

中	医	協		総	—	2
2	5	.	1	1	.	2 7

入院医療（その5）

平成25年11月27日

本日の内容

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し
3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討
4. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討
 - 1) 入院医療の適正化に向けた検討
 - 2) 外来の機能分化の推進

※ 医療機関における褥瘡の発生等は次回以降の予定

前回の内容

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
 - 2) 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証
 - 3) 7対1、10対1の特定除外制度の廃止
 - 4) 短期滞在手術の包括評価
2. 診療報酬点数表における簡素化
 - 1) 栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について
 - 2) 入院基本料等加算の簡素化について
3. 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ ①

平成24年度調査分

○ 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

(1) 平均在院日数について

7対1入院基本料を算定する医療機関の機能は主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられることから、以下の見直しを行う。

- i) 短期間で退院可能な手術や検査の対象患者については、平均在院日数の計算対象から外す。
- ii) 7対1、10対1入院基本料を算定する病棟において、特定除外項目に該当する患者については、平成24年度診療報酬改定において実施した13対1、15対1入院基本料と同様の取扱いとする。

(2) 重症度・看護必要度の項目

複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度として以下の見直しを行う。

- i) 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除
- ii) 創傷処置は、褥瘡の処置とそれ以外の処置を分けた項目とする
- iii) 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外す
- iv) 10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加する

(3) その他の指標について

7対1入院基本料の要件に以下の見直しを行う。

- i) DPCデータの提出を要件とする
- ii) 在宅復帰率を要件とする
- iii) 急性期病棟における早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備を要件とする

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ ②

○ 亜急性期入院医療管理料等の見直し

亜急性期病床の役割・機能については、下記の3つの機能が重要。

- i) 急性期病床からの患者の受け入れ
- ii) 在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
- iii) 在宅への復帰支援

このため、例えば以下の要件を設定した上で、評価を充実させる。

- ・ i) の要件として重症度・看護必要度
- ・ ii) の要件として、二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出
- ・ iii) の要件として在宅復帰率
- ・ DPCデータを基本とした医療内容に関するデータの提出

また、亜急性期の病床数を増やす必要から、現行の病室単位から病棟単位の届出とし、病床の種別にかかわらず届出を認める。

○ 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

平成24年度診療報酬改定における評価については、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、現行の評価を継続していく。

一方、対象地域の医療機関の評価については、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価を導入する。なお、対象とする医療機関は、一定病床数以下の医療機関とする。

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ ③

○ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

各種の経過措置については、利用実績がほとんどないため廃止する。

なお、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料については、障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、当該病棟等の対象とする患者像や病床の機能について見直す。

○ 診療報酬点数表における簡素化

(1) 栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について

栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算については、病院においては両加算、有床診療所においては褥瘡患者管理加算を入院基本料等に包括する評価を継続する。

有床診療所については、管理栄養士の確保が進んでいないことを踏まえて対応を検討する。また、栄養管理が必要な患者に対しては、例えば、他の医療機関や栄養士会等との地域連携で栄養管理を行うことを検討する。

(2) 入院基本料等加算の簡素化について

算定率が低いとされた入院基本料等加算について、一律に包括化・廃止することについては慎重に対応する。

○ 医療機関における褥瘡の発生等

褥瘡対策の有病率や発生率等の基礎データを収集し、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の見直しを含めた有効な褥瘡対策へつなげていく。

また、在宅においても褥瘡を発生させないためのアセスメントや治療を一層推進する。

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ ④

平成25年度調査分

○ 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証

13対1、15対1入院基本料を算定する医療機関における特定除外制度の廃止は、病床の機能分化を進める観点から、このまま継続する。

○ 一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置

7対1入院基本料を算定する医療機関の経過措置は、平成26年3月31日をもって終了する。

○ 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

(1) 入院医療の適正化に向けた検討

平成24年度診療報酬改定後、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関する評価については今後も継続する。
また、入院医療のさらなる適正化について、引き続き検討する。

(2) 外来の機能分化の推進

機能分化を進めるため、紹介率や逆紹介率の低い許可病床数が500床以上の全ての病院について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料の適正な評価を行う。また、特に、逆紹介の取組を推進する。

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

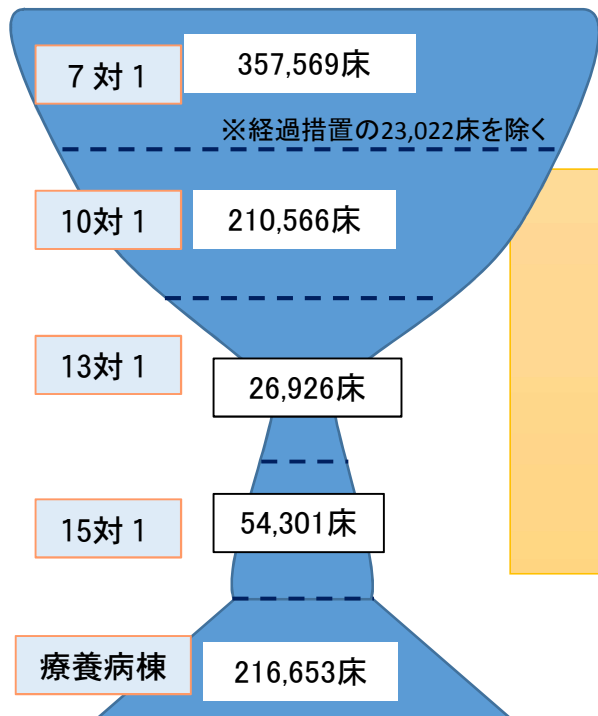
<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

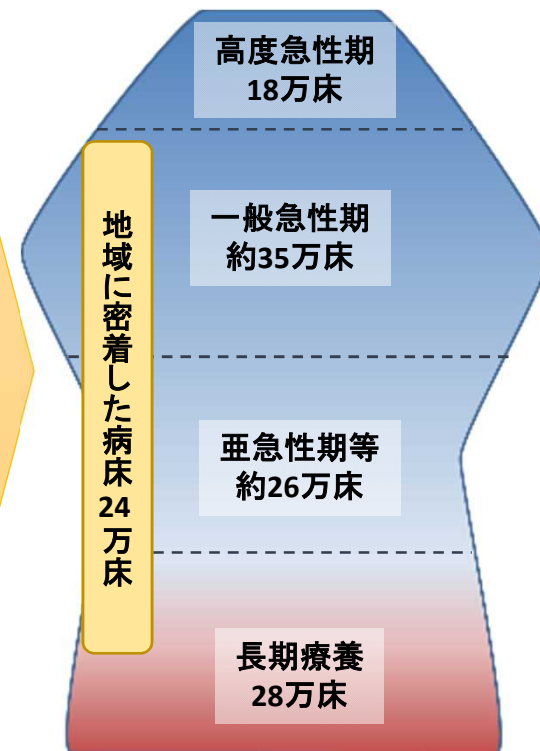
<外来医療>

- 身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院等を紹介する等の体制の整備
 - ・かかりつけ医機能の評価 等

<現在の姿>



<2025年(平成37年)の姿>



在宅医療

外来医療

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し
3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討
4. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討
 - 1) 入院医療の適正化に向けた検討
 - 2) 外来の機能分化の推進

7対1入院基本料における一般病棟用の重症度・看護必要度の見直しに係る課題と今後の方向性

【課題】

(一般病棟用の重症度・看護必要度の評価)

- 具体的な見直しの方向性を踏まえた推計を行った結果、必要度基準該当患者の割合は、現行と比べて、低くなる。

(救命救急入院料を算定している医療機関の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価)

- 救命救急入院料を算定する医療機関の7対1入院基本料の必要度基準該当患者の割合は、1割5分未満であっても、7対1入院基本料を算定することができるとされているが、7対1入院基本料と同一の評価を導入した場合であっても、ほとんどの医療機関が1割5分以上、若しくは、1割5分要件の1割以内の変動の範囲に該当していた。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること、
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること、
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと、
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

【論点】

- 入院医療等分科会とりまとめの方向性から、計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援を除いた項目に見直すことについてどう考えるか。
- 救命救急入院料を算定する治療室を有する医療機関の7対1入院基本料において、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準該当患者割合(1割5分以上)を導入することについてどう考えるか。
- 名称については、「重症度、医療・看護必要度(仮称)」としてはどうか。

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その1)

【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- ① 一般病棟入院基本料(新7対1)算定要件の見直し
平均在院日数及び一般病棟用の重症度・看護必要度(以下、重症度・看護必要度という。)の見直し
- ② 一般病棟入院基本料(10対1)における看護必要度に係る評価の要件化及び、看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価の新設
- ③ 一般病棟入院基本料(13対1)における入院患者の看護必要度に係る評価の新設

【調査内容案】

一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)算定病棟の設定に関する影響調査

調査内容:(1)平均在院日数の変化

(2)看護必要度の分布や基準を満たす患者割合の状況

調査対象:一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料等を届出している医療機関

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野 病院機能にあわせた入院医療の評価

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

7対1入院基本料の適正化等について

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【現行】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内	特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内	専門病院入院基本料	28日以内

【現行】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ	特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上	専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る（結核病棟は測定・評価のみ）

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。（ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない）

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野 病院機能にあわせた入院医療の評価

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価

➤ 10対1入院基本料届出病棟において看護必要度基準を満たしている患者※が多く入院している病棟の入院患者に対する加算を新設する。

(新) 看護必要度加算1 30点(1日につき)

(新) 看護必要度加算2 15点(1日につき)

※看護必要度基準を満たしている患者
看護必要度A項目2点以上かつB項目3点以上
合計5点以上の患者

[施設基準]

- ① 10対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)を算定していること。
- ② 看護必要度評価加算1 看護必要度の高い患者※を1割5分以上入院させている病棟であること。
- ③ 看護必要度評価加算2 看護必要度の高い患者※を1割以上入院させている病棟であること。

救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の重症度・看護必要度の取り扱い

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の2 (2)一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合を除く。)の7対1入院基本料(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)については、測定の結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延べ患者数)に占める重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が、1割5分以上であること。

施設基準の届出後の取り扱い(重症度・看護必要度の該当患者割合について)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行うものであること。(略)ただし次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(5)算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

現行の重症度・看護必要度について

重症度・看護必要度の導入の経緯

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

- 平成14年改定 「特定集中治療室管理料」の算定要件に**重症度**の判定基準及び患者割合を導入
⇒A項目9、B項目5、合計14項目について、毎日評価。A項目3点またはB項目3点以上を重症者と定義。患者割合9割以上を算定要件とした
- 平成16年改定 「ハイケアユニット入院医療管理料」の算定要件に**重症度・看護必要度**の判定基準及び患者割合を導入
⇒A項目15、B項目13、合計28項目について、毎日評価。A項目3点またはB項目7点以上を重症者と定義。患者割合8割以上を算定要件とした
- 平成20年改定 「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度の基準に該当している患者割合**を導入
「回復期リハビリテーション病棟入院料の重症患者回復病棟加算」の算定要件に**日常生活機能評価表**を導入
⇒一般病棟7対1入院基本料については、A項目9、B項目7、合計16項目について、毎日評価。A項目2点かつB項目3点以上を基準該当患者と定義。患者割合1割以上を算定要件とした
⇒回復期リハビリテーション病棟入院料については、日常生活機能評価表13項目について評価。10点以上を重症者と定義。新規入院患者の1割5分以上を算定要件とした
- 平成22年改定 「急性期看護補助体制加算」の算定要件、「一般病棟必要度評価加算(10対1)」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度の基準に該当している患者割合**を導入
⇒「急性期看護補助体制加算」では、一般病棟7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する病棟では、それぞれ患者割合が1割5分、1割以上を算定要件とした
⇒「一般病棟必要度評価加算(10対1)」では重症度・看護必要度の評価を行うことを算定要件とした
- 平成24年改定 「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件の厳格化。「一般病棟10対1入院基本料」「一般病棟必要度評価加算(13対1)」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度**の測定を導入
「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度A項目**を導入
⇒一般病棟7対1入院基本料は患者割合を1割5分とし、10対1入院基本料を算定する病棟では評価を行うことを算定要件とした
⇒回復期リハビリテーションについては、A項目9のうち1点以上を基準該当患者と定義。患者割合1割5分以上を算定要件とした

重症度・看護必要度に係る評価票

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

一定以上の処置や看護が必要な患者:

A項目2点かつB項目3点以上の患者(以下「必要度基準該当患者」という)

一般病棟7対1入院基本料の算定要件:**必要度基準該当患者が15%以上**であること

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 〔① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理〕	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればで きる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介 助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

重症度・看護必要度の評価方法等について

(一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き 抜粋)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

【評価方法】

- ・毎日評価を行う
- ・評価時間は一定の時刻で行う
- ・患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、選択肢の判断基準等に従って実施

【評価者】

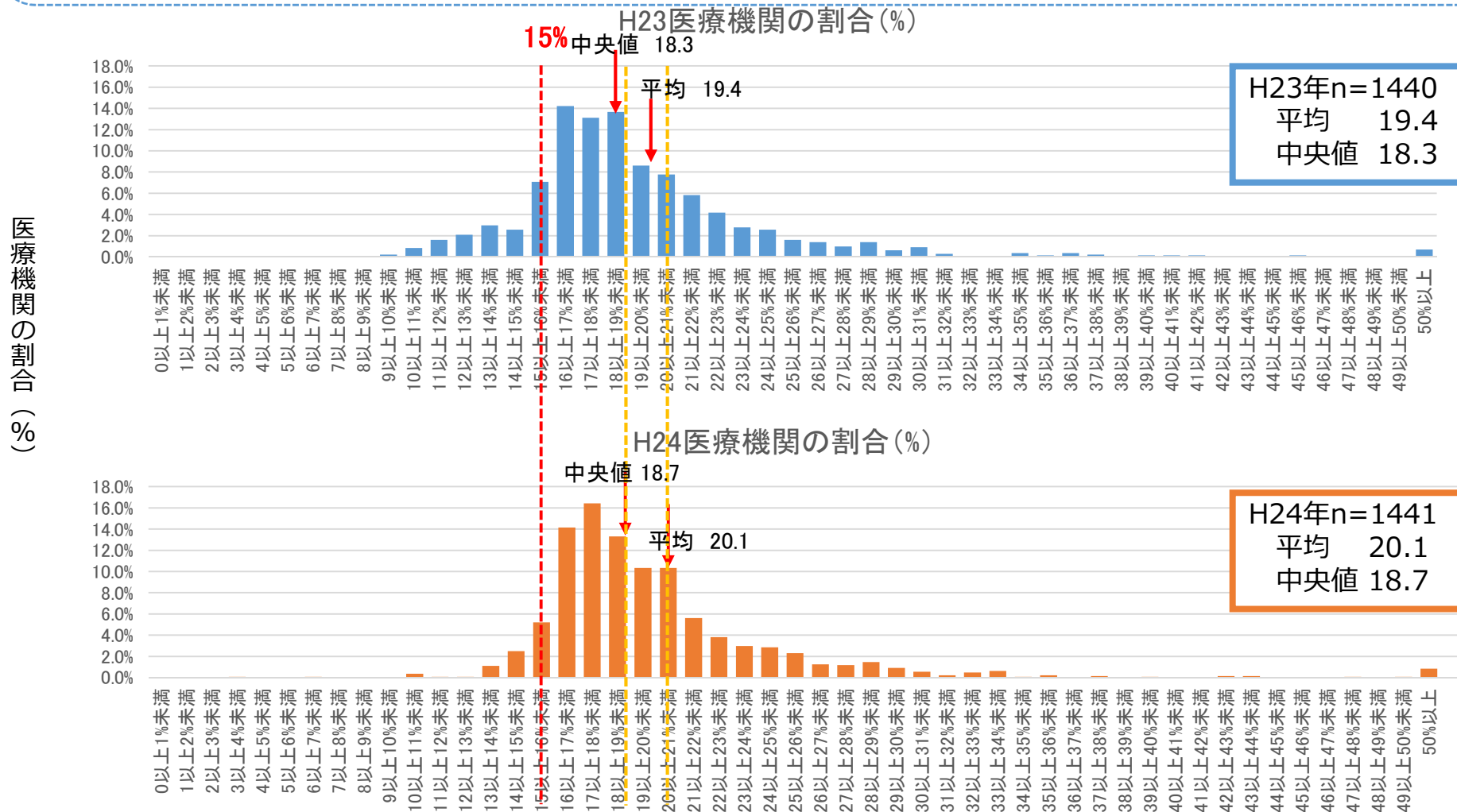
- ・院内研修を受けたものが行う
(院内研修は、所定の研修を修了、あるいは評価に習熟したものが行う研修が望ましい)

【評価にあたっての留意事項】

- ・24時間の記録と観察に基づいて行い、推測は行わない
- ・当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更

重症度・看護必要度の基準に該当する患者（A項目2点かつB項目3点以上）の割合 一般病棟7対1入院基本料の平成23年と平成24年の比較

- 一般病棟7対1入院基本料では、重症度・看護必要度の基準に該当する患者の割合がわずかに高くなった。



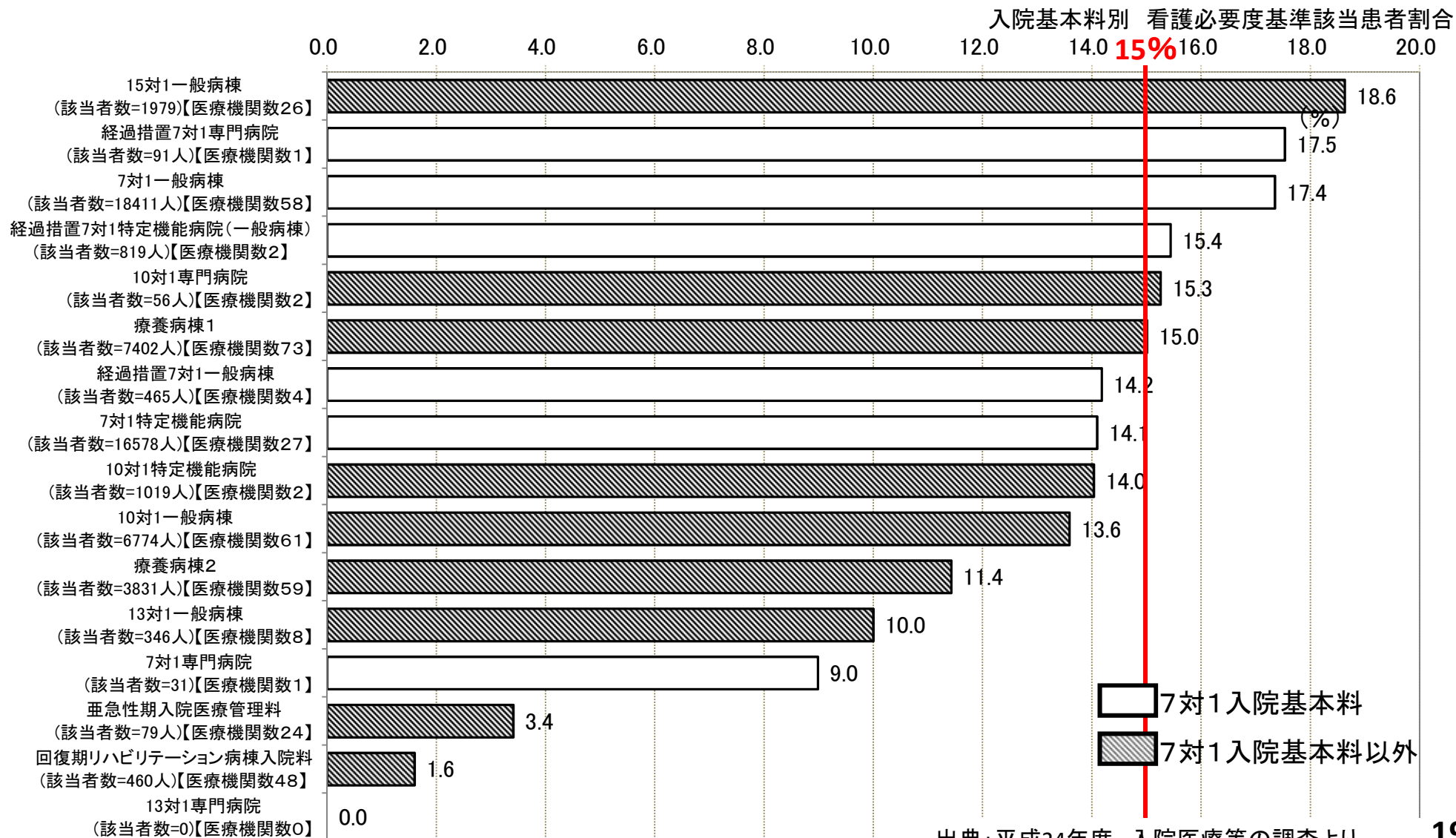
重症度・看護必要度の基準に該当する患者（A項目2点かつB項目3点以上）の割合 (%)

※H23年については、一般病棟7対1入院基本料算定1490医療機関のうち、欠損値を除く1440医療機関について集計
 ※H24年については、一般病棟7対1入院基本料算定1457医療機関のうち、欠損値を除く1441医療機関について集計

7対1入院基本料における一般病棟用の重症度・看護必要度の見直し

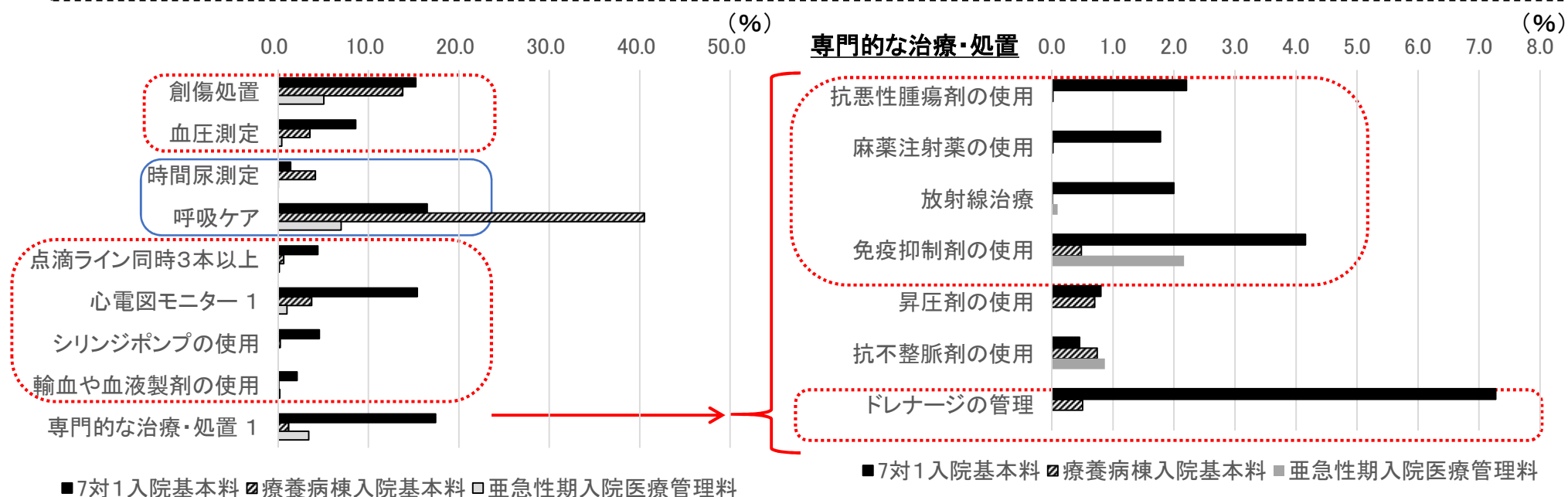
入院基本料別の重症度・看護必要度基準該当患者割合(現基準)

7対1入院基本料は必要度基準該当患者(A項目2点かつB項目3点)割合が一番高くなっていない。



【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

- 「創傷処置」、「血圧測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1（持続的な心電図のモニタリング）」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。
- 「時間尿測定」、「呼吸ケア」
7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。
- 「専門的な治療・処置1」
おおむね7対1入院基本料の方が高い項目が多い。



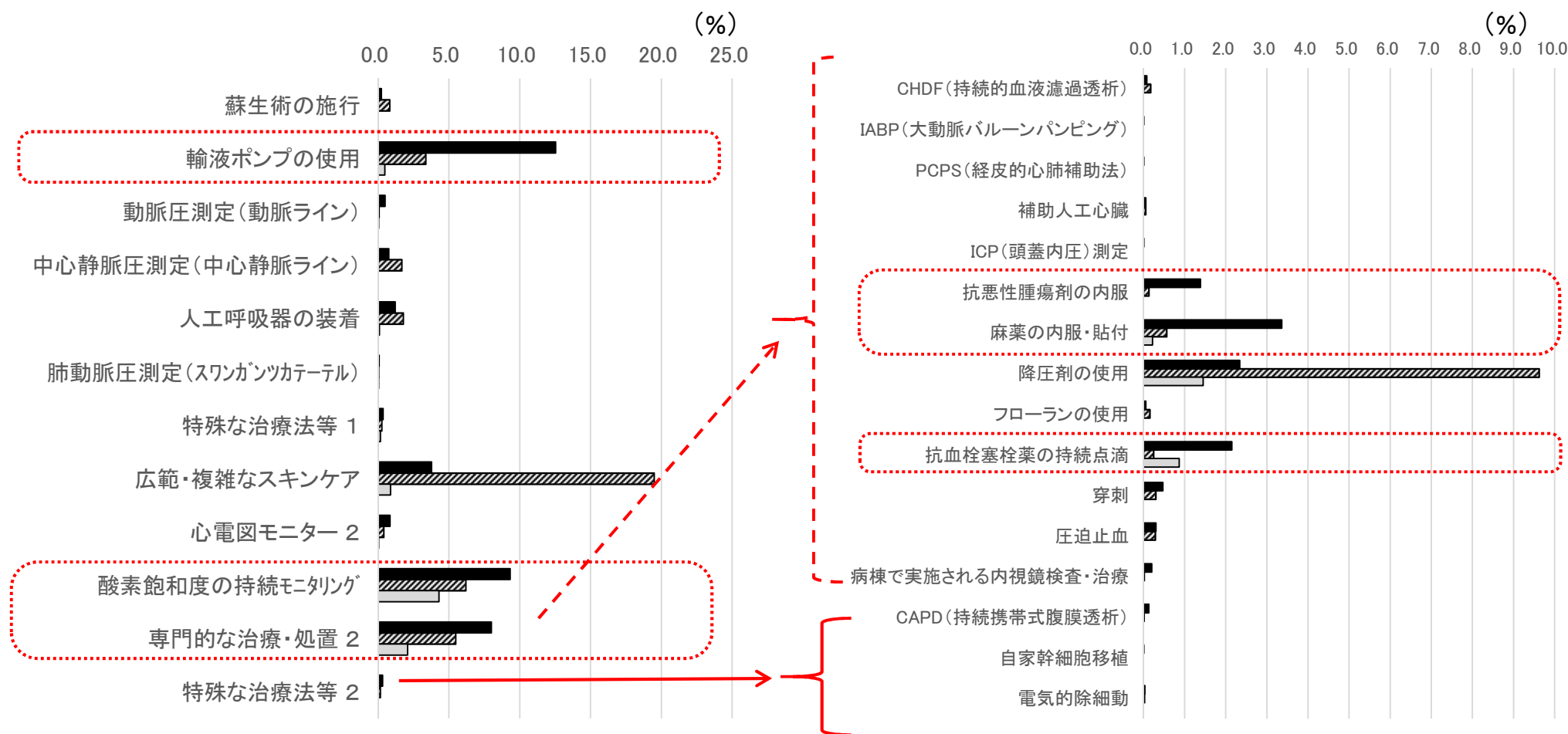
は7対1入院基本料で多い項目

は療養病棟入院基本料が多い項目

【A項目】 今回調査項目として追加した評価項目の該当率

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

- 「輸液ポンプの使用」、「酸素飽和度の持続モニタリング」
7対1入院基本料の方が該当率が高い。
- 「専門的な治療・処置2」の「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓塞栓薬の持続点滴」
7対1入院基本料の該当率が高い。



■7対1入院基本料 ■療養病棟入院基本料 □亜急性期入院医療管理料
(心電図モニター2: 心臓再同期療法(CRT)、両心室ペーシング機能付埋込型除細動器(CRTD)、植込型除細動器(ICD)を実施した場合)
出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

A項目間相関係数

(改) 診調組 入-1
2 5 . 6 . 1 3

- ① 「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプの使用」は相関がある。
- ② 「点滴ライン同時3本以上」と「輸液ポンプの使用」は弱い相関がある。
- ③ 「心電図モニター」、「酸素飽和度の持続モニタリング」と「呼吸ケア」は相関がある。

参考)相関係数

+0.600～+1.000 高い正の相関
+0.400～+0.599 中位の正の相関
+0.200～+0.399 低い正の相関
-0.199～+0.199 無相関
-0.399～-0.200 低い負の相関
-0.599～-0.400 中位の負の相関
-1.000～-0.600 高い負の相関

		A(01) 創傷処置	A(02) 血圧測定	A(03) 時間尿測定	A(04) 呼吸ケア	A(05) 点滴ライン 同時3本以上	A(06) 心電図 モニター 1	A(07) シリンジポン プ の使用	A(08) 輸血や血液 製剤の使用	A(09) 専門的な 治療・処置
一般 病棟 用	A(01) 創傷処置	1.000								
	A(02) 血圧測定	0.109	1.000							
	A(03) 時間尿測定	0.074	0.242	1.000						
	A(04) 呼吸ケア	0.107	0.283	0.148	1.000					
	A(05) 点滴ライン同時3本以上	0.099	0.298	0.181	0.229	1.000				
	A(06) 心電図モニター 1	0.071	0.333	0.168	0.431	0.258	1.000			
	A(07) シリンジポンプの使用	0.059	0.218	0.104	0.208	0.446	0.285	1.000		
	A(08) 輸血や血液製剤の使用	0.046	0.215	0.088	0.089	0.222	0.095	0.136	1.000	
	A(09) 専門的な治療・処置 1	0.151	0.188	0.099	0.104	0.244	0.083	0.188	0.105	1.000
追加 検討	A(11) 輸液ポンプの使用	0.076	0.251	0.119	0.209	0.332	0.274	0.309	0.156	0.215
追加 検討	A(19) 酸素飽和度の持続モニタリング*	0.079	0.268	0.151	0.412	0.230	0.418	0.187	0.104	0.109

【調査結果に基づいた個別項目の妥当性の検討 A項目】

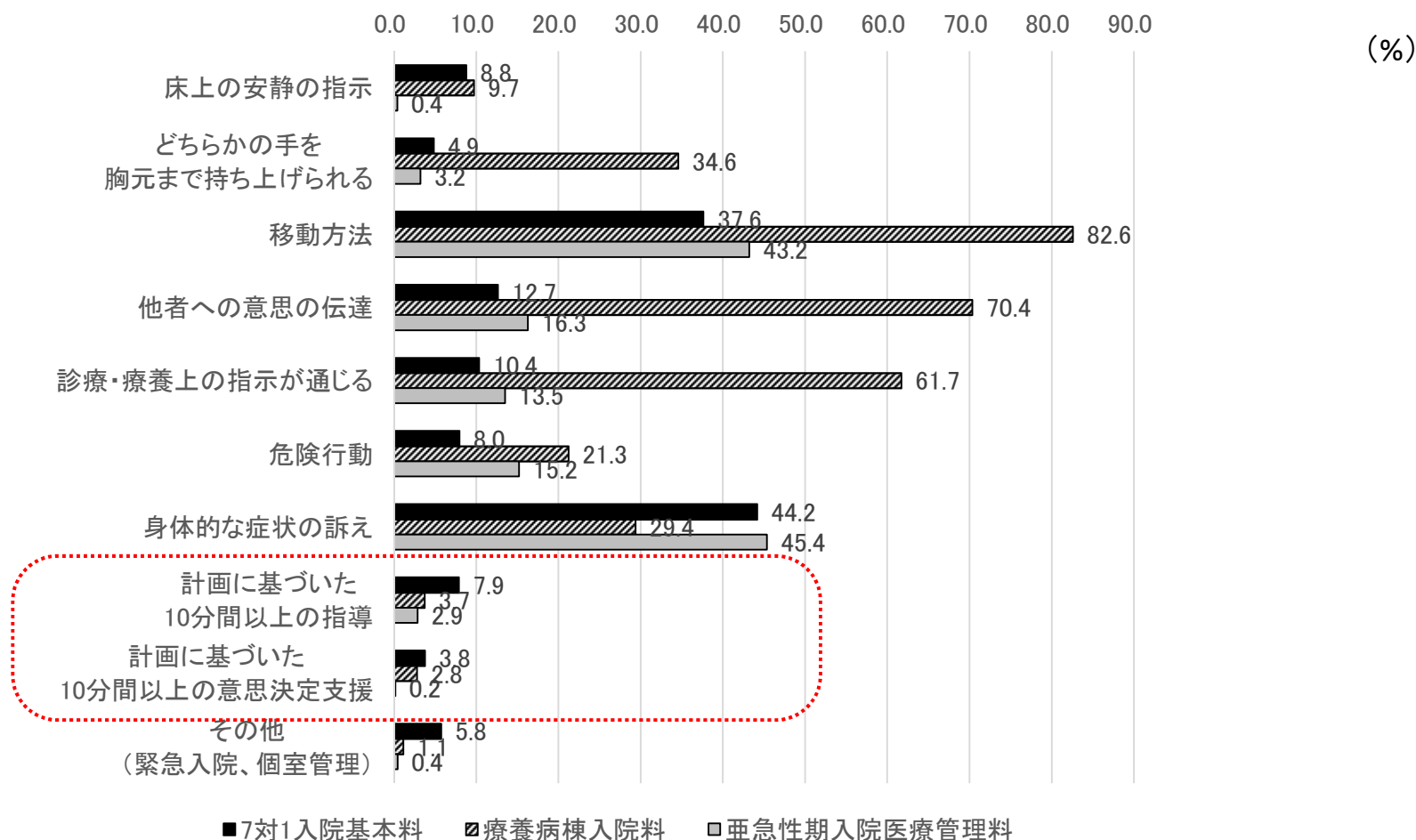
N=298,593

- 「血圧測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」は7対1入院基本料の方が該当率が高かった。
- これら5項目のうち、「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプの使用」、「輸液ポンプの使用」はそれぞれ相関性があるため、いずれかの項目にしてはどうか。

今回調査項目として追加した評価項目の該当率

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

○「身体的な症状の訴え」「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」「その他(緊急入院、個室管理)」
7対1入院基本料の方が割合が高かった。



- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

入院料毎の重症度看護必要度基準該当患者とA項目の該当割合について

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

○ A項目の**時間尿測定**の基準該当患者割合は、7対1入院基本料より15対1入院基本料で一番高くなっている。

		7対1特定機能病院 入院基本料(一般病棟)		7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟 入院基本料		13対1一般病棟 入院基本料		15対1一般病棟 入院基本料		亜急性期 入院医療管理料		療養病棟入院基本料1, 2	
		該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合
全体		117,602人	(100.0%)	106,106人	(100.0%)	49,842人	(100.0%)	3,460人	(100.0%)	10,623人	(100.0%)	2,317人	(100.0%)	84,252人	(100.0%)
(1)創傷処置	1点:あり	18,649人	(15.9%)	15,618人	(14.7%)	6,888人	(13.8%)	202人	(5.8%)	1,832人	(17.2%)	135人	(5.8%)	12,120人	(14.4%)
(2)血圧測定	1点:5回以上	10,914人	(9.3%)	8,192人	(7.7%)	3,147人	(6.3%)	150人	(4.3%)	669人	(6.3%)	7人	(0.3%)	2,969人	(3.5%)
(3)時間尿測定	1点:あり	1,633人	(1.4%)	1,569人	(1.5%)	679人	(1.4%)	43人	(1.2%)	528人	(5.0%)	0人	(0.0%)	3,867人	(4.6%)
(4)呼吸ケア	1点:あり	15,367人	(13.1%)	19,906人	(18.8%)	8,632人	(17.3%)	555人	(16.0%)	3,318人	(31.2%)	141人	(6.1%)	36,066人	(42.8%)
(5)点滴ライン同時3本以上	1点:あり	5,742人	(4.9%)	4,158人	(3.9%)	1,451人	(2.9%)	30人	(0.9%)	129人	(1.2%)	2人	(0.1%)	537人	(0.6%)
(6)心電図モニター 1	1点:あり	14,664人	(12.5%)	19,618人	(18.5%)	6,526人	(13.1%)	326人	(9.4%)	1,109人	(10.4%)	30人	(1.3%)	3,324人	(3.9%)
(7)シリンジポンプの使用	1点:あり	5,667人	(4.8%)	4,538人	(4.3%)	1,540人	(3.1%)	24人	(0.7%)	66人	(0.6%)	0人	(0.0%)	144人	(0.2%)
(8)輸血や血液製剤の使用	1点:あり	3,223人	(2.7%)	1,761人	(1.7%)	636人	(1.3%)	5人	(0.1%)	50人	(0.5%)	6人	(0.3%)	65人	(0.1%)
(9)専門的な治療・処置 1	2点:あり	25,717人	(21.9%)	15,291人	(14.4%)	4,519人	(9.1%)	52人	(1.5%)	327人	(3.1%)	98人	(4.2%)	959人	(1.1%)

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

血圧測定

血圧測定とB項目出現パターンの結果(上位5位)

・7対1入院基本料のA項目「血圧測定」に該当する者について、B項目の出現パターンを分析したところ、最も多かったものが、B項目が「いずれも0点(該当なし)」であった。次いで「移乗のみ」に該当、「移乗と衣服着脱」に該当の組み合わせであった。

○ 血圧測定のための該当患者のB項目のパターン別延べ患者数

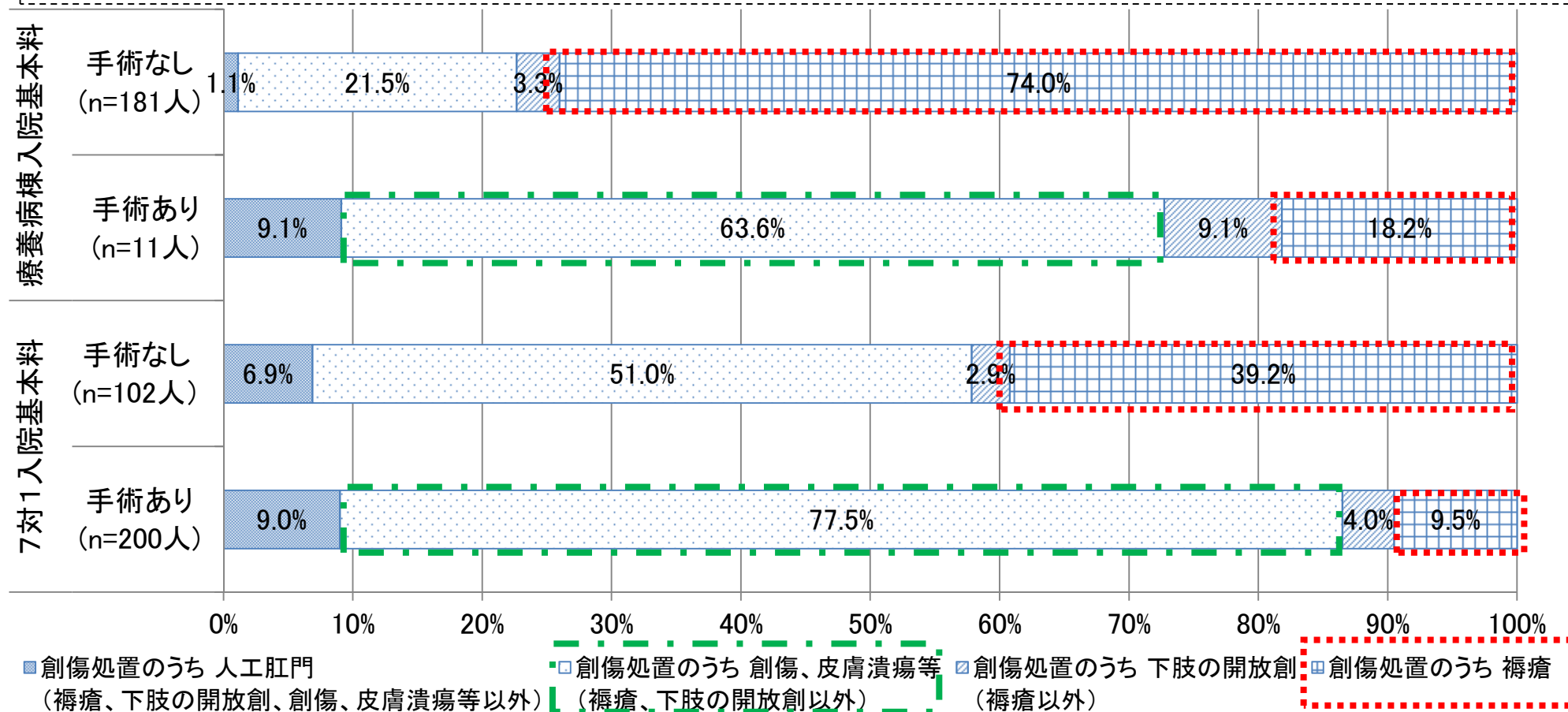
出典:平成24年度 入院医療等の調査より

B項目パターン							件数(人) n=2,662	割合(%)
寝返り	起き上がり	座位保持	移乗	口腔清潔	食事摂取	衣服の着脱		
0点	0点	0点	0点	0点	0点	0点	759	28.5%
0点	0点	0点	1点	0点	0点	0点	202	7.6%
0点	0点	0点	1点	0点	0点	1点	169	6.3%
0点	0点	0点	0点	0点	0点	1点	153	5.7%
2点	1点	2点	2点	0点	0点	0点	61	2.3%

血圧測定とB項目で最も多く出現する組み合わせは、B項目「該当なし」であり、比較的自立度が高い患者に対する処置として行われていることが示唆されるが、急性期の循環動態が不安定な患者の状態観察の指標として適切であるといえるか。

- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

創傷処置の内容は、療養病棟入院基本料においては手術なしの褥瘡が多く、7対1入院基本料、療養病棟入院基本料の手術ありについては、褥瘡以外の創傷処置が多い。



出典：平成24年度 入院医療等の調査より

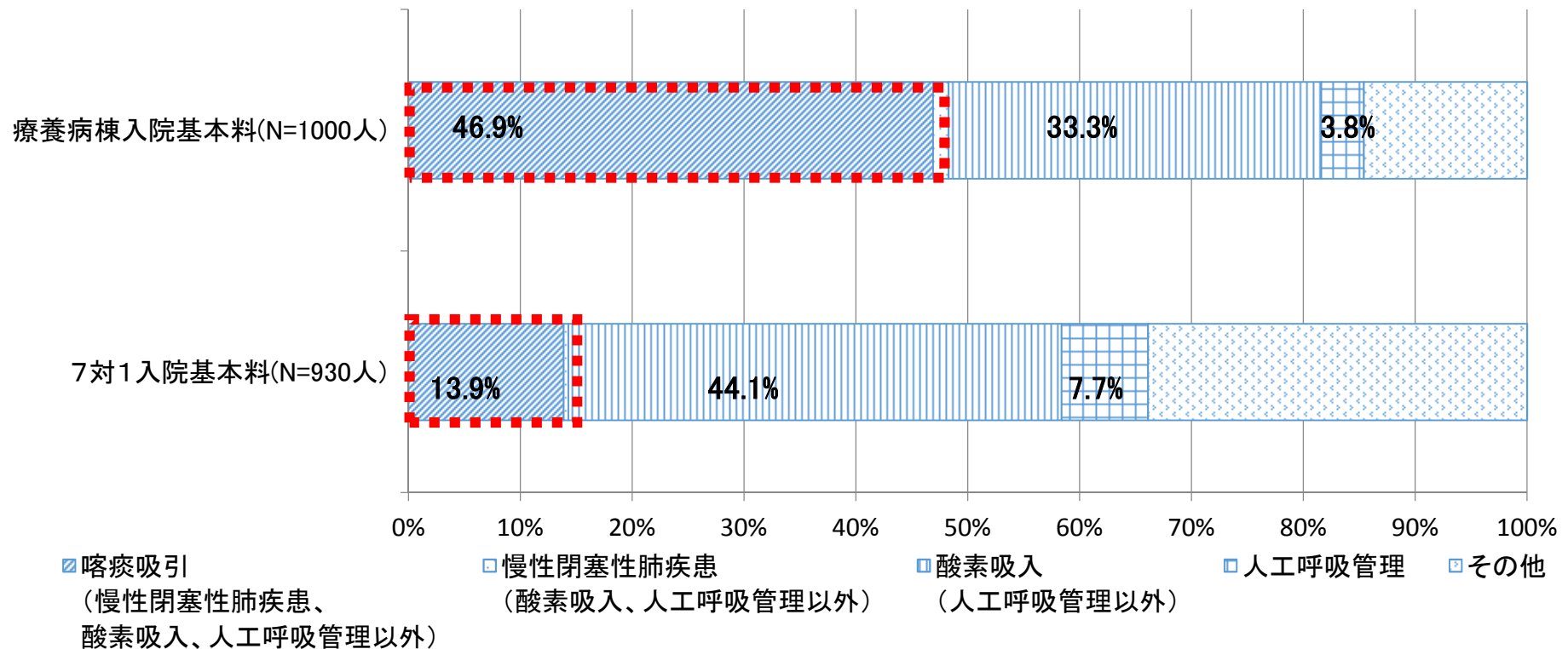
「創傷処置」は、7対1入院基本料と療養病棟入院基本料で、手術ありの場合は「褥瘡以外の創傷処置」、療養病棟入院基本料の手術なしの場合は「褥瘡に対する処置」が多く、評価している内容が異なっているが、療養病棟入院基本料で多い創傷処置のうち「褥瘡に対する処置」が急性期の処置の指標として適切であるといえるか。

- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

呼吸ケア

7対1入院基本料と療養病棟入院基本料の呼吸ケア該当患者の患者像

○ 一般病棟用の重症度・看護必要度の呼吸ケアに該当する患者のうち、喀痰吸引のみの該当者は、7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が多い。



出典：平成24年度 入院医療等の調査より

呼吸ケアは、7対1入院基本料よりも療養病棟入院基本料で、呼吸ケアの該当者が多くなっているが、その内容としては、7対1入院基本料では酸素吸入、療養病棟入院基本料では喀痰吸引の割合が高い。病棟種別によりケア内容が異なっていると考えられ、呼吸ケアのうち、特に喀痰吸引は急性期の重症度・看護必要度の指標として適切であるといえるか。

- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

10分以上
の指導等

計画に基づいた指導等の効果 (平均在院日数、在宅復帰率)

「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」を行った患者は、それ以外の患者に比べて、在院日数は短縮しており、在宅復帰率※が高くなっている傾向であった。

【計画に基づいた10分以上の指導】

定義:計画に基づき、看護師等が患者または家族等に対して、継続して10 分間以上に亘り、指導を行った場合を評価する。

計画に基づいた10分以上の指導	件数	在院日数	在宅復帰率
全体	1,020	20.3日	18.9%
評価期間中に指導あり	107	19.9日	21.6%
評価期間中に指導なし	913	20.3日	18.6%

【計画に基づいた10分以上の意思決定支援】

定義:計画に基づき、看護師等が患者に対して、継続して10 分間以上に亘り、治療・検査の意思決定を支援した場合を評価する。

計画に基づいた10分以上の意思決定支援	件数	在院日数	在宅復帰率
全体	1,020	20.3日	18.9%
評価期間中に支援あり	45	19.3日	21.6%
評価期間中に支援なし	975	20.3日	18.8%

※＜在宅復帰率の計算式＞ B/A

・退院・退棟予定日が決まっている患者のうち、入棟年月日、退院・退棟の予定日、及び退院・退棟後の居場所のデータがそろっている患者(A)
・(A)のうち、退院・退棟後の居場所が「介護療養型医療施設」、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」、「グループホーム」、「サービス付き高齢者向け住宅」、「有料老人ホーム等」、「自宅(在宅医療を除く)」、及び「在宅医療」となっている患者(B)

再掲

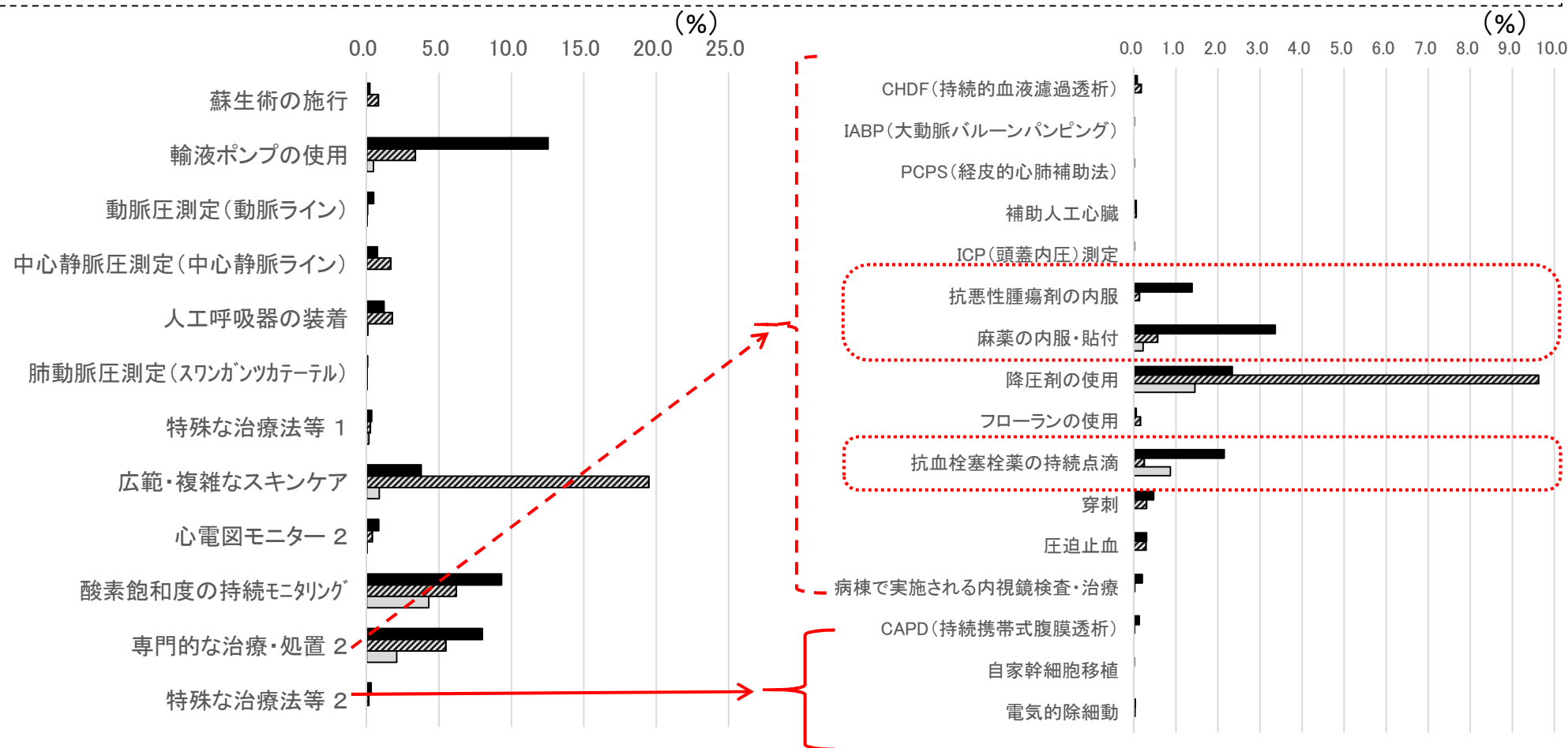
【A項目】

今回調査項目として追加した評価項目の該当率

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

○「専門的な治療・処置2」の「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓塞栓薬の持続点滴」

7対1入院基本料の該当率が高い。



■7対1入院基本料 ■療養病棟入院基本料 □亜急性期入院医療管理料
(心電図モニター2:心臓再同期療法(CRT)、両心室ペーシング機能付埋込型除細動器(CRTD)、植込型除細動器(ICD)を実施した場合)

【入院医療等分科会とりまとめ】

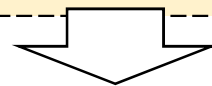
- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

第247回中央社会保険医療協議会2013年8月21日 ご意見(抜粋)
(計画に基づいた10分間以上の指導等について)

10分という時間を設定するのは、混乱を起こす。早く終わることもあるし、非常にかかることもあるので、こういう時間設定はいかなものか。

前にもこういう問題があって、それは廃棄になった。現場を混乱させないことが一番大事。

時間で縛られたら、本題を見失うので、その辺を勘案していただきたい。



- 入院医療等分科会とりまとめの方向性から、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援を除いた項目に見直すことについてどう考えるか。

一般病棟用の重症度・看護必要度の項目の見直しの方向性について
(平成25年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめを受けたもの)

A モニタリング及び処置等

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し (削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

B 患者の状態

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字
項目の削除 青字
定義の見直し 紫字

一般病棟用の重症度・看護必要度のシミュレーション

(平成25年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめを受けたもの)

(シミュレーションに用いたデータ)

一般病棟等の重症度・看護必要度等に関する調査(H25)

【調査の目的】

7対1入院基本料及び特定入院料である特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を届出している医療機関から、患者の重症度及び看護必要度等の情報とその他の施設情報等のデータを収集し、医療機関における患者の重症度・看護必要度と看護職員等の配置状況などについて分析、また、収集方法について検討する。

【調査内容】

(1)施設調査

施設の基本属性、施設及び病棟の体制、調査期間中の病棟・看護職員の状況 など

(2)患者調査

患者の基本属性、入退院情報、診断情報、手術情報、重症度・看護必要度 など

(3)調査の電子化についてのご意見シート(回答施設に調査予定)

施設票の記入に係る体制やデータ管理状況、重症度・看護必要度調査に係るデータ管理状況など

【調査の対象施設】

- ・7対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院、専門病院): 500施設(抽出)※333応諾中、速報集計の対象85
- ・特定集中治療室管理料を届出している施設 : 640施設(全数)※217応諾中、速報集計の対象45
- ・ハイケアユニット入院医療管理料を届出している施設 : 256施設(全数)※88応諾中、速報集計の対象19

【スケジュール】

- 8月下旬 対象施設へ調査協力依頼の書類一式発送
- 9月下旬 記入要領等の調査票一式を発送
- 10月初旬 提出期日
- 10月 データ集計

空白

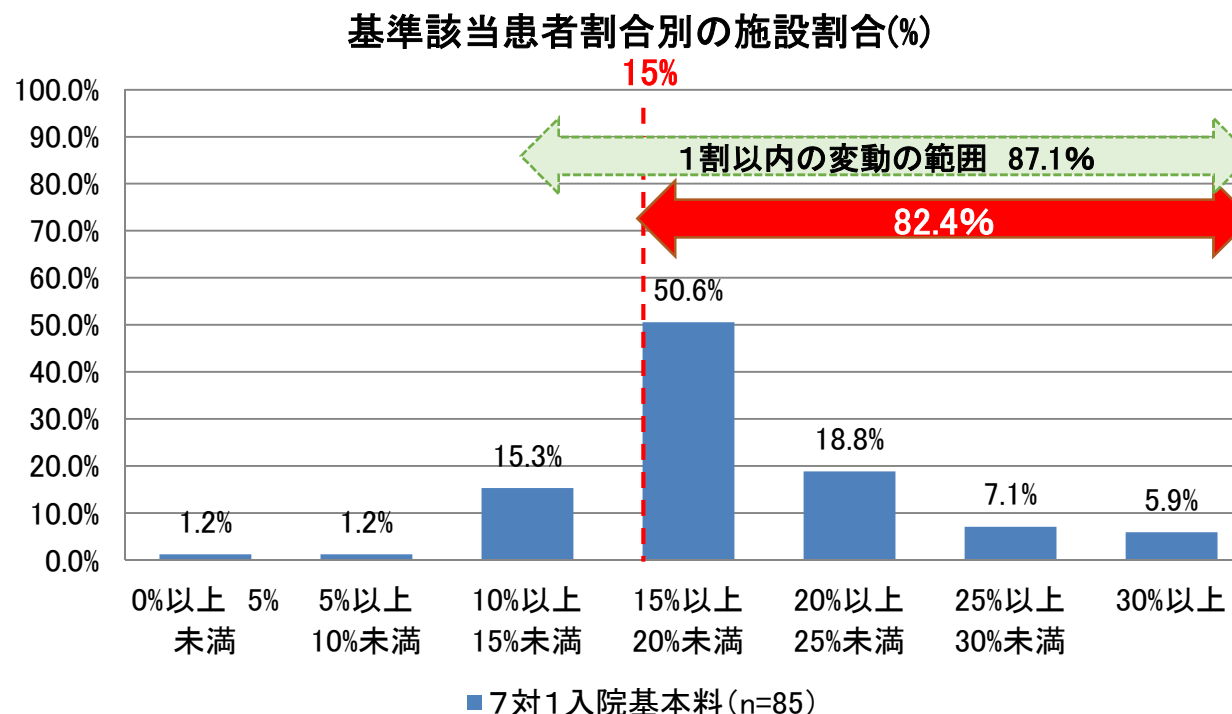
一般病棟用の重症度・看護必要度のシミュレーション

※ 現行のB項目は変更しない

A モニタリング及び処置等 現行	見直しの方向性	パターン1 (現行)	パターン2 (入院医療等分科会の見直し の方向性に対応した場合)
1 創傷処置	創傷処置	○	○
	褥瘡処置		
2 血圧測定	削除	○	×
3 時間尿測定	削除	○	×
4 呼吸ケア	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等喀痰吸引以外)	○	○
	喀痰吸引のみ		×
5 点滴ライン同時3本	点滴ライン同時3本	○	○
6 心電図モニター	心電図モニター	○	○
7 シリンジポンプの使用	シリンジポンプの使用	○	○
8 輸血や血液製剤の使用	輸血や血液製剤の使用	○	○
9 専門的な治療・処置	専門的な治療・処置	/	
①抗悪性腫瘍剤の使用	①抗悪性腫瘍剤の使用		
	②抗悪性腫瘍剤の内服	—	○
②麻薬注射薬の使用	③麻薬注射薬の使用	○	○
	④麻薬の内服・貼付	—	○
③放射線治療	⑤放射線治療	○	○
④免疫抑制剤の使用	⑥免疫抑制剤の使用	○	○
⑤昇圧剤(注射)の使用	⑦昇圧剤(注射)の使用	○	○
⑥抗不整脈剤の使用	⑧抗不整脈剤の使用	○	○
	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴	—	○
⑦ドレナージの管理	⑩ドレナージの管理	○	○

パターン1：現行の一般病棟用の重症度・看護必要度

<必要度基準該当患者の割合の施設分布>



現行の必要度基準該当患者の割合が1割5分以上の医療機関は82.4%であった。

※ 施設基準の1割5分を下回る医療機関については、救命救急入院料を算定する医療機関、又は、1割以内の変動の範囲の場合が考えられるが、施設基準の1割5分を満たしていない医療機関も散見される。

一般病棟用の重症度・看護必要度のシミュレーション

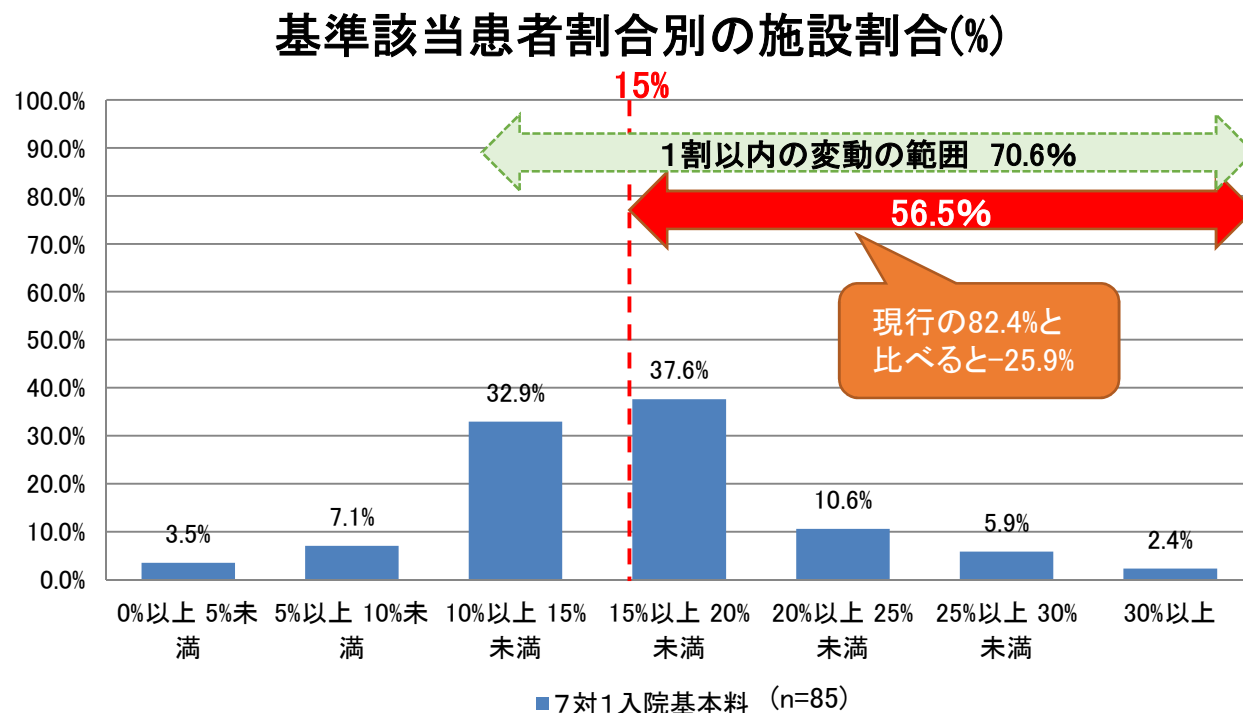
※ 現行のB項目は変更しない

A モニタリング及び処置等 現行	見直しの方向性	パターン1 (現行)	パターン2 (入院医療等分科会の見直し の方向性に対応した場合)
1 創傷処置	創傷処置	○	○
	褥瘡処置		
2 血圧測定	削除	○	×
3 時間尿測定	削除	○	×
4 呼吸ケア	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等喀痰吸引以外)	○	○
	喀痰吸引のみ		×
5 点滴ライン同時3本	点滴ライン同時3本	○	○
6 心電図モニター	心電図モニター	○	○
7 シリンジポンプの使用	シリンジポンプの使用	○	○
8 輸血や血液製剤の使用	輸血や血液製剤の使用	○	○
9 専門的な治療・処置	専門的な治療・処置		
①抗悪性腫瘍剤の使用	①抗悪性腫瘍剤の使用		
	②抗悪性腫瘍剤の内服	—	○
②麻薬注射薬の使用	③麻薬注射薬の使用	○	○
	④麻薬の内服・貼付	—	○
③放射線治療	⑤放射線治療	○	○
④免疫抑制剤の使用	⑥免疫抑制剤の使用	○	○
⑤昇圧剤(注射)の使用	⑦昇圧剤(注射)の使用	○	○
⑥抗不整脈剤の使用	⑧抗不整脈剤の使用	○	○
	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴	—	○
⑦ドレナージの管理	⑩ドレナージの管理	○	○

パターン2:

入院医療等分科会とりまとめを踏まえた見直しの方向性に対応した場合

＜必要度基準該当患者の割合の施設分布＞



見直し後の必要度基準該当患者の割合が1割5分以上の医療機関は56.5%であった。

救命救急入院料を算定する医療機関における
7対1入院基本料の看護必要度の評価の見直し

救命救急入院料を算定する医療機関における 7対1入院基本料の看護必要度の評価(現行)

<現状>

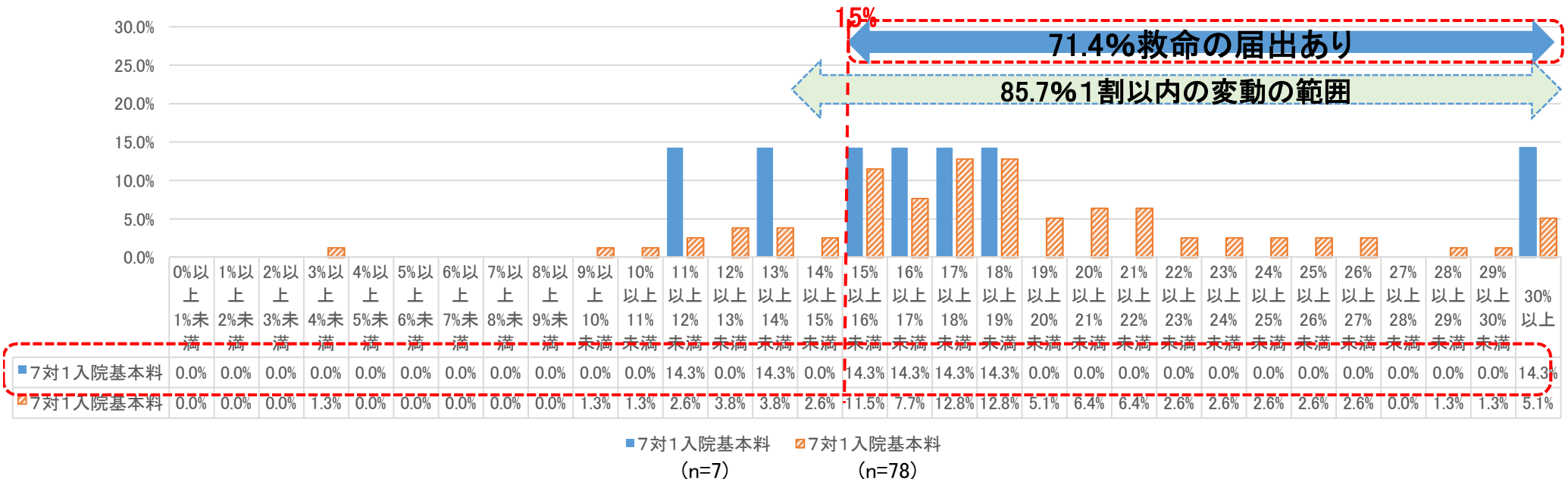
○ 救命救急入院料を算定する医療機関の7対1入院基本料の必要度該当患者の割合については、1割5分未満であっても、7対1入院基本料を算定することができる。

(施設基準)

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合を除く。)の7対1入院基本料(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)については、測定の結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延べ患者数)に占める重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が、1割5分以上であること。

<救命救急入院料算定の有無別7対1入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度>

基準該当患者割合別の施設割合(%)

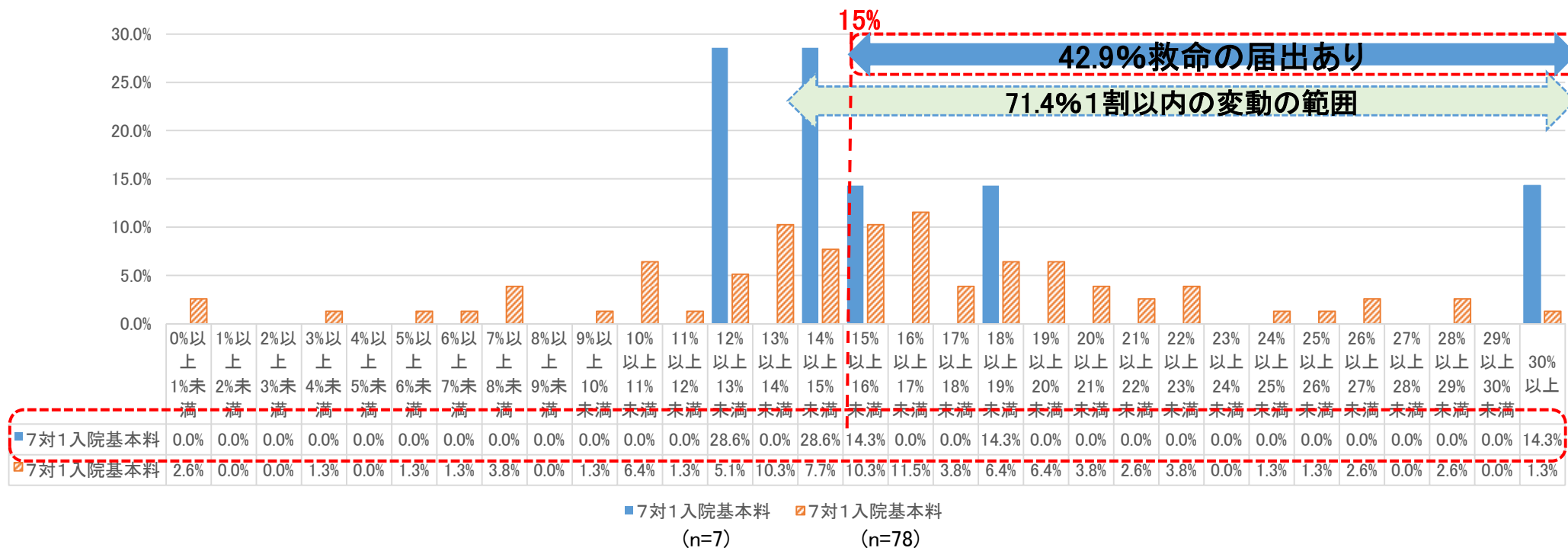


○ 救命救急入院料を算定する医療機関で、重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が1割5分以上の施設割合は71.4%、1割以内の変動では、85.7%であった。

救命救急入院料を算定する医療機関における 7対1入院基本料の看護必要度の評価 (入院医療等分科会とりまとめを踏まえた見直しの方向性に対応した場合)

○ 救命救急入院料を算定する医療機関の7対1入院基本料の基準該当患者割合が1割5分以上の施設割合は42.9%、1割以内の変動では、71.4%であった。

基準該当患者割合別の施設割合(%)



7対1入院基本料における一般病棟用の重症度・看護必要度の見直しに係る課題と今後の方向性

【課題】

(一般病棟用の重症度・看護必要度の評価)

- ・ 具体的な見直しの方向性を踏まえた推計を行った結果、必要度基準該当患者の割合は、現行と比べて、低くなる。

(救命救急入院料を算定している医療機関の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価)

- ・ 救命救急入院料を算定する医療機関の7対1入院基本料の必要度基準該当患者の割合は、1割5分未満であっても、7対1入院基本料を算定することができるとされているが、7対1入院基本料と同一の評価を導入した場合であっても、ほとんどの医療機関が1割5分以上、若しくは、1割5分要件の1割以内の変動の範囲に該当していた。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること、
- ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること、
- ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと、
- ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

【論点】

- 入院医療等分科会とりまとめの方向性から、計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援を除いた項目に見直すことについてどう考えるか。
- 救命救急入院料を算定する治療室を有する医療機関の7対1入院基本料において、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準該当患者割合(1割5分以上)を導入することについてどう考えるか。
- 名称については、「重症度、医療・看護必要度(仮称)」としてはどうか。

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し
3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討
4. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討
 - 1) 入院医療の適正化に向けた検討
 - 2) 外来の機能分化の推進

7対1病棟に係るその他の指標について

7対1病棟に係るその他の指標について

【課題】

- 7対1入院基本料を届け出ている医療機関の在宅復帰率は約74.2%、自院の他病床への退院患者率は15.3%、介護老人保健施設への退院患者率は1.5%となっている。
- 7対1入院基本料を届け出ている医療機関の78.6%が現在DPCデータを提出している。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に手術件数、全身麻酔件数が10対1病院の平均を下回る病院が存在している。
- データ提出加算の算定対象となっていない医療機関、病棟が存在している。また、データ提出加算の参加の機会が年1回に限られている。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - (ア) 7対1入院基本料を算定している医療機関に対して、人員配置や設備等の体制(ストラクチャー)のみを要件とするのではなく、当該医療機関に期待される機能を要件とする必要があるが、現時点においては、医療機関全体の診療実態を正確に把握することや、診療実績の指標を設定することが困難。
 - (イ) 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査・分析するため、DPCデータの提出を要件とすることが必要。
 - (ウ) 7対1入院基本料を算定する病棟について、自宅のみならず、亜急性期病床等(亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料等)への転棟・転院も含めた上で在宅復帰率を指標として検討する。



【論点】

- 7対1病棟において自宅、亜急性期・回復期病床、在宅復帰機能に一定の実績のある介護老人保健施設への退院患者が●割であることを要件としてはどうか。
- 一定の経過措置を設けた上で、平成28年度以降DPC制度への参加も検討しつつ、DPCデータの提出を7対1病棟の要件とし、提出されたデータを元に診療実績を要件とすることについて引き続き検討を行うこととしてはどうか。
- データ提出加算の算定対象病棟をすべての一般病床、療養病床、精神病床とすることとしてはどうか。また、データ提出の参加の機会を複数回にすることとしてはどうか。

高度急性期・急性期

在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総-3
2 5 . 3 . 1 3

亜急性期・回復期等

在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上
亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

診療所等

外来・訪問サービス等

老健

長期療養

【参考】在宅復帰率(介護保険)

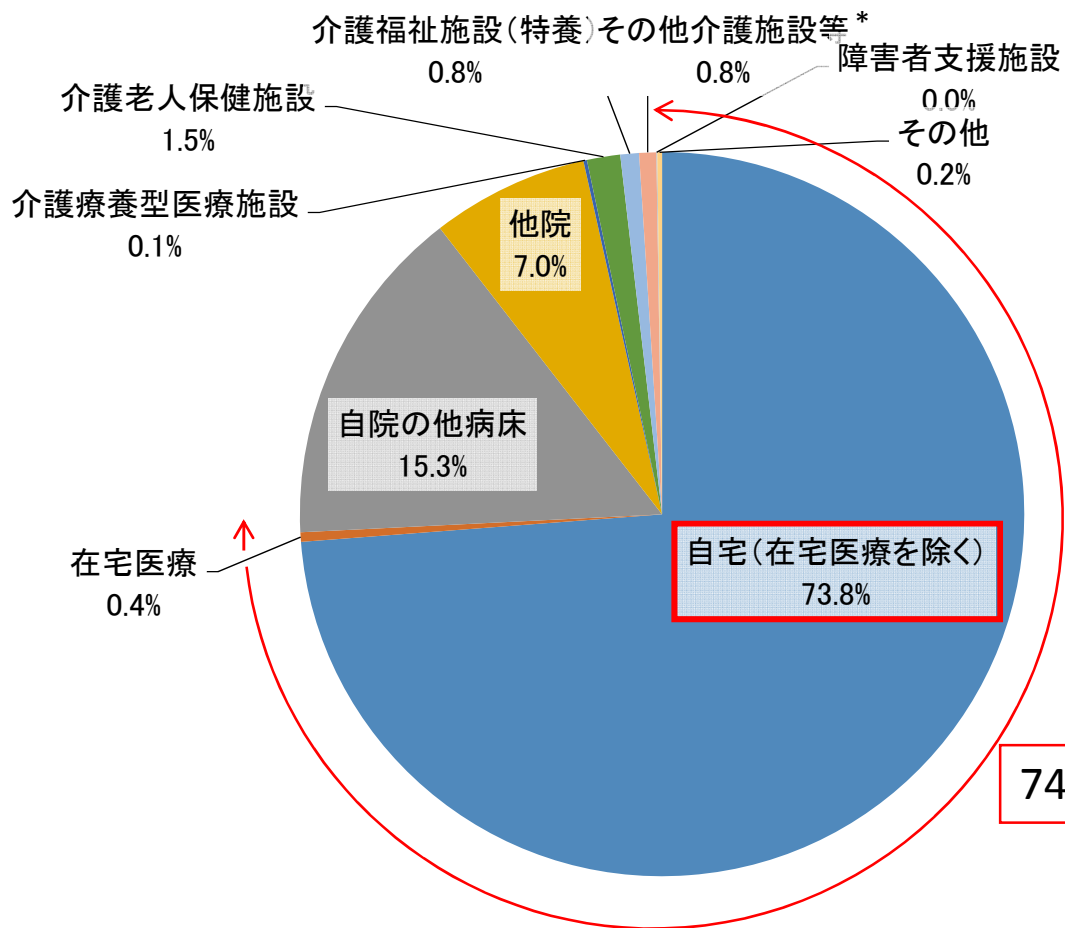
在宅復帰支援型の老健 > 5割

上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

7対1病棟における退棟患者の状況(平成24年度調査結果)

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7



+ 死亡退院: 749人

N=24,687

出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

*その他介護施設等には「グループホーム」「有料老人ホーム・軽費老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」が含まれる

施設基準に在宅復帰率が規定されている主な入院料・施設

	亜急性期入院 医療管理料 1・2	回復期リハビリテーション 病棟入院料			介護老人保健施設		
		1	2	3	在宅強化型老健	在宅復帰・在宅療養支援 加算取得老健	その他の老健施設
在宅復帰要件	6割以上	7割以上	6割以上	—	在宅復帰率が50%を超え、 毎月10%以上のベッドが 回転している	在宅復帰率が30%を超え、 毎月5%以上のベッドが回 転している老健	—

注：亜急性入院管理料は在宅復帰患者数に介護老人保健施設への退所を含む。

回復期リハビリテーション病棟入院料は入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者等を除く。

介護老人保健施設は自宅、有料老人ホーム、認知症グループホーム等の居宅系施設に退所した者が対象。

介護老人保健施設についても、在宅復帰率を要件としている施設が存在している。

在宅復帰率(亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料)

亜急性期入院医療管理料(1)
2,061点(60日まで)

亜急性期入院医療管理料(2)
1,911点(60日まで)

回復期リハビリテーション病棟入院料
(1)1,911点(2)1,761点(3)1,611点(60日まで～180日まで)

在宅復帰率の要件

概ね**6割**以上

(1)**7割**以上

(2)**6割**以上

(3)規定無し

在宅復帰率の定義

(分子)**直近1か月間**の在宅復帰患者数
(算定開始後3月目以降は、**直近3か月間**)

(在宅復帰患者数の定義)

当室より退院した患者数のうち、下記を除く。

- ・同一の保険医療機関の当該管理料に係る**病室**以外へ転室した患者数
- ・他の保険医療機関へ転院した患者数



(分母)当該病室における**直近1か月間**の退院患者
(当該管理料の算定開始後3月目以降は、**直近3か月間**)

(分子) **直近6か月間**の在宅復帰患者数

(在宅復帰患者数の定義)

当室より退院した患者数のうち、下記を除く。

- ・同一の保険医療機関の当該入院料に係る**病棟**以外の病棟へ転棟した患者
- ・他の保険医療機関へ転院した患者
- ・**介護老人保健施設に入所する患者**
- ・**入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者**



(分母) **直近6か月間**に退院した患者数※

- ※・**入院期間が通算される再入院患者を除く**
 ・**他の保険医療機関へ転院した者等を含む**
 ・**病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く**

<主な相違点>

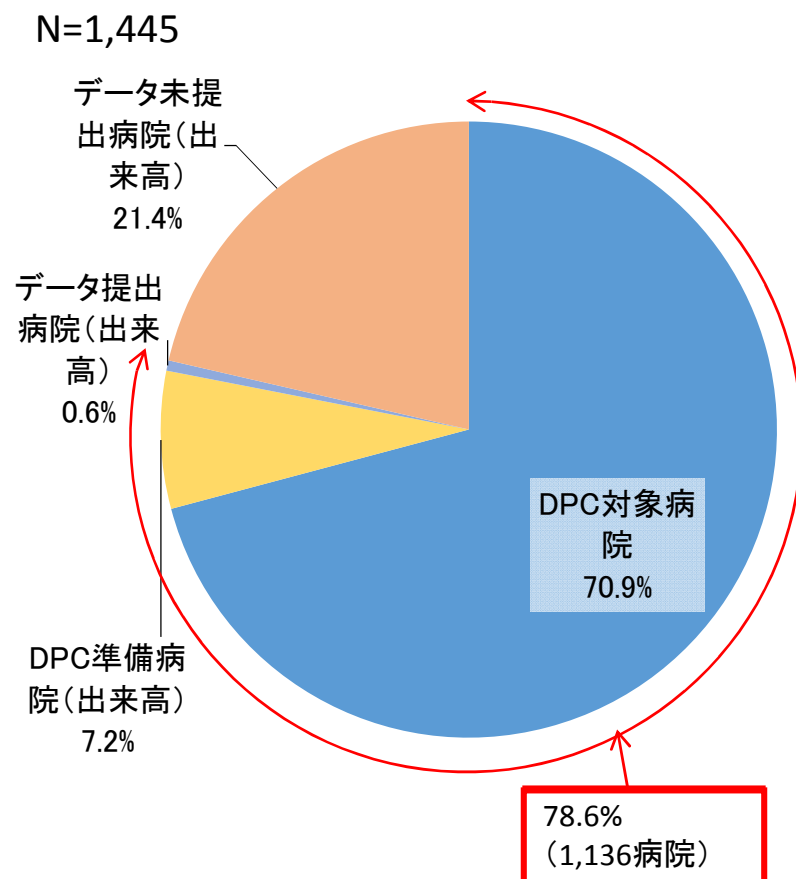
- 亜急性入院管理料は在宅復帰患者数に**介護老人保健施設を含む**
- 回復期リハビリテーション病棟入院料は**入院期間が通算させる再入院患者及び死亡退院した患者等を除く**

データの提出について

7対1病院のDPCデータ提出の状況

7対1病院におけるDPCデータの提出状況(平成24年度)

DPCデータの提出病床の状況



	許可病床数 (平成24年7月1日現在)	データ提出届出病床数 (平成25年3月1日現在)	割合
一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	380,591	328,665	86.4%
一般病棟 10対1入院基本料	210,566	74,513	35.4%
特定機能病院 一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	58,944	58,326	99.0%*
特定機能病院 一般病棟 10対1入院基本料	1,365	1,232	90.3%*
専門病院 7対1入院基本料(経過措置を含む)	5,795	5,569	96.1%
専門病院 10対1入院基本料	1,944	1,215	62.5%

*特定機能病院で100%になっていないのは許可病床と届出病床の差によると考えられる

7対1入院基本料を算定している病床については、既に大半がDPCデータを提出していることから、平成28年度以降DPC制度への参加も検討しつつ、データ提出を必須化することとしてはどうか。

DPCフォーマットデータ提出の評価

- 急性期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、DPC対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

(新) データ提出加算1 (入院診療のみ提出)

イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)150点(退院時一回)

(新) データ提出加算2 (入院診療と外来診療を提出)

イ(200床以上)110点、ロ(200床未満)160点(退院時一回)

※ DPC対象病院のデータ提出に係る評価(機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む)については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理

[施設基準]

- (1) 7対1及び10対1入院基本料(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のみ)を算定する保険医療機関であること。
- (2) 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(DPC対象病院以外の病院は、同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。)
- (3) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[算定基準]

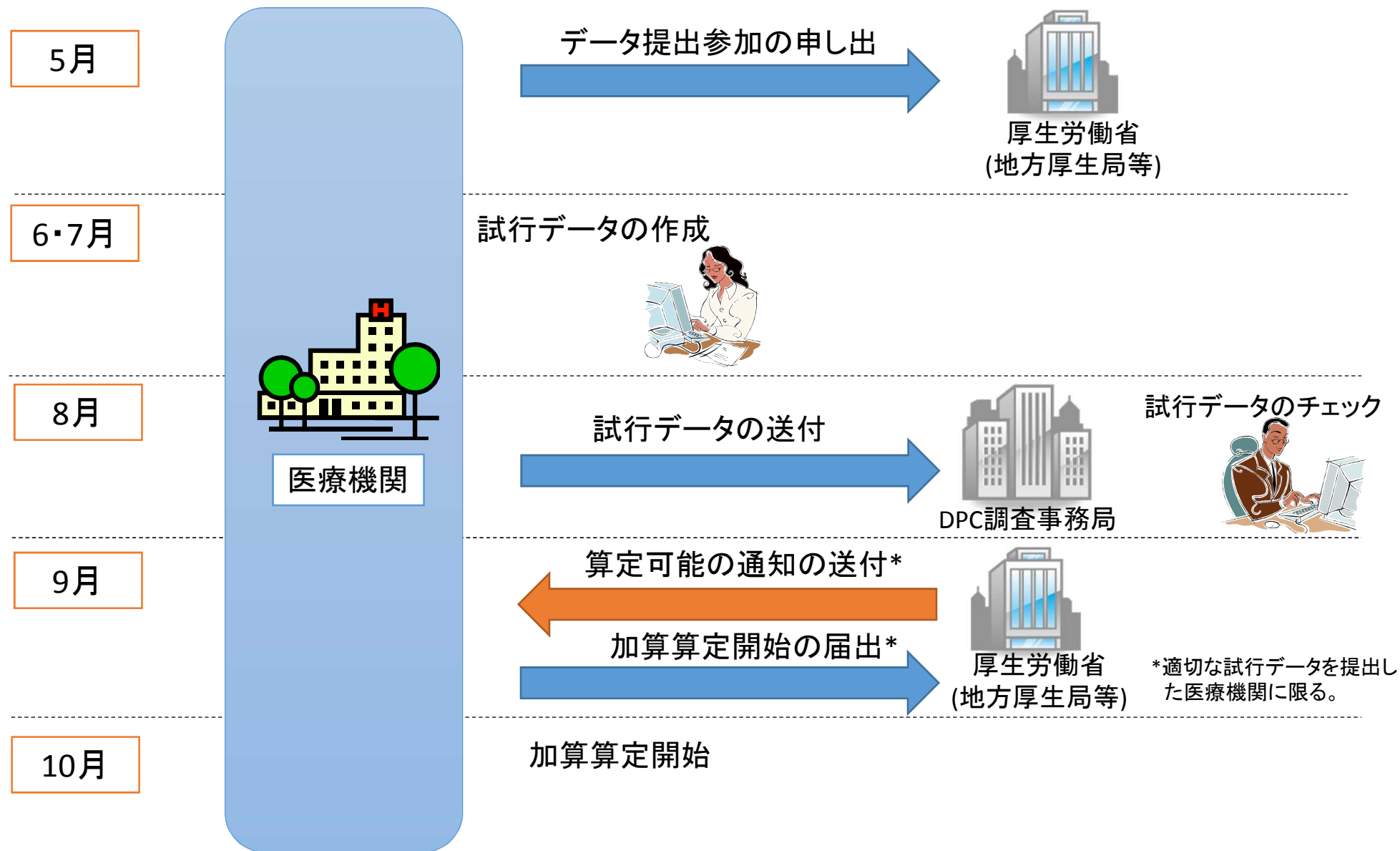
- データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。等

現在のデータ提出加算の対象病棟（病院）

一般病床		療養病床	精神病床	
対象病棟	対象外病棟	対象外	対象病棟*	対象外病棟**
A100 一般病棟入院基本料（7対1、10対1） A104特定機能病院入院基本料（一般病棟） A105専門病院入院基本料（7対1、10対1） A300救命救急入院料 A301特定集中治療室入院料 A301-2ハイケアユニット入院医療管理料 A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A301-4小児特定集中治療室管理料 A302新生児特定集中治療室管理料 A303総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2新生児治療回復室入院医療管理料 A305 一類感染症患者入院医療管理料 A307小児入院医療管理料 A400短期滞在手術基本料3	左記以外の病棟 A100 一般病棟入院基本料（13対1、15対1） A105 専門病院入院基本料（13対1） A106障害者施設等入院基本料 A308回復期リハビリテーション病棟入院料 A308-2 亜急性期入院医療管理料 A309特殊疾患病棟入院料 A310緩和ケア病棟入院料 A317特定一般病棟入院料		A103精神病棟入院基本料 A311精神科救急入院料 A311-2精神科急性期治療病棟入院料 A311-3精神科救急・合併症入院料 A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料 * 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）を算定する病棟を有する医療機関に限る	・ 左記以外の病棟 A312 精神療養病棟入院料 A314認知症治療病棟入院料 ** 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）を算定する病棟を有する医療機関を除く

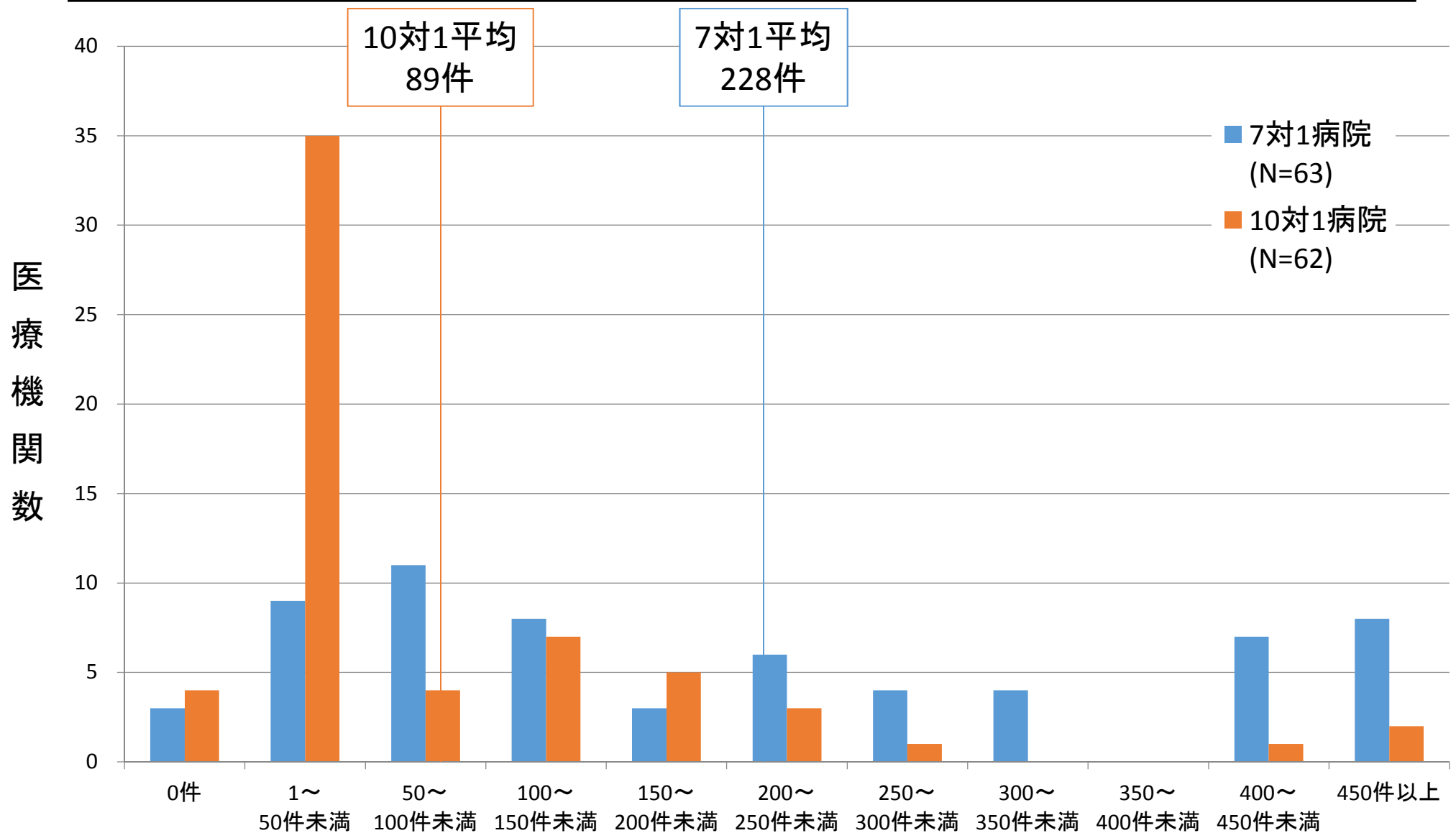
データ提出加算の算定の対象とならない病棟や医療機関が存在していることから、データ提出をすべての病棟・医療機関で可能としてはどうか。

