

資料訂正の概要

- 入院医療等の調査・評価分科会で報告した分析については以下2点の集計の誤りがあった。
 - ① 重症度、医療・看護必要度の該当患者基準は「A得点2点以上かつB得点3点以上」、「A得点3点以上」又は「C得点1点以上」であるところ、「A得点2点以上かつB得点3点以上」が欠落していた。
 - ② 「C21全身麻酔・脊椎麻酔の手術」のマスタが全18請求項目であったところ、その内の14項目が欠落していた。
- 上記2点を修正した上で再度分析を行い、関連する資料の訂正を行った。修正による集計結果の訂正は、以下のとおり。
 - ・DPCデータでの該当患者割合の変更及びそれに伴う感度・特異度等の変更
 - ・「C21全身麻酔・脊椎麻酔の手術」のDPCデータでの該当患者割合の変更

(平成29年度第12回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編

平成29年11月9日(木)

調査概要(平成28年度調査分)

1. 急性期入院医療について
 - 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向
 - 1-2-1. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の平成28年度の改定の影響
 - 1-2-2. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の評価手法
 - 1-3. 13対1、15対1一般病棟入院基本料
 - 1-4. 短期滞在手術等基本料
 - 1-5. 特定集中治療室管理料等
 - 1-6. 総合入院体制加算
 - 1-7. 救急医療管理加算
2. 地域包括ケア病棟入院料
 - 2-1. 算定病床の動向
 - 2-2. 入棟前の居場所別の分析
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - 3-1. 算定病床の動向
 - 3-2. リハビリテーションの提供状況
4. 慢性期入院医療について
 - 4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向
 - 4-2. 医療区分別の分析
 - 4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
 - 4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 有床診療所入院基本料
 - 5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析
 - 5-2. 診療科別の医療の提供状況
6. 横断的事項について
 - 6-1. 入退院支援
 - 6-2. 在宅復帰に関する評価
 - 6-3. データ提出加算
7. 入院時食事療養等に関する事項
 - 7-1. 病院の給食部門における収支の状況
 - 7-2. 経腸栄養用製品の使用及び食材費等の状況

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる7項目について、平成28年度及び平成29年度の2か年で調査を実施することとする。
- 1年間の長期の経過措置が設けられている項目など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては平成29年度調査として実施することとする。
- 平成28年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものについては原則としてその終了後に調査期間を設定する。

【平成28年度】

- (1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その1)
- (2) 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (4) 退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について

【平成29年度】

- (1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その2)
- (2) 短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方について
- (3) 救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方について
- (4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)

平成28年度調査全体の概要①

- 調査方法: 調査は原則として自記式調査票の郵送配布・回収により実施する。
- 調査票: 対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者調査票」を配布する。
※患者調査票は、入院患者票、退棟患者票、補助票及びレセプトの添付で構成される。
- 調査対象施設: 調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、患者票の補助票については、DPCデータ(Hファイル)での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その1)	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、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関
(2) 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響について	地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている医療機関
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等の届出を行っている医療機関
(4) 退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について	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、地域包括ケア病棟入院料、有床診療所入院基本料等の届出を行っている医療機関及び退院支援加算の届出を行っている医療機関を含む医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次項の通りAからEに整理

平成28年度調査全体の概要②

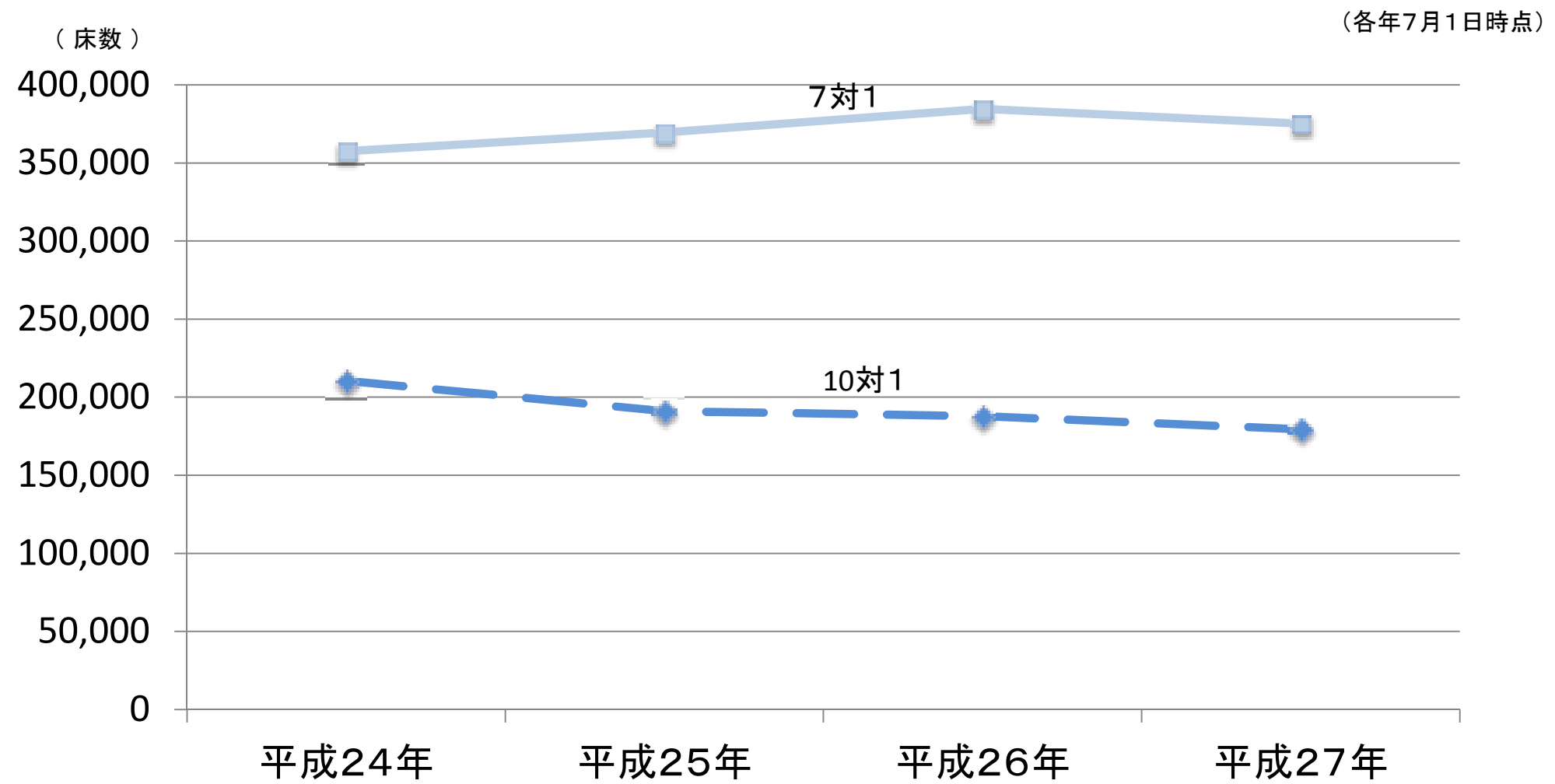
調査対象となる施設		関連する調査項目	対象施設数
A	7対1・10対1一般病棟入院基本料等の届出医療機関	(1)一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その1) (4)退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について	約1,800施設
B	地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、13対1・15対1一般病棟入院基本料等の届出医療機関	(2)地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響について (4)退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について	約1,500施設
C	療養病棟入院基本料の届出医療機関	(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (4)退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について	約1,800施設
D	障害者施設等入院基本料等の届出医療機関	(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (4)退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について	約800施設
E	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料の届出医療機関	(4)退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について	約800施設

平成28年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟票	入院 患者票	補助票	退棟 患者票
A	7対1・10対1一般病棟入院基本料等	1,829	650 (35.5%)	1,995	22,680	16,956	9,239
B	地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、13対1・15対1一般病棟入院基本料等	1,501	488 (32.5%)	429	4,827	3,652	929
C	療養病棟入院基本料	1,801	512 (28.4%)	394	5,301	4,880	154
D	障害者施設等入院基本料等	800	282 (35.3%)	265	3,587	3,322	131
E	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料	800	270 (33.8%)	115	683	564	246

一般病棟入院基本料区分別 病床数の推移

○届出病床数は、7対1入院基本料が最も多い。10対1入院基本料の届出病床数は、近年、減少傾向。
7対1入院基本料の届出病床数は平成26年から平成27年にかけて減少。

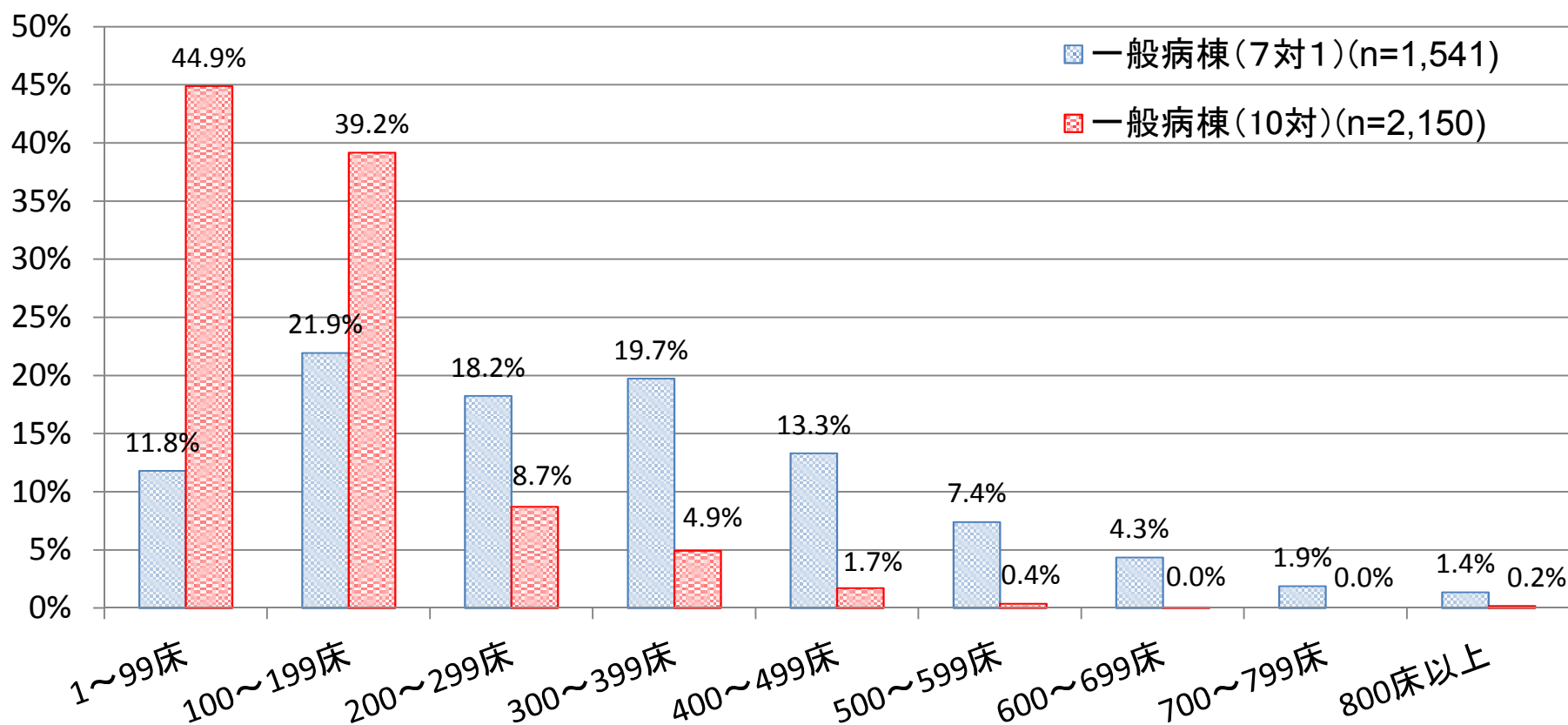


※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

一般病棟7対1・10対1入院基本料届出医療機関の病床規模別分布

診調組 入-1
(改)29.6.21

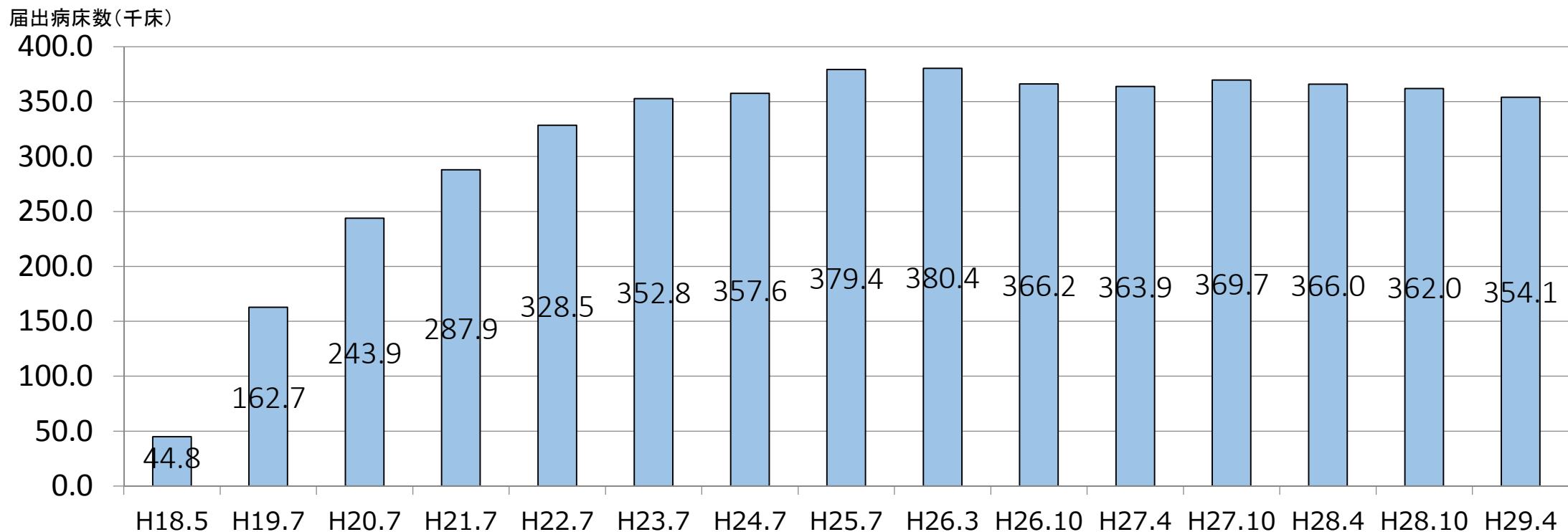
- 一般病棟(7対1)を有している医療機関の病床規模は、300床未満の規模が約半数を占めているが、800床以上も病院もあり、全体的に分散している。
- 一般病棟(10対1)を有している医療機関の病床規模は、199床以下の規模が9割弱を占めている。



一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

診調組 入-1
29.6.21

- 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。
- 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年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

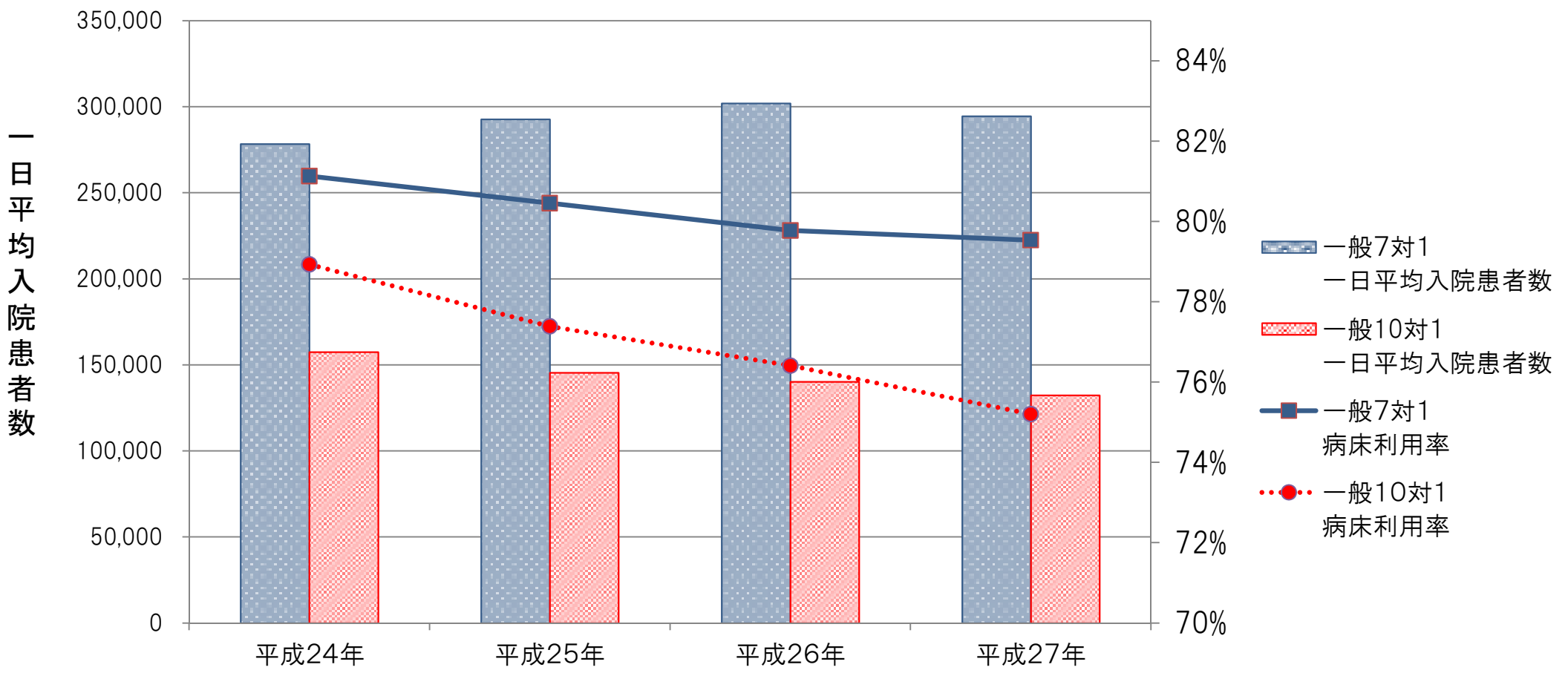
[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4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区分別 入院患者数と病床利用率

- 一般7対1病棟の一日平均入院患者数は、平成26年まで少しずつ上昇し、その後減少しており、一般10対1については減少傾向である。
- 病床利用率は両区分とも減少している。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値
 ※※ 1日平均入院患者数…各年7/1～6/31の延べ入院患者数を延べ日数で除したもの
 病床利用率…1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床数で除したもの

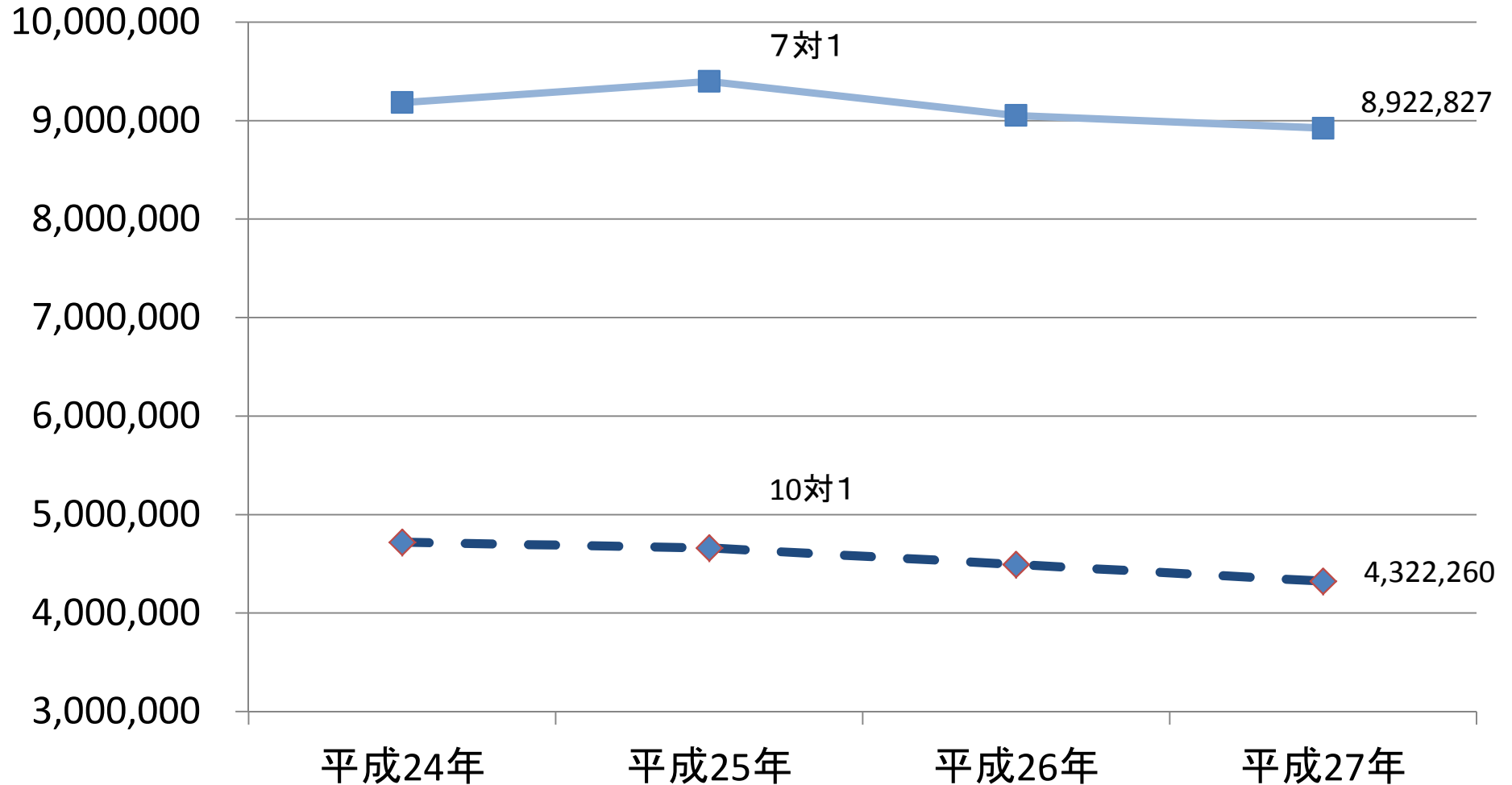
一般病棟入院基本料区分別 算定回数の推移

中医協 総 - 6

29.3.15 (改)

○ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の算定回数は、近年、減少傾向。

(回)

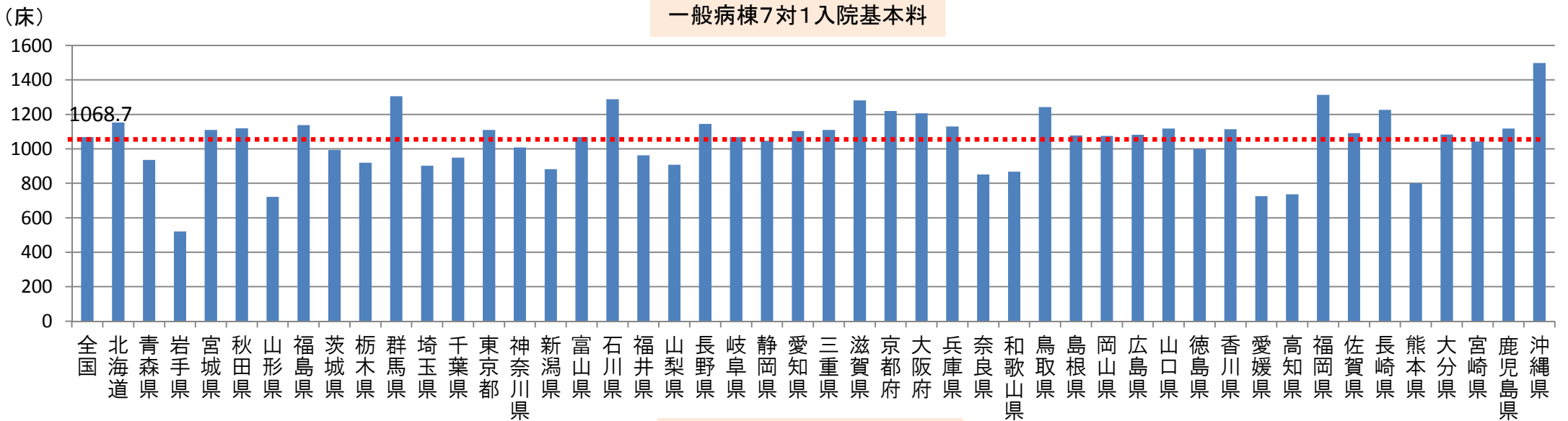


※ 出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した値

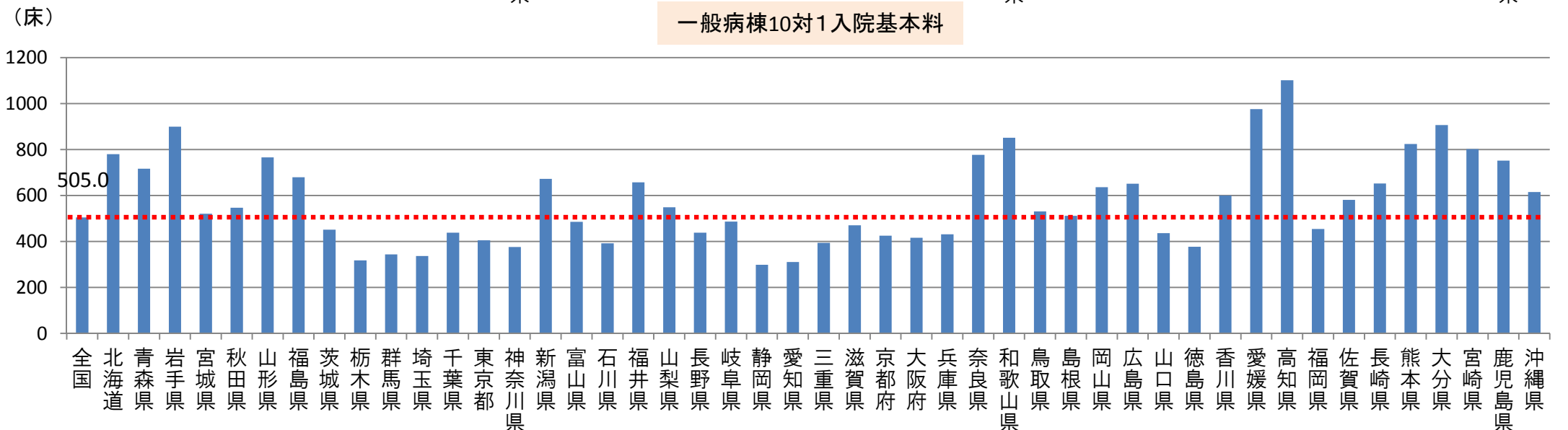
都道府県別 一般病棟入院基本料届出病床数①(65歳以上人口10万人あたり)

中医協 総-6
29.3.15

一般病棟7対1入院基本料



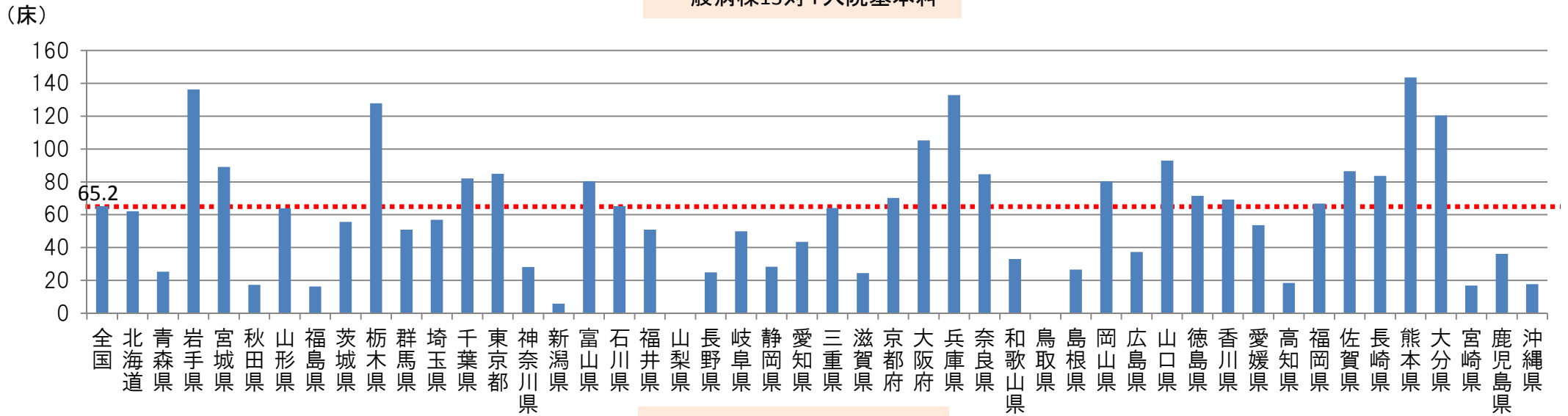
一般病棟10対1入院基本料



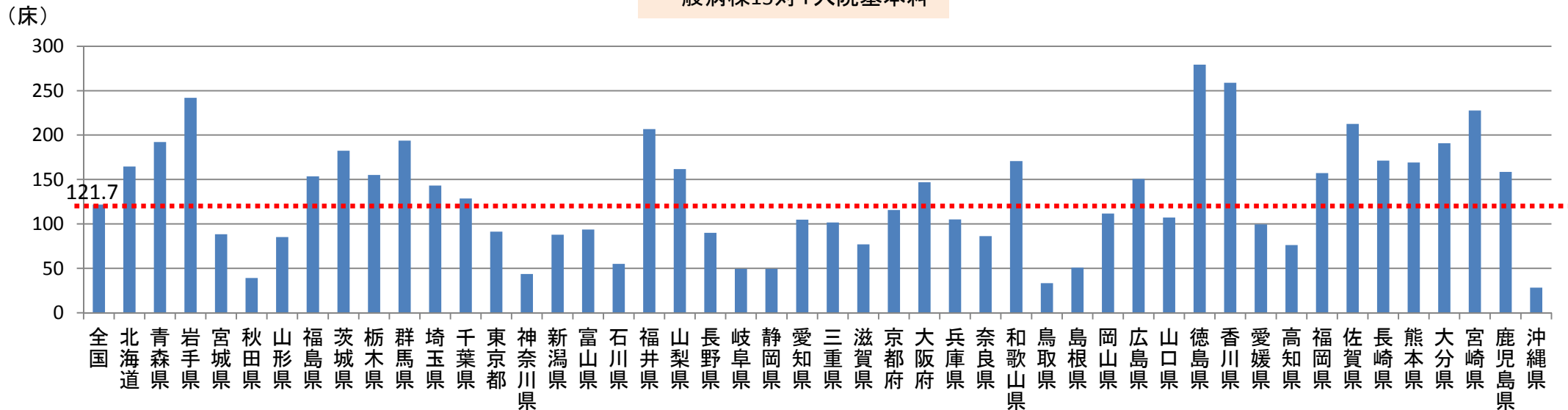
都道府県別 一般病棟入院基本料届出病床数③(65歳以上人口10万人あたり)

中医協 総 - 6
29.3.15

一般病棟13対1入院基本料



一般病棟15対1入院基本料

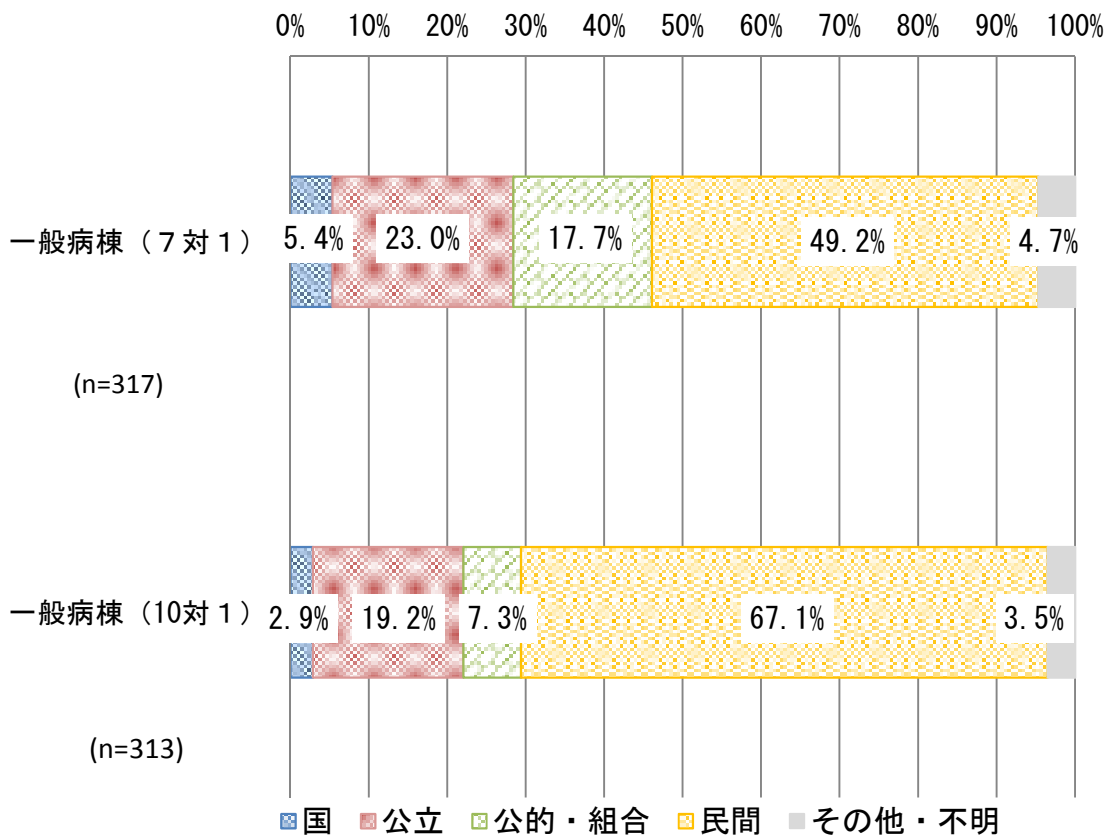


回答施設の状況①(一般病棟7対1・10対1入院基本料)

診調組 入-1
29.6.7

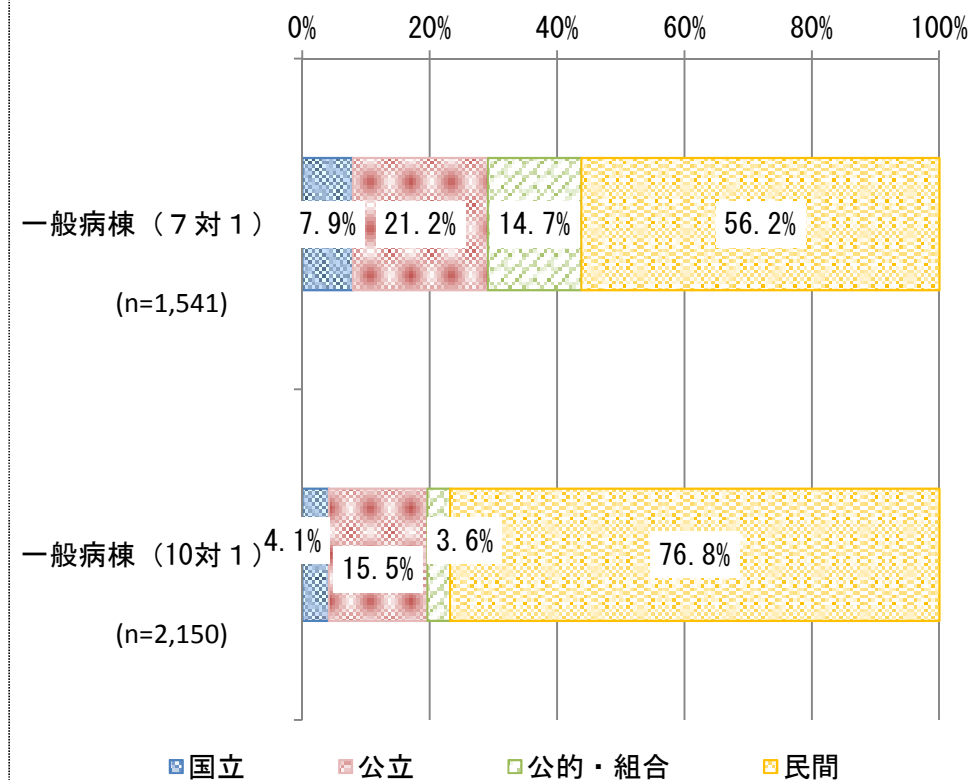
- 一般病棟7対1・10対1入院基本料について、回答施設の開設者別の内訳をみると、一般病棟(7対1)、一般病棟(10対1)ともに民間が最も多い。
- 一般病棟(7対1)では、国、公立、公的・組合の占める割合が4割5分を超える。

<医療機関の開設者別の内訳>



※ 国...国立大学法人、NHO等、公立...都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的・組合...済生会、日赤、健保連等、民間...医療法人、会社等

(参考)一般病棟7対1・10対1入院基本料届出医療機関数における開設者割合

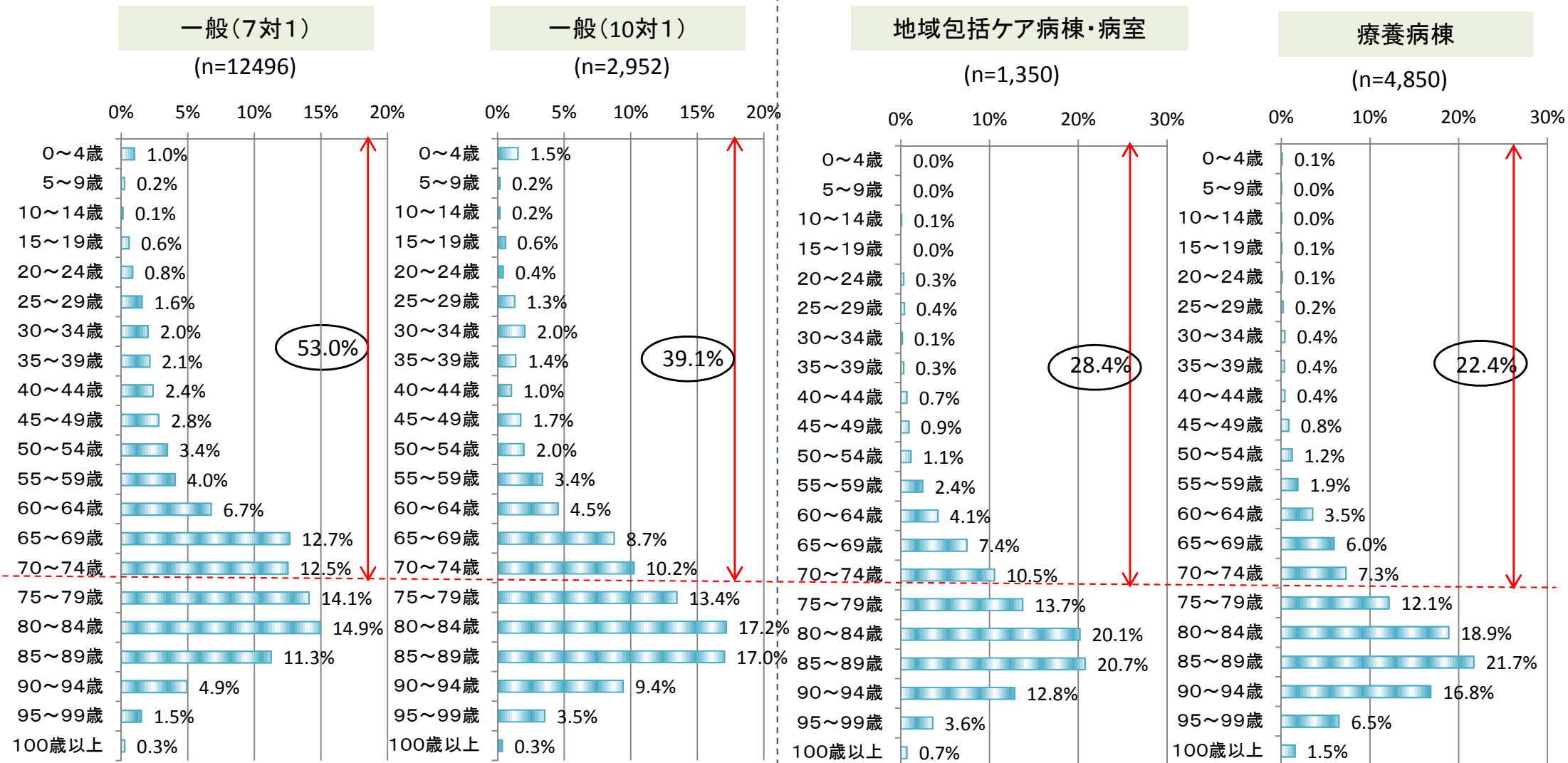


出典: 保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

一般病棟(7対1、10対1)入院患者の年齢階級別分布

診調組 入-1
29.6.7

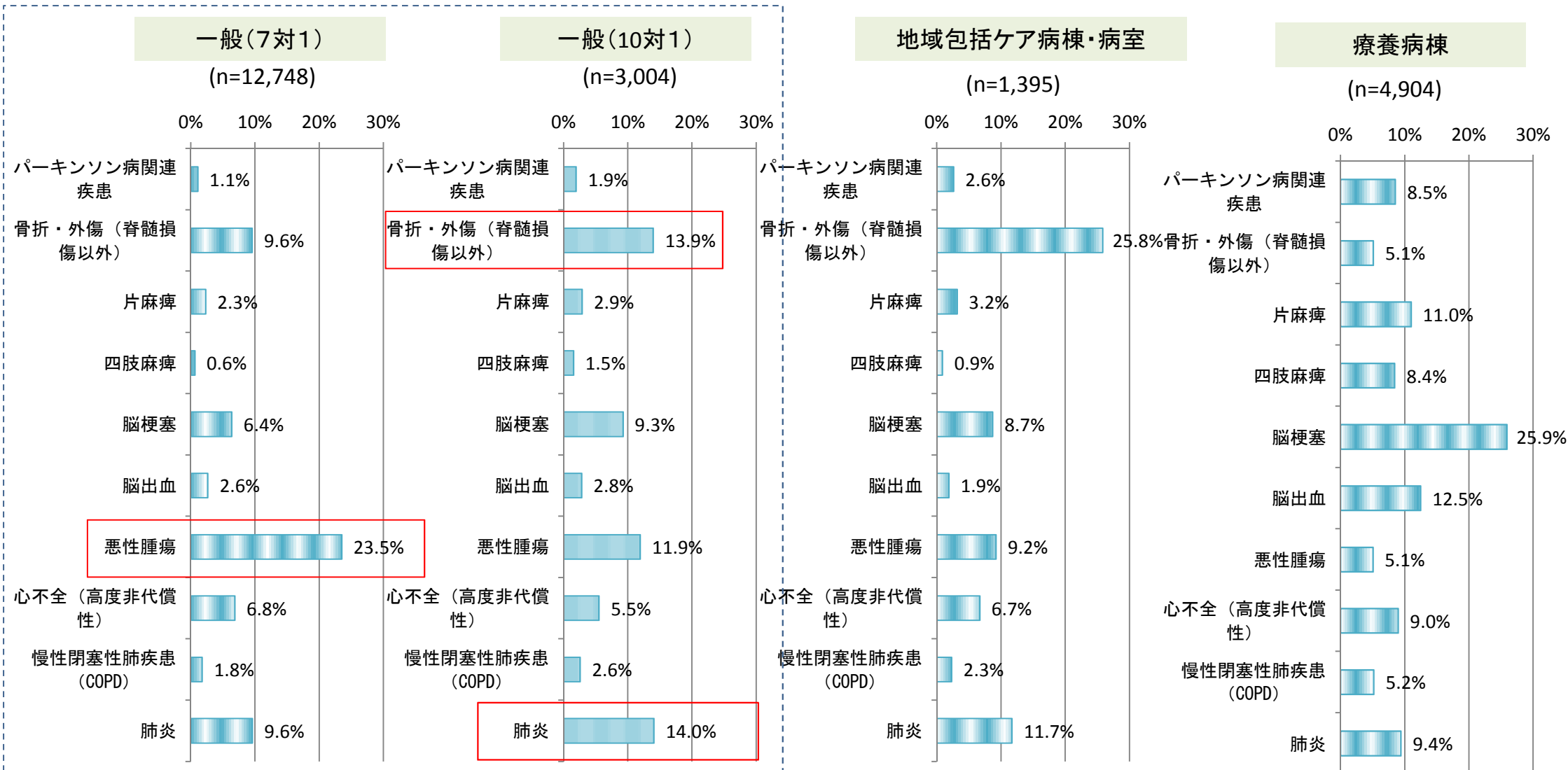
○ 一般病棟(7対1)の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。



一般病棟(7対1・10対1)入院患者の疾患

診調組 入-1
29.6.7

○ 一般病棟(7対1・10対1)入院患者の疾患をみると、一般病棟(7対1)では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟(10対1)では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



病棟群単位の届出状況

- 病棟群単位の届出状況を聞くと、調査対象の中で現に病棟群単位の届出を行っている医療機関は8施設であった。
- 一般病棟(7対1)で病棟群単位の届出を行っていない医療機関に今後の届出の意向を聞くと、「一般病棟(10対1)への変更を予定していないので、今後も病棟群での届出はおこなわない」と回答した医療機関が大半であった。

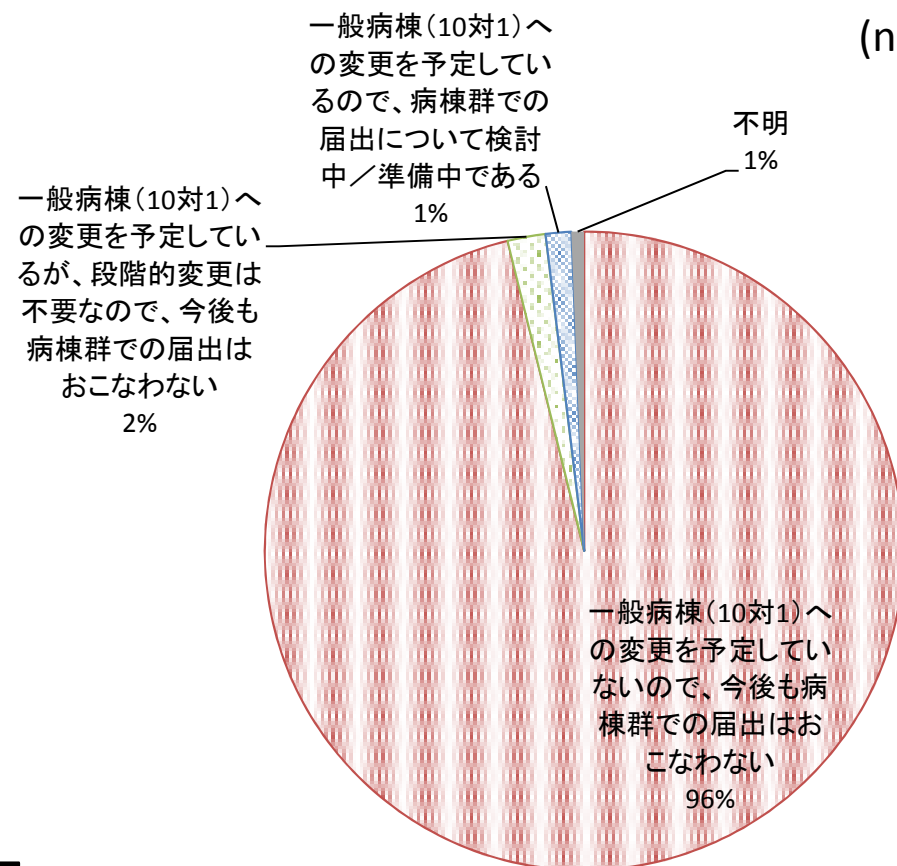
病棟群単位の届出状況
(7対1、10対1)

(n=649)

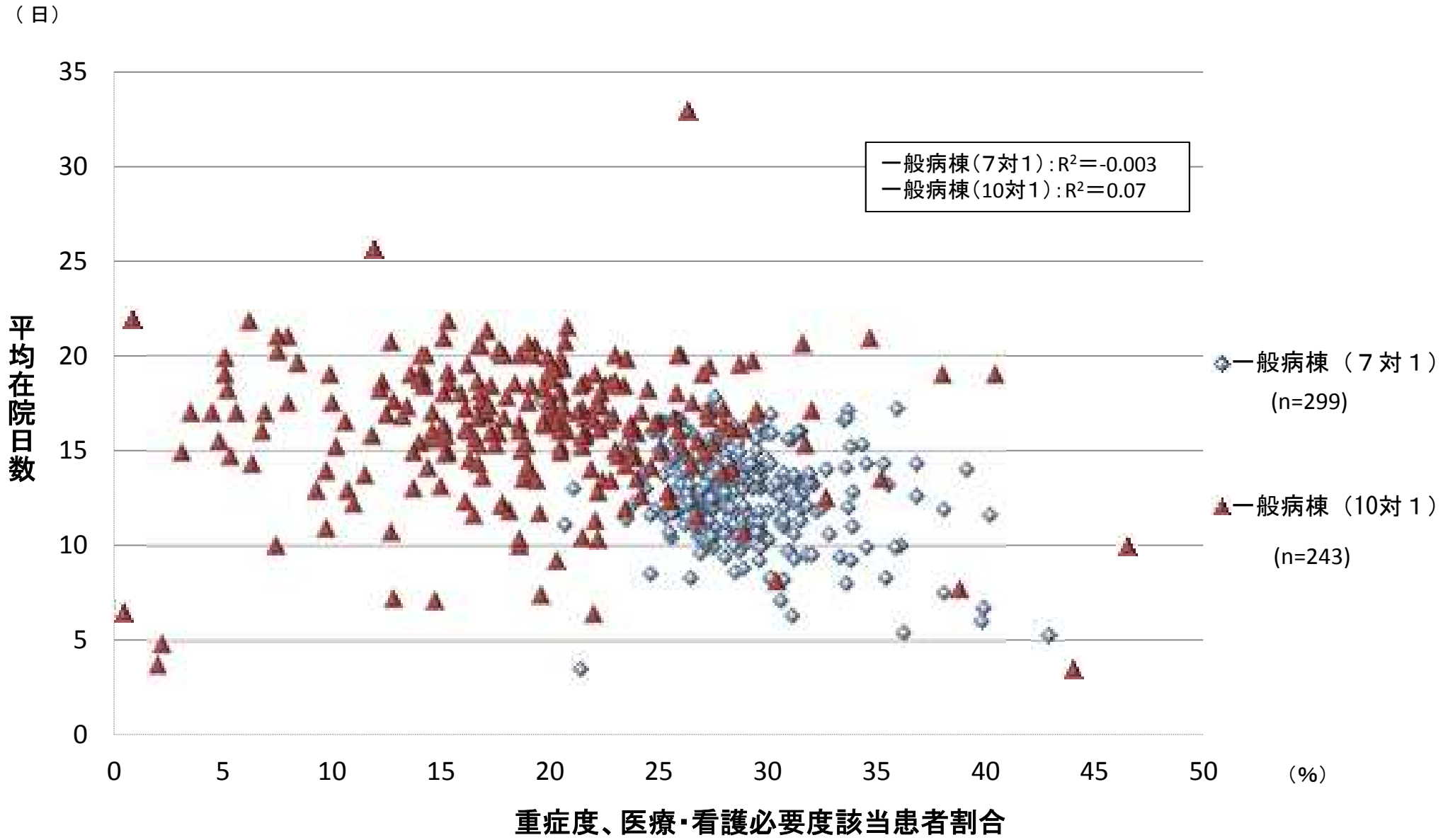
	施設数	割合
現に病棟群で届け出ている	8	1.2%
届け出していない	428	65.9%
未回答・不明	213	32.8%

病棟群単位の届出を行っていない
医療機関の今後の届出の意向
(一般病棟7対1)

(n=311)



平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係

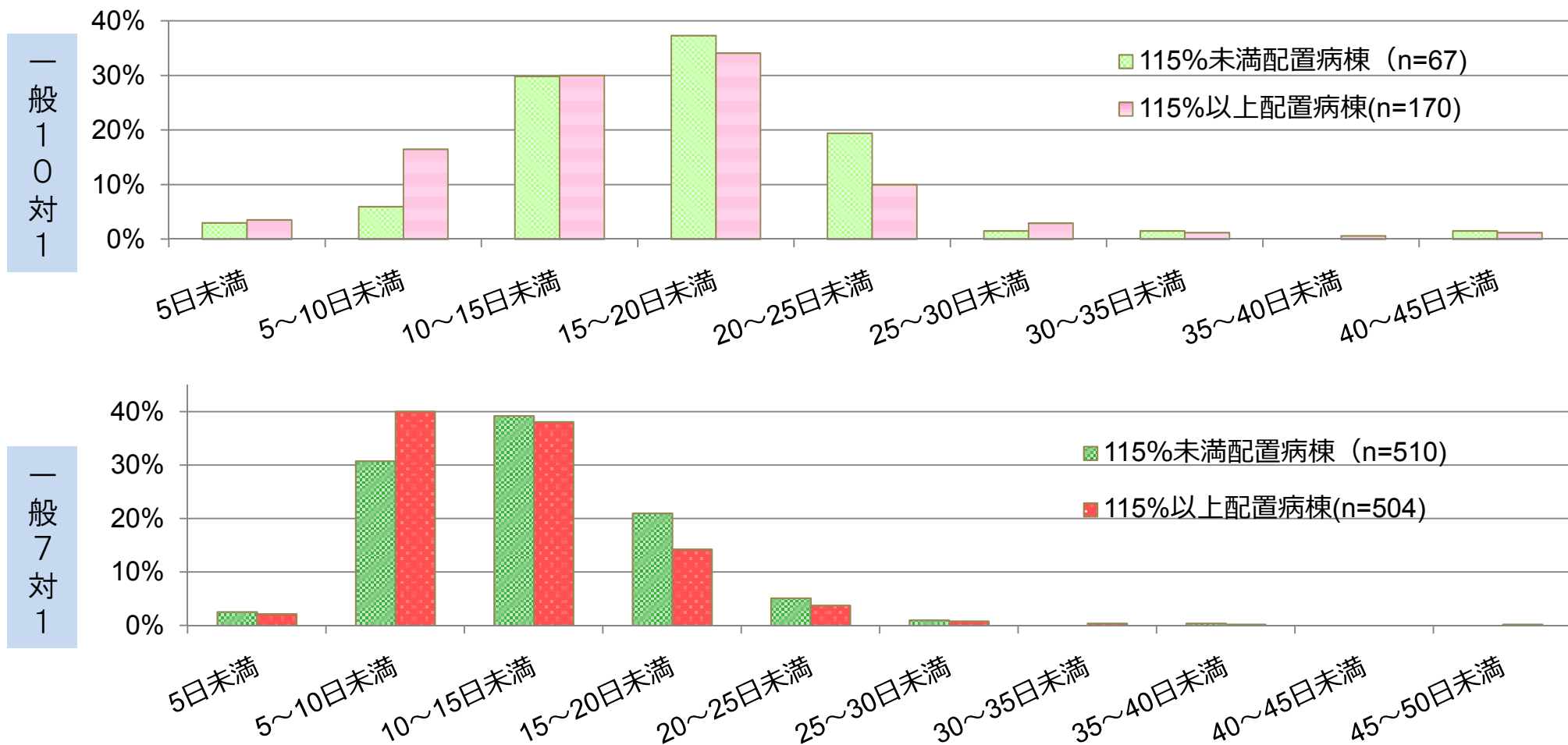


看護職員配置①～平均在院日数（1）

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

- 病棟の看護職員配置の状況と平均在院日数をみると、一般病棟（7対1）及び一般病棟（10対1）のどちらも職員配置の多い病棟のほうが平均在院日数が短い傾向である。

<看護職員配置別の平均在院日数の病棟別分布>



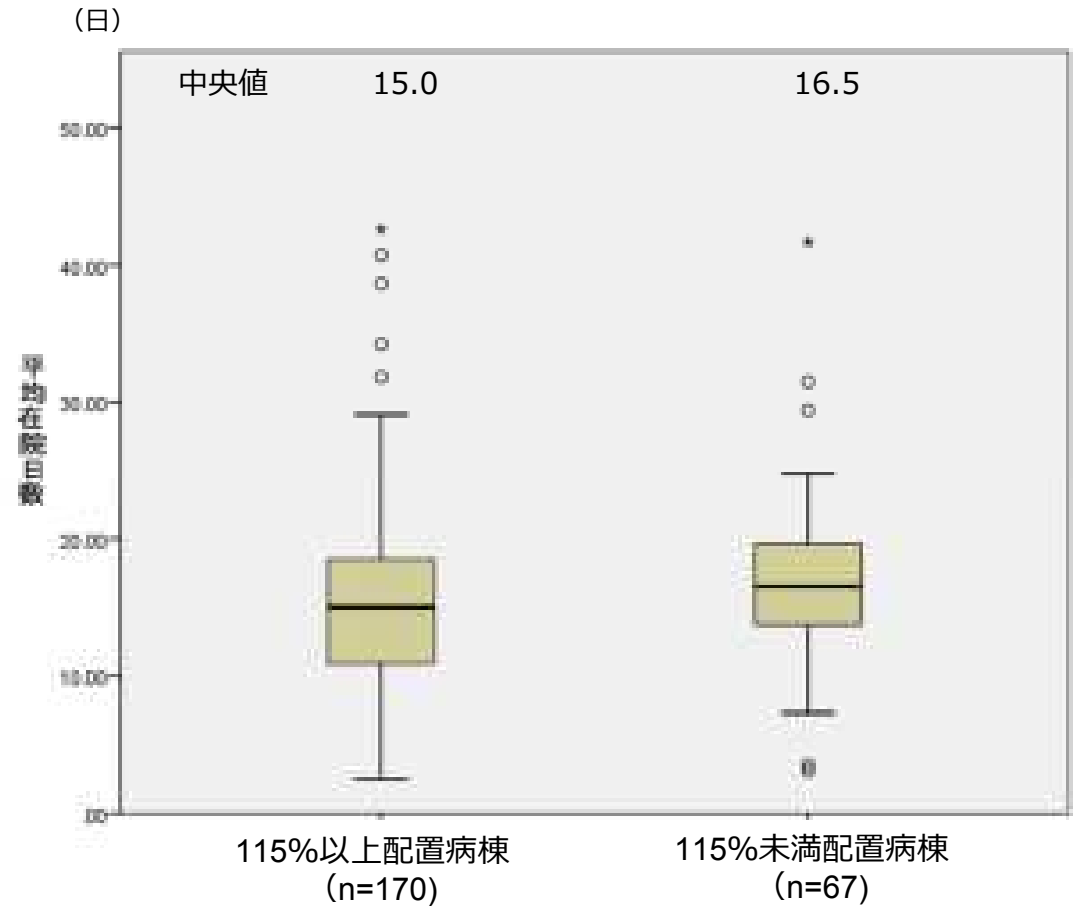
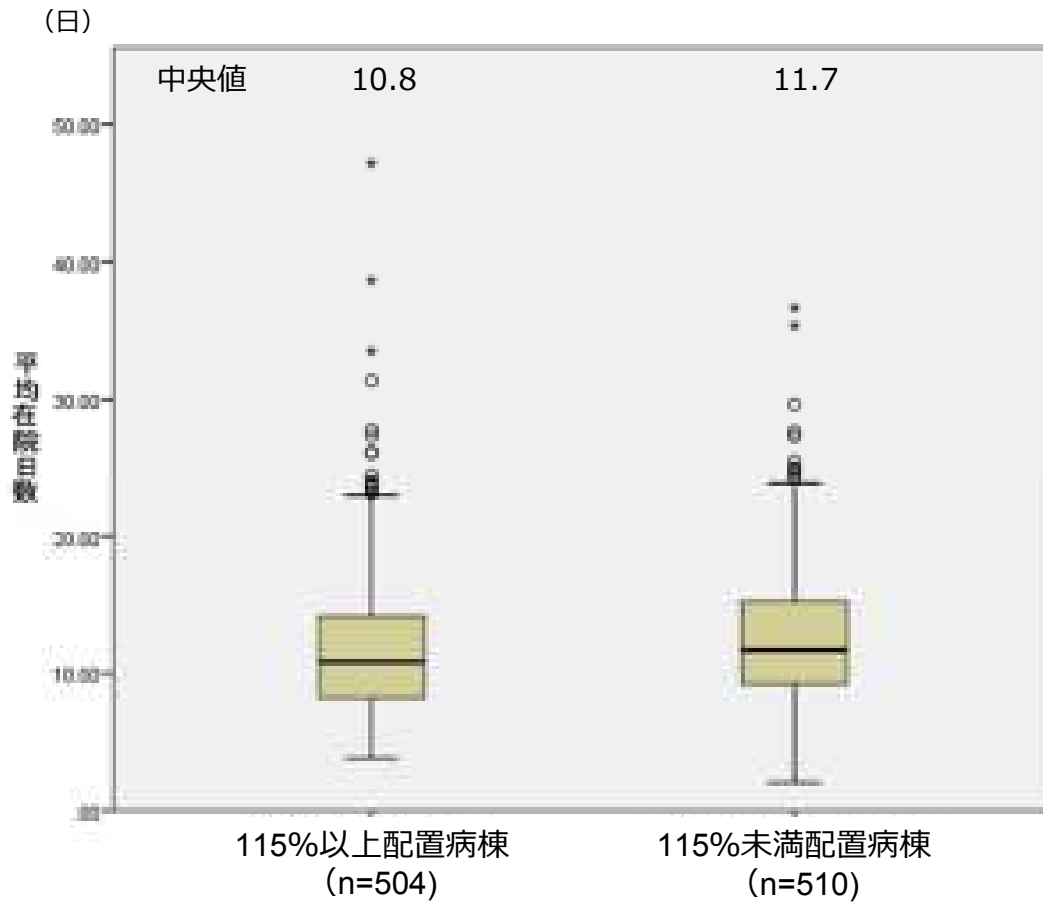
※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員配置①～平均在院日数(2)

<看護職員配置別の平均在院日数の病棟別分布>

一般 7 対 1

一般 1 0 対 1



※ 箱ひげ図の上端は75% - センタイル、下端は25% - センタイルを示す

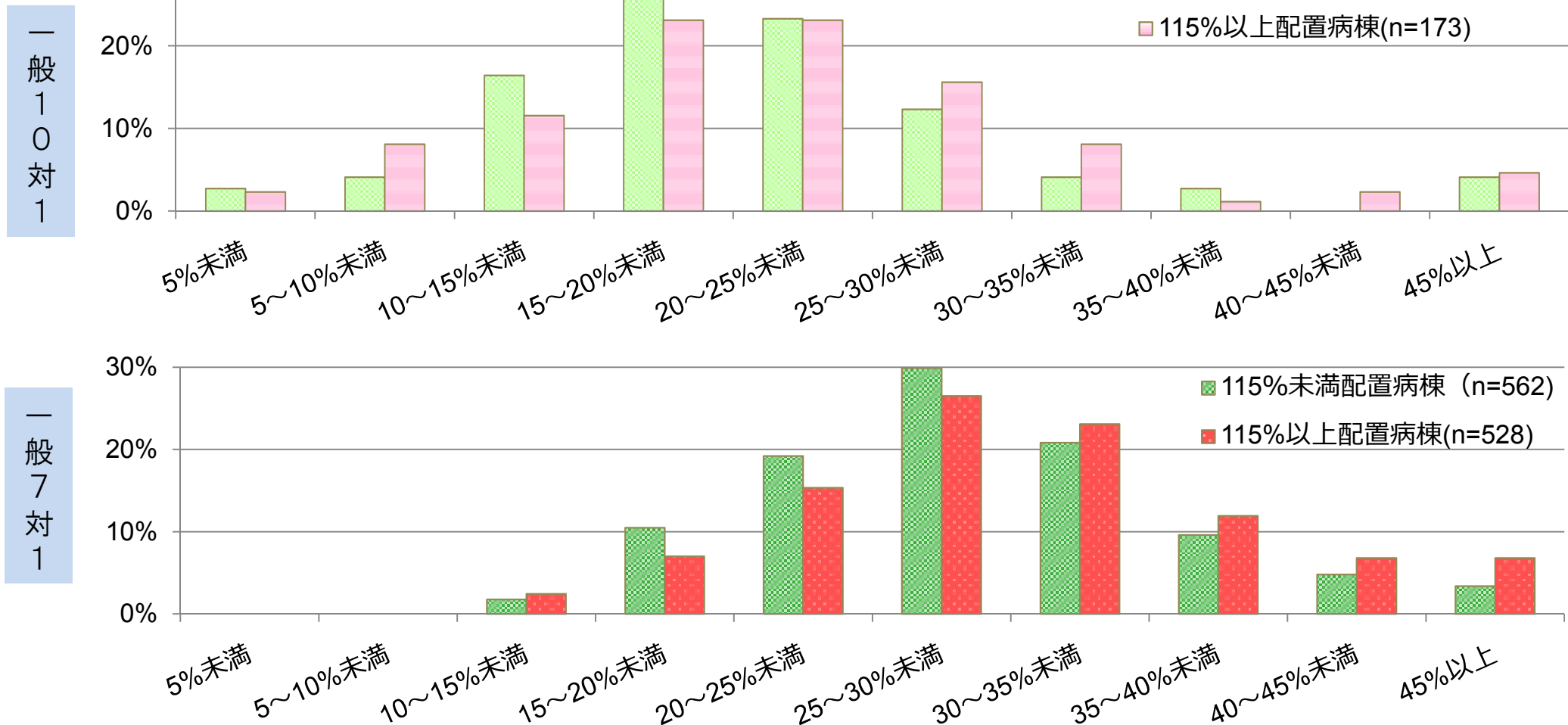
※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員配置②～重症度、医療・看護必要度(1)

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

○ 病棟の看護職員配置の状況と平均在院日数をみると、一般病棟(7対1)及び一般病棟(10対1)のどちらも職員配置の多い病棟のほうが重症度、医療・看護必要度の該当患者割合がやや高い。

＜看護職員配置別の病棟別重症度、医療・看護必要度の該当患者割合＞



※ 病床数(届出病床数に対し利用率80%と設定)に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

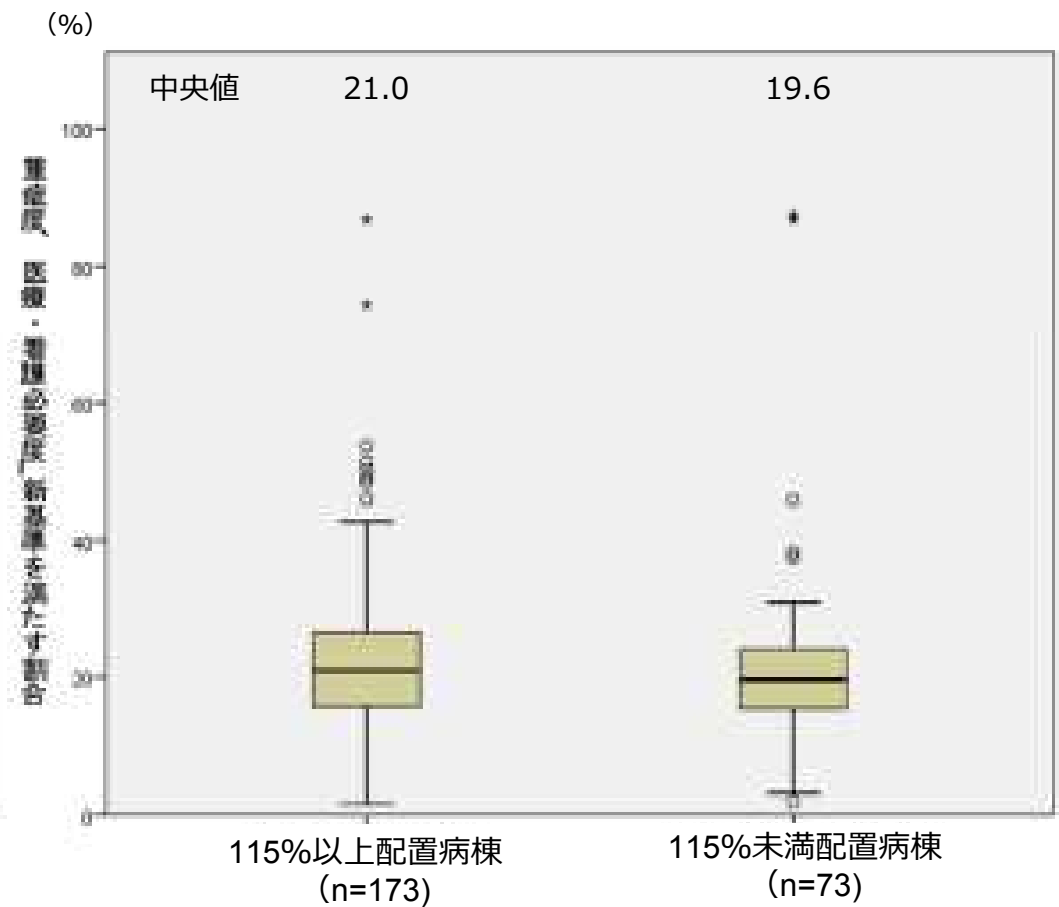
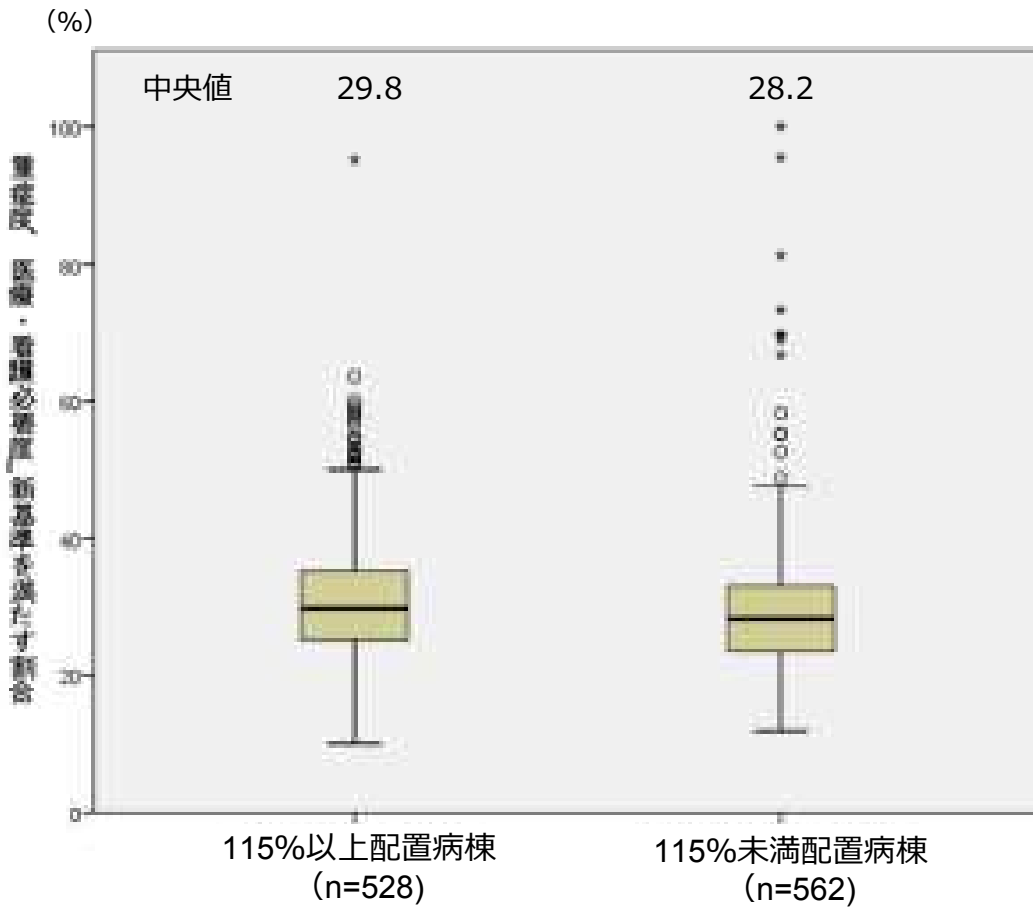
看護職員配置②～重症度、医療・看護必要度(2)

診調組 入 - 1
29.8.24

<看護職員配置別の病棟別重症度、医療・看護必要度の該当患者割合>

一般7対1

一般10対1



※ 箱ひげ図の上端は75th-センチル、下端は25th-センチルを示す

※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

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

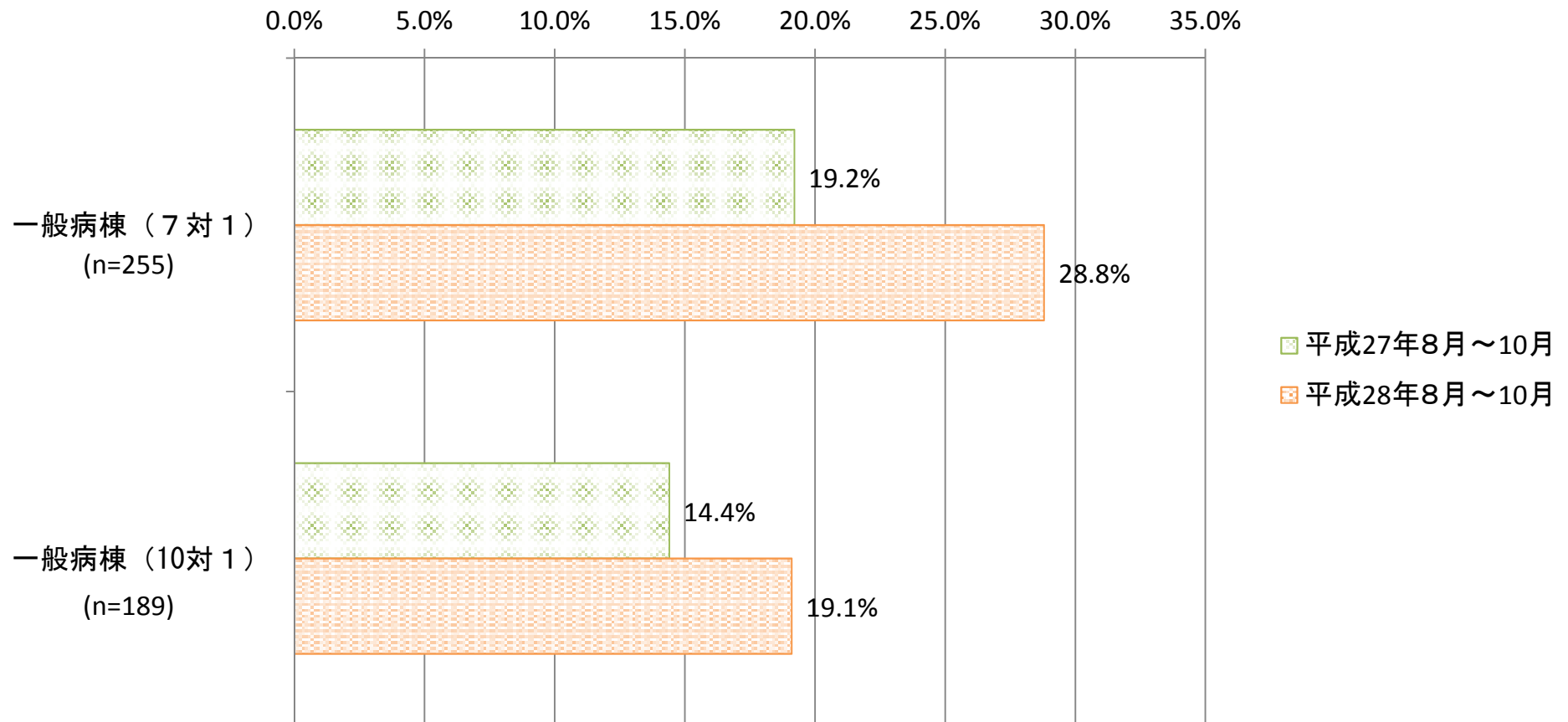
C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

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

- 平成28年8月～10月における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の平均は、一般病棟(7対1)で28.8%※、一般病棟(10対1)で19.1%※であった。
- 平成27年8月～10月と比較すると、一般病棟(7対1)では9.6ポイント、一般病棟(10対1)では4.7ポイント、平均値が上昇した。

<入院料別の該当患者割合>



※平成28年度改定でC項目の新設や判定基準の変更(A得点3点以上又はC得点1点以上が追加)等の見直しが行われているため単純な比較はできないことに留意

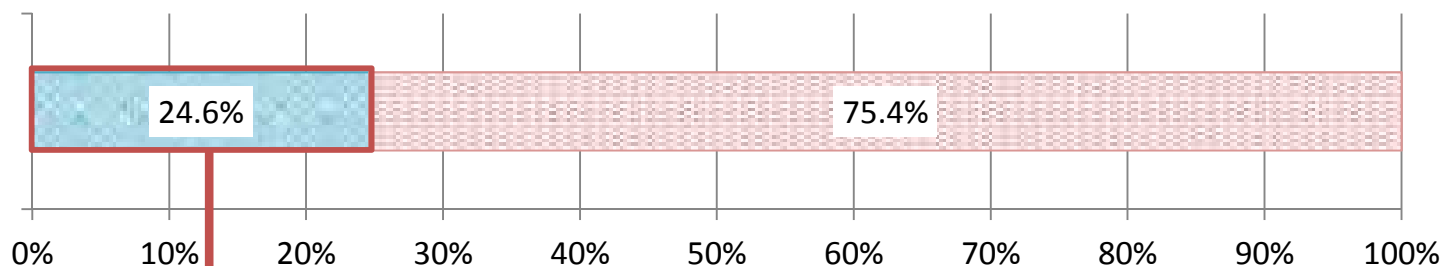
重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準の見直しの影響

診調組 入-1
29.6.21

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者24.6%のうち、改定前の基準では非該当であった患者は、6.9%であった。また、C項目に該当した患者は、4.7%であった。

該当患者割合

(n=92,364)

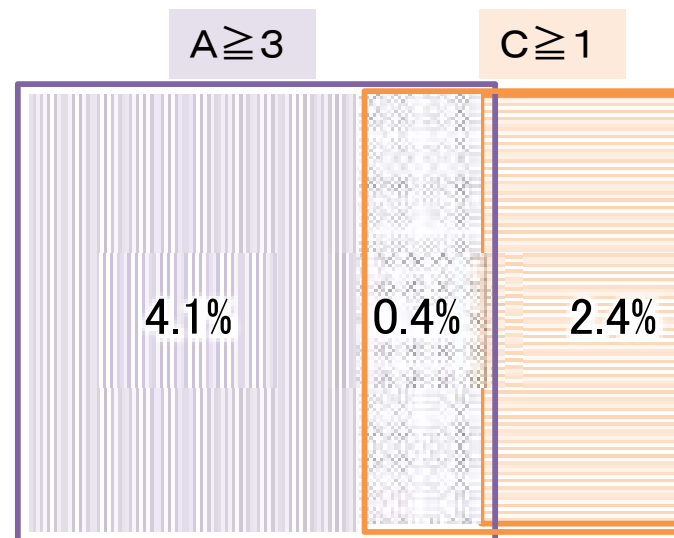


■ 重症度、医療・看護必要度該当患者
■ 重症度、医療・看護必要度非該当患者

改定前の基準 ($A \geq 2$ かつ $B \geq 3$)でも該当していた患者 17.6%

改定前の基準 ($A \geq 2$ かつ $B \geq 3$)では非該当の患者 6.9%

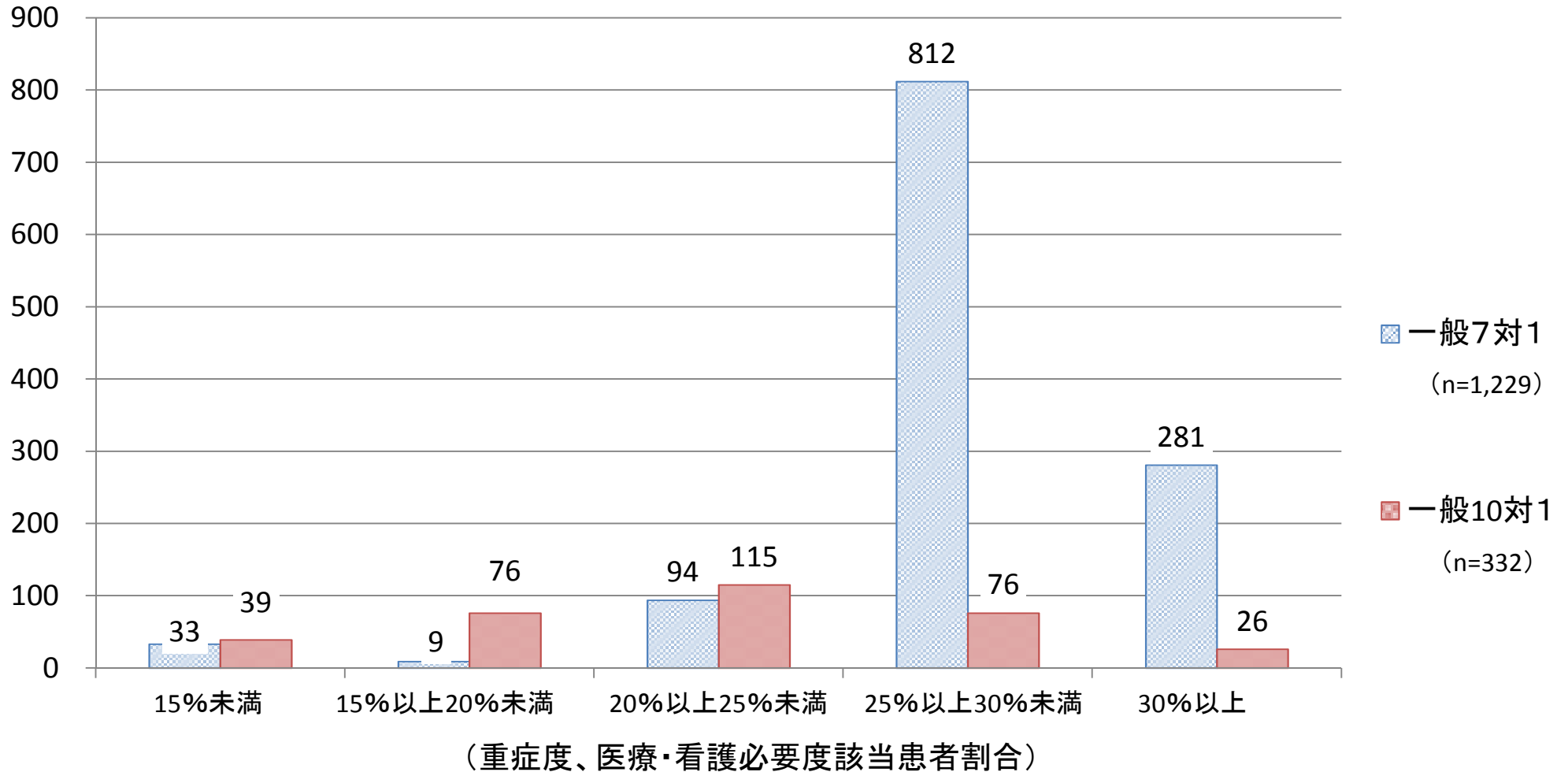
(参考): C ≥ 1 の患者: 4.7%



○ 一般病棟（7対1、10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数の分布をみると、一般病棟（10対1）でも、一般病棟（7対1）の施設基準である25%を超える医療機関が一定数存在する。

（医療機関数）

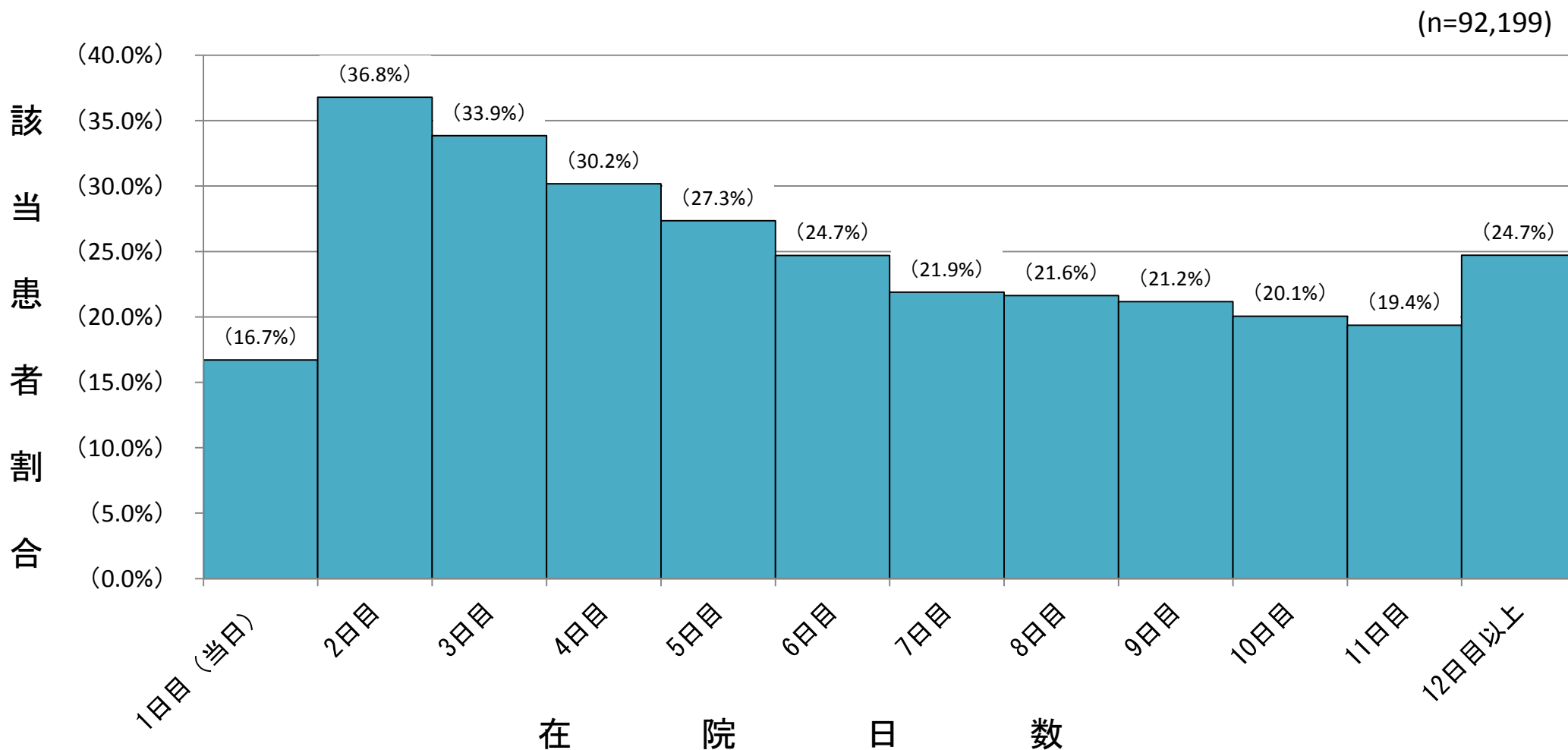
＜医療機関数ベース＞



在院日数別の重症度、医療・看護必要度の該当状況

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を在院日数別にみると、在院2日目が高くなり、その後在院11日目まで該当患者割合は減少していく。

在院日数別の重症度、医療・看護必要度該当患者割合（一般病棟7対1）

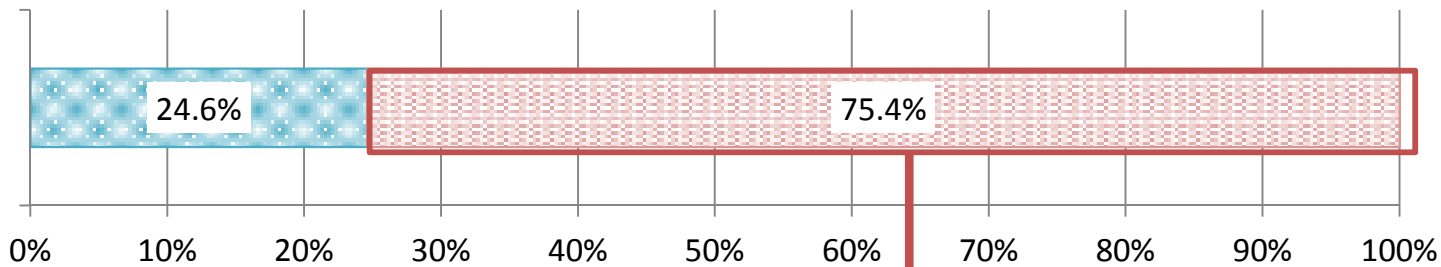


一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況①

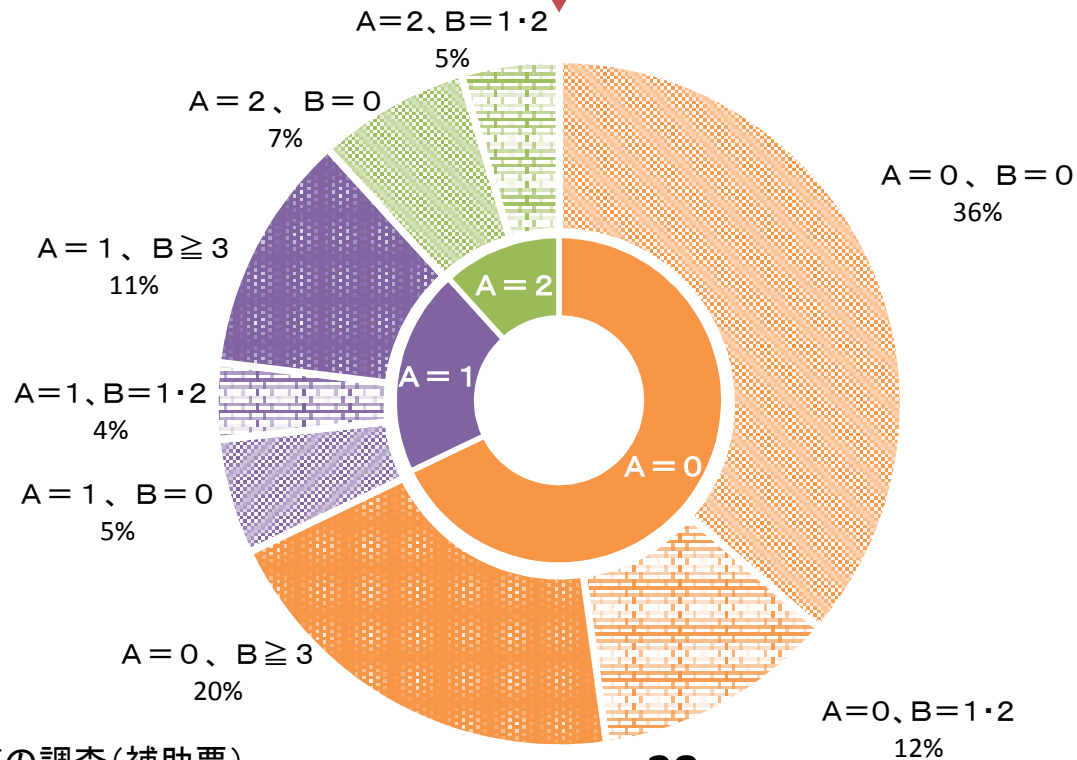
○ 一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の非該当患者の内訳をみると、A項目・B項目ともに0点の患者が非該当者の中で4割弱存在する一方で、A項目が0点でもB項目が3点以上の患者が非該当者の中で2割、また、A項目が1・2点の患者が非該当者の中で3割強存在する。

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

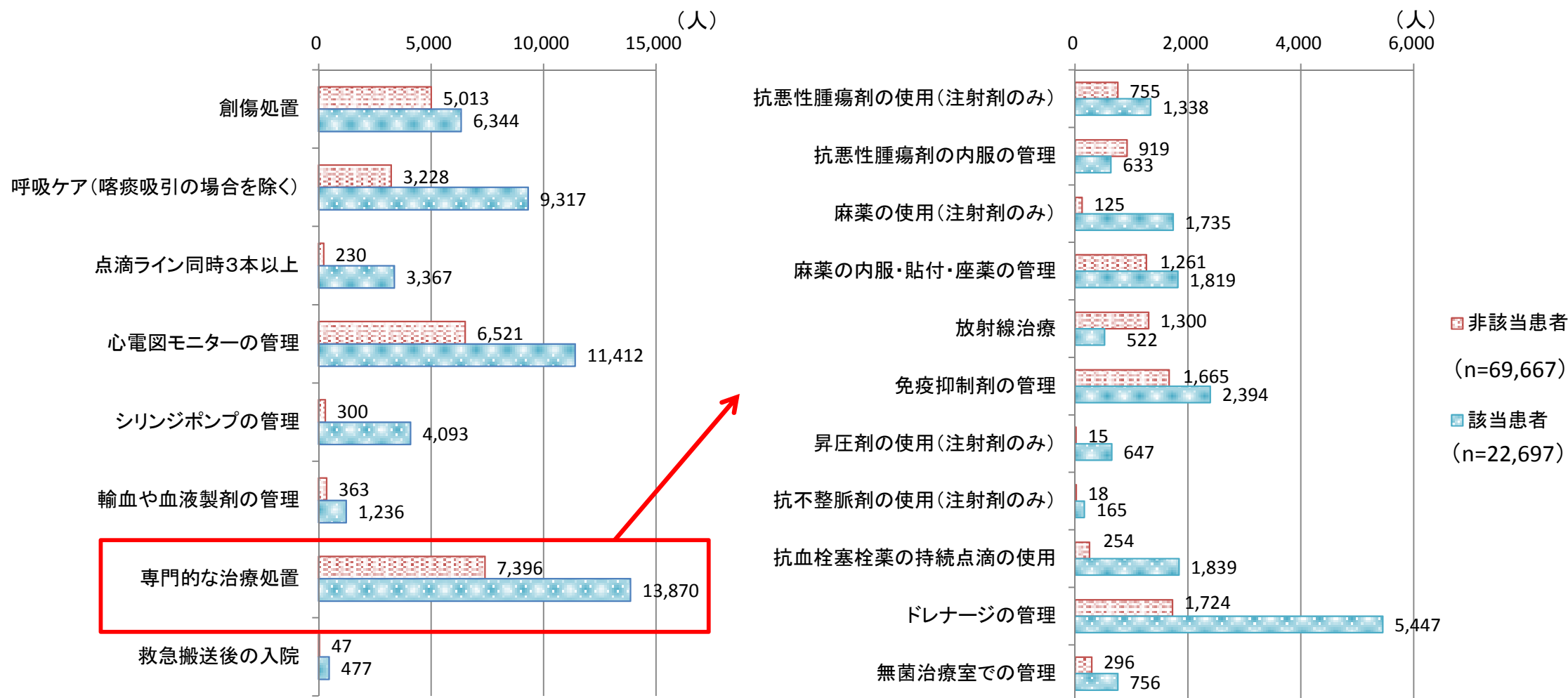


一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況④

診調組 入-1
29.9.6

○ 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)

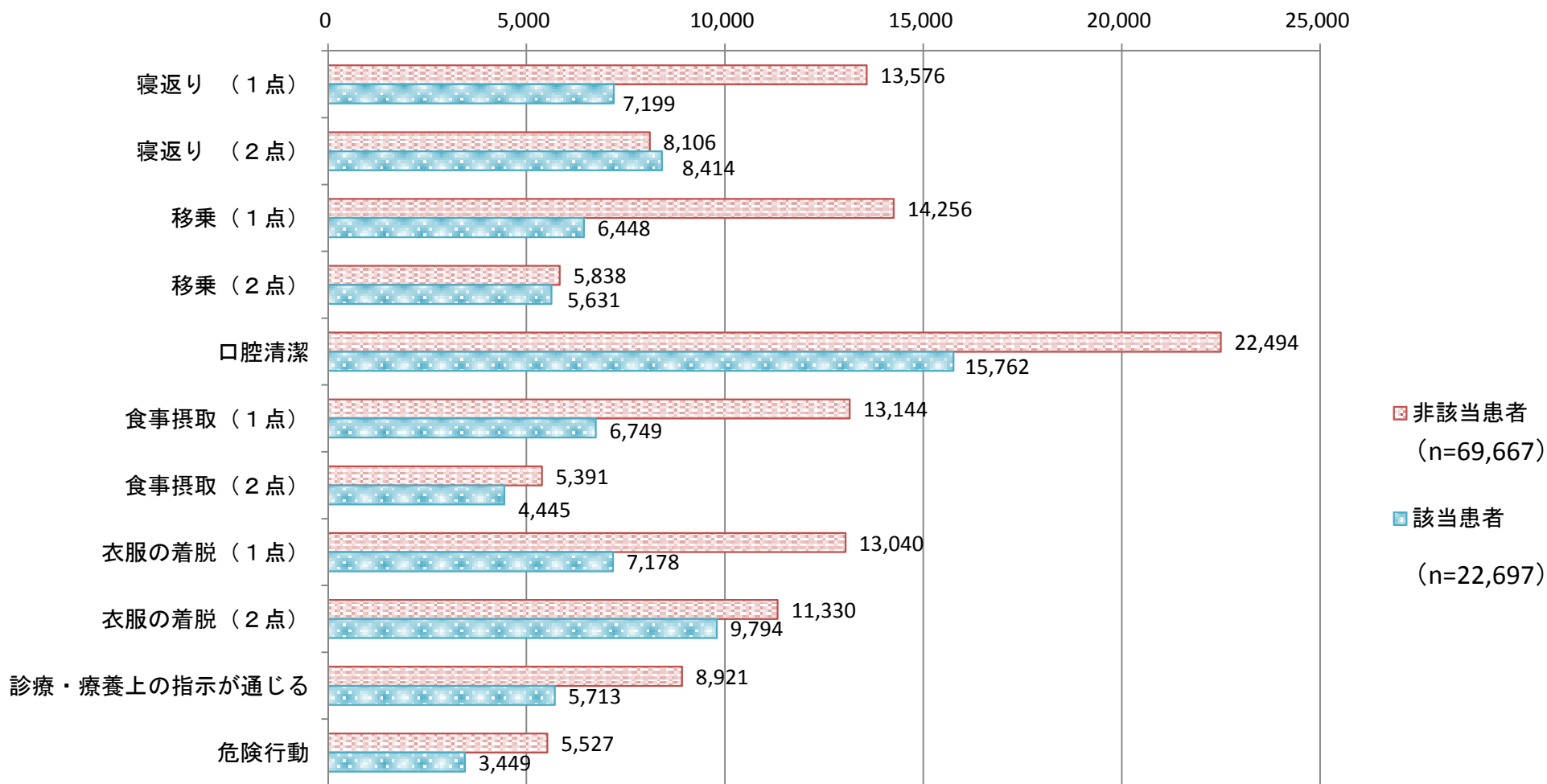


一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況⑤

診調組 入-1
29.9.6

○ 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)



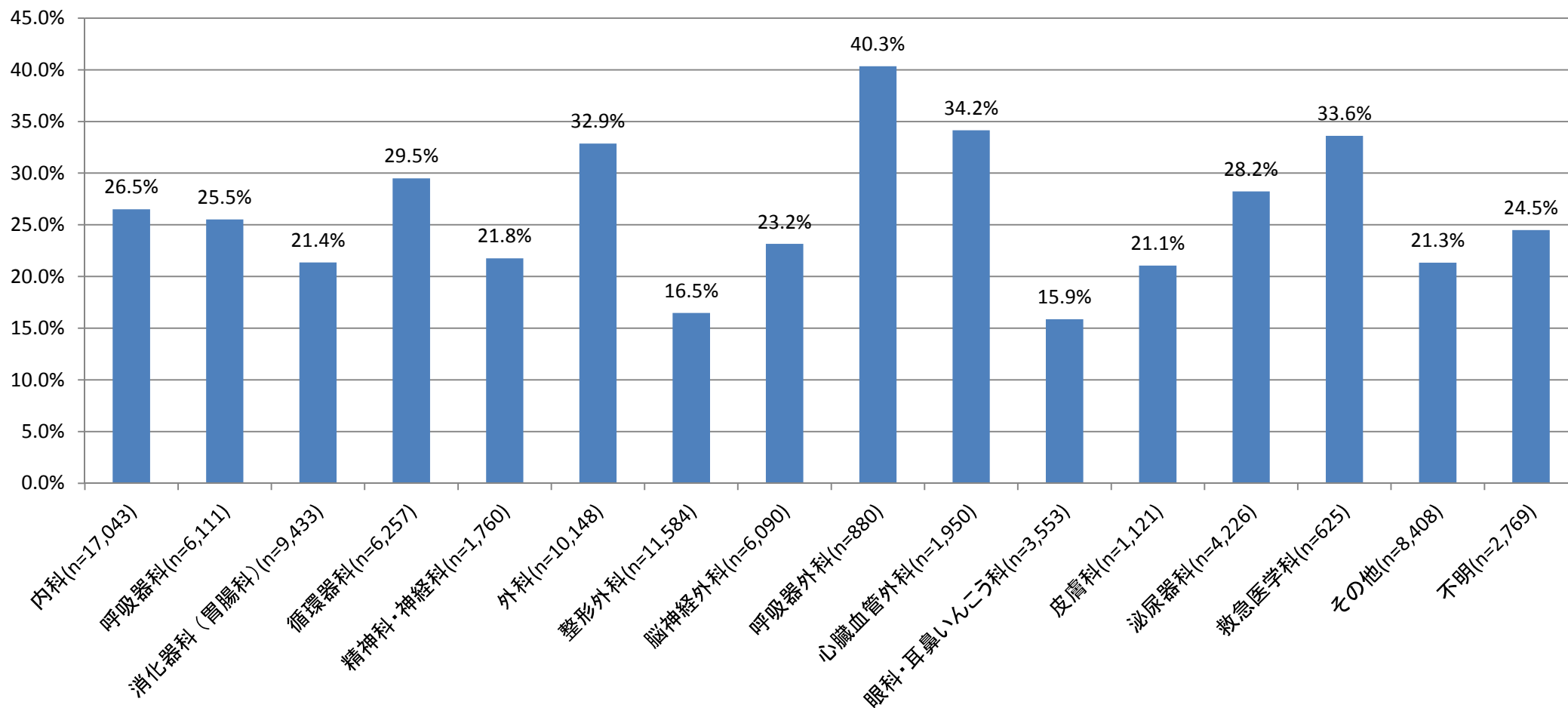
重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合

診調組 入 - 1
29.6.21(改)

○ 重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合は、「呼吸器外科」が40.3%と高く、次いで「救急医学科」、
「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合である。

＜診療科別の該当患者割合(一般病棟7対1)＞

(n=92,364)



