

# 特定除外に該当する入院患者実態 調査結果

2013年9月18日

公益社団法人 日本医師会  
日本医師会総合政策研究機構  
四病院団体協議会  
一般社団法人 日本病院会  
公益社団法人 全日本病院協会  
一般社団法人 日本医療法人協会  
公益社団法人 日本精神科病院協会

2012年度の診療報酬改定では、13対1、15対1の特定除外制度が廃止された。同改定の中医協答申附帯意見では、7対1、10対1についても長期入院の実態把握を行い、適切な評価について検討を行うこととされている。これを踏まえ、日本医師会と四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）が共同で、2013年7月から8月にかけて7対1、10対1の「特定除外に該当する入院患者実態調査」を行った。

本調査結果をもとに長期入院患者のあり方について議論を深め、適切な評価につなげていきたい。

2013年9月

公益社団法人 日本医師会

日本医師会総合政策研究機構

四病院団体協議会

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

## 目 次

1. 特定除外制度について	1
1.1. 概要	1
1.2. 経緯	4
2. 調査の方法	5
2.1. 目的	5
2.2. 方法	5
2.3. 回収状況	6
3. 分析結果	7
3.1. 基本情報	7
3.1.1. 開設者	7
3.1.2. 病院類型	8
3.1.3. 病床数・病床利用率・平均在院日数	9
3.1.4. 届出状況	11
3.2. 入院期間 90 日超患者・特定除外患者の状況	12
3.2.1. 患者の割合	12
3.2.2. 平均在院日数	20
3.3. 特定除外患者の特徴	23
3.3.1. 特定除外理由	23
3.3.2. 患者の病態	26
3.4. 病院の特性と特定除外患者の割合	37
3.4.1. 受入先・受皿との関係	37
3.4.2. 病床規模別・人口規模別	42
3.4.3. 病院の役割・機能別	44
4. まとめ	46
5. 自由記述意見	48
6. 調査票	53

## 1. 特定除外制度について

### 1.1. 概要

一般病棟入院基本料 7 対 1、10 対 1 を算定する病棟に 90 日を超えて入院する患者のうち厚生労働大臣が定める状態等にある患者（以下、特定除外患者。表 1.1.1）は、特定入院基本料の算定対象から除かれるとともに、平均在院日数の算定の対象にならない（表 1.1.3）。これを特定除外制度という。

表 1.1.1 医科診療報酬点数表 基本診療料の施設基準等 別表第四  
厚生労働大臣が定める状態等にある患者

1	難病患者等入院診療加算を算定する患者
2	重症者等療養環境特別加算を算定する患者
3	重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
4	悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
5	観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
6	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、運動器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を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
7	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
8	頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
9	人工呼吸器を使用している状態にある患者
10	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
11	全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

一般病棟入院基本料 13 対 1、15 対 1 にも特定除外制度があったが、2012 年度の診療報酬改定で廃止された<sup>1</sup>。現在、13 対 1、15 対 1 において従来の特定除外に該当する患者は、イ) 平均在院日数の算定の対象として 13 対 1 または 15 対 1 (いずれも出来高) を算定する、ロ) 平均在院日数の算定の対象とせずに療養病棟入院基本料 1 (包括評価) の例により算定する、のいずれかを選択することになっている (表 1.1.2)。

表 1.1.2 一般病棟入院基本料等

入院基本料	平均在院日数	診療報酬	90日超の入院患者
7対1	18日以内	1,566点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定入院基本料(包括)939点 ※</li> <li>・ ただし特定除外患者は診療報酬はそのまま で、平均在院日数の算定対象にもならない</li> </ul>
10対1	21日以内	1,311点	
13対1	24日以内	1,103点	選択 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ) 平均在院日数の算定対象とし一般病棟入院基本料を算定</li> <li>ロ) 平均在院日数の算定対象とせず療養病棟入院基本料1を算定</li> </ul>
15対1	60日以内	945点	

※包括評価(検査、投薬、注射及び病理診断並びに一部の画像診断及び処置)

(参考)亜急性期入院医療管理料(13対1) いずれも包括

	診療報酬	算定要件(いずれも最大60日まで)
亜急性期入院医療管理料1	2,061点	脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者
亜急性期入院医療管理料2	1,911点	脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者

(参考)療養病棟入院基本料1(20対1、医療区分2・3が8割以上)すべて包括

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	945点	1,380点	1,769点
ADL区分2	898点	1,353点	1,716点
ADL区分1	796点	1,202点	1,435点

<sup>1</sup> 「長期療養患者が比較的多い一般病棟については、将来的には、長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか」という議論にもとづいて廃止された。

「医療提供体制について(その1)」2011年11月25日、中医協総会資料  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>

表 1.1.3 医科診療報酬点数表 基本診療料の施設基準等

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者

1	精神科身体合併症管理加算を算定する患者
2	救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
3	特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
4	小児特定集中治療室管理料を算定する患者
5	新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
6	総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
7	新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
8	一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
9	特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
10	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
11	亜急性期入院医療管理料を算定する患者
12	特殊疾患病棟入院料を算定する患者
13	緩和ケア病棟入院料を算定する患者
14	精神科救急入院料を算定する患者
15	精神科救急・合併症入院料を算定する患者
16	精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
17	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する患者
18	精神療養病棟入院料を算定する患者
19	一般病棟(一般病棟入院基本料(13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。)を算定する病棟を除く。)に入院した日から起算して90日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の注8に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの
20	一般病棟に入院した日から起算して90日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注13の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定している患者
21	認知症治療病棟入院料を算定している患者
22	短期滞在手術基本料1を算定している患者

## 1.2. 経緯

特定除外制度は、1998 年度改定で創設された「老人長期入院医療管理料」にさかのぼる。高齢者のいわゆる「社会的入院」が問題になり、長期入院の是正を図る目的で、90 日を超えて入院する高齢患者について、入院基本料を減額・包括化した診療報酬であるが、特定除外患者については減額対象外になった。その後、2010 年度改定で全年齢を対象とする「特定入院基本料」に改組され、2012 年度改定で 13 対 1、15 対 1 の特定除外制度が廃止された（表 1.2.1）<sup>2</sup>。

表 1.2.1 特定除外制度の経緯

年度	改定内容
1998	入院基本料を減額・包括化した「老人長期入院医療管理料」が新設された。ただし、長期にわたり療養が必要な神経難病患者等や医療処置を頻繁に行う必要性の高い患者(特定除外患者)については減額対象外になった。 (特定除外項目) ① 観血的動脈圧測定を実施している状態 ② 悪性新生物に対する腫瘍用薬(重篤な副作用を有するものに限る。)を投与している状態 ③ ドレーン法を実施している状態 ④ 胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 ⑤ 人工呼吸器を使用している状態 ⑥ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態 ⑦ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態 ⑧ 前各号までに掲げる状態に準ずる状態
2000	「老人特定入院基本料」に改組。特定除外項目を12項目に拡大。
2008	後期高齢者医療制度が創設され、名称を「後期高齢者特定入院基本料」に変更。脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を特定除外患者から除外。
2010	後期高齢者に係る診療報酬については廃止するか、「後期高齢者」という名称を削除することになり、全年齢を対象とする「特定入院料」に改組。
2012	一般病棟入院基本料13対1、15対1の特定除外制度を廃止。

<sup>2</sup> 「長期入院患者に係る診療報酬について」（2009年12月18日、中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会資料）から作成。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1218-k3d.pdf>

## 2. 調査の方法

### 2.1. 目的

2012年度の診療報酬改定における中医協答申附帯意見で、7対1、10対1について長期入院の実態把握を行い、適切な評価について検討を行うこととされた<sup>3</sup>。中医協では入院医療等の調査・評価分科会を設置し、2012年度に一般病棟入院基本料7対1、10対1を算定する病院を対象として長期入院の実態調査を行ったが、低い回収率に止まった<sup>4</sup>。そこで、日本医師会と四病院団体協議会は、あらためて長期入院の実態を把握するための調査を実施することとした。

### 2.2. 方法

調査の実施主体は、日本医師会と四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）である。

調査対象は、日本医師会会員のうち病院の開設者または管理者、日本病院会の全会員、全日本病院協会の全会員から、福島県の緊急時避難準備区域（30km圏内）と警戒区域（20km圏内）を除く病院をそれぞれ5分の1無作為抽出し、重複して抽出された会員を除いた2,060病院とした。調査票は7月11日から郵送で順次発送し、回答は8月23日まで受け付けた。

調査票のうち、施設の基本情報等については2013年6月1日現在、病棟ごとの病床利用率および平均在院日数については2013年4～6月平均、入院患者数等については2013年7月中の火曜、水曜、木曜から調査対象医療機関が任意に選択したある1日についてのデータである（詳細は巻末調査票参照）。

---

<sup>3</sup> 中央社会保険医療協議会「平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見」2012年2月10日  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000021ei1-att/2r98520000021vjh.pdf>

<sup>4</sup> 「入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査」  
みずほ総研へ委託して実施。<http://www.mizuho-ir.co.jp/topics/2012/iryoku.html>



## 2.3. 回収状況

有効回収数は 781 施設、有効回収率は 37.9%であった。また、7 対 1、10 対 1 の特定除外患者数は 2,345 人であった（表 2.3.1）。

表 2.3.1 回収状況

施設数	対象施設数	回収施設数 ※1	
		回収施設数	回収率 (%)
今回調査(7対1・10対1以外を含む)	2,060	781	37.9
厚生労働省調査(7対1・10対1のみ)※2	1,800	169	9.4

回答特定除外患者数(7対1・10対1のみ)

今回調査	2,345 人
厚生労働省調査	254 人

※1 今回調査は有効回収施設数(率)、厚生労働省は回収施設数(率)

※2 「入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査」  
(7対1、10対1のみが対象)

以下、「7 対 1」といった場合、病院としては「7 対 1」であっても、回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等入院基本料および特殊疾患入院医療管理料を算定する患者と当該患者が入院する病棟を除いている。また調査項目によって有効回答数がそれぞれ異なる。

### 3. 分析結果

#### 3.1. 基本情報

##### 3.1.1. 開設者

本調査は、全国に比べて国公立病院（国・都道府県・市町村）がやや少なく、公的医療機関（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）がやや多かった（表 3.1.1）。

表 3.1.1 開設者別病院数（一般病院）

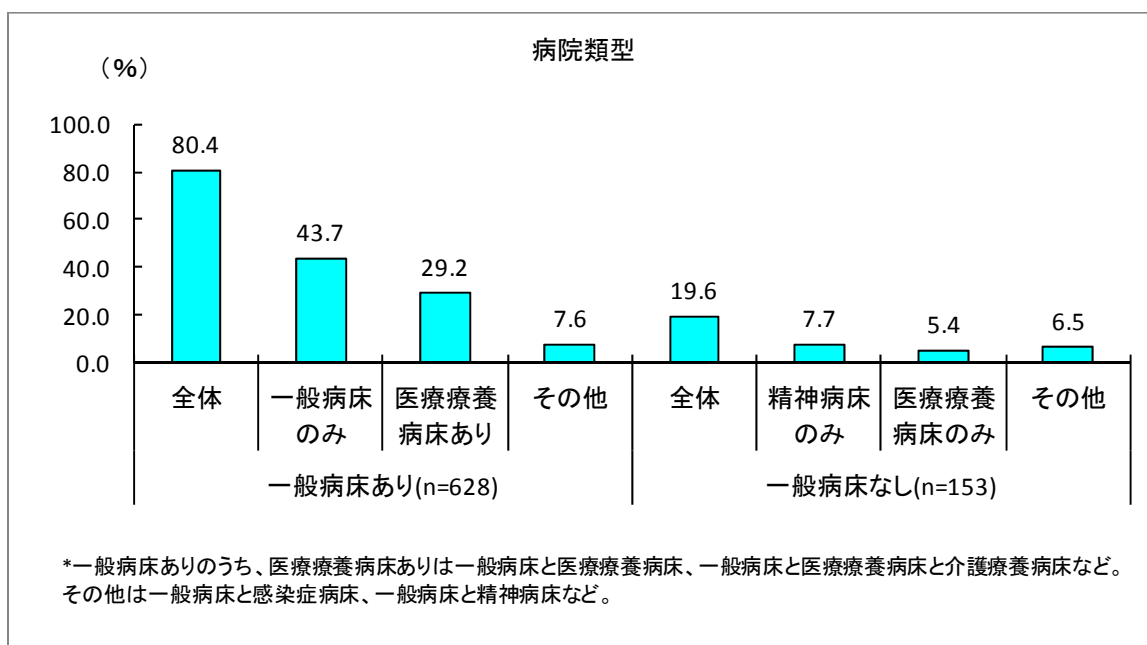
開設者	今回調査		全 国	
	回答数	構成比(%)	病院数	構成比(%)
国	10	1.6	271	3.6
都道府県	9	1.4	192	2.6
市町村	40	6.4	678	9.0
地方独立行政法人	5	0.8	57	0.8
公的	36	5.7	285	3.8
社会保険関係団体	7	1.1	121	1.6
公益法人	32	5.1	320	4.3
医療法人	402	64.0	4,800	63.8
個人	21	3.3	338	4.5
その他	62	9.9	466	6.2
無回答	4	0.6	—	—
合計	628	100.0	7,528	100.0

\*全国:厚生労働省「平成23年 医療施設(静態・動態)調査」

### 3.1.2. 病院類型

一般病床がある病院が 80.4%、一般病床がない病院が 19.6%である。また一般病床のみの病院が 43.7%、精神病床のみの病院が 7.7%、医療療養病床のみの病院が 5.4%であった（図 3.1.1）。なお以下、一般病床がある病院を「一般病院」としている。

図 3.1.1 病院類型



### 3.1.3. 病床数・病床利用率・平均在院日数

病床種類別に、病床数・病床利用率・平均在院日数すべてに回答があった病院について、それぞれ平均値を示した（表 3.1.2）。

一般病床全体では病床利用率は 78.1%、平均在院日数は 21.4 日であった。亜急性期入院医療管理料算定病床（病床単位）は、病床利用率が 75.6%と一般病床全体よりも低く、平均在院日数が一般病床全体よりも 1 週間強長かった。一般病床で回復期リハビリテーション病棟入院料（病棟単位）を算定している病院の平均病床数は 50.4 床であり、同病棟のある病院 1 施設当たり約 1 病棟、平均在院日数は 71.8 日であった。

表 3.1.2 病床数・病床利用率・平均在院日数

病床種類ごとに許可病床数・病床利用率・平均在院日数のすべてに回答があった病院

病床種類	病院数	許可病床数	病床利用率	平均在院日数	
一般病床	570	172.0 床	78.1 %	21.4 日	
(再掲)	亜急性期	129	16.7 床	75.6 %	29.2 日
	回復期リハビリテーション	51	50.4 床	90.0 %	71.8 日
	障害者施設	57	69.7 床	92.1 %	122.4 日
	特殊疾患	14	46.4 床	94.9 %	462.4 日
精神病床	100	186.9 床	88.4 %	724.7 日	
医療療養病床	283	70.8 床	89.5 %	306.0 日	
(再掲※)回復期リハ	61	54.1 床	86.2 %	74.4 日	
介護療養病床	90	66.1 床	92.8 %	516.6 日	
感染症病床	2	13.0 床	73.5 %	11.0 日	
結核病床	15	33.1 床	37.9 %	72.6 日	

一般病院の病床規模別では、本調査は全国に比べて100床未満の病院が少なく、大規模病院がやや多かった（図 3.1.2）。一般病棟入院基本料別では、本調査は全国に比べて7対1の病院が多かった（図 3.1.3）。

図 3.1.2 病床規模別病院割合（一般病院）

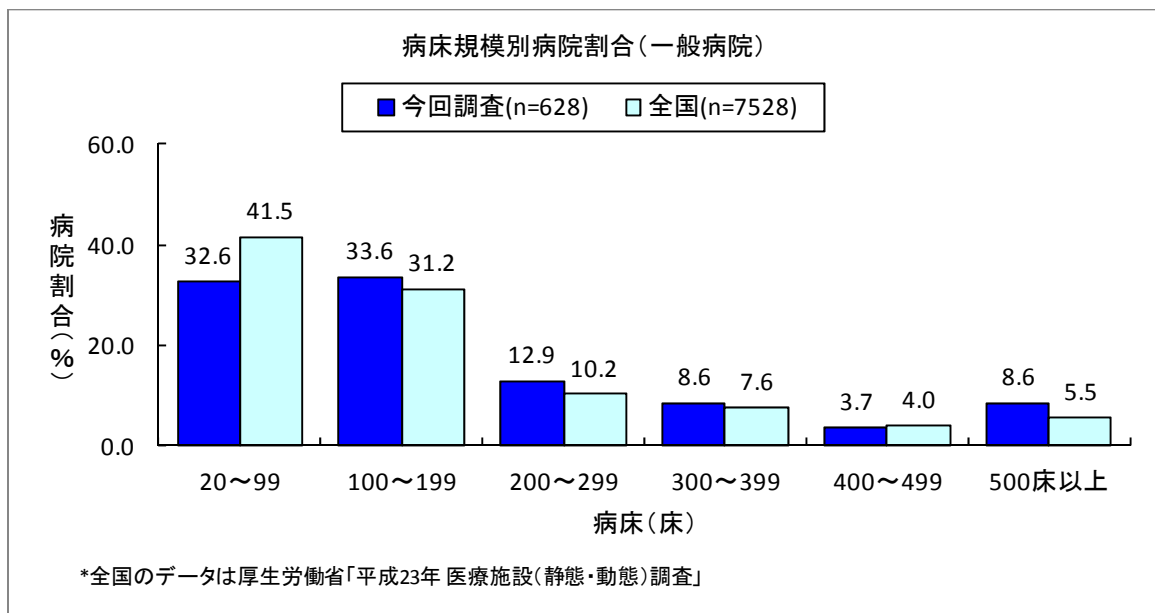
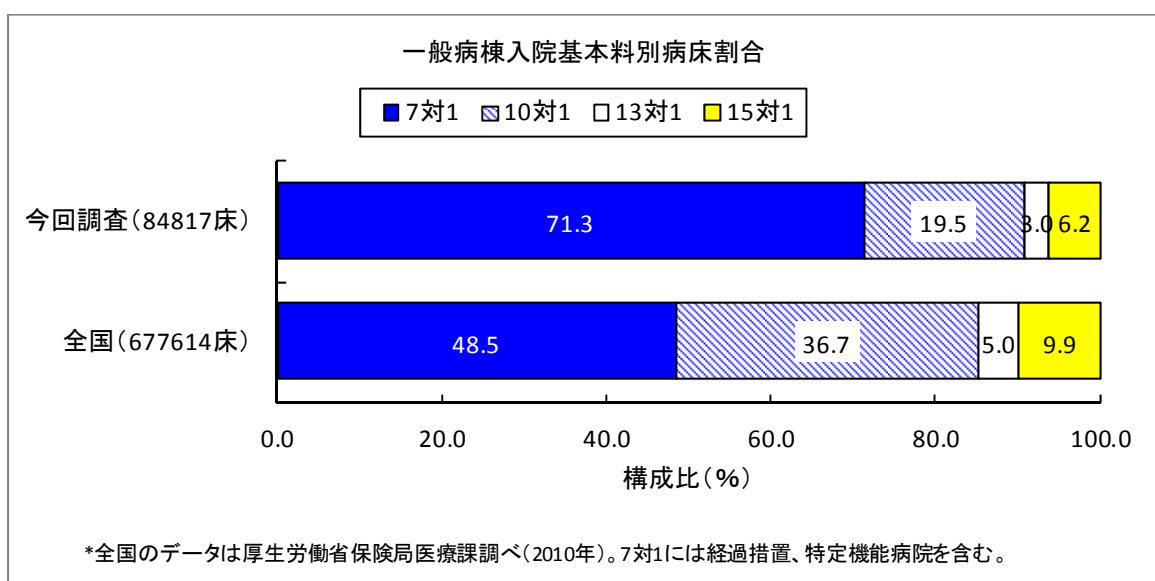


図 3.1.3 一般病棟入院基本料別病床割合



### 3.1.4. 届出状況

本調査では、DPC 対象病院、地域医療支援病院、在宅療養支援病院（以下、在支病）がやや多かった（表 3.1.3）。

表 3.1.3 DPC 対象病院・特定機能病院・地域医療支援病院・在宅療養支援病院

		今回調査		全 国	
		回答数	構成比 (%)	病院数	構成比 (%)
DPC	DPC対象病院	230	36.6	1,496	20.0
	DPC準備病院	30	4.8	244	3.3
	出来高病院	334	53.2	5,742	76.7
	無回答	34	5.4	—	—
	合計(一般病院)	628	100.0	7,482	100.0
特定機能病院	特定機能病院	7	1.1	84	1.1
	特定機能病院ではない	547	87.1	7,443	99.5
	無回答	74	11.8	—	—
	合計(一般病院)	628	100.0	7,527	100.6
地域医療支援病院	地域医療支援病院	73	11.6	439	5.9
	地域医療支援病院ではない	486	77.4	7,052	94.1
	無回答	69	11.0	—	—
	合計(一般病院)	628	100.0	7,491	100.0
在宅療養支援病院	在宅療養支援病院	86	16.7	746	12.7
	在宅療養支援病院ではない	363	70.5	5,143	87.3
	在支病を目指している	68	13.2	—	—
	在支病を目指していない	295	57.3	—	—
	無回答	66	12.8	—	—
	合計(200床未満) ※	515	100.0	5,889	100.0

