

2018年度（平成30年度）第1回 入院医療等の調査・評価分科会

2018年7月12日

1. 2018年度入院医療等の調査について

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

3 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。

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。



答申書附帯意見に関する上記の事項について、入院医療等の調査・評価分科会で調査・検証・検討を行うこととして、5月23日の中医協総会で了承された。

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる○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(案)】

- (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(案)】

- (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)

調査スケジュール(案)

<2018年度調査>

2018年

6月
～
7月

調査項目
・内容の
決定

<入院医療等の調査・評価分科会>

① 2018年度及び2019年度に実施する入院医療等に関する調査項目・内容(案)を決定

<中医協 基本問題小委員会・総会>

② 調査項目・内容(案)を報告

8月
～
10月

調査票の
決定

<入院医療等の調査・評価分科会>

③ 調査項目・内容をもとに、入院医療等の調査・評価分科会委員より意見を求め、必要な修正を行い、調査票原案を作成

<中医協 基本問題小委員会・総会>

④ 調査票原案を報告

10月
～
12月

調査の
実施

⑤ 調査票に基づき、調査実施

2019年

1月
～
2月

集計

⑥ 集計

3月
～

調査結果
報告

<入院医療等の調査・評価分科会>

⑦ 調査結果の報告

<中医協 基本問題小委員会・総会>

⑧ 入院医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告(速報)

調査スケジュール(案)

<2019年度調査>

2019年		
3月 ～ 5月	調査票の 決定 	<入院医療等の調査・評価分科会> ① 調査項目・内容をもとに、入院医療等の調査・評価分科会委員より意見を求め、必要な修正を行い、調査票原案を作成 <中医協 基本問題小委員会・総会> ② 調査票原案を報告
6月 ～ 7月	調査の 実施 	③ 調査票に基づき、調査実施
8月	集計	④ 集計
9月 ～	 調査結果 報告	<入院医療等の調査・評価分科会> ⑤ 調査結果の報告 <中医協 基本問題小委員会・総会> ⑥ 入院医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告(速報)

2018年度調査項目・内容(案)

(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)

【附帯意見(抜粋)】

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①一般病棟入院基本料について、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料に再編・統合
- ②一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、診療実績データを用いて患者割合を評価する、重症度、医療・看護必要度Ⅱを新設
- ③在宅復帰に係る指標について、指標の定義等を見直し

【調査内容案】

調査対象：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

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制
(2)重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
(3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

(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

【附帯意見(抜粋)】

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①地域包括ケア病棟入院料について、基礎的な評価部分と、在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分を組み合わせた評価体系に見直し
- ②回復期リハビリテーション病棟入院料について、リハビリテーションの実績指数を組み込んだ評価体系に見直し
- ③在宅復帰に係る指標について、指標の定義等を見直し

【調査内容案】

調査対象: 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

調査内容: (1) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療等の提供状況

(2) 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におけるリハビリテーションの実績指数の状況

(3) 各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

(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)

【附帯意見(抜粋)】

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①療養病棟入院基本料について、看護配置を20対1以上を要件とし、医療区分2・3該当患者割合に応じた入院料に再編・統合
- ②医療区分の評価方法の見直し
- ③療養病棟における在宅復帰機能の評価に関する施設基準の見直し

【調査内容案】

調査対象：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

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制

(2)入院患者の医療区分別患者割合の状況

(3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況 等

(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

【関係する改定内容】

- ①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、許可病床数400床未満の病院（特定機能病院、DPC対象病院、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）を新たに対象に追加
- ②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、当該基準の病床数の2割不足又は超過を許容

【調査内容案】

調査対象：医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関

調査内容：医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況 等

2019年度調査項目・内容(案)

(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)

【附帯意見(抜粋)】

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①一般病棟入院基本料について、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料に再編・統合
- ②一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、診療実績データを用いて患者割合を評価する、重症度、医療・看護必要度Ⅱを新設
- ③在宅復帰に係る指標について、指標の定義等を見直し

【調査内容案】

調査対象：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

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制
(2)重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
(3)各入院料等における患者の状況、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

(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

【附帯意見(抜粋)】

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、**特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等**、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①救命救急入院料1及び3並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料について、重症度、医療・看護必要度の測定を要件化
- ②特定集中治療室管理料を算定する患者について、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に追加

【調査内容案】

調査対象: 特定集中治療室管理料、救命救急入院料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料等を算定している患者の入院している医療機関

調査内容: 当該管理料等における患者の状態、医療提供内容、入退室状況、生理学的スコア 等

(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)

【附帯意見(抜粋)】

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①療養病棟入院基本料について、看護配置を20対1以上を要件とし、医療区分2・3該当患者割合に応じた入院料に再編・統合
- ②医療区分の評価方法の見直し
- ③療養病棟における在宅復帰機能の評価に関する施設基準の見直し

【調査内容案】

調査対象：療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制

(2)入院患者の医療区分別患者割合の状況

(3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況 等

過去の調査の回収率向上に向けた取組

	調査対象 施設数	回収 施設数
2016年度調査	6,731	2,202 (32.7%)
2017年度調査	4,300	2059 (47.9%)

[2016年度・2017年度調査における回収率向上に向けた取組]

- ・調査対象施設が会員等となっている関係団体に対する調査への協力のアナウンスの依頼
- ・調査概要に関するリーフレットを作成し、対象医療機関に配布
- ・調査項目を目的に沿った必要最低限のものとし、調査内容を簡素化



