

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 (とりまとめ)

平成 27 年 10 月 21 日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長 武藤正樹

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」(以下「分科会」という。)は、平成 26 年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、平成 26 年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、平成 28 年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「平成 26 年度・27 年度入院医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

II. 検討結果の概要

1. 急性期入院医療について

1-1. 7 対 1 入院基本料の算定病床の動向について

- 平成 26 年度診療報酬改定では、急性期を担う病床の機能分化を図る観点から、7 対 1 入院基本料については、特定除外制度の見直し、「重症度・看護必要度」の名称と内容の見直し、自宅等へ退院した患者の割合に関する基準の設定、短期滞在手術基本料 3 の対象手術の拡大等が行われた。【別添資料 p. 7】
- 7 対 1 入院基本料の届出病床数の動向について、診療報酬改定前の平成 26 年 3 月から、改定後の平成 27 年 4 月までの間に約 1 万 6 千床が減少した。7 対 1 入院基本料の病床を 10 対 1 入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 に転換した医療機関の割合が高かった。【別添資料 p. 8~9】
- 7 対 1 入院基本料から他の入院料へ転換した理由としては、10 対 1 入院基本料に転換した医療機関では、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」、「看護師の確保が困難なため」「平均在院日数の基準を満たすことが困難」、一部の病床の届出を他の特定入院料等に変更した医療機関では、「より患者の状態に即した医療を提供できる」等の回答が多くみられた。また、7 対 1 入院基本料からの転換を行わなかった理由としては「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」とする回答が最も多かった。【別添資料 p. 10~12】

1-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について【別添資料 p. 14~32】

- 平成 26 年度診療報酬改定において、急性期入院医療を担う病床の機能の明確化等を図るため、7 対 1、10 対 1 一般病棟における特定除外制度の見直しが行われた。
- 7 対 1、10 対 1 一般病棟で 90 日を超えて入院している患者について、平均在院日数の計算対象として出来高算定とするか、平均在院日数の計算対象から除いて療養病棟と同等の報酬体系とするか病棟ごとに選択することとされているが、ほとんどの病棟で、出来高での算定が選択されていた。また、療養病棟と同等の報酬体系を届け出た医療機関が少なかったことから、2 室 4 床に限って出来高算定が可能となっている経過措置を届け出ている医療機関数や病床数も少なかった。
- 7 対 1、10 対 1 一般病棟で 90 日を超えて入院している患者は減少していると回答した医療機関は、増加していると回答した医療機関を大きく上回った。また、項目別にみた場合、「悪性新生物に対する治療を実施している状態」等に該当する患者の減少がみられた。
- 7 対 1、10 対 1 一般病棟に 90 日を超えて入院していた患者の退棟先は自宅が最も多く、他病院の急性期病床へ転院した患者は 5~7%程度であった。こうした患者が減少した医療機関の多くでは退院支援室や地域連携室が設置されていたほか、制度の見直しに伴い、「退院支援や相談窓口の充実」「他の医療機関との連携強化」等の取り組みを進めた医療機関では 90 日超の患者が減少した割合が高かった。また、現在も 90 日を超えて入院している患者の入院理由として、「医学的な理由のために入院医療が必要である」患者が約 6 割みられた一方、「医学的には外来、在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者も約 2 割みられた。この他、介護を要する患者や経口摂取が困難な患者が、90 日未満の入院患者と比較して多いとの特徴もみられた。なお、90 日を超えて入院した患者の退院先の多くは自宅であったが、在宅医療を受けた患者はわずかであったこと等から、退院に向けた支援の状況や退院後の状況を、患者側の視点も含め、引き続き注視する必要があるとの意見があった。

1-3. 重症度、医療・看護必要度について

- 「重症度、医療・看護必要度」については、看護配置の手厚い急性期病床に入院する患者像を適正に評価する観点から見直しが行われてきた。【別添資料 p. 34~35】
- 現在は、A 項目と B 項目からなる基準を満たす患者が 15%以上であることが要件となっているが、基準を満たす患者以外にも、医師による指示の見直しや看護師による看護が頻回に必要な患者が存在している。【別添資料 p. 36~38】

- 手術直後の患者や救急搬送後の患者は、急性期の入院医療を受けているが、処置やADLの状況等により、現行の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たさないことも多い。このほか、現行の基準には含まれないが、医師の指示の見直しが頻回で、急性期の医療の必要性が高い状態として、無菌治療室での管理等が挙げられた。【別添資料 p. 39～43】
- また、7対1入院基本料算定病床において、現行の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合が高い医療機関は、手術などの高度な治療の病床数当たりの実施件数が少ない傾向がみられた。なお、「A項目2点以上の患者」が多い医療機関では、高度な治療の実施件数が多い傾向がみられた。【別添資料 p. 44】
- 現行の基準を満たす患者の割合は同程度でも、A項目、B項目のそれぞれの該当患者割合は医療機関によって大きく異なり、相対的にA項目の該当患者割合が高い医療機関やB項目の該当患者割合が高い医療機関が存在する。特定機能病院ではA項目の該当患者割合が高く、B項目の該当患者割合が低い傾向がみられた。なお、特定集中治療室等を持つことによって、一般病棟の患者像に影響を及ぼしている可能性に留意すべきとの意見があった。【別添資料 p. 45～47】
- 急性期医療では、発症早期のリハビリテーションや術後の早期離床等が推奨されているが、現在の基準では、医師の指示によって動作を制限した場合にB項目の点数が得られることとされており、早期離床を進めにくくすることが懸念される。例えば、術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらず基準を満たすこととすれば、こうした懸念は解消されうる。【別添資料 p. 48～50】
- また、A項目のみに着目した評価と、現行の基準による評価を比較したところ、「A項目3点以上の患者」では「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」と比べ、医師による指示の見直しや看護師による観察等が頻回に必要な患者の割合は概ね同等又はやや多かった。【別添資料 p. 51～52】
- 一般病棟用のB項目については、すべての項目の間に高い相関があり、特に「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間には極めて高い相関がみられ、「起き上がり」「座位保持」の項目を除いても、該当患者割合への影響は小さかった。なお、これら3項目のうち、「寝返り」の項目は看護業務の負担からみても最も重要であるとの意見があった。【別添資料 p. 53～54】

- ・ 認知症患者は増加する傾向にあり、急性期医療機関における受け入れが課題となっている。認知症患者には様々な行動・心理症状がみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。また、せん妄は急性期の入院治療中にしばしばみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。現行の一般病棟用のB項目にはない「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の3項目は、認知症及びせん妄と特に関係が強かった。なお、このうち、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は類似の状態を評価していた。【別添資料 p. 55～64】
- ・ このように、現行の一般病棟用のB項目から、「起き上がり」「座位保持」の2項目を除き、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を加え、仮の7項目とした場合には、認知症やせん妄の患者が、B項目で、これまでより高く評価されることになる。仮の7項目を用いて、7対1入院基本料の病棟で試算した場合、点数分布や3点以上となる者の割合は、現行と大きな差はなかった。【別添資料 p. 65】
- ・ ハイケアユニットの患者について、B項目を、現行の13項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を4点以上として試算すると、該当患者割合は現行と同程度であった。同様に、特定集中治療室の患者について、B項目を、現行の5項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を3点以上として試算すると、該当患者割合に大きな変化はなかった。いずれも現行の評価結果と一致する患者が大半であった。なお、B項目が統一されることにより、患者の継続的な評価につながる等の意見があった。【別添資料 p. 66～67】
- ・ チーム医療の推進に伴い、看護職員以外の職種が病棟で患者に関わる機会が増えており、看護職員以外の職種が、それぞれの行う業務の中で患者の状態を確認した場合等についても、「重症度、医療・看護必要度」の評価に含まれるようにすることで、患者の状態がよりの確に反映されると考えられる。【別添資料 p. 68～69】
- ・ 7対1病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたよりの確な分析が可能になると考えられる。また、10対1病棟等においてもデータ提出加算の届出を求めることで、病棟の機能や役割を的確に分析・評価していくことが可能になると考えられる。なお、データ提出加算の届出を要件とすることについては、医療機関における事務負担等についても留意すべきとの意見もあった。【別添資料 p. 70～74】

- ・ 今後、こうしたデータを活用し、「重症度、医療・看護必要度」のA項目について、診療報酬の算定項目に基づく評価や項目の統一・簡素化により、評価の負担を軽減できる可能性があるか検討すべきとの意見があった。

2. 短期滞在手術等基本料について

- ・ 近年、医療機関における平均在院日数は短縮していく傾向がみられるが、平均在院日数が短い医療機関の中で、患者が特定の疾患に偏った病院がみられたこと等から、平成26年度診療報酬改定で短期滞在手術等基本料の見直しが行われた。【別添資料 p. 76～79】
- ・ 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっている項目のうち、調査結果から以下の特徴が観察された。【別添資料 p. 80～84】
 - － 「K282 水晶体再建術」については、平成26年度診療報酬改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。
 - － 「K633 5 ヘルニア手術」や「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」については、乳幼児等の症例が多くみられ、年齢によって出来高実績点数に大きな違いが認められた。
 - － 一部の手術について、全身麻酔と全身麻酔以外の方法で実施されている項目がみられたが、麻酔方法の選択に当たって、医療機関の診療方針が影響していると考えられた。その他、出来高実績点数のばらつきがみられ、算定件数が少ない項目もみられた。
- ・ 包括範囲とされた部分の出来高実績点数は、平成26年度診療報酬改定後にやや低くなる傾向がみられた。また、短期滞在手術等基本料では原則として全ての基本診療料・特掲診療料が包括化されているが、他の包括入院料に例があるように、高額の治療を要する特定の部分を包括から除外することも考えられることから、透析患者について分析したところ、透析患者の出来高実績点数は平均的な症例を大きく上回っていた。【別添資料 p. 85～87】
- ・ 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、短期滞在手術等基本料の設定の対象となり得るものとしては、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療」は、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった。【別添資料 p. 88～91】

3. 特定集中治療室管理料について

- ・ 平成26年度診療報酬改定において、より体制の充実した特定集中治療室に対する評価が新設された他、「重症度、医療・看護必要度」について、急性期患者の特性を踏まえた評価方法の変更が行われた。【別添資料 p. 93～95】

- ・ 特定集中治療室に入院している患者の 90%以上が「重症度、医療・看護必要度」A 項目の「心電図モニター」「輸液ポンプ」に該当しており、これらの項目には高い相関がみられた。「重症度、医療・看護必要度」該当患者において最も多くみられた A 項目の組合せは「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の 3 項目に該当する患者であり、全体の 13%を占めた。【別添資料 p. 96～98】
- ・ A 項目が 3 点の患者は、A 項目が 2 点以下の患者よりも、医師による指示の見直しが頻回な患者や看護師による頻回の処置・観察が必要な患者の割合が少なく、包括範囲出来高実績点数の低い患者も多くみられる。このことから、A 項目が 2 点であっても医療密度の高い患者が特定集中治療室に入院している一方、A 項目が 3 点の患者には相対的に医療密度が低い患者も多いことが考えられる。また、特定集中治療室に入院する患者のうち「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者の割合が平均よりも著しく高い医療機関がみられる。例えば、こうした項目にのみ該当する患者の「重症度、医療・看護必要度」に関する評価を適正化したうえで、基準から外れる患者は一定の割合に限って入室の対象とするなど、特定集中治療室を重症患者が一層適正に利用するための要件の設定について検討を要する。【別添資料 p. 99～104】
- ・ なお、ハイケアユニットにおいても、心電図モニターや輸液ポンプに該当する患者は極めて多かったことから、今後同様の観点から分析し検討していく必要があるとの意見があった。
- ・ 現在、病棟薬剤業務実施加算の算定対象に特定集中治療室等は含まれていないが、種々のガイドライン等において特定集中治療室への薬剤師の配置・関与が推奨されている。実際に、特定集中治療室の約半数において、専任の薬剤師が配置されており、「医薬品安全情報等の把握及び周知」「医薬品の投薬・注射状況の把握」等の業務に携わっていた。また、配置した場合に、「医師・看護師の業務負担が軽減した」「副作用の回避、軽減や病状の安定化に寄与した」等の効果がみられたとする回答が得られた。【別添資料 p. 105～109】

4. 総合入院体制加算について

- ・ 総合的かつ専門的な急性期医療を 24 時間提供できる体制の確保が求められていることから、平成 22 年度診療報酬改定で総合入院体制加算が創設され、その届出医療機関数は増加している。平成 26 年度の届出医療機関数は、総合入院体制加算 1 が 5 か所、総合入院体制加算 2 が 278 か所であった。【別添資料 p. 111～113】

- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設や重症の入院患者の割合が少ない医療機関がみられた。また、特に受入が進んでいない認知症や精神疾患を合併する患者については、受入を推進するための方策を更に検討すべきとの意見があった。【別添資料 p. 114～118】
- 総合入院体制加算 1 の届出に当たって求められる 6 つの実績要件のうち、「化学療法が 4,000 件／年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かった。【別添資料 p. 119～121】
- 総合入院体制加算を届け出た医療機関において、「重症度、医療・看護必要度」A 項目の該当患者割合には大きな差がみられた。A 項目の該当患者割合が高い医療機関では、手術等の医療機関における件数だけでなく、病床数当たりの件数も高い傾向がみられ、より高い密度で高度な医療が提供されていた。【別添資料 p. 122～123】
- 総合入院体制加算 2 の届出医療機関のうち約 5 %は、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている 6 つの実績要件のうち 1 つ以下しか満たしていなかった。これらの医療機関は、実績要件の多くを満たす医療機関と比較して、手術の実績等において大きな差があるほか、平均在院日数が約 1 日長かった。【別添資料 p. 124～126】

5. 有床診療所入院基本料について

- 有床診療所の施設数、病床数ともに近年減少傾向にあり、特に外科、小児科等で顕著となっている。なお、有床診療所の施設動態について、変更のあった医療機関のうち最も多くは無床化（病床有無の変更）であり、廃止・休止を上回っていた。【別添資料 p. 128～130】
- 平成 26 年度診療報酬改定においては、地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所に対してより高い入院基本料（入院基本料 1～3）が設定された。【別添資料 p. 128】
- 有床診療所入院基本料の算定回数（平成 26 年 5 月）の約 8 割が、入院基本料 1～3 のいずれかであった。入院基本料 1～3 を届け出る際に満たした要件としては、「夜間看護配置加算 1 又は 2」の届出、「時間外対応加算 1」の届出、「在宅療養支援診療所であって訪問診療を実施している」等が多かった。【別添資料 p. 131～132】

- 有床診療所への入院は、診療科別にみると、内科・外科・整形外科と、眼科・産婦人科とではその傾向が大きく異なっていた。入院の多くは自宅からであったが、内科・外科・整形外科では他院の急性期病床からの入院がみられ、介護老人福祉施設から内科への入院もみられた。内科・外科・整形外科では、要介護認定を受けた者が半数前後にのぼっており、こうした診療科の有床診療所は、地域の医療機関や介護関係者と良好な関係を築いていた。有床診療所からの退院先は、診療科によらず、そのほとんどが自宅であった。【別添資料 p. 133～140】
- 今後5～10年を見据えた運営の方向性としては、現状を維持したいと答えた医療機関が多かった。内科、外科では、訪問診療や自宅・介護施設への患者の受け渡し、終末期医療等に力を入れたいとした施設も一定程度みられた。一方、整形外科、産婦人科、眼科では、専門的な診療に力を入れたいとの回答が比較的多かった。【別添資料 p. 141】

6. 地域包括ケア病棟入院料について

- 平成26年度診療報酬改定において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものとして、地域包括ケア病棟入院料等が新設された。【別添資料 p. 143～144】
- 地域包括ケア病棟の届出は増加の傾向にあり、27年4月現在で約3.2万床であった。7対1・10対1入院基本料や亜急性期入院医療管理料からの転換が多かった。また、届出を行った理由としては、よりニーズに合った医療を提供できるため、患者の状態に即した医療を提供できるためとする回答が多くみられた。【別添資料 p. 145～146】
- 地域包括ケア病棟の入棟前の居場所では、急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。また、7対1・10対1入院基本料や特定集中治療室等の届出を行っている医療機関においては、自院の急性期病床から地域包括ケア病棟へ転棟した患者が特に多くなっていた。【別添資料 p. 147～148】
- 入院患者の疾患としては骨折・外傷が多く、入院の目的はリハビリテーションを目的に入院している患者が30%程度みられた。また入院患者の半数程度において既に退院予定が決まっているなど、受入がなされている患者は特定の状態に集中する傾向がみられた。【別添資料 p. 149～151】

- 地域包括ケア病棟においては、検査、画像診断、処置、手術等大半の診療が入院料に包括とされているが、ほとんど検査や画像診断を要しない患者も一定程度入院していた。処置の実施は頻繁ではなく、実施された処置等としては、酸素療法、膀胱カテーテル、血糖測定、創傷処置等の頻度が高かった。【別添資料 p. 152～154】
- 地域包括ケア病棟において、手術の実施はほとんどみられず、手術料の出来高実績点数は、入院1日当たり平均2.9点であった。なお、実施されていた手術は、創傷処理や皮膚切開、胃ろう造設術等、軽微なものが多かった。地域包括ケア病棟が、地域包括ケアシステムのなかでより積極的な役割を担うに当たって、自宅からの受け入れ患者等に幅広い医療を提供する機能を拡充する観点から、手術料や麻酔料を包括外とすることも選択肢として考えられるが、一方、現状において、手術の実施が極めて少なかったこと等から、引き続き手術料も包括とすべきとの意見もあった。【別添資料 p. 155～163】
- 個別リハビリテーションの実施は、必要な患者に対して、平均で1人1日2.4単位実施されていた。一人当たりの提供単位数の分布は幅広く、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供されているものと考えられた。リハビリテーションについては、入院料に包括されているが、現時点では、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供され、想定した期間内に自宅に退院する患者が多いなど、概ね適切に実施されているものと評価された。【別添資料 p. 164～165】
- 地域包括ケア病棟の入院患者の退棟先は主に自宅であり、在宅復帰率は高い水準にある一方で、家族のサポートや介護施設の確保等が困難なため退院予定が立っていない入院患者が一定程度存在していた。【別添資料 p. 166～167】
- 退院支援のために、担当者の配置や、入院時からの多職種カンファレンス等、様々な取り組みが行われていた。より入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを図る方策を探るため、退院支援の取り組みの効果等について分析を行い、次のような結果が得られた。【別添資料 p. 168～171】