DPC

・ 全国: DPC対象病院・DPC準備病院は「DPC対象病院・準備病院の現況について(2013年4月見込み)」(2013年4月3日、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料)、出来高病院は「『医療施設動態調査(平成25年4月末概数)』一般病院数－DPC病院－DPC準備病院」で計算

※ DPC対象病院・準備病院は7対1、10対1のみであるが、合計には7対1、10対1以外を含む。

特定機能病院

・ 全国: 地域医療支援病院は「第7回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料」から2012年2月29日時点。合計は「医療施設動態調査(平成24年2月末概数)」

地域医療支援病院

・ 全国: 地域医療支援病院は「第7回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料」から2012年11月1日時点。合計は「医療施設動態調査(平成24年10月末概数)」

在宅療養支援病院

・ 全国: 在宅療養支援病院は「在宅医療(その1)」(2013年2月13日、中医師会資料)から2012年7月1日時点。合計は「概算医療費データベース」2012年7月の200床未満の病院数。

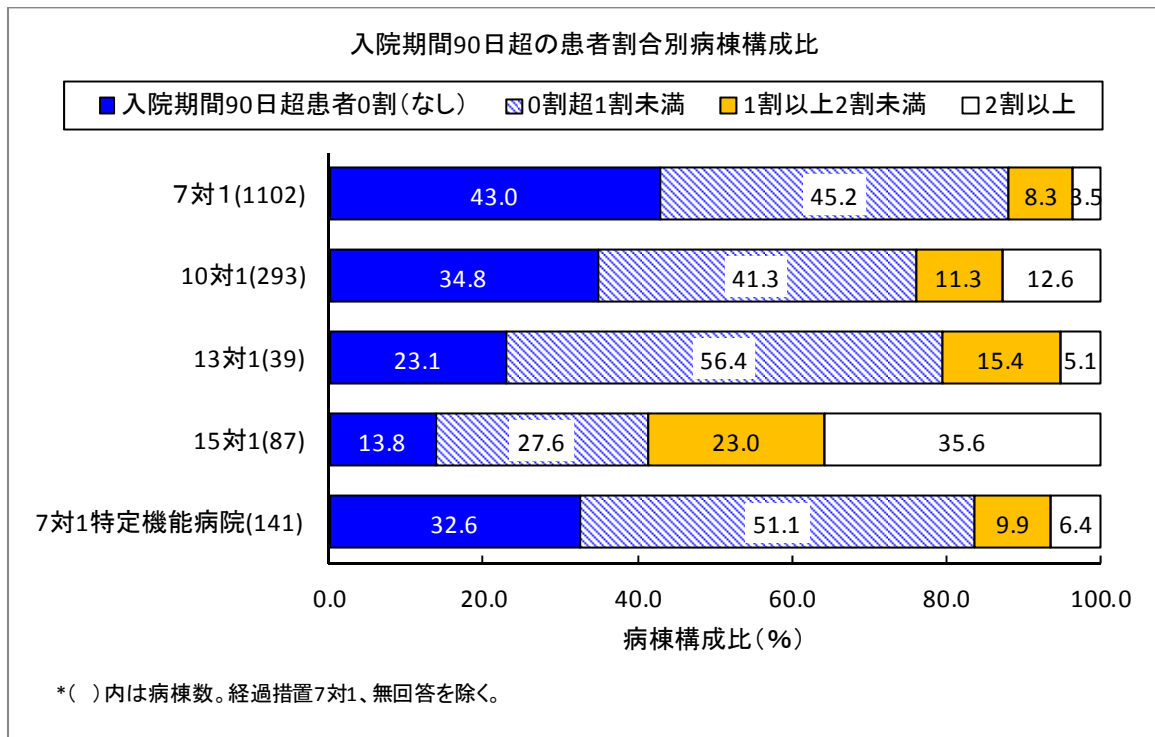
※ 診療報酬上は200床以上でも半径4km以内に診療所が存在しなければ届出可能。

### 3.2. 入院期間 90 日超患者・特定除外患者の状況

#### 3.2.1. 患者の割合

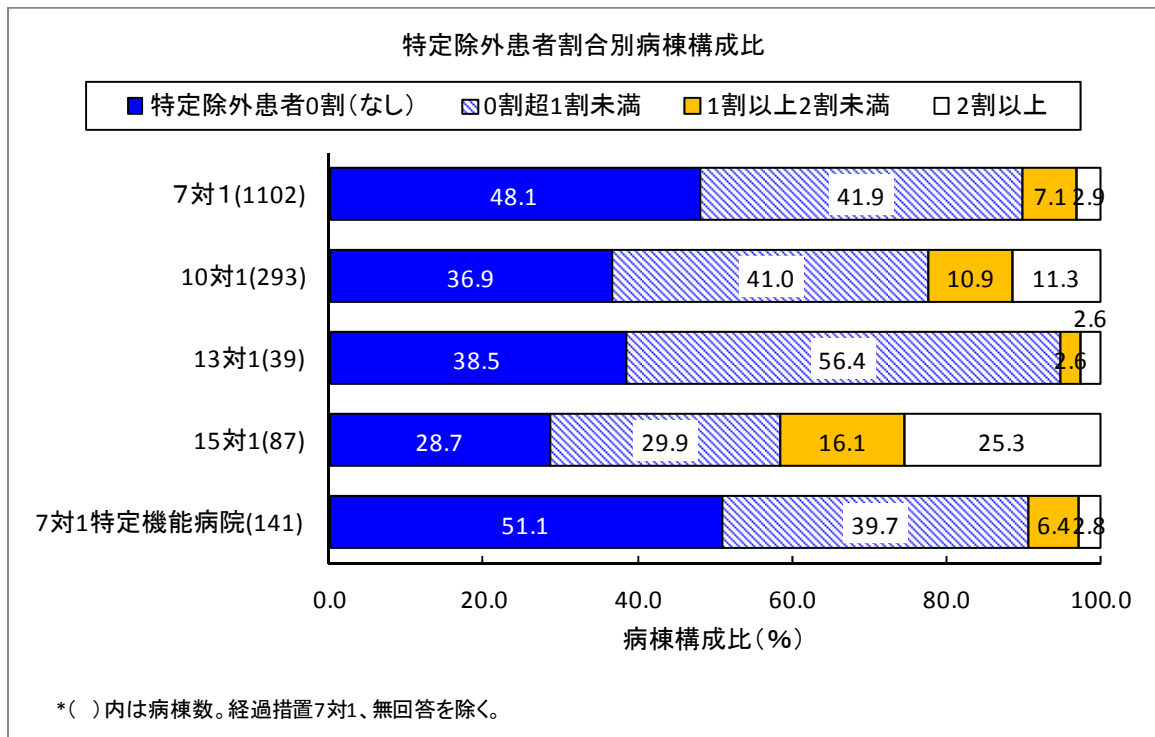
入院期間 90 日超患者がいない病棟は 7 対 1 で 43.0%、10 対 1 で 34.8%であった。入院患者のうち 90 日超の患者が 2 割以上の病棟は 7 対 1 で 3.5%、10 対 1 で 12.6%であった（図 3.2.1）。

図 3.2.1 入院期間 90 日超の患者割合別病棟構成比



特定除外患者がいない病棟は 7 対 1 で 48.1%、10 対 1 で 36.9%であった。入院患者のうち特定除外患者が 2 割以上の病棟は 7 対 1 で 2.9%、10 対 1 で 11.3%であった (図 3.2.2)。

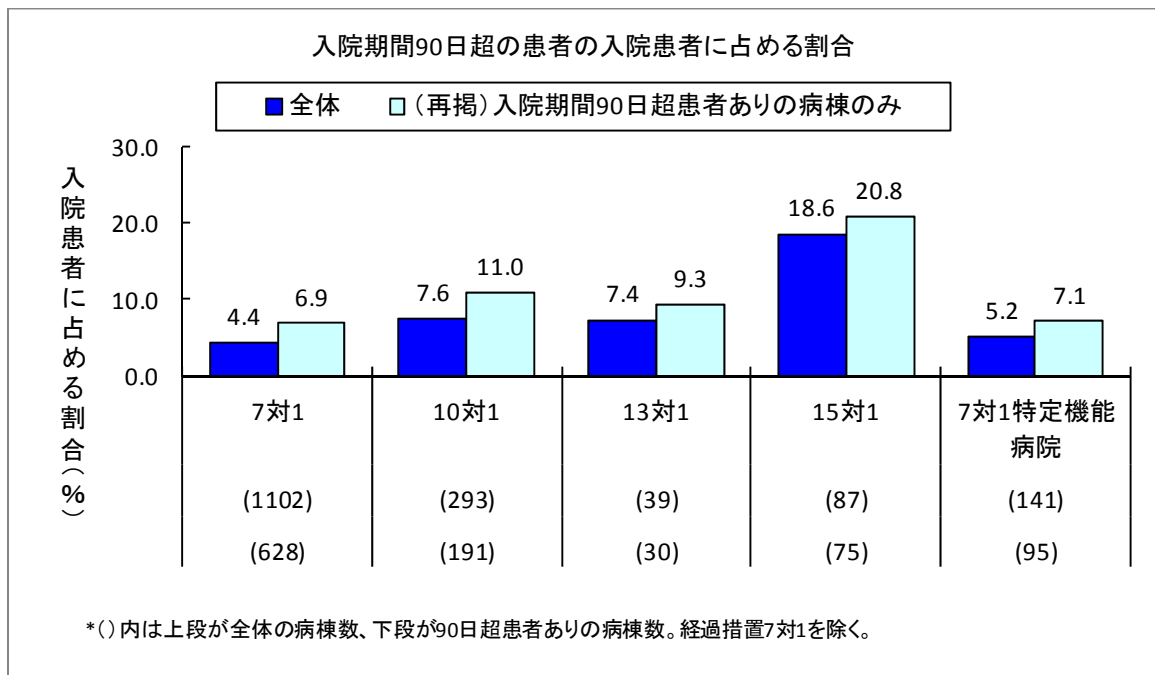
図 3.2.2 特定除外患者割合別病棟構成比





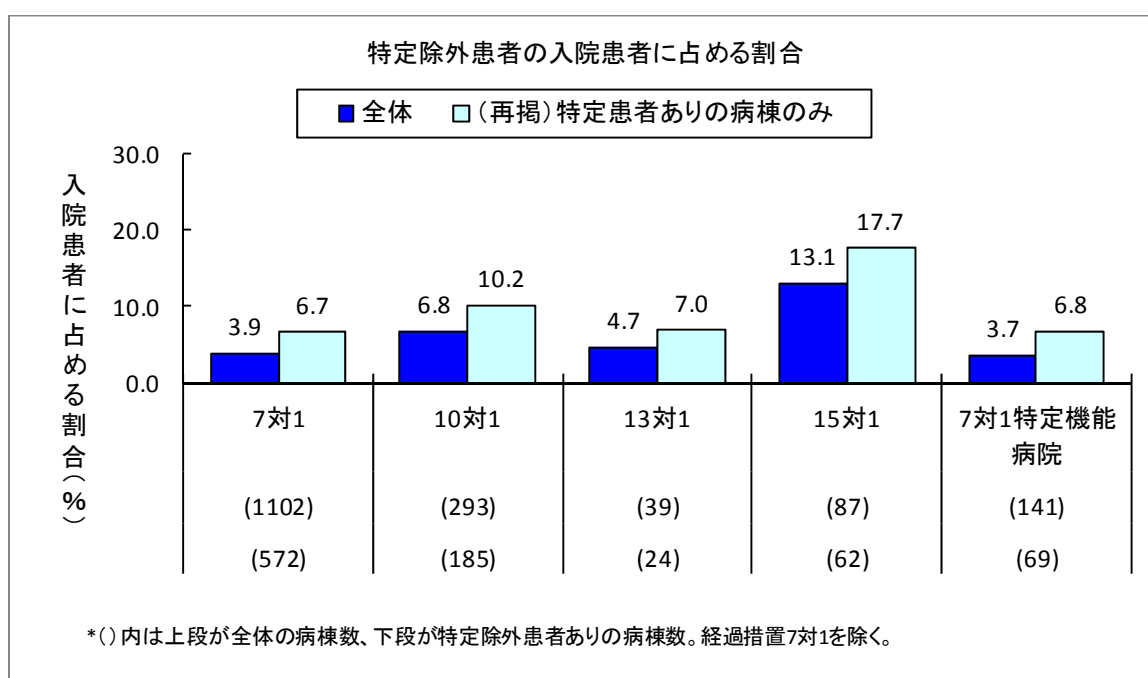
入院患者のうち入院期間90日超の患者の割合は7対1で4.4%、10対1で7.6%であった。90日超患者がいる病棟に限ってみると、その割合は7対1で6.9%、10対1で11.0%であった（図 3.2.3）。

図 3.2.3 入院期間90日超の患者の入院患者に占める割合



入院患者のうち特定除外患者の割合は7対1で3.9%、10対1で6.8%であった。特定除外患者がいる病棟に限ってみると、その割合は7対1で6.7%、10対1で10.2%であった（図 3.2.4）。

図 3.2.4 特定除外患者の入院患者に占める割合



入院患者に占める入院期間 90 日超の患者割合は 7 対 1 で 4.4%、10 対 1 で 7.6%であった。特定除外患者の割合は 7 対 1 で 3.9%、10 対 1 で 6.8%であった（図 3.2.5）。

入院期間 90 日超の患者ありの病棟に限ってみると、90 日超患者の割合は 7 対 1 で 6.9%、10 対 1 で 11.0%であった。

特定除外患者ありの病棟に限ってみると、特定除外患者の割合は 7 対 1 で 6.7%、10 対 1 で 10.2%であった（図 3.2.6）。

なお、7 対 1、10 対 1 は入院期間 90 日超の患者割合と特定除外患者の割合に差がないことから、90 日超の患者の多くが特定除外患者になっていることがうかがえる。一方、13 対 1、15 対 1 では、90 日超の患者に比べて特定除外患者の割合が低かった（図 3.2.5, 図 3.2.6）

表 3.2.1 厚生労働省調査と今回調査の比較

		病棟数	患者数(人)					
			全体	入院期間90日超		特定除外患者		
				割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	
厚生労働省調査		7対1	—	3,810	223	5.9	142	3.7
		10対1	—	1,727	147	8.5	112	6.5
今回調査	全体	7対1	1,102	40,127	1,762	4.4	1,573	3.9
		10対1	293	10,775	817	7.6	737	6.8
	90日超患者あり の病棟のみ	7対1	628	25,625	1,762	6.9	1,573	6.1
		10対1	191	7,447	817	11.0	737	9.9
	特定除外患者 ありの病棟のみ	7対1	572	23,437	1,650	7.0	1,573	6.7
		10対1	185	7,210	806	11.2	737	10.2

\*今回調査には経過措置7対1、特定機能病院7対1を含まない

\*厚生労働省調査：2013年5月16日、中医協入院医療等の調査・評価分科会資料

図 3.2.5 入院期間 90 日超および特定除外患者の入院患者に占める割合（全体）

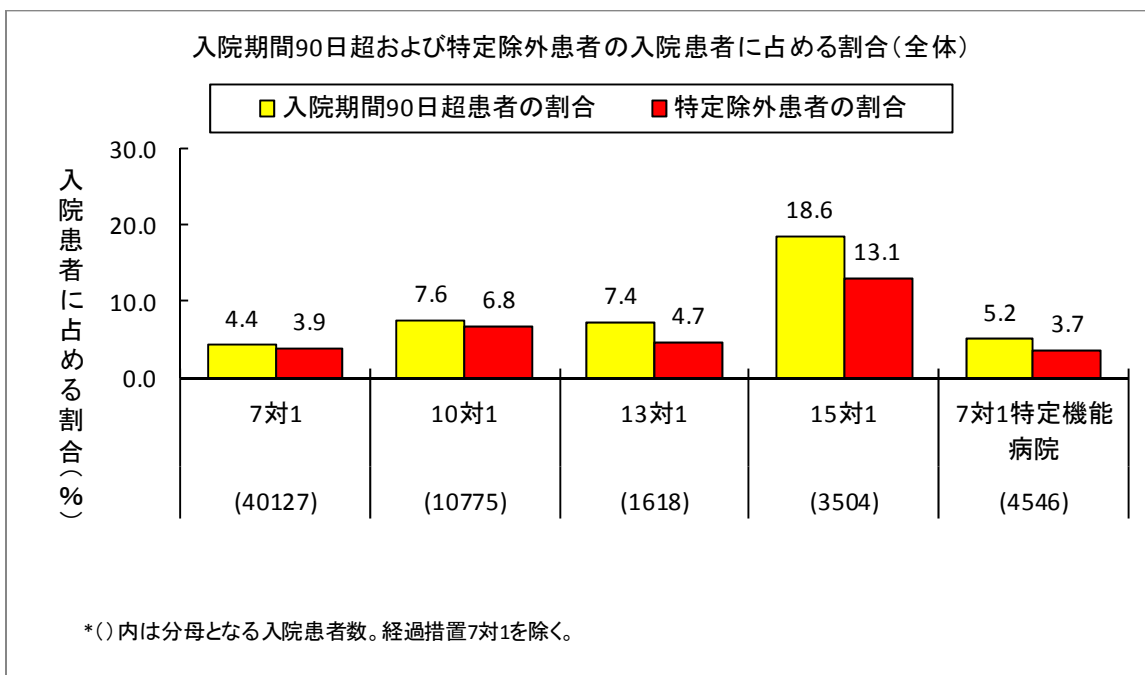
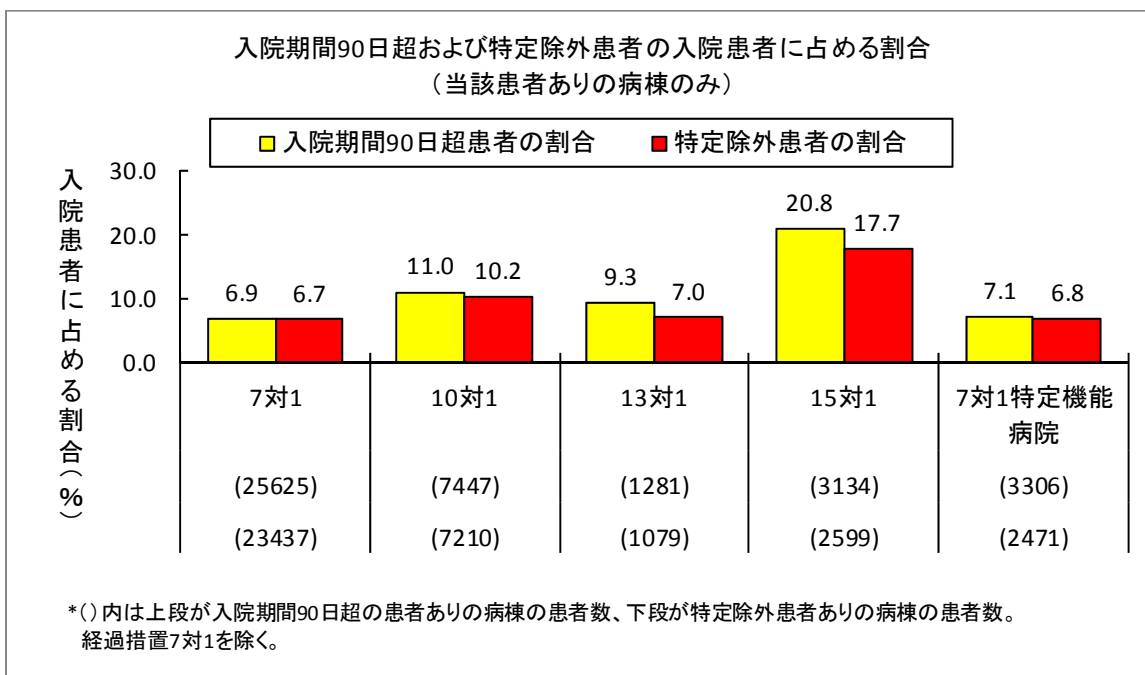


図 3.2.6 入院期間 90 日超および特定除外患者の入院患者に占める割合  
(当該患者ありの病棟のみ)



