

(令和元年度第9回) 入院医療等の調査・評価分科会

令和元年10月3日(木)

- (1) 特定集中治療室管理料等
- (2) 療養病棟入院基本料
- (3) 抗菌薬適正使用支援加算
- (4) 横断的事項
- (5) その他の事項

(1) 特定集中治療室管理料等

- 生理学的スコア（SOFAスコア）の状況
- 専門性の高い看護師の配置状況
- 早期離床・リハビリテーション加算

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
救命救急入院料	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	ICU用 測定評価	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"> ・救命救急入院料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 8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"> ・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	4対1	ICU用 測定評価	
		～7日 8,929点				
～14日 7,623点						
入院料4	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	2対1	ICU用 8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) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・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 ・広範囲熱傷特定集中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3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中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"> ・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下 	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		5,804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 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下 	3対1	一般病棟用(I) 測定評価	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 人工呼吸器の管理	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
10 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11 移乗	介助なし	一部介助	全介助
12 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
15 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
16 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 人工呼吸器の管理	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
14 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
15 移乗	介助なし	一部介助	全介助
16 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
17 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
19 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
20 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

特定集中治療室管理料等の見直し②

生理学的スコア等の測定の要件化

- 特定集中治療室管理料を算定する患者については、入退室時の生理学的スコア(SOFAスコア)をDPCデータの報告の対象とする。

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

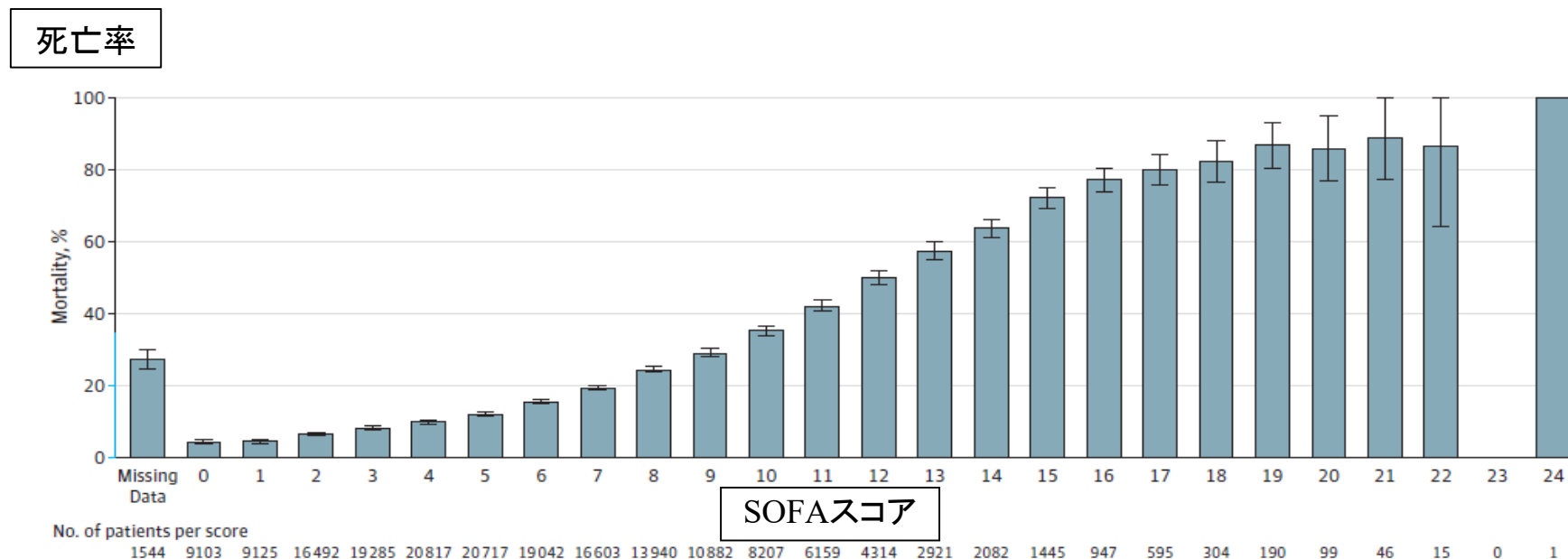
- 救命救急入院料1・3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。(救命救急入院料1・3は特定集中治療室用を、脳卒中ケアユニット入院医療管理料は一般病棟用を用いる)

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.



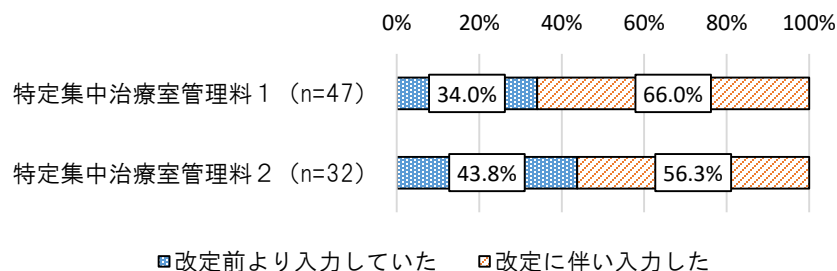
Raith et al: JAMA 2017:317: 290

SOFAスコアの入力の状況

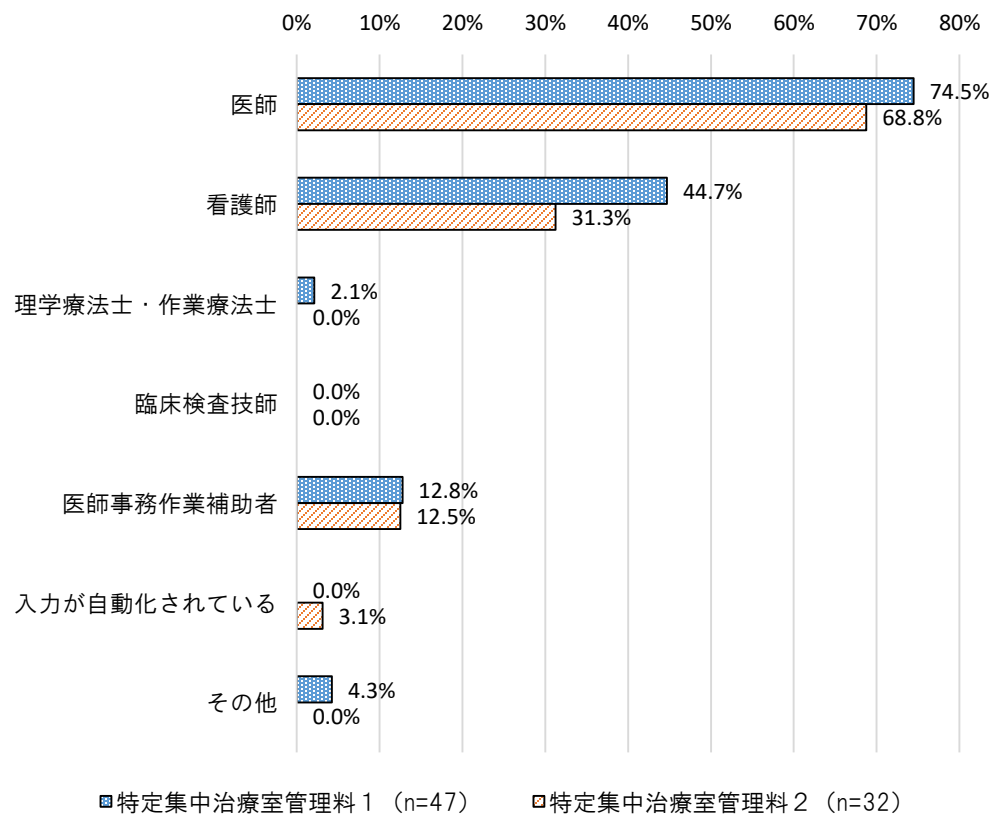
- 特定集中治療室管理料 1・2について、SOFAスコアをカルテに入力し始めた時期をみると、約3～4割は平成30年度診療報酬改定前から入力していた。また、入力を行う職種は主に医師であった。
- 特定集中治療室管理料 3・4の約7～8割からも、SOFAスコアについて回答を得られた。

いつから入力を開始したか

(管理料 1・2)

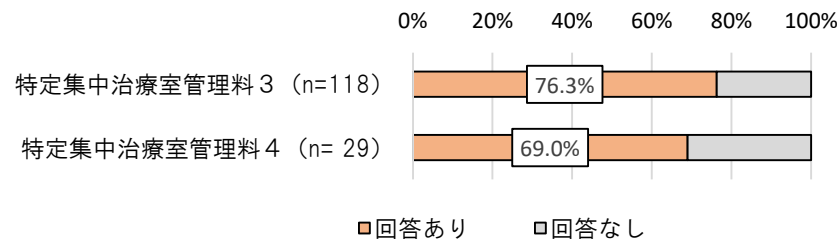


入力を行う職種 (管理料 1・2)



SOFAスコアについて回答があった割合

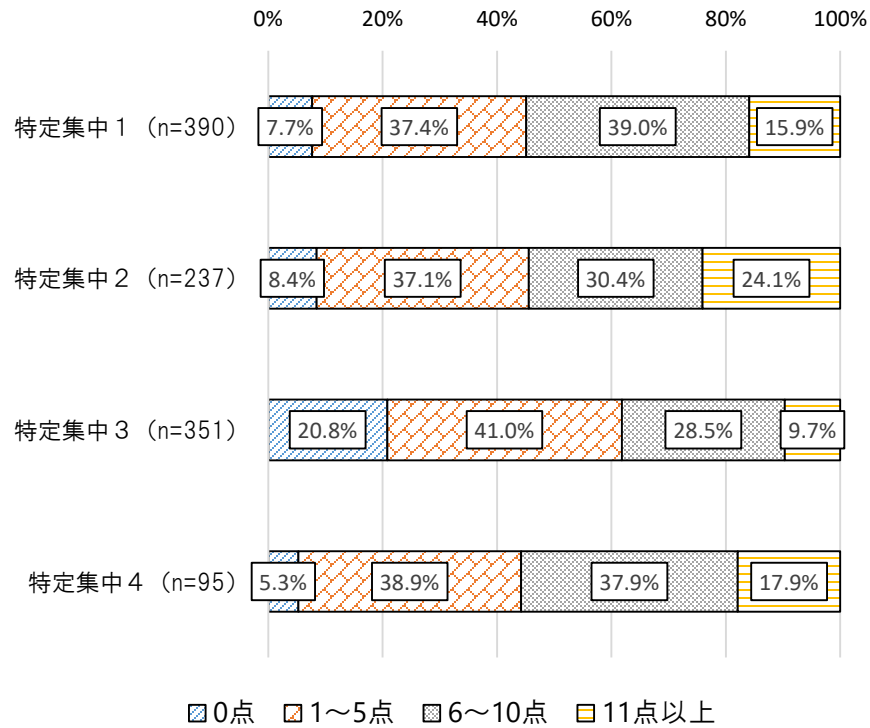
(管理料 3・4)



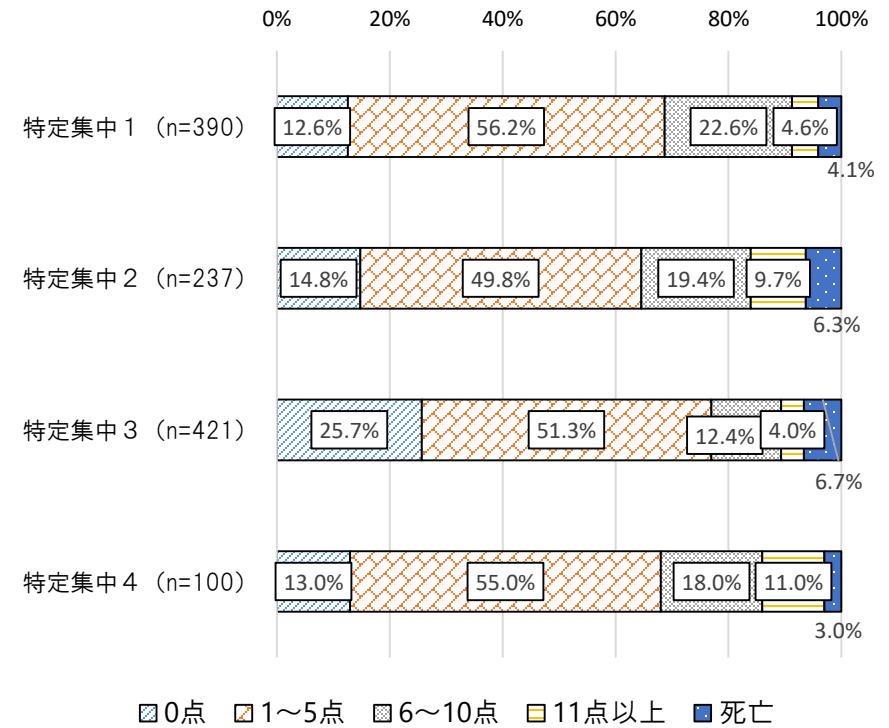
入退室時のSOFAスコアの状況

○ 全患者の入退室時のSOFAスコアをみると、特定集中治療室管理料3は他の管理料に比べて、入室時・退室時のスコアが0点の患者の割合が多かった。

SOFAスコア別の患者割合（入室時）



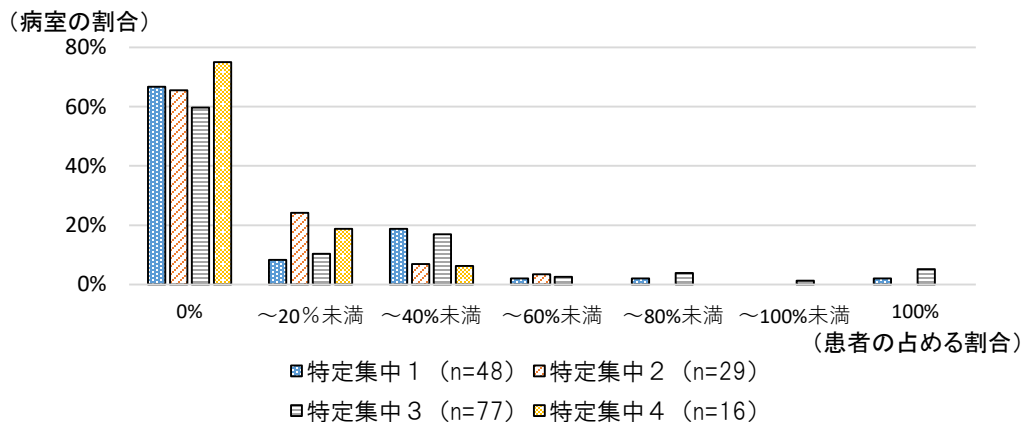
SOFAスコア別の患者割合（退室時）



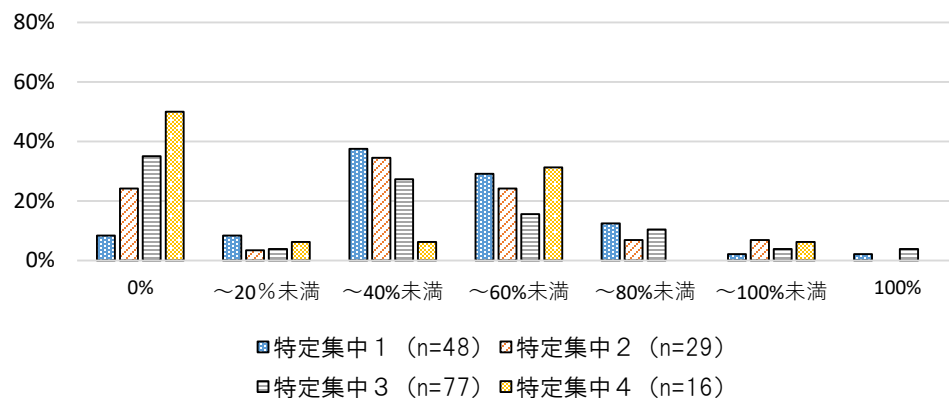
入室時のSOFAスコア別の患者割合

- 入室時のSOFAスコア別の患者割合をみると、管理料1～4それぞれ以下の状況であった。
- 一部には入室時スコアが「0点」の患者が占める割合が大きい病室もあった。

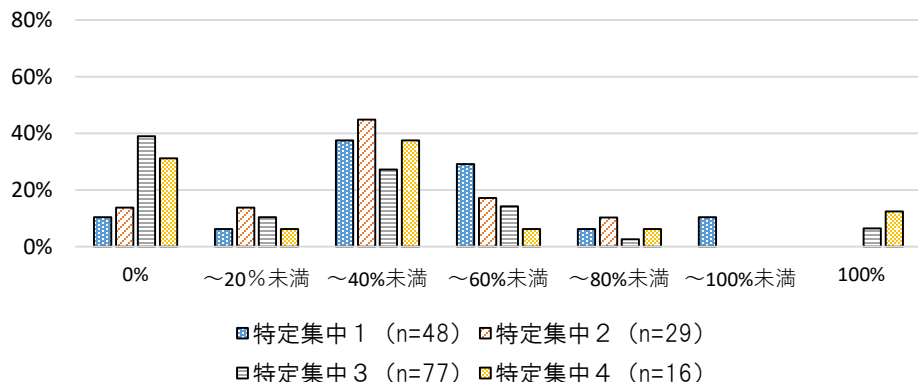
入室時スコアが0点の患者が占める割合



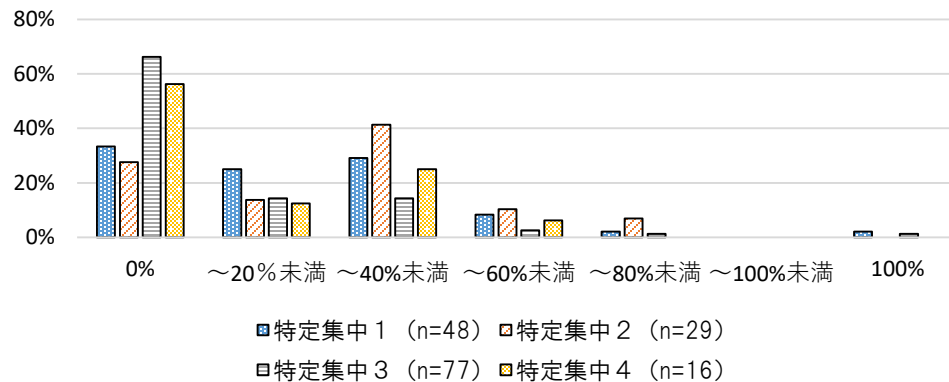
入室時スコアが1～5点の患者が占める割合



入室時スコアが6～10点の患者が占める割合



入室時スコアが11点以上の患者が占める割合

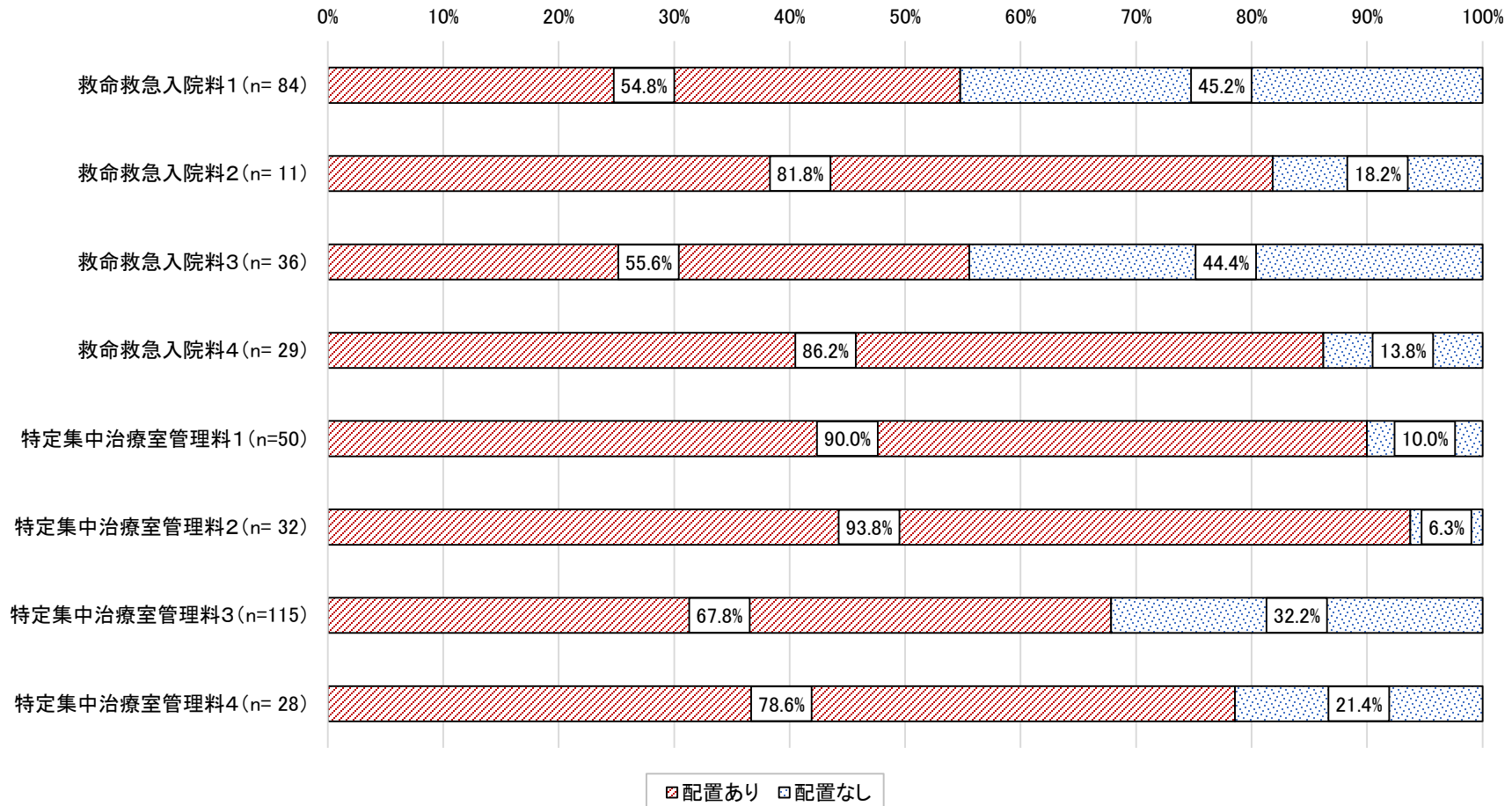


(1) 特定集中治療室管理料等

- ・ 生理学的スコア（SOFAスコア）の状況
- ・ 専門性の高い看護師の配置状況
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算

○ 救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における専門性の高い看護師の配置状況をみると、配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、約9割の施設で配置されていた。

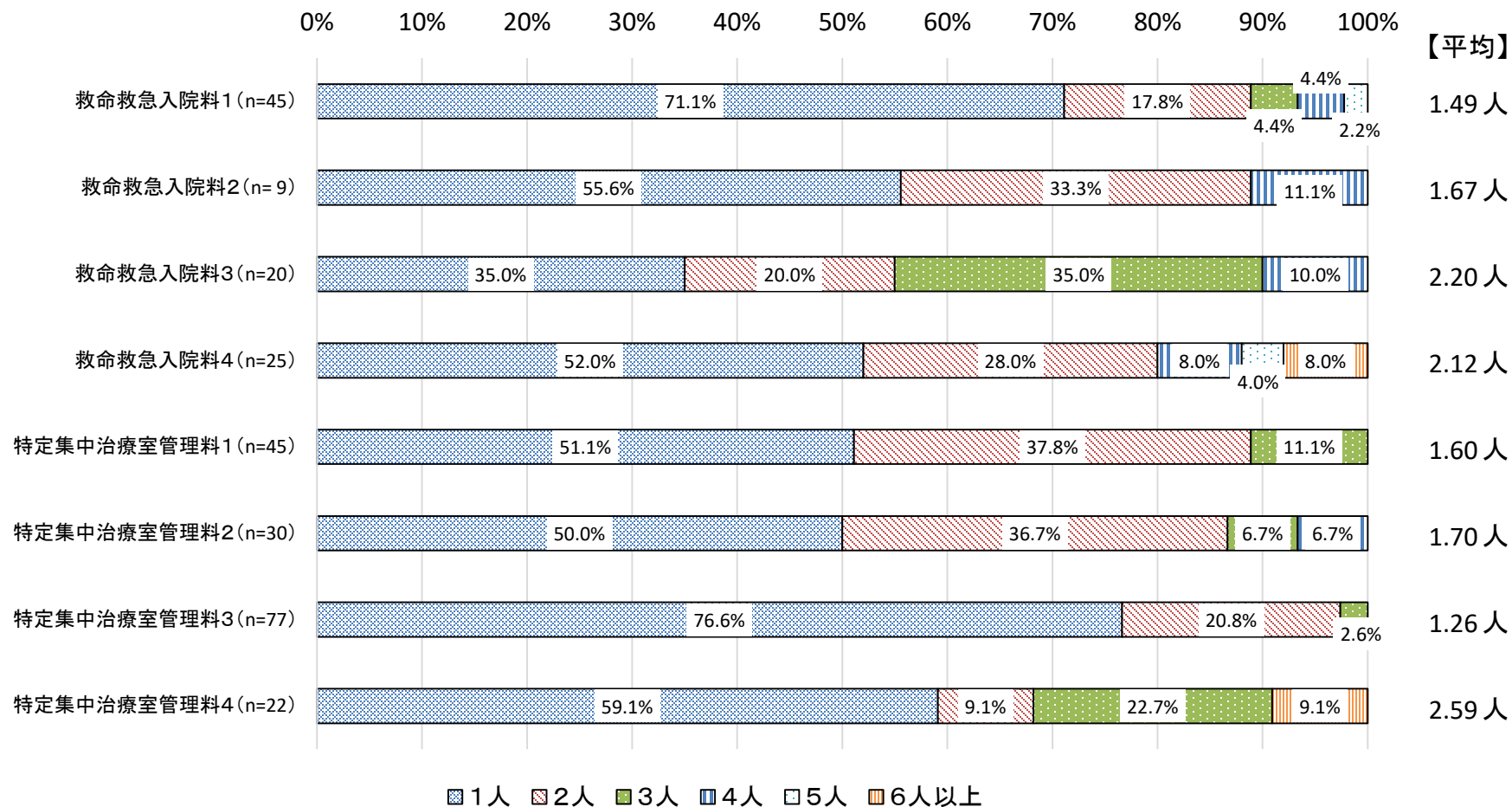
専門性の高い看護師の配置状況



※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

○ 専門性の高い看護師の配置が要件である特定集中治療室管理料 1 及び 2 では、配置人数は平均 2 人弱であった。

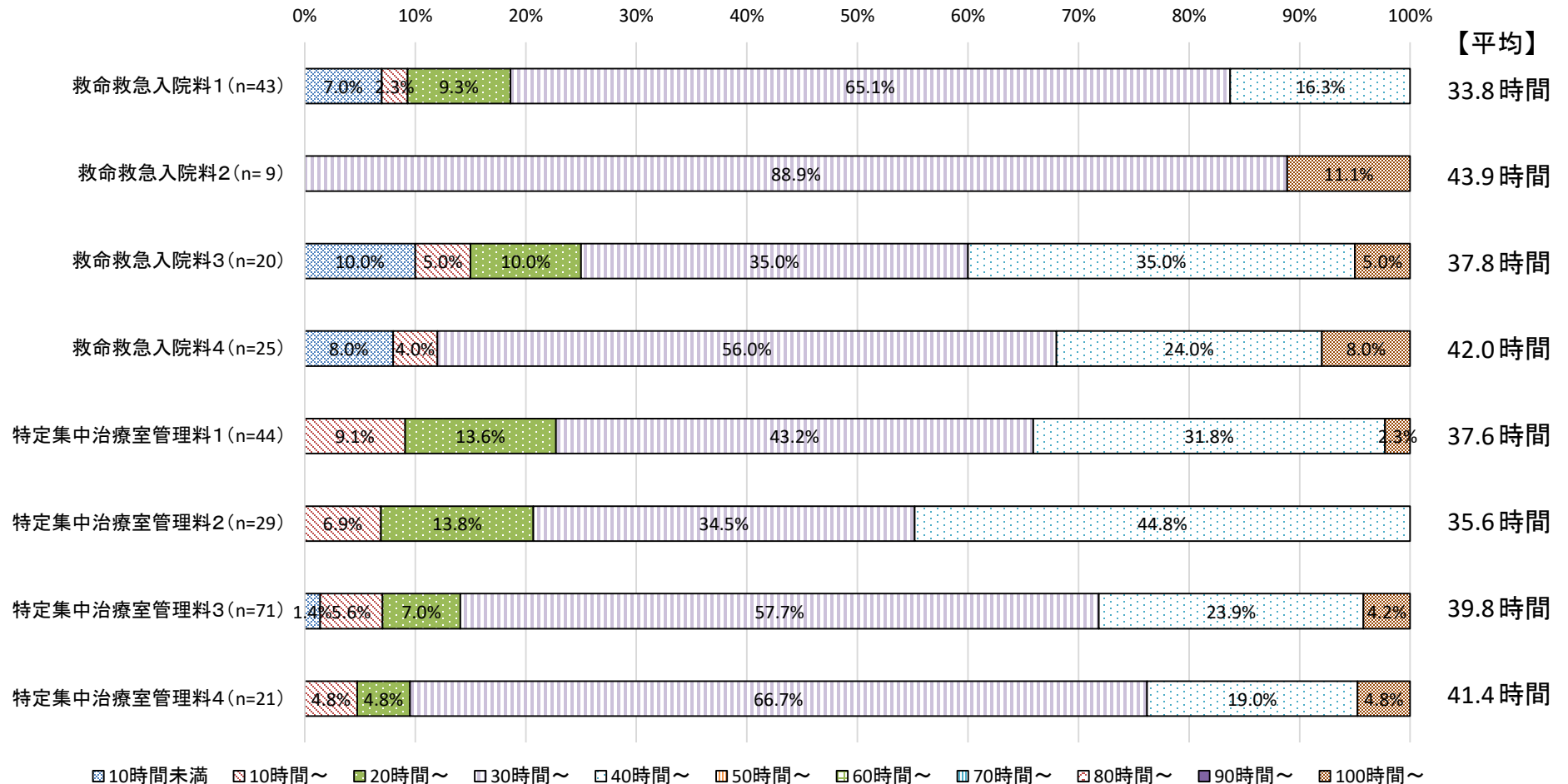
専門性の高い看護師の配置人数



※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

○ 専門性の高い看護師の配置が要件である特定集中治療室管理料 1 及び 2 では、専門性の高い看護師 1 名当たりの配置時間数は、1 週間当たり平均40時間弱であった。

専門性の高い看護師 1 名当たり配置時間数 (延べ時間数を配置人数で割った時間数)

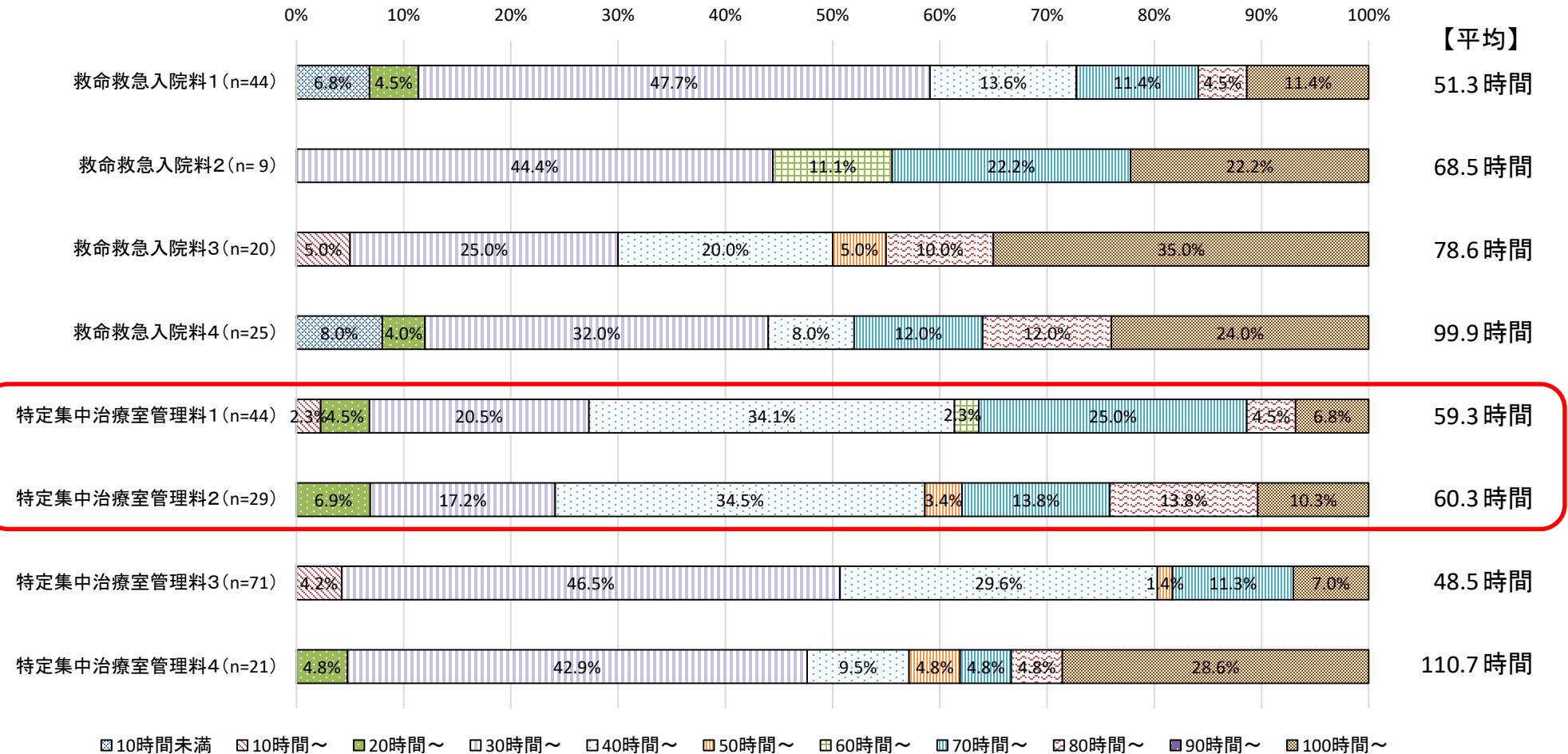


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置時間数（延べ時間数）

○ 専門性の高い看護師の配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、1週間当たりの配置時間数（複数名配置の場合は延べ時間数）は平均約60時間であった。

専門性の高い看護師の配置時間数（複数名配置している場合は延べ時間数を回答）



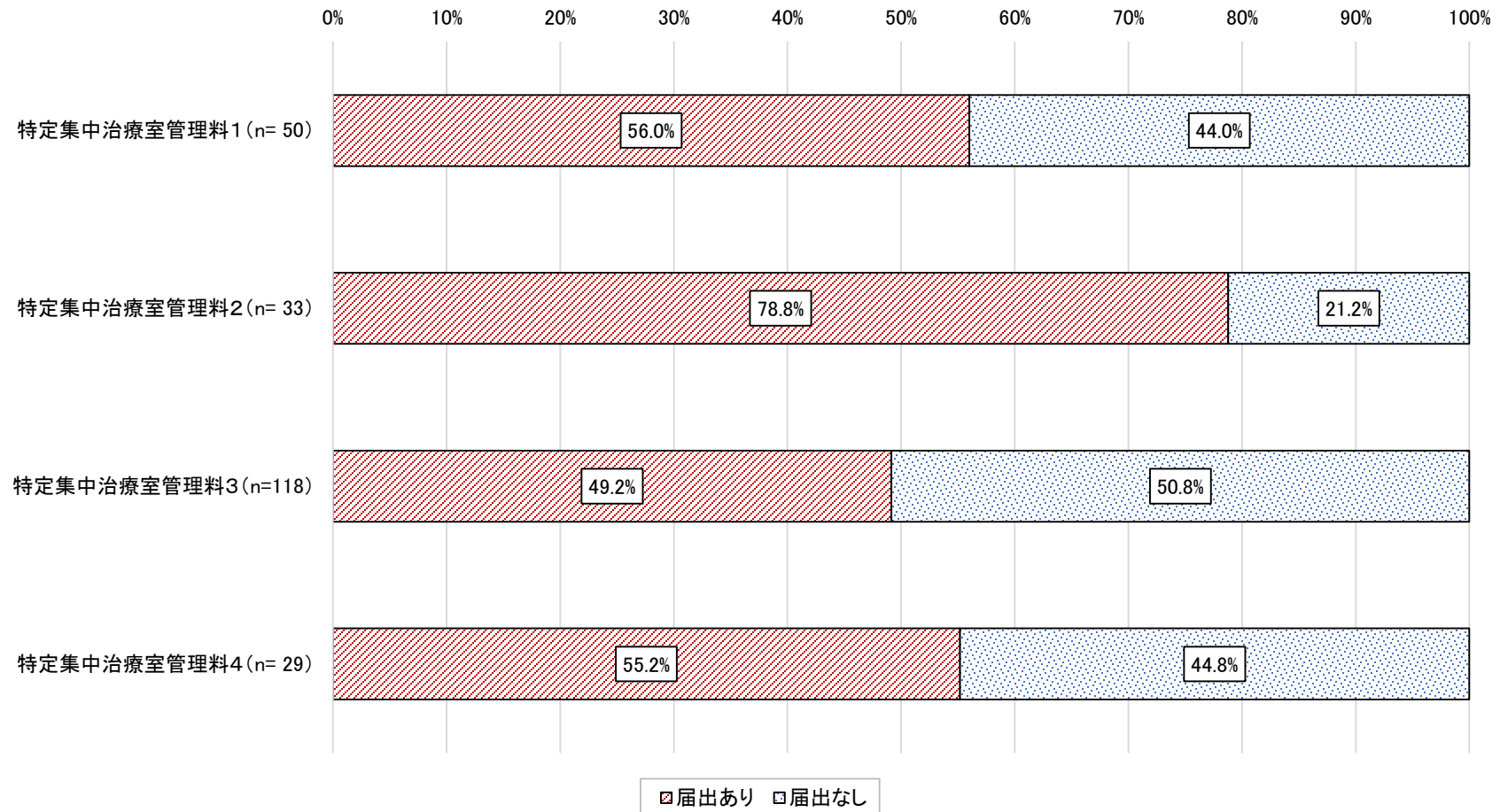
※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

(1) 特定集中治療室管理料等

- ・ 生理学的スコア（SOFAスコア）の状況
- ・ 専門性の高い看護師の配置状況
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算

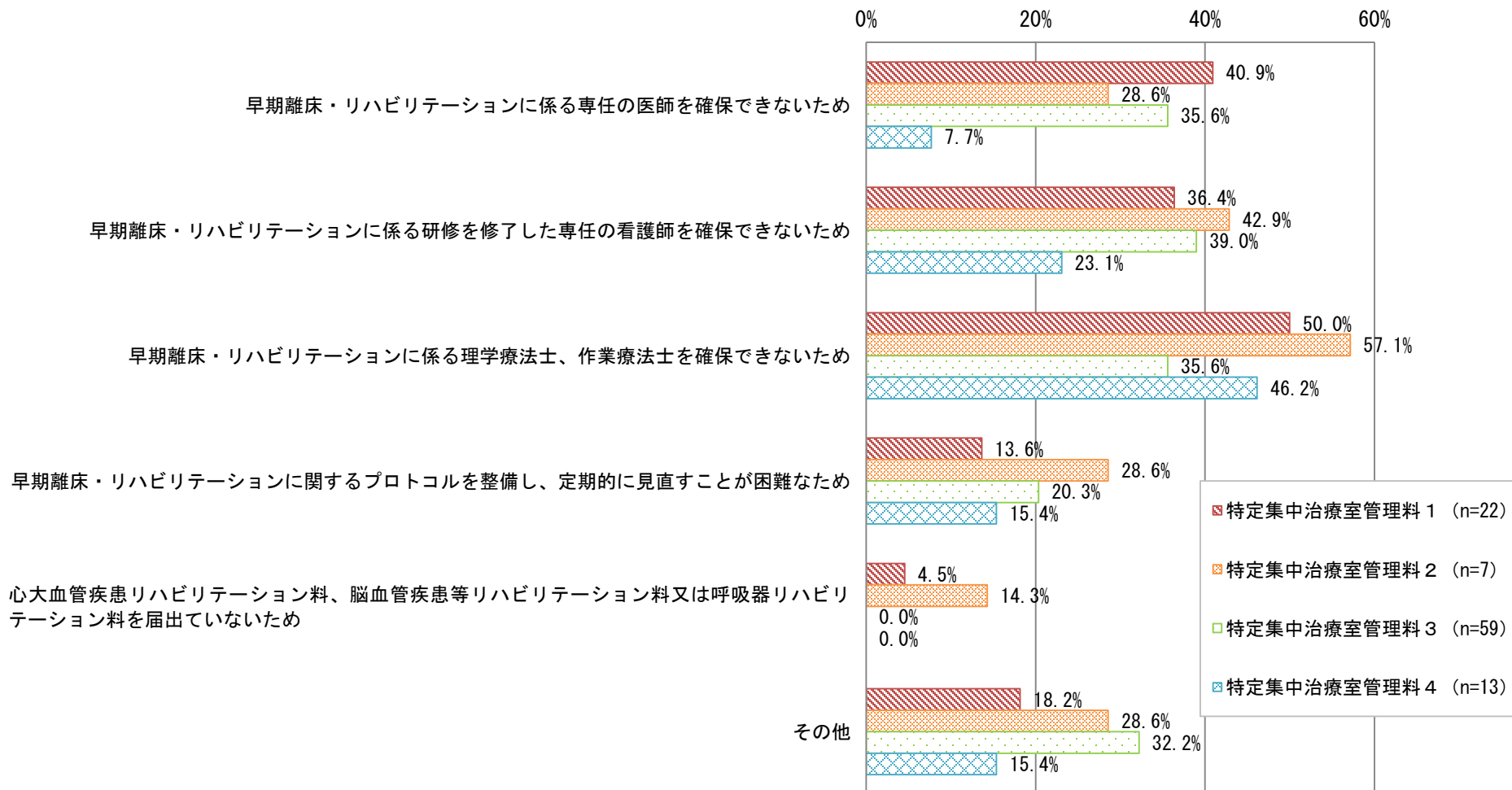
- 特定集中治療室管理料における早期離床・リハビリテーション加算の届出状況をみると、管理料1・3・4では約5割、管理料2では約8割が届出していた。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況



