

(令和元年度第11回)  
入院医療等の調査・評価分科会  
【別添】資料編

令和元年10月30日(水)

# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 調査項目

## 【基本的な考え方】

- 以下に掲げる7項目について、2018年度及び2019年度の2か年で調査を実施する。
- 1年間の長期の経過措置が設けられている項目など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては2019年度調査として実施する。
- 2018年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものは原則として経過措置終了後に調査期間を設定する。

## 【2018年度】

- (1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について(その1)
- (2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について

## 【2019年度】

- (1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について(その2)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)

# 2018年度調査全体の概要①

中医協 診 - 1  
3 0 . 1 1 . 7

- 調査方法: 調査は原則として自記式調査票の郵送配布・回収により実施する。
- 調査票: 対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」、「レセプト調査票」を配布する。  
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される
- 調査対象施設: 調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、患者票の一部については、診療実績データ(DPCデータ)での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その1)	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その1)	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からF票に整理

# 2018年度調査全体の概要②

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(1)急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その1)	急性期一般入院料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関	約2,000施設
B票	(1)急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その1) (2)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響について	地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料等の届出を行っている医療機関	約1,900施設
C票	(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その1)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,500施設
D票	(3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その1)	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約800施設
E・F票	(4)医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関(病院・診療所)	約500施設

# 2018年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟票	患者票	退棟 患者票
A	急性期一般入院基本料、特定機能病院 入院基本料、専門病院入院基本料	2,000	786 (39.3%)	1,996	20,296	8,890
B	地域一般入院基本料、地域包括ケア病 棟入院料・入院医療管理料、回復期リ ハビリテーション病棟入院料	1,901	683 (35.9%)	537	5,385	1,144
C	療養病棟入院基本料	1,499	419 (28.0%)	266	3,474	412
D	障害者施設等入院基本料等	800	308 (38.5%)	233	3,024	261
E	医療資源の少ない地域に所在する保険 医療機関（病院）	172	82 (47.7%)	—	—	—
F	医療資源の少ない地域に所在する保険 医療機関（診療所）	173	73 (42.2%)	—	—	—

# 2019年度調査全体の概要

- 調査方法：自記式調査票の郵送配布・回収又はウェブ調査により実施。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」等を配布。また、別途、調査対象月のレセプト調査を実施。
- 調査対象施設：別表のとおり。

## [別表]

調査項目	各項目において調査対象となる施設	調査票	対象施設数
(1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その2)	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関（※1）	A票	約2,500施設
(2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について			
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その2)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関 (※2)	B票	約1,800施設

※1 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料等の特定入院料の届出医療機関及び特定機能病院・専門病院は悉皆とし、その他の医療機関は、一般病棟入院基本料の届出医療機関を都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

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

# 2019年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟票	治療室票
A	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関	2,500	1,133 (45.3%)	3,668	952
B	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	1,800	648 (36.0%)	574	—

# とりまとめの構成

## 1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

## 4. 慢性期入院医療について

## 5. 横断的事項について

## 6. 医療資源の少ない地域について

## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

## 8. DPC/PDPSについて

# 現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準①

入院料等		急性期一般入院基本料						地域一般入院基本料	
		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6	入院料 7	入院料 1
看護職員配置		7 対 1	10対 1						
必要度に係る加算		なし							
重症度、医療・看護必要度に係る基準		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点 2 点以上かつB得点 3 点以上</li> <li>・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、 A得点 1 点以上かつB得点 3 点以上</li> <li>・ A得点 3 点以上</li> <li>・ C得点 1 点以上</li> </ul>						継続的な測定と結果に基づいた評価	
患者割合基準	必要度 I	30%	— (27%)	— (26%)	27%	21%	15%	なし	
	必要度 II	25%	24% (22%)	23% (21%)	22%	17%	12%		

※ 1 重症度、医療・看護必要度Ⅱは、ⅠとⅡを満たす患者割合の差が0.04を超えない場合に使用できる。

※ 2 重症度、医療・看護必要度における患者割合基準の（ ）内は許可病床数200床未満の一般病棟 7 対 1 入院基本料の経過措置（2018年9月末まで）。

## 現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準②

入院料等		専門病院入院基本料 及び 特定機能病院入院基本料（一般病棟）				専門病院入院基本料	
区分（看護職員配置）		7対1	10対1			13対1	
必要度に係る加算		なし	看護必要度加算1	看護必要度加算2	看護必要度加算3	なし	
重症度、医療・看護必要度に係る基準		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点2点以上かつB得点3点以上</li> <li>・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上</li> <li>・ A得点3点以上</li> <li>・ C得点1点以上</li> </ul>				継続的な測定と結果に基づいた評価（必要度Ⅰ）	測定した結果に基づく評価（必要度Ⅰ）
患者割合基準	必要度Ⅰ	28%	27%	21%	15%	なし	なし
	必要度Ⅱ	23%	22%	17%	12%		

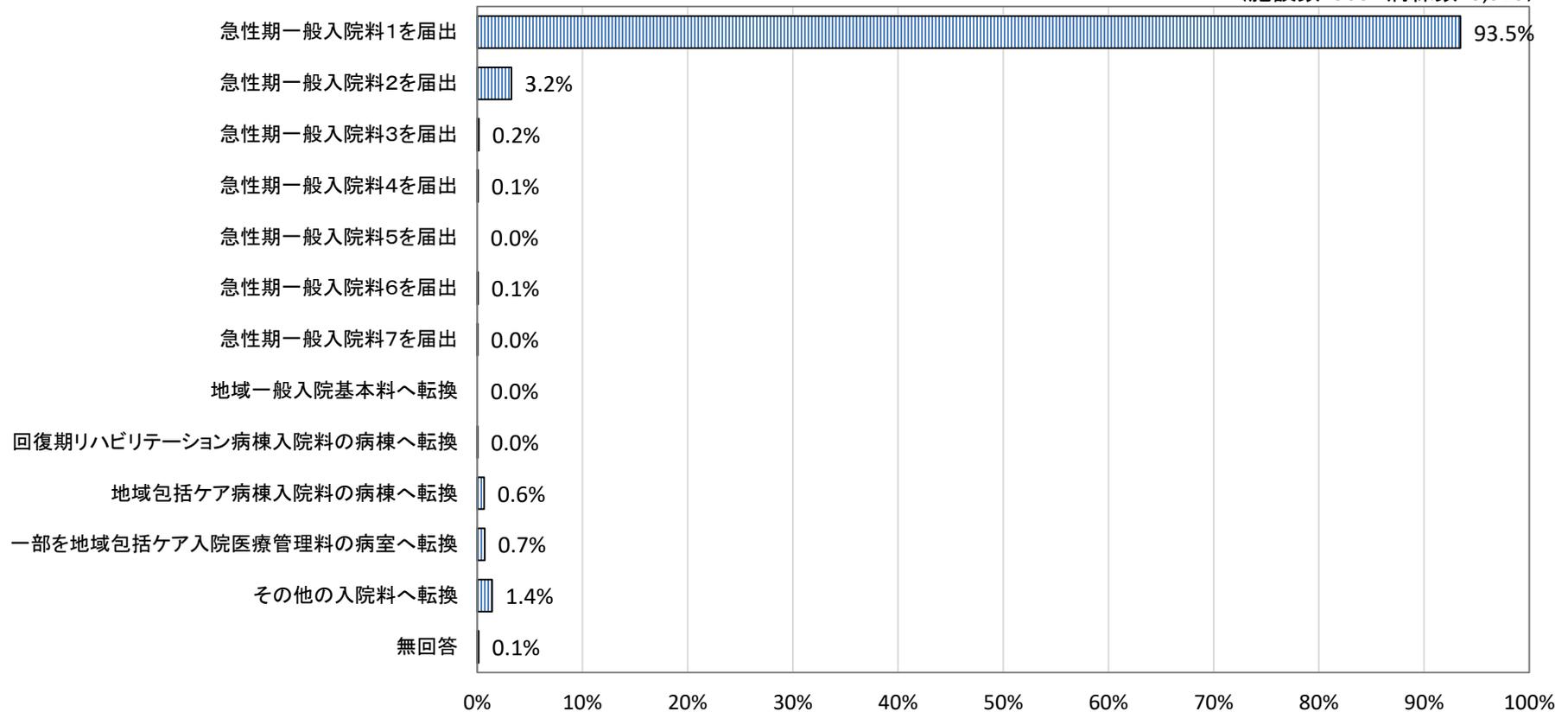
入院料等		特定機能病院入院基本料（結核病棟）	結核病棟入院基本料
区分（看護職員配置）		7対1	7対1
必要度に係る加算		なし	なし
重症度、医療・看護必要度に係る基準		継続的な測定と結果に基づいた評価（必要度Ⅰ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点2点以上かつB得点3点以上</li> <li>・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上</li> <li>・ A得点3点以上</li> <li>・ C得点1点以上</li> </ul>
患者割合基準	必要度Ⅰ	なし	11%
	必要度Ⅱ		9%

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況をみると、急性期一般入院料1を届出している病棟が最も多く、93.5%であった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般病棟入院料2を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

## 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の令和元年6月1日時点の届出状況

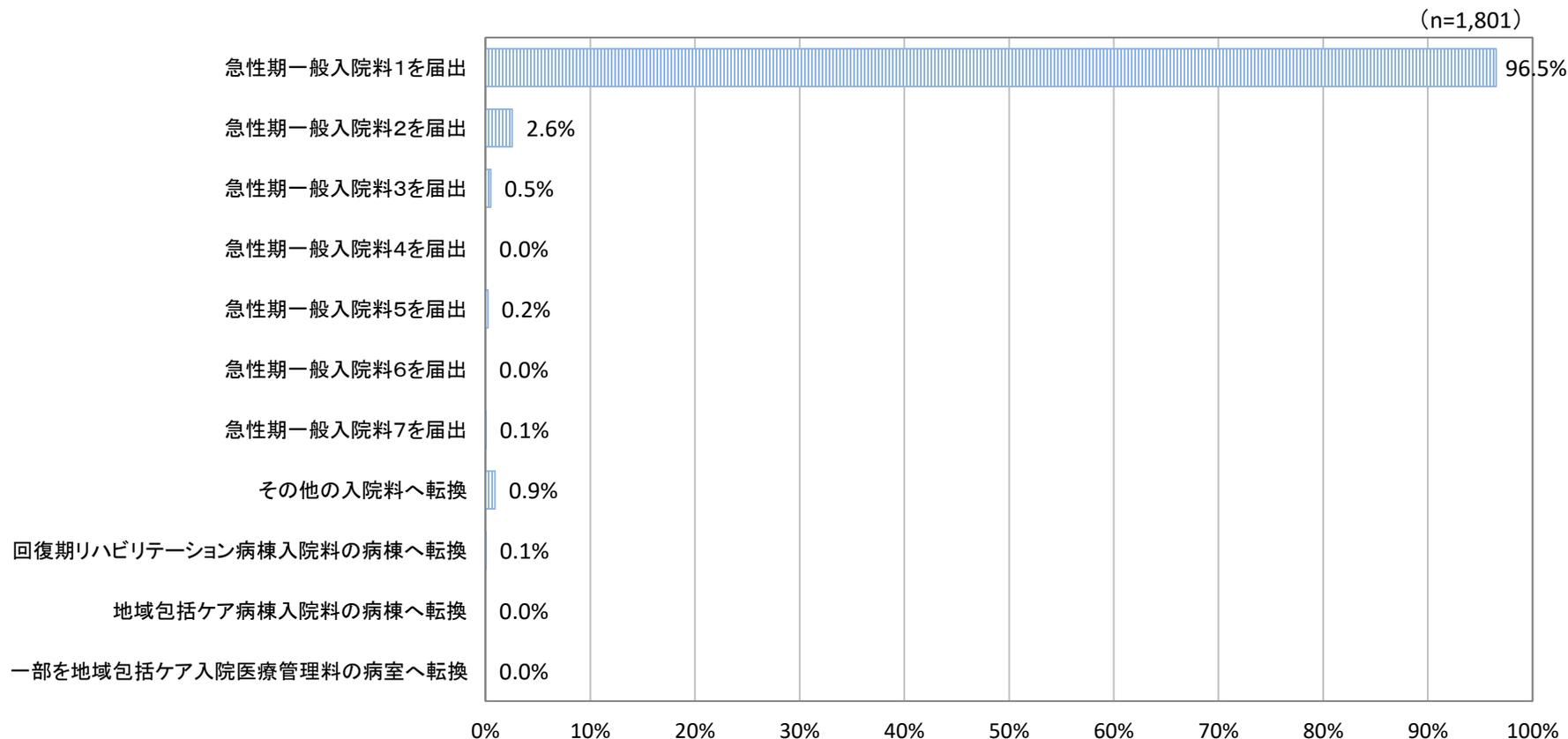
(施設数=568 病棟数=3,513)



- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多かった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般入院料2を届出ている病棟が多かった。

2018年度調査

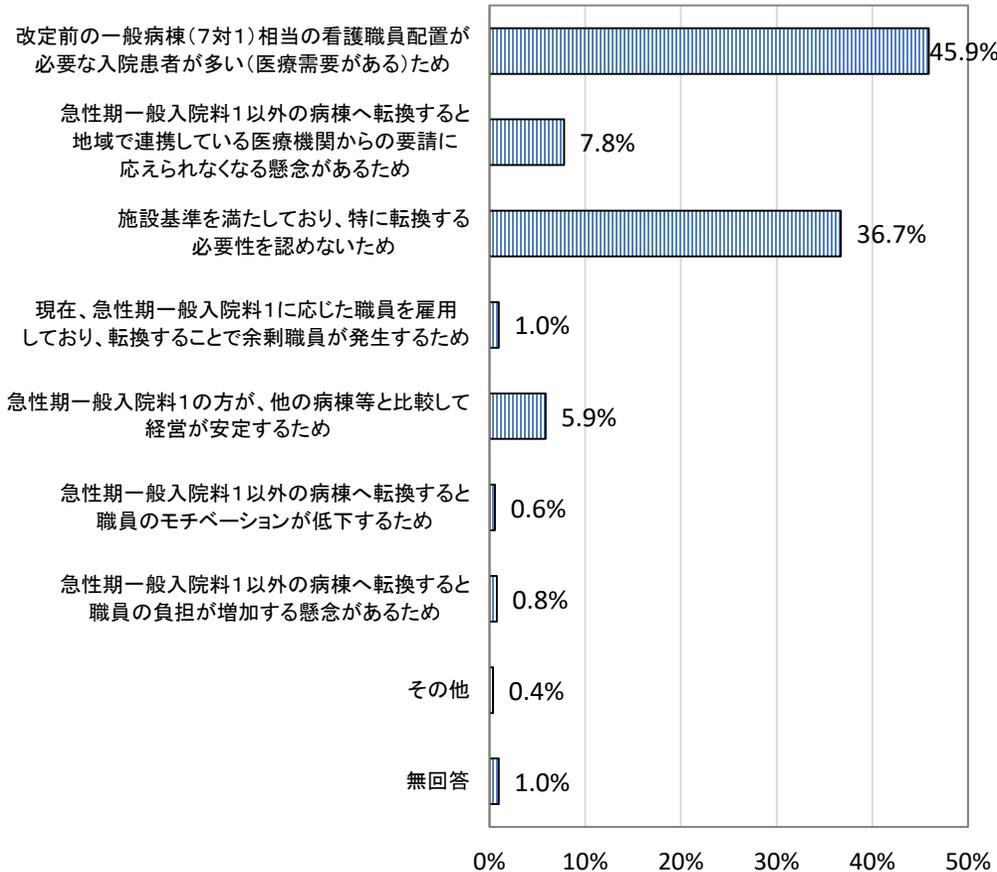
## 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の平成30年11月1日時点の届出状況



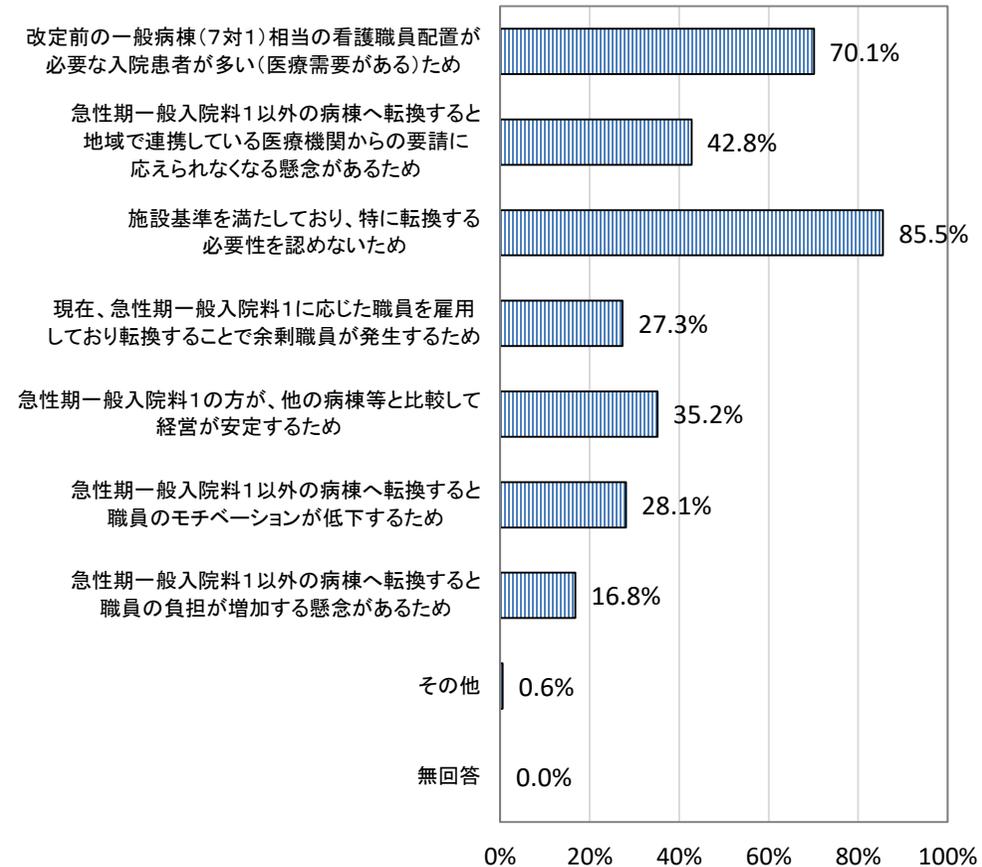
○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

## 2019年度調査

### 急性期一般入院料1を届出ている理由 (最も該当するもの) (n=512)



### 急性期一般入院料1を届出ている理由 (複数回答) (n=512)

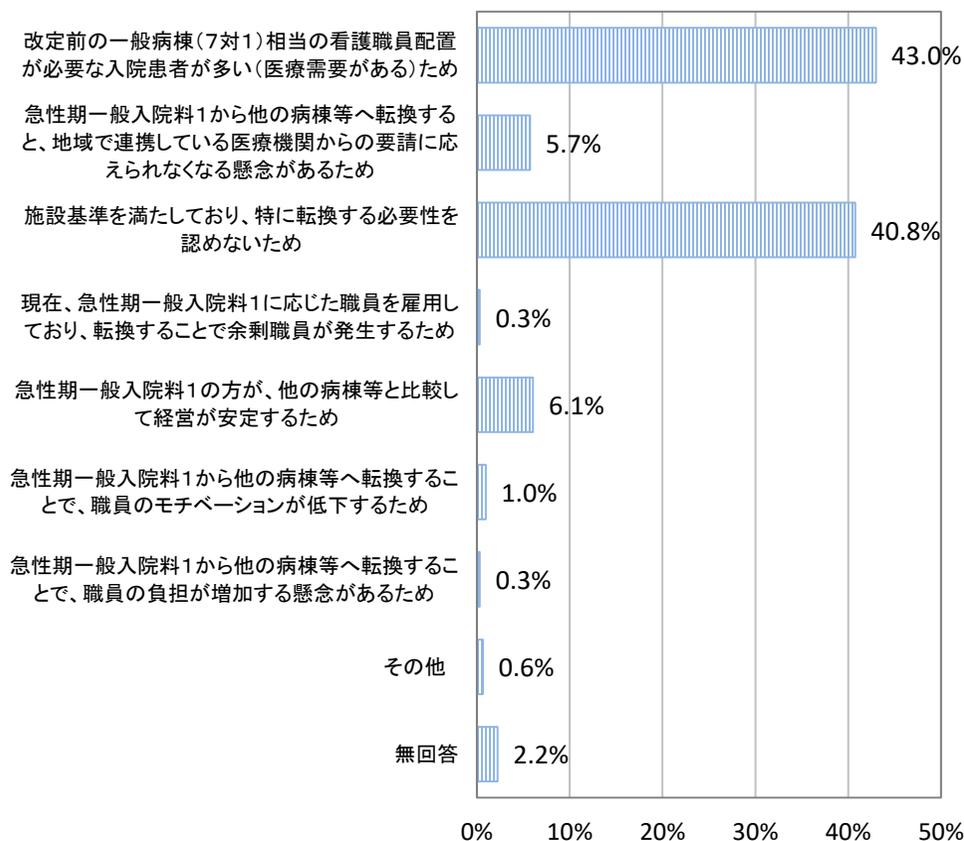


# 急性期一般入院料1を届出ている理由

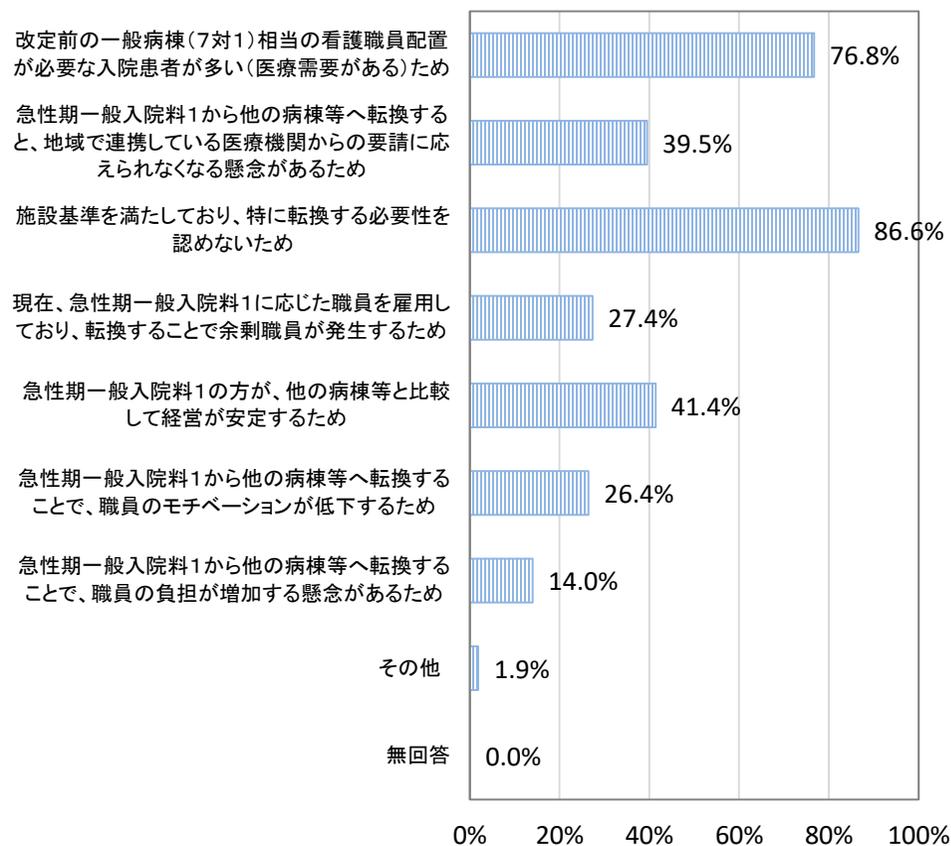
○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

## 2018年度調査

### 急性期一般入院料1を届出ている理由 (最も該当するもの) (n=314)



### 急性期一般入院料1を届出ている理由 (複数回答) (n=314)

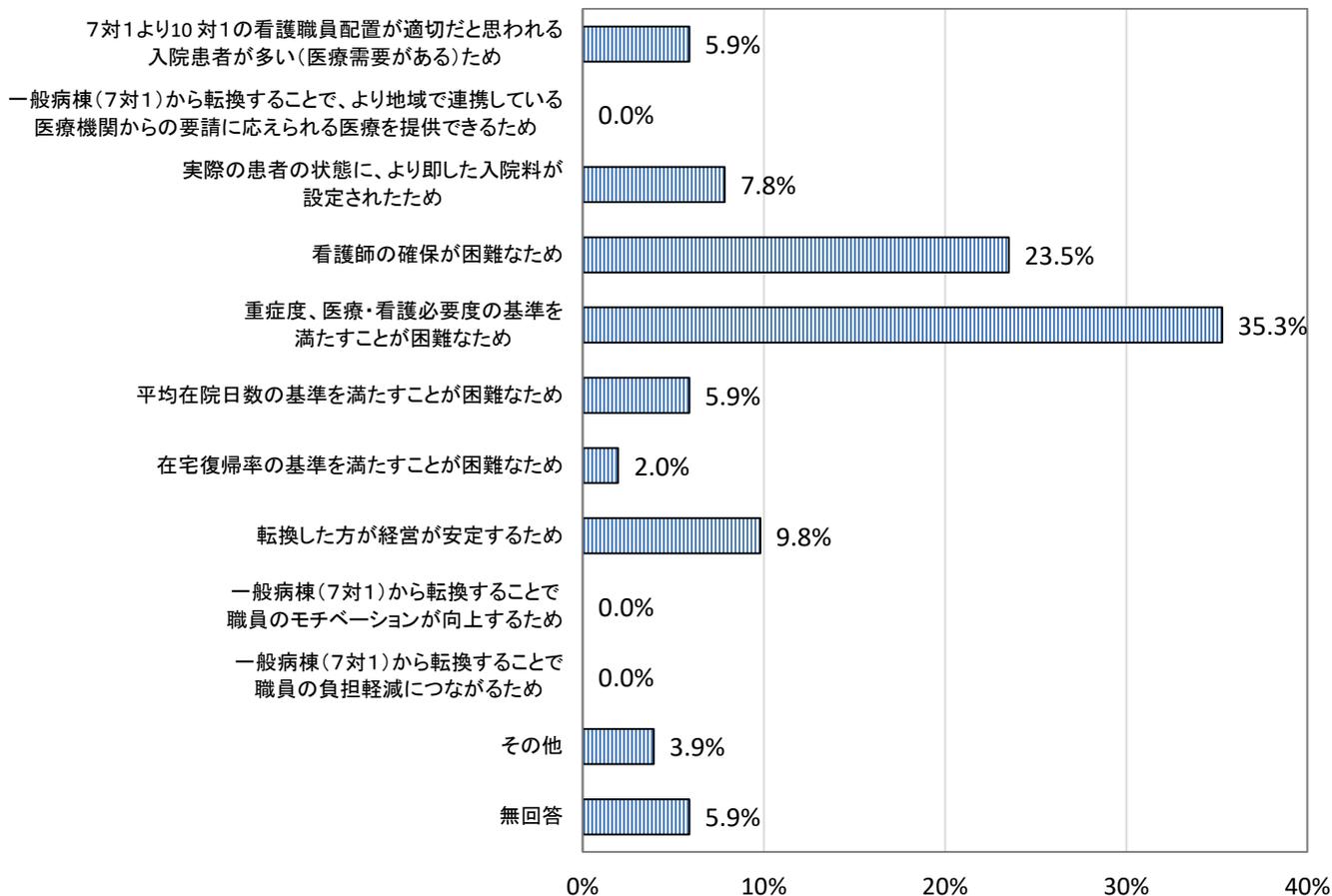


○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

2019年度調査

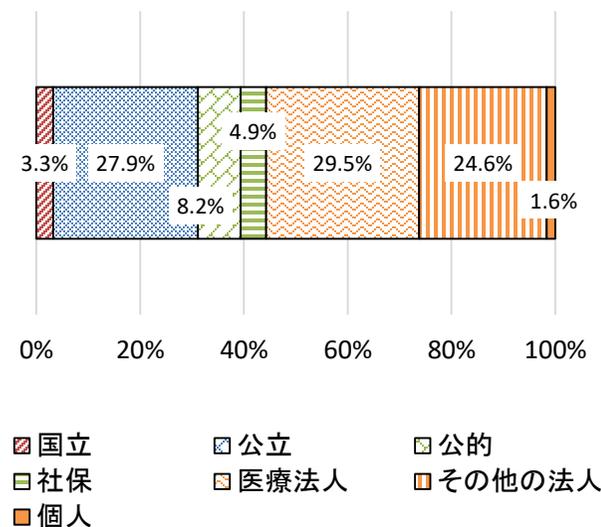
## 一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）

(n=51)



## (参考) 急性期一般入院料2又は3における開設者別の内訳

(n=61)

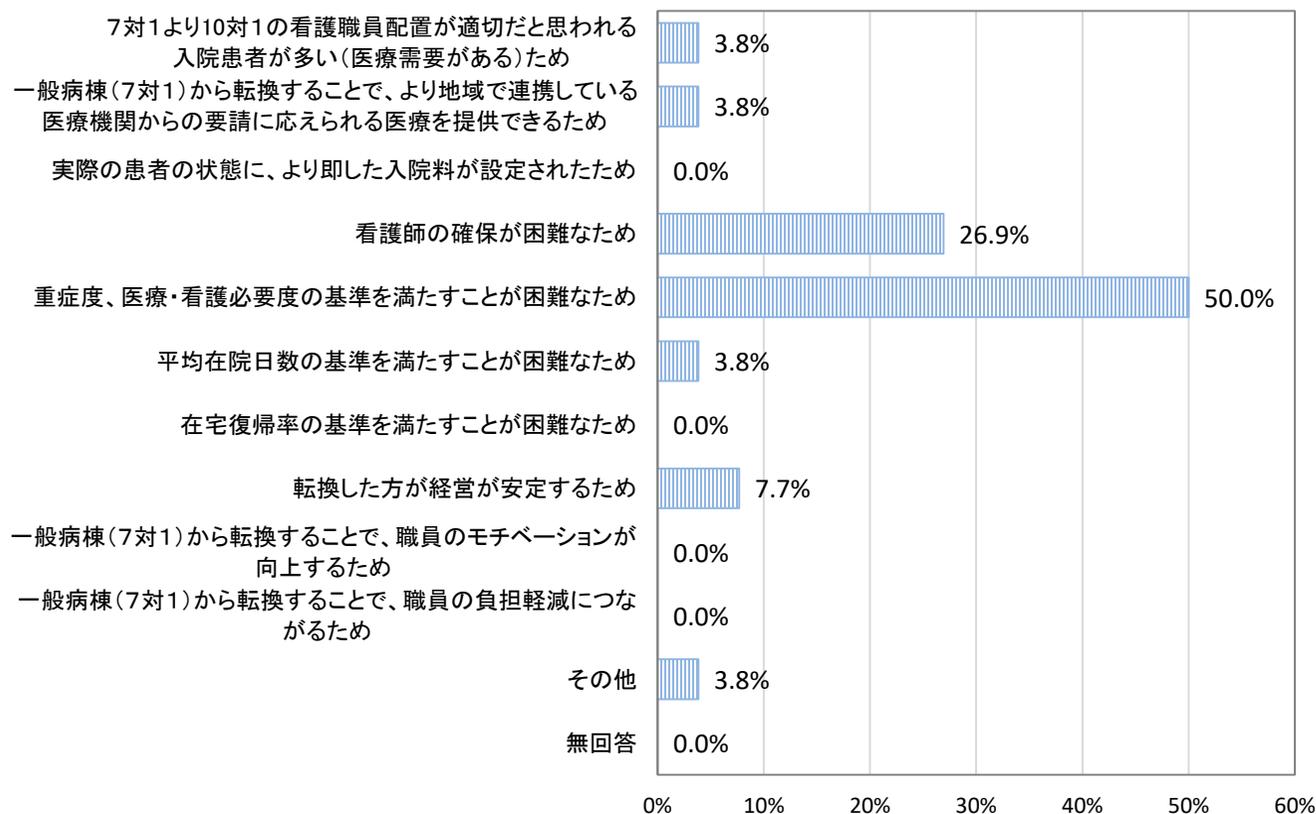


○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

2018年度調査

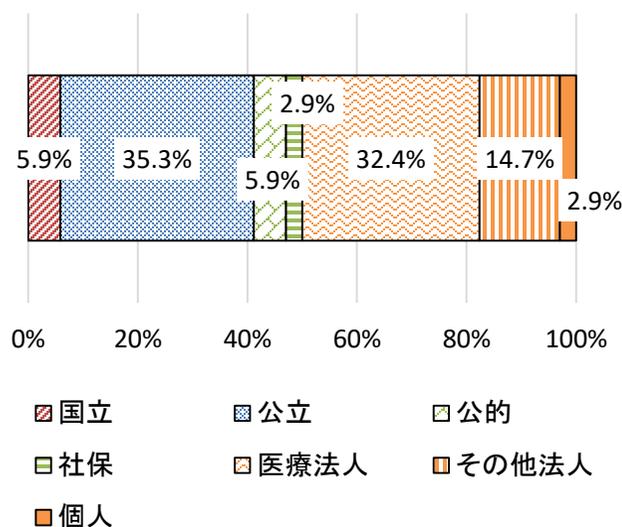
## 一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）

(n=26)



## (参考) 急性期一般入院料2又は3における開設者別の内訳

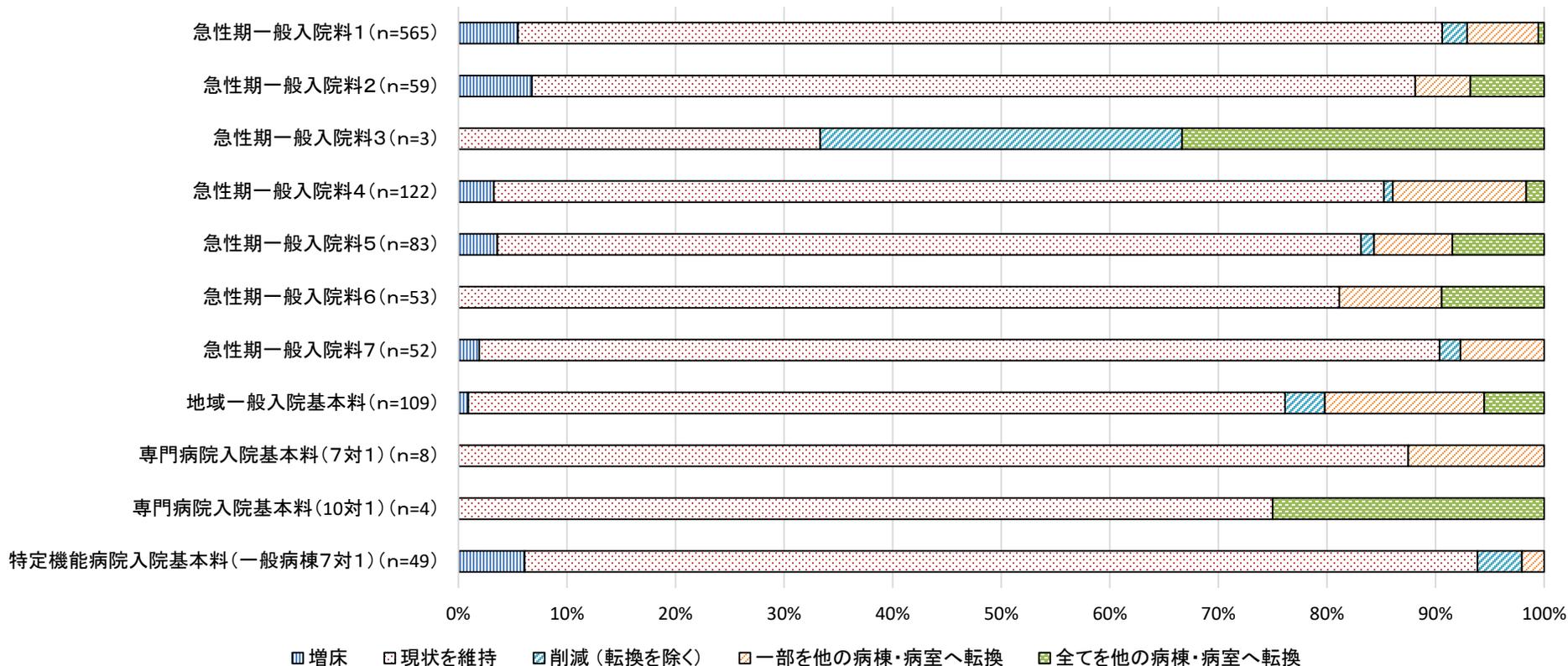
(n=34)



○ 急性期一般入院料等について、今後の届出の意向をみると、「現状を維持」が最も多かったが、「一部を他の病棟・病室へ転換」と「全てを他の病棟・病室へ転換」という回答を合わせると、約1~2割あった。

2019年度調査

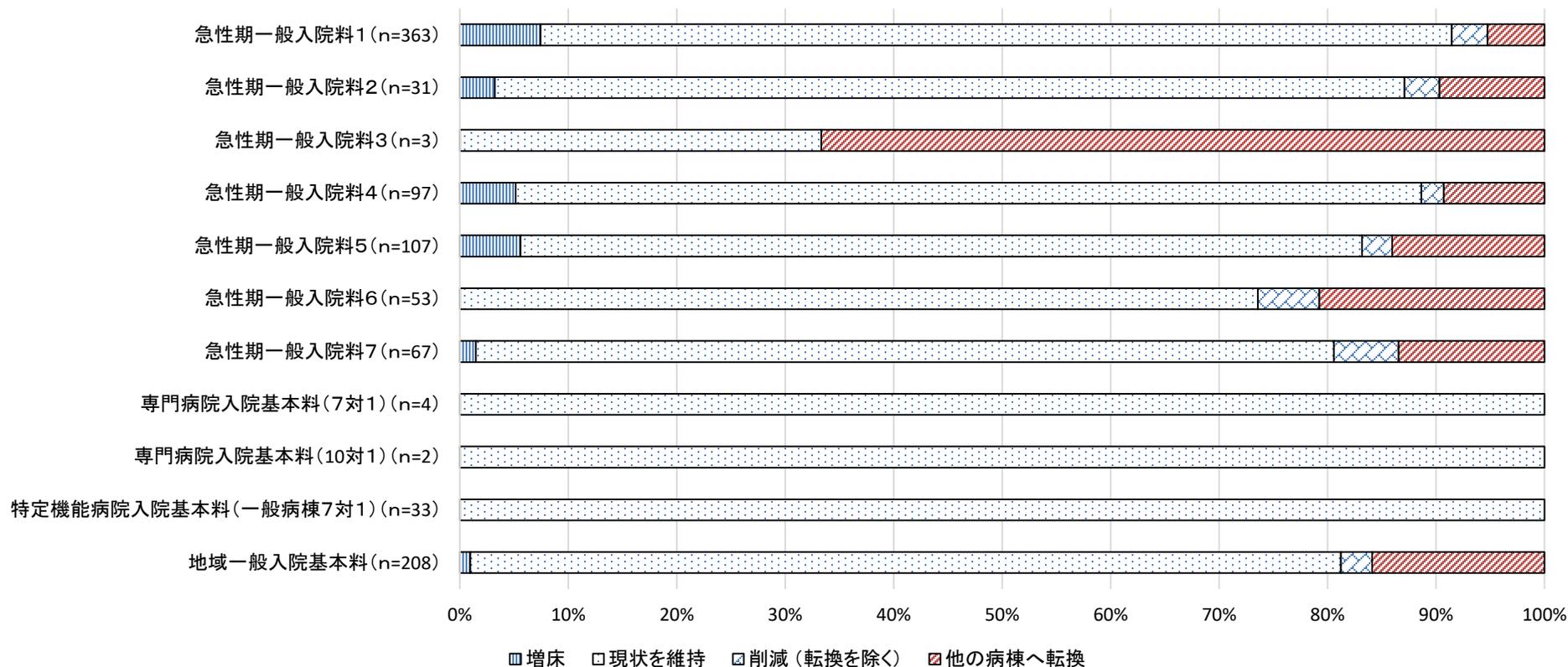
## 入院料基本料別の病床数の増減の意向



○ 急性期一般入院料について、今後の届出の意向をみると、「現状を維持」が最も多かったが、「他の病棟へ転換」という回答も、約1~2割あった。

2018年度調査

## 入院料基本料別の病床数の増減の意向



# 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

## ➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターとの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点2点以上かつB得点3点以上</li> <li>・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上</li> <li>・A得点3点以上</li> <li>・C得点1点以上</li> </ul>
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点1点以上</li> <li>・C得点1点以上</li> </ul>

# 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

## ➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点2点以上かつB得点3点以上</li> <li>・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上</li> <li>・A得点3点以上</li> <li>・C得点1点以上</li> </ul>
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点1点以上</li> <li>・C得点1点以上</li> </ul>

## 重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

### 各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。( )内は200床未満の経過措置

現行の基準を満たす患者割合の要件	
一般病棟7対1入院基本料	25% (23%)
看護必要度加算1(一般)	24%
看護必要度加算2(一般)	18%
看護必要度加算3(一般)	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	25% (23%)
看護必要度加算1(特定、専門)	24%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%
7対1入院基本料(結核)	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%

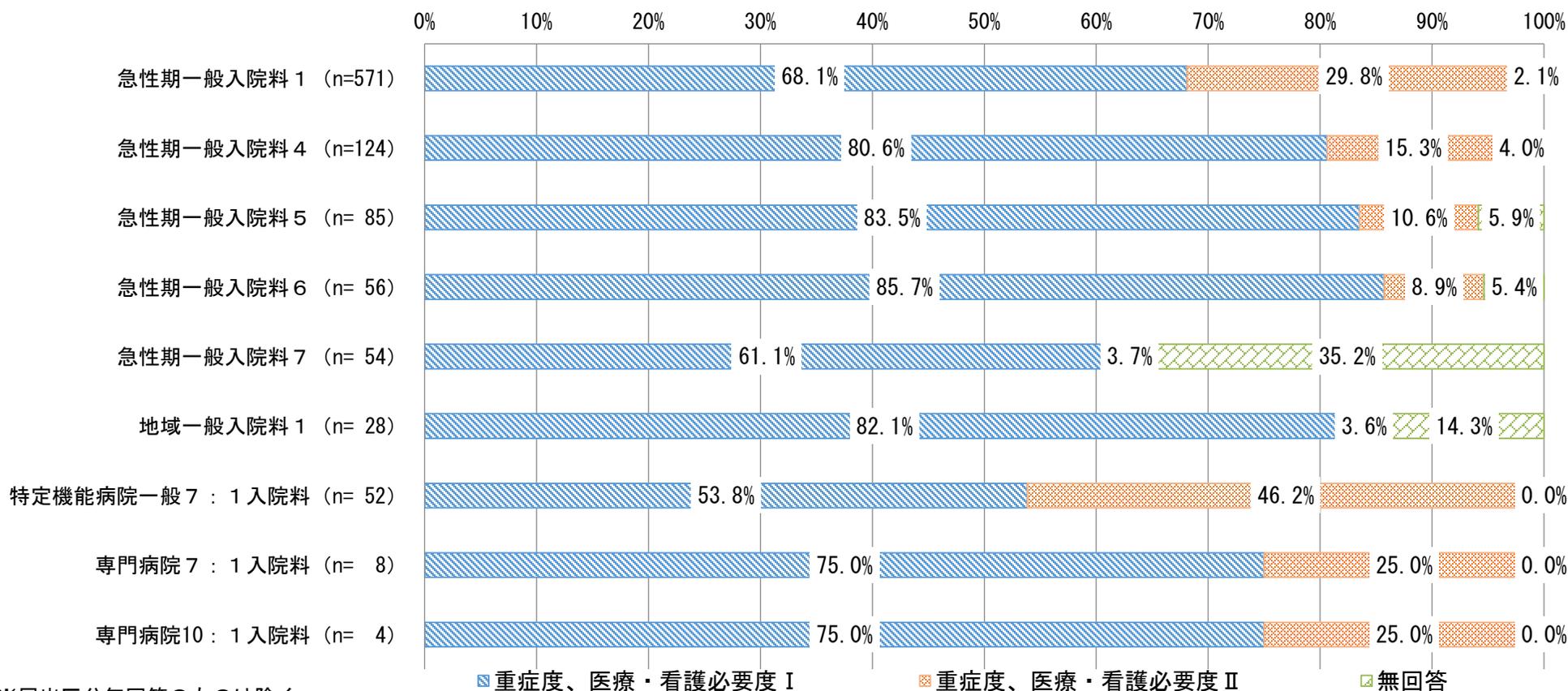


改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護 必要度Ⅰ	重症度、医療・看護 必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24% (22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23% (21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約3割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

2019年度調査

## 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別

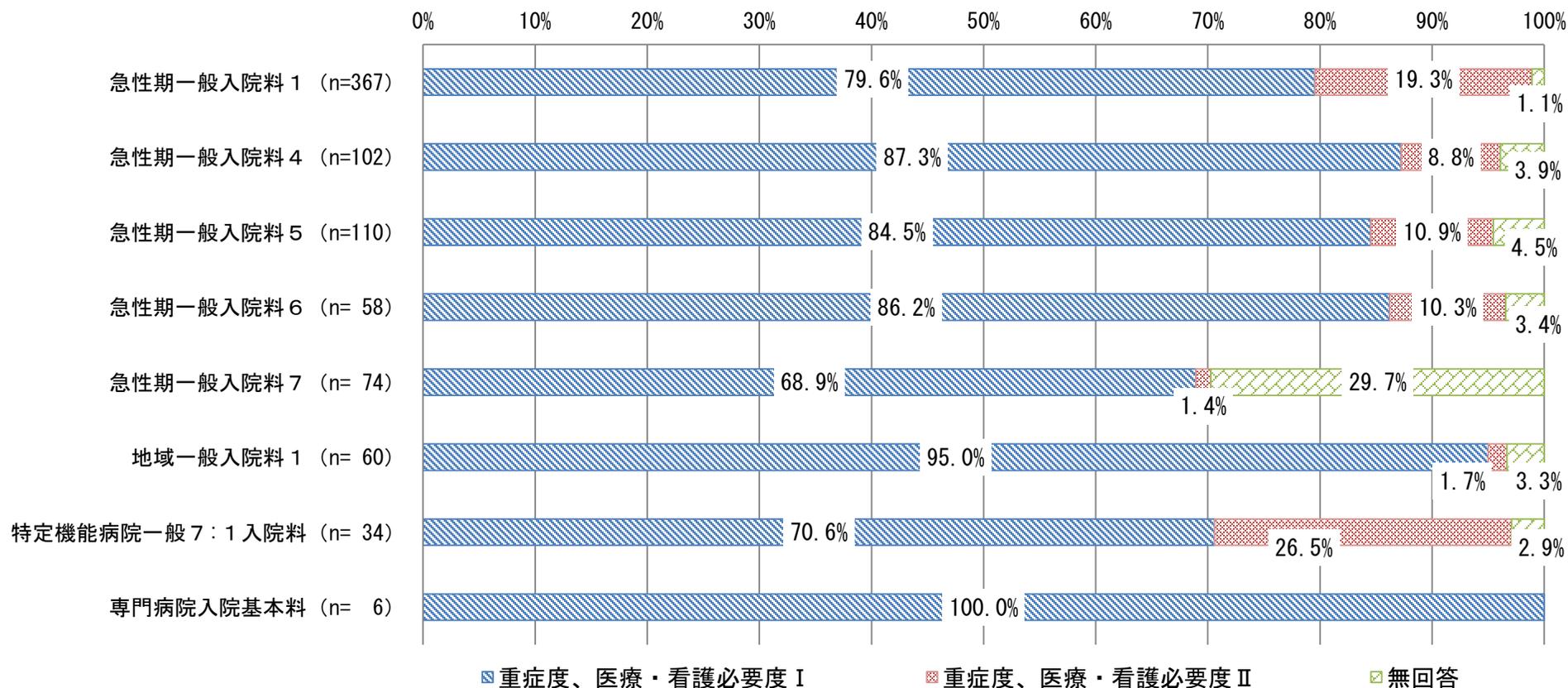


※届出区分無回答のものは除く

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約2割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

2018年度調査

## 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別

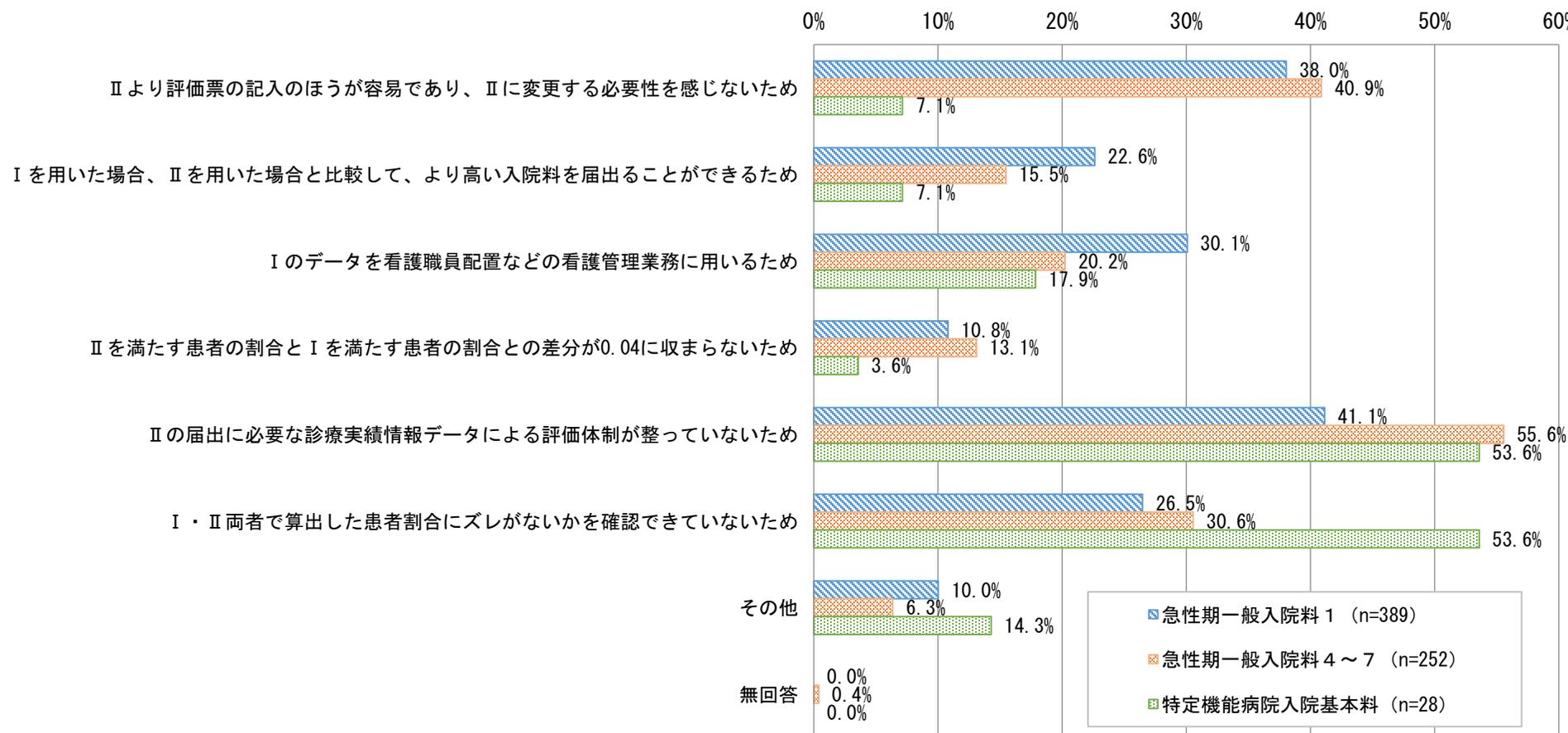


※届出区分無回答のものは除く

○ 重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由をみると、「II の届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っていないため」が多かった。

## 重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由

(複数回答)

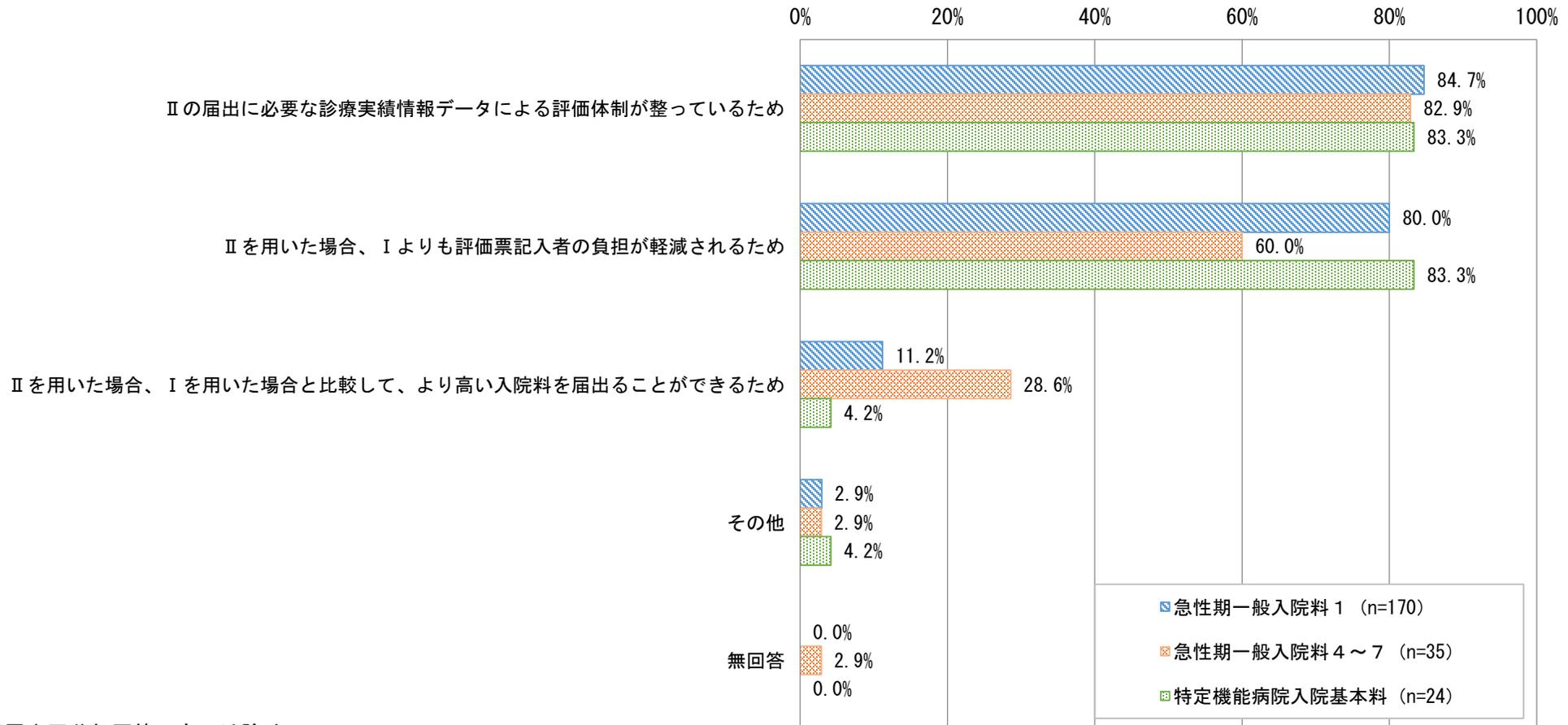


※届出区分無回答のものは除く

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」が多かった。

## 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

(複数回答)

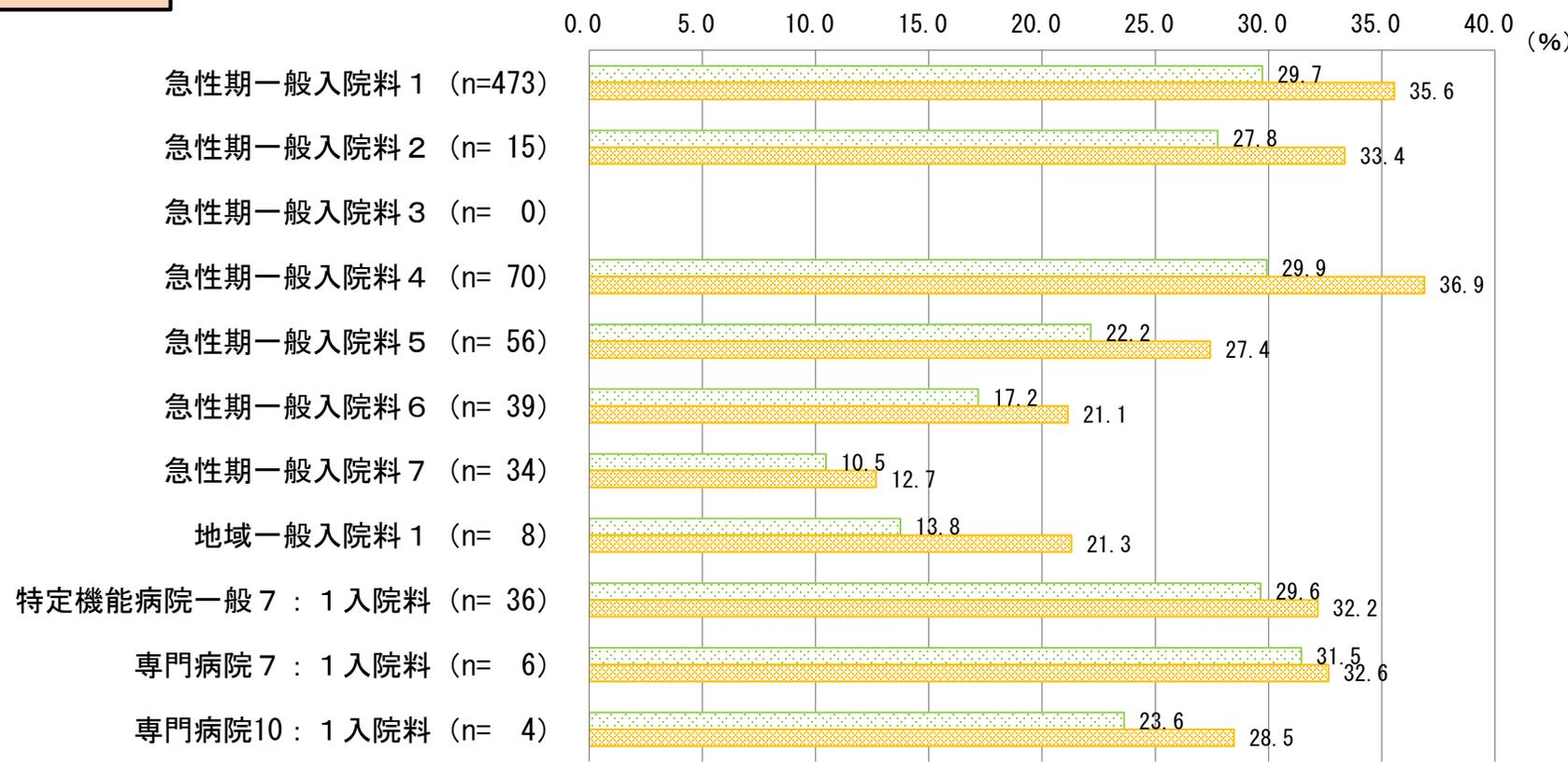


※届出区分無回答のものは除く

○ 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年と平成31年のいずれも回答した施設の平均をみると、平成31年の方が割合が高かった。

## 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30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較)

2019年度調査



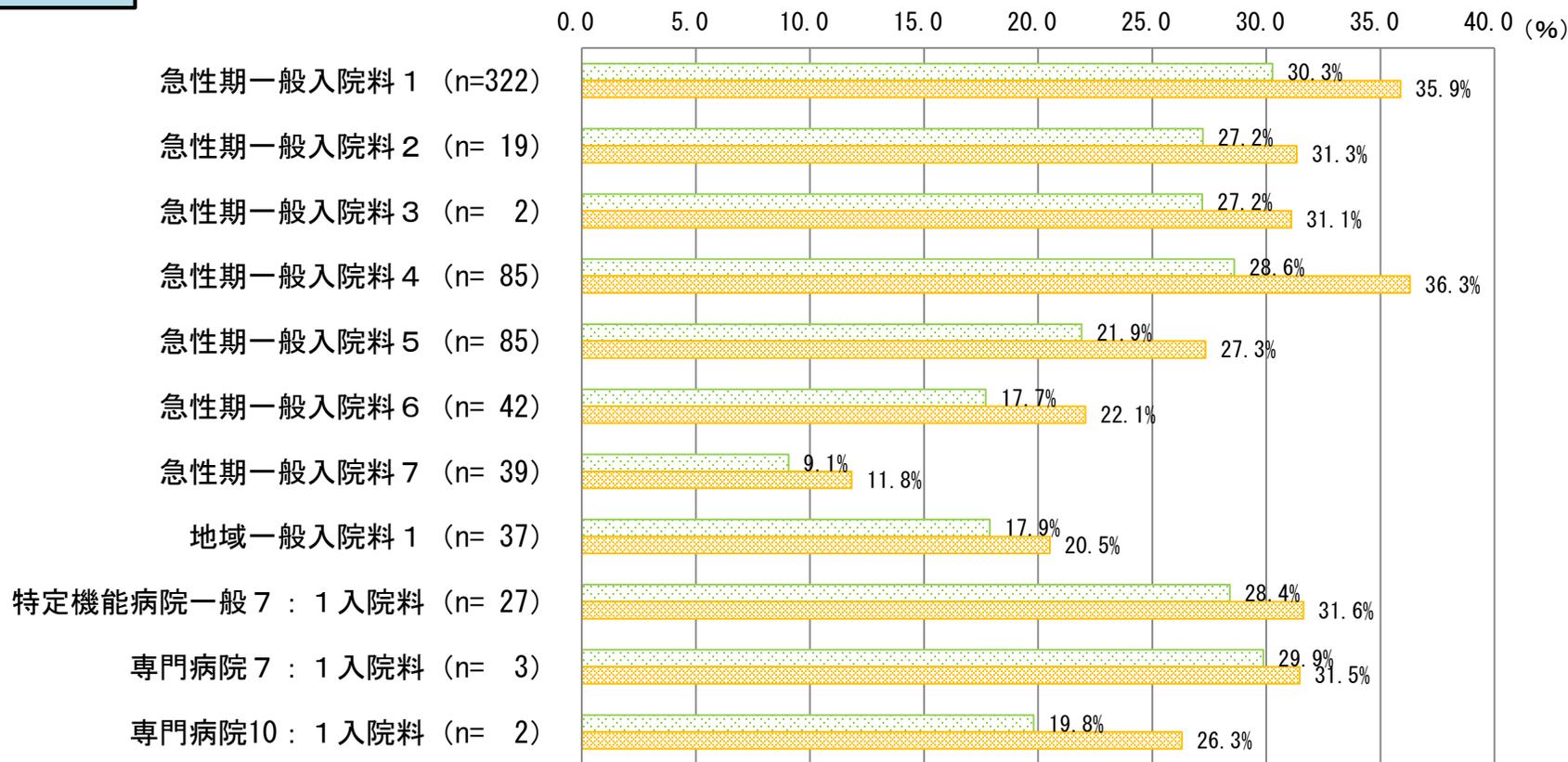
※届出区分無回答のもの除く  
※平成30年と平成31年（重症度、医療・看護必要度 I）の両方を回答したのもののみ集計

■平成30年 1～3月  
■平成31年 1～3月（重症度、医療・看護必要度 I）

○ 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、平成30年の方が割合が高かった。

## 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)

2018年度調査



※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）の両方を回答したのもののみ集計

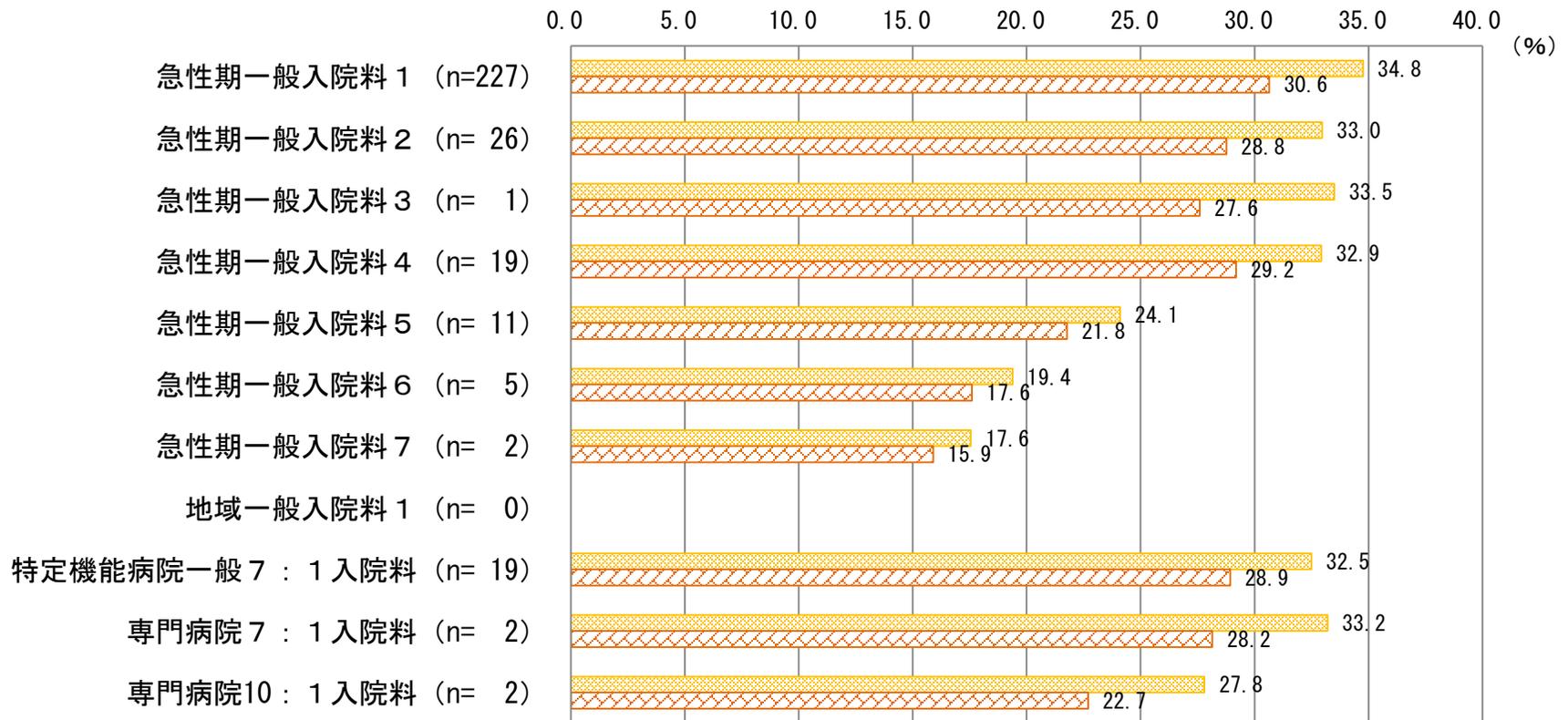
■ 平成29年 8月～10月  
■ 平成30年 8月～10月 (重症度、医療・看護必要度 I)

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について平成31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31年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較)

2019年度調査



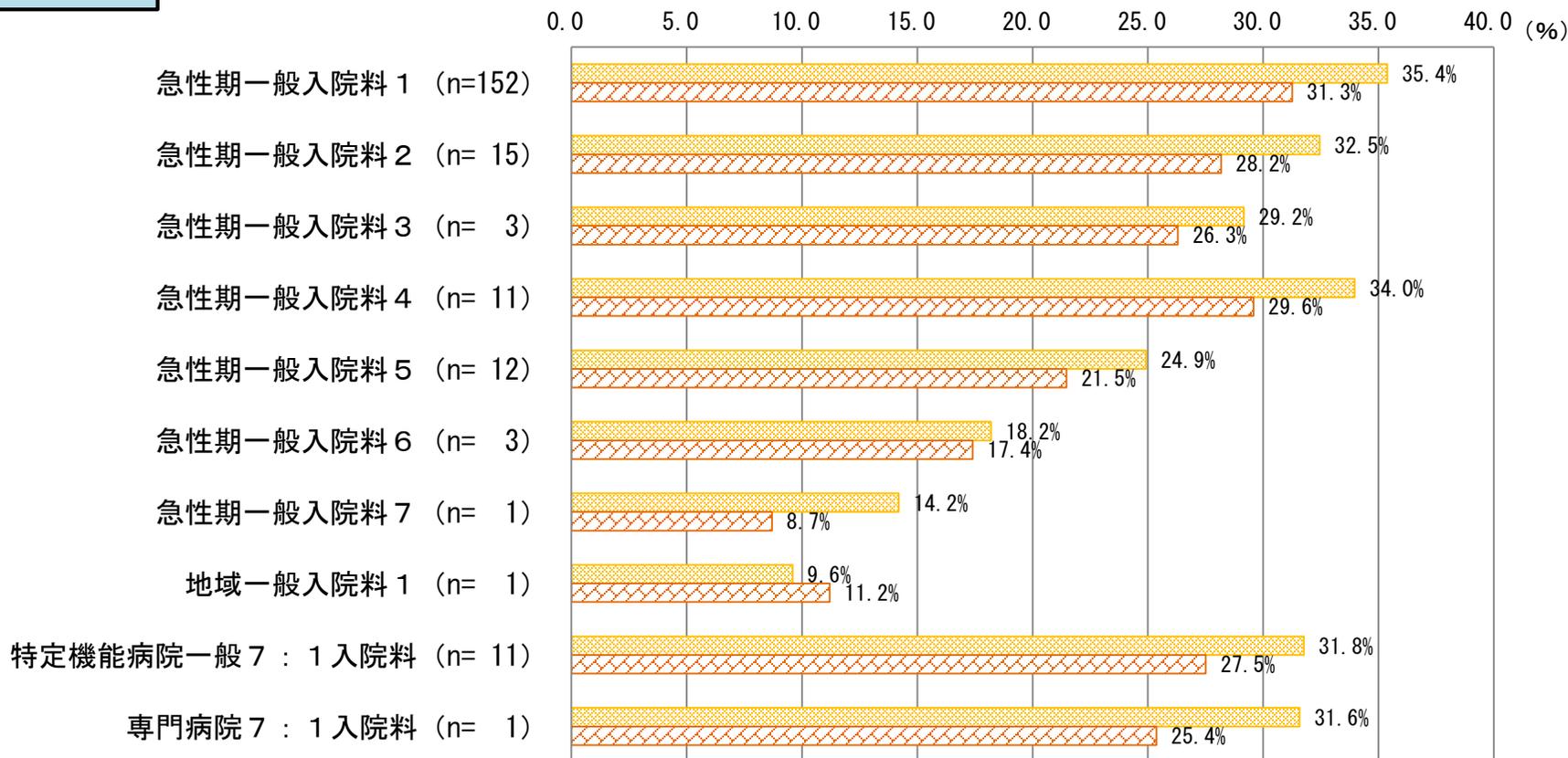
■ 平成31年 1～3月 (重症度、医療・看護必要度Ⅰ)  
 ■ 平成31年 1～3月 (重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

※届出区分無回答のものは除く  
 ※平成31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

○ 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）

2018年度調査

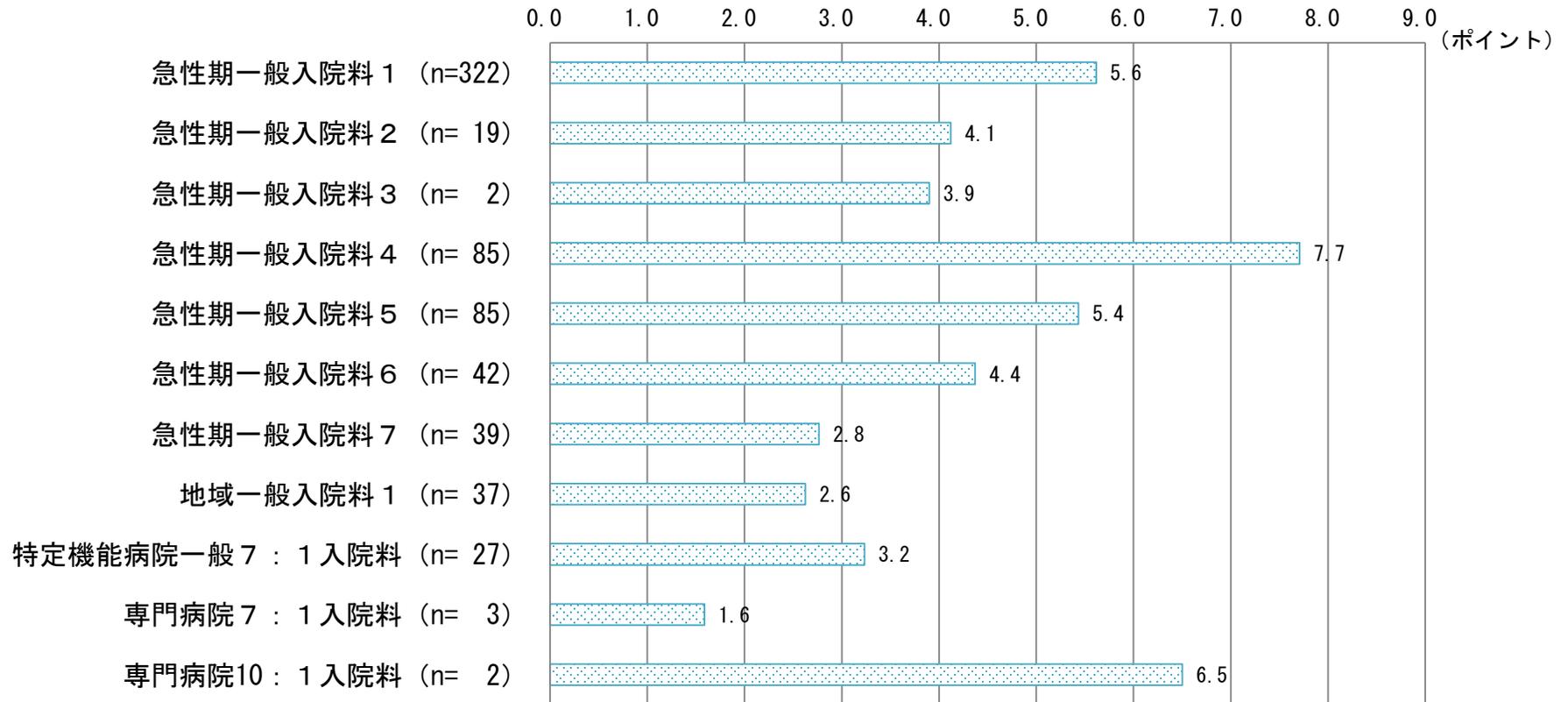


■平成30年8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）  
▨平成30年8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

※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の両方を回答したのもののみ集計

○ 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における差の平均をみると、急性期一般入院料1では5.6ポイントの差があった。

## 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割合の差 （平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）



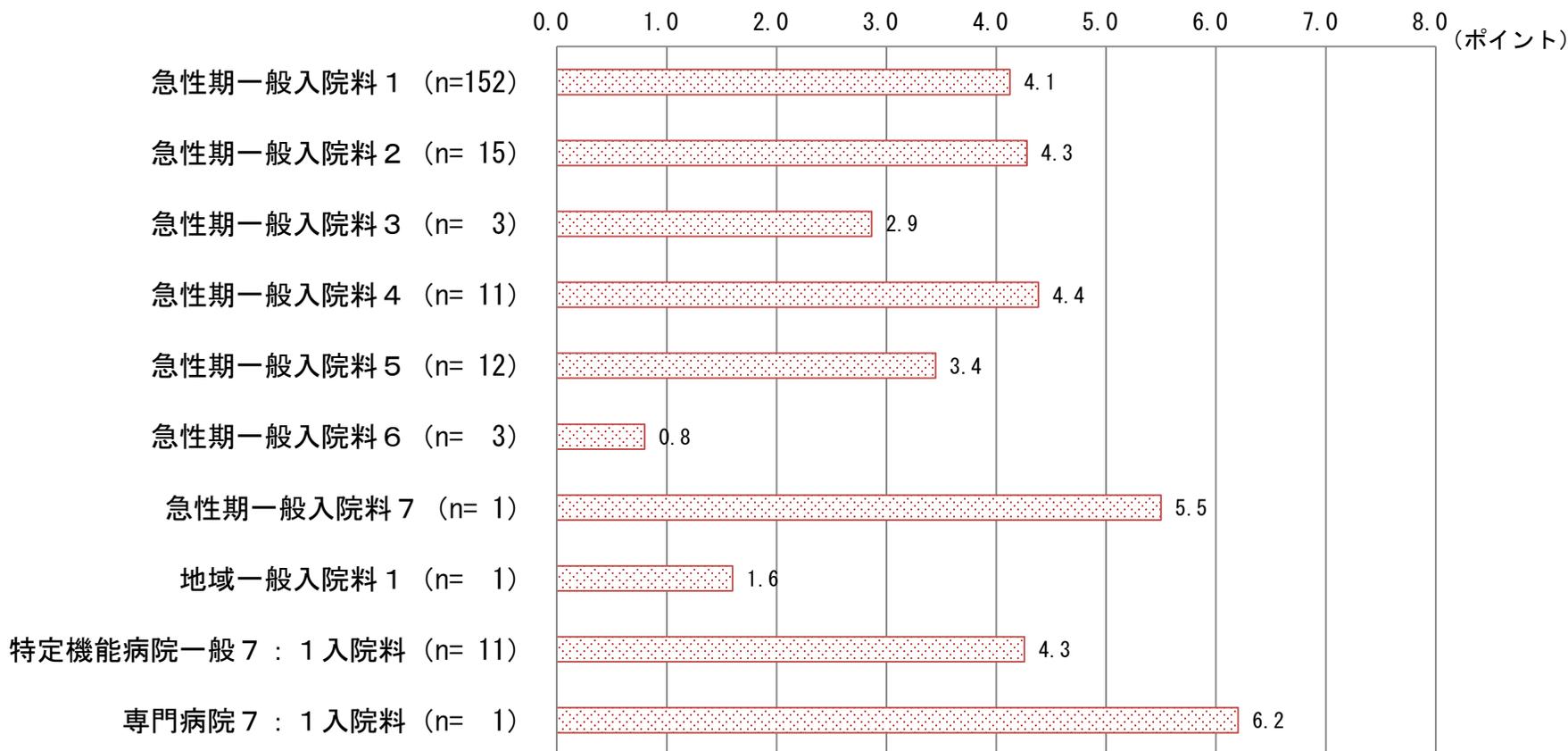
■ 平成29年8月～10月と平成30年8月～10月（重症度、医療・看護必要度 I）の差 [平成30年－平成29年]

※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

○ 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における差の平均をみると、急性期一般入院料1では4.1ポイントの差があった。

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



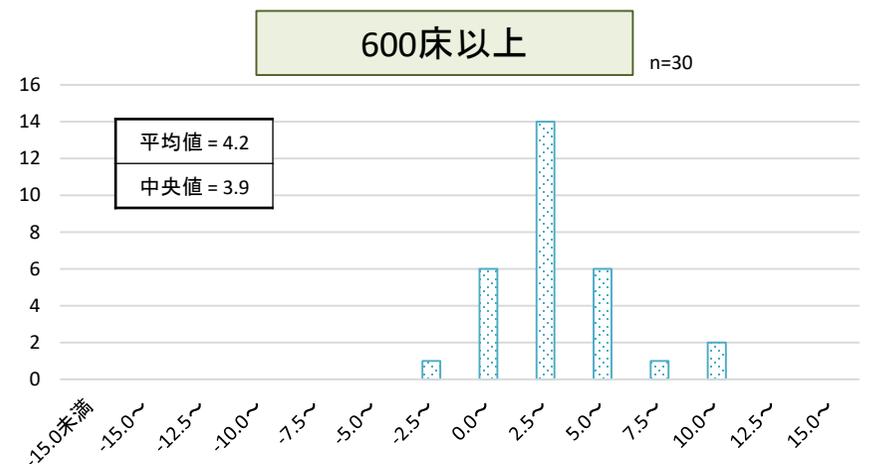
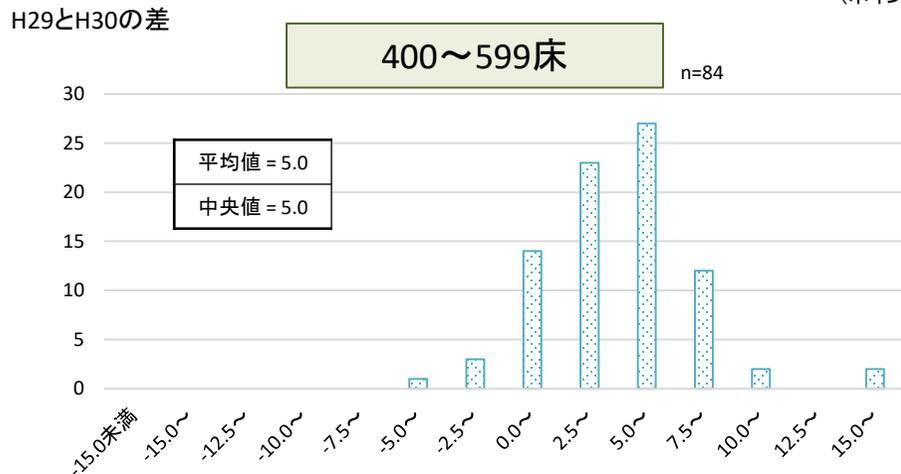
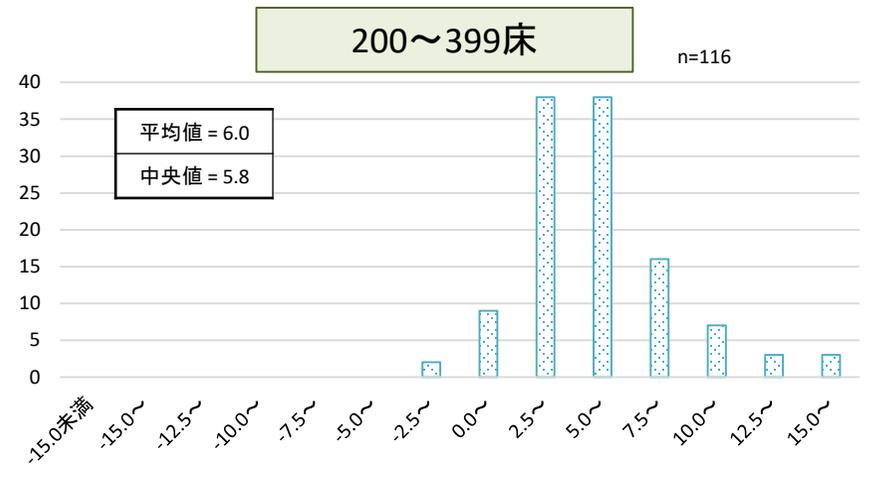
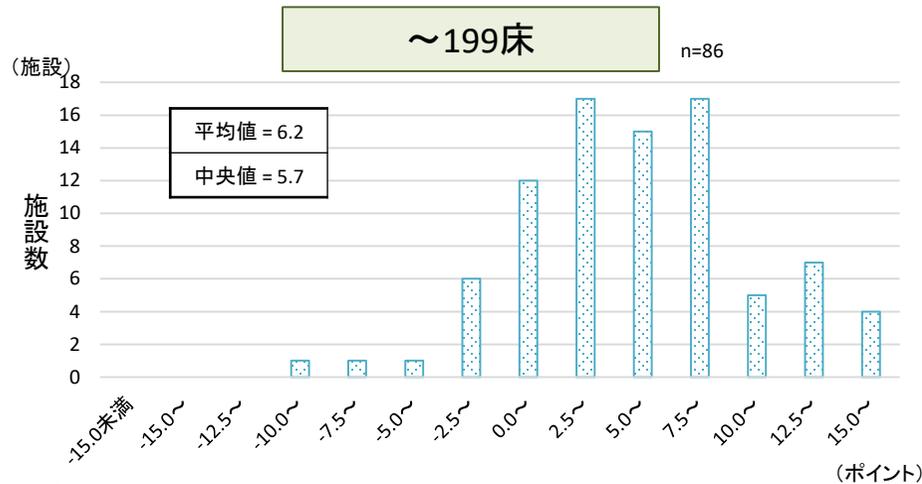
※届出区分無回答のものは除く

※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したのもののみ集計

□ 平成30年8月～10月における重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差 [Ⅰ－Ⅱ]

○ 急性期一般入院料 1 において病床規模別に改定前後の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の差の分布をみると、600床未満では5ポイント前後の医療機関が最も多かった。

## 【急性期一般入院料 1】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割合の差の分布 (平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較)

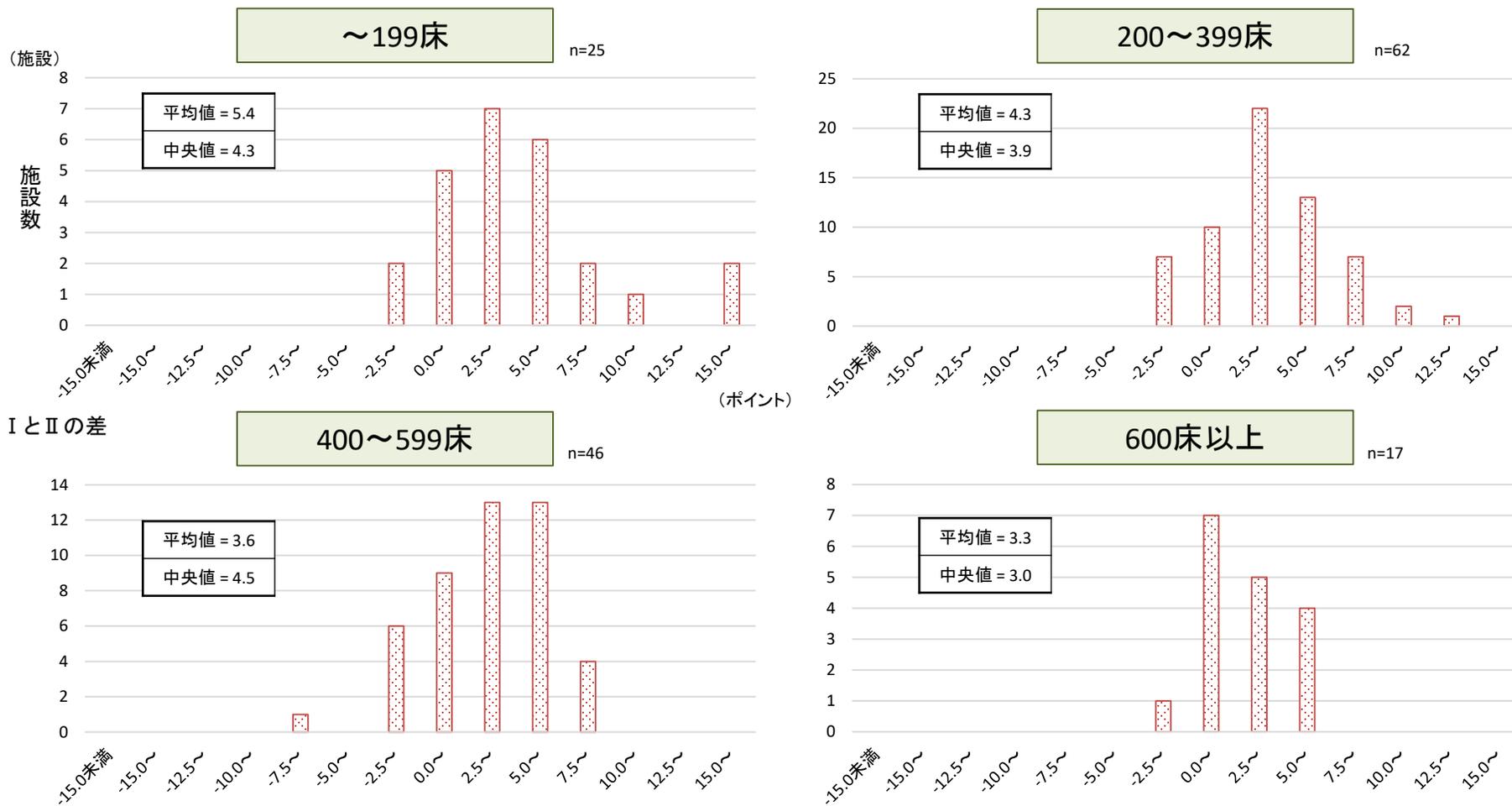


□ 平成29年8月~10月と平成30年8月~10月(重症度、医療・看護必要度I)の差 [平成30年-平成29年]

※届出区分又は病床規模が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のみ集計

○ 急性期一般入院料1において病床規模別に重症度、医療・看護必要度IとIIの該当患者割合の差の分布をみると、600床未満では2.5ポイント以上5ポイント未満の医療機関が最も多かった。

## 【急性期一般入院料1】重症度、医療・看護必要度I及びIIの基準を満たす患者割合の差の分布 (平成30年においてI・IIいずれも回答した施設の比較)

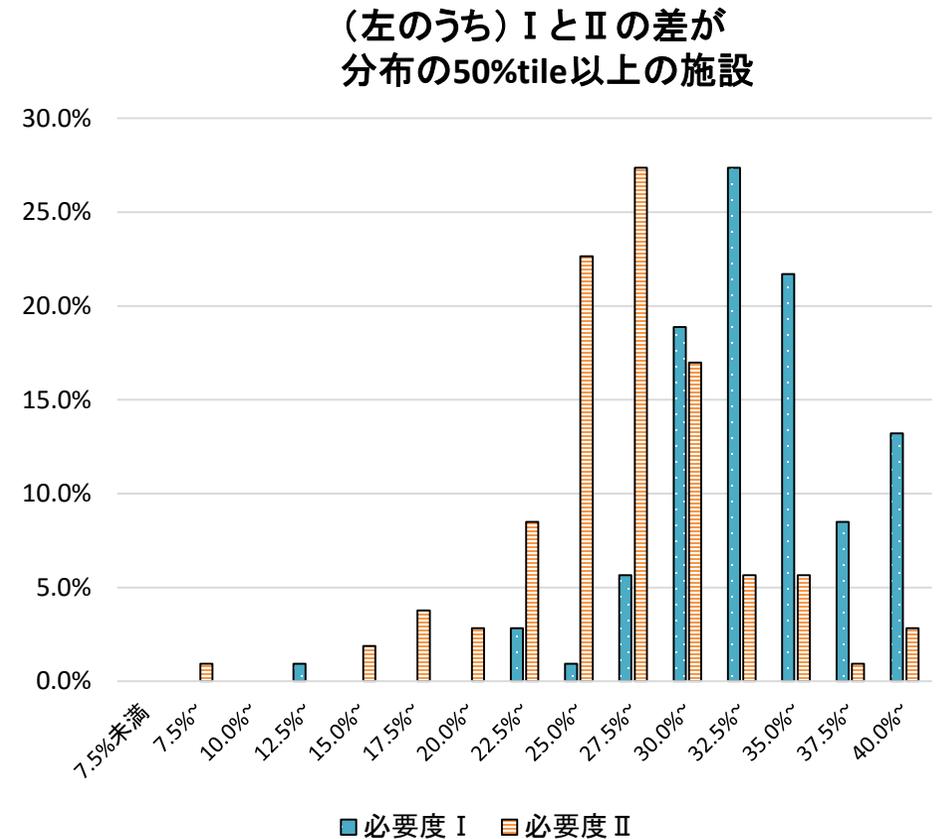
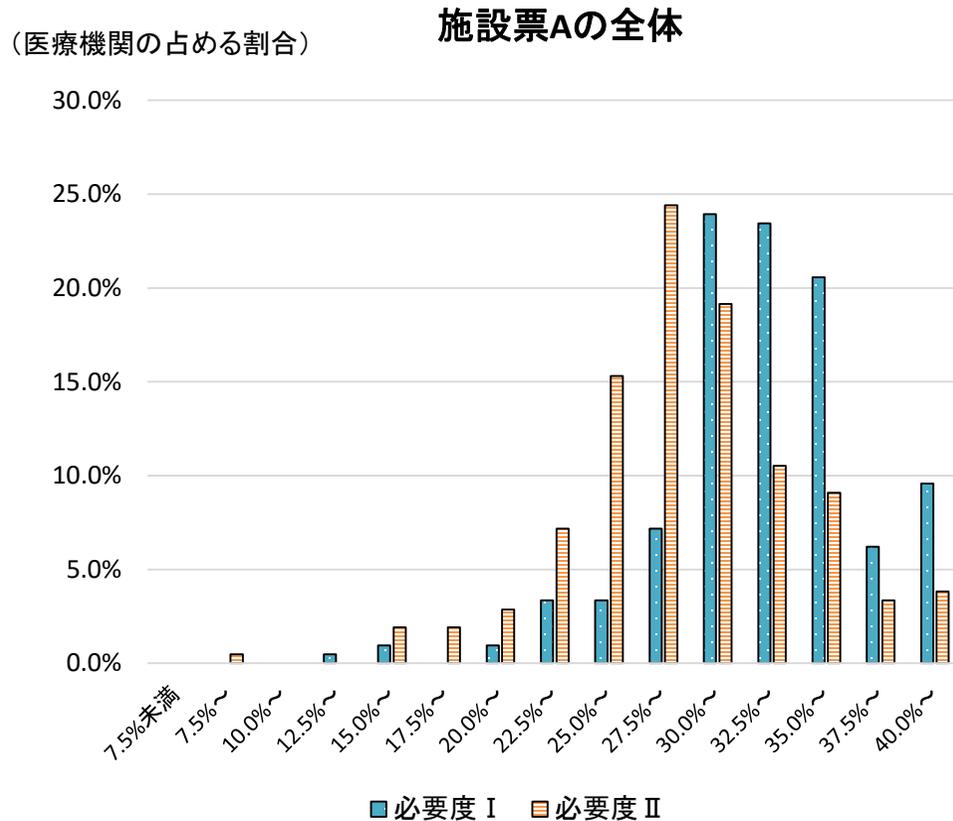


□ 平成30年8月~10月における重症度、医療・看護必要度IとIIの差 (I - II)

※届出区分又は病床規模が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の両方を回答したのもののみ集計

# 必要度ⅠとⅡの差が相対的に大きい医療機関

○ 必要度ⅠとⅡの割合について、施設票Aの全体と、そのうちⅠとⅡの差の大きさが50%tile以上の施設をみると、以下のような分布であった。



# 必要度 I と II の差が相対的に大きい医療機関

○ 必要度 I と II の差の大きさが全体の分布の50%tile以上となる医療機関のうち、必要度 I が相対的に高い医療機関は、全体と比べて、「A1点以上かつB3点以上」の基準や「診療・療養上の指示が通じる」に該当する患者割合が特に高かった。必要度 II が相対的に低い医療機関は、明らかな傾向がなかった。

【基準】	全体	必要度 I が高い (75%tile以上)	必要度 II が低い (25%tile以下)
A得点2点以上かつB得点3点以上	19.1%	22.5%	21.9%
「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上	16.8%	24.5%	16.7%
A得点3点以上	11.8%	14.5%	13.8%
C得点1点以上	4.4%	6.7%	7.9%
【A項目】			
創傷処置	13.4%	15.0%	12.6%
呼吸ケア	15.9%	19.0%	18.0%
点滴ライン同時3本以上の管理	3.4%	3.0%	3.4%
心電図モニター管理	23.5%	28.8%	27.2%
シリンジポンプ管理	3.3%	3.2%	3.8%
輸血や血液製剤管理	1.5%	1.3%	1.5%
専門的な治療処置	18.8%	16.6%	17.7%
抗悪性腫瘍剤の使用	1.2%	0.6%	0.9%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	1.4%	0.8%	1.1%
麻薬の使用	1.5%	1.3%	2.0%
麻薬の内服・貼付・坐剤	2.7%	1.9%	2.4%
放射線治療	1.0%	0.3%	0.5%
免疫抑制剤管理	3.7%	4.7%	3.2%
昇圧剤の使用	0.6%	0.4%	0.2%
抗不整脈剤の使用	0.1%	0.2%	0.1%
抗血栓塞栓薬点滴の使用	1.8%	2.1%	1.3%
ドレナージ管理	6.6%	6.1%	8.0%
無菌治療室での治療	0.6%	0.4%	0.5%
救急搬送後の入院	0.7%	3.0%	2.7%

【B項目】	全体	必要度 I が高い (75%tile以上)	必要度 II が低い (25%tile以下)
寝返り(1点)	27.7%	25.3%	23.6%
寝返り(2点)	27.3%	30.1%	25.5%
移乗(1点)	25.7%	31.7%	24.8%
移乗(2点)	16.2%	20.5%	14.7%
口腔清潔(1点)	55.1%	56.2%	53.3%
食事摂取(1点)	26.9%	29.8%	23.9%
食事摂取(2点)	15.2%	17.4%	13.3%
衣服の着脱(1点)	21.7%	23.9%	17.6%
衣服の着脱(2点)	36.4%	40.2%	32.2%
診療・療養上の指示が通じる(1点)	27.2%	38.6%	23.7%
危険行動(2点)	12.8%	19.6%	9.1%
【C項目】			
開頭手術	0.2%	0.1%	0.3%
開胸手術	0.2%	0.2%	0.0%
開腹手術	0.6%	0.6%	0.7%
骨の手術	1.6%	2.4%	2.9%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	0.6%	1.1%	1.4%
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	0.9%	1.6%	1.3%
救命等に係る内科的治療	0.5%	0.9%	1.4%

※75%tile以上は n=56,948(人日) 25%tile未満は n=24,850(人日)

※基準及び各項目の該当患者割合は必要度 I で判定

# 看護必要度の評価法 I と II の評価状況の違い

(一方で「あり」という評価の中、他方で「あり」と評価されていないものの割合)

患者単位

(再掲：降順)

項目	Iで未評価	IIで未評価
A3	78.3	60.9
A7⑧	71.6	48.2
A7⑥	68.5	41.4
A7⑦	64.0	23.0
A7③	55.3	47.7
A7⑨	52.9	20.8
A5	50.6	70.3
A7②	42.6	55.8
A1①	34.8	61.1
A6	20.4	13.1
A7④	18.8	55.3
A7⑪	16.7	19.6
A7⑩	15.8	30.4
A1②	15.5	89.8
A7①	12.7	20.4
A7⑤	11.5	9.6
A4	10.6	26.9
A2	9.8	29.4

項目	IIで未評価
A1②	89.8
A5	70.3
A1①	61.1
A3	60.9
A7②	55.8
A7④	55.3
A7⑧	48.2
A7③	47.7
A7⑥	41.4
A7⑩	30.4
A2	29.4
A4	26.9
A7⑦	23.0
A7⑨	20.8
A7①	20.4
A7⑪	19.6
A6	13.1
A7⑤	9.6

(再掲：降順)

項目	Iで未評価	IIで未評価
C21	57.9	7.3
C22③	27.3	18.0
C18	21.9	13.7
C17	20.3	25.2
C22①	18.9	17.2
C16	17.5	18.2
C22②	16.9	11.9
C20	10.1	8.3
C19	7.8	14.4

項目	IIで未評価
C17	25.2
C16	18.2
C22③	18.0
C22①	17.2
C19	14.4
C18	13.7
C22②	11.9
C20	8.3
C21	7.3

(参考) 研究班※による分析

※平成30・31年度厚生労働科学研究「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究」(研究代表者 松田晋哉)  
(以下、「研究班」と表記してあるものは同様)

# とりまとめの構成

## 1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

## 4. 慢性期入院医療について

## 5. 横断的事項について

## 6. 医療資源の少ない地域について

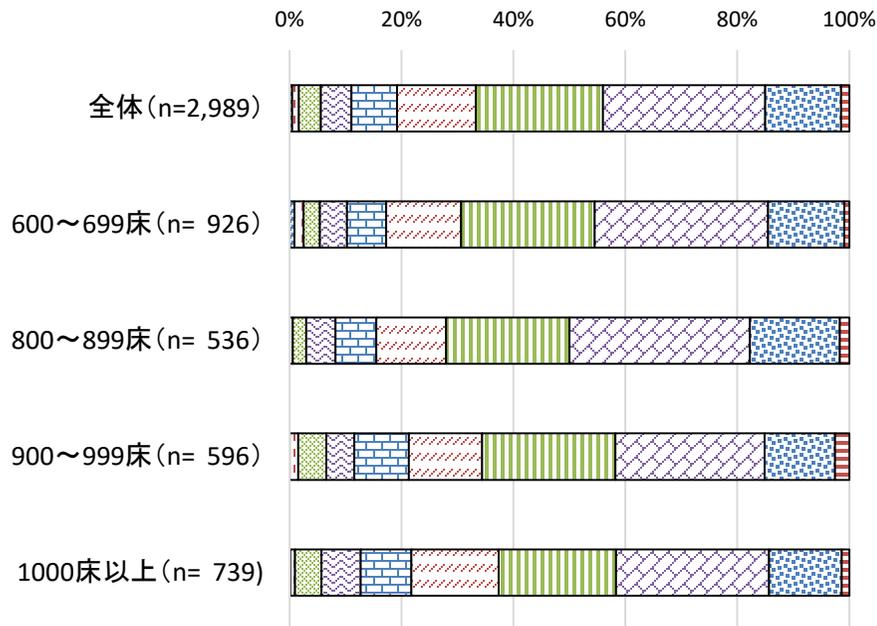
## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

## 8. DPC/PDPSについて

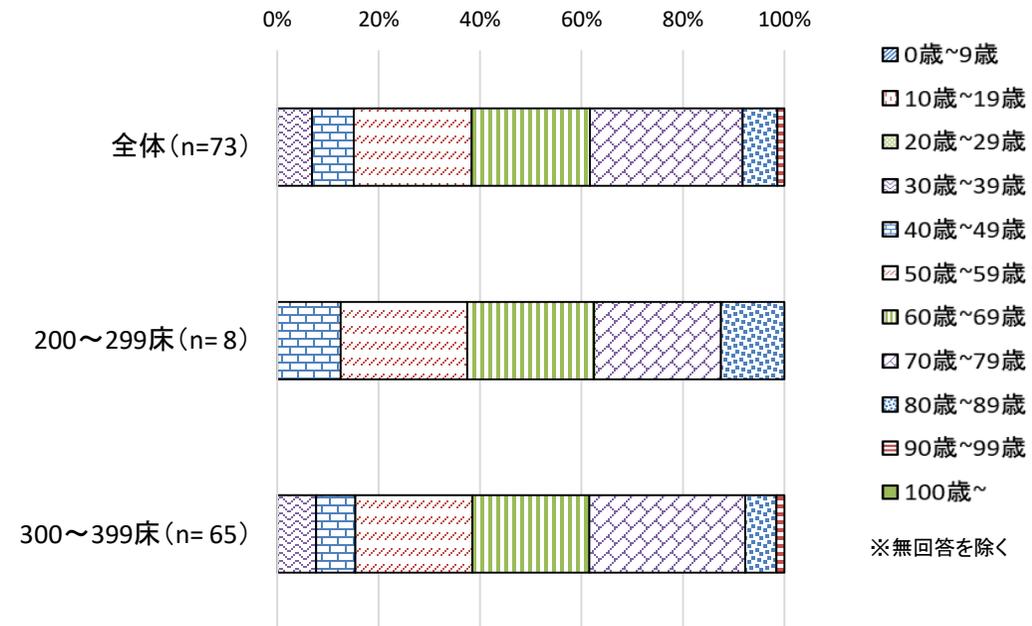
○ 特定機能病院及び専門病院では、病床規模による年齢階級別分布の違いは明らかでない。

## 年齢階級別分布

<特定機能病院入院基本料>



<専門病院入院基本料>



■ 0歳~9歳  
 ■ 10歳~19歳  
 ■ 20歳~29歳  
 ■ 30歳~39歳  
 ■ 40歳~49歳  
 ■ 50歳~59歳  
 ■ 60歳~69歳  
 ■ 70歳~79歳  
 ■ 80歳~89歳  
 ■ 90歳~99歳  
 ■ 100歳~  
 ※無回答を除く

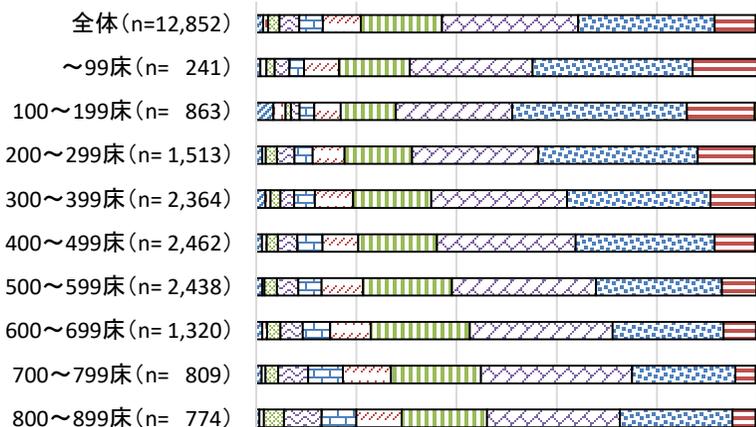
# 入院料・病床規模ごとの年齢階級別分布

○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど高齢の患者が多い傾向にあった。

## 年齢階級別分布

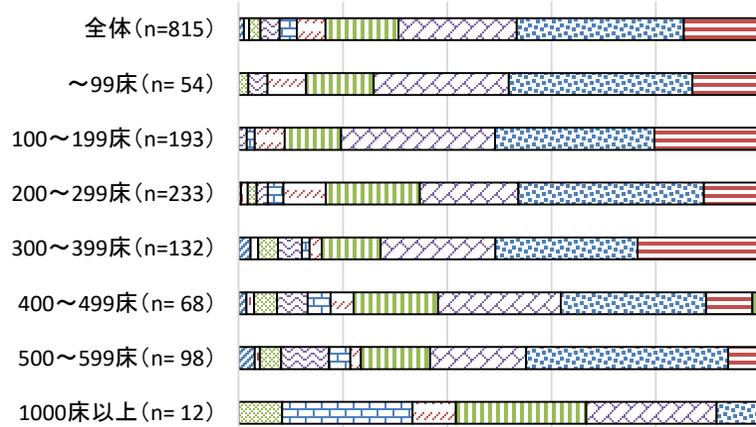
<急性期一般入院料1>

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



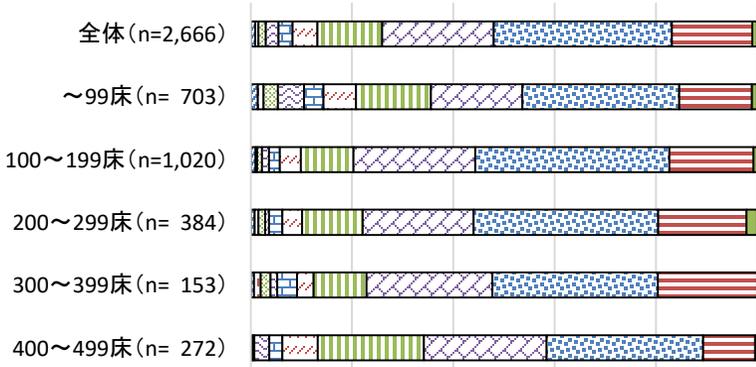
<急性期一般入院料2~3>

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



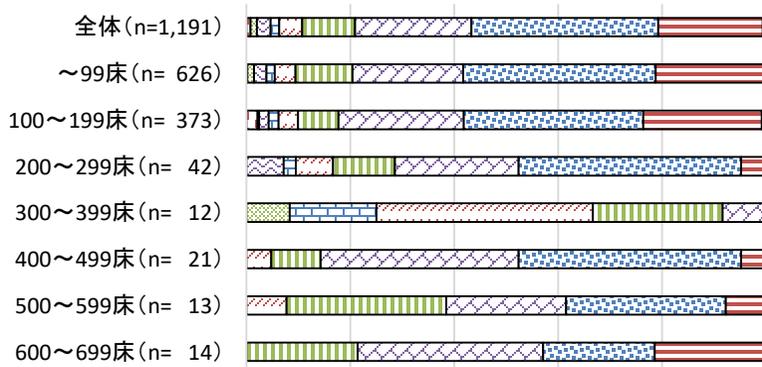
<急性期一般入院料4~7>

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



<地域一般入院料1~3>

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



- 0歳~9歳
- 10歳~19歳
- 20歳~29歳
- 30歳~39歳
- 40歳~49歳
- 50歳~59歳
- 60歳~69歳
- 70歳~79歳
- 80歳~89歳
- 90歳~99歳
- 100歳~

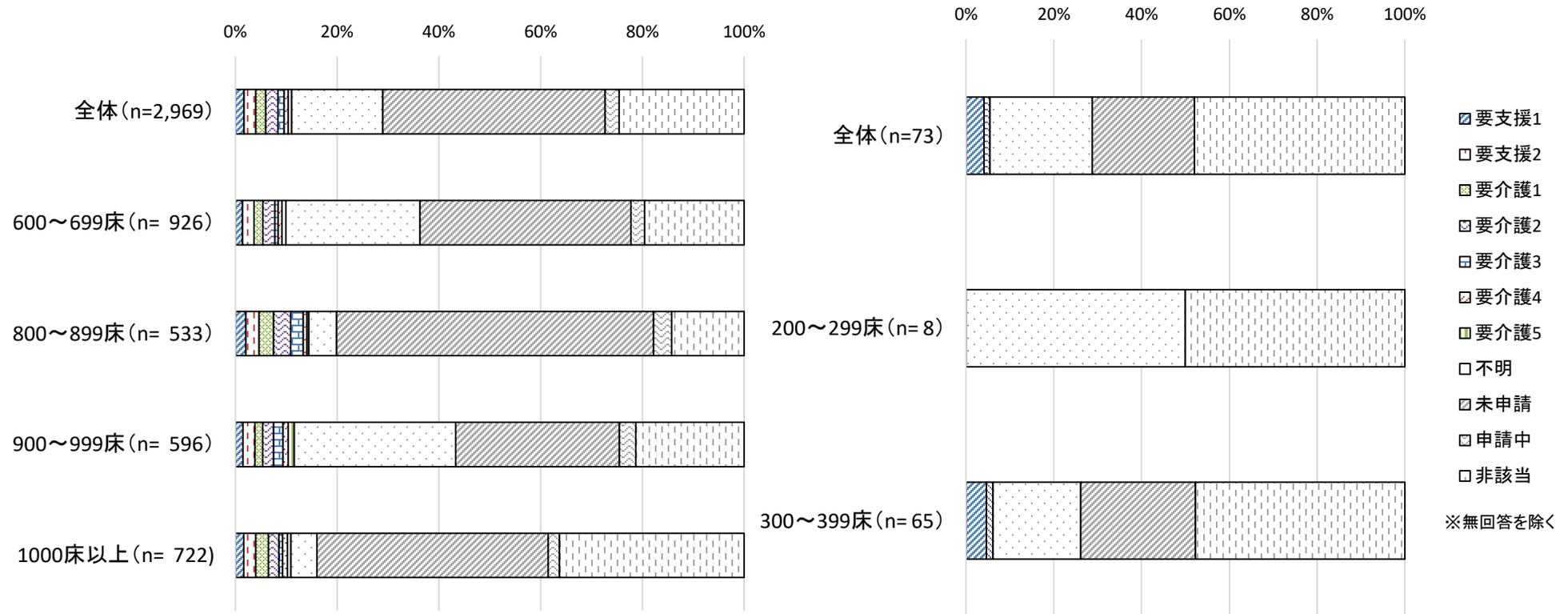
※無回答を除く

○ 特定機能病院及び専門病院では、要介護度「不明」「未申請」「非該当」の患者が多かった。

## 要介護度別の患者割合

<特定機能病院入院基本料>

<専門病院入院基本料>

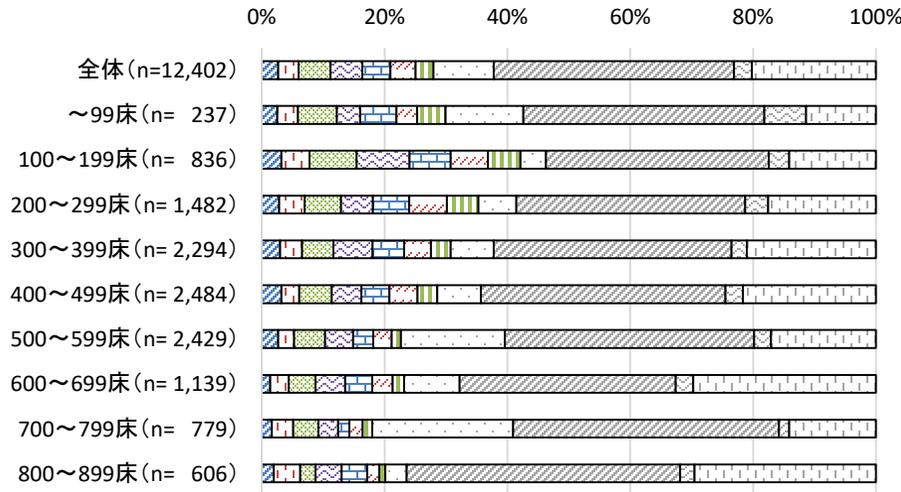


# 入院料・病床規模ごとの要介護度別の患者割合

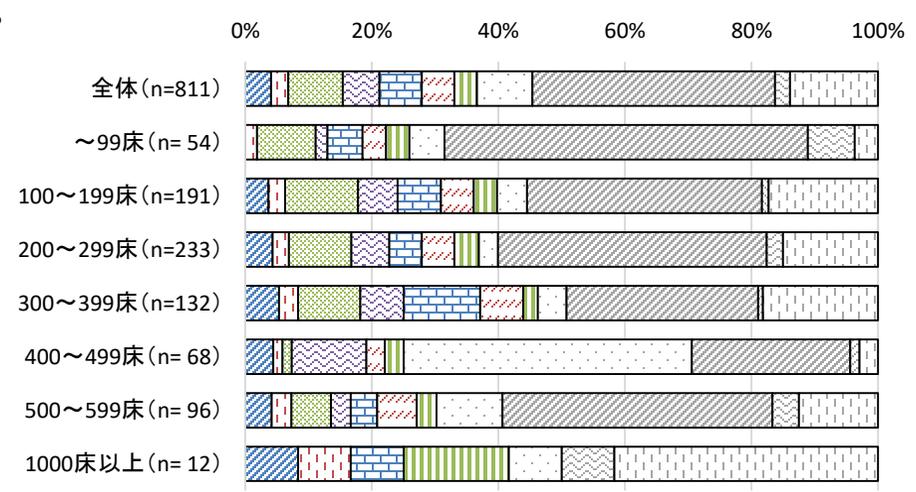
○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど要支援・要介護の患者が多い傾向にあった。

## 要介護度別の患者割合

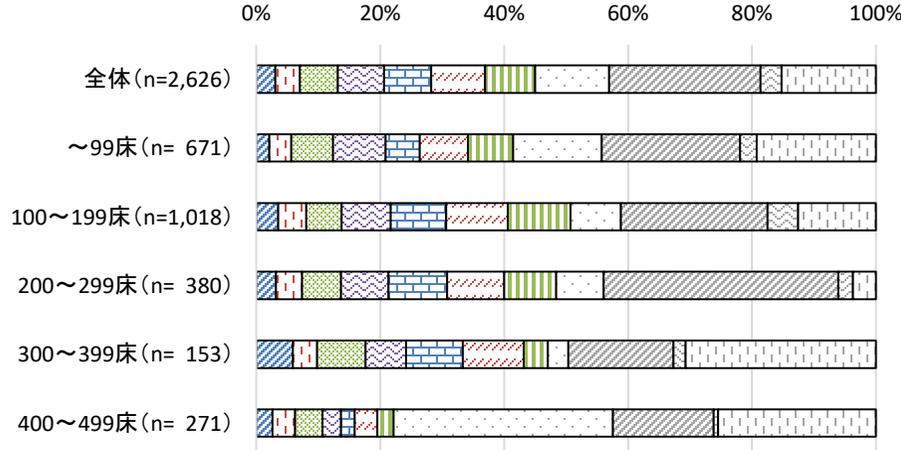
### <急性期一般入院料1>



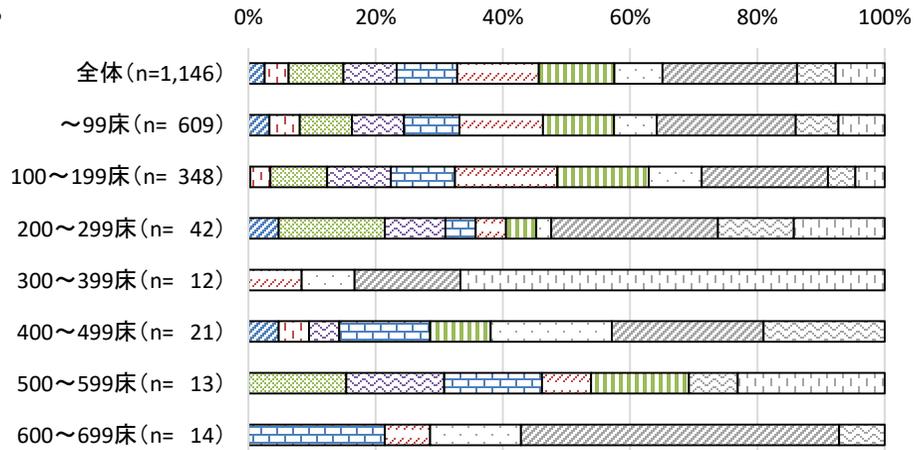
### <急性期一般入院料2~3>



### <急性期一般入院料4~7>



### <地域一般入院料1~3>

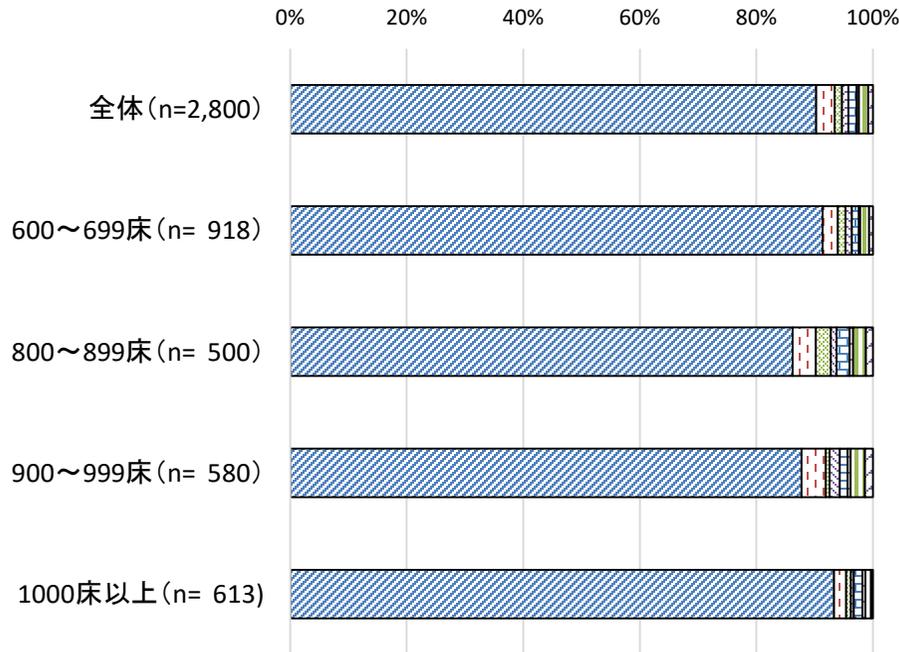


- 要支援1
  - 要支援2
  - 要介護1
  - 要介護2
  - 要介護3
  - 要介護4
  - 要介護5
  - 不明
  - 未申請
  - 申請中
  - 非該当
- ※無回答を除く

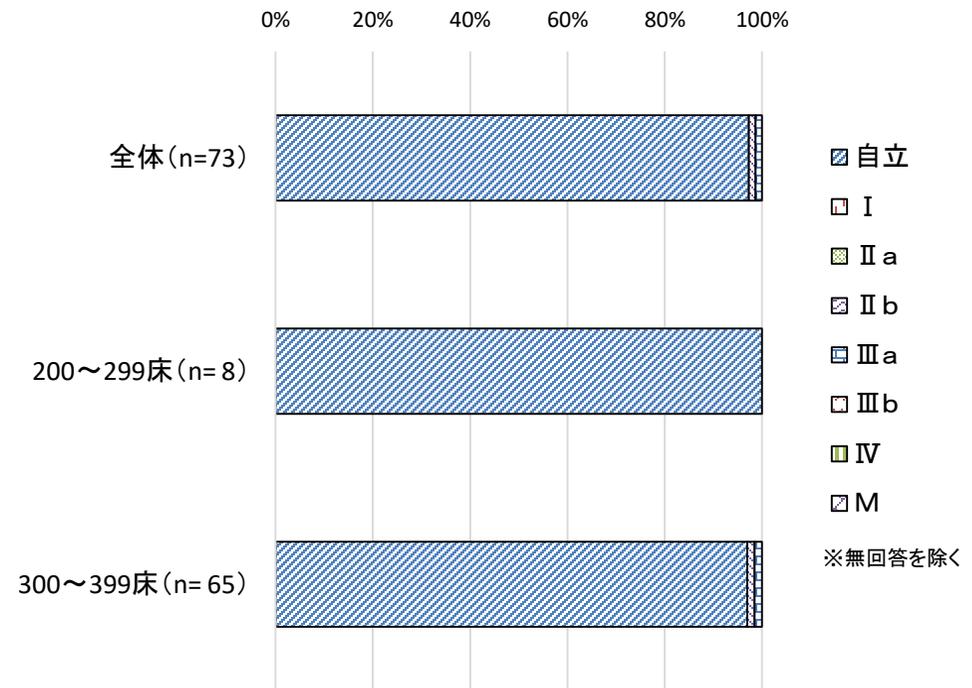
○ 特定機能病院及び専門病院では、認知症高齢者の日常生活自立度は「自立」が多かった。

## 認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

<特定機能病院入院基本料>



<専門病院入院基本料>

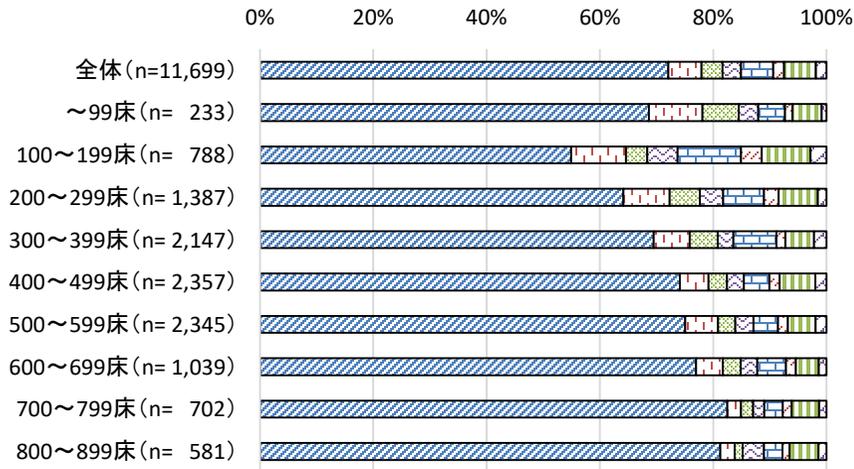


- 自立
  - I
  - IIa
  - IIb
  - IIIa
  - IIIb
  - IV
  - M
- ※無回答を除く

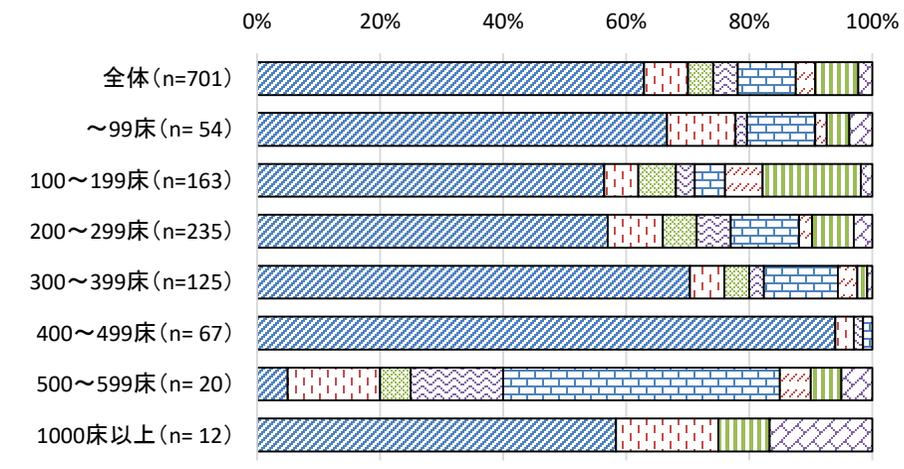
○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど「自立」の患者が少ない傾向にあった。

## 認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

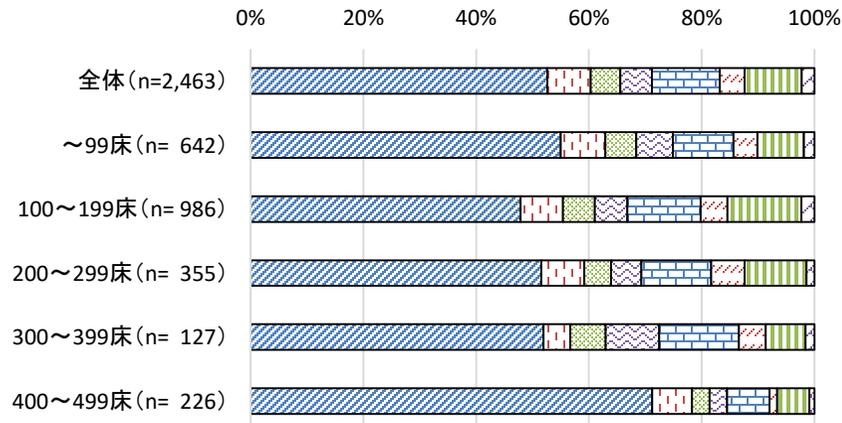
### <急性期一般入院料1>



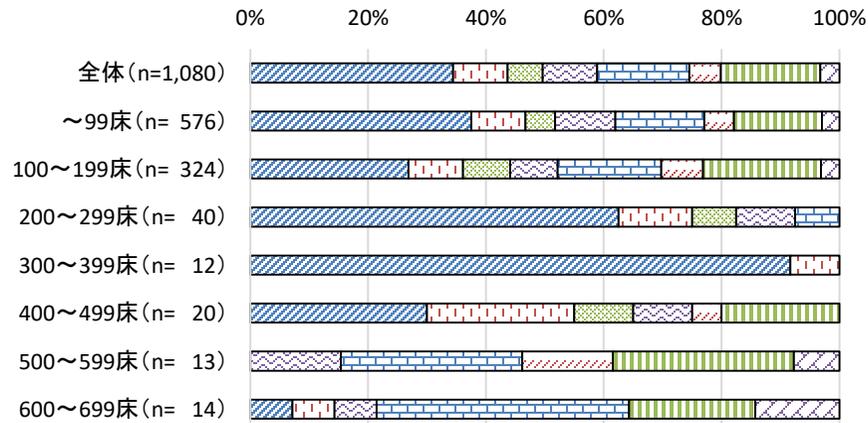
### <急性期一般入院料2~3>



### <急性期一般入院料4~7>



### <地域一般入院料1~3>



■ 自立  
□ I  
■ IIa  
■ IIb  
■ IIIa  
■ IIIb  
■ IV  
■ M

※無回答を除く

# 各基準の重複（入院料別・必要度Ⅰ）

○ 必要度Ⅰにおいて、平成30年度診療報酬改定で新設された基準②と他の基準との重複をみると、いずれとも重複なしが最も多く、次いで基準①との重複が多かった。

## 必要度Ⅰ

	基準②に該当			全体 (n=163,310)	急性期一般入院料1 (n=115,567)	急性期一般入院料2 (n=1,123)	急性期一般入院料4 (n=4,308)	急性期一般入院料5 (n=1,687)	急性期一般入院料6 (n=490)	急性期一般入院料7 (n=62)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=11,341)
	基準③に該当	基準④に該当	重複なし								
基準①に該当	×	×	×	24.0%	22.6%	23.3%	25.5%	35.4%	53.9%	12.9%	29.4%
	○	×	×	21.9%	22.2%	35.4%	29.5%	24.7%	6.3%	45.2%	10.7%
	×	○	×	21.4%	21.0%	8.9%	21.9%	16.4%	24.9%	6.5%	29.9%
	×	×	○	3.9%	4.2%	2.0%	0.9%	3.1%	3.9%	6.5%	4.7%
	○	○	×	18.1%	18.6%	28.0%	19.0%	13.7%	10.0%	14.5%	10.6%
	○	×	○	0.8%	0.9%	0.1%	0.2%	0.1%	0.4%	1.6%	0.4%
	×	○	○	8.3%	8.6%	2.2%	2.6%	5.9%	0.4%	12.9%	12.8%
	○	○	○	1.7%	1.8%	0.0%	0.3%	0.7%	0.2%	0.0%	1.5%

	基準①に該当			全体 (n=121,662)	急性期一般入院料1 (n=88,175)	急性期一般入院料2 (n=1,238)	急性期一般入院料4 (n=4,152)	急性期一般入院料5 (n=1,521)	急性期一般入院料6 (n=241)	急性期一般入院料7 (n=118)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=4,192)
	基準③に該当	基準④に該当	重複なし								
基準②に該当	×	×	×	41.8%	41.5%	41.5%	48.6%	56.1%	61.8%	62.7%	35.9%
	○	×	×	29.4%	29.1%	32.1%	30.6%	27.4%	12.9%	23.7%	29.0%
	×	○	×	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	×	×	○	1.3%	1.3%	0.8%	0.5%	0.4%	3.7%	5.1%	1.4%
	○	○	×	24.2%	24.4%	25.4%	19.7%	15.2%	20.3%	7.6%	28.6%
	○	×	○	1.1%	1.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.8%	0.8%	1.1%
	×	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	2.2%	2.4%	0.0%	0.4%	0.7%	0.4%	0.0%	4.1%

	基準①に該当			全体 (n=112,018)	急性期一般入院料1 (n=79,928)	急性期一般入院料2 (n=579)	急性期一般入院料4 (n=2,210)	急性期一般入院料5 (n=835)	急性期一般入院料6 (n=322)	急性期一般入院料7 (n=22)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=9,710)
	基準②に該当	基準④に該当	重複なし								
基準③に該当	×	×	×	24.0%	23.5%	23.7%	12.6%	23.5%	41.3%	4.5%	32.4%
	○	×	×	31.2%	30.4%	17.3%	42.8%	33.1%	37.9%	18.2%	34.9%
	×	○	×	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	×	×	○	4.0%	4.1%	0.3%	1.8%	2.5%	4.7%	0.0%	3.5%
	○	○	×	26.3%	27.0%	54.4%	37.1%	27.7%	15.2%	40.9%	12.4%
	○	×	○	12.0%	12.4%	4.3%	5.1%	12.0%	0.6%	36.4%	15.0%
	×	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	2.4%	2.7%	0.0%	0.7%	1.3%	0.3%	0.0%	1.8%

