

入院医療(その6) —療養病棟、有床診療所等—

平成29年11月17日

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC 1,664施設 483,747床^{※2}(▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院

84施設
58,343床^{※1}
(▲500床)
※1 一般病床に限る

専門病院

22施設
7,283床
(▲106床)

一類感染症

28施設 93床(▲2床)

救命救急

387施設 6,498床(+206床)

新生児特定集中治療室

230施設 1,615床(+45床)

特定集中治療室

655施設 5,528床(▲91床)

新生児治療回復室

195施設 2,733床(+112床)

小児特定集中治療室

7施設 84床(+36床)

総合周産期特定集中治療室

121施設 母児・胎児 749床(+7床)
新生児 1,525床(+38床)

脳卒中ハイケアユニット

138施設 1,004床(+85床)

ハイケアユニット

管理料1 422施設 4,122床
管理料2 55施設 521床
合計 477施設 4,643床(+279床)

一般病棟入院基本料

631,389床(▲15,899床)
※ 特別入院基本料を含む

小児入院医療管理料

入院料1 68施設 4,932床 (▲16床)	入院料2 191施設 6,776床 (+3,546床)
----------------------------------	--------------------------------------

入院料3 109施設 2,627床 (▲610床)	入院料4 373施設 8,221床 (▲115床)
------------------------------------	------------------------------------

入院料5
131施設
—

緩和
ケア
病棟
374施設
7,539床
(+509床)

障害者施設等

862施設
66,800床(▲170床)

特殊疾患

入院料1 111施設 5,876床 (▲105床)	入院料2 91施設 6,562床 (+159床)	管理料 31施設 494床 (▲143床)
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

療養病棟入院基本料

221,514床(▲184床)

回復期リハビリテーション

入院料1 602施設 38,710床 (+5,166床)	入院料2 707施設 34,296床 (▲1,622床)	入院料3 148施設 6,024床 (+53床)	計 1,457施設 79,030床 (+3,597床)
---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

地域包括ケア病棟 (入院医療管理料)

入院料1 1,486施設 42,829床	入院料2 108施設 2,712床	計 1,594施設 45,541床
----------------------------	-------------------------	-------------------------

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成28年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所一般 5,667施設 75,459床(▲2,755床)

有床診療所療養 701施設 6,402床(▲448床)

精神病棟 1,310施設 160,120床(▲3,775床)

精神科急性期治療病棟

入院料1	337施設	15,936床(+332床)
入院料2	14施設	690床(+550床)

精神科救急・合併症
9施設 322床(▲60床)

児童・思春期精神
34施設 1180床(+78床)

精神療養
830施設 94,282床(+406床)

認知症治療病棟入院料

入院料1	497施設	34,458床(;667床)
入院料2	11施設	936床(▲230床)

精神科救急
134施設 8,012床(+853床)

結核病棟 193施設 4,767床(+57床)

入院医療(その6)

1. 療養病棟入院基本料

2. 有床診療所入院基本料

3. 障害者施設等入院基本料等

4. 入院時食事療養費等

1-1) 療養病棟入院基本料2の取扱いについて

【課題】

- ・ 療養2の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、検討が必要。
- ・ 療養1の届出病床数・算定回数は増加傾向にある一方、療養2は減少傾向にある。
- ・ 療養2における医療区分2・3該当患者割合は平均6割であるが、病棟ごとにばらつきがあり、療養1の基準を満たす病棟もある。
- ・ 療養2の施設基準のうち、看護配置25対1と医療区分2・3該当患者割合のどちらか一方又は両方を満たさず、所定点数の100分の95を算定する病棟の割合は、平成28年度の約3割から、平成29年度に約1割まで減少した。100分の95を算定する理由をみると、ほとんど全ての病棟が、医療区分2・3該当患者割合を満たせないためであった。

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院基本料 1 (療養1)	療養病棟入院基本料 2 (療養2)
入院料	医療区分 1 814点～967点 医療区分 2 1,230～1,412点 医療区分 3 1,468～1,810点	医療区分1 750点～902点 医療区分2 1,165点～1,347点 医療区分3 1,403点～1,745点
看護職員※	20 : 1 (医療法で 4 : 1 相当)	25 : 1
看護補助者※	20 : 1 (医療法で 4 : 1 相当)	25 : 1
その他	・医療区分2と3の患者の合計が <u>8割以上</u> ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価	・医療区分2と3の患者の合計が <u>5割以上</u> ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価

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

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

療養病床の現状と課題について

第55回社会保障審議会医療部
会(平成29年11月10日)資料5

○療養病床は、患者の適切な処遇を図る観点から、平成13年の医療法改正により、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」として位置付けられ、これまで長期入院患者に対するサービスにおいて一定の役割を果たしてきた。

○病床数については、医療療養病床は年々増加しているが、療養病床の再編成(老健施設等への転換促進と介護療養病床廃止)の影響で、介護療養病床は、当初からの10年間で約62千床減少した。

○現行の介護療養病床及び医療療養病床(25対1)の利用者の平均年齢は80歳以上であり、介護療養病床については約9割の、医療療養病床(25対1)においては3割以上の利用者が要介護度4以上である。また、介護療養病床については平均在院日数が長く、死亡退院が最も多い。医療療養病床(25対1)においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。

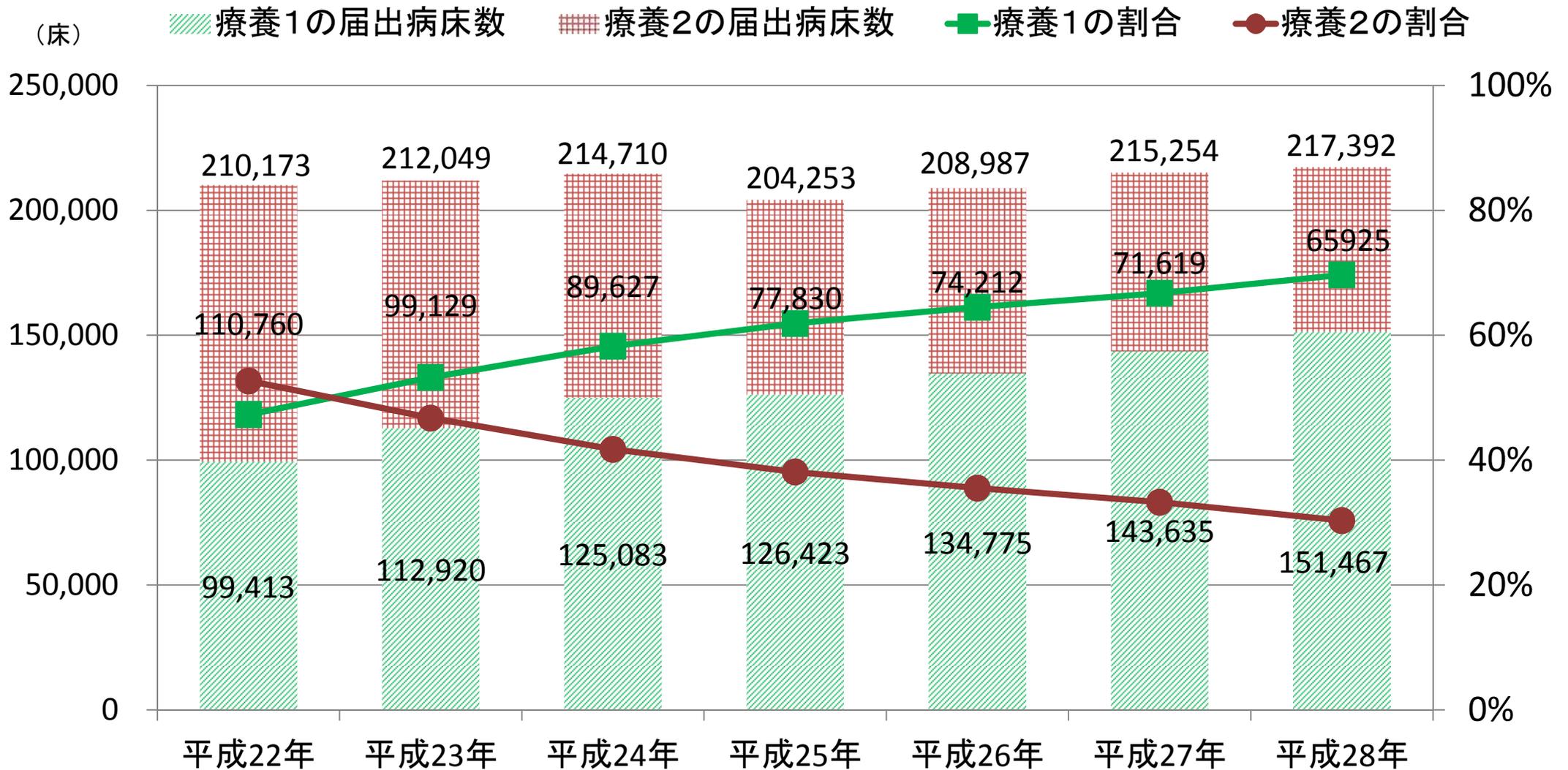
○先の通常国会において成立した地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正法により、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設として、介護医療院が創設された。(併せて、介護療養病床の転換期限も6年間延長(平成35年度末まで))

- 
- 介護療養病床及び医療療養病床(医療法施行規則に基づく人員配置標準の特例の対象となっているもの)については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から、入院医療の必要性に応じて、介護施設・在宅医療等における対応への移行を促進していくことが重要である。
 - この移行に向けての期間は、介護療養病床が設置期限を迎える6年後(平成35年度(2023年度)末)を一つの基準としつつ、介護保険事業計画期間や地域医療構想の着実な実施という観点も踏まえ、医療法施行規則に基づく人員配置標準の特例の経過措置(6対1)の取扱い等を検討する必要がある。

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

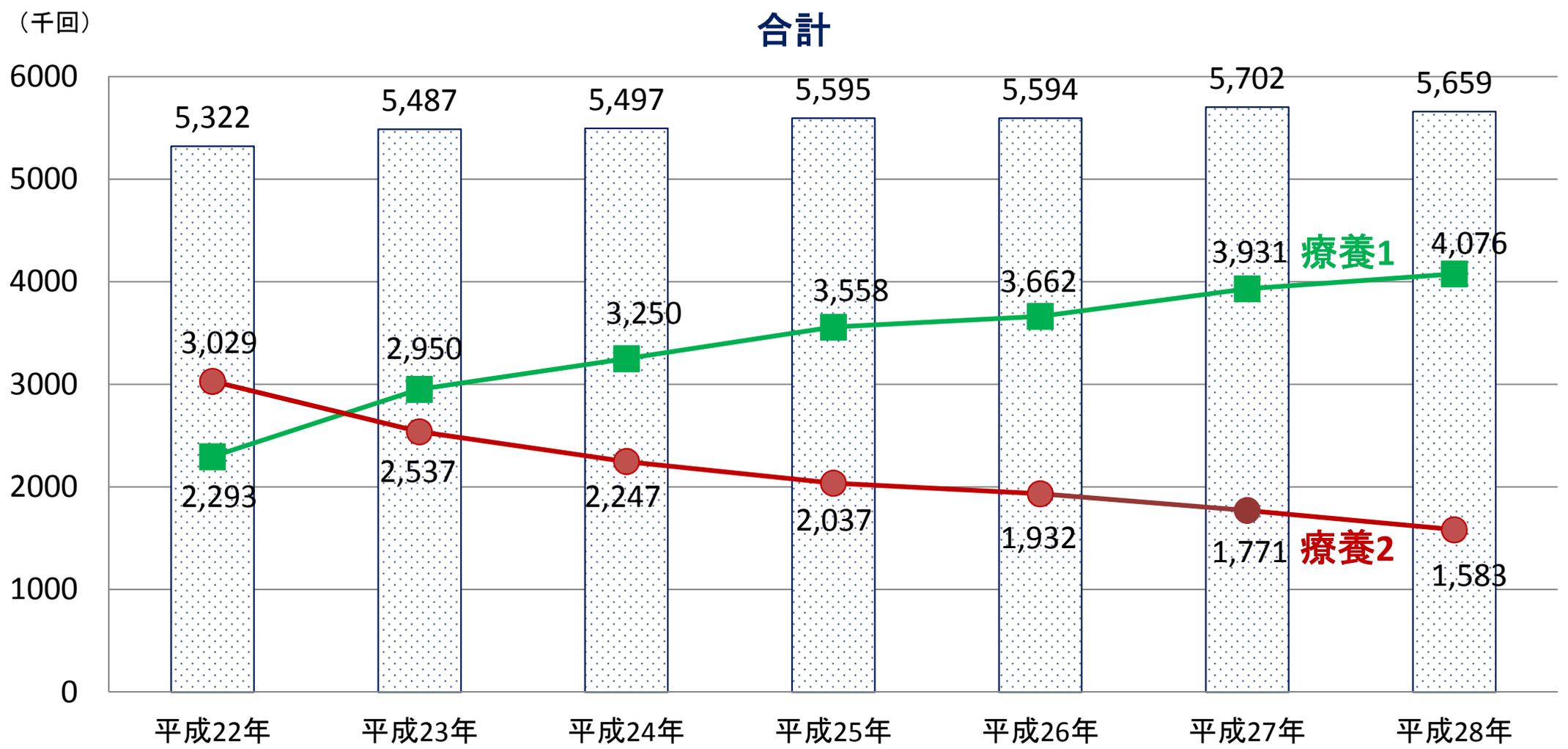
中医協 総-5
29.1.25(改)

- 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2の病床数は減少傾向にある。



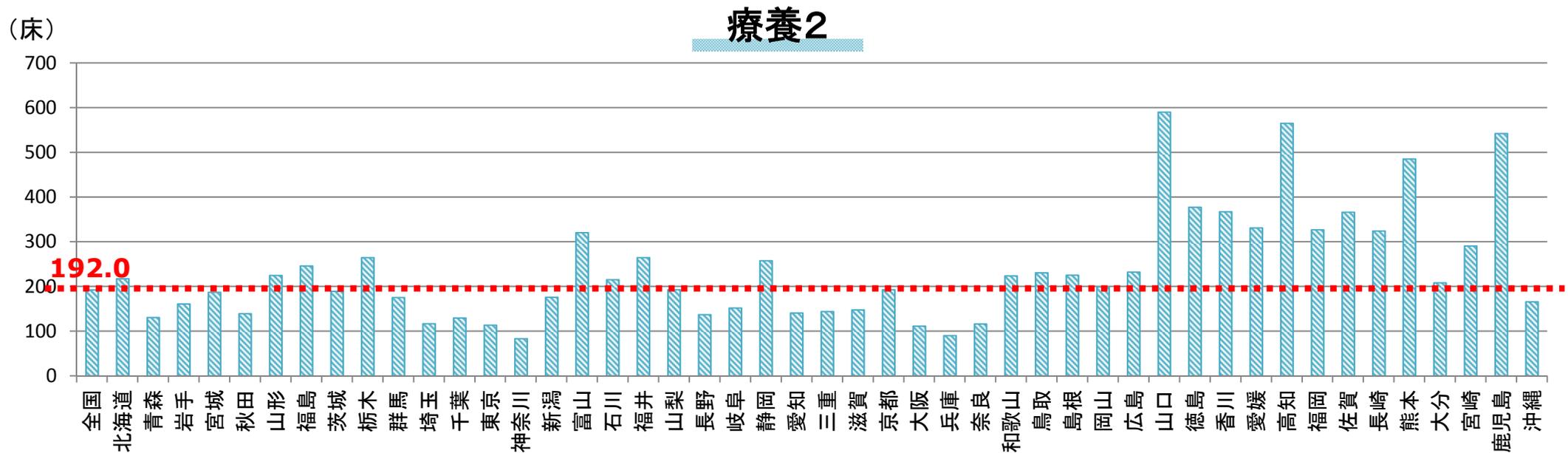
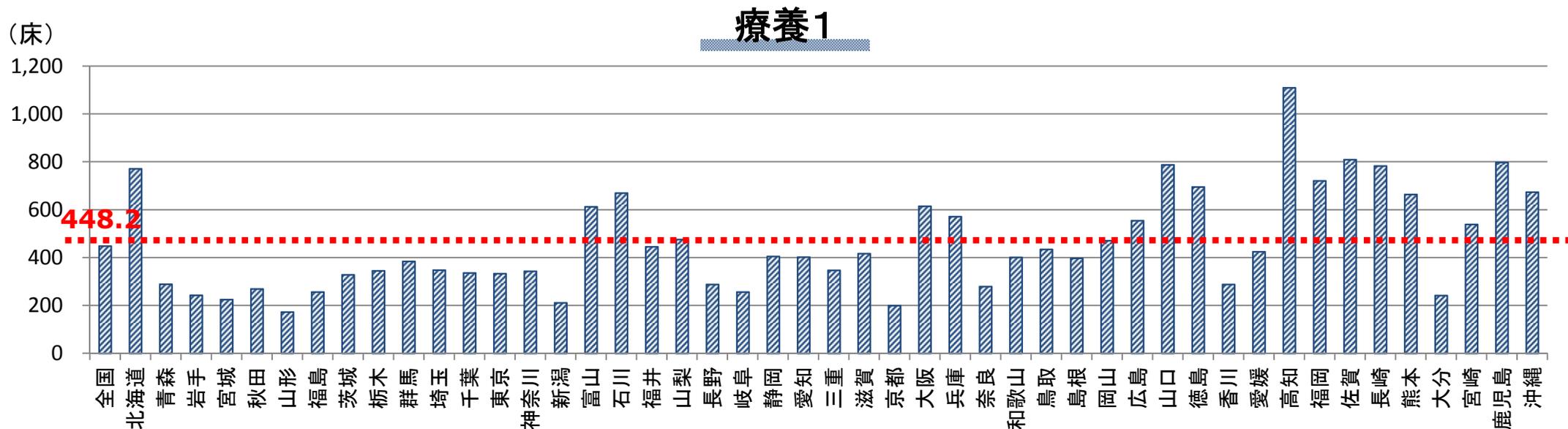
療養病棟入院基本料の算定回数

○ 療養病棟入院基本料全体の算定回数は概ね横ばいから微増傾向にあり、療養1の算定回数は増加傾向、療養2の算定回数は減少傾向にある。

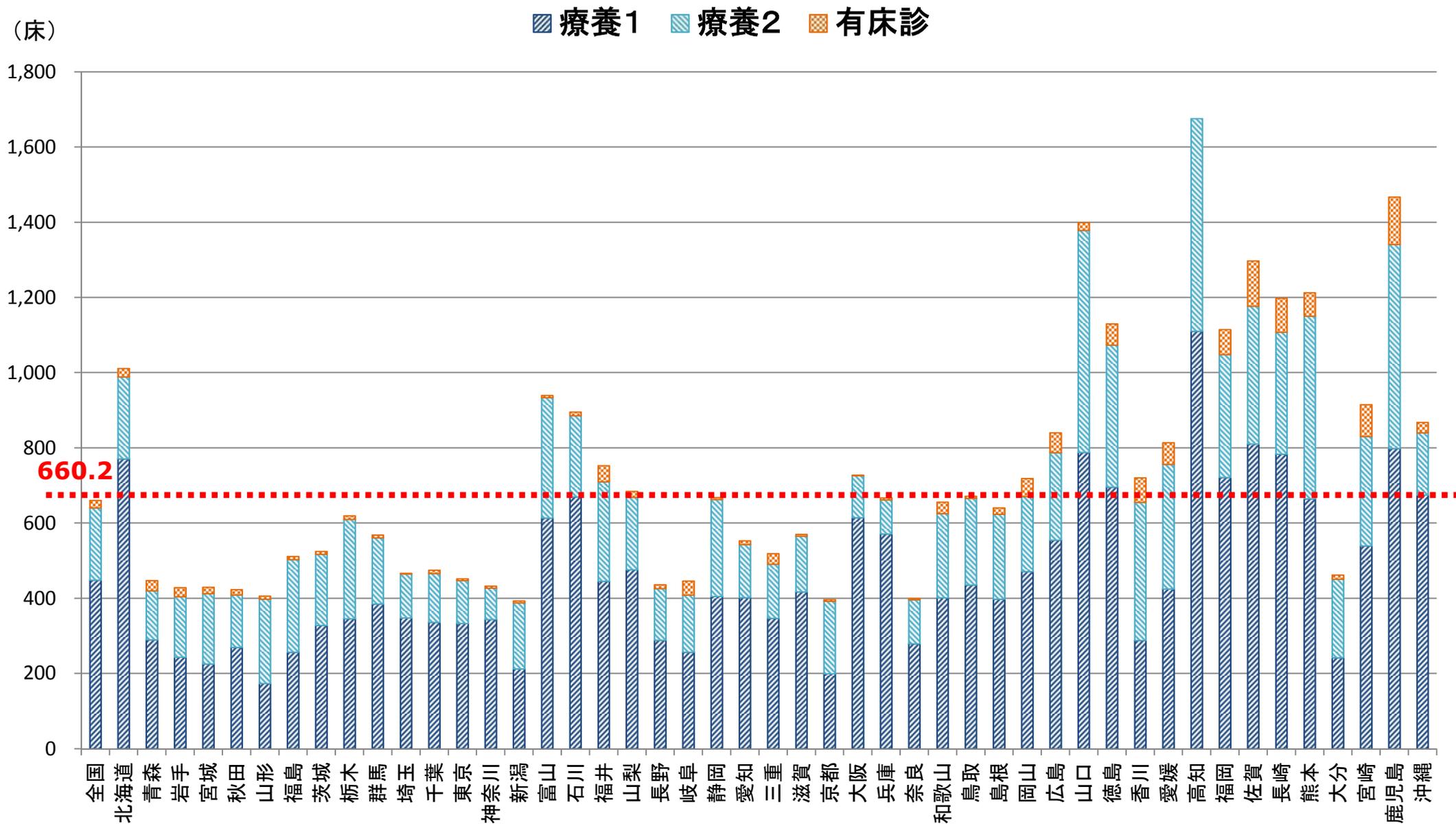


出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

都道府県別、療養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)

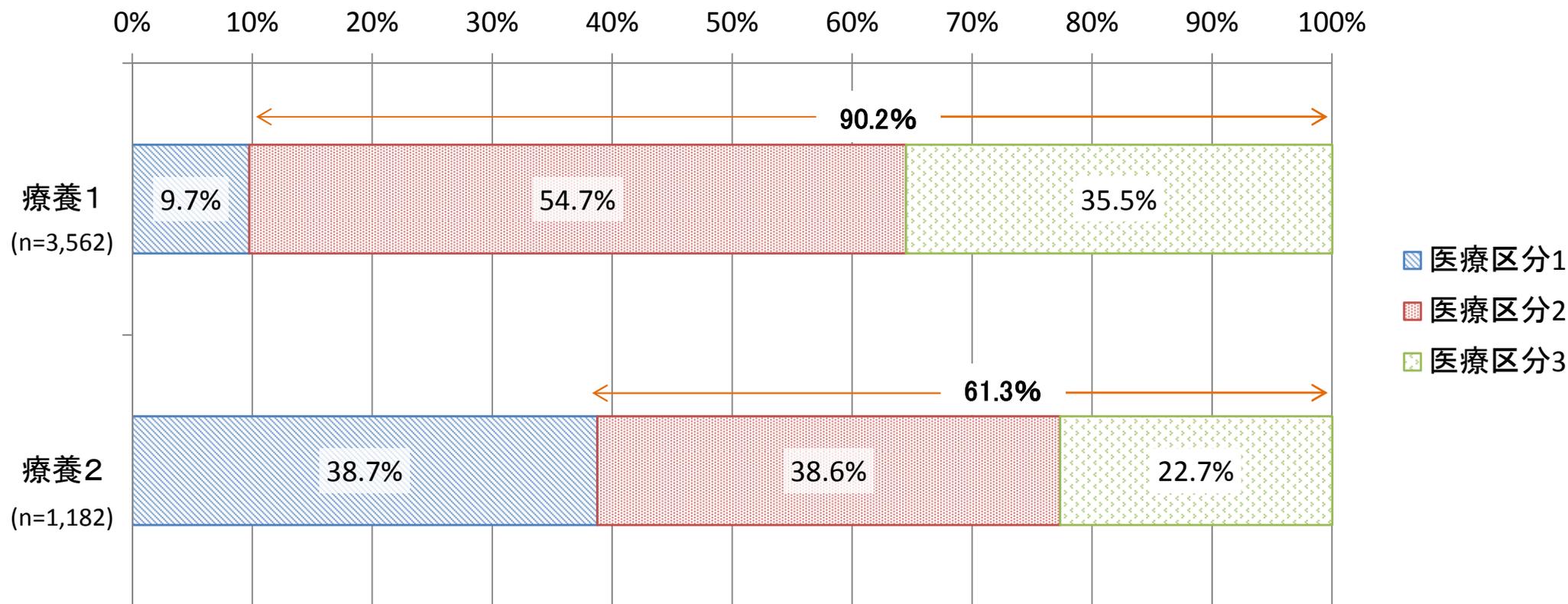


都道府県別、療養病棟入院基本料届出病床数②(65歳以上人口10万人あたり)



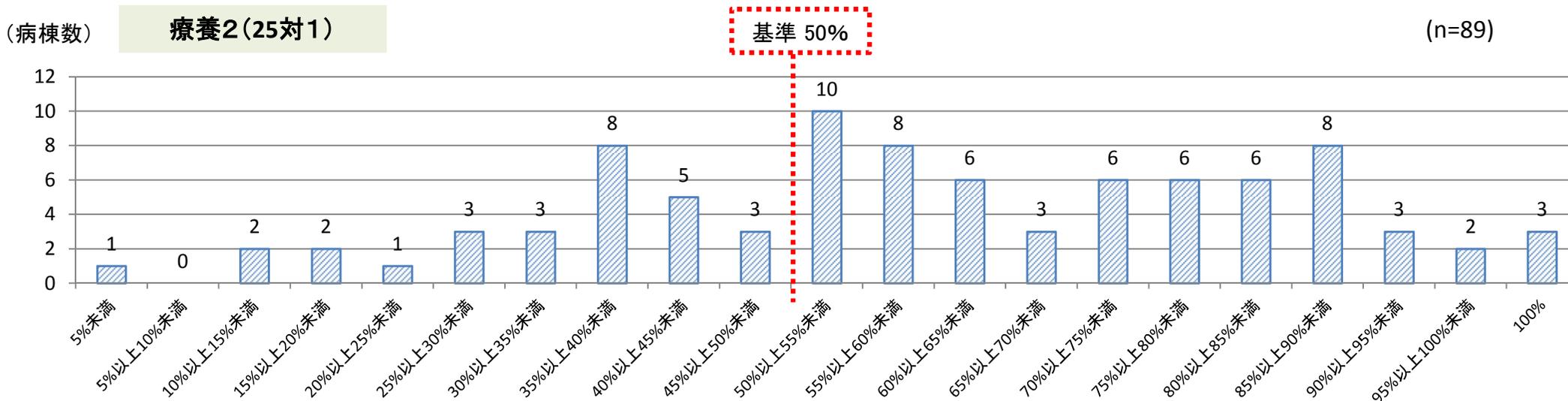
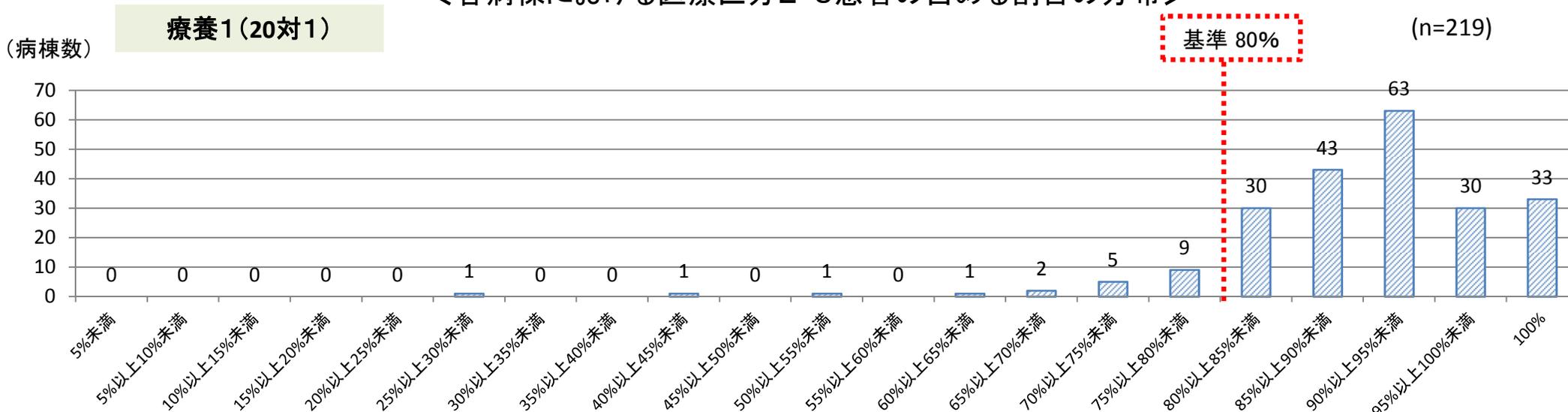
- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

療養病棟入院患者の医療区分の割合



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

<各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布>



療養病棟入院基本料2の施設基準を一部満たさない医療機関

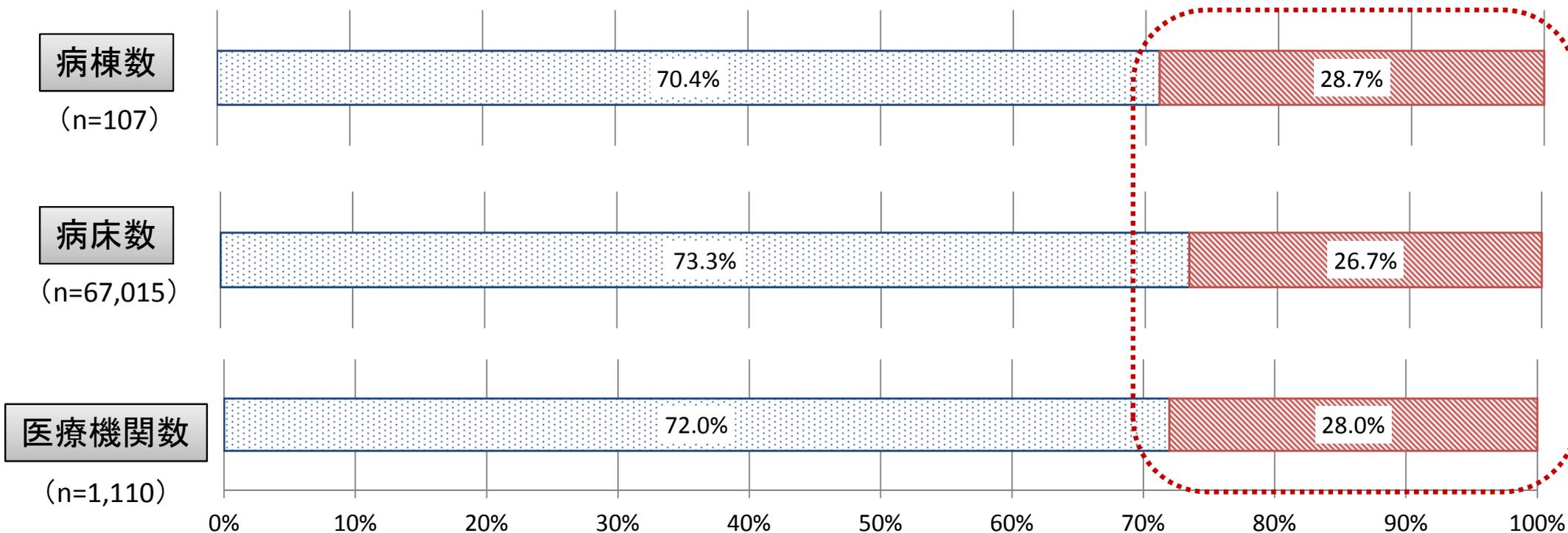
中医協 総-4
29.4.26(改)

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

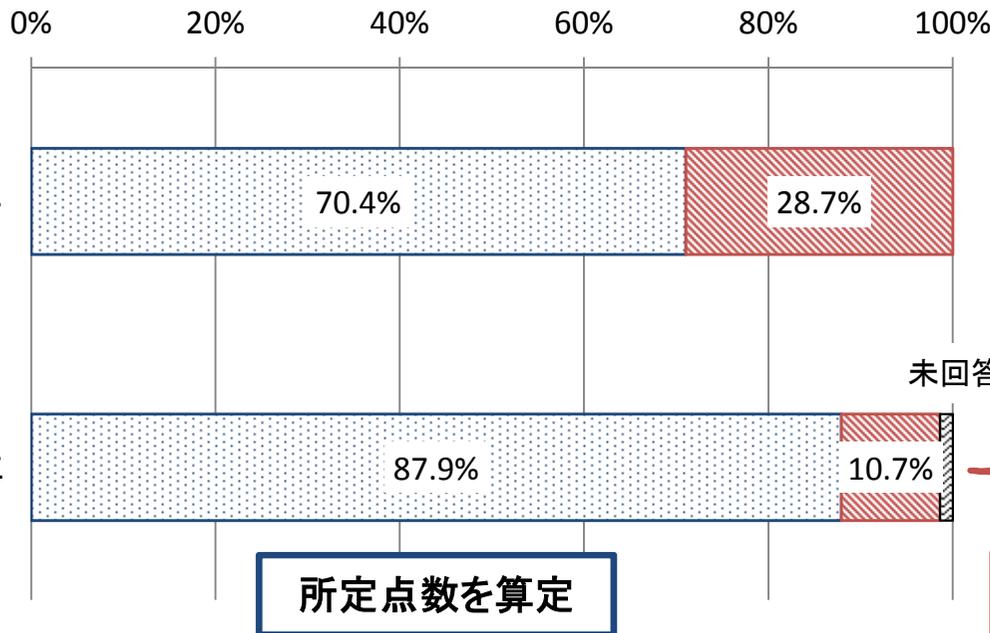
■ 医療区分2・3の患者の割合又は看護職員の配置基準(25:1)のみを満たさず、所定点数の100分の95の点数で算定を行っている



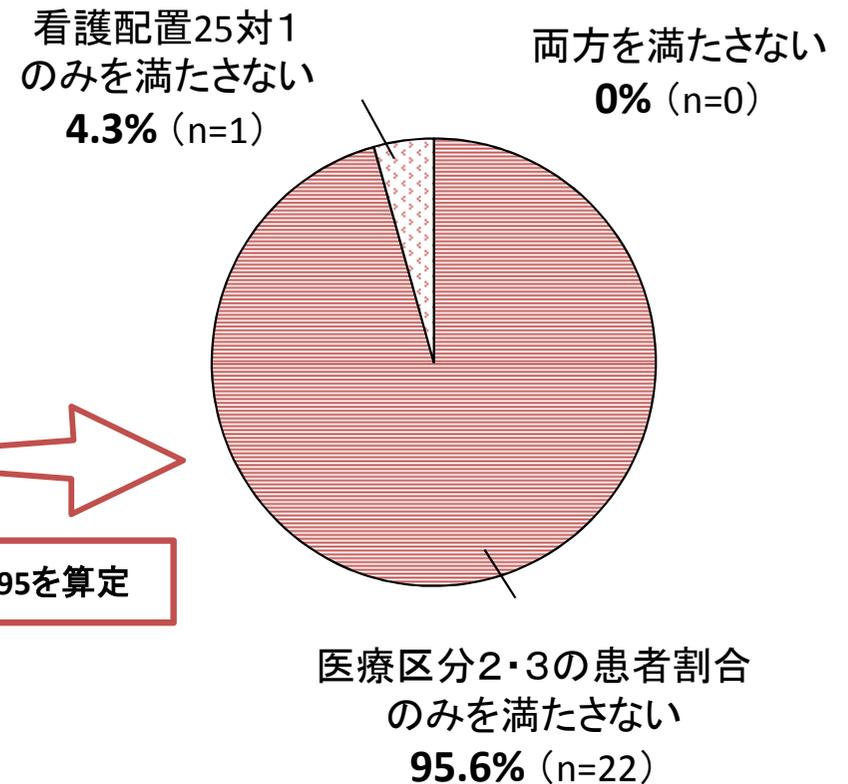
療養病棟入院基本料2の算定の内訳

- 療養病棟入院基本料2の届出病棟のうち、所定点数の100分の95を算定する病棟は、平成29年度調査では回答病棟全体の約10%であり、平成28年度調査より割合が減少した。
- 100分の95を算定する理由の内訳をみると、1病棟を除き、「医療区分2・3該当患者割合のみを満たさないため」であった。