○ 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由をみると、「早期離床・リハビリテーションに係る理学療法士、作業療法士を確保できないため」が多かった。

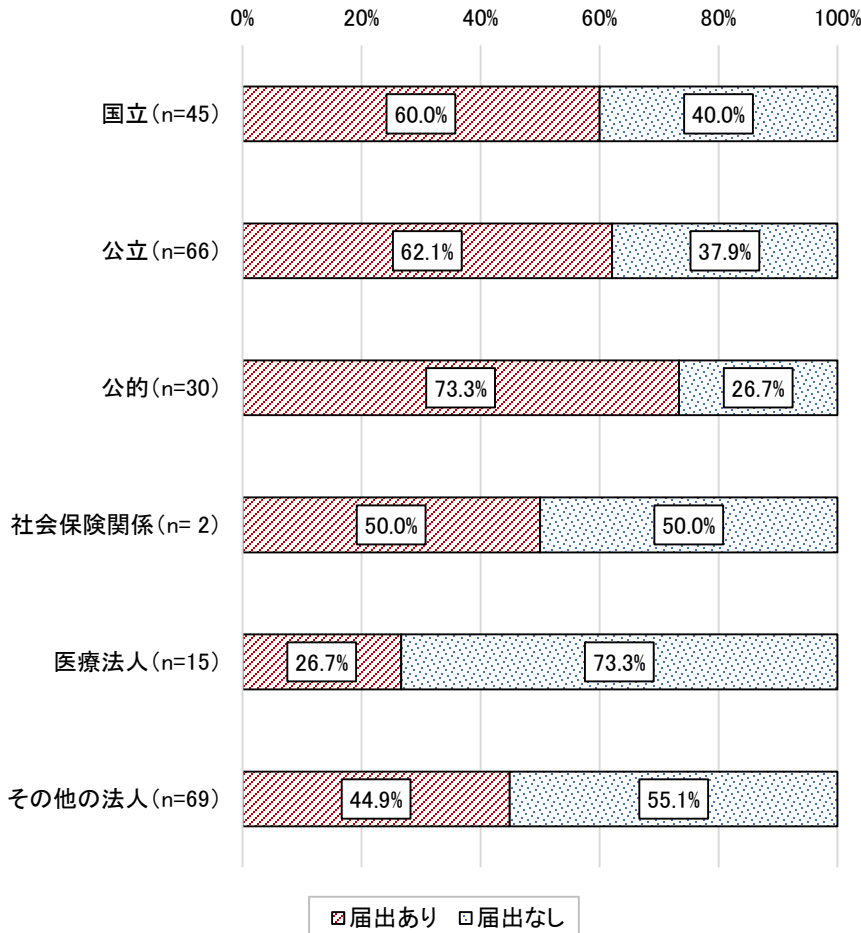
早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由 (複数回答)



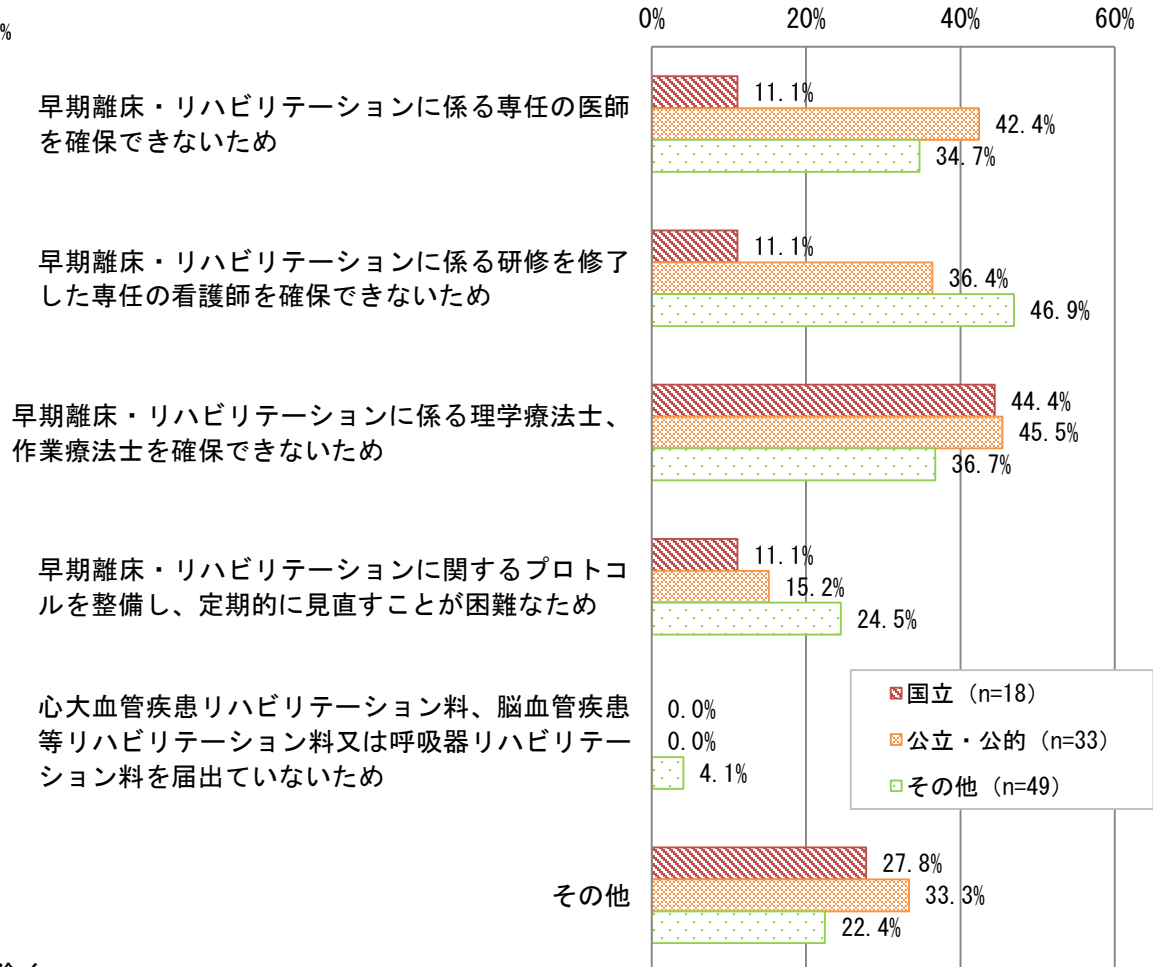
早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由（開設者別）

○ 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由を開設者別にみると、理学療法士等に係る理由を回答した割合は、いずれの開設者においても約4割であった。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況（開設者別）



早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由（開設者別）（複数回答）



※無回答は除く

※特定集中治療室管理料1～4のみ

※n数が少ない社会保険関係、医療法人、その他の法人は「その他」にまとめた。

特定集中治療室管理料等について

【現状・課題】

(SOFAスコア)

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料1・2では、入退室時等におけるSOFAスコアを新たにDPCデータの報告対象とした。入力を開始した時期をみると、改定前から入力している施設も一定程度あった。
- ・ 特定集中治療室管理料3・4の約7～8割からも、SOFAスコアについて回答を得られた。
- ・ 入室時のSOFAスコア別の患者割合をみると、管理料1～4ではばらつきが見られたが、一部には入室時スコアが「0点」の患者が占める割合が大きい病室もあった。

(専門性の高い看護師の配置状況)

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料1及び2では専門性の高い看護師の配置が新たに要件に加わった。
- ・ 専門性の高い看護師の配置状況をみると、特定集中治療室管理料1及び2では約9割の施設で配置されており、平均2名弱の配置であった。
- ・ 専門性の高い看護師1名あたりの配置時間数をみると、要件の20時間を上回り、平均40時間弱であった。さらに、複数配置している場合を加味して延べ時間数でみると、平均60時間配置されていた。

【論点】



- SOFAスコアについて、重症度、医療・看護必要度の該当項目の状況等との比較も含め、引き続き分析してはどうか。
- 専門性の高い看護師の配置状況を踏まえ、現行の施設基準の要件をどのように考えるか。

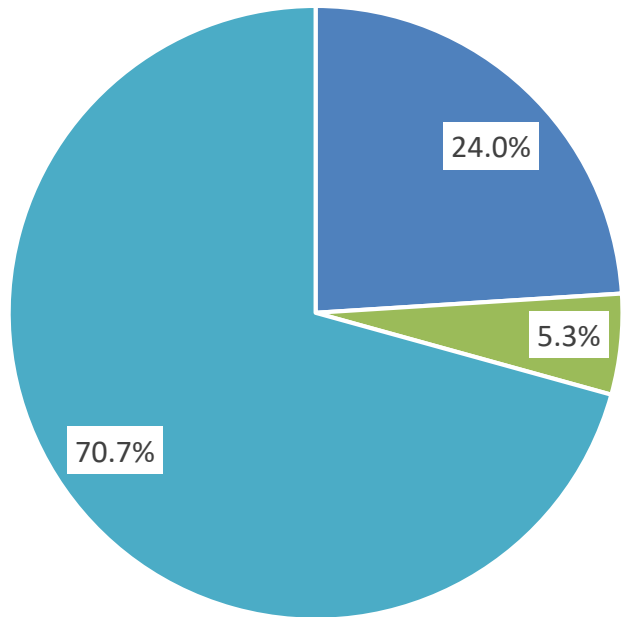
(2) 療養病棟入院基本料

- ・ 膀胱留置カテーテルの留置状況
- ・ 質の高い療養生活のための取組

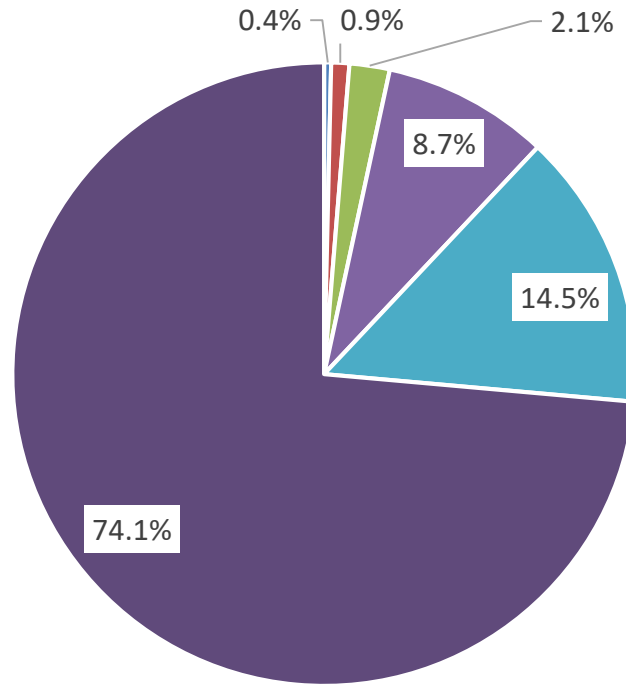
膀胱留置カテーテルの留置の状況①

- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

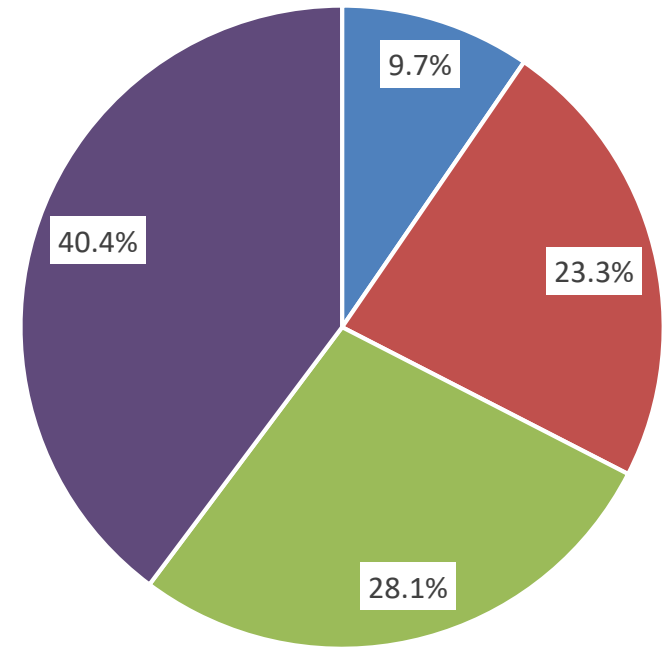
膀胱留置カテーテルを留置している患者割合 (n = 21,176(患者数))



膀胱留置カテーテルを留置している患者の留置期間別割合の分布 (n = 5,191(患者数))



膀胱留置カテーテルを抜去後の患者の留置していた期間別割合の分布 (n = 1,131(患者数))



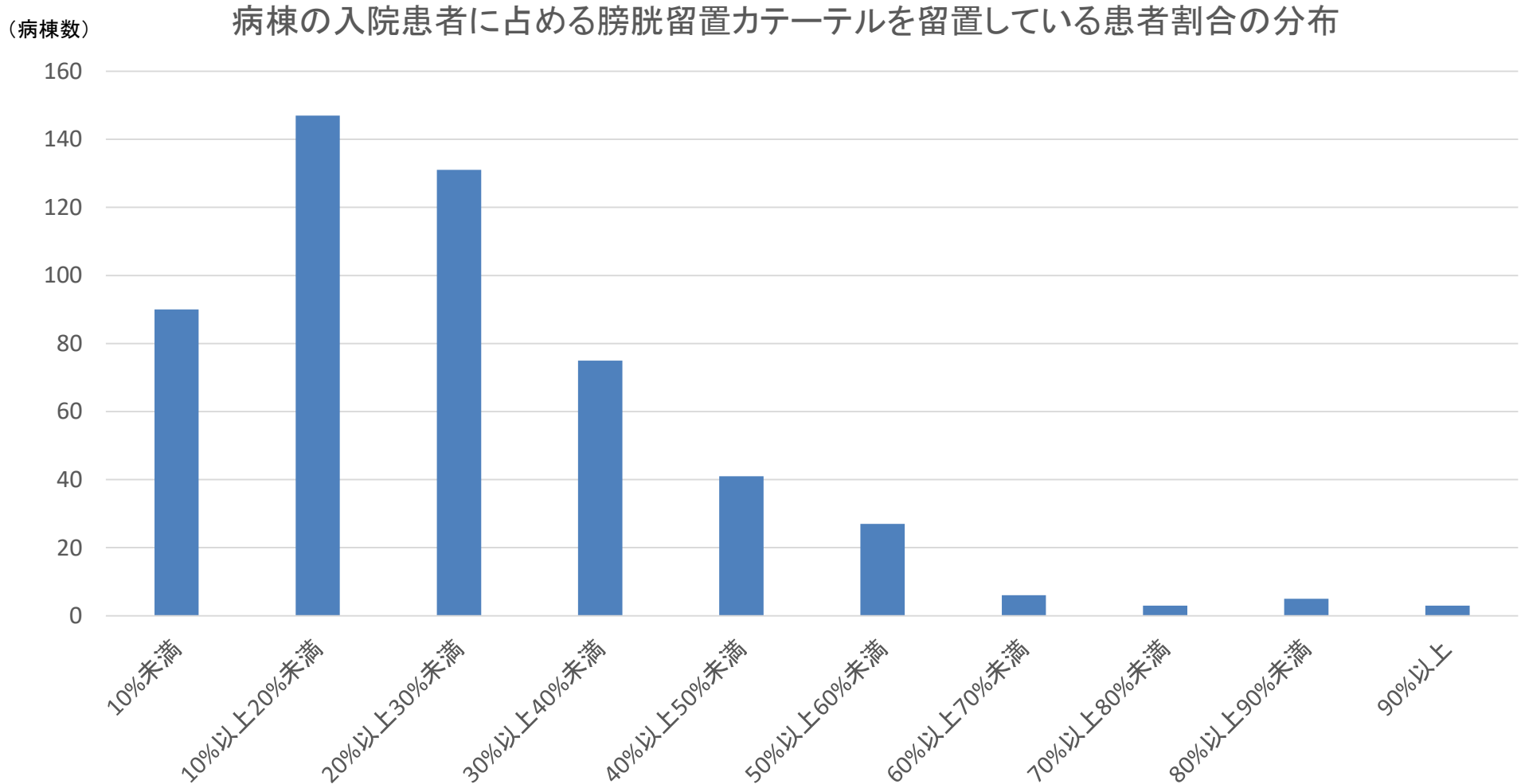
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

■ 24時間以内 ■ 24時間～3日以内
 ■ 3日～1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
 ■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

■ 1週間以内
 ■ 1週間～1か月以内
 ■ 1か月～3か月以内
 ■ 3か月以上

膀胱留置カテーテルの留置の状況②

○ 病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、10%以上20%未満の病棟が最も多かったが、50%以上の病棟も存在していた。

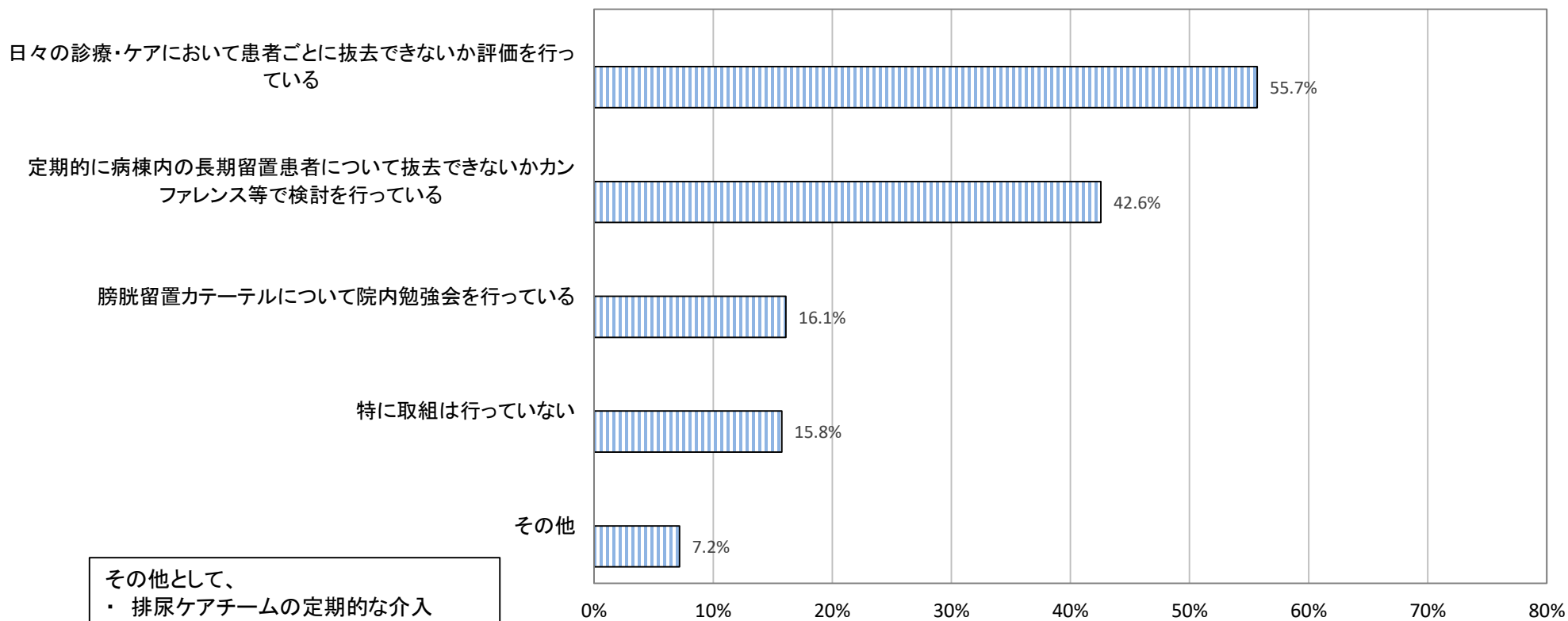


膀胱留置カテーテルの留置期間を短縮するための取組

○ 膀胱留置カテーテルの留置期間を短縮するための取組として、「日々の診療・ケアにおいて患者ごとに抜去できないか評価を行っている」が最も多かった。

膀胱留置カテーテルの留置期間を短縮するための取組(複数回答)

(n=571(病棟数))



その他として、

- ・ 排尿ケアチームの定期的な介入
 - ・ 感染防止対策委員会における取組
 - ・ 院外学習会へ参加
- 等の回答があった。

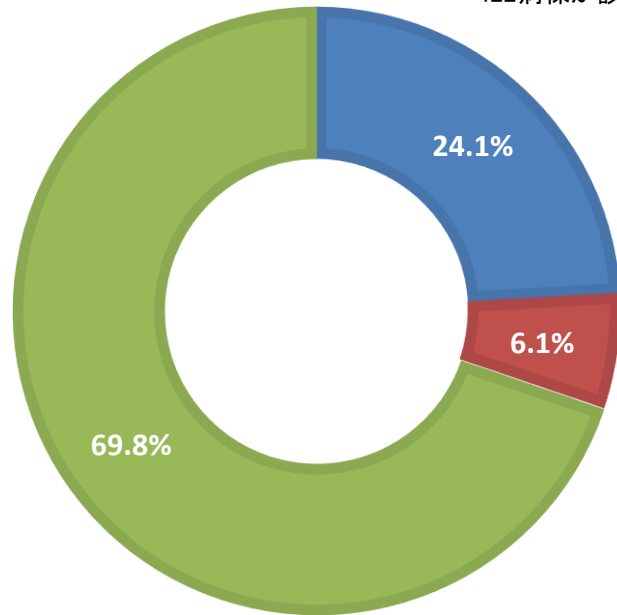
膀胱留置カテーテルの留置の状況と留置期間を短縮するための取組

○ 留置期間を短縮するための取組を行っている病棟について、膀胱留置カテーテル抜去後の患者割合が、取組を特に行っていない病棟に比べて高かった。

留置期間を短縮するための取組を行っている病棟における膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

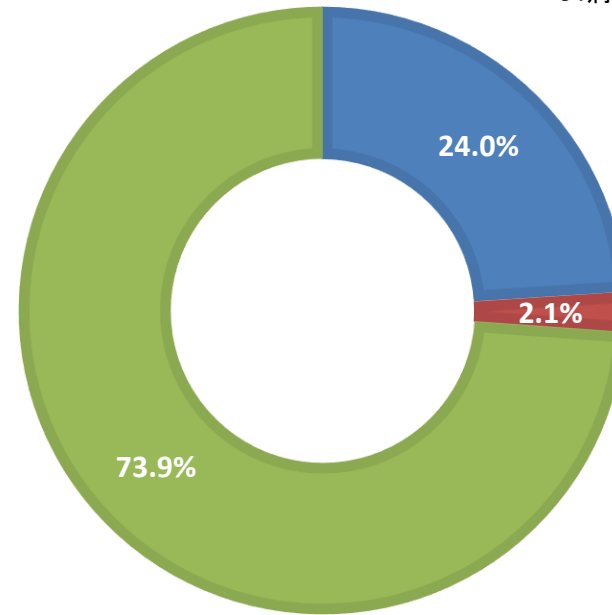
(n = 17,069(患者数))
422病棟が該当



留置期間を短縮するための取組を特に行っていない病棟における膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

(n = 3,282(患者数))
84病棟が該当



排尿自立指導料の概要

平成28年度診療報酬改定

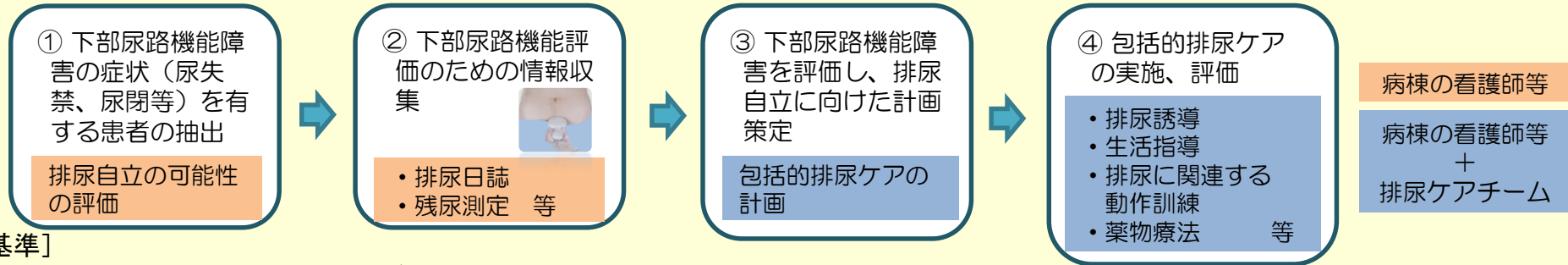
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

B005-9 排尿自立指導料 200点(週1回)

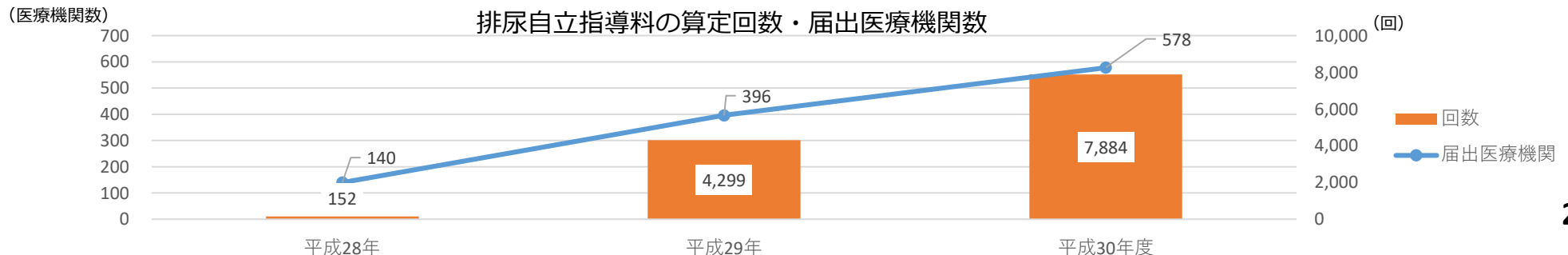
[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る研修を修了した医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

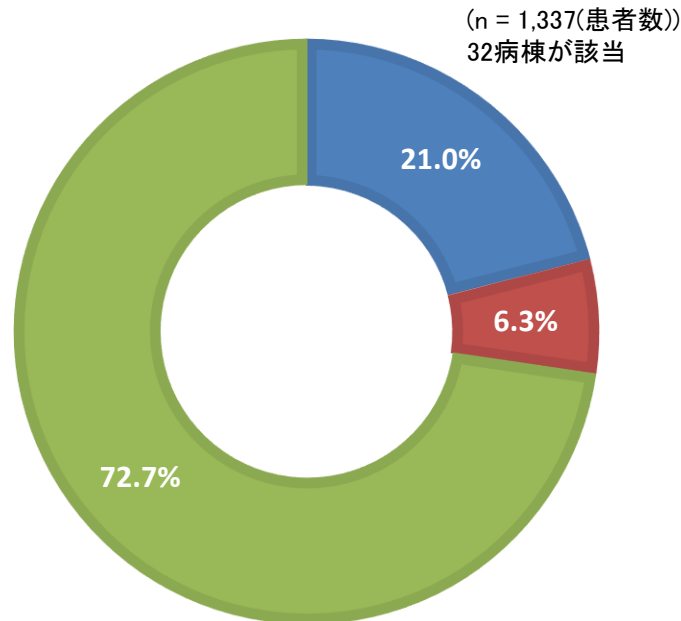


排尿自立指導料の算定の有無と膀胱留置カテーテルの留置の状況

○ 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。

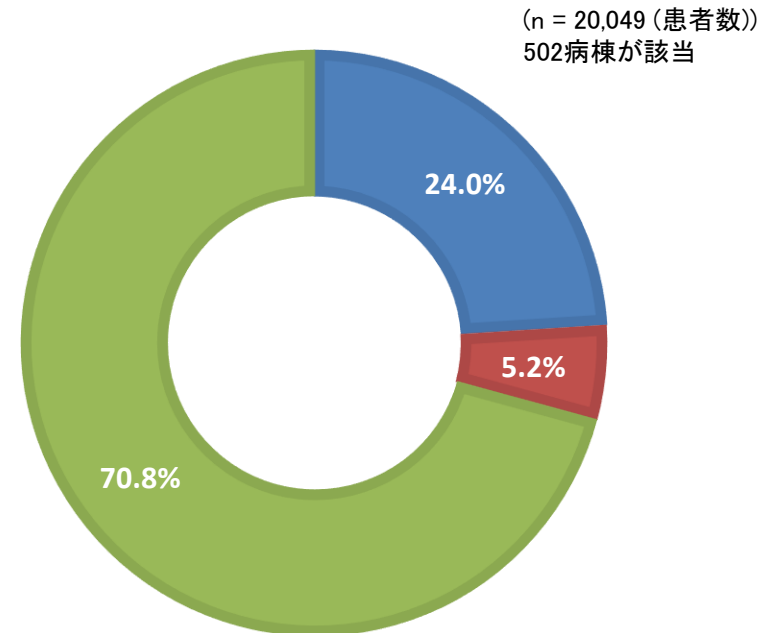
排尿自立指導料を算定している病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



排尿自立指導料を算定していない病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

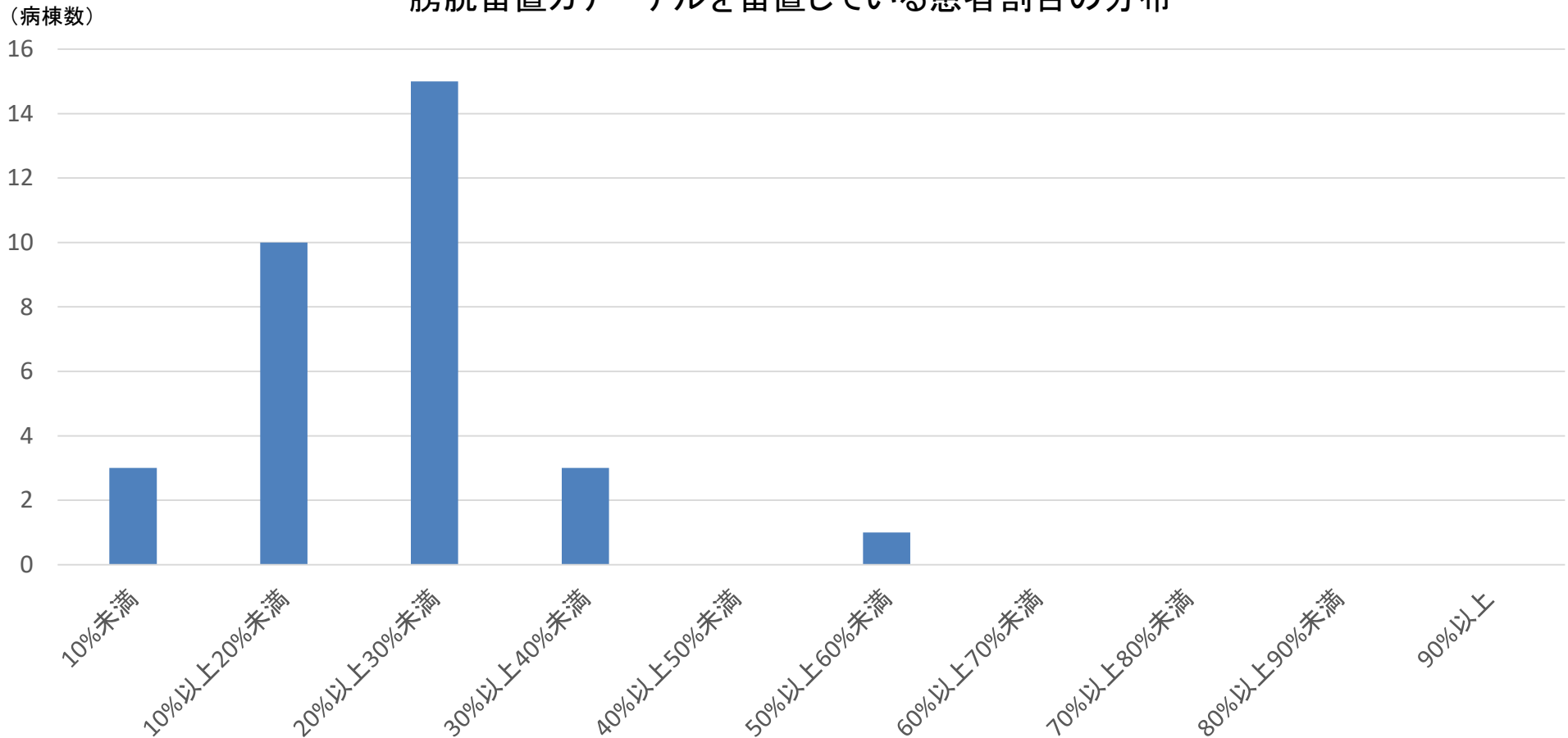


※ 排尿自立指導料の算定状況
排尿自立指導料の平均算定患者数: 2.2人
排尿自立指導料の平均算定回数: 6.6回

排尿自立指導料を算定している病棟における膀胱留置カテーテルの留置の状況

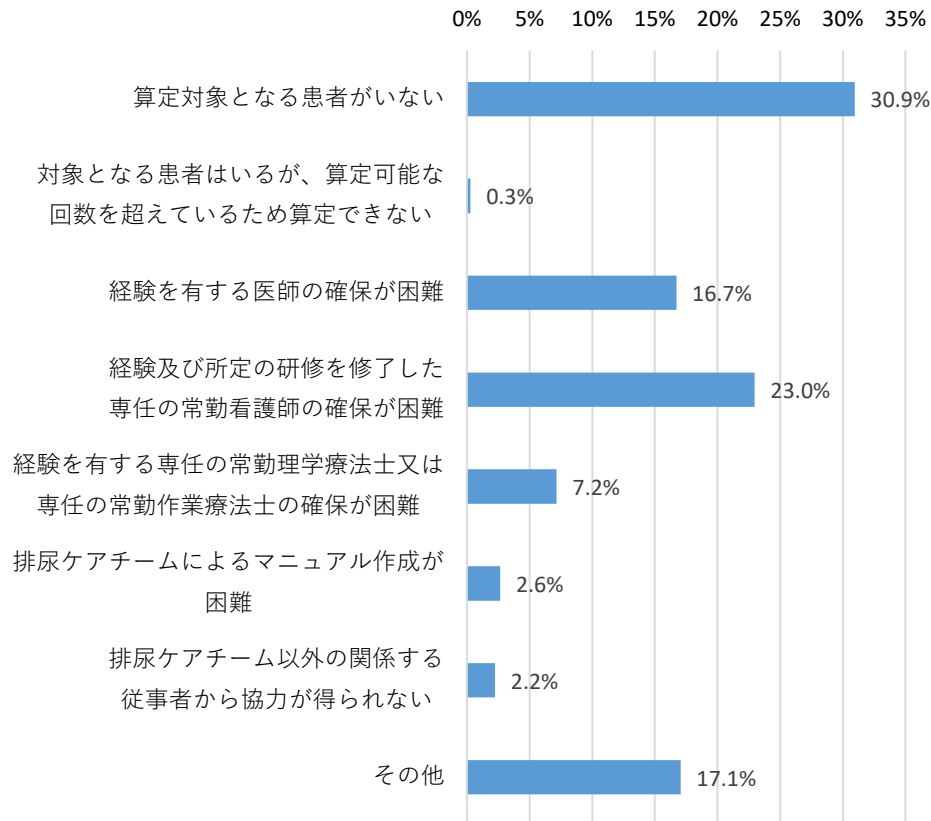
○ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者割合の分布

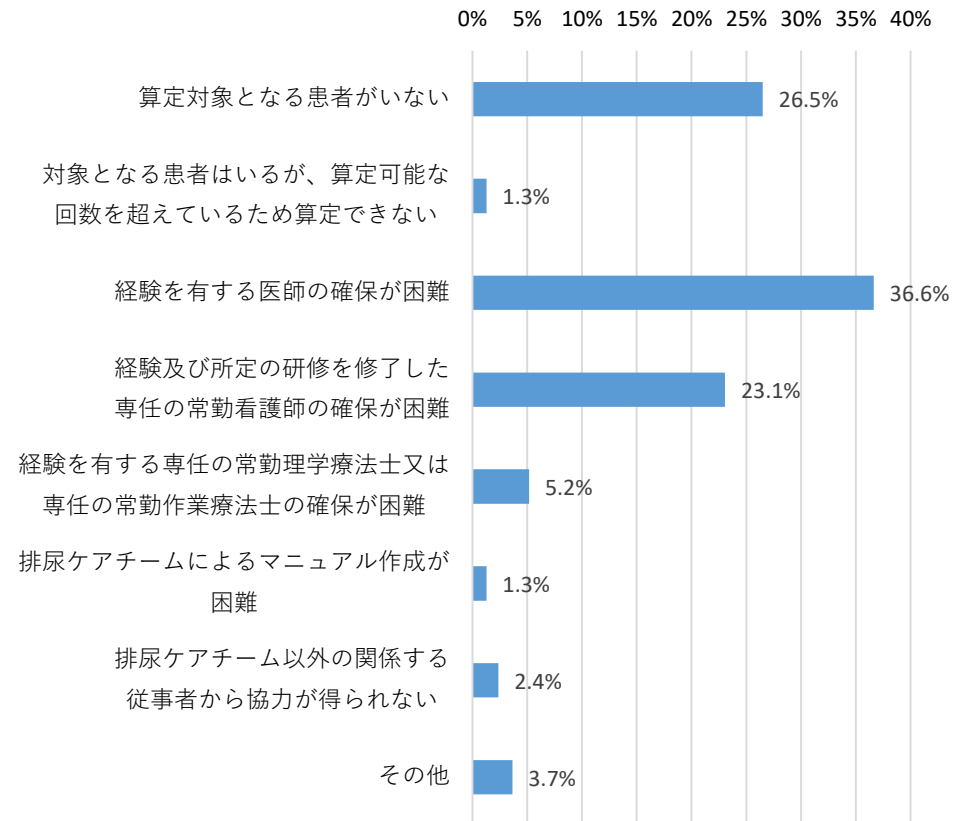


○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

算定していない理由 (A票) (n=2,908)



算定していない理由 (B票) (n=464)