 - 退院支援については、「患者1人あたりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い」等の課題が指摘された。
 - 病棟に専任又は専従で、退院支援職員の担当者を配置した医療機関では、より早期に関与を始められたり、より多くの患者に退院支援を行えたりするといった効果が指摘された。
 - また、退院支援計画の作成や、早期退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施している病棟では、実施していない病棟と比べて平均在院日数が短い傾向が見られた。

7. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価として、医療従事者や医療機関が少ないこと等に着目し、対象となる30の二次医療圏内においては、施設基準の緩和や、入院基本料の病棟ごとの届出等が認められているが、届出や算定の状況は極めて低調である。【別添資料 p. 173～176】
- 当該評価の対象は、患者流出率20%未満、人口密度300（人/km²）未満、病院密度が下位15%または病床密度が下位15%の基準を全て満たす二次医療圏であるが、
 - 患者の流出率が一定以上の場合には対象とならない
 - 医療従事者数自体は要件とされていない
 ことから、人口密度や人口当たり医療従事者数が極めて少ない二次医療圏の多くは対象となっていない。【別添資料 p. 177～180】
- また、二次医療圏の中心部が離島でない場合は離島に所在する医療機関であっても対象となっていない。【別添資料 p. 181～182】
- こうしたことから、真に医療資源の少ない地域であっても、対象となっていない地域が多くみられた。
- このほか、ヒアリングの結果からは7対1や10対1入院基本料の医療機関は対象となっていないことが、対象となる医療機関が少ない原因であるとの指摘もあった。【別添資料 p. 183】
- 医療資源が少ないことが患者の流出の原因にもなり得ることから、対象地域の選定条件として、患者の流出率が少ないことよりも、むしろ、医療従事者数が少ないことを重視した場合のシミュレーションを実施した。仮に以下の条件で二次医療圏を選定した場合には、人口密度、人口当たり・面積当たりの医師・看護師数、病院密度のいずれについても、現行よりも低い二次医療圏が対象となる傾向がみられた。対象となる二次医療圏数は30から41に増加するが、対象となる二次医療圏の面積・人口の合計は現行とほぼ同じであった。【別添資料 p. 184～190】

現行	シミュレーション
① 自己完結した医療を提供	
患者流出率20%未満	問わない
② 医療従事者の確保が困難な地域	
人口密度300人/km ² 未満	人口当たり医師数が下位1/3かつ 人口当たり看護師数が下位1/2
③ 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

※現行、シミュレーションとも、離島の二次医療圏についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

8. 慢性期入院医療について

8-1. 在宅復帰機能強化加算について

- 平成 26 年度診療報酬改定では、長期の入院を要する在宅復帰が困難な患者に対する在宅復帰に向けた取組を促すため、在宅復帰機能強化加算が創設された。療養病棟入院基本料 1 届出医療機関の 17%が当該加算の届出を行っていた。【別添資料 p. 192～193】
- 在宅復帰機能強化加算届出医療機関の状況を分析したところ、当該加算の届出医療機関では自宅からの入院や自宅への退院が多かったが、在宅復帰機能強化加算を算定している病棟において、必ずしも急性期病棟から受け入れた患者の多くが在宅に復帰できているわけではなかった。病床回転率等の算出に当たって自宅からの入院と他院からの転院を区別していないこと等が背景にあると考えられた。【別添資料 p. 194～196】
- また、在宅復帰機能強化加算の届出病棟では、入院期間が 31～60 日の退院患者が多く、これは、在宅復帰率等の算出から入院期間が 1 か月未満の患者を除くルールから生じる現象であると考えられた。このルールが設定された本来の目的は、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰を進めることであったが、必ずしも所期の目的を果たしていないと考えられた。【別添資料 p. 197】
- こうしたことから、回転率等何らかの指標において、急性期病棟から患者を受け入れ在宅に復帰させることを加味し、在宅復帰率の算出における入院期間に関するルールを改めることで、所期の目的に適った評価が可能になると考えられる。但し、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰には大きな困難を伴うことから、急性期病棟からの受け入れ患者に限った場合、現行の回転率等と同じ水準に基準を設定することは難しいとの意見があった。
- 併せて、在宅復帰機能強化加算の届出病棟における一層の退院支援機能の強化について検討するため、療養病棟における退院支援に向けた取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた。【別添資料 p. 198～200】
 - － 退院支援室等を設置している医療機関等では在宅復帰率が高い、平均在院日数が短い等の結果が得られた。
 - － 病棟への退院支援職員の配置によって、より早期に、より多数の患者に対して退院支援をできるようになる等の効果がみられた。なお、当該加算の届出病棟とその他の病棟で職員の配置状況に大きな違いはみられなかった。

8-2. 療養病棟入院基本料2について

- 医療区分1の患者が多い病棟では、医師による指示の見直しや看護師による観察の頻度等が少ない患者が多くみられた。【別添資料 p. 202~203】
- 医療療養病床においては、看護師の配置や入院単価が介護療養病床より高いことから、医療の必要性の高い患者がより多く入院していることが期待されている。療養病棟入院基本料1については、医療区分2又は3の患者を8割以上受け入れていることが要件になっているが、療養病棟入院基本料2についてはこのような要件はなく、近年、医療区分1の患者が増加している傾向がみられる。介護療養病床との機能分化を図るためには、療養病棟入院基本料2についても、医療区分2又は3の患者の割合について何らかの要件を設けることも考えられる。【別添資料 p. 204】

8-3. 医療区分の評価項目について

- 「うつ状態」「頻回の血糖検査」の患者については、医師による指示の見直しがほとんど必要ない者が45~55%、看護師による定時の観察のみで対応できる者の割合が55~65%程度みられ、介護保険施設においても一定程度受入が行われていた。「酸素療法」は、患者の状態によっては在宅でも実施できる治療法であり、医療区分3の中では看護師による定時の観察のみで対応できる患者の割合が高かった。こうした基準に該当する患者の必要とする医療の密度は極めて多様であると考えられることから、密度の高い治療を要するかどうか等に基づいて、更にきめ細かな評価を行うことで、より適正な評価が可能になると考えられる。【別添資料 p. 206~213】
- 「褥瘡」の患者は、入院期間が長期に及ぶ患者により多くみられた。また、入院時からの褥瘡保有率が高いにも関わらず、入院中に発生した褥瘡保有率が低い医療機関が存在する一方、入院時からの褥瘡保有率が低いにも関わらず、入院中に発生した褥瘡保有率が高い医療機関もみられた。これら入院期間中に新たに褥瘡が生じた患者に対する評価については、褥瘡をもって入院してきた患者と同様に医療区分2として高く評価することは妥当でないとする意見があった一方、栄養状態が悪い場合等もあり、やむを得ず褥瘡が生ずる場合もあるとの意見があった。いずれにしても、褥瘡の発生をできるだけ防ぐ取り組みを、一層推進していく必要がある。【別添資料 p. 214~218】
- 「難病の患者に対する医療等に関する法律」の施行に伴い医療費助成の対象となる難病が56疾病から306疾病に増加した。医療費助成の対象となる難病については、これまで医療区分2として評価されていたことから、新たに指定された難病も含め、取り扱いについて定めていく必要がある。【別添資料 p. 2119~220】

- なお、医療区分1のうち、より重症な患者の評価の在り方やADL区分の項目などを含め、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。

8-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について

- 障害者施設等入院基本料においては、処置の内容や病態の変動が大きい患者の受入を想定して、処置等を出来高で算定できるとされている。また、特殊疾患病棟入院料等についても、療養病棟と比べて医療の必要性が高い患者の受入を前提とした評価とされている。【別添資料 p. 222】
- 障害者施設等入院料及び特殊疾患病棟入院料等において、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している患者が一定程度入院していた。【別添資料 p. 223】
- これらの病棟に入院している脳卒中患者について、医療区分の内訳、医師の指示の見直しの頻度、看護師の観察及び管理の頻度等は療養病棟に入院している患者と概ね同等であった。他方、これらの病棟に入院している脳卒中患者の1日当たりレセプト請求点数は、療養病棟と比較して高額になっていた。【別添資料 p. 224~228】
- 障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについては課題があると考えられる。また、引き続きこれらの病棟への入院が必要であるとしても、同一の状態にある患者に対して、病棟間で報酬の評価方法等が大きく異なっていることについては、検討を要する。なお、これらの病棟に入院する脳卒中患者の中には、医師による指示の見直しの頻度が高い患者が存在することなどから、患者毎の状態にも留意すべきとの意見があった。

9. その他

9-1. 退院支援に係る取組について

- 退院支援に係る評価については、累次の改定において充実が図られてきた。診療報酬項目が増加するとともにその要件は複雑化しており、一部の項目を除き算定回数は少なかった。【別添資料 p. 230~234】

- ・ 退院支援に関して、対象となる疾患や病棟等によって異なる様々な評価項目があるが、評価の着目点は、退院支援にかかる人員の配置や、早期退院に向けた院内の取組、医療機関間の恒常的な連携に関する評価等、類似したものも多かった。また、退院時に算定することとされるものや、平均在院日数を要件とするものなど、アウトカムと連動した評価項目もみられた。【別添資料 p. 235】

- ・ より入念な退院支援を要する状態の患者の受入及び円滑な在宅復帰への流れを促進するための退院支援の取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた。【別添資料 p. 236～242】
 - ー 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者 1 人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があることが指摘された。また、患者が退院できない理由として、入院・入所先の確保等が課題になっていることが示された。なお、入院患者のなかには、要介護認定を受けた患者も多く入院していることから、介護サービスとの連携が重要であるとの意見があった。
 - ー 病床規模に関わらず多くの医療機関が退院支援室等の設置や早期退院に向けた多職種のカンファレンス等を実施していた。また、病棟に専任・専従の退院支援職員を配置している場合があり、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援を行えるようになる等の効果が指摘された。
 - ー 連携施設数が多いなど、退院支援に向けた他施設との連携を積極的に実施している施設では、平均在院日数が短い傾向がみられた。こうした傾向は入院期間の長い種別の病棟でより顕著であった。

- ・ 平成 26 年度診療報酬改定において、7 対 1 入院基本料や地域包括ケア病棟に在宅復帰率の要件が設けられた。こうした病棟から、自宅への退院と、在宅復帰率が要件となっている他の病棟への転院・転棟は、分子として同等に評価されることとされたことから、在宅復帰率の算出値は、実際に自宅へ退棟している割合よりも高い値となるが、7 対 1 入院基本料においては、在宅復帰率の基準（75%）を上回り、90%を超える医療機関が多かった。地域包括ケア病棟においては、基準（70%以上）を一定程度上回る、80～90%の医療機関が多かった。【別添資料 p. 243～248】

9-2. 入院中の他医療機関の受診について

- ・ DPC 算定病棟以外の病棟に入院している患者が、入院中に他医療機関を受診した場合、入院料の点数から一定割合を控除することとされており、この割合は、他の医療機関での診療が、入院料の包括部分を含むかどうかに応じて設定されている。精神病床・結核病床・有床診療所から透析のために他医療機関を受診する場合等については減額幅を縮小することとされている。なお、DPC 算定病棟に入院している患者が、入院中に他医療機関を受診した場合には、医療機関間において合議で精算することとされている。【別添資料 p. 250】

- 他医療機関受診による入院料減算の頻度は、有床診療所入院基本料で比較的高く、入院日数の約0.8%であり、近年やや増加がみられた。次いで、精神病棟入院基本料では、入院日数の約0.4%であった。また、医療機関の規模別にみると、他医療機関を受診した患者割合は、小規模な医療機関で高い傾向があった。【別添資料 p. 251～252】
- 入院中に他医療機関を受診した理由としては、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」、「症状の原因精査のため」などが挙げられていた。また、入院中に受診した他医療機関の診療科は、内科、外科のほか、整形外科、泌尿器科、眼科など、様々な診療科にわたっていた。【別添資料 p. 253～254】

中医協 診－2
27.10.21

診調組 入－2
27.10.15

(平成27年度第10回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編

平成27年10月15日(木)

とりまとめの構成

1. 調査概要等

2. 急性期入院医療について

2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について

2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について

2-3. 重症度、医療・看護必要度について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. 特定集中治療室管理料について

5. 総合入院体制加算について

6. 有床診療所入院基本料について

7. 地域包括ケア病棟入院料について

8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

9. 慢性期入院医療について

9-1. 在宅復帰機能強化加算について

9-2. 療養病棟入院基本料2について

9-3. 医療区分の評価項目について

9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について

10. その他

10-1. 退院支援に係る取組について

10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度調査全体の概要

【調査方法】

原則として、自記式調査票の郵送配布・回収により実施

【調査の種類】

施設調査票：施設全般に関する基本情報や診療提供体制、入院患者の状況等を把握することを目的とする。

記入担当者：施設管理者及び事務部門担当者

調査対象：施設全体

病棟調査：施設における調査対象病棟の基本情報や入退院患者の状況等の把握を目的とする。

記入担当者：各病棟の看護師長

調査対象：調査対象の病棟全て

患者調査：調査対象病棟の入院患者の基本情報や状態像等の把握を目的とする。

記入担当者：各病棟の看護師長

調査対象：調査対象病棟ごとに入院患者の1／3

その他：重症度、医療・看護必要度に関する補助票（調査期間1週間）
レセプトの添付

【調査の実施時期】

平成26年11月11日

調査項目	対象施設群
(1) 一般病棟入院基本料等の見直し(その1)	・7対1・10対1一般病棟入院基本料等の届出医療機関
(2) 総合入院体制加算の見直し	
(3) 地域包括ケア病棟入院料の創設	・地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、回復期リハビリテーション病棟入院料、13対1・15対1一般病棟入院基本料等の届出医療機関
(4) 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療のあり方	・療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料の届出医療機関
(5) 有床診療所入院基本料の見直し	・有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料の届出医療機関
(6) 医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響とそのあり方	・医療提供しているが医療資源の少ない地域の病院、有床・無床診療所

平成26年度調査の回収結果

調査の対象施設群 (届出入院料)	調査対象 施設数	回収 施設数	病棟票	患者票	退棟 患者票
7対1、10対1一般病棟入院基本料等	1,800	596 (33.1%)	1,613	19,254	8,199
13対1・15対1一般病棟入院基本料等、地域包括ケア 病棟入院料(入院医療管理料)、回復期リハビリテー ション病棟入院料	1,500	445 (29.7%)	323	3,732	600
療養病棟入院基本料	1,800	554 (30.7%)	388	5,330	265
障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本 料、特殊疾患入院医療管理料	800	277 (34.6%)	274	4,170	167
有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院 基本料	800	306 (38.3%)	113	744	237
医療資源の少ない地域の病院	294	93 (31.6%)	174	1,998	622
医療資源の少ない地域の有床診療所	230	76 (33.0%)	26	145	58
医療資源の少ない地域の無床診療所	1,859	970 (52.2%)	-	-	-

平成27年度調査全体の概要

【調査方法】

原則として、自記式調査票の郵送配布・回収により実施

【調査の種類】

施設調査票：施設全般に関する基本情報や診療提供体制、入院患者の状況等を把握することを目的とする。

記入担当者：施設管理者及び事務部門担当者

調査対象：施設全体

病棟調査：施設における調査対象病棟の基本情報や入退院患者の状況等の把握を目的とする。

記入担当者：各病棟の看護師長

調査対象：調査対象の病棟全て

患者調査：調査対象病棟の入院患者の基本情報や状態像等の把握を目的とする。

記入担当者：各病棟の看護師長

調査対象：調査対象病棟ごとに全入院患者

その他：レセプト(DPCデータ)の添付

【調査の実施時期】

平成26年6～7月

調査の対象施設群 (届出入院料)	調査対象 施設数	回収 施設数	病棟票	患者票	
				一般病棟	ICU等
7対1、10対1入院基本料及び特定集中治療室管理料等を届け出ている医療機関	2,000	814 (40.7%)	2,130	68,081	2,548

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

7対1入院基本料等の見直し

➤ 7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

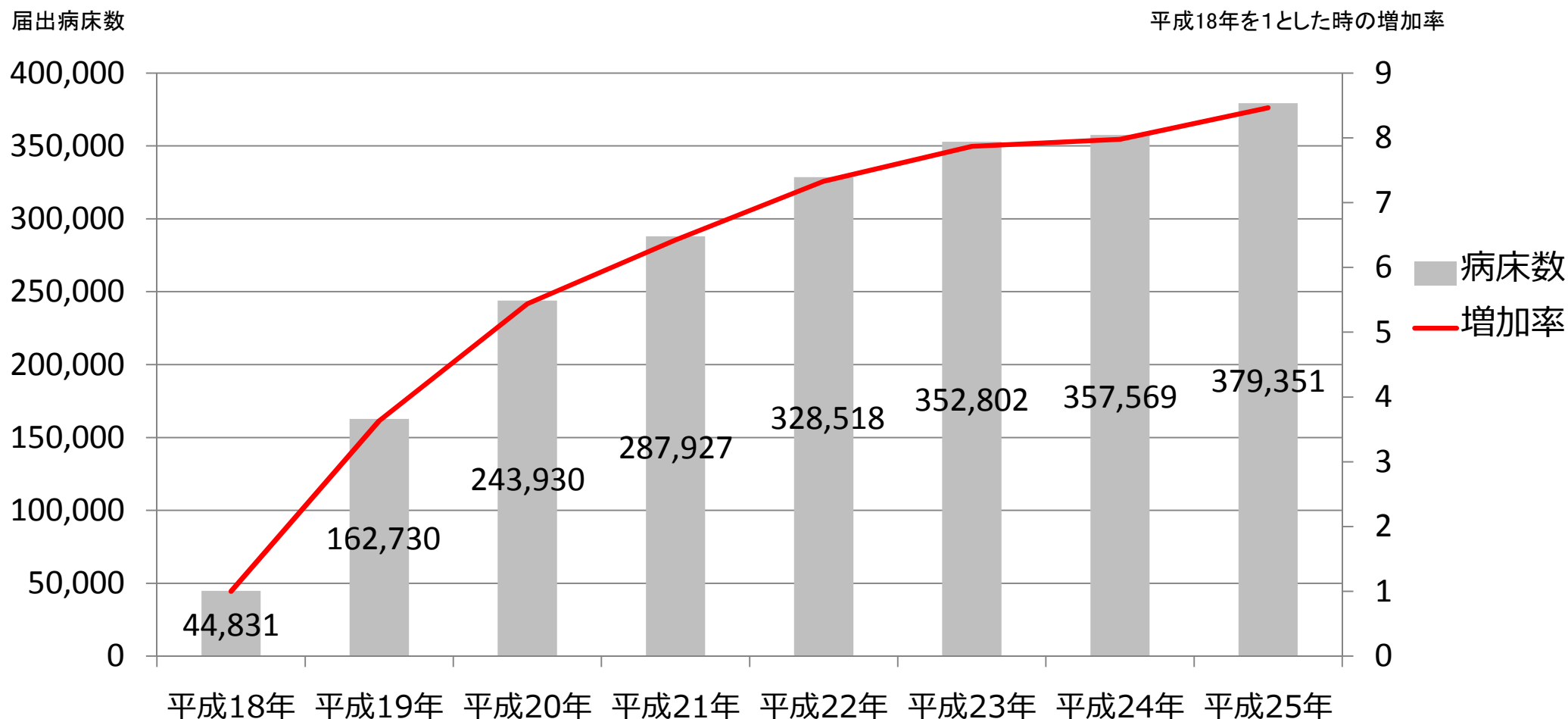
- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