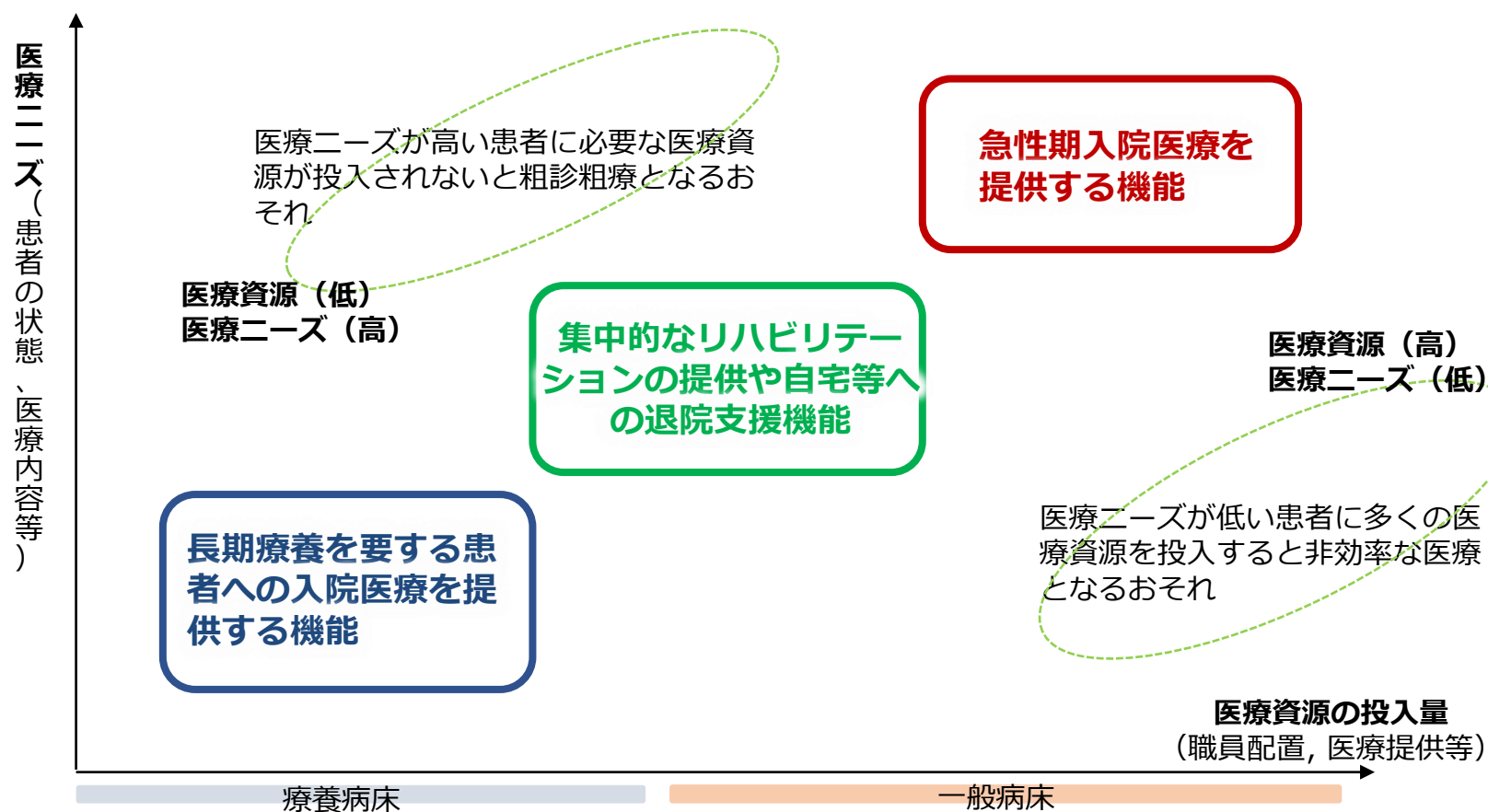
2018年度・2019年度調査についても、上記の取組みは継続しつつ、DPCデータ等の活用による調査項目の簡素化、調査票の合理化等により、さらなる回収率の向上を図ることとする。