	基準①に該当			全体 (n=55,497)	急性期一般入院料1 (n=40,747)	急性期一般入院料2 (n=110)	急性期一般入院料4 (n=696)	急性期一般入院料5 (n=379)	急性期一般入院料6 (n=107)	急性期一般入院料7 (n=22)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=4,614)
	基準②に該当	基準③に該当	重複なし								
基準④に該当	×	×	×	46.0%	45.1%	45.5%	66.8%	49.1%	55.1%	13.6%	43.7%
	○	×	×	11.6%	11.9%	20.0%	5.3%	14.0%	17.8%	18.2%	11.5%
	×	○	×	2.8%	2.9%	9.1%	2.7%	1.6%	8.4%	27.3%	1.2%
	×	×	○	8.0%	8.0%	1.8%	5.7%	5.5%	14.0%	0.0%	7.4%
	○	○	×	2.4%	2.6%	0.9%	1.1%	0.5%	1.9%	4.5%	1.0%
	○	×	○	24.3%	24.3%	22.7%	16.1%	26.4%	1.9%	36.4%	31.5%
	×	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	4.9%	5.2%	0.0%	2.2%	2.9%	0.9%	0.0%	3.7%

基準①:  
A2点かつB3点以上

基準②:  
B14又はB15に該当し  
A1点かつB3点以上

基準③:  
A3点以上

基準④:  
C1点以上

# 各基準の重複（入院料別・必要度Ⅱ）

○ 必要度Ⅱにおいて、平成30年度診療報酬改定で新設された基準②と他の基準との重複をみると、いずれとも重複なしが最も多く、必要度Ⅰと同様の傾向であった。

## 必要度Ⅱ

	基準②に該当	基準③に該当	基準④に該当	全体 (n=52,231)	急性期一般入院料1 (n=37,834)	急性期一般入院料2 (n=2,603)	急性期一般入院料3 (n=1,293)	急性期一般入院料4 (n=1,271)	急性期一般入院料5 (n=414)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=8,456)
基準①に該当	x	x	x	28.1%	26.8%	24.4%	29.4%	32.4%	47.3%	34.2%
	○	x	x	17.9%	18.1%	26.1%	24.2%	23.7%	11.4%	12.5%
	x	○	x	27.7%	27.5%	22.2%	23.9%	16.8%	30.0%	32.6%
	x	x	○	5.7%	5.5%	6.8%	4.7%	3.2%	2.9%	6.7%
	○	○	x	14.8%	15.8%	14.2%	12.4%	19.5%	4.1%	9.8%
	○	x	○	0.8%	0.9%	1.4%	0.7%	0.6%	0.2%	0.5%
	x	○	○	4.2%	4.5%	3.9%	3.7%	3.6%	4.1%	3.4%
	○	○	○	0.8%	0.9%	0.9%	1.0%	0.2%	0.0%	0.2%

	基準①に該当	基準③に該当	基準④に該当	全体 (n=31,801)	急性期一般入院料1 (n=23,655)	急性期一般入院料2 (n=2,320)	急性期一般入院料3 (n=978)	急性期一般入院料4 (n=1,046)	急性期一般入院料5 (n=142)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=3,326)
基準②に該当	x	x	x	42.8%	42.1%	50.9%	48.4%	46.4%	54.2%	41.2%
	○	x	x	29.4%	29.0%	29.3%	32.0%	28.8%	33.1%	31.8%
	x	○	x	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	x	x	○	0.8%	0.9%	1.3%	1.0%	0.2%	0.0%	0.3%
	○	○	x	24.4%	25.2%	15.9%	16.4%	23.7%	12.0%	24.9%
	○	x	○	1.4%	1.4%	1.6%	0.9%	0.8%	0.7%	1.3%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	1.2%	1.4%	1.0%	1.3%	0.2%	0.0%	0.5%

	基準①に該当	基準②に該当	基準④に該当	全体 (n=39,099)	急性期一般入院料1 (n=28,453)	急性期一般入院料2 (n=1,455)	急性期一般入院料3 (n=811)	急性期一般入院料4 (n=610)	急性期一般入院料5 (n=191)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=7,309)
基準③に該当	x	x	x	33.4%	32.4%	24.8%	29.2%	13.0%	14.7%	42.2%
	○	x	x	36.9%	36.6%	39.8%	38.1%	34.9%	64.9%	37.8%
	x	○	x	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	x	x	○	3.2%	2.9%	1.4%	5.4%	3.6%	2.6%	4.4%
	○	○	x	19.8%	21.0%	25.4%	19.7%	40.7%	8.9%	11.3%
	○	x	○	5.6%	6.0%	7.0%	5.9%	7.5%	8.9%	4.0%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	1.0%	1.2%	1.6%	1.6%	0.3%	0.0%	0.2%

	基準①に該当	基準②に該当	基準③に該当	全体 (n=14,654)	急性期一般入院料1 (n=10,430)	急性期一般入院料2 (n=821)	急性期一般入院料3 (n=380)	急性期一般入院料4 (n=220)	急性期一般入院料5 (n=84)	特定機能病院一般病棟 7対1入院基本料 (n=2,688)
基準④に該当	x	x	x	48.9%	47.3%	52.7%	51.3%	45.0%	58.3%	53.3%
	○	x	x	20.2%	20.1%	21.6%	16.1%	18.6%	14.3%	21.2%
	x	○	x	1.8%	2.0%	3.5%	2.6%	0.9%	0.0%	0.4%
	x	x	○	8.5%	7.9%	2.4%	11.6%	10.0%	6.0%	12.1%
	○	○	x	2.9%	3.2%	4.5%	2.4%	3.6%	1.2%	1.6%
	○	x	○	15.0%	16.3%	12.4%	12.6%	20.9%	20.2%	10.8%
	x	○	○	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	○	○	○	2.7%	3.2%	2.8%	3.4%	0.9%	0.0%	0.7%

基準①：  
A2点かつB3点以上

基準②：  
B14又はB15に該当し  
A1点かつB3点以上

基準③：  
A3点以上

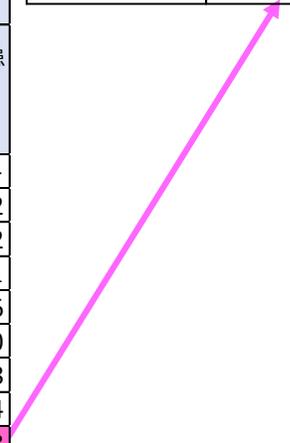
基準④：  
C1点以上

# 看護必要度の基準（旧、2018年度）を満たす患者割合（各基準別）

患者単位

新基準2のみで必要度を満たす患者（評価法Ⅱ）  
（病床規模別）

	全レコードに対する割合 (%)	必要度を満たす患者に対する割合 (%)
≥800床	4.40	14.33
600-799床	4.66	14.51
400-599床	5.02	16.12
200-399床	6.40	21.17
<200床	6.67	23.60



（参考）研究班※による分析

※平成30・31年度厚生労働科学研究「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究」（研究代表者 松田晋哉）  
（以下、「研究班」と表記してあるものは同様）

旧基準			評価法Ⅰ		評価法Ⅱ	
1. A項目 2点+B項目 3点以上	2. A項目 3点以上	3. C項目 1点以上	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)
N	N	N	71.3	-	74.9	-
Y	N	N	9.6	33.4	7.8	31.0
N	Y	N	3.7	12.9	3.4	13.7
Y	Y	N	8.1	28.2	6.6	26.2
N	N	Y	3.7	12.8	3.7	14.8
Y	N	Y	1.0	3.4	1.4	5.7
N	Y	Y	0.6	2.0	0.5	2.2
Y	Y	Y	2.1	7.4	1.6	6.4
看護必要度を満たす患者			28.7	100.0	25.1	100.0
合計			100.0	-	100.0	-

2018年度基準				評価法Ⅰ		評価法Ⅱ	
1. A項目2 点+B項目3 点以上	3. A項目3 点以上	4. C項目 1点以上	2. A項目1点以上 かつB項目3点以上 （診療・療養上の支 持が通じるまたは危 険行動）	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)	全レコードに対する 割合 (%)	必要度を満たす患 者に対する割合 (%)
N	N	N	N	65.6	-	69.3	-
Y	N	N	N	5.2	15.2	4.3	14.2
N	Y	N	N	3.7	10.9	3.4	11.2
Y	Y	N	N	4.6	13.3	3.7	12.1
N	N	Y	N	3.3	9.7	3.6	11.6
Y	N	Y	N	0.8	2.3	1.2	4.0
N	Y	Y	N	0.5	1.5	0.5	1.8
Y	Y	Y	N	1.7	5.1	1.3	4.4
N	N	N	Y	5.9	17.1	5.6	18.3
Y	N	N	Y	4.4	12.7	3.4	11.1
N	Y	N	Y	0.0	0.0	0.0	0.0
Y	Y	N	Y	3.6	10.5	2.8	9.3
N	N	Y	Y	0.2	0.5	0.2	0.5
Y	N	Y	Y	0.2	0.4	0.2	0.6
N	Y	Y	Y	0.0	0.0	0.0	0.0
Y	Y	Y	Y	0.3	0.9	0.3	0.9
看護必要度を満たす患者				34.4	100.0	30.7	100.0
合計				100.0	-	100.0	-

# 基準②のみに該当している患者（必要度Ⅰ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）										
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険	
A1点	血液製剤	0.1%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
	モニター	7.6%	1.2%	1.6%	0.6%	0.3%	1.7%	1.1%	2.8%	4.4%	0.4%	
	点滴3本	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	呼吸ケア	2.6%	0.4%	0.6%	0.0%	1.3%	1.0%	0.4%	1.2%	0.0%	0.1%	
	創傷処置	2.4%	0.4%	1.5%	0.2%	0.0%	0.3%	0.2%	1.0%	1.5%	0.9%	

		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,食事,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.1%	0.0%	0.1%	0.5%	0.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	シリンジポンプ	0.1%	0.9%	0.0%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
	モニター	3.4%	3.0%	3.0%	9.2%	3.0%	4.0%	0.7%	1.0%	0.9%	1.3%
	点滴3本	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	3.1%	1.7%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	0.7%	0.4%	1.2%	1.0%
	創傷処置	1.4%	1.2%	1.7%	3.9%	0.1%	2.0%	1.9%	1.5%	0.4%	3.6%

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.8%
	シリンジポンプ	0.3%
	モニター	50.7%
	点滴3本	0.4%
	呼吸ケア	23.6%
	創傷処置	24.2%

※A1点+B3点の患者における割合(n=1,379人日)

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=51,000人日)

# 基準②のみに該当している患者（必要度Ⅱ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）									
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険
A1点	血液製剤	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	11.9%	0.4%	2.5%	0.0%	0.0%	5.3%	1.2%	4.1%	1.2%	0.4%
	点滴3本	1.6%	0.4%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	創傷処置	0.4%	2.9%	0.4%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.4%	0.0%	2.0%

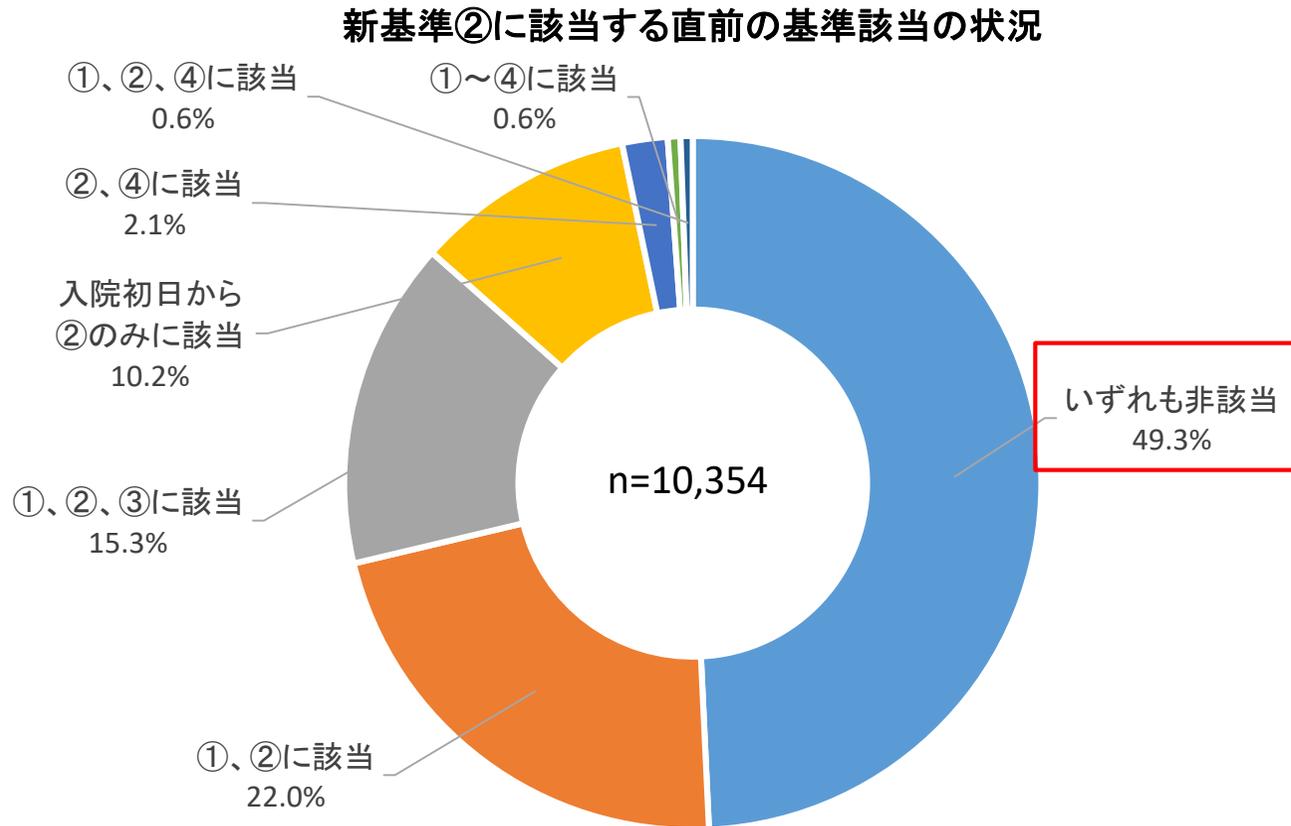
		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,口腔,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	0.0%	2.5%	4.1%	11.1%	0.8%	3.7%	1.2%	0.0%	4.1%	6.1%
	点滴3本	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%
	呼吸ケア	0.0%	1.6%	2.0%	5.3%	0.0%	0.4%	0.4%	0.4%	1.2%	1.6%
	創傷処置	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	1.6%	0.0%

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.6%
	シリンジポンプ	1.2%
	モニター	62.8%
	点滴3本	4.7%
	呼吸ケア	20.5%
	創傷処置	10.3%

※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

○ 入院期間中に基準②のみに該当する日があった患者について、基準②のみに該当する直前の該当状況を見ると、「いずれも非該当」の患者が最も多く、約半数であった。次いで、「①、②に該当」の患者が多かった。

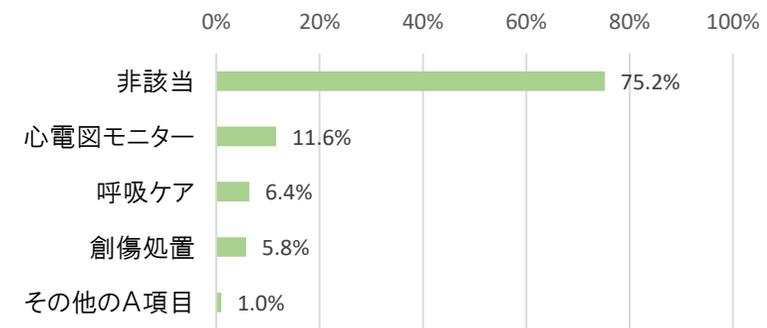


基準①: A2点かつB3点以上  
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上  
 基準③: A3点以上 基準④: C1点以上

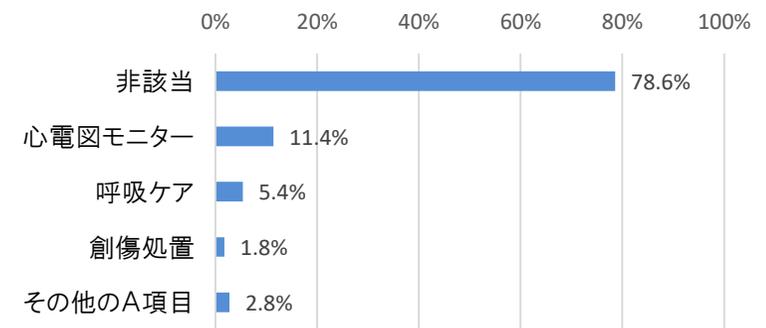
# 基準②に該当する直前の状況（基準非該当日の各項目の状況）

○ 「いずれの基準も非該当」の状態から、「基準②のみに該当」に移行した患者について、基準非該当日の各項目の該当状況をみると、A項目は「非該当」が最も多く約8割を占めたが、B項目は「口腔清潔」が最も多く約8割、「診療・療養上の指示が通じる」は約5～6割を占めた。

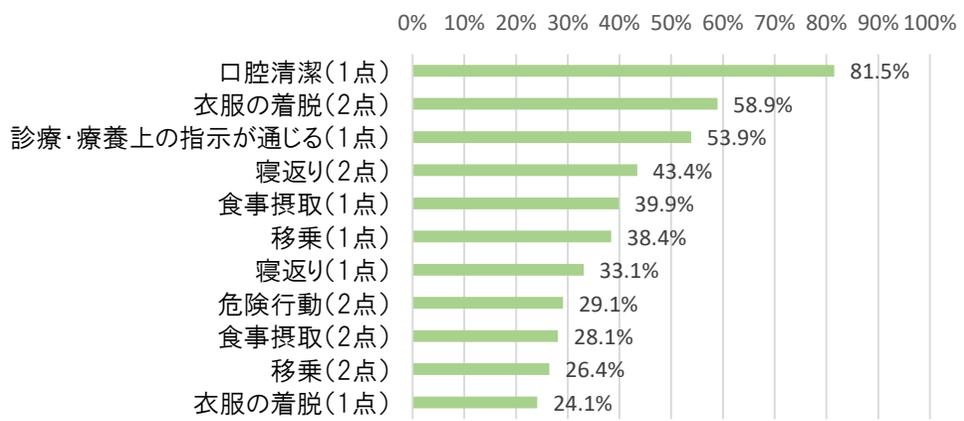
A項目の該当状況(必要度Ⅰ)



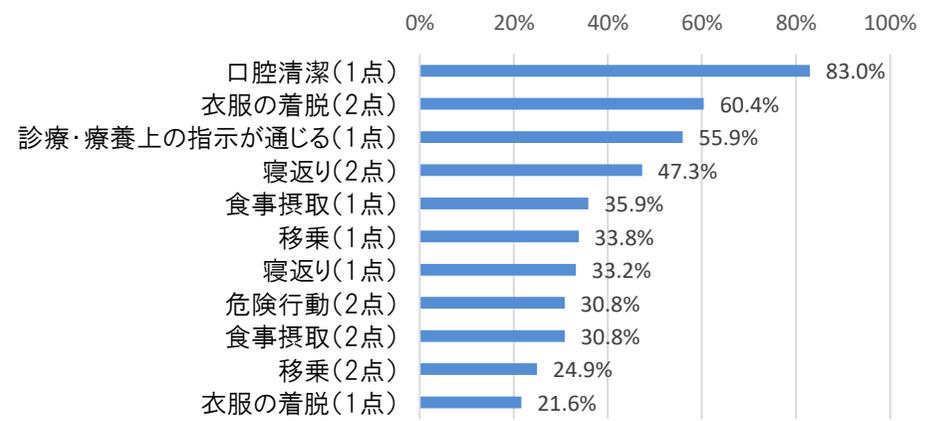
A項目の該当状況(必要度Ⅱ)



B項目の該当状況(必要度Ⅰ)

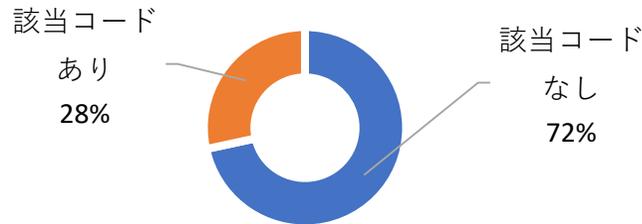


B項目の該当状況(必要度Ⅱ)

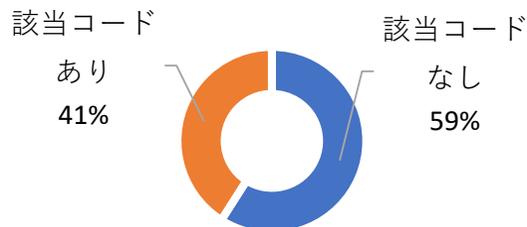


- 必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、必要度Ⅱで対応するレセプト電算処理システム用コードの該当の有無をみたところ、「該当コードなし」の患者が約6～7割であった。
- 必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者について、1日あたり資源投入量をみたところ、資源投入量がゼロである患者が約4～5割であった。

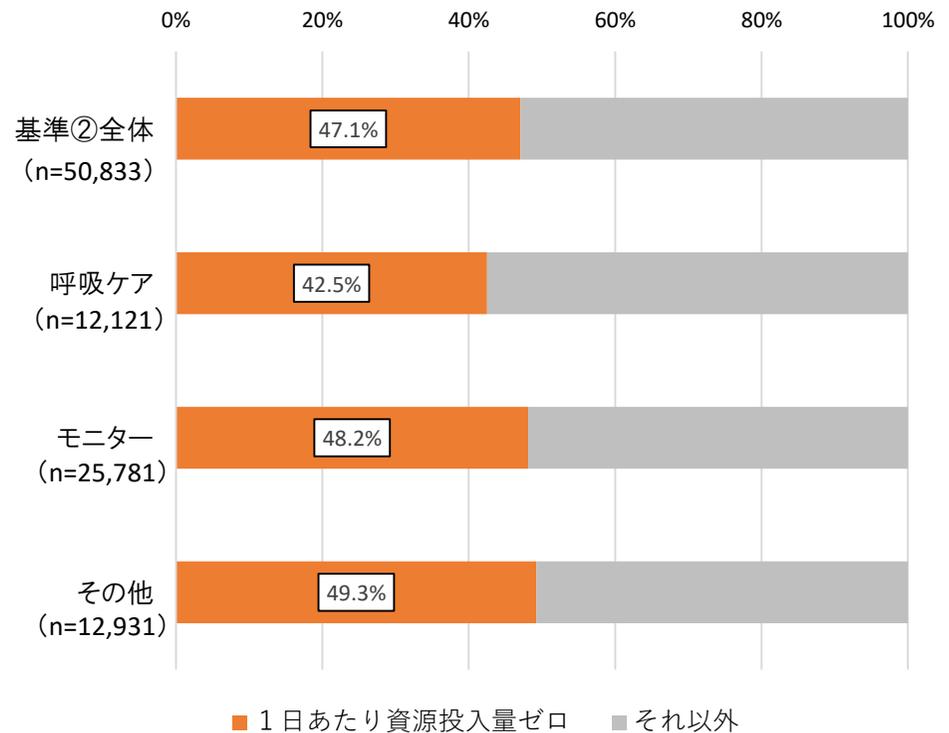
A 1点が「呼吸ケア」の患者の  
対応する処置コードの該当状況 (n=12,121)



A 1点が「心電図モニター」の患者の  
対応する処置コードの該当状況 (n=25,781)



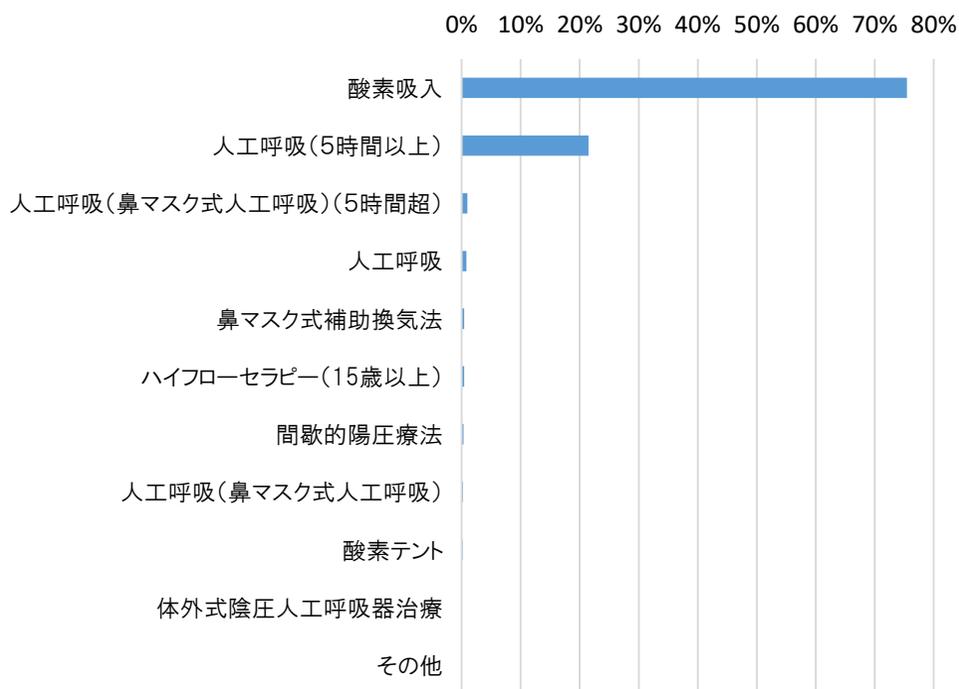
1日あたり資源投入量がゼロの割合



○ 必要度Ⅱで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、該当するレセプト電算処理システム用コードの内訳をみたところ、それぞれ「酸素吸入」と「呼吸心拍監視(14日超)」の占める割合が多かった。

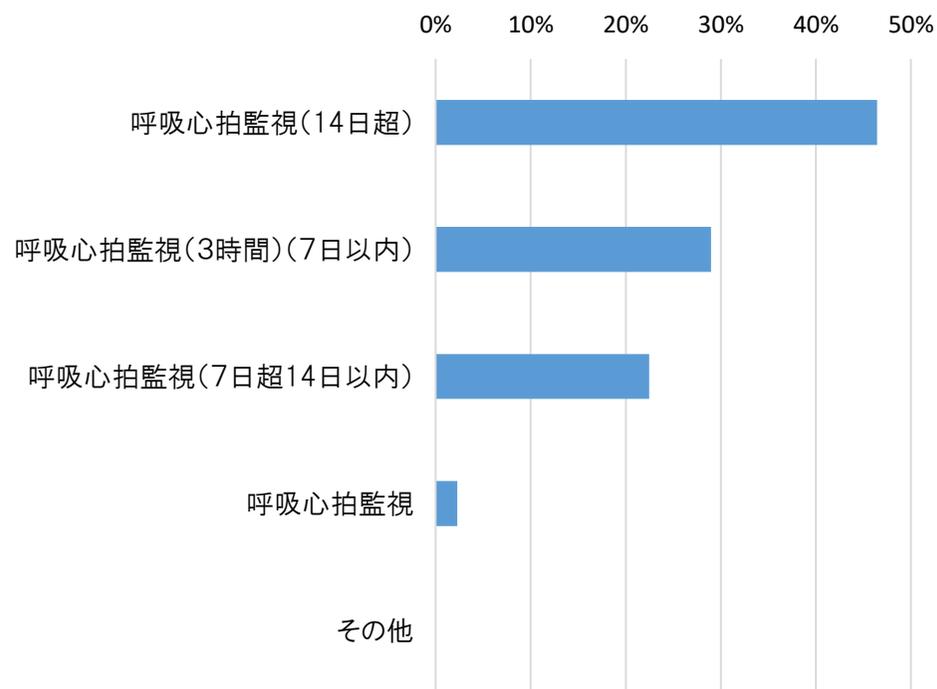
A1点が「呼吸ケア」の患者の  
該当する処置コード

(n=2,805)



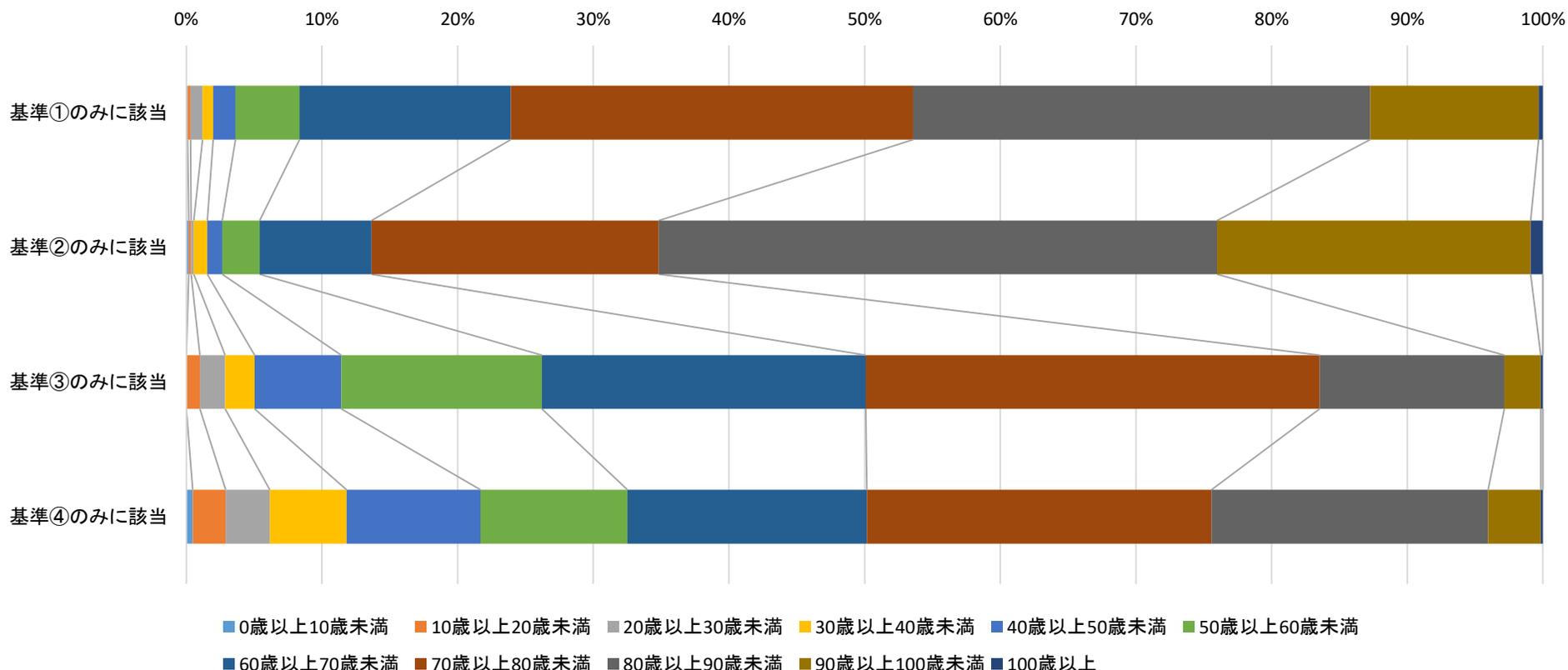
A1点が「心電図モニター」の患者の  
該当する処置コード

(n=8,579)



○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて年齢が高い傾向にあった。

## 年齢区分 (必要度の各基準のみに該当する患者別)

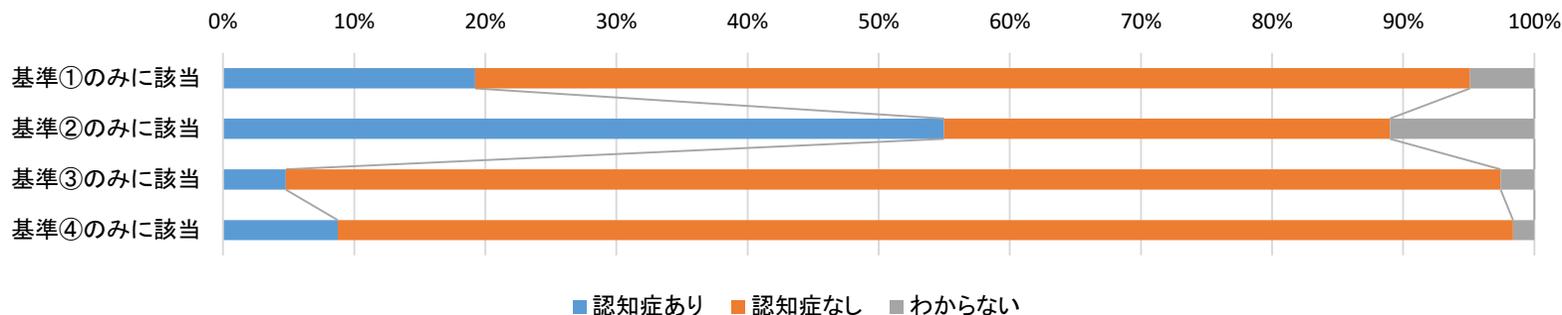


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
(よって、各基準の区分には患者の重複がある)

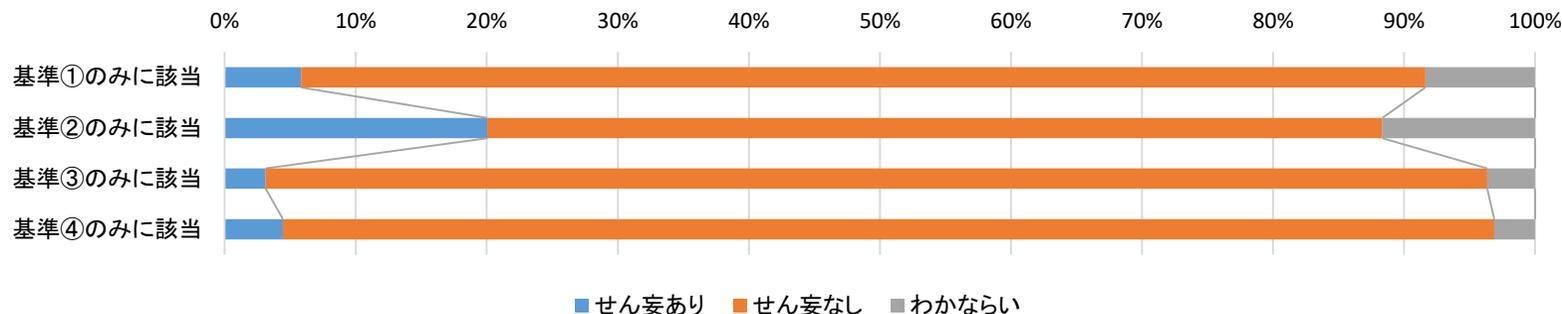
基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて認知症やせん妄を有する割合が高かった。

### 認知症の有無 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



### せん妄の有無 (必要度の各基準のみに該当する患者別)

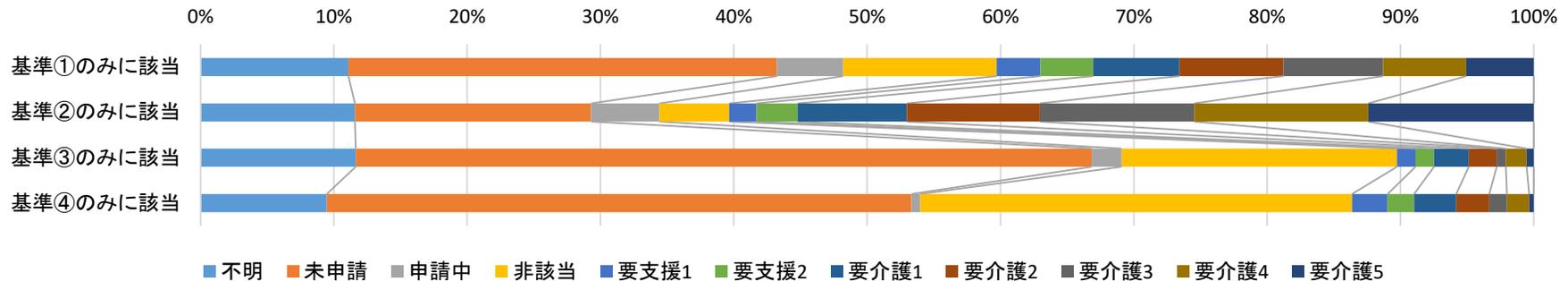


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
(よって、各基準の区分には患者の重複がある)

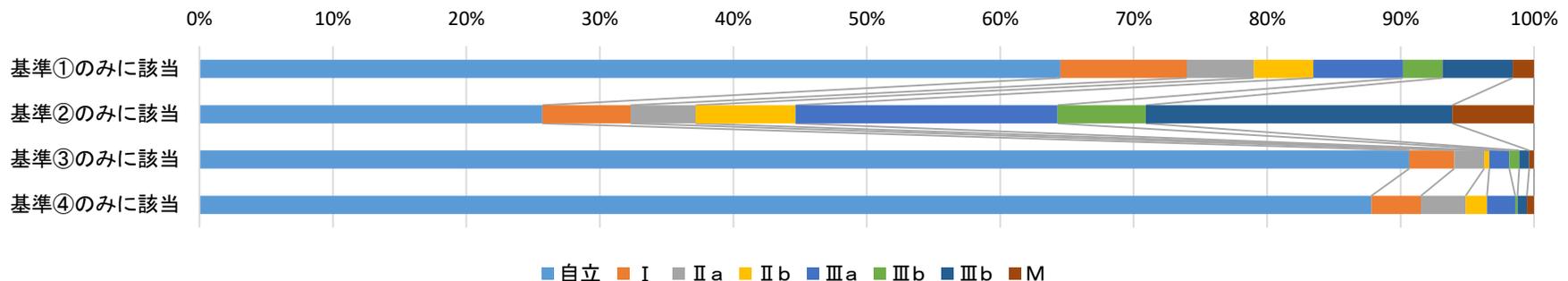
基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて要介護度が高く、認知症高齢者の日常生活自立度が低い傾向にあった。

## 要介護度 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



## 認知症高齢者の日常生活自立度 (必要度の各基準のみに該当する患者別)

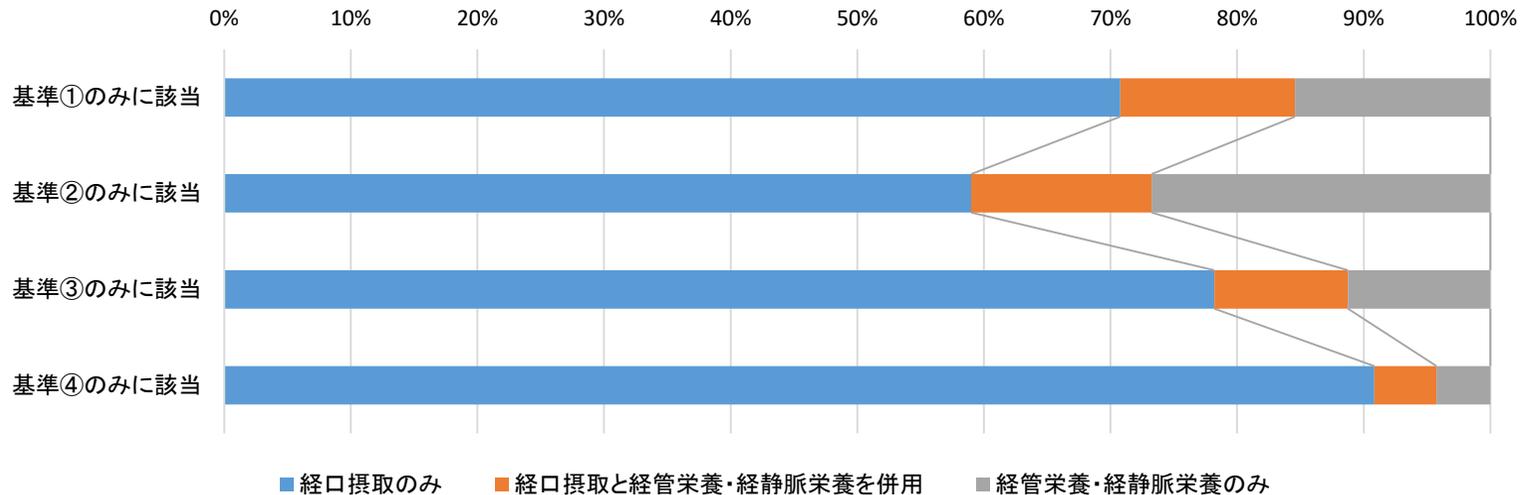


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
(よって、各基準の区分には患者の重複がある)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
 基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて経口摂取のみの割合が低かった。

栄養摂取の状況  
(必要度の各基準のみに該当する患者別)

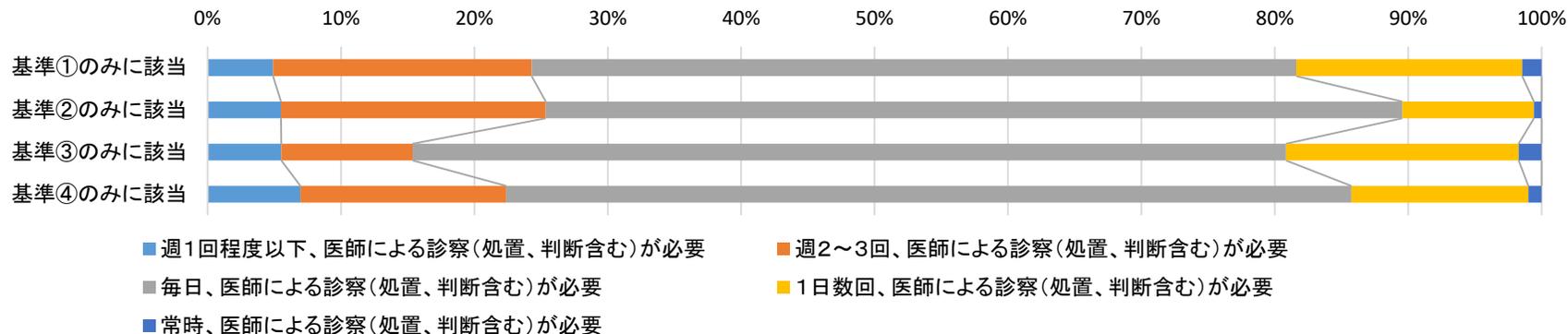


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
(よって、各基準の区分には患者の重複がある)

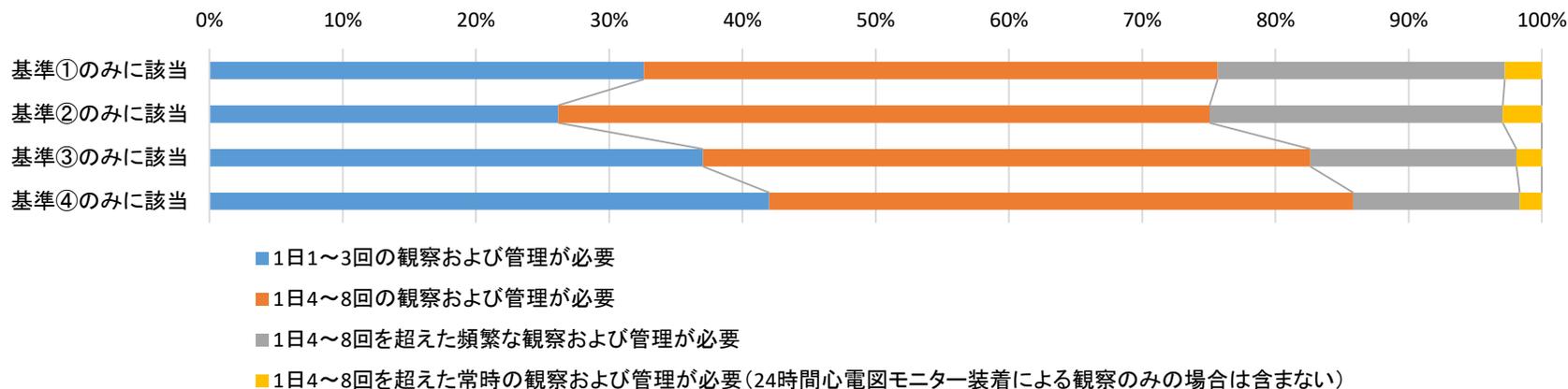
基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて看護提供の頻度が多い傾向にあった。

## 医師による診察(処置、判断含む)の頻度 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



## 看護師による直接の看護提供の頻度 (必要度の各基準のみに該当する患者別)

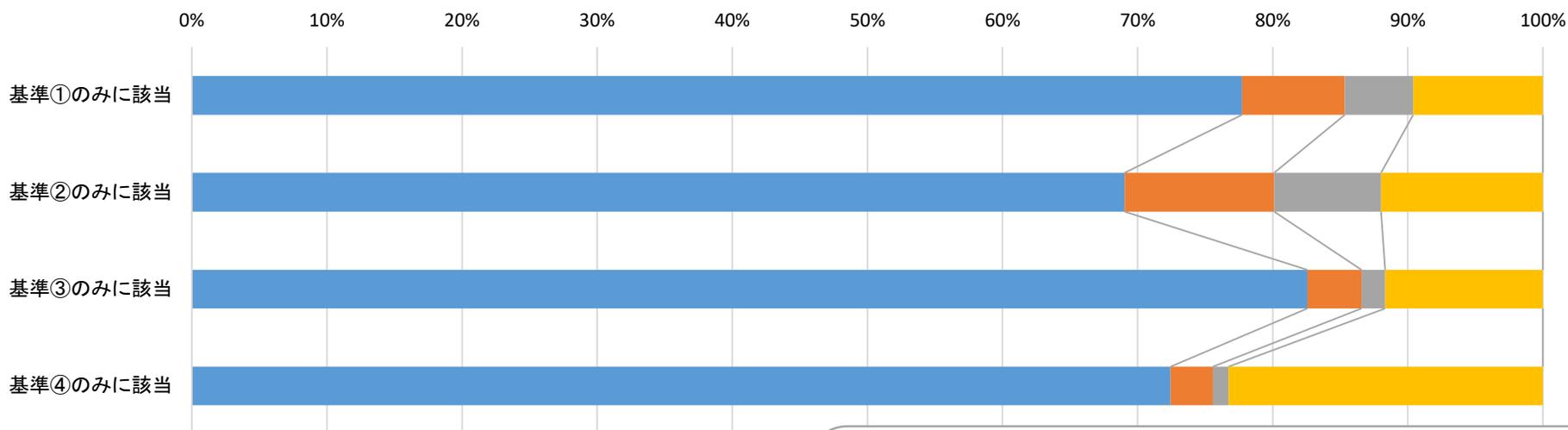


※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
(よって、各基準の区分には患者の重複がある)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて「医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい」の割合が低かった。

## 医学的な入院継続の理由等 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



- 医学的な理由のため、入院医療が必要である
- 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

他の要因のために退院予定がない場合の、退院できない理由で最も多いものは、以下のとおり(※いずれも複数回答。その他を除いて最も多いものを記載。)

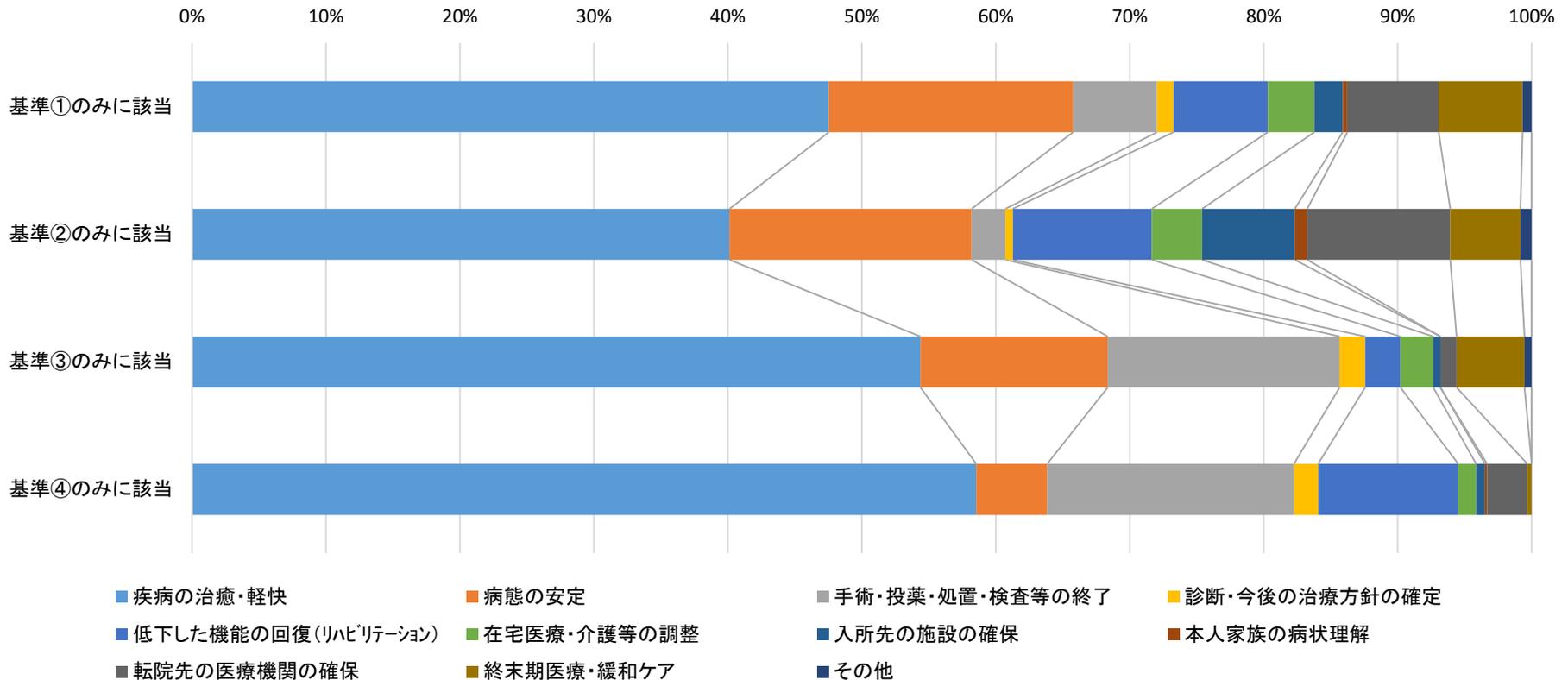
- 基準①: 家族の希望に合わないため (39.1%、46名中18名)
- 基準②: 家族の希望に合わないため (38.8%、85名中33名)
- 基準③: 全体の調整・マネジメントができていないため (30.0%、10名中3名)
- 基準④: 転院先の医療機関の確保ができていないため (42.9%、7名中3名)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
 基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
 ※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
 (よって、各基準の区分には患者の重複がある)

○ 基準②のみに該当する患者は、他の基準に比べて「疾病の治癒・軽快」の割合が低く、「入所先の施設の確保」や「転院先の医療機関の確保」の割合が高かった。

## 退院へ向けた目標・課題等 (必要度の各基準のみに該当する患者別)



※nは患者数(人)、A票すべてを集計 ※無回答は除く  
※調査期間のうち1日でも「基準①(～④)のみに該当」する日があれば、1名としてカウント  
(よって、各基準の区分には患者の重複がある)

基準①: A2点かつB3点以上 (n=923)  
 基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上 (n=1,098)  
 基準③: A3点以上 (n=599)      基準④: C1点以上 (n=622)

# 基準②のみに該当する患者について

○ 基準② (B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上)のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟が多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニター」の割合が高かった。

	7対1特定機能病院入院基本料 (一般病棟) (n=20747)		7対1一般病棟入院基本料 (n=61168)		10対1一般病棟入院基本料 (n=13175)		療養病棟入院基本料 1 (20対1) (n=20148)		療養病棟入院基本料 2 (25対1) (n=5920)	
<b>【基準】</b>										
「A得点1点」かつ「B14又はB15に該当」かつ「B得点3点以上」	352	1.7%	2,892	4.7%	690	5.2%	2,950	14.6%	669	11.3%
<b>【A項目】</b>	該当患者のうち		該当患者のうち		該当患者のうち		該当患者のうち		該当患者のうち	
創傷処置	76	21.6%	711	24.6%	195	28.3%	1,030	34.9%	385	57.5%
呼吸ケア	107	30.4%	662	22.9%	253	36.7%	1,494	50.6%	222	33.2%
点滴ライン同時3本以上の管理	8	2.3%	26	0.9%	4	0.6%	14	0.5%	0	0.0%
心電図モニター	152	43.2%	1,428	49.4%	227	32.9%	405	13.7%	41	6.1%
シリンジポンプ	2	0.6%	42	1.5%	8	1.2%	7	0.2%	21	3.1%
輸血や血液製剤	7	2.0%	23	0.8%	3	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
専門的な治療処置	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
抗悪性腫瘍剤の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
麻薬の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
麻薬の内服・貼付・座剤	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
放射線治療	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
免疫抑制剤の管理	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
昇圧剤の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
抗不整脈剤の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
抗血栓塞栓薬持続点滴の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ドレーナの管理	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無菌治療室での治療	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
救急搬送後の入院	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>【B項目】</b>	該当患者のうち		該当患者のうち		該当患者のうち		該当患者のうち		該当患者のうち	
寝返り (1点)	124	35.2%	717	24.8%	105	15.2%	228	7.7%	56	8.4%
寝返り (2点)	133	37.8%	1,819	62.9%	540	78.3%	2,575	87.3%	578	86.4%
移乗 (1点)	155	44.0%	849	29.4%	99	14.3%	181	6.1%	35	5.2%
移乗 (2点)	77	21.9%	1,140	39.4%	266	38.6%	2,355	79.8%	494	73.8%
口腔清潔 (1点)	301	85.5%	2,730	94.4%	635	92.0%	2,854	96.7%	662	99.0%
食事摂取 (1点)	160	45.5%	872	30.2%	160	23.2%	359	12.2%	88	13.2%
食事摂取 (2点)	113	32.1%	1,384	47.9%	317	45.9%	2,021	68.5%	449	67.1%
衣服の着脱 (1点)	158	44.9%	592	20.5%	59	8.6%	197	6.7%	49	7.3%
衣服の着脱 (2点)	161	45.7%	2,141	74.0%	608	88.1%	2,530	85.8%	529	79.1%
診療・療養上の指示が通じる (1点)	320	90.9%	2,543	87.9%	620	89.9%	2,834	96.1%	632	94.5%
危険行動 (2点)	177	50.3%	1,538	53.2%	249	36.1%	647	21.9%	124	18.5%

# とりまとめの構成

## 1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

## 4. 慢性期入院医療について

## 5. 横断的事項について

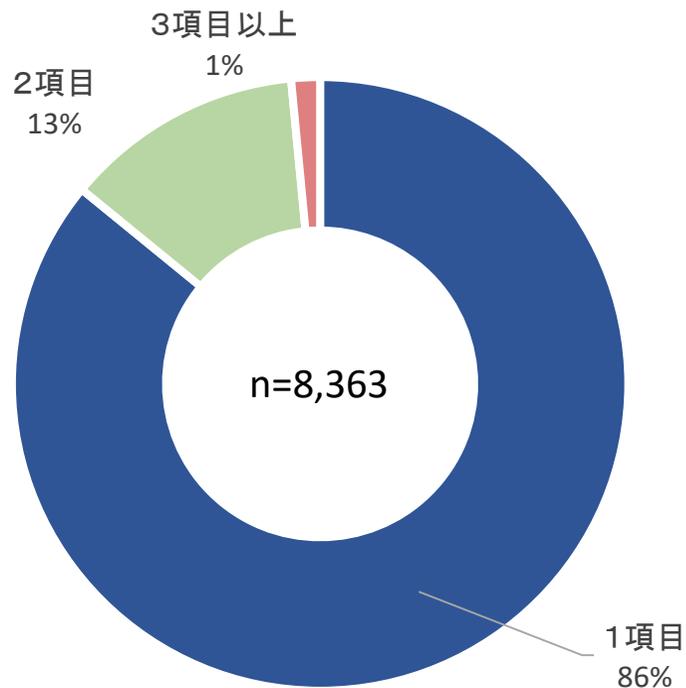
## 6. 医療資源の少ない地域について

## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

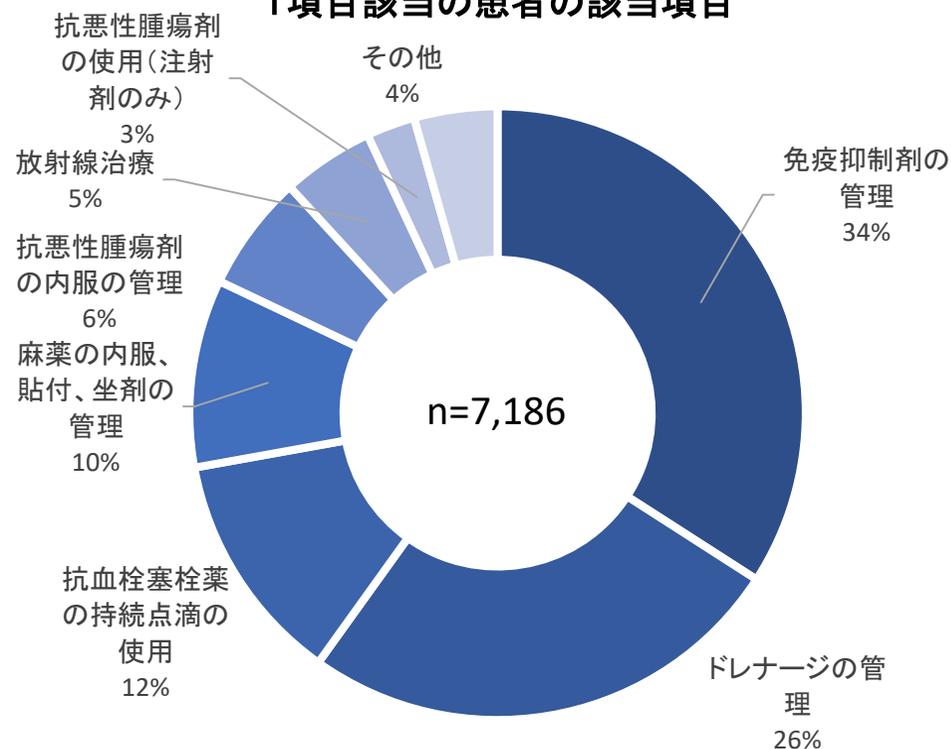
## 8. DPC/PDPSについて

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当がある患者について、該当項目数をみたところ、「1項目該当」が8割以上であった。
- 1項目該当の患者について、該当項目の内訳をみたところ、「免疫抑制剤の管理」が最も多く、次いで、「ドレナージの管理」が多かった。

専門的な治療・処置の該当項目数



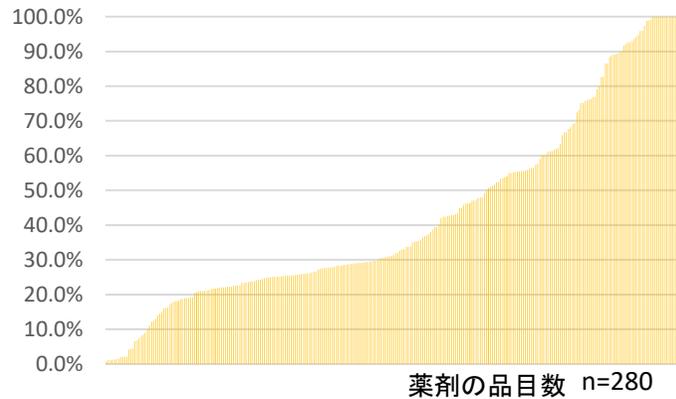
1項目該当の患者の該当項目



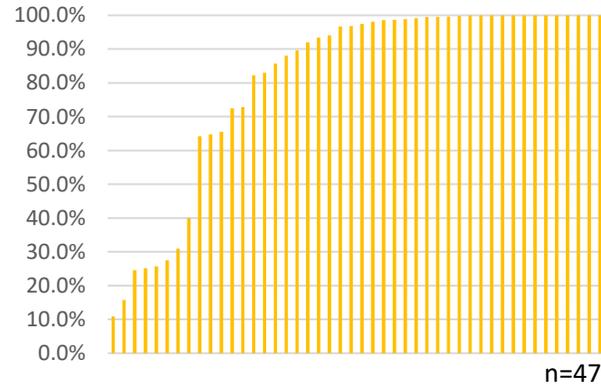
○ 「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、注射と内服の剤形があるものについて、薬剤の品目ごとに入院で使用される割合をみると、ばらついていた。

入院の占める割合

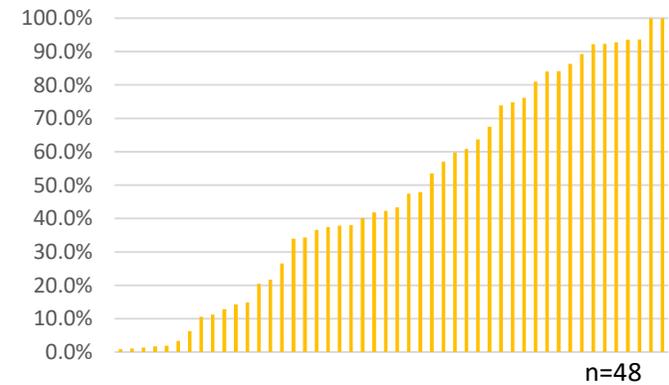
抗悪性腫瘍剤（注射）



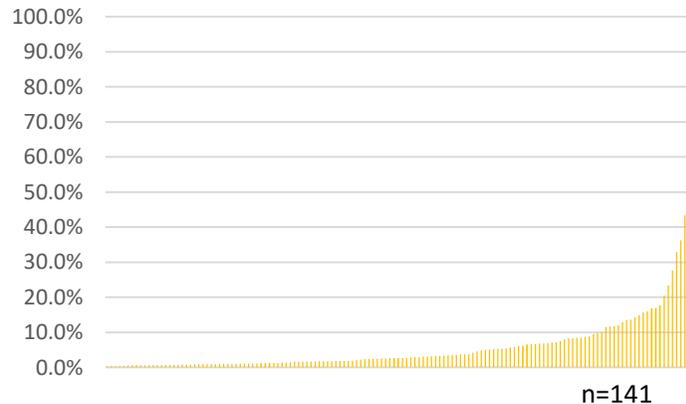
麻薬（注射）



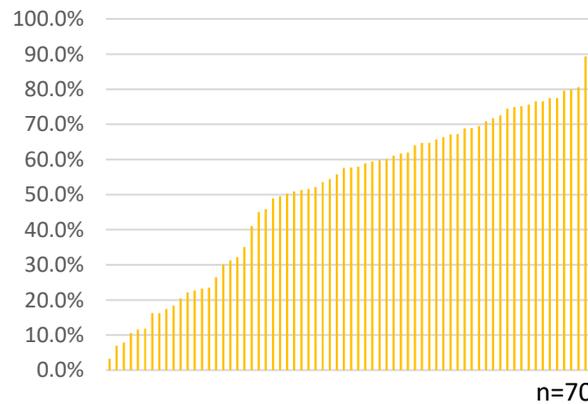
免疫抑制剤（注射）



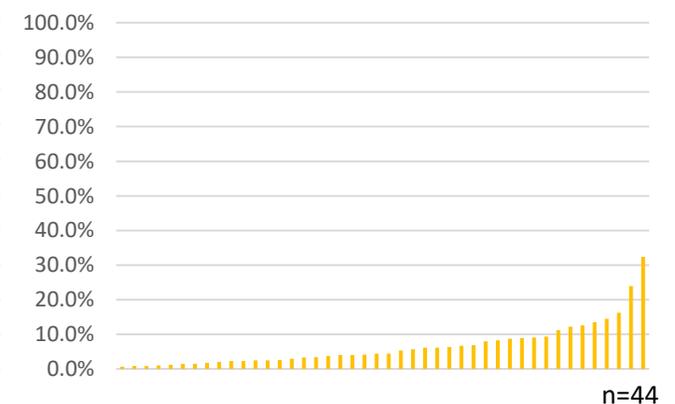
抗悪性腫瘍剤（内服）



麻薬（内服）

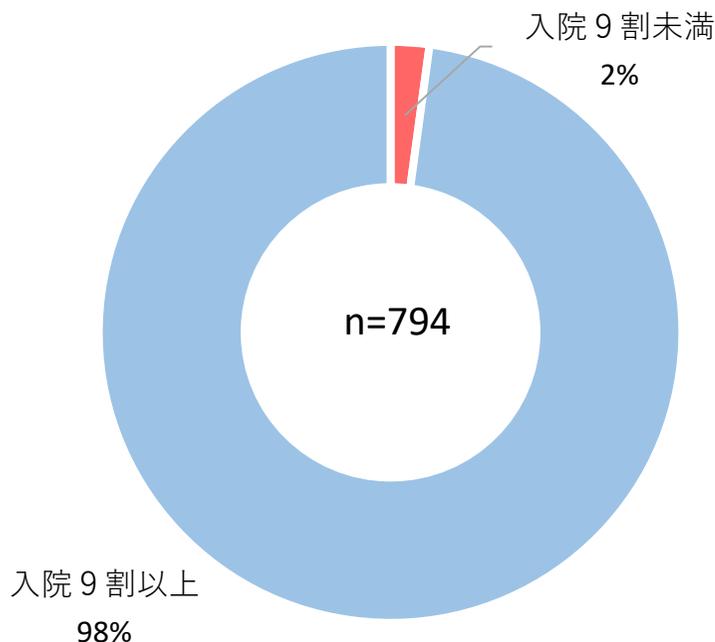


免疫抑制剤（内服）



○ C項目に該当する手術について、手術ごとに入院で実施される割合をみると、ほとんどの手術が「入院の実施が9割以上」であった。

## 必要度Ⅱの評価対象手術



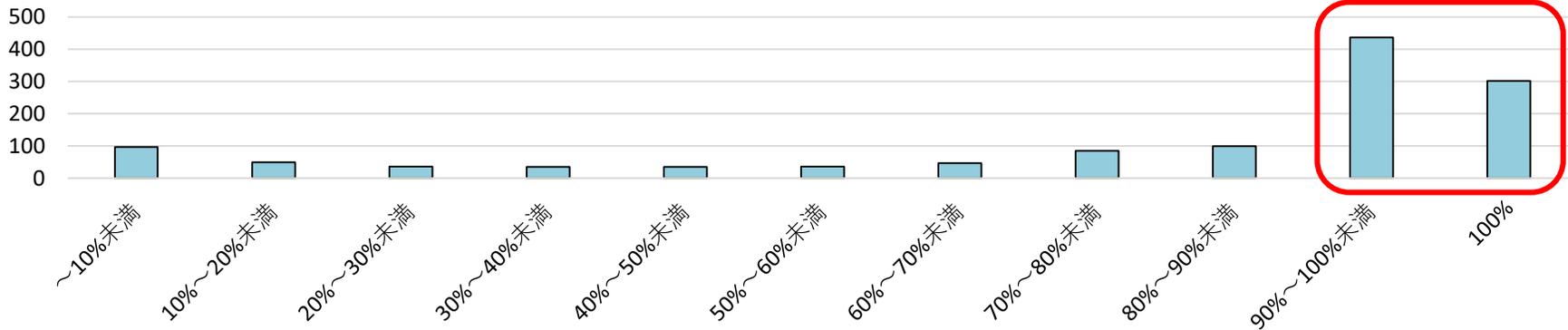
## 入院の実施が9割未満の手術（例）

種別	診療行為	入院の割合
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6%
	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	86.1%
開腹手術	膀胱脱手術（その他）	44.7%
	膀胱内凝血除去術	64.2%
	腹直筋離開手術	85.7%
骨の手術	骨腫瘍切除術（その他）	58.7%
	腐骨摘出術（手）	65.7%
	骨部分切除術（手）	70.0%
	骨腫瘍切除術（手）	78.9%
	関節切除術（手）	82.3%
	骨腫瘍切除術（足）	83.6%
	骨部分切除術（前腕）	84.1%
	骨部分切除術（その他）	84.4%
	骨部分切除術（上腕）	88.6%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	腹腔鏡下卵管形成術	80.8%

○ 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術について、入院で実施される割合の分布をみると、90%以上100%未満が最も多く、次いで100%が多かった。

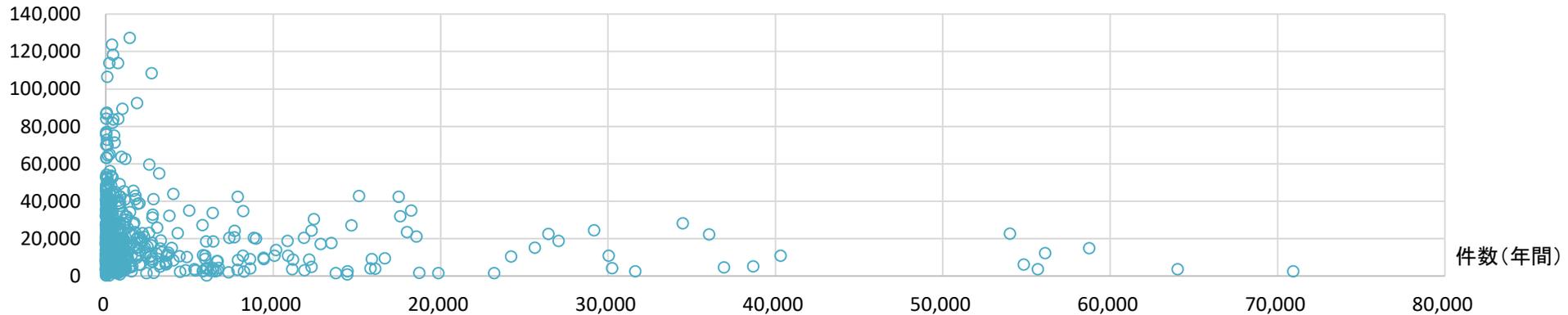
手術の種類数  
(n=1255)

## 手術を入院で実施する割合の分布



点数

## 入院の実施が9割以上の手術の件数・点数の分布



○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術のうち、入院で実施する割合が90%以上の手術について、例えば、年間の件数や点数の分布をみると、以下のとおりであった。

## 入院の割合が90%以上の手術の件数の分布

		件数（年間）					
		100件未満	100件以上	うち 500件以上	うち 1,000件以上	うち 2,000件以上	うち 5,000件以上
入院割合	90%以上 (n=738)	249 (33.7%)	489 (66.3%)	272 (36.9%)	201 (27.2%)	143 (19.4%)	89 (12.1%)
	(うち) 95%以上 (n=677)	249 (36.8%)	428 (63.2%)	239 (35.3%)	178 (26.3%)	125 (18.5%)	78 (11.5%)
	(うち) 100% (n=302)	155 (51.3%)	147 (48.7%)	56 (18.5%)	33 (10.9%)	17 (5.6%)	8 (2.6%)

## 入院の割合が90%以上の手術の点数の分布

		点数					
		1,000点未満	1,000点以上	うち 5,000点以上	うち 10,000点以上	うち 20,000点以上	うち 50,000点以上
入院割合	90%以上 (n=738)	5 (0.7%)	733 (99.3%)	614 (83.2%)	497 (67.3%)	262 (35.5%)	38 (5.1%)
	(うち) 95%以上 (n=677)	4 (0.6%)	673 (99.4%)	568 (83.9%)	467 (69.0%)	256 (37.8%)	38 (5.6%)
	(うち) 100% (n=302)	7 (2.3%)	295 (97.7%)	271 (89.7%)	234 (77.5%)	164 (54.3%)	30 (9.9%)

# 入院で実施する割合が高い手術（必要度Ⅱの対象外のもの）

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術のうち、入院で実施する割合が高い手術について、例えば、入院が100%かつ年間件数や点数が一定以上の手術をみると、以下のとおりであった。

(例) 入院の割合が100%かつ年間1,000件以上の手術 (n=33)

区分	名称	総件数	点数
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（膝）	1871	20020
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	18241	34980
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）	1891	38670
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）	1087	45200
K134	椎間板摘出術（後方摘出術）	17999	23520
K154-3	定位脳腫瘍生検術	1052	20040
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	1770	42950
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K174	水頭症手術（シャント手術）	12287	24310
K180	頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみ）	2714	16450
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K328	人工内耳植込術	1133	40810
K457	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	1444	34210
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術（両葉）	1098	10760
K462	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	2190	22880
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）	6392	33790
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）	7695	24180
K476	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））	1646	27810
K570-3	経皮的肺動脈形成術	2780	31280
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	1259	31850
K601	人工心臓（2日目以降）	1092	3000
K603	補助人工心臓（2日目以降30日目まで）	1008	5000
K603	補助人工心臓（31日目以降）	5959	4000
K603-2	小児補助人工心臓（31日目以降）	3559	7680
K604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（2日目以降30日目まで）	3239	5000
K604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（31日目以降90日目まで）	6409	2780
K604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（91日目以降）	23209	1500
K609	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	4031	43880
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	1196	30200
K894	中位鉗子娩出術	1394	4760
K912	子宮外妊娠手術（開腹）	1147	14110
K912	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）	4304	22950

(例) 入院の割合が100%かつ50,000点以上の手術 (n=30)

区分	名称	総件数	点数
K011	顔面神経麻痺形成手術（動的）	141	64350
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）	740	84050
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	31	75600
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	17	52870
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	20	76890
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	444	83700
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））	362	123620
K181	脳刺激装置植込術（片側）	234	65100
K181	脳刺激装置植込術（両側）	520	71350
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄内）	437	118230
K192	脊髄血管腫摘出術	90	106460
K281-2	網膜再建術	98	69880
K395	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）	217	113880
K395	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）	727	113880
K402	縦隔気管口形成手術	12	76040
K415	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）	497	75070
K443	上顎骨形成術（骨移動を伴う）	77	72900
K444	下顎骨形成術（骨移動を伴う）	47	54210
K476	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））	90	52820
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	33	63200
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K697-6	移植用肝採取術（死体）	27	86700
K709-4	移植用膵腎採取術（死体）	22	84080
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）	31	70140
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）	408	52800
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	989	89380
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	57	87380
K850	女子外生殖器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	59	63200

# 検査を入院で実施する割合（例）

- 検査のうち、例えば生検検査について入院で実施する割合をみると、「経皮的針生検法」や「EUS-FNA」は90%以上であった。

## 検査を入院で実施する割合（生検検査）

区分	名称	入院の割合	総件数	点数
D404-2	骨髓生検	48.7%	41328	730
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	8.2%	66700	200
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（併用法）	54.3%	313	5000
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（単独法）	70.0%	230	3000
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（その他）	0.8%	173334	200
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（生検針）	1.8%	97605	650
D411	甲状腺穿刺又は針生検	3.0%	157741	150
D412	経皮的針生検法	96.0%	78237	1600
D413	前立腺針生検法	43.7%	28558	1400
D414	内視鏡下生検法	7.6%	4095296	310
D414-2	E U S - F N A	95.6%	23518	4000
D415	経気管肺生検法	77.3%	90483	4000
D415-2	E B U S - T B N A	79.6%	14842	5500

○ 現行のB項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。

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

## 判断基準の例(移乗)

### 【項目の定義】

移乗時の介助の状況を評価する項目である。  
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

### 【選択肢の判断基準】

#### 「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

#### 「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。

#### 「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

### 【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い(力が出せており)、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

# とりまとめの構成

## 1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

## 4. 慢性期入院医療について

## 5. 横断的事項について

## 6. 医療資源の少ない地域について

## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

## 8. DPC/PDPSについて

# 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"> <li>・専任の医師が常時勤務</li> <li>・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制</li> </ul>	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"> <li>・救命救急入院料1の基準を満たす</li> <li>・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす</li> </ul>	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"> <li>・救命救急入院料1の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>	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"> <li>・救命救急入院料2の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>	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"> <li>・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)</li> <li>・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</li> <li>・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務</li> <li>・クリーンバイオルームであること</li> </ul>	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"> <li>・特定集中治療室管理料1の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>	ICU用 7割
		～14日 12,126点				
管理料3	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の医師が常時勤務</li> <li>・クリーンバイオルームであること</li> </ul>				
	～14日 7,837点					
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定集中治療室管理料3の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>				
	～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"> <li>・専任の常勤医師が常時勤務</li> <li>・病床数30床以下</li> </ul>	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"> <li>・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務</li> <li>・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置</li> <li>・病床数30床以下</li> </ul>	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)

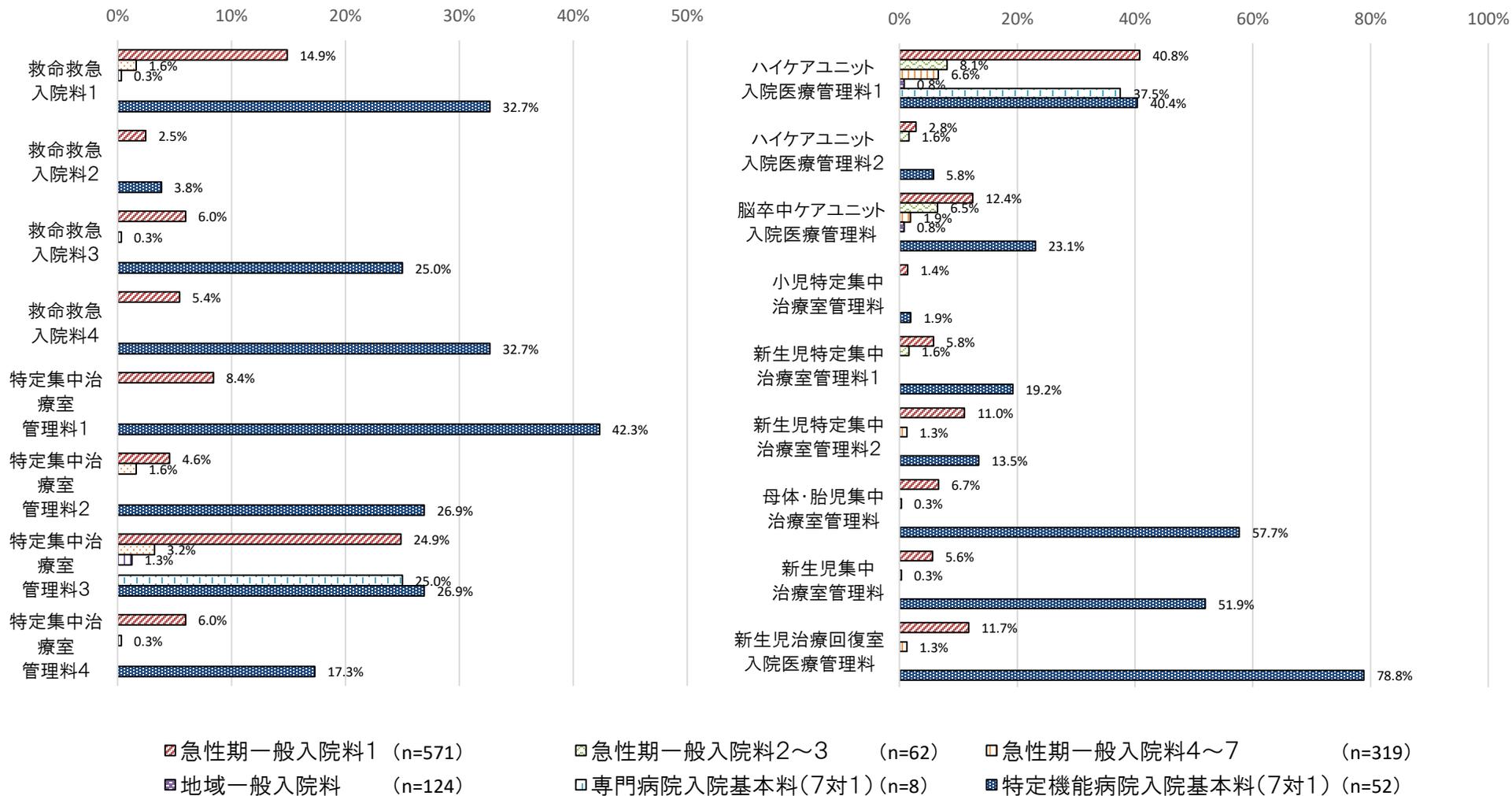
呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (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 <sup>3</sup> /mm <sup>2</sup> )	>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)

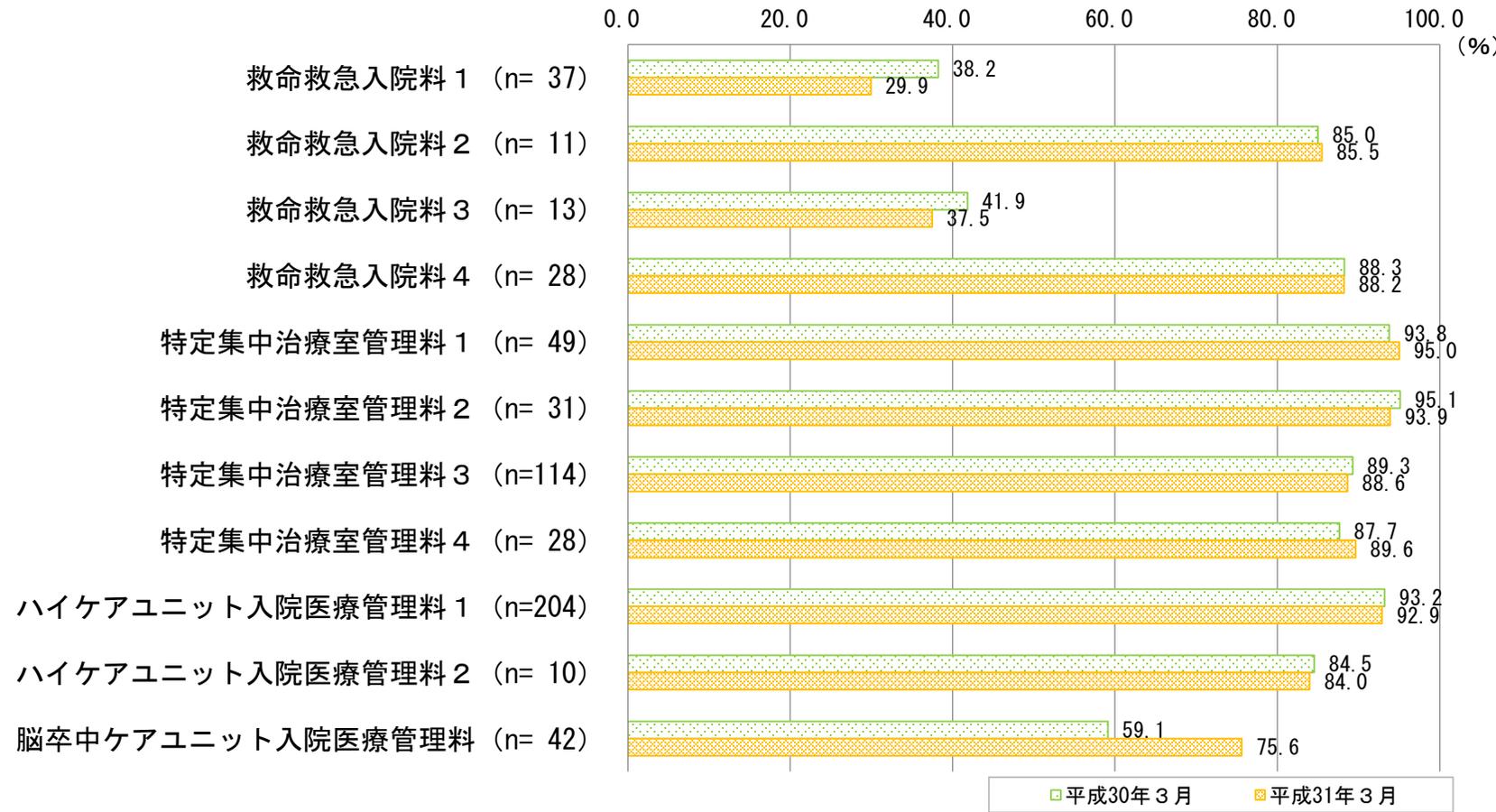
○ 入院基本料別に、救命救急入院料等の特定入院料の届出状況をみると、以下のとおりであった。

## 特定入院料の届出状況（入院基本料別）



○ 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年と平成31年のいずれも回答した施設の平均をみると、大きな差はみられなかった。

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30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較)

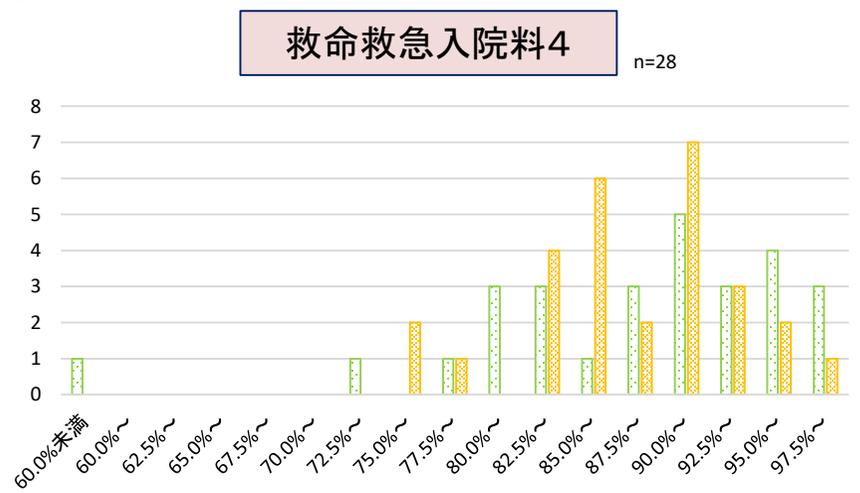
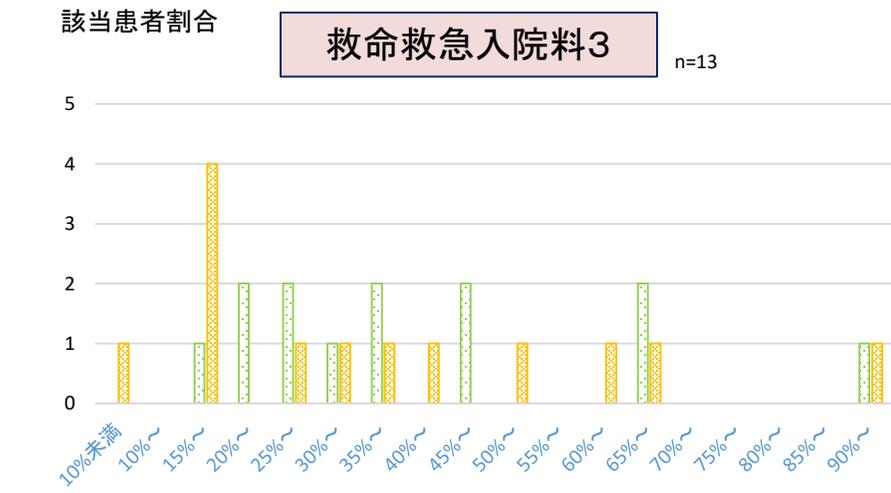
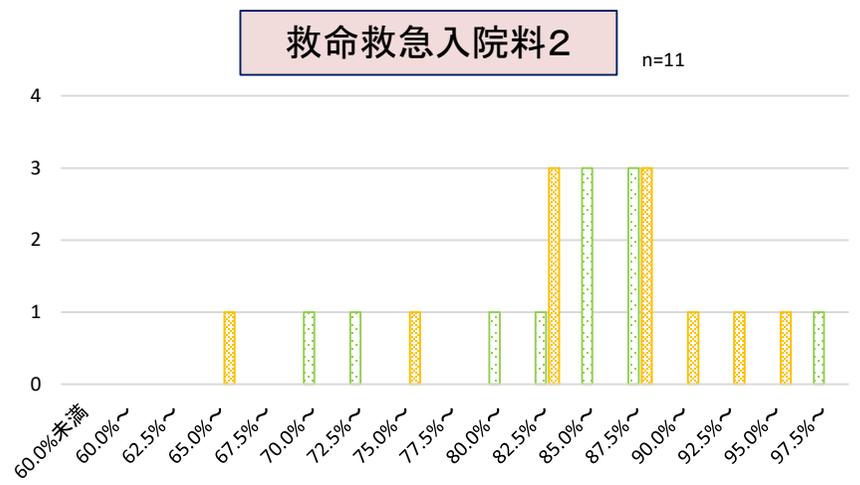
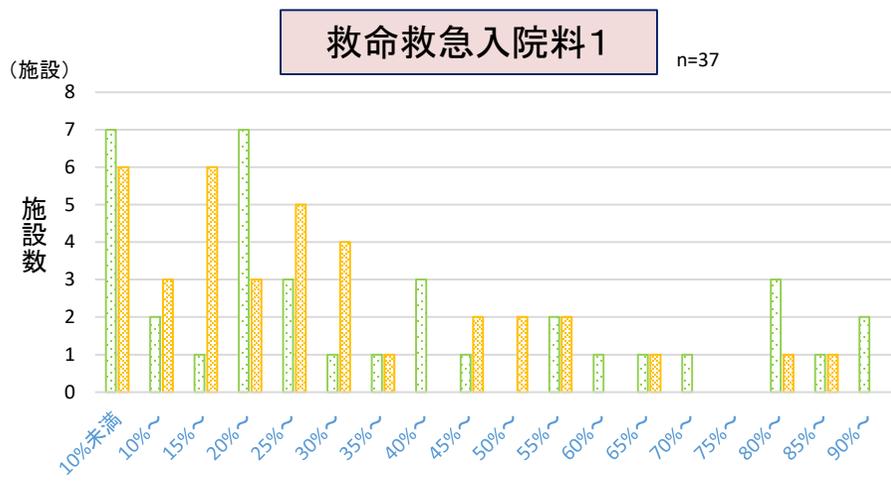


※届出区分無回答のものは除く  
※平成30年と平成31年の両方を回答したもののみ集計

救命救急入院料及び特定集中治療室管理料においては「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」、ハイケアユニット入院医療管理料においては「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」、脳卒中ケアユニット入院医療管理料においては「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I」を使用。

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、救命救急入院料においては、施設によってばらつきがみられた。

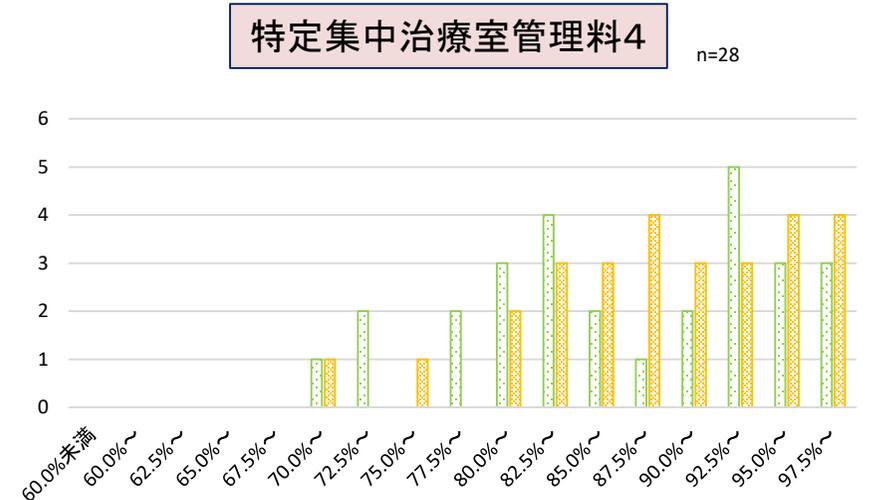
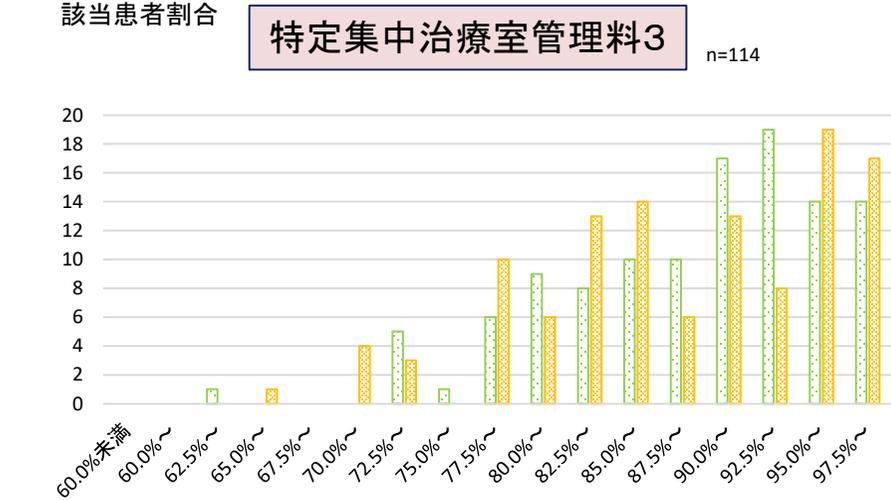
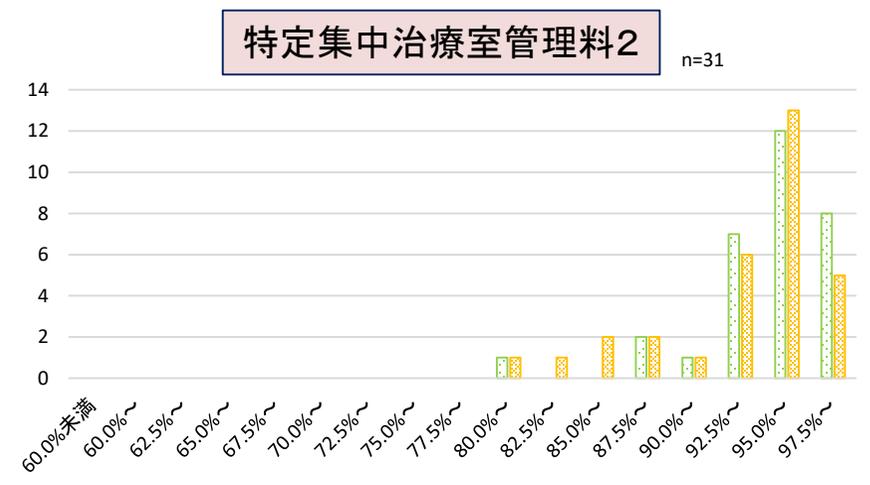
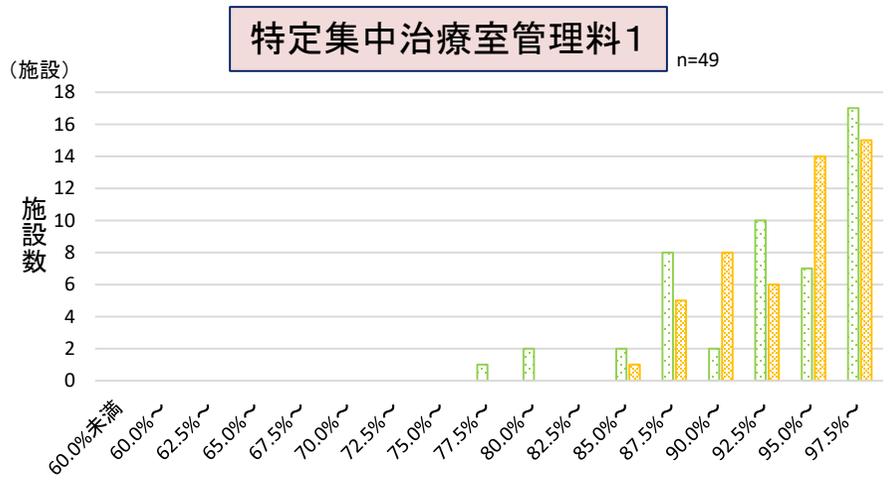
## 改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 (平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較)



■ 平成30年3月 ■ 平成31年3月

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、特定集中治療室管理料においては、改定前も改定後も90%後半に多く分布していた。

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割合の分布  
(平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較)



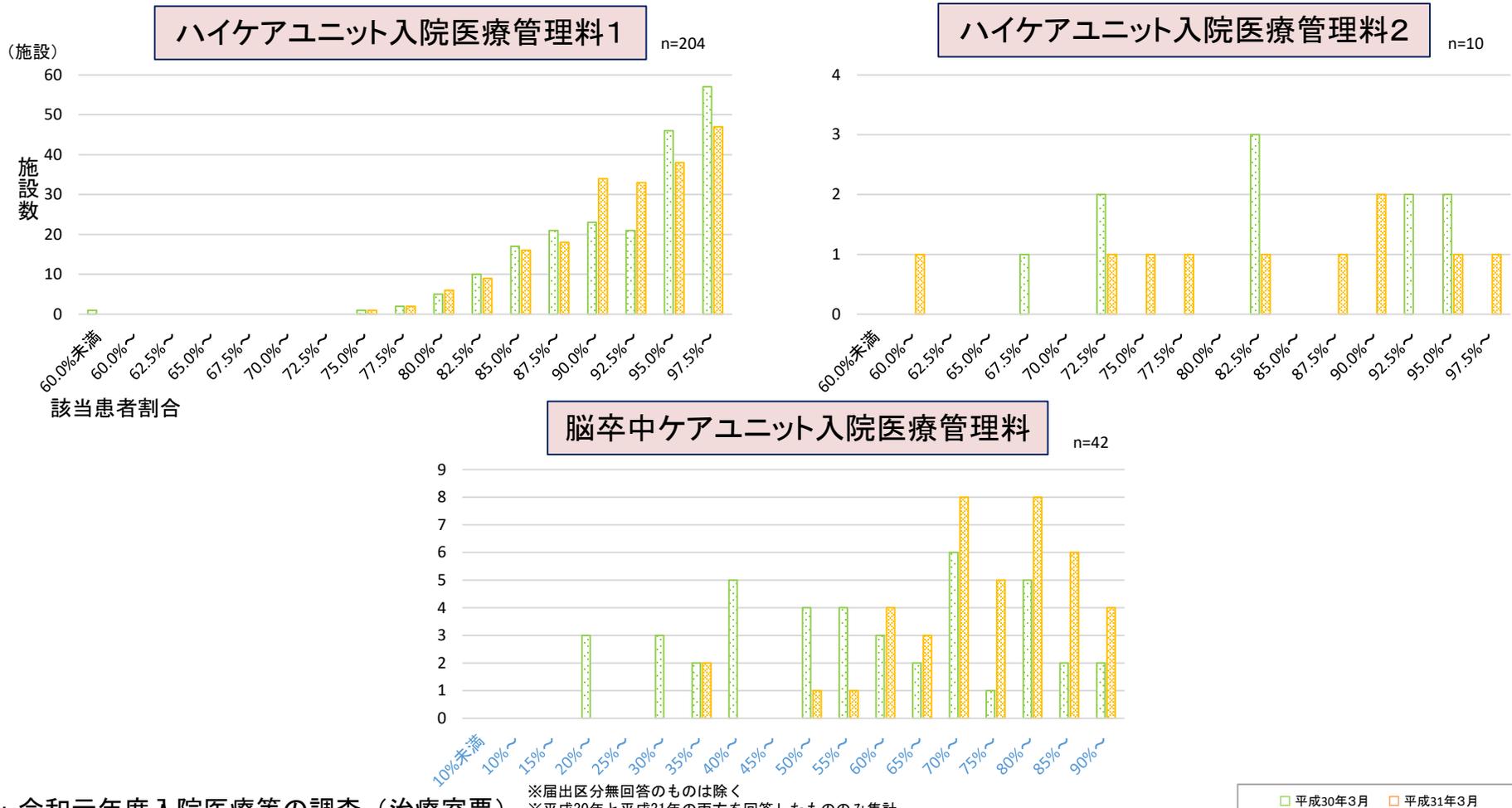
平成30年3月 平成31年3月

※届出区分無回答のものは除く  
※平成30年と平成31年の両方を回答したもののみ集計

# ハイケアユニット入院医療管理料等の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合（H30／H31）

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、ハイケアユニット入院医療管理料1においては、改定前も改定後も90%後半に多く分布していた。

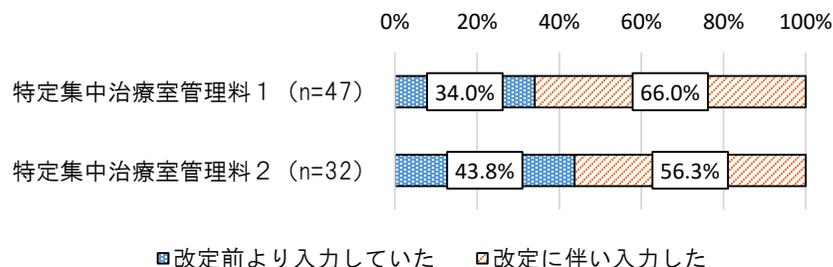
## 改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 （平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



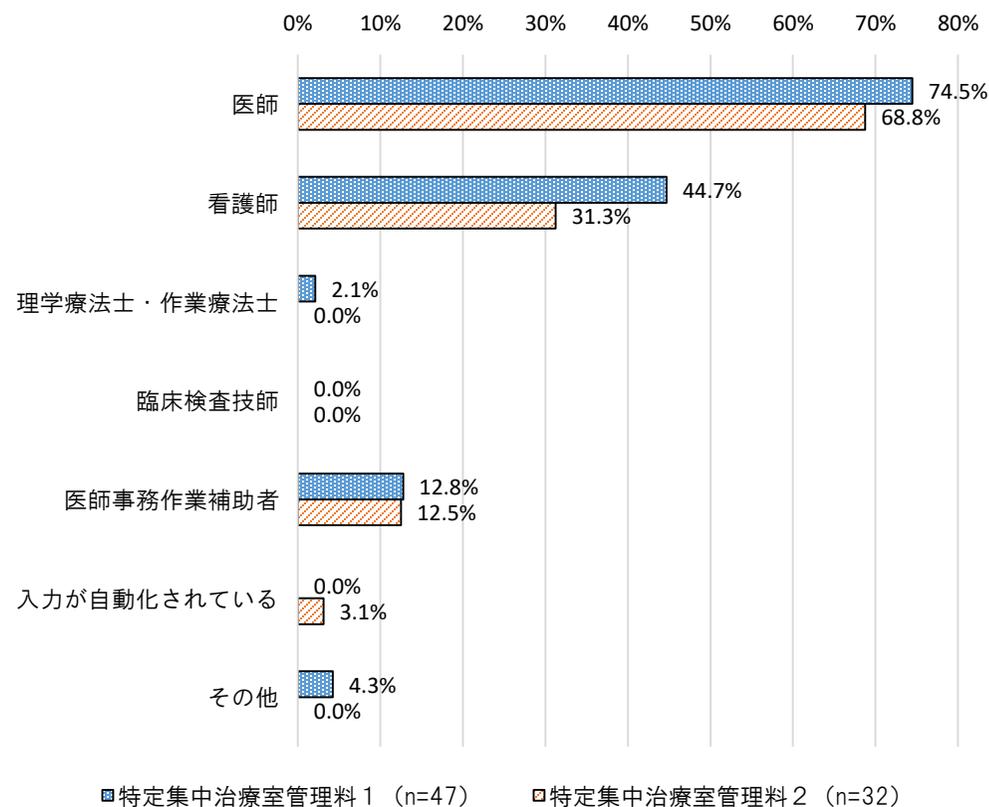
- 特定集中治療室管理料1・2について、SOFAスコアをカルテに入力し始めた時期をみると、約3～4割は平成30年度診療報酬改定前から入力していた。また、入力を行う職種は主に医師であった。
- 特定集中治療室管理料3・4の約7～8割からも、SOFAスコアについて回答を得られた。

## いつから入力を開始したか

### (管理料1・2)

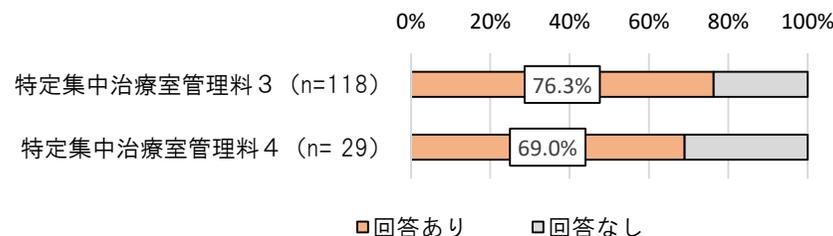


## 入力を行う職種 (管理料1・2)



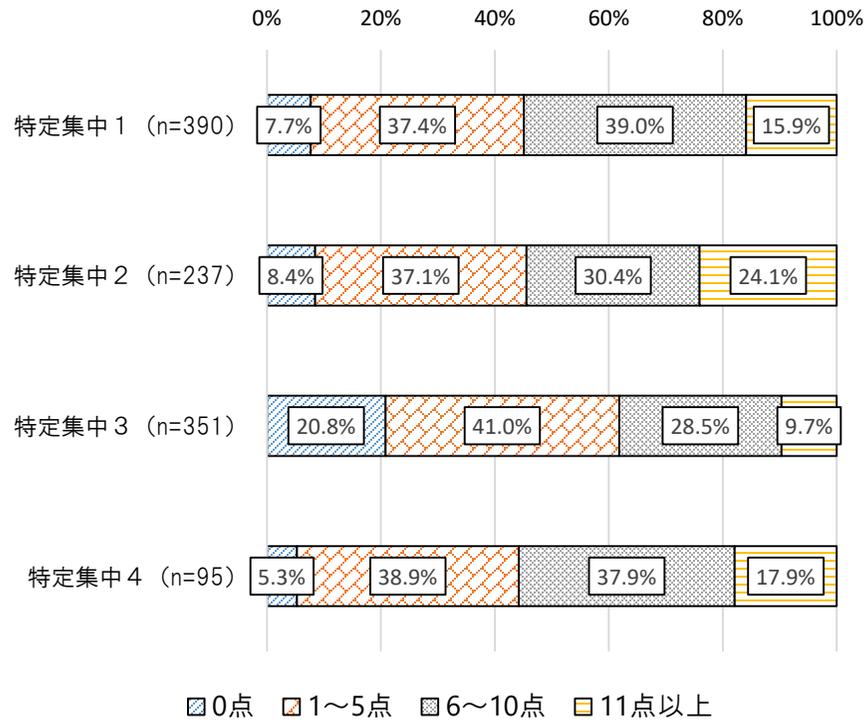
## SOFAスコアについて回答があった割合

### (管理料3・4)

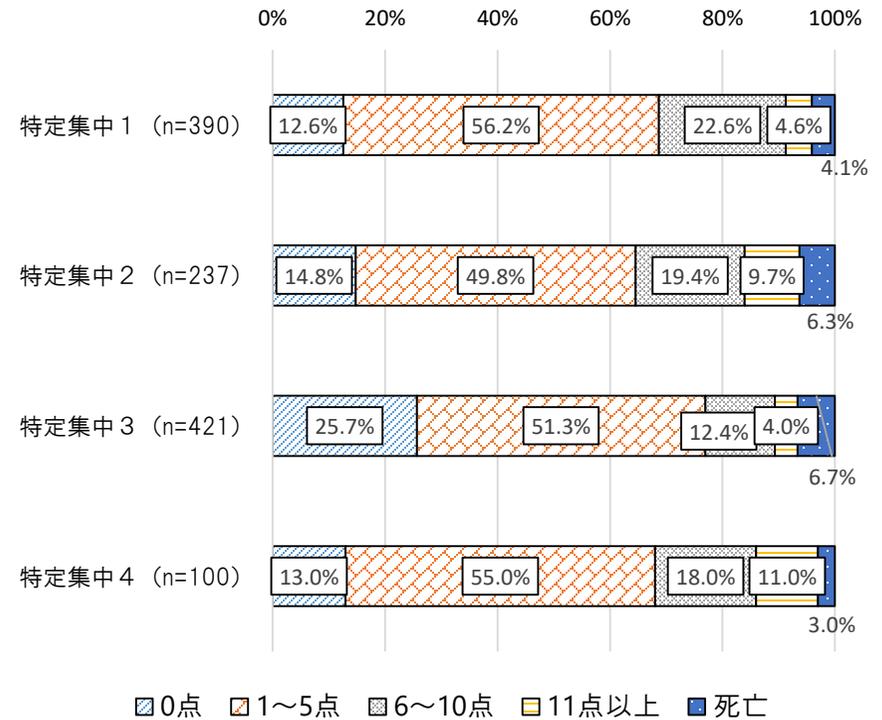


○ 全患者の入退室日のSOFAスコアをみると、特定集中治療室管理料3は他の管理料に比べて、入室日・退室日のスコアが0点の患者の割合が多かった。

### SOFAスコア別の患者割合（入室日）

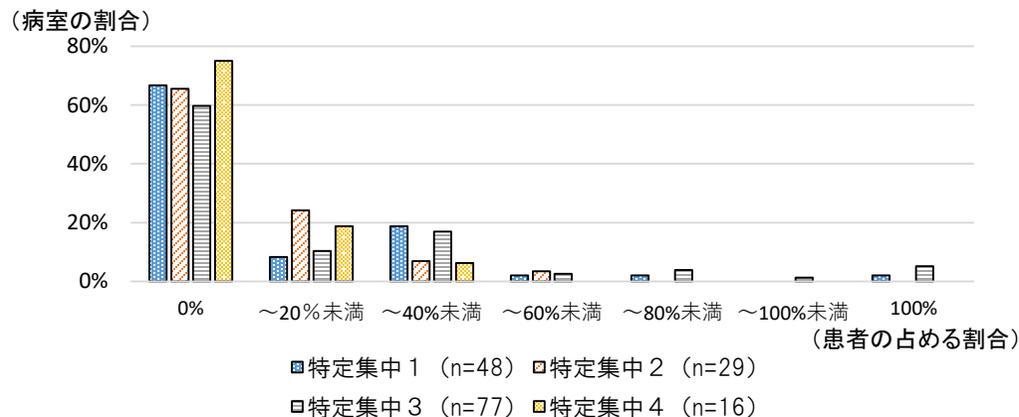


### SOFAスコア別の患者割合（退室日）

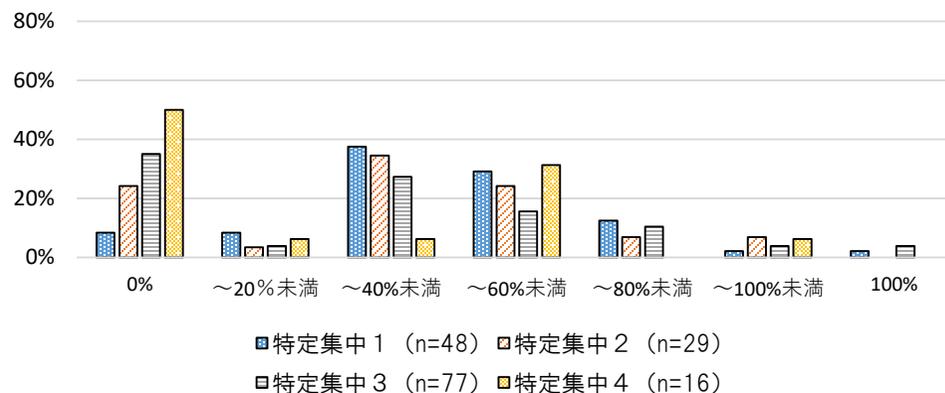


- 入室日のSOFAスコア別の患者割合をみると、管理料1～4それぞれ以下の状況であった。
- 一部には入室日スコアが「0点」の患者が占める割合が大きい病室もあった。

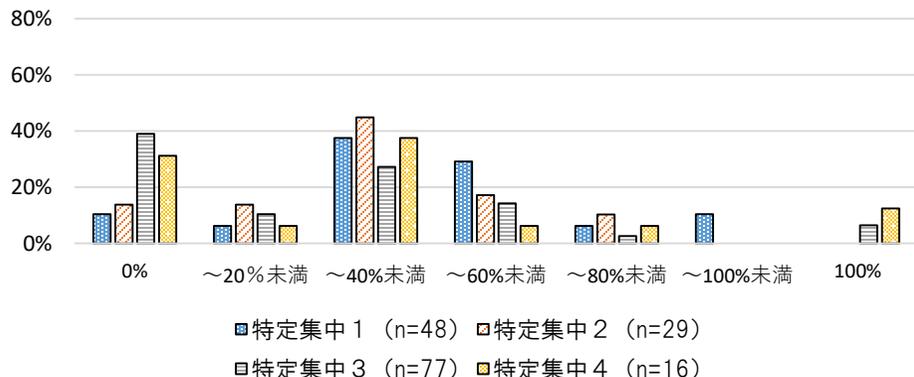
## 入室日スコアが0点の患者が占める割合



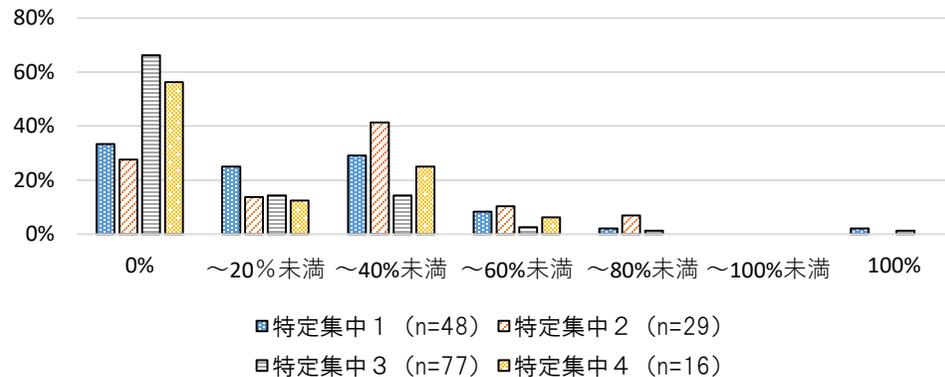
## 入室日スコアが1～5点の患者が占める割合



## 入室日スコアが6～10点の患者が占める割合



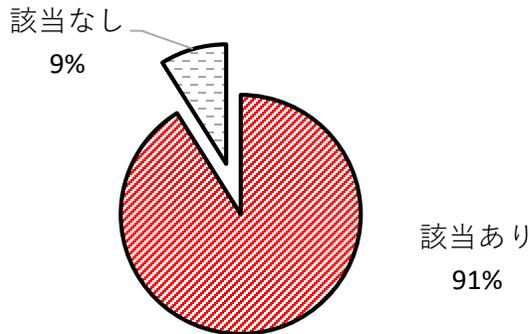
## 入室日スコアが11点以上の患者が占める割合



- 入室日の重症度、医療・看護必要度をみると、該当患者は約9割であった。また、入室日のSOFAスコアをみると、0点が最も多く、2割弱であった。
- 入室日の必要度の該当の有無とSOFAスコアの関係性をみると、必要度の該当患者・非該当患者ともに、SOFAスコア0点が最も多かった。ただし、必要度の該当患者は非該当患者に比べ、SOFAスコア0～1点の患者の割合が低かった。

必要度（入室日・全患者）

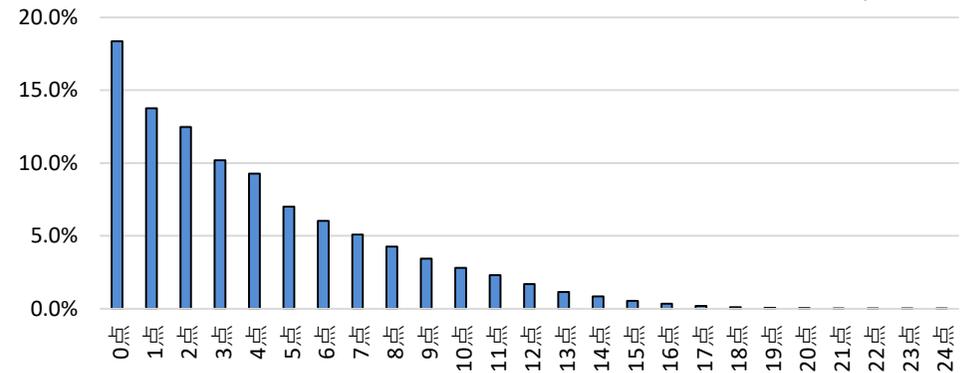
(n=123,418)



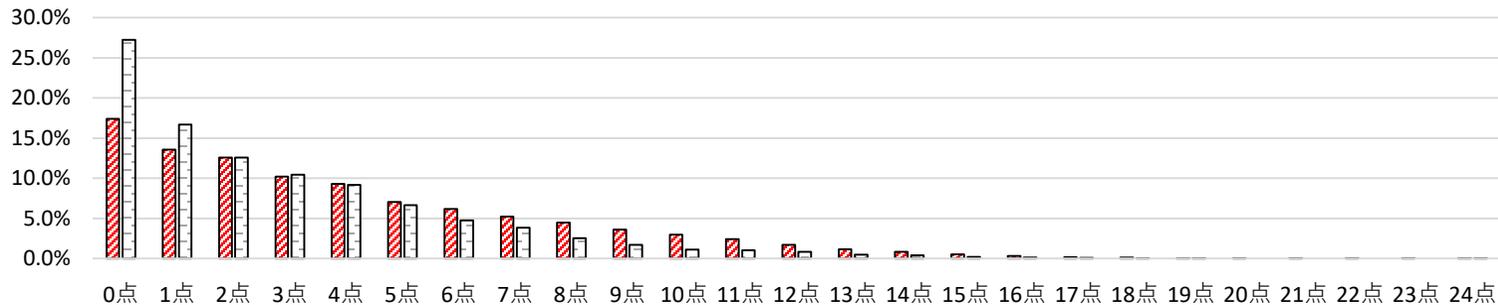
※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFAスコア（入室日・全患者）

(n=126,839)



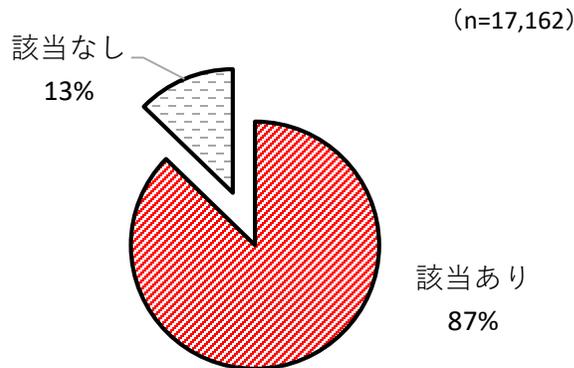
必要度×SOFAスコア（入室日・全患者）



■ 必要度該当あり (n=112,418)    □ 必要度該当なし (n=11,000)

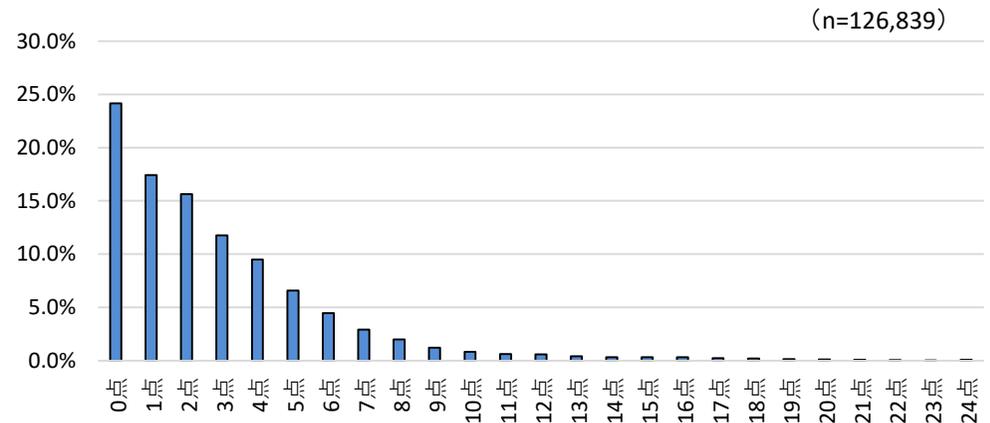
- 退室日の重症度、医療・看護必要度をみると、該当患者は約9割であった。また、退室日のSOFAスコアをみると、0点が最も多く、2割強であった。
- 退室日の必要度の該当の有無とSOFAスコアの関係性をみると、必要度の該当患者・非該当患者ともに、SOFAスコア0点の患者の割合が最も高かった。ただし、必要度の該当患者は非該当患者に比べ、SOFAスコア0～1点の患者の割合が低かった。

### 必要度（退室日・全患者）

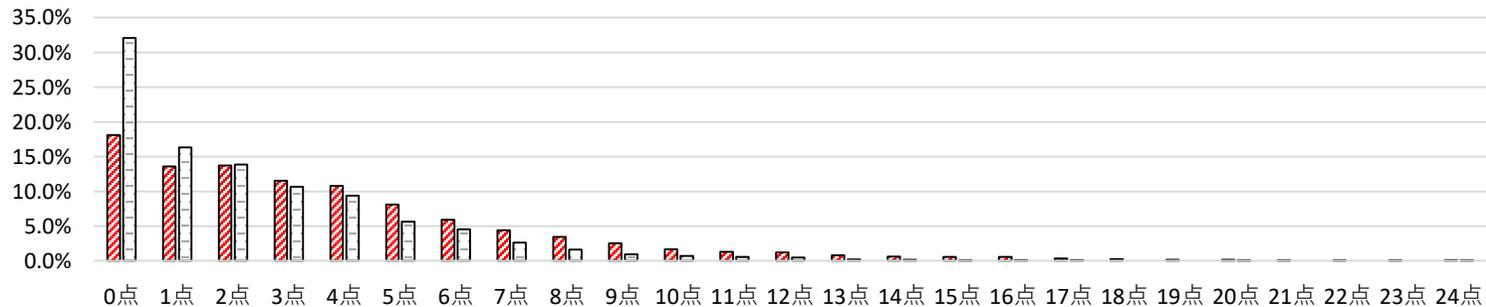


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

### SOFAスコア（退室日・全患者）



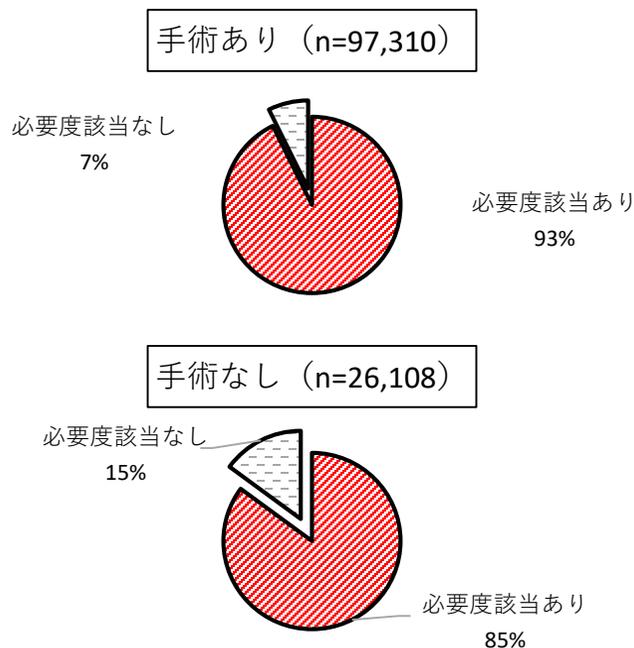
### 必要度×SOFAスコア（退室日・全患者）



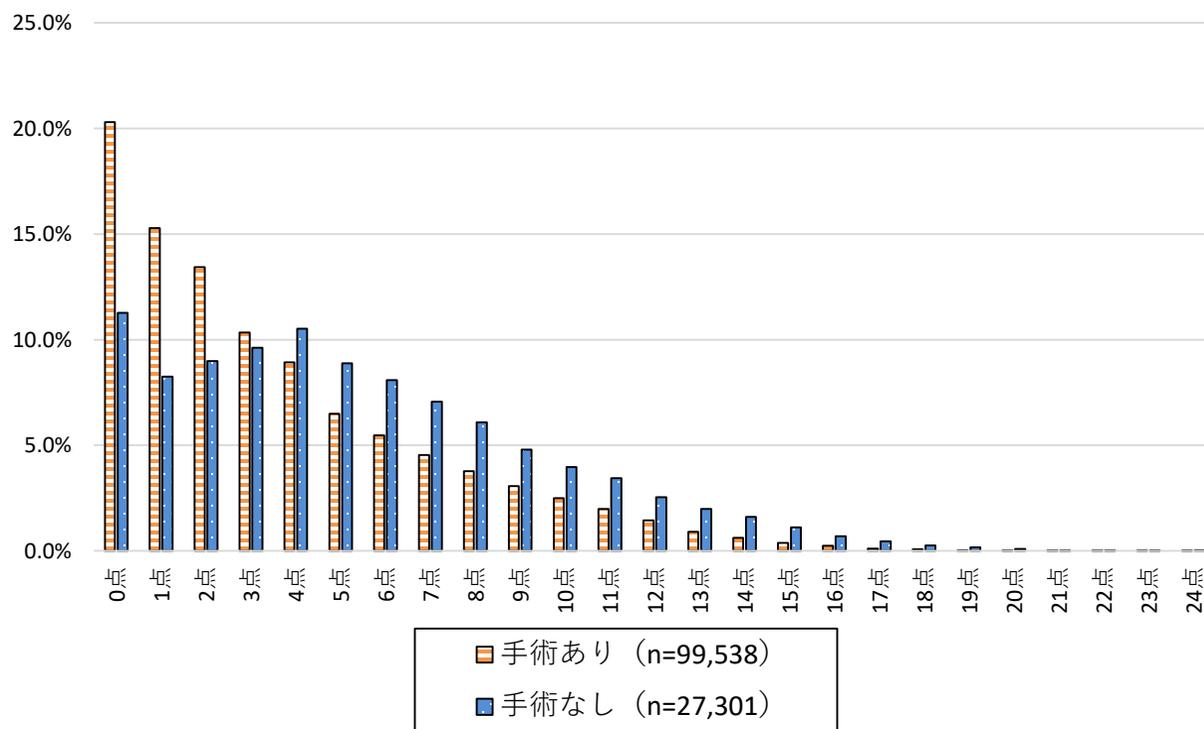
■ 必要度該当あり (n=14,979)    □ 必要度該当なし (n=2,183)

- 手術の実施の有無と、入室日の重症度、医療・看護必要度の関係を見ると、手術あり・なしの患者ともに、必要度の該当患者が多く、約8～9割を占めた。
- 手術の実施の有無と、入室日のSOFAスコアの関係を見ると、手術ありの患者ではSOFAスコア0点の患者の割合が最も高く約2割であったが、手術なしの患者ではSOFAスコア0点と4点の割合がともに高く、約1割であった。

### 手術の有無×必要度（入室日）

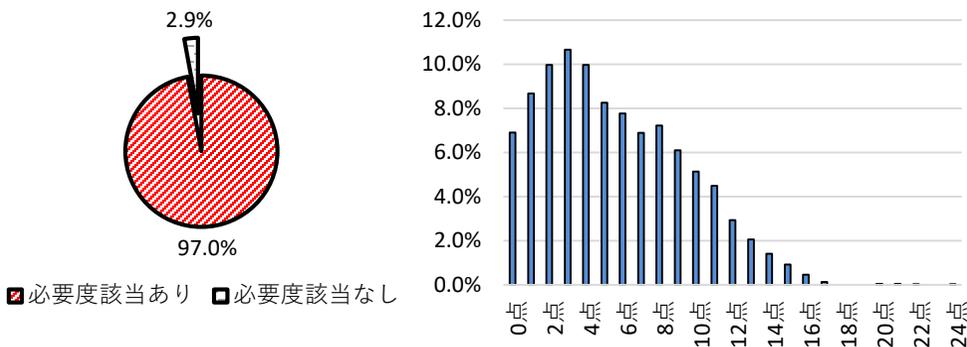


### 手術の有無×SOFAスコア（入室日）

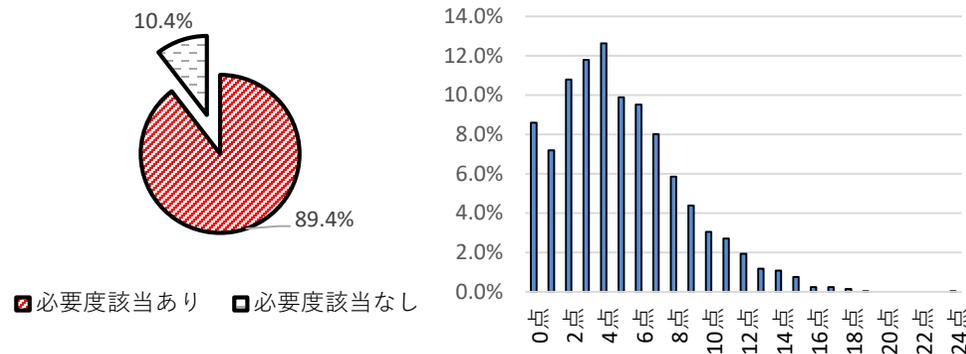


○ 最も医療資源を投入した傷病名ごとに、重症度、医療・看護必要度の該当の有無とSOFAスコアをみると、必要度はいずれの傷病でも該当患者が約9割以上であったが、SOFAスコアの分布は傷病によってばらついていました。

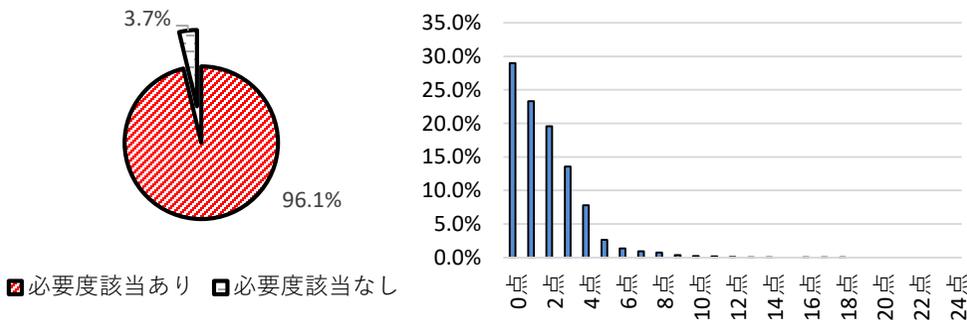
大動脈弁狭窄（症） (n=4780)