療養病棟入院基本料2の算定の内訳

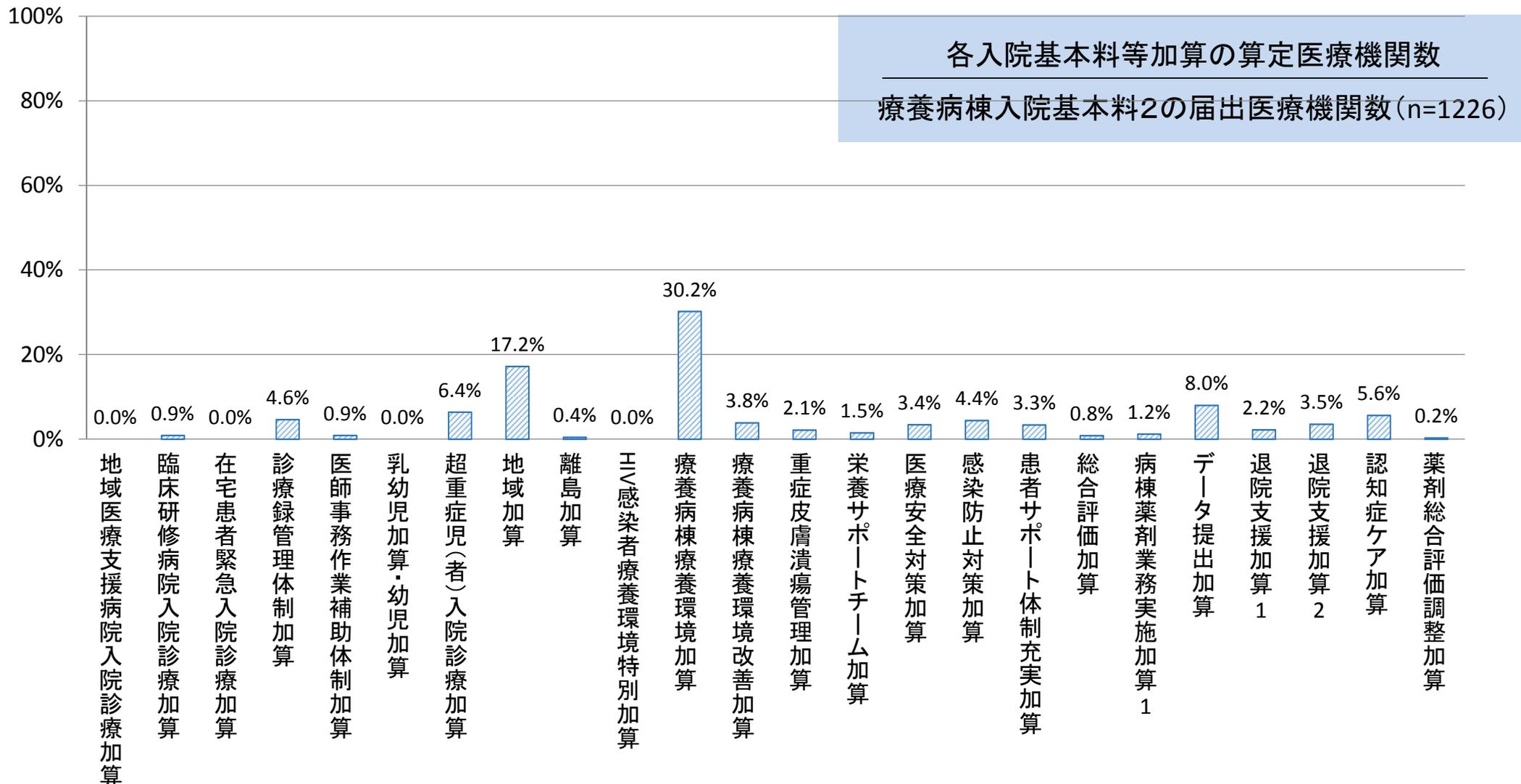


100分の95を算定する理由 (n=23)



療養病棟入院基本料2における 入院基本料等加算の算定状況

○ 療養病棟入院基本料2の届出医療機関における、各入院基本料等加算の算定割合をみると、療養病棟療養環境加算や地域加算を算定する医療機関の割合が比較的多かった。



1-2) 療養病棟における自宅等からの患者の受け入れについて

【課題】

- ・ 療養病棟に自宅等から入院する患者と、7対1・10対1病棟から入院する患者についてみると、自宅等から入院する患者の方が、治療のために入院する患者の割合が多かった。自宅等から入院する患者について、緊急入院と予定入院を比較すると、緊急入院の患者の方が、治療のためとする患者の割合が多く、医療的な状態が安定している患者の割合が少なかった。
- ・ 7対1・10対1病棟から入院する患者について、入棟元を自院と他院とに分けて比較すると、自院より他院からきた患者の方が、入棟期間が長い傾向にあり、退院へ向けた目標・課題等が看取り(死亡退院)である患者の割合が多かった。
- ・ 自宅等から緊急で入院した患者のうち、自宅等へ退院する患者は約7割あり、そのうち約8割が退院後に外来診療又は訪問診療を受けていた。一方、死亡退院する割合は、約1割であった。

療養病棟入院基本料の加算について

診調組 入-1
29.8.4

褥瘡評価実施加算	ADL区分3（23点以上）の患者につき算定。 褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認し、診療録に添付すること。	15点（1日につき）
重症児（者）受入連携加算	当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において退院支援加算3を算定したものである場合に算定。	2000点 （入院初日限り）
救急・在宅等支援療養病床初期加算	当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る）の一般病棟から転院した患者について算定。	療養病棟入院基本料1 →300点（1日につき） それ以外の病棟 →150点（1日につき） ※転院、入院又は転棟した日から起算して14日まで
慢性維持透析管理加算	当該病棟（療養病棟入院基本料1算定病棟に限る）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法又は腹膜灌流を行っている患者について算定。	100点（1日につき）
在宅復帰機能強化加算	療養病棟入院基本料1を算定している病棟のうち、下記施設基準を満たす病棟に入院している患者につき算定。 ① 当該病棟から退院した患者（自院の他病棟から転棟した患者については当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上。なお在宅に退院した患者とは、自院の他病棟へ転棟した患者、他院へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、在宅生活が1月以上（医療区分3は14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者のこと。 ② 自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数（自院の他病棟から転棟して1月以内に退院した者を除く）を当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の10以上。	10点（1日につき）

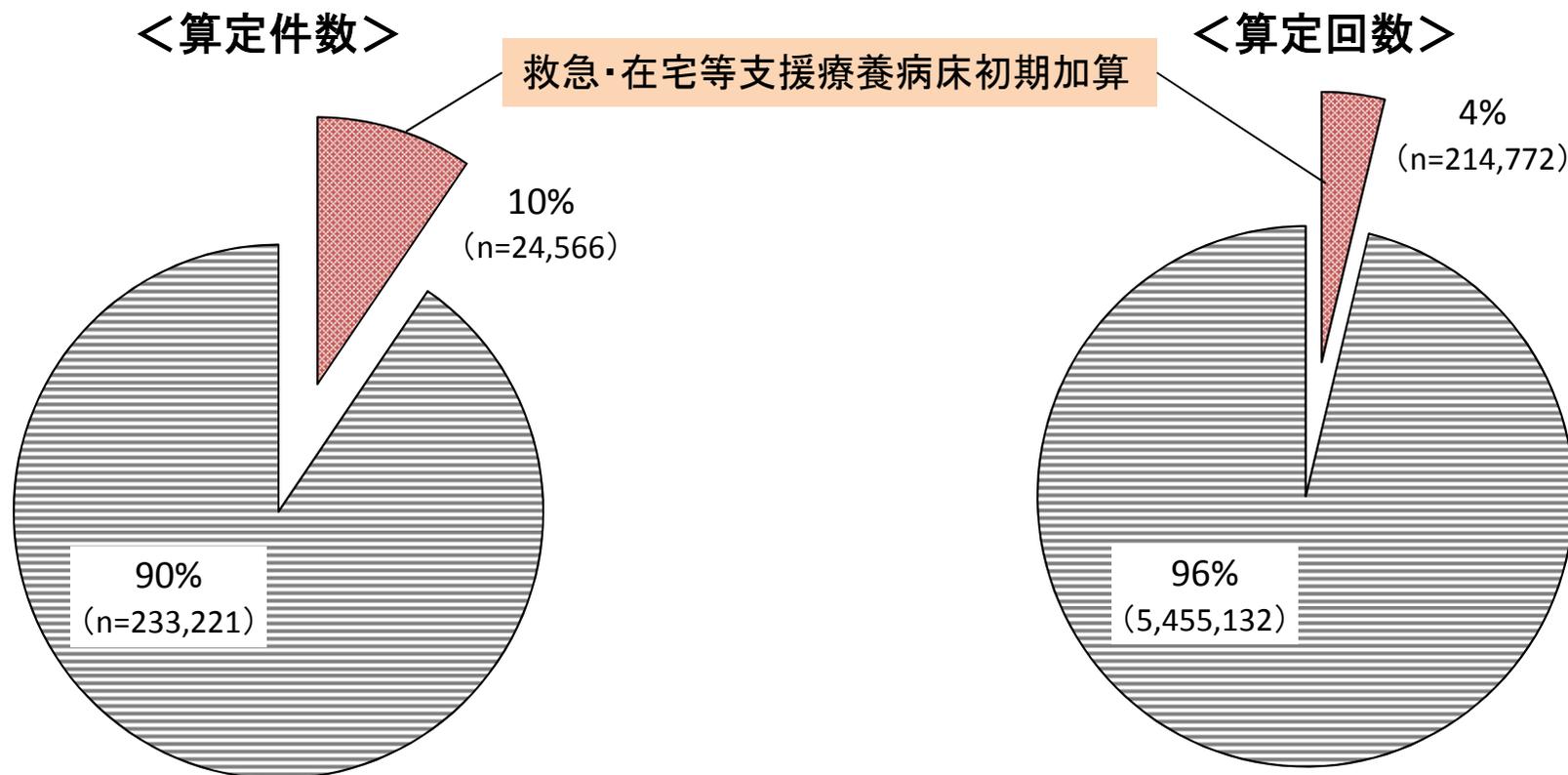
療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算について

【加算の要件】

当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る)の一般病棟から転棟した患者について算定。

転院、入院又は転棟した日から起算して14日に限り、療養病棟入院基本料1算定病棟では1日につき300点、それ以外の病棟では1日につき150点を所定点数に追加。

(※算定が14日を上限としているためもともと多くないことに留意が必要)



注)救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定件数及び回数を、療養病棟入院基本料の算定件数及び回数で割ったもの。

療養病棟における入棟元別の比較①

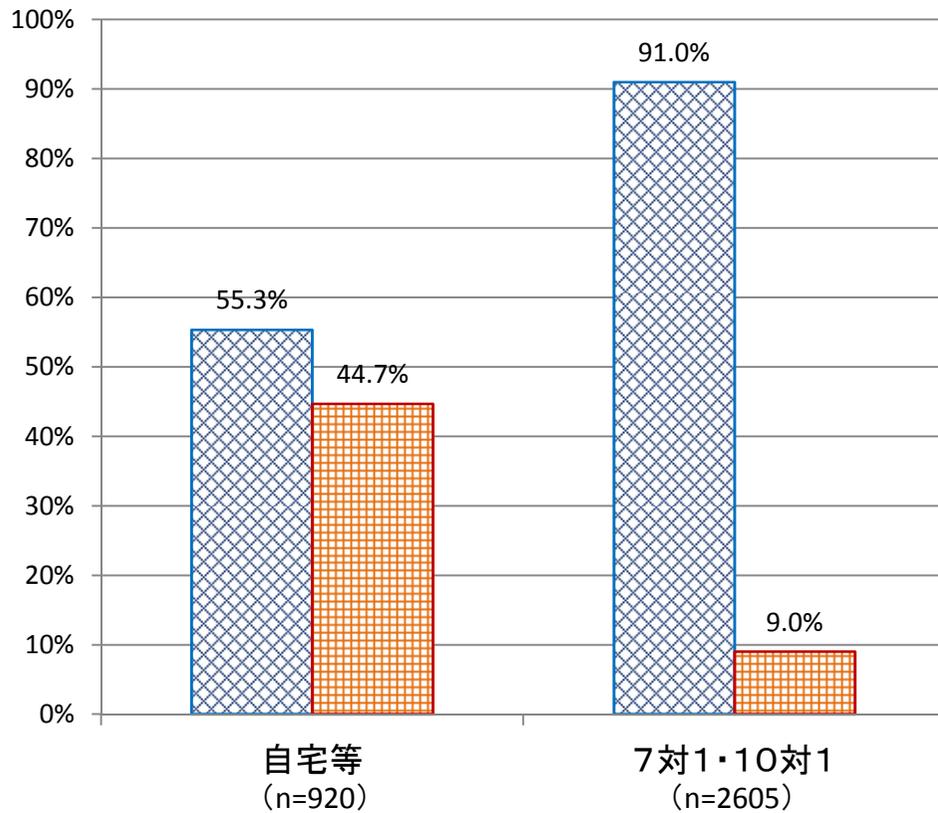
予定・緊急入院、入棟期間

診調組 入-1
29.10.5

- 7対1・10対1病棟からの入院の約9割が予定入院である一方、自宅等からの入院は緊急入院の割合が約4割ある。
- 入棟期間をみると、7対1・10対1病棟からの入院では61日～180日がピークの分布であるが、自宅等からの入院では概ね日数が短いほど患者の割合が多く、30日以内が約6割を占める。

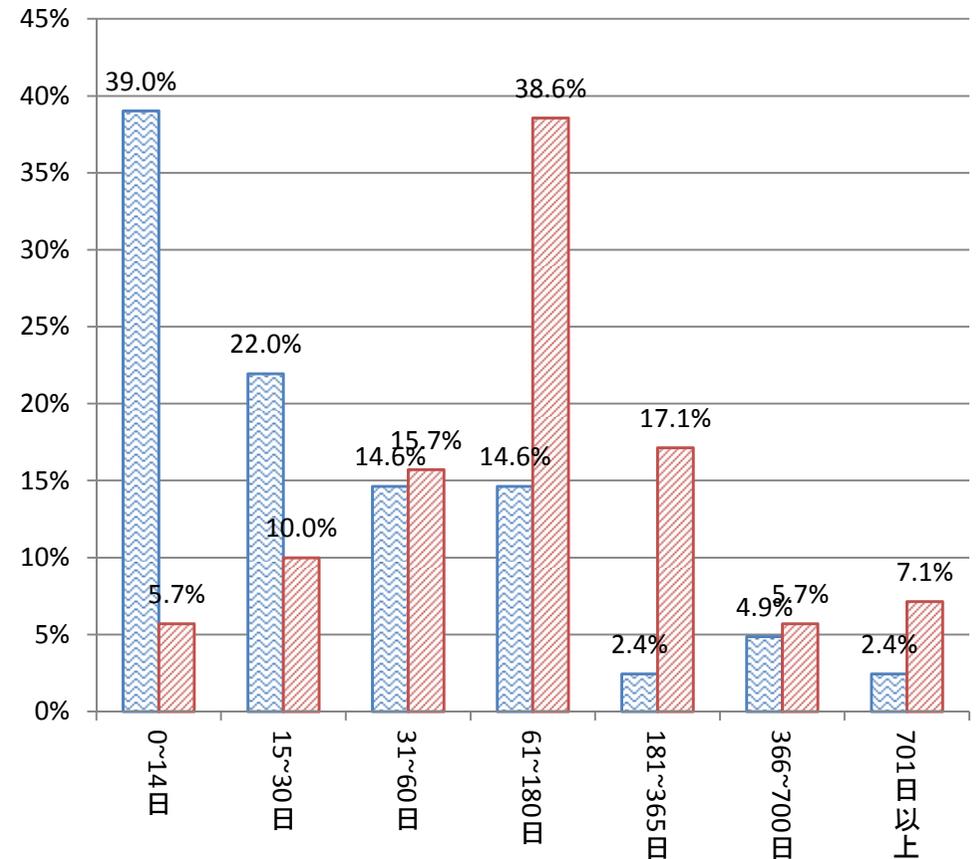
予定・緊急入院

■ 予定入院 ■ 緊急入院



入棟期間

■ 自宅等 (n=41) ■ 7対1・10対1 (n=70)



療養病棟における入棟元別の比較②

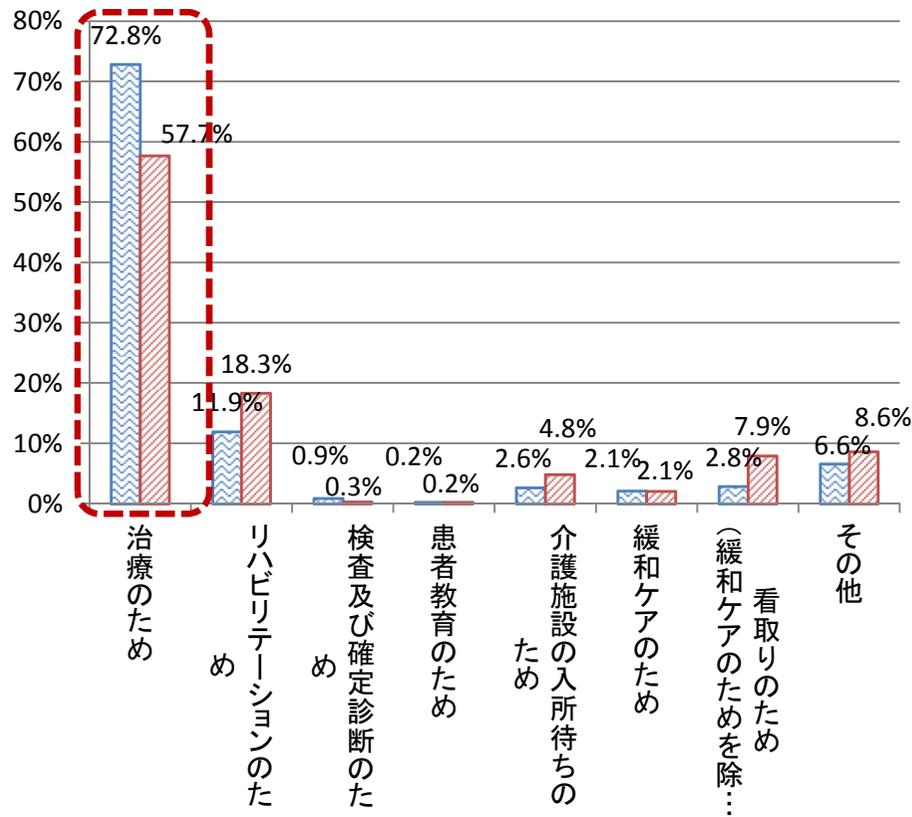
入院の理由、退院へ向けた目標・課題等

診調組 入-1
29.10.5(改)

- 自宅等からの入院では、7対1・10対1病棟からの入院と比較して、入院の理由は「治療のため」が多く、退院へ向けた目標・課題等は「疾病の治癒・軽快」「在宅医療・介護等の調整」「入所先の施設の確保」等が多い。

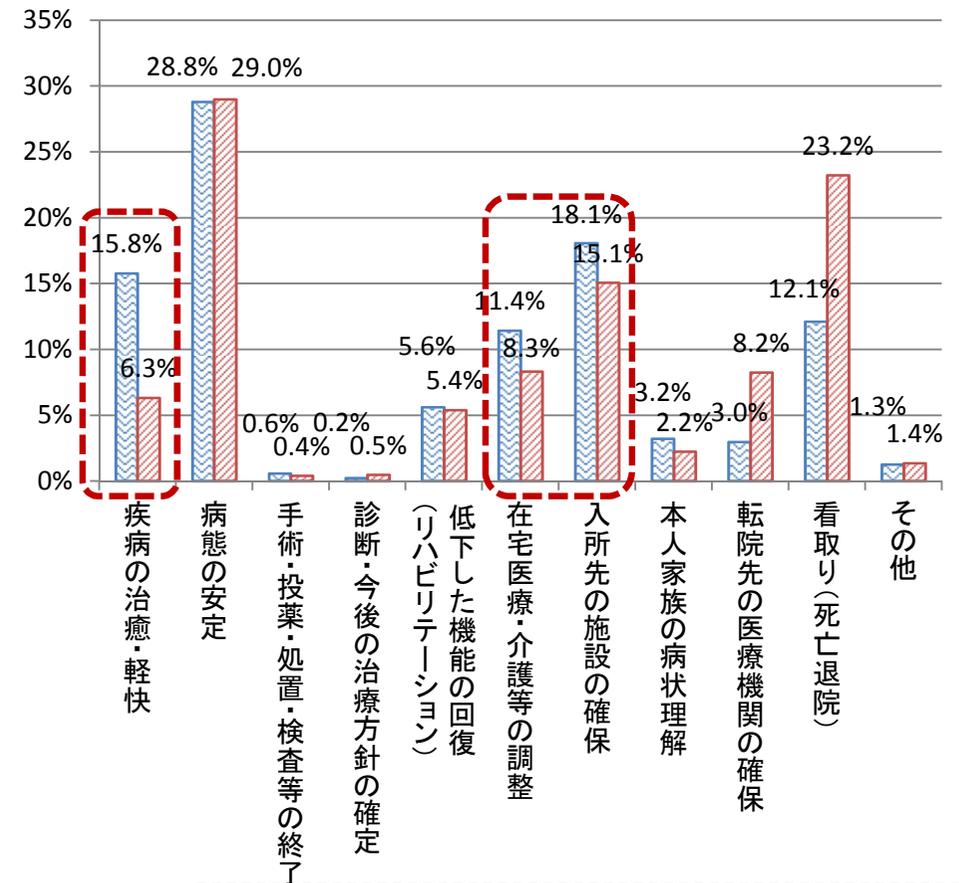
入院の理由 (1つ選択)

■ 自宅等 (n=913) ■ 7対1・10対1 (n=2584)



退院へ向けた目標・課題等 (1つ選択)

■ 自宅等 (n=875) ■ 7対1・10対1 (n=2502)



自宅等は自宅、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居住系介護施設を含む。7対1・10対1病棟は自院と他院を含む。

療養病棟における入棟元別の比較③

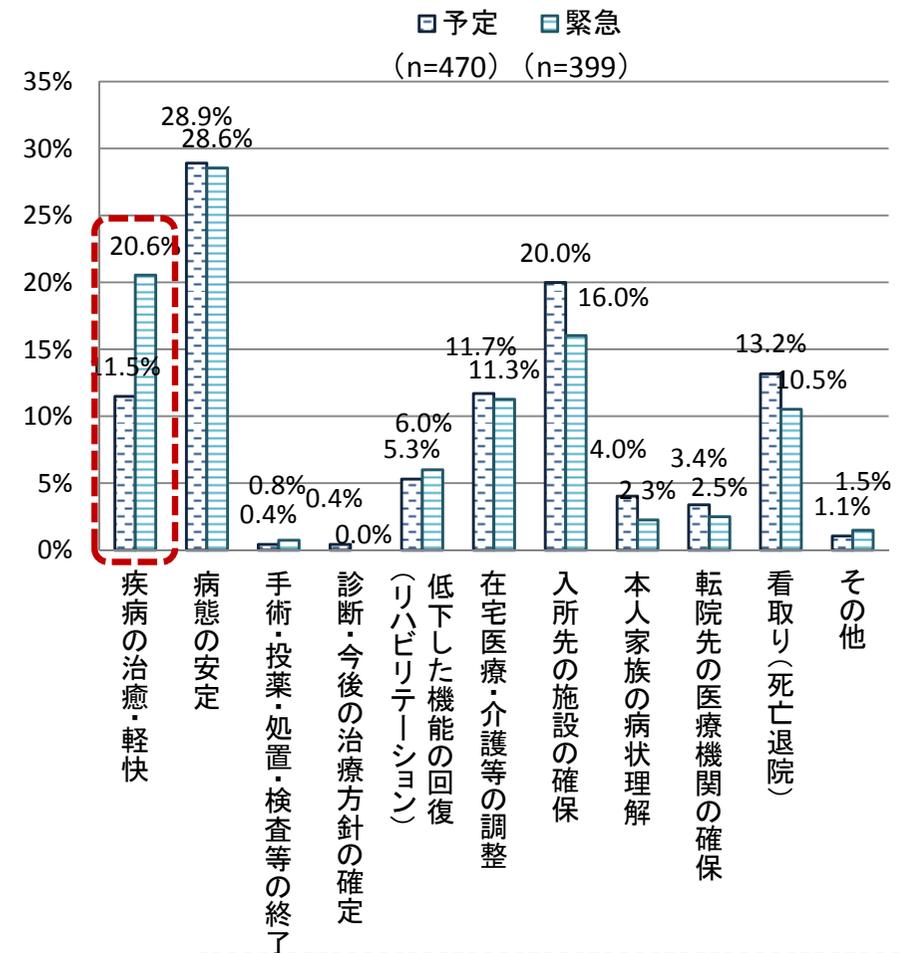
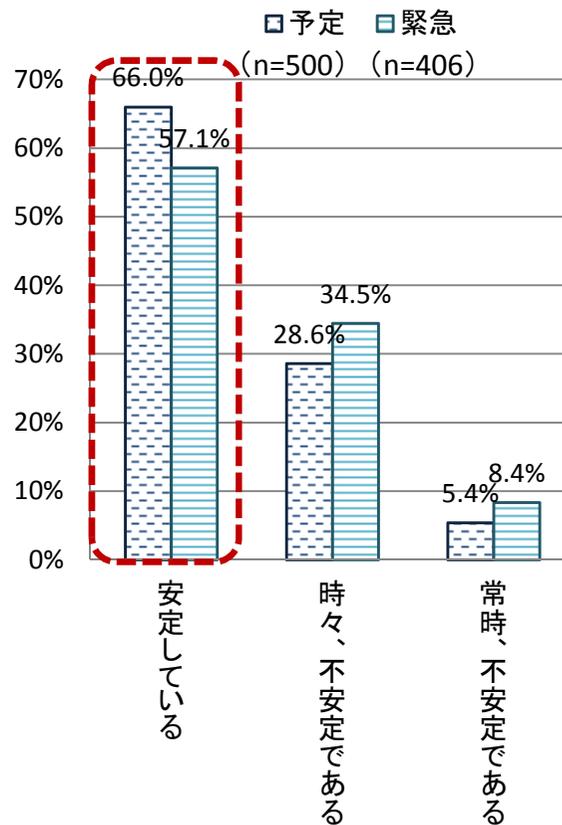
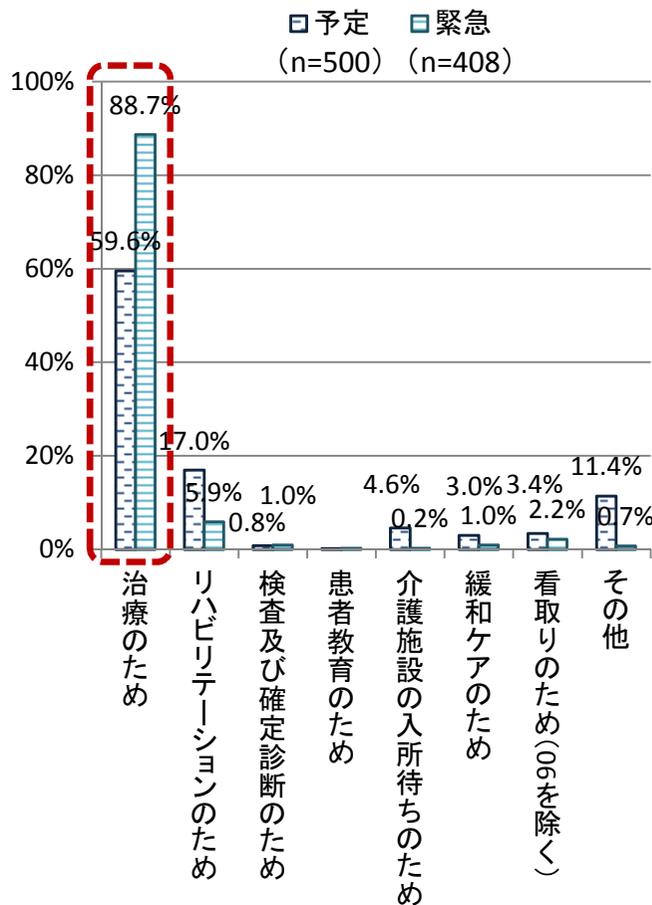
自宅等から入院した患者の状態について

○ 自宅等から入院する患者について、予定入院と緊急入院を比較すると、緊急入院の患者の方が予定入院の患者に比べ、入院の理由を「治療のため」とする患者や、退院に向けた目標・課題等を「疾病の治癒・軽快」とする患者の割合が多く、医療的な状態が「安定している」患者の割合が少なかった。

入院の理由 (1つ選択)

医療的な状態 (1つ選択)

退院へ向けた目標・課題等 (1つ選択)



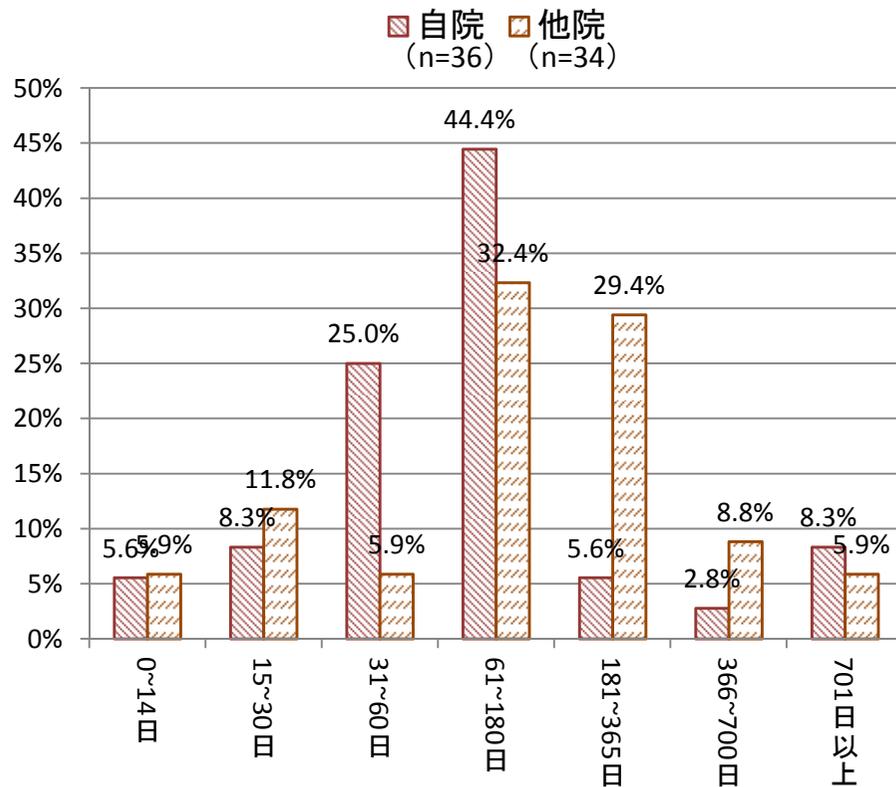
自宅等は自宅、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居住系介護施設を含む。

療養病棟における入棟元別の比較④

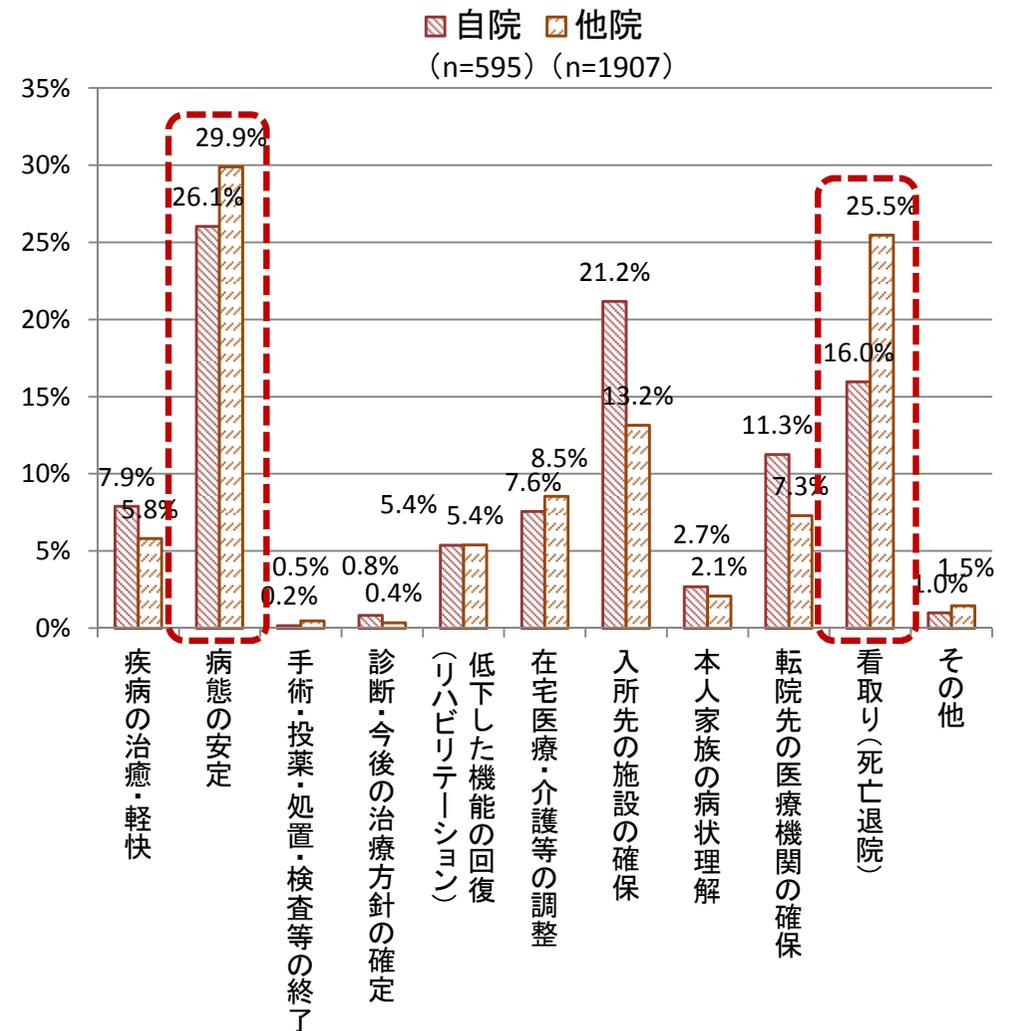
7対1・10対1病棟から入院した患者の状態について

- 7対1・10対1病棟から入院した患者をみると、自院からの入棟では入棟期間31日～180日の割合が多く、約7割を占める一方、他院からの入院では61日～365日の割合が多く、約8割を占める。
- 退院へ向けた目標・課題等をみると、他院からの入院では自院からと比べ、「病態の安定」「看取り(死亡退院)」等が多い。

入棟期間



退院へ向けた目標・課題等 (1つ選択)

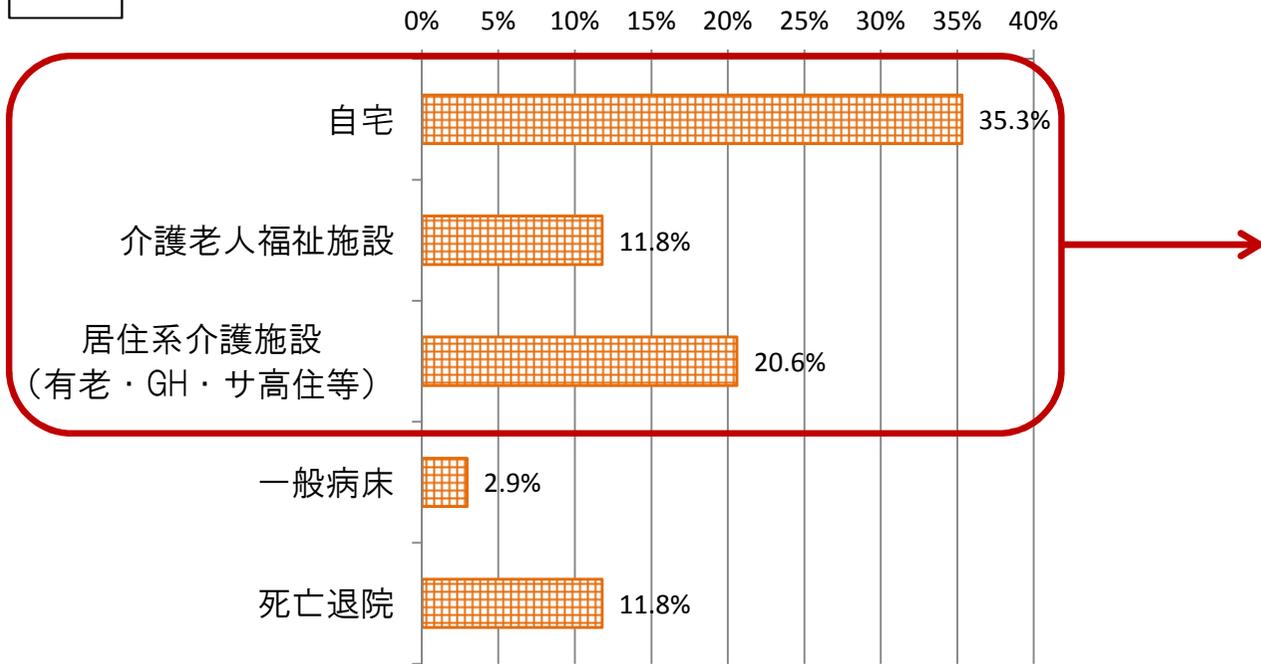


自宅等から緊急で入院した患者の退院先及び退院後の外来診療・訪問診療の有無

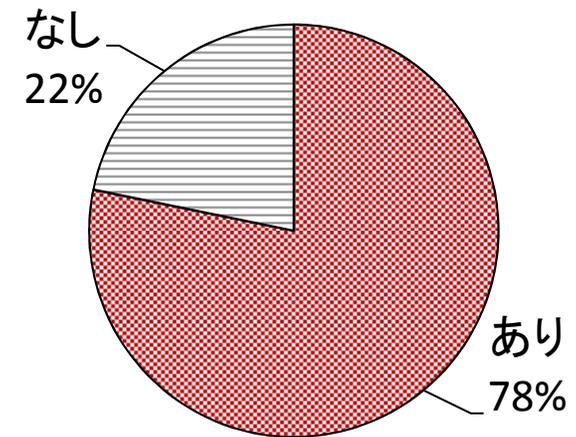
- 自宅等から緊急で入院した患者の退院先をみると、自宅・介護老人福祉施設・居住系介護施設が多く、約7割を占める。そのうち約8割の患者が、退院後に外来診療または訪問診療を必要としている。
- 自宅等から入院した患者の約1～2割は、死亡退院となっている。