参考

平成30年度診療報酬改定項目

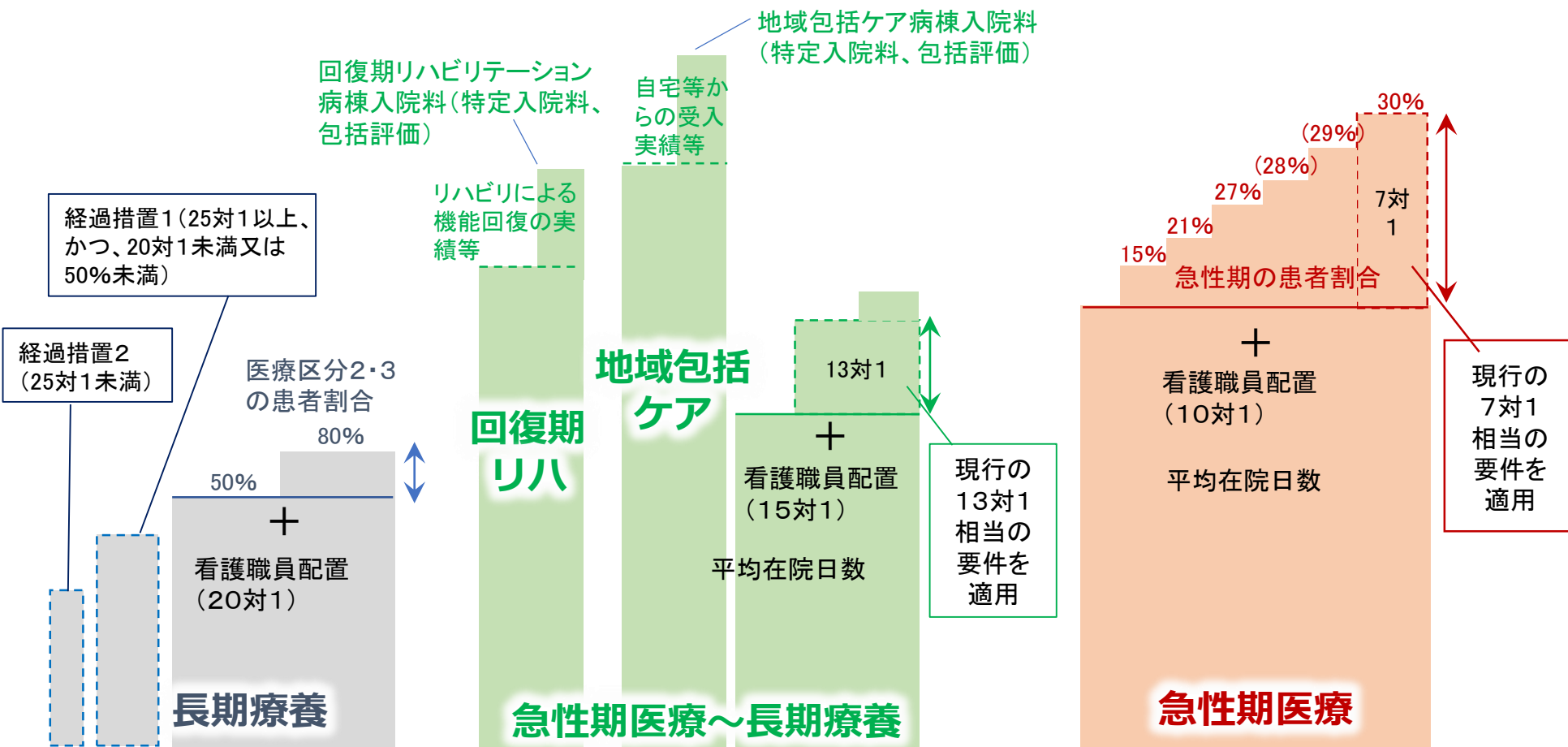
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

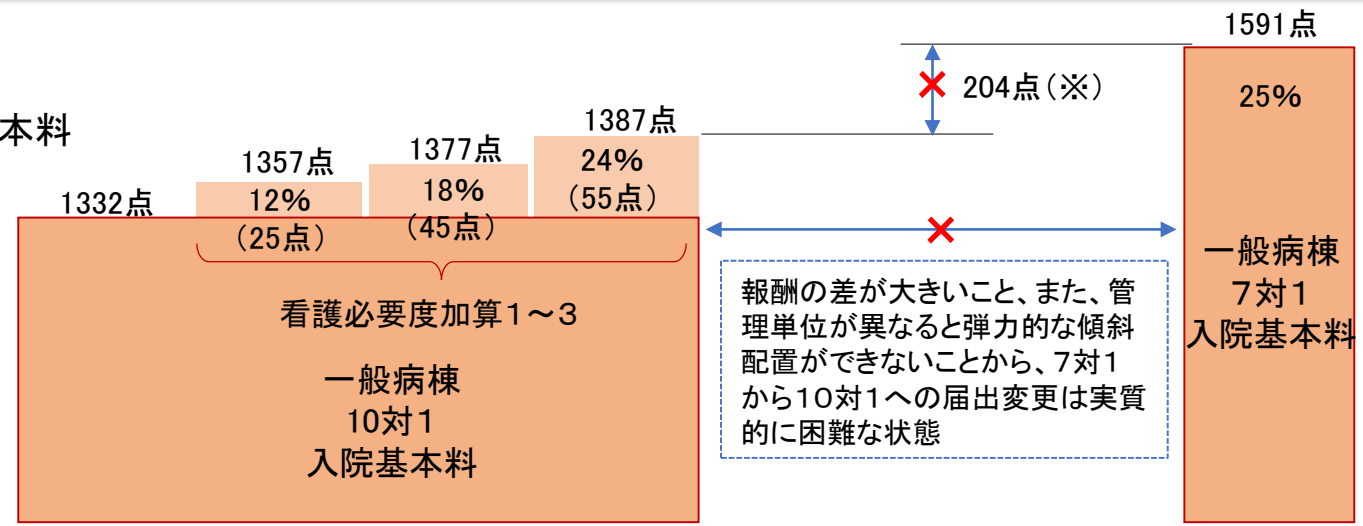
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