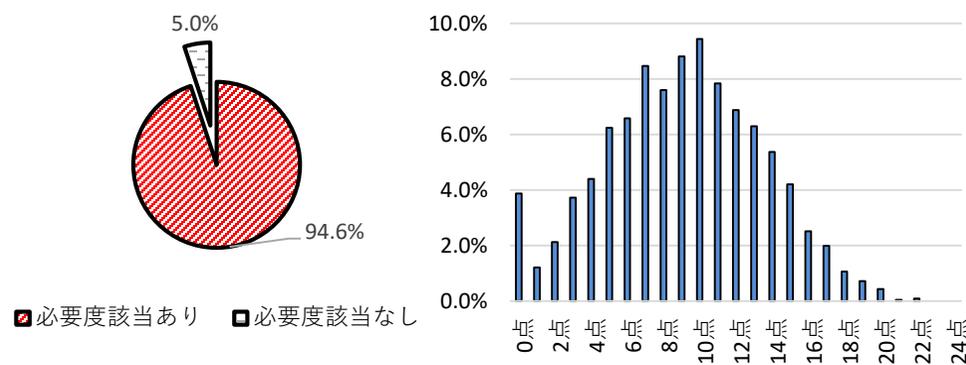
うっ血性心不全 (n=3746)



気管支及び肺の悪性新生物, 上葉, 気管支又は肺 (n=3471)

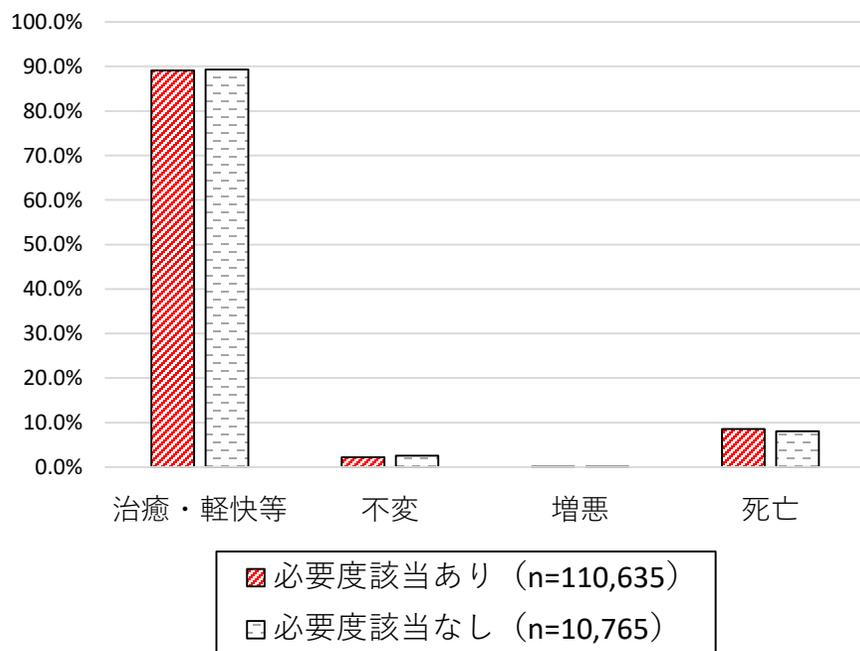


敗血症, 詳細不明 (n=2105)

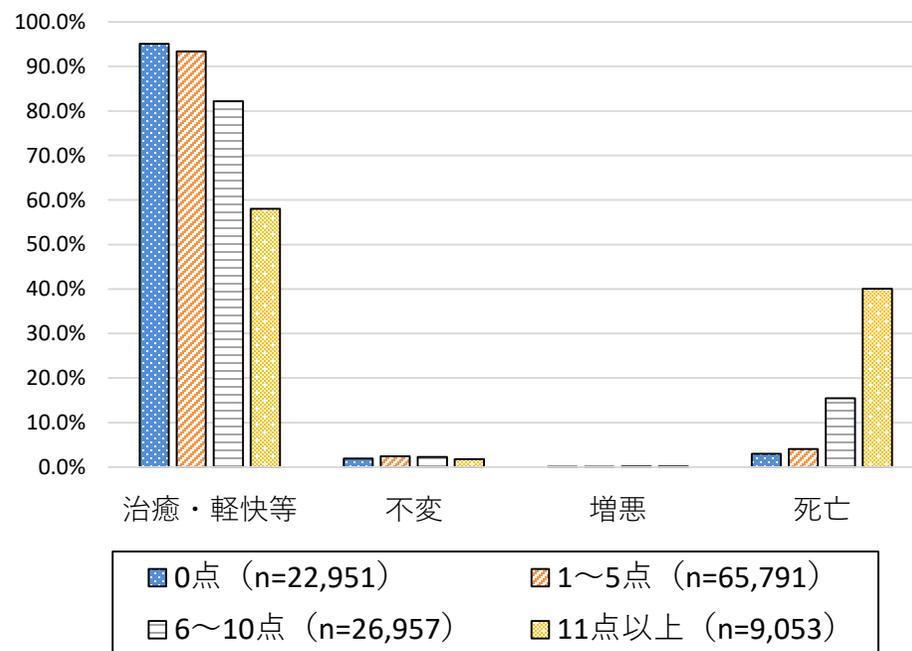


- 退院時転帰と入室日の重症度、医療・看護必要度の関係を見ると、必要度の該当あり・なしで退院時転帰に明らかな差は見られなかった。
- 退院時転帰と入室日のSOFAスコアの関係を見ると、SOFAスコアが高くなるほど、退院時転帰が「治癒・軽快等」の患者割合が低く、「死亡」の患者割合が高くなっていった。

### 退院時転帰 × 必要度 (入室日)



### 退院時転帰 × SOFAスコア (入室日)



※必要度基準:A得点4点以上かつB得点3点以上

## 特定集中治療室管理料等の見直し①

### 専門性の高い看護師の配置の要件化

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

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専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

### 【施設基準通知】

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専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

### 【疑義解釈】平成30年3月30日(その1)

(問106) 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

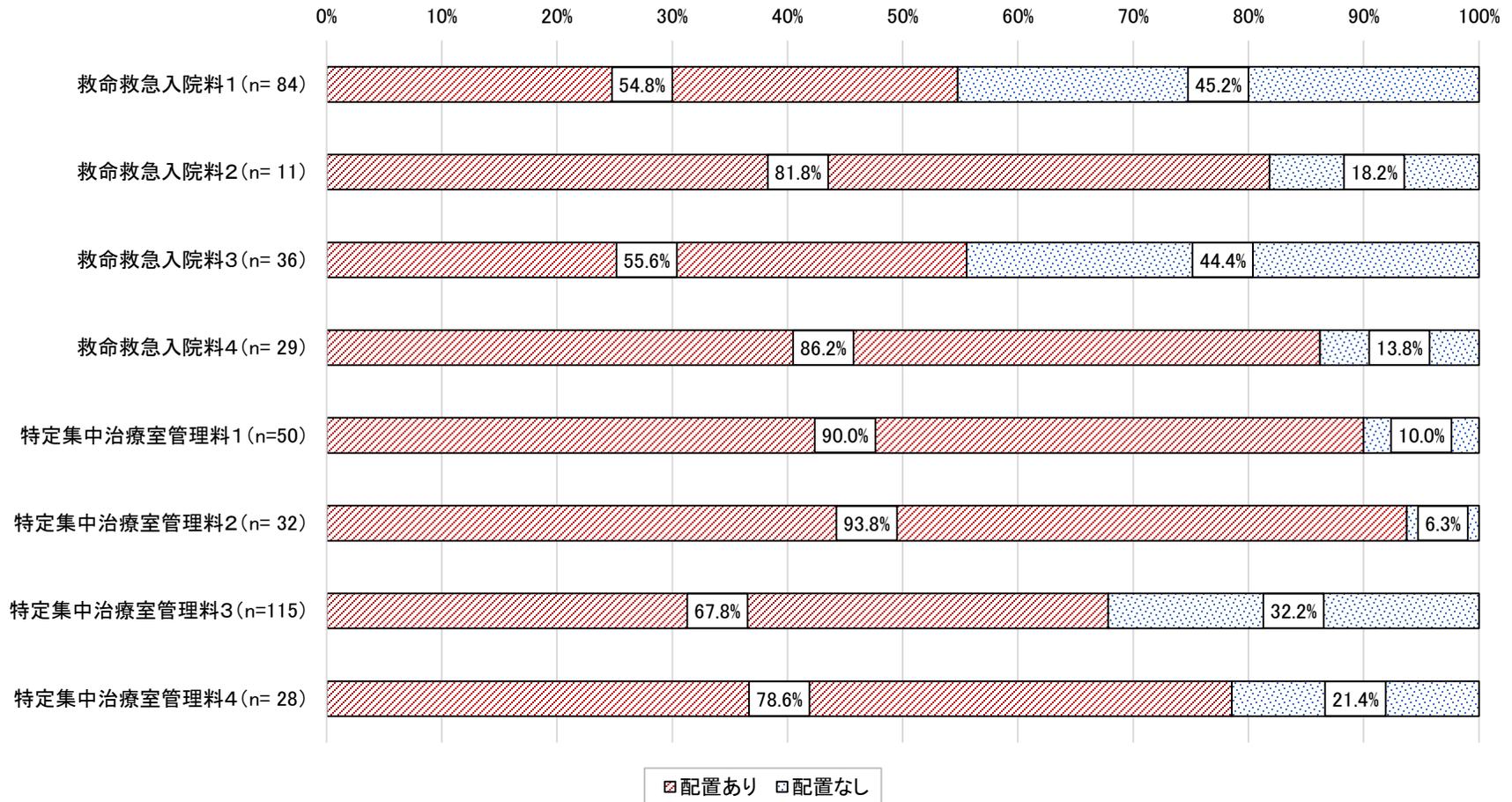
(答)現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
- ② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
- ③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
- ④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
- ⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器(気道確保に係るもの)関連」「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修

なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

○ 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。

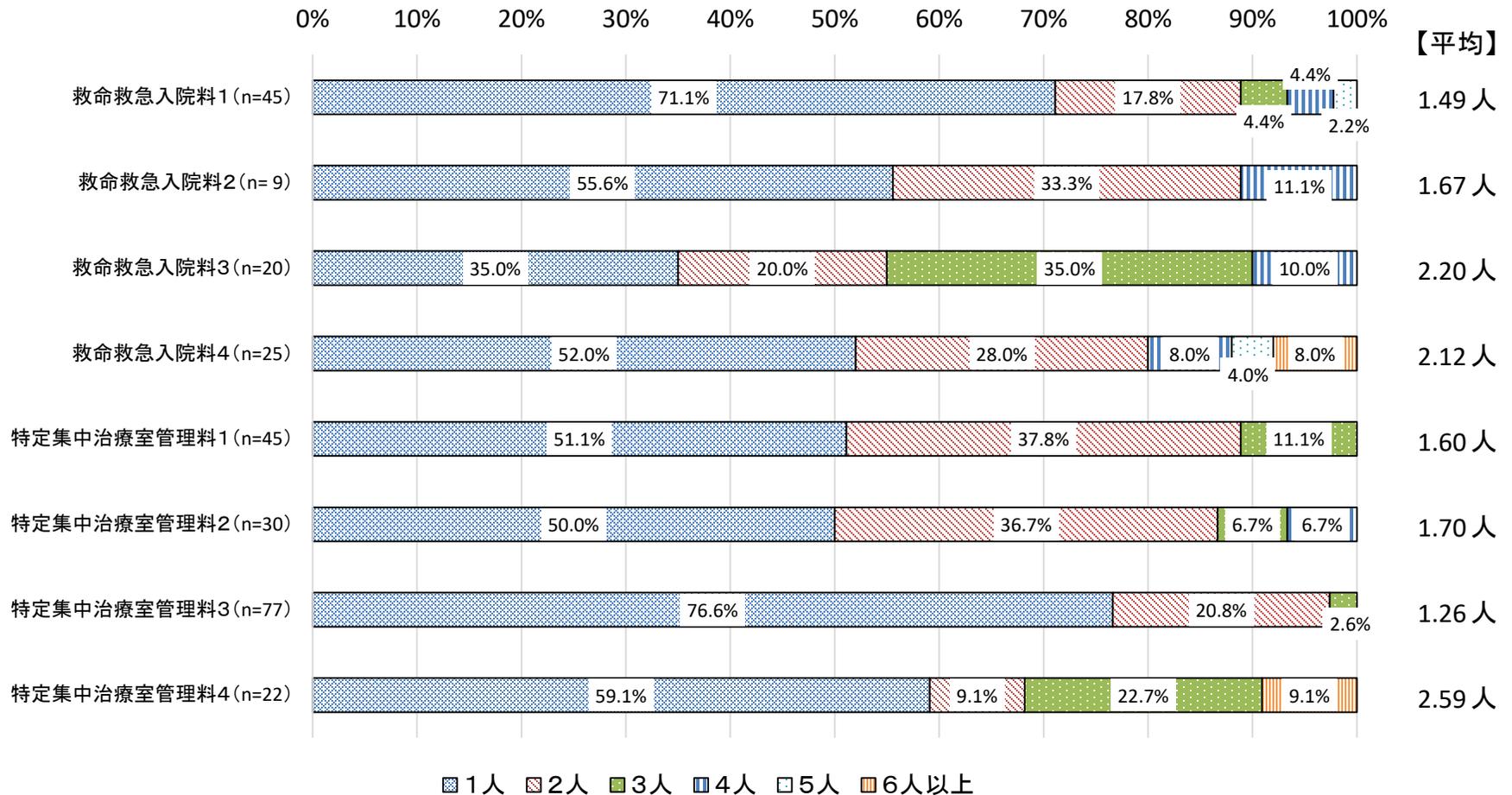
## 専門性の高い看護師の配置状況



※「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。

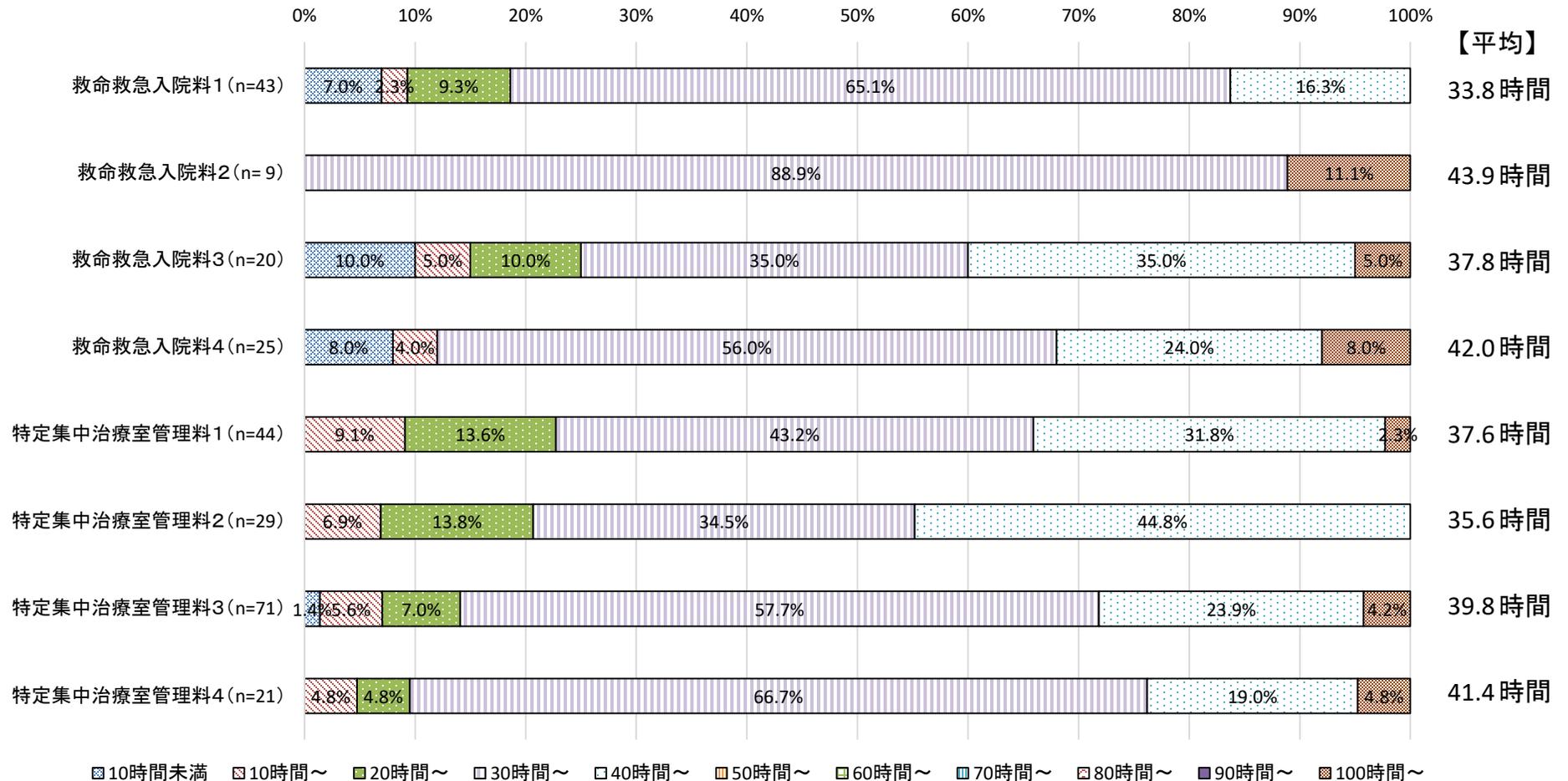
## 専門性の高い看護師の配置人数



※「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)

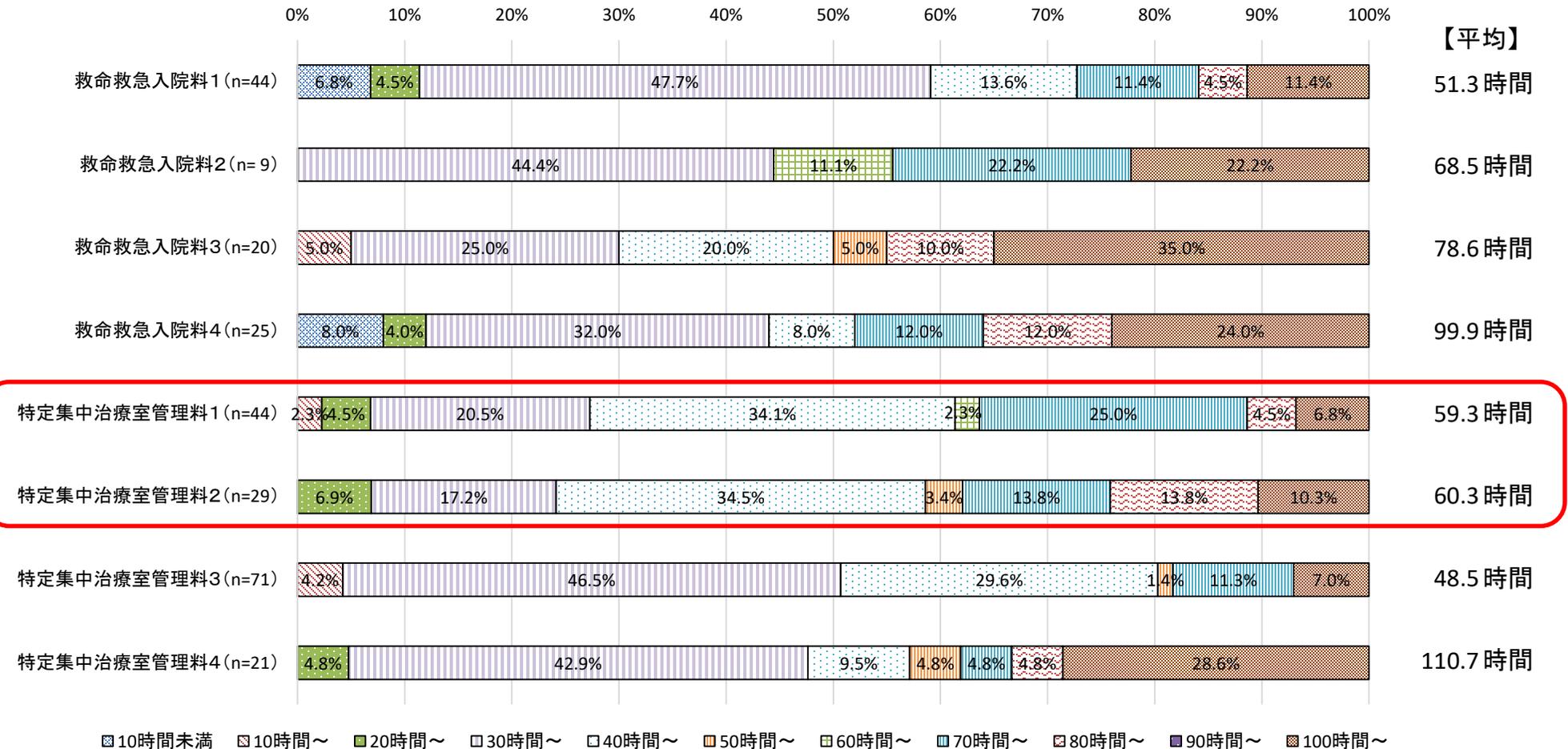


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

# 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。

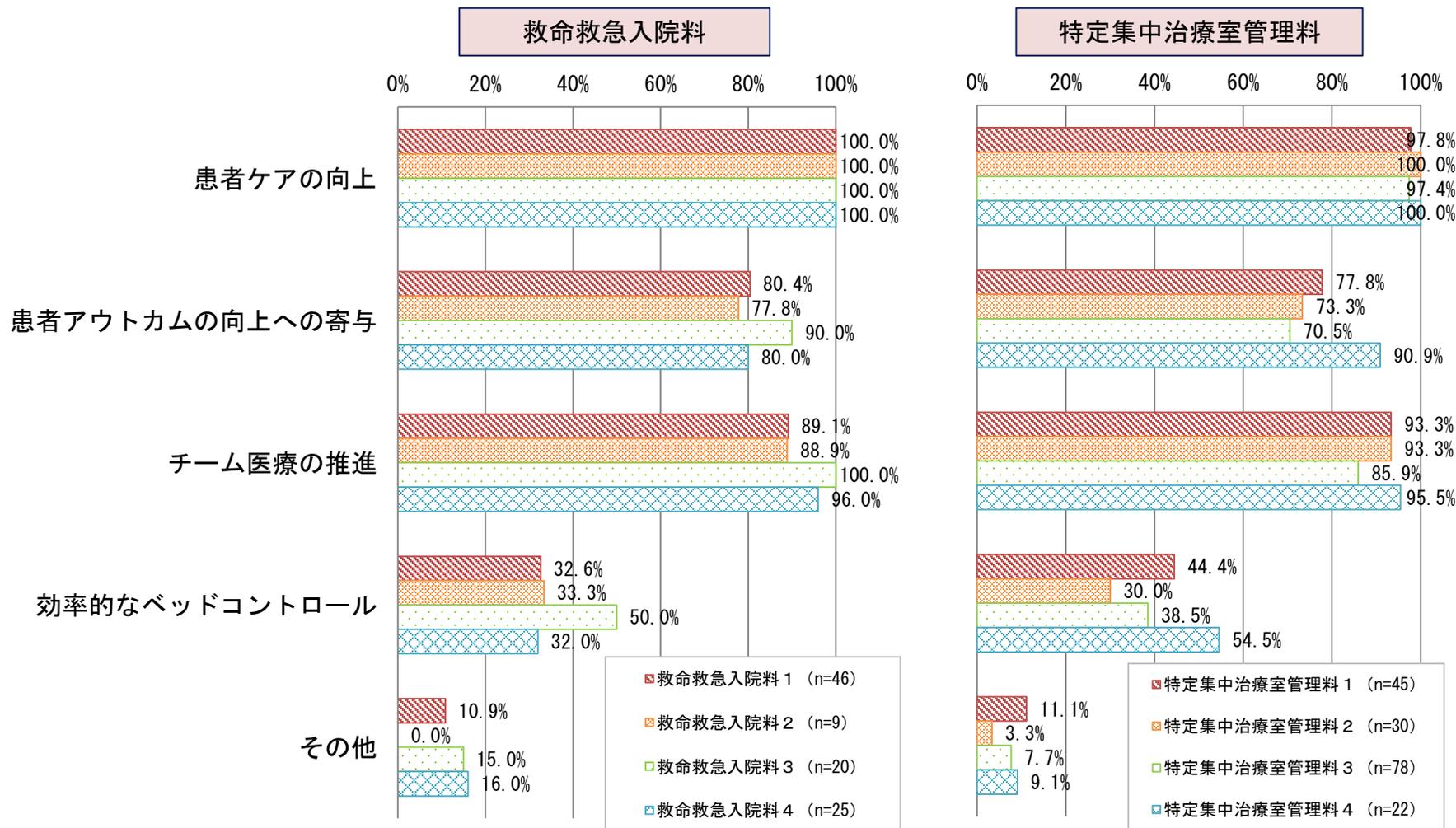
専門性の高い看護師の配置時間数（複数名配置している場合は延べ時間数を回答）



※「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。

○ 専門性の高い看護師の配置による効果を見ると、「患者ケアの向上」「患者アウトカムの向上への寄与」「チーム医療の推進」と回答した施設が多かった。

## 専門性の高い看護師の配置による効果 (複数回答)

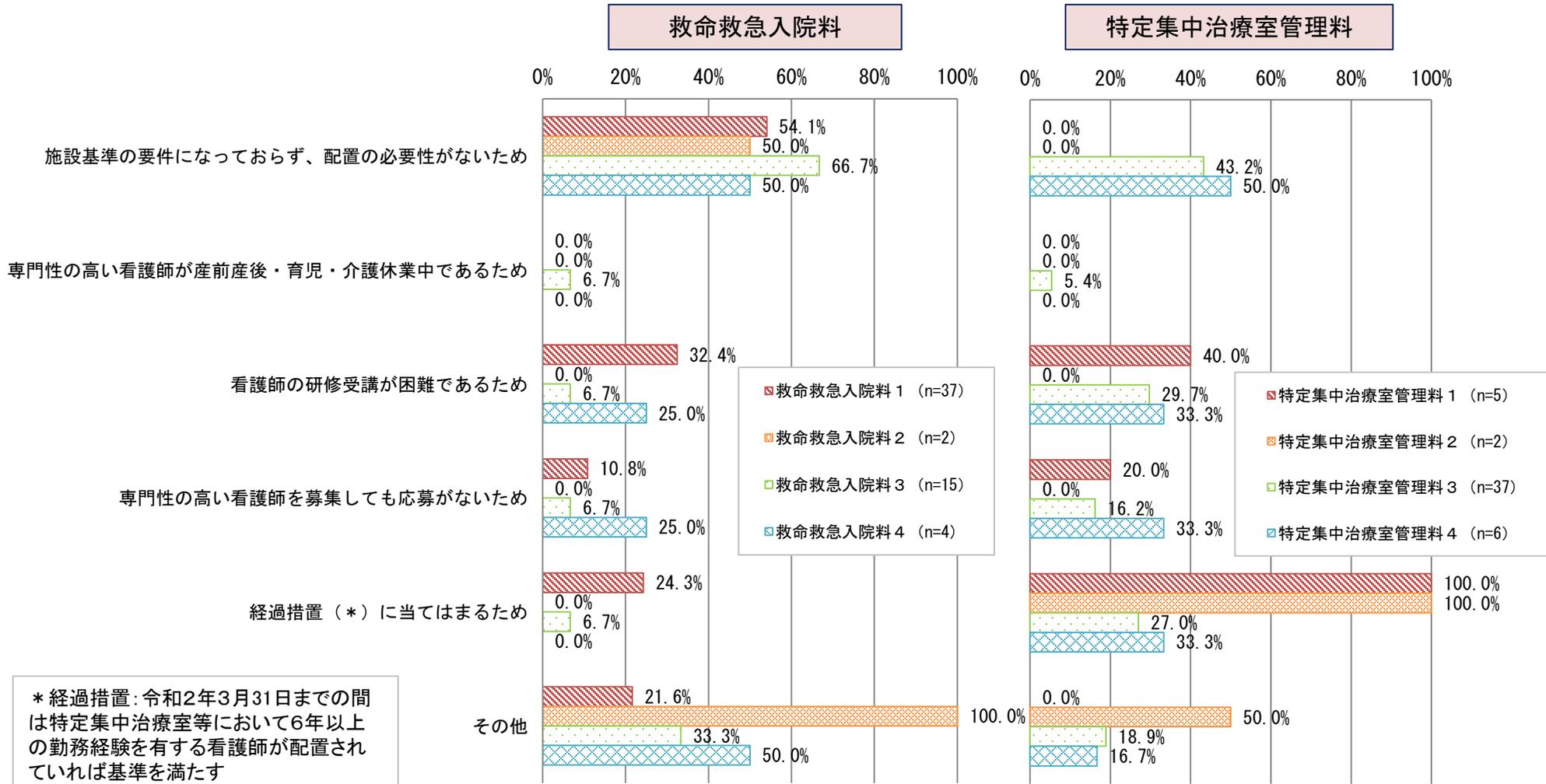


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

# 専門性の高い看護師を配置していない理由

○ 専門性の高い看護師を配置していない理由をみると、配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、すべての施設が「経過措置に当てはまるため」と回答した。

## 専門性の高い看護師を配置していない理由（複数回答）



※「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。

## 特定集中治療室管理料等の見直し①

### ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

**(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)**

#### [算定要件]

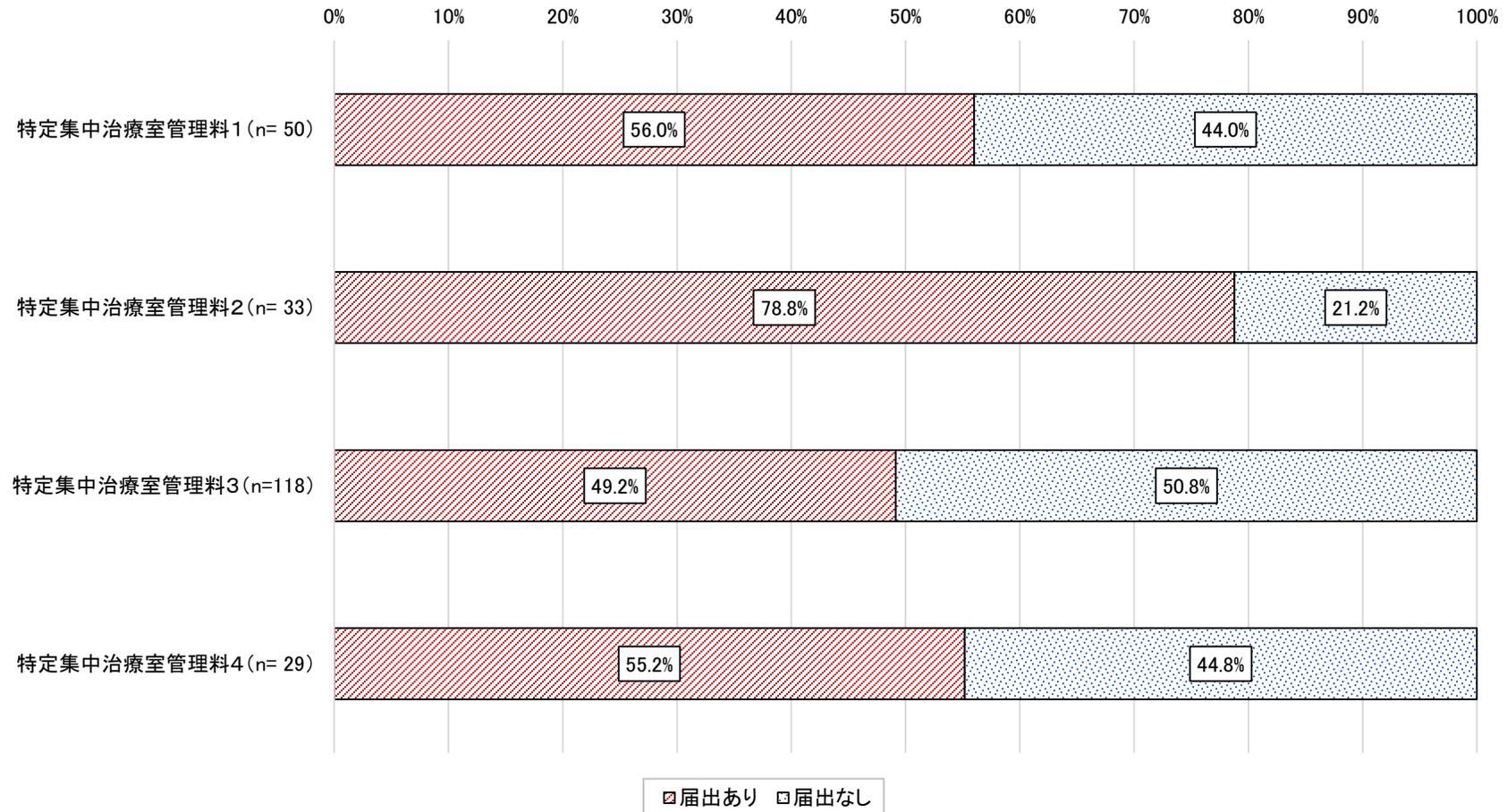
- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
  - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
  - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
  - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

#### [施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
  - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
  - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
  - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上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 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

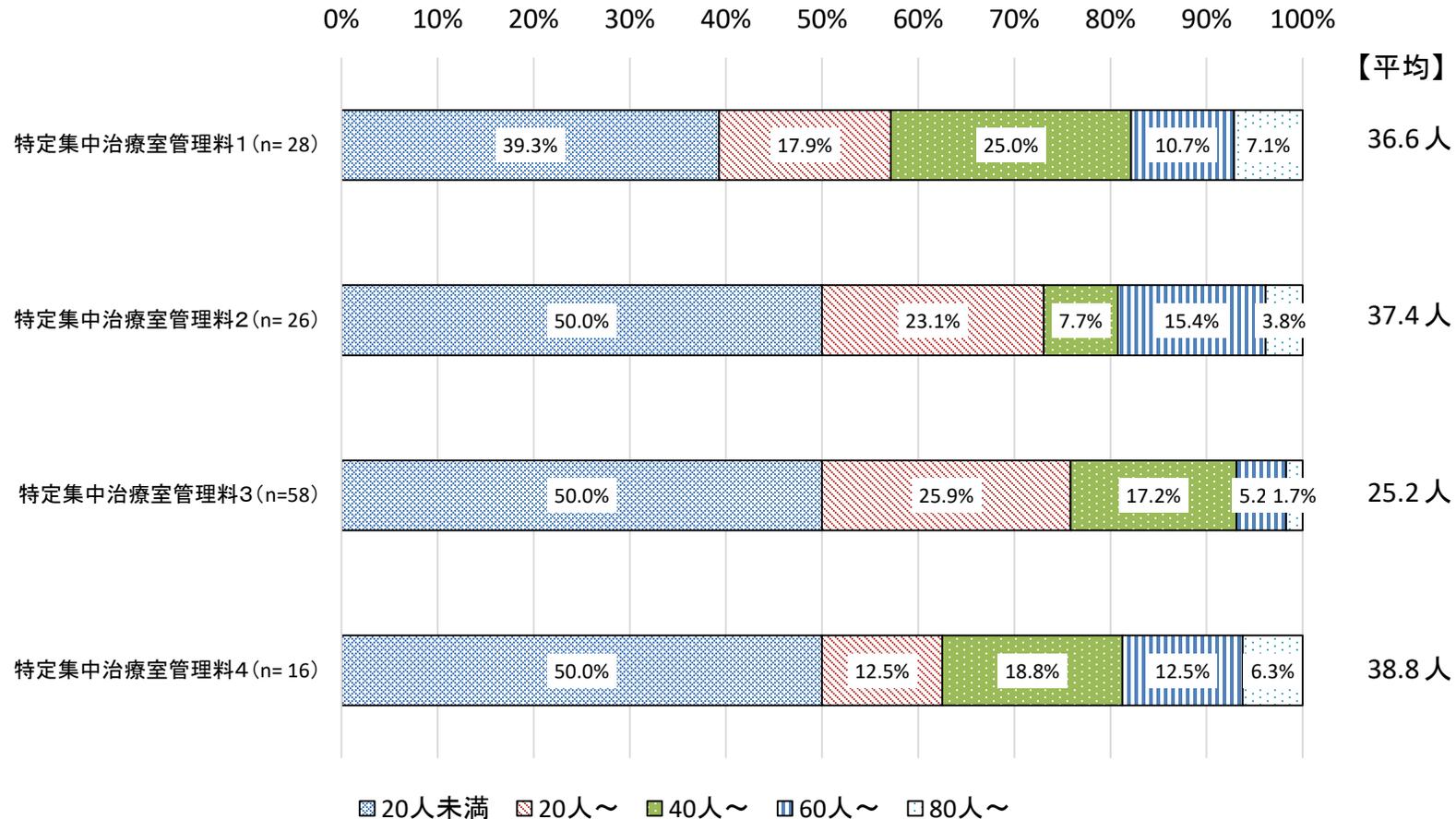
- 特定集中治療室管理料における早期離床・リハビリテーション加算の届出状況をみると、管理料1・3・4では約5割、管理料2では約8割が届出していた。

## 早期離床・リハビリテーション加算の届出状況



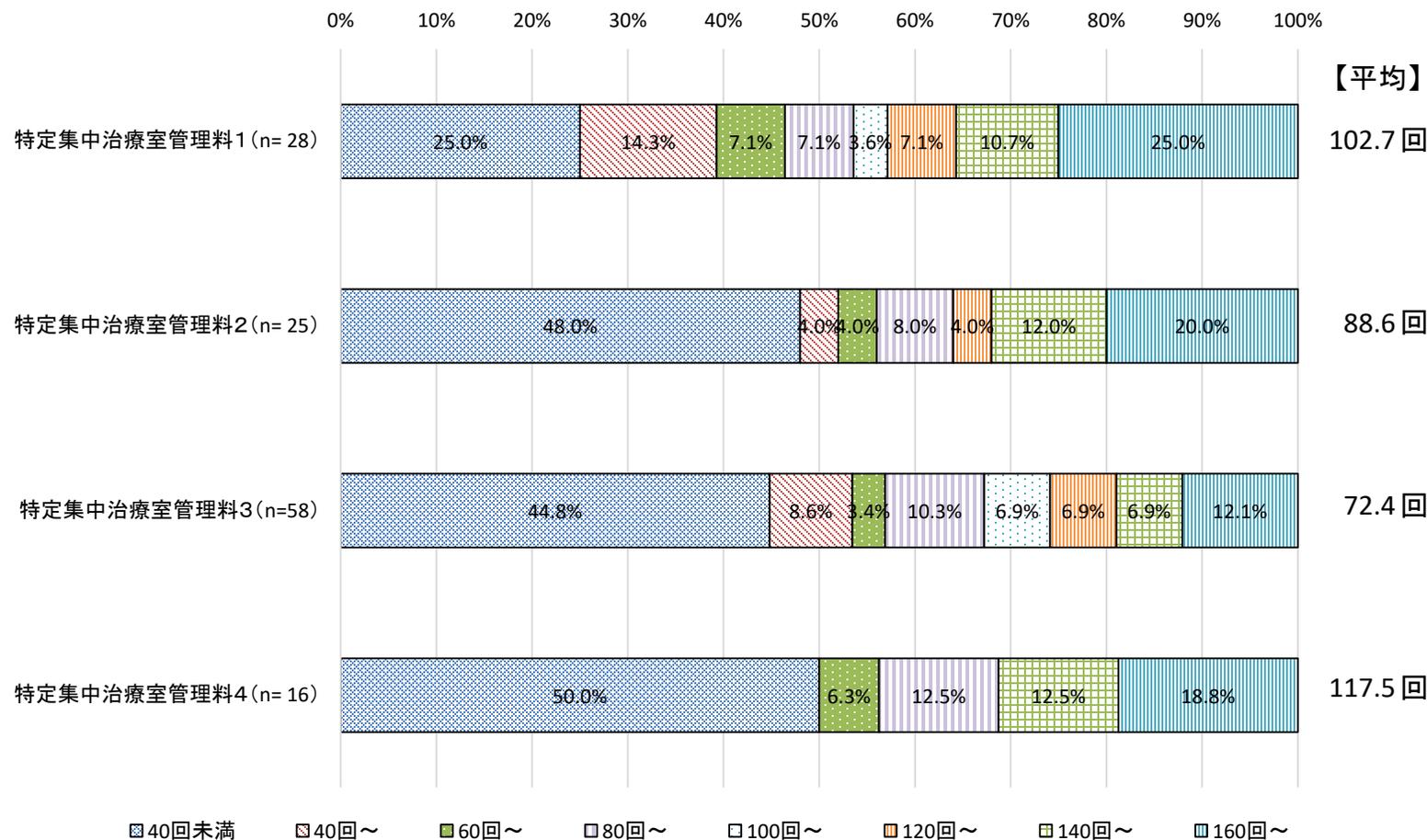
○ 早期離床・リハビリテーション加算の1か月の算定患者数は平均30人前後であった。

## 早期離床・リハビリテーション加算の算定患者数



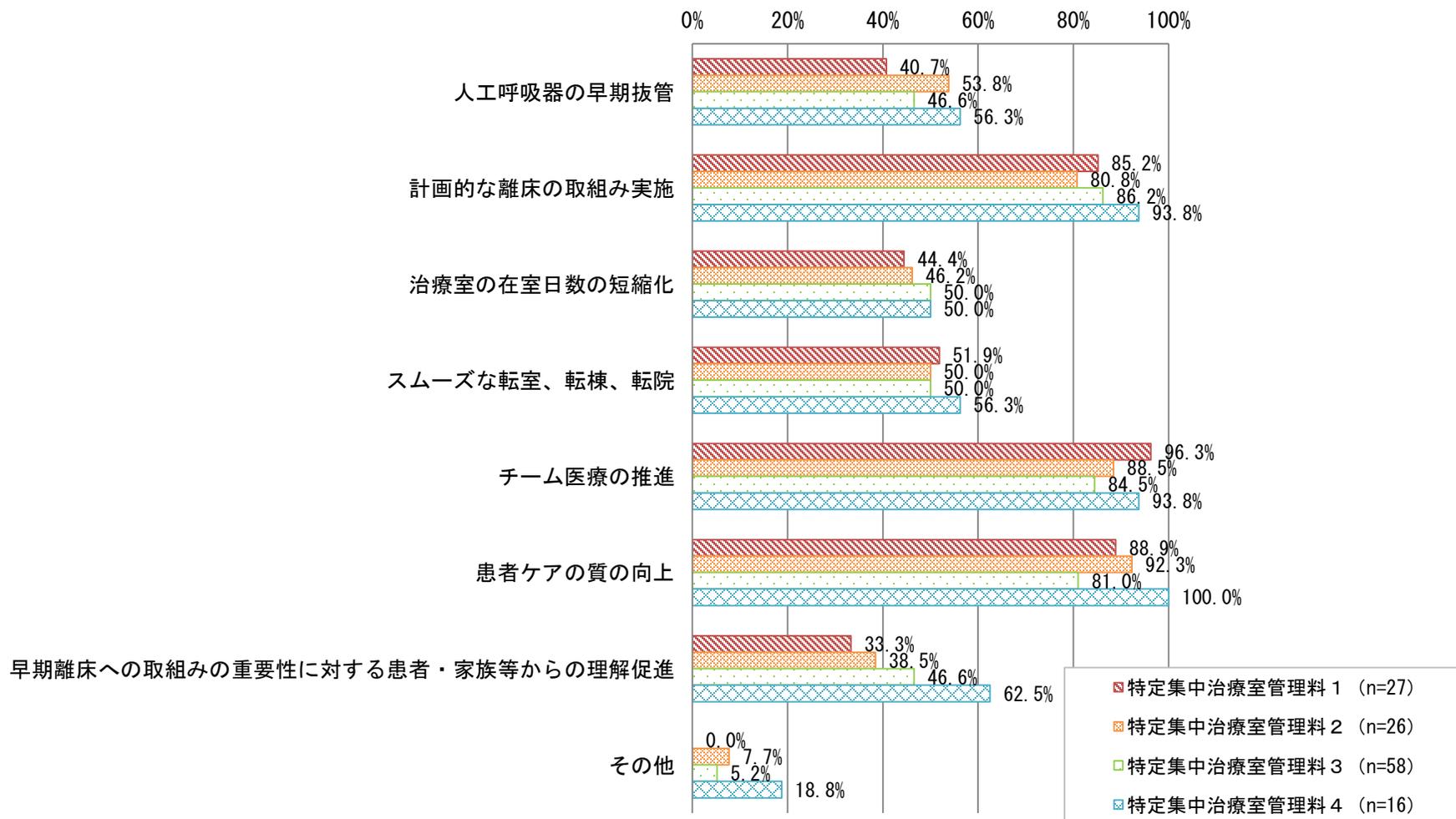
○ 早期離床・リハビリテーション加算の1か月の算定回数は平均70~100回程度であった。

## 早期離床・リハビリテーション加算の算定回数



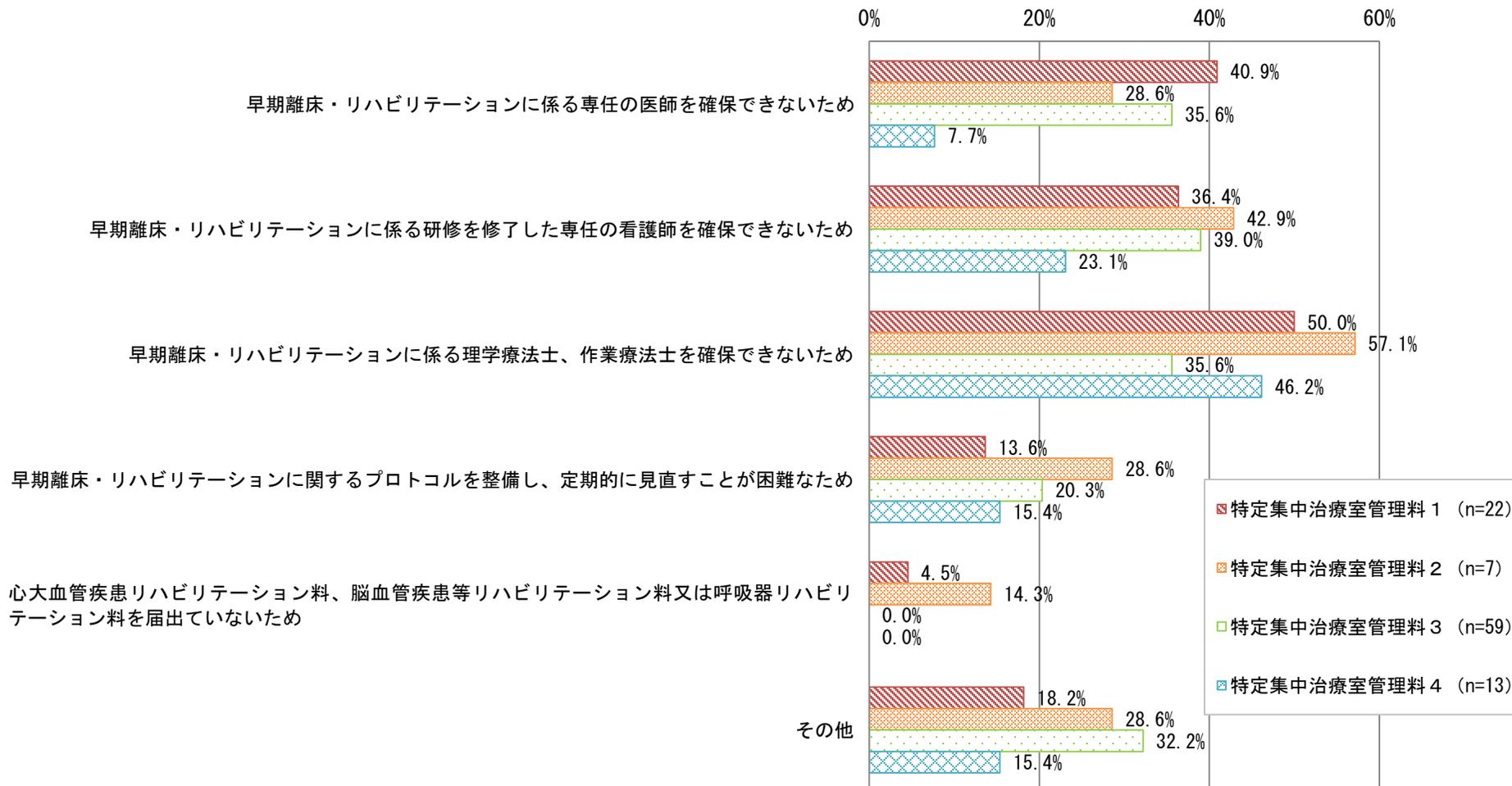
○ 早期離床・リハビリテーション加算の届出による効果を見ると、「計画的な離床の取組み実施」「チーム医療の推進」「患者ケアの質の向上」と回答した施設が多かった。

## 早期離床・リハビリテーション加算の届出による効果 (複数回答)



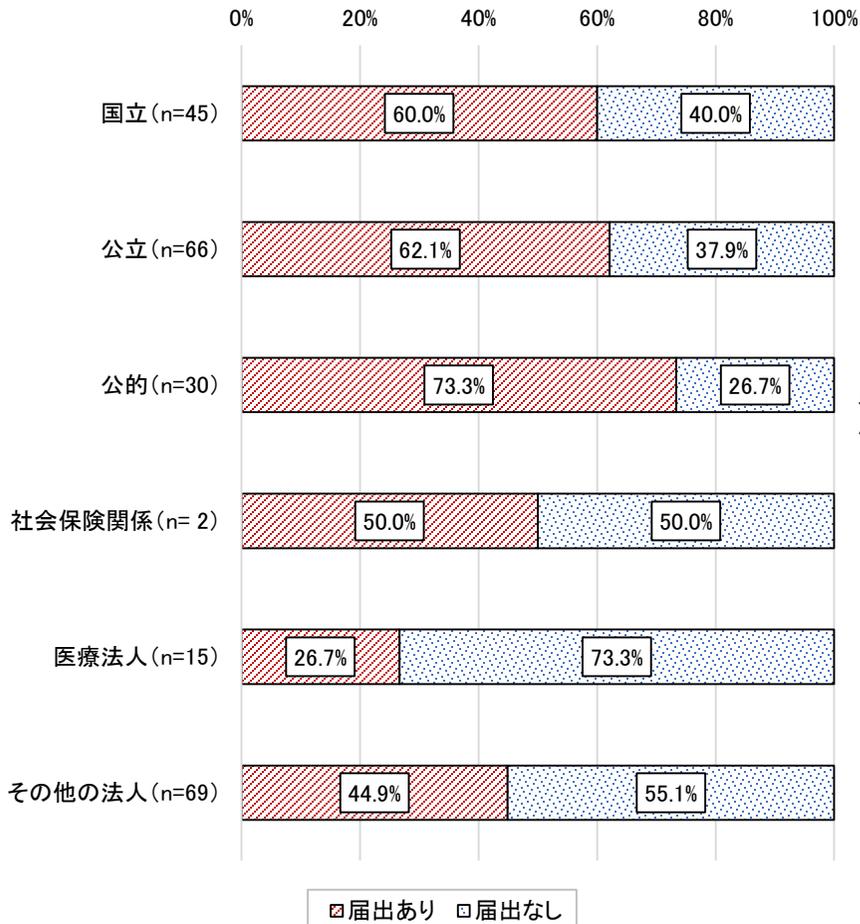
○ 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由をみると、「早期離床・リハビリテーションに係る理学療法士、作業療法士を確保できないため」が多かった。

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)

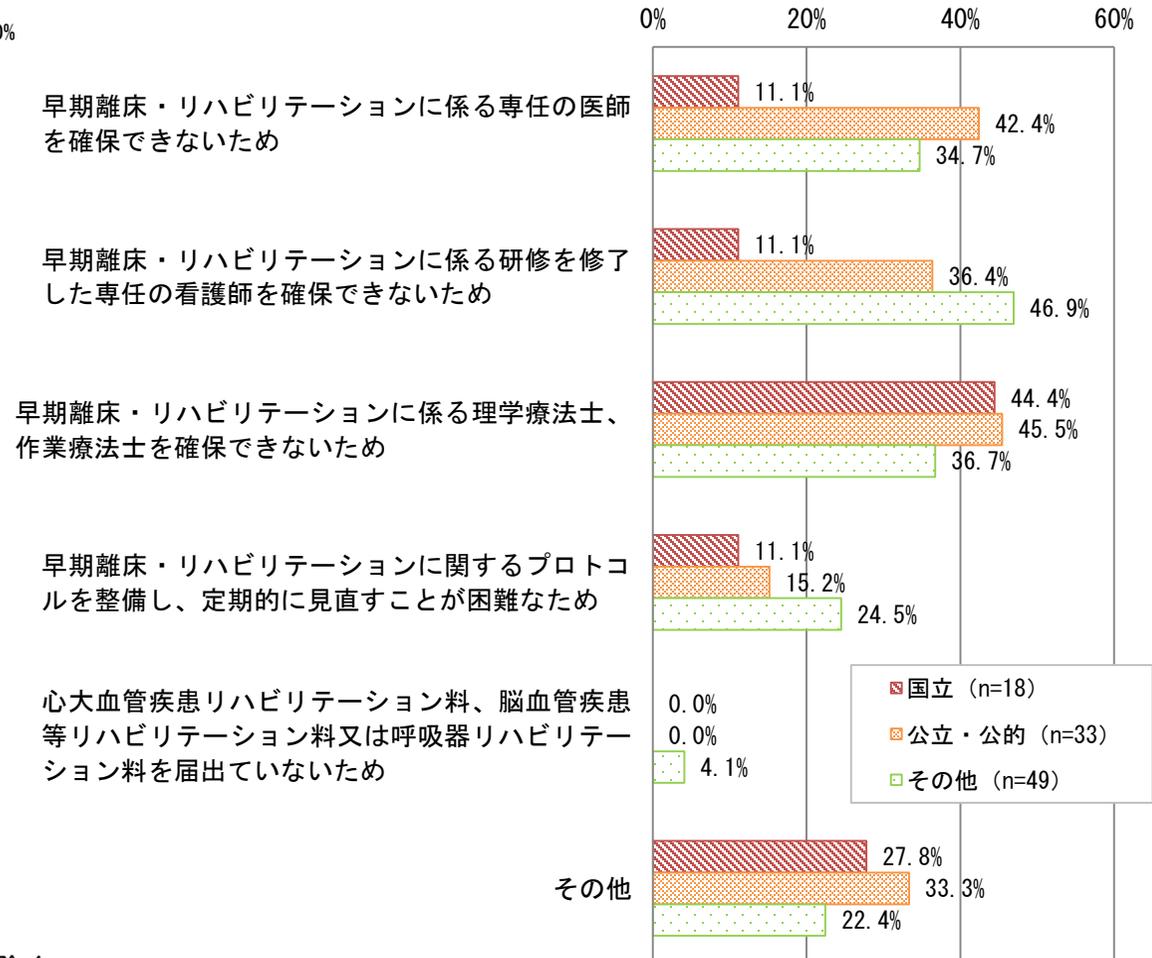


○ 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由を開設者別にみると、理学療法士等に係る理由を回答した割合は、いずれの開設者においても約4割であった。

## 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

# とりまとめの構成

## 1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

## 4. 慢性期入院医療について

## 5. 横断的事項について

## 6. 医療資源の少ない地域について

## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

## 8. DPC/PDPSについて

# 短期滞在手術等基本料の概要

短期滞在手術(日帰り手術, 1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査, 画像診断等を包括的に評価

(次の要件を満たす必要あり)

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で, 短期滞在手術同意書を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等, 十分なフォローアップを行うこと
- 4 退院後概ね3日間, 患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術基本料3を除く)

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 856点	短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 4, 918点 (生活療養を受ける場合: 4, 890点)	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方 厚生 局等 への 届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定 の取 扱	短期滞在手術等基本料1、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる	短期滞在手術等基本料2、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる  ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可	・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び 10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院 医療管理料を算定する場合を除き, 全て短期 滞在手術等基本料3を算定  ・6日目以降においても入院が必要な場合の 費用は, 出来高算定  ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可

- 外来における手術の実施回数は年々増加(平成28年:780,935回 平成29年:809,397回 平成30年:820,948回)しており、平成30年においては外来手術全体の47%を占める。
- 短期滞在手術等基本料2及び3については、平成30年度診療報酬改定において、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、DPC対象病院では、算定不可とした。

※(平成29年5月→平成30年5月)

## ○短期滞在手術等基本料1

- ・短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加(9,917回→11,335回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(212,853回→234,140回)。
- ・平成26年以降の実績から、対象手術の多くで外来での実施率の上昇傾向がみられる。

## ○短期滞在手術等基本料2

- ・短期滞在手術等基本料2の算定回数は減少(92回→79回)。
- ・対象手術の実施回数は増加している(19,887回→27,538回)。
- ・全ての対象手術において、平均在院日数が2日を大きく上回る。

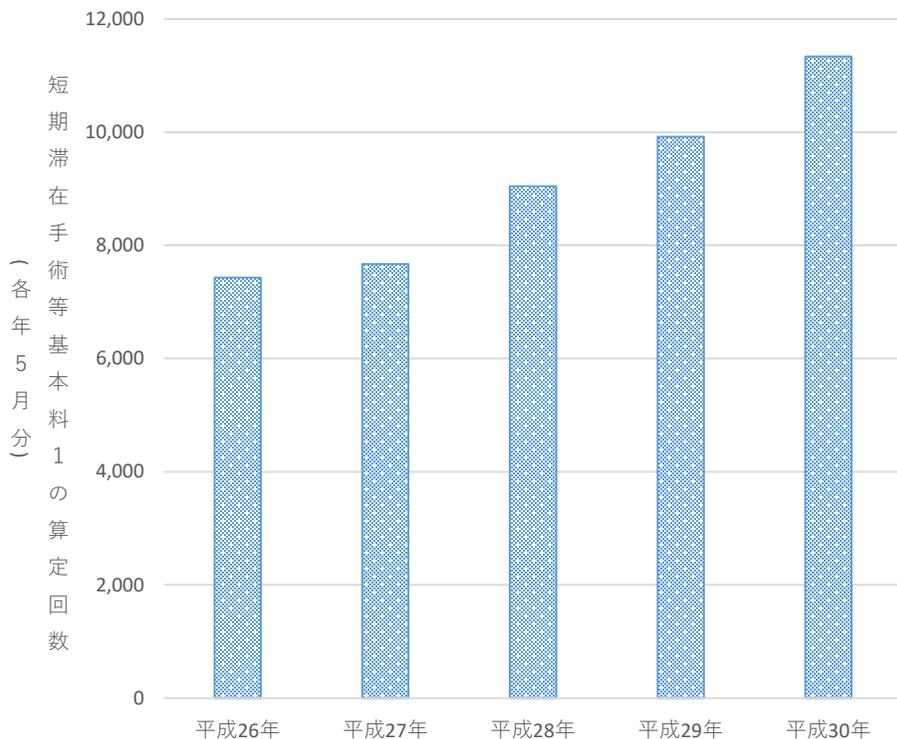
## ○短期滞在手術等基本料3

- ・短期滞在手術等基本料3の算定回数は減少(99,716回→23,469回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(274,877回→292,312回)。
- ・対象手術には、入院外で実施される割合が高いものがある。
- ・外来での実施率が低い手術についても、外来で実施することができる症例が存在している可能性がある。

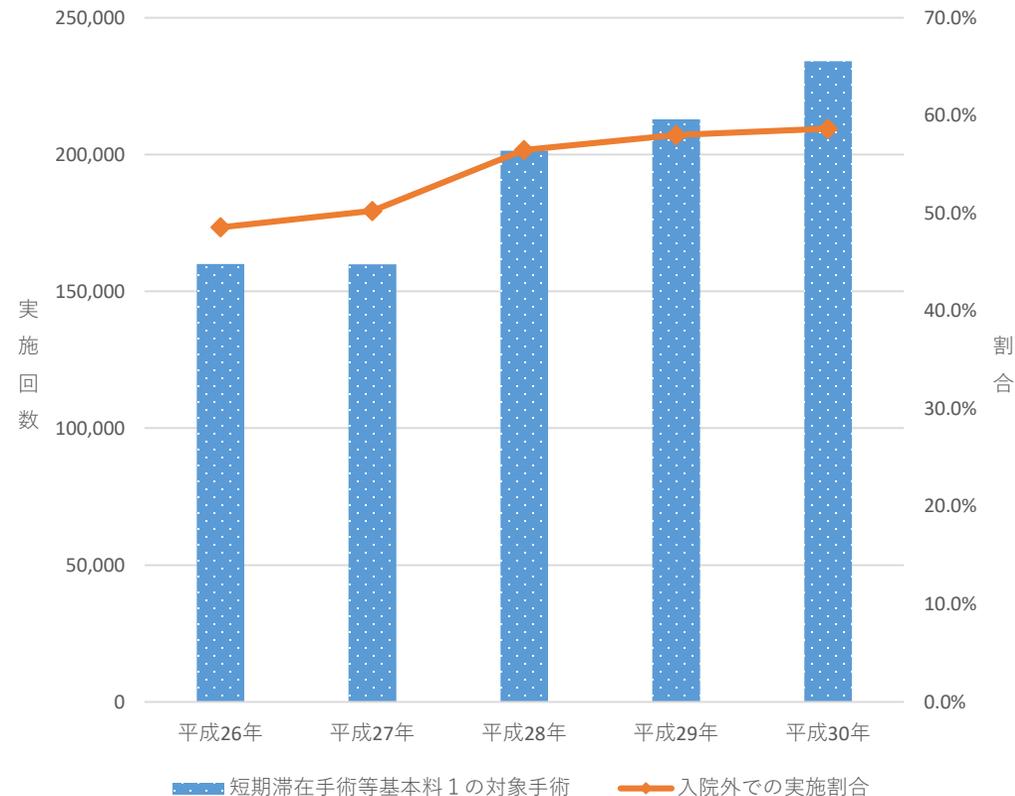
# 短期滞在手術等基本料1の年次推移

診調組 入-1  
元 . 9 . 1 9

## 短期滞在手術等基本料1の算定実績



## 短期滞在手術等基本料1対象手術の実績



## ○ 短期滞在手術等基本料1の対象手術の内、実施回数が多い上位3つ

手術名称	平成30年5月の回数	入院外の回数/総数
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	126,050	55.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	94,393	64.8%
皮膚, 皮下腫瘍摘出術 (露出部、露出部以外を含む)	4,216	59.8%
上記以外の手術	9,481	39.3%
総数	234,140	58.6%

# 短期滞在手術等基本料2の平成29年と平成30年の比較

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料2	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等基本料2		それ以外		総数		短期滞在手術等基本料2		それ以外	
Kコード名称	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数	回数	平均在院日数
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	145	11.94	0-		145	11.94	171	14.31	0-		171	14.31
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	349	8.71	0-		349	8.71	290	7.60	0-		290	7.60
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	23	5.91	0-		23	5.91	25	4.60	0-		25	4.60
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	2,142	10.90	0-		2,142	10.90	2,150	11.44	0-		2,150	11.44
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	1,725	6.88	0-		1,725	6.88	1,832	6.81	0-		1,832	6.81
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	9	9.78	0-		9	9.78	8	5.25	0-		8	5.25
半月板縫合術	82	20.68	0-		82	20.68	69	21.09	0-		69	21.09
関節鏡下半月板縫合術	8,985	16.20	1	2.00	8,984	16.20	14,654	16.70	0-		14,654	16.70
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	16	31.19	0-		16	31.19	18	25.67	0-		18	25.67
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	240	32.99	0-		240	32.99	230	32.50	0-		230	32.50
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	3,104	13.29	0-		3,104	13.29	3,204	12.98	0-		3,204	12.98
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	236	18.92	0-		236	18.92	201	17.85	0-		201	17.85
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	51	18.86	0-		51	18.86	65	22.09	0-		65	22.09
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	456	11.80	0-		456	11.80	504	10.52	0-		504	10.52
顎下腺腫瘍摘出術	863	7.97	0-		863	7.97	817	7.98	0-		817	7.98
顎下腺摘出術	1,878	8.24	0-		1,878	8.24	1,881	7.86	0-		1,881	7.86
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	7,794	8.34	0-		7,794	8.34	7,953	8.07	0-		7,953	8.07
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	928	9.25	0-		928	9.25	1,006	9.78	0-		1,006	9.78
腹腔鏡下胆嚢摘出術	102,768	10.21	149	1.96	102,619	10.23	106,864	10.00	3	2.00	106,861	10.00
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	29,783	5.73	13	2.00	29,770	5.74	32,109	5.68	0-		32,109	5.68
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	12,668	9.66	0-		12,668	9.66	13,645	9.73	0-		13,645	9.73
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	16,015	8.12	31	1.90	15,984	8.13	13,116	8.34	8	2.00	13,108	8.34
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)							5,984	7.62	1	2.00	5,983	7.62
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	33,832	6.78	4	2.00	33,828	6.78	38,868	6.71	0-		38,868	6.71
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	3,040	8.73	1	2.00	3,039	8.74	2,673	8.30	0-		2,673	8.30
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	152	6.34	0-		152	6.34	170	6.66	0-		170	6.66
尿失禁手術 その他のもの	1,821	6.06	0-		1,821	6.06	1,911	5.78	0-		1,911	5.78
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	47,542	6.90	99	1.95	47,443	6.91	48,710	6.82	0-		48,710	6.82

# 短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数等

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料2 対象手術	回数	平均 在院日数	在院日数 標準偏差
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	127	13.9	16.6
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	225	7.2	9.0
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	18	3.6	2.4
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	1,575	10.9	13.4
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	1,448	6.6	8.0
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	6	5.5	4.3
半月板縫合術	54	21.7	23.1
関節鏡下半月板縫合術	10,804	16.5	12.2
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	11	26.6	25.0
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	191	30.7	28.5
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	2,563	12.7	17.2
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	171	17.3	12.1
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	57	22.3	18.1
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	420	10.2	9.3
顎下腺腫瘍摘出術	806	8.0	4.8
顎下腺摘出術	1,856	7.8	2.9
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	7,088	7.9	5.4
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	730	8.7	5.8
腹腔鏡下胆嚢摘出術	96,583	9.6	11.1
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	30,058	5.6	3.9
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	12,493	9.6	7.5
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	7,520	7.6	7.5
痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	3,198	6.8	6.9
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	34,424	6.5	7.7
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	2,428	8.0	10.9
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	144	5.6	3.0
尿失禁手術 その他のもの	1,740	5.7	3.0
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	46,784	6.7	4.1

# 短期滞在手術等基本料3の平成29年と平成30年の比較

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料3	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外		総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外	
手術名称	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数
終夜睡眠ポリグラフィー(携帯用装置を使用した場合)	25,542	22.39	1,474	8.05	24,068	23.27	27,354	22.10	80	3.65	27,274	22.16
終夜睡眠ポリグラフィー(多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合)	365	14.81	131	2.36	234	21.79	282	15.82	21	2.05	261	16.93
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	70,890	3.56	66,348	2.11	4,542	24.80	73,313	3.49	13,150	2.14	60,163	3.79
小児食物アレルギー負荷検査	37,356	1.34	35,531	1.25	1,825	3.03	40,744	1.33	3,077	1.09	37,667	1.35
前立腺針生検法	115,991	3.32	108,576	2.57	7,415	14.40	113,769	3.37	7,975	2.56	105,794	3.43
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	10	5.10	9	5.33	1	3.00	4	9.75	0-		4	9.75
関節鏡下手根管開放手術	2,606	4.65	2,177	3.20	429	12.04	3,175	4.28	774	3.14	2,401	4.65
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	346	3.18	338	2.71	8	23.25	502	3.02	17	2.59	485	3.04
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	420,444	3.47	356,155	2.69	64,289	7.81	429,382	3.38	55,425	2.46	373,957	3.52
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	48,582	7.21	41,991	6.16	6,591	13.88	59,793	6.55	3,520	7.98	56,273	6.46
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	4,265	7.99	1,497	4.26	2,768	10.01	4,302	7.41	17	6.82	4,285	7.41
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	108	11.82	47	6.91	61	15.61	113	13.74	0-		113	13.74
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	4,251	4.51	3,544	3.36	707	10.28	4,264	4.57	365	2.86	3,899	4.74
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	36,875	13.04	27,398	3.22	9,477	41.44	39,012	12.97	5,799	3.02	33,213	14.71
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	5,107	3.77	4,319	3.21	788	6.86	4,399	3.60	903	2.78	3,496	3.81
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	586	3.58	392	2.56	194	5.65	470	3.74	90	2.44	380	4.04
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,945	3.79	1,338	2.69	607	6.20	1,737	3.69	219	2.72	1,518	3.83
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,958	4.90	3,639	2.69	319	30.11	3,574	4.55	136	2.60	3,438	4.63
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,306	2.47	3,186	2.43	120	3.53	3,180	2.45	137	2.31	3,043	2.46
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,521	2.47	2,459	2.43	62	3.97	2,305	2.51	120	2.45	2,185	2.51
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	68,484	6.13	62,423	5.03	6,061	17.47	68,297	6.12	10,157	6.06	58,140	6.13
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,681	3.34	2,447	2.67	234	10.32	2,960	3.27	21	3.05	2,939	3.28
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	2,990	2.63	2,861	2.60	129	3.22	3,221	2.63	45	2.51	3,176	2.63
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,290	2.66	2,217	2.61	73	3.90	2,315	2.71	21	2.57	2,294	2.71
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,877	5.21	39,705	4.75	2,172	13.70	46,936	5.16	4,610	5.03	42,326	5.17
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	354,701	4.29	322,139	2.75	32,562	19.48	365,556	4.22	74,929	2.54	290,627	4.65
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	35,834	5.28	31,946	3.44	3,888	20.45	41,011	5.36	5,404	3.33	35,607	5.67
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	6,602	4.34	5,333	2.62	1,269	11.60	5,702	3.88	1,820	2.46	3,882	4.55
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	21,571	3.63	19,073	2.45	2,498	12.65	20,941	3.52	3,987	2.53	16,954	3.75
子宮頸部(腔部)切除術	27,077	3.31	26,513	3.22	564	7.44	27,576	3.23	993	3.07	26,583	3.24
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,300	3.41	4,865	3.17	435	6.20	5,771	3.42	596	2.97	5,175	3.47
ガンマナイフによる定位放射線治療	10,266	4.89	9,068	3.39	1,198	16.26	10,582	5.01	1,163	3.38	9,419	5.21

# 短期滞在手術等基本料3の対象手術の平均在院日数等

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

短期滞在手術等基本料3 対象手術	回数	平均 在院日数	在院日数 標準偏差
終夜睡眠ポリグラフィー(携帯用装置を使用した場合)	21,071	20.0	23.42
終夜睡眠ポリグラフィー(多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合)	245	13.7	24.48
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	58,140	3.1	7.67
小児食物アレルギー負荷検査	36,514	1.3	1.83
前立腺針生検法	104,775	3.3	5.69
腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	4	9.8	2.06
関節鏡下手根管開放手術	2,200	4.1	6.30
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	485	3.0	5.48
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	368,693	3.5	3.36
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	55,642	6.3	5.82
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(片側)	3,973	7.5	7.85
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合(両側)	111	13.7	20.26
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	3,815	4.5	5.23
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	30,646	11.8	25.68
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	3,326	3.6	4.11
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	313	4.2	9.09
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,405	3.8	6.92
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,429	4.6	16.00
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,043	2.5	1.13
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,179	2.5	0.92
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	56,713	5.8	7.10
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,937	3.3	9.59
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	3,172	2.6	0.83
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,292	2.7	1.35
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,876	5.1	4.08
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	281,318	4.2	8.46
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	34,649	5.2	8.67
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	3,455	3.7	8.09
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	16,252	3.4	6.36
子宮頸部(腔部)切除術	26,536	3.2	1.71
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,132	3.4	1.98
ガンマナイフによる定位放射線治療	9,187	5.2	9.99

出典：平成30年DPCデータ

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計  
※DPC対象病院の症例に限る

# 短期滞在手術等基本料3の実施状況の経年変化

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

名称 (複数項目ある場合は 共通部分まで)	平成26年				平成27年				平成28年				平成29年				平成30年			
	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)
	入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院			入院外	入院		
		短3 以外	短3	短3 以外		短3	短3 以外	短3		短3 以外	短3	短3 以外		短3	短3 以外	短3		短3 以外	短3	
終夜睡眠ポリグラフィー※2	18,227	4,742	5,615	64%	19,102	4,348	5,334	66%	20,442	4,330	5,378	68%	818	3,201	5,403	9%	922	3,167	1,352	17%
小児食物アレルギー負荷検査※2	1,795	9	1,642	52%	1,812	13	1,678	52%	2,031	8	2,282	47%	2,525	10	2,840	47%	2,574	4	324	89%
前立腺針生検法	1,341	1,154	7,851	13%	1,352	1,009	7,961	13%	1,184	907	7,434	12%	1,144	924	7,907	11%	1,309	8,911	791	12%
関節鏡下手根管開放手術	389	98	144	62%	366	85	156	60%	304	66	204	53%	419	87	262	55%	470	252	91	58%
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	4	73	31	4%	4	86	33	3%	10	73	34	9%	10	88	26	8%	18	140	7	11%
水晶体再建術	53,415	17,844	32,886	51%	54,111	14,926	33,562	53%	60,099	14,902	35,710	54%	65,570	20,647	36,832	53%	71,683	53,819	9,422	53%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満	534	65	217	65%	512	70	205	65%	528	91	251	61%	467	64	253	60%	449	305	27	57%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	6,149	2,834	※1	68%	6,532	2,834	※1	70%	7,126	1,251	1,889	69%	8,097	1,376	2,205	69%	9,162	3,134	714	70%
下肢静脈瘤手術	2,875	323	890	70%	2,213	166	723	71%	2,236	165	656	73%	1,969	175	518	74%	1,842	505	109	75%
鼠径ヘルニア手術	291	1,398	7,630	3%	295	1,041	6,681	4%	294	987	6,115	4%	369	872	6,113	5%	382	6,044	1,077	5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	-	223	2,387	-	-	204	2,454	-	66	229	2,965	2%	66	294	3,741	2%	130	3,840	446	3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	18,596	4,193	18,197	45%	21,274	3,665	20,478	47%	49,057	6,588	27,872	59%	54,553	6,471	28,124	61%	62,606	28,658	7,997	63%
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	1,408	492	587	57%	1,318	471	580	56%	1,383	457	686	55%	1,326	516	582	55%	1,456	804	321	56%
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	1,538	2,515	※1	38%	1,355	2,280	※1	37%	1,372	288	1,927	38%	1,353	286	1,747	40%	1,343	1,425	445	42%
子宮頸部(腔部)切除術	123	205	2,029	5%	117	160	1,983	5%	94	129	2,010	4%	96	118	2,067	4%	95	2,013	124	4%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	10	44	365	2%	17	45	331	4%	15	49	345	4%	-	979	369	-	25	406	68	5%
ガンマナイフによる定位放射線治療	32	980	※1	3%	29	942	※1	3%	54	159	715	0	73	196	727	7%	86	864	154	8%

※1 当該年は短期滞在手術等基本料3の対象外

※2 平成30年の回数に、DPC病院における実施回数は計上されていない

# とりまとめの構成

## 1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
- 1-2. 入院患者の状態
- 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

## 4. 慢性期入院医療について

## 5. 横断的事項について

## 6. 医療資源の少ない地域について

## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について

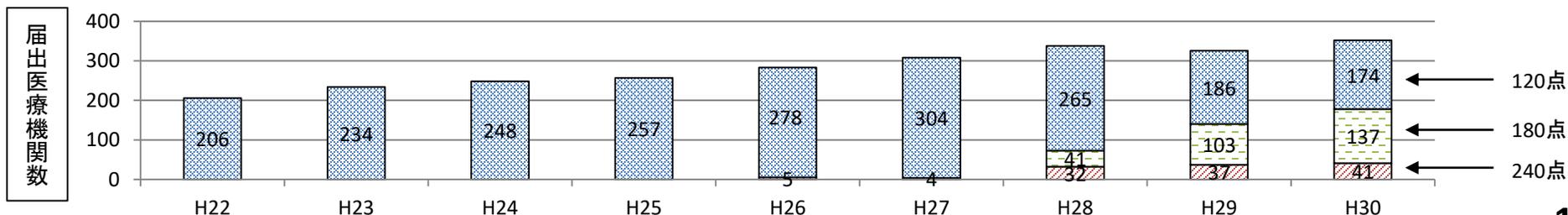
## 8. DPC/PDPSについて

# 総合入院体制加算の概要

## A200 総合入院体制加算（1日につき／14日以内）

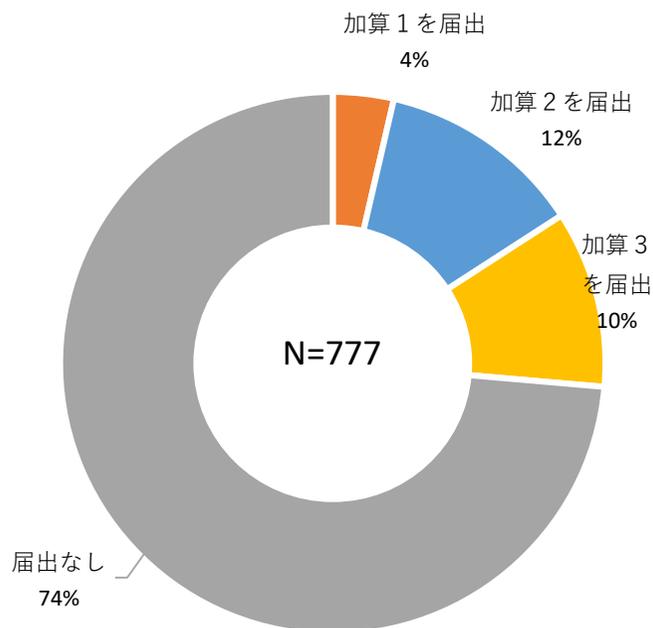
加算1：240点　加算2：180点　加算3：120点

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

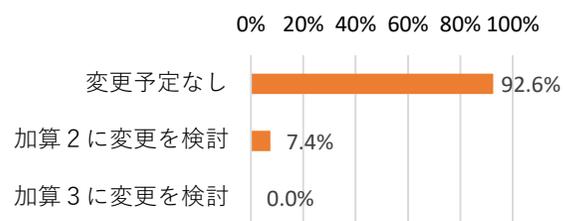


- いずれかの総合入院体制加算を届出ている施設は約3割であった。
- いずれの加算を届け出ている施設も、現状を変更する予定がない施設が多かった。

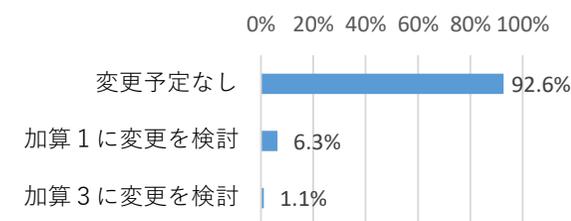
総合入院体制加算の届出状況



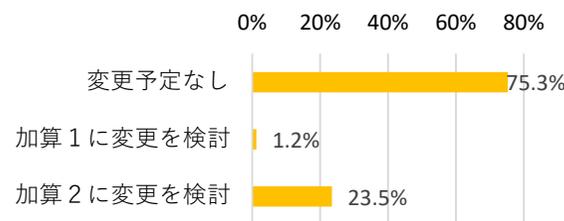
加算 1 の届出施設 (n=27)



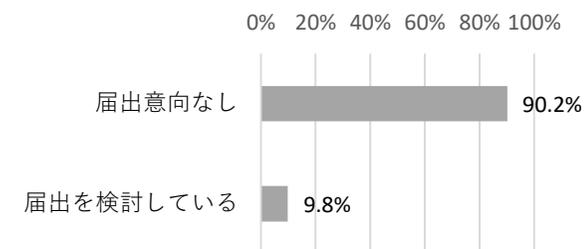
加算 2 の届出施設 (n=95)



加算 3 の届出施設 (n=81)

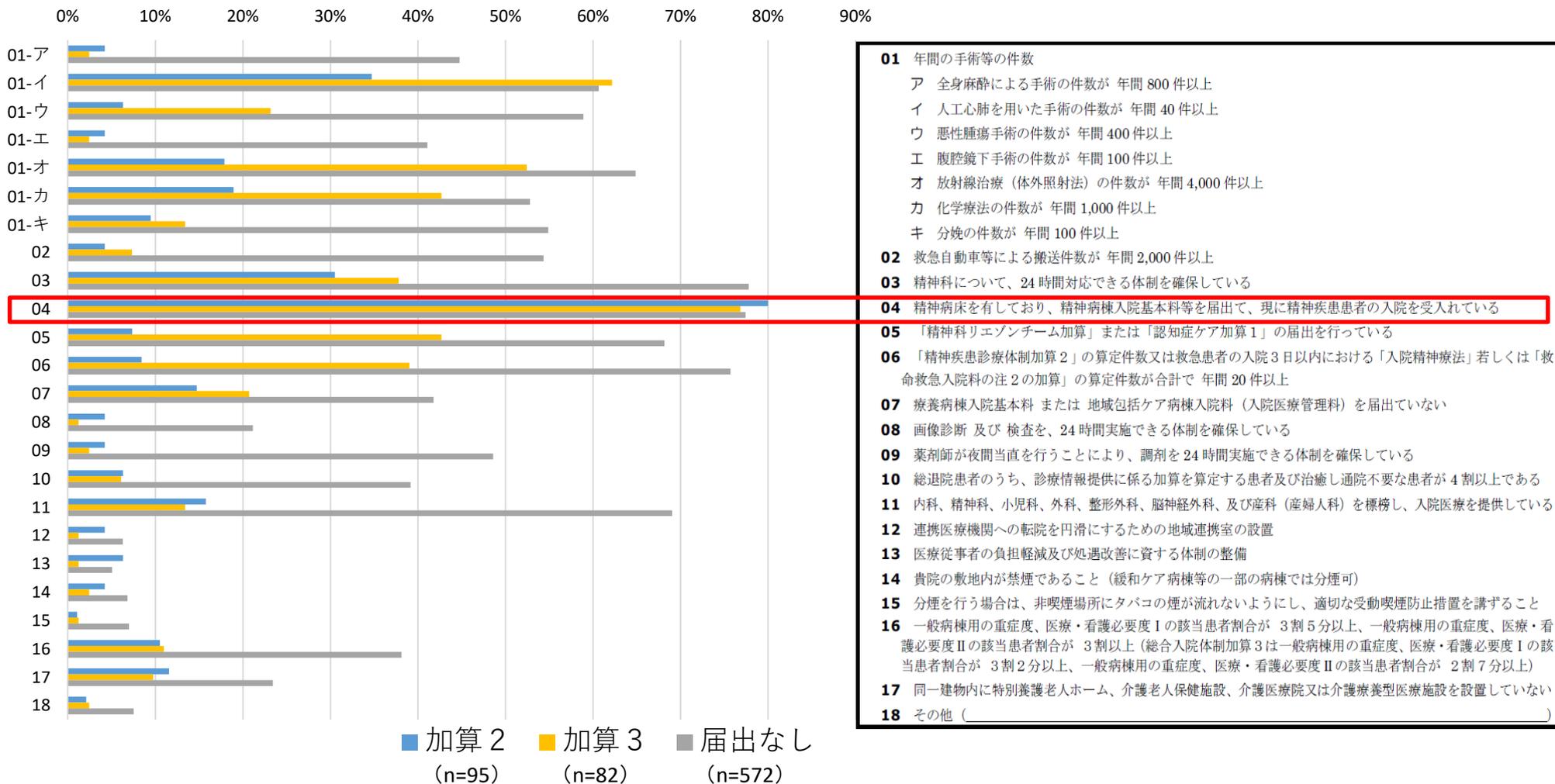


届出なしの施設 (n=563)



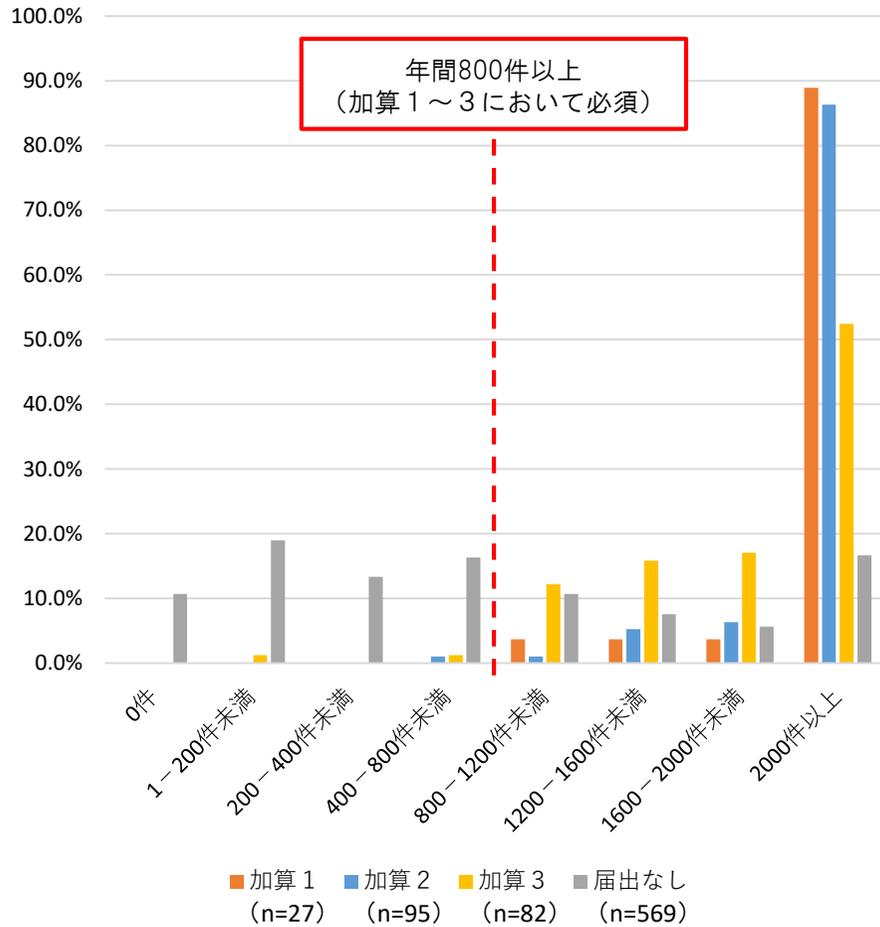
○ 総合入院体制加算 2、3 を届出ている施設と届出なしの施設に、満たすことが困難な要件をきくと「精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出で、現に精神疾患患者の入院を受け入れている」と回答した割合が高かった。

## 満たすことが困難な要件

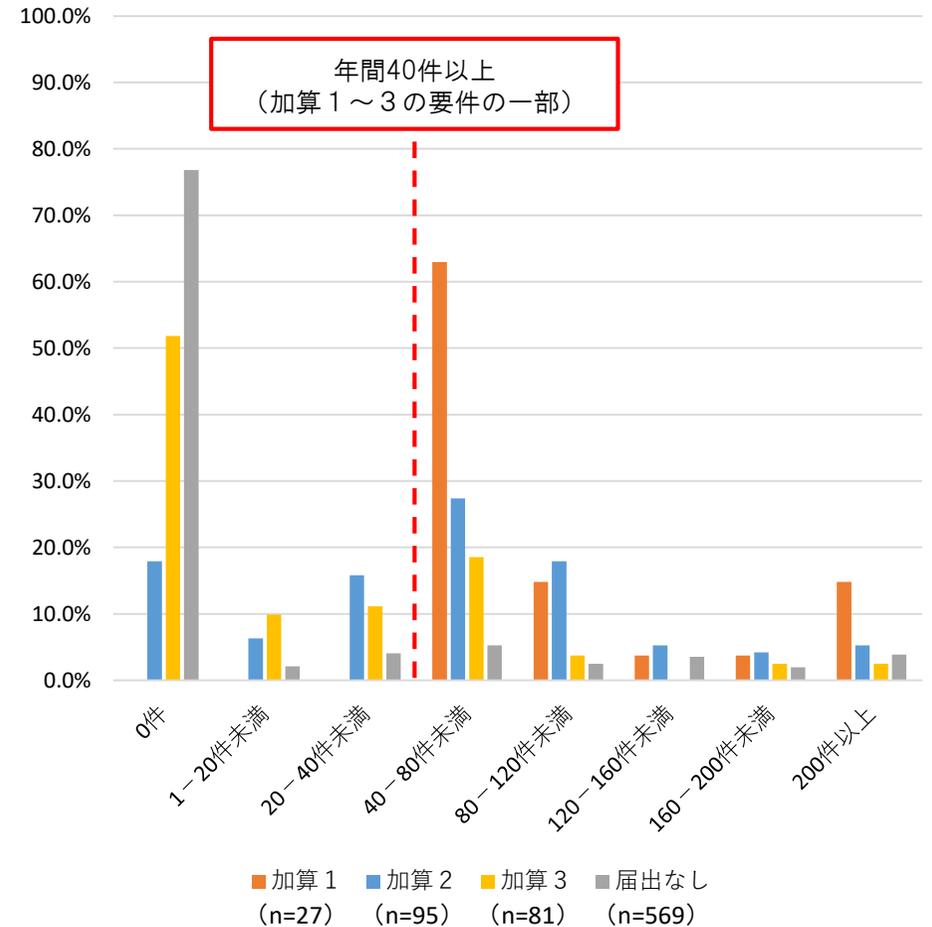


○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

## 全身麻酔の手術

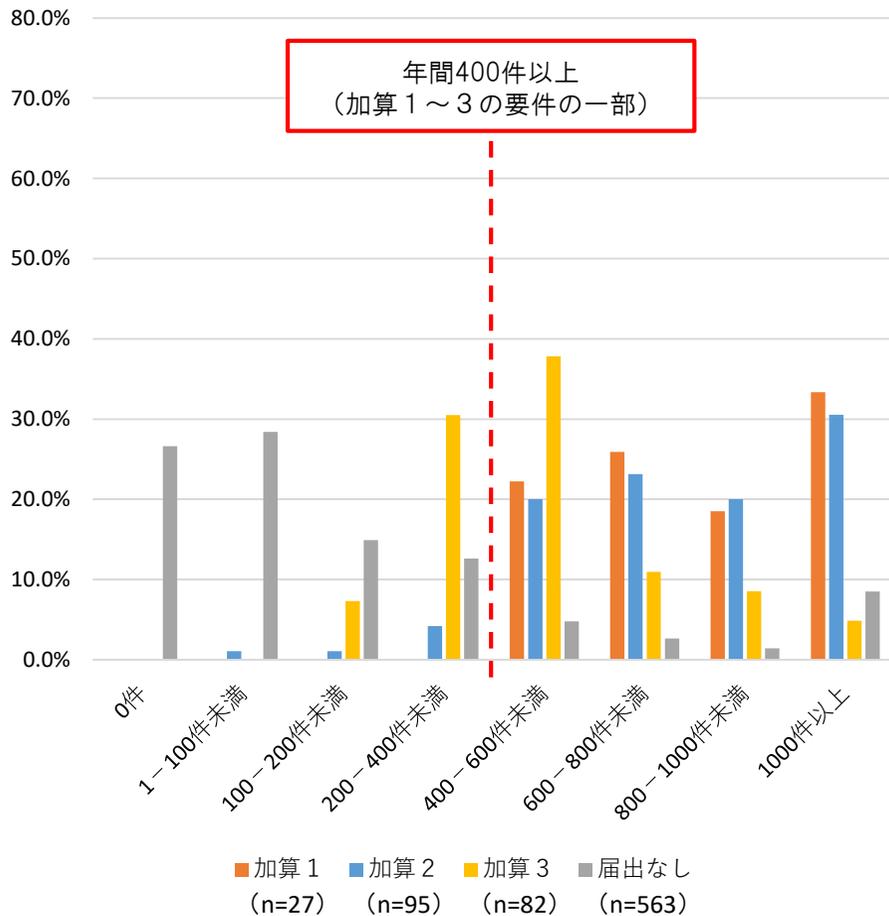


## 人工心肺を用いた手術

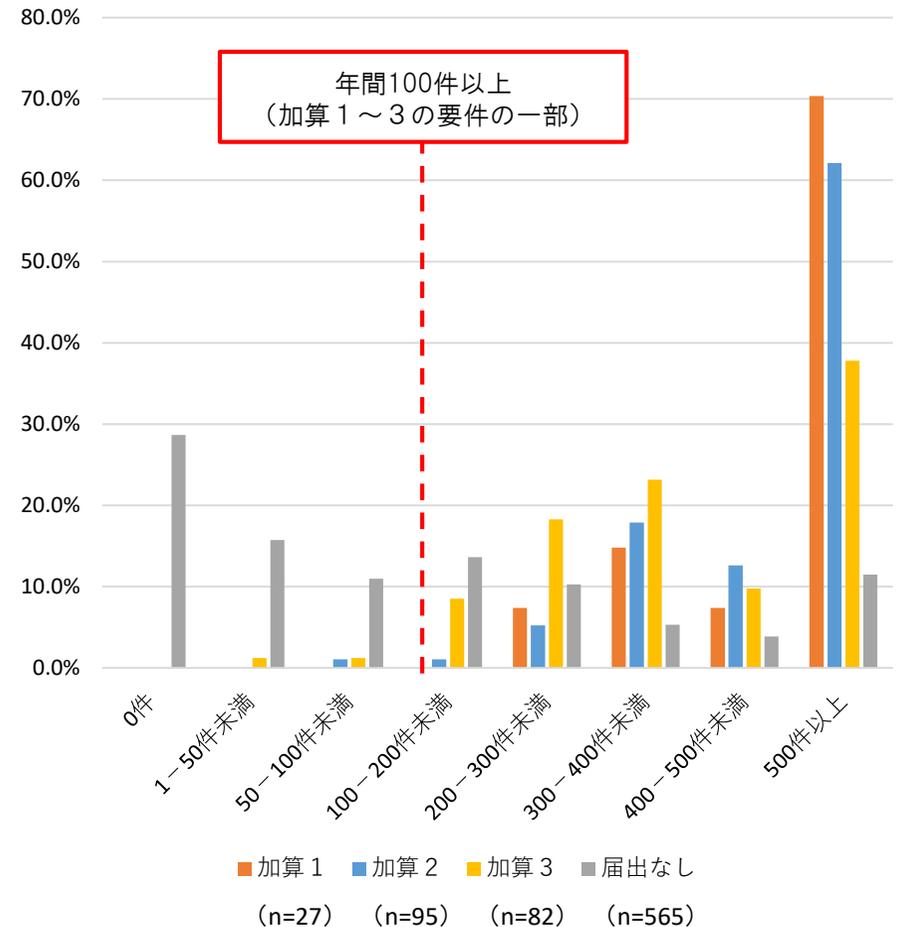


○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかると実績の分布をみると、以下のとおりであった。

### 悪性腫瘍の手術

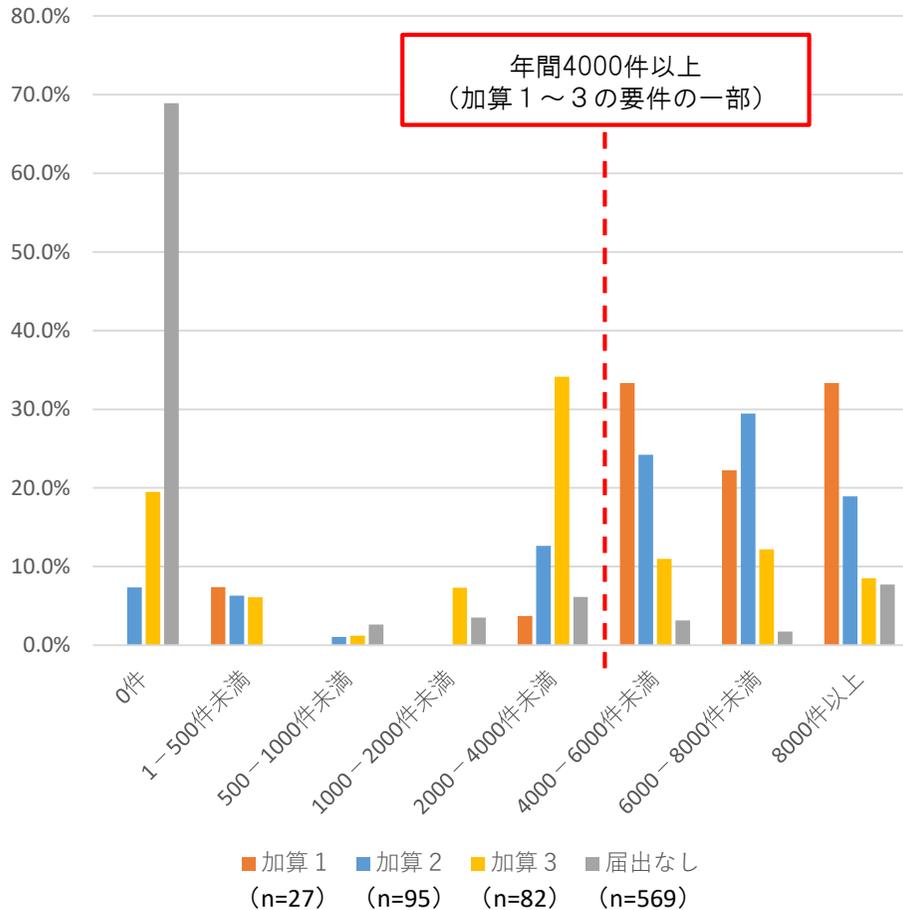


### 腹腔鏡下手術

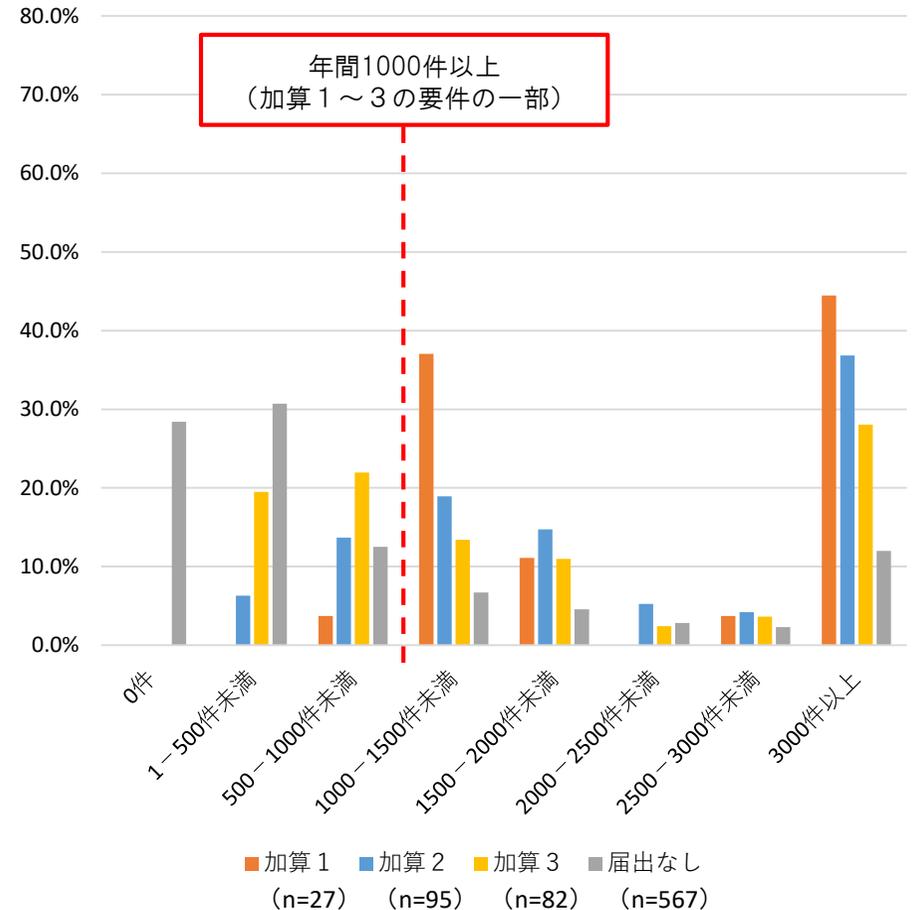


○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

## 放射線治療（外部照射）

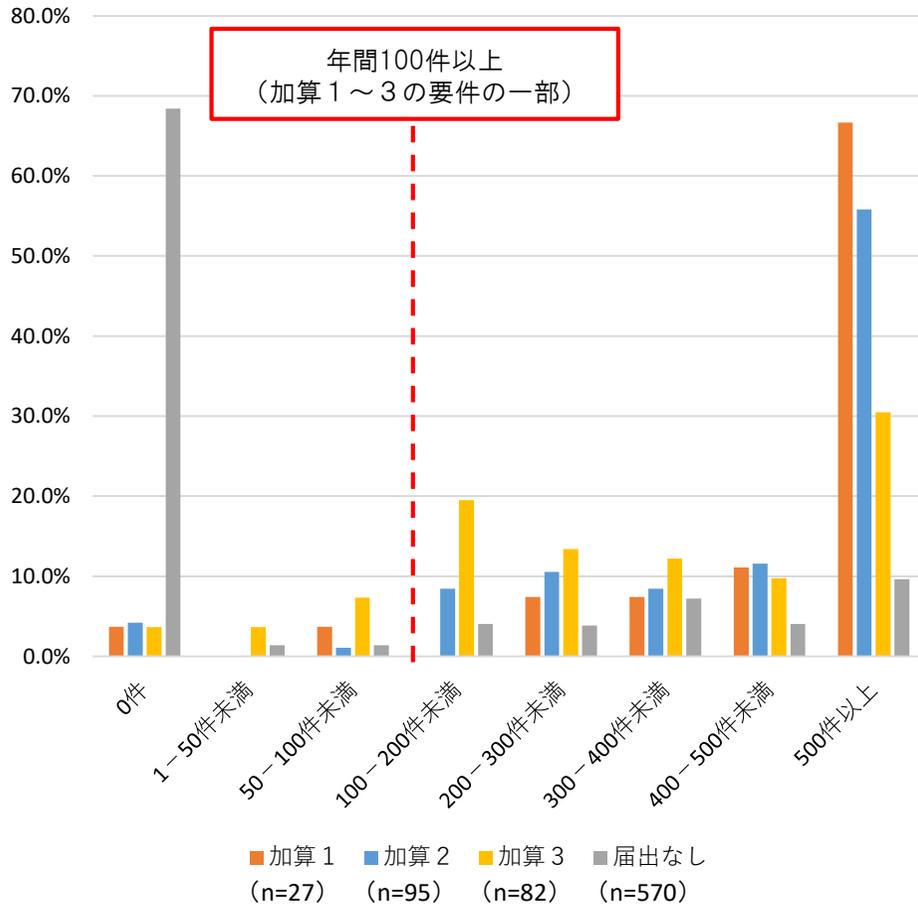


## 化学療法

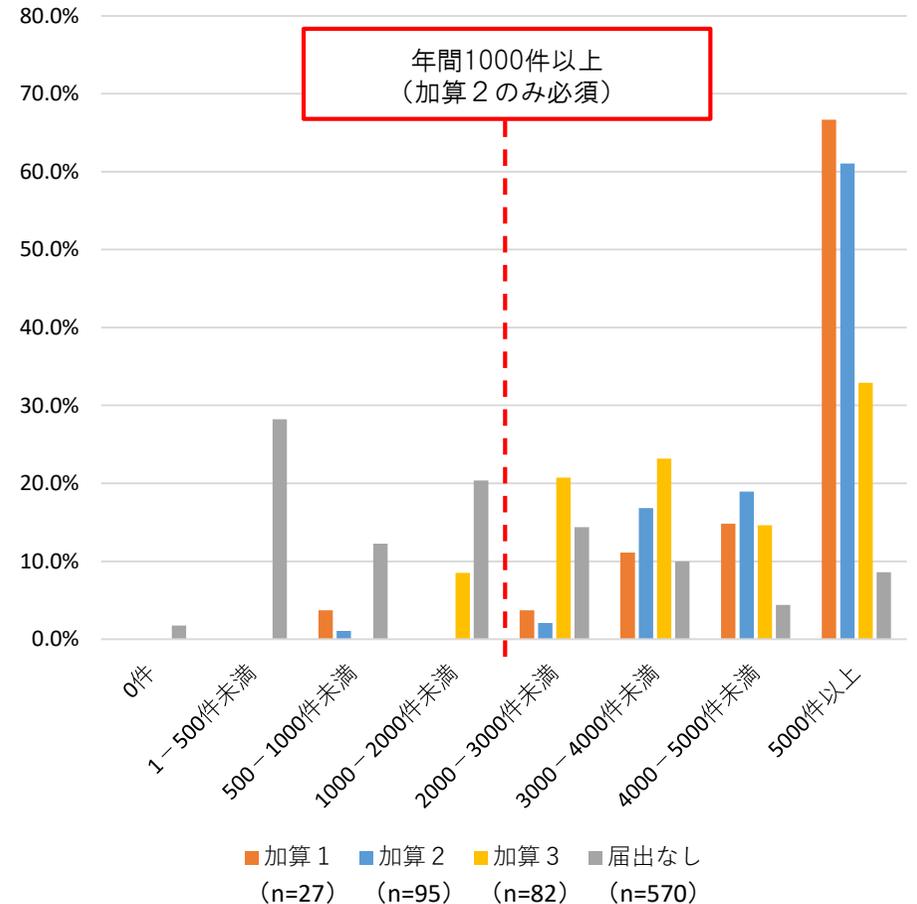


○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

### 分娩件数



### 救急搬送件数

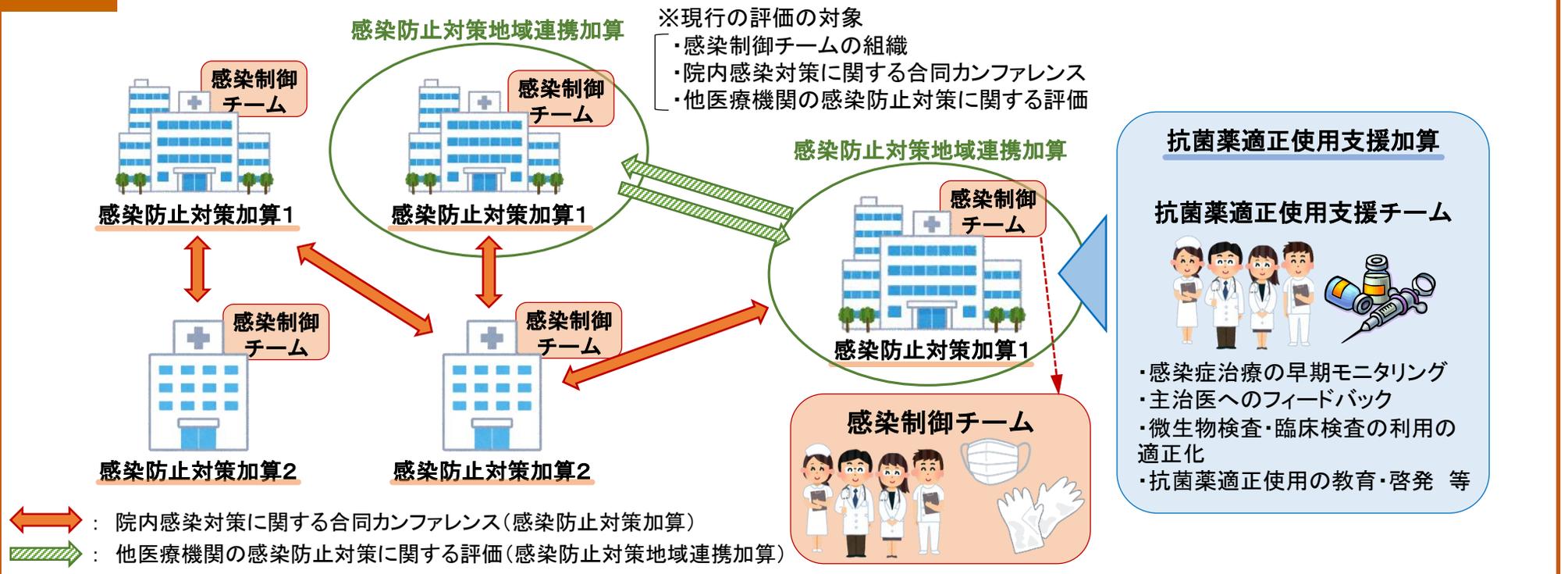


# 感染症対策・薬剤耐性対策の推進

## 入院

### これまでの取組※

### 新たな取組



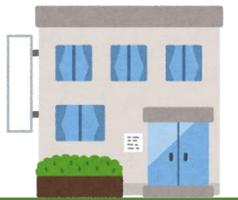
## 外来

### 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。

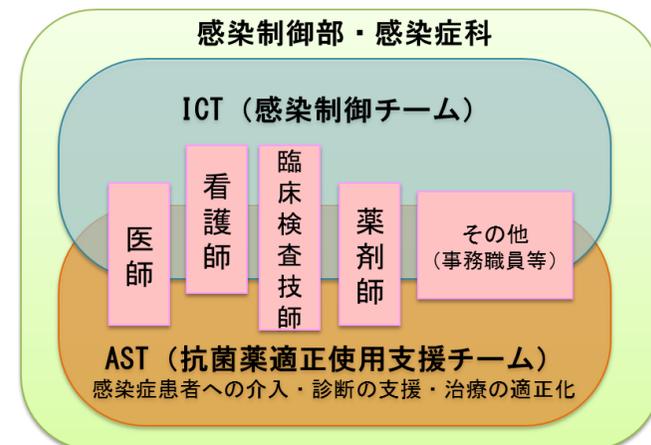
#### [抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- 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。

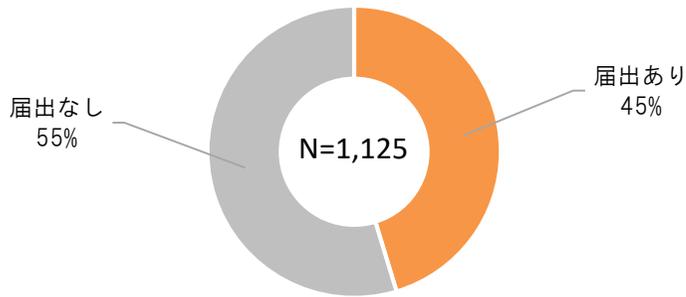
#### [抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- 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

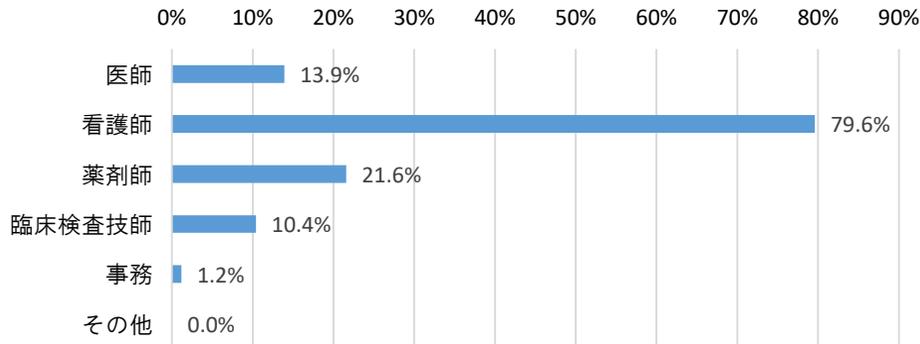


- 一般病棟入院基本料等を届出ている医療機関の約5割が抗菌薬適正使用支援加算を届け出ていた。
- 入院料別にみると、急性期一般入院料1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。
- 届出医療機関における専従職員の職種をみると、看護師が最も多く約8割であった。

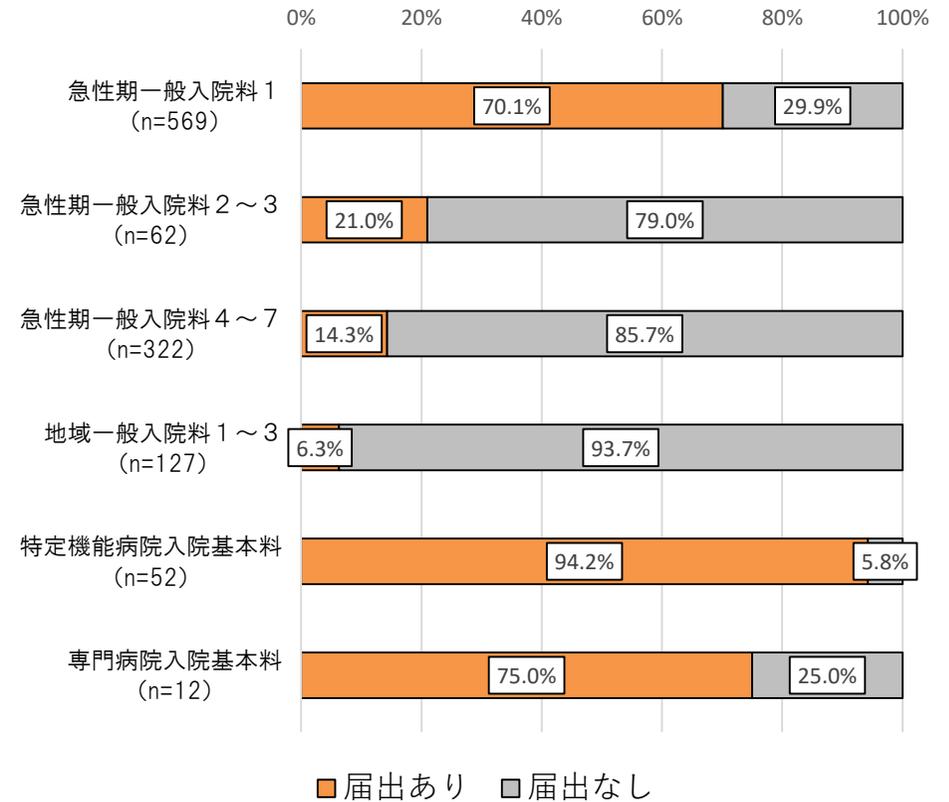
抗菌薬適正使用支援加算の届出状況 (A票)



専従職員の職種



入院料別の届出状況

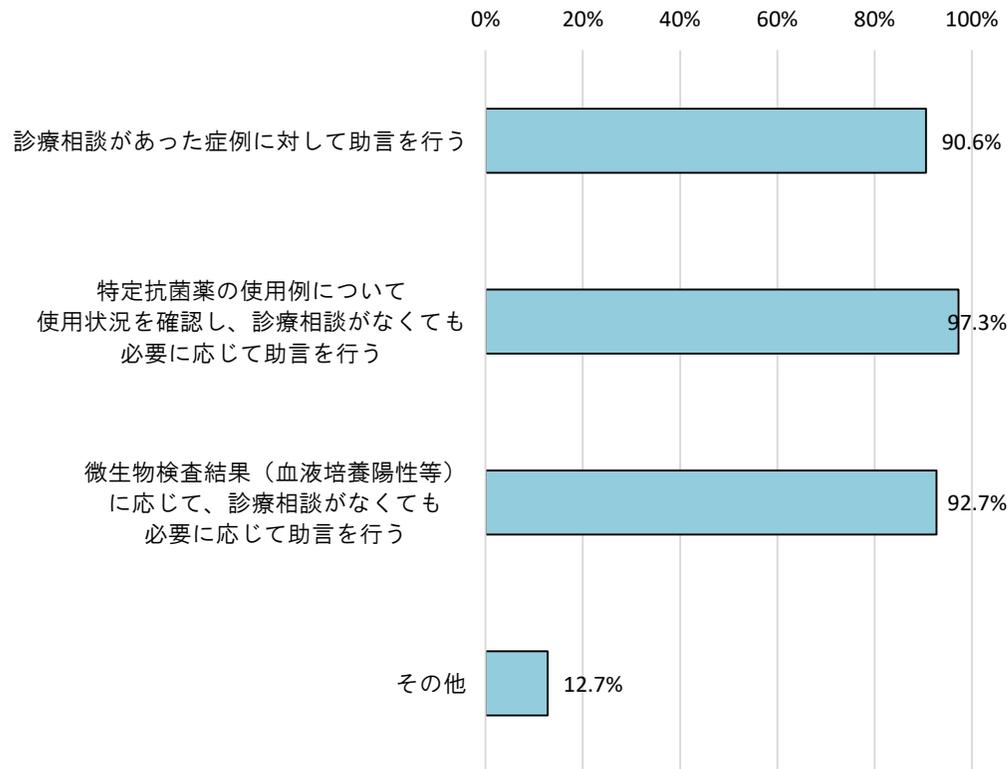


■ 届出あり ■ 届出なし

- 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。

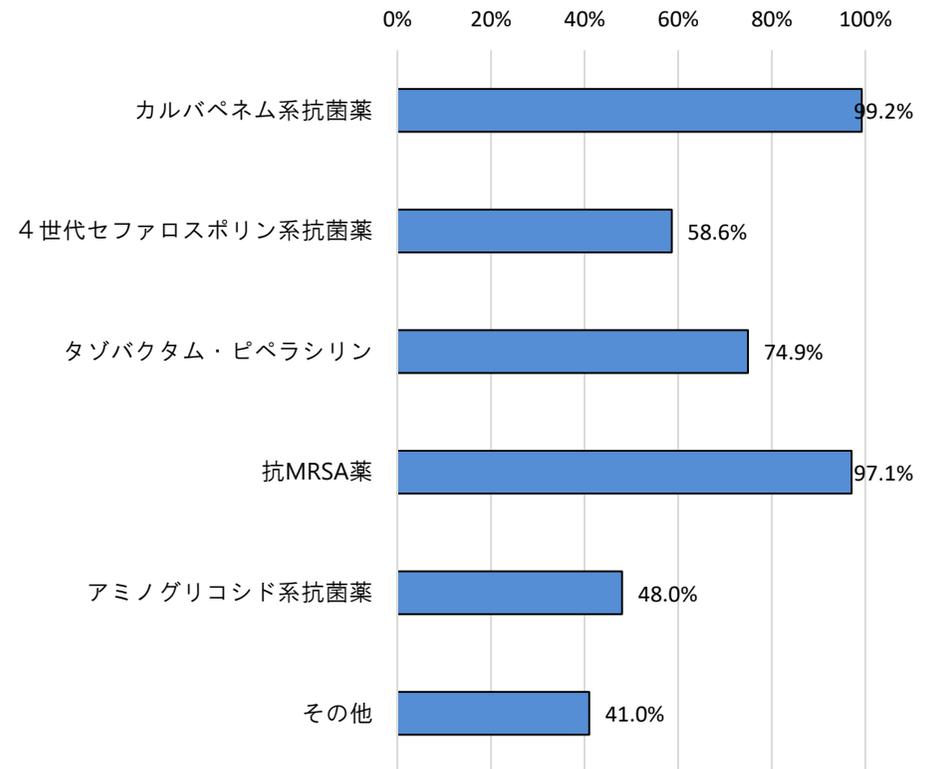
## 抗菌薬適正使用支援チームの役割

(n=510)



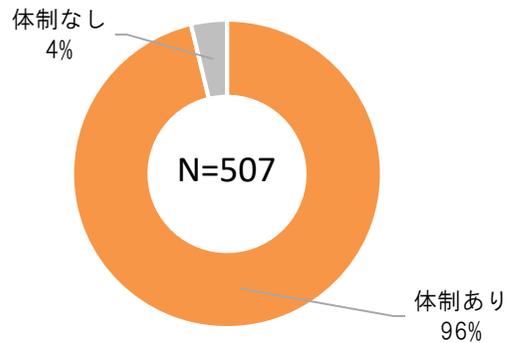
## 院内の使用状況を把握している薬剤

(n=510)

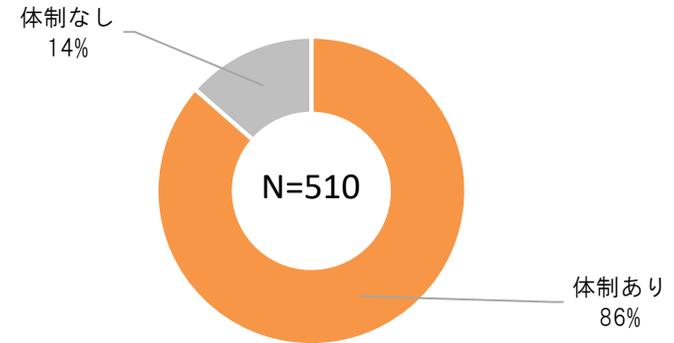


○ 加算を届出ている医療機関における体制等の状況は以下のとおりであった。

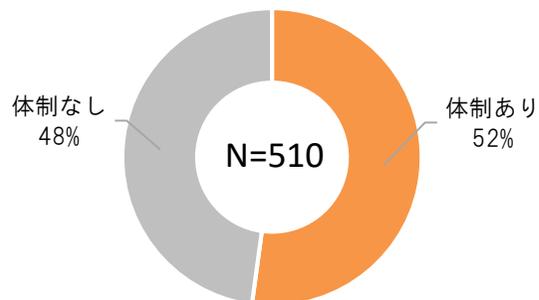
感染症診療に関する診療支援を  
全ての診療科から受ける体制の有無



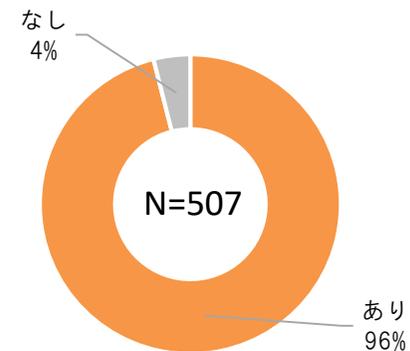
院内の細菌検査ができる  
体制の有無



副作用について  
ASTが把握する体制の有無

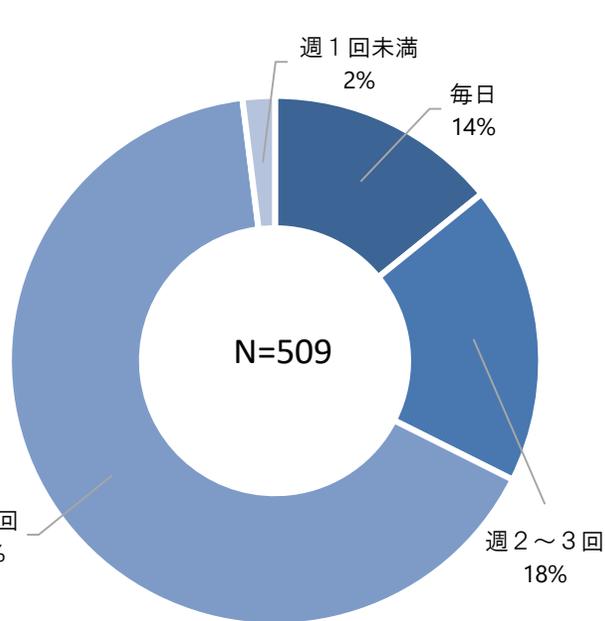


院内のアンチバイオグラムの有無

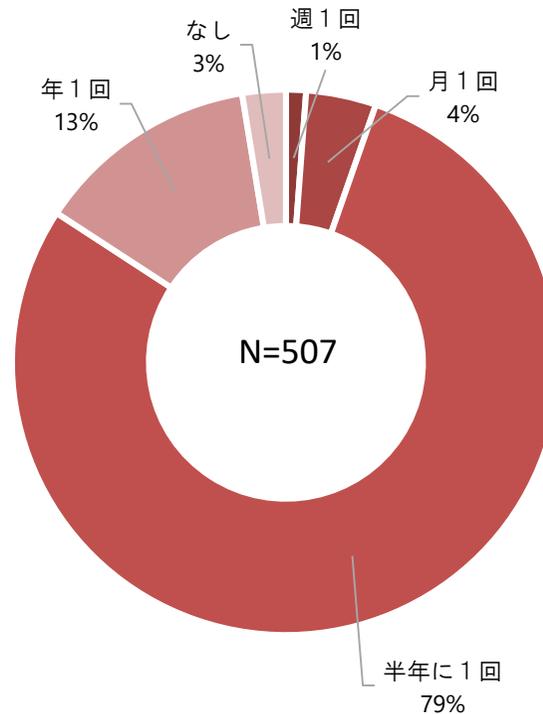


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

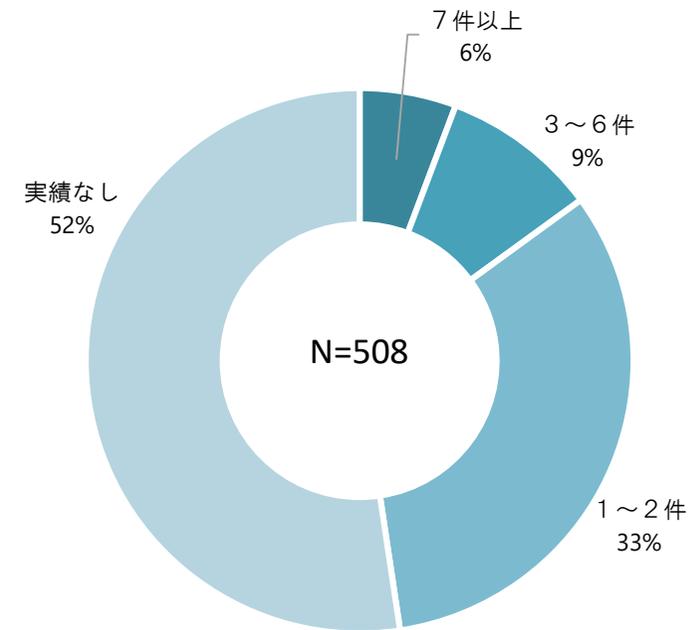
### 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスの頻度



### 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)



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
  - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 2-2. 入院患者の状態
  - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

## 地域包括ケア病棟の役割



### 「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- ❑ 重症患者割合

### 「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- ✓ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ✓ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ✓ 在宅医療等の提供
- ✓ 看取りに対する指針の策定

### 「③在宅復帰支援」に係る要件

- ❑ 在宅復帰に係る職員の配置
- ❑ 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

# 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

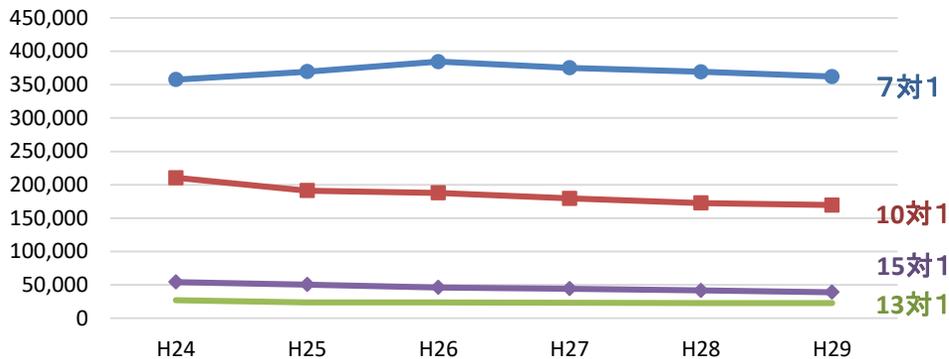
- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーショ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

# 入院料別の届出病床数の推移

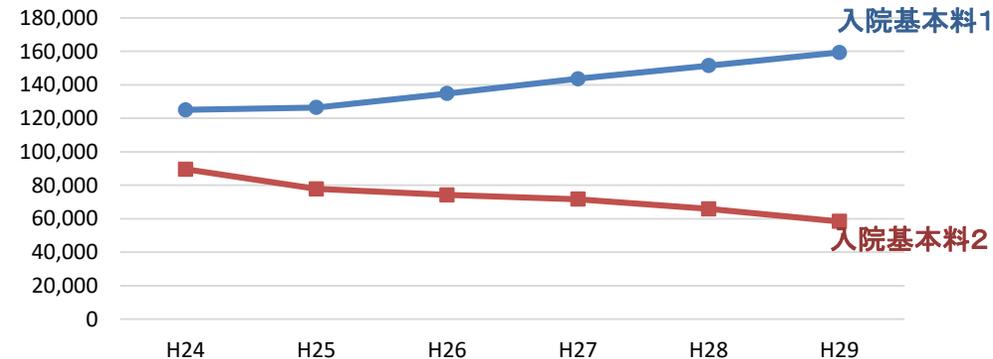
○ 入院料別の届出病床数をみると、一般病棟入院基本料の7対1、10対1は減少傾向。療養病棟入院基本料1、地域包括ケア病棟入院料・管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1は増加傾向。

(床数)