現在のデータ提出加算の届出と算定のスケジュール



現在、年1回に限られているデータ提出加算の参加の機会を複数回に増やすことにしてはどうか。

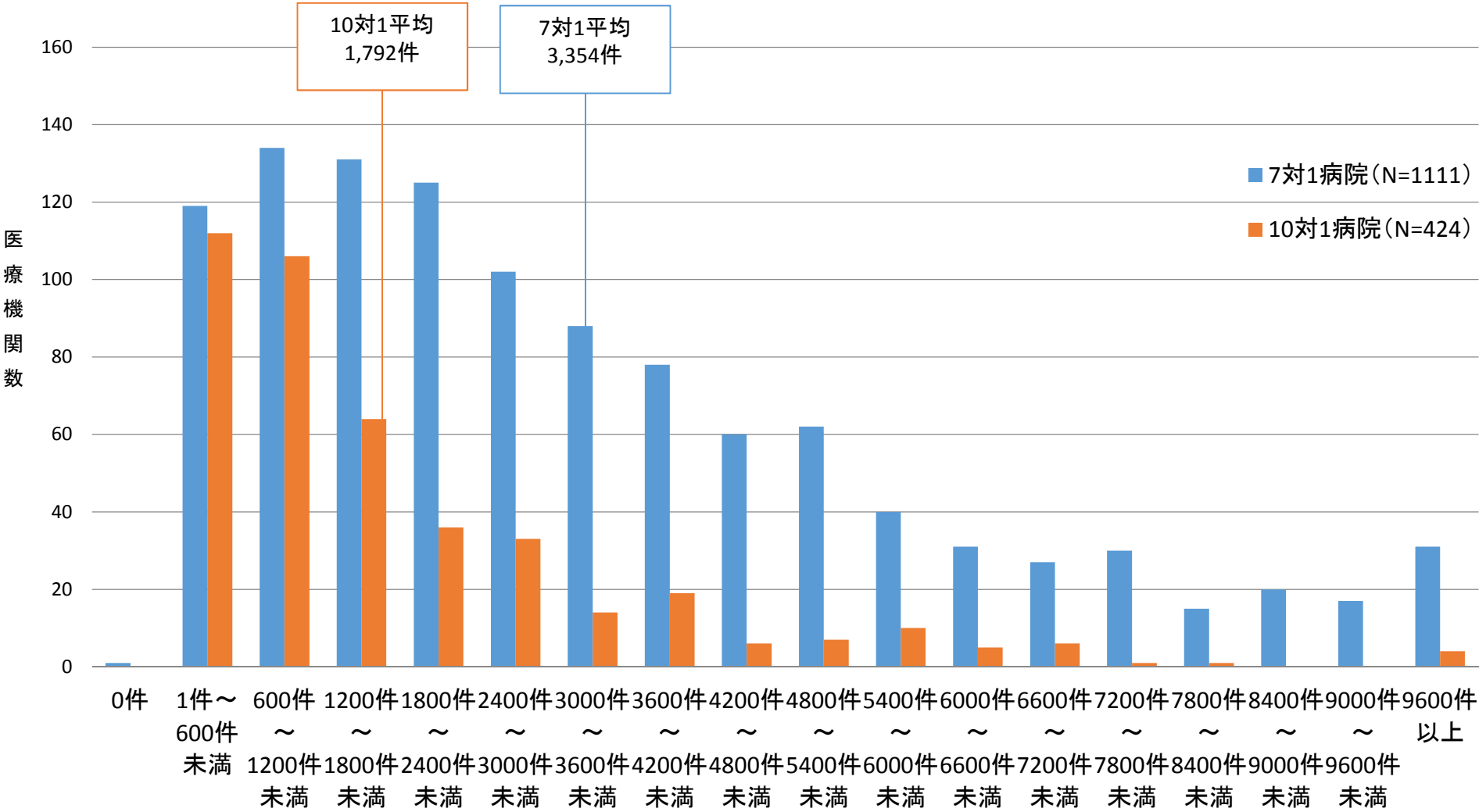
7対1・10対1病院における手術実施件数(平成24年度調査)



7対1・10対1病院における手術実施件数(DPCデータ)

*平成25年3月現在で7対1一般病棟入院基本料を算定している病院

7対1病院における1年間の手術件数(平成23年度調査)



7対1病棟に係るその他の指標について

【課題】

- 7対1入院基本料を届け出ている医療機関の在宅復帰率は約74.2%、自院の他病床への退院患者率は15.3%、介護老人保健施設への退院患者率は1.5%となっている。
- 7対1入院基本料を届け出ている医療機関の78.6%が現在DPCデータを提出している。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に手術件数、全身麻酔件数が10対1病院の平均を下回る病院が存在している。
- データ提出加算の算定対象となっていない医療機関、病棟が存在している。また、データ提出加算の参加の機会が年1回に限られている。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - (ア) 7対1入院基本料を算定している医療機関に対して、人員配置や設備等の体制(ストラクチャー)のみを要件とするのではなく、当該医療機関に期待される機能を要件とする必要があるが、現時点においては、医療機関全体の診療実態を正確に把握することや、診療実績の指標を設定することが困難。
 - (イ) 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査・分析するため、DPCデータの提出を要件とすることが必要。
 - (ウ) 7対1入院基本料を算定する病棟について、自宅のみならず、亜急性期病床等(亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料等)への転棟・転院も含めた上で在宅復帰率を指標として検討する。



【論点】

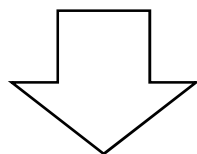
- 7対1病棟において自宅、亜急性期・回復期病床、在宅復帰機能に一定の実績のある介護老人保健施設への退院患者が●割であることを要件としてはどうか。
- 一定の経過措置を設けた上で、平成28年度以降DPC制度への参加も検討しつつ、DPCデータの提出を7対1病棟の要件とし、提出されたデータを元に診療実績を要件とすることについて引き続き検討を行うこととしてはどうか。
- データ提出加算の算定対象病棟をすべての一般病床、療養病床、精神病床とすることとしてはどうか。また、データ提出の参加の機会を複数回にすることとしてはどうか。

療養病棟における在宅復帰率の評価について

療養病棟における在宅復帰率の評価について

【課題】

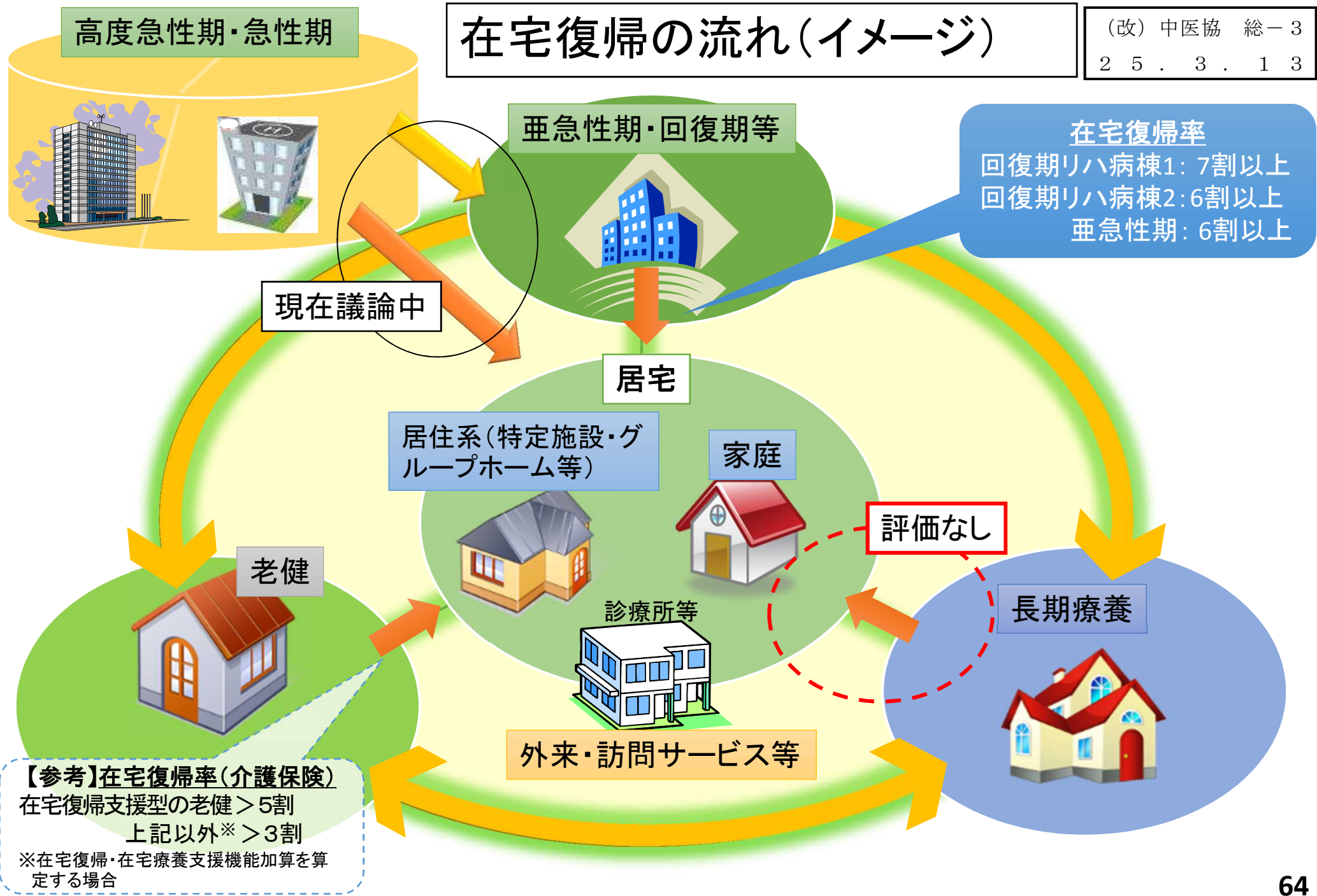
- 現在、療養病棟からの在宅復帰率について評価が存在していない。
- 療養病棟の半年間の在宅復帰率は全体で46%、医療区分2・3の患者が8割をしめる病棟で45.1%、その他の病棟で46.4%となっている。



【論点】

- 療養病棟について、一定の在宅復帰率をもつ病棟について評価を行うことについてどのように考えるか。

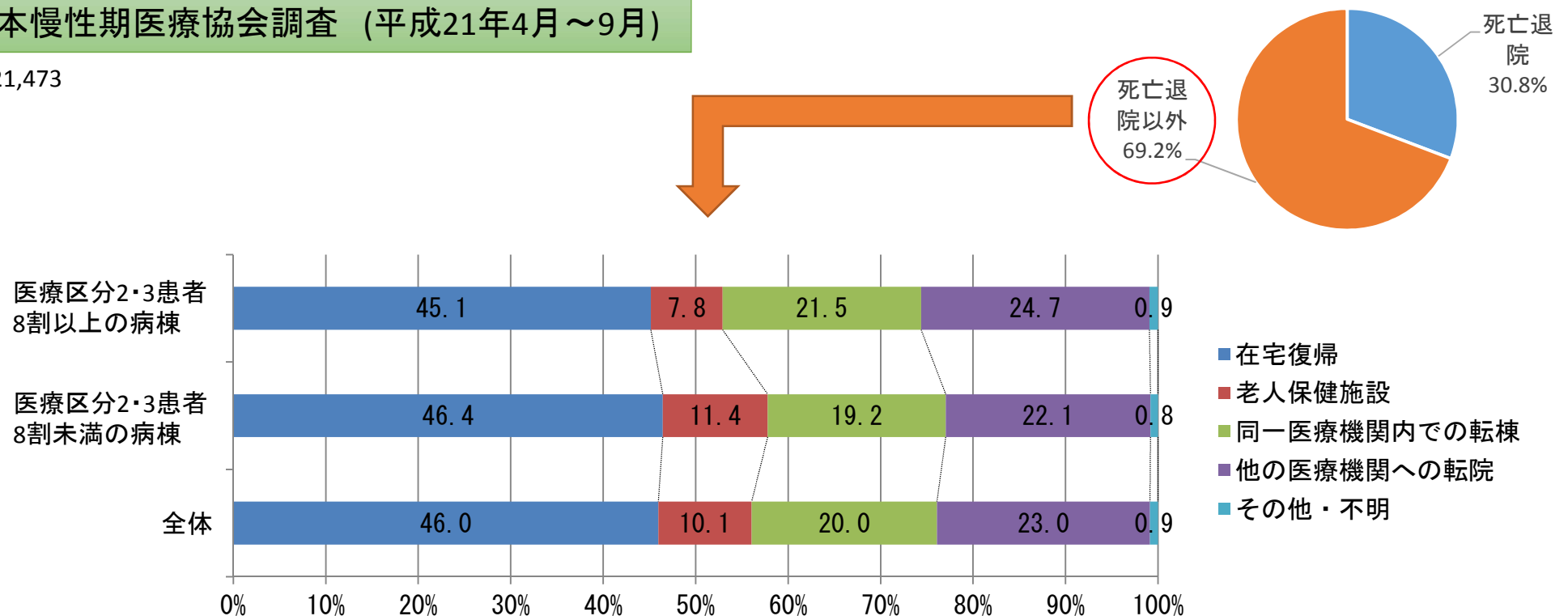
在宅復帰の流れ(イメージ)



医療療養病床退院患者の退院先

日本慢性期医療協会調査（平成21年4月～9月）

N=21,473



（参考）

○在宅復帰率（回復期リハビリテーション病棟と同様）

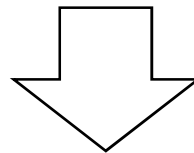
= $\frac{\text{直近6ヶ月間に退院した患者数（自院内・他医療機関への転院、老健への入所を除く）}}{\text{直近6ヶ月間に退院した患者数（急性増悪による転院および死亡退院を除く）}}$

療養病棟における半年間の在宅復帰率は全体で46%であり、医療区分2・3の患者が8割以上を占める病棟であっても45.1%となっている。

療養病棟における在宅復帰率の評価について

【課題】

- 現在、療養病棟からの在宅復帰率について評価が存在していない。
- 療養病棟の半年間の在宅復帰率は全体で46%、医療区分2・3の患者が8割をしめる病棟で45.1%、その他の病棟で46.4%となっている。



【論点】

- 療養病棟について、一定の在宅復帰率をもつ病棟について評価を行うことについてどのように考えるか。

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. **亜急性期入院医療管理料等**の見直し
3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討
4. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討
 - 1) 入院医療の適正化に向けた検討
 - 2) 外来の機能分化の推進

亜急性期入院医療管理料等の見直し

(1) 亜急性期入院医療管理料について

(2) 特定除外患者の受入の評価について

亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響について

【課題】

- 人口構造が変化し、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が求められている。
- 亜急性期入院医療管理料は、一般病棟の病室単位で算定可能となっており、平成24年7月時点で届出を行っている病室は17,828 床となっている。
- 亜急性期入院医療管理料を算定する病室では、新入室患者のうち自院の急性期病床・一般病床からの受け入れが75.4%、退院先が自宅（在宅医療を除く）である者は80.5%であった。また、重症度・看護必要度は低い患者が多かった。
- また、療養病棟であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7 対1入院基本料を算定する病棟と同程度の機能をもつ病棟が存在していた。

【入院医療等分科会とりまとめ】

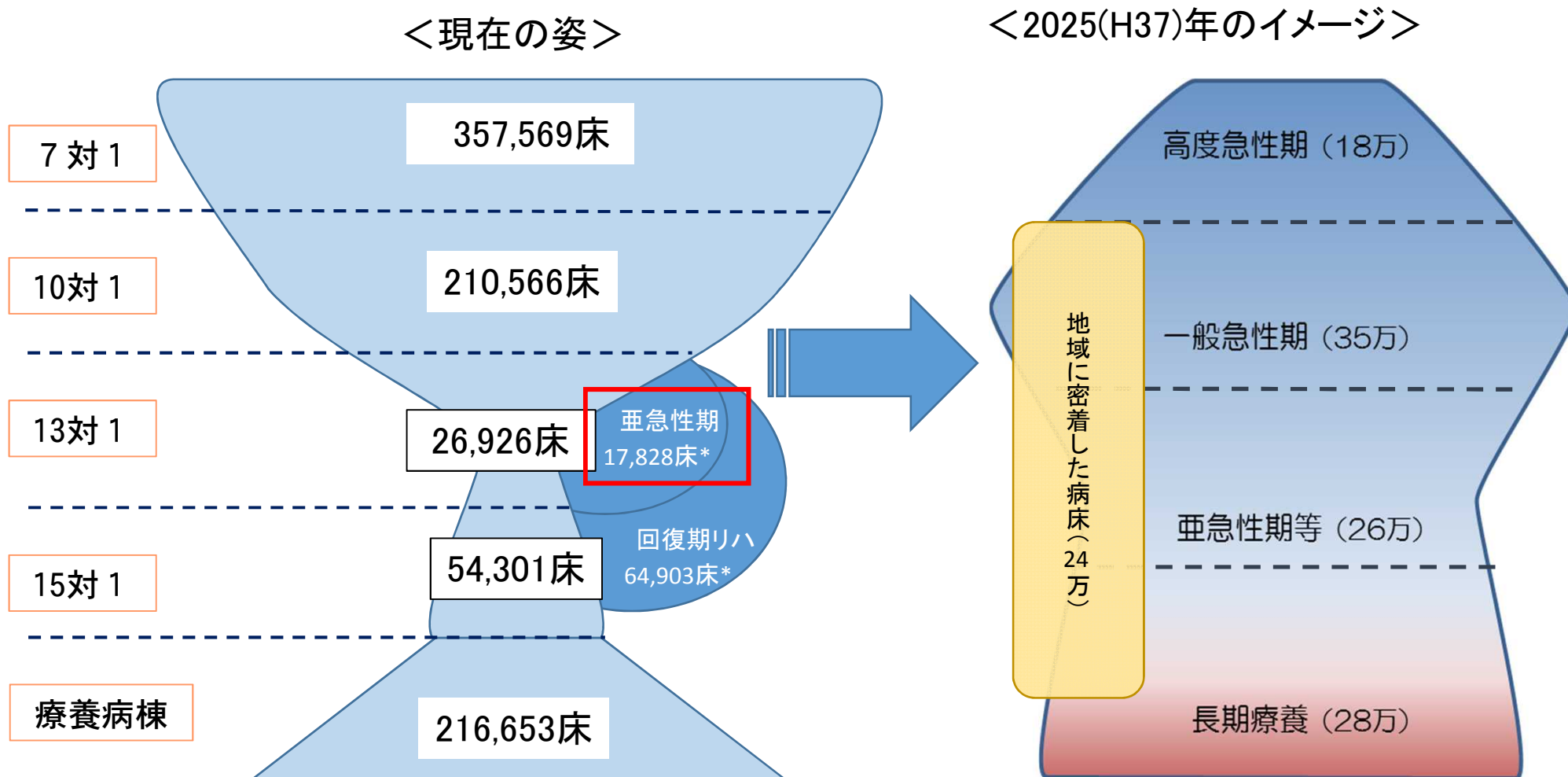
- (ア) 亜急性期病床の評価を充実させるに当たっては、まず、亜急性期病床の役割・機能を明確にすることが重要であるが、当分科会においては、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つの機能が重要であると確認された。
- (イ) こうした役割・機能を評価するため、亜急性期病床の要件については、人員配置の他、例えば、上記①の要件として重症度・看護必要度、②の要件として、二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、③の要件として在宅復帰率のような要件を設定した上で、評価を充実させることが必要である。
- (ウ) また、今後の高齢化の進展を見据え、既述の7対1入院基本料の見直しとあわせて、急性期後及び慢性期の急性増悪の患者の受け皿を整備することや、病床の機能分化という観点から、亜急性期の病床数を増やす必要があり、現行の病室単位から病棟単位の届出とすることや、療養病棟でも亜急性期病床に求められる役割・機能に準じた医療を提供している医療機関が存在している実態を踏まえ、病床の種別にかかわらず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要である。
- (エ) 亜急性期病床の果たす役割・機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、亜急性期を担う医療機関についても、提供されている医療内容に関するデータ(DPCデータを基本としたもの)の提出を求めていくことが必要である。
- ただし、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。さらに、亜急性期病床を持つ医療機関にまでDPCデータの提出を求めることは過大な負担になるのではないかと意見もあった。

【論点】



- 地域の医療を支えるため、亜急性期医療の評価を充実することとしてはどうか。
- 亜急性期医療は病棟単位の評価を原則とすることとしてはどうか。ただし、200床未満の病院については、①看護師の夜勤時間を所属病棟に算入する(現在と同様の取扱い)、②DPC点数表による算定を行っていた患者が入室した場合は引き続きDPC点数表で算定を行うこととした上で、1病棟まで病室単位を算定可能としてはどうか。
- 200床未満の医療機関については、すべての病棟について特定入院料である亜急性期病棟の届出を行う医療機関を認めることとしてはどうか。
- 亜急性期病棟の要件については、①二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、②在宅復帰率等に加えて、③新規入院患者のうち重症度・看護必要度A項目1点以上の患者が回復期リハビリテーション病棟入院料1と同程度であること、④原則として6.4㎡/床であること、⑤亜急性期病床の果たす役割、機能を継続的に把握する観点から、提供されている医療内容に関するデータの提出を求めること、としてはどうか。
- 療養病床においては、医療機関の病床規模にかかわらず1病棟(60床まで)に限り亜急性期病棟の評価の届出を可能とすることとしてはどうか。

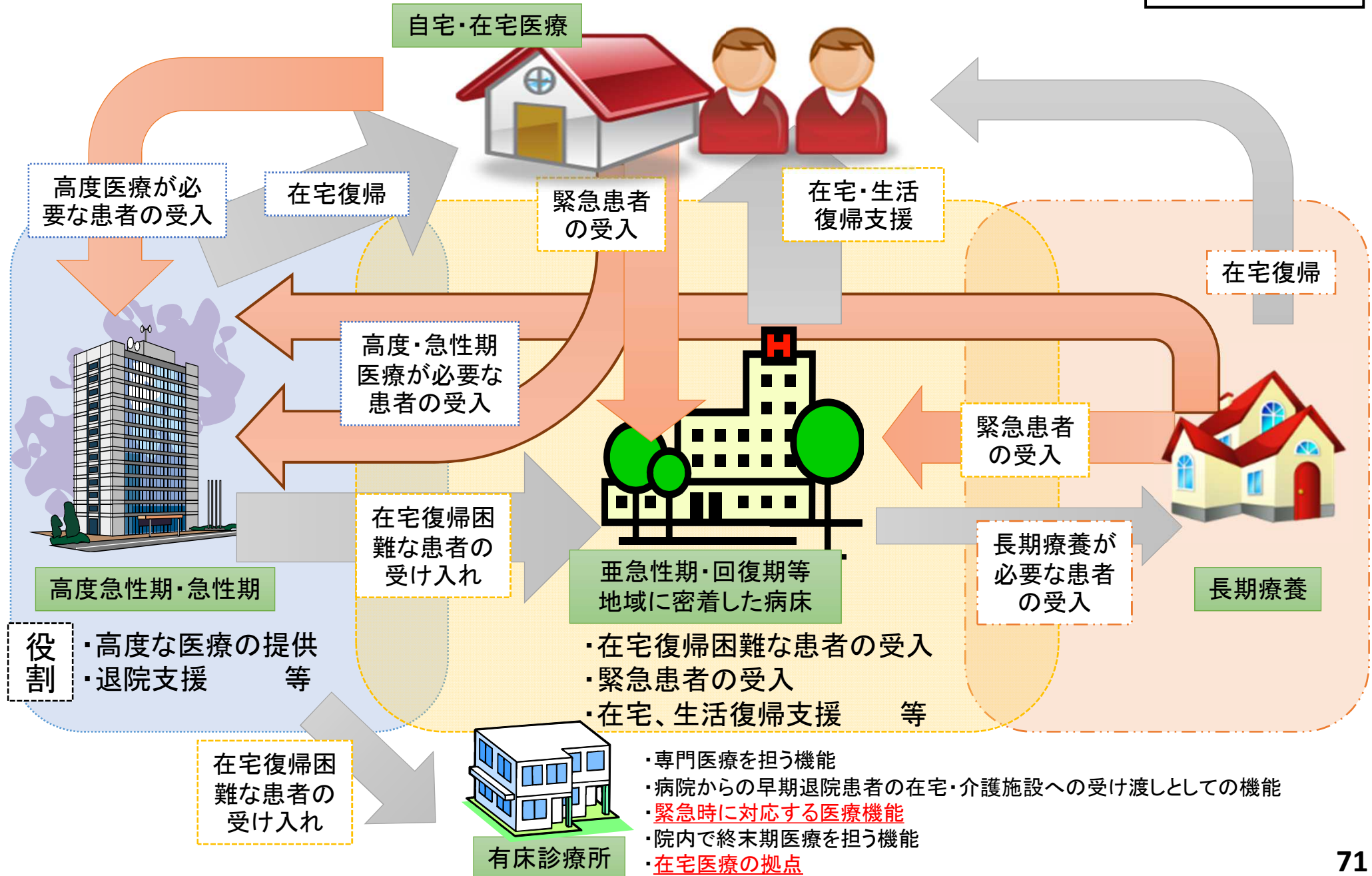
【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数



現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

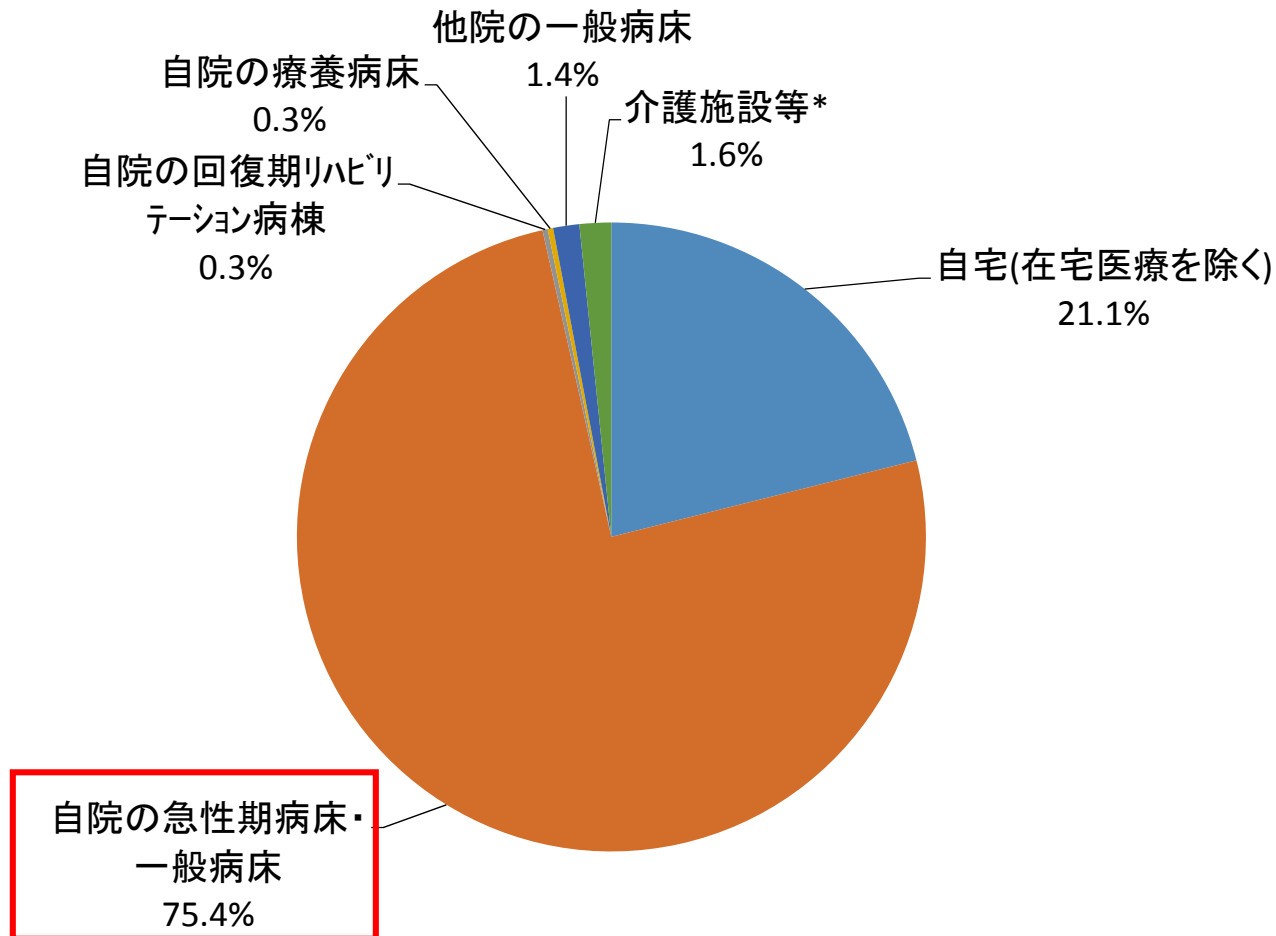
機能に応じた果たすべき役割

(改) 診調組 入-1
23. 7. 17



亜急性期入院医療管理料における新入室患者の状況(平成24年度調査結果)

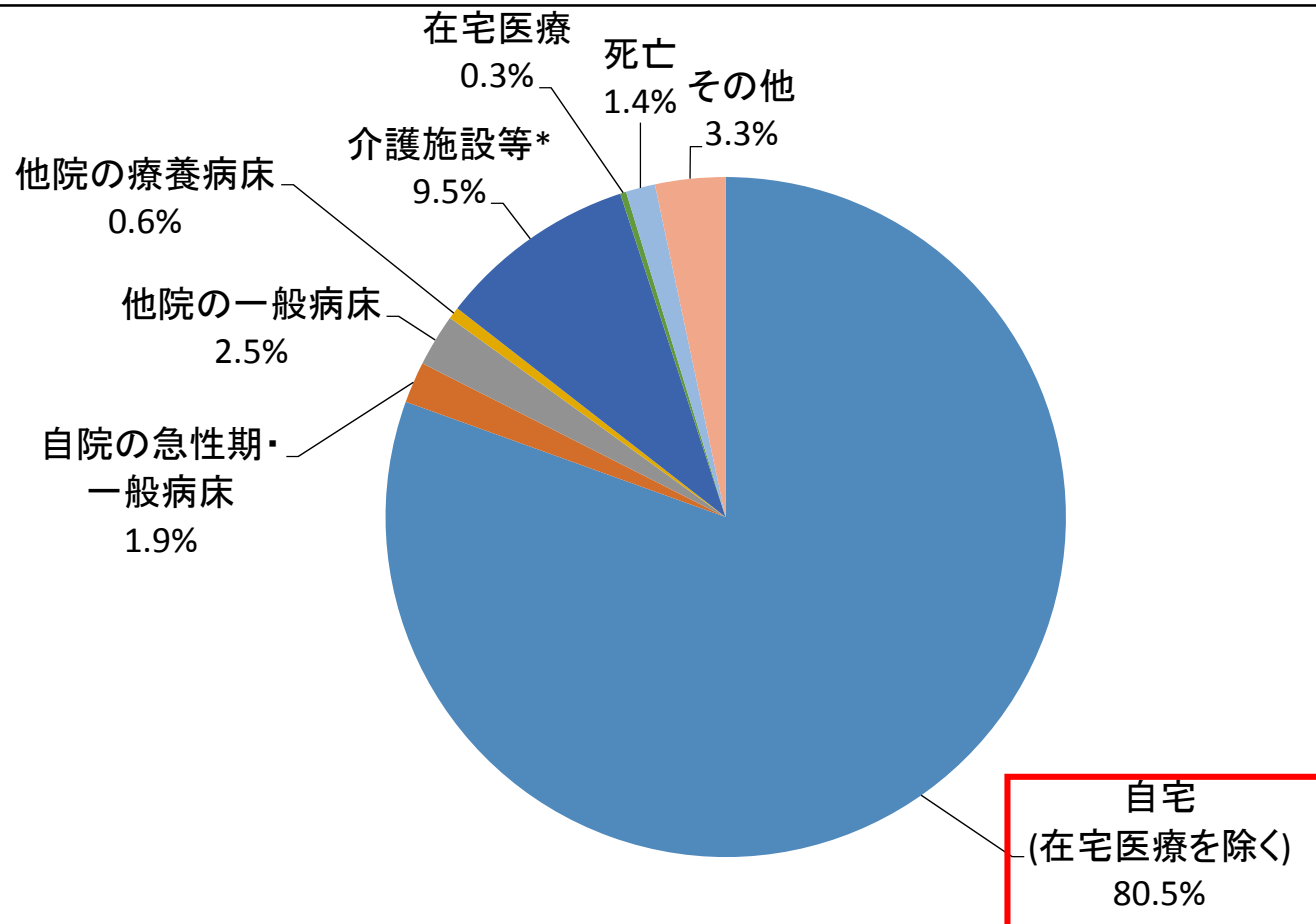
N=370



亜急性期入院医療管理料では、自院の急性期・一般病床からの入室が最も多い。

亜急性期入院医療管理料における退院先の状況(平成24年度調査結果)

N=359



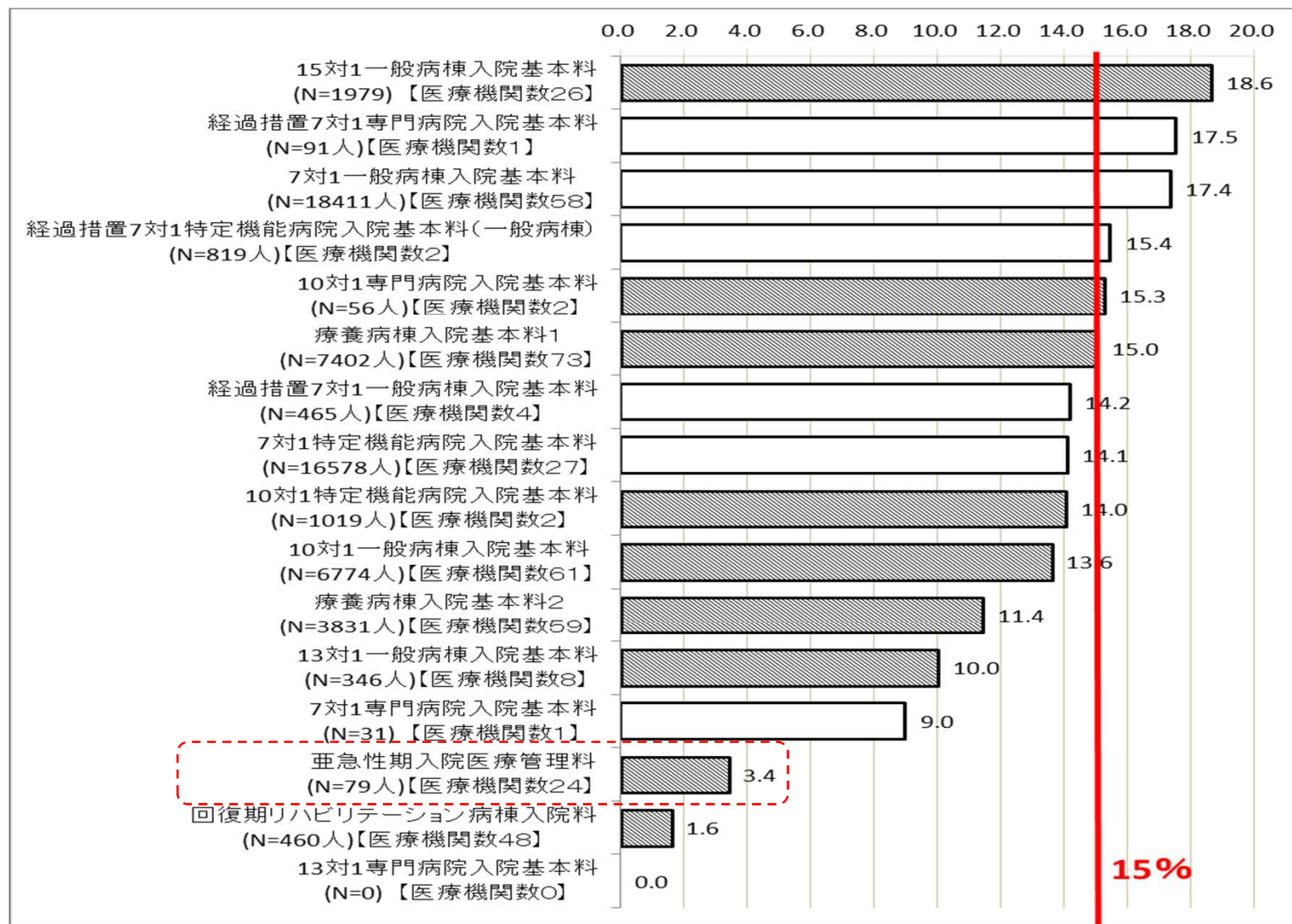
* 介護施設等には介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設(特養)、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、障害者支援施設が含まれる。

亜急性期入院医療管理料では、自宅へ退院する患者が最も多く、8割を超えている。また、死亡退院はほとんどない。

入院料毎の重症度看護必要度該当患者の割合

(改) 診調組 入-1
2 5 . 7 . 1 7

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(A項目2点以上かつB項目3点以上の計5点以上)に該当している患者の割合



現在の亜急性期入院医療管理料は、重症度看護必要度の低い患者が多い。今後は、回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件(重症度看護必要度A項目1点以上の患者15%以上)と同等の要件を設定してはどうか。

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)※ ※広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(～14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g～1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(～7日) 7,701点(8日～14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間



治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

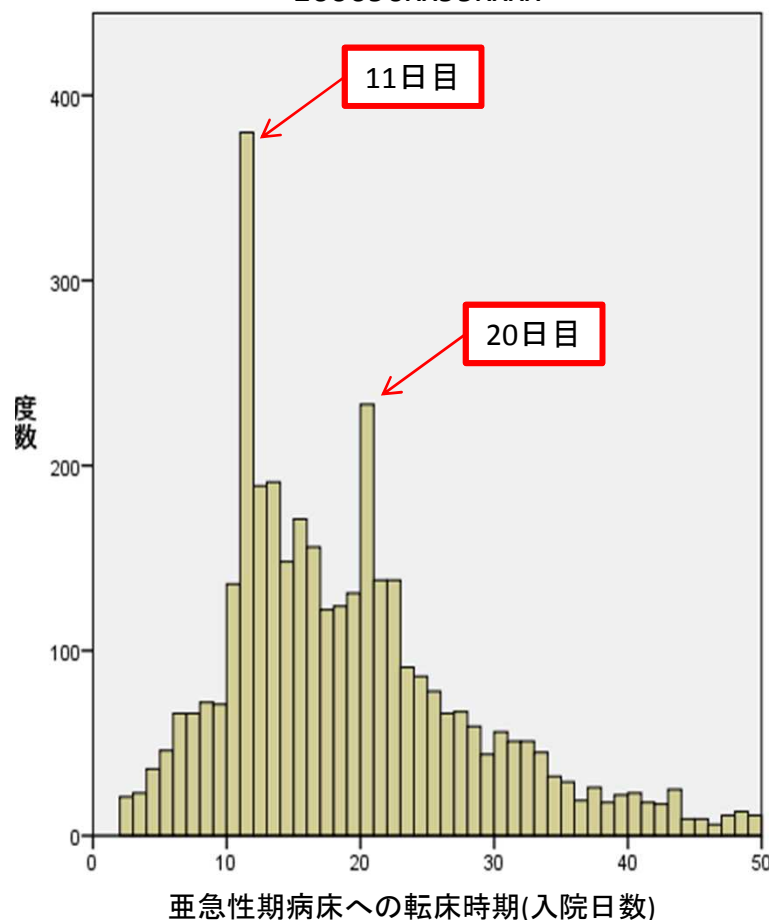
DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病床

(改) 中医協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 2 5

胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含む) 手術なし

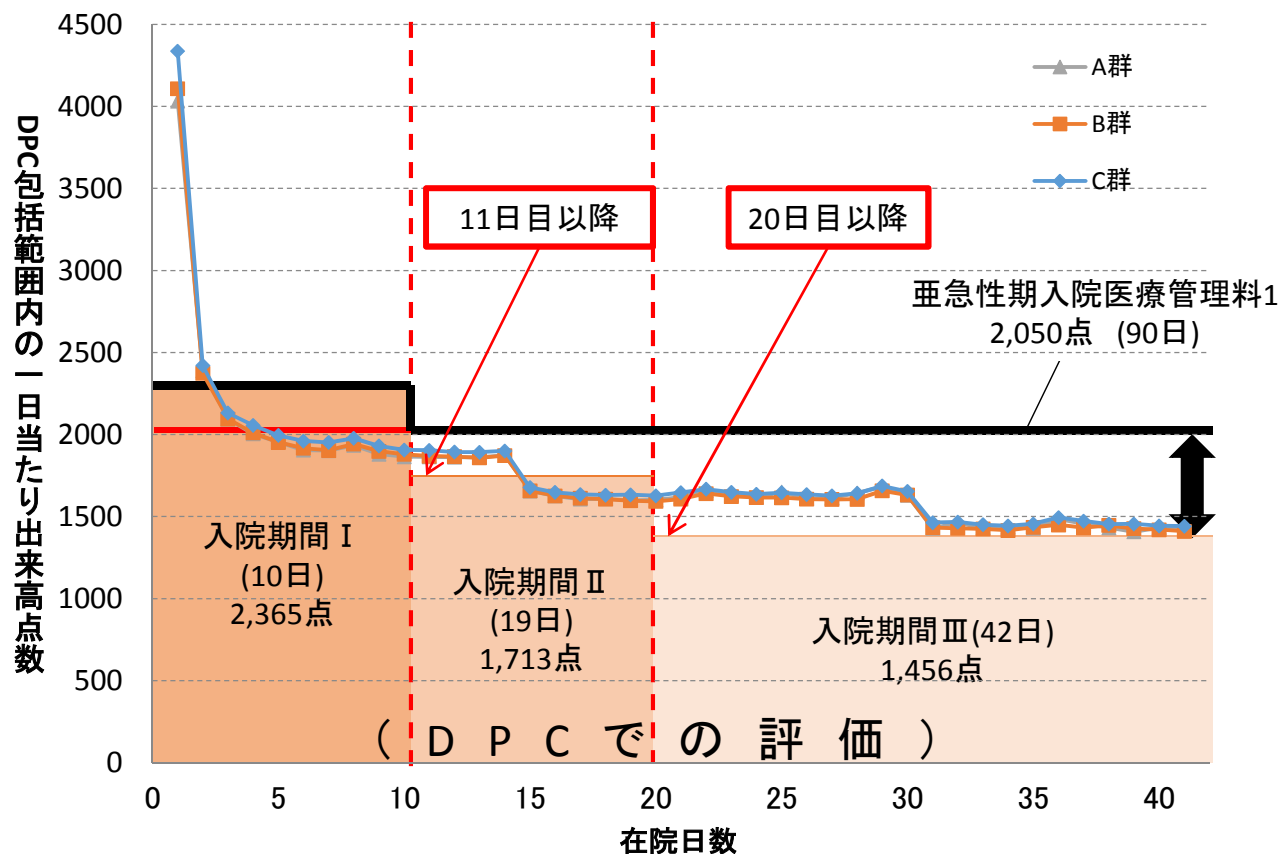
<亜急性期病床への転床時期>

<160690xx99xxxx>



<亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い>

- 亜急性期病床を利用した症例 ...A群
- 亜急性期病床を併設している医療機関の症例
- 亜急性期病床を利用しなかった症例 ...B群
- 亜急性期病床を併設していない医療機関の症例 ...C群



DPCでの評価が亜急性期入院医療管理料を下回るタイミングでの転床が多い。また、亜急性期病床の利用の有無で診療密度に変化が認められない。➡ 病床単位では十分な機能分化が困難

特定入院料の届出

平成24年厚生労働省告示第77号

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)