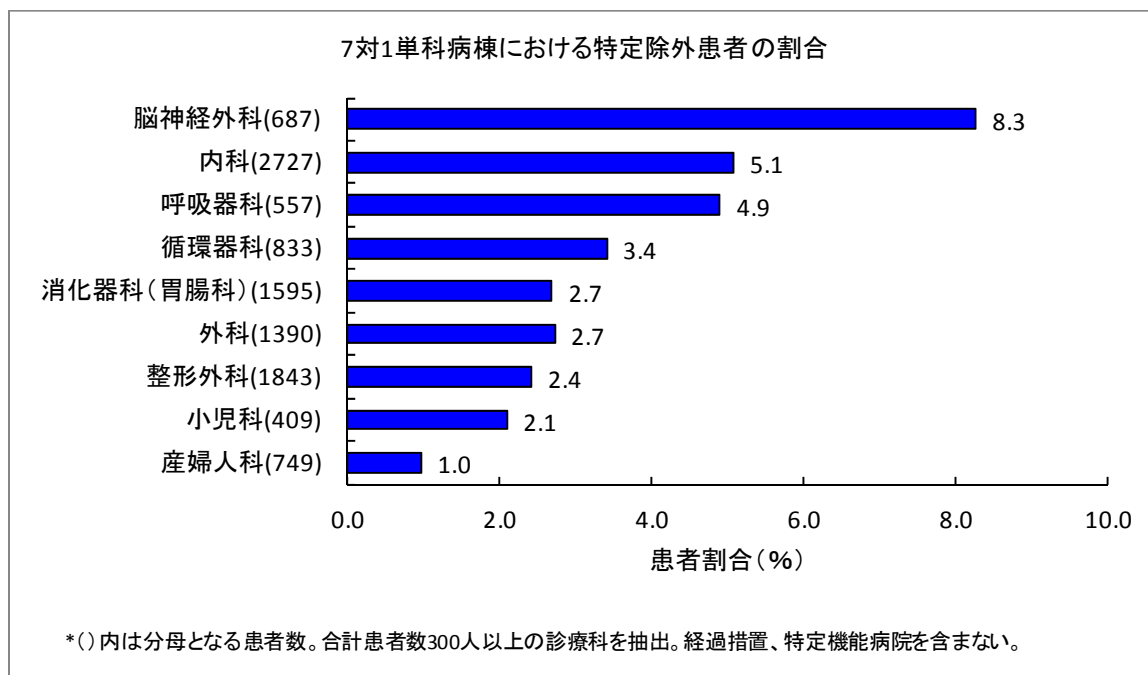
## 診療科別

特定除外患者の割合は、脳神経外科 8.3%、内科 5.1%、呼吸器科 4.9%などであった（図 3.2.7）。もともと平均在院日数は傷病によってかなり異なるので（図 3.2.8）、その違いを反映しているものと推察される<sup>5</sup>。また、自由記述欄において、神経内科、神経難病、重症循環器・呼吸器、重症心身障害児者等について、特定除外制度の見直しにより大きな影響を受ける懸念があるとの意見があった。

## 13 対 1・15 対 1 の現状

現在、13 対 1 および 15 対 1 の入院期間 90 日超の患者は、① 平均在院日数の算定の対象として 13 対 1 または 15 対 1 の入院基本料を算定するか、② 平均在院日数の算定の対象外として療養病棟入院基本料 1 の例により算定することになっている。平均在院日数の算定の対象とされている患者のほうが多く、13 対 1 では 63.9%、15 対 1 では 73.6%であった（図 3.2.9）。

図 3.2.7 7 対 1 単科病棟における特定除外患者の割合



<sup>5</sup> 厚生労働省「患者調査」の平均在院日数は調査対象期間中に退院した患者の在院日数の平均であり、診療報酬上の平均在院日数（当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数 / (直近3か月間の新入棟患者数 + 直近3か月間の新退棟患者数) ÷ 2）とは異なる。

図 3.2.8 傷病分類別にみた退院患者の平均在院日数（全国，病院・診療所）

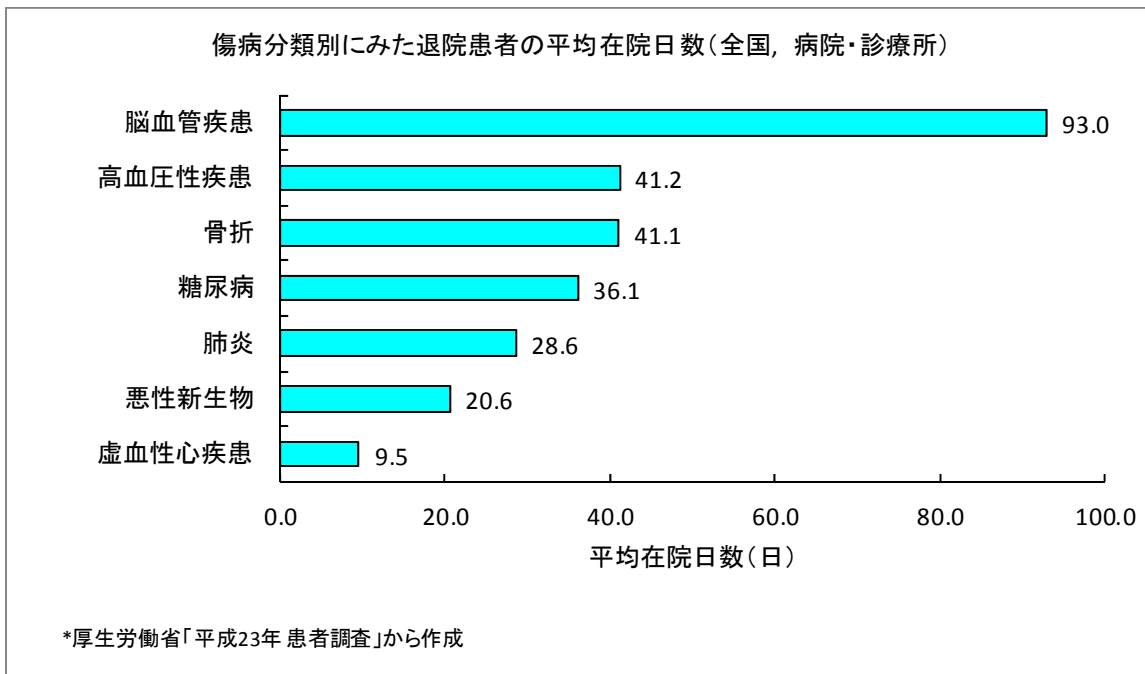
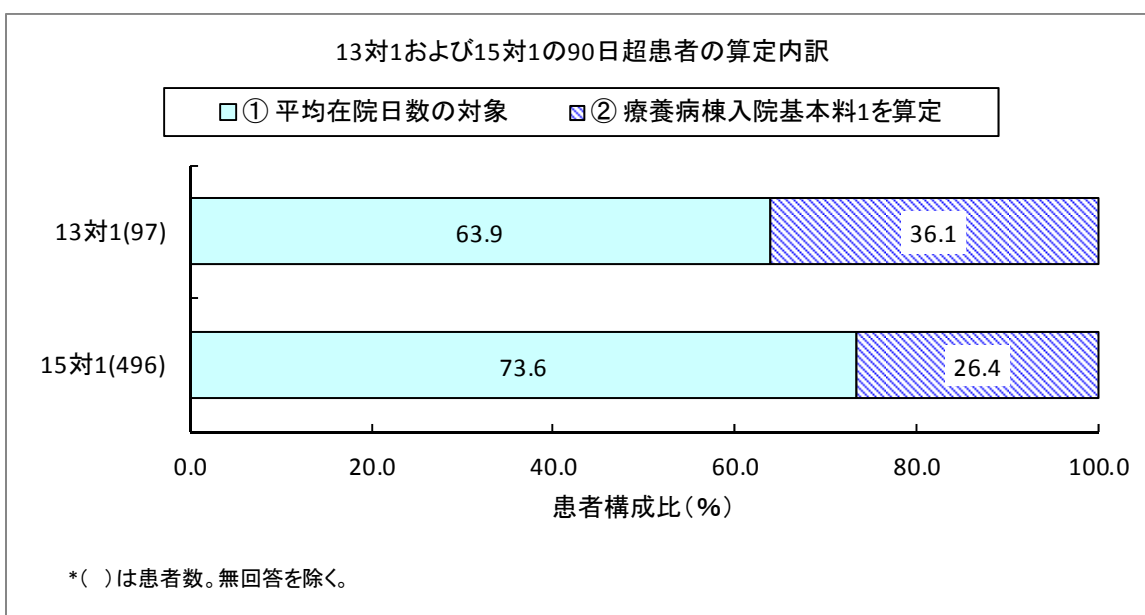


図 3.2.9 13対1および15対1の90日超患者の算定内訳



### 3.2.2. 平均在院日数

今回の調査では、平均在院日数は7対1で特定除外患者を除く場合13.8日、特定除外患者を含む場合14.6日、10対1で特定除外患者を除く場合16.5日、特定除外患者を含む場合19.8日であった（図 3.2.10）。

特定除外患者ありの病棟に限ってみると、7対1で特定除外患者を除く場合14.2日、特定除外患者を含む場合15.6日（差1.4日）、10対1で特定除外患者を除く場合17.3日、特定除外患者を含む場合22.1日（差4.8日）であった（図 3.2.11）。

厚生労働省は特定除外患者を含んだ場合の入院期間（診療報酬上の平均在院日数とは異なる）を試算しており、現行の特定除外患者を除く場合と比べると、入院期間が7対1では1.5日、10対1では3.2日延びるとしている。

今回の調査によれば、特定除外患者を含んだ場合の平均在院日数の延びは、特定除外患者がまったくいない病棟も含めた全体の平均では7対1で0.9日、10対1で3.3日である。しかし、特定除外患者がいる病棟のみに限ると7対1で1.4日、10対1で4.8日の延びであった（表 3.2.2）。

表 3.2.2 厚生労働省調査との比較

厚生労働省調査：入院日から調査日までの入院期間

		対象患者数		入院期間(日)		
		除特定除外	含特定除外	除特定除外	含特定除外	差
全体	7対1	1,799	1,826	21.0	22.5	1.5
	10対1	745	763	22.0	25.2	3.2

\*厚生労働省調査：2013年5月16日、中医協入院医療等の調査・評価分科会資料

今回調査：平均在院日数

当該病棟における直近3か月の在院患者延日数／(直近3か月の新入棟患者数 + 直近3か月間の新退棟患者数) ÷ 2

		病棟数	平均在院日数(日)		
			除特定除外	含特定除外	差
全体	7対1	1,111	13.8	14.6	0.9
	10対1	284	16.5	19.8	3.3
(再掲)特定除外患者ありの病棟のみ	7対1	679	14.2	15.6	1.4
	10対1	194	17.3	22.1	4.8

図 3.2.10 平均在院日数（全体）

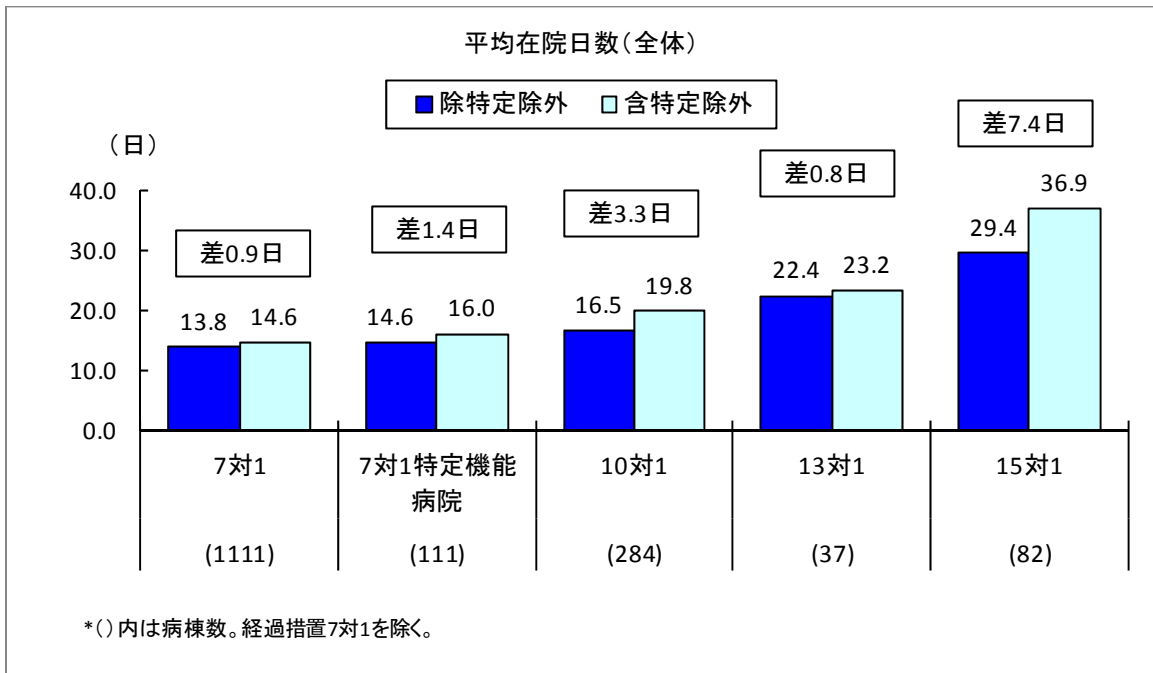
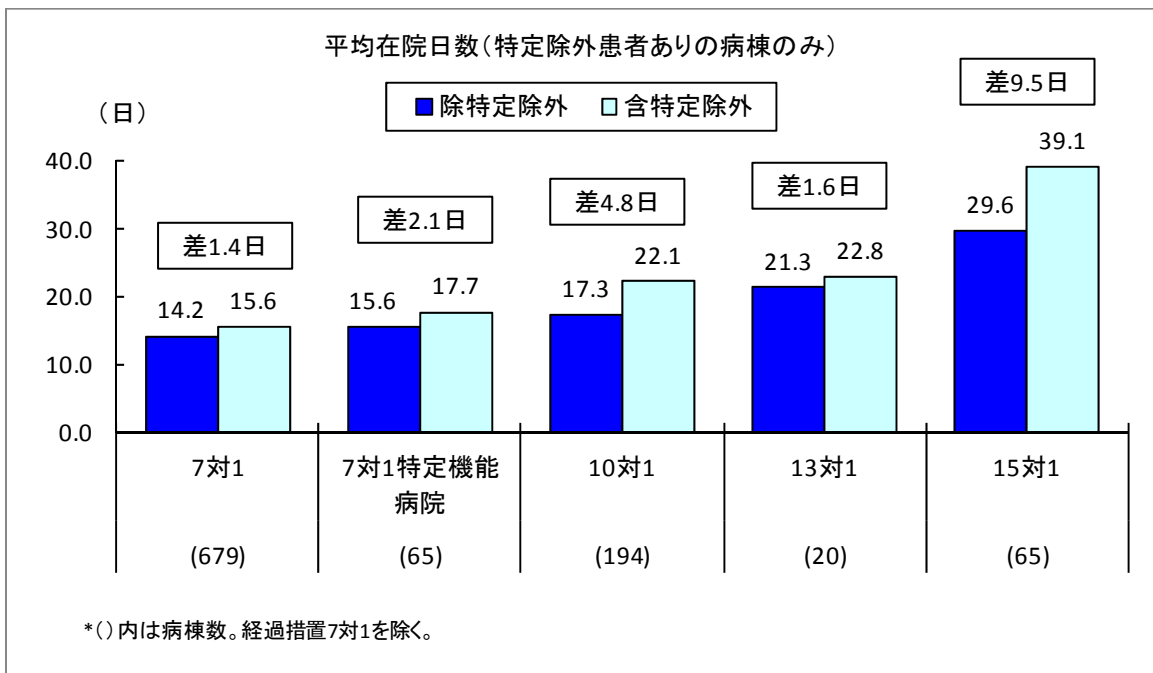


図 3.2.11 平均在院日数（特定除外患者ありの病棟のみ）





### 特定除外制度が見直された場合に影響がある病院

現在、特定除外患者が入院している病棟がある病院を施設ごとに名寄せして、特定除外制度が廃止された場合に、平均在院日数要件を満たすことができない病院がどのくらいあるかを粗く集計した。

特定除外患者を平均在院日数要件に含めて算定することになった場合、算定要件を満たすことができない病院は7対1では14.8%、10対1では18.4%であった（表 3.2.3）。

表 3.2.3 特定除外患者を平均在院日数に含めた場合の影響  
(特定除外患者ありの病院)

	平均 在院日数 (日)	施設数		
		現行算定式	特定除外患者を含む計算	
				割合(%)
7対1	18日以内	135	115	85.2
	18日超		20	14.8
10対1	21日以内	125	102	81.6
	21日超		23	18.4

\*7対1には経過措置、特定機能病院を含まない。それぞれ現行算定式による平均在院日数が要件を満たす病院。

### 3.3. 特定除外患者の特徴

#### 3.3.1. 特定除外理由

特定除外の理由としてもっとも多いのは、7対1では「リハビリテーションを実施している状態」（以下、リハビリテーション実施中）、10対1では「重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等」（以下、重度障害・重度意識障害・難病等）であった（表3.3.1）。また厚生労働省調査では10対1の特定除外理由として「人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態」（以下、人工透析）が多かった。厚生労働省調査は客体数が少ないことにも留意する必要がある。

表 3.3.1 特定除外患者の内訳（厚生労働省調査との比較）

特定除外該当状況	7対1		10対1	
	今回	厚労省	今回	厚労省
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	3.5	2.8	3.4	2.7
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	1.0	0.0	0.3	2.7
3 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	11.5	4.9	22.0	8.9
4 悪性新生物に対する治療を実施している患者	14.8	26.1	5.0	14.3
5 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者	0.1	0.0	0.0	0.0
6 リハビリテーションを実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る）	32.7	31.7	20.6	17.9
7 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者	2.6	2.8	0.8	2.7
8 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	5.9	9.2	5.8	5.4
9 人工呼吸器を使用している状態	6.0	7.7	7.2	5.4
10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	8.8	4.2	15.5	32.1
11 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術日から30日間に限る）	1.0	2.8	0.0	0.0
12 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	6.0	6.3	6.6	5.4
未記入	2.6	1.4	7.9	2.7
理由を複数記入	3.4	—	4.9	—
全体	100.0	100.0	100.0	100.0
対象患者数	1,674	142	737	112

\*今回調査の7対1には、経過措置、特定機能病院を含まない。

\*厚生労働省調査：2013年5月16日、中医協入院医療等の調査・評価分科会資料

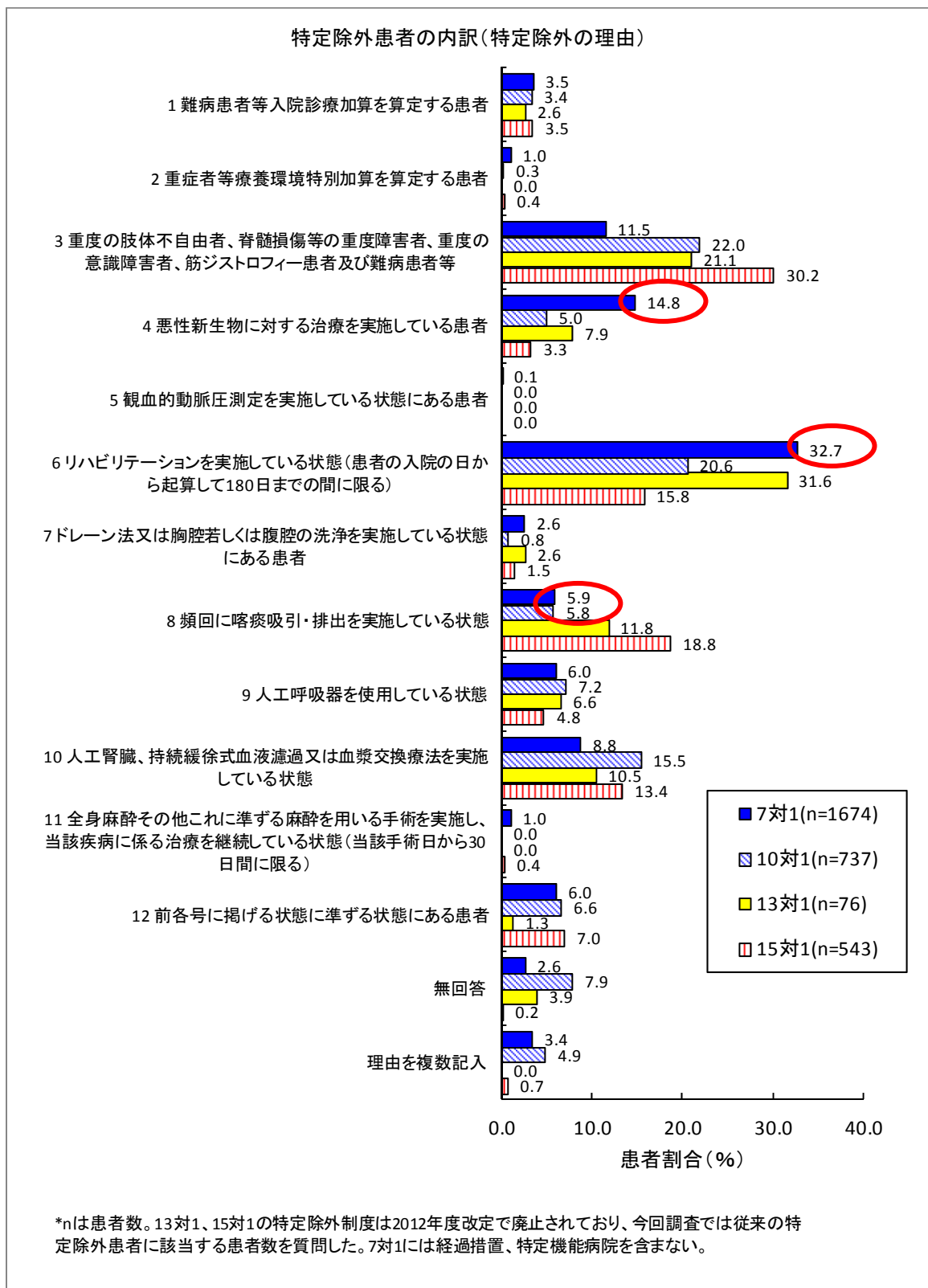
今回の調査では、すでに特定除外制度が廃止されている 13 対 1、15 対 1 についても、従来の基準で特定除外患者数とその理由を記入していただいた。

7 対 1 は「悪性新生物に対する治療を実施している患者」（以下、悪性新生物治療中）、リハビリテーション実施中の患者が多い。

10 対 1 は重度障害・重度意識障害・難病等、リハビリテーション実施中の患者が多い。また厚生労働省調査ほどには多くないが、人工透析の患者もやや多い。

また 7 対 1、10 対 1 は、13 対 1、15 対 1 に比べて、「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」の患者が少なかった（図 3.3.1）。