※ 「その他」の回答...膠原病科、リウマチ科、糖尿病科、
内分泌内科、麻酔科、緩和ケア科等

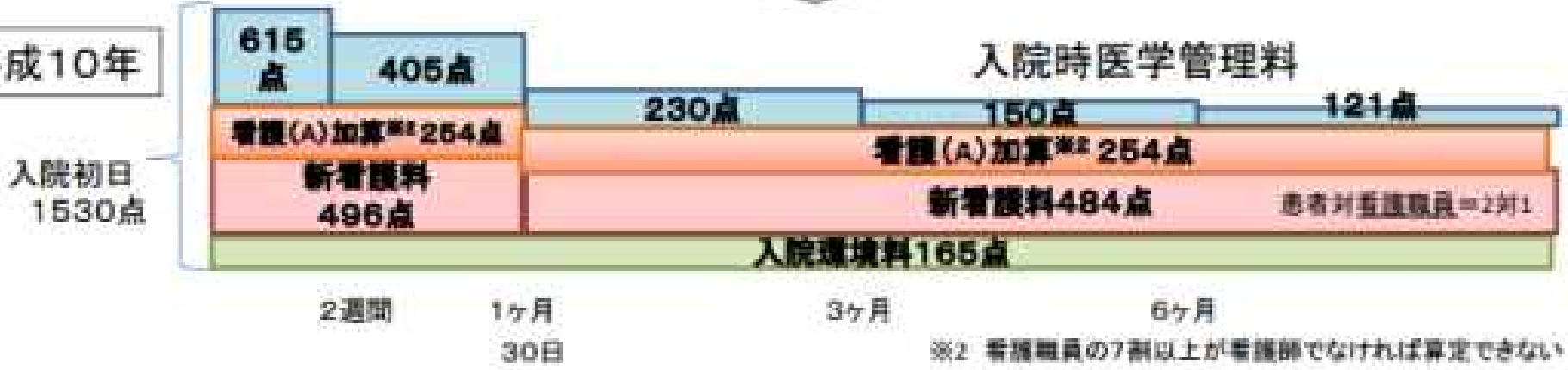
入院基本料の変遷②

中医協 診-1
24.8.22

昭和58年
(甲表)



平成10年



平成12年



現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1
入院基本料	1,591点	1,332点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点	
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点	
		看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>7又はその端数を増すごとに1以上</u>	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>10又はその端数を増すごとに1以上</u>
	最小必要数の7割以上が看護師	
平均在院日数	<u>18日以内</u>	<u>21日以内</u>
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が <u>2割5分以上</u> (許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)	<u>継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u>
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上	
在宅復帰率	<u>8割以上</u>	34

重症度、医療・看護必要度に係る経緯

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」

重症度、医療・看護必要度～A項目

A項目 治療等のモニタリング、処置、入院時の状況等について、実施や管理したことを測定

平成20年：導入
9項目（うち、「専門的な治療・処置」は7種類）



平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）
→7項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」は10種類）



平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加
→8項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」11種類）

	A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
行為の実施	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	心電図モニターとの管理	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	—
行為の実施及び管理	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、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
入院受入(実施)	8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

重症度、医療・看護必要度～B項目、C項目

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入
7項目



平成28年：他の項目と類似する2項目を削除し、認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目を追加
→7項目

		B 患者の状況等	0点	1点	2点
患者の 状態	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
介助の 必要性	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
患者の 状態	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項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

平成28年：導入
A項目では評価されない医療の必要性の高い項目を創設
→7項目（うち、「救命等に係る内科的治療」は3種類）

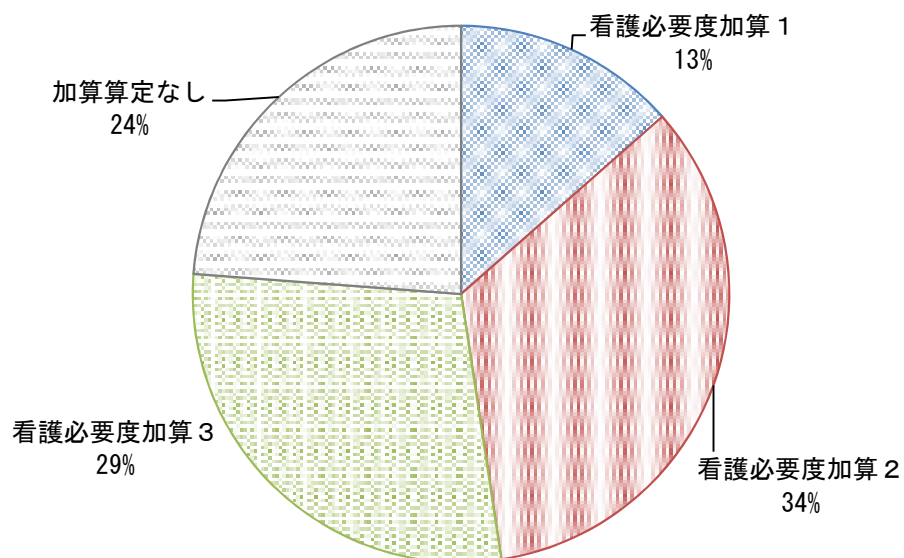
		C 手術等の医学的状況	0点	1点
手術	16	開頭手術（7日間）	なし	あり
	17	開胸手術（7日間）	なし	あり
	18	開腹手術（5日間）	なし	あり
	19	骨の手術（5日間）	なし	あり
	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
内科的 治療	22	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり

一般病棟(10対1)の加算による評価について

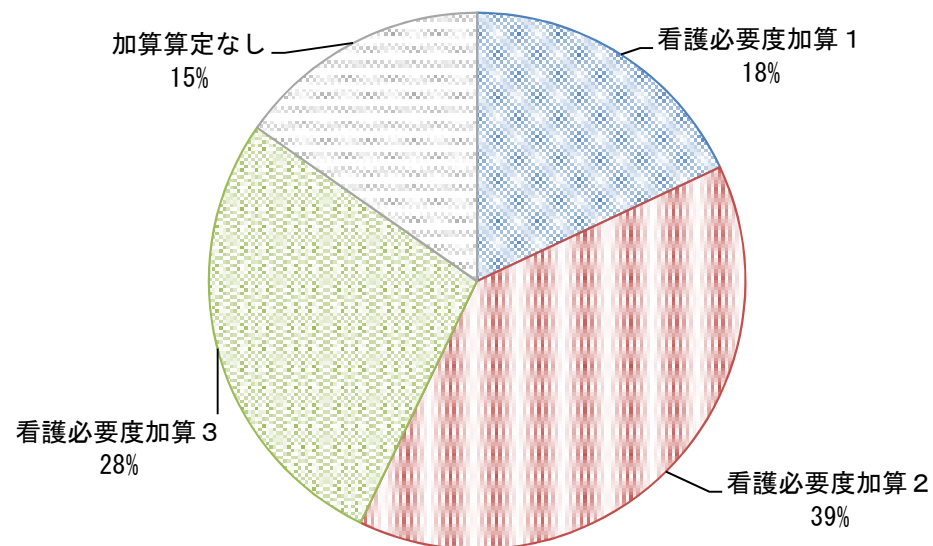
【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

届出医療機関数(n=2,216)



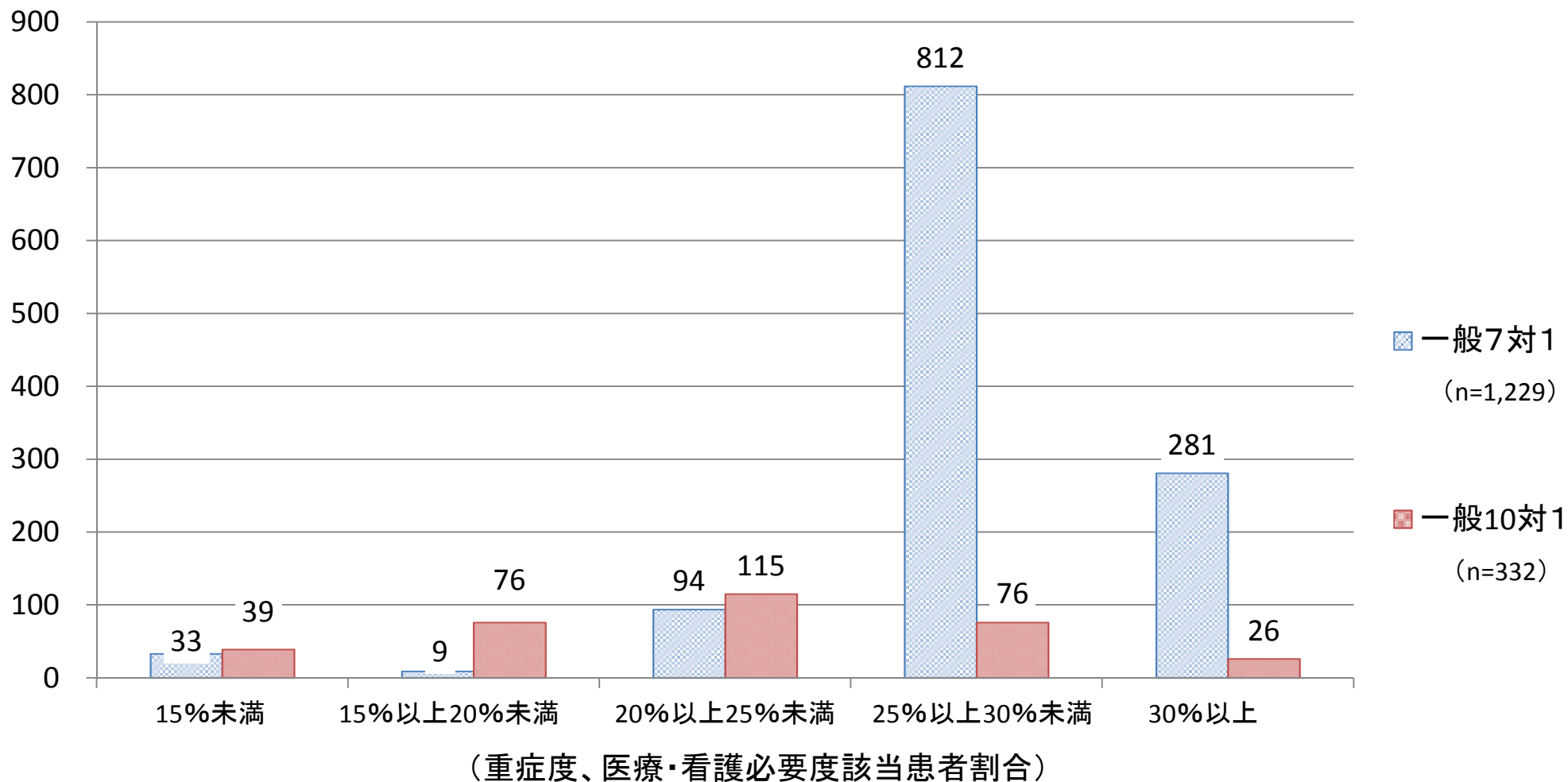
届出病床数(n=169,733)



- 一般病棟（7対1、10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数の分布をみると、一般病棟（10対1）でも、一般病棟（7対1）の施設基準である25%を超える医療機関が一定数存在する。

(医療機関数)

<医療機関数ベース>



(重症度、医療・看護必要度該当患者割合)

評価指標に係る基本的な考え方(案)

【指標の性質】

- 入院医療における評価は、患者の状態に着目した患者単位の評価と、病棟(病院)の診療機能に着目した病棟(病院)単位の評価があり、それらを適切に組合せて評価を行うことが重要。
- 患者の状態に着目した評価では、状態に応じて医療ニーズも変化することに留意しつつ、患者単位の評価と病棟単位の評価と、それぞれの目的に応じた基準を検討すべきではないか。
また、病棟単位での評価では、診療科などでの患者特性の相違があることやその標準化などにも配慮すべきではないか。
- 病棟(病院)の診療機能に着目した評価では、個々の患者ではなく、病棟(病院)における総合的な体制や取組をみるものであるため、入院基本料の届出基準などでの基準を検討すべきではないか。

【評価手法】

- 評価に用いる指標は、測定方法が簡便であること、客観性が確保されていること等が、望ましいのではないか。
- 診療内容の改善に活用する観点からは、指標が何を意味するものかがわかりやすいことが望ましいのではないか。

【検討手法】

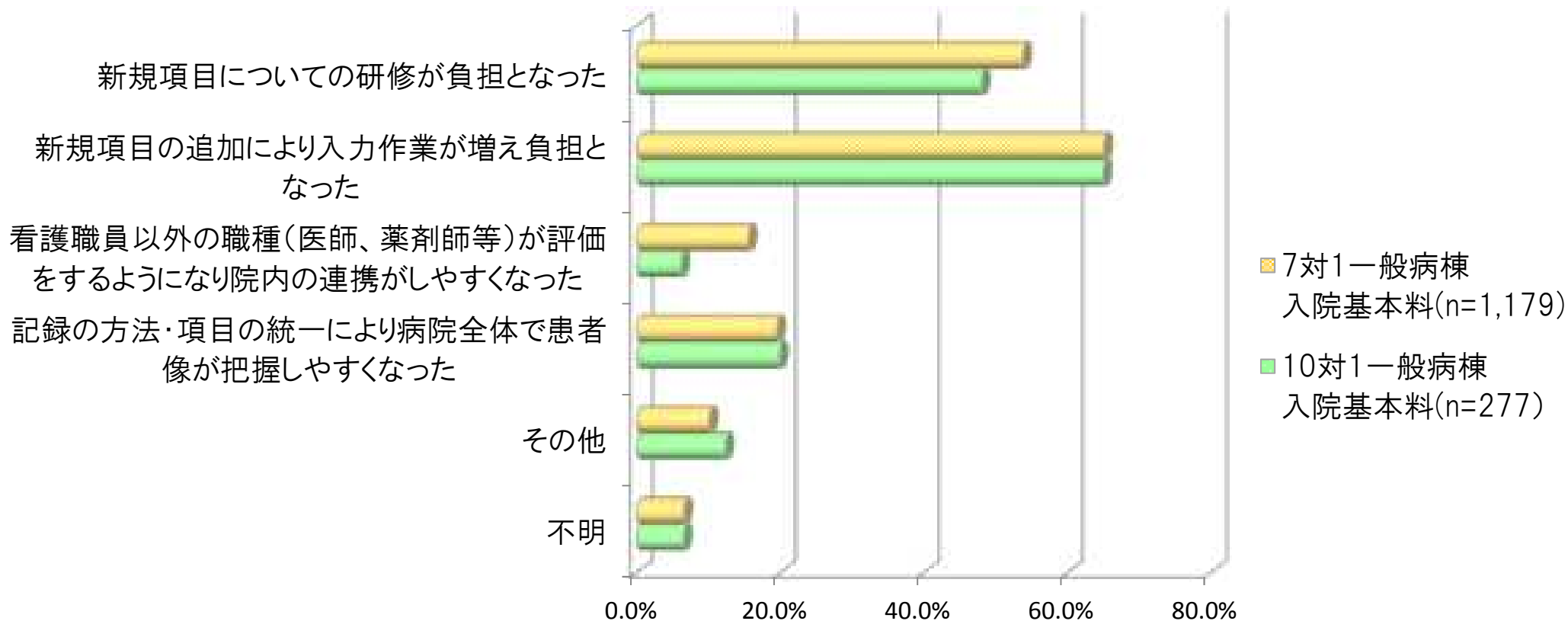
- 指標が適切な評価につながっているかどうか、設定している基準と、各指標が着目している項目(患者の状態、診療機能、医療の内容等)とでの相関関係や分布などについて分析を行うべきではないか。

重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

- 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

＜重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響＞



データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(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) ※外来は任意	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。

(参考)感度、特異度、ファイ係数について

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

		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

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

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

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

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
	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
	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ドレーナージの管理	J002 ドレーン法(ドレーナージ)	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

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

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 イア 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 イア 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

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

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 2 0 2 1 2 2	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
	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
	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
	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	

< 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、スクウィーミ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)

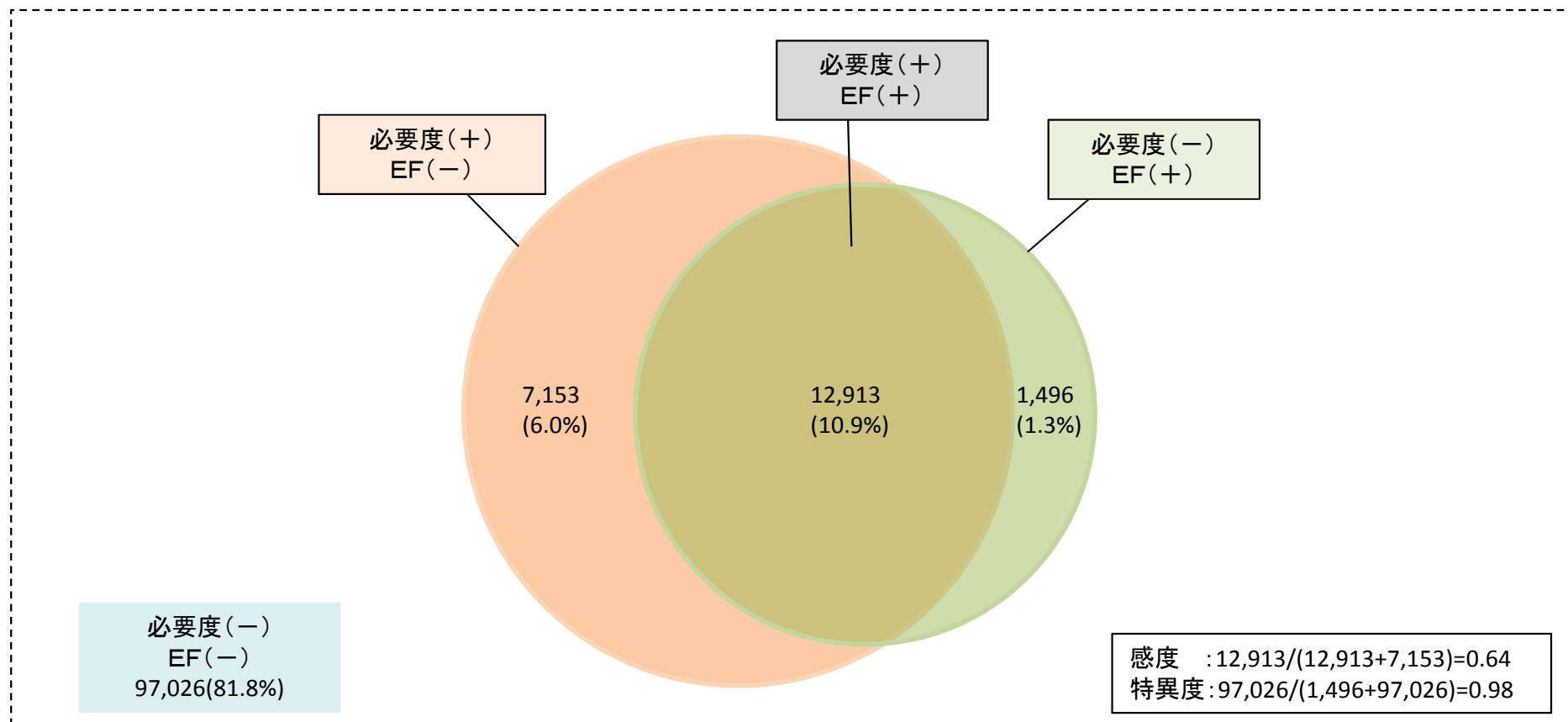
(1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

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)

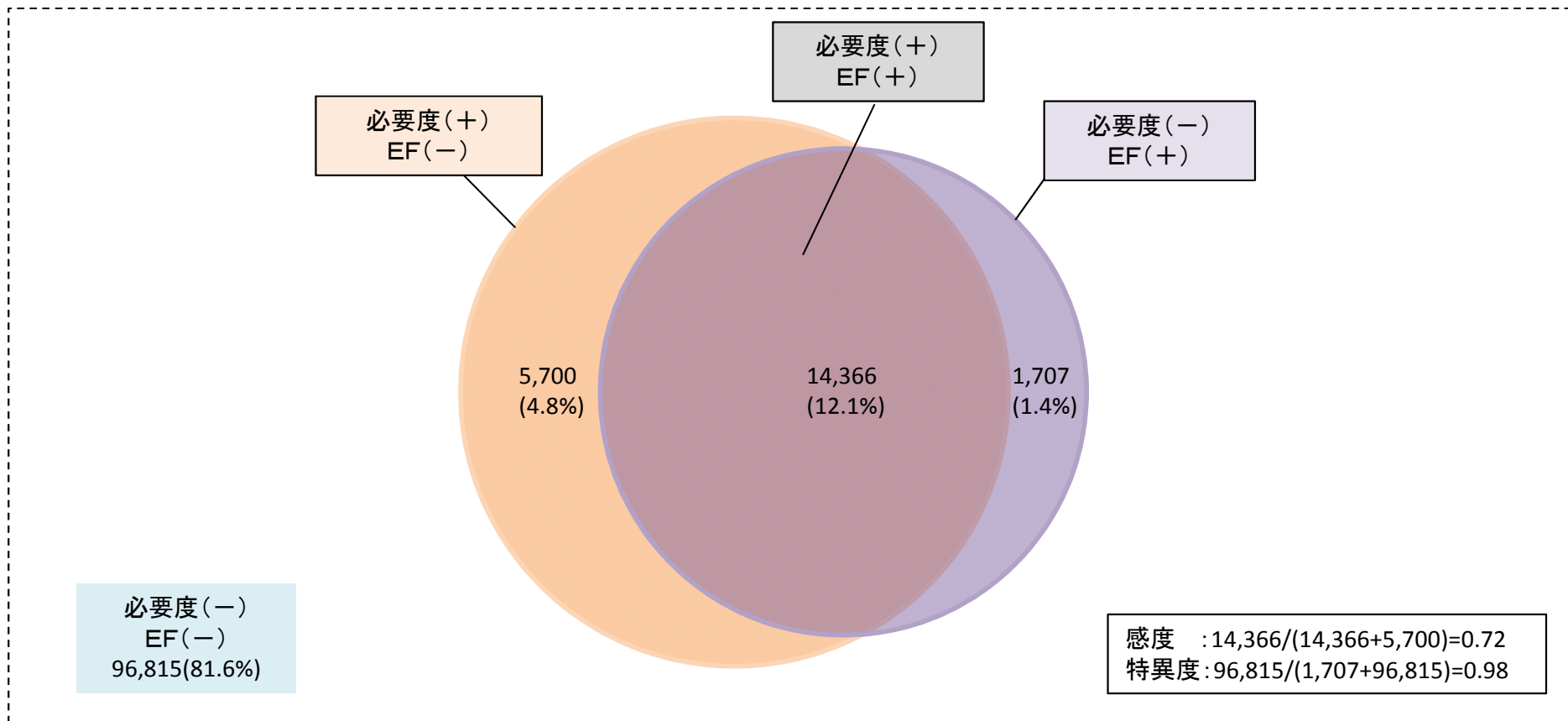
重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入	15.9%	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72	118,588



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)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

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)

診調組 入 - 1
29.9.6(改)

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区分で分析してはどうか。

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

診調組 入 - 1
29.9.6 (改)

< 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日分と設定して分析してはどうか。

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	要介護
着脱	2	1 脱いだり、ボタンを留めたりなどで介助を必要とする	0	1
移乗	3	2 階段の手助け可能	1 階段バランス困難	0
食事	1	0 高座の介助を必要とするが、届いていない	0	1
歩行	1 杖/柵/杖/ついで杖あり	0	0	1
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	1
入浴	1	0	0	1
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	1
		1 歩かず自立		
階段	3	2	0	1
更衣	3	2	0	1
排泄管理	3	1 時々失禁	0 失禁	1
摂食管理	3	1 時々失禁	0 失禁	1



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、今回の分析では、HファイルのB項目を活用することとしてはどうか。

- 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分析を行うこととしてどうか。

<分析方法>

- 使用するデータ
平成28年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、
(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」) / 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上記の分析による該当患者割合の分布を比較してはどうか。

平均在院日数の要件の変遷

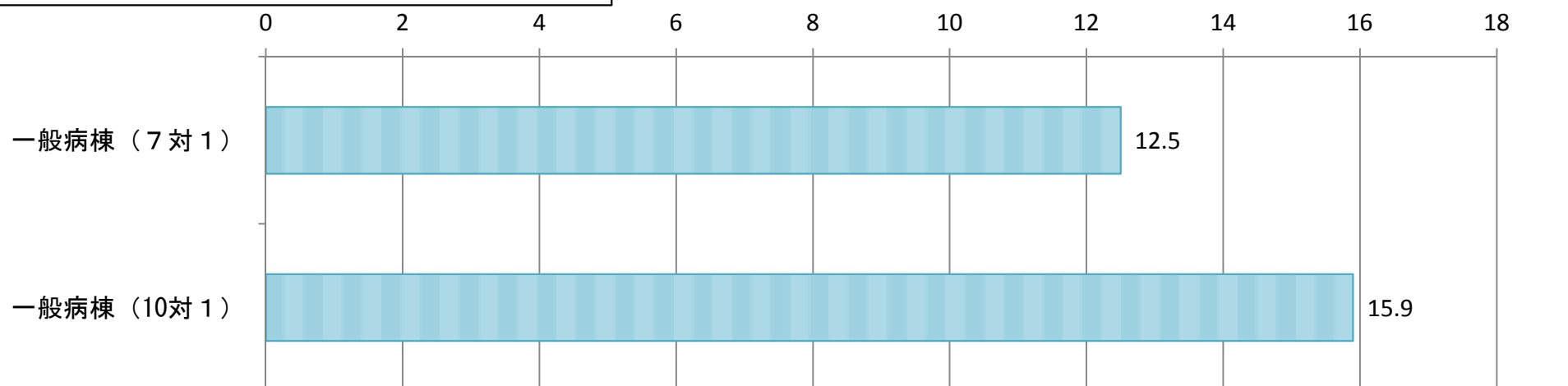
【平均在院日数要件】

入院から退院までの一連の治療のプロセスにおける、医療機関の早期退院の取り組み・能力を評価

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
平成12年度～	25日以内	
平成14年度～	21日以内	
平成18年度～	19日以内	21日以内
平成24年度～	18日以内	

※ 平成18年以前は、一般病棟入院基本料のI群入院基本料1の施設基準

(参考)平成28年度入院医療等の調査結果



出典：平成28年度入院医療等の調査(施設票)

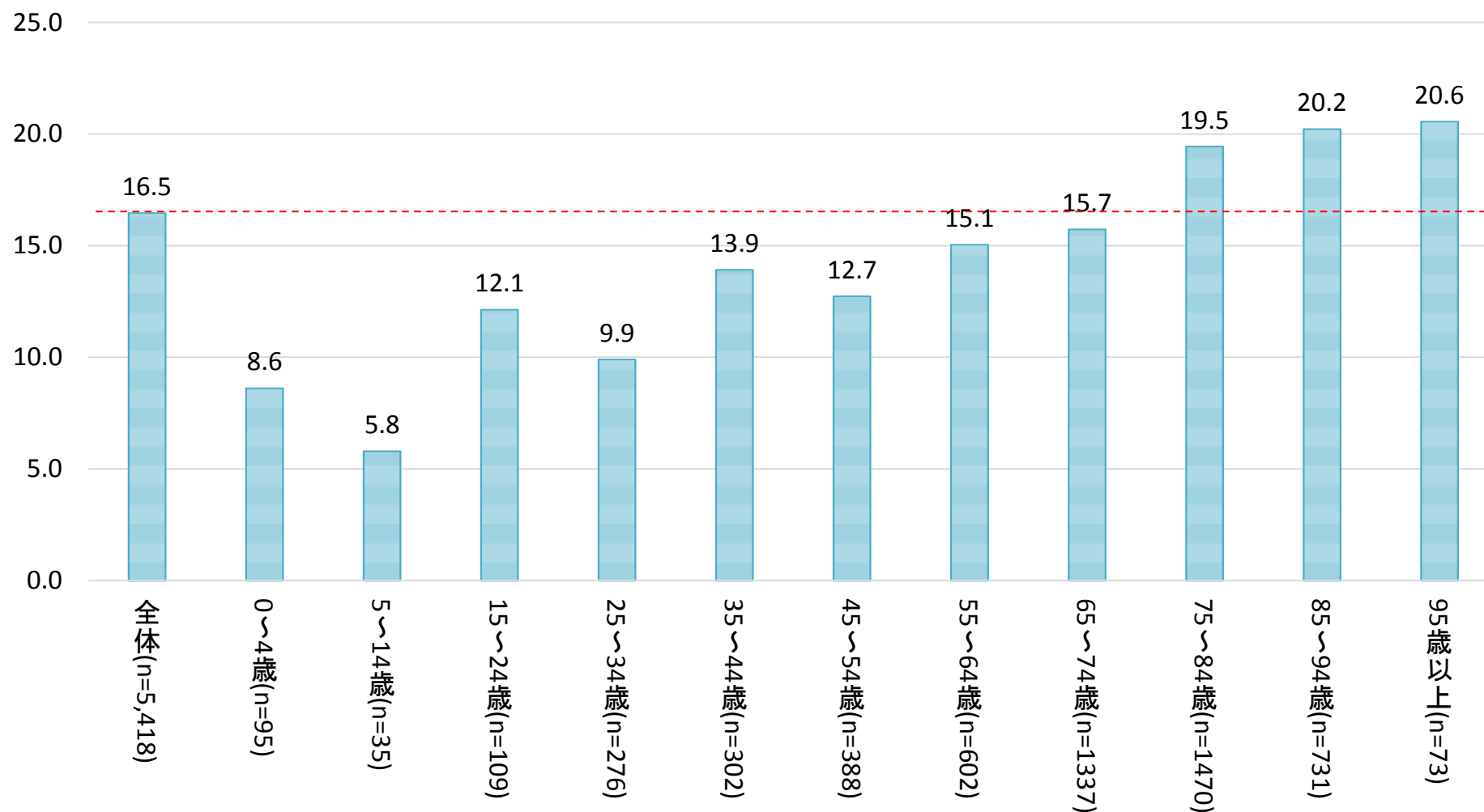
年齢階級別の平均在院日数

診調組 入 - 1
29.7.21

- 平均在院日数を年齢階級別にみると、75歳以上の区分は、全体の平均より上回っている。

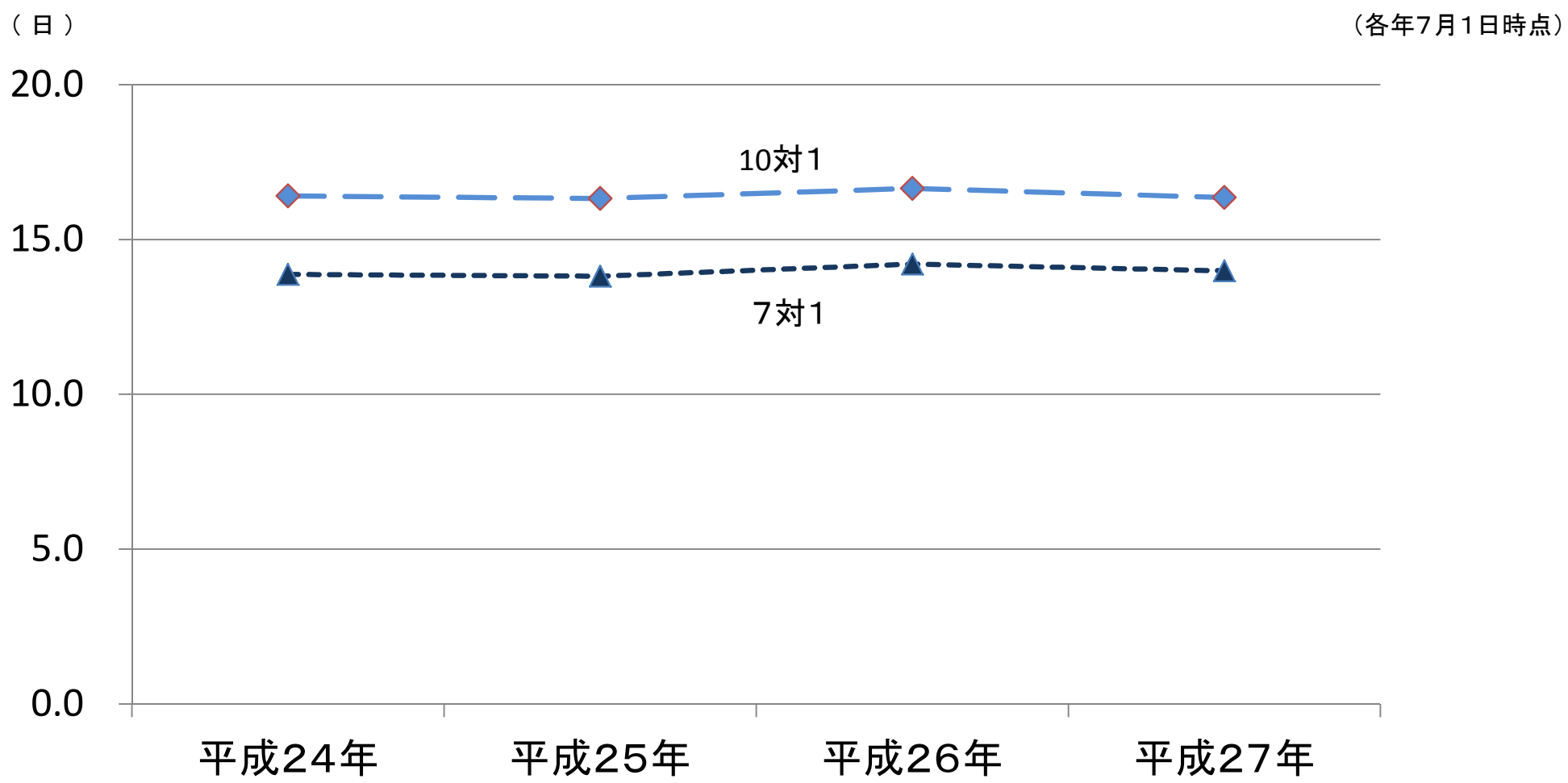
<年齢階級別の平均在院日数(一般病棟7対1)>

(日)



一般病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、10対1に比べ、7対1が短い。また、近年の推移はほぼ横ばい。

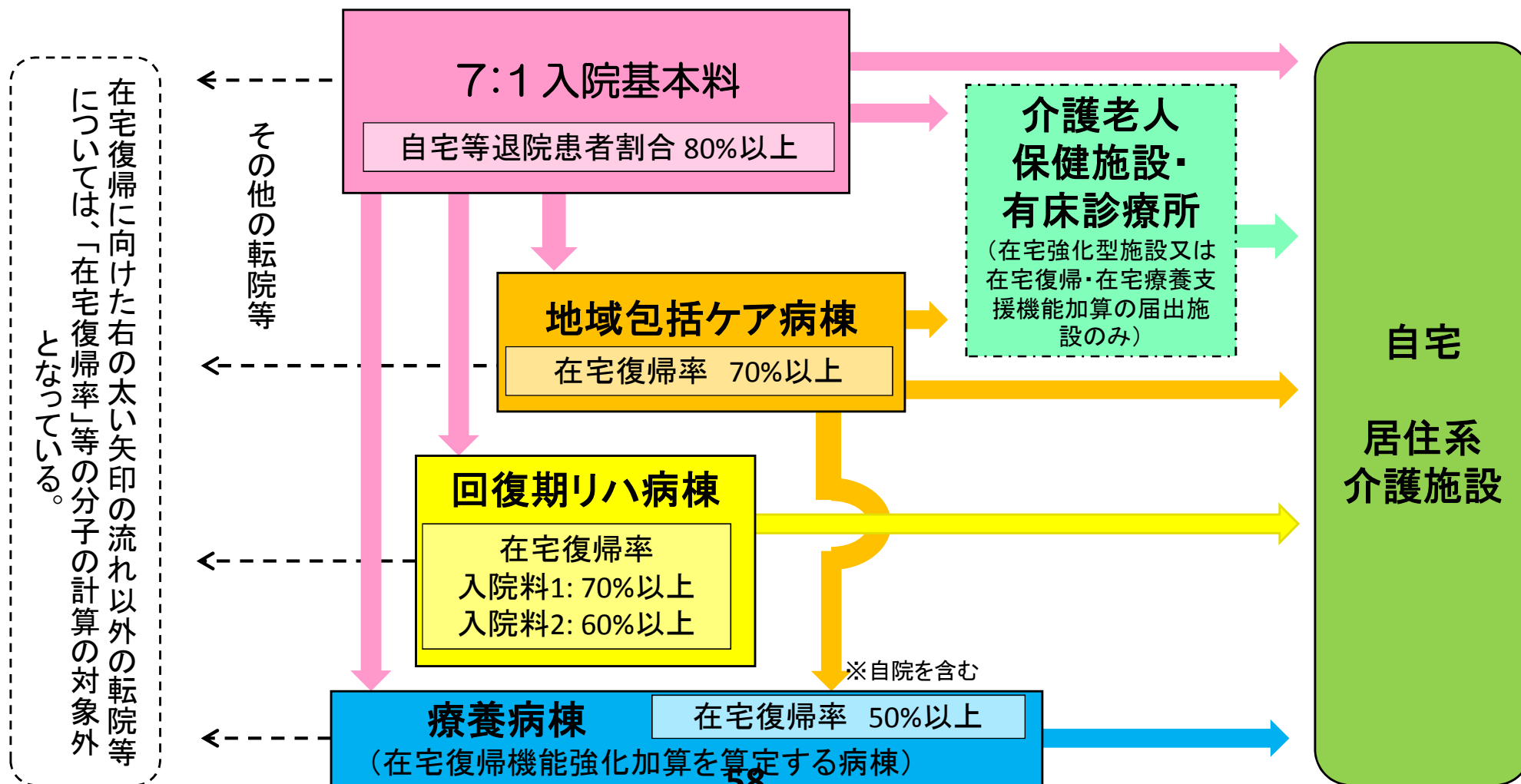


※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

「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。

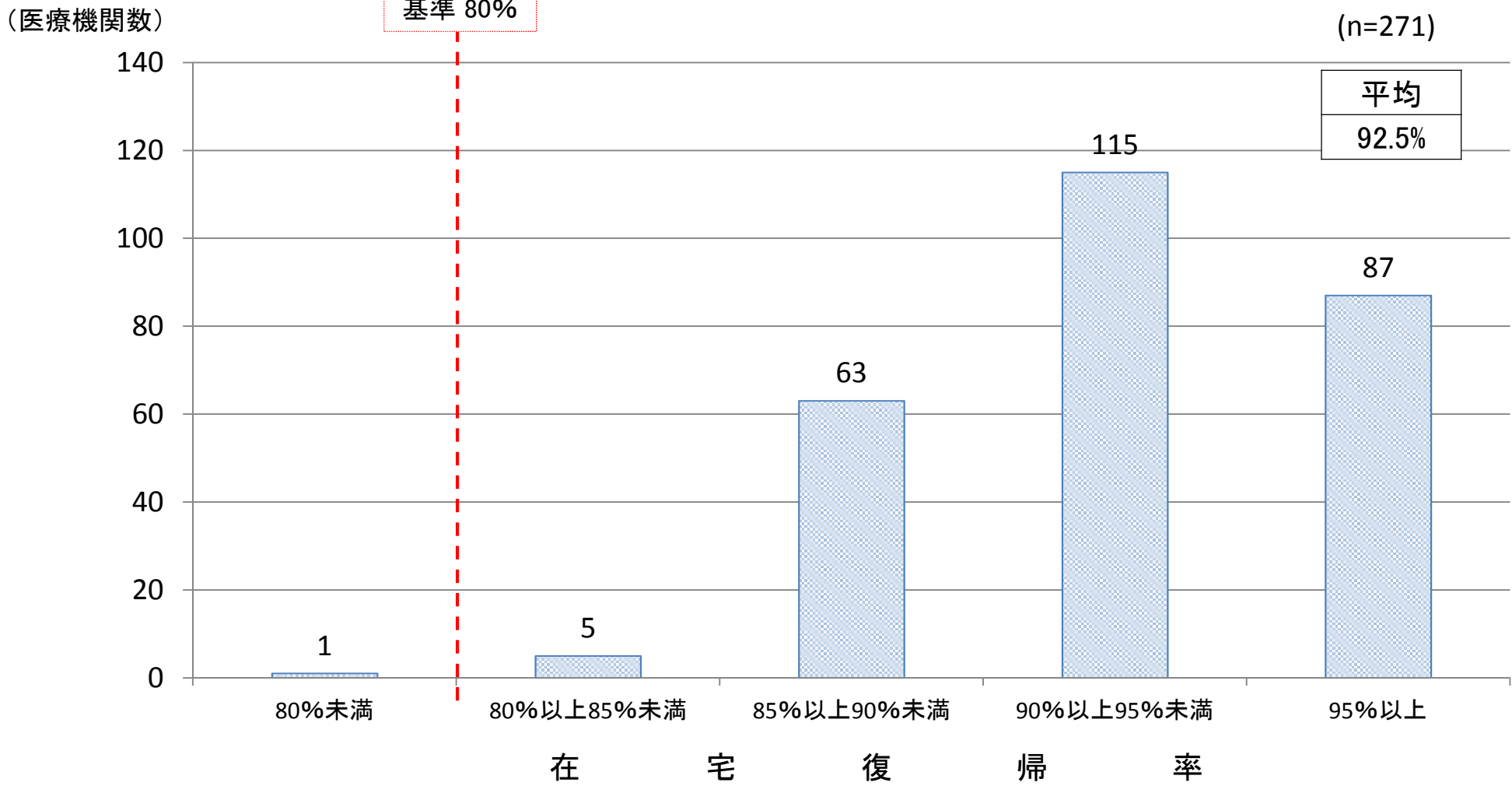


一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.21

○ 一般病棟(7対1)の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が90%を超える医療機関が全体のおよそ7割5分を占めた。

<在宅復帰率の医療機関分布>

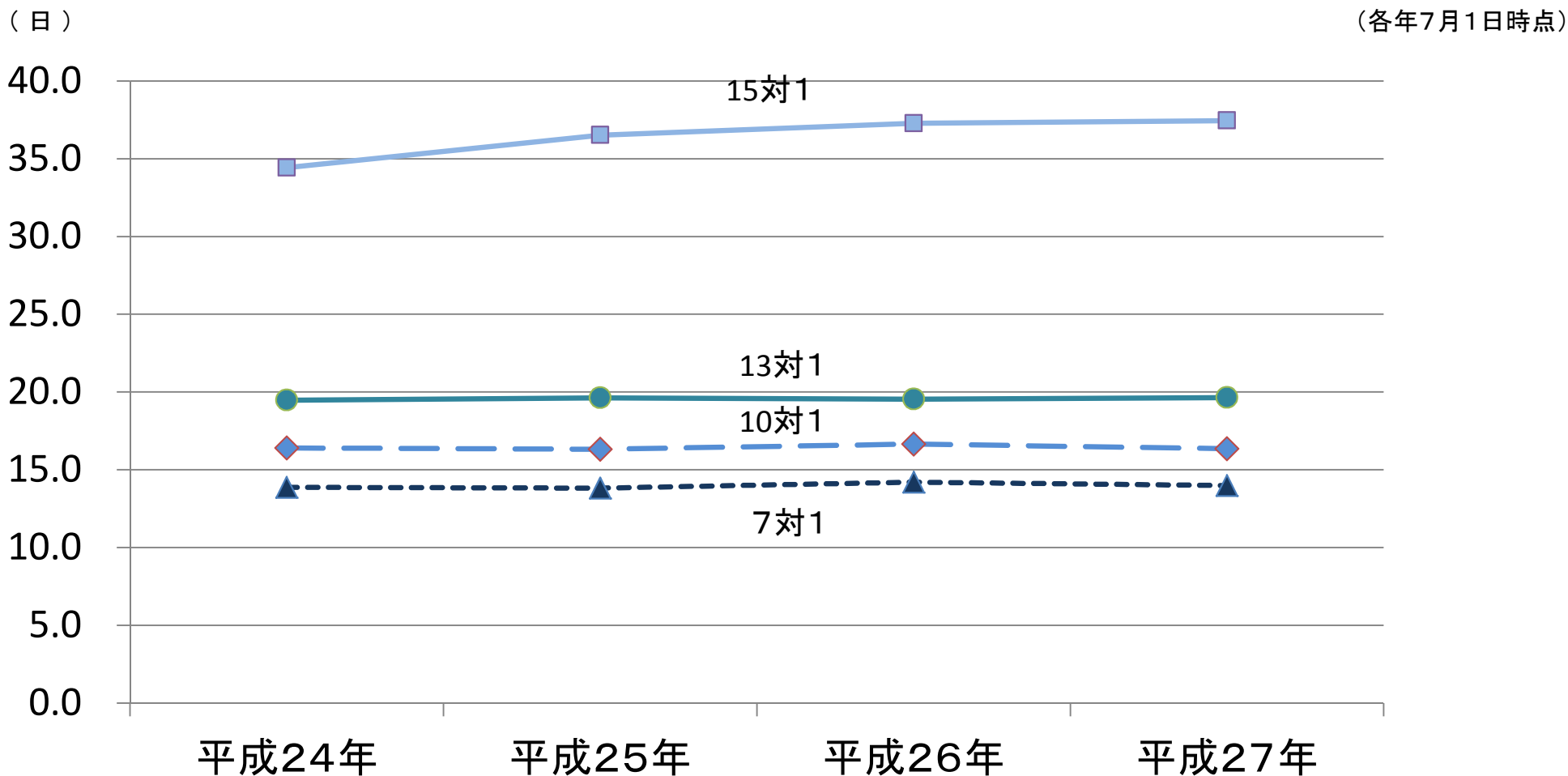


出典:平成28年度入院医療等の調査(施設票)

一般病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

中医協 総 - 6
29.3.15

○平均在院日数は、7対1入院基本料が最も短い。15対1入院基本料以外の平均在院日数は、近年、横ばい。

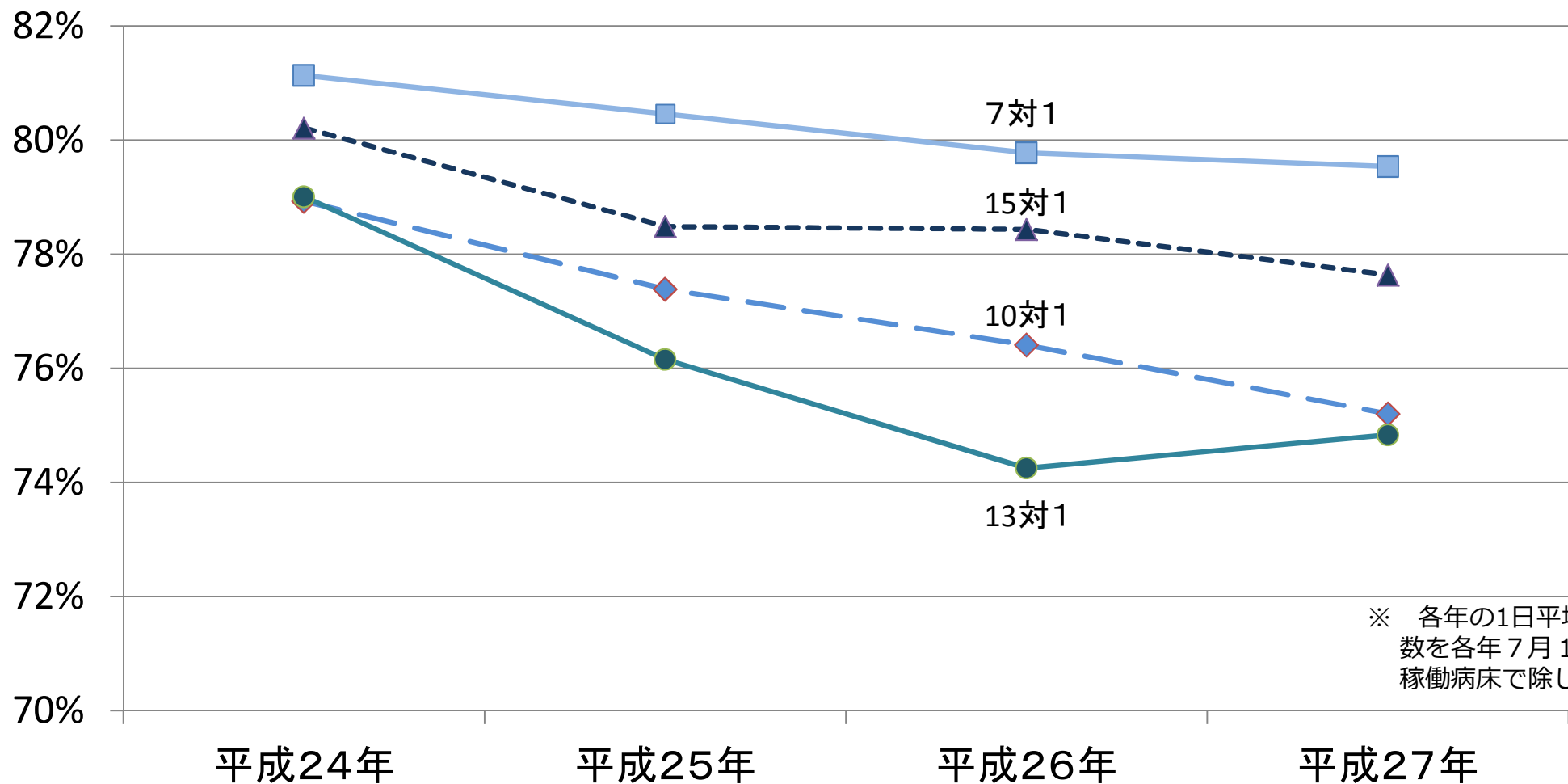


※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

一般病棟入院基本料区分別 稼働率の推移

中医協 総 - 6
29.3.15

○病床稼働率は、7対1入院基本料が最も高いが、近年、7対1入院基本料、10対1入院基本料、15対1入院基本料の病床稼働率は、低下傾向。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したもの

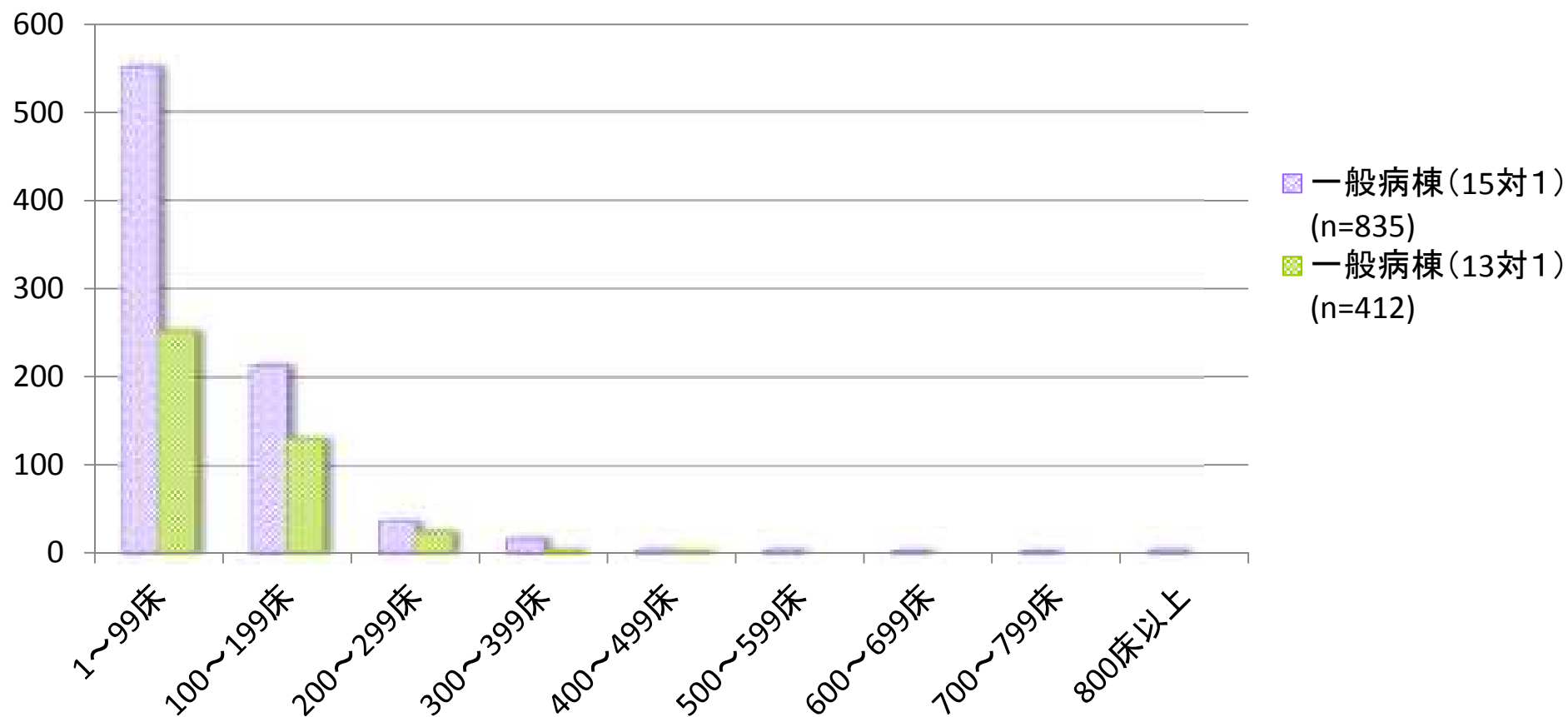
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

一般病棟13対1・15対1入院基本料届出医療機関の病床規模別

診調組 入-1
29. 7. 21(改)

○ 一般病棟13対1及び15対1の病棟を有している医療機関の病床規模は、両区分とも概ね300床未満であり、特に、100床未満の医療機関がほとんどである。

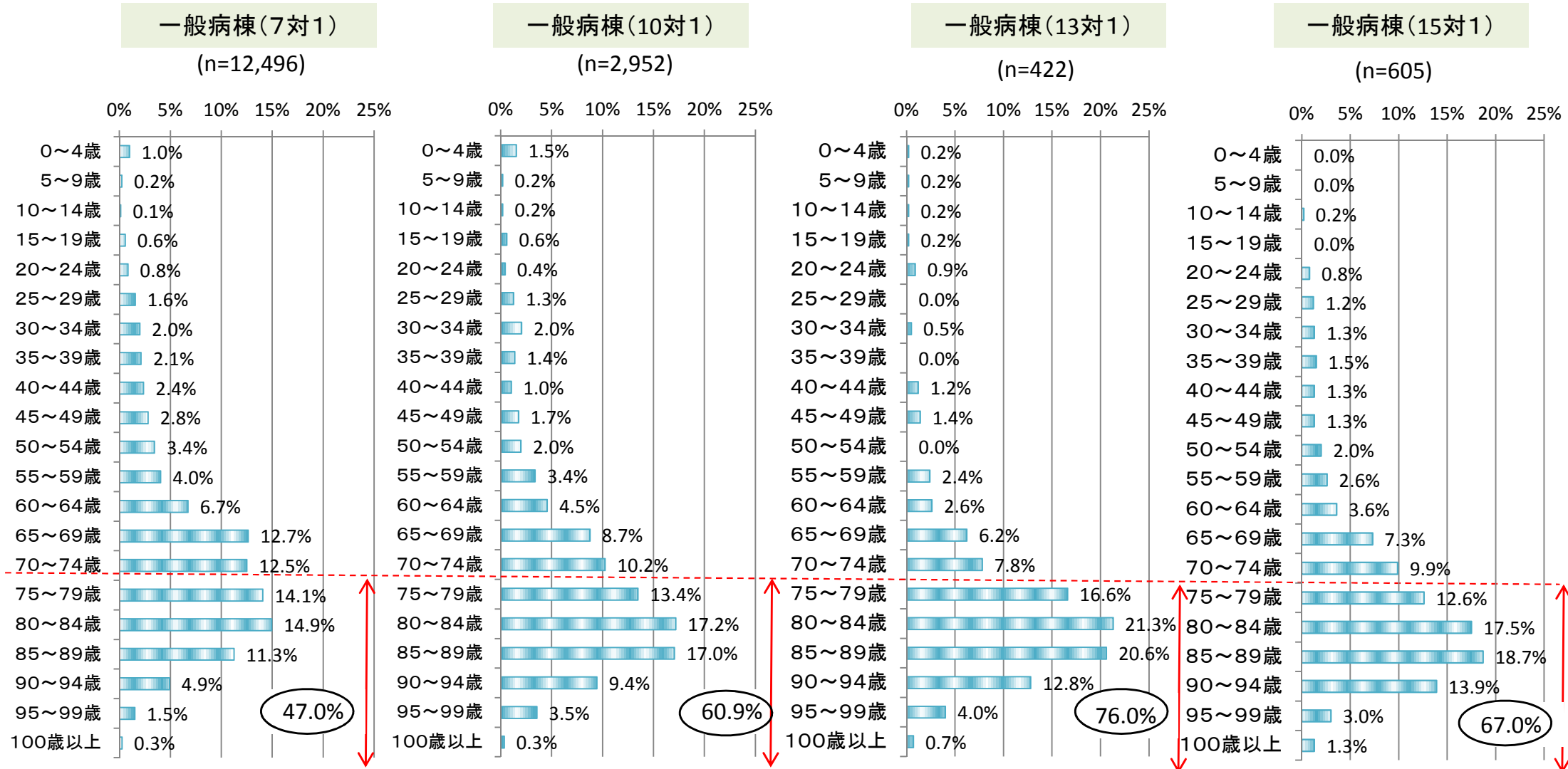
(医療機関数)



入棟患者の年齢階級別分布(一般病棟7対1～15対1)

診調組 入 - 1
29.7.21

○ 患者の年齢階級別分布をみると、75歳以上の患者の占める割合は、一般病棟(13対1)では、76.0%、一般病棟(15対1)では67.0%であった。

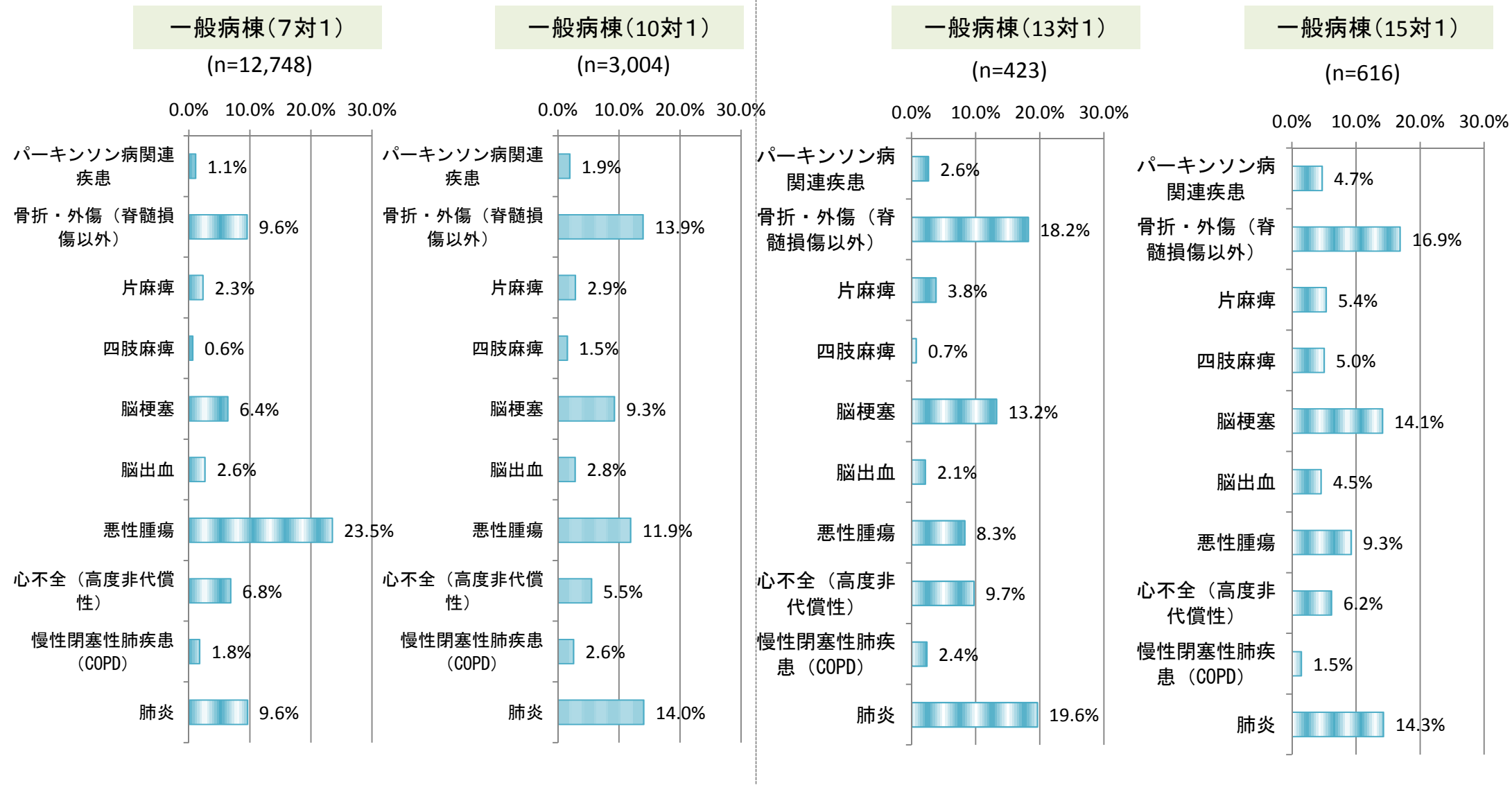


出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

患者の疾患（一般病棟7対1～15対1）

診調組 入 - 1
29.7.21

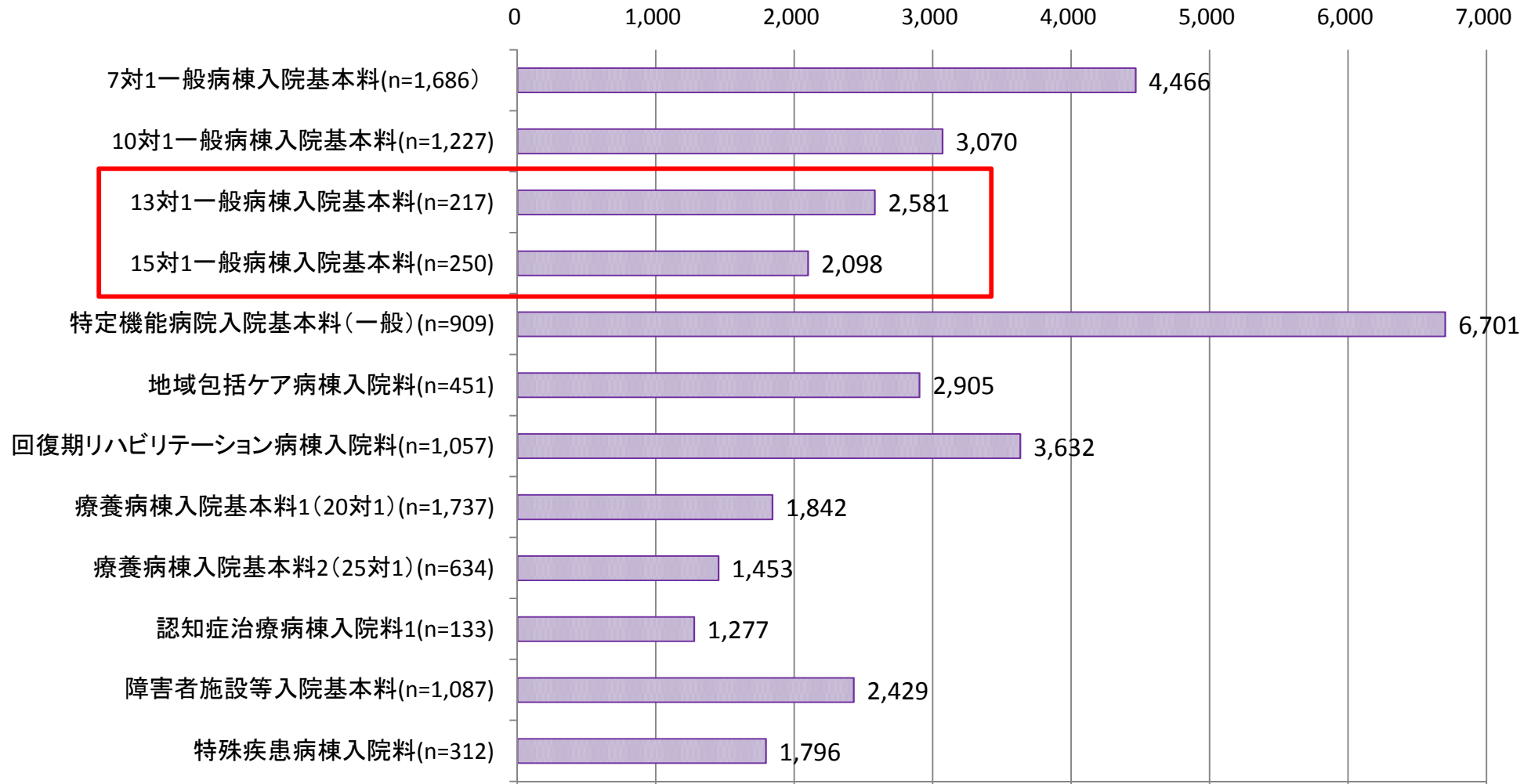
○ 患者の疾患の状況を見ると、一般病棟（13対1）、一般病棟（15対1）ともに、「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」、「肺炎」の患者の占める割合が多い。



入院料ごとの一日平均単価

<1日当たりのレセプト請求点数(点数/日数)>

(点)

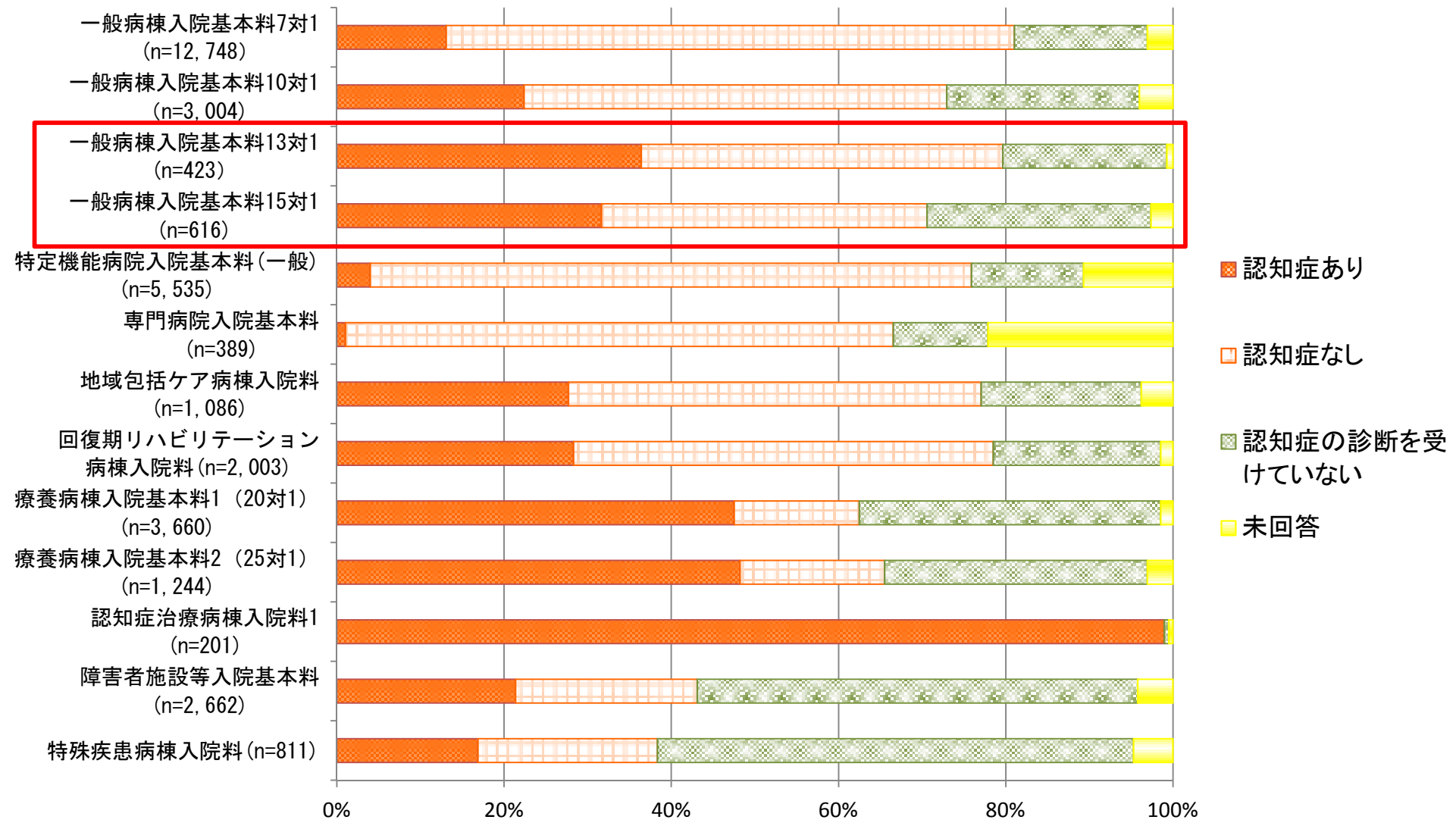


※1件あたりレセプト総点数を入院日数で割った平均値。

調査日時時点で算定している入院料で分類をしており、当該月に他入院料を算定していた場合、その点数も含まれるため、例えば当該月に集中治療室や急性期病棟等から調査対象病棟に転棟している患者の場合は、調査日に入院している病棟の入院料だけでなく、急性期病棟等の入院料が含まれている。

入院料ごとの認知症患者の割合

<認知症患者数の割合>



基本的な考え方 ～ その2 ～

特定入院料等を算定しない病棟について、一般的には次のとおり報告するものとして取り扱うこととしてはどうか。
また、次の組合せと異なる機能を選択することを妨げるものではないが、次の組合せと異なる機能を選択する場合には、地域医療構想調整会議で確認することとしてはどうか。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 一般病棟 7対1
- 特定機能病院一般病棟 7対1
- 専門病院 7対1

- 一般病棟 10対1
- 特定機能病院一般病棟 10対1
- 専門病院 10対1

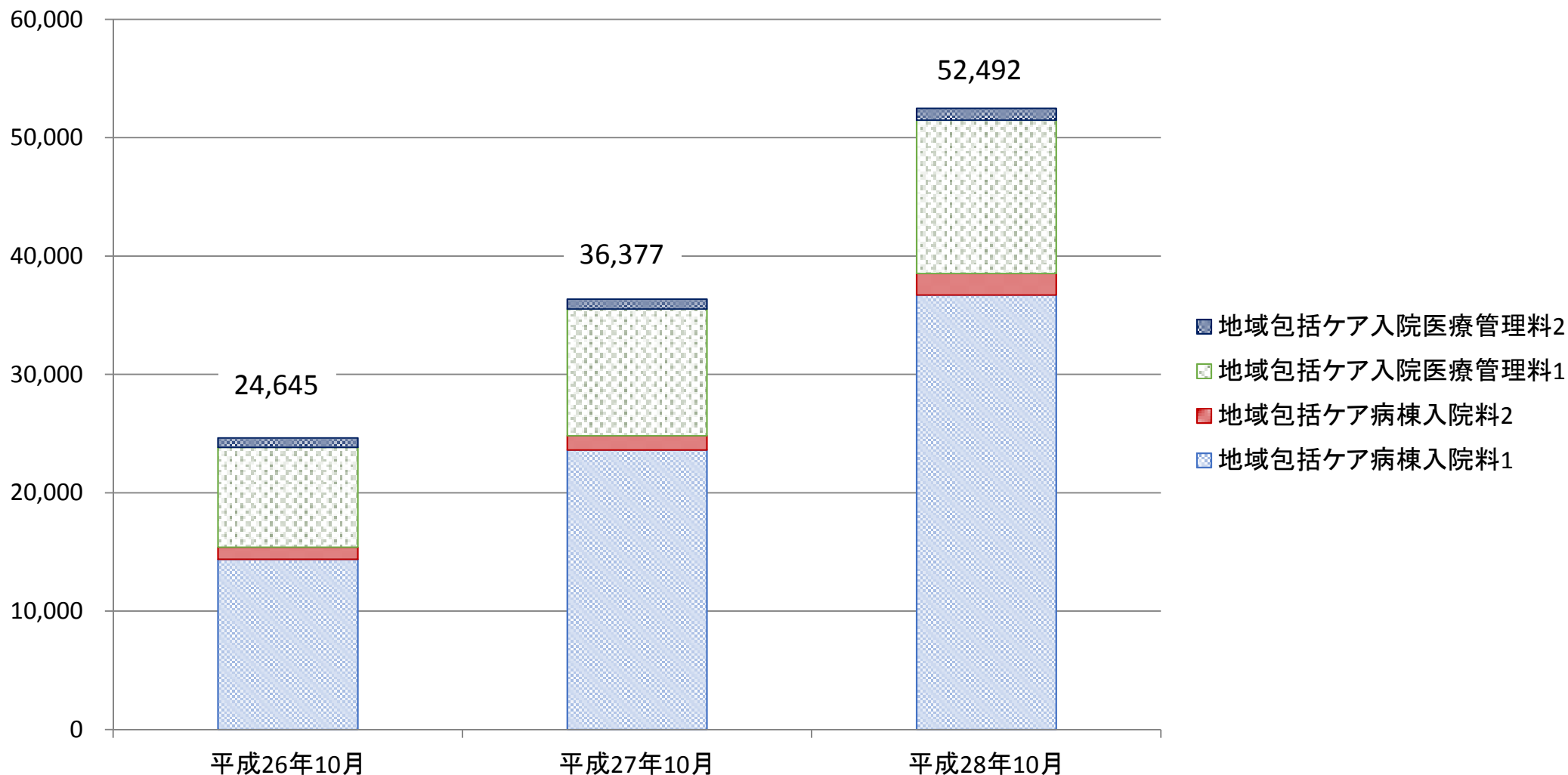
- 一般病棟 13対1
- 一般病棟 15対1
- 専門病院 13対1

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

中医協 総-5
29.1.25

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



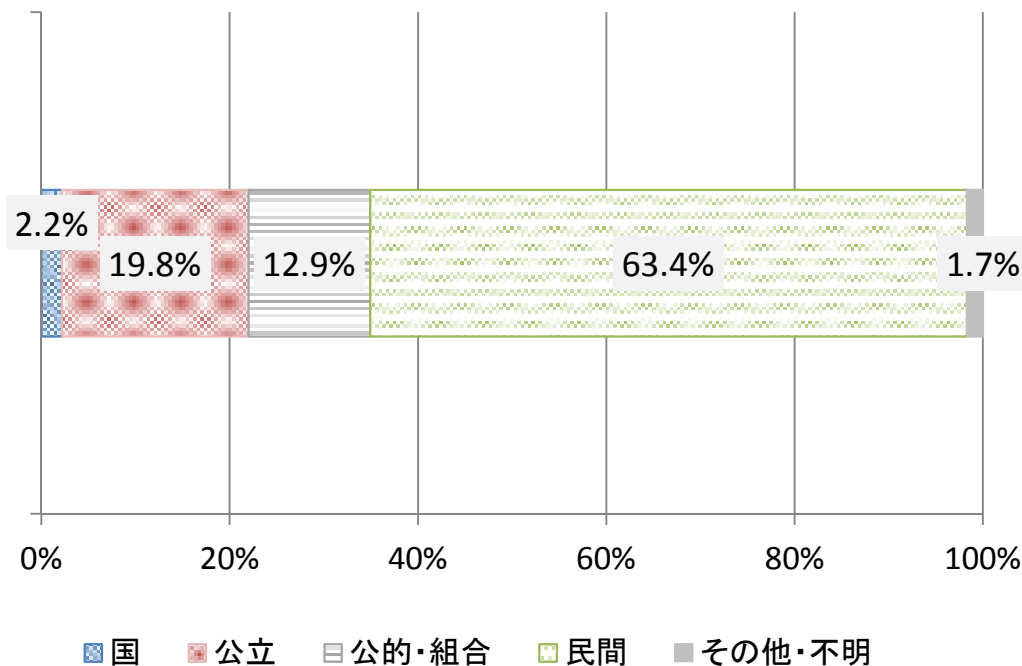
回答施設の状況①(地域包括ケア病棟・病室)

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室について、回答施設の開設者別の内訳をみると、民間の占める割合が最も多いが、国、公立、公的・組合の占める割合も3割を超える。

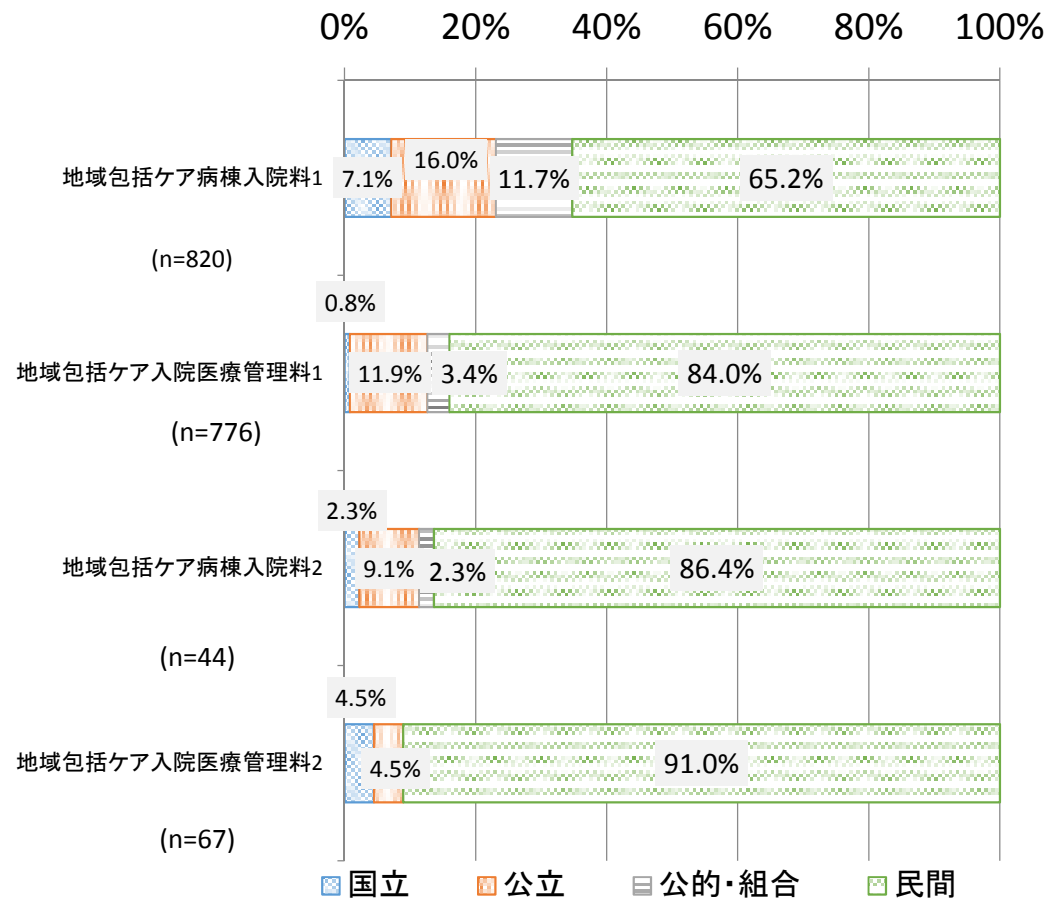
<医療機関の開設者別の内訳>

(n=232)



※ 国...国立大学法人、NHO等、公立...都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的・組合...済生会、日赤、健保連等、民間...医療法人、会社等

(参考)開設者別の地域包括ケア病棟届出医療機関の状況
(平成29年5月17日中医協総会 入院医療(その4)より抜粋)



出典: 保険局医療課調べ(平成28年10月1日時点)

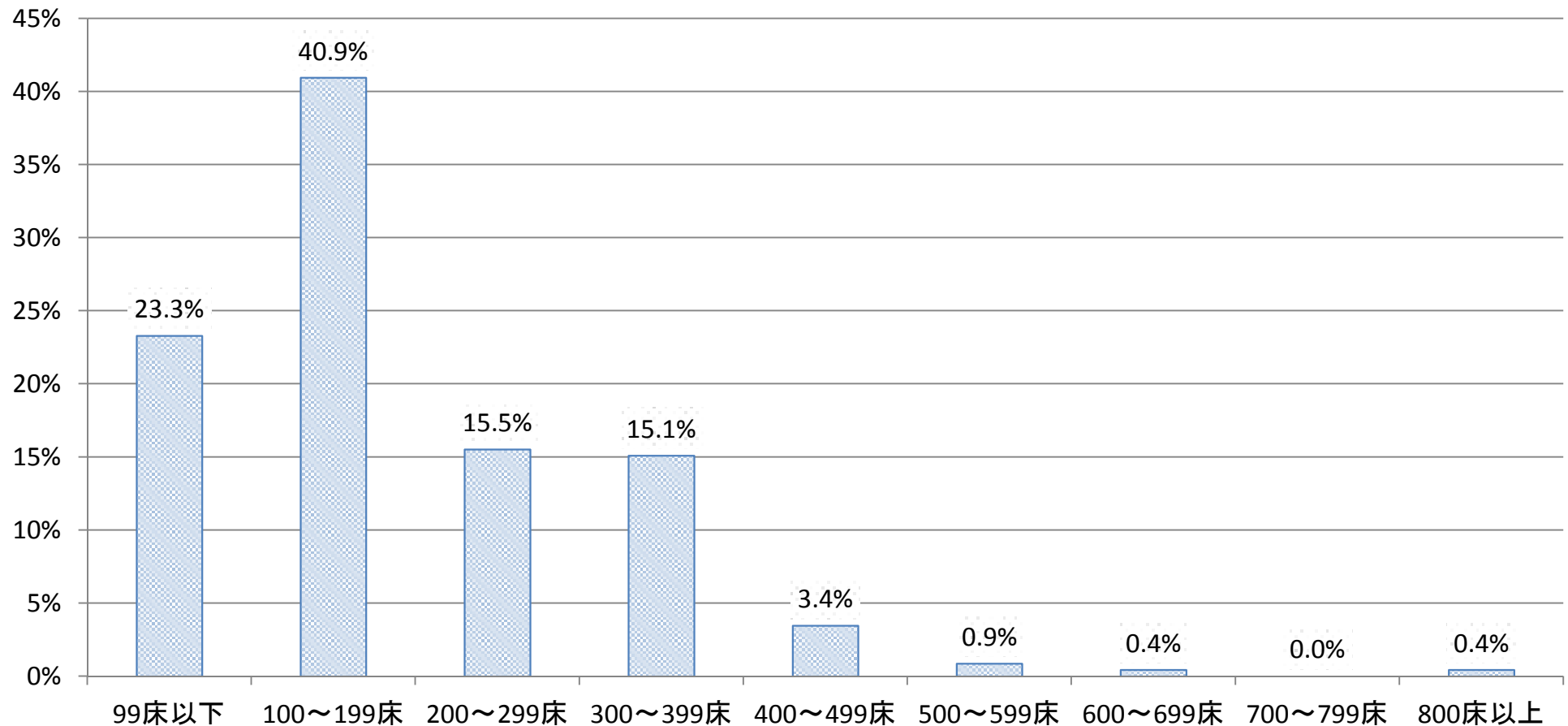
回答施設の状況②(地域包括ケア病棟・病室)

診調組 入-1
29.6.7

- 回答施設の病床規模の分布をみると、地域包括ケア病棟・病室を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで99床以下の割合が多い。

<病床規模別の内訳>

(n=232)

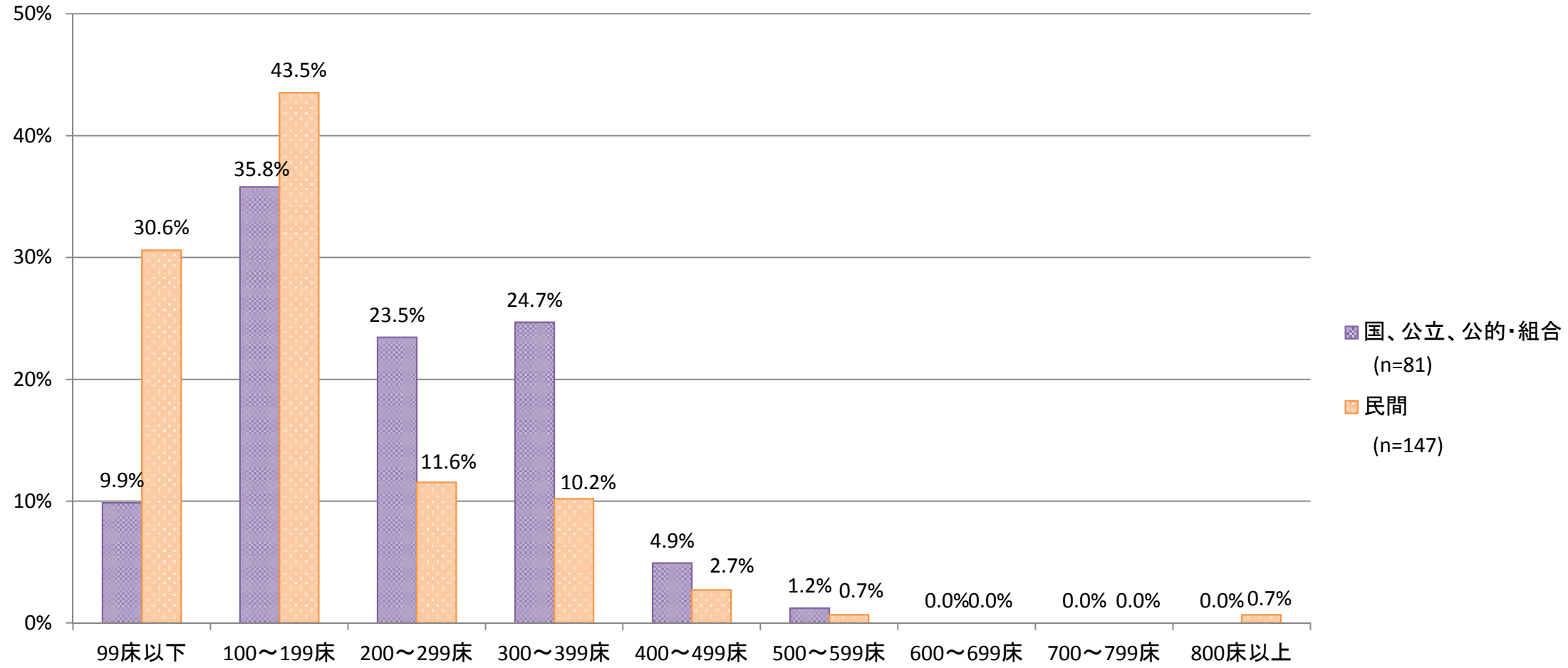


各医療機関の許可病床数

地域包括ケア病棟・病室届出医療機関の開設者別の病床規模別分布

○ 地域包括ケア病棟・病室を有している医療機関の病床規模の分布を開設者別にみると、「国、公立、公的・組合」、「民間」ともに、100～199床の医療機関が最も多い。

(医療機関数)



出典:平成28年度入院医療等の調査(施設票)

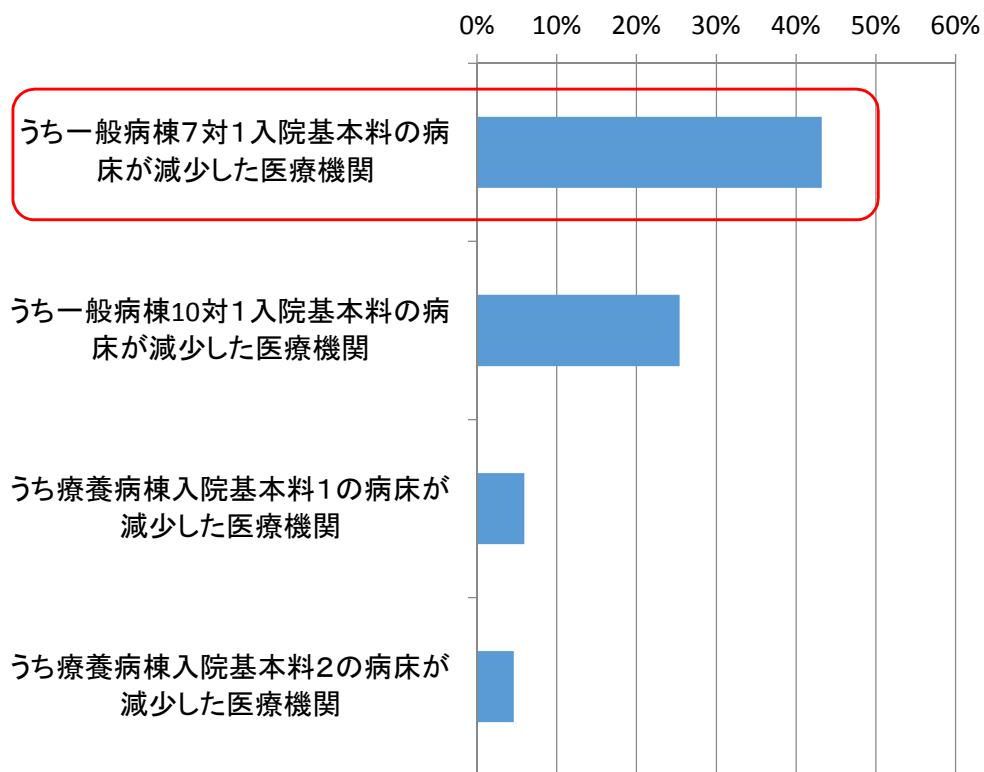
※その他・未回答(n=4)は集計から除外

地域包括ケア病棟入院料を新規に届け出た医療機関（平成27年10月～ における他の入院基本料の病床の減少状況①

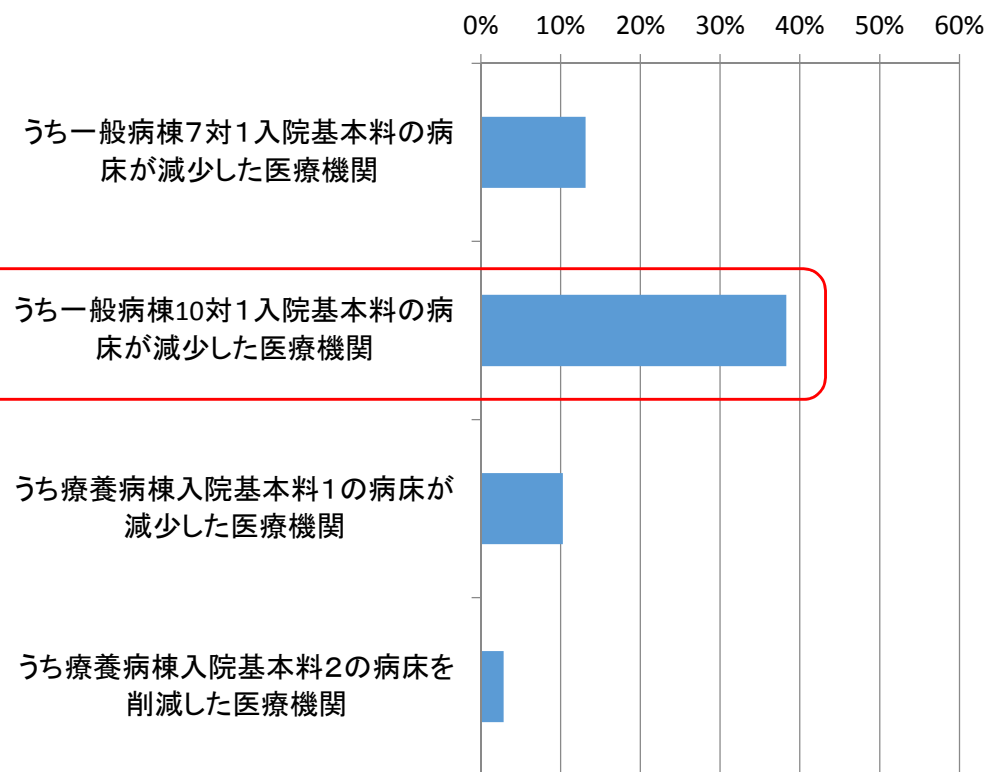
中 医 協 総 - 7
2 9 . 5 . 1 7

- 平成27年10月から平成28年10月に地域包括ケア病棟入院料1を新規に届け出た医療機関では、一般病棟7対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。
- 平成27年10月から平成28年10月に地域包括ケア入院医療管理料1を新規に届け出た医療機関では、一般病棟10対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。

地域包括ケア病棟入院料1新規届出医療機関 (n=303)



地域包括ケア入院医療管理料1新規届出医療機関 (n=175)

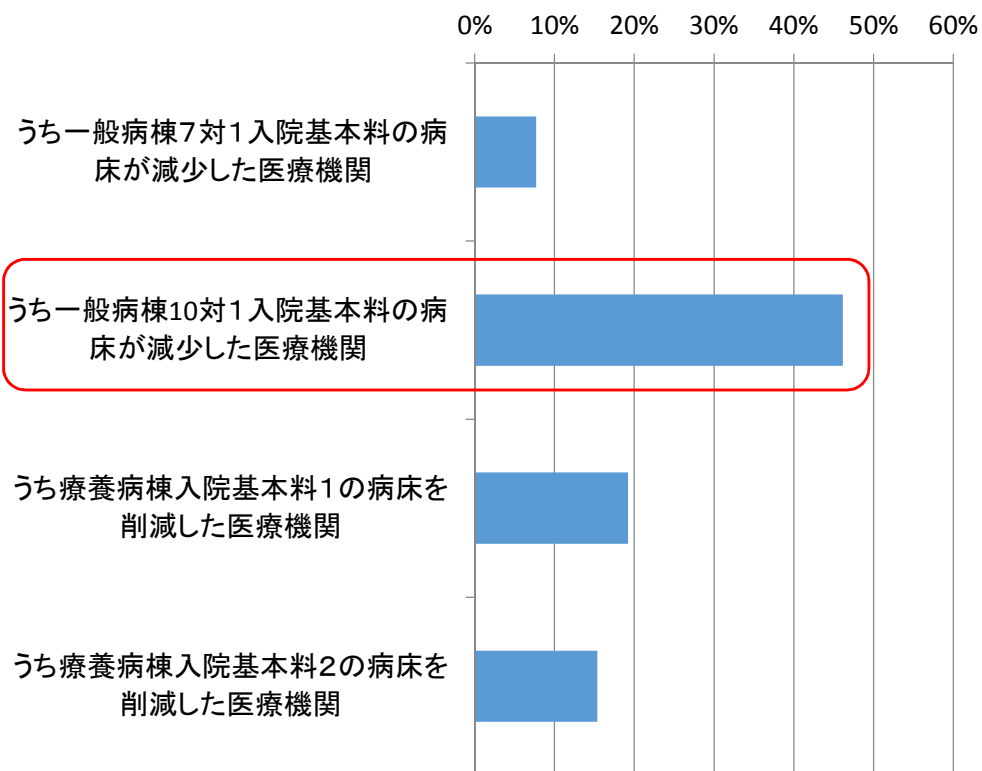


地域包括ケア病棟入院料を新規に届け出た医療機関（平成27年10月～ における他の入院基本料の病床の減少状況②

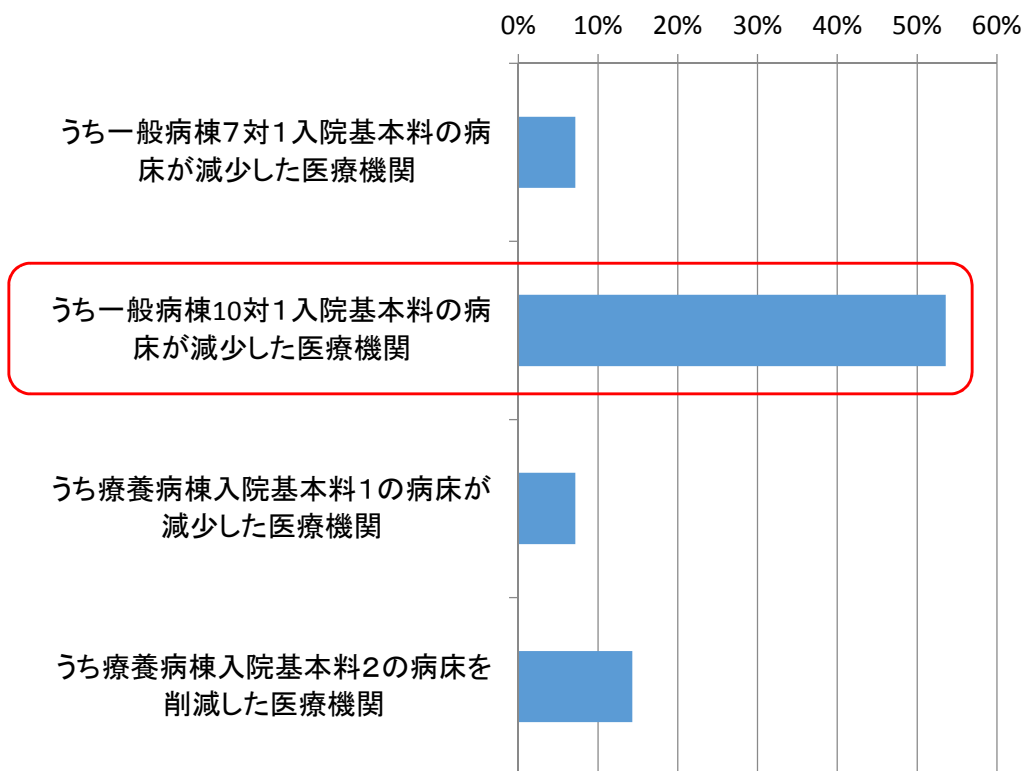
中 医 協 総 - 7
2 9 . 5 . 1 7

- 平成27年10月から平成28年10月に地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2を新規に届け出た医療機関では、一般病棟10対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。

地域包括ケア病棟入院料2新規届出医療機関(n=26)



地域包括ケア入院医療管理料2新規届出医療機関(n=28)

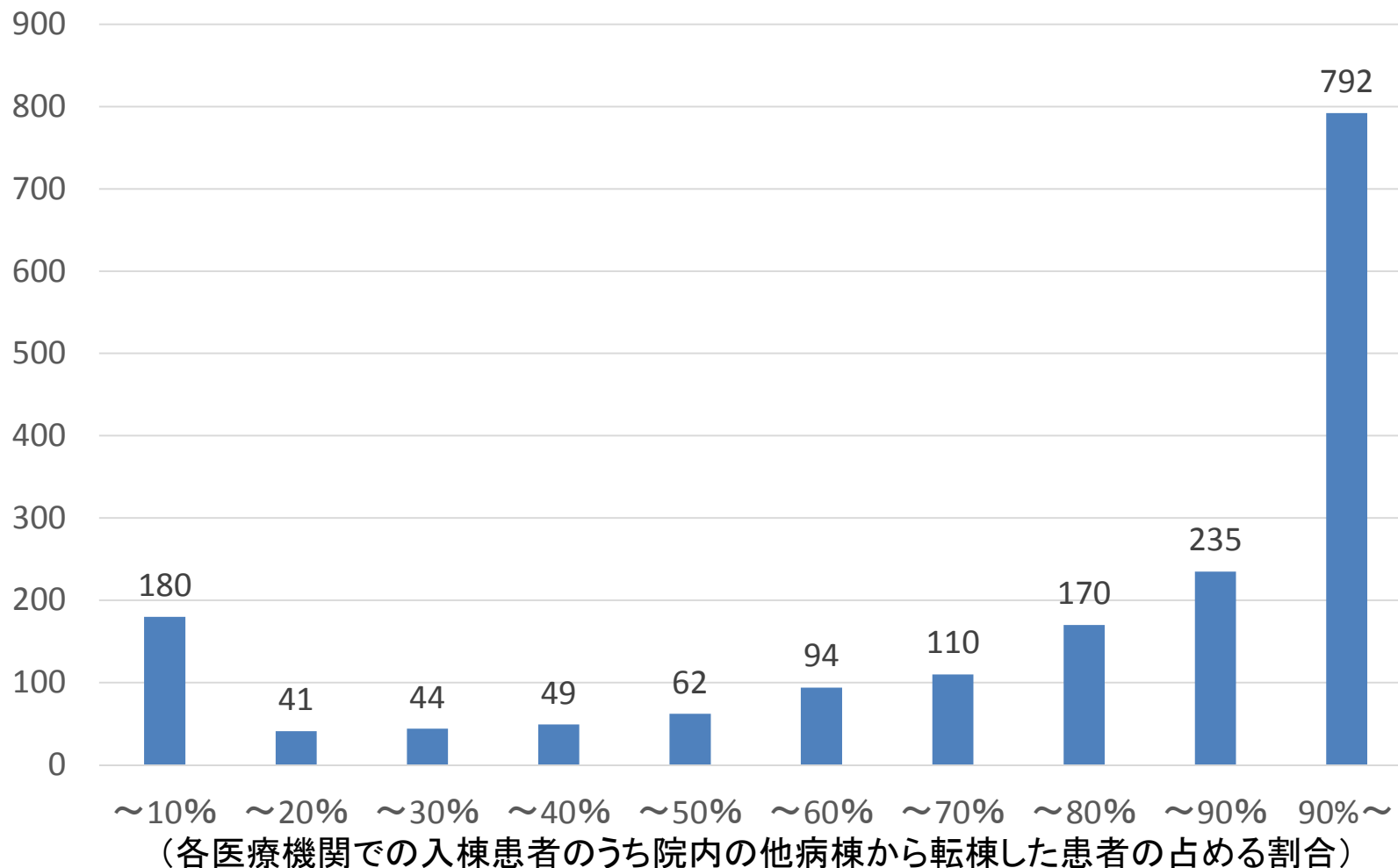


地域包括ケア病棟(病室)における入棟患者の状況①

中医協 総 - 7
29.5.17

○ 地域包括ケア病棟(病室)を有する各医療機関において、地域包括ケア病棟(病室)の入棟患者のうち、院内の他病棟から転棟した患者の占める割合をみると、その割合が90%を超える医療機関が、全体の4割5分を占める。

(医療機関数)(n=1,777)

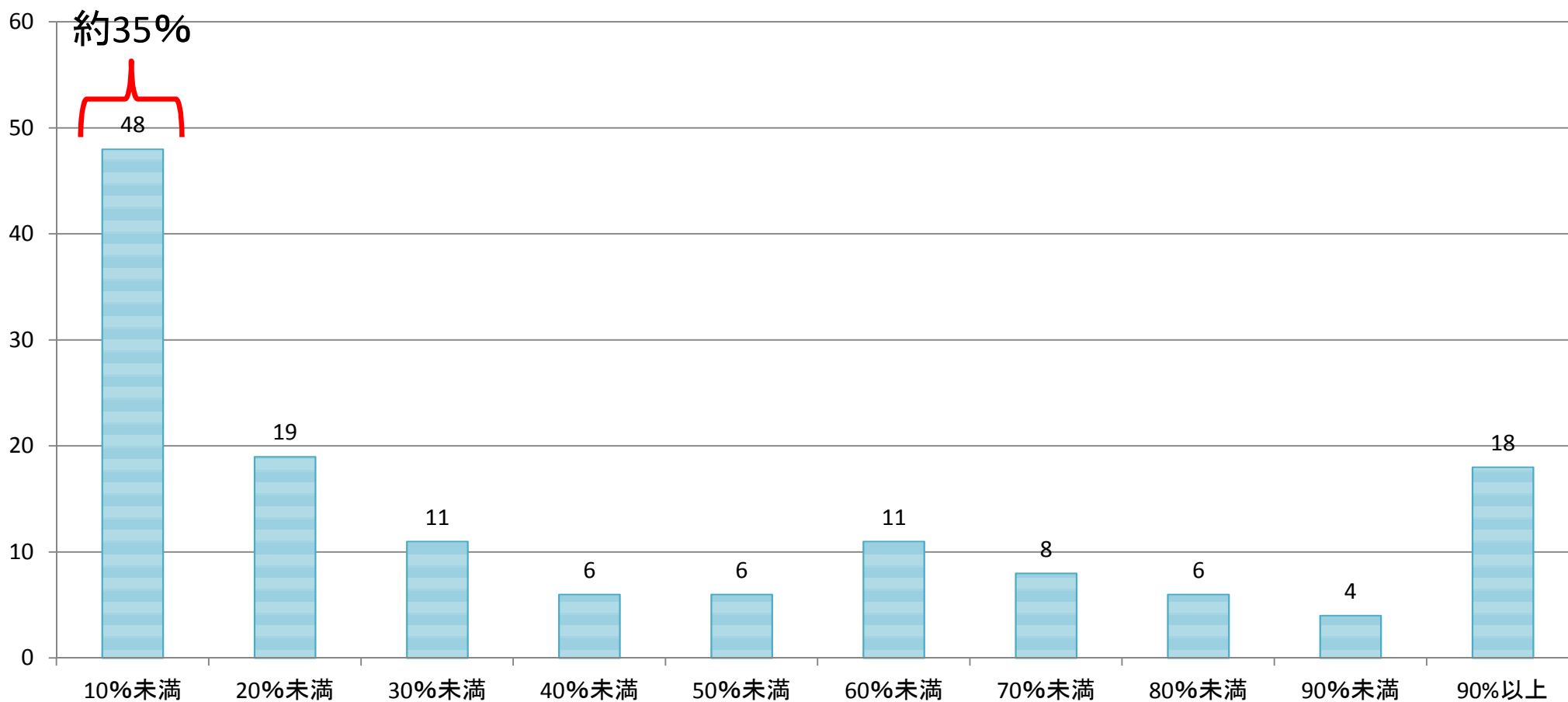


入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟(病室)の状況④

診調組 入-1
29.7.21

○ 回答施設のうち、地域包括ケア病棟(病室)を有する医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合をみると、その割合が「10%未満」の医療機関が、全体の約35%を占める。