7対1入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年3月～10月間に7対1一般病棟入院基本料の届出病床は約14千床減少した。その後、平成27年4月までに約5.3千床の増加と約7.7千床の減少があり、全体では約2千床の減少となっている。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出が増加している。

【7対1病床数の動向】

(千床)

		平成26年3月	平成26年10月	平成27年4月
7対1一般病棟 入院基本料	施設数	約1,700施設	約1,550施設	約1,530施設
	病床数	380.4	366.2	363.9
	前回集計からの 増減数		▲14.2	▲2.3
		内訳	+13.4 ▲27.6	内訳 +5.3 ▲7.7

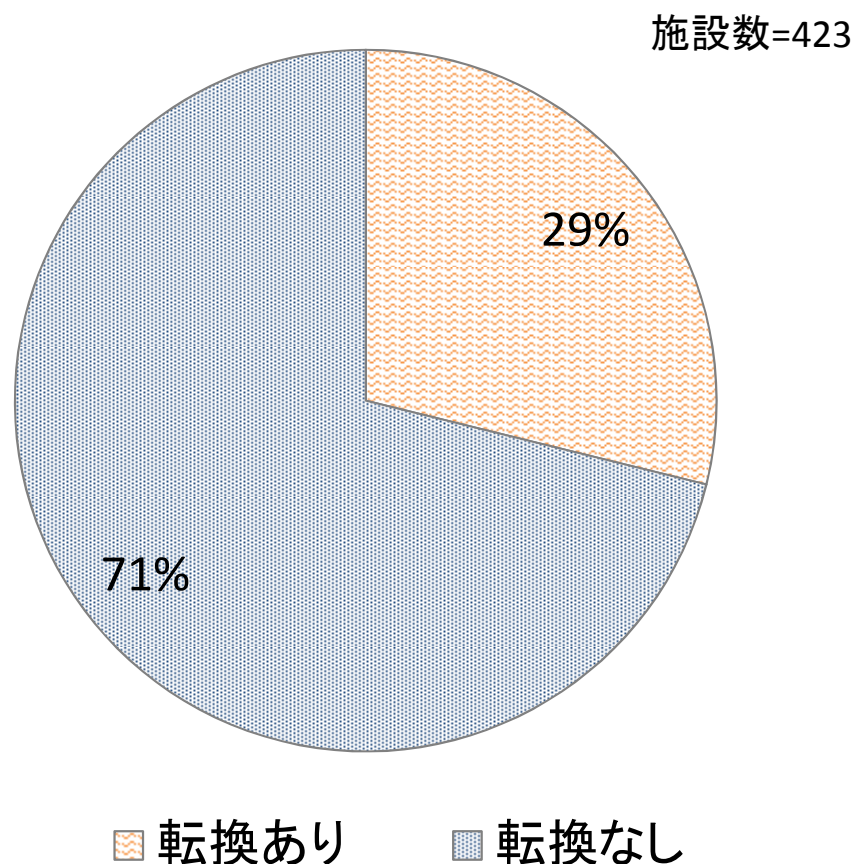
【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

	平成26年3月 (病床数;千床)	平成27年4月 (病床数;千床)	増加した 病床数(千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16.7	16.7	+約190か所
地域包括ケア病棟入院料1	0	8.8	8.8	+約200か所

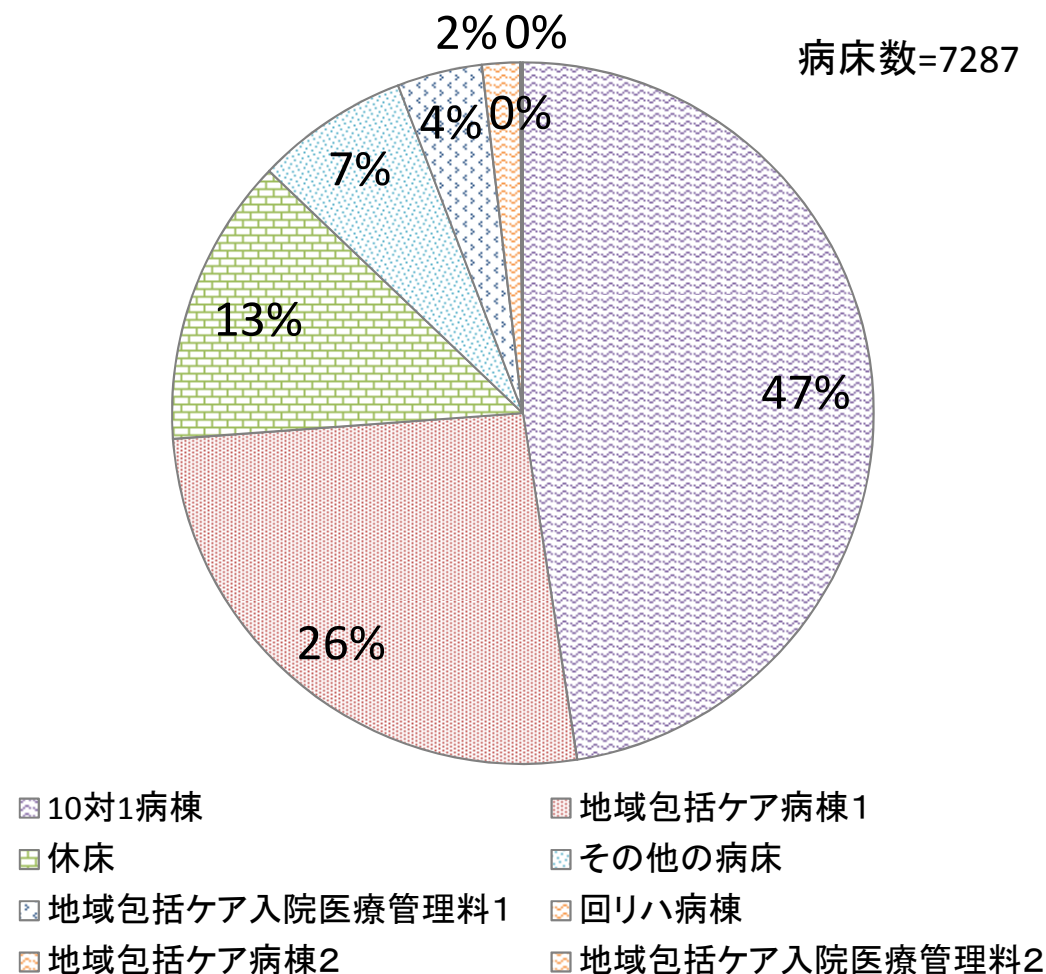
7対1入院基本料の届出医療機関の動向

- 平成26年3月時点で7対1入院基本料を届け出していた医療機関のうち、約25%の医療機関が何らかの形で病床を転換していた。
- 7対1病棟からの転換先の内訳としては、10対1病棟と地域包括ケア病棟1が多く、全体の約75%を占めていた。

＜7対1入院基本料の届出医療機関の動向＞



＜7対1入院基本料からの転換先の内訳＞

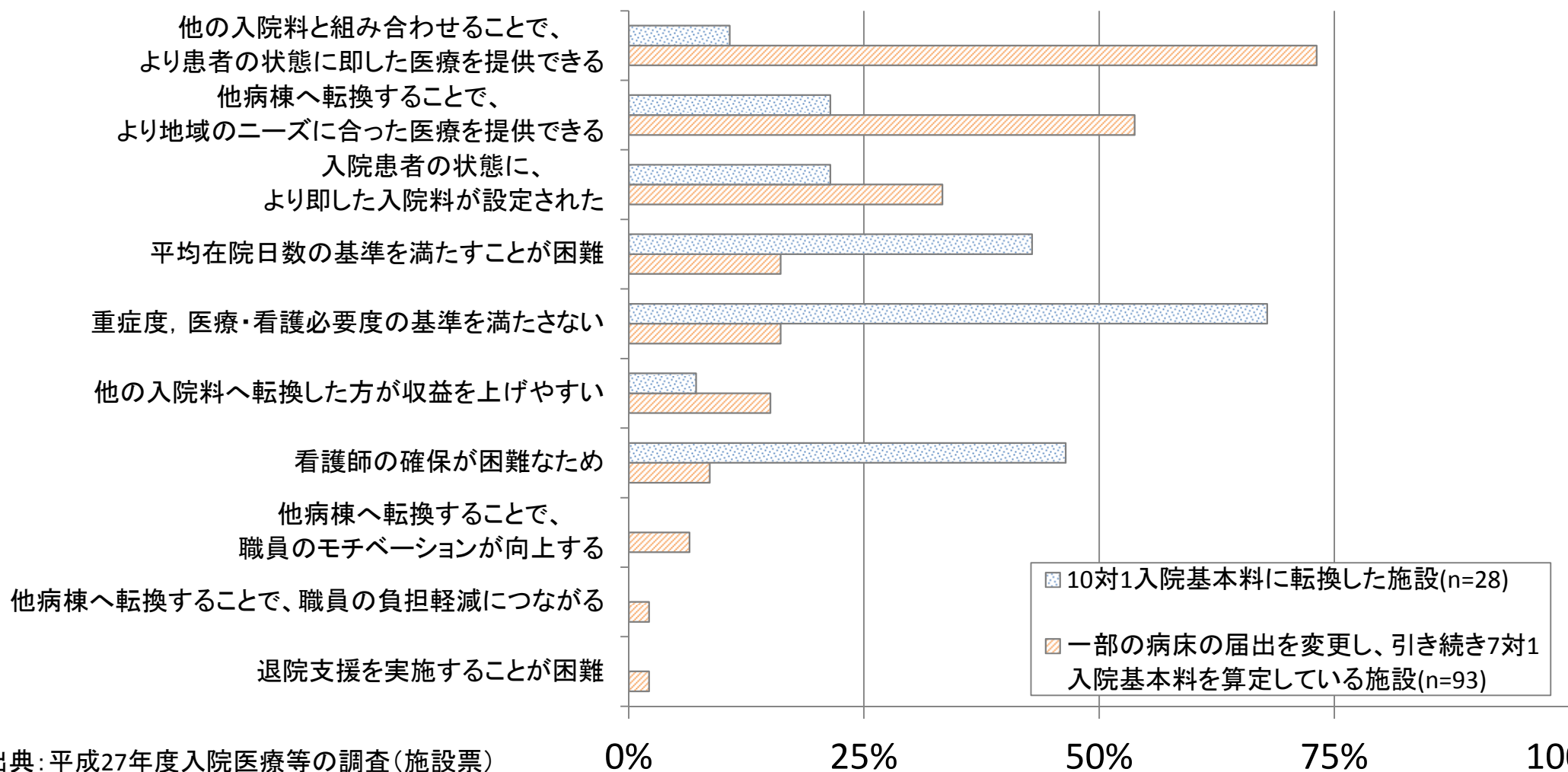


7対1入院基本料から転換した理由

○ 7対1入院基本料から転換した理由として、

- 一部の病床は転換したものの引き続き7対1入院基本料を算定している施設では、他の入院料と組み合わせることで、より患者の状況に即した医療が提供できる、より地域のニーズに即した医療を提供できると回答した割合が多かった。
- 7対1入院基本料から10対1入院基本料へ転換した施設では、「重症度、医療・看護必要度」や平均在院日数を満たすことが困難である、或いは看護師の確保が困難であると回答した割合が多かった。

<7対1入院基本料から転換した理由>

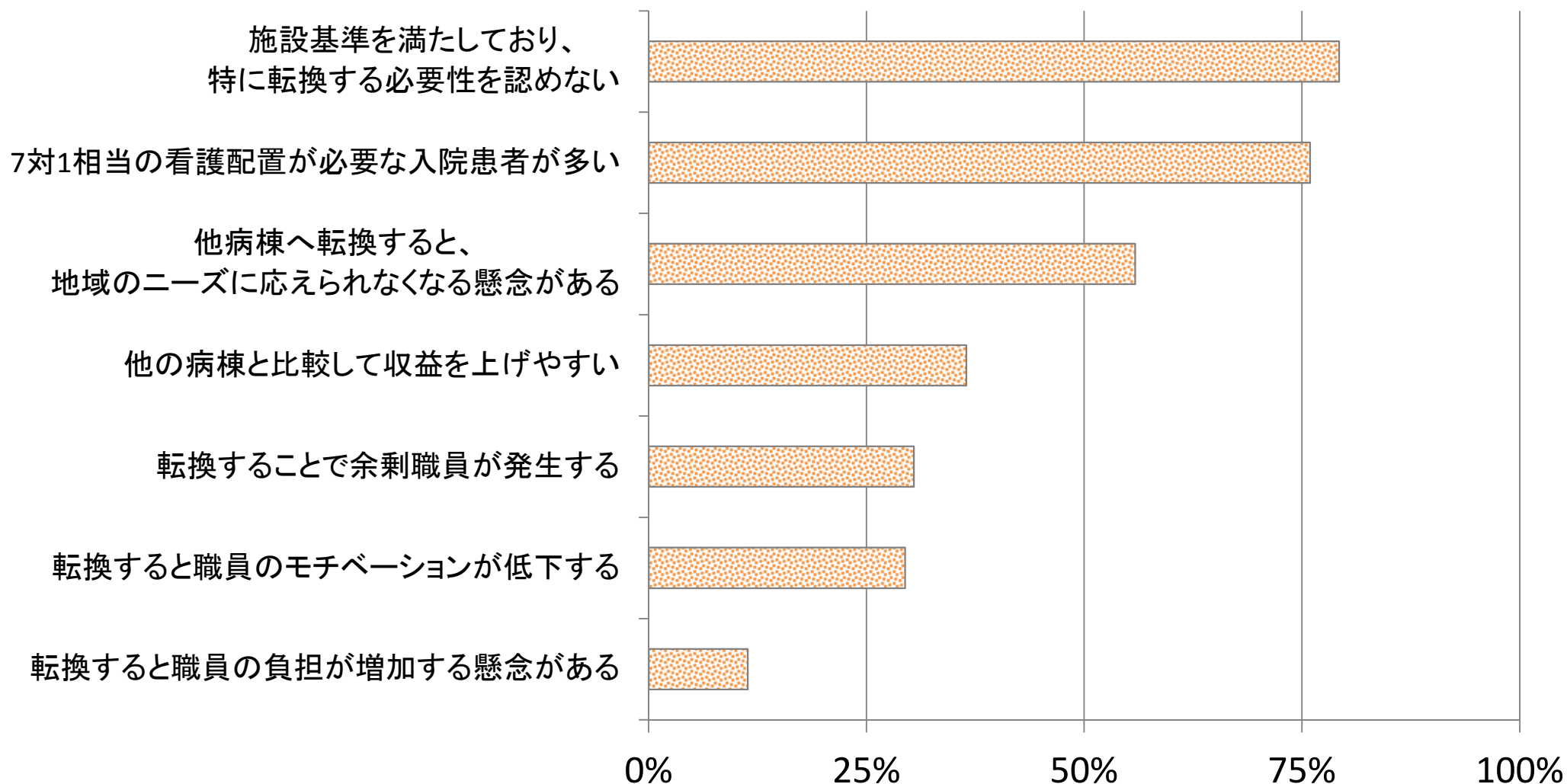


7対1入院基本料を届け出ている理由

- 引き続き7対1入院基本料を届け出ている理由としては、「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めない」「7対1相当の看護配置が必要な入院患者が多い」等の理由が多くみられた。

<引き続き7対1入院基本料を届け出ている理由>

n=299



とりまとめの構成

1. 調査概要等

2. 急性期入院医療について

2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について

2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について

2-3. 重症度、医療・看護必要度について

3. 特定集中治療室管理料について

4. 短期滞在手術等基本料について

5. 総合入院体制加算について

6. 有床診療所入院基本料について

7. 地域包括ケア病棟入院料について

8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

9. 慢性期入院医療について

9-1. 在宅復帰機能強化加算について

9-2. 療養病棟入院基本料2について

9-3. 医療区分の評価項目について

9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について

10. その他

10-1. 退院支援に係る取組について

10-2. 入院中の他医療機関の受診について

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

一般病棟における長期療養の適正化

➤ 7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

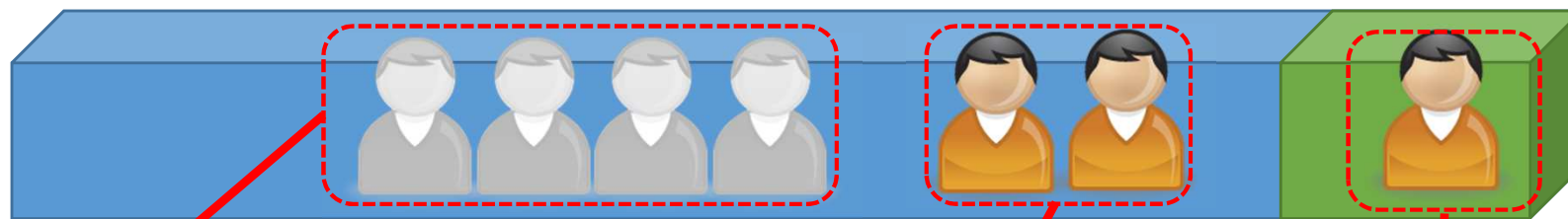
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