図 3.3.1 特定除外患者の内訳（特定除外の理由）

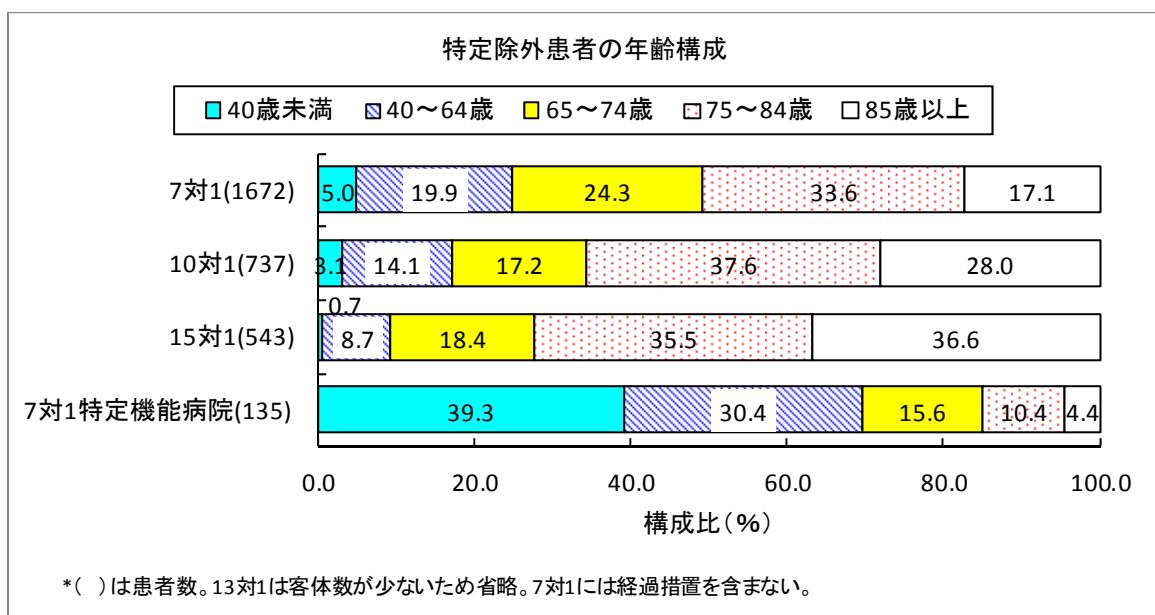


### 3.3.2. 患者の病態

#### 特定除外患者の年齢

看護配置基準が高いほど若年者の割合が高く、64歳以下は7対1で24.9%、10対1で17.2%、15対1で9.4%であった。7対1特定機能病院では、64歳以下が約7割であった（図 3.3.2）。

図 3.3.2 特定除外患者の年齢構成



#### 特定除外患者の主傷病

主傷病については、7対1、10対1では、15対1に比べると新生物の患者が多かった。また10対1は他と比べて腎不全の患者が多かった（図 3.3.3）。

主傷病が新生物である特定除外患者のうち、7対1、10対1ともに悪性リンパ腫、白血病の患者が比較的多かった（図 3.3.4）。

図 3.3.3 特定除外患者の主傷病

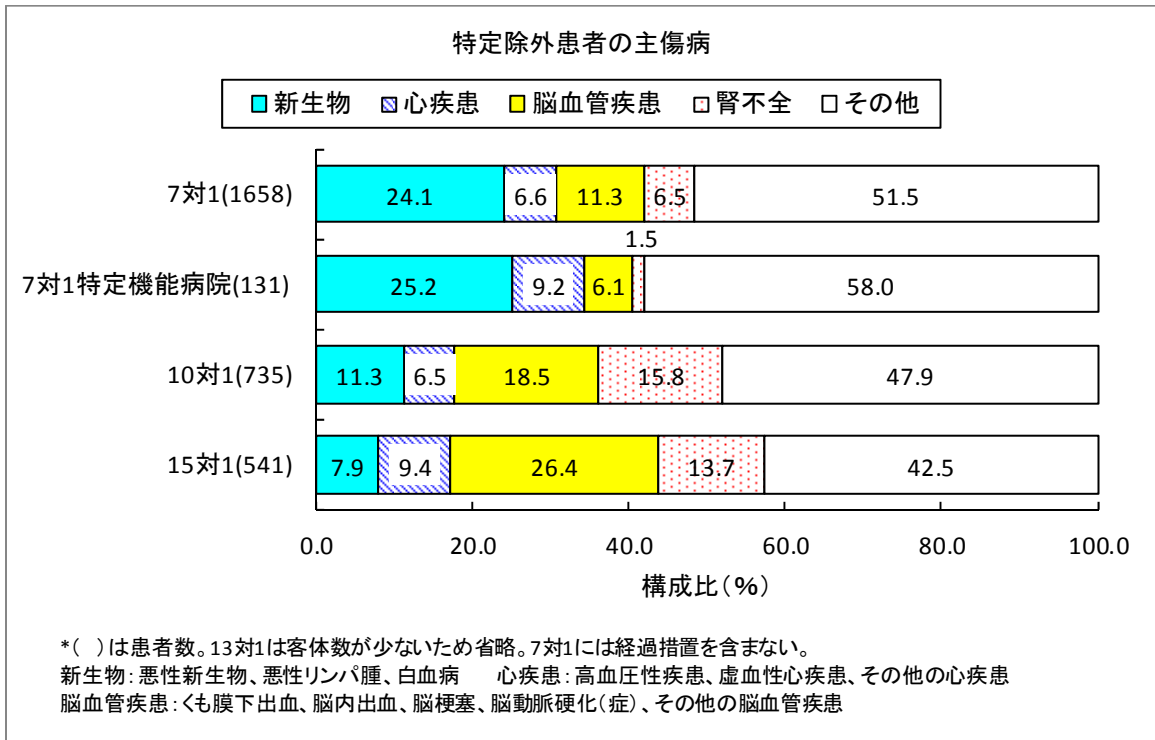
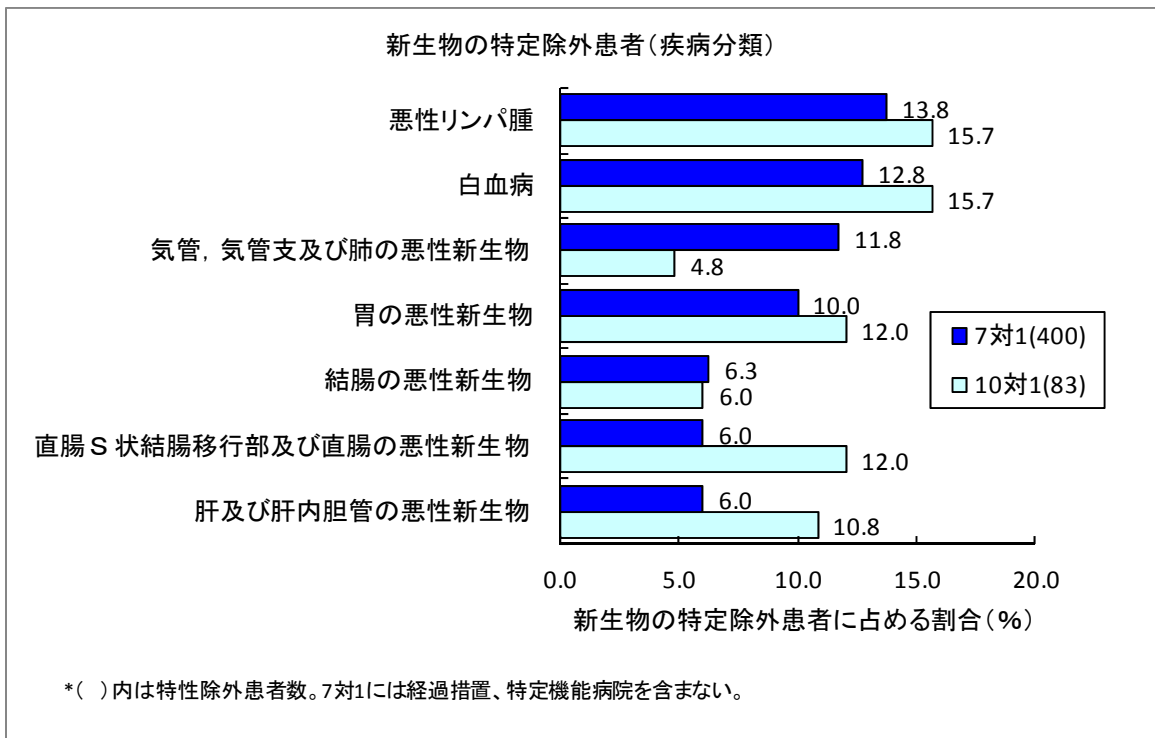
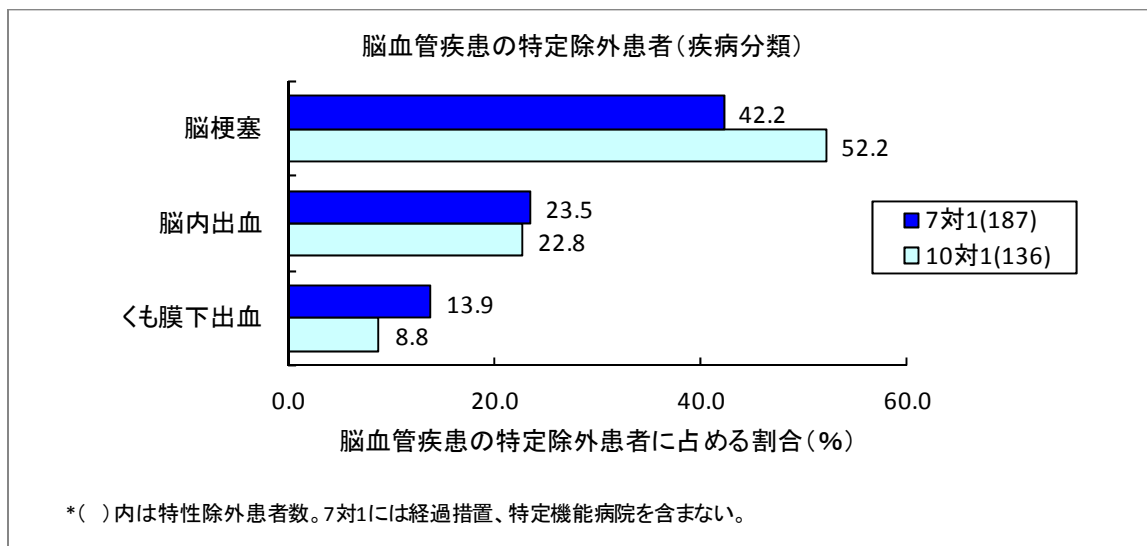


図 3.3.4 新生物の特定除外患者 (疾病分類)



主傷病が脳血管疾患である患者のうち、7対1、10対1ともに脳梗塞の患者が多かった（図 3.3.5）。

図 3.3.5 脳血管疾患の特定除外患者（疾病分類）

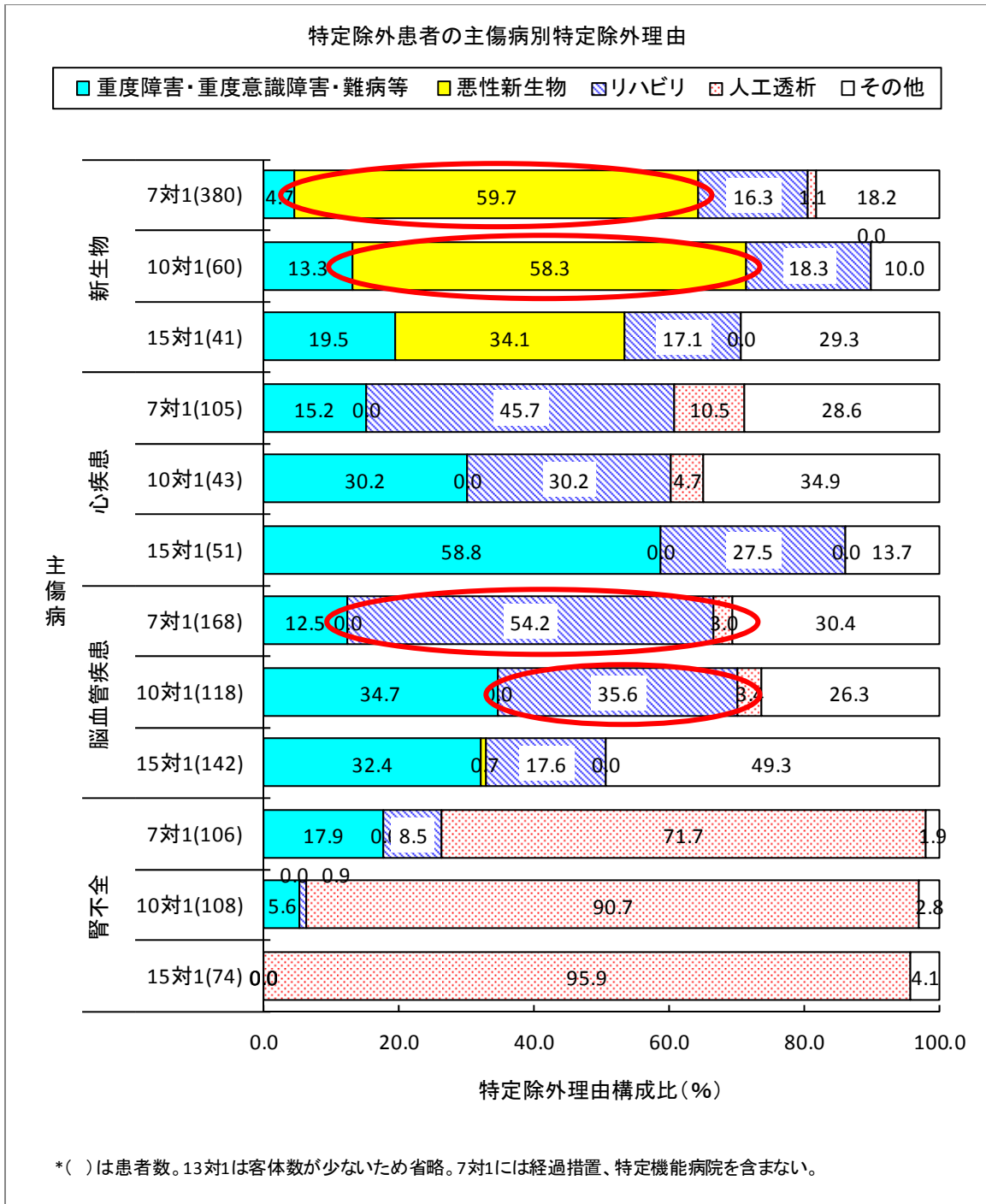


#### 特定除外患者の主傷病と特例除外理由

特定除外患者の主傷病と特定除外理由の関係を示した（図 3.3.6）。

- ・ 新生物：7対1、10対1では特定除外理由の約6割が悪性新生物治療中である。15対1では他と比べると重度障害・重度意識障害・難病等の割合が高い。
- ・ 心疾患、脳血管疾患：7対1、10対1は特定除外理由がリハビリテーション実施中である患者の割合が高い。
- ・ 腎不全：15対1では特定除外理由のほとんどが人工透析実施中であるが、7対1、10対1では重度障害・重度意識障害・難病等という理由も見られる。

図 3.3.6 特定除外患者の主傷病別特定除外理由



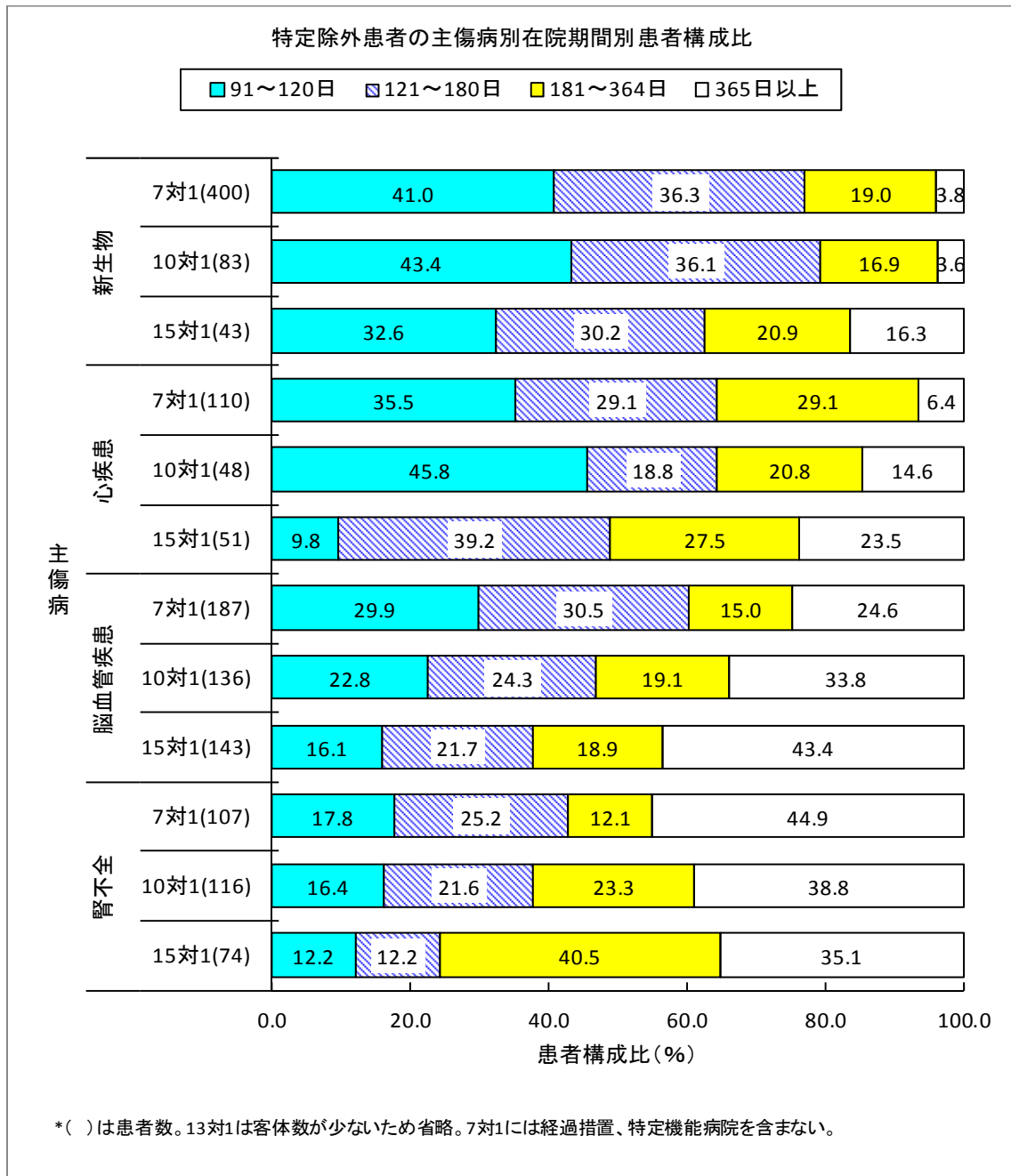


### 特定除外患者の主傷病と在院期間

特定除外患者の主傷病と 90 日超の在院期間の関係を示した (図 3.3.7)。

- ・ 新生物：主傷病が新生物の場合では在院期間に大きな差は見られなかった。
- ・ 心疾患：入院期間 91～120 日の患者が 7 対 1 で 35.5%、10 対 1 で 45.8% であり、15 対 1 に比べると 90 日を超えた後の在院期間が比較的短い患者の割合が高い。
- ・ 脳血管疾患：看護配置基準が高いほど 90 日を超えた後の在院期間が短い患者の割合が多い。前述のように脳血管疾患は、7 対 1、10 対 1 では特定除外理由としてリハビリテーション実施中の割合が高く、15 対 1 に比べ、リハビリテーションを経て比較的早期に退院、退棟する患者もあるものと推察される。

図 3.3.7 特定除外患者の主傷病別在院期間別患者構成比



## 患者の状態（退院可能性など）

特定患者の退院可能性などについては、「当該病棟での治療が必要」が7対1で6割近く、10対1で約6割あり、15対1に比べて多かった（図 3.3.8）。

特に退院見込みの患者を除いて比較すると、7対1、10対1では「当該病院での治療が必要」および「体力的に退院不可能」の合計が8割以上あり、15対1とは明らかな違いがあった（図 3.3.9）。

### <調査票の選択肢>

- ・ 当該病棟での治療が必要：入院中の病棟でないと行えない治療があり、転院（転棟）・退院は不可能（療養病床では治療が困難）
- ・ 体力的に退院不可能：治療は終了していたが、体力的に耐えられないため、転院（転棟）・退院は不可能
- ・ 受入先なし：他院（他療養病床）でも治療可能な状況だったが、受入先がない
- ・ 退院見込み：受入先（自宅を含む）があり、まもなく退院見込み

