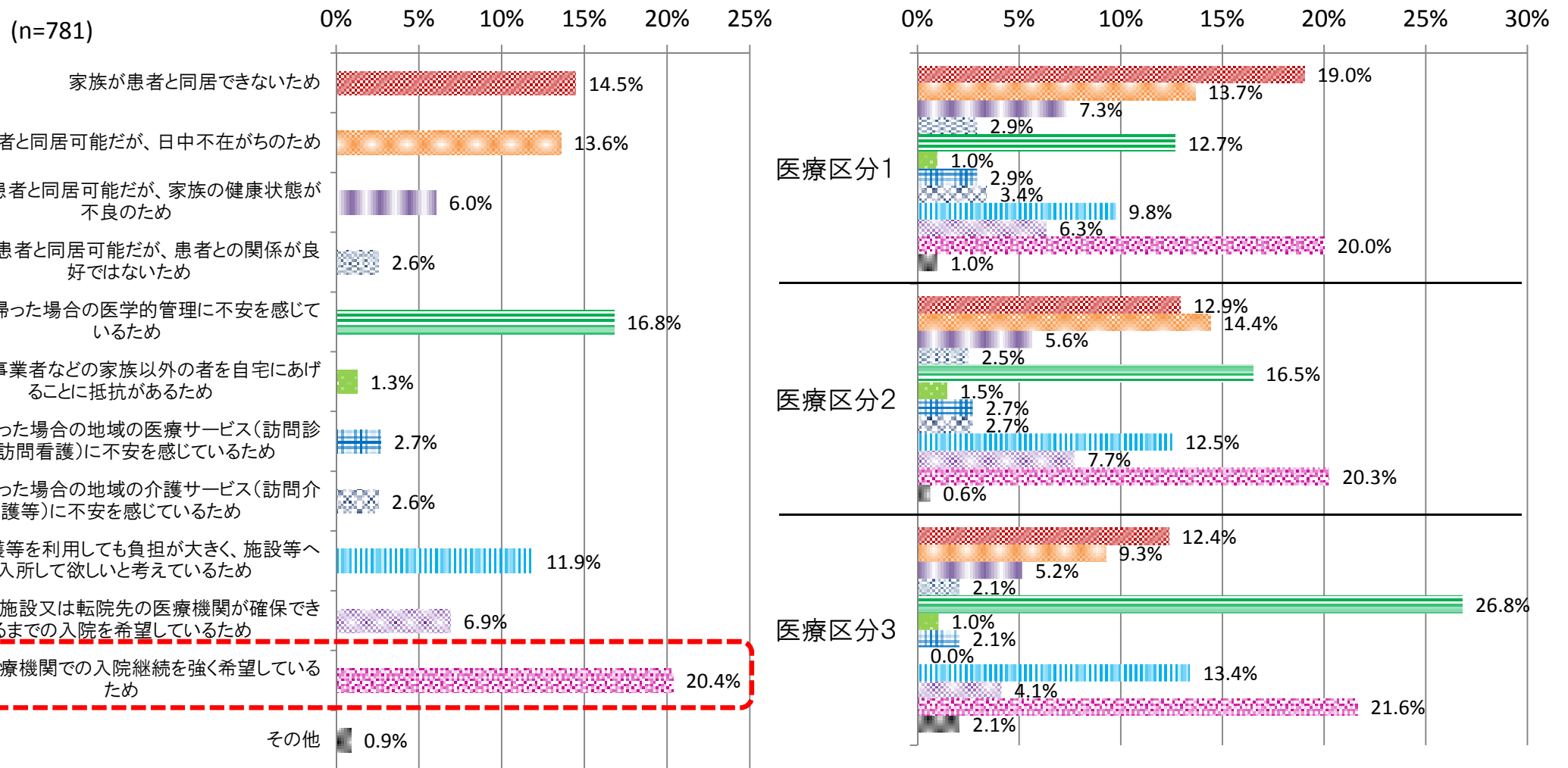
○ 医学的な理由以外の要因で退院できない患者のうち、約3割強が、退院できない理由として最も該当するものの回答として「**家族の希望に合わないため**」を選択した。



療養病棟における退院できない理由（詳細）

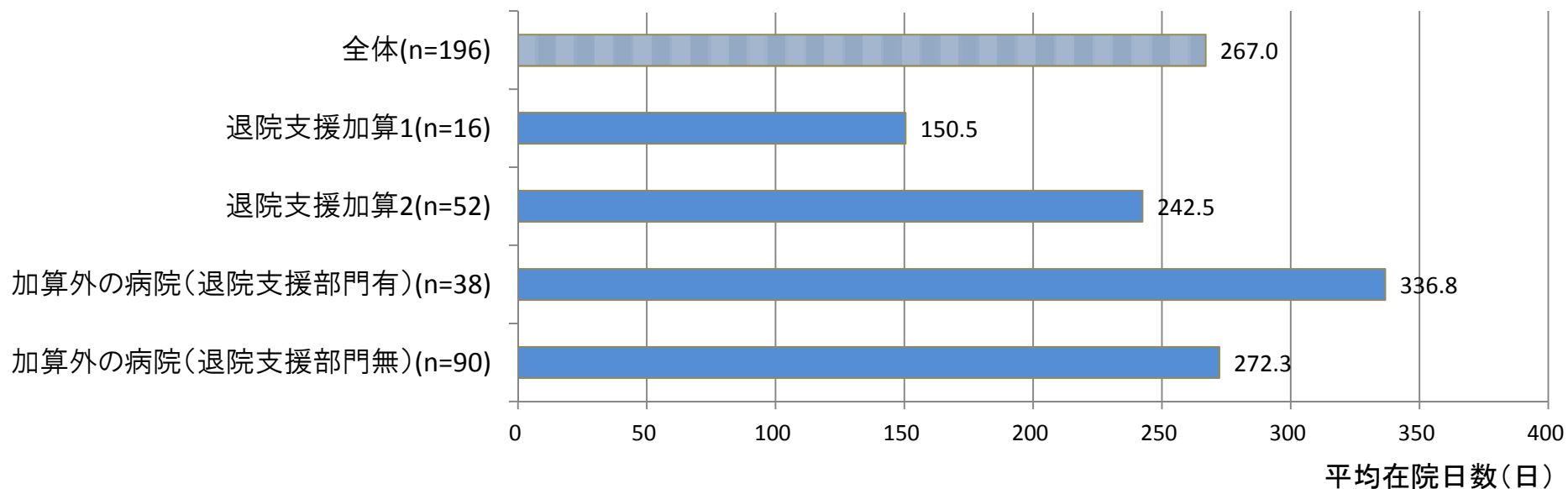
※退院できない理由で「本人の希望に合わないため」及び「家族の希望に合わないため」と回答した患者を集計

○ 本人・家族の希望に合わないため退院できない患者のうち、全体の約2割が、その理由として最も該当するものに「家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため」と答えた。

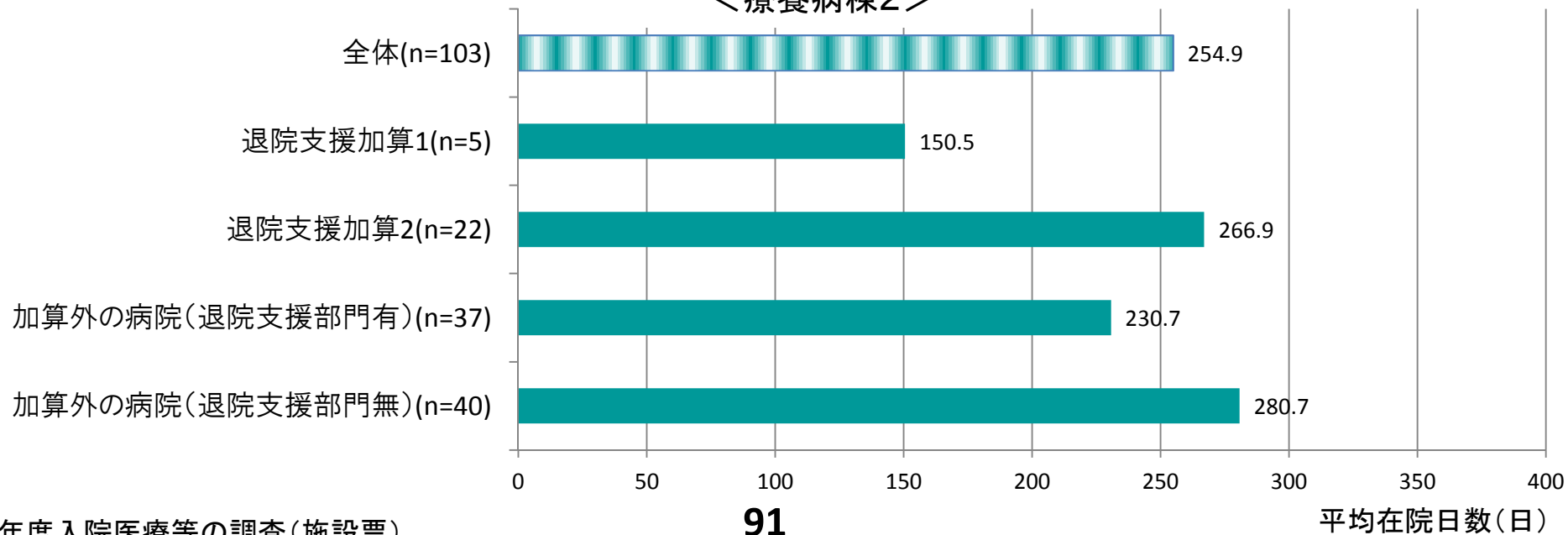


退院支援加算の算定状況と平均在院日数

<療養病棟1>



<療養病棟2>



療養病棟入院基本料(その2)の課題(案)

【課題】

(入院中の医療区分の変化)