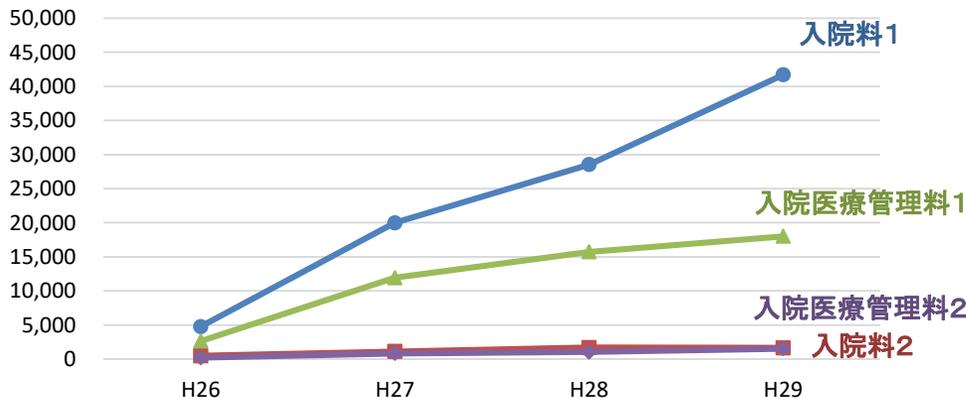
一般病棟入院基本料



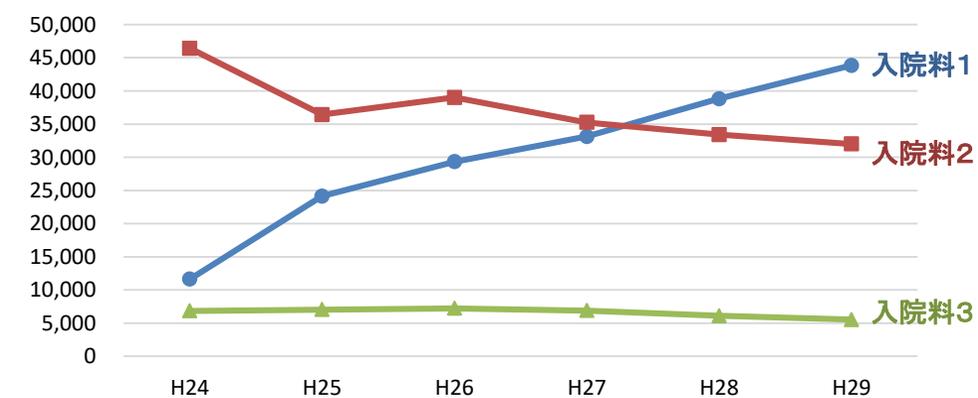
療養病棟入院基本料



地域包括ケア病棟入院料



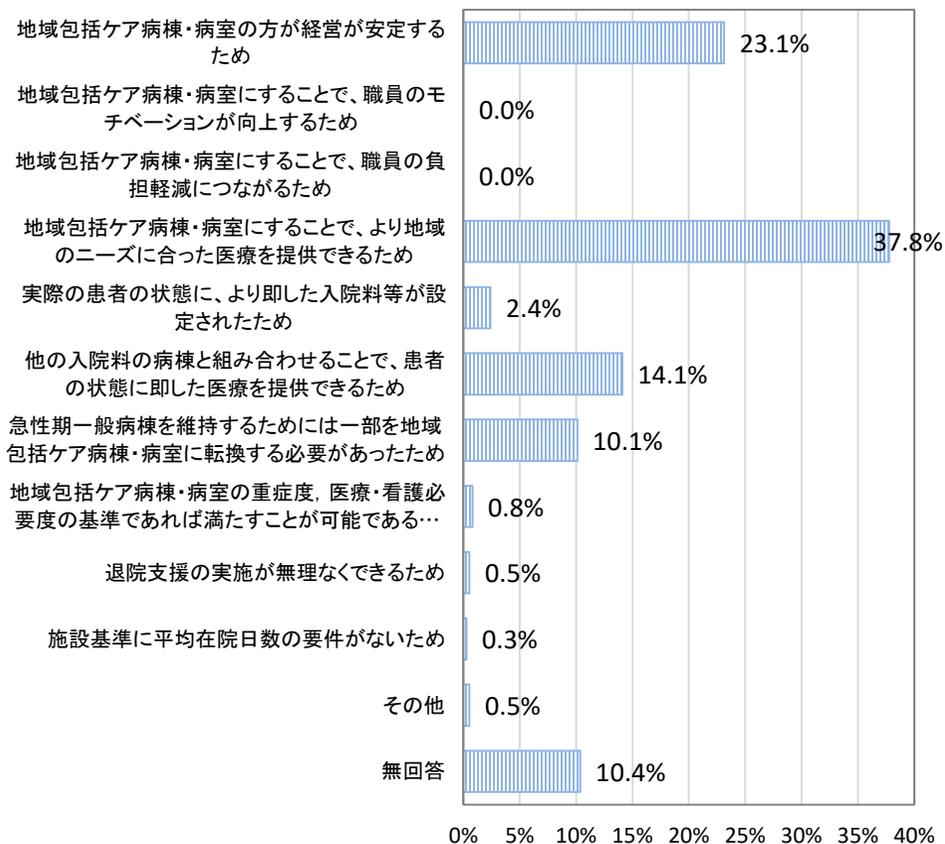
回復期リハビリテーション病棟入院料



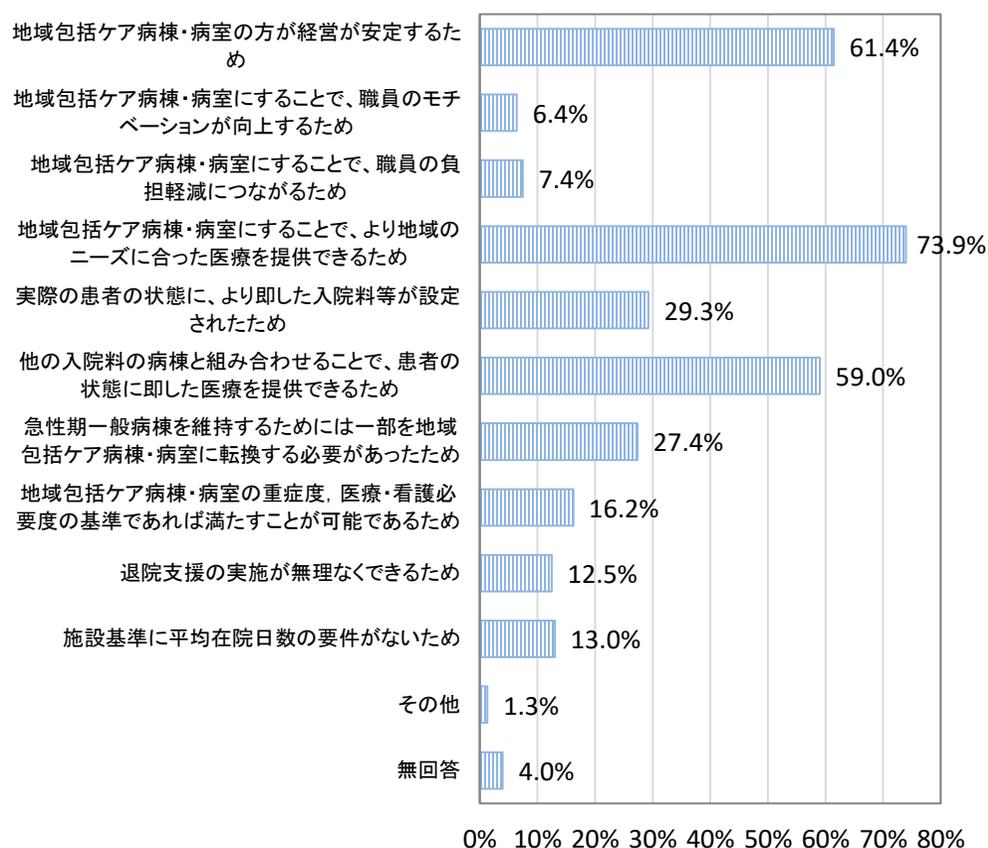
※H24,25は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由  
(最も該当するもの) (n=376)

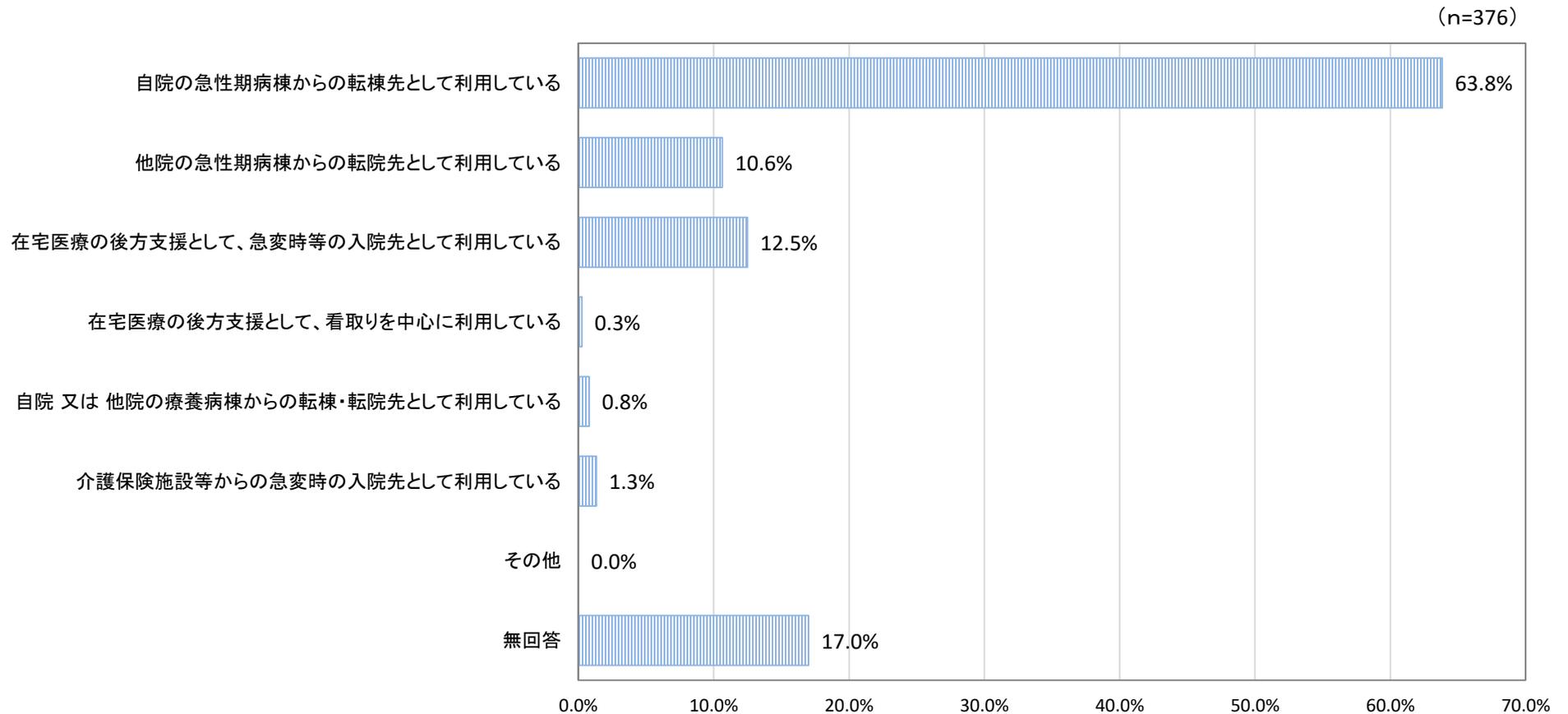


地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由  
(複数回答) (n=376)



- 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。

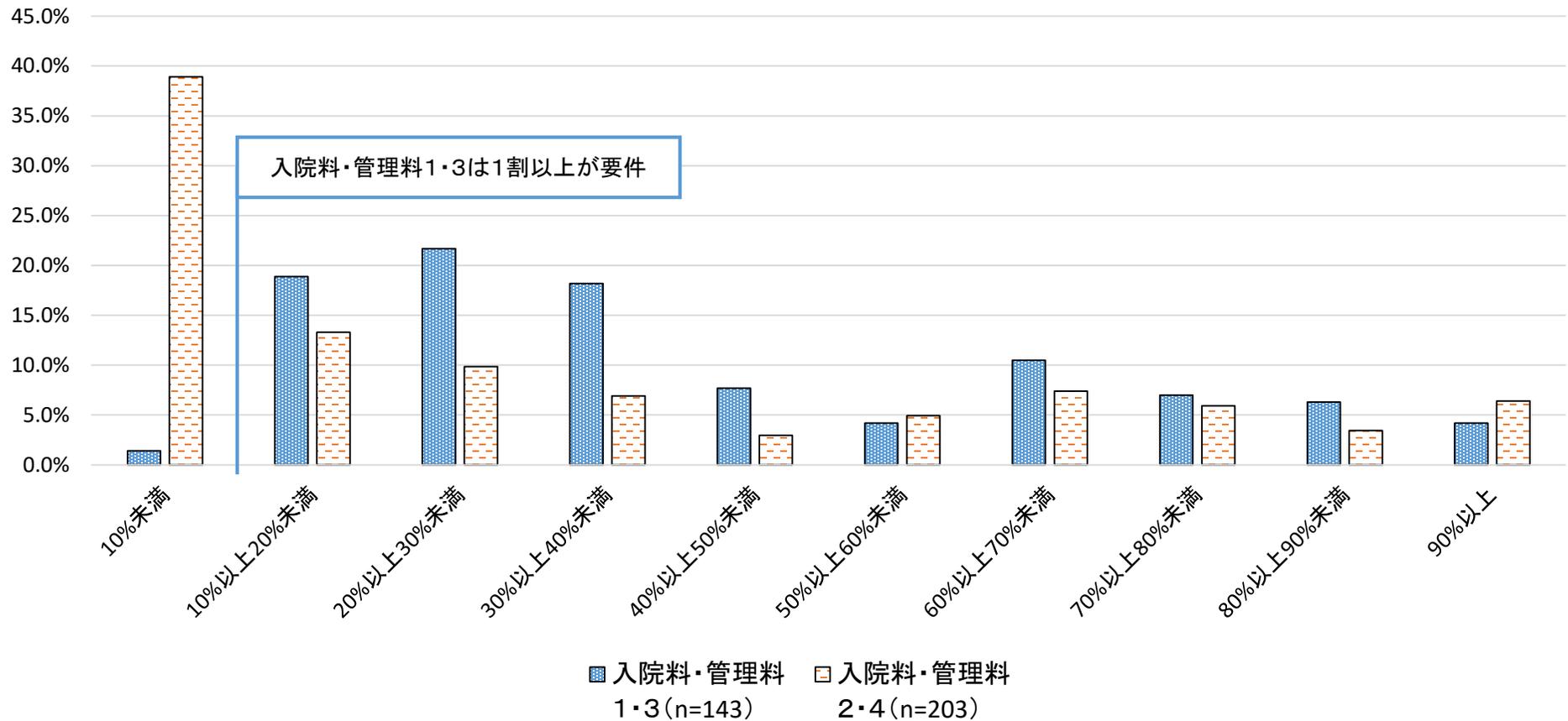
## 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨(最も該当するもの)



○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、自宅等から入棟した患者割合をみると、入院料1・3は、20%以上30%未満と60%以上70%未満の施設が比較的多く、二峰性の分布であった。入院料2・4は、10%未満が最も多く、全体の約4割であった。

## 自宅等から入棟した患者割合

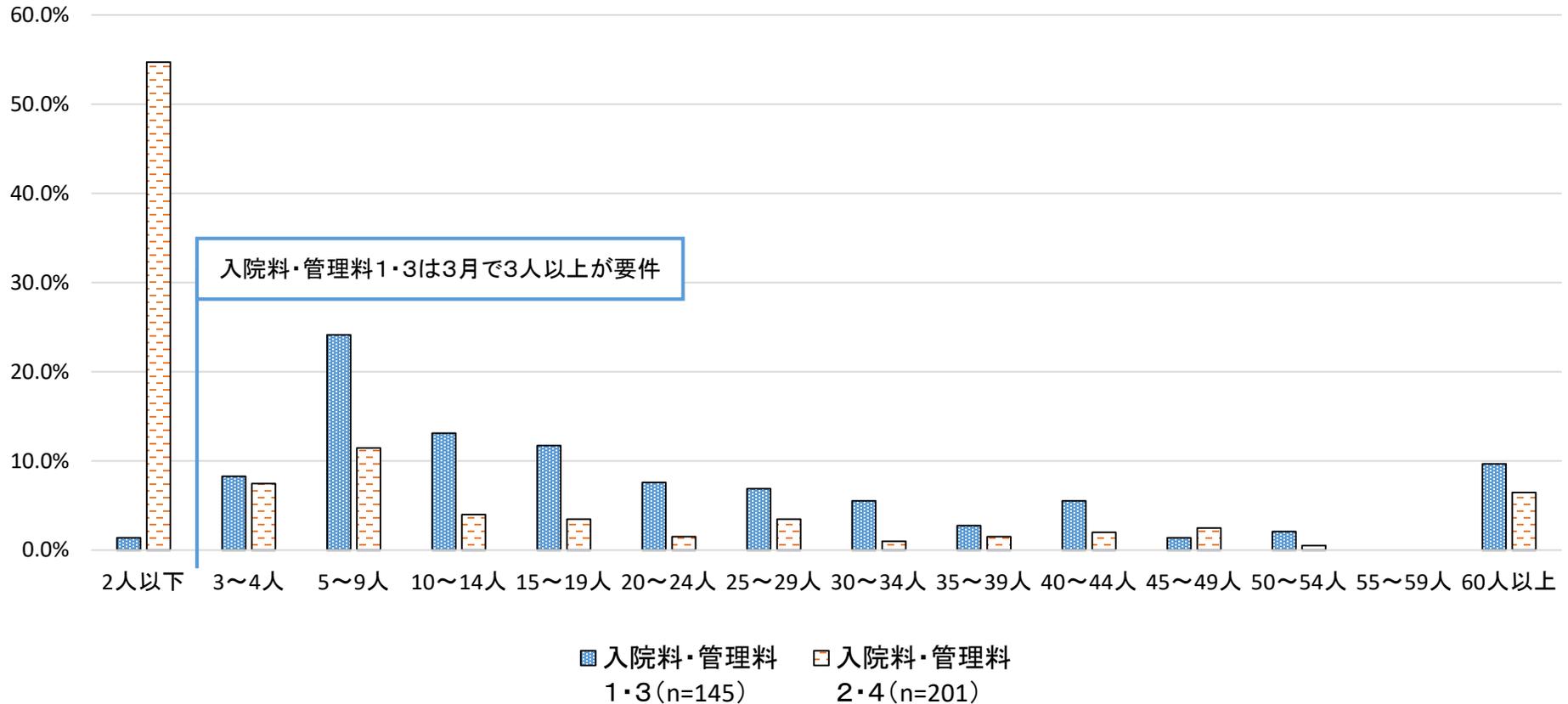
（施設の占める割合）



○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、3ヵ月あたりの自宅等からの緊急入院の受入人数をみると、入院料1・3は、5～9人の施設が最も多かったが、60人以上の施設も約1割あった。入院料2・4は、2人以下の施設が5割以上であった。

## 自宅等からの緊急入院の受入（3ヵ月あたり）

（施設の占める割合）



# 実績部分の状況（在宅医療等の提供）

○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、在宅医療等の提供状況をみると、入院料にかかわらず「在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上」「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」を満たしている割合が高かった。

## 在宅医療等の提供状況について（複数回答）

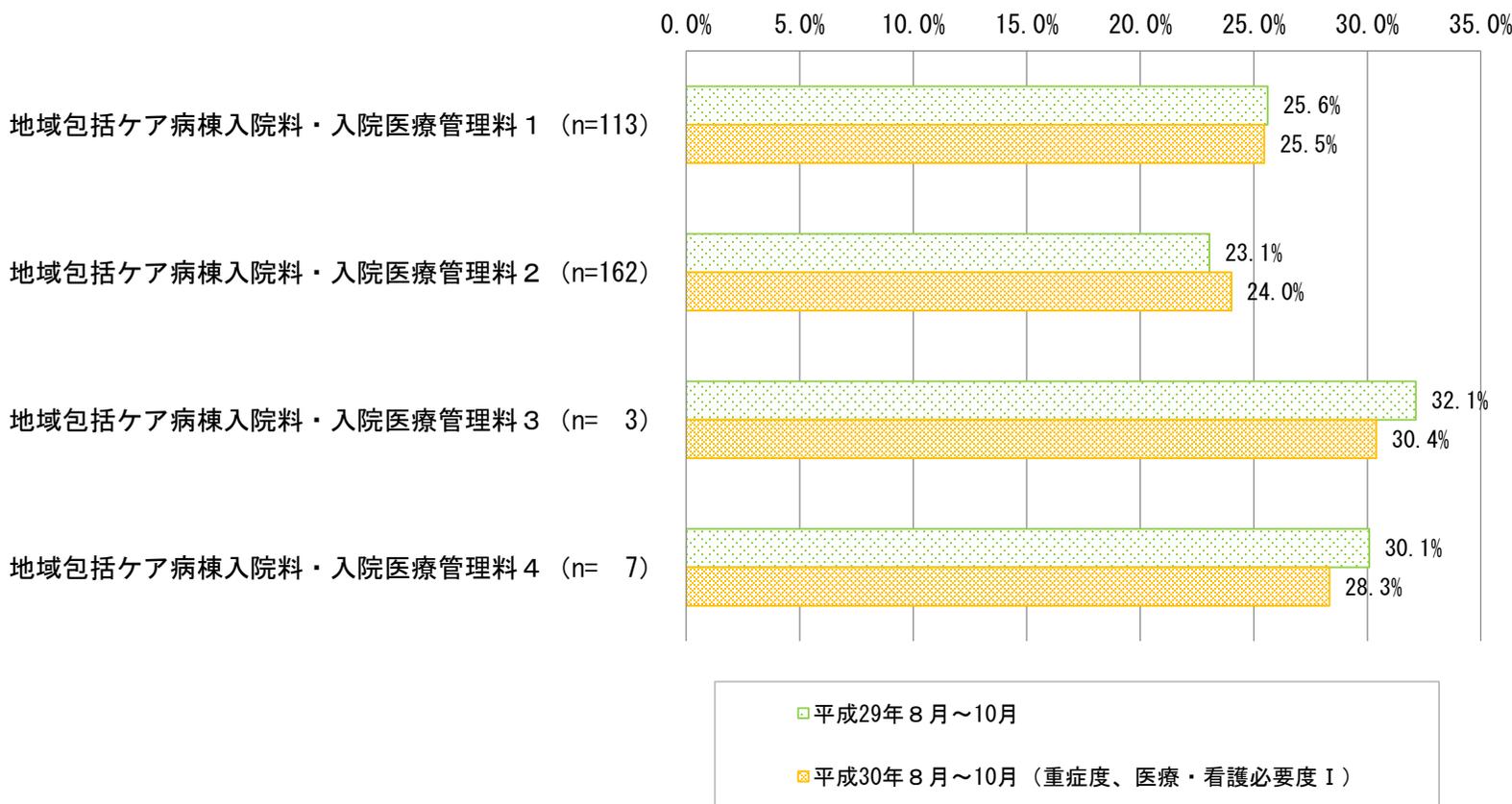
		施設として届け出ている地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料															
		地域包括ケア病棟入院料1		地域包括ケア入院医療管理料1		地域包括ケア病棟入院料2		地域包括ケア入院医療管理料2		地域包括ケア病棟入院料3		地域包括ケア入院医療管理料3		地域包括ケア病棟入院料4		地域包括ケア入院医療管理料4	
全体		施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
		67	100.0%	66	100.0%	45	100.0%	25	100.0%	1	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
満たしている実施要件	在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上	58	86.6%	62	93.9%	20	44.4%	13	52.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	2	100.0%
	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	5	7.5%	3	4.5%	7	15.6%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	同一敷地内の訪問看護ステーションの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	11	16.4%	6	9.1%	3	6.7%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	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	7	10.4%	3	4.5%	8	17.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	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	59	88.1%	66	100.0%	30	66.7%	18	72.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	1	50.0%

※地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1・3は以下のうち少なくとも2つを満たしていることが要件

- 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）



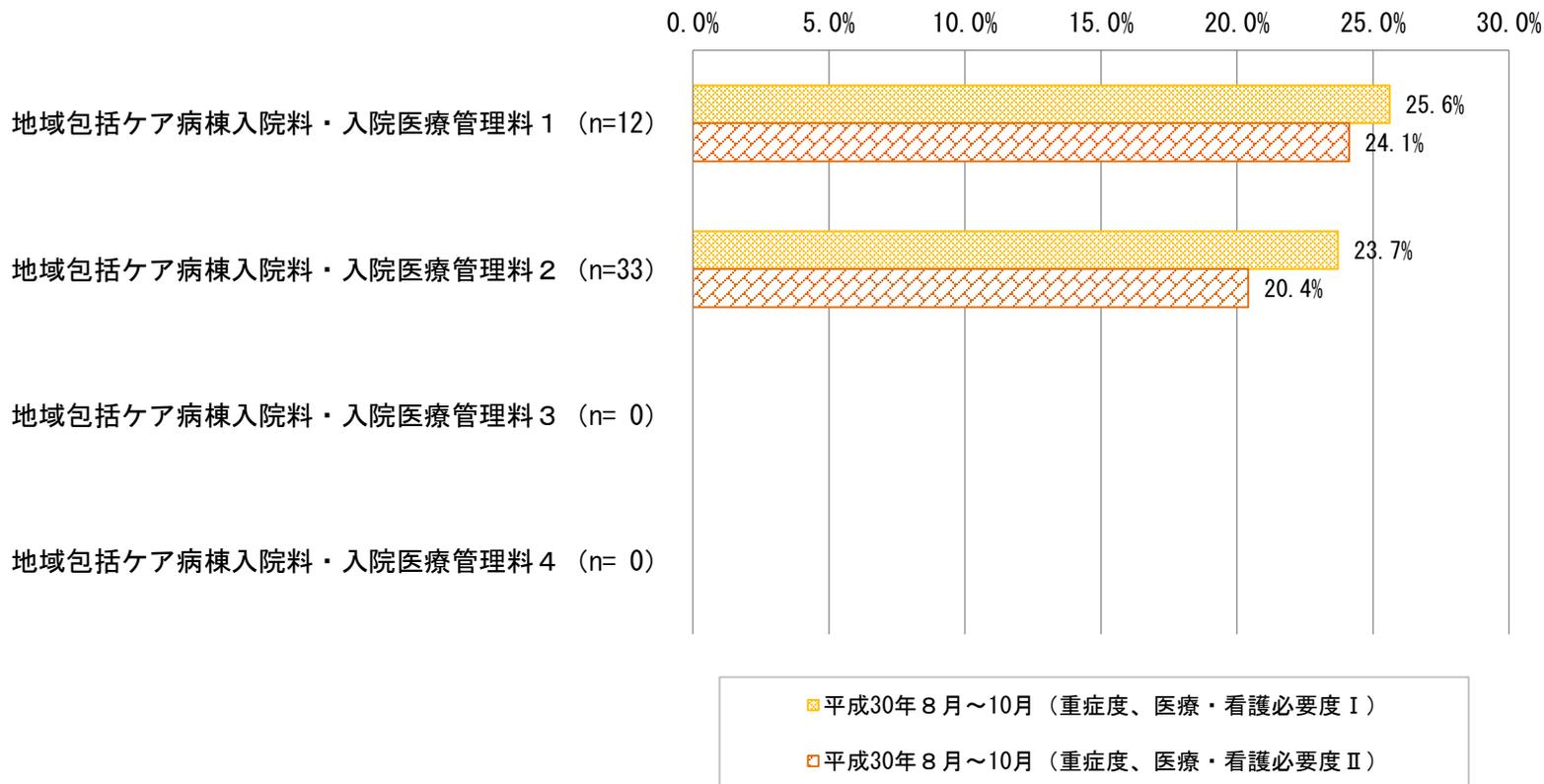
※届出区分無回答のものは除く

※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度 I）の両方を回答したのもののみ集計

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)



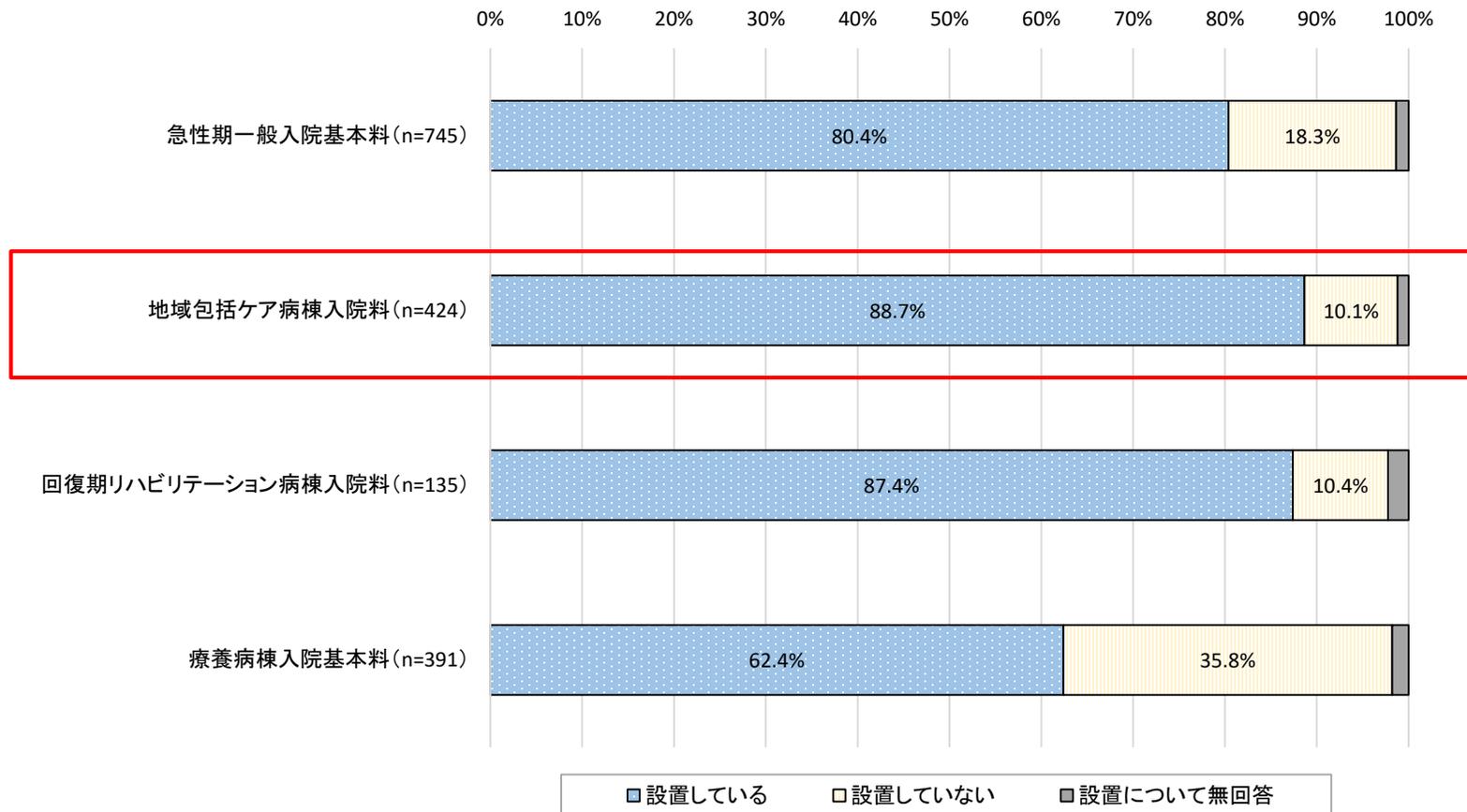
※届出区分無回答のものは除く

※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）

- 急性期一般入院基本料、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では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。

## 入退院支援部門の設置状況

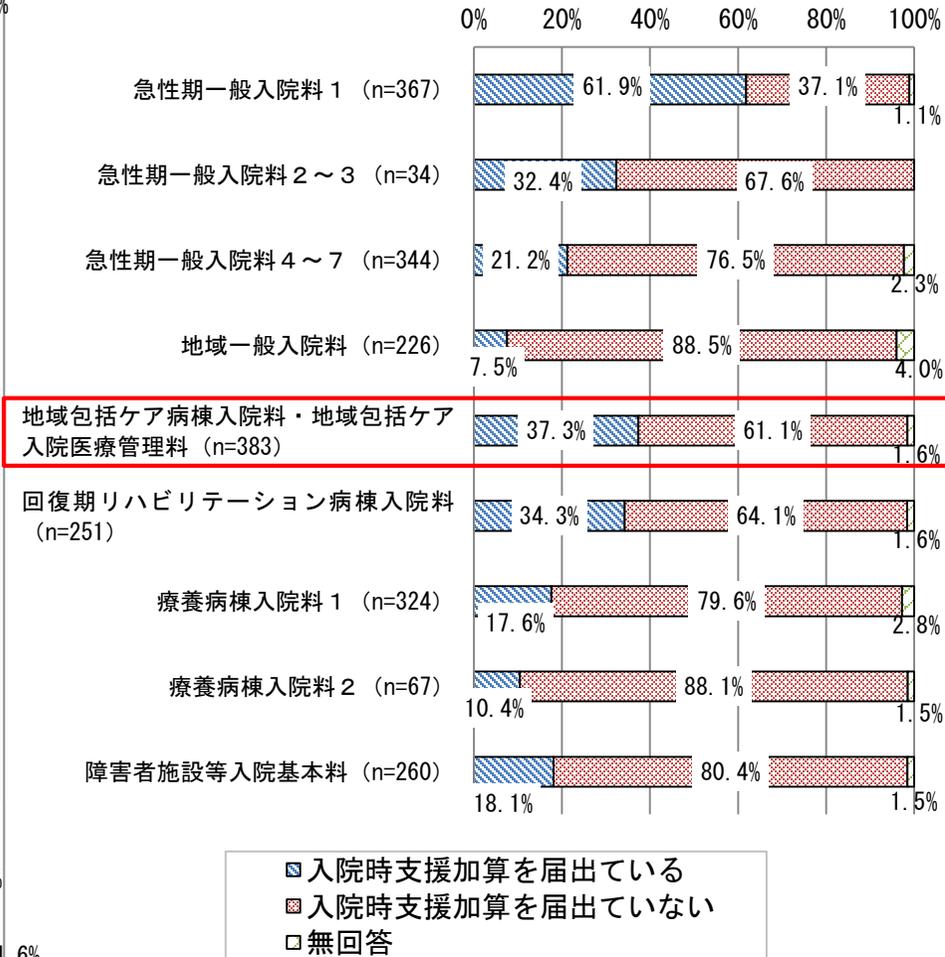
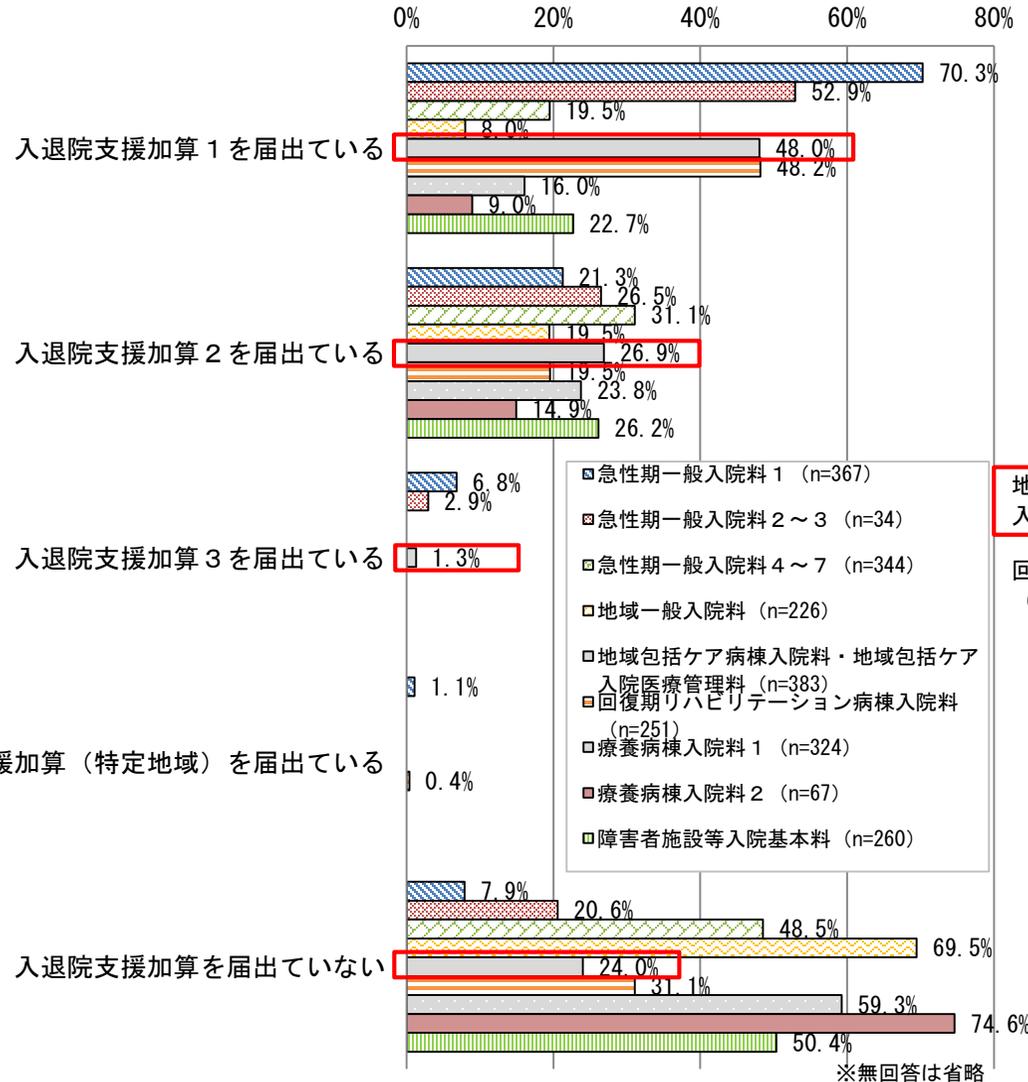


# 入退院支援加算及び入院時支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 での届出が多かった。

## 入退院支援加算の届出状況 (複数回答)

## 入院時支援加算の届出状況



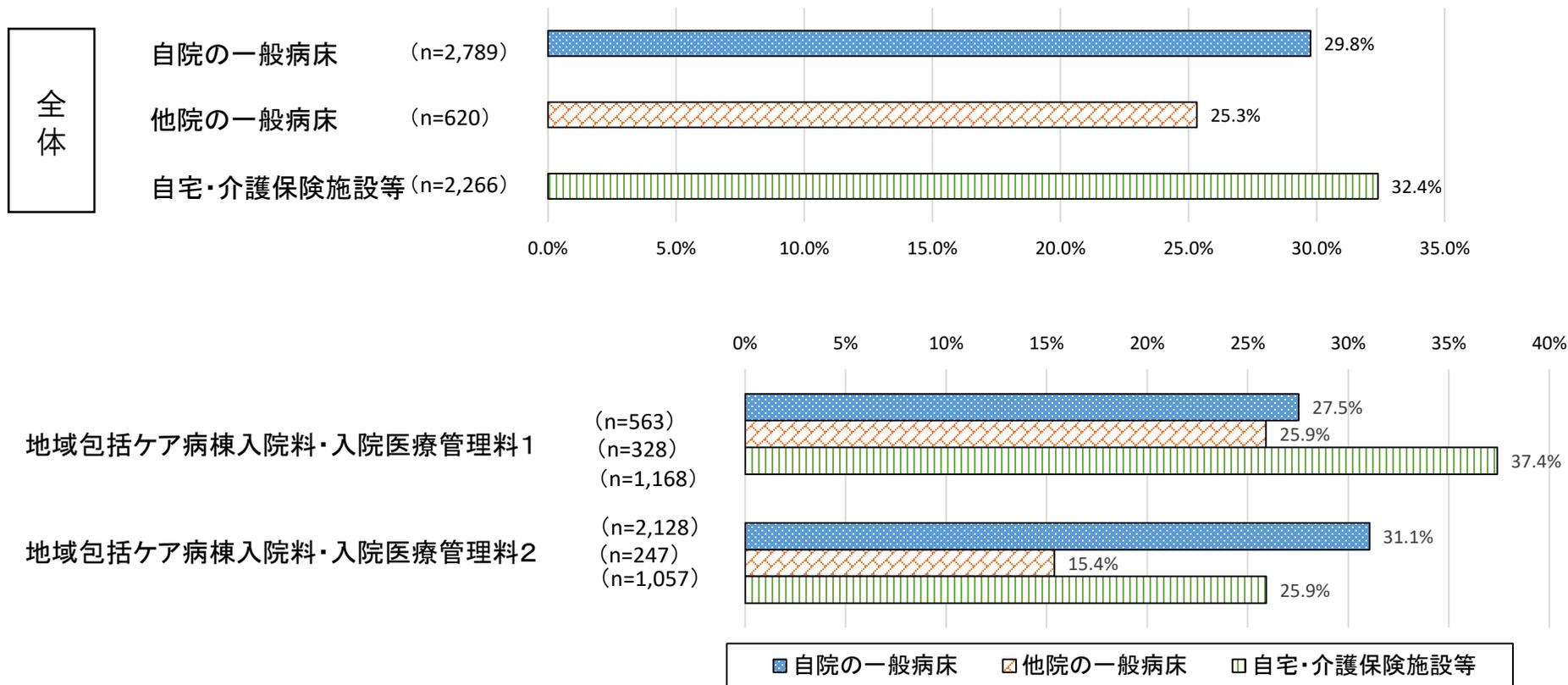
# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
  - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 2-2. 入院患者の状態
  - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 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%

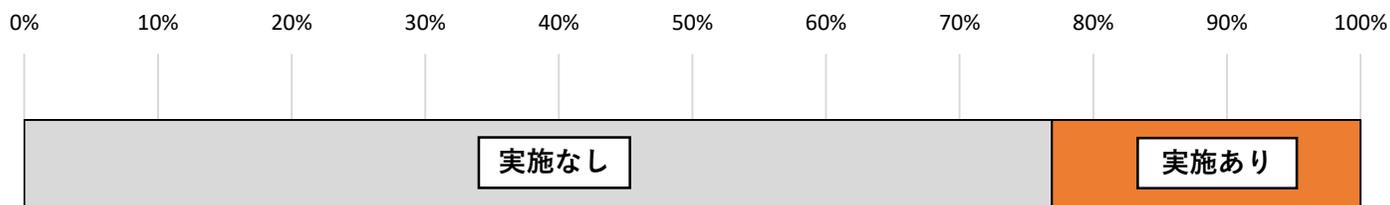
【施設基準】  
必要度Ⅰ 10%以上 又は 必要度Ⅱ 8%以上  
【該当基準】  
A項目1点以上 又は C項目1点以上

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%

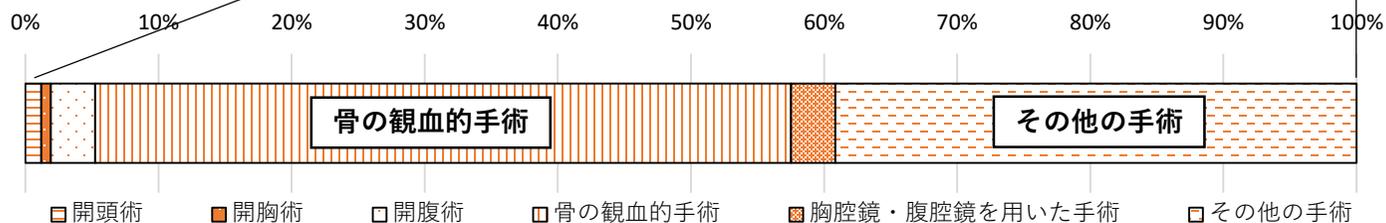
C項目 (n=5,881)	全体	自院の 一般病床	他院の 一般病床	自宅・介護 保険施設等
開頭手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
開胸手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
開腹手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
骨の手術(1点)	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%
胸腔鏡・腹腔鏡手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
全身麻酔・脊椎麻酔の手術(1点)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
救命等に係る内科的治療(1点)	0.2%	0.3%	0.2%	0.0%

○ 入院中の手術の実施状況をみると、「実施あり」は約4分の1であった。実施した手術の種類をみると、「骨の観血的手術」「その他の手術」の順に多かった。

## 入院中の手術の実施状況 (n=1,785)



## 実施した手術の種類 (n=419)

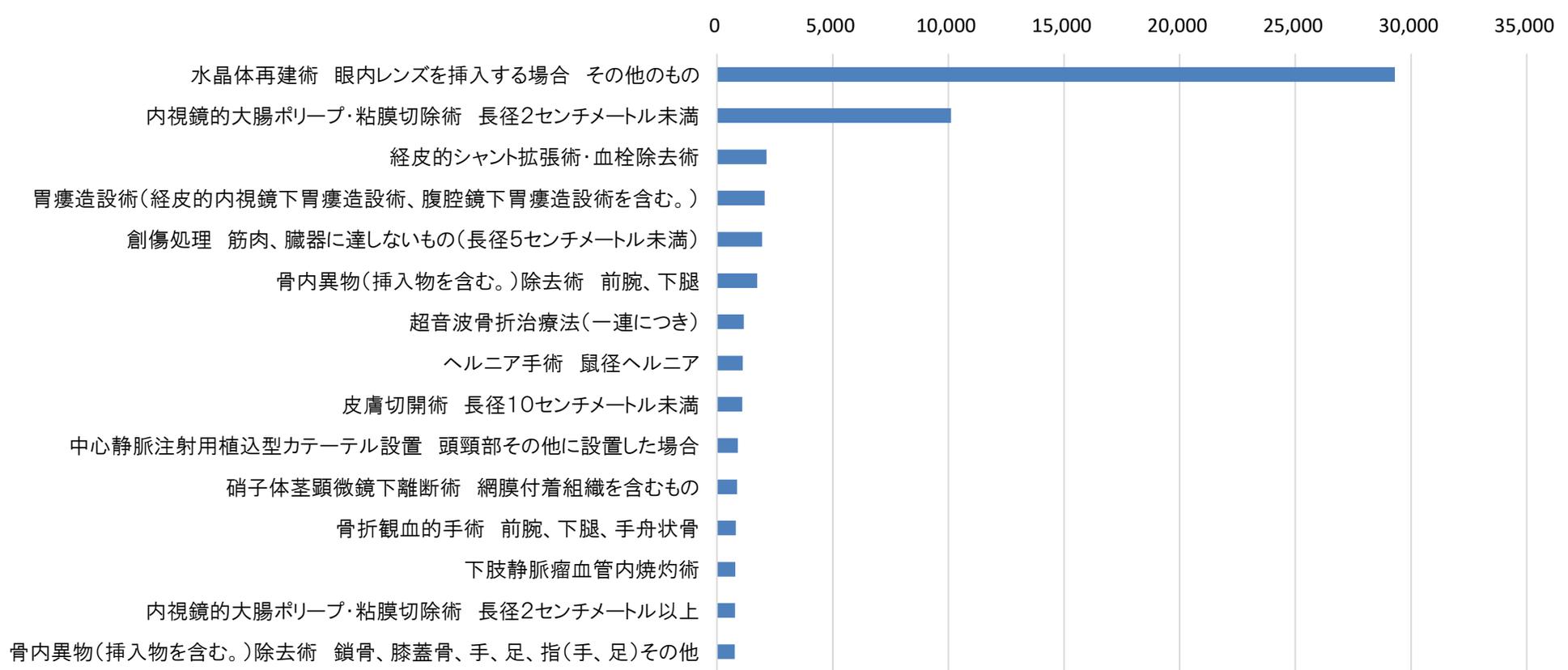


※入院中の手術は同一医療機関内の他の病棟で実施された手術を含む  
※無回答を除く

# 地域包括ケア病棟において実施される手術（短期滞在を除く）

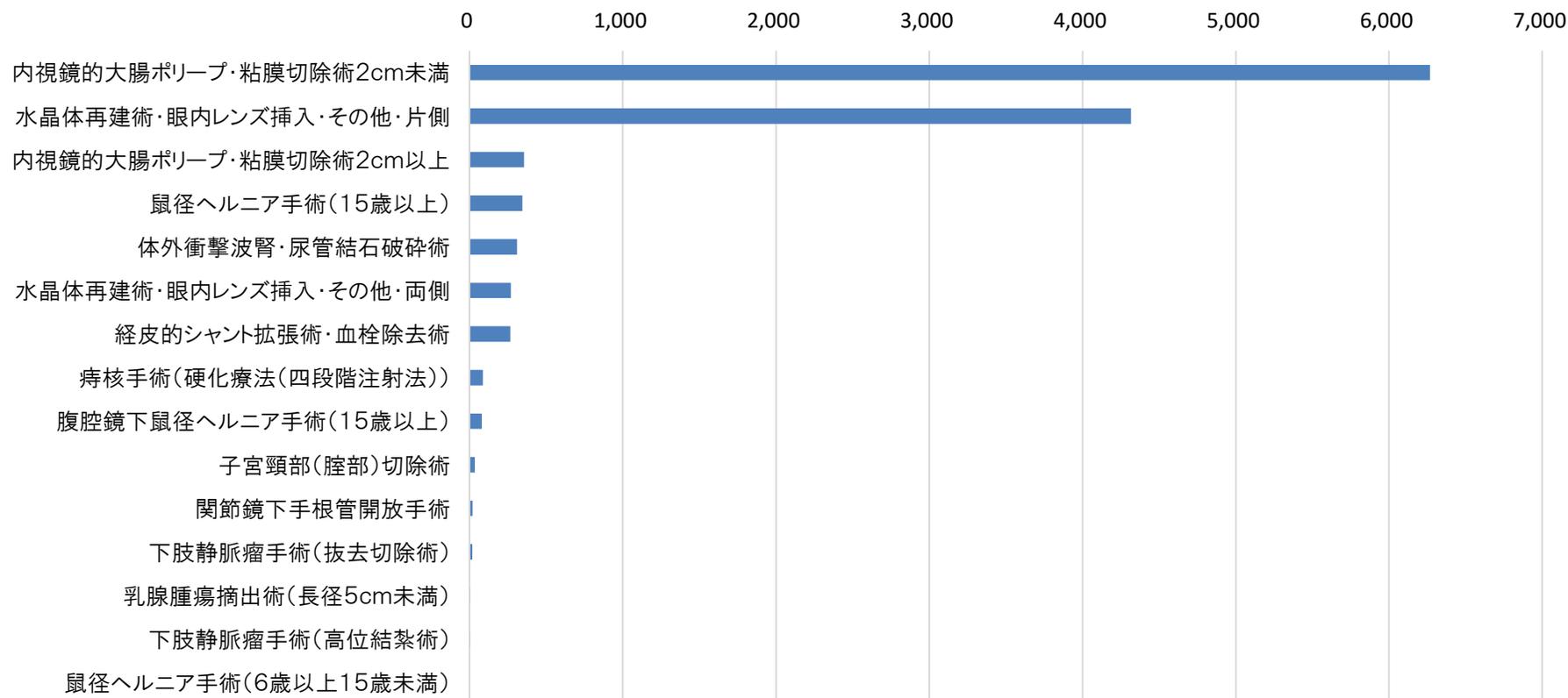
○ 地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（短期滞在手術等基本料を算定する場合を除く）をみると、「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）」が最も多く、次いで、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）」が多かった。

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）



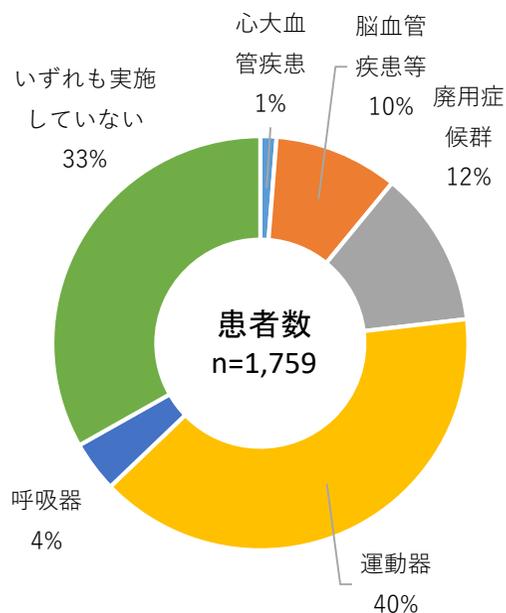
- 地域包括ケア病棟において実施される、短期滞在手術等基本料3の対象手術をみると、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(2cm未満)」が最も多く、次いで、「水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)」が多かった。

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）

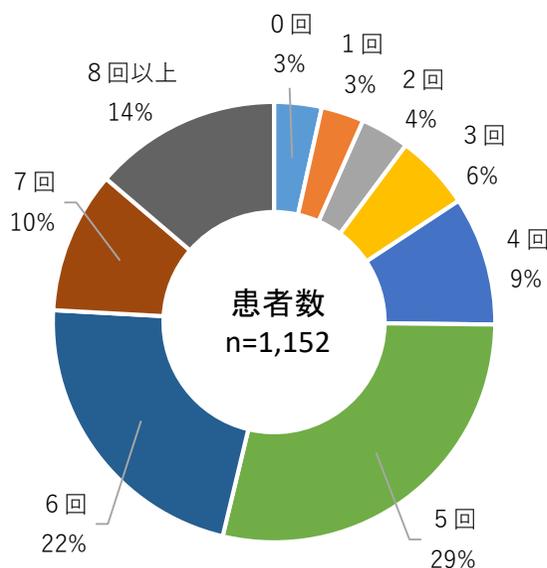


- 疾患別リハビリテーションの実施状況をみると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

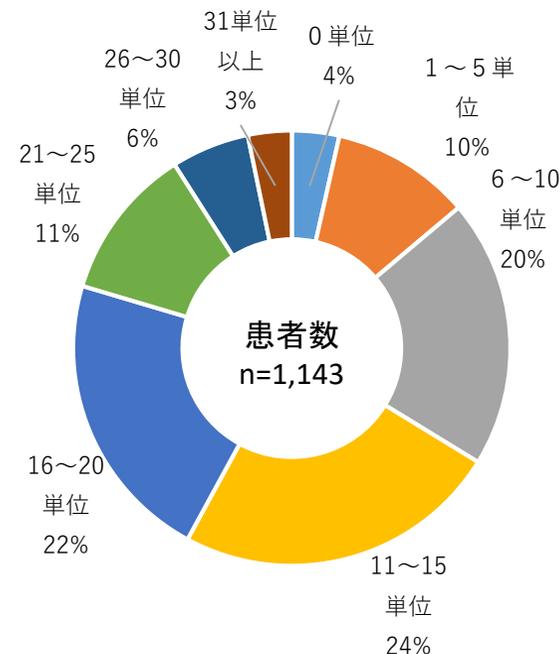
実施している  
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを  
実施している場合の頻度(過去7日間)

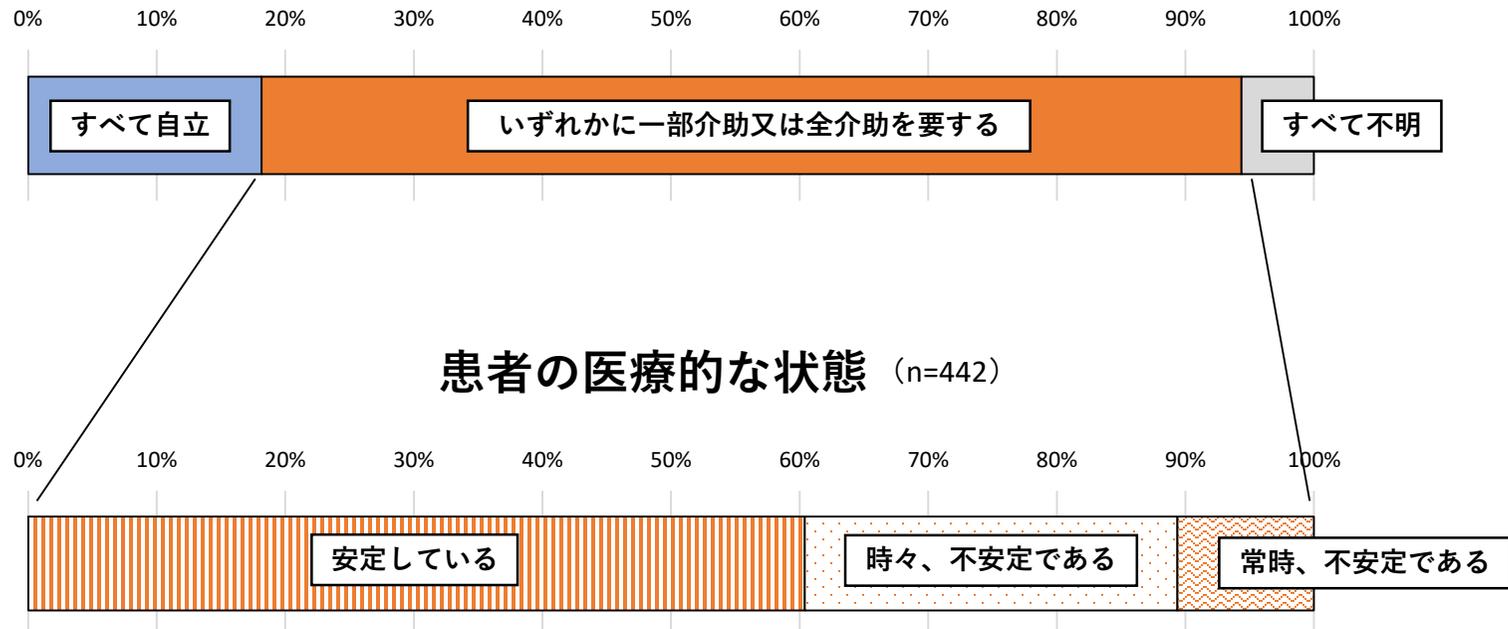


疾患別リハビリテーションを  
実施している場合の単位数(過去7日間)



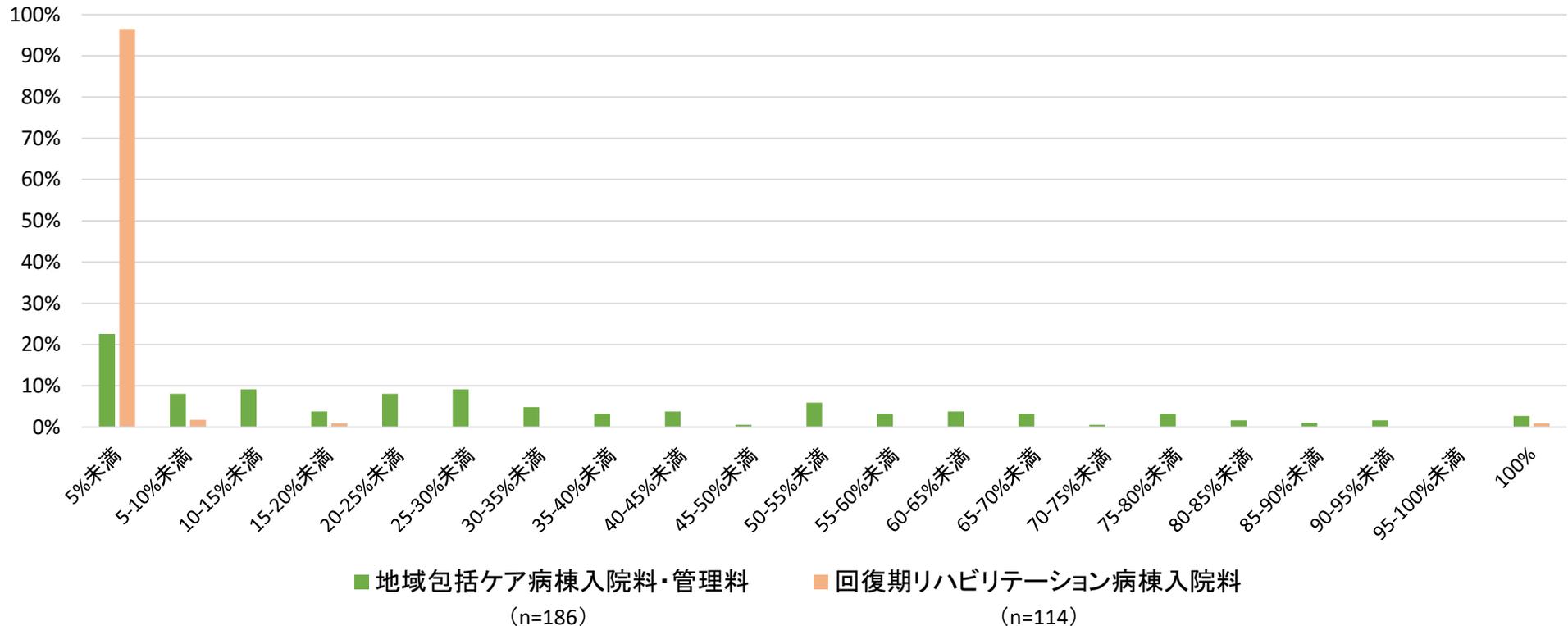
- 疾患別リハビリテーションを実施していない患者について、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のADLスコアをみると、いずれかに一部介助や全介助を要する患者が約7割5分であった。そのうち、医療的な状態が安定している患者は、約6割であった。

## 疾患別リハビリテーションを実施していない患者の 移乗・平地歩行・階段・更衣のADL（入棟時） (n=584)



○ リハビリテーションを実施していない患者の割合を施設ごとにみると、回復期リハビリテーション病棟入院料では「5%未満」の施設がほとんどだが、地域包括ケア病棟入院料・管理料ではばらつきがみられた。

リハビリを実施していない患者の割合（施設別）



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
  - 2-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 2-2. 入院患者の状態
  - 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

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、療養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%	

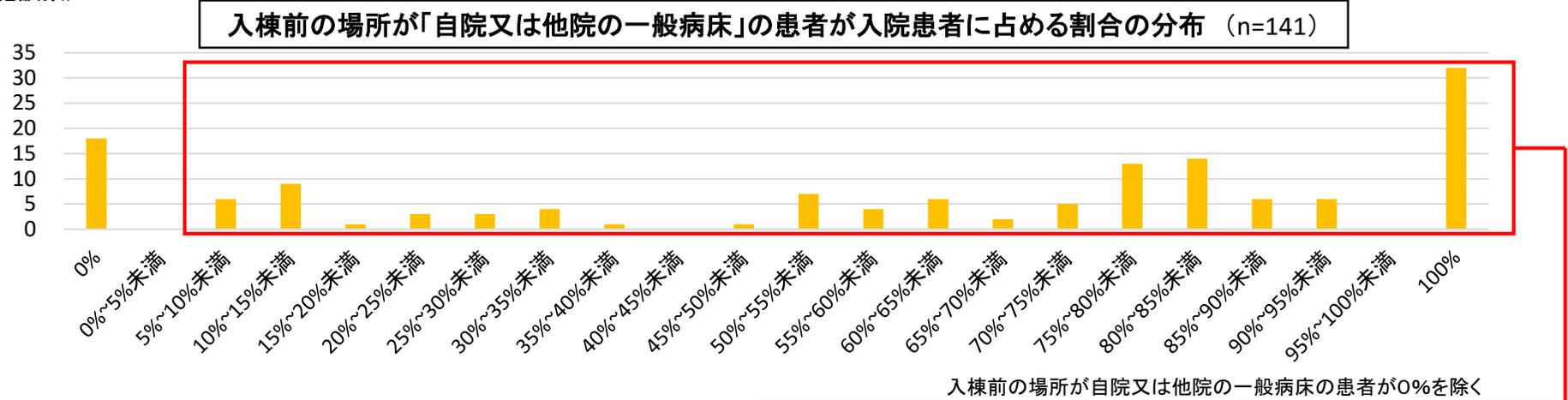


退棟先 (n=545)		地域包括ケア病棟以外の届出入院料				
		一般病棟 入院基本料	療養病棟 入院基本料	一般病棟 及び 療養病棟	左記以外 の病棟	地域包括ケ ア病棟のみ
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	10.6%	8.0%	6.5%	6.9%	7.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	52.2%	24.0%	48.1%	34.5%	32.1%
	介護老人保健施設	3.9%	0.0%	6.5%	17.2%	17.9%
	介護医療院	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	2.2%	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%	

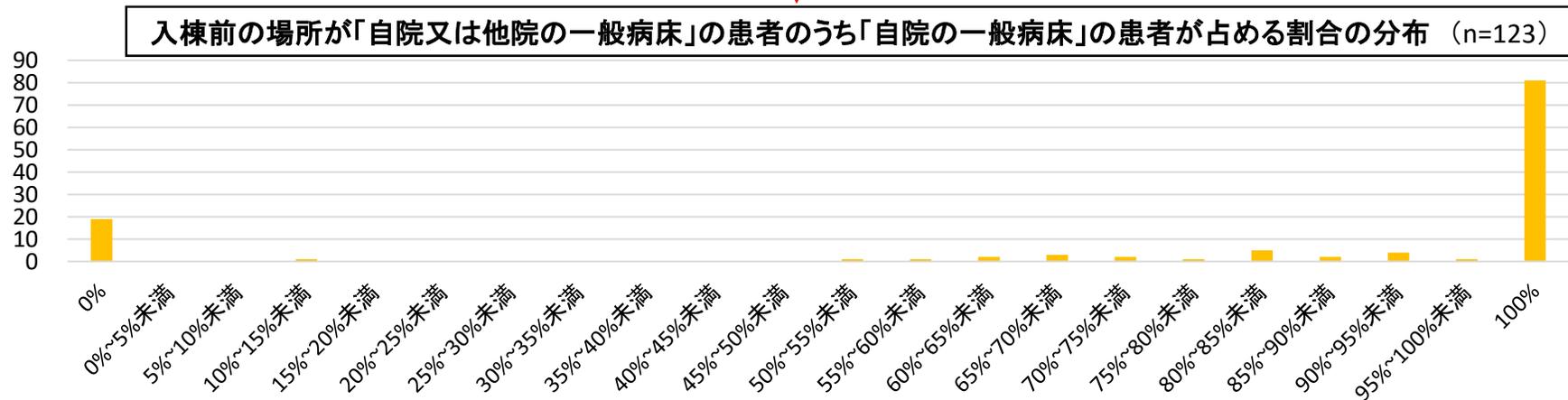
# 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者の占める割合

- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が、入院患者に占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。
- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。

(施設数)



(施設数)



※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

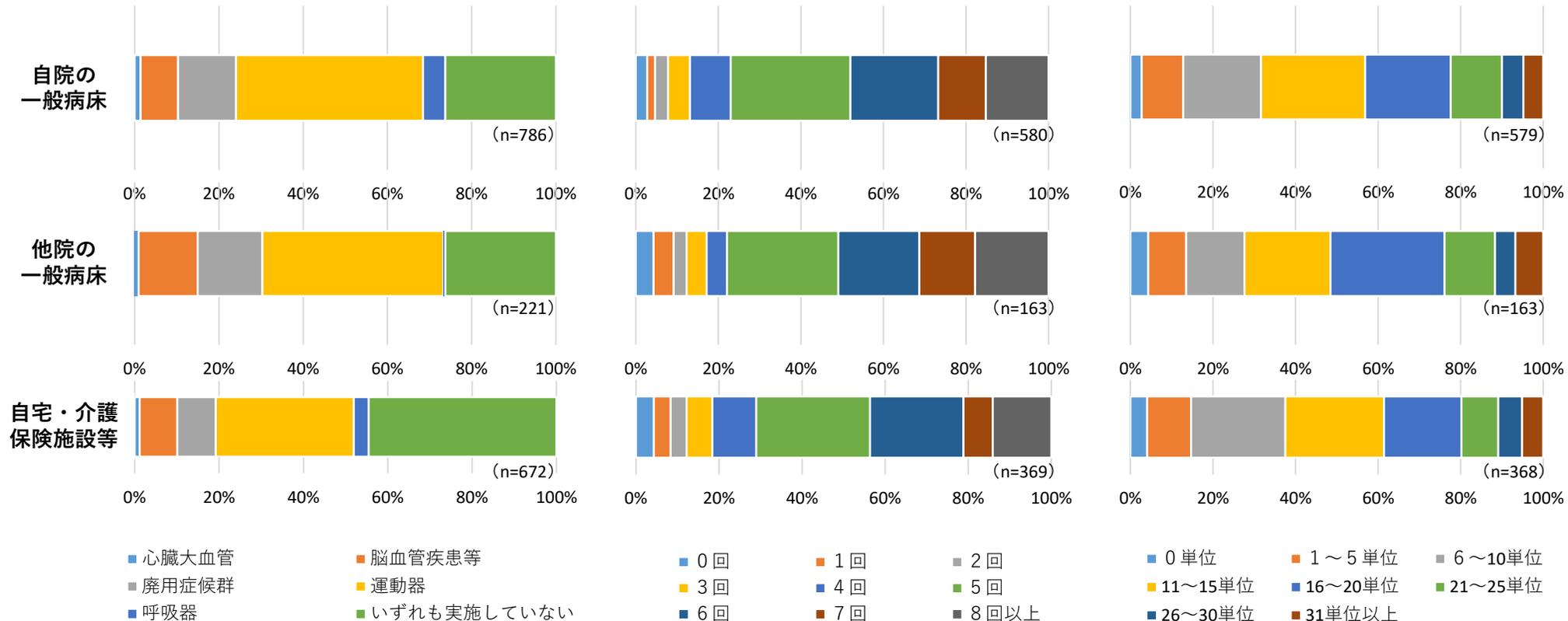
# リハビリテーションの実施状況（入棟前の場所別）

- 疾患別リハビリテーションの実施状況について、入棟前の場所別にみると、自宅・介護保険施設等から入院した患者は、自院や他院の一般病床から入院・入棟した患者と比較して、「いずれも実施していない」の割合が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者の、実施頻度や単位数については、入棟前の場所による明らかな違いは見られなかった。

実施している  
疾患別リハビリテーション

疾患別リハビリテーションを  
実施している場合の頻度（過去7日間）

疾患別リハビリテーションを  
実施している場合の単位数（過去7日間）

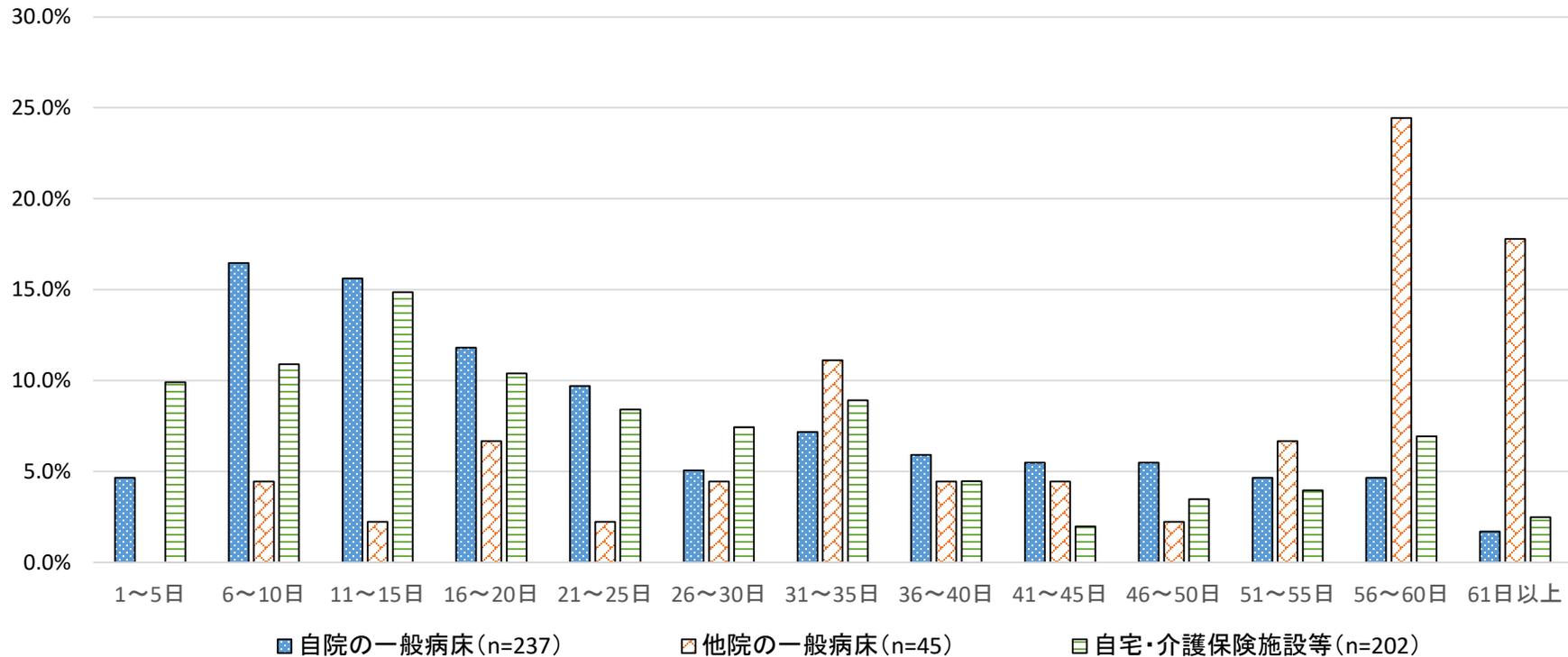


※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く  
 ※無回答を除く

○ 調査期間中に地域包括ケア病棟から退棟した患者について、入棟前の場所別に、在棟日数の分布をみると、入棟前の場所が「他院の一般病床」の患者の在棟日数が長い傾向にあった。

## 在棟日数の分布

（患者の占める割合）



平均値	27.3
中央値	21.0

平均値	47.5
中央値	55.0

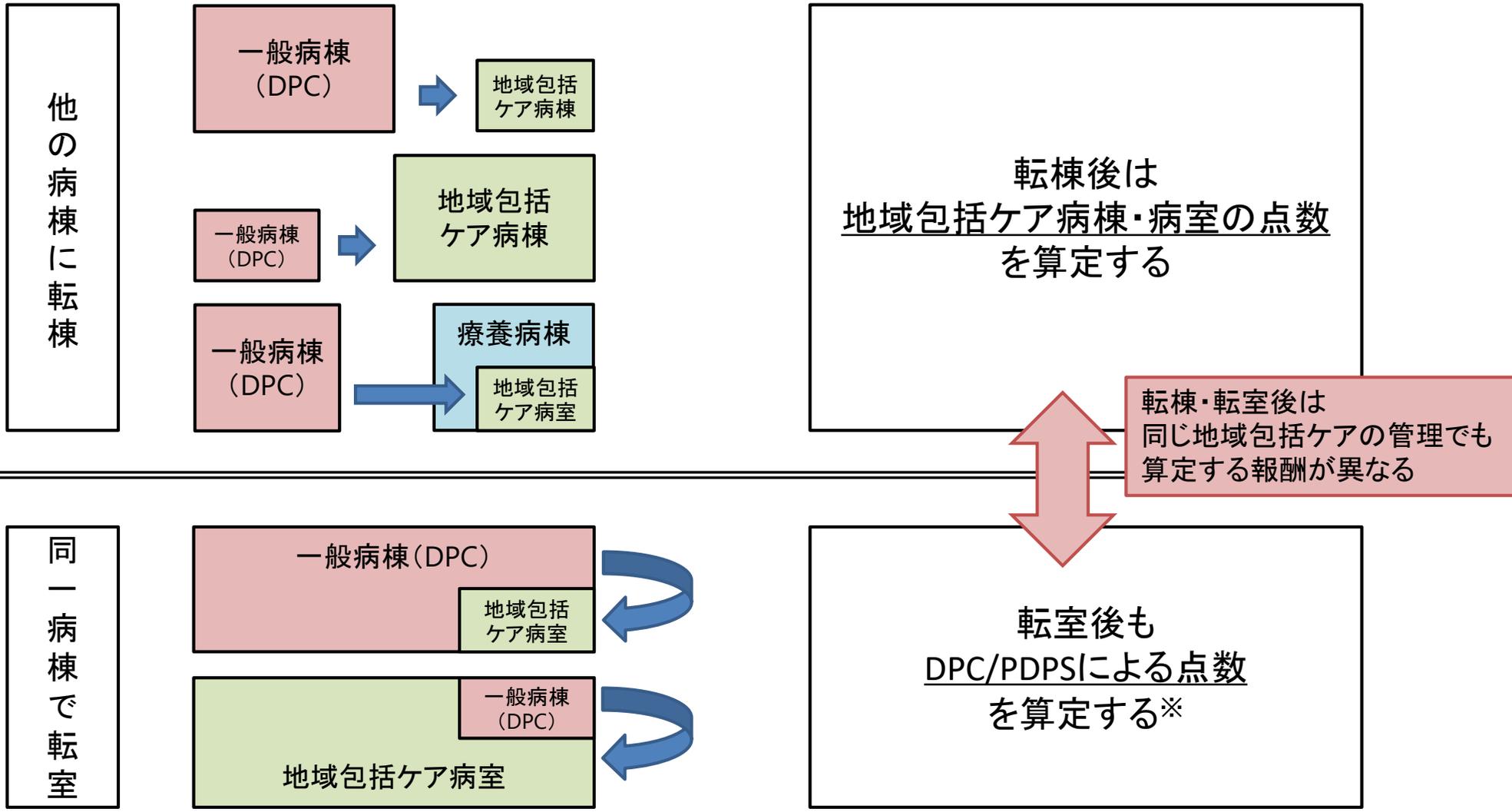
平均値	25.5
中央値	21.5

※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

# 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



※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

## 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

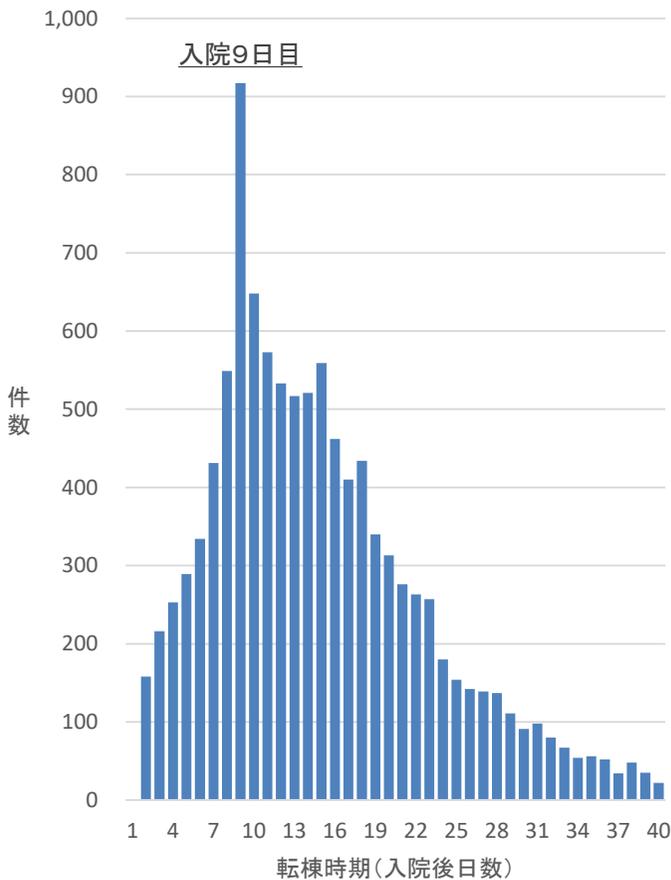
## 手術点数の算定方法

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※

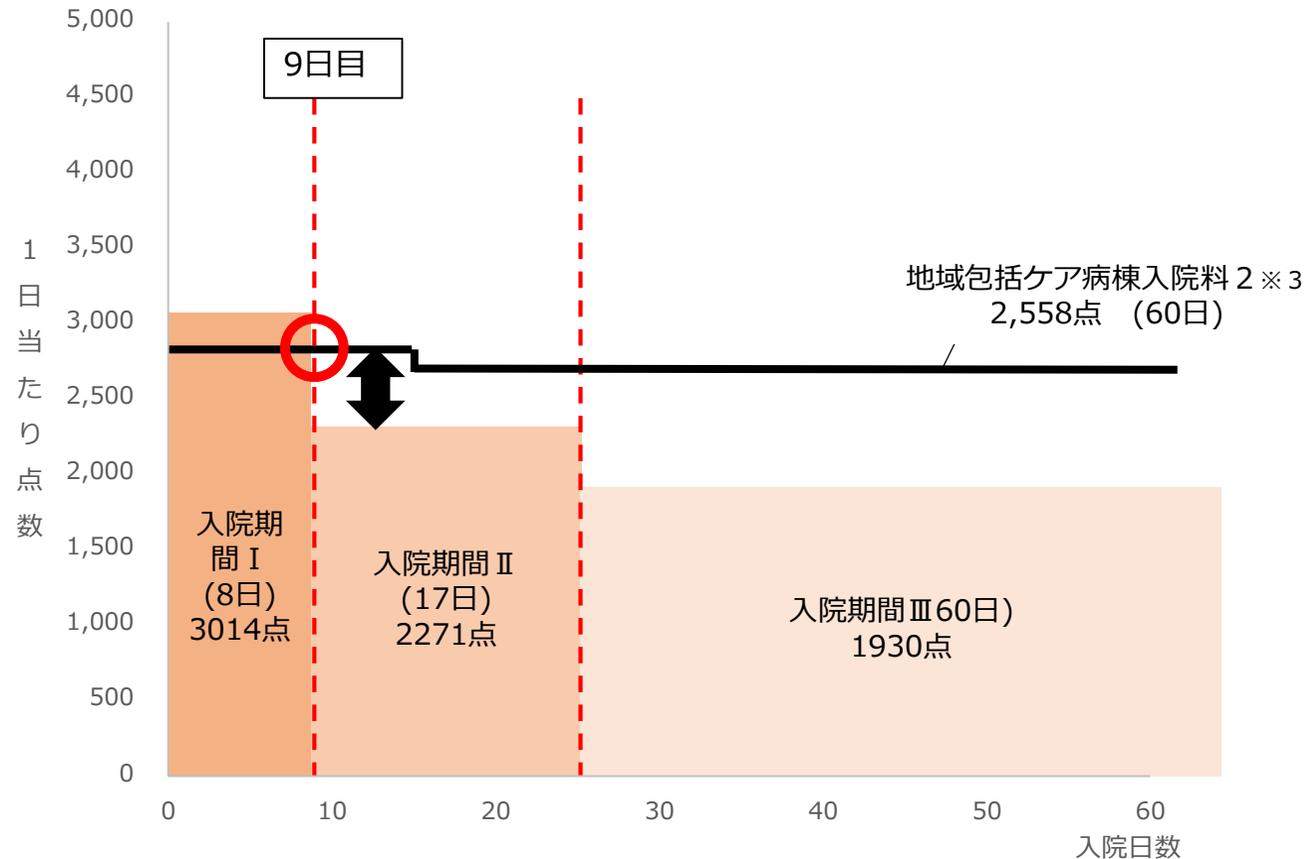
※ 入院後所定日数内に手術等が実施された場合に限る

## 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)

# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
  - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 3-2. 入院患者の状態
  - 3-3. リハビリテーションの提供状況
  - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-			専任常勤1名(努力義務)		
リハビリ計画書の栄養項目記載	-			必須		
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
自宅等に退院する割合	-		7割以上			
リハビリテーション実績指数	-	30以上	-	30以上	-	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

## 回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実

- 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料1について、以下の対応を行う。
  - ✓ 管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
  - ✓ 当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。
  - ✓ リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

### [算定要件]

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。

(※)リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、入院栄養食事指導料を別に算定できる。

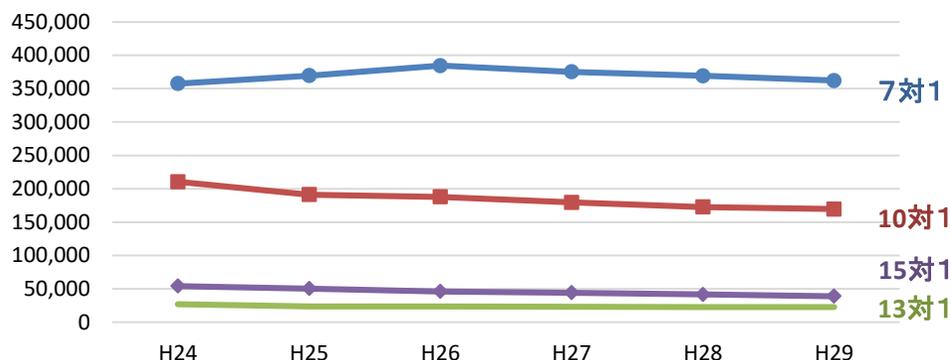
### [施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

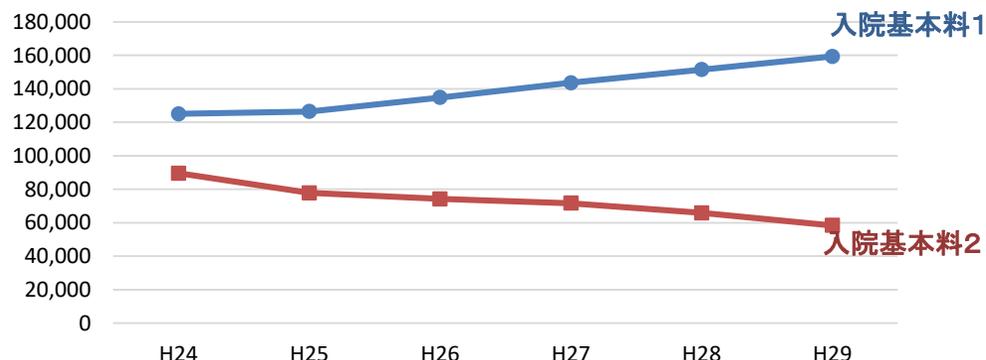
- 入院料別の届出病床数をみると、一般病棟入院基本料の7対1、10対1は減少傾向。療養病棟入院基本料1、地域包括ケア病棟入院料・管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1は増加傾向。

(床数)

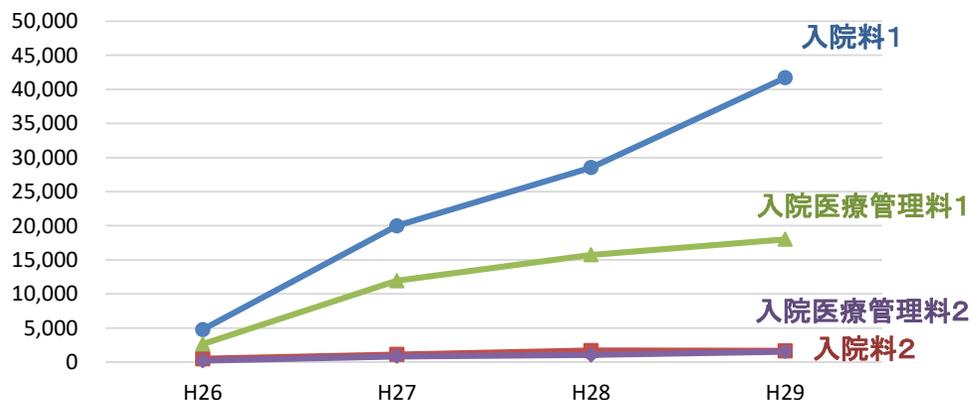
一般病棟入院基本料



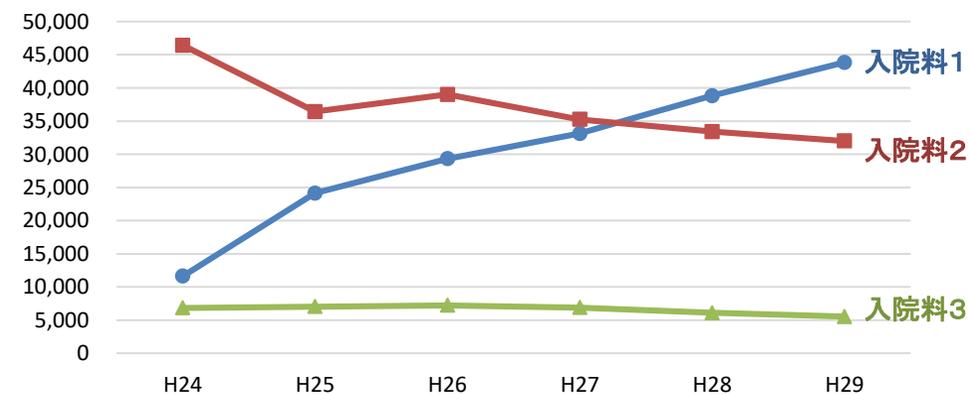
療養病棟入院基本料



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



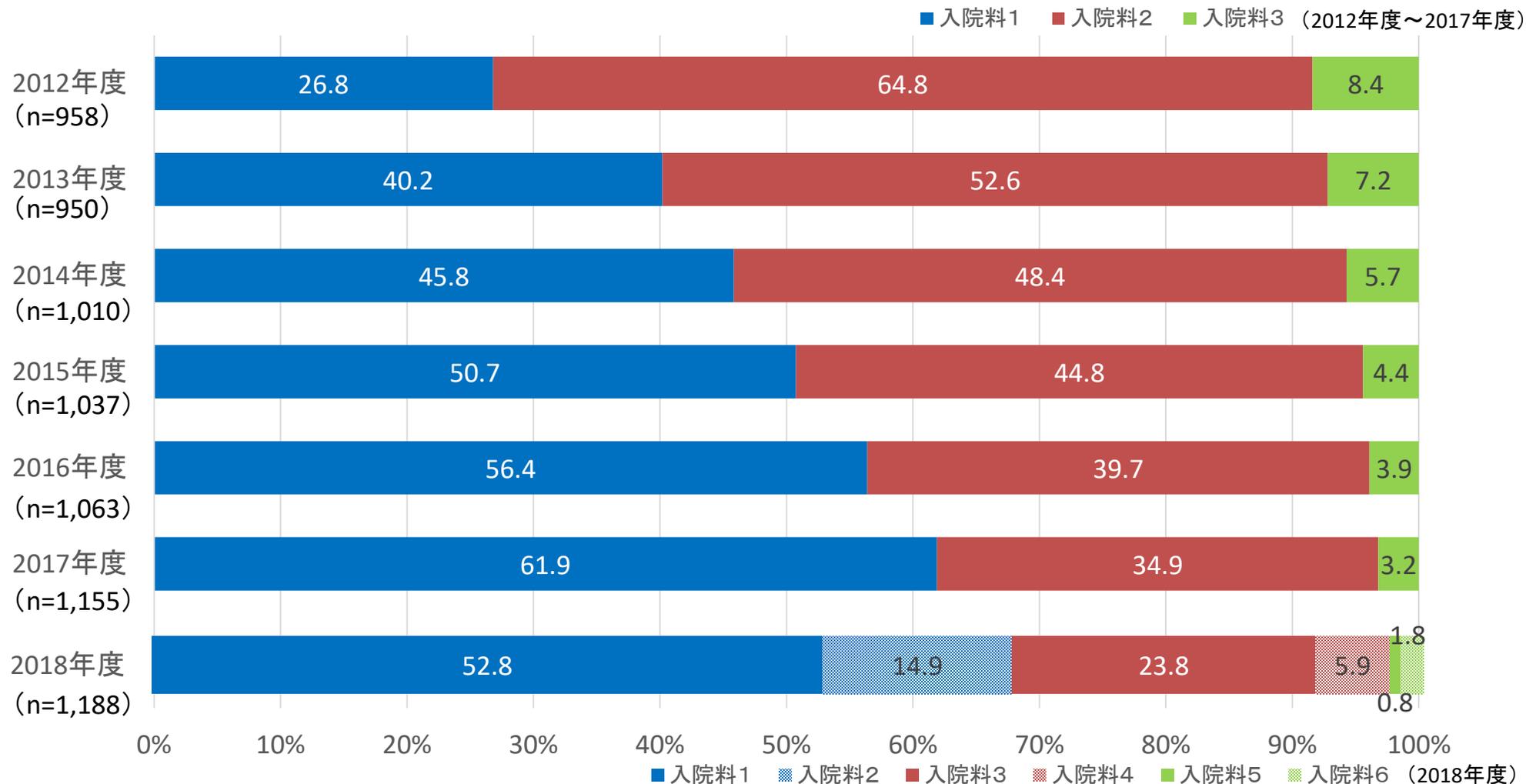
※H24,25は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

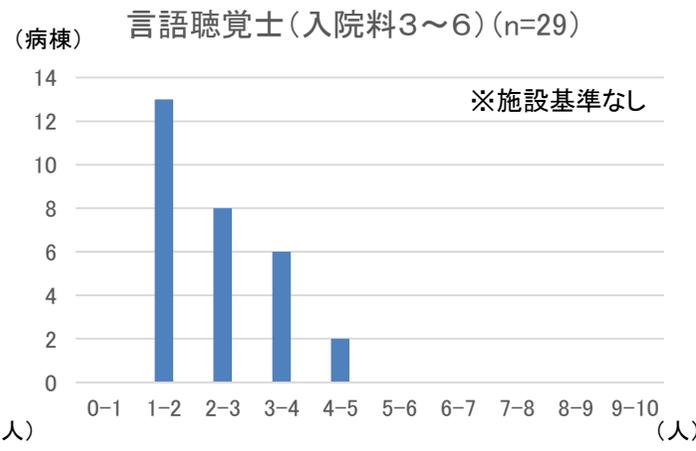
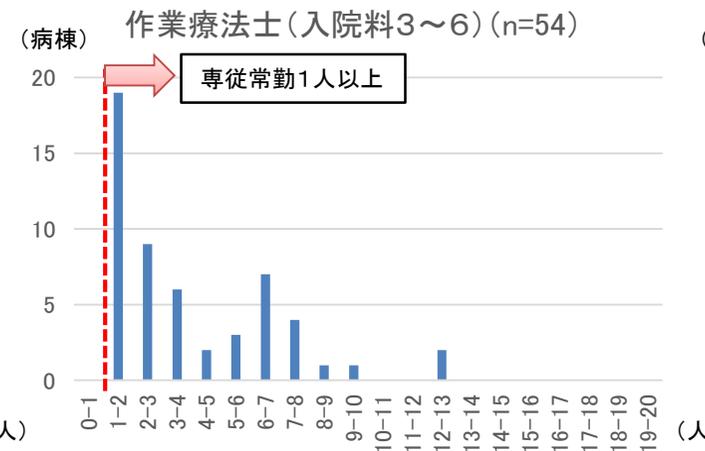
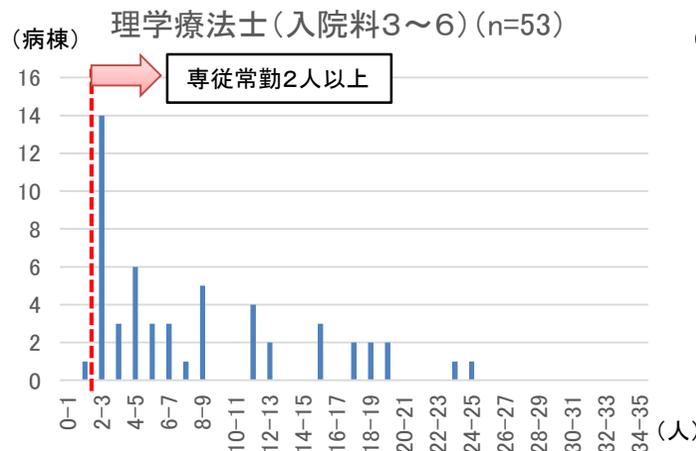
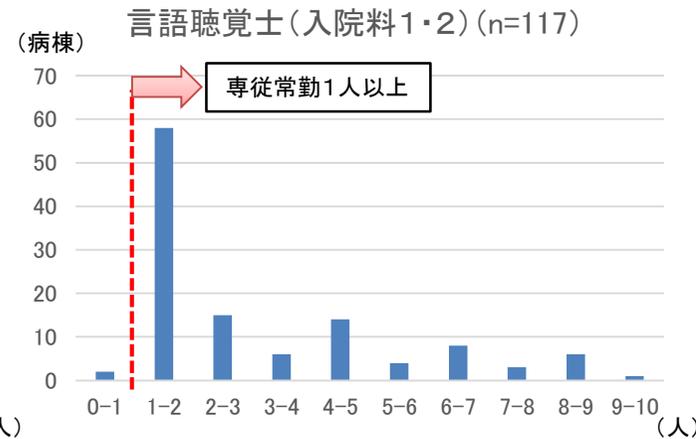
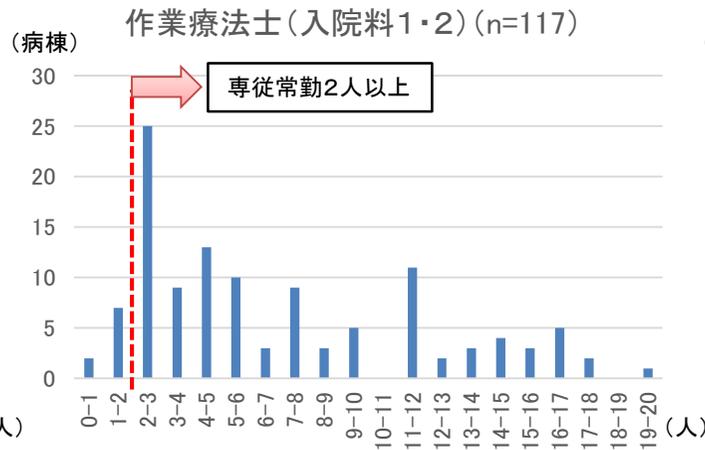
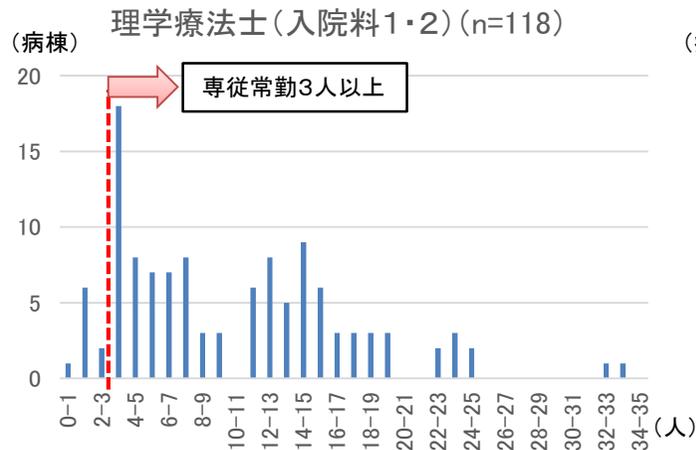
# 回復期リハビリテーション病棟入院料の割合

診調組 入-1  
元. 7. 25

- 2018年度において、入院料1を算定している病棟が半数を超えている。
- 入院料1～4を算定している病棟で、約97%である。



○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟におけるPT、OT、STの配置状況は、以下のとおり（赤点線：各入院料における施設基準）。



- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。

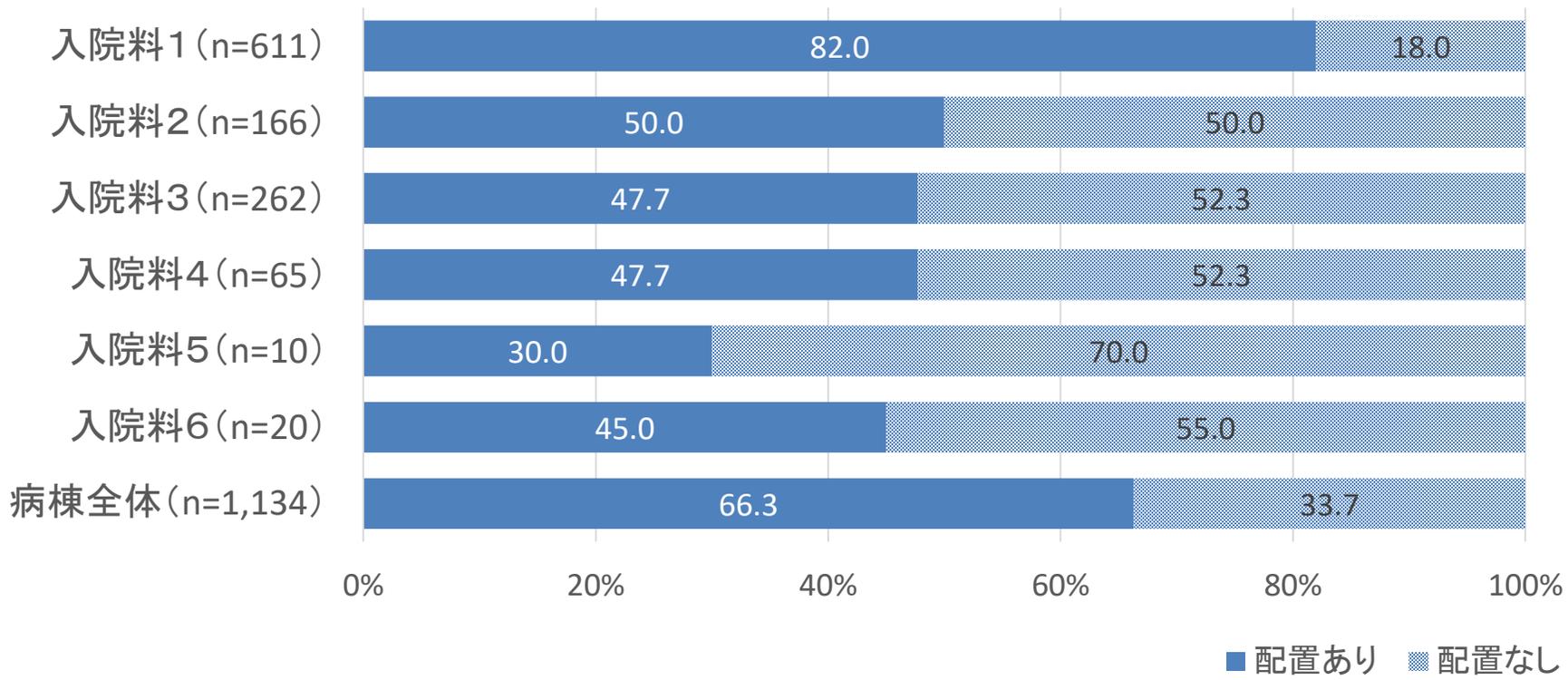
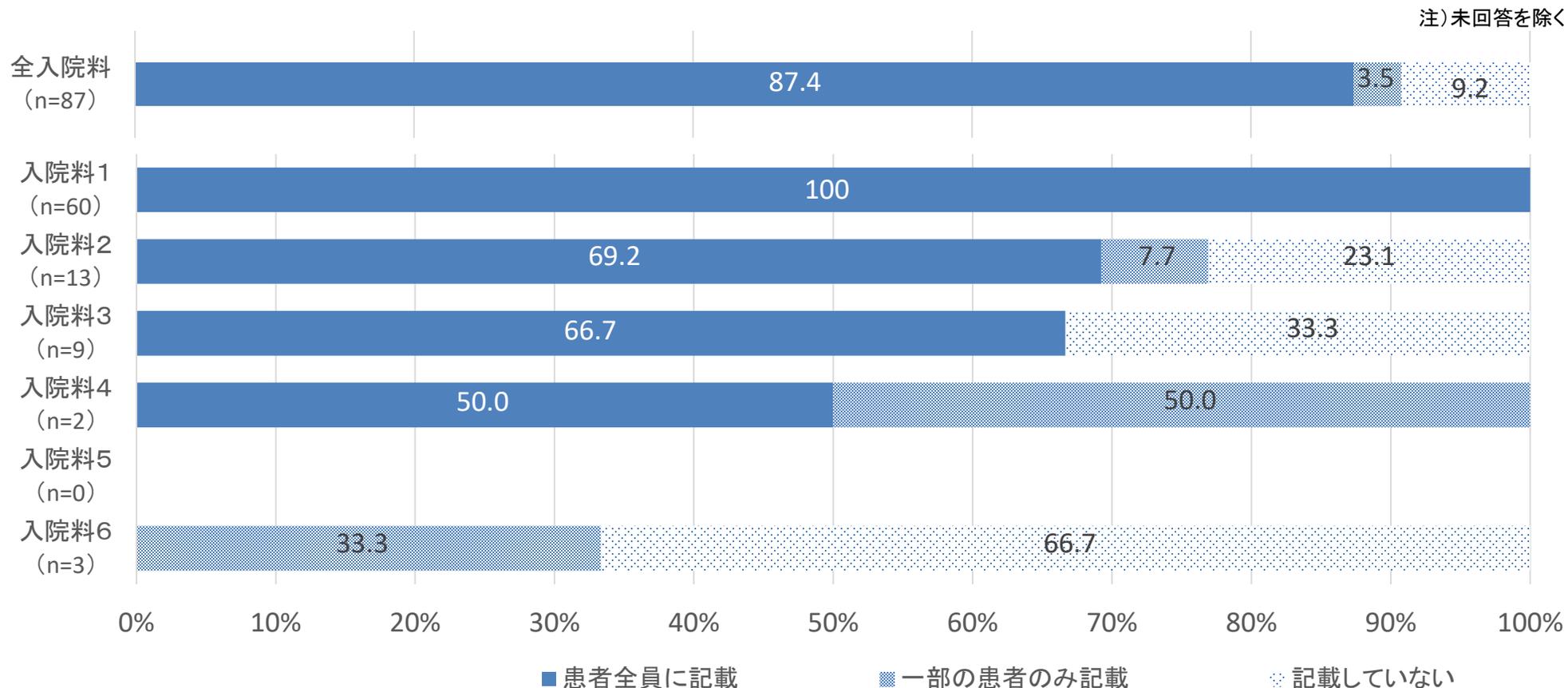


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

# リハビリテーション計画書の栄養項目の記載状況

診調組 入-1  
元. 7. 25

- 管理栄養士が病棟配置されている場合、リハビリテーション計画書の栄養項目を全員に記載している割合は、全入院料で87.4%である。
- 入院料別では、栄養項目記載が必須の入院料1は100%であり、記載が必須ではない入院料では、入院料2が69.2%、入院料3が66.7%である。

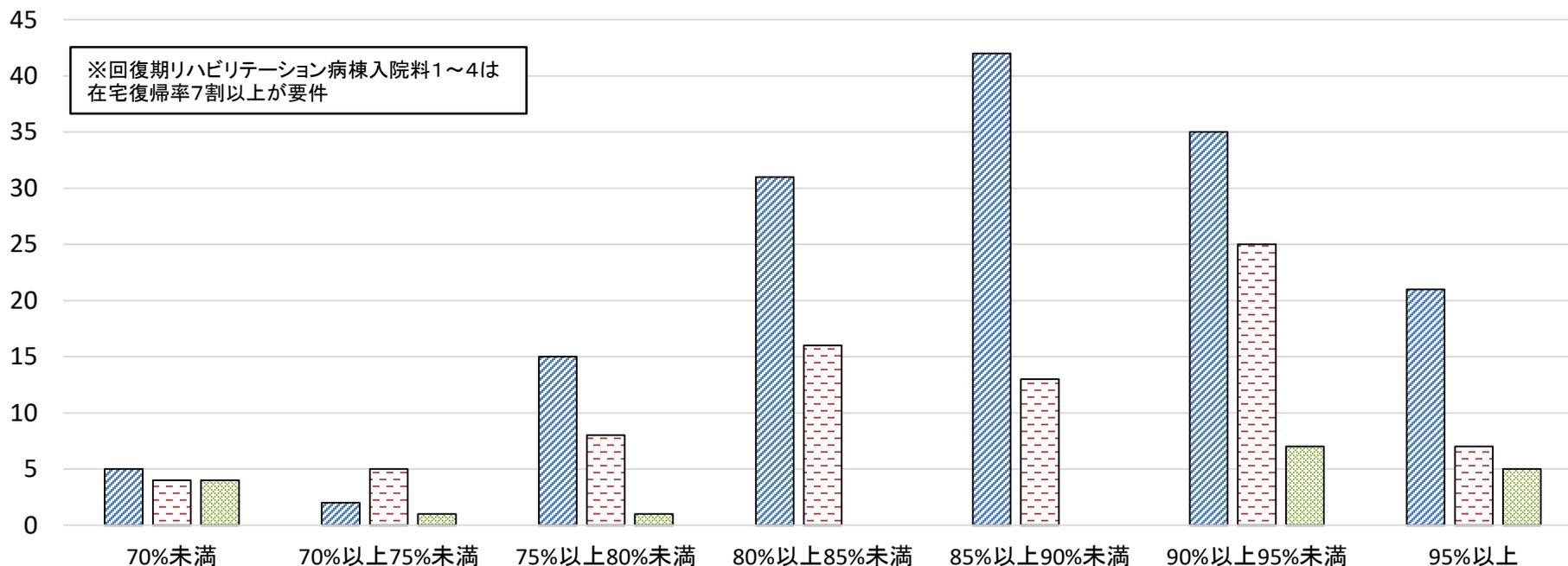


## 管理栄養士の病棟配置されている場合のリハビリテーション計画書の栄養項目記載の状況

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

## 在宅復帰率の医療機関分布

(医療機関数)



■ 回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 (n=151)  
 ■ 回復期リハビリテーション病棟入院料3・4 (n=78)  
 ■ 回復期リハビリテーション病棟入院料5・6 (n=18)

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、66.9%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、51.1%であった。

## 【入棟元】 (n=2,170)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	1.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.1%
	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)	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	66.9%
	他院の一般病床以外	3.1%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	21.8%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	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	0.2%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%
	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		0.1%
その他		0.0%
無回答		0.3%

## 回復期リハ病棟

## 【退棟先】 (n=268)

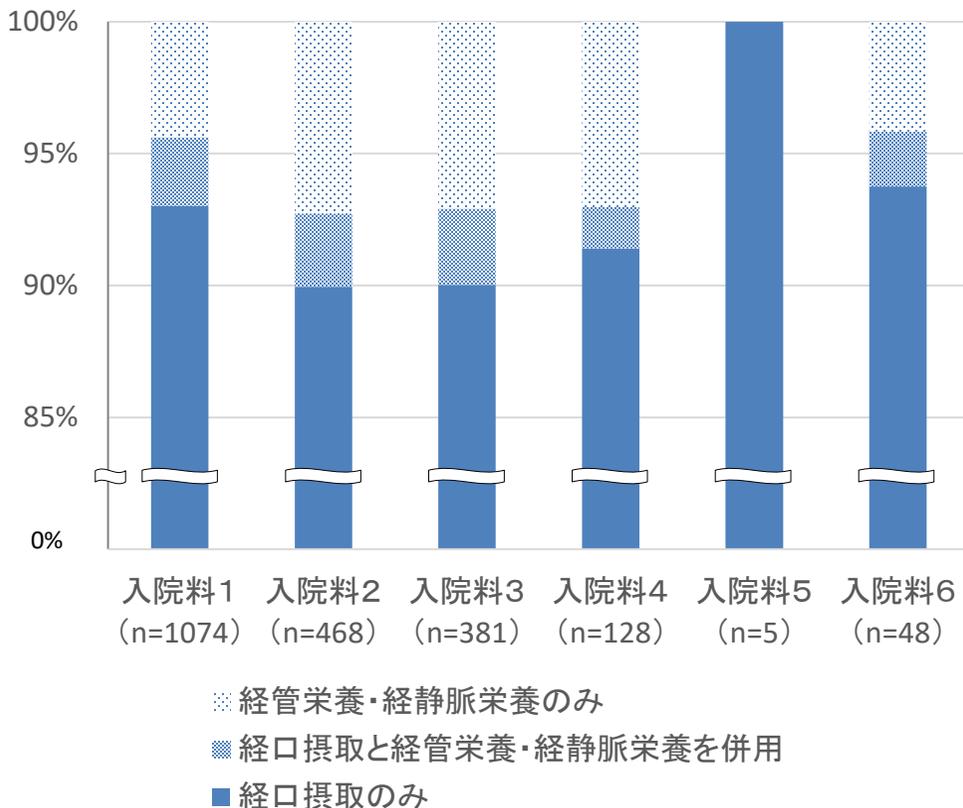
自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	9.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	51.1%
介護施設等	介護老人保健施設	8.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	1.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.7%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	3.7%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	4.1%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.9%
	他院の療養病床(上記以外)	1.9%
	他院の精神病床	0.4%
	他院のその他の病床	0.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	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	0.7%
	自院の療養病床(上記以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所(上記以外)		0.0%
死亡退院		0.0%
その他		0.4%
無回答		7.5%

# とりまとめの構成

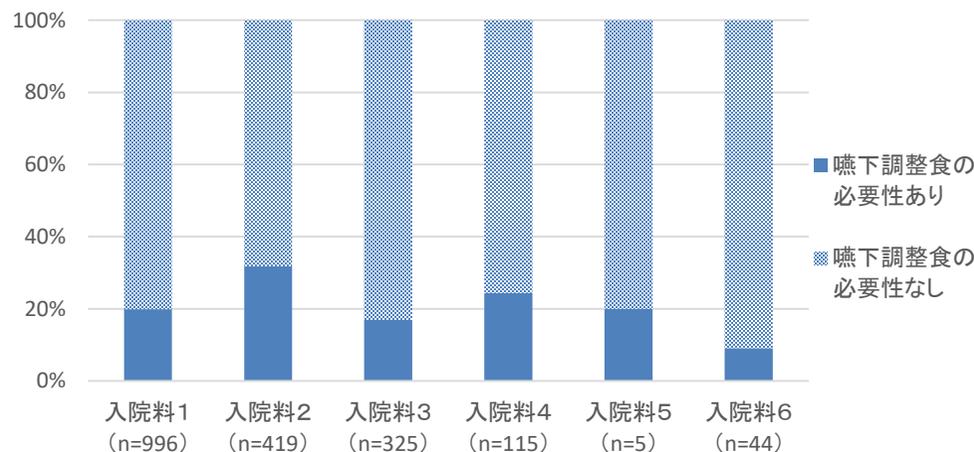
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
  - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 3-2. 入院患者の状態
  - 3-3. リハビリテーションの提供状況
  - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

- 栄養摂取の状況は、入院料での違いはみられず、約9割の患者が経口摂取のみである。
- 経口摂取のみの患者のうち、嚥下調整食が必要な患者は、いずれの入院料でも約2割である。
- 経管栄養等のみ、経口摂取と経管栄養等を併用している場合、経管・経静脈栄養の状況に入院料での違いはみられず、経鼻胃管の割合が高く、約6割である。

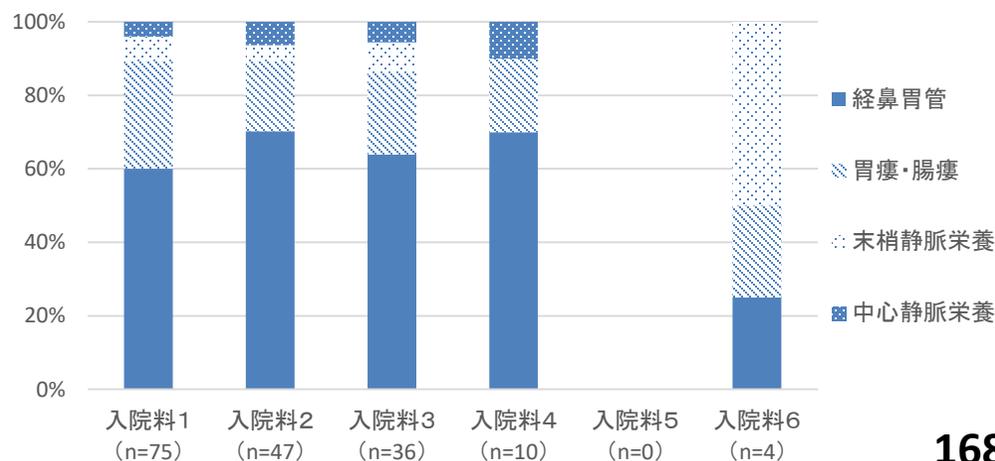
## 栄養摂取の状況



## 経口摂取のみの患者のうち嚥下調整食の必要性



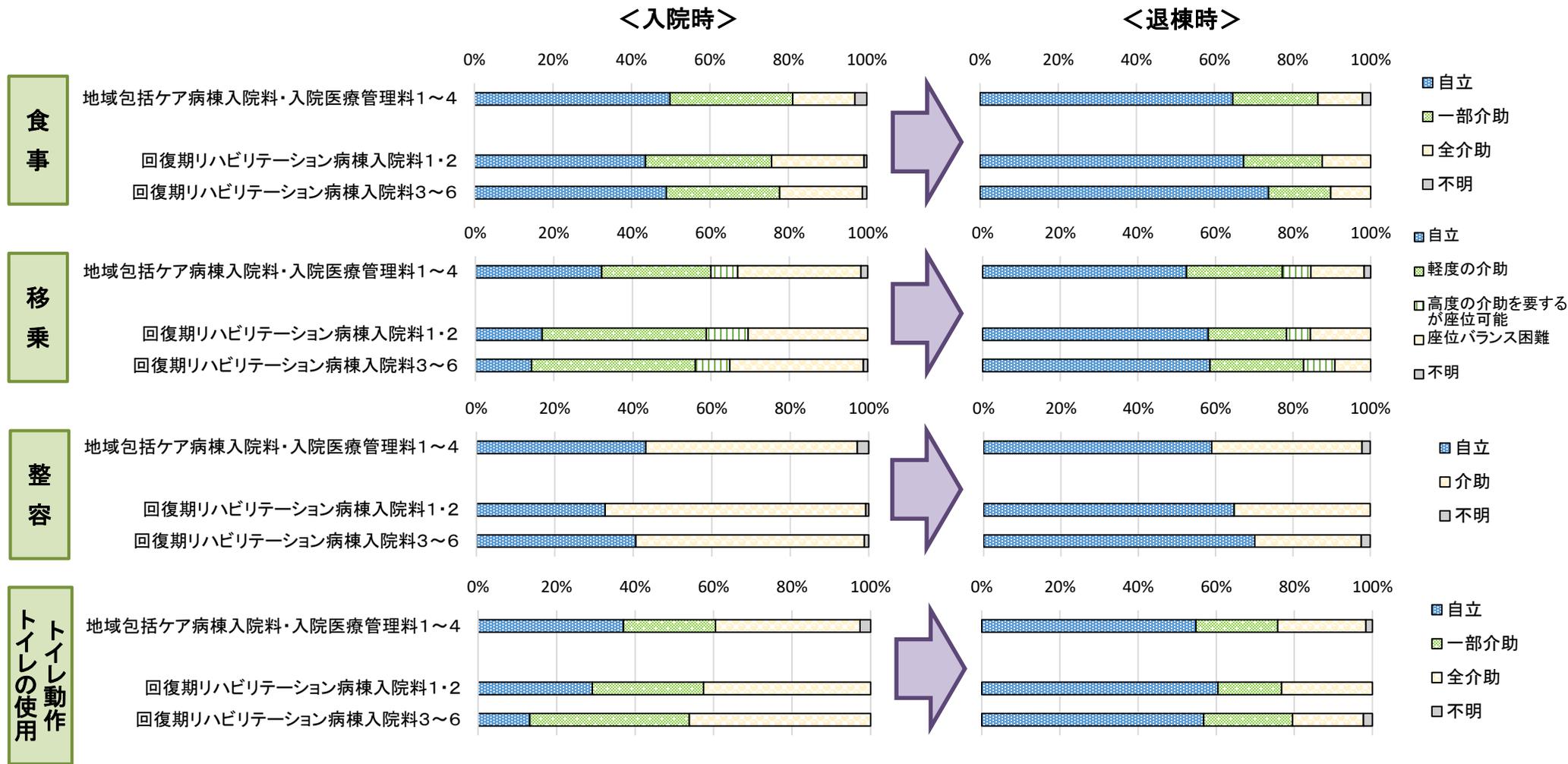
## 経管・経静脈栄養の状況



# 入院時と退棟時のADLスコアの比較①

○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

## 入院時と退棟時のADLスコア



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4：n=526、

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2：n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3～6：n=98

# 入院時と退棟時のADLスコアの比較②

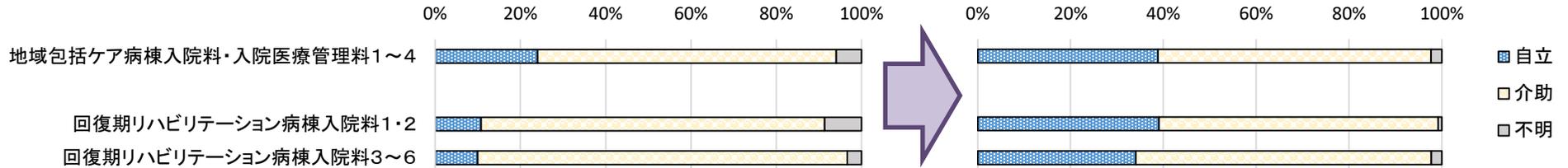
○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

## 入院時と退棟時のADLスコア

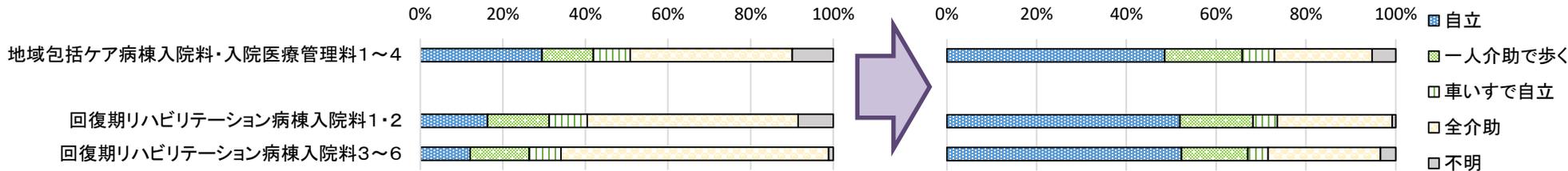
<入院時>

<退棟時>

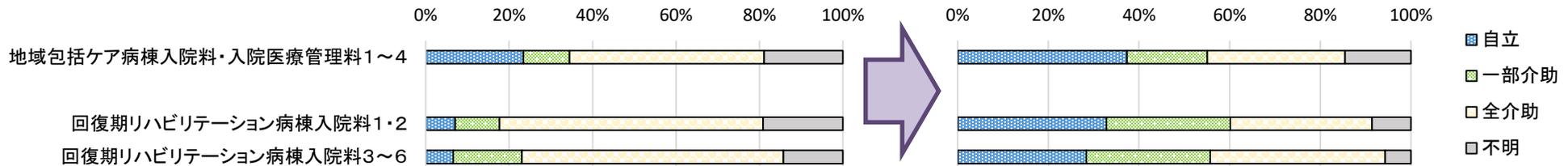
入浴



平地歩行



階段



更衣



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4 : n=526、

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 : n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3~6 : n=98

# 入院時と退棟時のADLスコアの比較③

○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

## 入院時と退棟時のADLスコア

<入院時>

<退棟時>

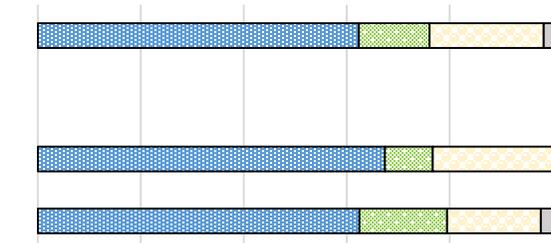
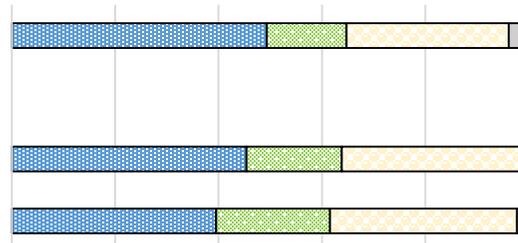
0% 20% 40% 60% 80% 100%

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2

回復期リハビリテーション病棟入院料3~6



■ 自立  
■ 時々失敗  
□ 失禁  
□ 不明

排便管理

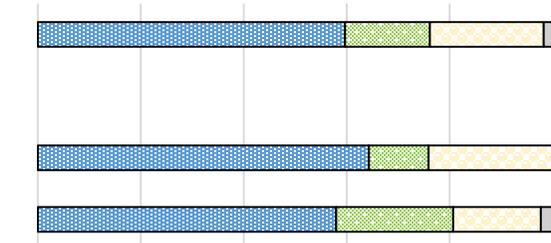
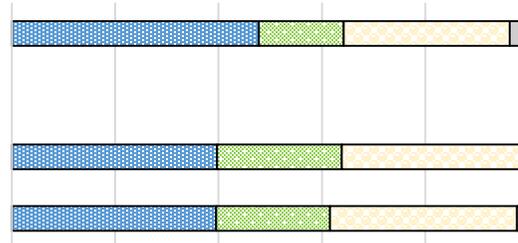
0% 20% 40% 60% 80% 100%

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2

回復期リハビリテーション病棟入院料3~6



■ 自立  
■ 時々失敗  
□ 失禁  
□ 不明

排尿管理

※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4 : n=526、

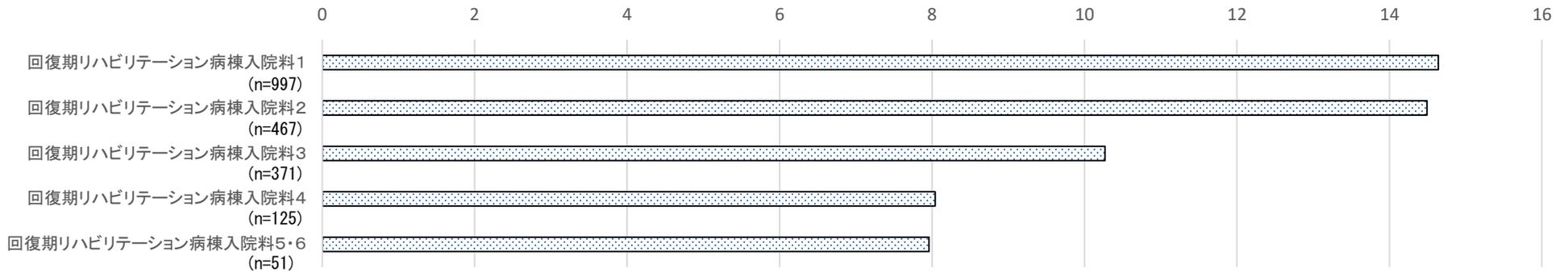
回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 : n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3~6 : n=98

# とりまとめの構成

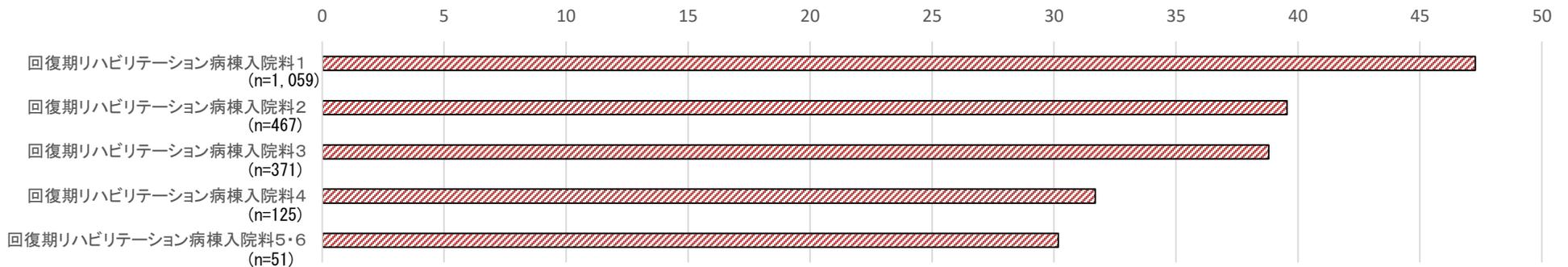
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
  - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 3-2. 入院患者の状態
  - 3-3. リハビリテーションの提供状況
  - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

○ 疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7~14回、単位数は、週当たり30~45単位前後となっており、実施頻度・単位数とも入院料1が最も多い。

疾患別リハビリテーションの頻度(回/週)

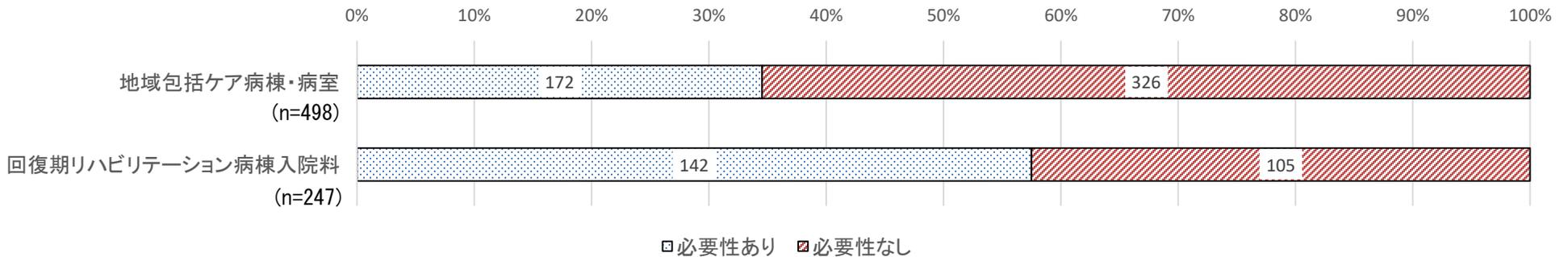


疾患別リハビリテーションの単位数(単位/週)



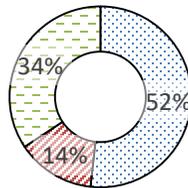
- 退棟後のリハビリテーションの必要性について、地域包括ケア病棟・病室の患者の約3割、回復期リハビリテーション病棟の約6割が「必要性あり」であった。
- 退棟後のリハビリテーションの必要性ありとされた患者における、退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況について、「実施あり」の割合は、地域包括ケア病棟・病室及び回復期リハビリテーション病棟いずれも約5割であった。

### 退棟後のリハビリテーションの必要性



#### 地域包括ケア病棟・病室

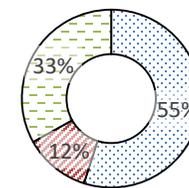
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=172)



□リハビリテーションの実施あり □リハビリテーションの実施なし □不明

#### 回復期リハビリテーション病棟入院料

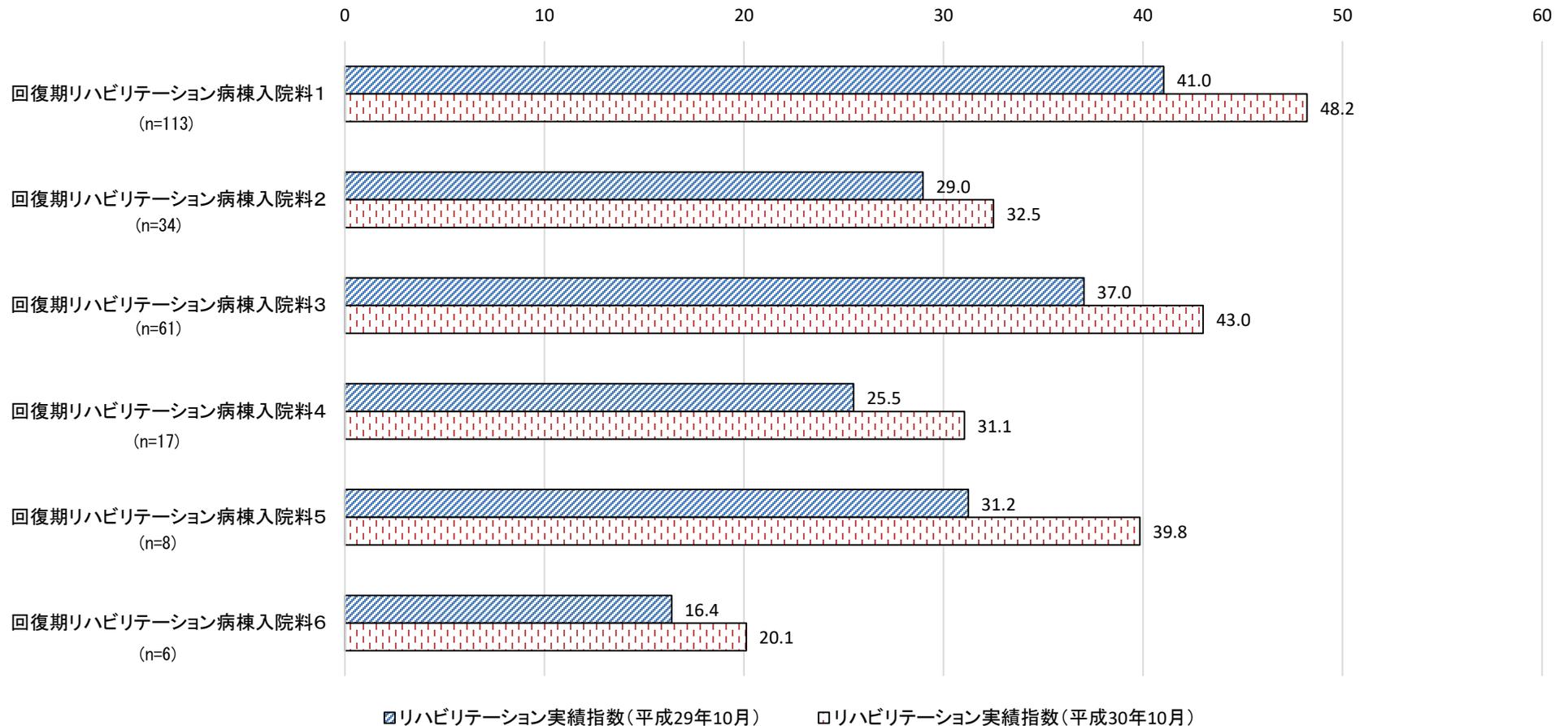
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=142)