自宅等から緊急入院した患者の退院先

n=34



退院後の外来診療・訪問診療の有無



自宅等は自宅、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居住系介護施設を含む。

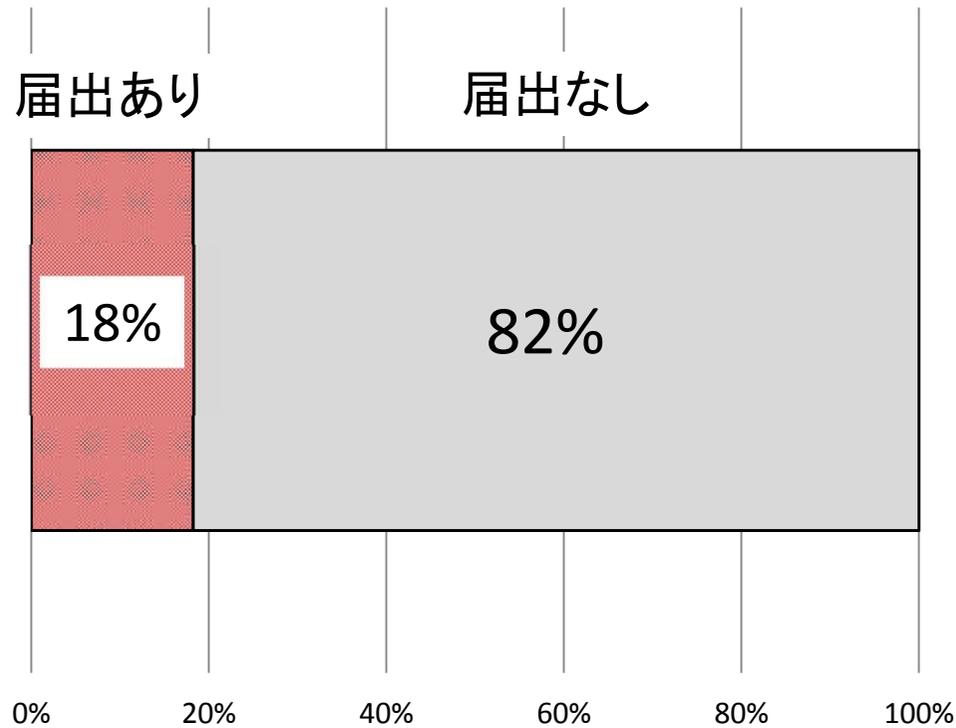
在宅療養支援病院の届出状況

診調組 入-1
29.10.5

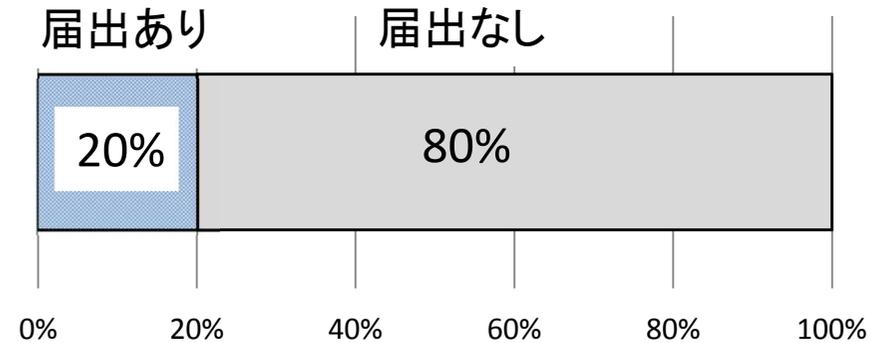
○ 在宅療養支援病院の届出状況を見ると、届出を行っている病院は療養病棟全体の約2割であった。

療養病棟全体

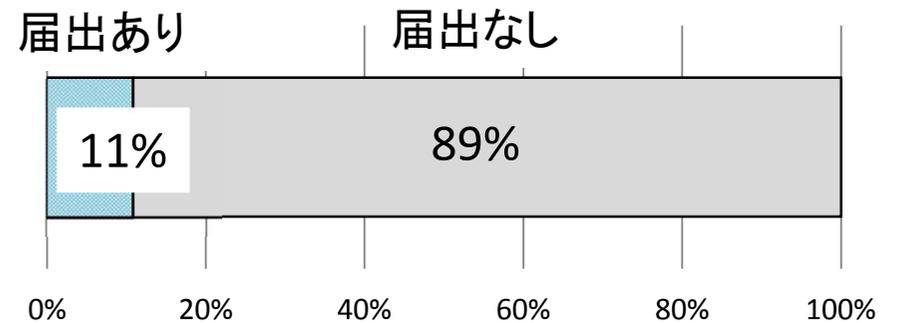
(n=774)



療養1 (n=598)



療養2 (n=230)



1-3) 療養病棟における看取りに関する取組について

【課題】

- ・ 療養病棟における看取りに関する取組をみると、死亡退院患者の約9割において、人生の最終段階における医療について患者・家族と話し合いが行われていた。
- ・ 人生の最終段階における医療について患者・家族と話し合いが行われていた患者のうち、話し合いで医療の計画を立てた患者は約5割弱であり、また、計画を立てた患者のうち、意思決定の内容について文書を作成した患者は約6割であった。
- ・ 「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」を利用している病棟は約2割であり、利用していない又はガイドラインを知らない病棟が、7割以上であった。

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%

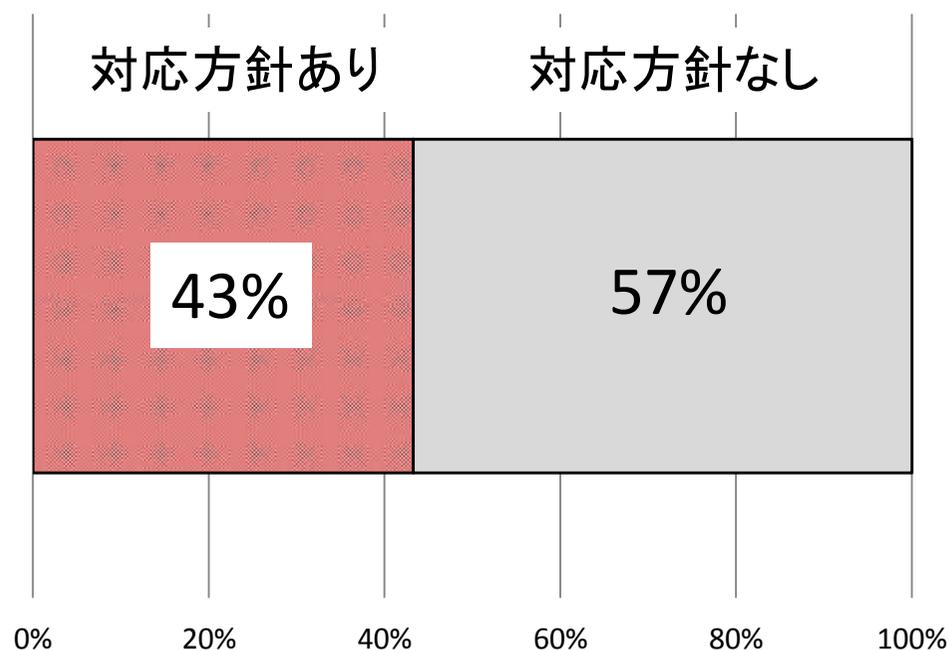
看取り患者に対する対応方針の有無（療養病棟）

診調組 入-1
29.10.5

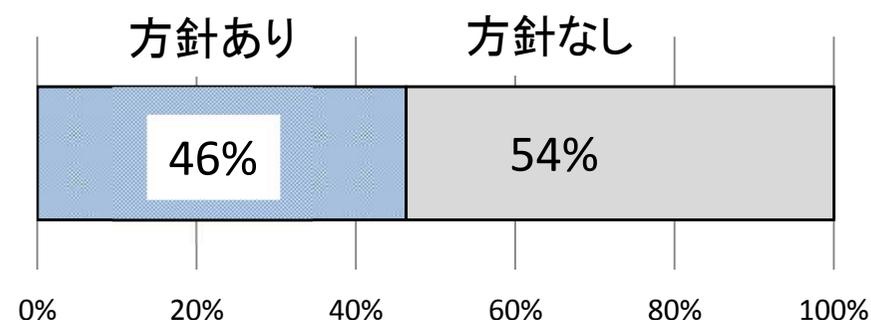
- 療養病棟のうち、看取りの患者に対する対応方針を定めている病棟の割合は、全体の約4割であった。
- 対応方針を定めている病棟は、療養1の病棟の方が、療養2の病棟に比べ、やや多い傾向にあった。

療養病棟全体

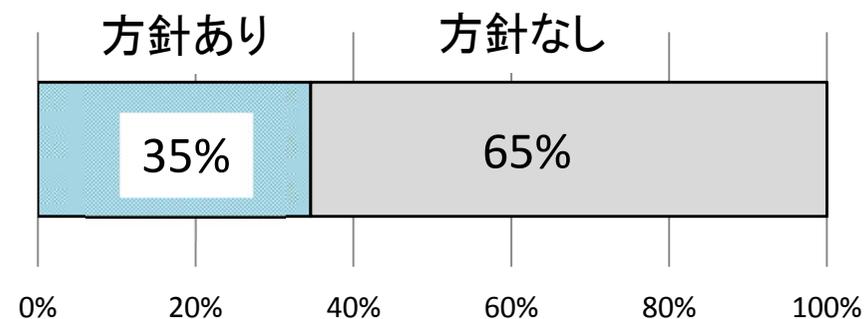
(n=816)



療養1 (n=605)



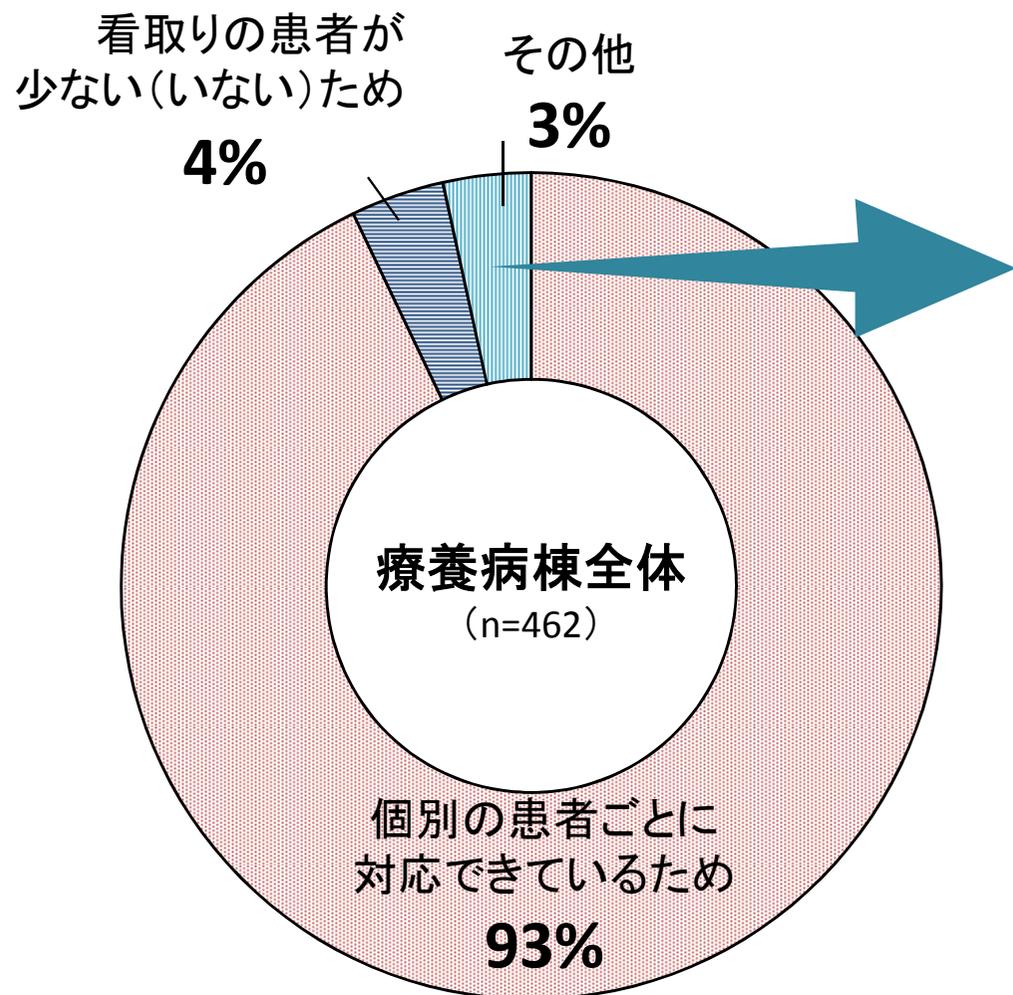
療養2 (n=211)



看取り患者に対する対応方針を定めていない理由(療養病棟)

診調組 入-1
29.10.5

○ 看取りの患者に対する対応方針を定めていない病棟に、その理由をきくと、「個別の患者ごとに対応できているため」が最も多くを占めた。



「その他」の主な回答(n=14)

- ・ 主治医・家族との話し合いの上、希望に寄り添った対応に努めているため(複数)
- ・ 委員会を立ち上げて、対応方針を検討・作成段階であるため(複数)
- ・ 患者を治療病棟へ転棟させるため
- ・ 看取りについても業務の一環としているため、看取りのみの対応方針は作成していない

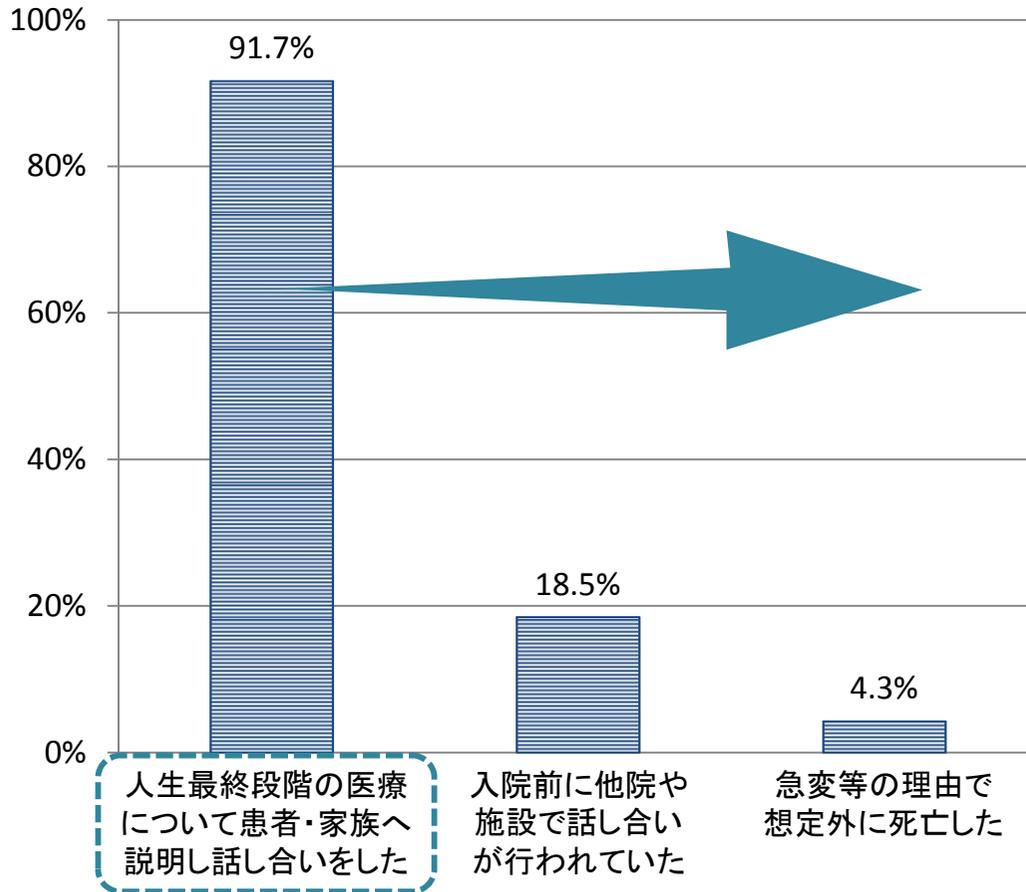
療養病棟における看取りに関する取り組み①

話し合いの有無、時期

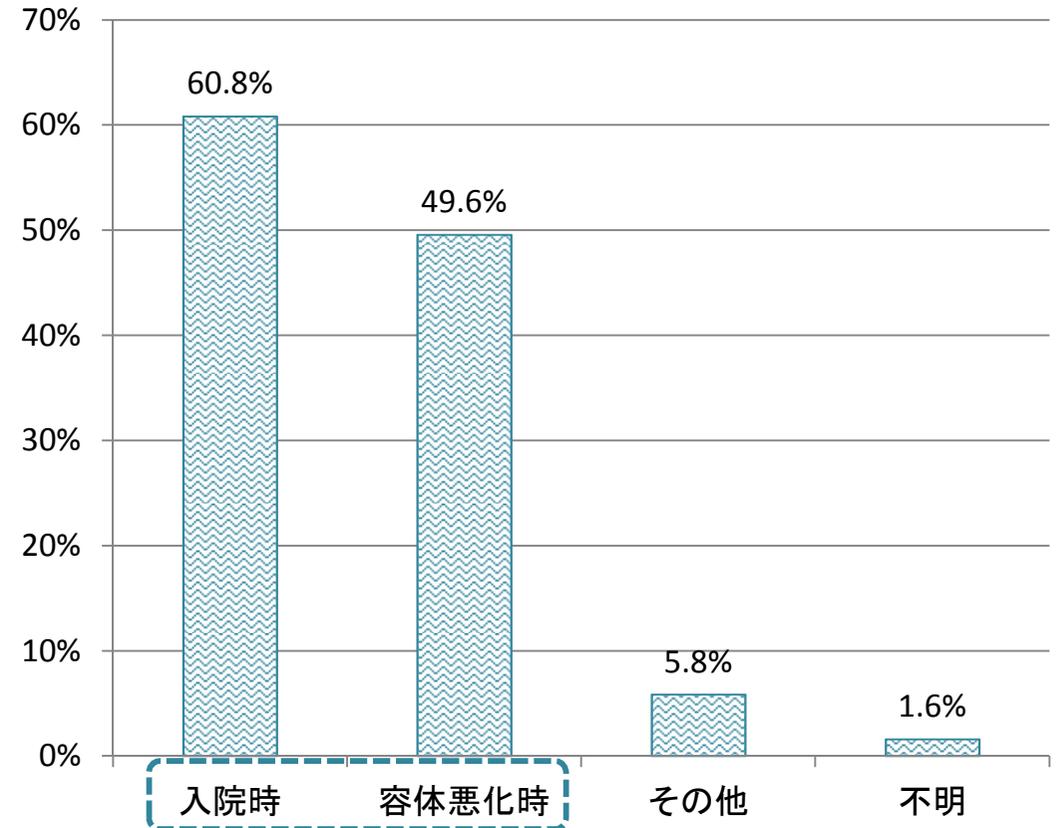
診調組 入-1
29.10.5

- 看取りに関する取り組みをみると、死亡退院患者のうち約9割において、人生の最終段階における医療について患者・家族と話し合いが行われている。入院前に他院・施設等で話し合いが行われていた患者は約2割弱であった。
- 自院で話し合いをした時期をみると、入院時に約6割、容体悪化時に約5割が話し合いを行っていた。

死亡退院患者に対する取り組み (n=12,050人)



自院で話し合いをした時期別の内訳 (n=11,044人)



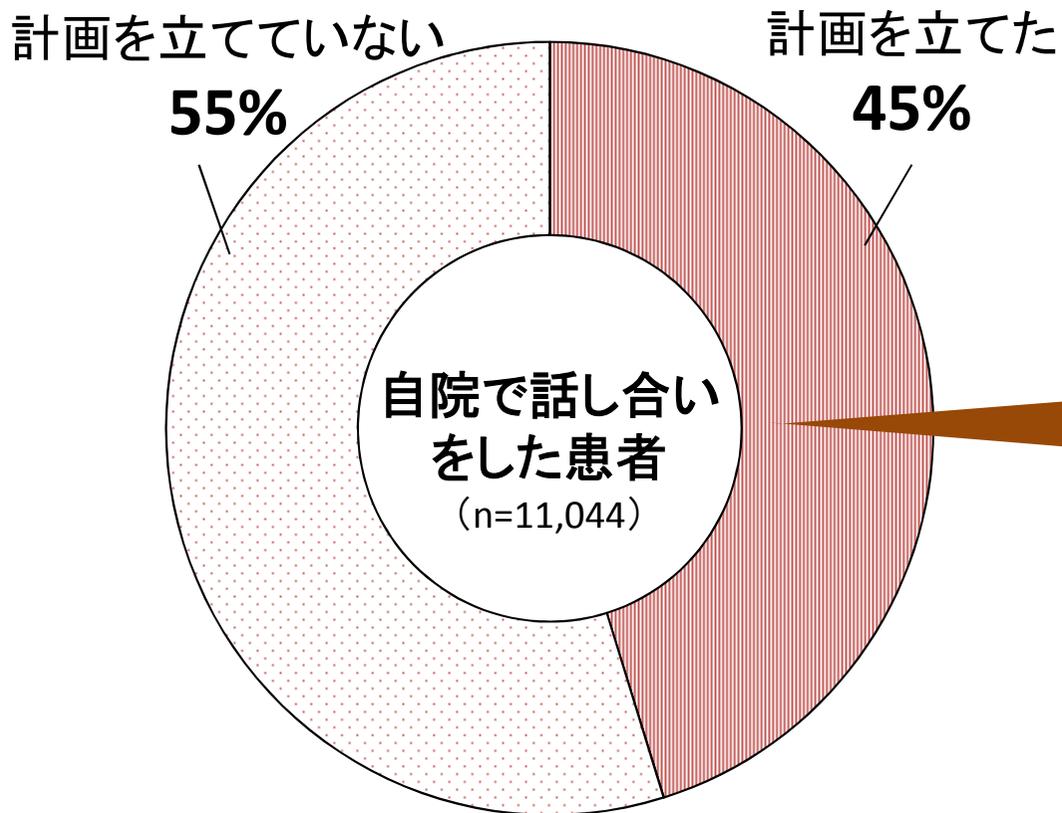
療養病棟における看取りに関する取り組み②

計画、文書の作成

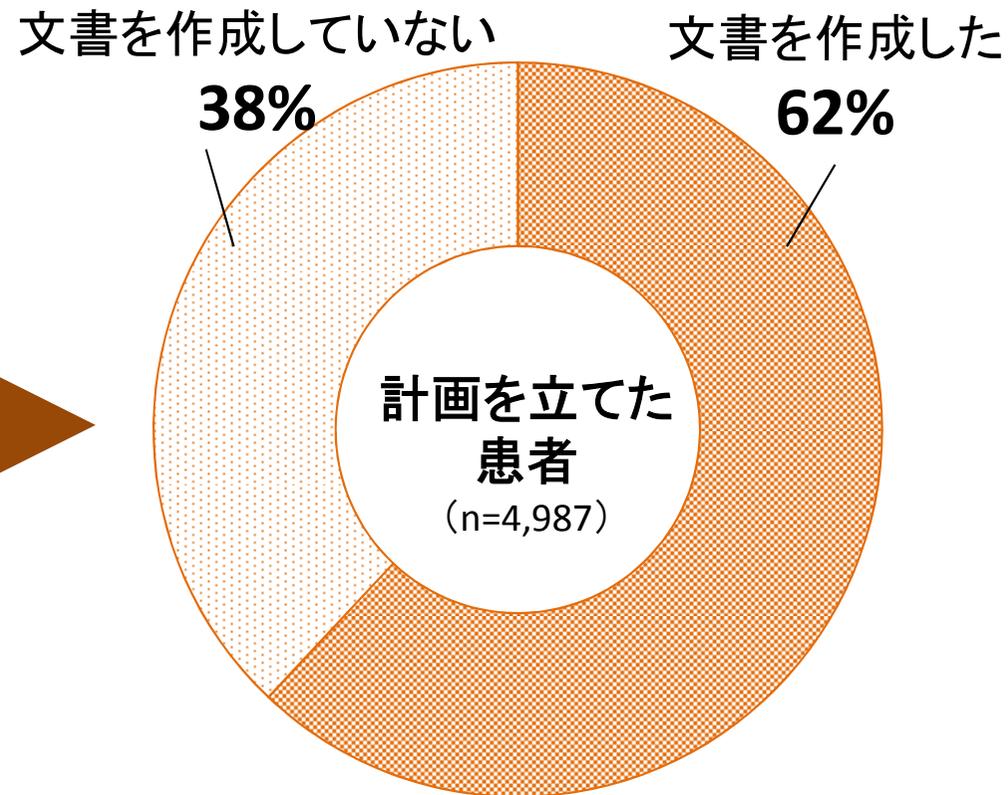
診調組 入-1
29.10.5

- 患者・家族と話し合いをした患者のうち、人生の最終段階における医療について計画を立てた患者は、半分弱であった。
- 計画を立てた患者のうち、意思決定の内容について文書を作成した患者は、約6割であった。

人生の最終段階における医療について 計画を立てたか



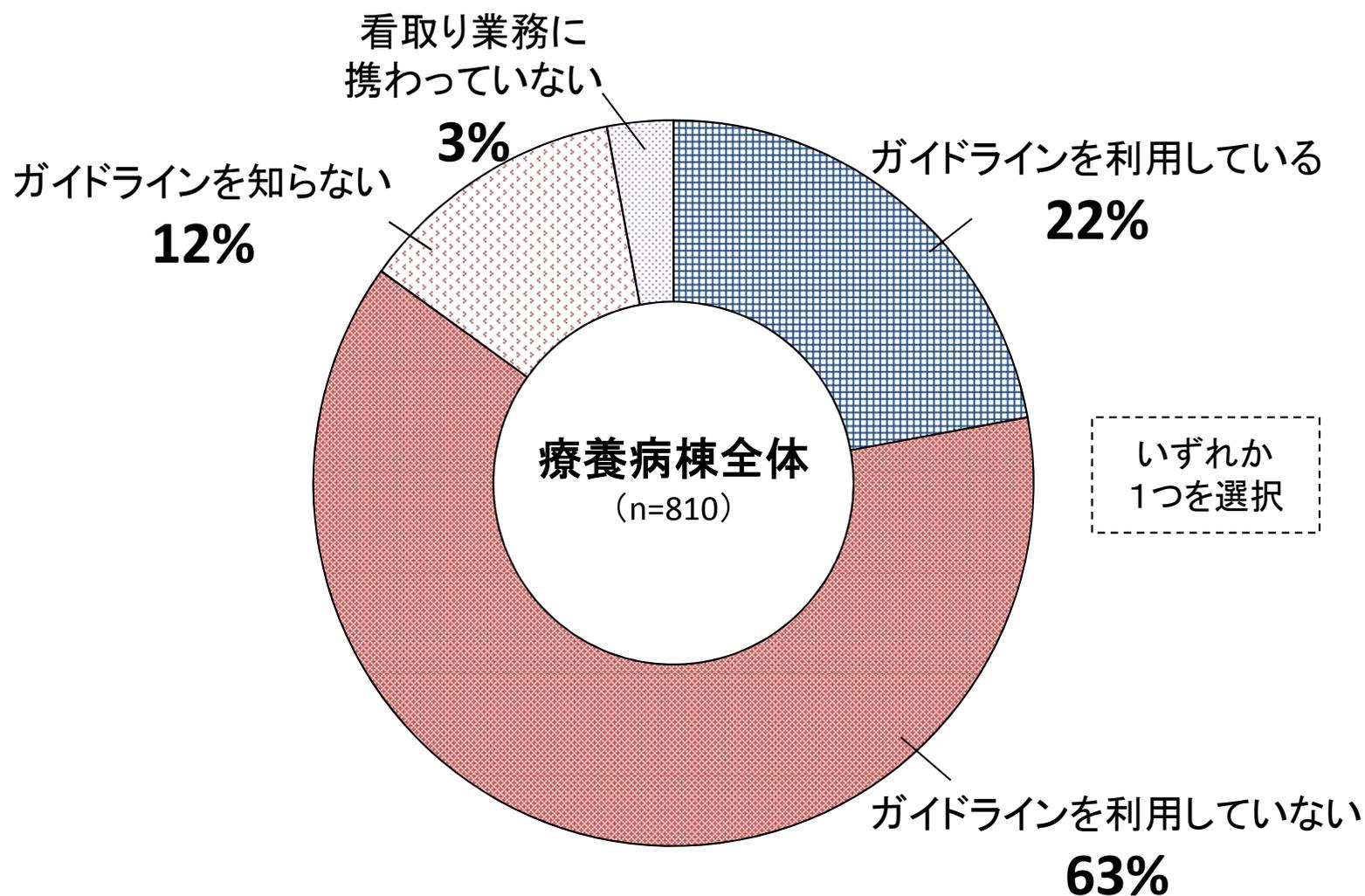
「計画を立てた」患者において 意思決定した内容について文書を作成したか



人生の最終段階における医療の決定プロセスに関する ガイドラインの利用状況（療養病棟）

診調組 入-1
29.10.5

- 「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」を利用している病棟は、約2割であった。
- 「ガイドラインを知らない」とした病棟が約1割である一方、「利用していない」と回答した病棟は約6割を占めた。



1-4) 医療区分の評価項目について

【課題】

- ・ 医療区分の要件項目の該当数別の割合をみると、医療区分3の8割、医療区分2の約7割が、該当数1項目である。その内訳をみると、医療区分3では「中心静脈栄養」と「医師及び看護師による常時監視・管理」、医療区分2では「喀痰吸引」が多かった。

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 33

ADL区分

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

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

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

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

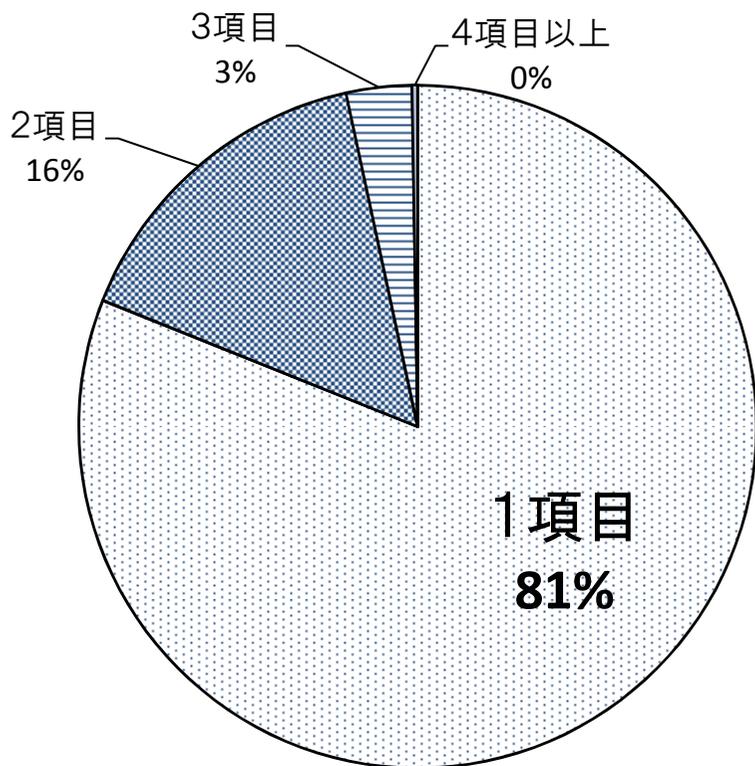
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

医療区分の要件項目の該当数別の割合

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

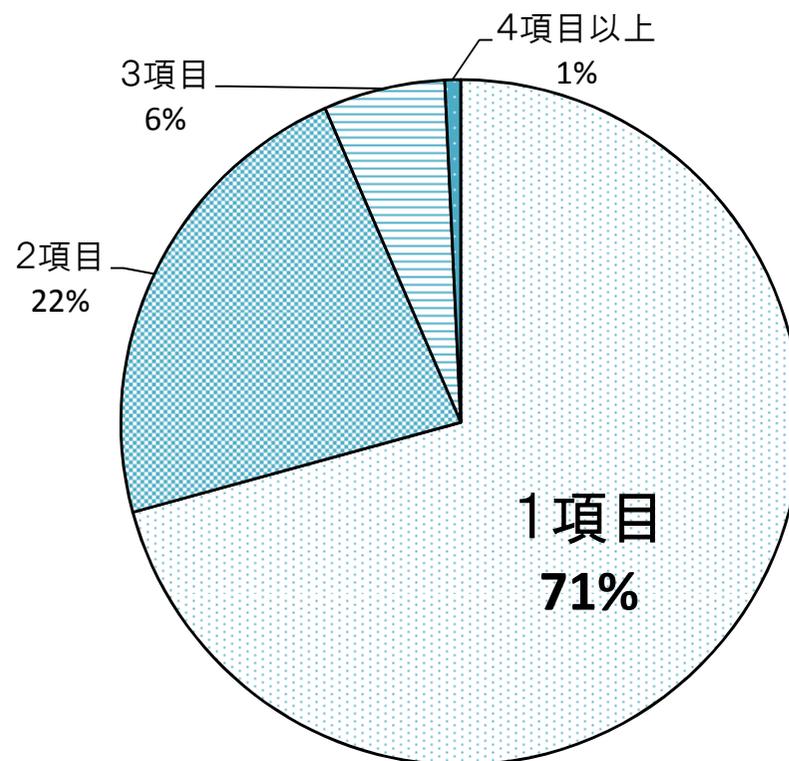
医療区分3

(n=1453)



医療区分2

(n=2405)

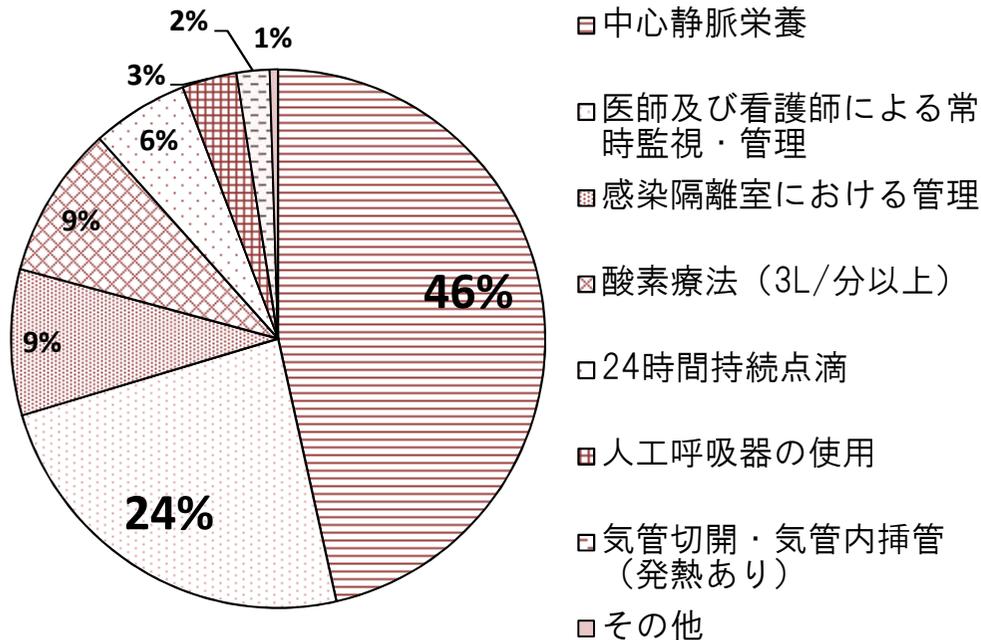


医療区分の該当項目数が1項目の場合の内訳

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

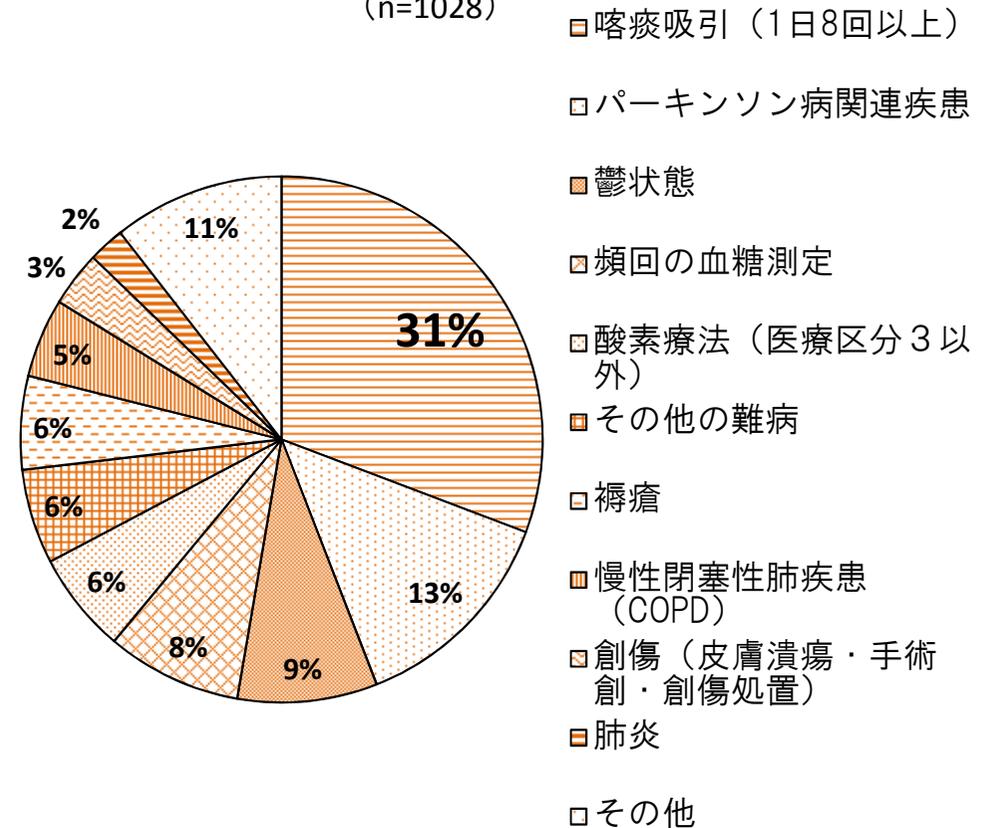
医療区分3

(n=753)