- ・ 任意の2ヶ月間に入院している患者の医療区分の変化をみると、多くは変化がないが、改善または悪化する患者が一定程度いる。
- ・ 医療区分2・3の要件項目の該当項目数別の内訳をみると、該当患者の約7～8割が該当項目数は1項目である。そのうちの該当している項目をみると、医療区分3では、「中心静脈栄養」が最も多く、次いで「医師・看護師による常時監視・管理」であり、両方を合わせると約7割を占める。医療区分2では、「喀痰吸引」が約3割で最も多く、他はばらついている。

(リハビリテーション提供状況)

- ・ リハビリテーションの提供状況をみると、患者一人に対する1回当たりのリハビリテーション平均提供単位数(提供量)をみると、約8～9割の患者が2単位未満であった。1週間あたりのリハビリテーションの平均提供回数(提供頻度)をみると、週2回以上～4回未満と4回以上～6回未満とがほぼ同じくらいの割合で、両方を合わせると約8割を占めた。
- ・ リハビリテーションの提供状況と在宅復帰率の関係をみると、1週間あたりのリハビリテーションの平均提供回数(提供頻度)が2回以上の病棟でみると、提供回数が多いほど在宅復帰率が高い傾向にあった。

(療養病棟入院基本料2(療養2)の状況)

- ・ 療養2の病床規模別の分布をみると、療養1に比べ、病床規模が小さな病院が多く、200床未満が7割以上を占める。療養2の届出病床数別の分布をみると、60床未満40床以上が最も多く、次いで40床未満20床以上であった。
- ・ 療養2は、療養1に比べ、医療区分1に該当する患者の割合が約4割で、療養1より、多い。該当患者割合別に分布をみるとばらついており、医療区分2・3に該当する患者の割合が30%未満である病棟も一定数存在している。
- ・ 看護職員と看護補助者の配置状況別の分布をみると、療養2でも、療養1の基準以上に職員を配置している病棟も一定数存在している一方で、少ない配置数となっている病棟もある。
- ・ 療養病床全体で、退院できない理由の詳細をみると、本人や家族の希望に合わないため、入所先の施設の事由で退院先の確保ができていないといった回答の割合が高く、医学的な理由以外の理由によるものが一定割合存在する。



- 療養病棟に入院している患者について、任意の2ヶ月で見ると、医療区分が変化していない患者が最も多いことについて、どのように分析するか。
- 療養病棟におけるリハビリテーションの提供量、提供頻度及び在宅復帰率をみると、1回あたりのリハビリテーションの提供量よりは、提供頻度が高い方が、在宅復帰率が高い傾向があることについて、どのように分析するか。
- 療養病棟入院基本料2(療養2)について、平均値でみると医療区分1の患者の割合が、療養1に比べて多いが、医療区分2・3該当患者割合の分布では全体にばらついている。看護職員の配置や該当患者割合で分布を見ると、いずれも多様で有り、療養2でも、療養1相当の病棟があることについて、どのように分析するか。

1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

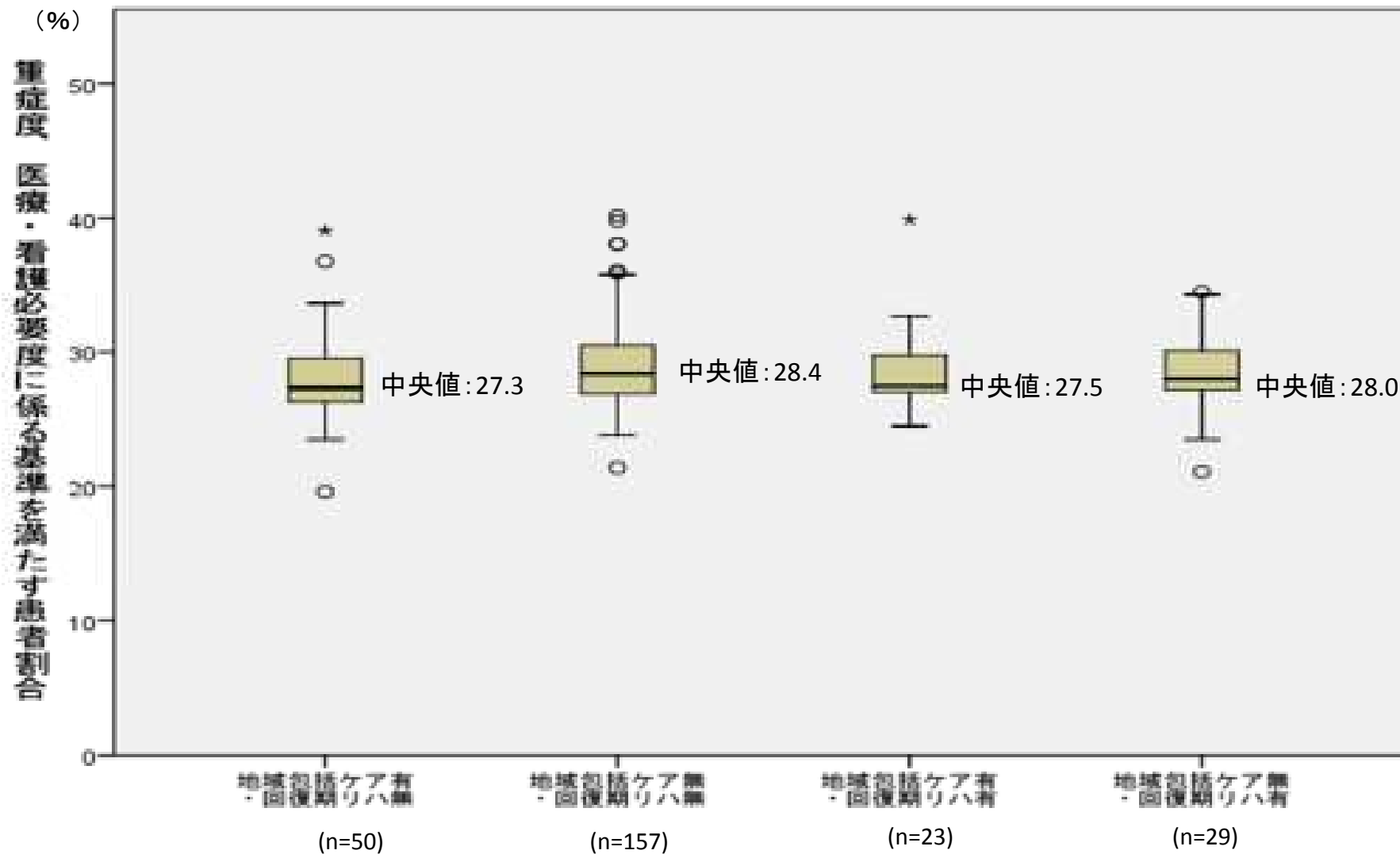
(1) 重症度、医療・看護必要度

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料

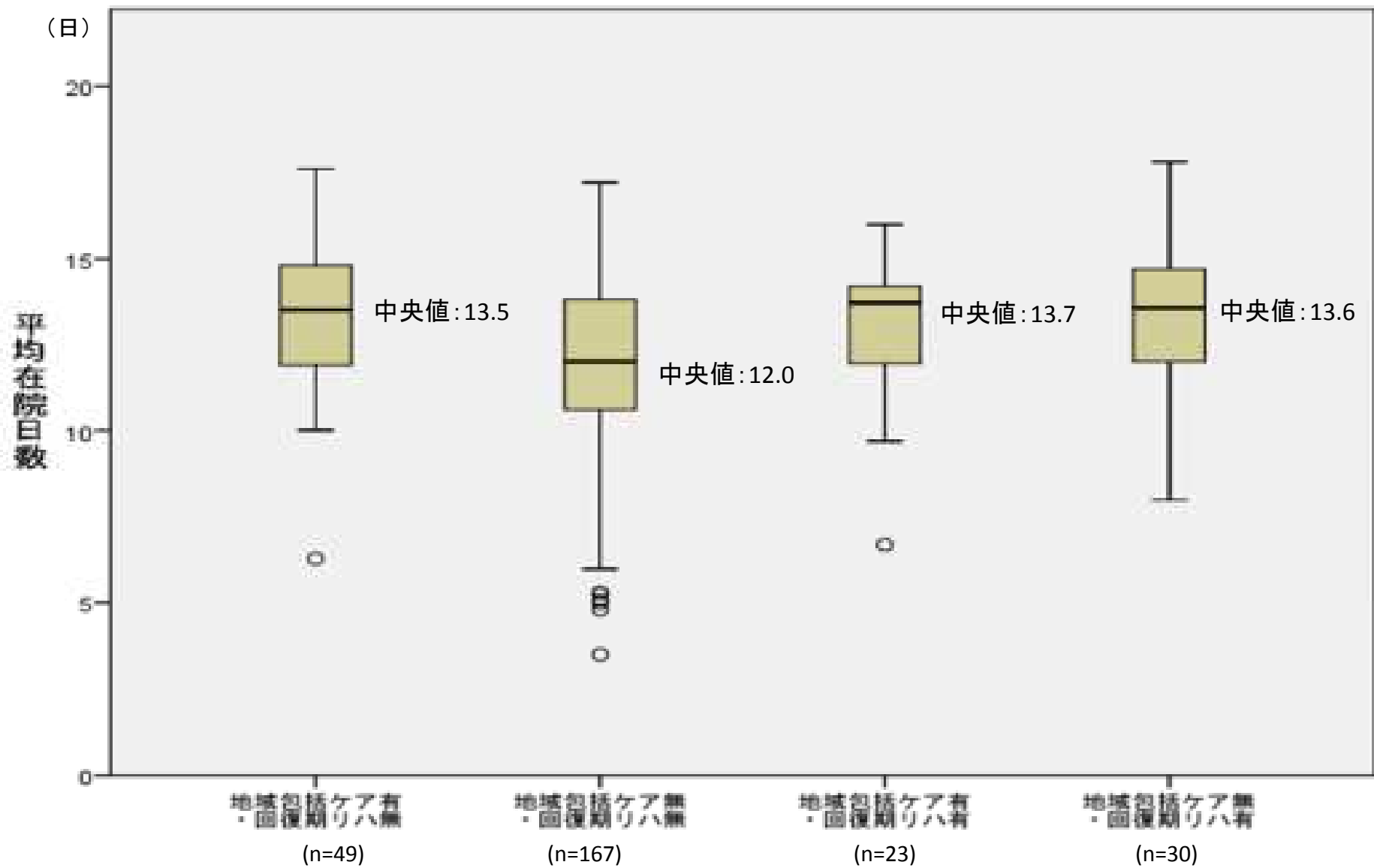
(3) 有床診療所入院基本料

(4) 障害者施設等入院基本料

一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の分布 (併設入院料別の医療機関別)