図 3.3.8 特定除外患者の状態（退院可能性など）

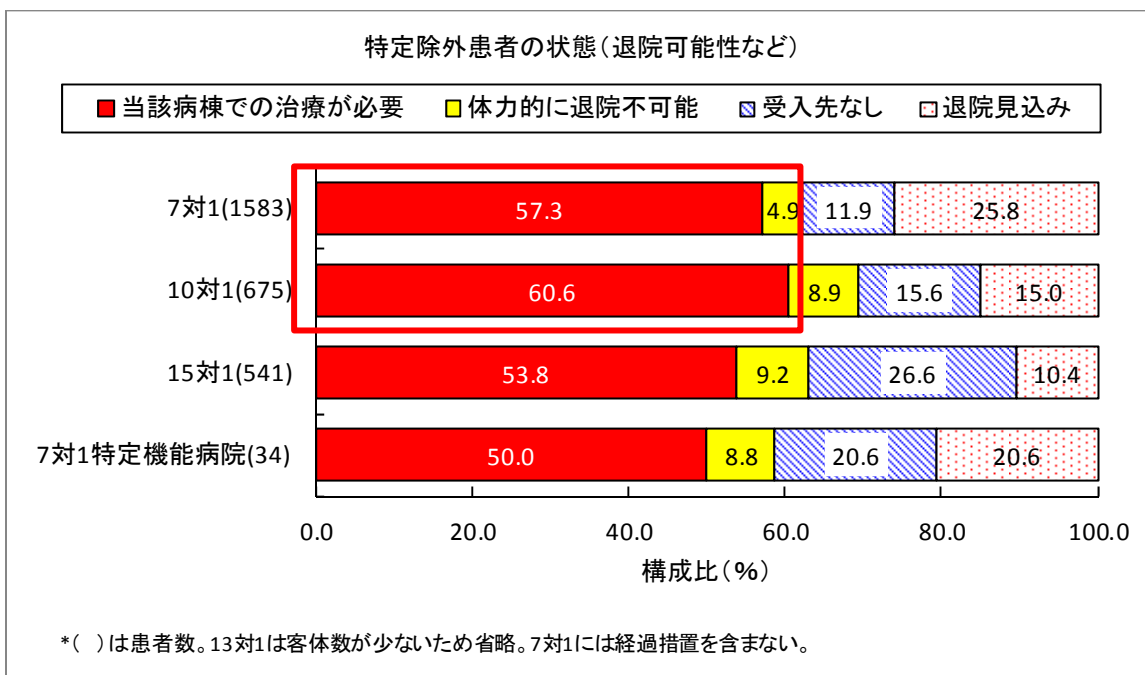
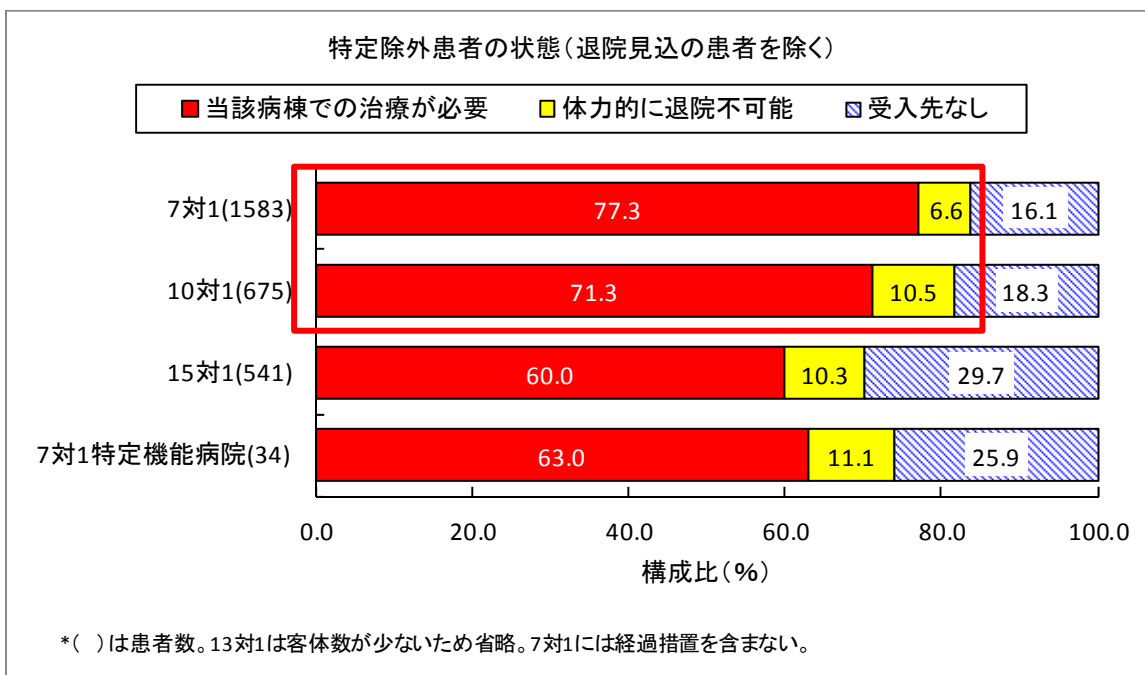


図 3.3.9 特定除外患者の退院可能性（退院見込の患者を除く）

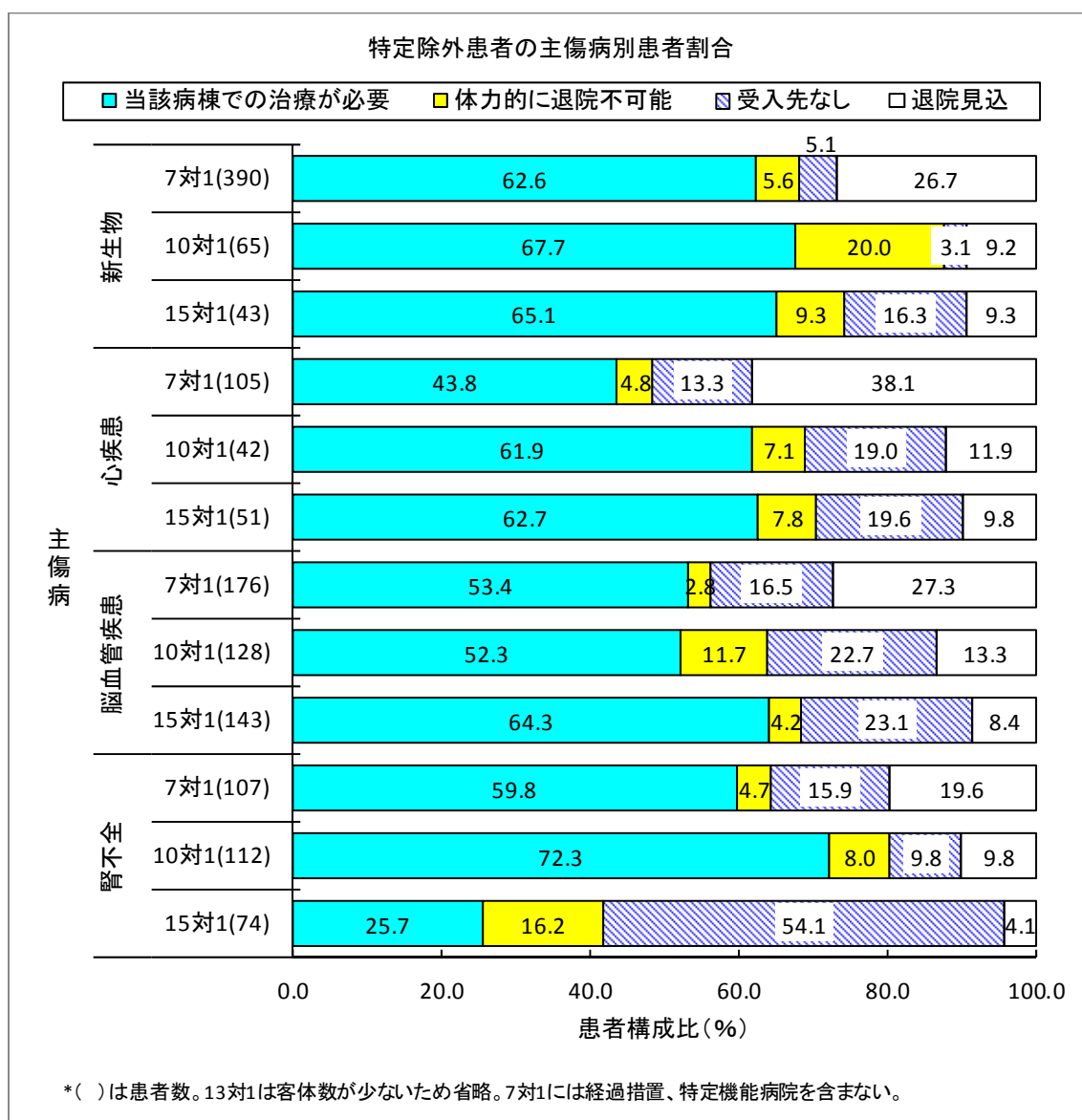


## 特定除外患者の主傷病と患者の状態

特定除外患者の主傷病と患者状態との関係を示した（図 3.3.10）。

- ・ 新生物：当該病棟での治療が必要で退院不可能な患者の割合が高かった。
- ・ 心疾患：7対1でまもなく退院見込みの患者が約4割あった。
- ・ 腎不全：7対1、10対1では治療が必要な患者が多かったが、15対1では「受入先なし」が半数以上であり、受入先の不足が示唆されている。

図 3.3.10 特定除外患者の主傷病別患者割合



特定除外患者に占める認知症患者の割合は、看護配置基準が高いほど低かった（図 3.3.11）。また、認知症ありの患者は、入院期間が長い患者の割合がやや高かった（図 3.3.12）。

図 3.3.11 特定除外患者のうち認知症患者の割合

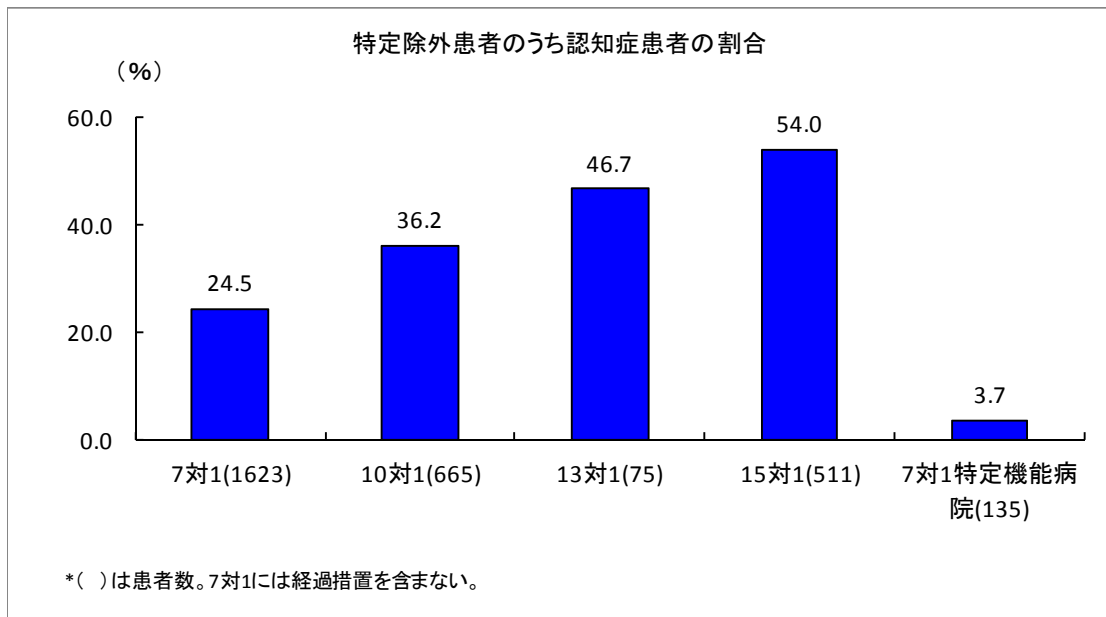
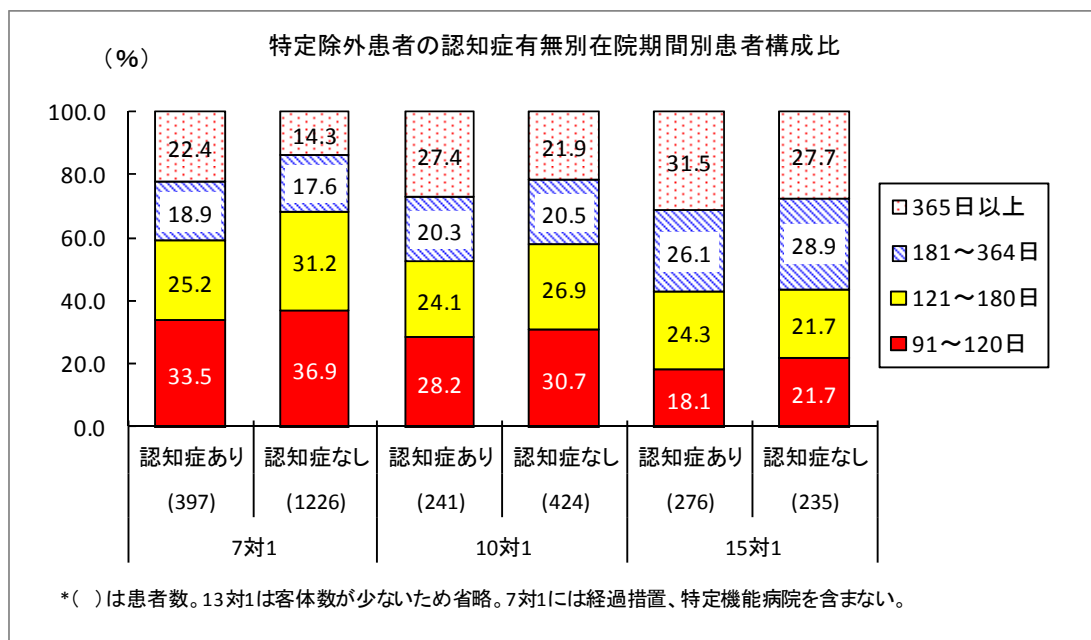
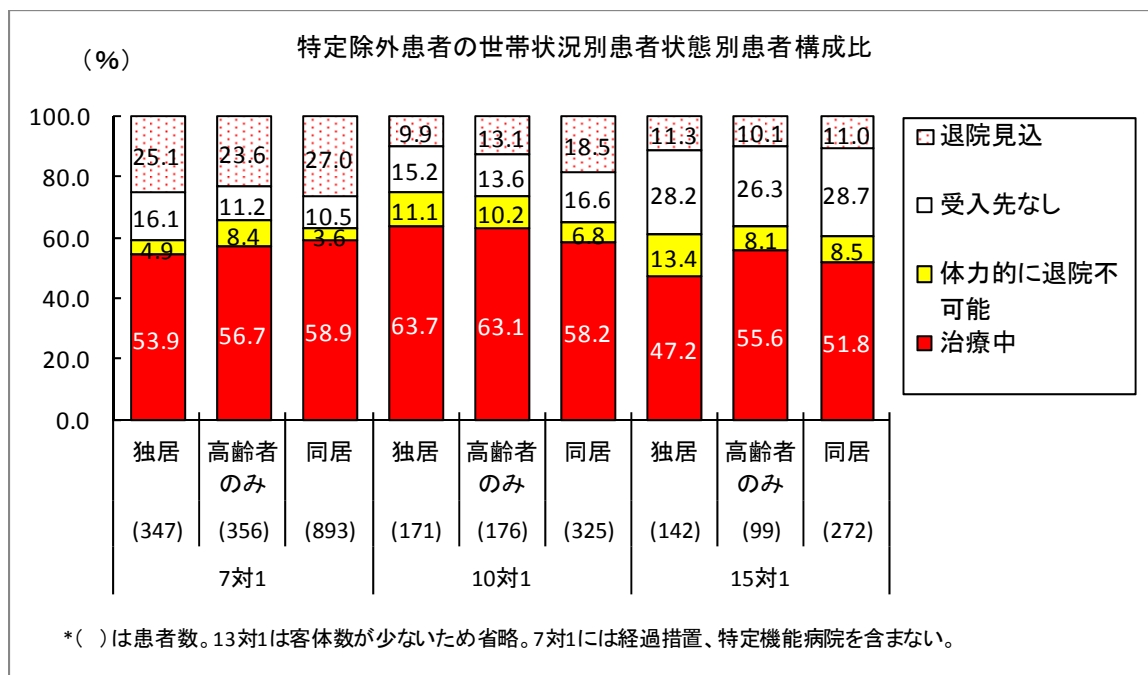


図 3.3.12 特定除外患者の認知症有無別入院期間別患者構成比



独居か高齢者のみの世帯か、その他の世代と同居しているかどうかと、患者の退院見込等との間には関係は見られなかった（図 3.3.13）。

図 3.3.13 特定除外患者の世帯状況別患者状態別患者構成比



### 3.4. 病院の特性と特定除外患者の割合

#### 3.4.1. 受入先・受皿との関係

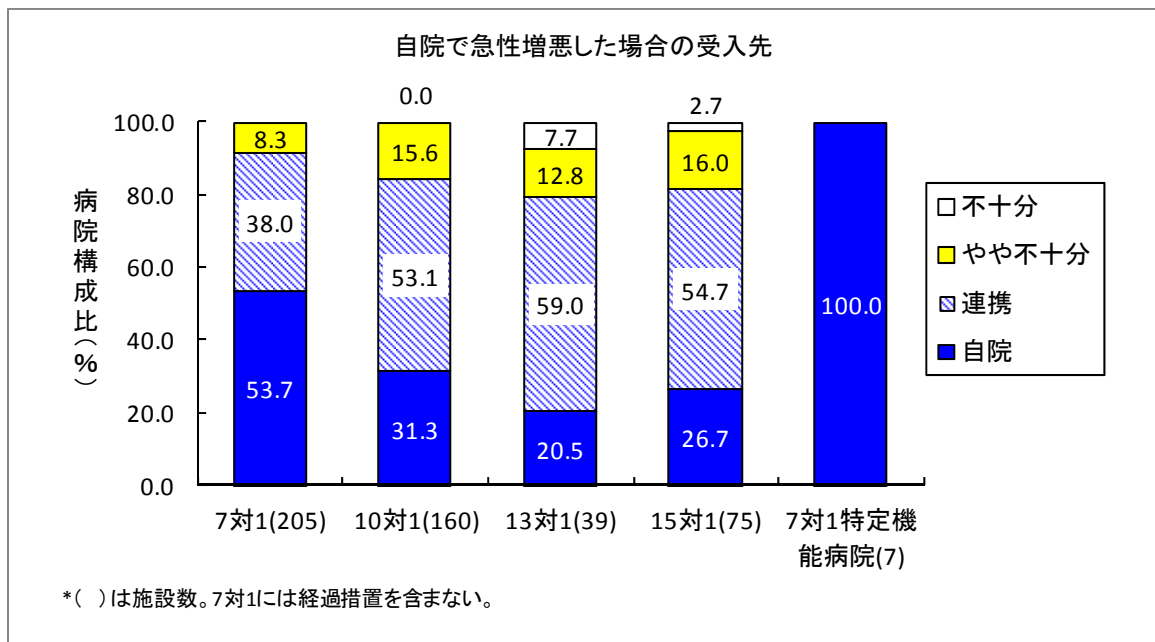
ここでは一般病棟入院基本料を算定する病棟を施設ごとに名寄せして集計している。特定除外患者の割合は施設ごとの単純平均である。また選択肢は図表では次のように要約している。

- ・ 自院：自院で対応
- ・ 連携：他の医療機関等と連携して十分に確保
- ・ やや不十分：他の医療機関等と連携しているがやや不十分
- ・ 不十分：不十分

#### 自院で急性増悪した場合の受入先

急性増悪した場合に自院で対応しているのは、7対1では約5割、10対1では約3割であった（図3.4.1）。

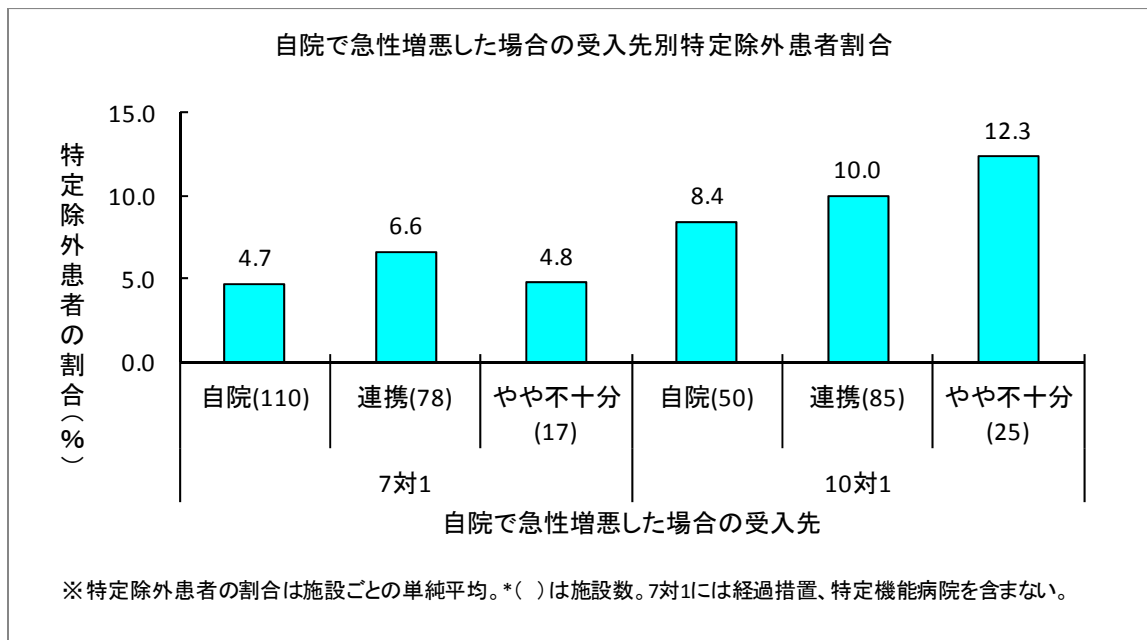
図 3.4.1 自院で急性増悪した場合の受入先





10対1では受入先不十分な病院で特定除外患者の割合が高かった(図 3.4.2)。

図 3.4.2 自院で急性増悪した場合の受入先別特定除外患者割合



### 退院（退棟）の受皿

退院（退棟）の受皿については、7対1では5割近くでやや不十分・不十分という回答であった(図 3.4.3)。退院（退棟）の受皿が不十分である病院は特定除外患者の割合が高かった(図 3.4.4)。