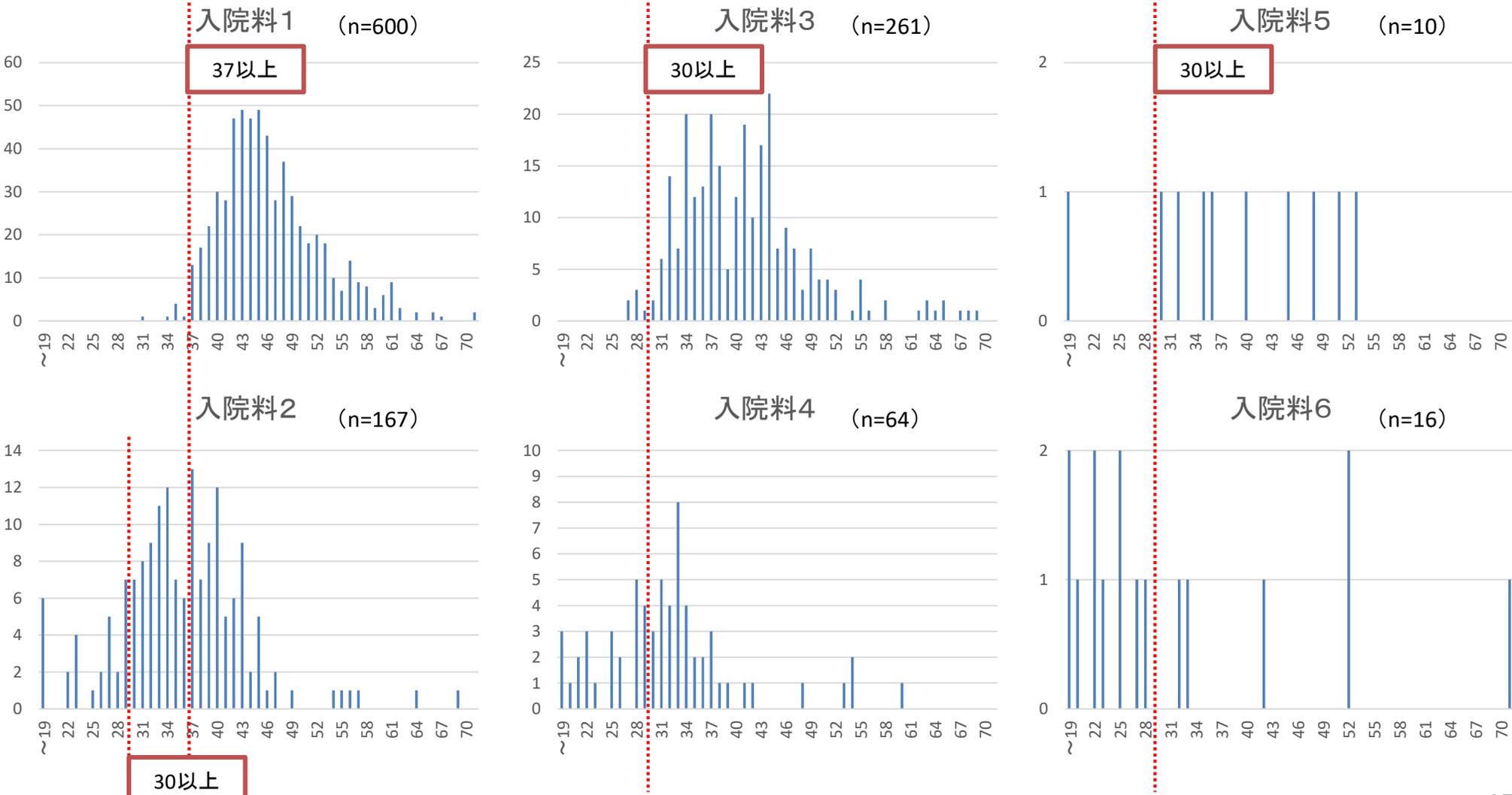
□リハビリテーションの実施あり □リハビリテーションの実施なし □不明

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
- リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1，3又は5を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

## リハビリテーション実績指数



○ 入院料ごとのリハビリテーション実績指数の分布は、以下のとおり。

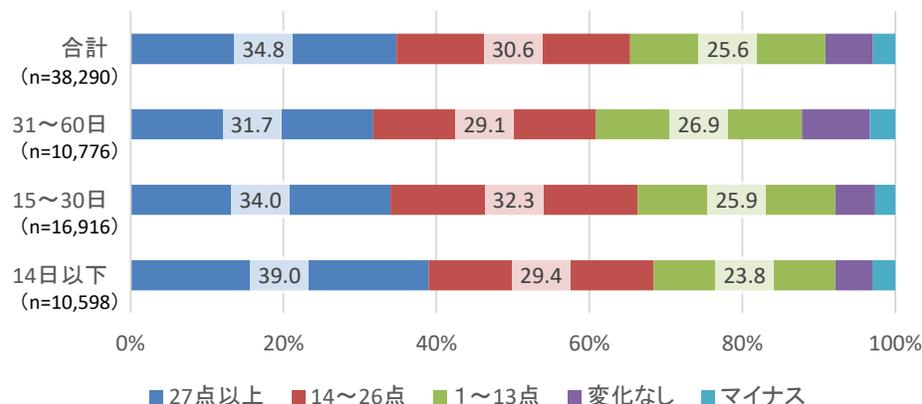


# とりまとめの構成

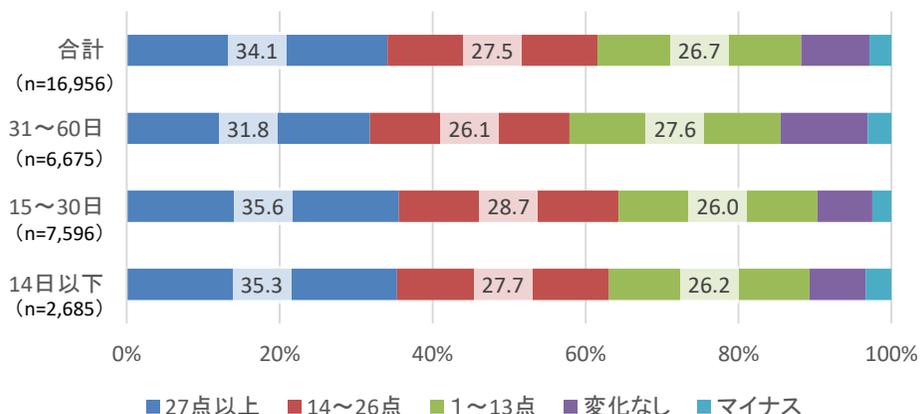
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
  - 3-1. 算定病床の動向及び施設の状況
  - 3-2. 入院患者の状態
  - 3-3. リハビリテーションの提供状況
  - 3-4. リハビリテーション実績指数等
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

○ 発症から入棟までの期間とFIM得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。

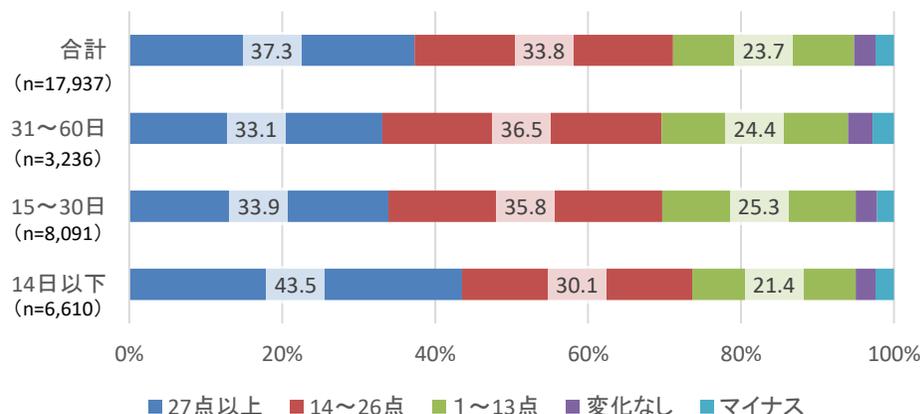
## 入棟までの期間とFIM運動項目の変化



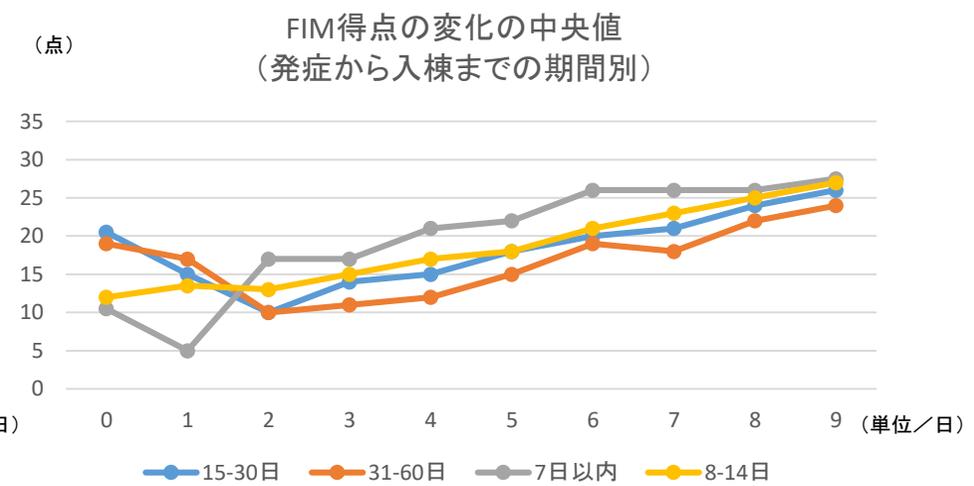
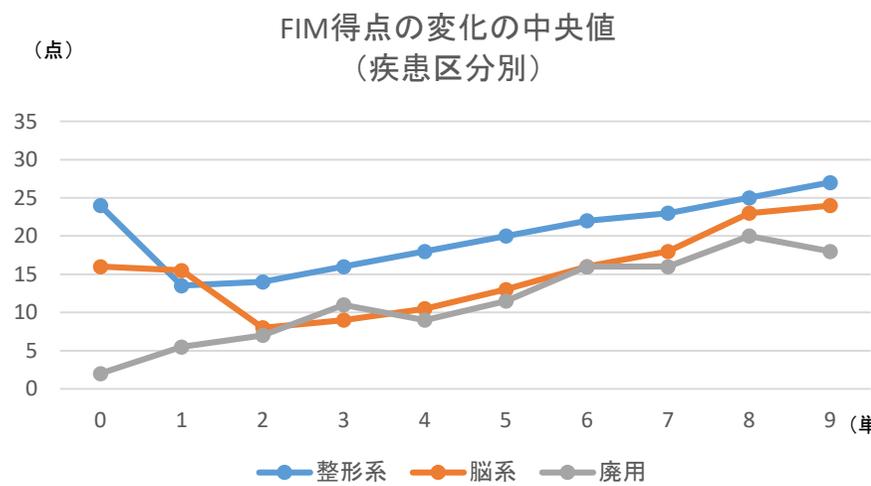
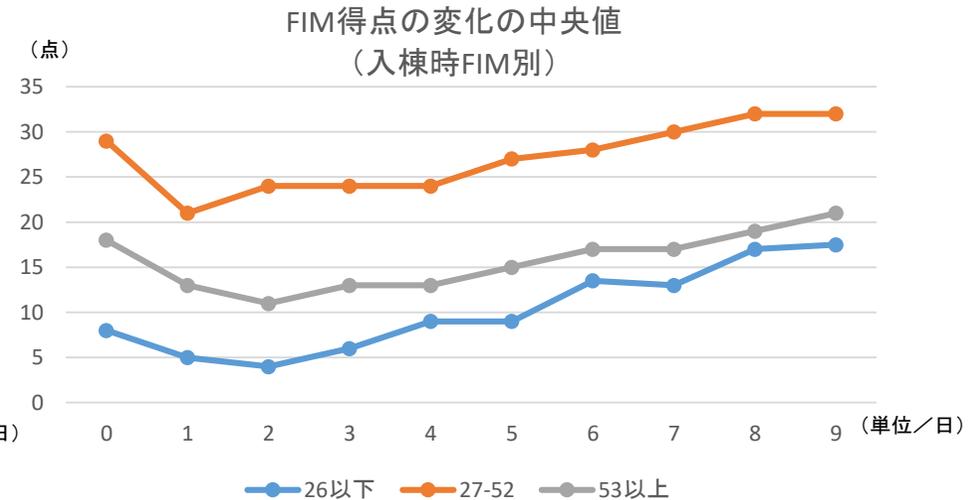
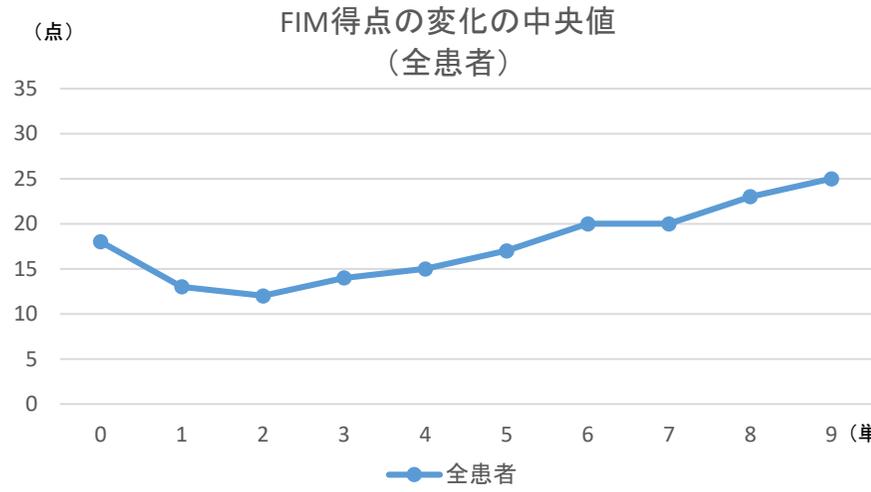
## 脳血管系疾患における入棟までの期間とFIM得点の変化



## 整形外科疾患における入棟までの期間とFIM得点の変化

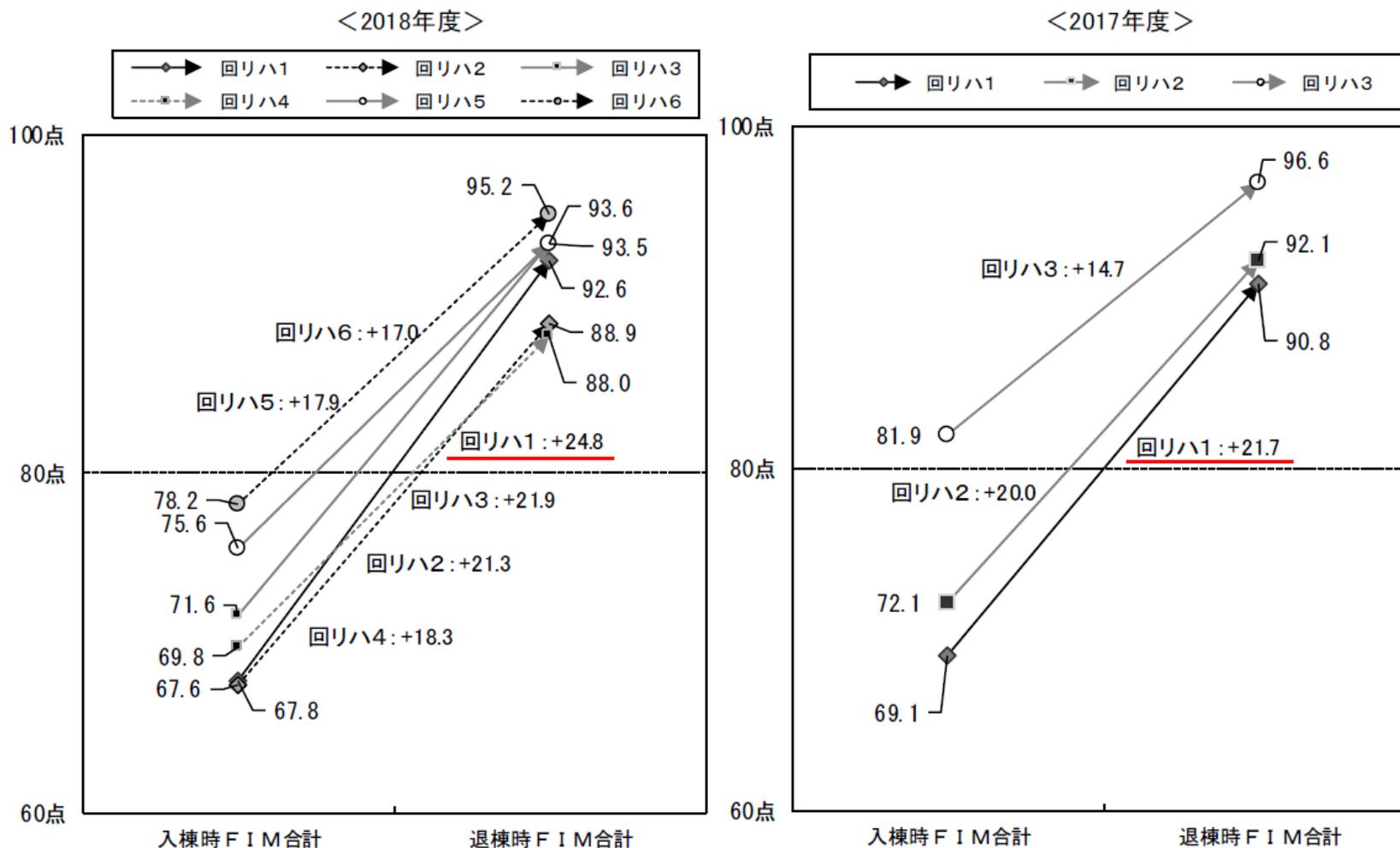


○ 提供したリハビリテーションの単位数が多いほど、FIM得点の変化が増加する傾向が見られた。



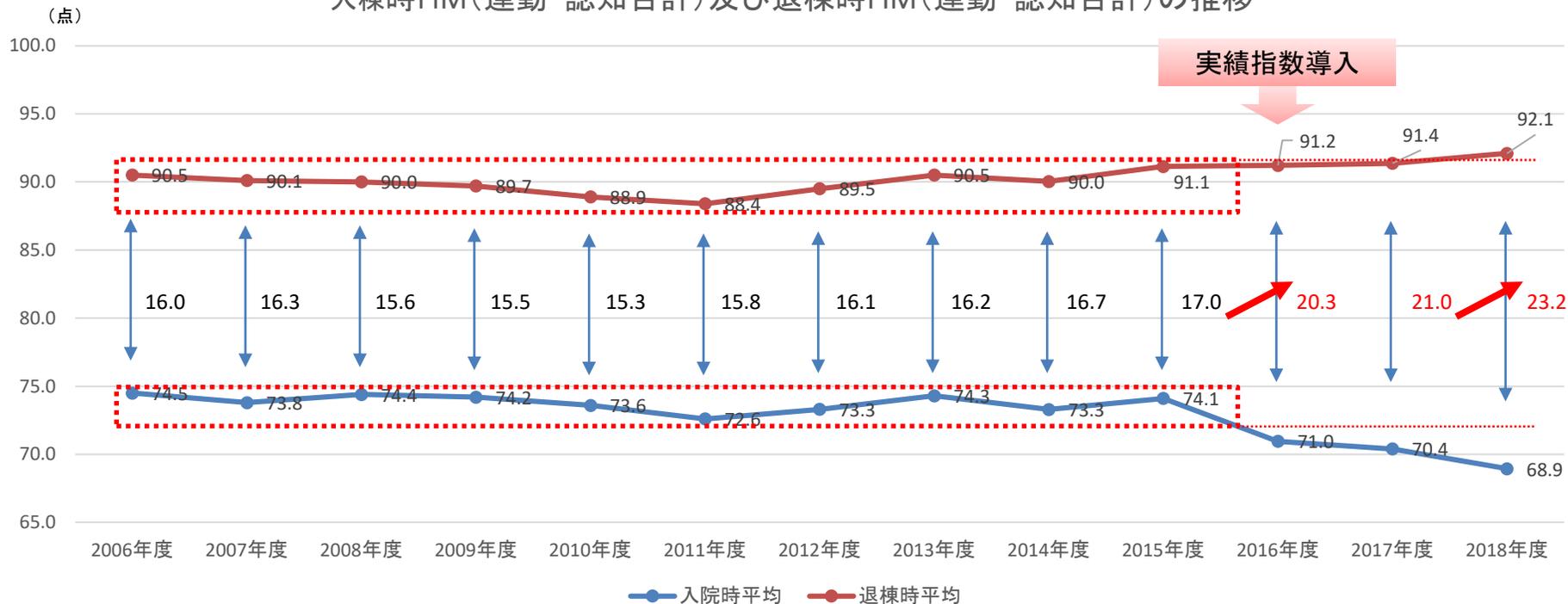
# 入院料別のFIM得点の変化

○ 入院料別のFIM得点の変化をみると、いずれの入院料においても一定のFIM得点の変化が見られるが、最も大きいのは回復期リハビリテーション病等入院料1であった。



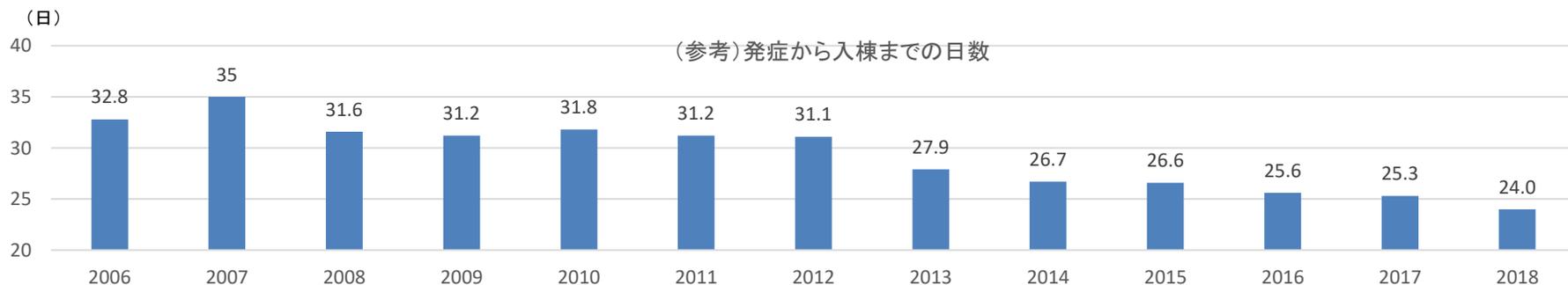
○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM利得(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



実績指数導入

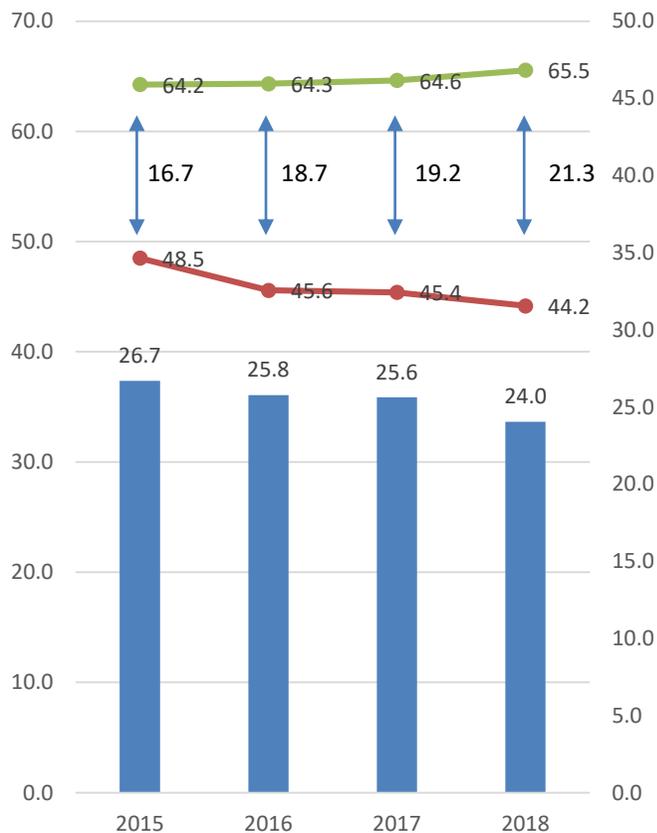
(参考)発症から入棟までの日数



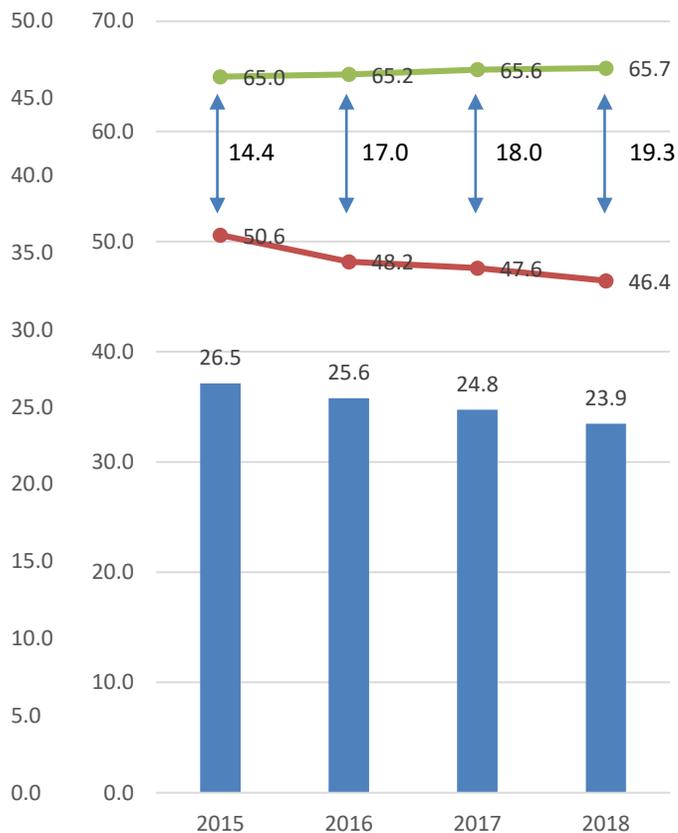
# 入退棟時FIM及びFIM（運動項目）の変化について

○ 入院料別に、入棟時のFIMをみると、入院料1～4においては、経年的に減少傾向であった。また、入退棟時のFIMの変化をみると、入院料1～4においては、経年的に増加傾向であった。

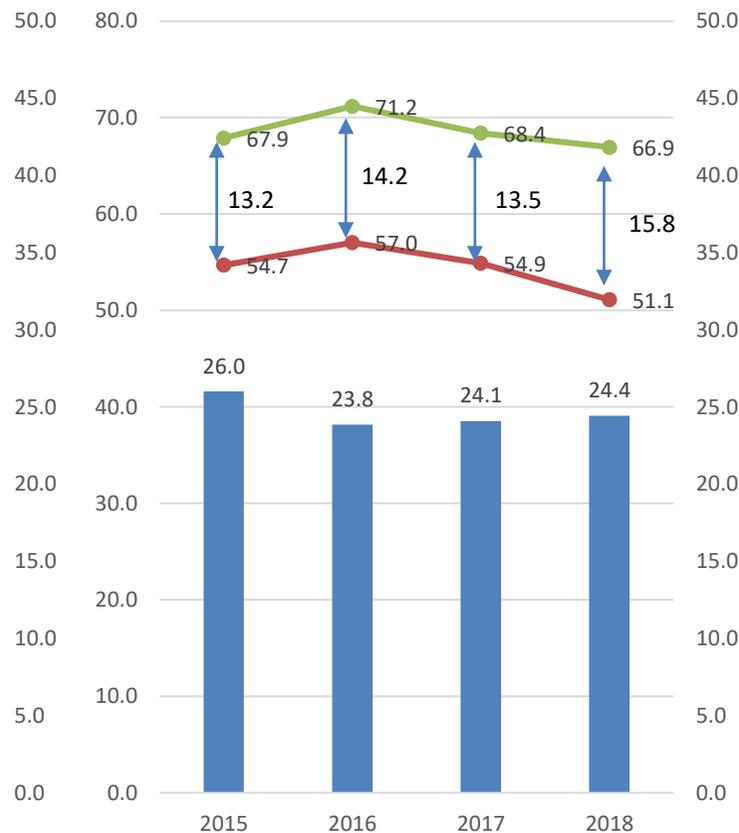
### 入院料1・2



### 入院料3・4



### 入院料5・6



■ 発症から入棟までの日数

● 入棟時平均

● 退棟時平均

■ 発症から入棟までの日数

● 入棟時平均

● 退棟時平均

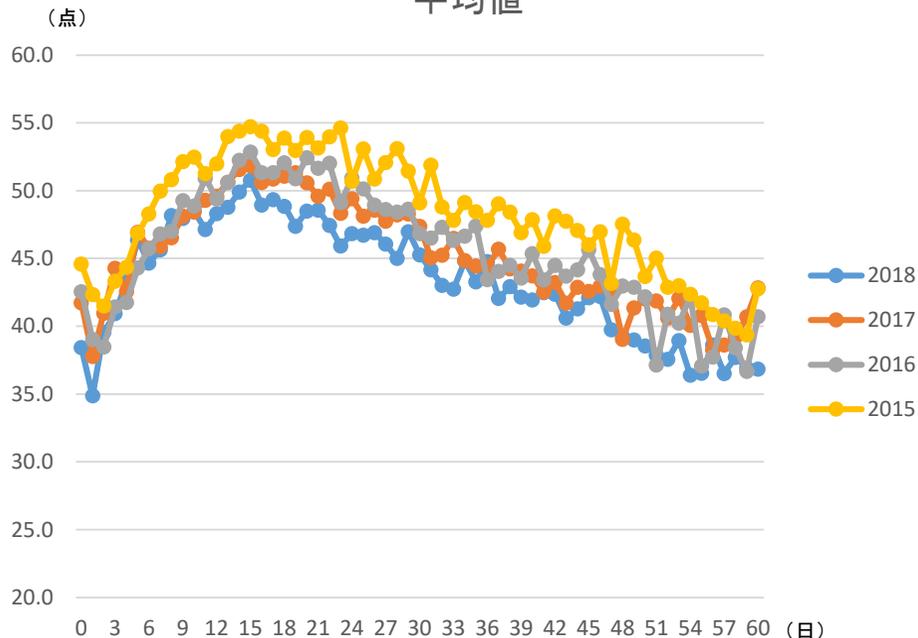
■ 発症から入棟までの日数

● 入棟時平均

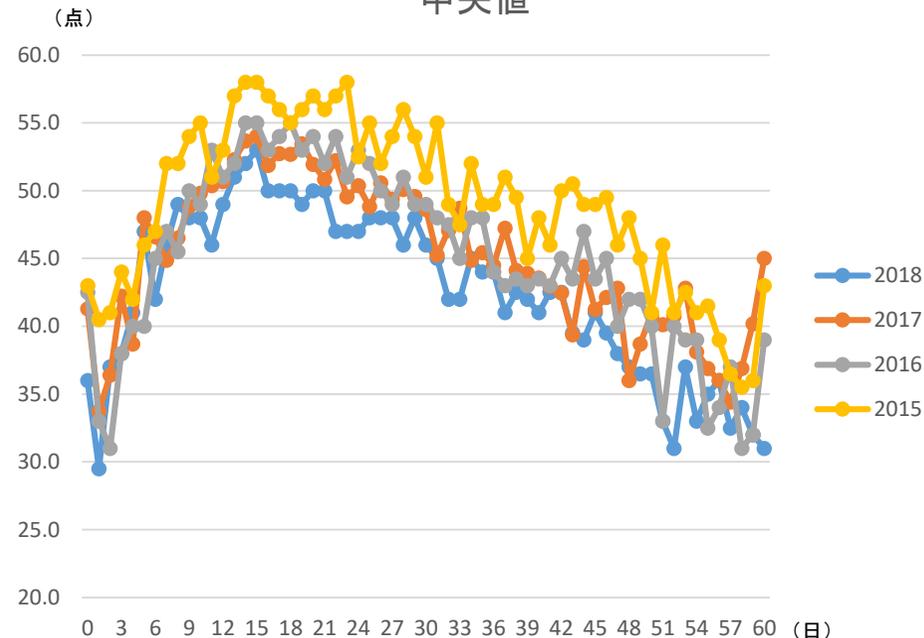
● 退棟時平均

○ 入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を見ると、発症から入棟までの日数によらず、経年的に入棟時FIMが低下傾向であった。

平均値

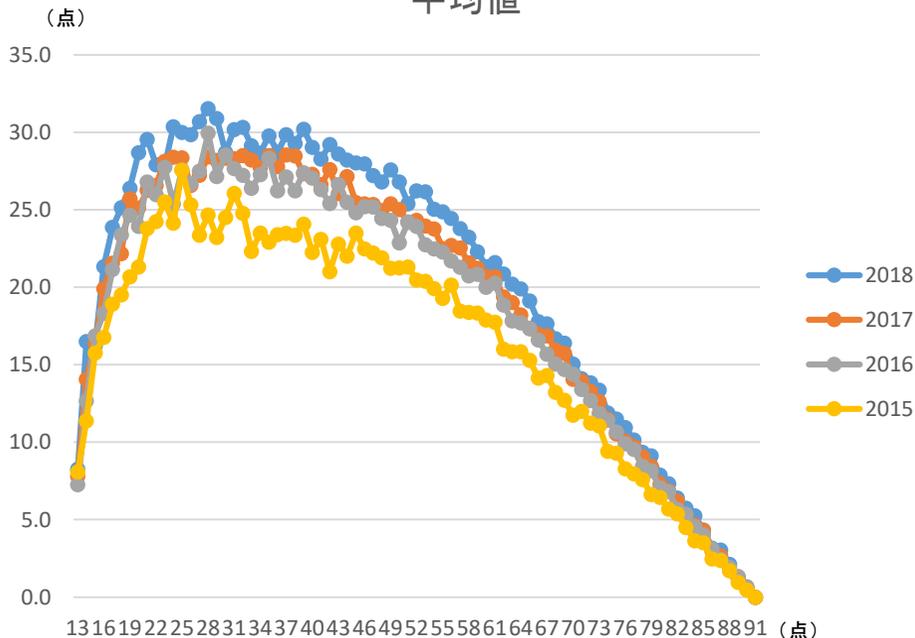


中央値

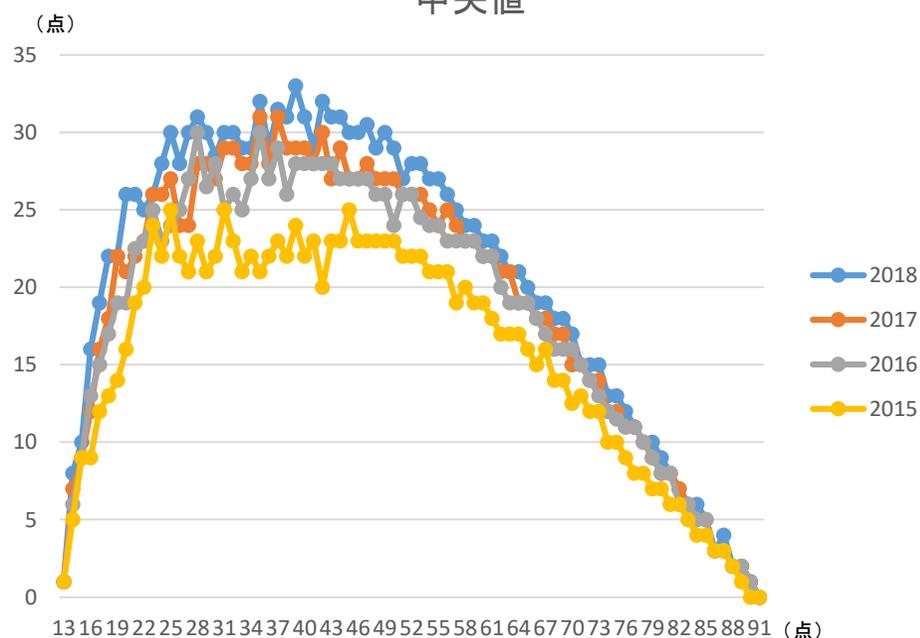


○ 入棟時FIMとFIM得点の変化の関係をみると、入棟時FIMの値によらず、経年的にFIM得点の変化が増加傾向であった。

平均値



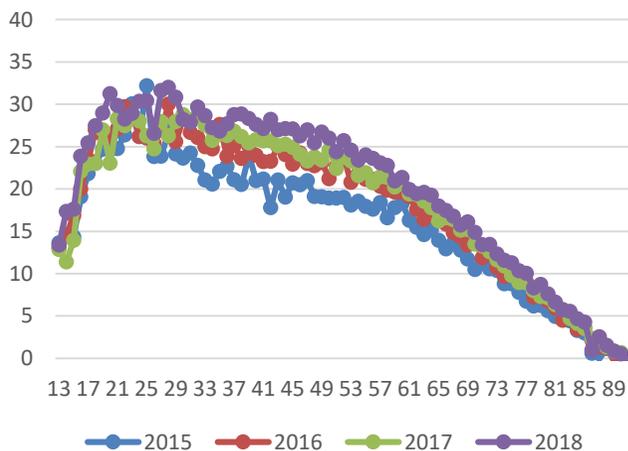
中央値



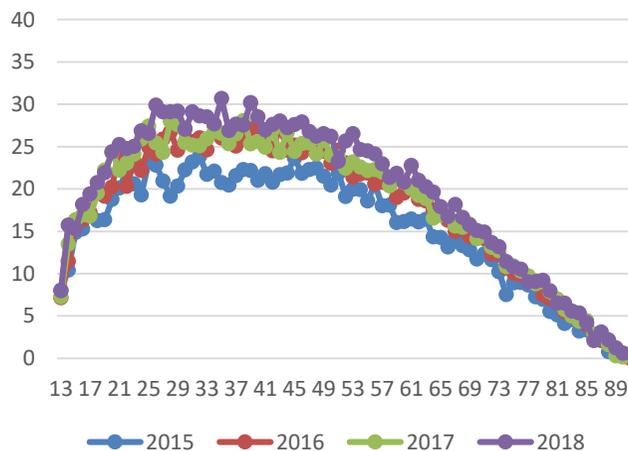
# 疾患区分ごとのFIM（運動項目）の変化について

○ 疾患区分ごとに、入退棟時のFIMの変化をみると、入棟時のFIMの値によらず、経年的に増加傾向であった。

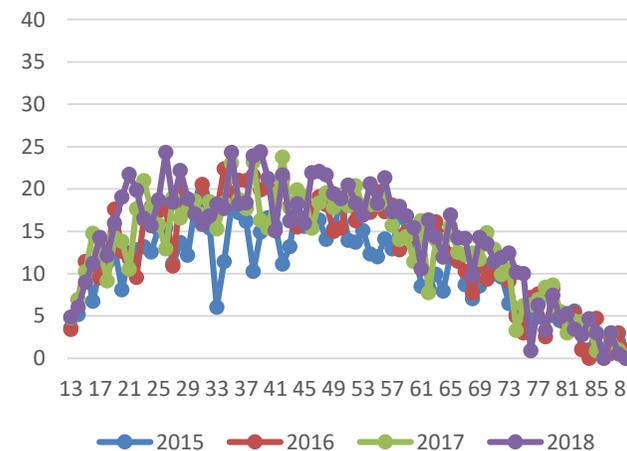
脳血管疾患(平均値)



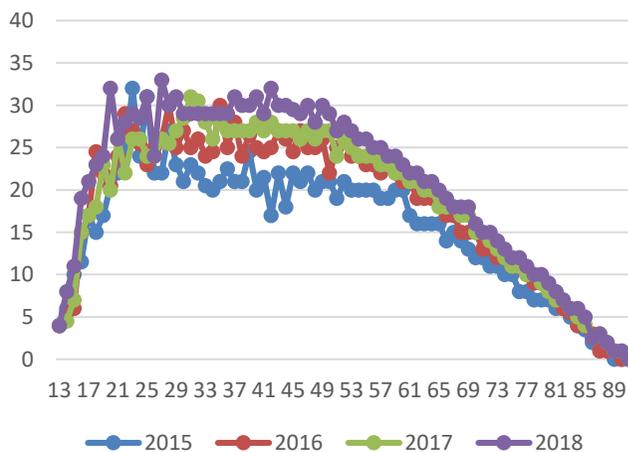
整形外科疾患(平均値)



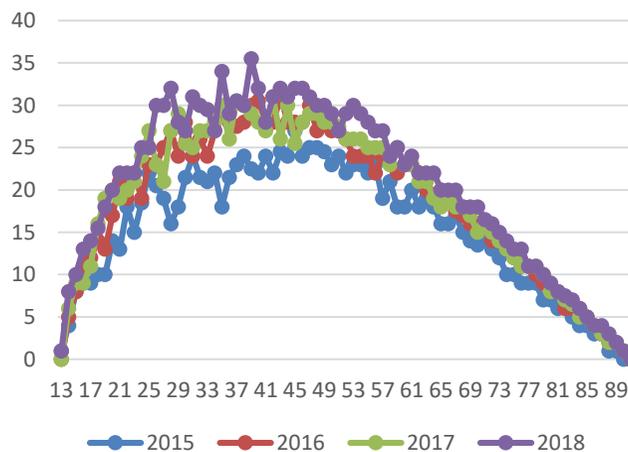
廃用症候群(平均値)



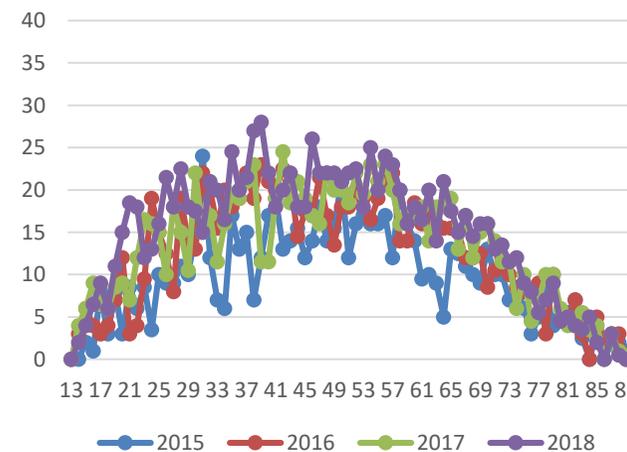
脳血管疾患(中央値)



整形外科疾患(中央値)



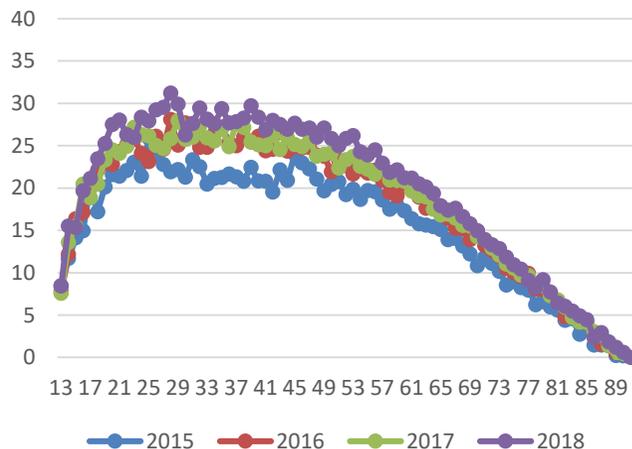
廃用症候群(中央値)



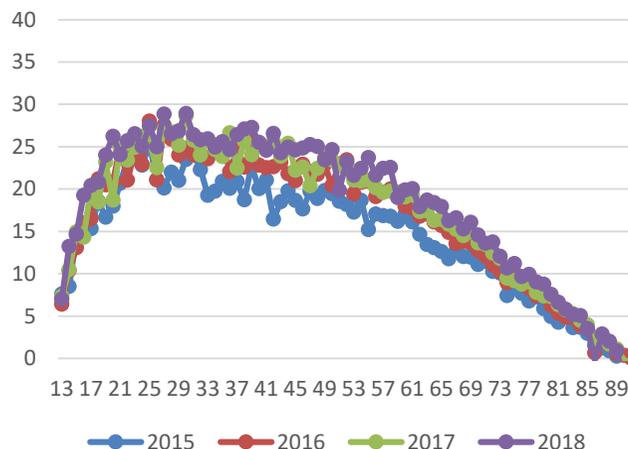
# 入院料ごとのFIM（運動項目）の変化について

○ 入院料ごとに、入退棟時のFIMの変化をみると、入棟時のFIMの値によらず、経年的に増加傾向であった。

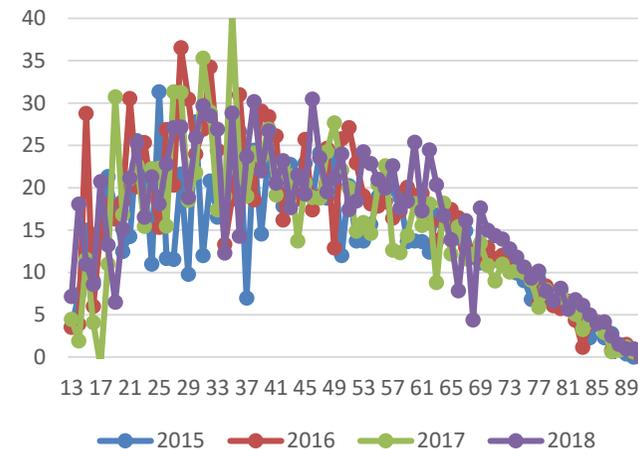
入院料1・2(平均値)



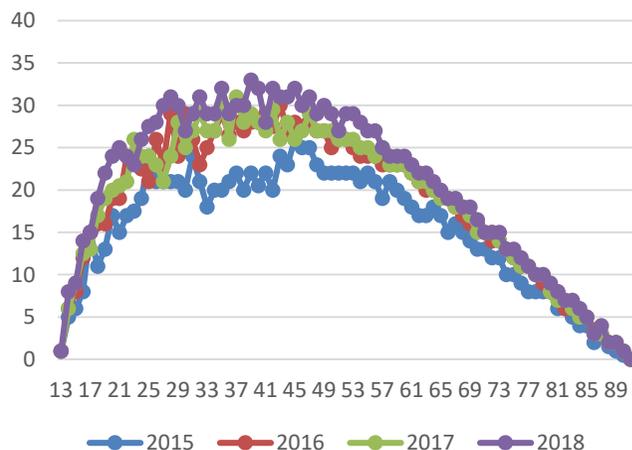
入院料3・4(平均値)



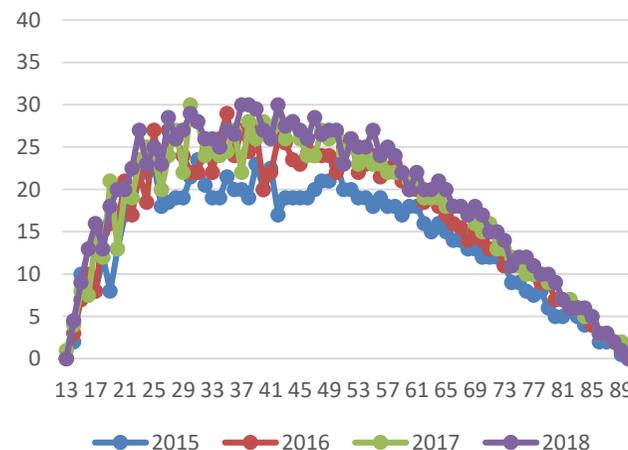
入院料5・6(平均値)



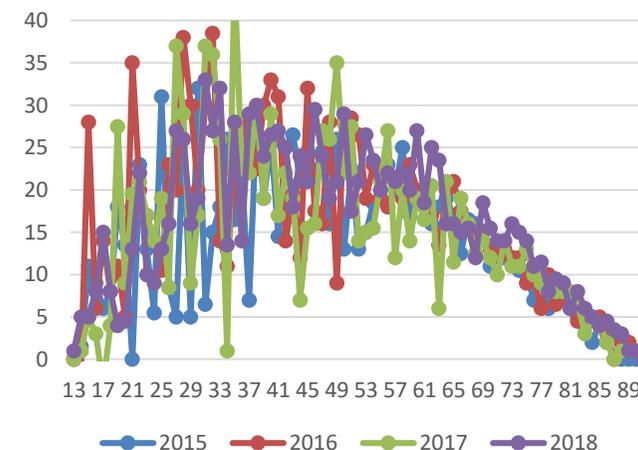
入院料1・2(中央値)



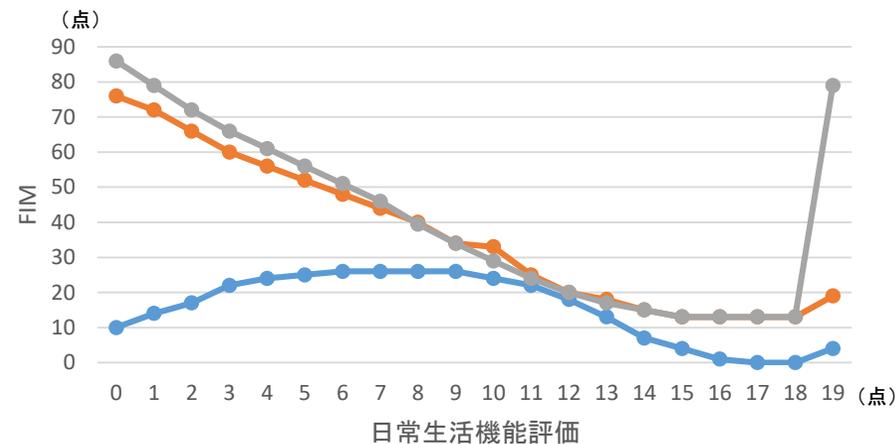
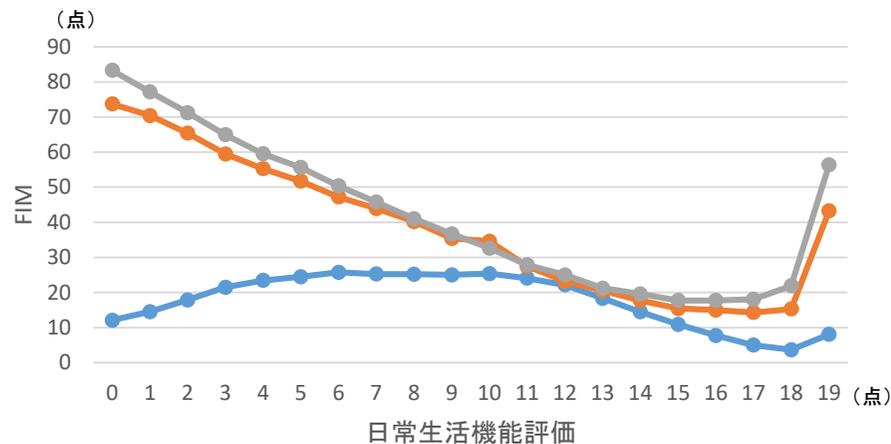
入院料3・4(中央値)



入院料5・6(中央値)

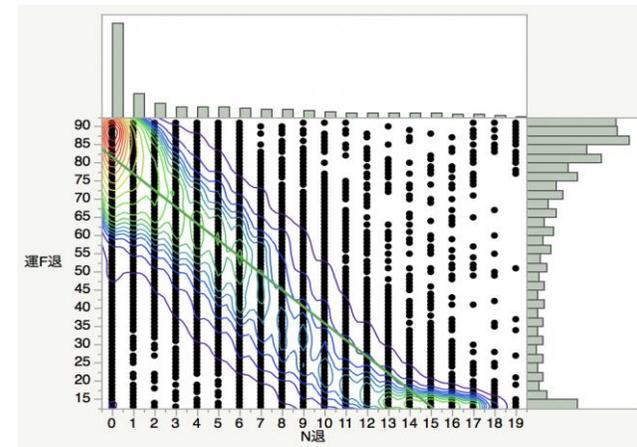
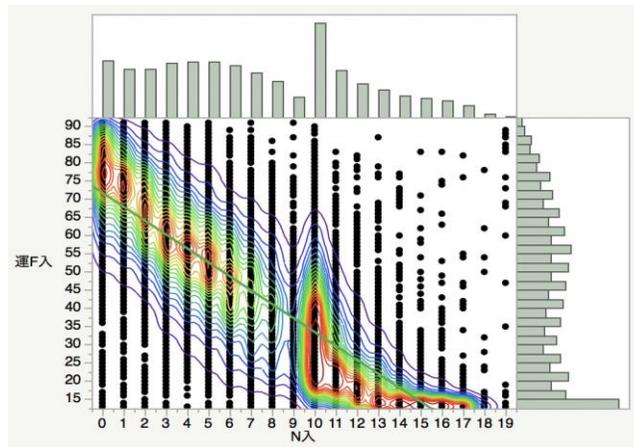
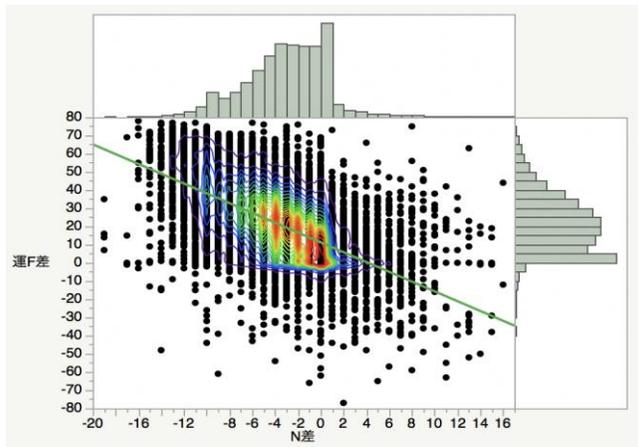


○ 入棟時・退棟時FIM及びFIM得点の変化と、入棟時・退棟時日常生活機能評価及び日常生活機能評価の変化との関係については、以下のとおり、散布図を見ると、個々の症例におけるばらつきが目立つものの、平均値及び中央値に着目すれば、一定程度、相関関係が見られる。



● FIM利得平均 ● FIM入院平均 ● FIM退院平均

● FIM利得中央値 ● FIM入院中央値 ● FIM退院中央値



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
  - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
  - 4－2. 入院患者の状態
  - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
  - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

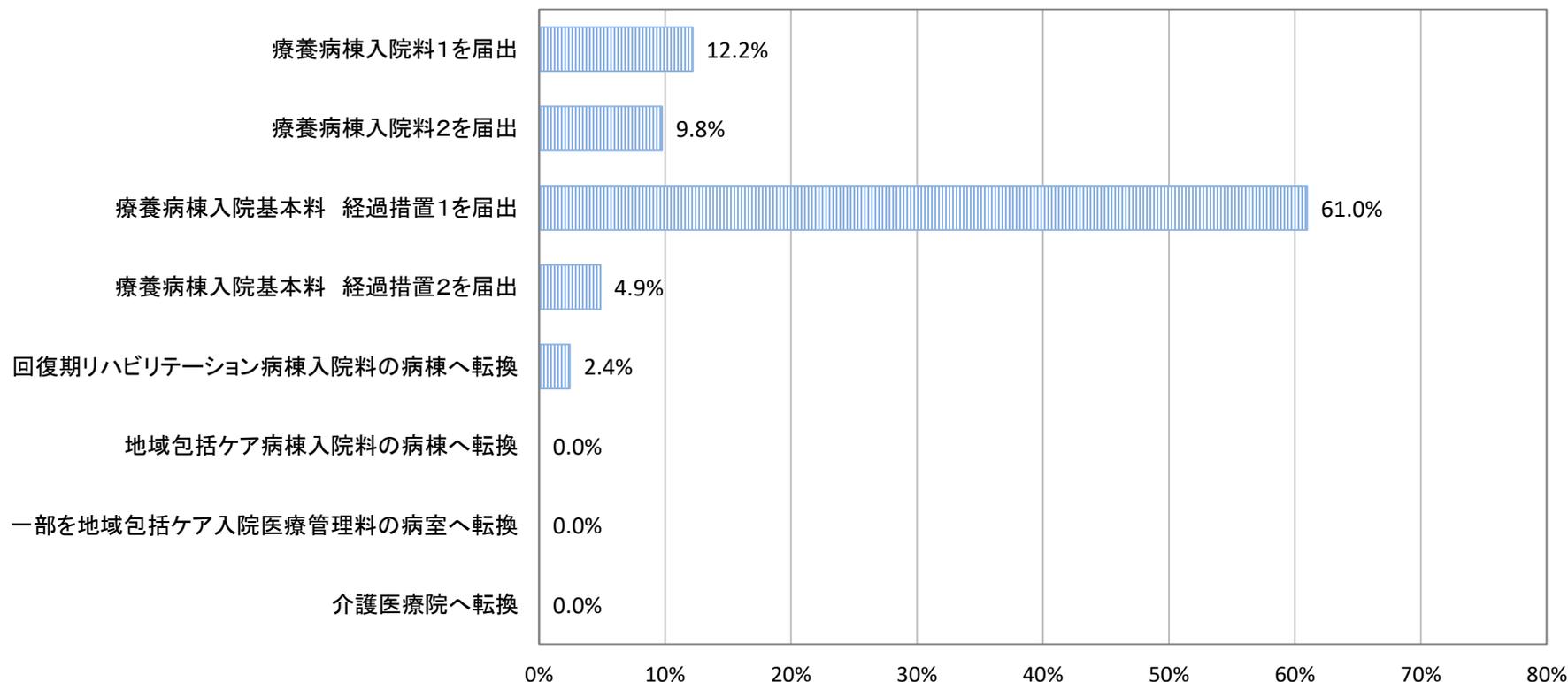
# 療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)	経過措置2 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	30対1以上
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	200床以上の病院は必須	
データ提出				
点数	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	療養病棟入院料2の 90/100を算定	療養病棟入院料2の 80/100を算定

- 改定前に療養病棟入院基本料(経過措置)を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料経過措置1を届出している病棟が最も多かった。
- 次いで、療養病棟入院料1を届出している病棟が多かった。

改定前に療養病棟入院基本料(経過措置)を届けていた病棟の  
令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=41(病棟数))



※改定前に療養病棟(経過措置)を届出していた34施設の調査結果

※改定前に療養病棟(経過措置)を届出していると回答があった病床数は1,617床であり、改定後の病床数の合計は1,525床であった。

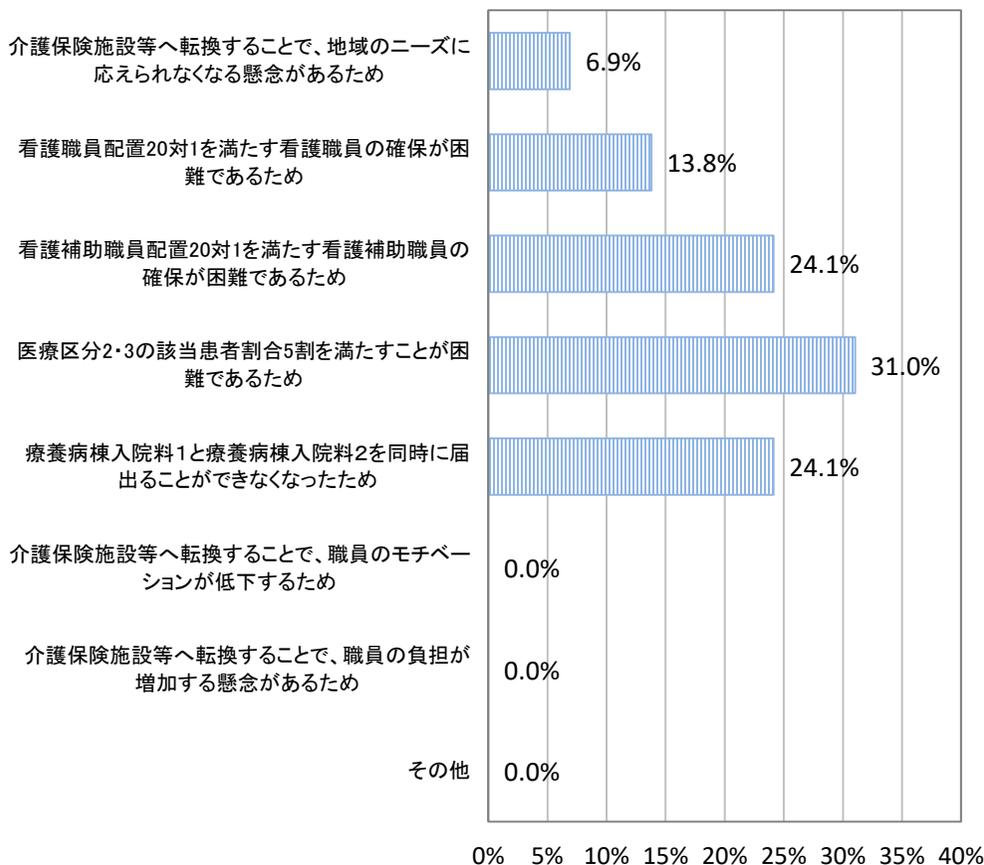
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

# 療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由

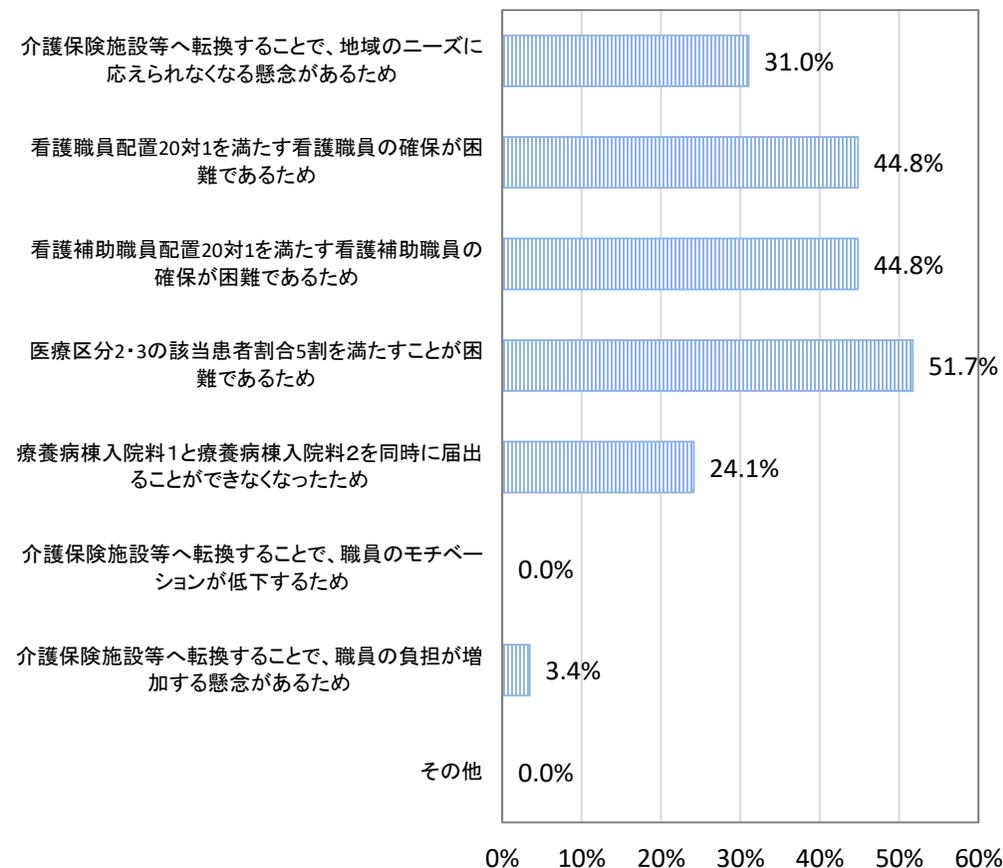
診調組 入 - 1  
元 . 9 . 2 6

○ 療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由  
(最も該当するもの) (n=29(施設数))



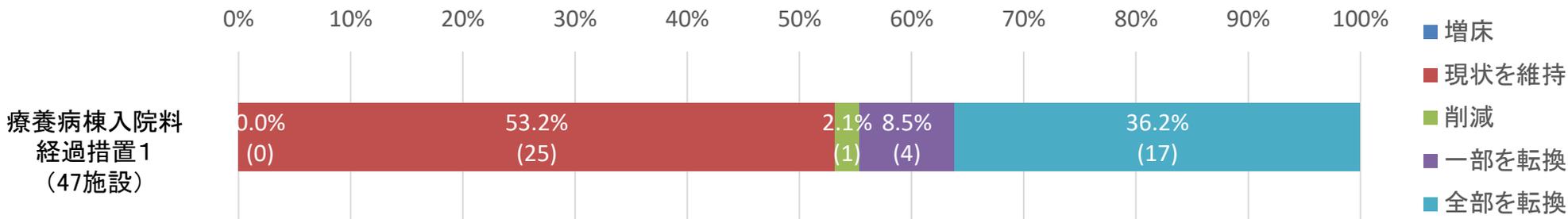
療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由  
(複数回答) (n=29(施設数))



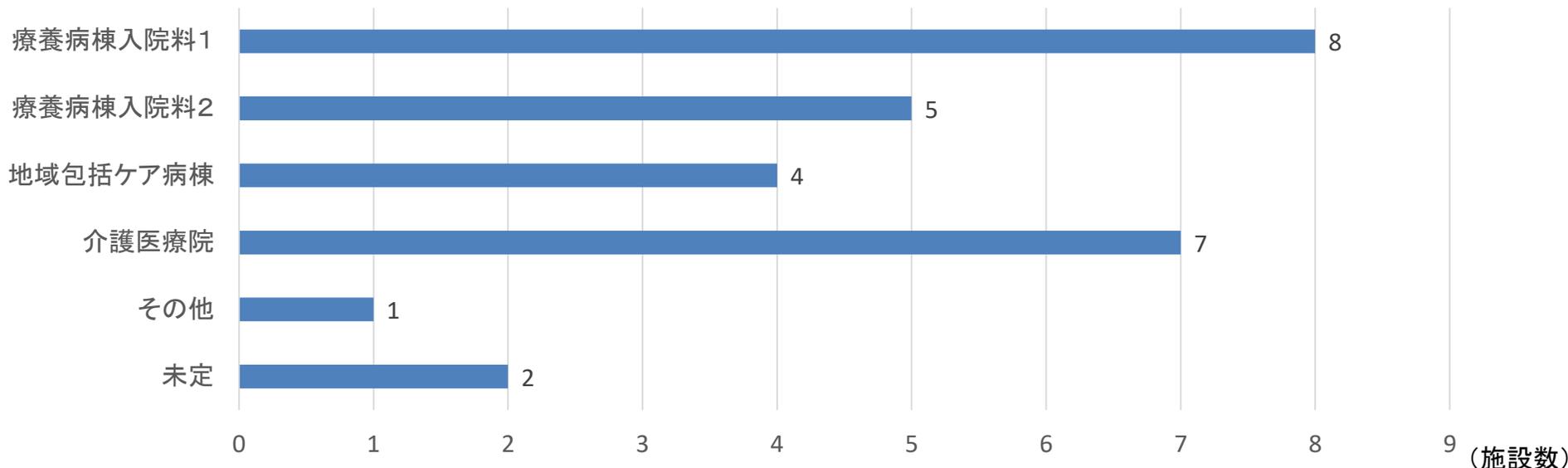
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、44.7%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、療養病棟入院料1、介護医療院、療養病棟入院料2の順に多かった。

## 2019年度調査

### 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向



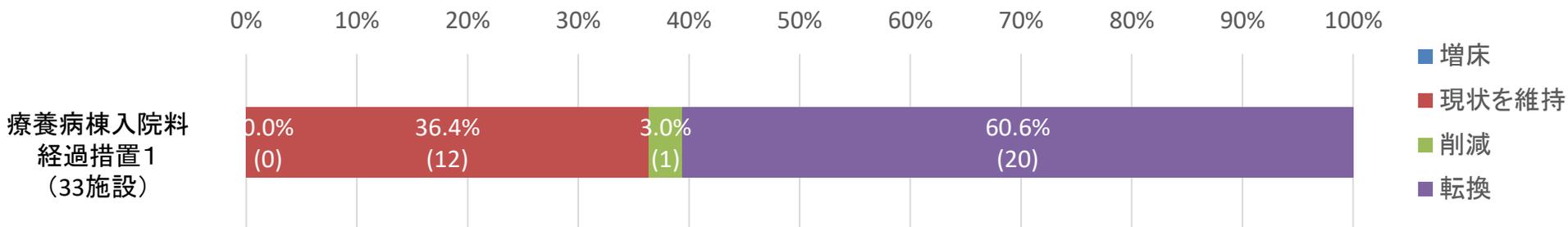
### 現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



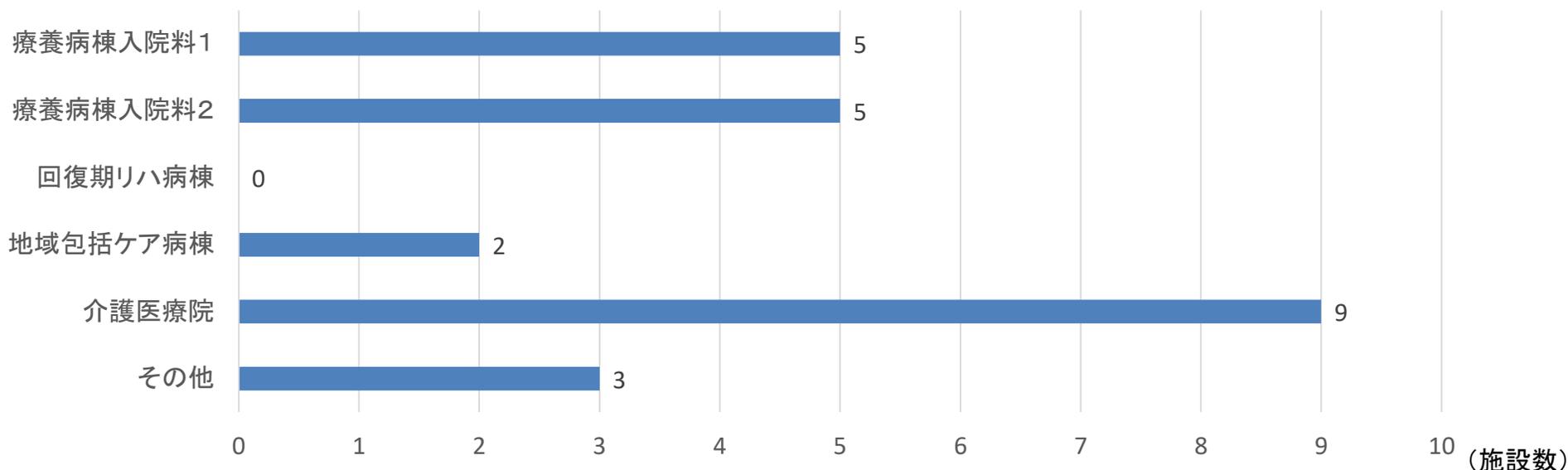
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、60.6%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1・療養病棟入院料2の順に多かった。

## 2018年度調査

### 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向

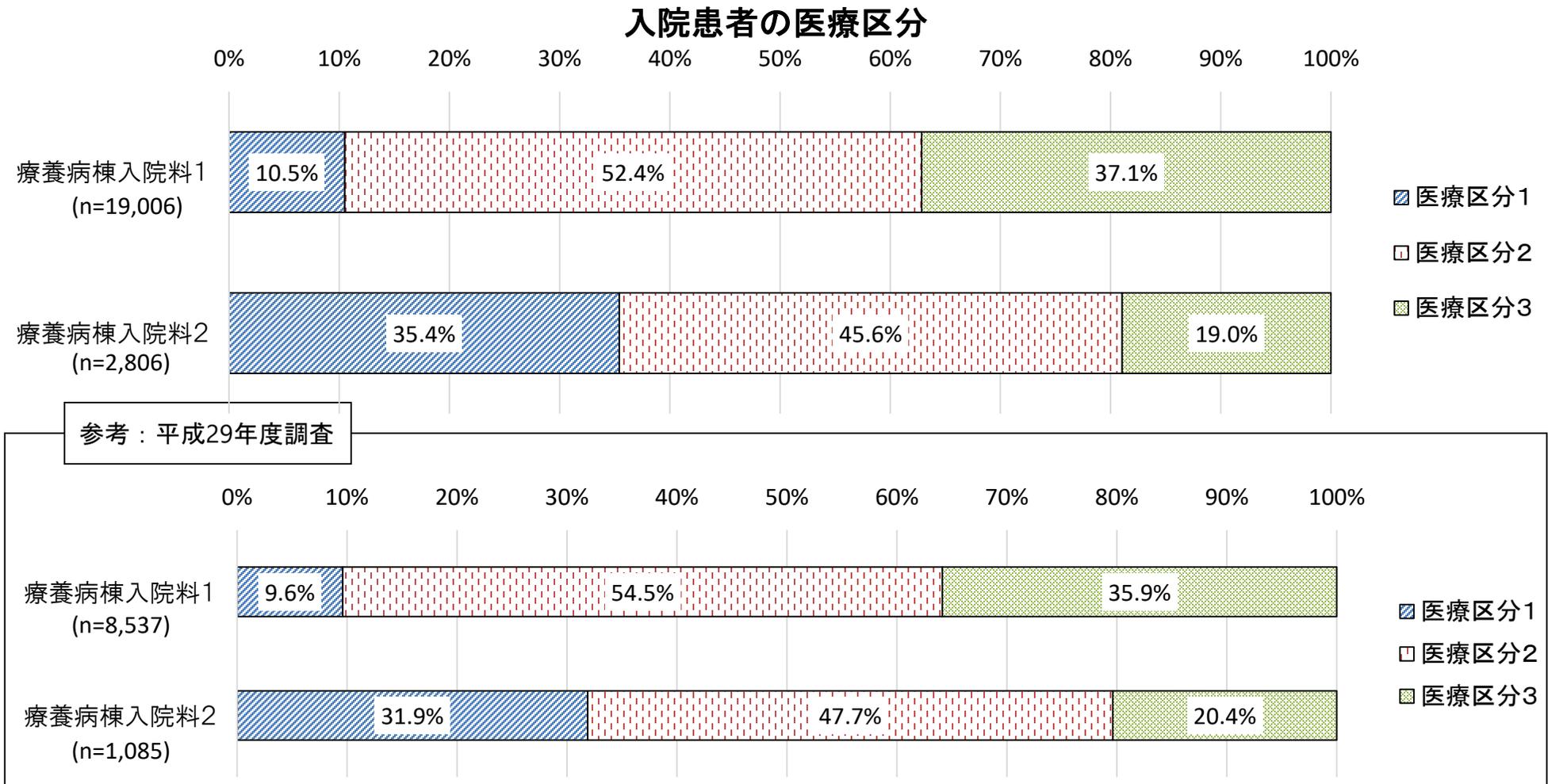


### 現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



# 療養病棟入院患者の医療区分

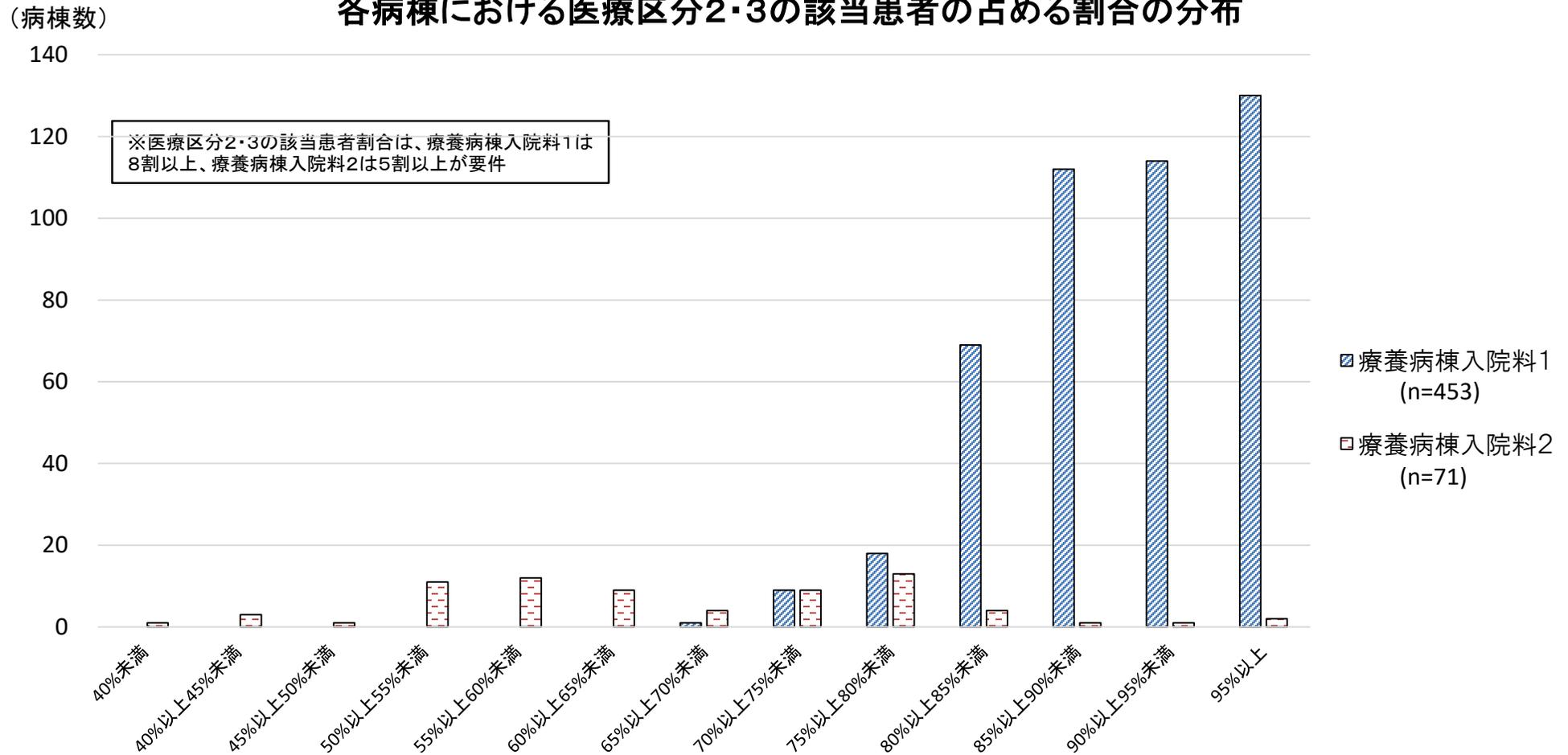
○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。



# 各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上60%未満、70%以上80%未満が多かった。

## 各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. **慢性期入院医療について**
  - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
  - 4－2. 入院患者の状態
  - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
  - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

## 医療区分の判定方法の見直し

- 療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「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」について、以下のように見直す。

### 現行

【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】

[算定要件]

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。



### 改定後

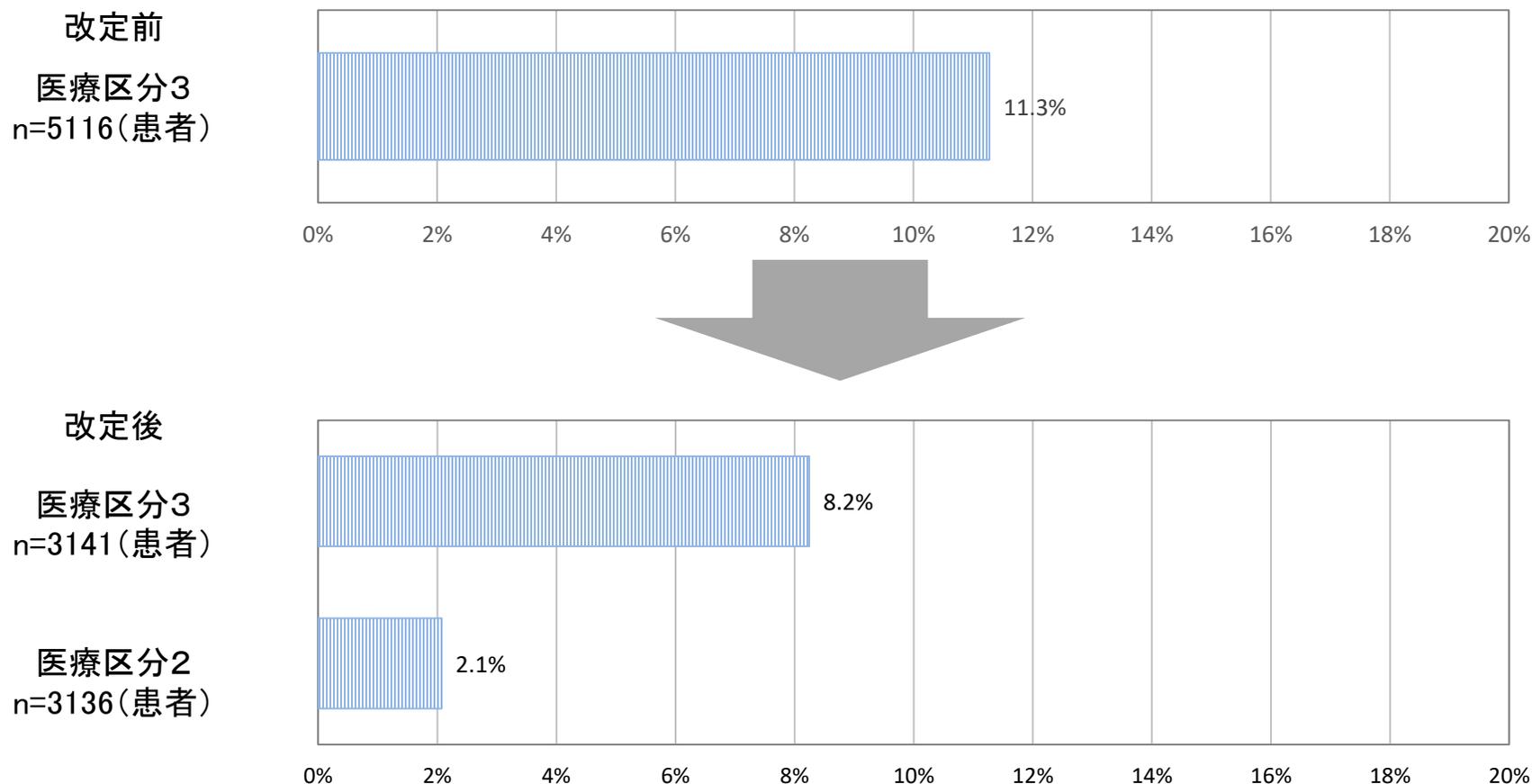
【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】

[算定要件]

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。なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

- 「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」について、改定前に医療区分3だった患者は11.3%であったが、改定後に医療区分3だった患者は8.2%であった。

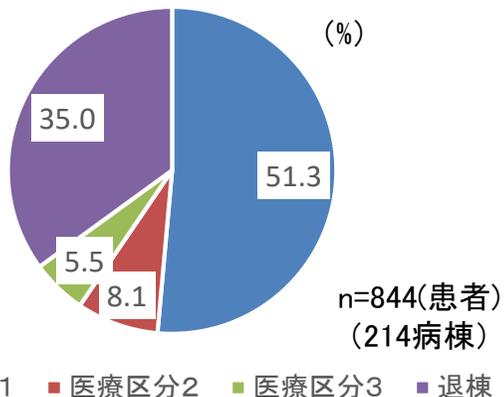
## 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態



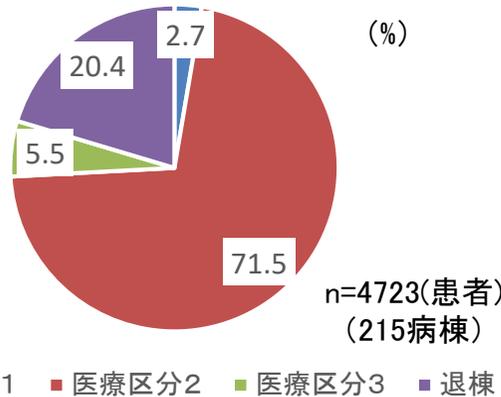
# 療養病棟入院料1を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

○ 3か月間の医療区分の変化をみると、いずれの医療区分についても、同じ医療区分の割合が高い。

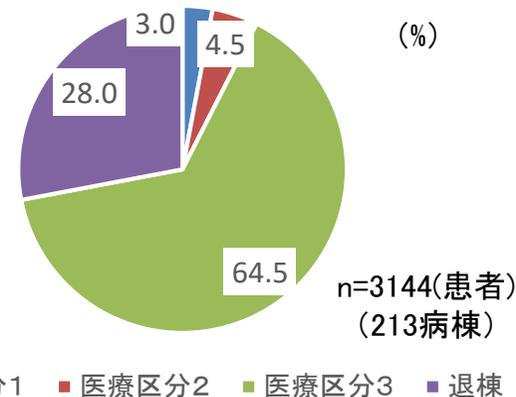
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者の11月1日時点での状態



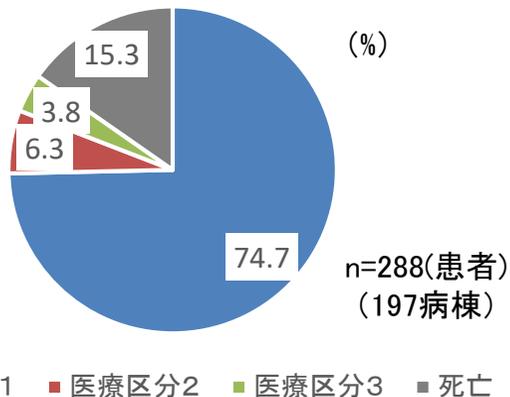
平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者の11月1日時点での状態



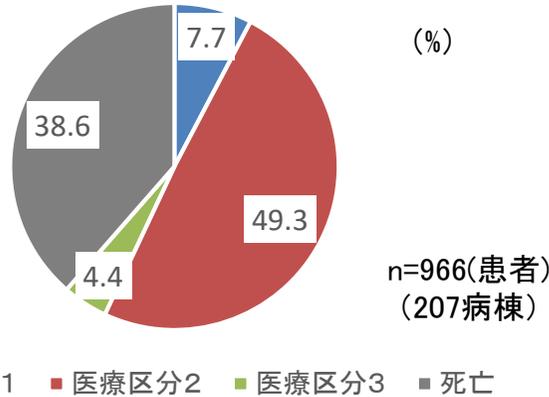
平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者の11月1日時点での状態



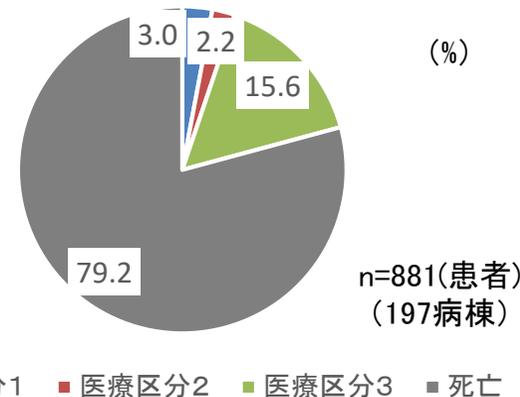
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



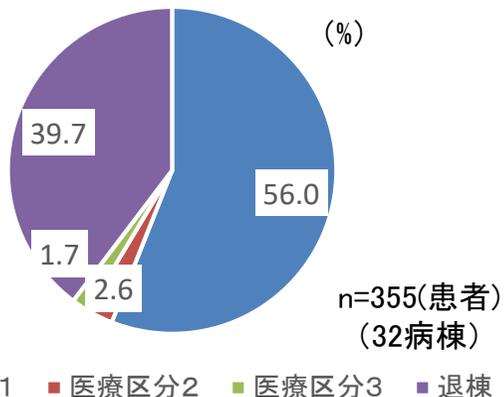
平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



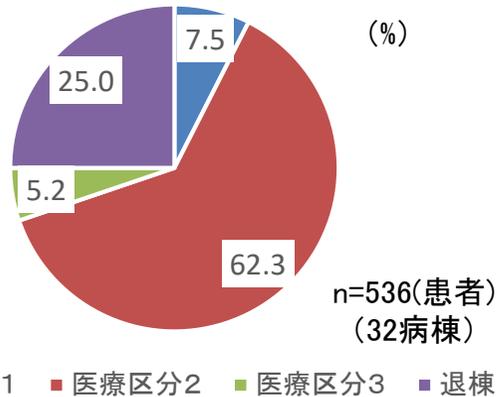
# 療養病棟入院料2を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

○ 3か月間の医療区分の変化をみると、いずれの医療区分についても、同じ医療区分の割合が高い。

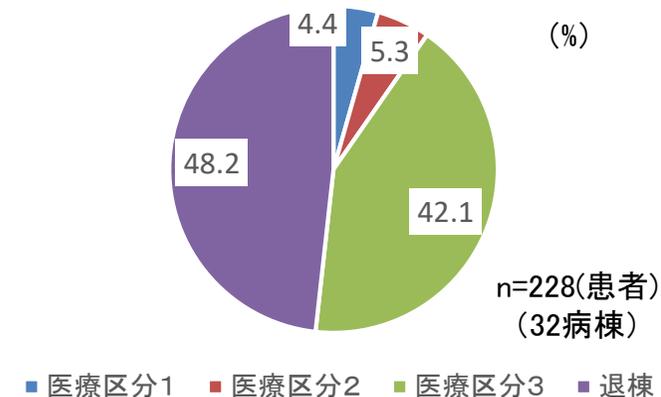
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者の11月1日時点での状態



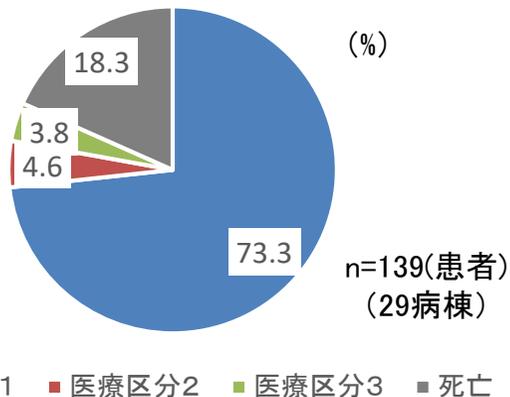
平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者の11月1日時点での状態



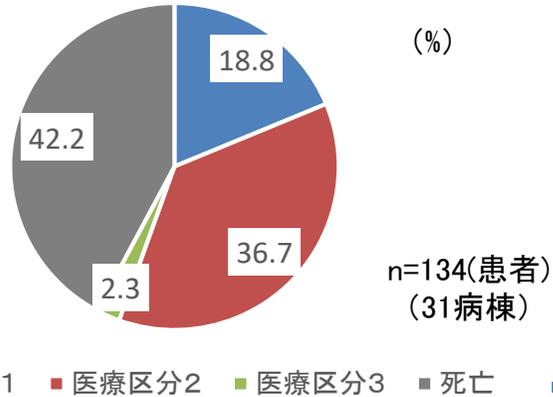
平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者の11月1日時点での状態



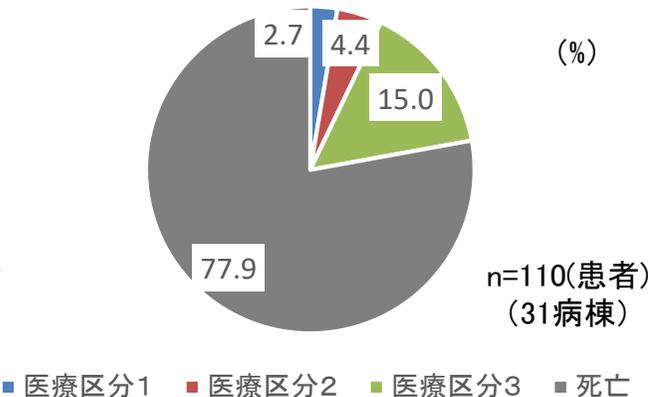
平成30年8月1日時点で医療区分1であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



平成30年8月1日時点で医療区分2であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



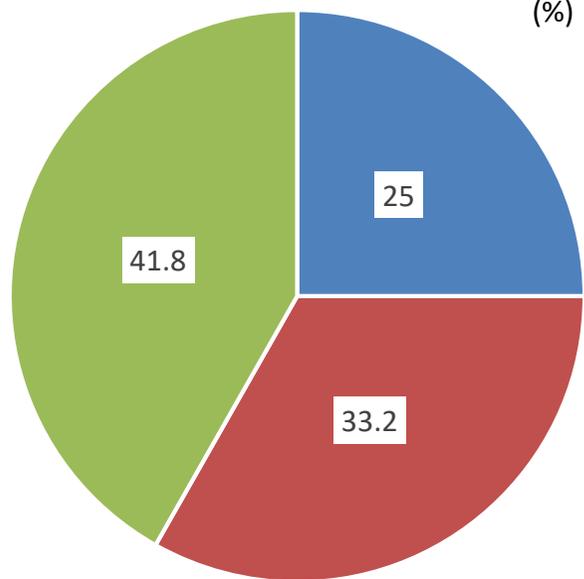
平成30年8月1日時点で医療区分3であった患者のうち11月1日までに退棟した患者の退院時の医療区分



○ 医療区分が上がるにつれて、ADL区分3の患者割合が増加している。

## 医療区分1

(%)

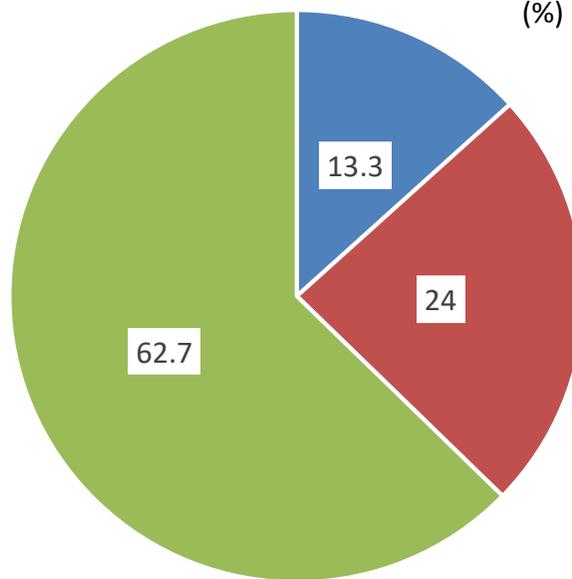


■ ADL区分1 ■ ADL区分2 ■ ADL区分3

(n=416)

## 医療区分2

(%)

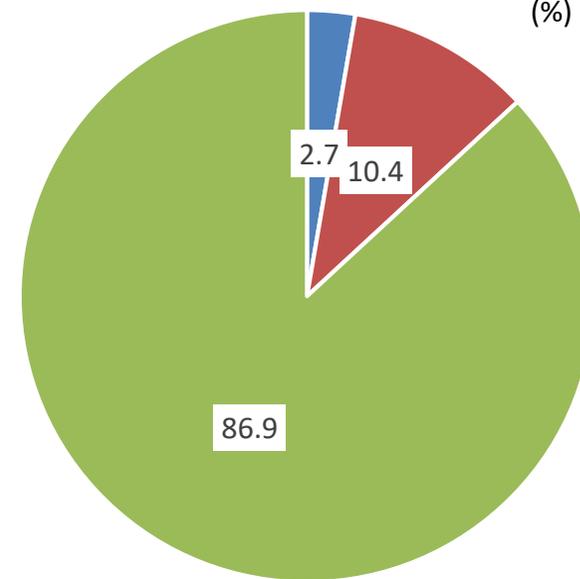


■ ADL区分1 ■ ADL区分2 ■ ADL区分3

(n=1791)

## 医療区分3

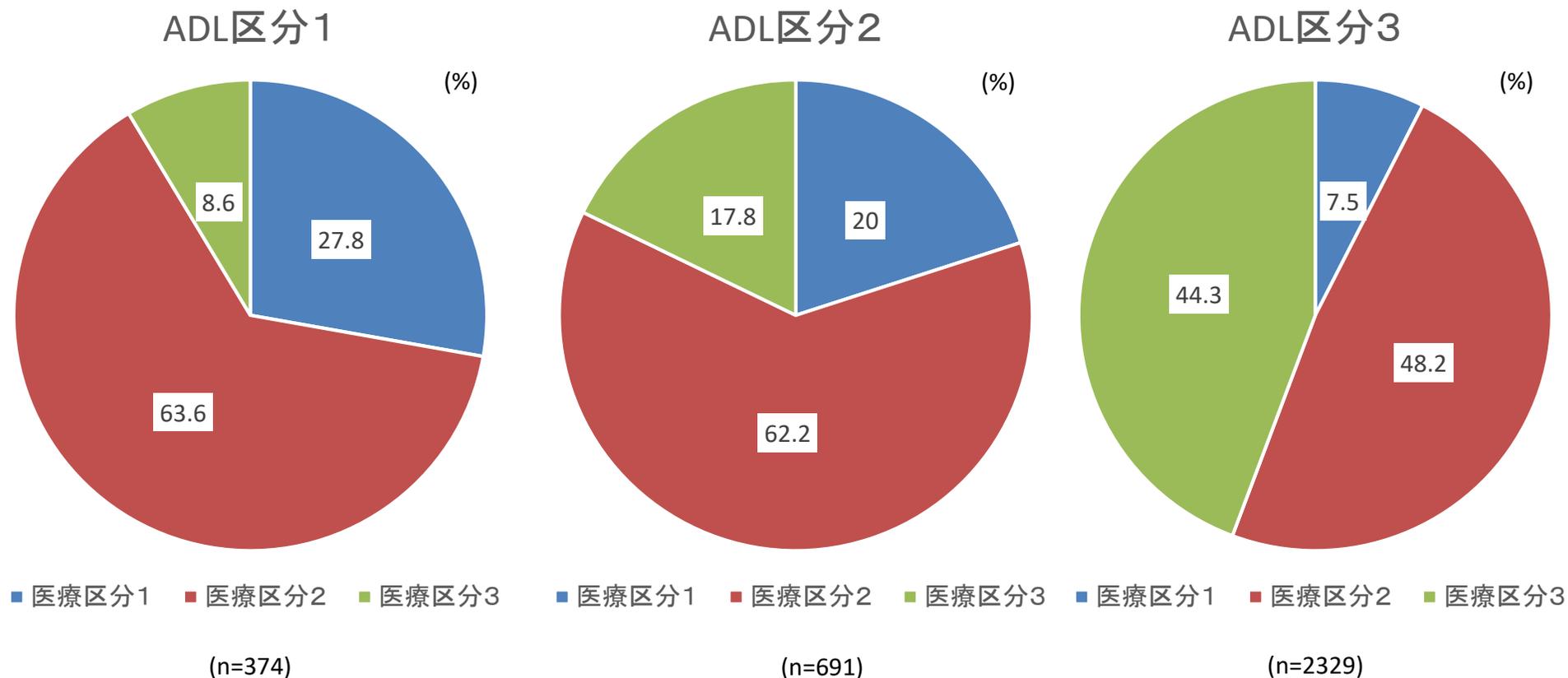
(%)



■ ADL区分1 ■ ADL区分2 ■ ADL区分3

(n=1187)

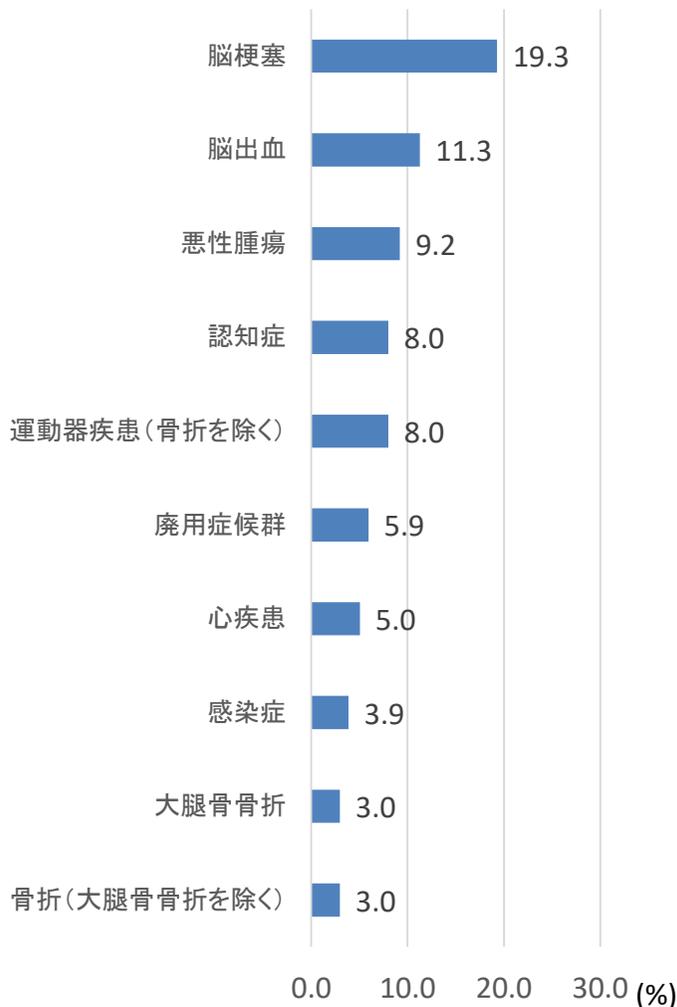
○ ADL区分が上がるにつれて、医療区分3の患者割合が増加している。



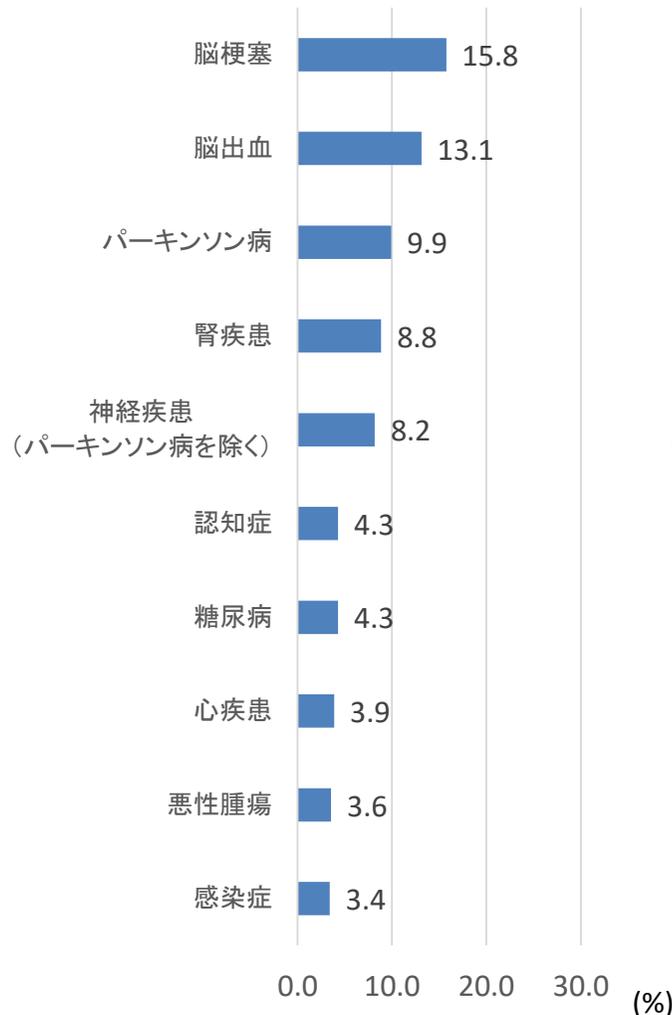
# 医療区分ごとの主傷病

○ いずれの医療区分においても、脳梗塞及び脳出血が多い。

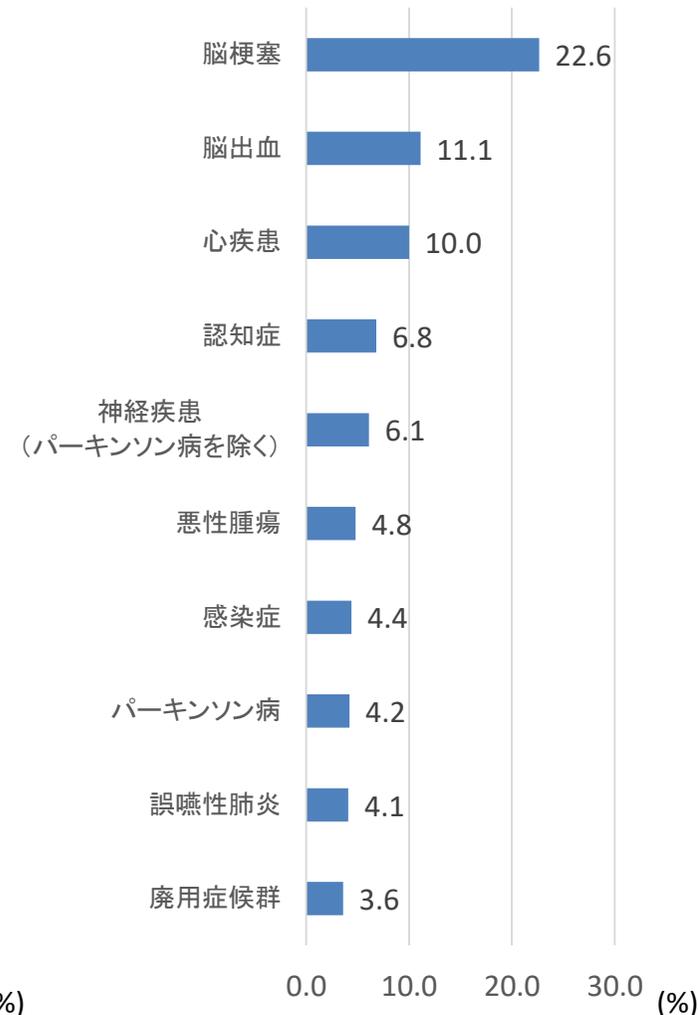
医療区分1 (n=337)



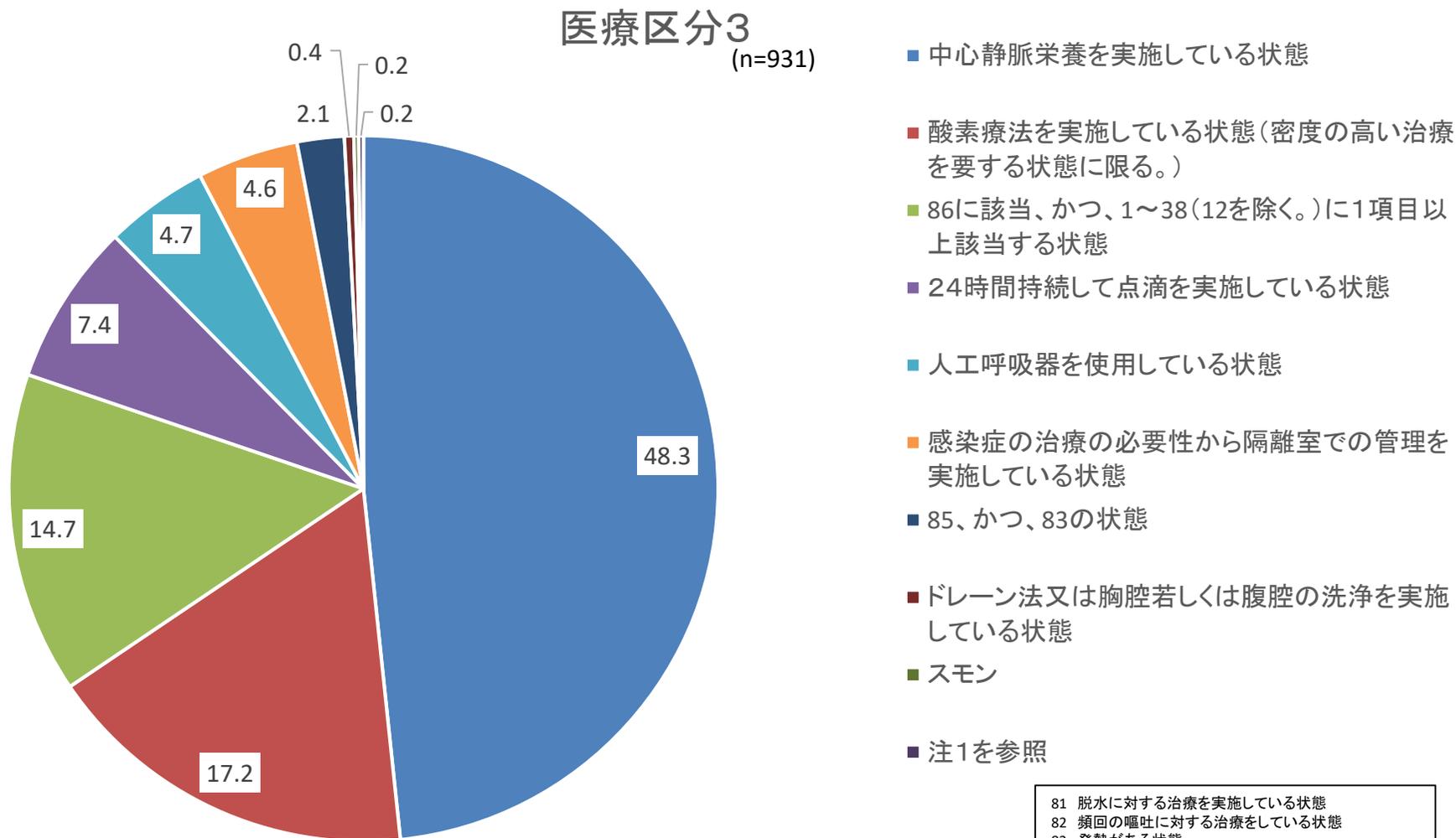
医療区分2 (n=1492)



医療区分3 (n=998)



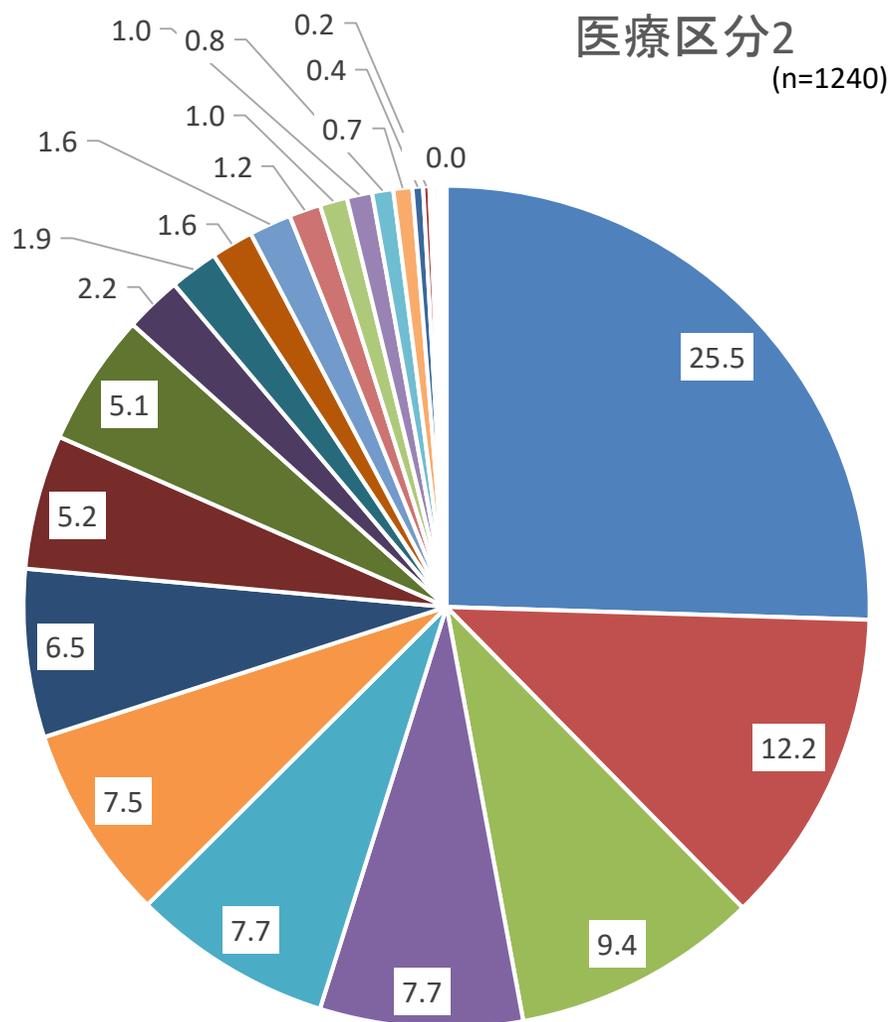
○ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多い。



- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 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
- 91 身体抑制を実施している

# 医療区分2の1項目該当の場合の該当項目

○ 医療区分2の1項目に該当している患者の該当項目は、1日8回以上の喀痰吸引が多い。

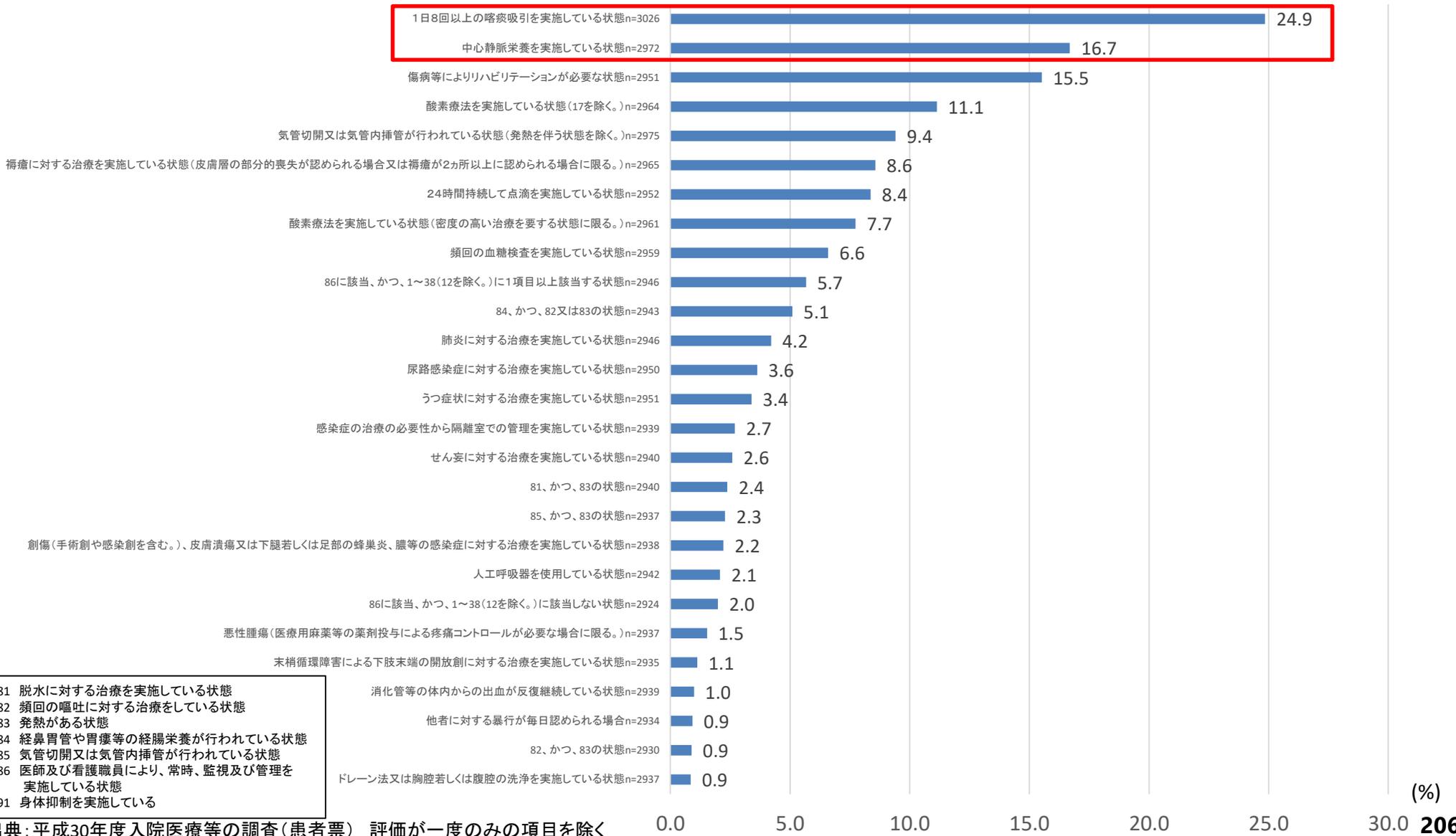


- 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
- パーキンソン病関連疾患
- 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- 酸素療法を実施している状態(17を除く。)
- 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態
- その他の指定難病等(10及び19~22までを除く。)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
- 褥瘡に対する治療を実施している状態
- うつ症状に対する治療を実施している状態
- 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)
- 慢性閉塞性肺疾患
- 脊髄損傷
- 86に該当、かつ、1~38(12を除く。)に該当しない状態
- 尿路感染症に対する治療を実施している状態
- 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態
- せん妄に対する治療を実施している状態
- 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)
- 84、かつ、82又は83の状態
- 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
- 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- 筋萎縮性側索硬化症
- 他者に対する暴行が毎日認められる場合
- 81、かつ、83の状態
- 筋ジストロフィー
- 多発性硬化症
- 肺炎に対する治療を実施している状態
- 82、かつ、83の状態
- 注2を参照
- 基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者

- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 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
- 91 身体抑制を実施している

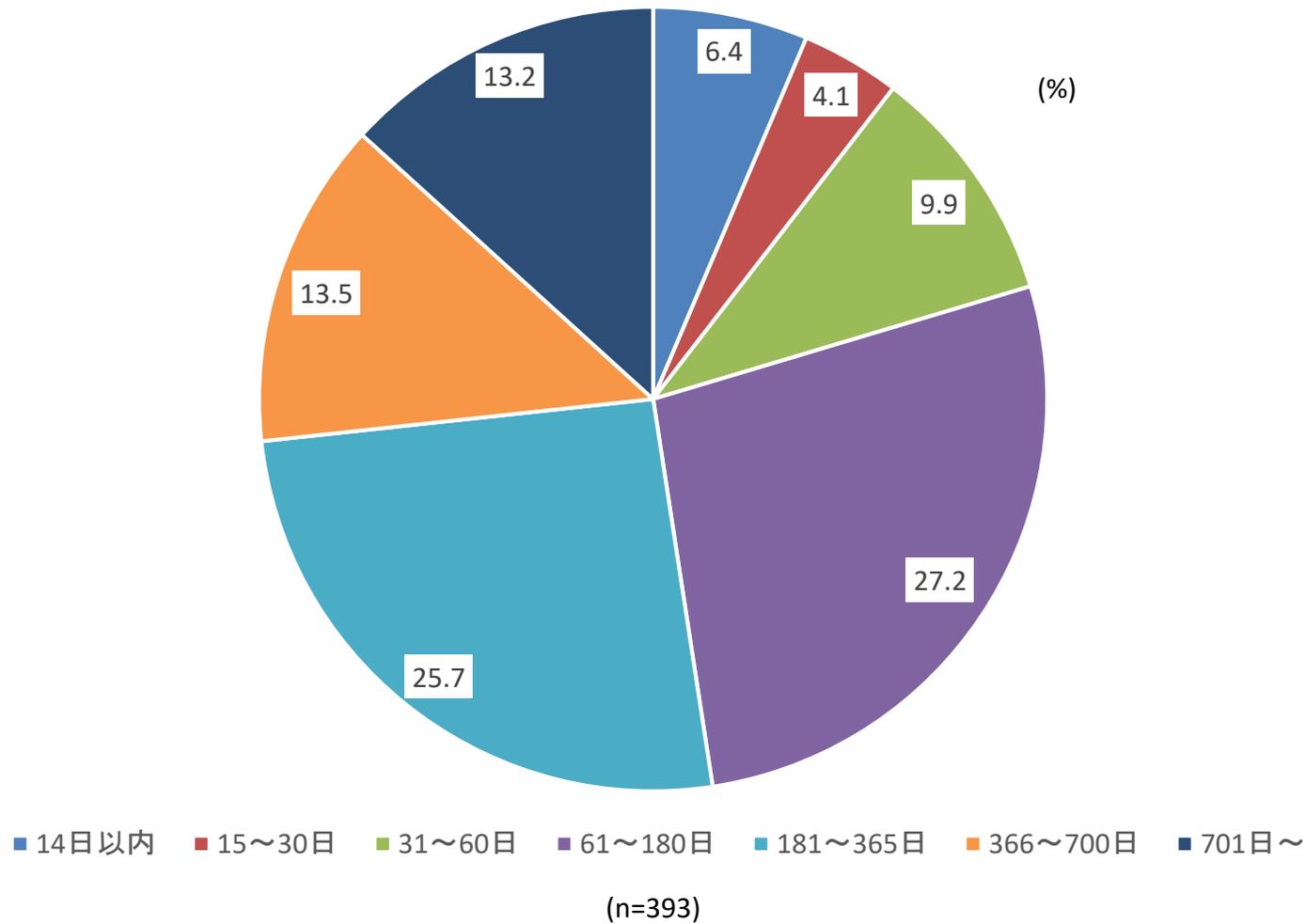
# 入棟時に医療区分の各項目に該当している患者割合

○ 入棟した全患者のうち、入棟時に医療区分の各項目に該当している患者割合は以下のとおりであった。



81 脱水に対する治療を実施している状態  
 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態  
 83 発熱がある状態  
 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態  
 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態  
 86 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  
 91 身体抑制を実施している

○ 入棟時及び調査基準日に中心静脈栄養に該当していた患者の在院期間の分布は以下のとおりであった。



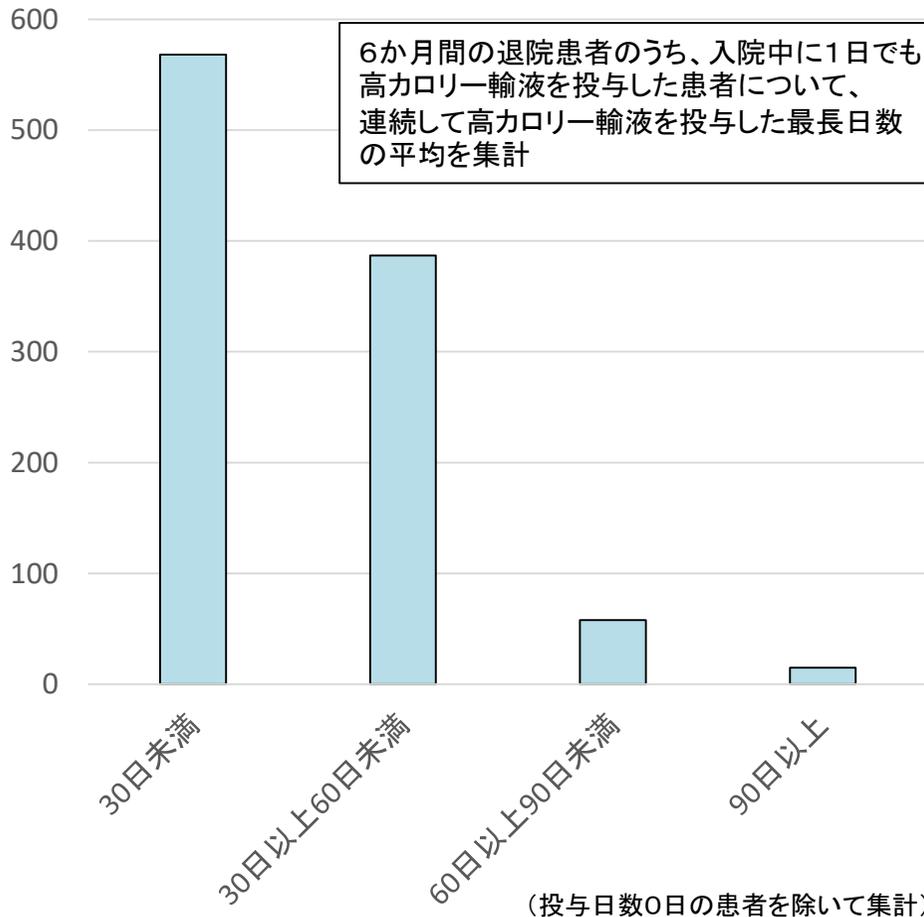
# 高カロリー輸液の投与状況

- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上90日以上の医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。

連続して高カロリー輸液を投与した日数の平均

(n = 1028(医療機関))

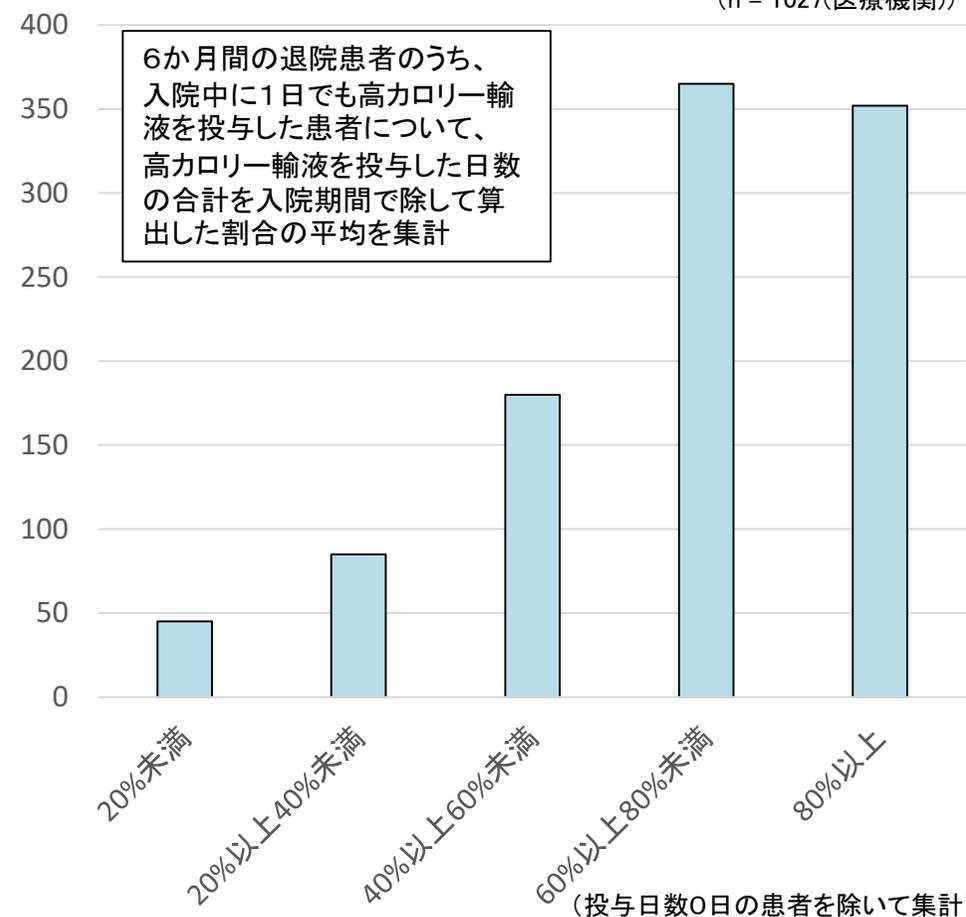
(医療機関数)



入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合(患者ごとの平均値)

(n = 1027(医療機関))

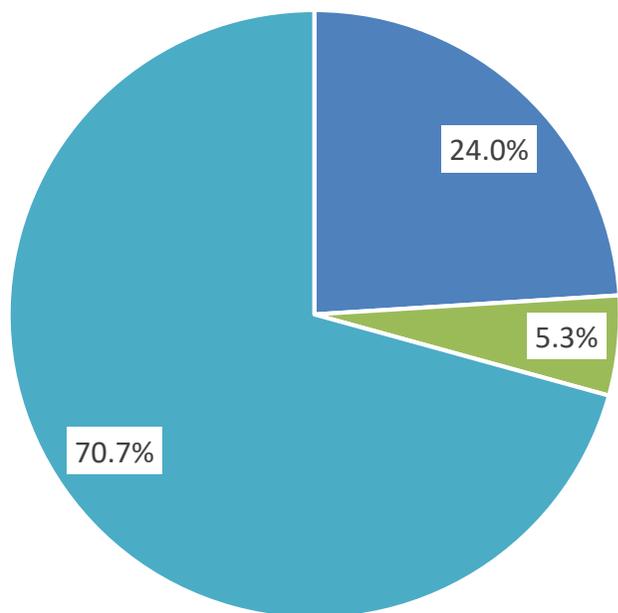
(医療機関数)



# 膀胱留置カテーテルの留置の状況①

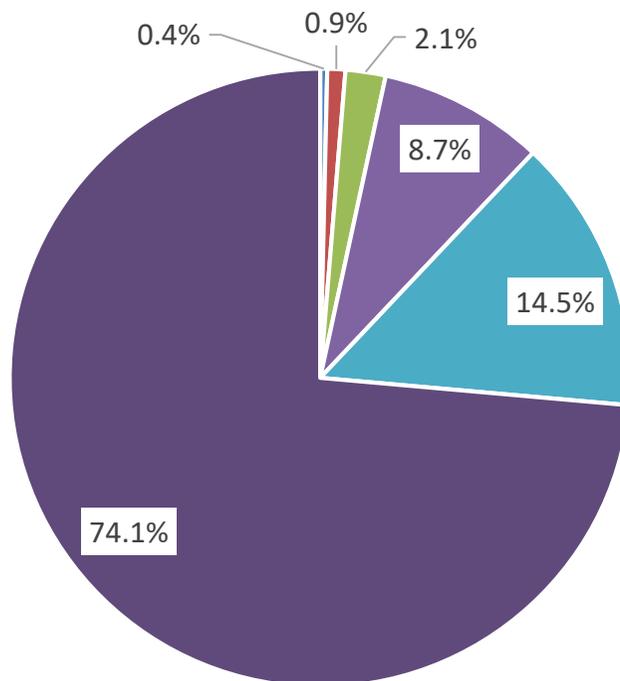
- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

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))