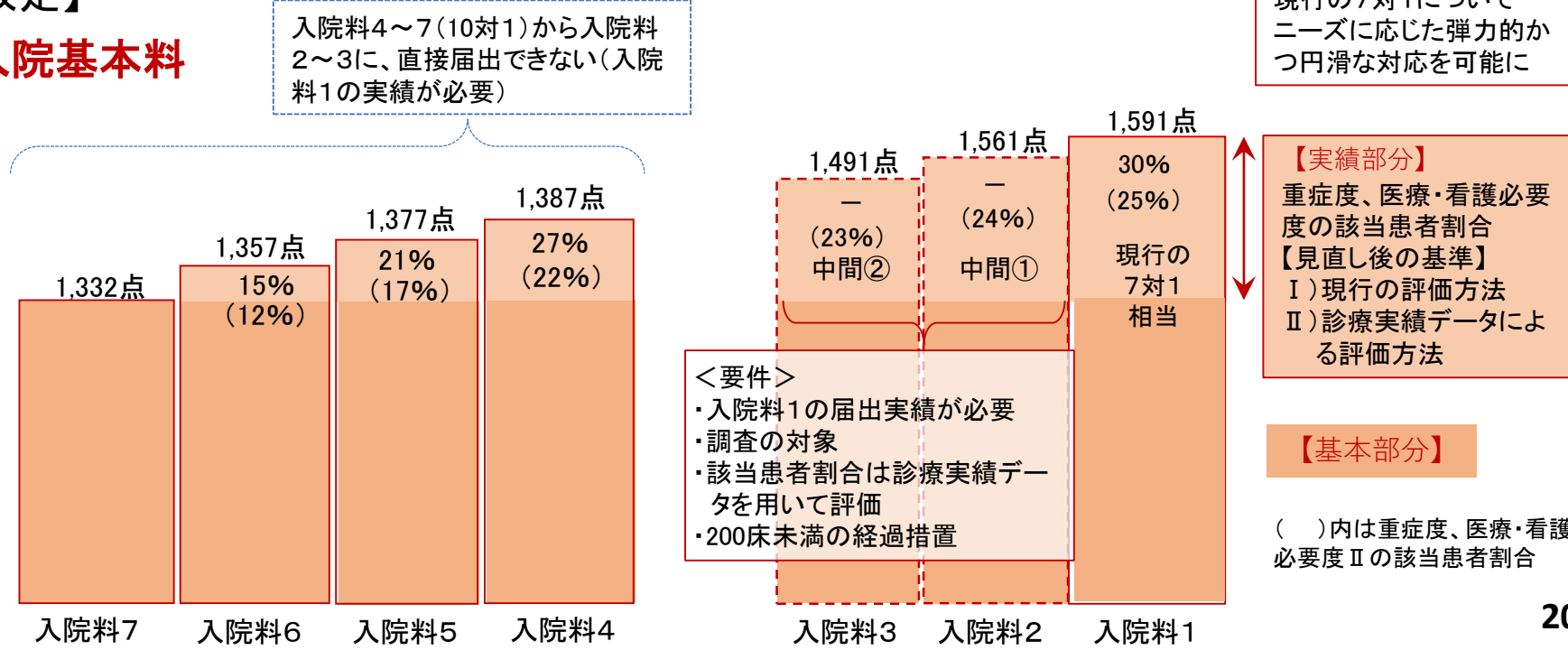
【現行】

一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 〔 〕内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要		医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*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

[]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

重症度、医療・看護必要度の見直し①

一般病棟7対1入院基本料の評価の見直し

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、再編・統合し、新たに、「急性期一般入院基本料」とする。

現行			
一般病棟7対1入院基本料		1,591点	
一般病棟10対1入院基本料	看護必要度加算1	1,332点	55点
	看護必要度加算2		45点
	看護必要度加算3		25点
	加算なし		—



改定後	
急性期一般入院料1	1,591点
急性期一般入院料2	1,561点
急性期一般入院料3	1,491点
急性期一般入院料4	1,387点
急性期一般入院料5	1,377点
急性期一般入院料6	1,357点
急性期一般入院料7	1,332点

- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を検討するために、急性期一般入院基本料のうち、急性期一般入院料2及び3については、以下の施設基準を追加する。
- 届出前3月において、急性期一般入院料2については、急性期一般入院料1の算定実績、急性期一般入院料3については、急性期一般入院料1又は2の算定実績が必要
 - 厚生労働省が実施する入院医療等の調査に適切に参加

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(<u>4</u> 日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	



改定後	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・ <u>「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</u>	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	

※ B14・・・診療・療養上の指示が通じる
B15・・・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	経過措置
施設基準	病棟群単位の届出病棟、許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成30年9月30日までの間は、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iを用いて評価しても差し支えない。
	一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(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	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「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
総合入院体制加算	・A得点3点以上 ・C得点1点以上 ・「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
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)	・A得点2点以上 ・C得点1点以上 ・A得点1点以上 ・C得点1点以上

重症度、医療・看護必要度の見直し④

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し(Ⅱについて)

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する手法を**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**として**現行の方法と選択可能**とする。

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

B	患者の状況等
9	寝返り
10	移乗
11	口腔清潔
12	食事摂取
13	衣服の着脱
14	診療・療養上の指示が通じる
15	危険行動

C	手術等の医学的状況
16	開頭手術(7日間)
17	開胸手術(7日間)
18	開腹手術(4日間)
19	骨の手術(5日間)
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
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)

[施設基準]

- ・**直近3月の入院患者のうち、基準を満たす患者の割合を算出すること**
- ・入院料等の届出を行う際に、ⅠとⅡのいずれを使用するかを届出すること
- ・**Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、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、ⅠとⅡの各入院料等の基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。**
- ・評価方法のみの変更を行う場合は、その**切り替えは4月又は10月であり**、切り替える月の10日までに変更の届出を行うこと。

評価日において、EFファイルから別に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目を抽出

評価日において、HFファイルに入力されたB項目に該当する項目を抽出

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目			レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A	2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610	酸素吸入
			140005910	間歇的陽圧吸入法
C	16	開頭手術(7日間)	150070110	脳腫瘍全摘術

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%	5%
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%

在宅復帰率の見直し①

一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し

- 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行(一般病棟7対1入院基本料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等
	・地域包括ケア病棟 ・回復期リハビリテーション病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+)
※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く	
(分母)	・7対1一般病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】