(医療機関数) (n=137)



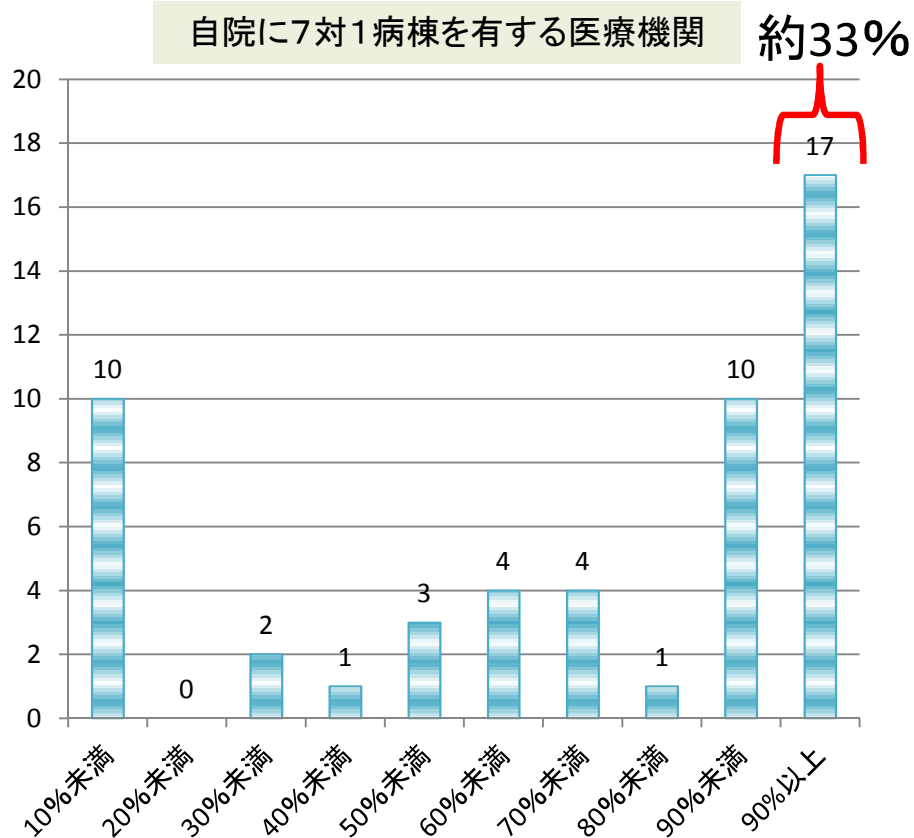
(各医療機関における、入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合)

※自宅等: 自宅、介護老人福祉施設(特養)、居住系介護施設、障害者支援施設

入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟(病室)の状況②

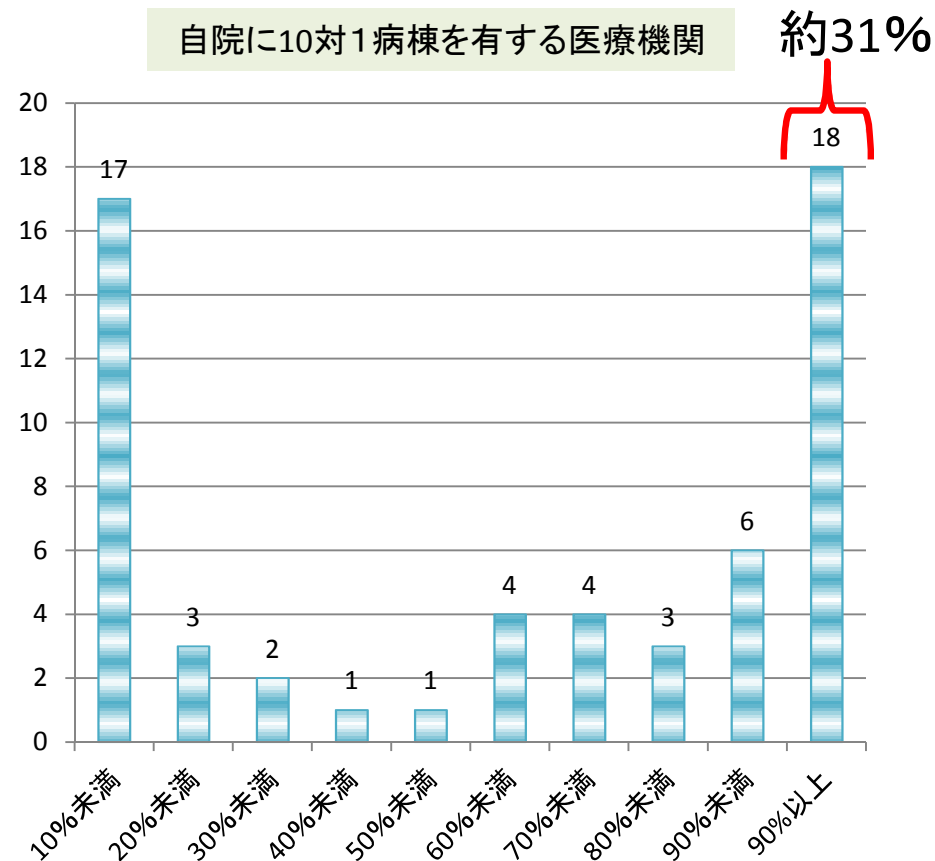
○ 回答施設のうち、自院に一般病棟(7対1、10対1)を有する医療機関について、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」である患者の割合をみると、その割合が「90%以上」の医療機関は、一般病棟(7対1)を有する医療機関と一般病棟(10対1)を有する医療機関のいずれも約3割であった。

(医療機関数) (n=52)



(各医療機関における、入棟前場所が「自院の7対1、10対1病床」の患者の占める割合)

(医療機関数) (n=59)

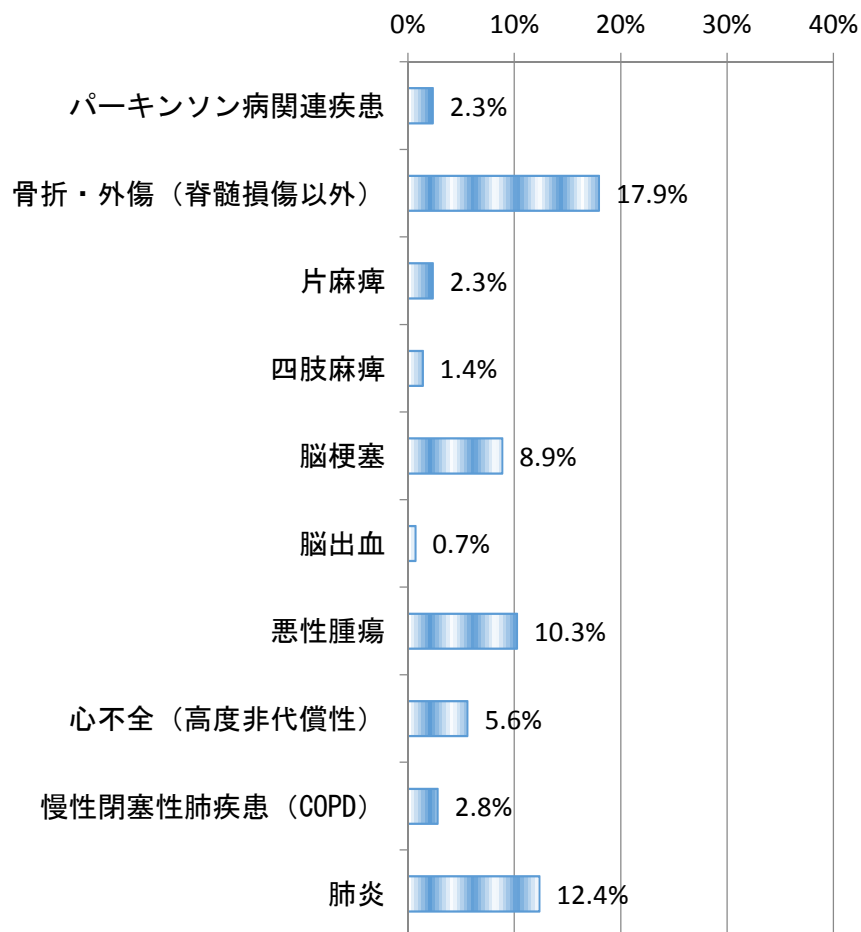


(各医療機関における、入棟前場所が「自院の7対1、10対1病床」の患者の占める割合)

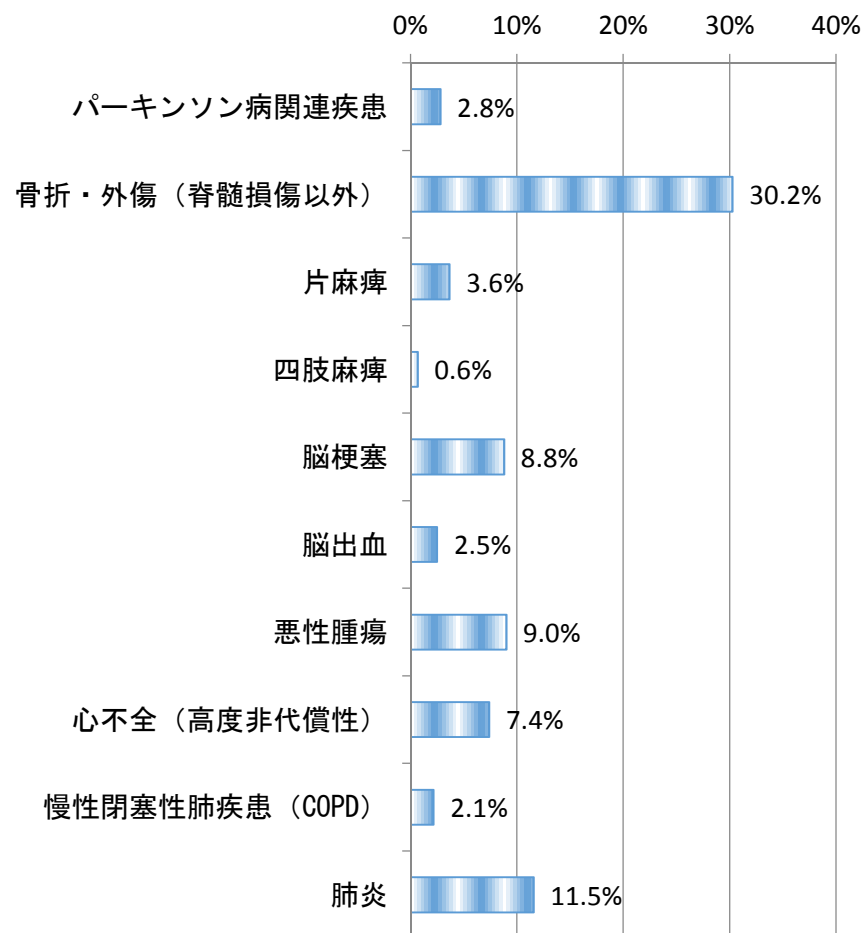
地域包括ケア病棟(病室)における入棟前の居場所別の患者の疾患の状況

○ 入棟前の居場所別の疾患の状況をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「骨折・外傷(脊髄損傷以外)」の患者の占める割合が少ない。

入棟前の居場所が自宅等(n=429)



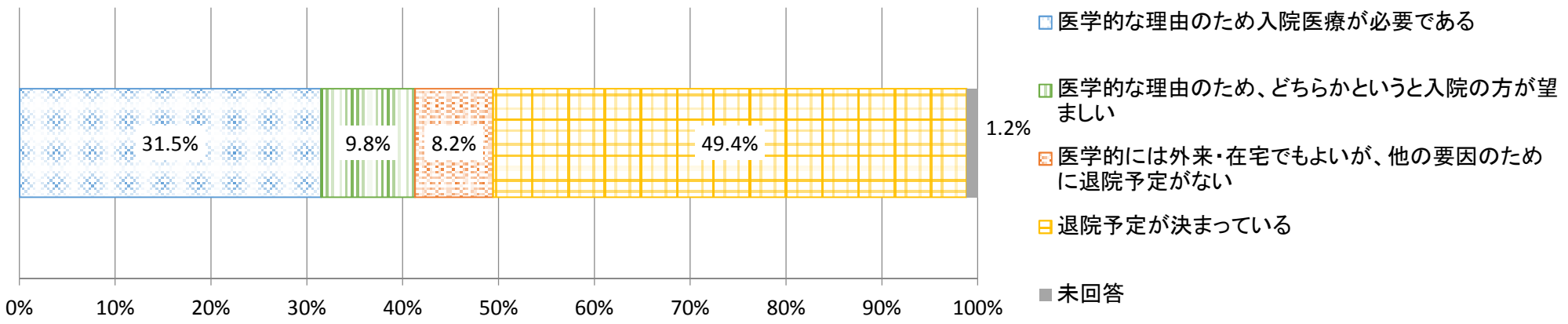
入棟前の居場所が自宅等以外(n=936)



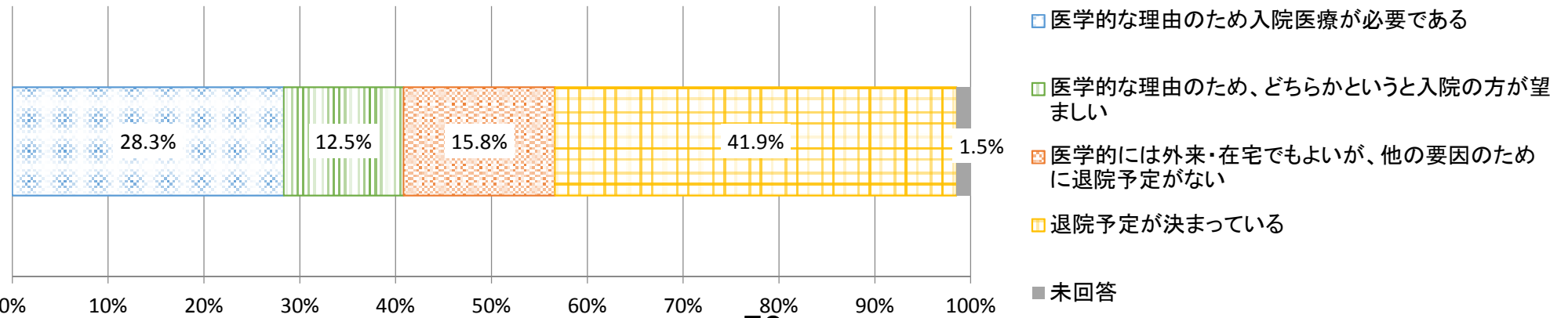
○ 入棟前の居場所別の「医学的な入院継続の理由等」をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者にくらべ、「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」という回答の占める割合が少なく、「退院予定が決まっている」という回答の占める割合が多い。

<医学的な入院継続の理由等>

入棟前の居場所が自宅等 (n=429)



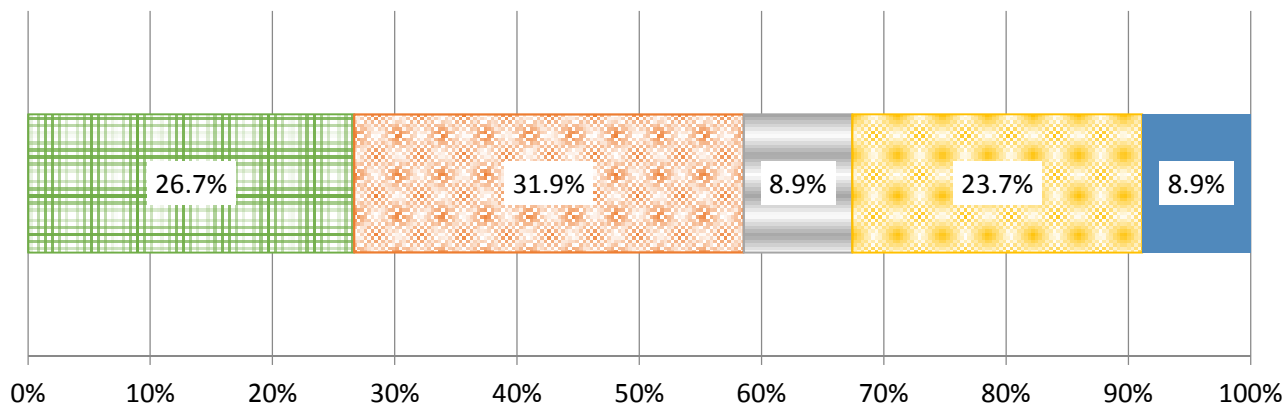
入棟前の居場所が自宅等以外 (n=936)



○ 入棟前の居場所別の前項(医学的な入院継続の理由)の設問における「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない」という回答の占める割合が多い。

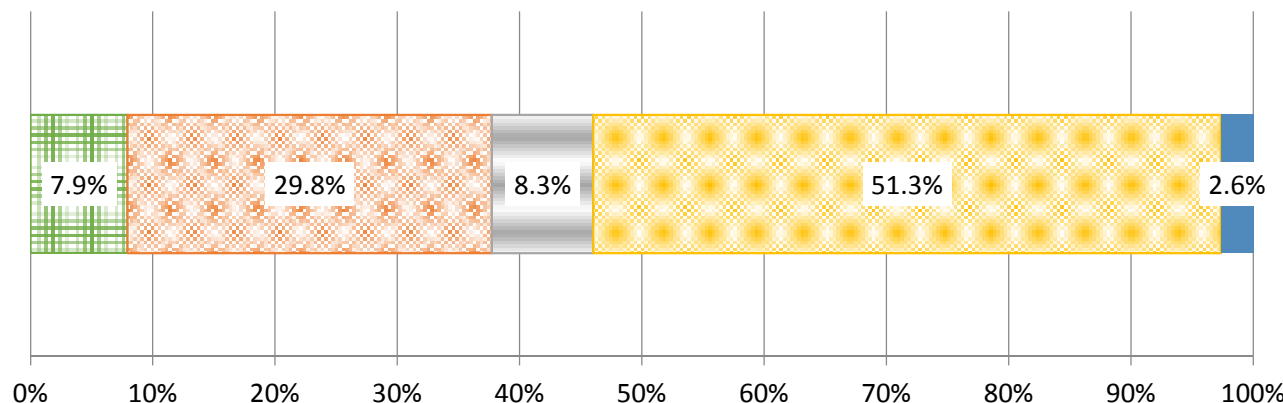
<医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細.>

入棟前の居場所が自宅等 (n=135)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

入棟前の居場所が自宅等以外 (n=265)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の患者の疾患の状況(主傷病)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

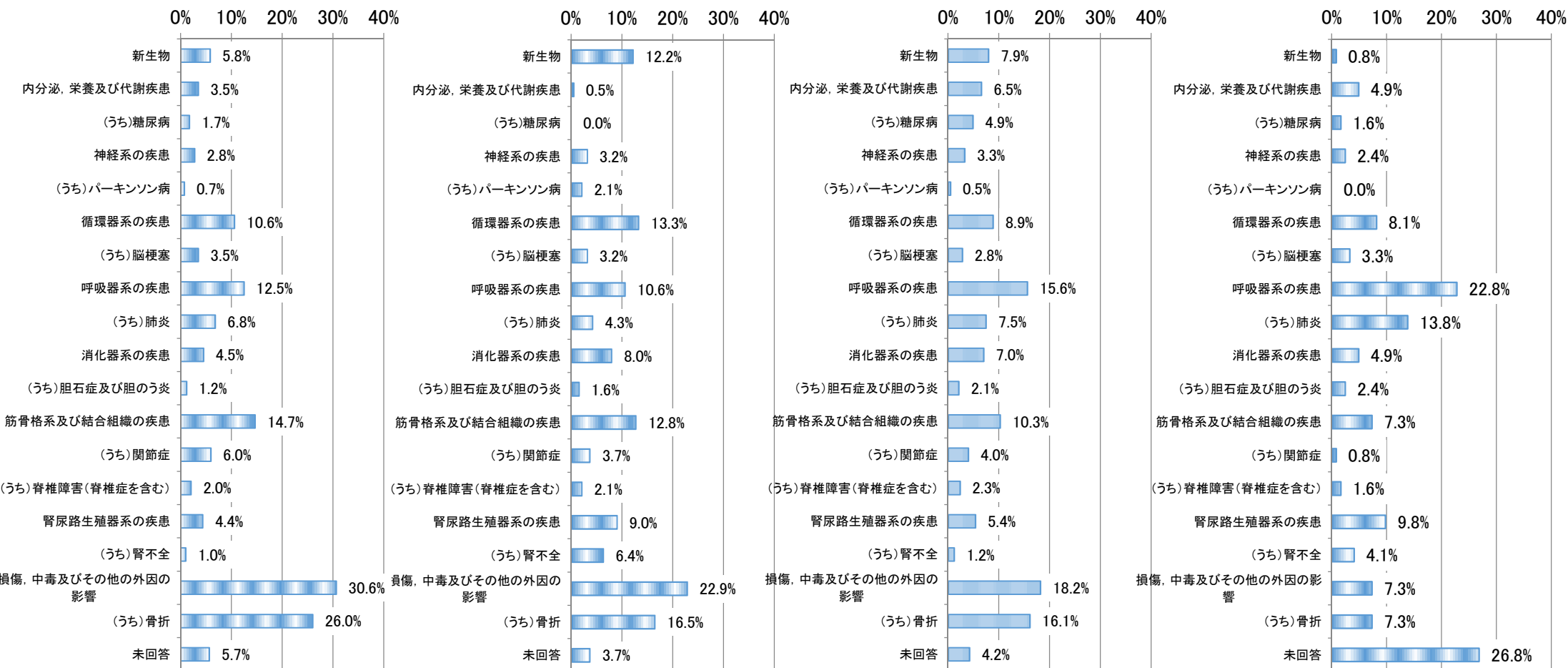
○ 入棟前の居場所別の患者の疾患の状況(主傷病)をみると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、「他院の7対1、10対1病床」、「自宅等」の群に比べ、骨折の患者の占める割合が多い。

自院の7対1、10対1病床(n=689)

他院の7対1、10対1病床(n=188)

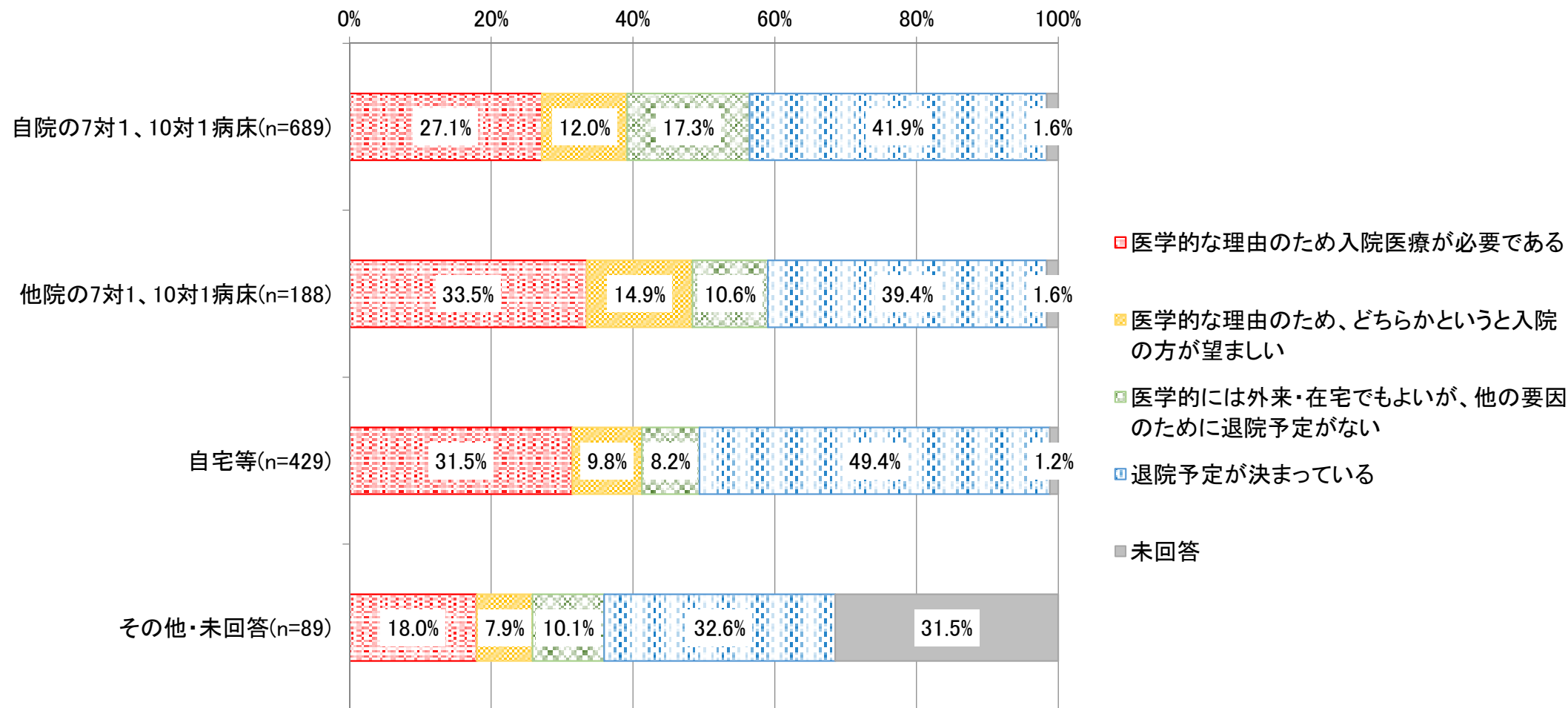
自宅等(n=429)

その他・未回答(n=123)



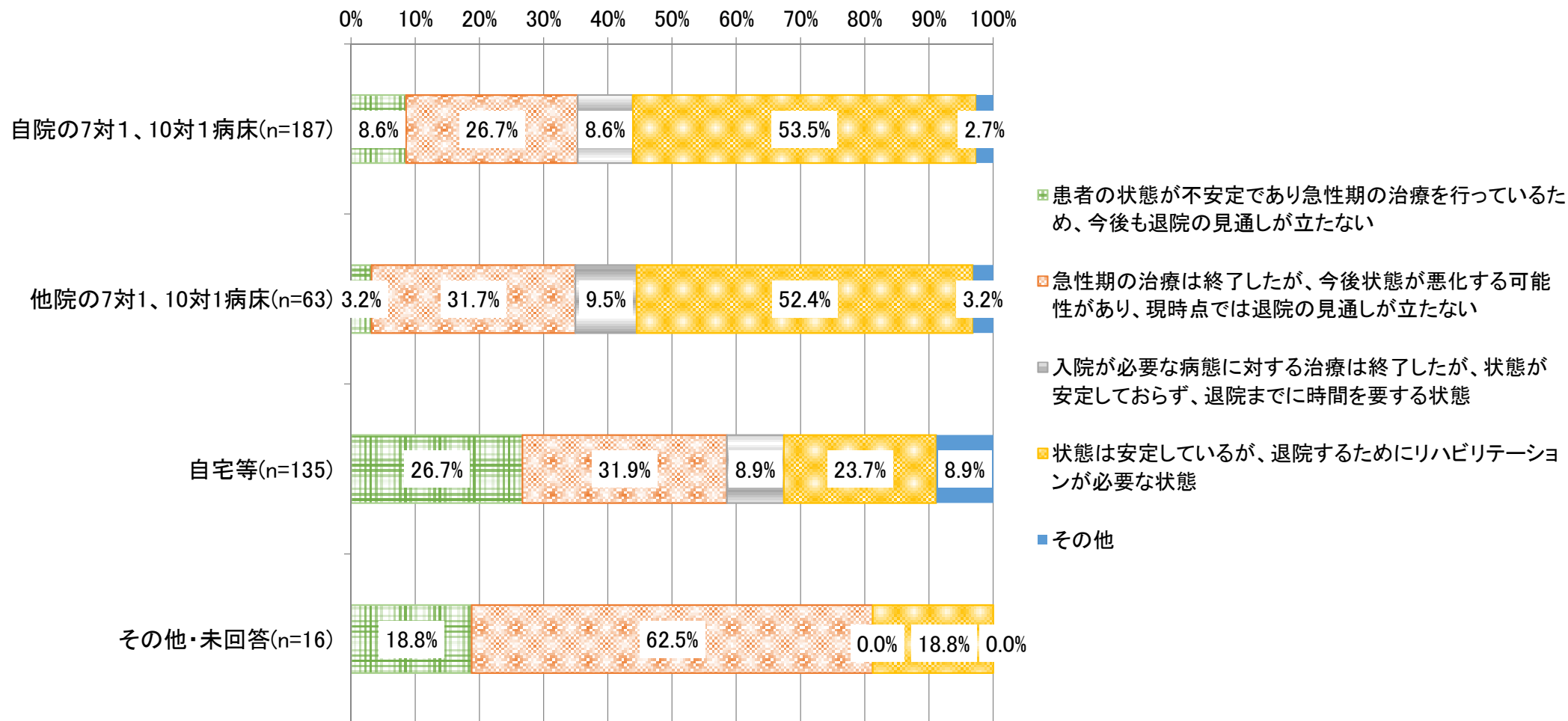
○ 入棟前の居場所別に医学的な入院継続の理由等をみると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、「他院の7対1、10対1病床」、「自宅等」の群に比べ、「医学的には外来・在宅でよいが、他の要因のために退院予定がない」という回答の割合が多い。

＜医学的な入院継続の理由等＞



○ 入棟前の居場所別に前項の「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たないという回答の割合が多い。

<「医学的な理由」の詳細>



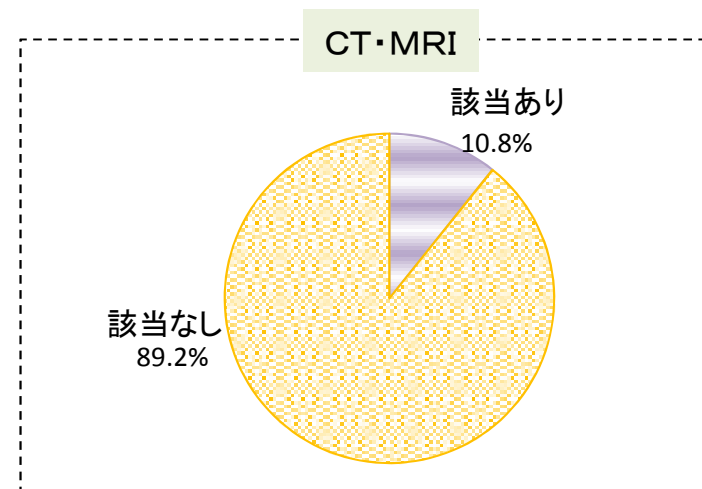
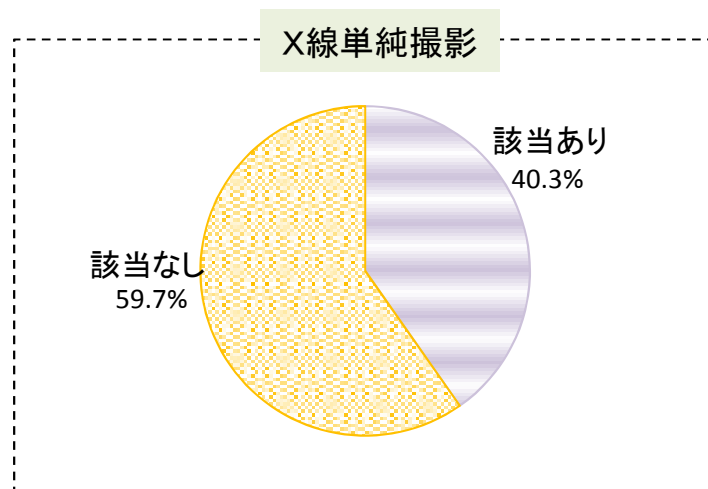
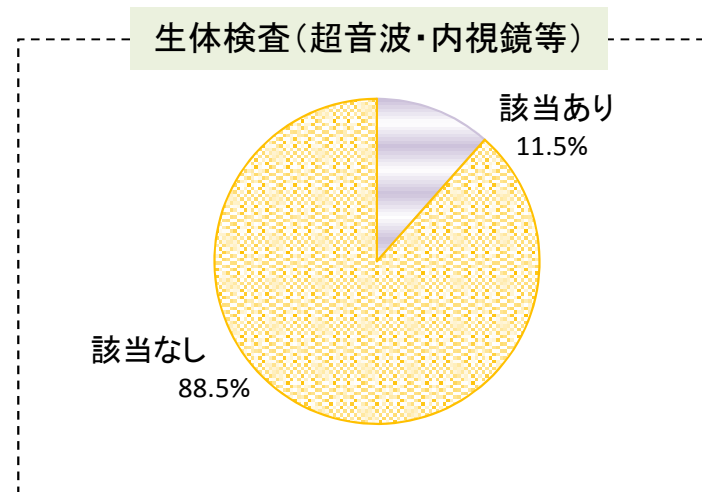
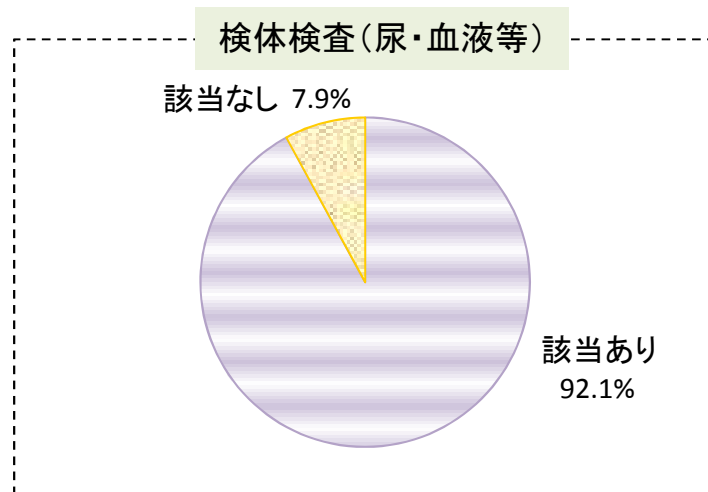
地域包括ケア病棟(病室)入棟患者の検査等の実施状況

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

- 地域包括ケア病棟(病室)入棟患者について、調査日から過去7日間に、検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIを受けた患者の割合をみると、該当ありの回答の占める割合は検体検査では9割程度、生体検査、CT・MRIでは1割程度、X線単純撮影では4割程度であった。

＜調査日から過去7日間に、検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIを受けた患者の割合＞

(n=1,309)

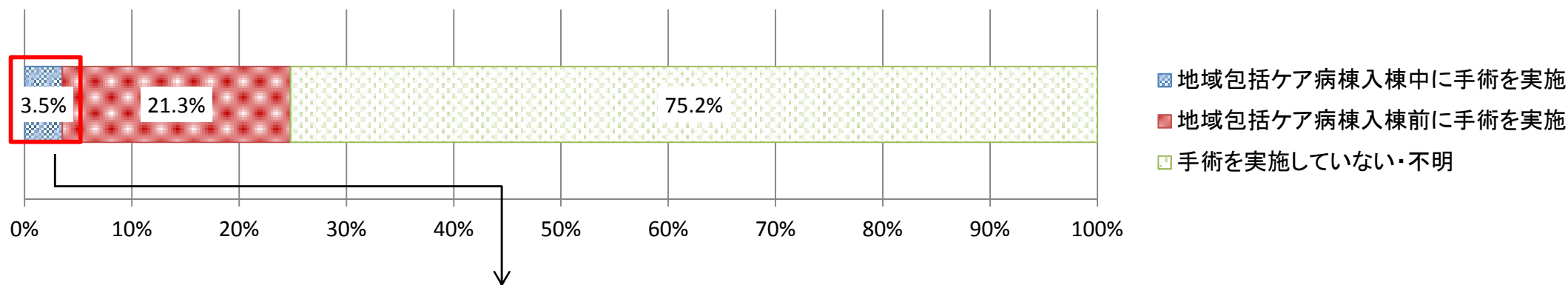


地域包括ケア病棟（病室）における手術の実施状況

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 地域包括ケア病棟（病室）において実施された手術の内訳をみると、輸血関連の項目が多く割合を占めた。

＜地域包括ケア病棟における手術の実施状況＞ (n=1,086)



診療行為名称	件数	診療行為名称	件数
輸血管理料 2	7	骨折観血的手術（大腿）	1
保存血液輸血（1回目）	7	超音波骨折治療法	1
胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）	3	手根管開放手術	1
保存血液輸血（2回目以降）	3	上腕動脈表在化法	1
創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径5cm未満）	1	内シャント設置術	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径2cm未満）	1	不明	10
骨折観血的手術（肩甲骨）	1		

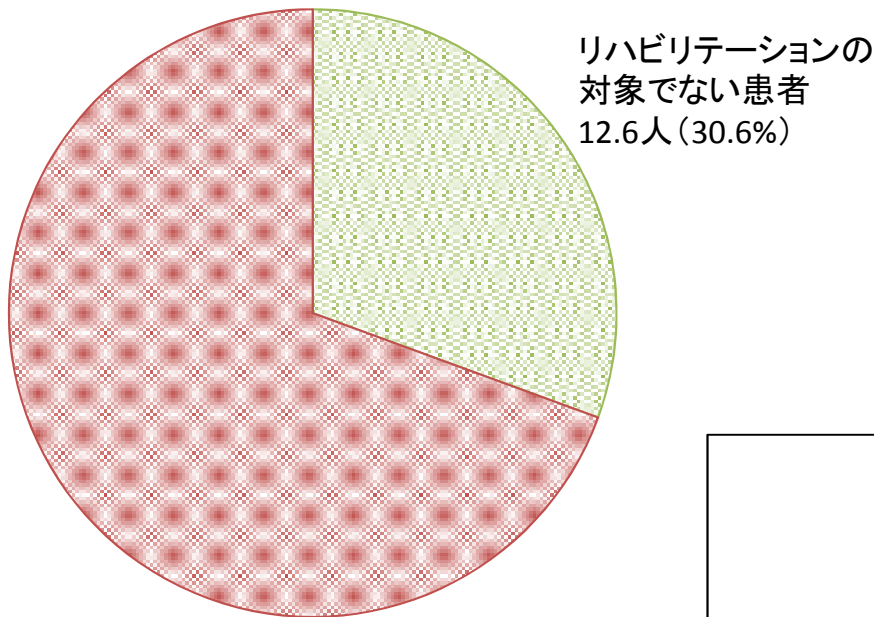
地域包括ケア病棟(病室)入棟患者のリハビリテーションの実施状況

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 地域包括ケア病棟(病室)入棟患者のリハビリテーションの実施状況をみると、リハビリテーションの対象となる患者は1病棟あたり平均28.6人であった。その内訳をみると、「平均2単位/日以上、4単位/日未満」リハビリテーションを実施している患者が大半を占めた。

<1病棟当たりのリハビリテーションの対象の有無別の患者数>

※医療機関ごとの平均値 (n=130)

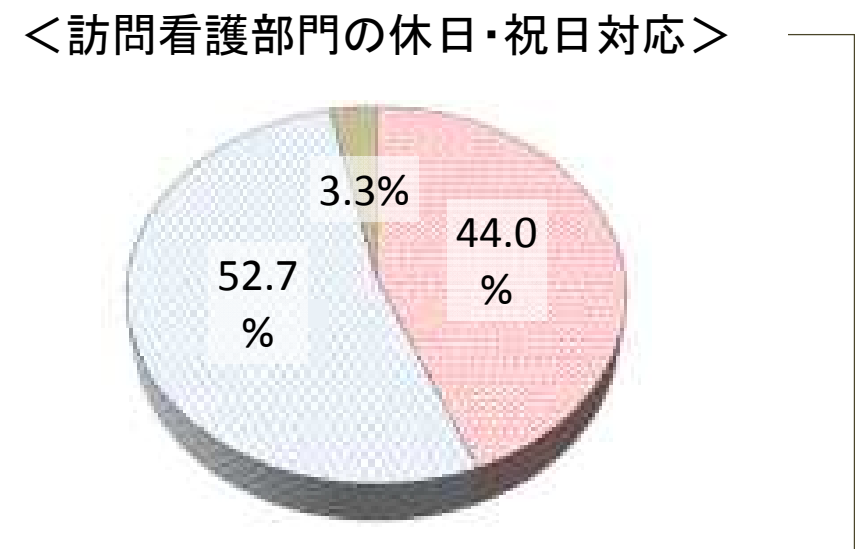
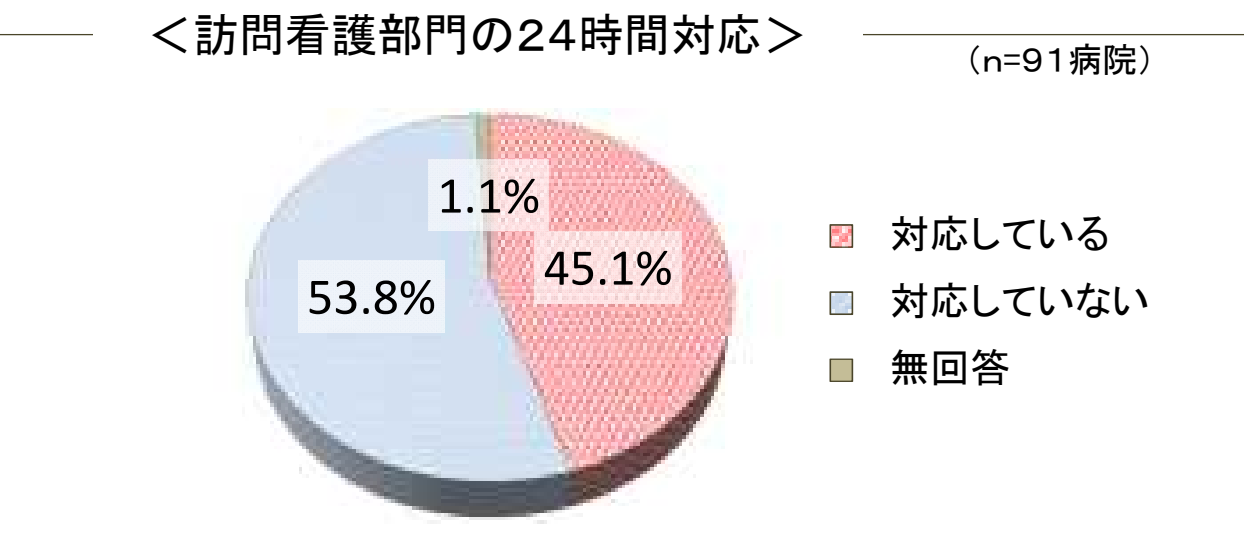
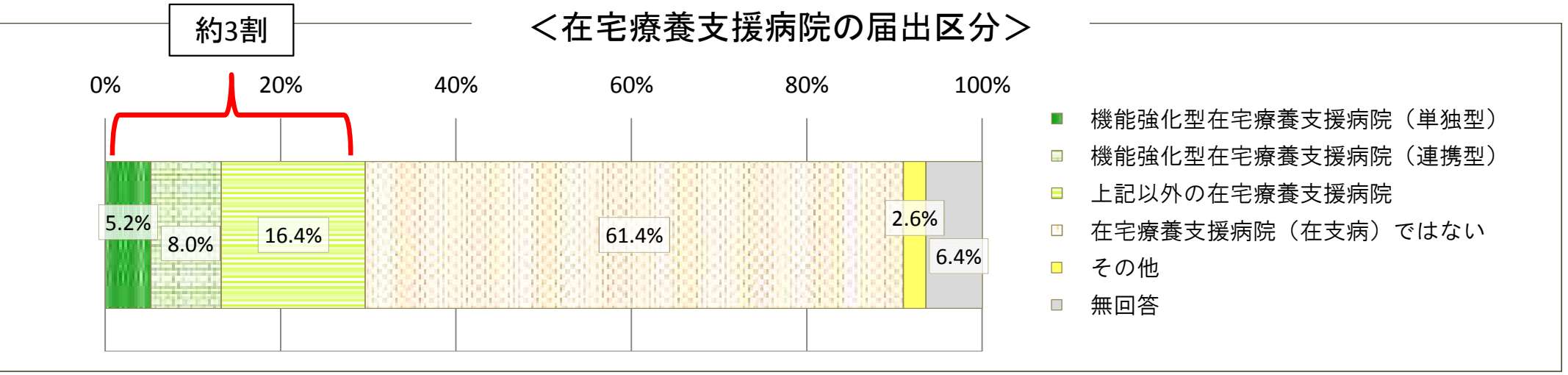


リハビリテーションの
対象患者
28.6人(69.4%)

リハビリテーションの実施単位数	該当人数
うち平均2単位/日以上、4単位/日未満	20.3人
うち平均4単位/日以上、6単位/日未満	3.0人
うち平均6単位/日以上	0.5人

地域包括ケア病棟(病室)を有する病院の在宅医療提供状況②

- 地域包括ケア病棟(病室)を有する病院において、在宅療養支援病院は約3割。
- 訪問看護部門を設置している病院のうち、24時間対応及び休日・祝日対応をしている病院は、ともに約45%。

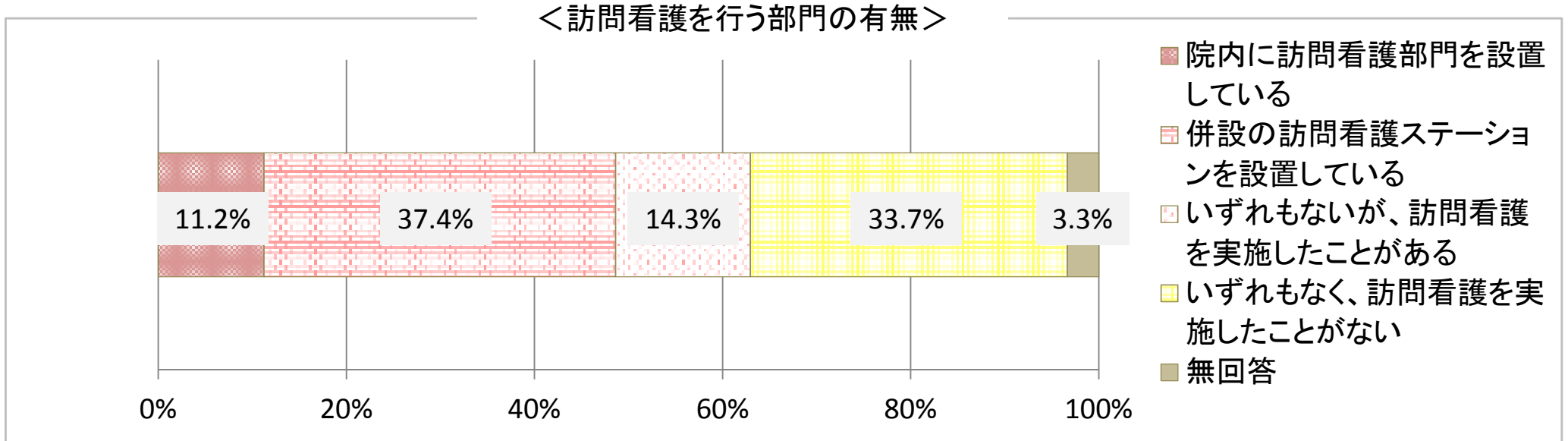
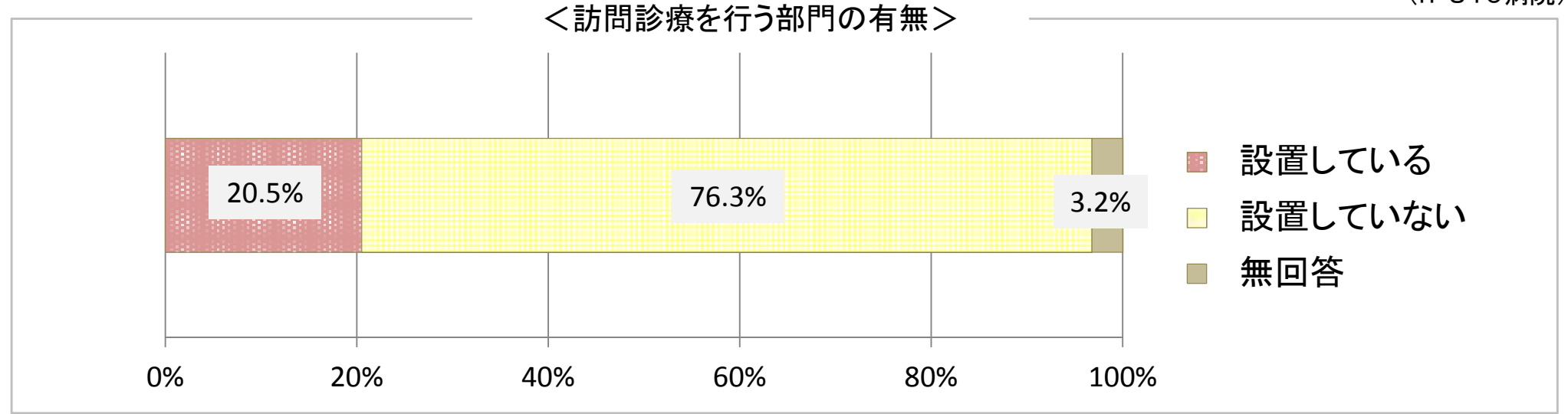


地域包括ケア病棟(病室)を有する病院の在宅医療提供状況①

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 訪問診療を行う部門は、約2割の病院で設置している。訪問看護を行う部門は、約1割であるが、併設の訪問看護ステーションが設置されている病院が約4割であった。

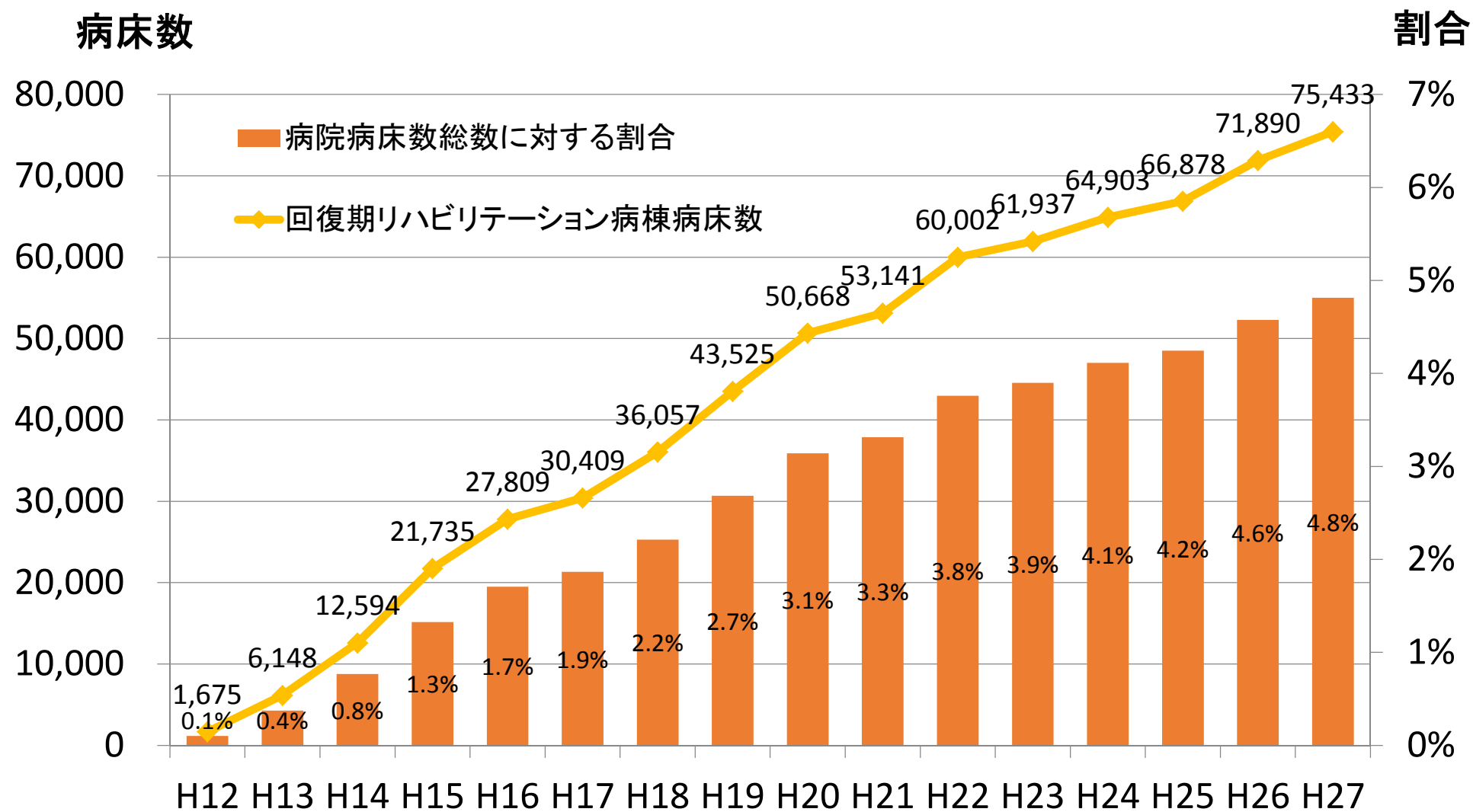
(n=810病院)



出典：保険局医療課調べ(地域包括ケア病棟調査:施設票)

回復期リハビリテーション病棟の届出病床数の推移

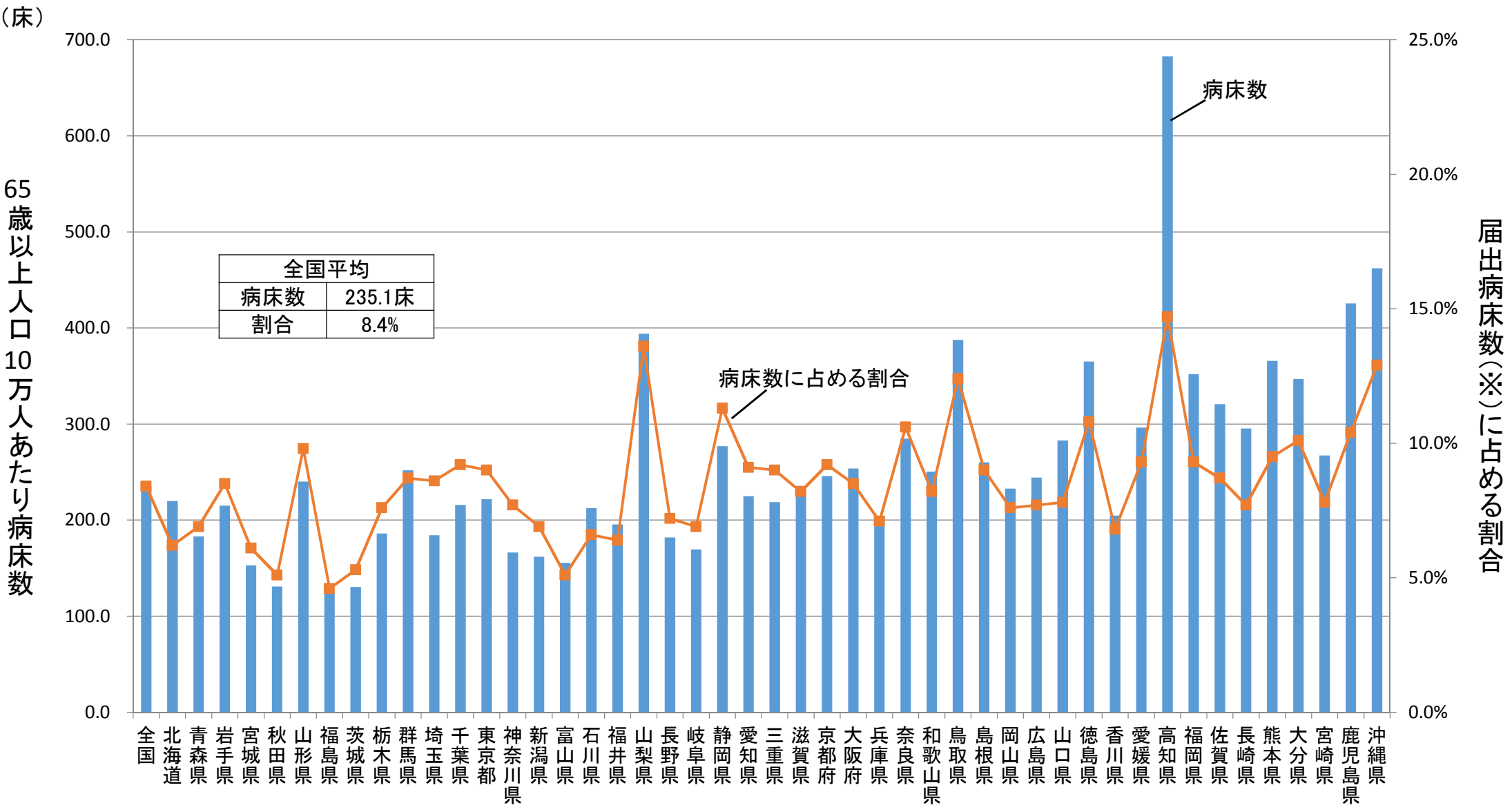
回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年でおおよそ2.5倍に増加している。



出典：平成12-27年7月1日現在 施設基準届出状況

都道府県別 回復期リハビリテーション病棟の病床数(65歳以上人口10万人あたり)

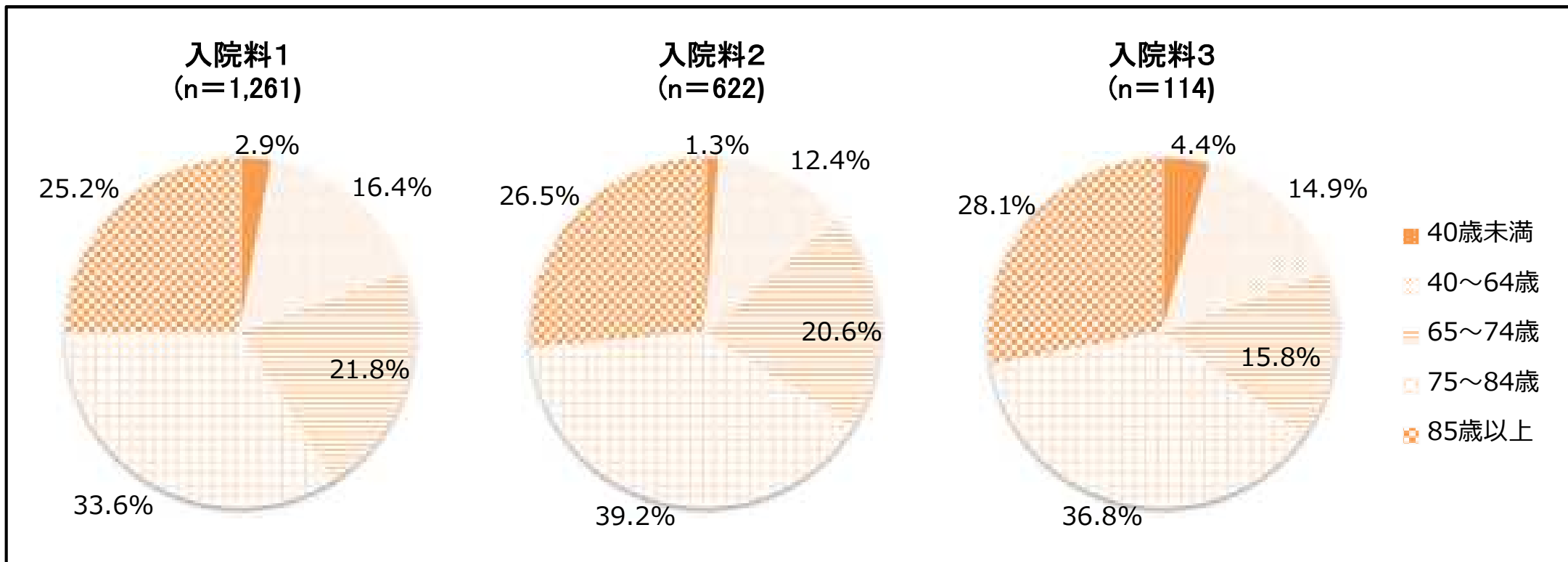
○ 65才以上人口10万人当たりの回復期リハビリテーション病棟の病床数にはばらつきがある。



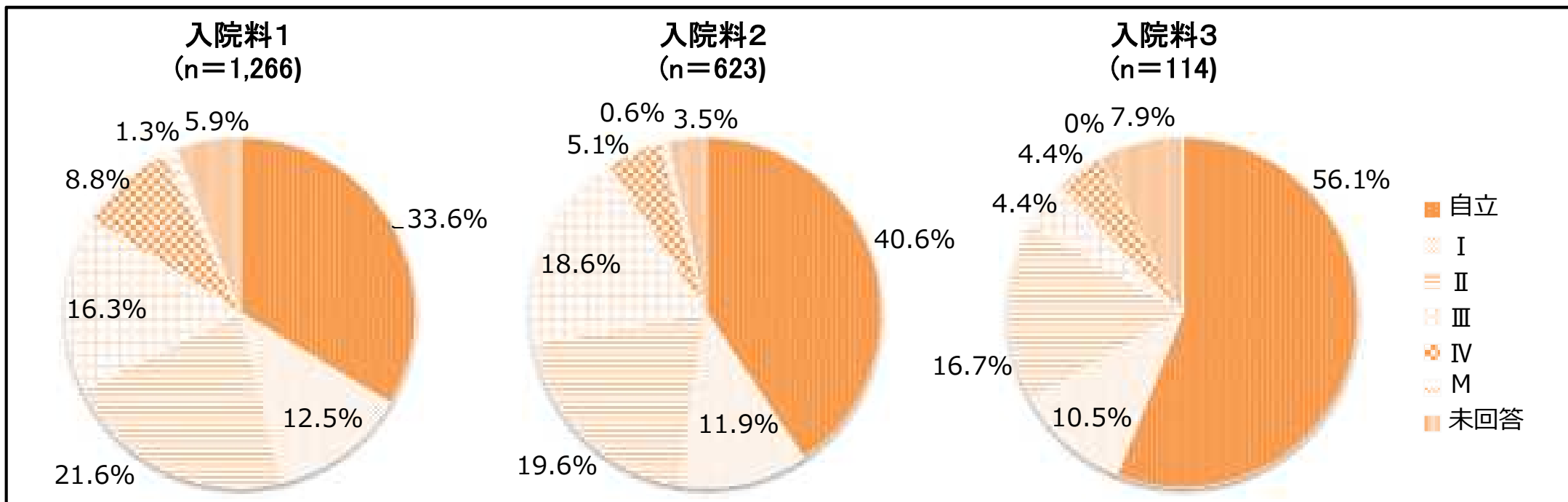
※一般病棟入院基本料(7対1~15対1)、療養病棟入院基本料(1・2)、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病床数の合計

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。



○ 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%)。



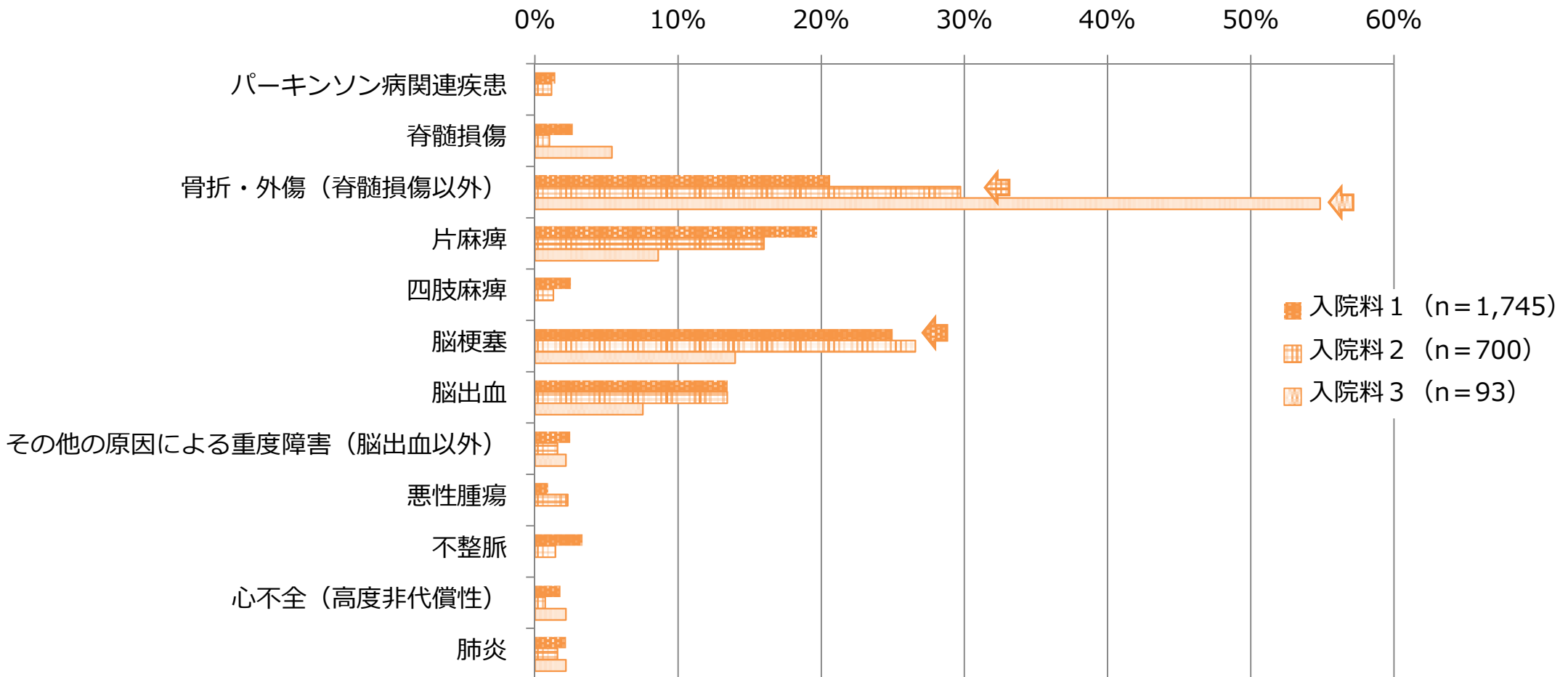
(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

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。

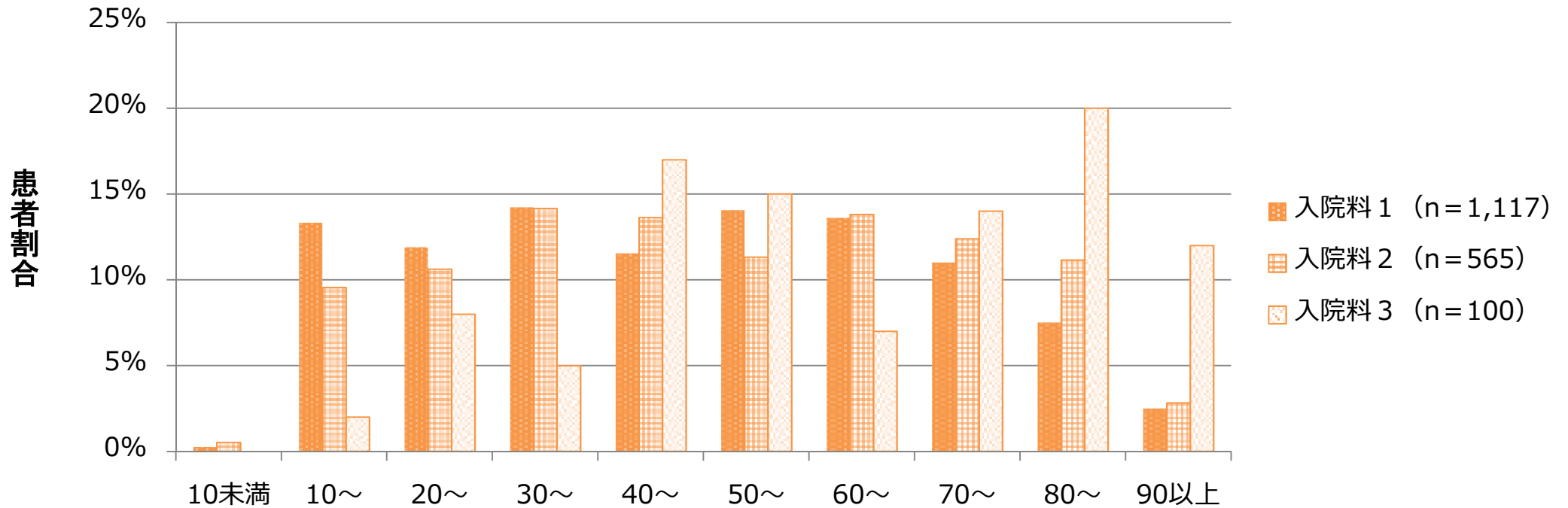
患者の疾患の分布



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



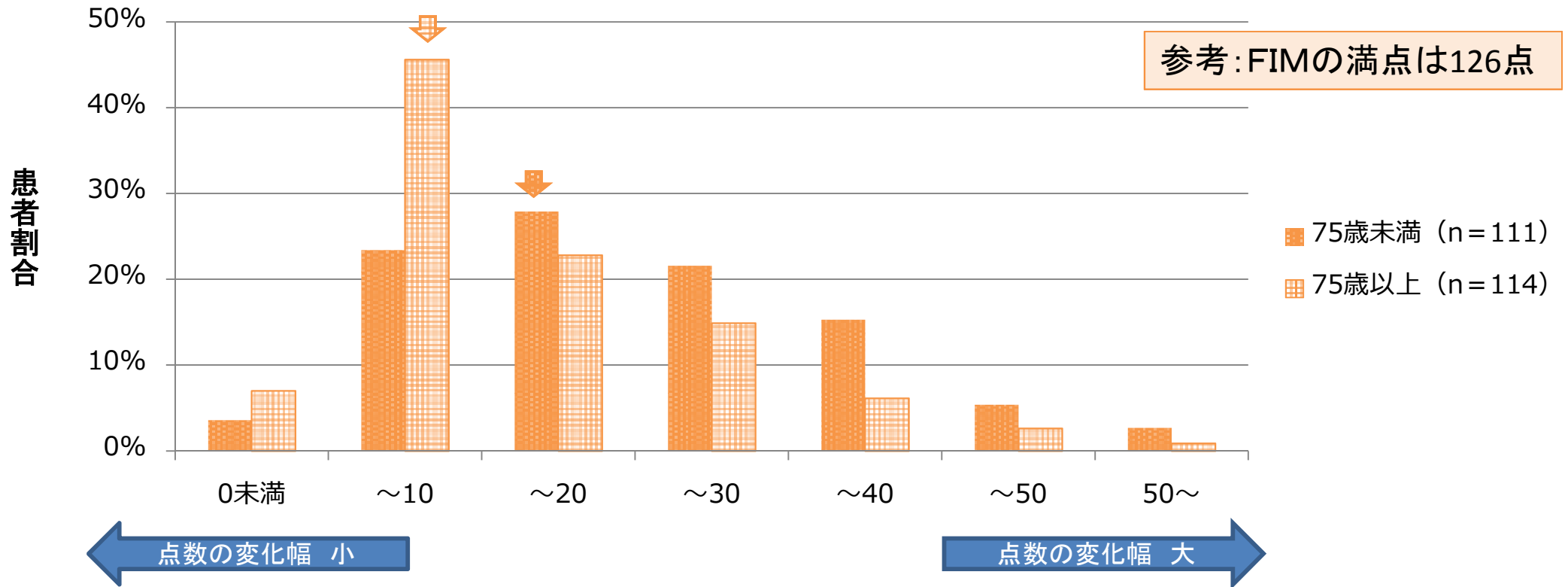
※FIMの満点を100%とした場合の割合
(FIMの満点は126点)

※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。

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－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。

FIMの改善状況別の患者分布（入棟後3か月目）

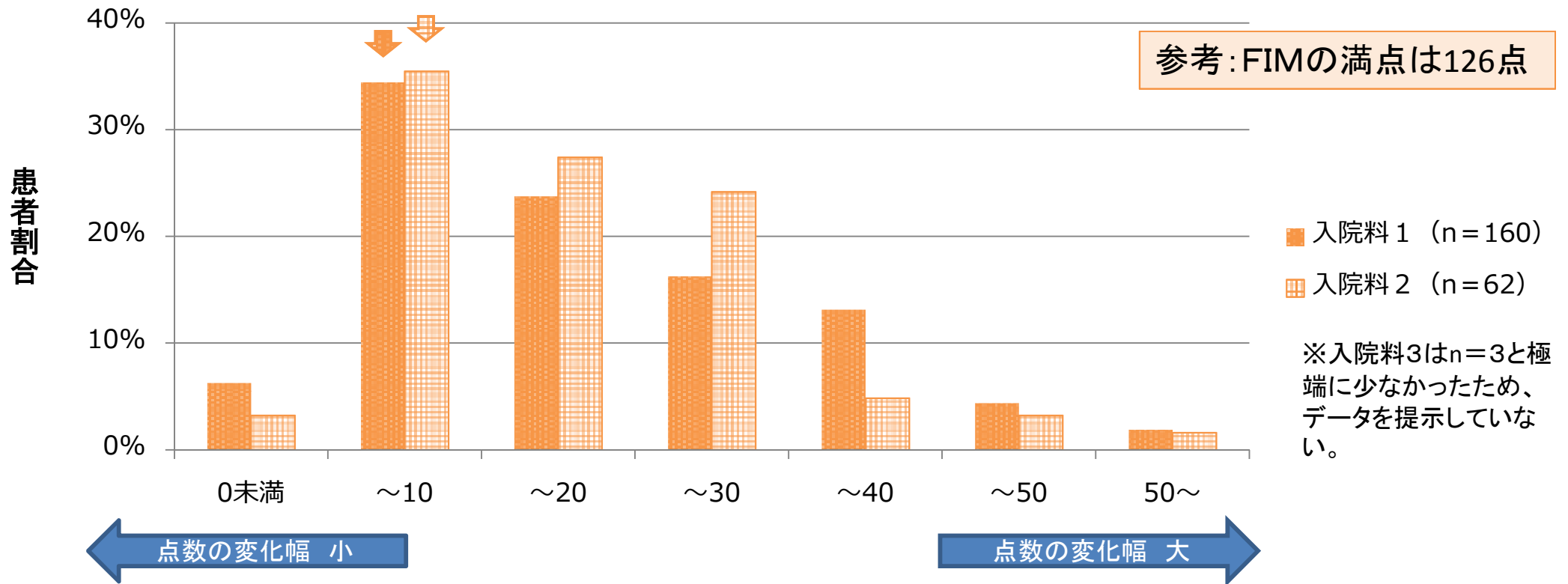


※入棟後3月目のデータには入棟後90日以上を経ている患者の当該データを用いた。
 ※BIIにて評価された患者数は18人と少なかったため、データを提示していない。

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－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。

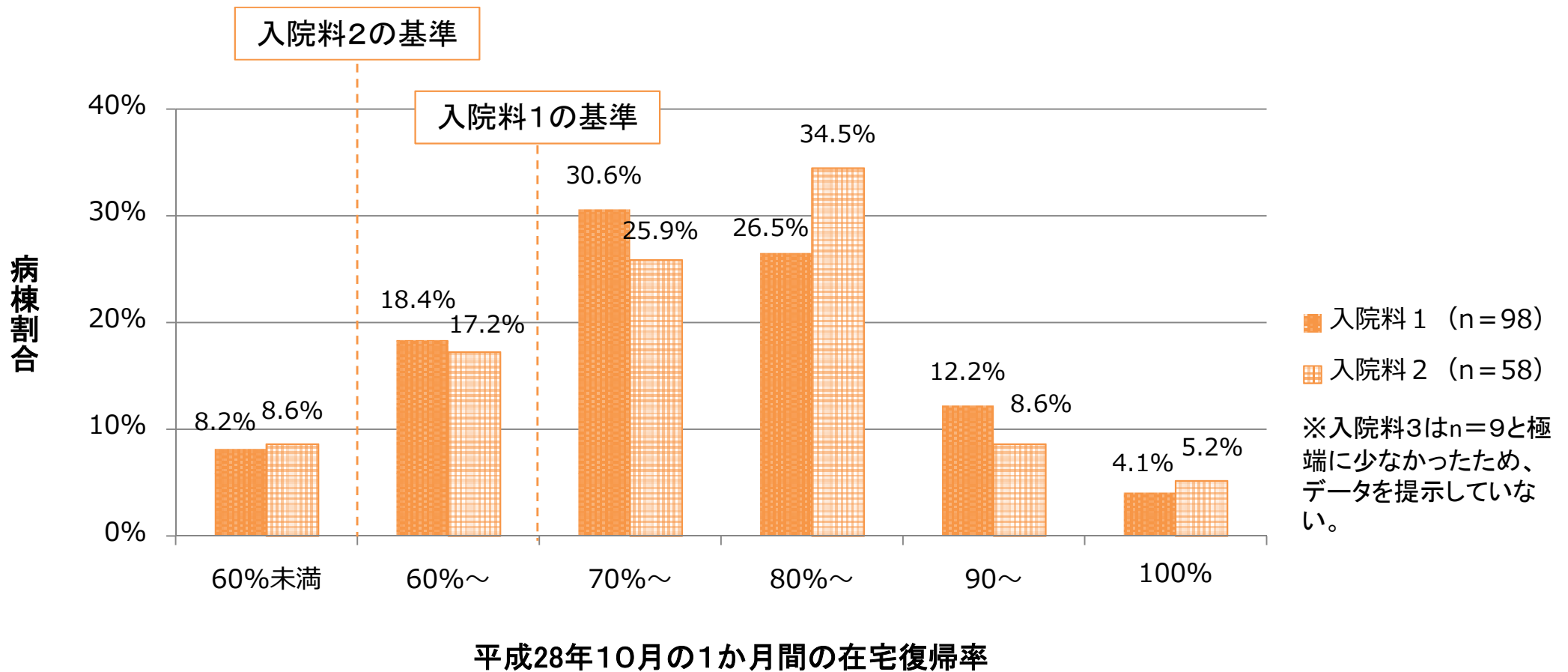
FIMの改善状況別の患者分布（入棟後3か月目）



※入棟後3か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

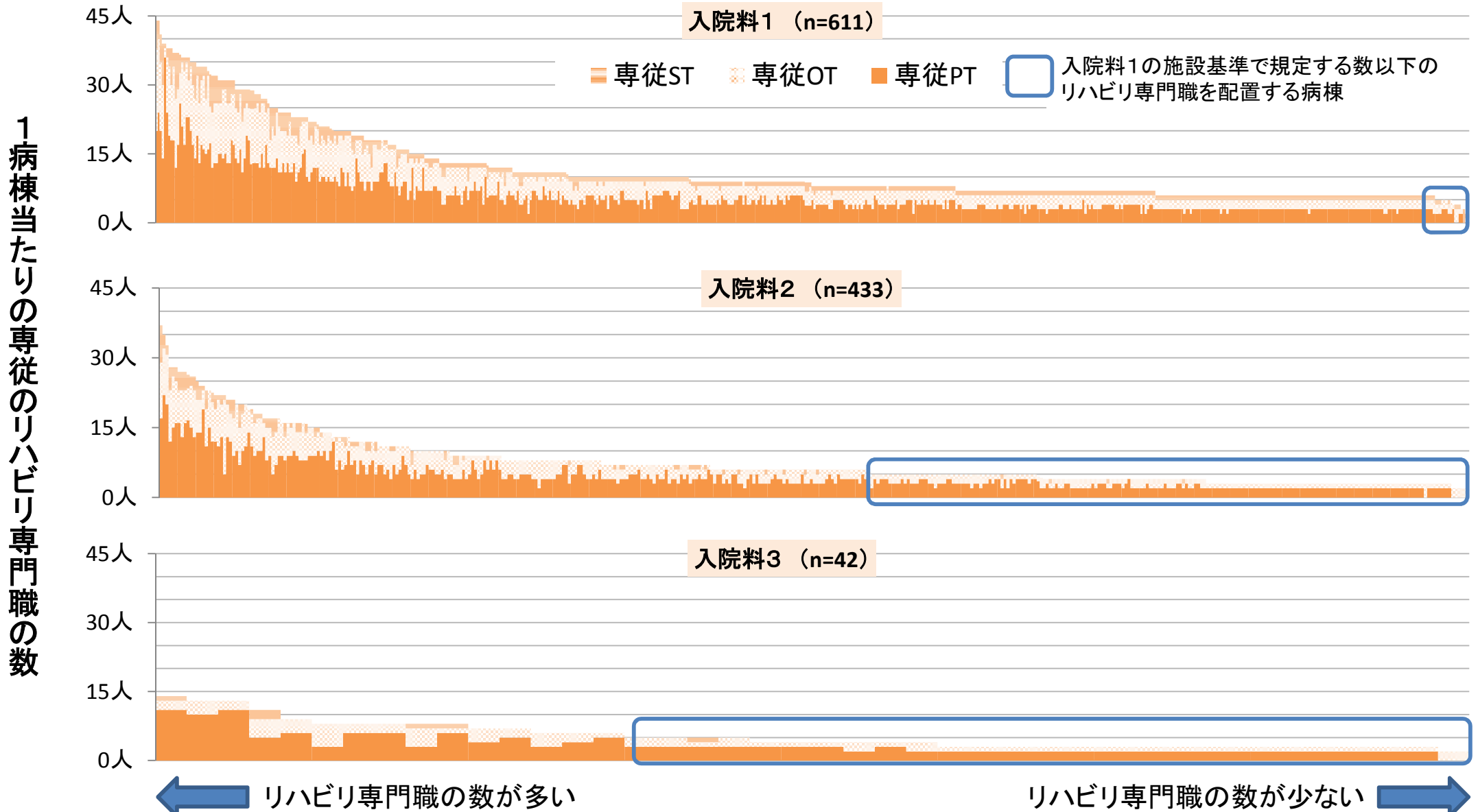
○ 入院料1及び入院料2の病棟における在宅復帰率を病棟別にみると、大部分で施設基準を大きく上回っていた。



回復期リハビリテーション病棟における専従のリハビリ専門職の配置状況②

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。



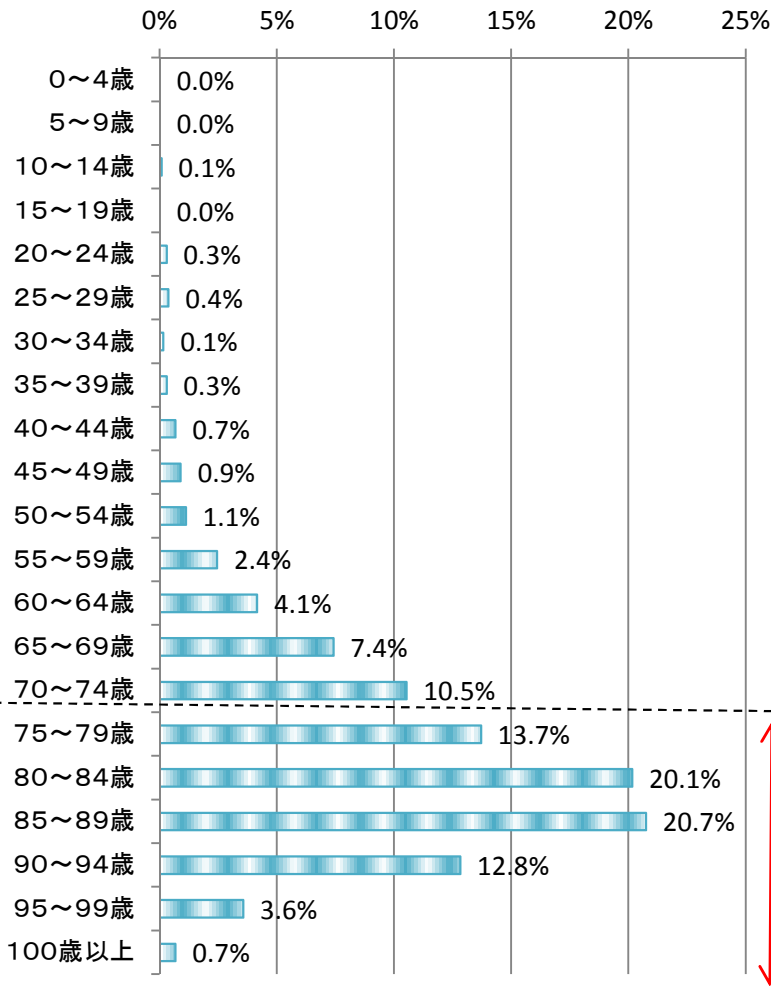
患者の年齢階級別分布（地ケア・回リハ）

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 患者の年齢階級別分布をみると、75歳以上の患者の占める割合は、地域包括ケア病棟・病室では7割強、回復期リハビリテーション病棟では6割強であった。

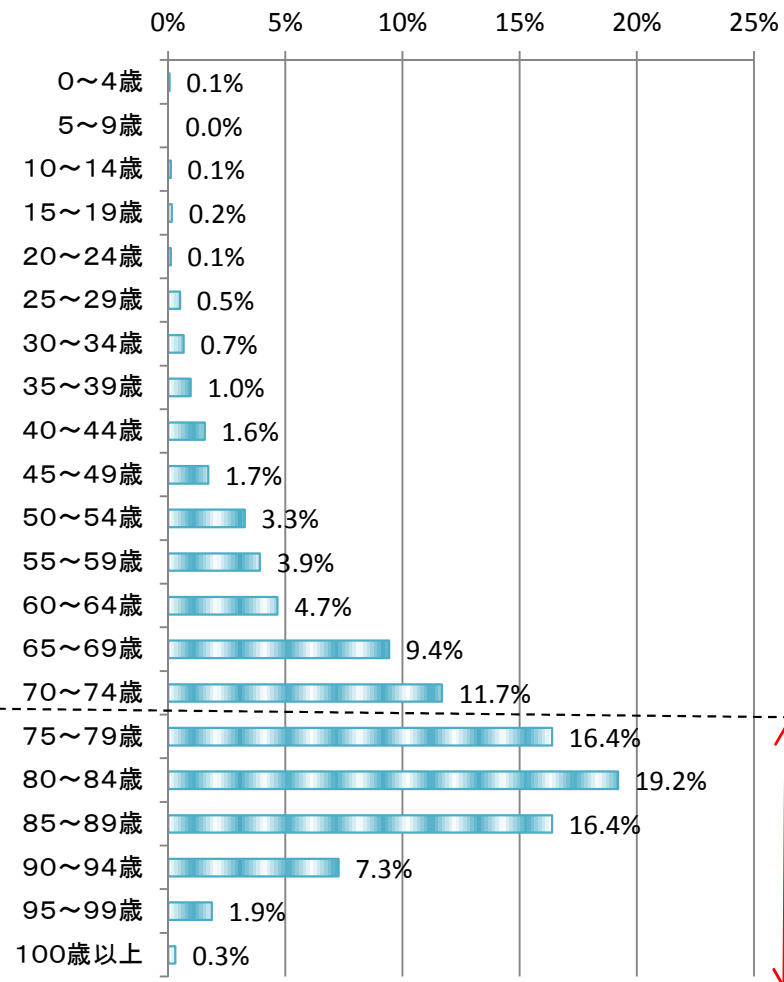
地域包括ケア病棟・病室

(n=1,350)



回復期リハビリテーション病棟

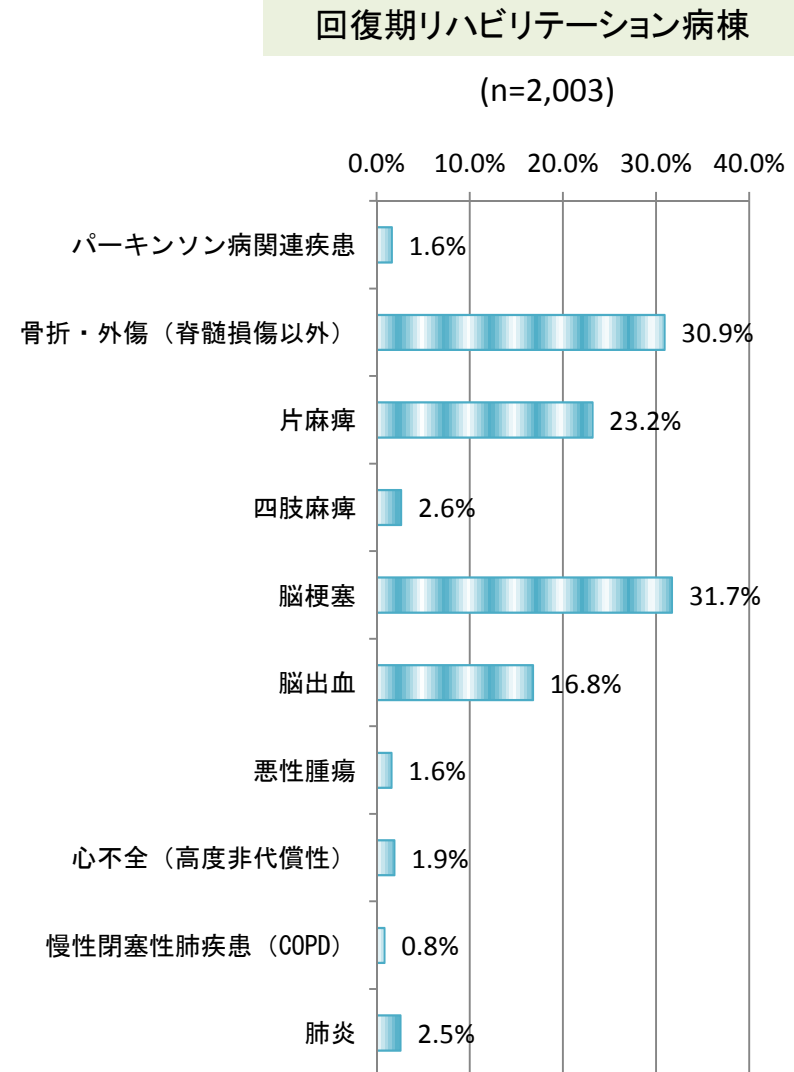
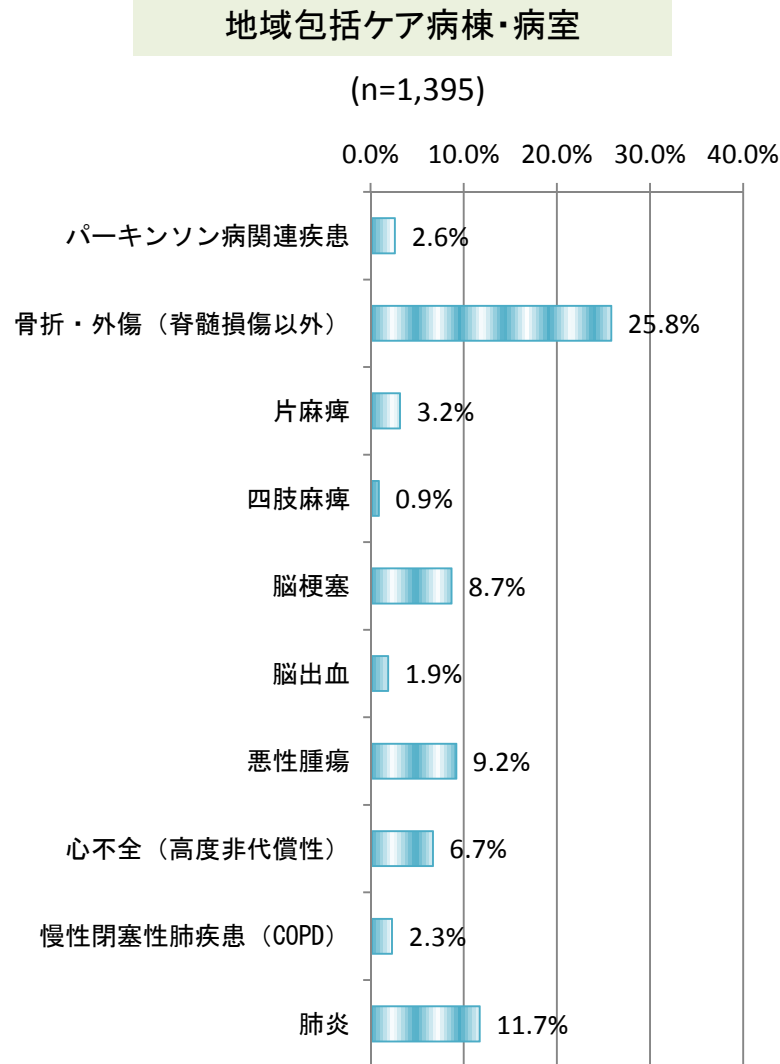
(n=1,997)



患者の疾患（地ケア・回りハ）

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 患者の疾患の状況を見ると、地域包括ケア病棟・病室では「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」の患者が最も多く、回復期リハビリテーション病棟では、「脳梗塞」の患者が最も多い。

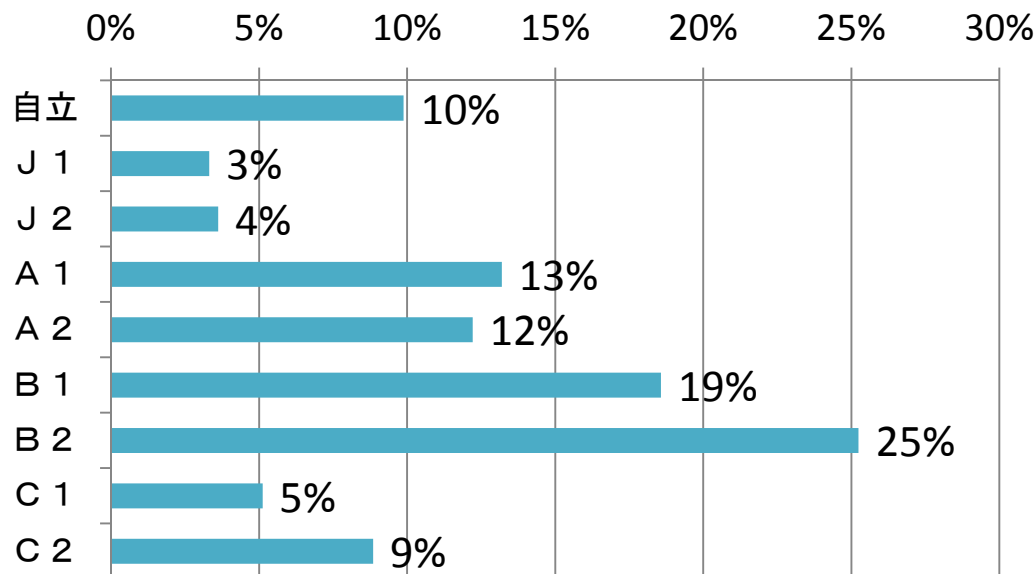


患者のADLの分布（調査日時点）（地ケア・回リハ）

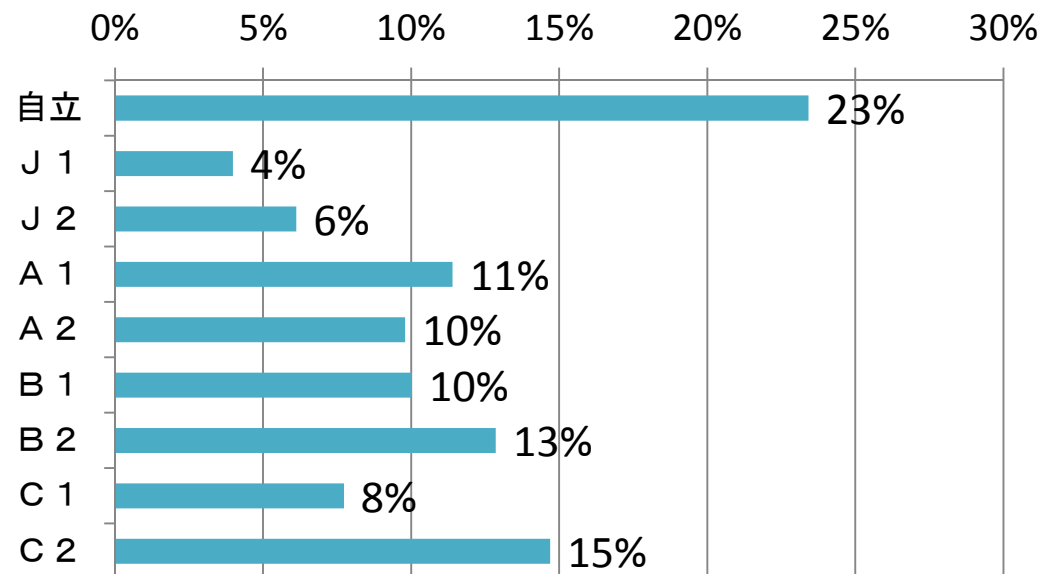
診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 調査日時点の障害老人の日常生活自立度をみると、回復期リハビリテーション病棟では「自立」の患者が最も多く、次いで「C2」「B2」の患者が多かった。また、地域包括ケア病棟では「B2」の患者が最も多かった。

地域包括ケア病棟 (n=1,933)



回復期リハビリテーション病棟 (n=1,307)



障害高齢者の日常生活自立度

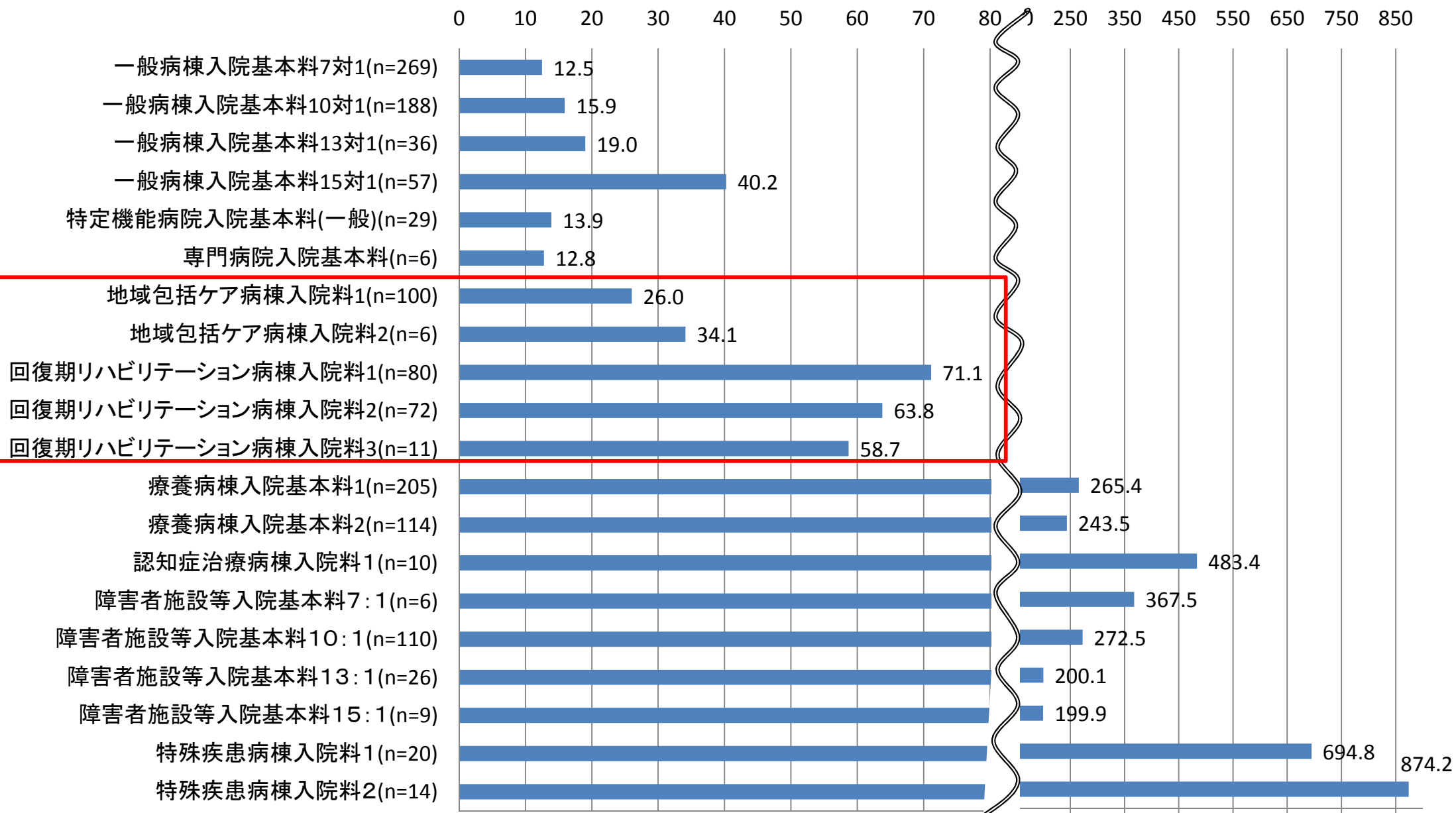
ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

入院料ごとの平均在院日数

診調組 入-1
29.6.7

<入院料ごとの平均在院日数>

(日)

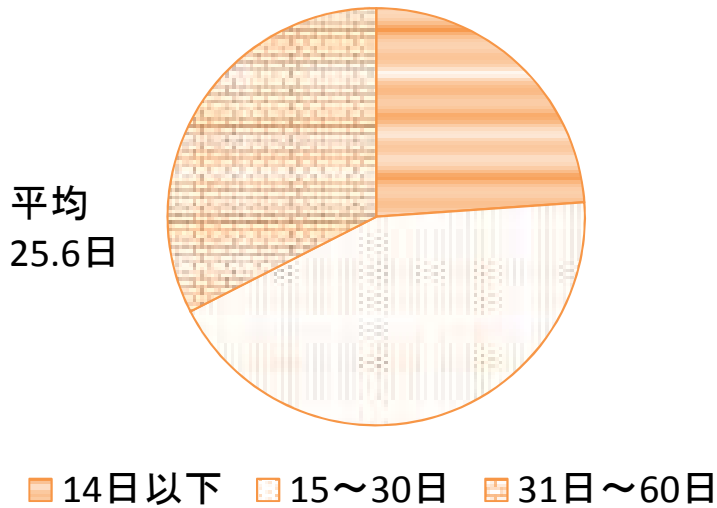


回復期リハビリテーション病棟の入棟前後の日数①

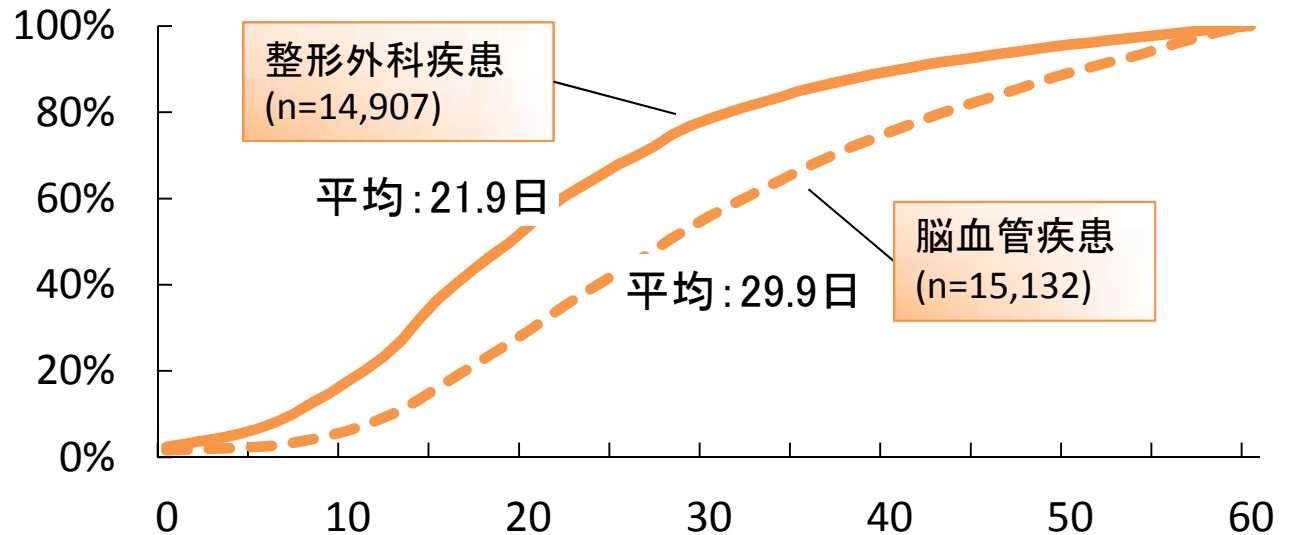
診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者については、
 - ・リハビリテーションを必要とする傷病の発症から平均25.6日で回復期リハビリテーション病棟に入棟し、
 - ・平均85.6日間(脳血管疾患の場合)入棟していた。