医療区分2

(n=1028)



※ 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

医療区分の該当項目が1項目のみの患者が多い該当項目の概要

中心静脈栄養を実施している状態（医療区分3）

【定義】

中心静脈栄養を実施している状態

【留意点】

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成して実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態（医療区分3）

【定義】

循環動態及び呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態。

【留意点】

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること（初日を含む）。

動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態（医療区分2）

【定義】

1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態。

【留意点】

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

1-5) 慢性期の病棟におけるデータ提出について

【課題】

- ・ 療養病棟を有する医療機関におけるデータ提出の現状をみると、許可病床200床未満の約24%、200床以上の約40%が提出を行っており、療養病棟入院基本料届出病床数全体のうち、約4分の1を占める。
- ・ 療養病棟においては、医療区分・ADL区分が毎日測定され、費用請求の際に提出されているが、データ分析には十分に活用されていない。データ提出加算算定病棟が提出するEF統合ファイルには、これらの区分情報も含まれている。
- ・ 現在の様式1の項目は、主に急性期の入院患者の診療内容等に関する項目であり、慢性期の病棟におけるデータ提出を検討するにあたっては、慢性期の患者に適した項目となるよう、検討が必要である。その際、慢性期の入院患者の約8割は4個以下の傷病をもち、傷病の経過が長いことから、主傷病以外にケア時間や費用に影響する要素として、例えば症状や状態の項目や、介護との連携の視点から、要介護情報等の提出を求めることが考えられる。

9月27日 入院医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ(抜粋)

- 回復期や慢性期の病棟にデータ提出の対象が広がりつつある中で、評価項目については、データの質に留意しつつ、回復期や慢性期の患者の特性の違いに着目した項目の追加や重複する項目を合理化することや、測定頻度については慢性期では毎日ではなくてもよいのではないか、介護との連携の視点も必要ではないかとの指摘があった。
- なお、療養病棟を有する200床未満の病院では、データ提出加算を算定している病院が少なく、様式1を含む全体の提出項目の簡素化など、200床未満の病院でもデータの提出が可能となるような工夫が必要ではないかとの指摘があった。

平成29年9月27日中医協診-1より抜粋

中医協基本問題小委員会におけるご意見

- データ提出加算の提出項目について、より詳細な分析が可能となるよう、慢性期の患者の特性に応じた項目の見直しを検討すべきではないか。

平成29年10月5日診調組入-1より抜粋

1 データ提出加算 1

平成28年度医科点数表より

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

2 データ提出加算 2

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

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

データ提出加算 1 :
「入院データ」のみ提出

データ提出加算 2 :
「入院データ」+「外来データ」の提出

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

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

データ提出加算の届出対象病棟と要件化されている入院料

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

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

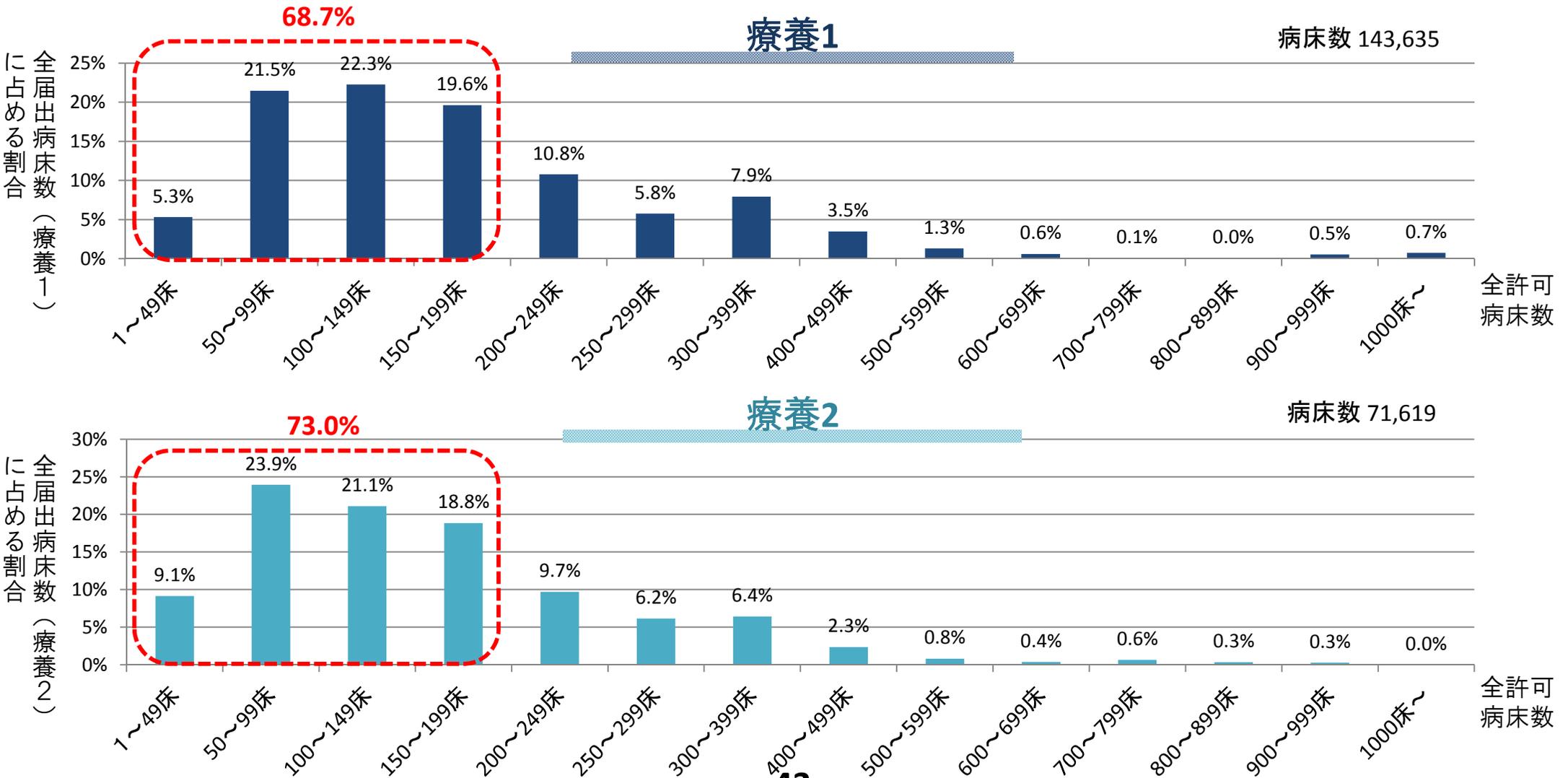
- ・回復期リハビリテーション病棟と療養病棟の入院患者は、Hファイルの作成が不要。
- ・様式4、Dファイル、EFファイルは、医事会計システム等からのデータ変換が可能。

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

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

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。

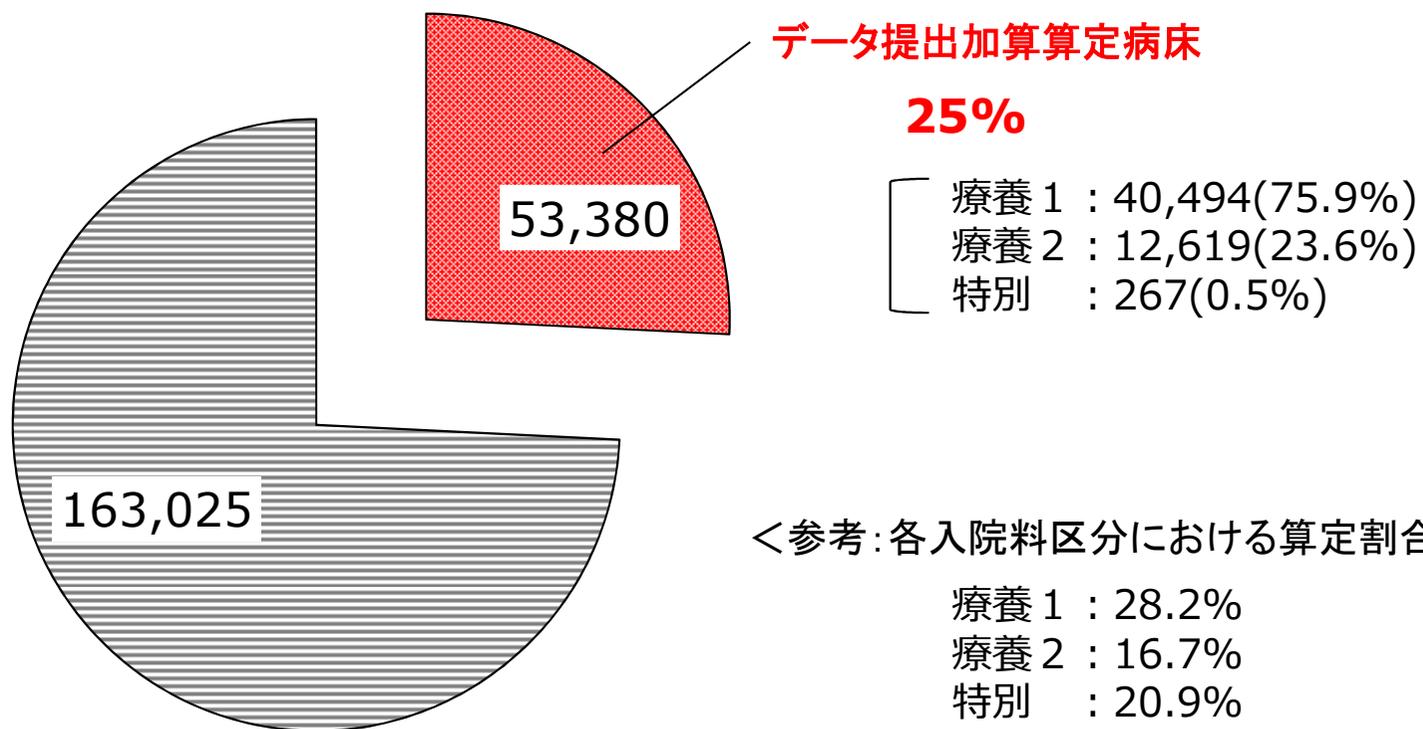


出典：保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

データ提出加算の算定病床の割合（療養病棟）

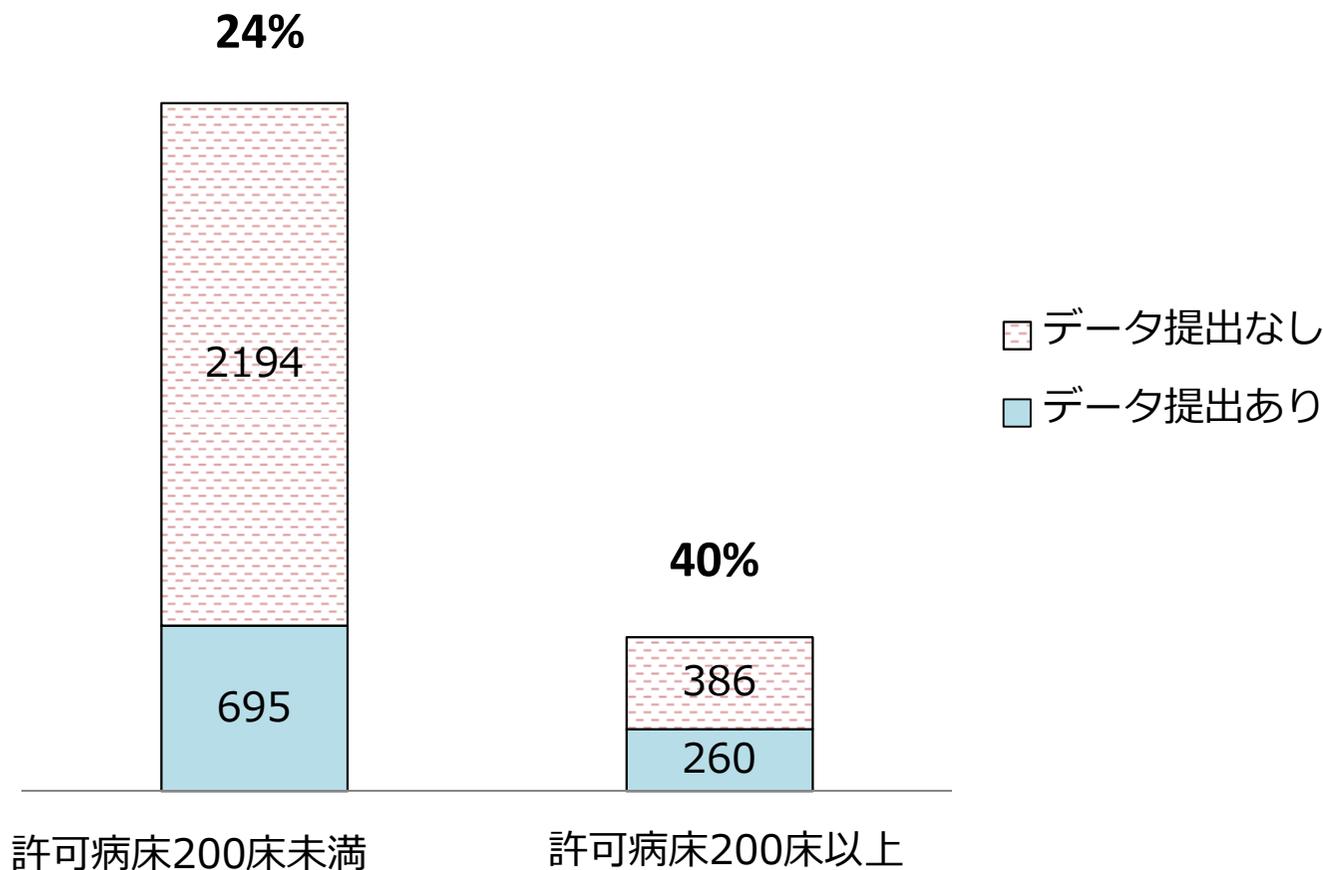
- 療養病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、約4分の1である。

療養病棟入院基本料届出病床数 (n=216,405)



療養病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

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



医療区分・ADL区分に係る評価票

【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3		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実施している状態	7	<input type="checkbox"/>																																		
医療区分2		期間	1 2 3 4 5					6 7 8 9 10					11 12 13 14				15 16 17 18 19 20					21 22 23 24 25					26 27 28 29 30					31					
2	尿路感染症に対する治療を実施している状態	14	<input type="checkbox"/>																																		
3	傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	30	<input type="checkbox"/>																																		
4	脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	7	<input type="checkbox"/>																																		
5	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7	<input type="checkbox"/>																																		
6	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	3	<input type="checkbox"/>																																		
7	せん妄に対する治療を実施している状態	7	<input type="checkbox"/>																																		
8	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	7	<input type="checkbox"/>																																		
9	頻回の血糖検査を実施している状態	3	<input type="checkbox"/>																																		

II 算定期間に限りがない区分

医療区分3		☆	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	スモン	<input type="checkbox"/>																																			
11	注1を参照	<input type="checkbox"/>																																			
12	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態		<input type="checkbox"/>																																		
13	中心静脈栄養を実施している状態		<input type="checkbox"/>																																		
14	人工呼吸器を使用している状態		<input type="checkbox"/>																																		

(平成29年3月保険局医療課実施)

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

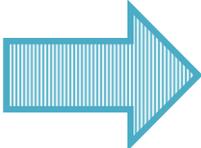
本調査は慢性期入院医療の評価の検討に資するデータを収集・分析する目的として、慢性期病棟入院患者の医療提供状況、患者状態及びケアの内容等に関する調査を行うもの。加えて、慢性期病棟において看護職員等が提供するケアの内容にどのような差があるのかを明らかにするために、タイムスタディ調査を実施する。以上により中央社会保険医療協議会等における議論や次期診療報酬改定の検討に資するデータ分析を行うことを目的とする。

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。

調査結果概要

(集計対象患者の医療区分・ADL区分の内訳)

■ 集計対象患者数(ケア時間) 施設数:29, 患者数:1276

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	60	394	384	838
ADL区分2	50	179	59	288
ADL区分1	37	97	16	150
全体	147	670	459	1276
医療区分別構成比	11.5%	52.5%	36.0%	100.0%

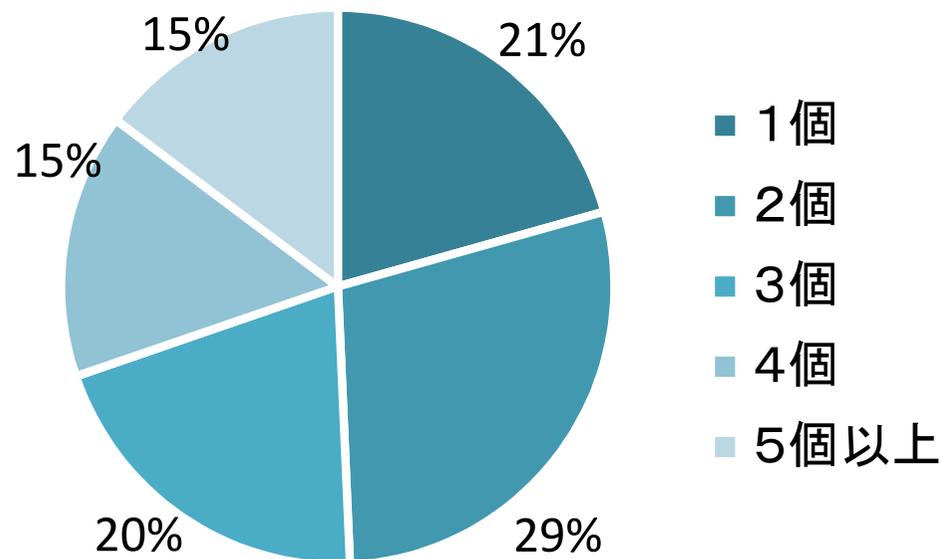
傷病名の分析①

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(全体)



該当する傷病の数

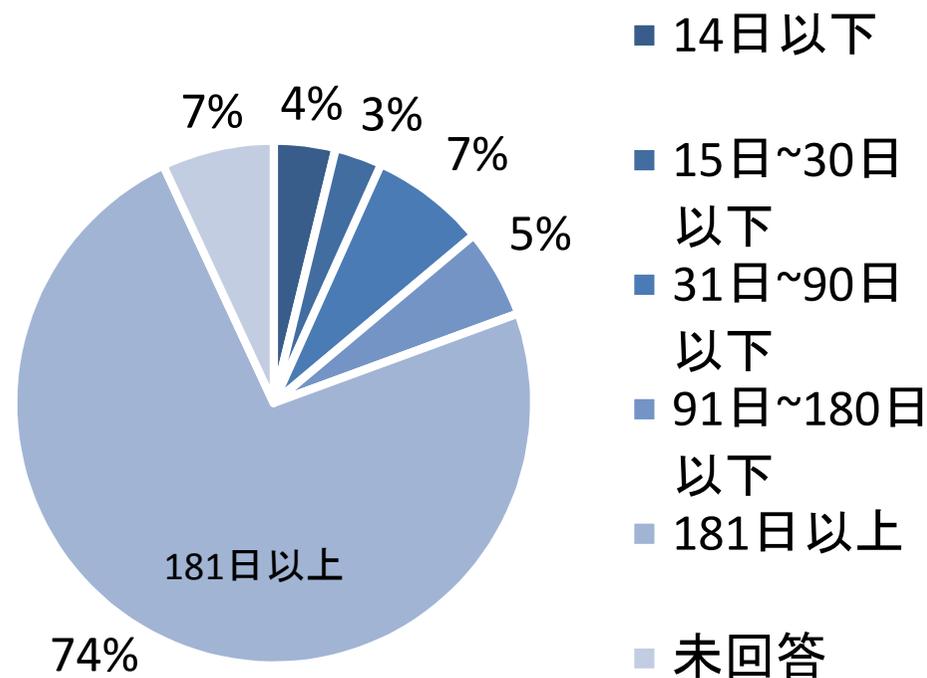
最も医療資源を投入した傷病の発症後経過日数

○ 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)



慢性期の患者に特徴的な症状・状態について

慢性期の患者に特徴的な症状・状態を測る項目として、例えば、

- 1) 現状すでに活用されているもの
- 2) 介護との共通の指標となるもの

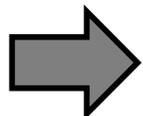
等の視点から、医療区分における状態の項目や、主治医意見書に記載のある状態の項目を参考に、検討してはどうか。

医療区分における「状態」の項目

- 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
 - 脱水かつ発熱を伴う状態
 - 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態
 - 褥瘡
 - 体内出血
 - 疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍
 - せん妄
 - うつ状態
 - 暴行が毎日みられる状態
- 等

主治医意見書における「現在あるか今後発生の可能性の高い状態」の項目

- 尿失禁
 - 低栄養
 - 摂食・嚥下機能低下
 - 脱水
 - 褥瘡
 - 易感染性
 - がん等による疼痛
 - 閉じこもり
 - 意欲低下
 - 徘徊
- 等



これらに共通している項目や、いずれかに含まれ該当患者が多い項目について、ケア時間に影響しているかどうかを検討した。

症状・状態と重み付けケア時間の分析①

脱水

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
非該当	1194	144.0
該当	68	169.8
未回答	14	146.8

尿失禁

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
非該当	322	132.5
該当	942	149.7
未回答	12	154.8

発熱

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
非該当	915	140.3
該当	346	158.7
未回答	15	145.1

摂食・嚥下
機能の低下

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
非該当	572	132.6
該当	693	155.8
未回答	11	155.8

褥瘡

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1047	147.4
非該当	925	145.5
該当	122	162.1

低栄養

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
非該当	889	136.8
該当	370	165.1
未回答	17	166.0

症状・状態と重み付けケア時間の分析②

痛みの訴え

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
非該当	1094	143.8
該当	132	155.1
未回答	50	155.1

うつ状態、不安、
悲しみの気分の兆候

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	965	141.7
非該当	805	140.8
該当	160	146.2

せん妄の兆候

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	965	141.8
非該当	582	138.6
該当	383	146.6

問題行動(徘徊、
拒否、暴行等)

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	963	141.7
非該当	810	141.3
該当	153	144.0

要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度と 重み付けケア時間の分析

診調組 入-1
29.10.18

要介護度

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	754	146.7
要支援1	13	114.2
要支援2	26	132.3
要介護1	38	130.3
要介護2	78	143.1
要介護3	101	141.6
要介護4	172	142.3
要介護5	326	155.9

認知症高齢者の 日常生活自立度

	患者数(人)	ケア時間(分)
全体	1276	145.4
自立	77	126.8
I	59	128.9
II a	55	129.0
II b	90	140.3
III a	297	140.0
III b	110	137.8
IV	407	153.8
M	56	157.0
不明	109	162.7
未回答	16	160.4

DPCデータ(様式1)のその他の項目について

診調組 入-1
29.10.18(改)

- 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の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

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	JCS(入院時、退院時)
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の
診療科	急性期重症度分類
病棟	自傷行為・自殺企図の有無
身長	産科患者情報
	等

慢性期の病棟においては、主に急性期の入院患者の診療内容等に関する項目については、提出を任意としてはどうか。

慢性期の病棟におけるデータ提出項目（案）

DPCデータ様式1の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

- 患者の基本情報
- 入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
- ADL（入院時、退院時）
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 主傷病等のICDコード 等

DPCデータ様式1の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める項目（入退院時に入力）

- 慢性期の患者に特徴的な症状・状態のうち、医療区分・ADL区分情報に含まれない項目
＜項目案＞
 - 摂食・嚥下機能障害の有無
 - 低栄養の有無
- 要介護度（認定のある場合のみ入力）
- 認知症高齢者の日常生活自立度（現状の3段階入力を6段階入力とする）

様式1におけるADLスコア(入退院時に入力)

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

摂食・嚥下機能障害の考え方を示す例

○ 診療報酬における摂食機能療法の対象患者

(抜粋)摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

○ 介護報酬における経口維持加算の対象患者

(抜粋)現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害(食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。)を有し、水飲みテスト(「氷碎片飲み込み検査」「食物テスト(food test)」「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用検査」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。

低栄養の定義について

低栄養の考え方を示す例

○ 診療報酬における栄養サポートチーム加算の対象患者

(抜粋) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のア～エまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

○ 介護報酬における栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)の低栄養状態のリスクの判断

(抜粋) 全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清Alb値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法・静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

主治医の意見書の様式(抜粋)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動			
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()			
→ 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる		<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 不明
(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導
<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()			
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()			
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・その他 ()			
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)			
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

療養病棟入院基本料に関する論点(案)

【論点(案)】

- 療養2は、療養1との違いは、看護配置と医療区分2・3該当患者割合の要件のみであるが、療養2の病棟単位の分布をみると、療養1相当の要件を満たす病棟も一定程度存在していることから、患者の状態に応じた機能分化を促進する観点から、療養病棟入院基本料の要件を整理してはどうか。
- 療養病棟においても自宅等から緊急患者を受け入れていること、患者や家族の希望に沿った看取りの取り組みについてガイドラインの普及が求められていること等を踏まえ、救急・在宅等支援療養病床初期加算を見直してはどうか。
- 医療区分の項目のうち、1項目のみで該当となっている患者が多い項目について、どのように考えるか。
- 医療の質の向上に資するデータの利活用の推進の観点から、慢性期病棟におけるデータ提出項目について、医療機関の負担に配慮しつつ、慢性期の項目を追加し、急性期関係の項目を合理化してはどうか。
また、経過措置を設けた上で、一定規模以上の病院については、療養病棟入院基本料の要件としてはどうか。

入院医療(その6)

1. 療養病棟入院基本料
- 2. 有床診療所入院基本料**
3. 障害者施設等入院基本料等
4. 入院時食事療養費等

2-1) 総論

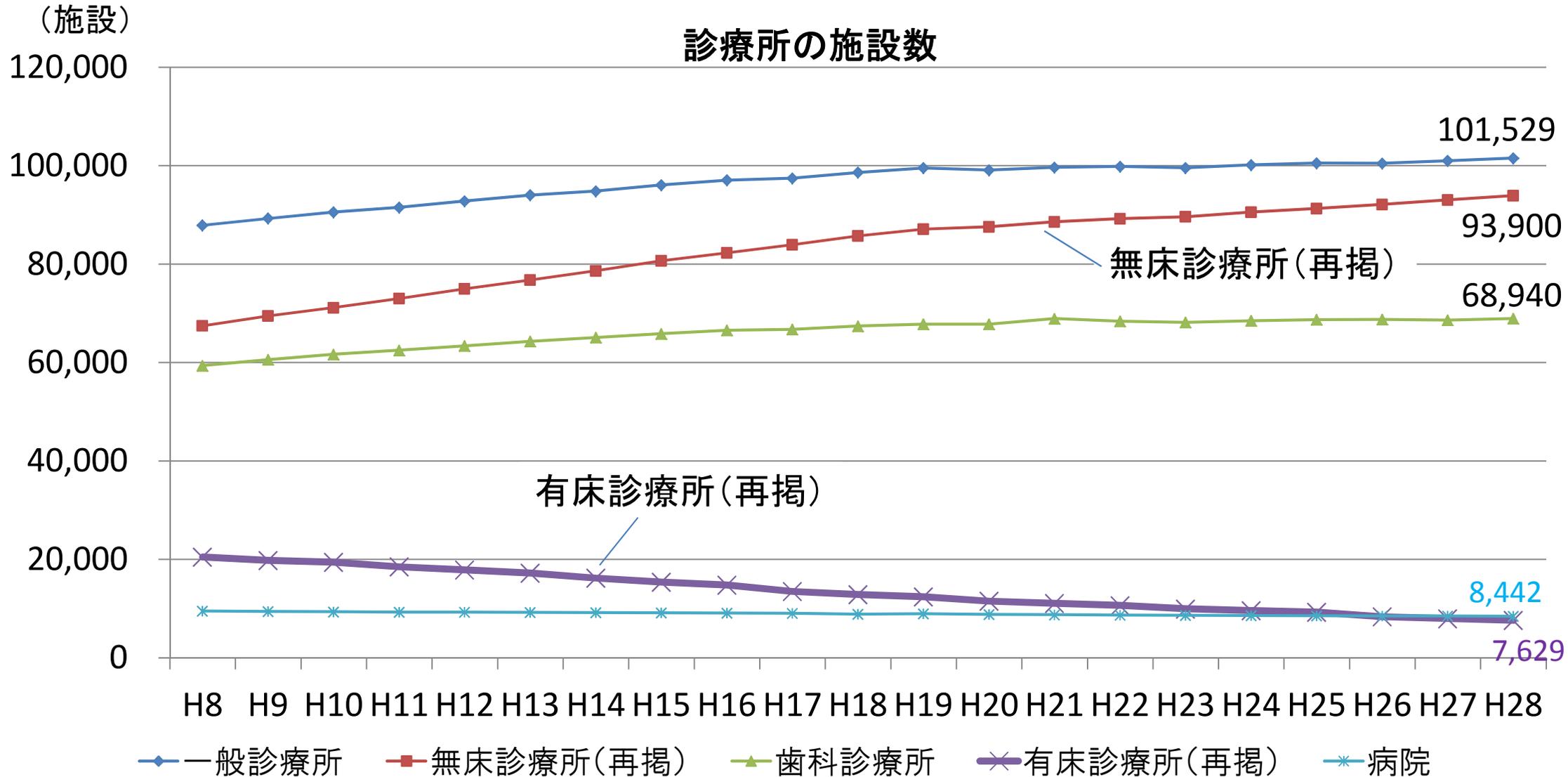
【課題】

- 近年、有床診療所の施設数、病床数は減少傾向にある。
- 入院時の患者の状態についてみると、未回答を除き、ADL低下や介護の必要性に関する項目では、その他の項目に比べて多い。
- 地域との連携の状況をみると、地域包括ケア病棟入院料／管理料1に比べ、連携する医療機関等の数が少なかった。
- 主たる診療科目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、産婦人科、整形外科、外科、眼科の順に多い。

有床診療所の施設数の年次推移

診調組 入-1
29.8.4

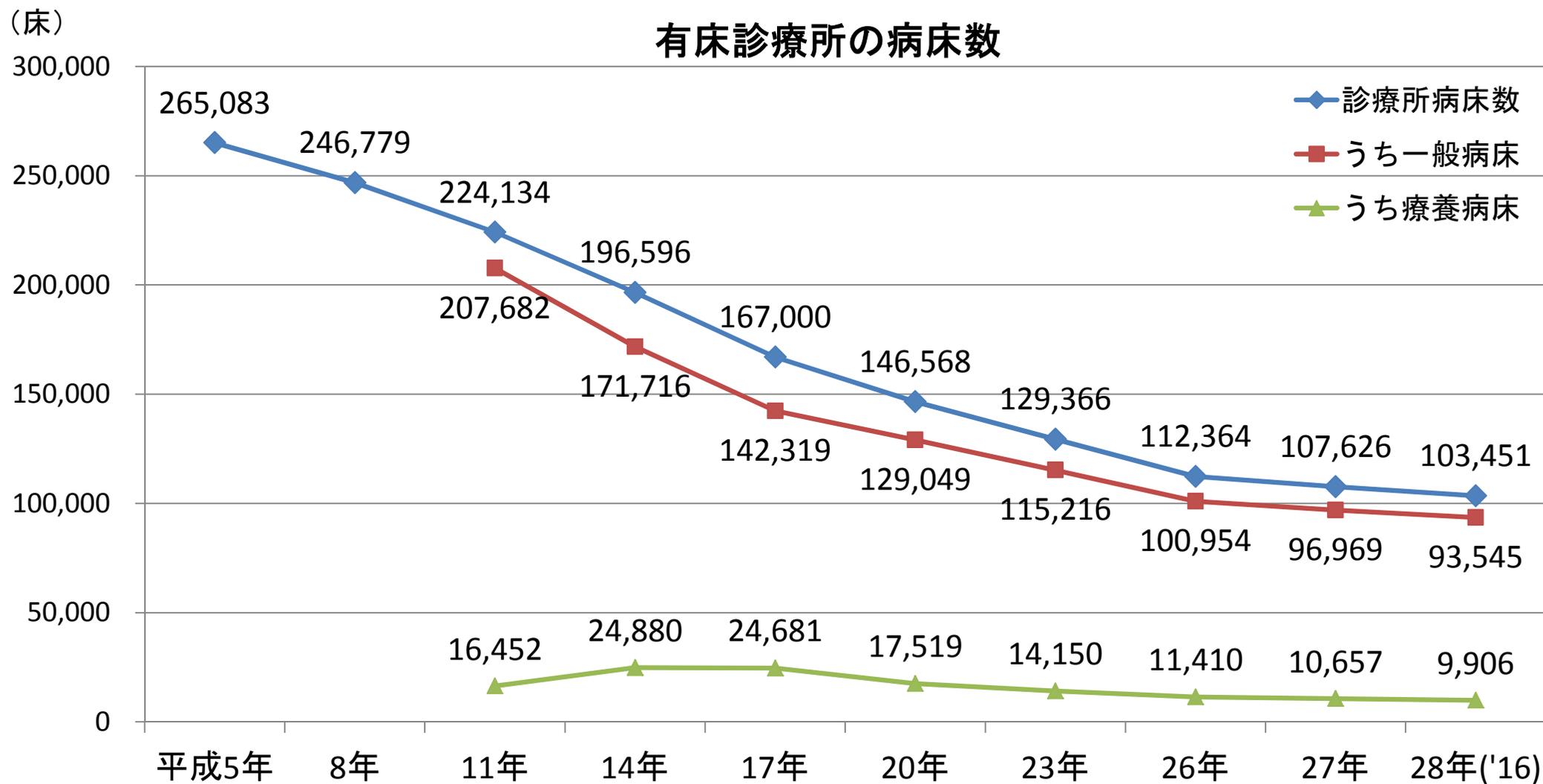
○ 施設数の年次推移をみると、近年、有床診療所は減少傾向、無床診療所は増加傾向にある。



有床診療所の病床数の年次推移

診調組 入-1
29.8.4改

○ 有床診療所の病床数は減少傾向にあり、平成11年と平成28年を比較すると、半分以下に減少している。

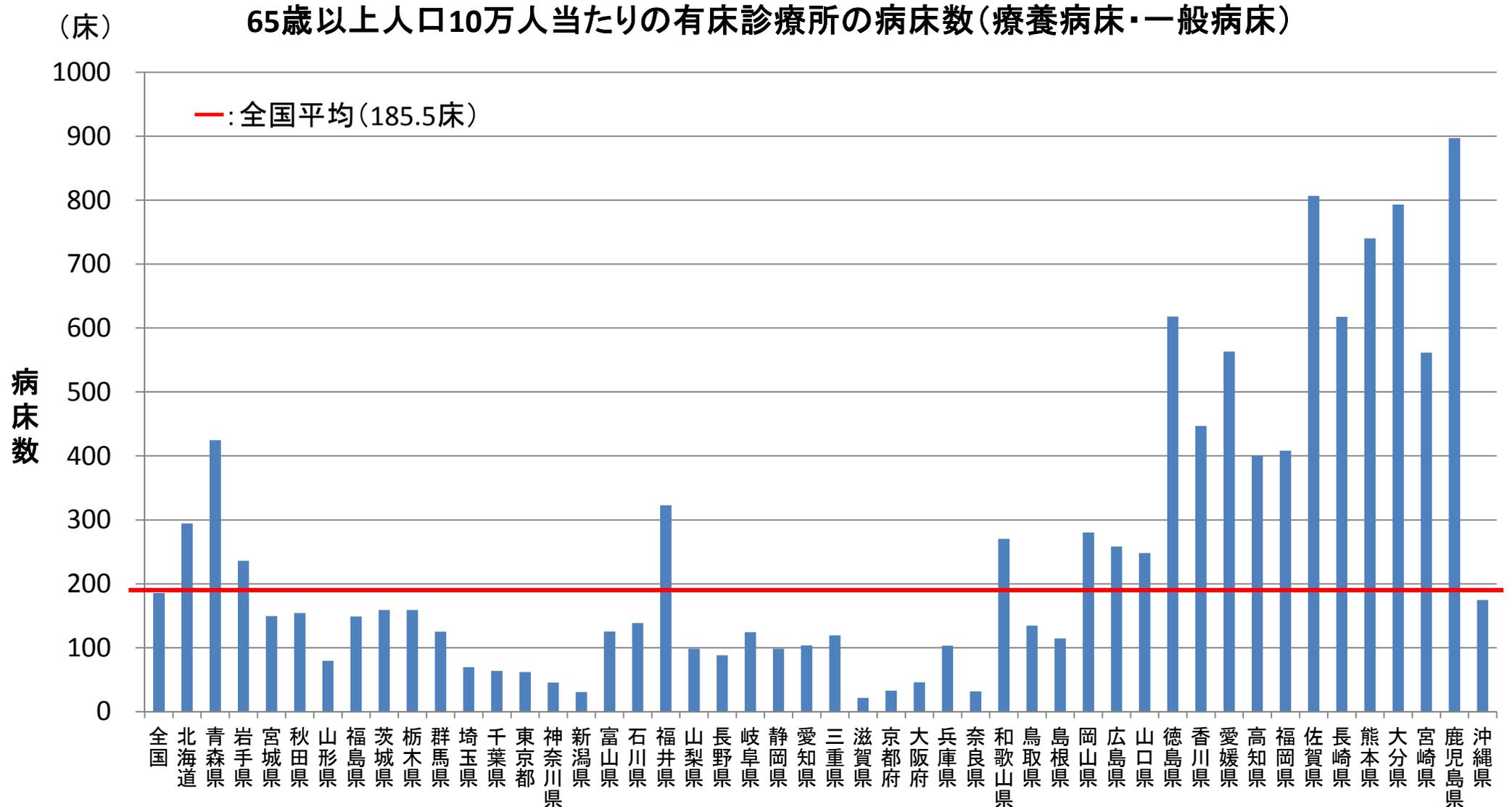


出典：平成28年医療施設調査

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、65歳以上人口10万人あたり有床診療所の届出病床数をみると、都道府県間のばらつきは大きくなる。