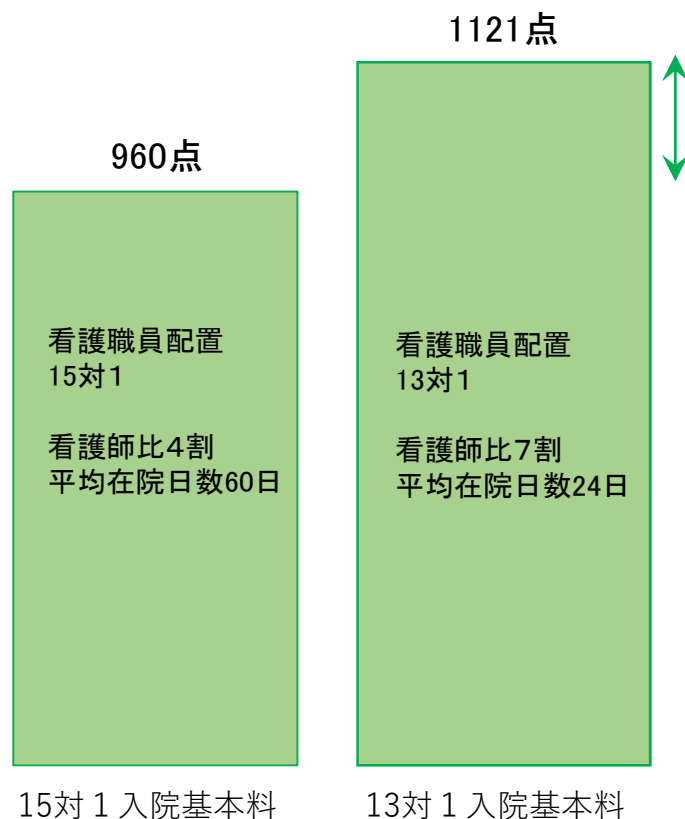
在宅復帰・病床機能連携率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 (<u>介護医療院を含む</u>) ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハビリテーション病棟 ・療養病棟 ・有床診療所 ・介護老人保健施設
	※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
(分母)	・急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】

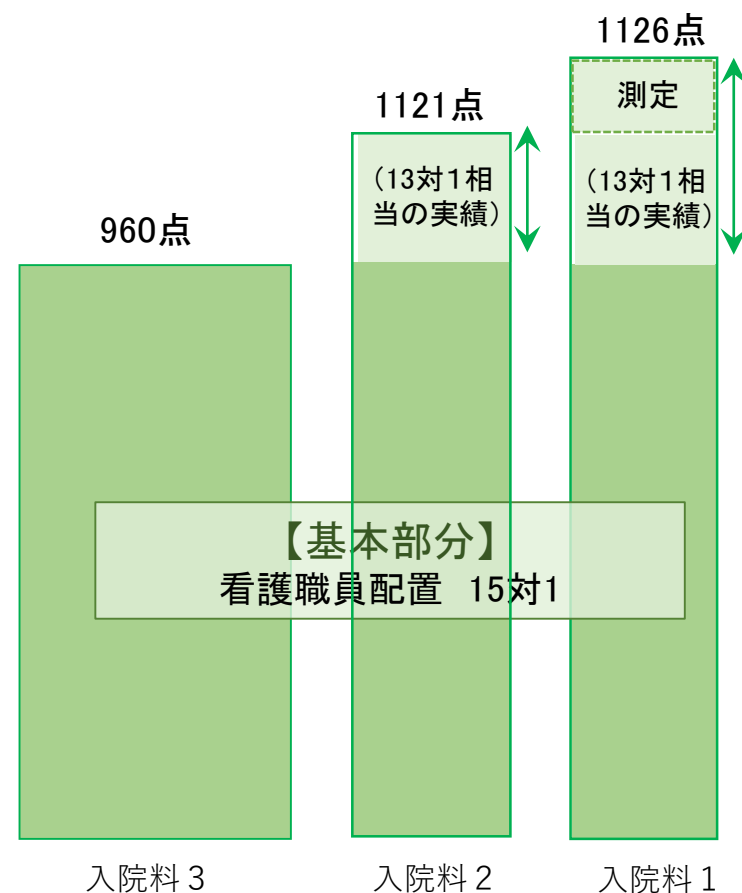


再編

【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



地域一般入院基本料

地域一般入院基本料1～3の内容

- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
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)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

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



②在宅で療養を行っている
患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「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

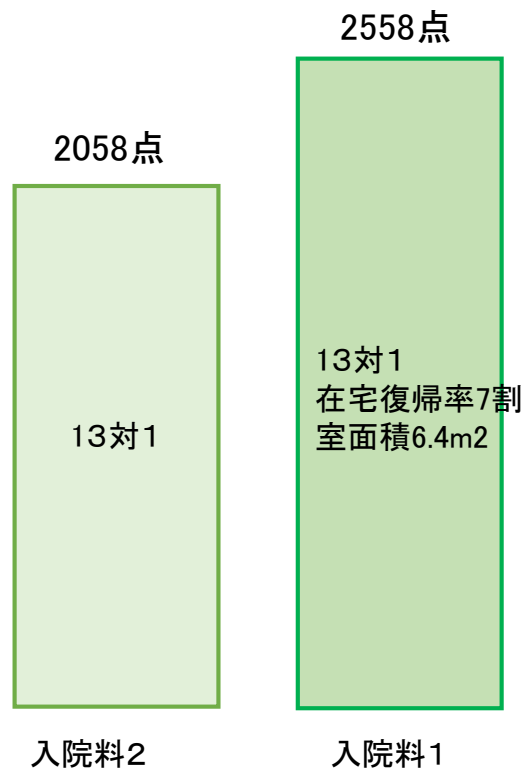
- ✓ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ✓ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ✓ 在宅医療等の提供
- ✓ 看取りに対する指針の策定

「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・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】