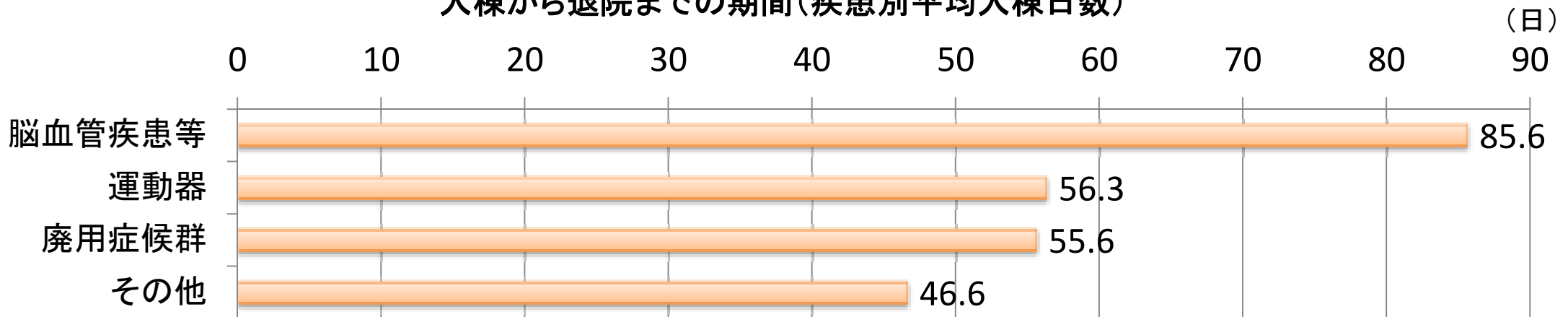
発症から入棟までの期間 (n=32,840)



発症から入棟までの期間(疾患別)



入棟から退院までの期間(疾患別平均入棟日数)

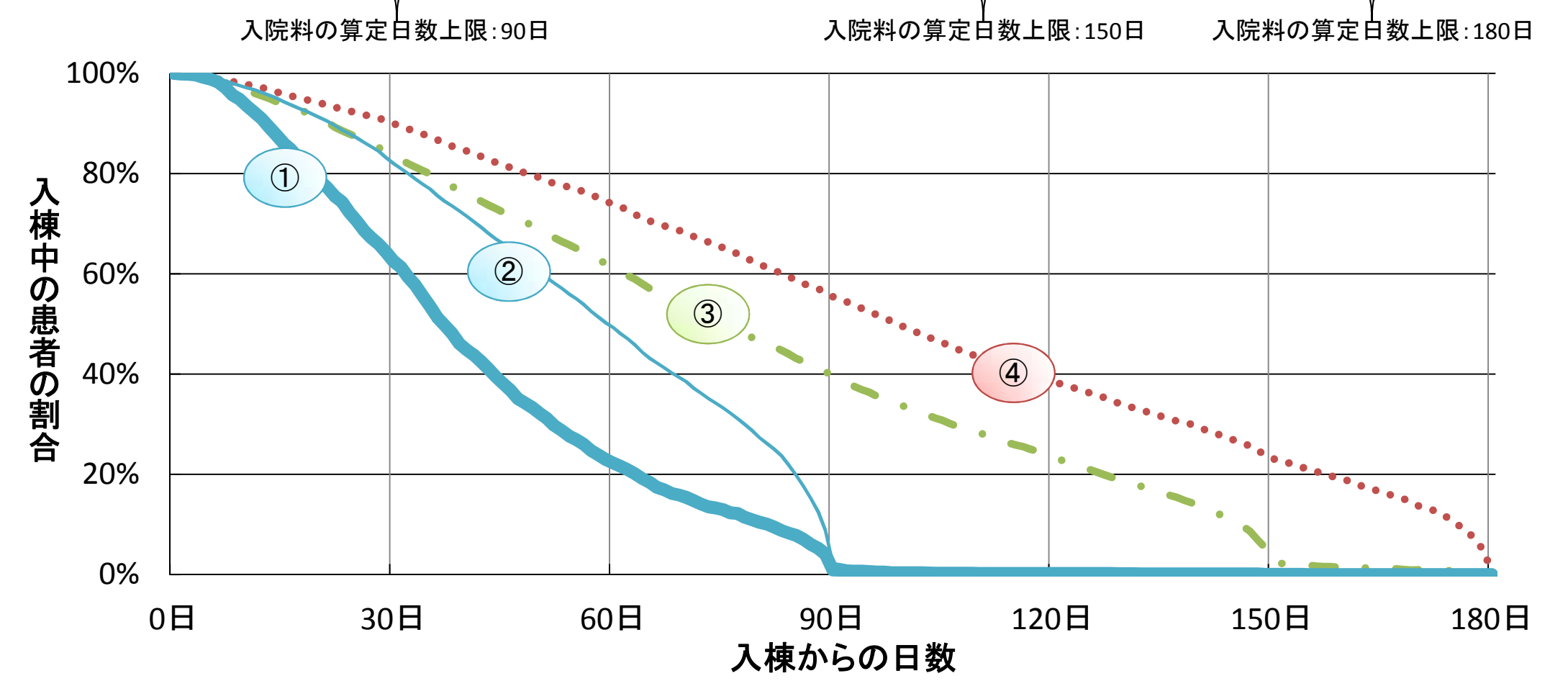


回復期リハビリテーション病棟の入棟前後の日数②

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

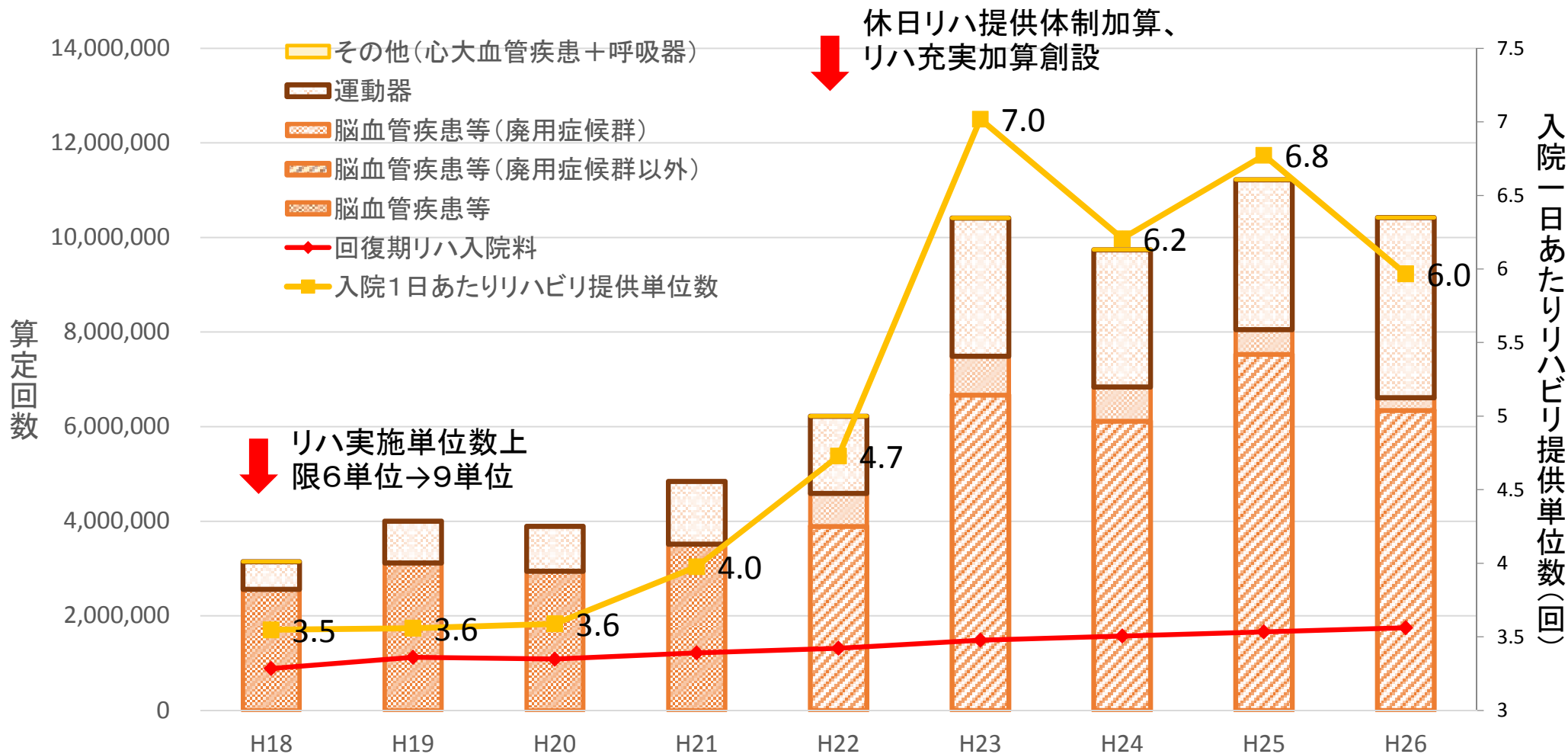
○ 入棟からの日数に応じた入棟中の患者割合をみると、入院料の算定日数の上限を90日とする患者のうち、「股関節又は膝関節の置換術後」の患者は「大腿骨等の骨折の患者」に比べて、早期に退院していた。

①整形外科疾患 (n=1,892)	②整形外科疾患 (n=14,198)	③脳血管疾患 (n=9,083)	④脳血管疾患 (n=5,017)
股関節又は膝関節の置換術後	大腿骨、骨盤、脊髄、股関節又は膝関節の骨折	④以外の脳血管疾患	高次脳機能障害を伴った脳血管疾患



回復期リハ病棟における疾患別リハの提供単位数

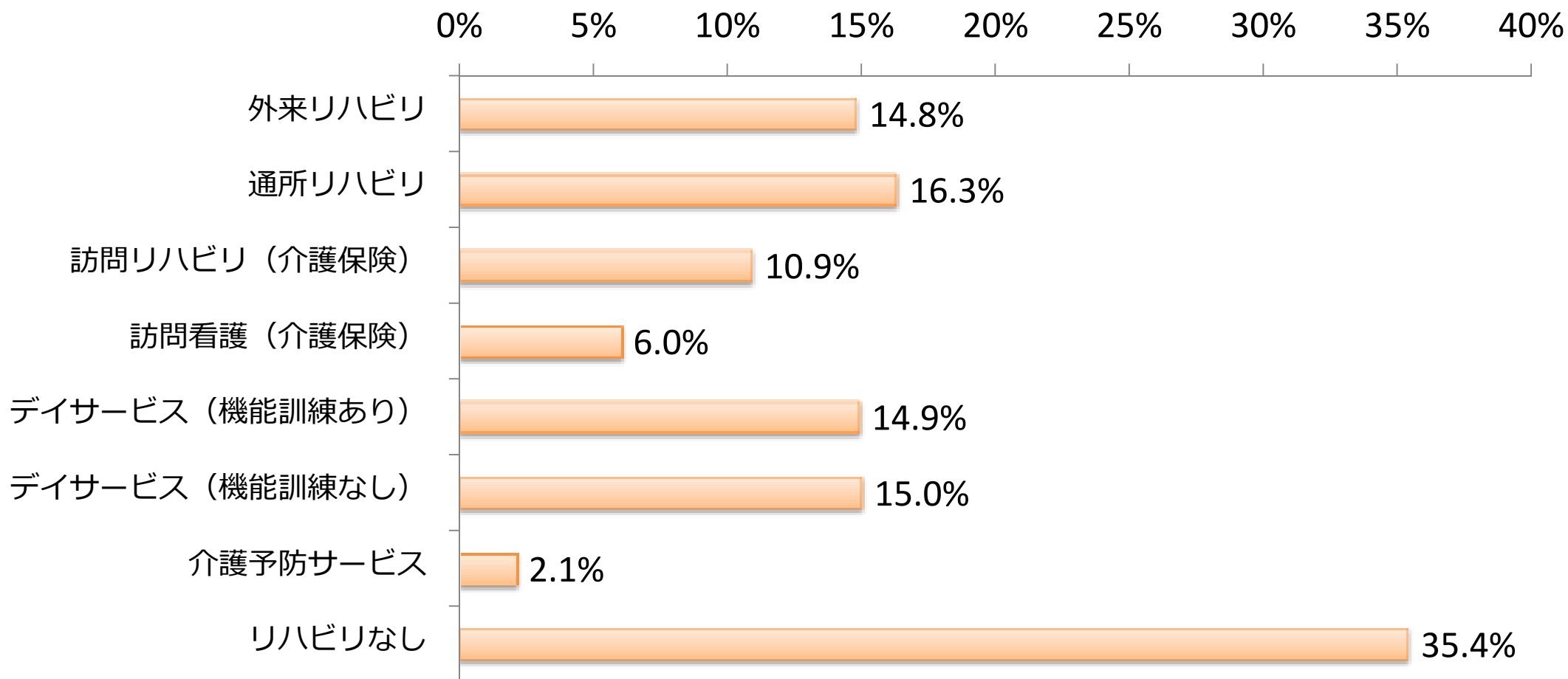
- 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は急激に増加している。



※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。

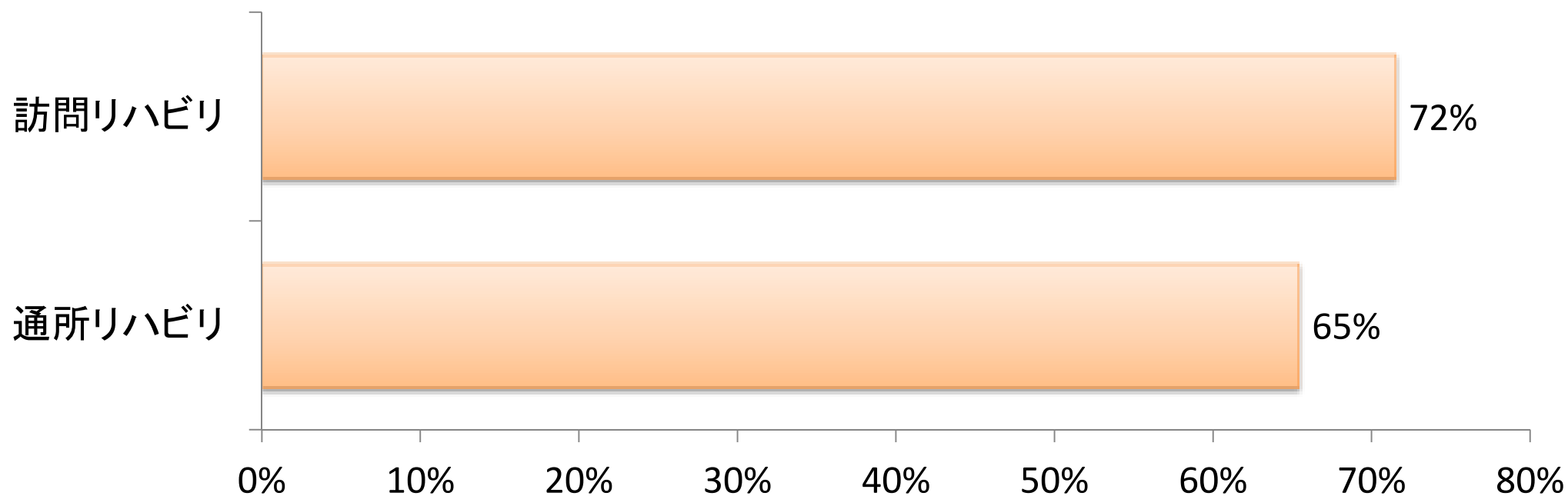
○ 回復期リハビリテーション病棟を退院後も、何らかのリハビリ又は機能訓練を必要とする患者が60%以上を占めた。

自宅退院後のリハビリ・機能訓練の予定 (n=20,393人)



- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、72%で訪問リハビリ、65%で通所リハビリを実施していた。

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関の 入院外の医療サービスの提供状況 (n=794)



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会)

回復期リハビリテーション病棟を退院後1ヶ月後のFIM運動項目の変化

○ 回復期リハビリテーション病棟の退院後1ヶ月後に、FIM（Functional Independence Measure）の「運動項目」の合計点数等が有意に低下するとのデータがある。

対象

回復期リハビリテーション病棟から自宅に退院した患者117名

脳血管障害	58名	下肢骨折	39名
脊髄損傷	10名	廃用症候群	10名

方法

退院時と退院後1ヶ月後のFIMの運動項目の合計点数及び項目ごとの点数を比較。

結果

■ FIM運動項目の合計点数
退院後に有意に低下

退院時 平均75.1点
退院後1ヶ月 平均73.5点



■ FIM運動項目の項目ごとの点数

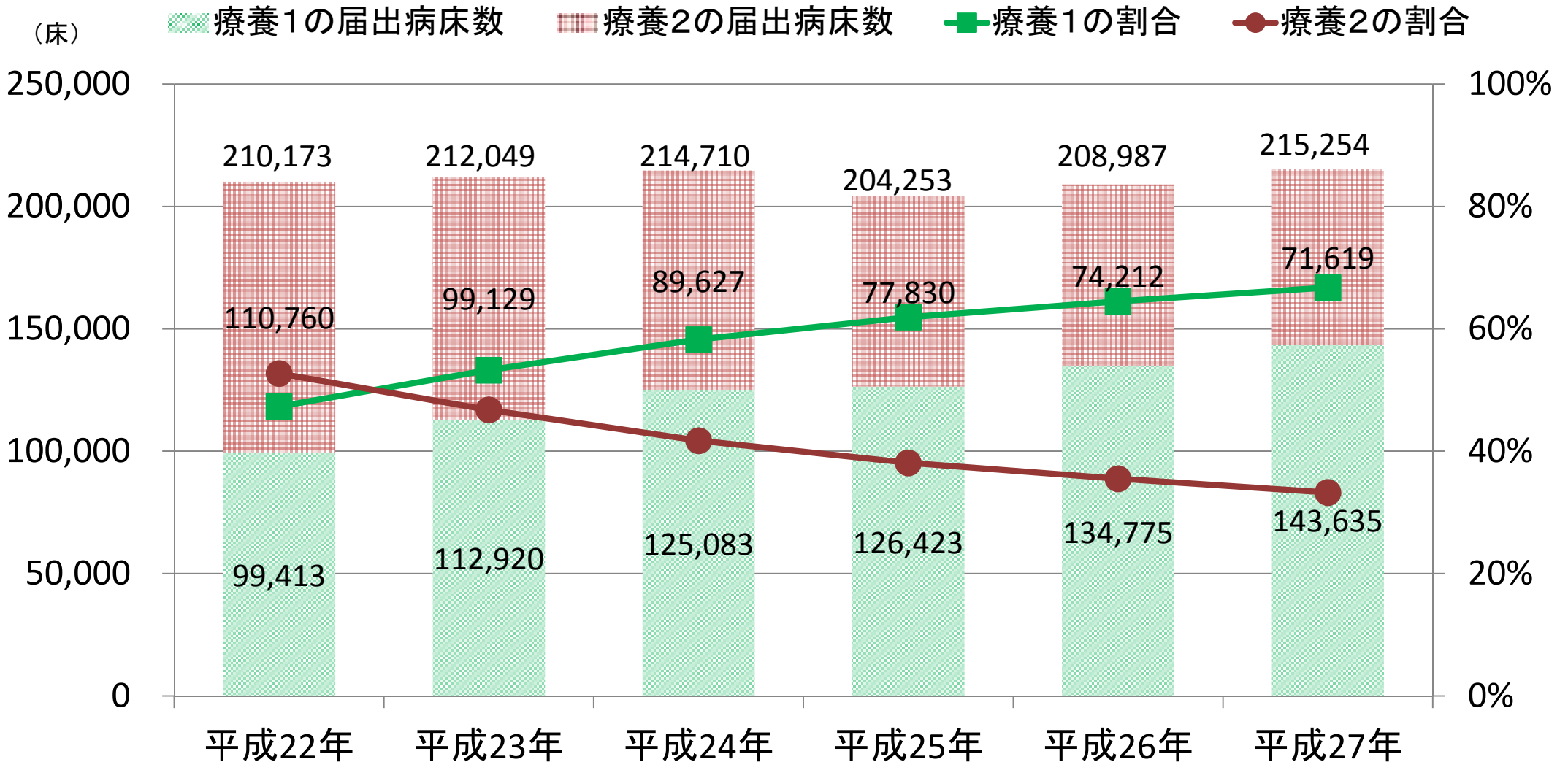
退院後の点数	FIM運動項目	P値
有意に低下	整容・清拭	P<0.05
	更衣上半身・更衣下半身・階段昇降	P<0.01
有意に向上	排尿コントロール・排便コントロール	P<0.05
有意差なし	食事・トイレ動作・ベッド移乗・トイレ移乗・浴槽移乗・移動	n.s.

(出典:芳野純ほか; 回復期リハビリテーション病棟患者の退院後日常生活活動変化の特徴と関連因子. 理学療法科学(2008年))

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

中医協 総-5
29.1.25(改)

- 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。

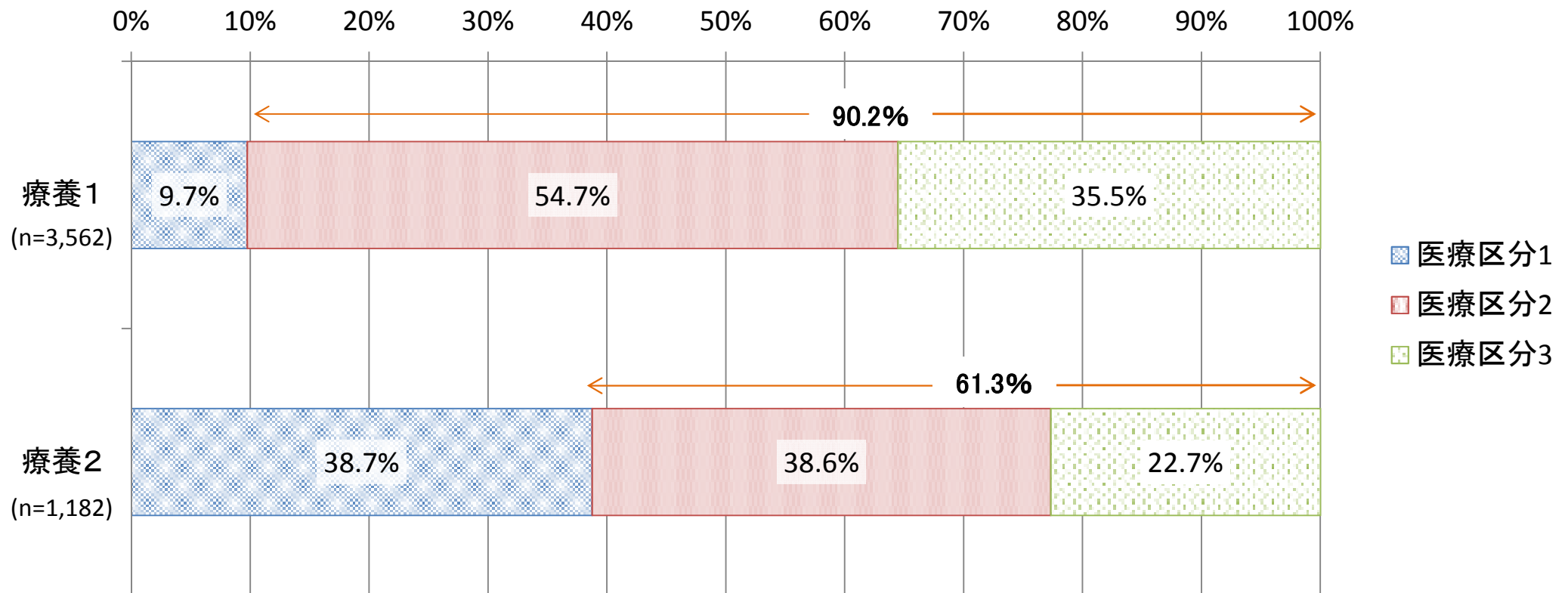


療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
29.6.7

- 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

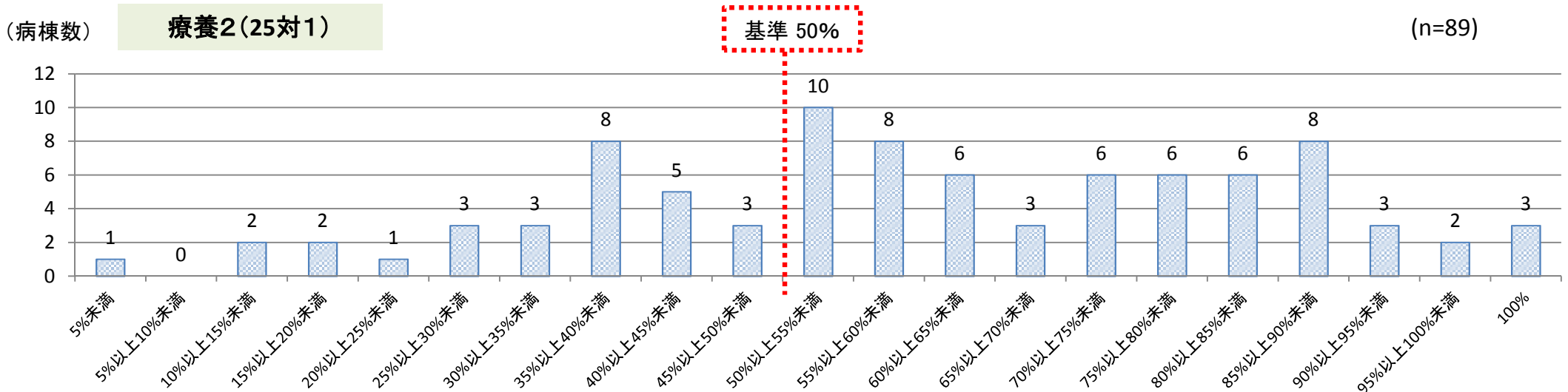
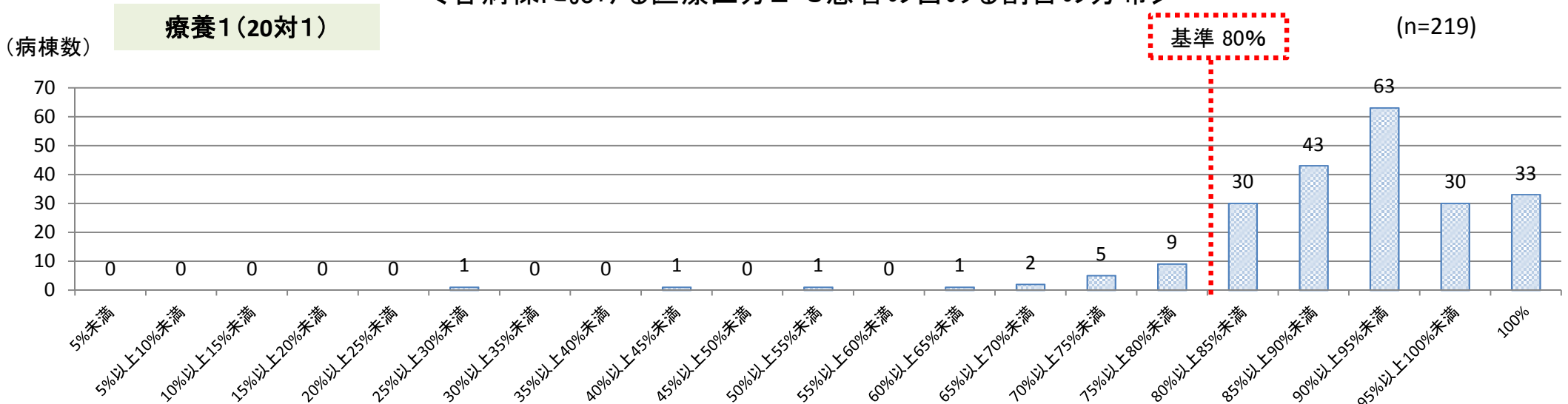


各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

診調組 入-1
29.6.7

- 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＞



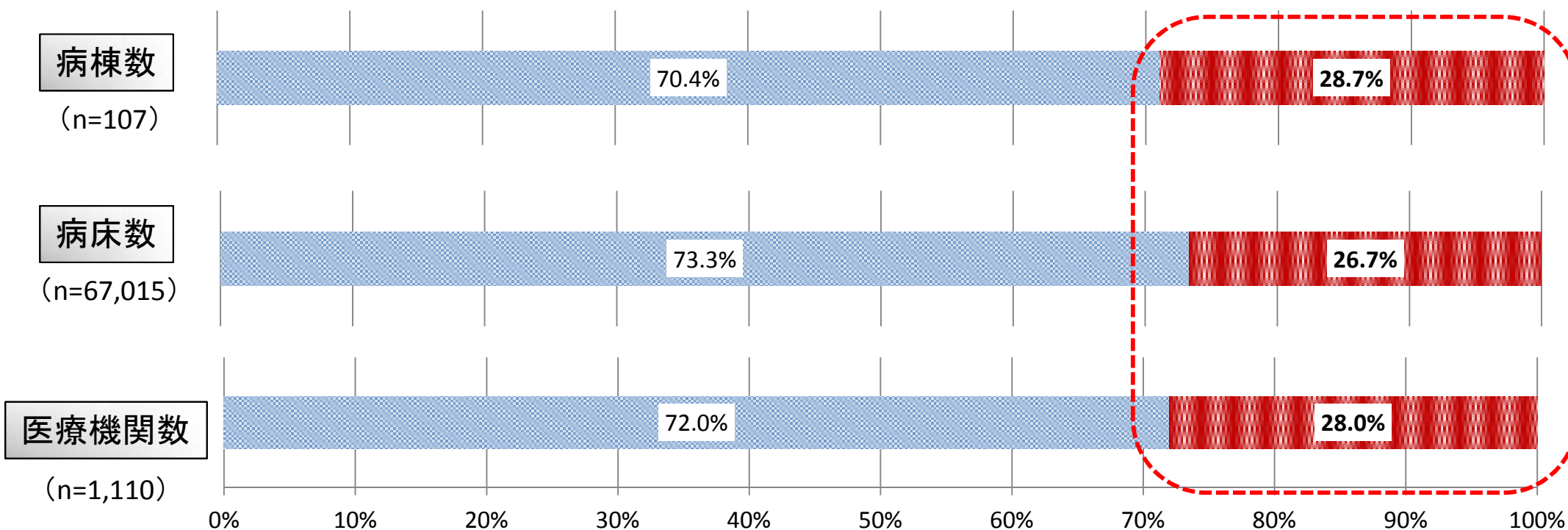
参考)療養病棟入院基本料2の施設基準を一部満たさない医療機関

療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、下記のいずれか又は両方を満たさない場合、届出を行った上で、所定点数の100分の95を算定することとなっている。

- ①看護職員配置25:1（この基準を満たさない場合、少なくとも看護職員配置30:1以上が必要）
- ②医療区分3と医療区分2の患者が5割以上

■ 所定点数で算定を行っている

■ 医療区分2・3の患者の割合又は看護職員の配置基準(25:1)のみを満たさず、所定点数の100分の95の点数で算定を行っている



出典:

病棟数:入院医療等の調査(平成28年度)

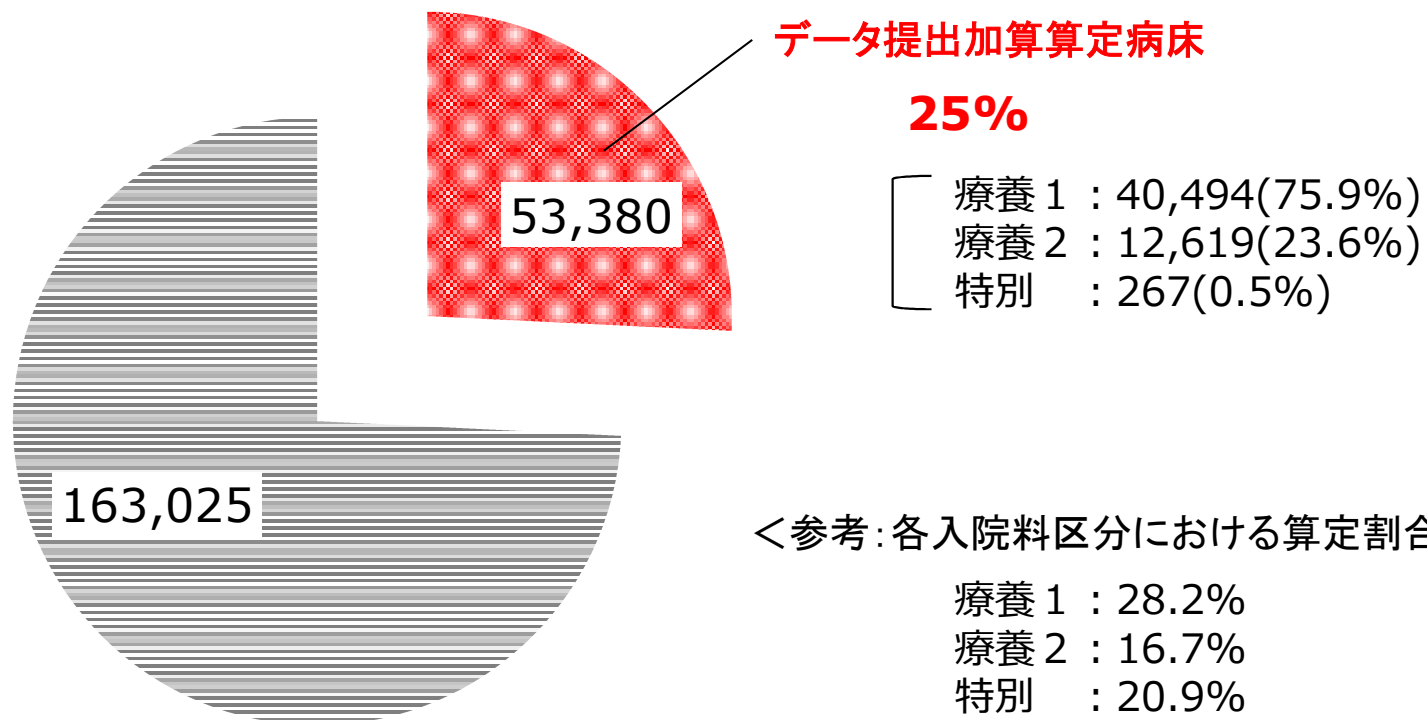
病床数・医療機関数:医療課調べ(平成28年10月現在)速報値

データ提出加算の算定病床の割合（療養病棟）

診調組 入-1
29.8.4(改)

- 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)

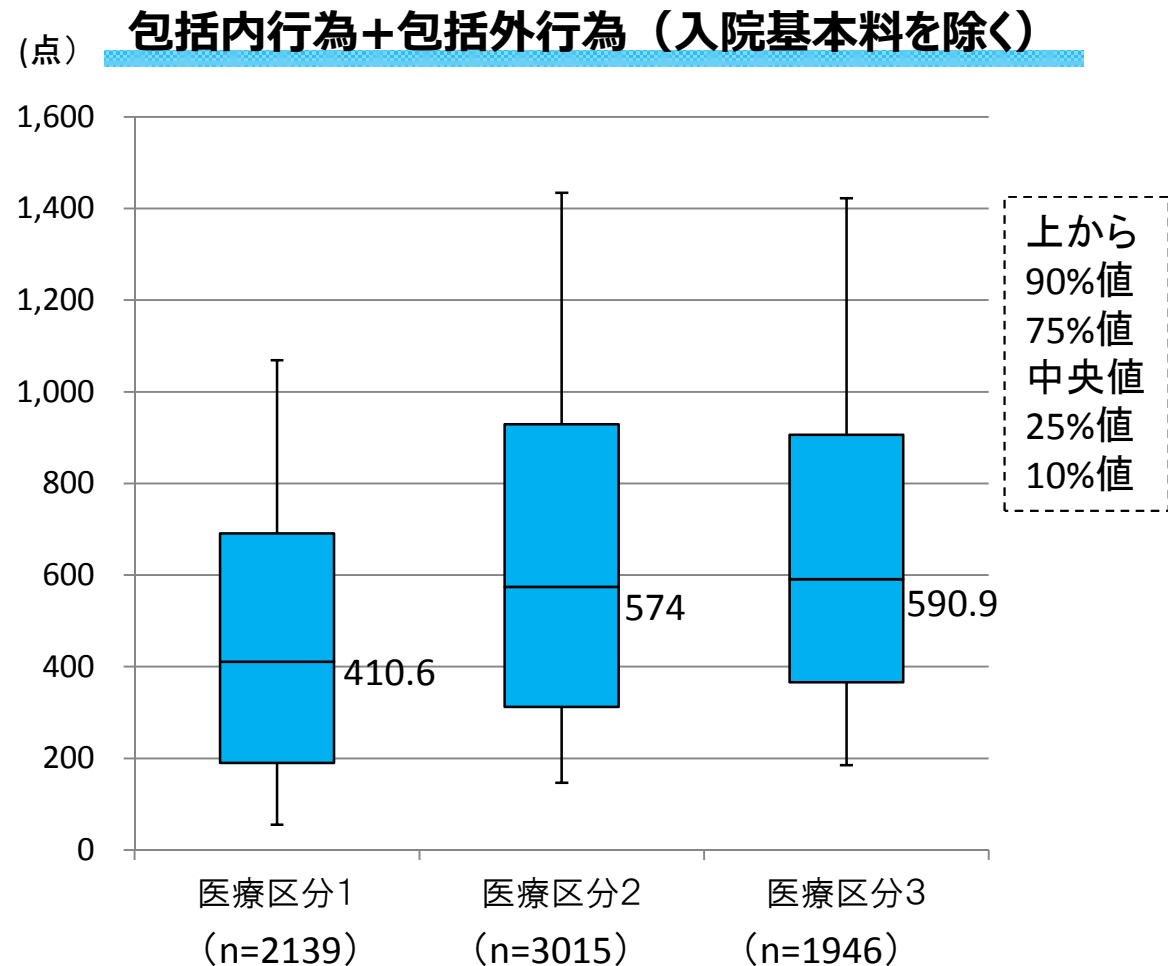
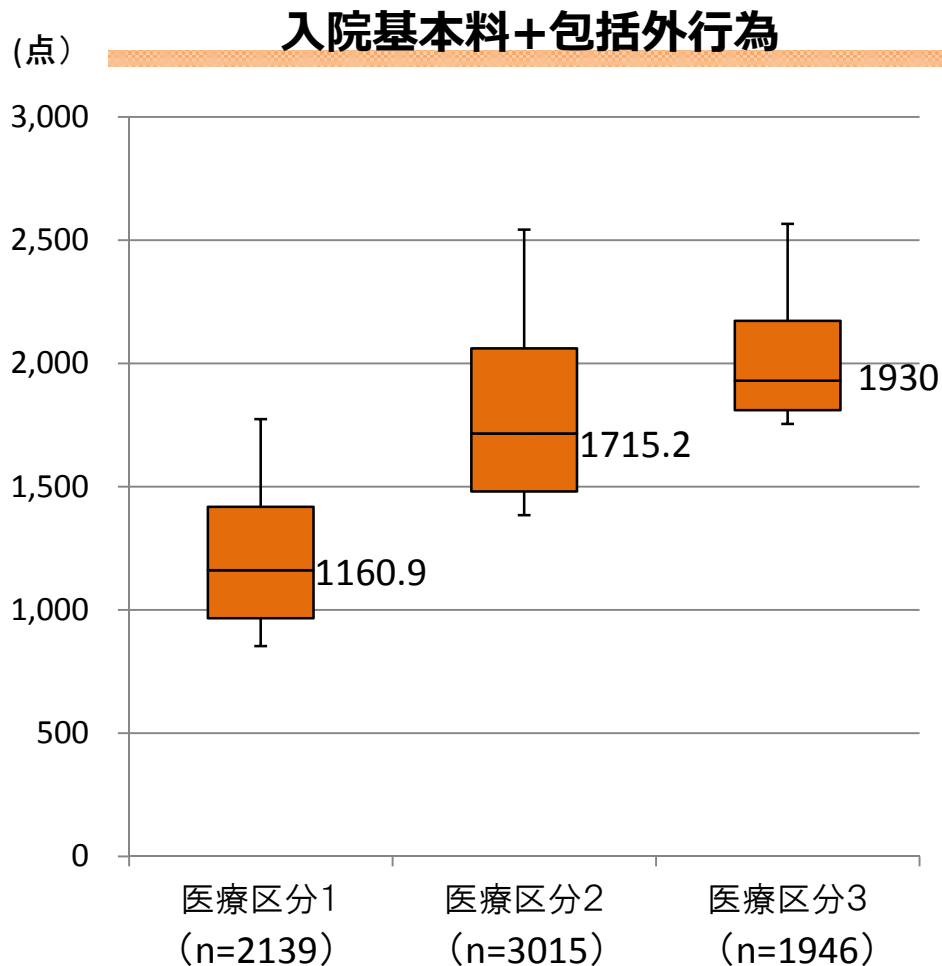


(療養病棟入院基本料) 医療区分別の1日当たり平均点数

診調組 入-1
29.8.4(改)

※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。



上から
90%値
75%値
中央値
25%値
10%値

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)

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 114

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	
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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)</p>	
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

医療区分・ADL区分に係る評価票②

【留意事項】

- 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。
- 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

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 <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> <th>18</th> <th>19</th> <th>20</th> <th>21</th> <th>22</th> <th>23</th> <th>24</th> <th>25</th> <th>26</th> <th>27</th> <th>28</th> <th>29</th> <th>30</th> <th>31</th>	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. 医師が患者に対する治療を実施している状態	14																															
3. 状態像により、安定した状態を継続している状態	30																															
4. 中心肺動脈血圧を測定している状態、かつ、呼吸器管理状態	1																															
5. 消化管等の体外からの栄養が自衛継続している状態	1																															
6. 医師が患者に対する治療を実施している状態、かつ、呼吸器管理状態	1																															
7. 生命線に対する治療を実施している状態	1																															
8. 医師が患者の状態像が安定しており、かつ、呼吸器管理状態を継続している状態	1																															
9. 医師の直接検査を実施している状態	1																															

II. 算定期間に限りがない区分

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
10. 治療中	<input type="checkbox"/>																															
11. 医師が治療	<input type="checkbox"/>																															
12. 医師が直接検査により、安定した状態を継続している状態																																
13. 中心肺動脈血圧を測定している状態																																
14. 人工呼吸器を管理している状態																																

医療機能に応じた入院医療の評価について

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

現行

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・うつ症状に対する薬を投与している場合
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



改定後

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
 - ・常時流量3L/分以上を必要とする状態
 - ・心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)
 - ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)

医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
29.6.7

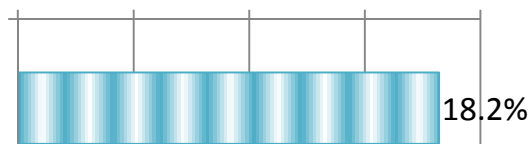
- 医療区分の一部の状態について、平成27年11月1日時点と平成28年11月1日時点の該当患者割合を比較すると、「酸素療法を実施している状態」では、平成27年(医療区分3のみ)の該当患者割合は18.2%、平成28年(医療区分2・3の合計)の該当患者割合は17.9%であり、ほぼ横ばいであった。
- 「頻回の血糖検査を実施している状態」と「うつ症状に対する治療を実施している状態」では、いずれも平成28年の該当患者割合は平成27年に比べてやや減少した。

平成27年11月1日時点

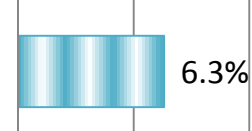
(n=343)

0% 5% 10% 15% 20%

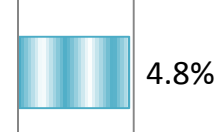
酸素療法を実施している状態・医療区分3に該当



頻回の血糖検査を実施している状態・医療区分2に該当



うつ症状に対する治療を実施している状態・医療区分2に該当

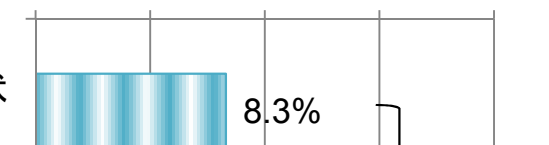


平成28年11月1日時点

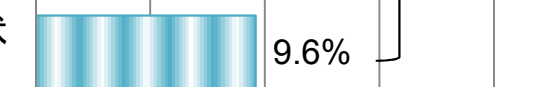
(n=343)

0% 5% 10% 15% 20%

酸素療法を実施している状態・医療区分3に該当

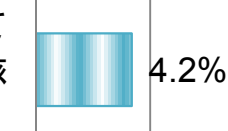


酸素療法を実施している状態・医療区分2に該当

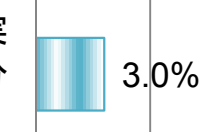


17.9%

頻回の血糖検査を実施している状態・医療区分2に該当



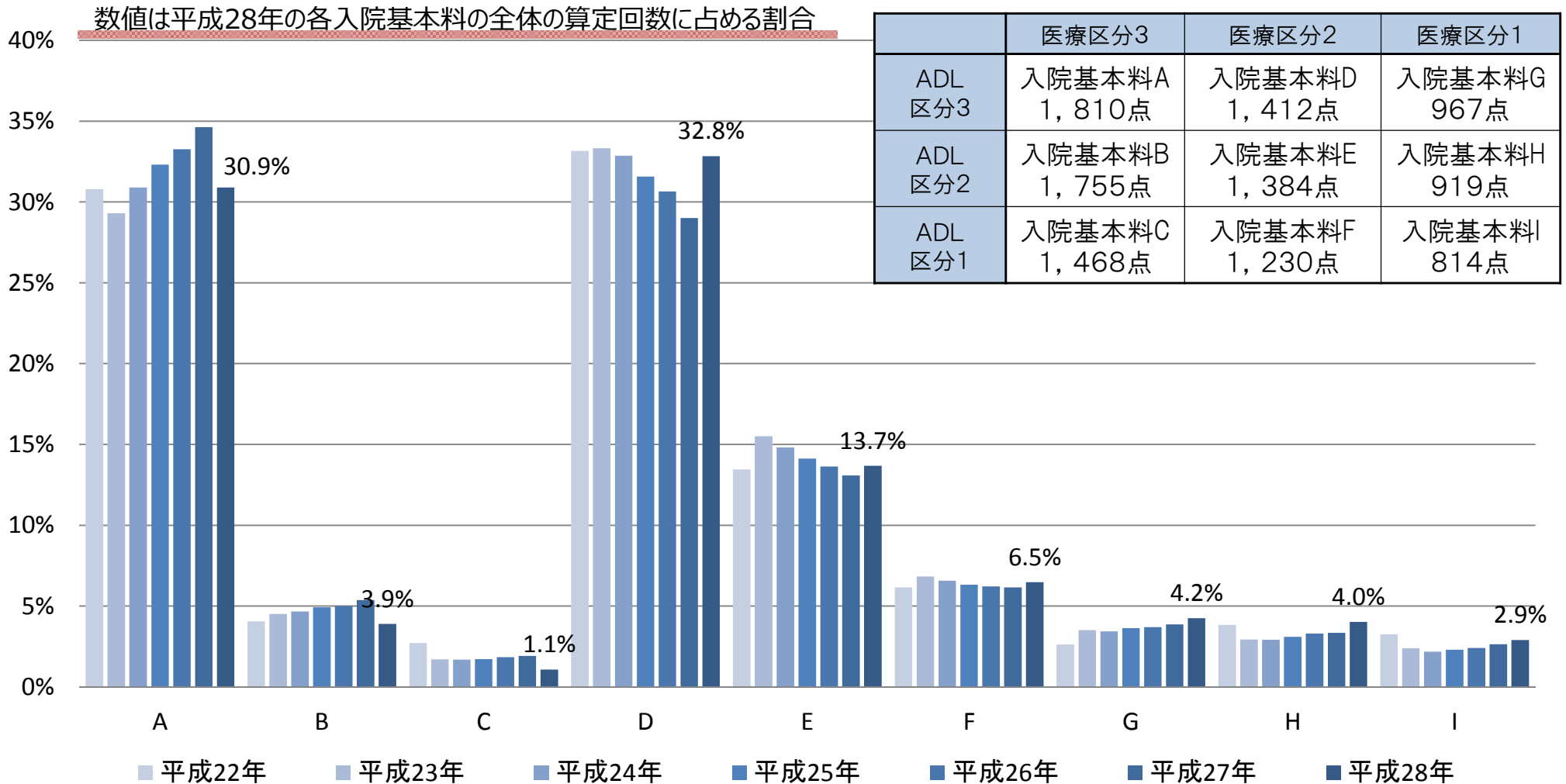
うつ症状に対する治療を実施している状態・医療区分2に該当



療養病棟入院基本料1の区分別算定回数

診調組 入-1
29.8.4

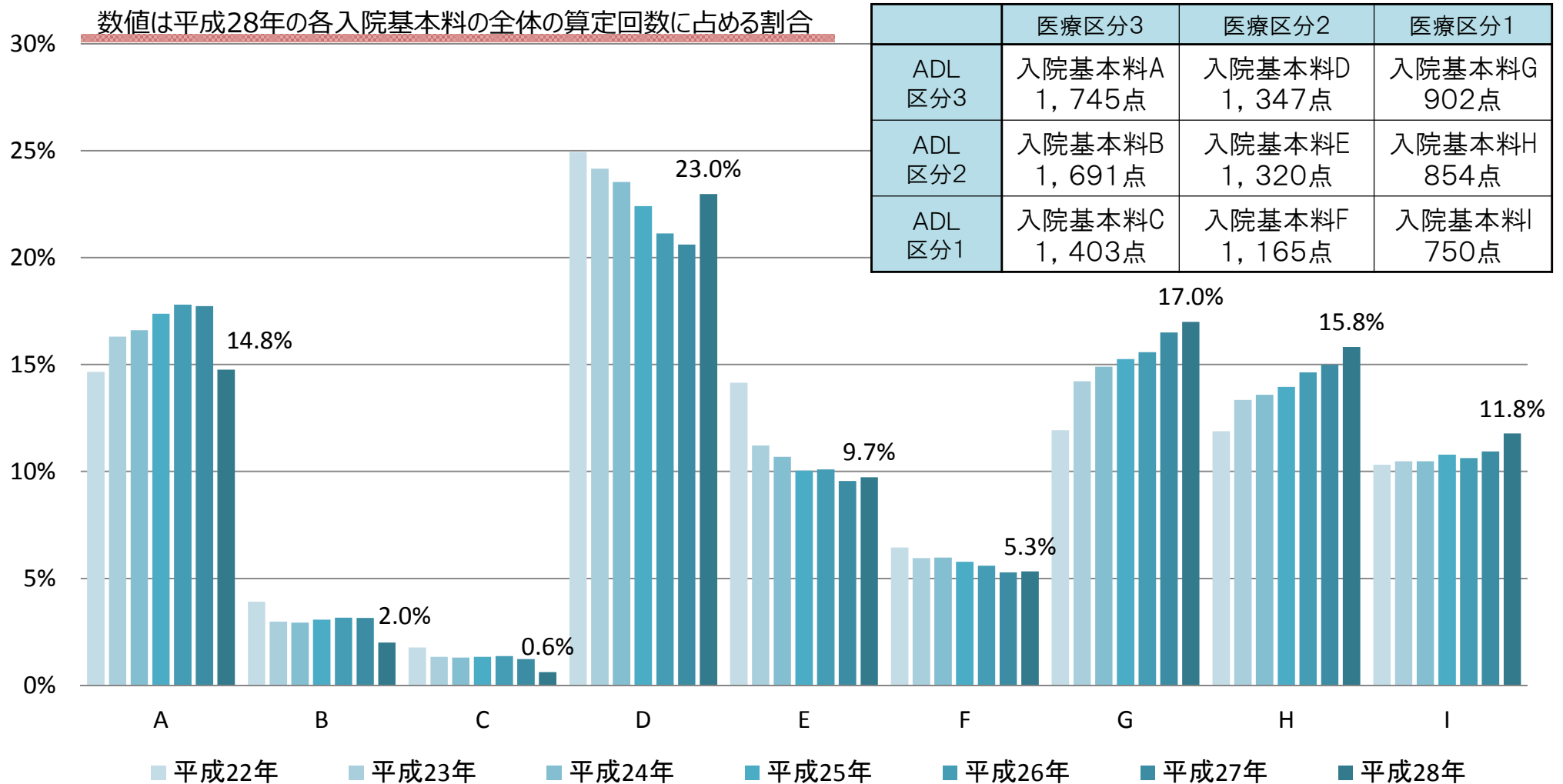
○ 療養1の入院料区別に算定回数をみると、区分Aと区分Dの算定回数が多い。年次推移をみると、近年、区分AとBは増加傾向、区分DとEは減少傾向であったが、平成28年は逆に、減少・増加に転じた。



療養病棟入院基本料2の区分別算定回数

診調組 入-1
29.8.4

- 療養2の入院料区分別に算定回数をみると、区分Dの算定回数が多い。年次推移をみると、近年、区分G~Iは概ね増加傾向、区分Dは減少傾向であったが平成28年に増加に転じ、区分Aは減少した。

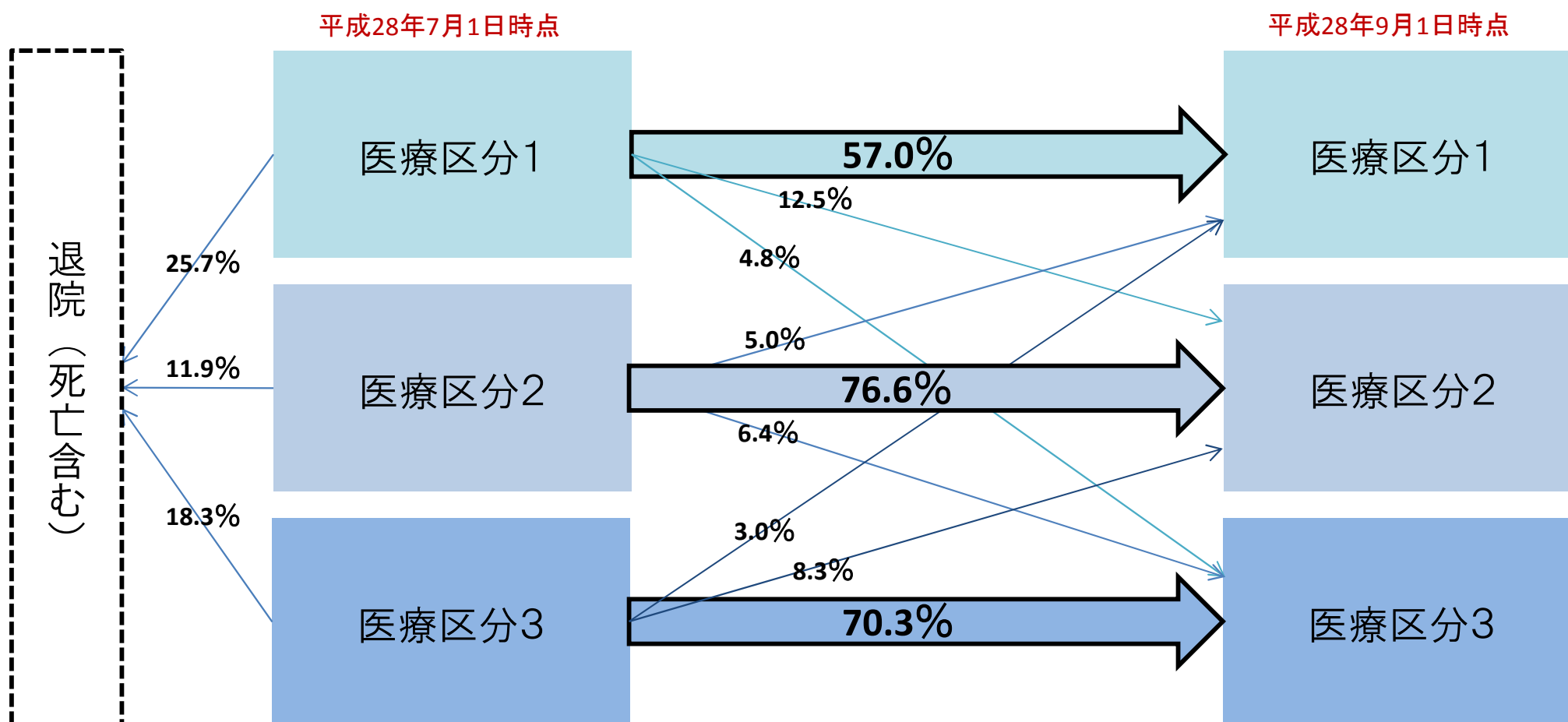


一定期間における医療区分の変化(療養1)

診調組 入-1
29.9.6

- 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)

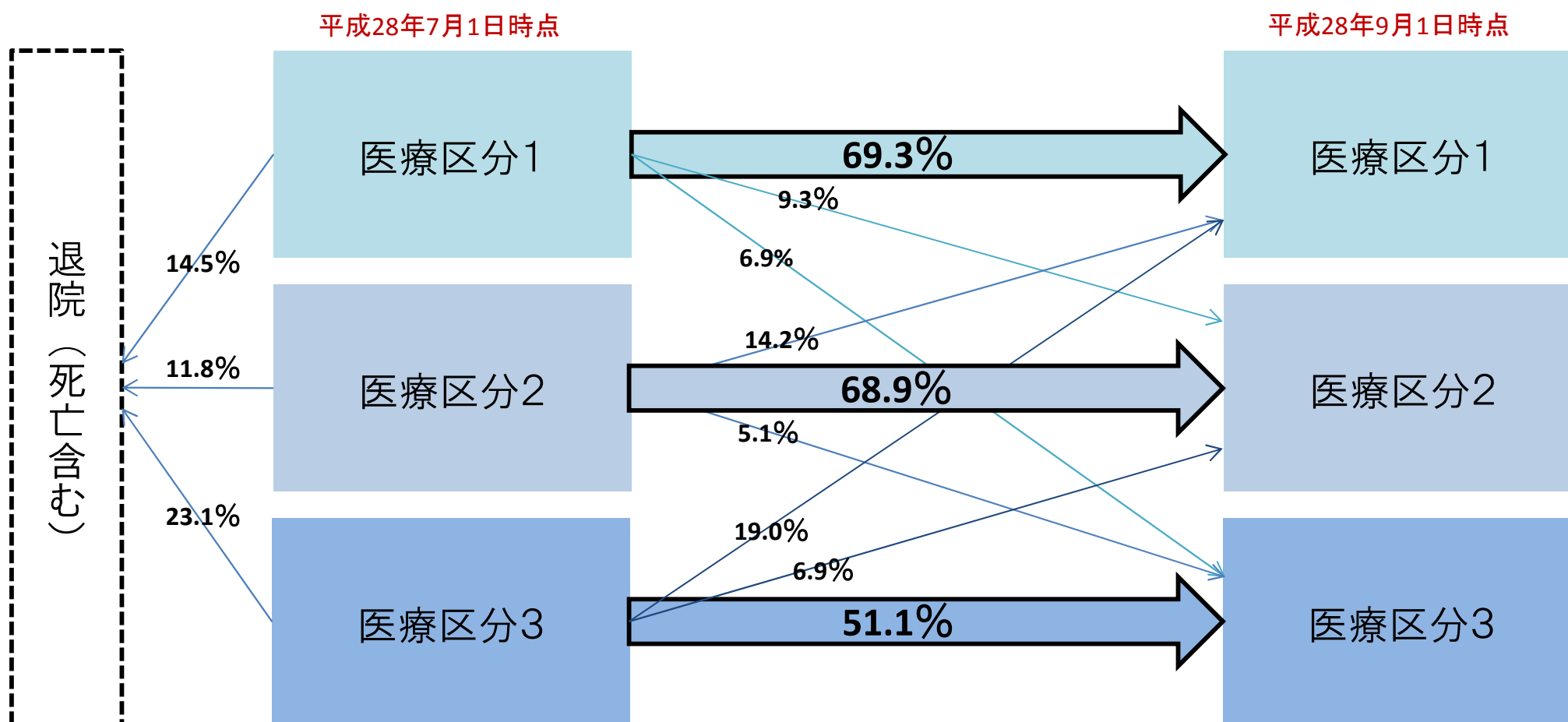


一定期間における医療区分の変化(療養2)

診調組 入-1
29.9.6

- 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)



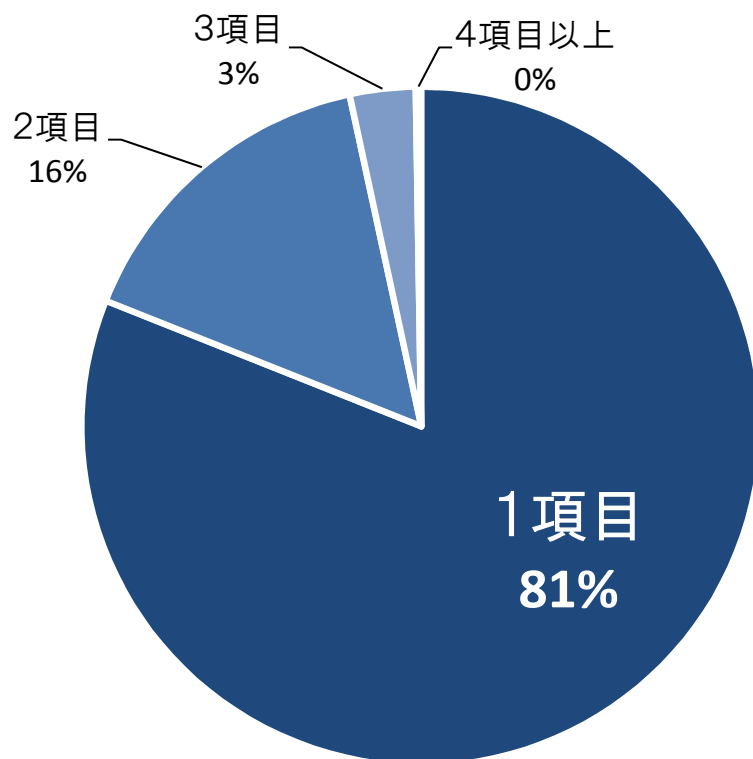
医療区分の要件項目の該当数別の割合

診調組 入-1
29.9.6

○ 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。

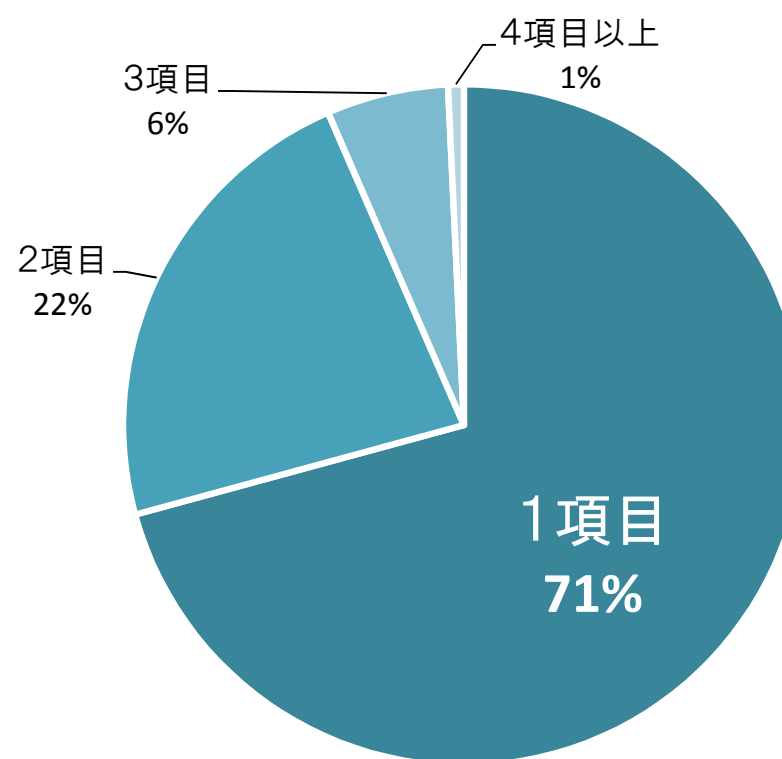
医療区分3

(n=1453)



医療区分2

(n=2405)



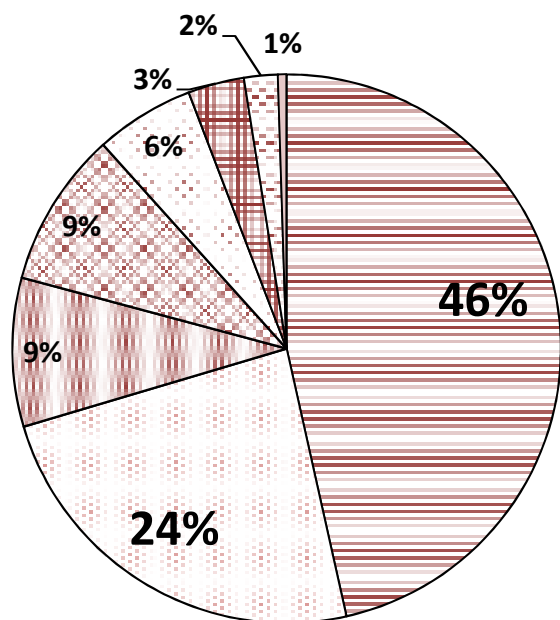
医療区分の該当項目数が1項目の場合の内訳

診調組 入-1
29.9.6

- 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

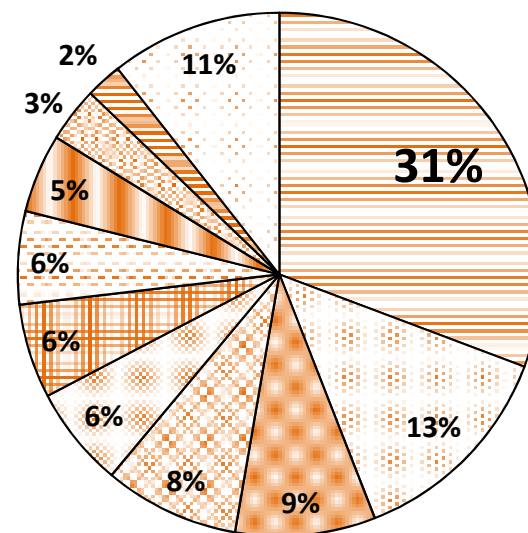
(n=753)



- 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

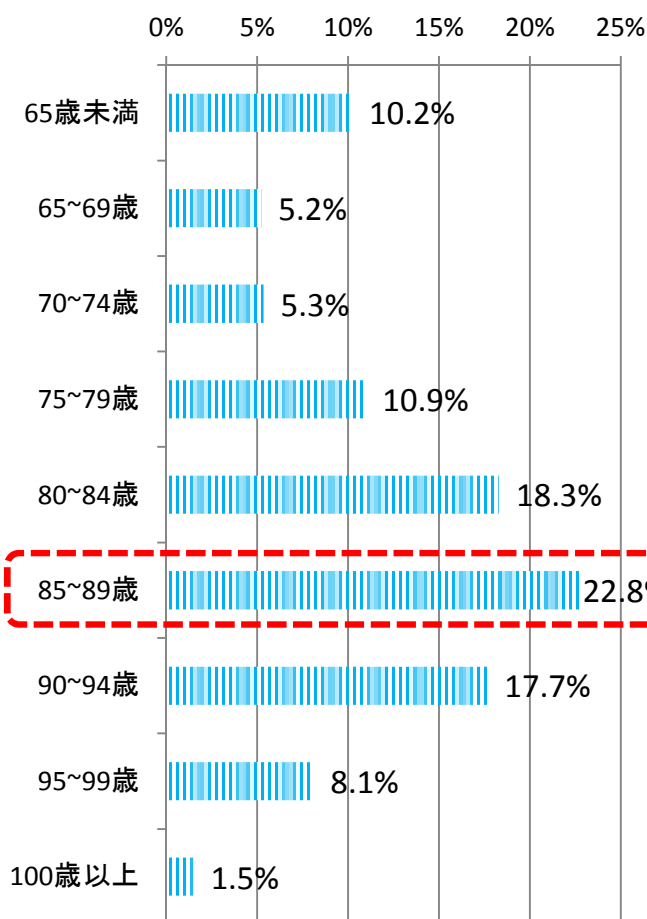
※ 医療区分2は調査票で一部とれていない項目があることに留意が必要

医療区分別の年齢階級別患者割合

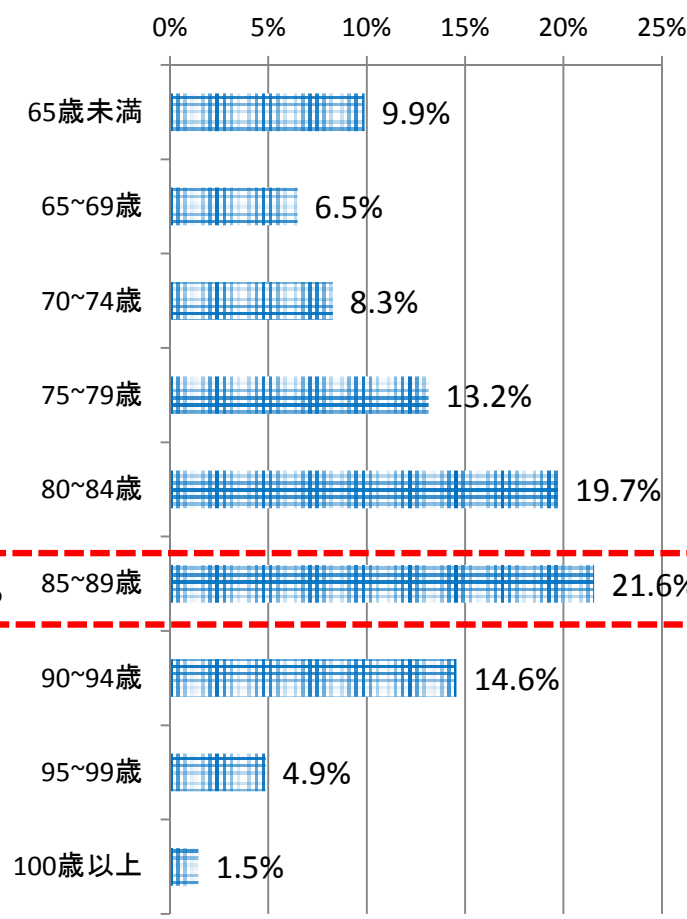
診調組 入-1
29.8.4

○ 医療区分ごとの年齢分布をみると、どの区分も85～89歳の割合が最も多い。

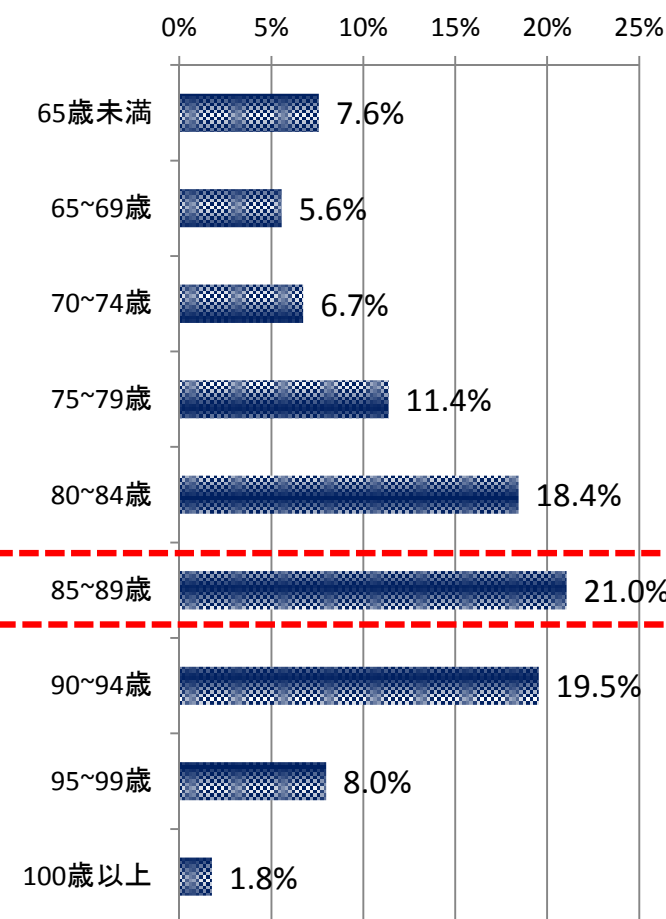
医療区分1 (n=804)



医療区分2 (n=2403)



医療区分3 (n=1530)



医療区分別の主な疾患※の割合

診調組 入-1
29.8.4

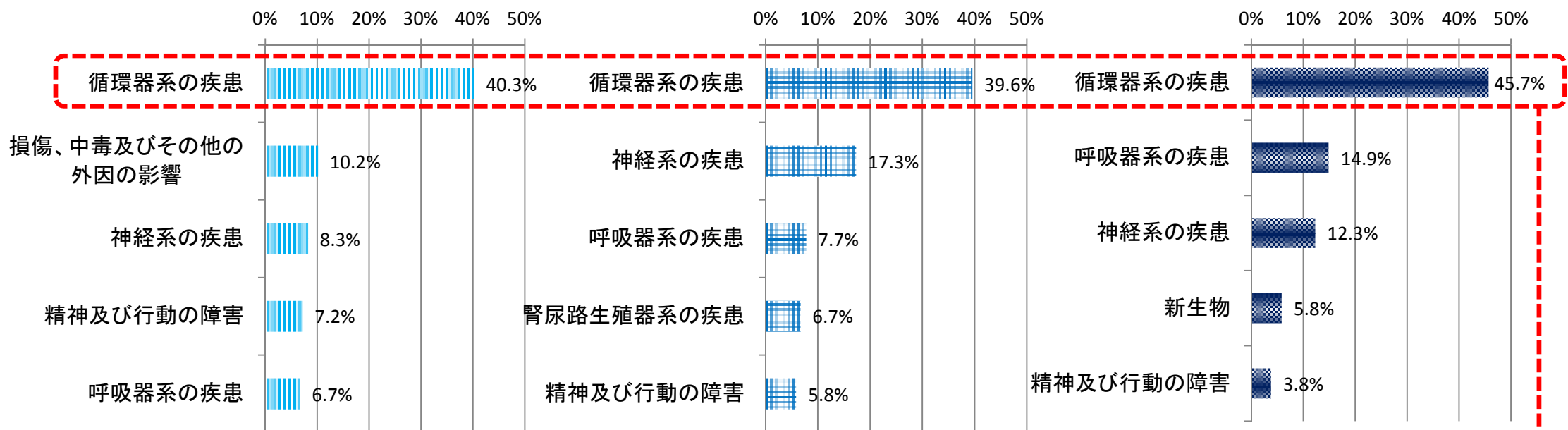
※調査票で「主傷病」を調査、回答をICD-10に従って分類・集計したもの

- どの医療区分も「循環器系の疾患」の割合が最も多い。
- 「循環器系の疾患」の内訳は、脳梗塞、脳内出血の順に多い。

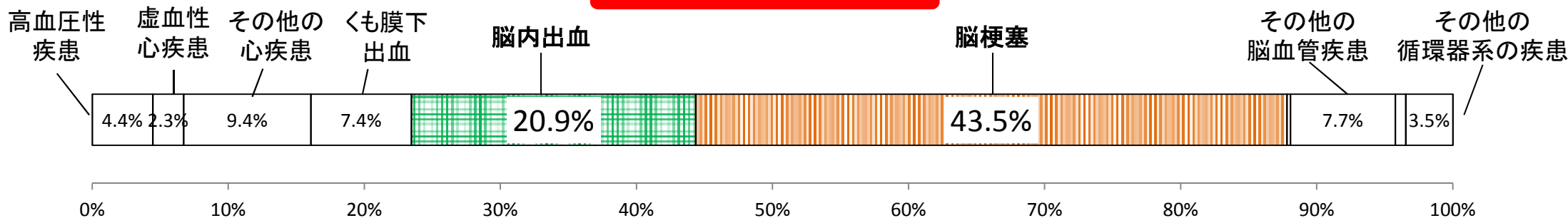
医療区分1 (n=787)

医療区分2 (n=2351)

医療区分3 (n=1506)



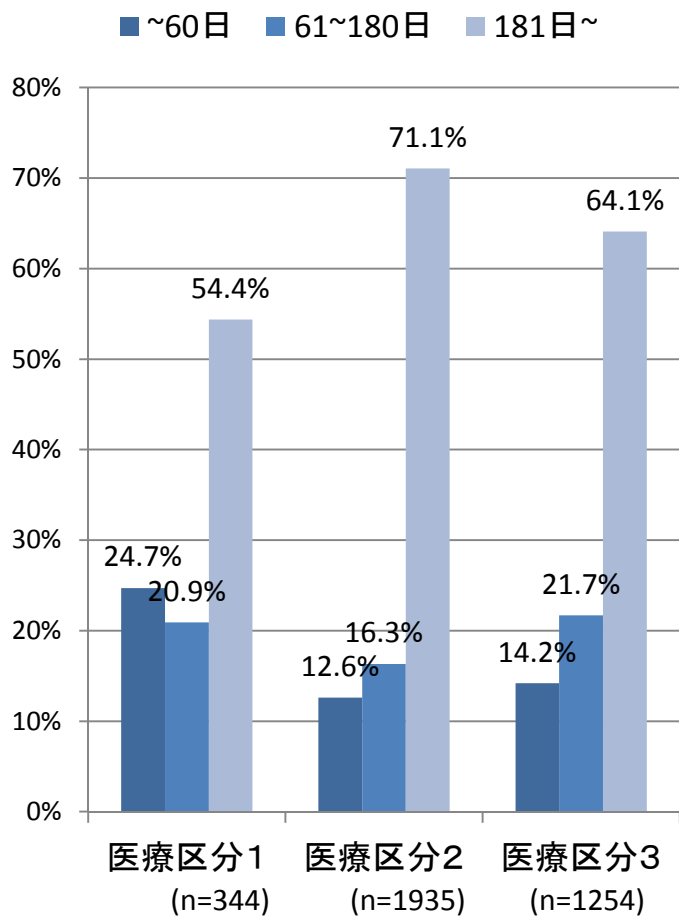
循環器系の疾患の内訳 (n=1935)



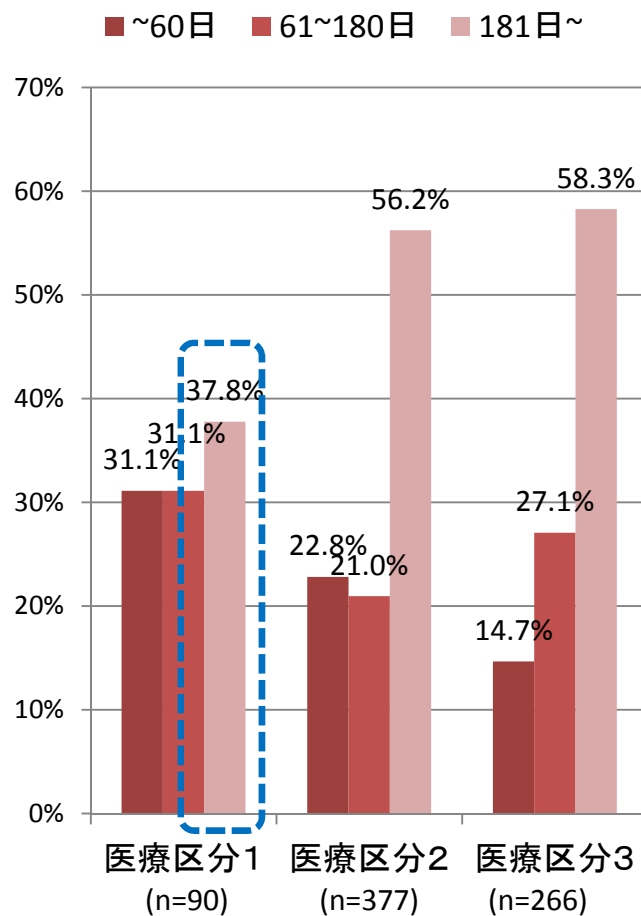
医療区分別の入院期間別の割合

診調組 入-1
29.8.4

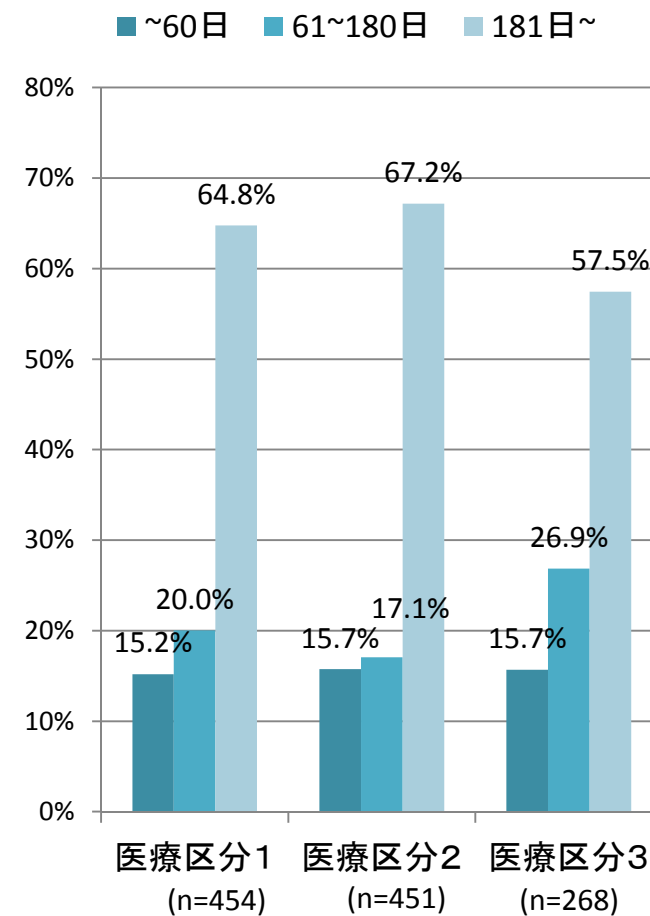
○ 在宅復帰機能強化加算を算定している病棟では、医療区分1の患者について、180日を超える患者の割合が、比較的少ない。



療養1全体



在宅復帰機能強化加算あり



療養2

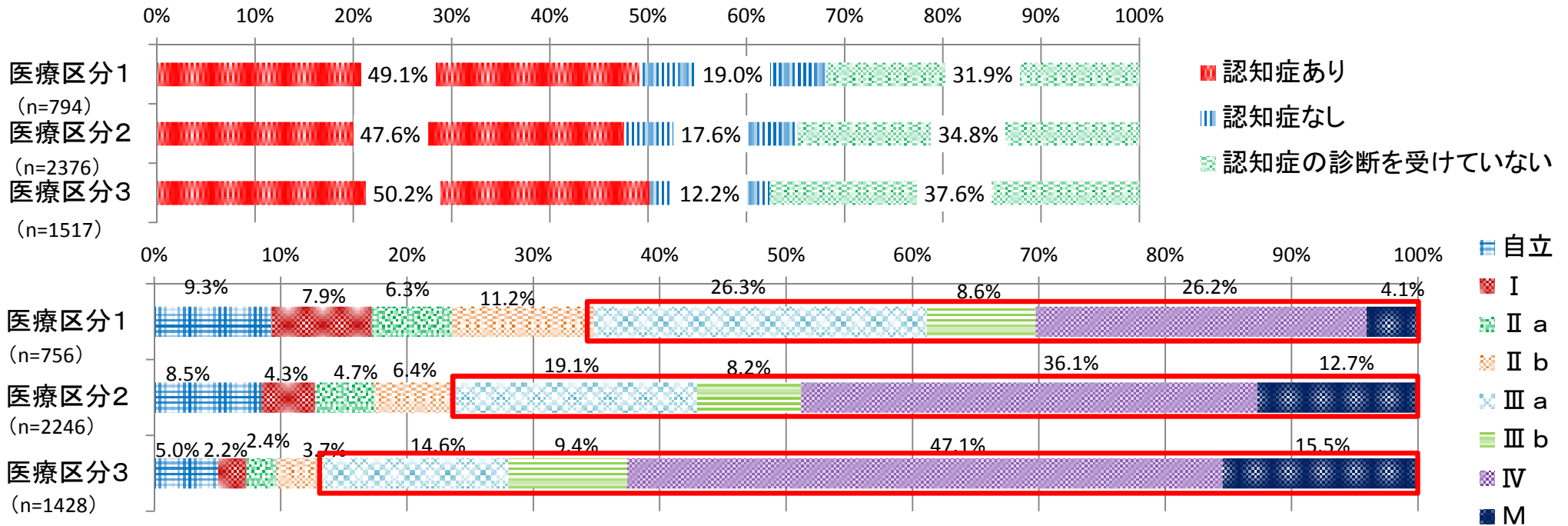
療養1

認知症診断の有無と認知症高齢者の日常生活自立度※

診調組 入-1
29.8.4

※日常生活自立度の調査対象には認知症なしと回答した患者も含んでいる

○ 認知症の診断を受けている患者割合には、医療区分間で大きく差はないが、医療区分が上がるほど日常生活に支障を来すような症状等を有する患者の割合が多い。



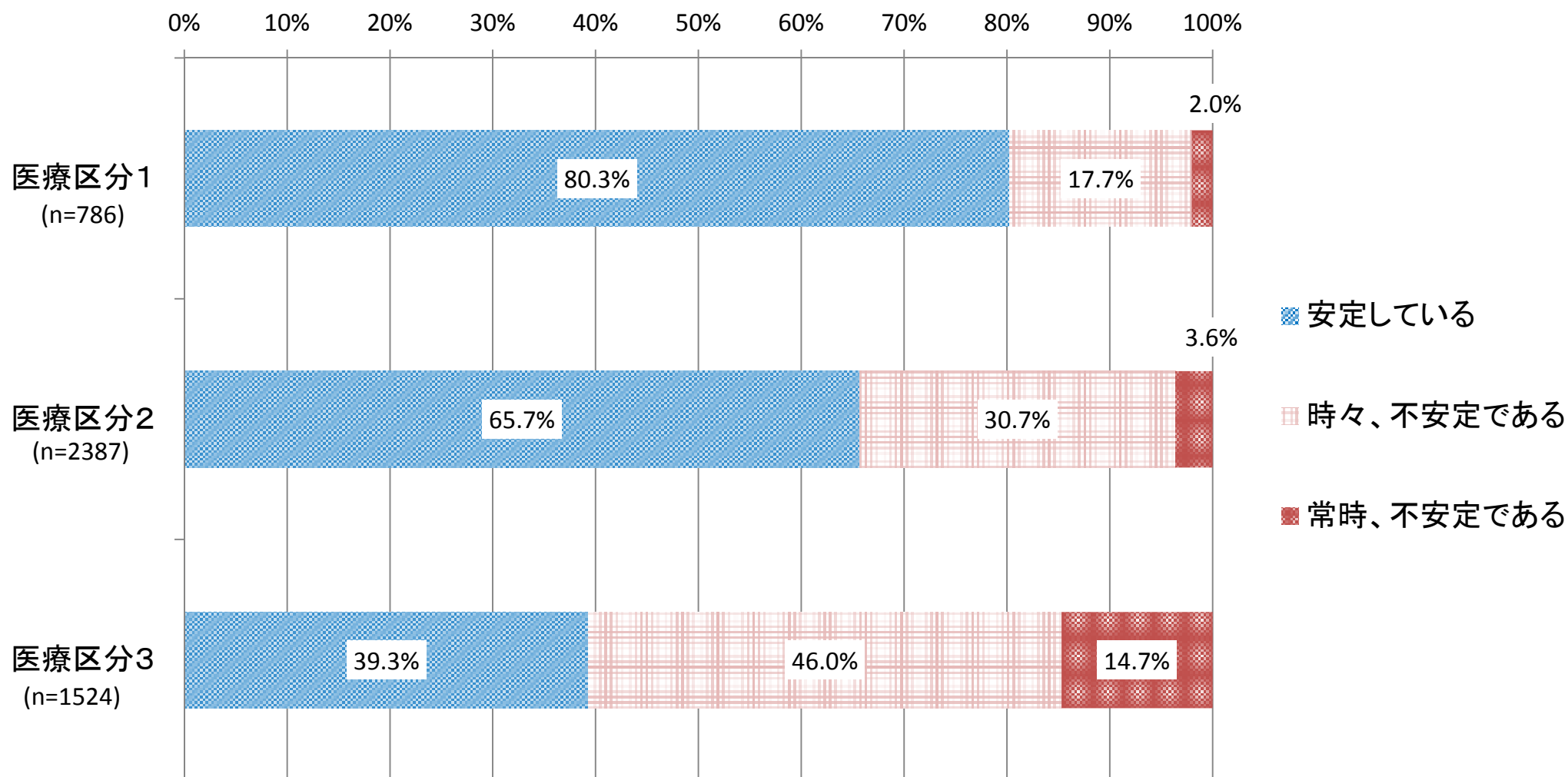
出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

ランク	判断基準
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。 (II a : 家庭外で上記IIの状態がみられる。 / II b : 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。 (III a : 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 / III b : 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。

医療的な状態

診調組 入-1
29.8.4

○ 医療区分が上がるほど、医療的な状態が不安定な患者の割合が高い。

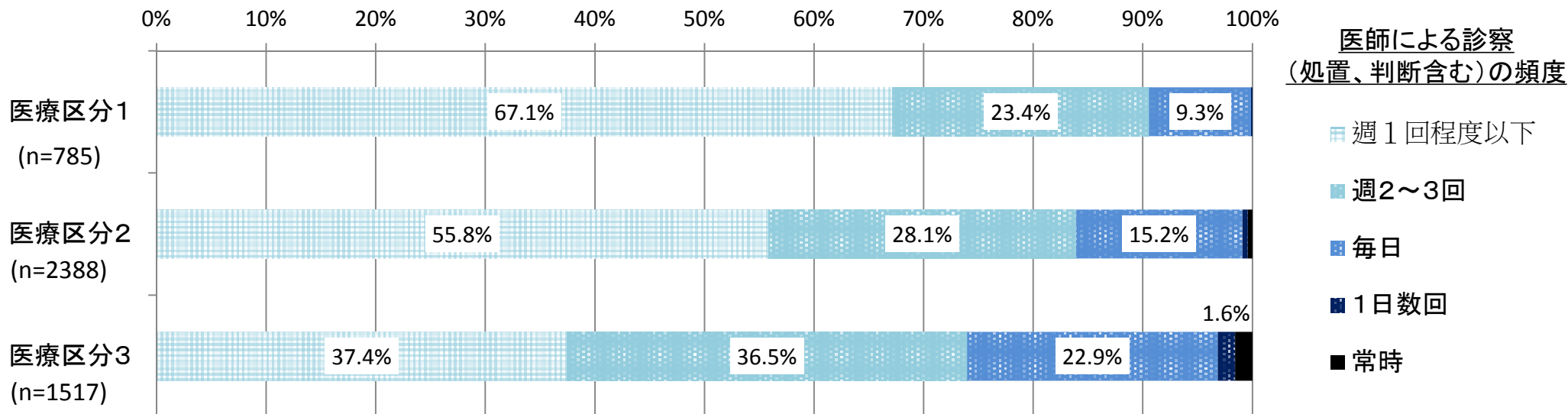


直接の医療提供頻度

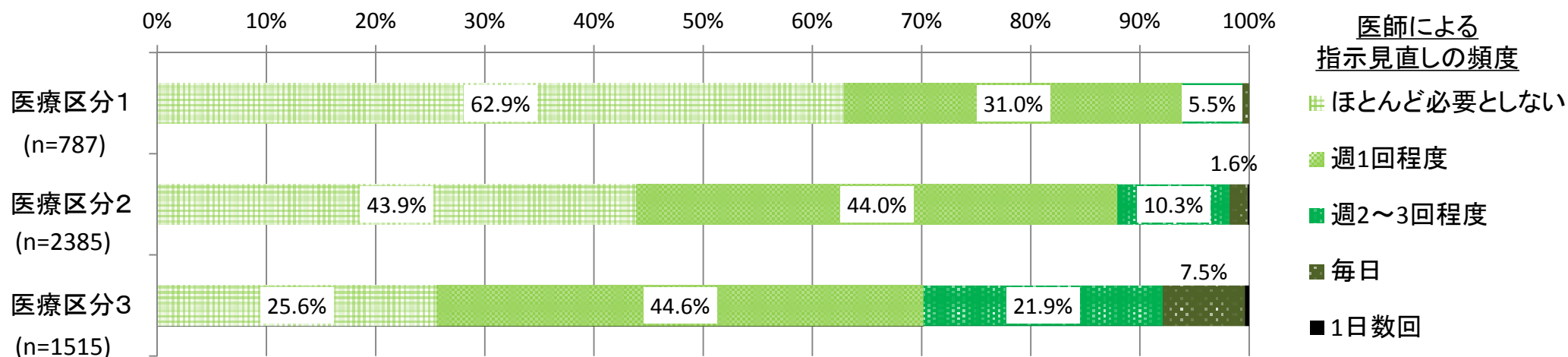
診調組 入-1
29.8.4

○ 医療区分が上がるほど、医師による直接の医療提供頻度は高くなる。

医師による診察



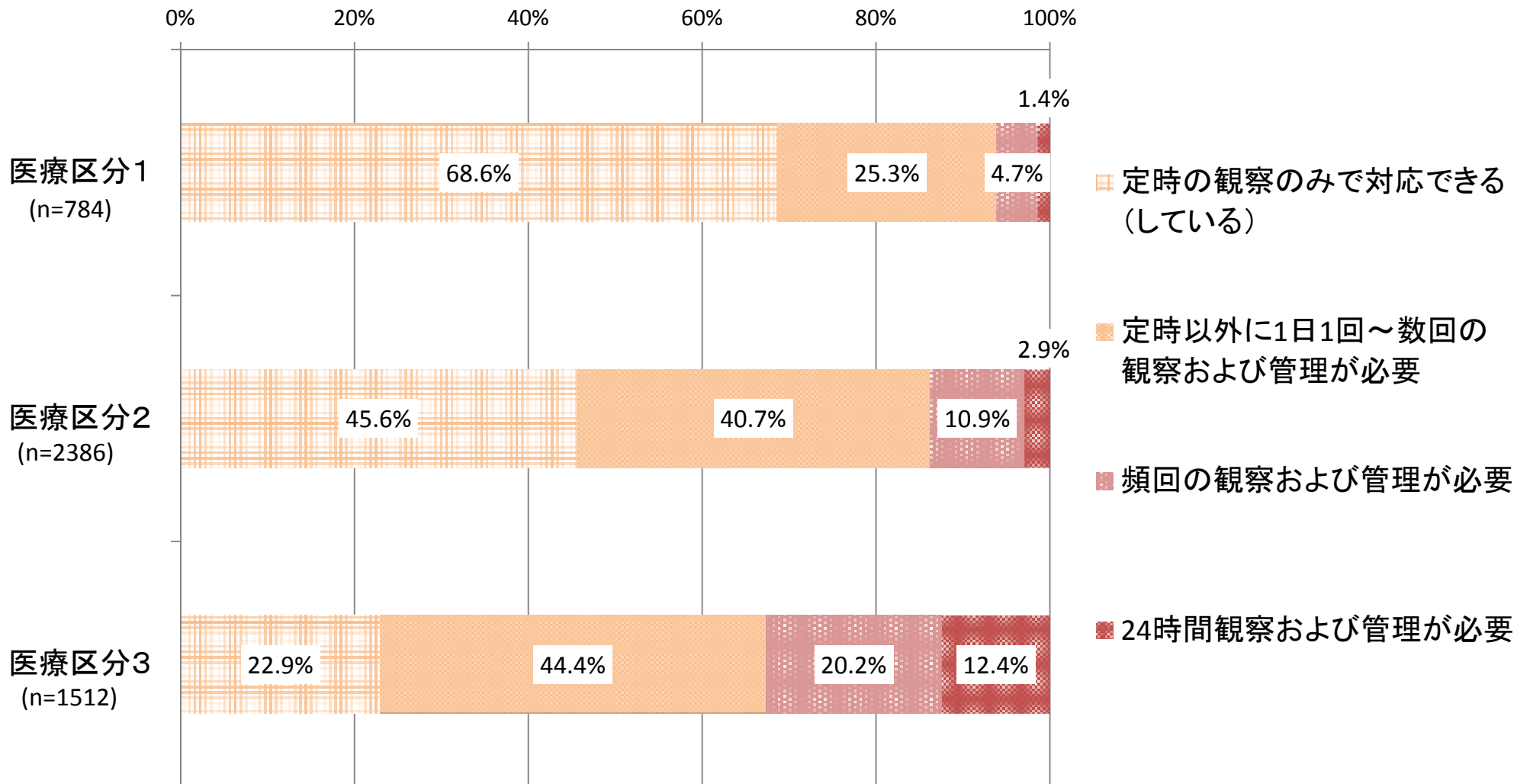
医師の指示の見直し頻度



直接の看護提供頻度

診調組 入-1
29.8.4

○ 医療区分が上がるほど、直接の看護提供頻度は高くなる。

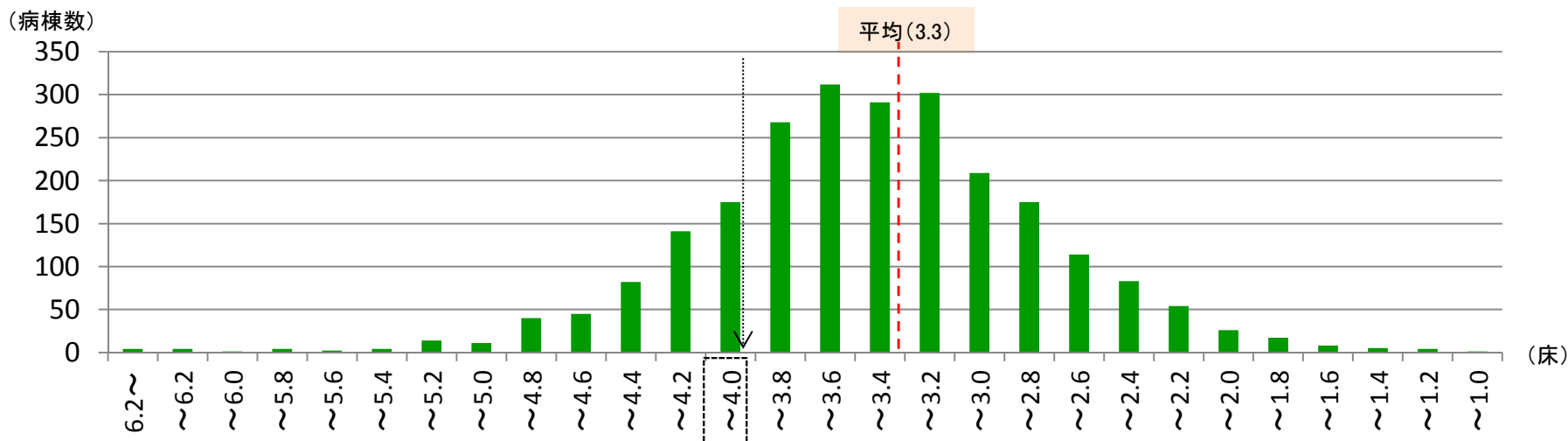


療養病棟入院基本料区分別 看護職員1人あたり稼働病床別の病棟分布

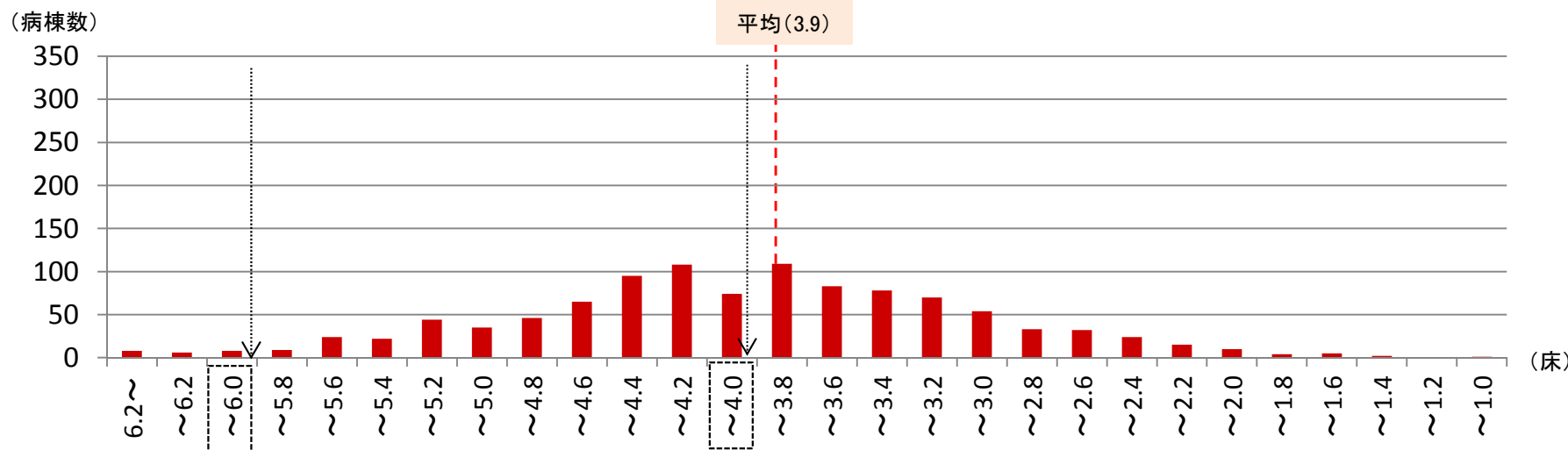
中医協 総-4
29.4.26

○ 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)