第九 特定入院料の施設基準等

一 通則

(1) 病院であること。

(2) 看護又は看護補助者は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。

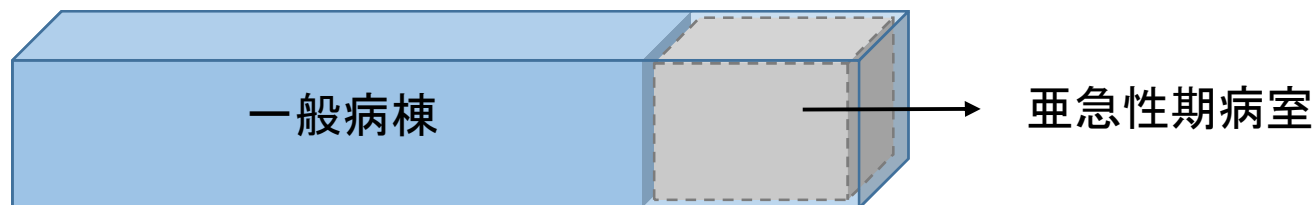
(3) 特定入院料を算定する病棟及び治療室等(精神療養病棟及び特定一般病棟入院料を算定する病棟を除く。)以外の病棟において、入院基本料(特別入院基本料等を除く。)を算定していること。

(4) 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準又は医師等の員数の基準のいずれにも該当していないこと。

現在、一部を除き特定入院料のみで入院基本料の届出がない医療機関は認められていない。

亜急性期病床の評価のあり方 ①

これまでの亜急性期病床の評価

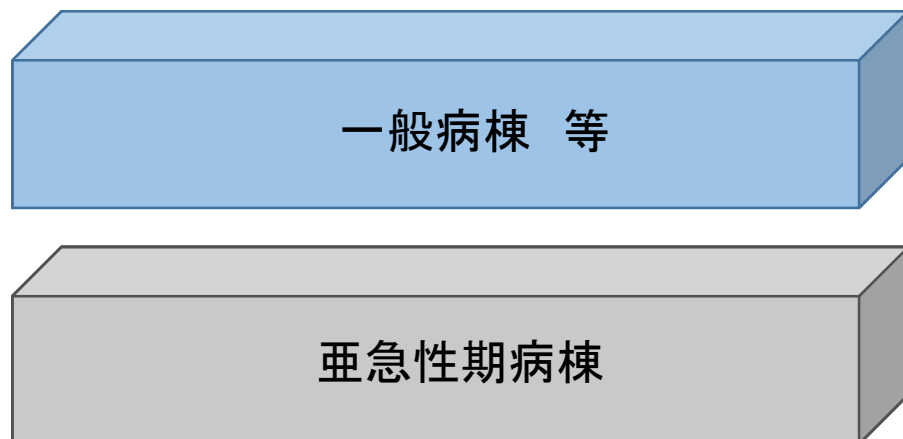


一般病棟の一部を用いた亜急性期病床の評価の欠点

- ・ 一般病棟と同一の看護単位で管理が行われる
- ・ 患者を病棟内で移動させるだけで診療報酬が変化するため、利用方法が診療報酬上の評価で左右されやすい
- ・ 病床数が急性期治療に支障がない範囲に限られるため数の確保が難しい

→ 機能分化が困難

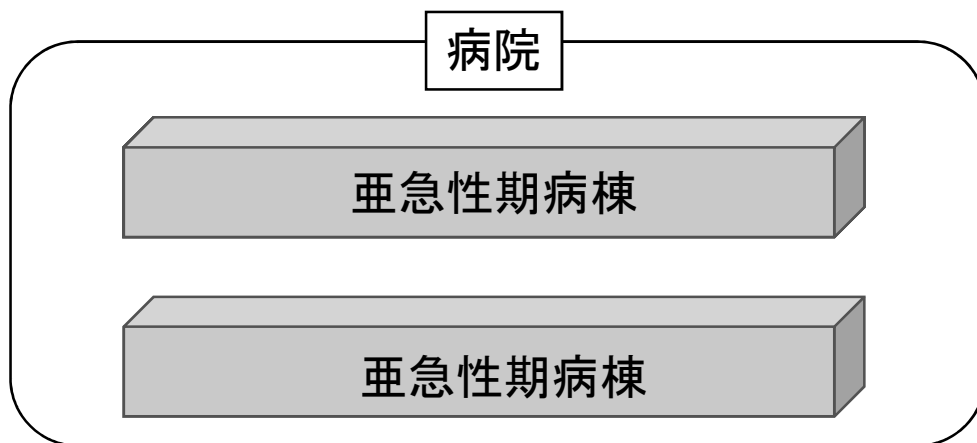
これからの亜急性期病床の評価① (案)



- 亜急性期病床を今後拡大していくため、原則として病室単位での評価は行わず、病棟単位で評価を行う。

亜急性期病床の評価のあり方 ② (200床未満の病院の場合)

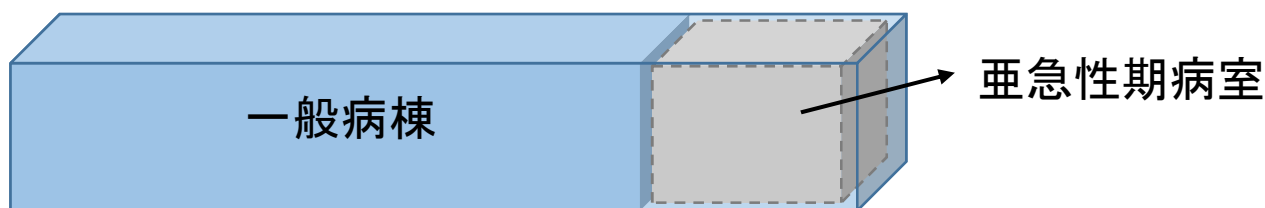
これからの亜急性期病床の評価 (案)②



- 規模が小さく、病棟ごとに機能分化を行うことが困難な医療機関については**病院全体で亜急性期病棟の届出を可能**とする。

＜参考＞平成24年厚生労働省告示第77号
基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)
第九 特定入院料の施設基準等
一 通則
(3) 特定入院料を算定する病棟及び治療室等(精神療養病棟及び特定一般病棟入院料を算定する病棟を除く。)以外の病棟において、入院基本料(特別入院基本料等を除く。)を算定していること。

これからの亜急性期病床の評価 (案)③



- 規模が小さく、病棟ごとに機能分化を行うことが困難な医療機関については**病室単位での亜急性期病床の評価を継続する**。
- ただし、病室単位の評価については所属する病棟と看護単位が同一である等、十分な機能分化が困難であることから
 - ・ 看護師の夜勤時間を所属する病棟に算入する(現在と同様の取扱い)
 - ・ DPC点数表による算定を行っていた患者が入室した場合は引き続きDPC点数表で算定を行う
- また、病棟単位での評価ができないことによるやむを得ない措置であることから、病室単位の評価は**1病棟に限る**。

亜急性期病床の療養環境について

(改) 中医協 総－1
23. 11. 25

		病院	
		一般病床	療養病床
主な 人員 配置	医師	16:1	48:1
	看護	3:1	本則は4:1 ただし、平成30年3月までは 6:1でも可
	看護補助	—	同上
居室面積		6.4㎡/床 以上※	6.4㎡/床 以上

※ 平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。

患者1人を入院させる病室:6.3㎡/床 以上

患者2人以上を入院させる病室:4.3㎡/床 以上

注)医療法上、療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

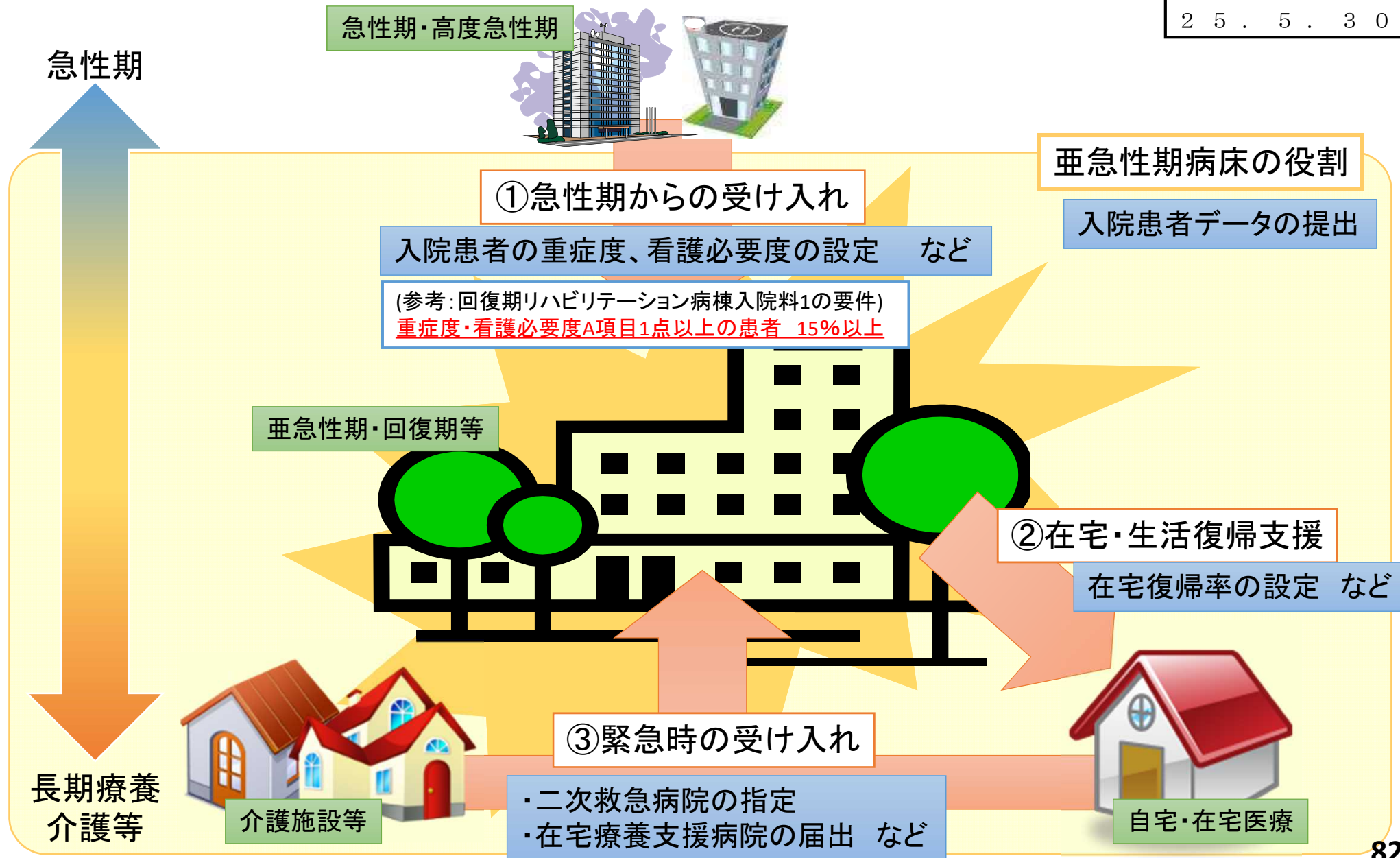
医療法の本則では、患者の居室面積は、一般病床、療養病床ともに6.4㎡/床以上となっていることから、亜急性期医療の評価を行う病床については6.4㎡/床以上を原則としてはどうか。

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

(改) 診調組 入 - 1

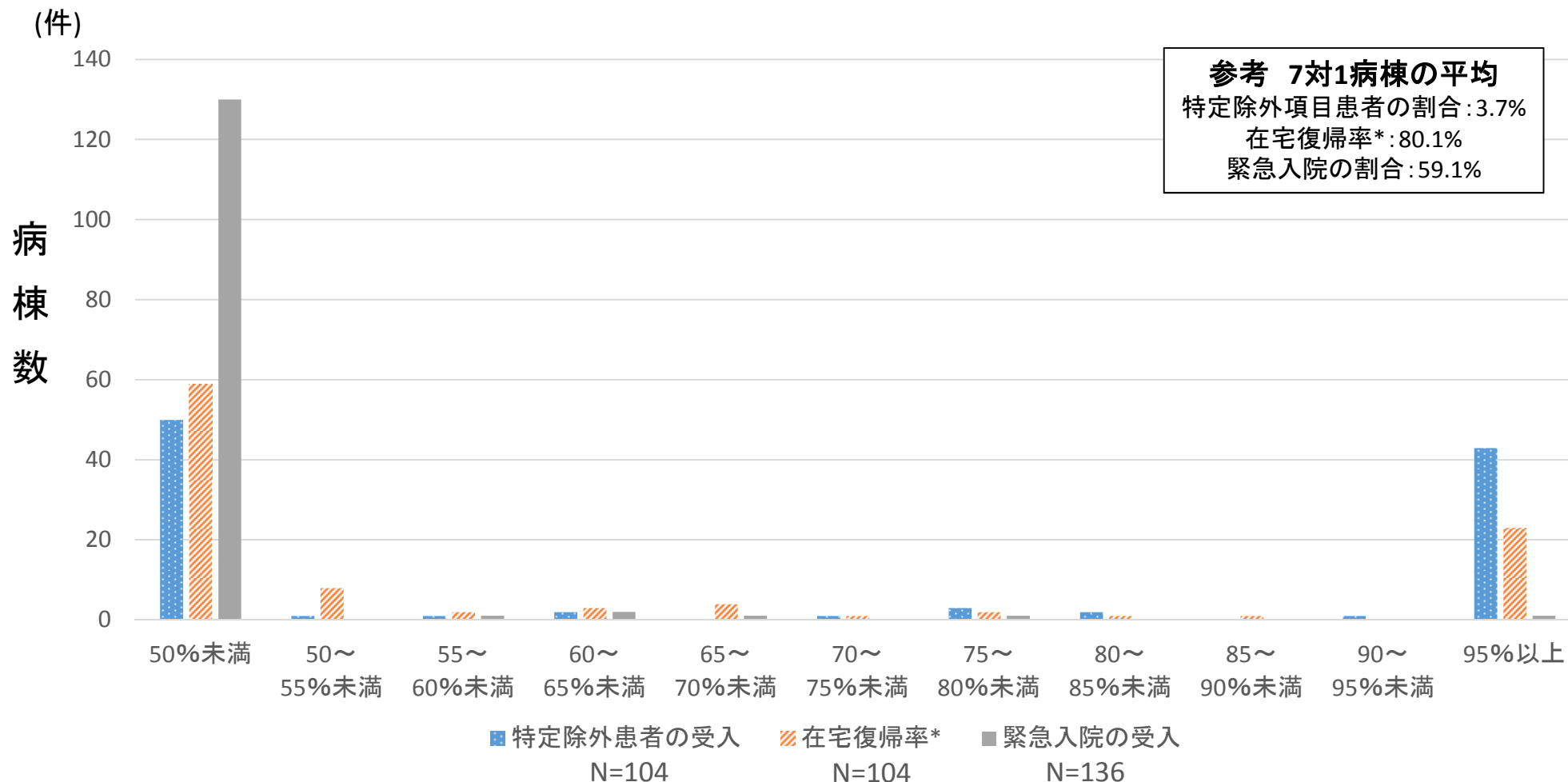
2 5 . 5 . 3 0



療養病棟(20対1)の特定除外患者の受入、在宅復帰率*、 緊急入院の受入状況(平成24年度調査結果)

(改) 診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 3 0

*この場合の在宅とは入院医療等の調査における自宅(在宅医療を除く)および在宅医療のみを指し、介護施設等を含まない。



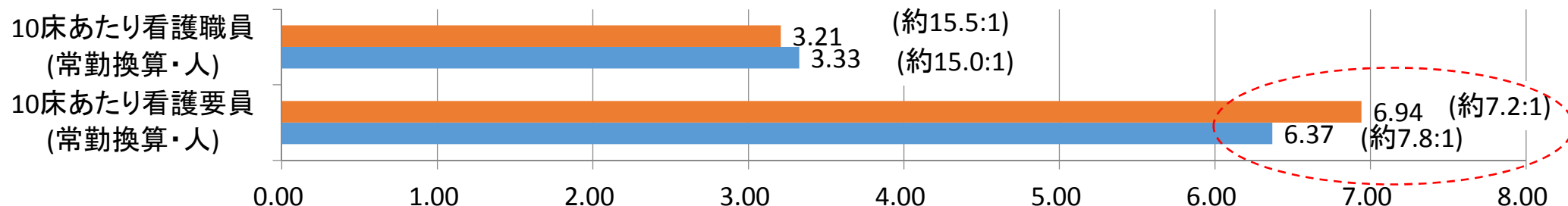
療養病棟においても、特定除外に該当する患者を受け入れている病棟、在宅復帰率や緊急入院患者の割合が高い病棟が一部に存在する。

療養病棟(20対1)における看護職員、看護要員の配置状況(平成24年度調査結果)

(改) 診調組 入-2-2
2 5 . 1 0 . 1 0

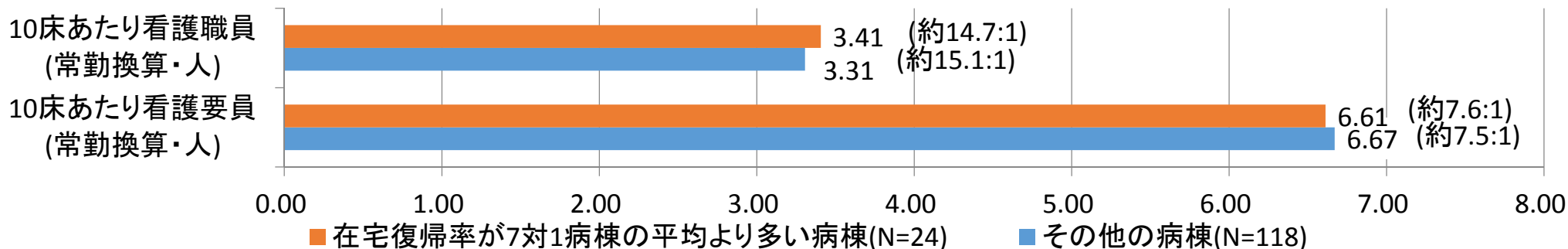
＜特定除外項目に該当する患者の占める割合による違い＞

平成24年度 入院医療等の調査より

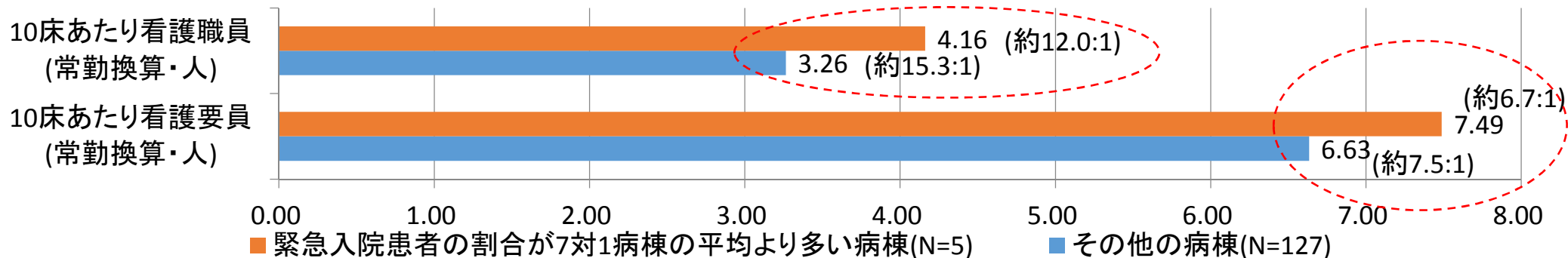


＜在宅復帰率による違い＞

■ 特定除外患者の割合が平均より多い病棟(N=51) ■ その他の病棟(N=51)

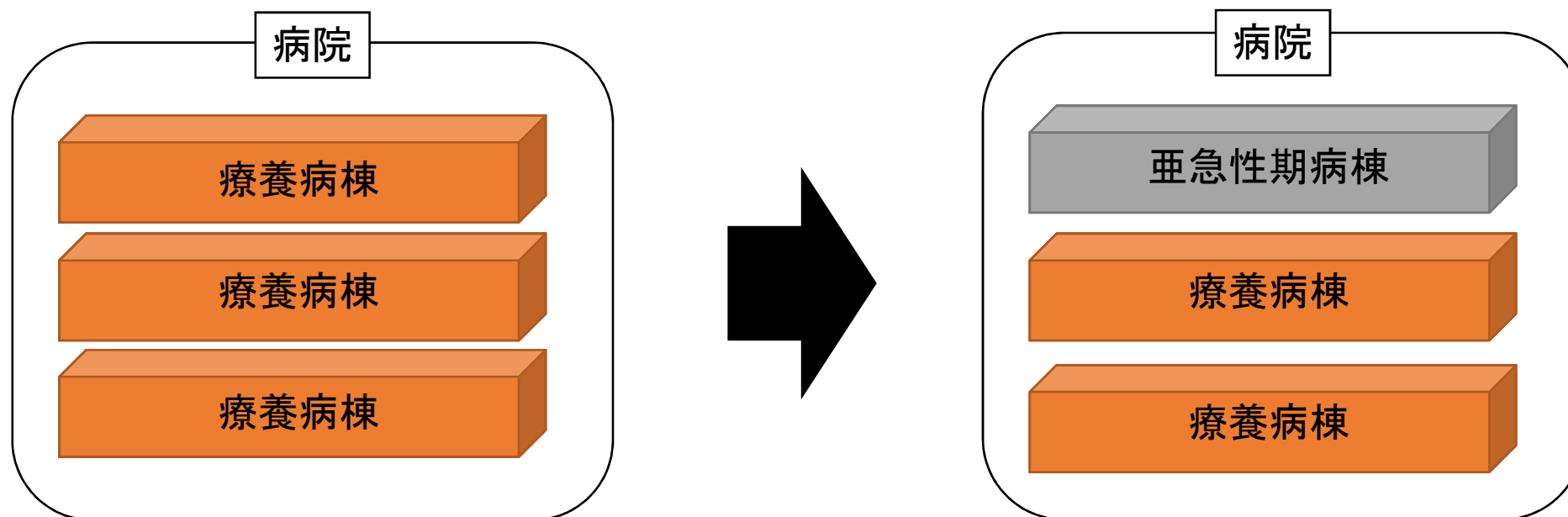


＜緊急入院患者の占める割合による違い＞



療養病棟(20対1)において、特定除外項目の該当患者の受入が多い病棟や、緊急入院患者の受入が多い病棟は10床あたりの看護職員・看護要員の数が多い傾向が見られる。

療養病棟(20対1)における亜急性期病床の評価について (案)



- 亜急性期病床を今後、拡大していくことが重要であるため、療養病床においても亜急性期病棟の評価を算定可能とする。
- ただし、長期療養を担う病床についても、一定程度確保することが必要であることから、療養病床のうち、亜急性期病棟の評価の届出を行うことができるのは1病棟(60床まで)に限る。

亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響について

【課題】

- 人口構造が変化し、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が求められている。
- 亜急性期入院医療管理料は、一般病棟の病室単位で算定可能となっており、平成24年7月時点で届出を行っている病室は17,828 床となっている。
- 亜急性期入院医療管理料を算定する病室では、新入室患者のうち自院の急性期病床・一般病床からの受け入れが75.4%、退院先が自宅（在宅医療を除く）である者は80.5%であった。また、重症度・看護必要度は低い患者が多かった。
- また、療養病棟であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7 対1入院基本料を算定する病棟と同程度の機能をもつ病棟が存在していた。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- (ア) 亜急性期病床の評価を充実させるに当たっては、まず、亜急性期病床の役割・機能を明確にすることが重要であるが、当分科会においては、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つの機能が重要であると確認された。
- (イ) こうした役割・機能を評価するため、亜急性期病床の要件については、人員配置の他、例えば、上記①の要件として重症度・看護必要度、②の要件として、二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、③の要件として在宅復帰率のような要件を設定した上で、評価を充実させることが必要である。
- (ウ) また、今後の高齢化の進展を見据え、既述の7対1入院基本料の見直しとあわせて、急性期後及び慢性期の急性増悪の患者の受け皿を整備することや、病床の機能分化という観点から、亜急性期の病床数を増やす必要があり、現行の病室単位から病棟単位の届出とすることや、療養病棟でも亜急性期病床に求められる役割・機能に準じた医療を提供している医療機関が存在している実態を踏まえ、病床の種別にかかわらず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要である。
- (エ) 亜急性期病床の果たす役割・機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、亜急性期を担う医療機関についても、提供されている医療内容に関するデータ(DPCデータを基本としたもの)の提出を求めていくことが必要である。
- ただし、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。さらに、亜急性期病床を持つ医療機関にまでDPCデータの提出を求めることは過大な負担になるのではないかと意見もあった。

【論点】



- 地域の医療を支えるため、亜急性期医療の評価を充実することとしてはどうか。
- 亜急性期医療は病棟単位の評価を原則とすることとしてはどうか。ただし、200床未満の病院については、①看護師の夜勤時間を所属病棟に算入する(現在と同様の取扱い)、②DPC点数表による算定を行っていた患者が入室した場合は引き続きDPC点数表で算定を行うこととした上で、1病棟まで病室単位を算定可能としてはどうか。
- 200床未満の医療機関については、すべての病棟について特定入院料である亜急性期病棟の届出を行う医療機関を認めることとしてはどうか。
- 亜急性期病棟の要件については、①二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、②在宅復帰率等に加えて、③新規入院患者のうち重症度・看護必要度A項目1点以上の患者が回復期リハビリテーション病棟入院料1と同程度であること、④原則として6.4㎡/床であること、⑤亜急性期病床の果たす役割、機能を継続的に把握する観点から、提供されている医療内容に関するデータの提出を求めること、としてはどうか。
- 療養病床においては、医療機関の病床規模にかかわらず1病棟(60床まで)に限り亜急性期病棟の評価の届出を可能とすることとしてはどうか。

亜急性期入院医療管理料等の見直し

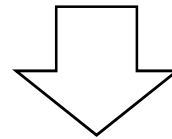
(1) 亜急性期入院医療管理料について

(2) 特定除外患者の受入の評価について

特定除外患者の受入の評価について

【課題】

- 13対1、15対1病棟の特定除外制度廃止に伴い、退棟した患者のうち最も多かったのは、「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および難病患者等」の項目に該当する患者であり、その退棟先は医療療養病床が最も多い。
- 療養病床では15歳を超えて障害を受けた患者については超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定対象外となっている。
- 療養病棟入院基本料1の透析患者割合は、10対1や15対1の病棟の透析患者の割合と同等になっている。
- 透析患者は他の医療区分2の患者より、検査や注射の費用がかかっている。



【論点】

- 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および難病患者等の長期療養については、より療養環境の整った病床で行うことが適切であることから、
 - ①療養病棟、有床診療所療養病床での15歳を超えて障害を受けた者の超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定を可能とする
 - ②経過措置を設けた上で障害者入院基本料等を算定する病棟以外の一般病棟に日数上限を設ける
 - ③障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料については、これらの病床機能のあり方とともに継続的に議論することについてどのように考えるか。
- 療養病棟における透析患者に対して、検査や投薬の費用を踏まえた評価のあり方を検討することについてどのように考えるか。

90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別・13対1一般病棟入院基本料)

(改) 診調組 入-1
25.9.30

特定除外項目	平成24年 6月1日 (1病棟あたり)	平成25年 6月1日 (1病棟あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.04人/病棟	0.01人/病棟	-0.02人/病棟
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
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および難病患者等	0.57人/病棟	0.23人/病棟	-0.34人/病棟
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.07人/病棟	0.04人/病棟	-0.02人/病棟
観血的動脈圧測定を実施している状態	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	0.41人/病棟	0.11人/病棟	-0.30人/病棟
ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	0.03人/病棟	0.04人/病棟	0.01人/病棟
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.33人/病棟	0.25人/病棟	-0.08人/病棟
人工呼吸器を使用している状態	0.11人/病棟	0.05人/病棟	-0.06人/病棟
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	0.30人/病棟	0.22人/病棟	-0.08人/病棟
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)	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
上記に掲げる状態に準ずる状態にある患者	0.06人/病棟	0.04人/病棟	-0.02人/病棟

重度の肢体不自由者等に該当する患者の減少が最も多い。

90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別・15対1一般病棟入院基本料)

(改) 診調組 入-1
2 5 . 9 . 3 0

特定除外項目	平成24年 6月1日 (1病棟あたり)	平成25年 6月1日 (1病棟あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.11人/病棟	0.01人/病棟	-0.11人/病棟
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.04人/病棟	0人/病棟	-0.04人/病棟
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および難病患者等	1.26人/病棟	0.20人/病棟	-1.07人/病棟
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.09人/病棟	0.02人/病棟	-0.07人/病棟
観血的動脈圧測定を実施している状態	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	0.66人/病棟	0.15人/病棟	-0.51人/病棟
ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	0.03人/病棟	0.01人/病棟	-0.03人/病棟
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.98人/病棟	0.19人/病棟	-0.79人/病棟
人工呼吸器を使用している状態	0.19人/病棟	0.06人/病棟	-0.13人/病棟
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	0.75人/病棟	0.10人/病棟	-0.66人/病棟
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)	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
上記に掲げる状態に準ずる状態にある患者	0.27人/病棟	0.05人/病棟	-0.22人/病棟

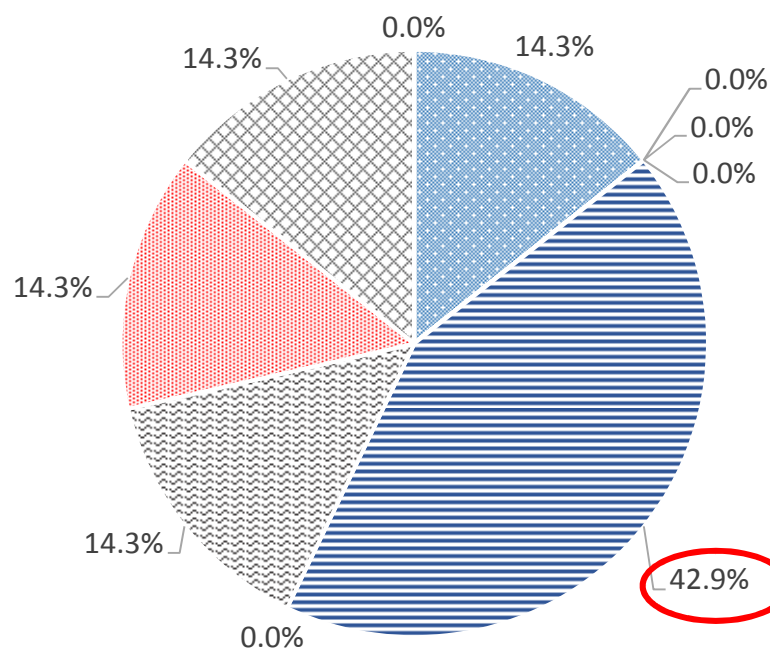
重度の肢体不自由者等に該当する患者の減少が最も多い。

90日を超えて入院している患者の退棟先

(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および難病患者等)

13対1一般病棟入院基本料

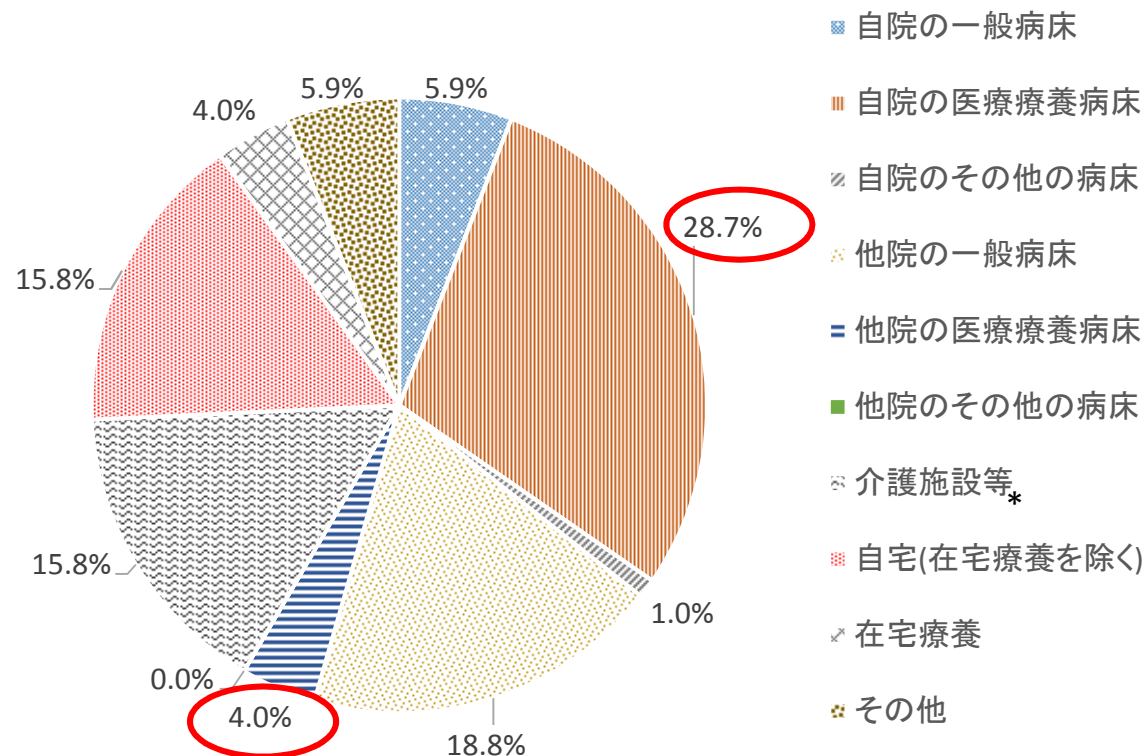
N=7(人) +死亡退院 31人



医療療養病床への転棟42.9%

15対1一般病棟入院基本料

N=101(人) +死亡退院 77人



医療療養病床への転棟32.7%

* 介護施設等とは、介護療養型医療施設、老健施設、特養、グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等を含む。

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および難病患者等の退棟先は医療療養病床が最も多く、約30～40%となっている。

出典:平成25年度 入院医療等の調査より

超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算

- 1 超重症児(者)入院診療加算 (1日につき)
 - イ 6歳未満の場合 800点
 - ロ 6歳以上の場合 600点
- 2 準超重症児(者)入院診療加算 (1日につき)
 - イ 6歳未満の場合 200点
 - ロ 6歳以上の場合 100点

[対象患者と算定可能病棟]

- ・「超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準」による判定スコア25以上(超重症児(者))又は10以上(準超重症児(者))

	一般病棟	療養病棟 有床診療所療養病床
15歳までに障害を受けた児	○	○
15歳を超えて障害を受けた者であって ・重度の肢体不自由児(者)* ・脊髄損傷等の重度障害者* ・重度の意識障害者**	○	×

* 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く

**脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る

療養病床では、15歳を超えて障害を受けた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および難病患者は算定対象外となっている。

超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6ヶ月以上継続する場合^{*1}に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能: 座位まで

2. 判定スコア

(スコア)

(1) レスピレーター管理^{*2}

=10

(2) 気管内挿管、気管切開 =8

(3) 鼻咽頭エアウェイ

=5

(4) O₂吸入又はSpO₂90%以下の状態が10%以上

=5

(5) 1回/時間以上の頻回の吸引
6回/日以上以上の頻回の吸引

=8

=3

(6) ネブライザー6回/日以上または継続使用

=3

(7) IVH

=10

(8) 経口摂取(全介助)^{*3}

=3

経管(経鼻・胃ろう含む)^{*3}

=5

(9) 腸ろう・腸管栄養^{*3}

=8

(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上

=3

(11) 継続する透析(腹膜灌流を含む)

=10

(12) 定期導尿(3回/日以上)^{*4}

=5

(13) 人工肛門

=5

(14) 体位交換6回/日以上

=3

<判定>

1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満である場合を準超重症児(者)とする。

^{*1}新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が1ヶ月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が6か月以上継続する場合とする。

^{*2}毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどはレスピレーター管理に含む。

^{*3}(8)(9)は経口摂取、経管、胃ろう、腸管栄養のいずれかを選択。

^{*4}人工膀胱を含む。

超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算のあり方 (案)

現在の対象患者と算定可能病棟

	一般病棟	療養病棟 有床診療所療養病床
15歳までに障害を受けた児	○	○
15歳を超えて障害を受けた者であって ・重度の肢体不自由児(者)* ・脊髄損傷等の重度障害者* ・重度の意識障害者**	○	×

これからの対象患者と算定可能病棟 (案)

	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟 入院料・入院医療管理料	左記以外の 一般病棟	療養病棟 有床診療所療養病床
15歳までに障害を受けた児	○	○	○
15歳を超えて障害を受けた者であって ・重度の肢体不自由児(者)* ・脊髄損傷等の重度障害者* ・重度の意識障害者**	○ ↓	△ ↓	○ ↓

ただし、今後の特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料等の病床機能と併せて継続的に議論

経過措置をおいた上で、算定可能な日数の上限等を設定

一般病棟からの受入を促進するために算定可能とする

* 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く

** 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る

重度の肢体不自由等の長期療養については、より療養環境の整った病床で行うことが適切であることから、療養病床等での15歳を超えて障害を受けた者の算定を可能とするとともに、障害者施設等入院基本料等を算定する病棟以外の一般病棟での算定に一定の上限を設けてはどうか。

特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係②

中医協 診-2-参考資料
21. 12. 18 より抜粋

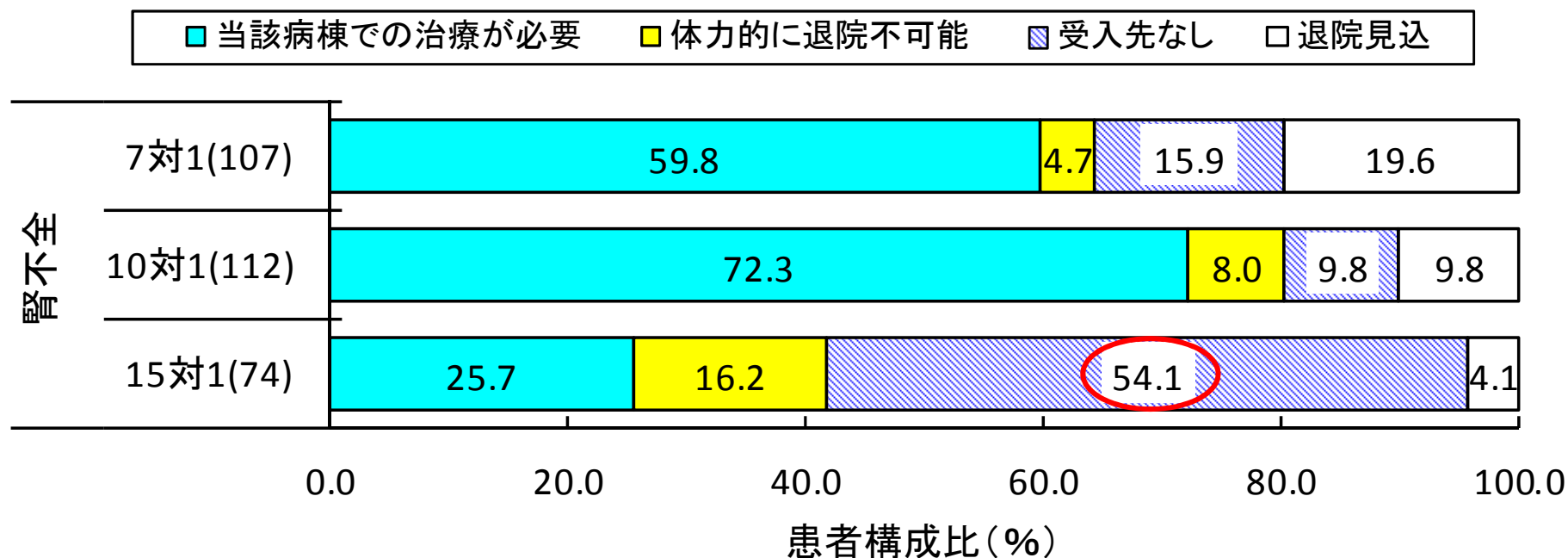
	特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分 (参考)
6	リハビリテーションを実施している患者	入院日から180日以内、週3回以上リハビリ実施	リハビリテーションが必要(原因傷病等の発症後30日以内)	2
7	ドレーン若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレナージ、胸腔穿刺、腹腔穿刺	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施	3
8	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	1日に8回以上	1日8回以上の喀痰吸引 (夜間も含め3時間に1回程度)	2
9	人工呼吸器を使用している状態	1週間以上	人工呼吸器を使用	3
			気管切開又は気管内挿管が行われている(かつ発熱を伴う)	2 (3)
			医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
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	透析は週2日以上、血漿交換は月2日以上	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を実施	2
11	麻酔を用いる手術を実施してから30日以内	脊椎麻酔、全身麻酔	24時間持続点滴	3
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	(特段の規定なし)	創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍・蜂巣炎等の感染症に対する治療を実施	2

(注)特定除外項目は、急性期や急性増悪時に相当すると考えられる項目も含んでいると考えられ、すべての項目において医療区分採用項目に合致するかどうかには検討の余地がある。

特定除外患者の主傷病別患者割合

(改) 中医協 総－1

25.11.20

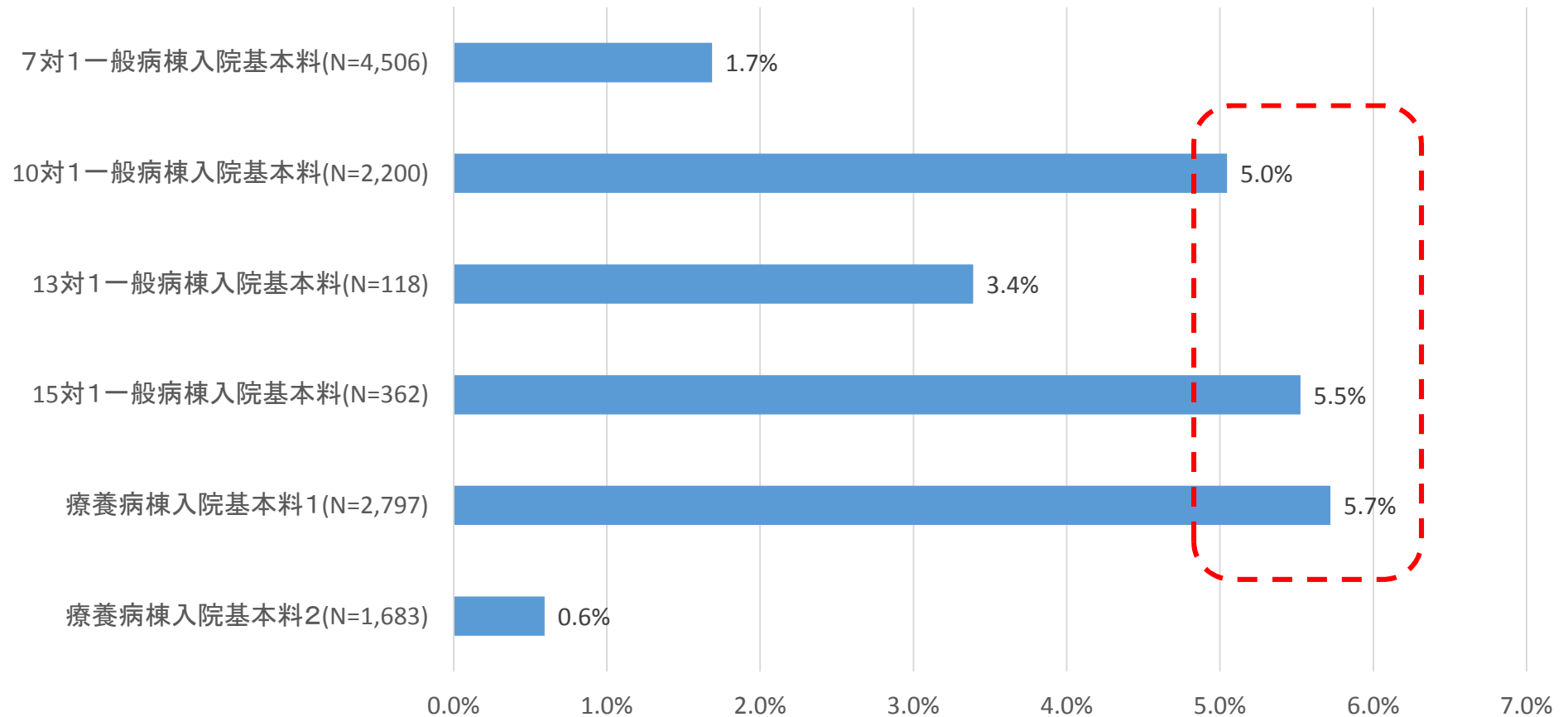


*()は患者数。13対1は客体数が少ないため省略。7対1には経過措置、特定機能病院を含まない。

15対1に入院している腎不全が主病名の長期入院患者は、50%以上が受入先がない状況になっている。

療養病棟における透析患者の受入について

入院料別 透析患者の割合



入院料別の透析患者の割合を見ると、療養病棟入院基本料1の透析患者割合は、10対1や15対1の病棟の透析患者の割合と同等になっている。

療養病棟入院基本料

参考

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	入院基本料G 945	入院基本料D 1,380	入院基本料A 1,769
ADL 区分2	入院基本料H 898	入院基本料E 1,353	入院基本料B 1,716
ADL 区分1	入院基本料I 796	入院基本料F 1,202	入院基本料C 1,435

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】

25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	入院基本料G 882	入院基本料D 1,317	入院基本料A 1,706
ADL 区分2	入院基本料H 835	入院基本料E 1,290	入院基本料B 1,653
ADL 区分1	入院基本料I 733	入院基本料F 1,139	入院基本料C 1,372

療養病棟入院基本料の包括範囲について

包括に含まれるもの

- 検査
- 病理診断
- エックス線単純撮影と写真診断
- 処置
(創傷処置、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、導尿、留置カテーテル設置、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔・咽頭・喉頭処置、ネブライザー、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置)
- 投薬及び注射(以下に定めるものは除く)