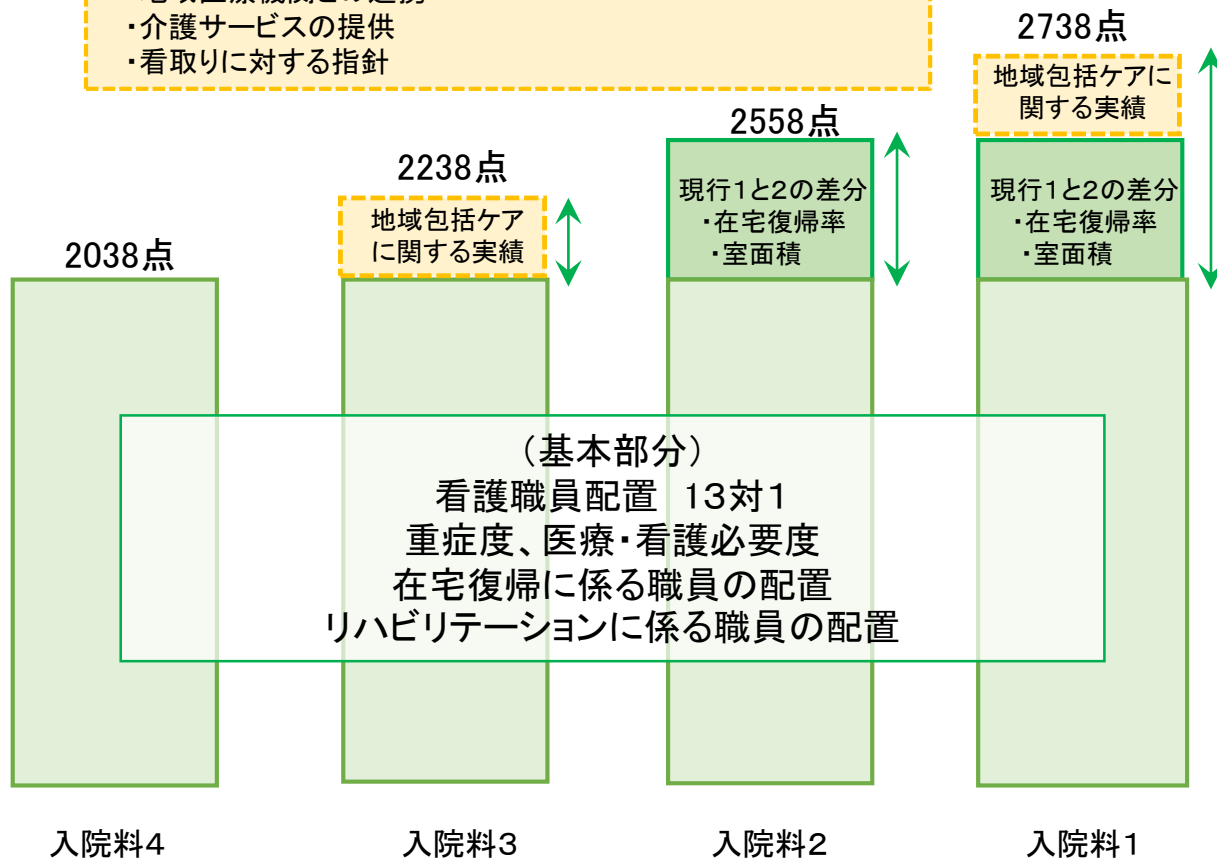


再編

【平成30年度改定】

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)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・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る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。

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーション実績指数を用いる
(1日あたりのFIM*得点の増加を示す指数)