一般病棟(7対1)の併設入院料別の平均在院日数の分布 (併設入院料別の医療機関別)



1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

(1) 重症度、医療・看護必要度

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料

(3) 有床診療所入院基本料

(4) 障害者施設等入院基本料

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象（回復期リハビリテーションを要する状態）

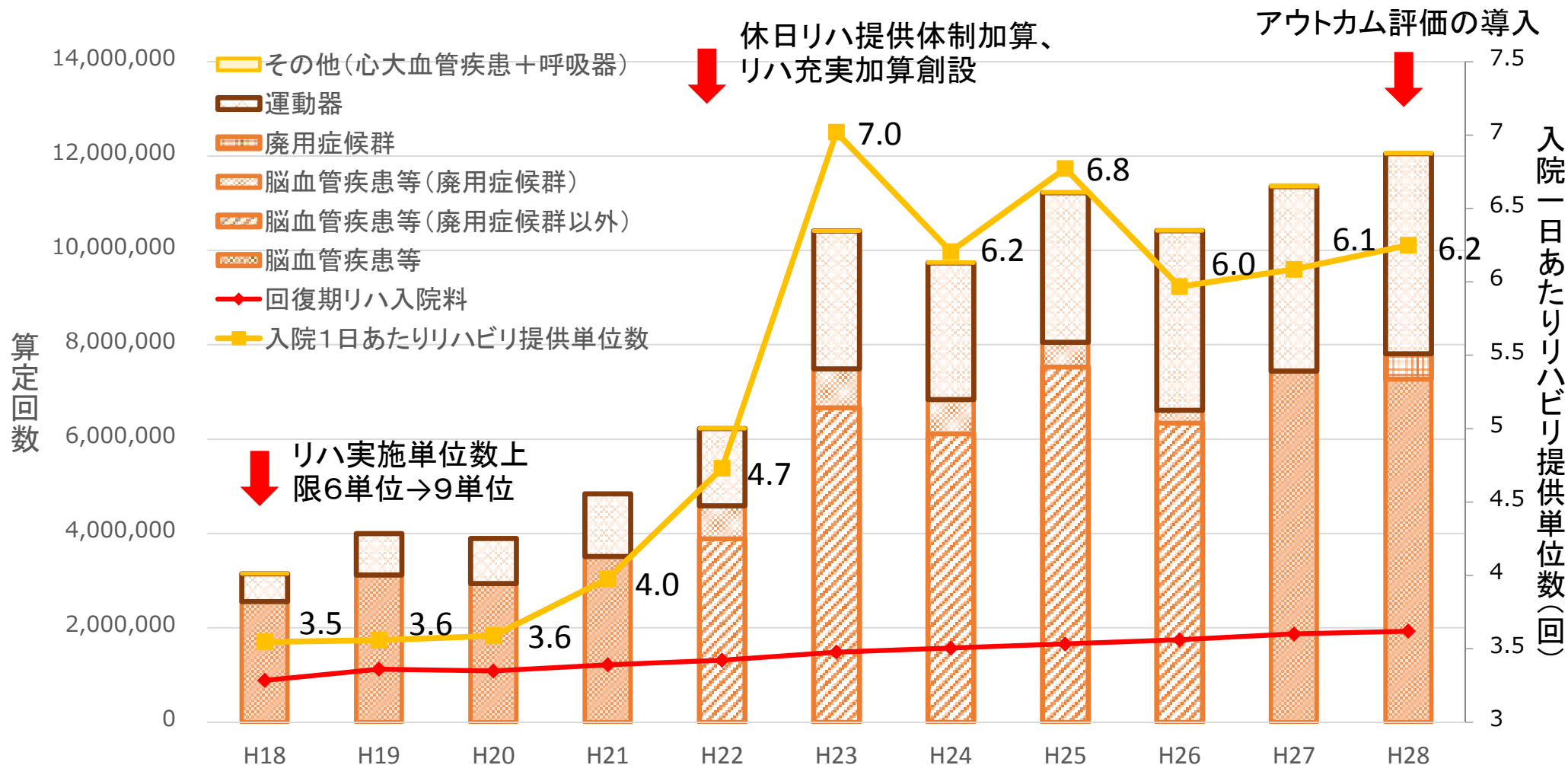
1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（抄）

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上		
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要（医療機関内にいけばよい）	
新規入院患者のうち重症者（日常生活機能評価10点以上）の割合	3割以上	2割以上	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上	6割以上	規定なし
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が1割以上	規定なし	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から3点以上改善	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要（体制を備えた場合には加算あり）	

回復期リハ病棟における疾患別リハの提供単位数

○ 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は急激に増加している。



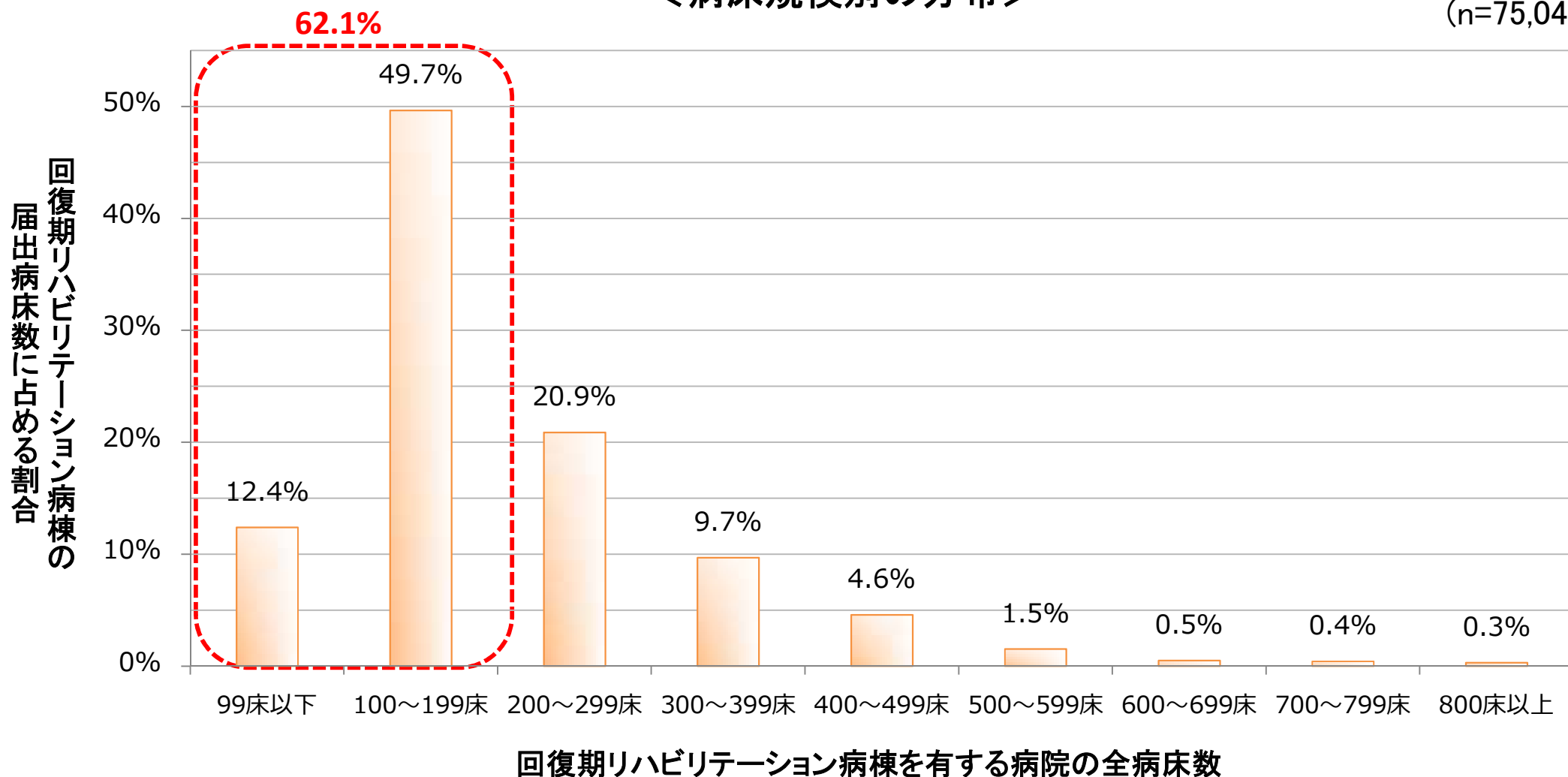
※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。平成21年以前の脳血管疾患等リハビリテーション料に廃用症候群とそれ以外の区別はない。

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別分布

- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別で分布をみると、200床未満の病院が、回復期リハビリテーション病棟の全病床の約6割を占める。