包括に含まれない薬剤及び注射薬

- 抗悪性腫瘍剤及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
- エリスロポエチン、ダルベポエチン
- インターフェロン製剤
- 抗ウイルス剤(B型及びC型肝炎、HIV感染症の治療に係るもの)
- 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤

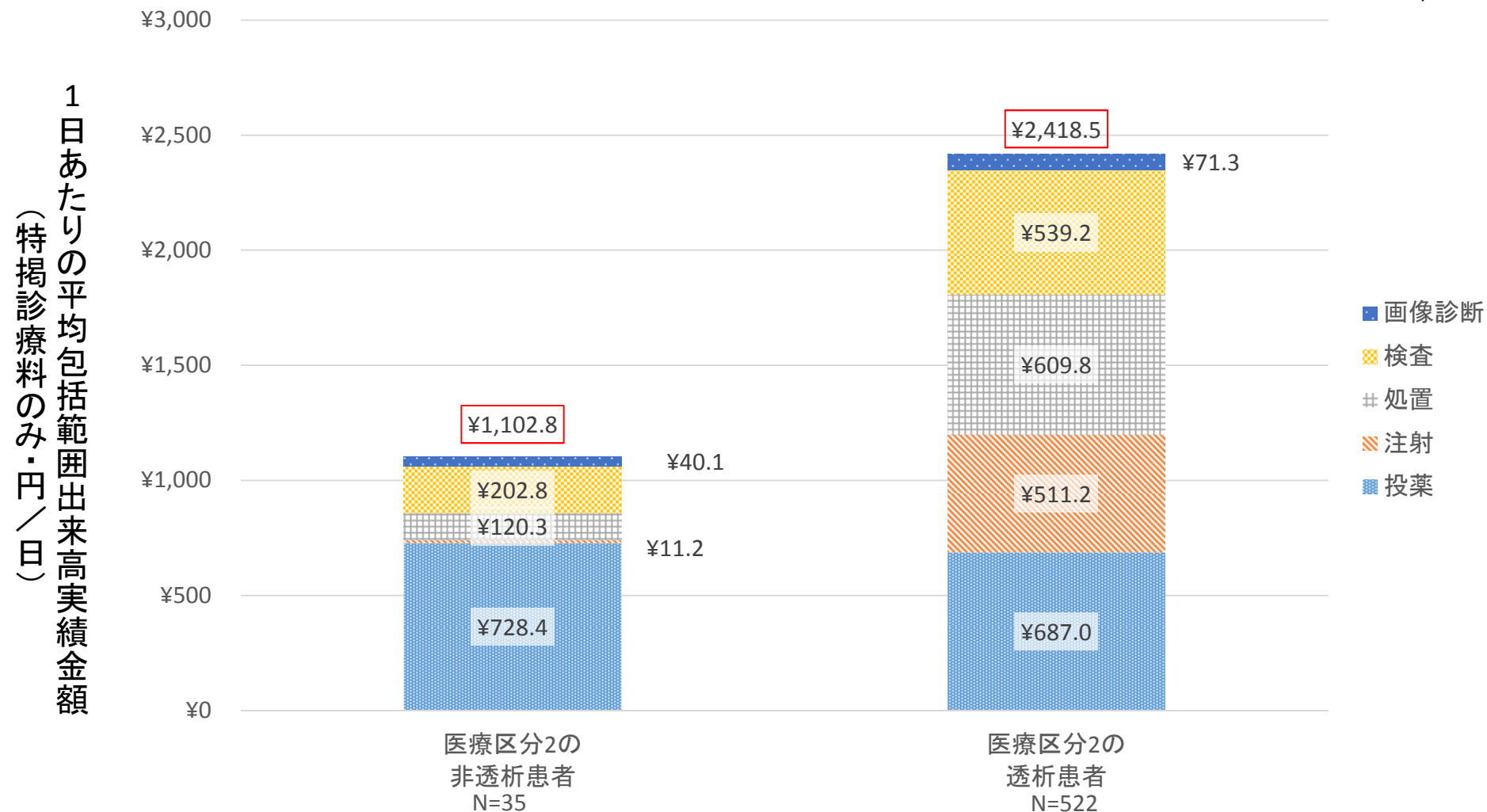


慢性維持透析に係る処置料は出来高で算定することができるが、その他の薬剤や検査等は包括化されている

療養病棟における透析患者に係る費用について

療養病棟入院中の透析患者と非透析患者の包括範囲出来高実績点数の比較

(新生会第一病院における2012年1月～2013年10月の実績。月内に医療区分が変更になった患者、一般病棟での算定がある患者を除く)

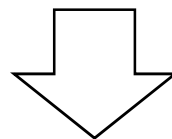


同じ医療区分2の患者であっても、透析患者の方が非透析患者より特に検査、処置、注射等の費用が多くかかっており、1日あたりの平均包括範囲出来高実績点数は約1,300円高くなっている。

特定除外患者の受入の評価について

【課題】

- ・ 13対1、15対1病棟の特定除外制度廃止に伴い、退棟した患者のうち最も多かったのは、「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および難病患者等」の項目に該当する患者であり、その退棟先は医療療養病床が最も多い。
- ・ 療養病床では15歳を超えて障害を受けた患者については超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定対象外となっている。
- ・ 療養病棟入院基本料1の透析患者割合は、10対1や15対1の病棟の透析患者の割合と同等になっている。
- ・ 透析患者は他の医療区分2の患者より、検査や注射の費用がかかっている。



【論点】

- 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および難病患者等の長期療養については、より療養環境の整った病床で行うことが適切であることから、
 - ①療養病棟、有床診療所療養病床での15歳を超えて障害を受けた者の超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定を可能とする
 - ②経過措置を設けた上で障害者入院基本料等を算定する病棟以外の一般病棟に日数上限を設ける
 - ③障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料については、これらの病床機能のあり方とともに継続的に議論することについてどのように考えるか。
- 療養病棟における透析患者に対して、検査や投薬の費用を踏まえた評価のあり方を検討することについてどのように考えるか。

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し
3. **医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討**
4. 医療機関における褥瘡の発生等
5. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討
 - 1) 入院医療の適正化に向けた検討
 - 2) 外来の機能分化の推進

医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な 地域に配慮した評価に関する課題と論点

【課題】

- ・ 社会保障・税一体改革において、地域に密着した病床での対応が掲げられている。
- ・ 平成24年度診療報酬改定では、自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である2次医療圏(離島の2次医療圏を含む。)において、①一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする、②亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する、③チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する、④1病棟のみの小規模な病院について、病床に応じた評価を新設する等の対応を行った。
- ・ 専従要件の緩和など、地域に配慮した評価について、一定の評価がみられる一方で、平成24年度診療報酬改定における評価項目を利用している医療機関は限定的であった。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- (ア) 平成24年度診療報酬改定における評価については、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、現行の評価を継続していくことが妥当である。
- (イ) 一方、対象地域の医療機関は、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援等の機能を持ち、多様な病態の患者に対し、医療を提供していると想定され、かつ、医療機関も急性期から長期療養の中の複数の機能や亜急性期の機能を担っていこうと考えていることから、当該地域における医療機関の評価については、平成24年度診療報酬改定での評価項目とは別に、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価を導入することも必要である。
- (ウ) その際、こうした地域であっても、地域の拠点となる大規模な医療機関については、院内での病床の機能分化は可能であることから、対象とする医療機関は、一定病床数以下の医療機関とすることが必要である。

【論点】

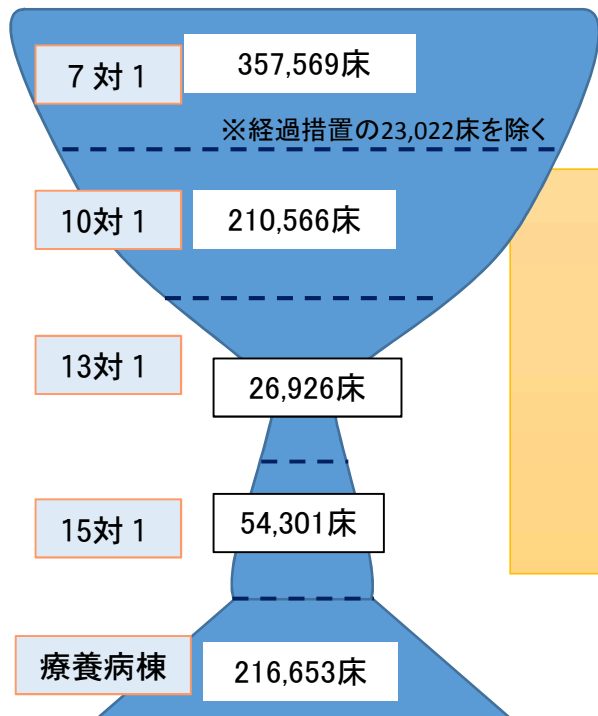
- 当該評価について、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、評価を継続していくこととしてはどうか。
- その際、現在ほとんど利用されていない実態を勘案し、対象医療機関は継続した上で、平成24年度診療報酬改定での評価項目とは別に、亜急性期入院医療の今後の評価体系の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とすることとしてはどうか。
- 夜勤72時間の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、全病棟ではなく一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えることとしてはどうか。

再掲

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)
(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

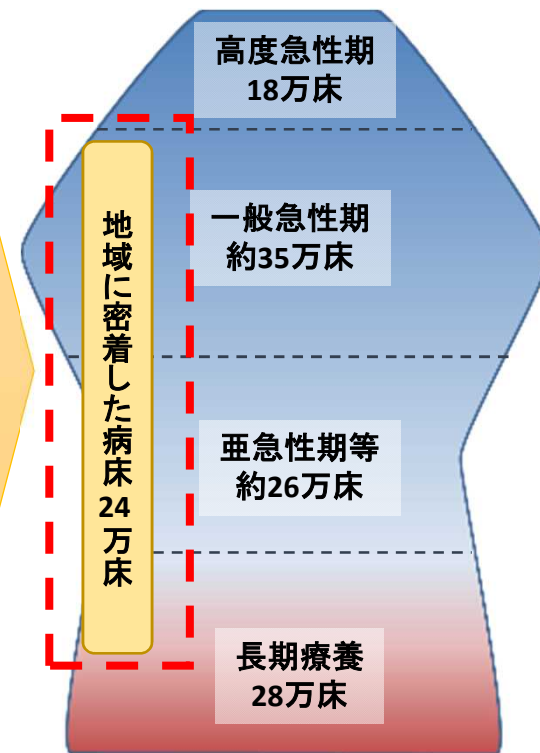
<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<外来医療>

- 身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院等を紹介する等の体制の整備
 - ・かかりつけ医機能の評価 等

<2025年(平成37年)の姿>



在宅医療

外来医療

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価①(平成24年度改定)

地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関※について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※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、10対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする。
- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 1,761点(1日につき)

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,661点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

(新) 栄養サポートチーム加算 100点(週1回)

(新) 緩和ケア診療加算 200点(1日につき)

※ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする

- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

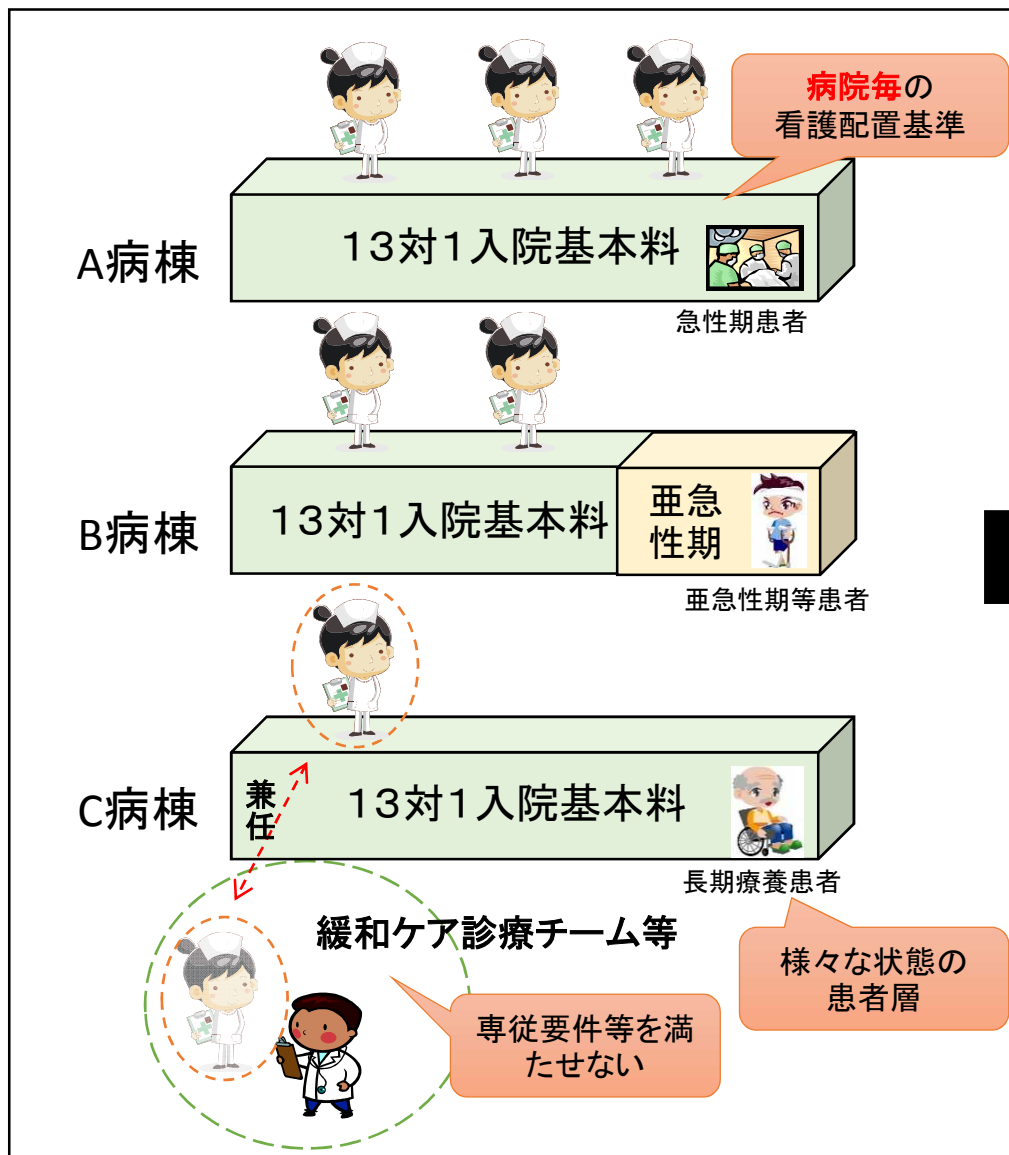
(新) 特定一般病棟入院料1 (13対1) 1,103点

特定一般病棟入院料2 (15対1) 945点

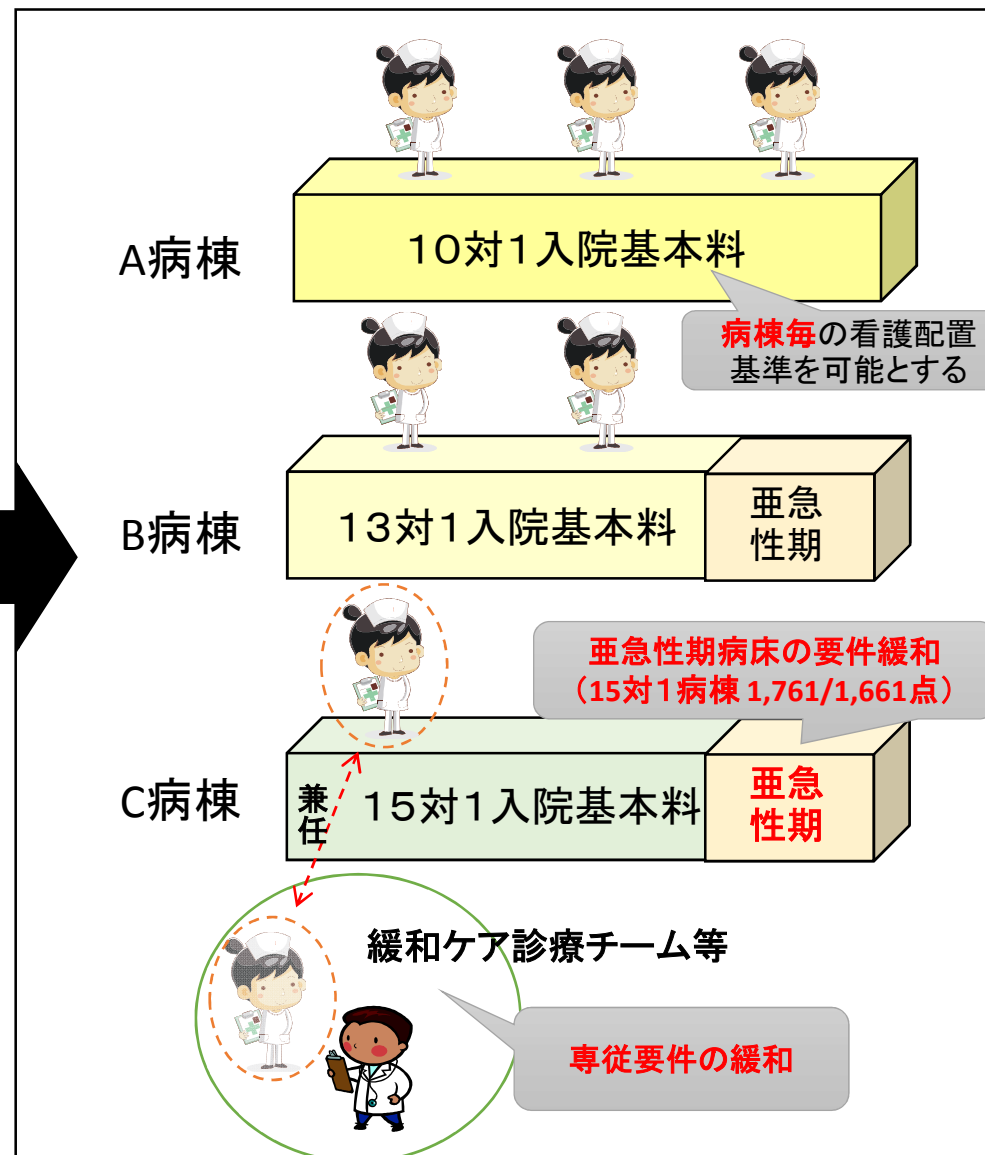
※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②（平成24年度改定）
（複数病棟の場合）

【現行】

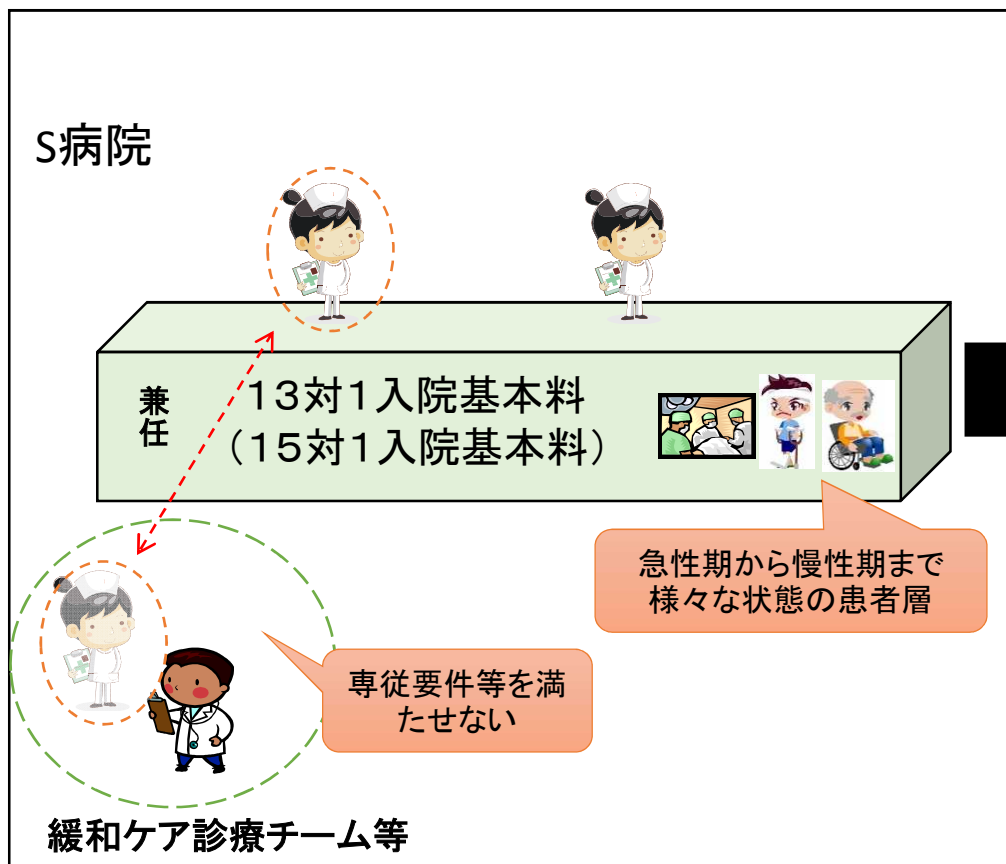


【改定後】

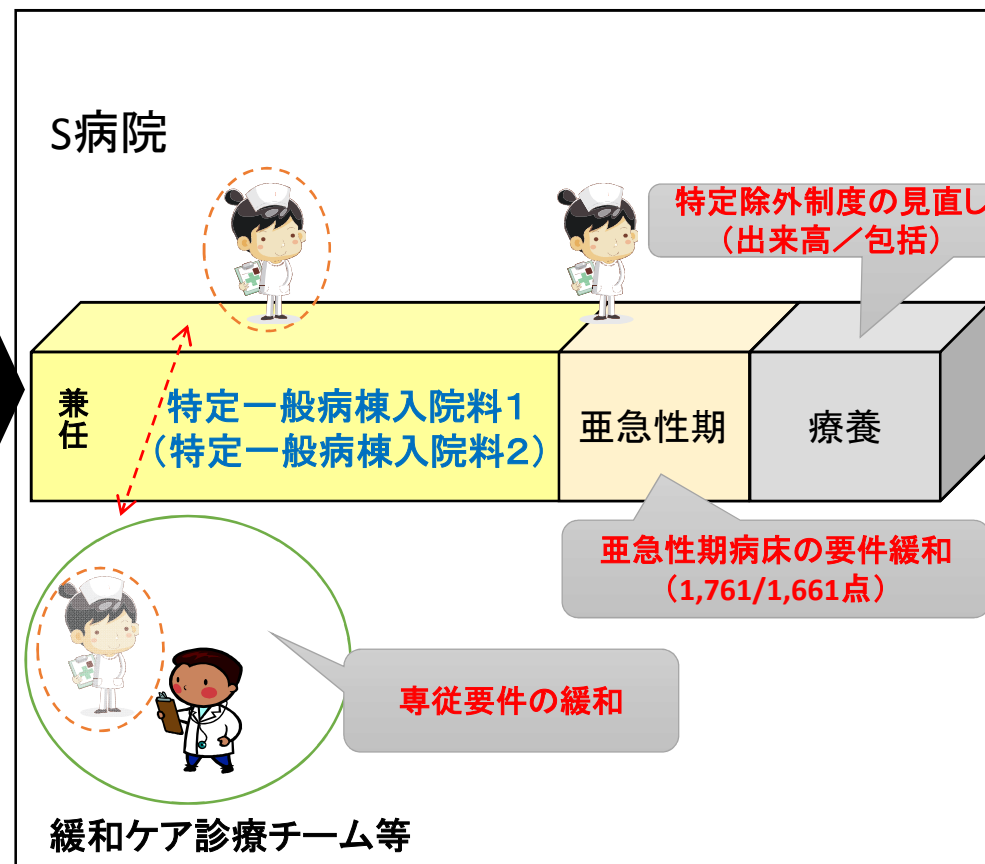


医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価③（平成24年度改定）
（1病棟の場合）

【現行】



【改定後】

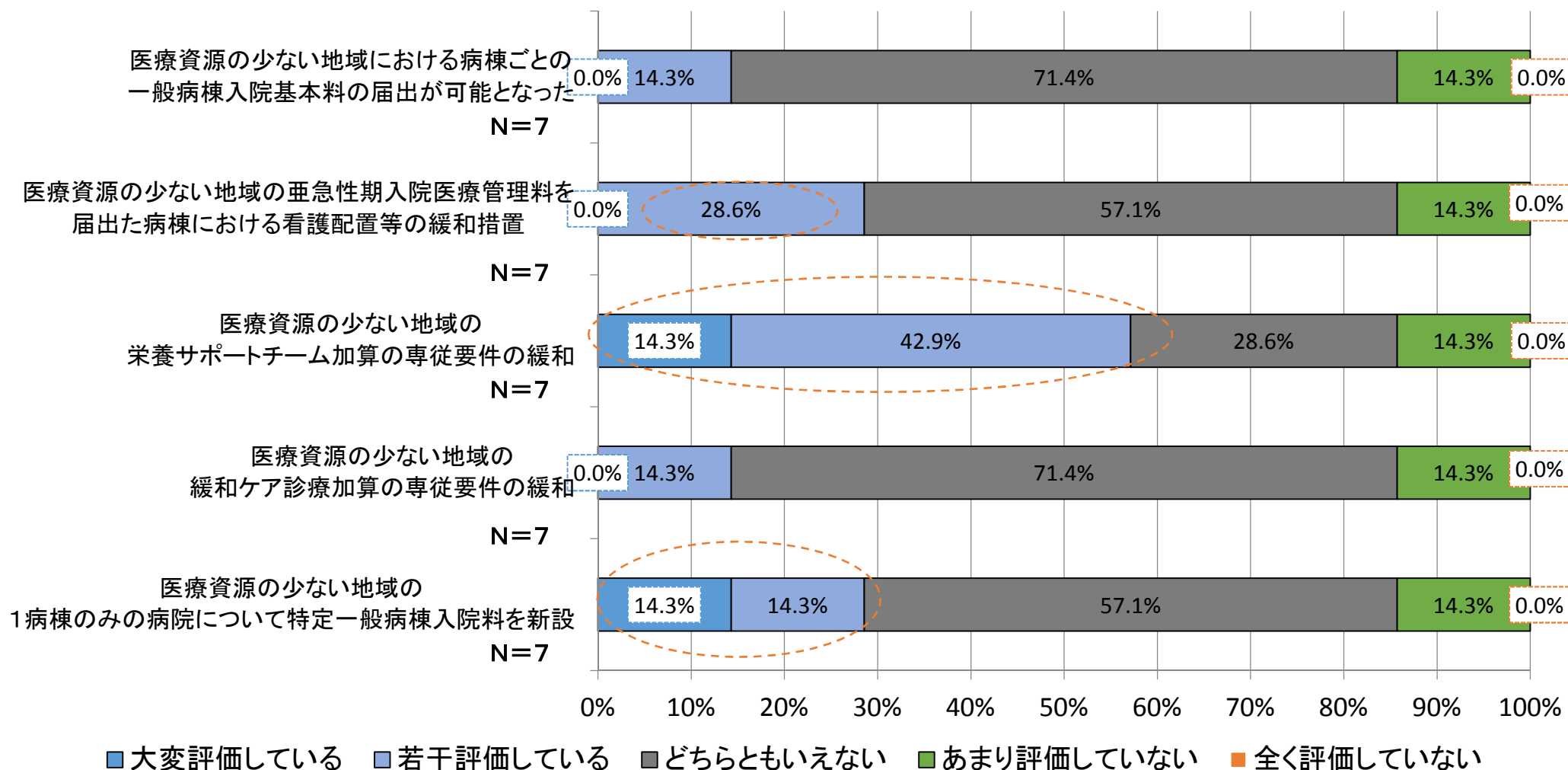


※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない

医療提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町 池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西栗倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

地域に配慮した評価に関する影響調査 ―診療報酬改定項目― ＜対象：病院(指定地域)＞



○ 地域に配慮した評価について、一定の評価がみられる。

注：平成25年4月末時点での速報版のため、今後若干の変動があり得る。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より ¹¹⁰

平成24年診療報酬改定項目の活用状況①

診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

点数項目	概要	(上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)
一般病棟入院基本料 (病棟ごとの看護配置)	医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟毎に届出を行っている保険医療機関 (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、病棟全体で7対1及び10対1を算定している病院は除く。)	1施設 64病床(2病棟)
特定一般病棟入院料1 (1病棟の場合)	1病棟で13対1の場合の評価。 ※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない	1施設 41床
特定一般病棟入院料2 (1病棟の場合)	1病棟で15対1の場合の評価。 ※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない	1施設 55床



一部で活用されているものの、ほとんど利用されていない。

平成24年診療報酬改定項目の活用状況②

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

平成24年6月審査分

	点数	実施件数	回数
緩和ケア診療加算 指定地域	200	—	—
栄養サポートチーム加算 指定地域	100	3	3
亜急性期入院医療管理料1(指定地域)	1761	—	—
亜急性期入院医療管理料2(指定地域)	1661	—	—
特定一般病棟入院料 1	1103	—※	—
特定一般病棟入院料 2	945	77	1487
特定一般病棟入院料 入院期間加算 (14日以内)	450	39	289
特定一般病棟入院料 入院期間加算 (15日以上30日以内)	192	25	251
特定一般病棟入院料 重症児(者)受入連携 加算	2000	—	—
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	80	676
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	—	—
特定一般病棟入院料(亜急性期入院医療管理)	1761	—	—
特定一般病棟入院料(亜急性期入院医療管理・リハビリ算定患者)	1661	—	—

※ 審査時点では届出し

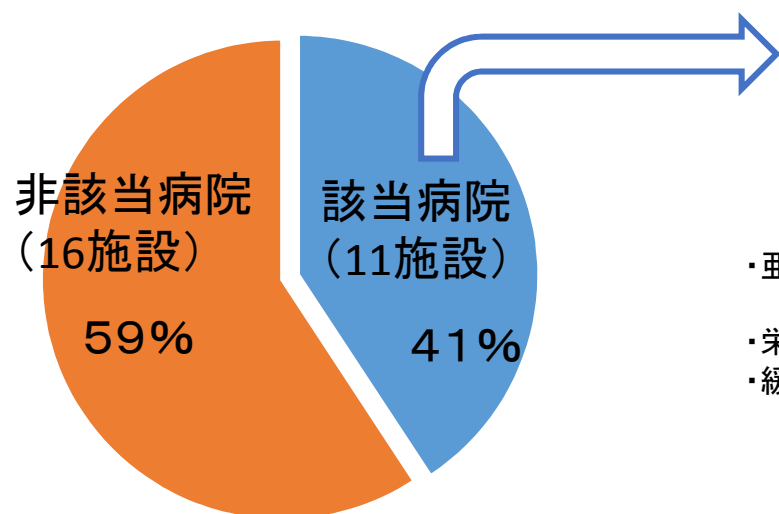


一部で活用されているものの、ほとんど利用されていない。

該当医療圏(離島を含む)にある病院の特徴③

調査対象: 全国国民健康保険診療施設協議会(国診協) 会員病院のうち該当医療圏にある200床未満の病院27施設
(平成25年10月時点)

30医療圏にある200床未満の医療
機関のうち該当数の割合
n=27



該当病院について

- ・亜急性期入院医療管理料1, 2を届出た医療機関は0
- ・栄養サポートチーム加算を届出た医療機関は1
- ・緩和ケア診療加算を届出た医療機関は0
- ・一般病棟が1病棟であっても、他に療養病棟を有するため特定一般病棟入院料の対象とならない医療機関は4^(注)

(参考) 看護配置、専従要件等を緩和しても届出が出来ない理由(聞き取り調査)

- ・亜急性期の要件(診療録管理体制加算の届出、専任の在宅復帰支援担当者※の配置)が困難
※当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えない
- ・栄養サポートチーム加算の研修要件(医師10時間、その他の職種40時)が困難
- ・緩和ケア診療加算の要件(精神科医師の配置等)が困難

(注) 保険局医療課調べ

- ・当該地域にある200床未満の医療機関であっても、現行の基準では地域に配慮した評価について算定できない可能性がある。
- ・一般病棟が1病棟であっても、他に療養病棟を有するため特定一般病棟入院料の対象とならない医療機関が一定程度みられた。

加算等の施設基準について(該当地域)

＜平成24年度改定で対応した評価の例＞

点数	主な算定要件(抜粋)
亜急性期入院医療管理料	・看護体制が15対1 - 診療録管理体制加算の届出、専任の在宅復帰支援担当者※の配置 ※当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えない ※通常の施設基準では、13対1
栄養サポートチーム加算	- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師 - イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 - ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師 - エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の管理栄養士 ・医師は10時間以上を要する研修を受講 ・その他の職種は40時間以上を要する研修を受講 ※通常の施設基準では、アからエのうちいずれか1人は専従
緩和ケア診療加算	- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 - イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 - ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 - エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 ・医師は「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)」等を受講 ・看護師は6月以上かつ600時間以上等の研修を受講 ※通常の施設基準では、専従のチーム(医師1名と薬剤師は専任可)

＜現行では対応されていない評価の例＞

外来緩和ケア管理料	緩和ケア診療加算と同じ(専従の緩和ケアチーム)
糖尿病透析予防指導管理料	透析予防診療チームの設置 - ア 糖尿病指導の経験を5年以上有する専任の医師 - イ 糖尿病指導の経験を2年以上有し、かつ通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修(通算10時間等)を修了した専任の看護師(又は糖尿病指導の経験を2年以上有する保健師) - ウ 糖尿病指導の経験を5年以上有する専任の管理栄養士
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修(6ヶ月程度)を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置
退院調整加算	専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置等。

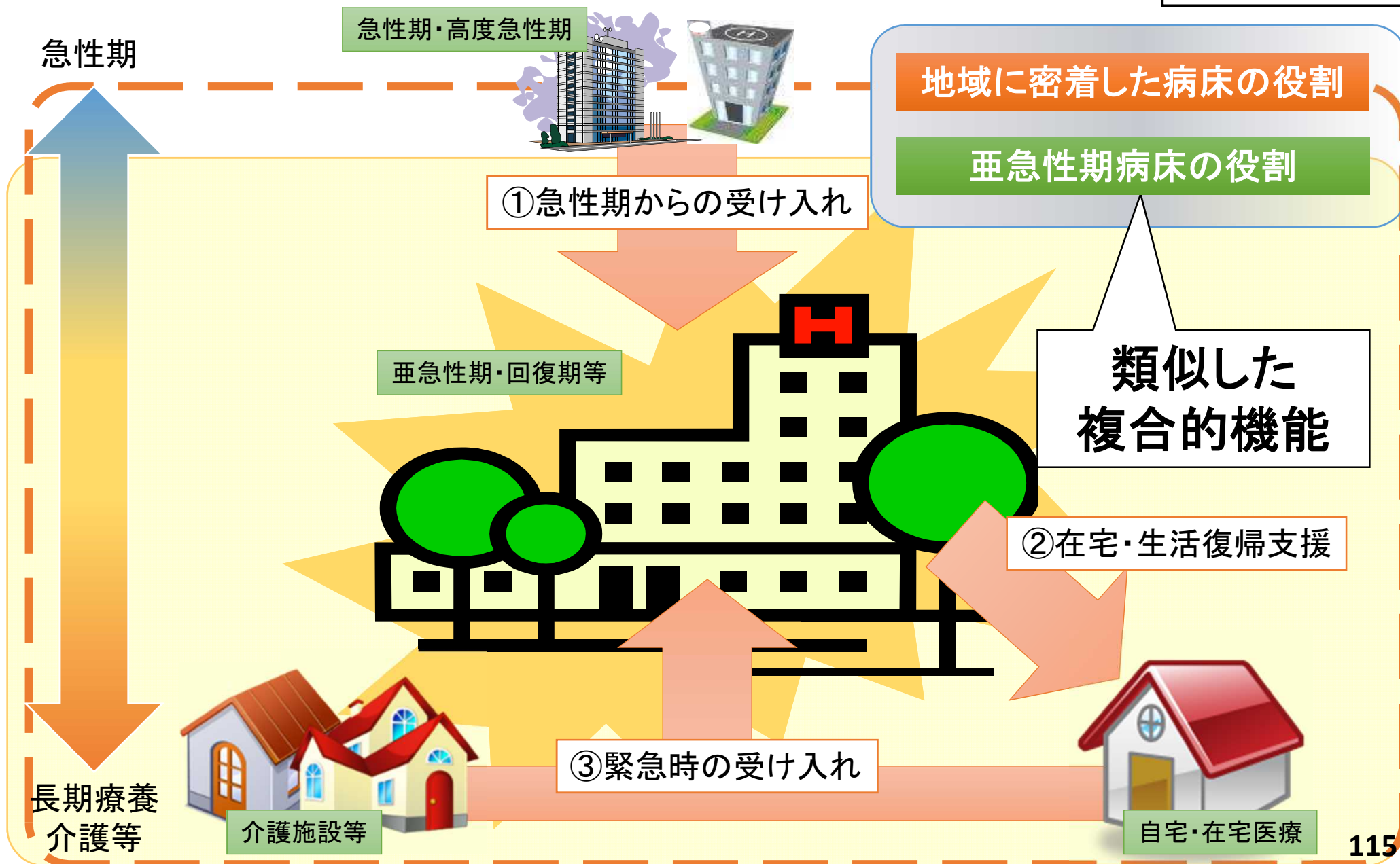
看護配置や専従要件等が緩和されていても、他の人員要件等から算定できない可能性がある

地域に密着した病床の果たす役割

診 調 組 入 - 1

2 5 . 7 . 1 7

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



地域に配慮した評価に係る平成26年改定のイメージ(案)

現行

●対象医療機関:

30医療圏にある200床未満かつ13対1又は15対1

※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、10対1入院基本料を算定している病院を除く

●評価項目

1. 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出が可能
2. 亜急性期入院医療管理料 (15対1)
亜急性期入院医療管理料1 1,761点
亜急性期入院医療管理料2 1,661点
3. チーム医療等 (専従要件の緩和)
栄養サポートチーム加算 100点(週1回)
緩和ケア診療加算 200点(1日につき)
4. 1病棟のみの病院 (夜勤72時間の緩和)
特定一般病棟入院料1 (13対1) 1,103点
特定一般病棟入院料2 (15対1) 945点

改定案

●対象医療機関:

30医療圏にある200床未満かつ13対1又は15対1 (継続)

※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、10対1入院基本料を算定している病院を除く

●評価項目

1. 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出が可能 (継続)
2. 亜急性期入院医療管理料 (15対1)
亜急性期入院医療管理料1
亜急性期入院医療管理料2 ※今後の評価体系に準じて評価
3. チーム医療等 (専従要件等の緩和)
栄養サポートチーム加算
緩和ケア診療加算
外来緩和ケア管理料
糖尿病透析予防指導管理料
褥瘡ハイリスク患者ケア加算
退院調整加算
4. 一般病棟が1病棟のみの病院 (夜勤72時間の緩和)
特定一般病棟入院料1 (13対1)
特定一般病棟入院料2 (15対1)

医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価に関する課題と論点

【課題】

- ・ 社会保障・税一体改革において、地域に密着した病床での対応が掲げられている。
- ・ 平成24年度診療報酬改定では、自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である2次医療圏(離島の2次医療圏を含む。)において、①一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする、②亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する、③チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する、④1病棟のみの小規模な病院について、病床に応じた評価を新設する等の対応を行った。
- ・ 専従要件の緩和など、地域に配慮した評価について、一定の評価がみられる一方で、平成24年度診療報酬改定における評価項目を利用している医療機関は限定的であった。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- (ア) 平成24年度診療報酬改定における評価については、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、現行の評価を継続していくことが妥当である。
- (イ) 一方、対象地域の医療機関は、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援等の機能を持ち、多様な病態の患者に対し、医療を提供していると想定され、かつ、医療機関も急性期から長期療養の中の複数の機能や亜急性期の機能を担っていこうと考えていることから、当該地域における医療機関の評価については、平成24年度診療報酬改定での評価項目とは別に、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価を導入することも必要である。
- (ウ) その際、こうした地域であっても、地域の拠点となる大規模な医療機関については、院内での病床の機能分化は可能であることから、対象とする医療機関は、一定病床数以下の医療機関とすることが必要である。

【論点】

- 当該評価について、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、評価を継続していくこととしてはどうか。
- その際、現在ほとんど利用されていない実態を勘案し、対象医療機関は継続した上で、平成24年度診療報酬改定での評価項目とは別に、亜急性期入院医療の今後の評価体系の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とすることとしてはどうか。
- 夜勤72時間の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、全病棟ではなく一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えることとしてはどうか。

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し
3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討
4. **入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討**
 - 1) **入院医療の適正化に向けた検討**
 - 2) 外来の機能分化の推進

入院医療の適正化に向けた検討

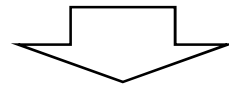
入院医療や外来診療の機能分化の推進や 適正化に向けた検討について

【課題】

- 平成24年度改定で、効率化の余地のある入院についての適正な評価のため、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院等が多い医療機関について入院基本料の一部を減額することとした。
- 金曜日入院は入院患者数の約13%、月曜日退院は退院患者数の約12%であった。また、金曜日入院、月曜日退院の理由について、ともに「土日の病床稼働率をあげるため」は少なかった。さらに、これらの入退院を減らすための取組は「何も行っていない」と回答した医療機関が最も多かった。これらの傾向は診療報酬の見直し前後で変化は見られなかった。
- 正午までに退院した患者の曜日別割合は7～18%、30日以上入院患者の曜日別割合は7～18%であった。正午までに退院した最も多い理由は「患者の希望」である一方、「午後に当該ベッドに入院予定の患者がいる」も一定程度みられた。正午までの退院に対する取組は「特に何も行っていない」が最も多く、「検査や処置等が終わった当日中の退院を勧める」の回答は少なかった。これらの傾向は診療報酬の見直し前後で変化はみられなかった。

【入院医療等分科会とりまとめ】

(ア) 平成24年度診療報酬改定後、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関して、医療機関の動向に大きな変化はみられないが、これらの評価については今後も継続することが妥当である。また、入院医療のさらなる適正化について、引き続き検討が必要である。



【論点】

- 平成24年度診療報酬改定後、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関して、医療機関の動向に大きな変化はみられないが、これらの評価については今後も継続することとしてはどうか。

効率化の余地のある入院についての適正な評価①

平成24年
診療報酬改定

土曜日・日曜日の入院基本料について

- 金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数が他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が高い医療機関について、土曜日、日曜日に算定された一部の入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関]（①と②両方を満たす医療機関）

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定する医療機関。
- ② 入院全体のうち金曜日に入院する者の割合(A割)と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合(B割)の合計(A+B)が6か月連続して、4割を超える医療機関。

[減額の対象となる入院基本料]

- ① 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、金曜日に入院した者の入院直後の土曜日、日曜日及び月曜日に退院した者の退院直前の土曜日、日曜日に算定されたもの。



- ② 対象日に手術や1,000点以上の処置を伴わない場合に限る。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

効率化の余地のある入院についての適正な評価②

退院日の入院基本料について

平成24年
診療報酬改定

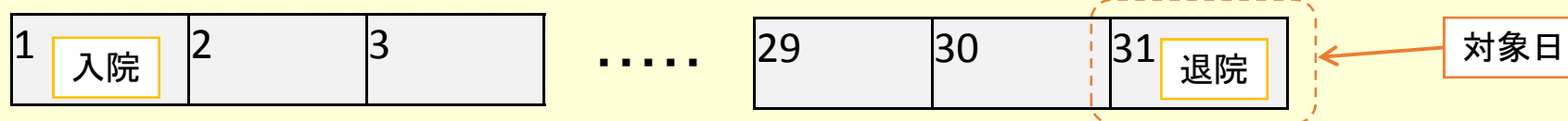
- 正午までに退院した患者の割合が9割を超える医療機関について、30日以上入院している患者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された一部の入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関] (①と②両方を満たす医療機関)

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定する医療機関。
- ② 退院患者全体のうち正午までに退院する患者の割合が 6か月連続して、9割を超える 医療機関。

[対象とする入院基本料] (①と②と③のすべてを満たす場合)

- ① 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、30日以上入院している患者で退院日に算定されたもの。



- ② 入院中に退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算が算定されていない場合。
- ③ 対象日に手術や1,000点以上の処置を伴わない場合。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

