

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

病棟

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

在宅療養を担う関係機関等

【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



＜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

【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）
<u>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</u>
<u>オ 生活困窮者であること</u>
カ、キ（略）
ク 同居者の有無に関わらず、必要な <u>養育又は</u> 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 <u>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。)</u> の合計回数が、①、②及び③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「 <u>イ 一般病棟入院基本料等の場合</u> 」の算定対象病床数(<u>小児入院医療管理料を算定する病床に限る</u>)に0.05を乗じた数

(新) 小児加算 200点(退院時1回)

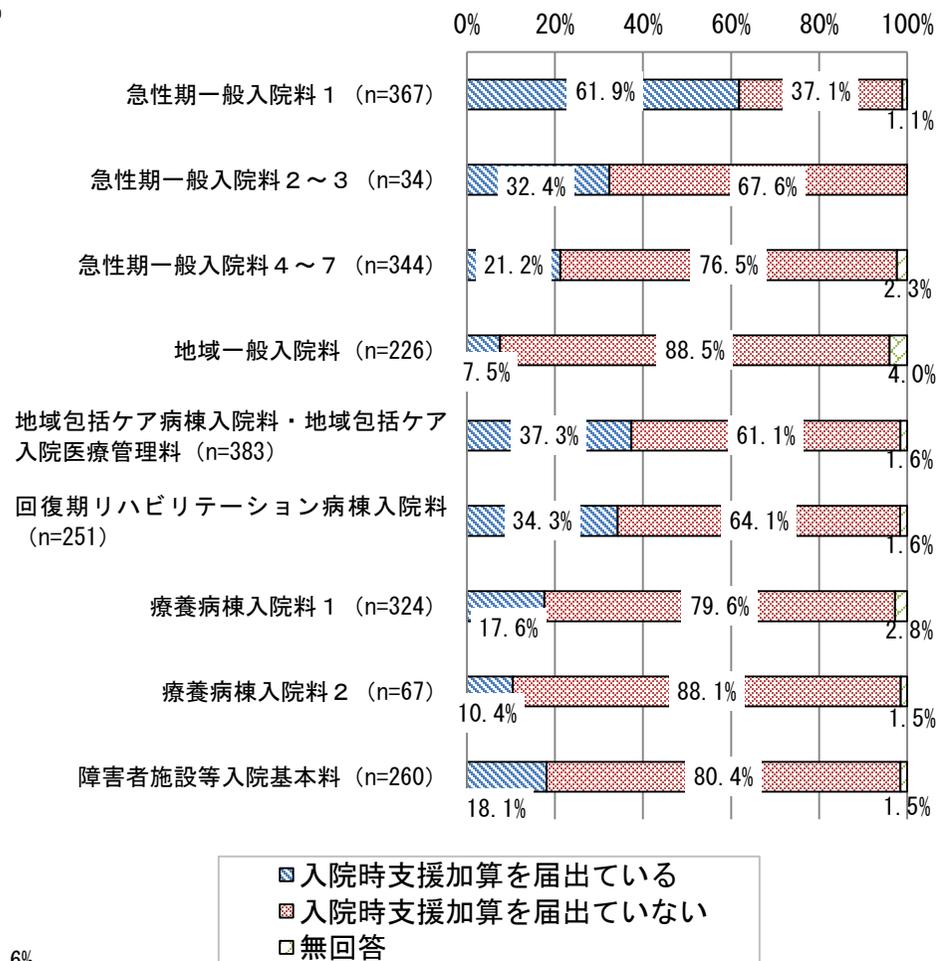
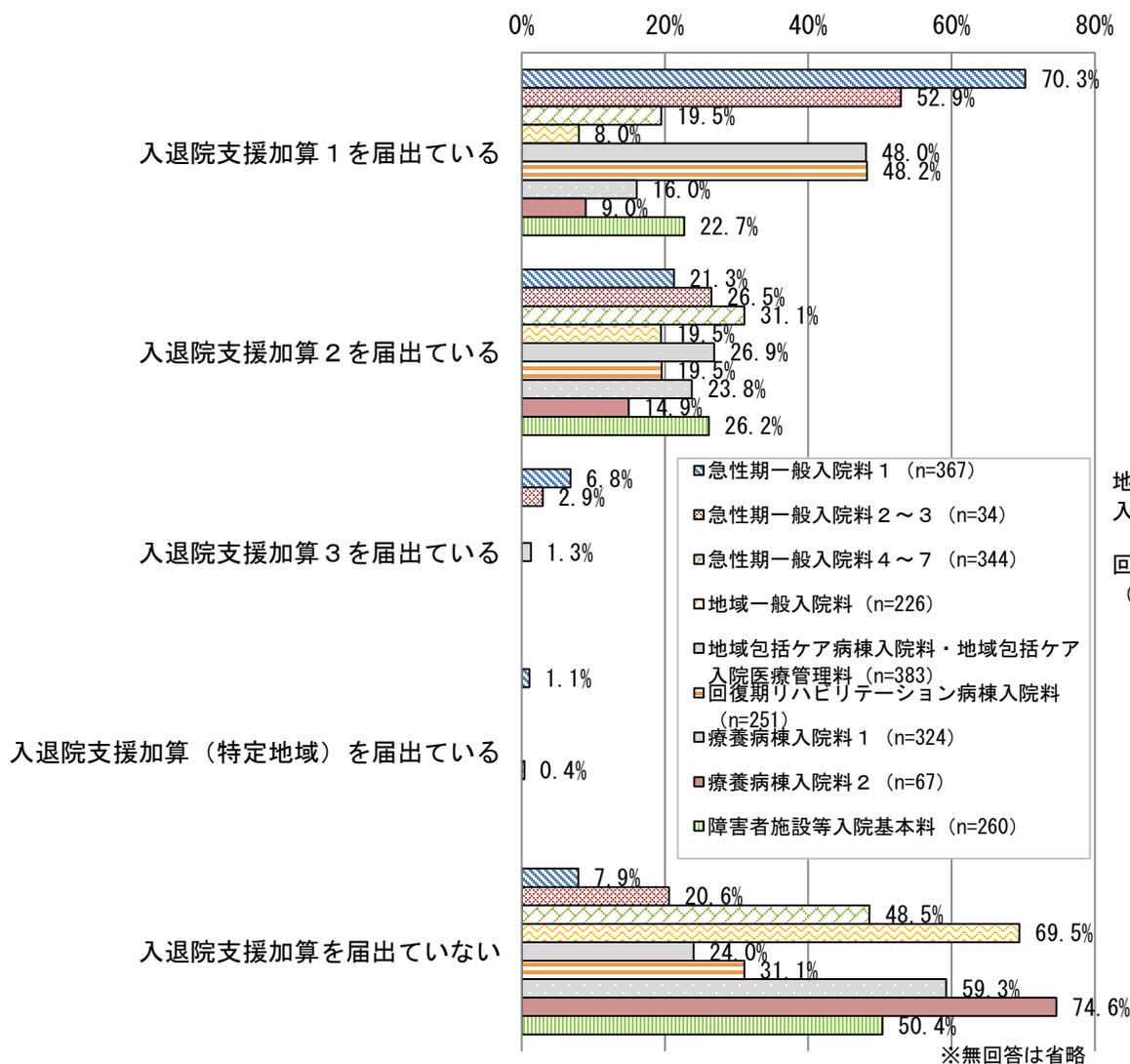
- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。

○ 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)

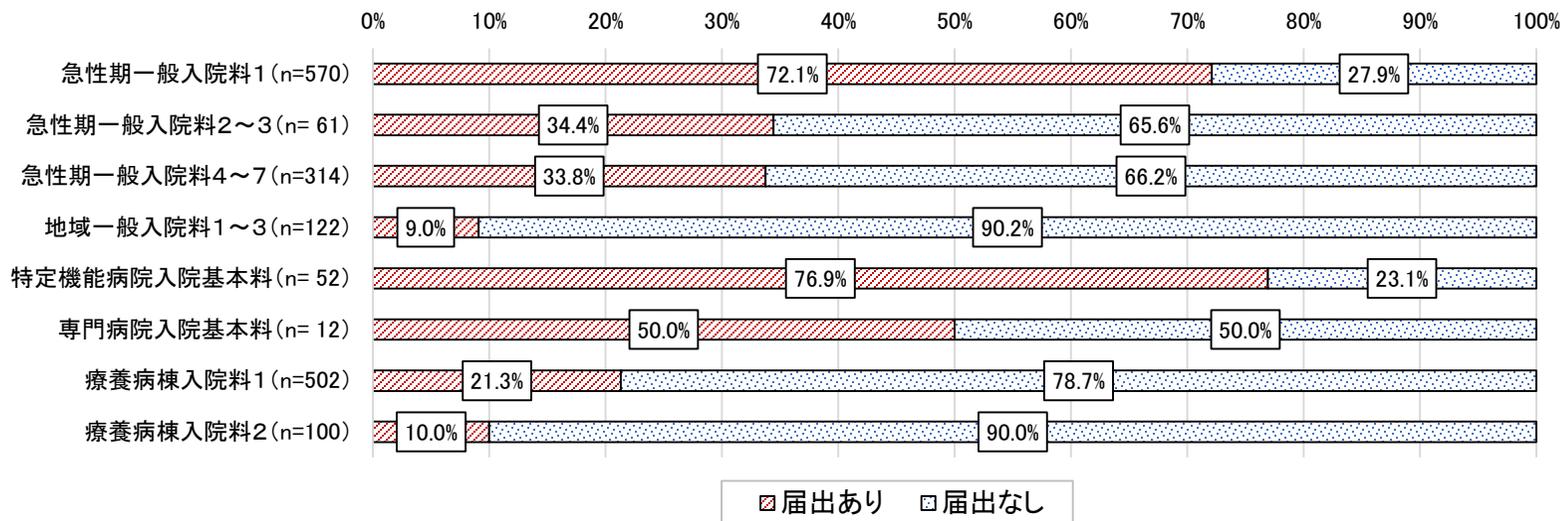
入院時支援加算の届出状況



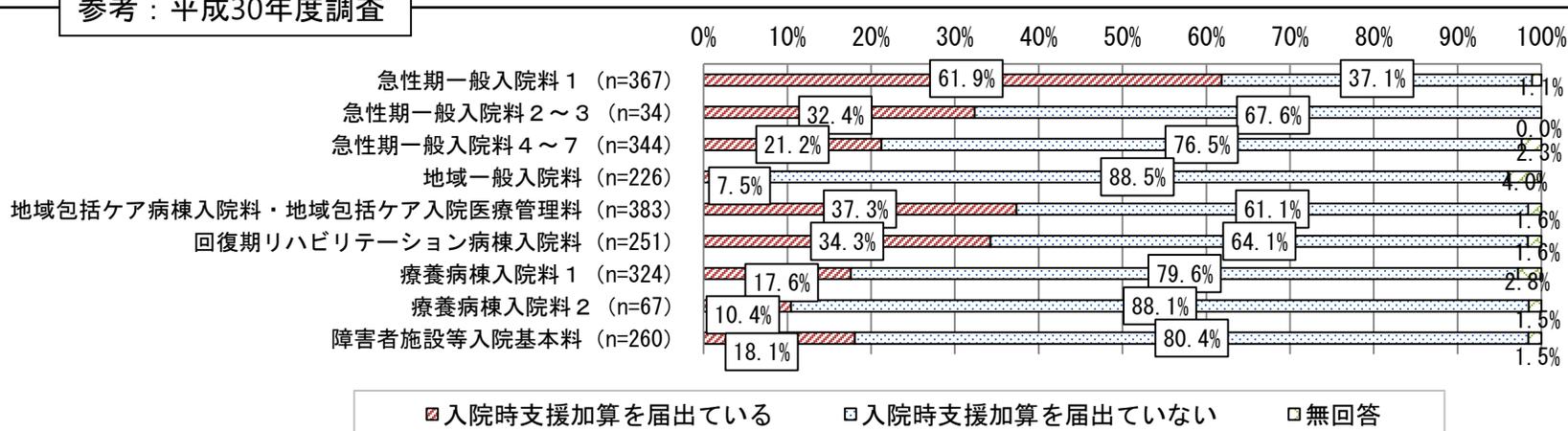
入院時支援加算の届出状況

○ 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

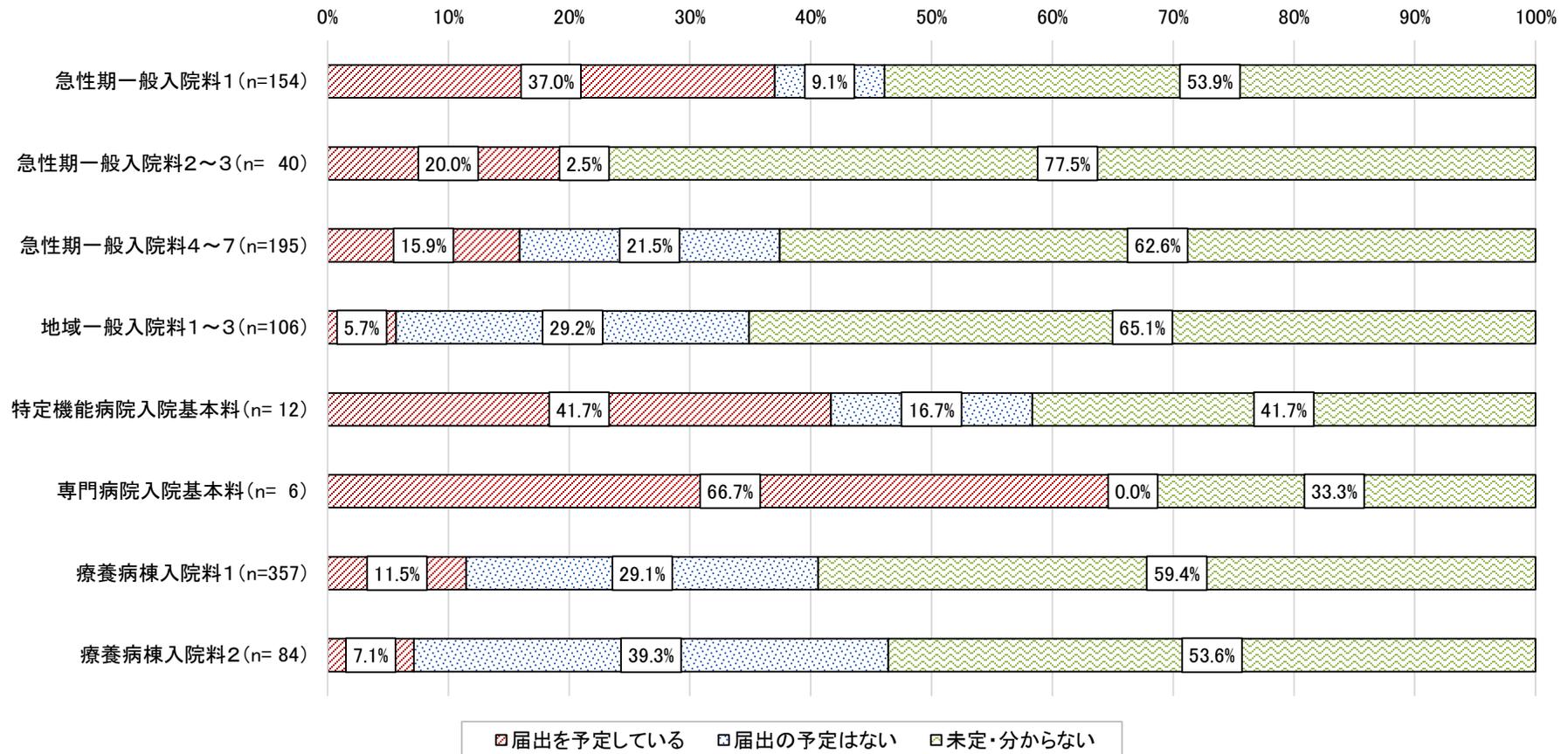


参考：平成30年度調査



○ 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

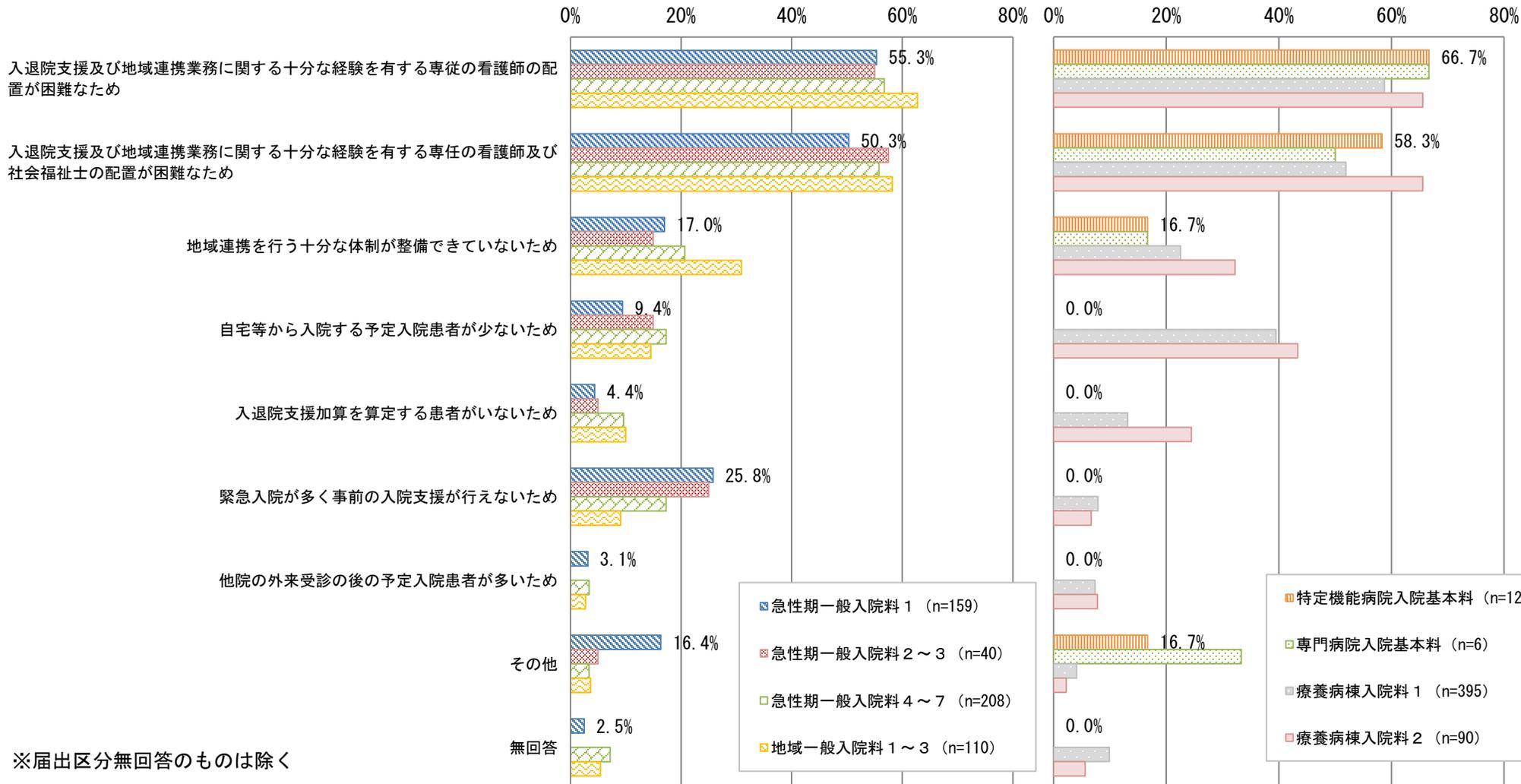


入院時支援加算を届出ることが困難な理由

○ 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

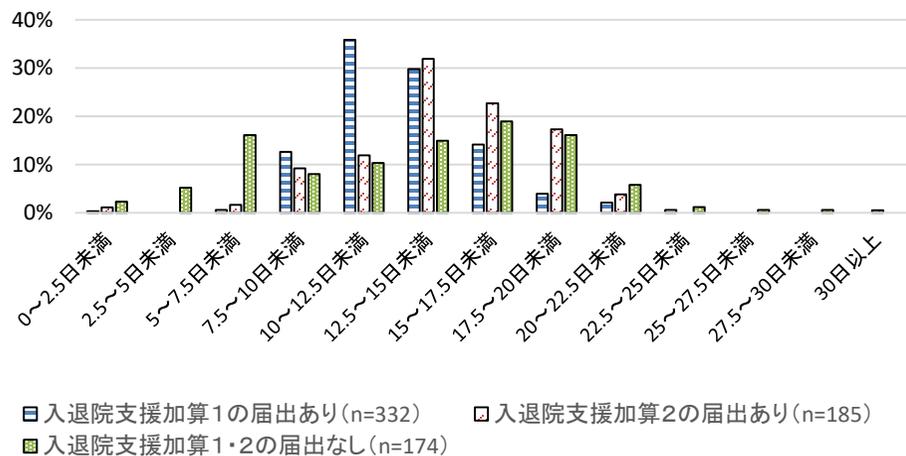
(複数回答)



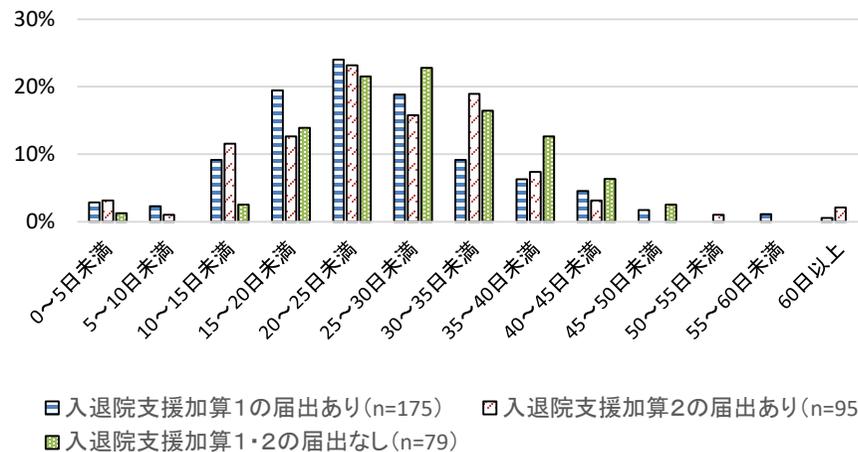
○ 入退院支援加算1・2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算1・2の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

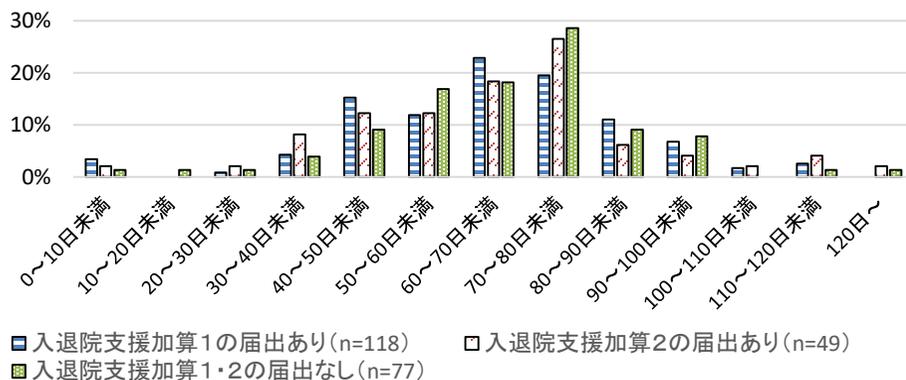
＜急性期一般入院基本料＞



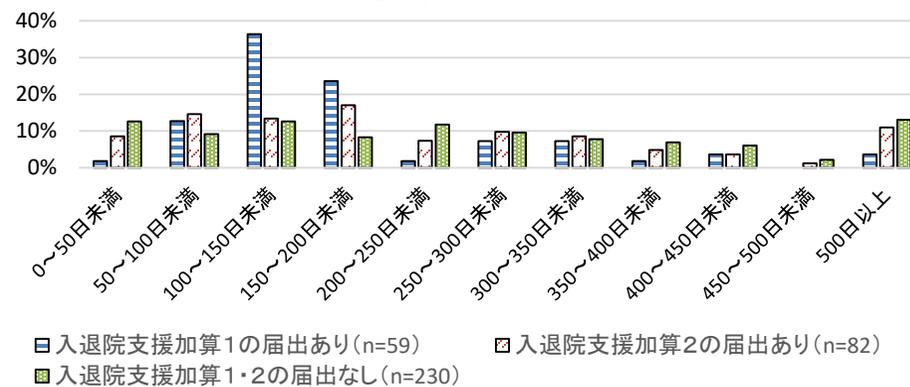
＜地域包括ケア病棟入院料＞



＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞

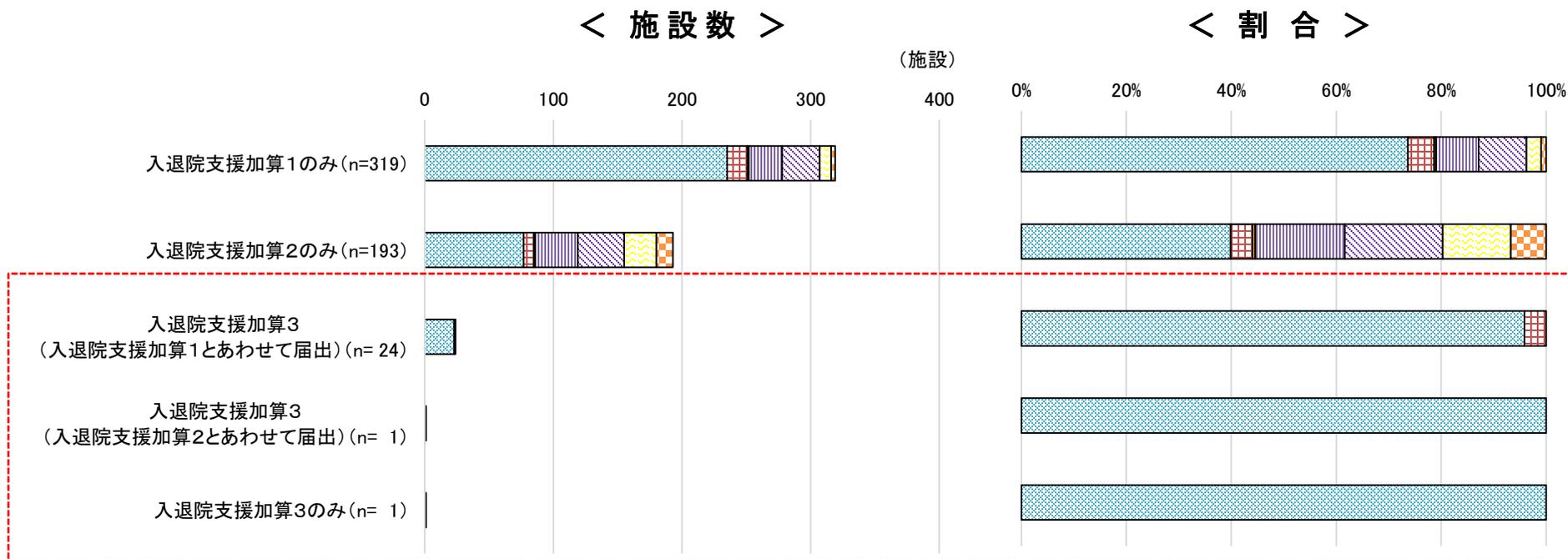


＜療養病棟入院基本料＞



○ 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

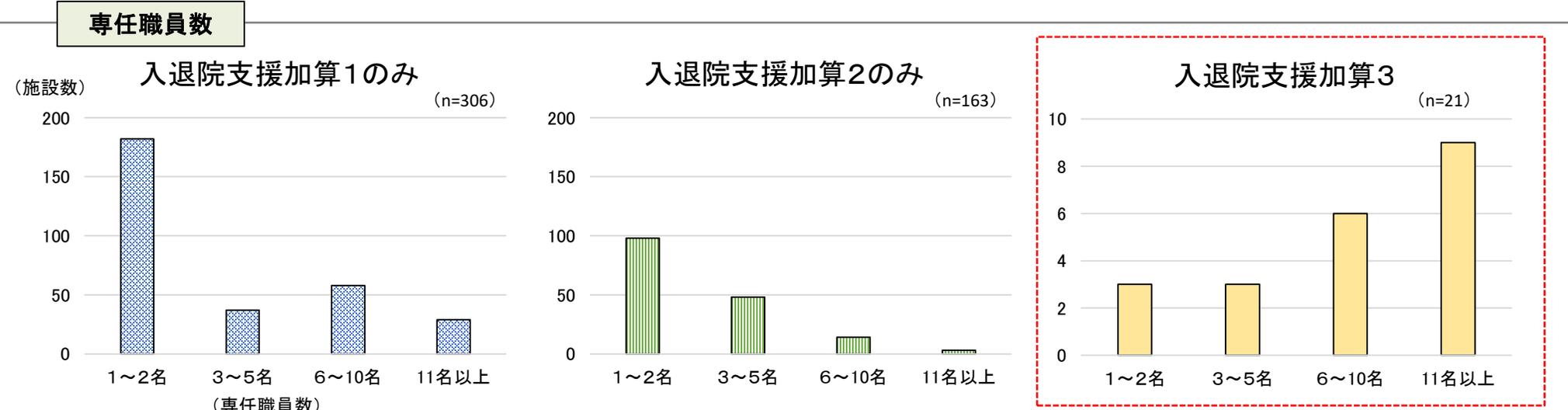
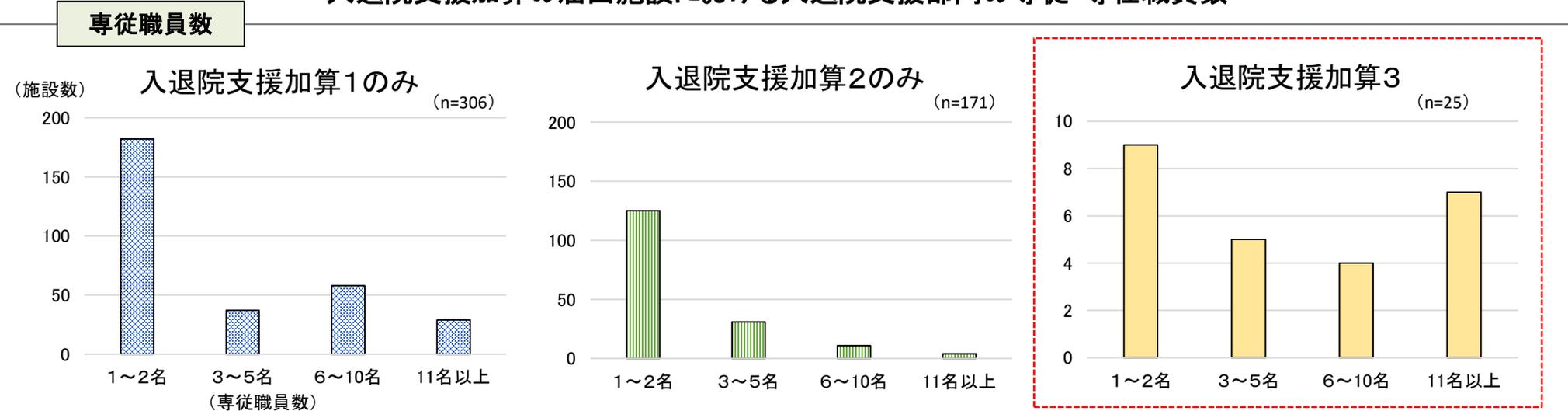


□急性期一般入院料1 □急性期一般入院料2 □急性期一般入院料3 □急性期一般入院料4 □急性期一般入院料5 □急性期一般入院料6 □急性期一般入院料7

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



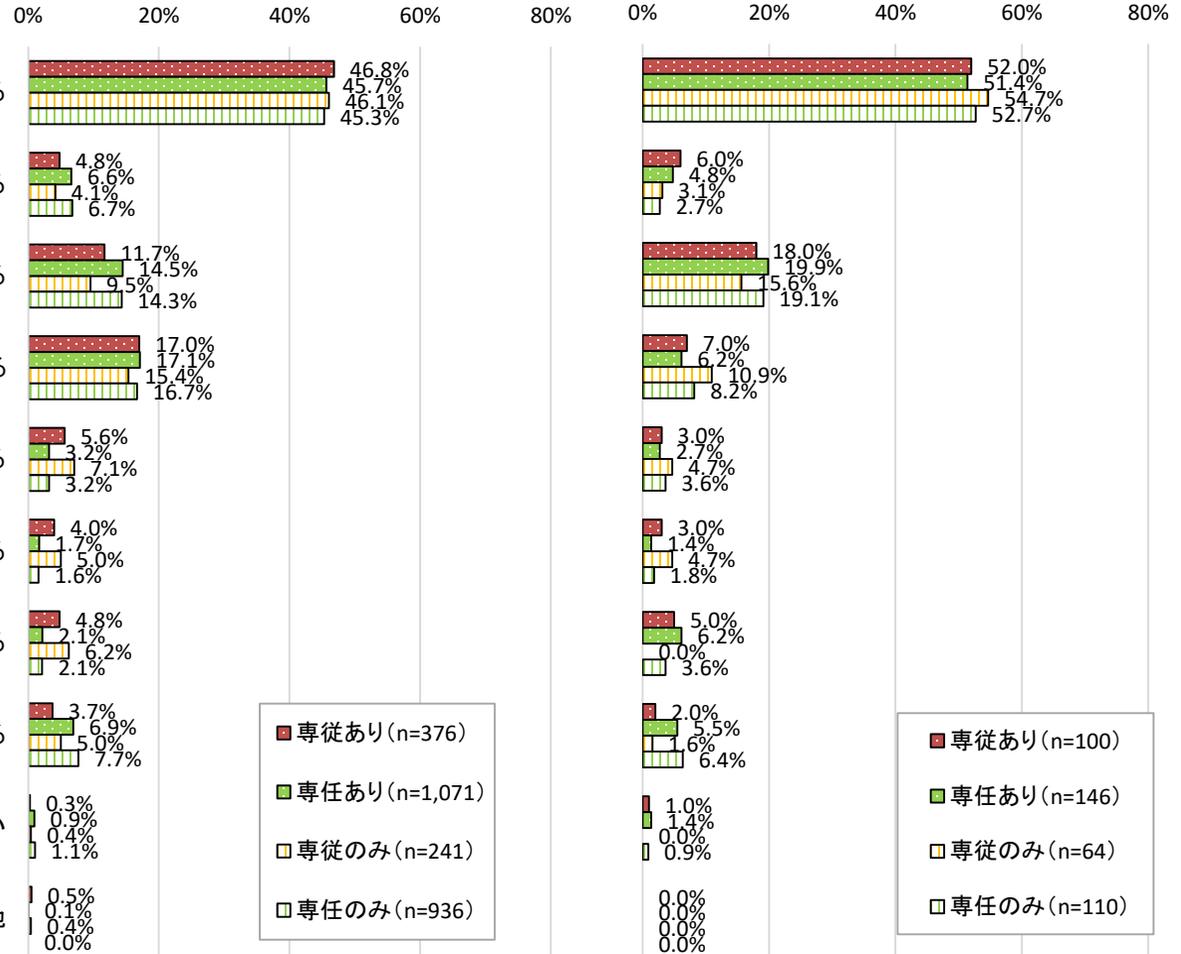
※届出区分、職員数が無回答のものは除く ※他票では入退院支援加算3の届出が少数であったためA票のみを集計
※入退院支援加算3には、入退院支援加算1もしくは2とあわせて届け出ている施設も含む

○ 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)

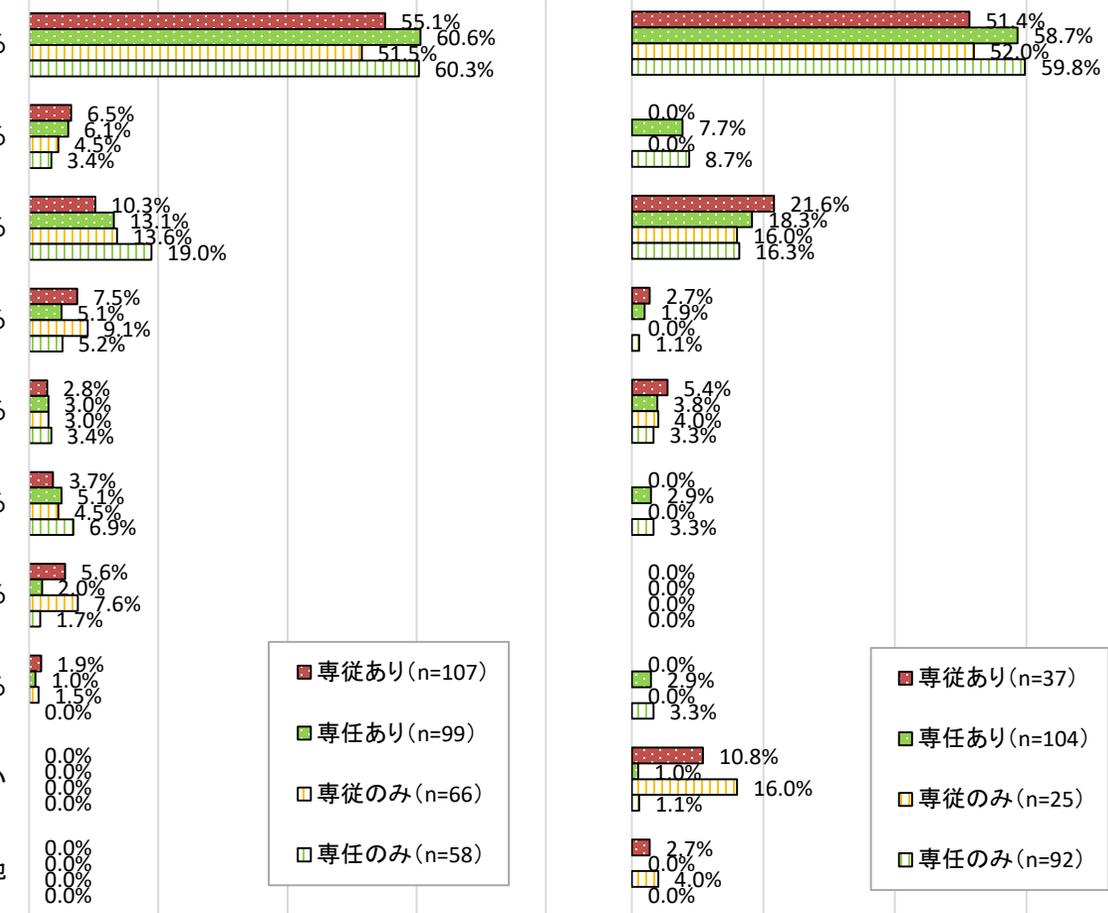
○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。