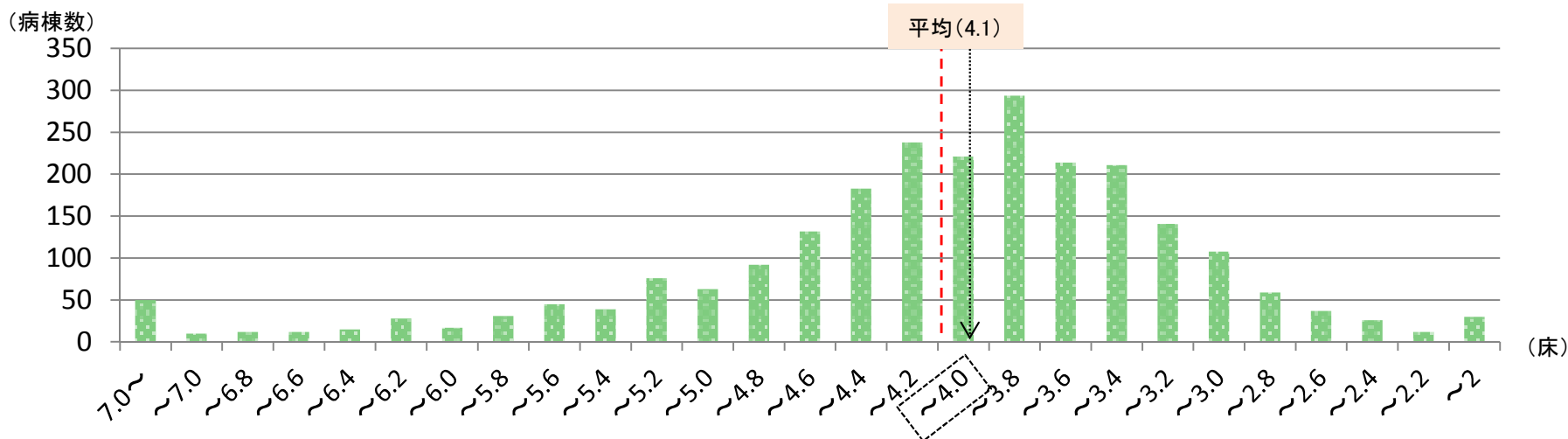
※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

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病棟分布

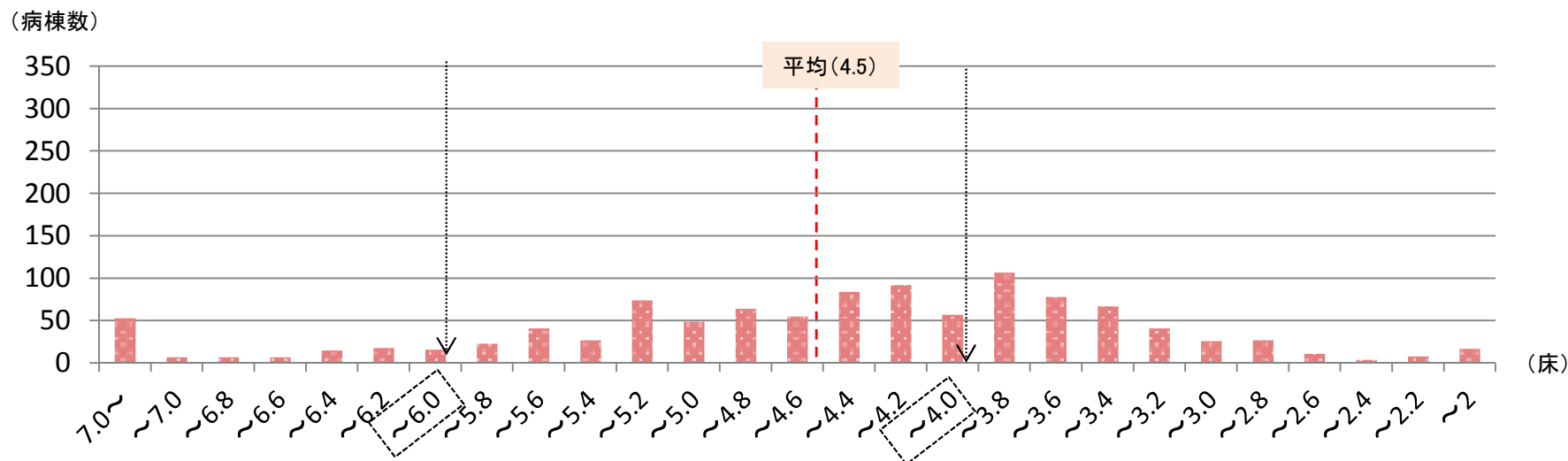
中医協 総-4
29.4.26

○ 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)



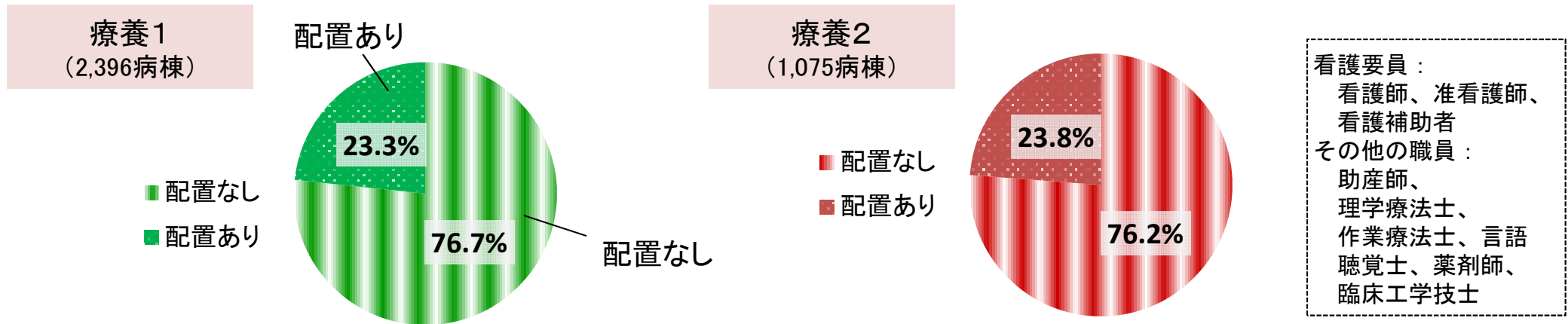
※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

療養病棟入院基本料区分別 病棟の配置職員数

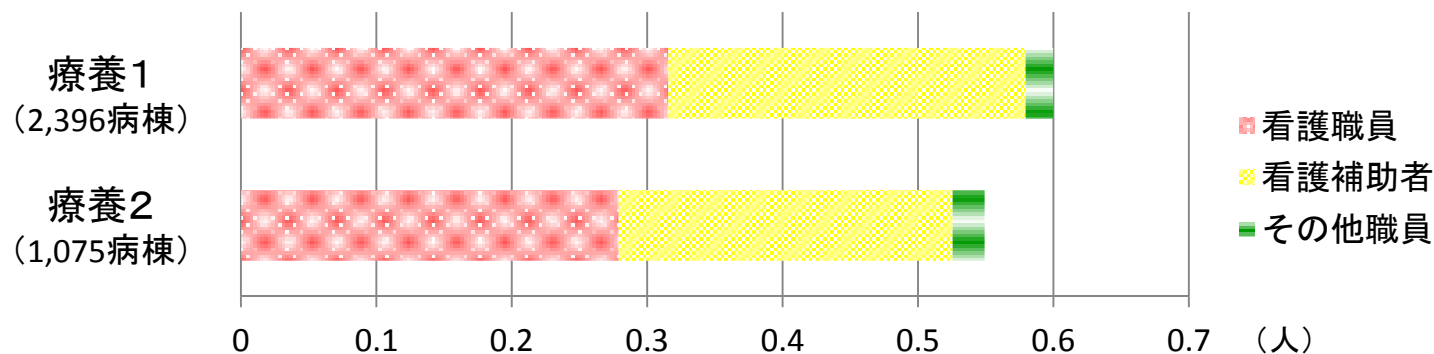
中医協 総-4
29.4.26

- 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)

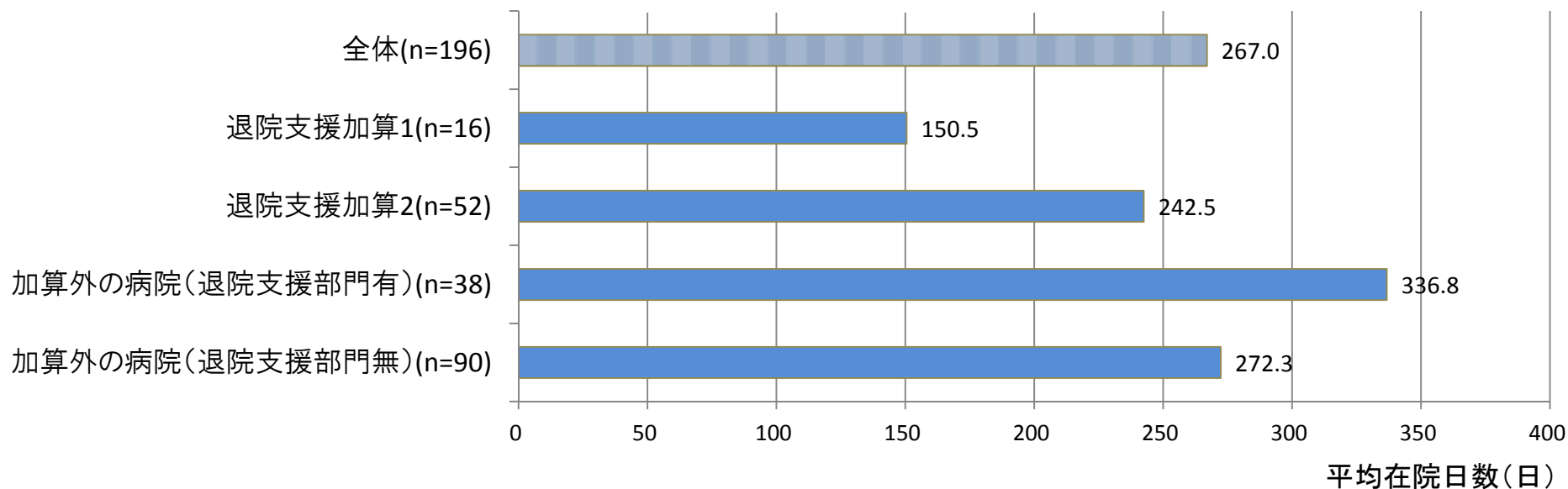


※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

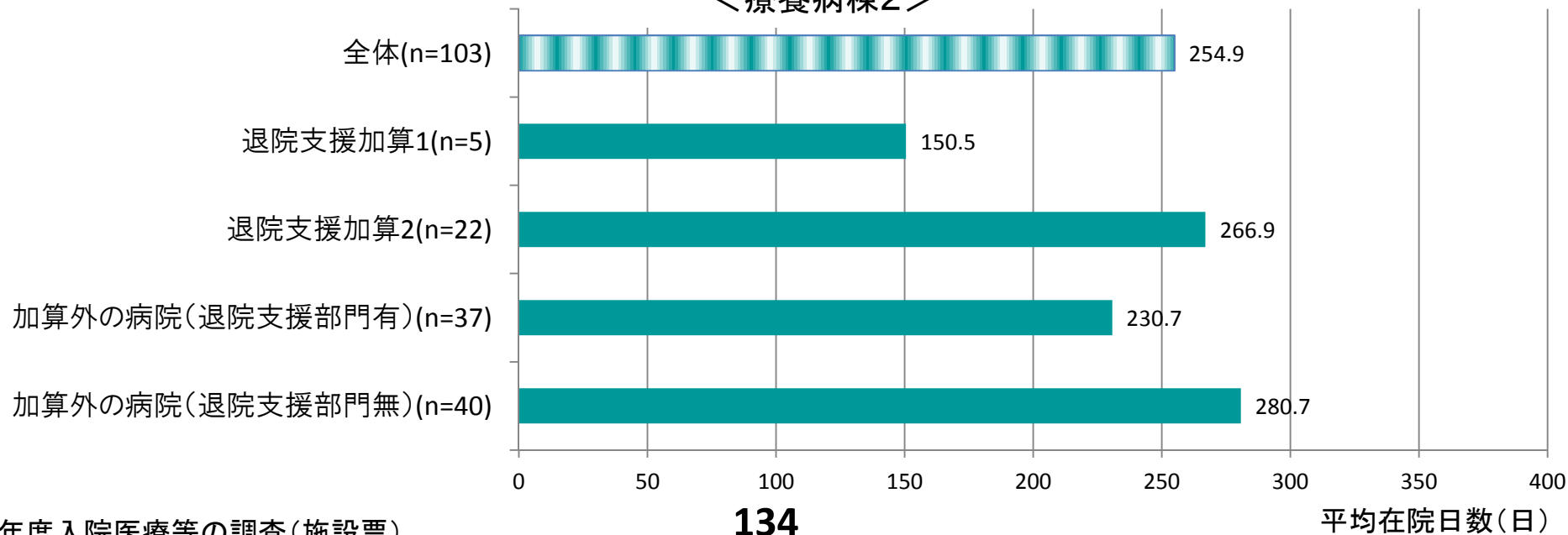
退院支援加算の算定状況と平均在院日数

診調組 入-1
29.9.6

<療養病棟1>



<療養病棟2>



医療機能に応じた入院医療の評価について

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

- 在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、以下の施設基準について見直しを行う。

現行

在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

病床回転率が10%以上であること。

30.4

≥ 10%

平均在院日数

改定後

在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1ヶ月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数

≥ 0.1

当該病棟の1日平均入院患者数

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

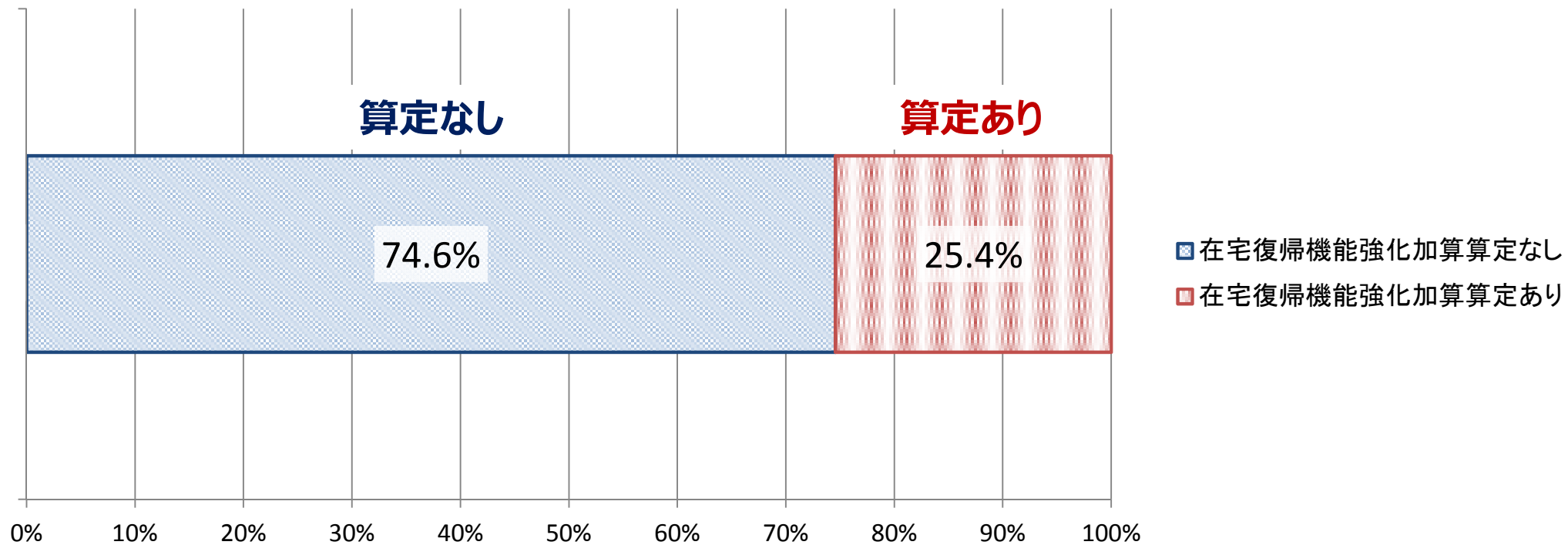
※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

- 療養1(20対1)届出病棟のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は全体の4分の1程度であった。

<療養1(20対1)届出病棟のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟>

(n=527)



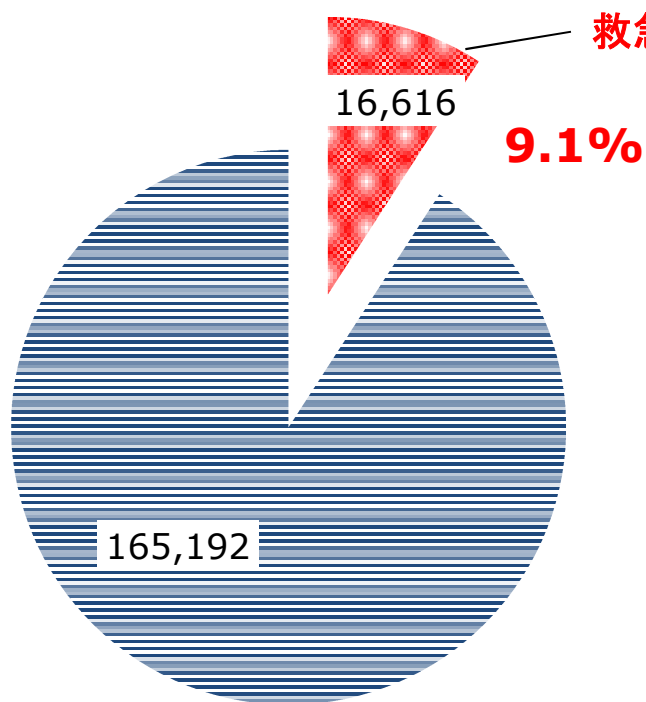
救急・在宅等支援療養病床初期加算

診調組 入-1
29.8.4

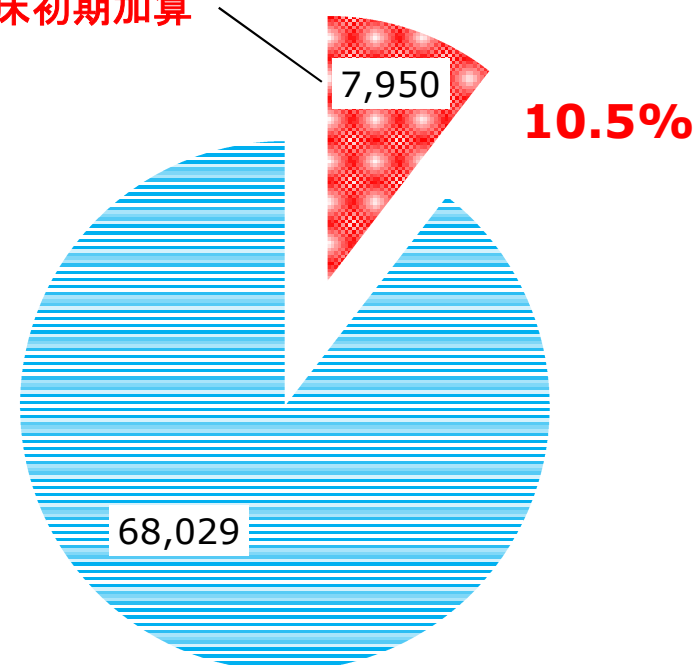
- 各療養病棟入院基本料の算定件数に対して、救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定件数は、10%程度である。

療養病棟入院基本料1

(件)



療養病棟入院基本料2 及び 特別入院基本料



注) 救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定件数を、各療養病棟入院基本料の算定件数で割ったもの。
なお、救急・在宅等支援療養病床初期加算は、入院後14日までしか算定できないことに留意が必要。

療養病棟における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 療養病棟入院患者の入棟元をみると、他院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 療養病棟入院患者の退棟先をみると、死亡退院が最も多い。

【入棟元】 (n=4,904)

自宅	11.0%	
自院	自院の7対1、10対1病床	12.5%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	4.0%
	自院の療養病床	3.8%
他院	他院の7対1、10対1病床	41.0%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	3.3%
	他院の療養病床	3.9%
介護療養型医療施設	1.4%	
介護老人保健施設	2.8%	
介護老人福祉施設（特養）	3.1%	
居住系介護施設	2.0%	
障害者支援施設	0.3%	
その他	9.7%	
不明	1.0%	

療養病棟

【退棟先】 (n=147)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	3.4%
		在宅医療の提供なし	12.9%
	介護老人福祉施設（特養）	4.8%	
自院	居住系介護施設（グループホーム等）		8.2%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
在宅復帰機能強化加算なし		1.4%	
その他の病床		2.0%	
他院	一般病床		10.2%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.0%
	その他の病床		0.0%
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
介護施設	介護療養型医療施設		1.4%
	介護老人保健施設	在宅強化型	0.0%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.7%
		上記以外	5.4%
死亡退院			40.1%
その他			0.0%
不明			2.7%

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。
※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

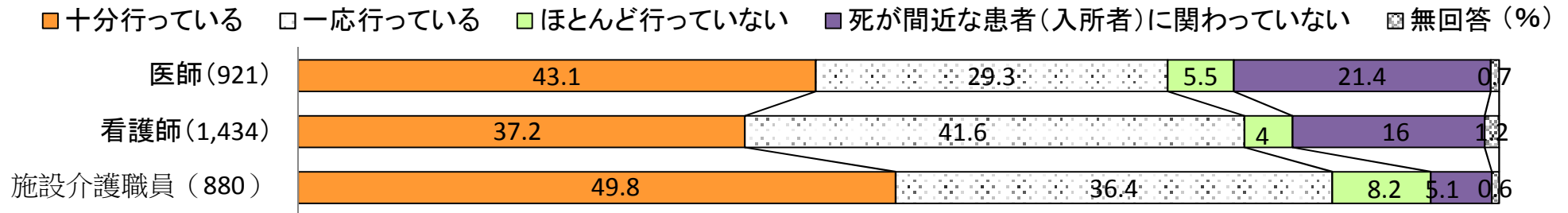
2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。**139**

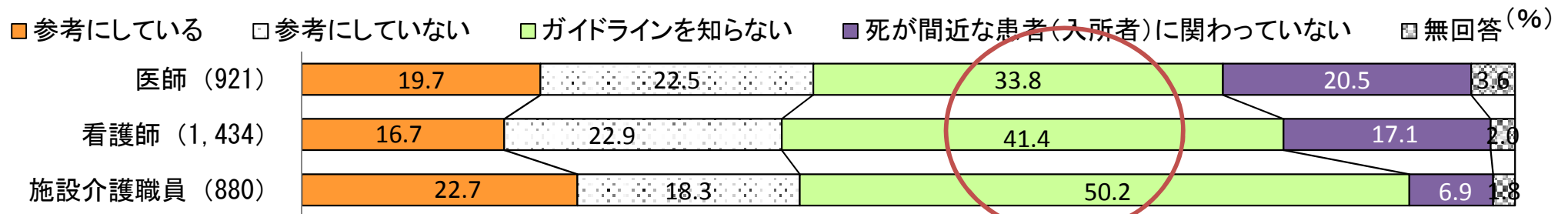
人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

診調組 入-1
29.8.4

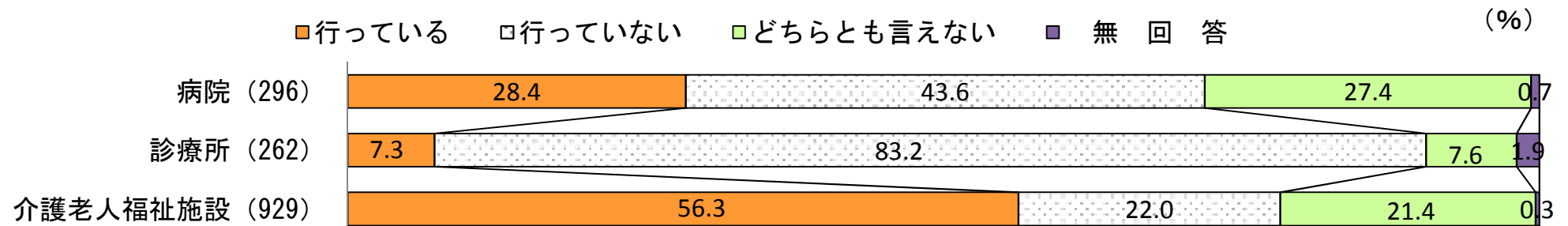
■ 患者(入所者)との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況

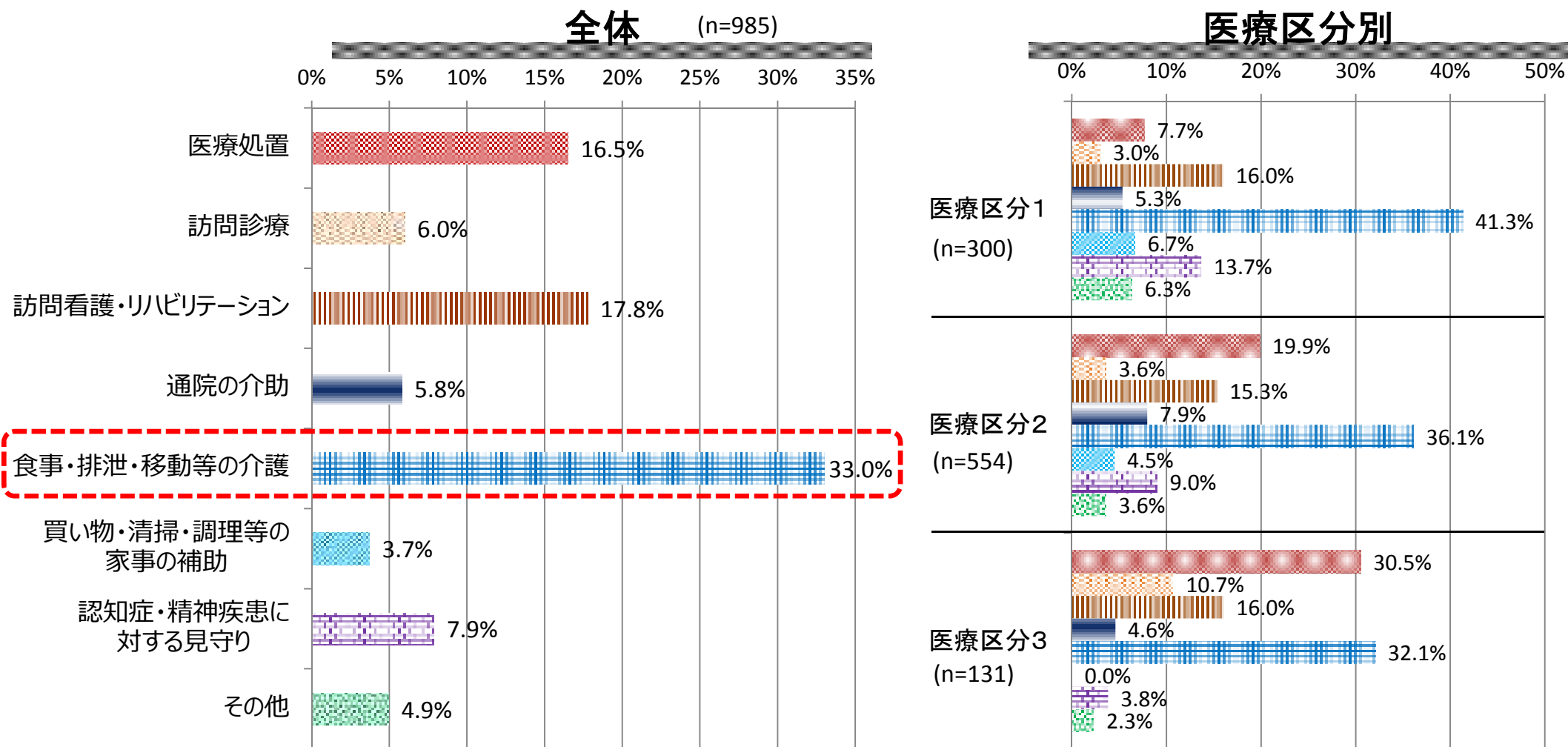


退院後最も必要な支援

診調組 入-1
29.8.4

※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」と回答した患者が回答

○ 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、退院後必要な支援として最も該当するものの回答として、「食事・排泄・移動等の介護」を選択している。

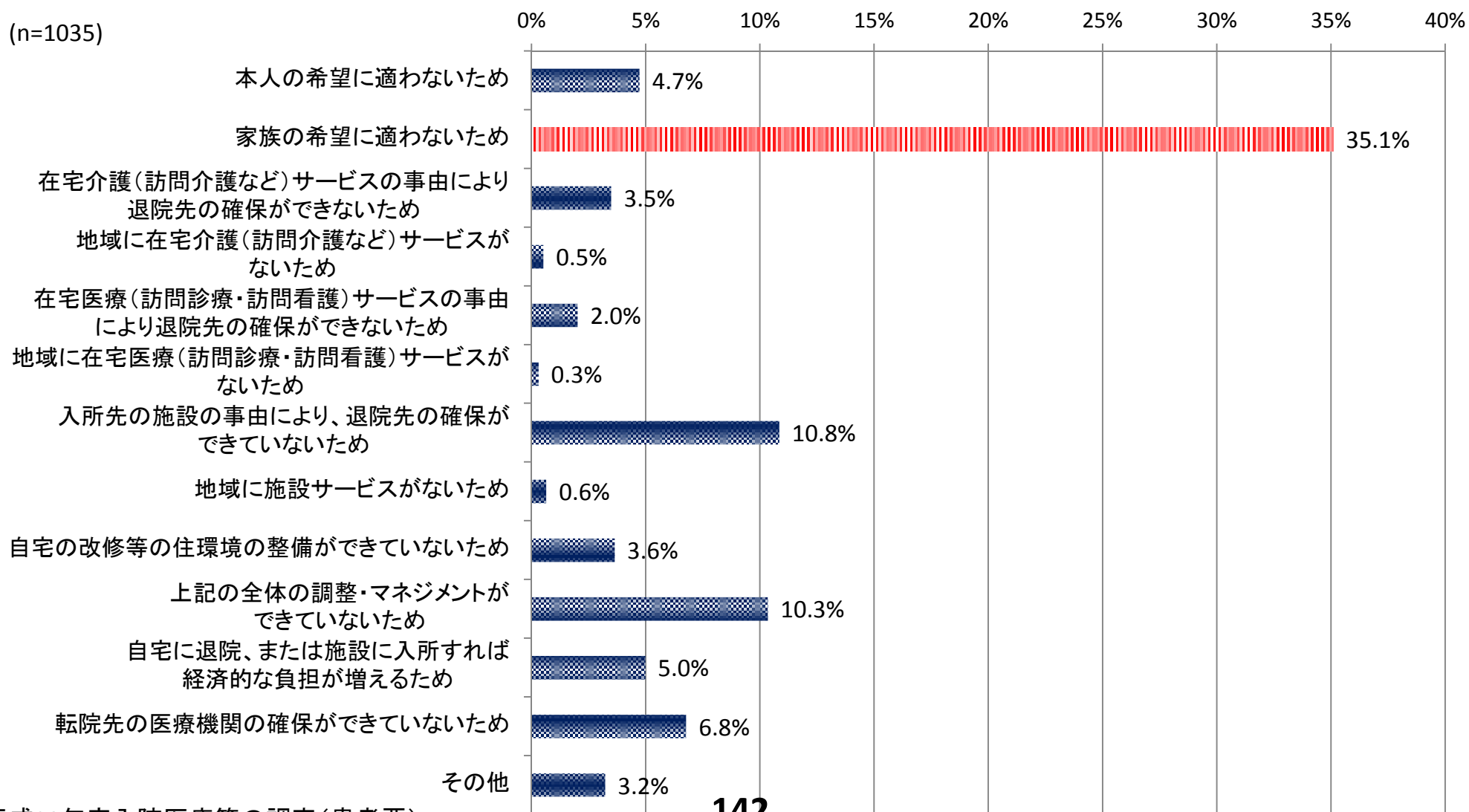


退院できない理由

診調組 入-1
29.8.4

※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。

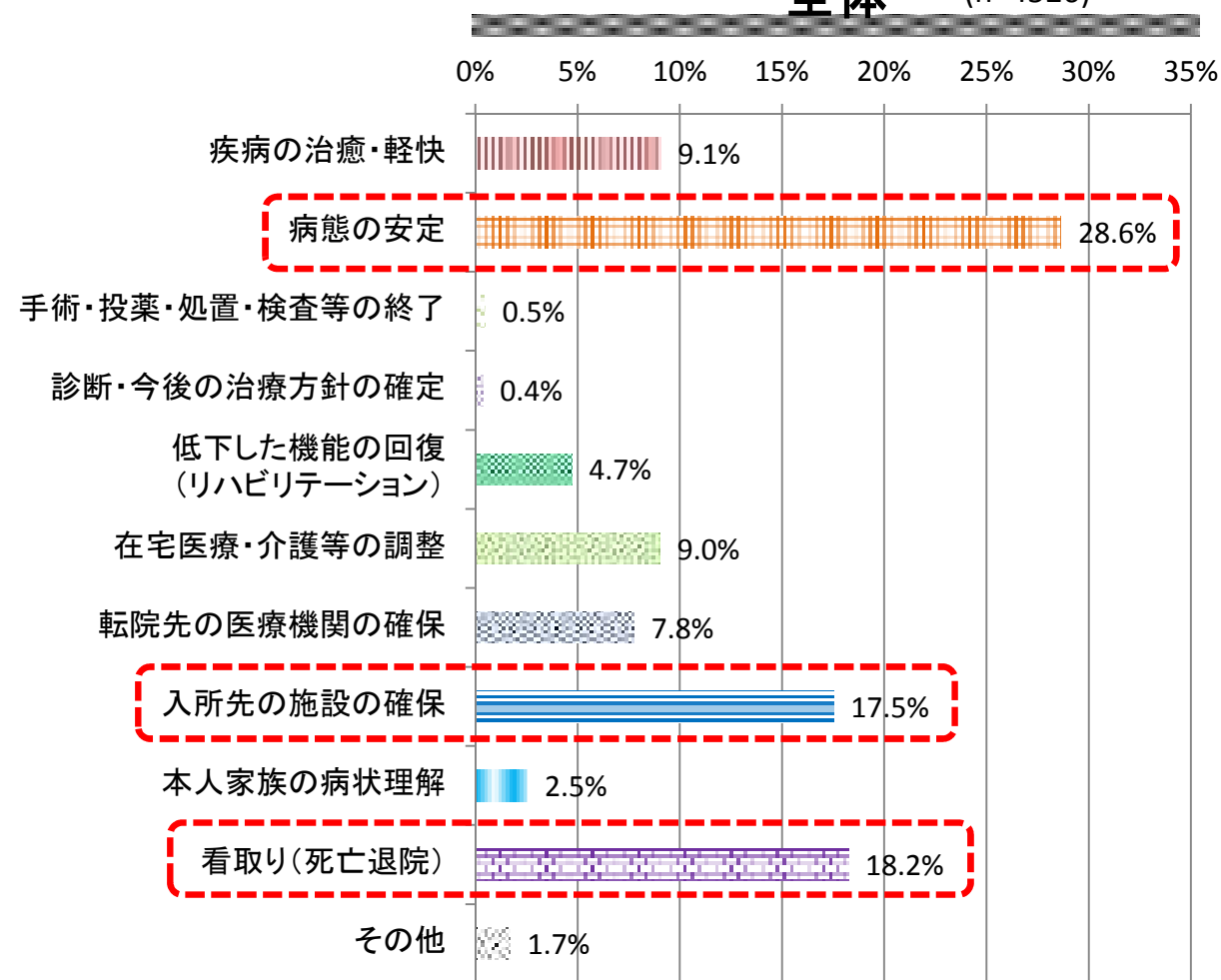


退院に向けた目標・課題(主なものの1つ)

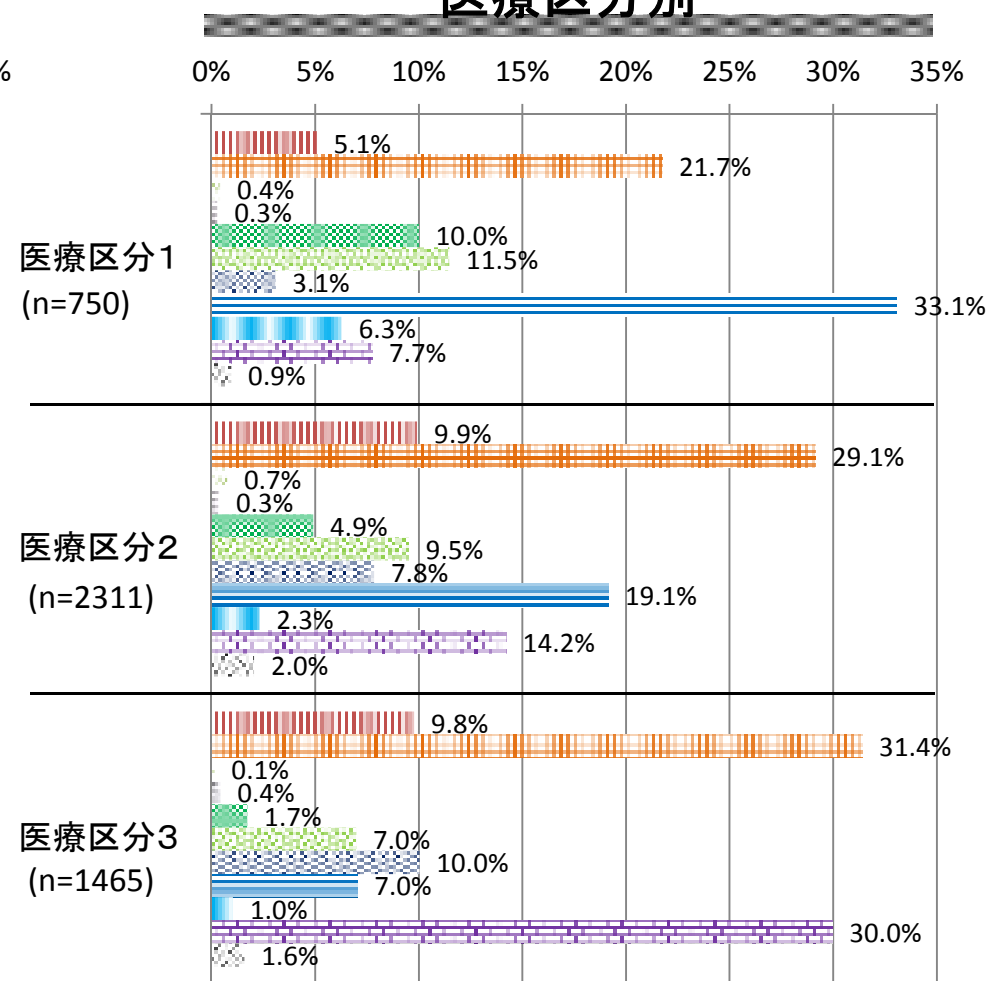
診調組 入-1
29.8.4

- 退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「入所先の施設確保」「看取り」が多い。

全体 (n=4526)



医療区分別



医療保険の疾患別リハビリテーションの概要

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)
設備	機能訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)
人員配置	医師	専任の常勤医:2名以上	専任の常勤医:1名以上	専任の常勤医:1名以上
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名以上 ②専従常勤OT:3名以上 ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名以上 ①～③の合計:10名以上	①専従常勤PT:1名以上 ②専従常勤OT:1名以上 ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名以上 ①～③の合計:4名以上	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名以上
—	点数	245点	200点	100点
—	標準的算定日数	180日		
—	対象患者	脳血管疾患、脳腫瘍等の中樞神経疾患、パーキンソン病等の慢性の神経筋疾患、高次脳機能障害等の患者		
		運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)	運動器(Ⅲ)
設備	機能訓練室	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	専任の常勤医:1名以上	専任の常勤医:1名以上	専任の常勤医:1名以上
	PT OT ST	①専従常勤PT ②専従常勤OT ①②の合計:4名以上	以下のいずれかを満たしていること。 ア 専従常勤PT:2名以上 イ 専従常勤OT:2名以上 ウ 合計:2名以上	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名以上
—	点数	185点	170点	85点
—	標準的算定日数	150日		
—	対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により一定程度以上の運動機能等の低下を来している患者 		

質の高いリハビリテーションの評価等

廃用症候群リハビリテーション料の新設

➤ 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	(1単位) 180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	(1単位) 146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	(1単位) 77点

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料(Ⅰ)の場合～

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	標準的算定日数を超えた場合の点数
	対象		
	要介護被保険者 <u>以外</u>		245点 (月13単位まで)
	要介護被保険者		147点 (月13単位まで)

1回当たり平均リハビリテーション提供単位数

診調組 入-1
29.9.6

○ 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。

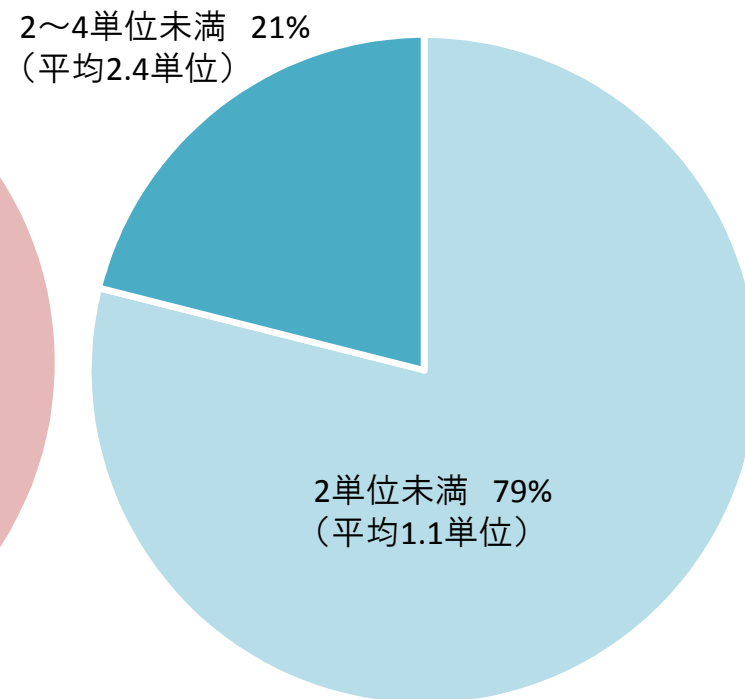
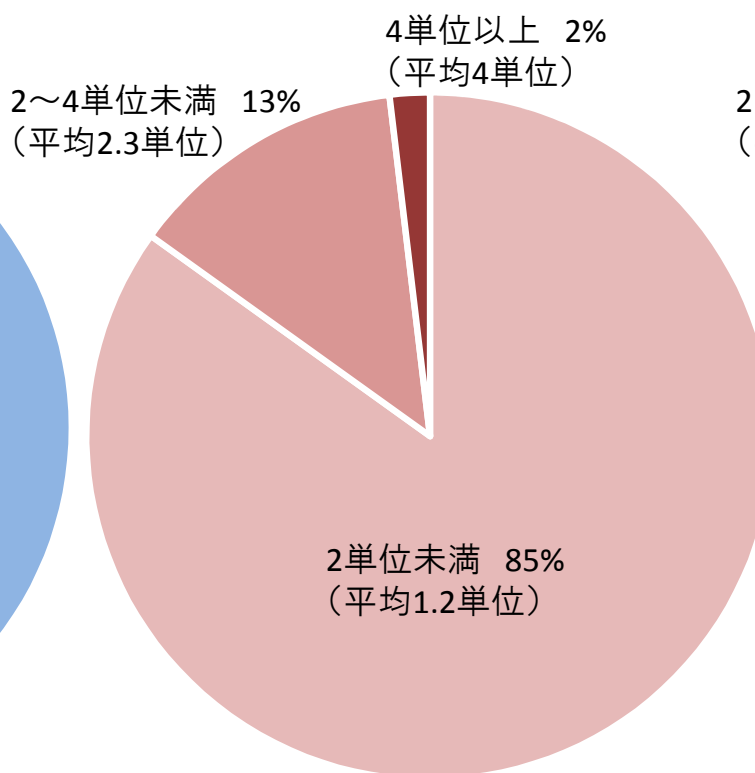
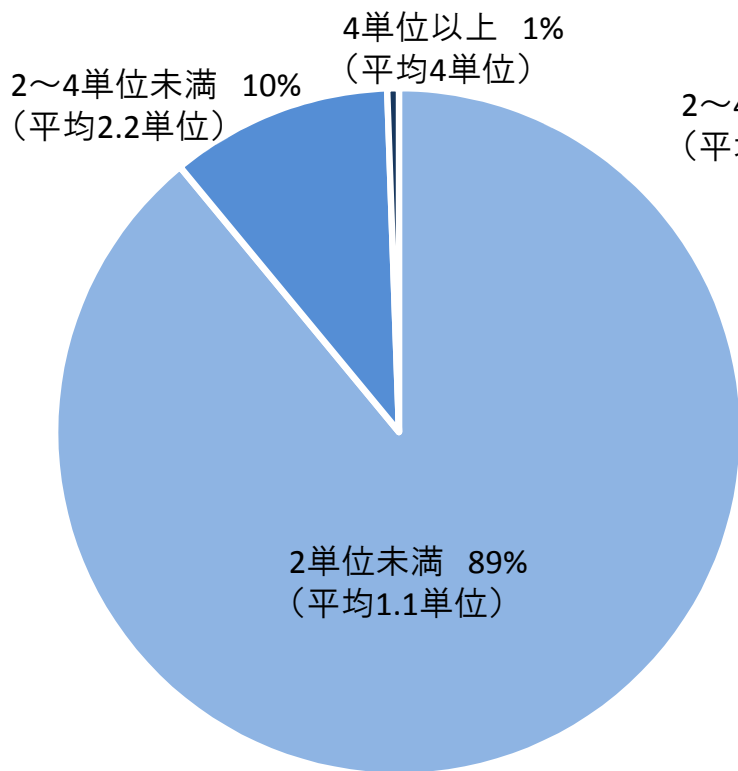
療養1

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

診調組 入-1
29.9.6

○ 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。

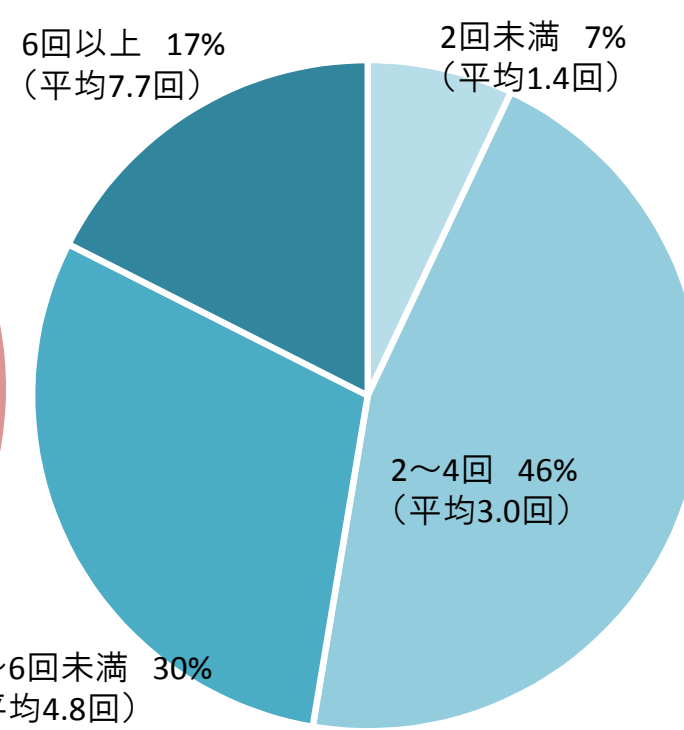
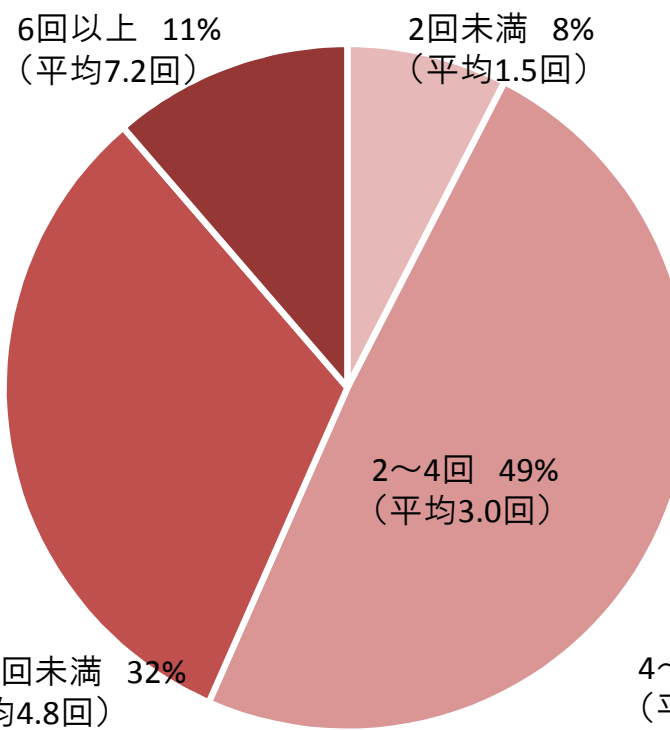
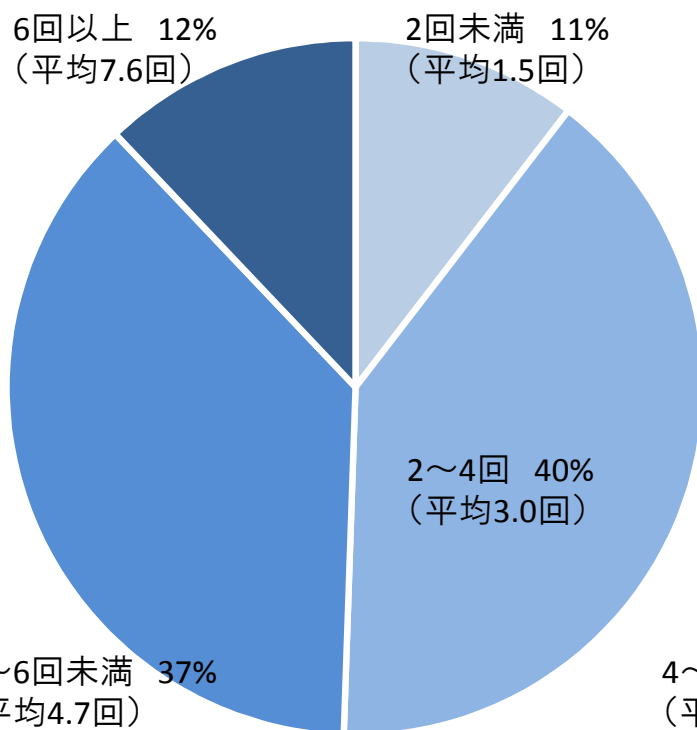
療養1

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)



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

障害者施設等入院基本料

- 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・**脳卒中後の患者を含む**)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者等

上記患者が概ね7割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料

- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・**脳卒中後の患者を含む**)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 神経難病患者

上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料2

- 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者

ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、**脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く**

上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

医療機能に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

	～90日	91日～
障害者施設等入院基本料 (10対1)	1329点(出来高)	966点(検査・薬剤等包括)
	脳卒中後遺症の重度意識障害の患者のうち、医療区分1/2の者 1331点/1465点 (検査・薬剤等包括)	
特殊疾患病棟入院料1 (20対1)	2008点(検査・薬剤等包括)	
	脳卒中後遺症の重度意識障害の患者のうち、医療区分1/2の者 1701点/1857点 (検査・薬剤等一部包括)	

各病棟における患者の状態の比較

～主病名～

診調組 入-1
29.8.4

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

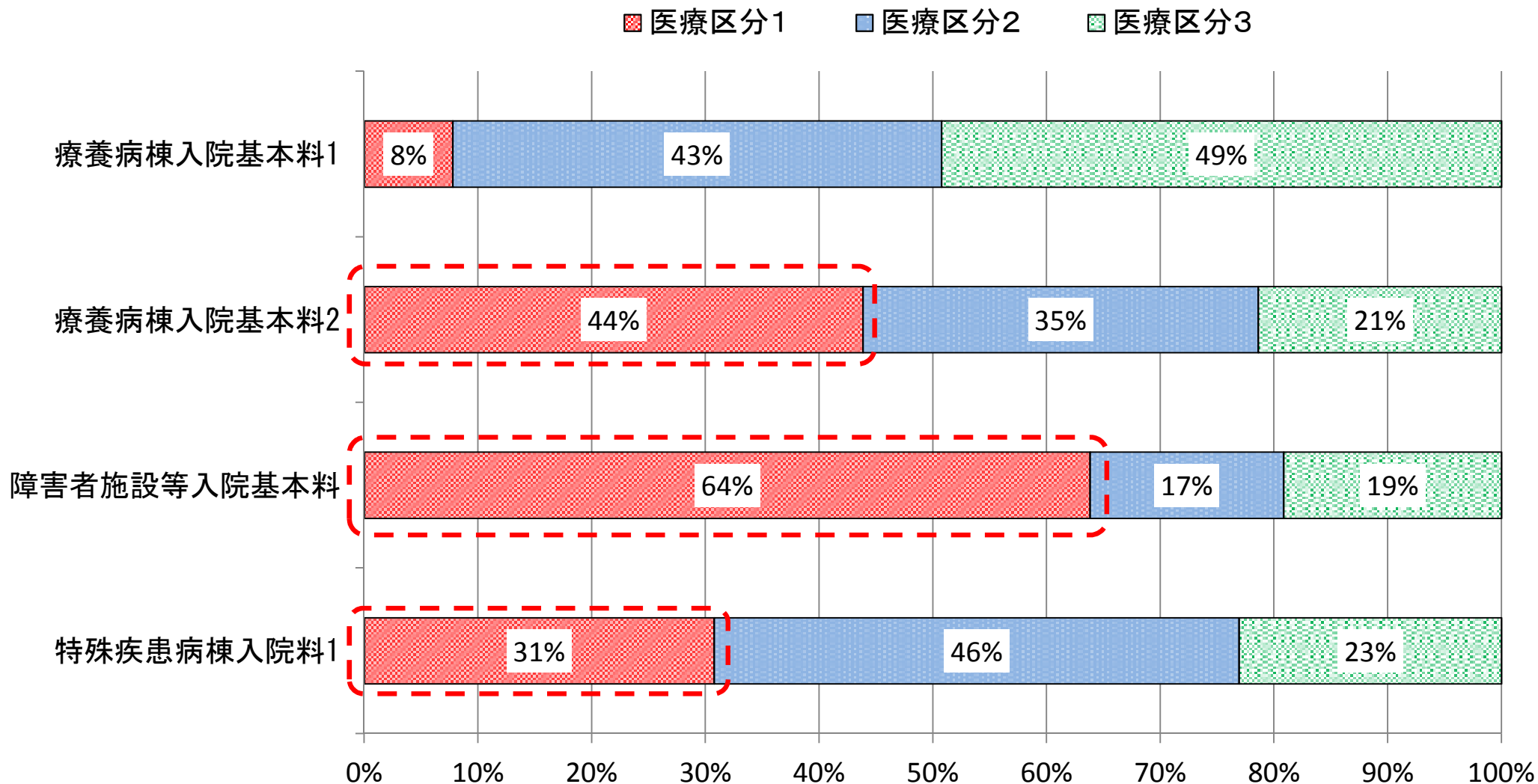
平成26年度(改定前)

	療養病棟 入院基本料1 (n=1,731)	療養病棟 入院基本料2 (n=781)	障害者施設等 入院基本料 (n=1,769)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=146)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=206)
脳血管疾患	26.7%	23.9%	10.8%	17.8%	1.0%
くも膜下出血	2.2%	1.3%	1.2%	1.4%	0.5%
脳内出血	6.7%	5.2%	2.5%	0.7%	0.0%
脳梗塞	16.1%	16.3%	5.3%	8.9%	0.0%
脳動脈硬化(症)	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
その他の脳血管疾患	1.7%	1.2%	1.6%	6.8%	0.5%

平成28年度(改定後)

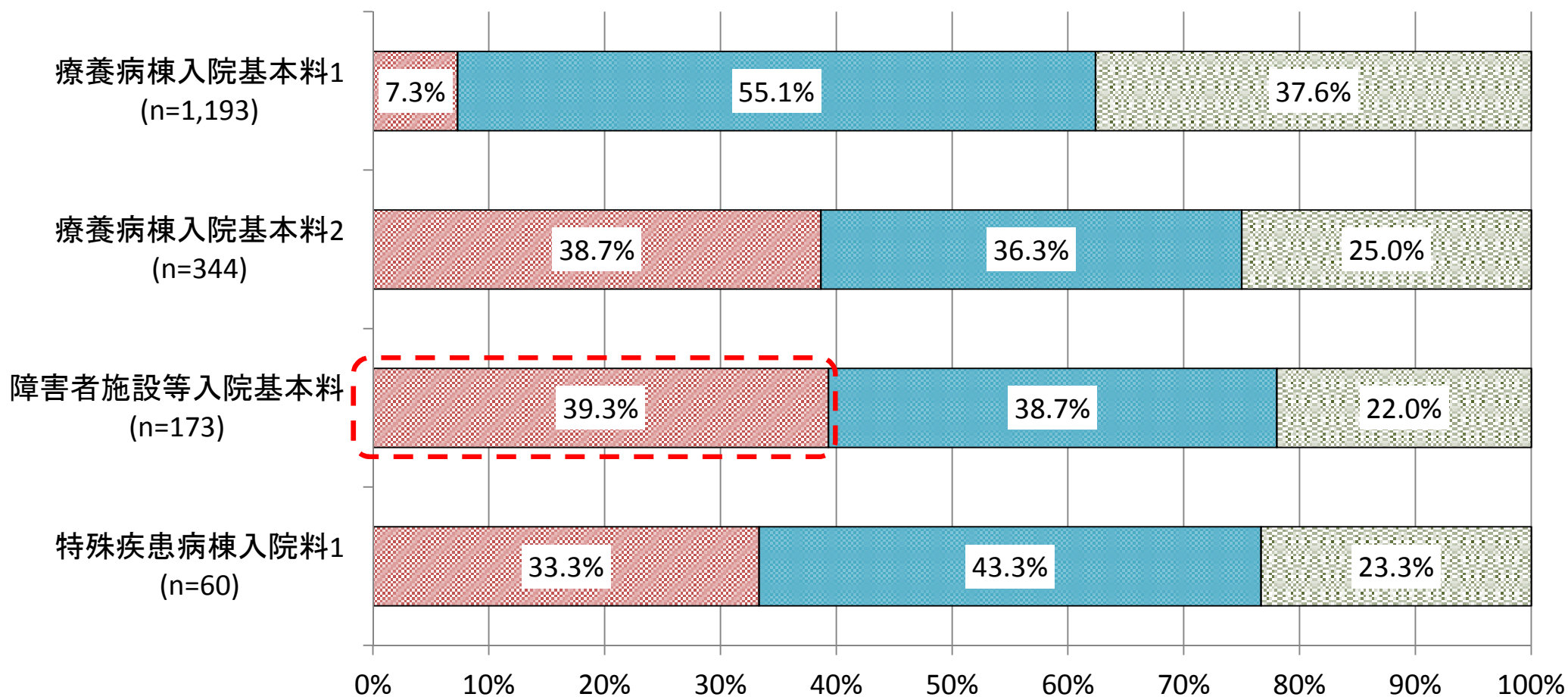
	療養病棟 入院基本料1 (n=3,585)	療養病棟 入院基本料2 (n=1,211)	障害者施設等 入院基本料 (n=2,617)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=303)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=505)
脳血管疾患	30.7%	27.5%	6.8%	21.5%	0.0%
くも膜下出血	3.1%	2.9%	0.8%	3.6%	0.0%
脳内出血	9.3%	7.0%	2.0%	9.2%	0.0%
脳梗塞	18.3%	17.6%	3.9%	8.6%	0.0%
脳動脈硬化(症)	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%
その他の脳血管疾患	3.4%	3.0%	1.6%	4.6%	0.0%

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



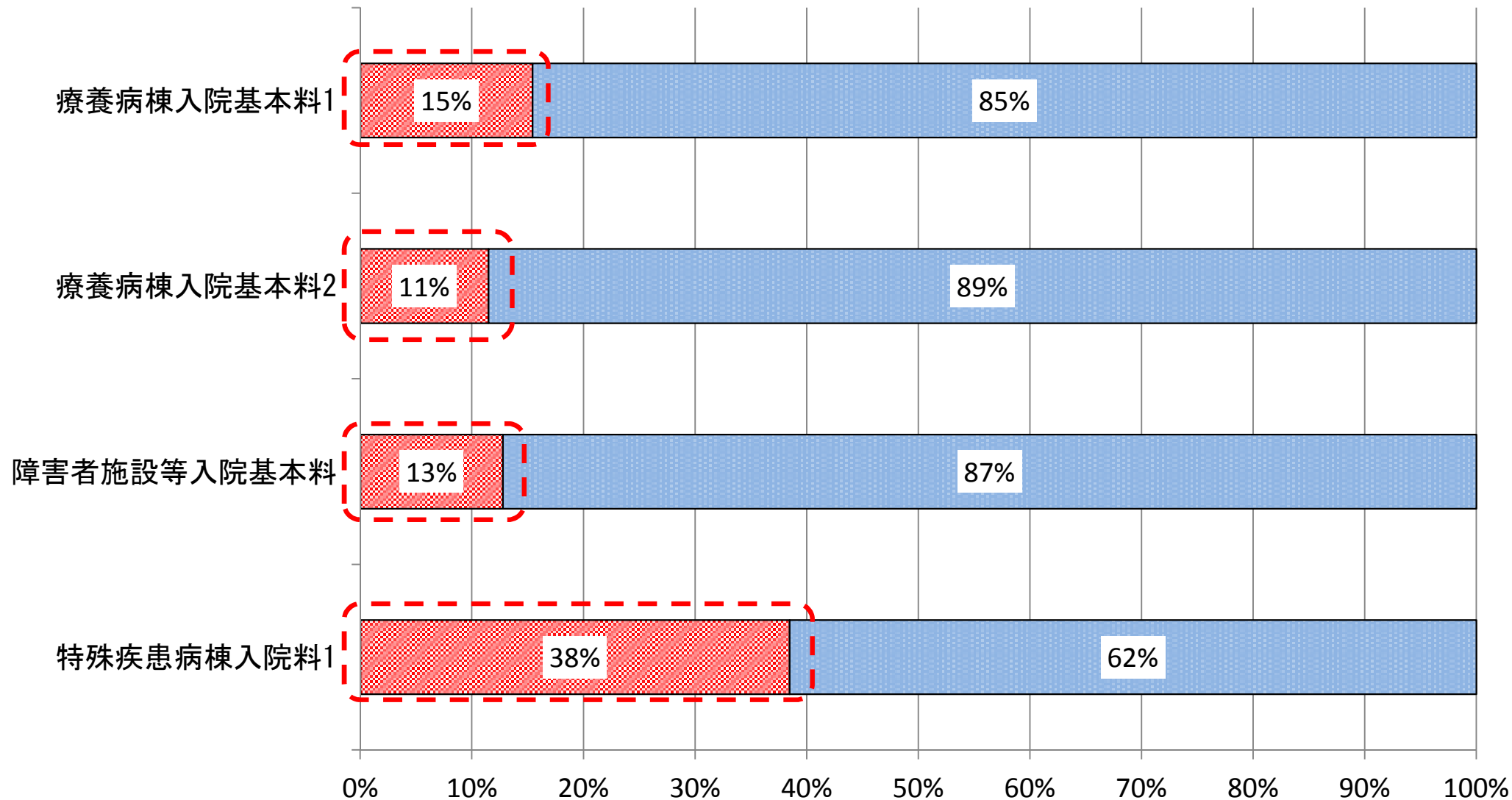
- 障害者施設等入院基本料の病棟における医療区分1に該当する脳卒中患者の割合が、改定前に比べ、減少した。

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3



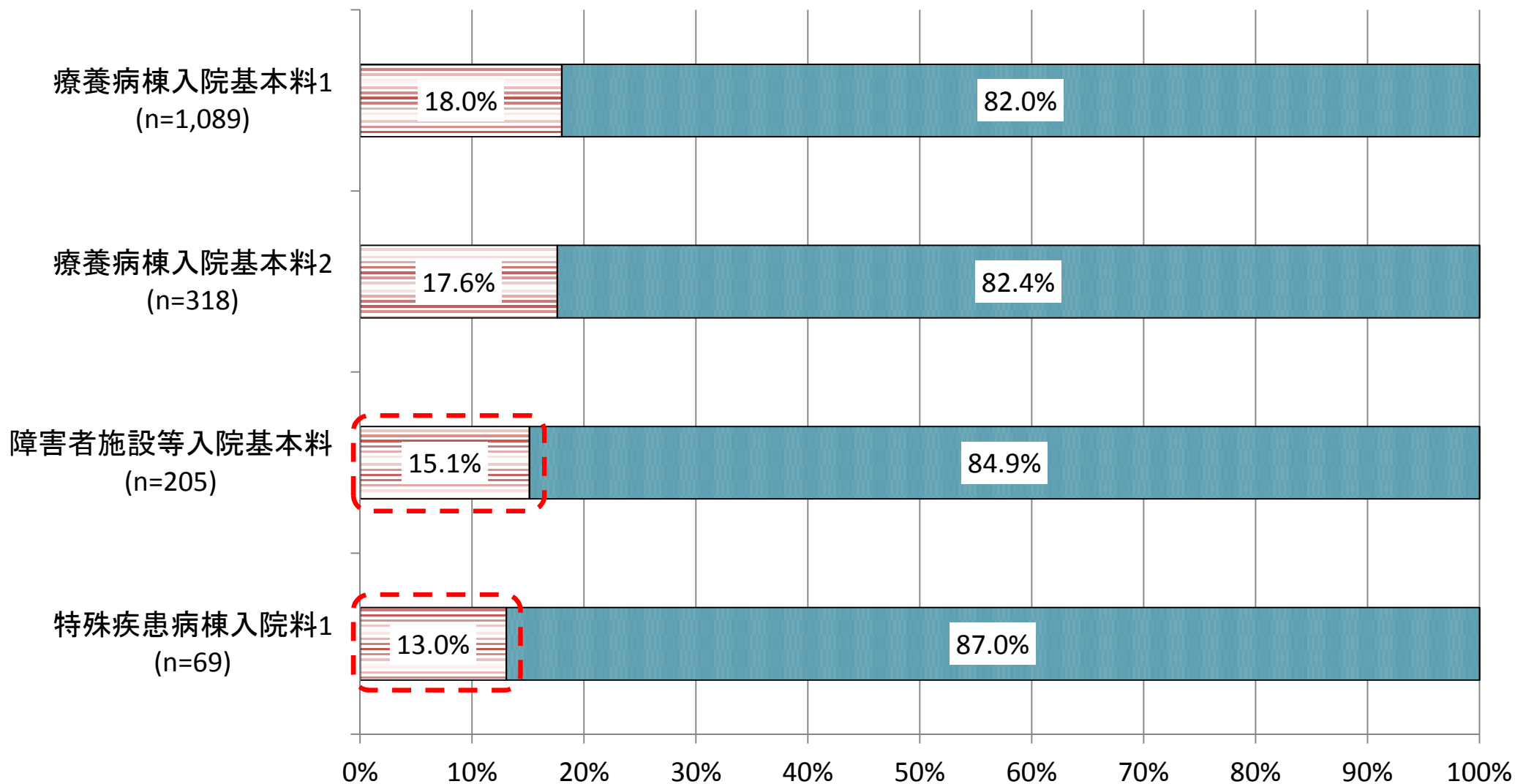
- 過去1ヶ月に急性増悪があった脳卒中患者の割合は障害者施設等入院基本料の届出病棟と療養病棟入院基本料の届出病棟で同様であった。また、特殊疾患病棟入院料1の届出病棟では急性増悪の割合が多く見られた。

■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



- 過去1ヶ月に急性増悪があった脳卒中患者の割合は、特殊疾患病棟入院料1の病棟で減少したが、障害者施設等入院基本料の病棟では大きな変化はなかった。

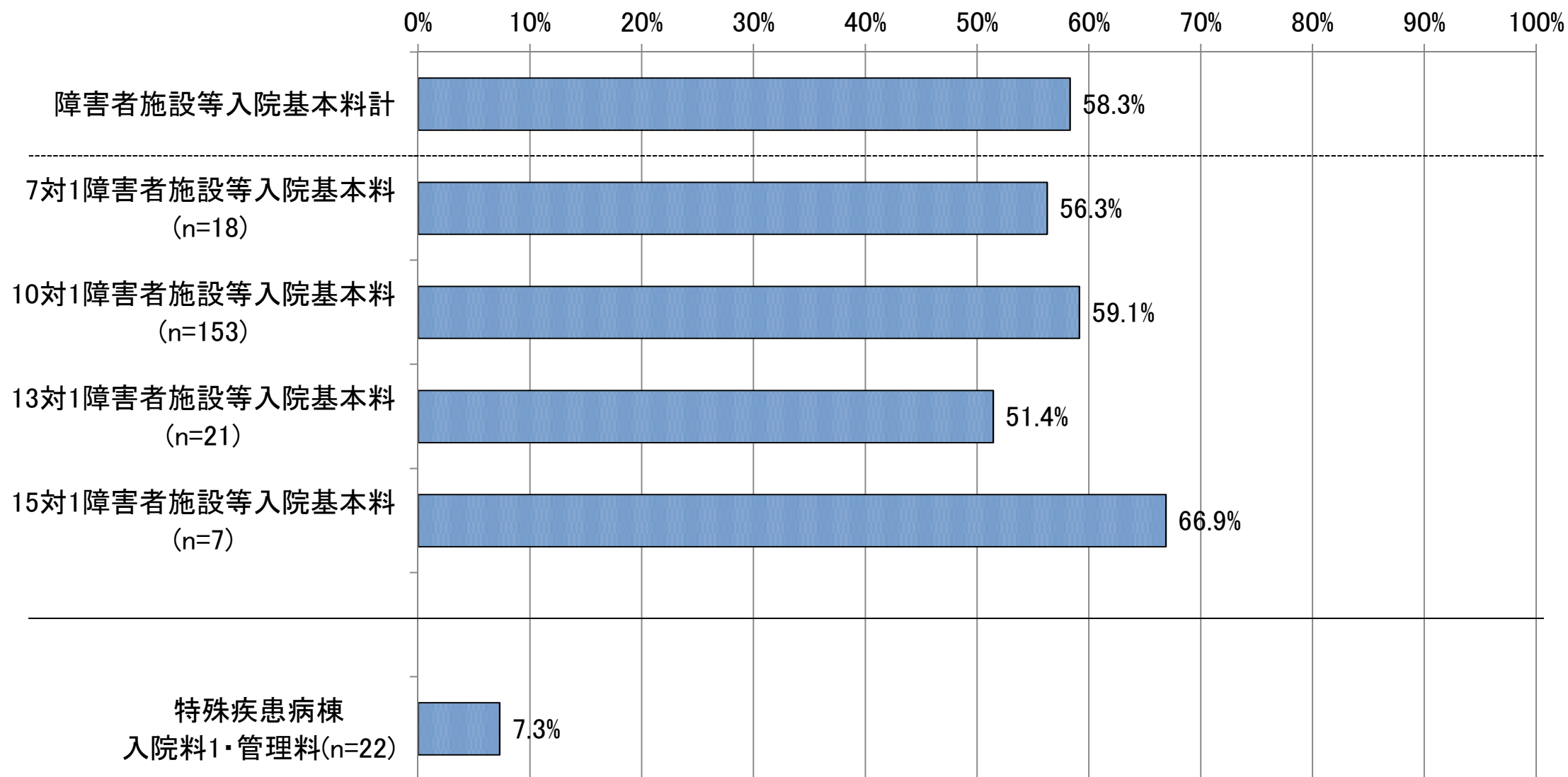
■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の割合

診調組 入-1
29.8.4

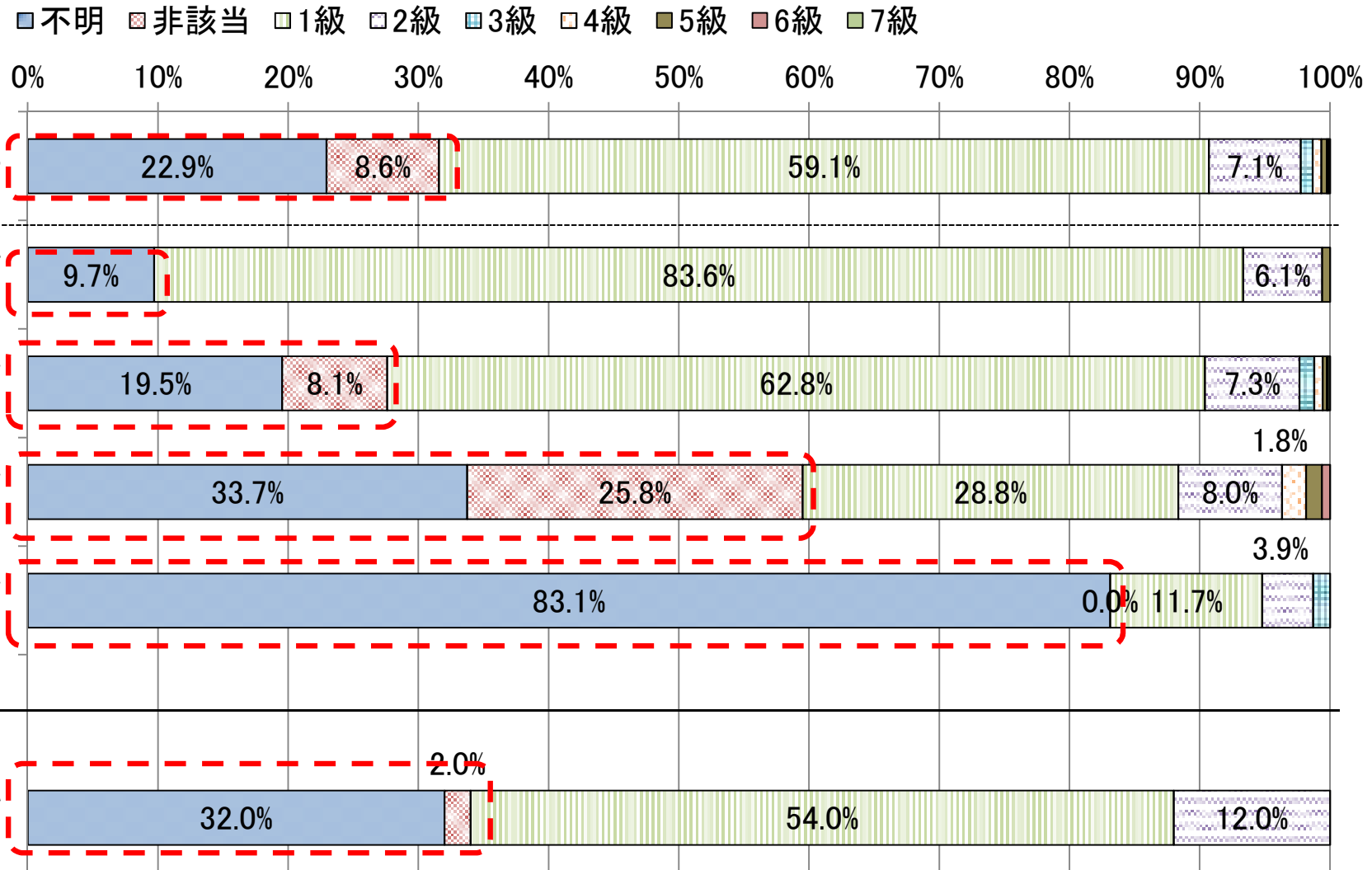
○障害者施設等入院基本料においては、入院患者の約6割が「重度の肢体不自由児(者)(脳卒中患者を除く)」として入院している。



各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態 ～身体障害者(肢体不自由)等級～

診調組 入-1
29.8.4

○ 入院患者の状態が「重度の肢体不自由児(者)」であっても、身体障害者の等級が不明又は非該当の患者が一定程度含まれている。

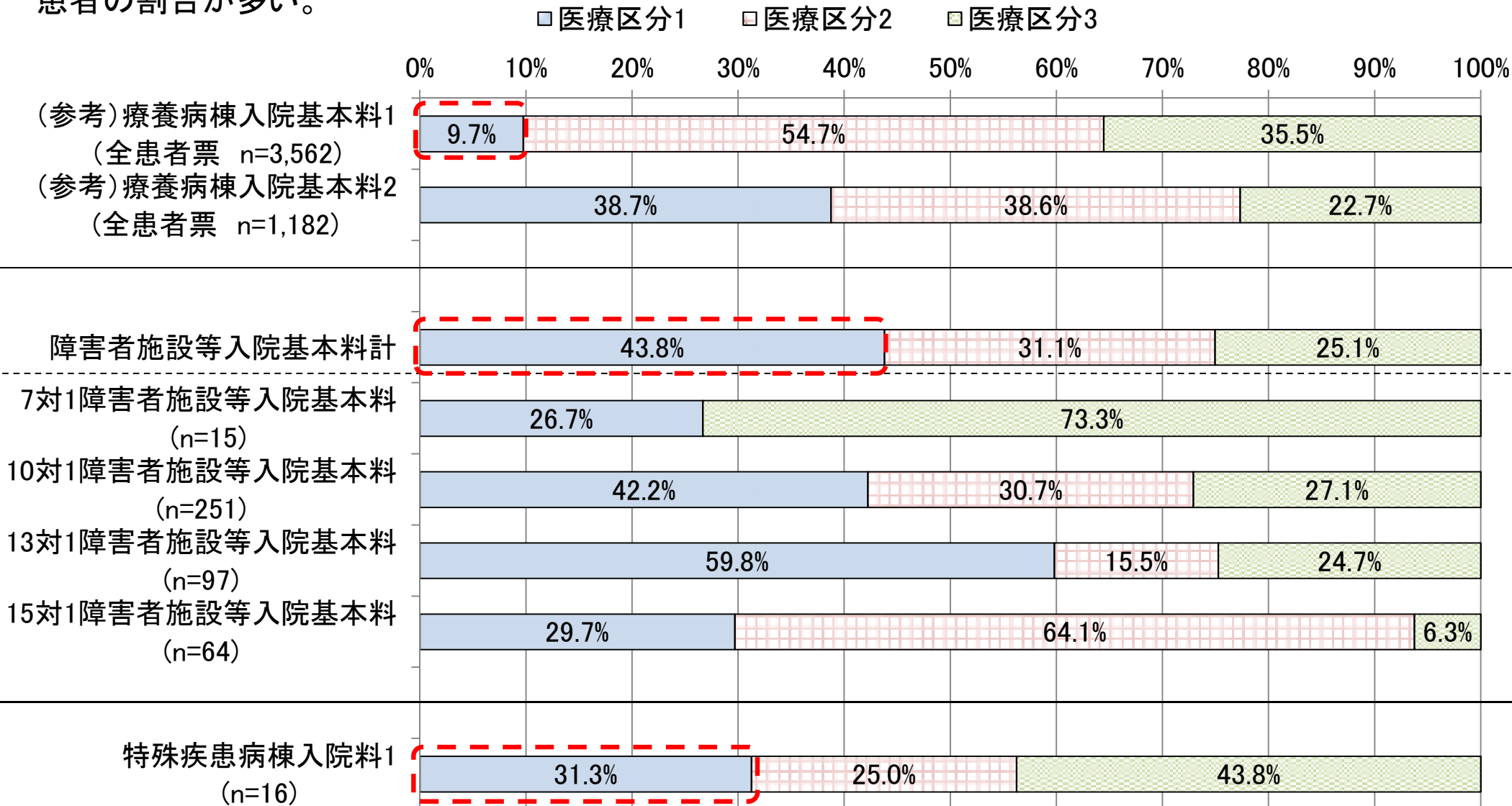


各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態

～身体障害者の等級不明又は非該当患者の医療区分～

診調組 入-1
29.8.4

○ 「重度の肢体不自由児(者)」であるが、身体障害者の等級が不明又は非該当の入院患者の医療区分をみると、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料ともに療養病棟入院基本料1よりも医療区分1の患者の割合が多い。

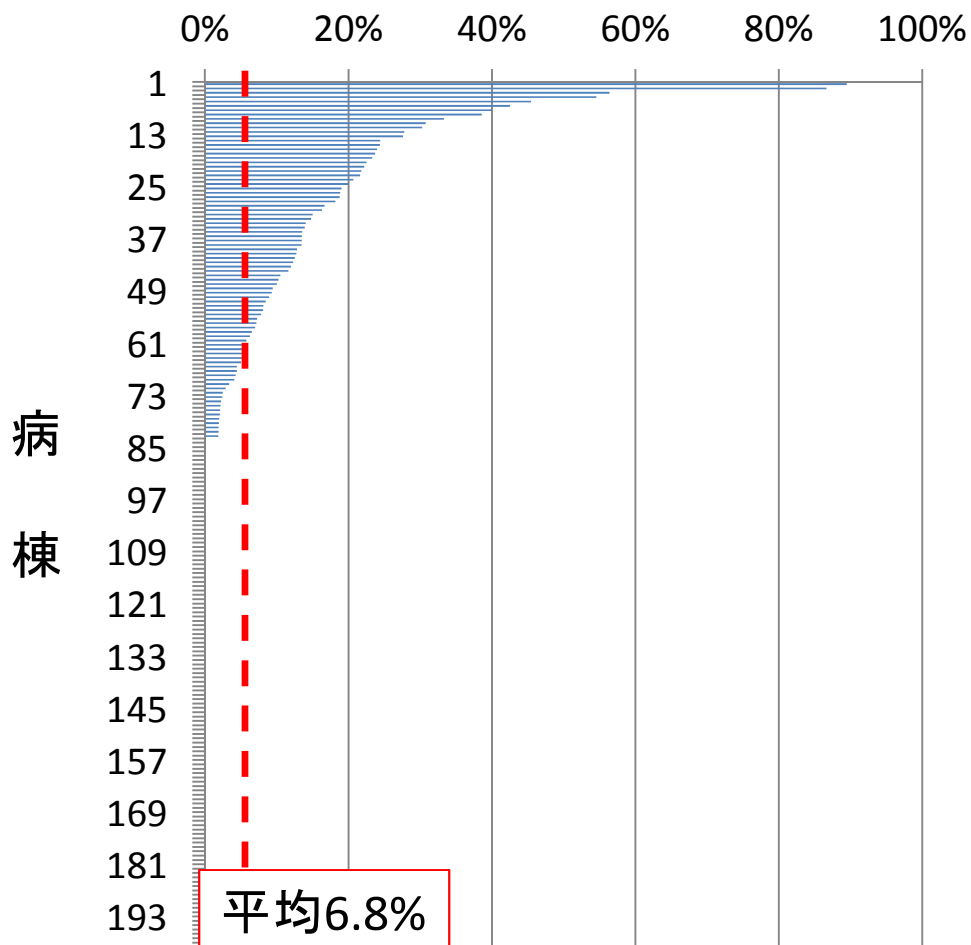


病棟ごとの「重度の意識障害」の患者割合の分布

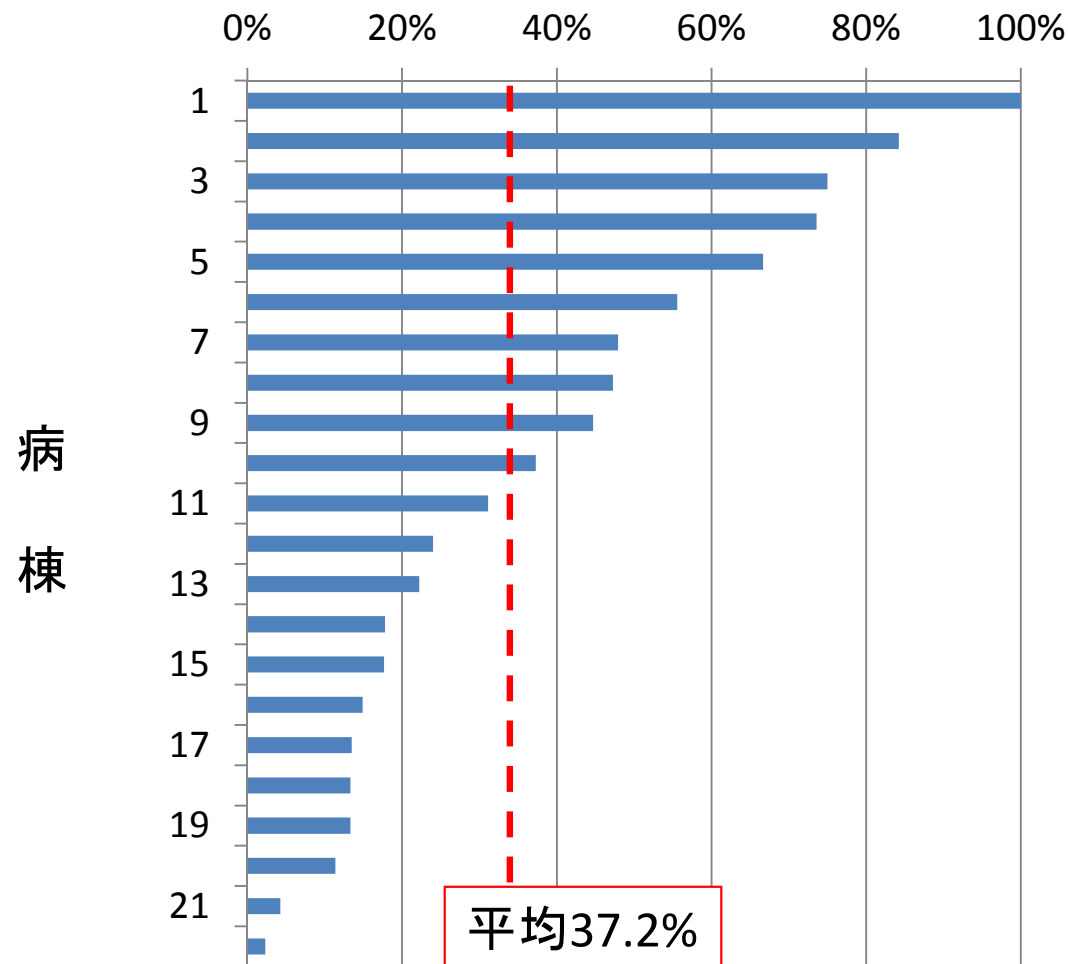
診調組 入-1
29.8.4

○ 各入院料の「重度の意識障害」の患者割合の平均値と比較して、病棟ごとの「重度の意識障害」の患者割合の分布をみると、平均値よりもかなり高い割合の病棟が存在している。

障害者施設等入院基本料
(n=199) 平均6.8%



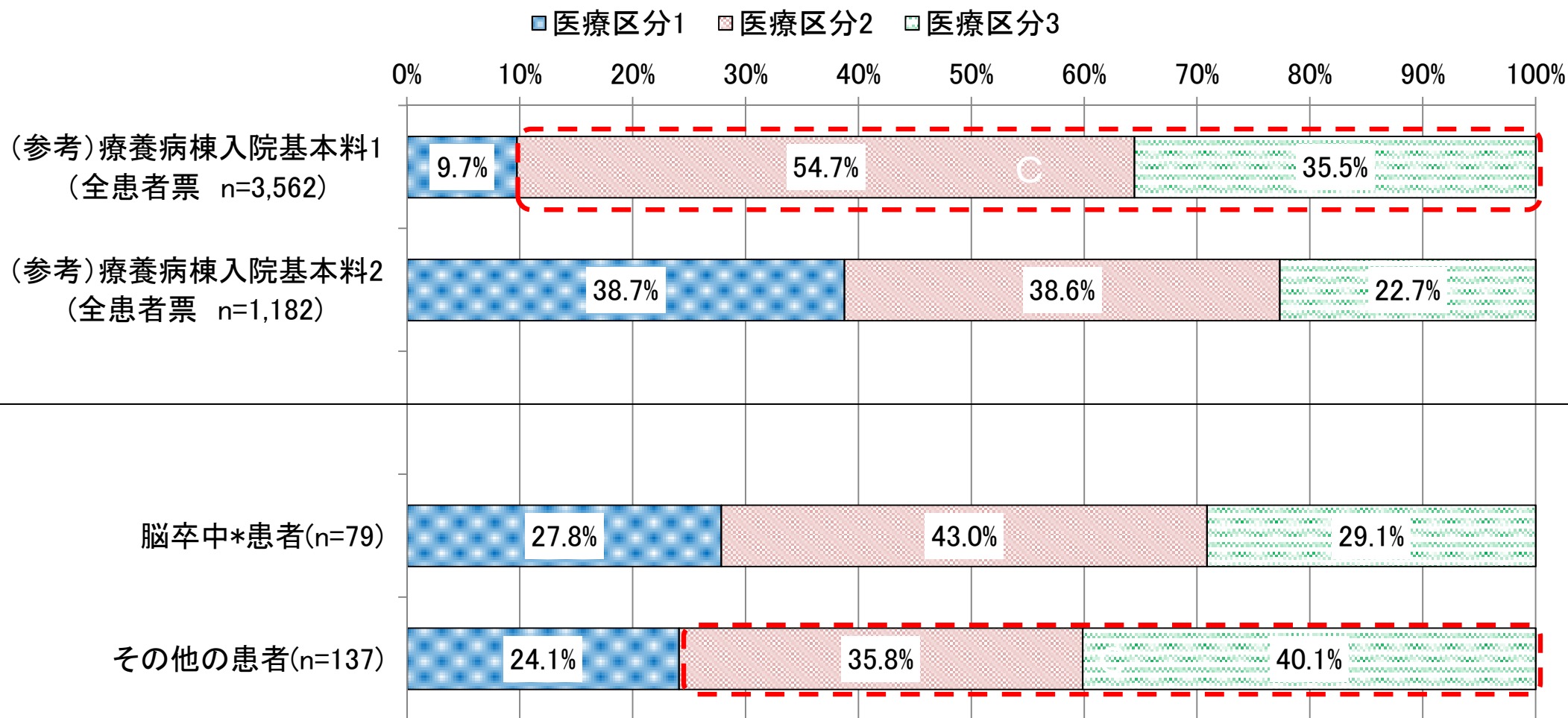
特殊疾患病棟入院料1・管理料
(n=22) 平均37.2%



脳卒中※患者と脳卒中以外の患者の状態の違い

診調組 入-1
29.8.4

- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1、特殊疾患入院医療管理料を算定している患者で「重度の意識障害」の患者について、脳卒中患者とそれ以外の患者の医療区分を比較すると、脳卒中以外の患者の方が、脳卒中患者と比べ、医療区分、2、3の割合が高いが、療養病棟入院基本料1よりは少ない。



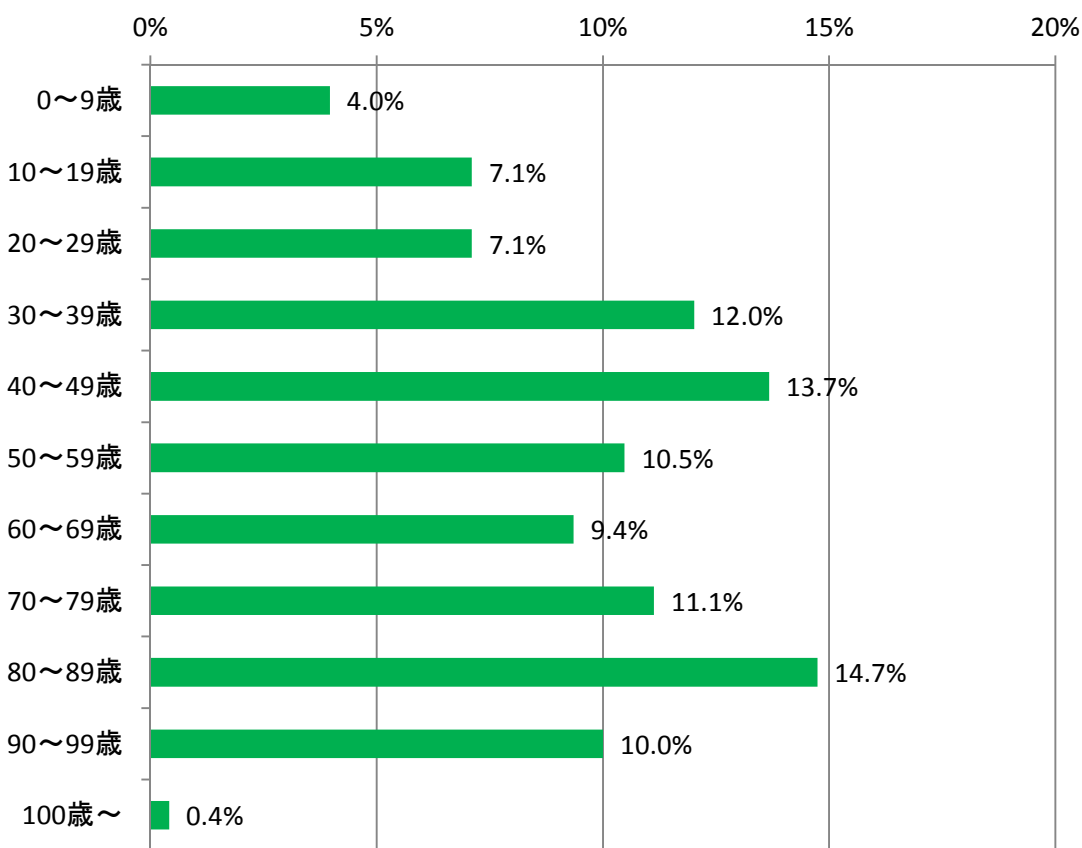
※脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害

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)

○ 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。

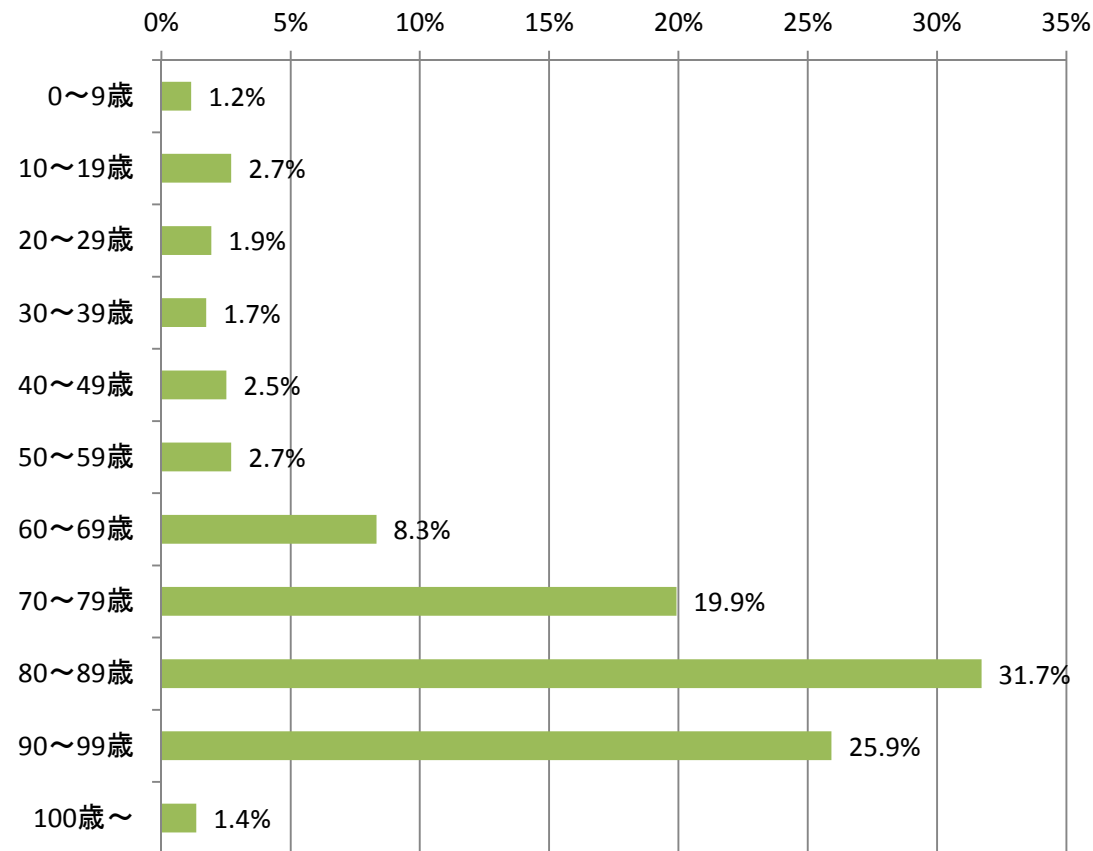
重度の肢体不自由児・者
(脳卒中後遺症と認知症を除く)

(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)

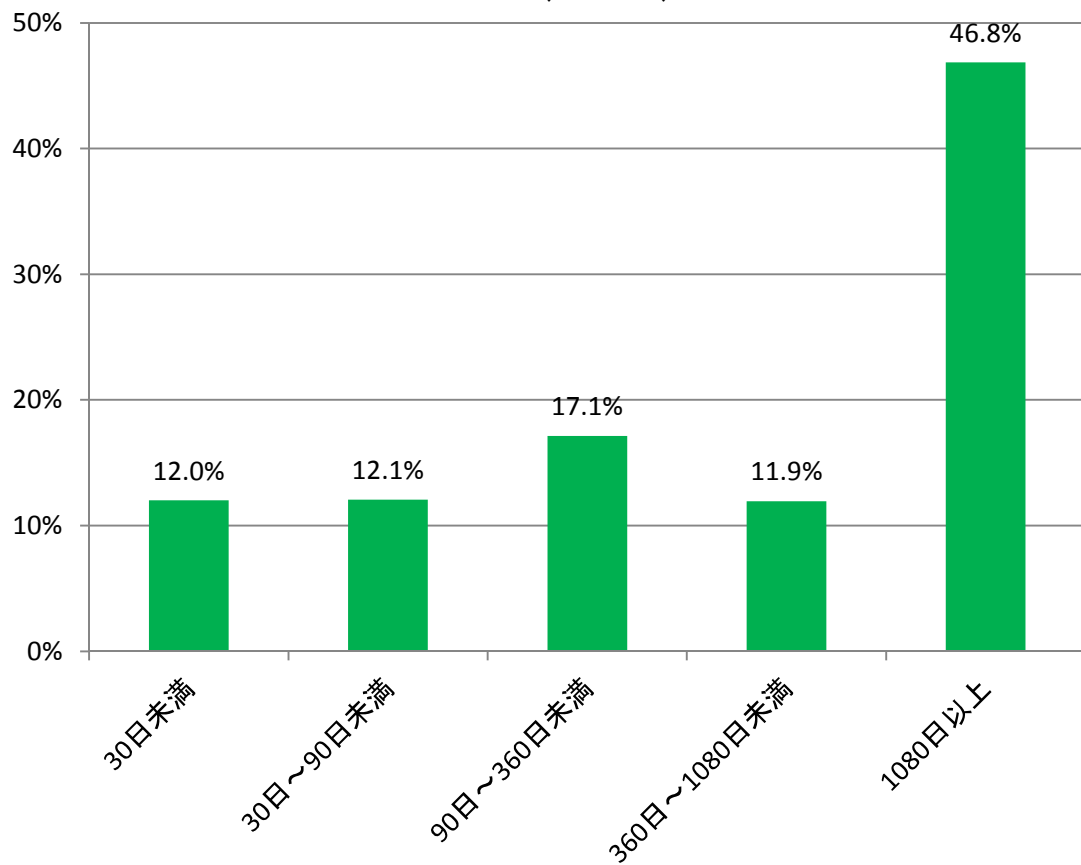


障害者施設等入院基本料算定病棟 入院患者の入院期間別分布(重度の肢体不自由児・者)

○ 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。

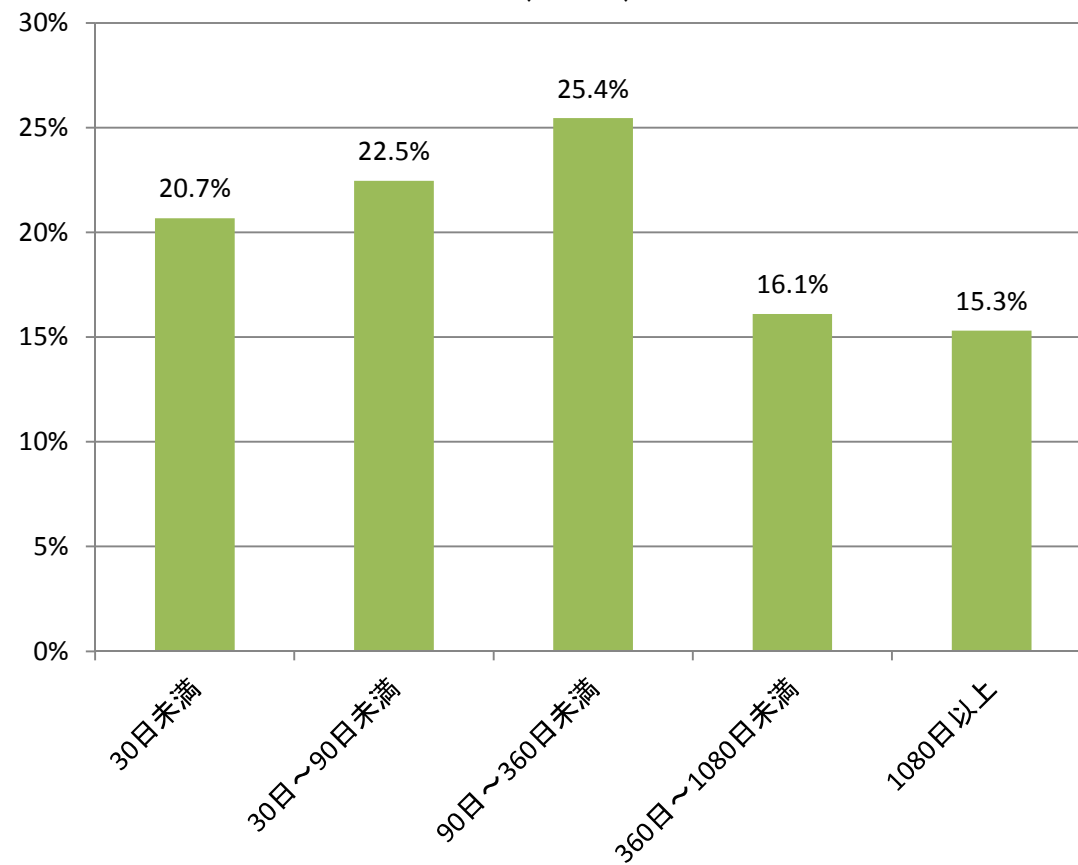
重度の肢体不自由児・者
(脳卒中後遺症と認知症を除く)

(n=1616)