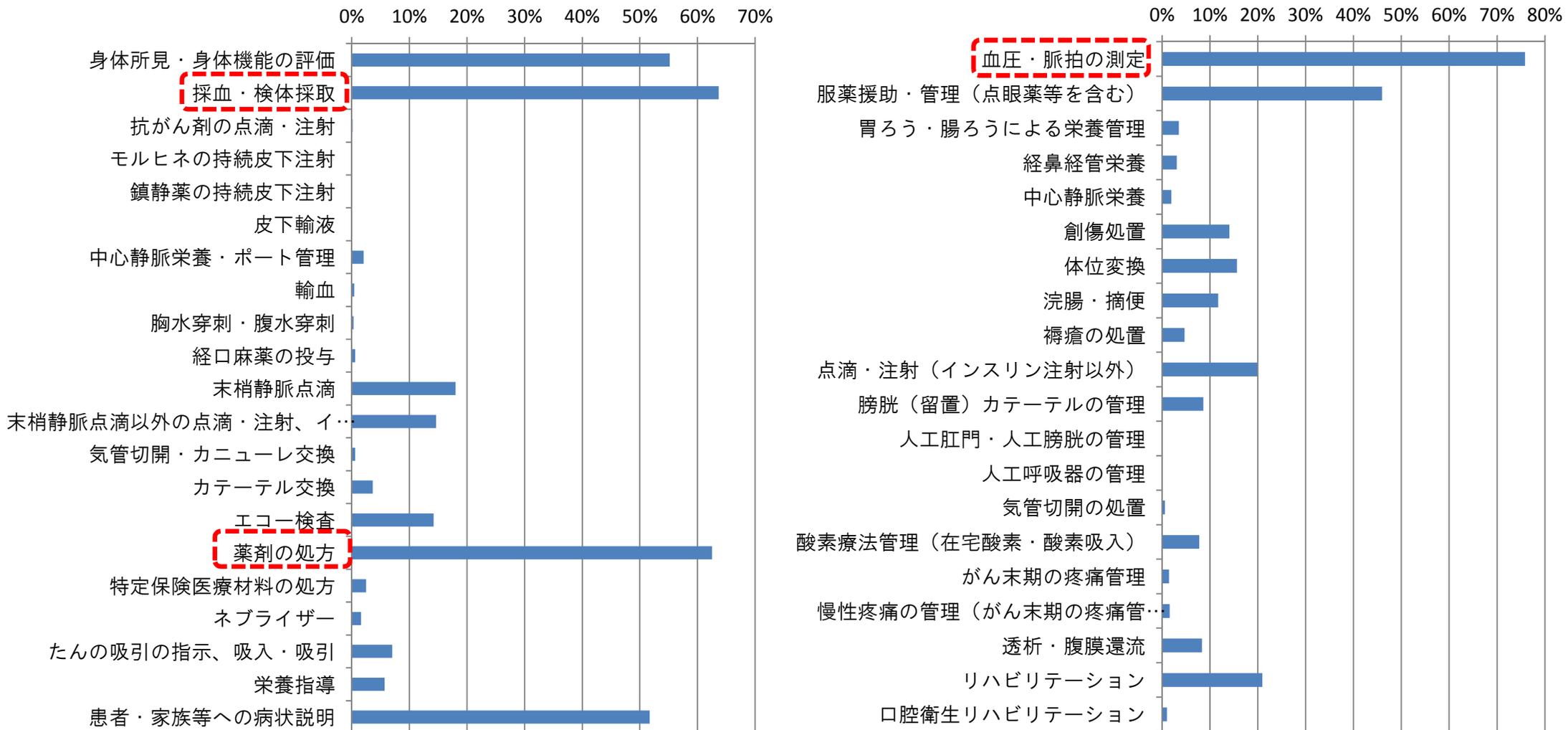


出典: (病床数)厚生労働省 平成26年医療施設(静態・動態)調査
(65歳以上人口)総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成28年1月1日時点)

有床診療所の入院患者の状況①

○ 過去30日間に有床診の患者が受けた医療行為等については、「薬剤の処方」「採血・検体採取」「血圧・脈拍の測定」等が多かった。

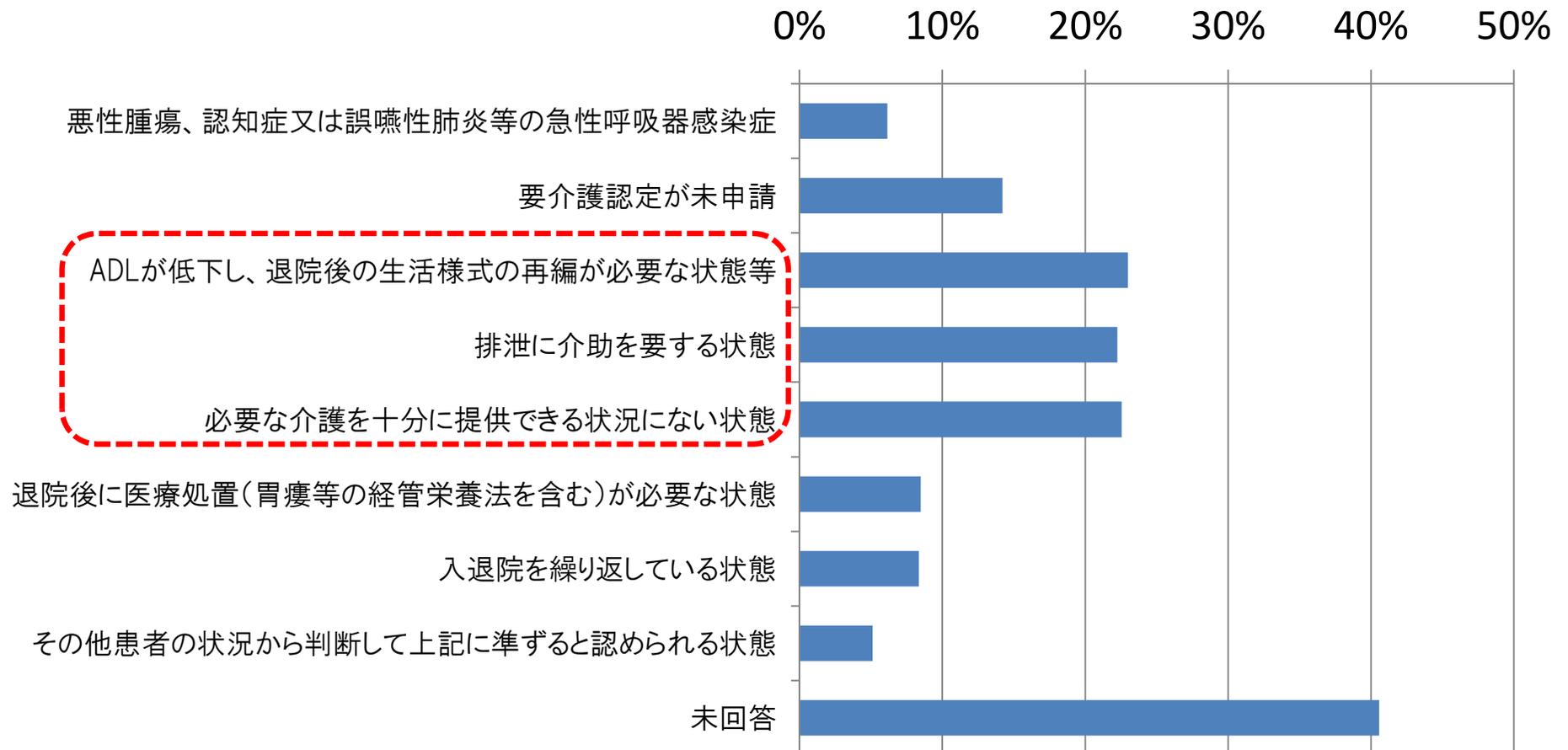
過去30日間に患者が受けた医療行為・処置等 (n=683)



有床診療所の入院患者の状況②

- 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。

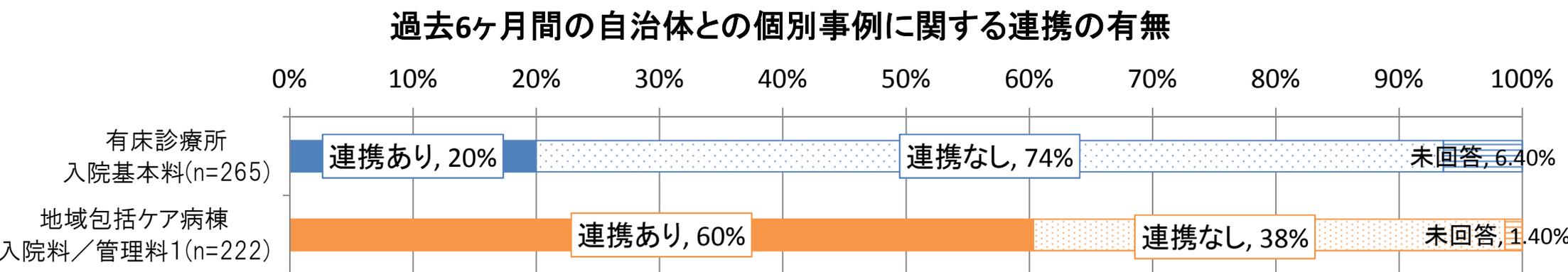
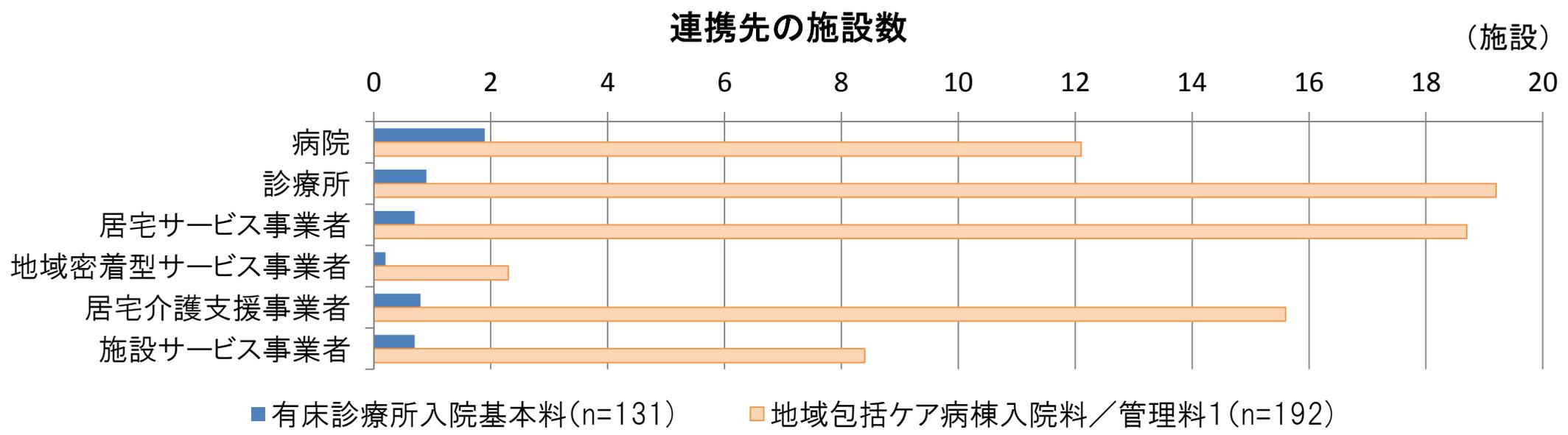
入院時の状態 (n=683)



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

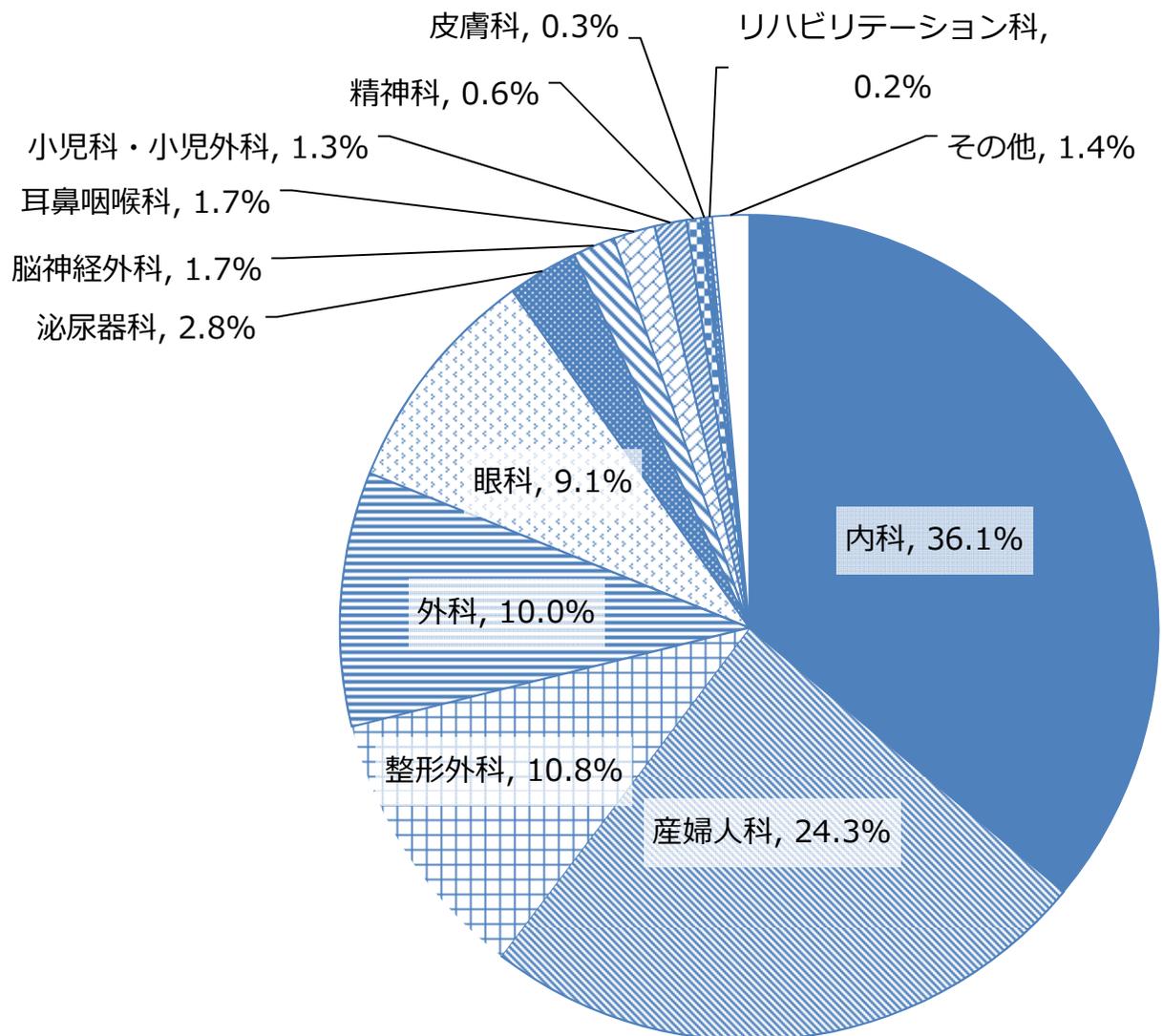
- 地域との連携について、有床診療所入院基本料を算定する医療機関は、地域包括ケア病棟入院料／管理料1を算定する医療機関に比べ、
 - ・連携先の施設数が少なく
 - ・自治体との連携の実績が少なかった。



出典：平成28年度入院医療等の調査(施設票)

主たる診療科目別の有床診療所の施設数の割合

○ 主たる診療科目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、産婦人科、整形外科、外科、眼科の順に多い。



注：主たる診療科目について集計。

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科
外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）

産婦人科：産婦人科、産科、婦人科

精神科：精神科、心療内科

2-2) 地域で果たしている役割・機能

【課題】

- ・ 有床診療所が地域で果たしている役割・機能は、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、眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の割合が多く、主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」「在宅・介護施設への受け渡し」の割合が多い。
- ・ 内科や外科などの主に地域医療を担う有床診療所については、入院基本料1～3の割合が多い、在院日数が相対的に長い、入院収入において入院料等が占める割合が多い、介護サービスの実施が多い、などの特徴がある。
- ・ 眼科、耳鼻咽喉科など主に専門医療を担う有床診療所については、入院基本料1～3の割合が少ない、在院日数が相対的に短い、入院収入において手術料が占める割合が多い、介護サービスの実施が少ない、などの特徴がある。
- ・ 有床診療所の経常利益率を介護収入の有無別に比較すると、介護収入のある有床診療所の方が経常利益率が高い傾向がみられた。
- ・ 有床診療所の介護事業に参加しない理由は、内科・外科・整形外科では、「医療だけに専念したい」「介護職員の確保が困難だから」が多かった。また、眼・皮・耳鼻科では、「診療科が介護の対象外である」が最も多かった。
- ・ 主に専門医療を担う有床診療所については、「専門医療提供モデル」が考えられ、入院診療報酬に占める手術料の割合が高く、専門的な医療サービスのニーズのある地域において、少ない人員体制で手術等の専門医療を効率的に提供するモデルとして今後とも役割が期待される。
- ・ 主に地域医療を担う有床診療所については「地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)」が考えられ、入院診療報酬に占める入院料の割合が高く、稼働する病床においては安定的な運営が可能である。一方で、施設として収益を確保するためには、施設全体の病床稼働率を上げることが必要だが、有床診療所の病床規模では、地域によっては病床稼働率を高く維持することは困難である。

有床診療所が地域で果たしている役割・機能①

(平成27年度病床機能報告データより作成)

- 有床診療所の病床機能報告では、その有床診療所の地域での役割を、次の項目から選択させている。
 1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
 2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
 3. 緊急時に対応する機能
 4. 在宅医療の拠点としての機能
 5. 終末期医療を担う機能
 6. いずれの機能にも該当しない
 7. 休棟中
- (最大で5項目まで選択可)

	計	
	数	割合
在宅・介護施設への受け渡し	2,338	37%
専門医療	3,222	51%
緊急時対応	2,902	46%
在宅医療の拠点	1,603	25%
終末期医療	1,631	26%
いずれの機能にも該当しない	768	12%
休棟中	658	10%

注 データの集計条件は以下の通り（以降の頁で同様）。

平成27年度・病床機能報告のデータを集計。

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%）を集計対象とした。

有床診療所が地域で果たしている役割・機能②（診療科別）

診調組 入-1
29.9.6改

- 有床診療所の役割・機能は、
 - ・ 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」などの地域医療の割合が多く、
 - ・ 主とする診療科が産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の割合が多く、
 - ・ 主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」「在宅・介護施設への受け渡し」の割合が多かった。



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

出典：平成27年度病床機能報告

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

有床診療所が地域で果たしている役割・機能③（診療科別・詳細）

- 主とする診療科が内科、外科の場合は、「緊急時対応」と「在宅医療の拠点」「在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」のいずれかとを組み合わせた役割・機能を担う割合が多い。
- 主とする診療科が産婦人科の場合は、「専門医療」と「緊急時対応」とを組み合わせた役割・機能を担う割合が多い。
- 主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」と「緊急時対応」、「専門医療」と「在宅医療の拠点」「在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」のいずれかなど、複数を組み合わせた役割・機能を担う割合が多い。
- 主とする診療科が眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の役割・機能単独を担う割合が多い。

	内科		外科		整形外科		産婦人科		眼科		耳鼻咽喉科	
	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%	377	100%	1,165	100%	591	100%	72	100%
①専門医療	200	22%	40	31%	250	66%	732	63%	402	68%	44	61%
②あり	137	15%	29	23%	172	46%	397	34%	110	19%	7	10%
③④⑤いずれかあり	166	18%	35	27%	166	44%	28	2%	26	4%	6	8%
②③④⑤全てなし	28	3%	4	3%	42	11%	329	28%	281	48%	34	47%
②緊急時対応	405	44%	71	55%	208	55%	533	46%	133	23%	16	22%
①あり（再掲）	137	15%	29	23%	172	46%	397	34%	110	19%	7	10%
③④⑤いずれかあり	375	41%	65	51%	158	42%	31	3%	17	3%	3	4%
①③④⑤全てなし	24	3%	5	4%	8	2%	127	11%	21	4%	9	13%
③在宅医療の拠点												
④在宅・介護施設への受け渡し	636	69%	86	67%	218	58%	42	4%	30	5%	7	10%
⑤終末期医療 いずれかあり												
①あり（再掲）	166	18%	35	27%	166	44%	28	2%	26	4%	6	8%
②あり（再掲）	375	41%	65	51%	158	42%	31	3%	17	3%	3	4%
①②全てなし	226	25%	14	11%	24	6%	5	0%	2	0%	1	1%

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

○有床診療所は、医療法上、19人以下の患者を入院させるための施設(診療所)であり病床を有するが、地域の医療ニーズに合致した医療を提供している場合、基準病床の特例として扱われる。

○施設数は約7600施設、病床数は約10万床であり、20年前と比較して半分以下に減少している。

○標榜診療科別にみると、内科が約4割、次いで外科、産婦人科、リハビリテーション科、整形外科、小児科・小児外科となっている。

○地域で果たしている役割については、「専門医療」51%、「緊急時対応」46%、「在宅・介護施設への受け渡し」37%となっており、主に専門医療を担う診療科(産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科)と主に地域医療を担う診療科(内科、外科)、双方の機能を持つ診療科(整形外科)に大別される。

○主に専門医療を担う診療科では、入院基本料の算定回数ベースで8割以上が「14日以内」であったが、主に地域医療を担う診療科では、入院基本料の算定回数ベースで半数以上が「15日以上30日以内」又は「31日以上」であり、約6割が75歳以上の患者であった。

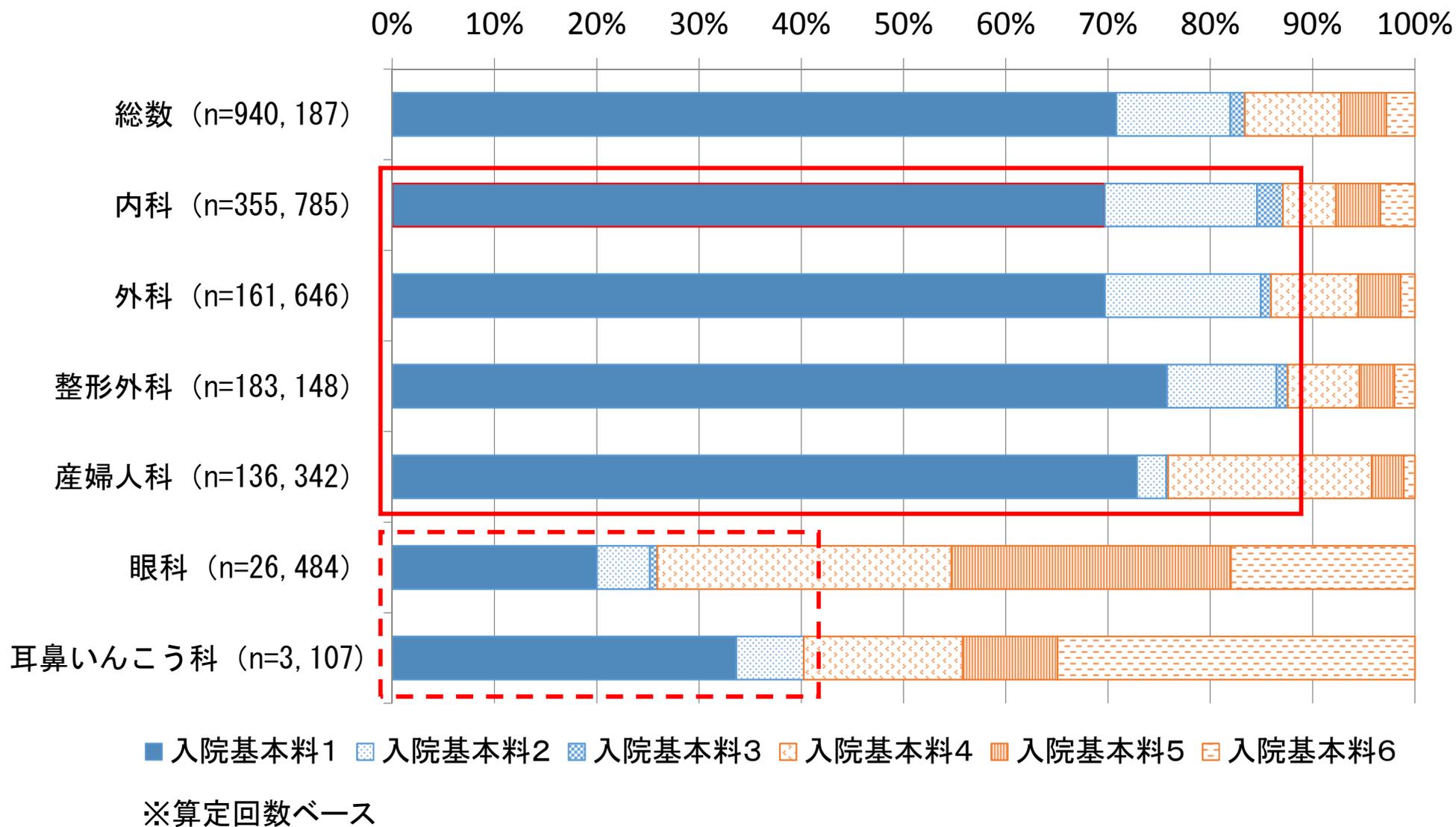
➤ 産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科など専門領域に特化した医療を提供する有床診療所については、そうした専門医療ニーズがある地域において、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な形態の一つとして今後も期待される。

➤ 一方、地域医療を担う診療所については、周辺に病院や介護施設が存在しない医療・介護資源が乏しい地域での役割は引き続き重要であるが、近い将来、医療ニーズが減少することを踏まえると、医療から医療・介護の併用モデルへの転換も選択肢として考えられるのではないか。



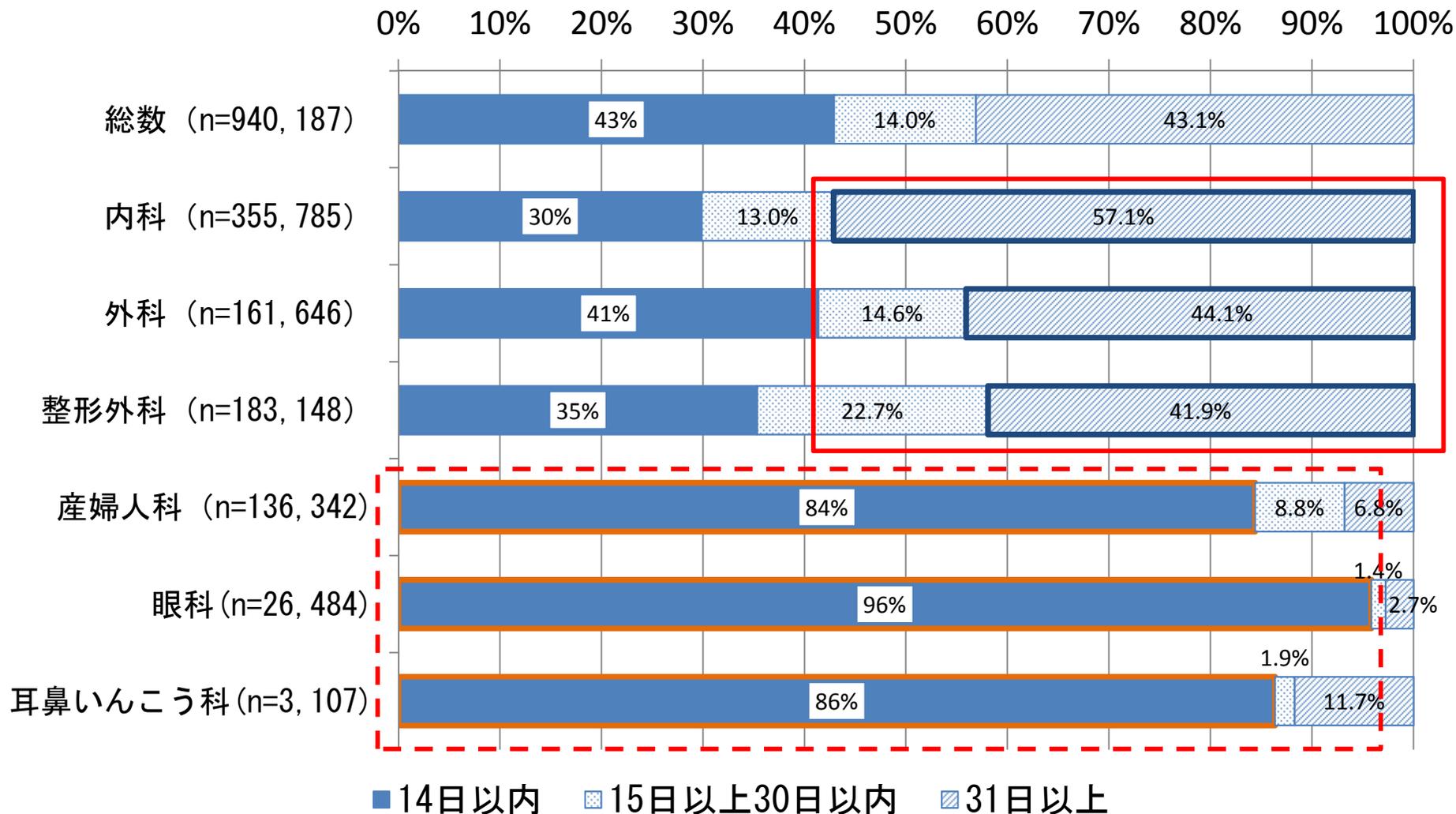
有床診療所・診療科別の入院基本料算定状況

- 有床診療所入院基本料1～3の算定回数の割合は、内科・外科・整形外科・産婦人科で多く、眼科・耳鼻いんこう科で少ない。



有床診療所・入院後日数別の入院基本料算定状況（診療科別）

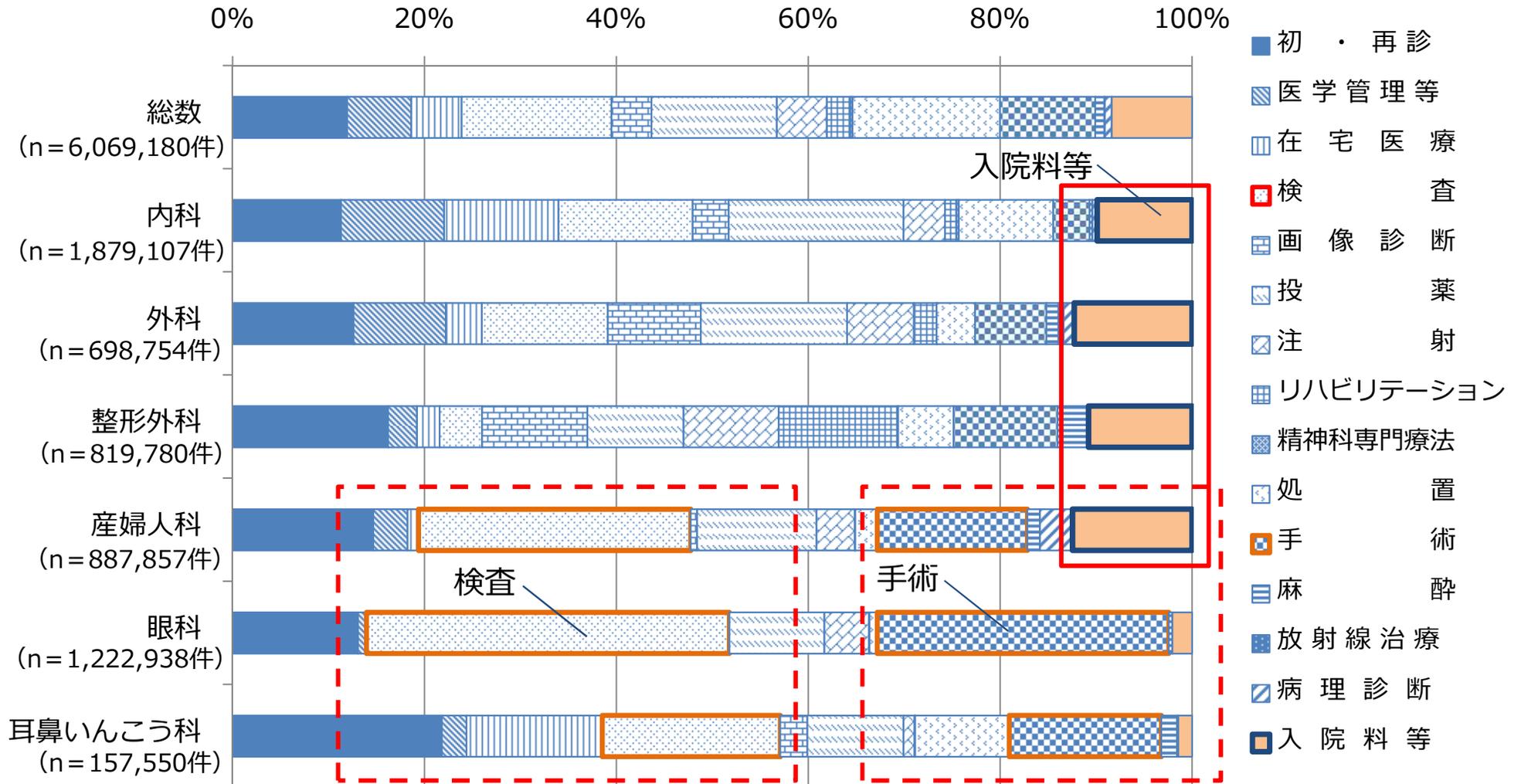
- 有床診療所の入院後日数別の入院基本料の算定回数を診療科別にみると、
 - ・ 内科・外科・整形外科では、4～5割程度が「31日以上」の入院基本料を算定。
 - ・ 産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科では、8～9割が「14日以内」の入院基本料を算定。



※算定回数ベース

有床診療所・診療科別の医科診療総点数に占める各診療行為の内訳

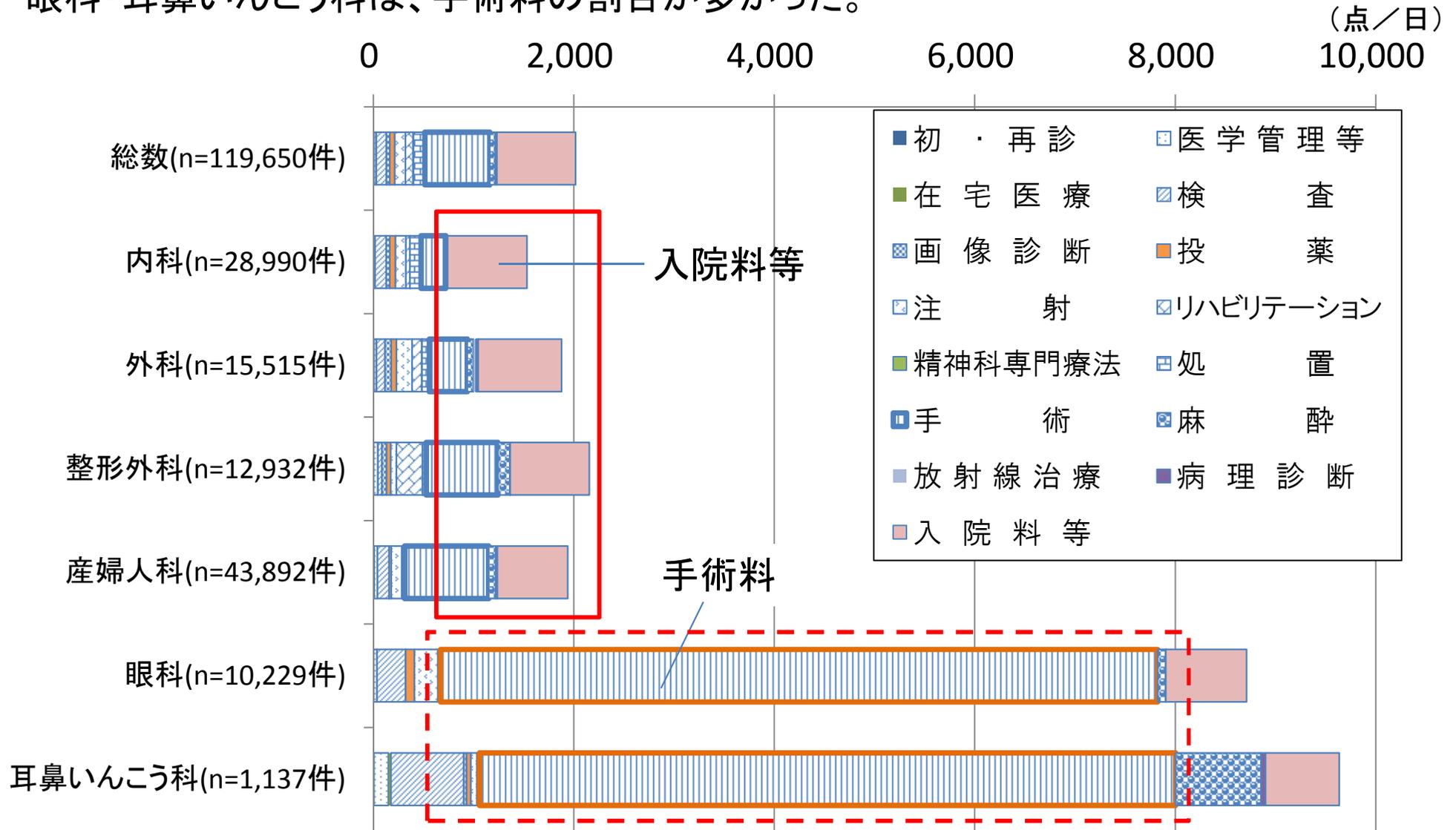
- 有床診療所の医科診療総点数に占める各診療行為の内訳を診療科別にみると、
 - ・ 内科・外科・整形外科・産婦人科は、「入院料等」の割合が他科と比較して高く、
 - ・ 産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科は、「検査」「手術」の割合が高い。