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%



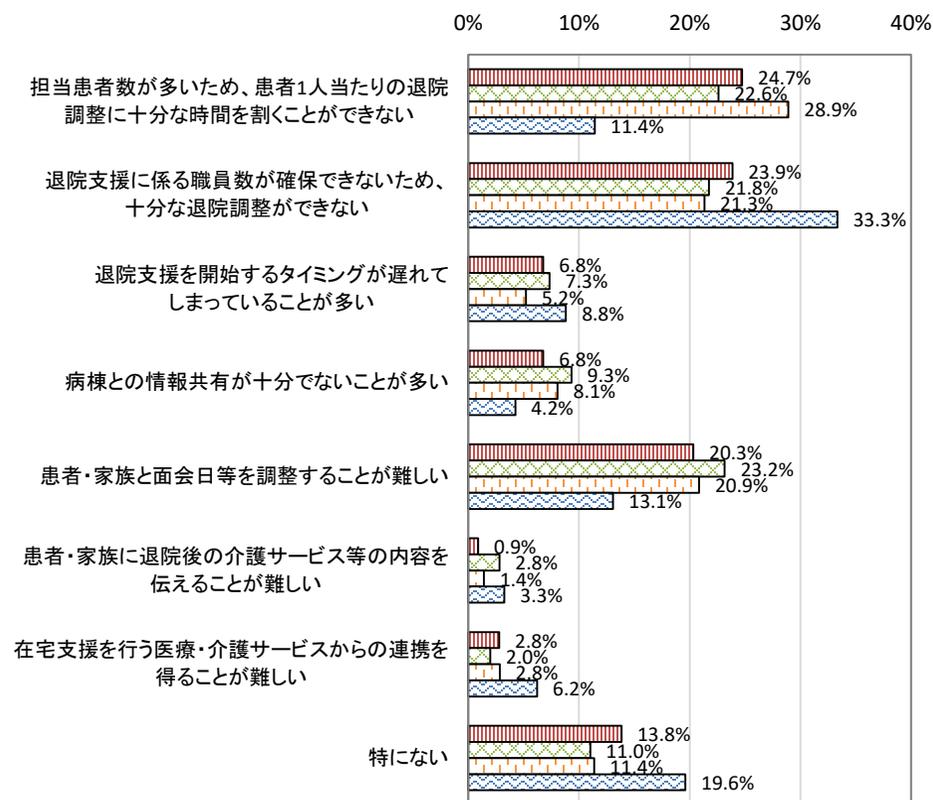
入退院支援加算の届出の有無にかかわらず、病棟に入退院支援及び地域連携業務に従事する専従もしくは専任の職員（看護師、相談員、その他の職員）を配置している場合の職員数について回答。

- 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
- 専従職員の場合 ⇒ 「専従のみ」に区分
- 専任職員の場合 ⇒ 「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)

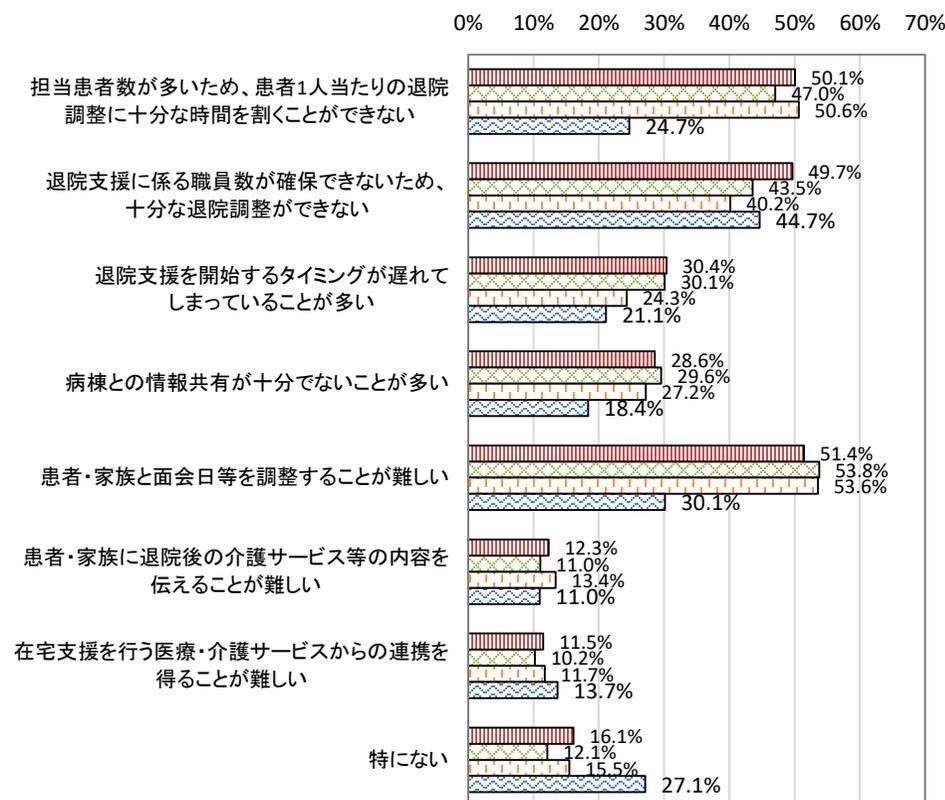
○ 施設において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として、「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

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)

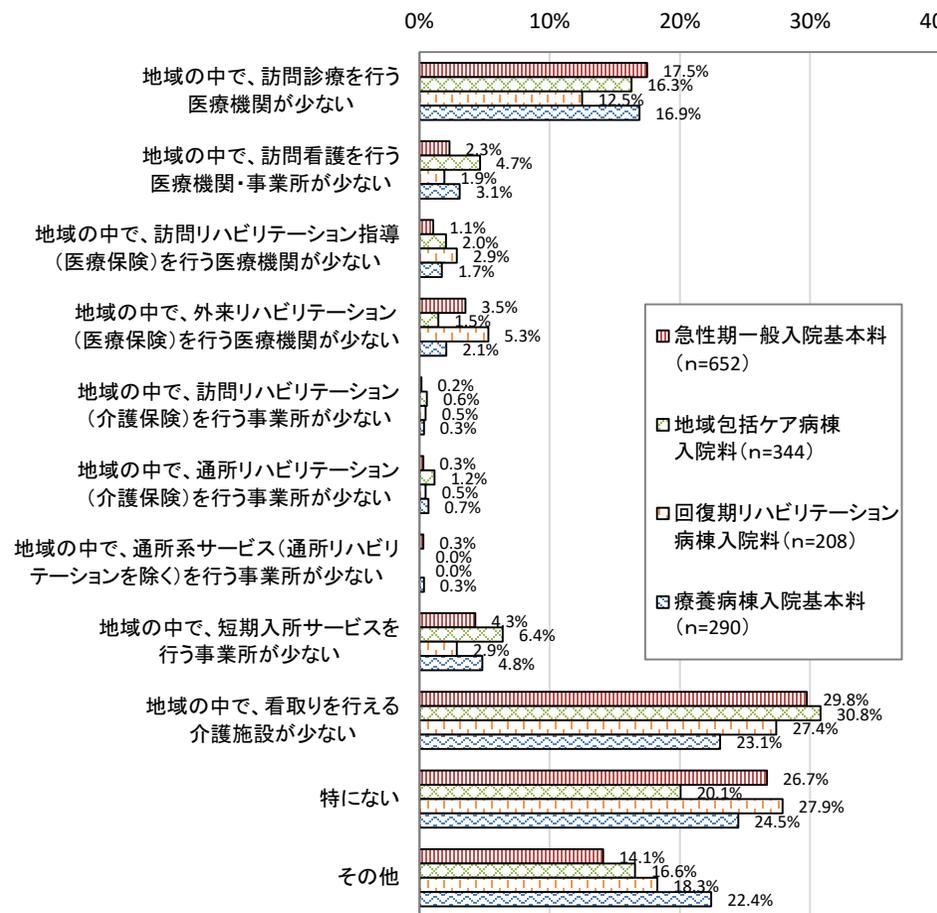


急性期一般入院基本料 (n=731) 地域包括ケア病棟入院料 (n=372)
 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=239) 療養病棟入院基本料 (n=365)

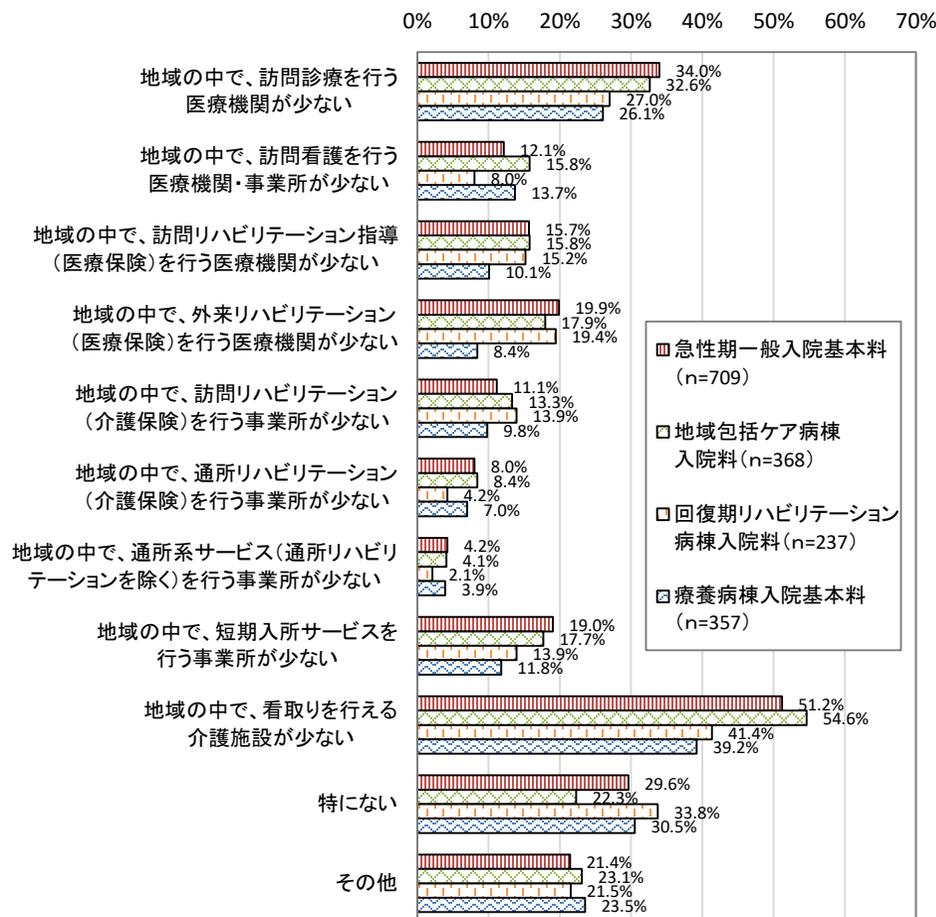
施設において退院を困難にしている事項

○ 「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)



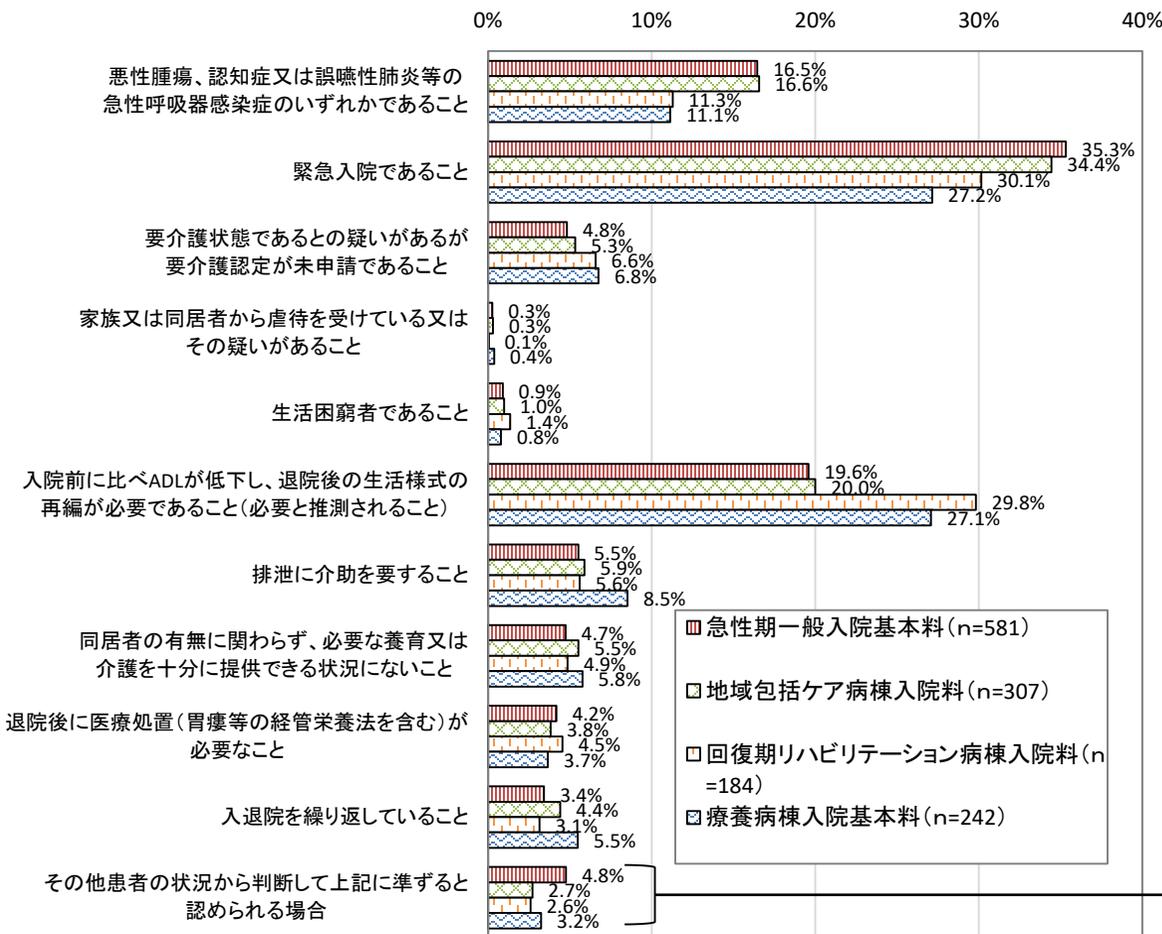
退院を困難にしている事項 (複数回答)



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

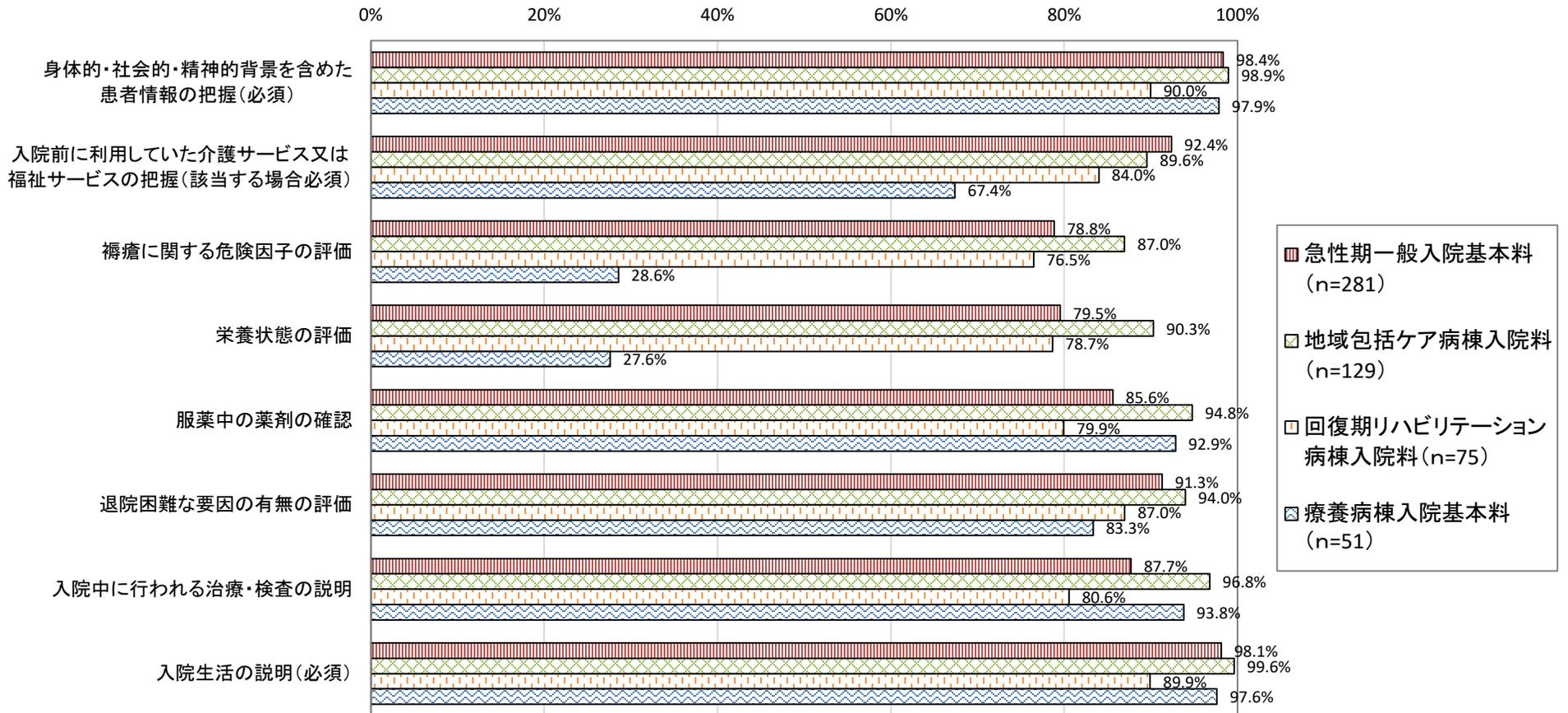
<家族・家庭の理由>

- 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

入院時支援加算の入院前に実施した事項

○ 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。

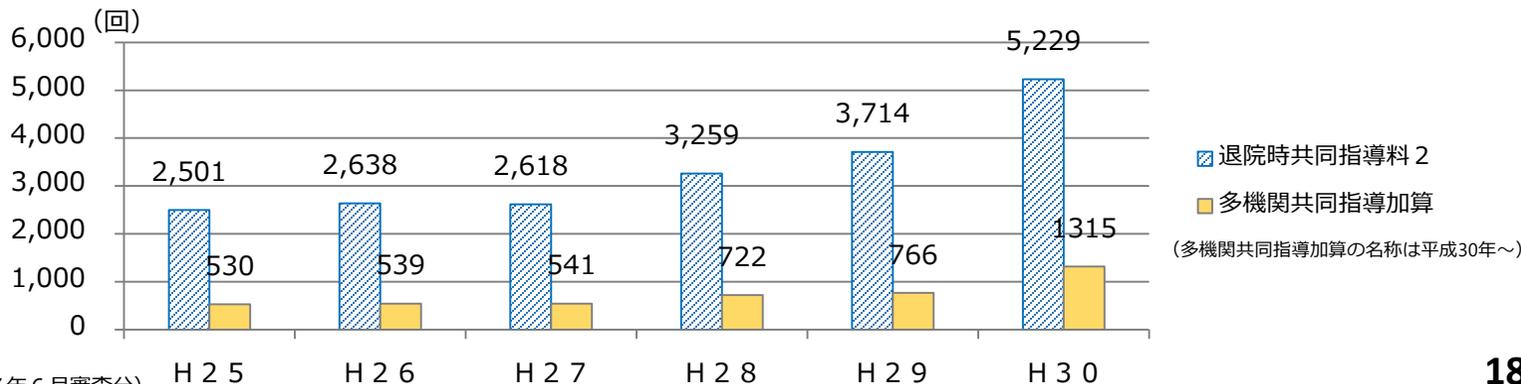
○ 当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若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



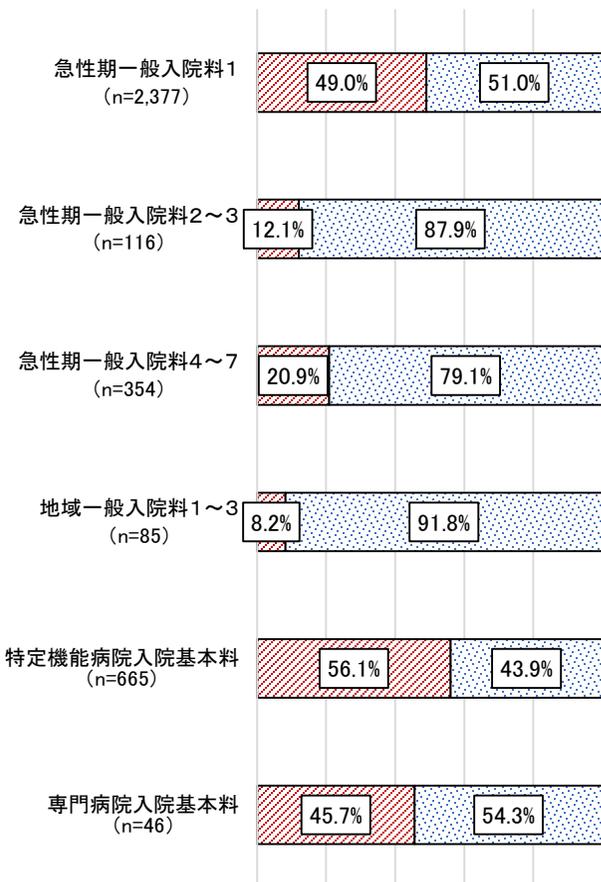
改定後(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を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

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

- 退院時共同指導料 2 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

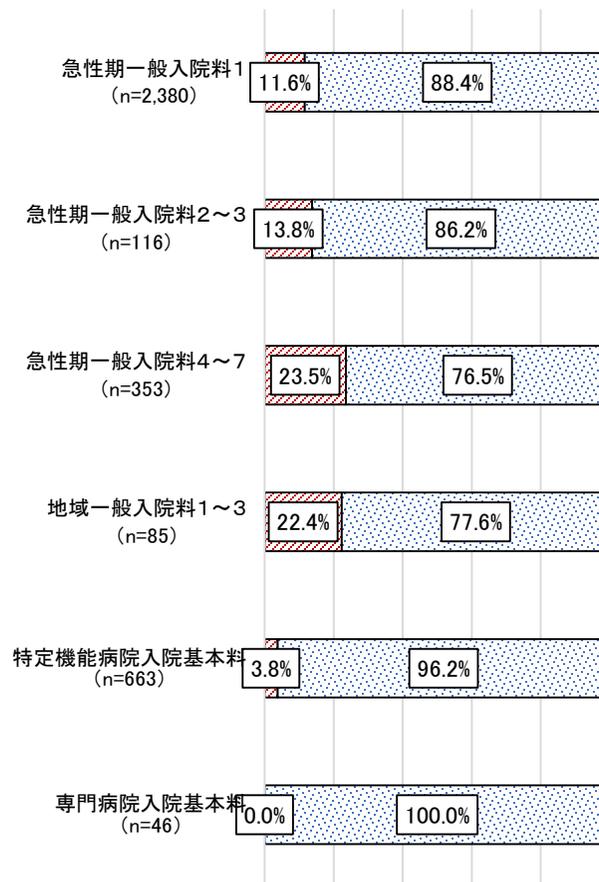
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院前訪問指導料

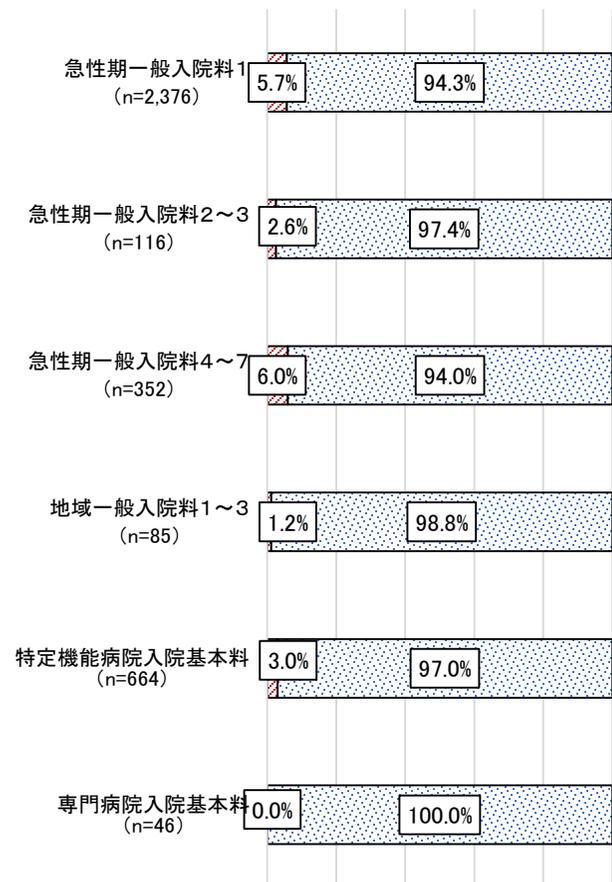
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■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

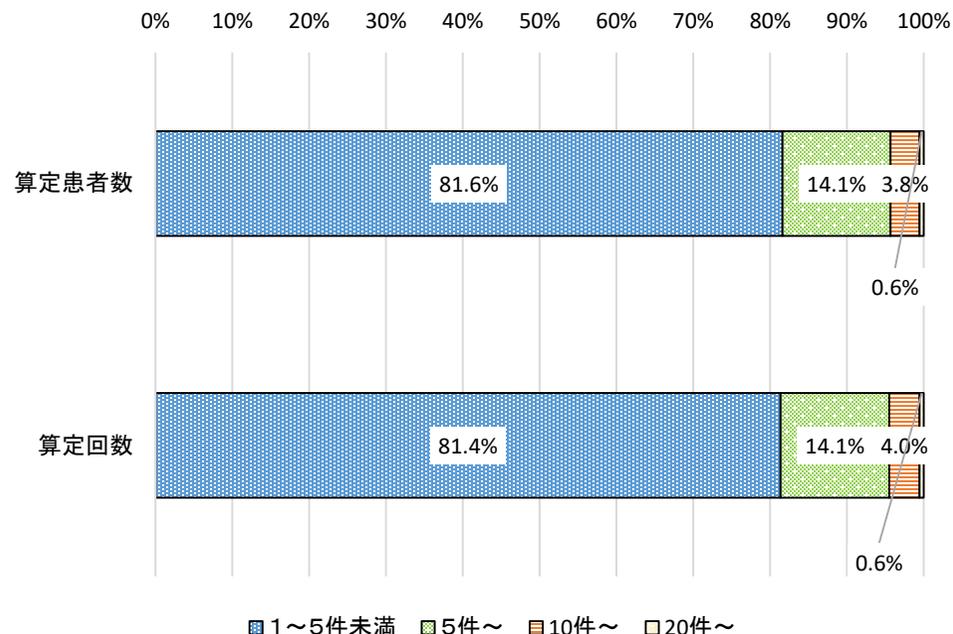
- 退院時共同指導料 2 を算定していた施設の算定患者数は、平均3.1人／3か月であった。
- 多機関共同指導加算を算定していた施設の算定患者数は、平均1.8人／3か月であり、うち、ビデオ通話を用いた共同指導が 1 件あった。

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)

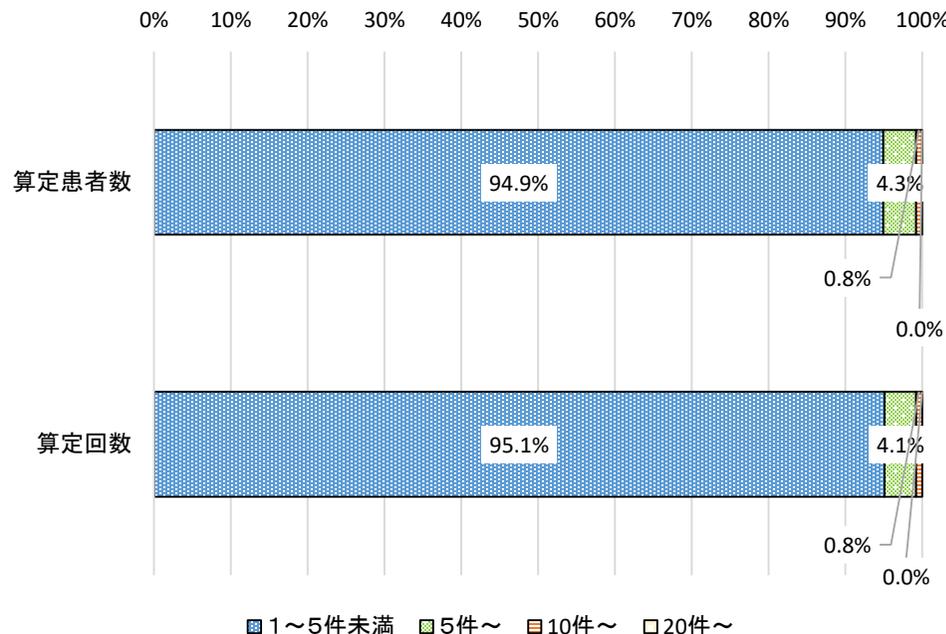
うち、ビデオ通話を用いた共同指導: 0件



<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

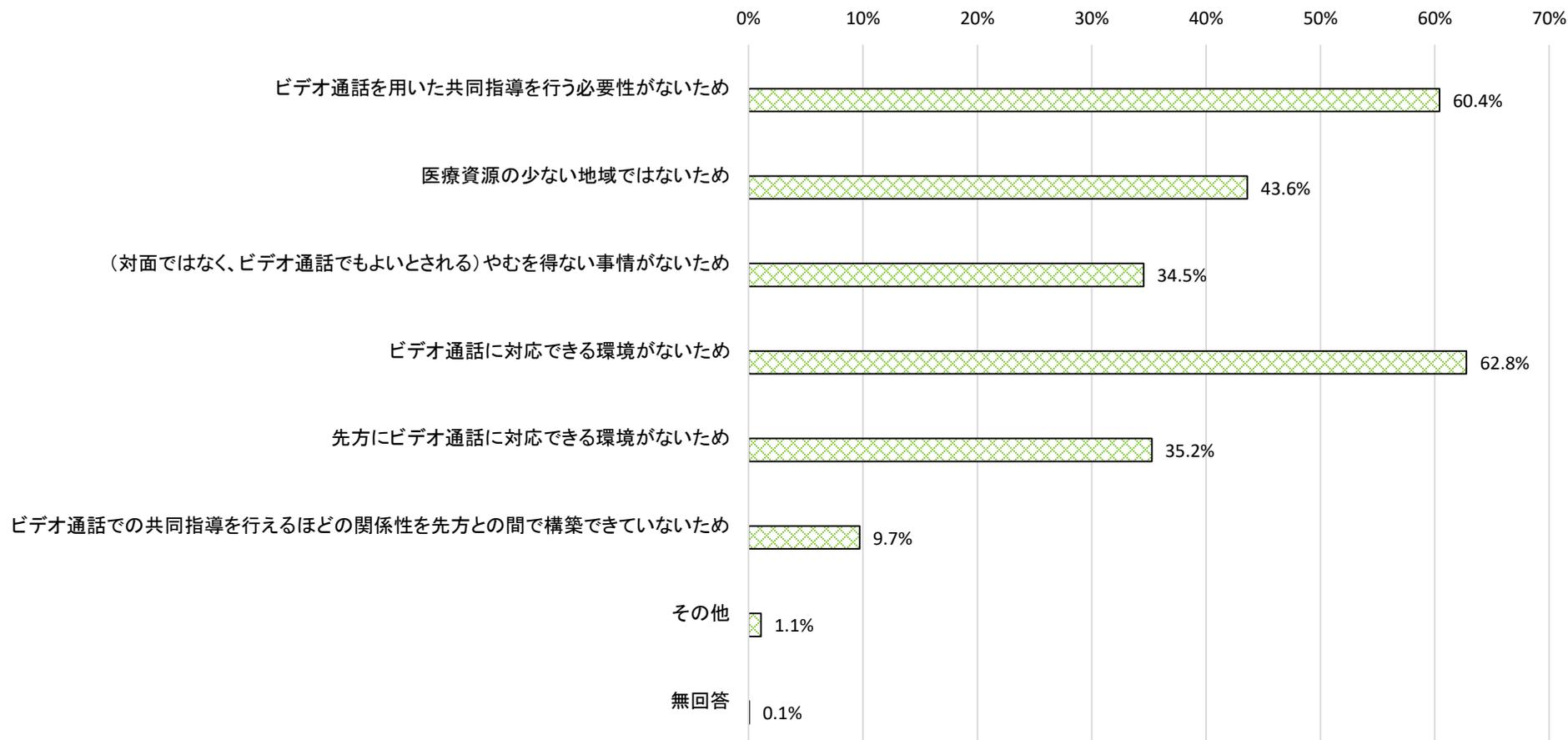


ビデオ通話を用いた共同指導とは、医療資源が少ない地域でやむを得ない事情等がある場合（退院時共同指導料 2）、もしくは、やむを得ない事情により関係者のいずれかが患者が入院している医療機関に赴けない場合（多機関共同指導加算）に、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行うことを指す。

- 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。

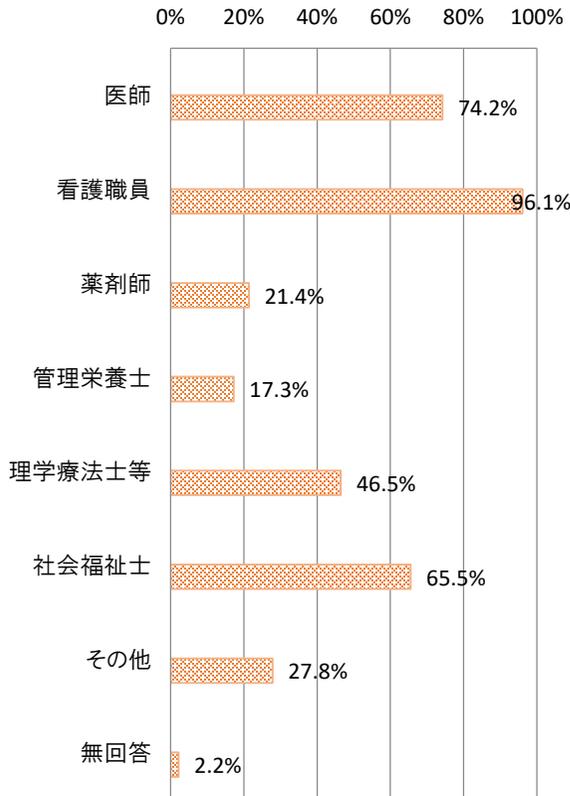
ビデオ通話を用いた共同指導を行っていない理由

(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



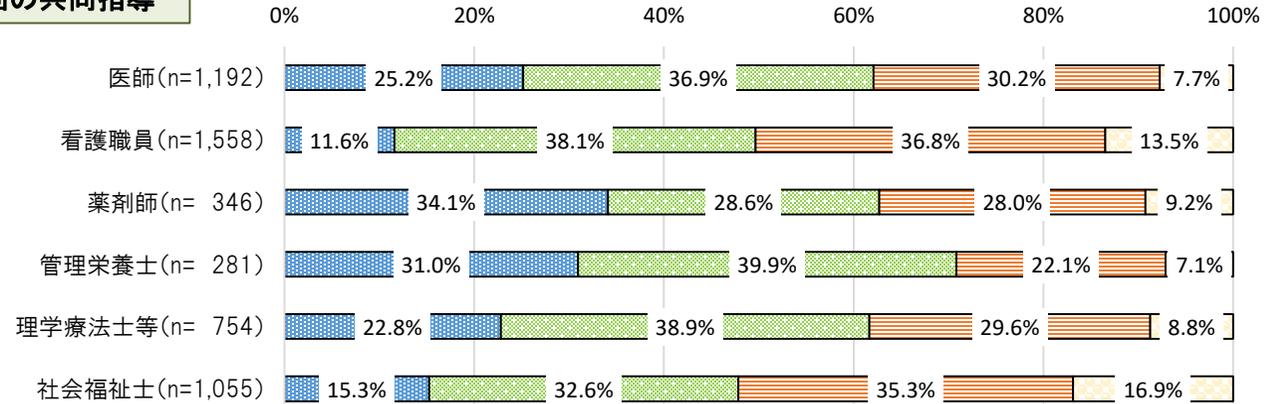
(複数回答、n=1,657)