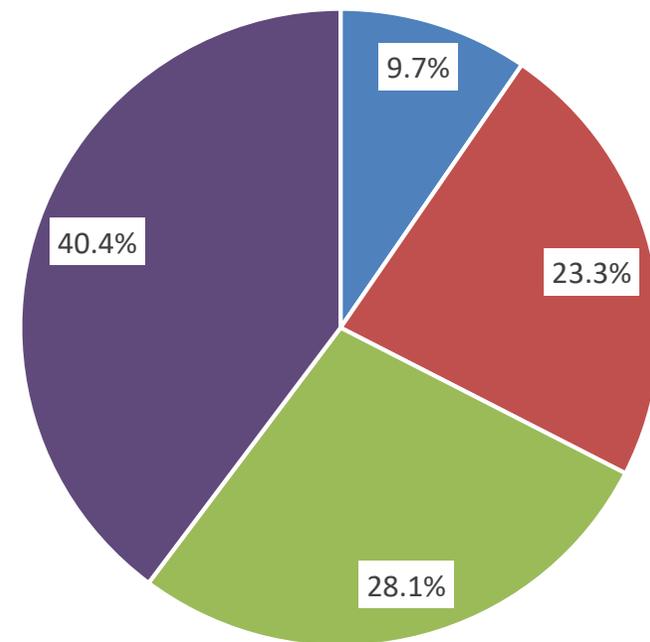
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

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))



■ 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

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))

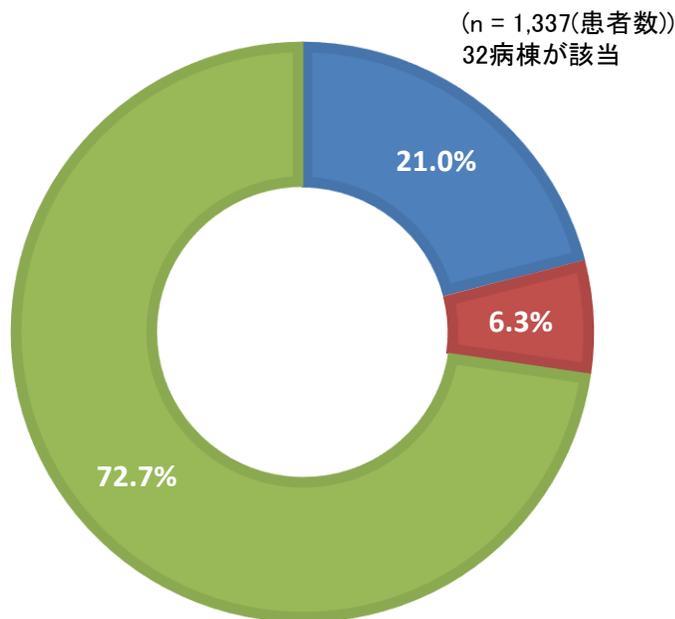


■ 1週間以内  
■ 1週間～1か月以内  
■ 1か月～3か月以内  
■ 3か月以上

○ 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。

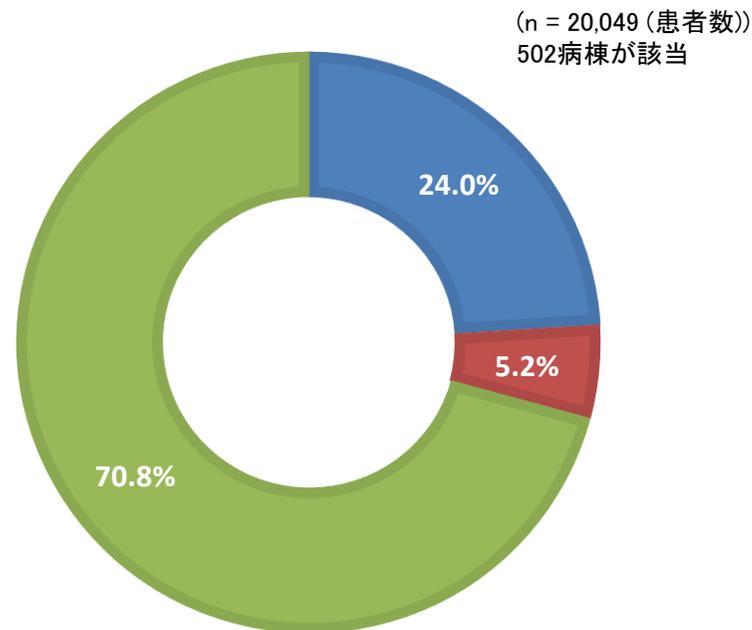
排尿自立指導料を算定している病棟における  
膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 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

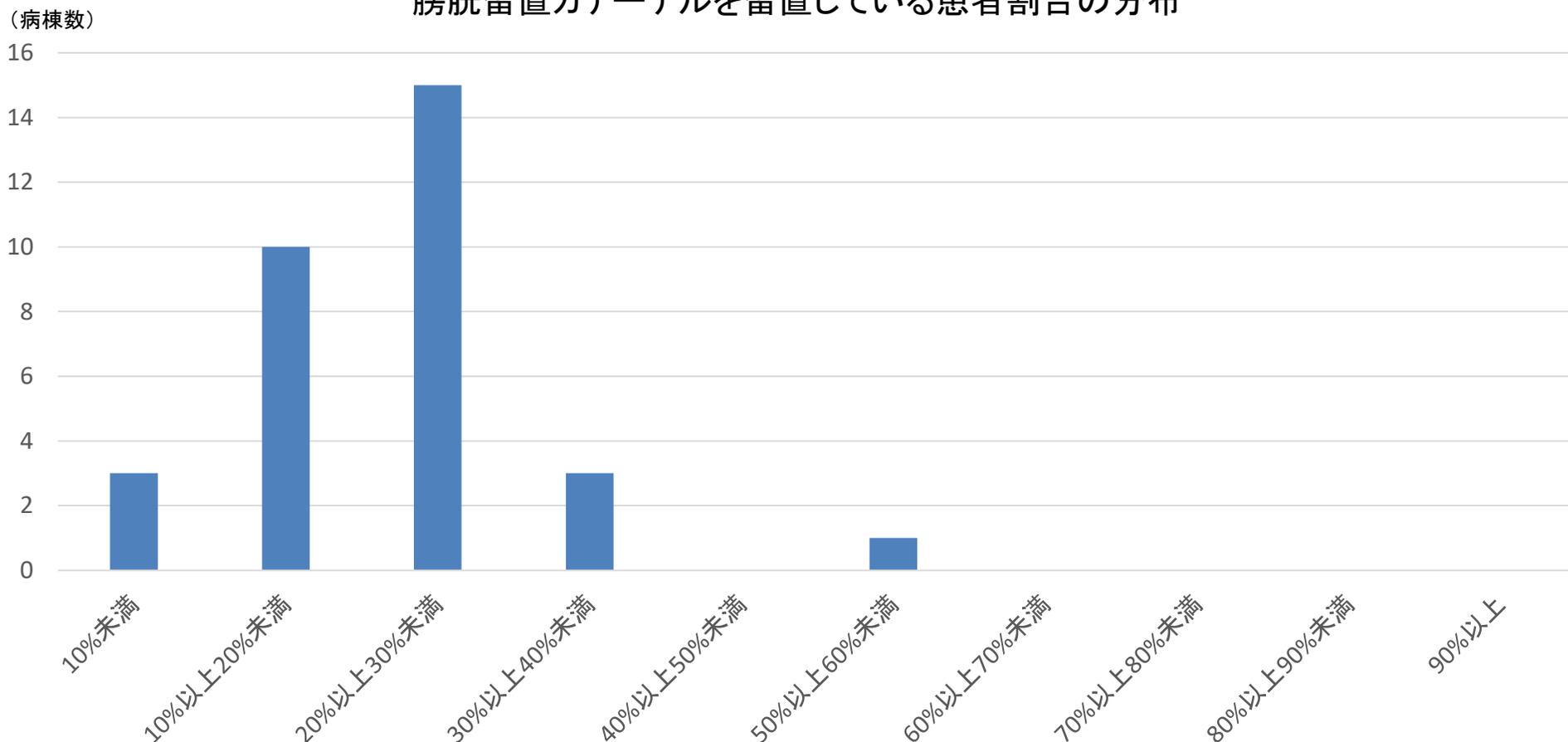
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



※ 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

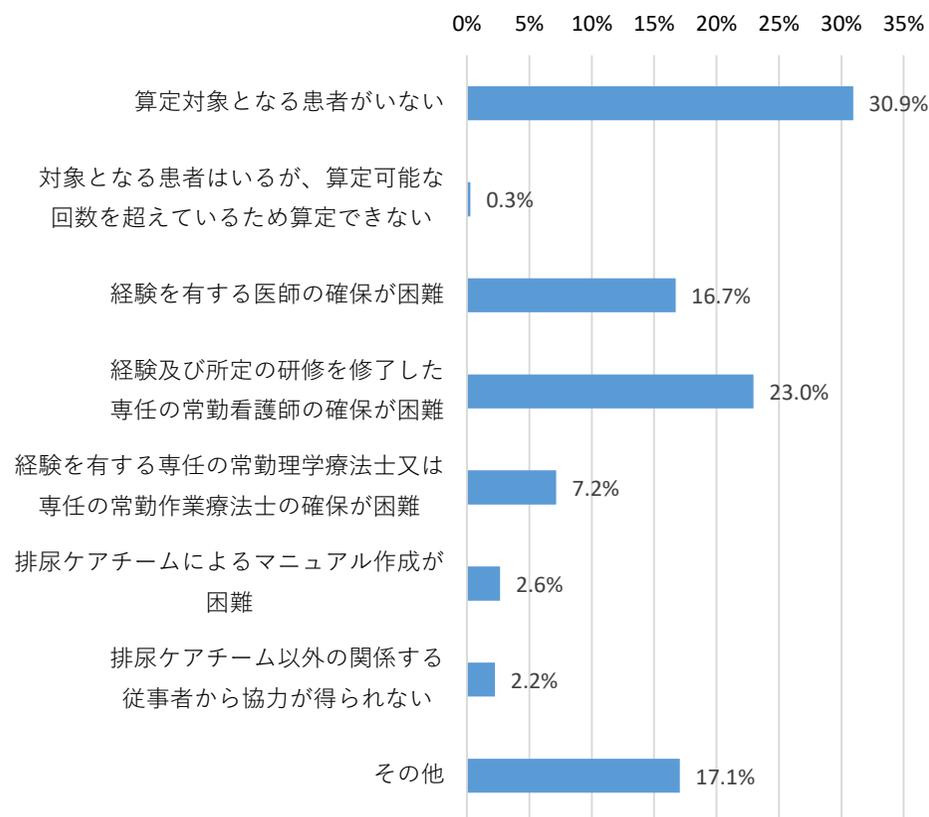
○ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

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

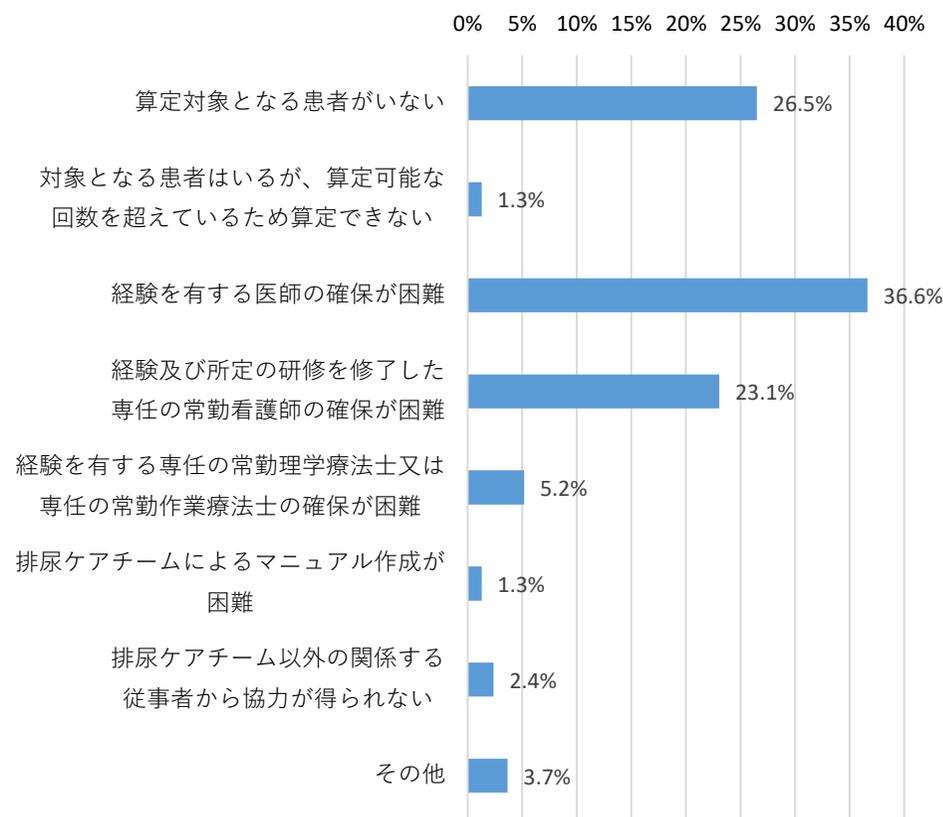


○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

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)



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. **慢性期入院医療について**
  - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
  - 4－2. 入院患者の状態
  - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
  - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 在宅復帰機能強化加算

- 平成26年度診療報酬改定において、在宅復帰機能の高い病棟に対する評価として、在宅復帰機能強化加算を創設した。

平成26年度診療報酬改定(患者1人1日につき、10点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、1か月以上入院していた患者に限る。)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}} \geq 5割 \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{[病床回転率]} \quad 30.4}{\text{平均在院日数}} \geq 100分の10$$

- 平成28年度診療報酬改定において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、施設基準の見直しを行った。

平成28年度診療報酬改定(患者1人1日につき、10点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}} \geq 5割 \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の10$$

- 平成30年度診療報酬改定において、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げるとともに、評価の見直しを行った。

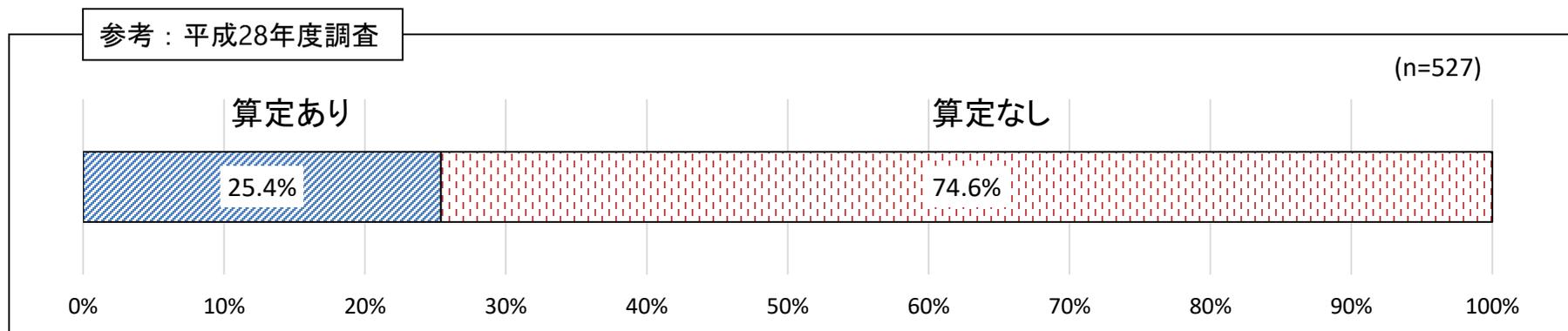
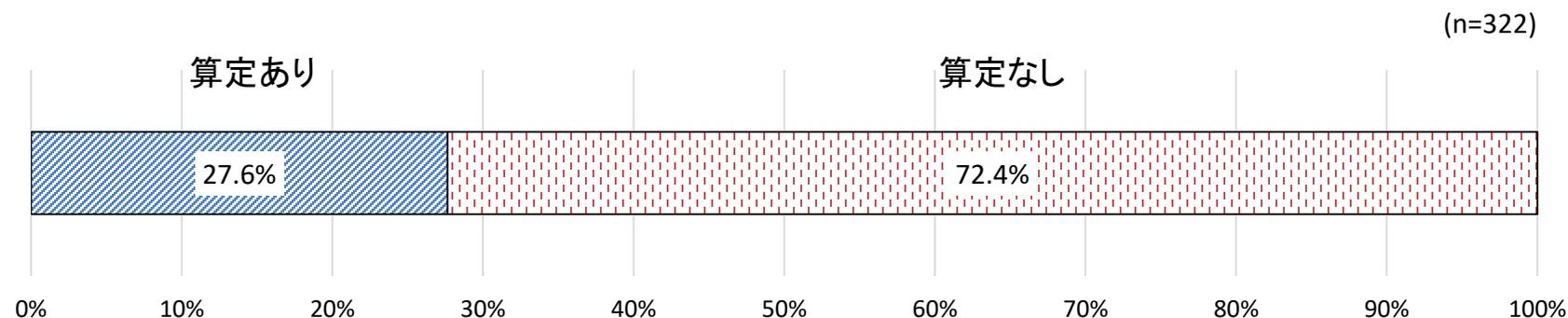
平成30年度診療報酬改定(患者1人1日につき、50点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}} \geq 5割 \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の15$$

※在宅に退院した患者:他病棟・他医療機関へ転棟・転院した患者及び介護老人保健施設に入所した患者以外の患者

- 療養病棟入院料1の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は、全体の4分の1程度であった。

## 療養病棟入院料1のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟



## 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

### 救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

#### 現行

当該病棟（地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室）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は、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点）を所定点数に加算する。

#### 改定後

##### 【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあつては、又は病室）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は、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援（療養）病床初期加算**として、1日につき150点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点）を所定点数に加算する。

##### 【在宅から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあつては、又は病室）に入院している患者のうち、介護老人保健施設、**介護医療院**、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援（療養）病床初期加算**として、1日につき**300点**（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき**350点**）を所定点数に加算する。

### 治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

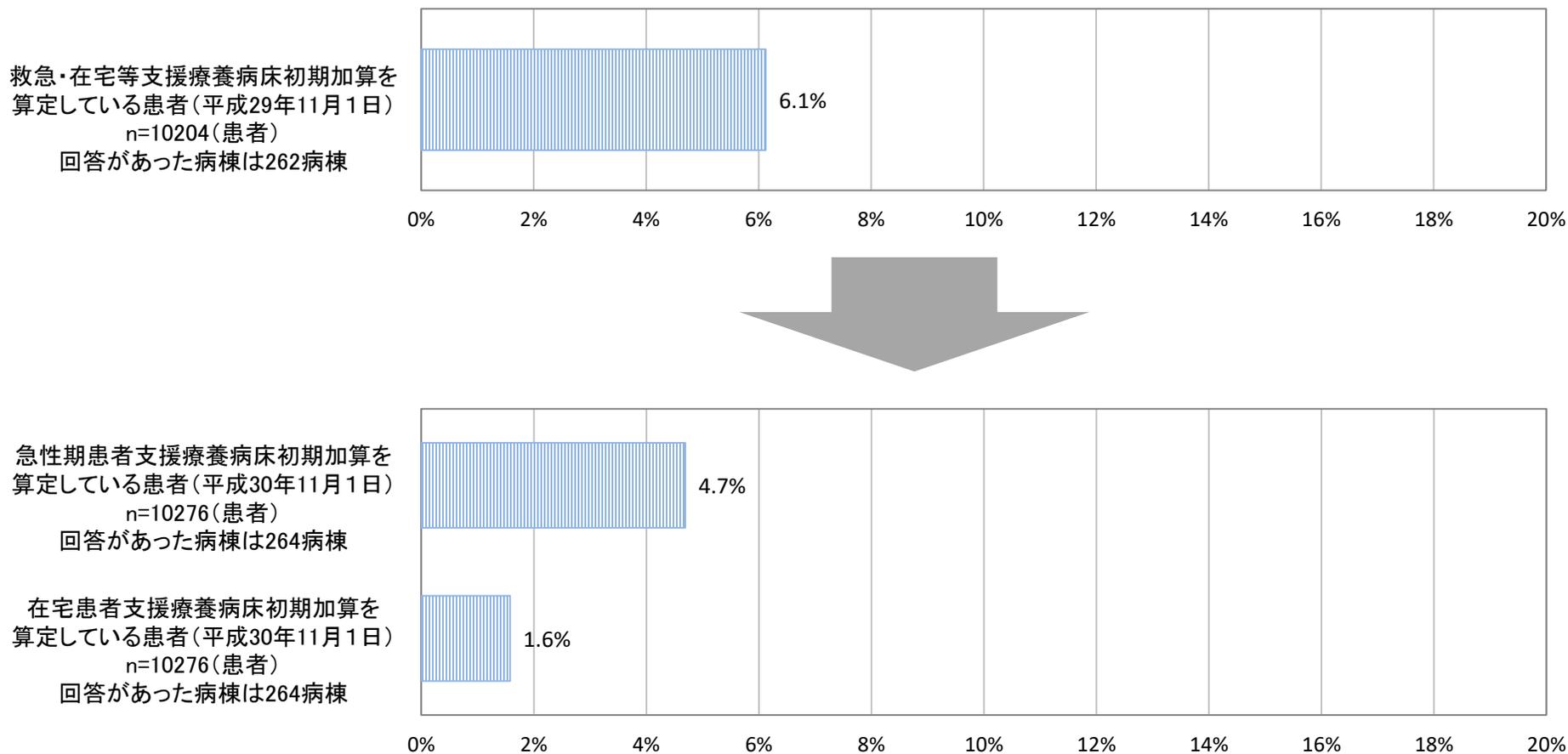
- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[施設基準]

**（新設）** 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**看取りに関する指針を定めていること。**

- 平成30年11月1日時点では、急性期患者支援療養病床初期加算を算定している患者割合が、在宅患者支援療養病床初期加算を算定している患者割合より高かった。

## 急性期患者支援療養病床初期加算の算定状況別入院患者割合



- 療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、44.6%であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、52.7%であった。

## 【入棟元】 (n=3,113(患者))

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	2.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.6%
介護施設等	介護老人保健施設	2.3%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	2.1%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.0%
	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)	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	44.6%
	他院の一般病床以外	5.9%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	17.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	4.7%
	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	4.2%
	自院の療養病床(上記以外)	2.4%
	自院の精神病床	1.1%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所		0.2%
その他		0.1%
無回答		0.4%

## 療養病棟

## 【退棟先】 (n=338(患者))

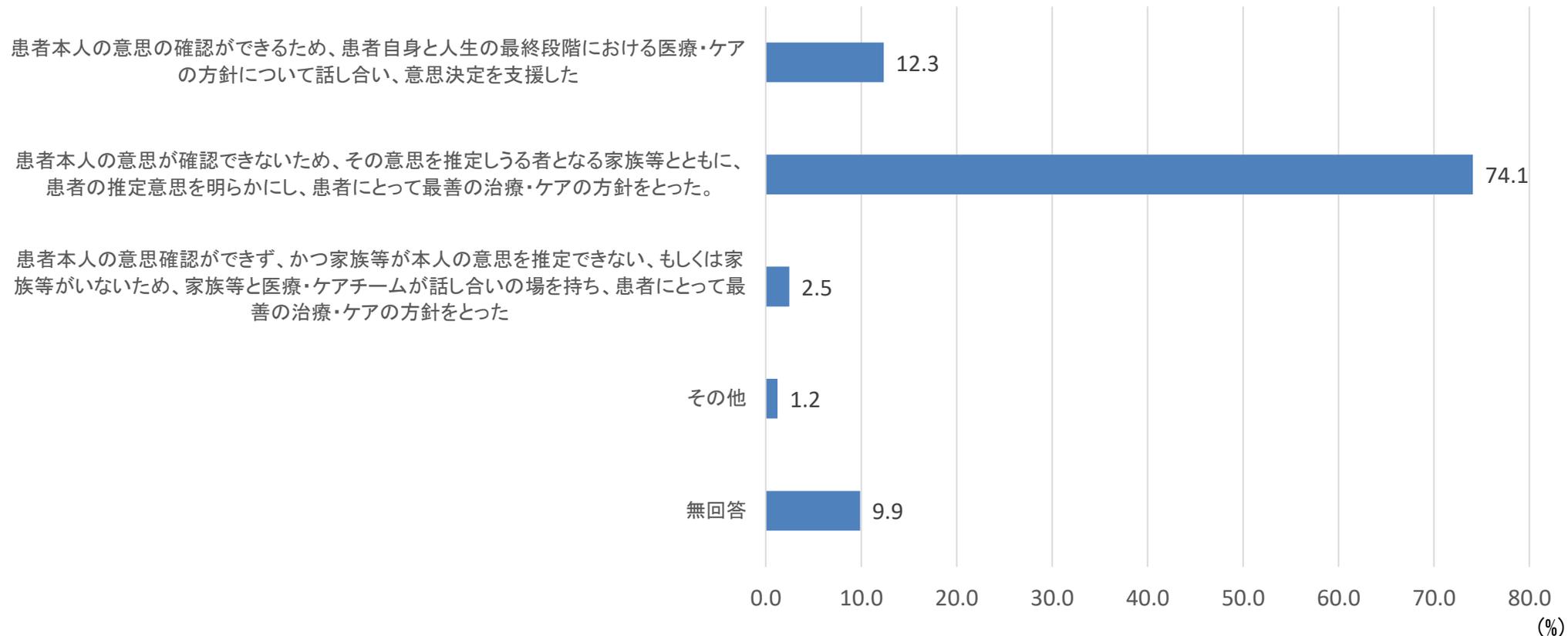
自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	11.5%
介護施設等	介護老人保健施設	3.8%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	2.4%
	特別養護老人ホーム	4.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.4%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等)	1.8%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	6.5%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.3%
	他院の療養病床(上記以外)	1.5%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.3%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	0.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.6%
	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	0.6%
	自院の療養病床(上記以外)	0.9%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.6%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.0%
有床診療所(上記以外)		0.0%
死亡退院		52.7%
その他		0.3%
無回答		0.3%

# 在宅患者支援療養病床初期加算の算定に当たり実施している 意思決定に対する支援

診調組 入-1  
元 . 7 . 3

- 「本人の意思が確認できないため、家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった」割合が最も多かった。

## 治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援の実施内容



(n=162(平成30年11月1日時点で在宅患者支援療養病床初期加算を算定していた患者))

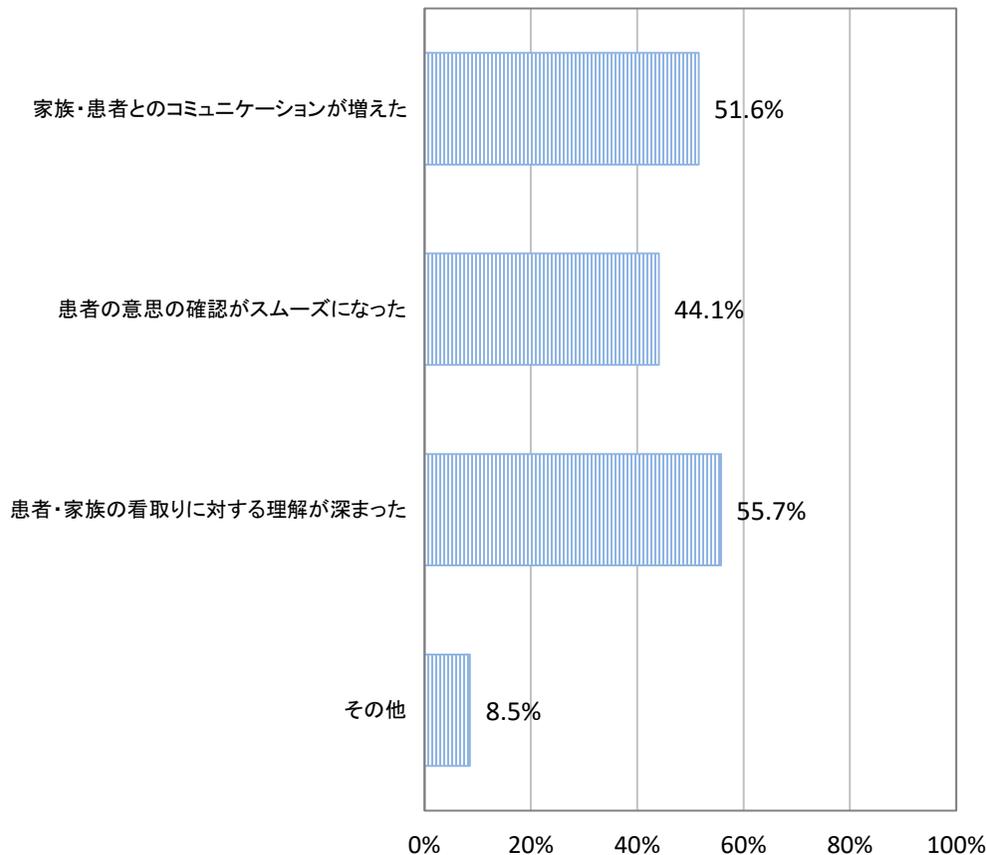
※回答した病棟は50病棟

○ 適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果として、「患者・家族の看取りに対する理解が深まった」が多かった。

## 適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果

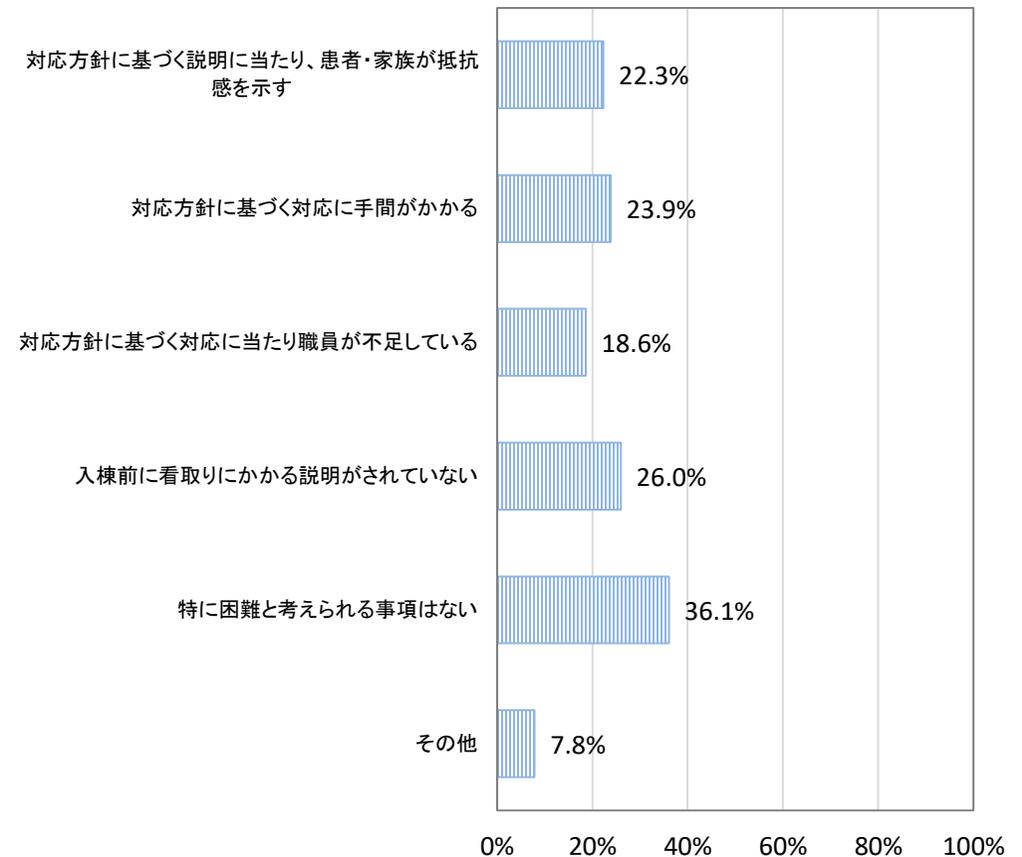
(複数回答)

(n=574(病棟数))



## 適切な看取りに対する指針の実行にあたり困難と考えられる事項

(n=574(施設数))



# 入院中の患者に対する褥瘡対策②

## 療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

### 現行

#### 【褥瘡評価実施加算】〔算定要件〕

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

### 改定後

#### 【褥瘡対策加算】〔算定要件〕

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1 15点

ロ 褥瘡対策加算2 5点

### 〔留意事項〕

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

(※)DESIGN-Rの合計点:褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

(※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

### 算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

#### ①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

#### ②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1 評価を始めて暦月で3月を超えていない。
	1点	2点	3点	

#### ③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

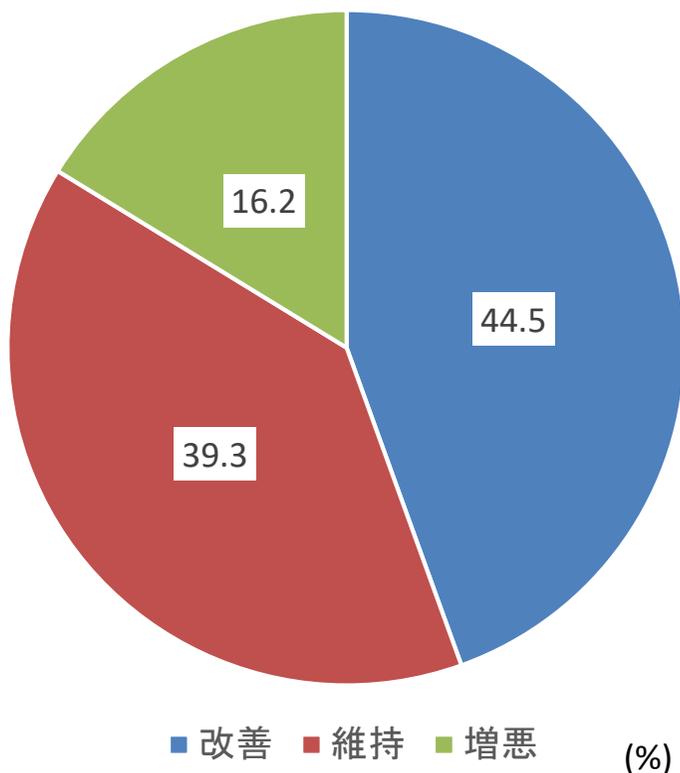
7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2 3月連続して褥瘡の状態が悪化している。
1点	2点	3点	4点	

#### ④パターン4 《同一月内の点数の変化》

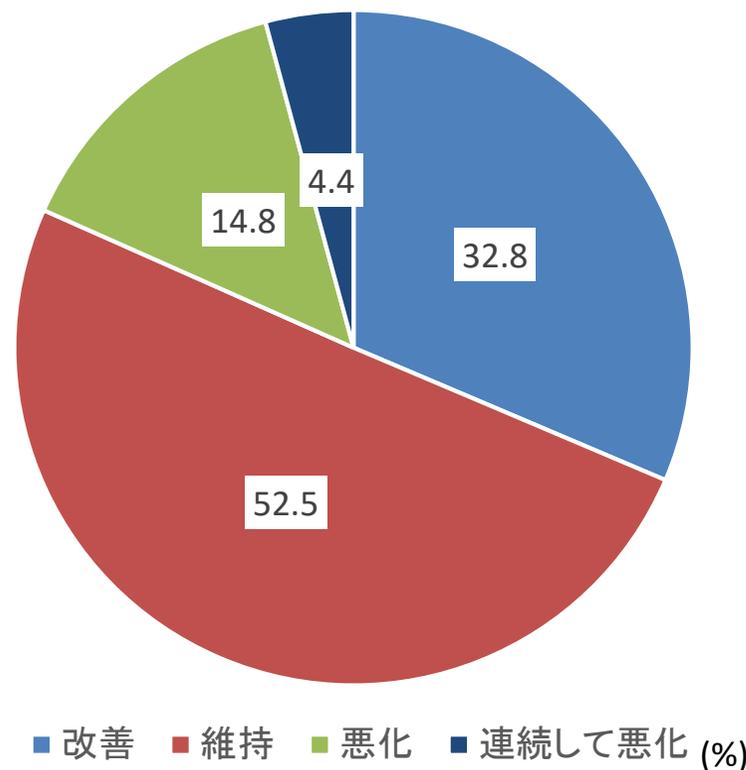
7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1 ※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる
1点	2点	3点	4点	3点	

○ 調査基準日のDESIGN-Rの合計点が前月の実績点を上回り、かつ、前月の実績点が前々月の実績点を上回った患者は4.4%であった。

調査基準日の前々月と前月の  
実績点の比較



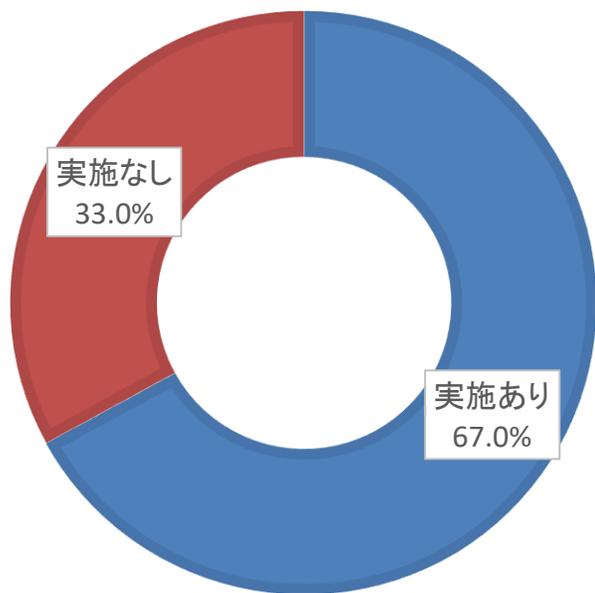
調査基準日の前月の実績点と調査  
基準日の合計点の比較



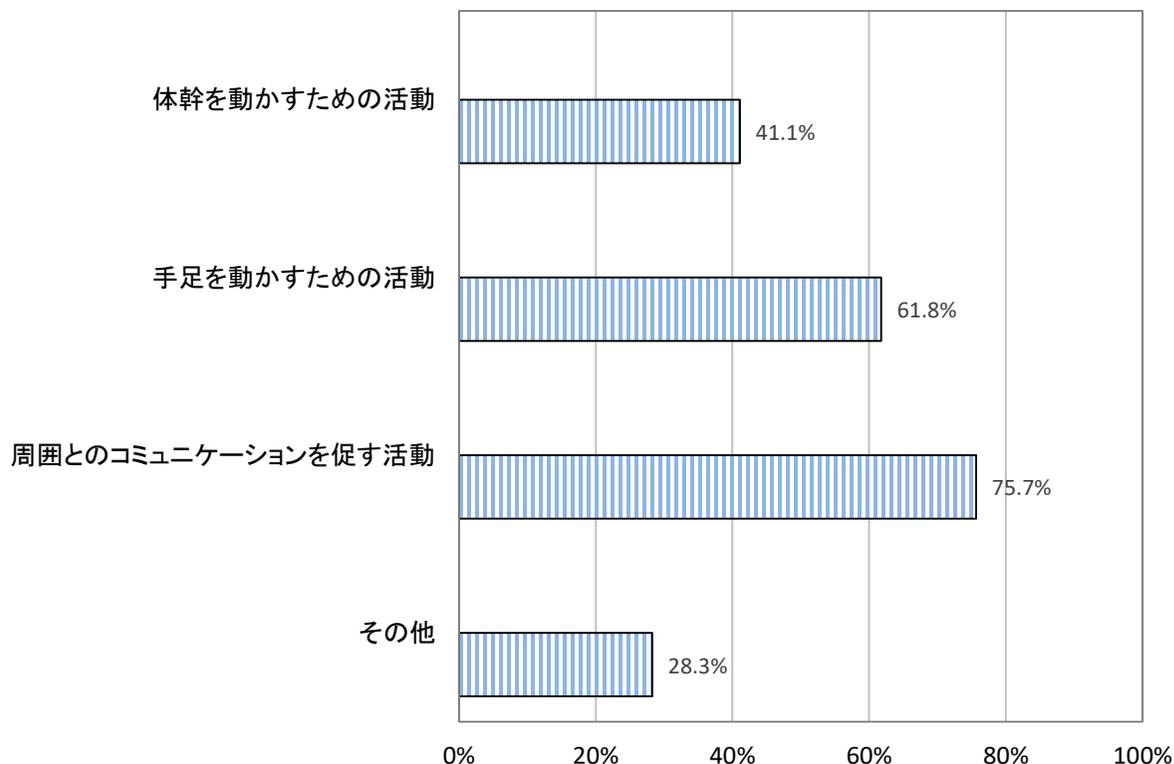
- 療養病棟入院基本料を届出ている病棟のうち、約7割の病棟において、質の高い療養生活のための取組を実施していた。
- 実施している取組については、「周囲とのコミュニケーションを促す活動」が最も多かった。

## 質の高い療養生活のための取組の実施状況

(n=570(病棟数))



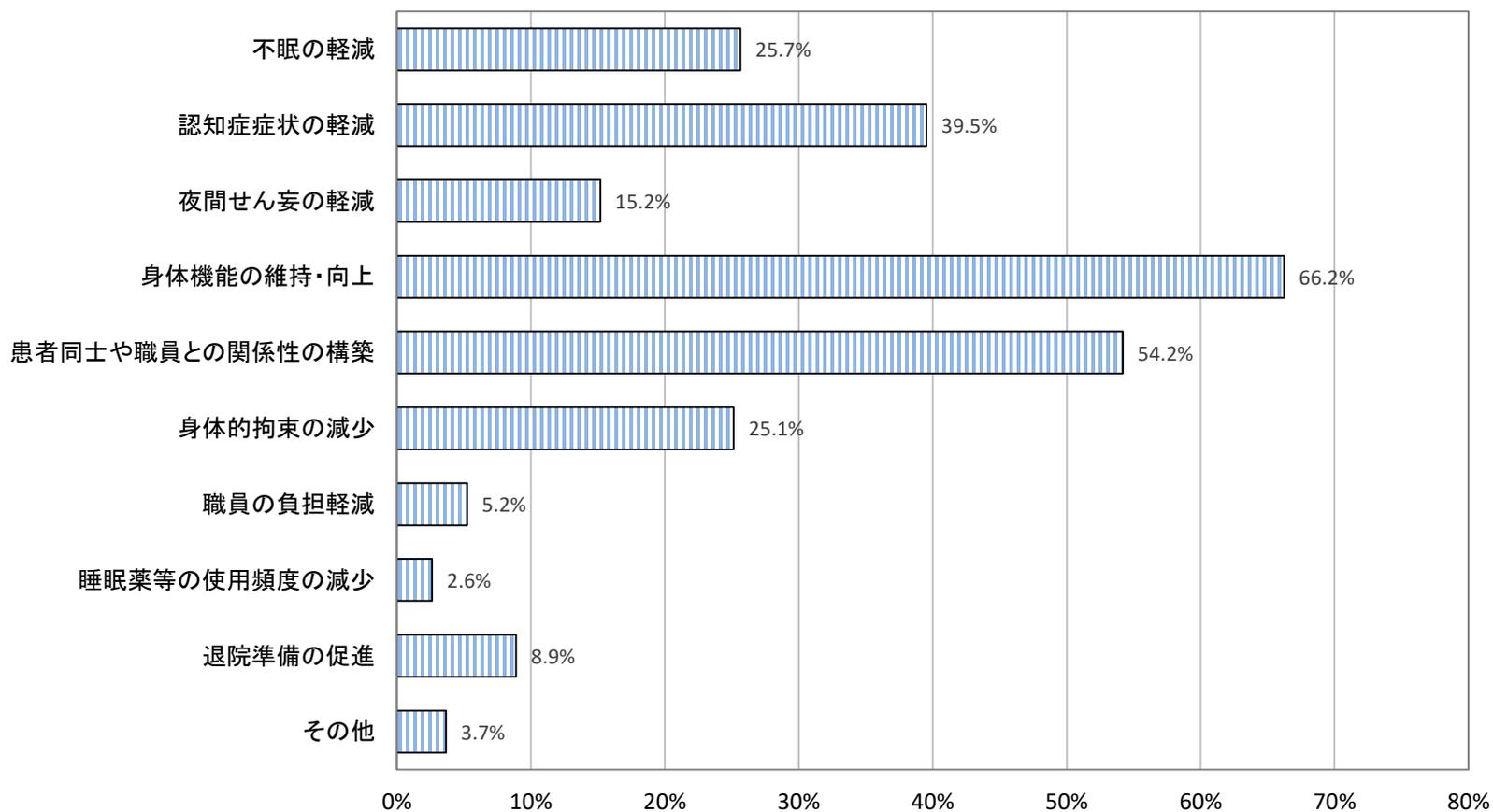
## 実施している取組内容について(複数回答) (n=382(病棟数))



○ 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))



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. **慢性期入院医療について**
  - 4－1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況
  - 4－2. 入院患者の状態
  - 4－3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
  - 4－4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

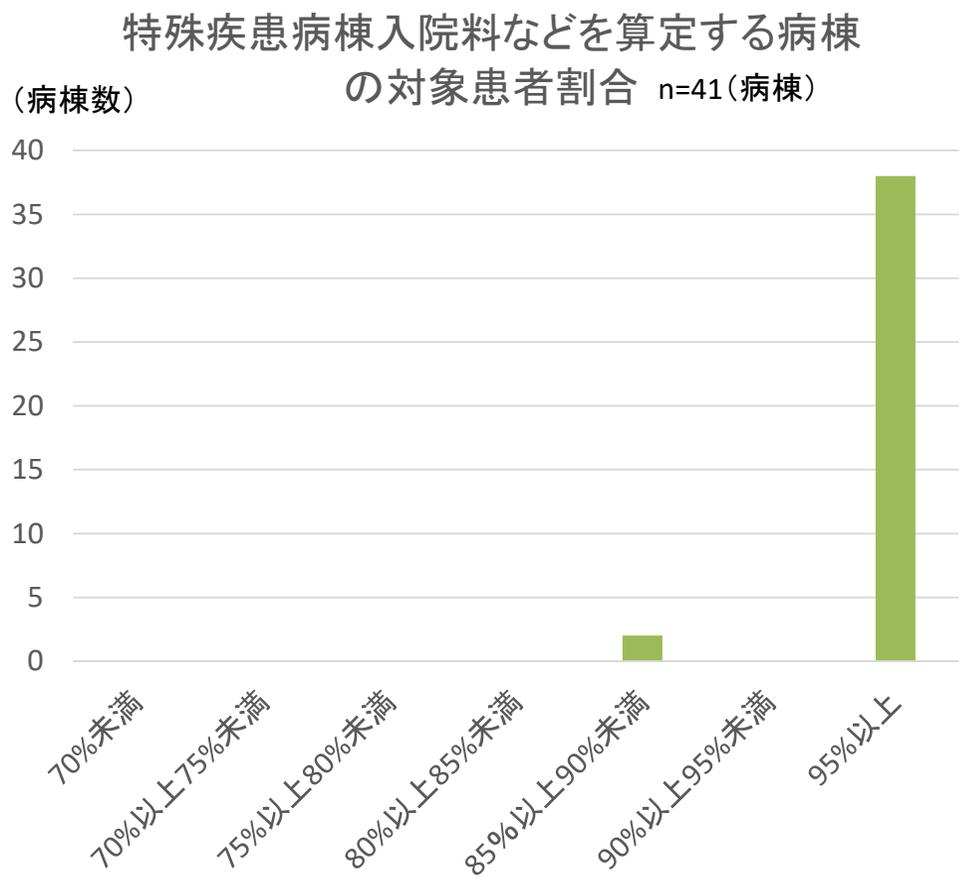
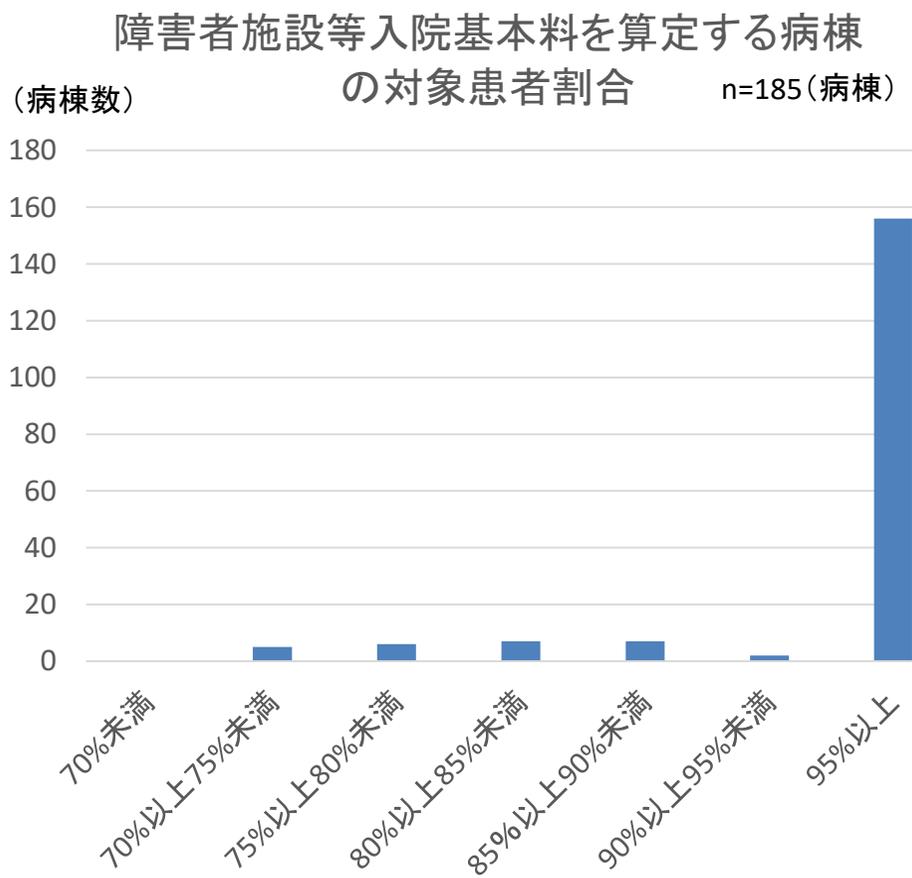
# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		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	療養病棟入院料1	療養病棟入院料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	
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	医療区分2、3の患者が5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	
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 <b>226</b>	
	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

障害者施設等入院基本料	特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患病棟入院料2
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)</li> </ul> </li> <li>○ 筋ジストロフィー患者</li> <li>○ 難病患者等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)</li> </ul> </li> <li>○ 筋ジストロフィー患者</li> <li>○ 神経難病患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> <p style="text-align: center;">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</p>
<p style="text-align: center;">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)</p>	<p style="text-align: center;">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)</p>	<p style="text-align: center;">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)</p>

○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟における対象患者割合は95%以上が最も多い。

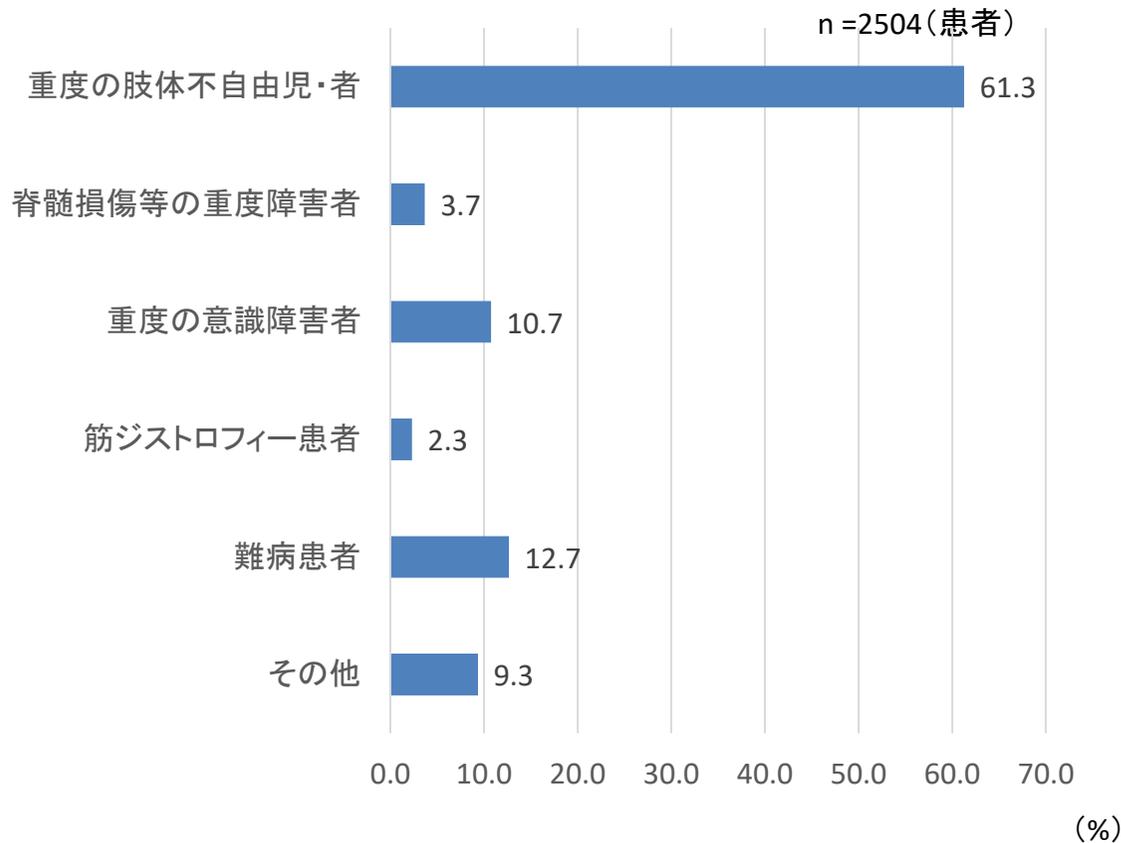


# 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の 対象疾患ごとの該当割合の分布

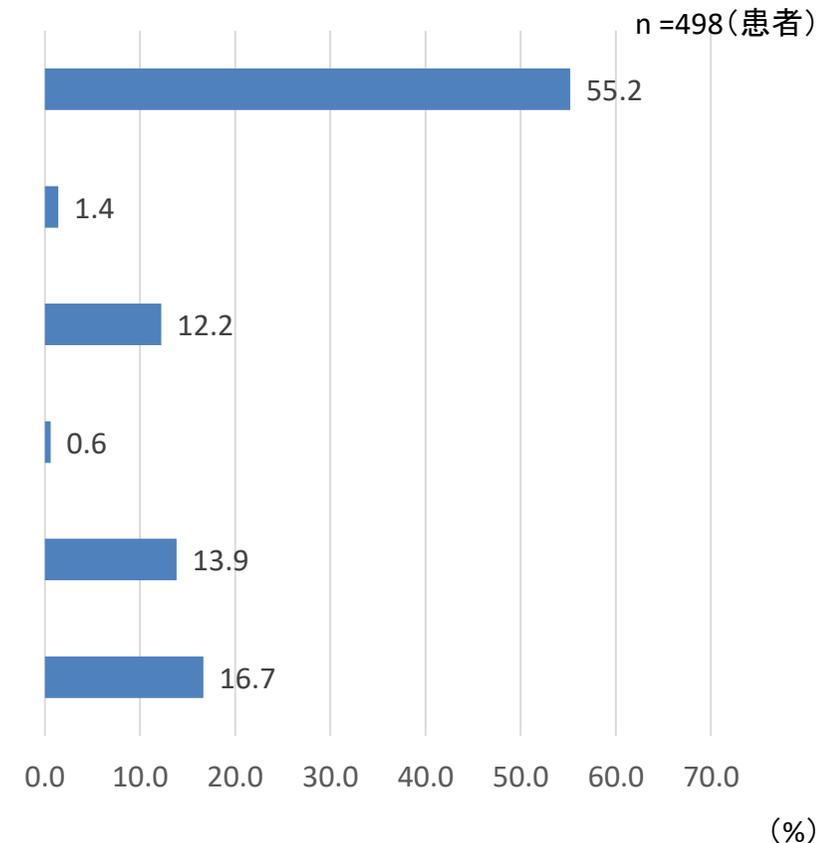
診調組 入-1  
元 . 7 . 3

- 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者に該当する者が多い。

障害者施設等入院基本料を届出ている病棟の  
入院患者の対象疾患ごとの該当割合



特殊疾患病棟入院料等を届出ている病棟の  
入院患者の対象疾患ごとの該当割合

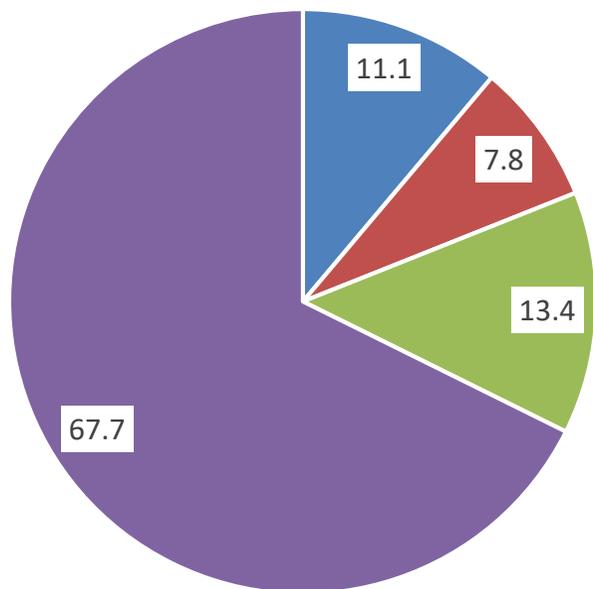


# 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の意識障害の有無

○ いずれの入院料についても、意識障害がある患者は約3割であった。

## 障害者施設等入院基本料

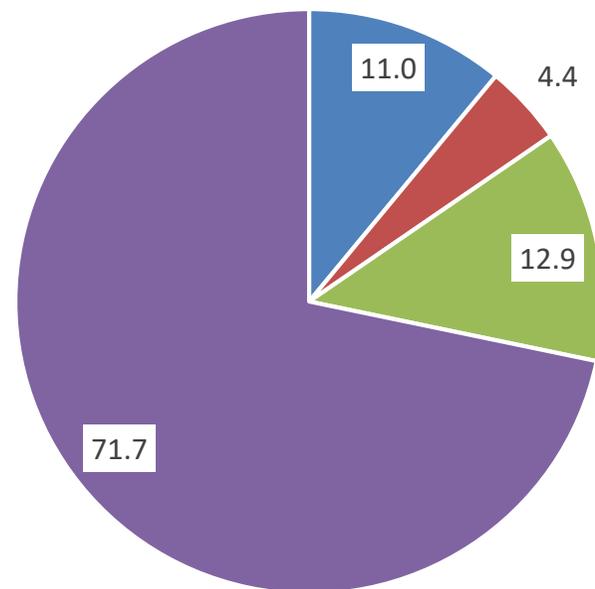
n=2223(患者)



- 01.意識障害あり(JCS II -3以上又はGCS8点以下)
- 02.意識障害あり(JCS III -100以上)
- 03.意識障害あり(01,02以外)
- 04.意識障害なし

## 特殊疾患病棟入院料等

n=474(患者)

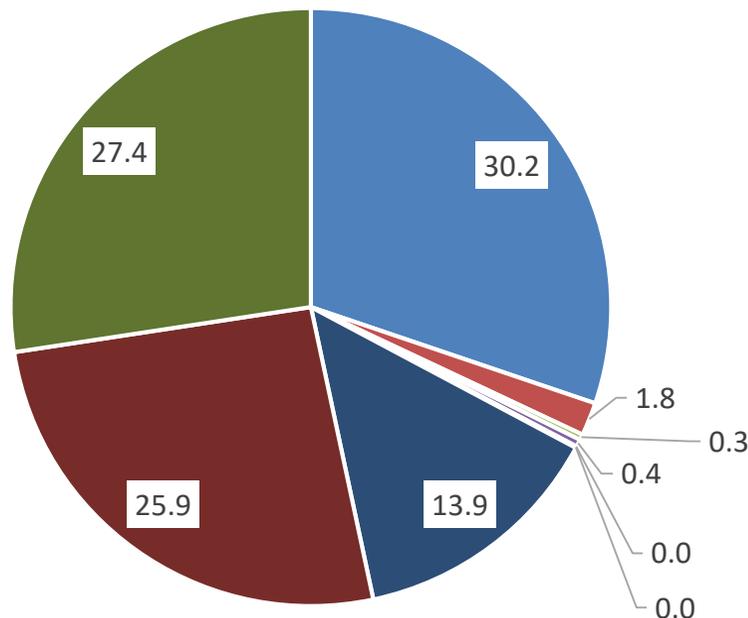


- 01.意識障害あり(JCS II -3以上又はGCS8点以下)
- 02.意識障害あり(JCS III -100以上)
- 03.意識障害あり(01,02以外)
- 04.意識障害なし

# 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の障害支援区分(障害程度区分)の等級

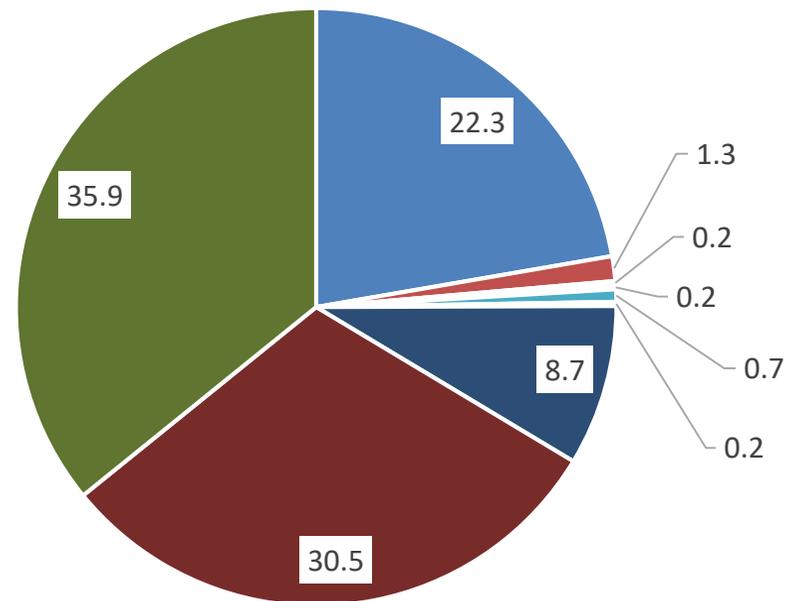
○ 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟に入院している患者は、約3割が該当した。特殊疾患病棟入院料等を届出ている病棟に入院している患者は、約2割が該当した。

障害者施設等入院基本料  
n=2280(患者)



■ 区分6 ■ 区分5 ■ 区分4 ■ 区分3 ■ 区分2  
■ 区分1 ■ 非該当 ■ 不明 ■ 未申請等

特殊疾患病棟入院料等  
n=449(患者)



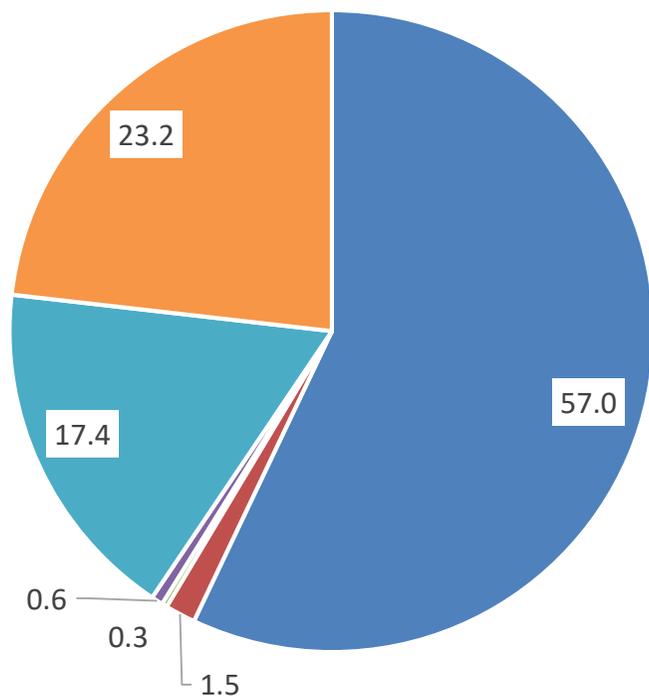
■ 区分6 ■ 区分5 ■ 区分4 ■ 区分3 ■ 区分2  
■ 区分1 ■ 非該当 ■ 不明 ■ 未申請等

# 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の身体障害者(肢体不自由)の等級

○ 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟に入院している患者は、約6割が1級又は2級である。特殊疾患病棟入院料等を届出ている病棟に入院している患者は、約4割が1級又は2級である。

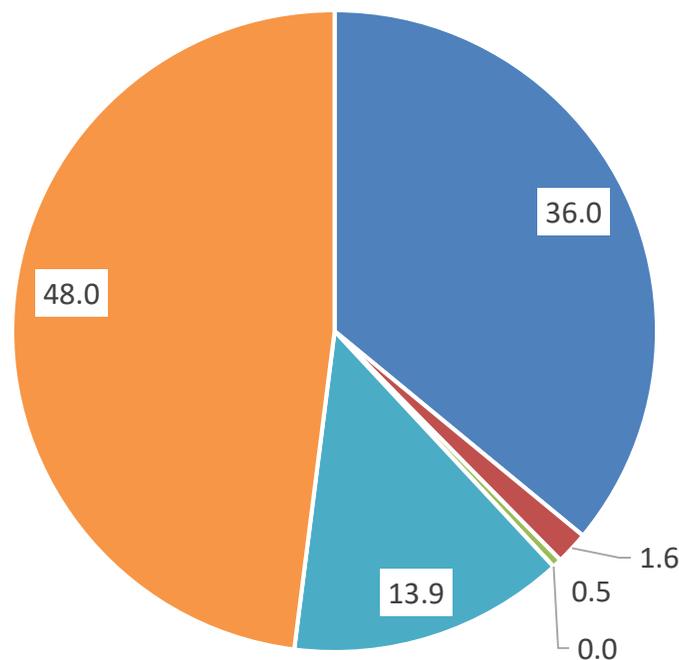
## 障害者施設等入院基本料

n=2230(患者)



## 特殊疾患病棟入院料等

n=425(患者)



■ 1級又は2級 ■ 3級又は4級 ■ 5級又は6級 ■ 7級 ■ 非該当 ■ 不明 ■ 1級又は2級 ■ 3級又は4級 ■ 5級又は6級 ■ 7級 ■ 非該当 ■ 不明

# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
  - 5-1. 入退院支援
  - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
  - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

# 入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

入院

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

## 【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



病棟



- ＜入退院支援の対象となる患者＞
- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
  - ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
  - ・虐待を受けている又はその疑いがある
  - ・生活困窮者
  - ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
  - ・排泄に介助を要する
  - ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
  - ・退院後に医療処置が必要
  - ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

## 【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする



共同指導が行えなかった時は

## 【情報提供】

- ・療養に必要な情報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

# 入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

## 入院前からの支援を行った場合の評価の新設

### (新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
  - ≪許可病床数200床以上≫
    - ・ **専従の看護師が1名以上** 又は
    - ・ **専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上**
  - ≪許可病床数200床未満≫
    - ・ **専任の看護師が1名以上**が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②**入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て**、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
入院時支援加算	1,863	10,581

(出典)  
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)  
算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

# 入退院支援の推進

## 入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「**入退院支援加算**」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行
【退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因 ア～ウ（略）
エ、オ（略） カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと キ～ケ（略）



改定後
【入退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因 ア～ウ（略） <b>エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること</b> <b>オ 生活困窮者であること</b> カ、キ（略） ク 同居者の有無に関わらず、必要な <b>養育又は</b> 介護を十分に提供できる状況にないこと ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行
【退院支援加算1】〔施設基準〕 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数



改定後
【入退院支援加算1】〔施設基準〕 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と <b>過去1年間の相談支援専門員との連携回数(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)</b> の合計回数が、①、② <b>及び③</b> の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数 ③「 <b>イ 一般病棟入院基本料等の場合</b> 」の算定対象病床数 <b>(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)</b> に0.05を乗じた数

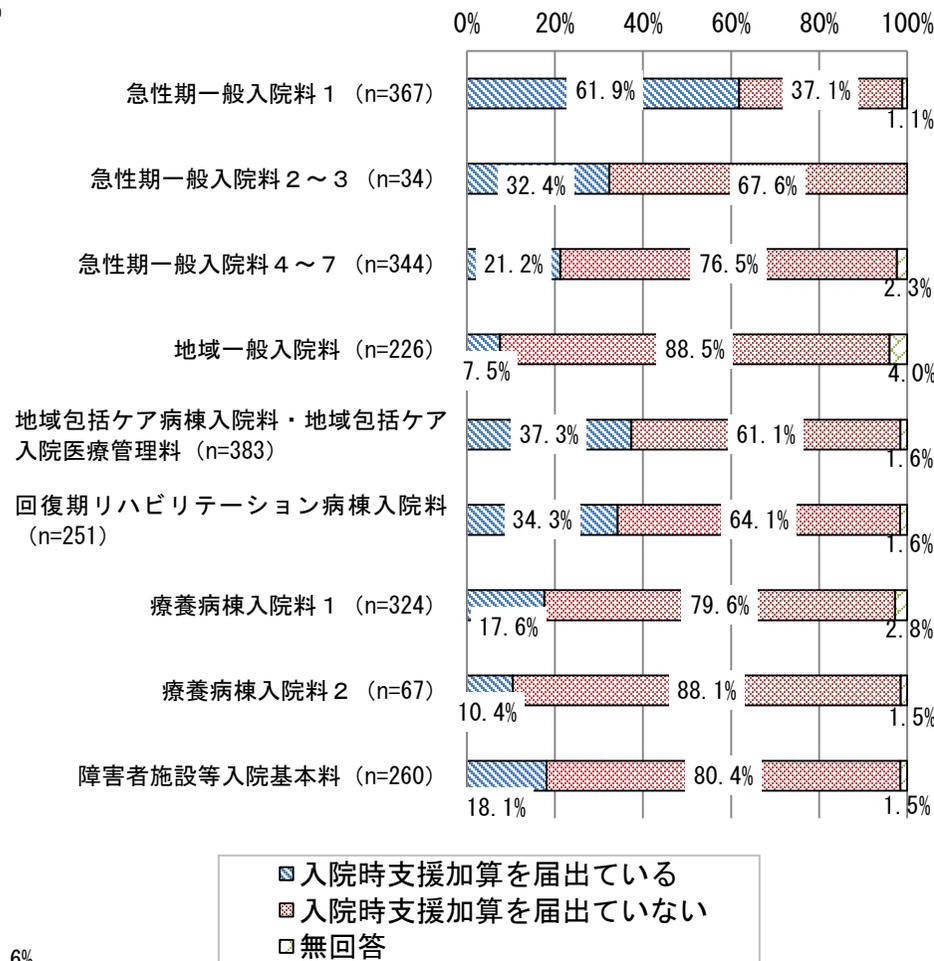
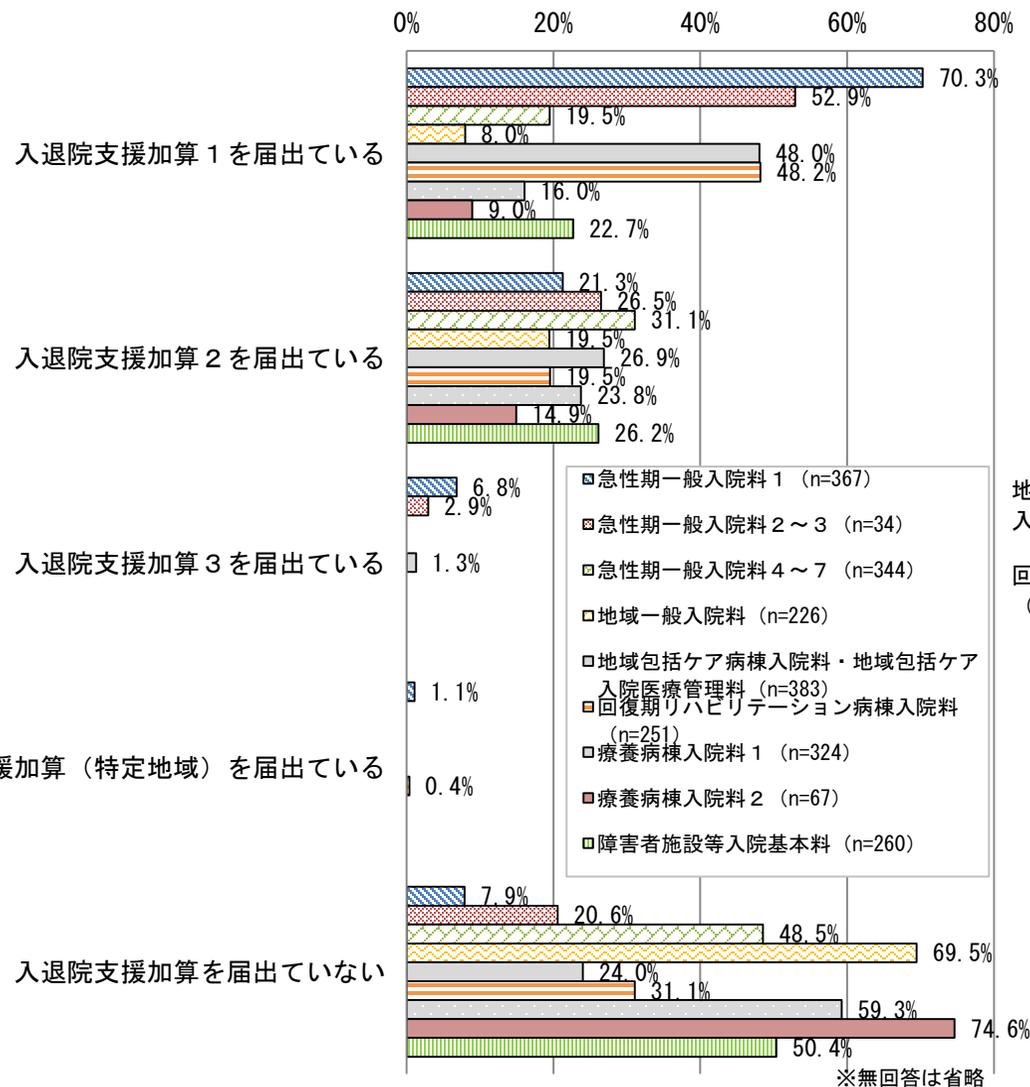
### **(新) 小児加算 200点(退院時1回)**

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。 **236**

○ 入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 での届出が多かった。

## 入退院支援加算の届出状況 (複数回答)

## 入院時支援加算の届出状況

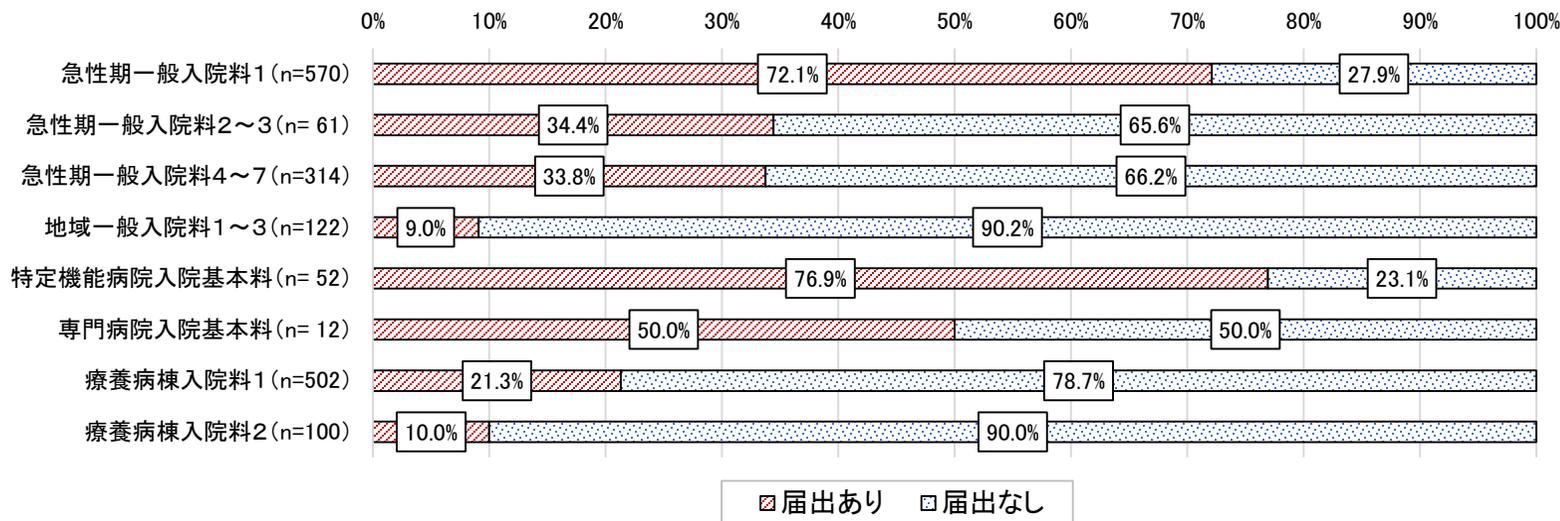


※届出区分無回答のものは除く

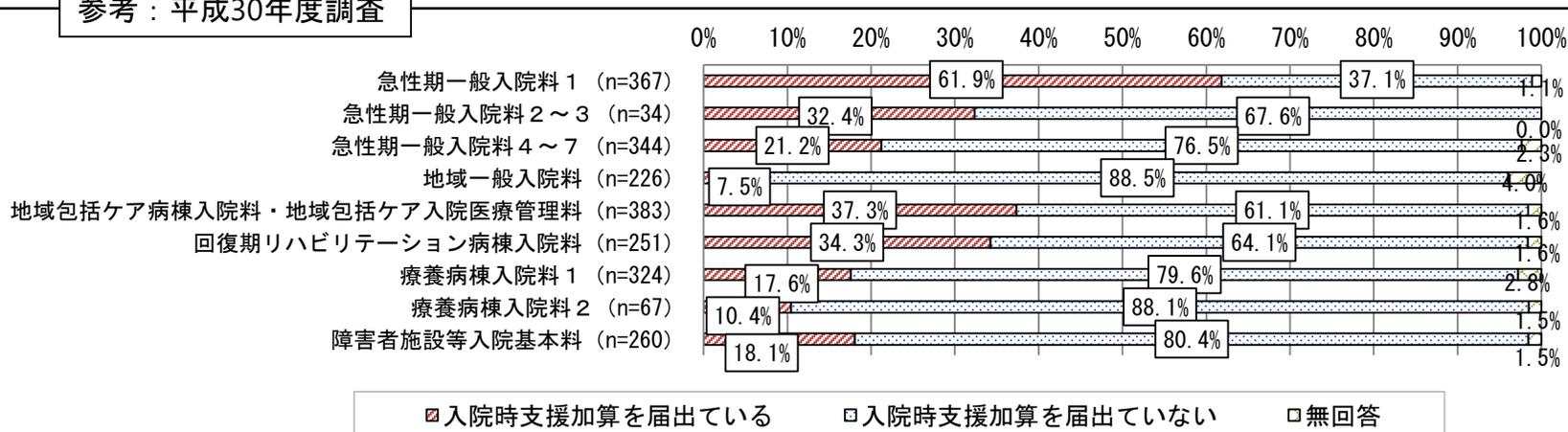
# 入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、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。

## 入院時支援加算の届出状況

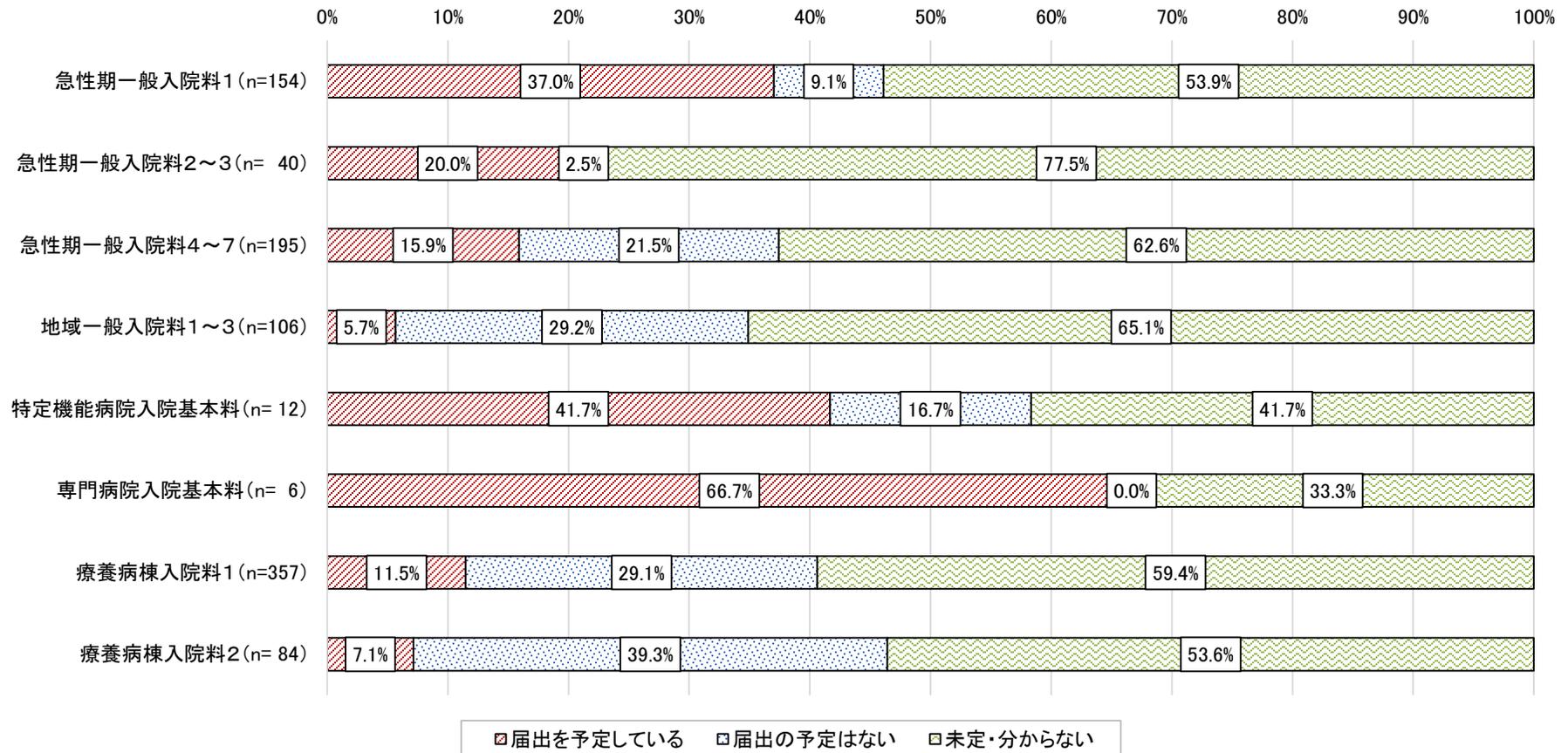


参考：平成30年度調査



○ 入院時支援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4割弱が届出を予定していた。

## 入院時支援加算の今後の届出意向

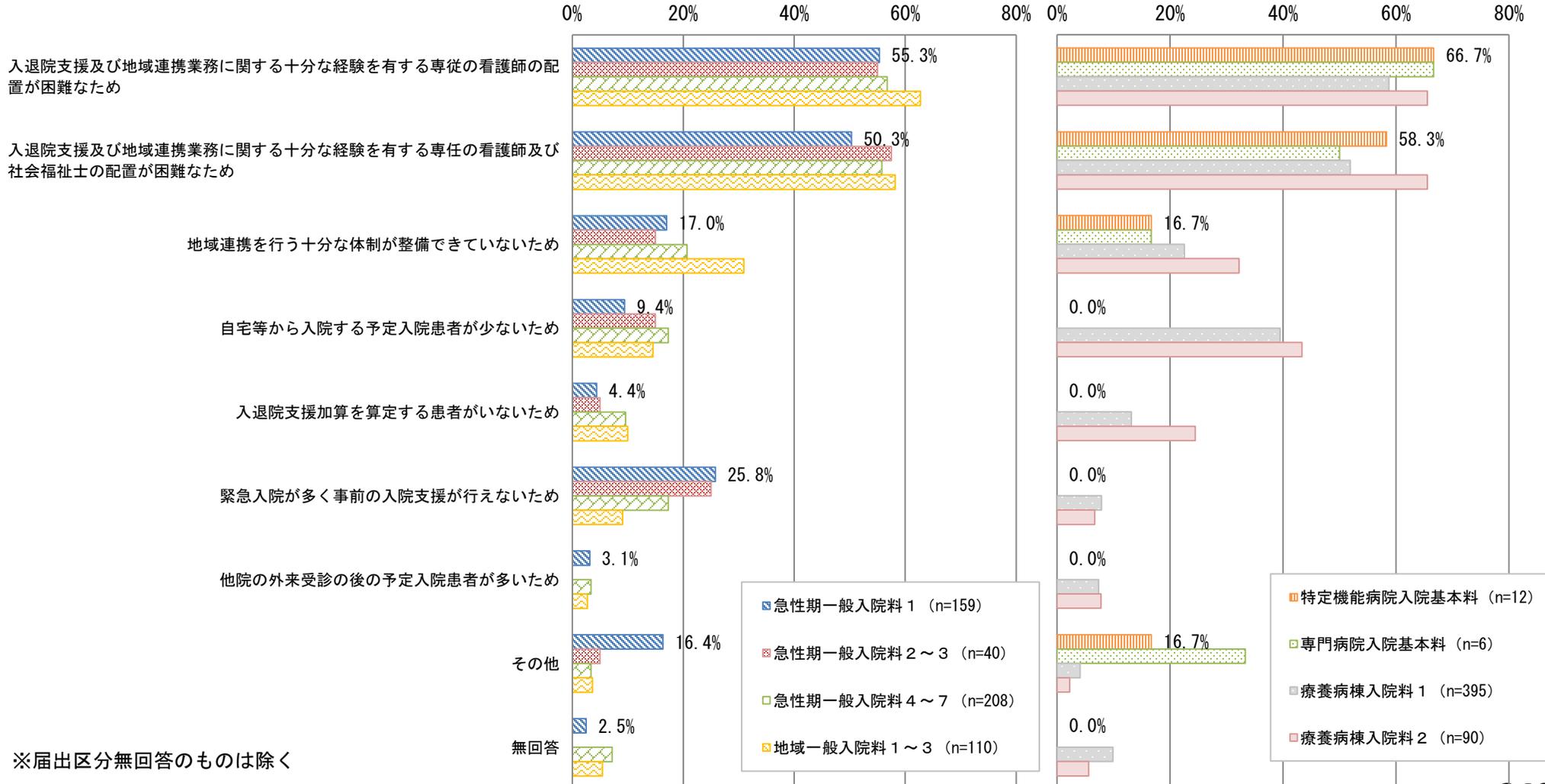


# 入院時支援加算を届出ることが困難な理由

○ 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

## 入院時支援加算を届出ることが困難な理由

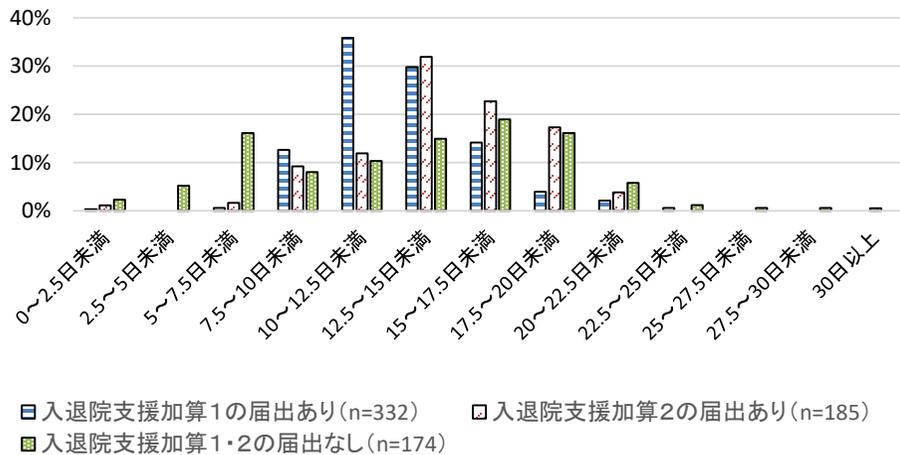
(複数回答)



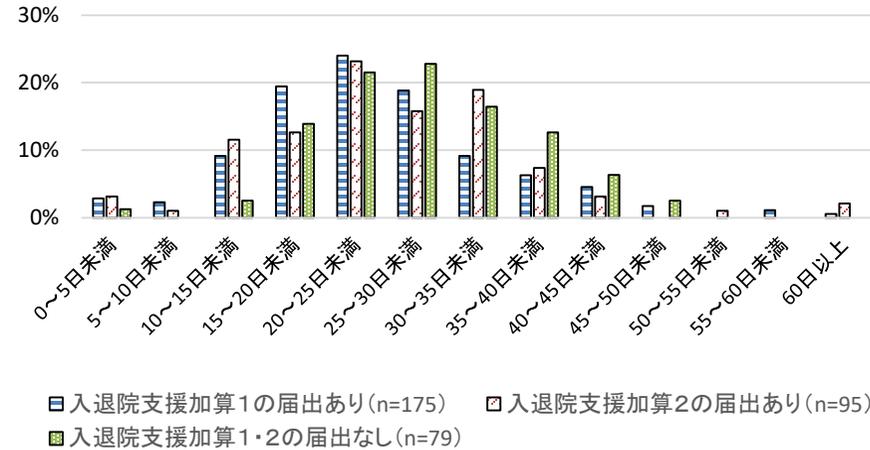
○ 入退院支援加算1・2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算1・2の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

## 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

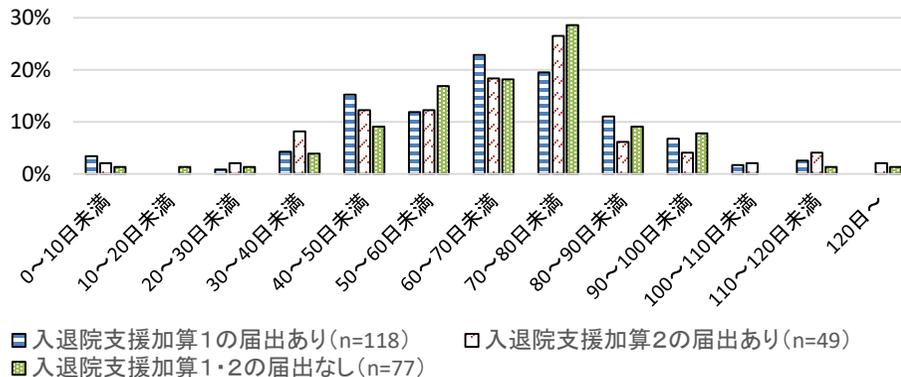
＜急性期一般入院基本料＞



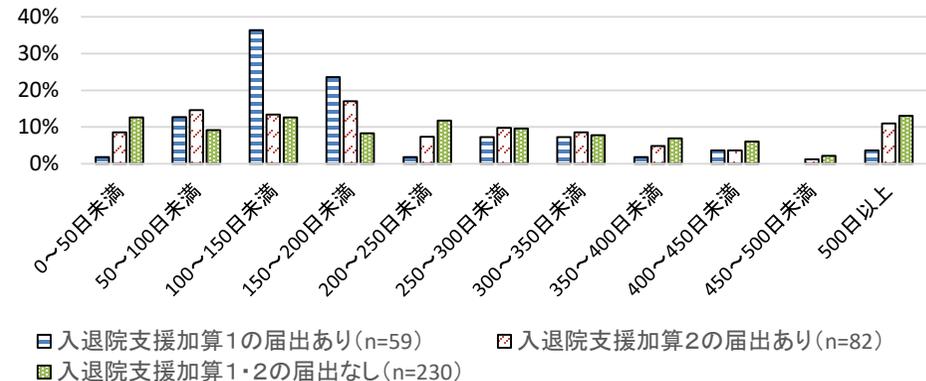
＜地域包括ケア病棟入院料＞



＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞

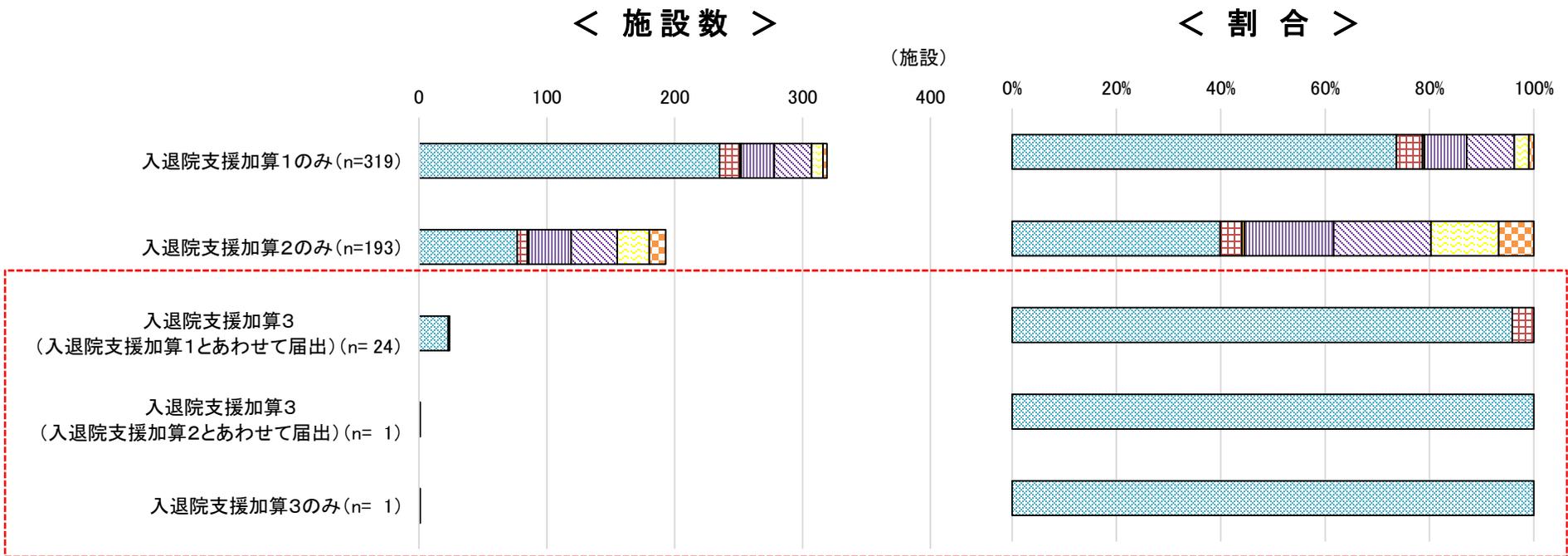


＜療養病棟入院基本料＞



○ 急性期一般入院基本料の届出施設のうち、入退院支援加算3を届出ている施設は、入退院支援加算1とあわせて届出ている施設が多く、ほとんどが急性期一般入院料1であった。

## 入退院支援加算の届出状況

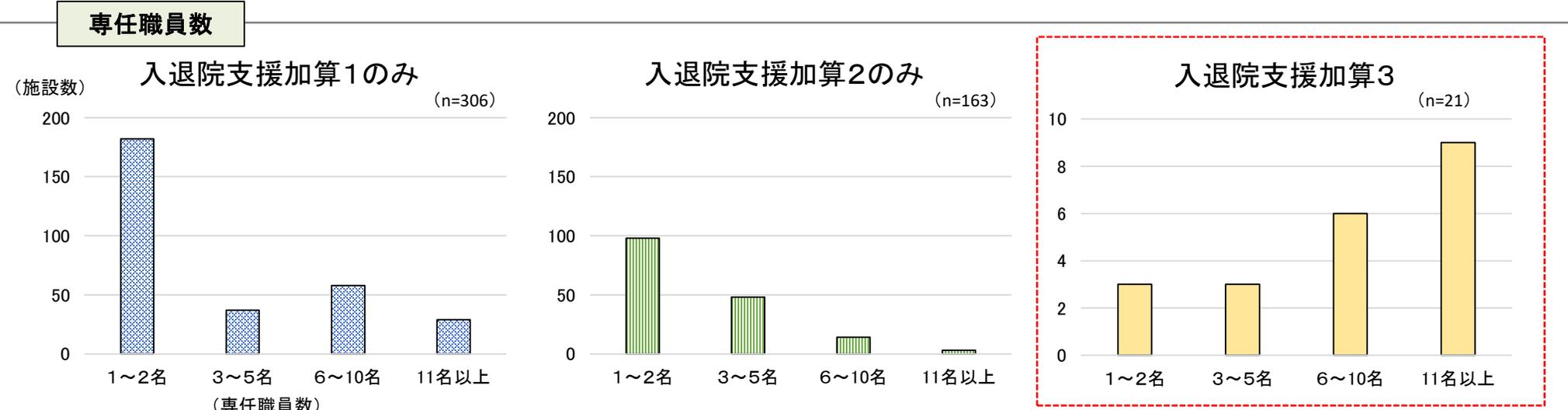
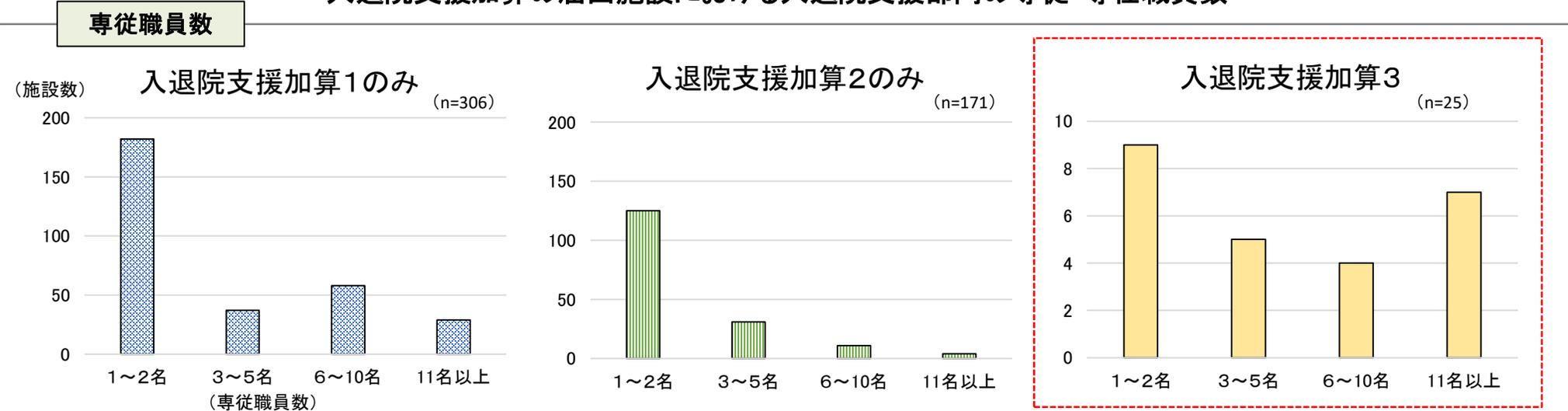


□急性期一般入院料1 □急性期一般入院料2 □急性期一般入院料3 □急性期一般入院料4 □急性期一般入院料5 □急性期一般入院料6 □急性期一般入院料7

# 入退院支援加算3の届出施設における入退院支援部門の専従・専任職員数

○ 入退院支援加算3の届出施設は、入退院支援加算1・2のみを届出ている施設に比べて、入退院支援部門の専従・専任職員数が多かった。

入退院支援加算の届出施設における入退院支援部門の専従・専任職員数



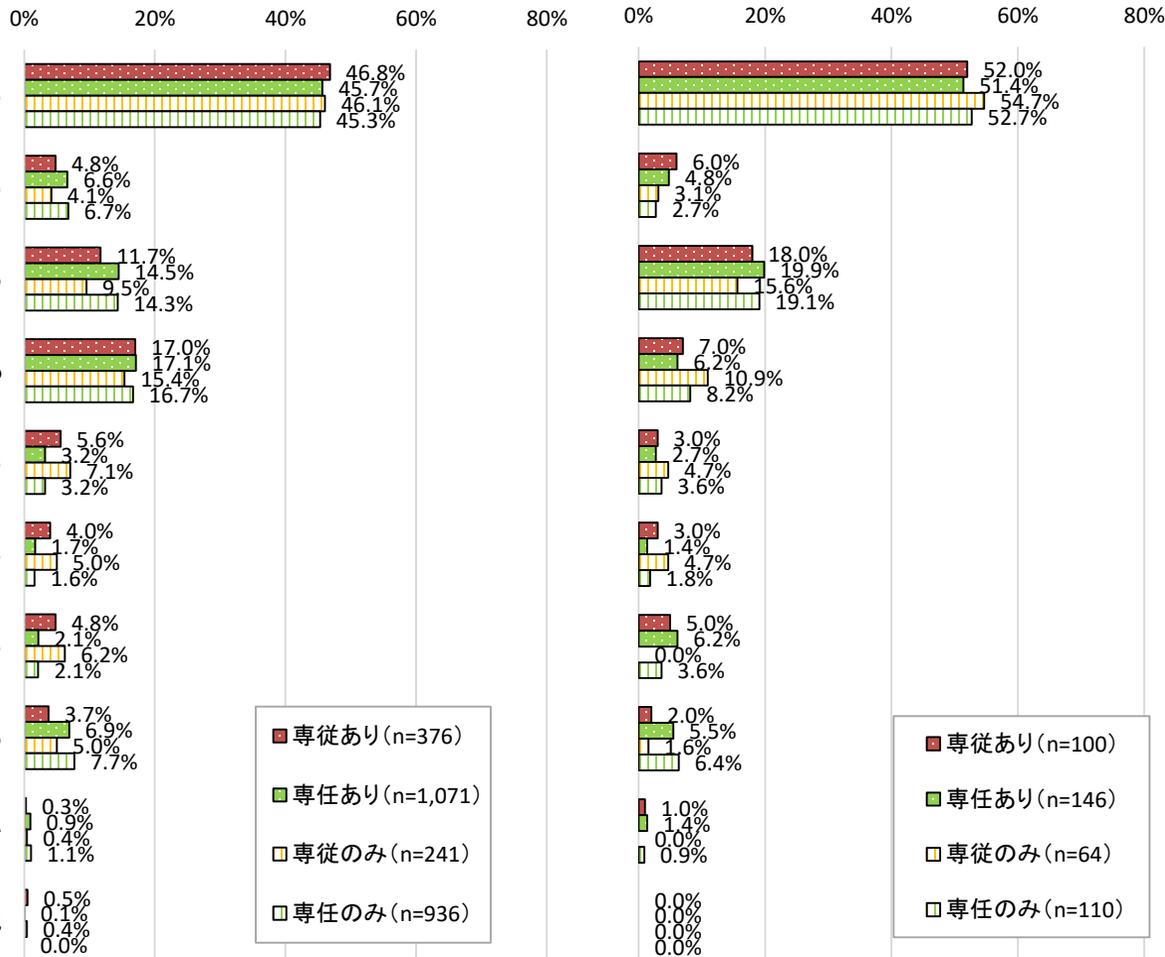
※届出区分、職員数が無回答のものは除く ※他票では入退院支援加算3の届出が少数であったためA票のみを集計  
※入退院支援加算3には、入退院支援加算1もしくは2とあわせて届け出ている施設も含む

○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。

## 病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)

＜急性期一般入院基本料＞

＜地域包括ケア病棟入院料＞



入退院支援加算の届出の有無にかかわらず、病棟に入退院支援及び地域連携業務に従事する専従もしくは専任の職員（看護師、相談員、その他の職員）を配置している場合の職員数について回答。

- 1名でも専従職員がいる場合 ⇒ 「専従あり」に区分
- 1名でも専任職員がいる場合 ⇒ 「専任あり」に区分
- 専従職員のみの場合 ⇒ 「専従のみ」に区分
- 専任職員のみの場合 ⇒ 「専任のみ」に区分

(※例えば、「専従あり」には「専従のみ」の施設が含まれる)

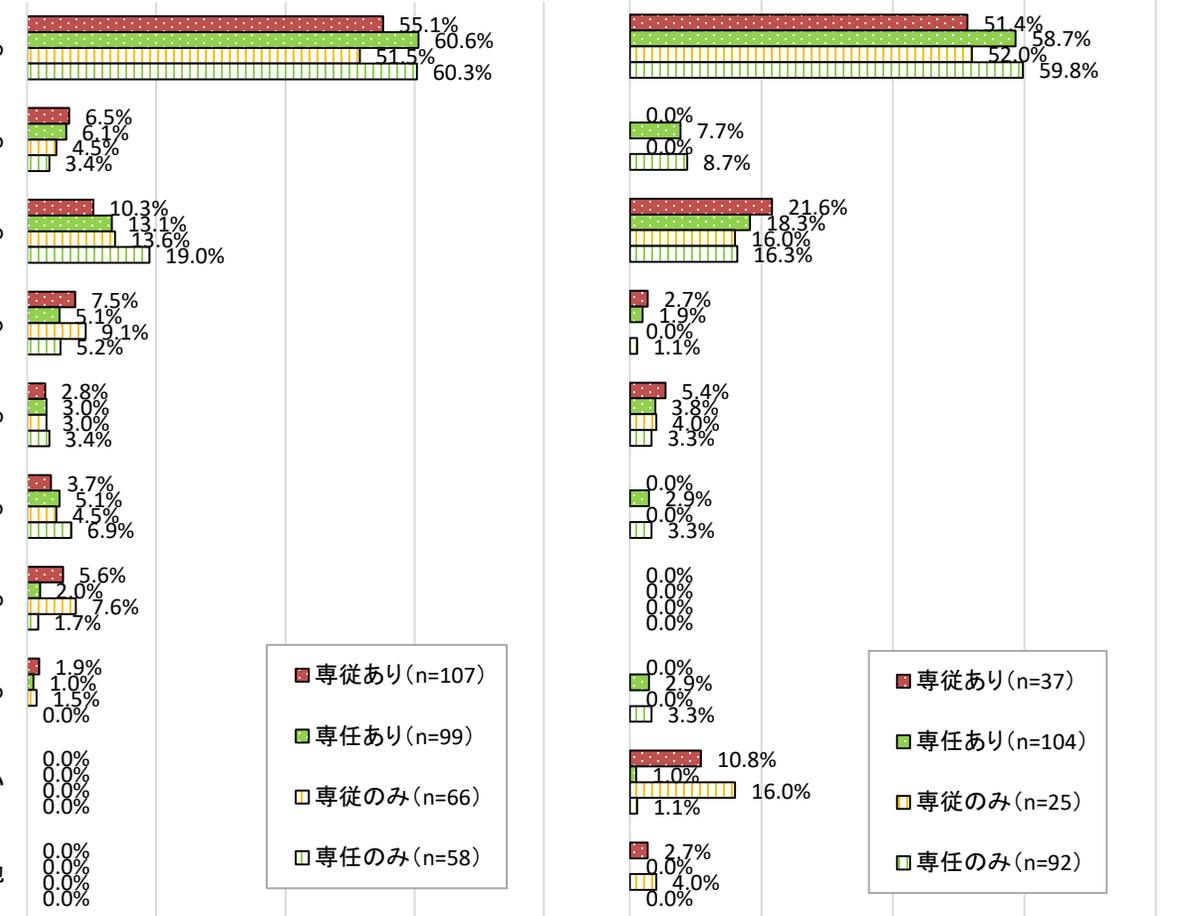
○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。

## 病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)

### <回復期リハビリテーション病棟入院料>

### <療養病棟入院基本料>

0% 20% 40% 60% 80%



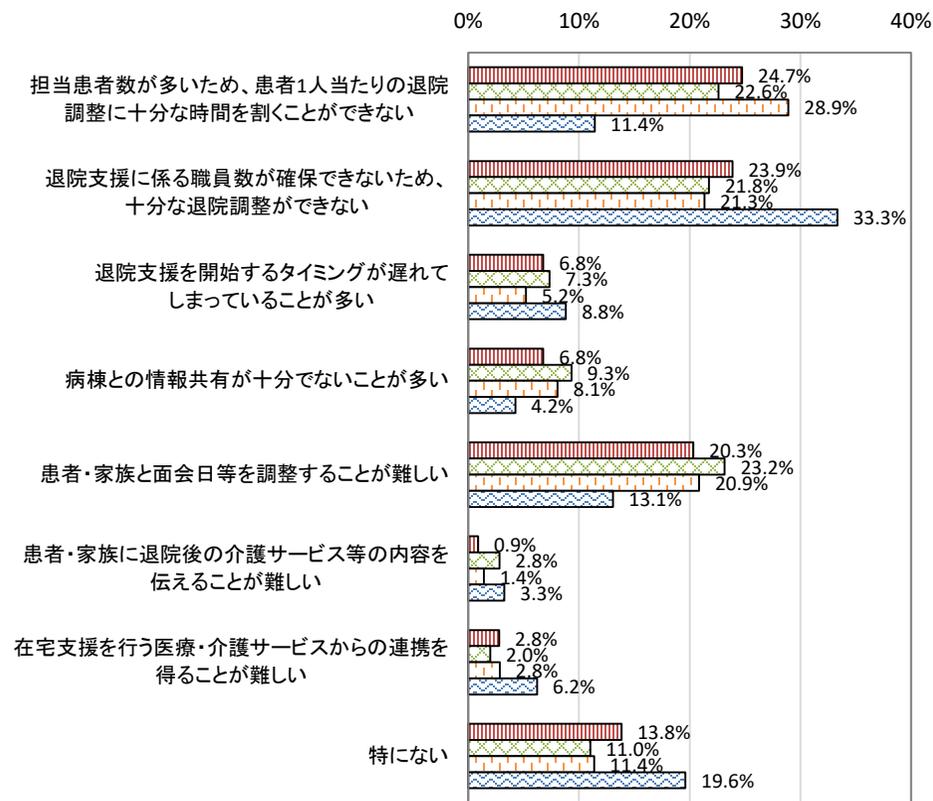
入退院支援加算の届出の有無にかかわらず、病棟に入退院支援及び地域連携業務に従事する専従もしくは専任の職員（看護師、相談員、その他の職員）を配置している場合の職員数について回答。

- 1名でも専従職員がいる場合 ⇒ 「専従あり」に区分
- 1名でも専任職員がいる場合 ⇒ 「専任あり」に区分
- 専従職員のみの場合 ⇒ 「専従のみ」に区分
- 専任職員のみの場合 ⇒ 「専任のみ」に区分

(※例えば、「専従あり」には「専従のみ」の施設が含まれる)

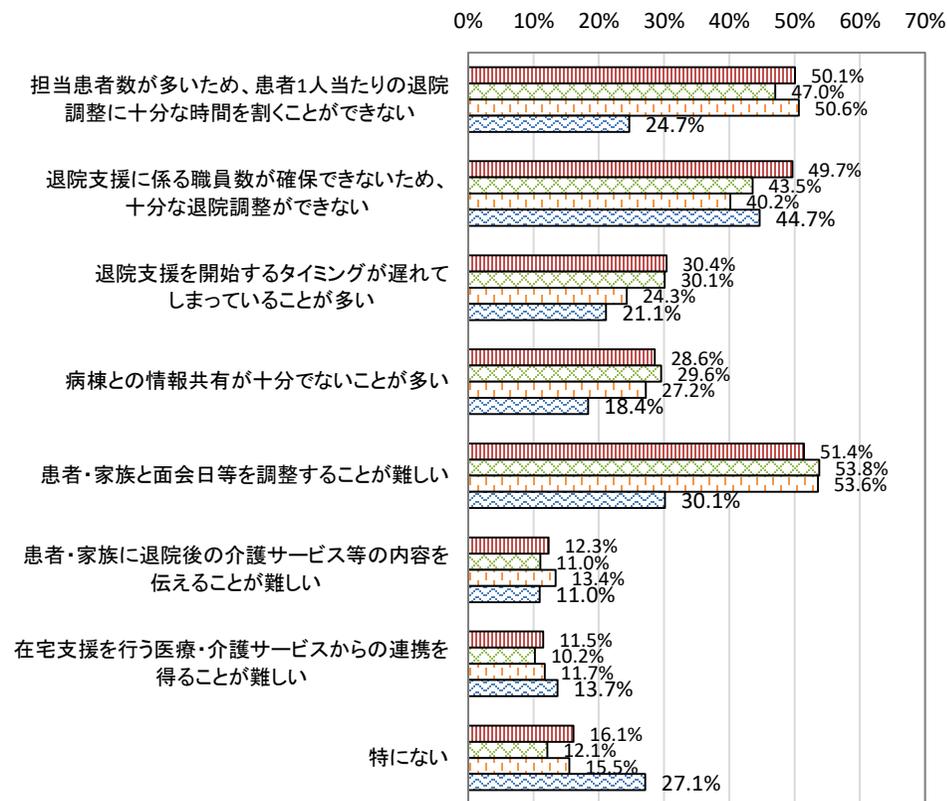
○ 施設において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として、「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

## 退院支援の取組等を困難にしている事項 (最も該当するもの)



□ 急性期一般入院基本料 (n=679) □ 地域包括ケア病棟入院料 (n=354)  
□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=211) □ 療養病棟入院基本料 (n=306)

## 退院支援の取組等を困難にしている事項 (複数回答)

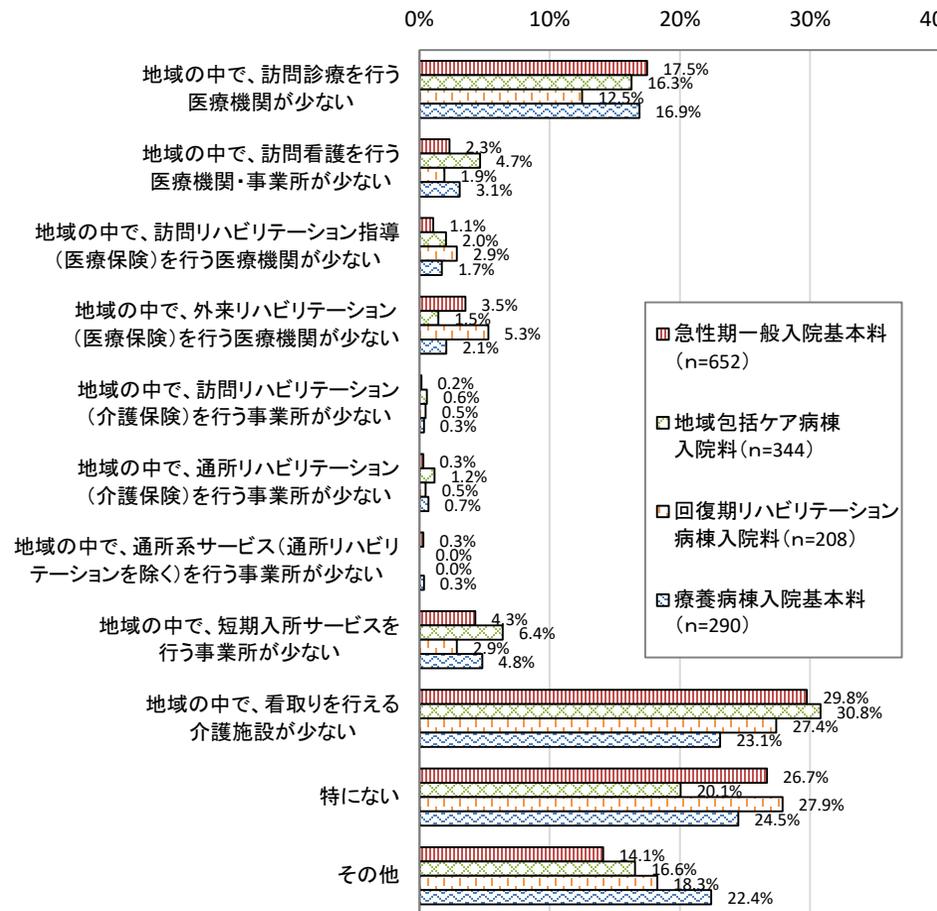


□ 急性期一般入院基本料 (n=731) □ 地域包括ケア病棟入院料 (n=372)  
□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=239) □ 療養病棟入院基本料 (n=365)

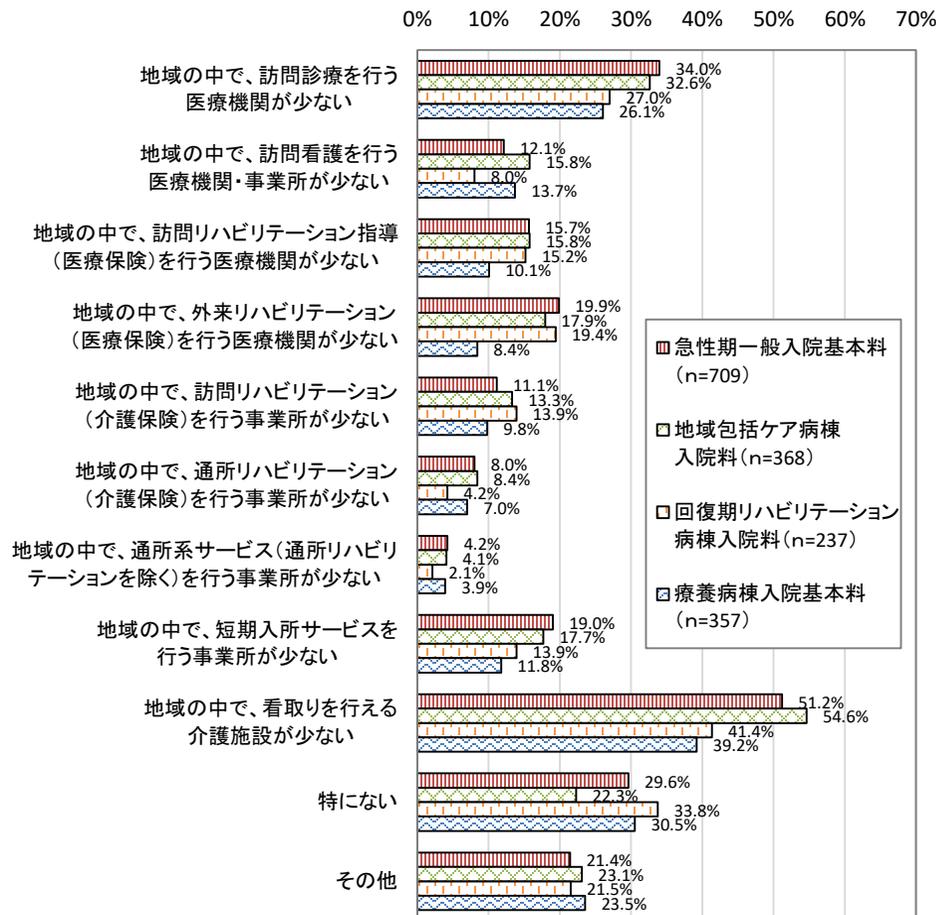
# 施設において退院を困難にしている事項

○ 「退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項」の他に、施設において、患者の退院を困難にしている事項をみると、全体として、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」が多かった。

## 退院を困難にしている事項 (最も該当するもの)



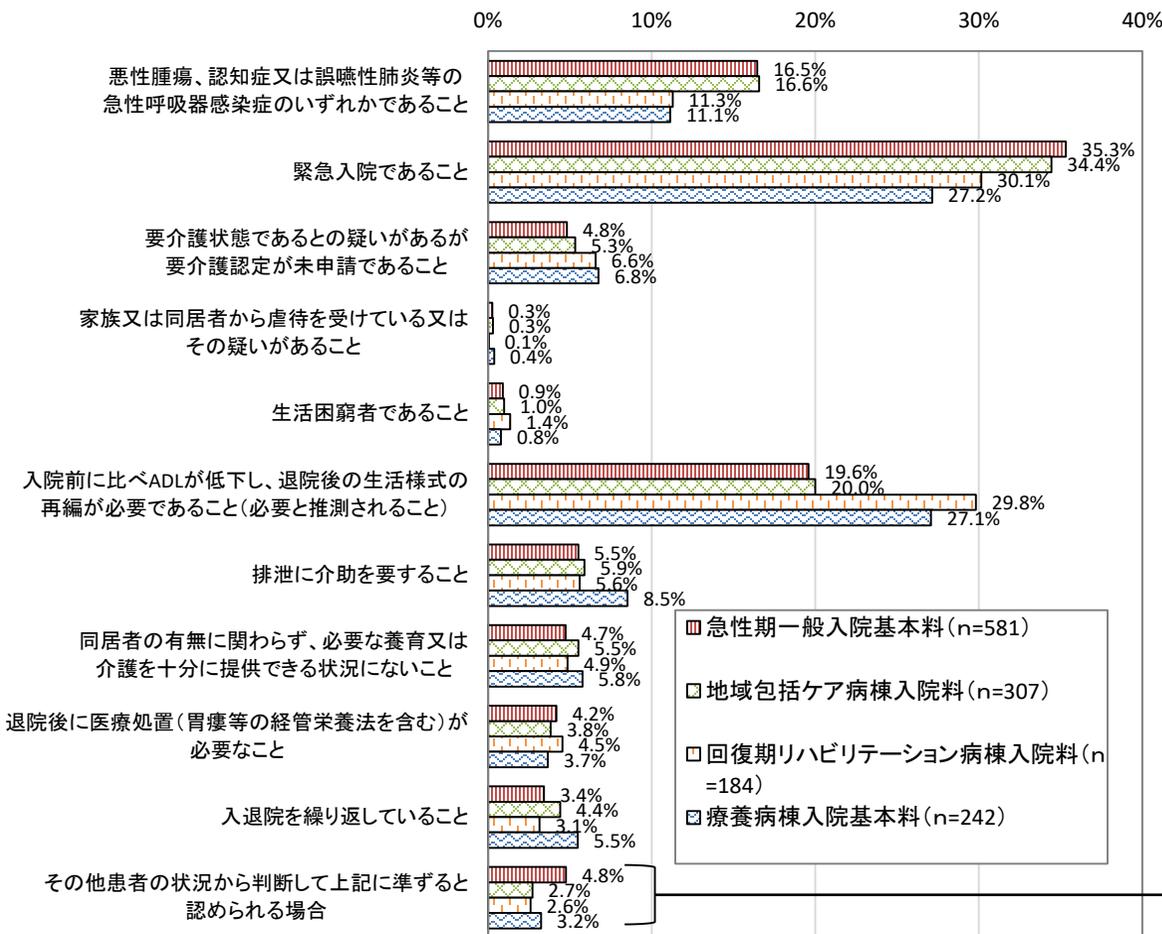
## 退院を困難にしている事項 (複数回答)



# 入退院支援加算の算定要件の「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算1又は2を算定した患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても、「緊急入院であること」が最も多く、次いで、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」が多かった。

## 入退院支援加算1又は2を算定する患者の「退院困難な要因」(主なもの1つ)



## 「その他」の具体的内容(主なもの) A~C票(n=176)

### <本人の状態(疾病等)>

- 認知機能低下
- 精神疾患がある  
(例: 知的障害、アルコール依存症、自閉症等)
- その他の疾病管理  
(例: パーキンソン病、難病、小児疾患等)
- その他の医学的管理  
(例: 透析導入、インスリン導入、ペースメーカー導入、術後、DOTS支援等)
- リハビリが必要な状態

### <本人の状態(疾病等以外)>

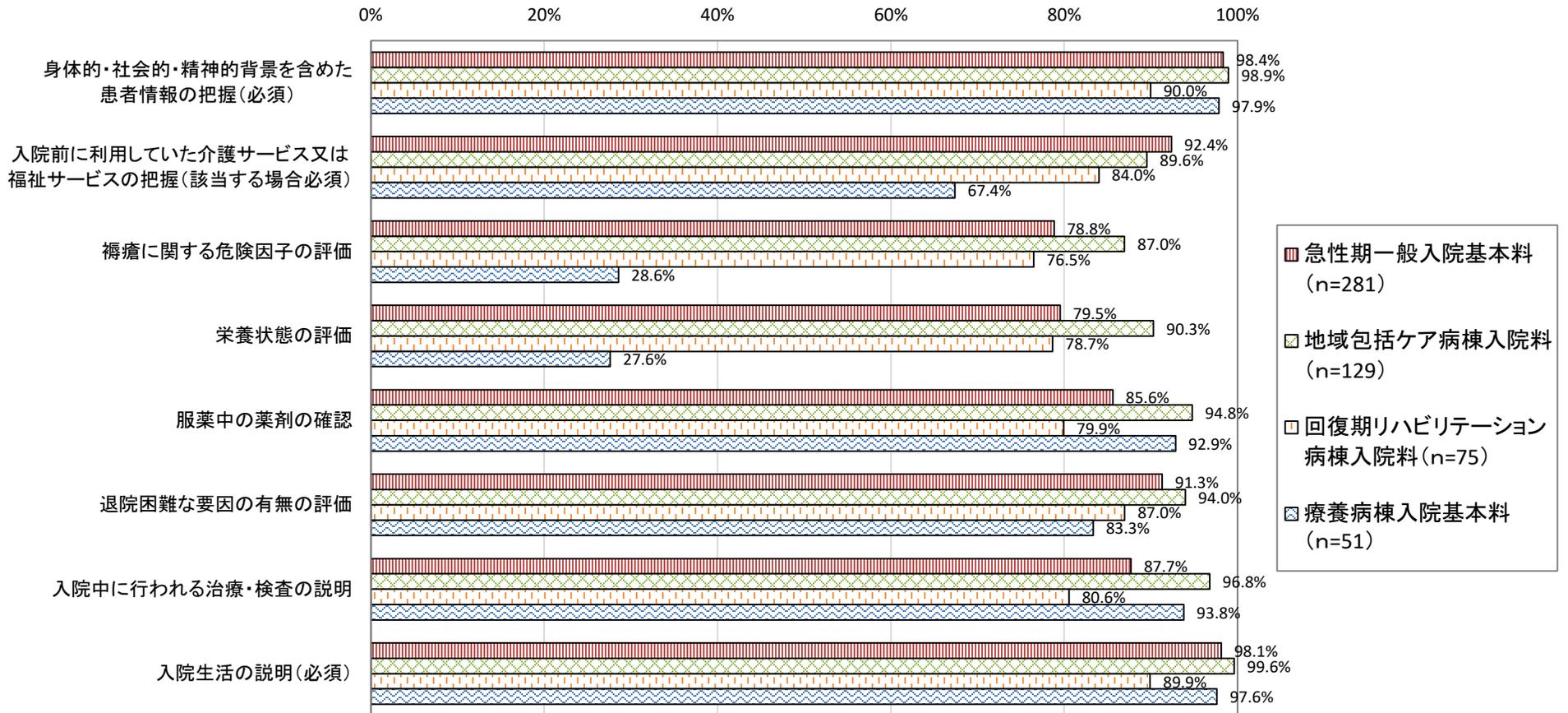
- 栄養管理が必要
- 内服管理が必要
- 介護施設入居者
- 障害者手帳や生活保護等の準備が必要

### <家族・家庭の理由>

- 家族に疾病やADL低下がある
  - 介護者の休息が必要(レスパイト)
  - 家族関係に問題がある・家族の理解が得られない
  - 自宅が遠方
  - 独居・身寄りがない
  - 高齢世帯
- 等

○ 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届出ている施設においては、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

## 入院前に実施した事項(複数回答)



# 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。

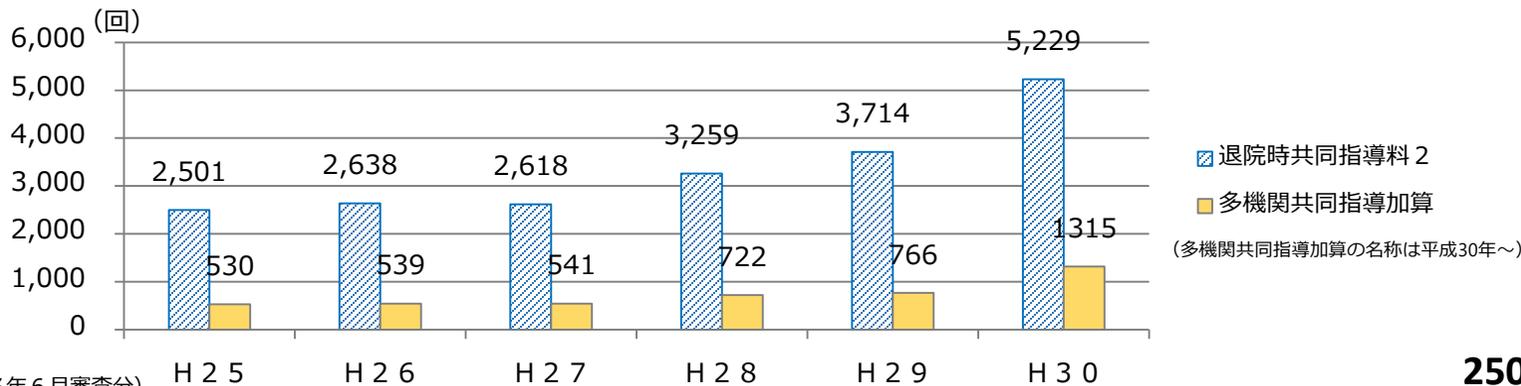
○ 当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若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



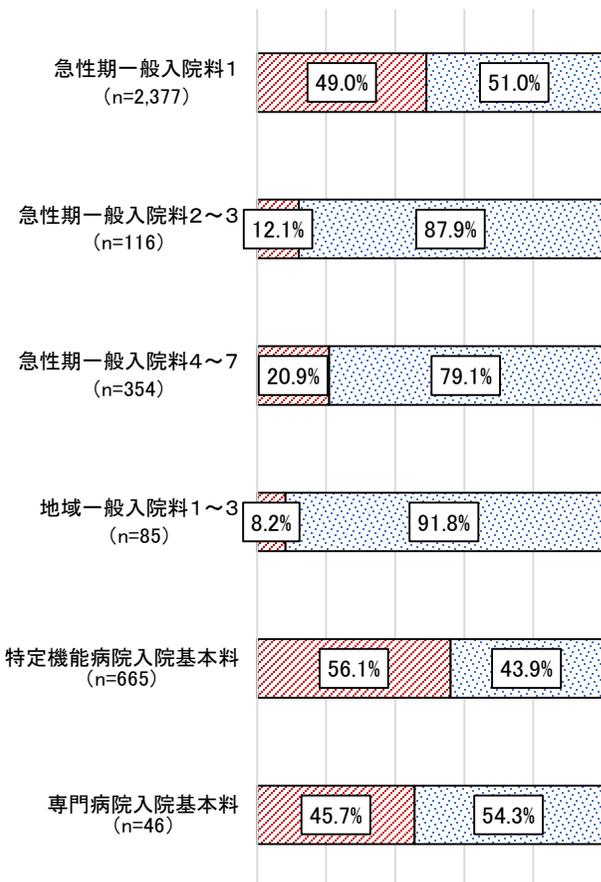
改定後(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 <b>薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士</b>	
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等、 <b>薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士</b>
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師、 <b>看護師等</b> ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・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

- 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 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