注) 入院・入院外を含む各診療行為の点数について、医科診療総点数に対する割合を算出。

有床診療所・診療科別の入院レセプト1日当たり平均点数

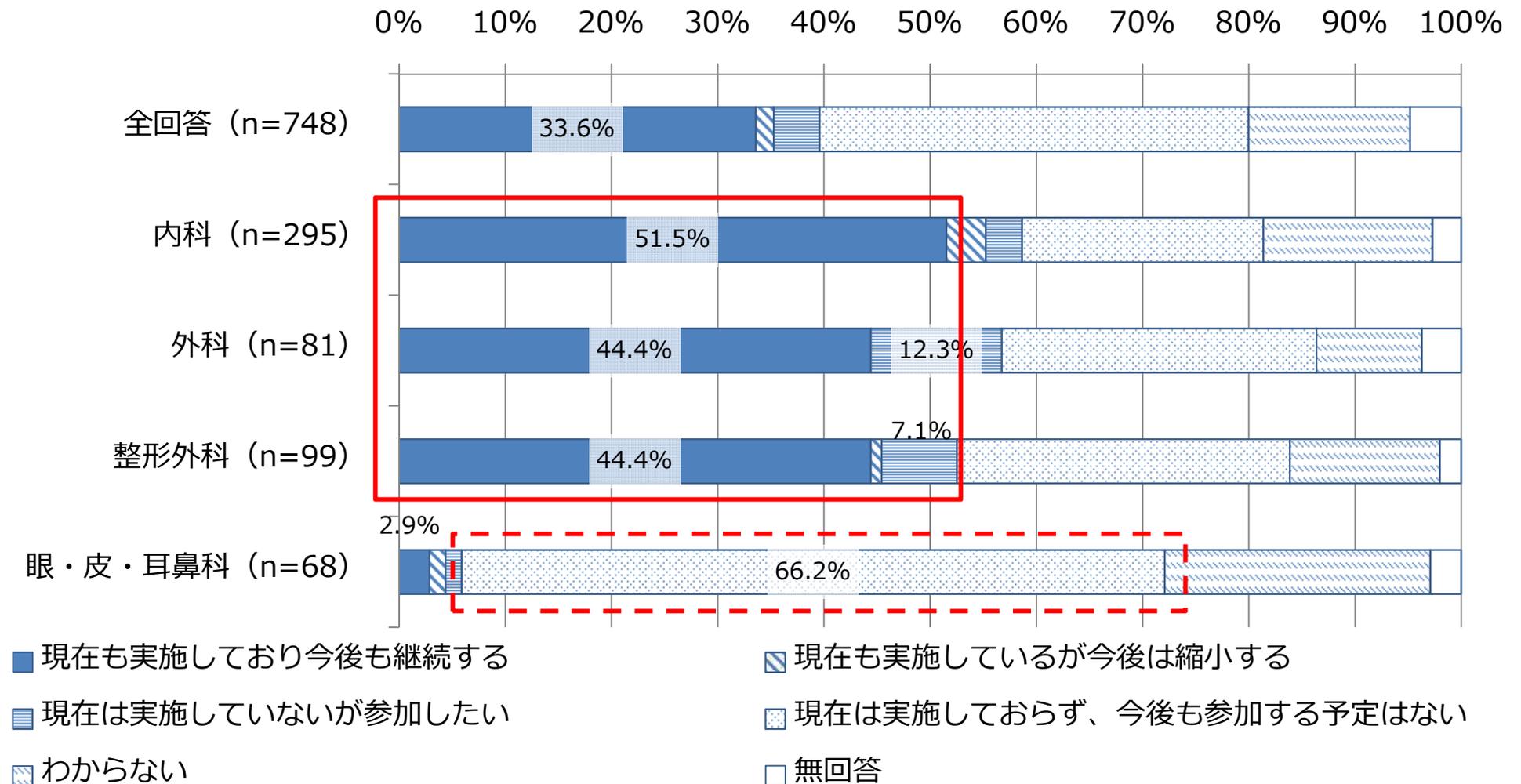
- 有床診療所の入院レセプト1日当たり平均点数を診療科別にみると、
 - ・ 内科・外科・整形外科・産婦人科は、入院料等が占める割合が多く、
 - ・ 眼科・耳鼻いんこう科は、手術料の割合が多かった。



注) 算定点数を診療実日数で割り戻して算出。

有床診療所の介護サービスへの参入状況

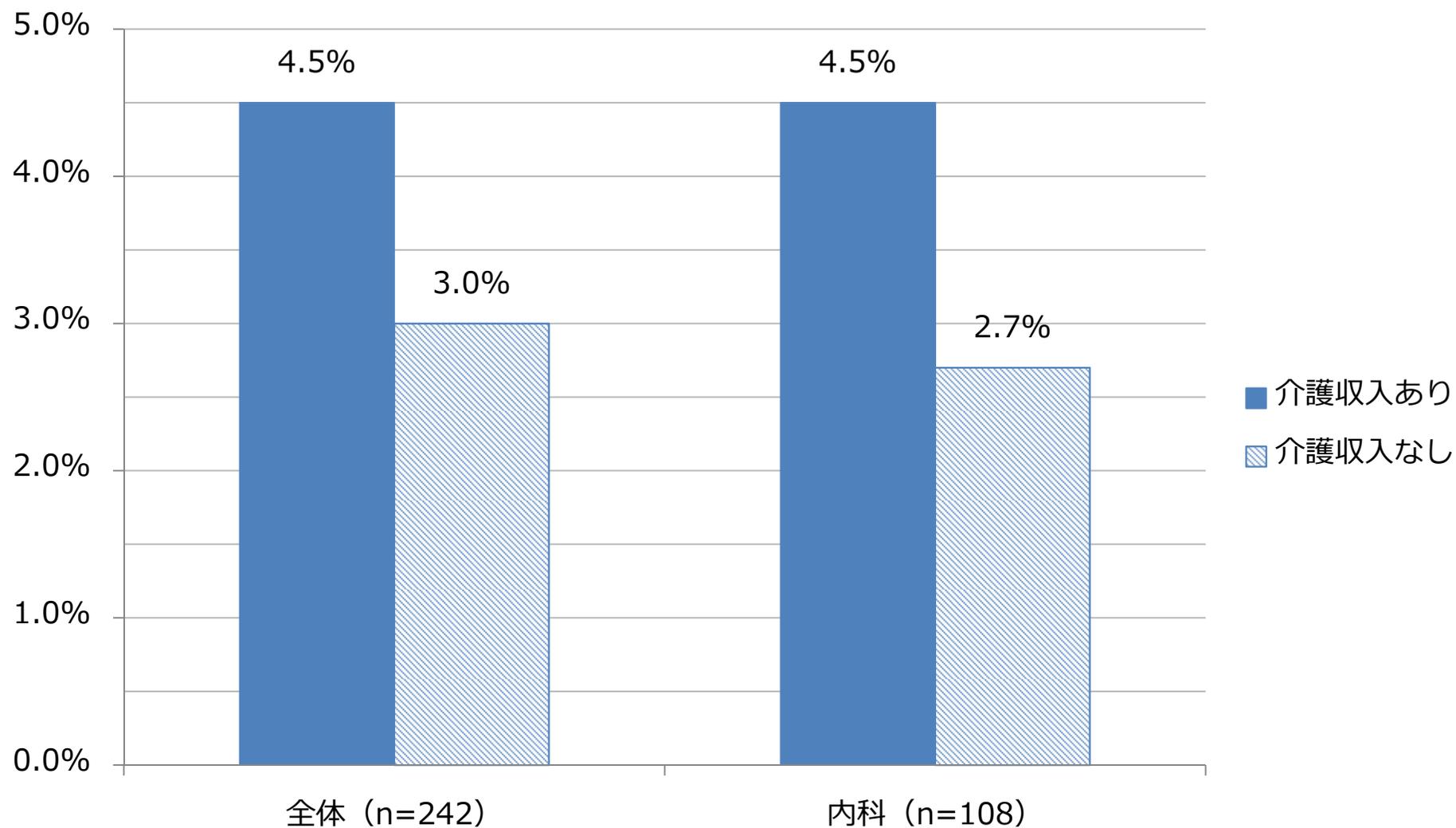
- 有床診療所の介護サービスへの参入状況については、
- ・ 内科、外科、整形外科は、4～5割が「現在も実施しており今後も継続する」であり、外科、整形外科は、約1割が「現在は実施していないが参加したい」であった。
 - ・ 眼・皮・耳鼻科は、約7割が「現在は実施しておらず、今後も参加する予定はない」であった。



有床診療所の介護収入の有無と経常利益率

- 有床診療所の経常利益率を介護収入の有無別に比較すると、介護収入のある有床診療所の方が経常利益率が高い傾向がみられた。

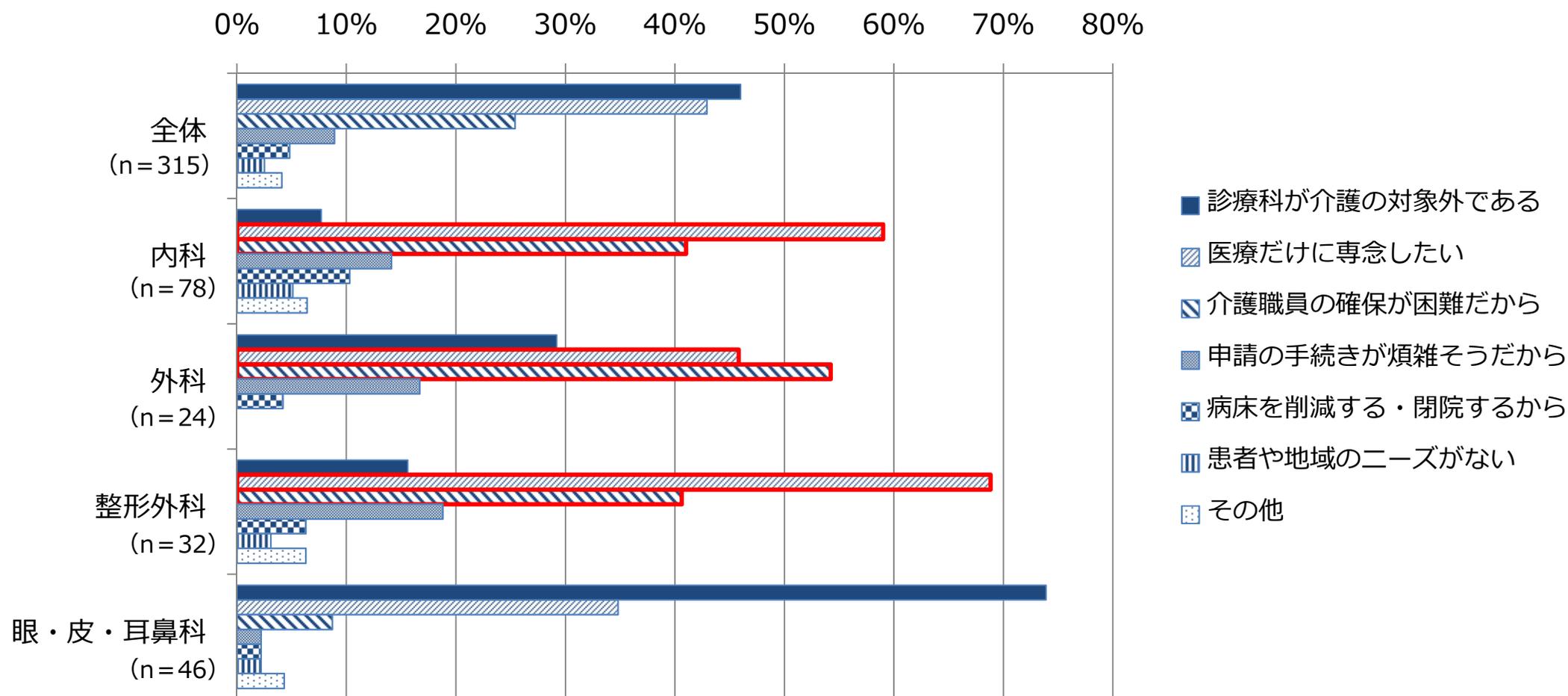
＜介護収入の有無別にみた有床診療所の経常利益率＞



有床診療所の介護事業に参加しない理由

- 有床診療所の介護事業に参加しない理由は、
 - ・ 内科・外科・整形外科では、「医療だけに専念したい」「介護職員の確保が困難だから」が多く、
 - ・ 眼・皮・耳鼻科では、「診療科が介護の対象外である」が最も多かった。

＜有床診療所の介護事業に参加しない理由＞



注：無回答を除く

有床診療所等の施設基準等の比較

		有床診療所 (一般病床)	有床診療所 (療養病床)	看護小規模多機能型居宅介護
施設設備	病室・ 宿泊室	6.3㎡/床 以上 (1人部屋) 4.3㎡/床 以上 (2人以上)	4床以下、6.4㎡/床以上 〈既設〉※ ¹ 6.0㎡/床 以上	定員1名※ ² 、床面積7.43㎡以上 病院又は診療所の場合は6.4㎡以上 (定員1 人の場合に限る)
	機能訓練 室		十分な広さ	
	談話室		談話を楽しめる広さ	
	食堂		入所定員1人あたり1㎡以上	機能を十分に発揮しうる適当な広さ ※居間と同一の室内でもよい。
	浴室		身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	(具体的な規定なし)
	他設備	消火用の機械又は器具	消火用の機械又は器具	居間、台所、消火設備その他の非常災害に際 して必要な設備その他必要な設備及び備品等
構造設備	廊下	片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 (定員9人以下の診療所は適用外)	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※ ¹ 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	
診療報酬・ 介護報酬		511点～861点	530点～994点 (生活療養を受ける場合は 516点～980点)	看護小規模多機能型居宅介護費 (月額) 12,341～31,141単位

注：短期入所療養介護を行うことのできる施設は「介護老人保健施設」「療養病床を有する病院若しくは診療所」「診療所」であり、必要な人員・設備等は、原則としてそれぞれの施設として満たすべき基準による。なお、診療所（療養病床を有するものを除く。）においては、以下の要件を満たすこと。

○ 床面積は利用者1人につき6.4㎡とすること ○ 食堂及び浴室を有すること ○ 機能訓練を行うための場所を有すること

なお、診療所短期入所療養介護費は596単位～1,012単位（1日につき）

※¹ 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

※² 利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができる。

有床診療所のモデル分析（未定稿）

		主に地域医療を担う有床診療所 ⇒ 地域包括ケアモデル (医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒ 専門医療提供モデル
モデルの位置づけ		医療と介護を提供	専門的な医療サービスを効率的に提供
モデルの分析	入院患者の年齢	相対的に高い	相対的に若い患者 (ADLが自立している患者が多い)
	入院患者の特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者
	在院日数	相対的に長い	短期滞在（高回転型）
	総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
	主な入院診療報酬	入院料等	手術料
	病床稼働率	(休眠していない病床の) 稼働率は高い	必ずしも高くない
	典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

- 「専門医療提供モデル」については、入院診療報酬に占める手術料の割合が高く、専門的な医療サービスのニーズのある地域において、少ない人員体制で手術等の専門医療を効率的に提供するモデルとして今後とも役割が期待される。
- 「地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)」では、入院診療報酬に占める入院料の割合が高く、稼働する病床においては安定的な運営が可能である。一方で、施設として収益を確保するためには、施設全体の病床稼働率を上げることが必要だが、有床診療所の病床規模では、地域によっては病床稼働率を高く維持することは困難である。

有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例（案）

- 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）については、施設の空床利用や、病床の介護サービスベッドとしての活用などにより、医療と介護を組み合わせたサービスの提供が考えられる。

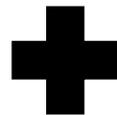
＜地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例＞

医療サービス

有床診療所

又は

無床診療所



介護サービス（例）（多様なサービスの組み合わせが可能）

短期入所療養介護※

- 施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する

※ 診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。

看護小規模多機能型居宅介護

- 施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問（看護・介護）を医療機関併設の介護サービスとして提供

介護医療院※

- 医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応

※ 介護医療院の基準・報酬等は介護給付費分科会で議論予定。

2-3) 有床診療所の入院基本料の区分別の分析 (一般病床、療養病床)

【課題】

- ・ 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要件のうち、いずれか2つを満たすこととされている。
- ・ 有床診療所入院基本料1～3を届け出る際に満たした要件としては、夜間看護配置加算、時間外対応加算1、在宅療養支援診療所等が多かった。
- ・ 有料診療所入院基本料のうち、入院基本料1の届出病床数が最も多い。また、病床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。
- ・ 有床診療所入院基本料の算定回数の分布を年齢階級別にみると、入院基本料1～3は、65歳以上の患者の算定が約75%を占め、入院基本料4～6に比べて多かった。また、有床診療所の入院後日数別の入院基本料の算定回数を年齢階級別にみると、年齢が高いほど「31日以上」の割合が多かった。

有床診療所入院基本料の概要①

診調組 入-1
29.8.4

○ 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

診調組 入-1
29.8.4

- 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

- ・ 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。

専門医療等の実施に関する実績

- ・ 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。

急性期病院からの患者の受け入れに関する実績

- ・ 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。

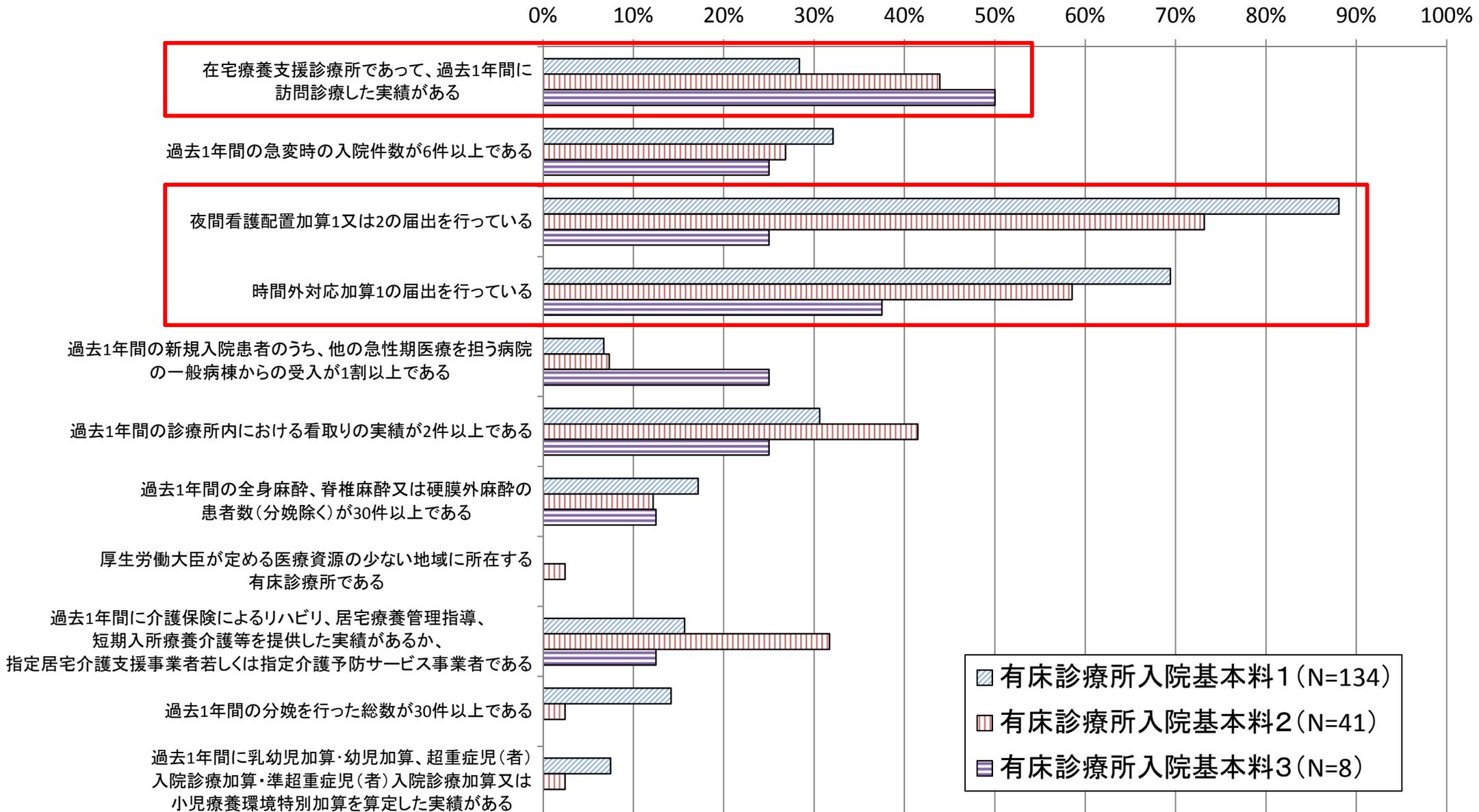
医療機関の体制、その他

- (緊急時の対応)
- ・ 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。
- (その他)
- ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

有床診療所入院基本料1-3を届け出た医療機関が該当した要件

中医協 診-1-2
27.9.9改

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

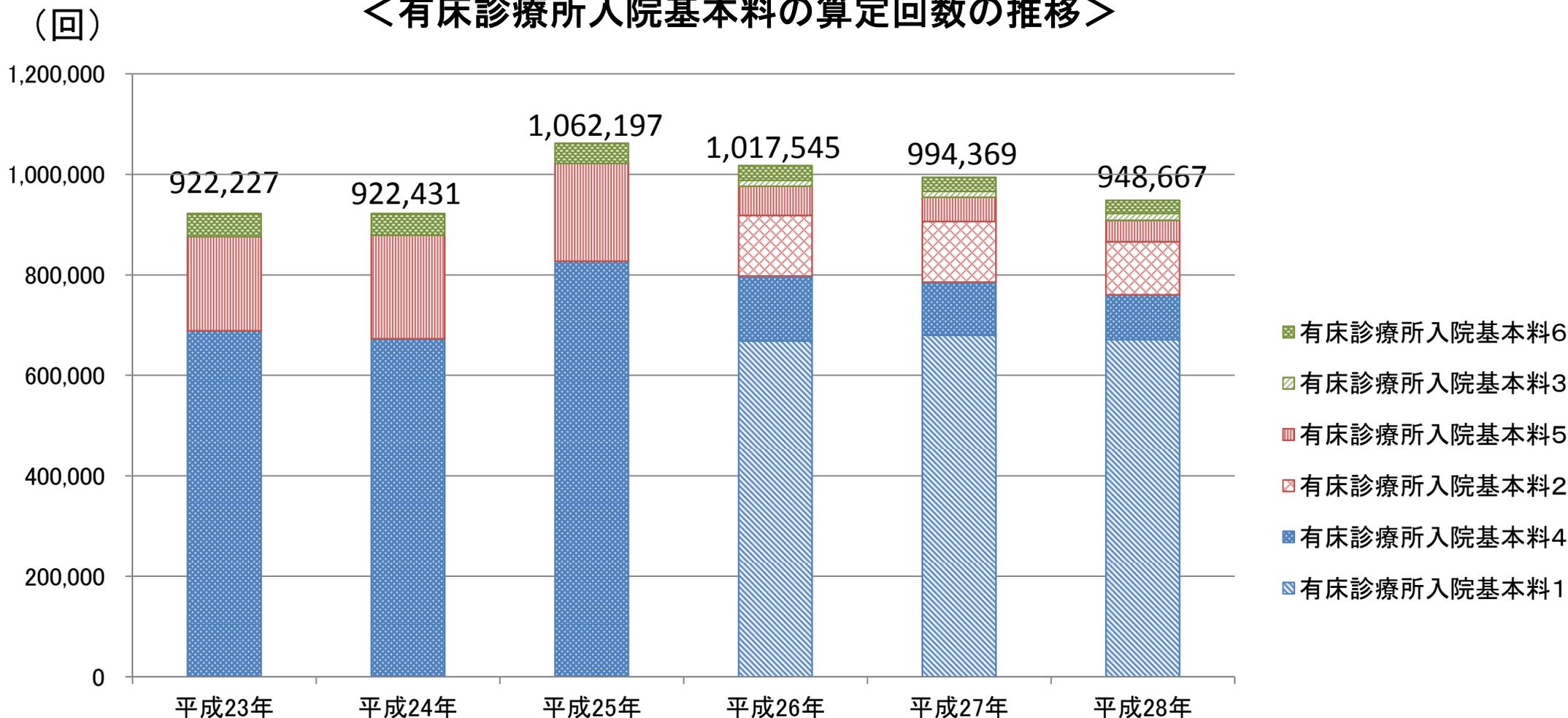


有床診療所入院基本料の算定回数の推移

診調組 入-1
29.8.4

○ 有床診療所入院基本料の算定回数は、近年、減少傾向にある。

＜有床診療所入院基本料の算定回数の推移＞



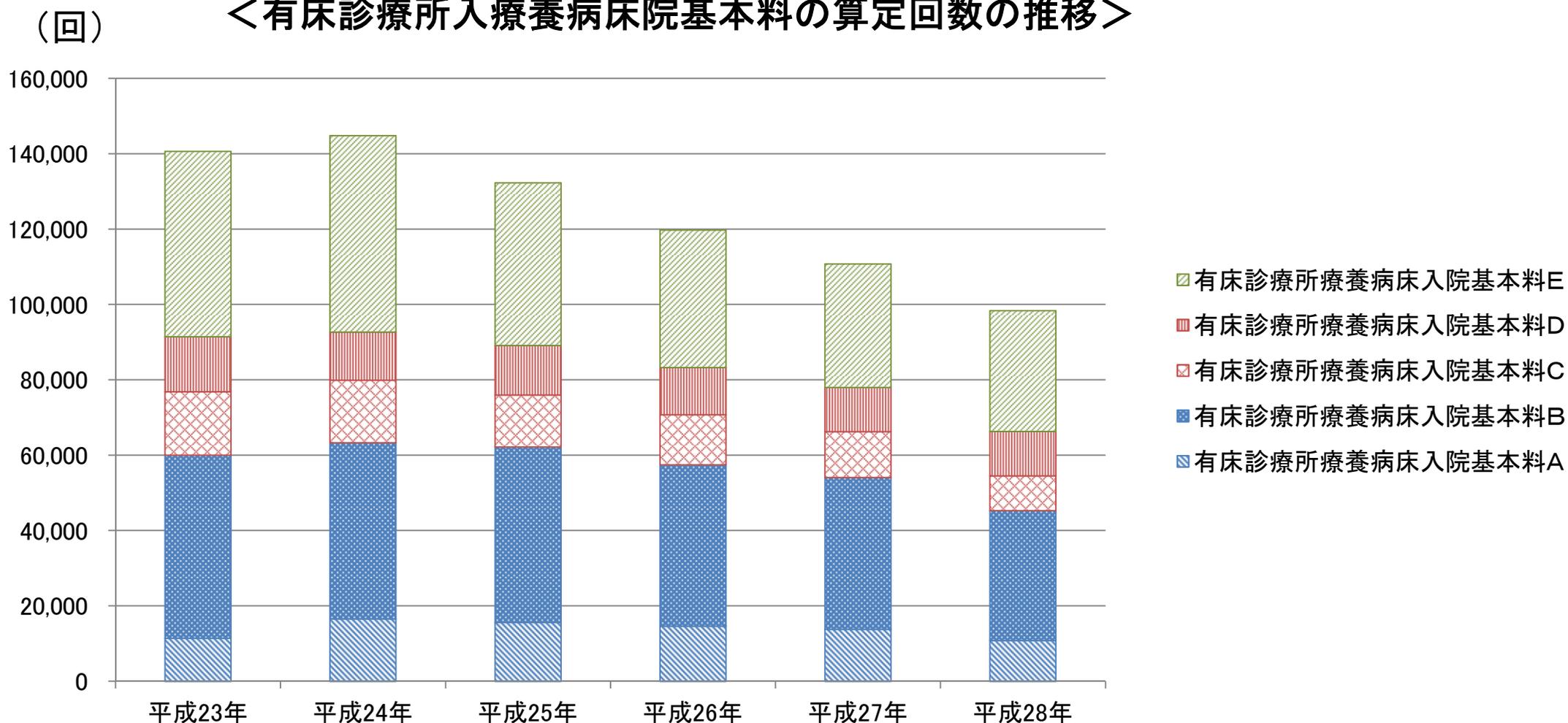
(注1) 平成25年以前の入院基本料入院基本料1～3は、それぞれ入院基本料4～6として集計。

(注2) 平成25年度から、調査方法が抽出調査からNDBを用いた悉皆調査に変更されている。

有床診療所療養病床入院基本料の算定回数の推移

○ 有床診療所療養病床入院基本料の算定回数は、近年、減少傾向にある。

〈有床診療所入療養病床院基本料の算定回数の推移〉

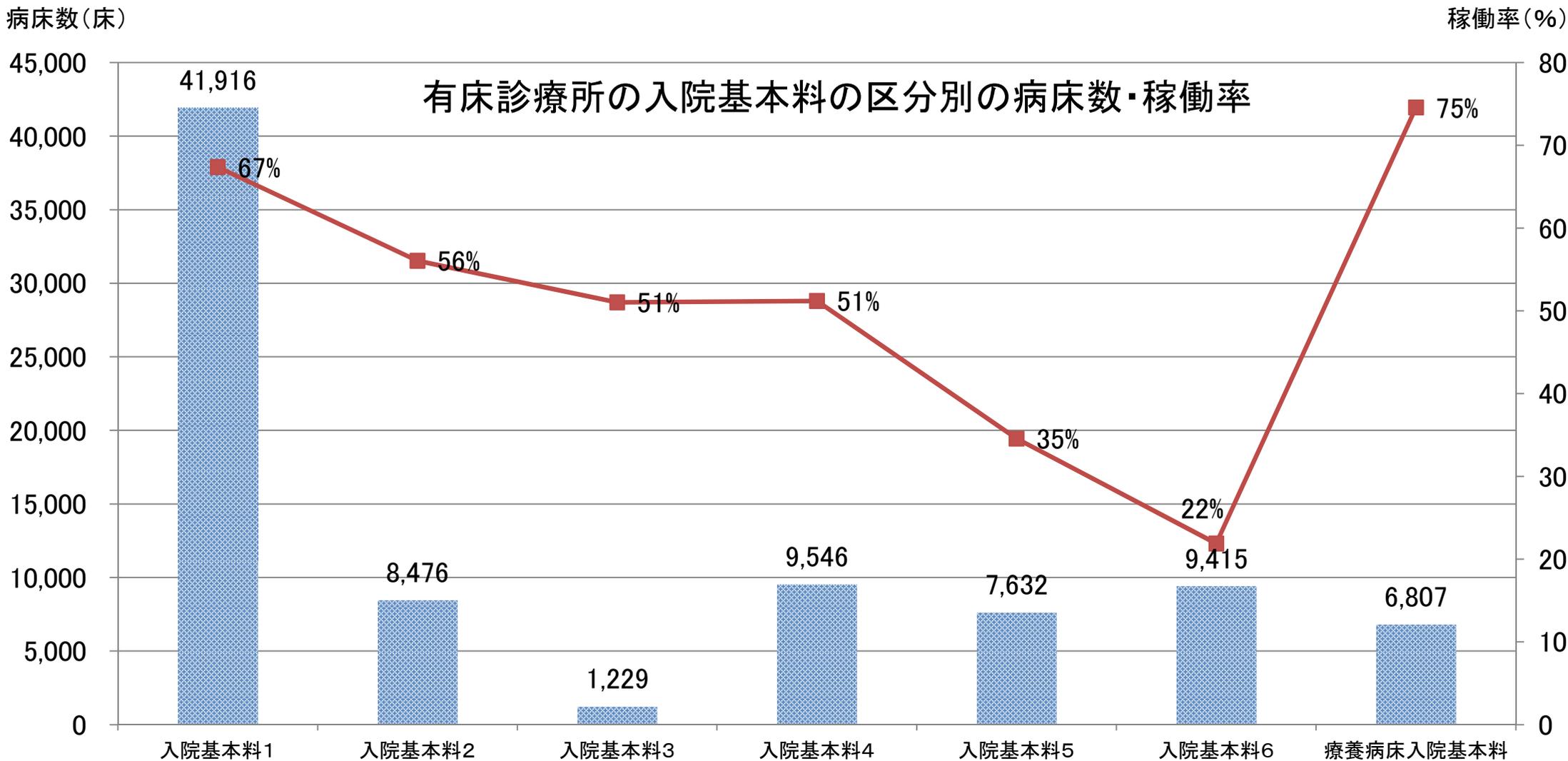


(注1) 平成25年度から、調査方法が抽出調査からNDBを用いた悉皆調査に変更されている。

有床診療所の入院基本料区分別の届出病床数と病床稼働率

診調組 入-1
29.8.4改

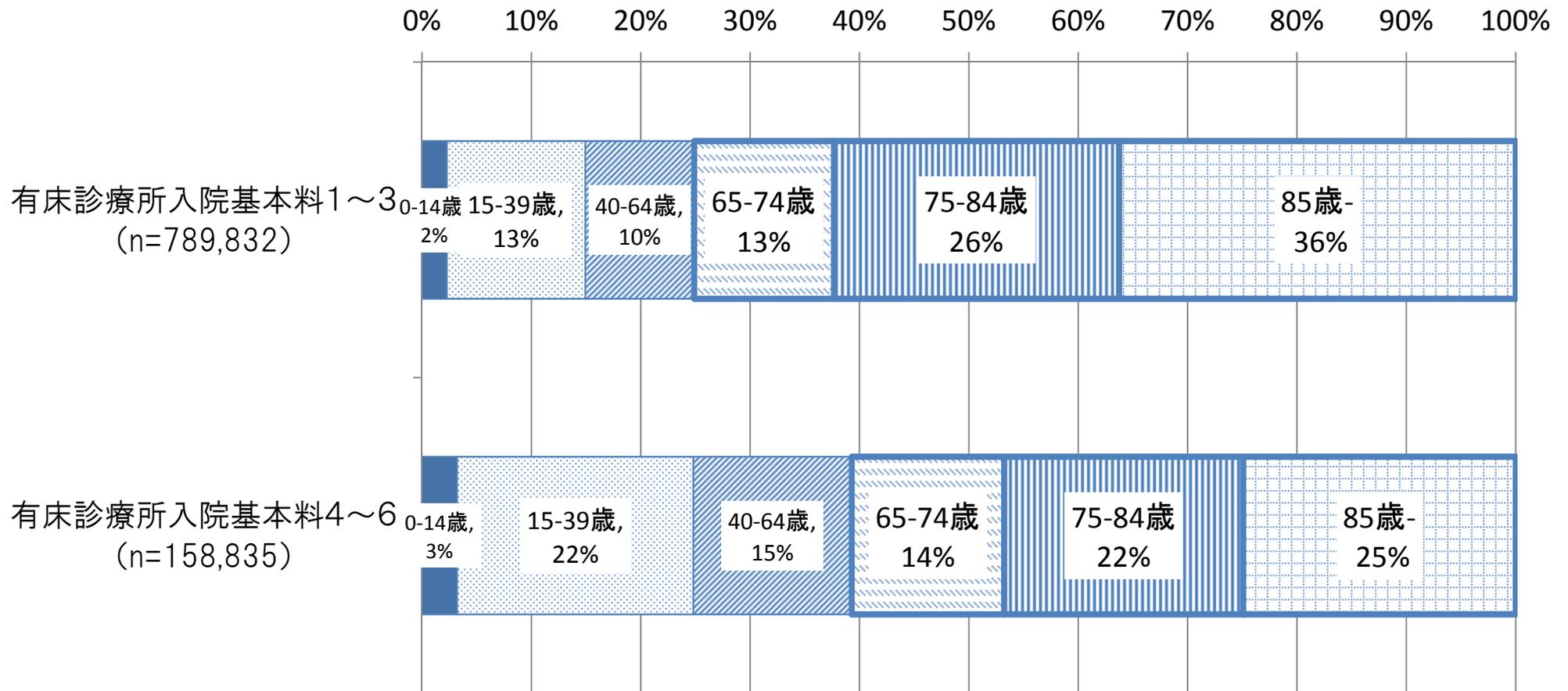
- 有料診療所入院基本料のうち、入院基本料1の届出病床数が最も多い。
- 病床稼働率は有床診療所入院基本料1が最も高く、67%であった。