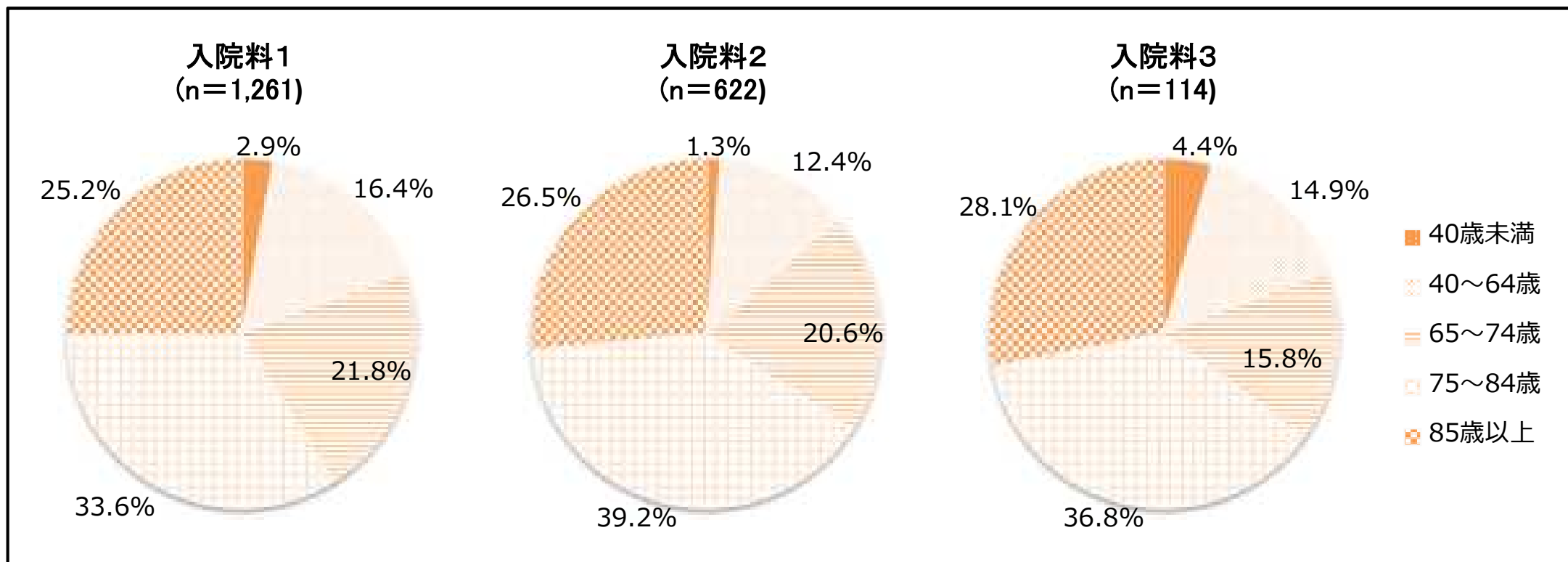
＜病床規模別の分布＞

(n=75,044)



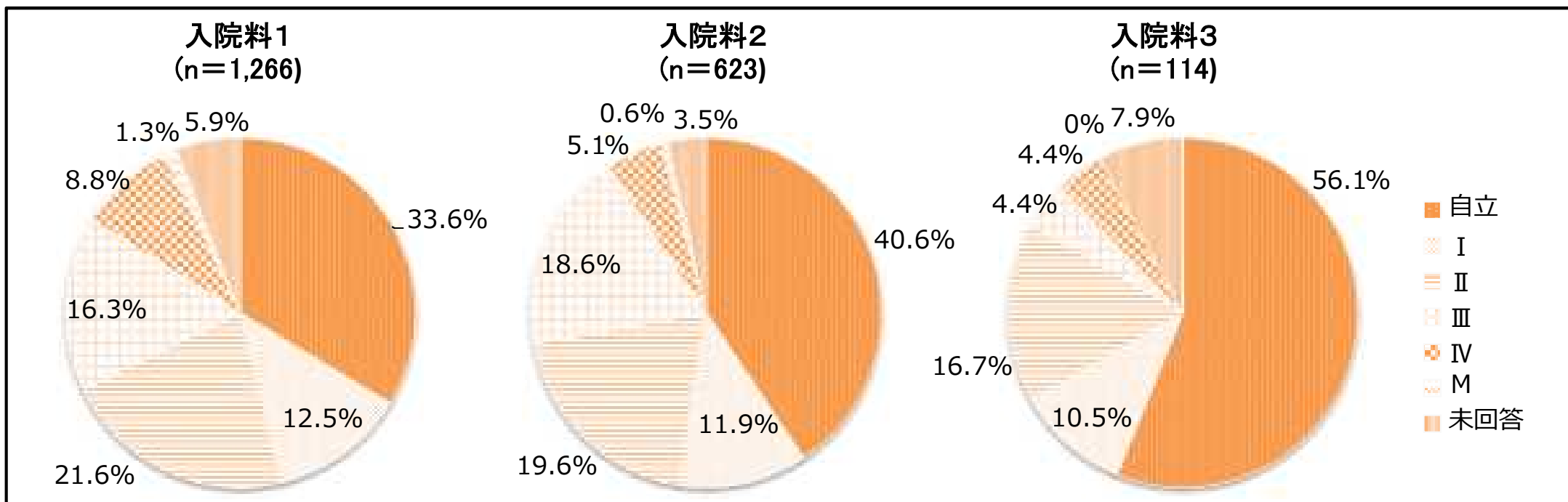
回復期リハビリテーション病棟の患者の状態①年齢

○ 約6割(59~66%)の患者が75歳以上だった。



回復期リハビリテーション病棟の患者の状態②認知症日常生活自立度

○ 認知症日常生活自立度については、入院料3では「自立」が多く(約56%)、入院料1ではランクⅢ以上に該当する患者が多かった(約26%)。

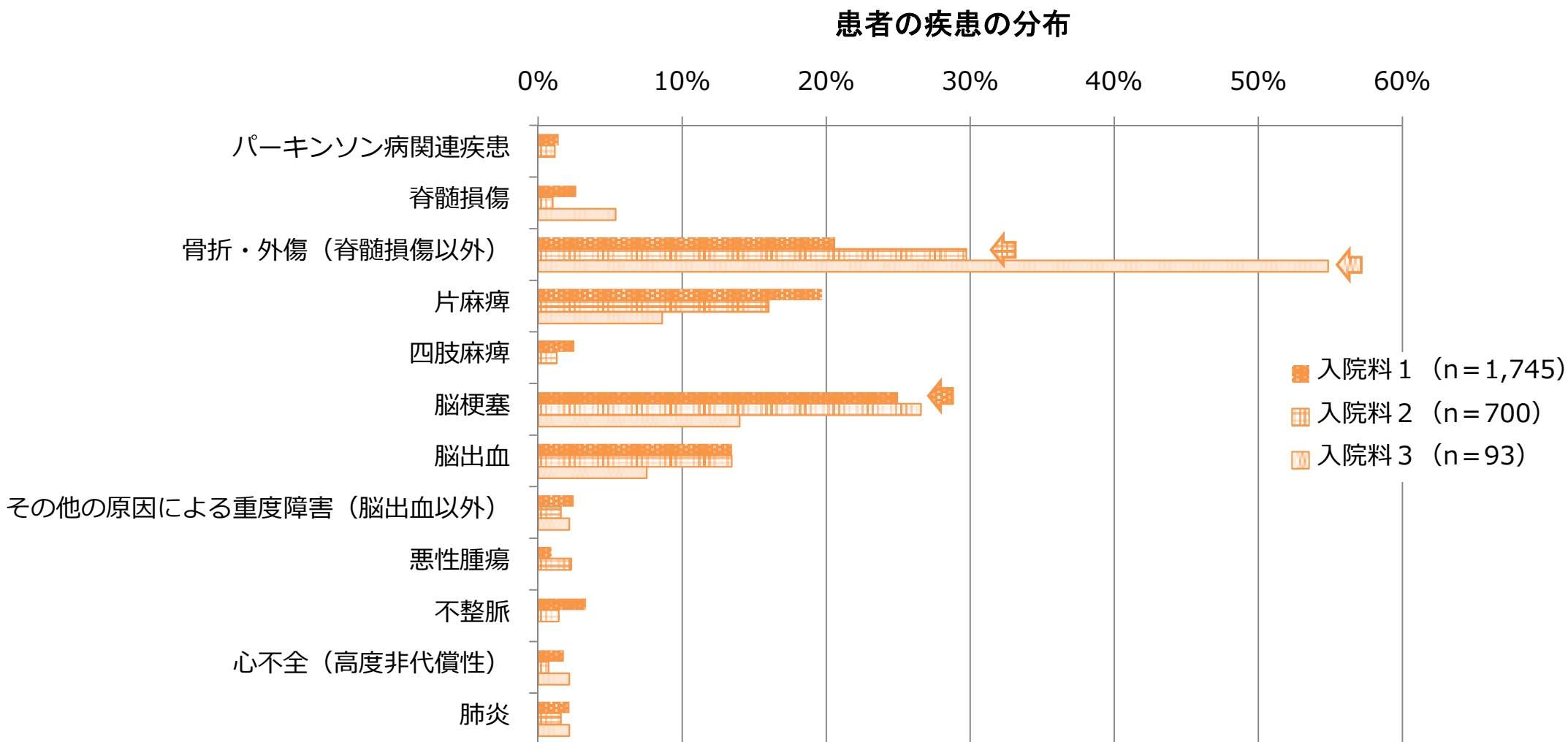


(参考)認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 (IIa : 家庭外で上記IIの状態がみられる。 / IIb : 家庭内でも上記IIの状態が見られる。)
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (IIIa : 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 / IIIb : 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。)
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