(2) 療養病棟入院基本料

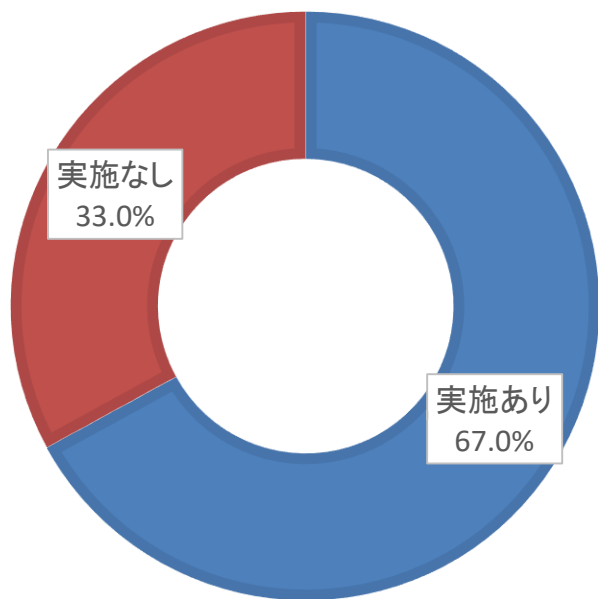
- ・ 膀胱留置カテーテルの留置状況
- ・ 質の高い療養生活のための取組

質の高い療養生活のための取組について

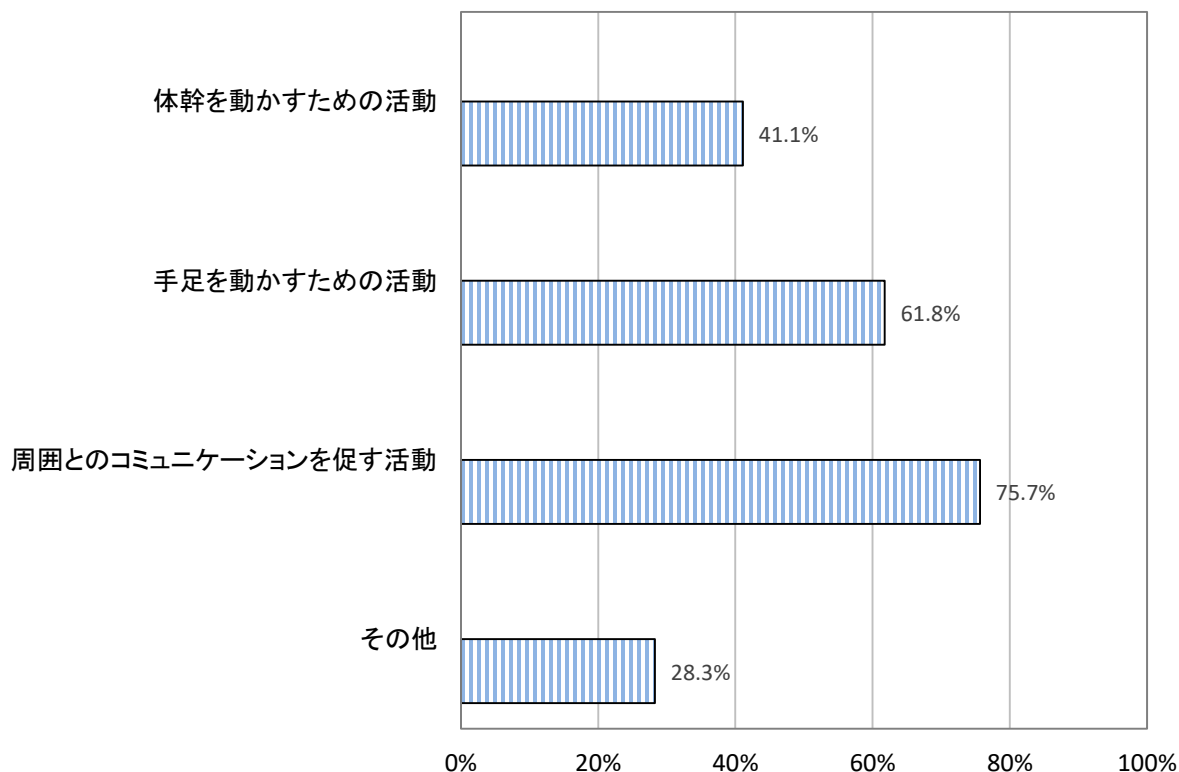
- 療養病棟入院基本料を届出ている病棟のうち、約7割の病棟において、質の高い療養生活のための取組を実施していた。
- 実施している取組については、「周囲とのコミュニケーションを促す活動」が最も多かった。

質の高い療養生活のための取組の実施状況

(n=570(病棟数))



実施している取組内容について(複数回答) (n=382(病棟数))

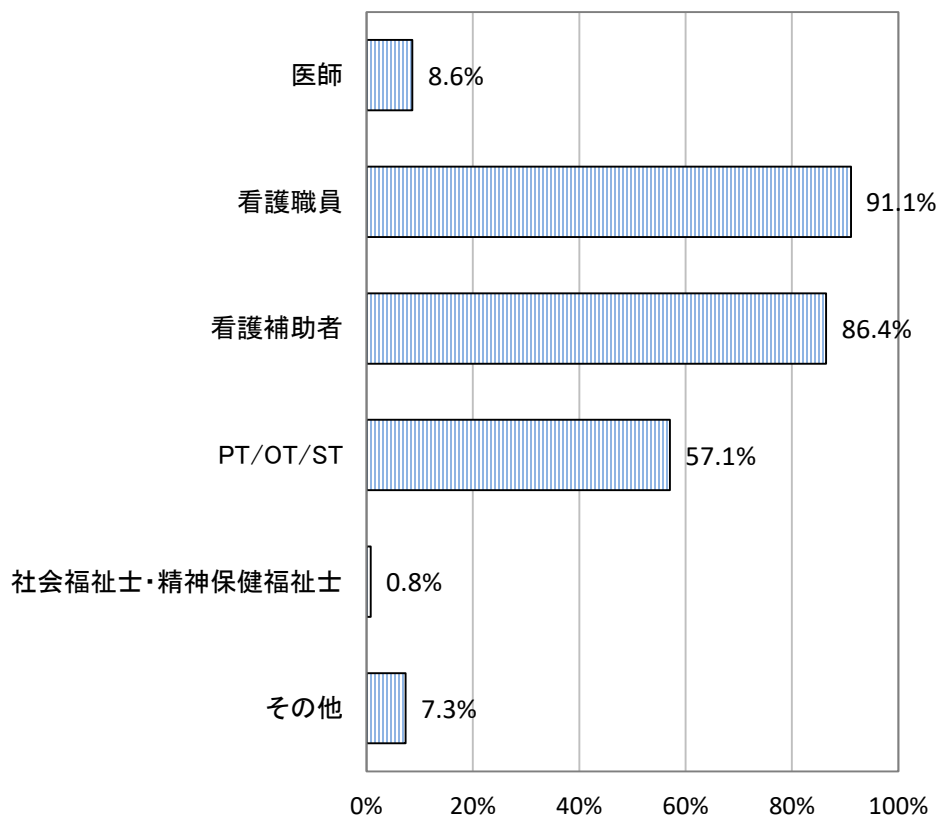


質の高い療養生活のための取組について

- 取組に主に関わっている職種として、看護職員が最も多く、次いで看護補助者が多かった。
- 実施頻度としては、週4回以上又は週1～2回が多かった。

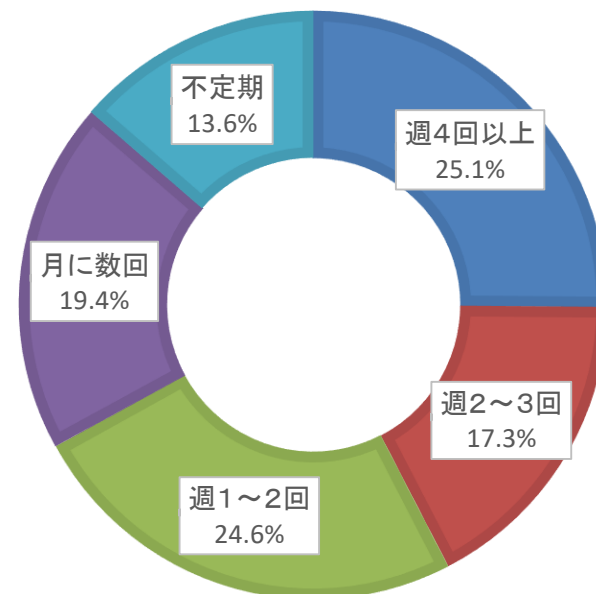
取組に主に関わっている職種(複数回答)

(n=382(病棟))



質の高い療養生活のための取組の実施頻度

(n=382(病棟数))

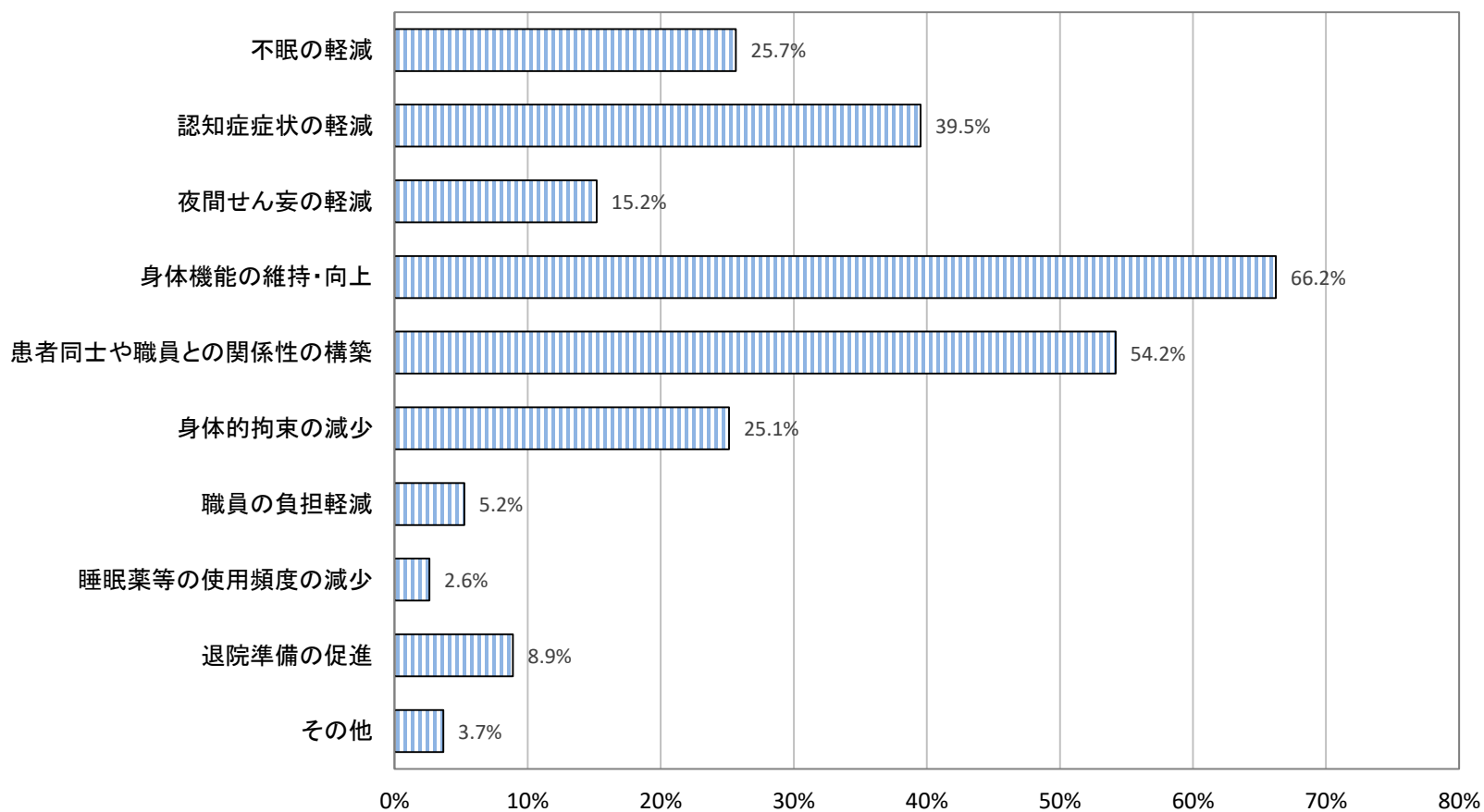


質の高い療養生活のための取組について

○ 取組によりもたらされている効果として、「身体機能の維持・向上」と回答した病棟が最も多かった。

取組によりもたらされている効果(複数回答)

(n=381(病棟))



療養病棟入院基本料について

【現状・課題】

(膀胱留置カテーテルの留置状況)

- ・ 療養病棟入院基本料を算定する病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されており、膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- ・ 病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、10%以上20%未満の病棟が最も多かったが、50%以上の病棟も存在していた。
- ・ 留置期間を短縮するための取組を行っている病棟について、膀胱留置カテーテル抜去後の患者割合が、取組を特に行っていない病棟に比べて高かった。
- ・ 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。
- ・ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

(質の高い療養生活のための取組)

- ・ 療養病棟入院基本料を届出ている病棟のうち、約7割の病棟において、質の高い療養生活のための取組を実施しており、実施している取組については、「周囲とのコミュニケーションを促す活動」が最も多かった。
- ・ 取組に主に関わっている職種として、看護職員が最も多く、次いで看護補助者が多かった。
- ・ 実施頻度としては、週4回以上又は週1～2回が多かった。
- ・ 取組によりもたらされている効果として、「身体機能の維持・向上」と回答した病棟が最も多かった。

【論点】



- 療養病棟における膀胱留置カテーテルの留置状況について、留置期間を短縮するための取組や排尿自立指導料の算定状況を踏まえ、どのように考えるか。
- 質の高い療養生活のための取組について、取組の実施状況やもたらされている効果を踏まえ、どのように考えるか。

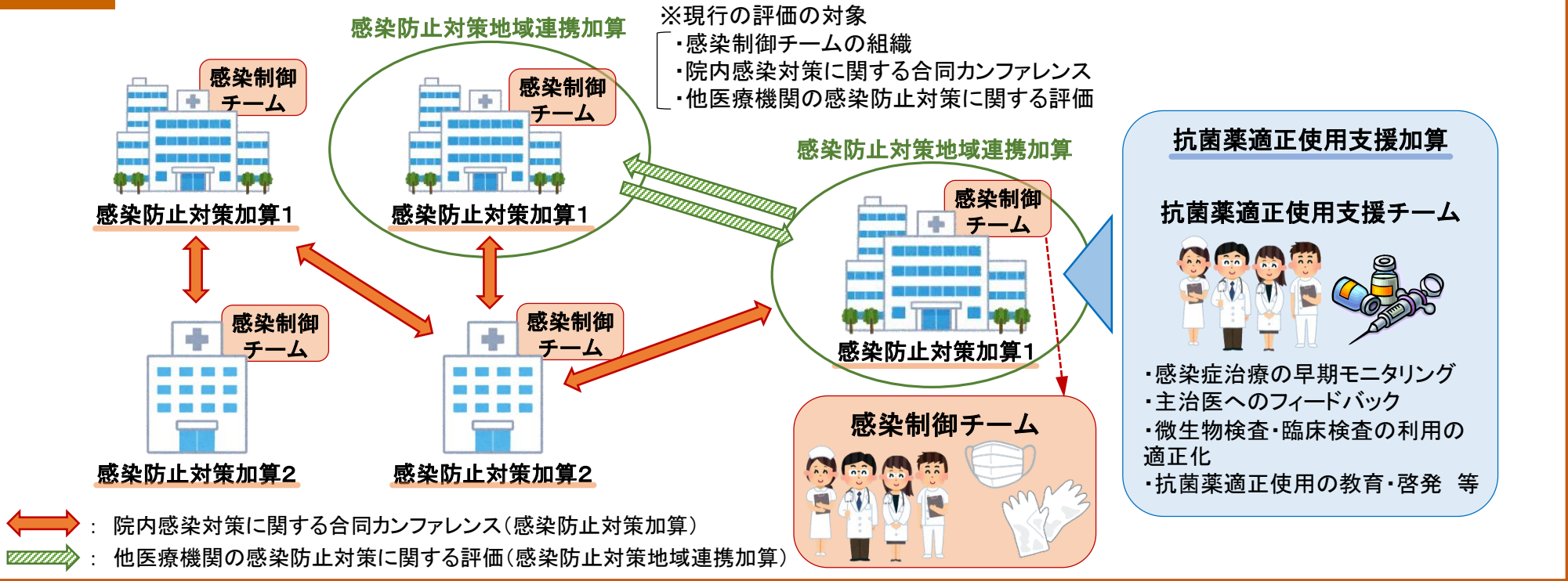
(3) 抗菌薬適正使用支援加算

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



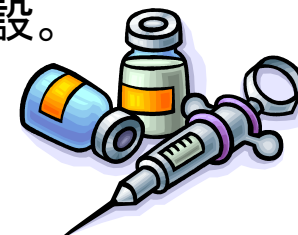
小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組**を行っていることを要件化



抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性 (AMR) 対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

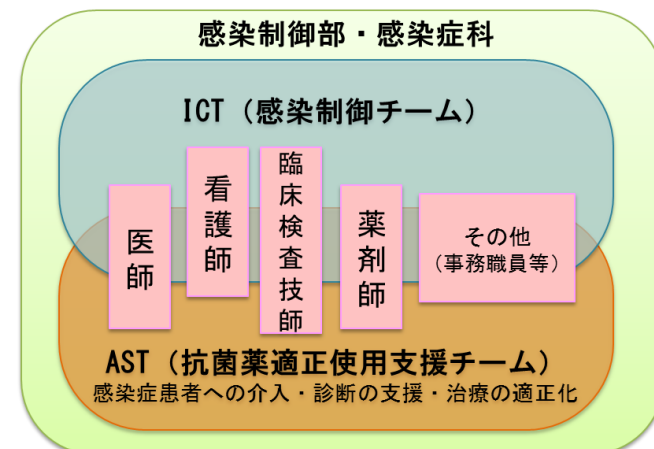
ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

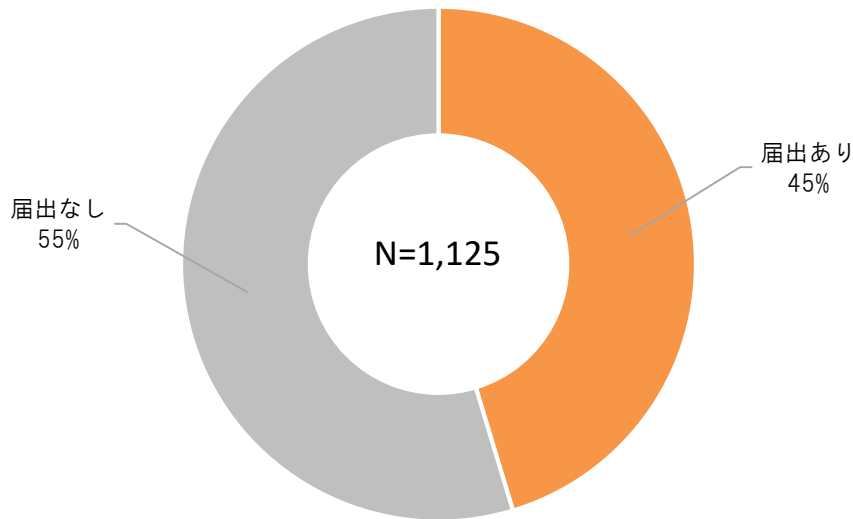
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



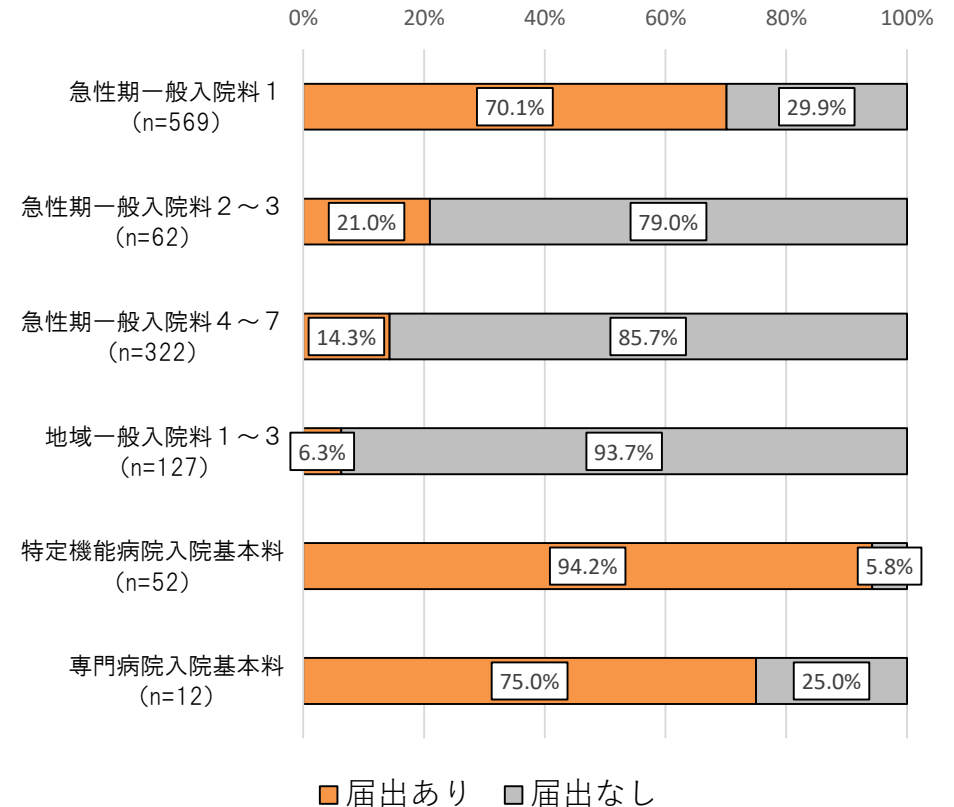
抗菌薬適正使用支援加算の届出状況等

- 一般病棟入院基本料等を届出ている医療機関の約5割が抗菌薬適正使用支援加算を届け出ていた。
- 入院料別にみると、急性期一般入院料1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。

抗菌薬適正使用支援加算の届出状況（A票）



入院料別の届出状況

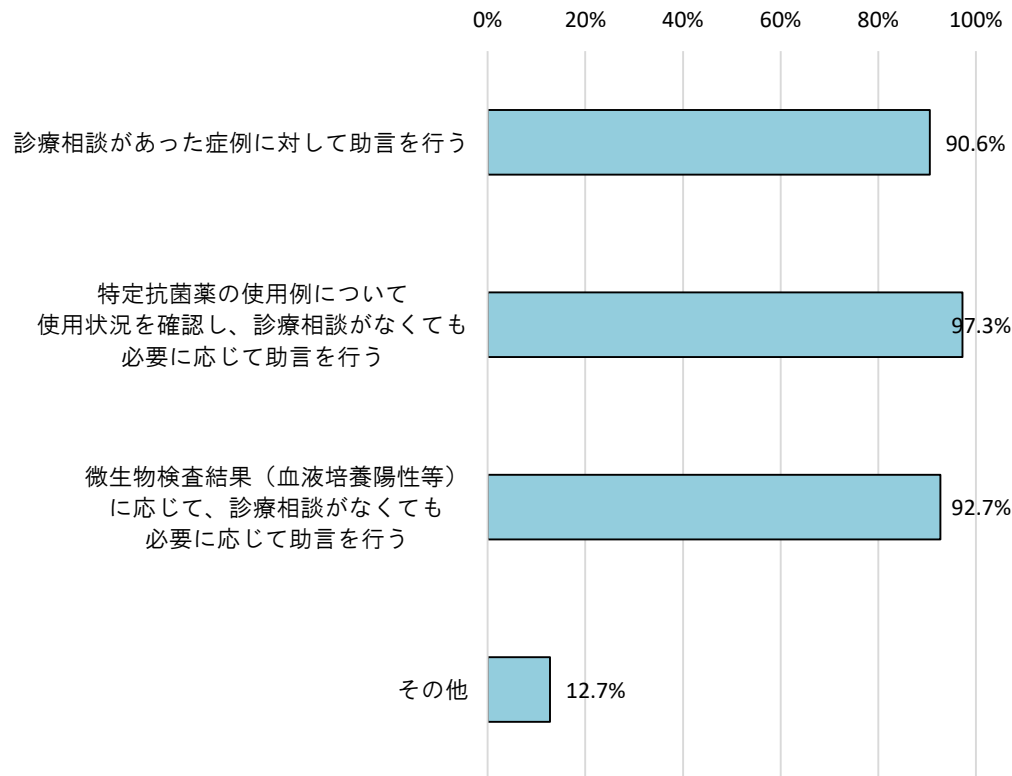


抗菌薬適正使用支援チームの役割

- 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等を行っていた。
- 薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA薬は概ね把握されていたが、他の薬剤ではばらつきがみられた。

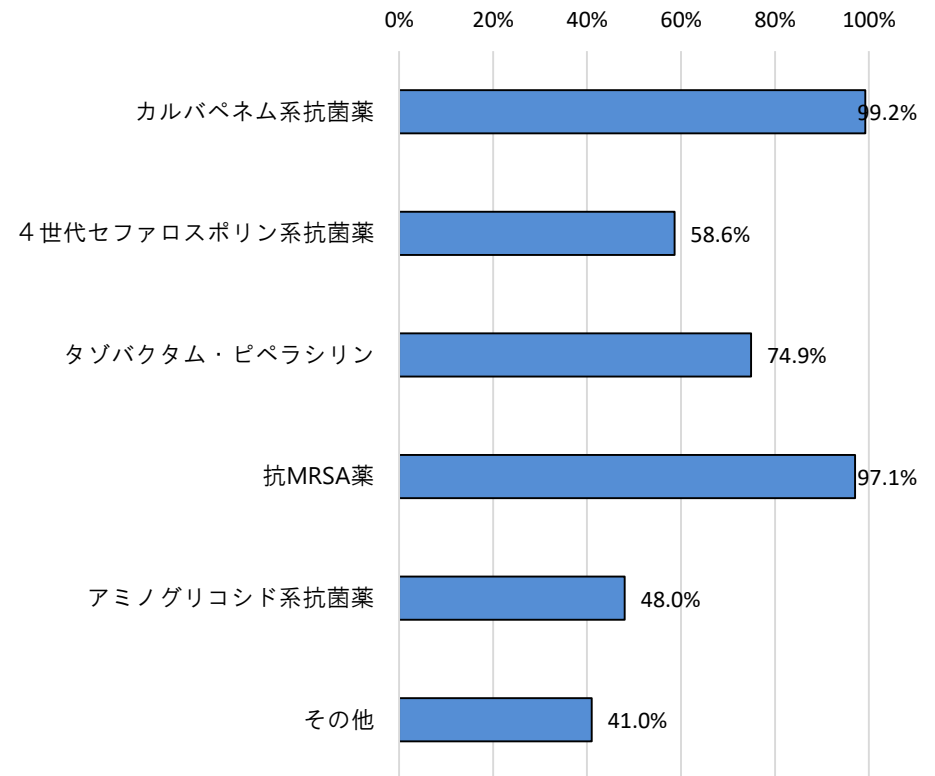
抗菌薬適正使用支援チームの役割

(n=510)



院内の使用状況を把握している薬剤

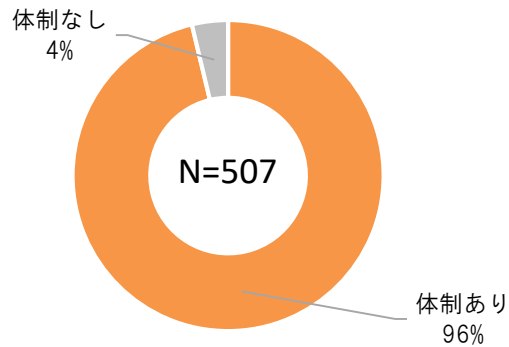
(n=510)



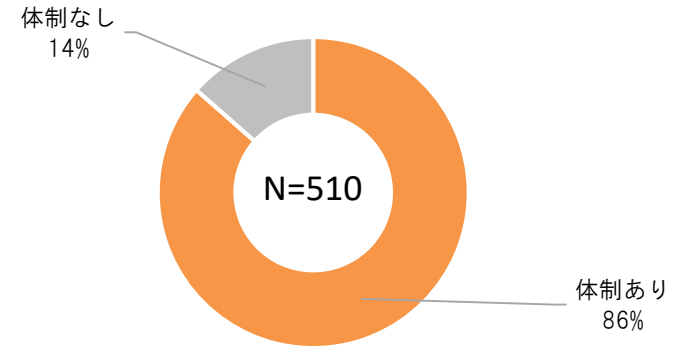
加算を届出ている医療機関の体制等

○ 加算を届出ている医療機関における体制等の状況は以下のとおりであった。

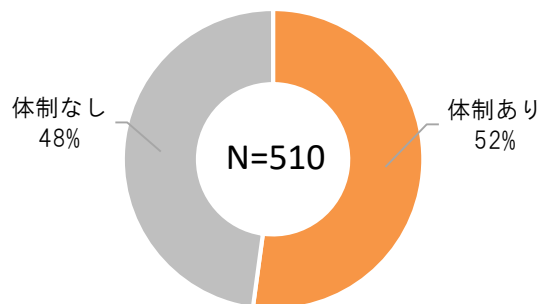
感染症診療に関する診療支援を
全ての診療科から受ける体制の有無



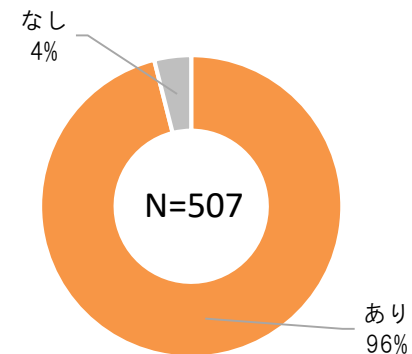
院内の細菌検査ができる
体制の有無



副作用について
ASTが把握する体制の有無

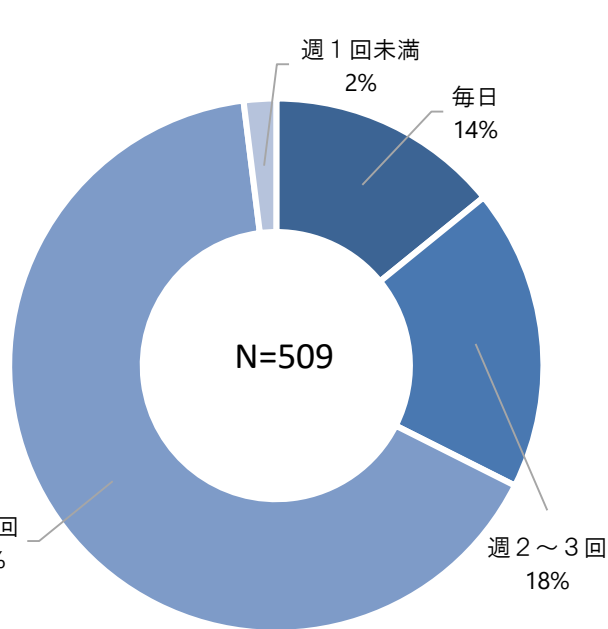


院内のアンチバイオグラムの有無

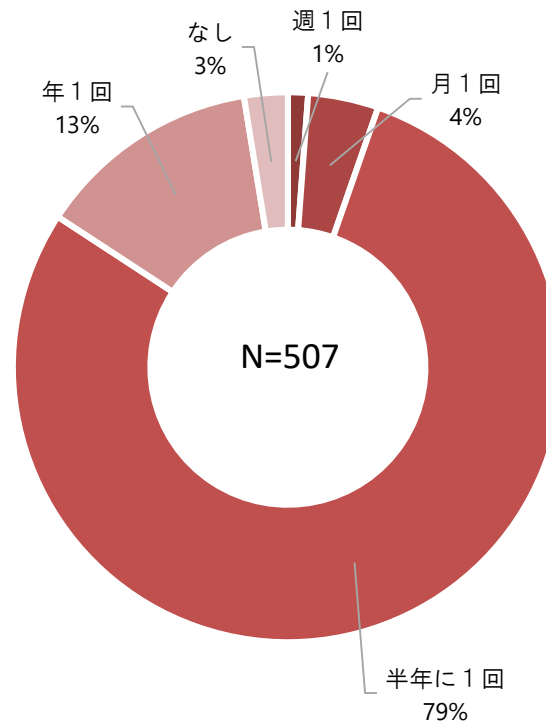


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

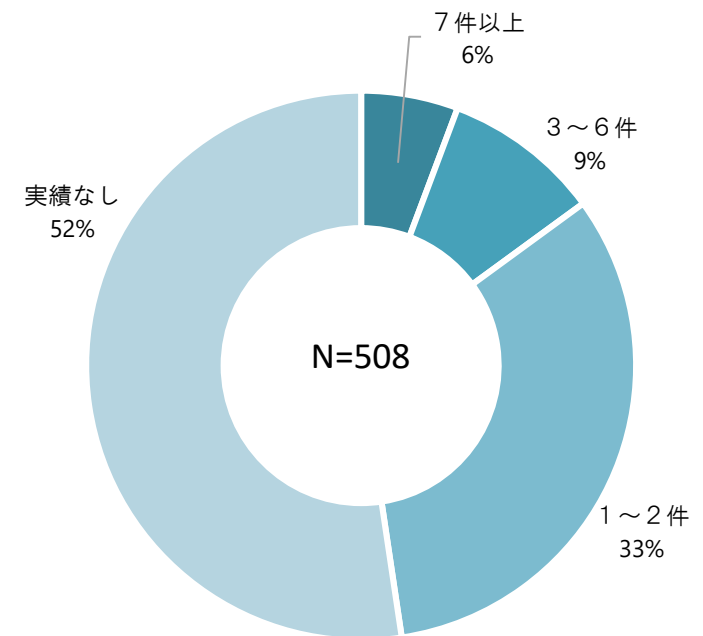
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



抗菌薬適正使用に関する
院内講習会の頻度



周辺地域の医療機関からの
相談に応じた実績(直近3月)



抗菌薬適正使用支援加算について

【現状・課題】

(抗菌薬適正使用支援加算の状況)

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、抗菌薬適正使用支援加算を新設した。
- ・ 入院料別の届出状況を見ると、急性期一般入院料1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。
- ・ 抗菌薬適正使用支援チームの役割をみると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等を行っていた。また、薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA薬は概ね把握されていたが、他の薬剤ではばらつきがみられた。
- ・ 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスは「週1回」が約7割、抗菌薬適正使用に関する院内講習会は「半年に1回」が約8割、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績(直近3月)は「実績なし」が約5割であった。



【論点】

- 抗菌薬適正使用支援加算の届出状況や実績等を踏まえ、抗菌薬の適正使用にかかる取組をさらに進める観点から、現行の施設基準等の要件についてどのように考えるか。

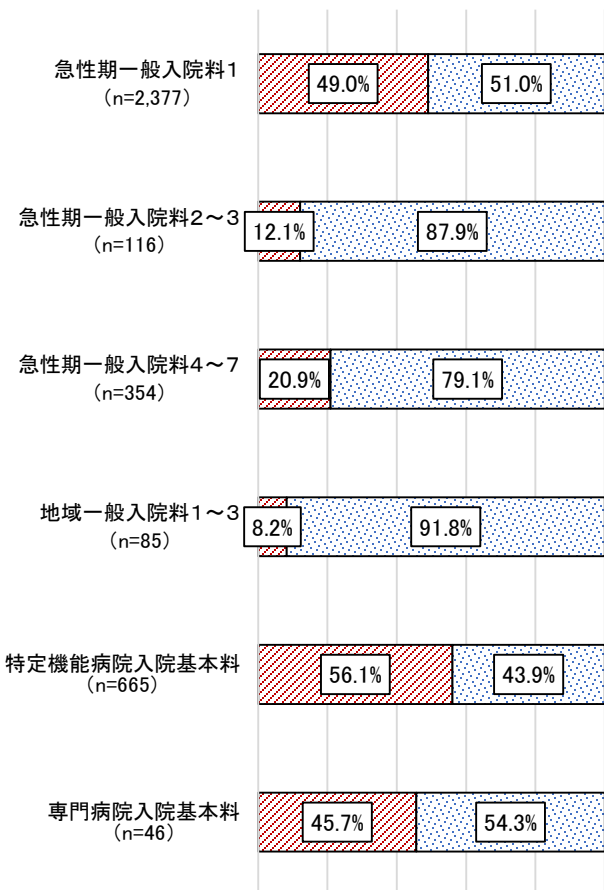
(4) 横断的事項

- 退院時共同指導料等
- 認知症ケア加算
- せん妄予防の取組
- 総合評価加算
- 患者サポート体制充実加算

- 退院時共同指導料 2 は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院で多く算定されていた。
- 退院前訪問指導料は 1 ～ 2 割程度の施設で算定されていたが、退院後訪問指導料を算定した施設は 1 割に満たなかった。

退院時共同指導料 2

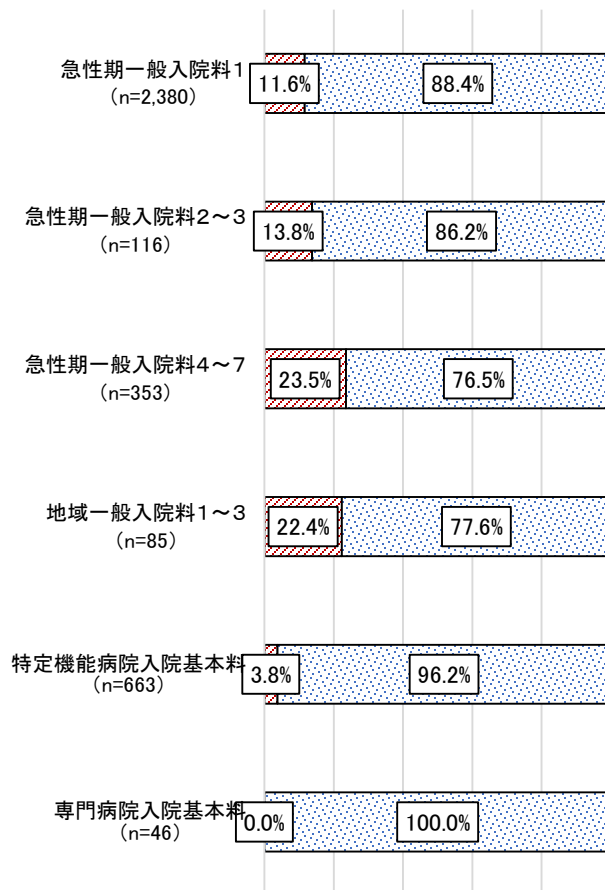
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院前訪問指導料

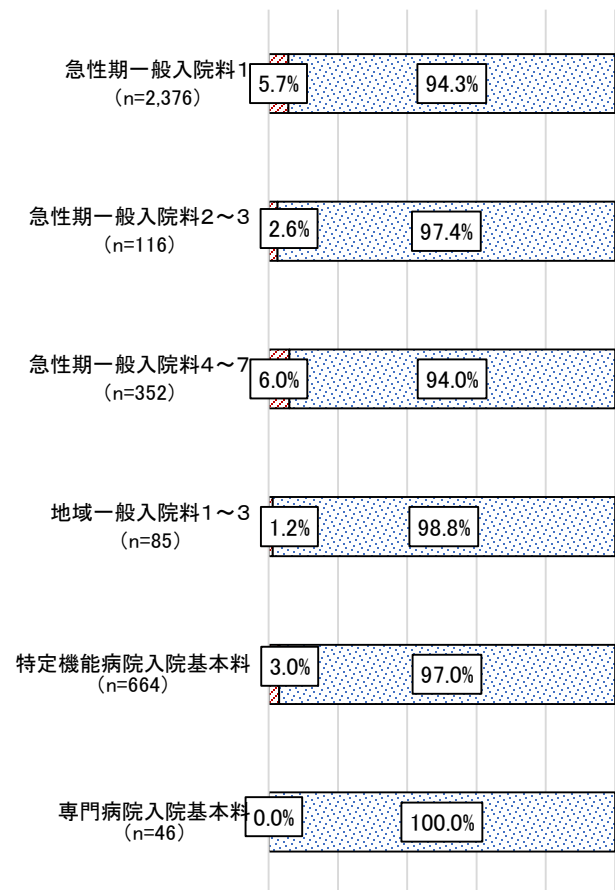
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院後訪問指導料

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院時共同指導料2の概要

B005 退院時共同指導料2

400点 (入院中1回) ※

多機関共同指導加算

2,000点

※別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、要件を満たす場合に入院中2回

<主な算定要件>

退院時共同指導料2

○ 退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。

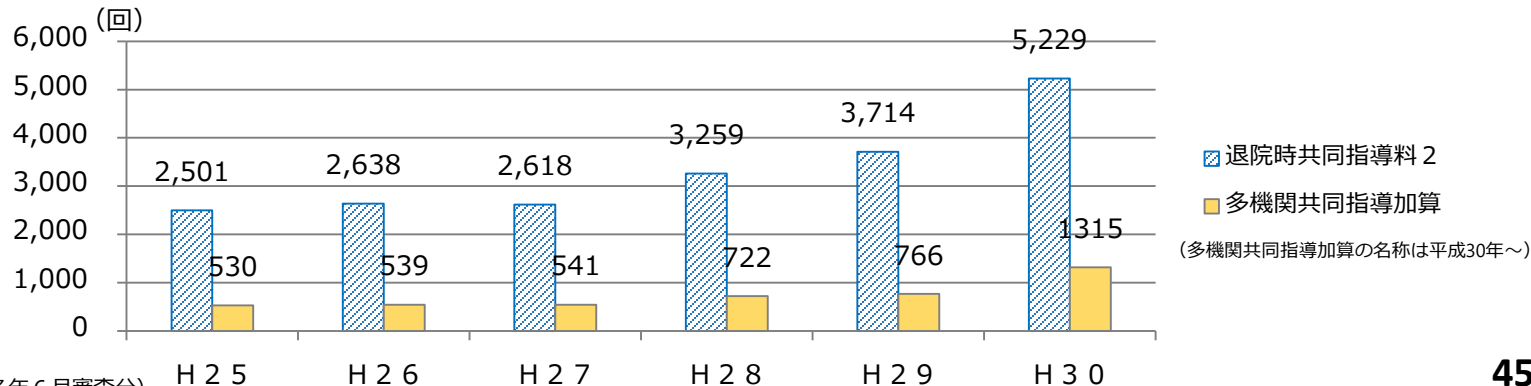
○ 当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