曜日別入院患者数と退院患者数の割合の推移について

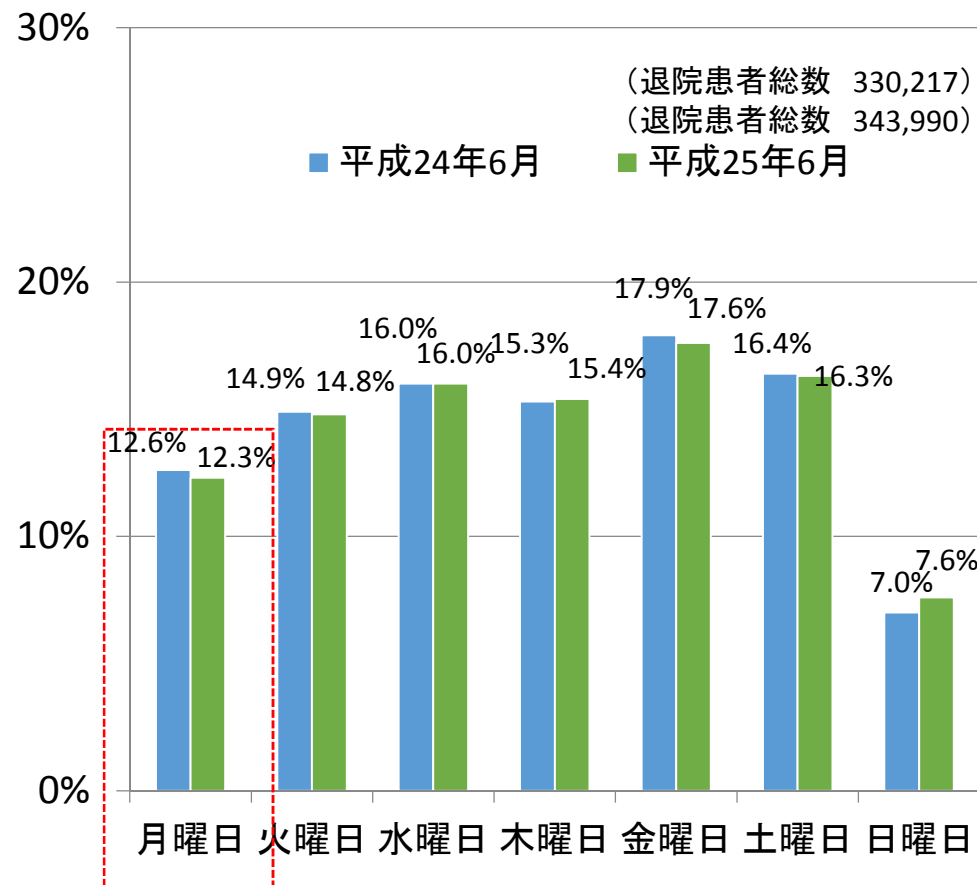
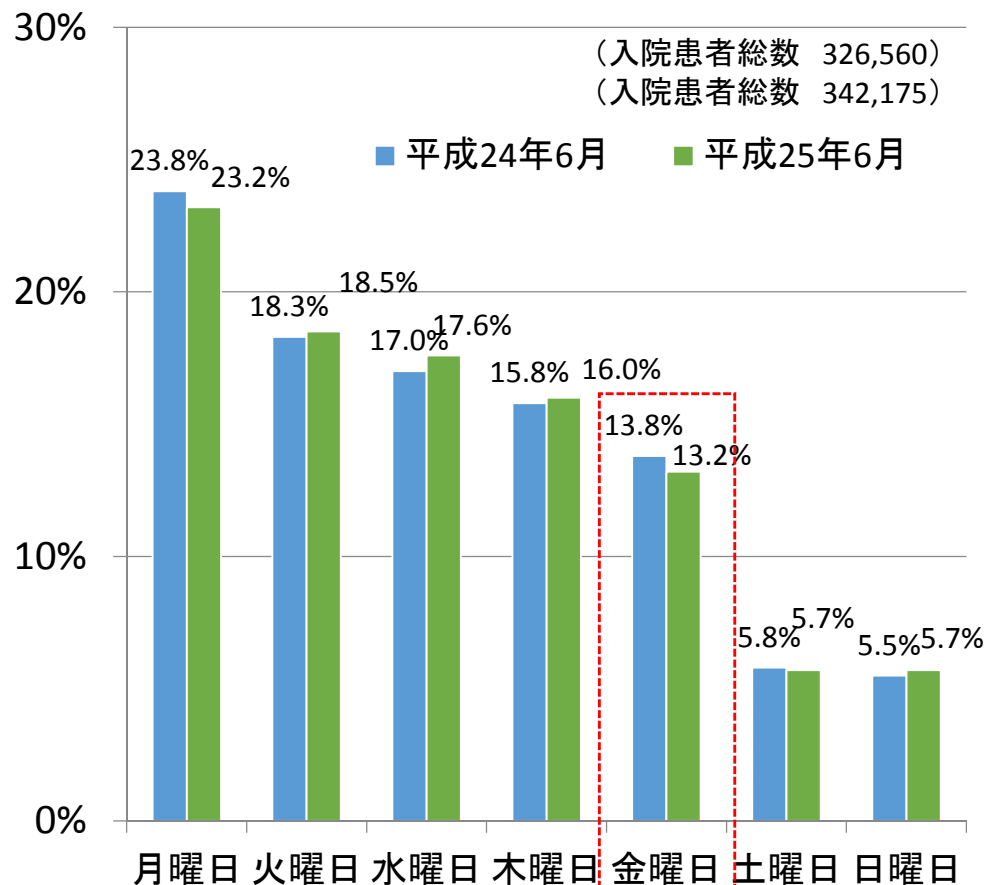
(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

1ヶ月間(調査対象期間:平成24年6月、平成25年6月)の
曜日別入院患者数の割合

1ヶ月間(調査対象期間:平成24年6月、平成25年6月)の
曜日別退院患者数の割合

823施設より回答

823施設より回答



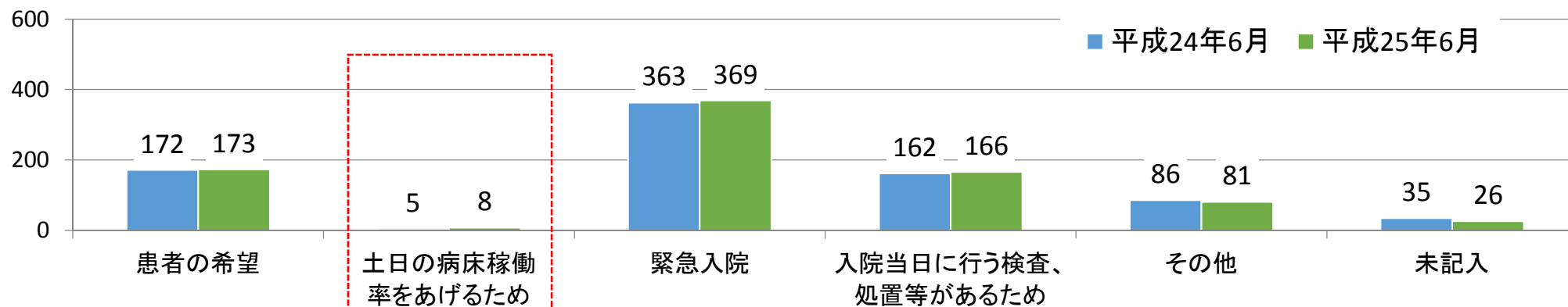
金曜日入院は入院患者数に対して約13%、月曜日退院は退院患者数に対して約12%で、診療報酬の見直し前後で大きな傾向の変化はみられなかった。

金曜日入院・月曜日退院の最も多い理由

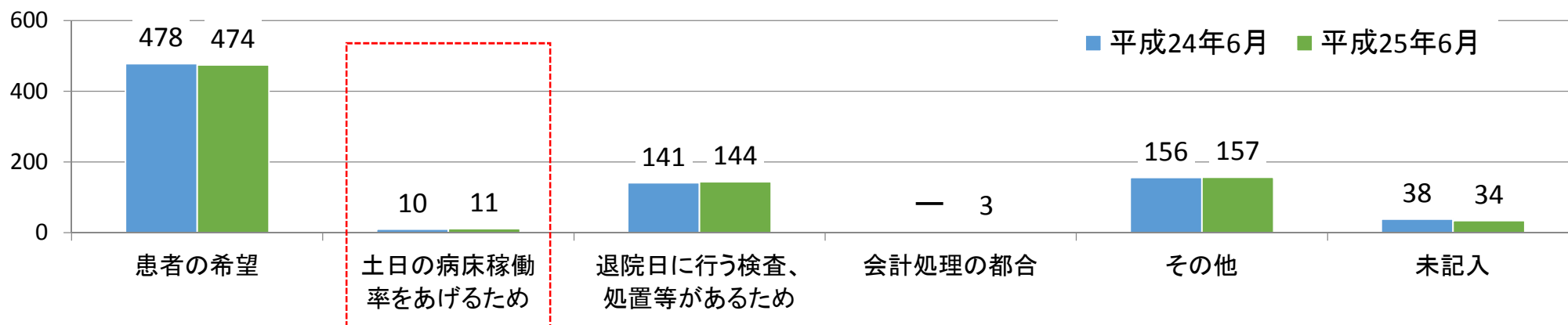
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

N(施設)=823

金曜日入院の最も多い理由



月曜日退院の最も多い理由



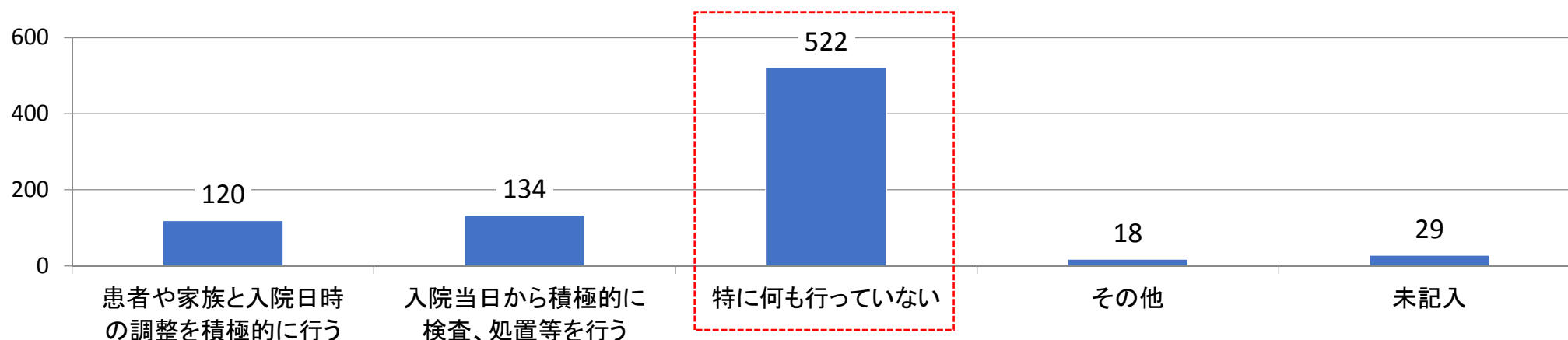
金曜日入院、月曜日退院の理由について、ともに「土日の病床稼働率を上げるため」は少なかった。

金曜日入院・月曜日退院を減らすために新たに行った取組

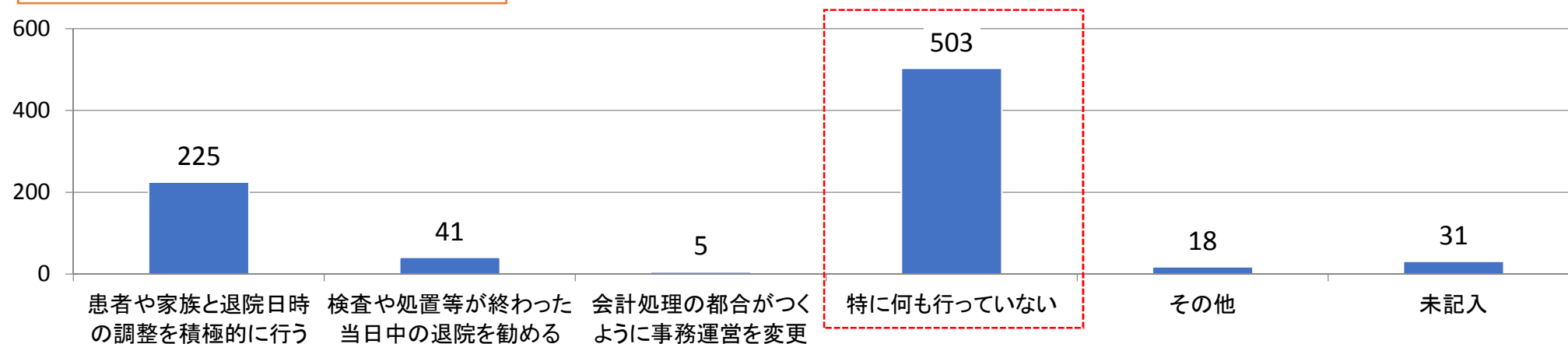
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

N(施設)=823

金曜日入院を減らすための取組



月曜日退院を減らすための取組



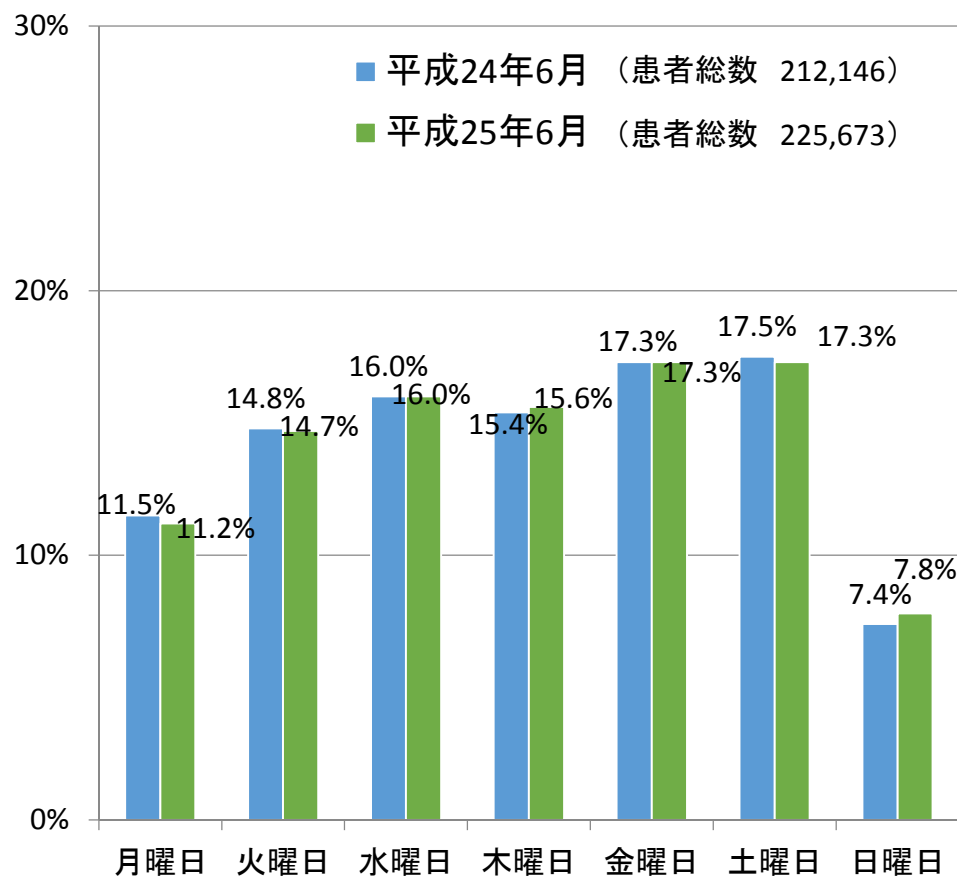
金曜日入院、月曜日退院を減らすための取組は、ともに「特に何も行っていない」と回答した医療機関が最も多かった。

退院患者数に占める正午までの退院患者の割合

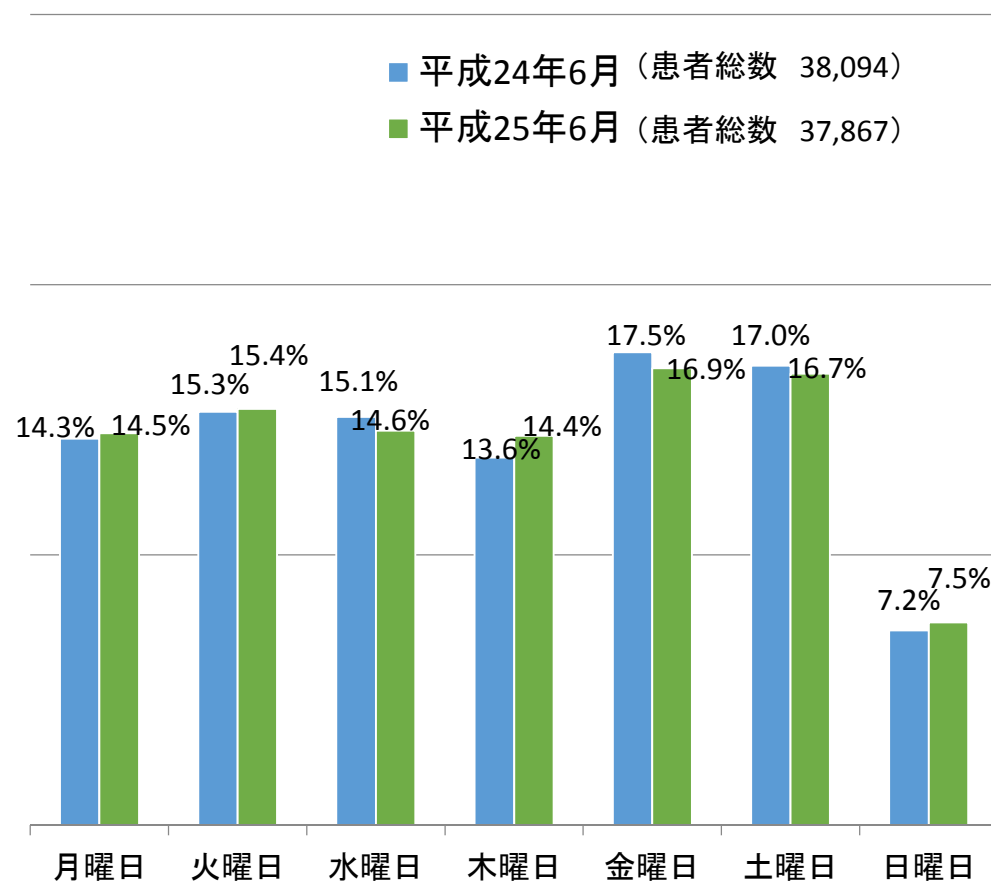
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

823施設より回答

退院患者数のうち、正午までに退院した患者数の曜日別割合



退院患者数のうち、30日以上入院していた患者数の曜日別割合



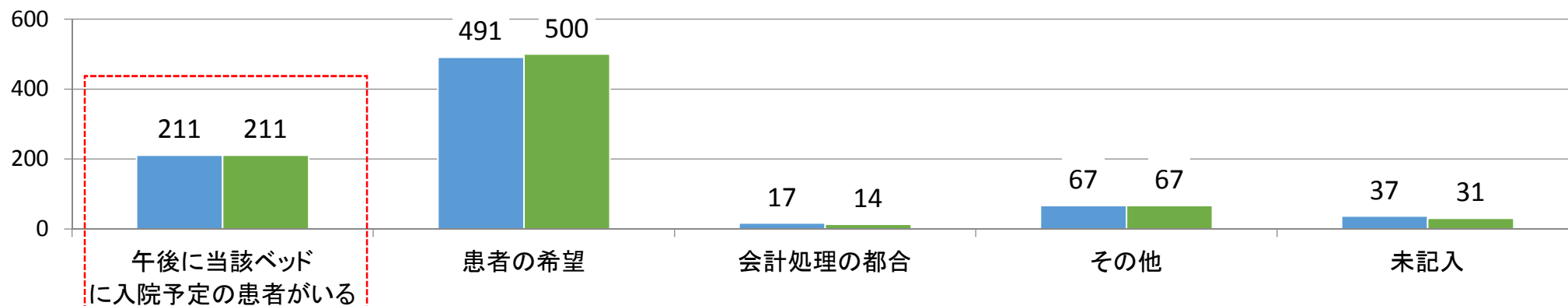
正午までに退院した患者の曜日別割合は7－18%、30日以上入院患者の曜日別割合は7－18%であった。

正午までに退院した最も多い理由と新たに行った取組

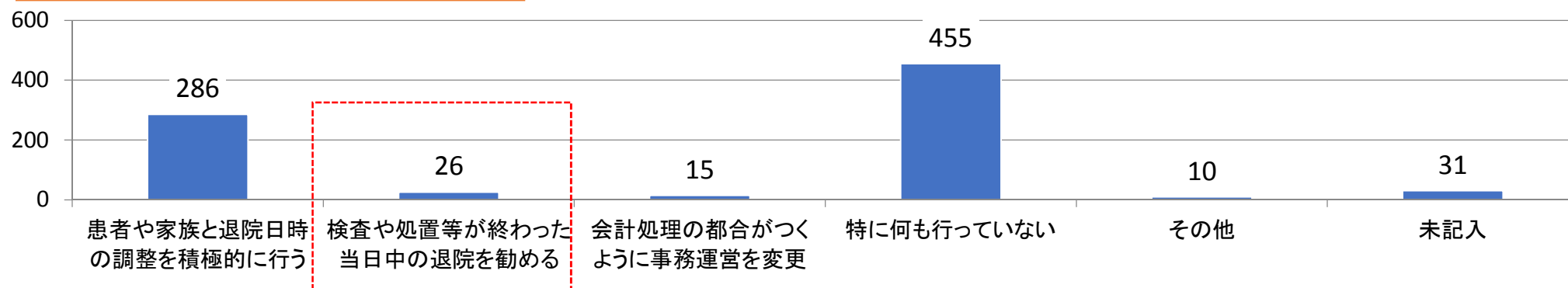
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

正午までに退院した最も多い理由

N(施設)=823



正午までの退院に対する取組



正午までに退院した最も多い理由は「患者の希望」である一方、「午後当該ベッドに入院予定の患者がいる」も一定程度みられた。正午までの退院に対する取組は「特に何も行っていない」が最も多く、「検査や処置等が終わった当日中の退院を勧める」の回答は少なかった。

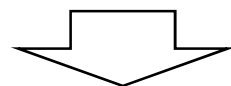
入院医療や外来診療の機能分化の推進や 適正化に向けた検討について

【課題】

- 平成24年度改定で、効率化の余地のある入院についての適正な評価のため、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院等が多い医療機関について入院基本料の一部を減額することとした。
- 金曜日入院は入院患者数の約13%、月曜日退院は退院患者数の約12%であった。また、金曜日入院、月曜日退院の理由について、ともに「土日の病床稼働率をあげるため」は少なかった。さらに、これらの入退院を減らすための取組は「何も行っていない」と回答した医療機関が最も多かった。これらの傾向は診療報酬の見直し前後で変化は見られなかった。
- 正午までに退院した患者の曜日別割合は7～18%、30日以上入院患者の曜日別割合は7～18%であった。正午までに退院した最も多い理由は「患者の希望」である一方、「午後に当該ベッドに入院予定の患者がいる」も一定程度みられた。正午までの退院に対する取組は「特に何も行っていない」が最も多く、「検査や処置等が終わった当日中の退院を勧める」の回答は少なかった。これらの傾向は診療報酬の見直し前後で変化はみられなかった。

【入院医療等分科会とりまとめ】

(ア) 平成24年度診療報酬改定後、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関して、医療機関の動向に大きな変化はみられないが、これらの評価については今後も継続することが妥当である。また、入院医療のさらなる適正化について、引き続き検討が必要である。



【論点】

- 平成24年度診療報酬改定後、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関して、医療機関の動向に大きな変化はみられないが、これらの評価については今後も継続することとしてはどうか。

1. 一般病棟入院基本料の見直し
 - 1) 重症度・看護必要度の項目
 - 2) その他の指標
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し
3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討
4. **入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討**
 - 1) 入院医療の適正化に向けた検討
 - 2) 外来の機能分化の推進

入院医療や外来診療の機能分化や適正化に向けた検討

2) 外来の機能分化の推進

(1) 大病院の紹介率・逆紹介率について

(2) 長期投薬について

(3) 多剤投与について

大病院の紹介率・逆紹介率の課題と論点について

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、外来の機能分化を図るため、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価を行ったが、平成25年4月1日時点で、減算の対象となる医療機関はなかった。
- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院ともに、紹介率、逆紹介率は上昇傾向であるものの、平成23年患者調査では、外来の紹介患者の割合は特定機能病院が40.6%、地域医療支援病院が28.4%であった。
- 紹介率を上げるための課題については、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等の回答が多かった。
- 逆紹介率を上げるための課題については、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「医学的に逆紹介できる患者が少ないこと」等の回答が多かった。
- 平成23年患者調査では、外来では病床規模が大きくなるほど、紹介率が高かった。また、500床以上の病院（特定機能病院と地域医療支援病院を除く。）において、紹介率40%以上の施設は69%、逆紹介率30%以上の施設は60%であった。

【入院医療等分科会とりまとめ】

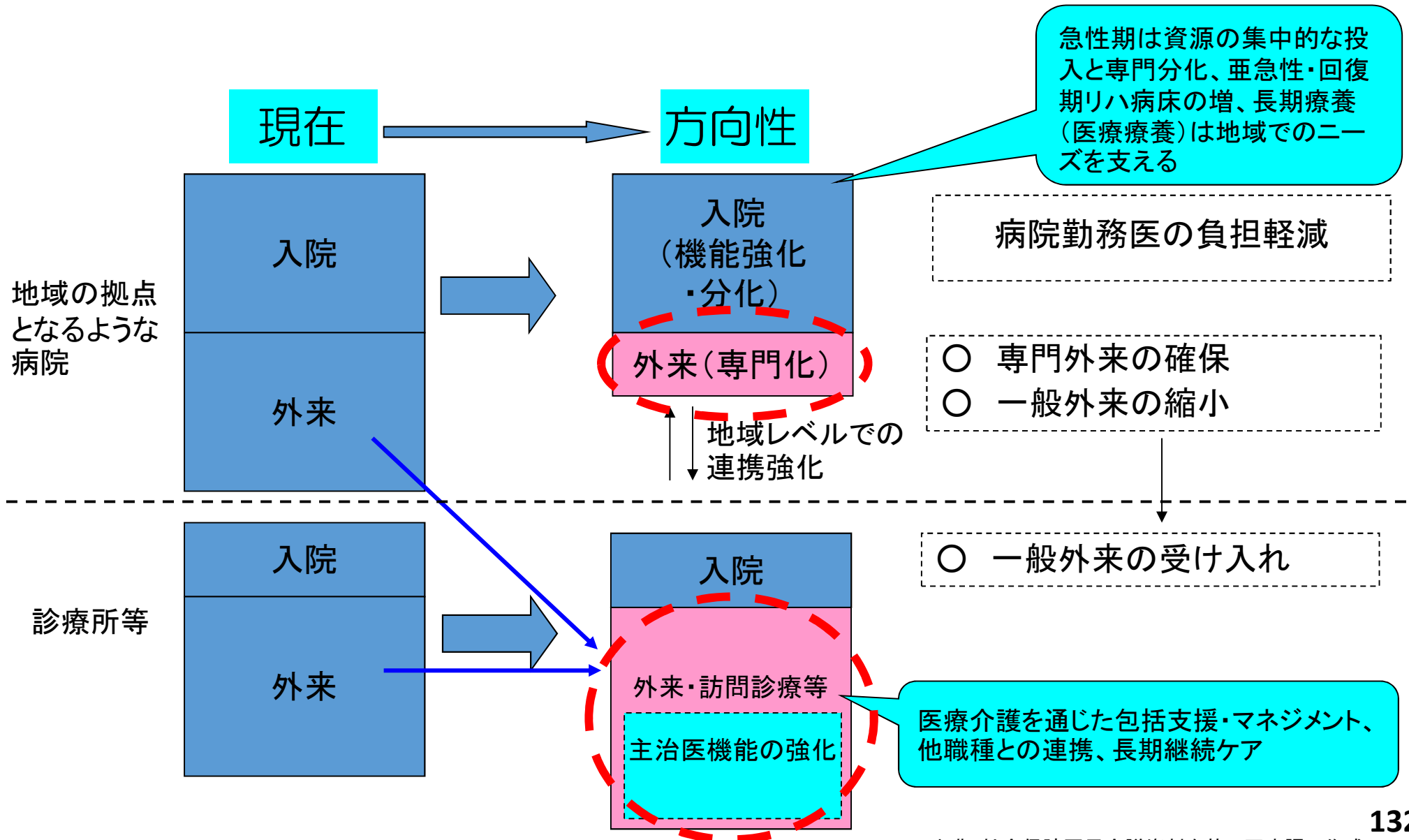
- (ア) 外来の機能分化を推進するため、地域の拠点となるような病院が、診療所等の主治医機能を持った医師と連携し、紹介率及び逆紹介率をあげる必要がある。すでに、500床以上の病院（特定機能病院と地域医療支援病院を除く。）でも、紹介率40%以上の施設が69%、逆紹介率30%以上の施設が60%であることから、さらに機能分化を進めるため、許可病床数が500床以上の全ての病院について、平成24年度診療報酬改定と同様の取扱いとすることが必要である。また、特に、逆紹介の取組を推進していくことも必要である。
- (イ) 「許可病床数が500床以上の全ての病院」を対象とすることについては、精神科単科病院や療養病床のみの病院は、別途検討が必要との意見もあった。
- (ウ) また、大病院における紹介率・逆紹介率ともに高めていくためには、診療所や中小病院の主治医機能を担う医療従事者の育成や、地域連携パスの開発・普及等も課題であるとの意見があった。

【論点】

- 許可病床数が500床以上の全ての病院（精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く。）について、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設は平成24年度改定と同様の取り扱いとすることとしてはどうか。
- その際、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院については、外来のさらなる機能分化と逆紹介の推進のため、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設を対象とすることとしてはどうか。

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総－3
2 3 . 1 1 . 3 0



外来診療の機能分化の推進(平成24年診療報酬改定)

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

- ①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

※ ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間の実績が基準を上回る場合には紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

(翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告する。)

(注) 初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については、

- ・特定機能病院は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、
- ・地域医療支援病院は、「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により、
定めている業務報告と同じ基準としている。

対象となった医療機関の有無

報告基準

＜平成24年度について＞

- ① 平成23年度（平成23年4月～平成24年3月）の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院
→ 平成24年10月1日に地方厚生（支）局に報告を行う
- ② ①の場合であっても、平成24年度（平成24年4月～平成25年3月）の連続する6か月間の実績が基準を上回る場合には紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。
→ 平成25年4月1日までに地方厚生（支）局に報告を行う → 初診料等の減算はなし

報告実績

＜平成24年度について＞

- ① 「前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院」に該当する保険医療機関からの報告は2件。
- ② ただし、2医療機関とも、H24年度の連続する6か月間の実績が基準を上回った。



対象となった医療機関はなかった

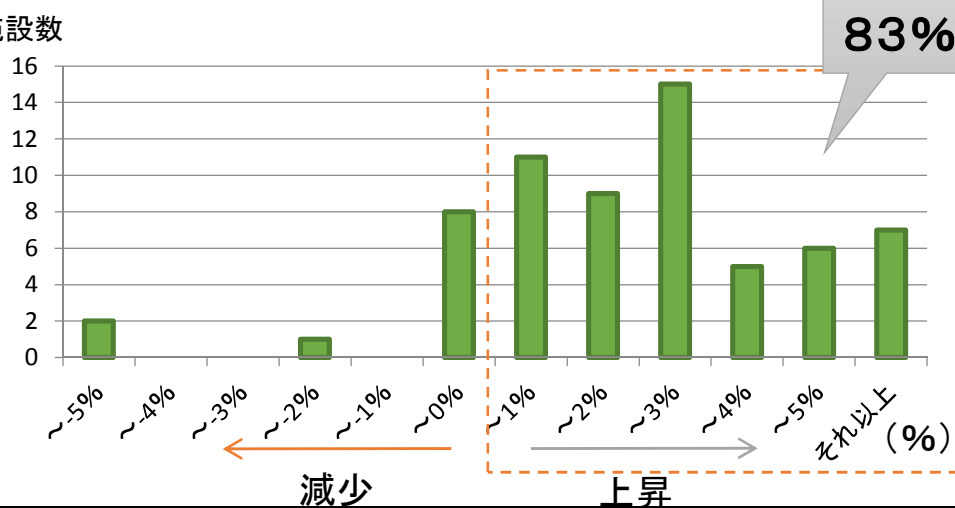
紹介率と逆紹介率の変化(平成23年度⇒平成24年度)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

特定機能病院

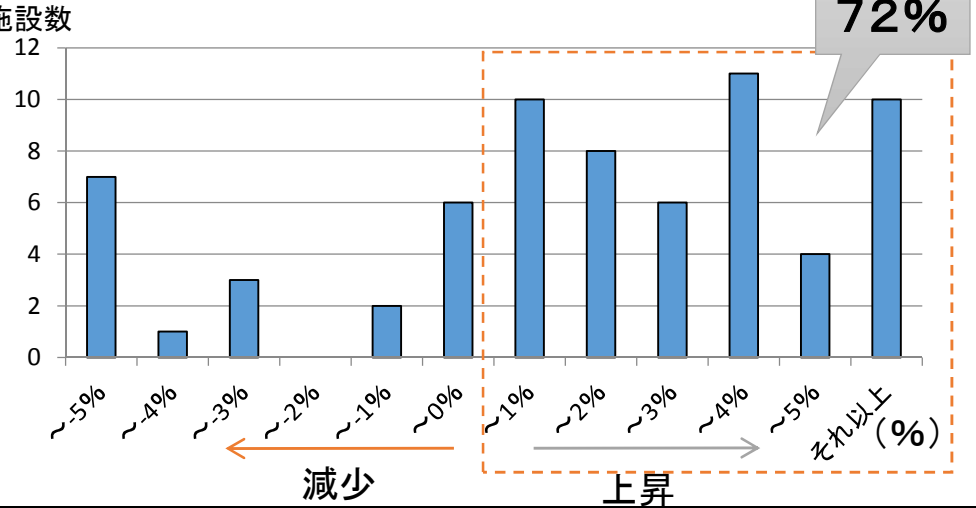
n=64
施設数

紹介率の変化(平成23年度→24年度)



n=68
施設数

逆紹介率の変化(平成23年度→24年度)

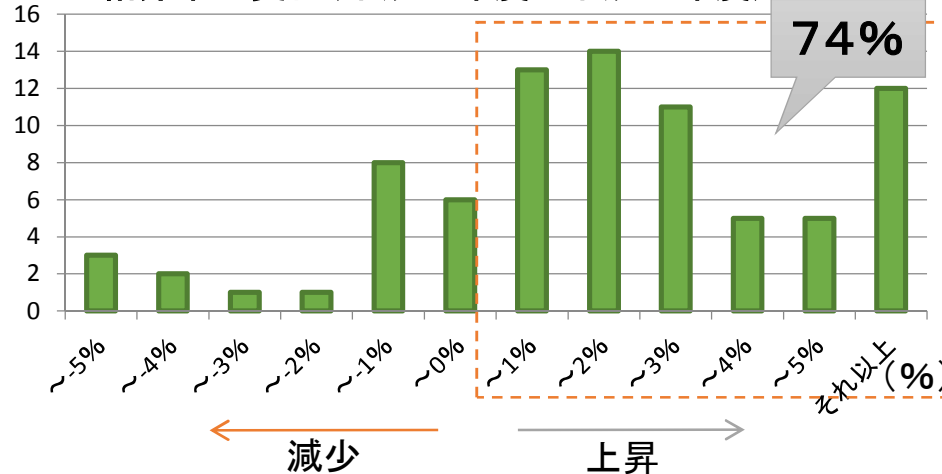


500床以上の地域医療支援病院

n=81

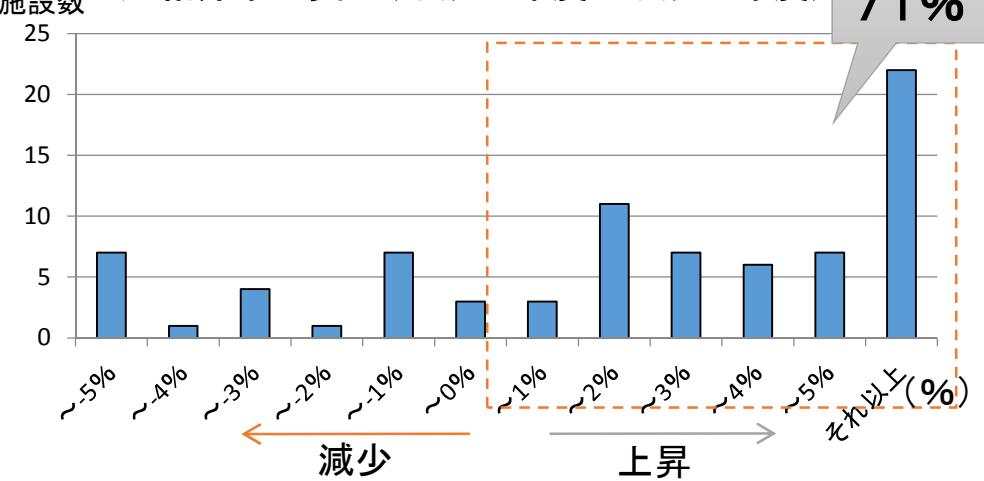
施設数

紹介率の変化(平成23年度→平成24年度)



n=79
施設数

逆紹介率の変化(平成23年度→平成24年度)



平成23年度に比べ、平成24年度の方が紹介率、逆紹介率は上昇傾向にあった

(注) 平成24年度と23年度の紹介率、逆紹介率の差としている

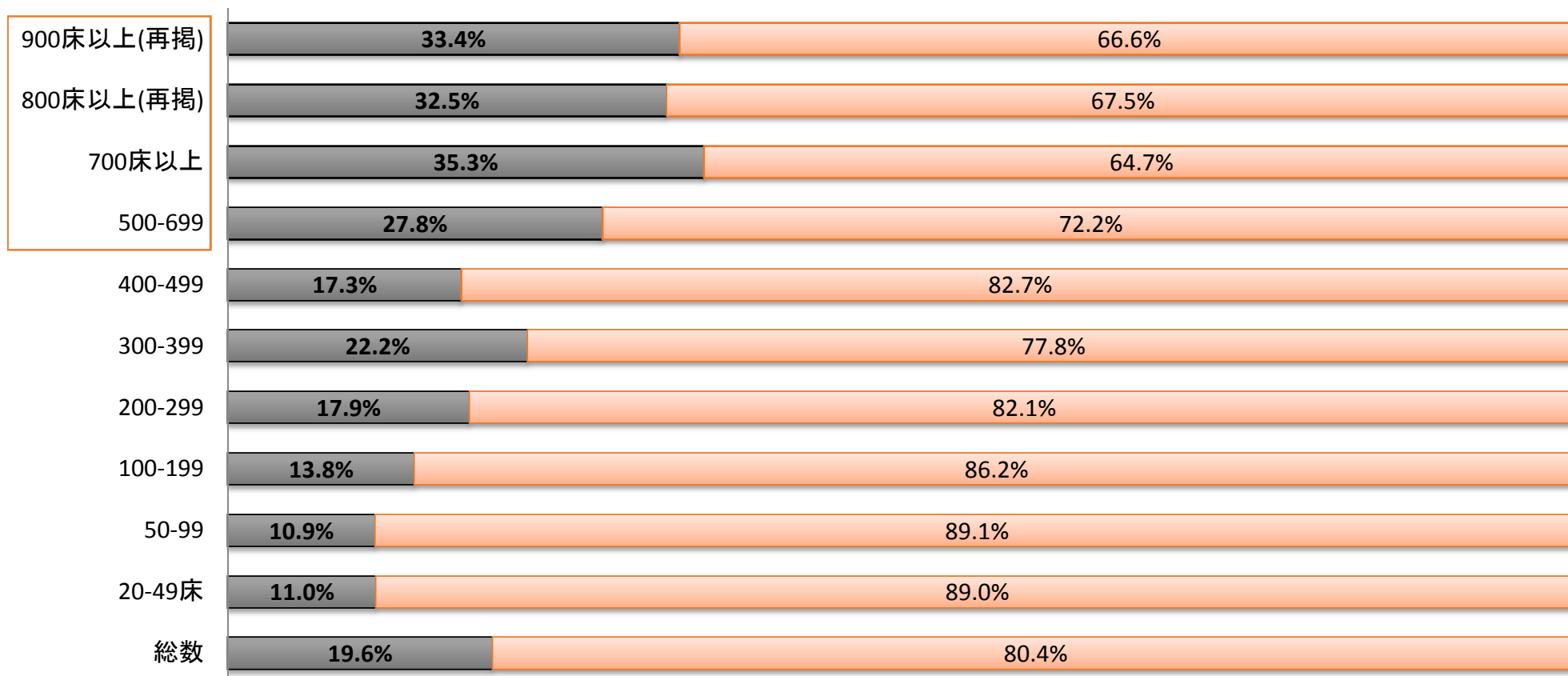
出典: 平成25年度 入院医療等の調査より 135

病床規模別の紹介率の状況(外来)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

病院(外来)

■ 紹介あり患者の割合 ■ 紹介なし患者の割合



紹介あり患者の割合: 外来患者総数のうち、紹介あり(病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から)と答えた患者の割合

病床規模が大きくなるほど、紹介率が高くなり、特に500床以上で高くなる傾向がある

136

500床以上※及び500床未満の医療機関の紹介率(外来) (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

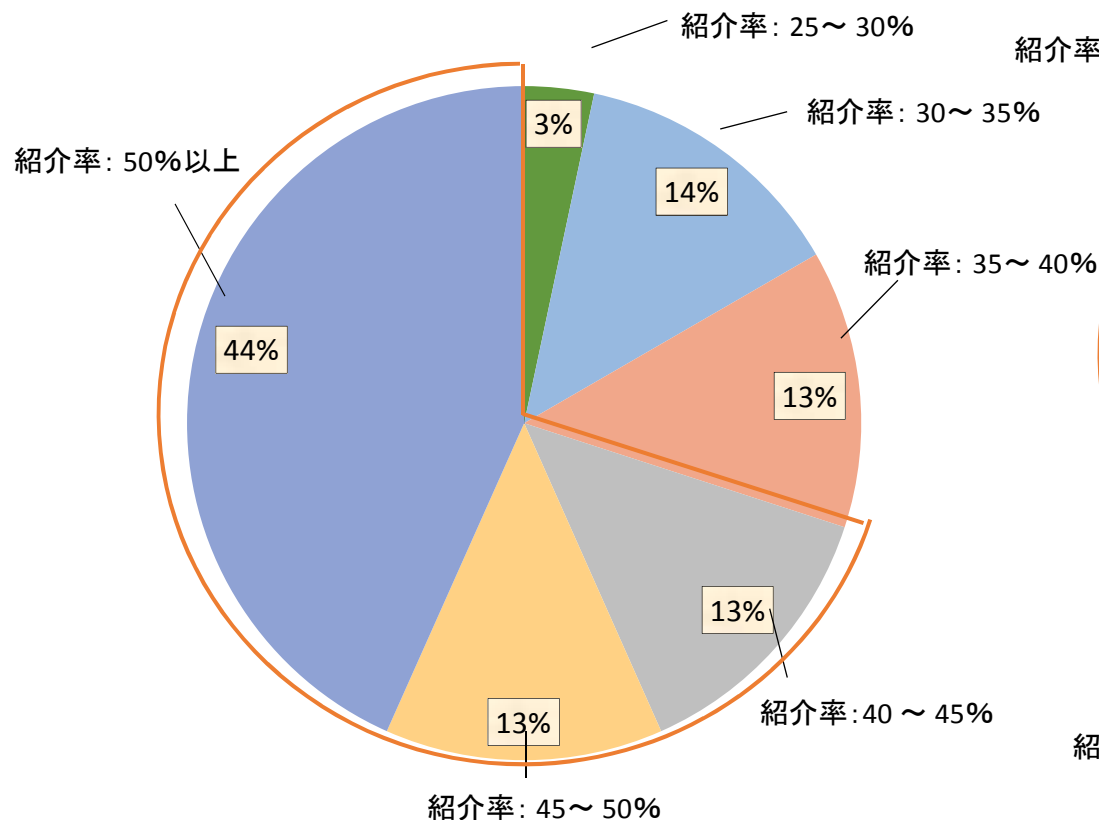
※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

N=30

紹介率(500床以上)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

0～5% 5～10% 10～15% 15～20% 20～25% 25～30%
30～35% 35～40% 40～45% 45～50% 50%以上



紹介率40%以上 69%

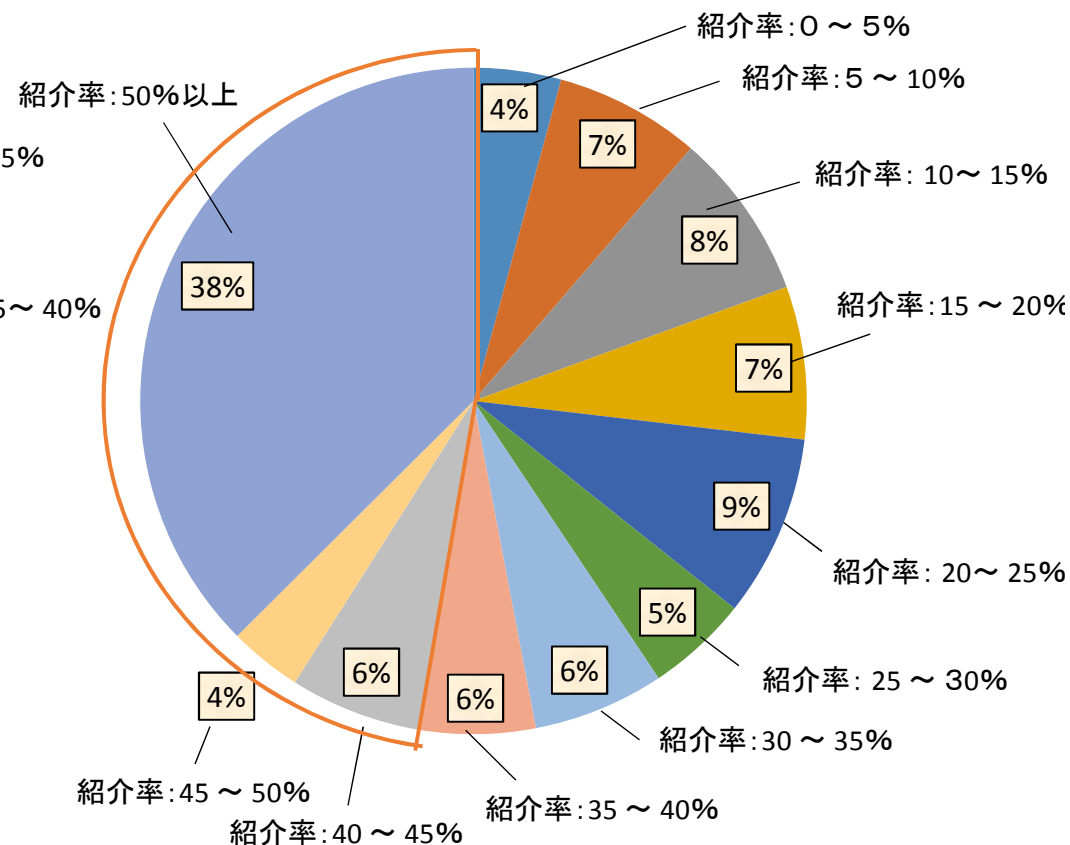
(平均 53.0%)