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

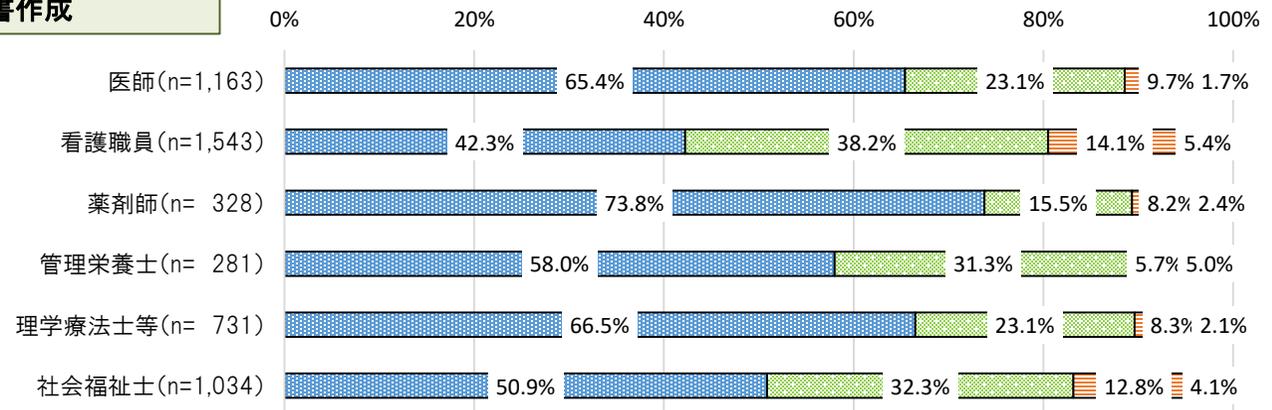
共同指導に係る時間

※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



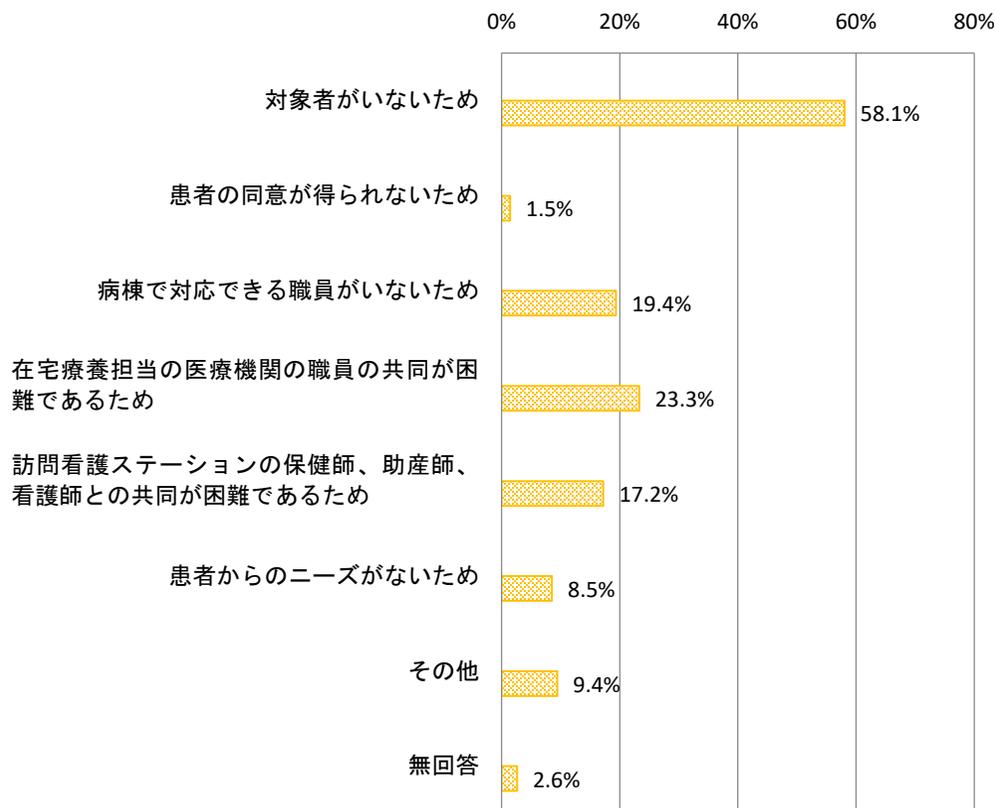
■ 20分未満 ■ 20分以上40分未満 ■ 40分以上60分未満 □ 60分以上

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。

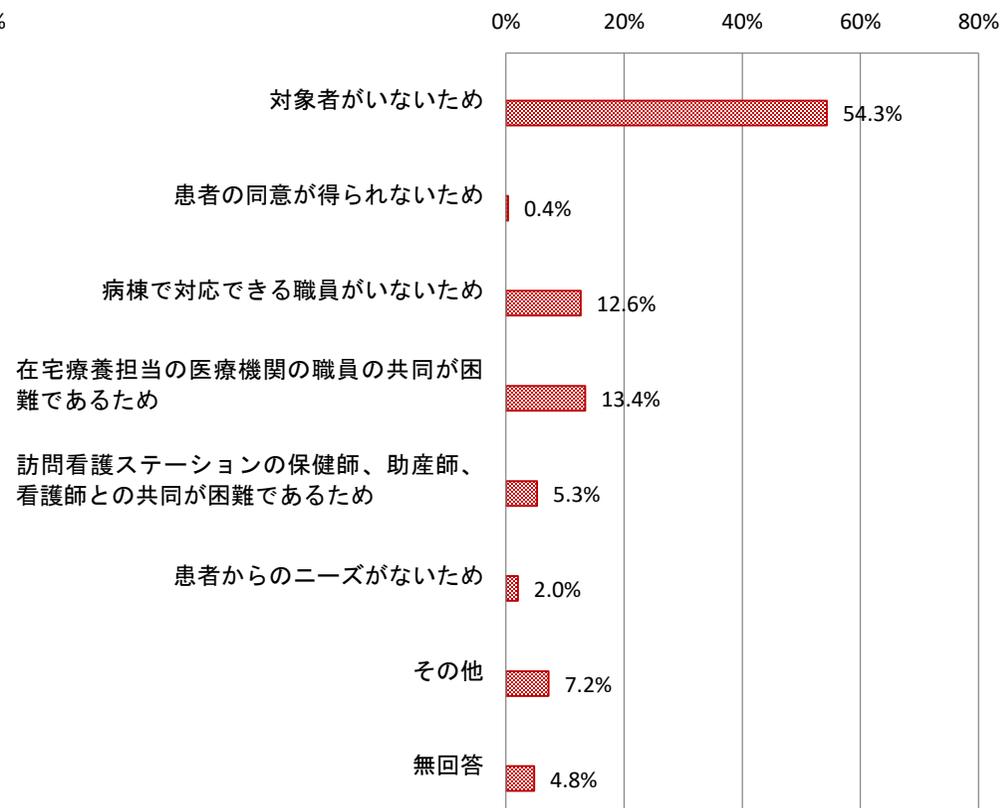
- 退院時共同指導料 2 を算定していない理由をみると、「対象者がいないため」が最も多く、次いで「在宅療養担当の医療機関の職員の共同が困難であるため」「病棟で対応できる職員がいないため」が多かった。

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



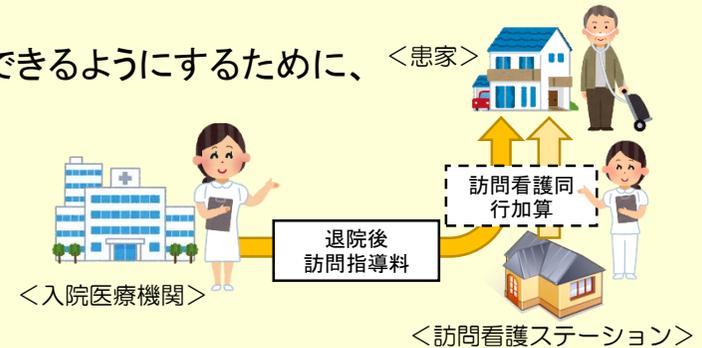
○ 退院前訪問看護指導料の算定件数は横ばい、退院後訪問看護指導料及び訪問看護同行加算の算定件数は増加傾向にある。

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]

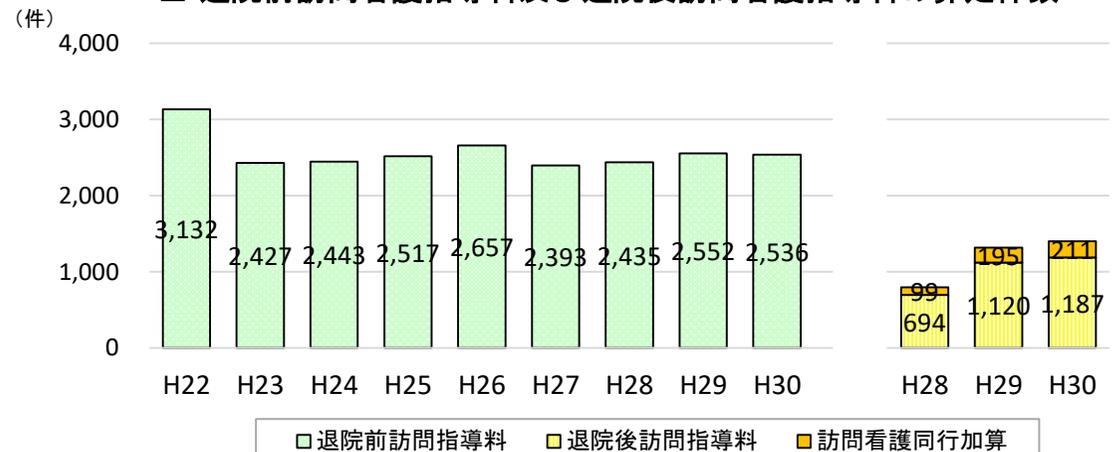
- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

<参考> 退院前訪問指導料 580点

[算定要件]

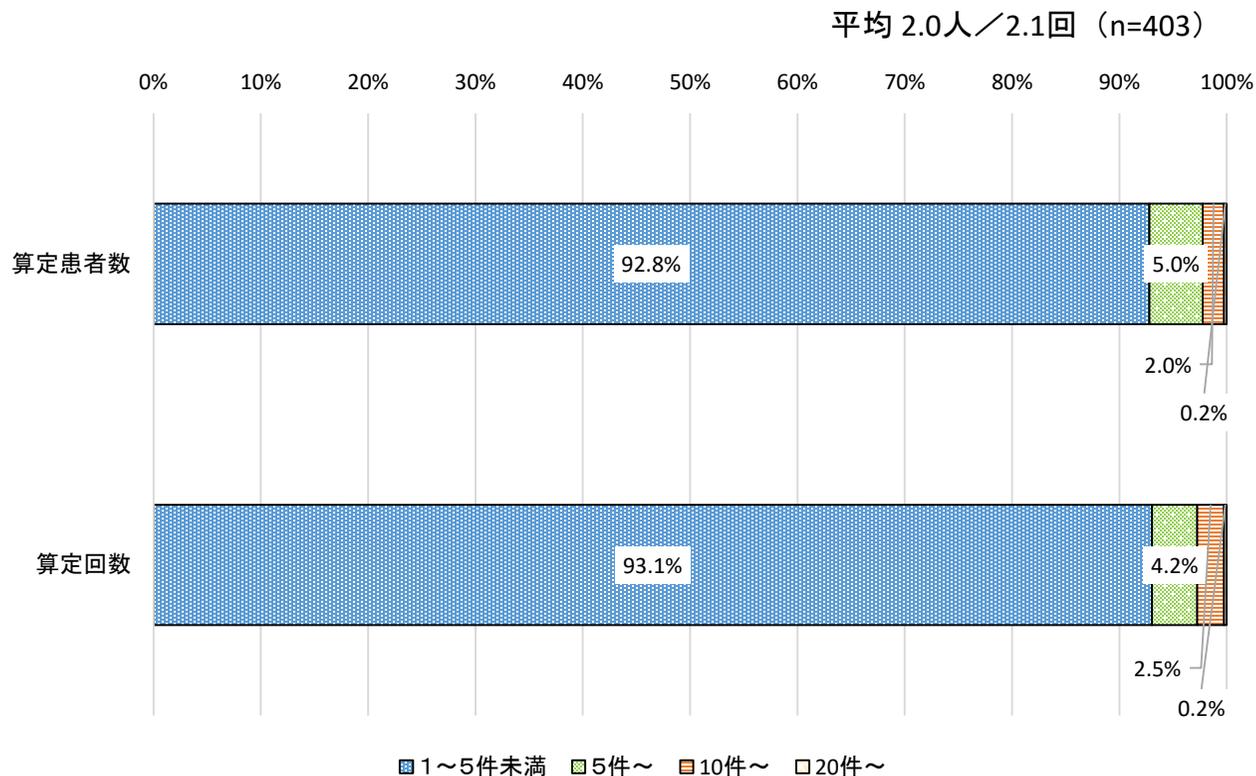
- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。
- ② 算定回数: 入院中1回(入院後早期に退院前訪問看護の必要があると認められる場合は2回)
- ③ 医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等も可能。

■ 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



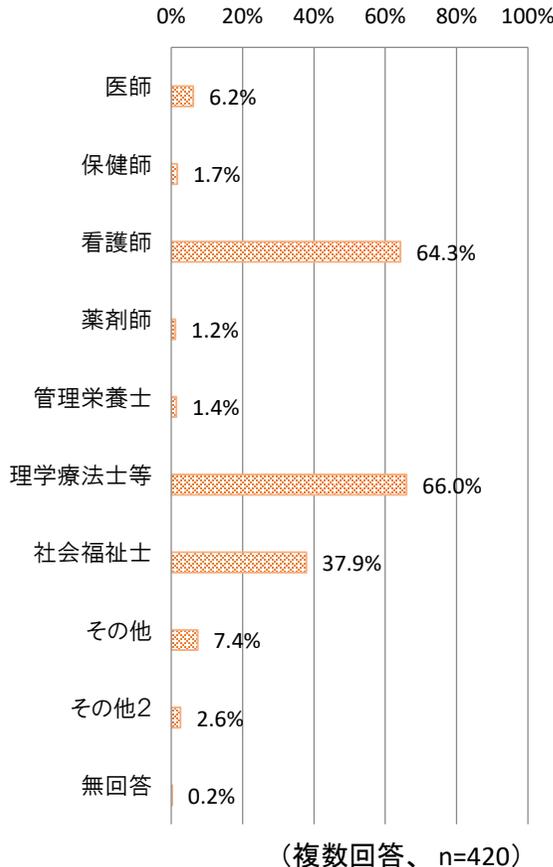
○ 退院前訪問指導料を算定していた施設の算定患者数は、平均2.0人／3か月であった。

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

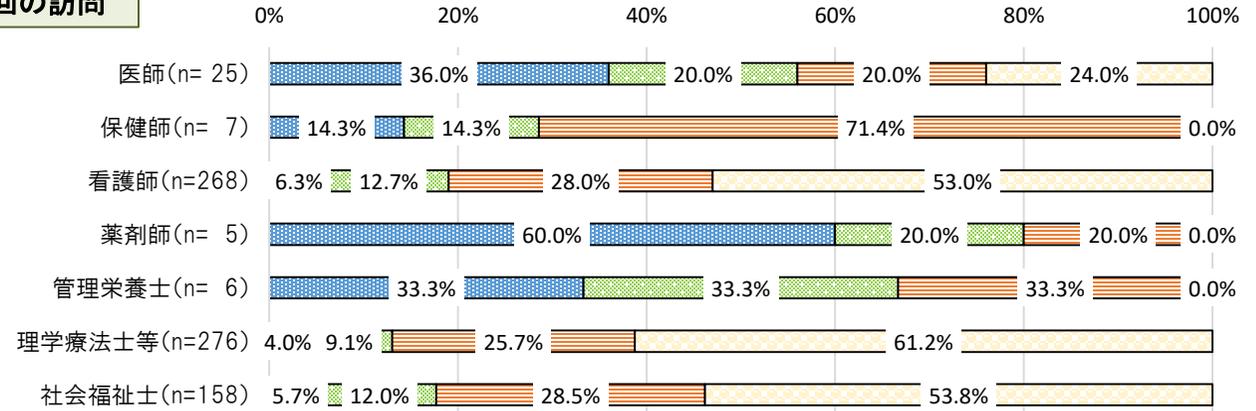


理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

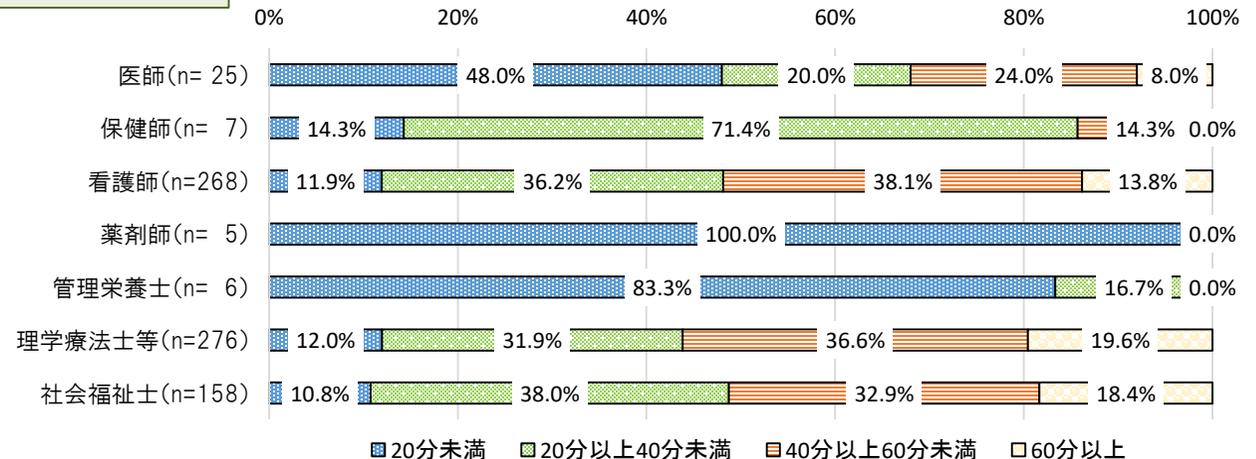
訪問・指導に係る時間

※無回答は除く

① 1回の訪問



②患者・家族の指導

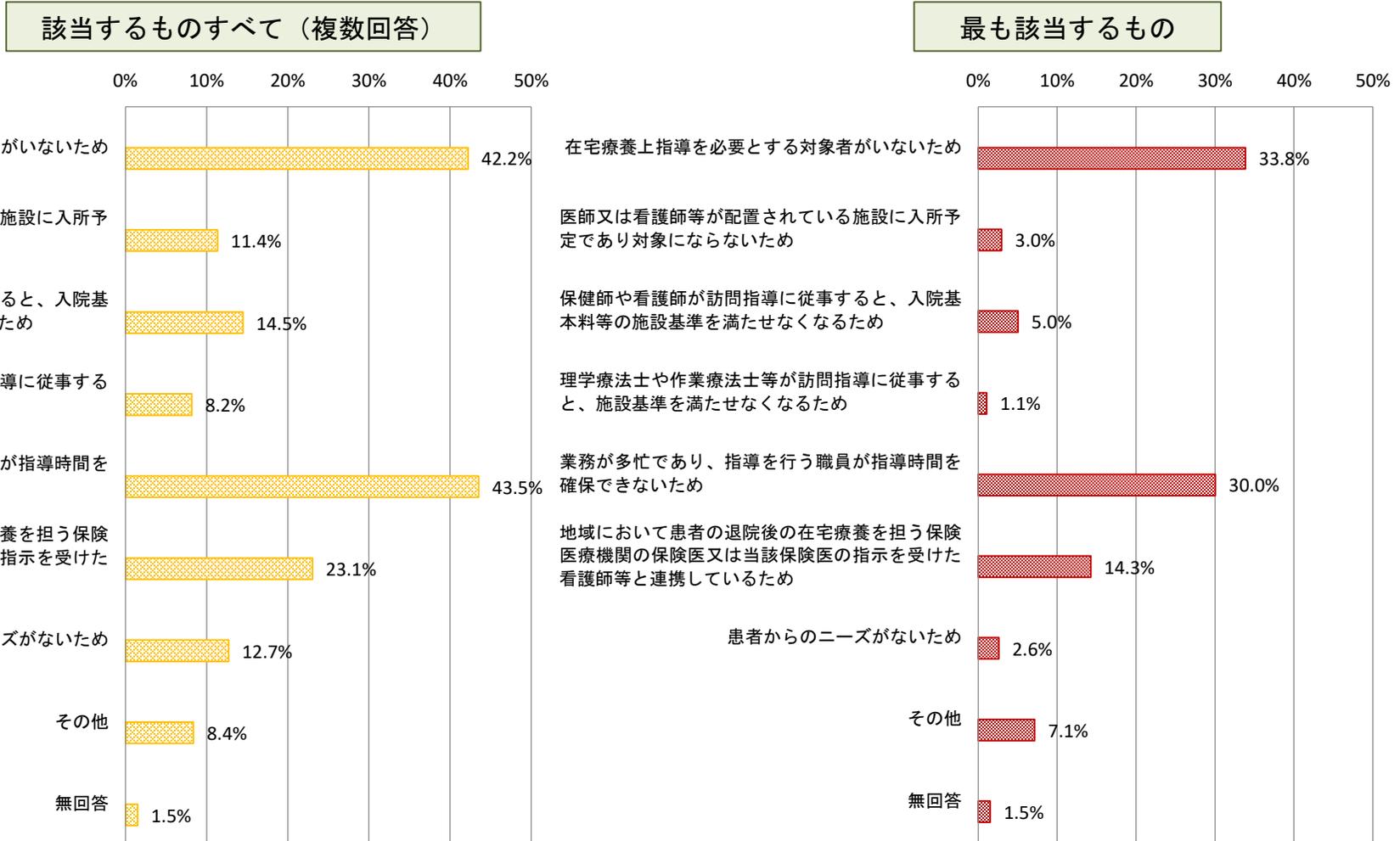


- ①は、往復の移動時間を含む1回の訪問にかかった平均的な時間を指す。
- ②は、①のうち、患者・家族の指導にかかった平均的な時間を指す。

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。

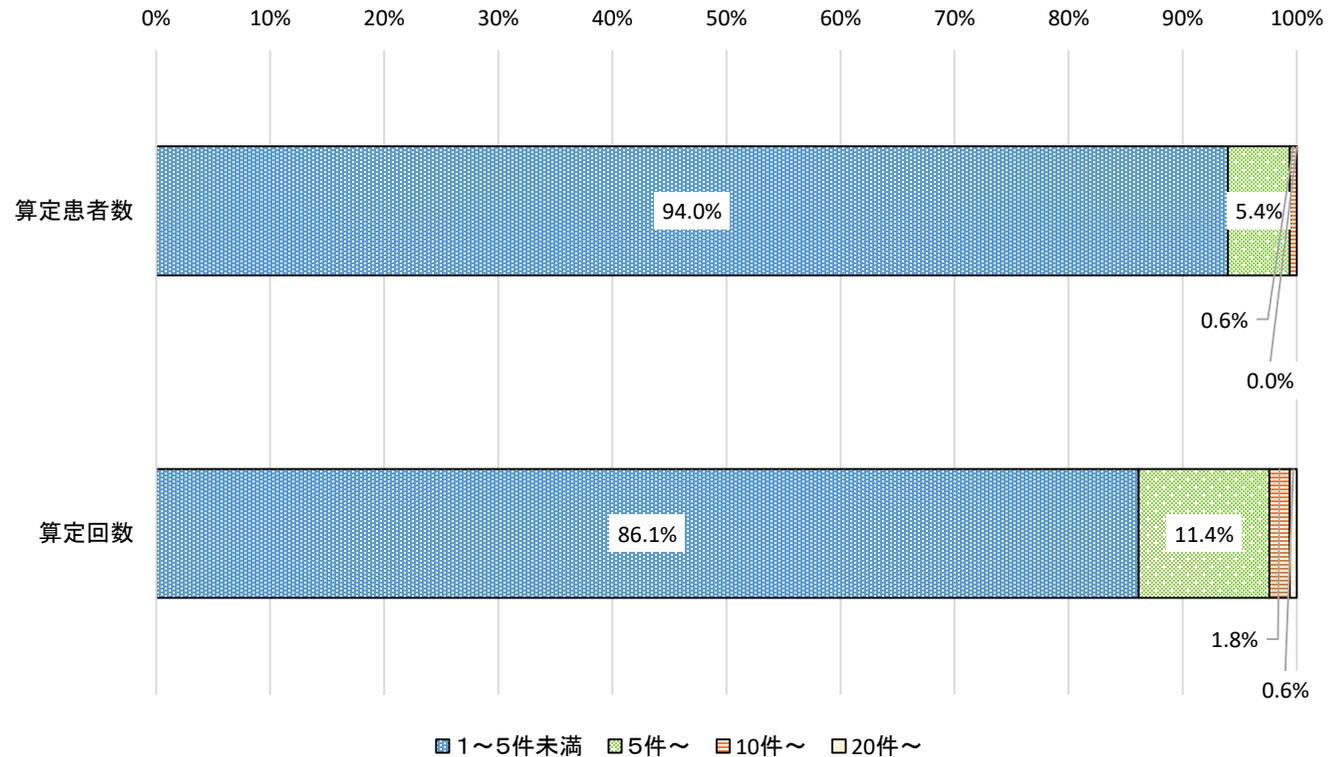
退院前訪問指導料を算定していない理由 (n=3,232)



○ 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。

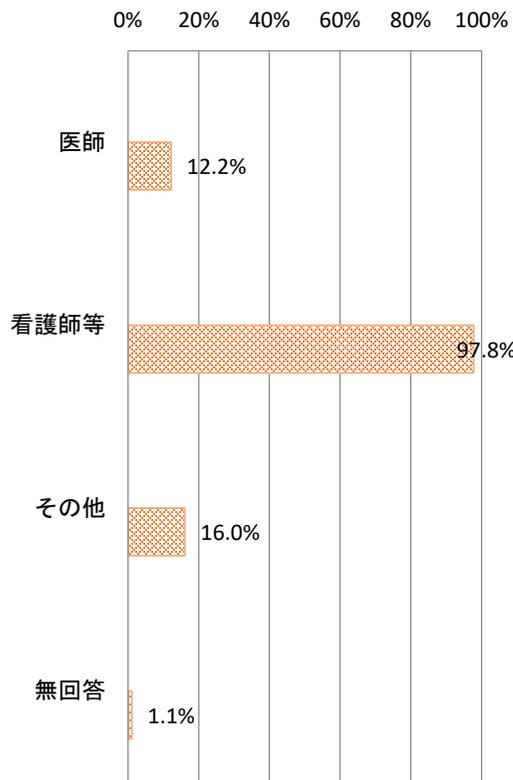
退院後訪問指導料の算定状況

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

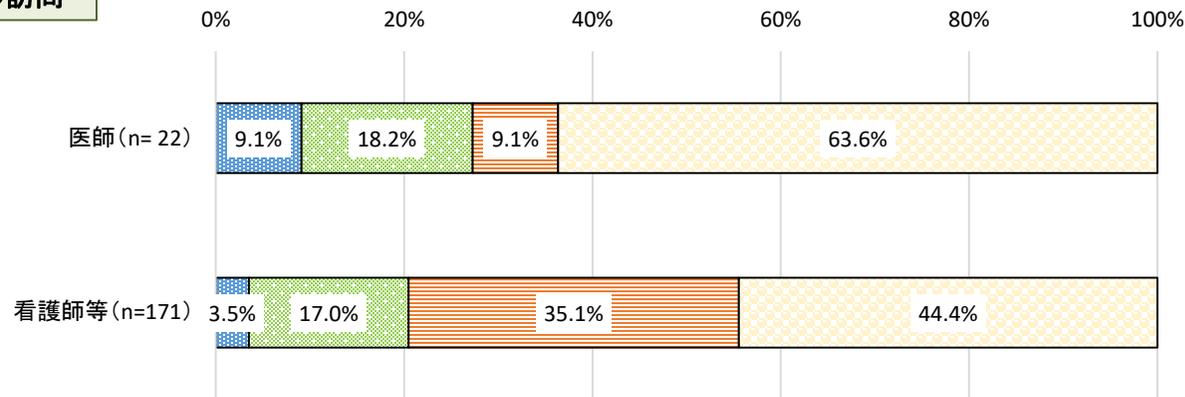


(複数回答、n=181)

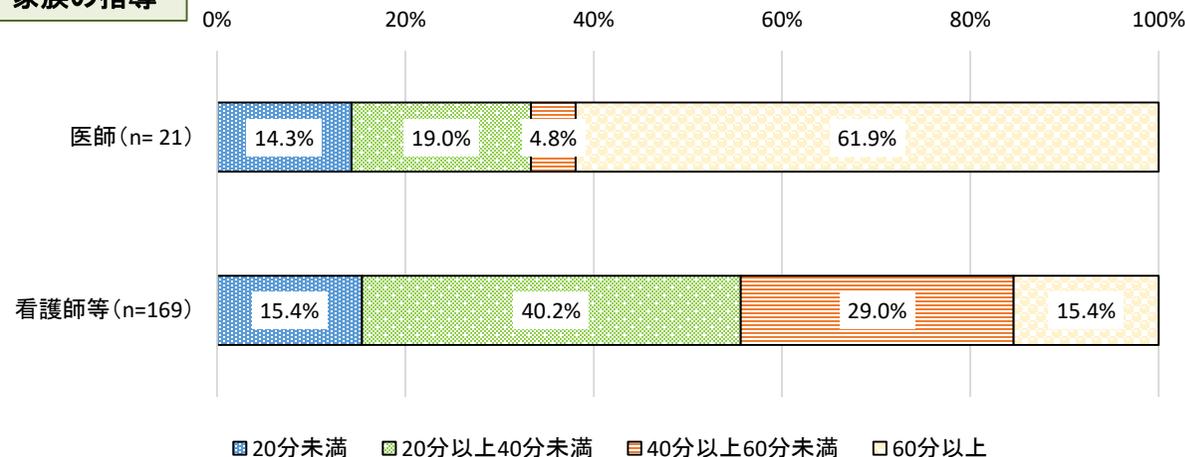
看護師等：保健師、助産師、看護師

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。

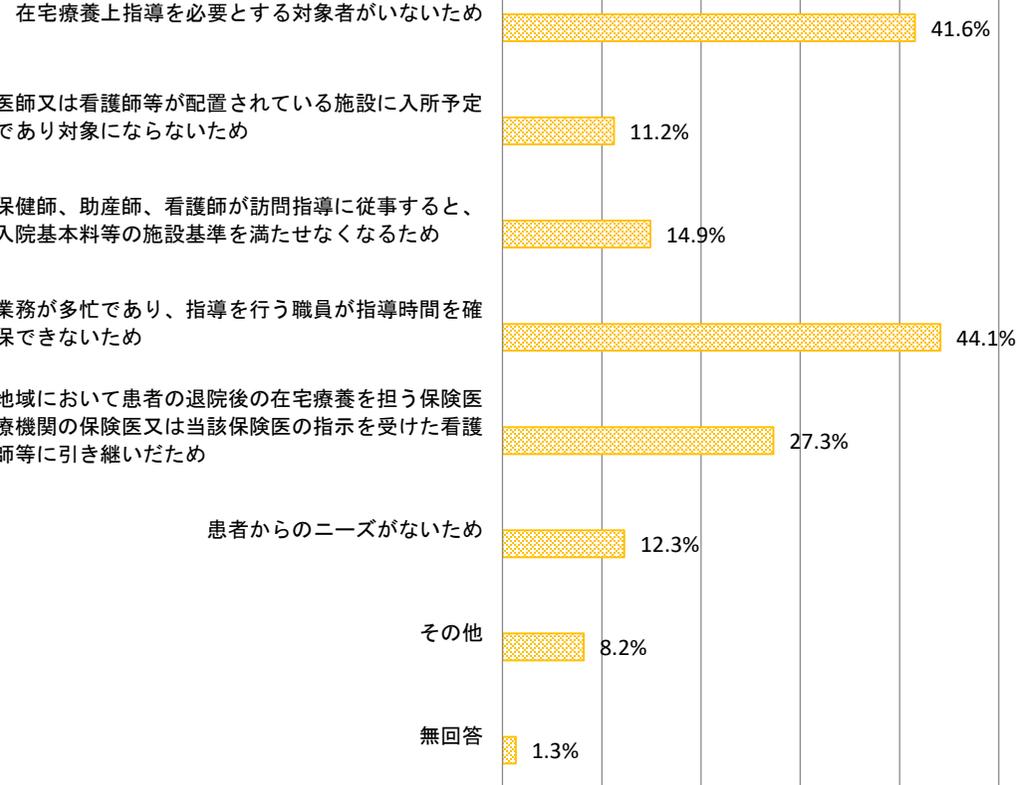
退院後訪問指導料を算定していない理由

○ 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)

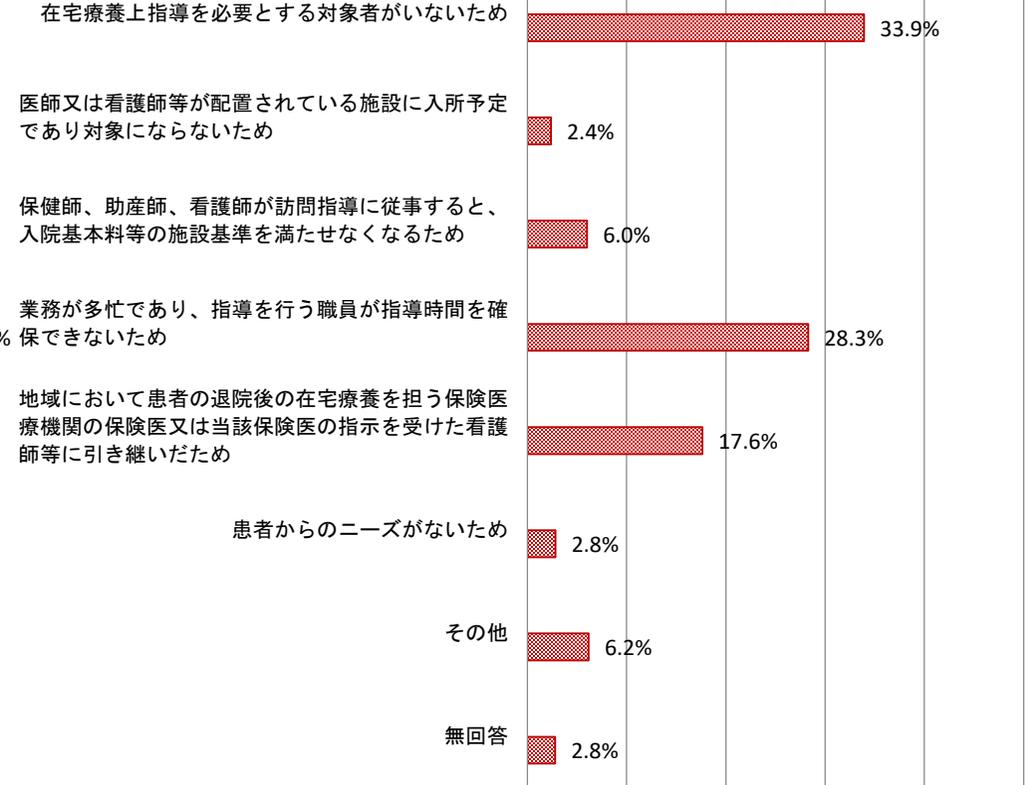
該当するものすべて（複数回答）

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

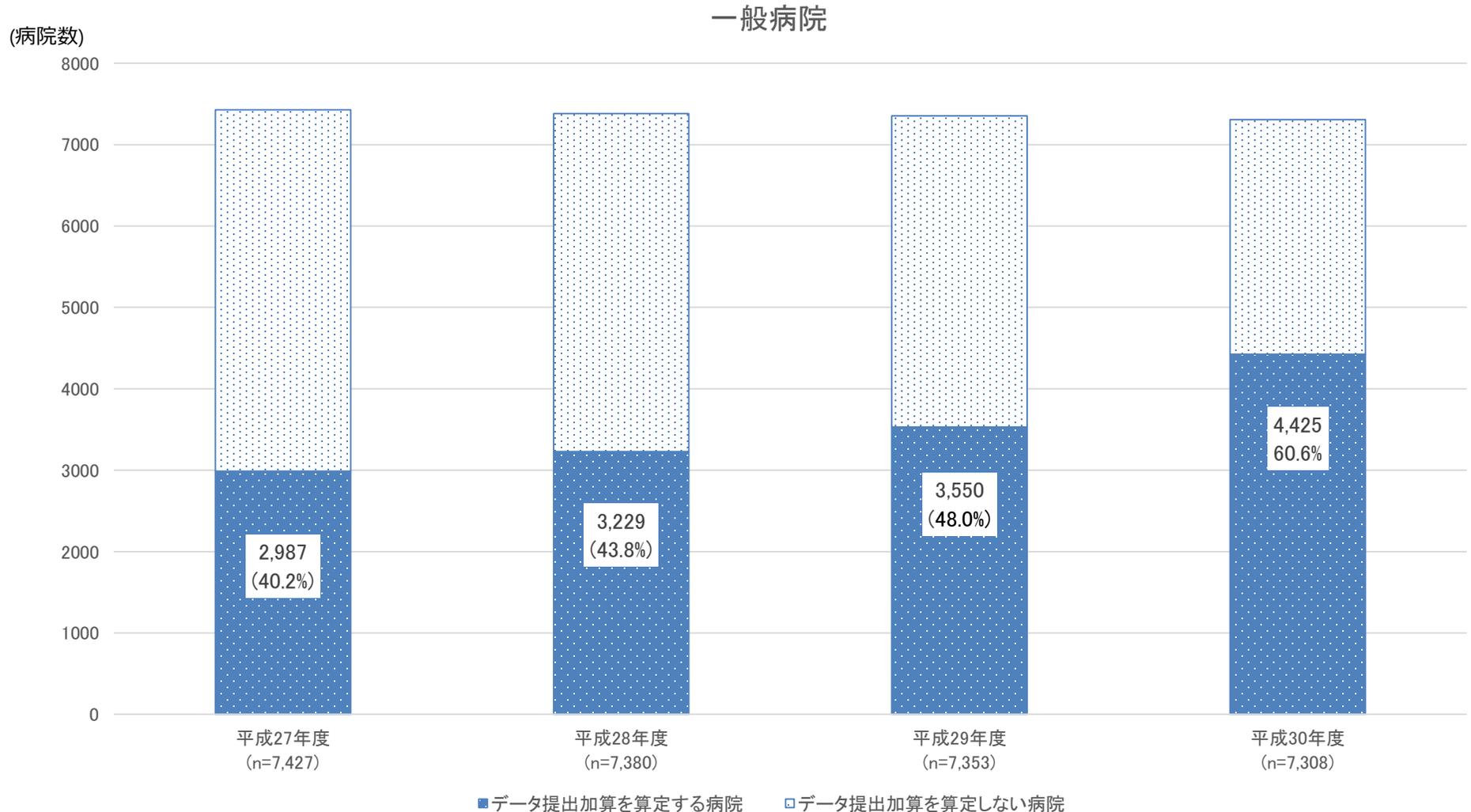
※2 病床数が200床以上の場合に限る

※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

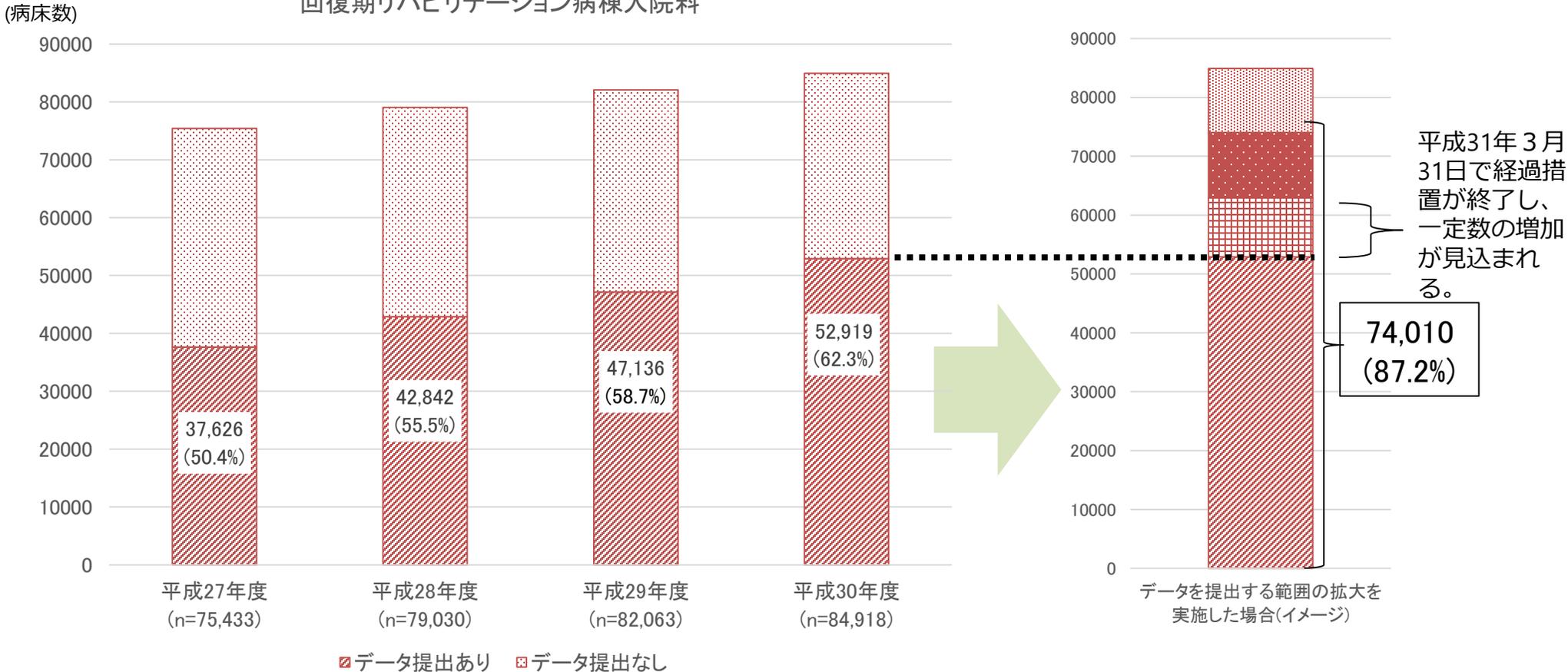
○ 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)7,308病院のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(60.6%)。