<上記の②を選択した場合の対応>

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

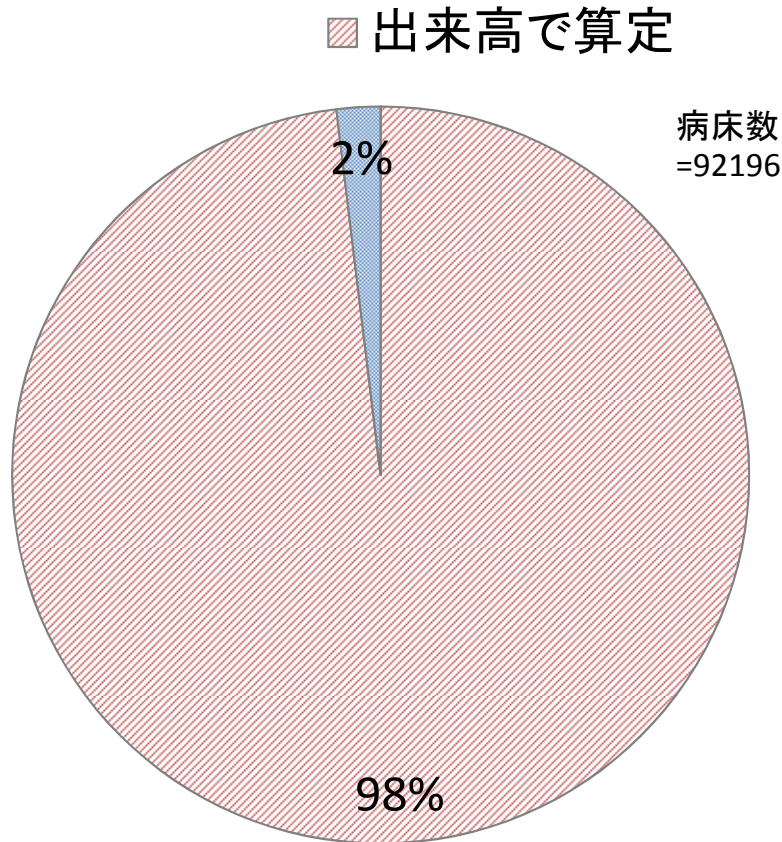
90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

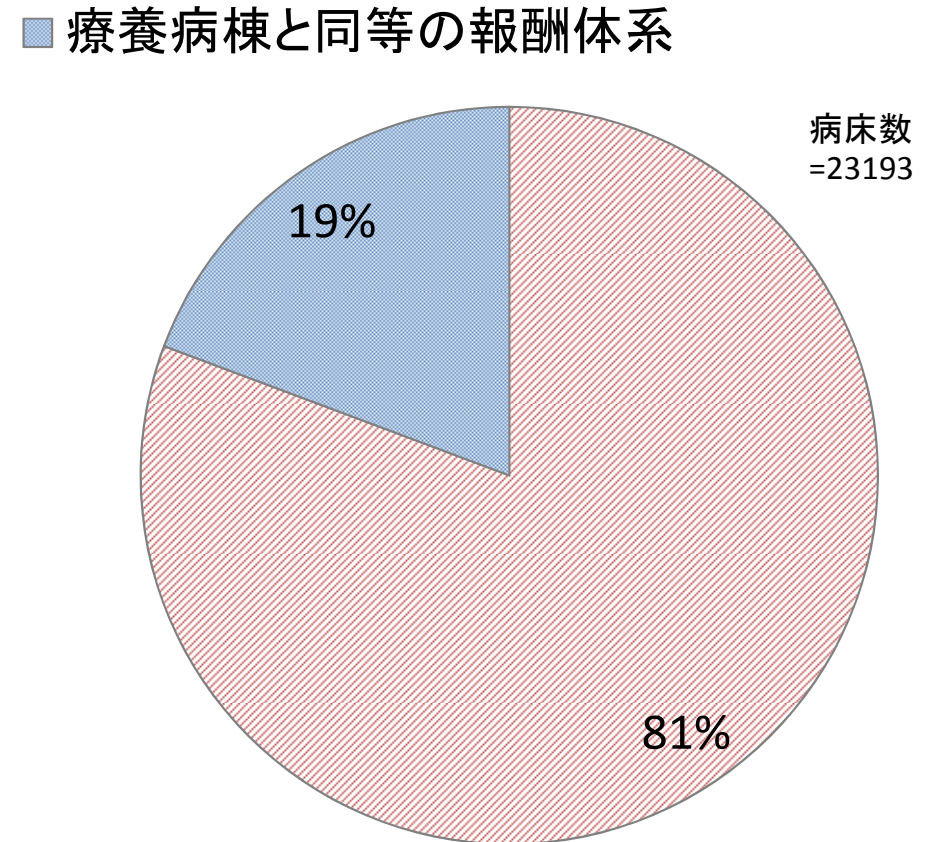
平成27年度調査

90日を超えて入院している患者の算定方法(病棟)

<病床ごとの算定方法の内訳(7対1)>



<病床ごとの算定方法の内訳(10対1)>



[経過措置※の届出を行った病床]

全病床の0.07% (全医療機関の3.5%)

全病床の2% (全医療機関の19%)

(※療養病棟と同等の報酬体系とした場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床に限って出来高算定が可能)

90日を超えて入院している患者の変化

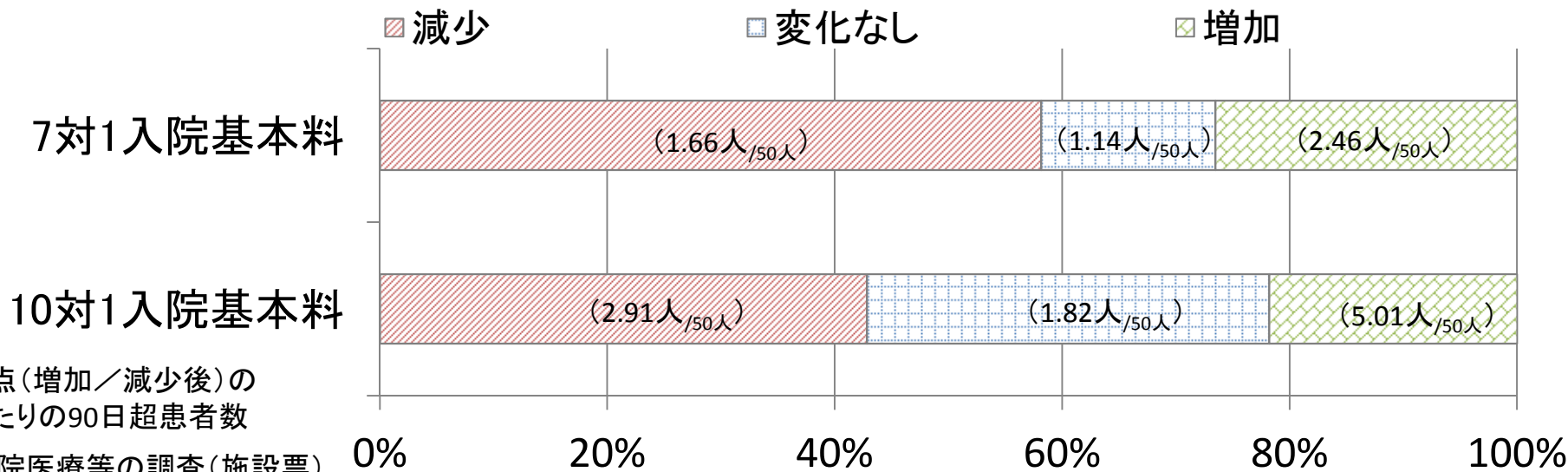
<7対1入院基本料>

	平成26年3月		平成27年6月
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	2.3人/50人	→	1.8人/50人

<10対1入院基本料>

	平成26年3月		平成27年6月
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	4.2人/50人	→	3.3人/50人

<90日を超えて入院している患者の増加／減少した医療機関>

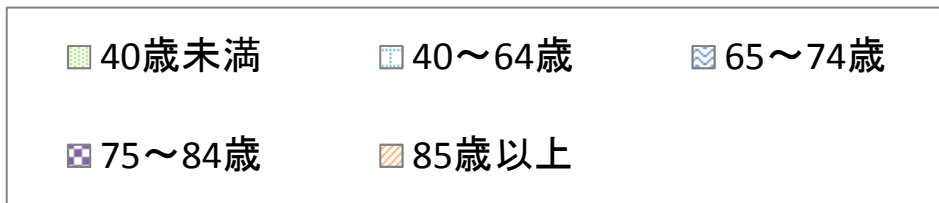
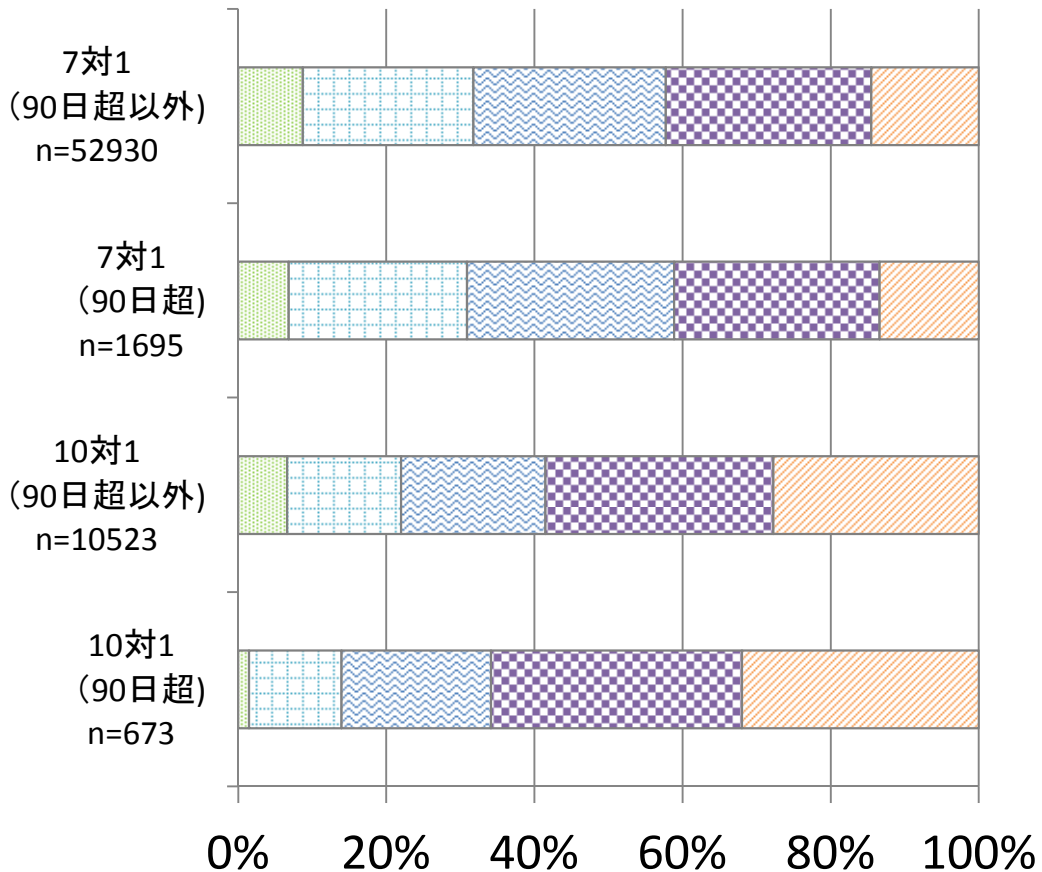


特定除外項目に該当する90日超え入院患者の状況

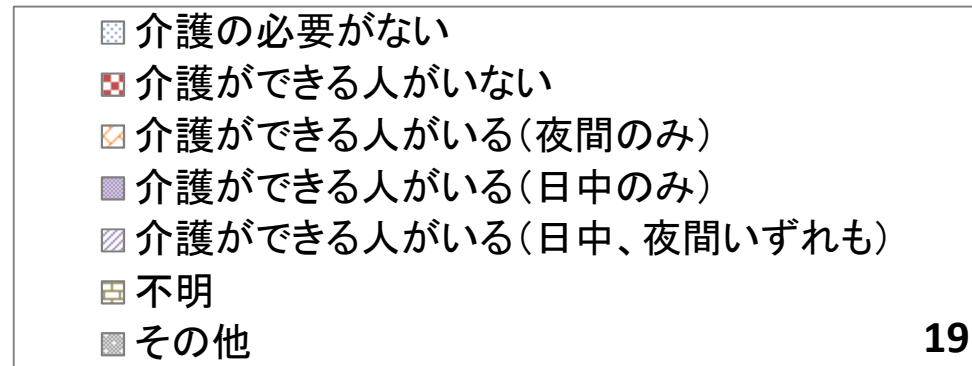
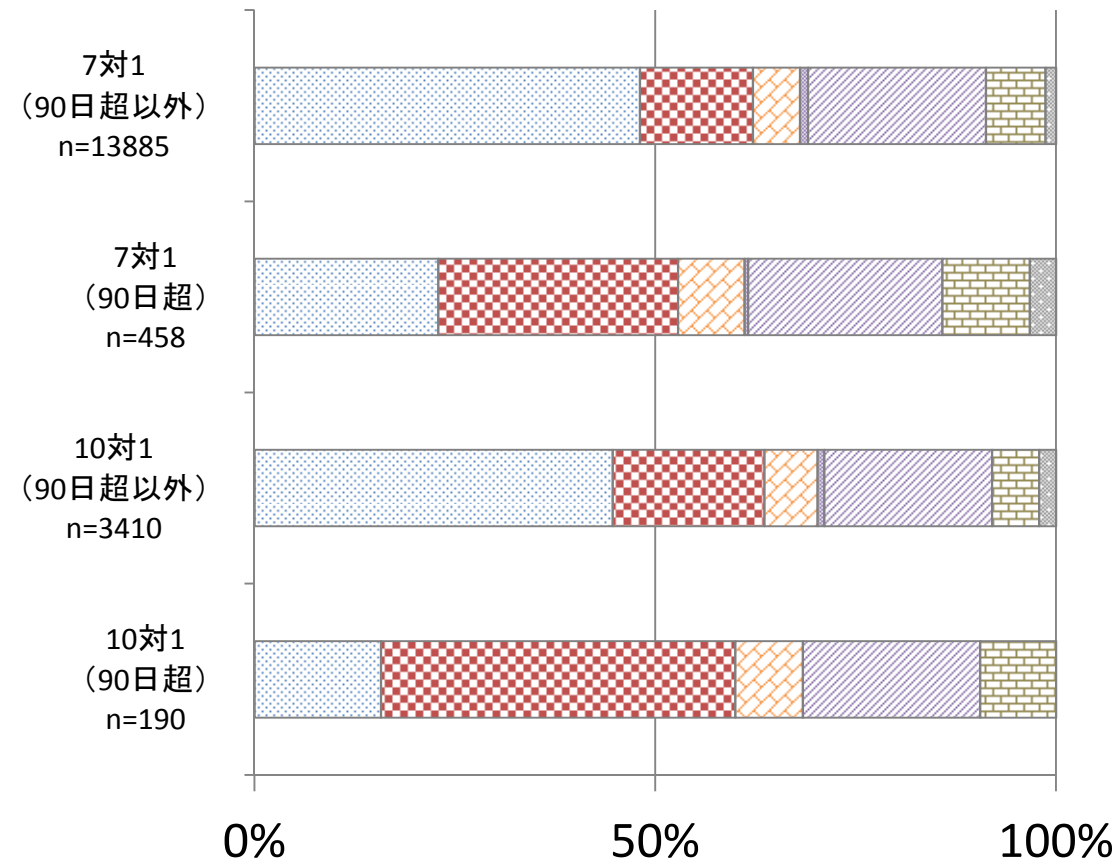
特定除外項目	7対1 入院基本料 (50人当たり)	10対1 入院基本料 (50人当たり)
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.02人	0.07人
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.15人	0.14人
重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	0.15人	0.35人
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.31人	0.15人
観血的動脈圧測定を実施している状態	0.04人	0.00人
リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	0.76人	1.00人
ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	0.14人	0.09人
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.25人	0.43人
人工呼吸器を使用している状態	0.17人	0.30人
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	0.09人	0.21人
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)	0.09人	0.04人