回復期リハビリテーション病棟の患者の状態③患者の疾患

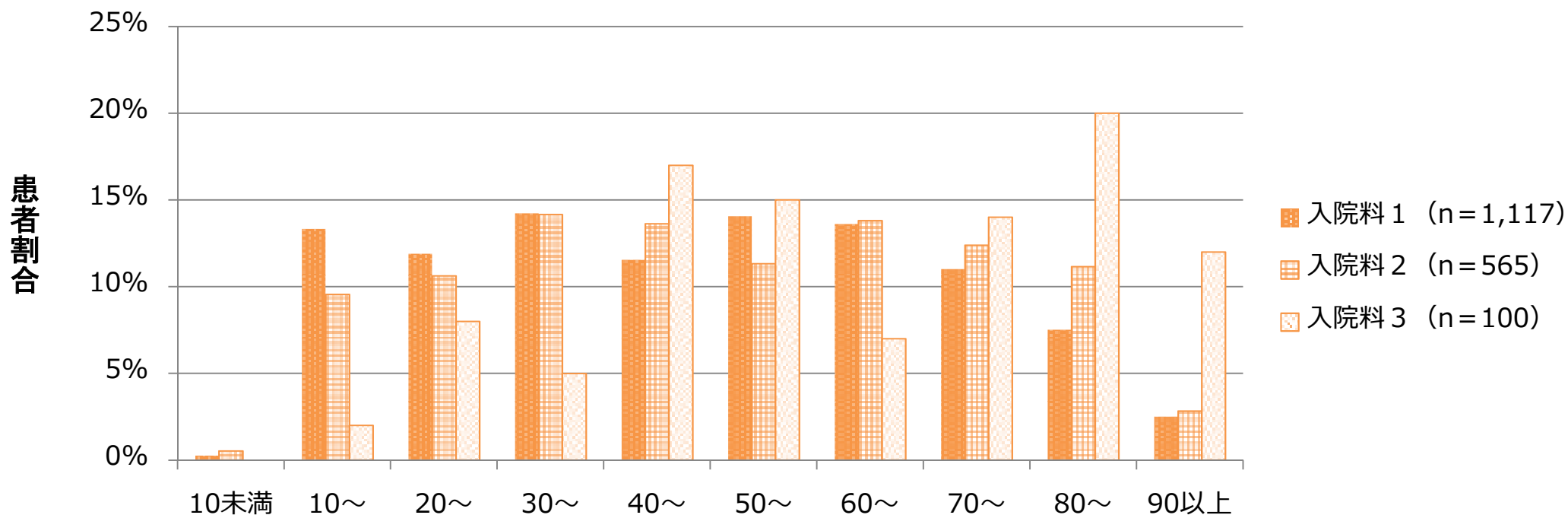
○ 入院料1については、脳梗塞の患者が最も多く、入院料2・3については「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」の患者が最も多かった。



回復期リハビリテーション病棟の患者の状態④入棟時のADL

- 入院患者の入棟時の日常生活動作（ADL）の指標（FIM）は、入院料1については低い点数の患者が多く、入院料3については高い点数の患者が多かった。

入棟時のFIMの得点率の分布



※FIMの満点を100%とした場合の割合
(FIMの満点は126点)

※BIIにて評価された患者数は104人と少なかったため、データを提示していない。

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

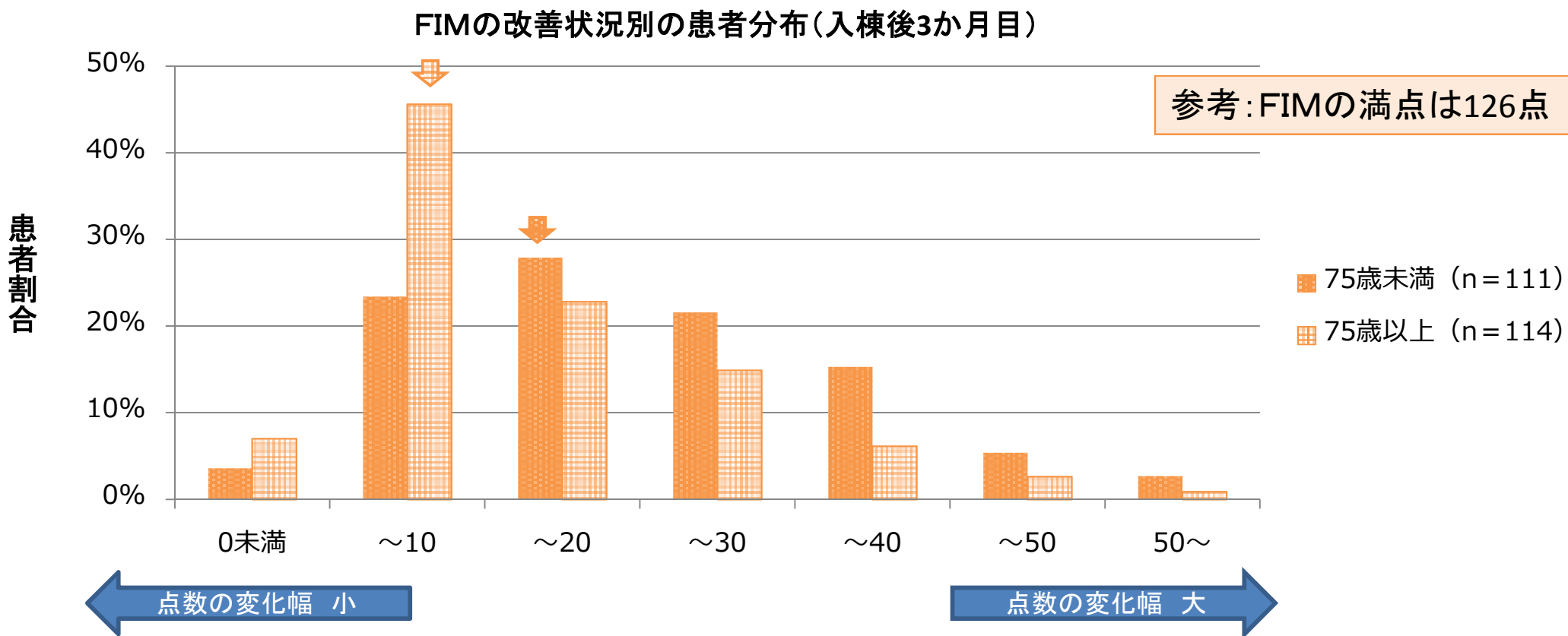
- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計：126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

回復期リハビリテーション病棟の患者の状態⑤ADLの改善状況ー 1

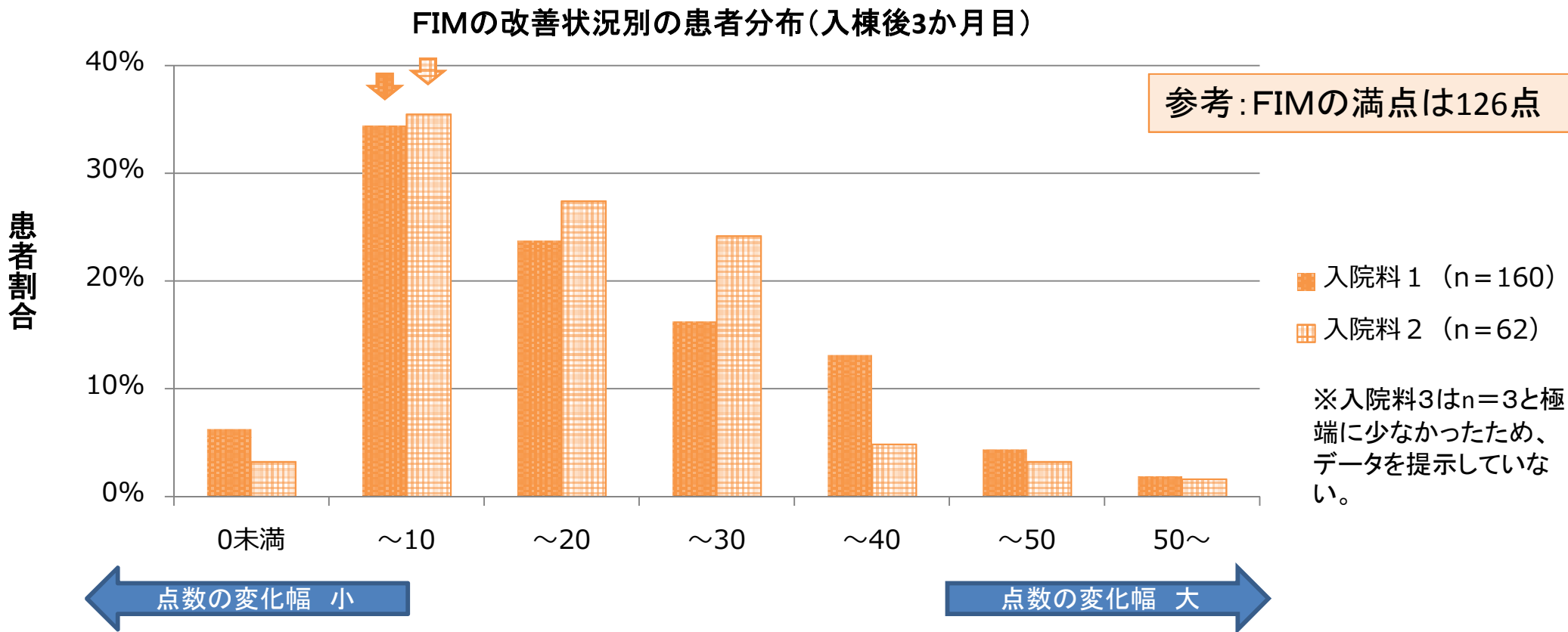
- 入棟時と入棟後3か月目との日常生活動作（ADL）の指標の点数の差（改善状況）は、75歳未満は10～20点の変化幅の患者が最も多かった一方、75歳以上は0～10点の変化幅の患者が最も多かった。