多機関共同指導加算

○ 退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

○ 当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

<算定回数>



入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

現行(共同指導の評価対象職種)	
	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等
	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1	医師、看護師等
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員



改定後(共同指導の評価対象職種)	
	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1	医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・ 相談支援専門員

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

退院時共同指導料 2 及び多機関共同指導加算の算定状況

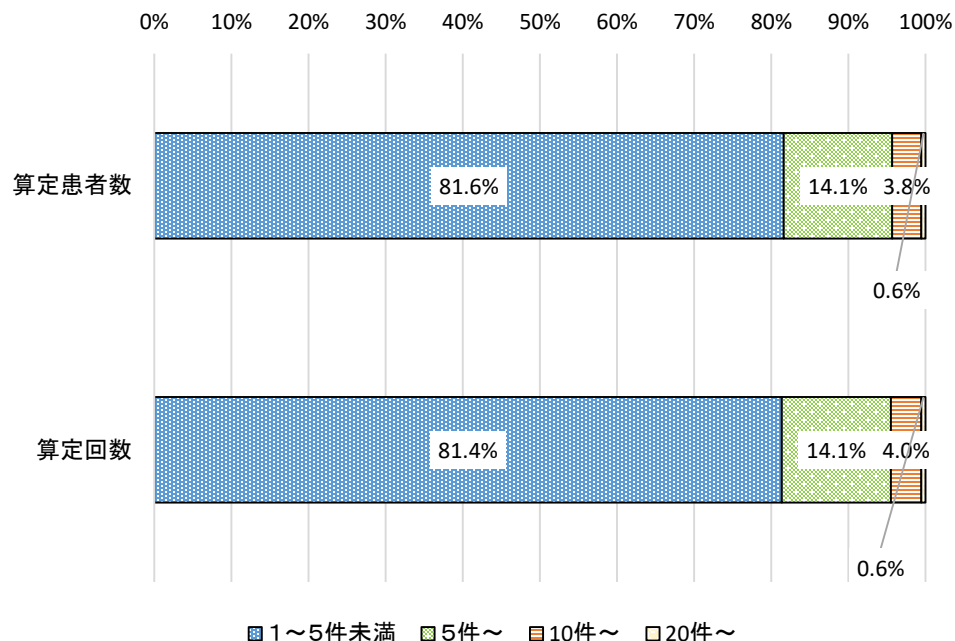
- 退院時共同指導料 2 を算定していた施設の算定患者数は、平均3.1人／3か月であった。
- 多機関共同指導加算を算定していた施設の算定患者数は、平均1.8人／3か月であり、うち、ビデオ通話を用いた共同指導が 1 件あった。

退院時共同指導料 2 及び多機関共同指導加算の算定状況

<退院時共同指導料 2>

平均 3.1人／3.1回 (n=1,620)

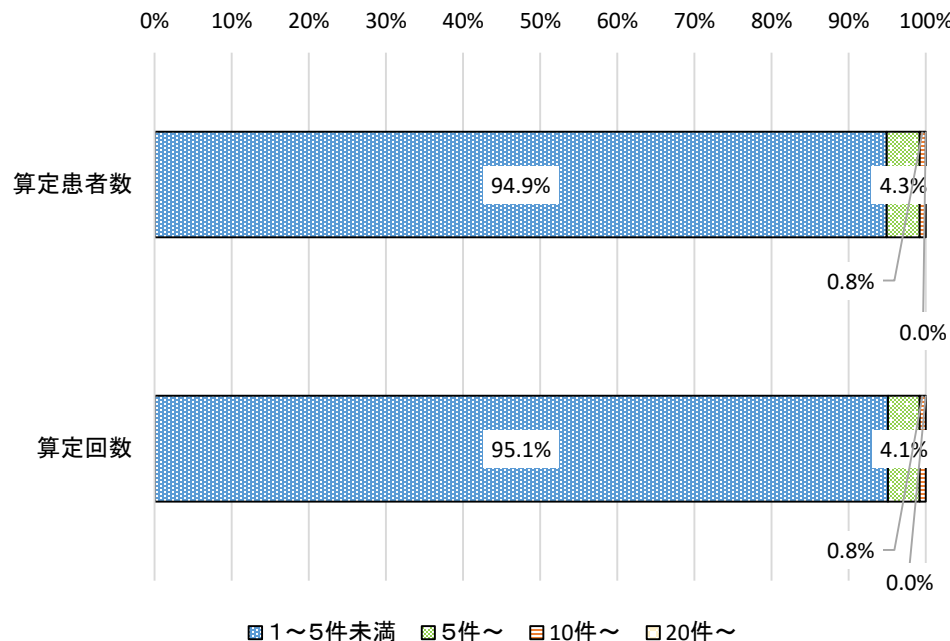
うち、ビデオ通話を用いた共同指導：0件



<多機関共同指導加算>

平均 1.8人／1.7回 (n=632)

うち、ビデオ通話を用いた共同指導：1件



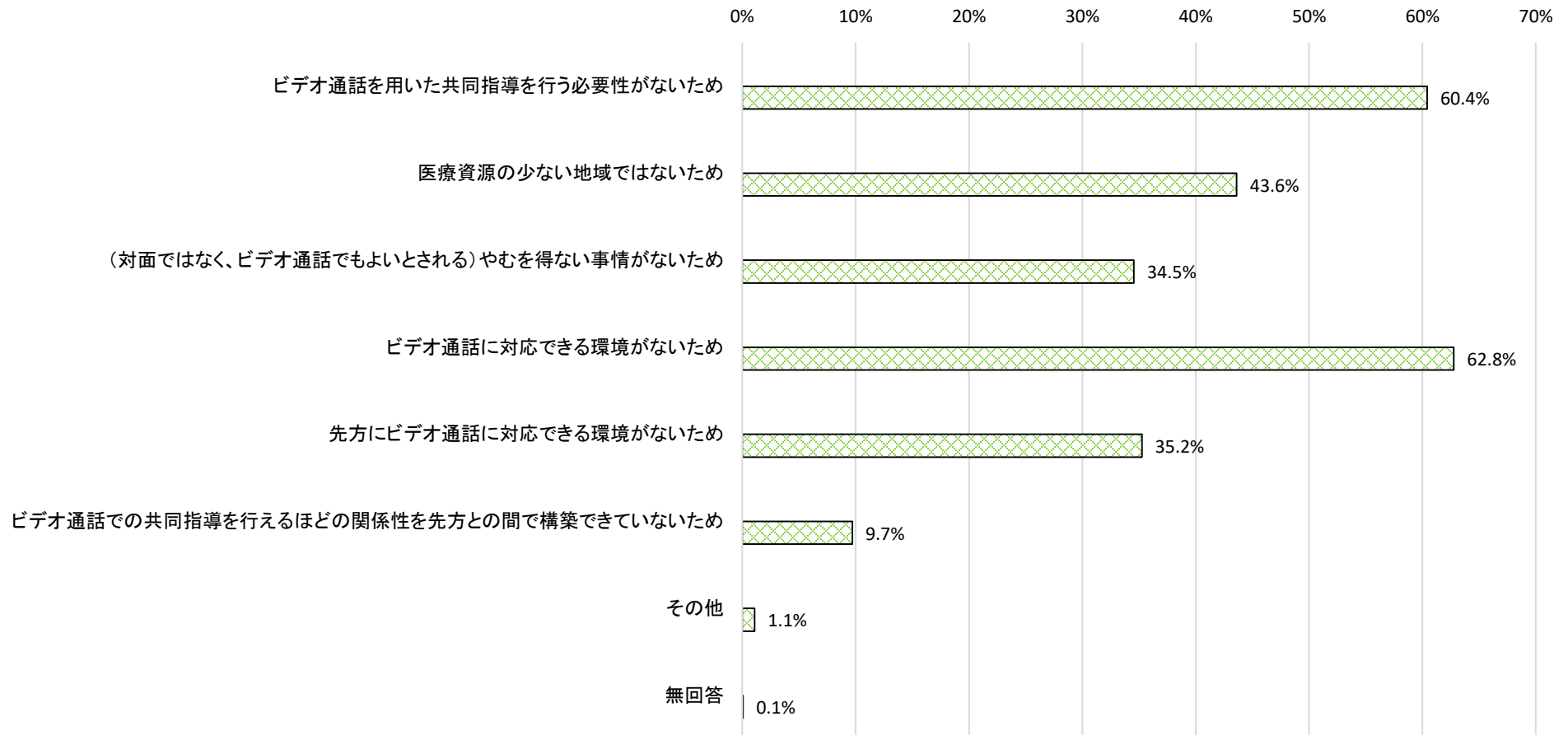
ビデオ通話を用いた共同指導とは、医療資源が少ない地域でやむを得ない事情等がある場合（退院時共同指導料 2）、もしくは、やむを得ない事情により関係者のいずれかが患者が入院している医療機関に赴けない場合（多機関共同指導加算）に、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行うことを指す。

ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由

- 退院時共同指導加算2を算定したがビデオ通話を用いた共同指導を行っていない病棟において、その理由をみると、「ビデオ通話に対応できる環境がないため」「ビデオ通話を用いた共同指導を行う必要性がないため」が多かった。

ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由

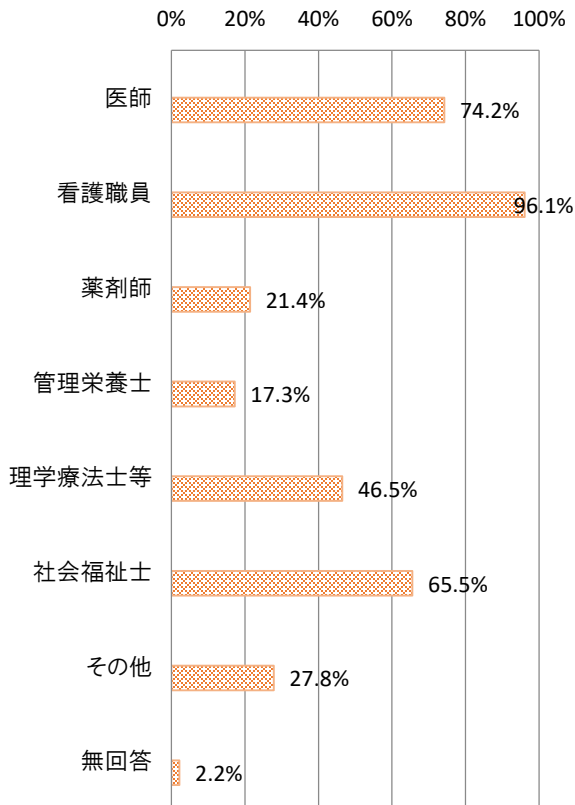
(複数回答、n=1,566)



共同指導を行った職種と共同指導に係る時間

- 退院時共同指導料2を算定した病棟において、共同指導を行った職種は看護職員が多かった。
- いずれの職種も1回の共同指導に20分～60分未満かけることが多く、特に看護職員は他職種に比べて要する時間が長い傾向にあった。

共同指導を行った職種



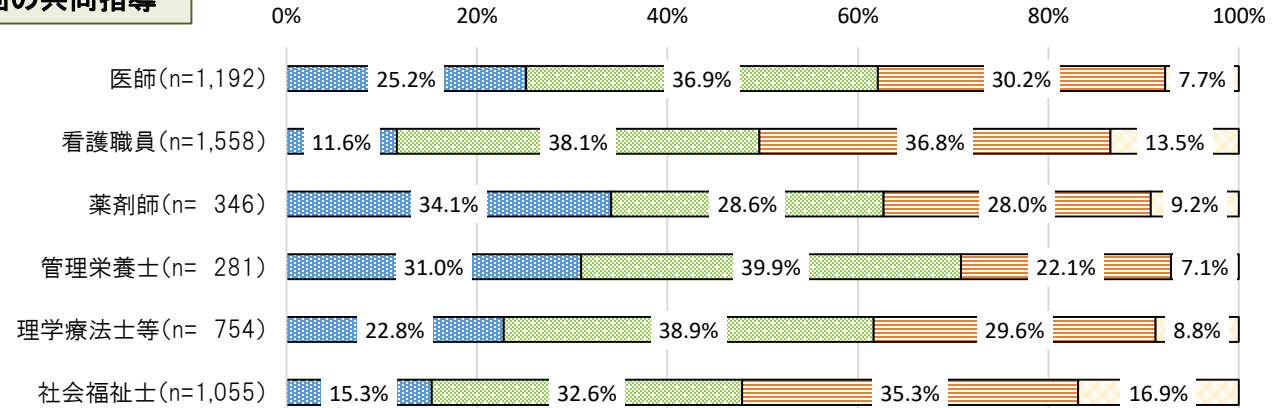
(複数回答、n=1,657)

看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師
理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

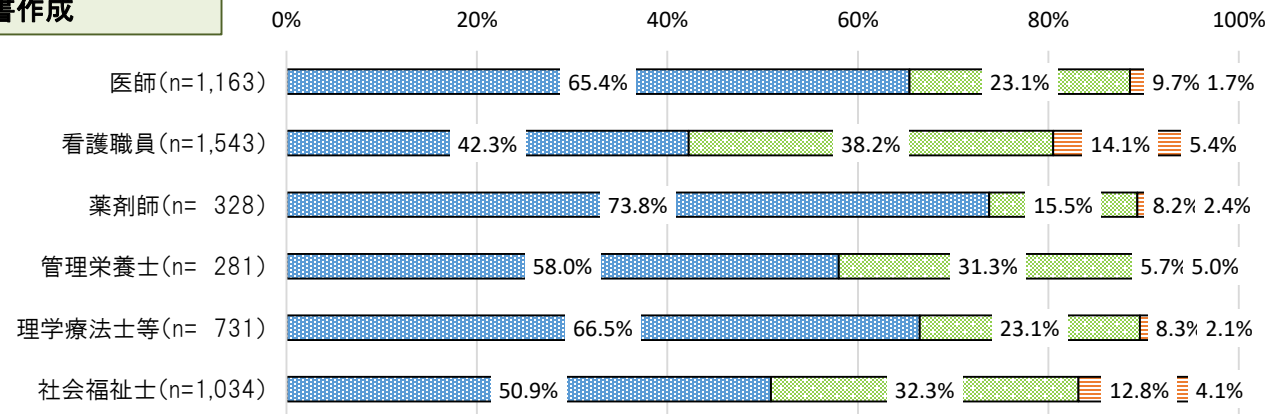
共同指導に係る時間

※無回答は除く

① 1回の共同指導



② 1回の共同指導の文書作成



■ 20分未満 ■ 20分以上40分未満 ■ 40分以上60分未満 □ 60分以上

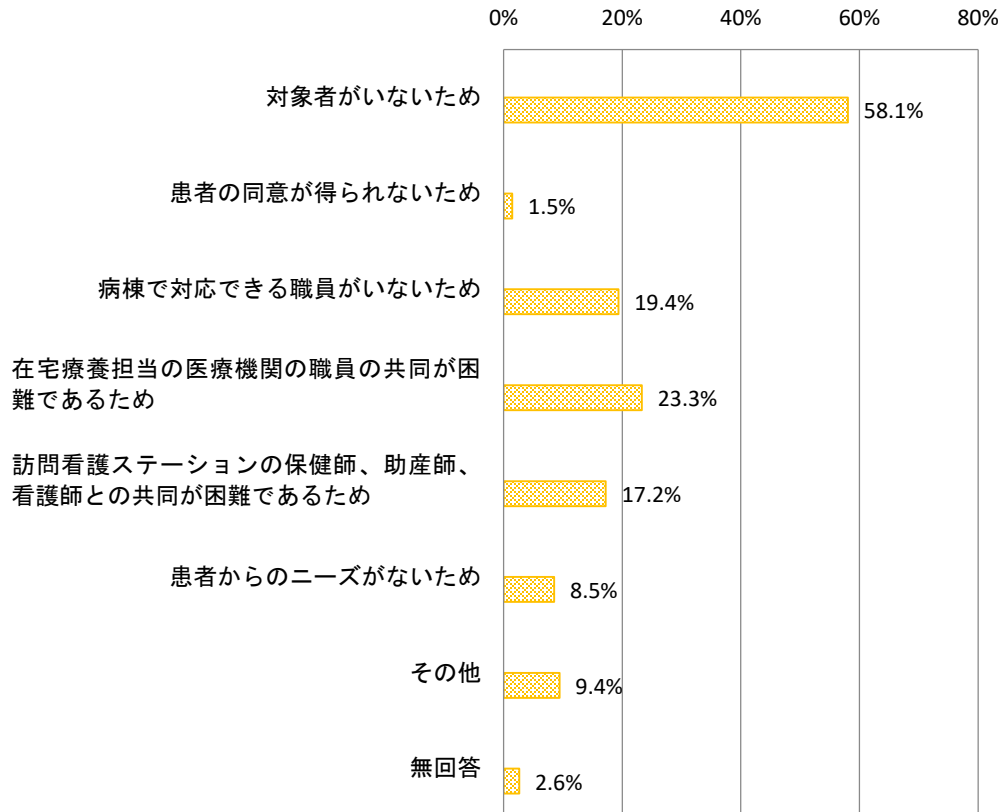
①は、患者への説明・指導だけでなく、事前や事後の打ち合わせ等の時間も含んだ平均的な時間を指す。(ただし②は含まない)
②は、退院時共同指導料2の算定要件である文書による患者への情報提供に当たって、その文書作成にかかった平均的な時間を指す。

退院時共同指導料 2 を算定していない理由

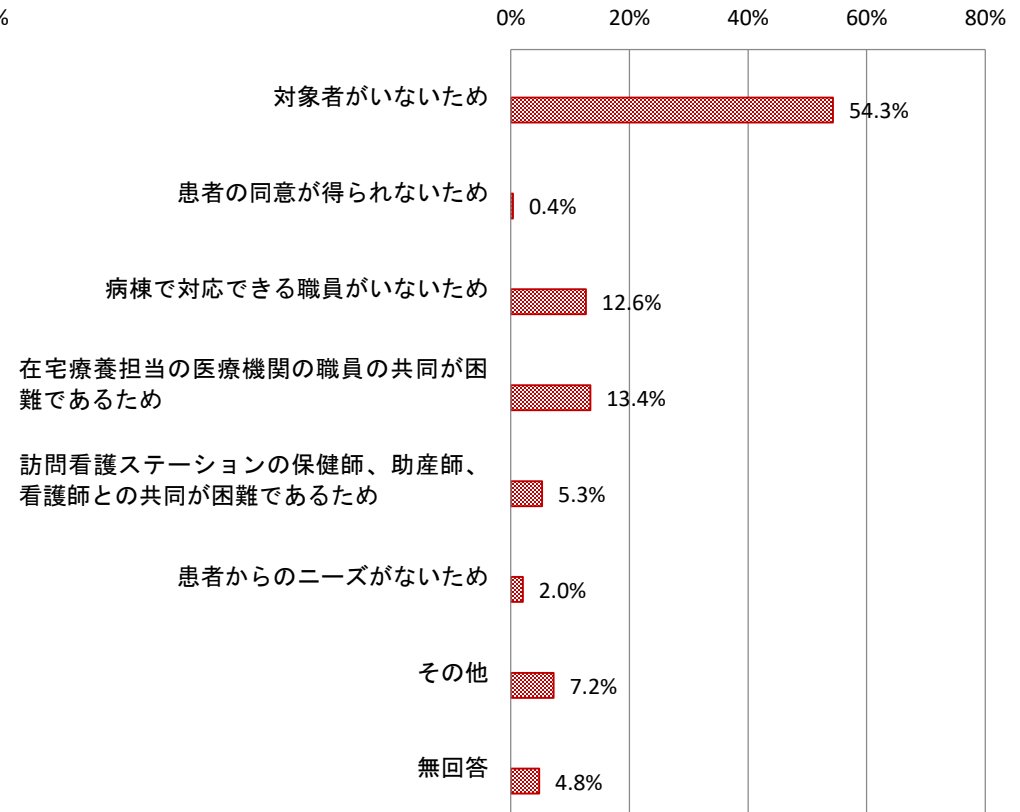
- 退院時共同指導料 2 を算定していない理由をみると、「対象者がいないため」が最も多く、次いで「在宅療養担当の医療機関の職員の共同が困難であるため」「病棟で対応できる職員がいないため」が多かった。

退院時共同指導料 2 を算定していない理由 (n=1,993)

該当するものすべて（複数回答）



最も該当するもの



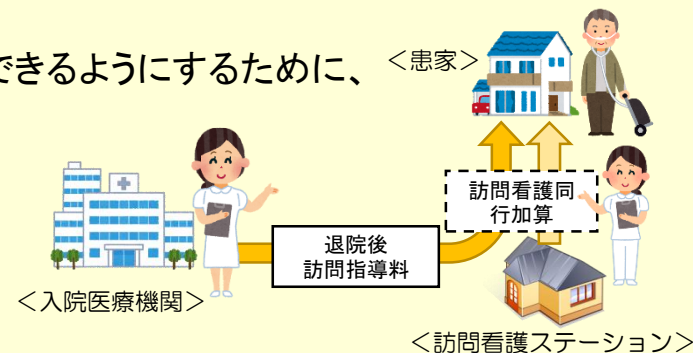
○ 退院前訪問看護指導料の算定件数は横ばい、退院後訪問看護指導料及び訪問看護同行加算の算定件数は増加傾向にある。

平成28年度診療報酬改定

退院直後の在宅療養支援に関する評価

➤ 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)
(新) 訪問看護同行加算 20点



[算定要件]

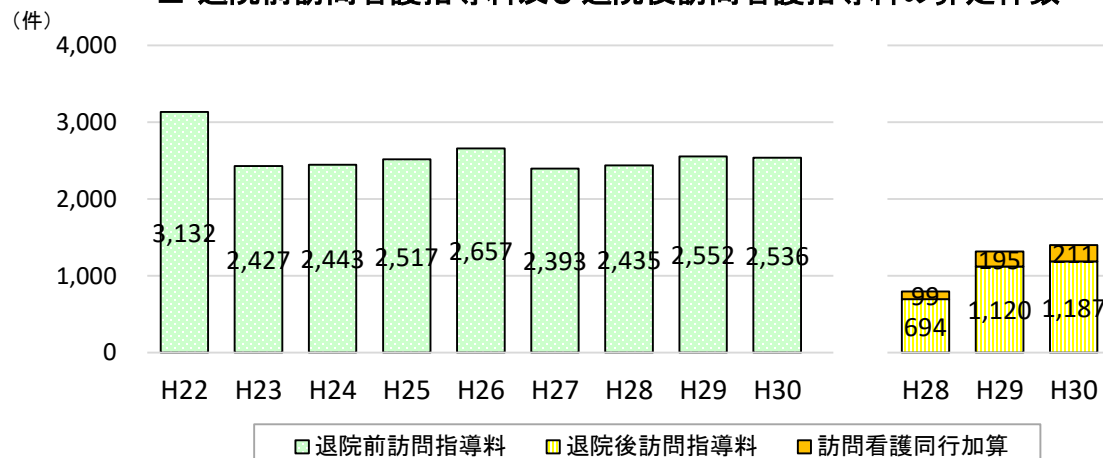
- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上*
*要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

<参考> 退院前訪問指導料 580点

[算定要件]

- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。
- ② 算定回数: 入院中1回(入院後早期に退院前訪問看護の必要があると認められる場合は2回)
- ③ 医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等も可能。

■ 退院前訪問看護指導料及び退院後訪問看護指導料の算定件数

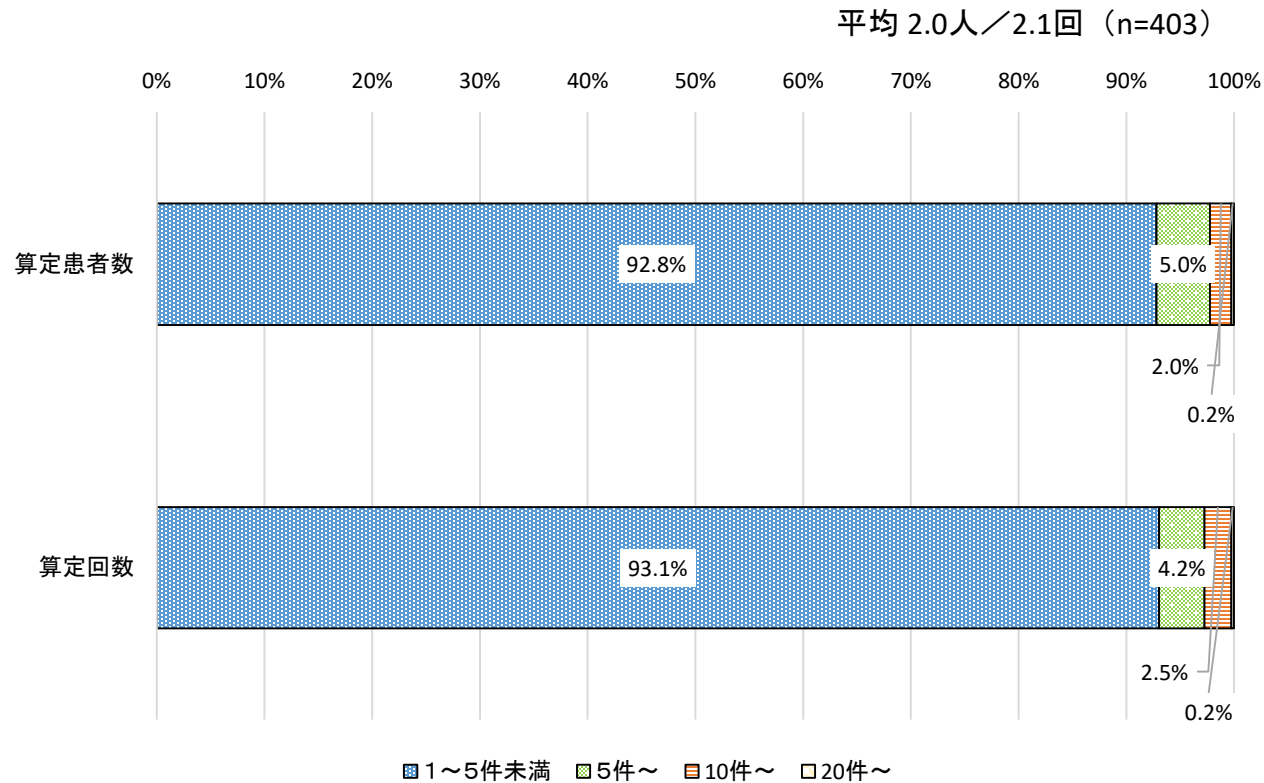


出典: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

退院前訪問指導料の算定状況

○ 退院前訪問指導料を算定していた施設の算定患者数は、平均2.0人／3か月であった。

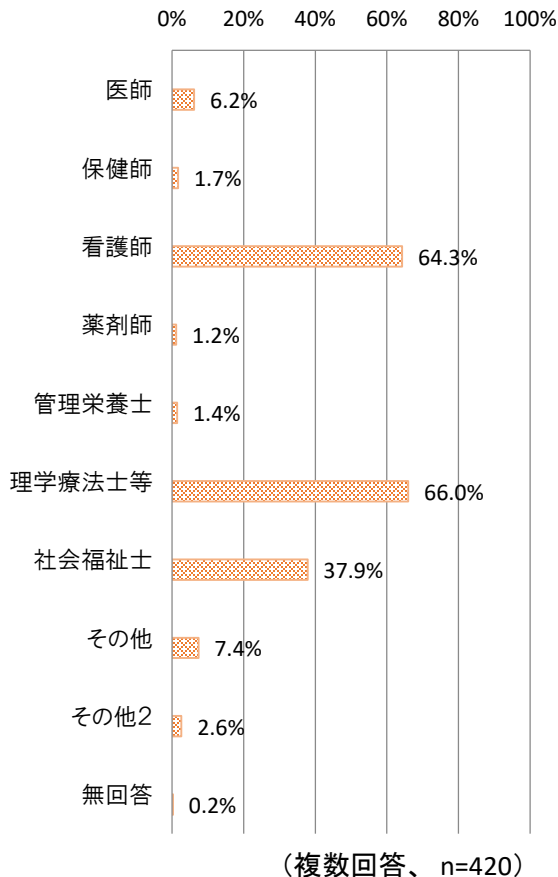
退院前訪問指導料の算定状況



退院前に訪問した職種と訪問・指導に係る時間

- 退院前訪問指導料を算定した病棟において、訪問した職種は看護師と理学療法士等が多かった。
- 看護師及び理学療法士等の1回の訪問にかかる時間は60分以上が多く、うち、患者・家族の指導にかかる時間は20～40分未満が多かった。

退院前に訪問した職種

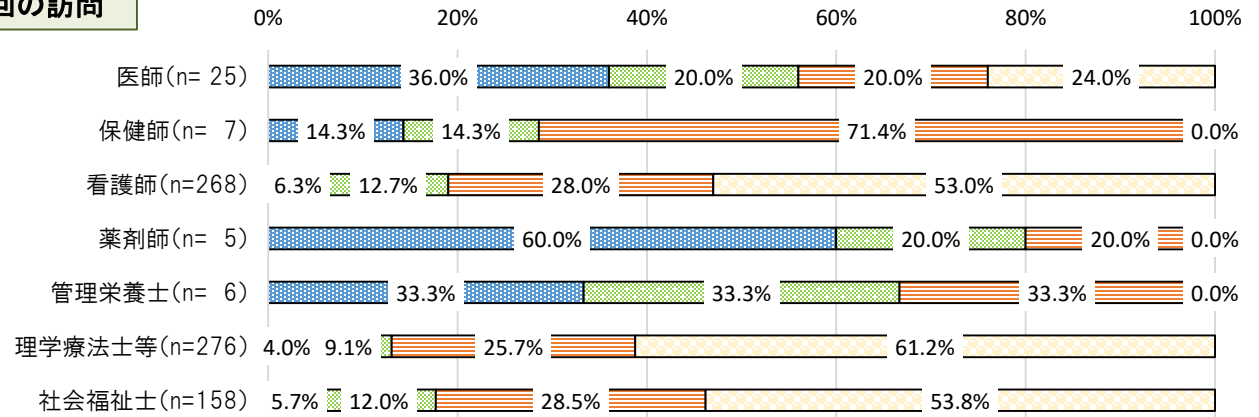


理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

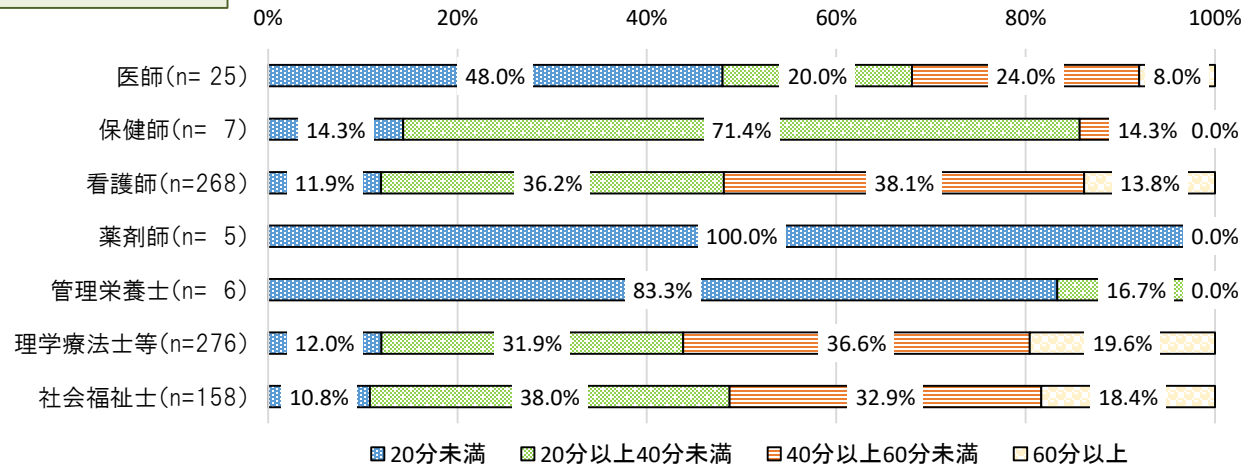
訪問・指導に係る時間

※無回答は除く

① 1回の訪問



②患者・家族の指導

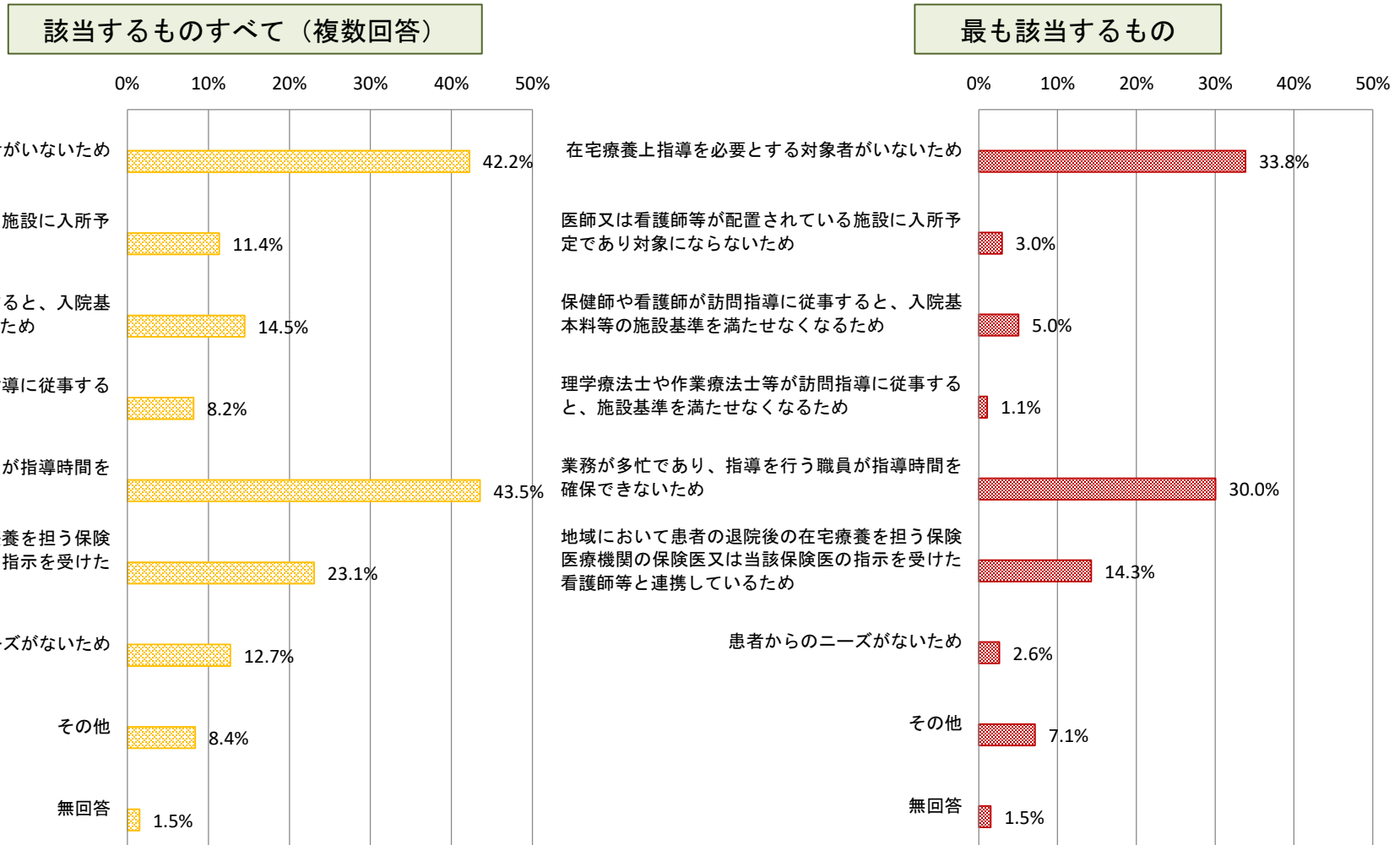


- ①は、往復の移動時間を含む1回の訪問にかかった平均的な時間を指す。
- ②は、①のうち、患者・家族の指導にかかった平均的な時間を指す。

退院前訪問指導料を算定していない理由

○ 退院前訪問指導料を算定していない理由をみると、「在宅療養上指導を必要とする対象者がいないため」「業務が多忙であり、指導を行う職員が指導時間を確保できないため」が多かった。

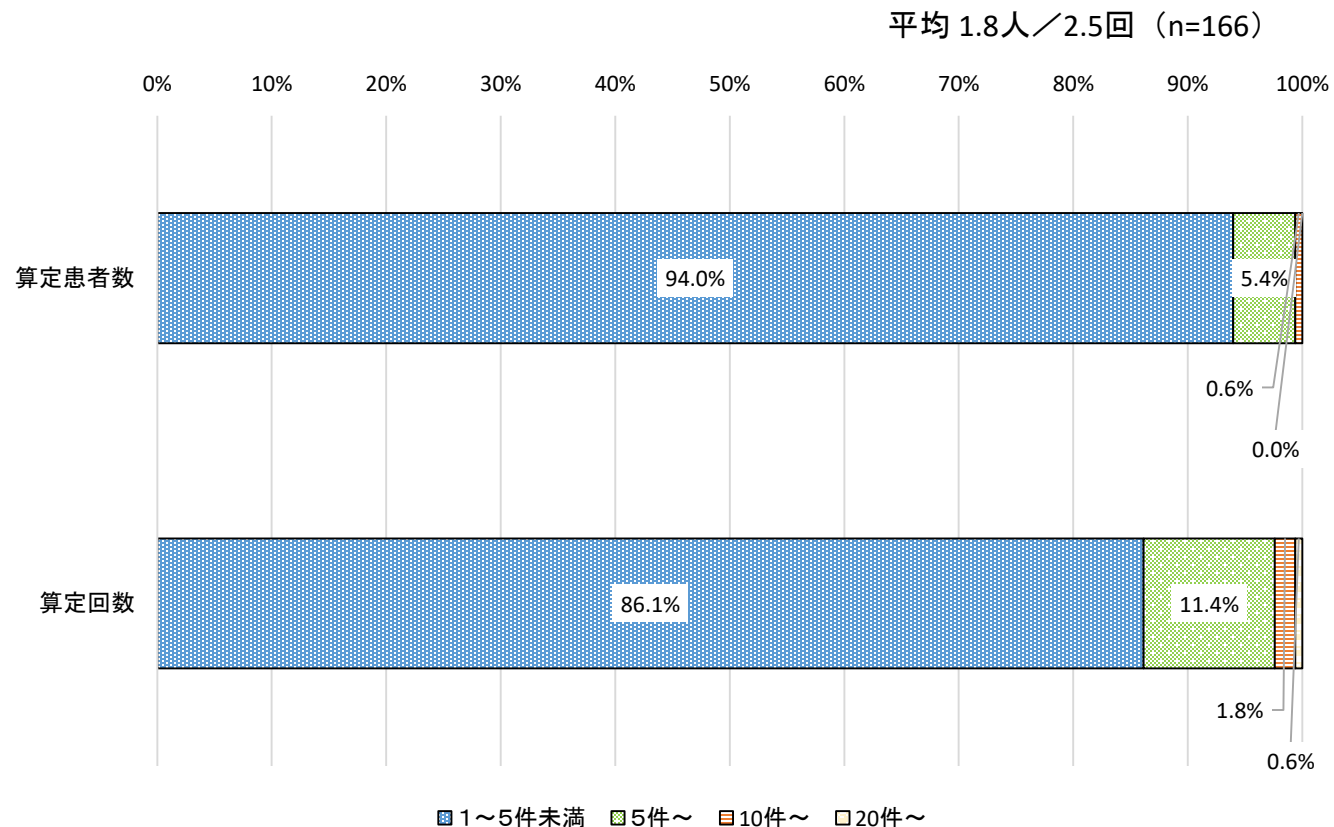
退院前訪問指導料を算定していない理由 (n=3,232)