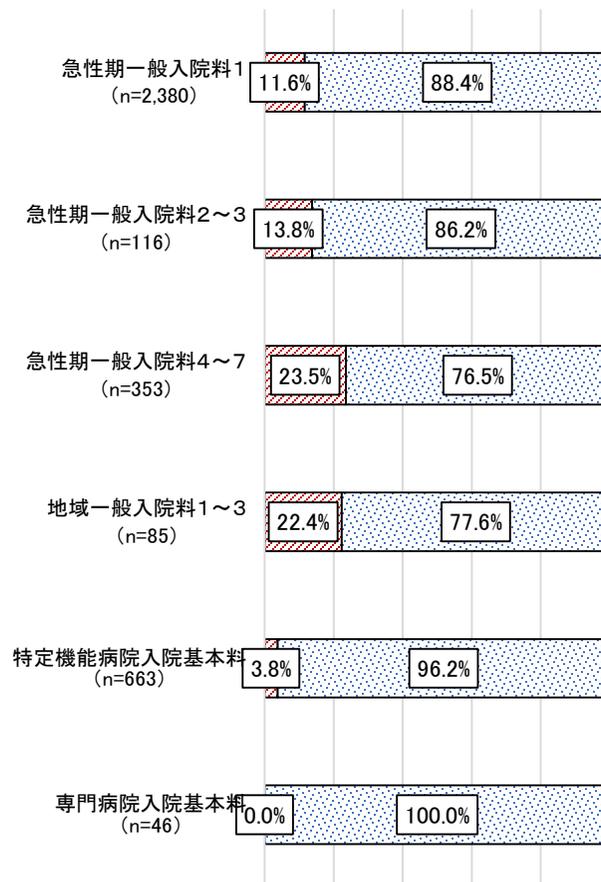
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

## 退院前訪問指導料

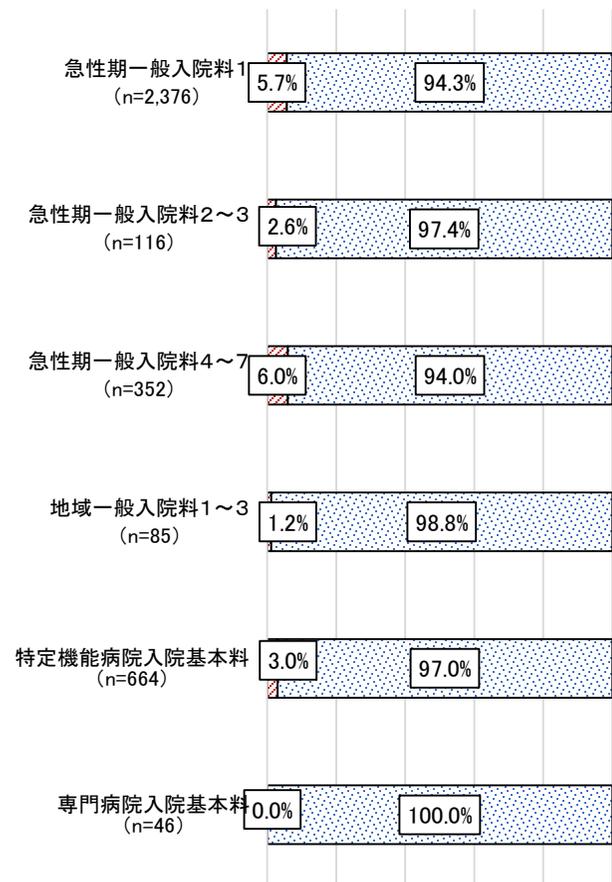
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■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

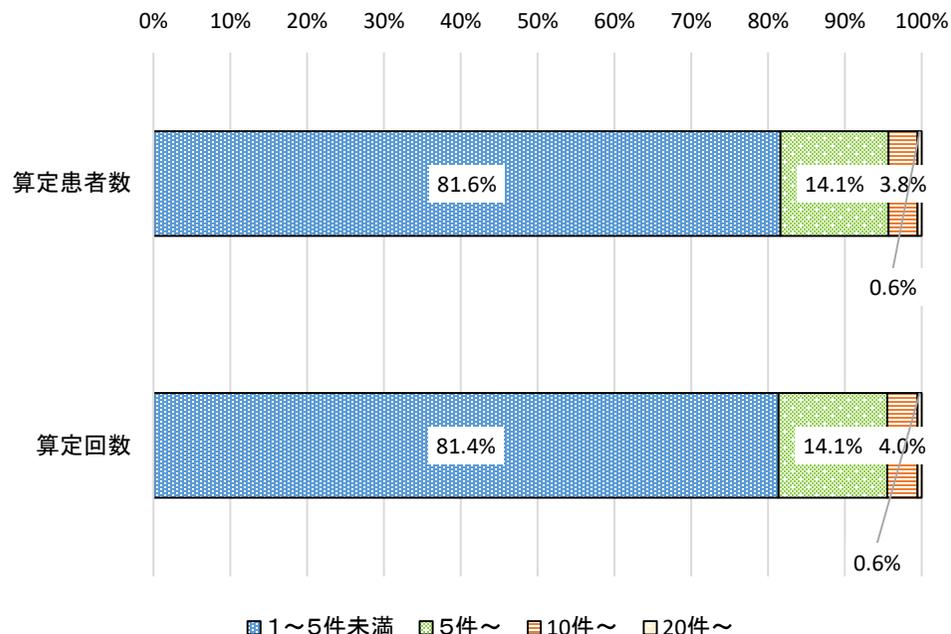
- 退院時共同指導料 2 を算定していた施設の算定患者数は、平均3.1人／3か月であった。
- 多機関共同指導加算を算定していた施設の算定患者数は、平均1.8人／3か月であり、うち、ビデオ通話を用いた共同指導が 1 件あった。

## 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)

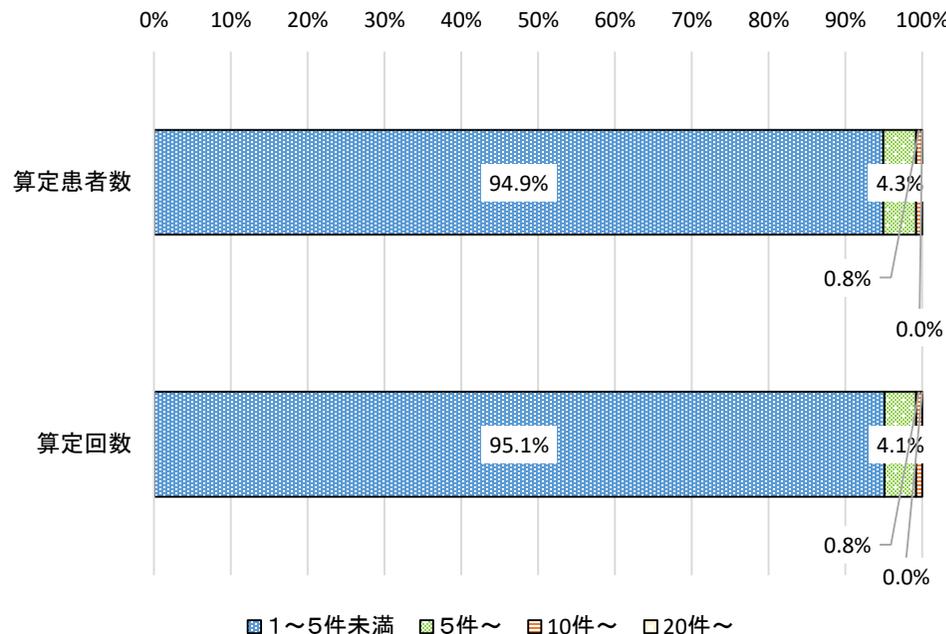
うち、ビデオ通話を用いた共同指導: 0件



### <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

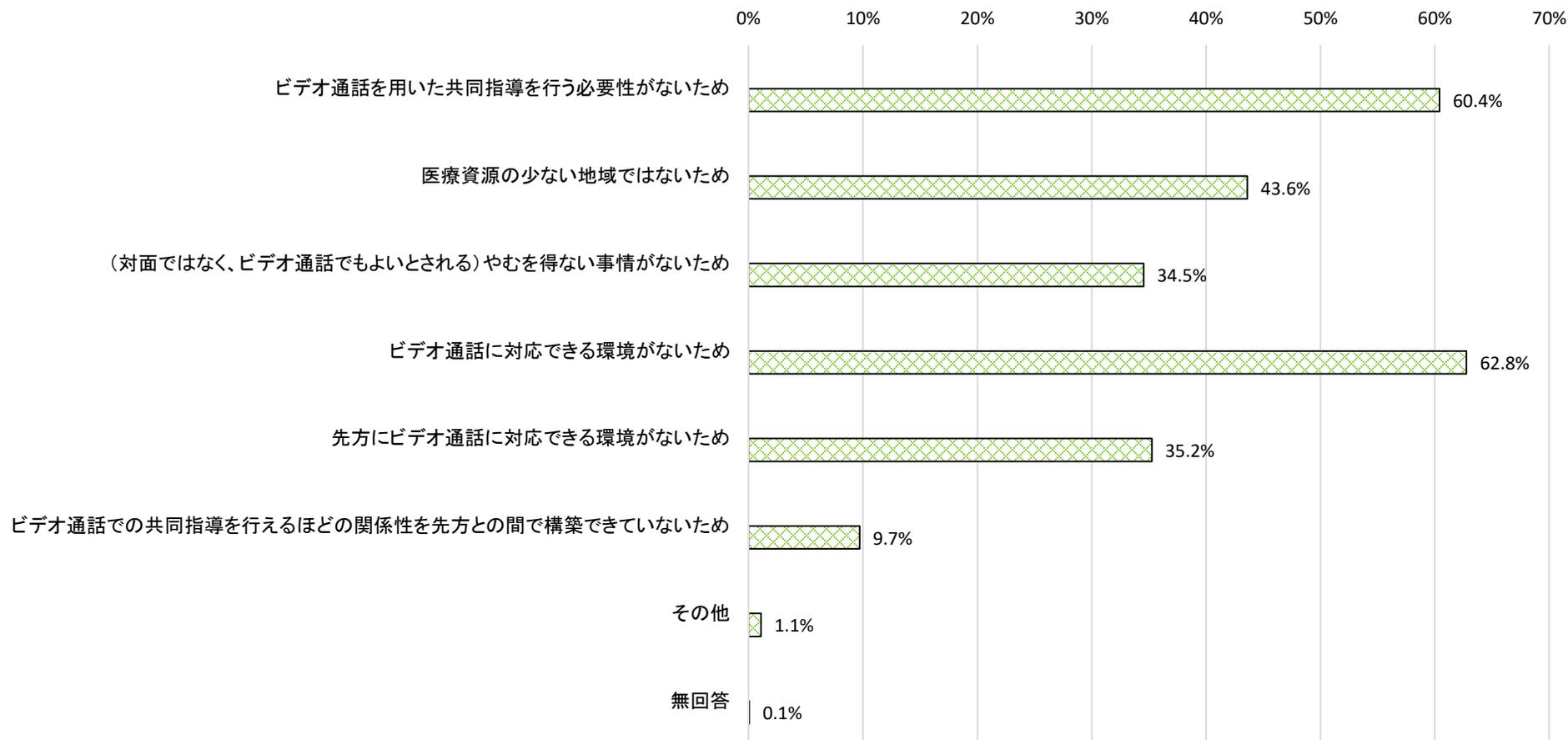


ビデオ通話を用いた共同指導とは、医療資源が少ない地域でやむを得ない事情等がある場合（退院時共同指導料 2）、もしくは、やむを得ない事情により関係者のいずれかが患者が入院している医療機関に赴けない場合（多機関共同指導加算）に、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行うことを指す。

- 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。

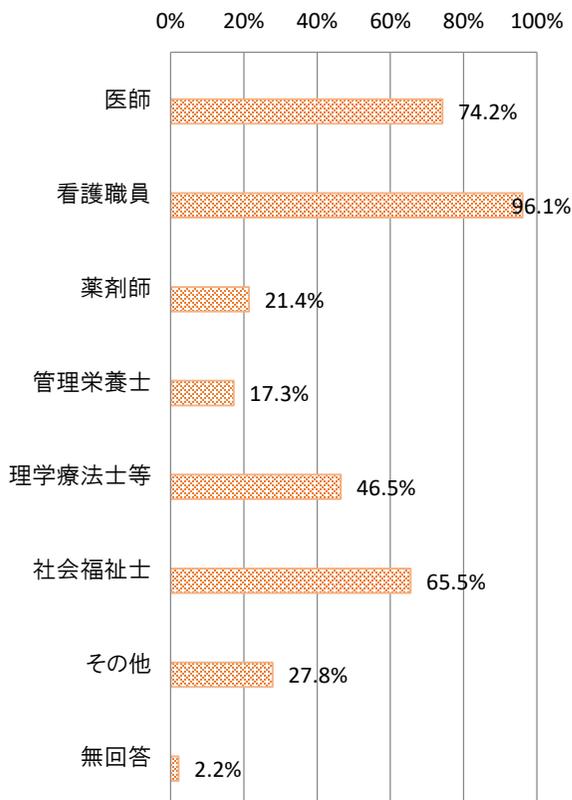
## ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由

(複数回答、n=1,566)



- 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



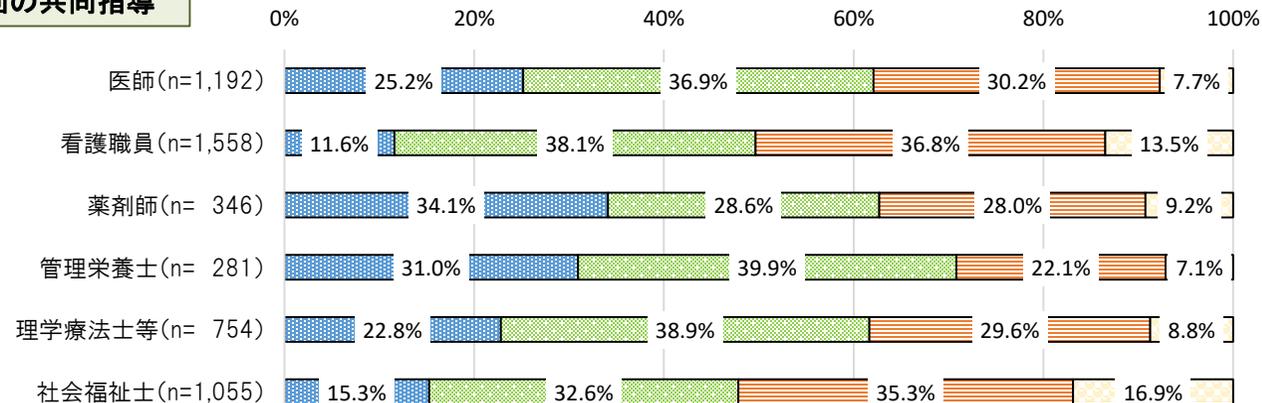
(複数回答、n=1,657)

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

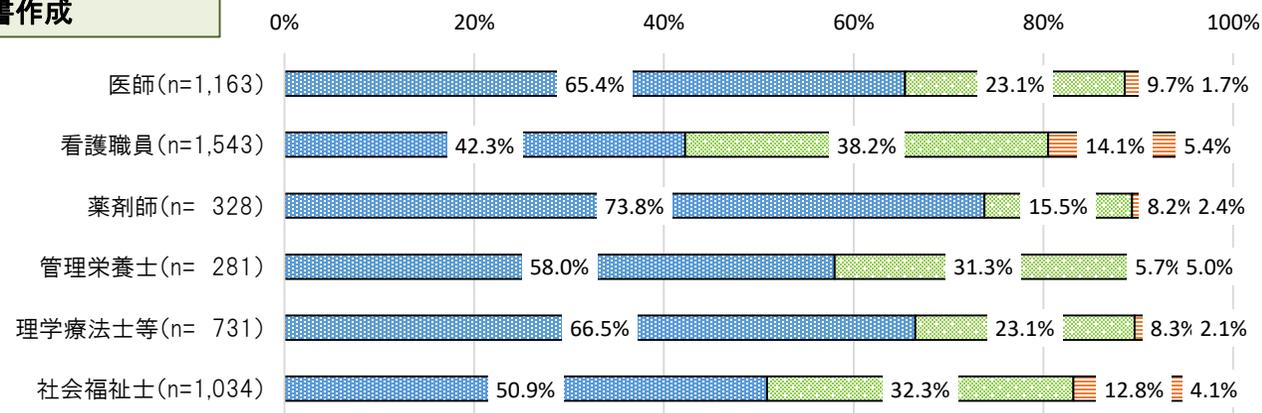
## 共同指導に係る時間

※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

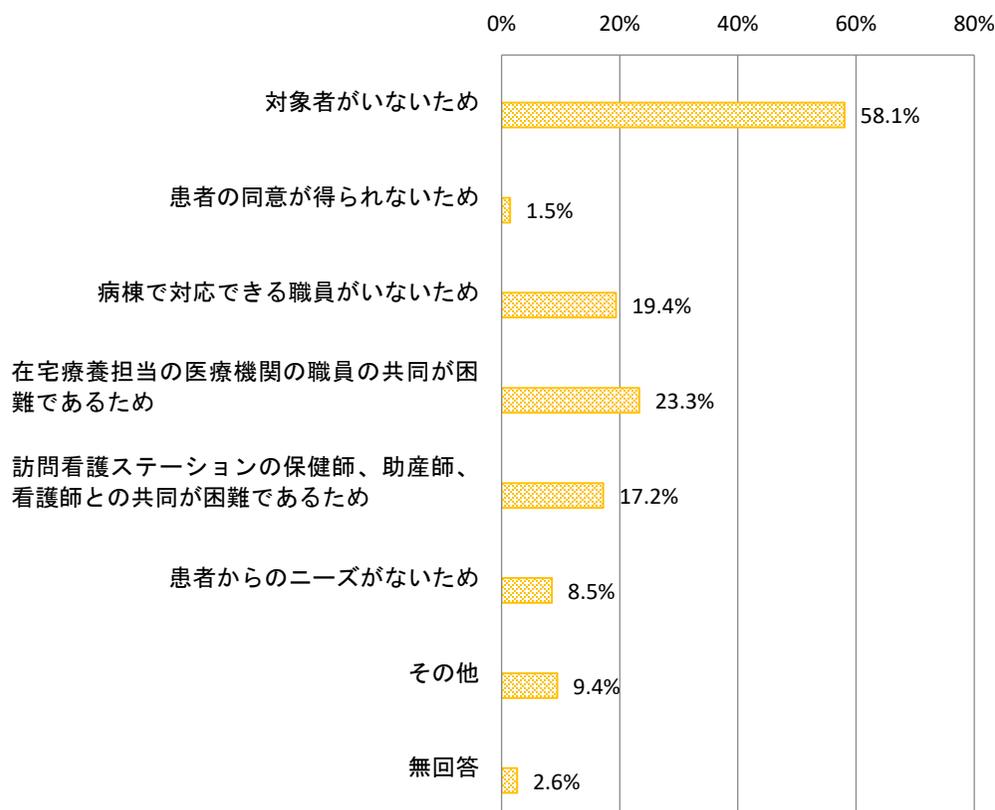
①は、患者への説明・指導だけでなく、事前や事後の打ち合わせ等の時間も含んだ平均的な時間を指す。(ただし②は含まない)  
②は、退院時共同指導料2の算定要件である文書による患者への情報提供に当たって、その文書作成にかかった平均的な時間を指す。

# 退院時共同指導料 2 を算定していない理由

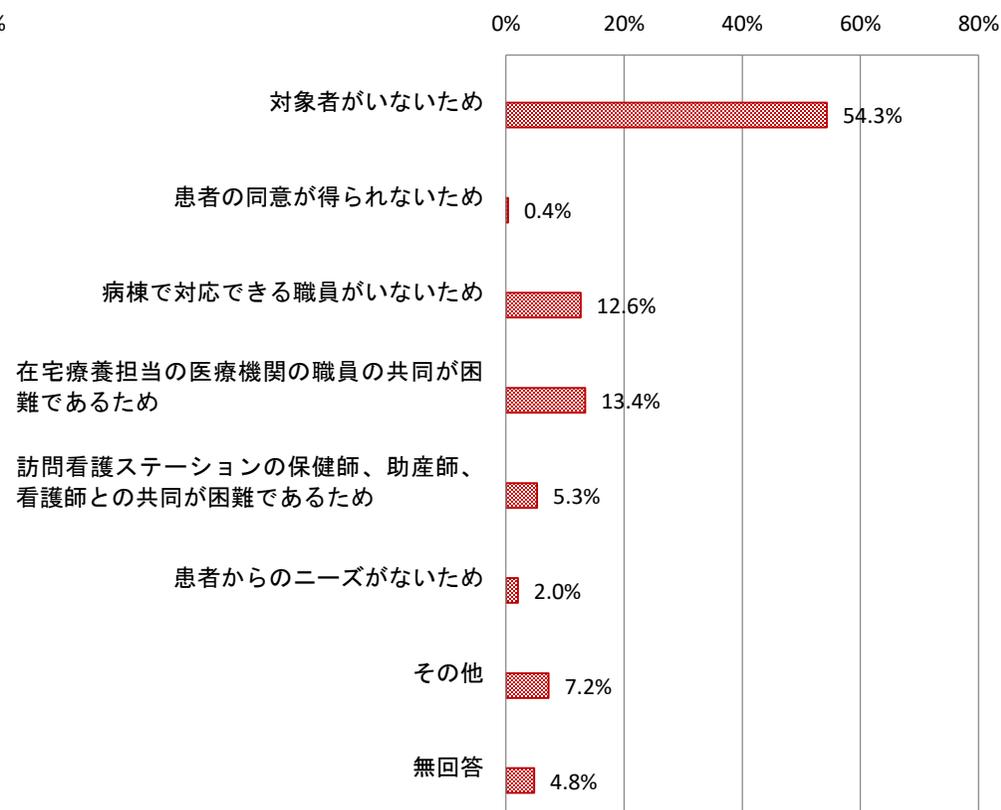
- 退院時共同指導料 2 を算定していない理由をみると、「対象者がいないため」が最も多く、次いで「在宅療養担当の医療機関の職員の共同が困難であるため」「病棟で対応できる職員がいないため」が多かった。

## 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



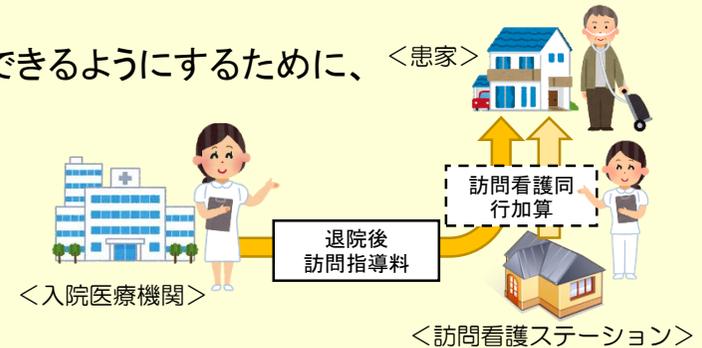
○ 退院前訪問看護指導料の算定件数は横ばい、退院後訪問看護指導料及び訪問看護同行加算の算定件数は増加傾向にある。

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]

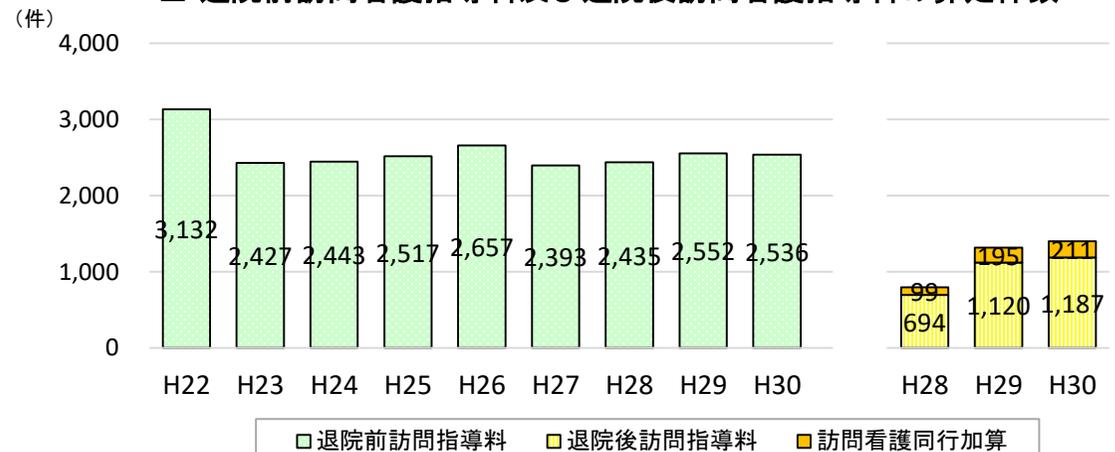
- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※  
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

## <参考> 退院前訪問指導料 580点

[算定要件]

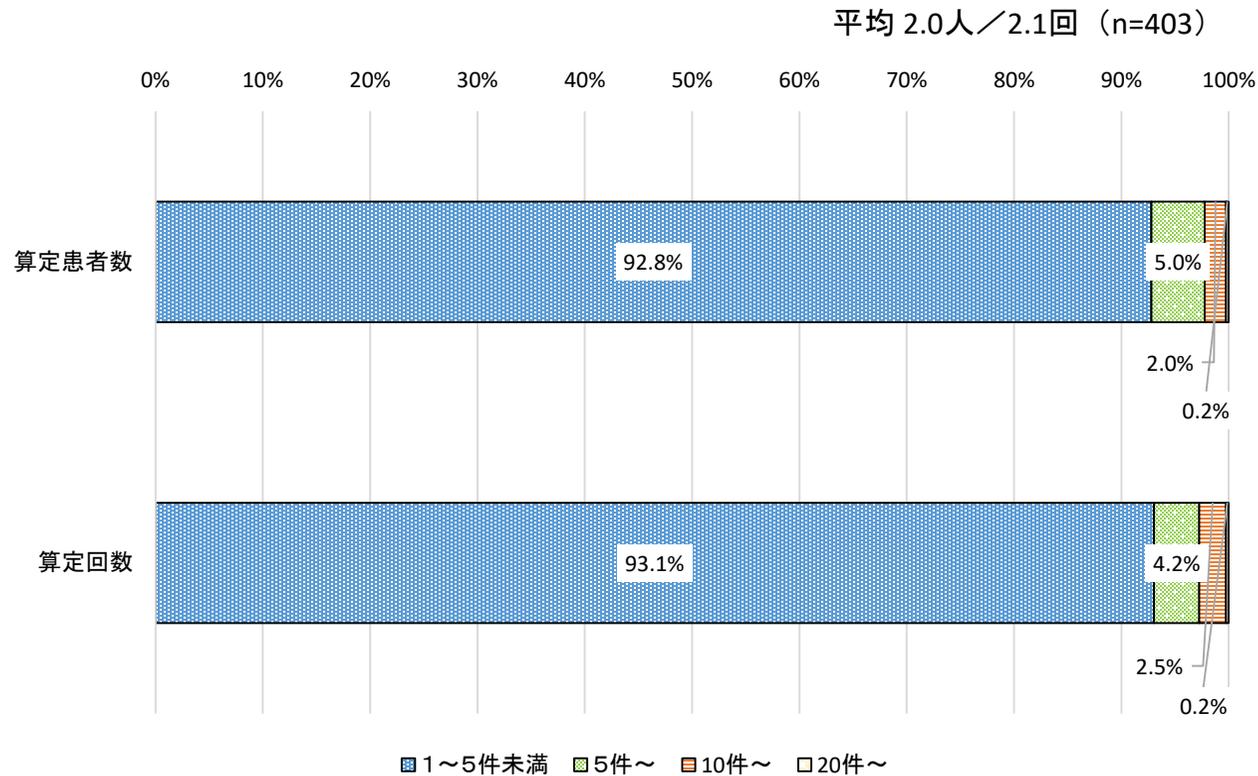
- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。
- ② 算定回数: 入院中1回(入院後早期に退院前訪問看護の必要があると認められる場合は2回)
- ③ 医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等も可能。

■ 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



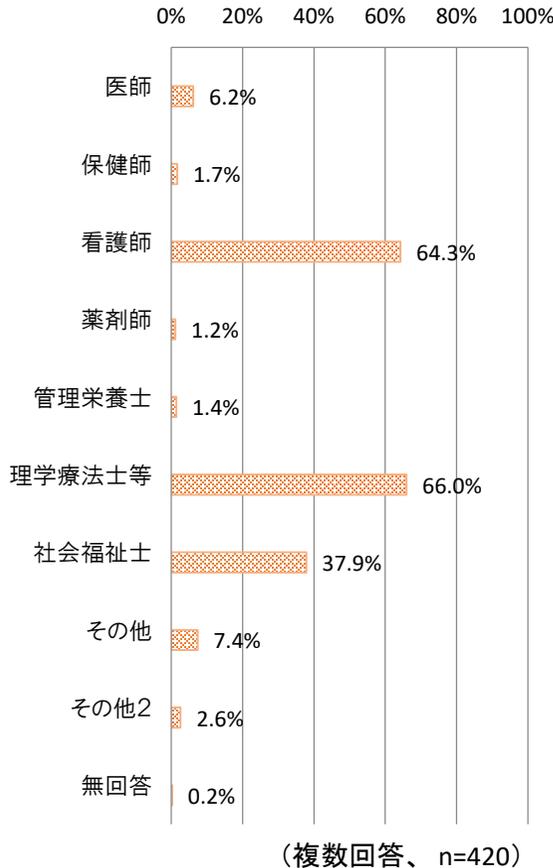
○ 退院前訪問指導料を算定していた施設の算定患者数は、平均2.0人／3か月であった。

## 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

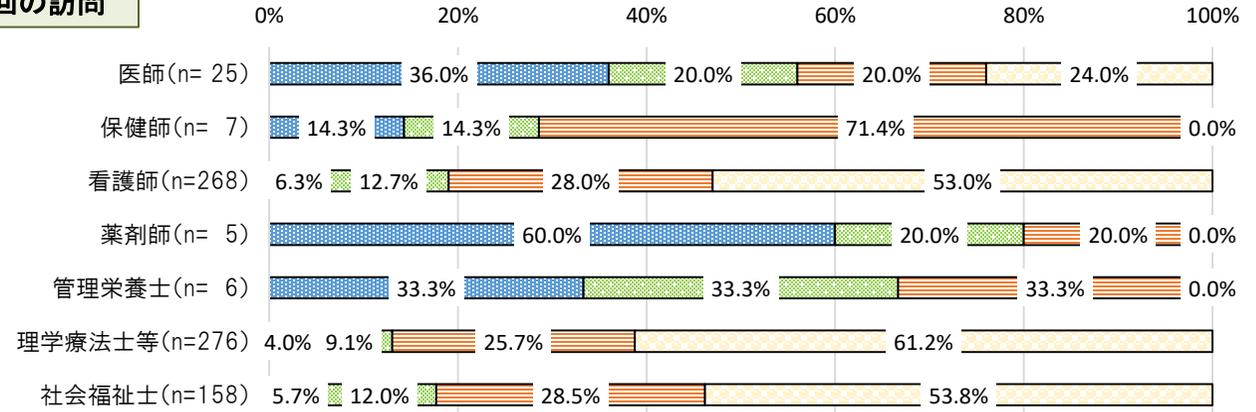


理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

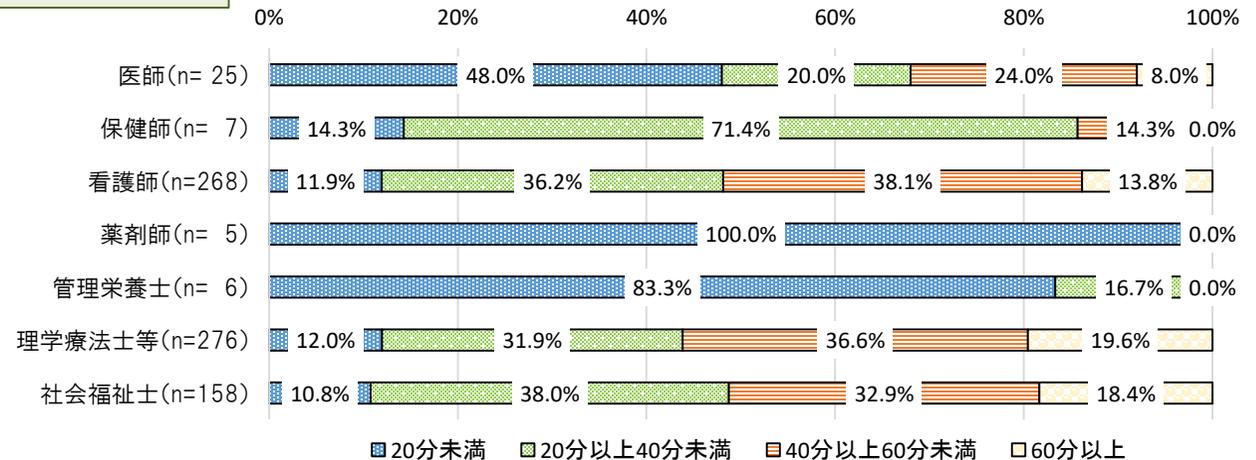
## 訪問・指導に係る時間

※無回答は除く

### ① 1回の訪問



### ②患者・家族の指導

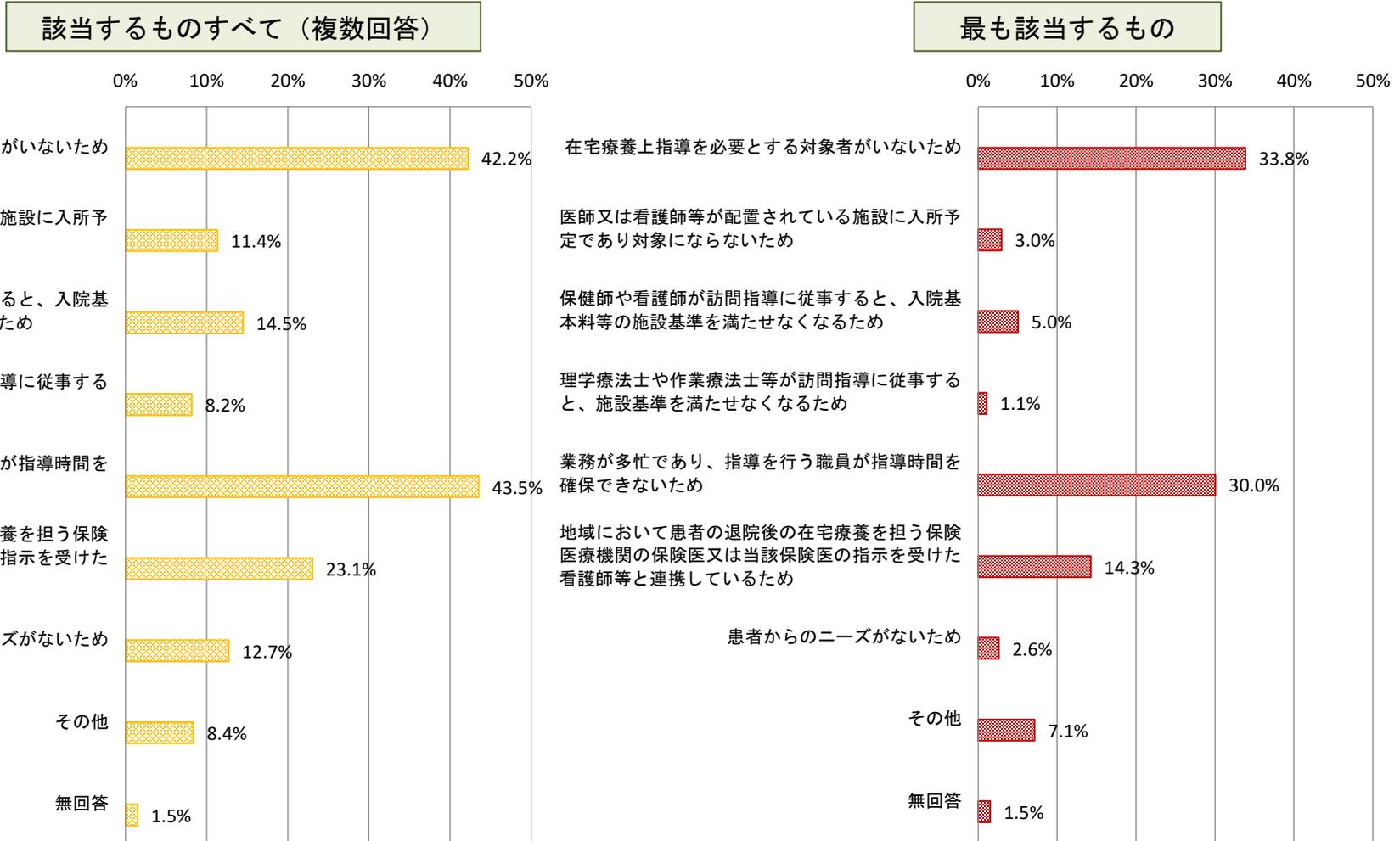


- ①は、往復の移動時間を含む1回の訪問にかかった平均的な時間を指す。
- ②は、①のうち、患者・家族の指導にかかった平均的な時間を指す。

# 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。

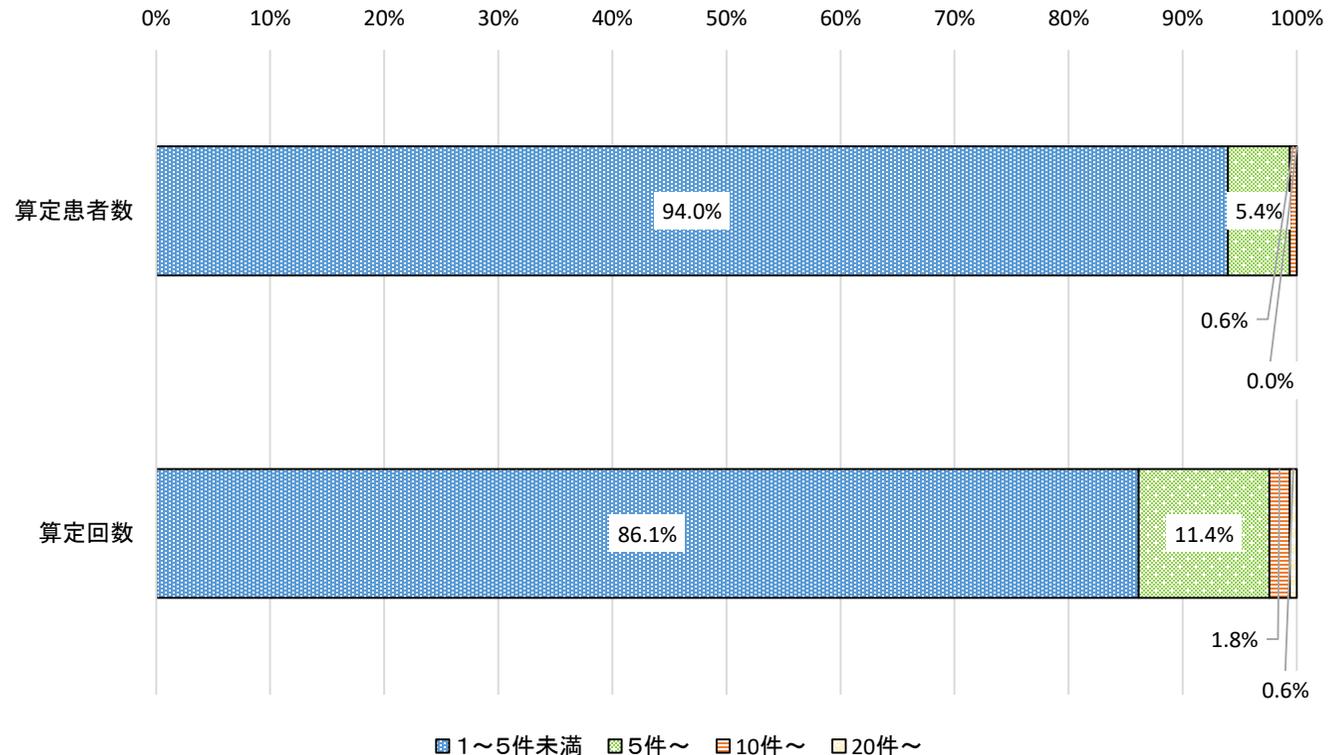
## 退院前訪問指導料を算定していない理由 (n=3,232)



○ 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。

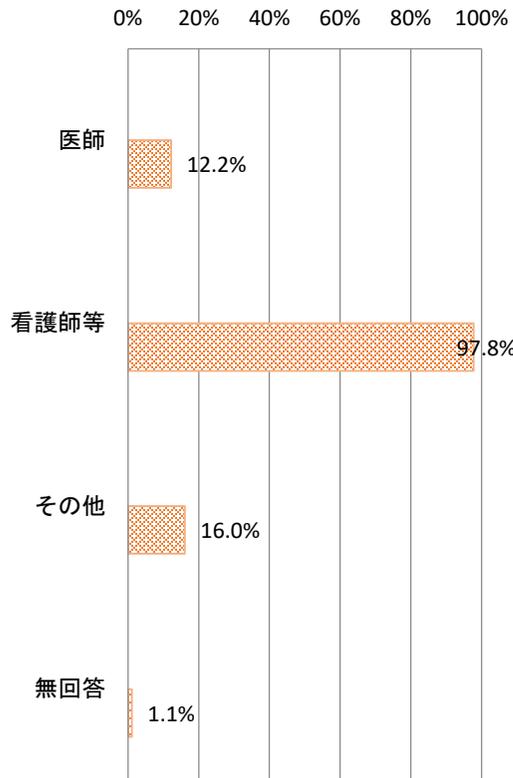
## 退院後訪問指導料の算定状況

平均 1.8人／2.5回 (n=166)



- 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

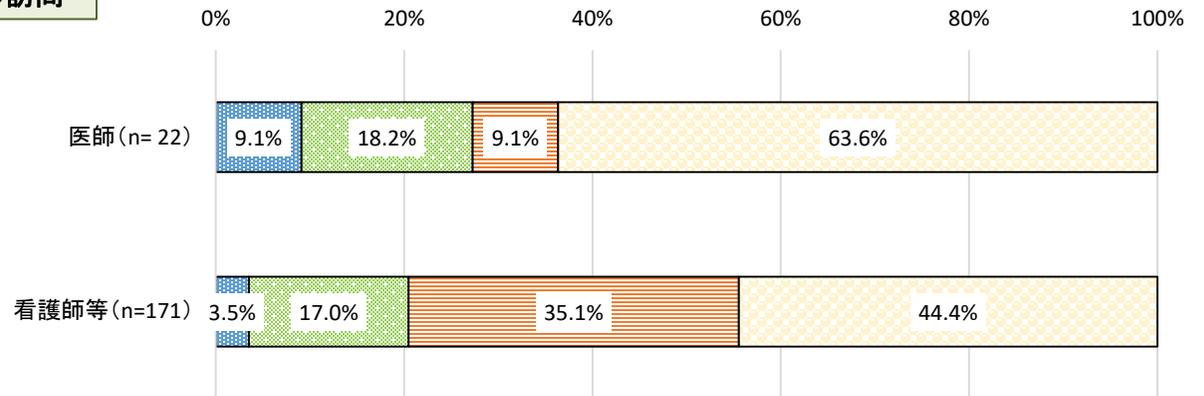


(複数回答、n=181)

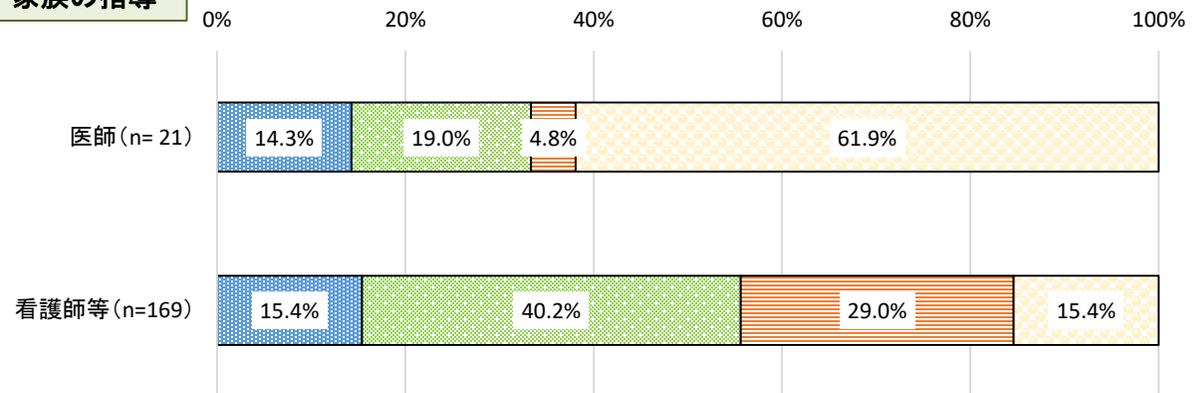
看護師等：保健師、助産師、看護師

## 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。

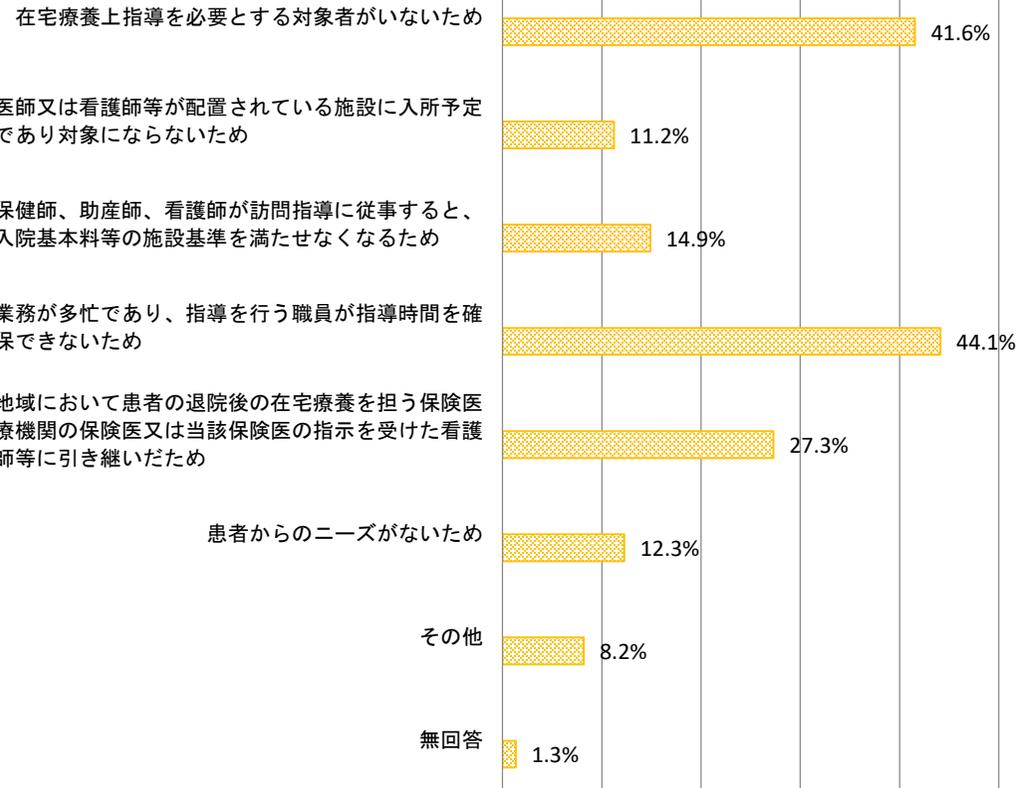
# 退院後訪問指導料を算定していない理由

○ 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)

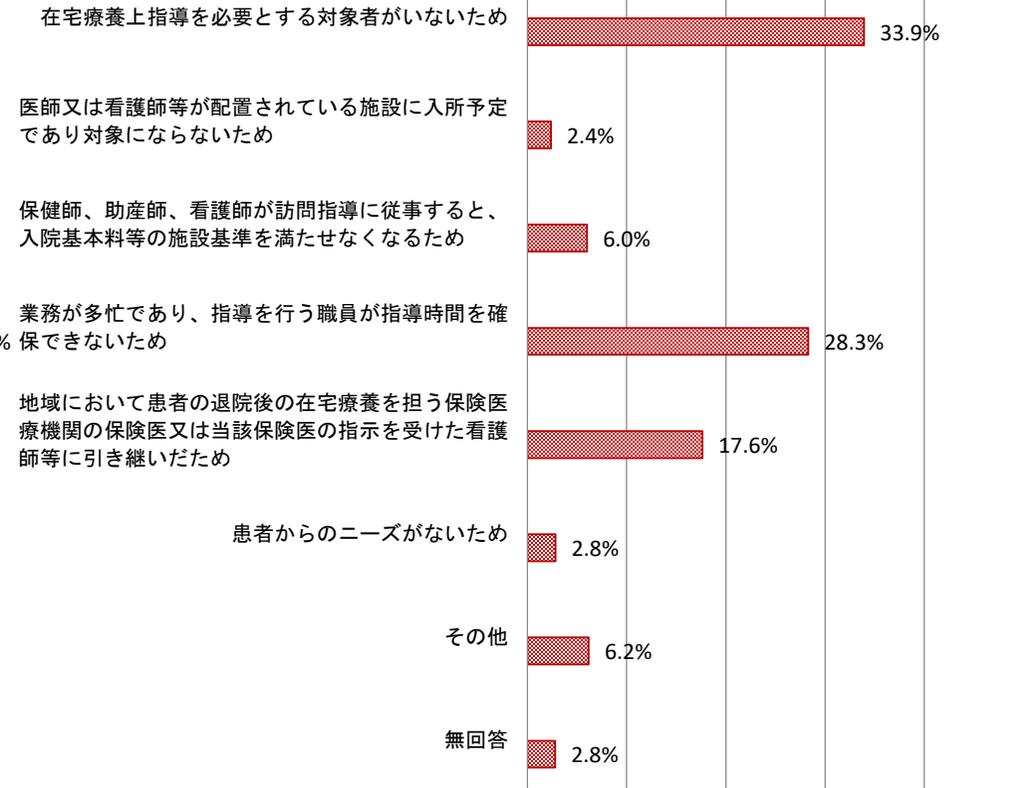
該当するものすべて（複数回答）

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



最も該当するもの

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



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. **横断的事項について**
  - 5-1. 入退院支援
  - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
  - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。

## 平成26年度※1

### 7対1入院基本料(当時)

一般病棟

特定機能病院

専門病院

地域包括ケア病棟入院料

## 平成28年度※1

### 10対1入院基本料(当時)

※2

一般病棟

特定機能病院

専門病院

## 平成30年度※1

回復期リハビリテーション  
病棟入院料※3

療養病棟入院基本料※3

急性期一般入院料2~7  
※4

※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

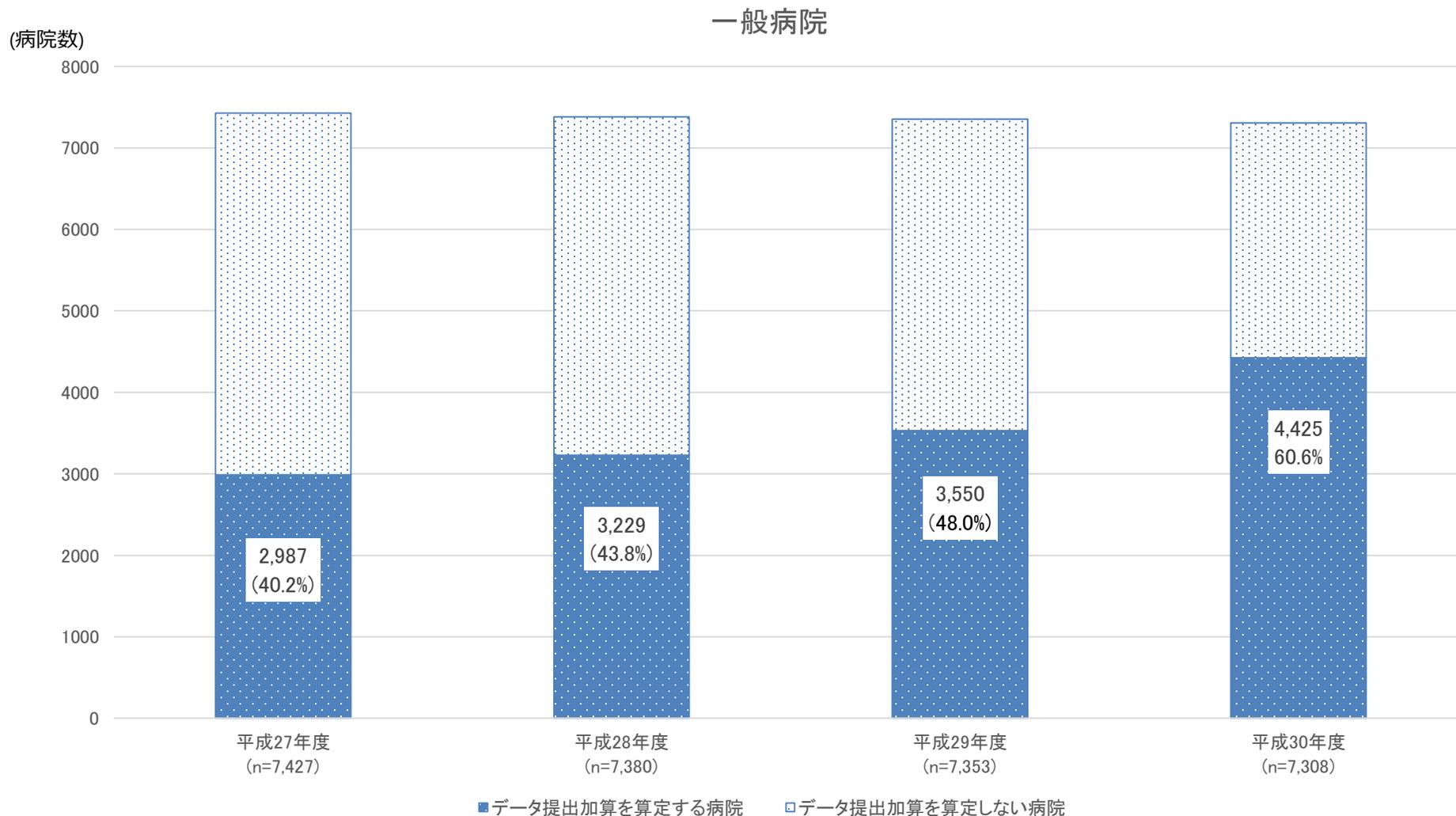
※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

# データ提出加算を算定する病院：一般病院

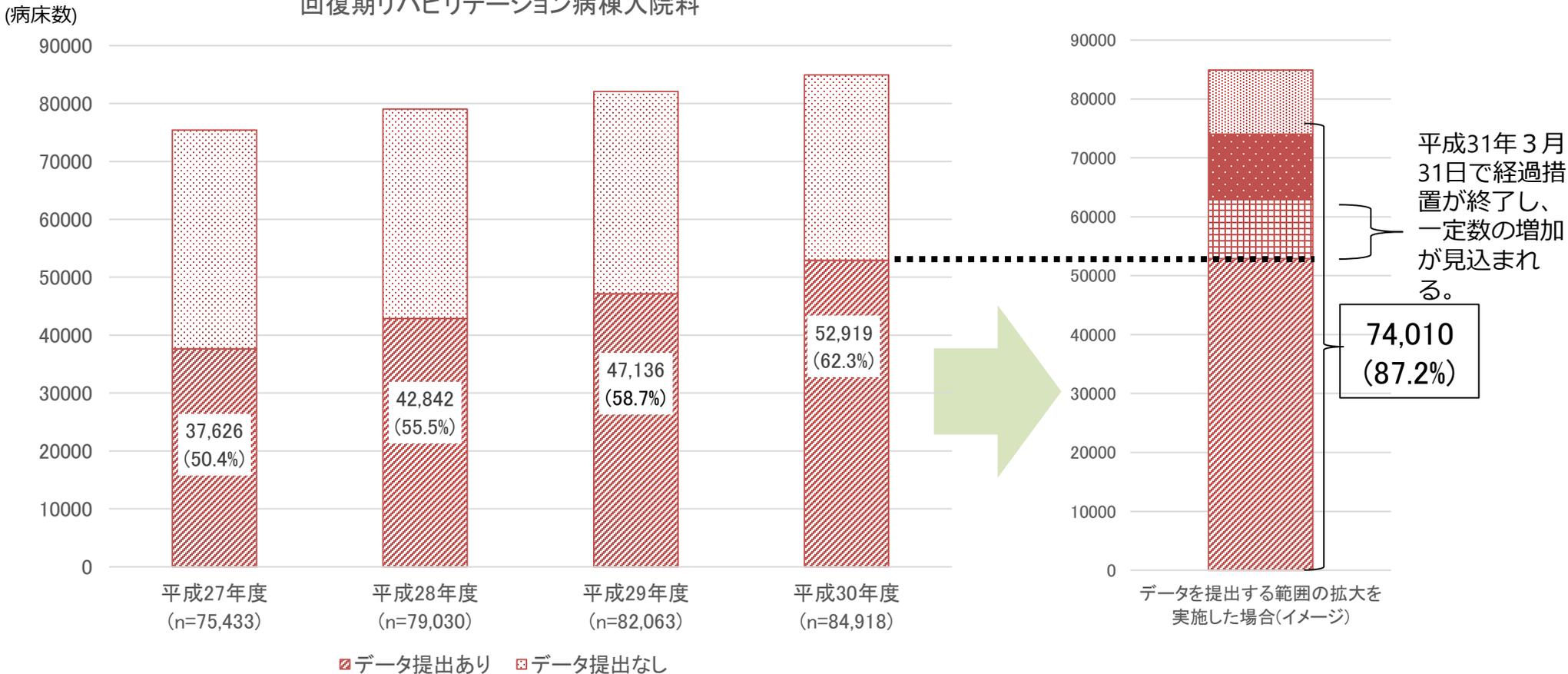
○ 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)7,308病院のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(60.6%)。



# データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。

回復期リハビリテーション病棟入院料

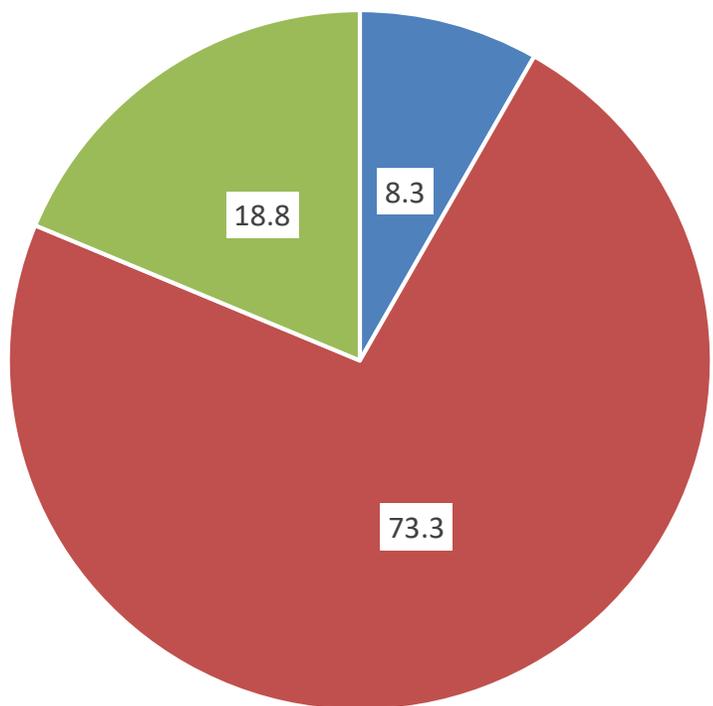


出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

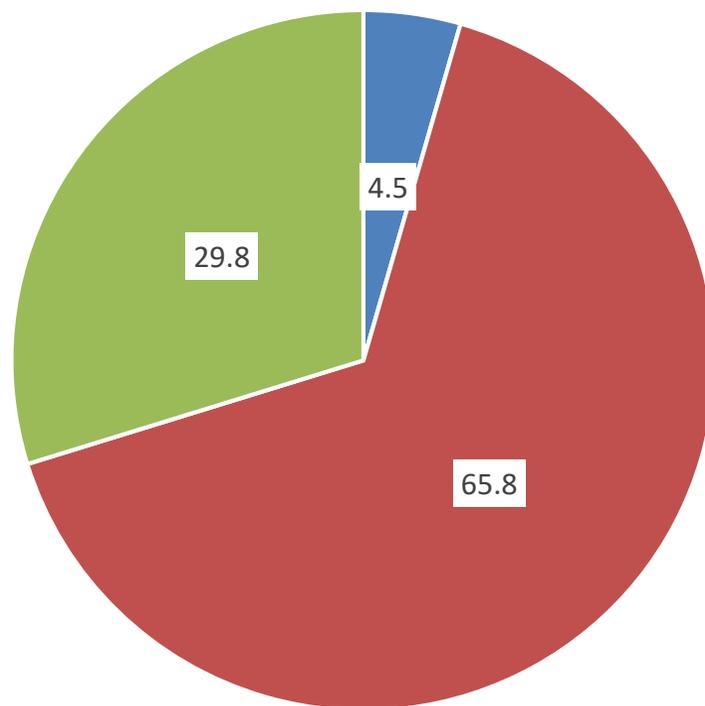
- 療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が200床未満の病院は約8割である。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、許可病床数が200床未満の病院の病床は約7割である。

病院数 (%)



■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

病床数 (%)

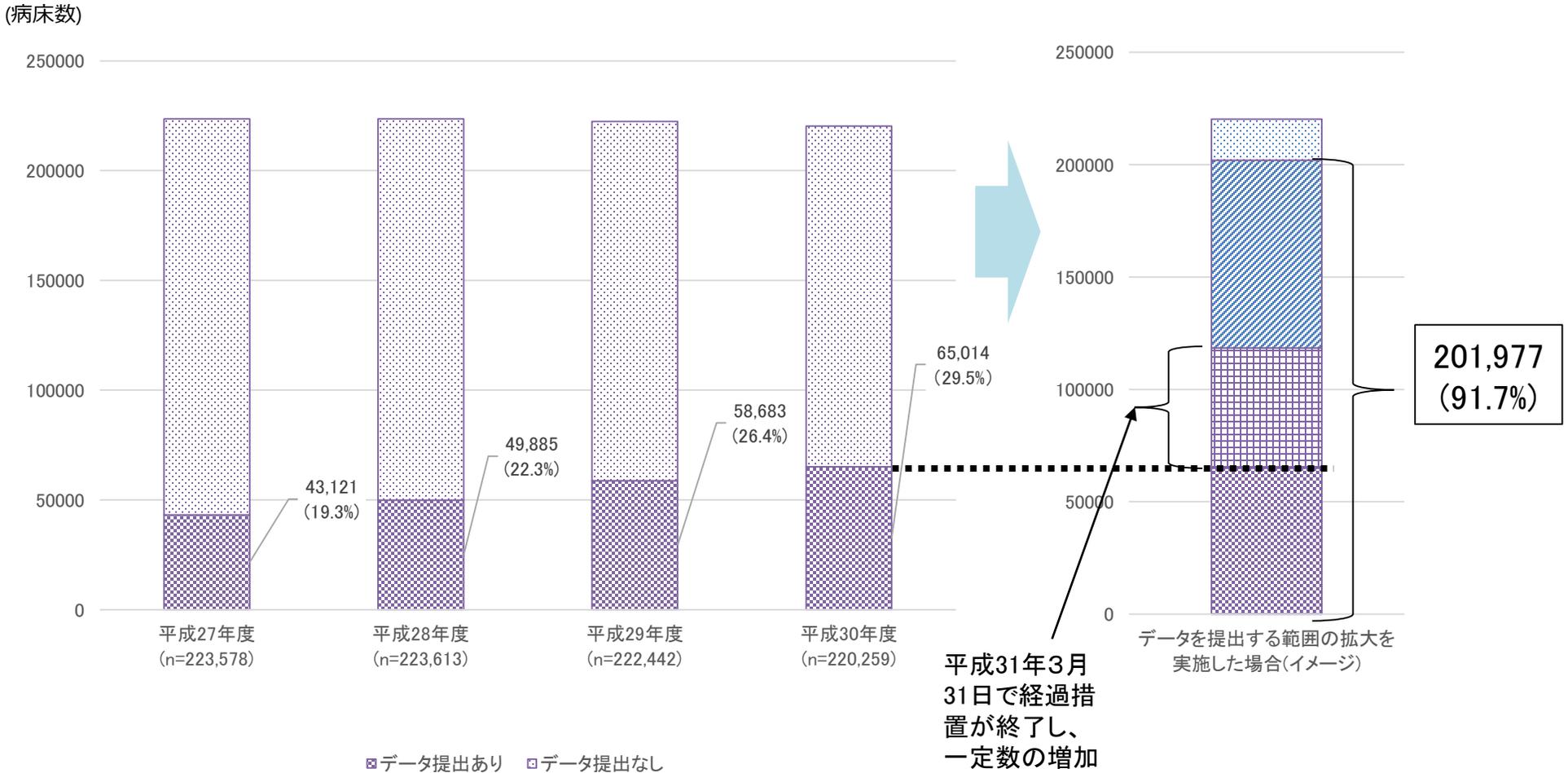


■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

# データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

- 療養病棟入院基本料を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は91.7%となる見込みである。

療養病棟入院基本料



出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

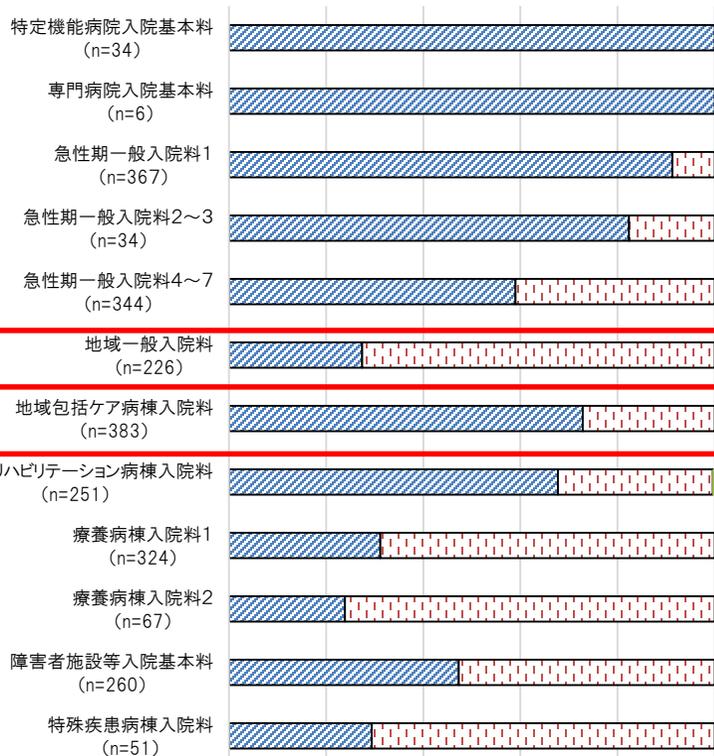
## データ提出の算定状況(平成30年9月時点)

- ・ データ提出加算を算定している地域一般入院料: 0床/58,786床
- ・ データ提出加算を算定している障害者施設等入院基本料: 7,962床/68,421床
- ・ データ提出加算を算定している特殊疾患病棟入院料: 326床/12,876床

## 電子カルテの導入状況

■ 導入している □ 導入していない

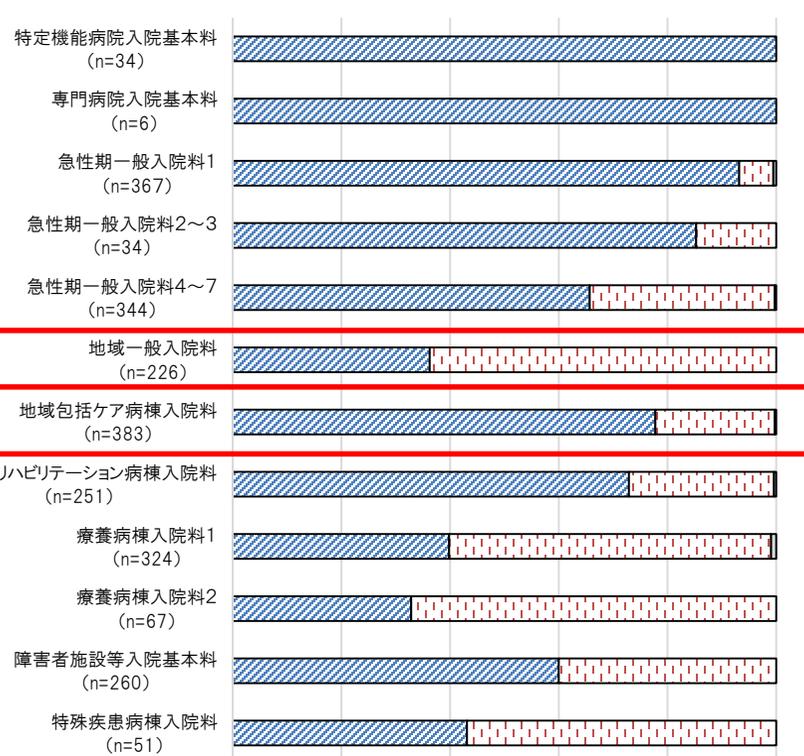
0% 20% 40% 60% 80% 100%



## オーダリングシステムの導入状況

■ 導入している □ 導入していない □ 無回答

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



- ・ 様式1には、退院した患者毎の病態等の情報が含まれる。
- ・ 全ての患者がデータを提出する対象であり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1には、急性期の診療内容、重症度の項目の他、回復期や慢性期に特有の項目も追加している。

(例)

すべての患者で 必須の項目	急性期の病棟や特定の疾患等で 必須の項目	回復期、慢性期や精神病棟で 必須の項目
性別	がん初発/再発	要介護度(療養)
入退院年月日	TNM分類	要介護情報(療養)
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

- 要介護情報については、低栄養等の有無のみをデータとして提出することとしている。
- 他方、「入院医療等の調査」では、栄養摂取の状況については、詳細に調査し、分析を行っている。

	項目名	内容
要 介 護 情 報	算定開始時	8桁の数字を入力
	算定終了時	8桁の数字を入力
	低栄養の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	低栄養の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合

(参考) 平成30年度入院医療等の調査 入院患者票

10 栄養摂取の状況 (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《10で「01」を選択した場合に回答》	
【新設】9-1 嚥下調整食の 必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
10-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管 02. 胃瘻・腸瘻 03. 末梢静脈栄養 04. 中心静脈栄養

- 平成30年度診療報酬改定にて新設した。
- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価。

## 提出データ評価加算 20点

### [施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- データ提出加算1および2を算定する病院は3,907病院である。
- 提出データ評価加算を算定する病院は2,200病院であり、データ提出加算2を算定する病院の90%以上が当該加算を算定している。

## データ提出加算2、提出データ評価加算

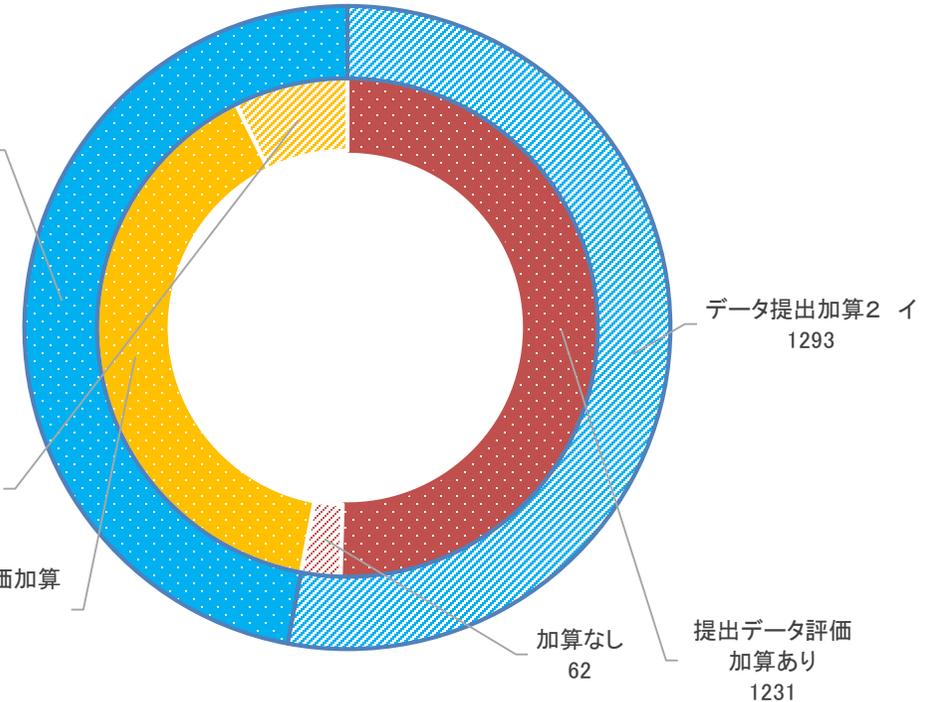
データ提出加算を算定する病院:3,907病院

データ提出加算1:1,466病院  
データ提出加算2:2,441病院

データ提出加算2 口  
1148

加算なし  
179

提出データ評価加算  
あり  
969



※ イ: 許可病床数が200床以上の病院の場合  
口: 許可病床数が200床未満の病院の場合

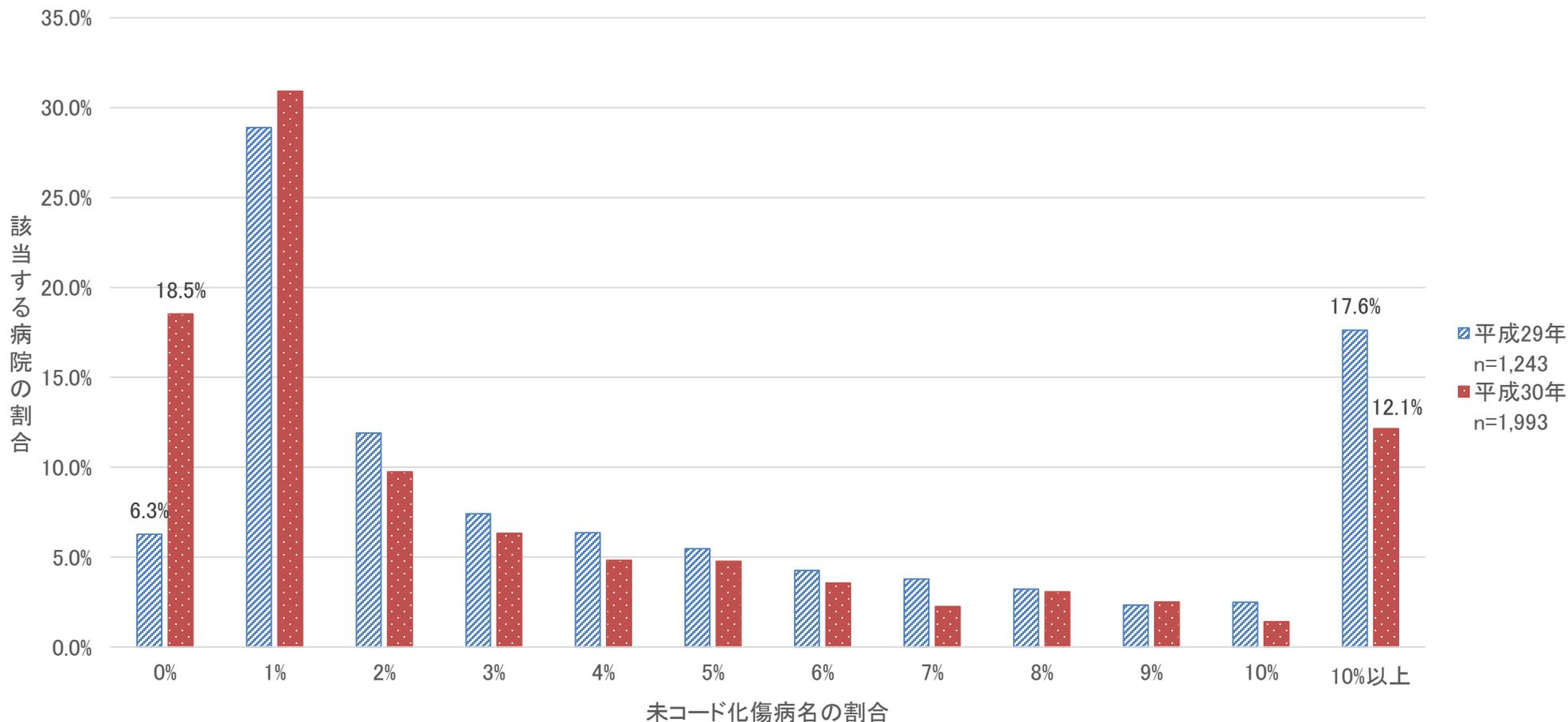
# 未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

診調組 入 - 1  
元 . 9 . 1 9

○ 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。

○ 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

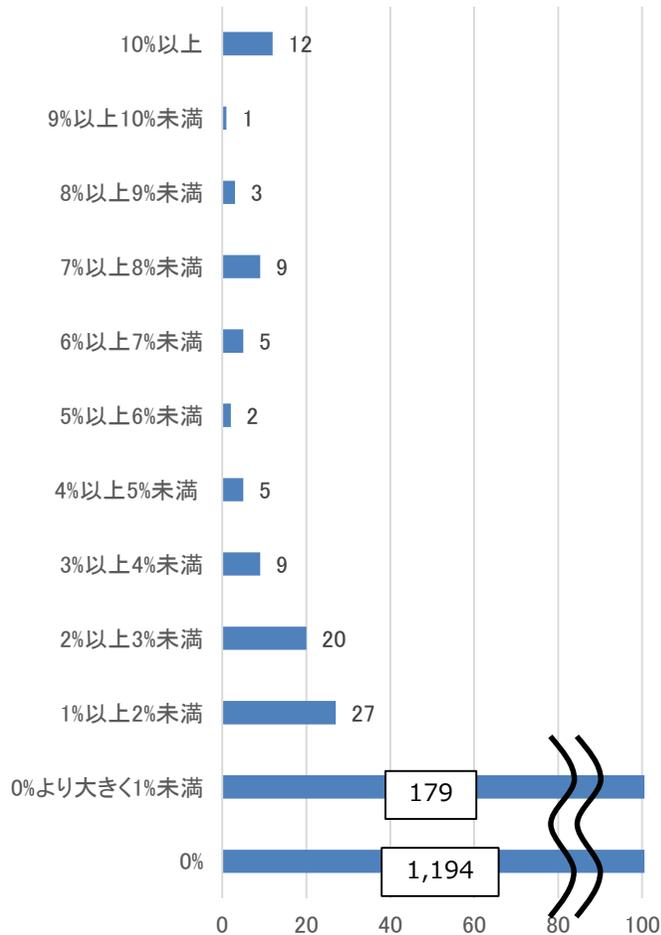
未コード化傷病名の割合別の出現頻度



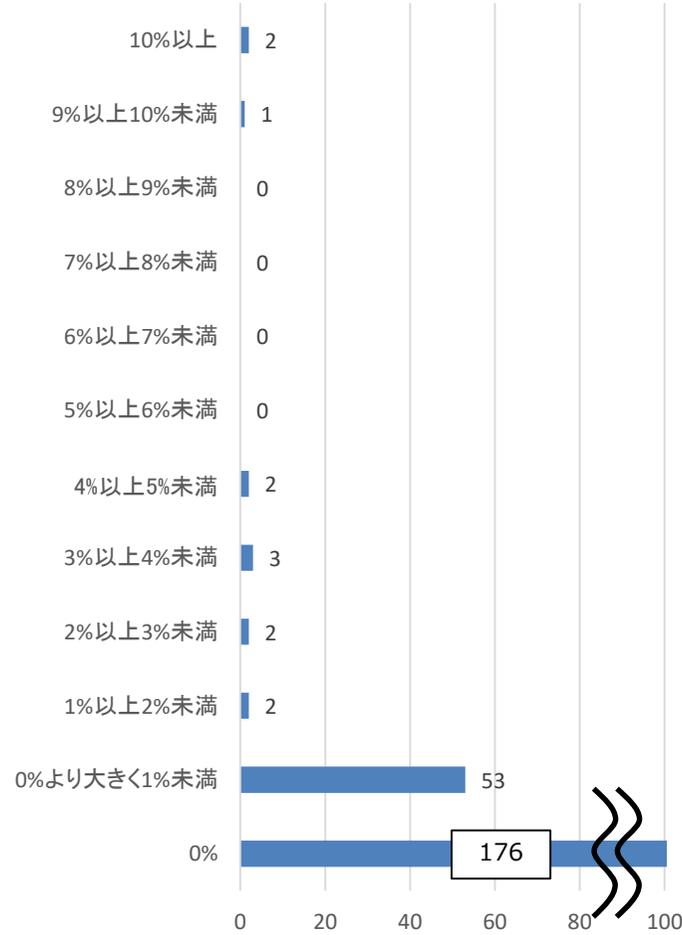
# 未コード化傷病名の割合別の医療機関数（様式1）

○ 様式1における未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

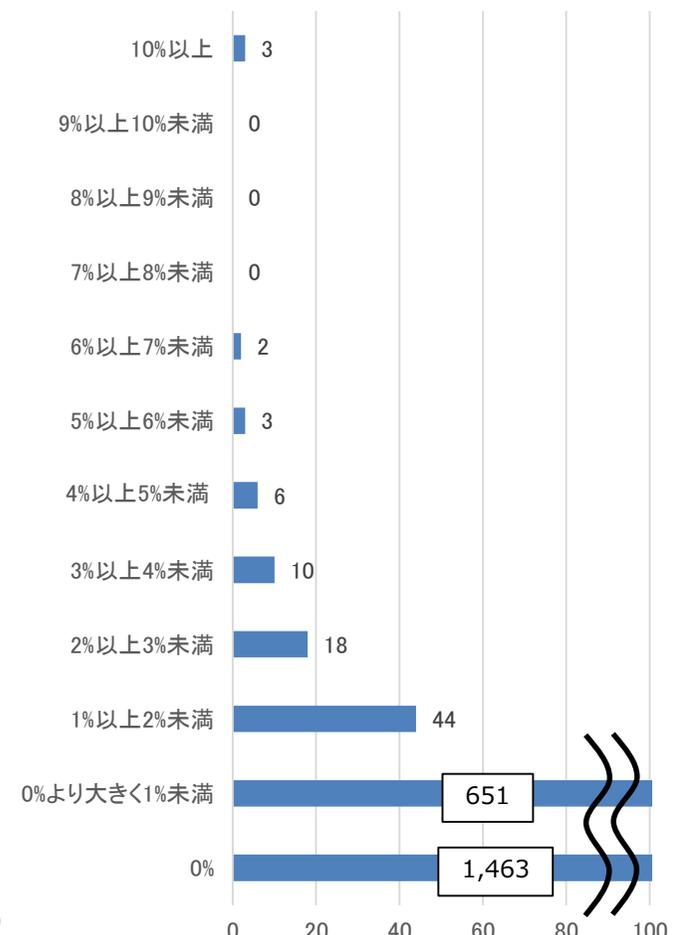
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数  
（データ提出加算1を算定する医療機関  
n=1,466）



様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数  
（データ提出加算2を算定する医療機関(提出  
データ評価加算なし) n=241）



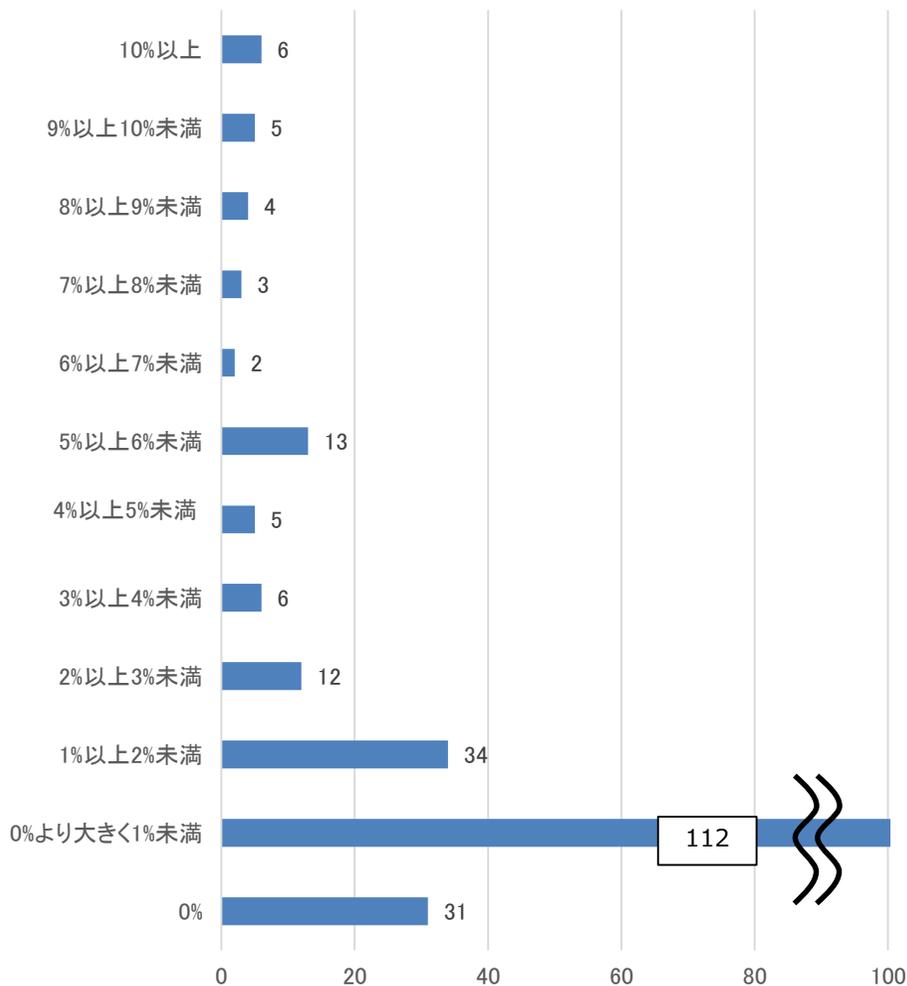
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数  
（データ提出加算2を算定する医療機関(提出  
データ評価加算あり) n=2,200）



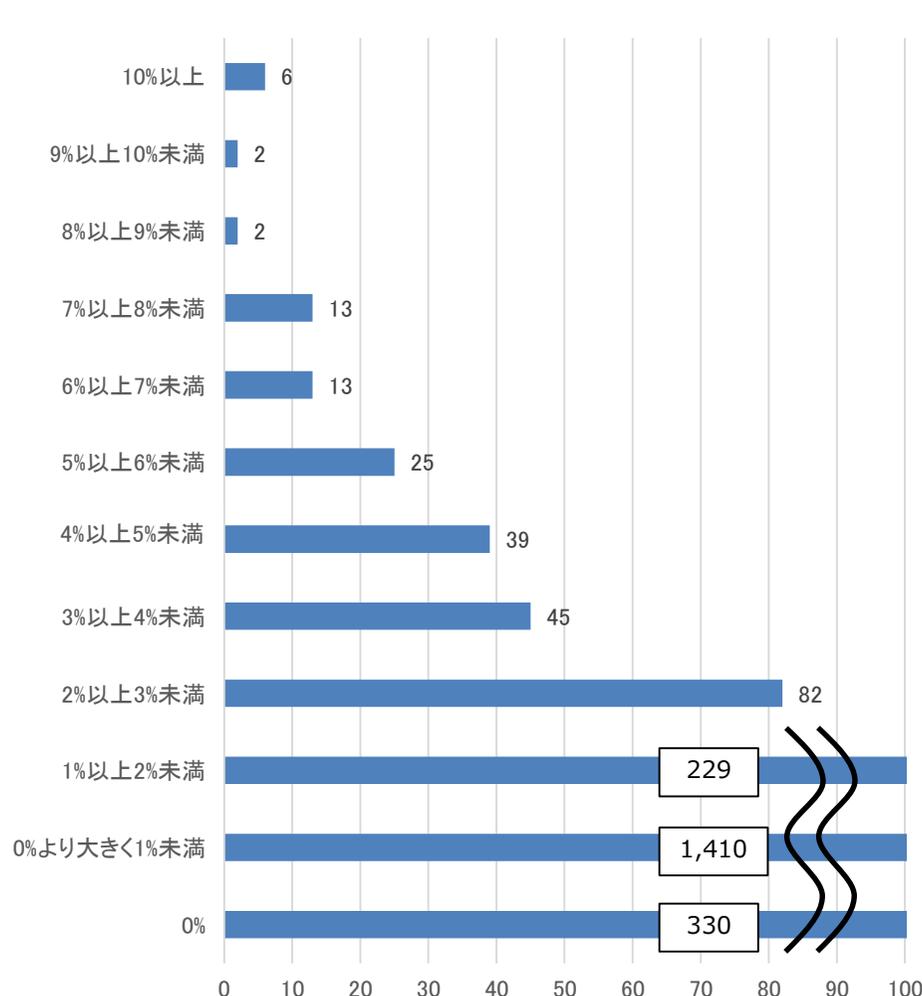
# 未コード化傷病名の割合別の医療機関数（外来EFファイル）

○ 外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

外来EF：未コード化傷病名の割合・医療機関数（データ提出加算2を算定する医療機関（提出データ評価加算なし） n=231）



外来EF：未コード化傷病名の割合・医療機関数（データ提出加算2を算定する医療機関（提出データ評価加算あり） n=2,196）

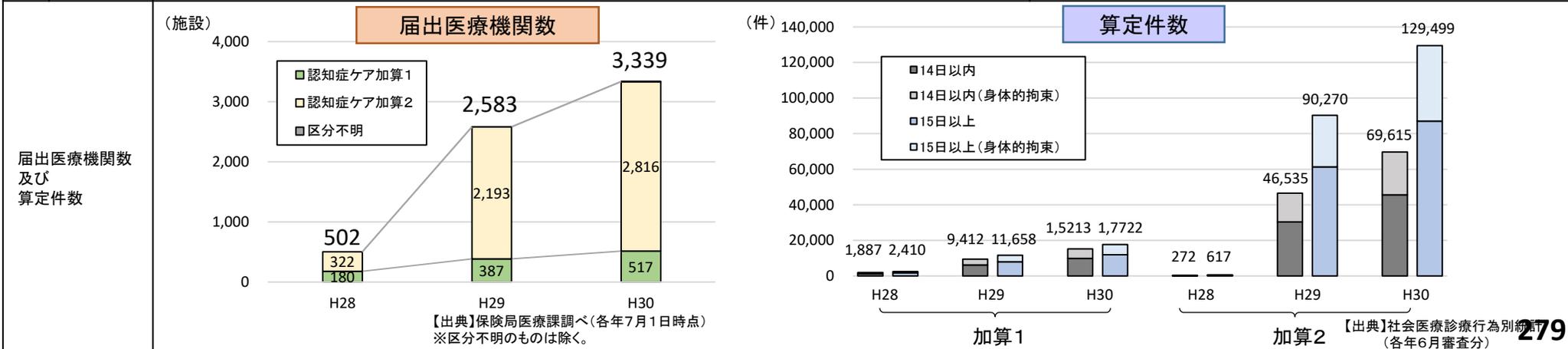


# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. **横断的事項について**
  - 5-1. 入退院支援
  - 5-2. 診療実績データの提出に係る評価
  - 5-3. その他の事項
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

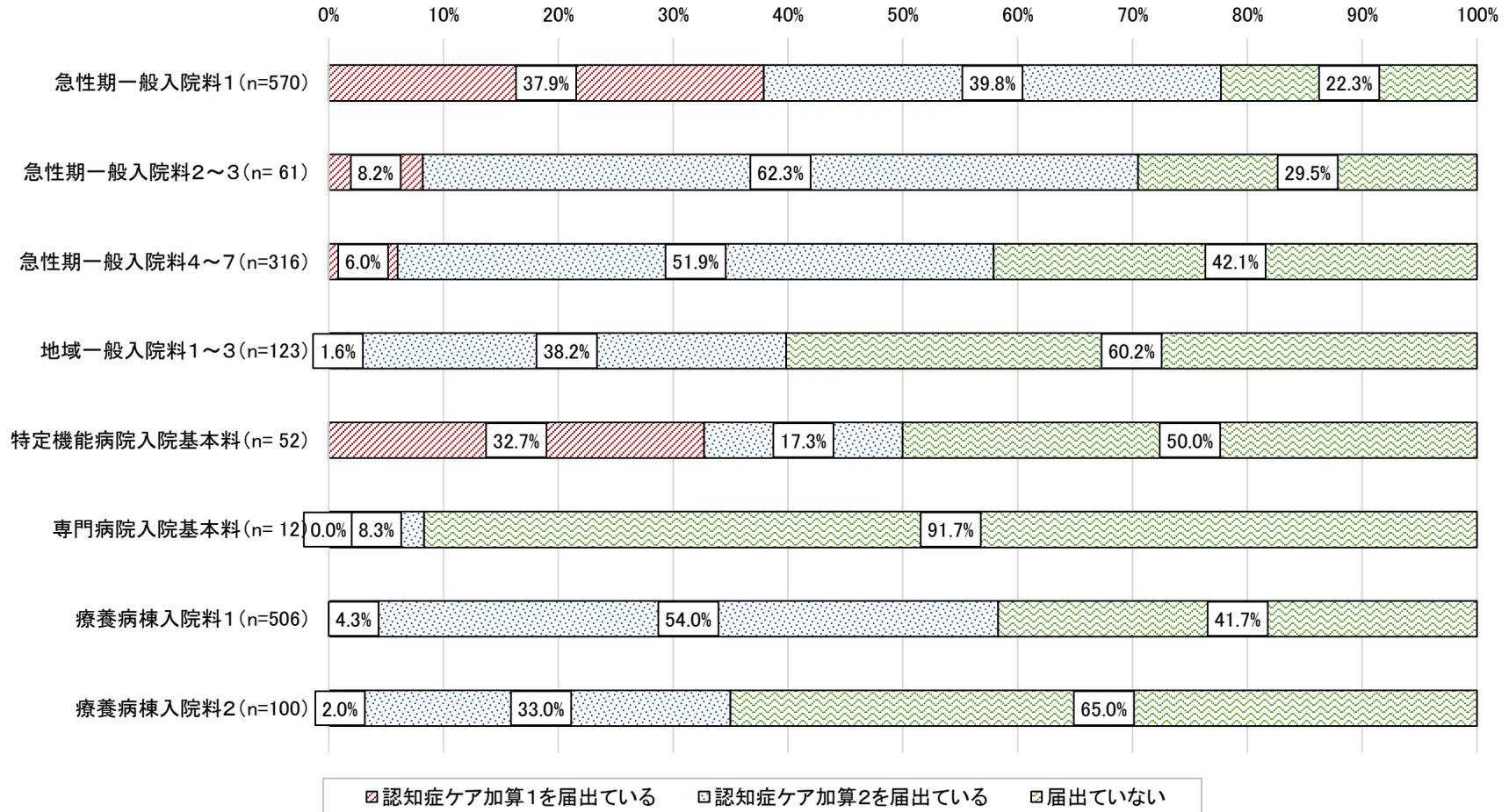
# 認知症ケア加算の算定状況

		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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
	病棟職員の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>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。</b></li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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等を踏まえた看護計画を作成。</li> <li>・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。</li> <li>・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。</li> </ul>
	職員の配置等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下から構成される<b>認知症ケアチーム</b>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</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
	マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
	院内研修等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>



○ 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。

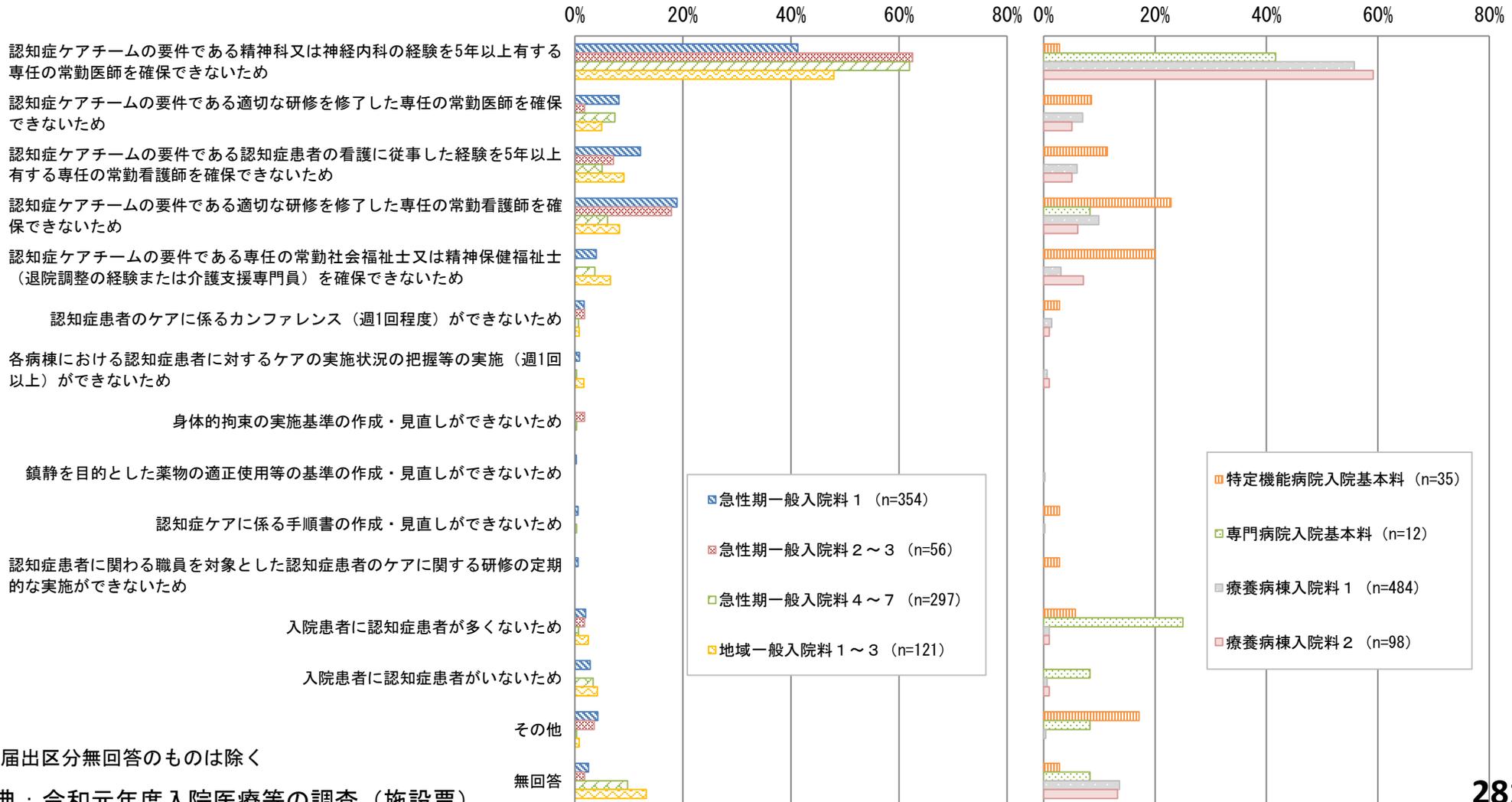
## 認知症ケア加算の届出状況



# 認知症ケア加算1を届出していない理由（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。

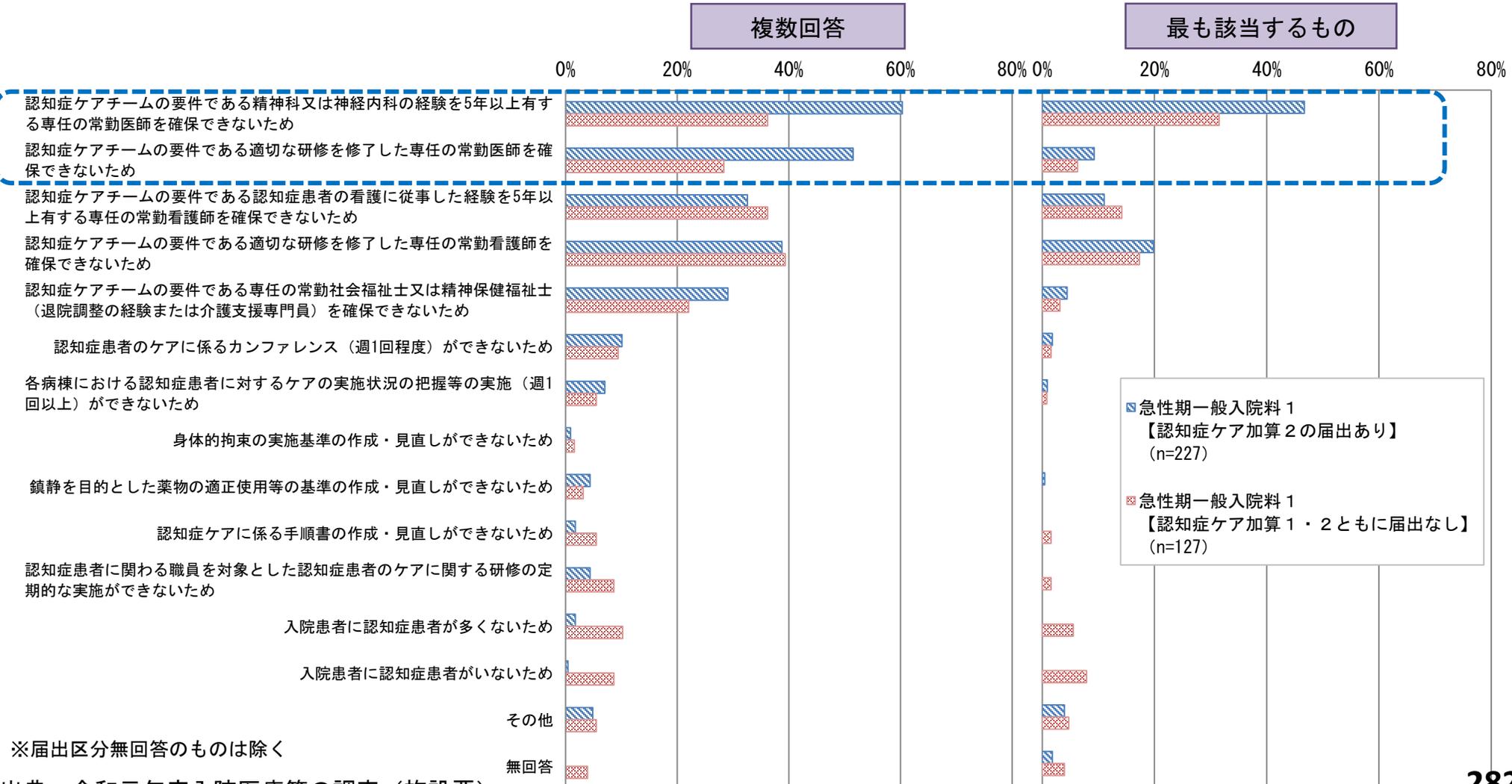
## 認知症ケア加算1を届出していない理由（最も該当）



# 認知症ケア加算 1 を届出していない理由（加算の届出別）

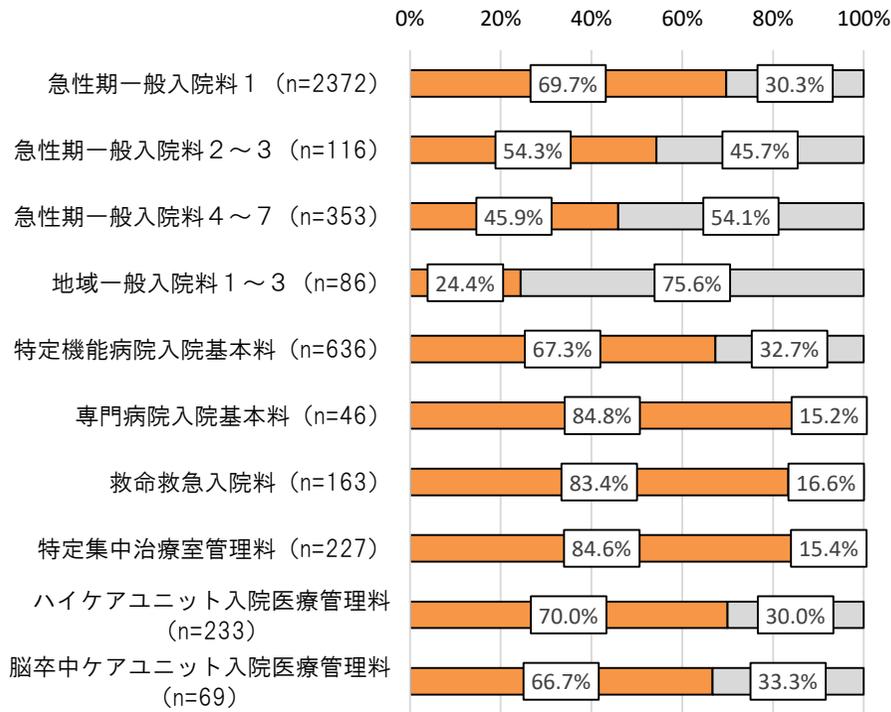
○ 急性期一般入院料 1 において、認知症ケア加算 1 を届出していない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算 1・2 ともに届出していない施設よりも、認知症ケア加算 2 を届出している施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

## 認知症ケア加算 1 を届出していない理由



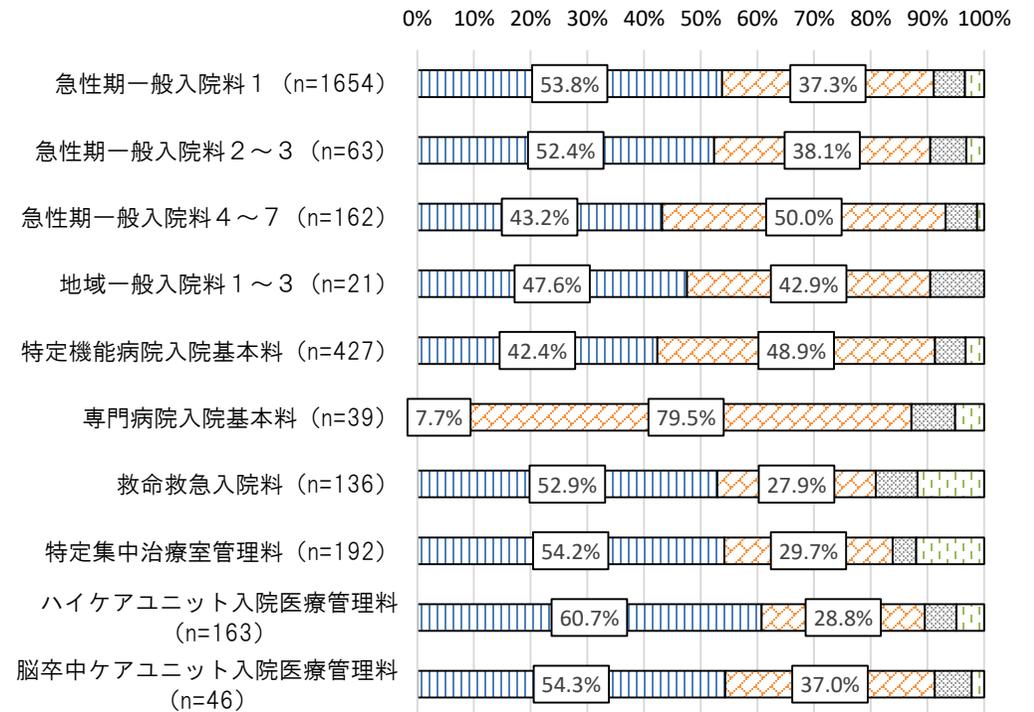
- せん妄予防の取組の状況をみると、急性期一般入院料 1 や集中治療室等の約 7～8 割で取組が行われていた。
- 取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

## せん妄予防の取組の状況



■取組あり □取組なし

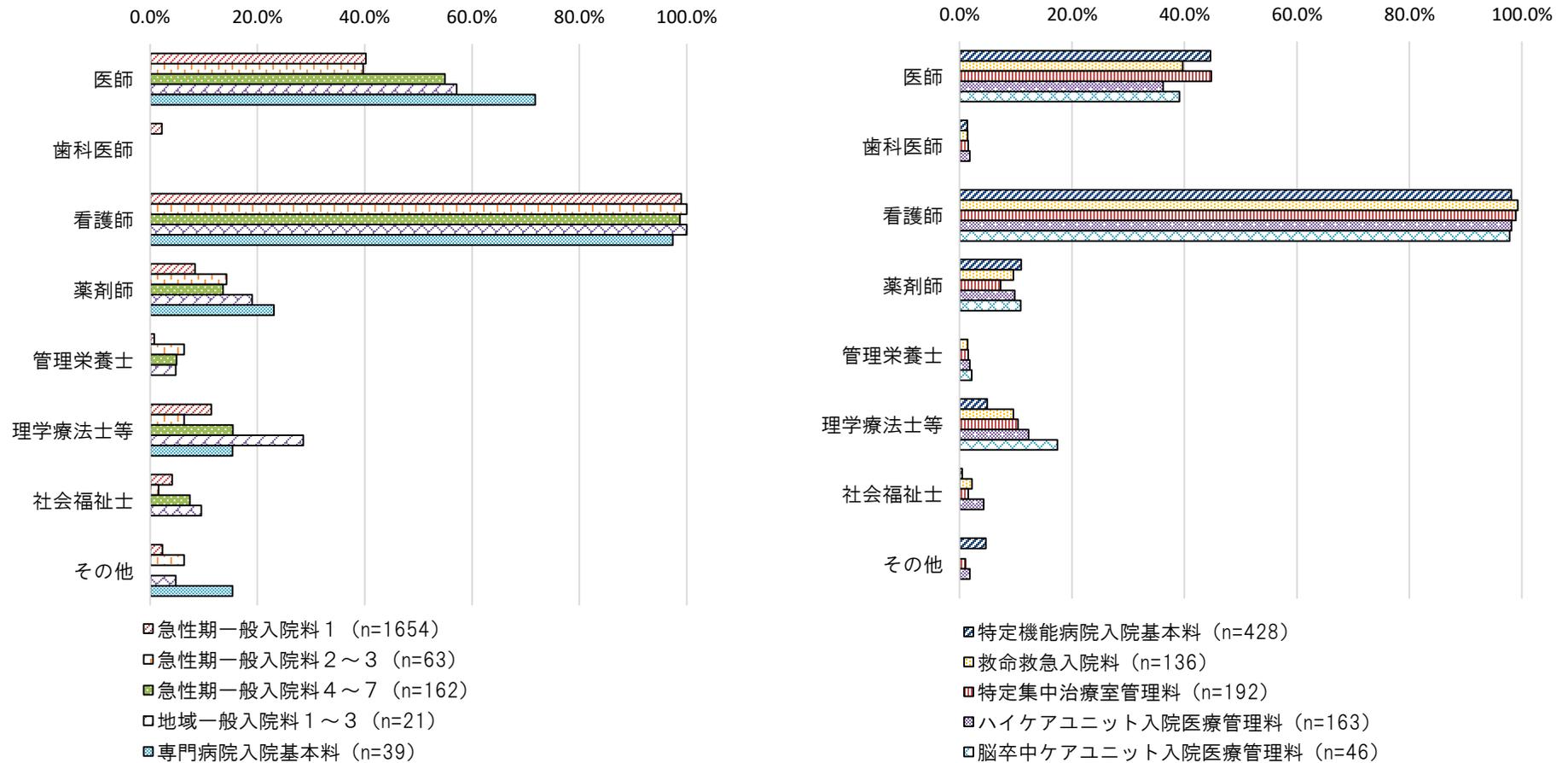
## 取組を行っているタイミング



■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

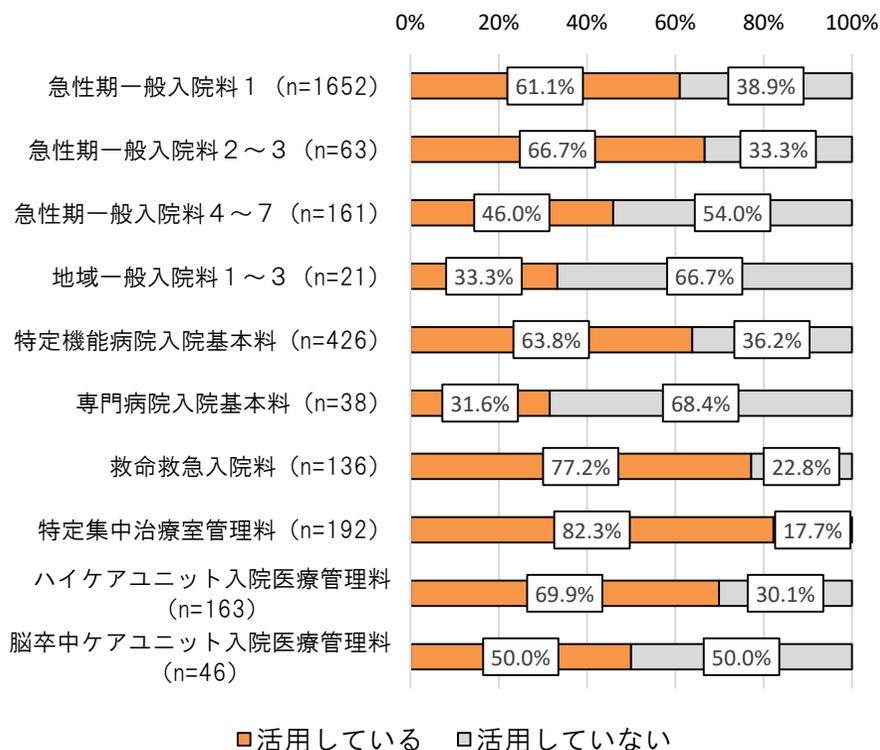
○ せん妄予防の取組を実施している職種をみると、いずれの入院料等においても看護師の割合が最も高く、次いで医師の割合が高かった。

## 取組を行っている職種

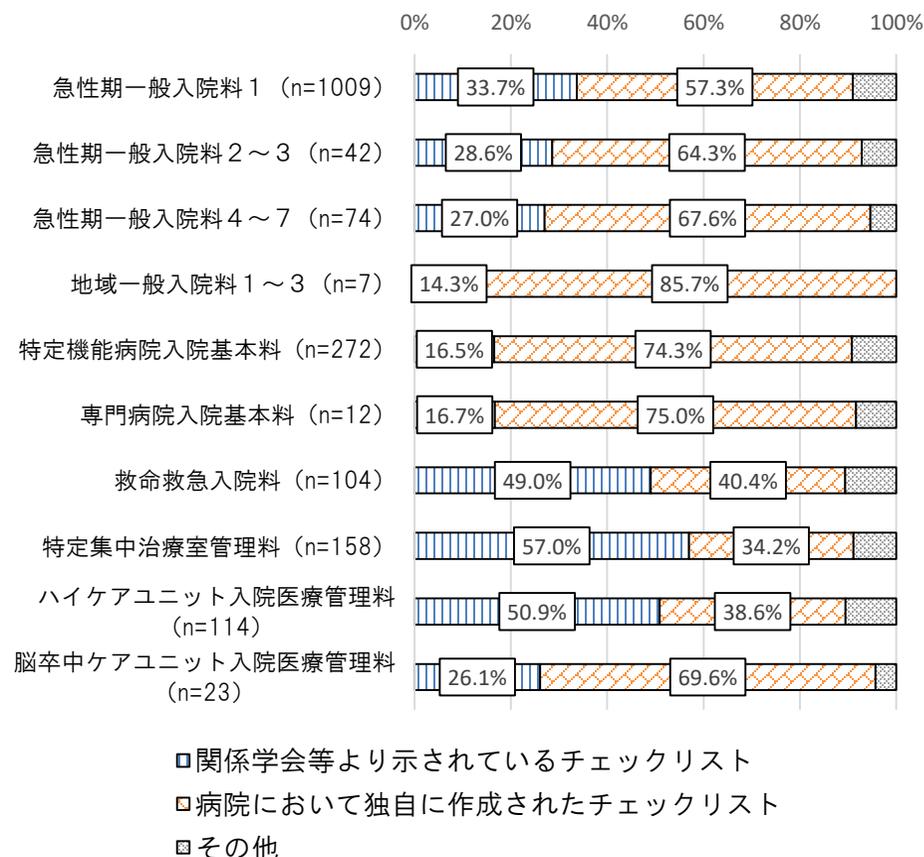


- せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたところ、集中治療室等では約7～8割が活用していた。
- 活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

## チェックリストを活用しているか

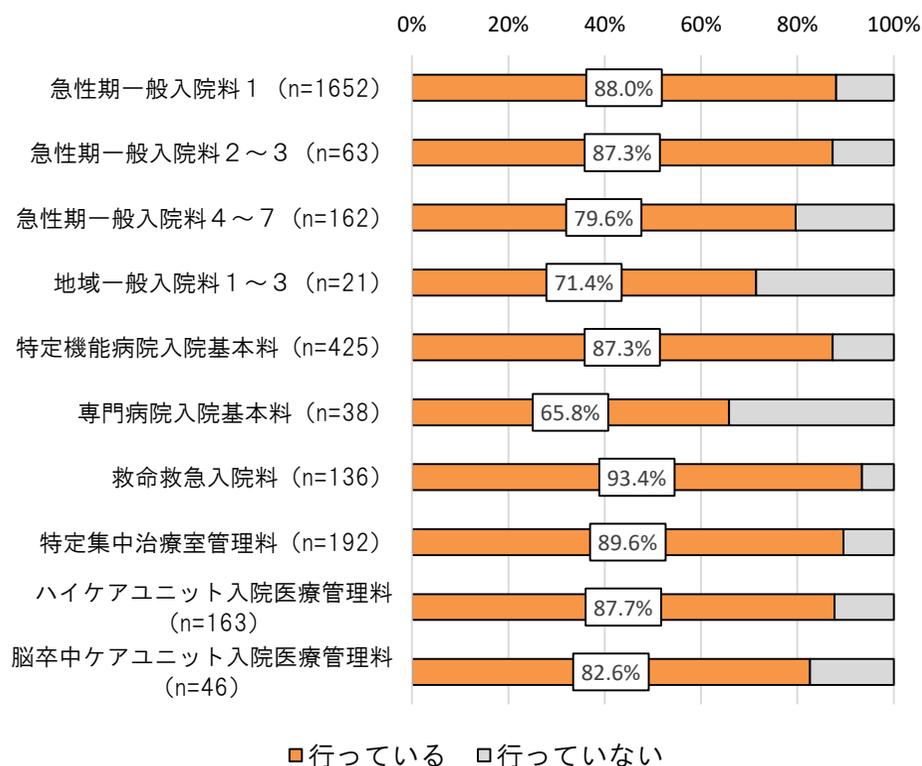


## 活用しているチェックリストの種類

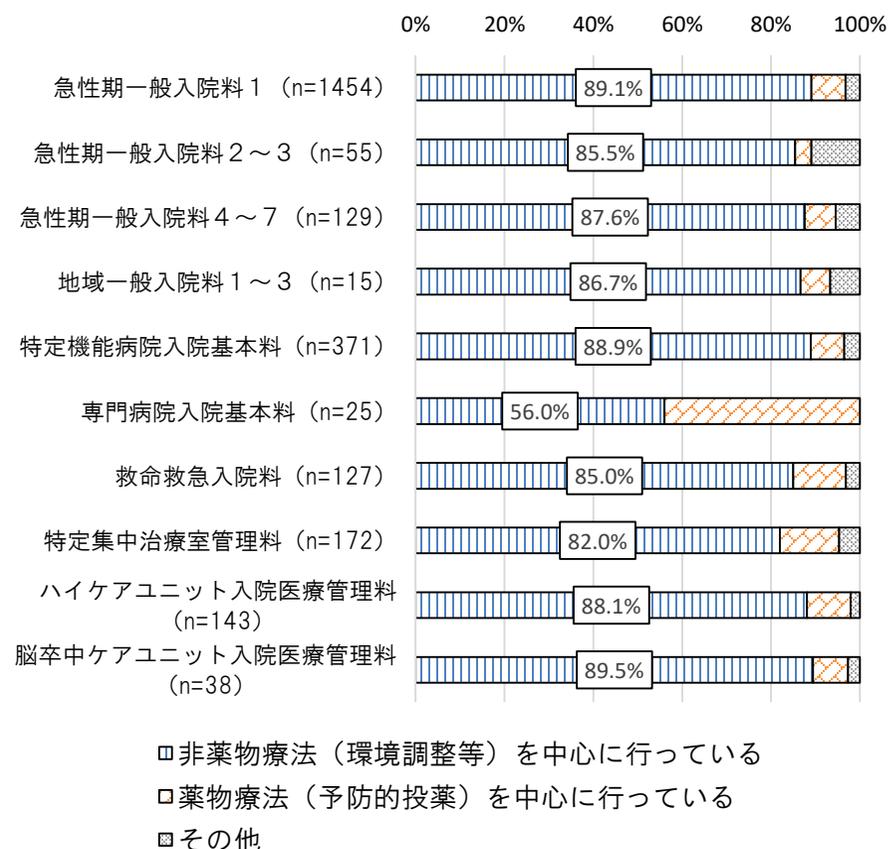


○ せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

## 予防的介入を行っているか

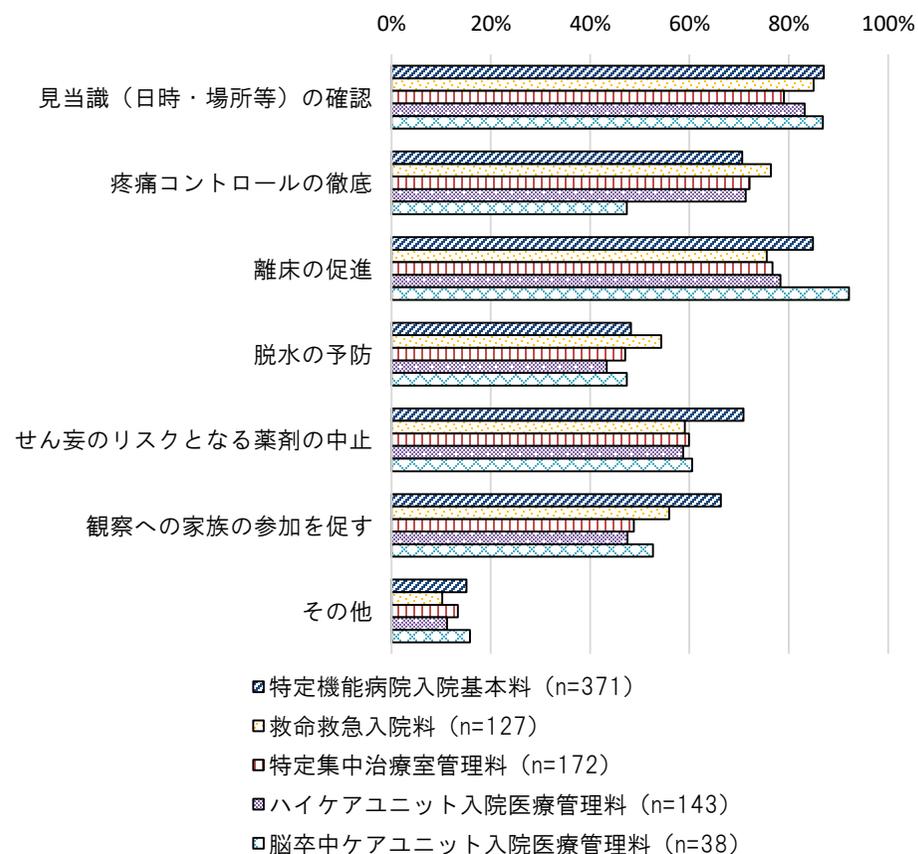
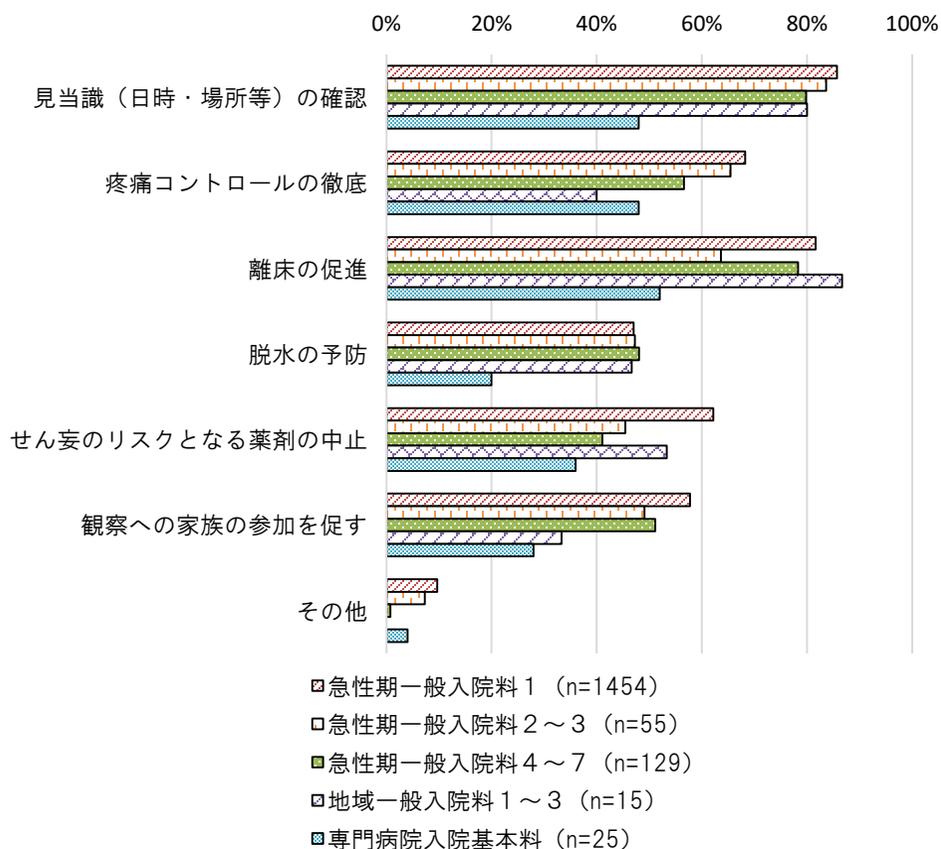


## 予防的介入の種類



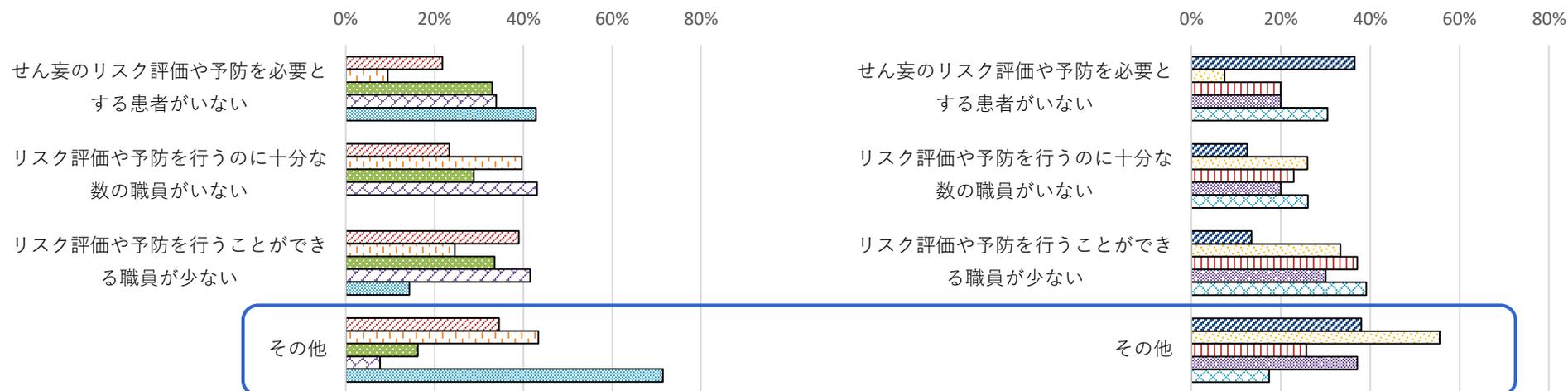
○ 非薬物療法の具体的な内容をみると、いずれの入院料等においても「見当識の確認」や「離床の促進」の実施が多かったが、「脱水の予防」の実施は少なく、他の項目の実施状況にはばらつきが見られた。