90日を超えて入院している患者の状態①

<入院患者の年齢構成>



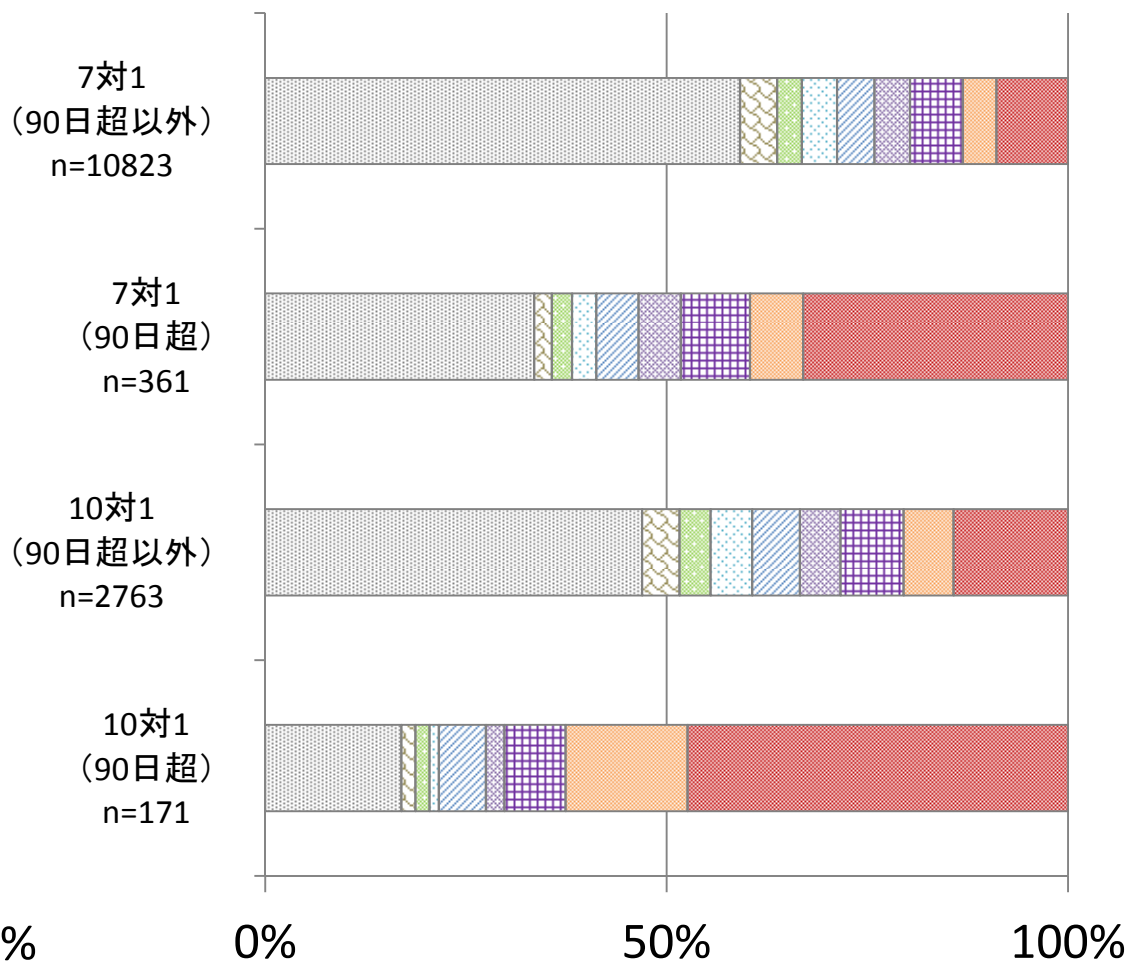
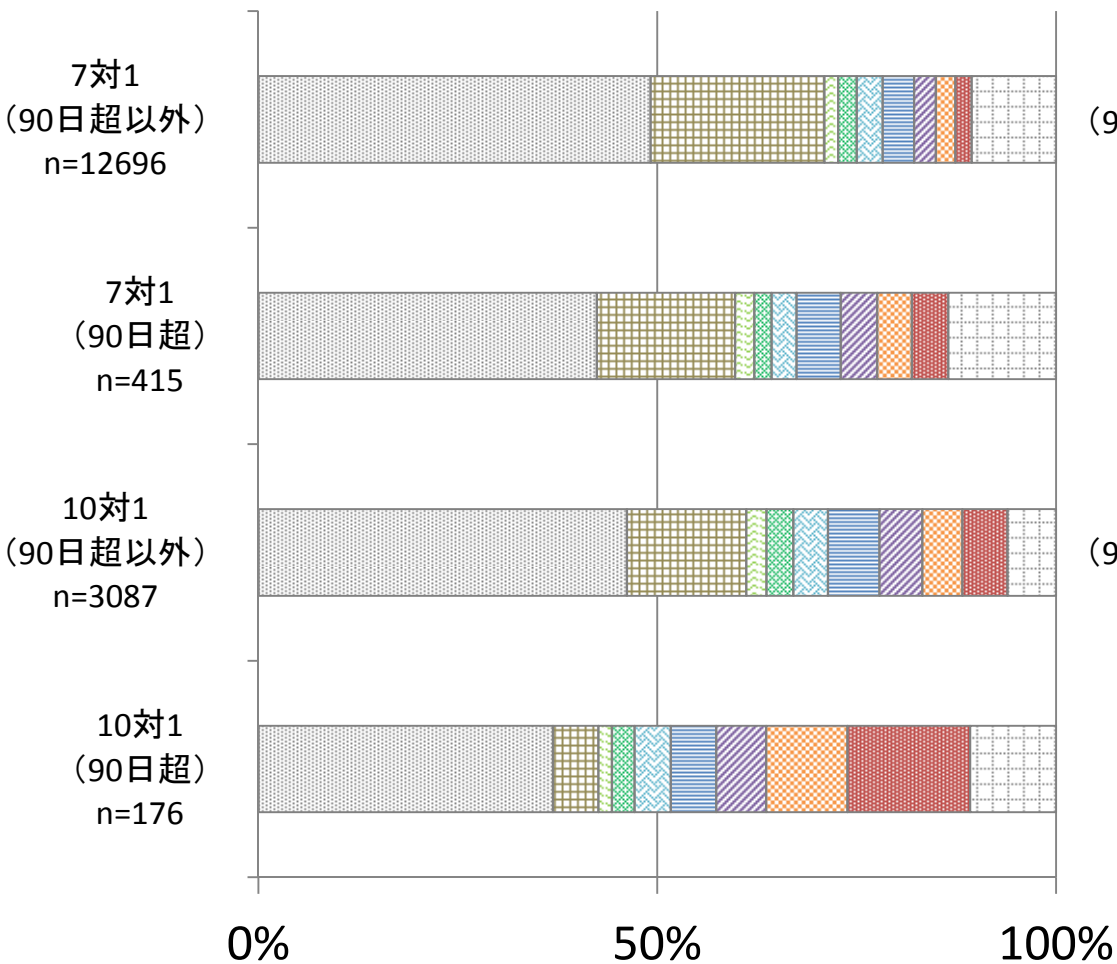
<自宅の介護力>



90日を超えて入院している患者の状態②

<要介護度>

<障害高齢者の日常生活自立度>

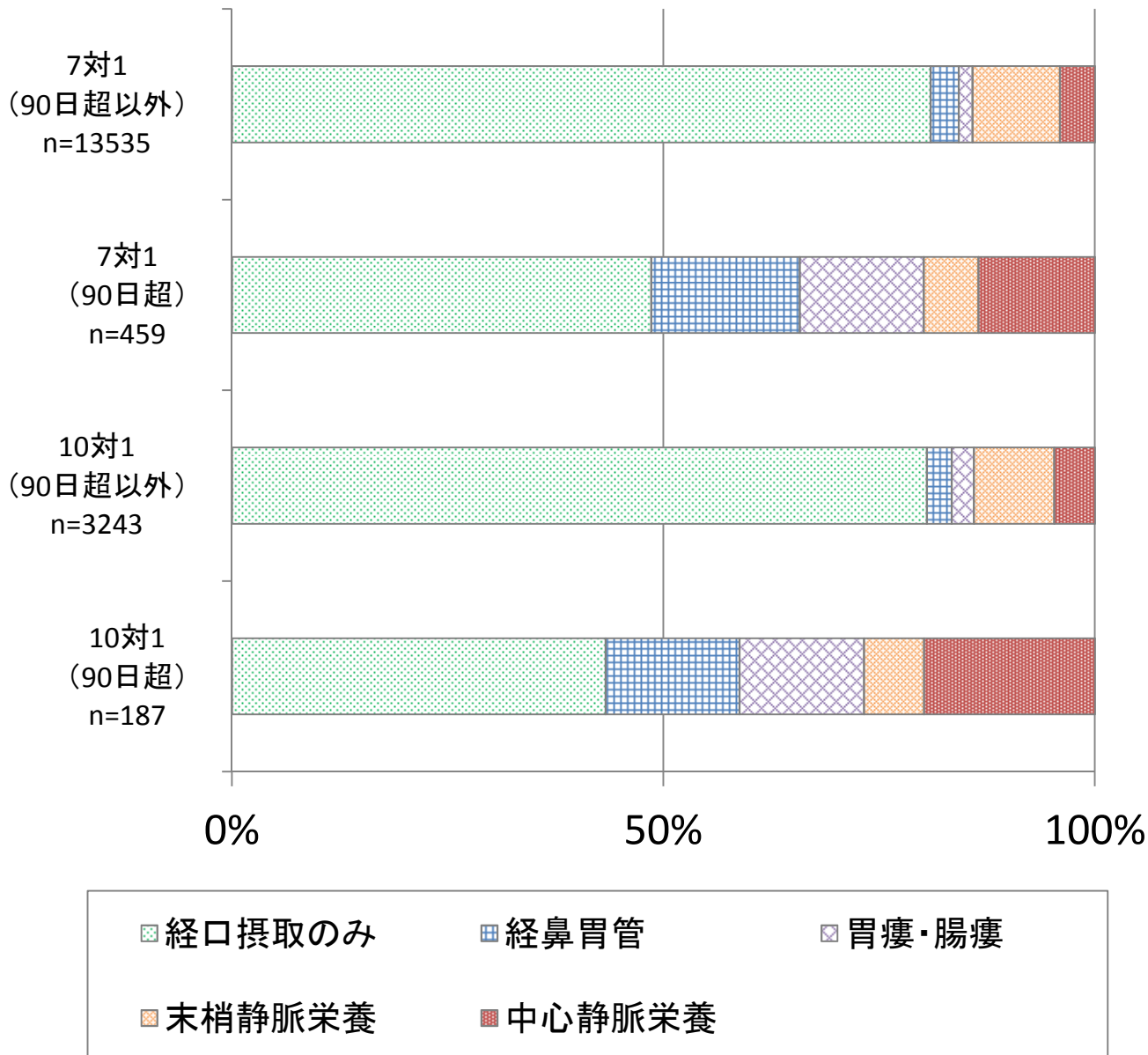


未申請 非該当 要支援1 要支援2 要介護1
要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 不明

自立 J1 J2 A1 A2
B1 B2 C1 C2

90日を超えて入院している患者の状態③

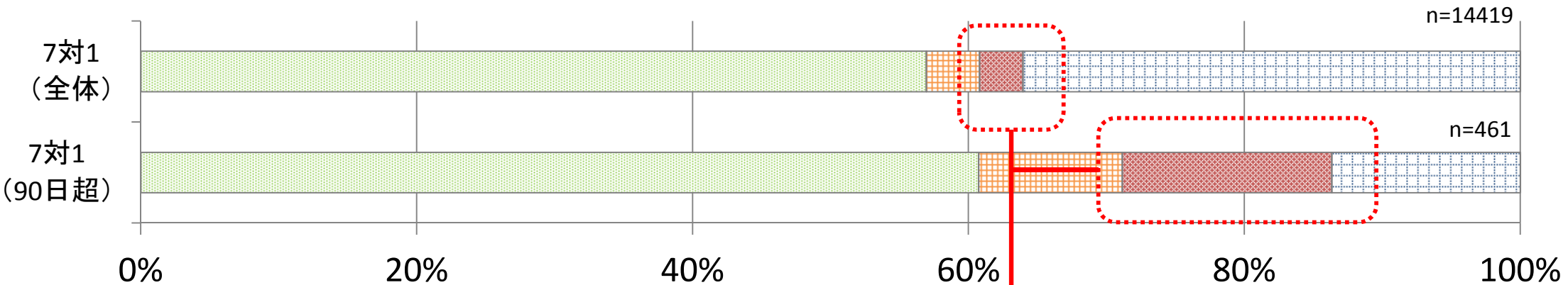
<栄養摂取の状況>



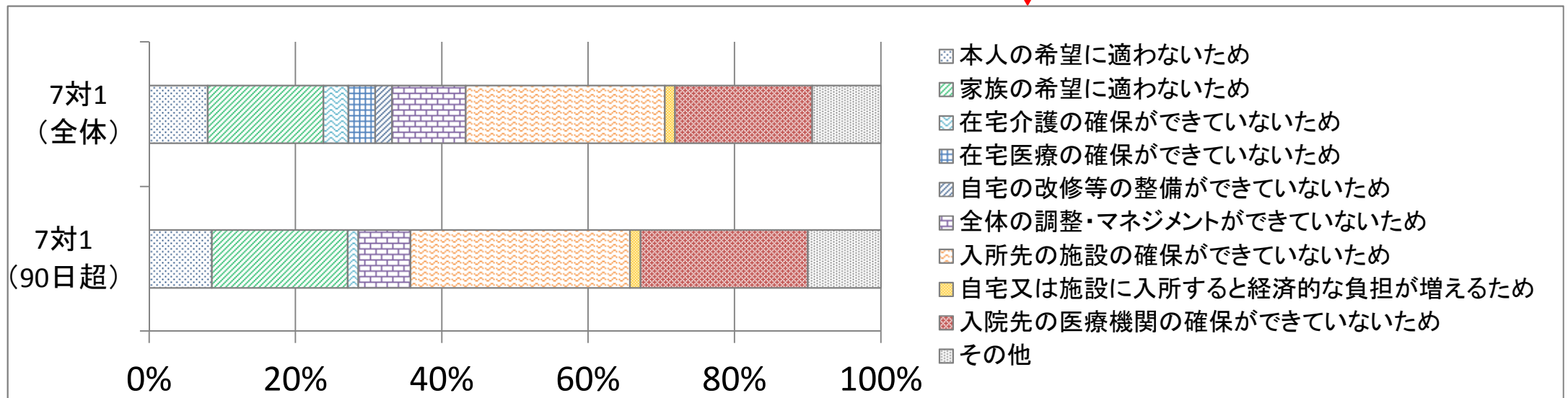
90日を超えて入院している患者の見通し(7対1入院基本料)

<医学的な入院継続の理由等>

- 医学的な理由のため入院医療が必要である
- 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 退院予定が決まっている



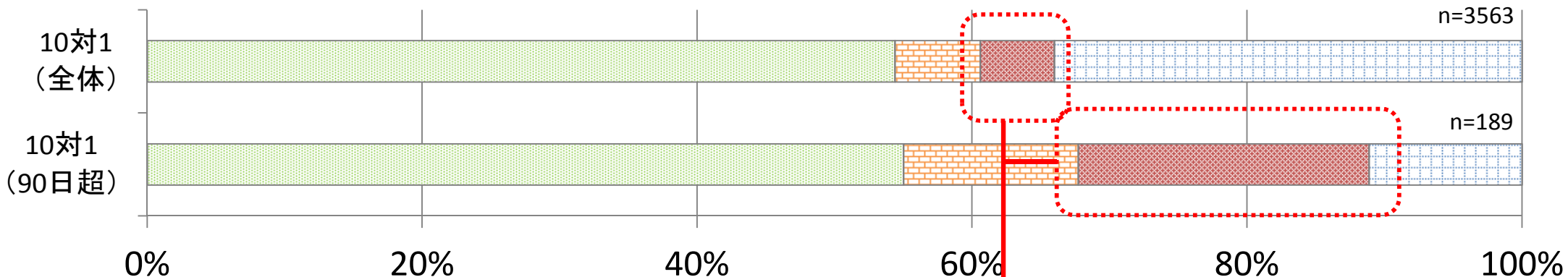
<医学的には外来等でもよい患者が、退院できない理由>



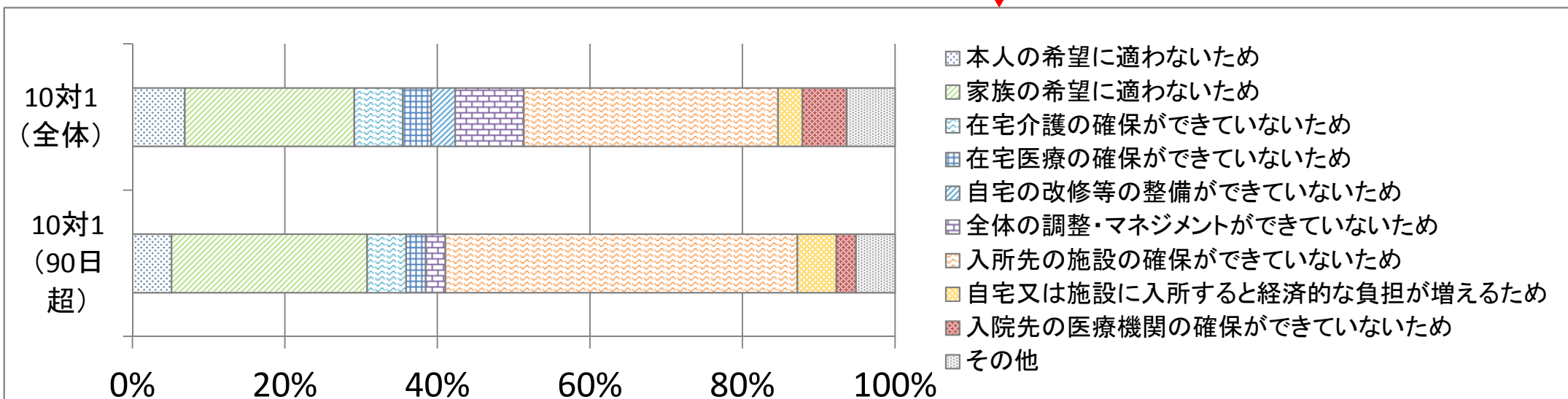
90日を超えて入院している患者の見通し(10対1入院基本料)

<医学的な入院継続の理由等>

- 医学的な理由のため入院医療が必要である
- 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 退院予定が決まっている