* FIM (Functional Independence Measure) 日常生活動作の指標

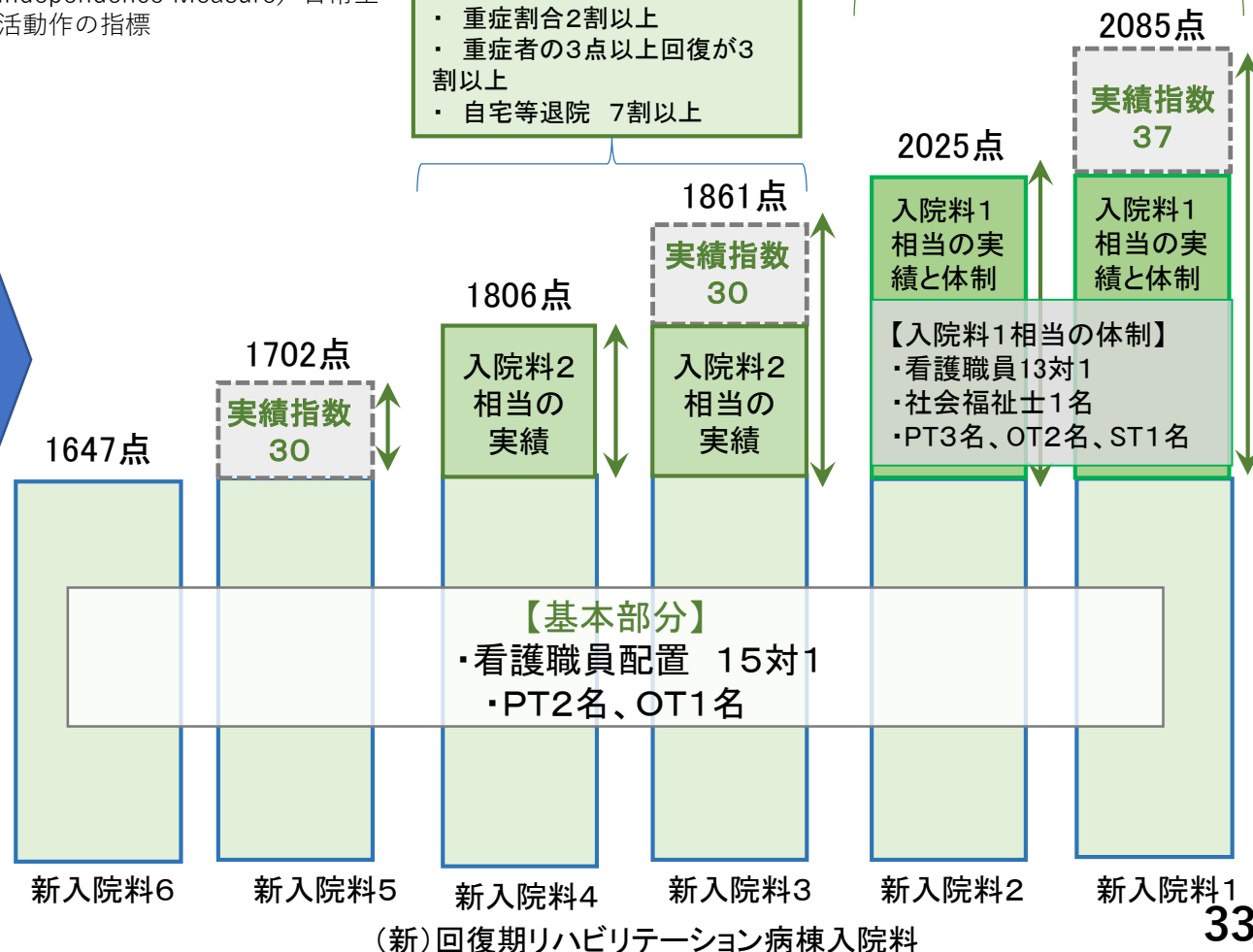
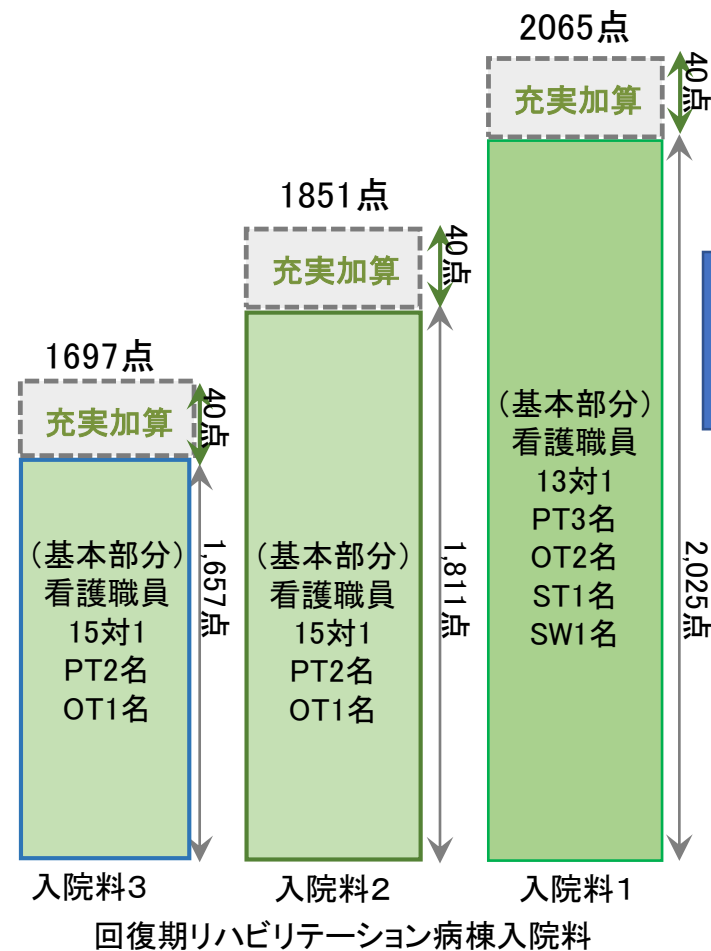
【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

再編



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

在宅復帰率の見直し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における在宅復帰率見直し

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準] 入院料1: 7割 入院料2: 6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準] 入院料1～4: 7割

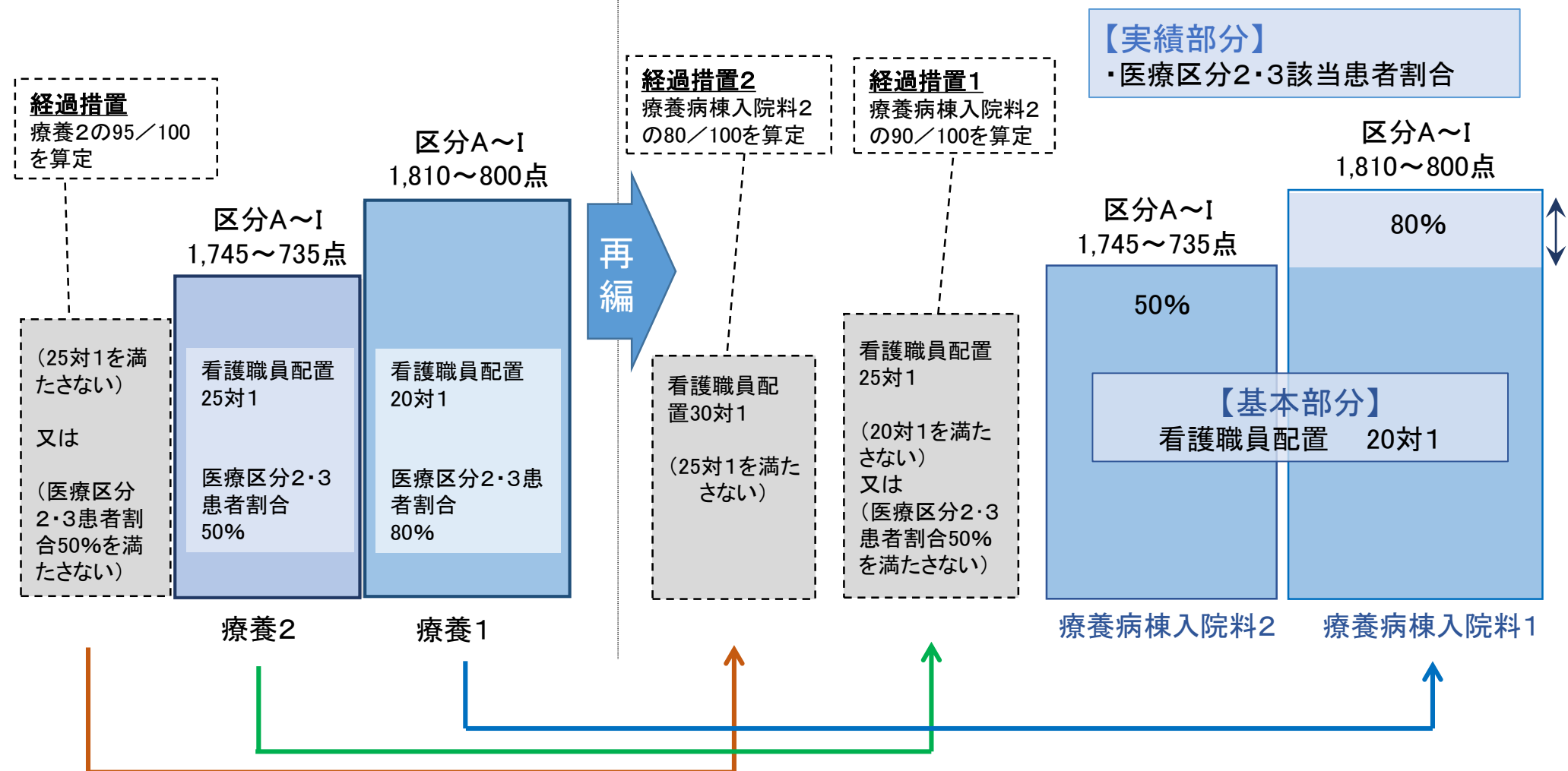
療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