## 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

## A240 総合評価加算

## 100点（入院中1回）

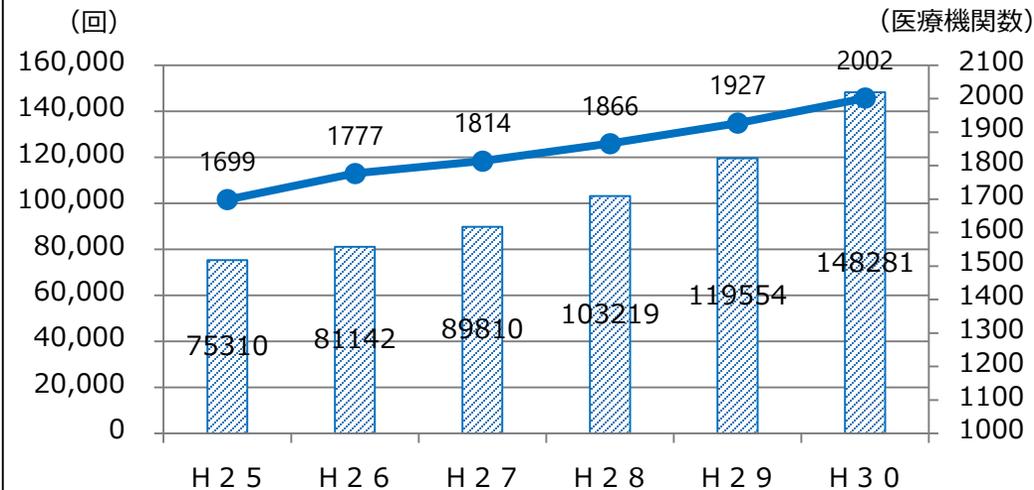
### 【主な算定要件】

- (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。

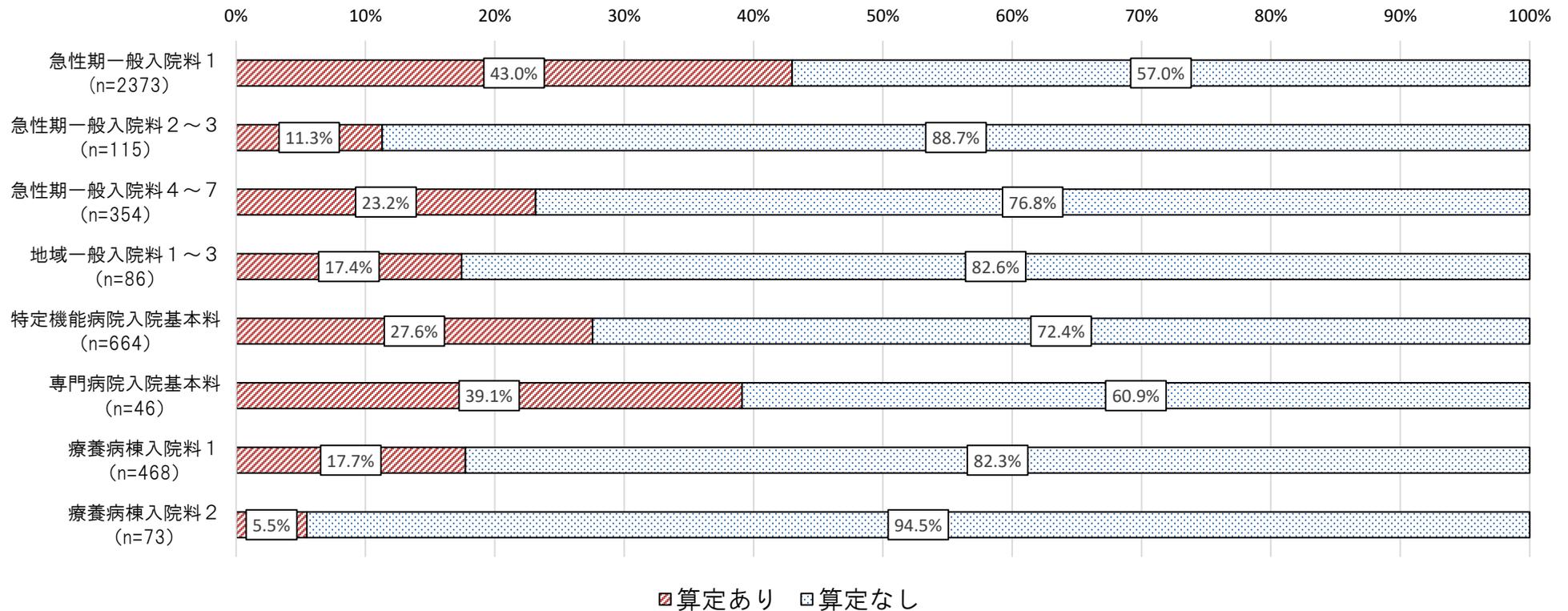
### 総合評価加算の算定回数・届出医療機関数



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）

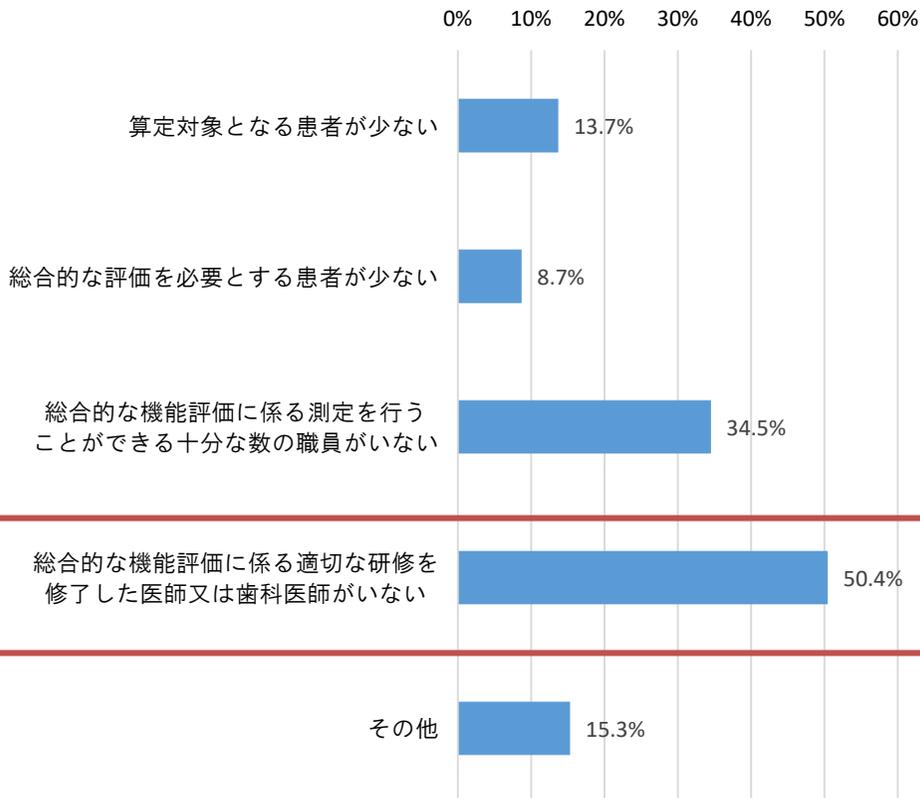
○ 総合評価加算の算定状況をみると、急性期一般入院料 1 及び専門病院において算定ありの割合が多かった。

## 総合評価加算の算定状況

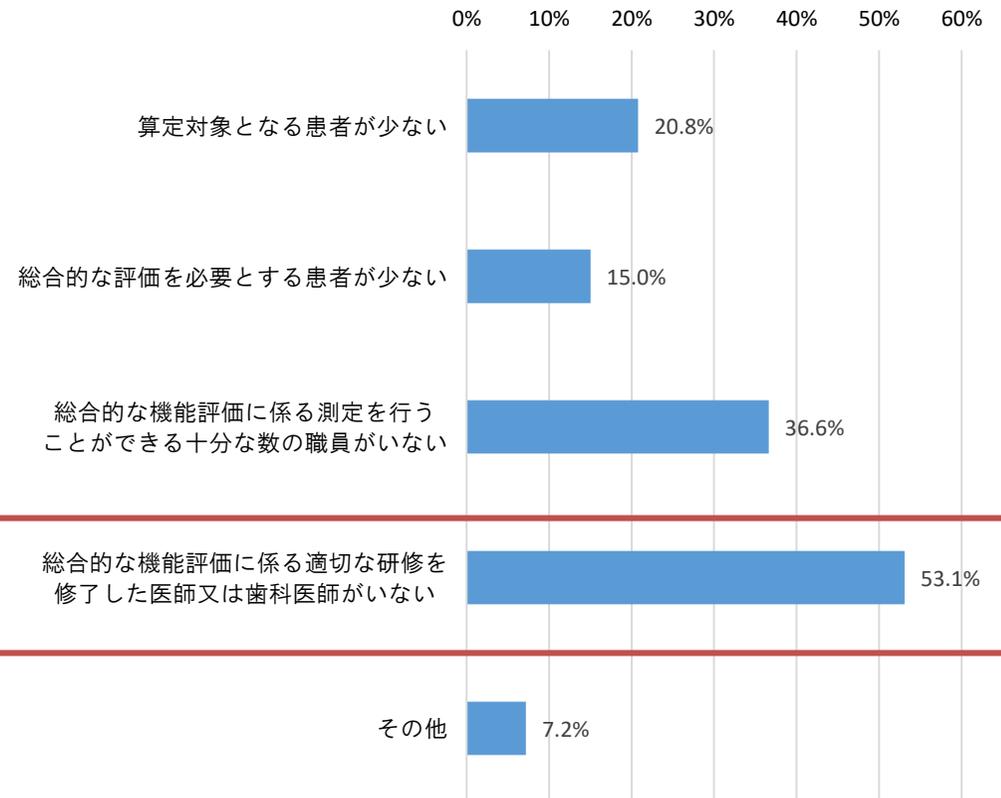


○ 総合評価加算を算定していない理由をみると、いずれの病棟においても、「総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師又は歯科医師がいない」が多く、約半数であった。

算定していない理由（A票） (n=2,312)

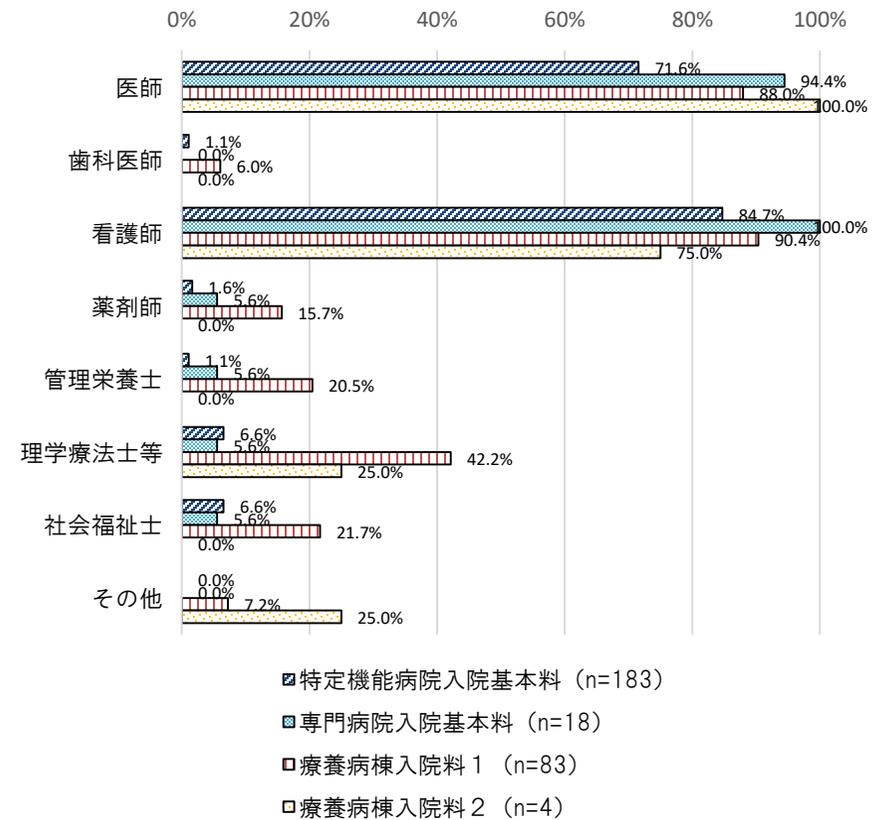
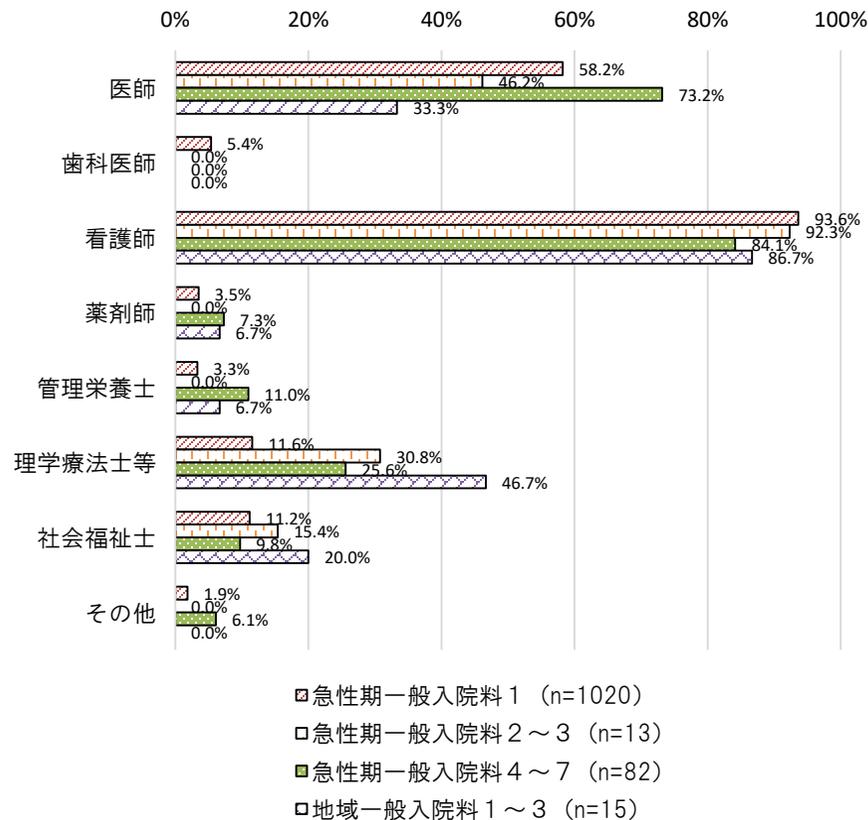


算定していない理由（B票） (n=486)



○ 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。

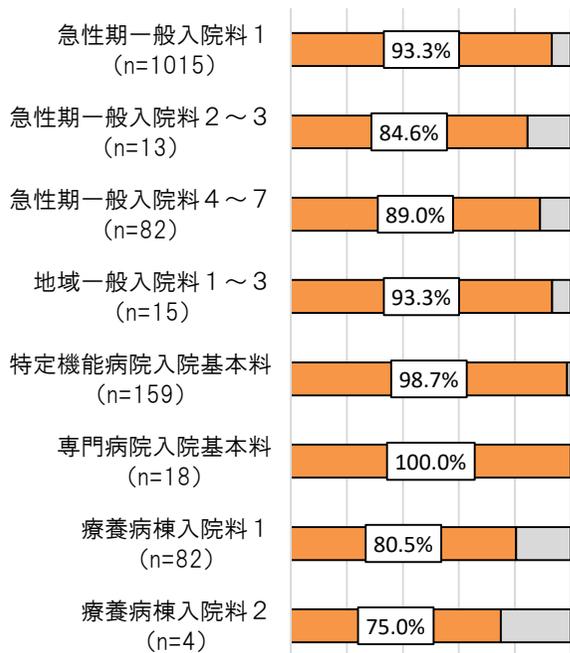
## 総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種



- 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

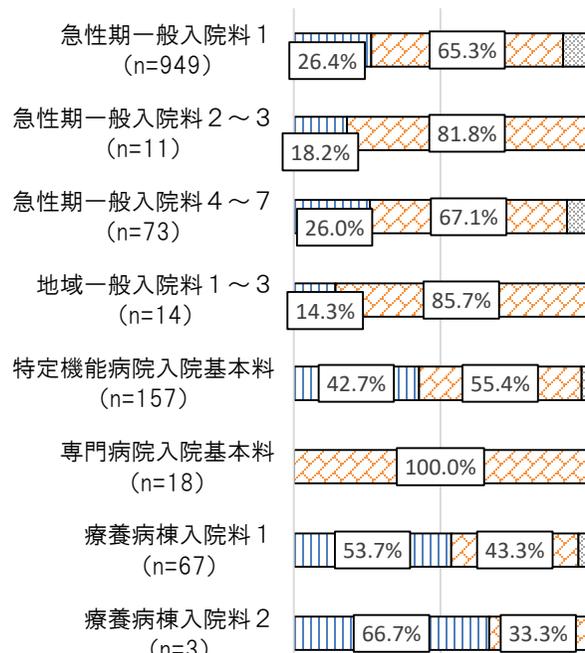
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■活用している □活用していない

## チェックリストの種類

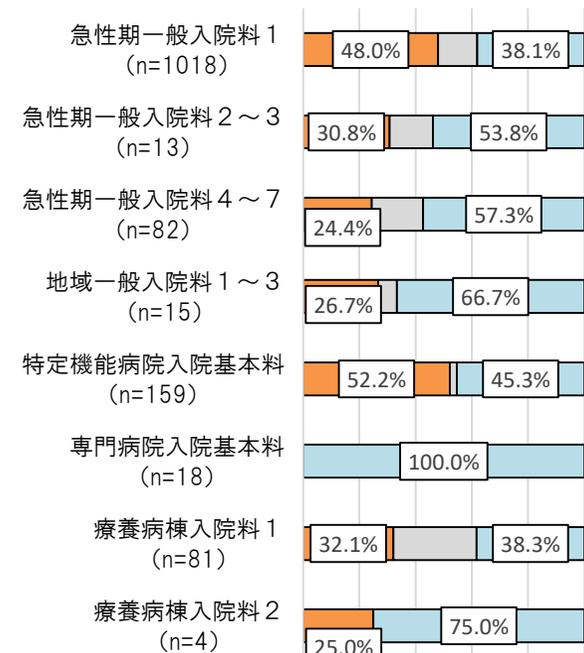
0% 50% 100%



■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

# 患者サポート体制の評価

中医協 総-1  
元 . 9 . 11

## 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)

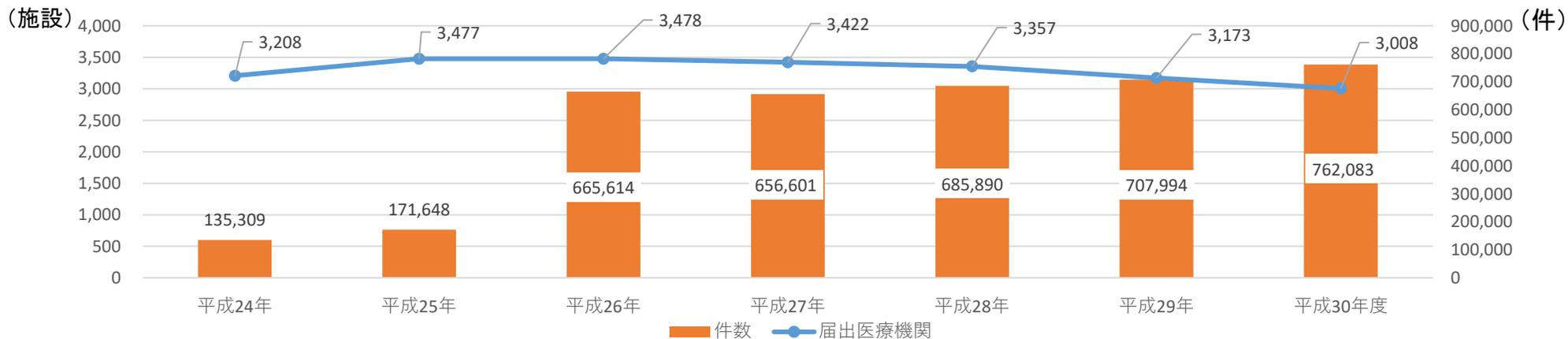
#### [施設基準]

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。

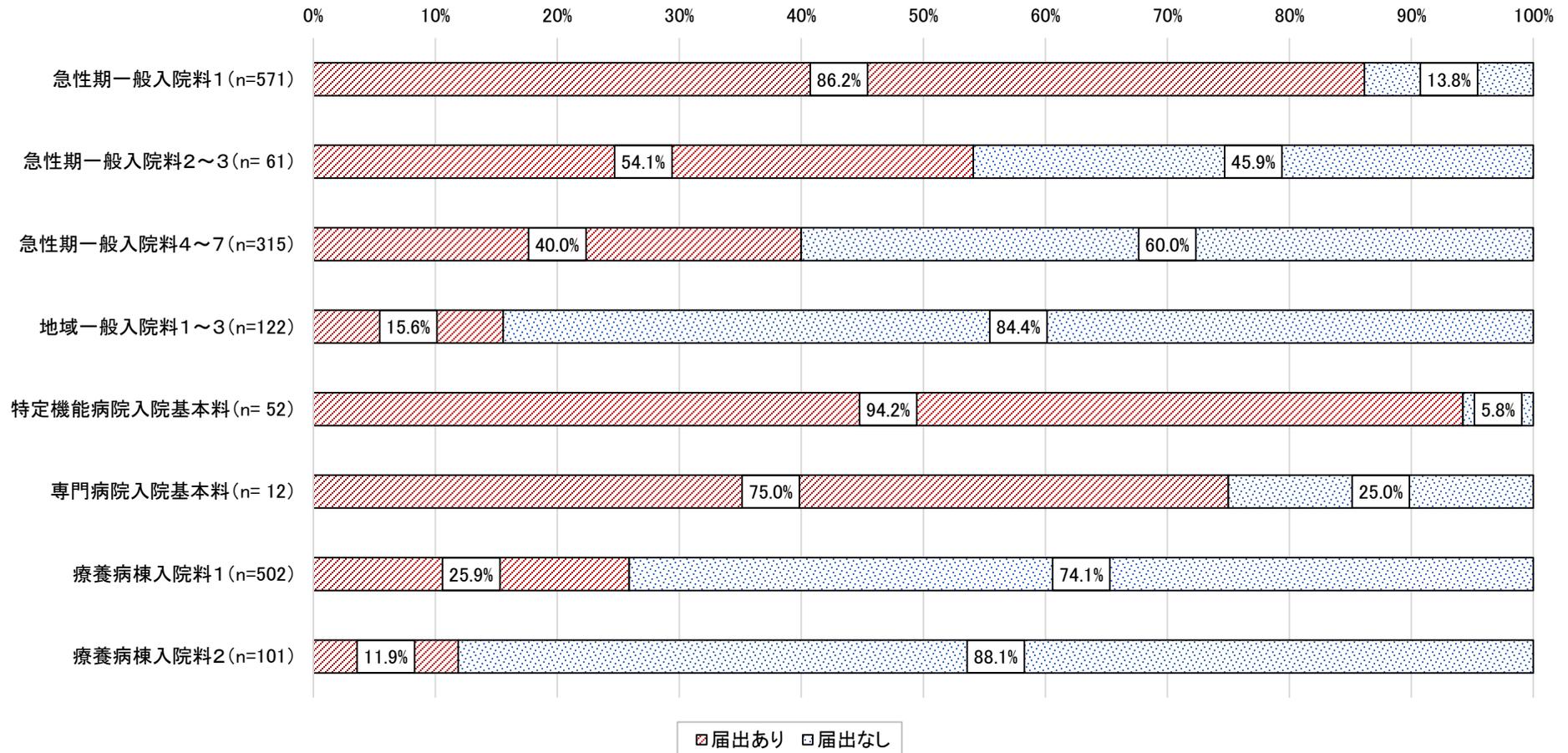
#### (参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「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。

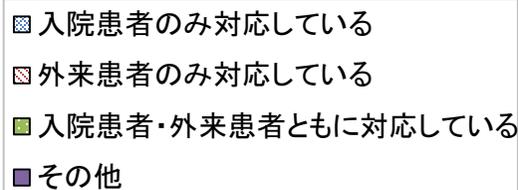
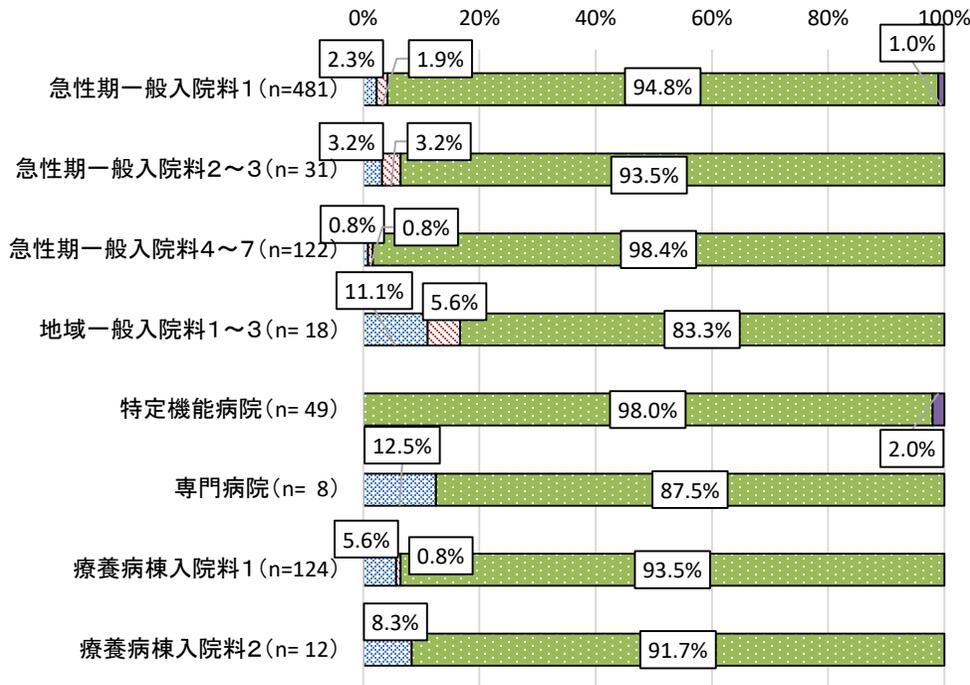
## 患者サポート体制充実加算の届出状況



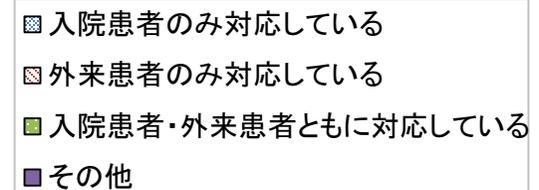
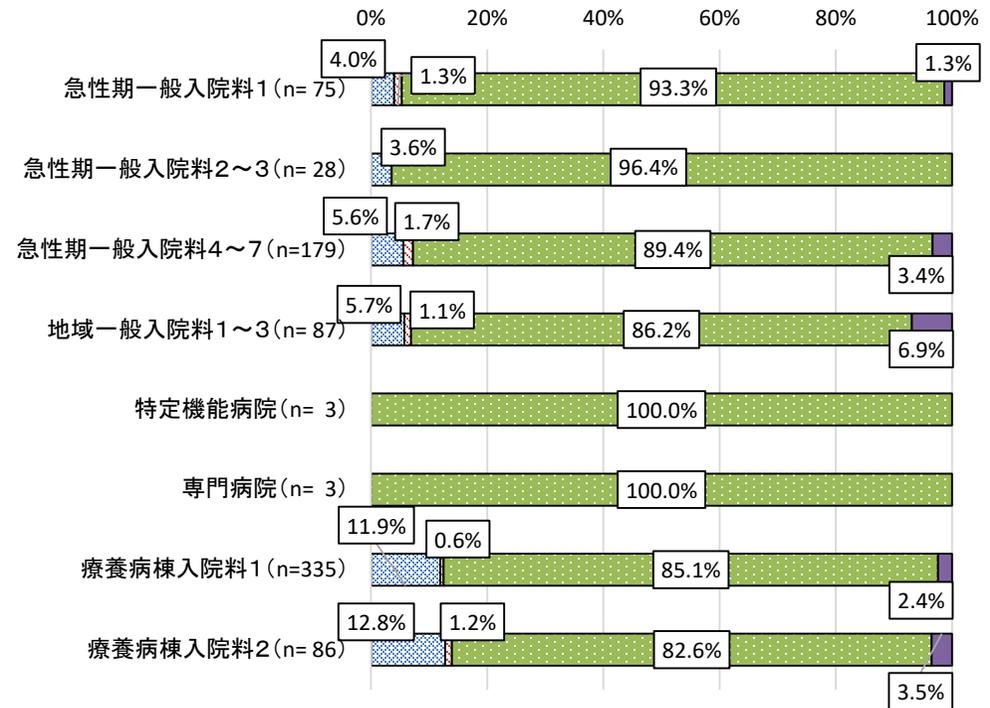
○ 患者対応窓口の対応状況をみると、患者サポート体制充実加算の届出の有無に関わらず、「入院患者・外来患者ともに対応している」と回答した施設が多かった。

## 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



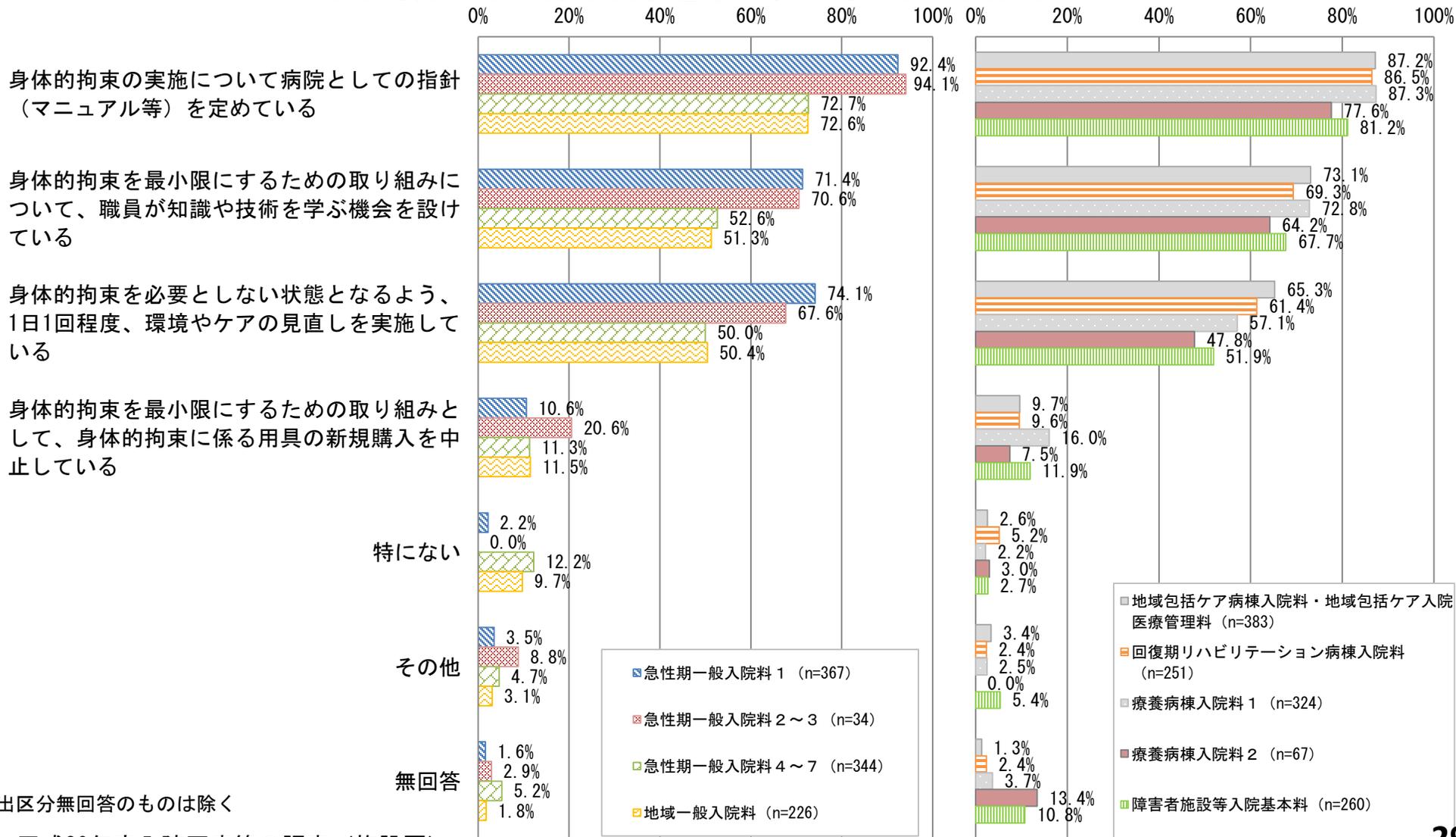
患者サポート体制充実加算の届出なし



○ 身体的拘束等の行動制限を最小化する取組として最も実施されていたのは、いずれの届出区分でも「身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている」であった。

## 身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施状況

(複数回答)



※届出区分無回答のものは除く

# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
- 6. 医療資源の少ない地域について**
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

## 医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

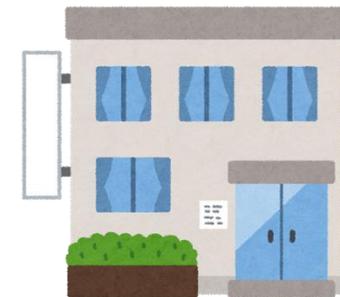
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3
- 精神疾患診療体制加算
- 精神科急性期医師配置加算
- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院
- 在宅療養後方支援病院



### <参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
  - ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
  - ② 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

# 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和

○ 医療資源の少ない地域(特定地域)においては、入院基本料の算定、人員配置、夜勤、病床数要件の緩和対象となっている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域(特定地域)に所在する有床診療所であること	(入院料の要件)
A 2 2 6-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A 3 0 8-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 <sup>※1</sup> 看護職員の最小必要数の4割以上 <sup>※2</sup> が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 <sup>※1</sup> 特定地域以外では13対1以上 <sup>※2</sup> 特定地域以外では7割以上 <u>許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする</u> <u>(地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3)</u>	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ(DPC対象病院を除く) 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	<u>許可病床数80床以上(特定地域以外は許可病床数100床以上)</u>	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	<u>許可病床数80床以上(特定地域以外は許可病床数100床以上)</u>	病床数
在宅療養支援診療所	<u>許可病床数240床未満(特定地域以外は許可病床数200床未満)</u>	病床数
在宅療養支援病院	<u>許可病床数240床未満(特定地域以外は許可病床数200床未満)</u>	病床数
在宅療養後方支援病院	<u>許可病床数160床以上(特定地域以外は許可病床数200床以上)</u>	病床数
B 0 0 1 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

\*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く)の一般病棟が対象。

注) 下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

# 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする</li> <li>※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く</li> <li>○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設</li> <li>○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設</li> </ul>
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入</li> <li>○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える</li> <li>○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し             <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;対象地域に関する要件&gt;                 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※</li> <li>➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>※要件①かつ②              ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2              ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%</p> </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く）</li> <li>○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和             <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;対象&gt;                 <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 20px;">○地域包括ケア入院医療管理料1～4</li> <li style="margin-right: 20px;">○地域包括ケア病棟入院料1・3</li> <li style="margin-right: 20px;">○精神疾患診療体制加算</li> <li style="margin-right: 20px;">○精神科急性期医師配置加算</li> <li style="margin-right: 20px;">○在宅療養支援診療所</li> <li style="margin-right: 20px;">○在宅療養支援病院</li> <li>○在宅療養後方支援病院</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

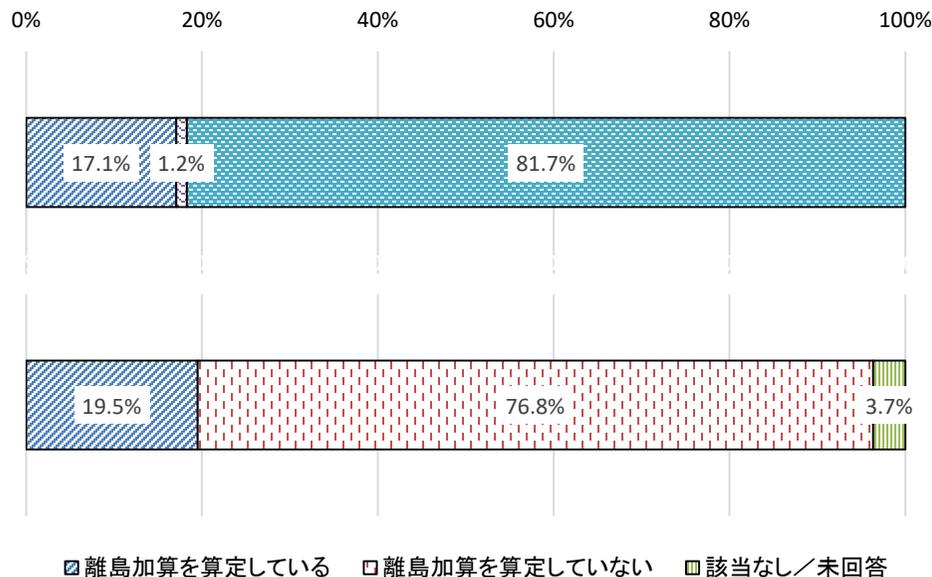
○ 算定回数は、増加傾向にあるものの、一部の算定項目については算定されていない。

算定項目	点数	H28件数	H29件数	H28回数	H29回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	200	0	0	0	0
栄養サポートチーム加算（特定地域）	100	10	20	34	42
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	250	0	1	0	1
退院支援加算2（特定地域）（一般病棟入院基本料等の場合）	95	2	5	2	5
退院支援加算2（特定地域）（療養病棟入院基本料等の場合）	318	4	6	4	6
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	2,371	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	2,357	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	2,371	2	9	88	133
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	2,357	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	2,191	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	2,177	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	2,191	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	2,177	0	0	0	0
特定一般病棟入院料1	1,121	112	124	1,861	1,520
特定一般病棟入院料2	960	93	190	1,818	3,061
特定一般病棟入院料 入院期間加算（14日以内）	450	146	227	1,543	1,767
特定一般病棟入院料 入院期間加算（15日以上30日以内）	192	72	73	809	639
特定一般病棟入院料 重症児（者）受入連携 加算	2,000	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	84	62	872	527
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理1	2,371	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理2	2,191	0	0	0	0
外来緩和ケア管理料（特定地域）	150	0	0	0	0
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	175	0	0	0	0

- 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、所在地域の指定状況及び離島加算の算定状況は以下のとおりであった。
- 有床診療所については、離島加算の施設基準を満たす地域に所在する場合であっても、算定していない場合がある。

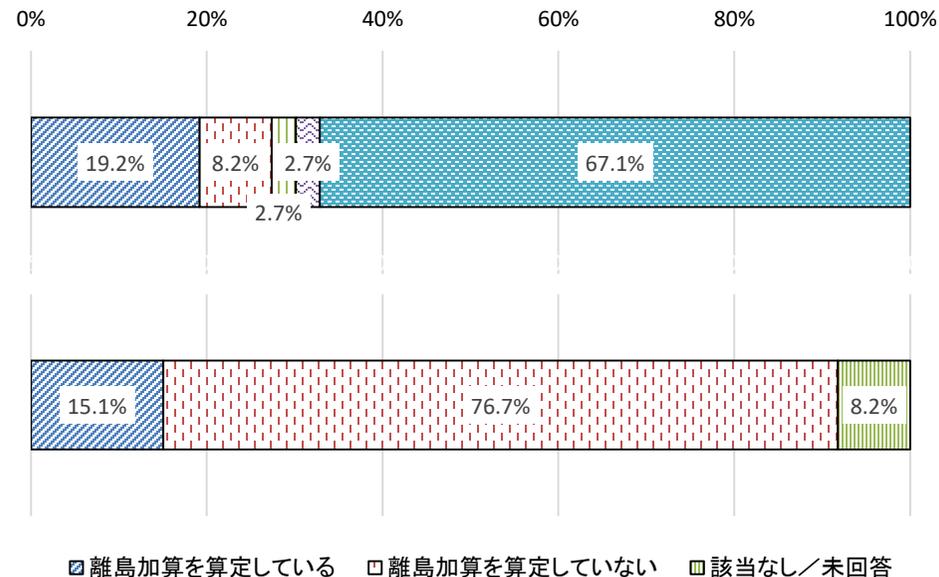
## 病院 (n=82)

- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



## 診療所 (n=73)

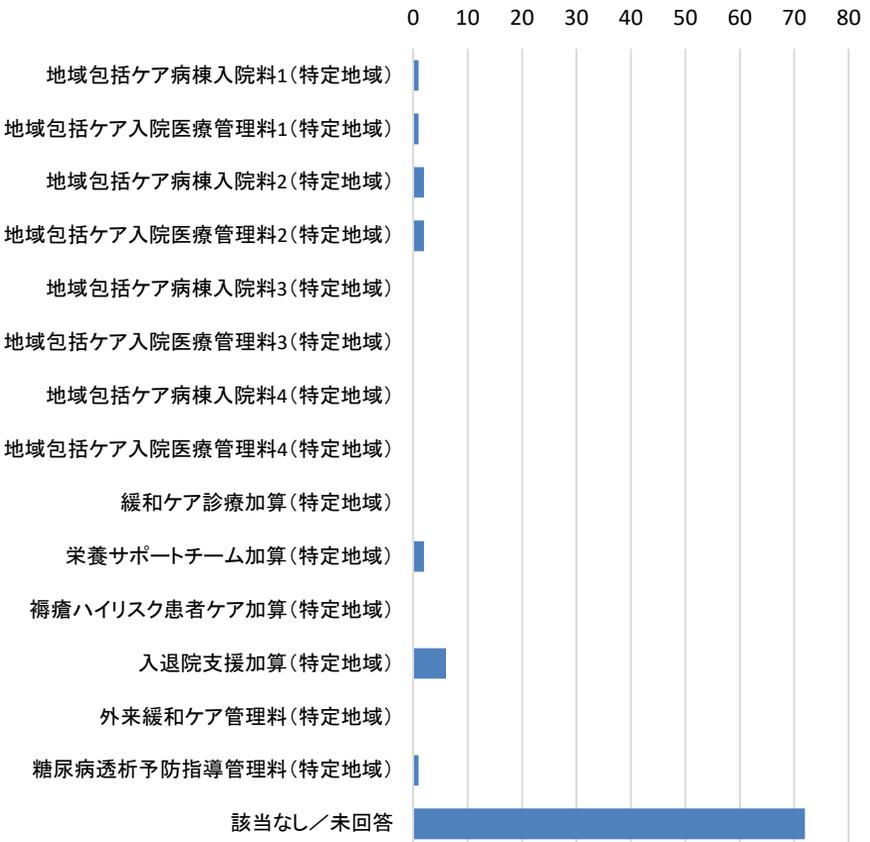
- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



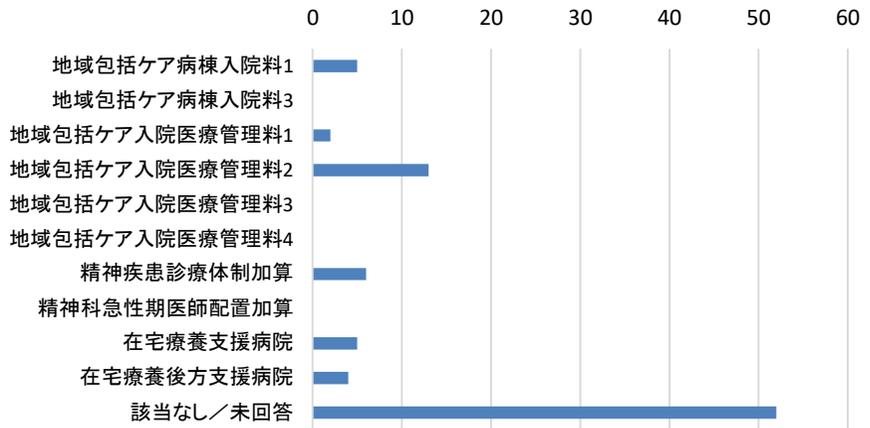
# 医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた 特定入院料及び加算等の届出状況等について

○ 平成30年度診療報酬改定において要件の見直しを実施した、医療資源の少ない地域に所在する病院及び診療所が対象となる特定入院料及び加算等の届出状況は、以下のとおりであった。

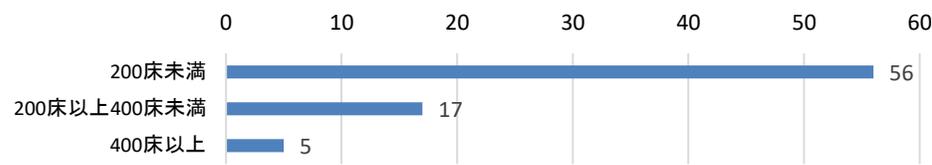
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した  
特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況(病院) (n=82)



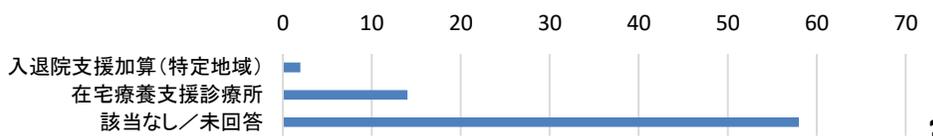
② 病床数の要件の見直しを実施した  
特定入院料、加算等の届出状況(病院) (n=82)



③ 回答した病院の許可病床数の分布 (n=78)

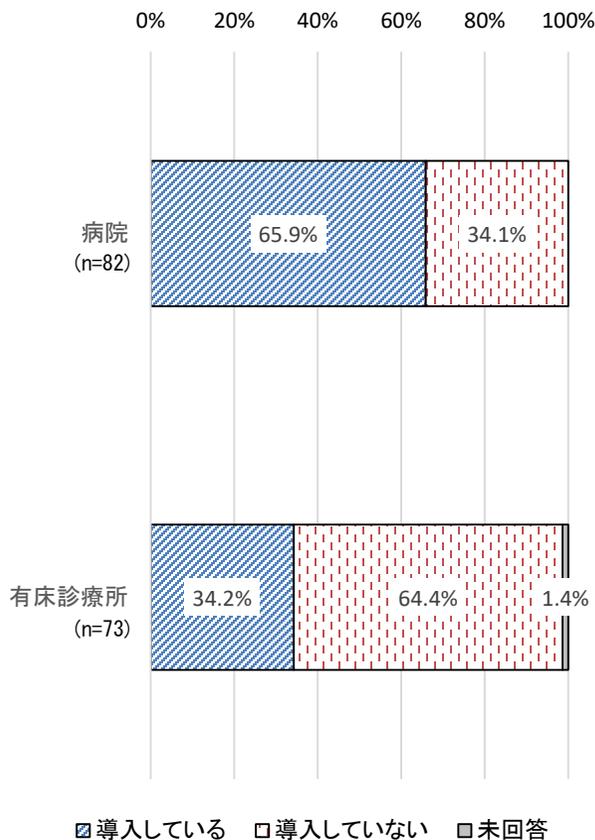


④ ①②に相当する見直しを実施した  
加算等の届出状況(有床診療所) (n=73)

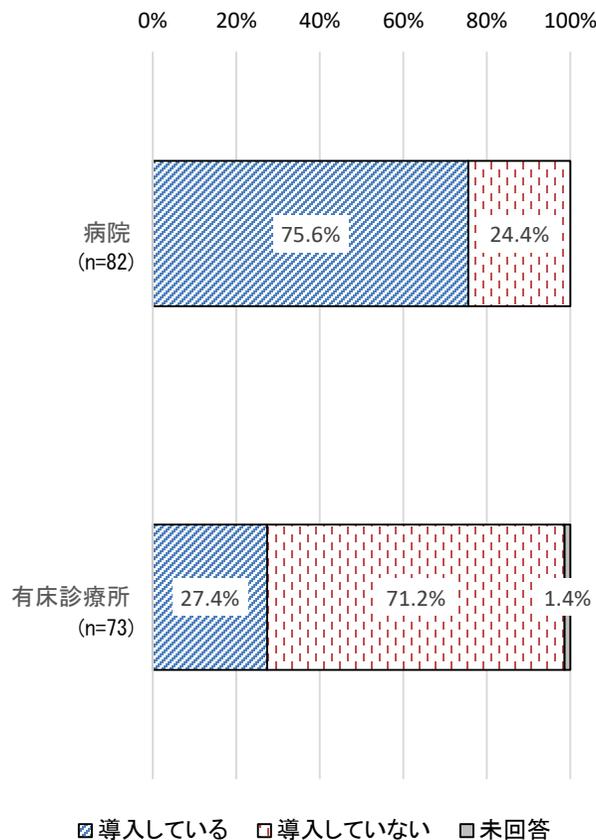


- 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、電子カルテの導入状況、オーダーリングシステムの導入状況及び医療情報連携ネットワークへの参加状況は以下のとおりであった。
- いずれも、病院において、導入状況及び参加状況が高い傾向にあった。

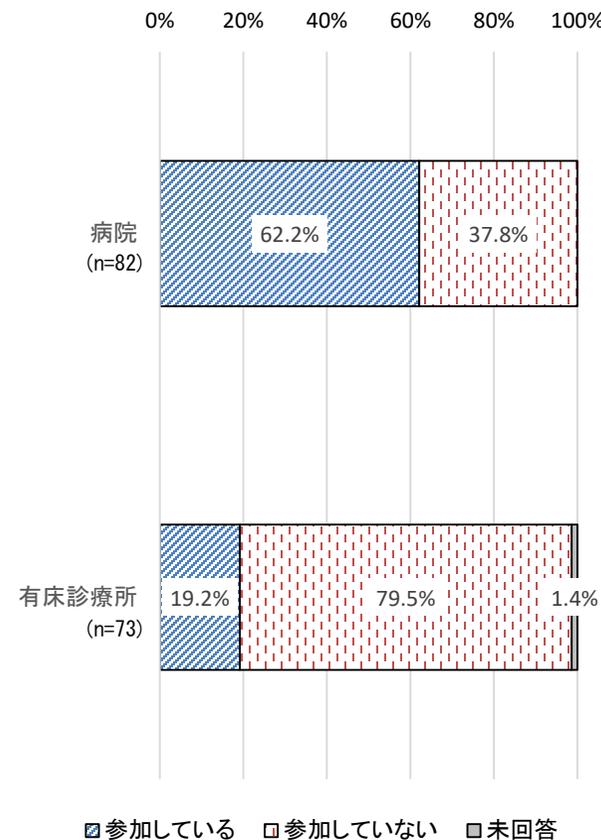
## 電子カルテの導入状況



## オーダーリングシステムの導入状況



## 医療情報連携ネットワークへの参加状況



医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査(調査対象)

	医療機関の概況	所在している市町村の概況
A病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般40床、療養48床</li> <li>・届出入院料:急性期一般、療養、地域包括ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○九州地方</li> <li>○人口:約26,000人</li> <li>○離島振興実施対策地域</li> </ul>
B病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:療養120床</li> <li>・届出入院料:療養</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○東北地方</li> <li>○人口:約57,000人</li> </ul>
C病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般98床</li> <li>・届出入院料:急性期一般</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○東北地方</li> <li>○人口:約15,000人</li> </ul>
D病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般60床</li> <li>・届出入院料:地域一般</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○東北地方</li> <li>○人口:約8,500人</li> </ul>
E病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般120床、療養48床、精神50床</li> <li>・届出入院料:急性期一般、療養、地域包括ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○九州地方</li> <li>○人口:約26,000人</li> <li>○離島振興実施対策地域</li> </ul>
F病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般90床、療養44床</li> <li>・届出入院基本料:急性期一般、療養、地域包括ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○甲信越地方</li> <li>○人口:約36,000人</li> </ul>
G病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般90床、療養50床</li> <li>・届出入院料:急性期一般、療養、地域包括ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○東北地方</li> <li>○人口:約12,000人</li> </ul>
H病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般178床、療養92床</li> <li>・届出入院料:地域一般、療養、障害者施設等、回復期リハ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○東北地方</li> <li>○人口:約36,000人</li> </ul>
I病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数:一般120床</li> <li>・届出入院料:急性期一般、地域包括ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○北陸地方</li> <li>○人口:約17,000人</li> </ul>

設問	医療機関の主な意見等
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICTによる連携とケア会議を運営しており、大変効果がある。</li> </ul>
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人員配置                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 専従要件が緩和されても、職員の絶対数が不足する。</li> <li>▪ 医師や看護師等について、常勤の職員が不足している。</li> <li>▪ 社会福祉士が不足している。</li> </ul> </li> <li>○ 研修                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 研修の機会の確保が難しい。</li> <li>▪ オンライン講義を教育に活用している。</li> <li>▪ e-ラーニングによる研修ありがたい。</li> </ul> </li> <li>○ ICT                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 遠隔診療の導入を予定している。</li> <li>▪ ICTを用いた画像情報の連携を実施している。</li> </ul> </li> <li>○ その他                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 医師事務作業補助者が非常に有用である。</li> </ul> </li> </ul>

設問	医療機関の主な意見等
医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入退院支援加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師や社会福祉士以外の配置でも算定できれば有用だと思う。</li> </ul> </li> <li>○ 栄養サポートチーム加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常勤要件があることにより、届出が難しい。</li> <li>・ 公立であり、管理栄養士の異動があるため、経験を有する管理栄養士が異動してこないと届出ができない。</li> <li>・ オンラインでの研修がないと、研修要件が満たせない。</li> </ul> </li> <li>○ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の異動があるため、経験を有する人員の確保が難しい。</li> </ul> </li> <li>○ 緩和ケア診療加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者の確保が難しい。</li> <li>・ がん診療の拠点となる病院等の要件を満たすことが困難である。</li> <li>・ 常勤要件を満たすのが難しい。</li> </ul> </li> <li>○ 外来緩和ケア管理料 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体症状の緩和を担当する医師と精神症状の緩和を担当する医師を1名ずつ配置することが困難。</li> <li>・ 看護師の研修要件を満たすことが困難である。</li> </ul> </li> <li>○ 糖尿病透析予防指導管理料 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験や研修を満たすことが難しい。</li> </ul> </li> </ul>

# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて

## 平成30・31年度厚生労働科学研究 「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発 に係る研究（H30-政策-指定-006）」の概要

研究代表者 松田 晋哉 産業医科大学医学部 教授  
研究分担者 林田 賢史 産業医科大学病院 医療情報部長

### ・目的：

入院医療の提供体制の将来予測では、入院医療ニーズは増加・多様化する一方で、支え手の減少が見込まれており、限られた医療資源の中で、医療の質を確保しながらより効率的な提供体制の確保が必要となっている。そこで、本研究では既存の入院患者データ、病棟機能報告などを用いて評価・分析し、候補となる指標項目を検討する。その上で、平成30年度診療報酬改定で導入された新たな入院医療評価体系の実績評価に用いるのにより適切な指標や評価手法を提案することを、本研究の目的とする。

### ・方法：

平成28年度の病床機能報告公開データと平成28年度のDPC公開データを医療機関コードで連結し、総合的な分析ができるデータベースを作成した。このデータベースをもとに、稼働病床100床当たり看護師数と関連のある指標を相関分析により探索的に検討した。また、DPC事業で収集している様式1、様式3、EFファイル、Hファイルを用いて看護業務量を評価するための方法論について検討を行った。

## 現行の診療報酬体系の課題解決および改善に向けた具体的な対応

- 医療ニーズ（患者の状態、医療内容等）を反映した診療報酬体系
  - 全病床機能における共通指標によるシームレスな入院患者像（特に患者状態）の把握
  - 患者状態とケア行為の有無（業務量）を分離して把握
- 容易なデータ収集
  - 医療内容（例えば、現行の重症度、医療・看護必要度のA/C項目等におおむね該当）のデータ収集はレセプト等を積極的に活用
- 診療報酬上の評価における閾値設定の弊害の解消
  - 連続値による評価
- 医療内容の多寡が、患者の状態（ADL等）に伴う看護業務量に与える相乗的な影響の反映
  - 相乗的な評価の必要性
- 成果に基づいた評価（P4P等）の将来的な導入
  - 患者状態の変化を評価できるよう、患者状態を把握

# 中・長期的な入院に係る評価体系（イメージ案）

病床機能ごとの  
基礎的な評価

×

医療内容の評価  
(係数化)

×

患者状態の評価  
(係数化)

×

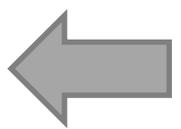
成果に応じた評価  
(早期回復等)

- 急性期一般
- 地域一般（地ケア・回リハ）
- 長期療養

職員配置等の構造的な  
要素については  
施設基準にて評価

- 医療内容を評価する項目
- 同じ病床機能内の相対評価  
(同じ病床機能内の平均を1として、医療機関間のばらつきを反映)
- 連続値で評価

- 患者状態に伴うケア行為の有無（業務量）を評価する項目
- すべての病床機能において、同一基準で加算評価  
(機能の違いによらない絶対評価)
- 連続値（もしくは数段階の値）で評価



- (将来的に検討)
- 医療の成果としての患者状態の変化等を評価する項目

- 上記の体系の実現のために  
把握が必要な項目
- ① 医療内容
  - ② 患者状態（全病床機能で共通の指標）
  - ③ 上記②の患者状態に対するケア行為の有無

※当該資料については、まだ構成員の合意が十分得られたものではなく、引き続き検討が必要なものであることに留意。

# 研究の具体的な内容（案）

## 1. 医療内容の評価（係数化）

（現行の「重症度、医療・看護必要度A/C項目」や「医療区分」におおむね該当）

### 【研究1】 現行指標の精緻化、あるいは新たな指標の探索

- DPCデータやレセプトデータを用いた医療内容（医療行為）の現状把握

## 2. 患者状態の評価（係数化）

（現行の「重症度、医療・看護必要度B項目」や「ADL区分」におおむね該当）

### 【研究2】 全病床機能における入院患者の患者状態の現状把握

- 療養病棟のADL区分に基づいた各区分の患者割合の算出

### 【研究3】 現行指標の精緻化、あるいは新たな指標の探索

- 妥当性が担保された国内外の既存指標（現行指標も含む）に関する調査・検討

今後、中長期の研究において、現状把握を実施するとともに、  
現行指標の精緻化もしくは新たな指標の探索を実施

【研究課題】急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発に係る研究(H30-政策-指定-006)にて一部実施予定

# とりまとめの構成

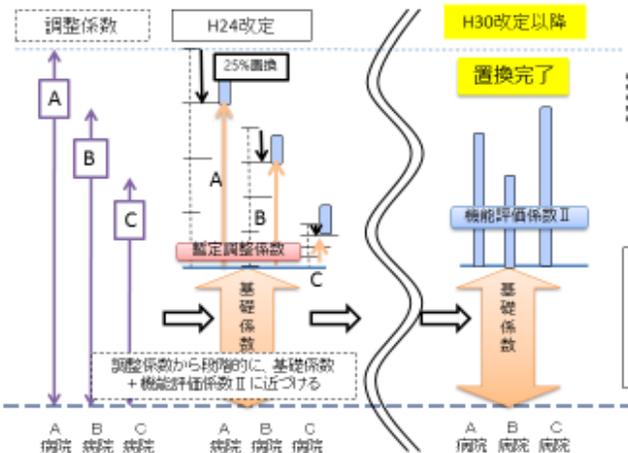
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
  - 8-1. DPC対象病院の要件
  - 8-2. 医療機関別係数
  - 8-3. 退院患者調査に関する事項

- H30年度診療報酬改定におけるDPC/PDPSに関する附帯意見は以下の通り。
  - 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。
- 前回改定の議論で、DPC対象病院のうち、平均的な診療実態とかい離れた病院の存在が確認されている。平均的な診療実態とかい離れた病院が存在すると、包括報酬の水準がそれらの実績を用いて設定され、結果的にDPC/PDPSの安定的な運用の妨げとなりうる。

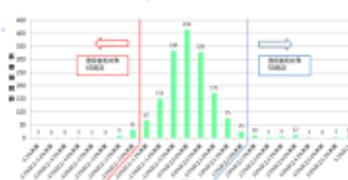
平成30年度診療報酬改定

## 調整係数の置き換え①（平成30年度における対応）

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了し、今後は基礎係数+機能評価係数Ⅱによる評価となる。
- 診療報酬改定等に伴う激変に対応する激変緩和係数を設定（改定年のみ）



報酬改定時の推計診療報酬変動の分布



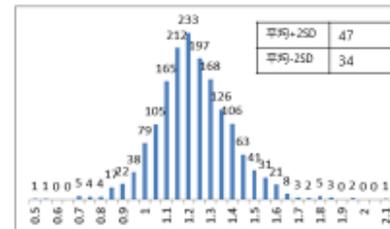
調整係数置き換え完了後も、一定程度推計診療報酬変動が大きい医療機関が存在すると考えられ、医療機関別係数は包括範囲の診療報酬全体に影響する特性を踏まえると、報酬改定等に伴う激変緩和措置が必要と考えられた。

平成30年度診療報酬改定

## 調整係数の置き換え②（今後の課題）

- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。

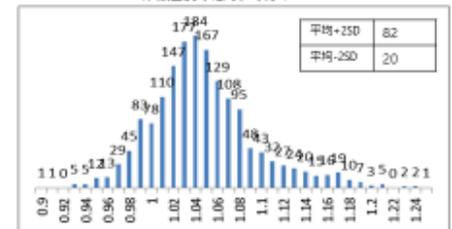
平均在院日数の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

診療密度の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診相療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

- DPC準備病院のうち、一定の要件をみたすものについては、当該病院の意向を踏まえ、診療報酬改定の度にDPC対象病院となる。
- DPC対象病院のデータ病床比(※)の基準は、急性期一般入院基本料等の届出を行う医療機関の大半が満たしている。

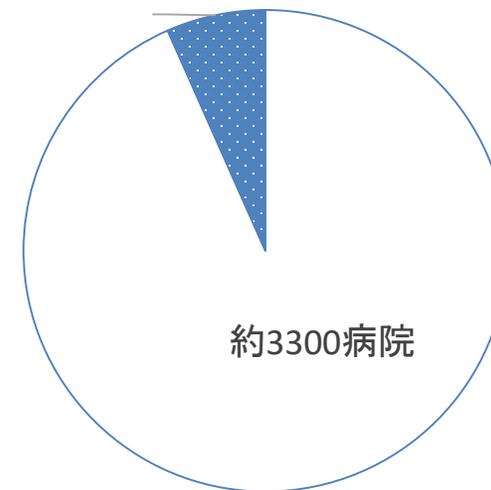
## DPC対象病院の要件

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

※データ病床比：提出されるデータとDPC対象(または急性期一般入院基本料等の)病床数の比

## 急性期入院料の届出医療機関のデータ病床比の状況

約230病院(6.6%)



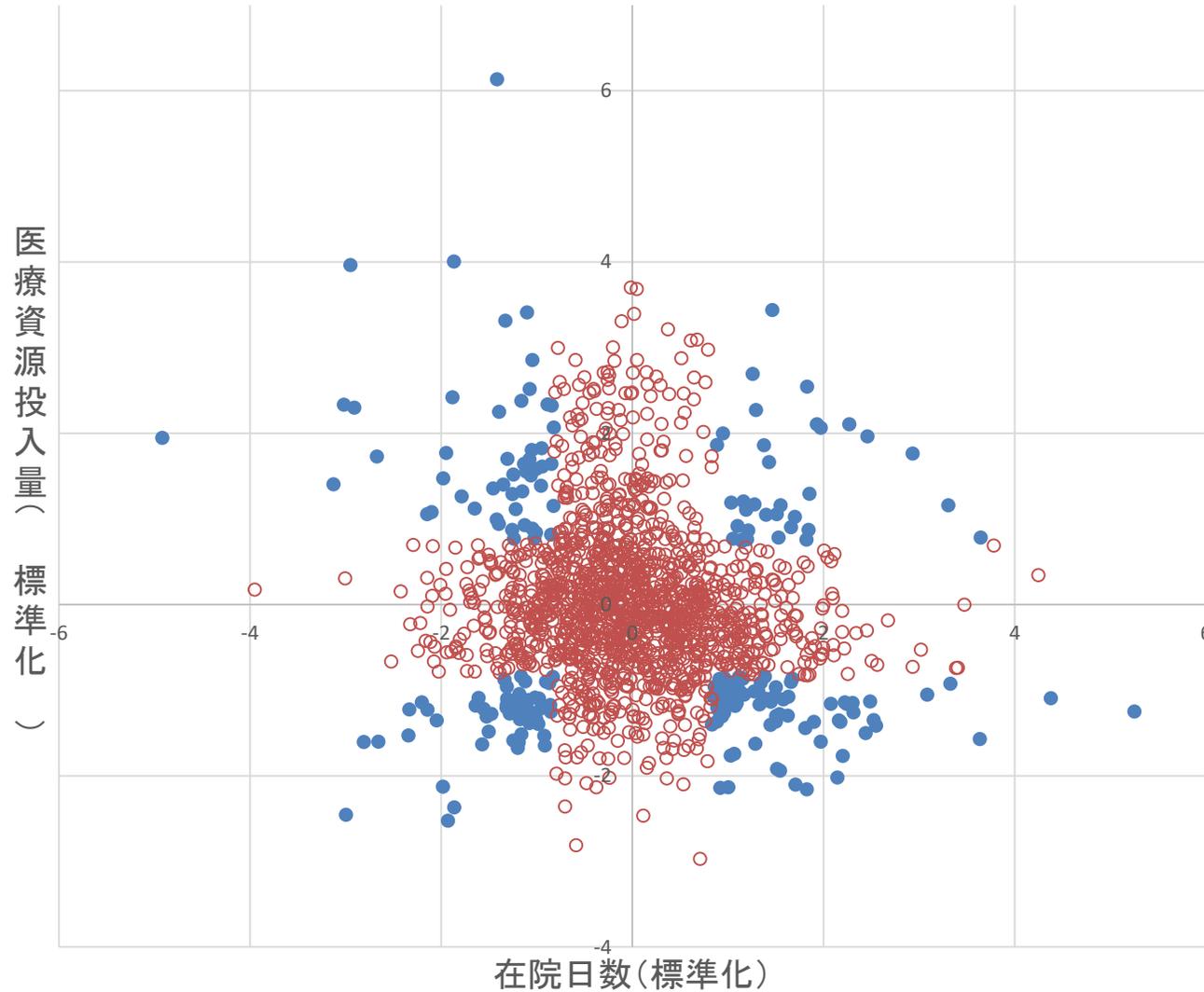
□ データ病床比が0.875以上の医療機関数

■ データ病床比が0.875未満の医療機関数

出典：平成30年度DPCデータ

# 医療資源投入量及び在院日数が外れた病院

診調組 入-2参考  
元 . 9 . 1 9

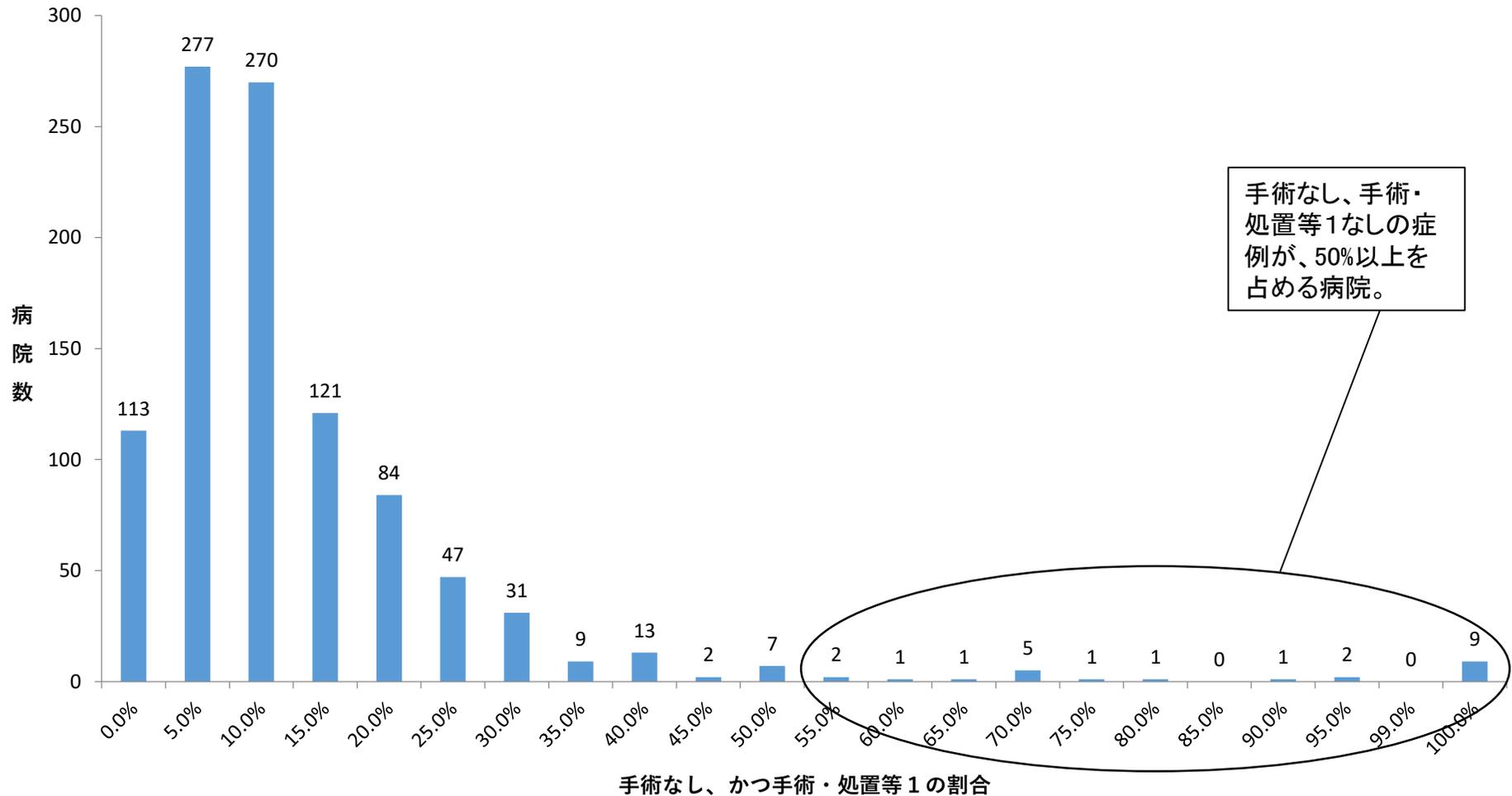


- ※ 医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化：（実測値－平均値）/標準偏差
- ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位（下位）300病院となる病院

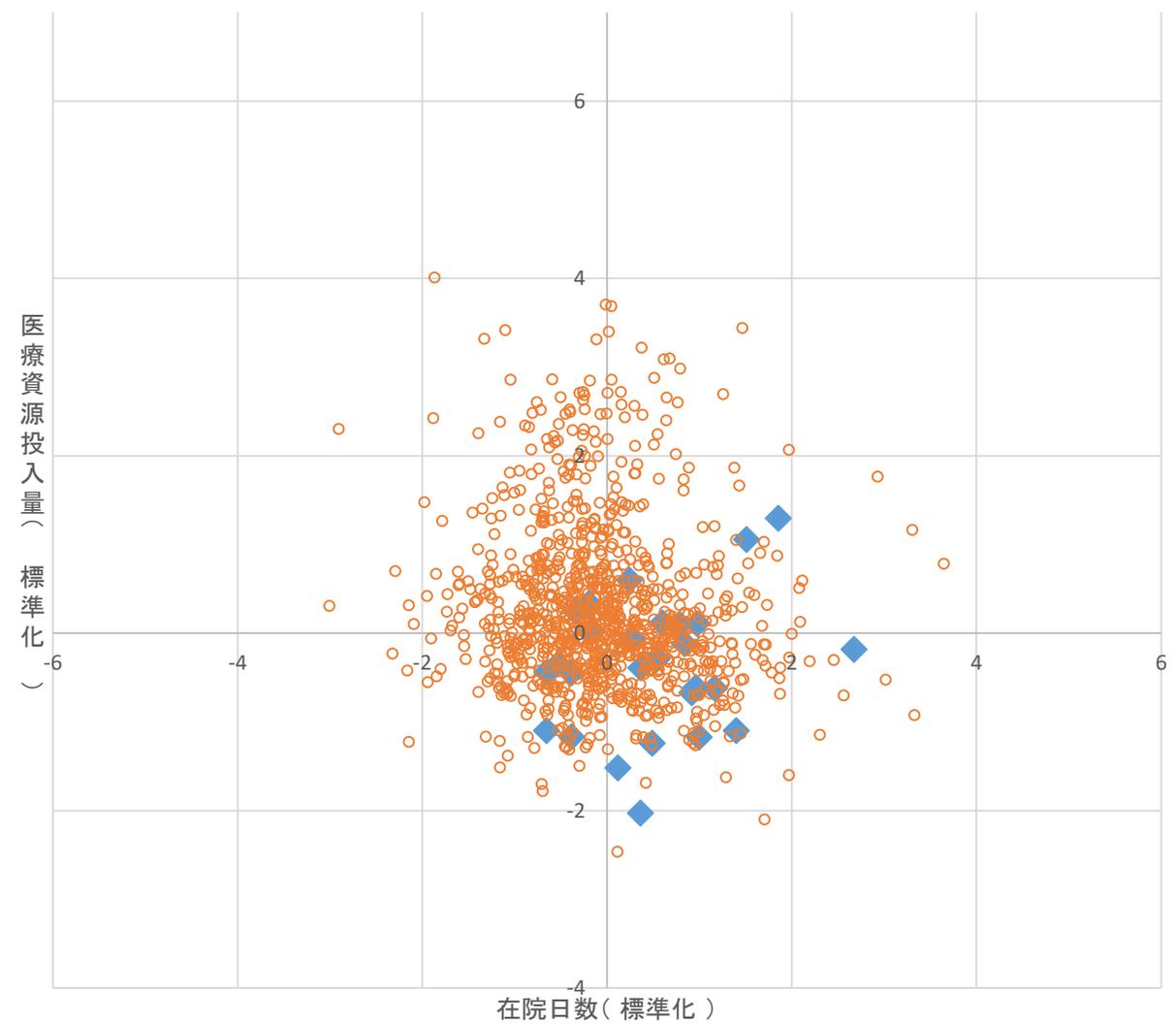
# 急性心筋梗塞の診断群分類区分と病院数の分布

診調組 入-2 参考  
元 . 1 0 . 3

○ 急性心筋梗塞(050030)の症例の内、手術なし、かつ手術・処置等1なしの症例が50%以上を占める医療機関が一定数存在する。



○ 急性心筋梗塞(050030)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



急性心筋梗塞(050030)の診断群分類

- 手術
  - ・経皮的冠動脈ステント留置術
  - ・左室形成 等
- 手術処置等1
  - ・大動脈バルーンパンピング
  - ・心臓カテーテル法 等

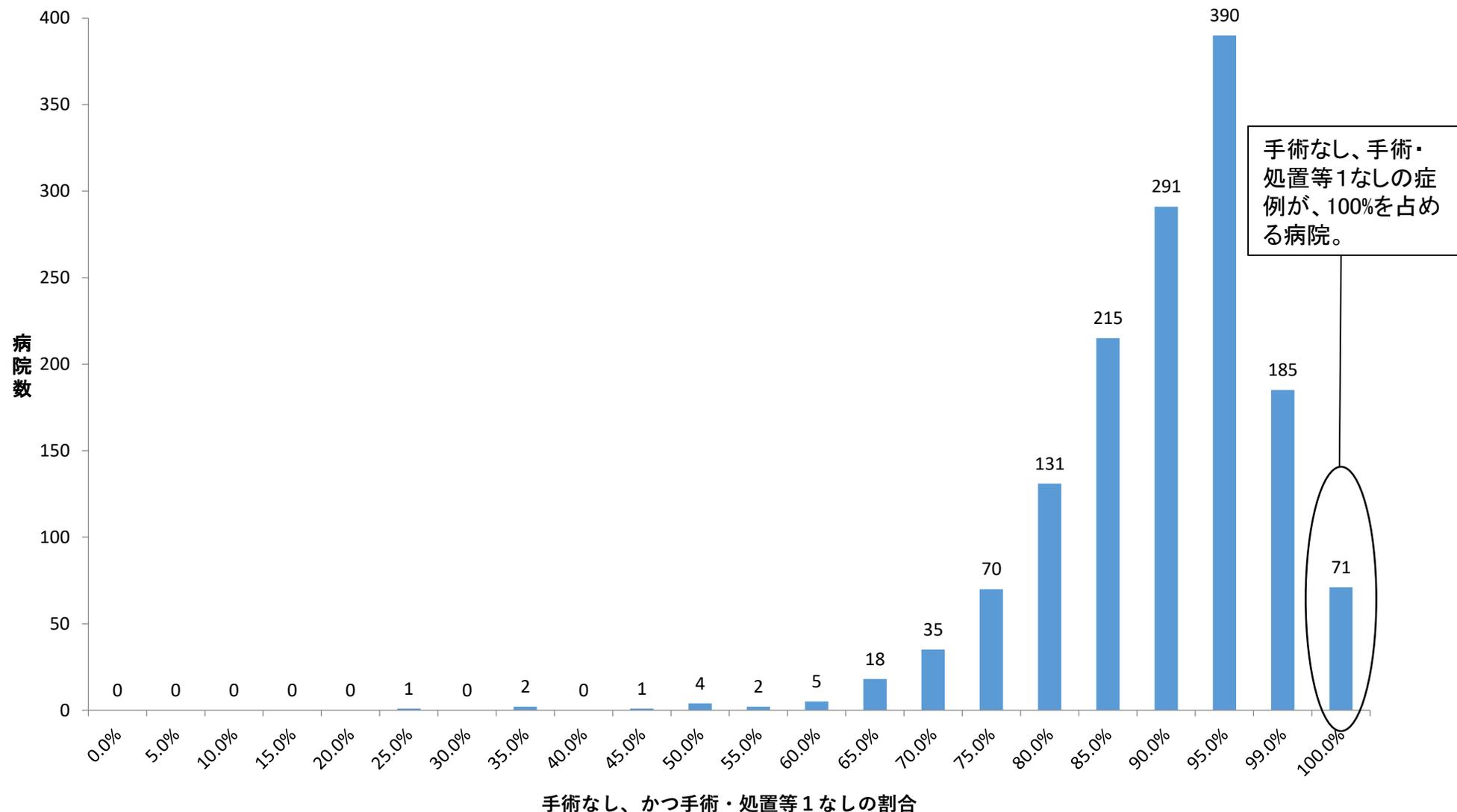
※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,003)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が50%以上を占める病院

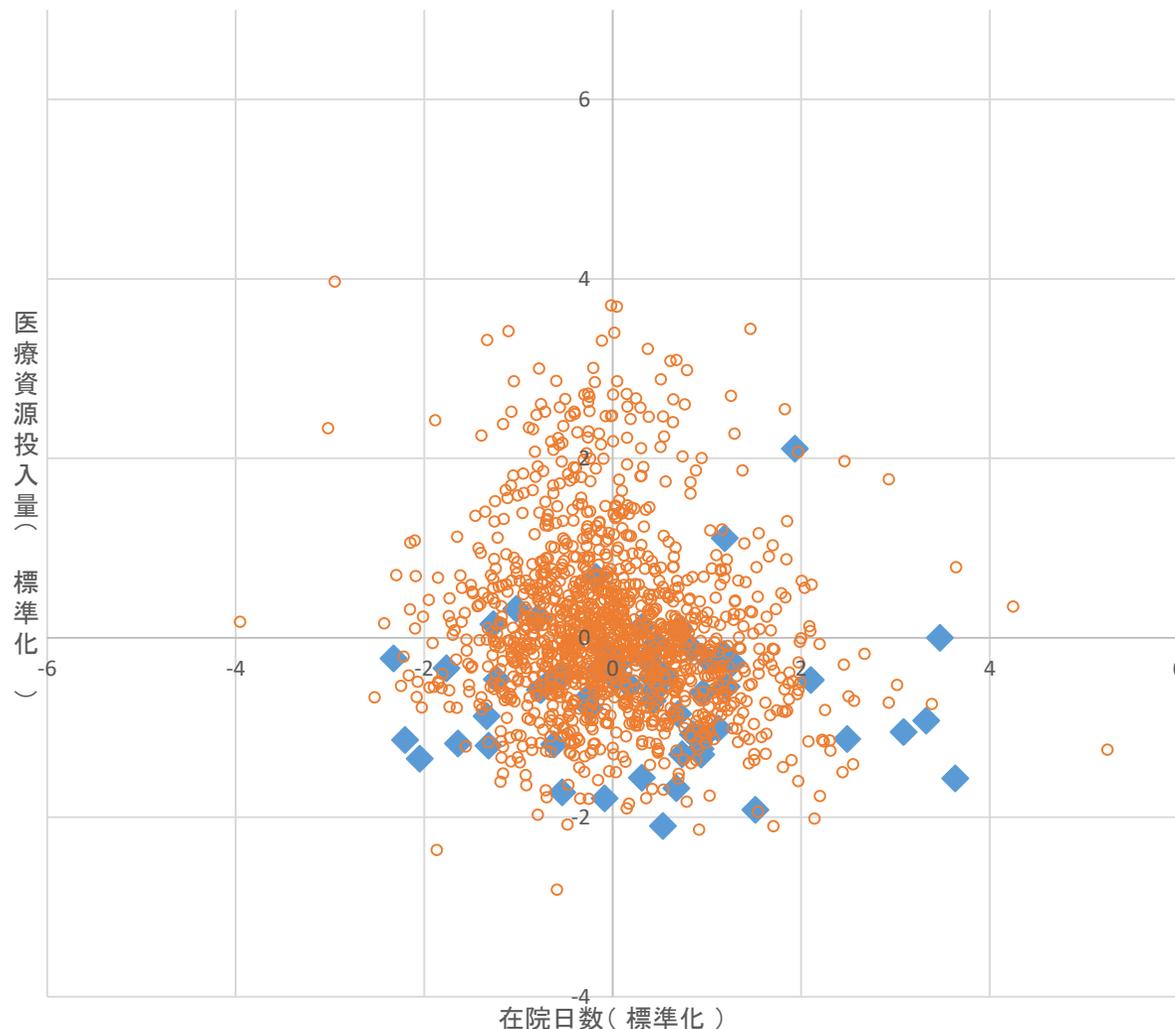
# 脳梗塞の診断群分類区分と病院数の分布

診調組 入-2 参考  
元 . 1 0 . 3

○ 脳梗塞(010060)の症例の内、手術なし、かつ手術・処置等1なしの症例が100%を占める医療機関が一定数存在する。



○ 脳梗塞(010060)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



脳梗塞(010060)の診断群分類

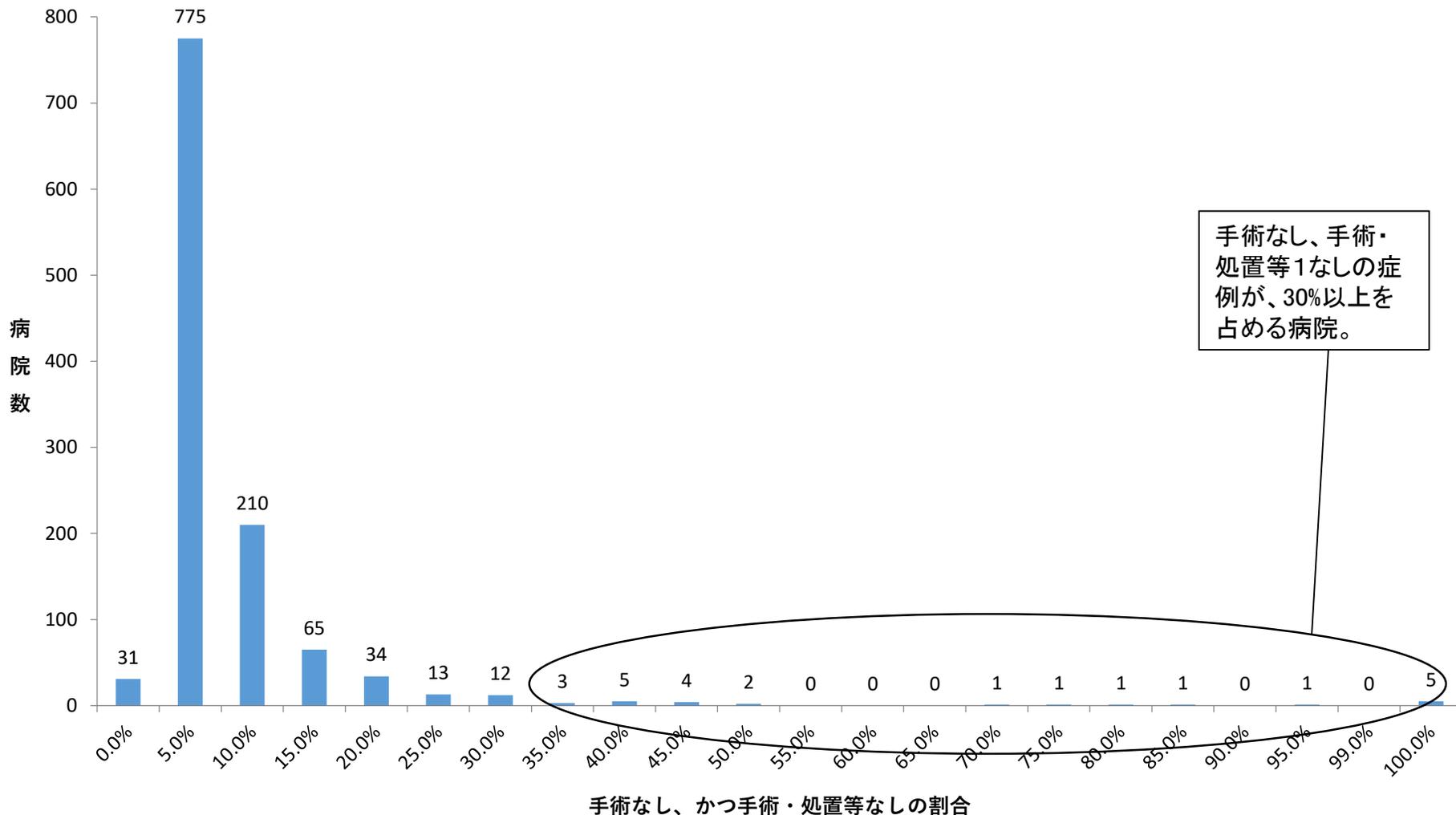
- 手術
  - ・動脈血栓内膜摘出術 等
  - ・経皮的脳血栓回収術 等
- 手術処置等1
  - ・造影剤注入手技 等

※ 脳梗塞(010060)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,421)

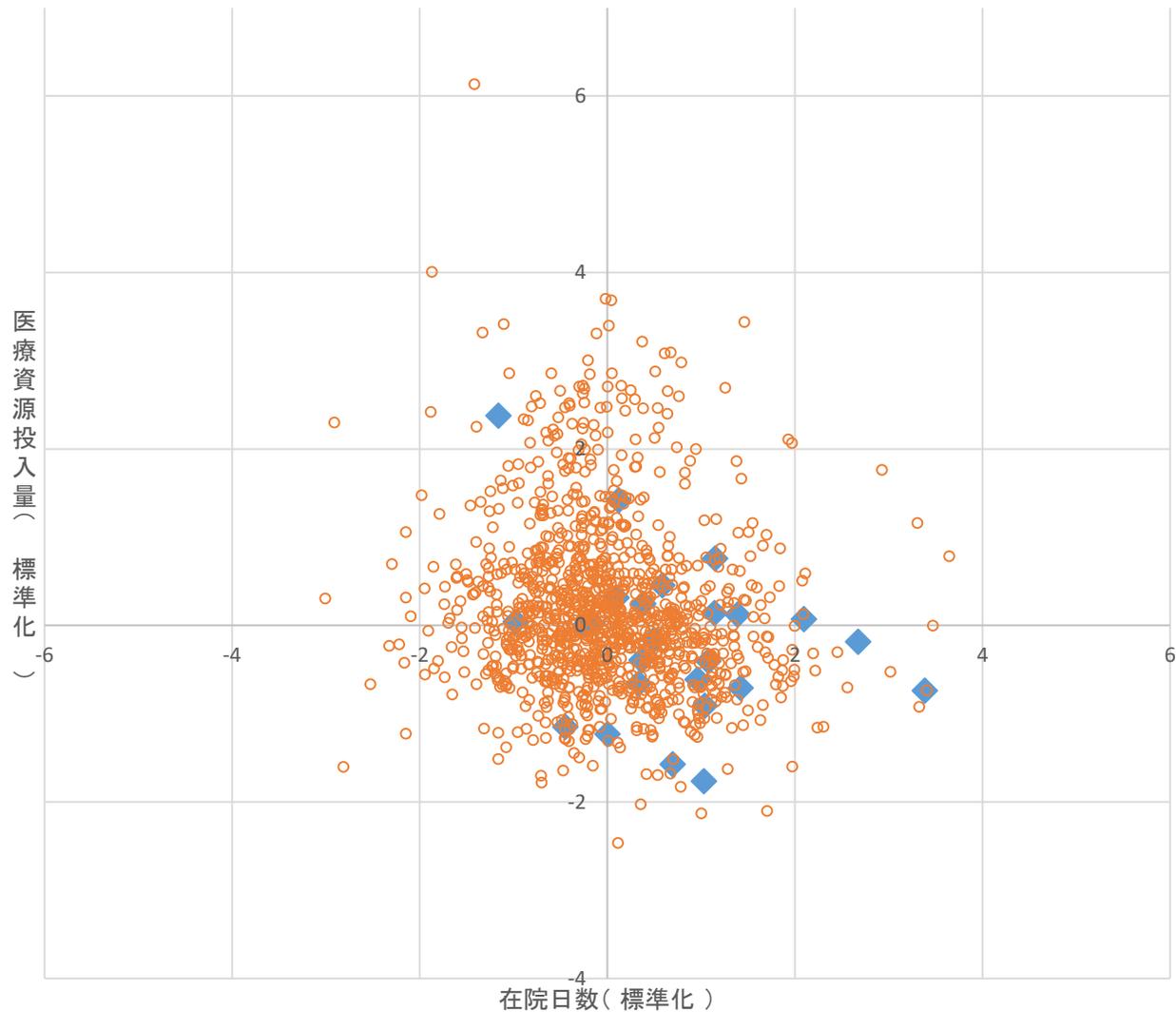
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

# 狭心症の診断群分類区分と病院数の分布

○ 狭心症(050050)の症例の内、手術なし、かつ手術・処置等1なしの症例が30%以上を占める医療機関が一定数存在する。



○ 狭心症(050050)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



狭心症(050050)の診断群分類

- 手術
  - ・経皮的冠動脈ステント留置術
  - ・冠動脈大動脈バイパス移植術等
- 手術処置等1
  - ・大動脈バルーンパンピング
  - ・心臓カテーテル法 等

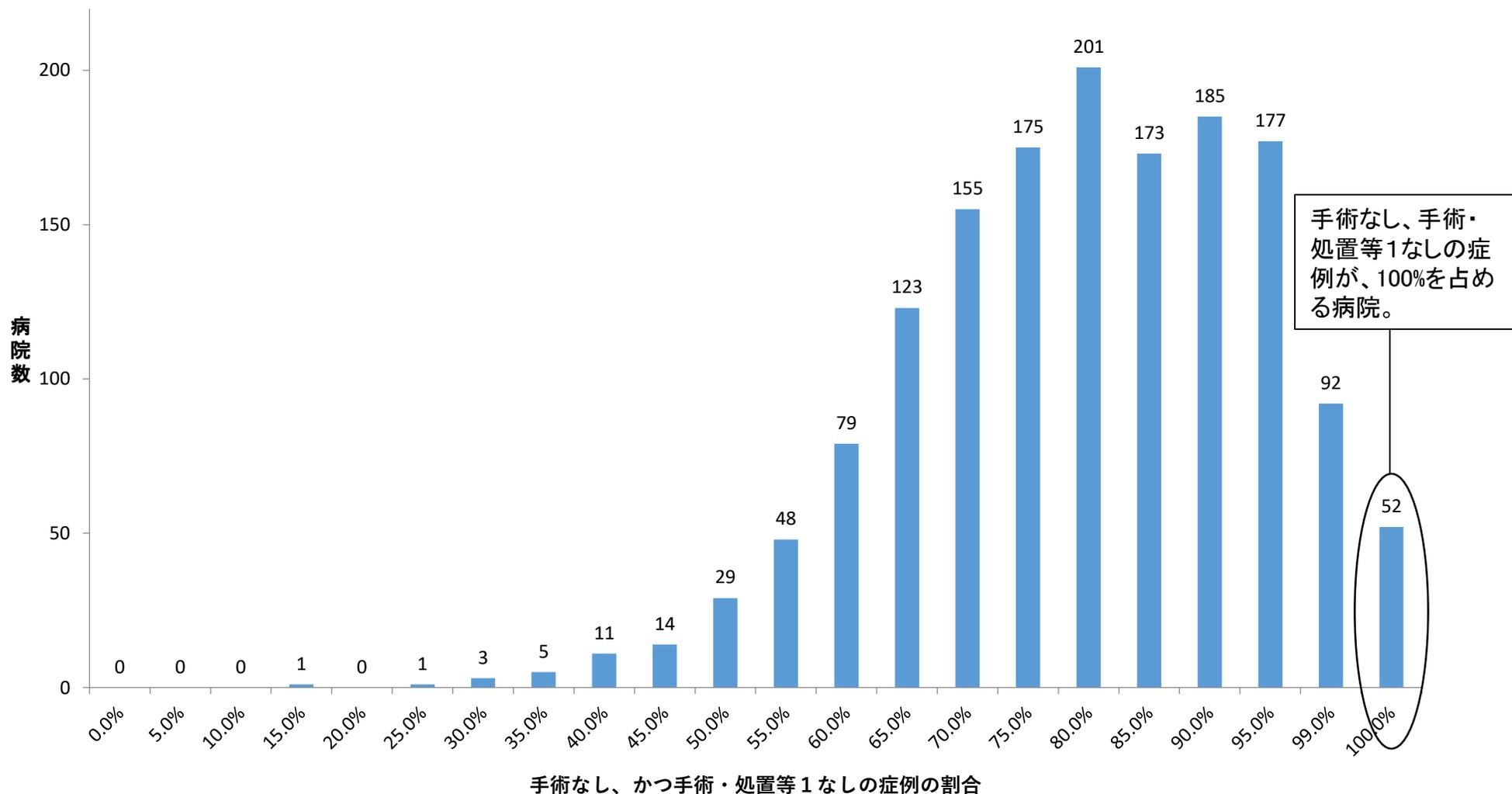
※ 狭心症(050050)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,164)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が30%以上を占める病院

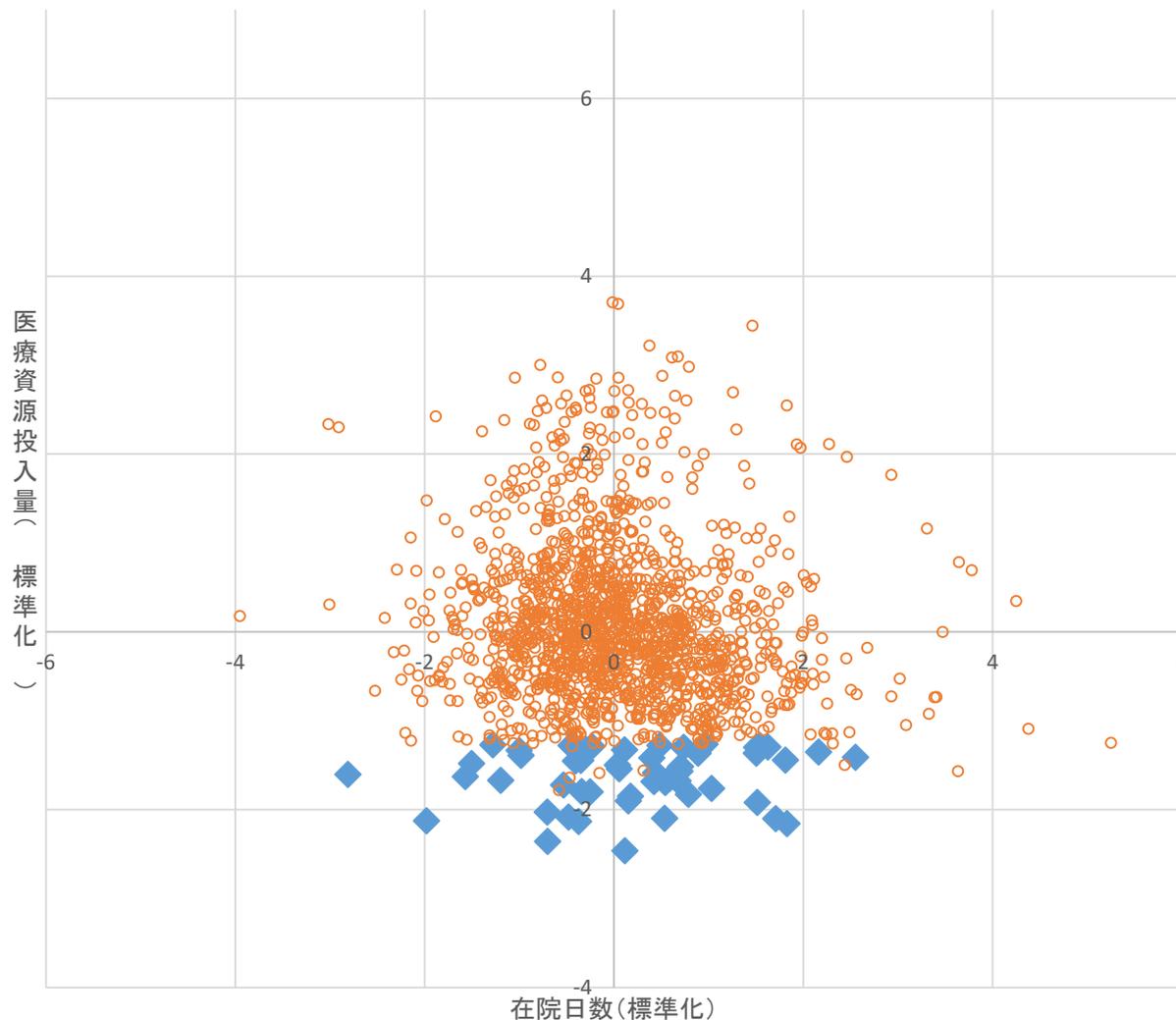
# 心不全の診断群分類区分と病院数の分布

診調組 入-2 参考  
元 . 1 0 . 3

○ 心不全(050130)の症例の内、手術なしかつ手術・処置等1なしの症例が100%を占める医療機関が一定数存在する。



○ 心不全(050130)の症例の内、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占めるにも関わらず、在院日数が長い病院が一部存在する。



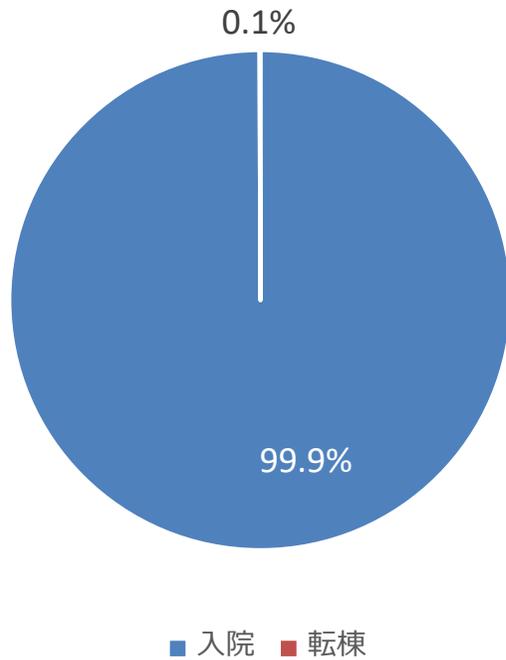
心不全(050130)の診断群分類

- 手術
  - ・経皮的冠動脈ステント留置術
  - ・体外ペースメーカー術
- 手術処置等1
  - ・大動脈バルーンパンピング
  - ・心臓カテーテル法 等

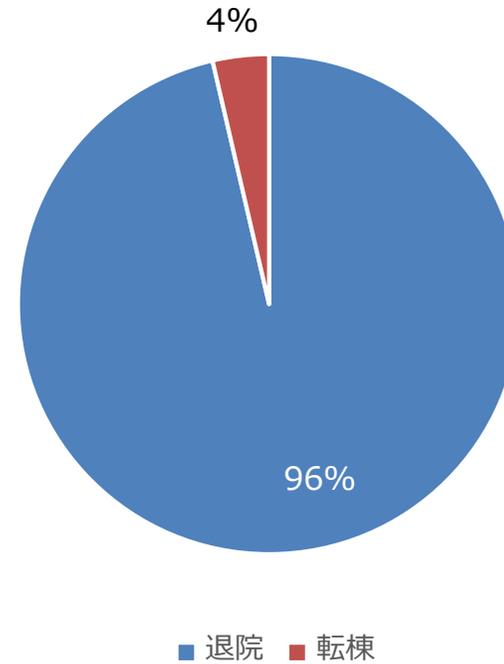
※ 心不全(050130)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,524)

※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

### DPC対象病院の入院経路

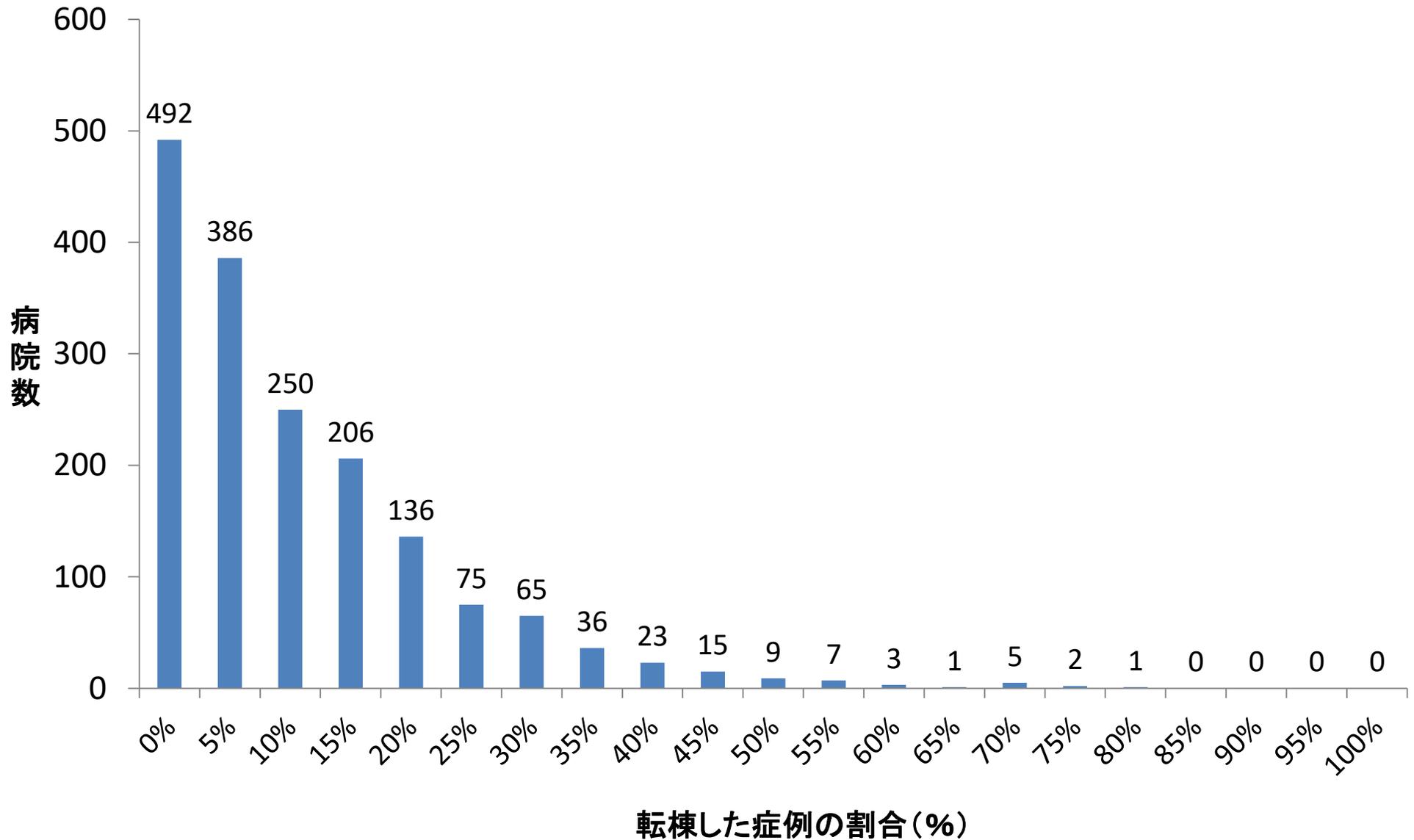


### DPC対象病院の退出経路

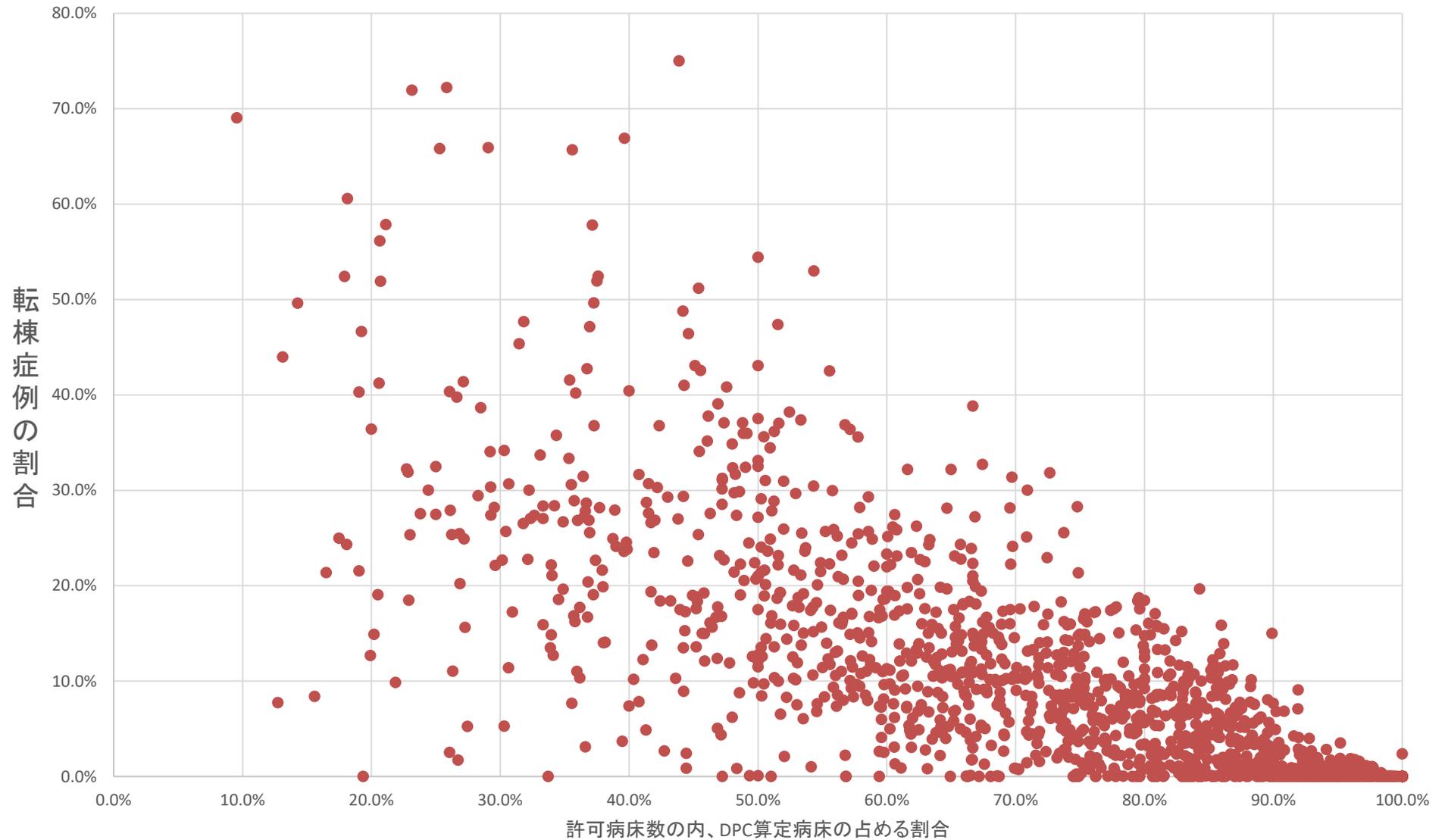


# 病院ごとの転棟した症例の割合別の病院数

診調組 入-2参考  
元 . 9 . 1 9



## DPC算定病床割合と転棟症例の割合



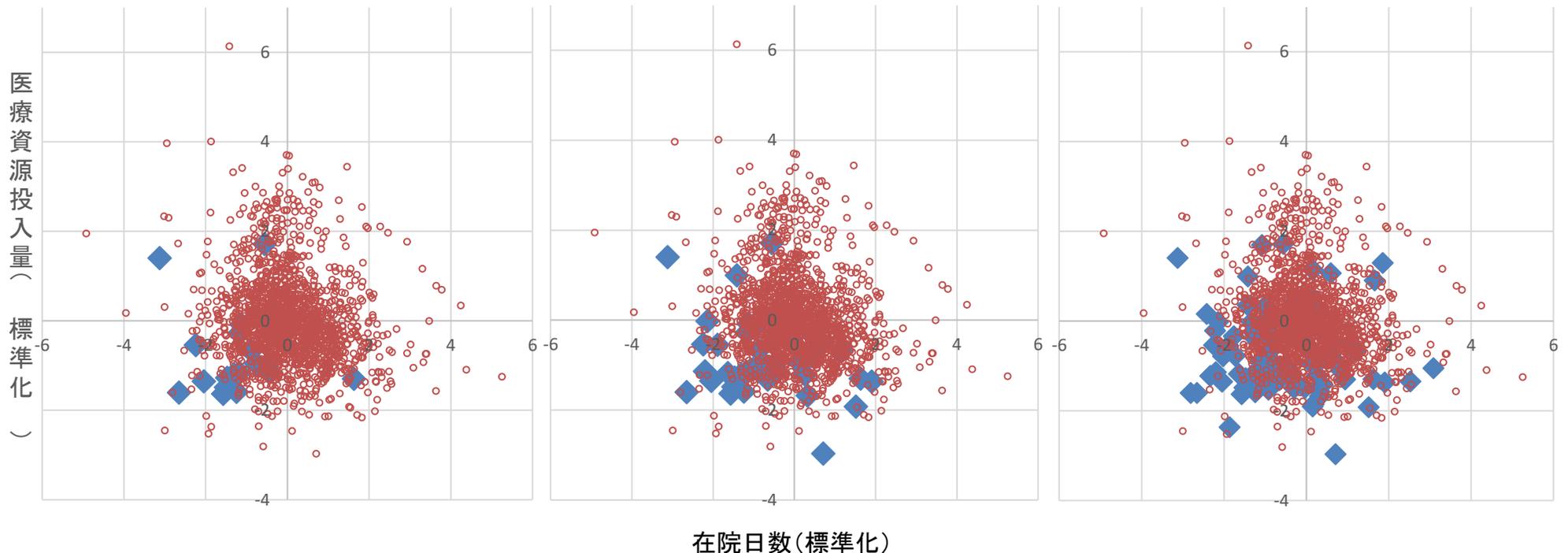
# 医療資源投入量及び在院日数と転棟との関係

- 転棟した症例が50%・40%・30%を越える病院のうち、医療資源投入量が少なく在院日数が短い群に分布するのはそれぞれ、84%(16/19)、62%(26/42)、55%(52/94)
- 当該割合が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。

転棟した症例の割合が50%以上の病院の分布

転棟した症例の割合が40%以上の病院の分布

転棟した症例の割合が30%以上の病院の分布



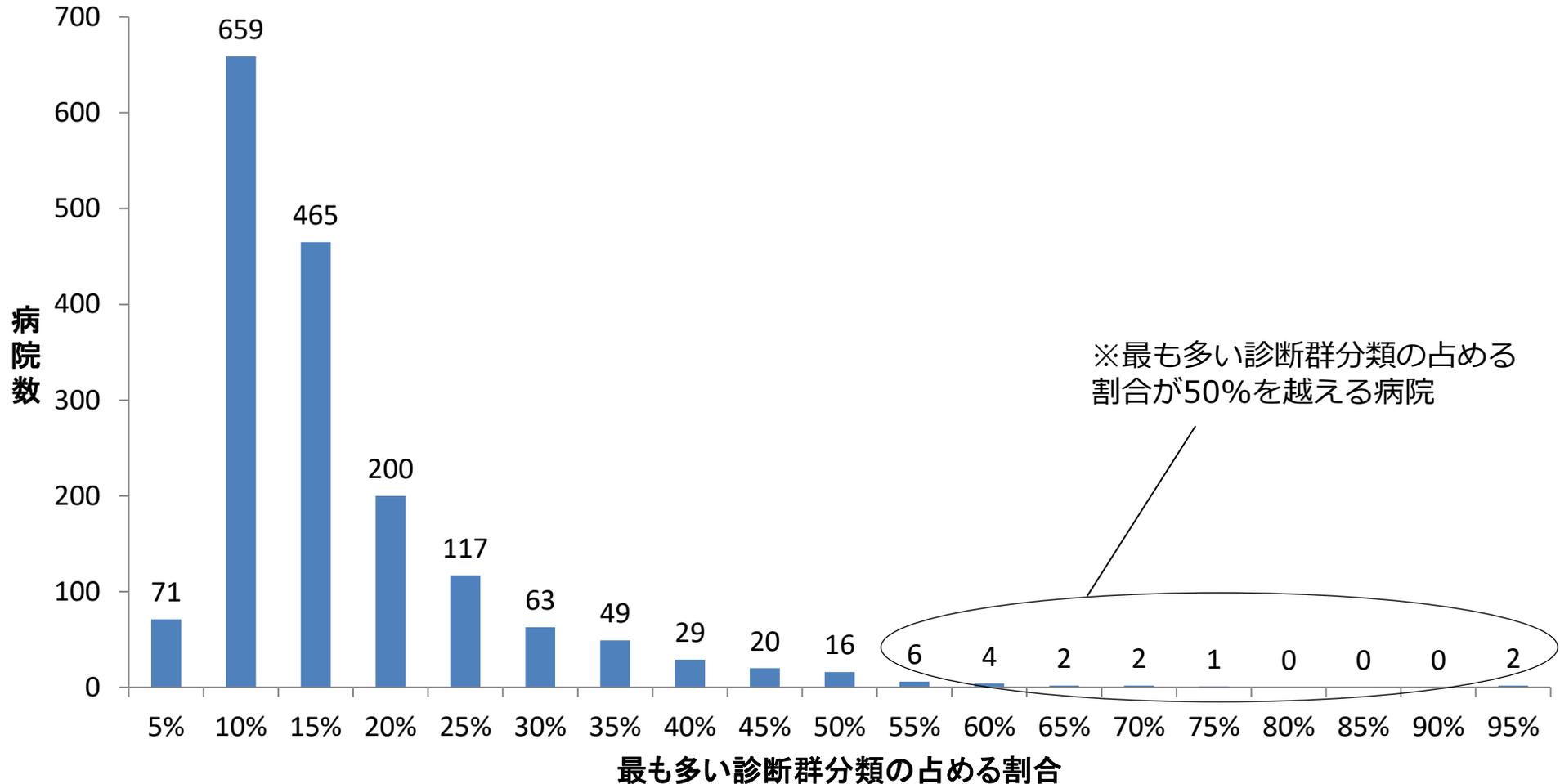
※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。

※ 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

# 最も多い診断群分類の占める割合別の病院数

診調組 入-2参考  
元 . 9 . 1 9

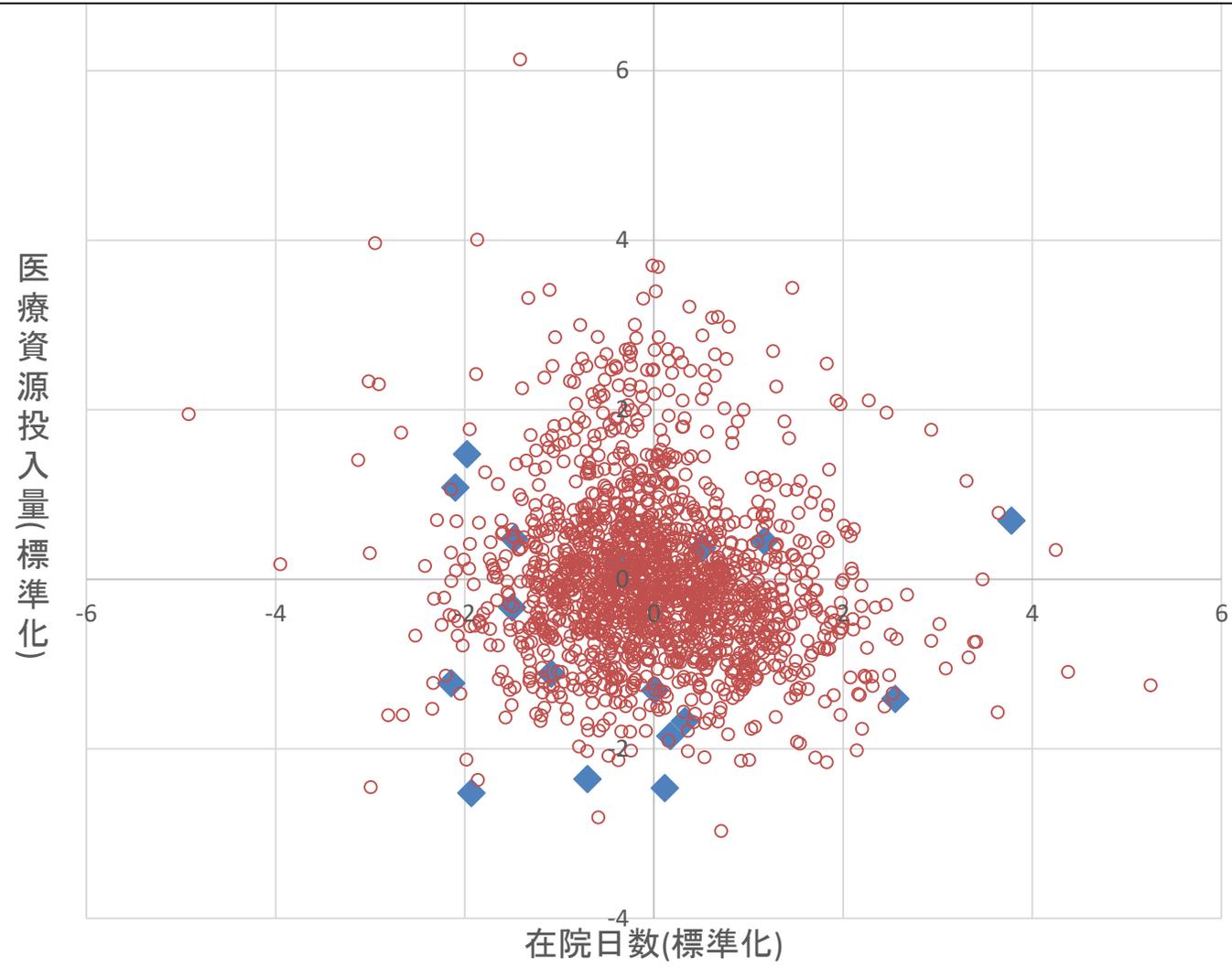


※診断群分類：主要診断群(MDC) 2桁に加え、傷病の細分類 4桁を加えた 6桁のコード(全505種類)

※病院ごとに最も多い診断群分類の割合が、全症例に占める割合を算出

# 医療資源投入及び在院日数と最も多い診断群分類の占める割合

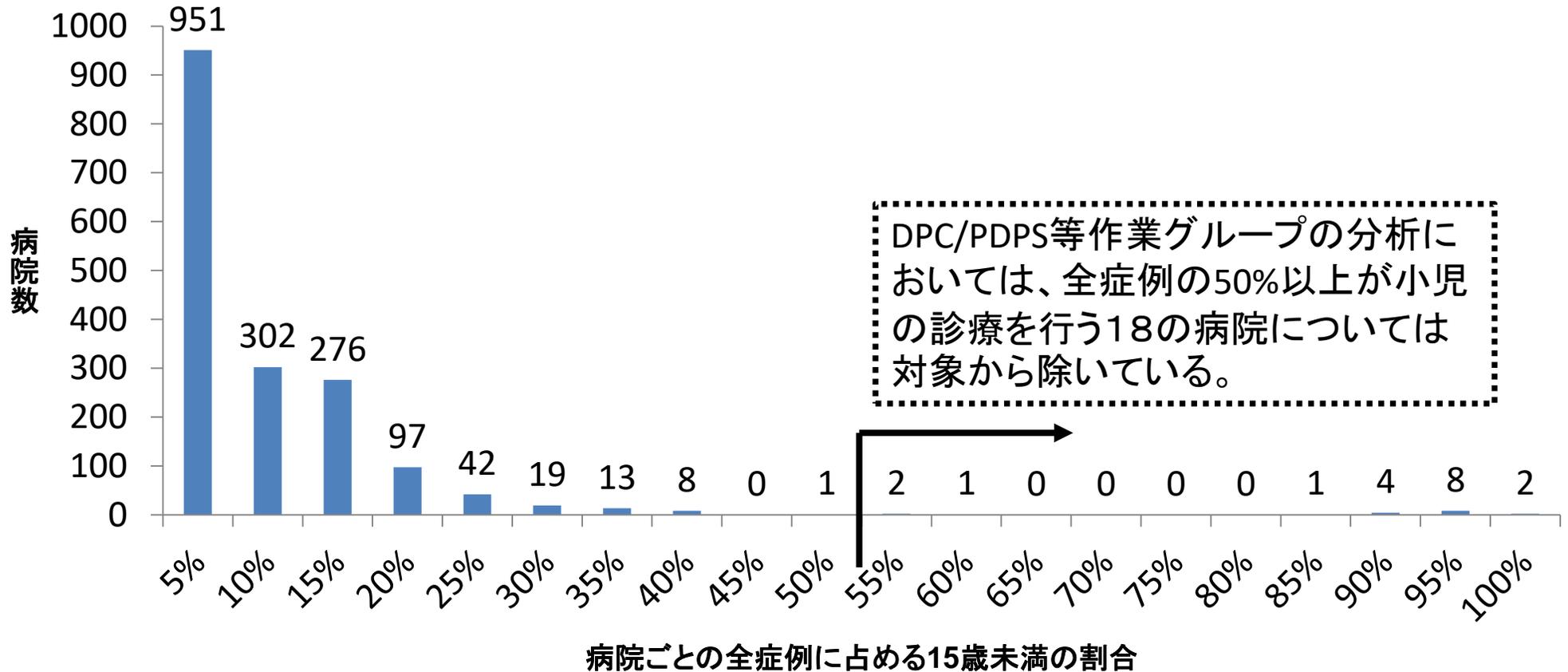
○ 特定の診断群分類の症例に対し診療を行っている病院について、医療資源投入量及び在院日数との明らかな相関は認められなかった。



- ※ 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

# 小児の症例が多い病院について

診調組 入2-2  
元 . 7 . 2 5



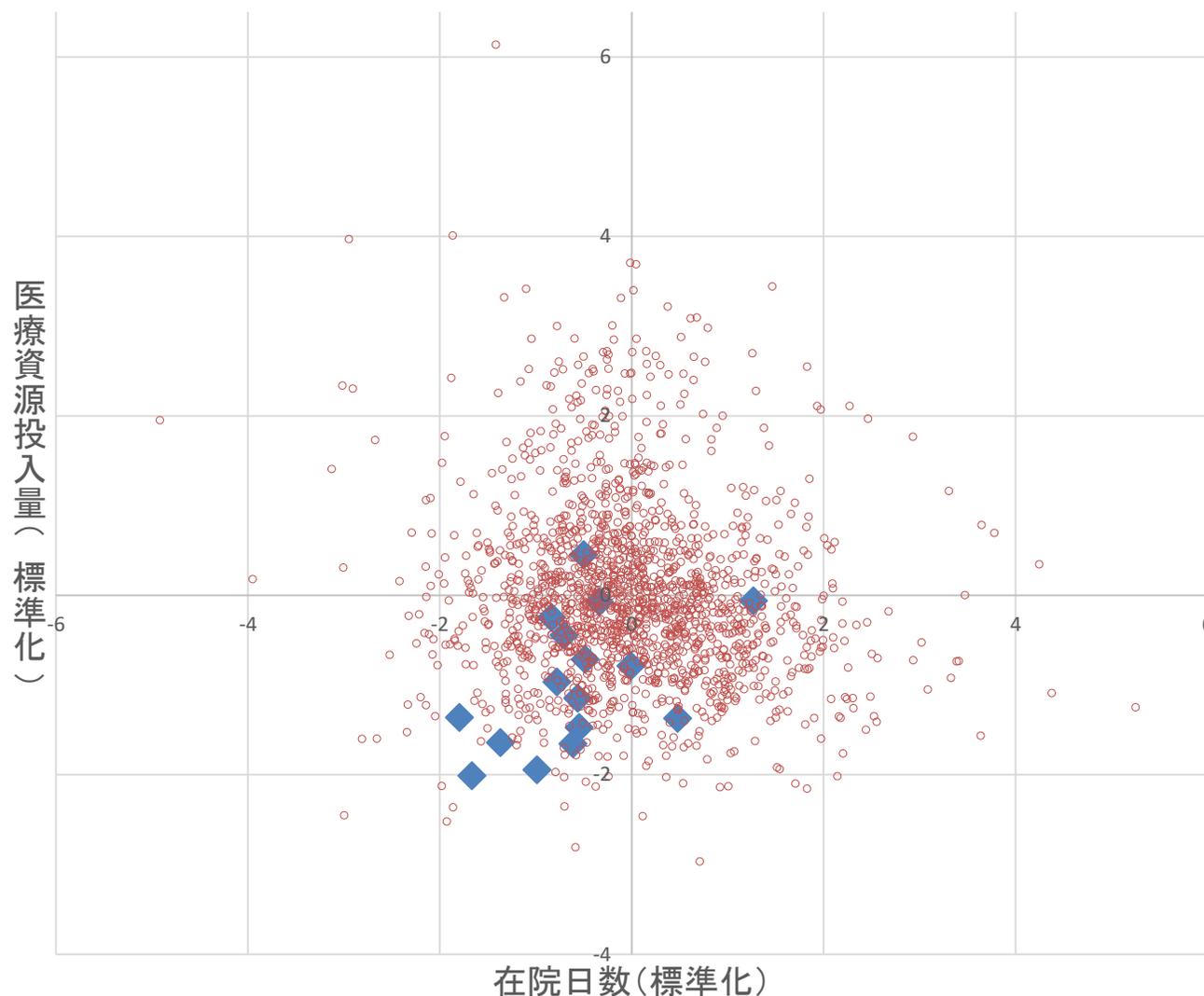
※15歳未満の割合

= 当該病院のDPC対象病棟に入院する15歳未満の症例数 / DPC対象病棟に入院する全症例数

# 医療資源投入及び在院日数と小児の症例の割合の関係

診調組 入-2参考  
元 . 9 . 19

○ 小児の症例が全症例の50%を越える病院の多くは、医療資源投入料が少なく、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:  $(\text{実測値} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}$
- ※ 青は、全症例の50%以上が小児の診療を行う病院

# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
  - 8-1. DPC対象病院の要件
  - 8-2. 医療機関別係数
  - 8-3. 退院患者調査に関する事項

## 「治験等の実施」について

### (現状)

- 機能評価係数Ⅱの一つである地域医療係数において、高度・先進的な医療の提供として医師主導試験治療の実施、先進医療の実施、患者申し出療養の実施等を評価している。
- 地域医療係数の評価項目の一つである「10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成」について、該当する病院は令和元年4月時点で、2病院のみ。

### (見直しの方向性)

- 臨床研究中核病院では、医師主導治験及び臨床研究の実施件数によるが評価されており、これを参考とし評価項目を見直してはどうか。

参考) 臨床研究中核病院の承認要件 (平成30年6月22日「医療法の一部改正(臨床研究中核病院関係)の施行等について」)

#### 第2承認手続等

(1) 次の①又は②のいずれかに該当すること

① 省令第6条の5の3第1号に該当する特定臨床研究(以下「治験」という。)を主導的に実施した実績が4件以上あること

② 次のア及びイのいずれにも該当すること

ア 治験を主導的に実施した実績が1件以上であること

イ 次のi)及びii)に掲げる臨床研究を主導的に実施した実績が合計80件以上であること

i) 平成30年3月31日までに開始した臨床研究にあつては、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に規定する侵襲及び介入を伴う臨床研究であつて、医薬品、医療機器又は再生医療等製品を用いたもの

ii) 平成30年4月1日以降に開始した臨床研究にあつては、臨床研究法(平成29年法律第16号)第2条第1項に規定する臨床研究

## 「新型インフルエンザ等対策」について

### (現状)

- 新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備する病院について、平成26年診療報酬改定から、機能評価係数Ⅱで評価することとしている。
- 現状では、新型インフルエンザ等対策に係る地方公共機関の指定を法人単位で受ける場合がある等、個別の病院の指定の状況について把握が困難な場合があったため、機能評価係数での評価は行っていなかった。

### (見直しの方向性)

- 令和元年度から、新型インフルエンザ等対策政府行動計画を踏まえ、新型インフルエンザ等協力医療機関について、厚生労働省のホームページにおいて公開され、評価の対象となる病院が明確となったことから、令和2年度からは機能評価係数Ⅱにおいて評価を行うこととしてはどうか。

- 平成30年度診療報酬改定時には、診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定し、推計診療報酬変動率は、±2%までとする対応を行ったところ。
- 平均的な診療実態から外れる病院の令和2年度診療報酬の対応については、引き続き検討することとした。
- 診療報酬改定における報酬の変動については、病院の個別の要因を特定することは困難と考えられるため、令和2年度診療報酬改定においても一定の激変緩和が必要ではないか。

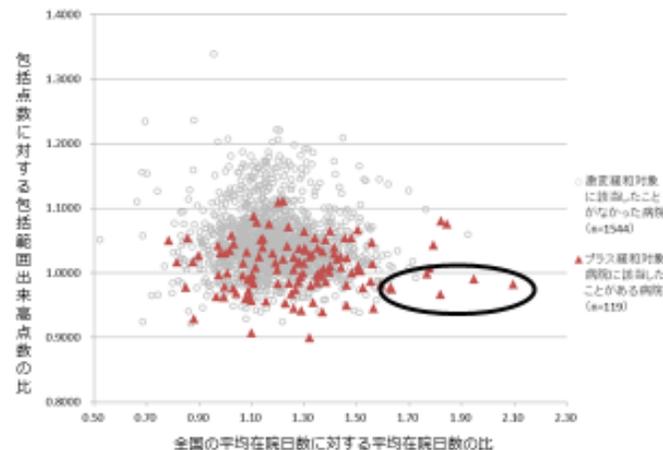
参考) 平成29年11月29日診調組

## 調整係数置換え完了に係る対応

診調組 参考(改)  
29.11.29

### 激変緩和措置の具体的な方法

- ・ 診療報酬改定のある年度のみ激変緩和係数を設定（推計診療報酬変動±2%まで）
  - ・ 新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のマイナス緩和は、所属医療機関群の平均値を用いる。
- 平均的な診療実態から外れる医療機関
- ・ 平成30年度診療報酬改定以降も取扱いについて検討する。



# とりまとめの構成

1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
  - 8-1. DPC対象病院の要件
  - 8-2. 医療機関別係数
  - 8-3. 退院患者調査に関する事項

- 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



## 【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 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 入院病室 \_\_\_\_\_ 入院看護部 \_\_\_\_\_  
 姓 名 \_\_\_\_\_ 姓 名 \_\_\_\_\_ 姓 名 \_\_\_\_\_  
 姓 名 \_\_\_\_\_ 姓 名 \_\_\_\_\_ 姓 名 \_\_\_\_\_

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(スキナーチアの保有、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)皮下組織をこえる損傷	(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	(4)4以上16未満	(5)16以上36未満	(6)36以上64未満	(7)64以上100未満	(8)100以上
大きさ (cm <sup>2</sup> ) 長径・横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	(4)4以上16未満	(5)16以上36未満	(6)36以上64未満	(7)64以上100未満	(8)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)局所の炎症 軽微あり (炎症以外の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(6)局所の炎症 軽微あり (炎症以外の発赤、腫脹、熱感、疼痛)
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50% 以上90%未満 を占める	(4)創面の10% 未満を占める	(5)創面の10% 未満を占める	(6)全く形成 されていない
壊死組織	(0)なし	(3)深から浅い壊死組織あり	(6)深く深い壊死組織あり				
ポケット (cm <sup>2</sup> ) 深さ最も浅いポケット全量(ポケット の長径・横径に連文する最大径)一 層厚さ	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)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。