退院後訪問指導料の算定状況

○ 退院後訪問指導料を算定していた施設の算定患者数は、平均1.8人／3か月であった。

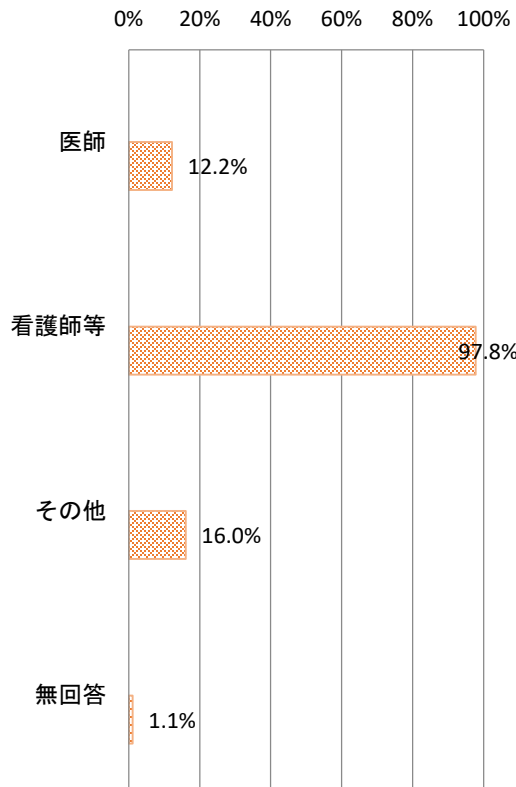
退院後訪問指導料の算定状況



退院後に訪問した職種と訪問・指導に係る時間

- 退院後訪問指導料を算定した病棟において、訪問した職種は看護師等が多かった。
- 看護師等の1回の訪問にかかる時間は60分以上が多く、うち、患者・家族の指導にかかる時間は20～40分未満が多かった。

退院後に訪問した職種

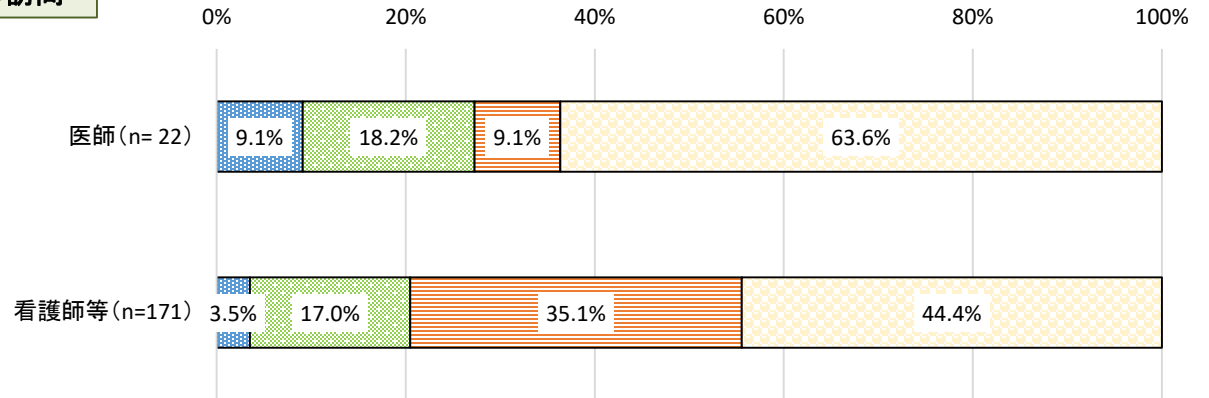


(複数回答、n=181)

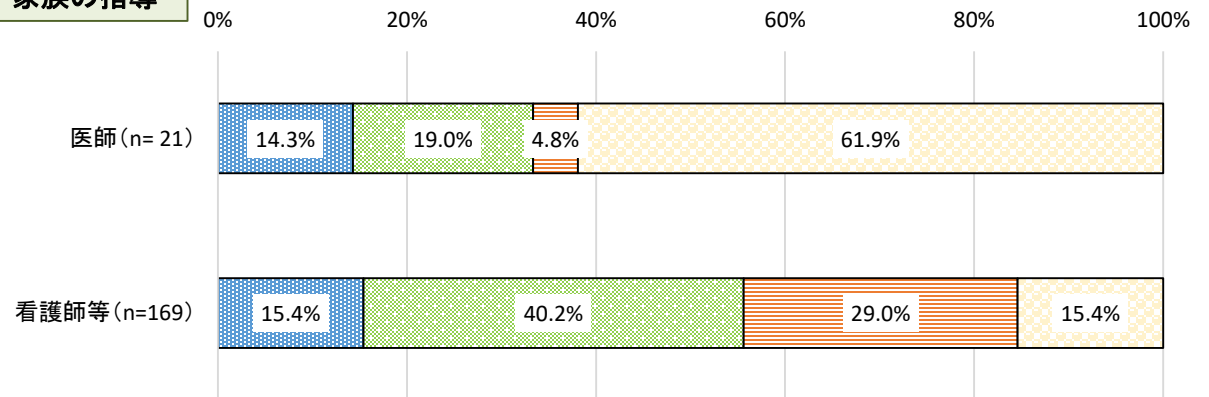
看護師等：保健師、助産師、看護師

訪問・指導に係る時間 ※無回答は除く

① 1回の訪問



② 患者・家族の指導



■ 20分未満 ■ 20分以上40分未満 ■ 40分以上60分未満 □ 60分以上

- ①は、往復の移動時間を含む1回の訪問にかかった平均的な時間を指す。
- ②は、①のうち、患者・家族の指導にかかった平均的な時間を指す。

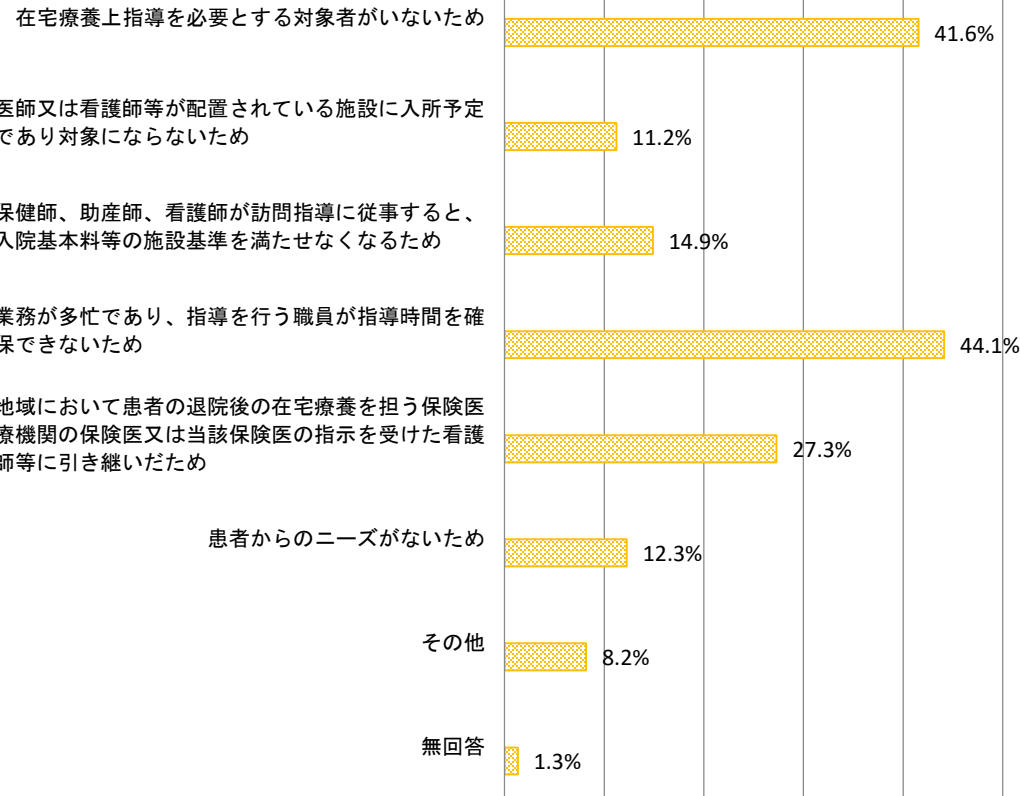
退院後訪問指導料を算定していない理由

○ 退院後訪問指導料を算定していない理由をみると、「在宅療養上指導を必要とする対象者がいないため」「業務が多忙であり、指導を行う職員が指導時間を確保できないため」「在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等に引き継いだため」が多かった。

退院後訪問指導料を算定していない理由 (n=3,467)

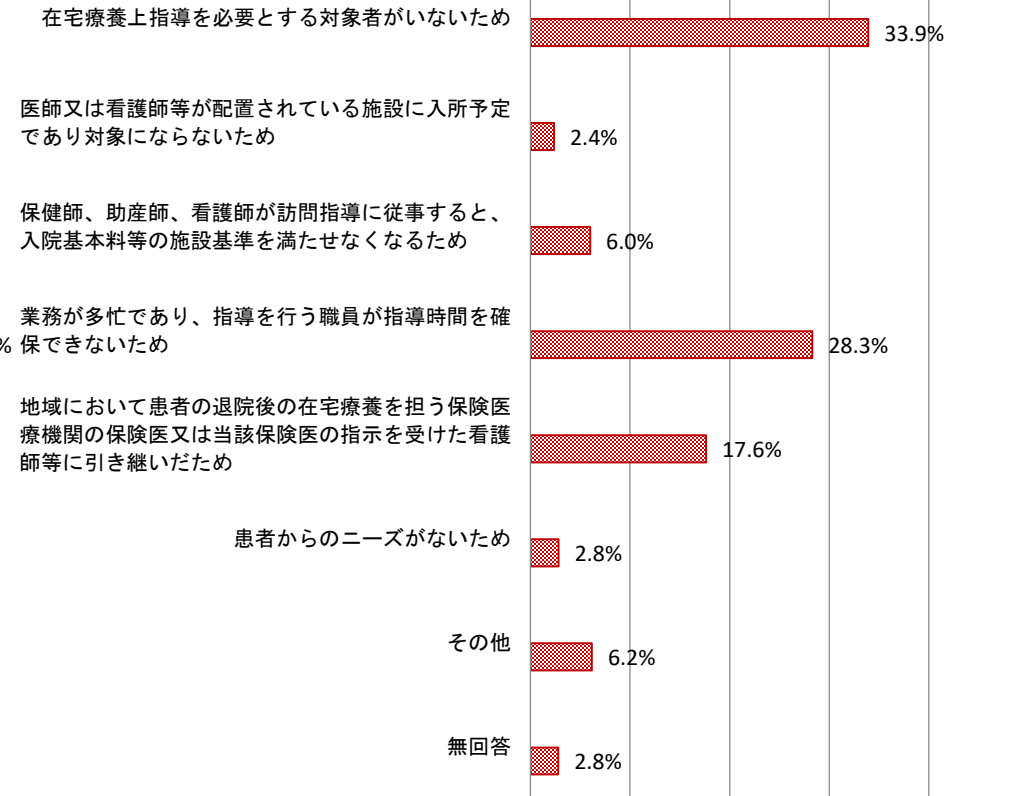
該当するものすべて（複数回答）

0% 10% 20% 30% 40% 50%



最も該当するもの

0% 10% 20% 30% 40% 50%

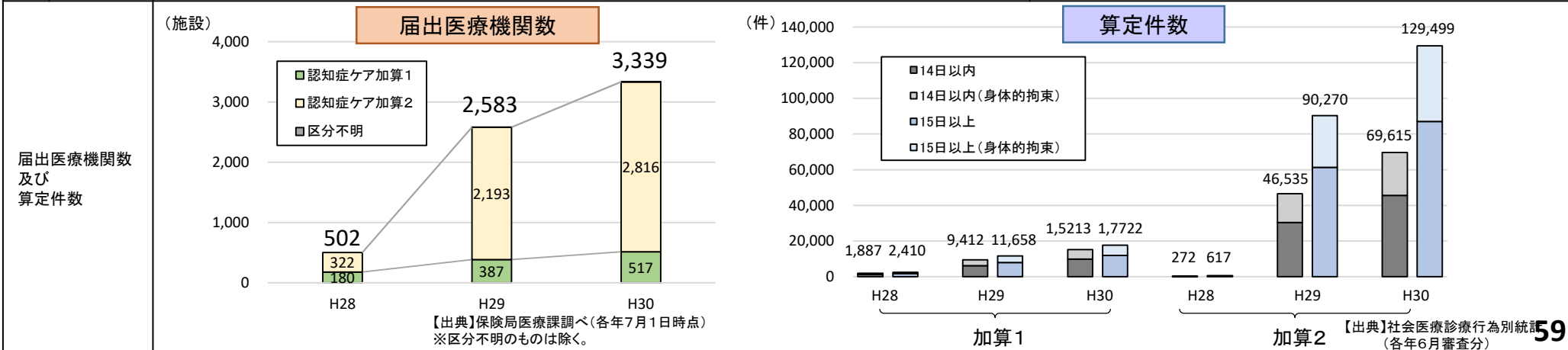


(4) 横断的事項

- 退院時共同指導料等
- 認知症ケア加算
- せん妄予防の取組
- 総合評価加算
- 患者サポート体制充実加算

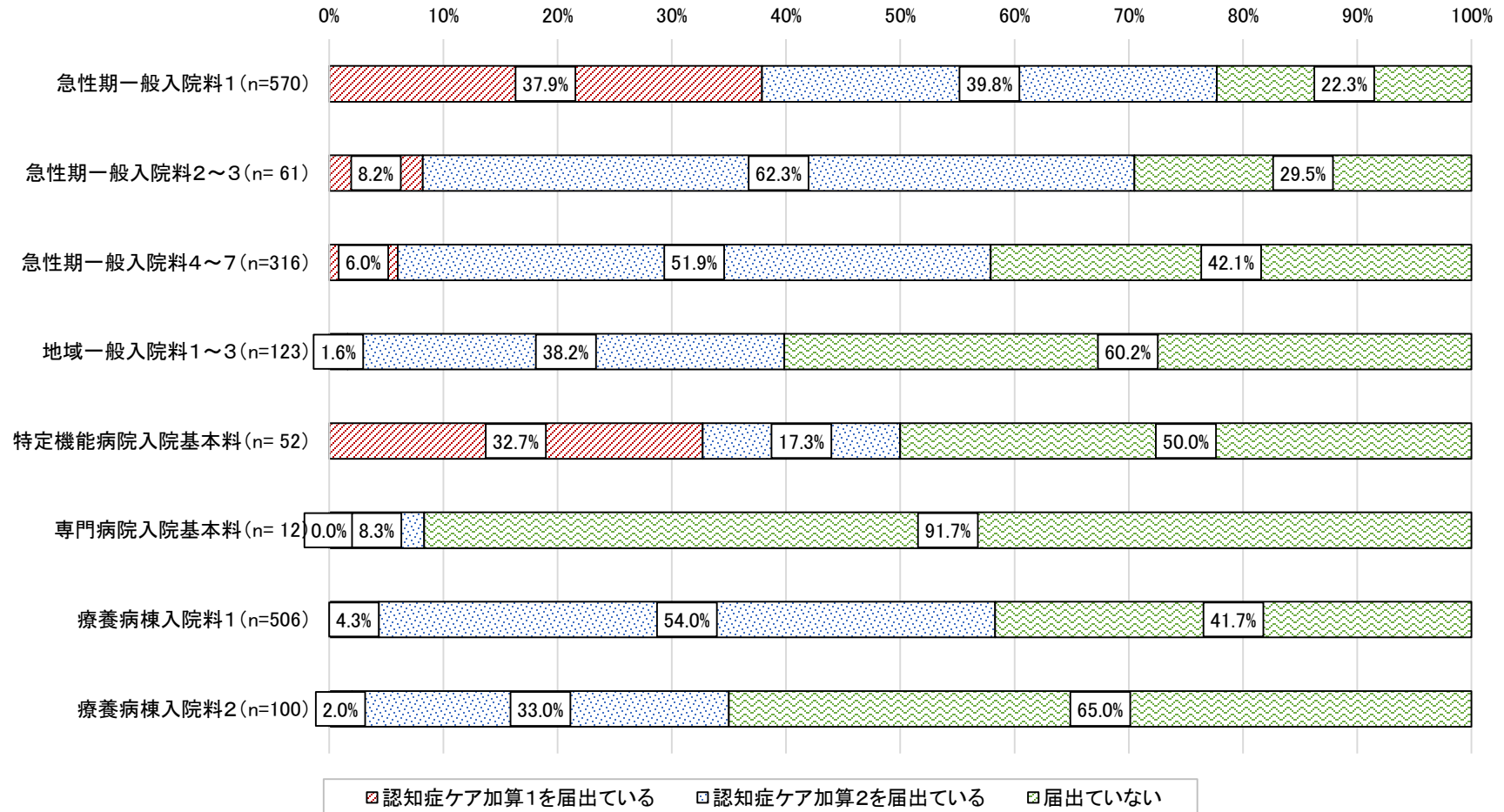
認知症ケア加算の算定状況

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数(1日につき)		イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上の期間 30点 (身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上の期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。
	病棟職員の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的な評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 ④ ①～③を診療録等に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者が入院する病棟の看護師等は、行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。
	職員の配置等	<ul style="list-style-type: none"> ・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか) イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師 ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。
	マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修等	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。



○ 認知症ケア加算 1 は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

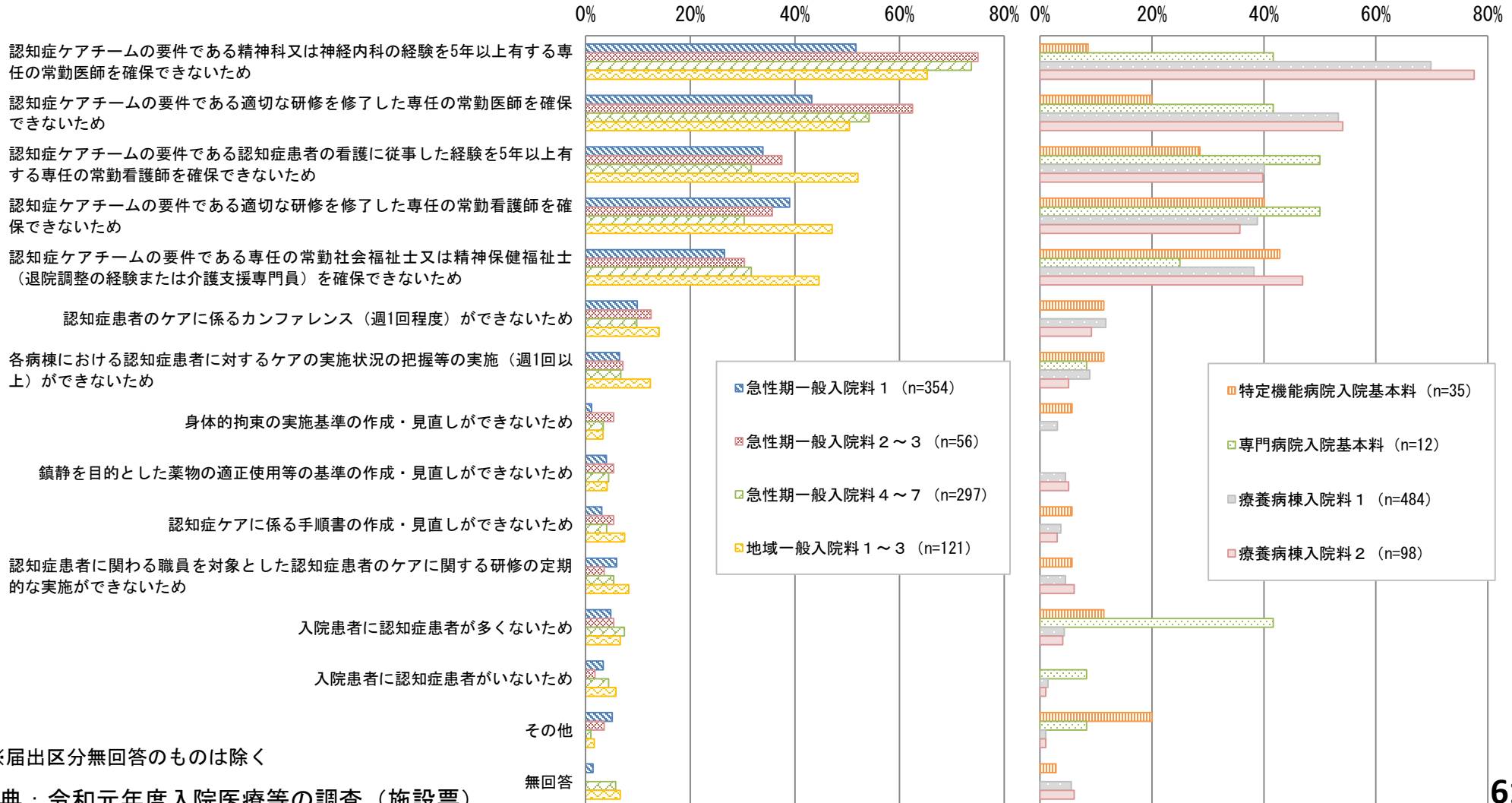
認知症ケア加算の届出状況



○ 認知症ケア加算1を届出していない理由として、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」が多かった。

認知症ケア加算1を届出していない理由

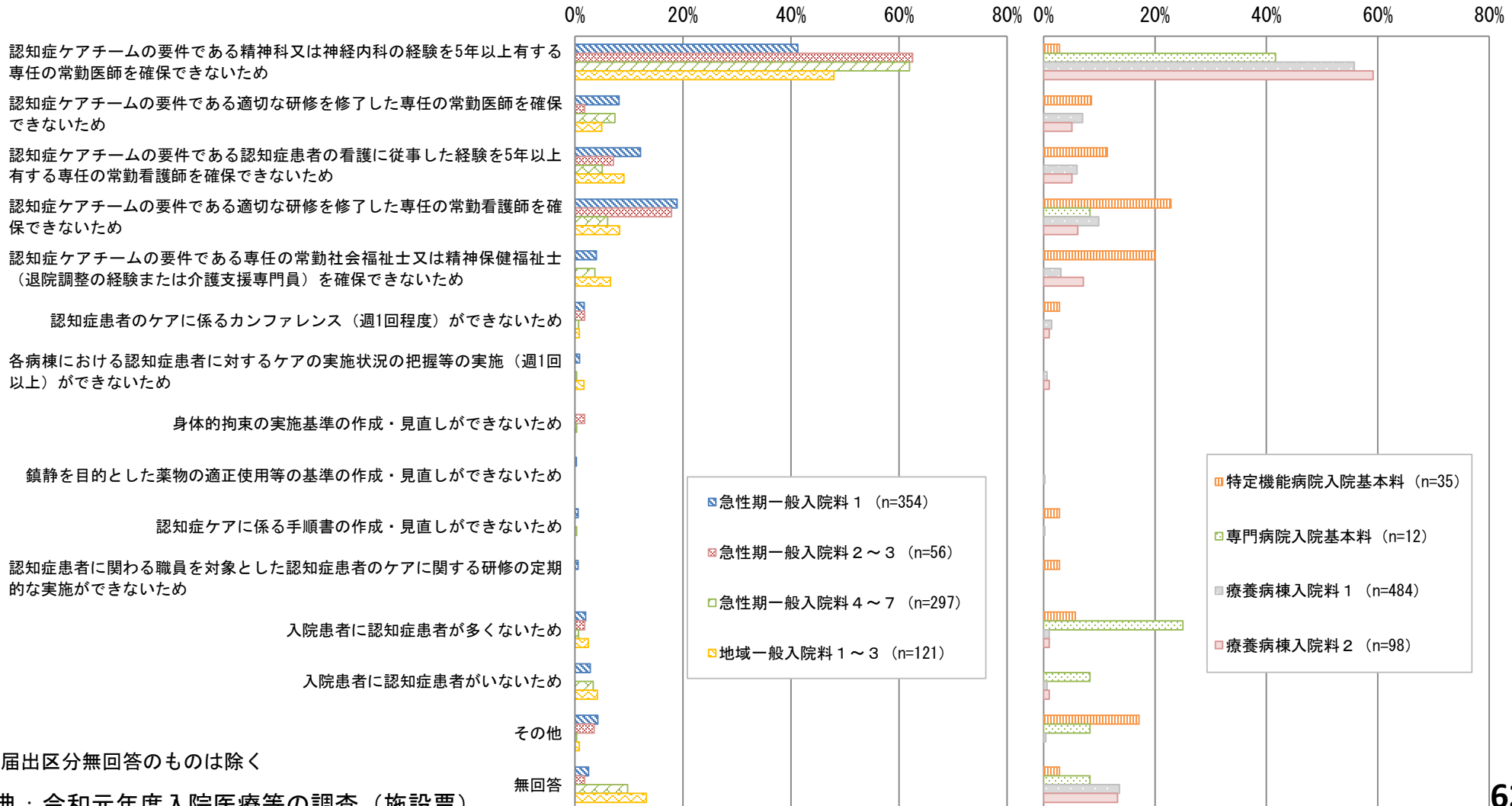
(複数回答)



認知症ケア加算 1 を届出していない理由（最も該当）

○ 認知症ケア加算 1 を届出していない理由で最も該当するものは、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」であった。

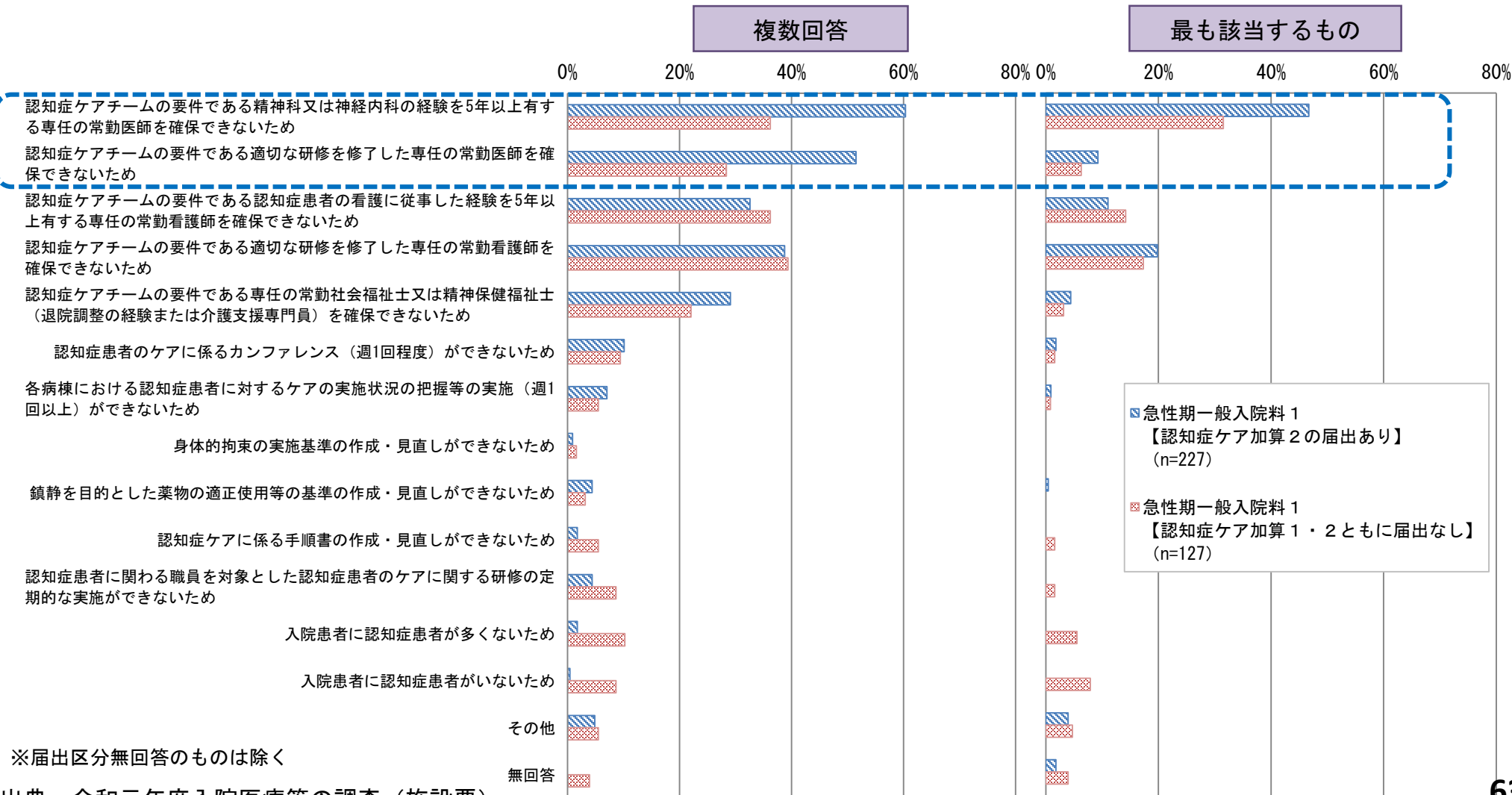
認知症ケア加算 1 を届出していない理由（最も該当）



認知症ケア加算1を届出していない理由（加算の届出別）

○ 急性期一般入院料1において、認知症ケア加算1を届出していない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設よりも、認知症ケア加算2を届出している施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

認知症ケア加算1を届出していない理由

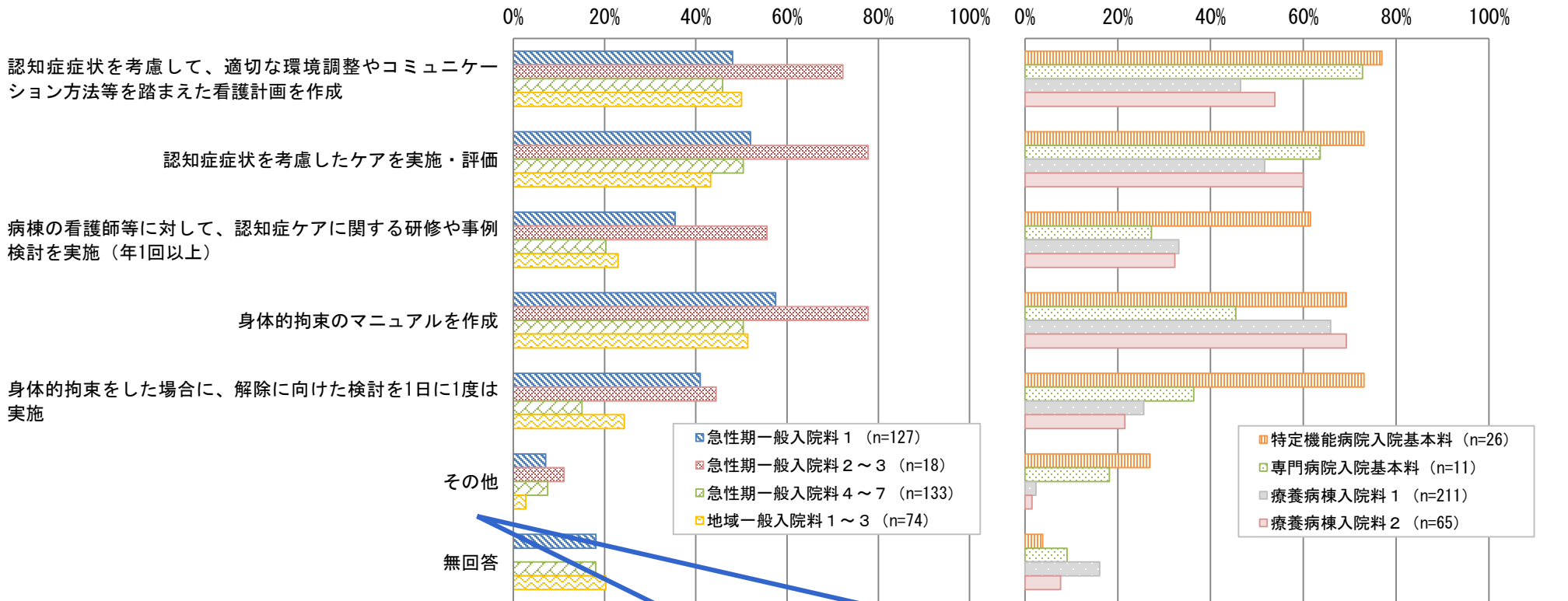


認知症ケア加算を届出していない施設における認知症患者に対する取組

○ 認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設における取組としては、選択肢の他に、チームによるラウンドや専門性の高い看護師への相談などが挙げられた。

認知症患者に対して実施している取組

(認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設のみ、複数回答)



その他の自由記載：

- ・リエゾンチームによるラウンドや介入
- ・入院環境の調整
- ・認知症患者対応マニュアルの作成
- ・eラーニングによる研修 等
- ・認定看護師への相談
- ・入院時の認知症に関する評価
- ・認知症カンファレンス

※届出区分無回答のものは除く

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

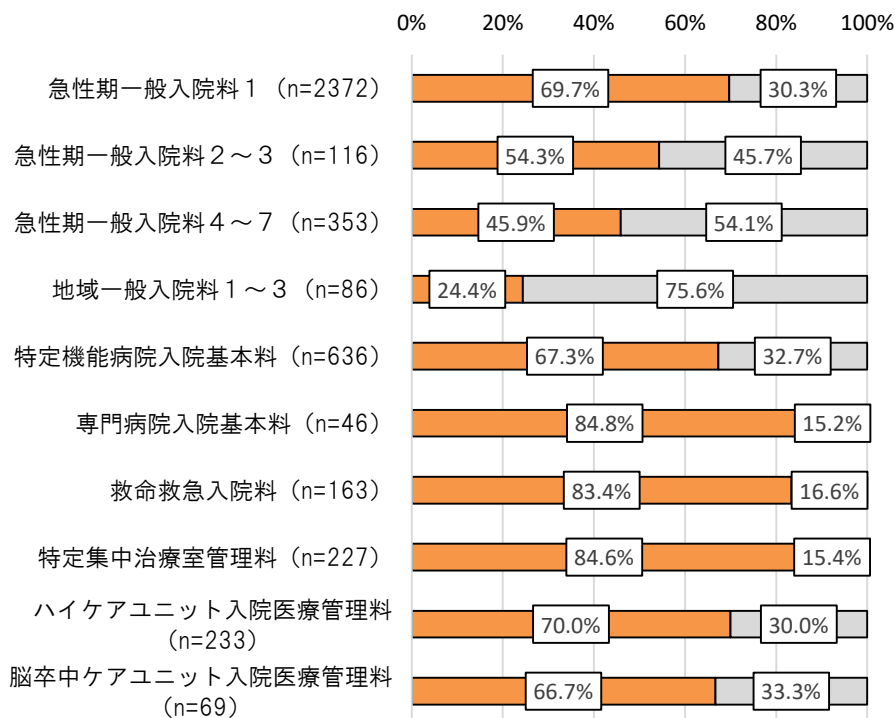
(4) 横断的事項

- 退院時共同指導料等
- 認知症ケア加算
- **せん妄予防の取組**
- 総合評価加算
- 患者サポート体制充実加算

せん妄予防の取組の状況

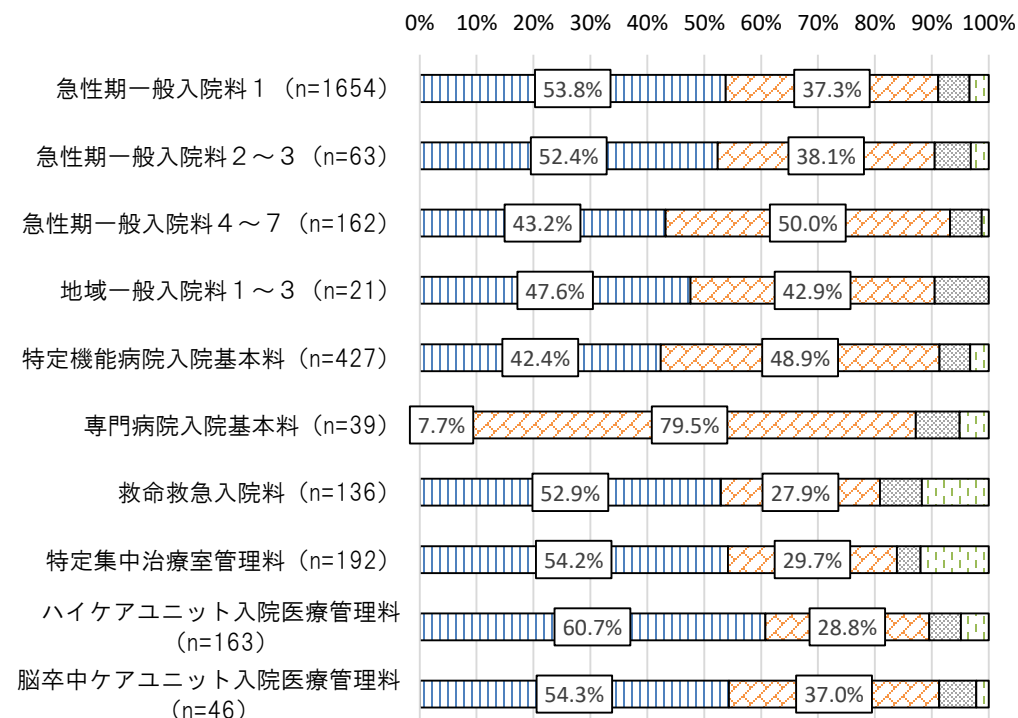
- せん妄予防の取組の状況をみると、急性期一般入院料1や集中治療室等の約7～8割で取組が行われていた。
- 取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