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

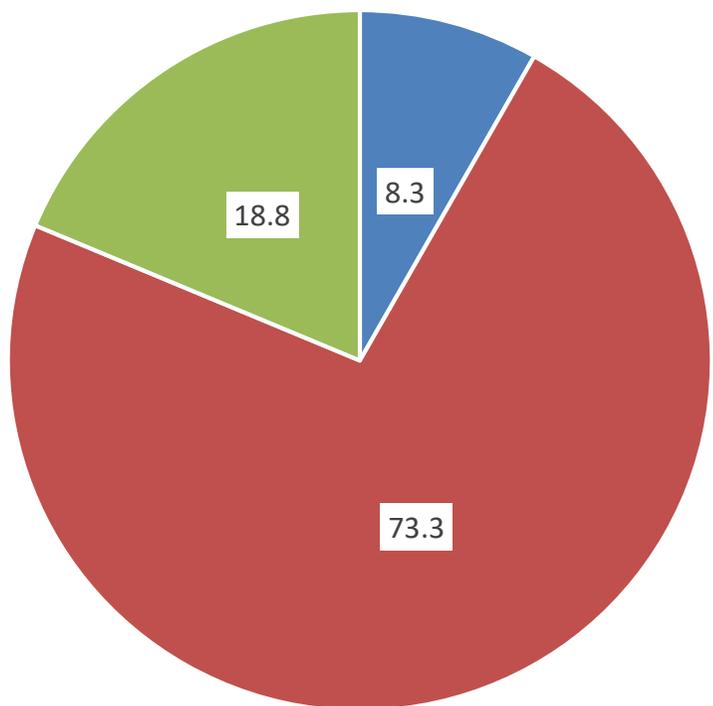


出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

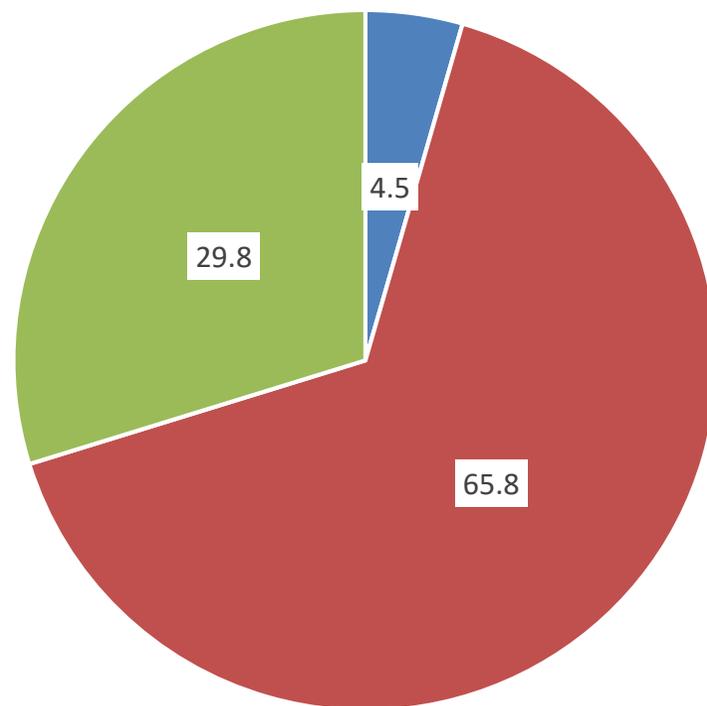
- 療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が200床未満の病院は約8割である。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、許可病床数が200床未満の病院の病床は約7割である。

病院数 (%)



■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

病床数 (%)

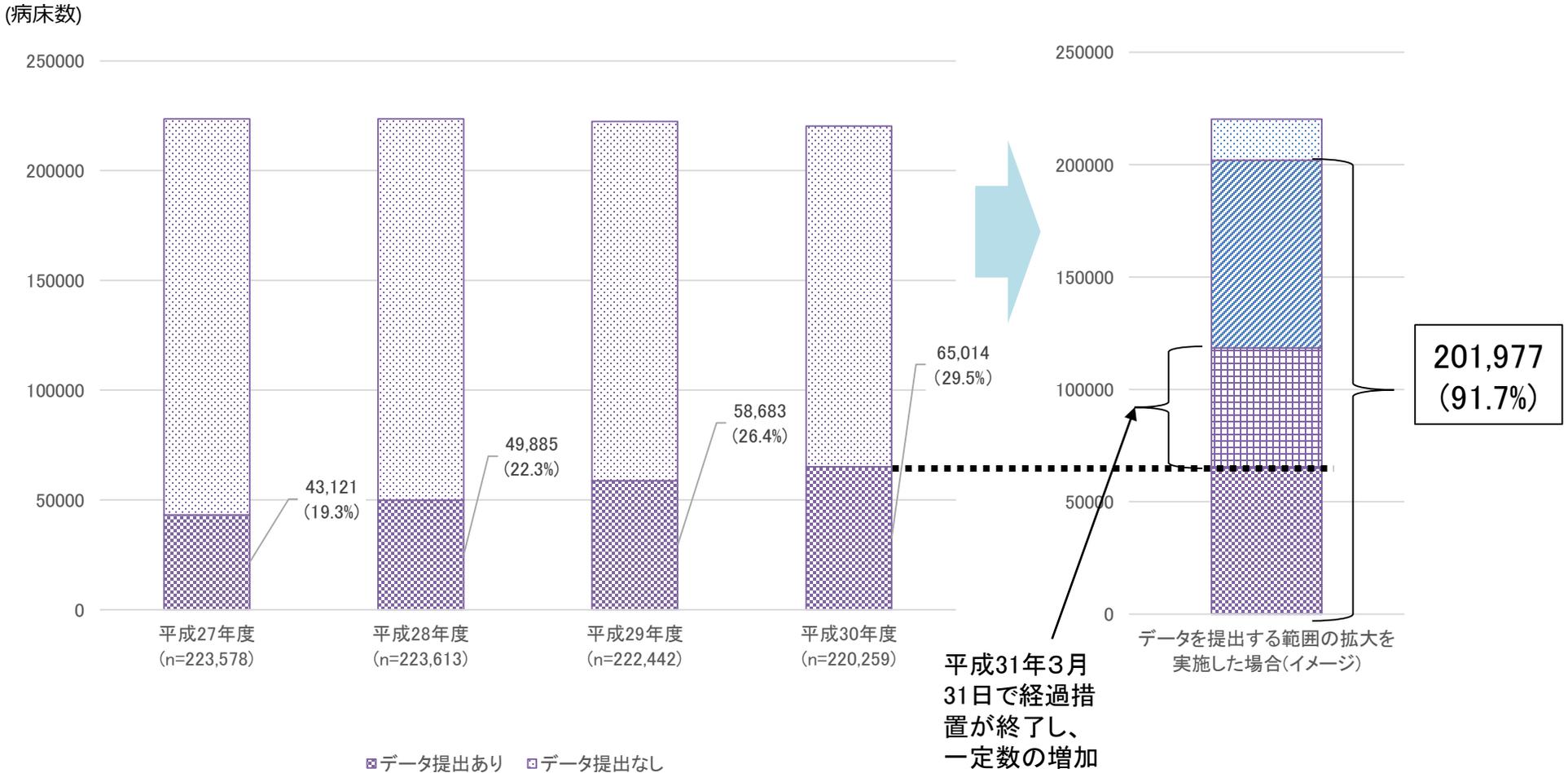


■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

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

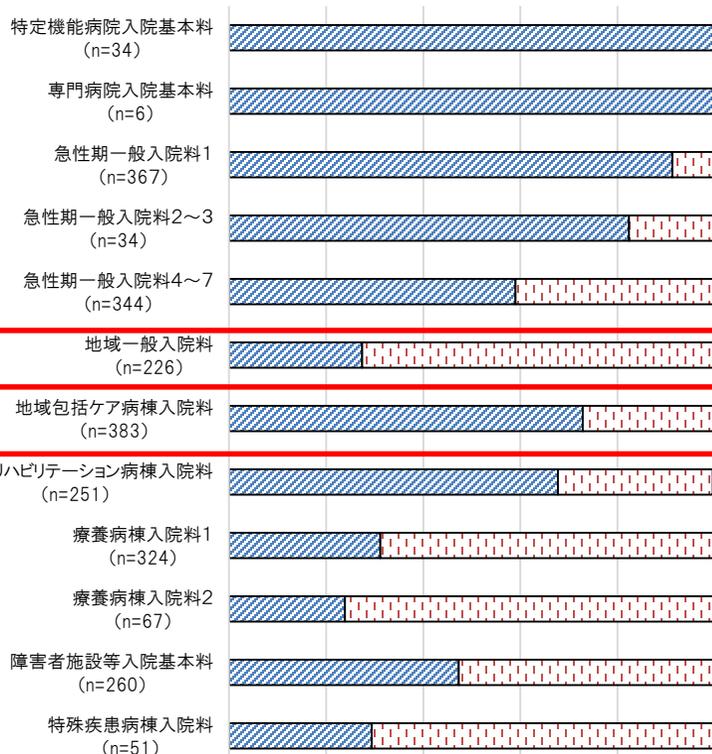
データ提出の算定状況(平成30年9月時点)

- ・ 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

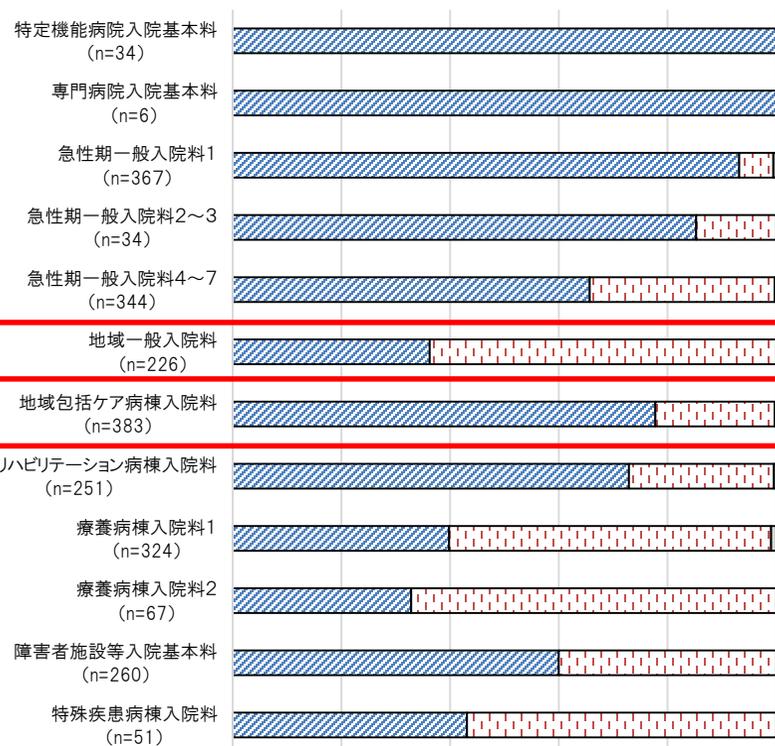
0% 20% 40% 60% 80% 100%



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]

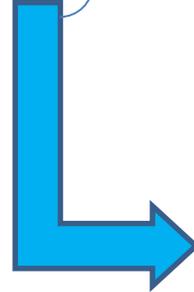
- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- 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

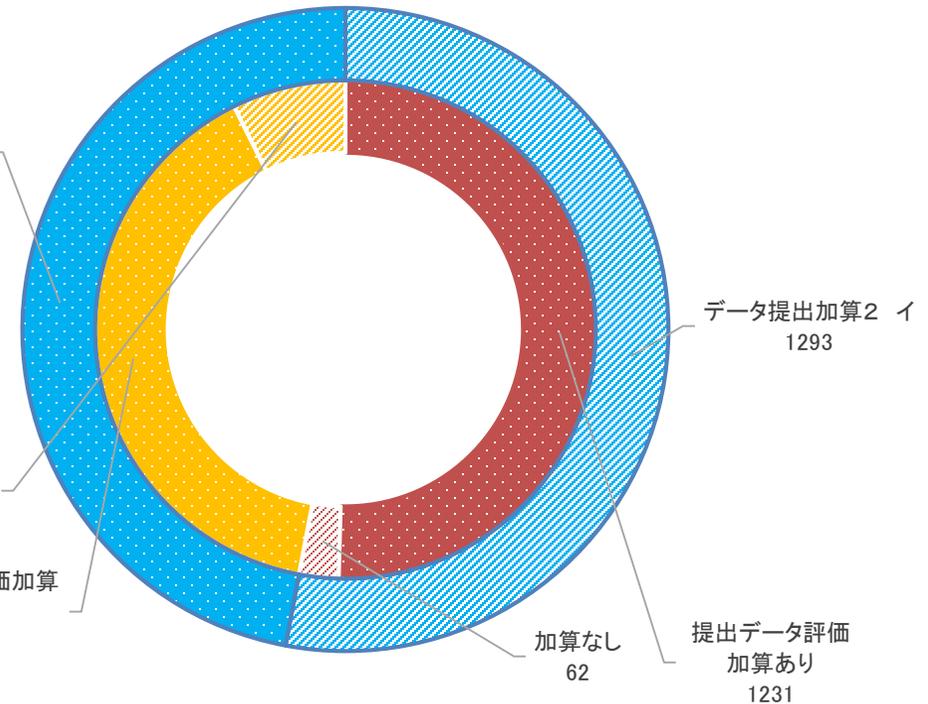
データ提出加算1:1,466病院
データ提出加算2:2,441病院



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

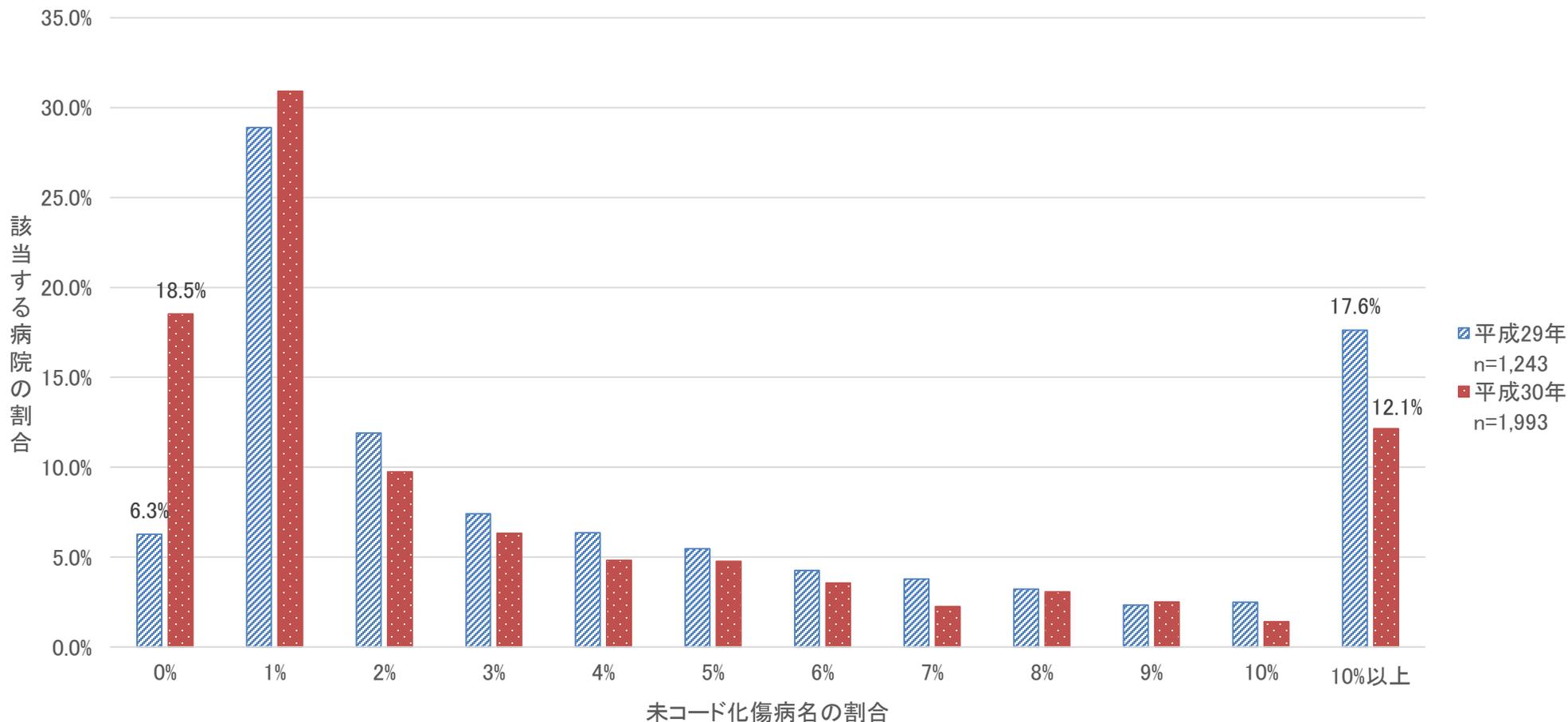
未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

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。

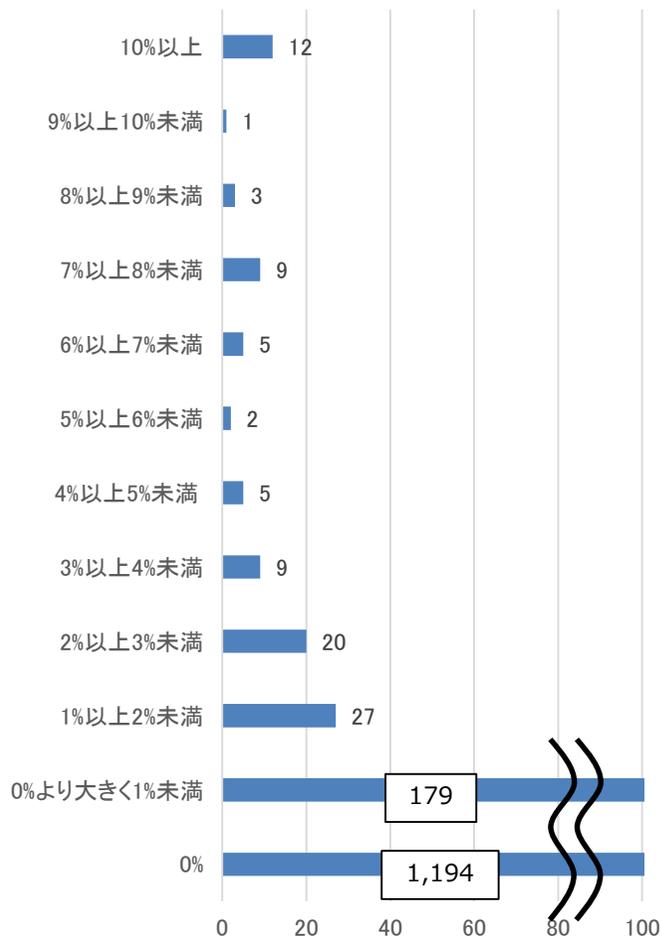
未コード化傷病名の割合別の出現頻度



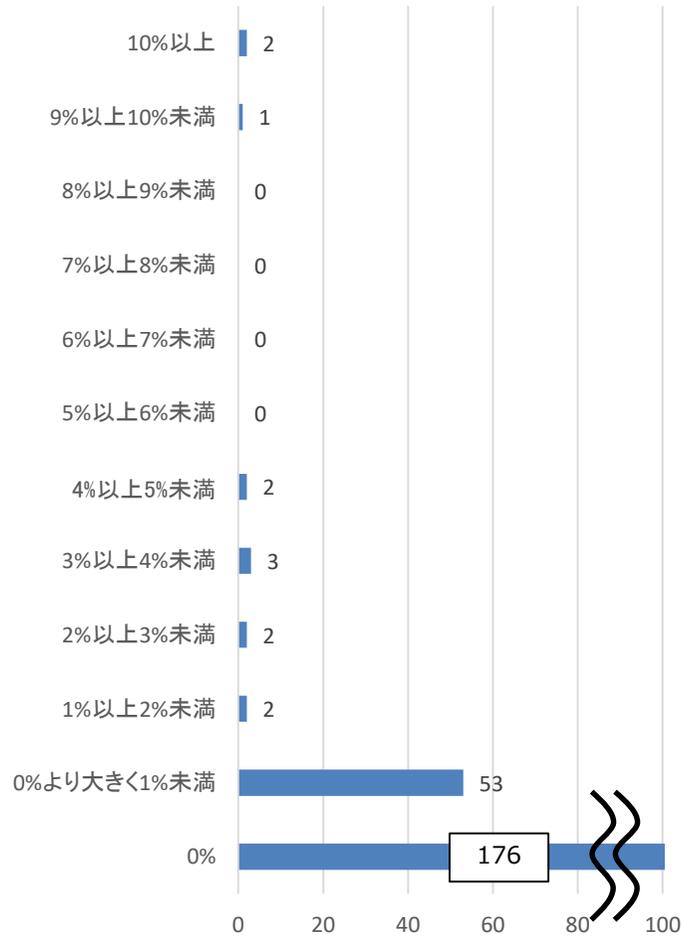
未コード化傷病名の割合別の医療機関数（様式1）

○ 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。

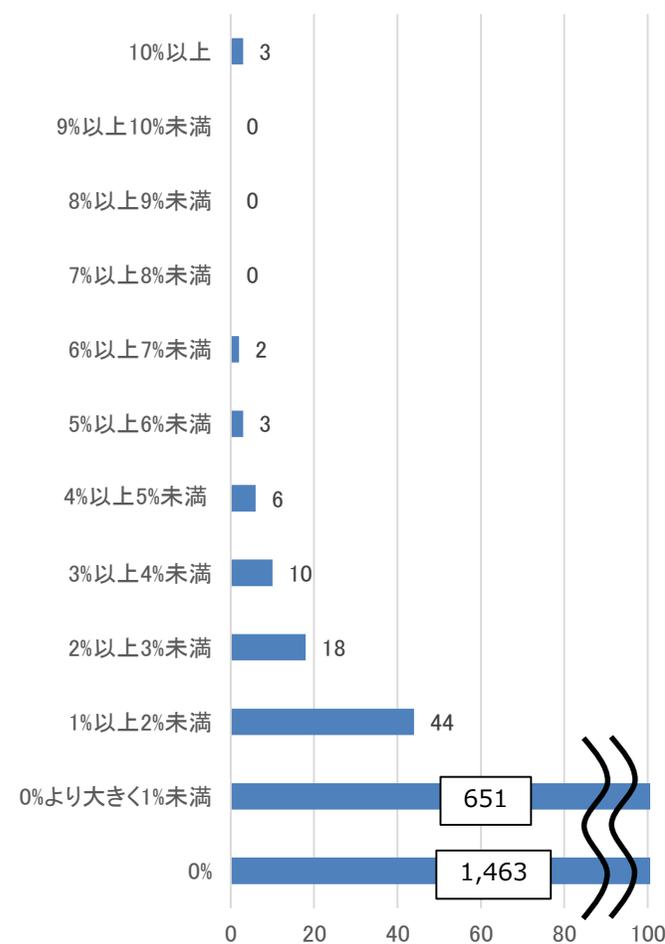
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算1を算定する医療機関
n=1,466)



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)



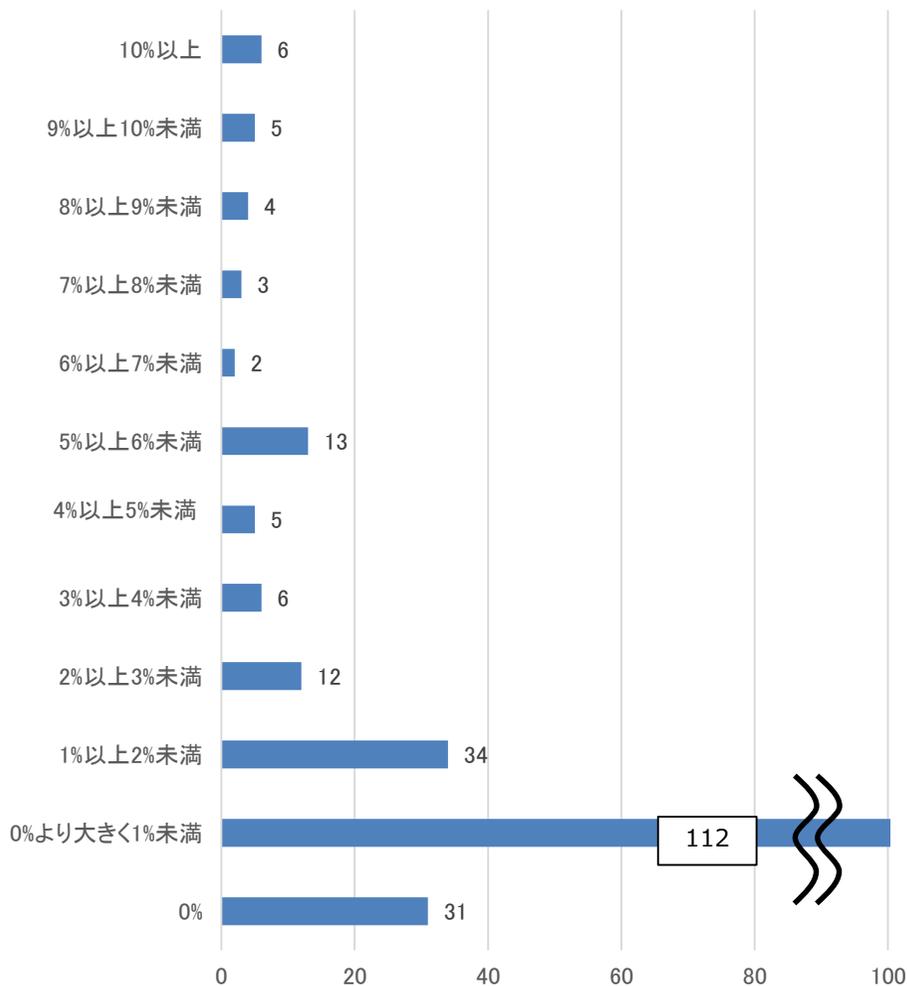
様式1：未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算あり) n=2,200)



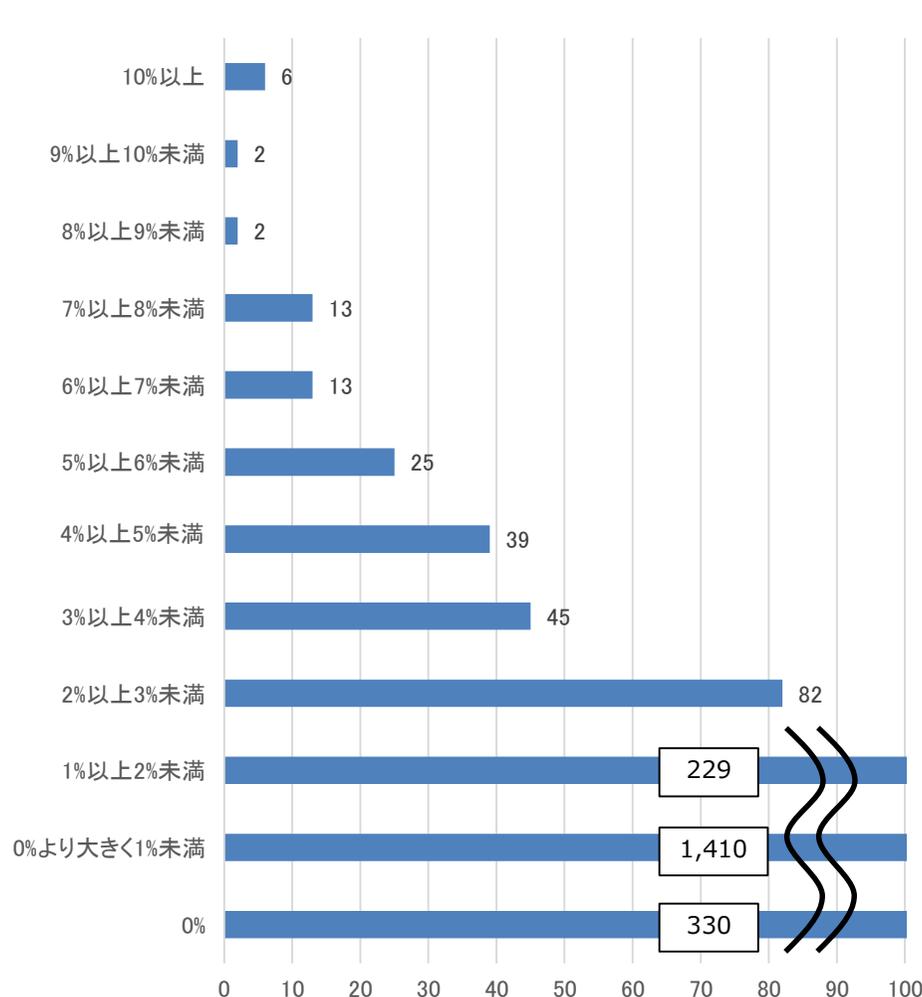
未コード化傷病名の割合別の医療機関数（外来EFファイル）

○ 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)