N=283

紹介率(500床未満)

<特定機能病院を除く>

0～5% 5～10% 10～15% 15～20% 20～25% 25～30%
30～35% 35～40% 40～45% 45～50% 50%以上



紹介率40%以上 48%

(平均 48.9%)

出典:平成25年度 入院医療等の調査より

500床以上※及び500床未満の医療機関の逆紹介率(外来) (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

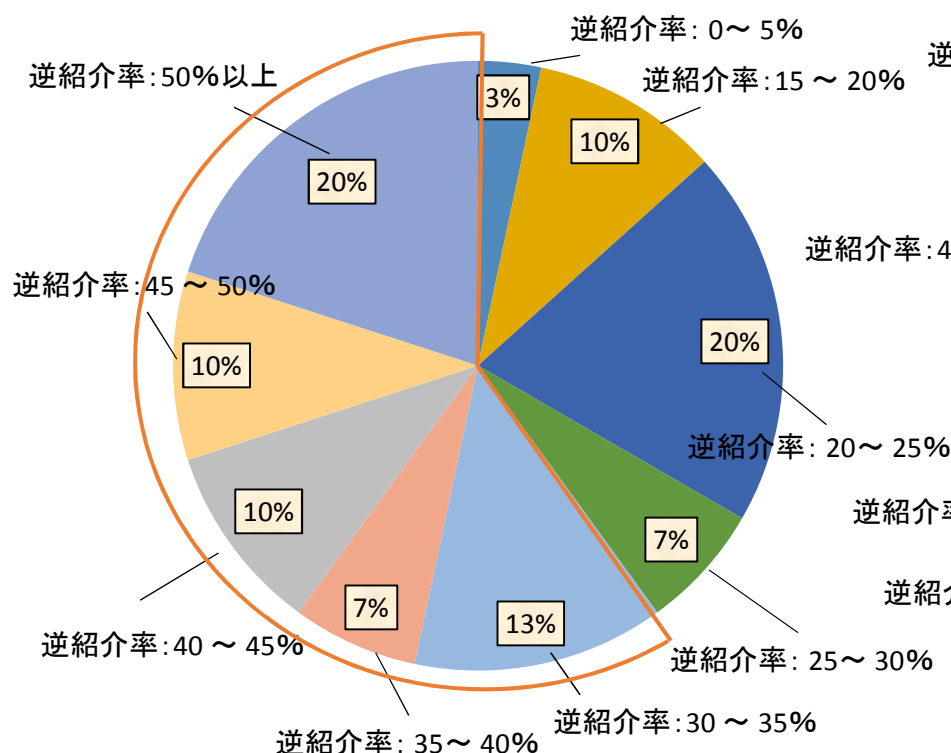
※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

N=30

逆紹介率(500床以上)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

0～5% 5～10% 10～15% 15～20%
20～25% 25～30% 30～35% 35～40%
40～45% 45～50% 50%以上



逆紹介率30%以上 60%

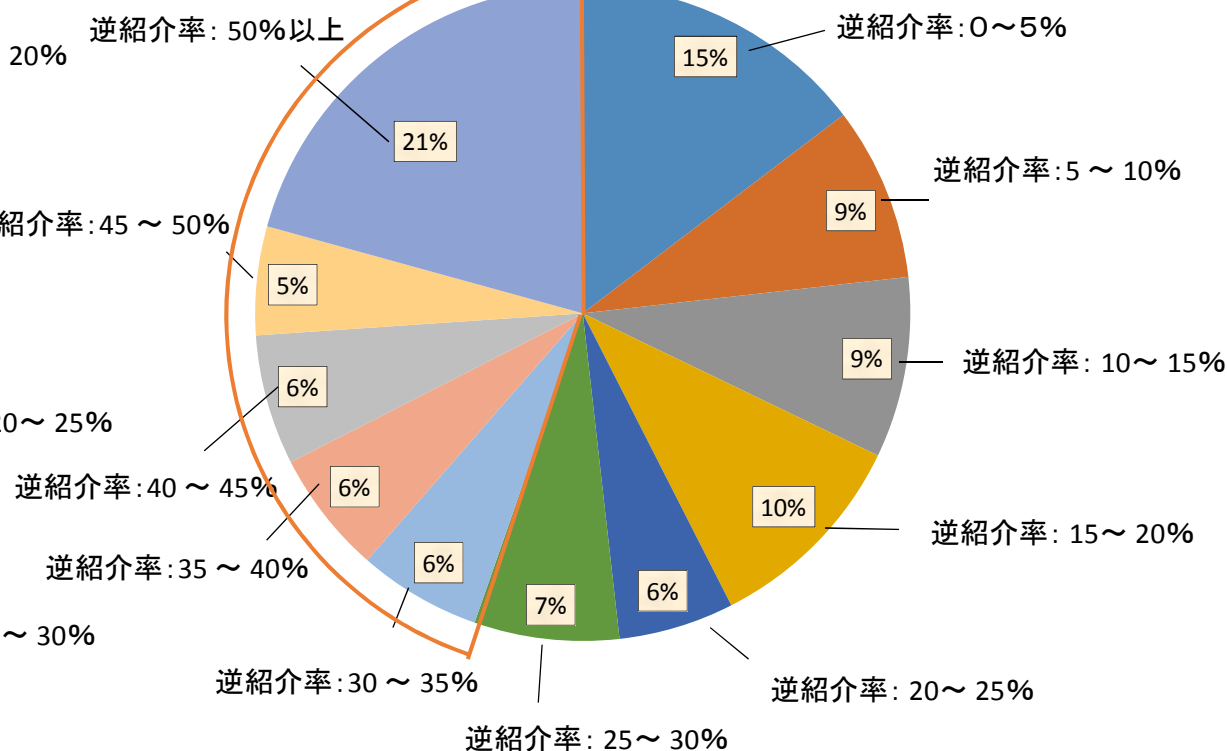
(平均 37.8%)

N=280

逆紹介率(500床未満)

<特定機能病院を除く>

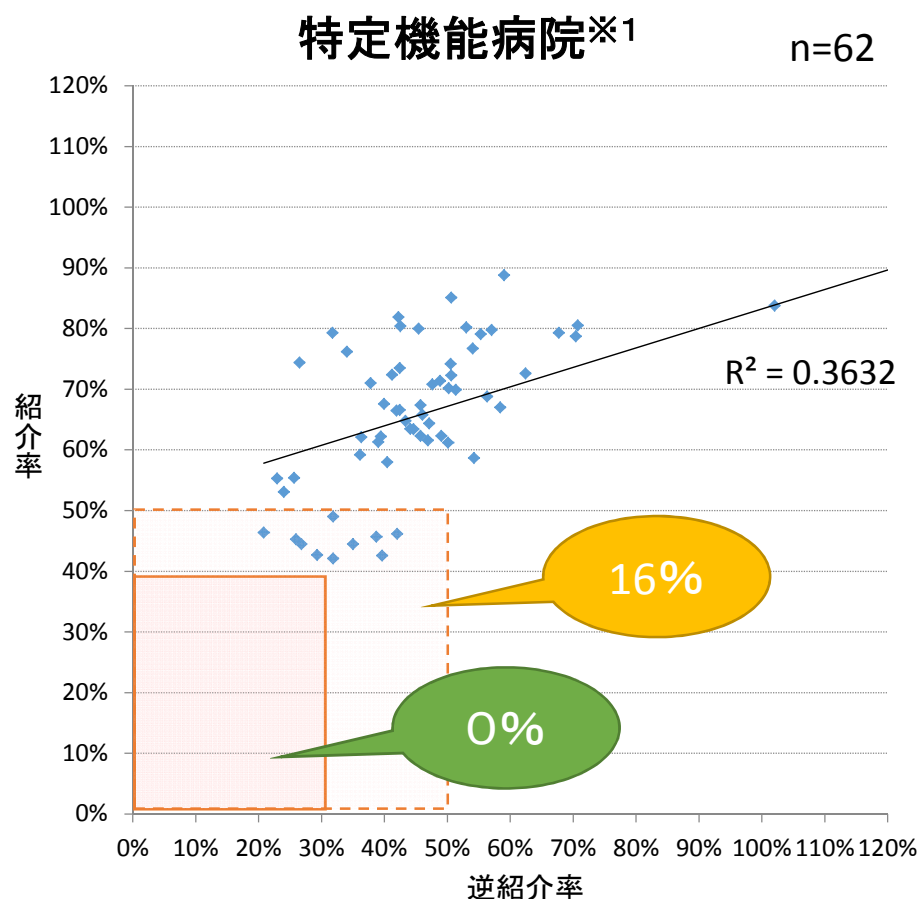
0～5% 5～10% 10～15% 15～20% 20～25% 25～30%
30～35% 35～40% 40～45% 45～50% 50%以上



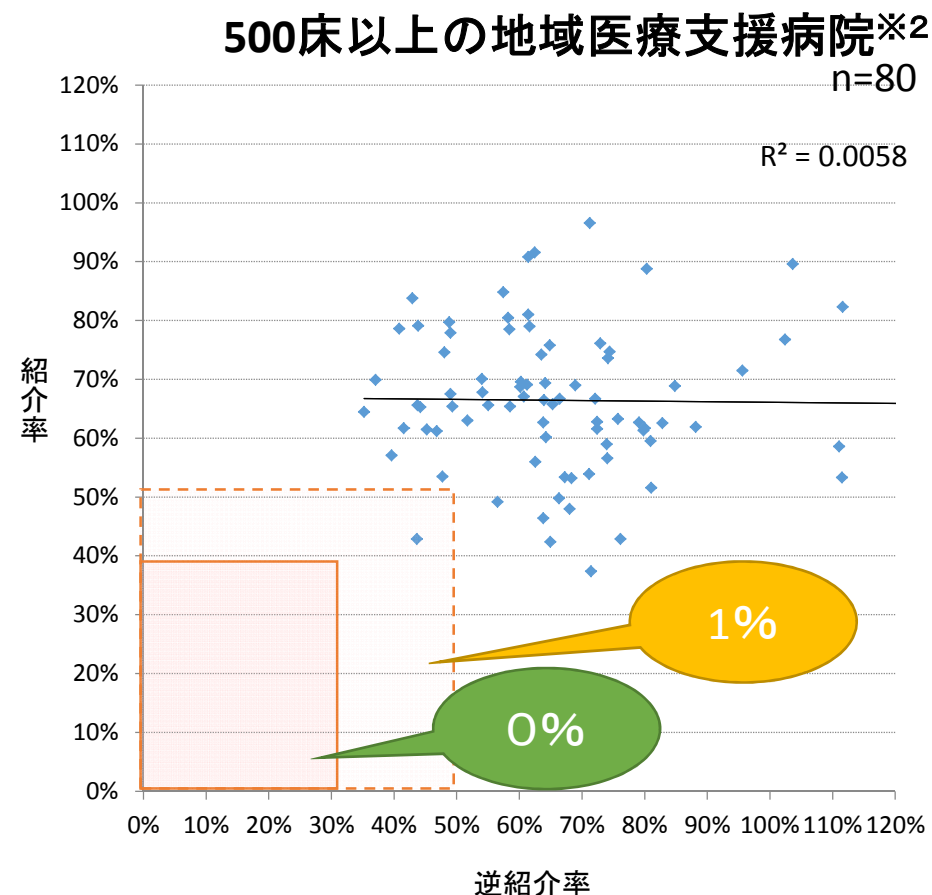
逆紹介率30%以上 44%

(平均 37.0%)

紹介率・逆紹介率の分布 ＜特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院の場合＞



※1 初診の患者数等は特定機能病院の定義



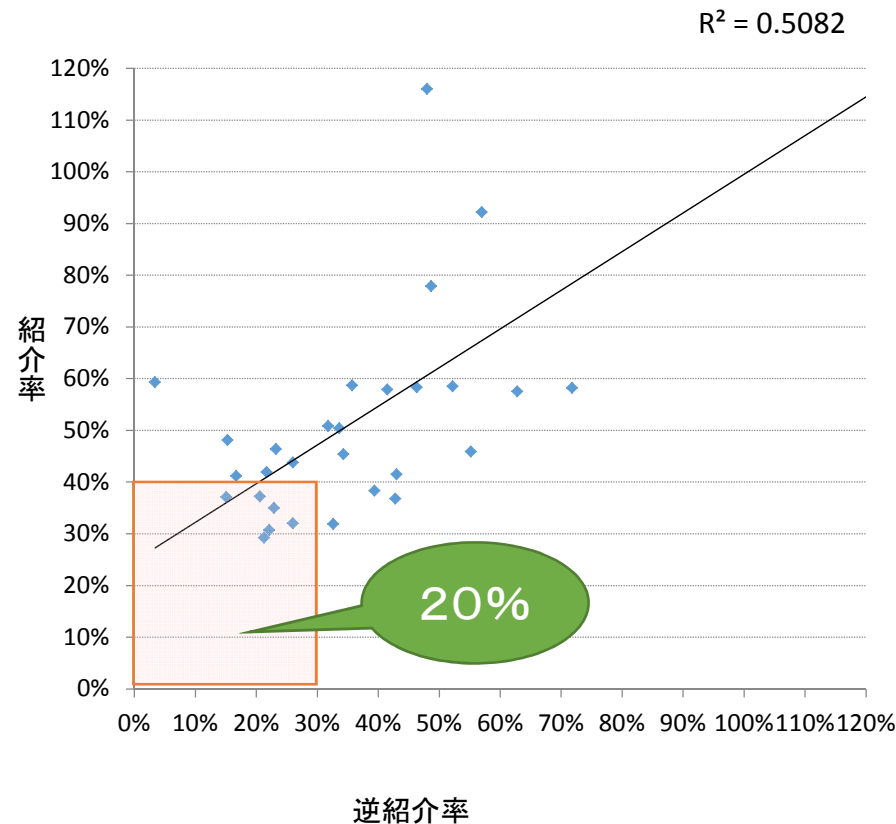
※2 初診の患者数等は地域医療支援病院の定義

- ・特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院では、全ての医療機関が紹介率40%、逆紹介率30%を上回っている
- ・紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の医療機関は、特定機能病院では約16%、500床以上の地域医療支援病院では、約1%であった。

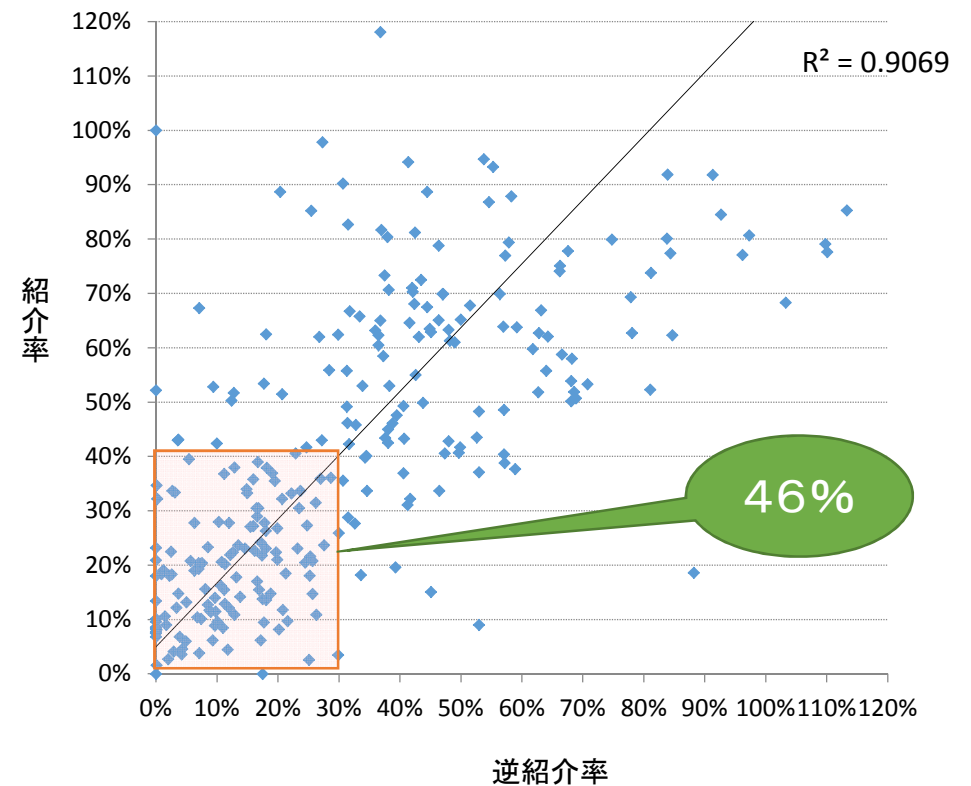
紹介率・逆紹介率の分布

＜その他（特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院以外）の場合＞

500床以上（その他）



500床未満（その他）



（注）初診の患者数等は地域医療支援病院の定義

- ・ 紹介率と逆紹介率に一定の相関関係が認められ、500床以上の方が、紹介率、逆紹介率が高い。
- ・ 一方で、500床未満の場合は、約半数は「紹介率40%、逆紹介率30%」の基準を満たさない。

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、外来の機能分化を図るため、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価を行ったが、平成25年4月1日時点で、減算の対象となる医療機関はなかった。
- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院ともに、紹介率、逆紹介率は上昇傾向であるものの、平成23年患者調査では、外来の紹介患者の割合は特定機能病院が40.6%、地域医療支援病院が28.4%であった。
- 紹介率を上げるための課題については、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等の回答が多かった。
- 逆紹介率を上げるための課題については、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「医学的に逆紹介できる患者が少ないこと」等の回答が多かった。
- 平成23年患者調査では、外来では病床規模が大きくなるほど、紹介率が高かった。また、500床以上の病院（特定機能病院と地域医療支援病院を除く。）において、紹介率40%以上の施設は69%、逆紹介率30%以上の施設は60%であった。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- (ア) 外来の機能分化を推進するため、地域の拠点となるような病院が、診療所等の主治医機能を持った医師と連携し、紹介率及び逆紹介率をあげる必要がある。すでに、500床以上の病院（特定機能病院と地域医療支援病院を除く。）でも、紹介率40%以上の施設が69%、逆紹介率30%以上の施設が60%であることから、さらに機能分化を進めるため、許可病床数が500床以上の全ての病院について、平成24年度診療報酬改定と同様の取扱いとすることが必要である。また、特に、逆紹介の取組を推進していくことも必要である。
- (イ) 「許可病床数が500床以上の全ての病院」を対象とすることについては、精神科単科病院や療養病床のみの病院は、別途検討が必要との意見もあった。
- (ウ) また、大病院における紹介率・逆紹介率ともに高めていくためには、診療所や中小病院の主治医機能を担う医療従事者の育成や、地域連携パスの開発・普及等も課題であるとの意見があった。

【論点】

- 許可病床数が500床以上の全ての病院（精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く。）について、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設は平成24年度改定と同様の取り扱いとすることとしてはどうか。
- その際、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院については、外来のさらなる機能分化と逆紹介の推進のため、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設を対象とすることとしてはどうか。

入院医療や外来診療の機能分化や適正化に向けた検討

2) 外来の機能分化の推進

(1) 大病院の紹介率・逆紹介率について

(2) 長期投薬について

(3) 多剤投与について

長期投薬における課題と論点

【課題】

- ・平成14年診療報酬改定において、慢性疾患の増加に伴う投薬期間の長期化等を踏まえ、薬剤投与期間に係る規制を原則廃止した。
- ・慢性疾患等の患者のうち5週以上の処方をしている患者の割合が6割超と回答した医師は、全体で20.1%であり、病院医師は29.1%、診療所医師は3.9%であった。
- ・病院医師による「慢性疾患等の患者に対する最も多い処方期間」が12週以上と回答した割合は、診療所医師と比べて大幅に高く、病院全体では37.1%、200床以上の病院では41.8%となっている。
- ・長期処方を行う理由として、「病状が安定しているから」がもっとも多く68.4%、ついで「患者さんからの要望」が48.5%であった。また、病院医師では「外来患者を少なくして、じっくり診療できるようにするため」が38.0%であった。特に病床数の多い病院外来においては、長期処方を行っている病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていると考えられる。
- ・5週以上の処方が原因と考えられる事例への遭遇として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師は18.0%、「患者が服薬を忘れたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師は35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」がある医師は54.8%であり、長期処方による問題点も指摘されている。

【論点】

- 病床数の多い病院の外来においても、長期投薬を行える病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていること等を勘案し、外来の機能分化の更なる推進の観点から、
- ・紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院
 - ・それ以外の許可病床数が500床以上の全ての病院(精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院については、一部の薬剤を除き、原則的に投薬日数によって投薬に係る費用(処方料、処方せん料、薬剤料)を制限することについて、どのように考えるか。

長期投薬に関わるこれまでの主な経緯

平成12年	○長期投薬の見直し ・疾病構造の変化、新薬に係る副作用情報の収集・提供体制の整備等を踏まえ、長期投薬の見直し。 イ 外用薬の一般的な投与期間の延長 7日→14日 ロ 外用薬の長期投薬期間の見直し 14日又は30日→30日 ハ 長期投薬の対象の拡大 ニ 新薬に係る長期投薬猶予期間の短縮 2年→1年 ※特定の疾患、医薬品に限り長期投与を認めるものの、それ以外は原則として1回14日分を限度として制限されていた(ポジティブリスト)。
平成14年	○薬剤投与期間等に係る規制の見直し ・慢性疾患の増加に伴う投薬期間の長期化等を踏まえ、薬剤投与期間に係る規制を原則、廃止。 (注)例外として、麻薬及び向精神薬、薬価基準収載後1年以内の医薬品については投与期間の制限を設ける。 ※一部の医薬品は引き続き投薬日数制限の対象とするものの、原則として療担規則上の投薬日数制限を行わないこととされた(ネガティブリスト)。
平成16年	○長期投薬に係る技術の評価 ・生活習慣病の増加や投薬期間の長期化に伴い、処方時における病態分析と処方管理の評価を充実。 特別疾患処方管理加算 処方期間が28日以上の方を行った場合を追加 (月1回 45点)

現在の長期投薬における取扱いについて

保険医療機関及び保険医療養担当規則

～平成14年診療報酬改定前

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針一抜粋一

2 投薬

ホ 投薬量は、予見することができる必要期間に従い、おおむね、次の基準による。

(1) 内服薬は1回14日分を限度とし、外用薬は1回7日分を限度として投与する。

(2) (1)にかかわらず、次に掲げる場合には、それぞれの定めるところによる。

① 長期の旅行等の事情がある場合において、必要があると認められるときは、旅程そのほかの事情を考慮し、必要最低限の範囲において、1回30日分を限度として投与する。

② 厚生労働大臣の定める内服薬は、厚生大臣の定める疾患に罹患している者に対し、症状の経過に応じて、当該厚生大臣の定める内服薬ごとに1回30日分又は90日分を限度として投与する。

③ 厚生大臣の定める外用薬は、厚生大臣の定める疾患に罹患している者に対し、症状の経過に応じて、当該厚生大臣の定める外用薬ごとに1回14日分又は30日分を限度として投与する。

ヘ 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生大臣の定める注射薬に限り、症状の経過に応じて1回30日分を限度として投与する。

平成14年診療報酬改定以降～現在

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針一抜粋一

2 投薬

ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

医師である保険医の診療の具体的方針－保険医療機関及び保険医療養担当規則－

保険医の診療方針等－抜粋－

(診療の一般的方針)

第12条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

1 診 察

- イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。
- ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。
- ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
- ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

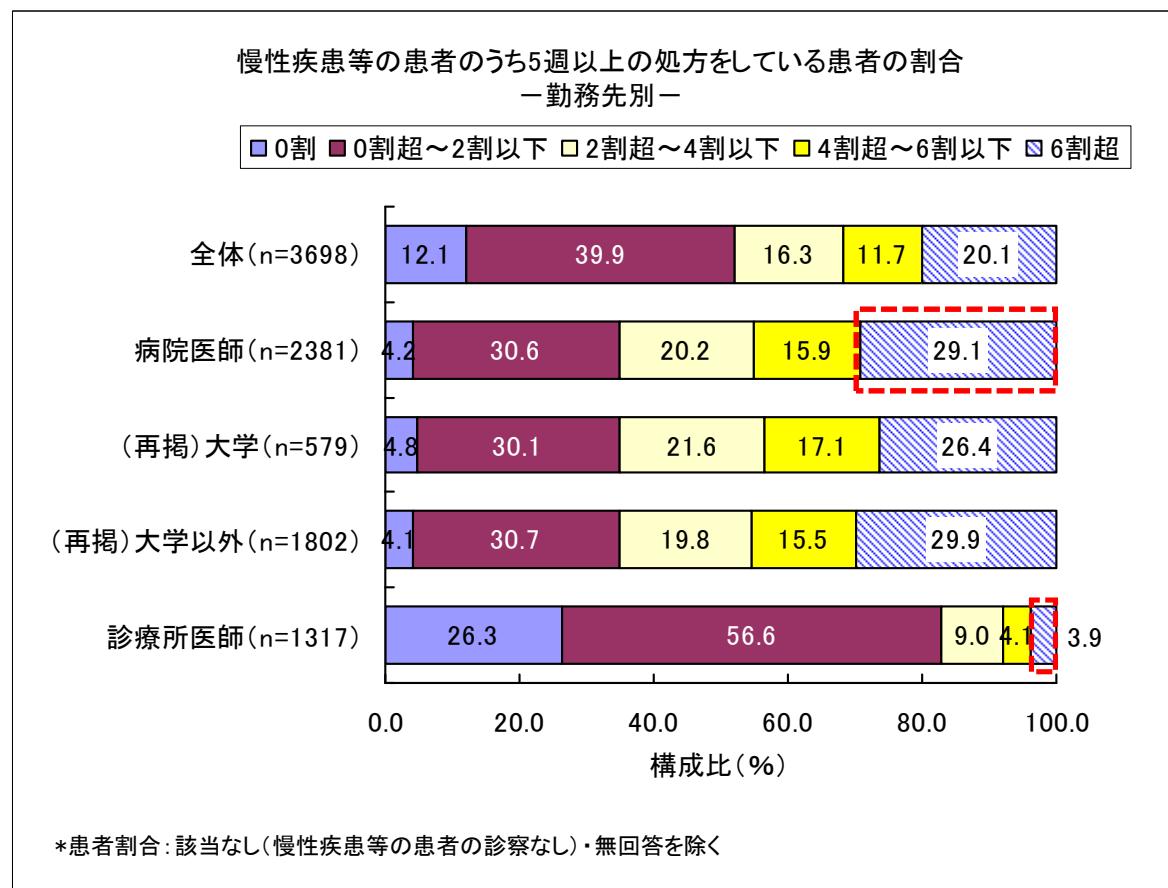
2 投 薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第14条の4第1項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という）がなされたもの（ただし、同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く）（以下「後発医薬品」という）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。
- ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。
- ヘ **投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこと**とし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

慢性疾患等の患者への処方期間の比較(病院・診療所別)①

＜日医総研ワーキングペーパー＞

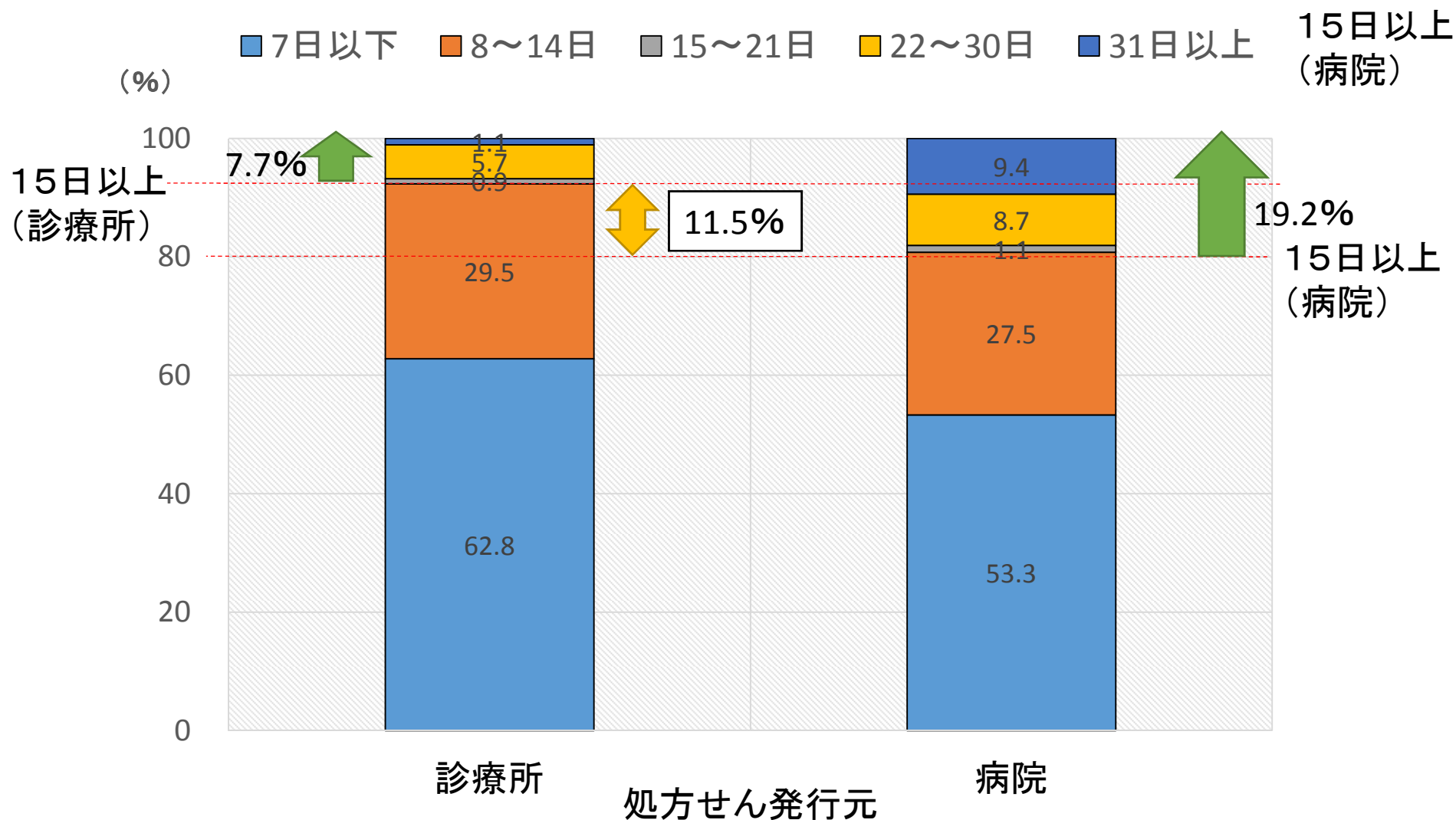
図 3.3.13 慢性疾患等の患者のうち5週以上の処方をしている患者の割合
－勤務先別－



・慢性疾患等の患者のうち5 週以上の処方をしている患者の割合が6 割超と回答した医師は、全体で20. 1%であった。病院医師は29. 1%、診療所医師は3. 9%であった。

処方せん発行元別内服薬調剤料算定内訳

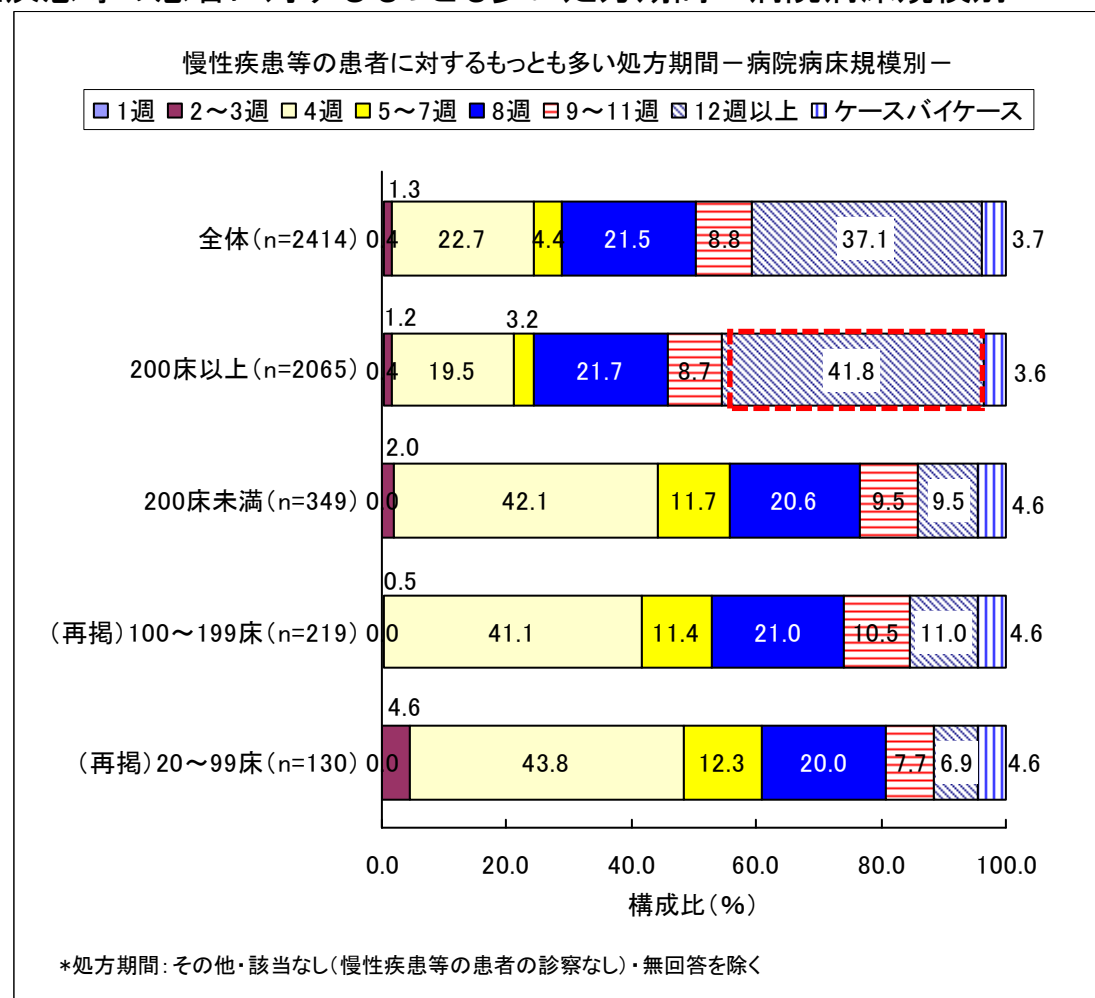
(調剤料 内服薬の投薬期間別算定回数の割合)



院外処方時の投薬期間について、病院の方が、診療所に比べて投薬期間が15日以上割合が11.5%高い

慢性疾患等の患者への処方期間の比較(病院病床別)

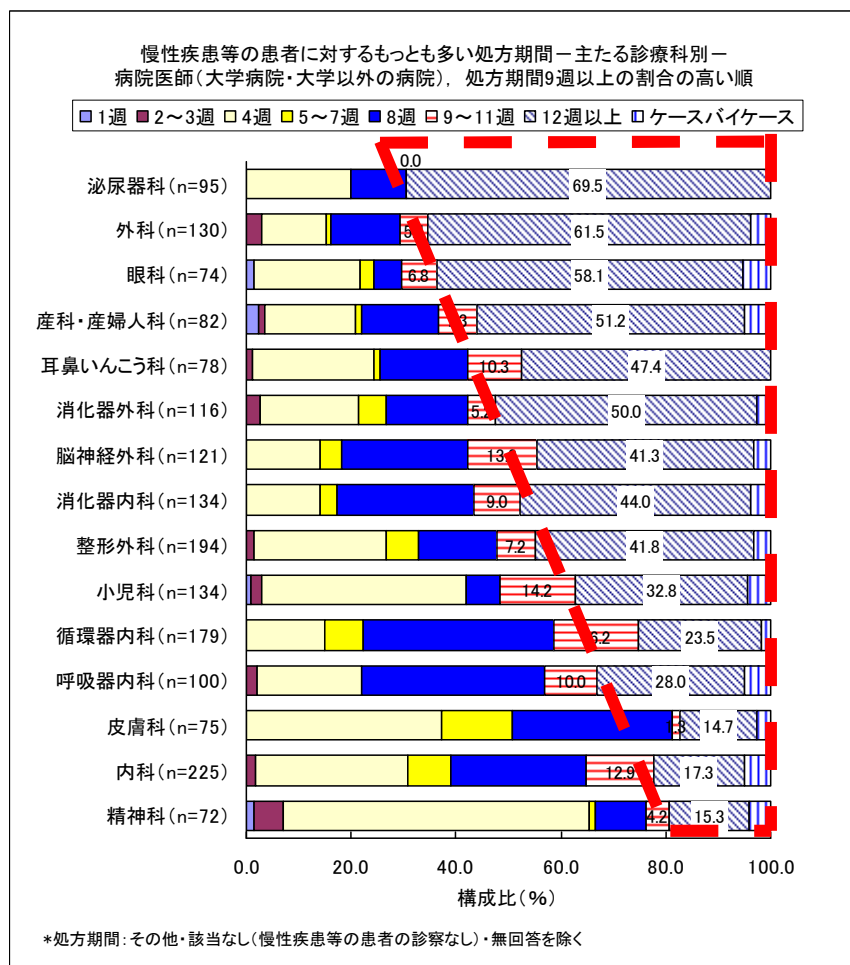
図 3.3.5 慢性疾患等の患者に対するもっとも多い処方期間－病院病床規模別－ ＜日医総研ワーキングペーパー＞



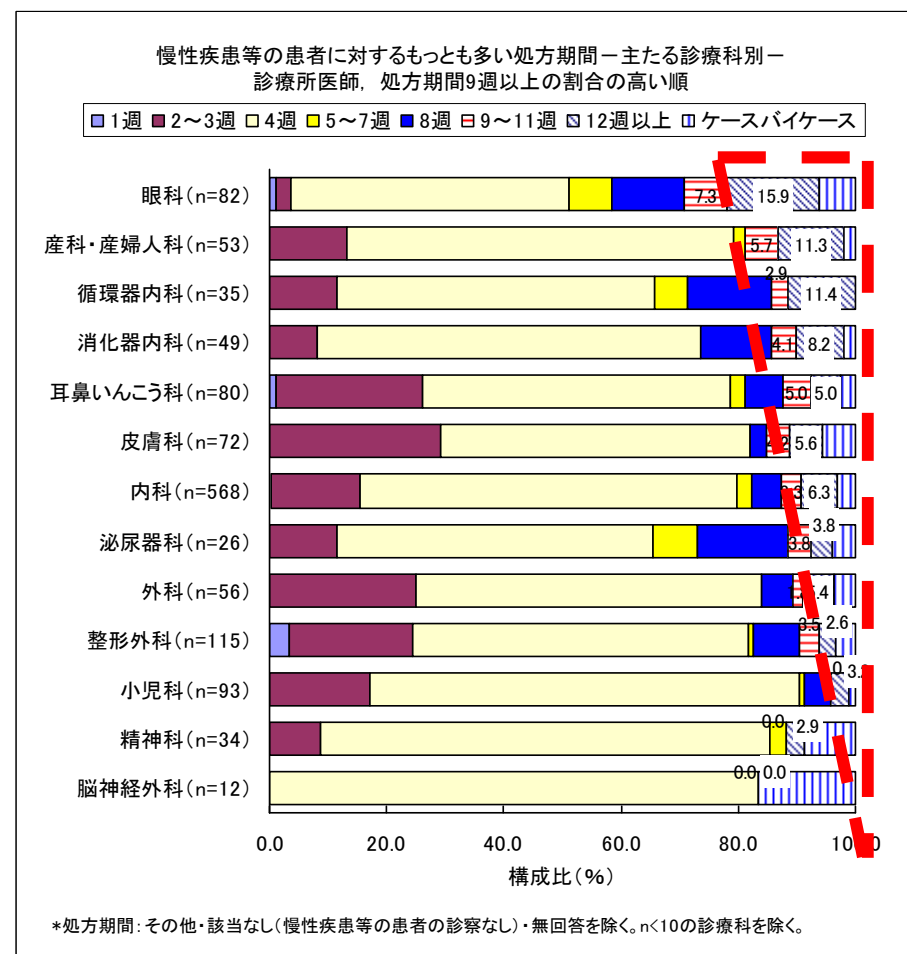
・慢性疾患等の患者に対する最も多い処方期間について、12週以上の割合が、病院全体では37.1%、200床以上の病院では41.8%となっている。

慢性疾患等の患者へのもっとも多い処方期間の比較(病院・診療所別)

図 3.3.10 慢性疾患等の患者に対するもっとも多い処方期間
－病院医師の主たる診療科別－



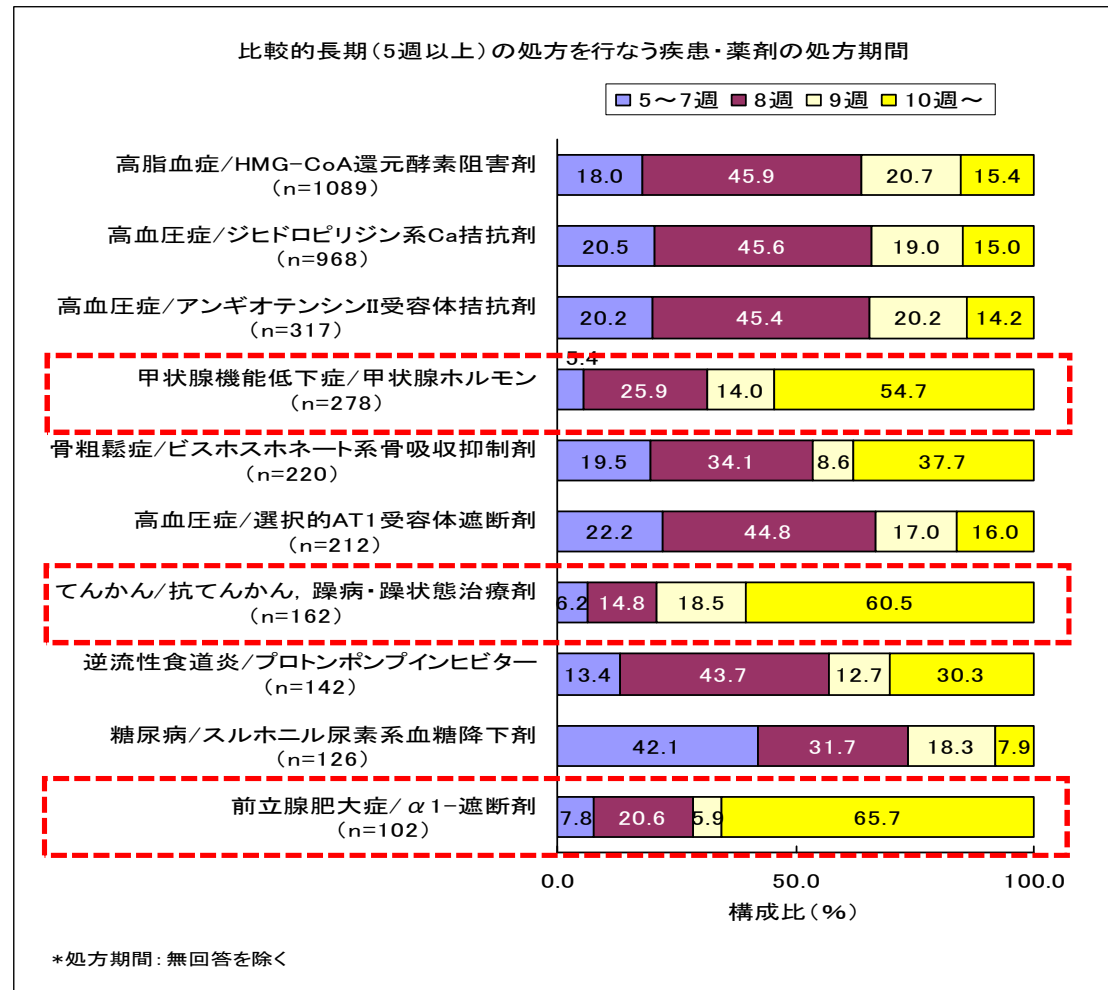
＜日医総研ワーキングペーパー＞
図 3.3.11 慢性疾患等の患者に対するもっとも多い処方期間
－診療所医師の主たる診療科別－