せん妄予防の取組の状況



■取組あり □取組なし

取組を行っているタイミング

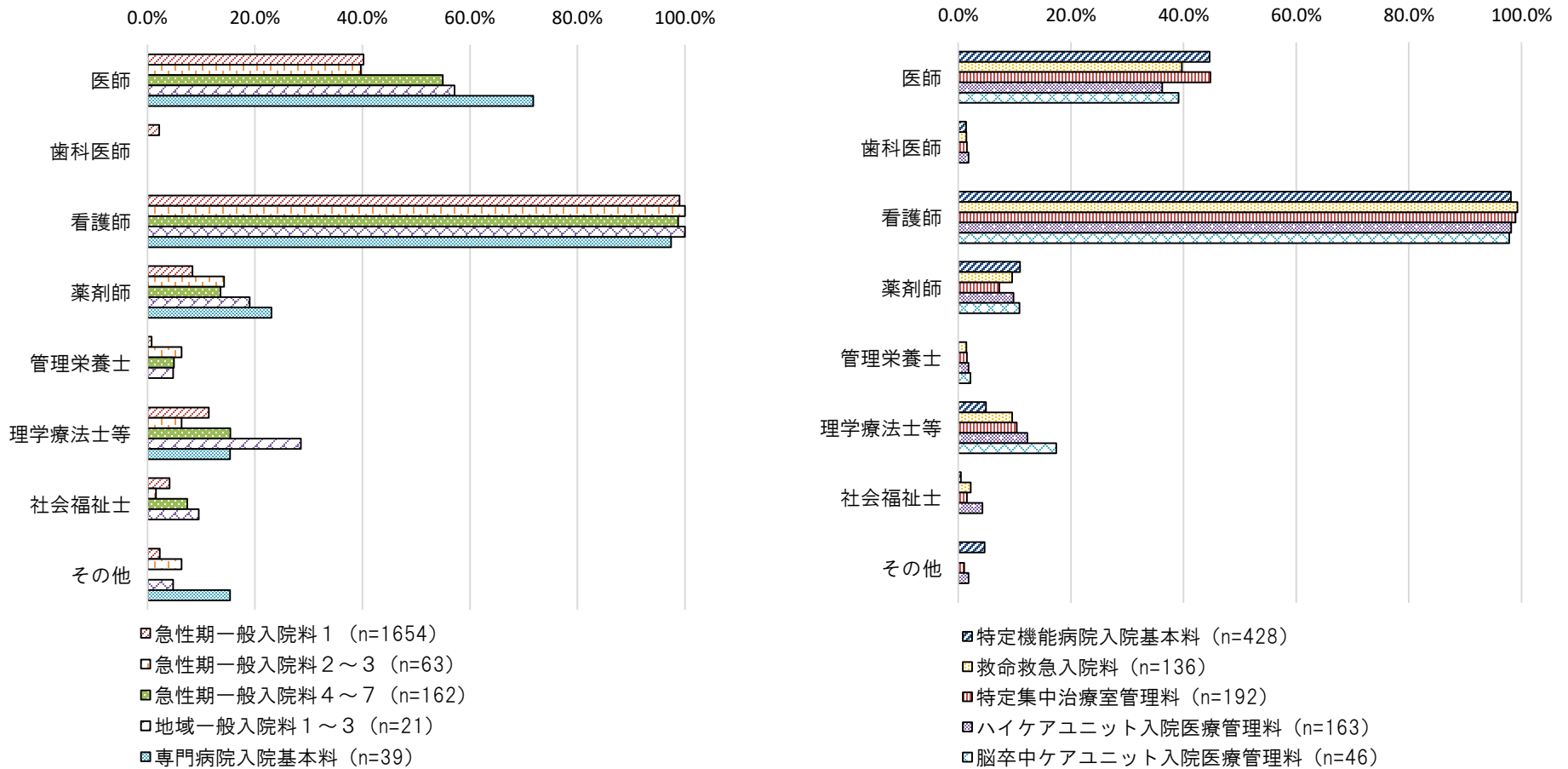


■入院時又は入院後早期に一律に行っている
 ■せん妄を疑う際に行っている
 ■特にタイミングを決めていない
 □その他

せん妄予防の取組を実施している職種

○ せん妄予防の取組を実施している職種をみると、いずれの入院料等においても看護師の割合が最も高く、次いで医師の割合が高かった。

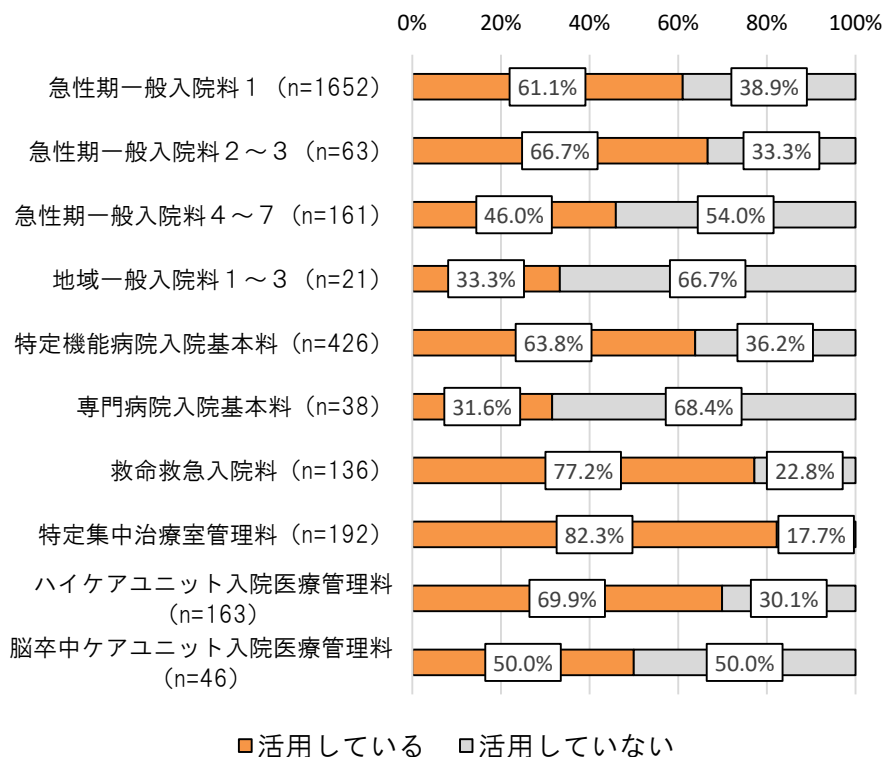
取組を行っている職種



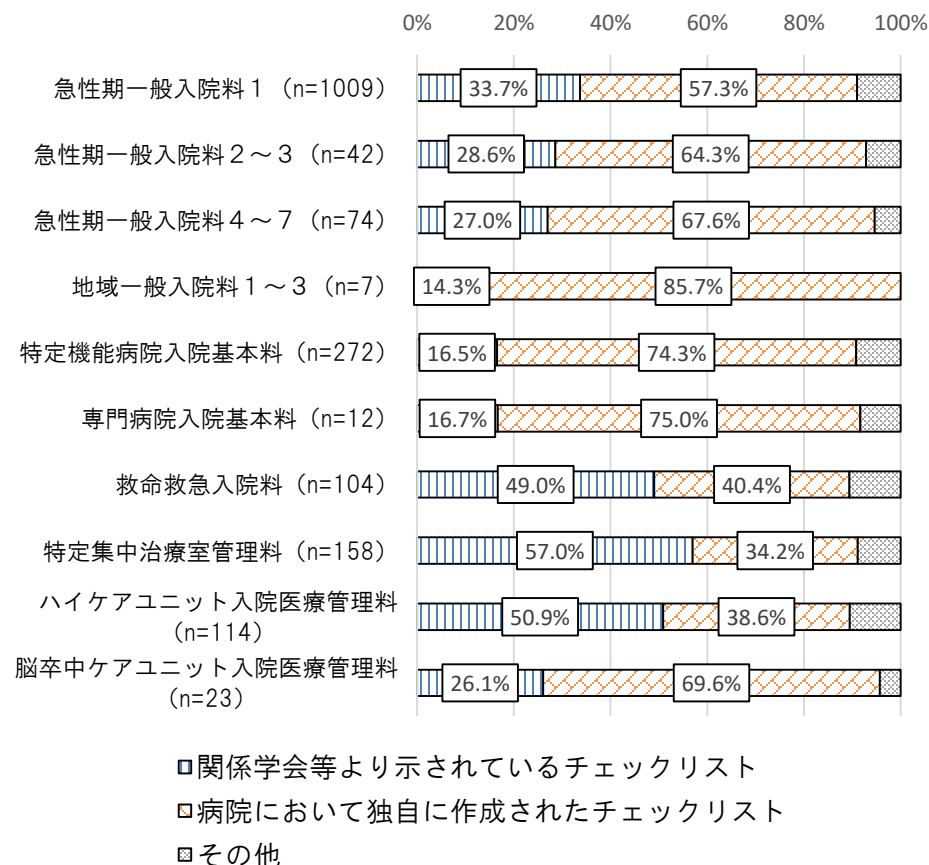
チェックリストの活用状況

- せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたところ、集中治療室等では約7～8割が活用していた。
- 活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

チェックリストを活用しているか



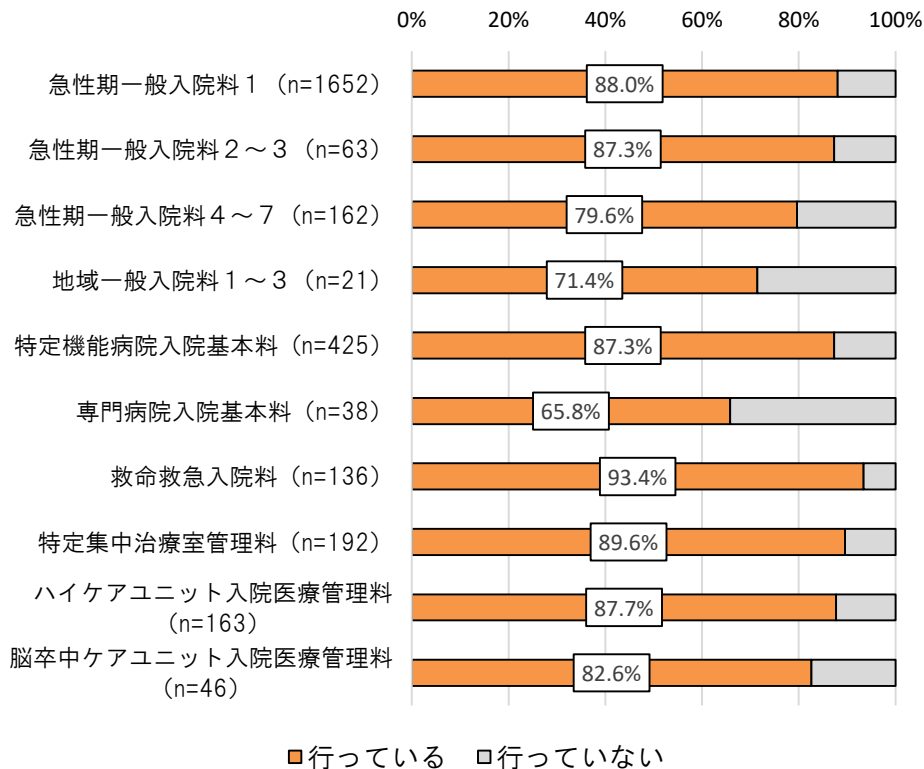
活用しているチェックリストの種類



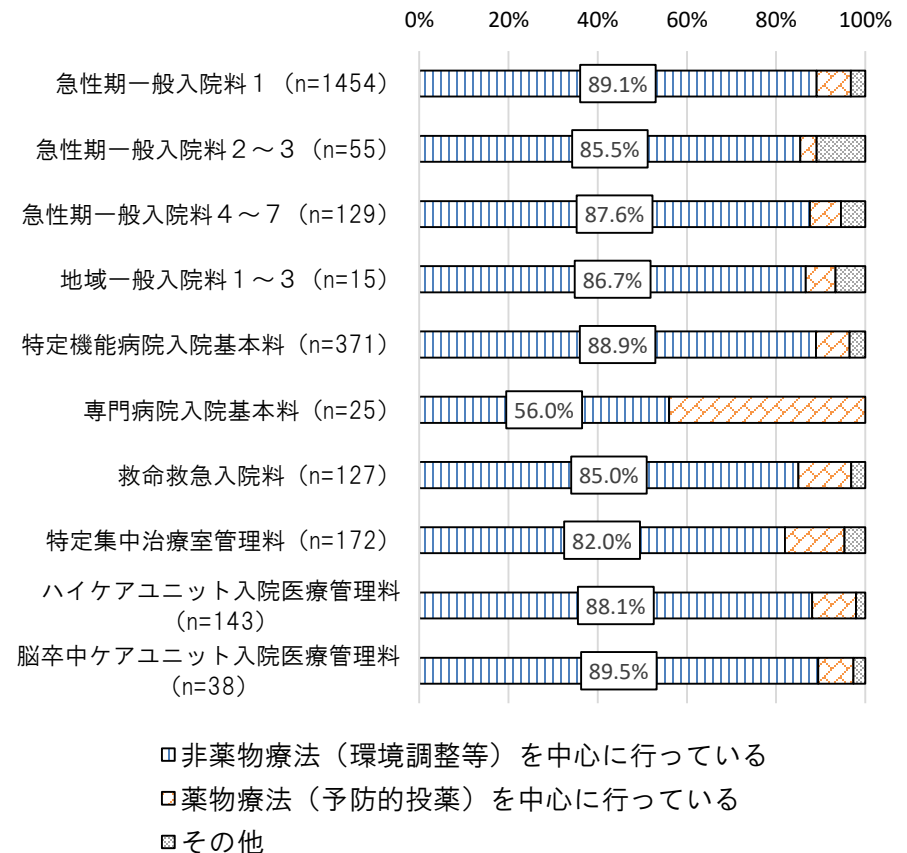
リスクのある患者への予防的介入の有無

○ せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

予防的介入を行っているか



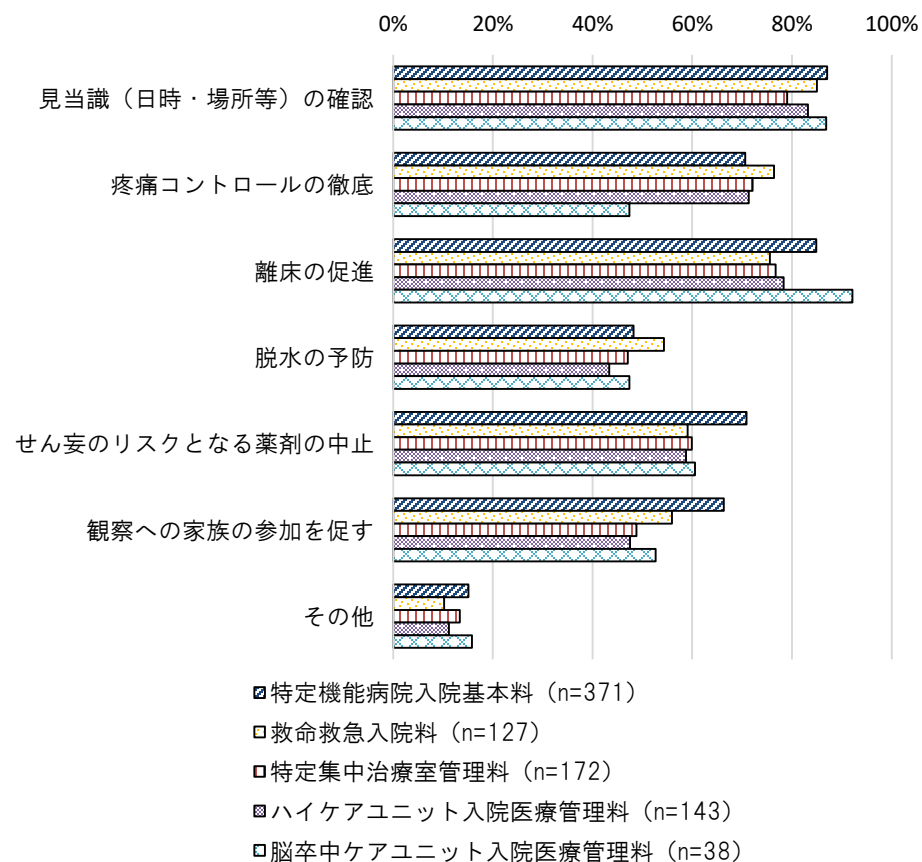
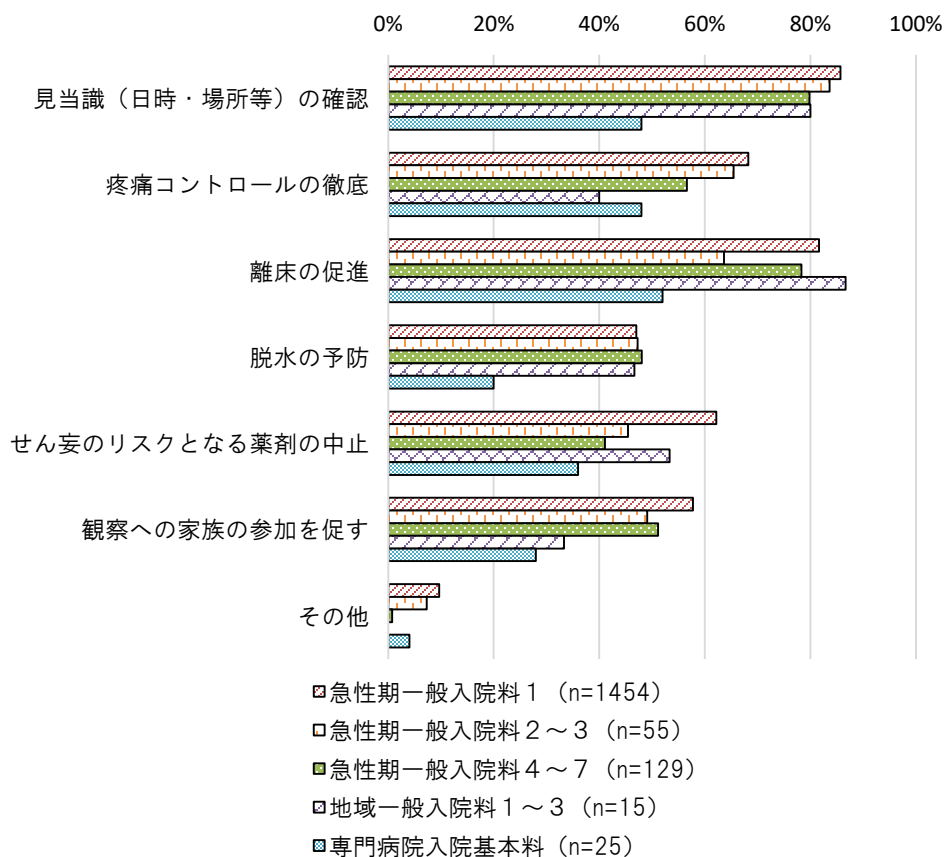
予防的介入の種類



非薬物療法の具体的な内容

○ 非薬物療法の具体的な内容をみると、いずれの入院料等においても「見当識の確認」や「離床の促進」の実施が多かったが、「脱水の予防」の実施は少なく、他の項目の実施状況にはばらつきが見られた。

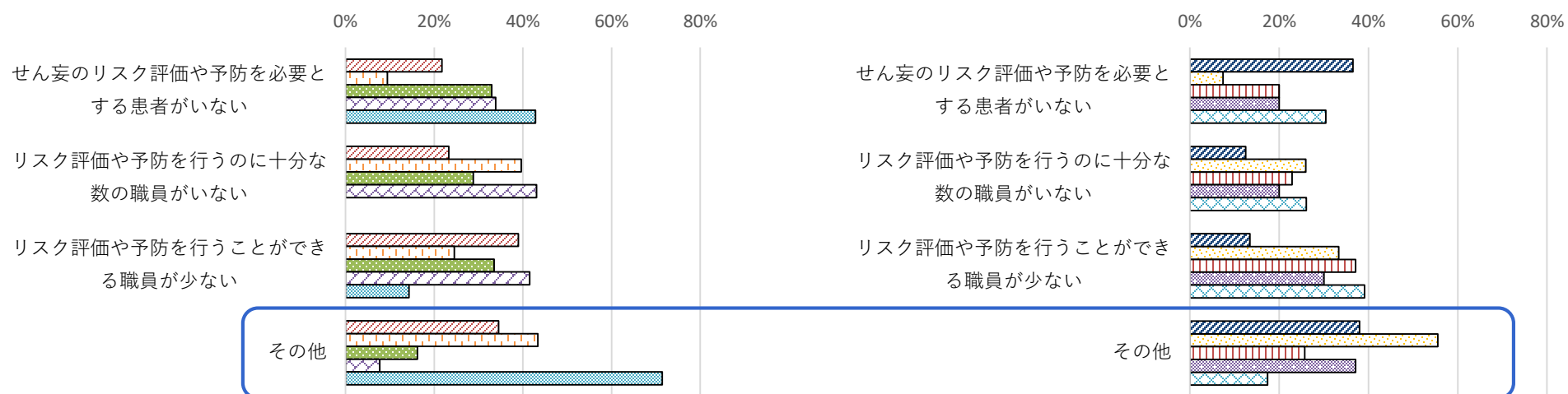
取組の具体的な内容（非薬物療法）



せん妄予防の取組を行っていない理由

- せん妄予防の取組を行っていない理由は、入院料等によってばらついていた。
- その他の理由として、せん妄予防の取組に対する様々な考え方がみられた。

取組を行っていない理由



- 急性期一般入院料1 (n=718)
- 急性期一般入院料2~3 (n=53)
- 急性期一般入院料4~7 (n=191)
- 地域一般入院料1~3 (n=65)
- 専門病院入院基本料 (n=7)

- 特定機能病院入院基本料 (n=208)
- 救命救急入院料 (n=27)
- 特定集中治療室管理料 (n=35)
- ハイケアユニット入院医療管理料 (n=70)
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (n=23)

【その他の自由記載】

- ・ 必要性は感じているが、取組を行う体制やマニュアルが整っていない
- ・ 予防が大切という教育が十分行われておらず風土がない
- ・ リスク評価はしていないが一律に環境調整のみ行っている
- ・ せん妄が発生してから対応している 等

(4) 横断的事項

- 退院時共同指導料等
- 認知症ケア加算
- せん妄予防の取組
- 総合評価加算
- 患者サポート体制充実加算

A240 総合評価加算

100点（入院中1回）

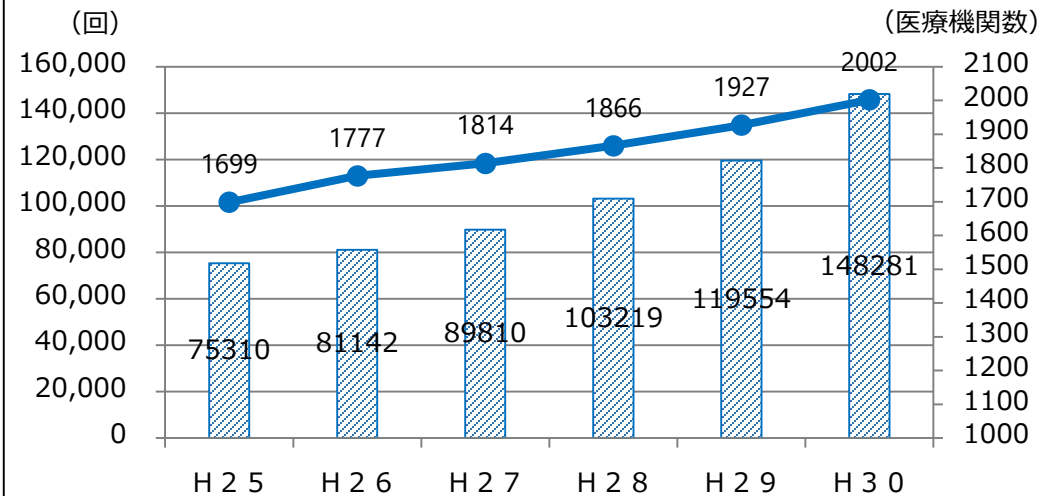
【主な算定要件】

- (1) 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾患を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、入院中1回に限り算定する。
- (2) 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知能力、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行う。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中1回に限り算定する。
- (3) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。
- (4) 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意する。

【施設基準】

- (1) 総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が1名以上いる。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施するもの
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診療方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているもの
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたもの
 - エ 研修期間は通算して16時間以上程度のもの
- (3) 高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施する。

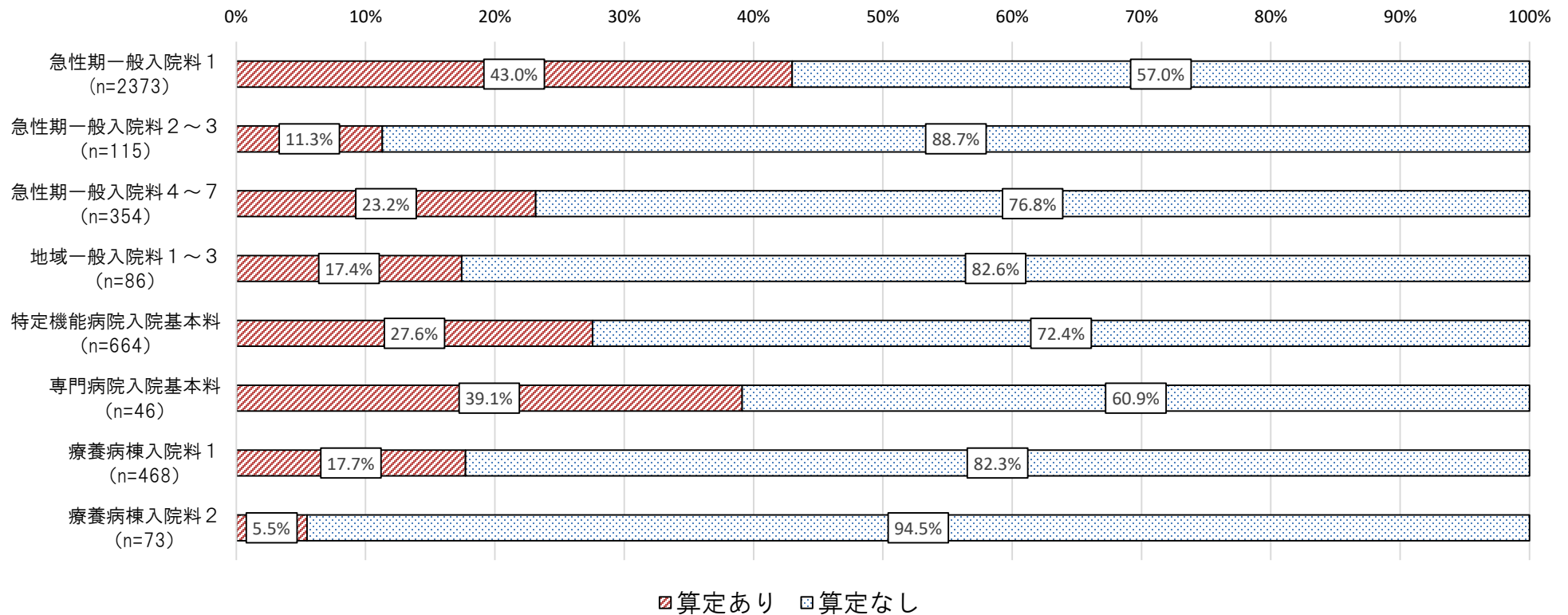
総合評価加算の算定回数・届出医療機関数



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）
 社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

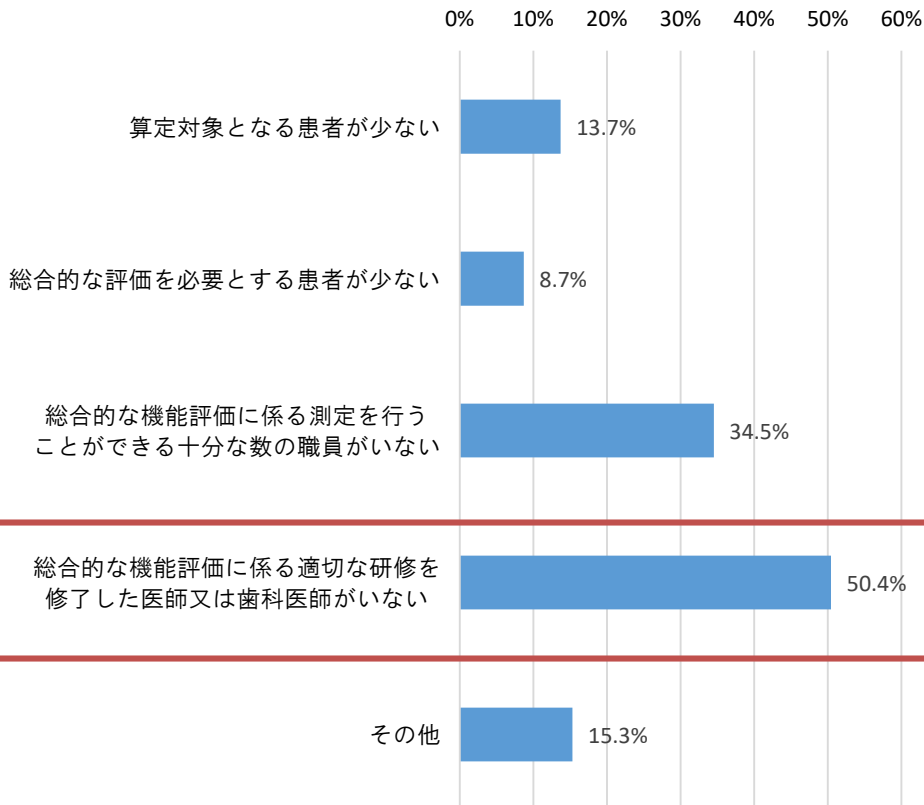
○ 総合評価加算の算定状況をみると、急性期一般入院料 1 及び専門病院において算定ありの割合が多かった。

総合評価加算の算定状況

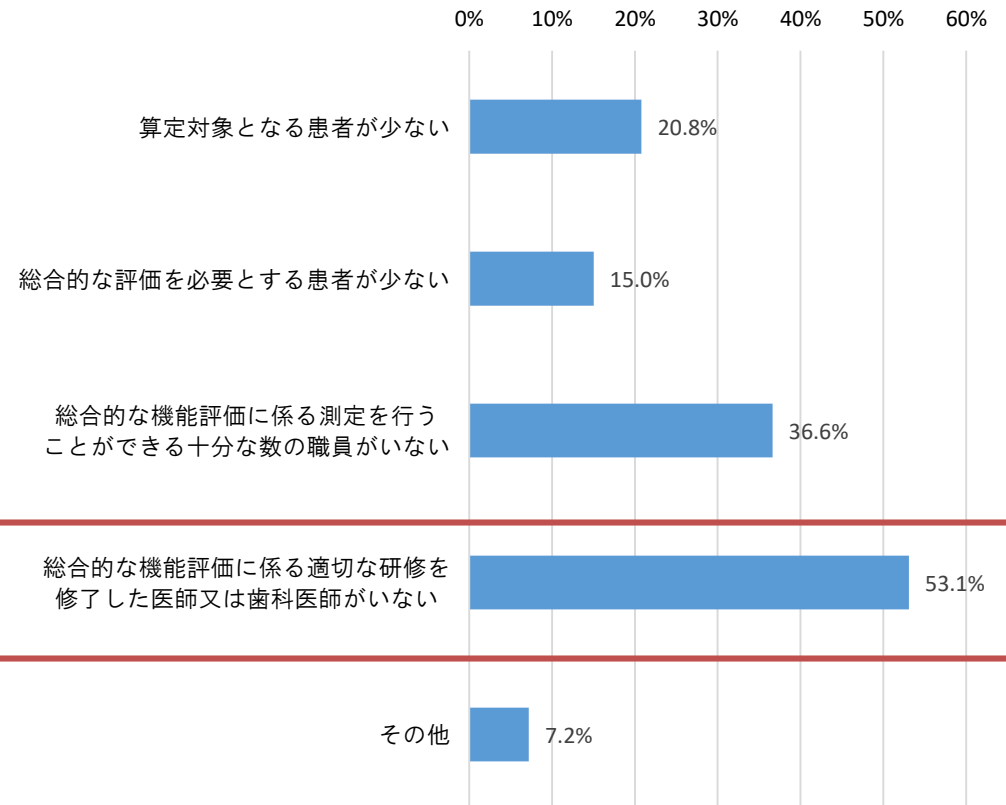


○ 総合評価加算を算定していない理由をみると、いずれの病棟においても、「総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師又は歯科医師がいない」が多く、約半数であった。

算定していない理由（A票） (n=2,312)



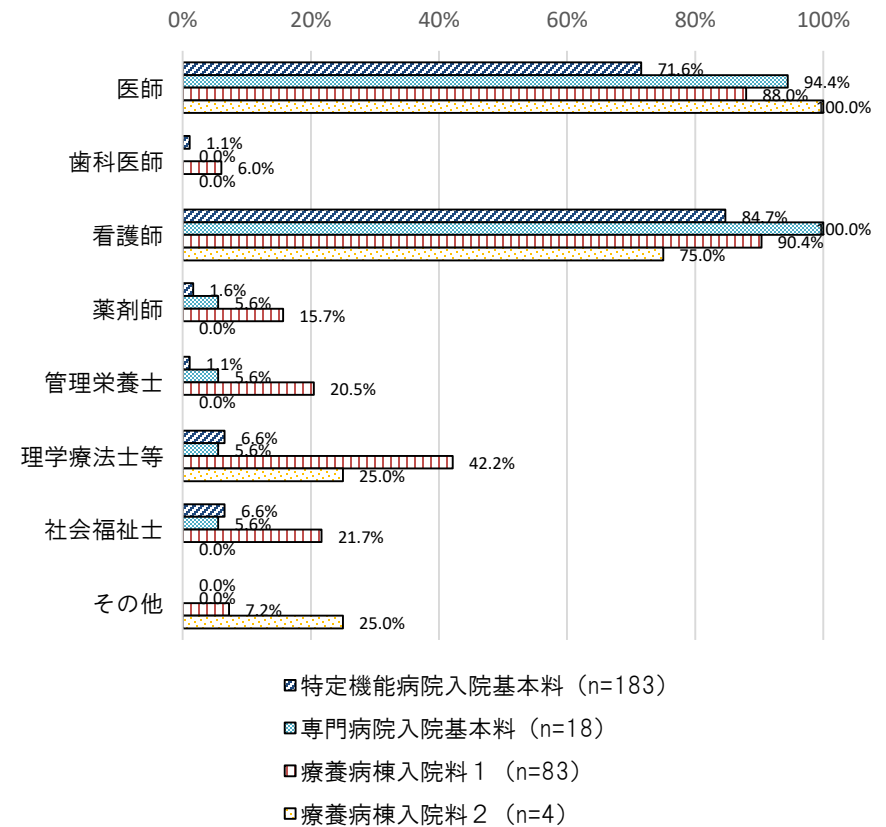
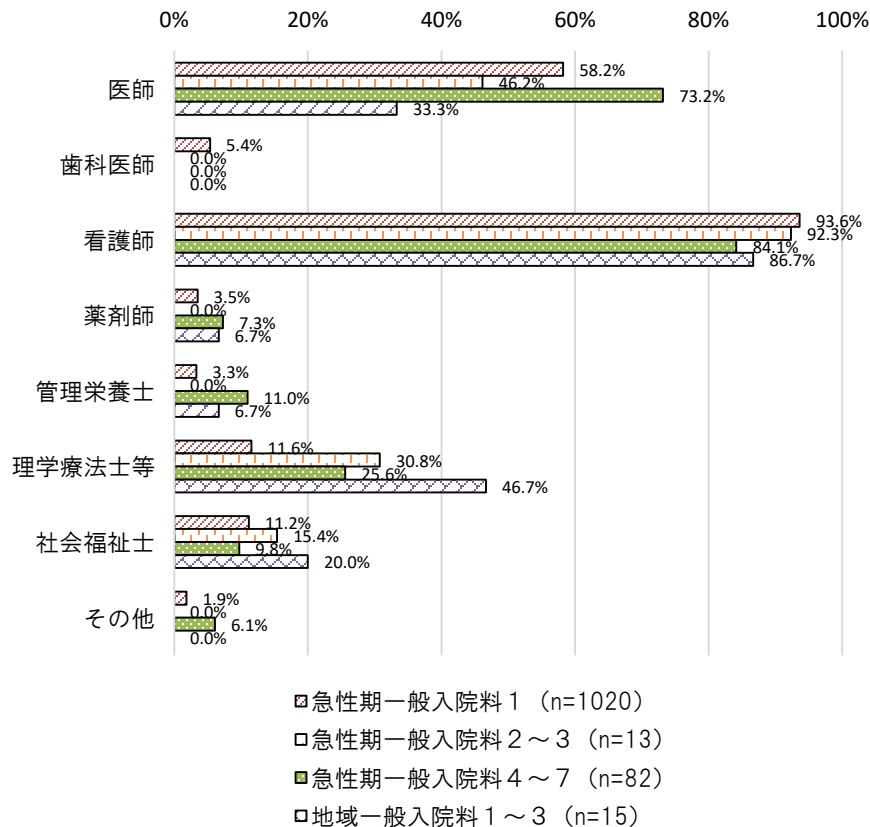
算定していない理由（B票） (n=486)



総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種

○ 総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種をみると、いずれの入院料においても医師や看護師の割合が多かった。

総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種

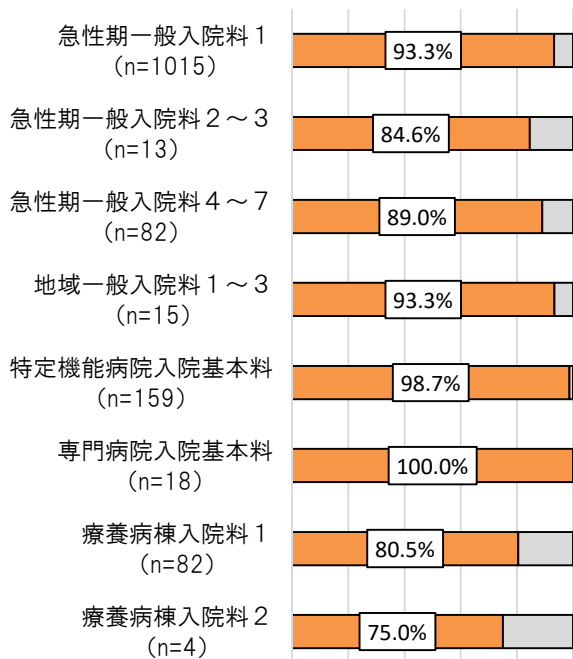


チェックリスト・ガイドラインの活用状況

- 総合的な機能評価にかかる測定にチェックリストを活用しているかをみると、いずれの入院料においても活用している割合が多く、チェックリストの種類は療養病棟を除き「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多い傾向にあった。
- 総合的な機能評価に使用しているガイドラインの有無をみると、急性期一般入院料1や特定機能病院では「ある」の割合が多かった。

チェックリストの活用状況

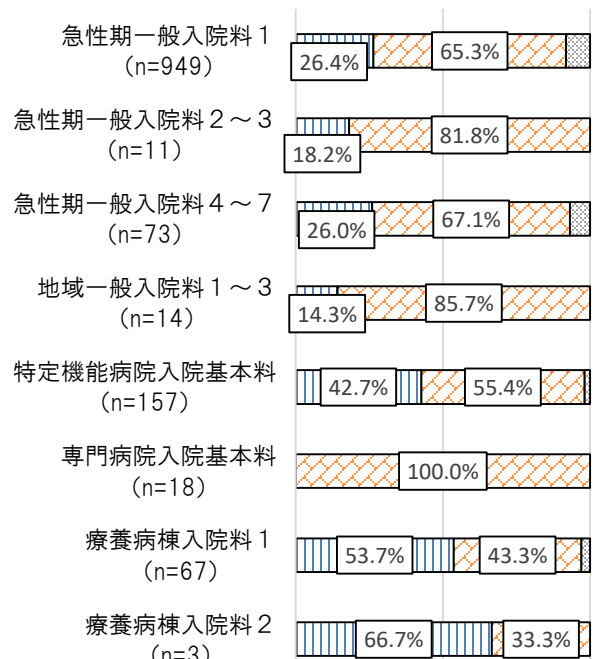
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■活用している □活用していない

チェックリストの種類

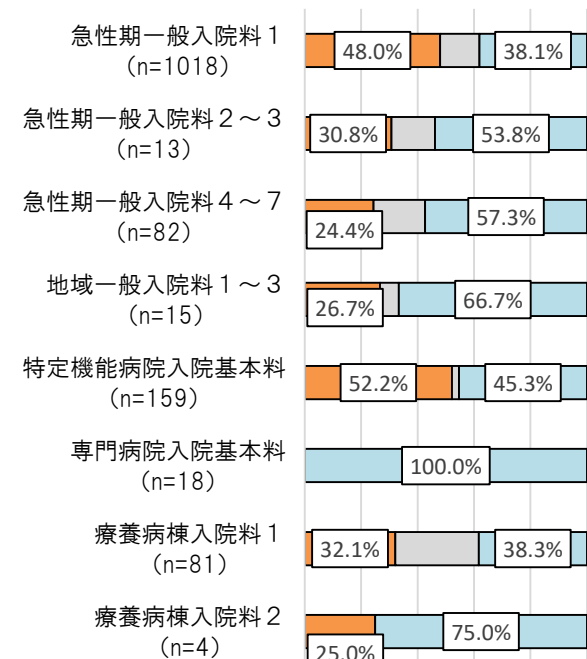
0% 50% 100%



□関係学会等により示されているチェックリスト
 □病院において独自に作成されたチェックリスト
 □その他

使用するガイドラインの有無

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ある □ない □わからない

(4) 横断的事項

- 退院時共同指導料等
- 認知症ケア加算
- せん妄予防の取組
- 総合評価加算
- 患者サポート体制充実加算

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

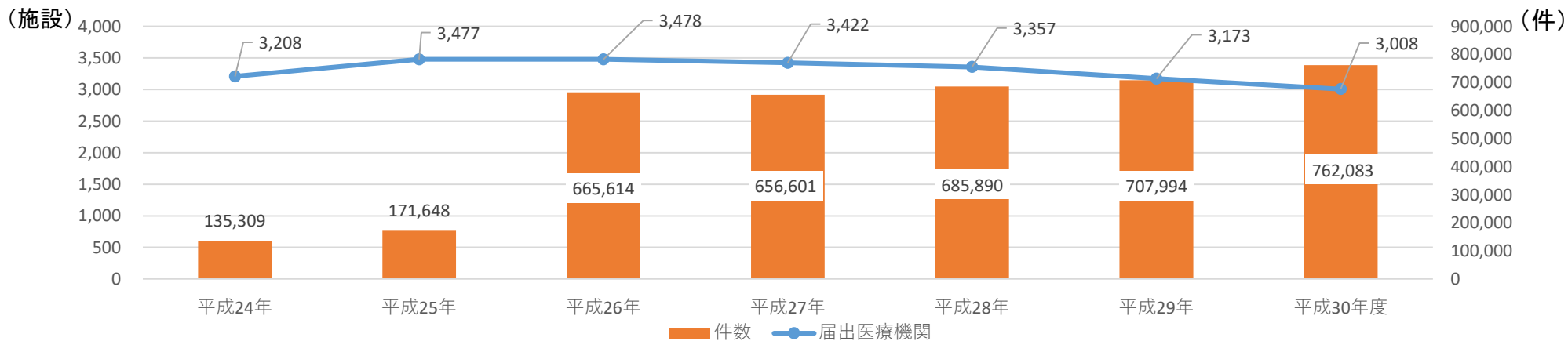
[施設基準]