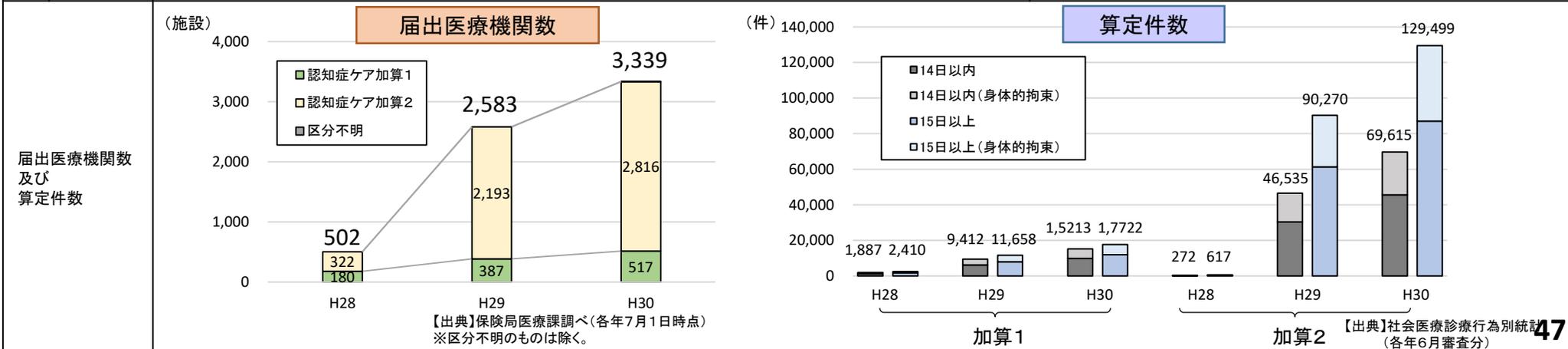


とりまとめの構成

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

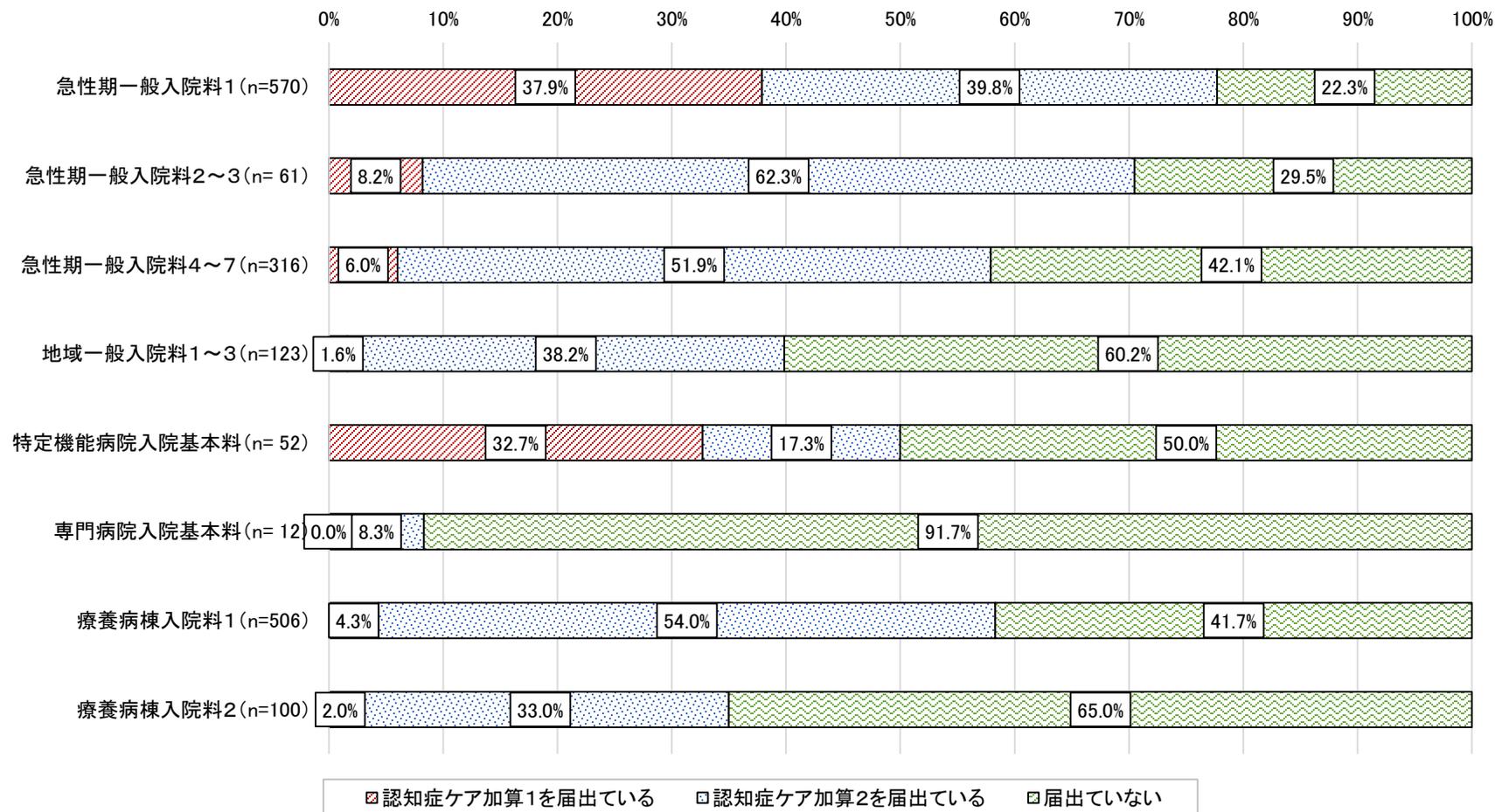
認知症ケア加算の算定状況

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



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

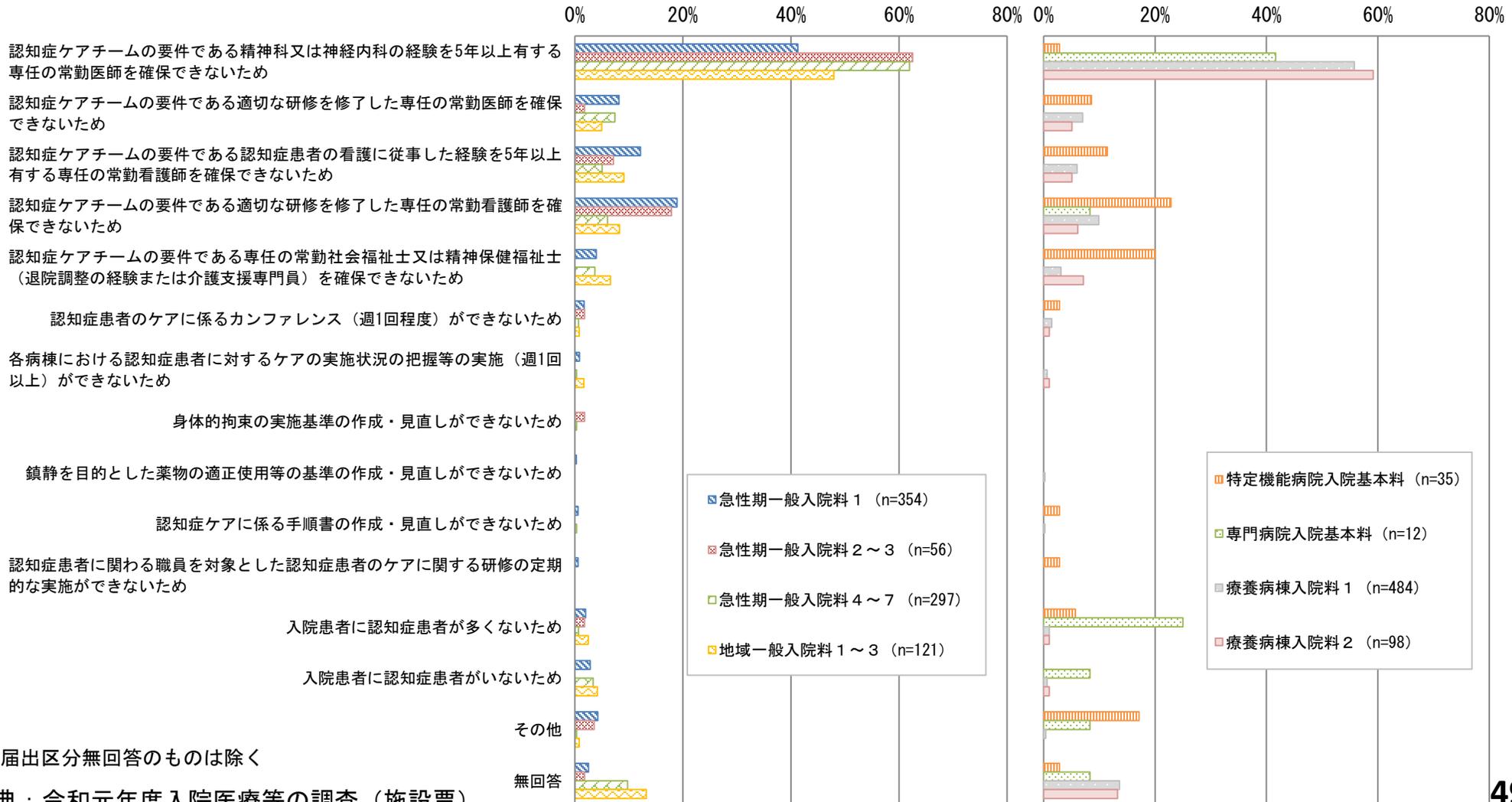
認知症ケア加算の届出状況



認知症ケア加算1を届出していない理由（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。

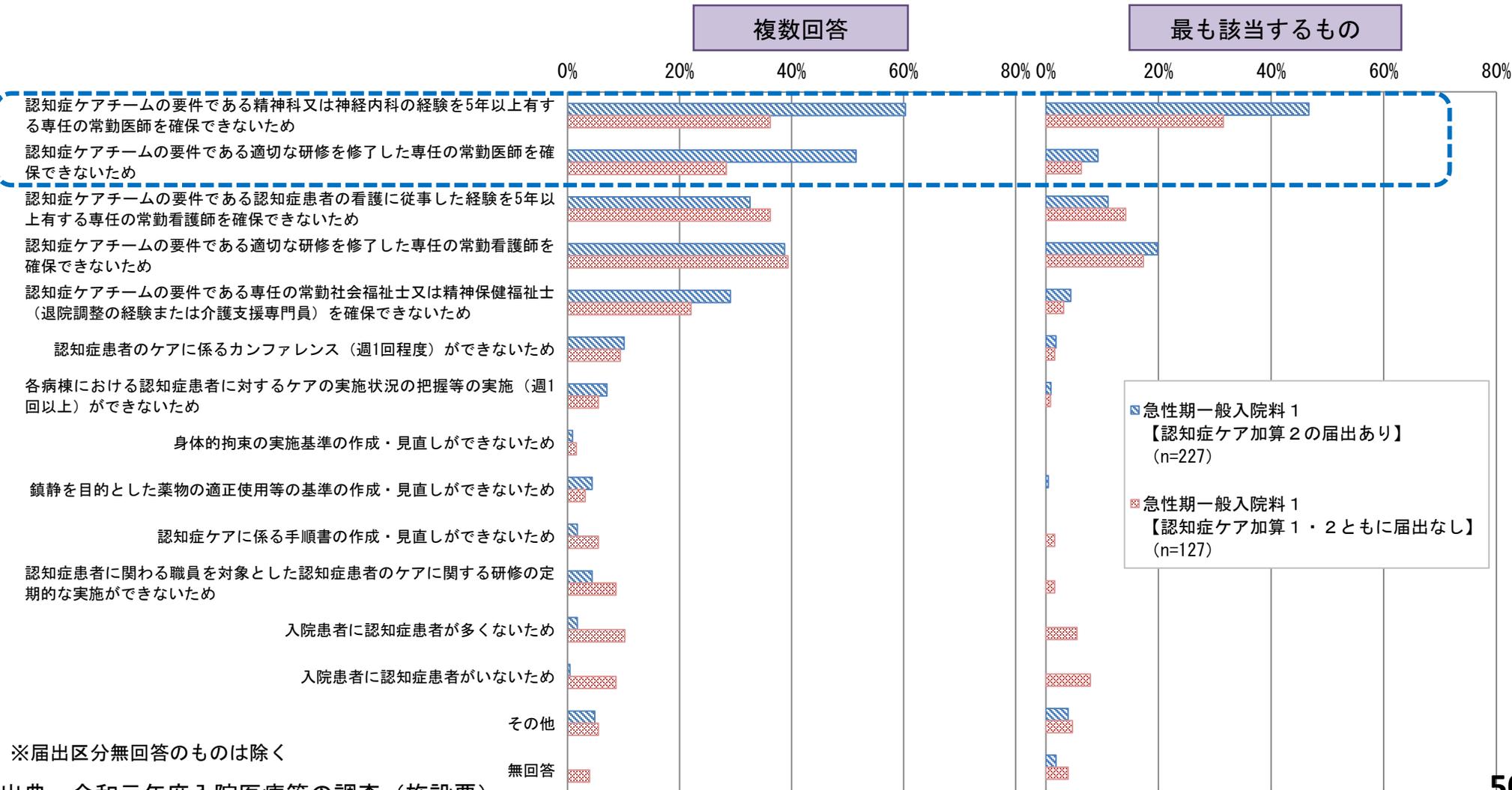
認知症ケア加算1を届出していない理由（最も該当）



認知症ケア加算 1 を届出していない理由（加算の届出別）

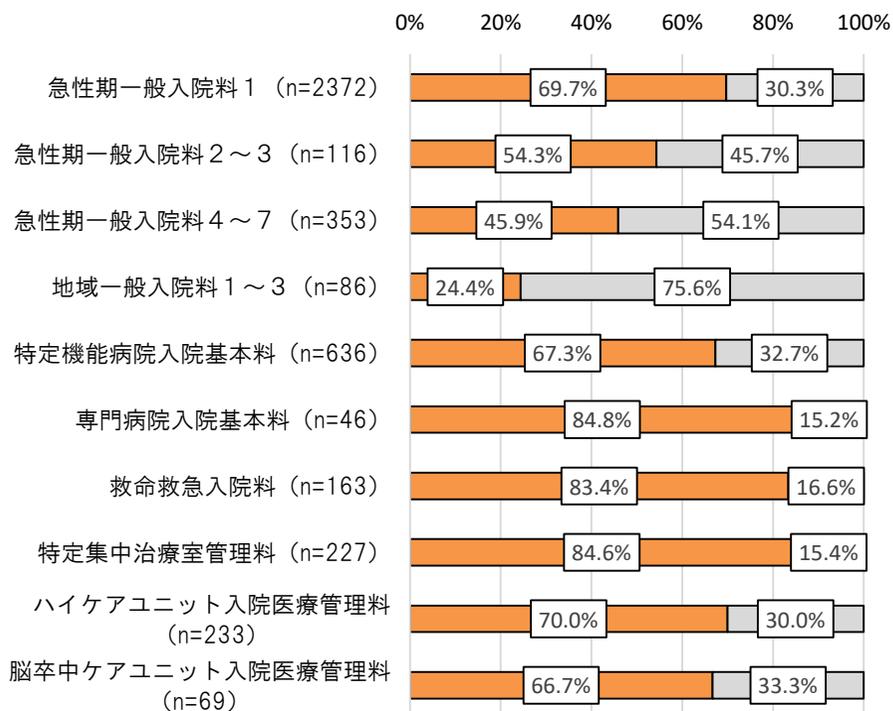
○ 急性期一般入院料 1 において、認知症ケア加算 1 を届出していない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算 1・2 ともに届出していない施設よりも、認知症ケア加算 2 を届出している施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由



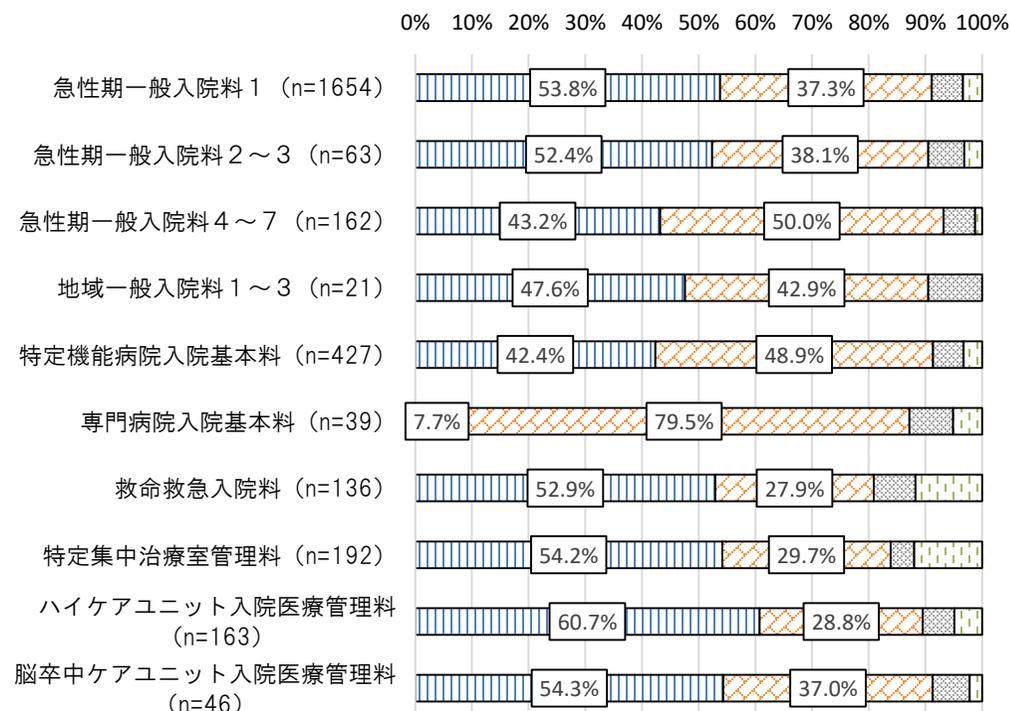
- せん妄予防の取組の状況をみると、急性期一般入院料 1 や集中治療室等の約 7～8 割で取組が行われていた。
- 取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

せん妄予防の取組の状況



■取組あり □取組なし

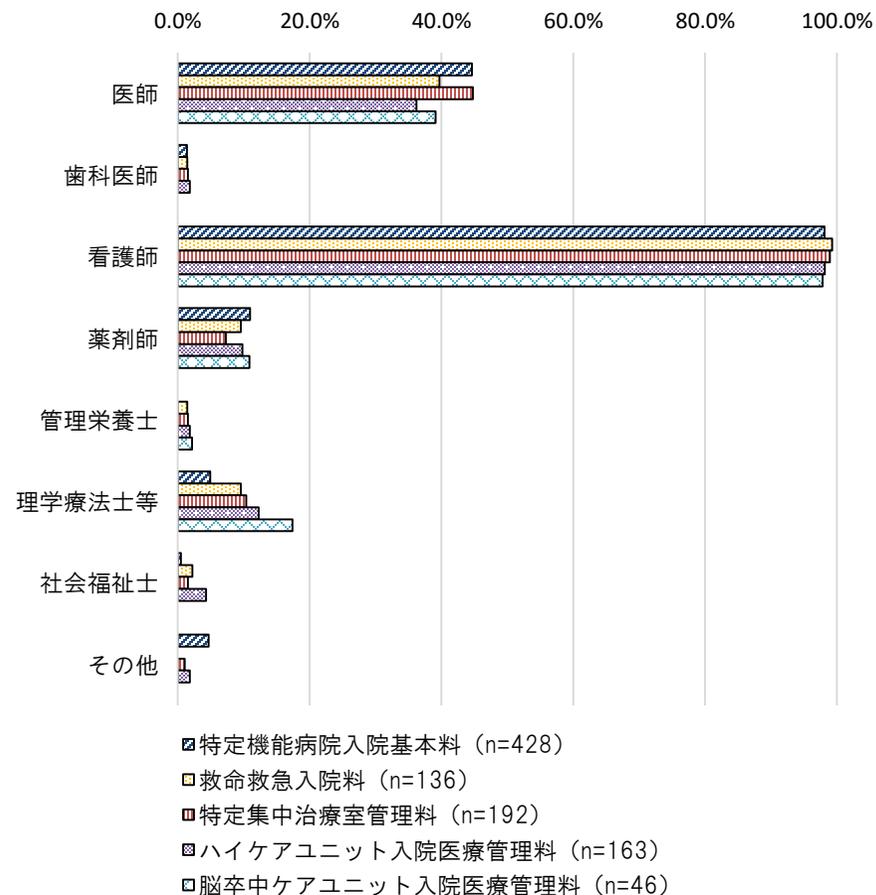
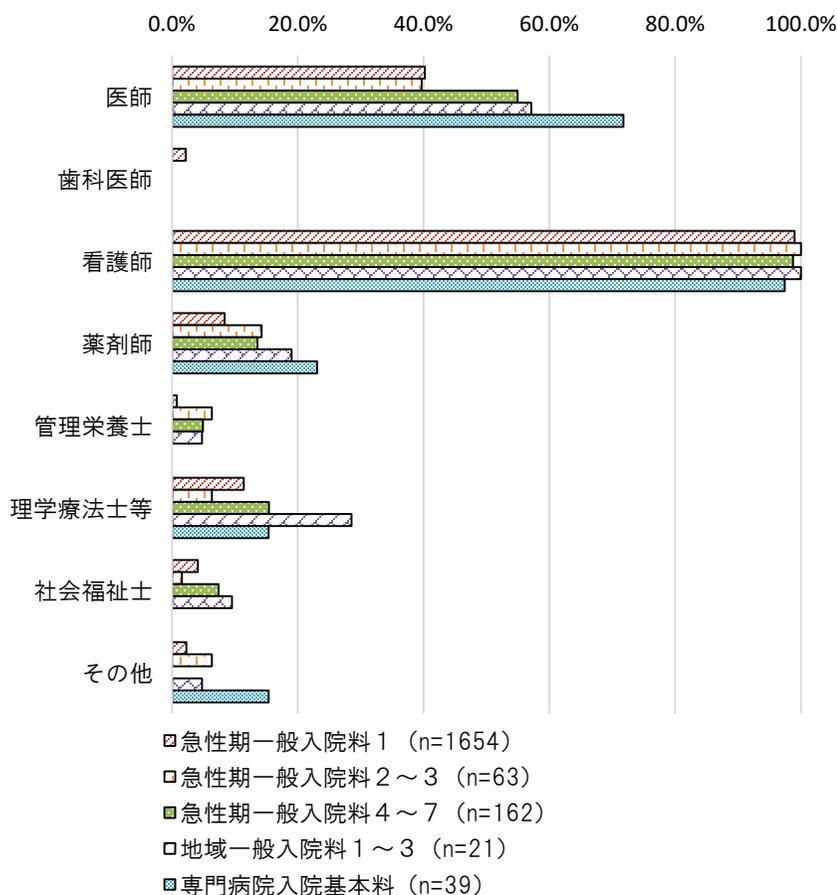
取組を行っているタイミング



■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

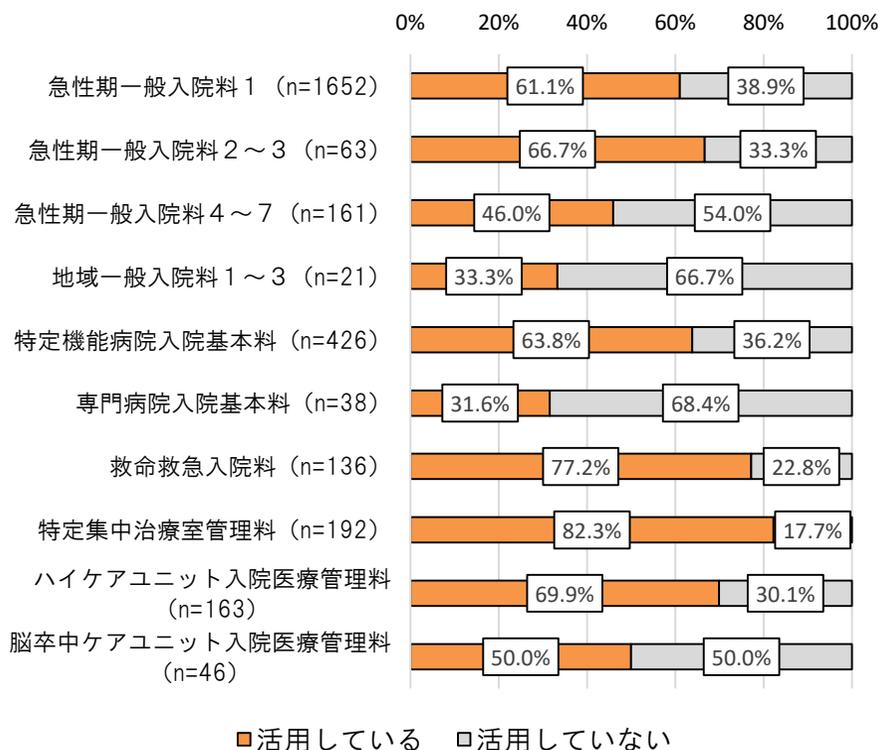
○ せん妄予防の取組を実施している職種をみると、いずれの入院料等においても看護師の割合が最も高く、次いで医師の割合が高かった。

取組を行っている職種

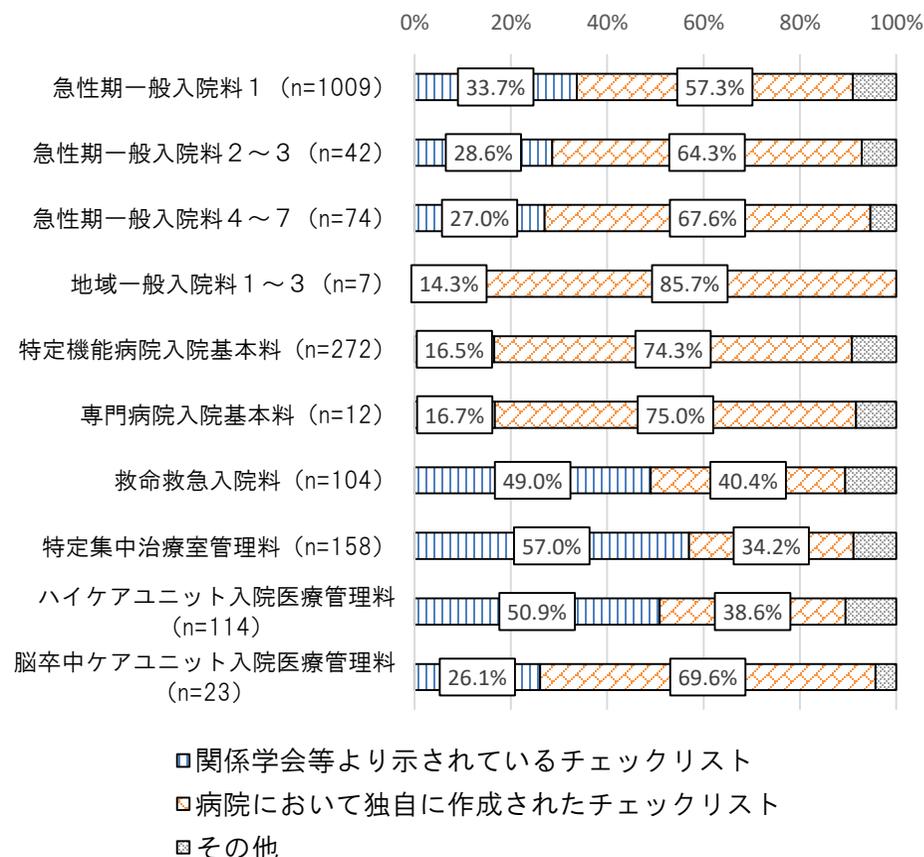


- せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたところ、集中治療室等では約7～8割が活用していた。
- 活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

チェックリストを活用しているか

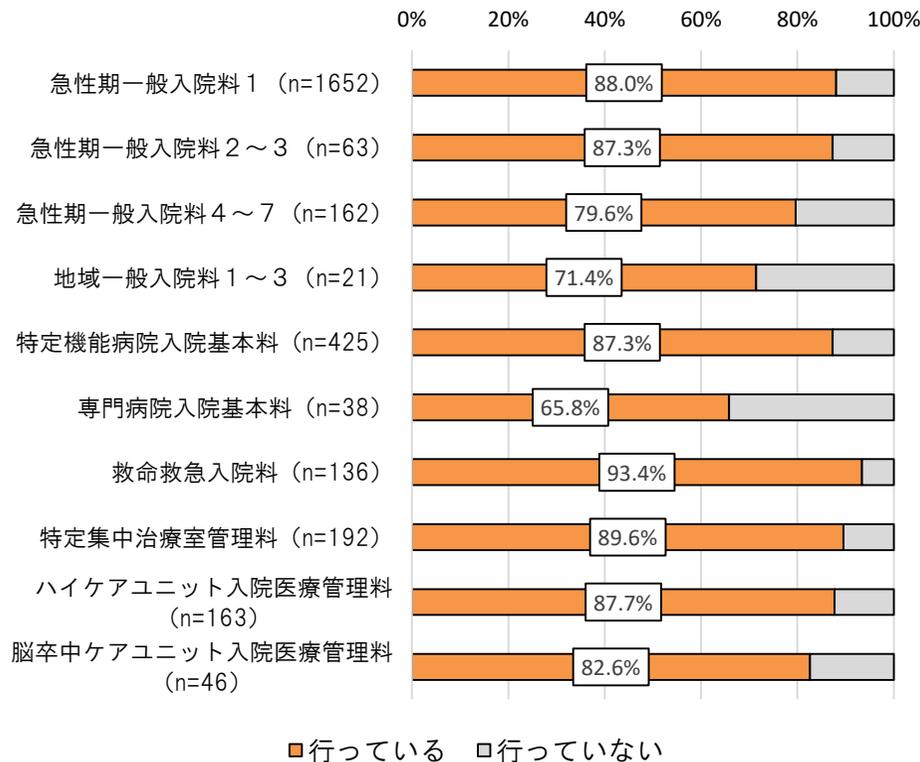


活用しているチェックリストの種類

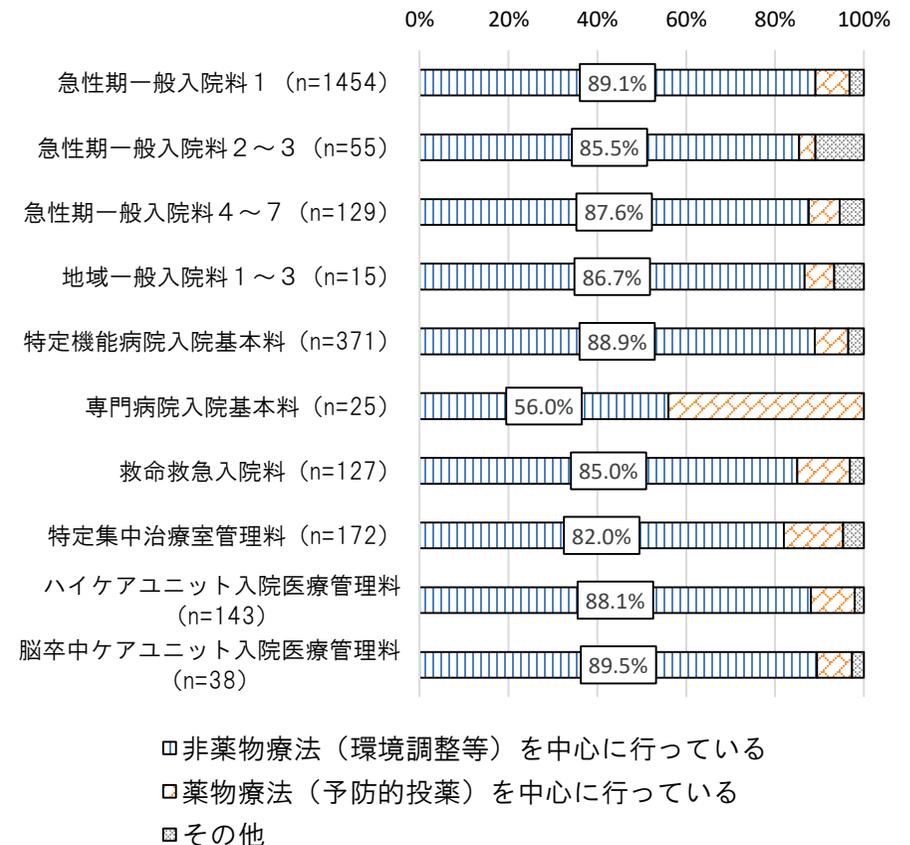


○ せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

予防的介入を行っているか

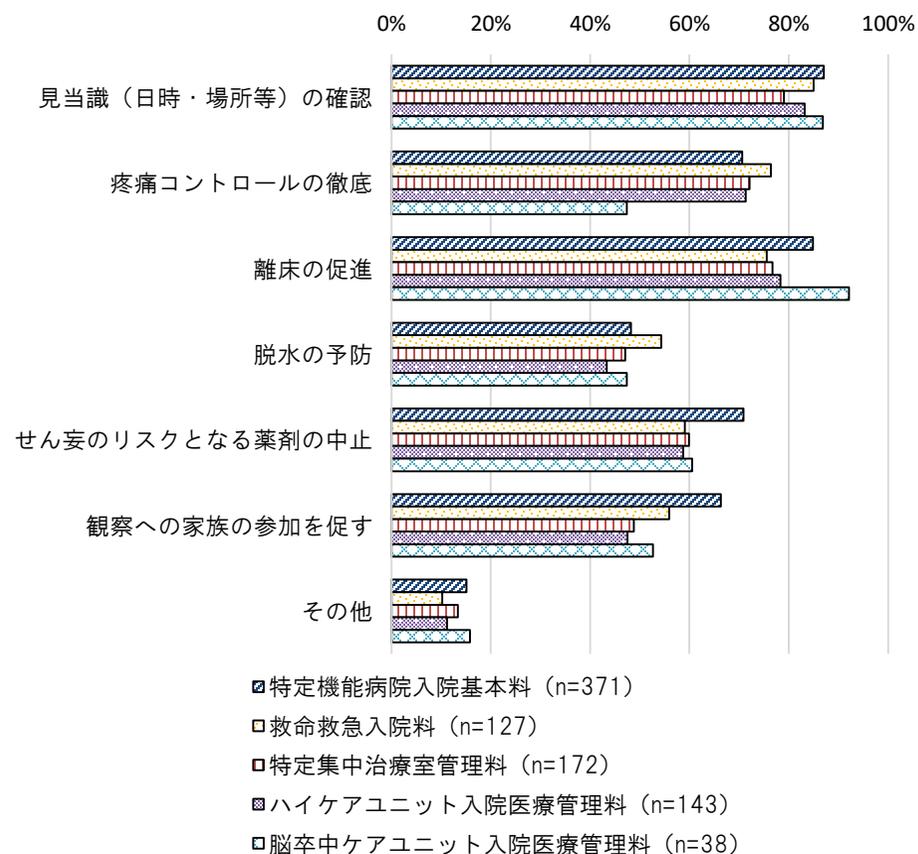
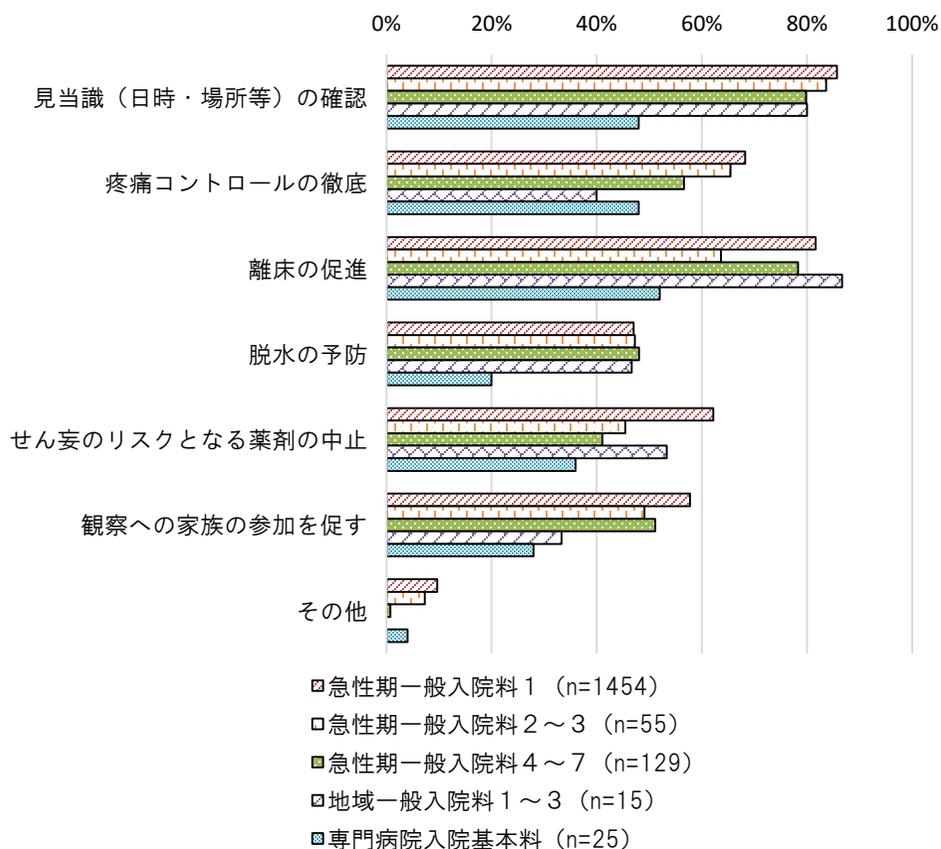


予防的介入の種類



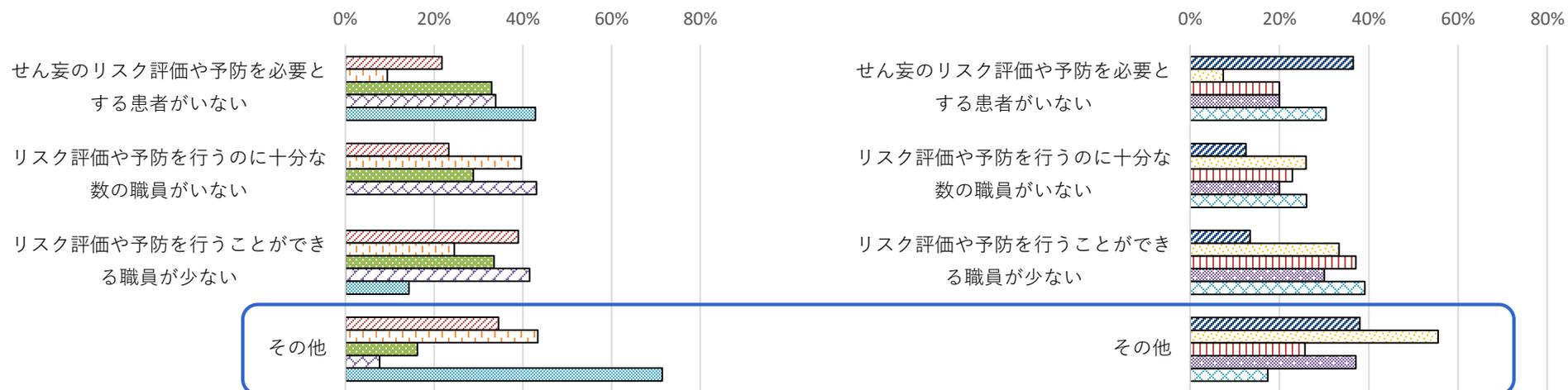
○ 非薬物療法の具体的な内容をみると、いずれの入院料等においても「見当識の確認」や「離床の促進」の実施が多かったが、「脱水の予防」の実施は少なく、他の項目の実施状況にはばらつきが見られた。

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）

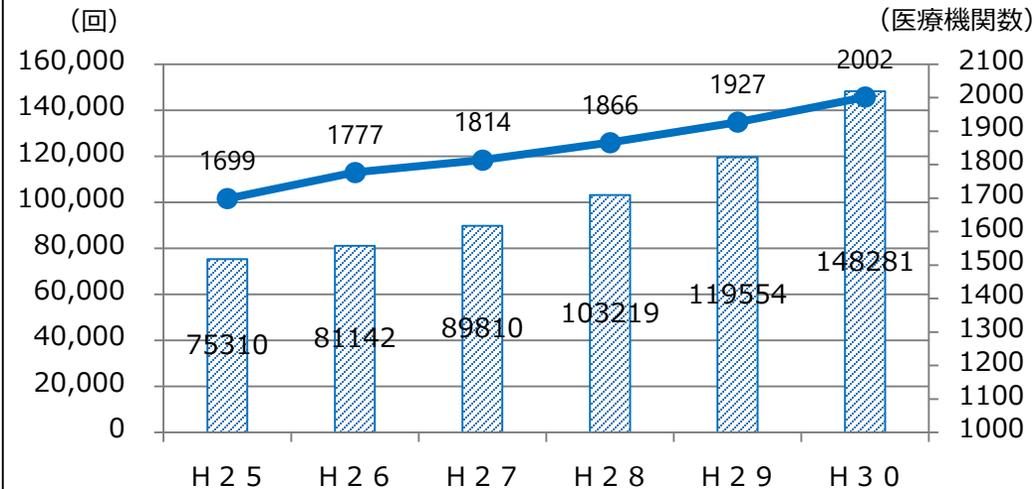
【主な算定要件】

- (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。

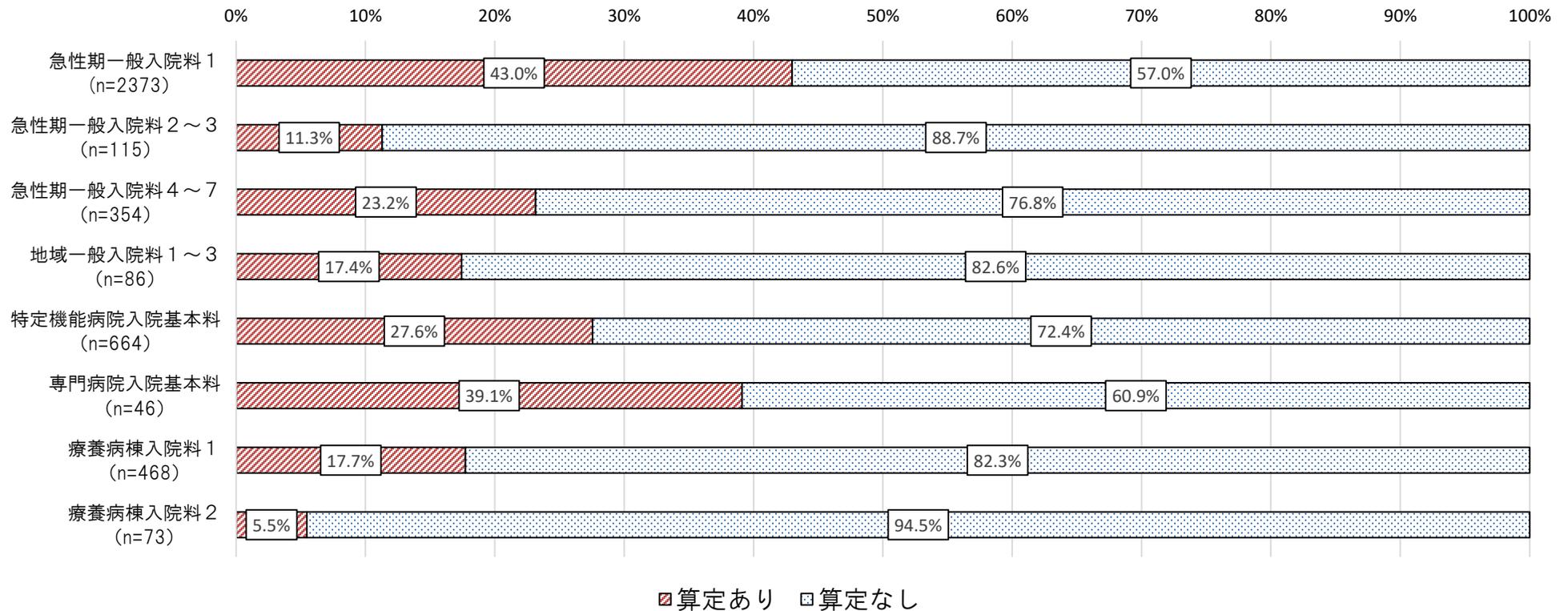
総合評価加算の算定回数・届出医療機関数



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）

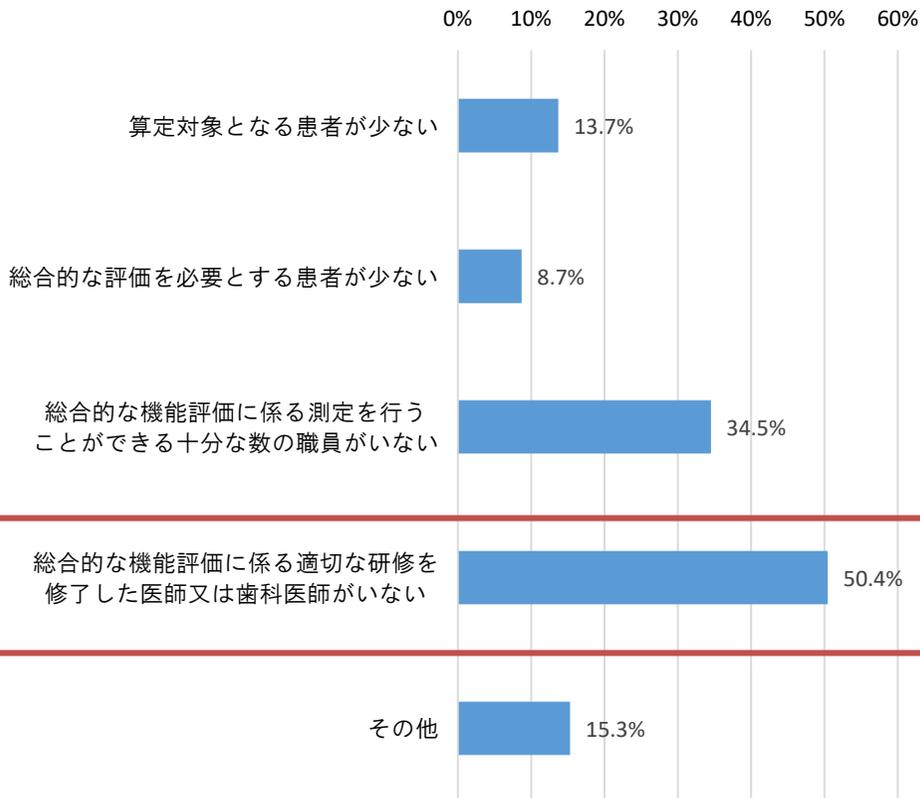
○ 総合評価加算の算定状況をみると、急性期一般入院料 1 及び専門病院において算定ありの割合が多かった。