左のうち、身体障害者等級が
「不明」又は「非該当」の者

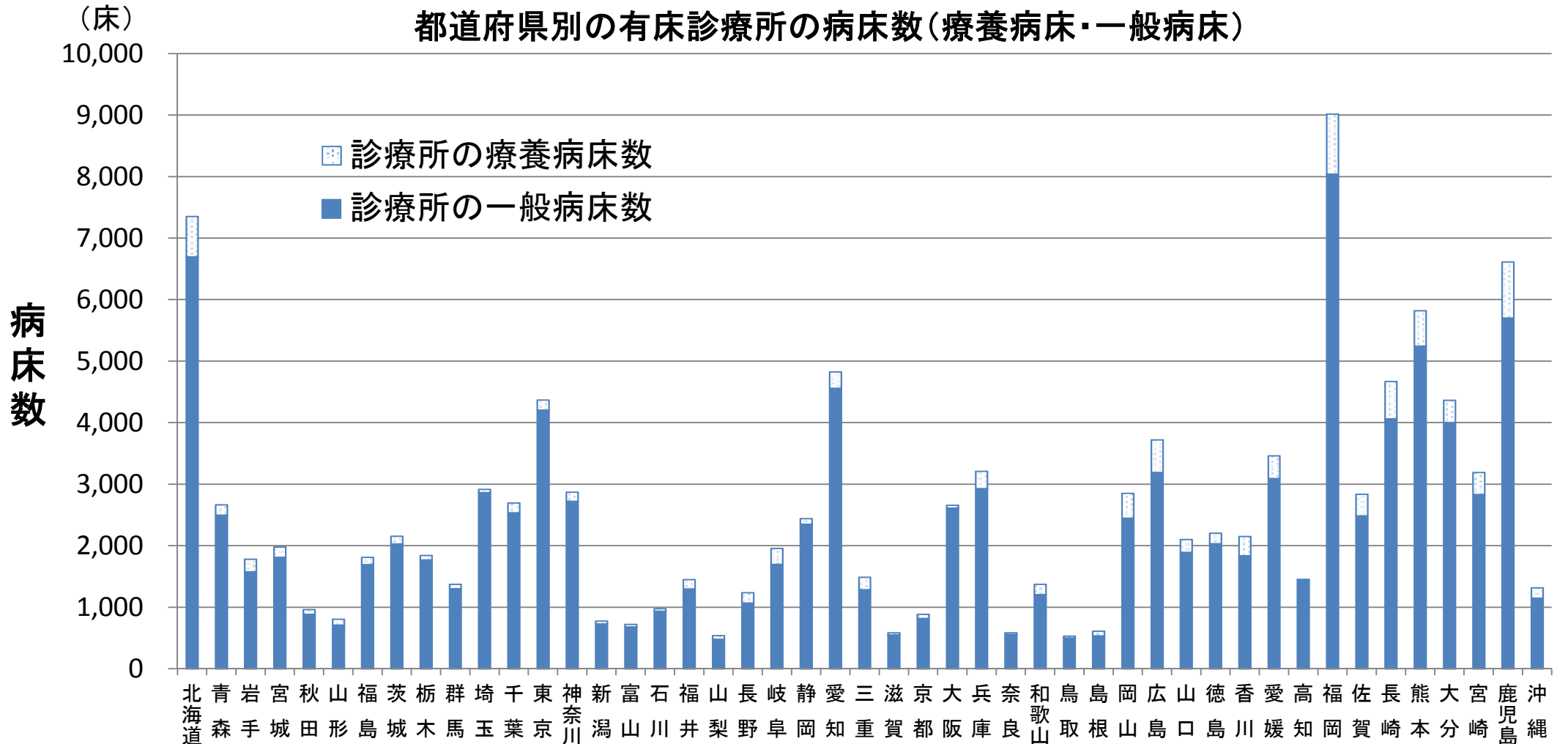
(n=503)



都道府県別の有床診療所の病床数

診調組 入-1
29.8.4

○ 都道府県別に、有床診療所の届出病床数をみると、都道府県間でばらつきがある。

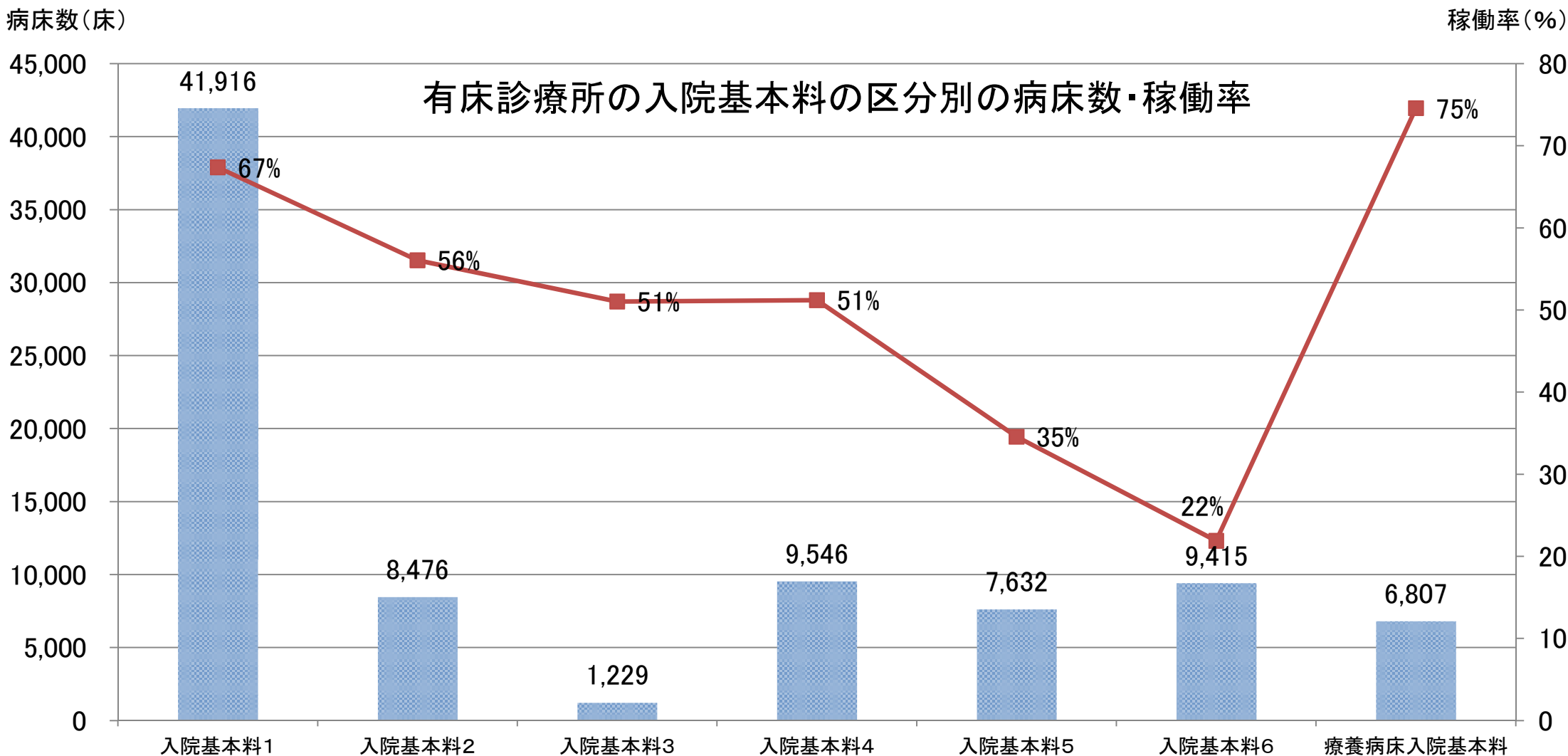


出典：平成27年(2015)医療施設(動態)調査

有床診療所の入院基本料区分別の届出病床数と稼働率

診調組 入-1
29.8.4

- 有料診療所入院基本料1の届出病床数が最も多い。
- 稼働率は有床診療所入院基本料1が最も高く、67%であった。



稼働率:平成27年7月1日時点における、1日平均入院患者数を稼働病床数で除したもの

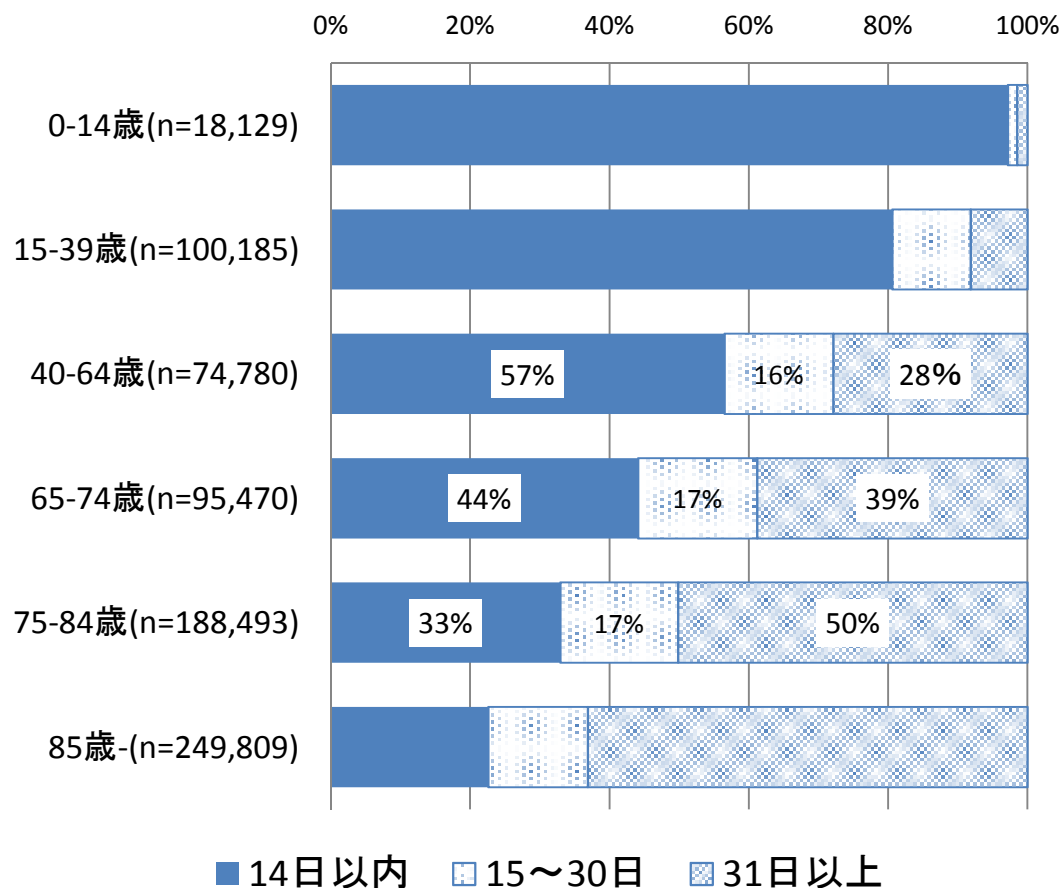
出典:保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

年齢階級別の有床診療所入院基本料の算定状況

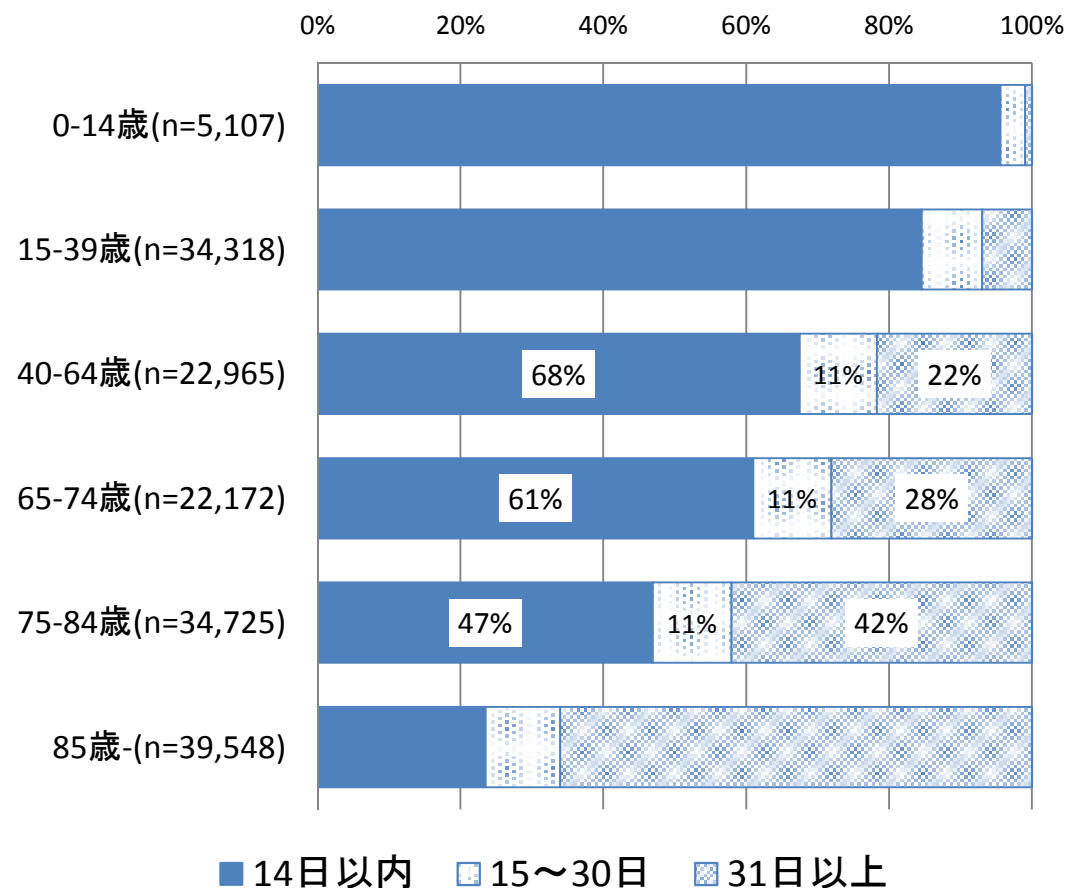
診調組 入-1
29.8.4

- 患者の年齢階級及び入院期間に応じた入院料の区分ごとに、有床診療所入院基本料の算定状況を見ると、地域包括ケアに関連する要件を評価した入院基本料1～3は、入院基本料4～6に比べ、40～84歳の患者で、「14日以内」が少なく「15～30日」「31日以上」が多かった。

入院基本料1～3の算定回数の分布

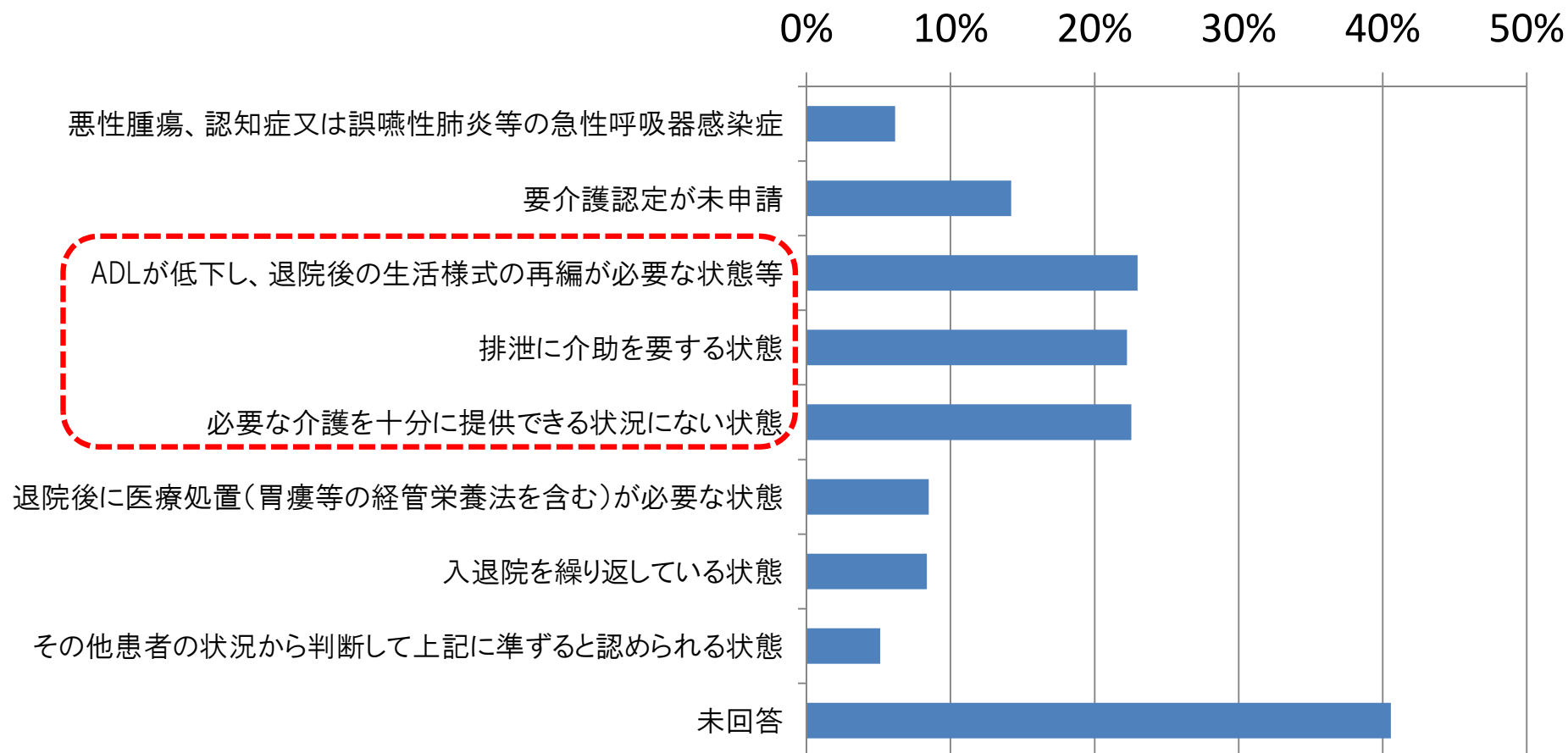


入院基本料4～6の算定回数の分布



- 入院時の状態として、「ADLが低下し、生活様式の再編が必要な状態」「排泄に介助を要する状態」「必要な介護を十分に提供できない状態」に該当する患者が多かった。

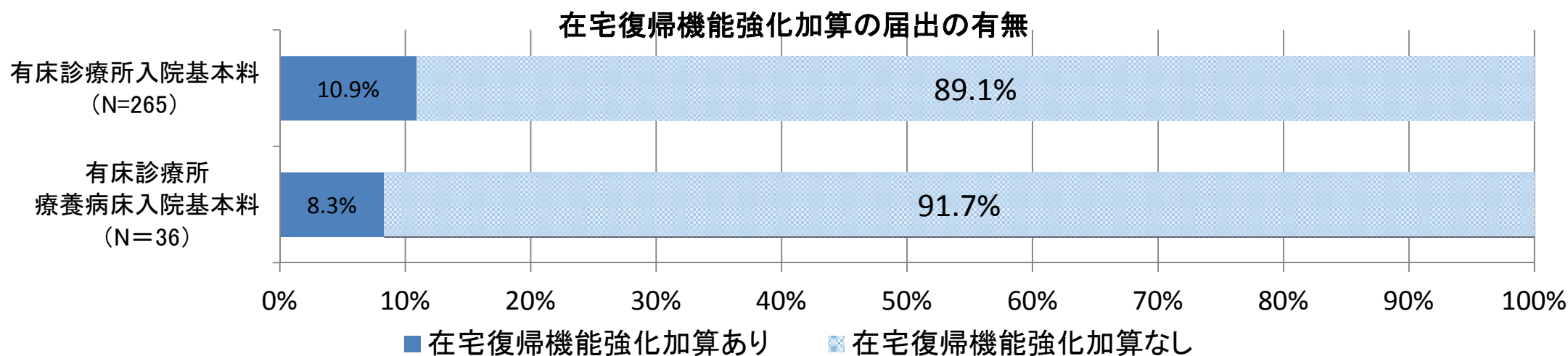
入院時の状態 (n=683)



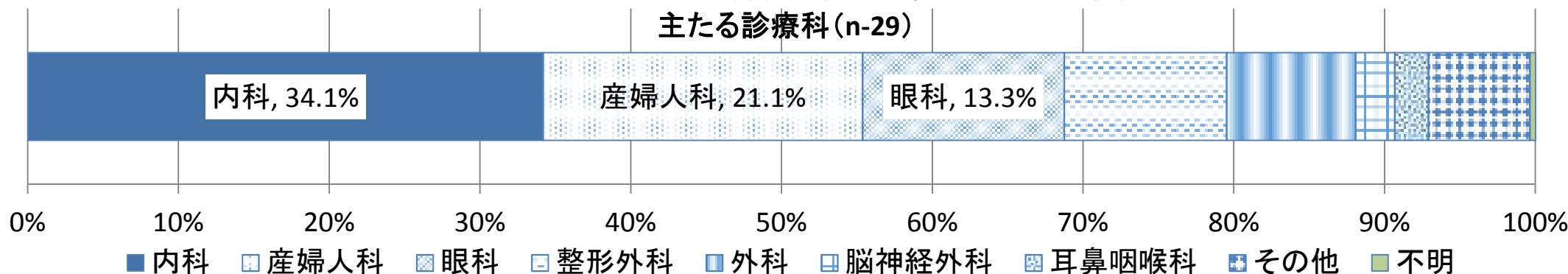
有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況①

診調組 入-1
29.8.4

- 入院医療等の調査の回答施設について、平成28年度診療報酬改定で新設した有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出状況を見ると、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料を届け出ている診療所のうち、約1割程度であった。
- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出医療機関の主たる診療科は、多い順に「内科」「産婦人科」「眼科」であった。



有床診療所入院基本料の在宅復帰機能強化加算の届出医療機関における主たる診療科 (n=29)



(注) 療養病床在宅復帰機能強化加算の届出医療機関における主たる診療科は、全て内科だった。

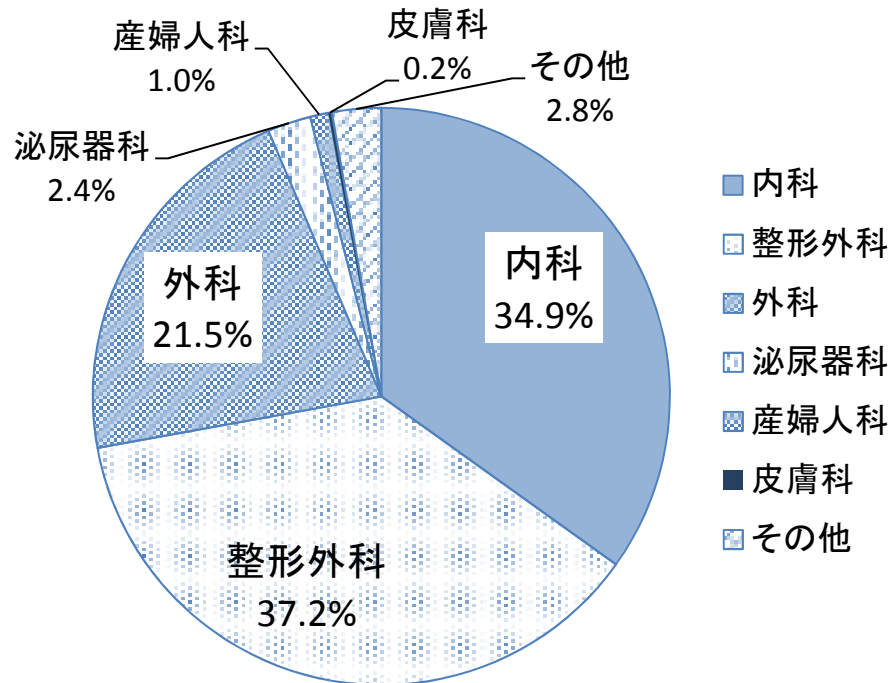
有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況②

○ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の算定割合は10%前後であり、算定している診療科をみると、内科が最も多く、ついで整形外科、外科の順だった。

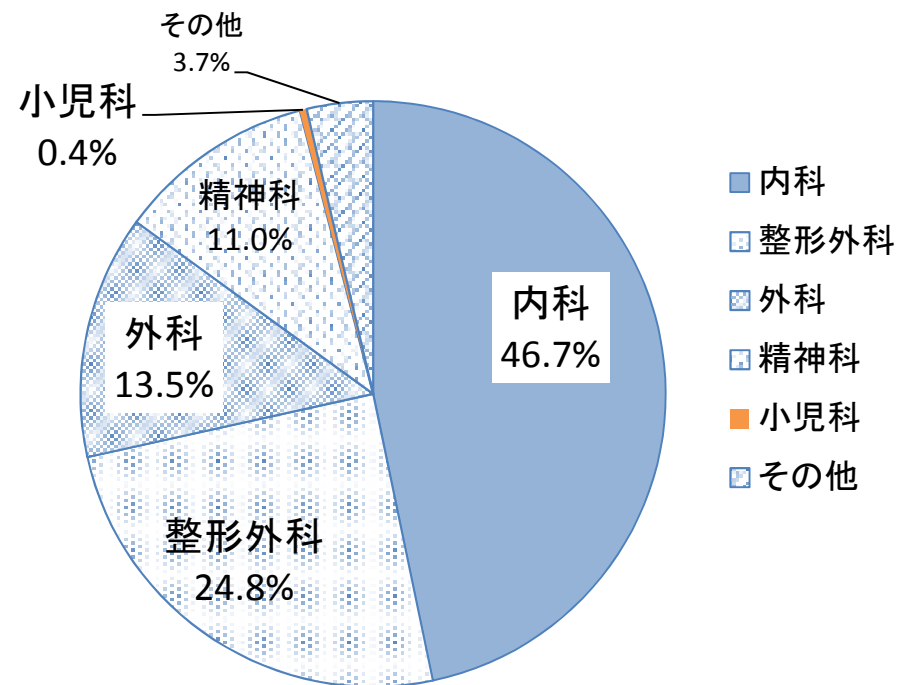
	有床診療所 在宅復帰機能強化加算	有床診療所 療養病床 在宅復帰機能強化加算
算定件数	5,740件	520件
算定回数	91,358回	10,886回
算定割合(※)	9.6%	11.0%

(※)在宅復帰機能強化加算の算定回数をそれぞれの入院基本料の算定回数で割り戻して算出。

有床診療所在宅復帰機能強化加算の
診療科別算定件数



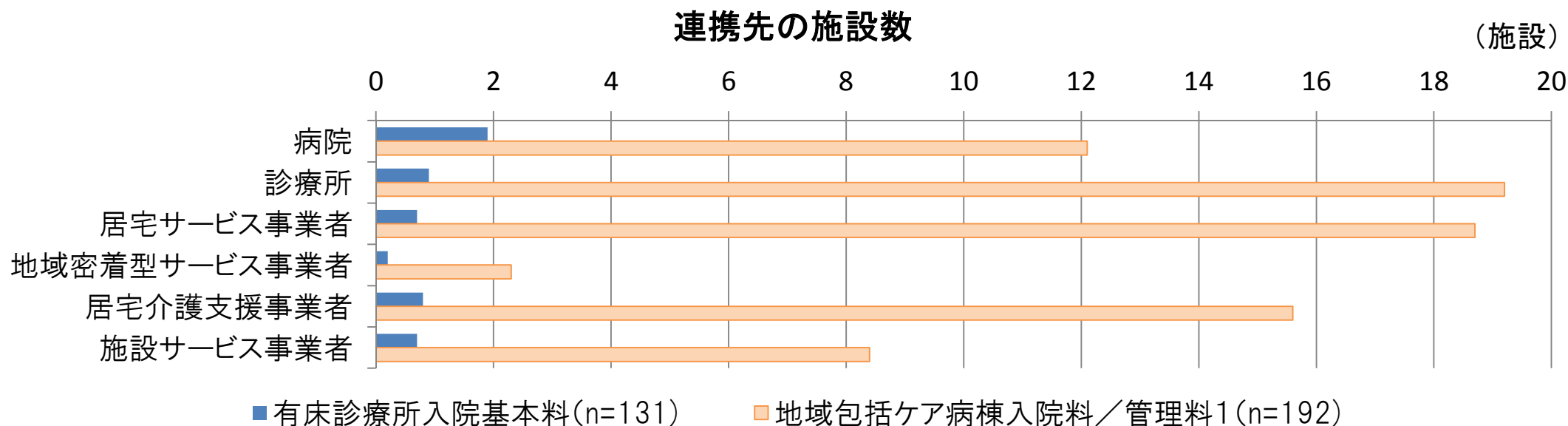
有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の
診療科別算定件数



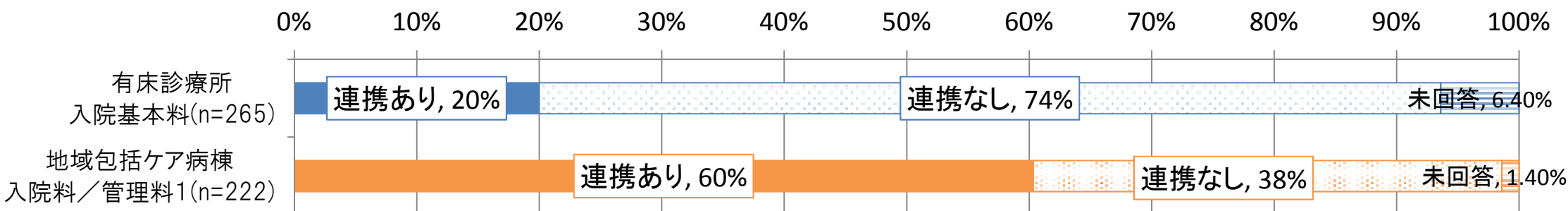
有床診療所における地域との連携の状況

診調組 入-1
29.8.4

- 地域との連携について、有床診療所入院基本料を算定する医療機関は、地域包括ケア病棟入院料／管理料1を算定する医療機関に比べ、
- ・連携先の施設数が少なく
 - ・自治体との連携の実績が少なかった。



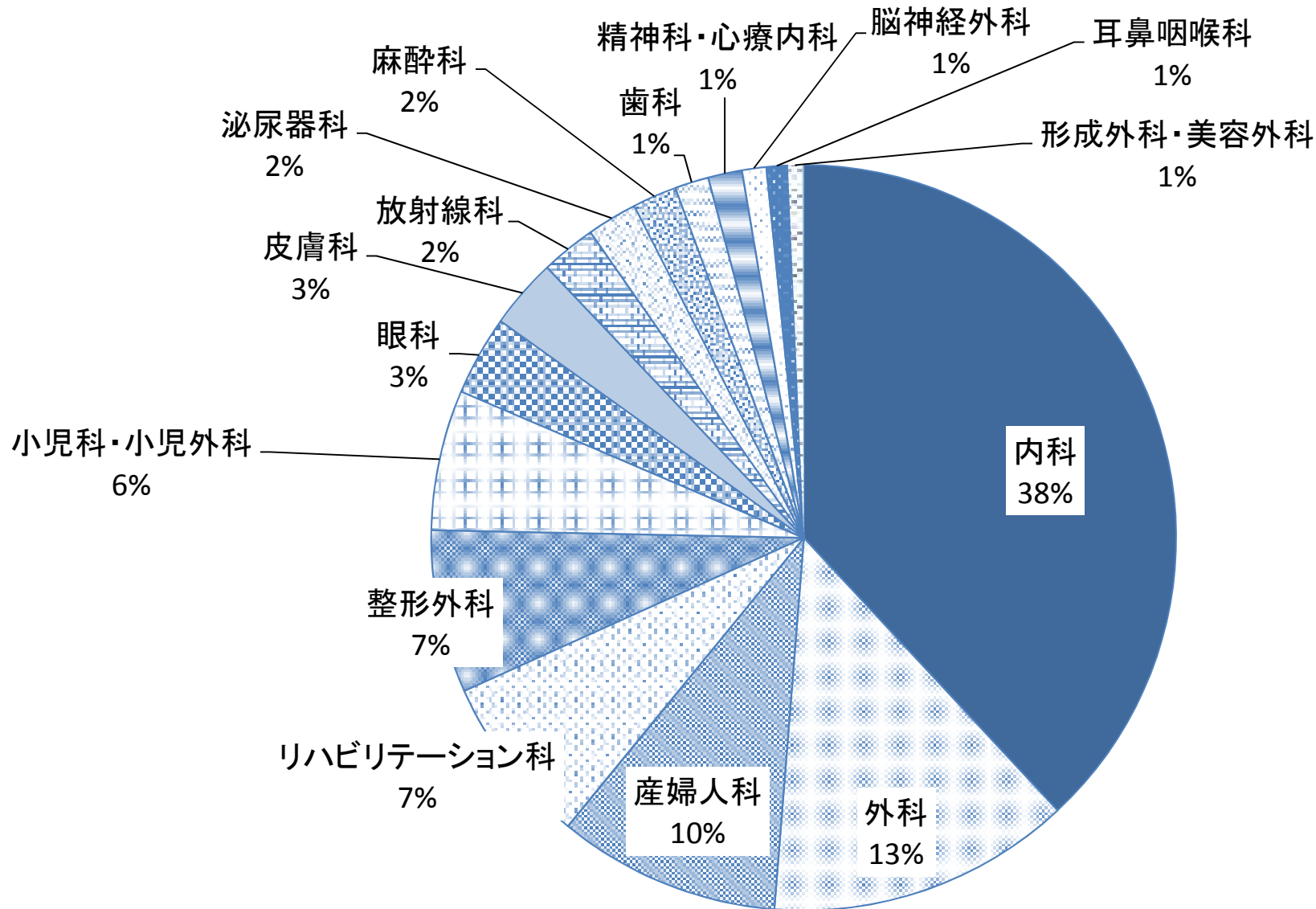
過去6ヶ月間の自治体との個別事例に関する連携の有無



主たる診療科別の有床診療所の施設数の割合

診調組 入-1
29.8.4

○ 主たる診療科別に有床診療所の施設数の割合をみると、内科が約3分の1を占めており、次いで、外科、産婦人科の順に多い。



有床診療所入院基本料の概要①

○ 有床診療所入院基本料の区分1～3の届け出にあたっては、在宅療養中の患者への支援等の実績等に関する要件(次頁)を満たす必要がある。

区分	点数			看護職員の配置		夜間の看護要員	届出	
	～14日	15～30日	31日～				施設数(上段)	病床数(下段)
1	861点	669点	567点	7以上	看護師1以上配置が望ましい	1以上	2,615	42,315
2	770点	578点	521点	4以上7未満			604	7,746
3	568点	530点	500点	1以上4未満			140	1,140
4	775点	602点	510点	7以上	看護師1以上配置が望ましい		673	9,484
5	693点	520点	469点	4以上7未満			662	7,316
6	511点	477点	450点	1以上4未満			1,124	9,377

有床診療所入院基本料の概要②

- 有床診療所入院基本料1～3の施設基準においては、在宅療養中の患者への支援や専門医療等の実績等に関する以下の要件のうち、いずれか2つを満たすこととされている。

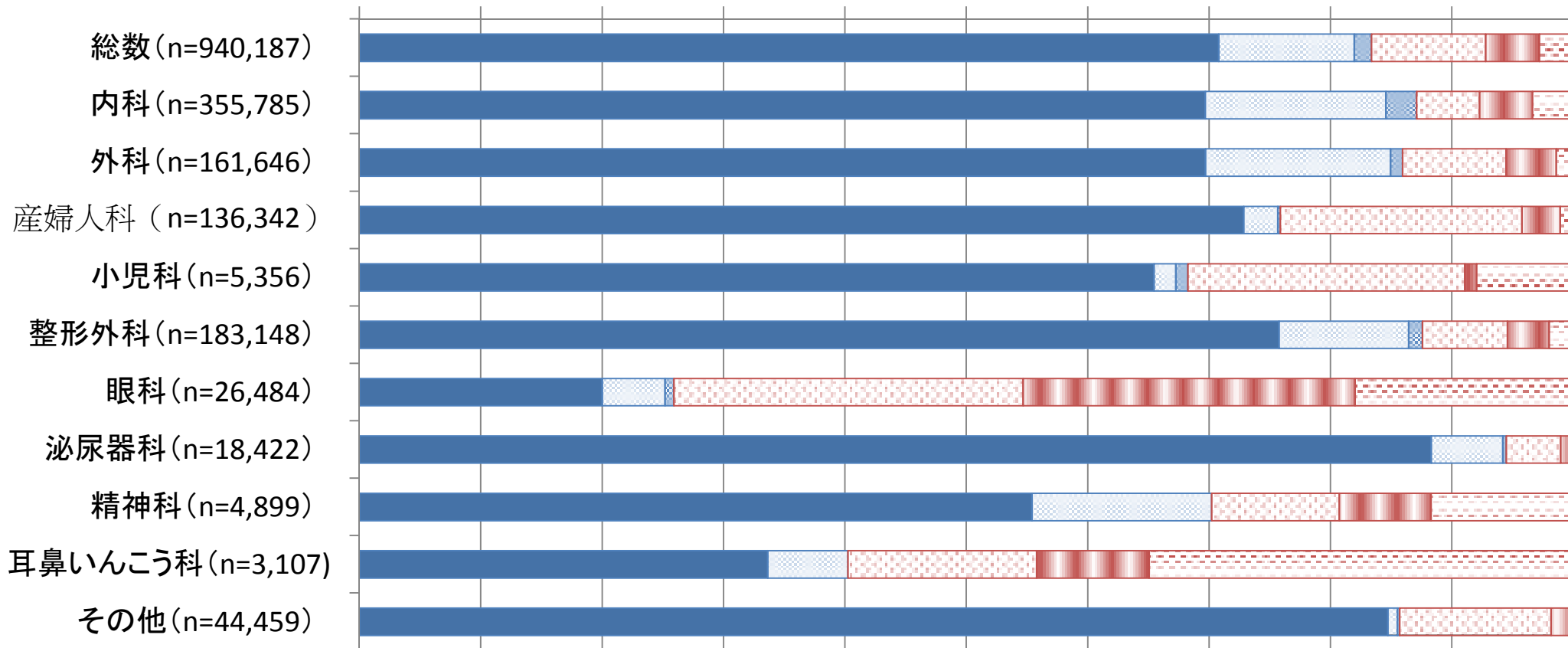
在宅療養中の患者への支援に関する実績	専門医療等の実施に関する実績	急性期病院からの患者の受け入れに関する実績	医療機関の体制、その他
<ul style="list-style-type: none">・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。・ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。	<ul style="list-style-type: none">・ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。	<ul style="list-style-type: none">・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。	<p>(緊急時の対応)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。・ 時間外対応加算1を届け出ていること。 <p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

診療科別の有床診療所入院基本料の算定状況

診調組 入-1
29.8.4

○ 地域包括ケアに関連する要件等を評価した入院基本料1～3の算定回数の割合は診療科別に差があり、耳鼻科・眼科で低く、内科・整形外科・泌尿器科で高い。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



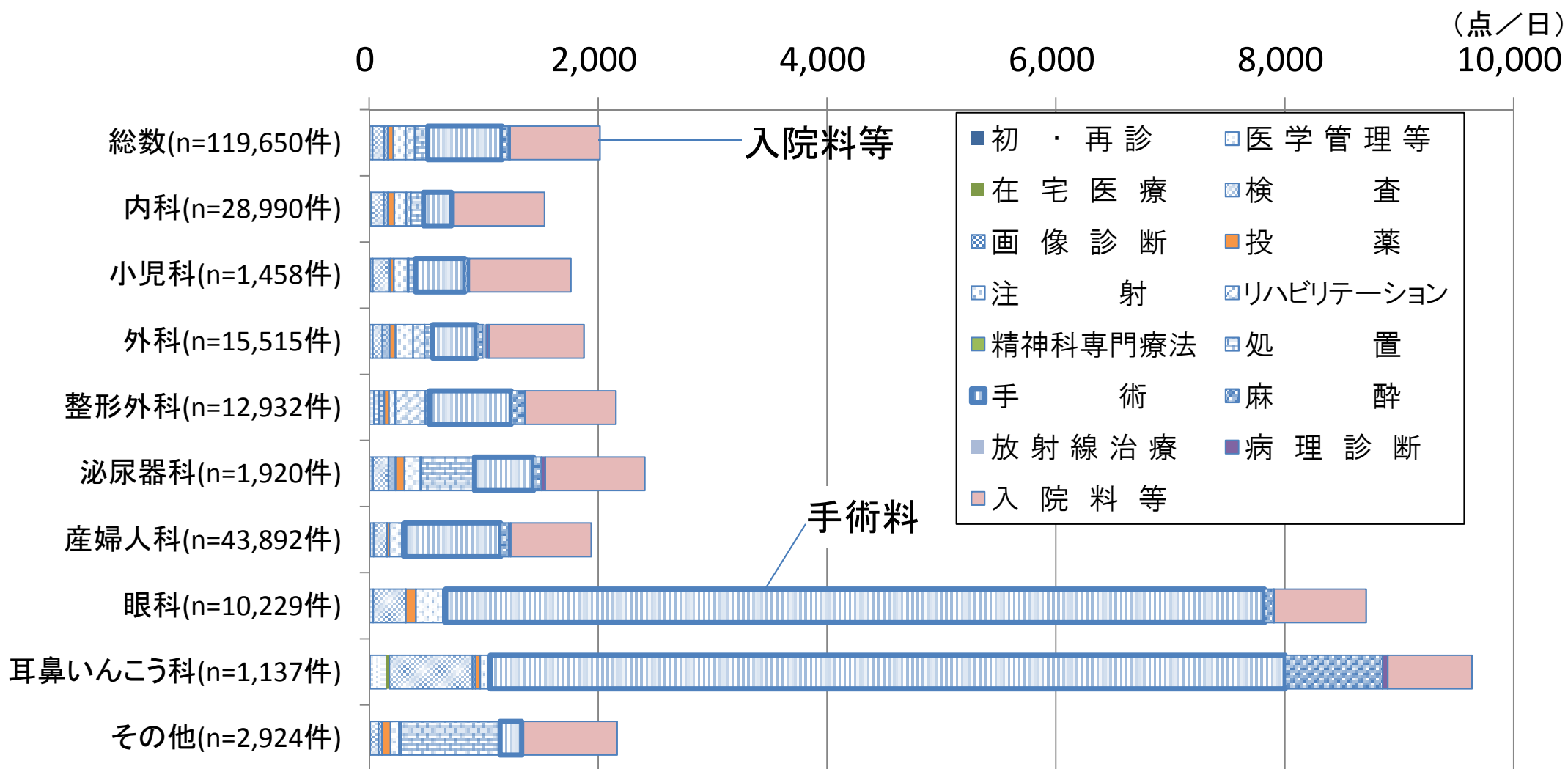
■ 入院基本料1 ■ 入院基本料2 ■ 入院基本料3 ■ 入院基本料4 ■ 入院基本料5 ■ 入院基本料6

注) 算定回数ベース。算定回数1,000回未満の診療科は除外。

診療科別の有床診療所の入院レセプト1日あたり平均点数

診調組 入-1
29.8.4

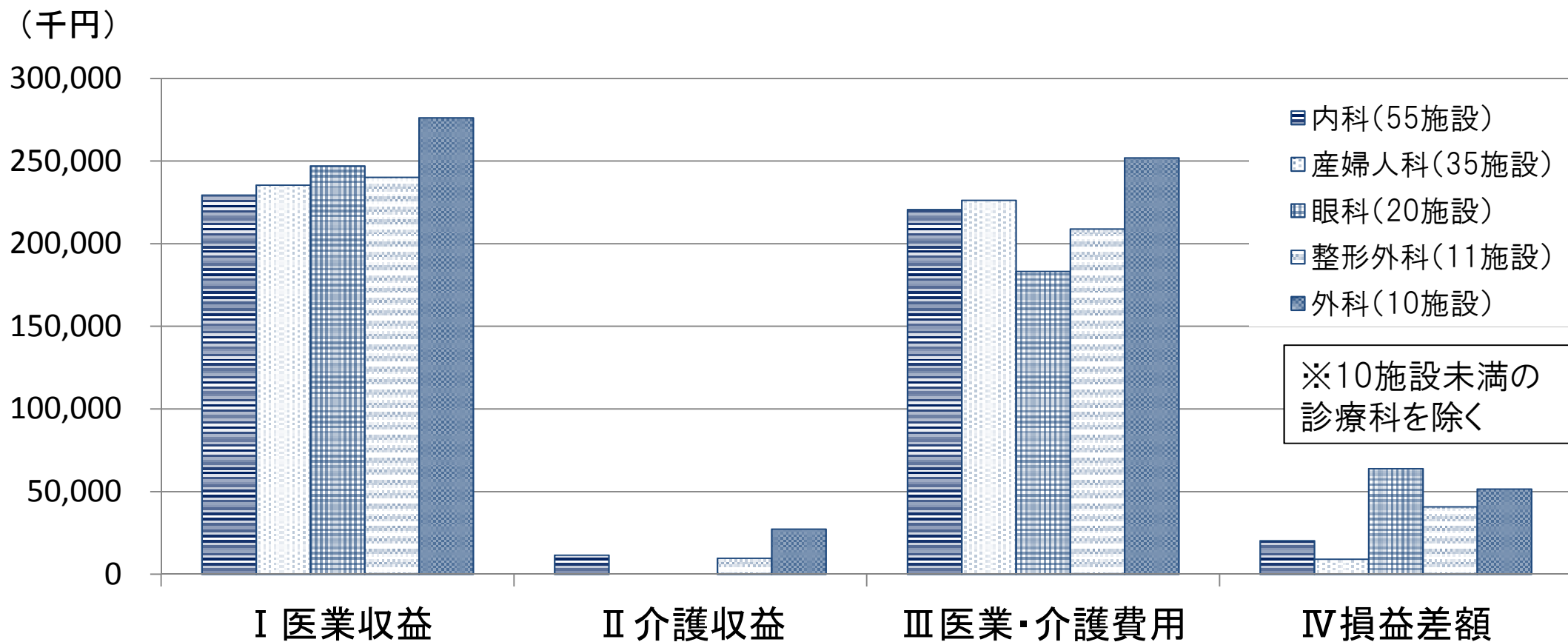
○ 診療科別に有床診療所の入院レセプトの算定状況を見ると、眼科・耳鼻いんこう科を標榜する有床診療所では、1日あたり平均点数に占める手術料の割合が大きかった。



注) 算定点数を診療実日数で割り戻して算出。算定件数が1,000件未満の診療科は除外。

主たる診療科別の有床診療所の損益状況

○ 主たる診療科別に有床診療所の損益状況をみると、回答が10施設未満の診療科を除くと、眼科・整形外科・外科では、内科・産婦人科よりも、損益差額が多かった。



※平成27年3月末までに終了する直近の事業年(度)の数値

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

退院に向けた目標・課題等

診調組 入-1
29.6.21

- 入院患者の退院に向けた目標・課題等は急性期の病棟では「疾病の治癒・軽快」が多く、慢性期の病棟では「病態の安定」が多い。
- 「低下した機能の回復(リハビリテーション)」を目標・課題等としている病棟は、回復期リハビリテーション病棟が多いが、地域包括ケア病棟も比較的多い。

＜退院へ向けた目標・課題等＞

	一般 7:1		一般 10:1		特定機能病院		専門病院		回復期リハビリ			地域包括ケア		療養病棟		障害者施設等				特殊疾患	
	一般病 棟入院 基本料 7:1 (n=11, 073)	一般病 棟入院 基本料 10:1 (n=2,8 03)	特定機 能病院 入院基 本料一 般7:1 (n=4,3 29)	特定機 能病院 入院基 本料一 般10: 1 (n=25)	専門病 院入院 基本料 7:1 (n=368)	専門病 院入院 基本料 10:1 (n=21)	一般病 棟入院 基本料 13:1 (n=341)	一般病 棟入院 基本料 15:1 (n=475)	回復期 リハビリ テー ション 病棟入 院料 (n=1,1 02)	回復期 リハビリ テー ション 病棟入 院料2 (n=525)	回復期 リハビリ テー ション 病棟入 院料3 (n=86)	地域包 括ケア 病棟入 院料1 (n=903)	地域包 括ケア 病棟入 院料2 (n=62)	療養病 棟入院 基本料 1(20: 1) (n=3,0 09)	療養病 棟入院 基本料 2(25: 1) (n=856)	障害者 施設等 入院基 本料7: 1 (n=217)	障害者 施設等 入院基 本料1 0:1 (n=1,8 89)	障害者 施設等 入院基 本料1 3:1 (n=256)	障害者 施設等 入院基 本料1 5:1 (n=92)	特殊疾 患病棟 入院料 1 (n=228)	特殊疾 患病棟 入院料 2 (n=438)
疾病の治癒・軽快	41.6%	38.0%	33.7%	12.0%	32.3%	28.6%	37.2%	22.9%	6.4%	5.7%	2.3%	16.9%	19.4%	8.3%	7.1%	0.9%	7.9%	10.9%	15.2%	17.1%	1.6%
病態の安定	17.3%	18.6%	18.2%	48.0%	15.5%	57.1%	17.6%	24.6%	3.9%	3.4%	0.0%	17.1%	17.7%	26.7%	24.6%	1.8%	17.5%	32.4%	33.7%	22.4%	14.6%
手術・投薬・処置・検査等の終了	10.4%	5.0%	17.2%	0.0%	18.8%	0.0%	3.8%	1.3%	0.3%	0.0%	0.0%	1.6%	1.6%	0.6%	0.4%	0.9%	0.8%	1.6%	0.0%	0.0%	1.4%
診断・今後の治療方針の確定	1.5%	1.2%	2.5%	8.0%	0.8%	0.0%	0.3%	1.1%	0.5%	0.4%	1.2%	0.7%	0.0%	0.3%	0.5%	0.0%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%
低下した機能の回復(リハビリテーション)	8.2%	11.4%	4.2%	8.0%	1.1%	0.0%	11.7%	12.2%	64.9%	54.9%	86.0%	21.4%	37.1%	3.8%	6.5%	0.0%	7.6%	11.7%	5.4%	1.3%	0.9%
在宅医療・介護等の調整	2.3%	4.5%	1.8%	4.0%	2.4%	0.0%	7.0%	4.2%	8.4%	12.6%	1.2%	12.4%	14.5%	8.9%	6.3%	7.4%	12.4%	3.5%	16.3%	6.6%	8.7%
入所先の施設の確保	2.7%	4.9%	0.7%	4.0%	0.5%	0.0%	8.5%	12.8%	8.1%	9.9%	4.7%	9.9%	4.8%	16.1%	20.4%	0.5%	15.2%	8.6%	5.4%	8.3%	8.0%
本人家族の病状理解	0.9%	2.0%	0.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.3%	2.1%	1.1%	2.5%	0.0%	1.7%	0.0%	2.3%	1.8%	0.9%	2.3%	2.7%	1.1%	1.8%	1.8%
転院先の医療機関の確保	5.8%	4.1%	3.6%	8.0%	1.9%	4.8%	6.5%	5.7%	2.2%	2.9%	1.2%	6.1%	0.0%	7.7%	8.8%	1.4%	6.2%	6.3%	13.0%	17.1%	0.5%
看取り(死亡退院)	1.8%	3.1%	0.7%	4.0%	1.9%	9.5%	4.1%	8.6%	0.1%	0.0%	0.0%	2.8%	1.6%	19.2%	16.5%	0.0%	11.0%	19.5%	6.5%	11.8%	5.0%
その他	1.1%	1.9%	1.1%	0.0%	0.8%	0.0%	0.6%	0.8%	0.7%	0.2%	0.0%	0.6%	1.6%	2.1%	0.7%	61.8%	9.2%	1.2%	1.1%	10.5%	32.2%
未回答	6.5%	5.2%	15.7%	0.0%	23.9%	0.0%	2.3%	3.6%	3.4%	7.6%	3.5%	9.1%	1.6%	4.0%	6.4%	24.4%	9.5%	0.8%	2.2%	3.1%	25.3%

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由①

診調組 入-1
29.6.21

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、急性期の病棟は「転院先の医療機関が確保できないため」、
「家族の希望に合わないため」が多く、慢性期の病棟では、「家族の希望に合わないため」が4～5割を占めて多い。

<「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の退院できない理由(最も該当するもの)>

	一般病棟 入院基本 料7:1 (n=419)	一般病棟 入院基本 料10: 1 (n=217)	特定機能 病院入院 基本料一 般7:1 (n=86)	一般病棟 入院基本 料13: 1 (n=30)	一般病棟 入院基本 料15: 1 (n=66)	地域包括 ケア病棟 入院料1 (n=126)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料1 (n=73)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料2 (n=75)	療養病棟 入院基本 料1(2 0:1) (n=624)	障害者施 設等入院 基本料1 0:1 (n=546)	障害者施 設等入院 基本料1 3:1 (n=38)	障害者施 設等入院 基本料1 5:1 (n=26)	特殊疾患 病棟入院 料1 (n=56)	特殊疾患 病棟入院 料2 (n=162)
本人の希望に合わないため	7.2%	6.5%	12.8%	6.7%	12.1%	8.7%	4.1%	1.3%	6.4%	3.8%	10.5%	19.2%	7.1%	1.2%
家族の希望に合わないため	16.7%	23.5%	14.0%	26.7%	16.7%	22.2%	12.3%	13.3%	36.2%	45.4%	52.6%	42.3%	48.2%	50.6%
在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	4.3%	4.1%	2.3%	3.3%	4.5%	5.6%	4.1%	1.3%	6.3%	1.3%	2.6%	7.7%	5.4%	2.5%
地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	1.4%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	1.2%	1.8%	1.2%	3.3%	1.5%	0.8%	1.4%	0.0%	3.5%	2.6%	2.6%	7.7%	3.6%	0.0%
地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	0.2%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	3.8%	1.8%	0.0%
入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	8.8%	12.9%	2.3%	20.0%	22.7%	9.5%	16.4%	16.0%	11.5%	4.8%	13.2%	11.5%	0.0%	1.9%
地域に施設サービスがないため	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	1.0%	0.7%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%
自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	2.1%	5.5%	7.0%	10.0%	6.1%	7.9%	20.5%	10.7%	3.4%	1.5%	0.0%	7.7%	1.8%	0.6%
上記の全体の調整・マネジメントができていないため	8.4%	12.0%	5.8%	3.3%	22.7%	7.1%	17.8%	17.3%	9.5%	6.8%	0.0%	19.2%	12.5%	1.2%
自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	2.6%	3.2%	0.0%	3.3%	3.0%	3.2%	1.4%	5.3%	9.8%	1.6%	5.3%	3.8%	1.8%	0.0%
転院先の医療機関の確保ができていないため	17.9%	7.4%	16.3%	3.3%	10.6%	9.5%	6.8%	2.7%	3.5%	4.0%	0.0%	7.7%	17.9%	3.1%
その他	10.0%	9.2%	10.5%	10.0%	4.5%	5.6%	5.5%	9.3%	3.7%	7.3%	2.6%	0.0%	3.6%	29.0%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由②

診調組 入-1
29.6.21

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、「本人・家族の希望に合わない理由」としては、どの入院料でも「家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため」が多い。

＜「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の本人・家族の希望に合わない理由(最も該当するもの)＞

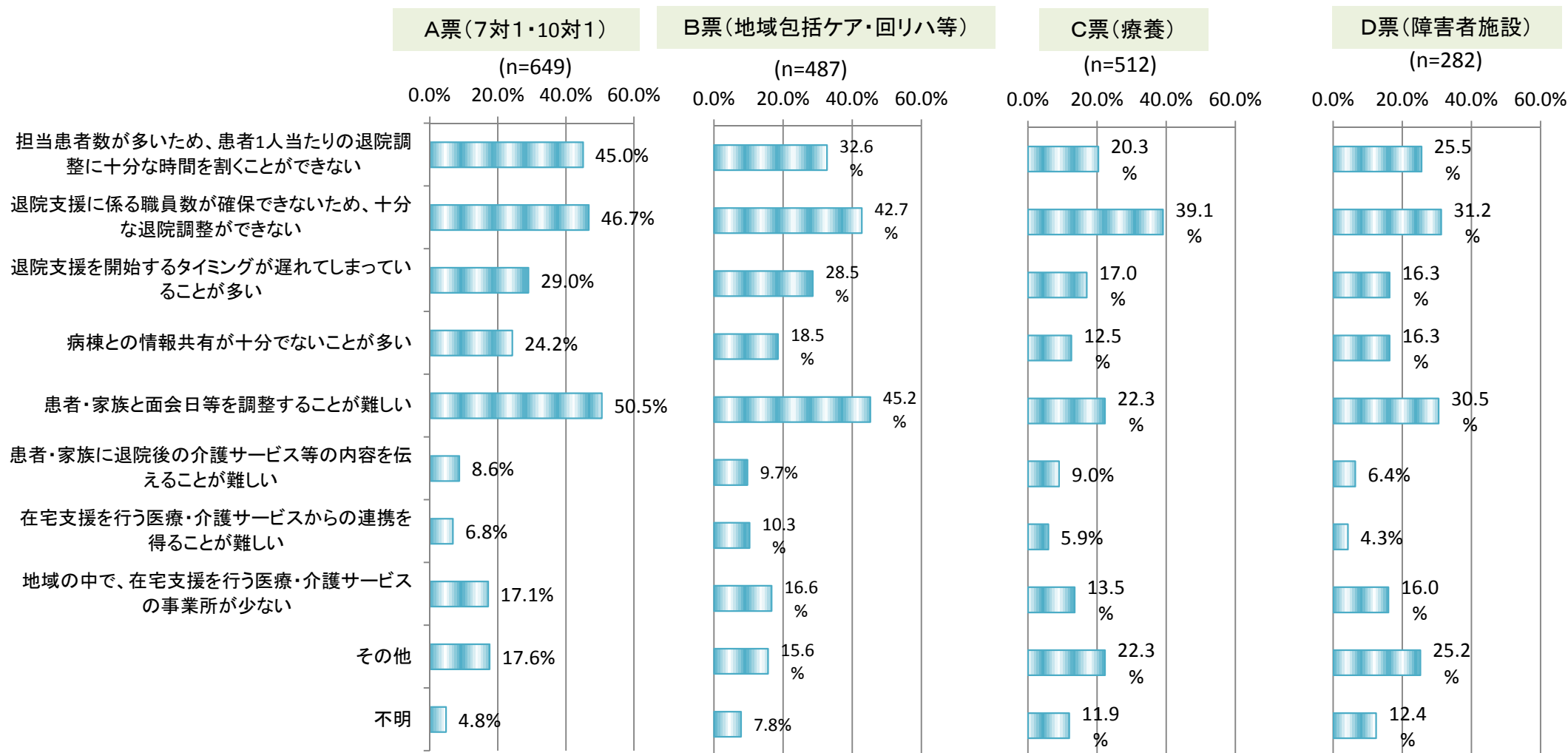
	一般病棟入院基本料 7:1 (n=159)	一般病棟入院基本料 10:1 (n=105)	特定機能病院入院基本料一般 7:1 (n=44)	一般病棟入院基本料 15:1 (n=30)	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=57)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (n=21)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (n=20)	療養病棟入院基本料 1 (20:1) (n=440)	療養病棟入院基本料 2 (25:1) (n=132)	認知症治療病棟入院料 1 (n=20)	障害者施設等入院基本料 7:1 (n=59)	障害者施設等入院基本料 10:1 (n=357)	障害者施設等入院基本料 3:1 (n=29)	特殊疾患病棟入院料 1 (n=41)	特殊疾患病棟入院料 2 (n=112)
家族が患者と同居できないため	13.8%	17.1%	6.8%	10.0%	12.3%	19.0%	10.0%	13.9%	20.5%	5.0%	5.1%	8.4%	41.4%	9.8%	2.7%
家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	11.3%	15.2%	2.3%	10.0%	3.5%	9.5%	5.0%	16.6%	9.1%	0.0%	8.5%	3.9%	3.4%	4.9%	0.9%
家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	7.5%	7.6%	2.3%	6.7%	1.8%	9.5%	5.0%	5.7%	4.5%	10.0%	13.6%	7.0%	3.4%	17.1%	3.6%
家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	1.9%	3.8%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.0%	0.0%	0.0%	2.2%	6.9%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	13.8%	14.3%	13.6%	20.0%	12.3%	23.8%	5.0%	20.5%	15.9%	5.0%	3.4%	12.0%	3.4%	17.1%	23.2%
サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	1.3%	0.0%	4.5%	3.3%	3.5%	0.0%	0.0%	1.1%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	1.3%	0.0%	2.3%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	2.4%	0.9%
自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	0.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	0.8%	3.4%	2.4%	0.0%
在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため	7.5%	13.3%	9.1%	13.3%	5.3%	9.5%	30.0%	13.9%	12.9%	0.0%	59.3%	21.0%	0.0%	2.4%	52.7%
入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	8.2%	5.7%	15.9%	13.3%	7.0%	4.8%	15.0%	8.6%	7.6%	25.0%	0.0%	2.5%	0.0%	9.8%	0.9%
家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため	13.8%	14.3%	13.6%	23.3%	21.1%	14.3%	0.0%	19.5%	23.5%	10.0%	37.3%	26.6%	24.1%	41.5%	17.0%
その他	8.8%	4.8%	4.5%	0.0%	14.0%	9.5%	10.0%	1.1%	0.8%	0.0%	0.0%	2.0%	3.4%	4.9%	0.0%
未回答	3.1%	1.9%	9.1%	3.3%	3.5%	0.0%	5.0%	4.5%	2.3%	5.0%	0.0%	10.9%	3.4%	0.0%	0.9%

退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項

診調組 入-1
29.6.7

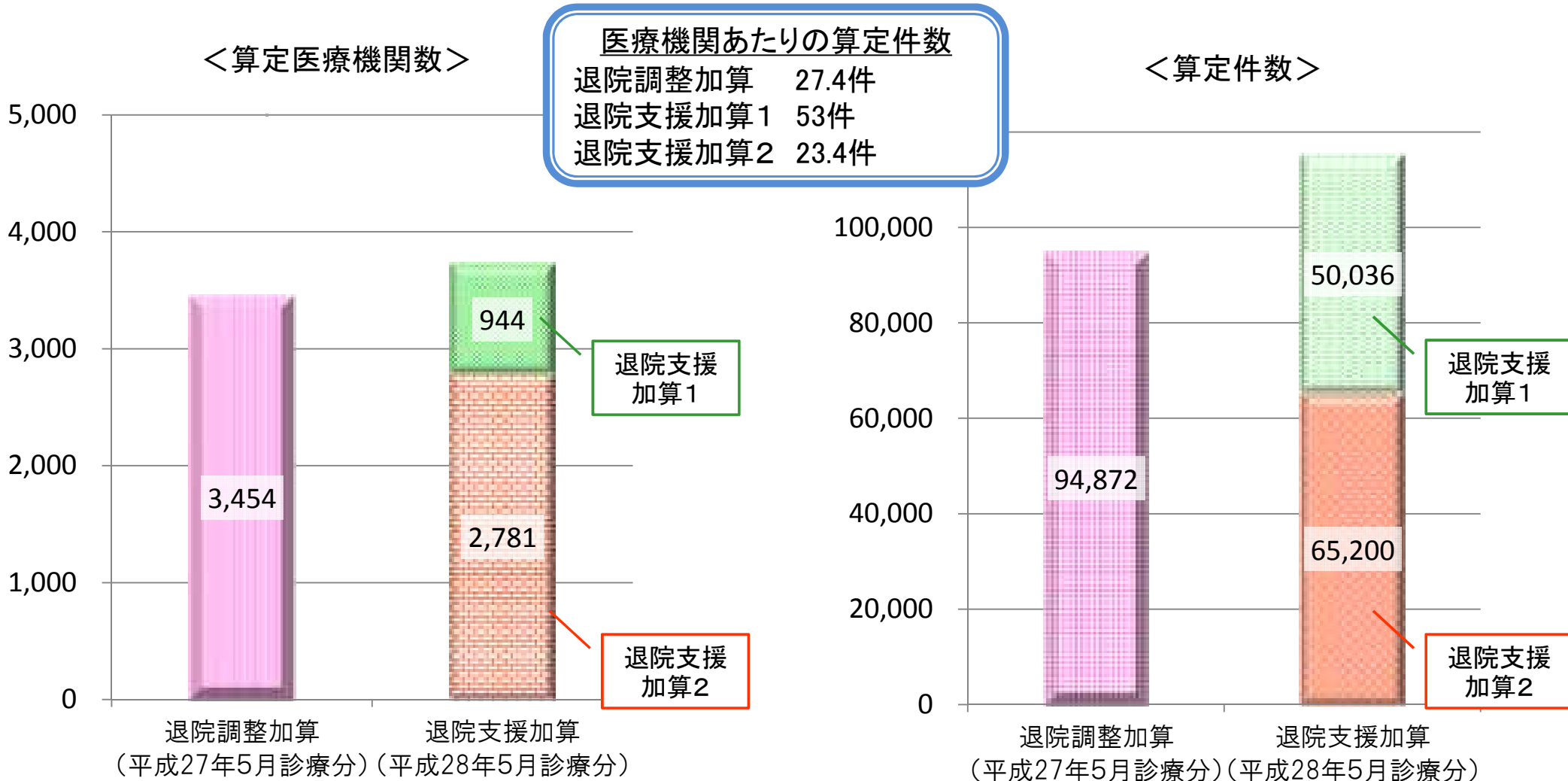
○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項についてみると、A・B票では、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」という回答が最も多く、C・D票では、「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」という回答が最も多かった。

<退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項>



退院支援加算の算定状況①～算定数

- 平成28年度診療報酬改定後、退院支援加算を算定する医療機関は増えている。
- 退院支援加算1を算定する医療機関数は、退院支援加算2より少ないが、医療機関あたりの算定件数が多い。



退院支援加算～退院困難な要因

＜退院支援加算1, 2の算定要件＞ 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

＜退院支援加算3の算定要件＞ 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

退院困難な要因①

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

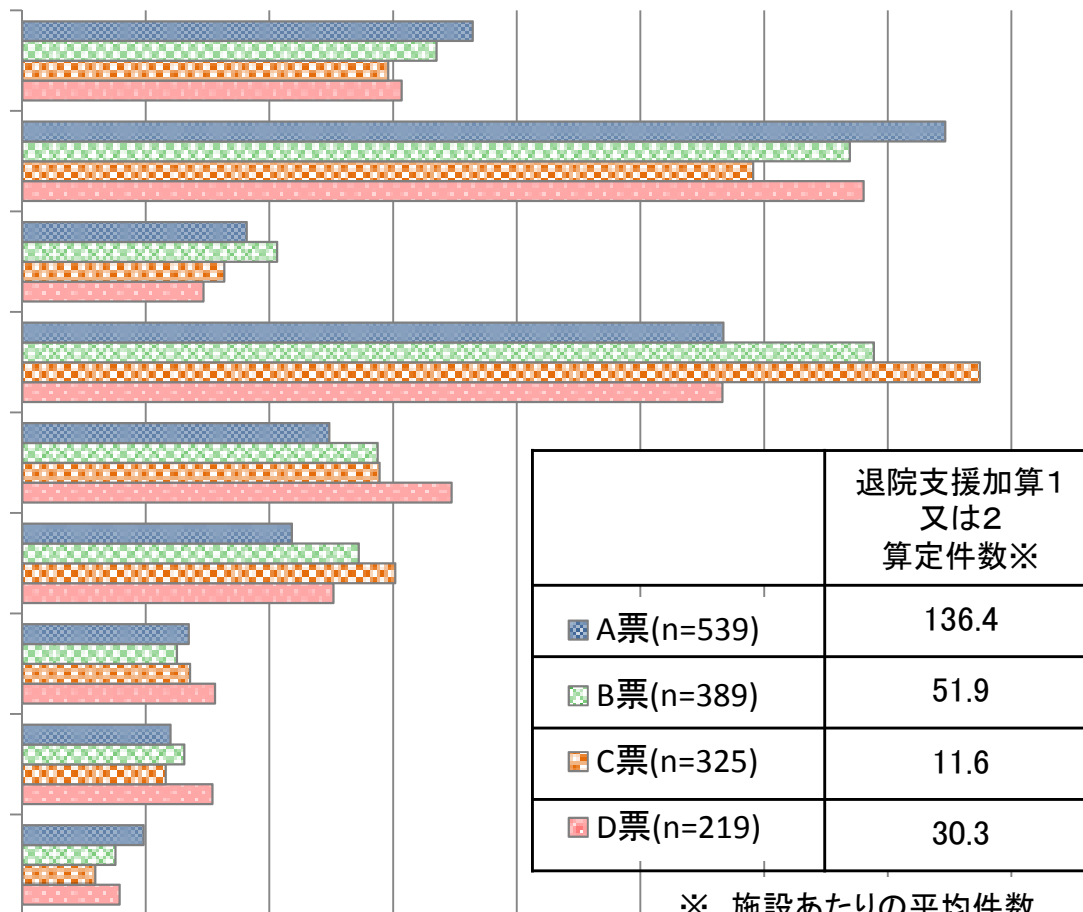
○ 退院困難な要因について、いずれの病棟も「緊急入院の場合」と「退院後の生活様式の変更が生じる場合」が多く占める。

＜退院支援加算1、2を算定した者の退院困難な要因＞

(平成28年8月～10月の3か月間)

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40%

- ① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- ② 緊急入院であること
- ③ 要介護認定が未申請であること
- ④ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
- ⑤ 排泄に介助を要すること
- ⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- ⑦ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- ⑧ 入退院を繰り返していること
- ⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合



A票:7対1一般、10対1一般、特定機能病院、専門病院
 B票:13対1一般、15対1一般、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟
 C票:療養病棟1、2、認知症治療病棟 D票:障害者施設等、特殊疾患病棟

退院困難な要因②

- 退院支援加算1及び2の算定対象を抽出するにあたり示されている「退院支援困難」な要因に示されていないものの、早期に把握し入院中から関係機関と連携し支援が必要なケースがある。
- 介護保険等の入院前にサービスを利用していた場合、退院にあたり調整が必要となることから、入院時に生活支援等のサービスの利用状況も含めた入院前の生活状況を詳しく把握する必要がある。

＜退院困難な要因「その他の患者の状況から判断してアからクまで準ずると認められる場合」の具体的状態＞

- ・ 家族からの虐待や家族問題があり支援が必要な状態
- ・ 未婚等により育児のサポート体制がないため、退院後の養育支援が必要な状態
- ・ 生活困窮による無保険、支払い困難な場合
- ・ 保険未加入者であり市町村との連携が必要な場合
- ・ 施設からの入院であり、施設での管理や療養場所の選択に支援が必要な状態
- ・ 在宅サービス利用の再調整や検討が必要な状態

等

入院早期から把握し、速やかに関係機関と連携し、入院中から支援する必要がある

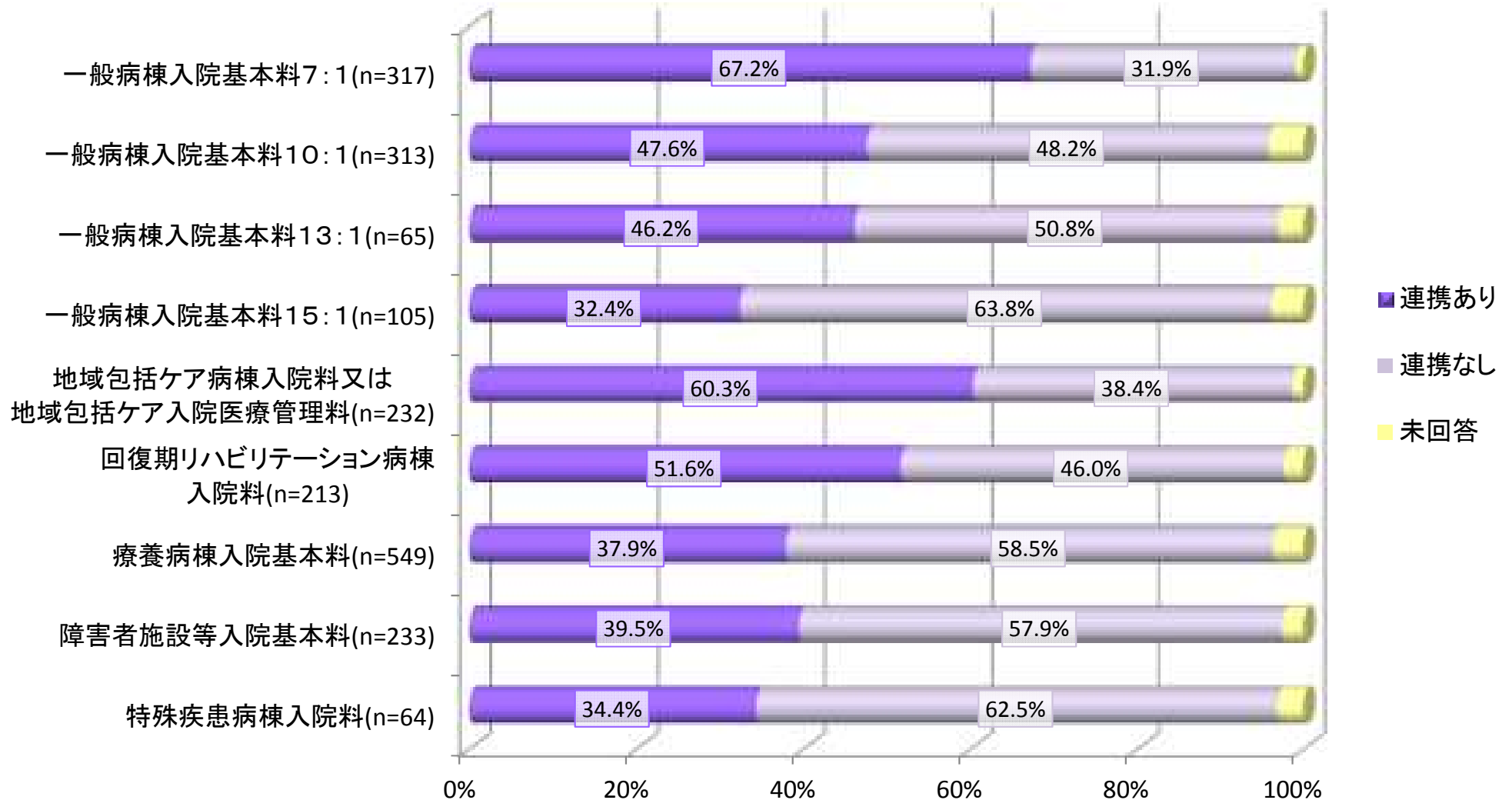
入院早期に、入院前に利用していたサービスを把握し、退院後に向けて調整が必要がある

自治体との連携①

診調組入-1
29.8.24

○ 個別の事例に関して、自治体との連携がある医療機関は、一般病棟7対1を有する医療機関が多く、次いで地域包括ケア病棟を有する医療機関であった。

＜地域の自治体(市町村、都道府県)と個別事例に関する連携の有無＞
(平成28年5月～10月の6か月間)

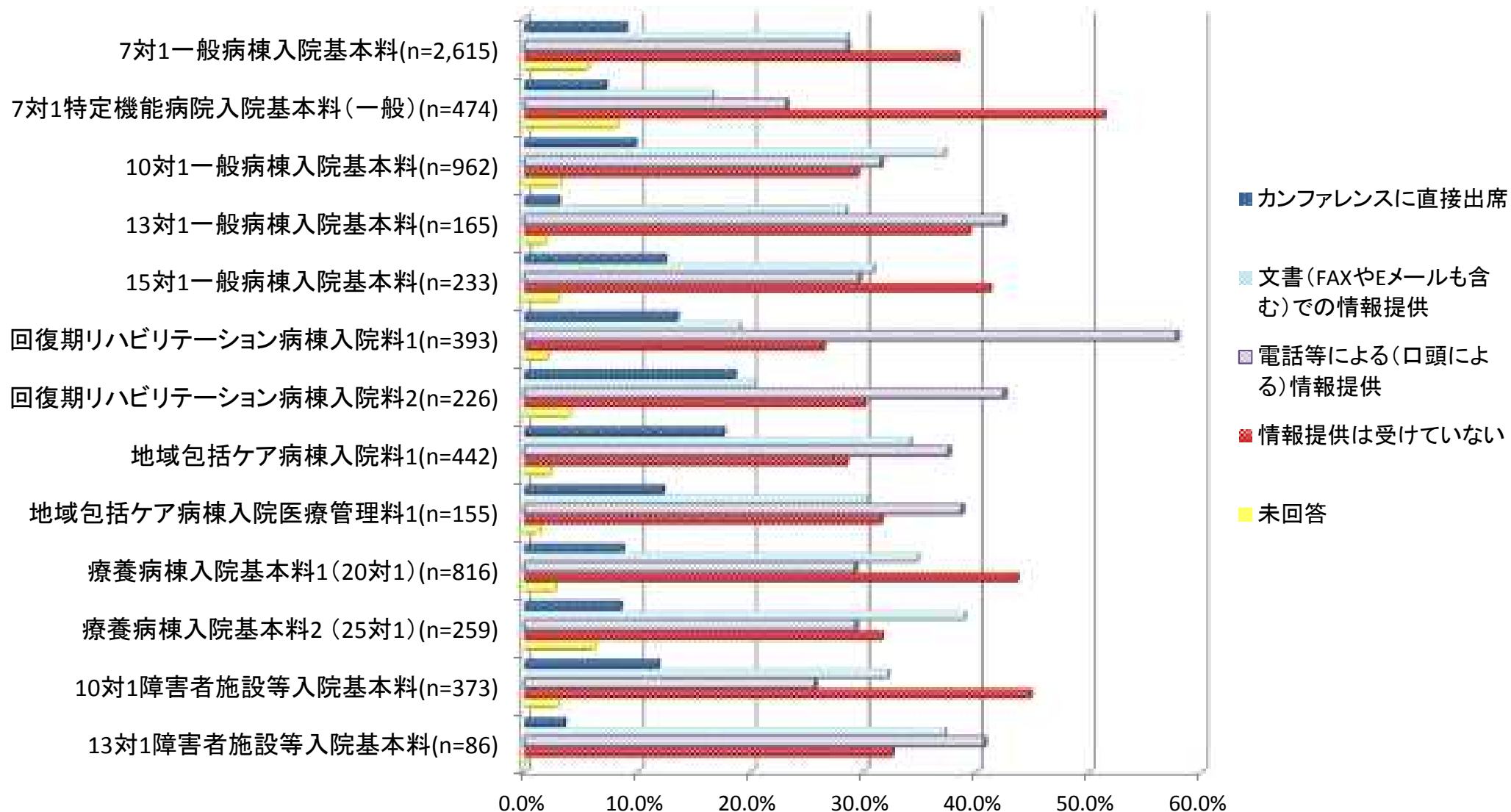


介護支援専門員との連携②

診調組入-1
29.8.24

○ 入院前に担当の介護支援専門員がいるケースのうち、介護支援専門員からの情報伝達については、「電話等による」「文書」が多い。「情報提供を受けていない」ケースは、3割から5割近くとなっている。

＜介護支援専門員からの情報伝達の方法＞

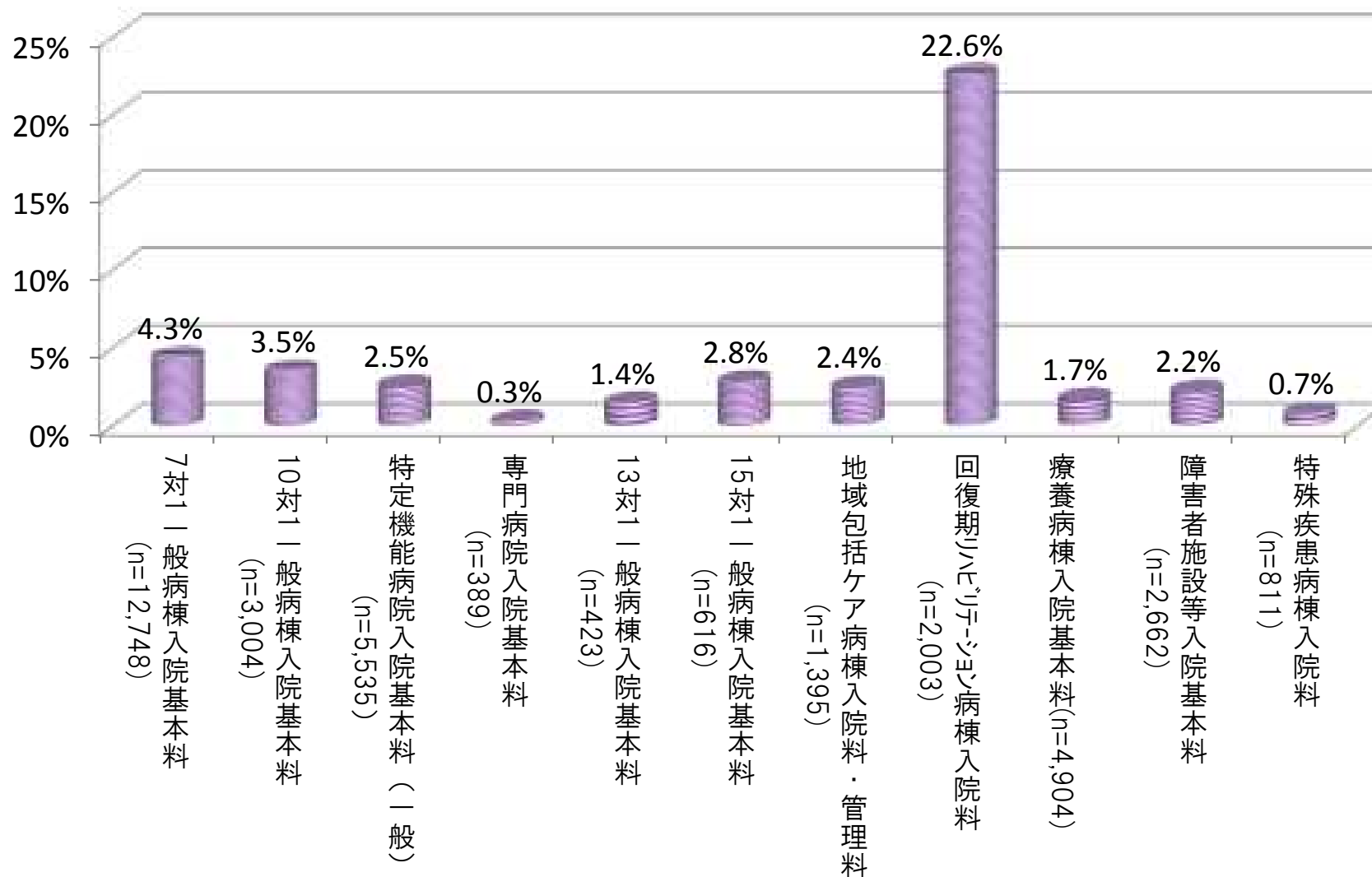


地域連携診療計画①

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

○ 地域連携診療計画を利用していた患者の割合は、回復期リハビリテーション病棟が約23%と多く、他の病棟では、数%であった。

＜地域連携診療計画ありの患者割合＞



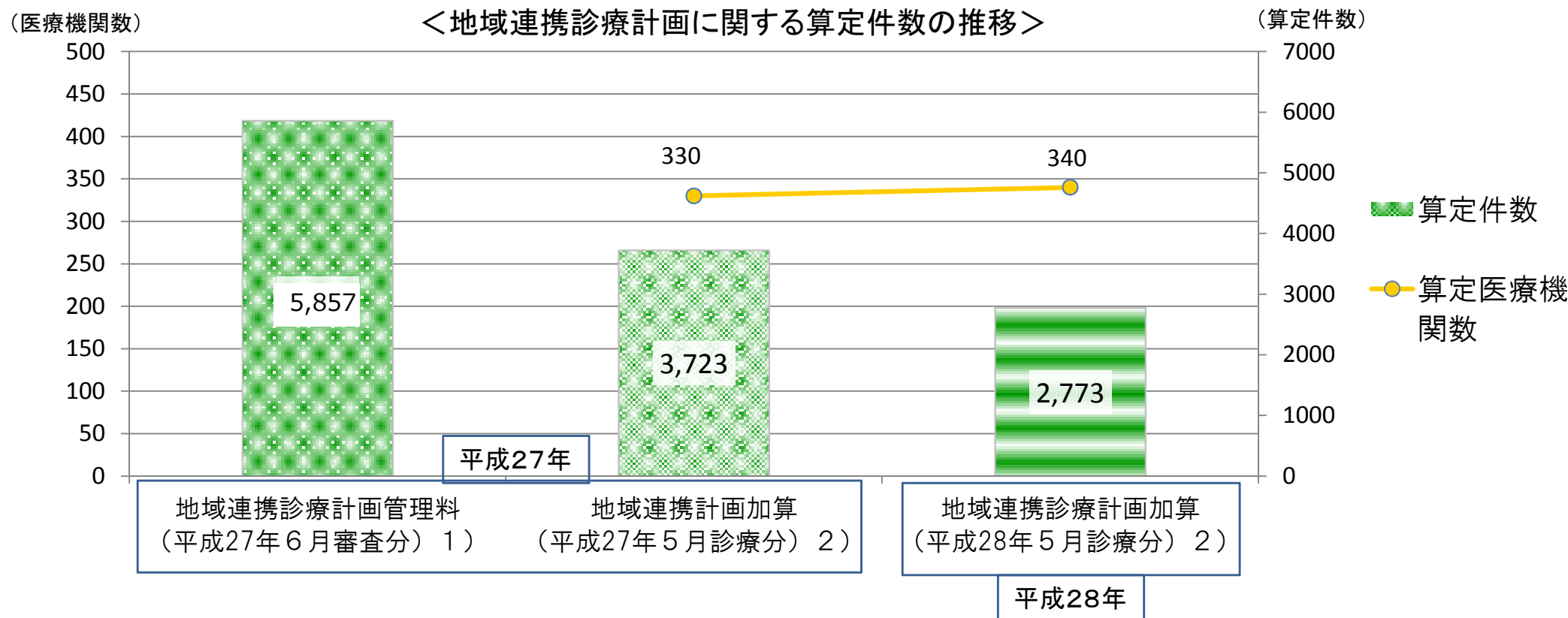
地域連携診療計画③

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

- 退院支援加算の地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

平成28年度診療報酬改定

- 退院支援加算(退院調整加算)の地域連携診療計画(地域連携計画)加算
加算対象 : 退院調整加算を算定 → 退院支援加算1又は3を算定
- 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(I)(II) → 廃止



在宅復帰率に関する主な指摘事項

【名称】

- 在宅復帰率との名称は、必ずしも在宅に復帰しているかどうかわからない患者も含まれる計算式となっており、内容を正確に表現していないのではないか。
- 在宅復帰率は、自宅等退院患者の割合が定義であり、医療機関間の連携や、入院医療と在宅医療(介護施設を含む)・外来医療との連携を評価した指標であり、そのような内容がわかる名称に変更すべきではないか。

【評価のあり方】

- 在宅復帰率の要件で、何を評価しようとしているのかがわかりにくい。目的に応じて定義をどのように考えるべきか検討が必要ではないか。
- 急性期の入院医療の評価とするならば、急性期の病棟機能を反映した指標、例えば、再入院率等も検討すべきではないか。

在宅復帰率の算出方法

診調組 入 - 1
29.8.24(改)

- 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 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わけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅復帰率

=	(分子)	<h3 style="text-align: center;">7対1病棟</h3> <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+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p>	<h3 style="text-align: center;">地域包括ケア病棟</h3> <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) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<h3 style="text-align: center;">回りハ病棟</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>
	(分母)	<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(自院)・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・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者除く</p>

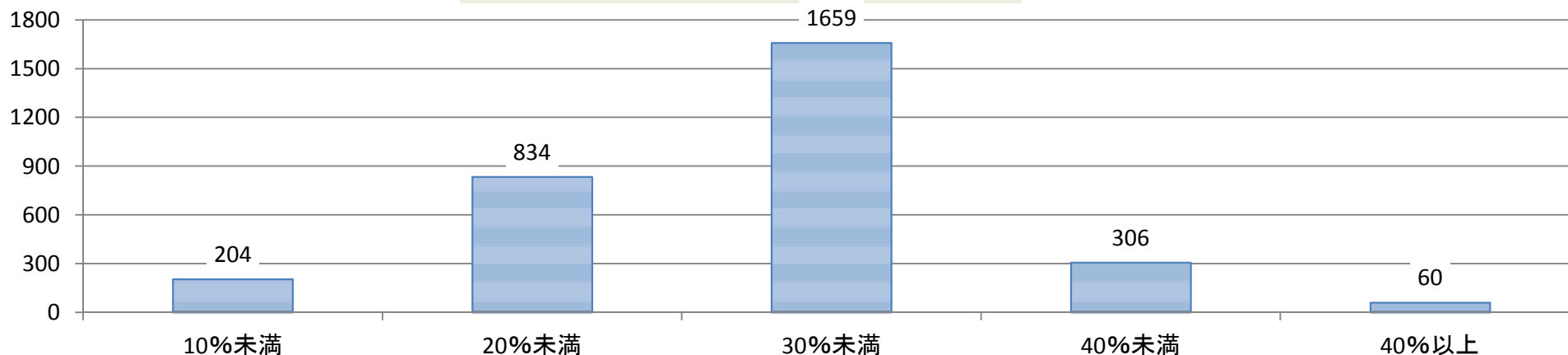
再入院の状況について

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

- 医療機関の再入院率の分布をみると、20%以上30%未満の医療機関が最も多かった。また、同一疾患での6週間以内の再入院率の分布をみると、10%未満の医療機関が大部分であった。

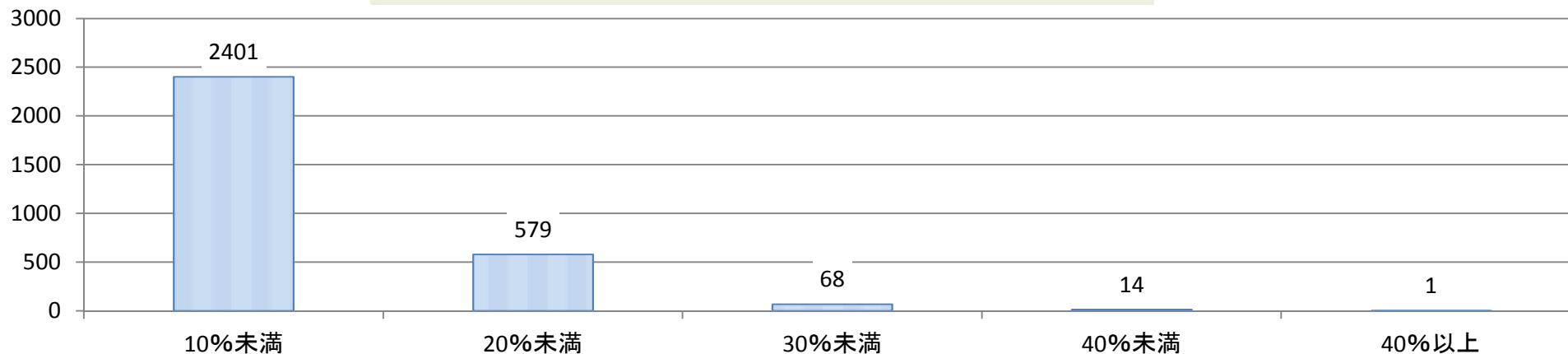
(医療機関数)

医療機関ごとの再入院率(1年間)※の分布



(医療機関数)

医療機関ごとの同一疾患での6週間以内の再入院率の分布

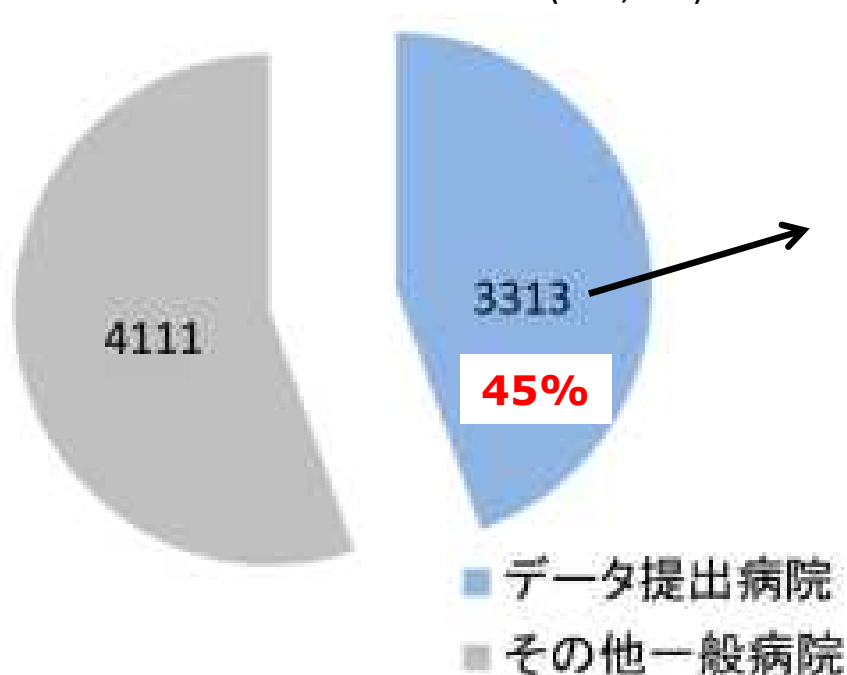


※調査期間中に収集したデータ(平成27年4月～平成28年3月退院患者)について、データ識別番号の重複があった場合に再入院ありと判断

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

診調組 入-1
29.9.6

- ・ 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

診調組 入-1
29.9.6

- ・ 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

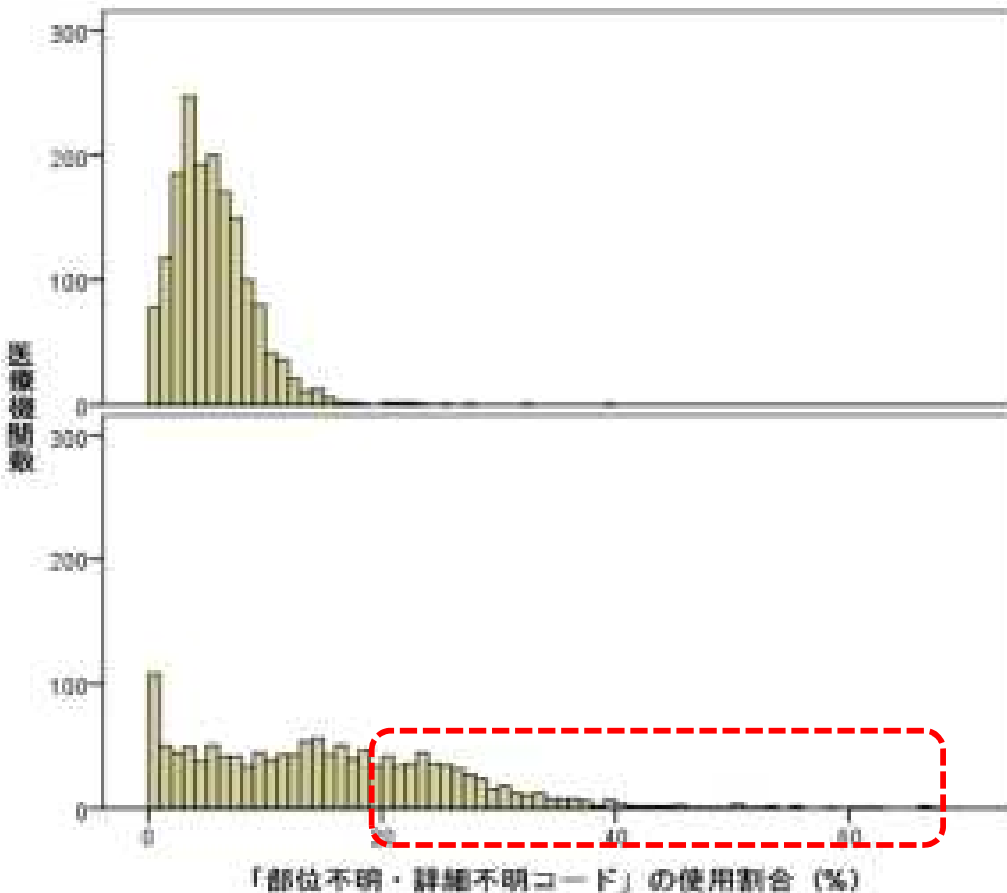
※括弧内は届出病院数に占める割合

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

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

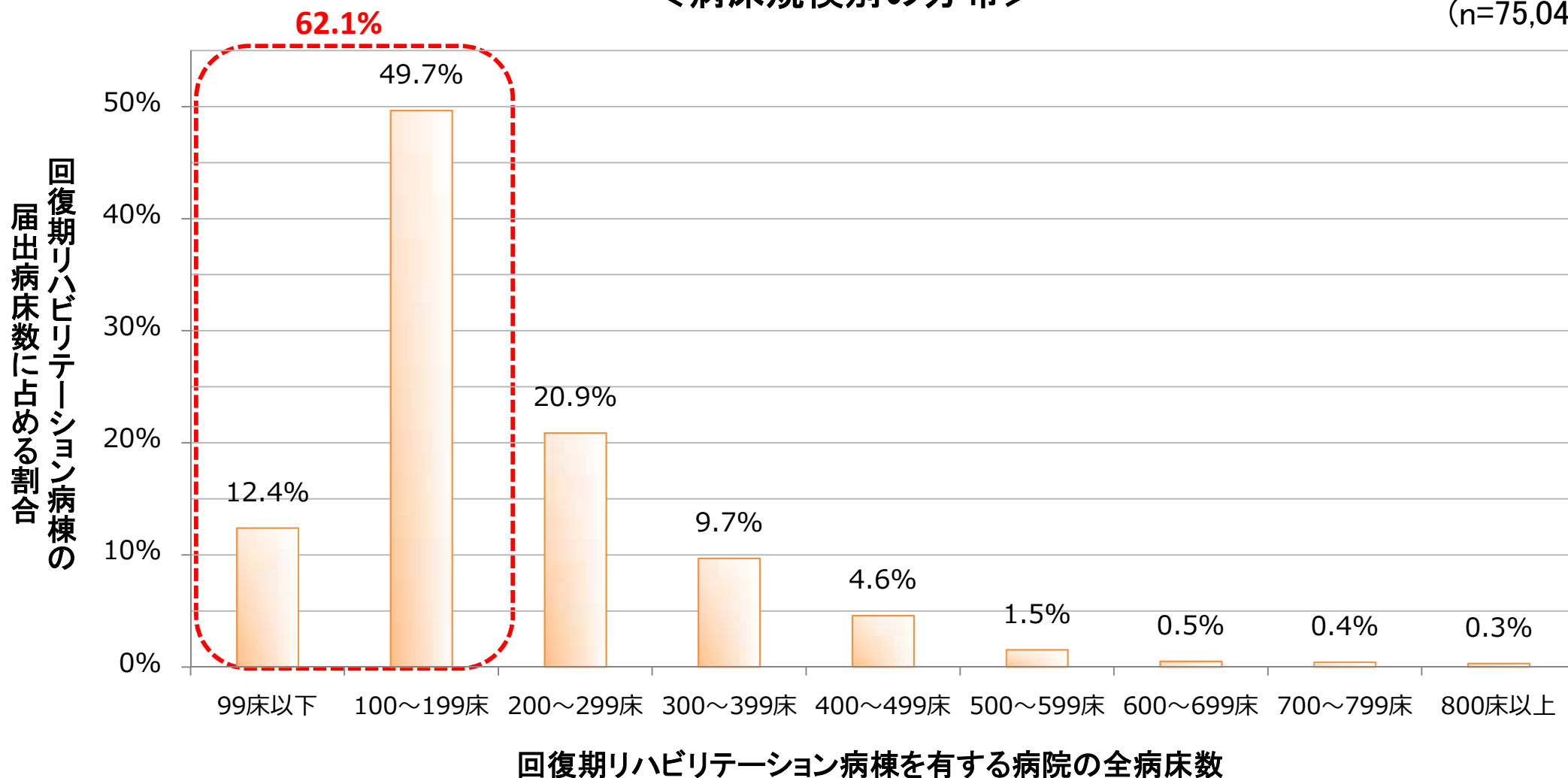
	使用割合20%以上	全病院数
200床以上	29(16.3%)	178
200床未満	426(34.6%)	1231

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。

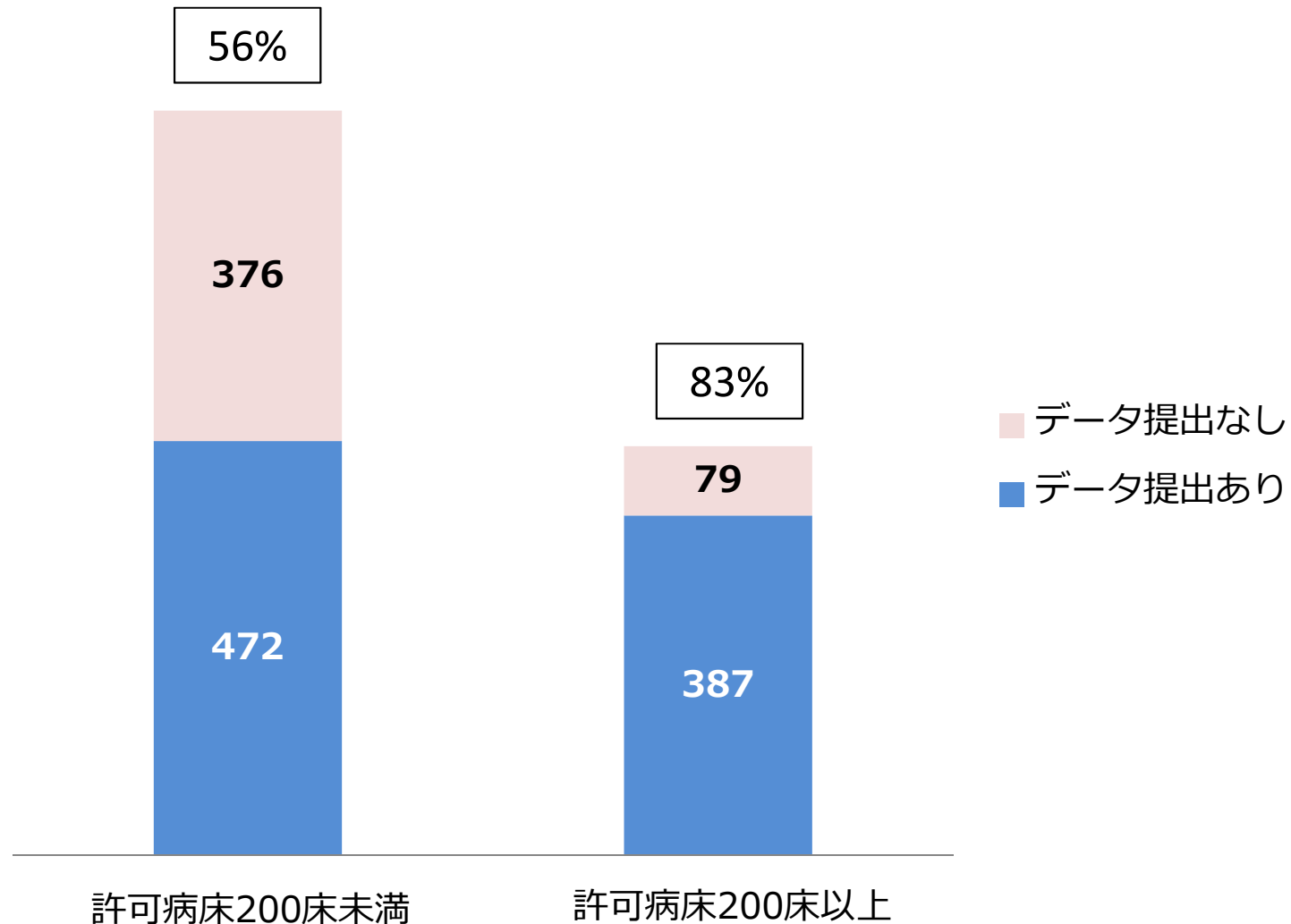
＜病床規模別の分布＞

(n=75,044)