※入棟後3月目のデータには入棟後90日以上を経ている患者の当該データを用いた。
 ※BIIにて評価された患者数は18人と少なかったため、データを提示していない。

回復期リハビリテーション病棟の患者の状態⑥ADLの改善状況ー 2

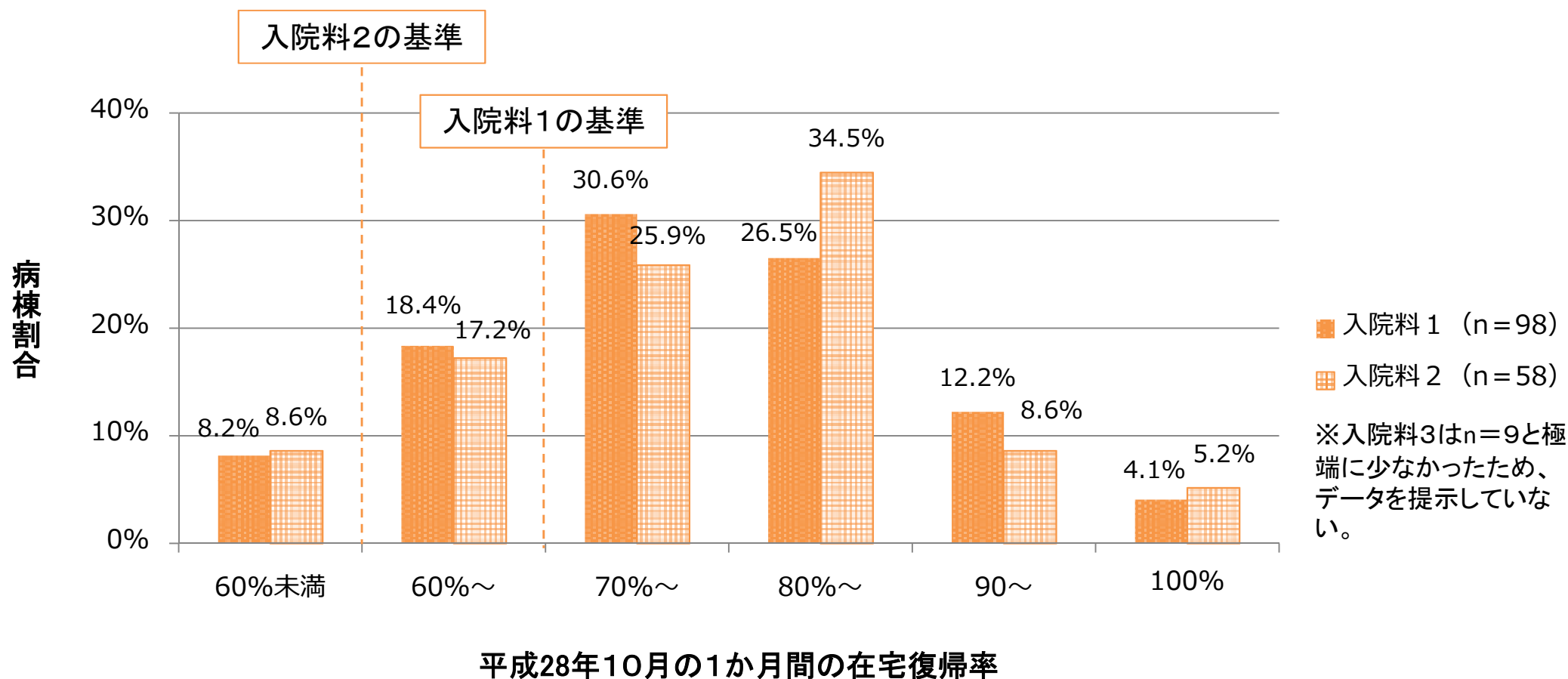
- 入棟時と入棟後3か月目との日常生活動作（ADL）の指標の点数の差（改善状況）は、入院料1・2のいずれの場合も0～10点の変化幅の患者が最も多かった。



※入棟後3月目のデータには入棟後90日以上を経ている患者の当該データを用いた。
 ※BIIにて評価された患者数は18人と少なかったため、データを提示していない。

回復期リハビリテーション病棟の患者の状態⑦在宅復帰率

○ 入院料1及び入院料2の病棟における在宅復帰率を病棟別にみると、大部分で施設基準を大きく上回っていた。



1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

(1)重症度、医療・看護必要度

(2)回復期リハビリテーション病棟入院料

(3)有床診療所入院基本料

(4)障害者施設等入院基本料

有床診療所が地域で果たしている役割

- 有床診療所の役割は、
 - ・ 主とする診療科が内科、外科の場合は、「在宅医療の拠点」「在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」の割合が多く、
 - ・ 主とする診療科が産婦人科、整形外科、眼科の場合は、「専門医療」の割合が多い。

	内科		外科		産婦人科		整形外科		眼科		耳鼻咽喉科		その他※	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
総数	922	100%	128	100%	1,165	100%	377	100%	591	100%	72	100%	3,077	100%
専門医療	200	22%	40	31%	732	63%	250	66%	402	68%	44	61%	1,554	51%
緊急時対応	405	44%	71	55%	533	46%	208	55%	133	23%	16	22%	1,536	50%
在宅医療の拠点	433	47%	55	43%	11	1%	77	20%	13	2%	4	6%	1,010	33%
在宅・介護施設への受け渡し	547	59%	80	63%	35	3%	210	56%	20	3%	4	6%	1,442	47%
終末期医療	468	51%	64	50%	8	1%	40	11%	3	1%	0	0%	1,048	34%
何れの機能にも該当しない	82	9%	9	7%	228	20%	13	3%	120	20%	6	8%	310	10%
休棟中	144	16%	23	18%	58	5%	52	14%	40	7%	12	17%	329	11%

※その他：複数診療科を選択したものを含む

出典：平成27年度病床機能報告

平成27年度調査の報告対象の有床診療所は7,168施設であり、このうち平成28年3月31日までに6,627施設(92.5%)から報告がなされた。データクリーニングを行い、最終的に6,332施設(88.3%)を集計対象として分析

有床診療所における在宅療養支援の例

- 在宅医療の提供から在宅で療養中の患者の看取りまで、包括的な在宅療養支援を行っている有床診療所がある。

	在宅医療を提供する患者数(ア)	入院した患者数(イ)		
		(ア÷イ×100)	看取った患者数(ウ)	看取った患者の平均在院日数
		(イ÷ウ×100)		
A診療所	62名	16名(25.8%)	9名(56%)	17日
B診療所	99名	52名(52.5%)	35名(67%)	62.3日
C診療所	105名	72名(68.6%)	24名(33%)	24日
D診療所	197名	127名(64.5%)	23名(18%)	37日
E診療所	262名	128名(48.9%)	33名(26%)	40日

(平成28年4月～平成29年3月の実績) (全国有床診療所協議会 提供資料に基づき保険局医療課で作成)

1. データ提出加算

2. 一般病棟入院基本料(その3)

3. 療養病棟入院基本料(その2)