総合評価加算の算定状況

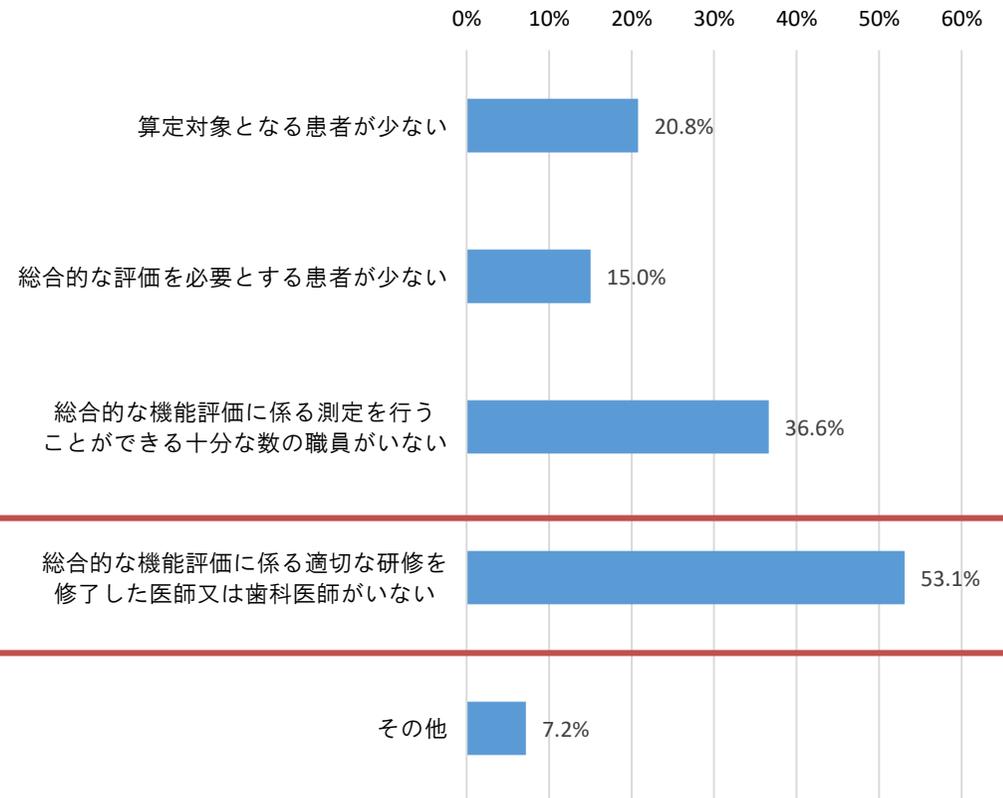


○ 総合評価加算を算定していない理由をみると、いずれの病棟においても、「総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師又は歯科医師がいない」が多く、約半数であった。

算定していない理由（A票） (n=2,312)

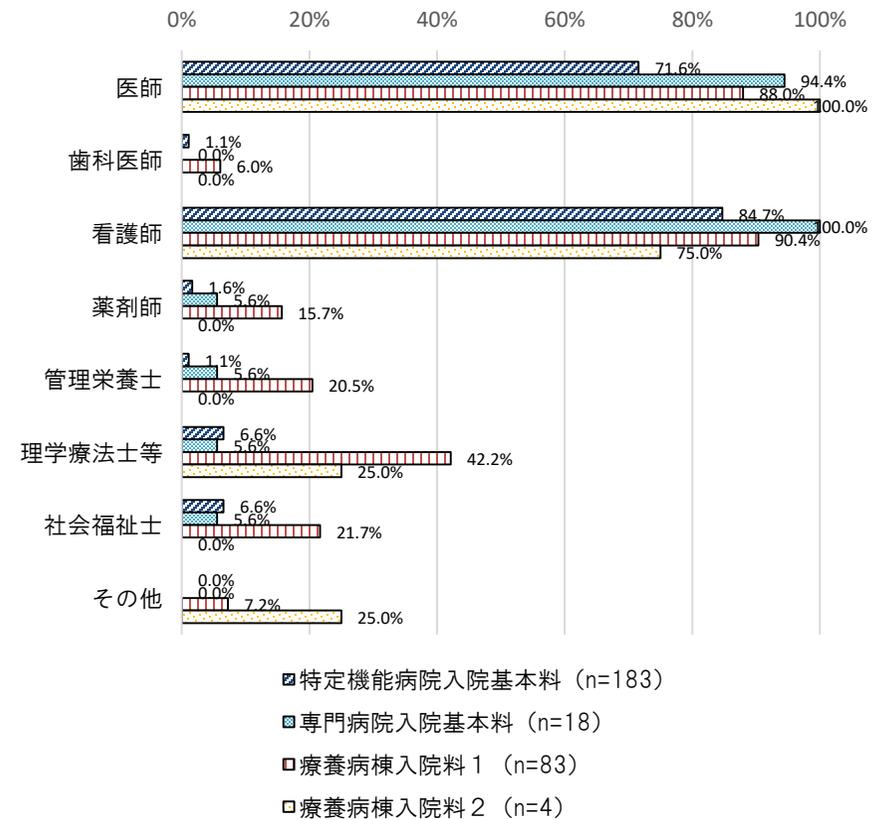
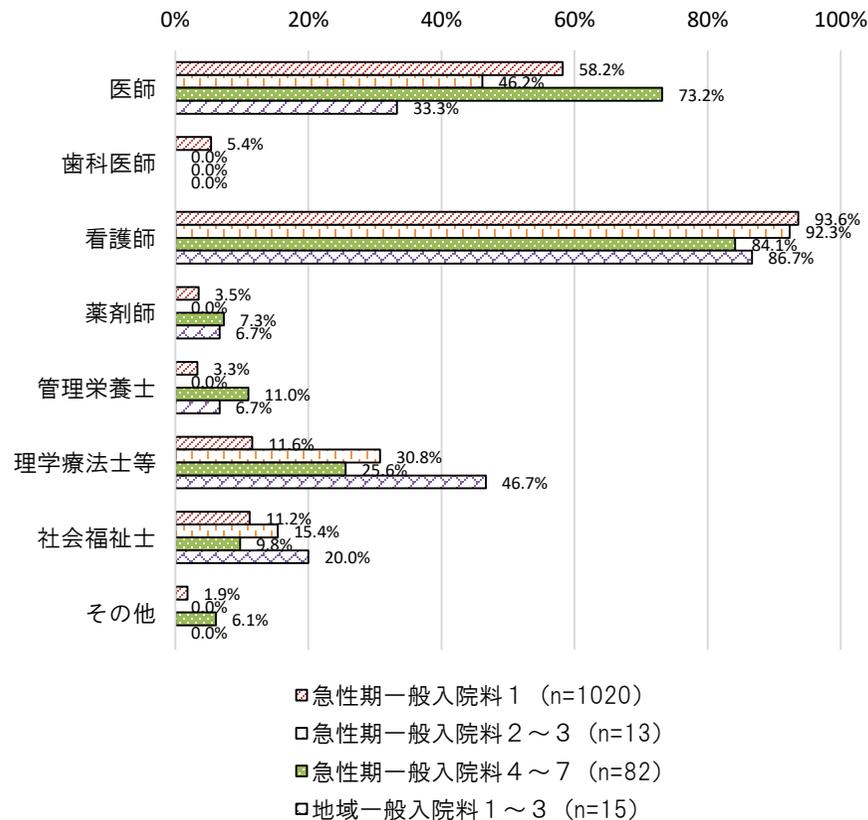


算定していない理由（B票） (n=486)



○ 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。

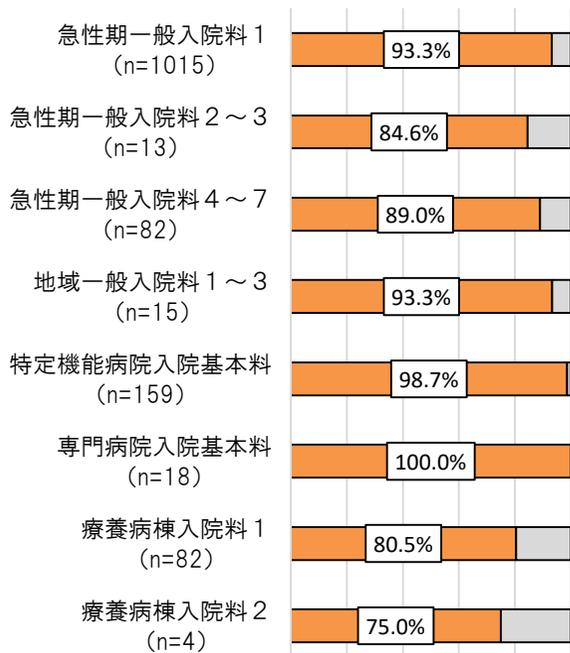
総合的な機能評価にかかる測定を行っている職種



- 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

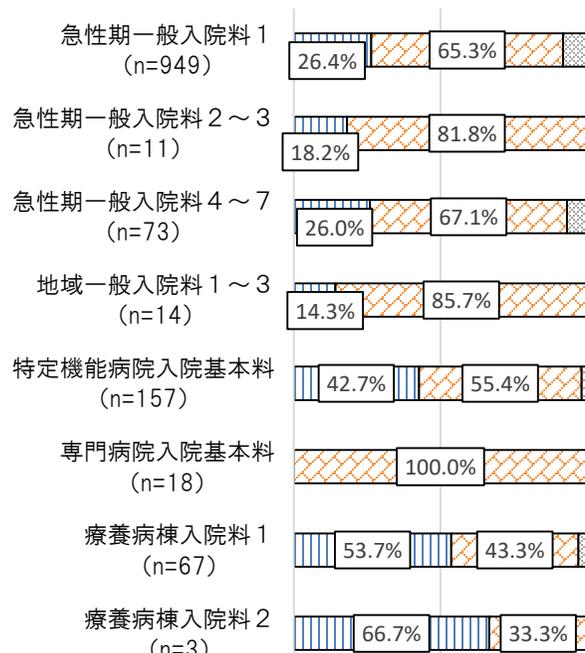
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■活用している □活用していない

チェックリストの種類

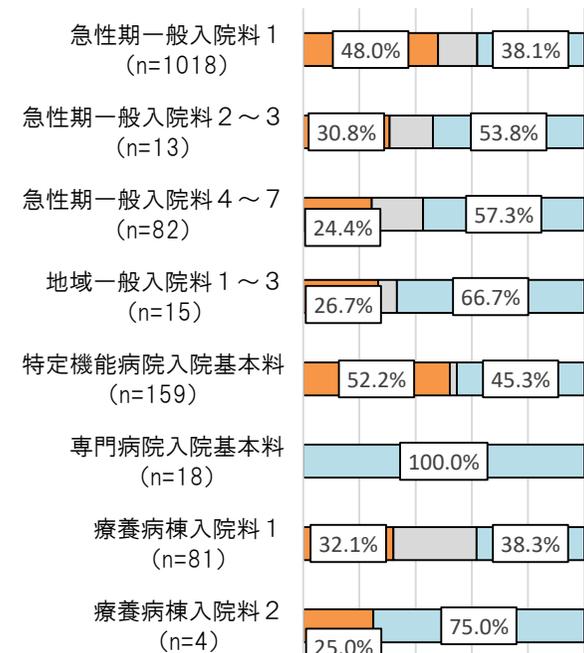
0% 50% 100%



■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

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)

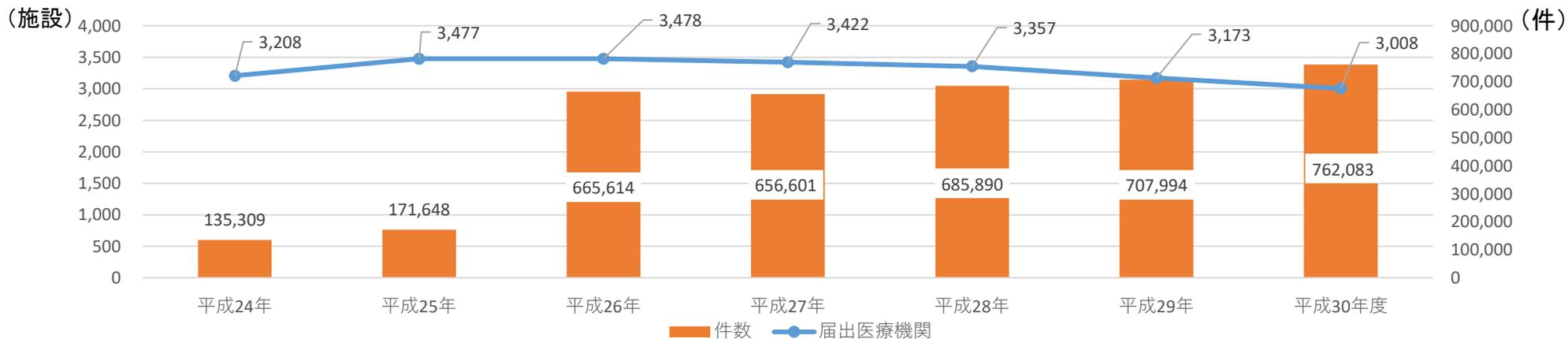
[施設基準]

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。

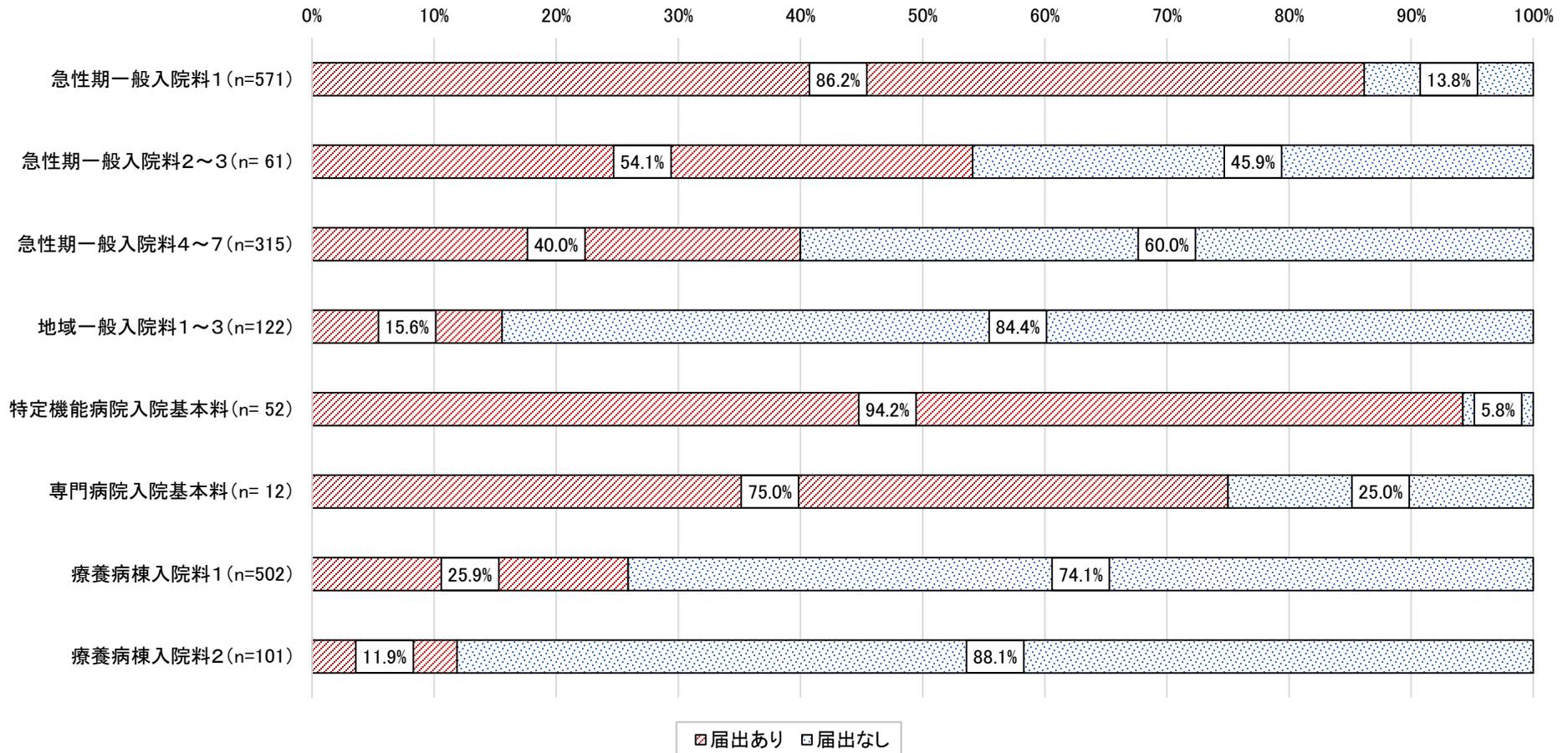
(参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「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。

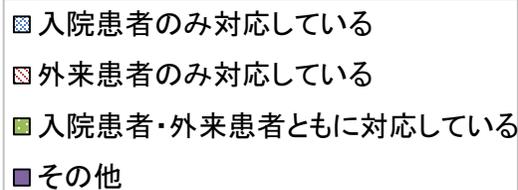
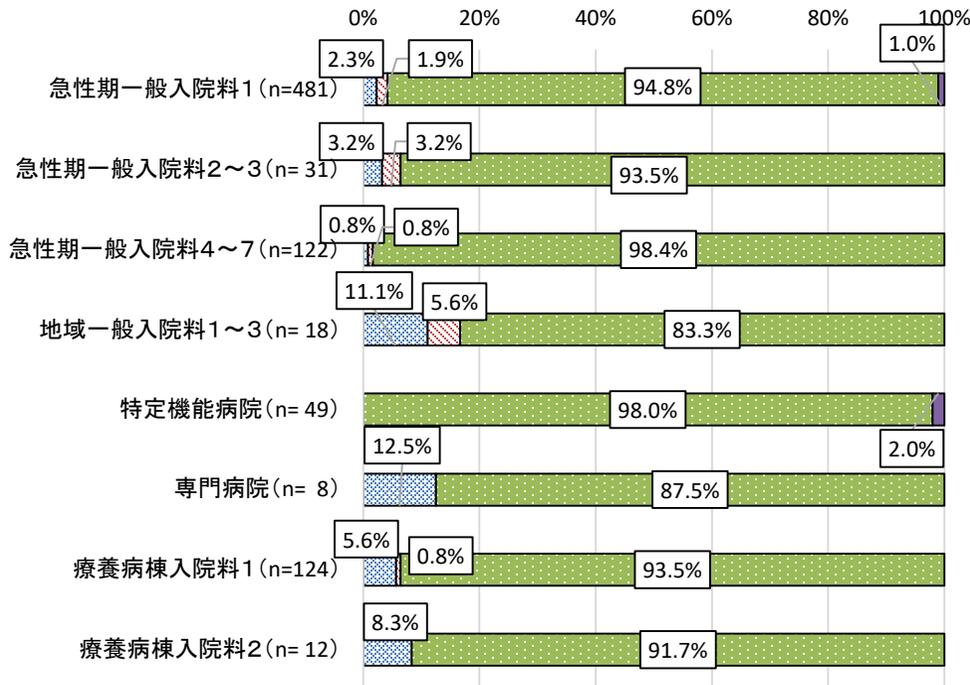
患者サポート体制充実加算の届出状況



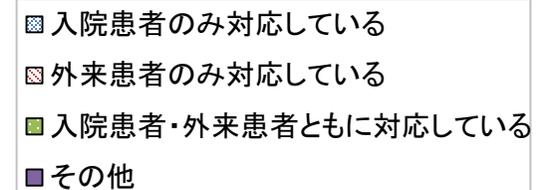
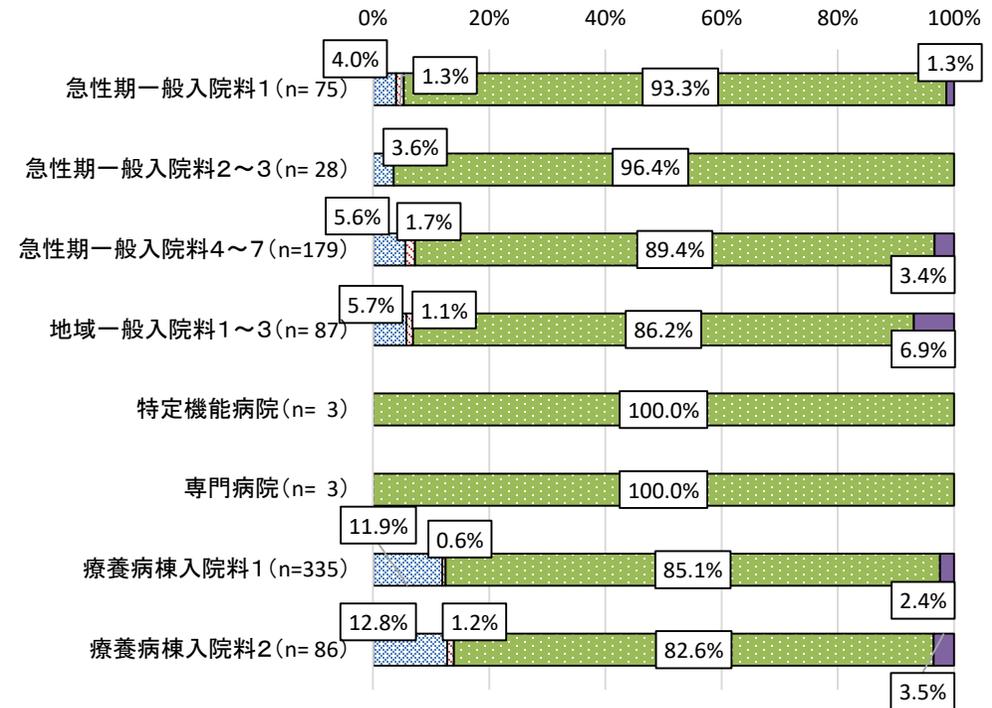
○ 患者対応窓口の対応状況をみると、患者サポート体制充実加算の届出の有無に関わらず、「入院患者・外来患者ともに対応している」と回答した施設が多かった。

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

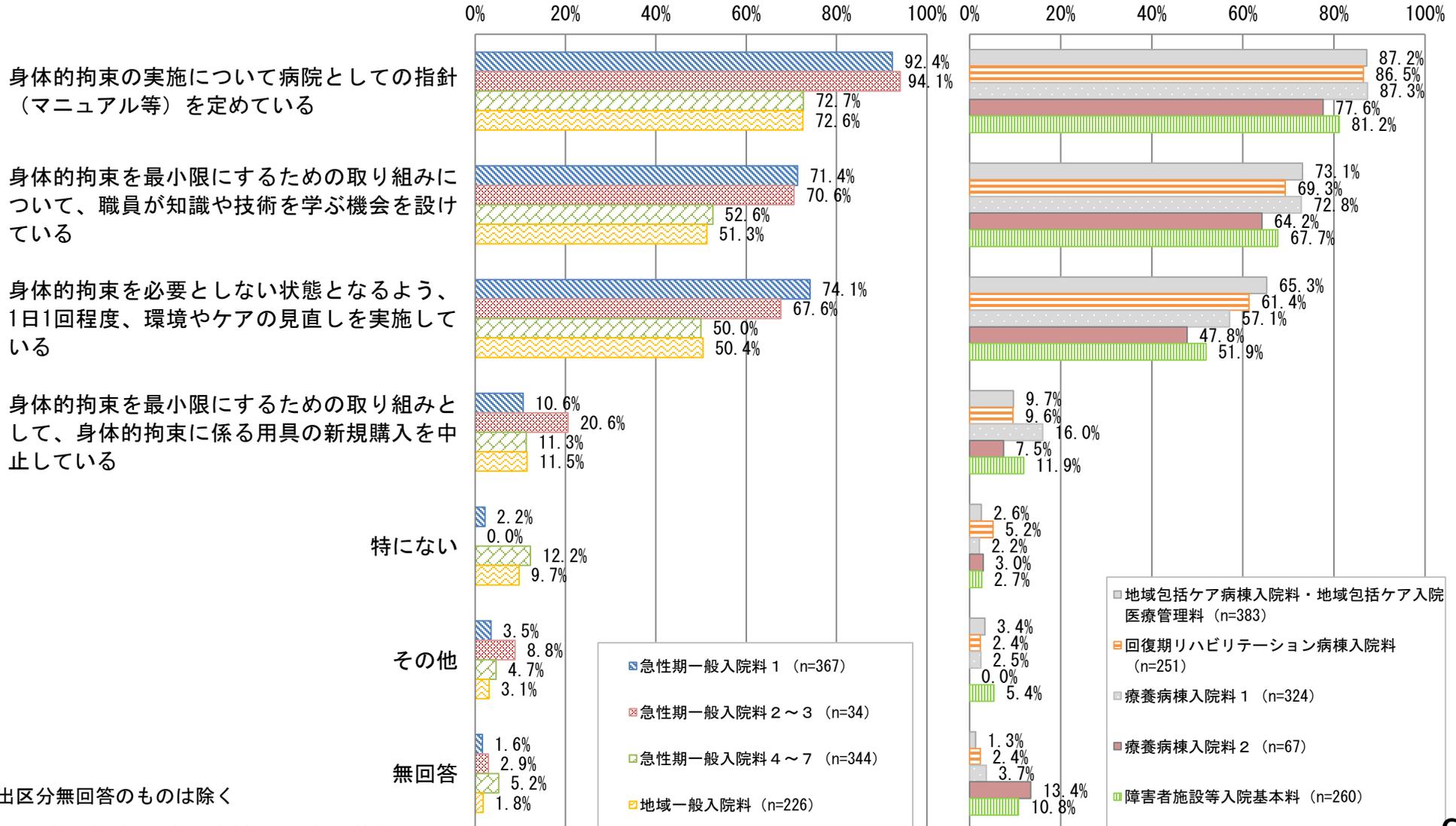


身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施状況

○ 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

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

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

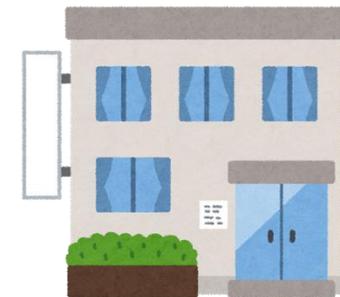
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 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 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ^{※1} 特定地域以外では13対1以上 ^{※2} 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 2 4 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 2 7 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"> ○ 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 ※ 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 ○ 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 ○ 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
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 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 ○ 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
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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"> <対象地域に関する要件> ➢ 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※ ➢ 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 ○ 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) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>※要件①かつ②</p> <p>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</p> <p>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"> ○ 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） ○ 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"> <対象> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・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

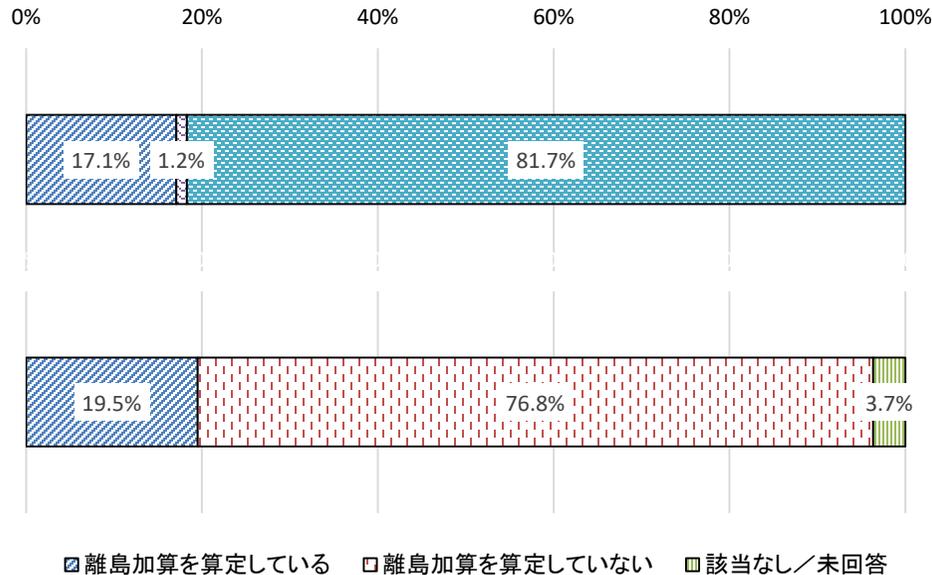
○ 算定回数は、増加傾向にあるものの、一部の算定項目については算定されていない。

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。

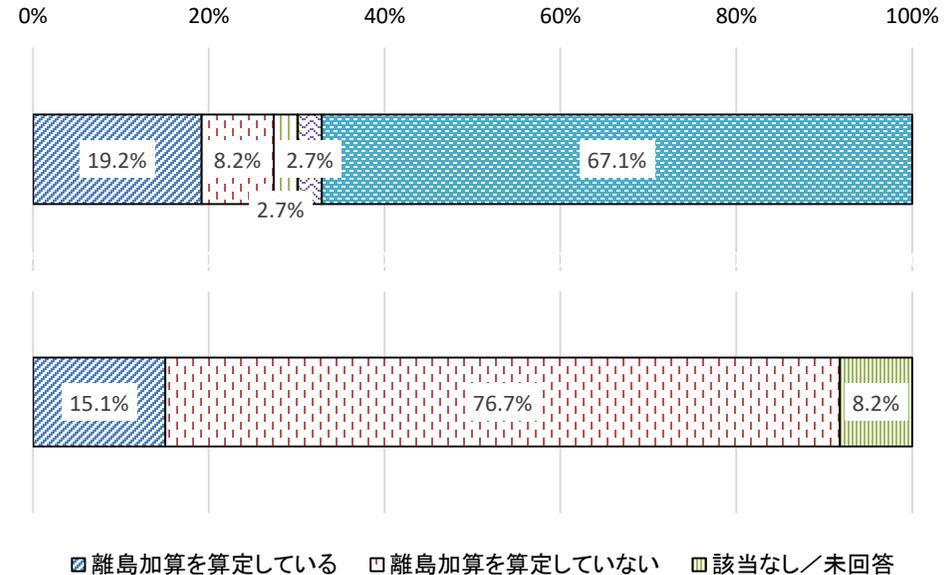
病院 (n=82)

- 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)

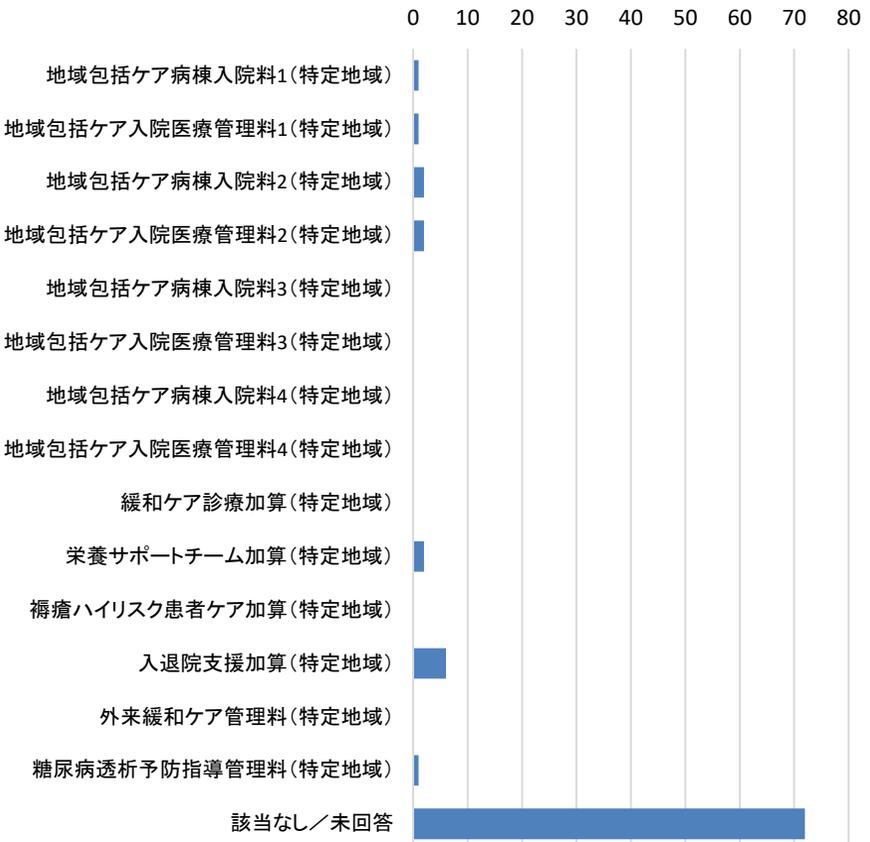
- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



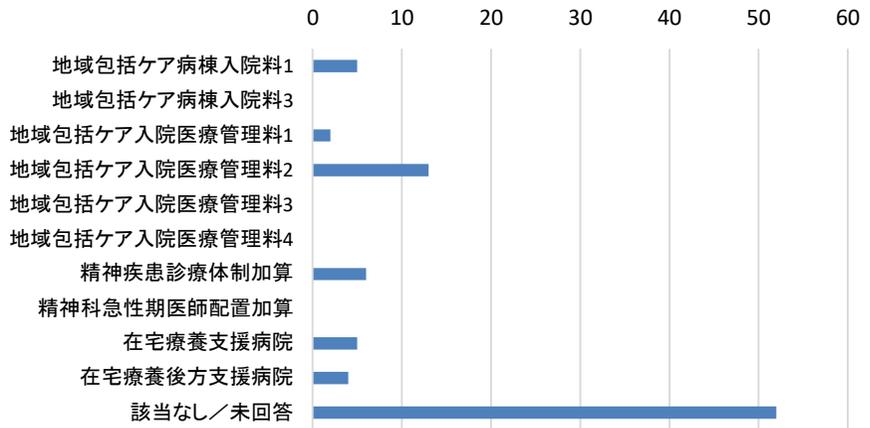
医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた 特定入院料及び加算等の届出状況等について

○ 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。

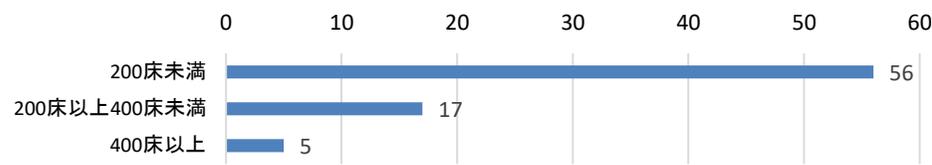
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した
特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況(病院) (n=82)