図 3.4.3 退院（退棟）の受皿

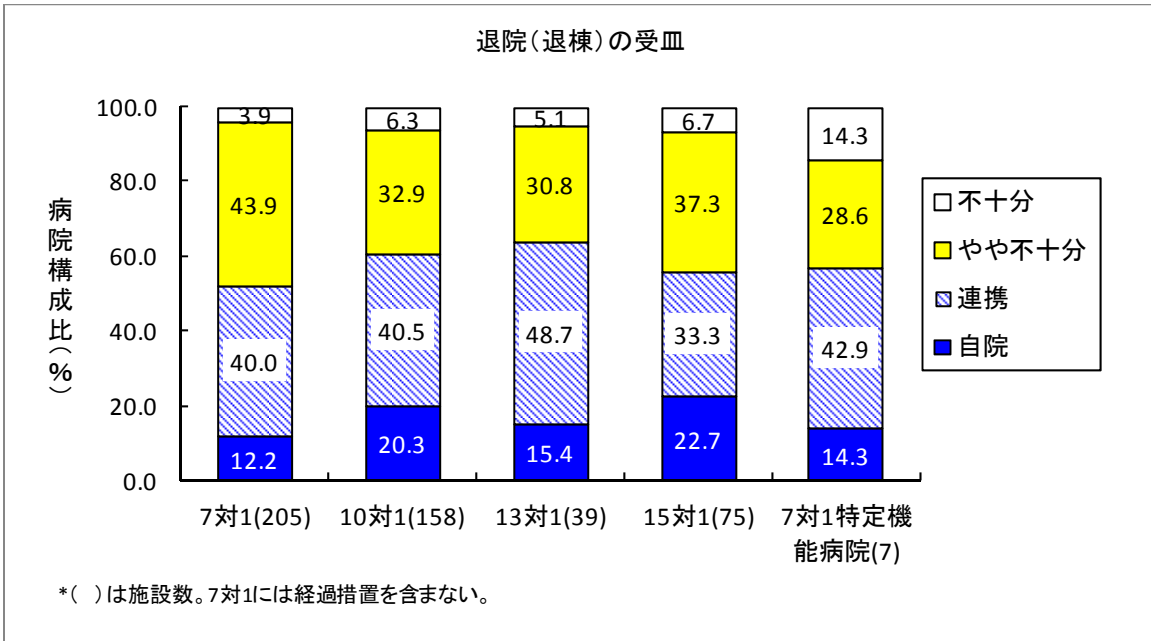
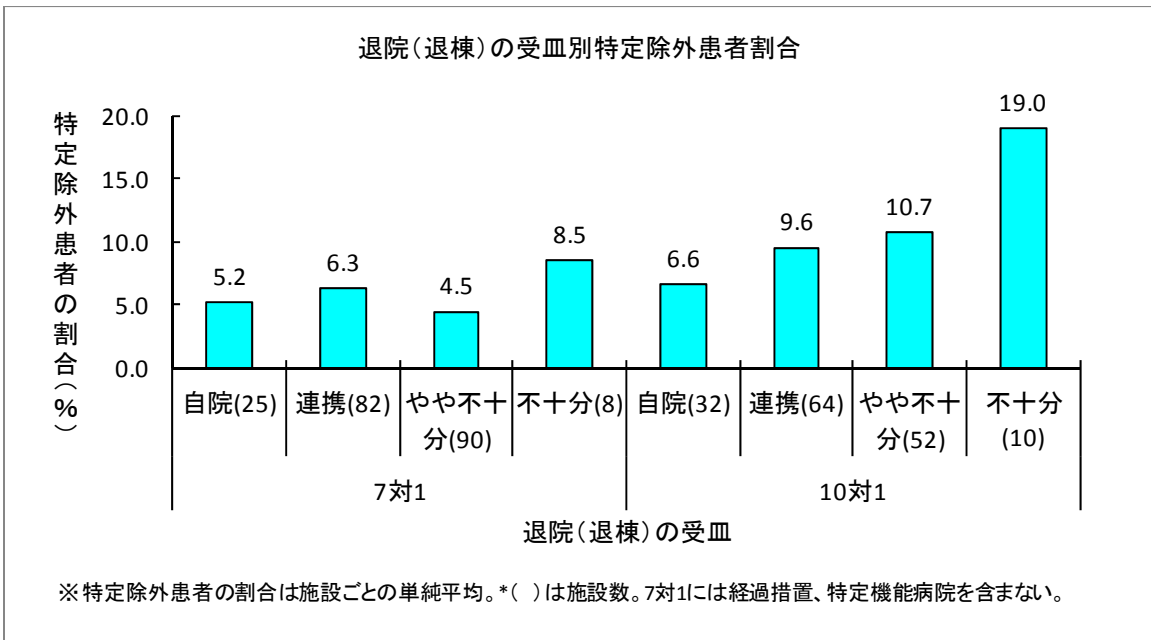


図 3.4.4 退院（退棟）の受皿別特定除外患者割合



### 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等

7 対 1 では在宅医療を自院で担う病院の割合は 10 対 1 以上の半分以下であった（図 3.4.5）。在宅医療を担う医療機関の確保状況と、特定除外患者の割合は 7 対 1、10 対 1 では逆の傾向であった（図 3.4.6）。

### 退院後に急性増悪したときの受皿

7 対 1 では約 8 割、10 対 1 では約 7 割が自院で対応していた（図 3.4.7）。

図 3.4.5 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等

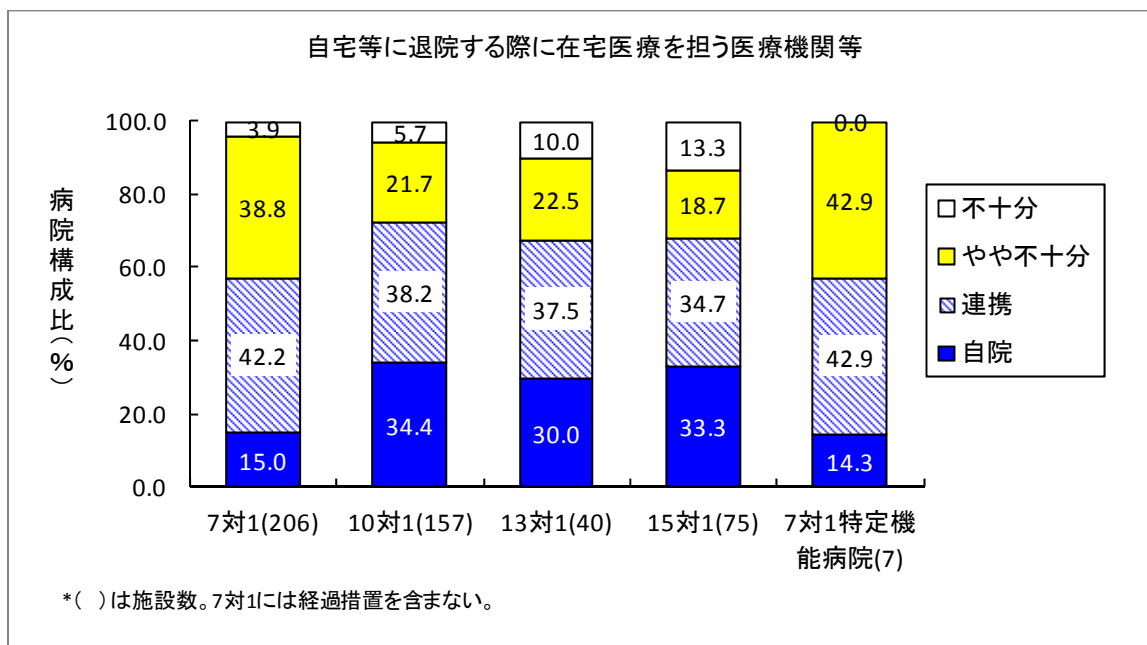


図 3.4.6 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等別特定除外患者割合

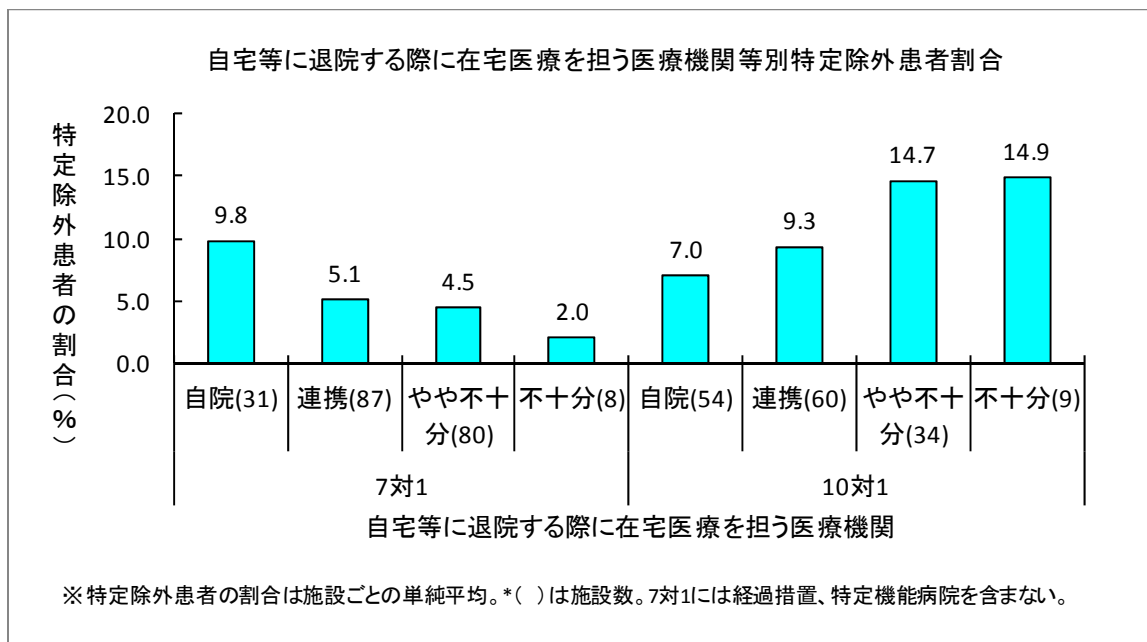
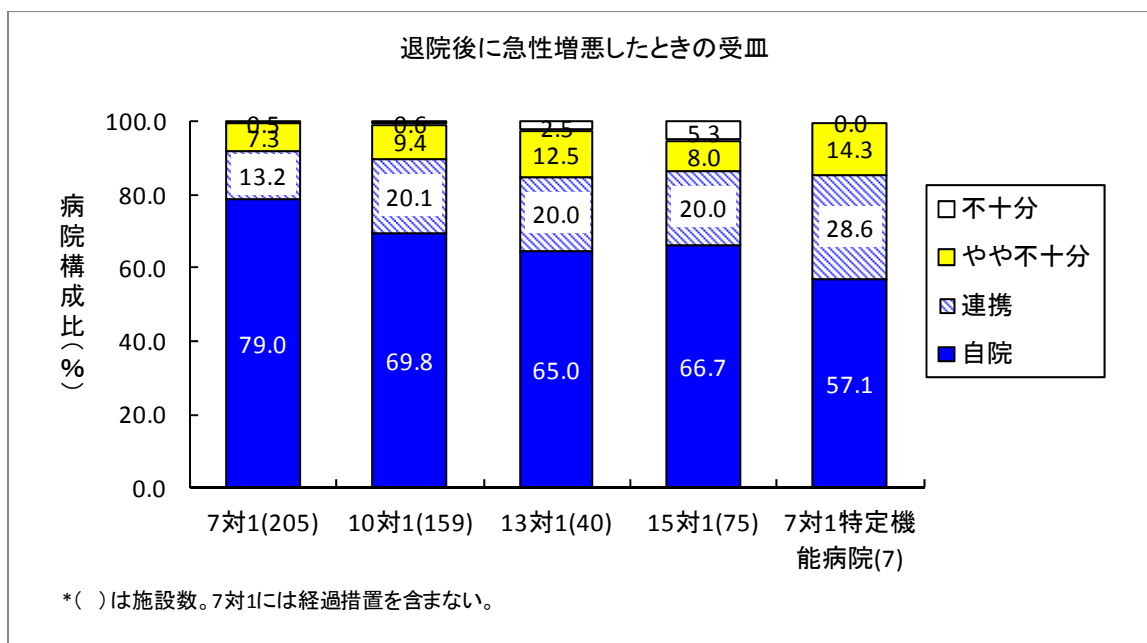
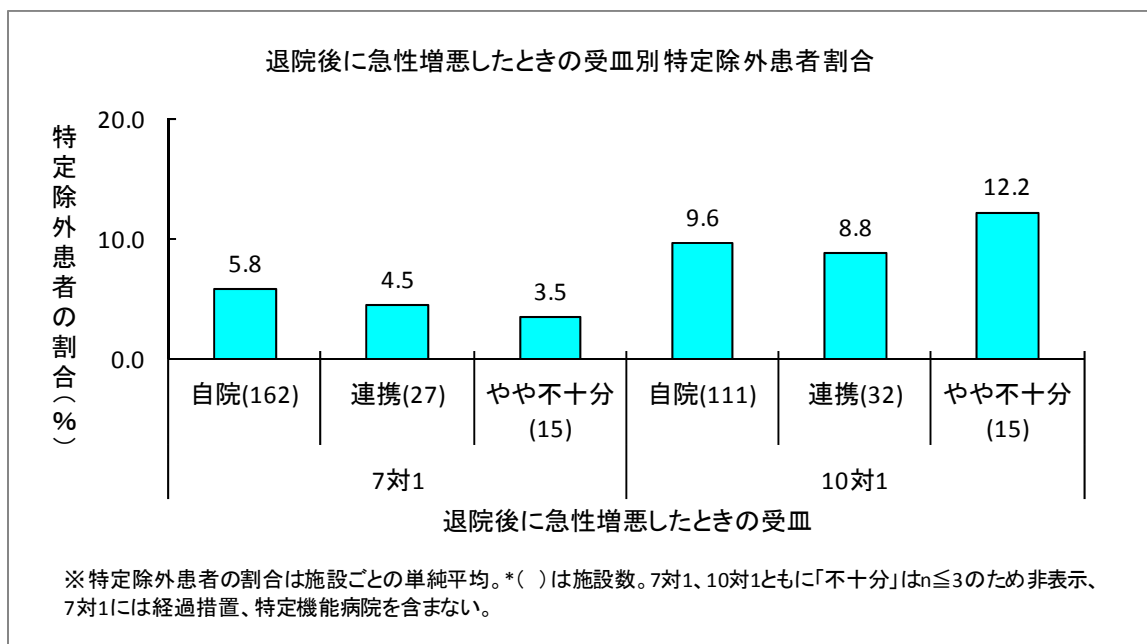


図 3.4.7 退院後に急性増悪したときの受皿



7 対 1 では退院後に急性増悪したときに自院で対応している病院のほうが特定除外患者の割合が若干多かった（図 3.4.8）。

図 3.4.8 退院後に急性増悪したときの受皿別特定除外患者割合



### 3.4.2. 病床規模別・人口規模別

#### 病床規模

7 対 1 では病床規模が小さい病院のほうが特定除外患者の割合が高かった。10 対 1 ではばらつきがあるが、病床規模 300 床以上の客体数はやや少ない（図 3.4.9）。

#### 市区町村の人口

7 対 1、10 対 1 とともに特に人口 3 万人未満の市区町村で特定除外患者の割合が高かった（図 3.4.10）。

※市区町村の人口：原則として市町村の人口。政令指定都市の場合は区の人口。

図 3.4.9 病床規模別特定除外患者割合

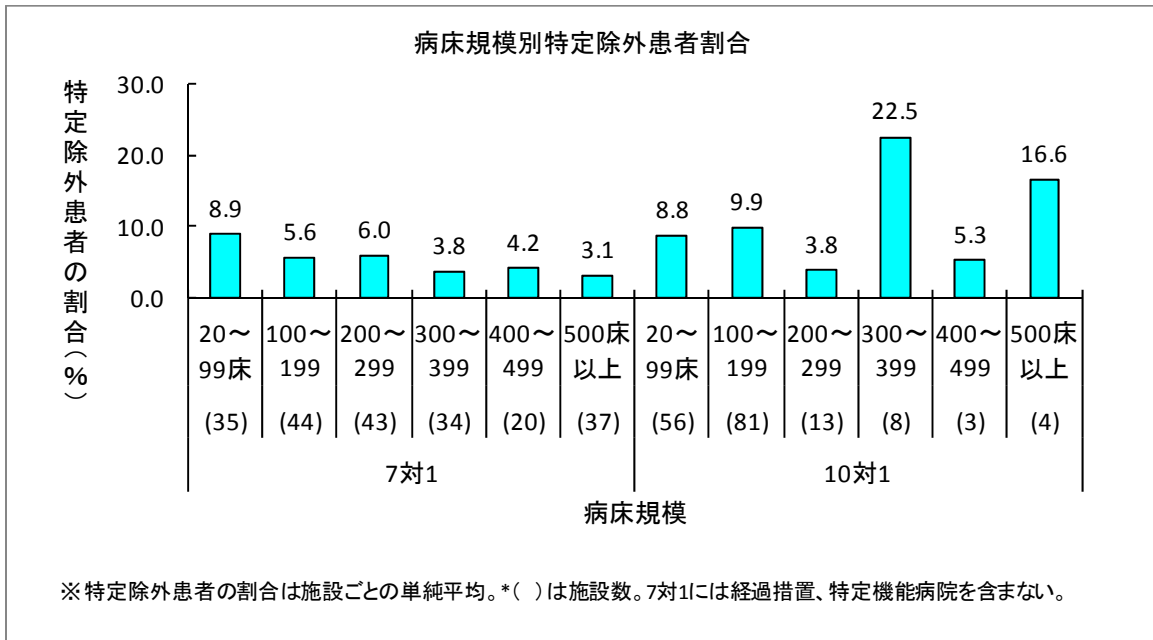
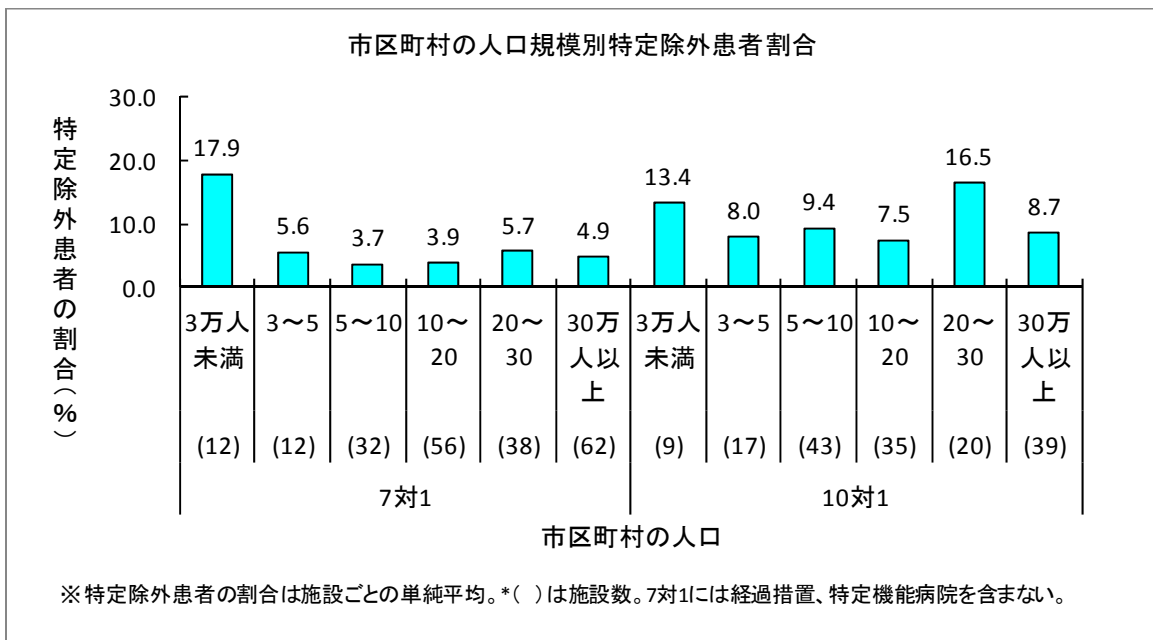