療養病棟入院基本料

【平成30年度改定】

療養病棟入院基本料



上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

療養病棟入院料1～2の内容

- 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)	
医療区分2・3 該当患者割合	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須	
点数	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	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

※ 療養病棟入院基本料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

療養病棟における評価の見直し

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。**

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の見直し

- 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する施設基準について、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、評価を見直す。

現行

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geq 5割$$

$$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の10$$

⇒ 患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

改定後

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geq 5割$$

$$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の15$$

⇒ 患者1人1日につき、50点を所定点数に加算する

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。

診療実績データの提出への評価①

診療実績データの提出対象の拡大

- 入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するために、データの提出を求める入院料の範囲を拡大する。

現行(要件となる入院料)
7対1入院基本料
10対1入院基本料(※1)
地域包括ケア病棟入院料

※1 許可病床における一般病床数200床以上の保険医療機関



改定後(要件となる入院料)
急性期一般入院基本料
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1、10対1)
専門病院入院基本料(7対1、10対1)
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(※2)
療養病棟入院基本料(※2)

[経過措置]

・平成31年3月31日までは、当該施設基準を満たしているものとみなす。
(許可病床数50床未満等の医療機関は平成32年3月31日まで)

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6及び療養病棟入院基本料は許可病床数200床以上を要件化

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		120点
ロ 200床未満の病院の場合		170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合		130点
ロ 200床未満の病院の場合		180点



改定後(要件となる入院料)		
1 データ提出加算1 (入院中1回)		
イ <u>許可病床</u> 200床以上の病院の場合		<u>150点</u>
ロ <u>許可病床</u> 200床未満の病院の場合		<u>200点</u>
2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ <u>許可病床</u> 200床以上の病院の場合		<u>160点</u>
ロ <u>許可病床</u> 200床未満の病院の場合		<u>210点</u>

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 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%未満の医療機関を提出データ評価加算として設ける。

(新) 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。

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。

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。

特定集中治療室管理料等の見直し②

生理学的スコア等の測定の要件化

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

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

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

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

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

治療室に備えるべき装置・器具

- 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。

現行

【特定集中治療室管理料】〔施設基準〕

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

改定後

【特定集中治療室管理料】〔施設基準〕

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。**ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。**

ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

入院中の患者に対する褥瘡対策①

入院中の新たな褥瘡発生の予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキナーテア」を加える。

褥瘡対策に関する診療計画書	危険因子の評価	日常生活自立度	危険因子の評価	日常生活自立度
		・基本的動作能力		・基本的動作能力
		・病的骨突出		・病的骨突出
		・関節拘縮		・関節拘縮
		・栄養状態低下		・栄養状態低下
		・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)		・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
		・浮腫(局所以外の部位)		・皮膚の脆弱性(浮腫)
				・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往)



医療用テープを剥がしたときに発生したスキナーテア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの」を追加する。

ADL維持向上等体制加算における院内褥瘡発生率の見直し

- ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。

現行

【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index)を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。

改定後

【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index)を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

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
	1点	2点	3点	評価を始めて暦月で3月を超えていない。

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
1点	2点	3点	4点	3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

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
1点	2点	3点	4点	3点	※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる

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・在宅

入院

外来・在宅

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

【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

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

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）
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
オ 生活困窮者であること
カ、キ（略）
ク 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。）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「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る）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。

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

[見直す対象]

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------|
| (1) 在宅患者緊急入院診療加算 | (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | (3) 入退院支援加算1 |
| (4) 精神疾患診療体制加算 | (5) 退院時共同指導料1及び2 | (6) 在宅患者連携指導料 |
| (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (8) 施設入所者共同指導料 | |

- 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、 <u>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</u>	
【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、 <u>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</u>
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、 <u>看護師等</u> ※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 <u>・相談支援専門員</u>

- 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。

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

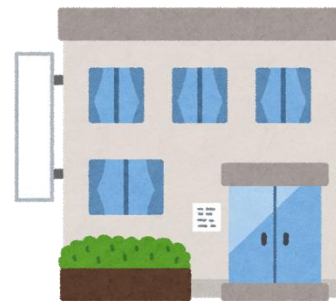
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

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



<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。