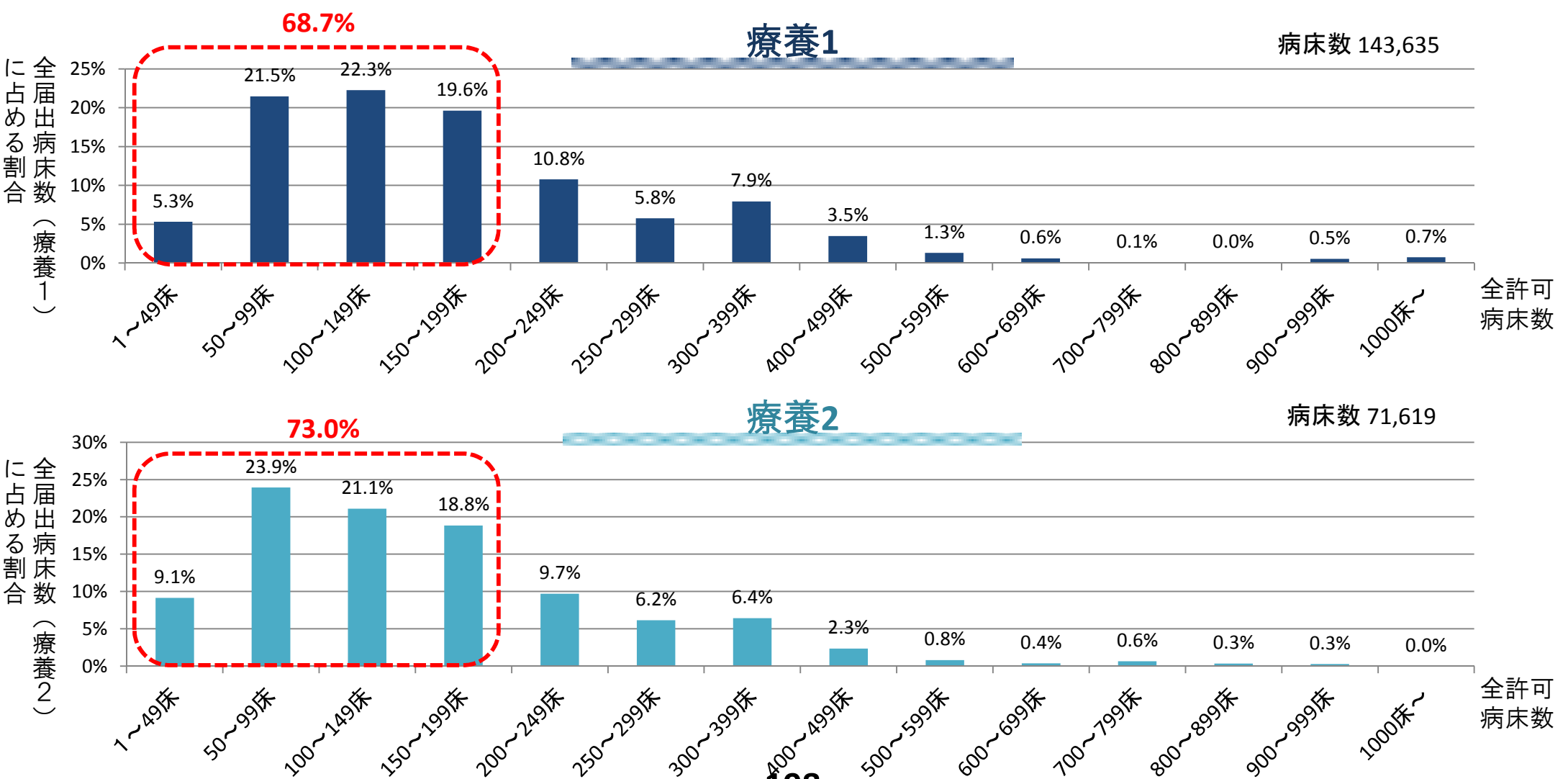
回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出状況

○ 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。

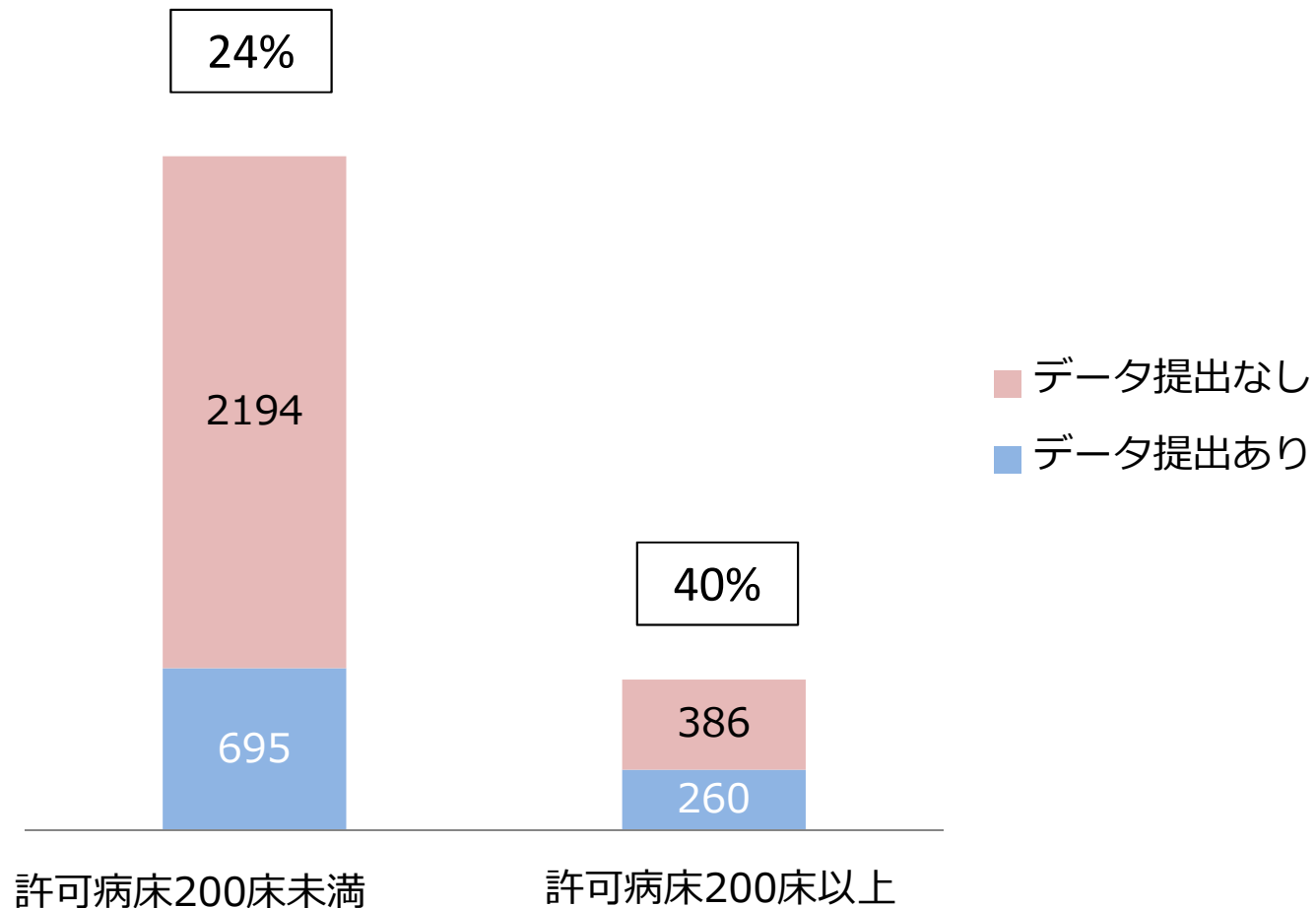


出典：保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

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

診調組 入-1
29.9.6

- 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。



提出項目の概要(様式1)

診調組 入-1
29.9.6

- 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。

調査概要(平成29年度調査分)

1. 急性期入院医療について

1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向

1-2-1. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の平成28年度の改定の影響

1-2-2. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の評価手法

1-3. 13対1、15対1一般病棟入院基本料

1-4. 短期滞在手術等基本料

1-5. 特定集中治療室管理料等

1-6. 総合入院体制加算

1-7. 救急医療管理加算

2. 地域包括ケア病棟入院料

2-1. 算定病床の動向

2-2. 入棟前の居場所別の分析

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料

3-1. 算定病床の動向

3-2. リハビリテーションの提供状況

4. 慢性期入院医療について

4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向

4-2. 医療区分別の分析

4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項

4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

5. 有床診療所入院基本料

5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析

5-2. 診療科別の医療の提供状況

6. 横断的事項について

6-1. 入退院支援

6-2. 在宅復帰に関する評価

6-3. データ提出加算

7. 入院時食事療養等に関する事項

7-1. 病院の給食部門における収支の状況

7-2. 経腸栄養用製品の使用及び食材費等の状況

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる7項目について、平成28年度及び平成29年度の2か年で調査を実施することとする。
- 1年間の長期の経過措置が設けられている項目など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては平成29年度調査として実施することとする。
- 平成28年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものについては原則としてその終了後に調査期間を設定する。

【平成28年度】

- (1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その1)
- (2) 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (4) 退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について

【平成29年度】

- (1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その2)
- (2) 短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方について
- (3) 救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方について
- (4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)

平成29年度入院医療等の調査全体の概要

- 調査方法：自記式調査票の郵送配布・回収又はウェブ調査により実施。
- 調査票：「施設調査票」、「病棟調査票」を配布。また、別途、調査対象月のレセプトの写しを収集。
- 調査対象：別表のとおり。

[別表]

調査項目	各項目において調査対象となる施設	調査票	対象施設数
(1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その2)	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、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関 (※1)	A票	約2,500施設
(2) 短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方について			
(3) 救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方について			
(4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関 (※2)	B票	約1,800施設

※1 特定機能病院入院基本料、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、総合入院体制加算届出医療機関及び病棟群単位による届出医療機関は悉皆とし、その他の医療機関は、7対1入院基本料及び10対1入院基本料届出医療機関から都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

※2 療養病棟入院基本料届出医療機関から都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

平成29年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟調査 票A	治療室調 査票A	病棟調査 票B
A	一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、専門病院入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料の一般病棟(7対1、10対1)、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	2,500	1,270 (50.8%)	4,468	741	154
B	療養病棟入院基本料	1,800	789 (43.8%)	—	—	673

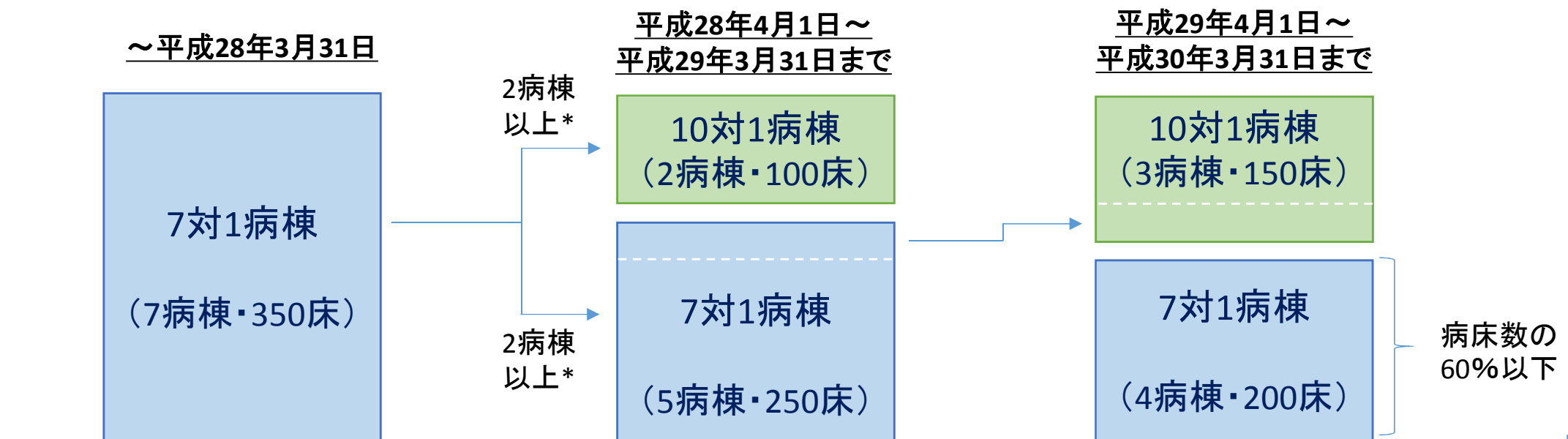
医療機能に応じた入院医療の評価について

病棟群単位による届出

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)
- 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。

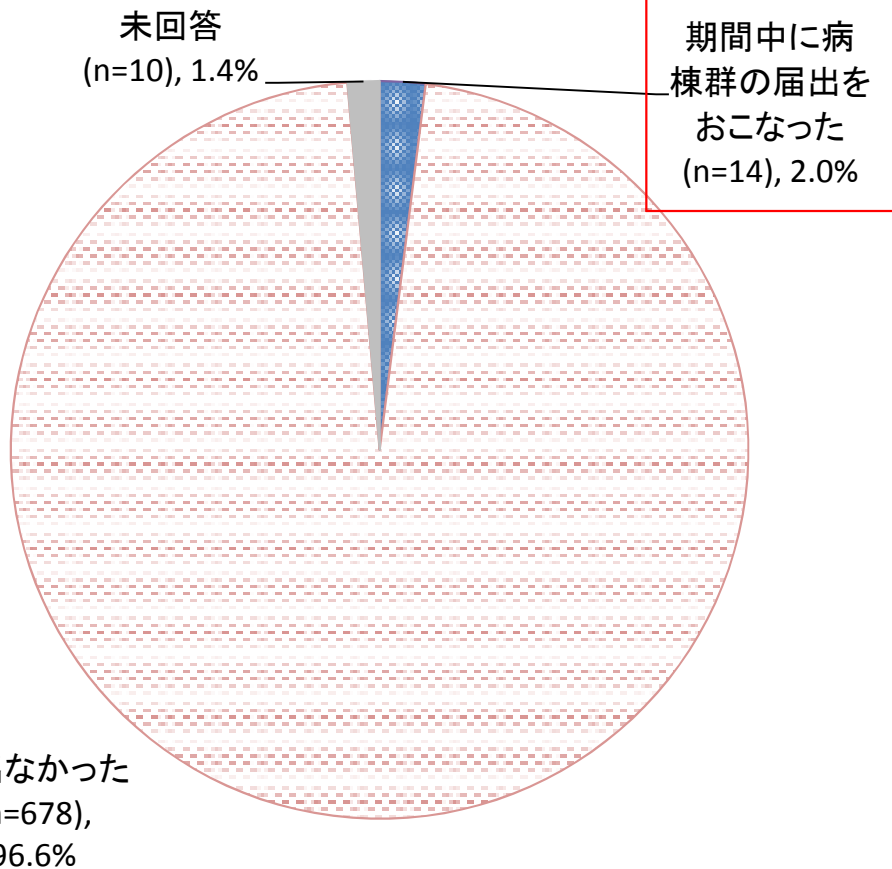


*4病棟以上の場合

病棟群単位の届出状況①

- 病棟群による届出の状況をきくと、調査対象施設のうち、期間内に病棟群単位の届出をおこなったと回答した医療機関は14医療機関で、全体の2.0%を占めた。
- 病棟群単位の届出をおこなった医療機関に、今後の届出の意向をきくと、「未定」の回答が最も多かった。

<病棟群による届出の状況> (n=702)



<今後の届出の意向> (n=14)

	回答施設数
一般病棟(7対1)への再度の届出を検討している	3
一般病棟(10対1)に転換する意向	5
未定	6

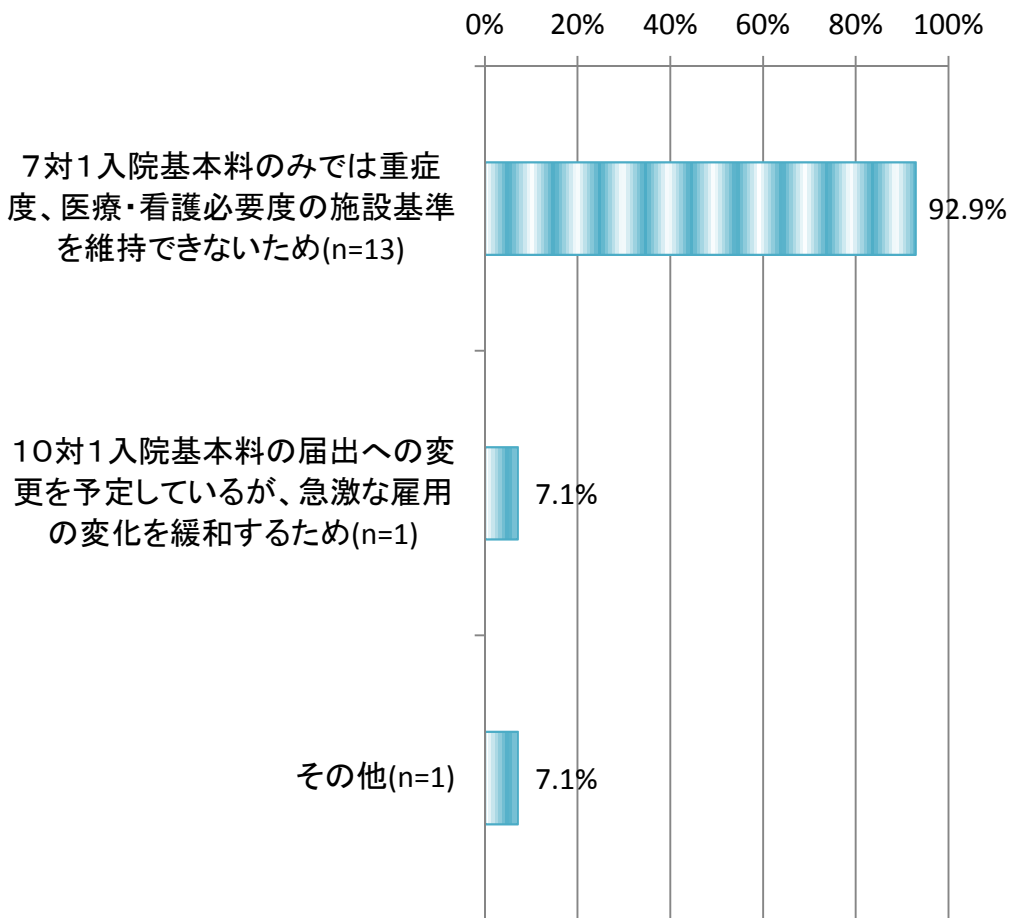
病棟群単位の届出状況②

診 調 組 入 - 2
2 9 . 1 0 . 5

- 病棟群の届出をおこなったと回答した医療機関に対しその理由をきくと、「7対1入院基本料のみでは重症度、医療・看護必要度の施設基準を維持できないため」と回答した医療機関が大半であった。
- 病棟群の届出をおこなわなかったと回答した医療機関に対しその理由をきくと、7対1入院基本料の要件を満たしており病棟群の届出の必要がないため」と回答した医療機関が大半であった。

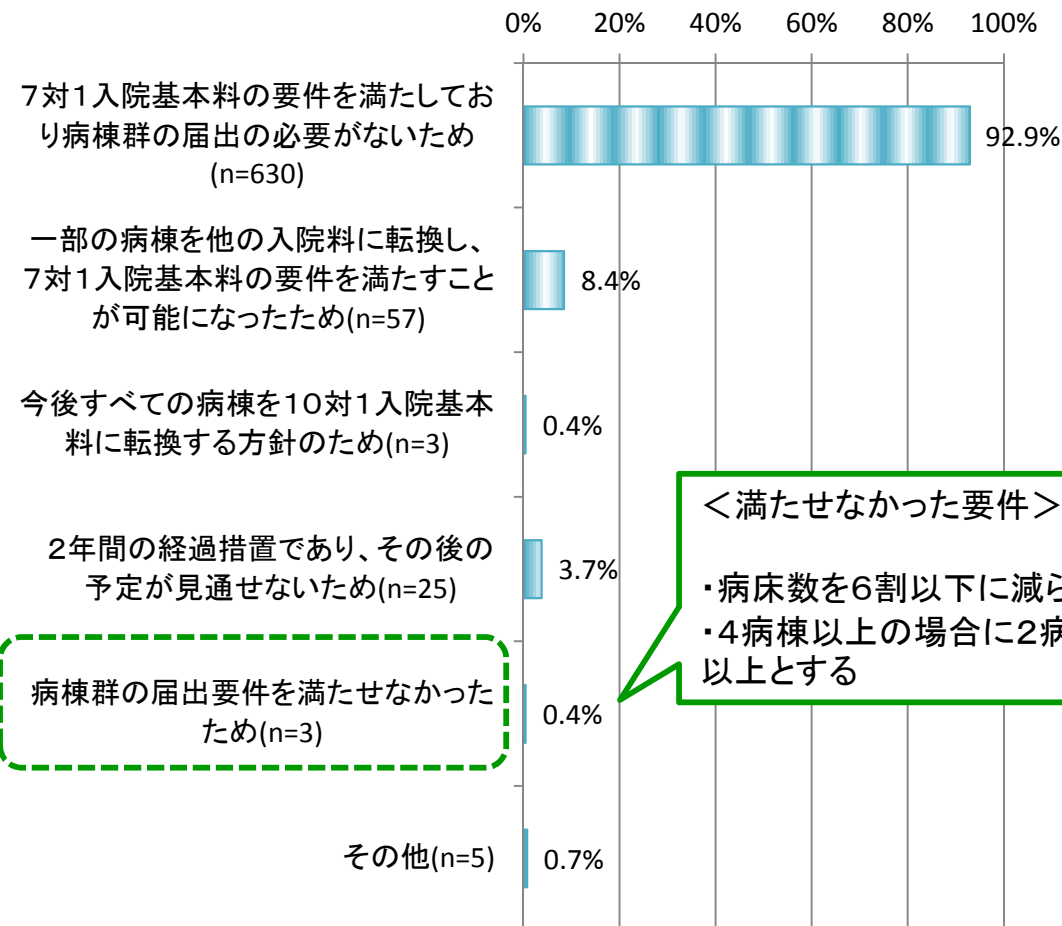
< 病棟群の届出をおこなった理由 > (n=14)

※病棟群単位の届出をおこなったと回答した医療機関のみ、複数回答可



< 病棟群の届出をおこなわなかった理由 > (n=678)

※病棟群単位の届出をおこなわなかったと回答した医療機関のみ、複数回答可



< 満たせなかった要件 >

- ・病床数を6割以下に減らす
- ・4病棟以上の場合に2病棟以上とする

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

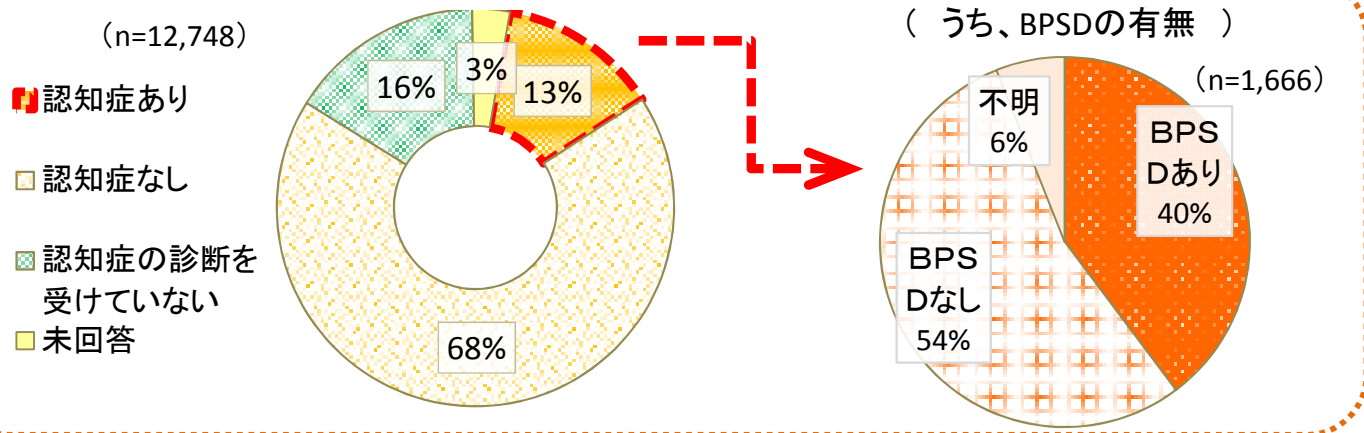
A得点2点以上かつB得点3点以上
あるいは
A得点3点以上
あるいは
C得点1点以上

7対1一般病棟における認知症・せん妄の患者①

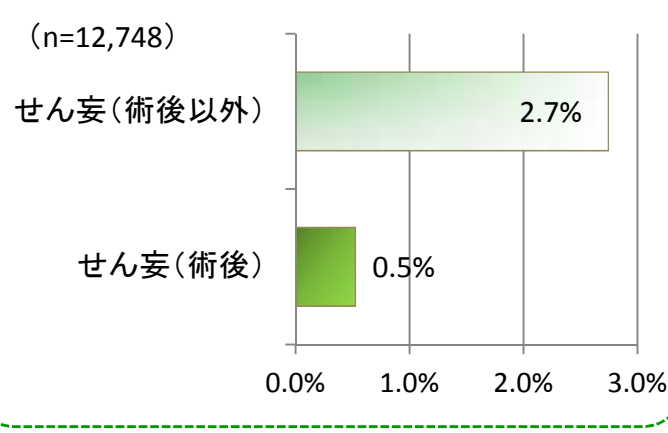
診調組 入-1
29.11.2

- 7対1一般病棟において、認知症を有する患者は約13%であり、そのうちBPSD(行動・心理症状)が見られる患者は、約4割である。せん妄症状を有する患者は、「術後以外」で2.7%である。
- 平成28年診療報酬改定において、認知症やせん妄症状を有する患者に対応する項目として、重症度、医療・看護必要度に追加された「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」は、10~15%の該当割合である。

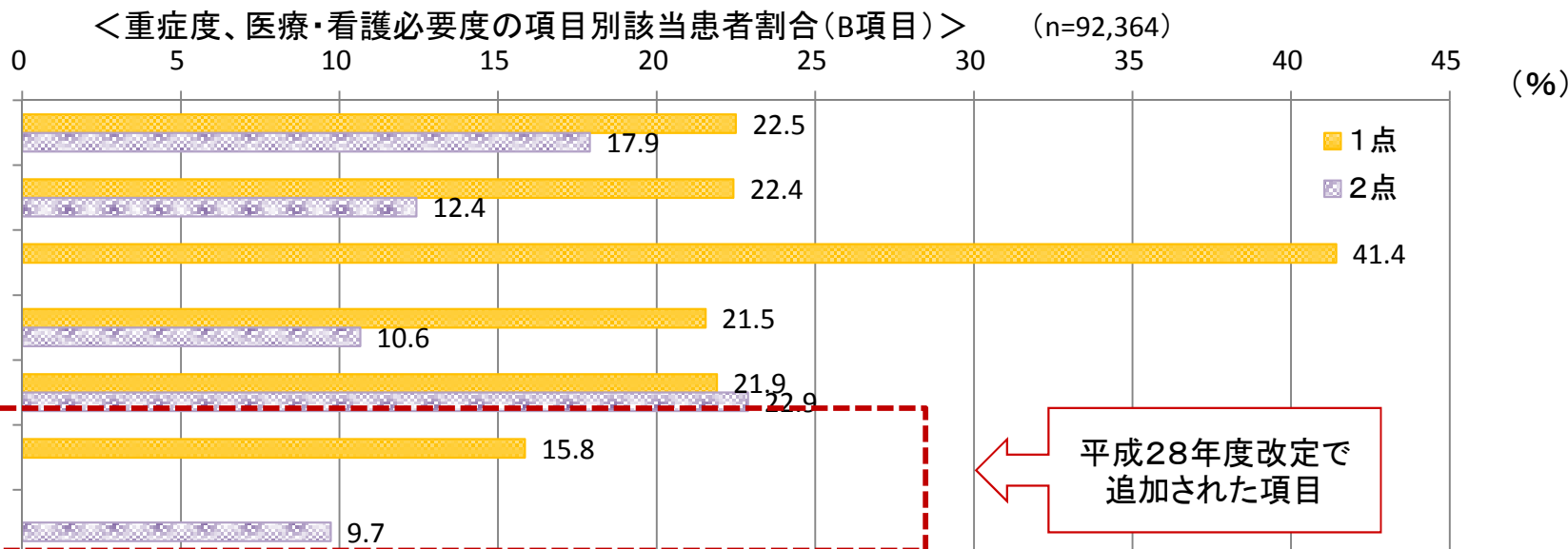
<認知症患者の割合>



<せん妄患者の割合>



<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>



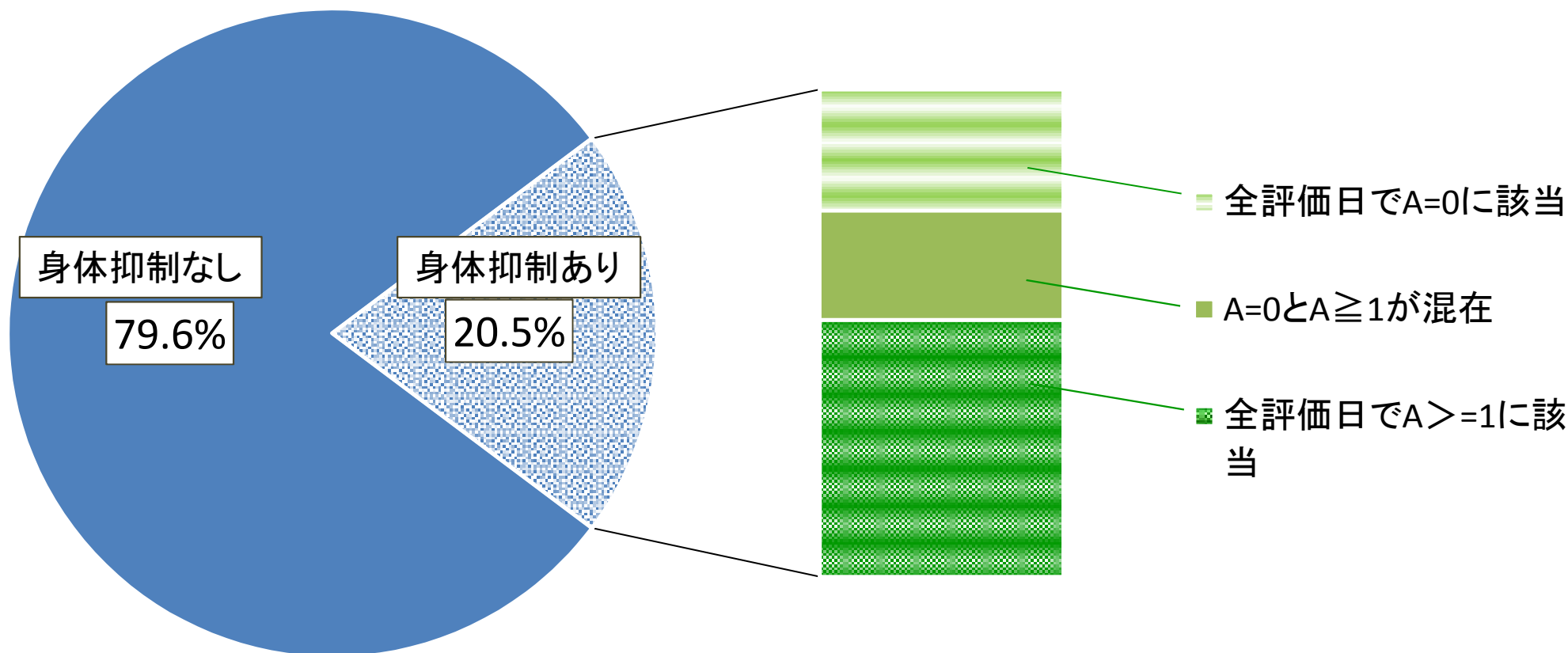
7対1一般病棟における認知症・せん妄患者②

診調組 入-1
29.11.2

○ B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者のうち、「身体抑制あり」の患者は、約2割である。身体抑制「あり」の患者は、全評価日でA項目1点以上に該当する者が多い。

＜ B項目「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に
該当する患者の身体抑制の有無＞

(n=2,712)



(参考) 全患者のうち「身体抑制あり」の割合・・・4.9%

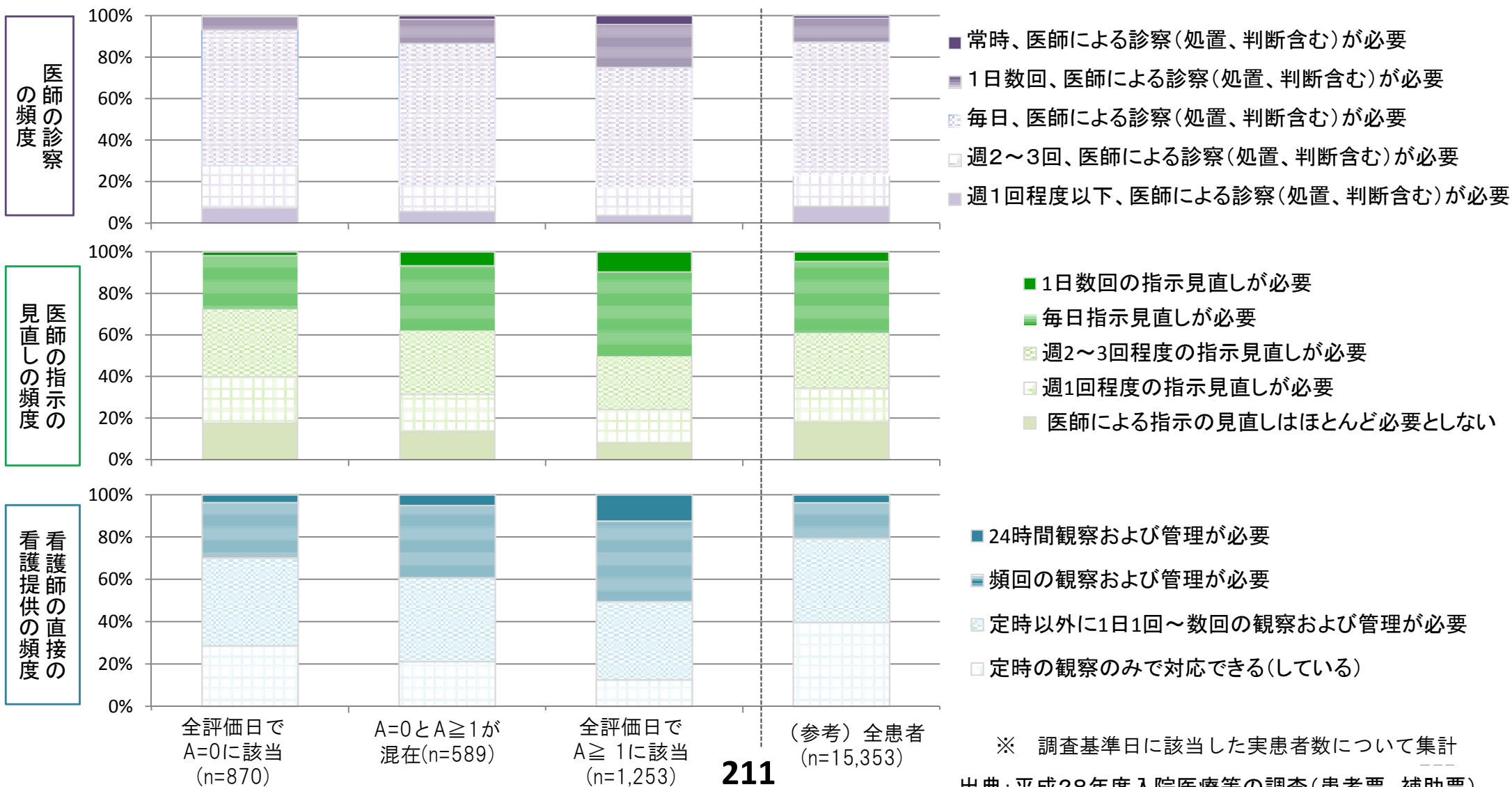
※ 調査基準日に該当した実患者数について集計

7対1一般病棟における認知症・せん妄患者③

診調組 入-1
29.11.2

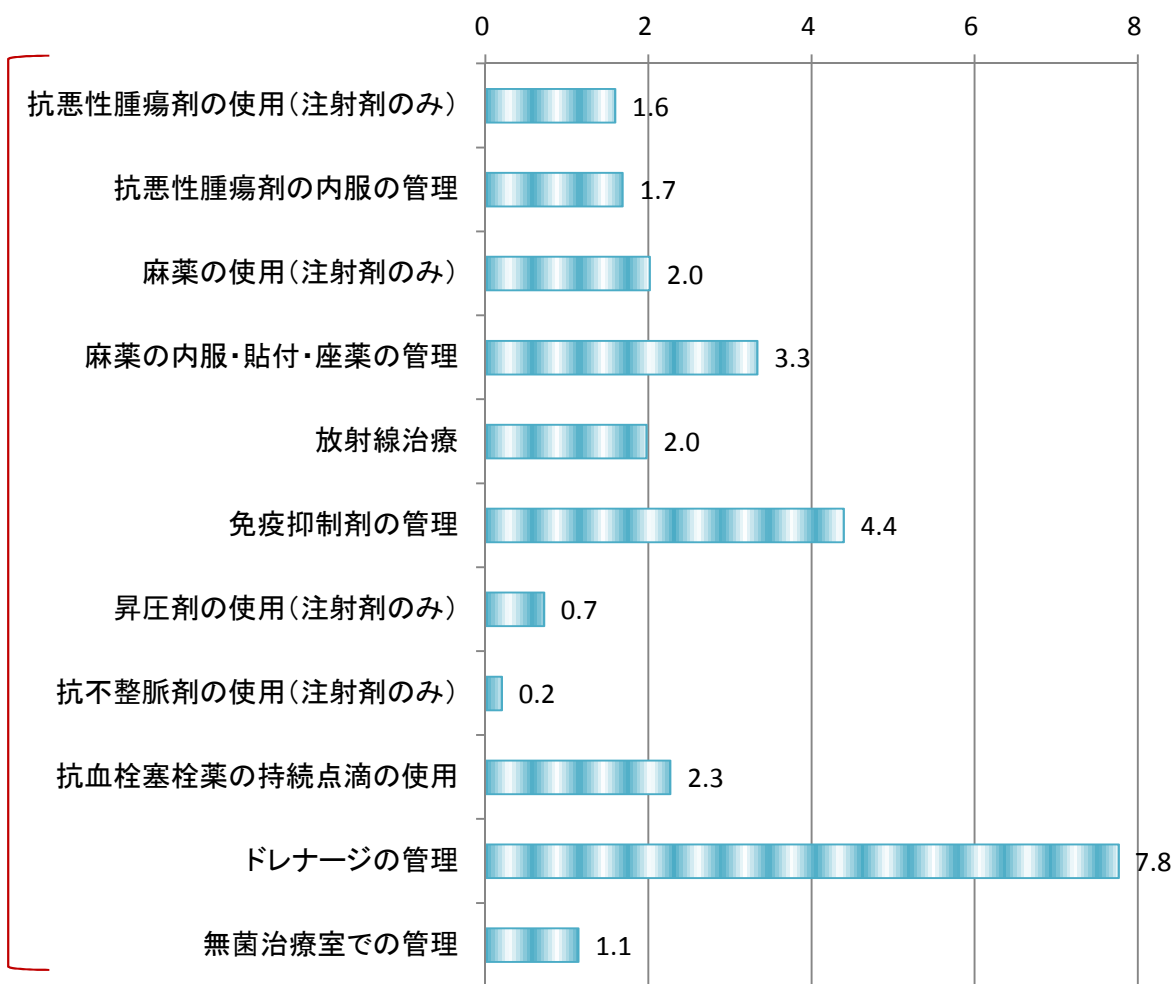
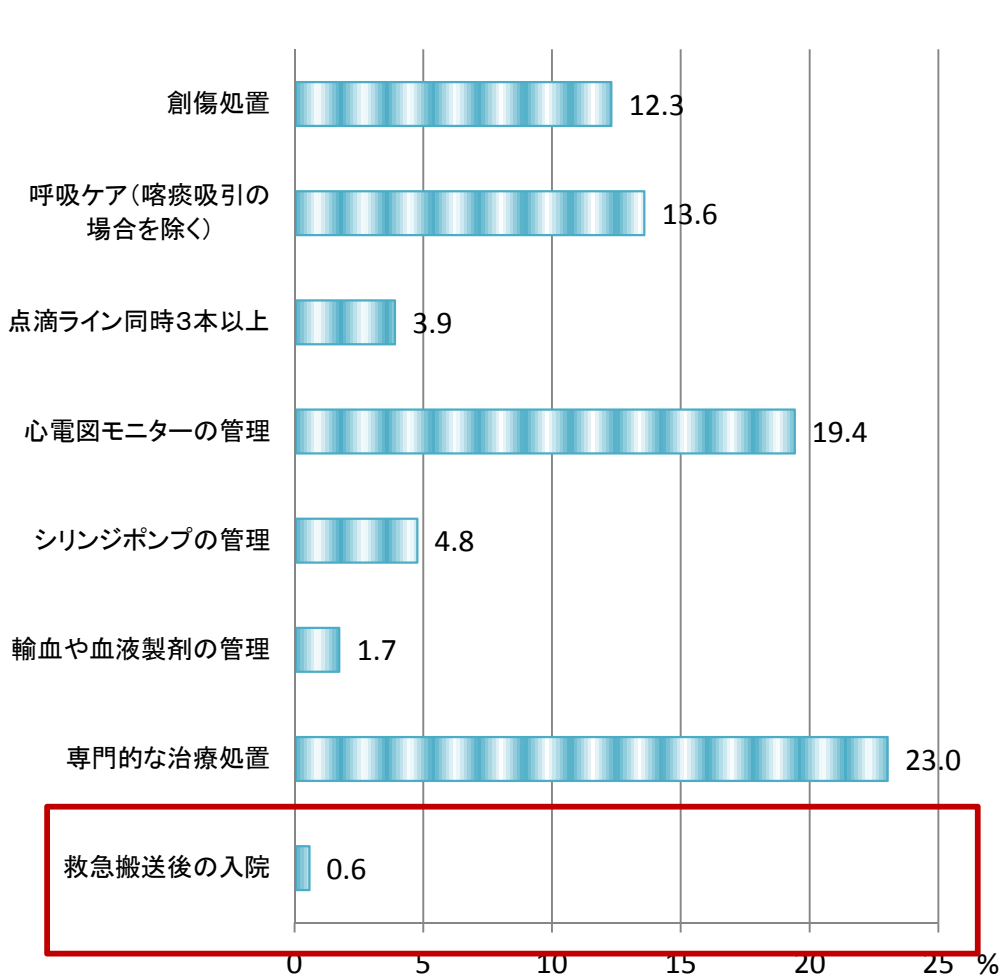
- B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者について、「医師の診察の頻度」「医師の指示の見直しの頻度」「看護師の直接の看護提供の頻度」をみると、A項目に該当するほど、診察や看護の頻度が高くなっている。

＜ B項目「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者に対する医学管理・看護の頻度＞



- 重症度、医療・看護必要度A項目の項目別の該当患者割合をみると、「専門的な治療・処置」の該当患者割合が最も多い。
- 「専門的な治療・処置」をさらに詳細にみると、「ドレナージの管理」の患者割合が最も多い。

＜重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)＞
(7対1一般病棟) (n=92,364) %

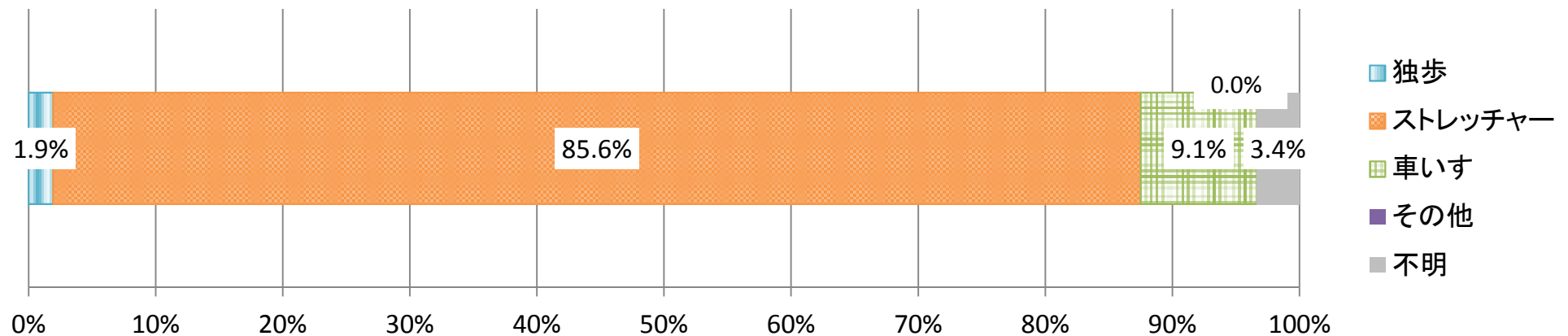


「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の詳細①

診調組 入-1
29.11.2

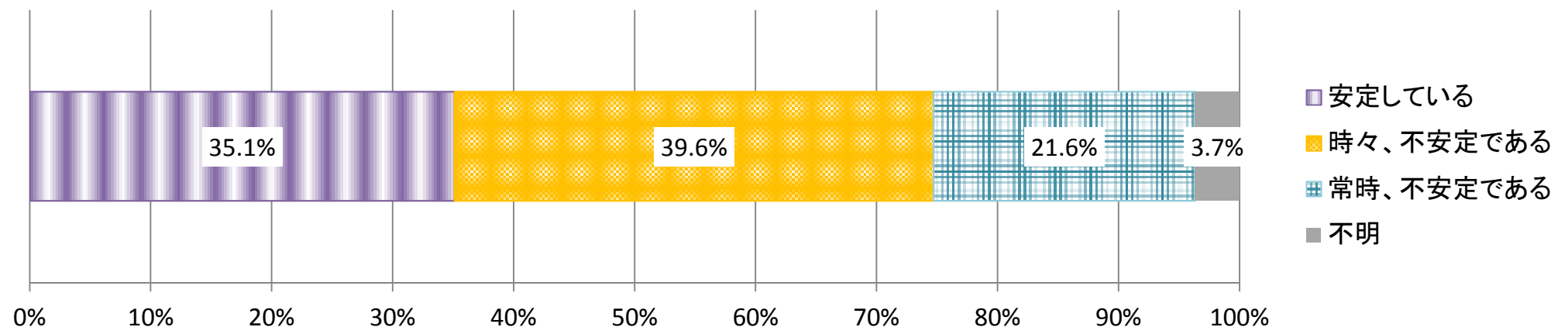
- 「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の緊急搬送後の入院方法をみると、ストレッチャーが85.6%であった。
- 「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の緊急搬送後の入院方法をみると、入棟中の患者の医療的な状態をみると、「時々、不安定である」が39.6%で最も多く、次いで「安定している」が35.1%が多かった。

＜救急搬送後の入院方法＞(n=208)



＜入棟中の患者の医療的な状態＞(n=268)

※ 調査対象期間内の1週間

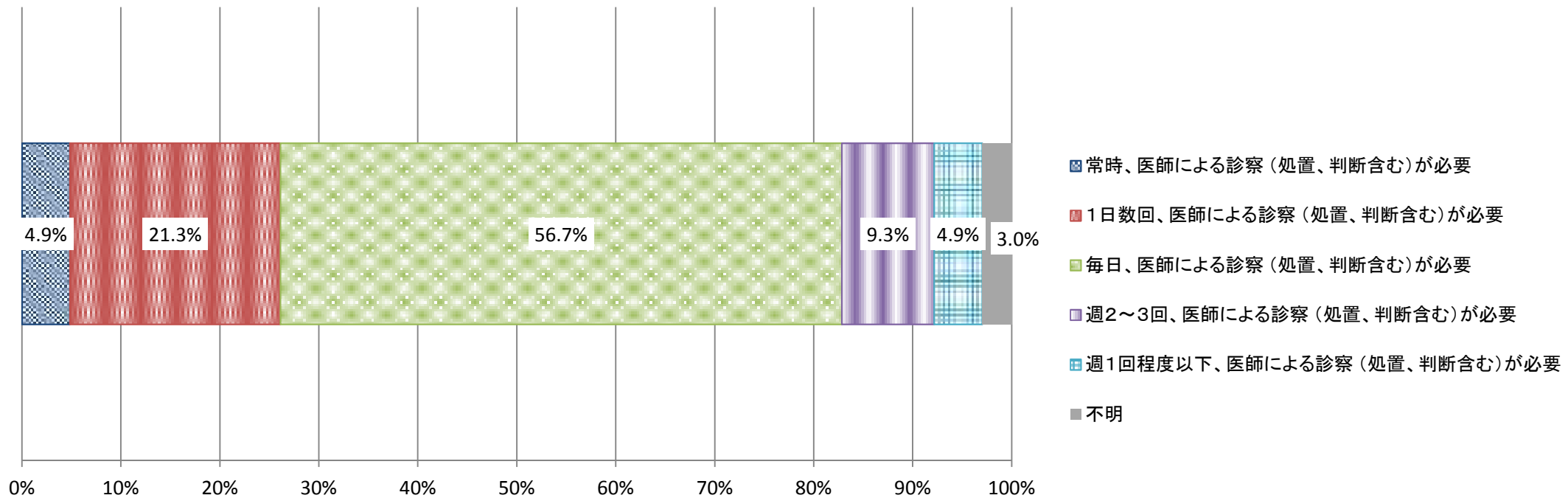


「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の詳細②

診調組 入-1
29.11.2(改)

- 「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の医師による診察(処置、判断含む)の頻度をみると、「毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要」が56.7%で最も多く、1日数回以上の診察頻度を合わせると、8割以上であった。

＜医師による診察(処置、判断含む)の頻度＞(n=268)



C項目の所定日数と退院日との関係(推計値)

診調組 入-1
29.11.2

- DPCデータによる分析に用いたマスタ(※)を用いてC項目の所定日数と退院日との関係をみると、該当患者のうち所定日数未滿に退院した患者は、「18 開腹手術(5日間)」では該当患者の17.0%、「17 開胸手術(7日間)」では10.4%を占めた。

	該当する実患者数	手術日から所定日数未滿で退院した患者数	割合
16 開頭手術 (7日間)	2,280人	195人	8.6%
17 開胸手術 (7日間)	3,463人	360人	10.4%
18 開腹手術 (5日間)	30,291人	5,144人	17.0%
19 骨の手術 (5日間)	12,219人	1,162人	9.5%
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	32,264人	1,389人	4.3%
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (2日間)	26,137人	75人	0.3%
22 救命等に係る内科的治療 (2日間)	58,609人	255人	0.4%

{留意点}

- ・手術実施日はDPCデータによる分析に用いたマスタ(※)の該当手術がEFファイルに報告された日で判定
- ・退院日Hファイルに記載された退院日で判定
- ・退院には死亡退院が含まれる

○ 入院後10日目までの入院日数別のA=0,B=0の患者割合を見ると、入院初日がA=0,B=0の患者の占める割合が最も多い。

＜入院後日数別のA=0,B=0の患者割合＞

(のべ患者数に占める割合)

(n=729,956)

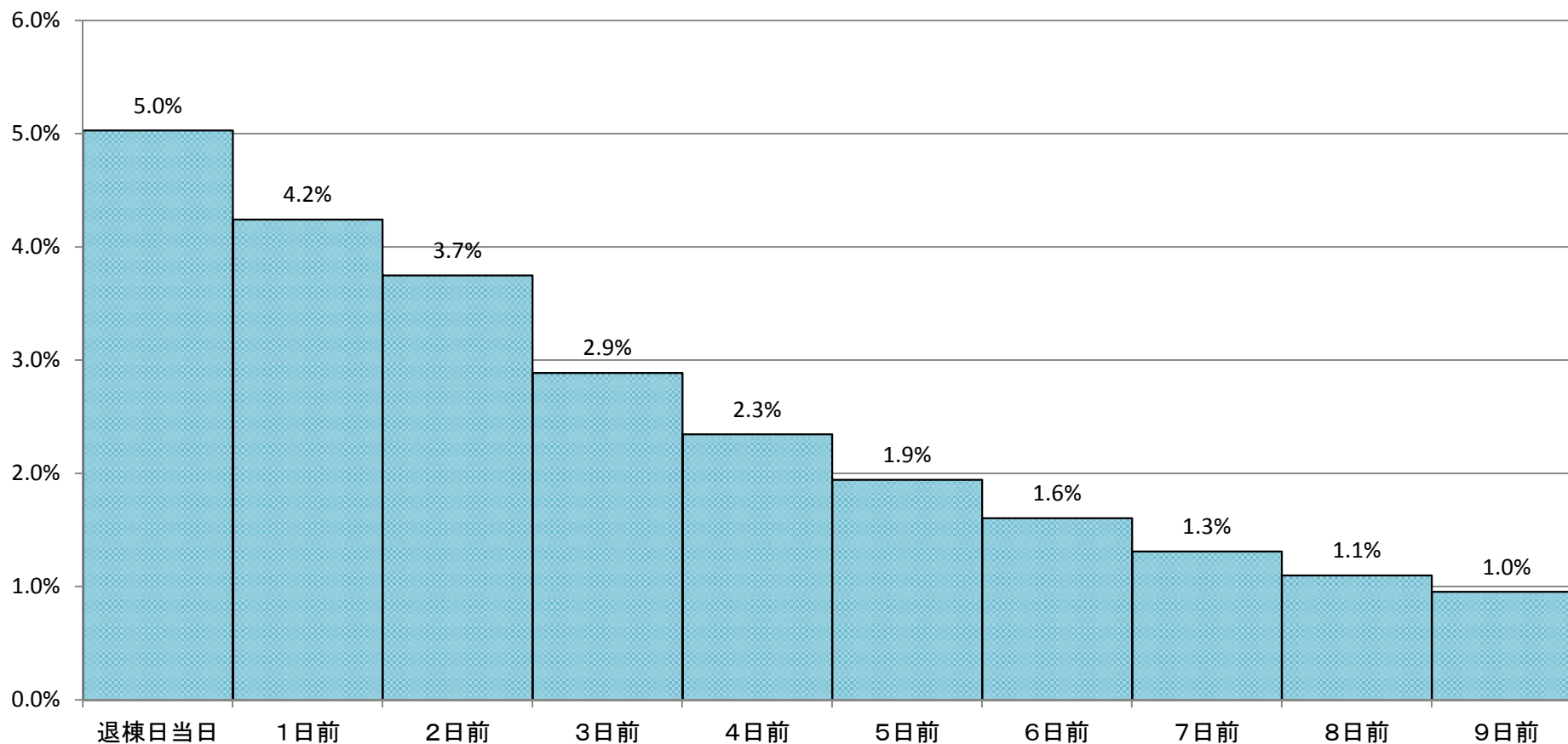


○ 退棟9日前までの退棟前日数別のA=0,B=0の患者割合を見ると、退棟日当日がA=0,B=0の患者の占める割合が最も多い。

＜退棟前日数別のA=0,B=0の患者割合＞

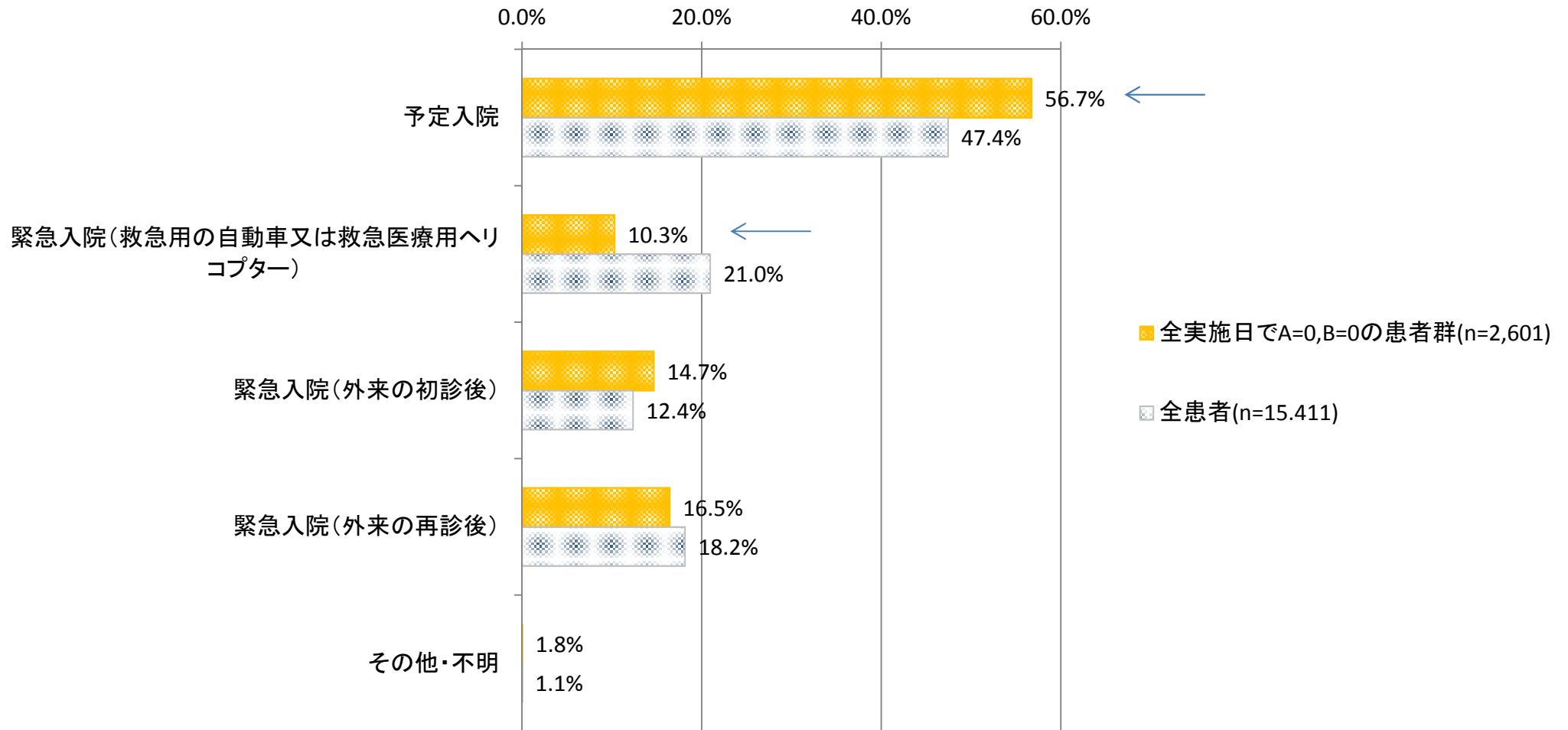
(のべ患者数に占める割合)

(n=445,563)



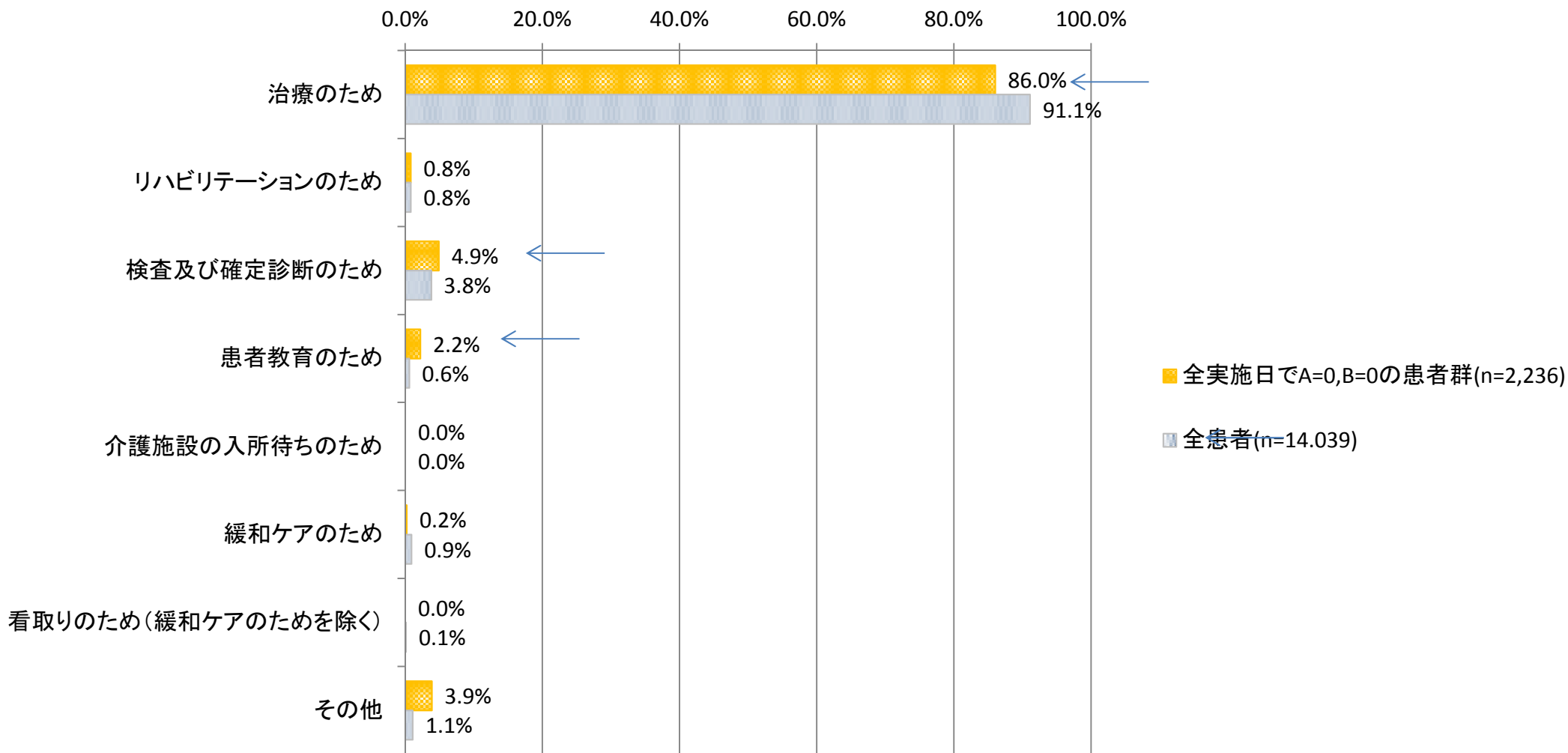
- 全実施日でA=0,B=0の患者群の予定・緊急入院区分をみると、全患者群と比べ、予定入院の割合が多く、緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)の割合が少ない。

<予定・緊急入院区分>



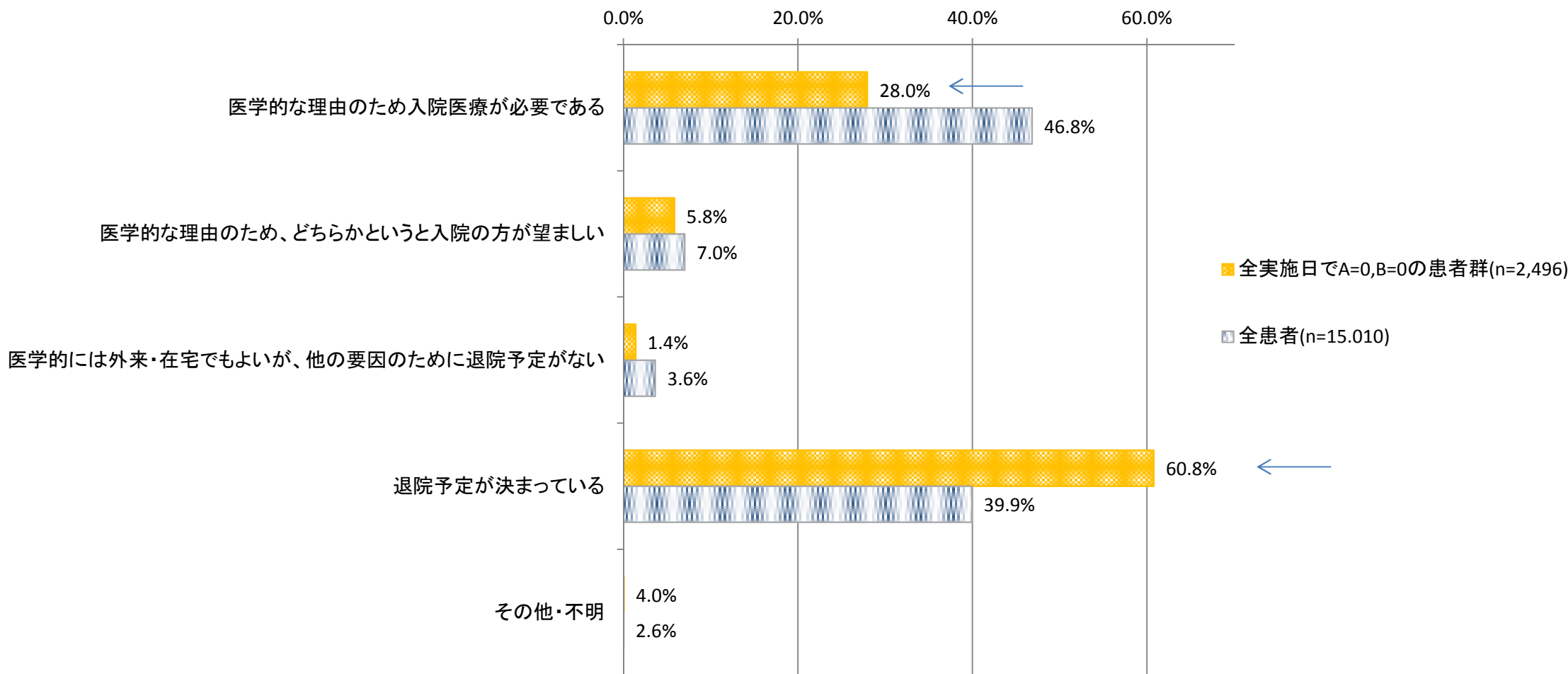
○ 全実施日でA=0,B=0の患者群の入院の理由をみると、全患者群と比べ、「治療のため」という回答がやや少なく、「検査及び確定診断のため」や「患者教育のため」といった回答がやや多い。

<入院の理由>



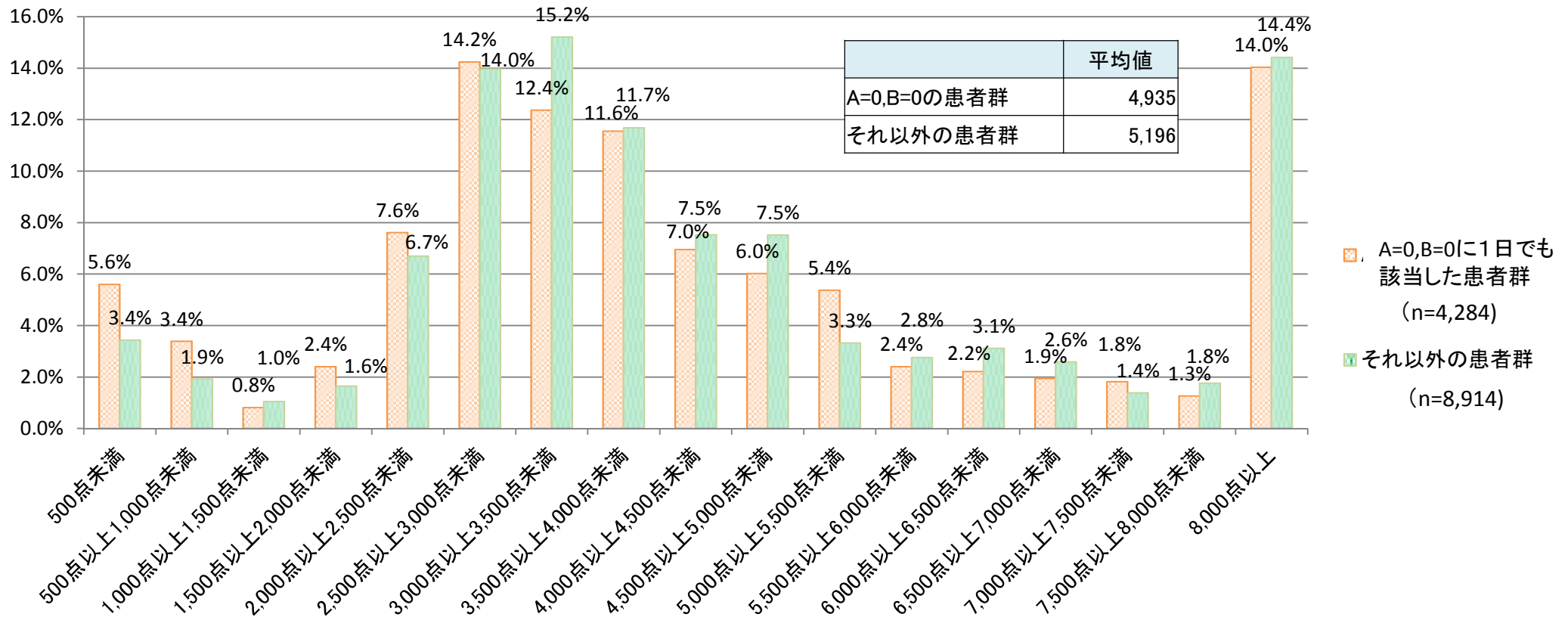
○ 全実施日でA=0,B=0の患者群の入院継続の理由をみると、全患者群と比べ、「医学的な理由のため入院医療が必要である」という回答が少なく、「退院予定が決まっている」という回答が多かった。

<医学的な入院継続の理由等>



○ 1日当たりのレセプト請求点数※をみると、A=0,B=0に1日でも該当した患者群の平均は4,935点で、それ以外の患者群の平均は5,196点であった。

<1日当たりのレセプト請求点数※(点数/日数)の分布>



※1件あたりレセプト総点数を入院日数で割った平均値。

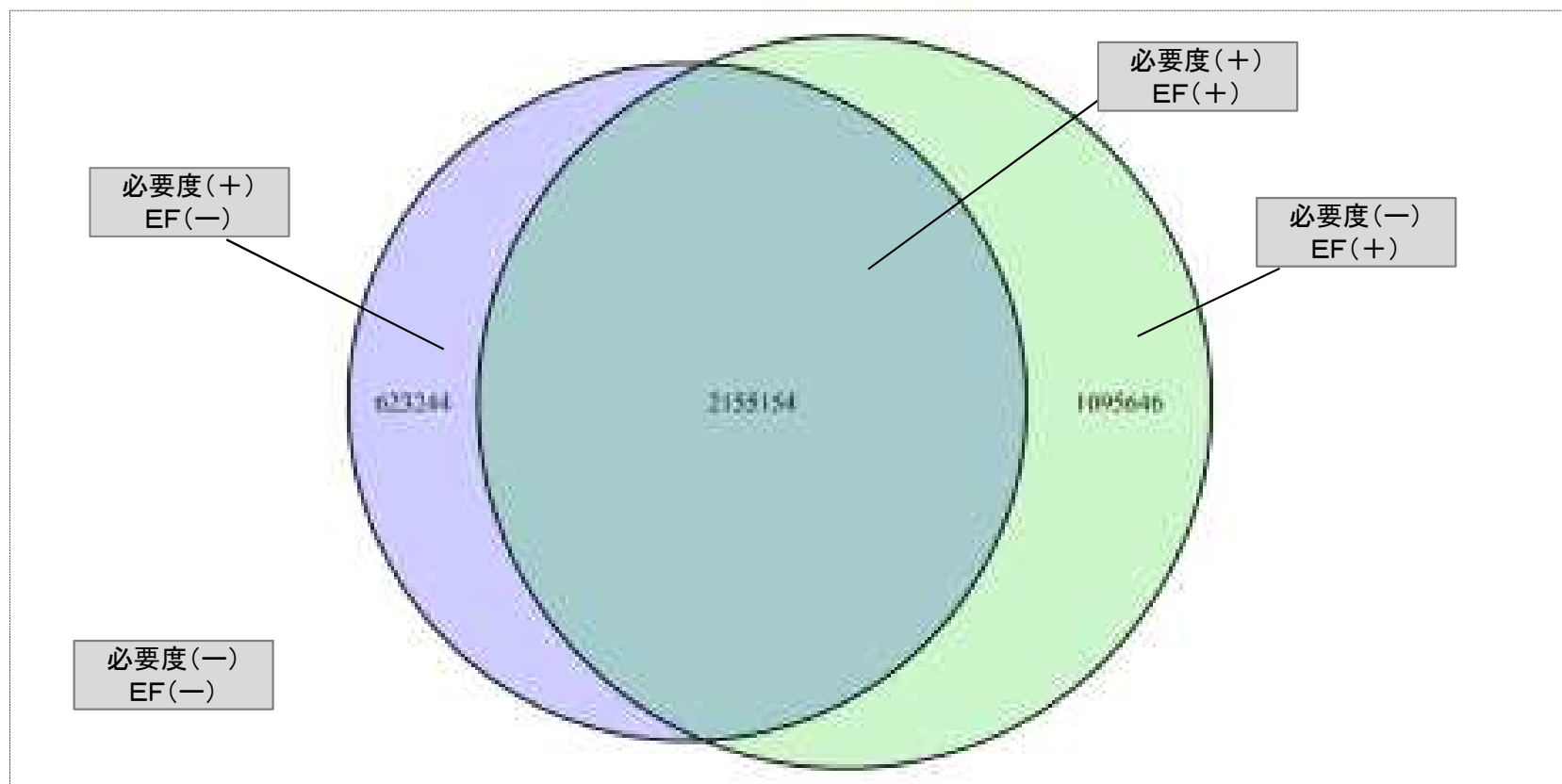
調査日時時点で算定している入院料で分類をしており、当該月に他入院料を算定していた場合、その点数も含まれるため、例えば当該月に集中治療室や急性期病棟等から調査対象病棟に転棟している患者の場合は、調査日に入院している病棟の入院料だけでなく、急性期病棟等の入院料が含まれている。

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分析を行った

- 使用したデータ
平成28年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、
(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」)／のべ入院患者
で計算を行った
- 突合時の設定
 - 「A8救急搬送後の入院」及びC項目については、マスタ該当項目が報告された日から所定の日数を該当と判断
(例)12月1日に救急医療管理加算1をEFファイルで報告→12月1日・2日に「A8救急搬送後の入院」該当
 - 薬剤についてはEFファイルでの処方日と薬剤マスタを突合

重症者の判定結果		重症度、医療・看護必要度の評価 (Hファイル)	
		該当	非該当
マスタ(※)に基づく判定 (EFファイル)	該当	2,155,154 (22.3%)	1,095,646 (11.3%)
	非該当	623,244 (6.4%)	5,798,104 (59.9%)

ファイ係数	0.59
感度	0.78
特異度	0.84



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

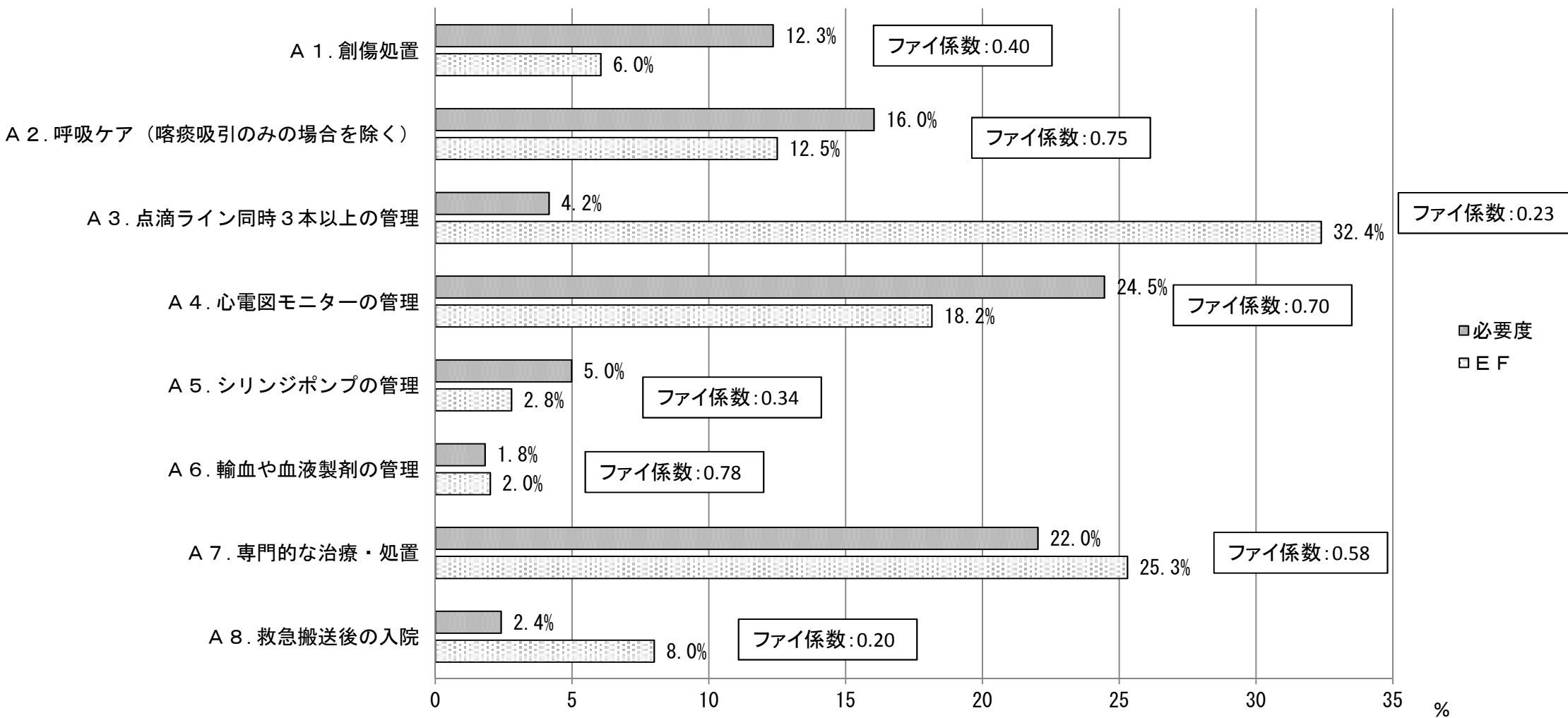
※ ファイ係数の解釈の目安

−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	ほとんど連関なし
0.2~0.4	弱い連関あり
0.4~0.7	中程度の連関あり
0.7~1	強い連関あり

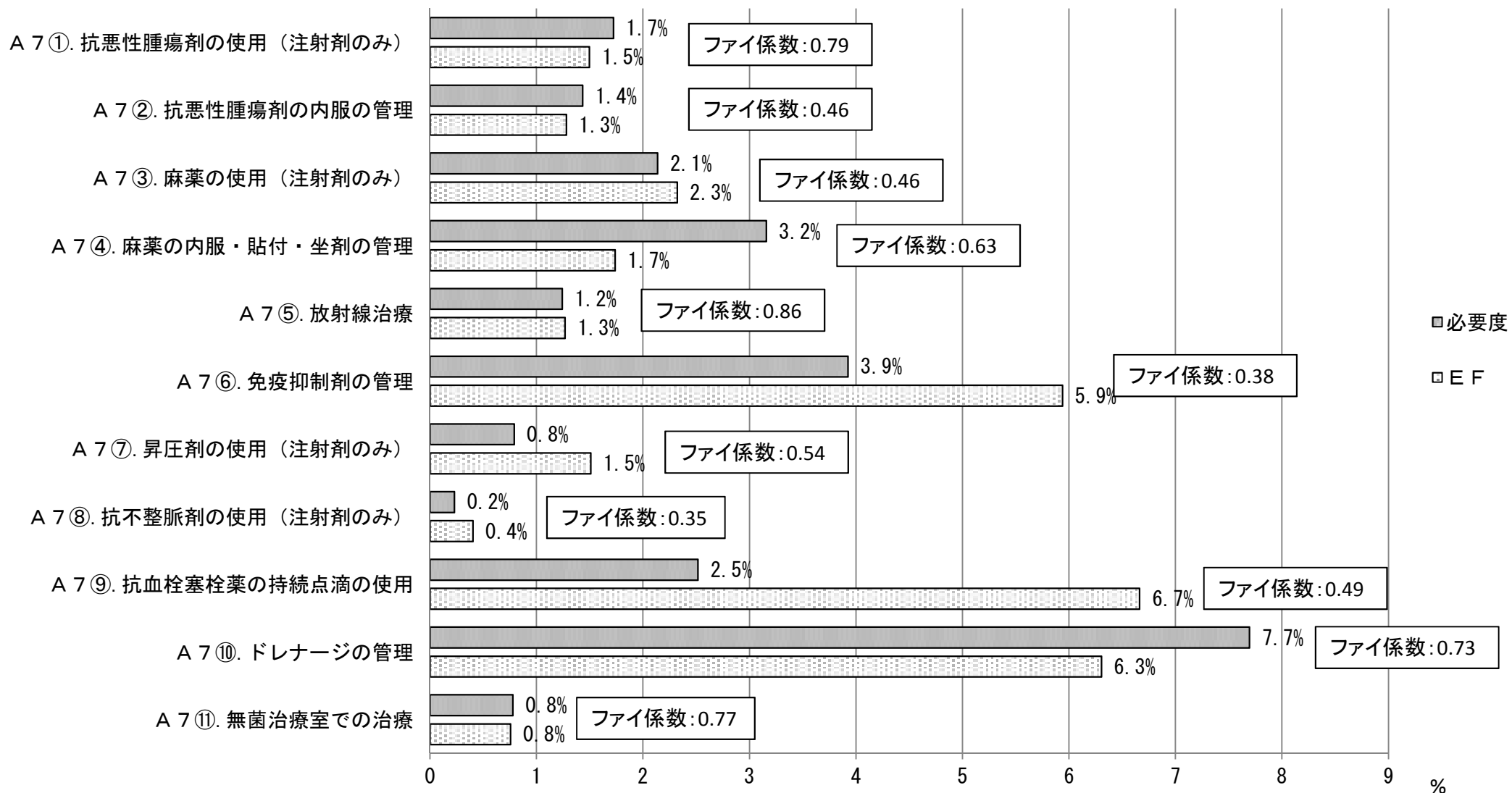
<看護必要度の項目別該当患者割合 (A項目)>

(n=9,672,148)



<看護必要度の項目別該当患者割合 (A項目)>

(n=9,672,148)



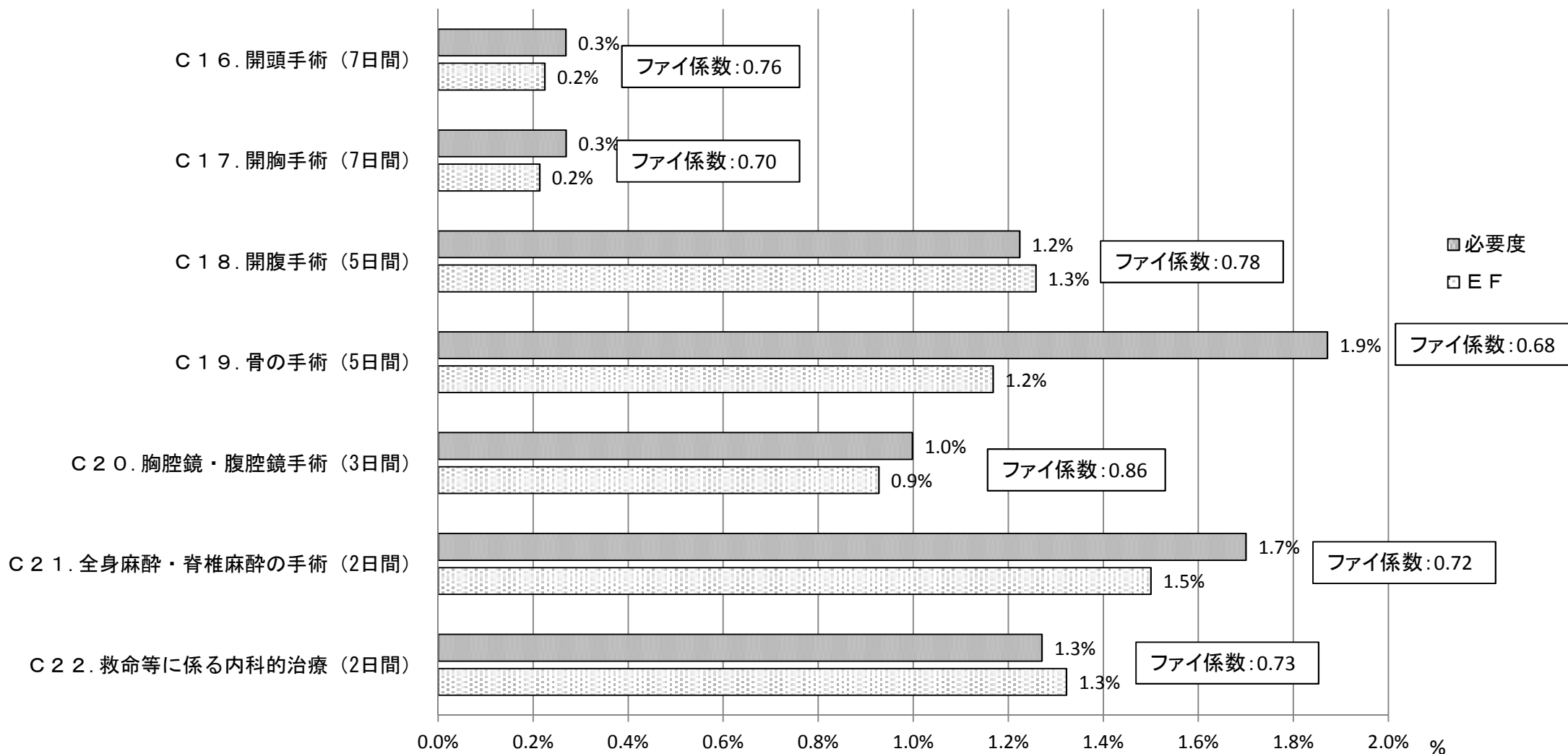
□ 必要度
□ EF

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果④(C項目)

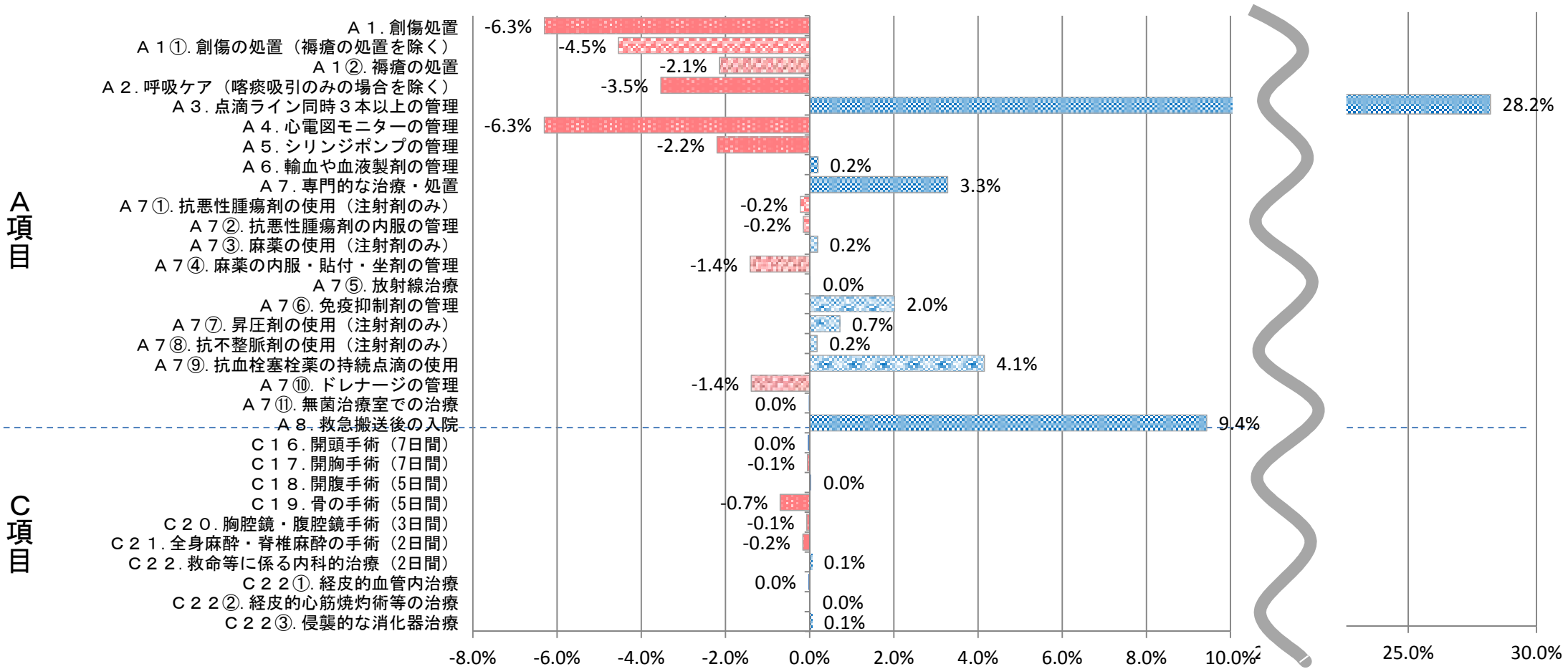
＜看護必要度の項目別該当患者割合(C項目)＞

(n=9,672,148)

7対1一般病棟



■ 評価項目別の該当患者割合の差 (DPCデータでの該当患者割合) - (現行の該当患者割合(Hファイル))



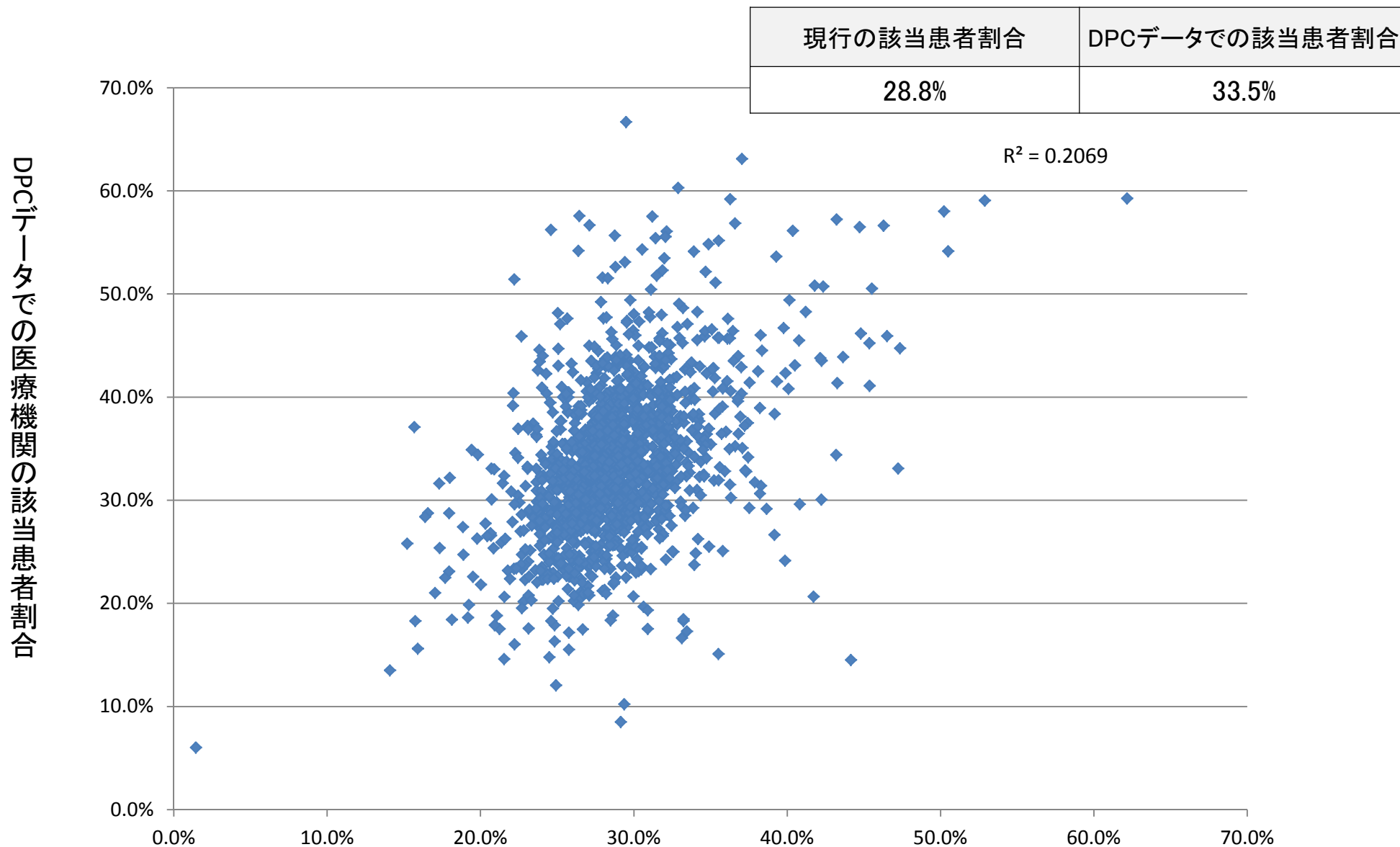
該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きい。

差の理由として考えられるのは、

- 「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」「シリンジポンプの管理」に対応する請求項目は、医療機関においてEFファイルに入力していない可能性がある。
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」「救急搬送後の入院」については、重症度、医療・看護必要度の定義と請求における規定とがずれているためと考えられる。
- 薬剤については、処方日と実際に投与した日とがずれている可能性がある。
- 「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性がある。

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑥(医療機関毎-1)

(n=1,495医療機関)



重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑦(医療機関毎-2)

現行の該当患者割合	DPCデータでの該当患者割合
28.8%	33.5%

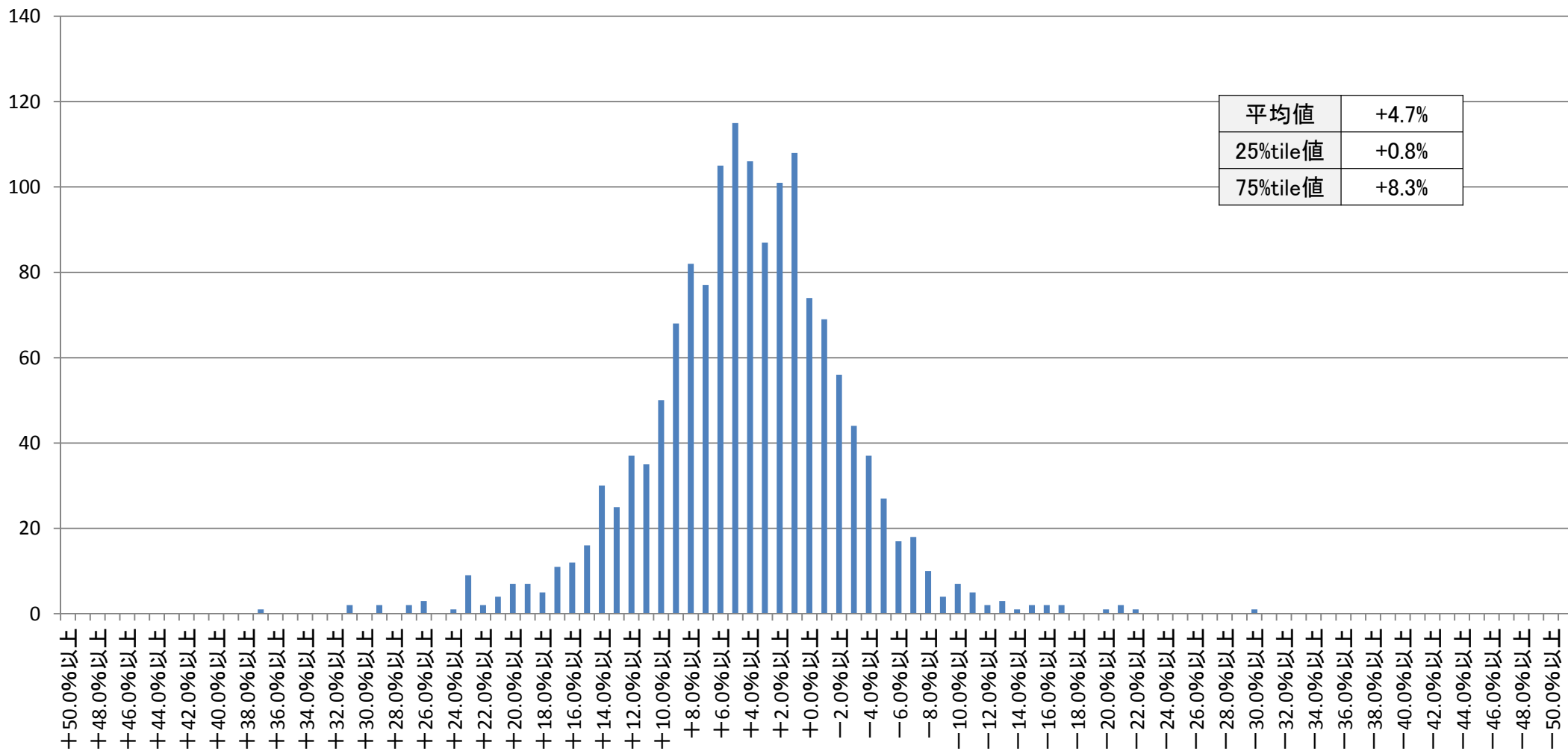


医療機関数		現行の該当患者割合(Hファイルデータ)					総計
		0%以上 15%未満	15%以上 25%未満	25%以上 35%未満	35%以上 45%未満	45%以上	
DPCデータでの 該当患者割合	0%以上 15%未満	2 (0.1%)	3 (0.2%)	2 (0.1%)	1 (0.1%)		8 (0.5%)
	15%以上 25%未満		52 (3.5%)	94 (6.3%)	3 (0.2%)		149 (10.0%)
	25%以上 35%未満		108 (7.2%)	638 (42.7%)	20 (1.3%)	1 (0.1%)	767 (51.3%)
	35%以上 45%未満		24 (1.6%)	415 (27.8%)	38 (2.5%)	2 (0.1%)	479 (32.0%)
	45%以上		3 (0.2%)	57 (3.8%)	24 (1.6%)	8 (0.5%)	92 (6.2%)
	総計	2 (0.1%)	190 (12.7%)	1206 (80.7%)	86 (5.8%)	11 (0.7%)	1495 (100.0%)

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑧(医療機関毎-3)

(n=1,495医療機関)

(医療機関数)



(DPCデータでの該当患者割合) - (現行の該当患者割合(Hファイル))

EFファイル情報を用いた該当患者割合の判定に係る留意点

- EFファイル情報については、重症度、医療・看護必要度の評価項目を活用し、急性期の入院患者の状態を把握(該当患者割合を判定)するものとして、一定の活用可能性が示唆されたが、判定に当たっては、以下のような点に留意する必要がある。
 - EFファイルは、診療報酬の請求区分のある項目が対象であり、重症度、医療・看護必要度の評価対象の診療行為に該当する請求区分がない場合は、該当の可否を判定できない。
 - EFファイルは、原則、出来高報酬の算定ルールに沿って入力される請求区分であり、実際に行った医療行為であっても入力されない場合がある。
 - EFファイルに入力されるデータの傾向に、医療機関間で差がある可能性がある(実施しているがデータとして入力されない特定の診療行為がある場合、それが多いと判定結果は低くなる可能性)。
 - EFファイルによる判定結果が、現行の判定結果と大きく乖離している医療機関については、評価項目と請求区分で定義が異なる診療行為を多く実施している可能性、入力が不十分なデータが多い可能性、などがあり、引き続き、検証が必要と考えられる。

→ 以上から、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の判定方法として活用する場合、項目の定義などを踏まえた適切な条件を検討する必要があるのではないかと。

医療機能に応じた入院医療の評価について

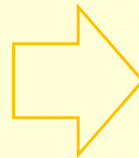
特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

平成28年度改定前

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：すべての項目が1点
該当基準：A項目が3点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上



平成28年度改定後

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：「心電図モニター」の管理「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点
その他の項目が2点
該当基準：A項目が4点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

- 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」について、B項目の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救命入院料	入院料1	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制 	4対1	—	救命救急センターを有していること
		～7日 8,929点				
		～14日 7,623点				
	入院料2	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救急救命料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす 	2対1	ICU用 7割	
		～7日 10,316点				
		～14日 9,046点				
	入院料3	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・救急救命料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 	4対1	—	
		～7日 8,929点				
～14日 8,030点						
入院料4	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救急救命料2の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 	2対1	ICU用 7割		
	～7日 10,316点					
	～14日 9,046点					
特定集中治療室 管理料	管理料1	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・クリーンバイオルームであること 	2対1	ICU用 8割	
		～14日 12,126点				
	管理料2	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 		ICU用 7割	
		～14日 12,126点				
管理料3	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること 				
	～14日 7,837点					
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 				
	～14日 7,837点					
ハイケアユニット 入院医療管理料	管理料1	6,584点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,084点		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料		5,084点	<ul style="list-style-type: none"> ・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・常勤の理学療法士又は作業療法士が配置 	3対1	—	脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血が8割以上

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	心電図モニターの管理	なし	あり	
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	
3	動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6	人工呼吸器の装着	なし		あり
7	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9	特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	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

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1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	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニターの装着	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10	人工呼吸器の装着	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13	特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	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

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度①

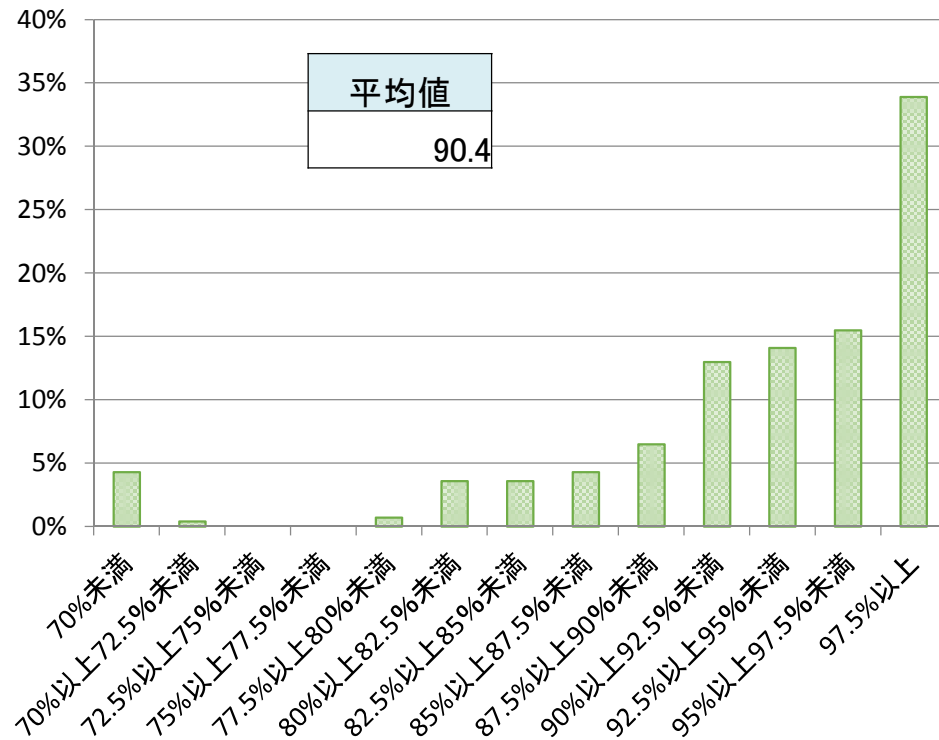
診調組 入-2
29.10.5

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度をみると、改定前も改定後も97.5%以上の占める割合が最も多い。

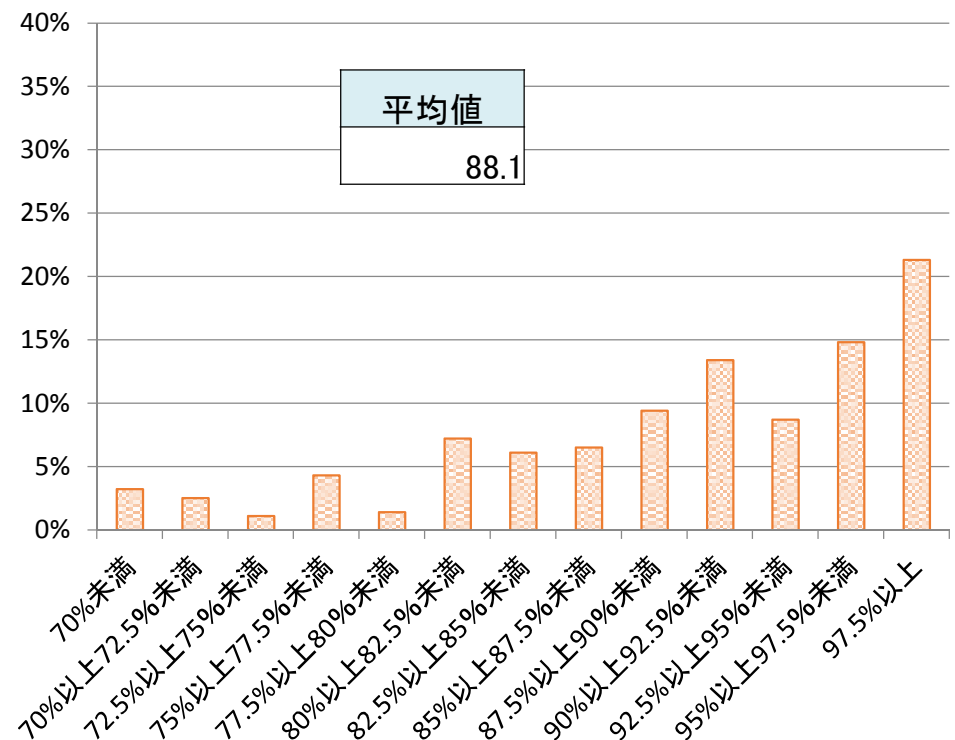
＜特定集中治療室の改定前後における重症度、医療・看護必要度の分布＞

(n=277)