図 3.4.10 市区町村の人口規模別特定除外患者割合

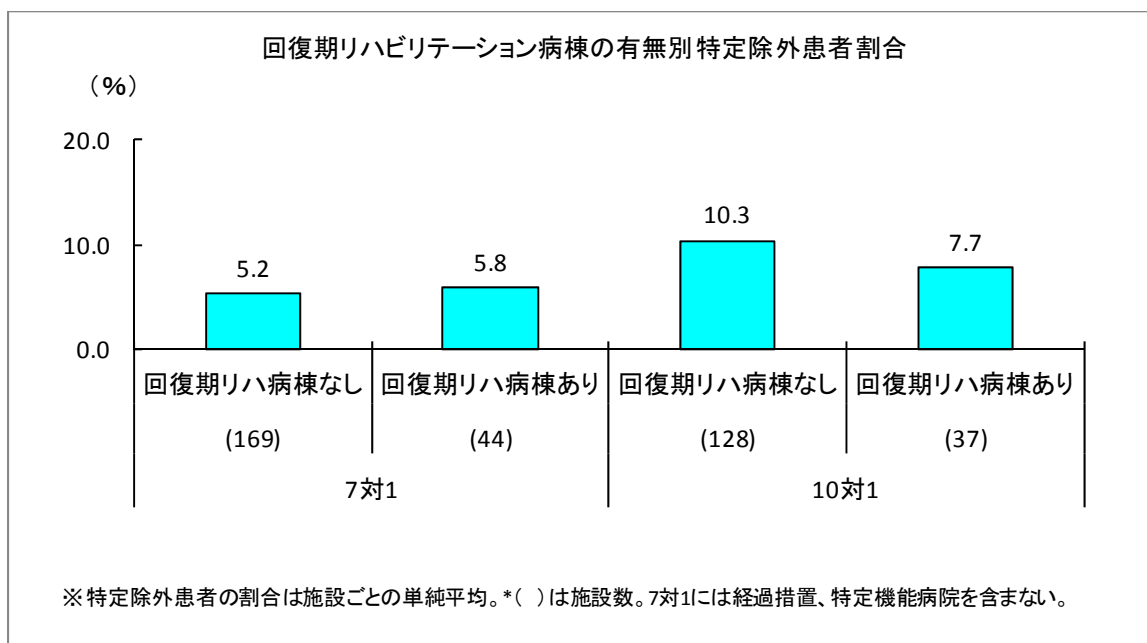


### 3.4.3. 病院の役割・機能別

#### 回復期リハビリテーション病棟の有無

7対1では、当該一般病床以外の回復期リハビリテーション病棟の有無にかかわらず特定除外患者の割合はほぼ同じであった（図 3.4.11）。

図 3.4.11 回復期リハビリテーションの有無別特定除外患者の割合



#### 在宅療養支援病院（在支病）

在支病は7対1で約1割、10対1で約2割であった（図 3.4.12）。7対1では在支病のほうが特定除外患者の割合が高かった（図 3.4.13）。

図 3.4.12 在宅支援病院の割合

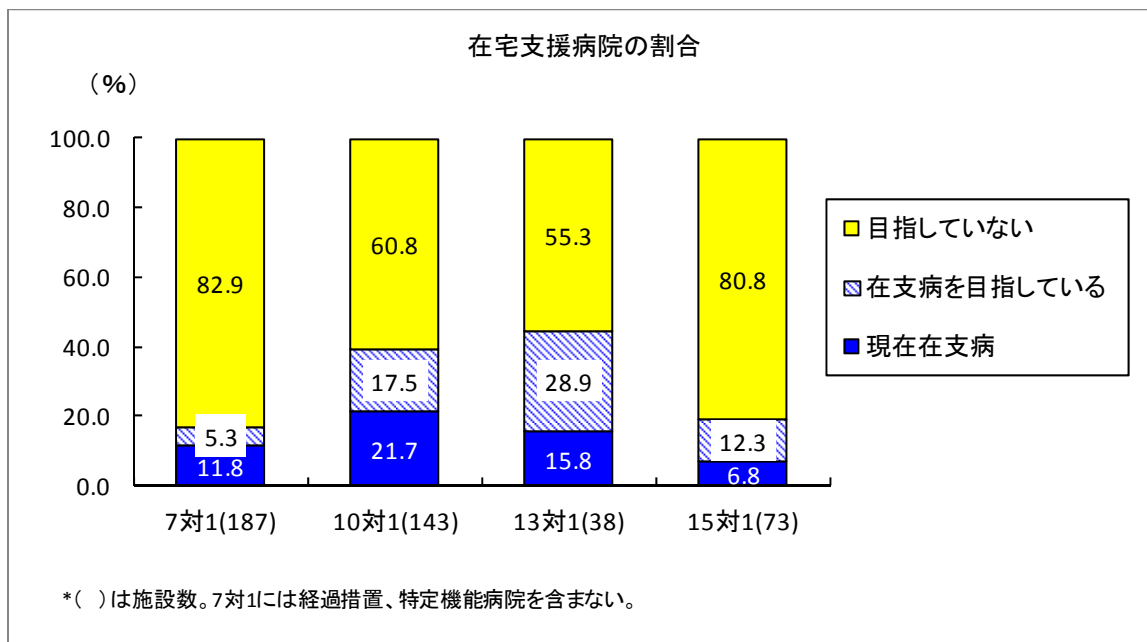
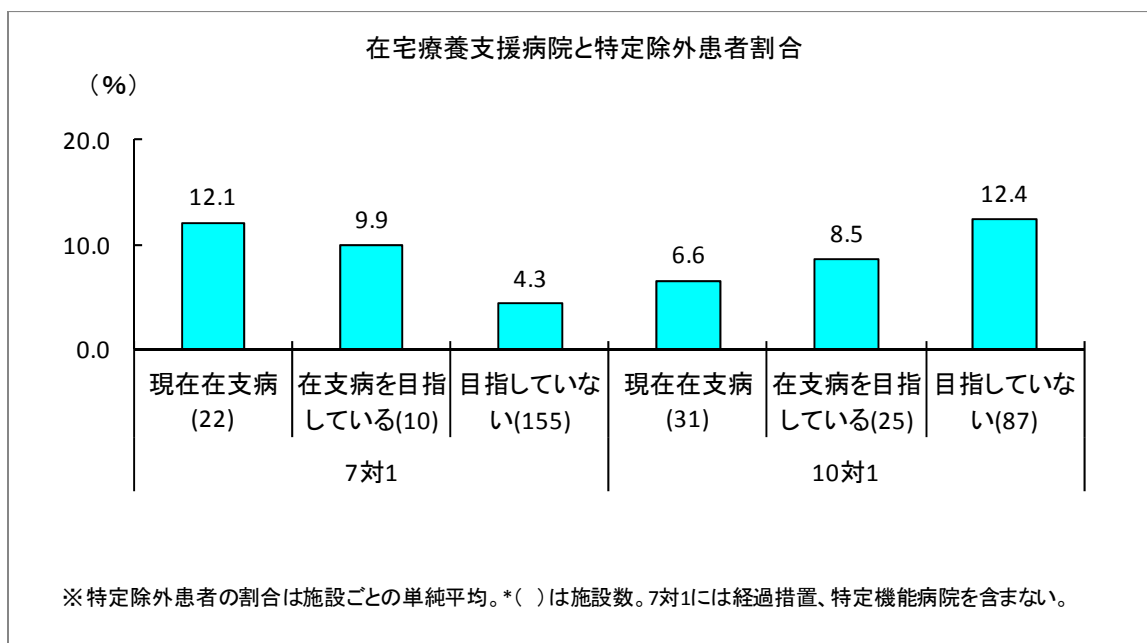


図 3.4.13 在宅療養支援病院と特定除外患者割合





## 4. まとめ

### 特定除外患者の割合と平均在院日数など

- 特定除外患者の割合は 7 対 1 で 3.9%、10 対 1 で 6.8%であった（厚生労働省調査では 7 対 1 で 3.7%、10 対 1 で 6.5%）。特定除外患者ありの病棟に限るとその割合は 7 対 1 で 6.7%、10 対 1 で 10.2%である。
- 特定除外患者ありの病棟に限ると、特定除外患者を含めた場合、平均在院日数は 7 対 1 で 1.4 日、10 対 1 で 4.8 日延びる。また、特定除外患者を平均在院日数に含めると、7 対 1 で 1 割強、10 対 1 で 2 割近くの病院が、それぞれの平均在院日数要件を満たせなくなる。
- 退院の受皿や退院後の在宅医療を担う医療機関が不十分と回答した病院では、特定除外患者ありの病院が多かった。

### 特定除外患者の病態など

- 診療科別では脳神経外科で、脳血管疾患の平均在院日数が長く、特に特定除外患者の割合が高かった。このほかにも診療科別にかなりばらつきがある。
- 7 対 1 の特定除外患者は、主傷病が新生物であり、特定除外の理由もまさに悪性新生物治療中である。主傷病が新生物の患者では、当該病棟でなければ治療が困難で退院できない状況にある患者が 7 割以上（分母に退院見込の患者を含まない）であった。また 7 対 1 では、脳血管疾患を主傷病とする特定除外患者の多くがリハビリテーション実施中である。
- 10 対 1 の脳血管疾患患者の特定除外理由としてもリハビリテーション実施中の割合が高い。また 10 対 1 では、腎不全患者の特定除外理由として、人工透析のみならず重度障害・重度意識障害・難病等も見られる。
- 自由記述欄では、神経内科の患者、重症循環器疾患や呼吸器疾患、重症心身障害児者等についても、特定除外制度の見直しにより大きな影響を受ける可能性があるとの指摘があった。

## 7 対 1 について（一部再掲）

- 入院期間 90 日超の患者ありの病棟が約 6 割である。
- 自院で急性増悪した場合に自院で対応する病院が半数以上ある。
- 退院（退棟）の受皿が不十分（やや不十分を含む。以下同じ）と回答した病院が約 5 割である。
- 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等が不十分と回答した病院が約 4 割である。7 対 1 から在宅復帰することの困難さを示唆している。
- 退院後に急性増悪したときに自院で受け入れると回答した病院は約 8 割である。
- 7 対 1 の特定除外患者は、主傷病が新生物であり、特定除外の理由もまさに悪性新生物治療中である。主傷病が新生物の患者では、当該病棟でなければ治療が困難で退院できない状況にある患者が 7 割以上（分母に退院見込の患者を含まない）であった。また 7 対 1 では、脳血管疾患を主傷病とする特定除外患者の多くがリハビリテーション実施中である。

## 5. 自由記述意見

特定除外制度	自由記述	キーワード
	<p>当院では、資料のとおり神経内科の患者が多数おり、特定除外制度の見直しとなりますと、収入・平均在日数共に大ダメージとなりますので対処の程よろしくお願い致します。</p>	<p>神経内科</p>
	<p>特定除外制度の廃止には反対である。入院患者を一律に日数で縛り、医療必要度の高い患者を強制的に排除する施策は不当である。当院には神経難病の入院患者もおり、一定長期の入院療養が必要になる事例が存在する。特定除外制度が廃止され、入院日数にカウントされれば病棟のランクダウンが求められる。収入減に直結し職員も減らさざるを得なくなり、難病患者に対する必要な医療を提供できなくなる。また、すでに特定除外制度が廃止されている13対1、15対1では、難病や人工呼吸器を使用している入院は敬遠される状況にあり、次年度改定で7対1、10対1に対しても特定除外制度が廃止されれば、受け皿もなく行き場を失ってしまうことは明らかである。それは病床構成を杯型から砲弾型への移行を進めても同じである。</p>	<p>神経難病</p>
	<p>90日超の特定除外制度により、重症の循環器および呼吸器疾患の患者さんの医療が、可能であったが、現在は、極めて困難となっており、医療レベルの低下を招いています。病院での入院治療の機能がそなわれており、今後改善されなければ、ますます慢性の循環・呼吸器系の入院医療は限られた範囲となり、患者さんは、救われません。</p>	<p>重症循環器・呼吸器</p>
	<p>重症心身障害児者の病態特性 重症心身障害児者は易感染性を有し、かつ呼吸循環系を含めた平衡状態が崩れやすい特性を有しており、緊急の医療対応が必要となることが多い。殊に常時呼吸管理を必要とするような超重症・準超重症心身障害児者は24時間体制の手厚い医療が必要である。コストの問題 ここに超重症・準超重症心身障害児者の入院にはどのくらいコストがかかっているかを示す数字がある。ある重症心身障害施設の超重症児者病棟で入院患者1人1日に係る人件費は22,664円、人工呼吸器をはじめとする医療機器や医薬品等医療関連支出は5,860円、給食材料費などの生活費が1,482円、紙おむつやその処理費等の日用品費、洗濯・入浴に係る光熱水費は9,715円で合計39,721円。これに保険料などの諸経費を加えると現実に入院患者1人1日約4万円以上はかかっているということになる。世界に類を見ない日本固有の重症心身障害施策 現在日本の重症心身障害児者ケアにおいて必須のリハビリ、呼吸・栄養管理など専門的医療を重症心身障害施設が提供できているのは、世界に類を見ないわが国固有の重症心身障害児者施策、とりわけ入院基本料における特定除外制度があるおかげである。退院しても行き場のない重症心身障害児者 全国で約3500名にのぼる超重症・準超重症心身障害児者の生活が重症心身障害施設の長期入院によって支えられているといっても過言ではない。この特定除外制度がなくなれば、これらの入院患者は退院ということになるが、退院しても受け入れる施設はなく、行き場がないという現実がある。在宅生活のセーフティネットとしての役割 また、現在これをはるかに上回る数の超重症・準超重症心身障害児者が住み慣れた地域で在宅生活を送っており、それは重症心身障害施設が地域に展開する訪問看護・介護、通所や短期入所サービスによって支えられている。医療的な面で厳しい状態にあるがゆえに在宅生活の維持が困難な重症心身障害児者にとって、長期入院機能を持った施設の維持と入院枠の確保が今後ますます必要になる。重症心身障害施設が持つ課題 新生児医療技術の進歩、高齢出産の増加等により、高い医療ニーズを有する重症心身障害児者は日本で増加傾向にある。このような人びとへの支援を今後どのように行っていくのか、医療的支援と生活(介護)支援をどのように総合的に行いながら地域生活を支えていくのか、その担い手とシステム、そして経済的裏付けをどのようにして行くのか、わが国の社会保障施設転換期に当たっての大きな課題の一つであることは間違いない。</p>	<p>重症心身障害児者</p>
	<p>特定除外に該当する患者について、除外制度が無くなることになると、当該患者の受皿が無くなり、地域医療が崩壊することとなる。そのような場合、当該患者が在宅治療を強いられるようなケースも想定され、医療的にも道義的にも大きな問題があると考えられる。このことから、当院としては特定除外制度の継続を強く希望するものである。</p>	

受入先(受皿)、在宅復帰

自由記述	キーワード
<p>精神病(特に統合失調症、器質性精神病)では難治で当分社会復帰不可能な患者さんも多く存在します。他一応小康状態となり施設退院が可能かとなった患者さんもかなりいるのですが施設何十人～何百人待ちの状況です。又病院入院より施設だと金銭的負担が増える為家族・縁者が協力してくれないケースも多々有ります。</p>	患者負担
<p>当院の場合13:1一般病棟では、平均在院日数24日をクリアする必要性から、入院期間90日超の特定外患者は1名のみです。しかしながら、13:1障害者病棟については、90日超の入院患者を多く抱えています。現実的に医療度が高く在宅では難しい患者であり、万一特定除外制度が無くなれば、早急に他の病院へ転院していただかなければなりません。現在の医療制度では、転院させる場合に受入れ病院は、新患扱いとなり初診料を算定し、入院時に必要な諸々の検査が実施されます。入院料も初期加算が発生しますので“90日の縛り”の為に病院を転々とする事により医療費が増大しているように感じます。また、病院の救急車や民間の寝台車で移動した後に、環境の変化から病状が悪化されるケースもございます。当院では、病状が不安定な患者の転院はしていません。病院運営上、医師法19条第1項(応召義務)があり、急患・救急からの患者の病状や生活環境に関わらず正当な理由がなければ診察を拒めないし、入院の必要性があれば、受け入れなければなりません。当院の在宅復帰率は、昨年度は75%です。一旦入院になると軽快退院されるケース以外に、特定患者であれば、自立されている方が多い為、在宅復帰や施設入所も可能です。しかしながら高齢で栄養状態が悪く褥瘡があり廃用性疾患も重なり、単身世帯で低所得者となれば受入れ先に苦慮いたします。したがって90日超で医療度が高く、在宅や施設で診る事が出来ない患者については、他の病院で受け入れていただく事となります。病態的に病院で診なければならぬ患者は、転院する度に新しい点数が加算される事になり、その受け皿がない以上、医療費の増大に繋がると憂慮いたします。このような特定外患者については、転院を繰り返すのではなく、在院日数のカウントから除外できる障害者施設等やADLは低くても少し病態が安定されている患者については医療療養病棟や医療介護病棟で診る方が賢明であると感じております。</p>	転院、診療報酬
<p>当院は、急性期病棟と医療療養型病棟があり、退院支援は社会福祉士を始め、医師・看護師により、何とか対応しているのが現状です。そんな中で、老健施設の対象であって入所を依頼するときにおいて、投薬に係る薬価が高い場合に施設の持ち出しが増えるため、入所できない場合があるので困っています。</p>	投薬
<p>「4. 受入先・受皿になる医療機関」に関しては医療圏内外で役割分担が十分でなく疾患ごとに対応の可否が異なる現状です。当院は「地域の亜急性病床」と位置づけています。1. 大学病院をはじめとする基幹病院の後方支援2. 在宅医療の急性増悪時の受入先 上記2点を中心とした事業運営を行っていますので、地域全体のハブ(HUB)としての役割を担っています。以上の理由により、連携先医療機関・介護施設を増やしていきたいという願いもあり、「やや不十分」の回答が多くなっています。</p>	疾患別

地域特性、地方、中小病院

自由記述	キーワード
<p>北海道のように広域医療圏、過疎地域が、多数存在している地域への特例を設ける必要性を感じます。医療資源の少ない二次医療圏に属する保険医療機関の定めも十分とは言えず病床群の見直し、医療・介護の提供体制の整備も含めた議論も必要かと存じます。</p>	医療資源の少ない二次医療圏
<p>人口が少ない地域での人員確保が困難です。それぞれの地域のニーズ、人員基準の調整を考えて頂ければ幸いです。</p>	地域特性
<p>地方では機能分化が進まず、ケアミックス病院とならざるを得ない場合が多い。現在の診療報酬は機能特化に配分されているが、一般地方病院で経営が成り立つ様、ご検討願いたい。</p>	地方

地域特性、地方、中小病院

自由記述	キーワード
<p>当院のように全病床数46床の内一般病床は10床で、15対1にしても看護師の基準を満たすには大変な費用(人件費)がかかります。理由は10床も100床も同じくくりの基準で計算されることとなります。では一般病床10床を無くして全て療養型にすればいいではないかとの考えもありますが、近隣の住民の病状の急変に備えるベッドが無いと地域密着型の医療に備えることができず、結果は大病院にすべての患者さん(軽い病状の方も)が流れてしまい、大病院もより重篤な患者さんの対応に追われているので大変かと感じております。以前は65床あった病床も介護保険の導入で介護療養型病床を作るため、ベッドを減らし46床(一般10 医保療養12 介護療養24)となっています。今後介護療養を全て医保療養にするよう計画しておりますが、地域住民の患者さま(より軽度の)を受け入れる為には、何とか一般病床は存続させたいと考えております。今後は15対1は廃止されるようですが、13対1になると看護師は今でも1対1に近く居るので大丈夫ですが、在院日数等の条件をクリアするためにはかなり厳しい状況にあるのが現状です。厚労省も中小病院を無くす方針ですが、それは正しい医療行政と言えるのでしょうか？当院も本年度から在宅療養支援病院としての申請をして、積極的に在宅の患者様を支援していくことにしていますが、それについても後方に入院できるベッドが無ければ意味がありません。在宅支援の後押しする意味でも、小規模な一般病床がつぶれてしまうと在宅療養支援病院は名前だけの看板となってしまいます。以上が感想です。是非小さな意見にも耳を貸す努力をして頂きたいと切に望みます。</p>	<p>地域密着型の病院、中小病院</p>
<p>2025年問題、迫りくる超高齢化社会に対応するため、一般病床の区分の見直しが進められていますが、当院のようなへき地にある300床規模の病院では、都市部と比較になりません。後方支援病院、老人介護保健施設等が圧倒的に少なく、医療を必要とする患者さまの受け入れが可能な長期療養型病院は、市内で〇〇病院、近隣では〇〇病院、〇〇病院しかなく、常に待ちの状態です。一方、人的確保では、医師はもとより、看護師をはじめとする医療従事者の確保にも難渋しています。こういう状況で、今回のような、地方の実態を無視した「特定除外制度の見直し」が行われると、長期入院で医療を必要とする患者さまの行き先がなくなり、経済的余裕もない独居老人が多く、一部負担金の未納も容易に予想されます。これはやはり社会保障費で賄うべきではないでしょうか。国は地方で頑張っている病院の声を是非、お聞きいただき「特定除外制度の見直し」などに手を付ける前に、2025年問題に本腰を入れ、医療難民を作らないように、医療と介護の連携を現実のものにしてほしいと考えます。</p>	<p>地方</p>