医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可

- ① 患者からの相談に対する**窓口**を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

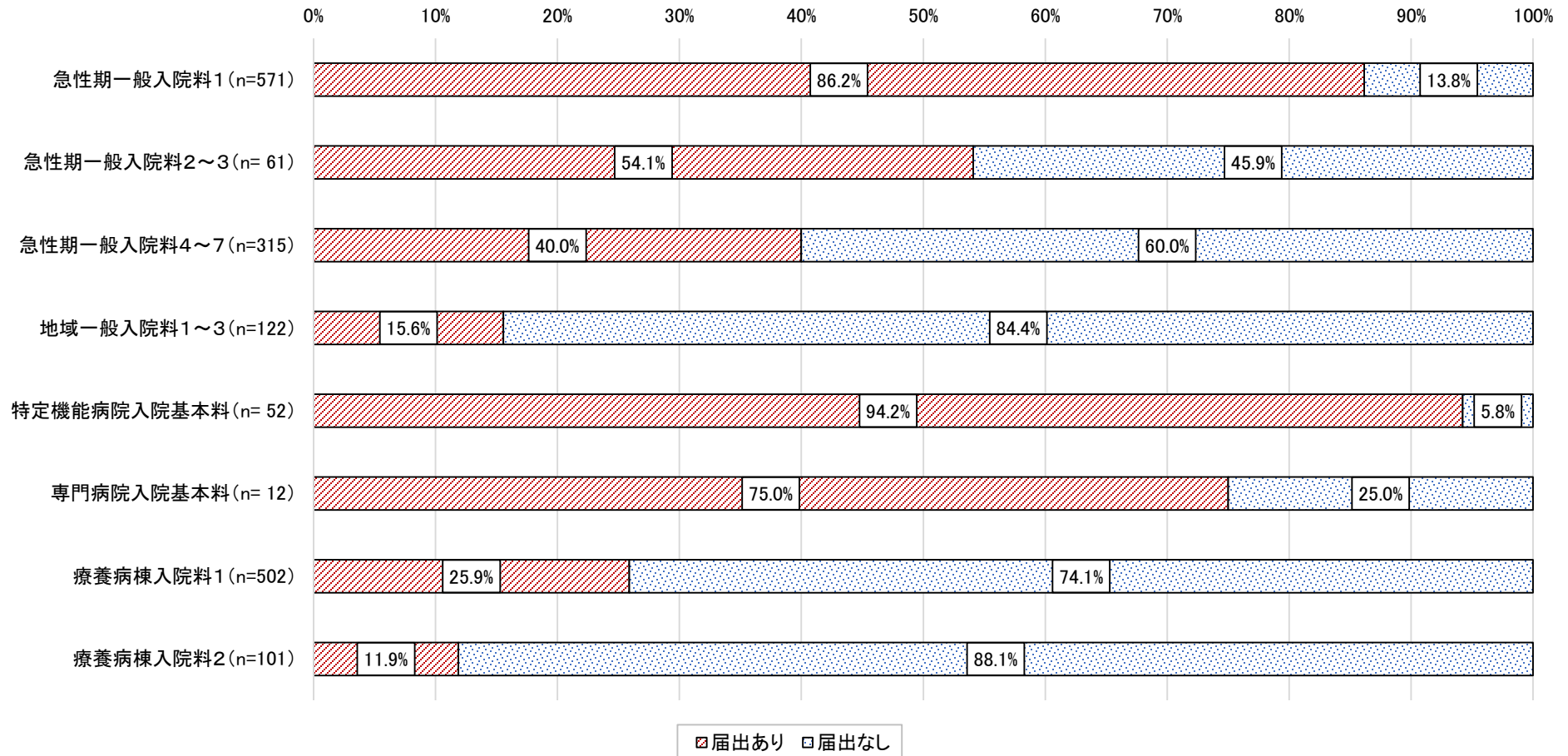
(参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「がん拠点病院加算」を算定している場合は算定不可



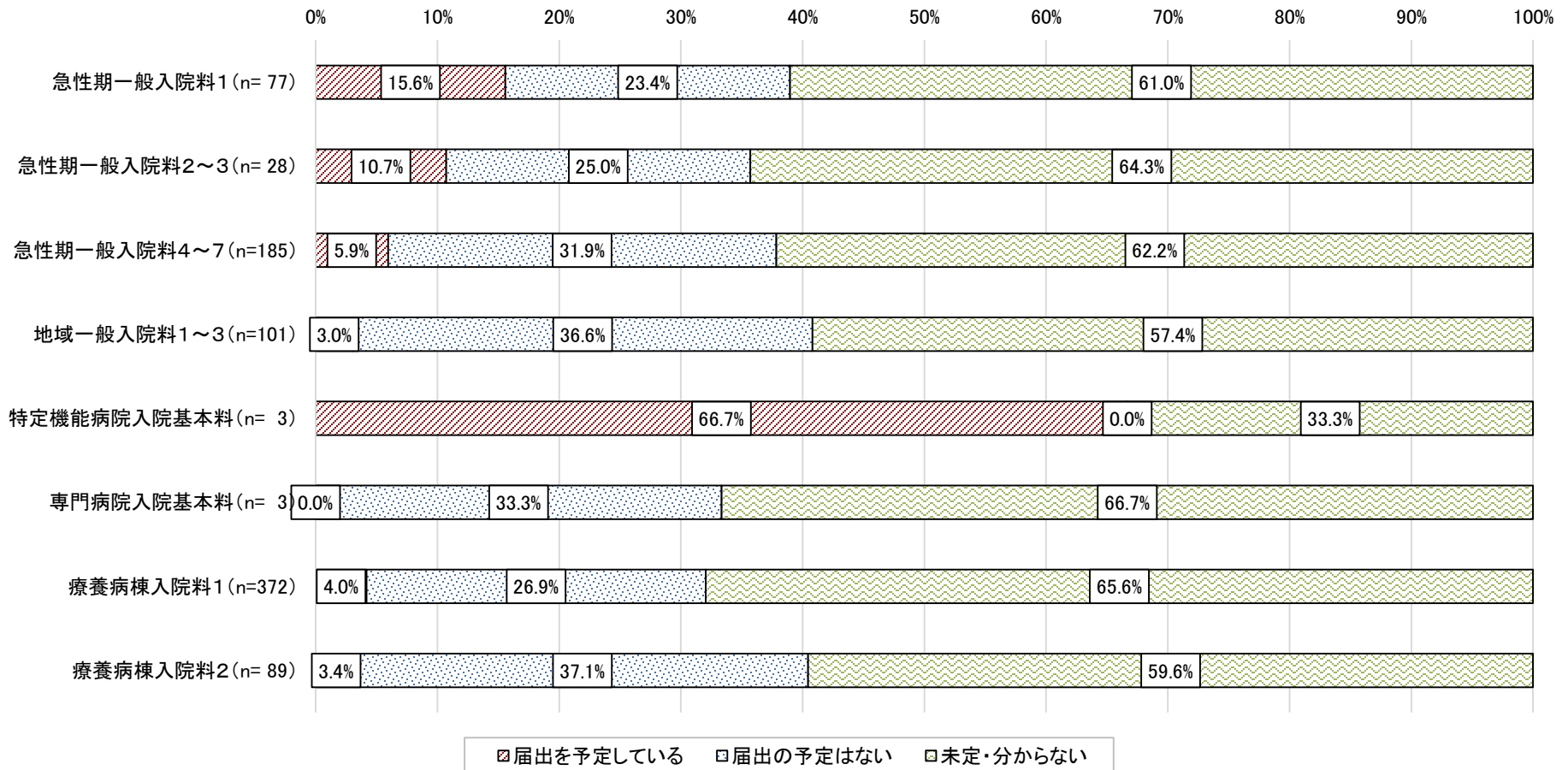
○ 患者サポート体制充実加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

患者サポート体制充実加算の届出状況



○ 患者サポート体制充実加算を届出していない施設の今後の届出意向についてみると、急性期一般入院料1では2割弱が届出を予定していた。

患者サポート体制充実加算の今後の届出意向

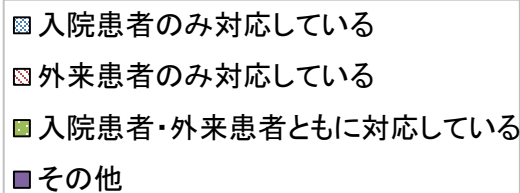
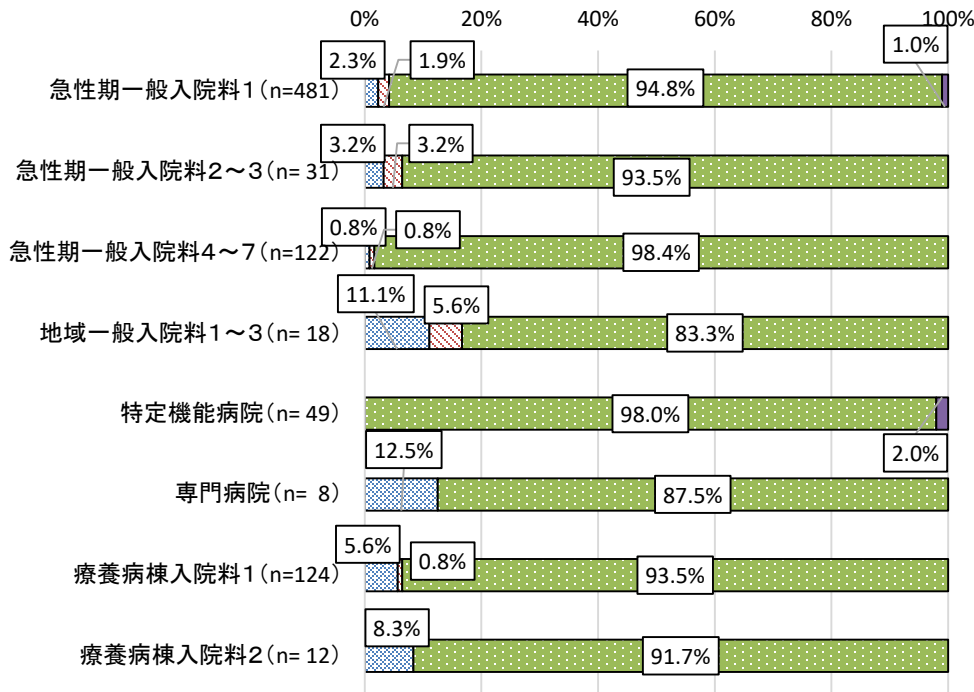


患者対応窓口の対応状況

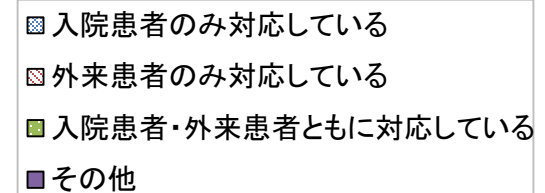
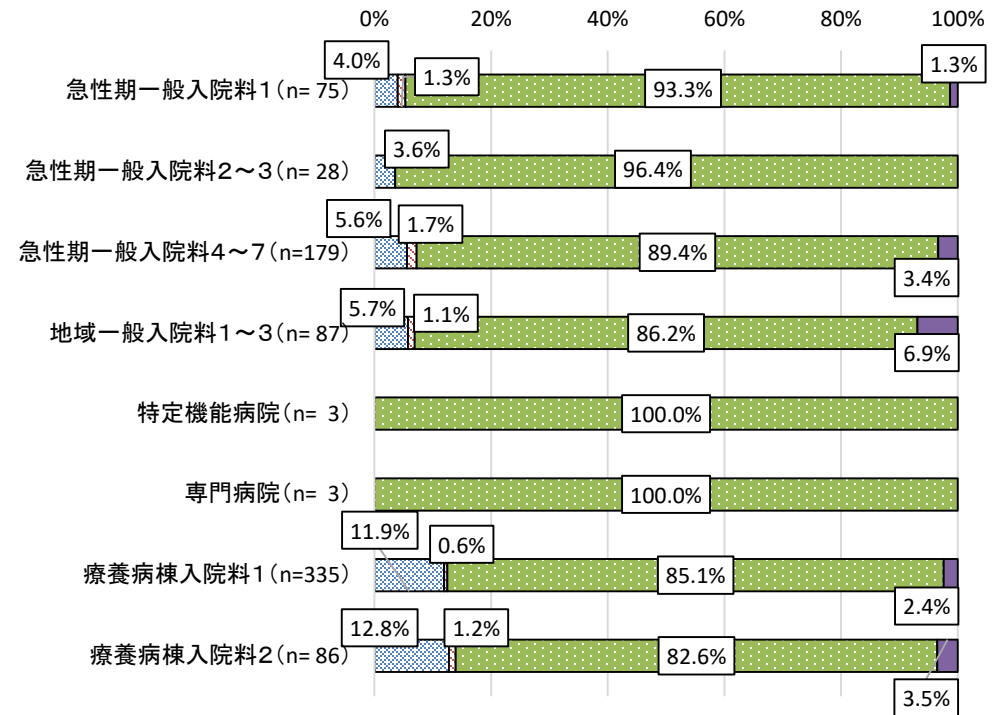
○ 患者対応窓口の対応状況をみると、患者サポート体制充実加算の届出の有無に関わらず、「入院患者・外来患者ともに対応している」と回答した施設が多かった。

患者対応窓口の対応状況

患者サポート体制充実加算の届出あり



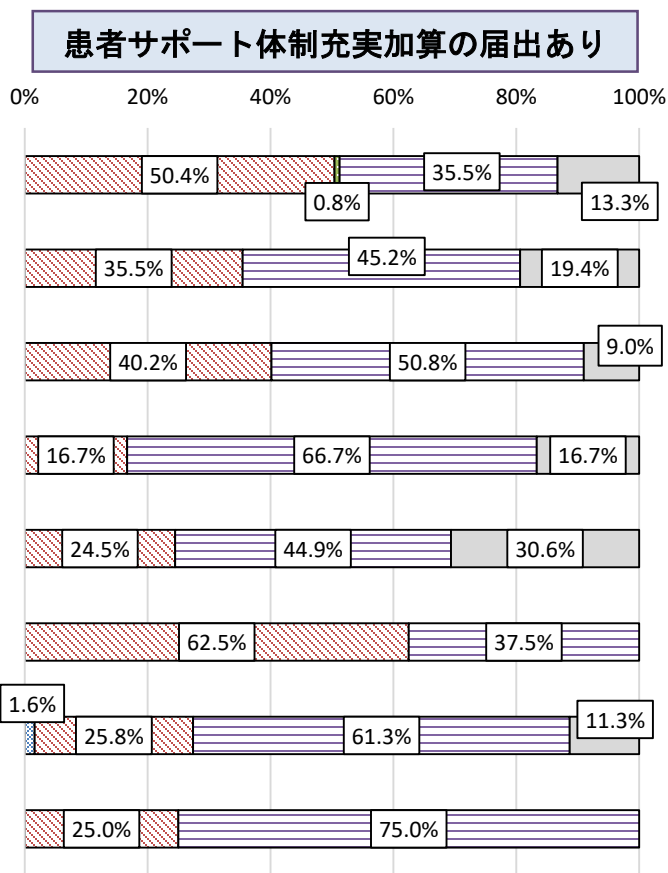
患者サポート体制充実加算の届出なし



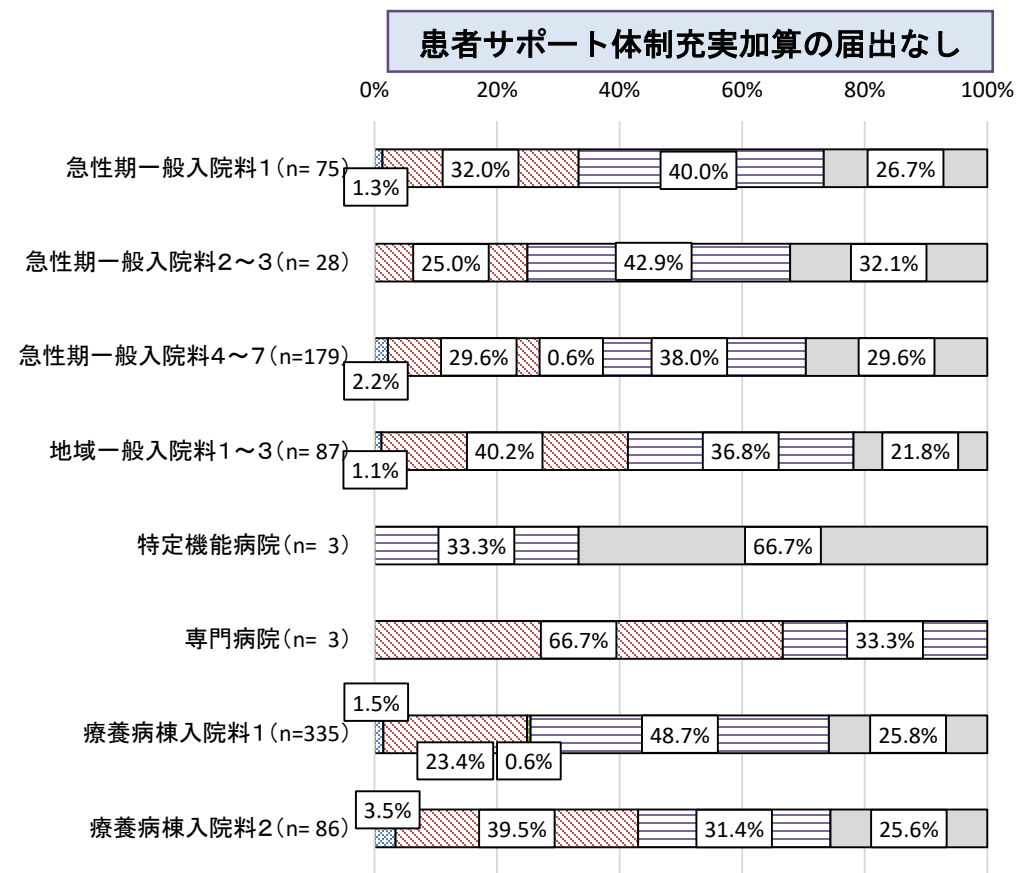
患者対応窓口の主たる人員配置

○ 患者対応窓口の主たる人員配置をみると、患者サポート体制充実加算を届出ている施設の方が、「社会福祉士が対応」と回答した施設の割合が多い傾向にあった。

患者対応窓口の主たる人員配置



■ 医師が対応 ■ 看護師が対応 ■ 薬剤師が対応
□ 社会福祉士が対応 □ その他



■ 医師が対応 ■ 看護師が対応 ■ 薬剤師が対応
□ 社会福祉士が対応 □ その他

横断的事項について

【現状・課題】

（退院時共同指導料）

- ・ 退院時共同指導料2の算定状況は、3か月で5件未満の施設が多かった。
- ・ ビデオ通話を用いた共同指導は1件のみ算定されており、ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由として、「ビデオ通話に対応できる環境がないため」「ビデオ通話を用いた共同指導を行う必要性がないため」が多かった。
- ・ 一方で、60分近く共同指導に時間がかかり、退院時共同指導料2を算定していない理由として、他医療機関の職員との共同の難しさや、病棟で対応できる職員の確保の課題が挙げられた。

（退院前訪問指導料、退院後訪問指導料）

- ・ 退院前訪問指導料及び退院後訪問指導料の算定状況は、3か月で5件未満の施設が多かった。
- ・ 退院前訪問指導料や退院後訪問指導料を算定していない理由として、指導時間の確保の困難さが挙げられた。

（認知症ケア加算）

- ・ 急性期一般入院料1及び特定機能病院において認知症ケア加算1の届出が多かった。
- ・ 認知症ケア加算1を届出していない理由として最も多かったのは、認知症ケアチームの要件である専任の常勤医師の確保であり、特に認知症ケア加算2を届出している施設で該当割合が多かった。
- ・ 認知症ケア加算を届出していない施設においても、認知症患者に対する様々な取組がなされていた。

（せん妄予防の取組）

- ・ 急性期一般入院料1や集中治療室等の約7～8割でせん妄予防の取組が行われていた。
- ・ リスクのある患者への予防的介入は主に非薬物療法が行われていたが、実施されている内容にはばらつきがみられた。

（総合評価加算）

- ・ 総合的な機能評価にかかる測定にはチェックリストが用いられている割合が多かったが、機能評価においてガイドラインを使用している割合にはばらつきがみられた。

【論点】



- 各加算の算定状況や、その他の取組の実施状況等を踏まえ、入院患者に適切な医療・ケアを提供する観点から、これらの加算の要件等についてどのように考えるか。

(5) その他の事項

- ・ 地域包括ケア病棟・病室について
- ・ 提出データの公開等について

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

実績部分

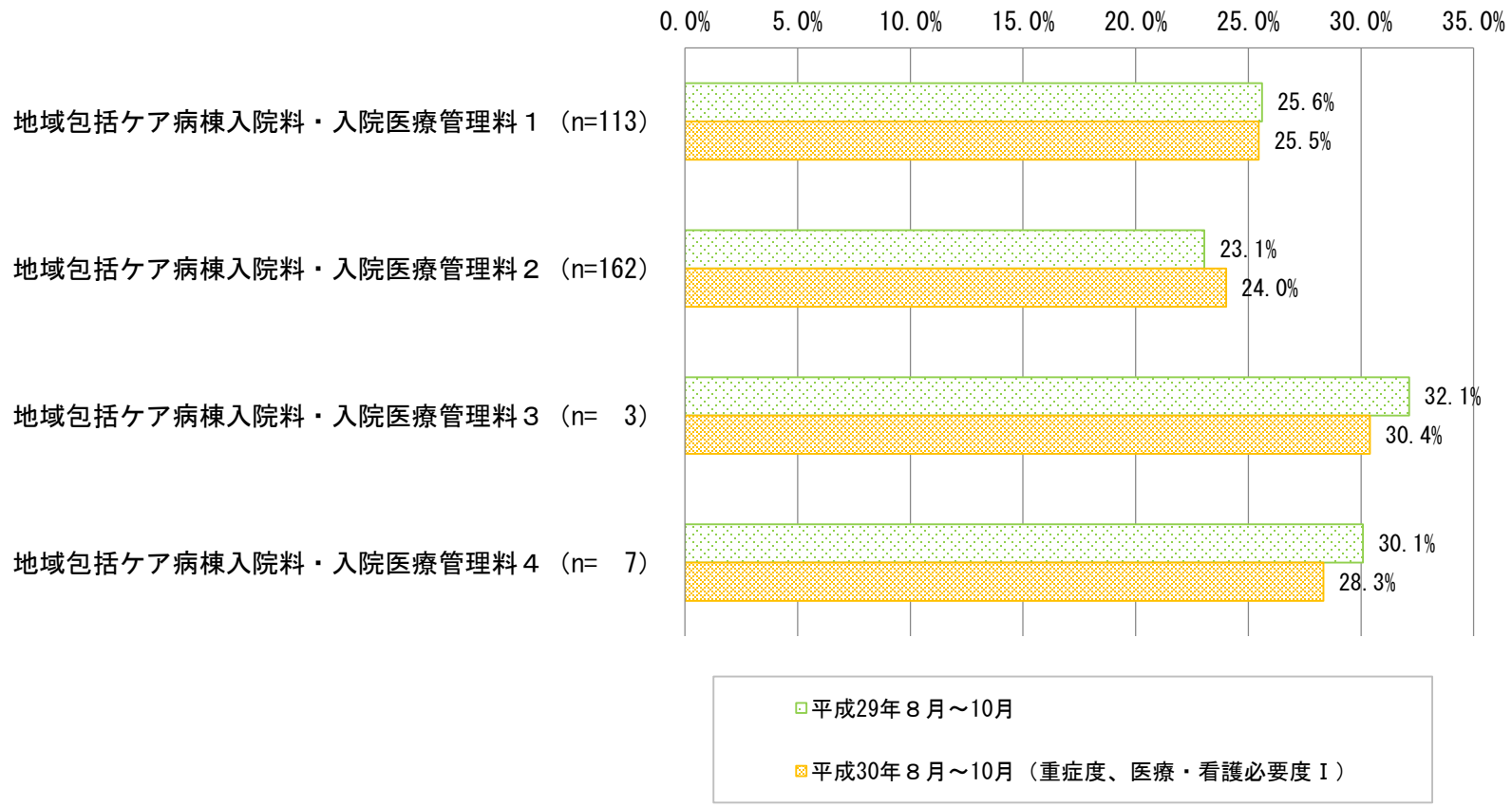
*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較 (H29/H30)

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成29年と平成30年のいずれも回答した施設の平均をみると、入院料1及び2では大きな違いはみられなかった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
(平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較)

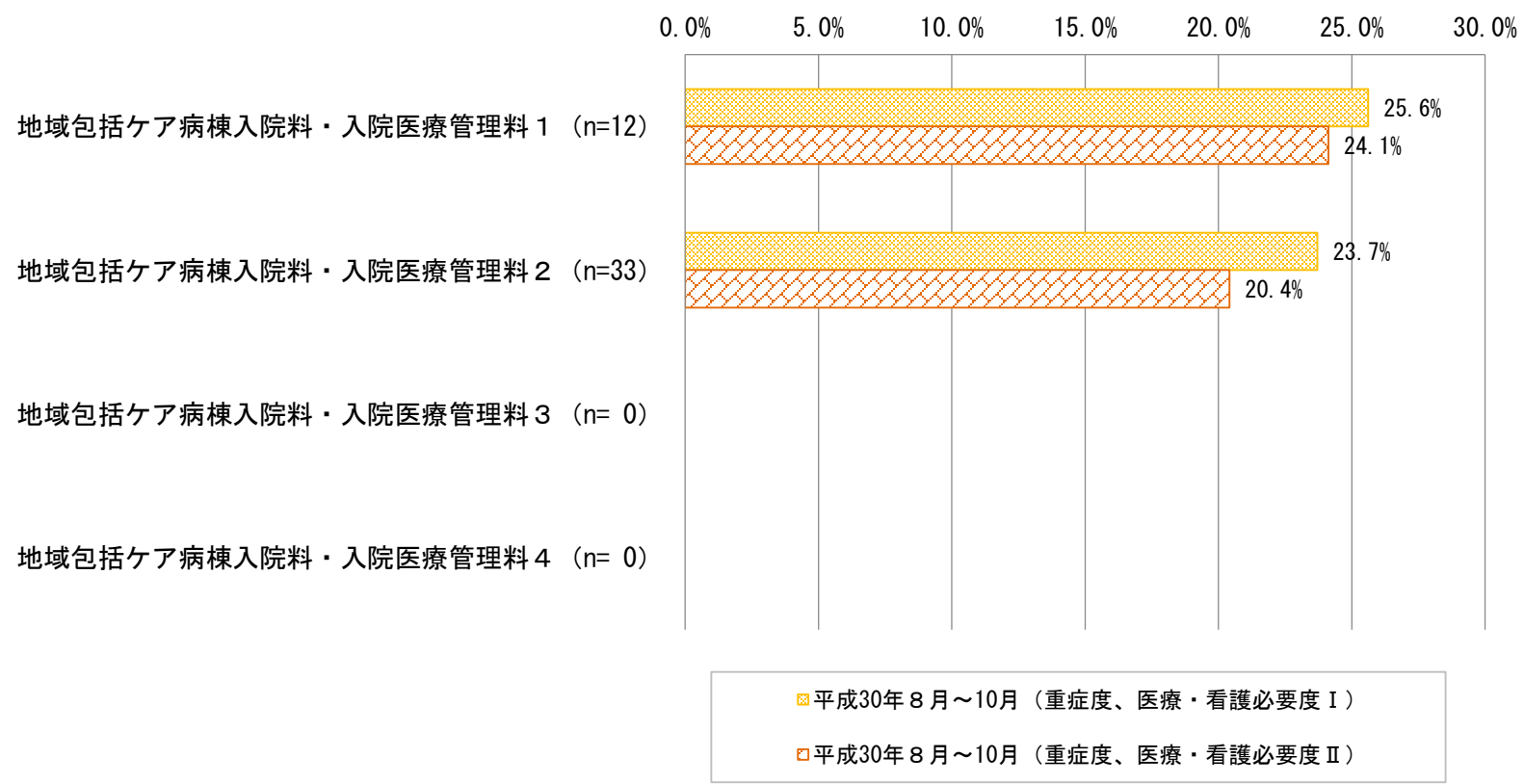


※届出区分無回答のものは除く
 ※平成29年と平成30年(重症度、医療・看護必要度 I)の両方を回答したもののみ集計
 出典：平成30年度入院医療等の調査(施設票)

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について平成30年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合
(平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較)

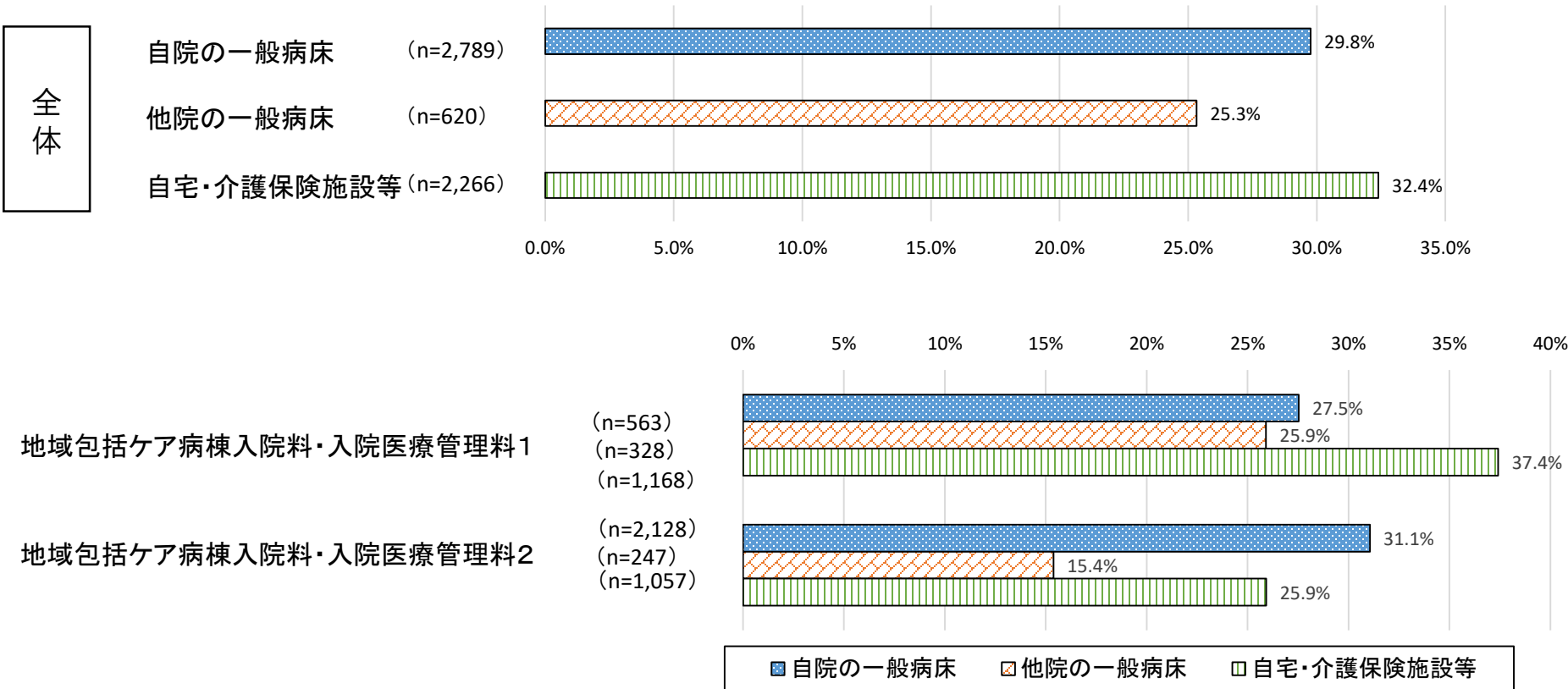


※届出区分無回答のものは除く
 ※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計
 出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（入棟前の場所別）

○ 入棟前の場所別に、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみると、地域包括ケア病棟入院料1では「自宅・介護保険施設等」から入院した患者の該当患者割合が最も高く、入院料2では「自院の一般病床」から入院した患者の該当患者割合が最も高かった。

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



※自院の一般病床は、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、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

地域包括ケア病棟における必要度の該当項目

- 地域包括ケア病棟における必要度の該当項目をみると、A項目のうち「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニター」の割合が高かった。
- 入棟前の場所による明らかな該当項目の違いはみられなかった。

A項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
創傷処置(1点)	11.4%	9.8%	14.5%	11.6%
呼吸ケア(1点)	11.7%	10.0%	10.8%	14.7%
点滴ライン同時3本以上の管理(1点)	0.8%	0.5%	0.0%	1.5%
心電図モニターの管理(1点)	7.2%	6.8%	3.4%	7.8%
シリンジポンプの管理(1点)	0.5%	0.7%	0.0%	0.5%
輸血や血液製剤の管理(1点)	0.5%	0.4%	0.0%	0.1%
専門的な治療処置(2点)	7.6%	8.2%	5.1%	6.1%
①抗悪性腫瘍剤の使用	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
②抗悪性腫瘍剤の内服	1.1%	1.2%	1.2%	0.0%
③麻薬の使用	0.4%	0.6%	0.0%	0.3%
④麻薬の内服・貼付・座	1.2%	0.5%	0.0%	1.8%
⑤放射線治療	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%
⑥免疫抑制剤の管理	3.5%	4.4%	1.4%	3.1%
⑦昇圧剤の使用	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%
⑧抗不整脈剤の使用	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%
⑨抗血栓薬点滴の	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑩ドレーナの管理	1.3%	1.5%	2.5%	0.6%
⑪無菌治療室での治療	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
緊急搬送後の入院(2点)	0.3%	0.1%	0.0%	0.6%

【施設基準】
必要度Ⅰ 10%以上 又は 必要度Ⅱ 8%以上
【該当基準】
A項目1点以上 又は C項目1点以上

B項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
寝返り(1点)	36.2%	35.5%	35.6%	33.6%
寝返り(2点)	26.8%	23.1%	20.4%	28.6%
移乗(1点)	33.2%	37.5%	42.1%	25.5%
移乗(2点)	15.7%	13.7%	13.7%	17.7%
口腔清潔(1点)	61.0%	61.1%	54.9%	56.1%
食事摂取(1点)	32.4%	35.7%	37.8%	23.4%
食事摂取(2点)	15.7%	13.7%	7.3%	18.1%
衣服の着脱(1点)	24.0%	26.2%	21.5%	21.7%
衣服の着脱(2点)	41.6%	36.6%	41.6%	41.6%
診療・療養上の指示が通じる(1点)	30.3%	29.4%	25.7%	27.7%
危険行動(2点)	11.5%	11.1%	9.3%	12.4%

C項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
開頭手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
開胸手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
開腹手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
骨の手術(1点)	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%
胸腔鏡・腹腔鏡手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
全身麻酔・脊椎麻酔の手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
救命等に係る内科的治療(1点)	0.2%	0.3%	0.2%	0.0%

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

中医協 診 - 1
元 . 6 . 1 2

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自院の一般病床（地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く）が最も多く、43.5%であった。
- 退棟先をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、49.4%であった。

【入棟元】 (n=1,797)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	6.4%
	自宅(在宅医療の提供なし)	22.9%
介護施設等	介護老人保健施設	1.6%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.3%
	他院	12.4%
他院	他院の一般病床	12.4%
	他院の一般病床以外	1.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	43.5%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.2%
	自院の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を届出ている病床	0.5%
	自院の療養病床(上記以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
	有床診療所	0.0%
その他	0.1%	
無回答	0.3%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=545)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	9.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	49.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.8%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	3.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.2%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等)	2.8%
	障害者支援施設	0.4%
	他院	3.3%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.3%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の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を届出ている病床	2.6%
	他院の療養病床(上記以外)	3.3%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.2%
	自院	1.3%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	自院の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を届出ている病床	1.3%
	自院の療養病床(上記以外)	1.3%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.4%
有床診療所(上記以外)	0.7%	
死亡退院	3.5%	
その他	0.0%	
無回答	6.6%	

入棟元・退棟先の割合（許可病床別）

- 許可病床別に入棟元の割合をみると、許可病床が大きいほど「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
- 退棟先については、いずれの病床規模でも「自宅」が多く、約6～7割を占めた。

入棟元 (n=1,709)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	7.8%	4.0%	11.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	26.9%	19.2%	16.9%
	介護老人保健施設	1.9%	1.3%	0.7%
	介護医療院	0.4%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.3%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.3%	4.3%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%	1.5%	0.0%
	その他の居住系介護施設	2.1%	1.2%	0.0%
	障害者支援施設	0.6%	0.1%	0.0%
他院	他院の一般病床	16.9%	5.6%	4.4%
	他院の一般病床以外	1.7%	2.2%	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	30.7%	57.0%	64.7%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.9%	0.1%	2.2%
	自院の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を届出ている病床	1.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	3.2%	0.0%
	有床診療所	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.1%	0.0%	0.0%	
不明	0.2%	0.3%	0.0%	



退棟先 (n=499)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	11.9%	7.2%	20.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	47.1%	51.6%	53.8%
	介護老人保健施設	6.2%	2.4%	7.7%
	介護医療院	0.5%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.4%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.8%	3.2%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.8%	5.2%	0.0%
	その他の居住系介護施設	3.3%	2.0%	2.6%
	障害者支援施設	0.5%	0.4%	0.0%
	他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.3%	2.0%
他院の地域一般入院基本料を届出ている病床		0.0%	0.0%	0.0%
他院の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を届出ている病床		1.0%	4.0%	5.1%
他院の療養病床(上記以外)		1.9%	4.8%	2.6%
他院の精神病床		0.0%	0.0%	0.0%
他院のその他の病床		0.0%	0.0%	2.6%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.9%	1.2%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.5%	0.0%	0.0%
	自院の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を届出ている病床	0.5%	2.4%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	1.4%	1.2%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(上記以外)	1.4%	0.4%	0.0%
死亡退院	5.2%	2.4%	5.1%	
その他	0.0%	0.0%	0.0%	
無回答	3.3%	9.2%	0.0%	

入棟元・退棟先の割合（他の届出入院料別）

- 地域包括ケア病棟と併せて届出ている他の入院料別に入棟元の割合をみると、一般病棟の届出がある場合はない場合と比較して「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回りハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
- 退棟先については、他の届出入院料にかかわらず「自宅」の割合が多かったが、療病病棟の届出がある場合はない場合と比較して「自院の療養病床」や「死亡退院」の割合が多かった。

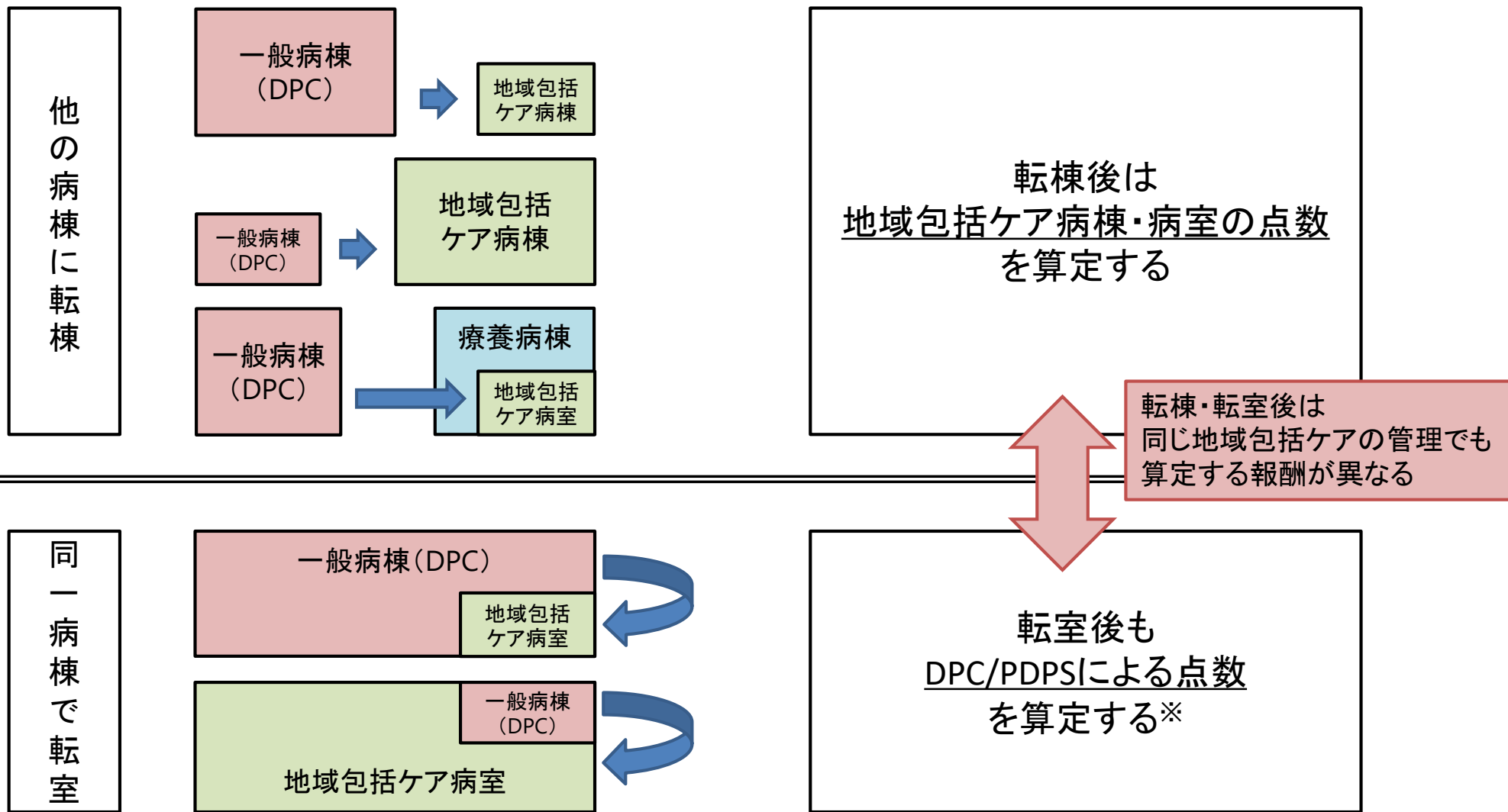
入棟元 (n=1,804)		地域包括ケア病棟以外の届出入院料				
		一般病棟 入院基本料	療養病棟 入院基本料	一般病棟 及び 療養病棟	左記以外 の病棟	地域包括ケ ア病棟のみ
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	6.7%	9.6%	3.1%	12.5%	4.3%
	自宅(在宅医療の提供なし)	23.3%	16.9%	24.8%	6.3%	23.4%
	介護老人保健施設	1.0%	3.9%	1.0%	0.0%	6.4%
	介護医療院	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	1.9%	19.1%	3.8%	0.0%	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%	5.1%	1.7%	0.0%	3.2%
	その他の居住系介護施設	1.1%	3.9%	1.0%	12.5%	3.2%
	障害者支援施設	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%
他院	他院の一般病床	7.2%	35.4%	4.9%	62.5%	48.9%
	他院の一般病床以外	0.8%	3.4%	4.5%	0.0%	2.1%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	53.0%	0.0%	47.9%	0.0%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.9%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%
	自院の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を届出ている病床	0.1%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	その他	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%
不明	0.1%	0.6%	0.3%	6.3%	2.1%	