4. 参考資料

(1)重症度、医療・看護必要度

(2)回復期リハビリテーション病棟入院料

(3)有床診療所入院基本料

(4)障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料算定病棟 入院患者の年齢分布(病棟)①

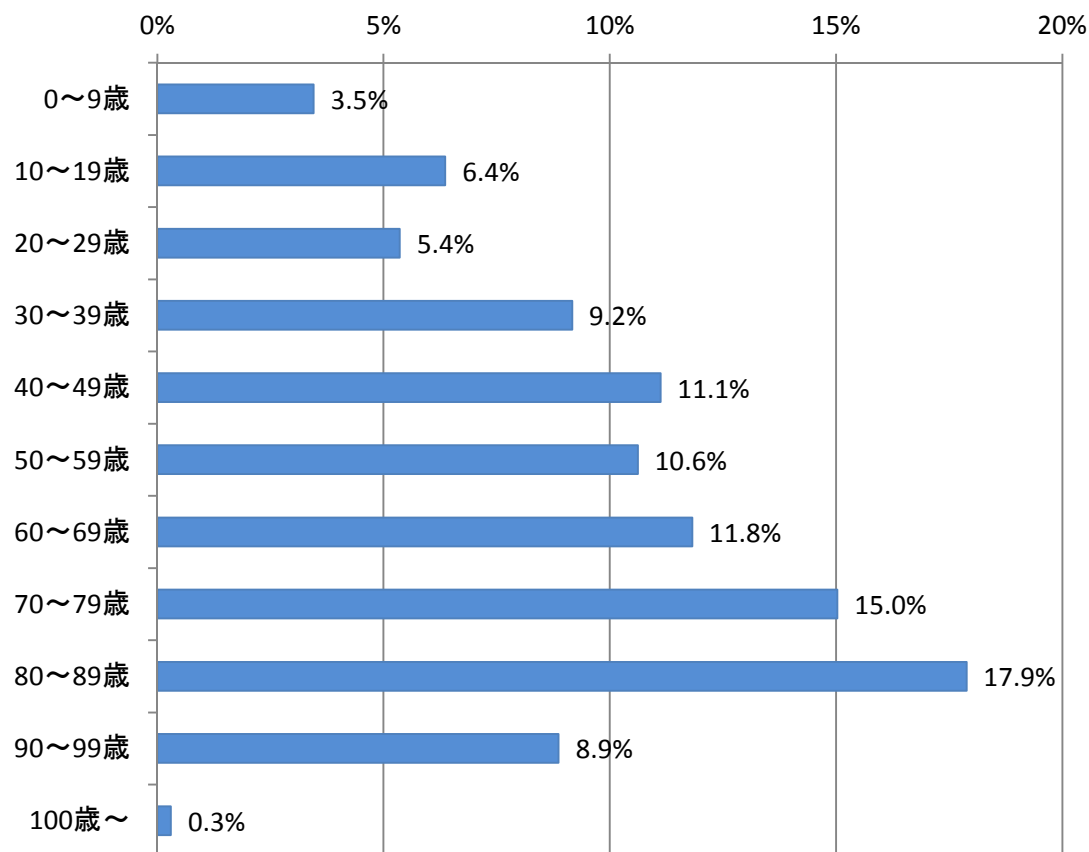
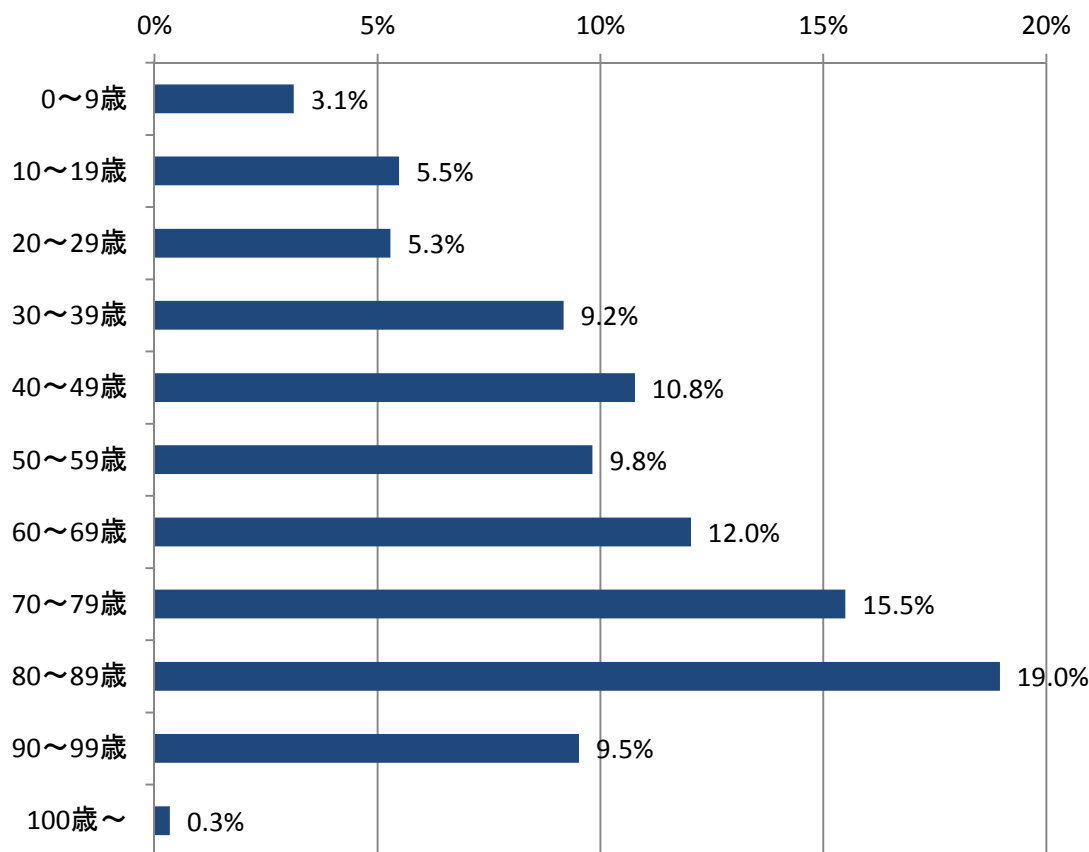
○ 障害者施設等入院基本料の算定病棟入院患者のうち、病棟全体と10対1入院基本料の病棟の年齢分布をみると、90歳以上を除いて、概ね年齢が高いほど数が多い傾向にある。

病棟全体

(n=2627)

10対1病棟

(n=1996)

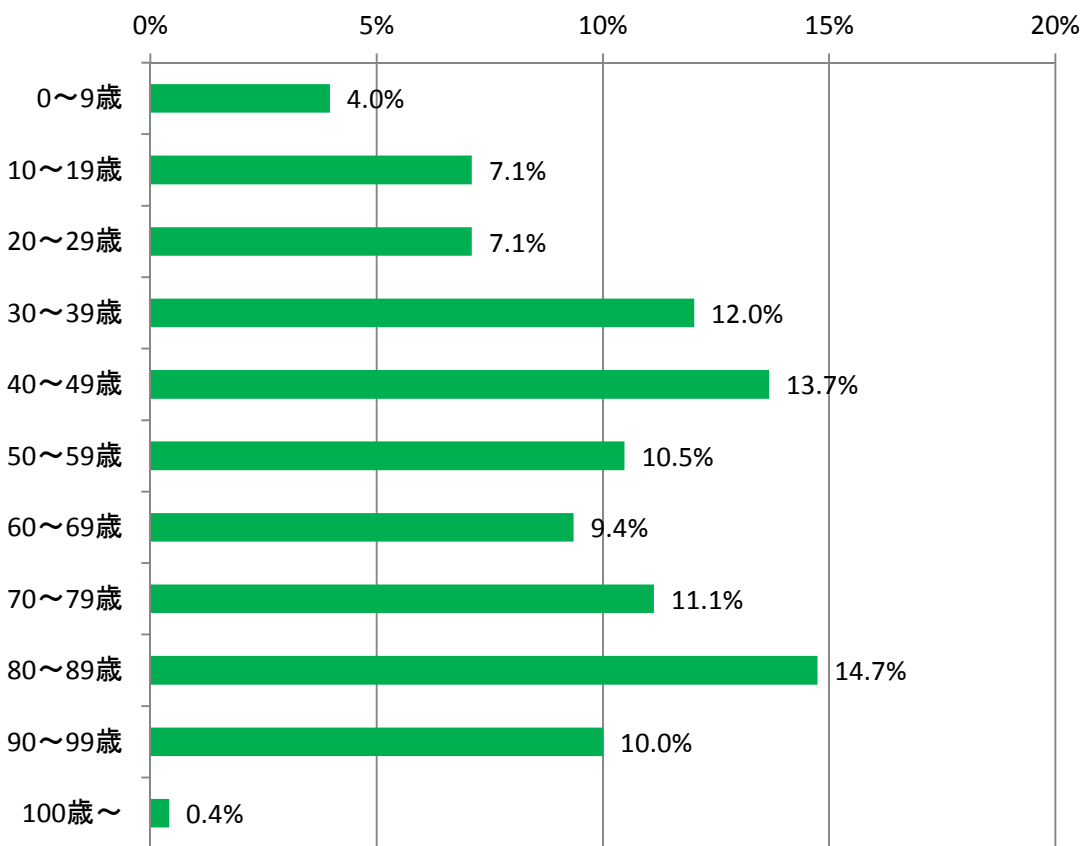


障害者施設等入院基本料算定病棟 入院患者の年齢分布(重度の肢体不自由児・者)②

○ 障害者施設等入院基本料の算定病棟入院患者のうち、重度の肢体不自由児・者の年齢分布をみると、ばらついているが、そのうち身体障害者等級が「不明」又は「非該当」をみると、70歳以上が約8割を占める。

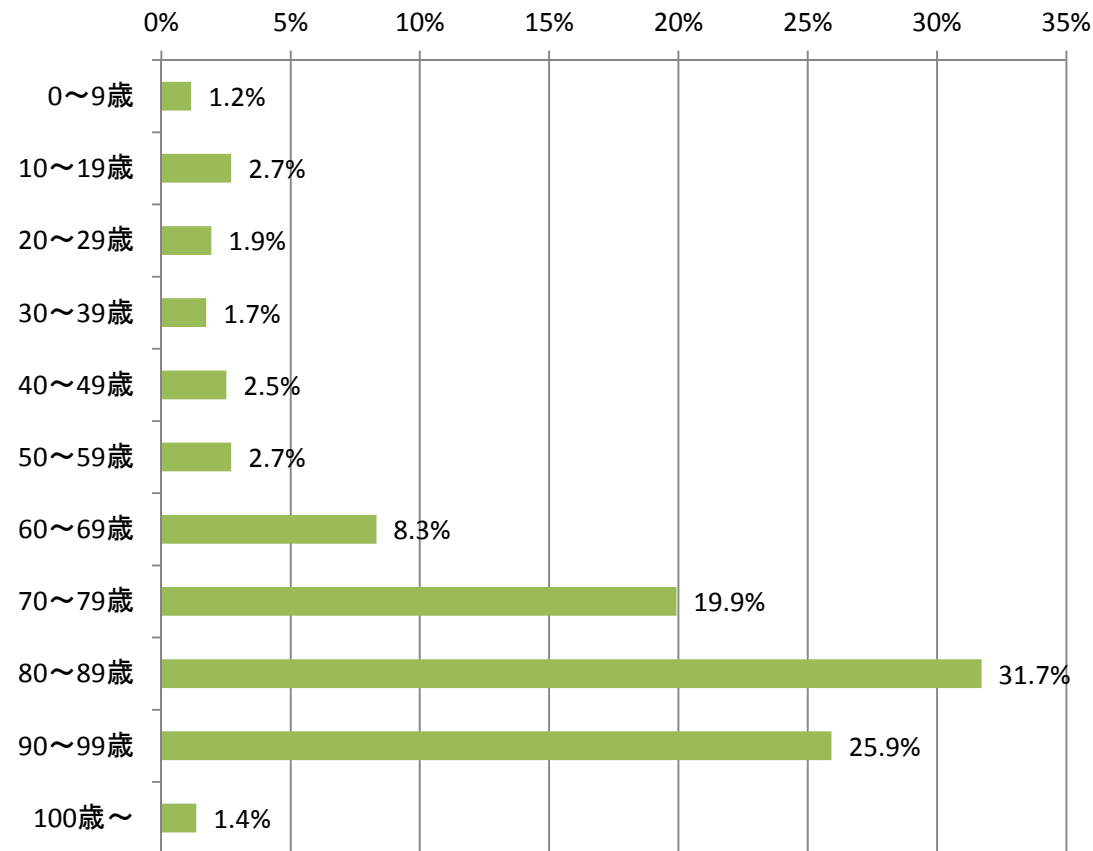
重度の肢体不自由児・者
(脳卒中後遺症と認知症を除く)

(n=1689)



左のうち、身体障害者等級が
「不明」又は「非該当」の者

(n=517)