改定前(平成28年3月1日時点)



改定後(平成29年3月1日時点)

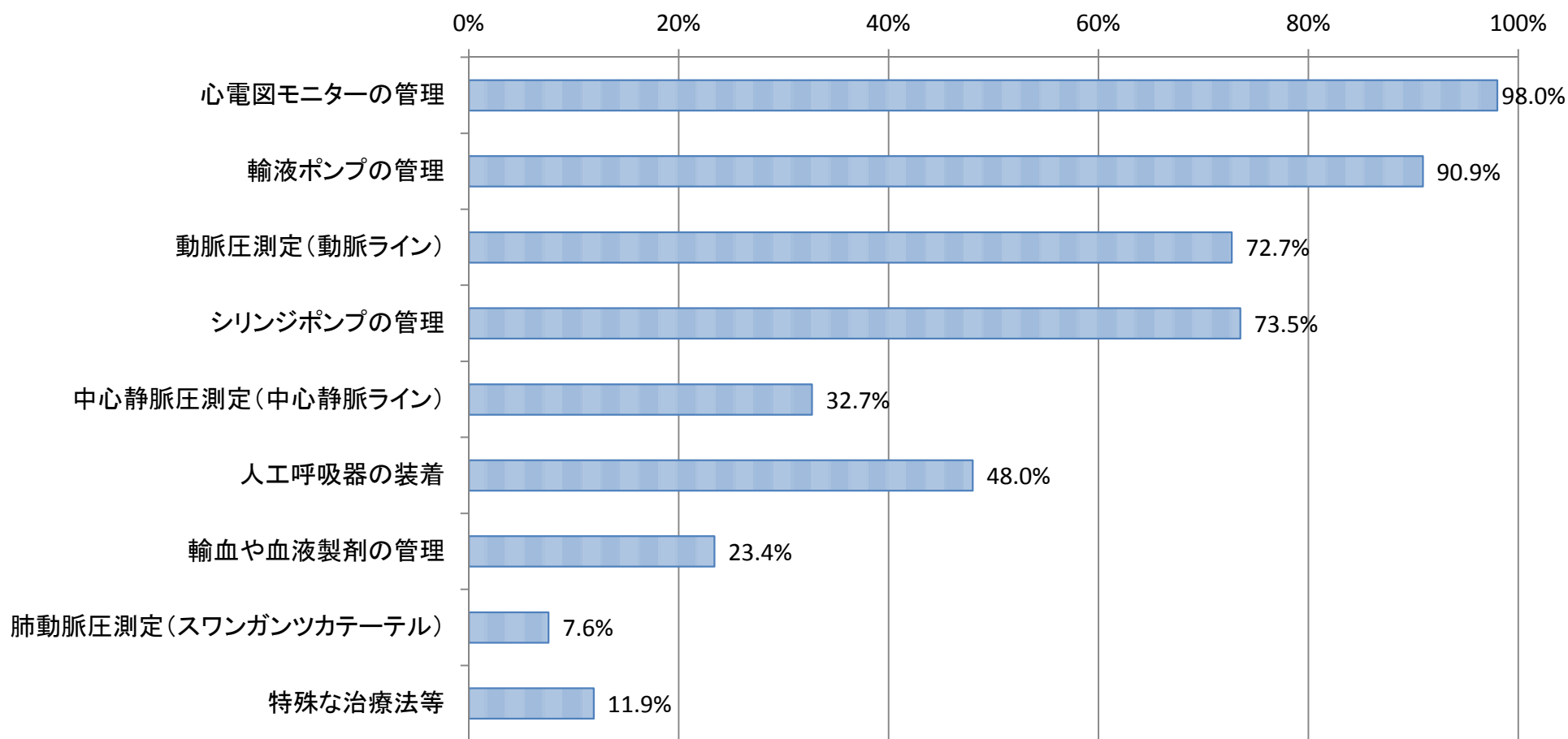


※平成28年度改定で特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われているため比較はできないことに留意が必要

※本データは管理料1～4の区別なく集計をしており、それぞれの区分で基準が異なることに留意が必要

○ 特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみると、A項目では、「心電図モニター」の該当割合が最も多く、98.0%を占めた。

＜項目別の重症度、医療・看護必要度該当患者割合(A項目)＞ (n=43,753)

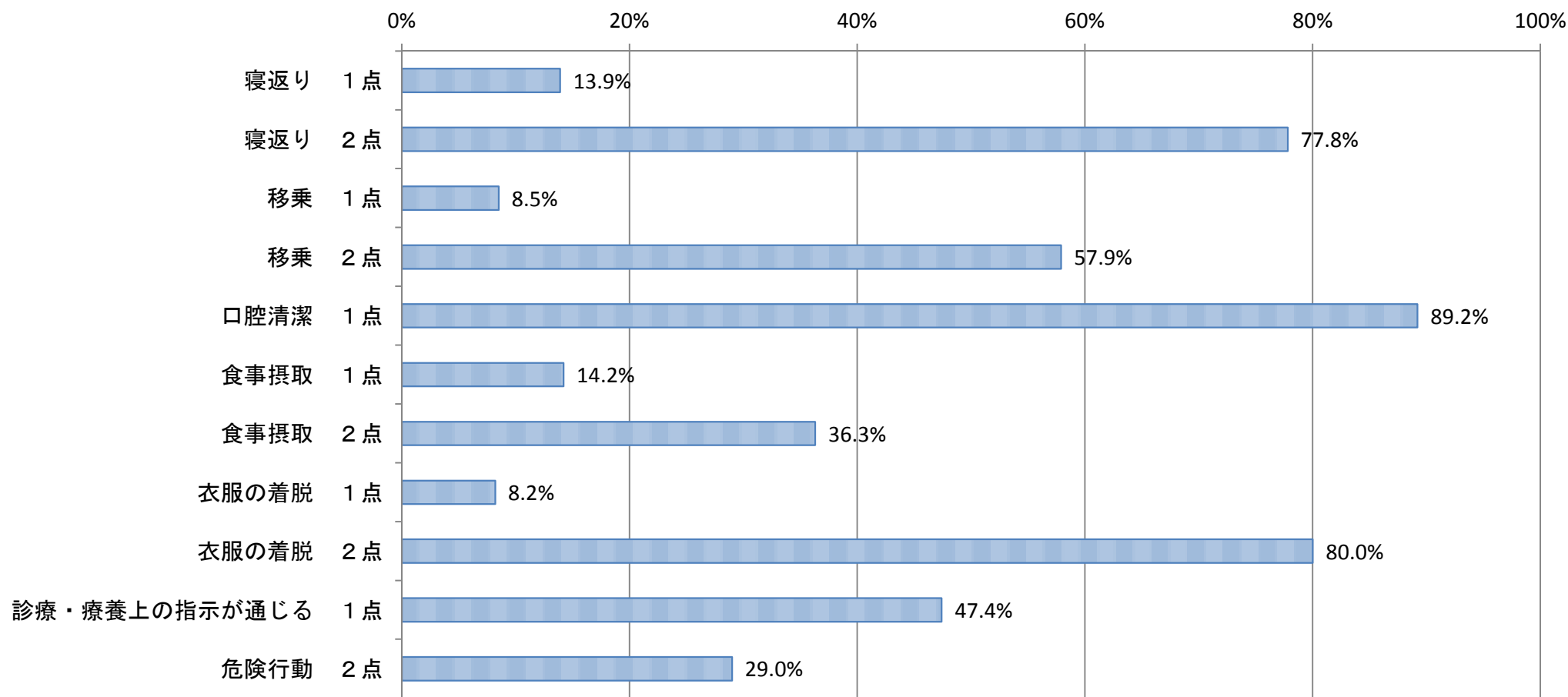


特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

診調組 入-1
29.11.2

○ 特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみると、B項目では、「口腔清潔」の該当割合が最も多く、89.2%を占めた。

＜項目別の重症度、医療・看護必要度該当患者割合(B項目)＞ (n=43,753)



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)

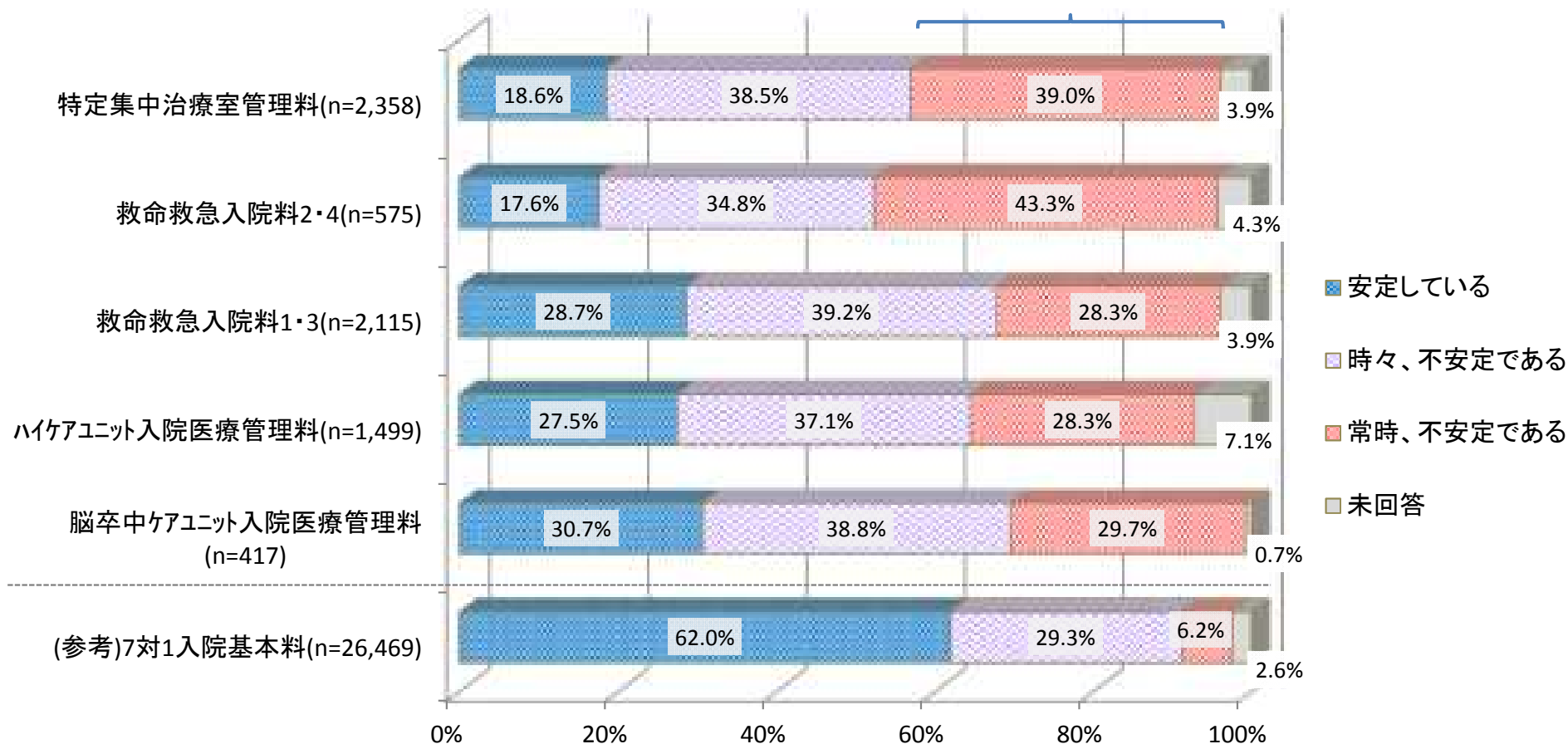
特定集中治療室等の患者の状態②

診調組 入-1
29.11.2

- 各治療室に入室中の状態について、特定集中治療室と救命救急入院料2・4では約4割、救命救急入院料1・3、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニットでは約3割が、「常時、不安定である」患者である。

<入室中の患者の状態>

※ 調査対象期間内の1週間



特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度

診調組 入-1
29.11.2

- 各治療室を、特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価票にて評価したところ、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合要件のない救命救急入院料1・3は、救命救急入院料2・4及びハイケアユニットと入院医療管理料比べて該当患者割合が低い、7対1一般病棟に比べ、該当患者割合が高い。

＜各基準の該当患者割合＞

特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の全項目について該当するかどうかを調査し、各基準に基づき該当患者割合を集計

	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	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	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	89.1%	84.7%	23.7%	33.7%	8.0%	1.2%
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	92.6%	93.1%	48.8%	88.0%	31.5%	4.3%
7対1一般病棟入院基本料の基準	95.6%	94.3%	65.4%	84.0%	55.6%	28.5%

※ 背景色の箇所は、重症度、医療・看護必要度の基準がある治療室

(対象とした患者数)

	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	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	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	117,173	1,517	3,303	6,152	1,441	5,178
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	117,173	1,516	3,303	6,017	1,405	5,169
7対1一般病棟入院基本料の基準	118,580	1,502	3,266	5,825	1,400	5,167

(参考) 基準一覧

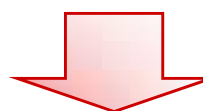
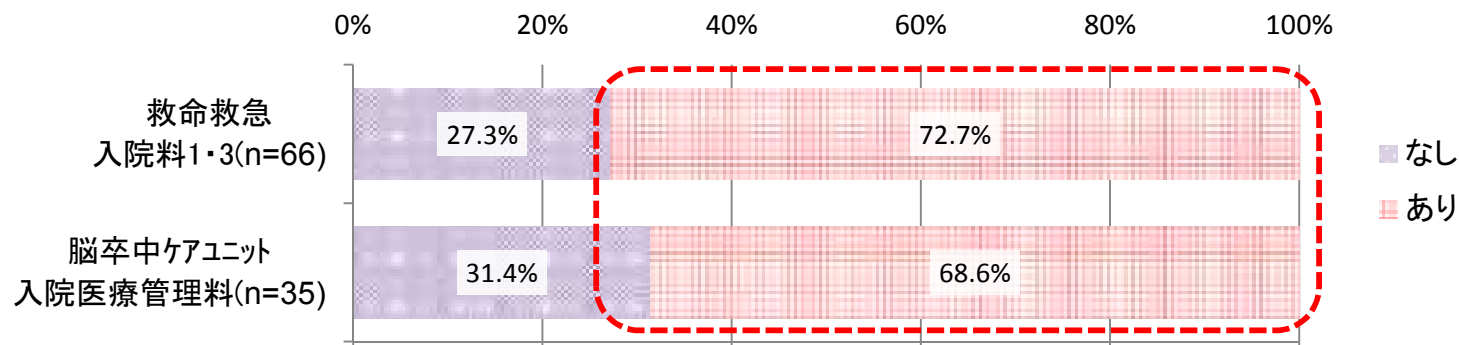
特定集中治療室管理料	A得点4点以上かつB得点3点以上の該当患者割合が、管理料1・2で80%以上、管理料3・4で70%以上
ハイケアユニット入院医療管理料	A得点3点以上かつB得点4点上の該当患者割合が、管理料1で80%以上、管理料2で60%以上
7対1一般病棟入院基本料	A得点2点以上かつB得点3点以上、又はA得点3点以上の該当患者割合が、25%以上

救命救急入院料1・3と脳卒中ケアユニットの重症度、医療・看護必要度の測定

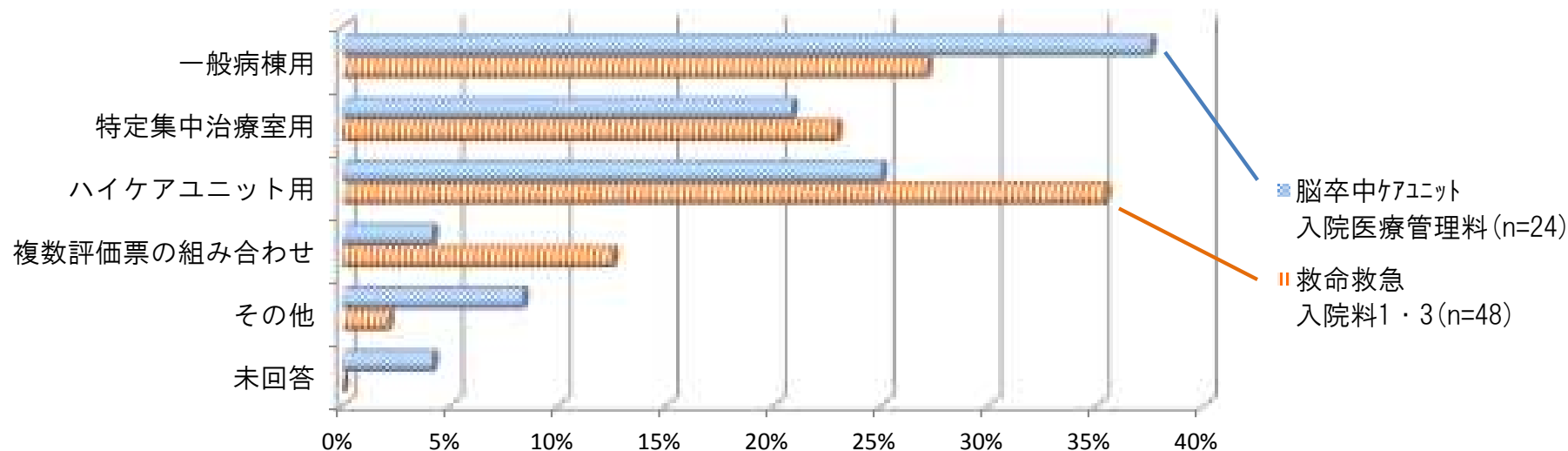
診調組 入-1
29.11.2

- 救命救急入院料1と3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料ともに7割近くが重症度、医療・看護必要度を測定している。
- 測定に用いた評価は、救命救急入院料1・3ではハイケアユニット用の評価票を用い、脳卒中ケアユニットでは一般病棟用の評価票を多く用いている。

＜重症度、医療・看護必要度の測定の有無＞



使用している評価票の種類



ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例

診調組 入-1
29.11.2

APACHE II

(acute physiology and chronic health evaluation II)

- ICU入室24時間以内の生理学的指標12項目の合計スコア(最悪値)に、年齢、慢性併存疾患のスコアを加え、重症度を0点から71点に定量化した指標(詳細は次項)

(測定項目)

・体温	・動脈圧	・心拍数
・呼吸数	・PaO ₂	・pH
・Na	・K	・クレアチニン
・Ht	・WBC	・GCS



年齢、慢性併存疾患

当該スコアを用いて、個々の患者の重症度の数値化や予測死亡率※が客観的に把握可能となる

- また、個々の患者で算出した予測死亡率を用いて、各施設での標準化死亡比(=当該施設における実死亡率/施設における予測死亡率)が客観的に把握可能となり。

各施設の標準化死亡比を用いて、施設間での客観的な比較が可能となる

- 日本集中治療医学会において、国内多施設に対する集中治療室患者症例レジストリ(JIPAD)を2015年より開始しており、その中にAPACHE IIの内容も含まれる。登録開始施設53施設、合計登録症例数 42,500例(2017年9月現在)

※予測死亡率 = $e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$ (Logitは上付き)

Logit = $-3,517 + (\text{APACHE II}) * 0,146 + 0.603 \times \text{緊急手術加算} + \text{Diagnostic category weight (疾患別係数)}$

(参考) APACHE II のスコアリング

A表 急性生理的スコア Acute Physiological Score (APS)

生理学的項目	異常高値域			正常域			異常低値域		
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
1 深部体温 (°C)	≥41	39 - 40.9	—	38.0 - 38.9	36 - 37.4	34 - 35.9	32 - 33.9	30 - 31.9	≤29.9
2 平均血圧 (mmHg)	≥160	130 - 159	110 - 129	—	70 - 109	—	50 - 69	—	≤49
3 心拍数 (/min)	≥150	140 - 139	130 - 129	—	70 - 109	—	55 - 69	40 - 54	≤39
4 呼吸数 (/min)	≥50	35 - 49	—	20 - 34	12 - 24	10 - 11	8 - 9	—	≤5
5 酸素化 (A-aDO ₂ または PaO ₂ (mmHg)) a FIO ₂ ≥ 0.5 で A-aDO ₂ a FIO ₂ < 0.5 で PaO ₂	≥500 —	360 - 499 —	200 - 349 —	— —	<200 3-70	— 61 - 70	— —	— 55 - 60	— ≤55
6 動脈血pH (未換行時または記*動脈血HCO ₃ ⁻)	≥7.70	7.60 - 7.69	—	7.50 - 7.59	7.33 - 7.49	—	7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	<7.15
7 血清Na (mmol/l)	≥180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149	—	120 - 129	111 - 119	≤110
8 血清Cl (mmol/l)	≥7.0	6.0 - 6.9	—	5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9	—	<2.5
9 血清Ca (mg/dl) (患者有不全では結果を割)	≥3.5	2.0 - 3.4	1.5 - 1.9	—	0.6 - 1.4	—	<0.6	—	—
10 Ht (%)	≥60	—	50 - 59.9	45 - 49.9	30 - 44.9	—	20 - 29.9	—	<20
11 WBC ($\times 10^3$ /mm ³)	≥40	—	20 - 39.9	15 - 19.9	0 - 14.9	—	1 - 9.9	—	<1
12 Glasgow coma scale (GCS)	15 マイナス未満のGCS値								
A 以上 12 項目の生理的スコアの合計点									
* 動脈血pH (換行時) (血気と異なる、血液ガス未換行時)	≥5.2	4.1 - 5.1.9	—	3.2 - 4.0.9	2.2 - 3.1.9	—	1.6 - 2.1.9	1.5 - 1.7.9	<1.5

B表 年齢点

年齢 (才)	点
≤44	0
45 - 54	2
55 - 64	3
65 - 74	5
≥75	6

APACHE II SCORE

A表とB表とに示す点数の合計点

急性生理的スコア (APS) 点	0 - 66
年齢 (Age) 点	0, 2, 3, 5, 6
慢性健康点 (CHP)	0, 2, 5
合計点	

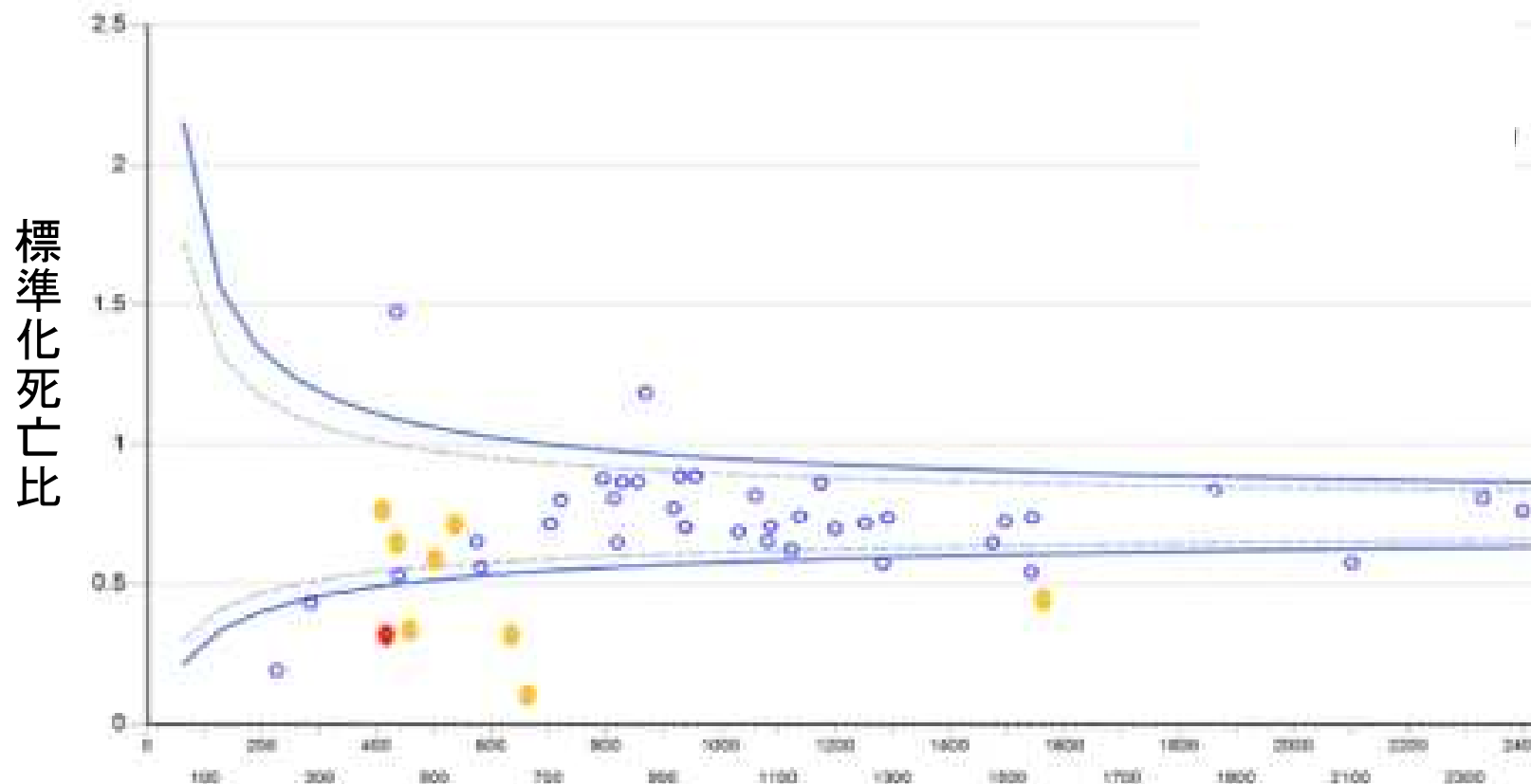
C表 慢性健康点 (Chronic health points / CHP) 0点, 2点, あるいは5点

重要臓器不全の既往や現在不全状態にある場合 (定義参照) には以下の点を加算する 末梢神経炎または関節炎の患者 - 5点 不安定な糖尿病の患者 - 2点	
定義	臓器不全や病態不全は人間前に診断されていること
肝	生検での肝硬変、壊死性門脈硬化症、門脈硬化による門脈高血圧の既往、肝不全、肝性脳症、肝性腎臓の既往
心血管系	NYHA 3度
呼吸器系	慢性の肺炎性、閉塞性、気管支炎による慢性気管炎 (既往を問わない、患者不詳など)、慢性気管支炎、肺動脈高血圧、二次性高血圧、肺動脈圧 (>40 mmHg)、人工呼吸器管理
腎	血液透析中
免疫不全	慢性感染症を伴う治療中 (免疫抑制剤、抗がん剤治療、放射線治療、免疫抑制剤) あるいは最近の高用量ステロイド投与など、慢性感染症を伴う治療の既往 (白血病、リンパ腫、AIDSなど)

APACHEスコアを用いたベンチマークの一例

診調組 入-1
29.11.2

APACHEIIを用いることで、各医療機関のICUにおける標準化死亡比(=実死亡率/予測死亡率)の算出が可能となり、医療機関ごとの客観的な比較も可能となる。



各医療機関の入室患者数

日本集中治療学会より提供(本ケースはAPACHEIIIを用いて標準化死亡比の計算を行っているが、APACHEIIでも同様の計算が可能)

平成26年度診療報酬改定

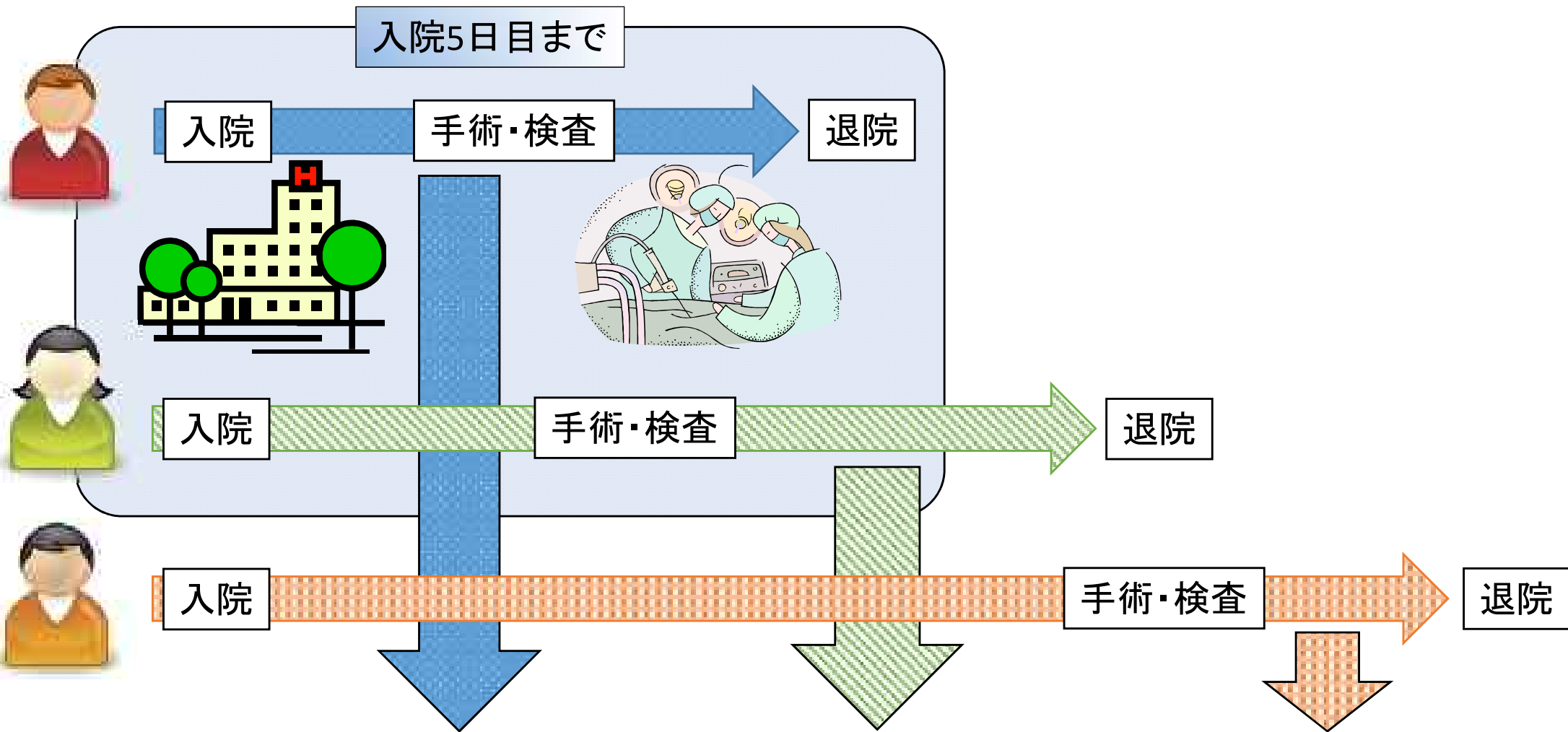
短期滞在手術基本料の見直し

- 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。

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術基本料を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高(DPC病院であっても出来高点数表)で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高(DPC病院の場合はDPC点数表)で算定。

(参考)医療機能に応じた入院医療の評価(平成28年度診療報酬改定)

短期滞在手術等基本料3の見直し

➤ 短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

【分析対象とした手術等】

- 手術
- 1,000点以上の検査、放射線治療等

【分析データ】

DPCデータ(平成28年4月以降に入院し、平成28年12月までに退院した患者であって、当該手術等を1度のみ実施した症例)

【項目の抽出方法】

以下のいずれの条件も満たす手術等

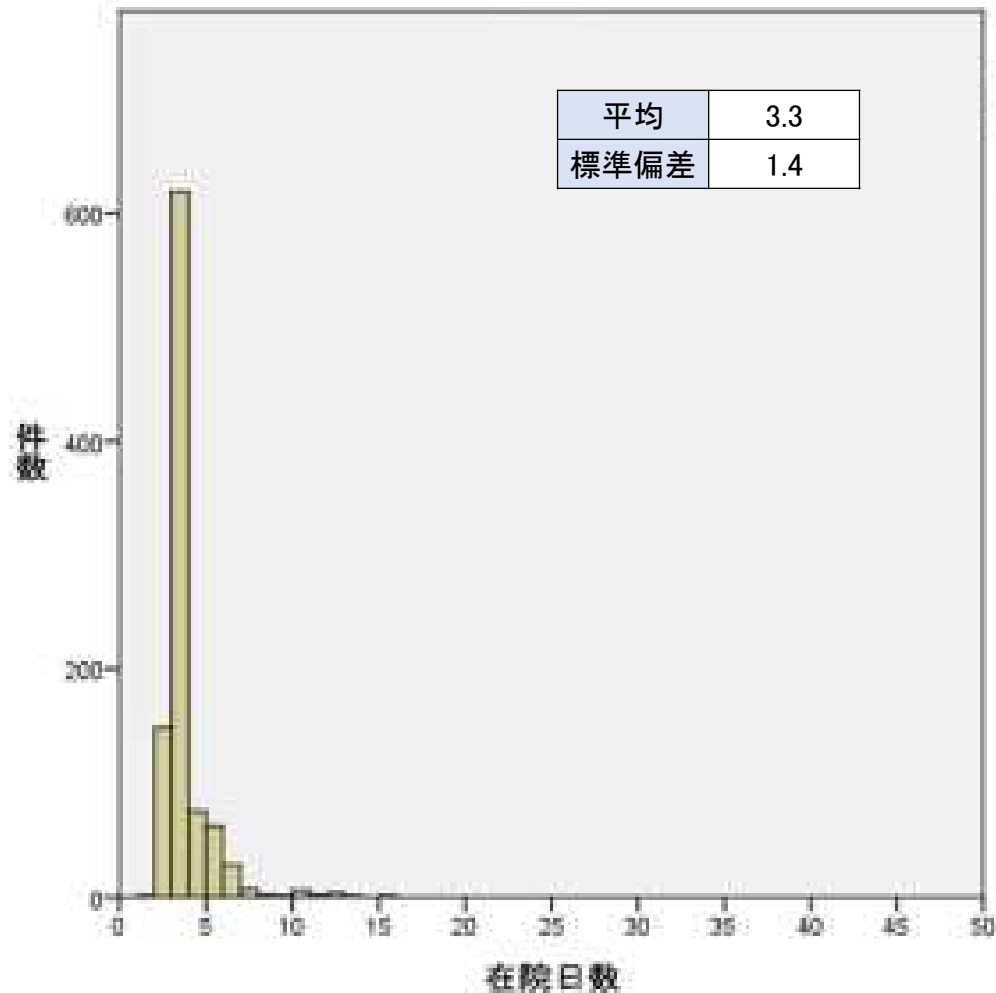
- 在院日数の平均+1SDが5日以内
- 該当症例数が100件以上
- 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい

D419 5 副腎静脈サンプリング

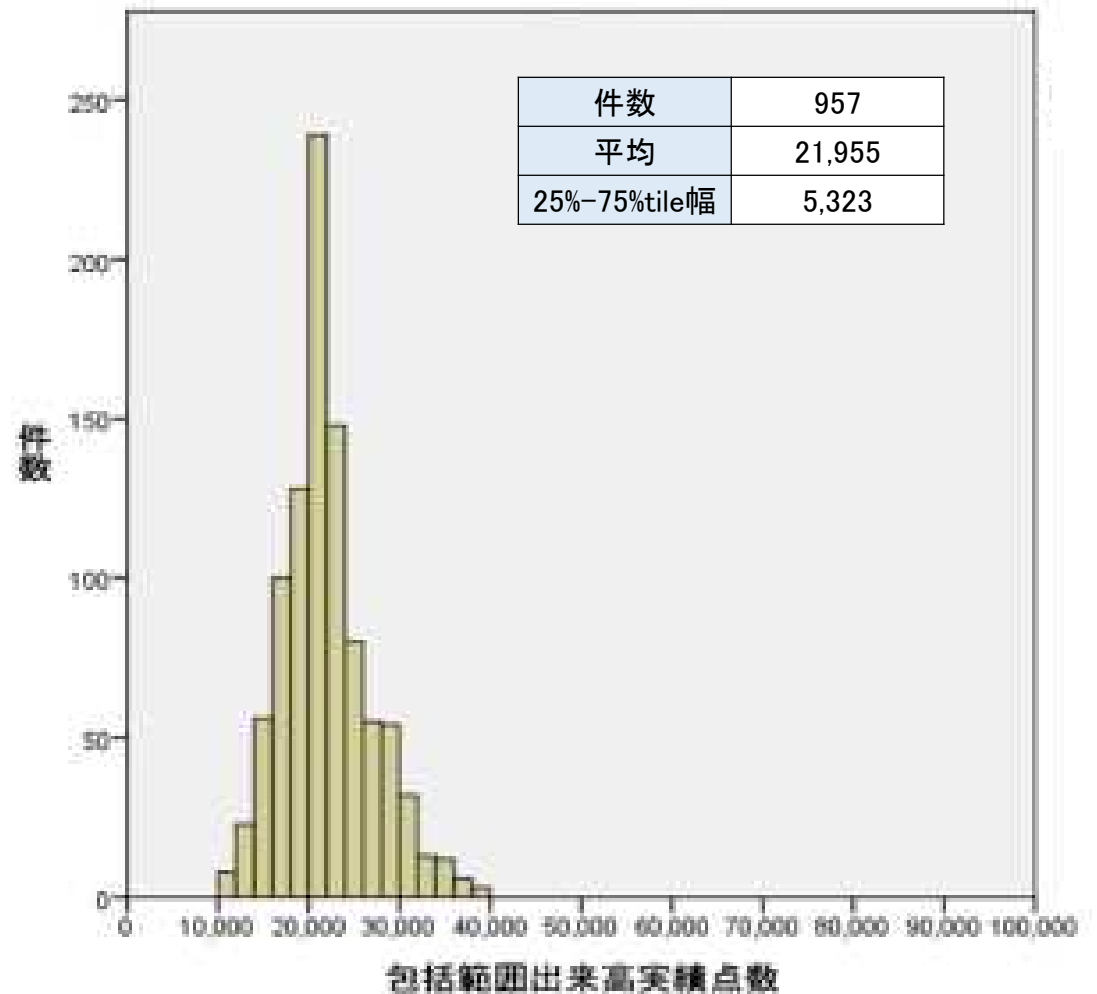
診調組 入-1
29.10.18

- 副腎静脈サンプリングについては、在院日数の平均が3.3日、標準偏差は1.4日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は21,955点、25%-75%tile幅は5,323点であった。

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>

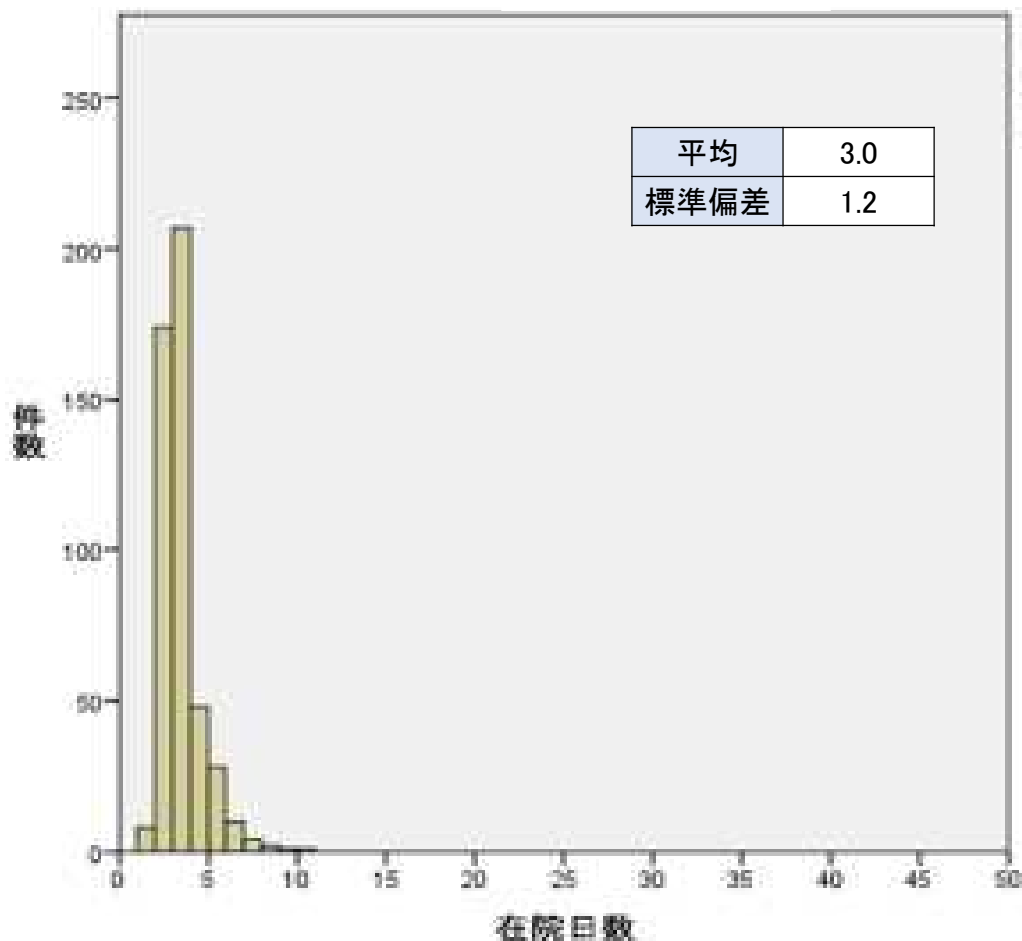


K863-3 子宮鏡下子宮内膜焼灼術

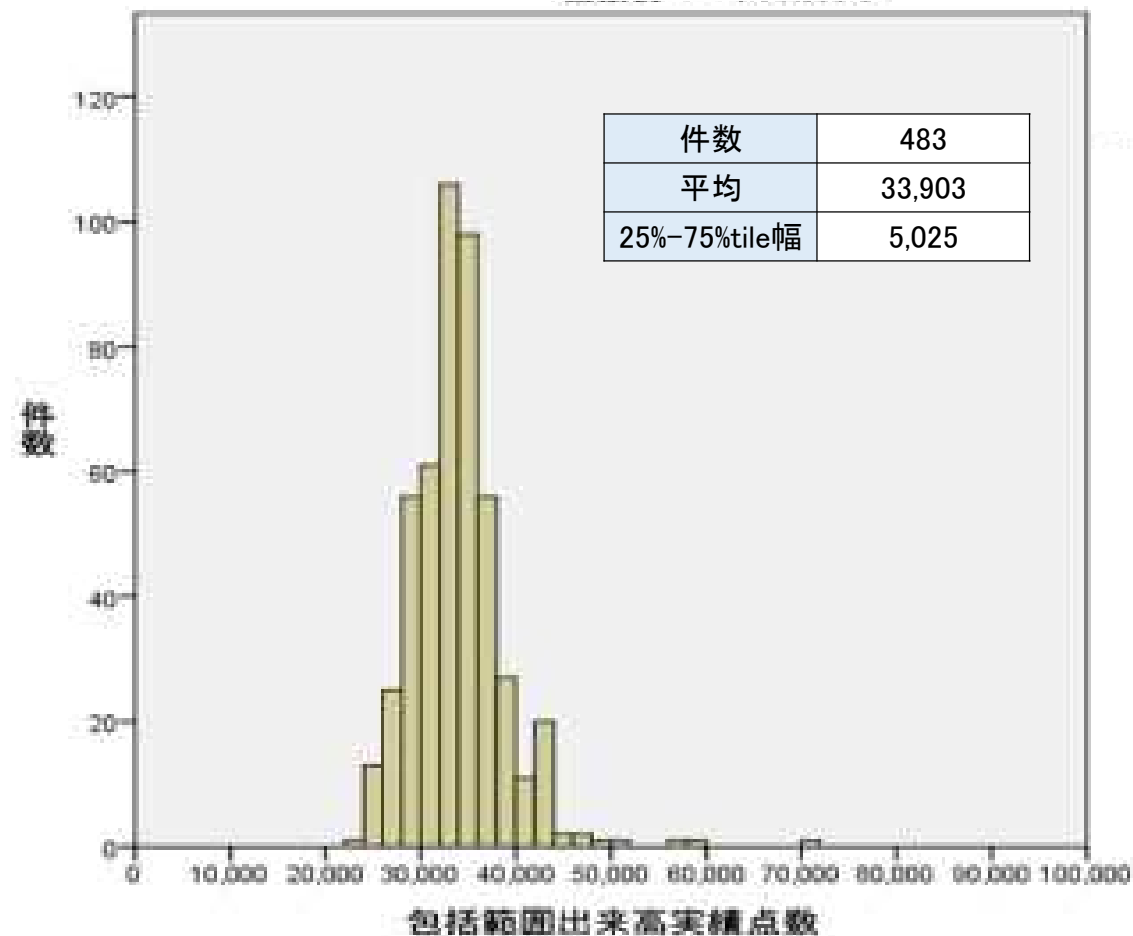
診調組 入-1
29.10.18

- 子宮鏡下子宮内膜焼灼術については、在院日数の平均が3.0日、標準偏差は1.2日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は33,903点、25%-75%tile幅は5,025点であった。

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>

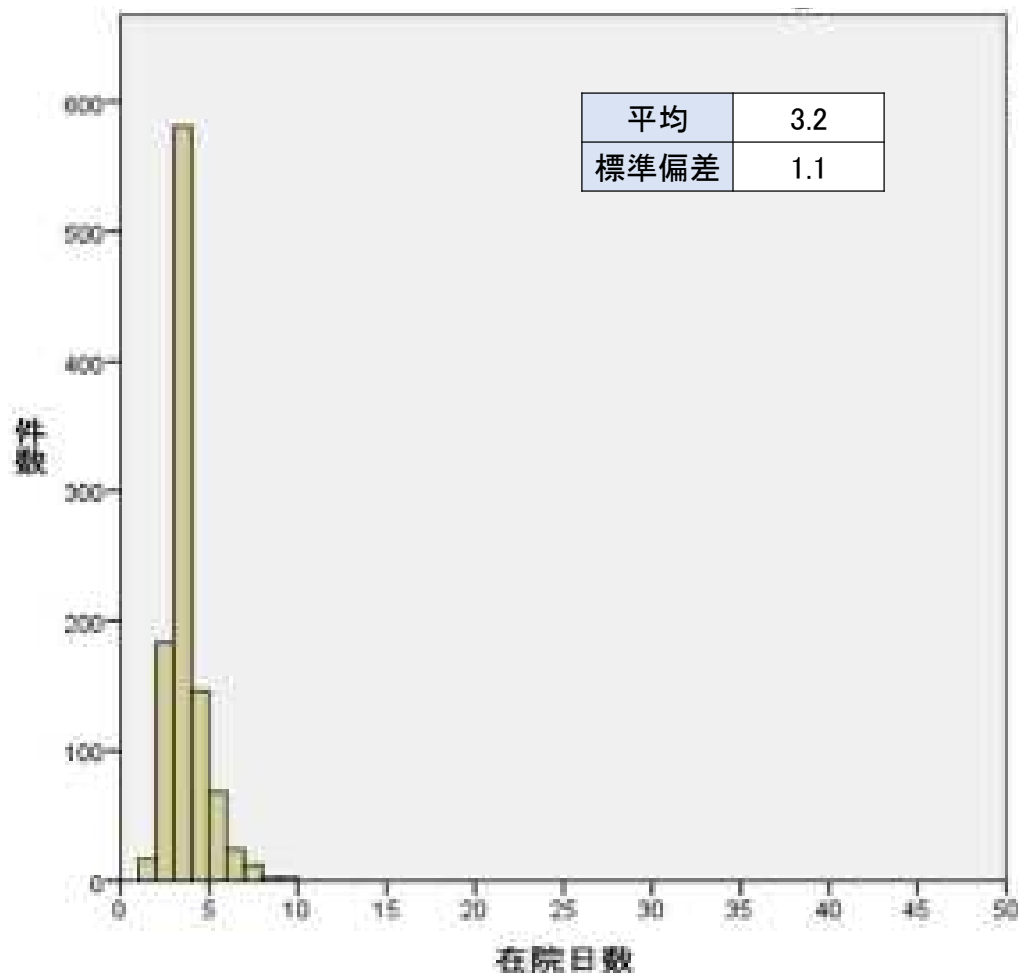


K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術

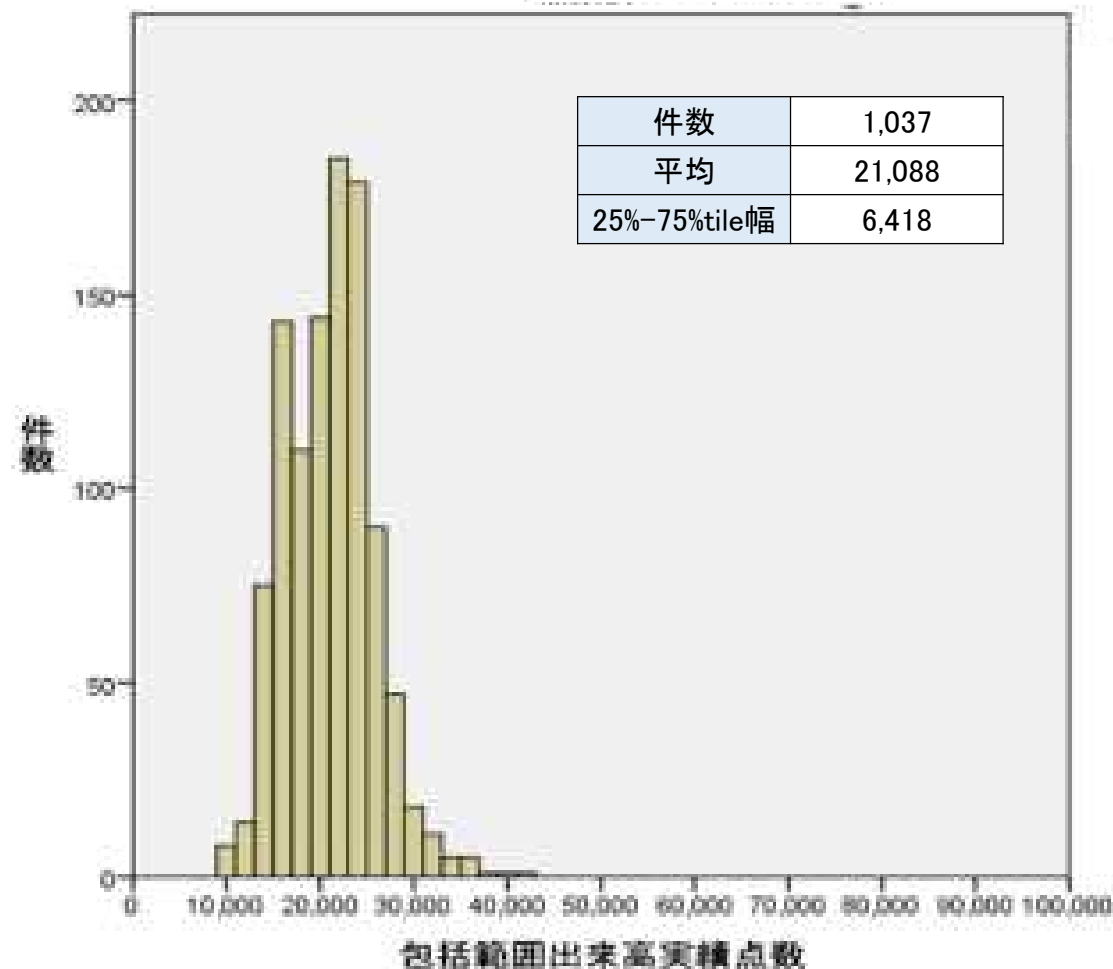
診調組 入-1
29.10.18

- 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術については、在院日数の平均が3.2日、標準偏差は1.1日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は21,088点、25%-75%tile幅は6,418点であった。

＜在院日数の分布＞



＜包括範囲出来高実績点数の分布＞



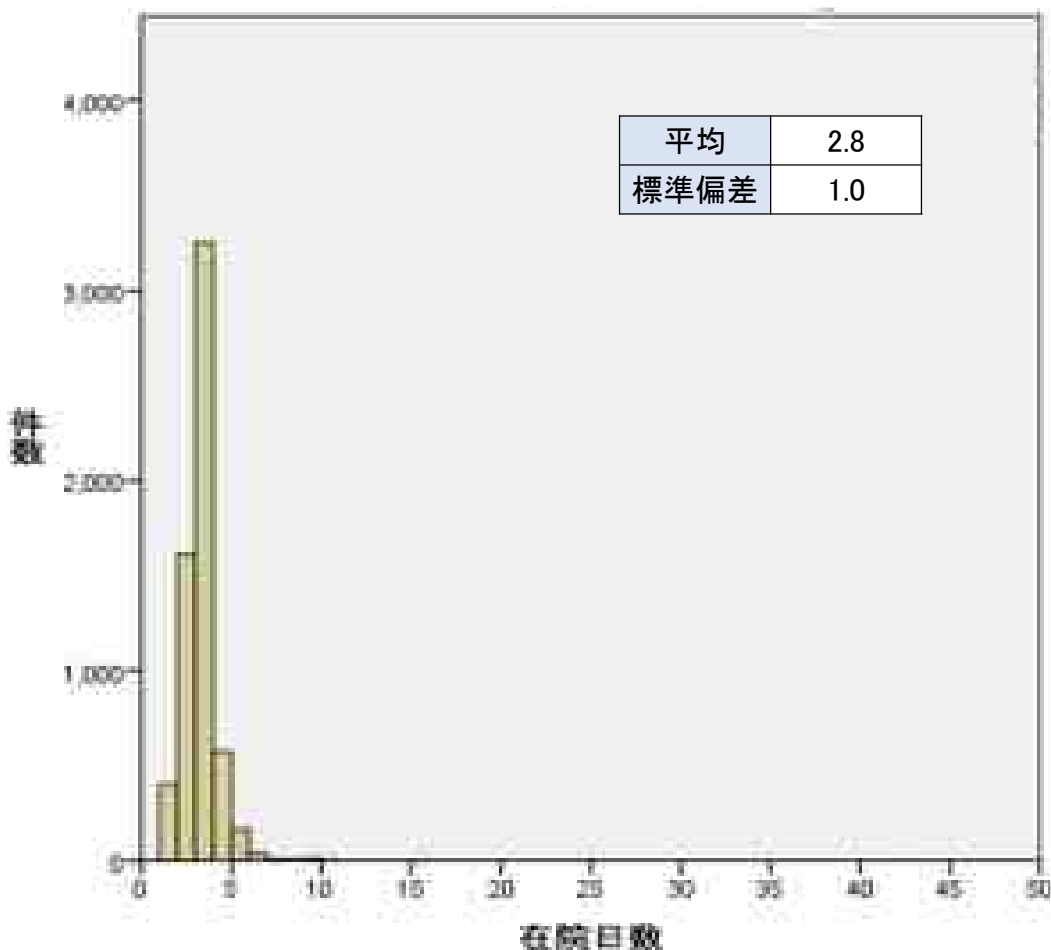
※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

K872-3 子宮内膜ポリープ切除術

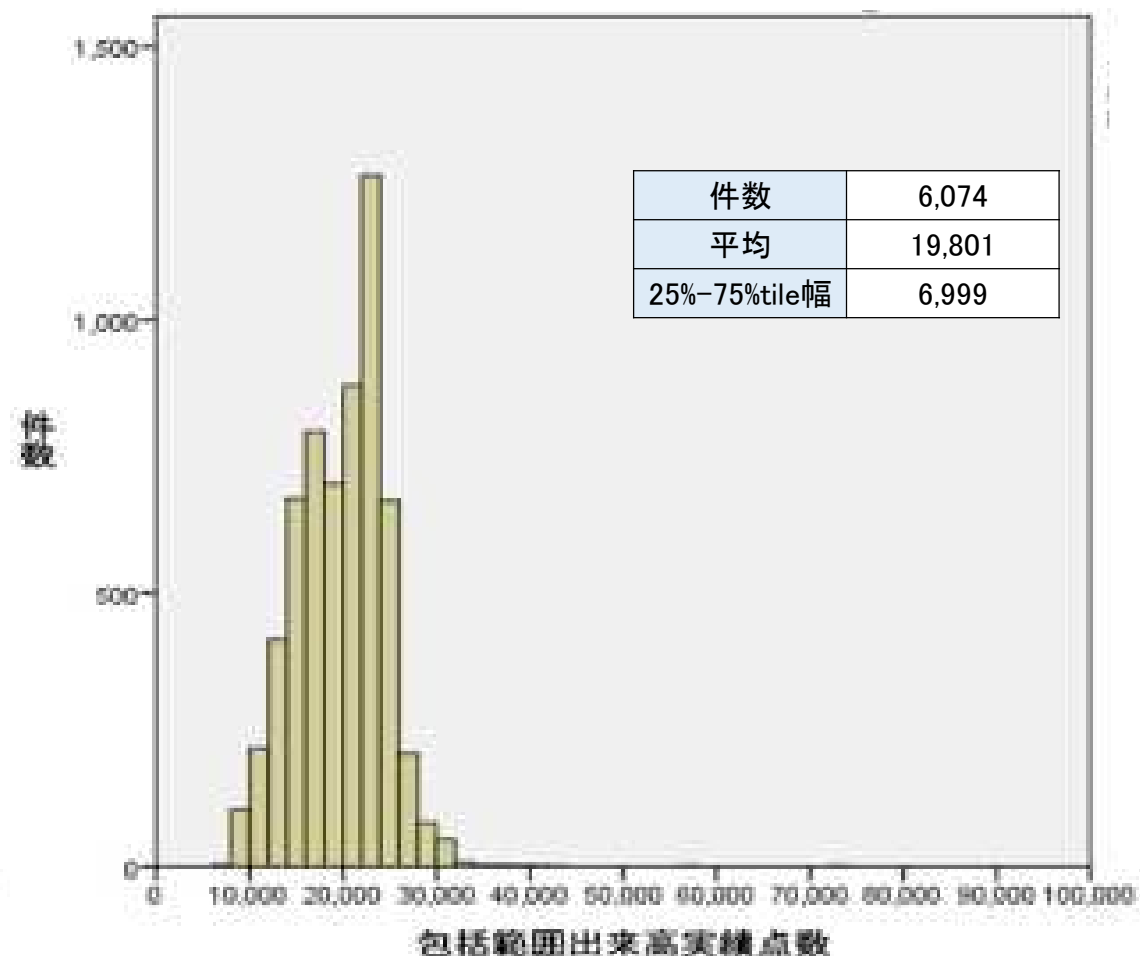
診調組 入-1
29.10.18

- 子宮内膜ポリープ切除術については、在院日数の平均が2.8日、標準偏差は1.0日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は19,801点、25%-75%tile幅は6,999点であった。

＜在院日数の分布＞



＜包括範囲出来高実績点数の分布＞



※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

※DPCデータより集計(平成28年4月~12月)

診断群分類(DPC)の選択

040100 喘息

手術・処置等2

なし

副傷病

なし

040100xxxxx00x

あり

040100xxxxx01x

あり

1

副傷病

手術・処置等2
1; 人工呼吸
2; オマリズマブ

なし

040100xxxxx10x

あり

040100xxxxx11x

2

040100xxxxx2xx

平成26年10月から平成27年9月までの12か月間のデータを用いて点数設定

①

「診断(Diagnosis)(医療資源を最も投入した傷病名)」

②

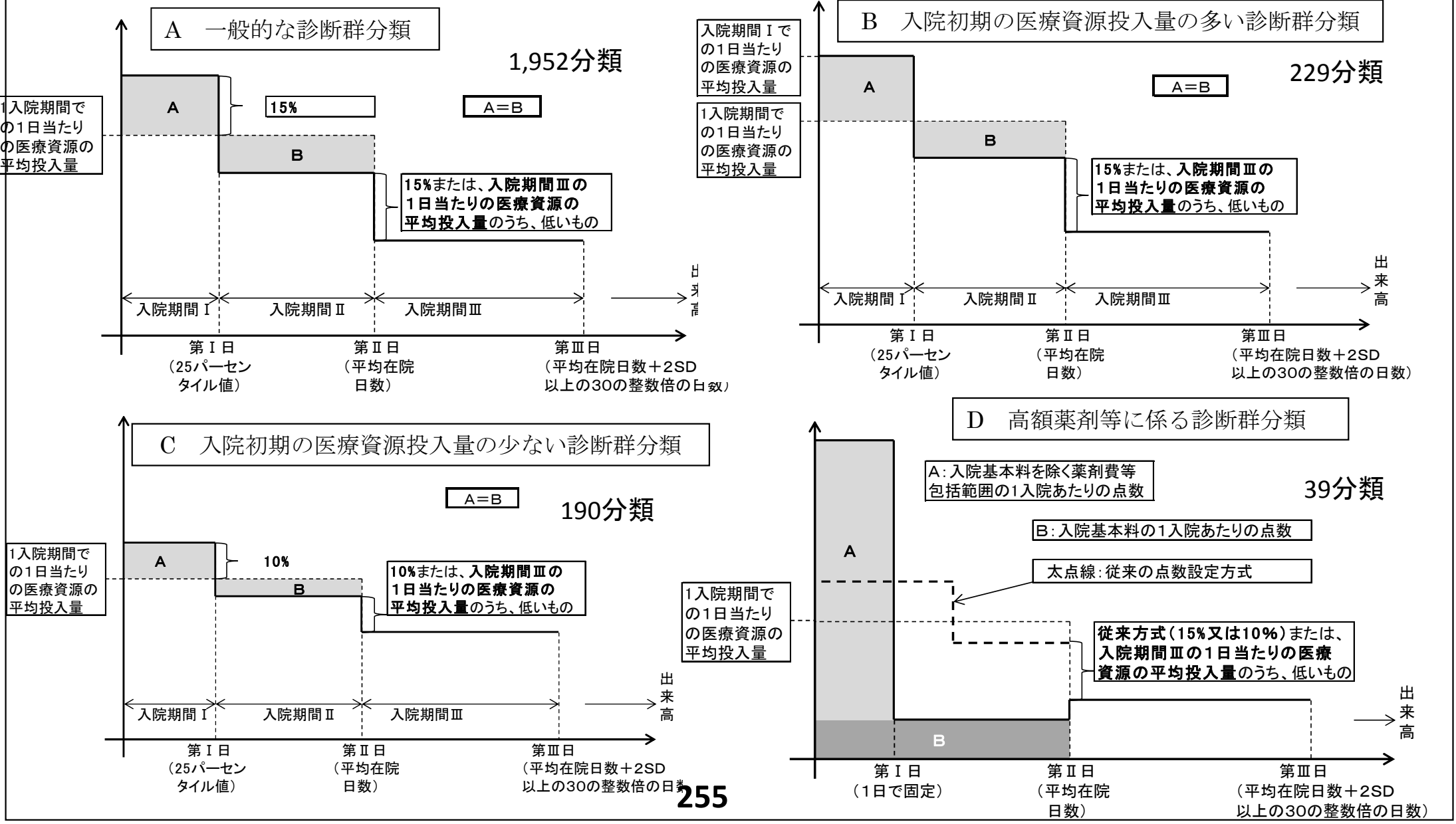
「診療行為(Procedure)(手術、処置等)等」

『喘息発作重積状態』の患者に『人工呼吸』を行い、『副傷病』がなかった場合

診断群分類番号	入院日(日)			点数(点)		
	I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
040100xxxxx00x	3	6	30	2,449	1,810	1,538
040100xxxxx01x	6	11	30	2,741	2,026	1,722
040100xxxxx10x	5	10	30	3,054	2,257	1,918
040100xxxxx11x	9	19	60	3,258	2,408	2,035
040100xxxxx2xx	3	12	60	4,570	2,804	2,384

算定ルールの見直し

点数設定方法の見直し



- 短期滞在手術等基本料 3 は特定の手術・検査に係る5日目までの入院について、入院する病棟の種別にかかわらず一定の報酬水準が設定されている。DPC/PDPSは診断、手術・処置、副傷病有無に応じて包括報酬が設定され、入院基本料部分の差分は別に算定する。
- 短期滞在手術等基本料 3 を算定する場合は、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外されるが、DPC/PDPSで算定される患者について、このような対応は行われぬ。

短期滞在手術基本料 3 とDPCの相違点

	短期滞在 3	D P C / P D P S
包括範囲	全ての診療行為 (一部の薬剤等は除く)	入院基本料、検査、注射など
報酬水準	5日目まで同一の包括点数 (+6日目以降は出来高点数)	1日毎の包括点数
分類の設定方法	特定の1つの手術・検査による分類	診断/手術・処置/副傷病によって分類
算定できる病棟	全ての病棟 (特別入院基本料、診療所は除く)	7:1、10:1入院基本料を算定する病棟
その他	平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外される	

医療機能に応じた入院医療の評価について

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

➤ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。

- 総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点
総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新)
 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

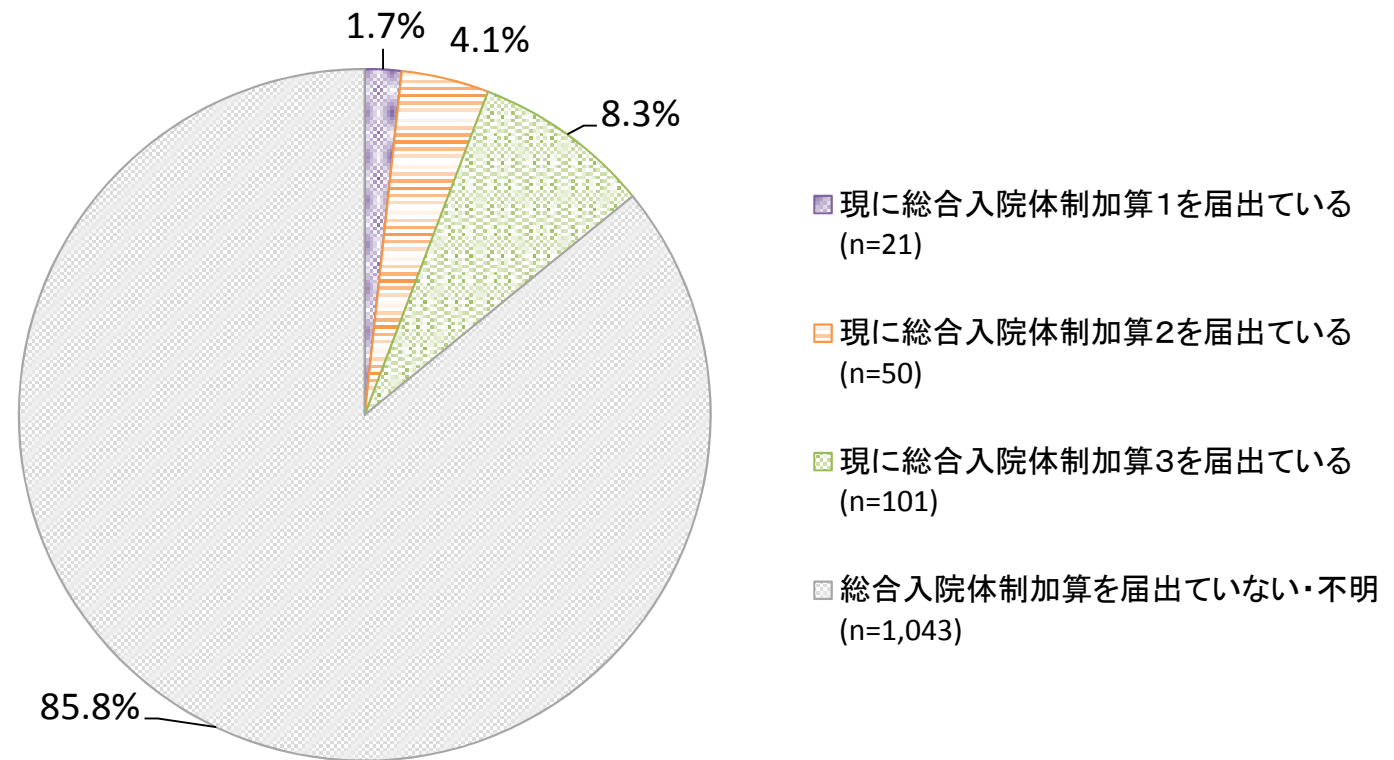
	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法: <u>1,000件/年以上</u> カ 分娩件数:100件/年以上		
	上記の全てを満たす	<u>上記のうち少なくとも4つ以上を満たす</u>	<u>上記のうち少なくとも2つ以上を満たす</u>
救急自動車等による搬送件数	—	<u>年間2,000件以上</u>	—
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ <u>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</u> ロ <u>精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</u>	以下のいずれかを満たす イ <u>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</u> ロ <u>精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</u>
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	<u>2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置</u>	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	<u>3割以上</u>	<u>3割以上</u>	<u>2割7分以上</u>

[経過措置]

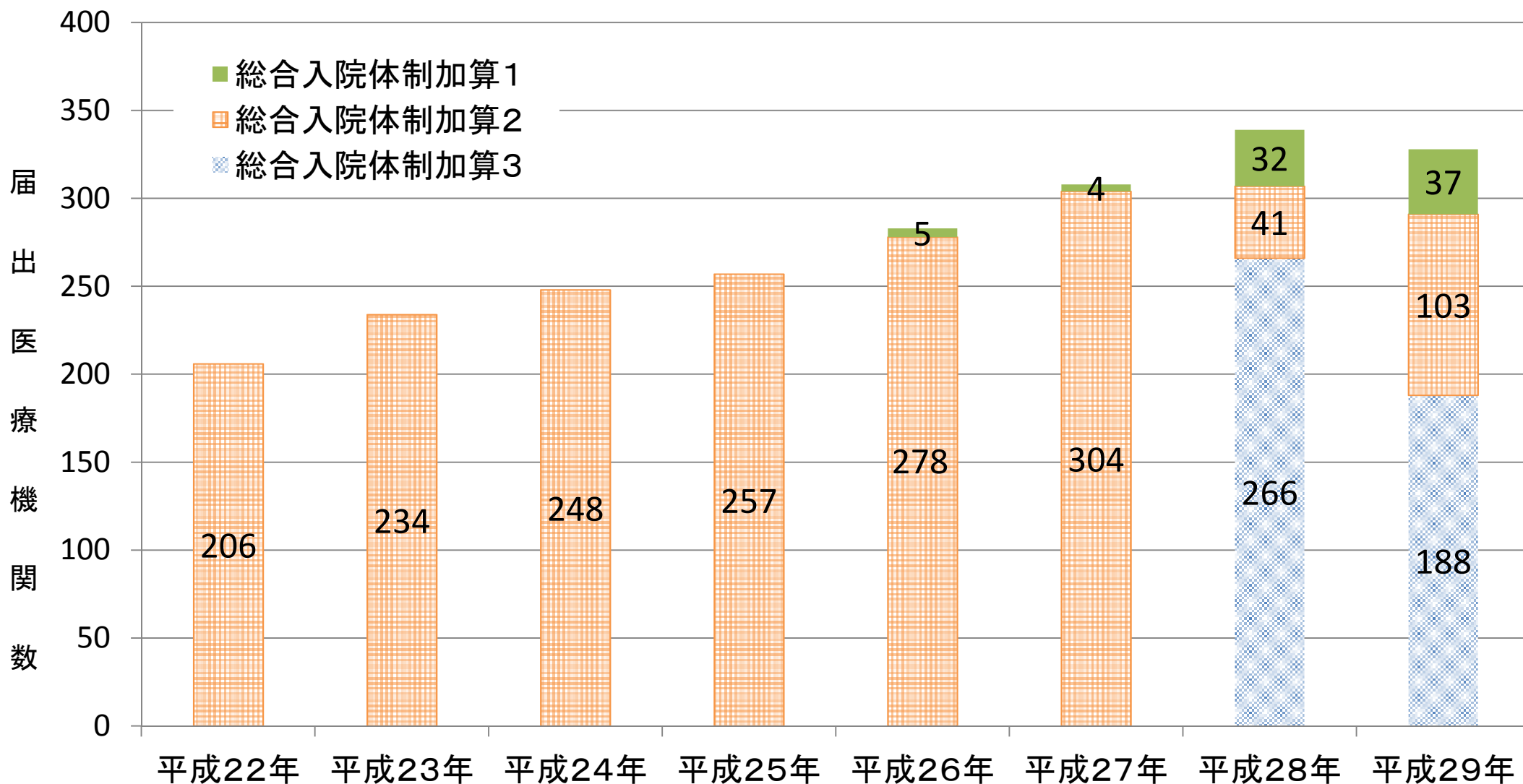
平成 28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。

○ 一般病棟7対1・10対1入院基本料に総合入院体制加算の届出状況を聞くと、加算1の届出医療機関は全体の1.7%、加算2は全体の4.1%、加算3は全体の8.3%を占めた。

＜調査対象医療機関における総合入院体制加算の届出状況＞
(n=1,215)



＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞

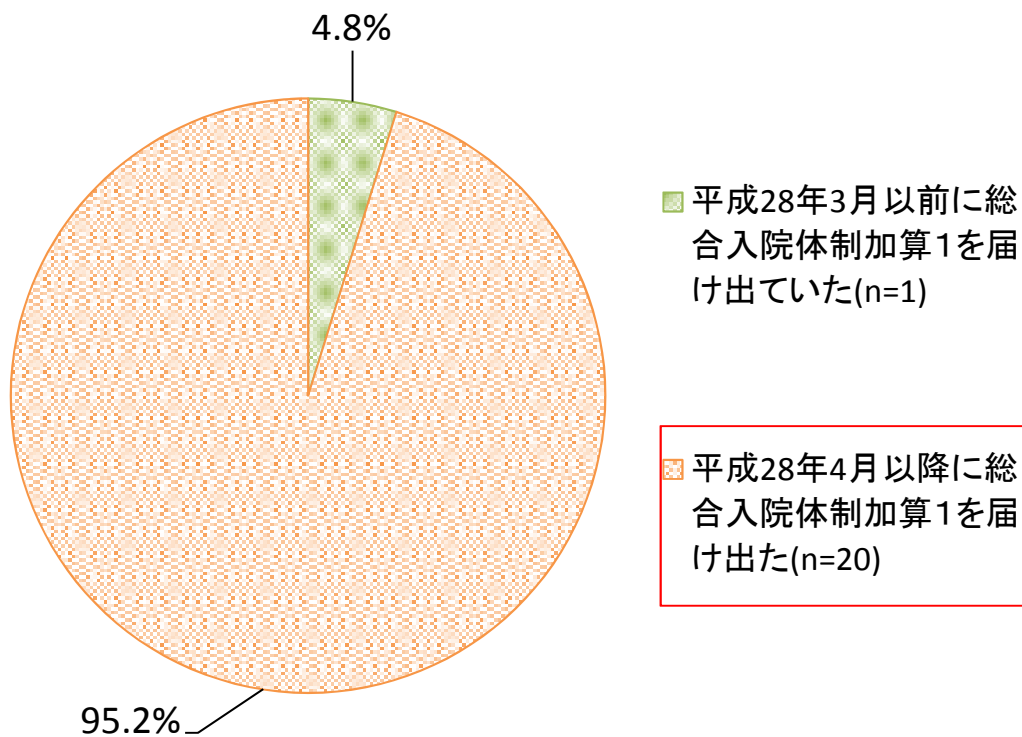


総合入院体制加算1を届出ている医療機関の状況（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

- 総合入院体制加算1を届出ている医療機関の大半は、平成28年4月以降に新たに届出た医療機関であった。
- また、新たに届出た医療機関の大半が、化学療法の要件の見直しにより届出が可能となった医療機関であった。

<総合入院体制加算1を届け出ている医療機関の状況>

(n=21)



<新たに総合入院体制加算1を届け出た理由>

(n=20)

	回答施設数
化学療法の要件が1,000件／年以上に緩和され、当該要件を満たすことが可能になったため	17
その他	2
未回答	1

(参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたと重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたと重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

(参考)小児医療・周産期医療・救急医療の充実(平成28年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

平成28年度改定前

救急医療管理加算1 800点
 救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者



平成28年度改定後

救急医療管理加算1 **900点**
 救急医療管理加算2 **300点** (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法**を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

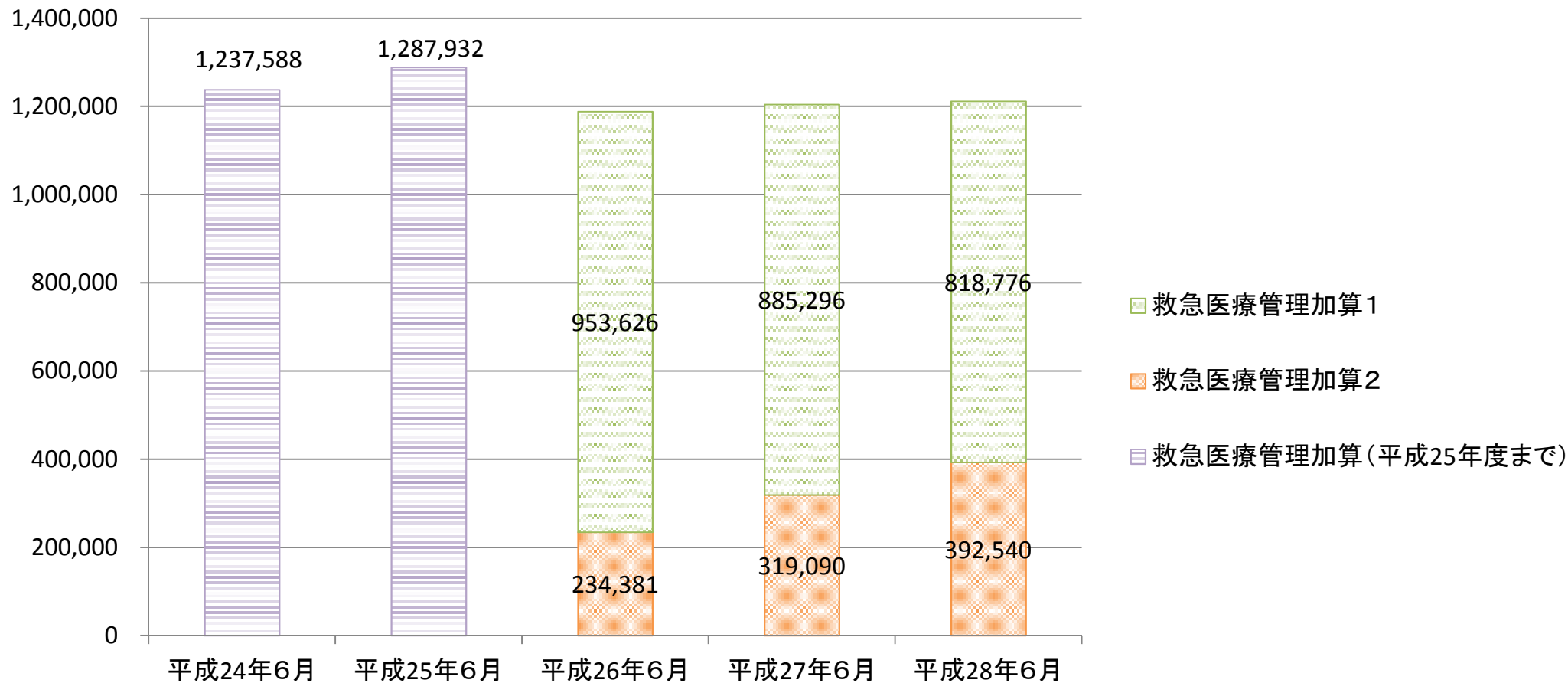
救急医療管理加算の算定回数の推移

診調組 入-2
29.10.5

- 救急医療管理加算の算定回数の推移をみると、加算の区分が2つに分けられた平成26年から、加算1の占める割合は減少傾向である。

＜救急医療管理加算の算定回数の推移＞

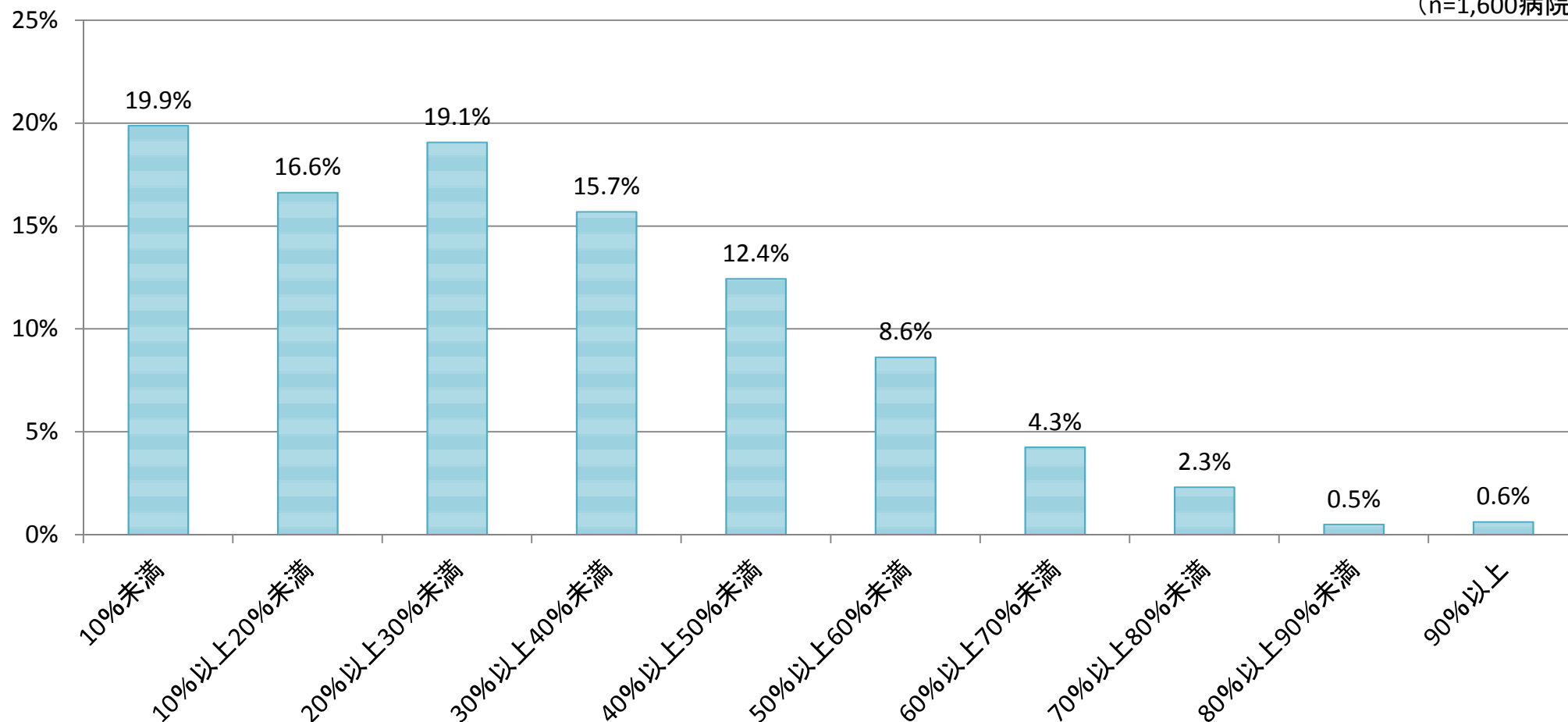
(算定回数)



○ 医療機関ごとに救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布をみると、加算2の算定患者割合は医療機関ごとに幅広い分布を示した。

＜医療機関ごとの救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布＞

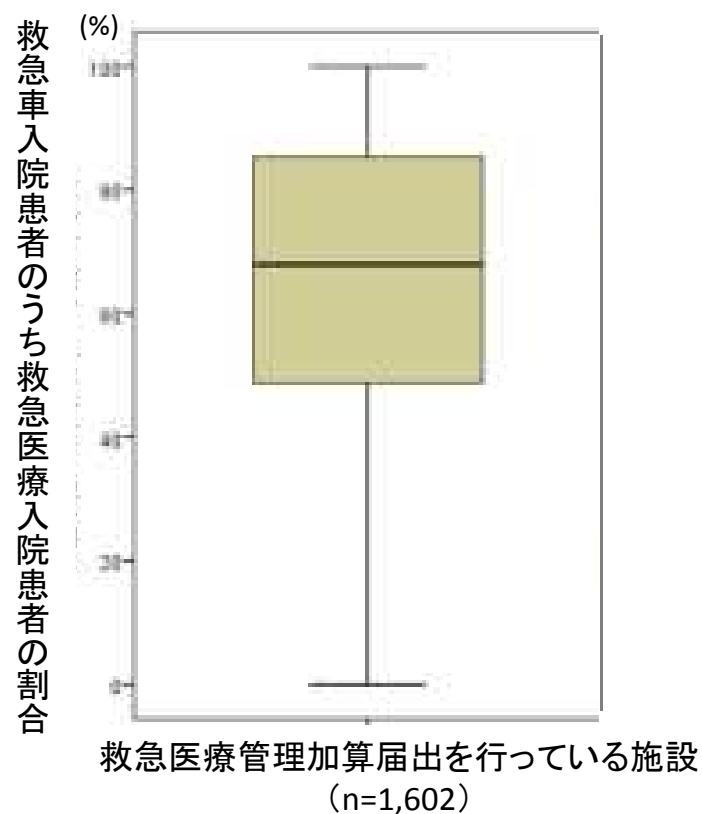
(n=1,600病院)



救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合

- 救急車入院患者のうち救急医療入院患者の占める割合の医療機関毎の分布を見ると、医療機関ごとに幅広い分布を示した。

＜救急車入院患者のうち救急医療入院患者※の占める割合の医療機関ごとの分布＞



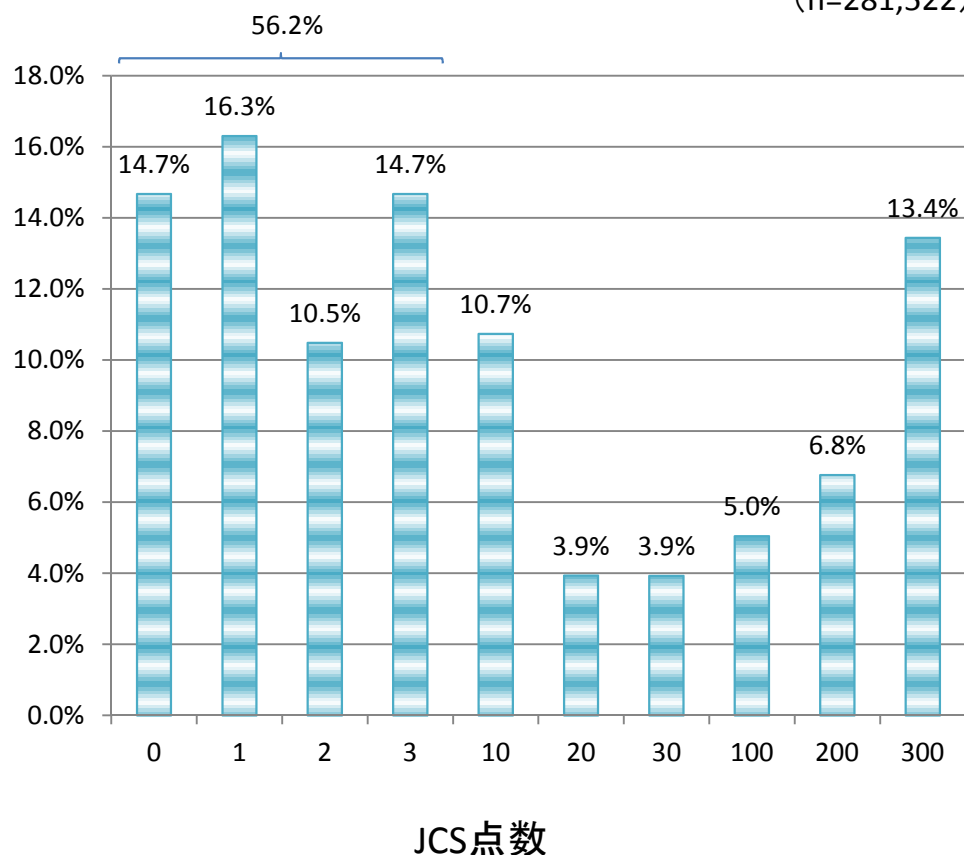
※救急医療入院患者:「救急医療入院」かつ「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」いずれかを入院初日から算定している患者

救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

診調組 入-1
29.11.2

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「イ 意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布をみると、JCS I 桁の患者が全体の半数以上を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「イ 意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布
(n=281,522)



(参考) JCS: Japan Coma Scale

I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

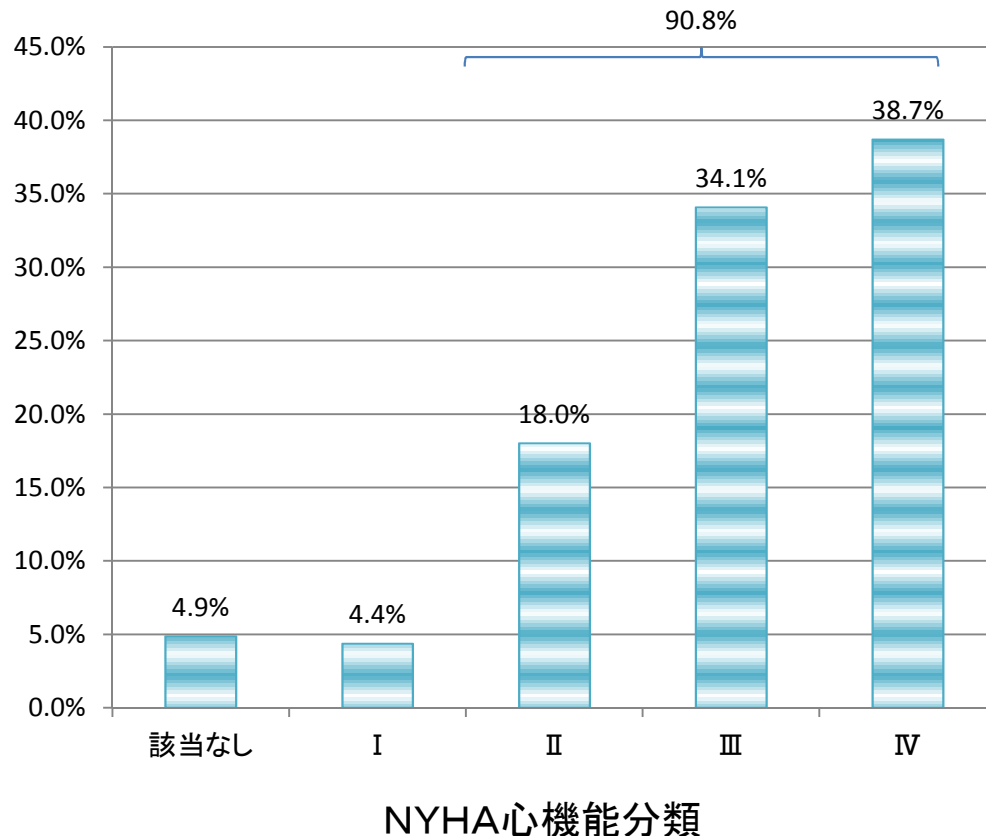
III. 刺激しても覚醒しない

- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

救急医療管理加算1算定患者に関する分析②

○ 救急医療管理加算1算定患者のうち「ウ呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で入院契機傷病名が心不全の患者のNYHA心機能分類の分布をみると、Ⅱ、Ⅲ及びⅣの患者が全体の約9割を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「ウ呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
入院契機傷病名が心不全の患者の
NYHA心機能分類の分布 (n=36,525)



(参考)NYHA心機能分類

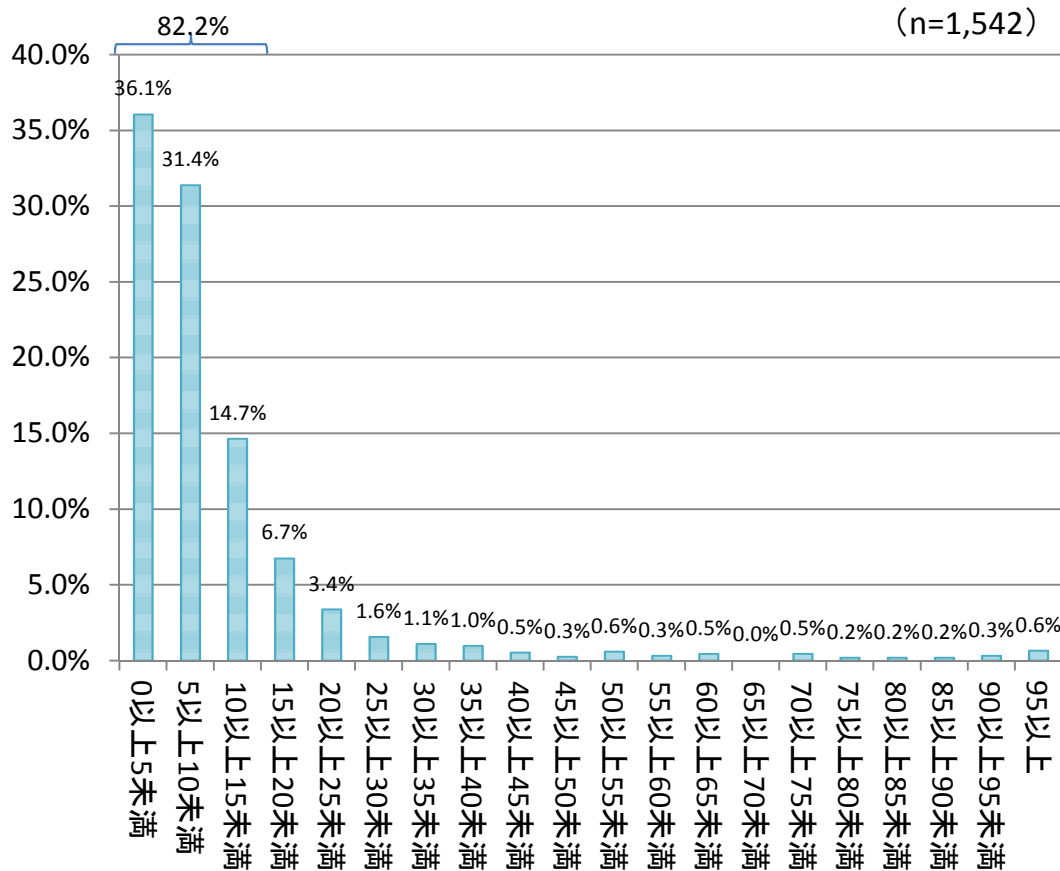
I	身体活動に制限のない心疾患患者(心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。)
II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。(心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。(心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
IV	身体活動を制限し安静にしても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。(心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。)

救急医療管理加算1算定患者に関する分析③

診調組 入-1
29.11.2

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「キ 広範囲熱傷」の患者のBurnIndex 5点刻みの点数ごとの患者分布をみると、15未満の患者が全体の約8割を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち「キ 広範囲熱傷」の患者の
BurnIndex 5点刻みの点数ごとの患者数分布



(参考) BURN INDEX

$$= \text{III度熱傷面積}(\%) + \text{II度熱傷面積}(\%) \times 1/2$$

I度熱傷	表皮の熱傷
II度熱傷	真皮まで達する熱傷
III度熱傷	全層熱傷

DPCデータ(様式1)における傷病名の考え方

<現行の様式1における診断情報>

項目名	内容
主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
医療資源を2番目に投入した傷病名	医療資源を2番目に投入した傷病名
入院時併存症名	入院時点で既に存在していた傷病名
入院後発症疾患名	入院中に発生した傷病名

慢性期の患者においては、急性期と比較して、例えば以下の特性があるのではないか。

- 1) 複数の傷病をもっている
- 2) 傷病の経過が長く、経過中に様々な症状・状態を伴う

→ 慢性期の傷病名を考えるにあたり、これらの視点を検討する必要があるのではないか。
ほかに検討すべき視点はあるか。

(平成29年3月医療課実施)

調査名

慢性期の病棟における入院患者調査、タイムスタディ調査及び施設調査

調査目的

本調査は慢性期入院医療の評価の検討に資するデータを収集・分析する目的として、慢性期病棟入院患者の医療提供状況、患者状態及びケアの内容等に関する調査を行うもの。加えて、慢性期病棟において看護職員等が提供するケアの内容にどのような差があるのかを明らかにするために、タイムスタディ調査を実施する。以上により中央社会保険医療協議会等における議論や次期診療報酬改定の検討に資するデータ分析を行うことを目的とする。

調査内容

以下の5つの調査項目を質問票によるアンケート(紙または電子媒体)及びレセプトデータにて調査
1. 施設特性調査 2. 患者特性調査 3. タイムスタディ調査 4. コスト調査 5. レセプト調査

対象施設

療養病棟入院基本料1または2の届け出を行っている病院及び当該病棟の入院患者

 本調査を用いて、慢性期の入院患者のデータ提出項目につき検討を行った

傷病名の分析①

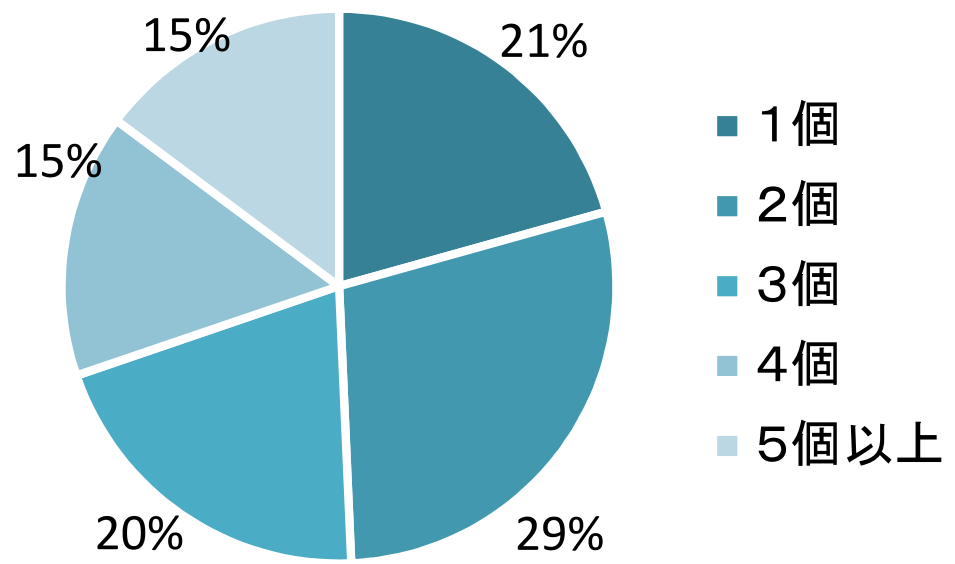
現在の状態に関係のある傷病の個数

○ 患者の現在の状態(医学的治療・看護・ADL等)に関係のある傷病を全て調べると、傷病が4個以下の患者が全体の8割以上を占めた。

	医療区分1 (n=112)	医療区分2 (n=494)	医療区分3 (n=400)	全体 (n=1006)
1個	18.8%	23.7%	17.5%	20.7%
2個	27.7%	28.5%	29.0%	28.6%
3個	21.4%	20.6%	20.0%	20.5%
4個	14.3%	14.0%	17.5%	15.4%
5個	10.7%	6.7%	7.3%	7.4%
6個	3.6%	2.2%	4.5%	3.3%
7個	3.6%	2.4%	1.5%	2.2%
8個	0.0%	0.8%	1.8%	1.1%
9個	0.0%	0.4%	0.8%	0.5%
10個	0.0%	0.4%	0.0%	0.2%
11個	0.0%	0.2%	0.3%	0.2%

該当する傷病の数

該当する傷病の数(全体)



傷病名の分析②

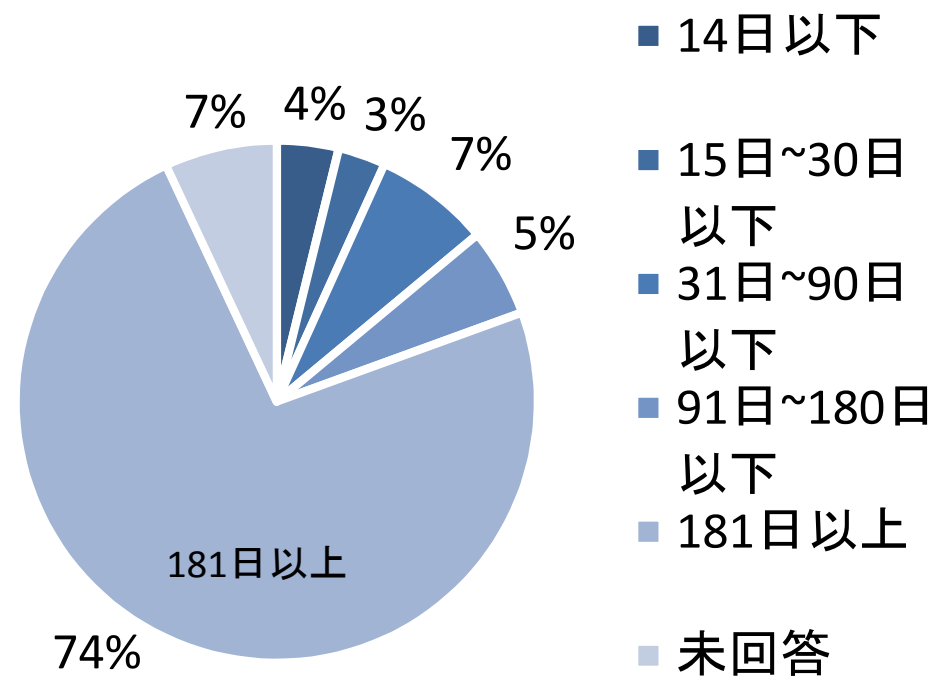
最も医療資源を投入した傷病の発症後経過日数

○ 調査基準日より1ヶ月以内に最も医療資源を投入した傷病について、発症後の経過日数をみると、181日以上の方が全体の約7割を占めた。

最も医療資源を投入した傷病の発症後経過日数

	医療区分1 (n=114)	医療区分2 (n=501)	医療区分3 (n=403)	全体 (n=1018)
14日以下	4.4%	4.2%	3.2%	3.8%
15日~30日以下	4.4%	2.4%	3.2%	2.9%
31日~90日以下	16.7%	6.0%	6.0%	7.2%
91日~180日以下	7.0%	3.4%	7.7%	5.5%
181日以上	63.2%	76.0%	73.4%	73.6%
未回答	4.4%	8.0%	6.5%	7.0%

傷病発症後経過日数(全体)



慢性期における様式1の傷病名の考え方(案)

医療課調査によると、慢性期の入院患者においては、

- 現在の状態に関係する傷病数は、患者の約8割において、4個以下である
- 調査日から1ヶ月以内に最も医療資源を投入した傷病は、患者の約7割において、発症後181日以上経過した傷病である

という傾向があった。



これらを踏まえ、

- 慢性期の入院患者における様式1の傷病名について、現行の様式1の傷病名と同じ定義で入力することにつき、どのように考えるか。
- 慢性期では傷病の経過が長く、主傷病に限らず様々な要因で、ケア時間や費用に影響する症状・状態の変化がありうる、との視点で、検討してはどうか。