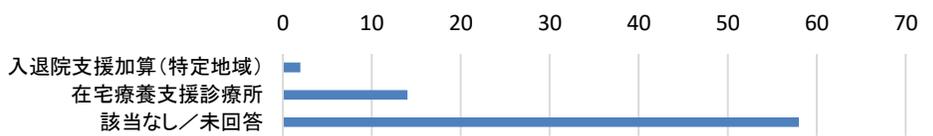
② 病床数の要件の見直しを実施した
特定入院料、加算等の届出状況(病院) (n=82)



③ 回答した病院の許可病床数の分布 (n=78)

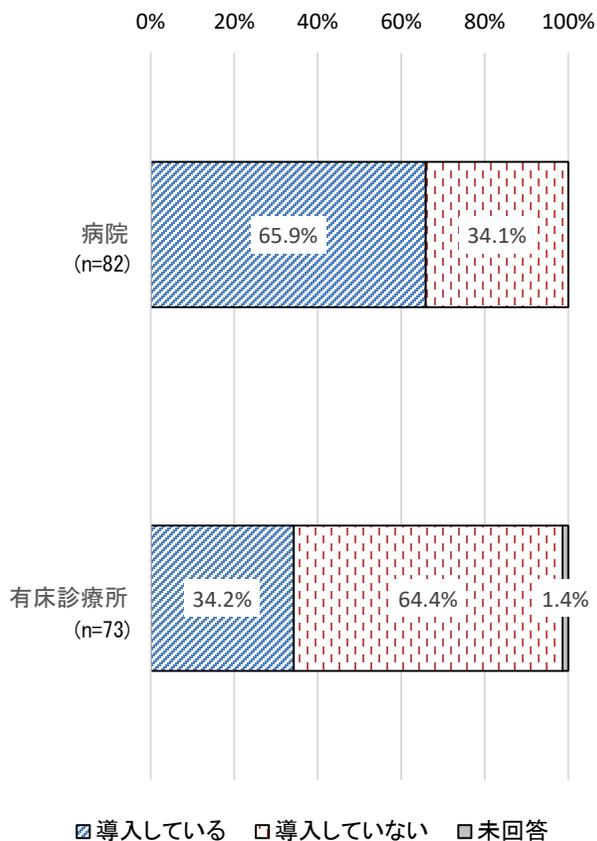


④ ①②に相当する見直しを実施した
加算等の届出状況(有床診療所) (n=73)

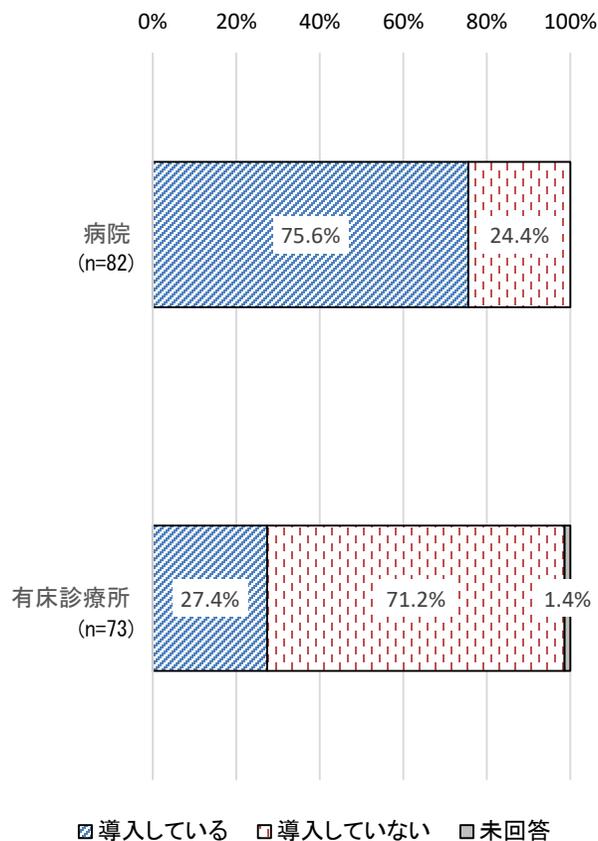


- 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、電子カルテの導入状況、オーダーリングシステムの導入状況及び医療情報連携ネットワークへの参加状況は以下のとおりであった。
- いずれも、病院において、導入状況及び参加状況が高い傾向にあった。

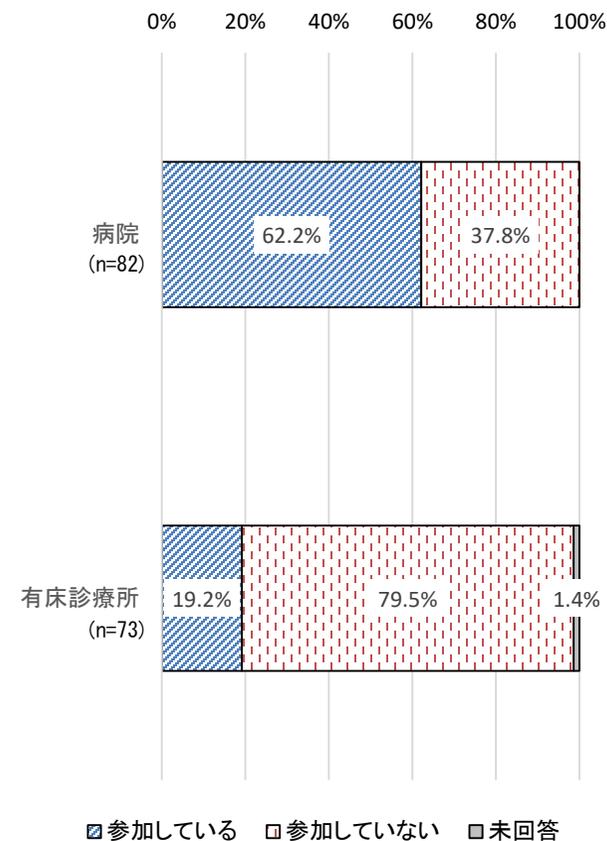
電子カルテの導入状況



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

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

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"> ○ 入退院支援加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ○ 栄養サポートチーム加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤要件があることにより、届出が難しい。 ・ 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。 ・ オンラインでの研修がないと、研修要件が満たせない。 ○ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ○ 緩和ケア診療加算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 常勤要件を満たすのが難しい。 ○ 外来緩和ケア管理料 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 看護師の研修要件を満たすことが困難である。 ○ 糖尿病透析予防指導管理料 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

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

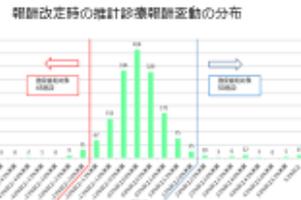
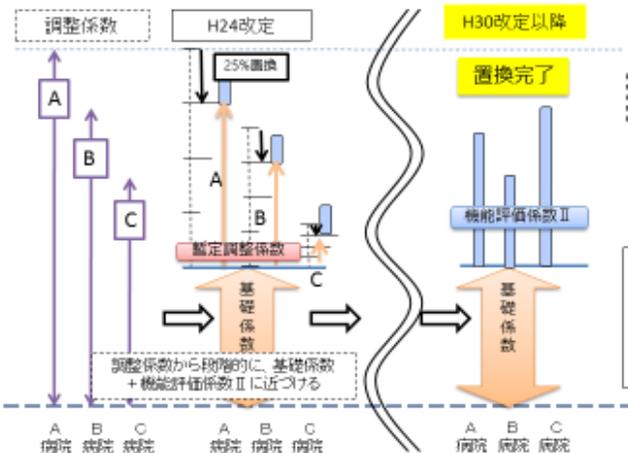
1. 急性期入院医療について
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 慢性期入院医療について
5. 横断的事項について
6. 医療資源の少ない地域について
7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について
8. DPC/PDPSについて
 - 8-1. DPC対象病院の要件
 - 8-2. 医療機関別係数
 - 8-3. 退院患者調査に関する事項

- 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）



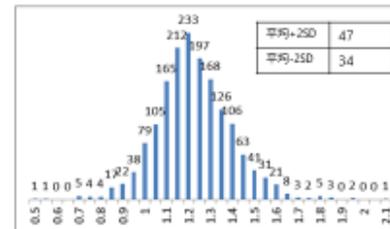
調整係数置き換え完了後も、一定程度推計診療報酬変動が大きい医療機関が存在すると考えられ、医療機関別係数は包括範囲の診療報酬全体に影響する特性を踏まえると、報酬改定等に伴う激変緩和措置が必要と考えられた。

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。

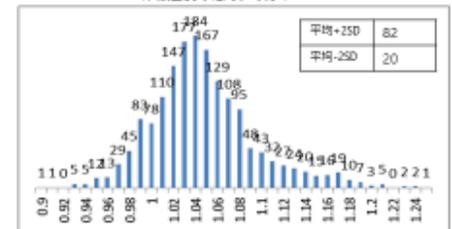
平均在院日数の相対値の分布



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

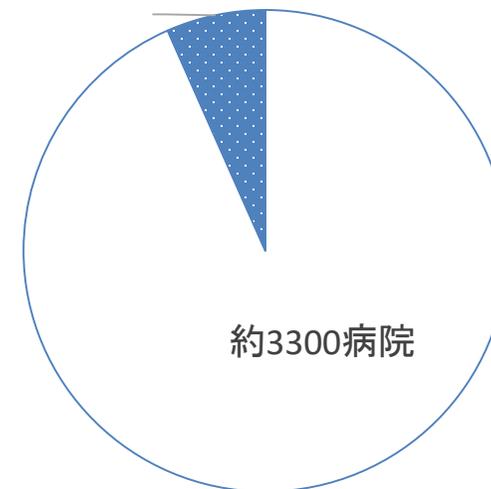
- ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
- ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」

-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

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

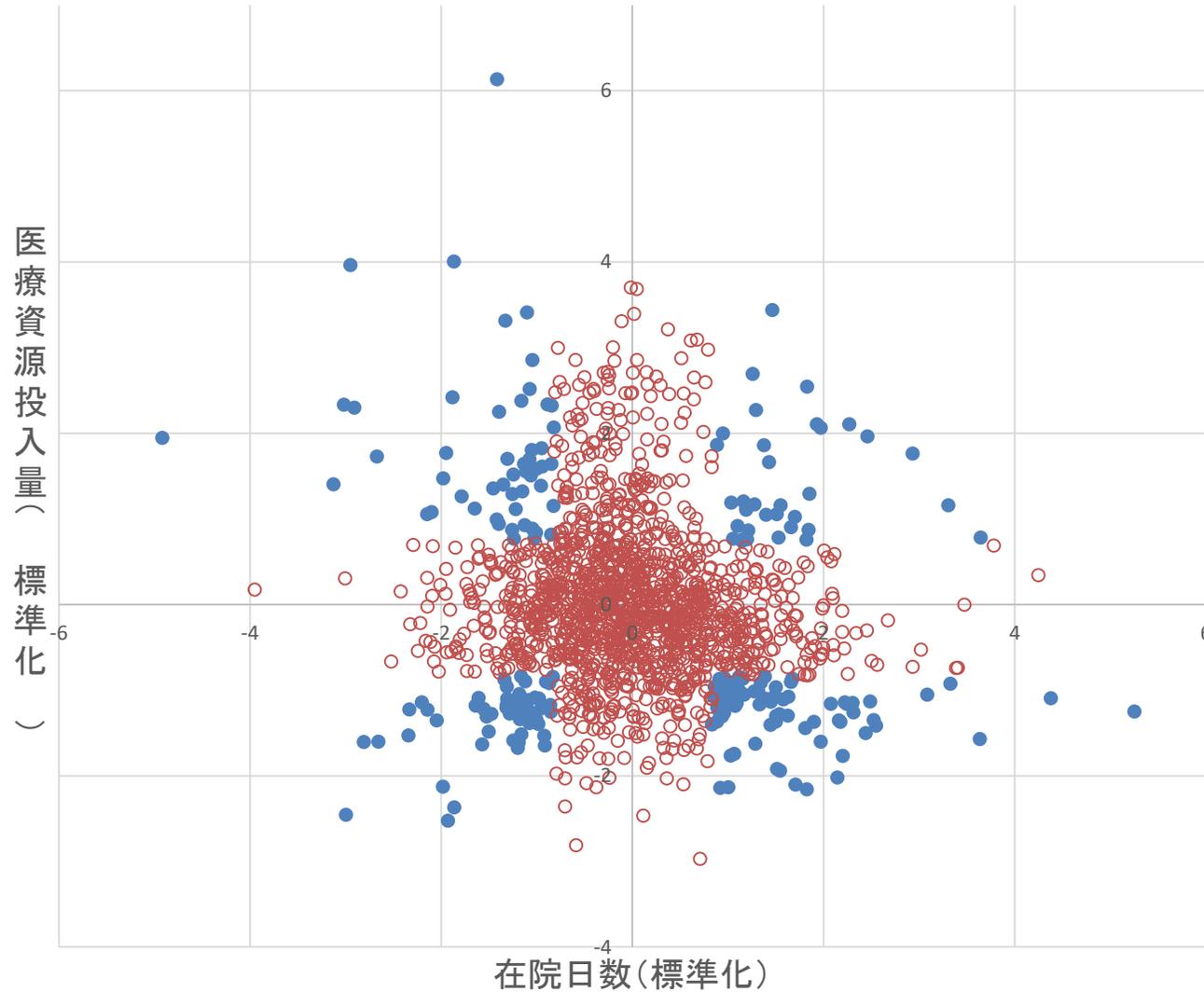
■ データ病床比が0.875未満の医療機関数

※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

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

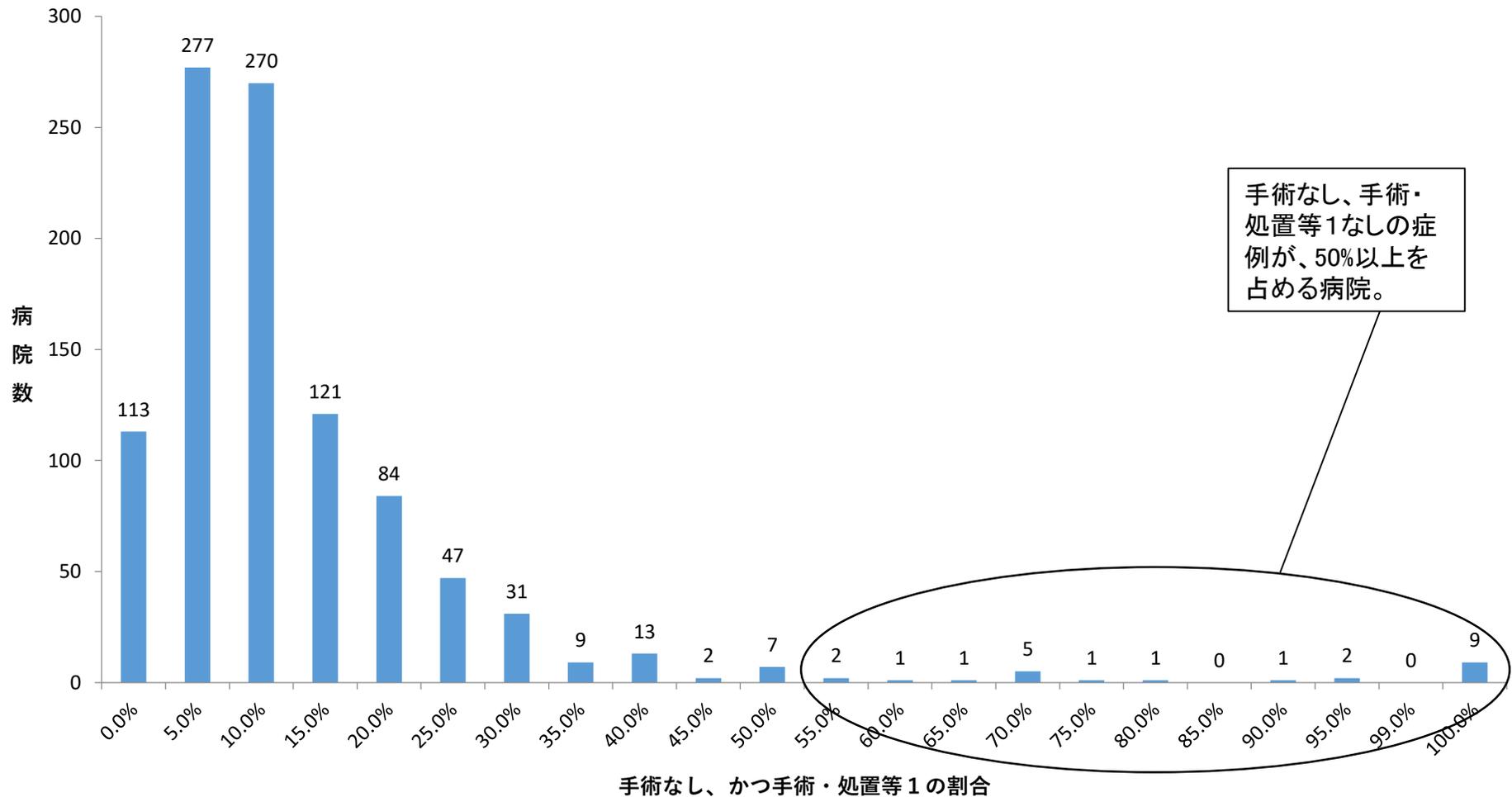
診調組 入-2参考
元 . 9 . 1 9



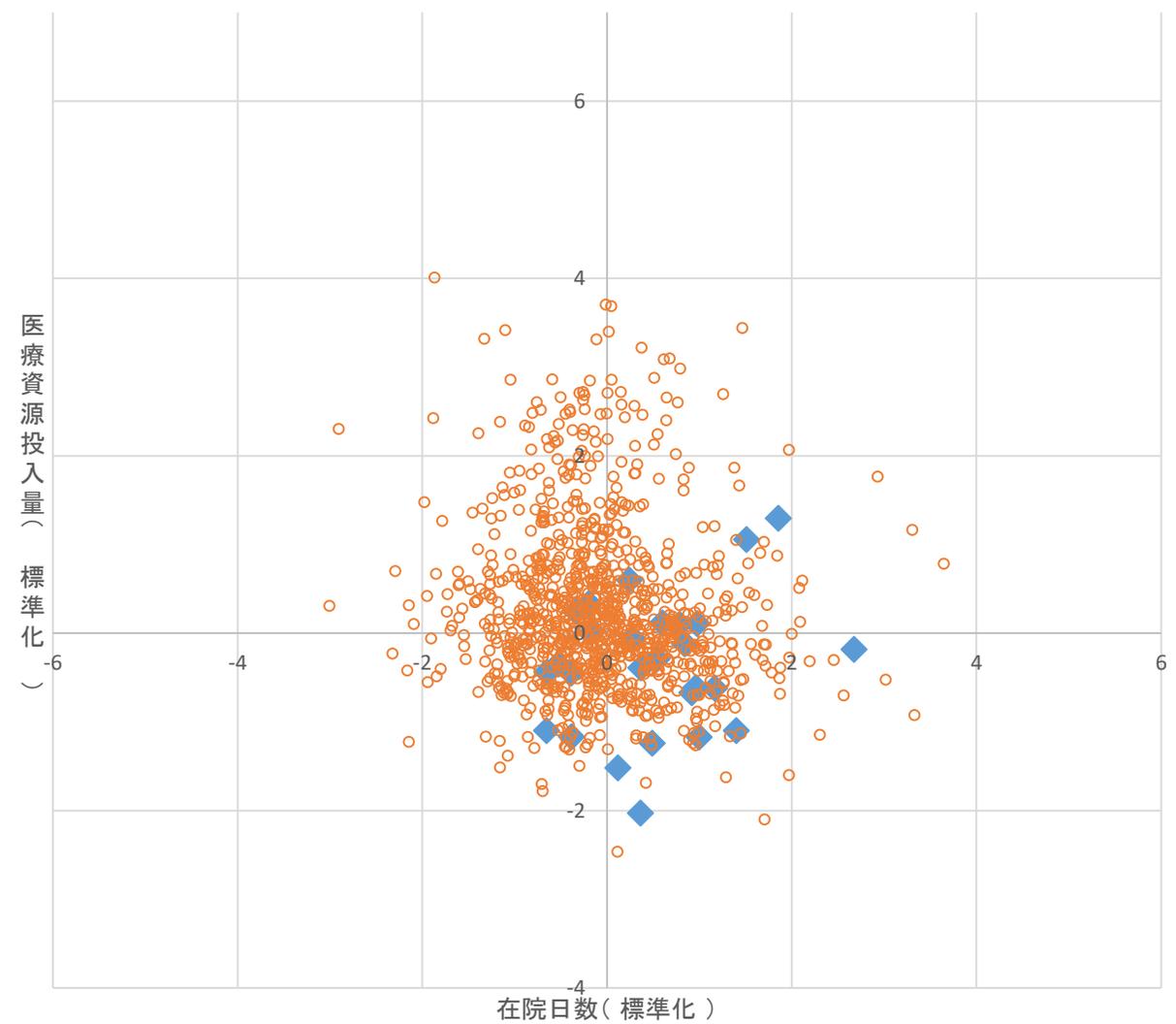
- ※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化： $(\text{実測値} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}$
- ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位(下位)300病院となる病院

急性心筋梗塞の診断群分類区分と病院数の分布

○ 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

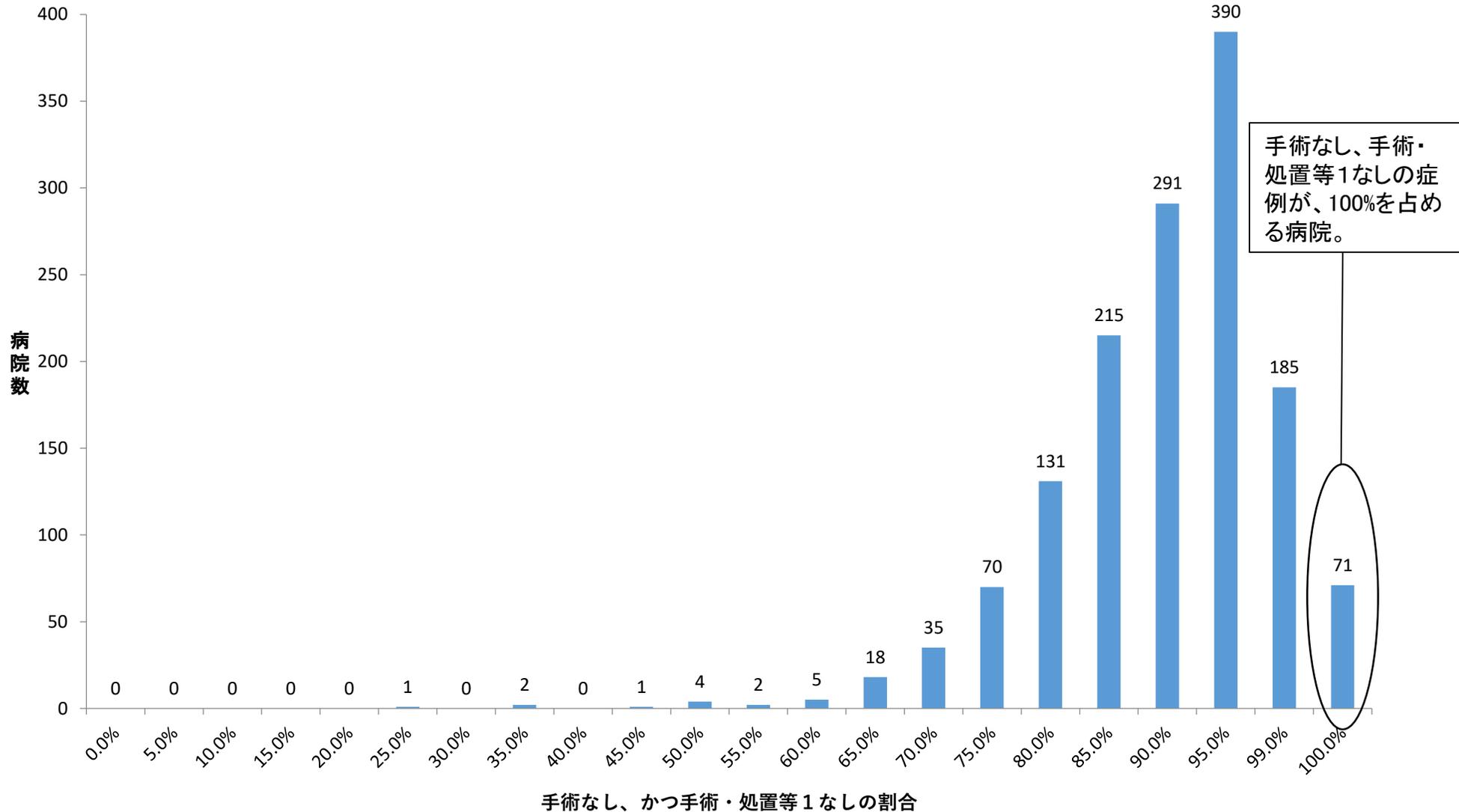
※ 急性心筋梗塞(050030)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,003)

※ 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

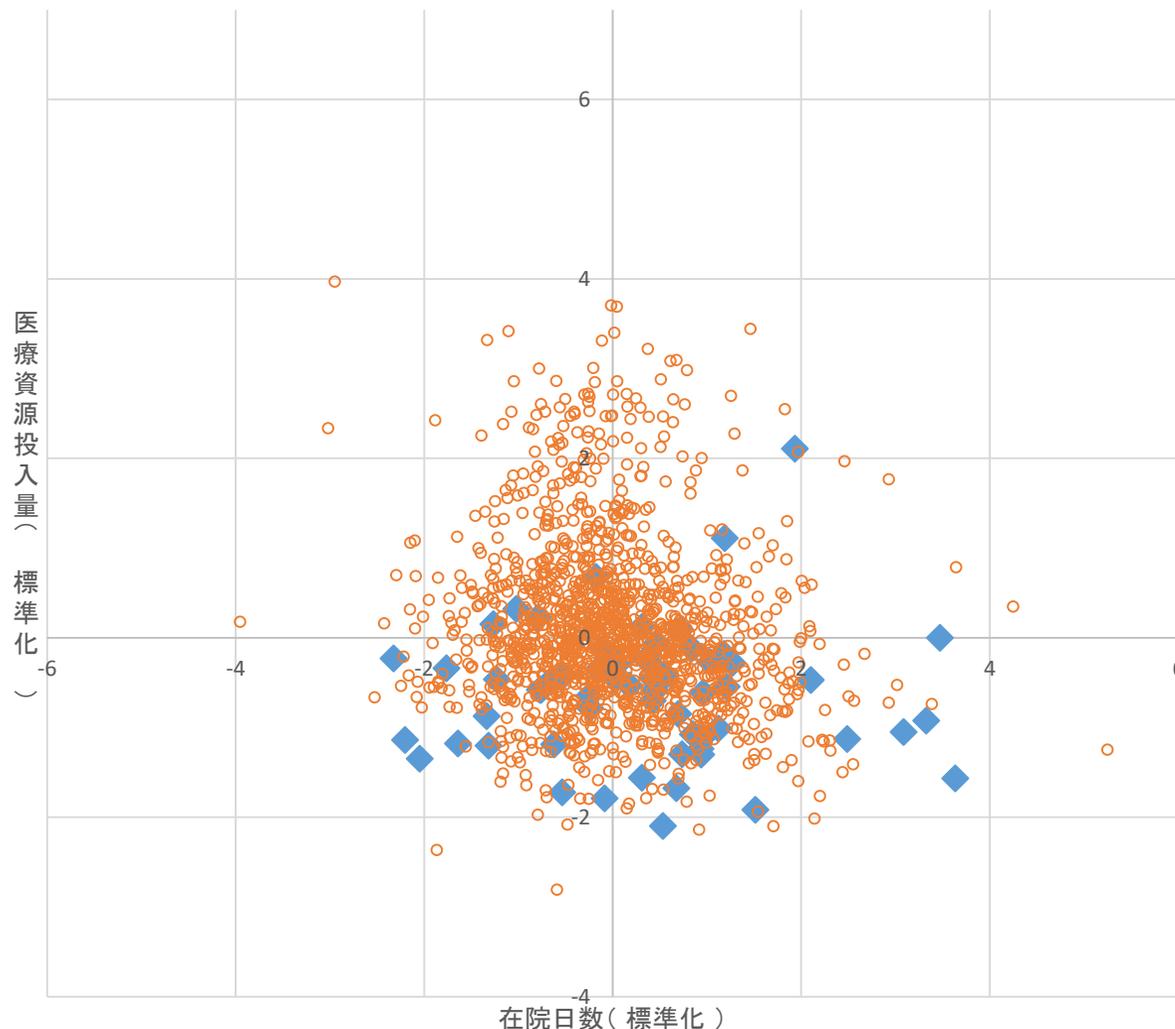
脳梗塞の診断群分類区分と病院数の分布

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

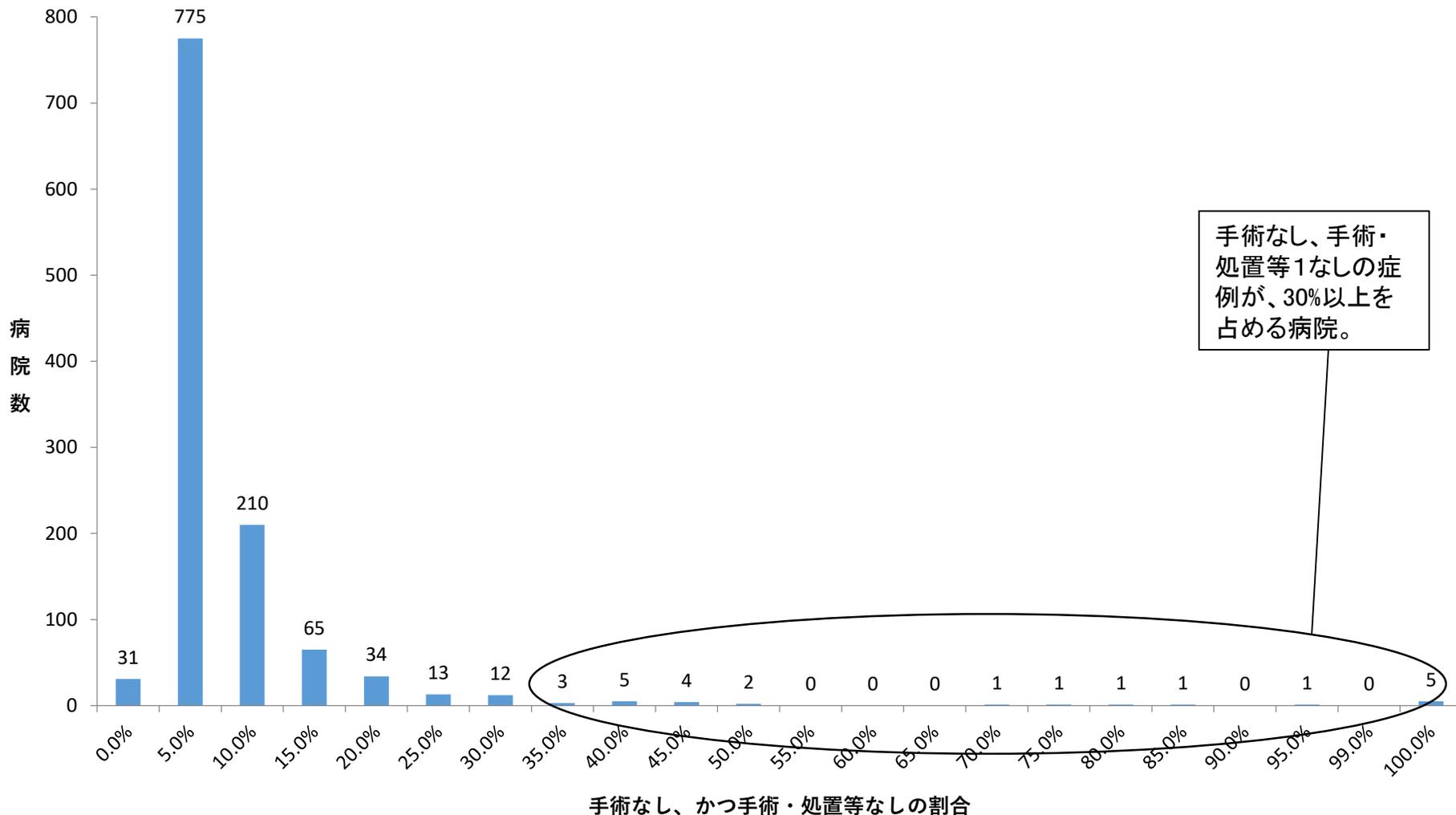
- 手術
 - ・動脈血栓内膜摘出術 等
 - ・経皮的脳血栓回収術 等
- 手術処置等1
 - ・造影剤注入手技 等

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

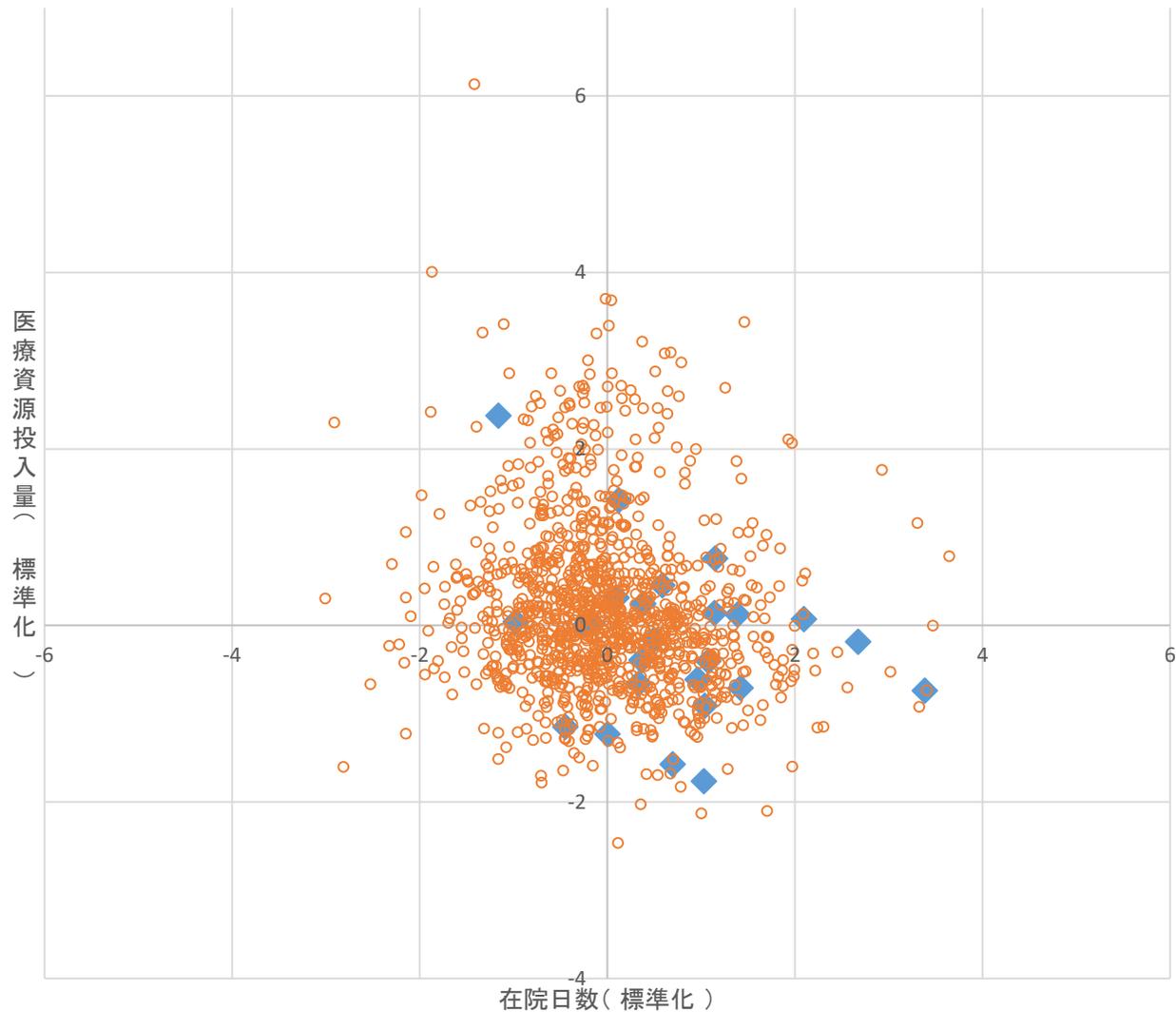
※ 青は、手術なしかつ手術処置等1なしの症例が100%を占める病院

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

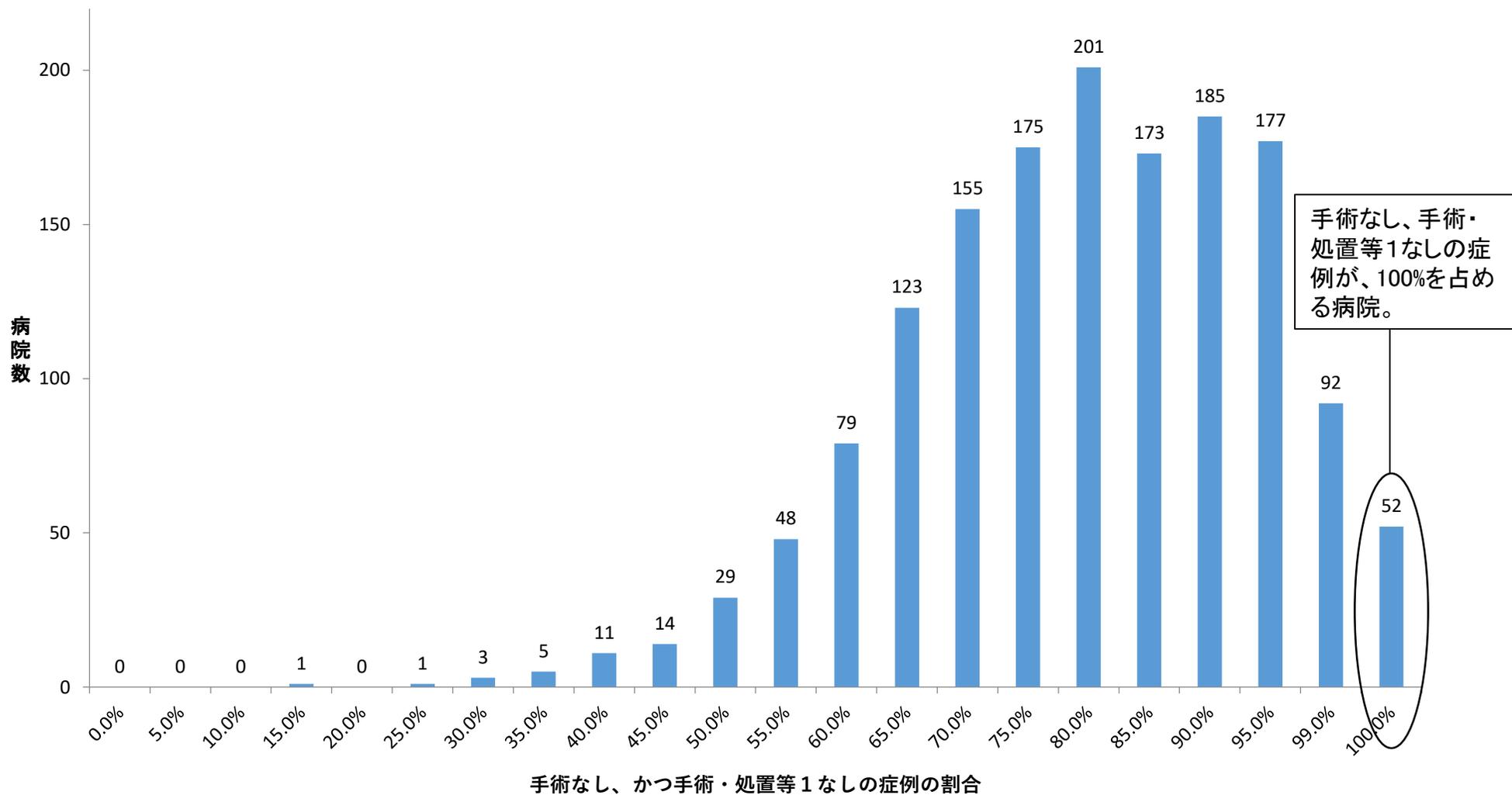
※ 狭心症(050050)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,164)