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)

○ 有床診療所入院基本料の算定回数の分布を年齢階級別にみると、入院基本料1～3は、65歳以上の患者の算定が約75%を占め、入院基本料4～6に比べて多かった。

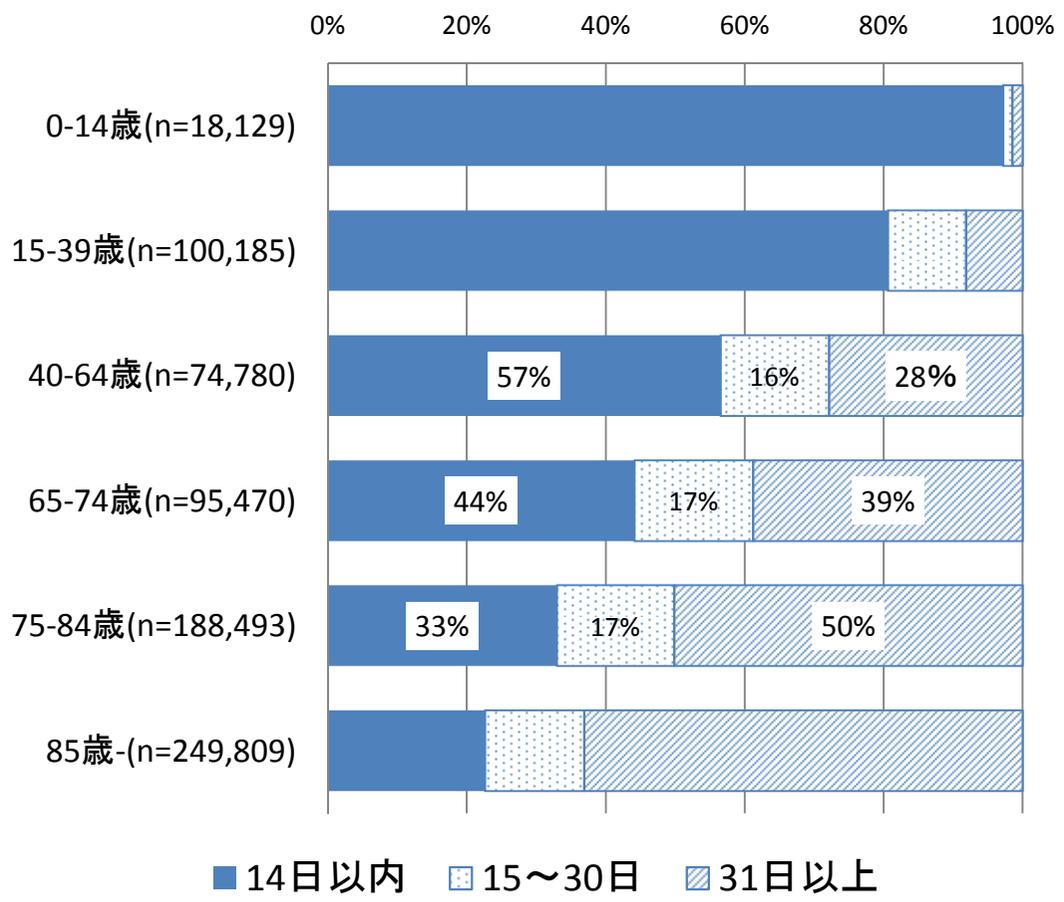


有床診療所・入院後日数別の入院基本料の算定状況（年齢階級別）

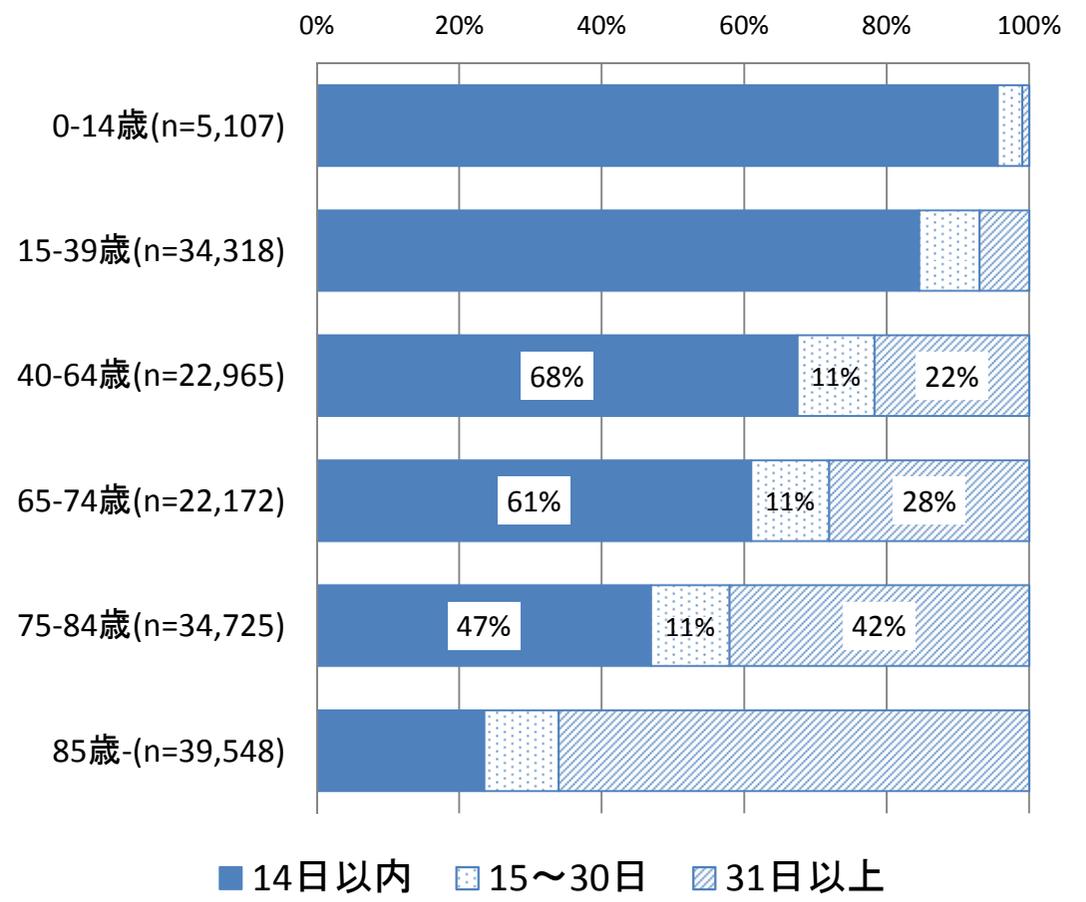
診調組 入-1
29.8.4改

- 有床診療所の入院後日数別の入院基本料の算定回数を年齢階級別にみると、
 - 年齢が高いほど「31日以上」の割合が多く、
 - 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」の割合が少なく「15～30日」「31日以上」の割合が多かった。

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



2-4) 在宅復帰機能強化加算

【課題】

- ・ 「在宅復帰機能強化加算」の届出状況は、診療所のうち約1割程度であり、「内科」「産婦人科」「眼科」が多かった。
- ・ 在宅復帰機能強化加算を算定している有床診療所では、入院前の場所が「自宅(在宅医療の提供あり)」である患者の割合が比較的高かった。また、退棟先が「自宅(在宅医療の提供あり)」である割合が比較的高く、居住系介護施設への退院や死亡退院もみられた。
- ・ 機能強化型在宅支診等の施設基準では、在宅における看取りの実績要件を設けている。

有床診療所入院基本料の加算について①

重症児（者）受入 連携加算	当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において退院支援加算 3 を算定したものである場合に算定。	2000点（入院 初日限り）
有床診療所一般病 床初期加算	次のいずれかに該当する場合、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として算定。 （1）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あり。 （2）全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上。 （3）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所。 （4）「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所。 （5）がん性疼痛緩和指導管理料を算定。 （6）夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定し、夜間の診療応需態勢を確保している。	100点 （1日につき）
夜間緊急体制確保 加算	入院患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保している場合に算定。	15点 （1日につき）
医師配置加算	○医師配置加算 1 の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ① 当該診療所における医師の数が、2 以上であること。 ② 「有床診療所一般病床初期加算」の要件（1）～（7）のいずれかに該当すること。 ○医師配置加算 2 の施設基準 当該診療所における医師の数が、2 以上であること（加算 1 の②には該当しない）。	加算 1 88点 （1日につき） 加算 2 60点 （1日につき）

有床診療所入院基本料の加算について②

看護配置加算 夜間看護配置加算 看護補助配置加算	看護配置加算 1 ⇒ 当該診療所（療養病床を除く）における看護職員の数が、看護師 3 を含む 10 以上である場合に算定。 看護配置加算 2 ⇒ 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、10 以上である場合に算定（看護配置加算 1 に該当する場合を除く）。 夜間看護配置加算 1 ⇒ 当該診療所における夜間の看護要員の数が、看護職員 1 を含む 2 以上である場合に算定。 夜間看護配置加算 2 ⇒ 当該診療所における夜間の看護職員の数が、一以上である場合に算定（夜間看護配置加算 1 に該当する場合を除く）。 看護補助配置加算 1 ⇒ 当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が、2 以上である場合に算定。 看護補助配置加算 2 ⇒ 当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が、1 以上である場合に算定（看護補助配置加算 1 に該当する場合を除く）。	看護配置加算 加算 1 40点 加算 2 20点 夜間看護配置加算 加算 1 85点 加算 2 35点 夜間補助配置加算 加算 1 10点 加算 2 5点 （いずれも 1 日につき）
看取り加算	当該診療所における夜間の看護職員の数が 1 以上であり、入院している患者を入院から 30 日以内に看取った場合に算定。	1,000点 在宅療養支援診療所は 2,000点
栄養管理実施加算	以下の場合に算定。 ①当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。 ②栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	12点 （1 日につき）
有床診療所在宅復帰機能強化加算	以下の全てを満たす場合、入院日から起算して 15 日以降に算定。 ①有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を届け出ていること ②直近 6 か月間の退院患者の在宅復帰率が 7 割以上 ③退棟患者の在宅生活が 1 月以上継続することを確認 ④平均在院日数が 60 日以内	5点 （1 日につき）

平成28年度診療報酬改定(医療機能に応じた入院医療の評価)

在宅復帰率の要件見直し

- 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

改定前(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が75%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)

平成28年度診療報酬改定後(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が80%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)
- ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

- 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以内

有床診療所療養病床入院基本料の場合

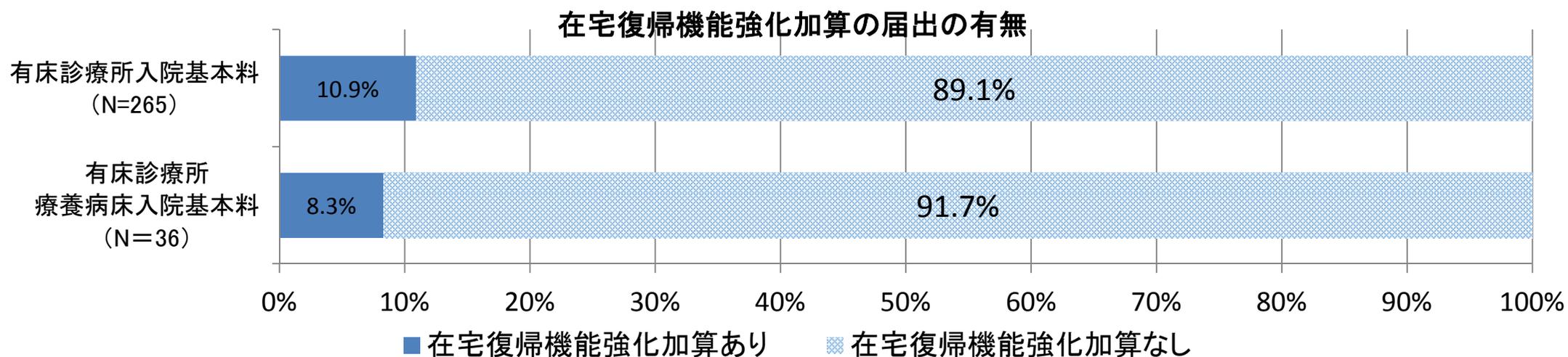
以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以内

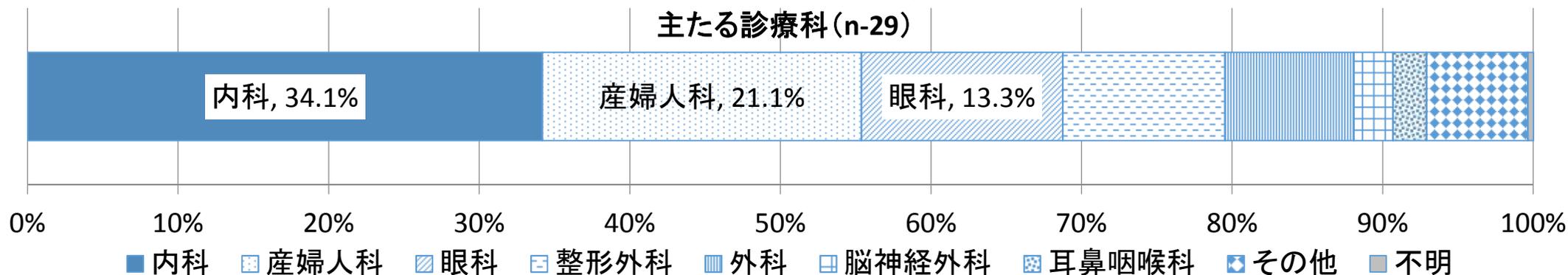
有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況①

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

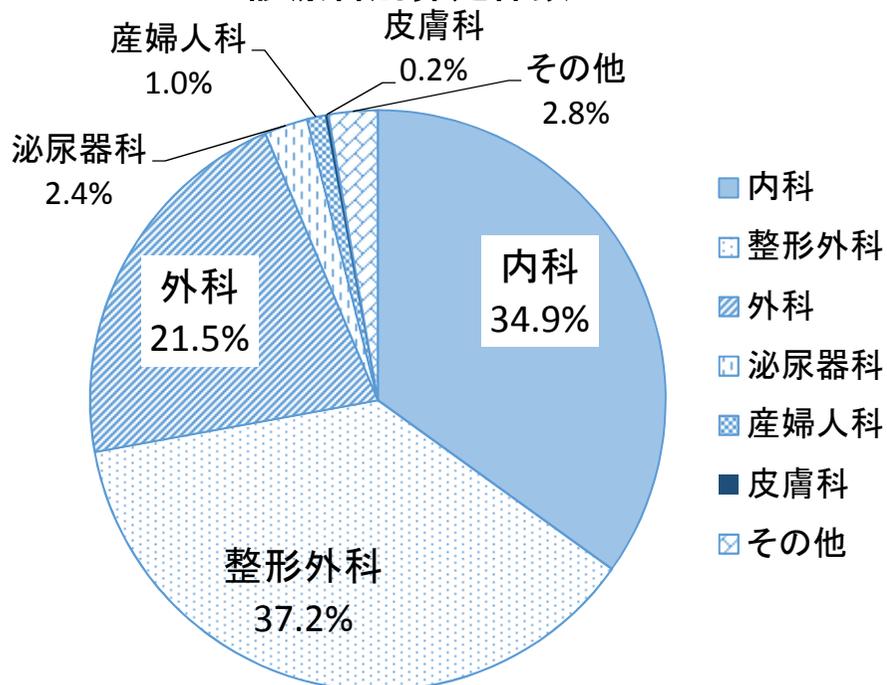
診調組 入-1
29.8.4改

○ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の算定割合は、約1～2割であり、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。

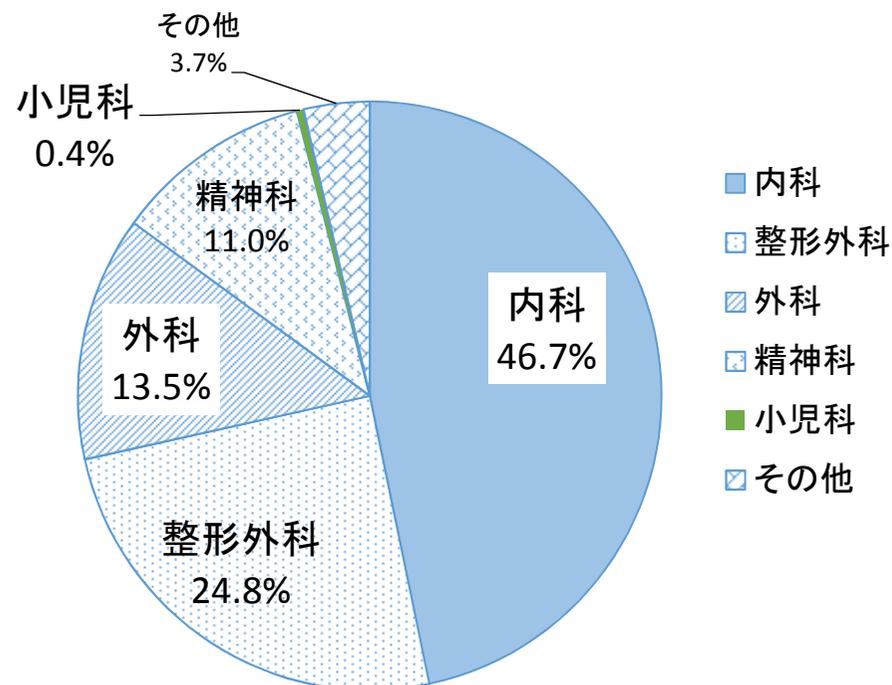
	有床診療所 在宅復帰機能強化加算	有床診療所 療養病床 在宅復帰機能強化加算
算定件数	5,762件	520件
算定回数	91,658回	10,886回
算定割合(※)	19.5%	11.0%

(※)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(有床診療所入院基本料については、入院基本料1～3のうち15日以上のもので割り戻して算出。

有床診療所在宅復帰機能強化加算の診療科別算定件数

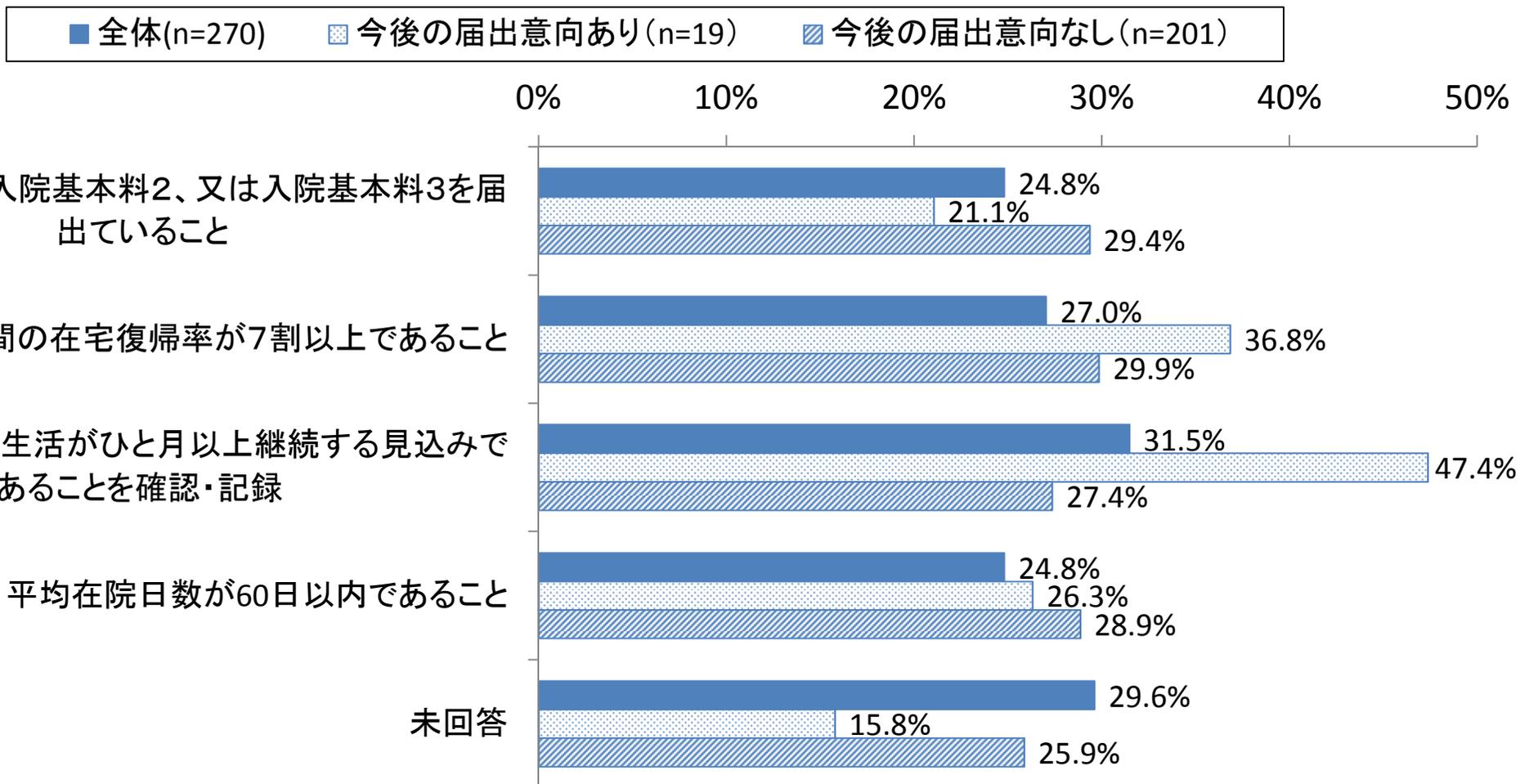


有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の診療科別算定件数



- 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については、届出に当たり、施設基準の要件のうち「退棟患者の在宅生活の継続を確認・記録」を特に困難とする回答が多かった。

有床診療所在宅復帰機能強化加算の施設基準のうち、届出に当たり特に困難と感じられる要件



有床診療所の患者の入院前の場所

- 在宅復帰機能強化加算を算定している有床診療所では、在宅復帰機能強化加算を算定していない有床診療所と比較して、入院前の場所が「自宅(在宅医療の提供あり)」である患者の割合が高い。

＜入院前の居場所別患者割合＞

	有床診療所入院基本料 (n=607)		
		在宅復帰機能強化加算あり (n=105)	在宅復帰機能強化加算なし (n=502)
自宅	69.4%	75.2%	68.1%
在宅医療の提供あり	4.6%	11.4%	3.2%
在宅医療の提供なし	42.3%	49.5%	40.8%
不明	22.4%	14.3%	24.1%
他の有床診療所の病床	1.2%	1.0%	1.2%
他の病院の7対1、10対1病床	12.9%	10.5%	13.3%
他の病院の地域包括ケア・回り八病床	0.7%	0.0%	0.8%
他の病院の療養病床	1.3%	0.0%	1.6%
介護療養型医療施設	0.5%	0.0%	0.6%
介護老人保健施設	2.3%	3.8%	2.0%
介護老人福祉施設 (特養)	2.0%	1.9%	2.0%
居住系介護施設	2.8%	2.9%	2.8%
障害者支援施設	0.0%	0.0%	0.0%
その他	3.3%	4.8%	3.0%
不明	3.8%	0.0%	4.6%

有床診療所の患者の退院先

○ 在宅復帰機能強化加算を算定している有床診療所では、在宅復帰機能強化加算を算定していない有床診療所と比較して、退棟先が「自宅(在宅医療の提供あり)」である割合が高い。また、居住系介護施設への退院や死亡退院もみられた。

＜退棟先別の退棟患者割合(平成28年10月の1か月間)＞

		有床診療所入院基本料 (n=2,335)		
			在宅復帰機能強化加算あり (n=361)	在宅復帰機能強化加算なし (n=1,974)
自宅等	① 自宅(在宅医療の提供あり)	9.0%	43.8%	2.6%
	② 自宅(在宅医療の提供なし)	78.7%	42.1%	85.4%
	③ 介護老人福祉施設(特養)	0.6%	1.7%	0.5%
	④ 居住系介護施設(グループホーム、有料老人ホーム等)	1.5%	3.3%	1.1%
	⑤ 障害者支援施設	0.1%	0.0%	0.2%
自院	⑥ 自院の一般病床	4.6%	0.0%	5.5%
	⑦ 自院の療養病床	0.3%	0.0%	0.4%
他の有床診療所	⑧ 他の有床診療所(在宅復帰機能強化加算を届出)	0.0%	0.0%	0.0%
	⑨ 他の有床診療所(上記以外)	0.1%	0.0%	0.1%
病院	⑩ 急性期病床(7対1、10対1)	1.3%	2.2%	1.2%
	⑪ 地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	0.2%	1.1%	0.0%
	⑫ 療養病床(在宅復帰機能強化加算を届出)	0.0%	0.0%	0.0%
	⑬ 療養病床(上記以外の療養病棟)	0.1%	0.8%	0.0%
	⑭ その他の病床	0.3%	0.3%	0.4%
介護療養・老健	⑮ 介護療養型医療施設	0.0%	0.3%	0.0%
	⑯ 介護老人保健施設(在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出)	0.4%	1.1%	0.3%
	⑰ 介護老人保健施設(上記以外の老健施設)	0.7%	0.6%	0.7%
死亡	⑱ 死亡退院	1.8%	2.8%	1.6%
	⑲ その他	0.3%	0.0%	0.4%

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績 又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績 が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

有床診療所入院基本料に関する論点(案)

【論点(案)】

- 有床診療所については、主に専門医療を担う有床診療所と主に地域医療を担う有床診療所に大別されるが、主に地域医療を担う有床診療所については、地域における医療・介護のニーズや人材確保を含む医療提供実態等も踏まえつつ、入院医療と介護サービスとを組み合わせるモデル(地域包括ケアモデル)への転換を推進することが必要ではないか。
また、このような視点から、介護サービスの提供を行っている有床診療所について、評価の見直しを検討してはどうか。
- 高齢患者については、入院期間が長くなる傾向があることから、在宅医療を受ける高齢患者を多く受け入れる場合、「在宅復帰機能強化加算」の要件について見直してはどうか。
また、在宅で療養している患者が、在宅の主治医と有床診療所との連携の下で、本人や家族の希望に基づき、最期を入院で看取った場合の取扱いを検討してはどうか。

入院医療(その6)

1. 療養病棟入院基本料
2. 有床診療所入院基本料
- 3. 障害者施設等入院基本料等**
4. 入院時食事療養費等

3) 障害者施設等入院基本料等について

【課題】

- ・ 障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料(以下、「障害者施設等入院基本料等」という。)では、包括範囲が異なるものの、患者の疾病や状態について、類似している。
- ・ 障害者施設等入院基本料の届出病床数は約67,000床、特殊疾患病棟入院料の届出病床数は約13,000床となっている。
- ・ 障害者施設等入院基本料等については、平成28年度改定で、重度の意識障害であって脳卒中の患者(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害)に対する評価を、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価に見直したところ。

【障害者施設等入院基本料等の算定病棟における、重度の肢体不自由児(者)について】

- ・ 重度の肢体不自由とされている患者の割合をみると、障害者施設等入院基本料等全体で、約半分を占めている。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者について、身体障害者等級不明又は非該当の患者が一定程度含まれており、それらの患者のうち、医療区分1に該当する患者の割合は、療養病棟入院基本料よりも多い。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者で、身体障害者等級不明又は非該当の患者の年齢分布をみると、障害者病棟入院基本料算定病棟の患者全体より年齢が高い傾向にある。また、入院期間をみると、患者全体の入院期間では1080日以上が最も多いのに比べ、360日未満が約7割を占め、入院期間は短い傾向にある。

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

(改) 中医協 総-3
27.3.4

H12
H19
H20
H26

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

- 児童福祉法が規定する
- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
 - 脊髄損傷等の重度障害者
 - 重度の意識障害者
 - 筋ジストロフィー患者
 - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

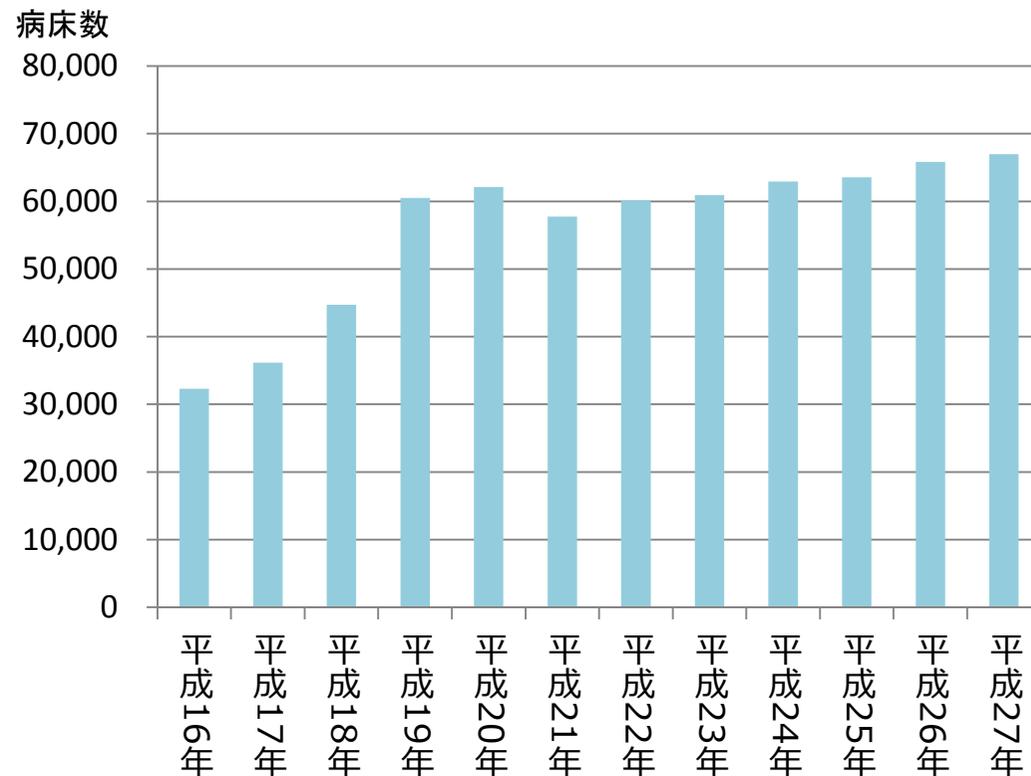
H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

平成20年度診療報酬改定 (特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

障害者施設等入院基本料の届出病床数の推移



<障害者施設等入院基本料の特徴>

個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

特殊疾患療養病棟入院料に関するこれまでの経緯

(改) 中医協 総-3
27.3.4

H6

特殊疾患療養病棟を新設

H12

特殊疾患入院医療管理料を新設
(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

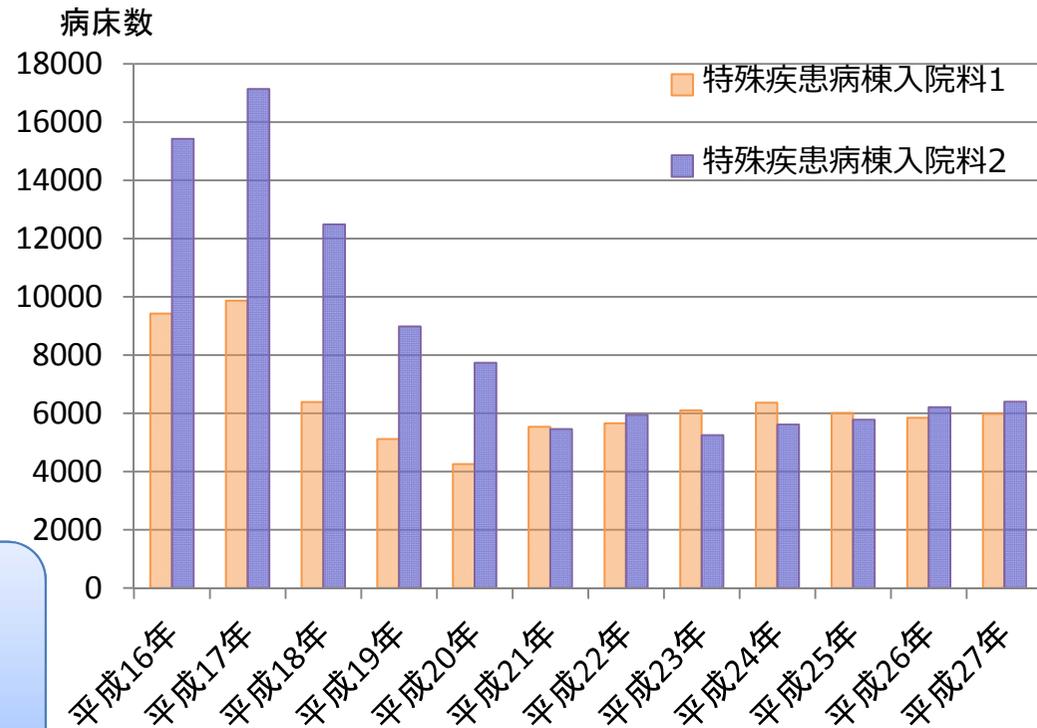
H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H26

特殊疾患病棟入院料の届出病床数の推移



＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
→投薬・注射・処置等が包括払い

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2~4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	25対1以上
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—	—	—
	患者像	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上		脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	—
	看護要員	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者20対1以上	看護補助者25対1以上	
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			—	褥瘡の評価	
点数	通常	1,588点	1,329～978点	2,008点	1,625点	2,009点	1,810～814点	1,745～750点
	脳卒中後	1,465, 1,331点	1,465～1,086点	1,857, 1,701点	1,608, 1,452点	1,857, 1,701点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中後	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

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。

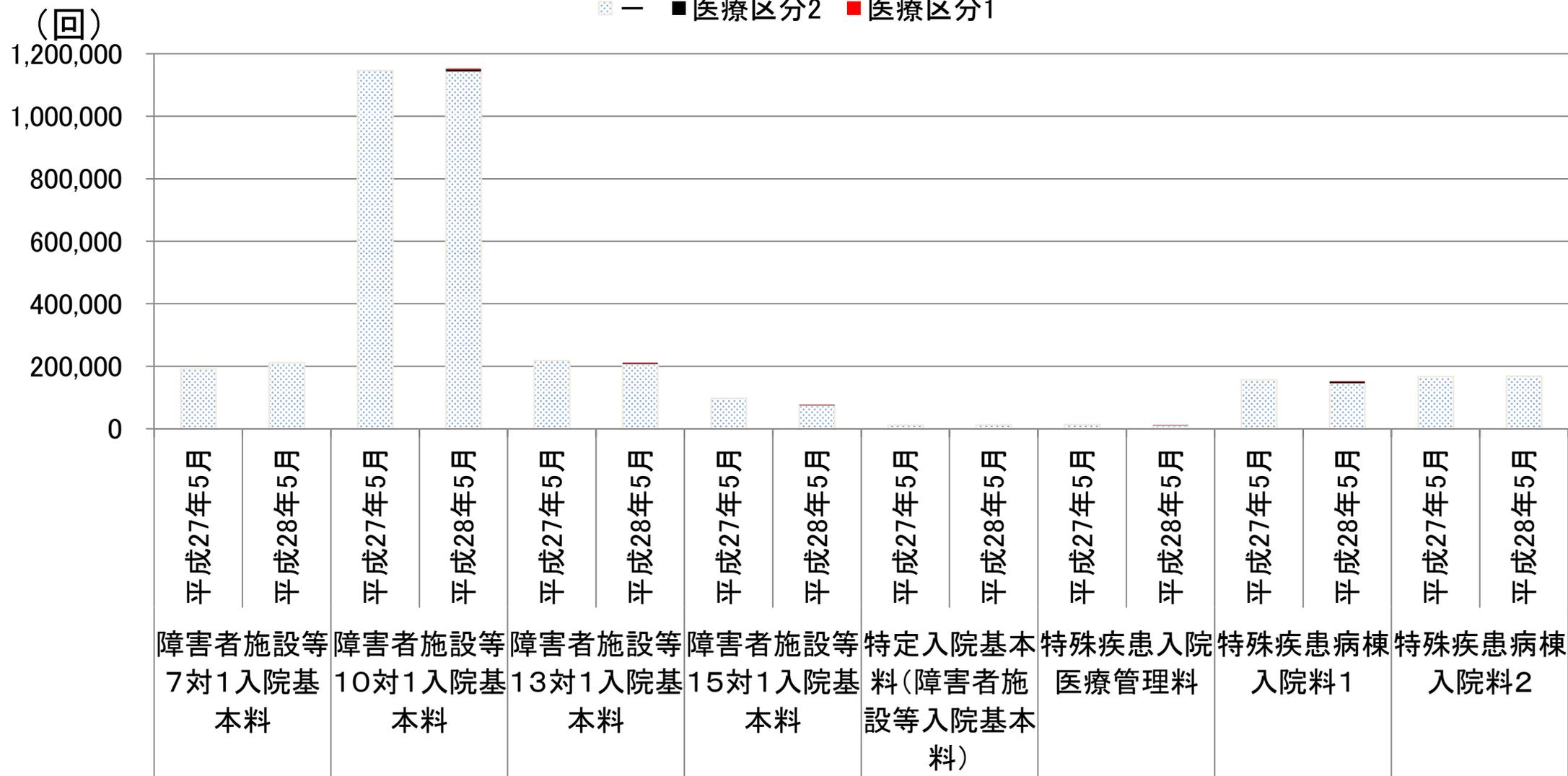
	～90日	91日～
障害者施設等 入院基本料 (10対1)	1329点(出来高)	966点(検査・薬剤等包括)
	脳卒中後遺症の重度意識障害の患者のうち、医療区分1/2の者 1331/1465点 (検査・薬剤等包括)	
特殊疾患病 棟入院料1 (20対1)	2008点(検査・薬剤等包括)	
	脳卒中後遺症の重度意識障害の患者のうち、医療区分1/2の者 1701点/1857点 (検査・薬剤等一部包括)	