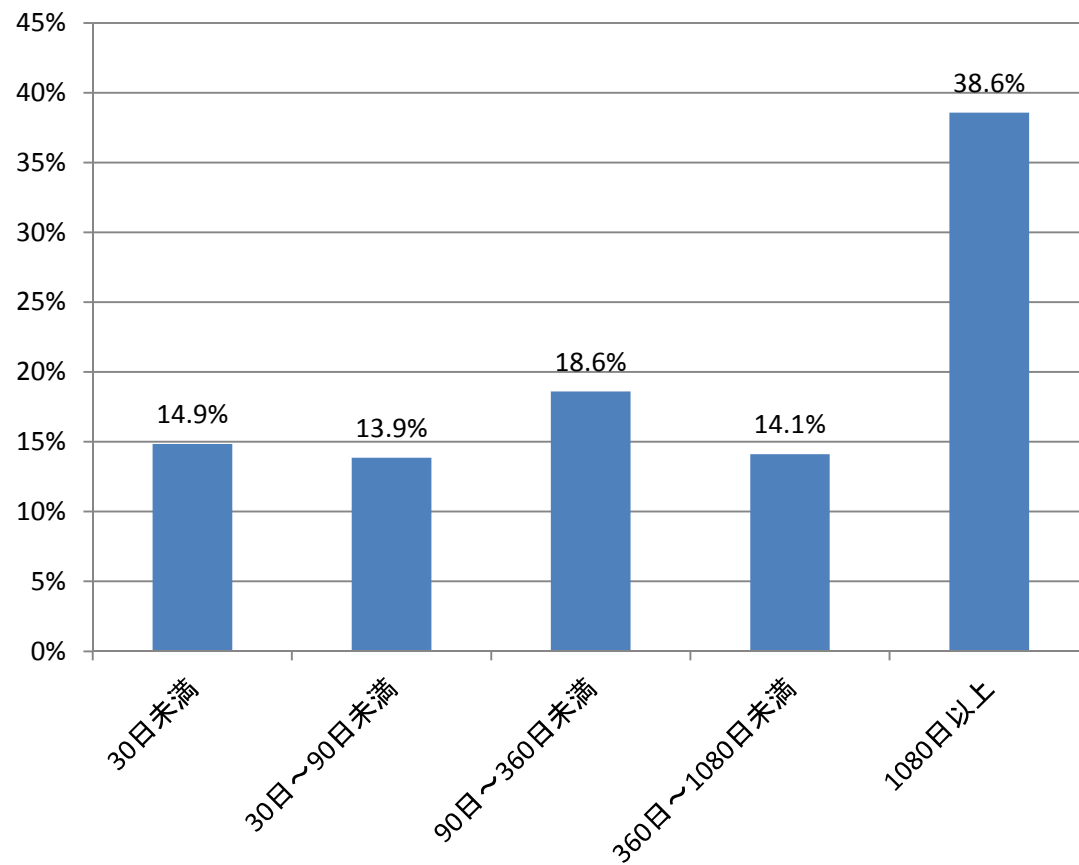
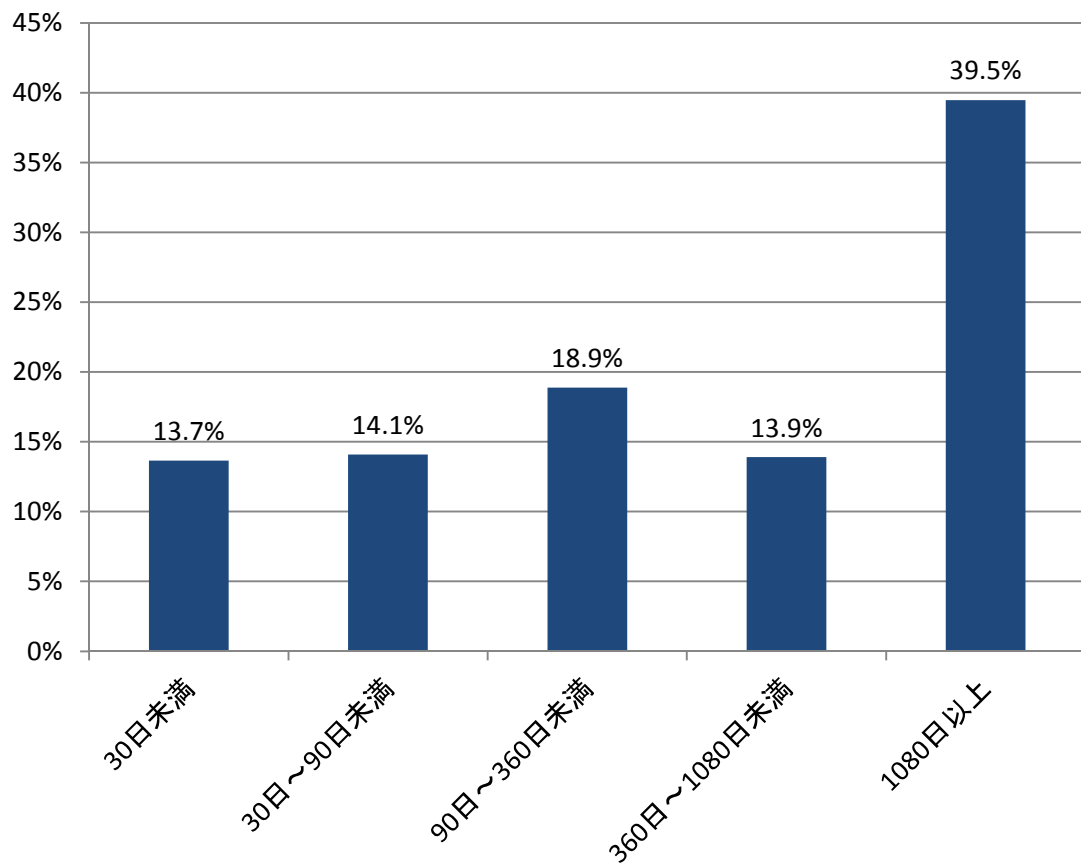


障害者施設等入院基本料算定病棟 入院患者の入院期間別分布(病棟)①

- 障害者施設等入院基本料の算定病棟入院患者のうち、病棟全体と10対1入院基本料の病棟の入院期間別分布をみると、1080日以上が最も多く、約4割を占める。

病棟全体 (n=2526)

10対1病棟 (n=1919)



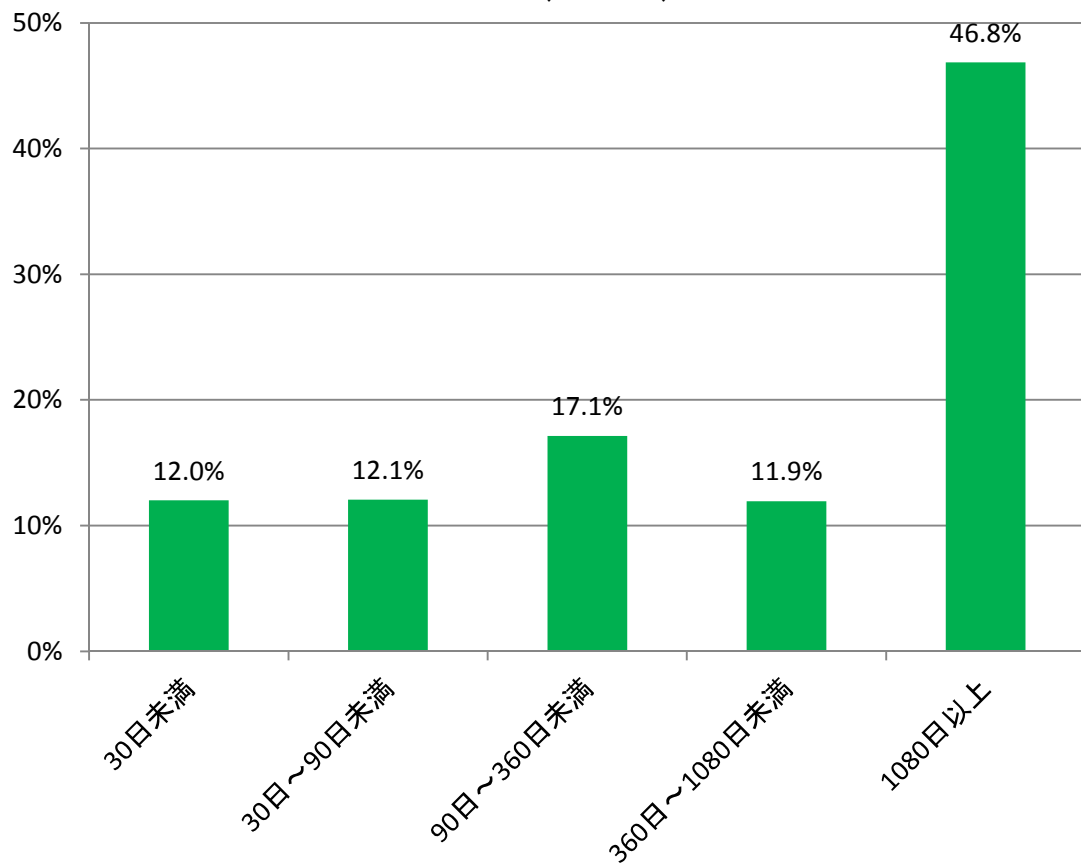
障害者施設等入院基本料算定病棟

入院患者の入院期間別分布(重度の肢体不自由児・者)②

- 障害者施設等入院基本料の算定病棟入院患者のうち、重度の肢体不自由児・者の入院期間別分布をみると、1080日以上が最も多く5割近くを占めるが、そのうち身体障害者等級が「不明」又は「非該当」をみる360日未満が約7割を占める。

重度の肢体不自由児・者
(脳卒中後遺症と認知症を除く)

(n=1616)



左のうち、身体障害者等級が
「不明」又は「非該当」の者

(n=503)