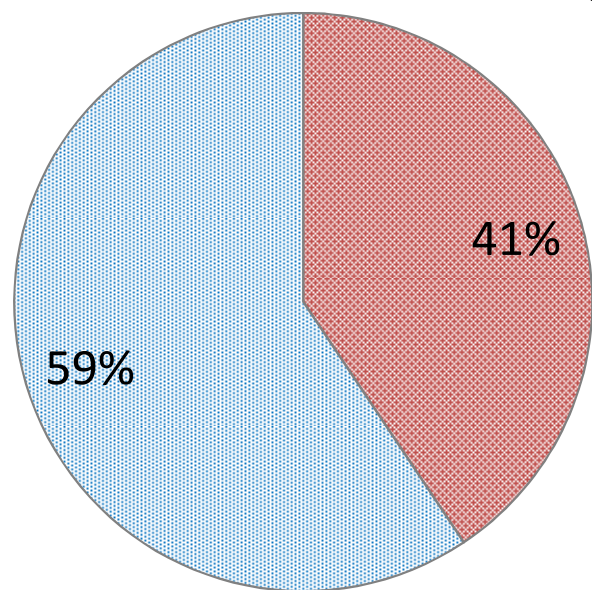


<医学的には外来等でもよい患者が、退院できない理由>



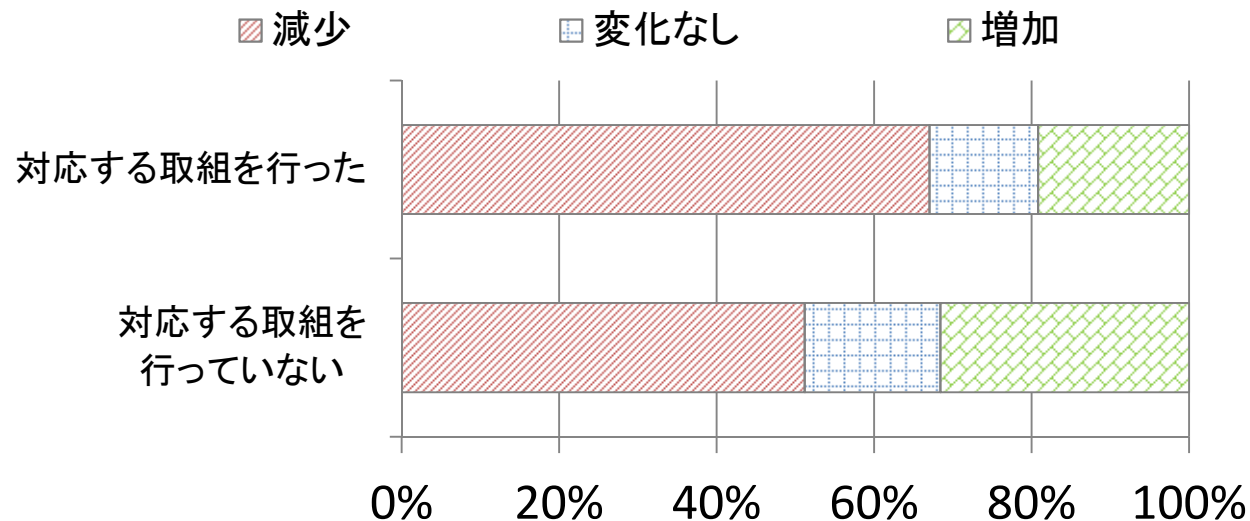
特定除外制度の見直しへの対応状況(7対1入院基本料)

<特定除外制度見直しに対する取組状況>

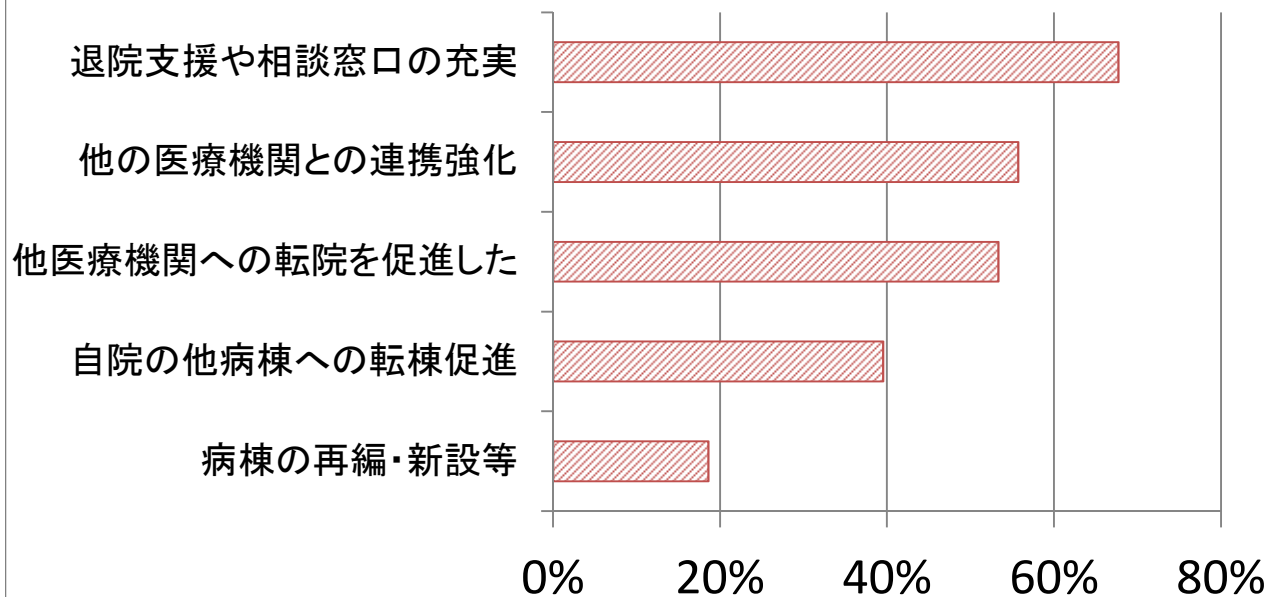


- 対応する取組を行った
- 対応する取組を行っていない

<90日超患者の増減>



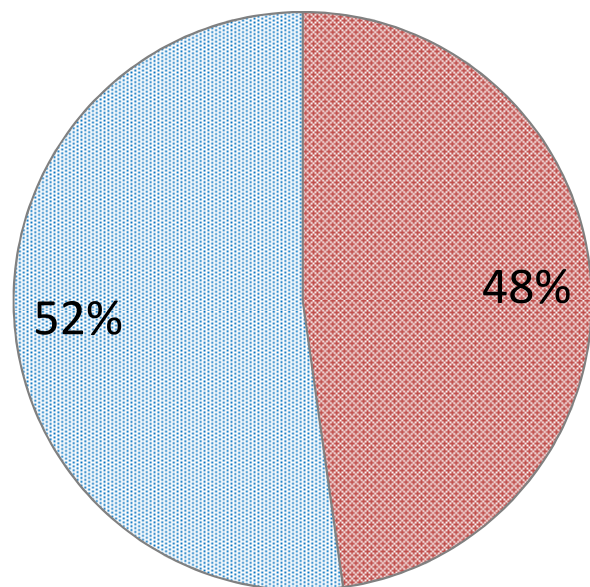
<取組の内容>



特定除外制度の見直しへの対応状況(10対1入院基本料)

＜特定除外制度見直しに対する取組状況＞

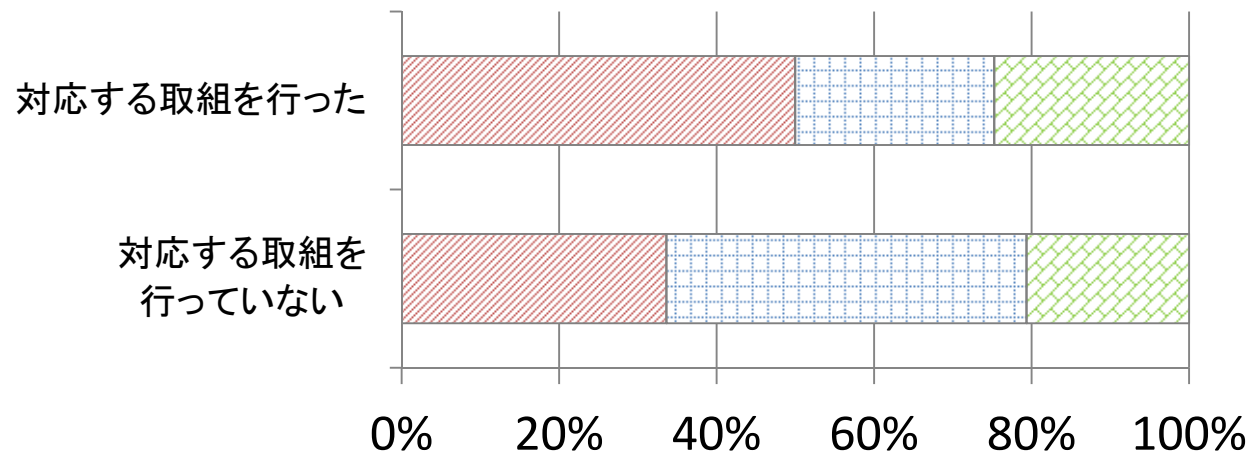
n=381



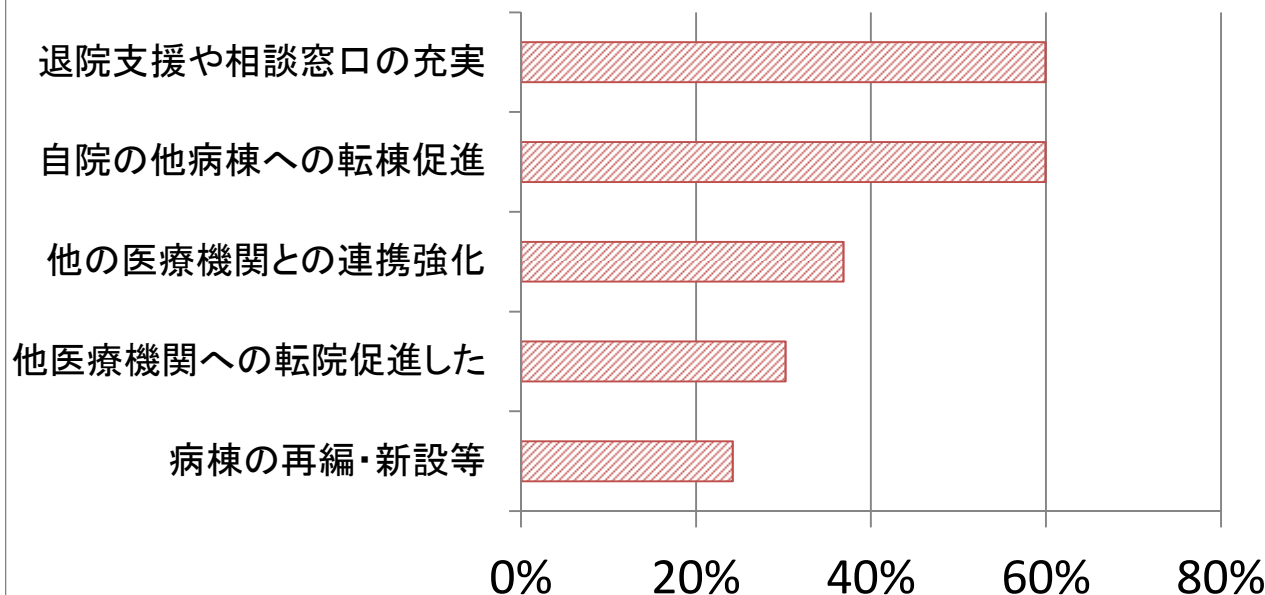
- 対応する取組を行った
- 対応する取組を行っていない

＜90日超患者の増減＞

- 減少
- 変化なし
- 増加

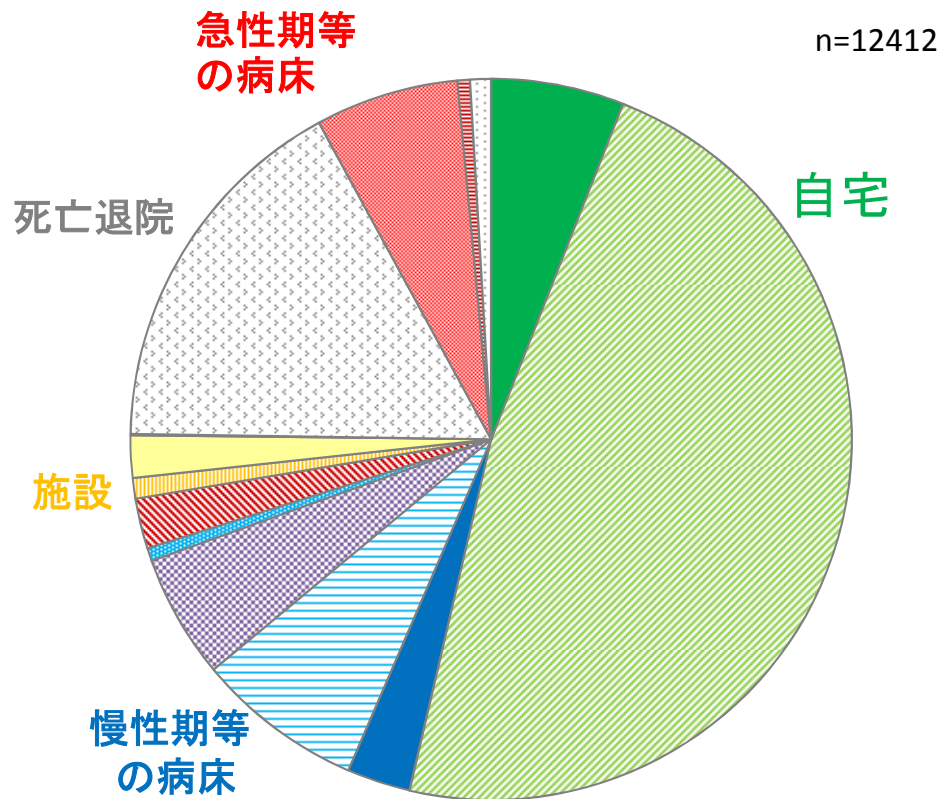


＜取組の内容＞

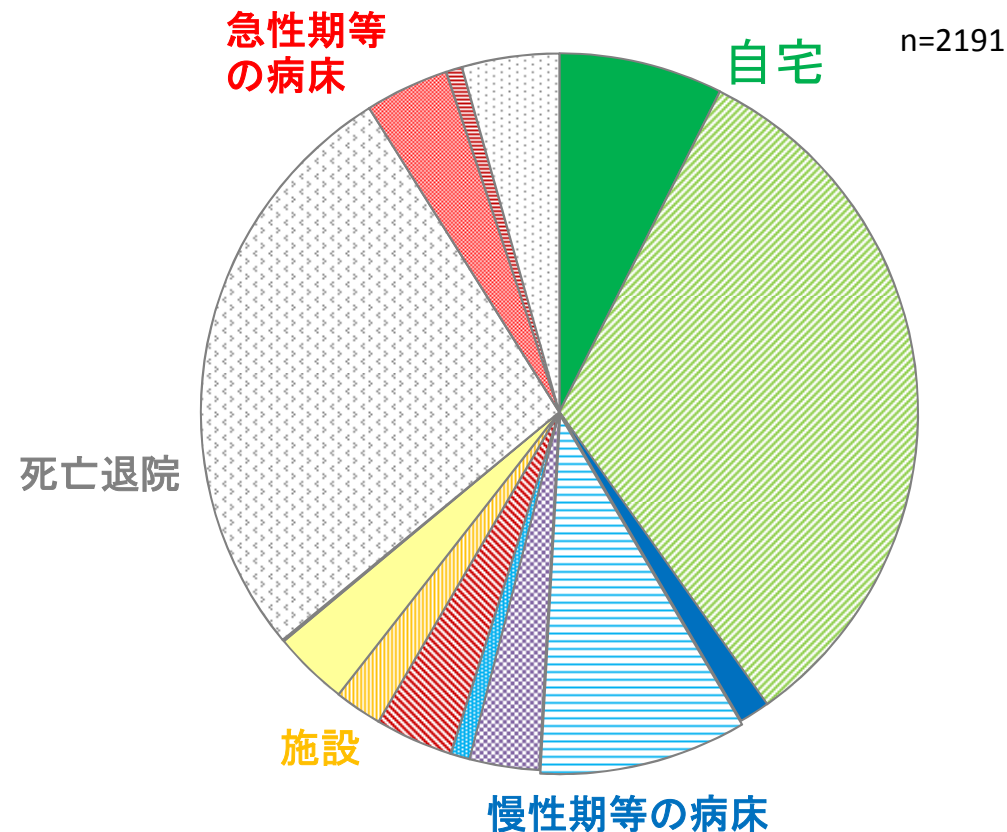


90日を超えて入院している患者の退院先

＜退院先(7対1入院基本料)＞



＜退院先(10対1入院基本料)＞



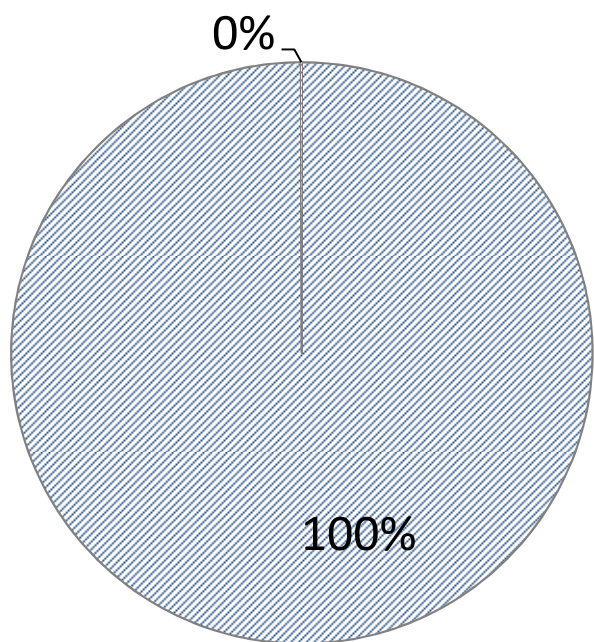
- 自宅(在宅医療の提供あり)
- 自宅(在宅医療の提供なし)
- 他の病院の療養病床
- 他の病院のその他の病床
- 介護老人保健施設
- 介護老人福祉施設(特養)
- 障害者支援施設
- 死亡退院
- 有床診療所
- その他
- 他の病院の地域包括ケア病棟等
- 介護療養型医療施設
- 高齢者向け居住施設
- 他の病院の急性期の病床

平成26年度調査

90日を超えて入院している患者の診療報酬の算定状況

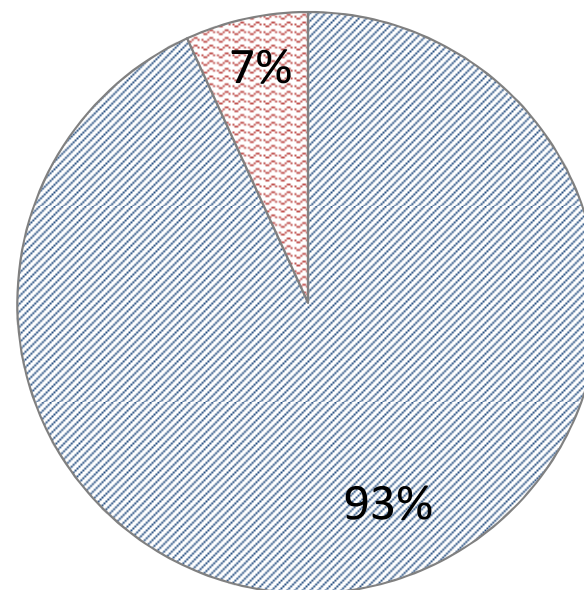
○ 7対1・10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者のほとんどは、出来高での算定(平均在院日数の計算対象に含む)を選択している。