障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の算定状況

診調組 入-1
29.8.4

○ 平成27年5月分と比較し、各入院料の合計算定回数に大きな変化はない。また、平成28年5月審査分において、医療区分に応じた算定は非常に少ない。

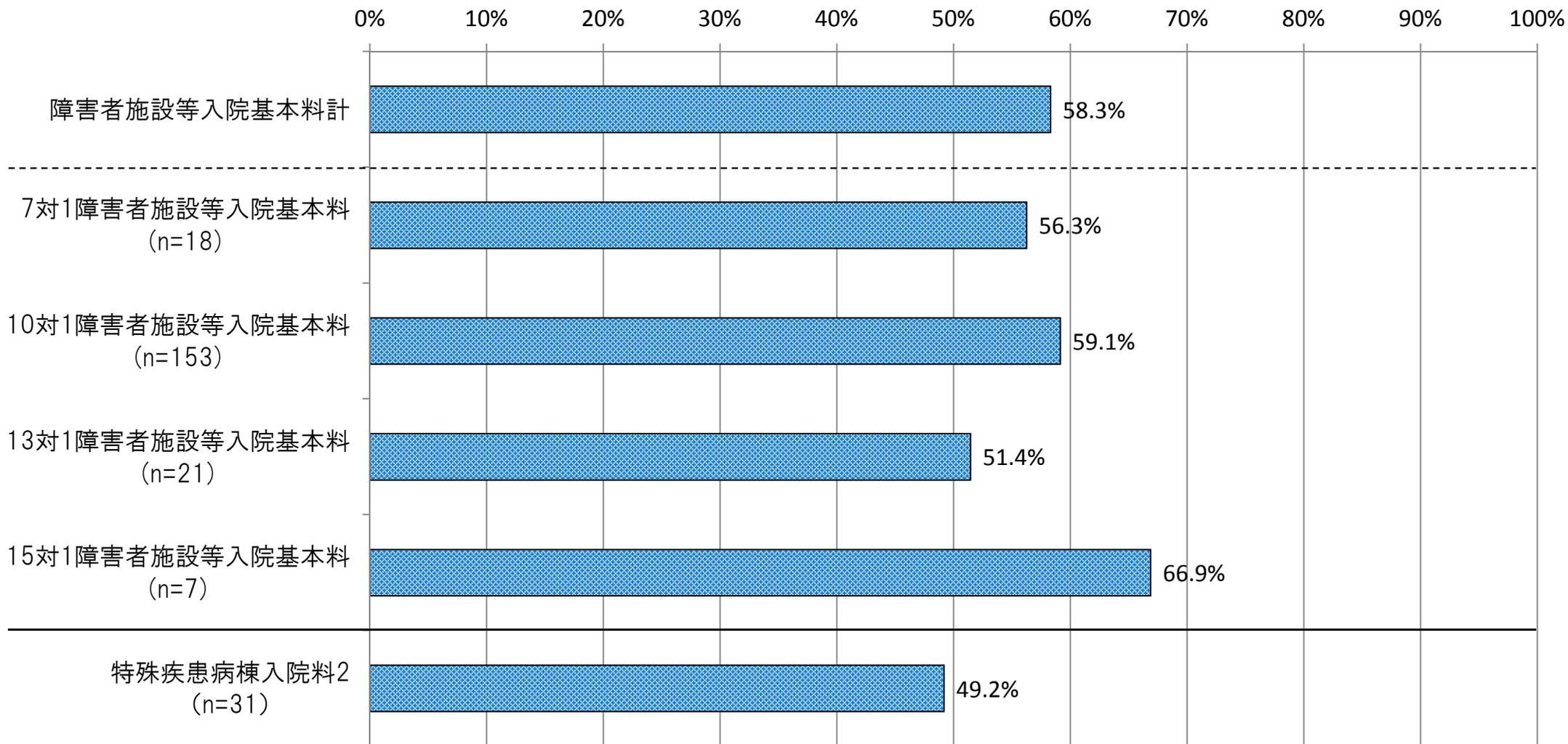
■ 医療区分2 ■ 医療区分1



※ 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(それぞれの入院料を算定する。)

各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の割合

○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。

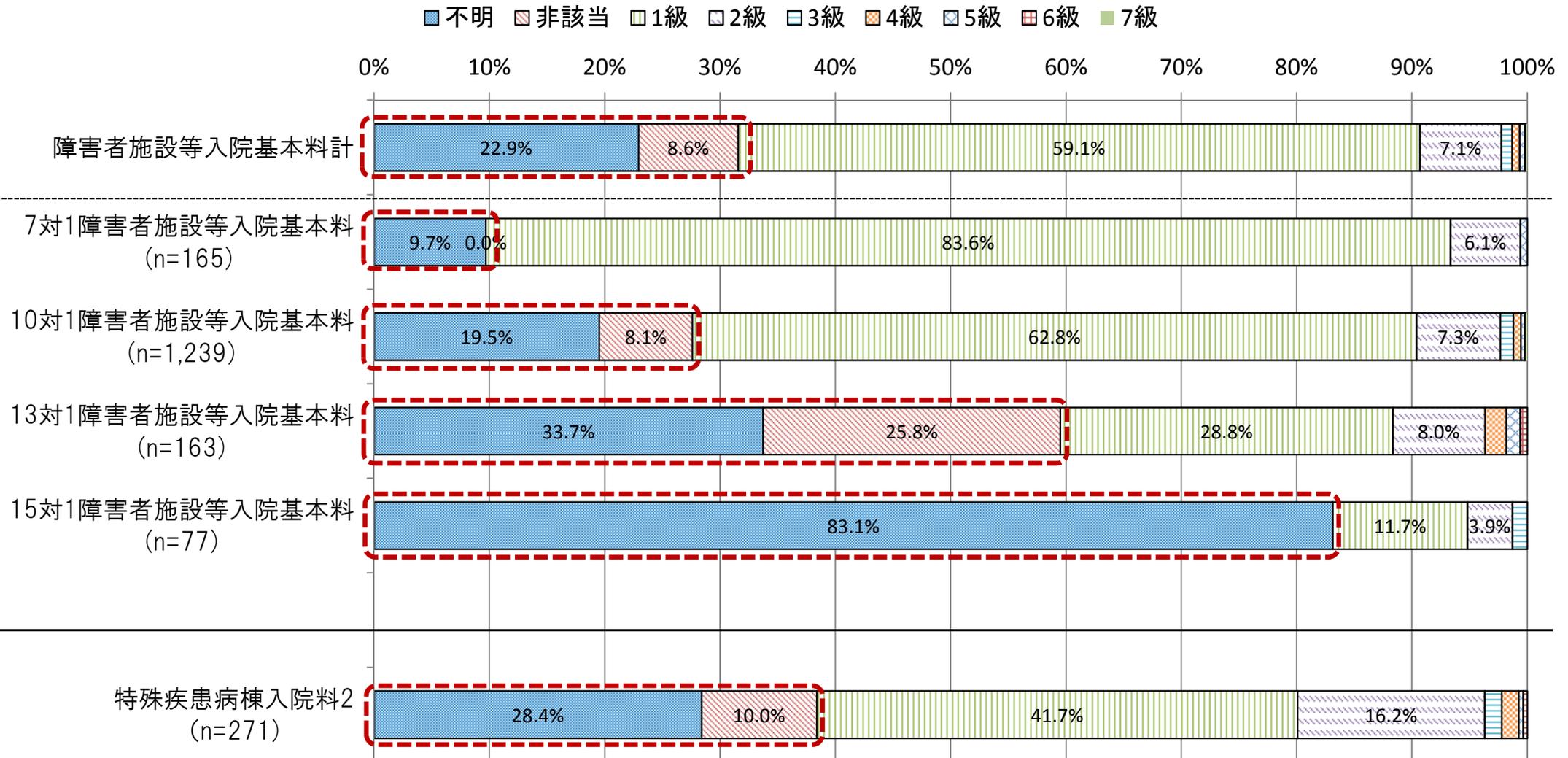


各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態①

診調組 入-1
29.8.4(改)

～身体障害者(肢体不自由)等級～

○ 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。

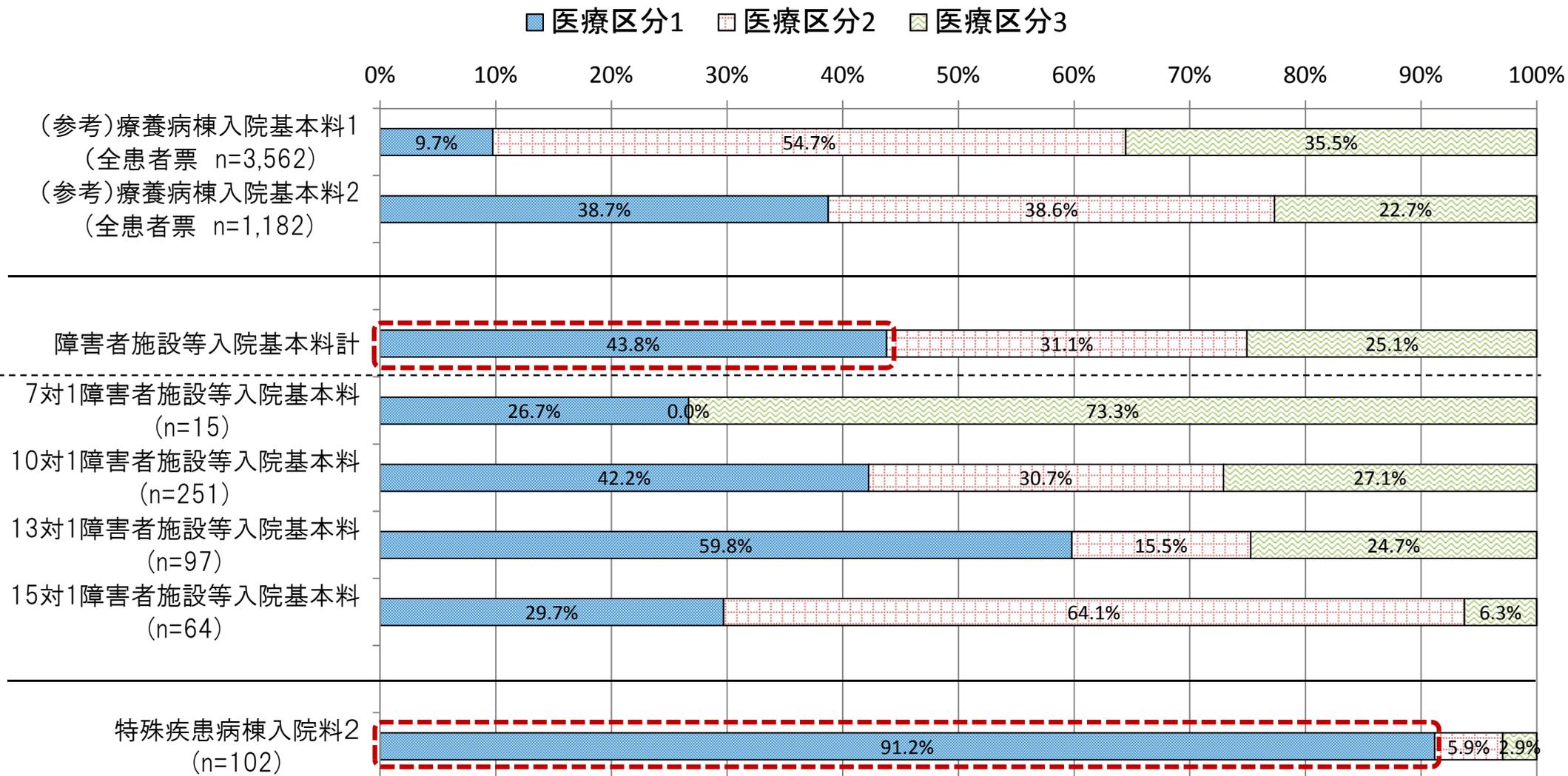


各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態②

診調組 入-1
29.8.4(改)

～身体障害者の等級不明又は非該当患者の医療区分～

○ 「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よりも医療区分1の患者の割合が多い。



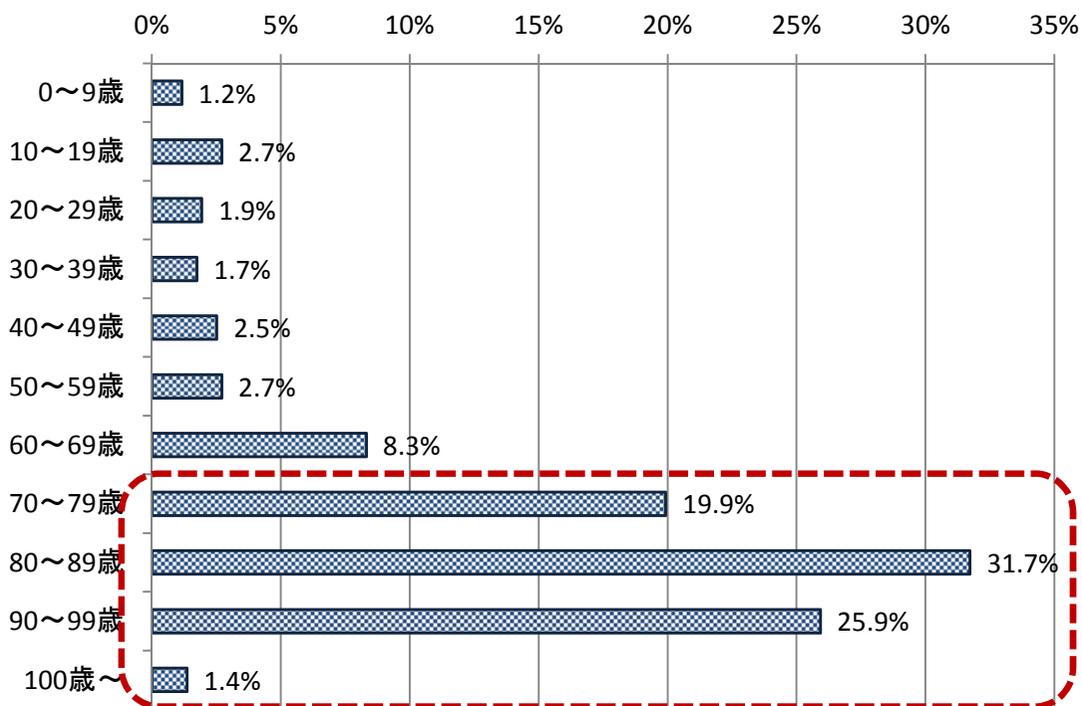
障害者施設等入院基本料算定病棟における 重度の肢体不自由児・者について

診調組 入-1
29.9.6(改)

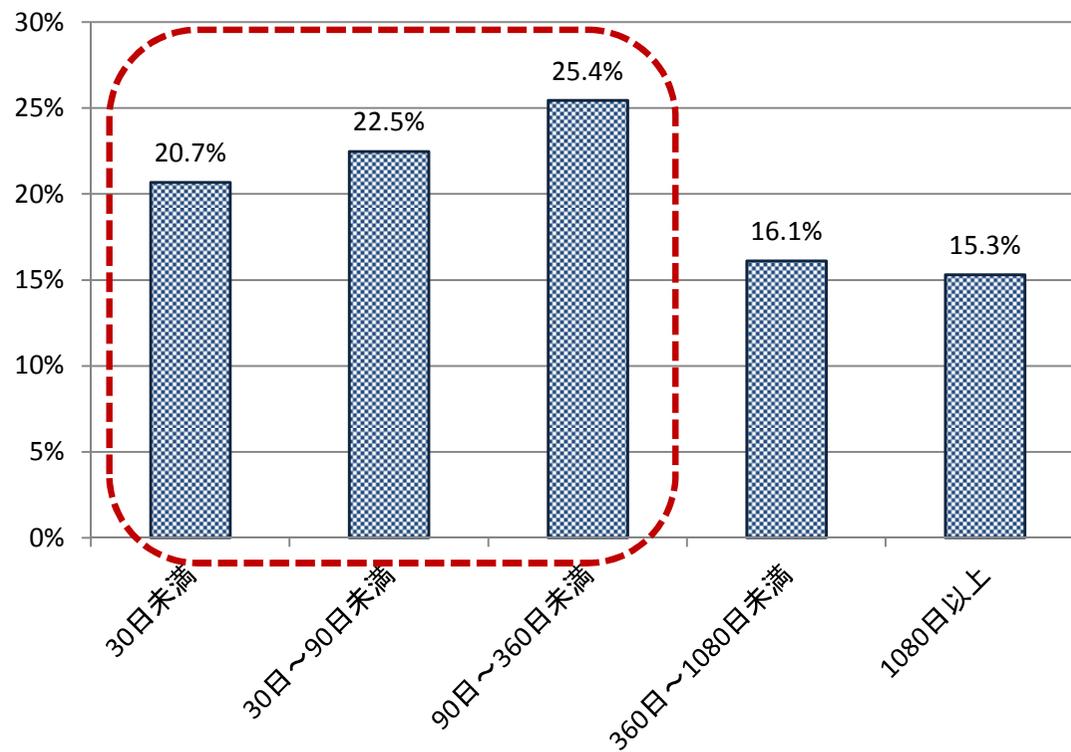
○ 障害者施設等入院基本料の算定病棟に入院する重度の肢体不自由児・者のうち、身体障害等級が「不明」又は「非該当」の患者の年齢分布をみると、70歳以上が約8割を占める。また、入院期間別分布をみると、360日未満が約7割を占める。

重度の肢体不自由児・者(脳卒中後遺症と認知症を除く)のうち、
身体障害者等級が「不明」又は「非該当」の者

年齢分布 (n=1616)



入院期間別分布 (n=503)



障害者施設等入院基本料等に関する論点(案)

【論点(案)】

- 障害者施設等入院基本料等について、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)に係る評価の見直しを踏まえ、より患者の状態に応じた評価を推進する観点から、重度の肢体不自由、かつ、身体障害者等級「不明」又は「非該当」とされている患者について、どのように考えるか。

入院医療(その6)

1. 療養病棟入院基本料
2. 有床診療所入院基本料
3. 障害者施設等入院基本料等
4. 入院時食事療養費等

4-1) 入院時食事療養の収支等に関する実態 (平成29年度調査結果※)

【課題】 ※ 「診－1参考2」及び「診－1参考3」を参照

- ・ 平成29年度実態調査の結果、平成29年における患者1人1日当たりの給食部門の収支は、前回調査時の平成16年に比べて、全面委託、一部委託、完全直営とも悪化しており、中でも全面委託での悪化が著しい。
- ・ その主な原因としては、食事療養費本体や特別食加算の収入の減少、特別管理加算の廃止（平成18年度改定で入院基本料の栄養管理実施加算に一部置き換えられ、現在、病院については入院基本料に包括化）等による収入の減少に加えて、光熱水費及び委託費の増加等による支出の増加による影響が考えられる。
- ・ 主として市販流動食を提供した場合の食事療養費は平成28年度改定で原則約1割引き下げられたが、平成29年度実態調査の結果、市販・手製流動食、医薬品扱いの経腸栄養用製品の提供状況等に大きな変動はない。
- ・ そうした中、平成29年6月の市販流動食の費用は、平成28年度改定前の平成27年6月と比べて、約14%増加している。

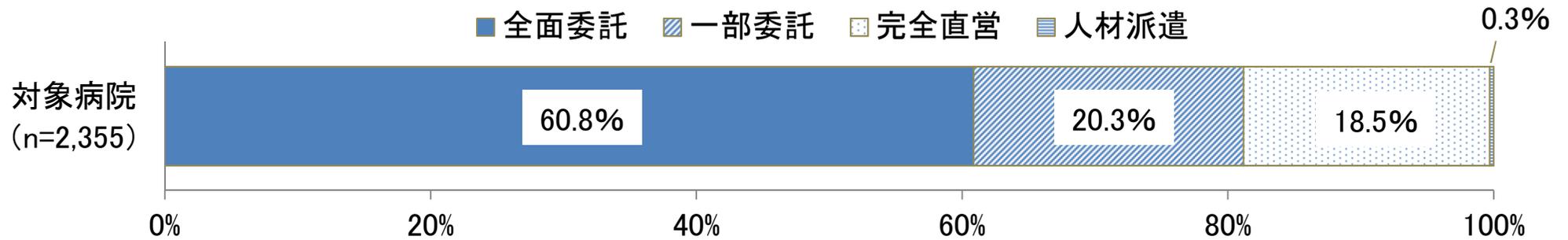
4-2) 給食委託に関する状況

【課題】

- ・ 平成23年度から平成28年度の間には委託業者を変更した病院は約2割あり、変更理由としては、委託業者が随時の病院側の要求(個別対応食への対応等)に応じられない、委託業者側の人手不足、委託金額が折り合わないなどが多い。
- ・ そうした病院のうち約5割では、委託業者が行うべき業務を病院側の管理栄養士が補っており、その影響として、残業の増加や、病棟栄養管理・給食管理・栄養指導の時間が十分に取れないなどの問題が生じているとの調査報告がある。

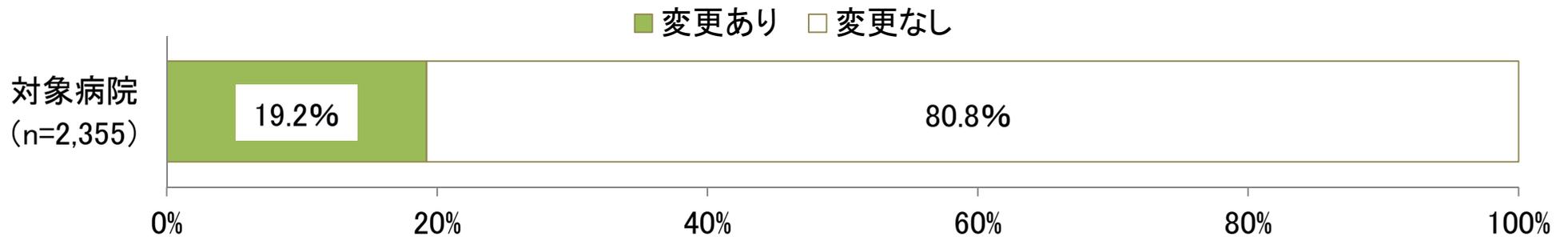
病院給食の委託状況

- 全国2,355病院を対象とした調査では、給食業務を全面委託又は一部委託している病院が約8割、完全直営は約2割であった。
- 平成23年度から平成28年度の間、委託業者を変更した病院は約2割であった。



対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,355病院（平均病床数：231床）

図 病院給食の委託状況



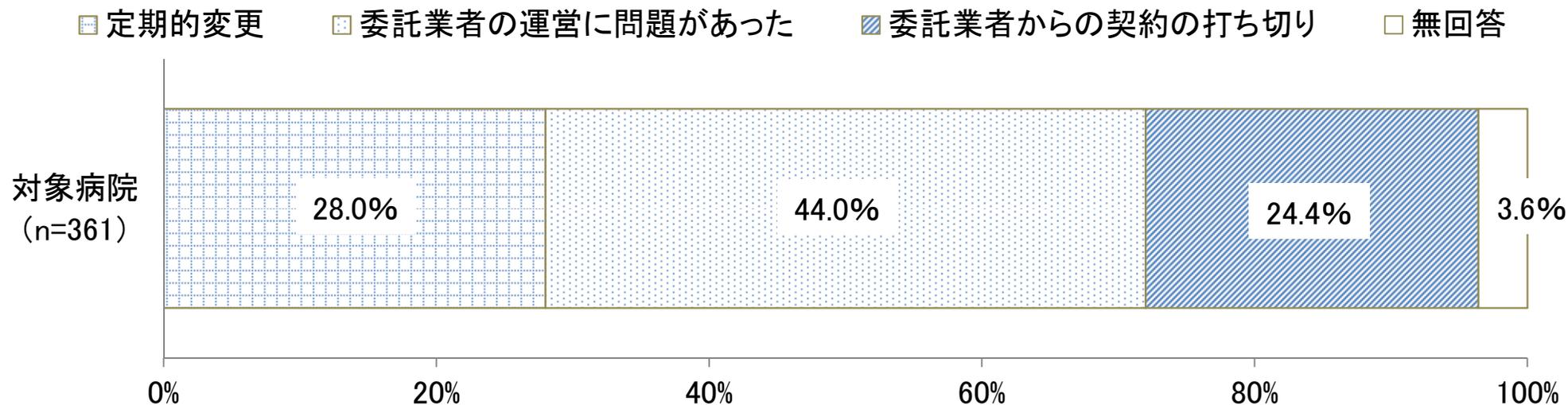
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,355病院（平均病床数：231床）

図 平成23～28年度における病院給食委託業者の変更の有無

出典：「平成28年度全国病院栄養部門実態調査」（公益社団法人日本栄養士会：平成28年）

病院給食委託業者の変更理由①

- 委託業者の変更理由は、「委託業者の運営に問題があった」が4割強と最も多く、次いで「定期的変更」、「委託業者からの契約の打ち切り」の順であった。



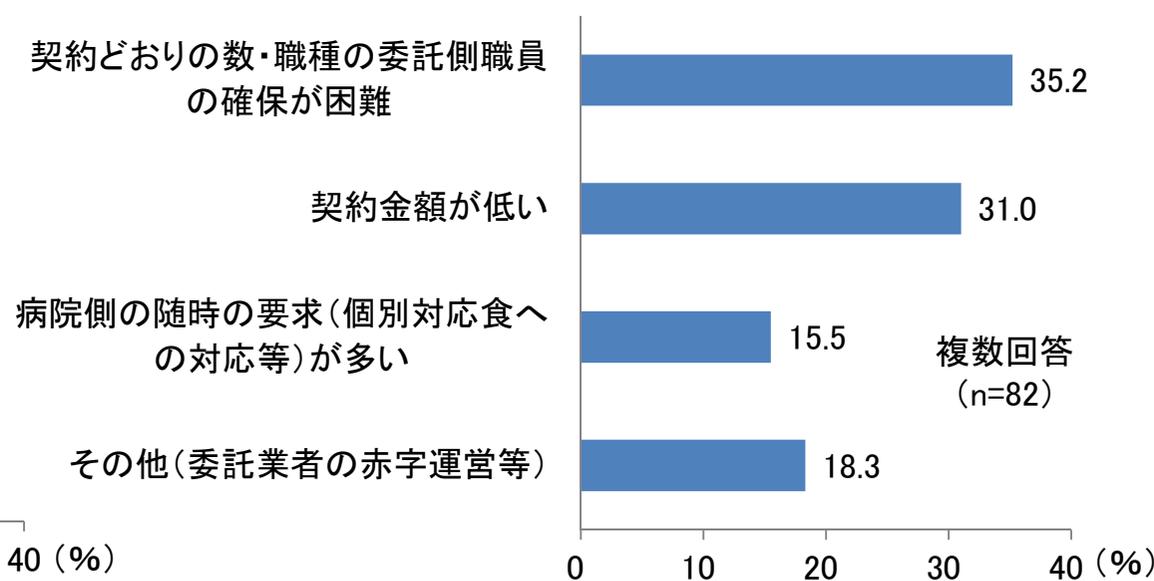
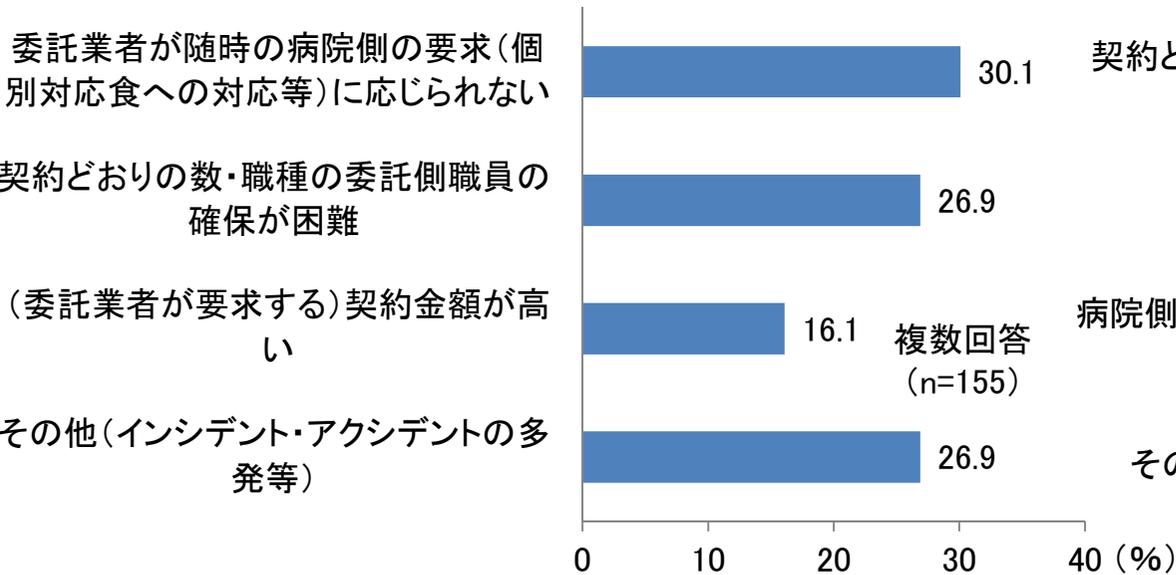
対象： 前スライドの下図の設問で、平成23～28年度に委託業者を変更したと回答した453病院のうち、追加調査時に連絡のついた361病院（現在は完全直営となった14病院を含む）

図 平成23～28年度における病院給食委託業者の変更理由

出典：「平成28年度全国病院栄養部門実態調査・入院時食事療養費実態追加調査」（公益社団法人日本栄養士会：平成29年）

病院給食委託業者の変更理由②

- 「委託業者の運営に問題があった」と回答した病院における委託業者の変更理由は、「委託業者が随時の病院側の要求(個別対応食への対応等)に応じられない」が最も多く、次いで「契約どおりの数・職種の委託側職員の確保が困難」と「その他」が同率であった。
- 委託業者から契約を打ち切った理由は、「契約どおりの数・職種の委託側職員の確保が困難」が最も多く、次いで「契約金額が低い」であった。



対象: 前スライドの設問で、委託業者を変更した理由として「委託業者の運営に問題があった」と回答した159病院のうち、本設問に無回答であった4病院を除く155病院

対象: 前スライドの設問で、委託業者を変更した理由として「委託業者からの契約の打ち切り」があったと回答した88病院のうち、本設問に無回答であった6病院を除く82病院

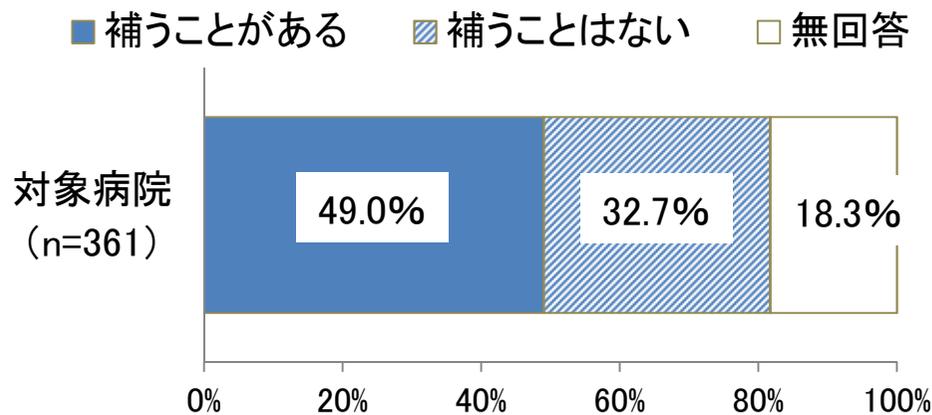
図 「委託業者の運営に問題があった」と回答した病院における委託業者の変更理由

図 「委託業者からの契約の打ち切り」があったと回答した病院における委託業者の撤退理由

(参考) 収入に対する委託金額の平均割合 (n=264) : 91.4%

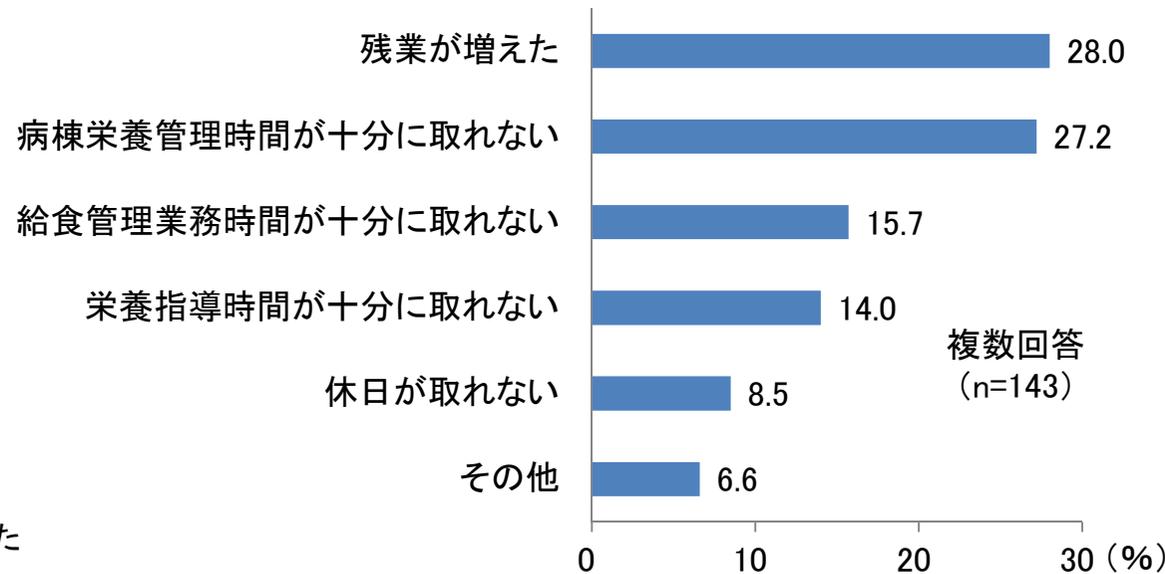
病院側管理栄養士による委託業務のフォローと影響

- 委託業者が行うべき業務を病院側の管理栄養士が「補うことがある」と回答した病院は、約5割であった。
- そうした病院では、病院側の管理栄養士への影響として、残業の増加や、病棟栄養管理・給食管理・栄養指導の時間が十分に取れないなどの問題が生じていた。



対象：平成28年度調査で平成23～28年度に委託業者を変更したと回答した病院のうち、追加調査時に連絡のついた361病院

図 委託業者が行うべき業務を病院側の管理栄養士が補うことがあるか



対象：左図において「補うことがある」と回答した177病院のうち、本設問に無回答であった34病院を除く143病院

図 委託業者が行うべき業務を病院側の管理栄養士が補うことで、どのような影響が出ているか

4-3) 入院時の食事療養における自己負担と保険給付

【課題】

- ・ 平成30年4月以降、一部の入院時食事療養費については、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、対応が必要な状況にある。

入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<現行>		<平成28年度>		<平成30年度>			
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)		
一般所得	260円	⇒	一般所得	360円	⇒	一般所得	460円
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円	}					
低所得Ⅰ (住民税非課税で 一定所得以下)	100円						

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

(対象者数
約70万人)

(食材費) (食材費 + 調理費)

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

入院時の食事療養における自己負担と保険給付

○ 平成30年4月以降、一部の入院時食事療養費については、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、対応が必要な状況。

項目	費用の額 ①	～平成30年3月		平成30年4月～	
		②自己負担 (医療区分 I / II・III)	保険給付 (①－②) (医療区分 I / II・III)	③自己負担	保険給付 (①－③)
1 入院時食事療養(I)(1食につき)					
(1) (2)以外の場合	640円	360円	280円	460円	180円
(2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	575円	360円	215円	460円	115円
2 入院時食事療養(II)(1食につき)					
(1) (2)以外の場合	506円	360円	146円	460円	46円
(2) 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	455円	360円	95円	460円	-5円
1 入院時生活療養*(I)					
(1) 食事の提供たる療養(1食につき)					
イ 口以外の場合	554円	460円 / 360円	94円 / 194円	460円	94円
ロ 流動食のみを経管栄養法で提供する場合	500円	460円 / 360円	40円 / 140円	460円	40円
2 入院時生活療養*(II)					
(1) 食事の提供たる療養(1食につき)	420円	420円 / 360円	0円 / 60円	420円	0円

注： 上表は一般所得(難病、小児慢性特定疾患の患者を除く。)の者の適用額

※「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」を除く

入院時食事療養費等に関する論点(案)

【論点(案)】

- 平成28年度診療報酬改定において、主として市販流動食を提供した場合の入院時食事療養費を引き下げたが、改定後の食事療養に係る医療サービスの提供への大きな影響は見られなかったことについて、どのように考えるか。
- 現在、455円となっている入院時食事療養費については、平成30年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額(460円)に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460円に見直すこととしてはどうか。