病床機能、入院機能

自由記述	キーワード
<p>現在の「一般病床」という機能の見えないものではなく、担うべき機能を明確にする必要があります。具体的には、急性期(acute)、その後の受け皿としてのpost-acuteを担うLTAC(長期急性期)、一部はリハビリ(回復期)、そして療養(長期慢性期)に分け、それぞれに必要な医師、看護師、コメディカルなどの配置基準と面積などの施設基準を定め、それに応じた適切な診療報酬体系を構築する必要があります。2025年問題を控え、名称にこだわるのではなく、上記の機能別の体制を直ちに実行に移すことが急務と考えます。</p>	<p>病床機能</p>
<p>増大する国民医療費の一因となっている7対1看護にメスを入れない限り、国民の負担は増加するのみと考える。</p>	<p>7対1</p>

病床機能、入院機能

自由記述	キーワード
<p>日本の人口構成の少子高齢化は、今後しばらく続くことは明らかであり、当然、入院治療対象者も増加の一途をたどる事が確実である。現在の日本の入院病床は、一般病床、療養病床、精神病床である。療養病床は、一部が介護施設へ移行して行くと思われ、純粋に医療が必要な患者さんの入院施設となって行くと思われる。精神病床は、急性精神疾患の治療が短期入院およびその後の在宅治療となる患者さんの割合が増加傾向であるため、長期入院患者の社会的入院の継続の割合が増加する事が予想される。しかし、これらの患者の受け皿が整備されない限り、この入院患者さんの数は、自然経過に任せるしかない状況である。一般病床であるが、現在、一般病床は、入院患者数と看護師数の割合により、7対1から15対1まで、4段階に施設基準がきめられており、患者さん一人あたりの入院管理料がそれに応じて定められている。平成18年に看護師数の割合が従来より多い7対1となる新たな施設基準が導入されてから看護師の首都圏の病院や基幹病院への集中が顕著となり、中小の一般病院は看護師数が激減し、ベッドの休床等医療レベルの劣化を余儀なくされました。そのため、地域の急性期の患者さんの入院に十分に應じられなくなった病院が続出する事となりました。現在、7対1で運営している病院のうち、本当に7対1ぶんだけ看護師さんが必要な病院が何パーセントぐらいあるのか、きちんと検証し、診療内容に比し看護師数が過剰な病院は、10対1以下に看護師数を減らすよう誘導する施策が求められ事と思います。入院患者にしめる高齢患者の割合がふえると、主病の治療とともに身の回りのお世話やADL維持、回復のためのリハビリ、認知症やせん妄等精神疾患の合併症に対する看護等、若い患者さんに比べ、何倍も看護師等病棟スタッフの仕事内容が増加します。そのような、従来にもまして看護師等病棟スタッフの仕事の負担が多い病床が今後増えていくと考えられます。そのため、医学的治療内容とは別に、医学的治療を行うために必要な看護職員の必要度を評価する保険制度上の対応が望まれます。医学行政サイドは、病院の入院機能を今後、高度急性期、一般急性期、亜急性期、慢性期等にわけ、それぞれが効率よく運営される様な仕組みづくりが誘導されるような保険制度を策定していく事も急務と思われます。</p>	<p>入院機能</p>

その他

自由記述	キーワード
<p>精神科単科なので、身体疾患の考え方ではそぐわない面があります。精神科では平均在院日数の考え方、指標をかえていただきたい、せめて、入院期間1年以上と未満で2群にわけると。新規の入院患者はきちんと退院させているのに一度、入院すると退院できないイメージをもたれてしまうので。</p>	<p>精神科</p>
<p>今回は、特定除外に該当する入院患者に関する調査ということで、当院は入院料が全て特定入院料であり、一般入院基本料を算定しておらず、あまり参考にしていただける数字ではないようです。書かせていただけたら、入院中の他医療機関受診の際の投薬についてでしょうか。専門的な治療が必要になり、他医療機関を受診しているのに、専門的な投薬も特定入院料を算定する入院医療機関に入院する患者の場合、他医療機関では保険診療扱いにならないという実情です。当院は回復期としてリハビリに特化した病院であり、その他の疾病の専門的な治療については他医療機関に依頼するのが実情で患者にとってもその方が、有利と考えます。(患者自身(患者家族)も、もともとのかかりつけ医や病院の外来受診希望が強い)、投薬も専門的なものであれば他院で算定できれば…専門的な医療を患者が受ける機会を逸せず、特定入院料を算定する特化した医療を提供する医療機関もより充実した医療を提供できるのではないのでしょうか。長文失礼いたしました。</p>	<p>入院中の他医療機関受診(投薬)</p>

その他

自由記述	キーワード
<p>入院期間により一律に入院診療報酬にキャッピングを設定している現在の制度に反対である。様々な理由により長期入院せざるを得ない患者が居ることは、行政当局も熟知している筈である。医療サービス提供者としては、長期入院、短期入院によってベースラインの提供サービス内容に濃淡をつけることは不可能であり、倫理的にもすべきでないと考ええる。また長期入院患者が急変し濃厚治療が必要になる場合もある。病院によっては地域の二～三次救急病院あるいは急性期病院から老健施設、特養、などへの入所までの入院を依頼されることも多く全介助、独居などのため入所、在宅への移行が困難な症例が多くの場合90日越え入院の原因となっている。これらの実態を反映した制度に改変すべきであると考ええる。15:1,あるいは13:1などの看護基準を取らざるを得ない病院に介助度の高い患者が集中しているにも関わらず入院診療報酬にキャップが課せられ、一方 7:1看護基準を取れる病院に、介助度の低い患者が集中し、病棟看護室で多くのナースがコンピュータ画面に向かって鎮座している現状は、大いなる矛盾と考える。</p>	<p>診療報酬</p>
<p>亜急性期適合要件を療養病棟にも広げてもらいたい。</p>	<p>療養病棟</p>
<p>現在は、地域で必要とされている、病院だと自負しておりますが、原動力の人員(医師、看護師)が一割増の確保が出来れば、病院としての機能が、活性化出来、今後、病院としての機能を、しっかりと考えて、地域に貢献出来る、病院を保って行きたい。</p>	<p>医師、看護師 確保</p>
<p>在院90日超入院について、前回改正前の退院支援状況報告書提出による対応の復活を切望する。</p>	<p>退院支援報告書</p>

## 6. 調査票



平成25年7月

## 特定除外に該当する入院患者実態調査

公益社団法人 日本医師会  
四病院団体協議会

貴施設名、ご連絡先をご記入ください。

※ 調査内容についてお問い合わせする場合のみ使用させていただきます。施設名も含めて、固有名詞を特定できる形で公表することはありません。

施設名	
ご連絡先	※ゴム印の押印でも結構です。 ご担当部署： ご担当者名： 電話番号またはメールアドレス：
所在地	都・道・府・県                      市・郡・区                      区・町・村
二次医療圏	
所在地の人口	貴院がある市町村の人口(政令指定都市の場合は区の人口)をご記入下さい。 <input type="text"/> 万人



4 受入先・受皿に  
なる医療機関

近隣に緊密な連携をとれる医療機関等を確保されていますか。

それぞれ、1つ〇をつけて下さい。

なお、「自院」とは当該医療機関の他の病棟を指します。同じ法人の他の病院は「他の医療機関」です。

(1) 自院で急性増悪した場合の受入先

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

(2) 退院(退棟)の受皿

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関・介護施設等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関・介護施設等と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

(3) 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関等と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

(4) 退院後に急性増悪したときの受皿

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関・介護施設等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関・介護施設等と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

## 2. 病棟票 記入要領

お手数ですが同封の病棟票回答用紙をコピーし、すべての病棟について回答をお願いします。

- ① 病棟ID : 回答順に1、2、3…と番号をご記入下さい。
- ② 病棟名 : 病棟名をご記入下さい。ご回答に重複がないか確認するために記入いただくもので、特に病棟名がない場合は記入不要です。
- ③ 入院基本料 : 以下から番号を選択し、ご記入下さい。

- |    |                          |
|----|--------------------------|
| 1  | 7対1一般病棟入院基本料             |
| 2  | 経過措置7対1一般病棟入院基本料         |
| 3  | 10対1一般病棟入院基本料            |
| 4  | 13対1一般病棟入院基本料            |
| 5  | 15対1一般病棟入院基本料            |
| 6  | 7対1特定機能病院入院基本料(一般病棟)     |
| 7  | 経過措置7対1特定機能病院入院基本料(一般病棟) |
| 8  | 10対1特定機能病院入院基本料(一般病棟)    |
| 9  | 7対1専門病院入院基本料             |
| 10 | 経過措置7対1専門病院入院基本料         |
| 11 | 10対1専門病院入院基本料            |
| 12 | 13対1専門病院入院基本料            |
| 13 | 7対1特別入院基本料               |
| 14 | 10対1特別入院基本料              |
| 15 | その他                      |

- ④ 診療科目 : もっとも近い診療科目を3つまで選択し、ご記入下さい。

- |    |           |    |         |    |            |
|----|-----------|----|---------|----|------------|
| 1  | 内科        | 13 | 整形外科    | 25 | 気管食道科      |
| 2  | 呼吸器科      | 14 | 形成外科    | 26 | 皮膚科        |
| 3  | 消化器科(胃腸科) | 15 | 美容外科    | 27 | 泌尿器科       |
| 4  | 循環器科      | 16 | 脳神経外科   | 28 | 性病科        |
| 5  | 小児科       | 17 | 呼吸器外科   | 29 | こう門科       |
| 6  | 精神科       | 18 | 心臓血管外科  | 30 | リハビリテーション科 |
| 7  | 神経科       | 19 | 小児外科    | 31 | 放射線科       |
| 8  | 神経内科      | 20 | 産婦人科    | 32 | 麻酔科        |
| 9  | 心療内科      | 21 | 産科      | 33 | 歯科         |
| 10 | アレルギー科    | 22 | 婦人科     | 34 | 矯正歯科       |
| 11 | リウマチ科     | 23 | 眼科      | 35 | 小児歯科       |
| 12 | 外科        | 24 | 耳鼻いんこう科 | 36 | 歯科口腔外科     |

- ⑤ 許可病床数・病床利用率・平均在院日数:

2013年4～6月平均(許可病床数は6月1日時点)をご記入下さい。

※ 「特定除外を含む平均在院日数」は、「平均在院日数」よりも長くなります。

- ⑥ 入院患者数 :

入院患者数: 2013年7月中の火曜、水曜、木曜のいずれか1日を選択し、日付をご記入の上、その日の状況をご記入下さい。

- ⑦ 90日超え入院患者数:

13対1、15対1の病棟で90日を超える入院患者さんについて、人数をご記入下さい。

**2. 病棟票** 貴院の病棟について伺います。病棟票はもう1部同封しておりますので、  
お手数ですがコピーして、すべての病棟についてご回答をお願いします。

①～④(2013年6月1日現在)

①病棟ID	順番に1、2・・・と振って下さい	③入院基本料	
②病棟名		④診療科目	

⑤ 許可病床数・病床利用率・平均在院日数 2013年4～6月平均(許可病床数は6月1日)

		許可 病床数	病床 利用率	平均在院 日数 (除特定除外)	特定除外患 者を含む平 均在院日数
		a	b	c	d
一般病床	1	床	%	日	日
(再掲)一般病棟入院基本料のみ算定病床	2	床	%	日	日
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	3	床	%	日	日
(再掲)亜急性期入院医療管理料	4	床	%	日	日
医療療養病床	5	床	%	日	/
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	6	床	%	日	
介護療養病床	7	床	%	日	
精神病床	8	床	%	日	
その他	9	床	%	日	

⑥ 入院患者数:2013年7月中の火曜、水曜、木曜のいずれか1日を選択し、  
その日をご記入の上、以下ご回答下さい。 ↓ ご記入下さい

調査日として選択された日	2013年 7月_____日
--------------	----------------

13対1と15対1の特定除外制度は2012年度改定で廃止されましたが、  
従来の特定除外患者に該当する患者数をご記入下さい。

		入院 患者数	90日超の 入院患者数	特定除外 患者数
		e	f	g
一般病床	1	人	人	人
(再掲)一般病棟入院基本料のみ算定病床	2	人	人	人
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	3	人	人	人
(再掲)亜急性期入院医療管理料	4	人	人	人
医療療養病床	5	人	人	/
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	6	人	人	
介護療養病床	7	人	人	
精神病床	8	人	人	
その他	9	人	人	

⑦ 在院日数90日超の患者内訳:13対1、15対1の病棟で90日を  
超える入院患者さんについて、以下の人数をご記入下さい。 ↓ 一般病棟  
13対1、15対1の場合

1 平均在院日数の計算対象とし、一般病棟13対1 または15対1入院基本料を算定している患者	人
2 平均在院日数の計算対象外として、療養病棟入 院基本料1と同じ評価を算定している患者	人

### 3. 患者票 記入要領

特定除外に該当する患者さんの状態についてご記入下さい。

病棟票で調査日として選択された日と同じ日についてご記入下さい。

※ 13対1と15対1の特定除外制度は2012年度改定で廃止されましたが、従来の特定除外患者に該当する患者さんについてご回答下さい。

- ① 年齢 : 年齢をご記入下さい。
- ② 性別 : 性別に○を付けて下さい。
- ③ 病棟 : どの病棟に入院されている患者さんか、「2. 病棟票」の病棟IDをご記入下さい。
- ④ 主傷病、⑤副傷病1、⑥副傷病2 : 同封の疾病コードをご覧の上、ご記入下さい。
- ⑦ 在院日数 : 入院年月日から調査日までの在院日数をご記入下さい。
- ⑧ 特定除外 : 特定除外に該当する項目番号を以下から選択し、ご記入下さい。

- 1 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- 2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- 3 重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- 4 悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- 5 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- 6 心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションを実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- 7 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- 8 頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- 9 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- 10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- 11 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態にある患者(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)
- 12 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

- ⑨ 世帯 : 世帯の状況を選択し、ご記入下さい。
  - 1 独居(単独世帯)      2 高齢者(おおむね65歳以上)の夫婦のみ      3 その他の同居あり
- ⑩ 認知症 : 認知症の有無を選択し、ご記入下さい。
  - 1 あり      2 なし
- ⑪ 患者状態 : 患者さんの状態について主なもの1つ選択し、ご記入下さい。
  - 1 入院中の病棟でないに行えない治療があり、転院(転棟)・退院は不可能(療養病床では治療が困難)
  - 2 治療は終了していたが、体力的に耐えられないため、転院(転棟)・退院は不可能
  - 3 他院(他療養病床)でも治療可能な状況だったが、受入先がない
  - 4 受入先(自宅を含む)があり、まもなく退院見込み

### 3. 患者票

在院日数90日超のうち特定除外に該当する患者さんについて伺います。

※ 13対1と15対1の特定除外制度は2012年度改定で廃止されましたが、従来の特定除外患者に該当する患者さんについてご回答をお願いします。

※ 病棟票で調査日として選択された日と同じ日についてご記入下さい。

	① 年齢	② 性別	③ 病棟	④ 主傷病	⑤ 副傷病1	⑥ 副傷病2	⑦ 在院日数	⑧ 特定除外	⑨ 世帯	⑩ 認知症	⑪ 患者状態
1	歳	男・女									
2	歳	男・女									
3	歳	男・女									
4	歳	男・女									
5	歳	男・女									
6	歳	男・女									
7	歳	男・女									
8	歳	男・女									
9	歳	男・女									
10	歳	男・女									
11	歳	男・女									
12	歳	男・女									
13	歳	男・女									
14	歳	男・女									
15	歳	男・女									
16	歳	男・女									
17	歳	男・女									
18	歳	男・女									
19	歳	男・女									
20	歳	男・女									
21	歳	男・女									
22	歳	男・女									
23	歳	男・女									
24	歳	男・女									
25	歳	男・女									

記入欄が足りない場合には、お手数ですが、別紙(コピー用)をコピーして引き続きご記入をお願いします。

#### 4. 自由記述

病院の入院機能のあり方等についてご意見があれば、ご自由にご記入下さい。

なお、自由記述欄のみweb上で記述できます。以下のURLにアクセスして下さい。

<http://www.med.or.jp/tjogai/>

ユーザー名 : tjogai      パスワード:273881

以上でアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。



疾病コード(001~119)疾病分類(ICD-10第10版 2003年に準拠)

<p>感染症及び寄生虫症</p> <p>001 腸管感染症</p> <p>002 結核</p> <p>003 主として性的伝播様式をとる感染症</p> <p>004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患</p> <p>005 ウイルス肝炎</p> <p>006 その他のウイルス疾患</p> <p>007 真菌症</p> <p>008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症</p> <p>009 その他の感染症及び寄生虫症</p>	<p>呼吸器系の疾患</p> <p>062 急性鼻咽頭炎[かぜ]&lt;感冒&gt;</p> <p>063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎</p> <p>064 その他の急性上気道感染症</p> <p>065 肺炎</p> <p>066 急性気管支炎及び急性細気管支炎</p> <p>067 アレルギー性鼻炎</p> <p>068 慢性副鼻腔炎</p> <p>069 急性又は慢性と明示されない気管支炎</p> <p>070 慢性閉塞性肺疾患</p> <p>071 喘息</p> <p>072 その他の呼吸器系の疾患</p>
<p>新生物</p> <p>010 胃の悪性新生物</p> <p>011 結腸の悪性新生物</p> <p>012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物</p> <p>013 肝及び肝内胆管の悪性新生物</p> <p>014 気管、気管支及び肺の悪性新生物</p> <p>015 乳房の悪性新生物</p> <p>016 子宮の悪性新生物</p> <p>017 悪性リンパ腫</p> <p>018 白血病</p> <p>019 その他の悪性新生物</p> <p>020 良性新生物及びその他の新生物</p>	<p>消化器系の疾患</p> <p>073 う蝕</p> <p>074 歯肉炎及び歯周疾患</p> <p>075 その他の歯及び歯の支持組織の障害</p> <p>076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍</p> <p>077 胃炎及び十二指腸炎</p> <p>078 アルコール性肝疾患</p> <p>079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)</p> <p>080 肝硬変(アルコール性のものを除く)</p> <p>081 その他の肝疾患</p> <p>082 胆石症及び胆のう炎</p> <p>083 膵疾患</p> <p>084 その他の消化器系の疾患</p>
<p>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</p> <p>021 貧血</p> <p>022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</p>	<p>皮膚及び皮下組織の疾患</p> <p>085 皮膚及び皮下組織の感染症</p> <p>086 皮膚炎及び湿疹</p> <p>087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患</p>
<p>内分泌、栄養及び代謝疾患</p> <p>023 甲状腺障害</p> <p>024 糖尿病</p> <p>025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患</p>	<p>筋骨格系及び結合組織の疾患</p> <p>088 炎症性多発性関節障害</p> <p>089 関節症</p> <p>090 脊椎障害(脊椎症を含む)</p> <p>091 椎間板障害</p> <p>092 頸腕症候群</p> <p>093 腰痛症及び坐骨神経痛</p> <p>094 その他の脊柱障害</p> <p>095 肩の傷害&lt;損傷&gt;</p> <p>096 骨の密度及び構造の障害</p> <p>097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患</p>
<p>精神及び行動の障害</p> <p>026 血管性及び詳細不明の認知症</p> <p>027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害</p> <p>028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害</p> <p>029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)</p> <p>030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害</p> <p>031 知的障害&lt;精神遅滞&gt;</p> <p>032 その他の精神及び行動の障害</p>	<p>腎尿路生殖器系の疾患</p> <p>098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患</p> <p>099 腎不全</p> <p>100 尿路結石症</p> <p>101 その他の腎尿路系の疾患</p> <p>102 前立腺肥大(症)</p> <p>103 その他の男性生殖器の疾患</p> <p>104 月経障害及び閉経周辺期障害</p> <p>105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患</p>
<p>神経系の疾患</p> <p>033 パーキンソン病</p> <p>034 アルツハイマー病</p> <p>035 てんかん</p> <p>036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群</p> <p>037 自律神経系の障害</p> <p>038 その他の神経系の疾患</p>	<p>妊娠、分娩及び産じょく</p> <p>106 流産</p> <p>107 妊娠高血圧症候群</p> <p>108 単胎自然分娩</p> <p>109 その他の妊娠、分娩及び産じょく</p>
<p>眼及び付属器の疾患</p> <p>039 結膜炎</p> <p>040 白内障</p> <p>041 屈折及び調節の障害</p> <p>042 その他の眼及び付属器の疾患</p>	<p>周産期に発生した病態</p> <p>110 妊娠及び胎児発育に関連する障害</p> <p>111 その他の周産期に発生した病態</p>
<p>耳及び乳様突起の疾患</p> <p>043 外耳炎</p> <p>044 その他の外耳疾患</p> <p>045 中耳炎</p> <p>046 その他の中耳及び乳様突起の疾患</p> <p>047 メニエール病</p> <p>048 その他の内耳疾患</p> <p>049 その他の耳疾患</p>	<p>先天奇形、変形及び染色体異常</p> <p>112 心臓の先天奇形</p> <p>113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常</p>
<p>循環器系の疾患</p> <p>050 高血圧性疾患</p> <p>051 虚血性心疾患</p> <p>052 その他の心疾患</p> <p>053 くも膜下出血</p> <p>054 脳内出血</p> <p>055 脳梗塞</p> <p>056 脳動脈硬化(症)</p> <p>057 その他の脳血管疾患</p> <p>058 動脈硬化(症)</p> <p>059 痔核</p> <p>060 低血圧(症)</p> <p>061 その他の循環器系の疾患</p>	<p>症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの</p> <p>114 症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの</p> <p>損傷、中毒及びその他の外因の影響</p> <p>115 骨折</p> <p>116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷</p> <p>117 熱傷及び腐食</p> <p>118 中毒</p> <p>119 その他の損傷及びその他の外因の影響</p>