＜7対1一般病棟入院基本料＞



■ 出来高で算定 ■ 療養病棟と同等の報酬体系

＜10対1一般病棟入院基本料＞



■ 出来高で算定 ■ 療養病棟と同等の報酬体系

90日を超えて入院している患者の変化

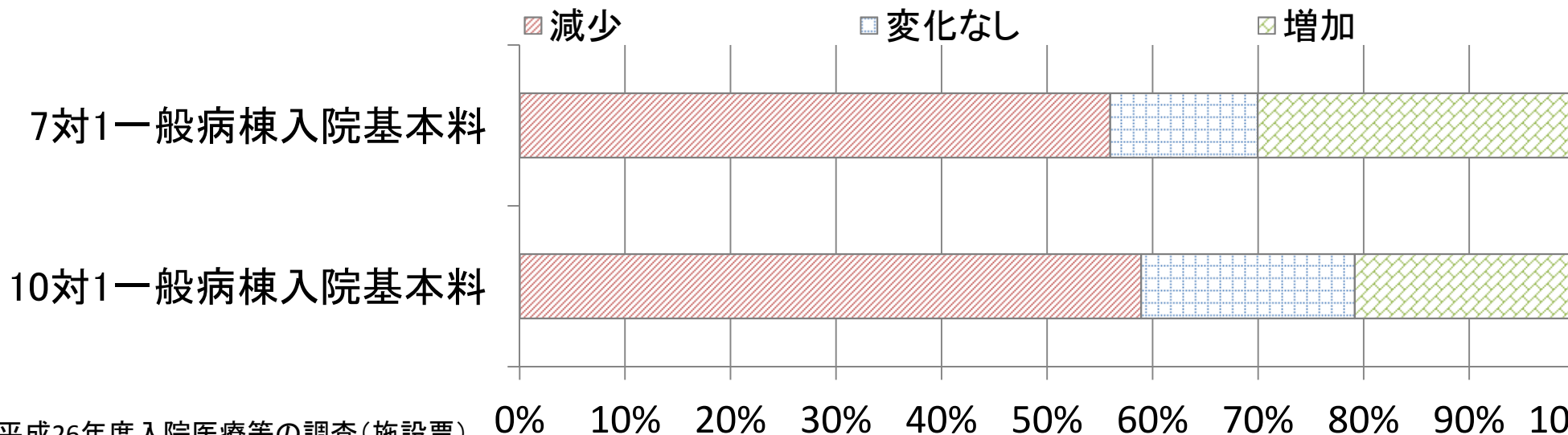
<7対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	2.04人/50人	➡	1.74人/50人

<10対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	4.63人/50人	➡	3.77人/50人

<90日を超えて入院している患者の増加／減少した医療機関>



90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別: 7対1一般病棟入院基本料)

特定除外項目	平成24年 6月1日 (50人あたり)	平成26年 11月5日 (50人あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.05人	0.00人	-0.05人/50人
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.00人	0.07人	+0.07人/50人
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	0.09人	0.12人	+0.03人/50人
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.50人	0.11人	-0.39人/50人
観血的動脈圧測定を実施している状態	0.00人	0.00人	±0人/50人
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)	0.60人	0.49人	-0.11人/50人
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	0.05人	0.00人	-0.05人/50人
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.17人	0.20人	+0.03人/50人
人工呼吸器を使用している状態	0.15人	0.09人	-0.06人/50人
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	0.08人	0.07人	-0.01人/50人
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)	0.05人	0.04人	-0.01人/50人



90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別: 10対1一般病棟入院基本料)

特定除外項目	平成24年 6月1日 (50人あたり)	平成26年 11月5日 (50人あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.09人	0.00人	-0.09人/50人
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.09人	0.04人	-0.05人/50人
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	0.29人	0.20人	-0.09人/50人
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.47人	0.11人	-0.36人/50人
観血的動脈圧測定を実施している状態	0.00人	0.00人	-0.00人/50人
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)	0.59人	0.71人	+0.12人/50人
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	0.09人	0.00人	-0.09人/50人
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.18人	0.33人	+0.15人/50人
人工呼吸器を使用している状態	0.18人	0.14人	-0.04人/50人
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	1.06人	0.07人	-0.99人/50人
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)	0.00人	0.03人	+0.03人/50人



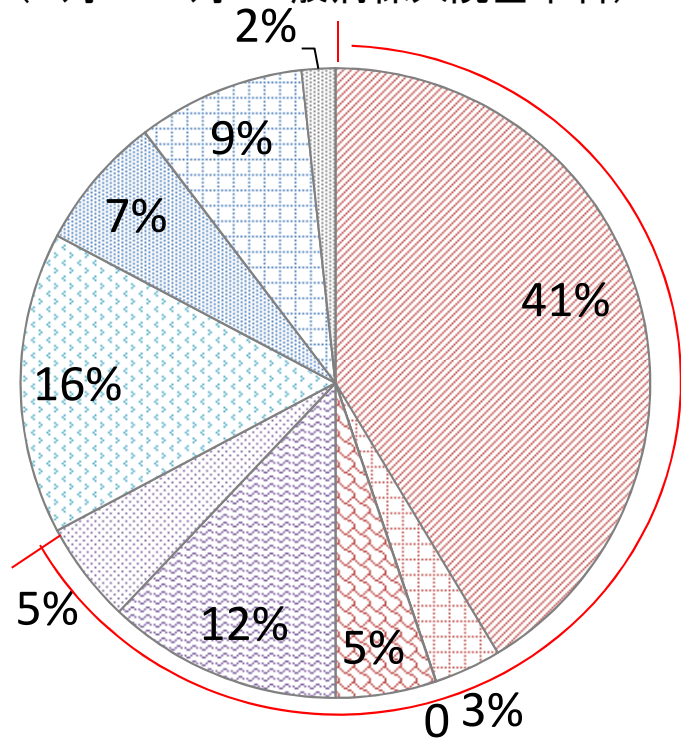
90日を超えて入院している患者の退棟状況について

○ 90日を超えて入院している患者の退棟先は、自宅が最も多い。また、自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。

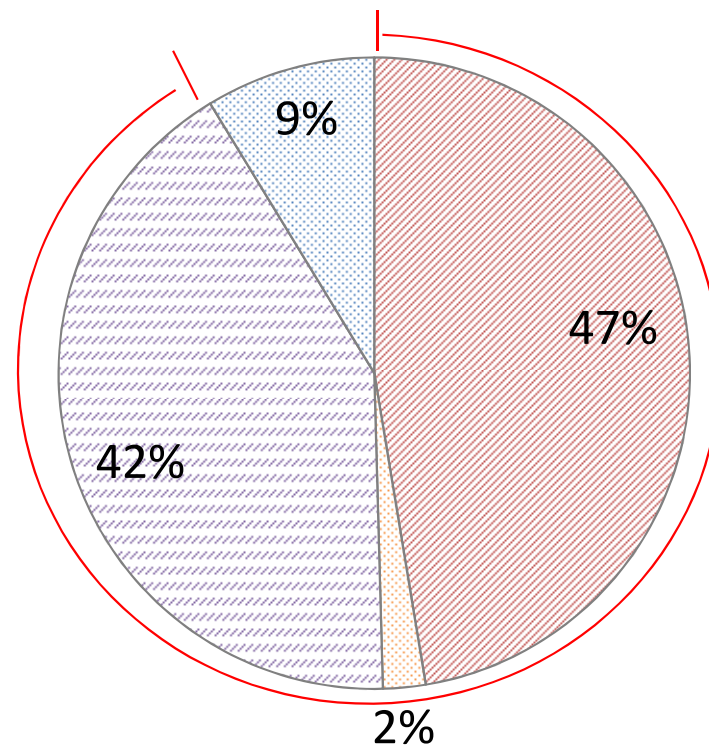
○ なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

＜90日を超え患者の退棟先＞

(7対1・10対1一般病棟入院基本料)



＜90日超え患者が減少した医療機関の退院支援＞



- 自宅
- 自院の療養病床
- 他院の療養病床
- 自院の一般病床
- 他院の一般病床
- 自院の地域包括ケア・回りハ病床
- 他院の地域包括ケア・回りハ病床
- 介護施設等
- 自院のその他病床
- 他院のその他病床

- いずれも設置
- 地域連携室のみ設置
- 退院支援室のみ設置
- いずれも設置していない

とりまとめの構成

1. 調査概要等

2. 急性期入院医療について

2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について

2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について

2-3. 重症度、医療・看護必要度について

3. 短期滞在手術等基本料について

4. 特定集中治療室管理料について

5. 総合入院体制加算について

6. 有床診療所入院基本料について

7. 地域包括ケア病棟入院料について

8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

9. 慢性期入院医療について

9-1. 在宅復帰機能強化加算について

9-2. 療養病棟入院基本料2について

9-3. 医療区分の評価項目について

9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について

10. その他

10-1. 退院支援に係る取組について

10-2. 入院中の他医療機関の受診について

重症度、医療・看護必要度の導入の経緯

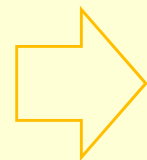
- 平成14年改定 「特定集中治療室管理料」の算定要件に**重症度**の判定基準及び患者割合を導入
⇒A項目9、B項目5、合計14項目について、毎日評価。A項目3点またはB項目3点以上を重症者と定義。患者割合9割以上を算定要件とした
- 平成16年改定 「ハイケアユニット入院医療管理料」の算定要件に**重症度・看護必要度**の判定基準及び患者割合を導入
⇒A項目15、B項目13、合計28項目について、毎日評価。A項目3点またはB項目7点以上を重症者と定義。患者割合8割以上を算定要件とした
- 平成20年改定 「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件に**一般病棟用にかかる重症度・看護必要度の基準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

平成26年度診療報酬改定

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について、**急性期患者の特性を評価する項目**とし、「**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度**」に名称を変更する。

現行(A項目)
1 創傷処置
2 血圧測定
3 時間尿測定
4 呼吸ケア
5 点滴ライン同時3本以上
6 心電図モニター
7 シリンジポンプの使用
8 輸血や血液製剤の使用
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



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

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※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病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料、 専門病院10対1入院基本料	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 一般病棟7対1及び10対1 入院基本料	7対1の場合 15%以上 10対1の場合 5%以上
一般病棟看護必要度 評価加算 一般病棟13対1入院基本料、 専門病院13対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)

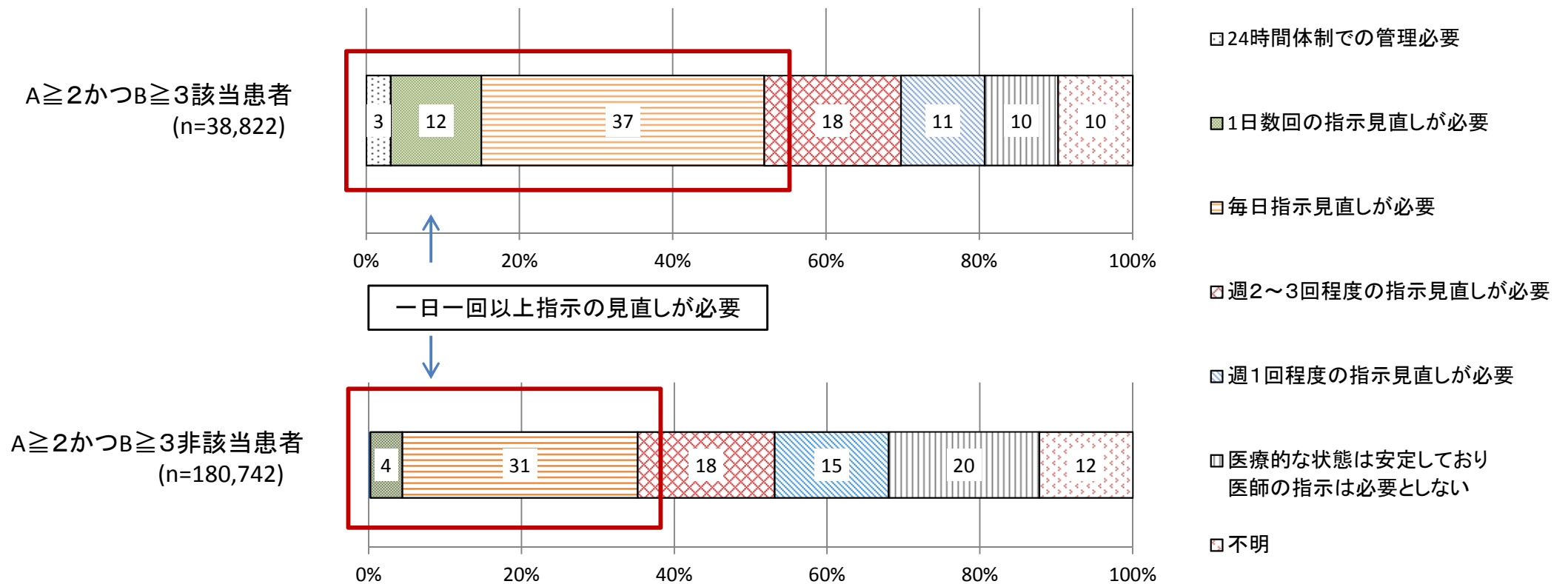
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

※ A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直しの頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日1回以上指示の見直しが必要な患者の割合は、50%強程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日1回以上の指示の見直しが必要な患者は35%程度存在した。

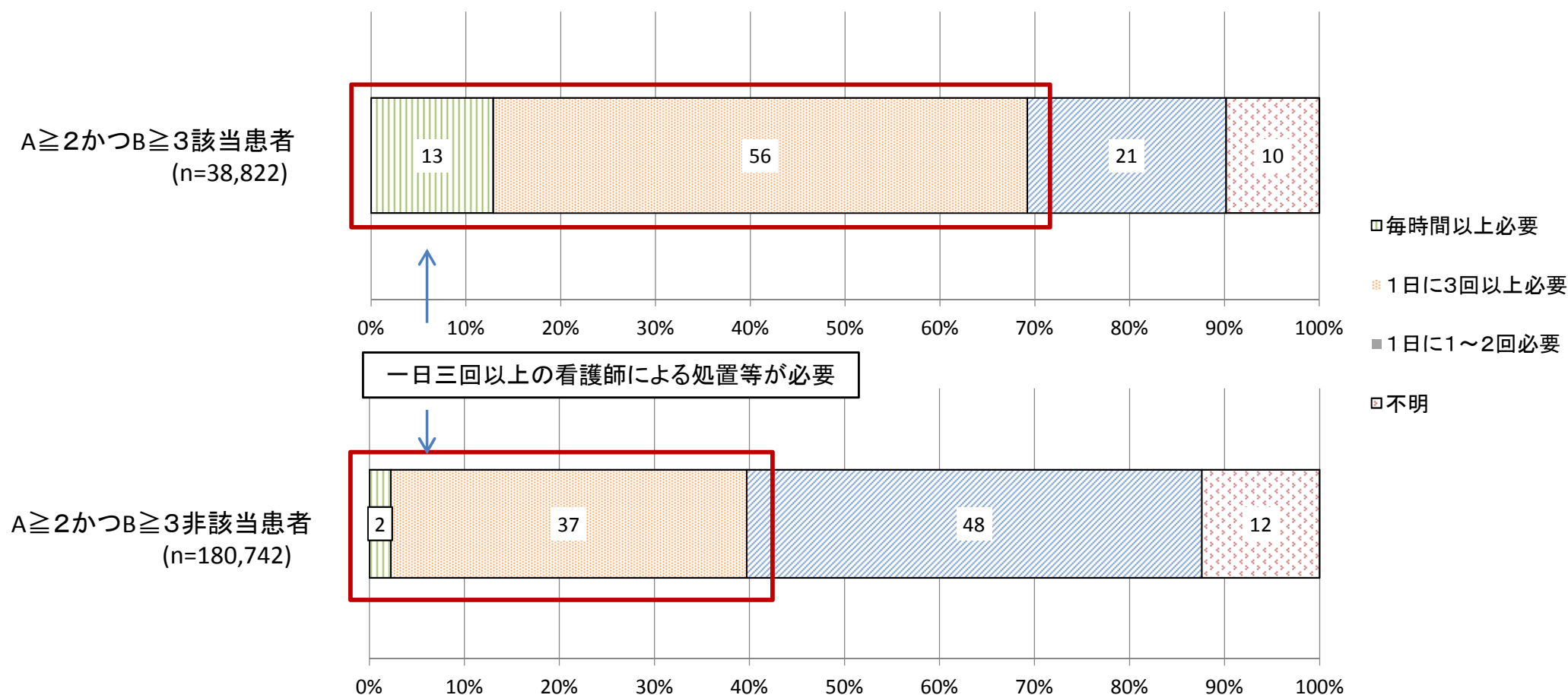
<医師による指示の見直し頻度>



重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

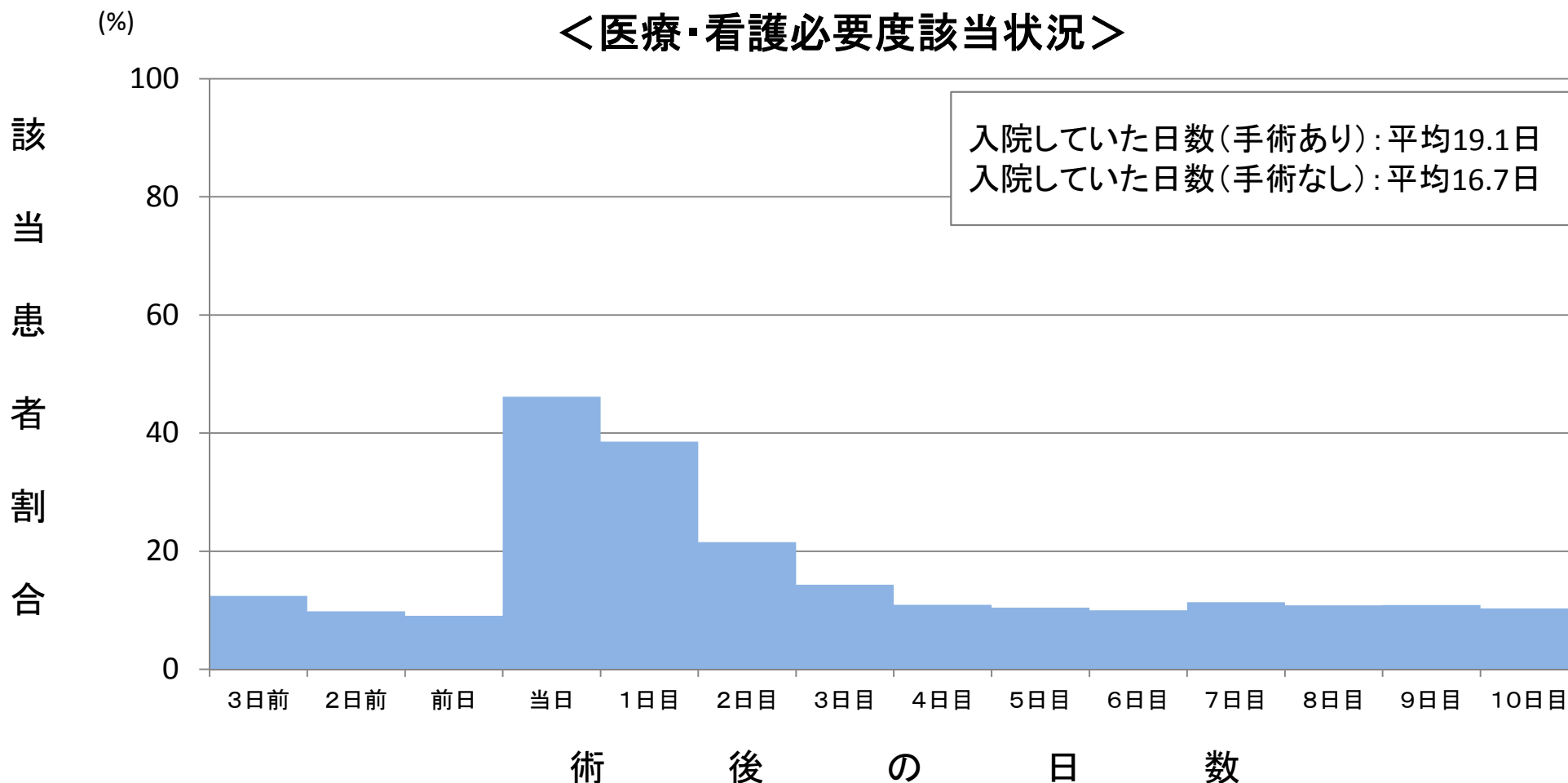
- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日3回以上看護師による処置等が必要な患者の割合は70%程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日3回以上が必要な患者は40%程度存在した。