・「慢性疾患等の患者に対する最も多い処方期間」は診療科により差はあるが、12週以上と回答した割合は、病院医師の方が診療所医師と比べて、大幅に高い。

5週以上の処方を行う疾患・薬剤の処方期間

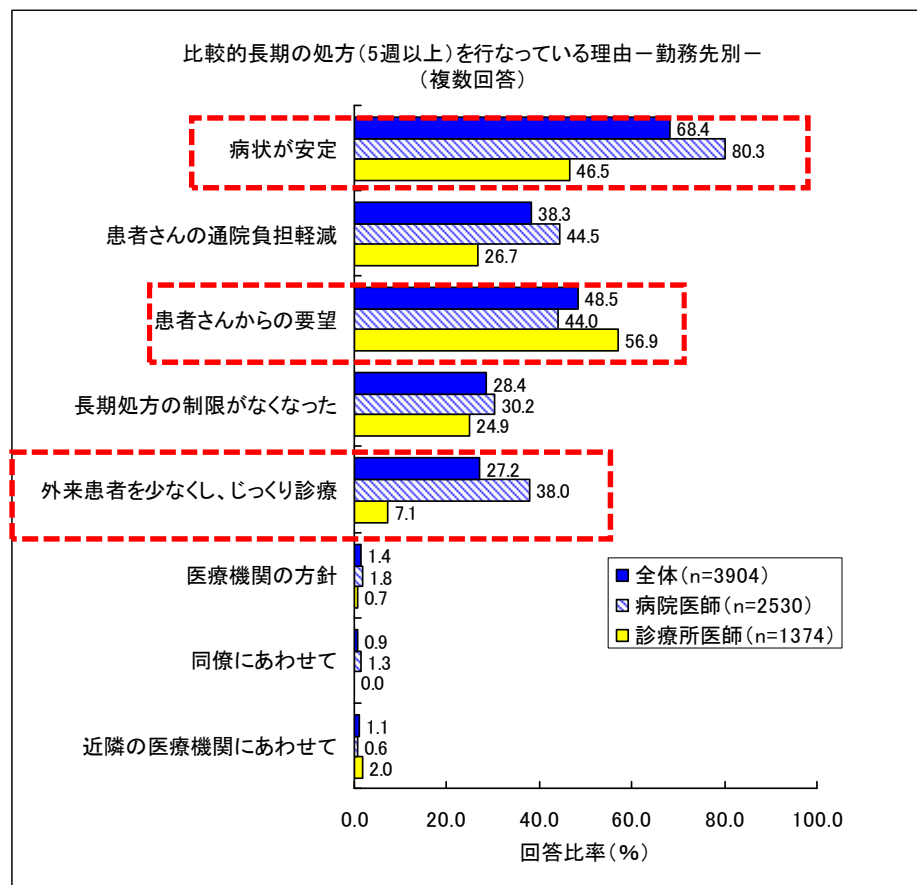
図 3.3.16 比較的長期の処方を行なう疾患・薬剤の処方期間 <日医総研ワーキングペーパー>



・甲状腺機能低下症、てんかん、前立腺肥大症でもっとも多い処方期間が10週以上という医師が半数以上であった。

長期処方を行っている理由（病院・診療所別）

図 3.3.14 比較的長期（5週以上）の処方を行なっている＜日医総研ワーキングペーパー＞
理由－勤務先別－

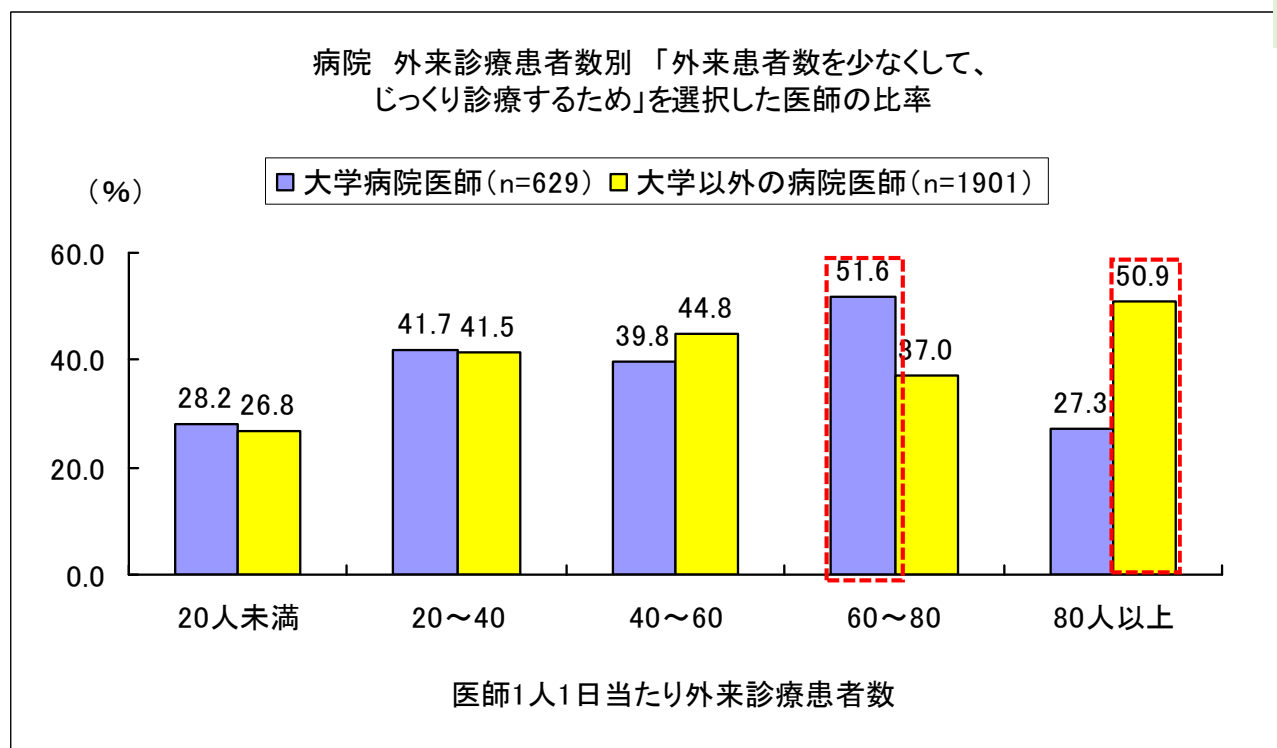


- ・慢性疾患等の患者に対し、比較的長期（5 週以上）の処方をしている理由は、「病状が安定しているから」がもっとも多く68.4%、ついで「患者さんからの要望」が48.5%であった。
- ・病院医師では「外来患者を少なくして、じっくり診療できるようにするため」が38.0%であった。
- ・診療所では「患者さんからの要望」が最も多く、56.9%であった。

5週以上の処方を行う理由として「外来患者数を少なくして、じっくり診療するため」を選択した病院医師の外来診療患者数別の比率

＜日医総研ワーキングペーパー＞

図 3.3.15 病院 外来診療患者数別 比較的長期の処方を行なう理由として「外来患者数を少なくして、じっくり診療するため」を選択した医師の比率



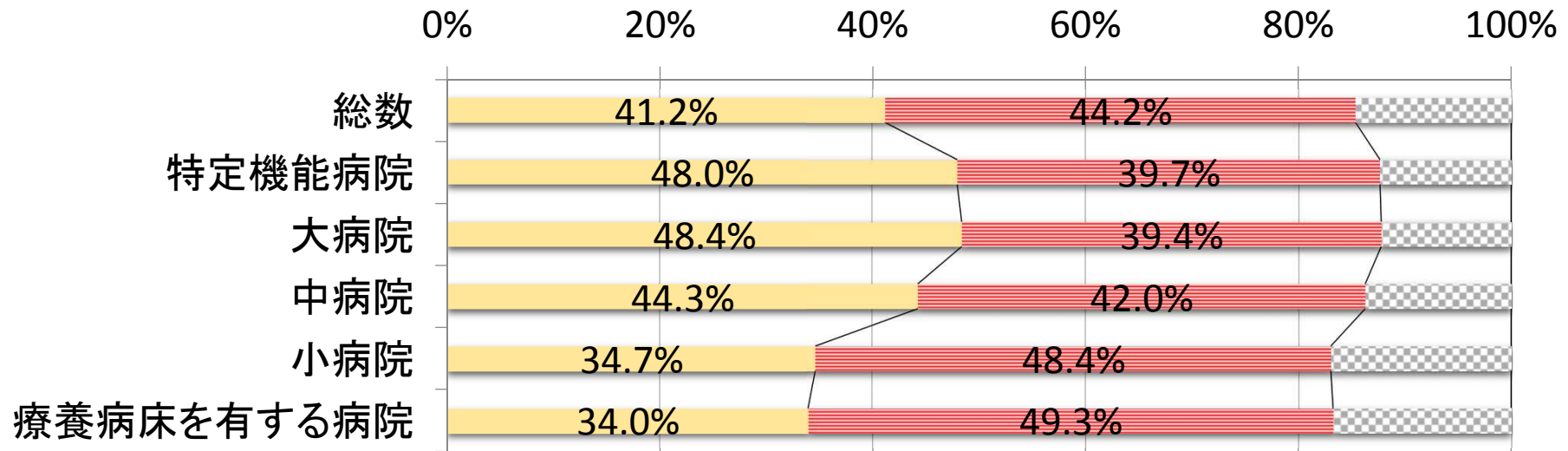
※本調査では、5週以上の処方を「比較的長期の処方」と定義

「外来患者数を少なくして、じっくり診療するため」を選択した病院医師のうち、大学病院医師で最も多かったのは、医師1人1日当たり外来診療患者数60～80人であるのに対し、大学以外の病院医師で最も多かったのは80人以上であった。

外来患者の診察前の待ち時間

中 医 協 総 ー 1
2 5 . 1 . 2 3

■ 30分以上 ■ 30分未満 ■ 無回答



※ 医師による診察を受けていない者は除いた

※ 予約した場合は予約した時刻からの待ち時間

※ 大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院

※ 中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院

※ 小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院

○ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

調査対象

	総数	特定機能病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を有する病院
施設数	485施設	35施設	69施設	143施設	120施設	118施設
有効回答数(外来患者票)	98,988	25,178	29,422	27,001	9,757	7,630

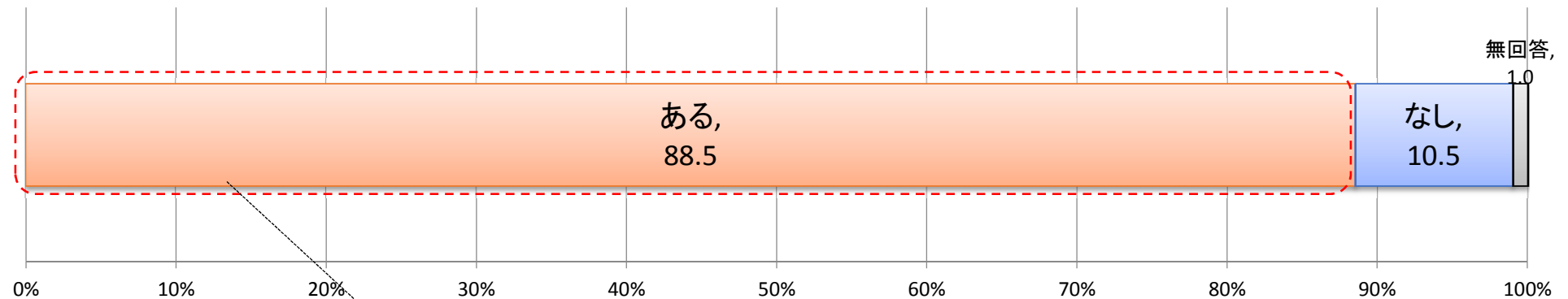
外来医療における役割分担について

医師票

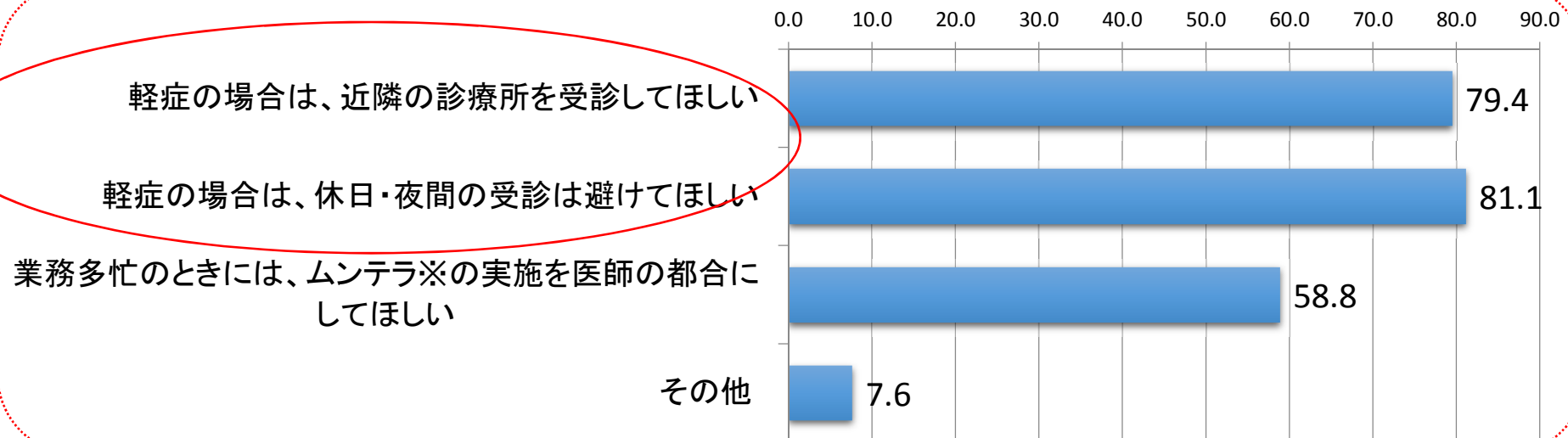
(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



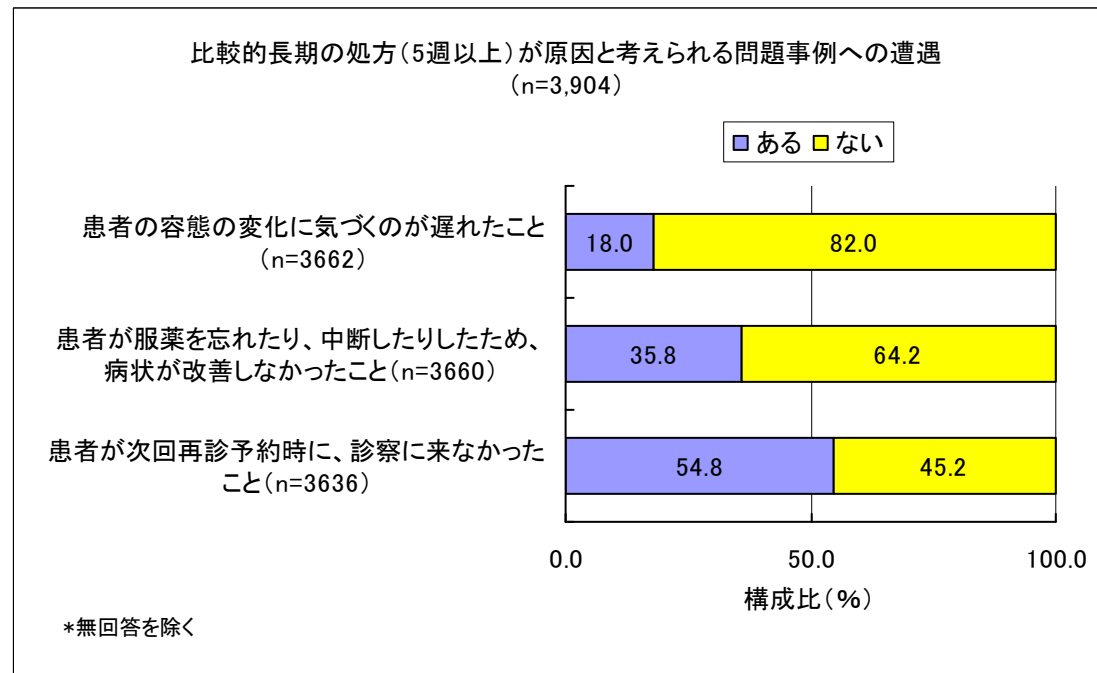
協力してほしい内容(n=1,150)



長期処方を行うことにより考えられる問題点

<日医総研ワーキングペーパー>

図 3.3.17 比較的長期の処方が原因と考えられる問題事例への遭遇



※「過去1年ぐらいの間に、5週以上の処方が原因と考えられる上記事例に遭ったことがあるか」という質問。
「他院で長期処方を受けていたと思われる患者を含む」との注釈をつけ、自己責任によるものかどうかは問うていない。

・5週以上の処方が原因と考えられる事例への遭遇として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師は18.0%、「患者が服薬を忘れたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師は35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」がある医師は54.8%であった。

長期投薬における課題と論点

【課題】

- ・平成14年診療報酬改定において、慢性疾患の増加に伴う投薬期間の長期化等を踏まえ、薬剤投与期間に係る規制を原則廃止した。
- ・慢性疾患等の患者のうち5週以上の処方をしている患者の割合が6割超と回答した医師は、全体で20.1%であり、病院医師は29.1%、診療所医師は3.9%であった。
- ・病院医師による「慢性疾患等の患者に対する最も多い処方期間」が12週以上と回答した割合は、診療所医師と比べて大幅に高く、病院全体では37.1%、200床以上の病院では41.8%となっている。
- ・長期処方を行う理由として、「病状が安定しているから」がもっとも多く68.4%、ついで「患者さんからの要望」が48.5%であった。また、病院医師では「外来患者を少なくして、じっくり診療できるようにするため」が38.0%であった。特に病床数の多い病院外来においては、長期処方を行っている病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていると考えられる。
- ・5週以上の処方が原因と考えられる事例への遭遇として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師は18.0%、「患者が服薬を忘れたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師は35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」がある医師は54.8%であり、長期処方による問題点も指摘されている。

【論点】

- 病床数の多い病院の外来においても、長期投薬を行える病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていること等を勘案し、外来の機能分化の更なる推進の観点から、
- ・紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院
 - ・それ以外の許可病床数が500床以上の全ての病院(精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院については、一部の薬剤を除き、原則的に投薬日数によって投薬に係る費用(処方料、処方せん料、薬剤料)を制限することについて、どのように考えるか。

入院医療や外来診療の機能分化や適正化に向けた検討

2) 外来の機能分化の推進

(1) 大病院の紹介率・逆紹介率について

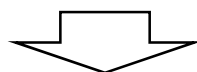
(2) 長期投薬について

(3) 多剤投与について

多剤投与における課題と論点

【課題】

- 現在、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合について、評価の低減措置が設けられている。
- 7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が一定程度存在した。また、処方せん料等の減額を回避するために対応を行ったことがある医療機関は38.5%であり、そのうち、「必要とは思ったが、主病以外の疾患対象の薬剤の処方を制限した」、「別の日に改めて受診してもらった」、「専門科でないことを理由に、他医受診を勧めた」等がみられた。
- 一方、多剤投与の影響について、6剤以上の多剤投与では有害作用を発現する割合が高まり、抑うつとも関連する多剤併用、緊急入院、うつ傾向が有意な説明変数であったという研究報告が出されている。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所（居）者は約9割いる。また、特定施設入居者生活介護においては、7種類以上の服薬を行っている入所（居）者が約40%おり、特養や老健と比べ、その割合は多い。
- 特別養護老人ホームでは、「要介護4・5」の利用者が7割を占めており、介護老人保健施設では「要介護4・5」の利用者が5割を占めている。一方で、特定施設入居者生活介護では「要介護4・5」の利用者が約3割である。



【論点】

- 多剤投与の実態とその患者に及ぼす影響を勘案し、多剤投与の評価について、どのように考えるか。

多剤投与の低減措置の変遷

	処方料		処方せん料		薬剤料		R幅
平成2年	24点		74点		所定点数		－＊
平成4年	24点		74点		10種類以上 A×90/100 (院内のみ)	10種類未満 A	15
平成6年	26点		10種類以上 53点	10種類未満 76点	10種類以上 A×90/100 (院内・院外とも)	10種類未満 A	13
平成8年	26点		8種類以上 53点	8種類未満 76点	8種類以上 A×90/100 (院外はⅡbのみ)	8種類未満 A	11
平成9年	8種類以上 26点	8種類未満 32点	8種類以上 53点	8種類未満 79点	8種類以上 A×90/100 (院外はⅡbのみ)	8種類未満 A	10または8*
平成10年	8種類以上 26点	8種類未満 37点	8種類以上 53点	8種類未満 81点	8種類以上 A×90/100 (院外はⅡbのみ)	8種類未満 A	5または2*
平成12年	7種類以上 29点	7種類未満 42点	7種類以上 53点	7種類未満 81点	7種類以上 A×90/100 (院外はⅡbのみ)	7種類未満 A	2＊
平成14～16年	7種類以上 29点	7種類未満 42点	7種類以上 43/41点 後発品を含む場合と 含まない場合	7種類未満 71/69点 後発品を含む場合と 含まない場合	7種類以上 A×90/100 (院内のみ)	7種類未満 A	2
平成18年	7種類以上 29点	7種類未満 42点	7種類以上 42/40点 後発品を含む場合と 含まない場合	7種類未満 70/68点 後発品を含む場合と 含まない場合	7種類以上 A×90/100 (院内のみ)	7種類未満 A	2
平成20～24年	7種類以上 29点	7種類未満 42点	7種類以上 40点	7種類未満 68点	7種類以上 A×90/100 (院内のみ)	7種類未満 A	2

＊平成2年はバルクライン方式による算定

R幅について、平成9年は後発品のある先発品8、それ以外は10 平成10年は長期収載品2、それ以外は5 平成12年は調整幅の値

(注) 種類以上の規定に関しては、内服薬の投薬のみ（臨時の投薬であって投薬期間が2週間以内のものを除く）。

多剤投与における現在の評価の概要

	処方料	処方せん料	薬剤料
点数	1. <u>7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合</u> 29点	1. <u>7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合</u> 40点	薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。 使用薬剤 単位 内服薬及び浸煎薬 1剤1日分 屯服薬 1回分 外用薬 1調剤
	2. 1以外の場合 42点	2. 1以外の場合 68点	<u>1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。※</u>

※多剤投与の場合の薬剤料の算定方法について

ア 算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注2」の「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注2」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

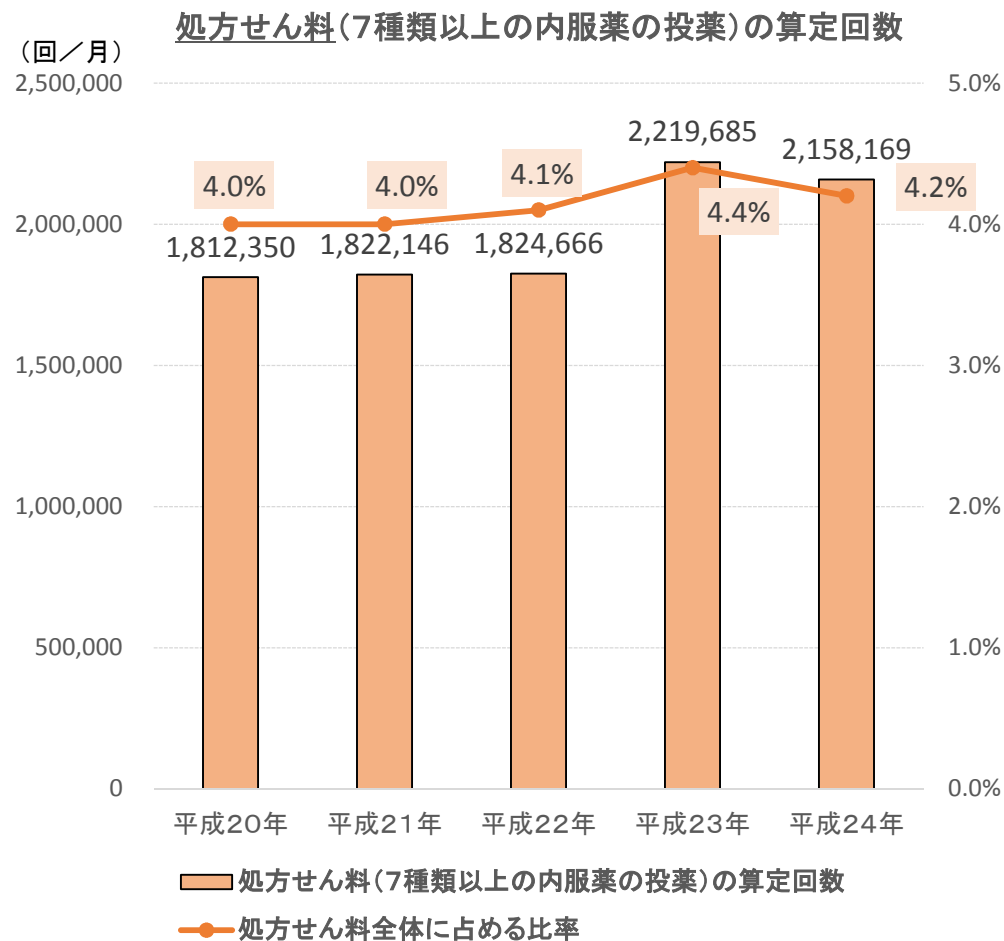
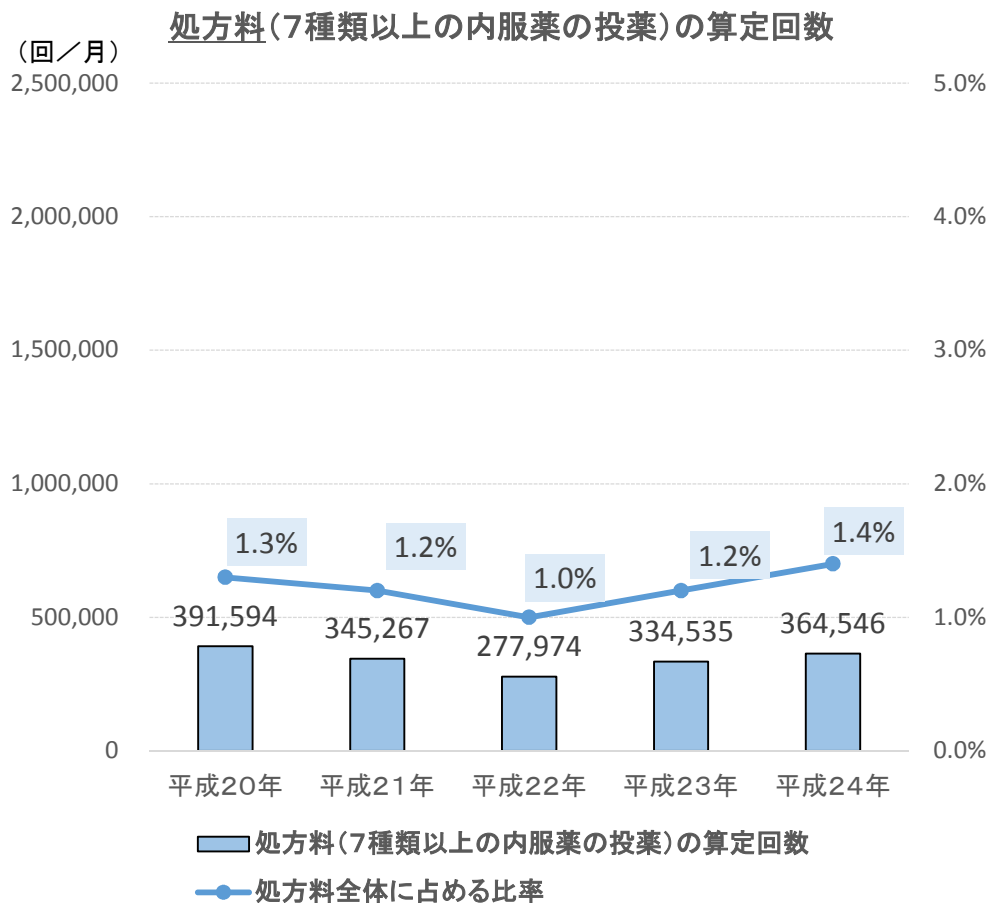
エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。
なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない

(参考)精神科継続外来支援・指導料

3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

処方料・処方せん料(7種類以上の内服薬の投薬)の算定状況について



一月に減算に該当する処方せんの割合(平成25年9月請求分)

出典: 社会医療診療行為別調査より

	施設数	処方せん枚数	減算数	減算%
病院分	6	17,505	941	5.37%
診療所分	10	5,219	274	5.25%

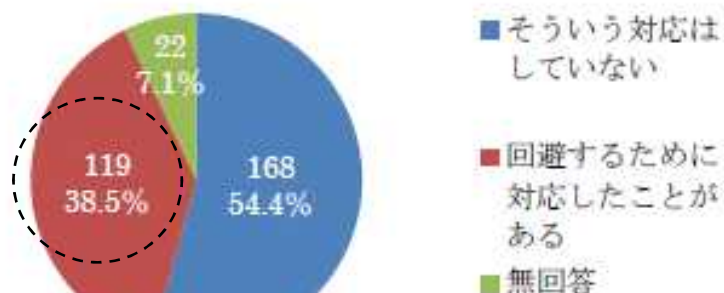
出典: 日本臨床内科医会 医療・介護保険委員会より

処方せん料の減額を回避するための対応について

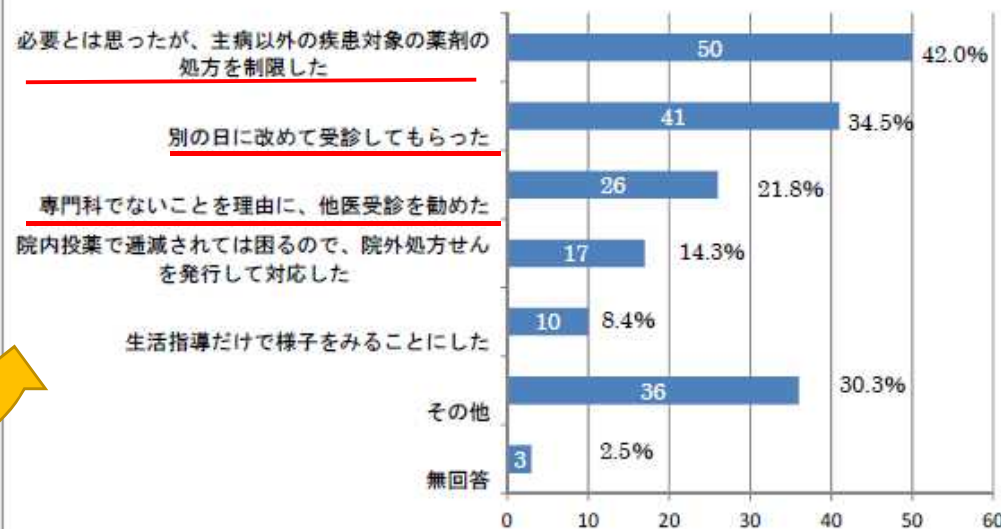
質問: 7種類以上の内服薬投与が必要だと思われる患者に、90%への通減や処方せん料の減額を回避するために対応したことがあるか

「回避するために対応したことがある」と回答した方に、具体的な回避の内容を質問

投薬料の通減・減額の回避



具体的な回避内容（複数回答）



その他: 「合剤を採用した」、「後発品、ジェネリックを採用し、まとめて205 円以下になるようにした」等

処方せん料等の減額を回避するために対応を行ったことがある医療機関は38.5%であり、そのうち、「必要とは思ったが、主病以外の疾患対象の薬剤の処方を制限した」、「別の日に改めて受診してもらった」、「専門科でないことを理由に、他医受診を勧めた」等がみられた。

多剤投薬による慢性疾患の管理の必要性について

- 日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2009」によれば、降圧薬治療について、「Ⅱ度以上(160/100mmHg 以上)の高血圧の場合は、(中略)降圧効果が不十分であれば、単剤から併用療法にステップアップするか、併用で開始した場合は各薬剤を少量から通常用量に増量する、もしくは併用の組み合わせを変更する。それでも降圧目標に達しない場合は3 剤を併用する。少量の利尿薬は、他の降圧薬と併用することにより降圧効果が相乗的に増大するために、併用療法において積極的に使用すべきである。さらに必要により4 剤を併用する」^{注1}とされています。
- また、国立国際医療研究センター病院「糖尿病標準診療マニュアル(一般診療所・クリニック向け)」によれば、血糖降下薬治療について、ステップ1 ではA ビグアナイド薬、B スルホニル尿素(SU)薬一の第1選択薬単剤で開始し、ステップ2 ではA+B 又はC α -グルコシダーゼ阻害薬、D DPP-4 阻害薬一から1 剤を追加する2 剤併用療法、ステップ3 ではA、B、C、D からさらに他1 種類を追加する3 剤併用療法^{注2}を行うとされています。



重症な高血圧症、糖尿病について多剤併用療法のガイドライン等が示されており、複数の疾病を有する患者は、より多剤の併用が必要になる。

注1:『高血圧治療ガイドライン第2 案(参考資料)』日本高血圧学会、2008 年11 月10 日、P.38

注2:「糖尿病標準診療マニュアル(一般診療所・クリニック向け)」国立国際医療研究センター病院、2011 年9 月1 日(第4 版)、P.14~15

診療所における7剤以上処方例

7剤以上の処方(処方せん)時の減算に対するアンケート調査 平成25年11月

日本臨床内科医会 医療・介護保険委員会

70歳女性 11剤

傷病名	処方内容
糖尿病(主病名) 糖尿病性神経障害 慢性胃炎 便秘症 脂質異常症 高血圧症	【糖尿病】 ベイスンOD 0.3mg 3T ノボラピッド 30ミックス中FLX 【糖尿病性神経障害】 メチコバル 500μg 3T キネダック 50mg 3T 【慢性胃炎・便秘症】 ガスコン 40mg 3T マーズレン S顆粒 2g マグミット錠 330mg 3T ラックビー微N 3g 【高血圧症】 アダラート CR 20mg 2T 【脂質異常症】 メバロチン 5mg 2T ロレルコ 250mg 2T

62歳男性 12剤

傷病名	処方内容
糖尿病(主病名) 高血圧症 肝障害 前立腺肥大症 浮腫 狭心症 アレルギー性鼻炎 不眠症	【糖尿病】 エクア 50gT アマリール 1mg2T セイブル 50mg1T 【高血圧症・狭心症】 フルイトラン 1mg 1T ミカルディス 20mg 1T 【肝障害】 タウリン散 2g グリチロン配合錠 2T 【前立腺肥大症】【浮腫】 ハルナール D 0.2T 牛車腎気丸 5.0g 【アレルギー性鼻炎】 クラリチンレディタブ 10mg 1T セレスタミン配合上 2T 【不眠症】 デパス 0.5mg 1T

多剤投与の影響について

中 医 協 総 — 3
2 5 . 6 . 1 2

出典：長寿医療研究委託事業 総括研究報告書（研究代表者 古田勝経 国立長寿医療センター 副薬剤部長）
「高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究」

(1) 国立長寿医療センターの入院データベース(2009年1月～2009年12月)から65歳以上の2,484名のうち内服薬を使用していた2,001名を対象に解析

(抜粋)

- 6剤以上の多剤投与は全体の37.5%、平均処方薬剤数は4.9剤
(認知症患者では5.5剤、うつ病患者では7剤と多剤投与の傾向があった)
- 処方数の多い薬剤は、下剤、抗血小板剤、抗Ca剤の順に多かった
- うつ病やパーキンソン病患者では、6割以上の患者で6剤以上の多剤投与がみられた

(2) 東大病院の60歳以上で薬物有害事象の有無について記載のある1,047名を対象とし、薬物有害事象の有無を目的変数としたロジスティック重回帰解析※

(抜粋)

※「高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究」
分担研究者 秋下雅弘（東京大学大学院医学系研究科加齢医学）

○6剤以上の多剤投与では有害作用を発現する割合が高まり、抑うつとも関連する

- ・多剤併用(6剤以上 vs. 5剤以下、オッズ比1.76)
 - ・緊急入院(vs. 待機入院、オッズ比1.65)
 - ・うつ傾向(Geriatric Depression Scale 10/30以上 vs. 9/30以下、オッズ比2.10)
- が有意な説明変数であったが、年齢、性、ADL低下は有意な説明変数ではなかった

図1. 薬物有害事象(ADR)と関連する因子
ADRを目的変数としたロジスティック重回帰分析による
各説明変数のハザード比と95%信頼区間を示す。



参考

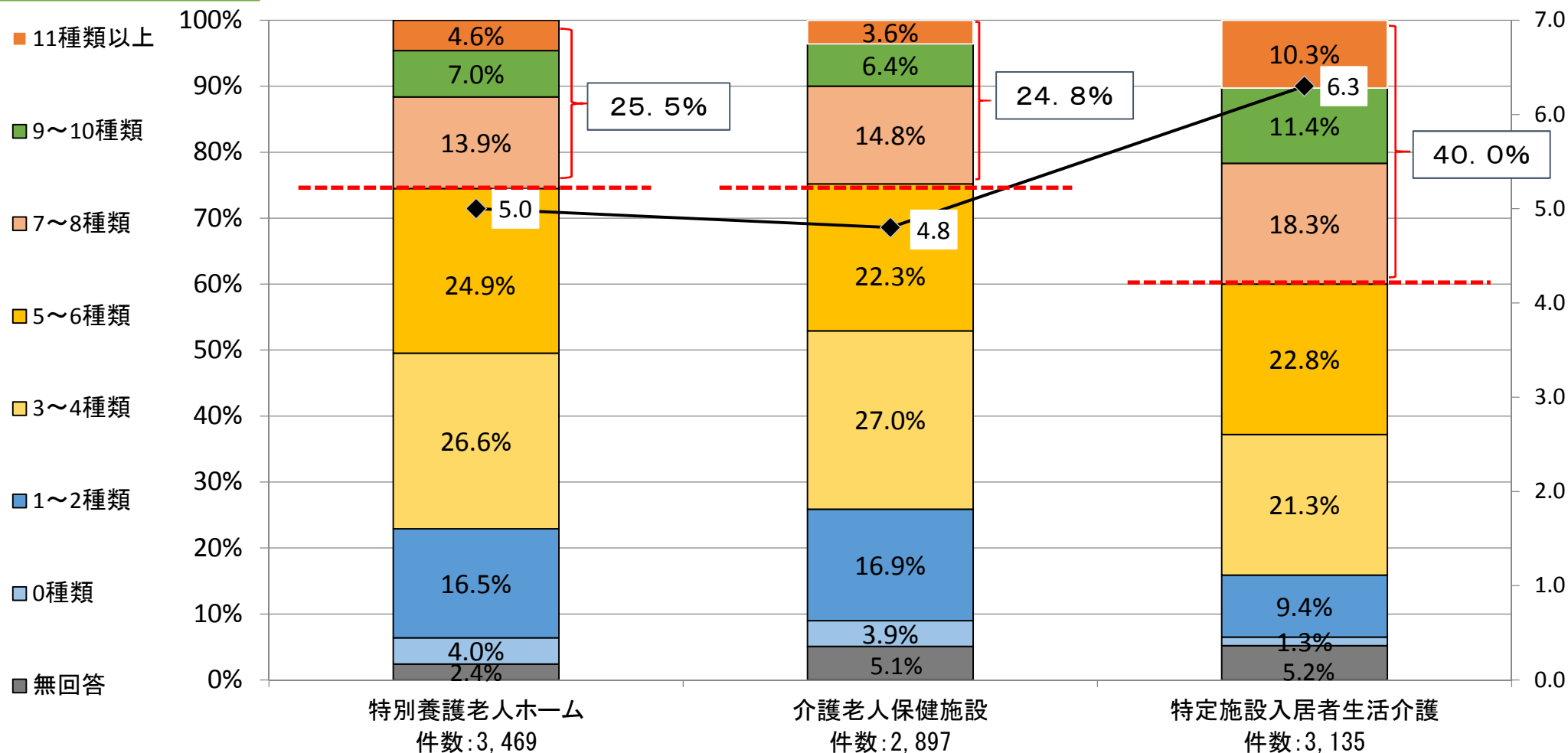
1人当たり内服薬の種類

中医協 総 - 3
25 . 6 . 12

内服薬の種類

平均値 ... 1人当たり内服薬の平均種類数

... 7種類以上の内服薬を使用している者の割合 単位: 種類

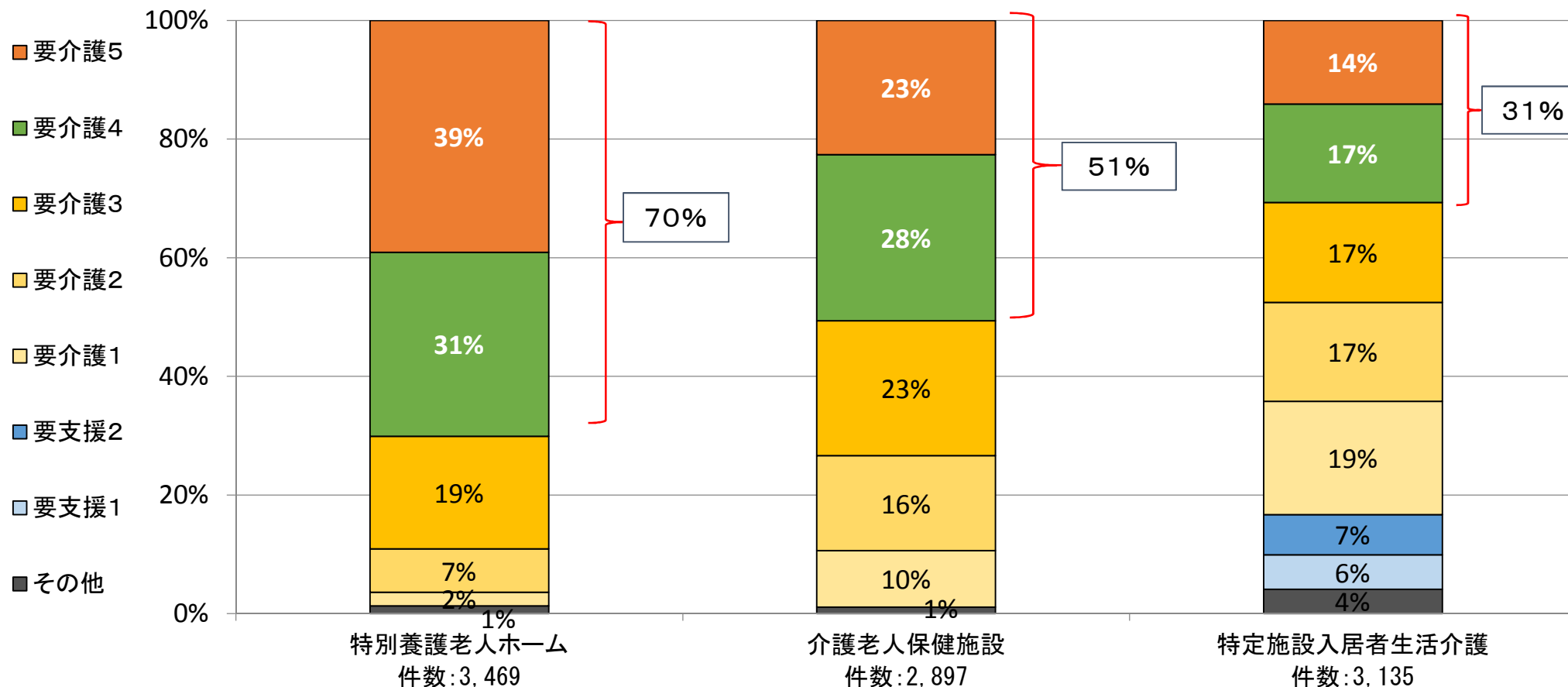


出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホーム、介護老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所(居)者は約9割いる。また、特定施設入居者生活介護においては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約40%おり、特養や老健と比べ、その割合は多い。

要介護度

…要介護度4・5の利用者の割合



※その他: 非該当、不明及び無回答

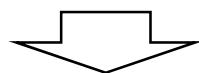
出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホームでは、「要介護4・5」の利用者が7割を占めており、介護老人保健施設では「要介護4・5」の利用者が5割を占めている。一方で、特定施設入居者生活介護では「要介護4・5」の利用者が約3割である。

多剤投与における課題と論点

【課題】

- 現在、7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く)を行った場合について、評価の低減措置が設けられている。
- 7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が一定程度存在した。また、処方せん料等の減額を回避するために対応を行ったことがある医療機関は38.5%であり、そのうち、「必要とは思ったが、主病以外の疾患対象の薬剤の処方を制限した」、「別の日に改めて受診してもらった」、「専門科でないことを理由に、他医受診を勧めた」等がみられた。
- 一方、多剤投与の影響について、6剤以上の多剤投与では有害作用を発現する割合が高まり、抑うつとも関連する多剤併用、緊急入院、うつ傾向が有意な説明変数であったという研究報告が出されている。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所(居)者は約9割いる。また、特定施設入居者生活介護においては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約40%おり、特養や老健と比べ、その割合は多い。
- 特別養護老人ホームでは、「要介護4・5」の利用者が7割を占めており、介護老人保健施設では「要介護4・5」の利用者が5割を占めている。一方で、特定施設入居者生活介護では「要介護4・5」の利用者が約3割である。



【論点】

- 多剤投与の実態とその患者に及ぼす影響を勘案し、多剤投与の評価について、どのように考えるか。