退棟先 (n=545)		地域包括ケア病棟以外の届出入院料				
		一般病棟 入院基本料	療養病棟 入院基本料	一般病棟 及び 療養病棟	左記以外 の病棟	地域包括ケ ア病棟のみ
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	10.6%	8.0%	6.5%	6.9%	7.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	52.2%	24.0%	48.1%	34.5%	32.1%
	介護老人保健施設	3.9%	0.0%	6.5%	17.2%	17.9%
	介護医療院	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	2.2%	12.0%	9.1%	3.4%	3.6%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.9%	4.0%	5.2%	6.9%	7.1%
	その他の居住系介護施設	2.7%	8.0%	2.6%	0.0%	0.0%
	障害者支援施設	0.2%	0.0%	0.0%	3.4%	3.6%
	他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	2.7%	4.0%	2.6%	13.8%
他院の地域一般入院基本料を届出ている病床		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
他院の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を届出ている病床		3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
他院の療養病床(上記以外)		3.6%	4.0%	2.6%	0.0%	0.0%
他院の精神病床		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
他院のその他の病床		0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自院		自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)	1.2%	0.0%	2.6%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%
	自院の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を届出ている病床	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.0%	8.0%	6.5%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	0.0%	0.0%	6.9%	7.1%
	有床診療所(上記以外)	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	死亡退院	2.7%	16.0%	3.9%	3.4%	3.6%
	その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	7.5%	12.0%	1.3%	3.4%	3.6%	

一般病棟からの転棟・転室時の入院料の算定方法（イメージ）

一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料



同一医療機関内の地域包括ケア病棟・病室における取扱い

転棟・転室時の要件等にかかる取扱い

		入院料の算定方法	算定期間の取扱い	急性期患者支援病床初期加算の取扱い	入院患者の評価指標
一般病棟(DPC)から転棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 (リハビリ包括)	転棟した日から60日を限度	算定可	重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病棟の基準)
	療養病棟における地域包括ケア病室	地域包括ケア入院医療管理料 (リハビリ包括)	転棟した日から60日を限度	算定可	重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病棟の基準) (医療区分・ADL区分から除外)
一般病棟(DPC)内で転室	地域包括ケア病室	DPC/PDPS (リハビリ出来高)	転室した日から60日を限度※	算定不可	重症度、医療・看護必要度 (地域包括ケア病室の基準)

※ 診断群分類に定められた期間はDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

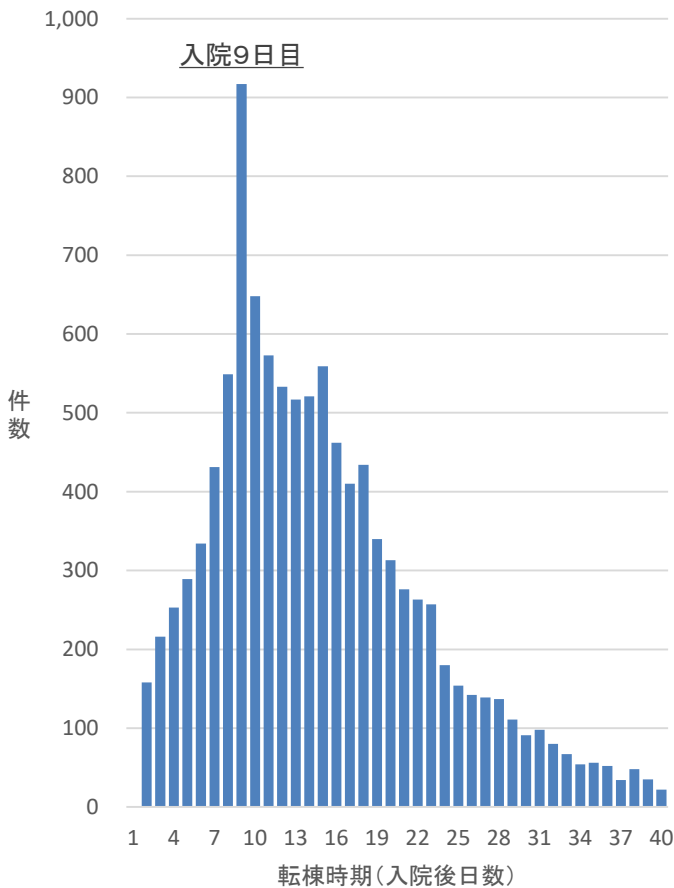
手術点数の算定方法

患者の所在		短期滞在3以外の手術	短期滞在3の対象手術
DPC対象病院	一般病棟(DPC) (地域包括ケア病室を含む)	DPC/PDPS + 手術点数等	DPC/PDPS + 手術点数等
	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等
非DPC対象病院	一般病棟(出来高)	入院基本料 + 手術点数等	短期滞在手術等基本料3※
	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等	短期滞在手術等基本料3※

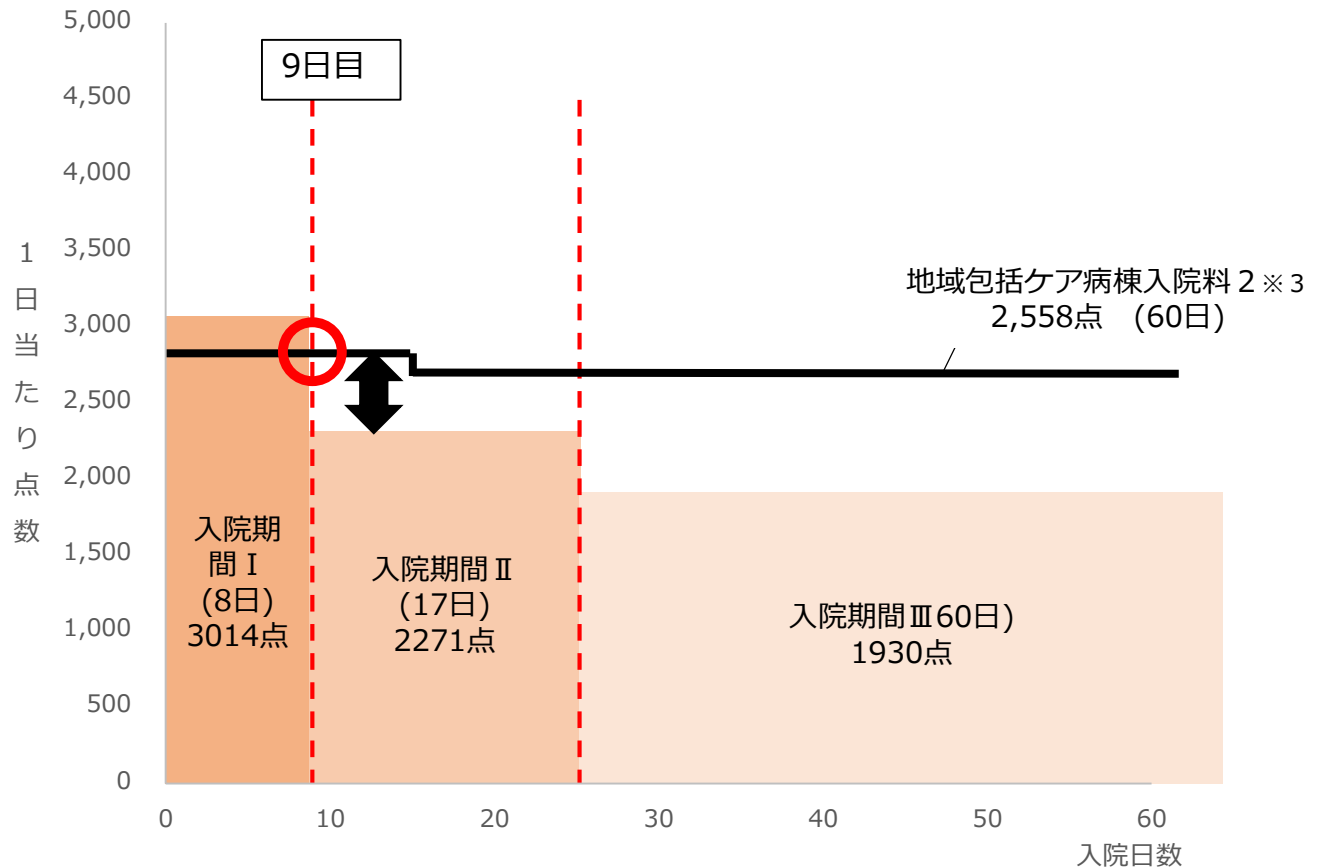
※ 入院後所定日数内に手術等が実施された場合に限る

胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含) 手術なし(160690xx)

地域包括ケア病棟への転棟時期※ 1

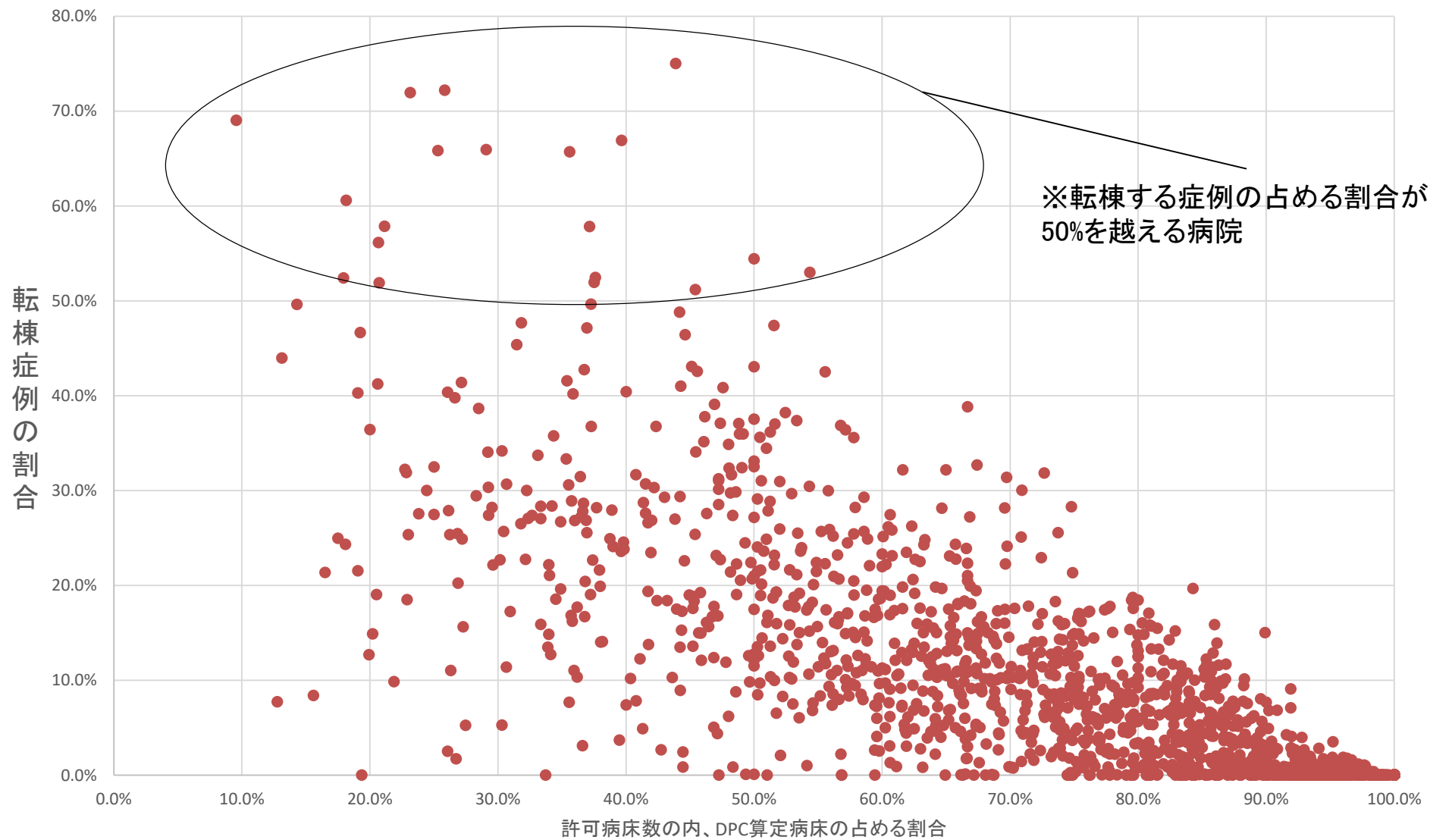


DPC/PDPSによる報酬※ 2 と転棟先での報酬



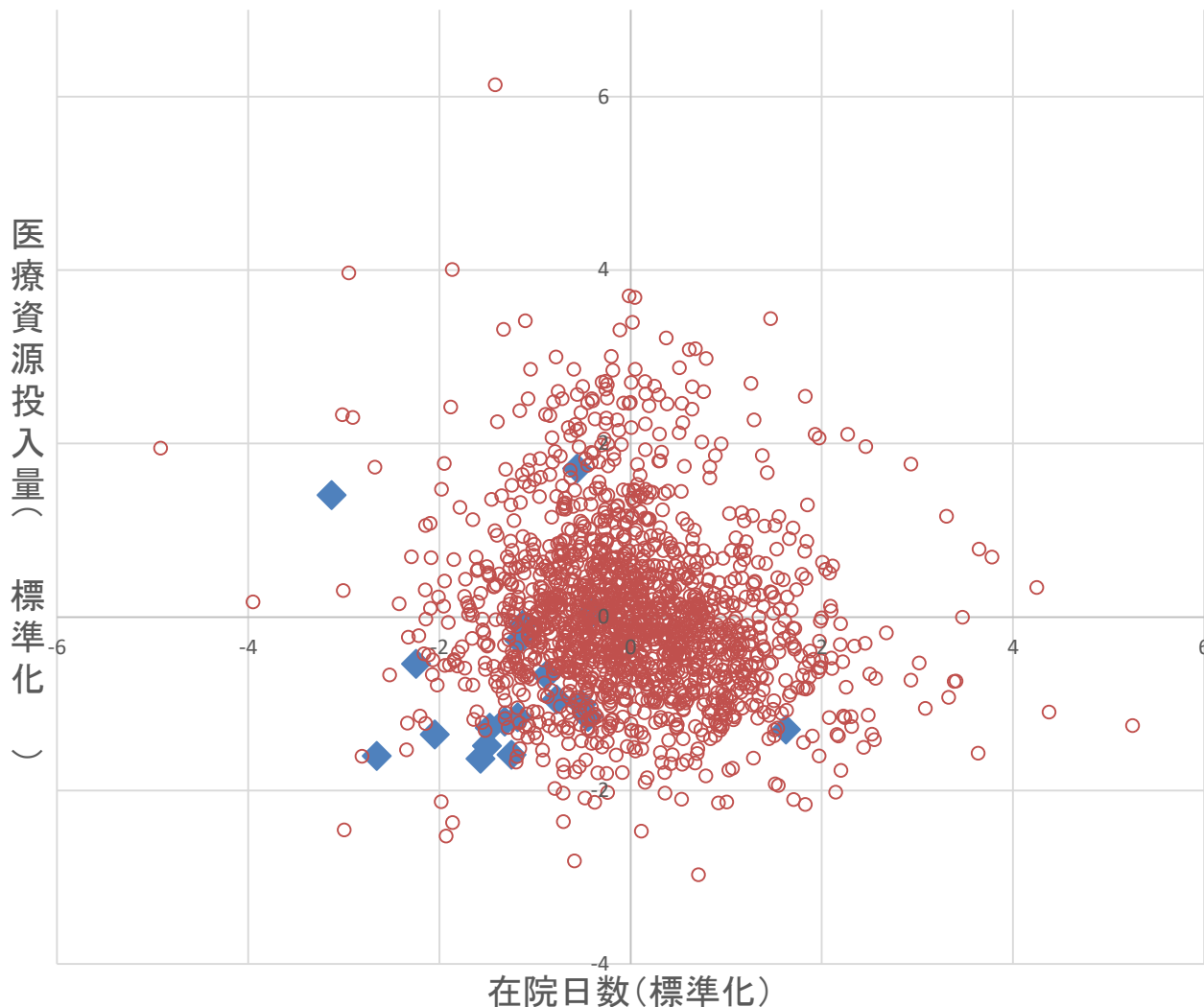
- ※ 1 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る
- ※ 2 平均的な係数値で算出 (基礎係数: 1.075、機能評価係数 I : 0.135、機能評価係数 II : 0.088)
- ※ 3 急性期患者支援病床初期加算を算定 (14日間に限り、150点を加算)

DPC算定病床割合と転棟症例の割合



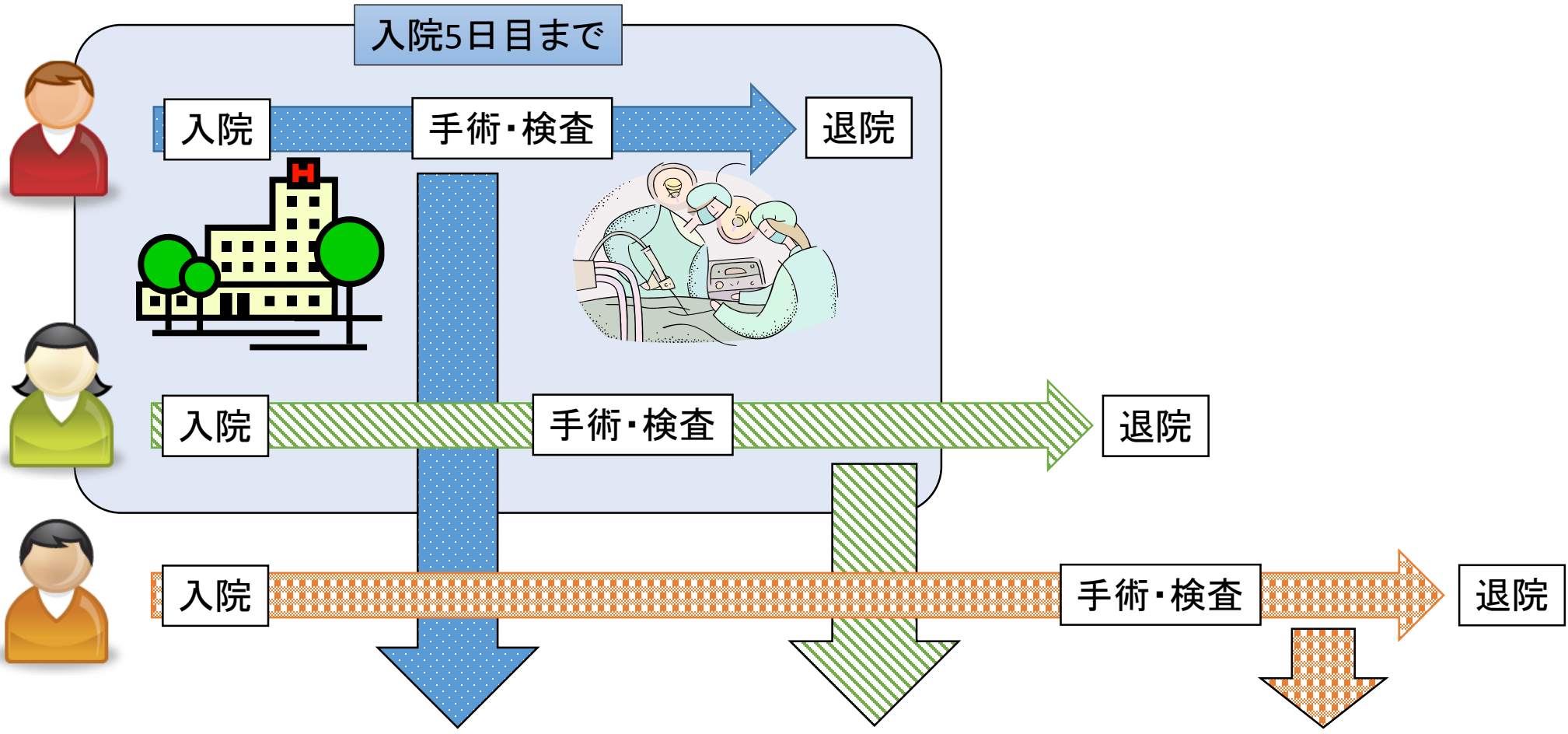
医療資源投入量及び在院日数と転棟との関係

○ 転棟する症例が占める割合が50%を越える病院の多くは、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布している。



- ※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化:(実測値-平均値)/標準偏差
- ※ 青は、転棟する症例が50%を越える病院

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



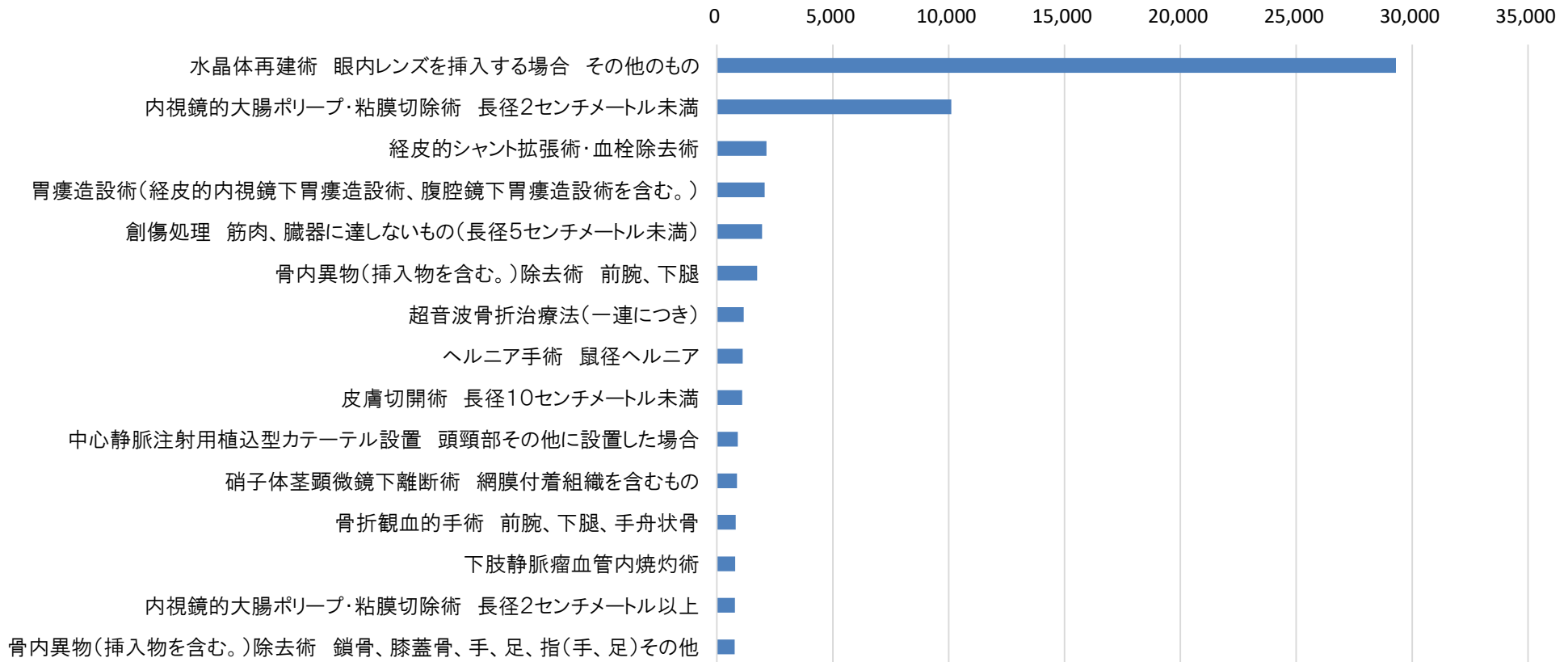
入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定。

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で算定。

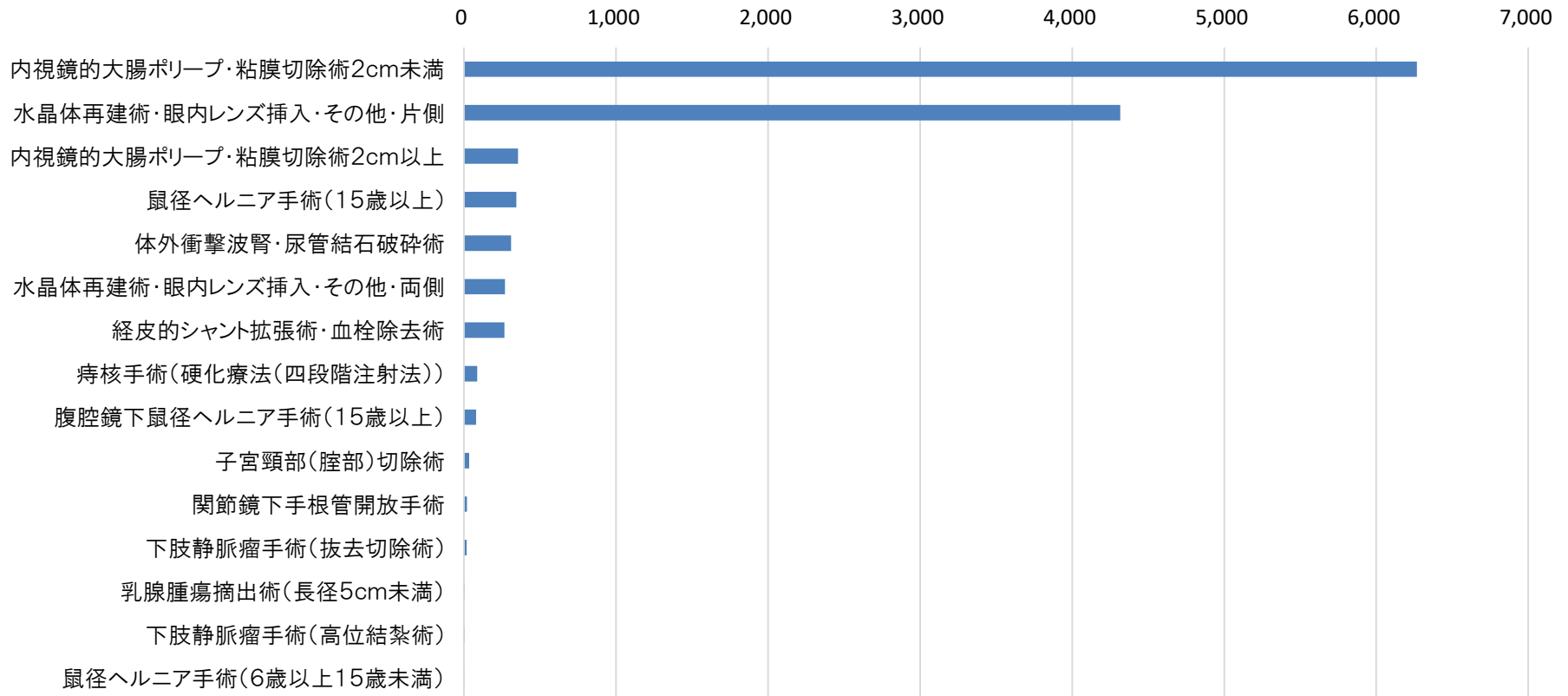
○ 地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（短期滞在手術等基本料を算定する場合を除く）をみると、「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）」が最も多く、次いで、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）」が多かった。

地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（上位15件）



○ 地域包括ケア病棟において実施される、短期滞在手術等基本料3の対象手術をみると、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(2cm未満)」が最も多く、次いで、「水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)」が多かった。

地域包括ケア病棟において実施される短期滞在3（上位15件）



地域包括ケア病棟・病室について

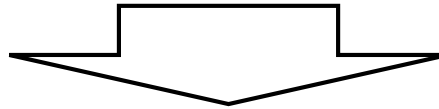
【現状・課題】

(重症度、医療・看護必要度の該当項目)

- ・ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当項目をみると、「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニター」の該当割合が比較的多かった。
- ・ 入棟元による該当項目の差は明らかではなかった。

(入棟元・退棟先の割合)

- ・ 許可病床別に入棟元の割合をみると、許可病床が大きいほど「自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。退棟先については、いずれの病床規模でも「自宅」が多く、約6～7割を占めた。
- ・ 地域包括ケア病棟と併せて届出ている他の入院料別に入棟元の割合をみると、一般病棟の届出がある場合はない場合と比較して「自院の一般病床(地域一般、地ケア、回りハ以外)」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。退棟先については、他の届出入院料にかかわらず「自宅」の割合が多かったが、療病病棟の届出がある場合はない場合と比較して「自院の療養病床」や「死亡退院」の割合が多かった。



【論点】

- 地域包括ケア病棟における患者像や、病院の許可病床の規模や他の届出入院料による入棟元・退棟先の違い等を踏まえ、地域包括ケア病棟の主な役割を適切に推進する観点から、現行の施設基準等の要件についてどのように考えるか。

(5) その他の事項

- ・ 地域包括ケア病棟・病室について
- ・ 提出データの公開等について

○提出するデータの項目の拡大について

(FIM)

- ・ 急性期の病棟に入院している全ての患者のFIMを測定することは、測定方法を考えると負担が大きいのではないか。
- ・ データの正確性の担保、という点から、急性期の病棟の医師や看護師全てがFIMを測定することは難しいのではないか。

(要介護度)

- ・ 高齢の患者や日常生活の自立度が低い患者が増えている事を踏まえ、要介護度については急性期の病棟においても提出することを検討してはどうか。
- ・ 要介護度については、入退院支援加算の算定にあたって入力を求められているなど、既に他の要件などで入力を求められているものについては、DPCデータにも入力することにしても負担が少ないのではないか。

- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟のデータの公開について、FIM及び要介護度の集計を公開データに追加してはどうか。
- FIM及び要介護度の集計の公開に当たっては、入院症例の背景等による違いを踏まえた解釈が可能となるよう、必要な項目を、当該集計と併せて公表することとしてはどうか。

・ F I M

告示番号	施設名	当該集計と合わせて 公開する項目	入棟時						退棟時					
			運動項目			認知項目			運動項目			認知項目		
			13~26点	27~52点	53~91点	5~10点	11~20点	21~35点	13~26点	27~52点	53~91点	5~10点	11~20点	21~35点
0000	●●		○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

・ 要介護度

告示番号	施設名	当該集計と合わせて 公開する項目	要介護度										
			0.無し	1.要支援1	2.要支援2	3.要介護1	4.要介護2	5.要介護3	6.要介護4	7.要介護5	8.申請中	9.不明	
0000	●●		○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

FIM、要介護度について入力しているデータの集計

提出データの公開方法について(案)

- 提出されたデータのうち、FIM及び要介護度を公開することについては、令和元年9月19日開催の入院分科会においてご議論いただいたところ。
- 具体的に、当該集計と併せて公開する項目としては、以下の様な例が考えられる。

【FIM及び要介護度の集計と併せて公開する項目例(案)】

- FIM(回復期リハビリテーション病棟に入院した症例に限る。)
 - ・ 届出ている回復期リハビリテーション病棟入院料の種別
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出る病棟の病床数
 - ・ 当該医療機関に入院した全症例のうち、FIMの入力対象となった症例の占める割合
 - ・ FIMの入力対象となった症例の平均年齢
 - ・ FIMの入力対象となった症例のうち、手術ありの症例の割合
- 要介護度(療養病棟に入院した症例に限る。)
 - ・ 療養病棟入院基本料を届出る病棟の病床数
 - ・ 当該医療機関に入院した全症例のうち、要介護度の入力対象となった症例の占める割合
 - ・ 要介護度の入力対象となった症例の平均年齢

現行のFIMの取扱いについて

【算定要件等に組み込まれているもの】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 疾患別リハビリテーション料のうち、標準的算定日数を超える者へリハビリテーションを実施する場合（※BIと選択可、月ごとに評価。）
- 廃用症候群リハビリテーション料（※BIと選択可、月ごとに評価。）
- 目標設定等支援・管理シート（※BIと選択可。）

【様式には含まれているが、明確になっていないもの】

- リハビリテーション総合実施計画書（※様式の一部で用いられている。ただし、FIM及びBIを用いていない様式も存在する。）

【他の指標が用いられているもの】

- 疾患別リハビリテーション料を算定する者に対して作成するリハビリテーション実施計画書（BIを用いている様式も存在する。）

- 目標設定等支援・管理シート（別紙様式23の5）

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

2. ADL評価 (Barthe Index または FIM による評価) (リハビリ開始時及び現時点)

Barthe Index の場合				現時点				
自立	一部介助	全介助	点	自立	一部介助	全介助	点	
食事	10	5	0	10	5	0		
歩行	15	10	5	15	10	5	0	
トイレ動作	5	0	0	5	0	0		
入浴	10	5	0	10	5	0		
平地歩行	15	10	5	15	10	5	0	
階段	10	5	0	10	5	0		
更衣	10	5	0	10	5	0		
排泄管理	10	5	0	10	5	0		
排尿管理	10	5	0	10	5	0		
合計 (0-100 点)				点	合計 (0-100 点)			点

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション開始時点	現時点
運動	セルフケア	食事		
		嚥下		
	移動	歩行・入浴		
		更衣 (上半身)		
	移動	更衣 (下半身)		
		入浴 (下半身)		
		トイレ		
		排泄管理		
	移動	歩行・シャワー		
		歩行・更衣		
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
	小計			
	合計			

- リハビリテーション総合実施計画書（別紙様式23の2）

別紙様式 23 の 2

リハビリテーション総合実施計画書

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)							短期目標	具体的なアプローチ
活動	自立	一部介助	全介助	使用器具・器具	介助内容	点		
食事	10	5	0					
移動	15	10	5	0	監視下			
トイレ動作	5	0	0					
入浴	10	5	0					
平地歩行	15	10	5	0	歩行			
階段	10	5	0		車椅子操作が可能			
更衣	10	5	0					
排泄管理	10	5	0					
排尿管理	10	5	0					
合計 (0-100 点)							点	
コミュニケーション								
	理解							
	表出							

- 3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthe Index に代えてFIMを用いてもよい。

- 目標設定等支援・管理シート（別紙様式21）

別紙様式 21

リハビリテーション実施計画書

自立度	日常生活(病棟)実行状況(している「活動」)				訓練時能力(「できる」活動)			
	自立	介助	全介助	使用用具・器具・器具	自立	介助	全介助	使用用具・器具・器具
ADL・ASL等								
屋外歩行								
訓練トイレへの車椅子移動								
車椅子への移動								
褥子座位保持								
ベッド(起)								
起立(起)								
更衣								
排泄								
更衣								
器具・靴の着脱								
入浴								
コミュニケーション								
活動度	理由)							

様式1の項目の整理について

【データ提出加算の様式1について】

○ ある事象に係る評価として設けられている、データ提出加算の調査実施説明資料に定められた様式1における項目と、同一の事象に係る評価として、診療報酬上の他の項目の算定要件等において定められている項目が、異なっている場合がある(例:褥瘡に係る事項)。

○ 様式1における褥瘡の項目

値	所見
0	皮膚損傷・発赤なし
1	持続する発赤
2	真皮までの損傷
3	皮下組織までの損傷
4	皮下組織を越える損傷
5	関節腔、体腔に至る損傷
9	判定不能

・「DESIGN-R分類」のDepth(深さ)に基づき、入棟時の褥瘡及び退棟時(死亡退院も含む。)の褥瘡を上表に従って入力することとされている(評価が一番深い部分により行うこととする。)

○ 入院料等 通則7 褥瘡対策について

別紙3
褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 性別 男 女 病棟 _____ 入院病室名 _____ 入院看護部名 _____ 計画作成日 _____
 姓 名 _____ (歳) _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)	なし	できる	できる	できない	『あり』もしくは『できない』が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
(イス上 座位姿勢の保持、除圧)	なし	できる	できる	できない	
・病的骨突出	なし	なし	あり	あり	
・関節拘縮	なし	なし	あり	あり	
・栄養状態低下	なし	なし	あり	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	なし	あり	あり	
・皮膚の脆弱性(浮腫)	なし	なし	あり	あり	
・皮膚の脆弱性(スキナーケアの確保、既往)	なし	なし	あり	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者> ※両括弧内は点数

褥瘡の危険因子	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織を越える損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(6)深さ判定が不能の場合
深さ	なし	(1)少量、毎日の交換を要しない	(2)中等量、1日1回の交換	(3)多量、1日2回以上の交換			
滲出液	なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上
大きさ(cm ²) 長径・長径に連文する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上
炎症・感染	(0)局所の炎症 軽微なし	(1)局所の炎症 軽微あり	(2)局所の炎症 軽微あり (炎症以外の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3)局所の炎症 軽微あり (炎症以外の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(4)局所の炎症 軽微あり (炎症以外の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(5)全身的影響あり (発熱など)	
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)なし	(1)創面の50% 以上を占める	(2)創面の50% 以上90%未満 を占める	(3)創面の10% 以上50%未満 を占める	(4)創面の10% 未満を占める	(5)全く形成さ れていない	
壊死組織	(0)なし	(3)壊死組織あり	(6)壊死組織あり	(9)壊死組織あり			
ポケット(cm ²) 潰瘍深さの最大のポケット(ポケット の長さ・長さ)に連文する最大径) - 最大径	なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(15)36以上		

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

・ 日常生活の自立度が低い入院患者につき、上の様式を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこととされている。

提出データの公開等について

【現状・課題】

(提出データの公開方法について)

○ FIM及び要介護度の集計の公開に当たっては、入院症例の背景等による違いを踏まえた解釈が可能となるよう、留意する必要がある。

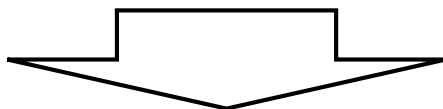
(リハビリテーションに係る事項について)

○ 急性期病棟等において実施されると想定される診療行為であって、FIMを評価・入力することが診療報酬の算定要件とされているものもある。一方で、BI等の他の指標により代替可能とする取扱いとされていることについては、留意が必要。

○ また、リハビリテーション実施計画書の様式等においては、日常生活の自立度等の評価項目として、複数の指標が存在している。

(様式1について)

○ ある事象に係る評価として設けられている、データ提出加算の調査実施説明資料に定められた様式1における項目と、同一の事象に係る評価として、診療報酬上の他の項目の算定要件等において定められている項目が異なっている場合がある。



【論点】

○ 提出データの公開方法について、FIM及び要介護度の集計の公開に当たっては、適切な解釈が可能となるよう、上記の項目例(案)を踏まえ、必要な項目を併せて公開することとしてはどうか。

○ リハビリテーションに係る事項について、まずは、現状を踏まえた評価項目や様式等のあり方について、整理が必要ではないか。

○ 様式1について、他の項目の算定要件等において定めている事項と同一の事象に係る評価であるものについては、提出されたデータの利活用や、入力の事務負担の軽減等の観点から、必要に応じて整理することとしてはどうか。