※ 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

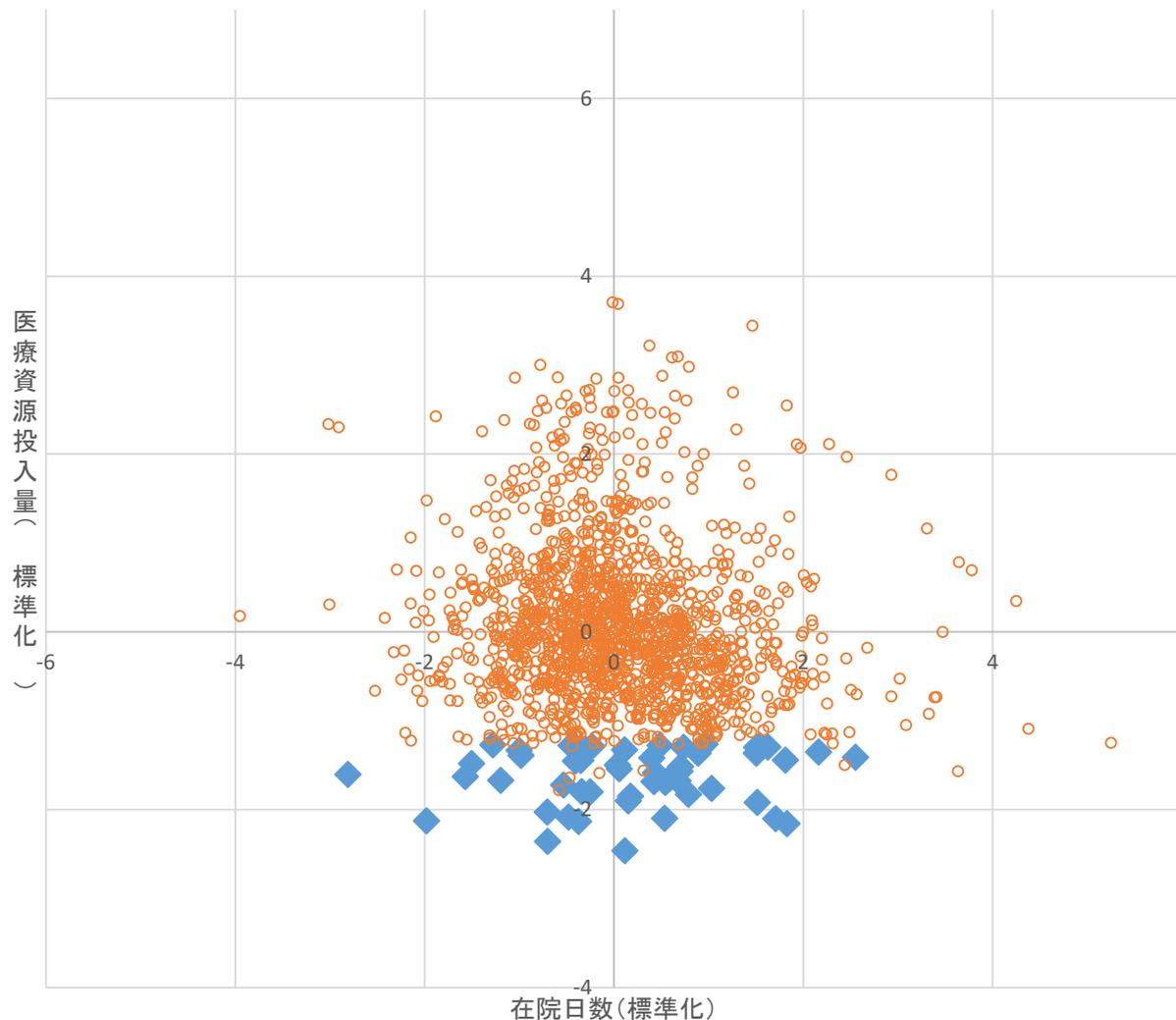
心不全の診断群分類区分と病院数の分布

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。



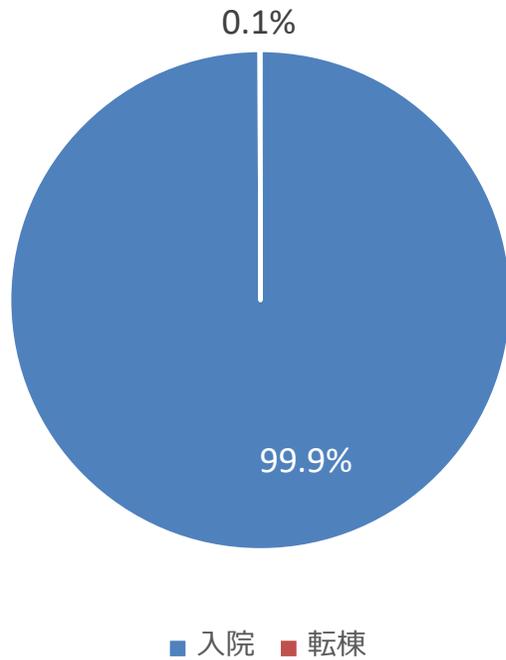
心不全(050130)の診断群分類

- 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

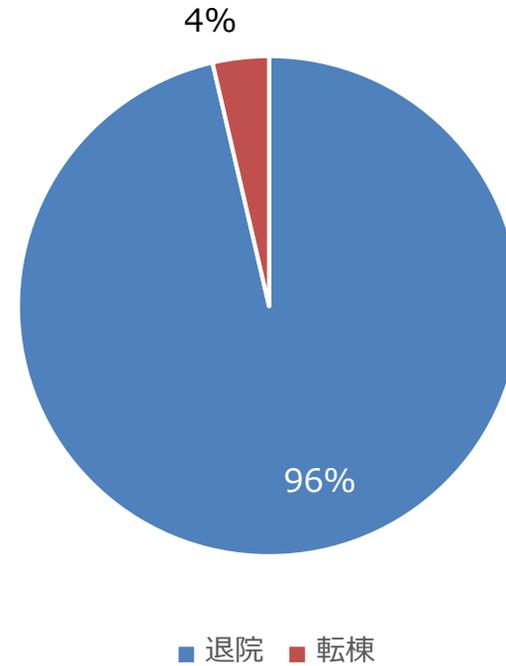
※ 心不全(050130)の症例が年間10例以上の病院に限る。(n=1,524)

※ 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

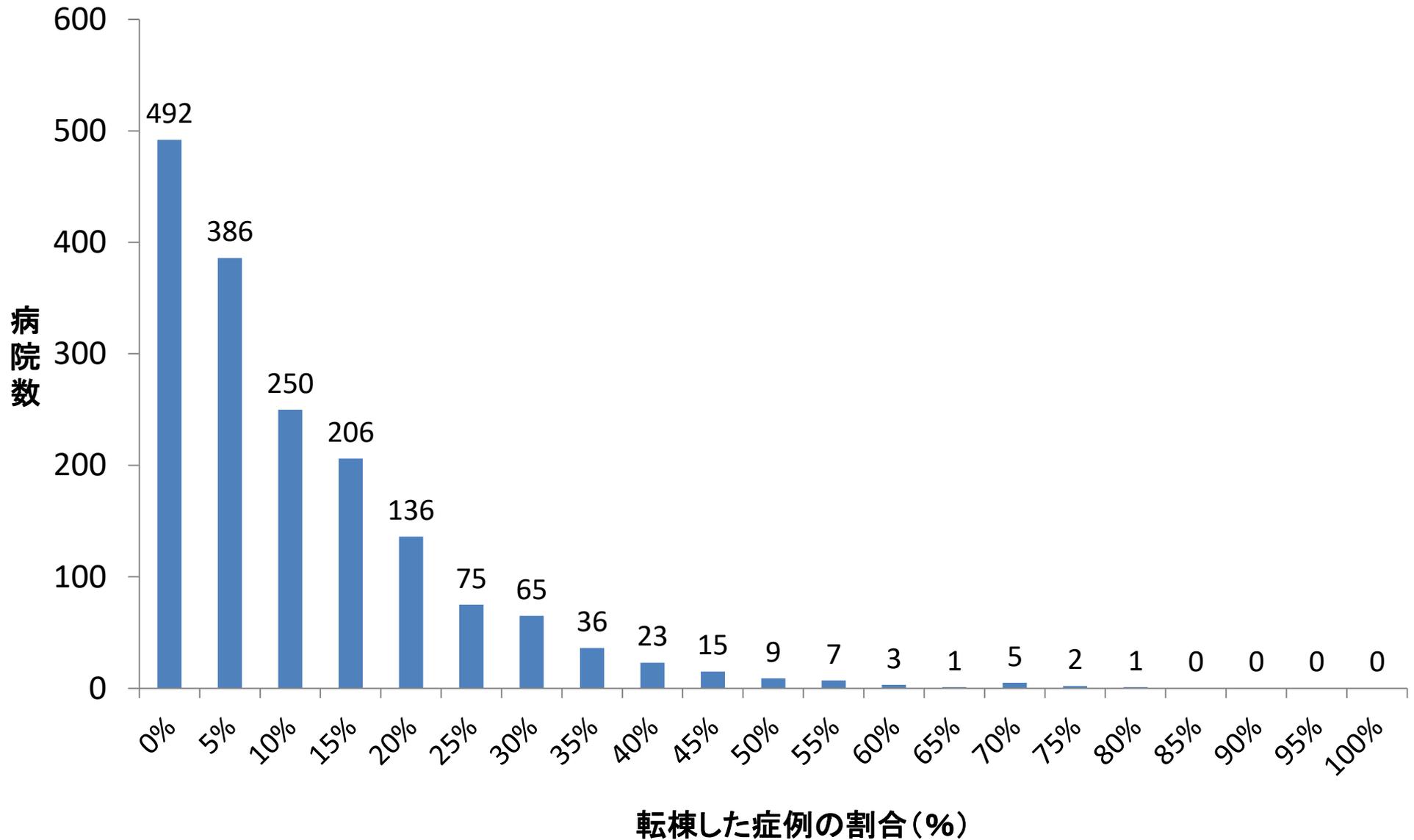


DPC対象病院の退出経路

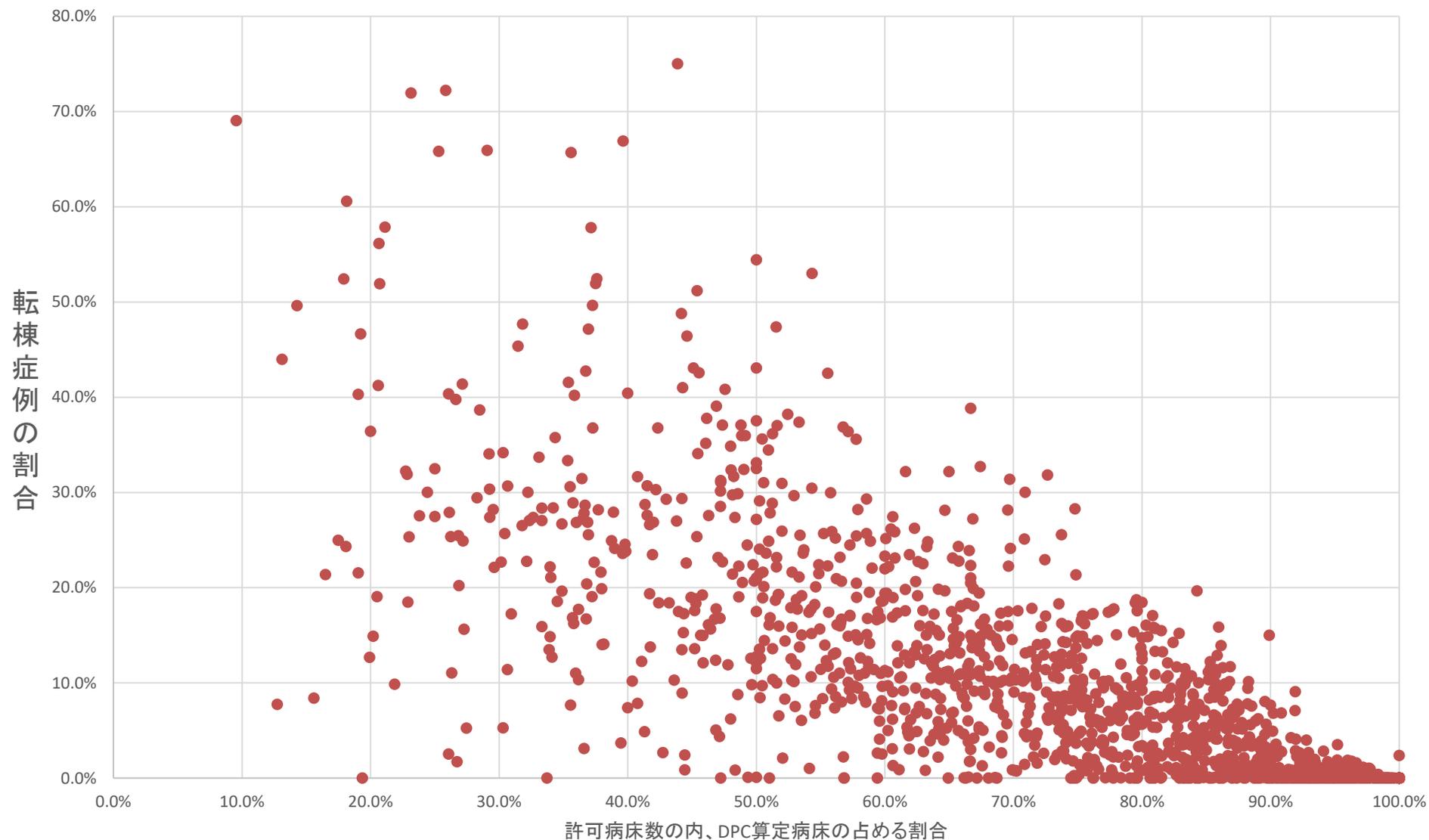


病院ごとの転棟した症例の割合別の病院数

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



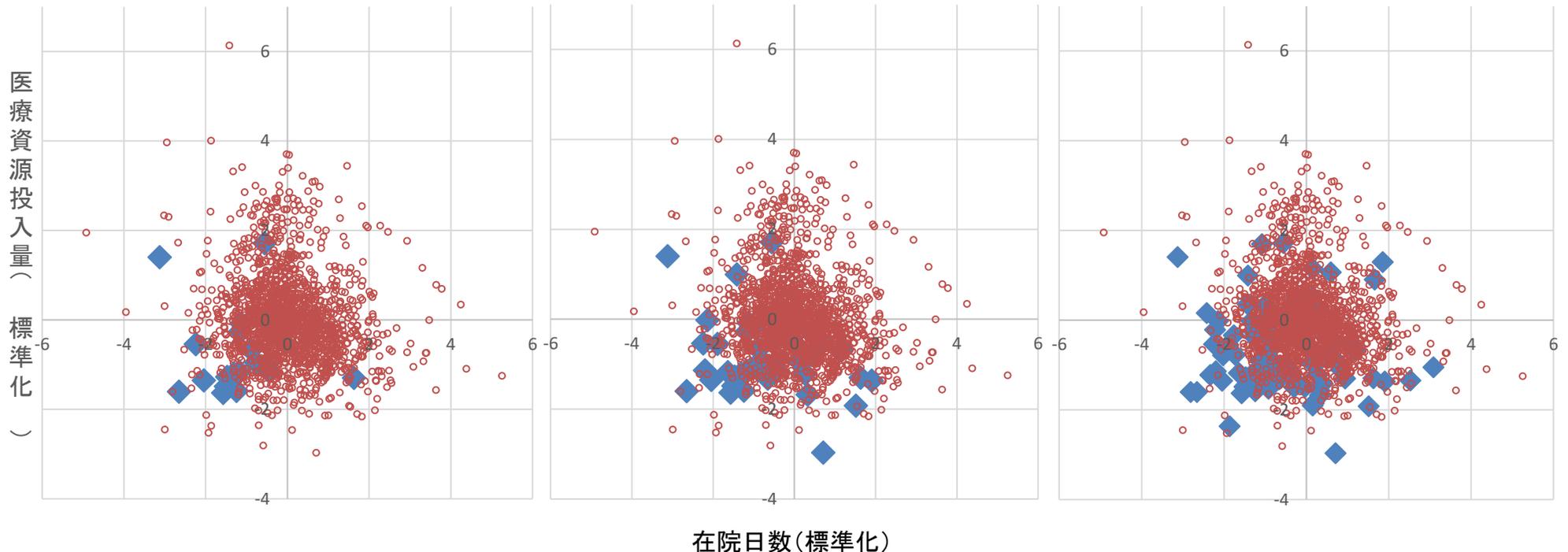
医療資源投入量及び在院日数と転棟との関係

- 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

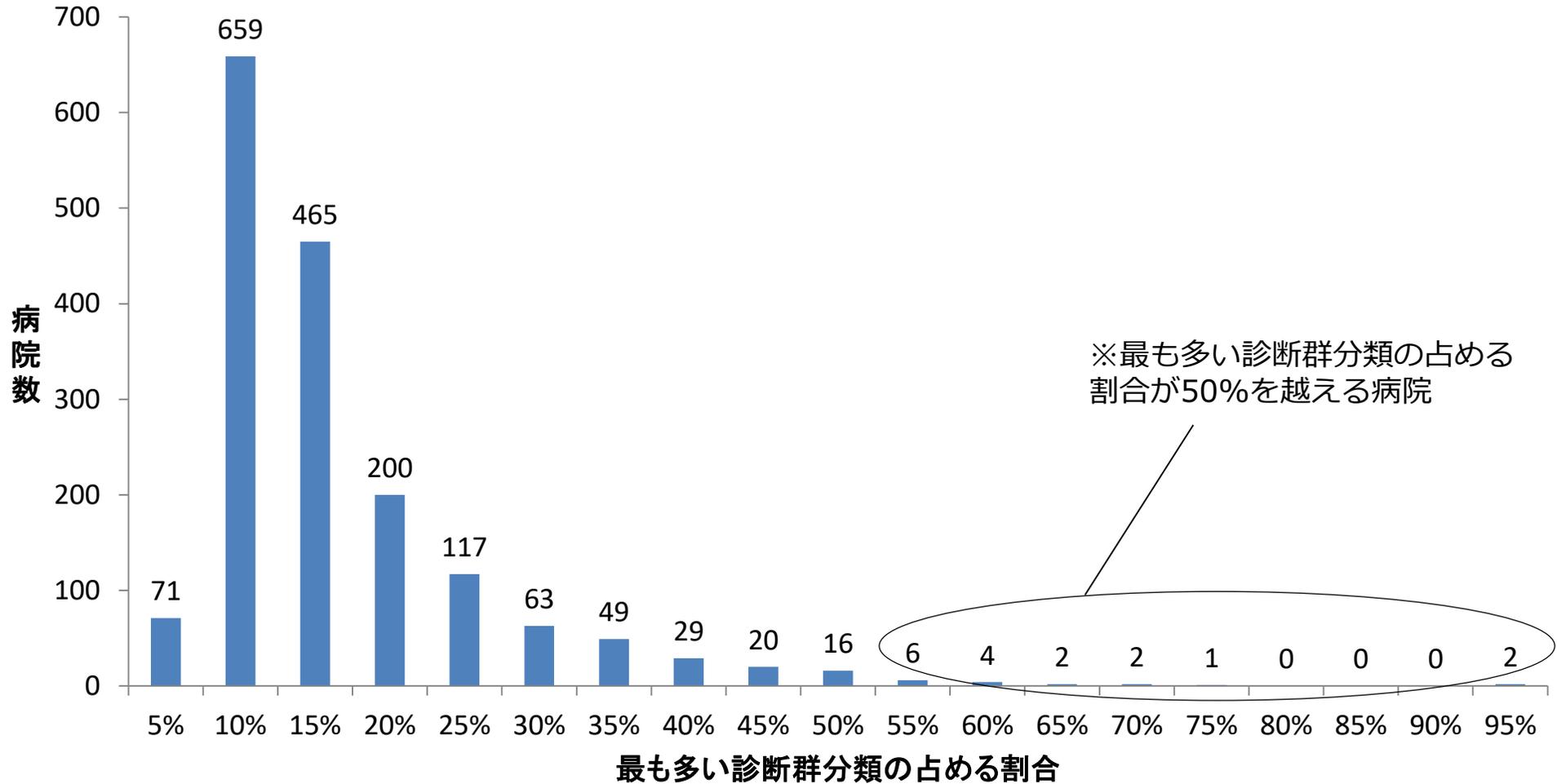
転棟した症例の割合が30%以上の病院の分布



※ 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

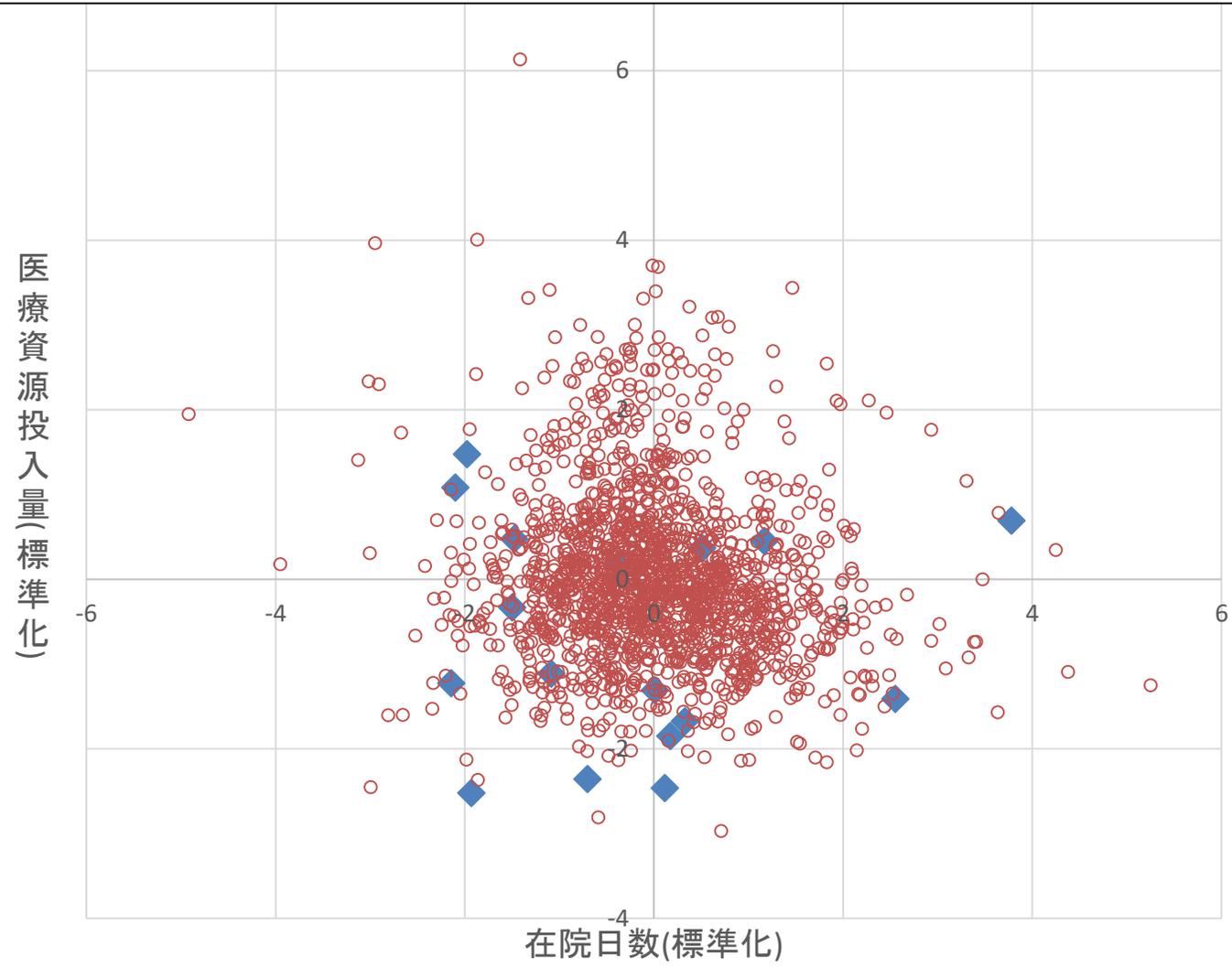


※診断群分類：主要診断群(MDC) 2桁に加え、傷病の細分類 4桁を加えた 6桁のコード(全505種類)

※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

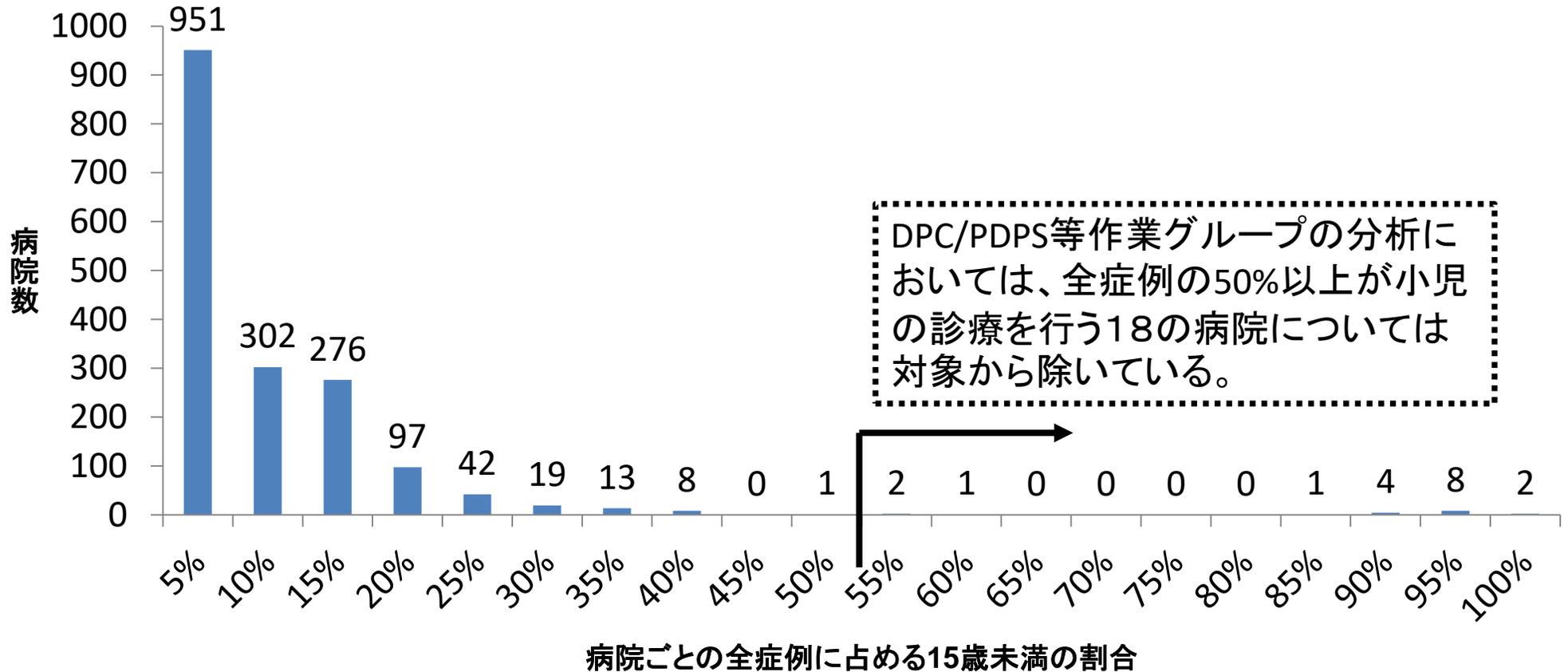
医療資源投入及び在院日数と最も多い診断群分類の占める割合

○ 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



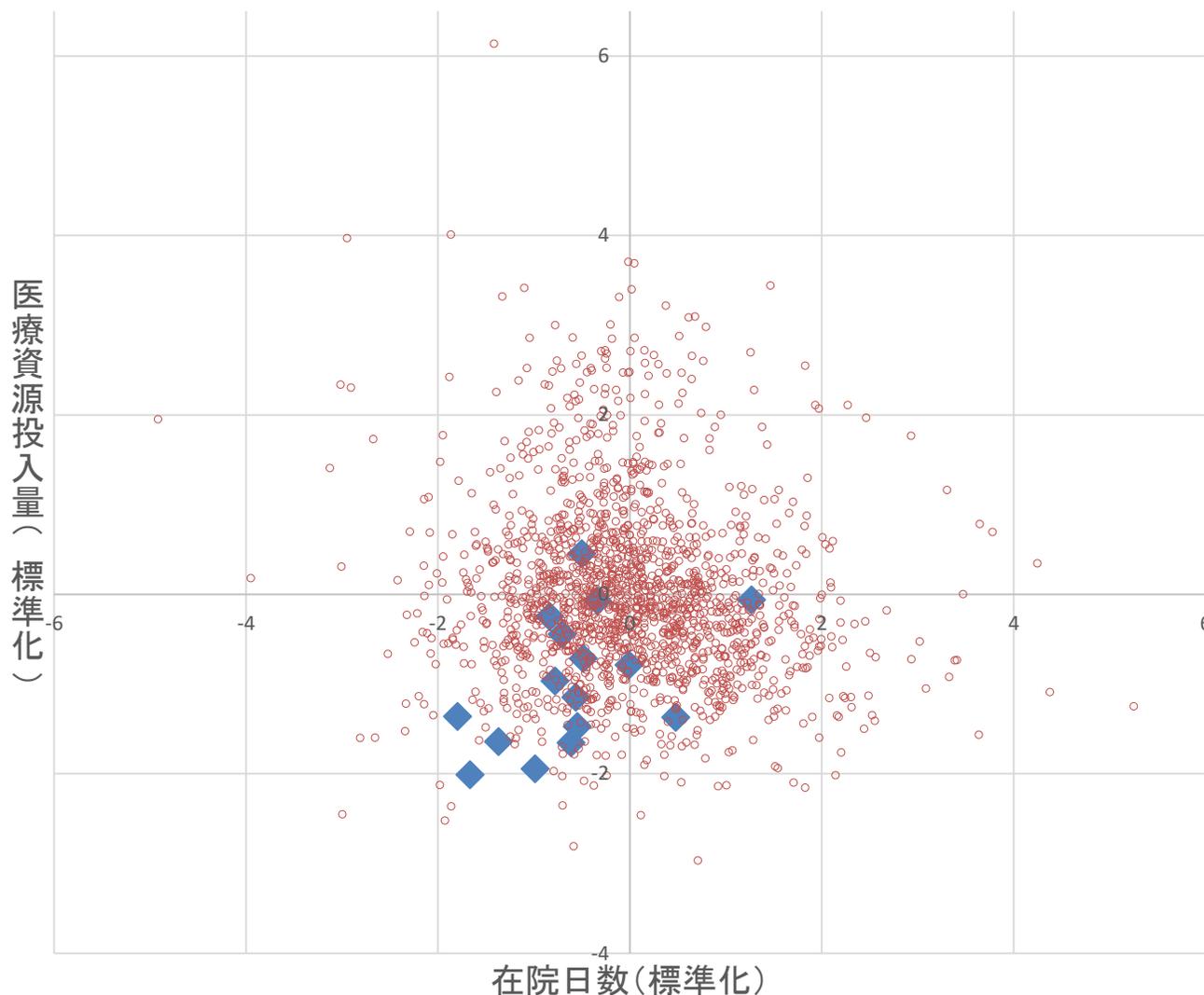
※15歳未満の割合

= 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。

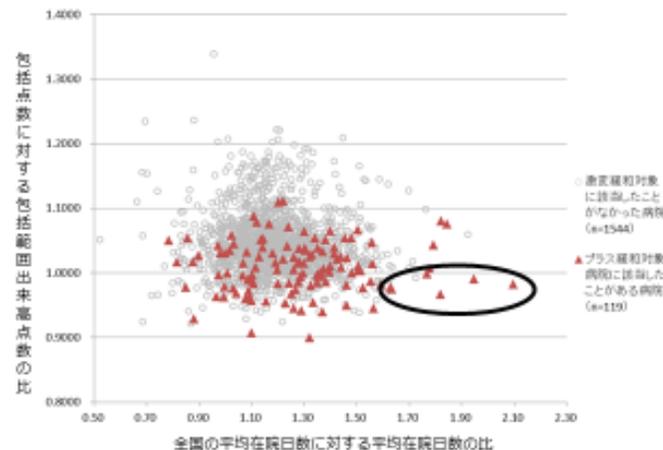
参考) 平成29年11月29日診調組

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

【算定要件等に組み込まれているもの】

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

【様式には含まれているが、明確になっていないもの】

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

【他の指標が用いられているもの】

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

- 目標設定等支援・管理シート（別紙様式23の5）

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

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

(Barthe Index の場合)

項目	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10	5	15	10	5
トイレ動作	5	0	0	5	0	0
入浴	10	5	0	10	5	0
歩行	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10	5	15	10	5
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排泄管理	10	5	0	10	5	0
排泄管理	10	5	0	10	5	0
合計 (0-100 点)	点			合計 (0-100 点)		

FIM による評価の場合

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

- リハビリテーション総合実施計画書（別紙様式23の2）

別紙様式 23 の 2

リハビリテーション総合実施計画書

活動	活動内容 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)					短期目標	具体的アプローチ
	自立	一部介助	全介助	使用器具・器具	介助内容		
活動	食事	10	5	0			
	移乗	15	10	5	監視下		
	トイレ動作	5	0	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10	5	歩行器		
	階段	10	5	0	車椅子		
	更衣	10	5	0			
	排泄管理	10	5	0			
	排泄管理	10	5	0			
	合計 (0-100 点)	点					

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

- 目標設定等支援・管理シート（別紙様式21）

別紙様式 21

リハビリテーション実施計画書

活動	自立度	日常生活(病棟)実行状況(「している」活動)			訓練時能力(「できる」活動)		
		自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
活動	ADL・ASL等						
	屋外歩行						
	車椅子への移行						
	車椅子への乗降						
	車椅子への乗降						
	車椅子への乗降						
	車椅子への乗降						
	車椅子への乗降						
	車椅子への乗降						
	車椅子への乗降						
コミュニケーション							

活動度 日中臥床: 無 有 (時間帯:)
日中座位: 椅子, 車椅子, ベッド上, キャットアップ 理由 ()

【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 _____ 計画作成日 _____
入院医科名
記入看護部名

姓 大 姓 平 年 月 日 生 (歳)

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

<日常生活自立度の低い入院患者>

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

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

褥瘡の危険因子	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織を越える損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(6)深さ判定が不能の場合
深さ	なし	(1)少量、毎日の交換を要しない	(2)中等量、1日1回の交換	(3)中等量、1日2回以上の交換	(4)多量、1日2回以上の交換		
滲出液	なし	(1)少量	(2)中等量	(3)中等量	(4)多量		
大きさ (cm ²) 長径・長径に連文する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	なし	(1)1未満	(2)1以上2未満	(3)2以上3未満	(4)3以上4未満	(5)4以上6未満	(6)6以上10未満
炎症・感染	なし	(1)局所の炎症	(2)局所の炎症	(3)局所の炎症	(4)局所の炎症	(5)局所の炎症	(6)全身的影響あり
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	なし	(1)割合の50%以上を占める	(2)割合の50%以上を占める	(3)割合の50%以上を占める	(4)割合の50%以上を占める	(5)割合の50%以上を占める	(6)割合の50%以上を占める
壊死組織	なし	(1)壊死組織あり	(2)壊死組織あり	(3)壊死組織あり	(4)壊死組織あり	(5)壊死組織あり	(6)壊死組織あり
ポケット (cm ²) 潰瘍深さの最大のポケット全深さ (長径・長径に連文する最大径) - 敷居深さ	なし	(1)1未満	(2)1以上2未満	(3)2以上3未満	(4)3以上4未満	(5)4以上6未満	(6)6以上10未満

※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。