<看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度>



術後の日数と重症度、医療・看護必要度の該当状況

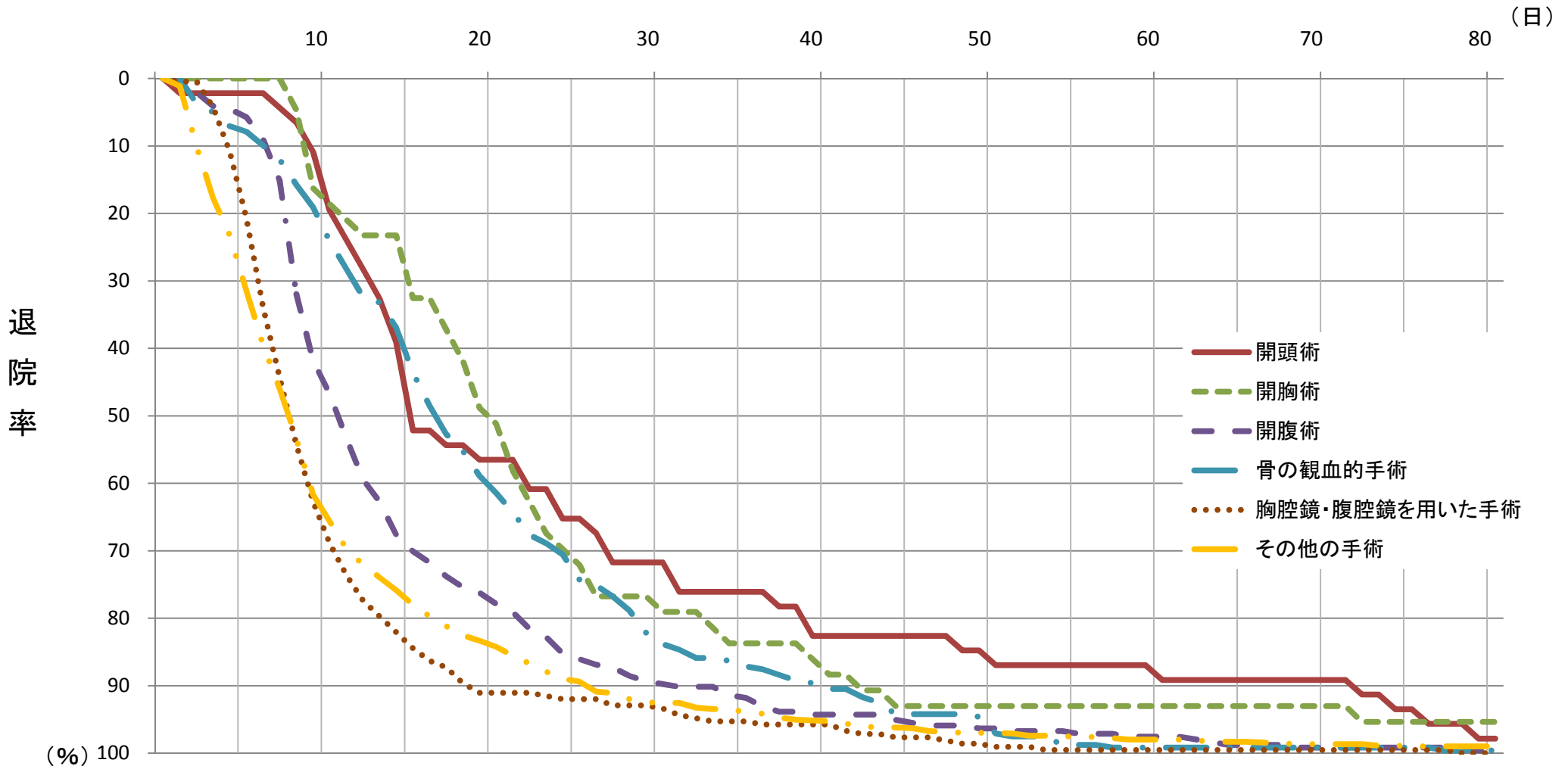
- 手術の当日であっても、重症度、医療・看護必要度A項目2点以上かつB項目3点以上に該当する患者の割合は45%程度に留まり、術後3日目には、術前と概ね同等の該当割合になっていた。
- また、手術を行った患者が入院していた日数は平均で19日であった。



手術ごとの患者の入院日数

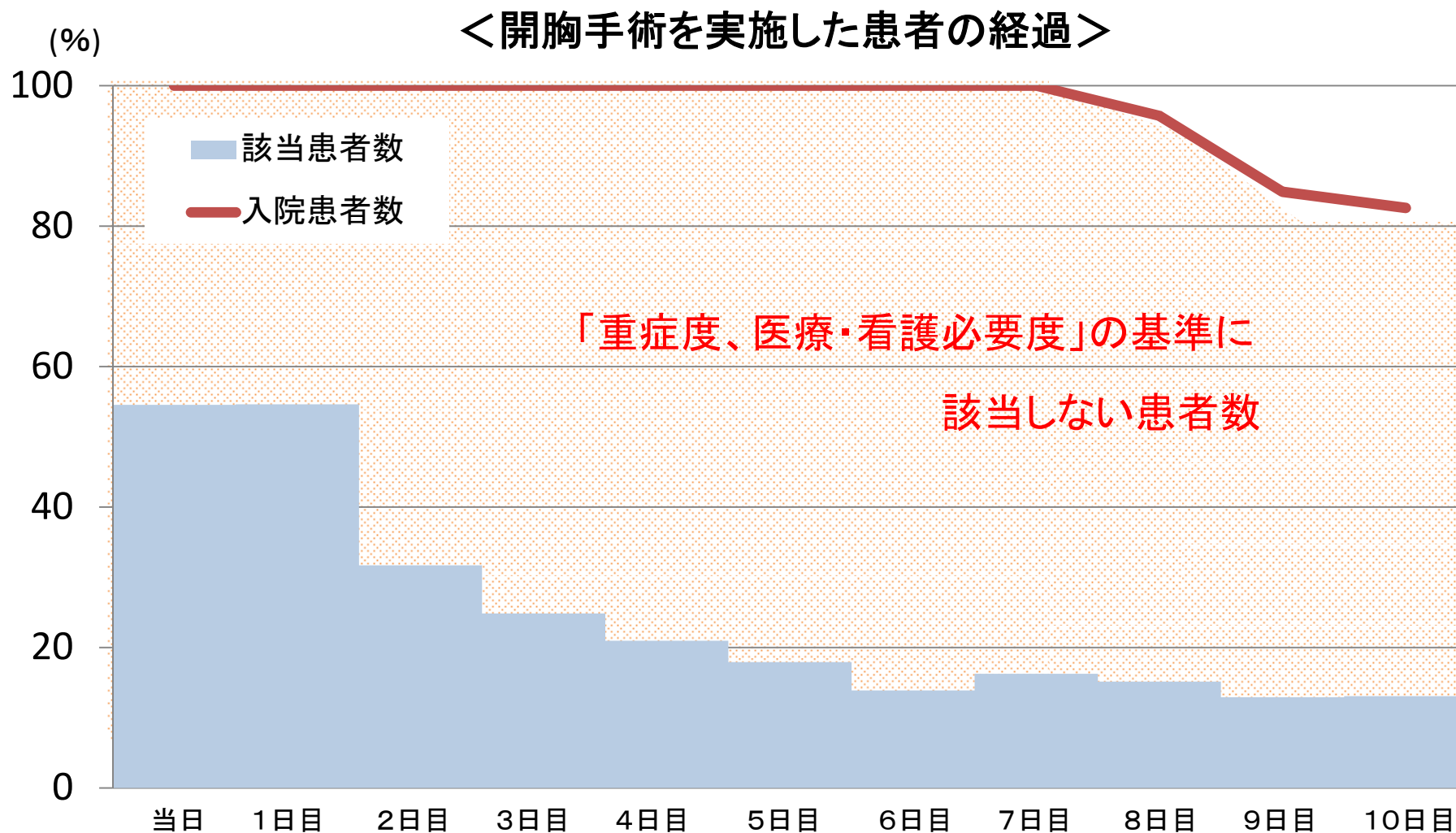
- 開頭術・開胸術・骨の観血的手術を実施した患者は入院日数が長く、術後10日を経ても80%程度の患者が入院していた。
- 一方、開腹術を実施した患者では、術後10日まで入院していた患者は50%程度であった。その他、胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術やその他の手術を実施した患者では、術後10日まで入院していた患者は30%程度に留まった。

＜手術ありの退院患者：手術種類別の退院率推移グラフ＞



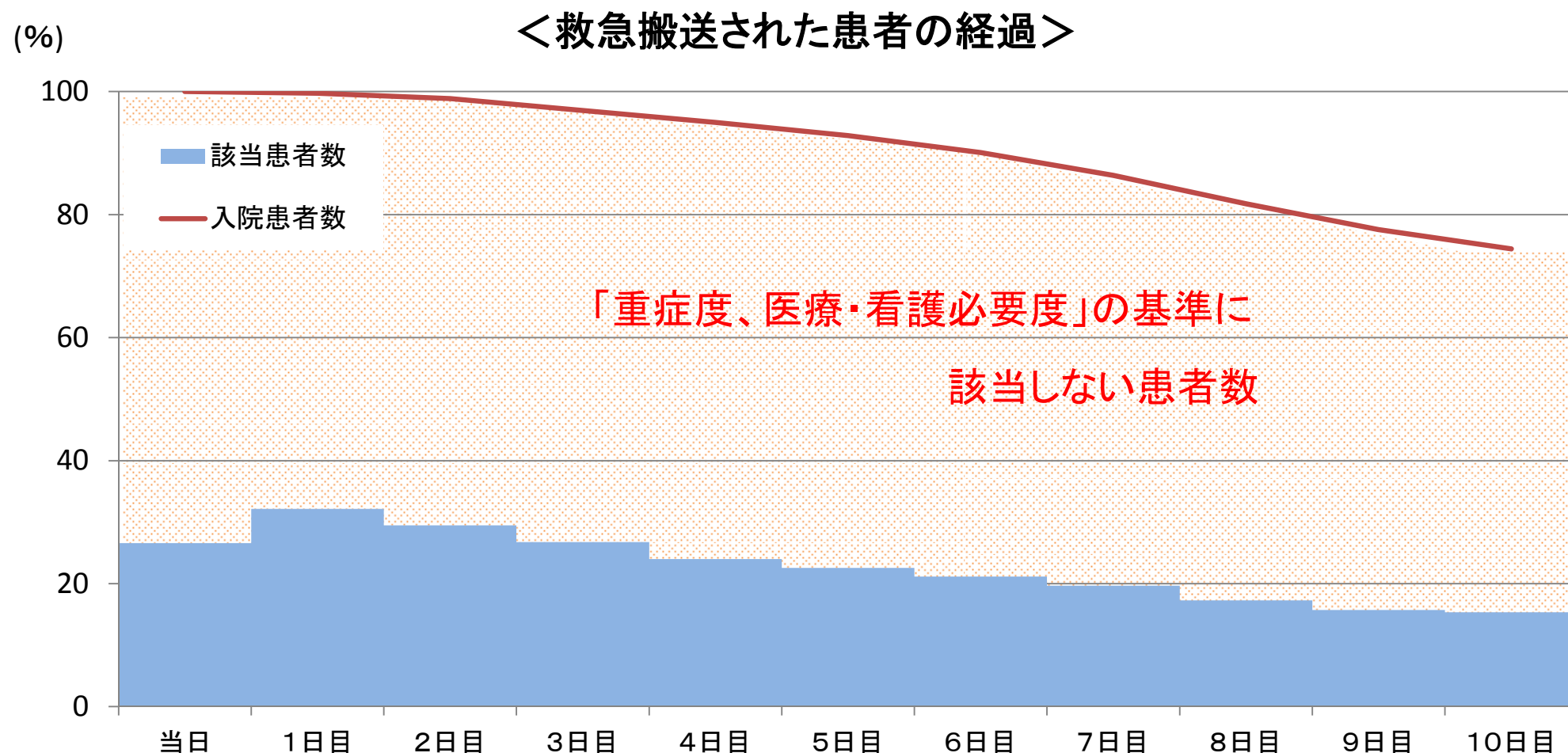
開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



救急搬送された患者の入院後の経過について

- 救急搬送された患者のうち、重症度、医療・看護必要度に該当する患者は、入院当日で20%強、最大でも30%強であった。



医師の指示の見直しの頻度が高い算定項目について

- 7:1入院基本料の入院患者の各診療報酬項目の実施された患者のうち、実施日に、「医師の見直しの頻度が1日1回以上必要な患者」の割合が60%以上であるものを検索した結果、現在の重症度、医療・看護必要度のA項目で評価されていない項目として、ICU/HCUで評価されている項目や、極度の免疫抑制時に実施される検査・治療が挙げられた。

＜診療報酬項目と、医師の指示の見直しの頻度との関連に関する分析＞

各診療報酬項目の実施された患者のうち、実施日に「医師の指示の見直しが1日1回以上必要」な患者の割合が60%以上であった項目 ^(※)	特徴	現在の取り扱い	
人工呼吸器の使用、終末呼気炭酸ガス濃度測定等	呼吸ケア	既存のA項目に関連が強いもの	
保存血液輸血、自己血輸血等	輸血や血液製剤の使用		
無菌製剤処理料	抗悪性腫瘍剤の使用		
FDP定性、全血凝固、AT活性、Dダイマー定性	凝固異常 (抗血栓薬の持続点滴)		
麻酔管理料、閉鎖循環式全身麻酔等	手術後の患者	第5回入院分科会で議論	既存のA項目で評価されていない項目
夜間休日救急搬送医学管理料、創傷処置等	救急搬送後の患者		
中心静脈圧測定、観血的動脈圧測定	ICU/HCUで評価されている項目	その他	
無菌治療室管理加算、サイトメガロウイルス抗体価、サイトメガロウイルス抗原、アスペルギルス抗原、細菌培養同定(口腔)、細菌培養同定(消化管)、β-D-グルカン、集菌塗抹法加算	抗悪性腫瘍剤の投与後など 極度の免疫抑制時に実施される検査・治療		
基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料等	特定機能病院で実施される項目		
ケトン体アンプル法、フィブリノゲン半定量、抗核抗体、β2-ミクログロブリン、アミラーゼ(尿)、トランスサイレチン、腰椎穿刺、Tf脈波図・心機図・ポリグラフ、誘発筋電図、他医撮影の写真診断、間歇的導尿	その他の処置・血液検査項目		

※DPC対象医療機関の患者約25000人を対象に2週間の調査を行い、EFファイルから、延べ100回以上算定された項目について網羅的に分析。

重症度、医療・看護必要度に係る医療機関の状況について

- 重症度、医療・看護必要度が「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者及び「A項目2点以上」の患者が占める割合によって、医療機関の実績を比較したところ、
- ・ 「A項目2点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が高い傾向がみられた。
 - ・ 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が低い傾向がみられた。

7対1病棟を有する医療機関における、年間の手術等の実施件数と入院単価の比較 (n=140)

	A項目2点以上の患者割合による比較		(A) - (B)	A項目2点以上かつB項目3点以上の患者割合による比較		(C) - (D)
	該当患者割合が多い医療機関 (A)	該当患者割合が少ない医療機関 (B)		該当患者割合が多い医療機関 (C)	該当患者割合が少ない医療機関 (D)	
100床当たりの全麻手術の件数	564	494	70	513	550	-37
100床当たりの人工心肺を用いた手術件数	5	1	4	2	4	-2
100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	138	110	28	111	110	1
100床当たりの腹腔鏡下手術件数	73	74	-1	64	80	-16
100床当たりの放射線治療件数	385	3	382	106	132	-26
100床当たりの化学療法件数	613	314	299	422	615	-193
100床当たりの分娩件数	54	39	15	0	36	-36
レセプトの一日当たり入院単価	5,437	4,500	937	5,005	4,625	380

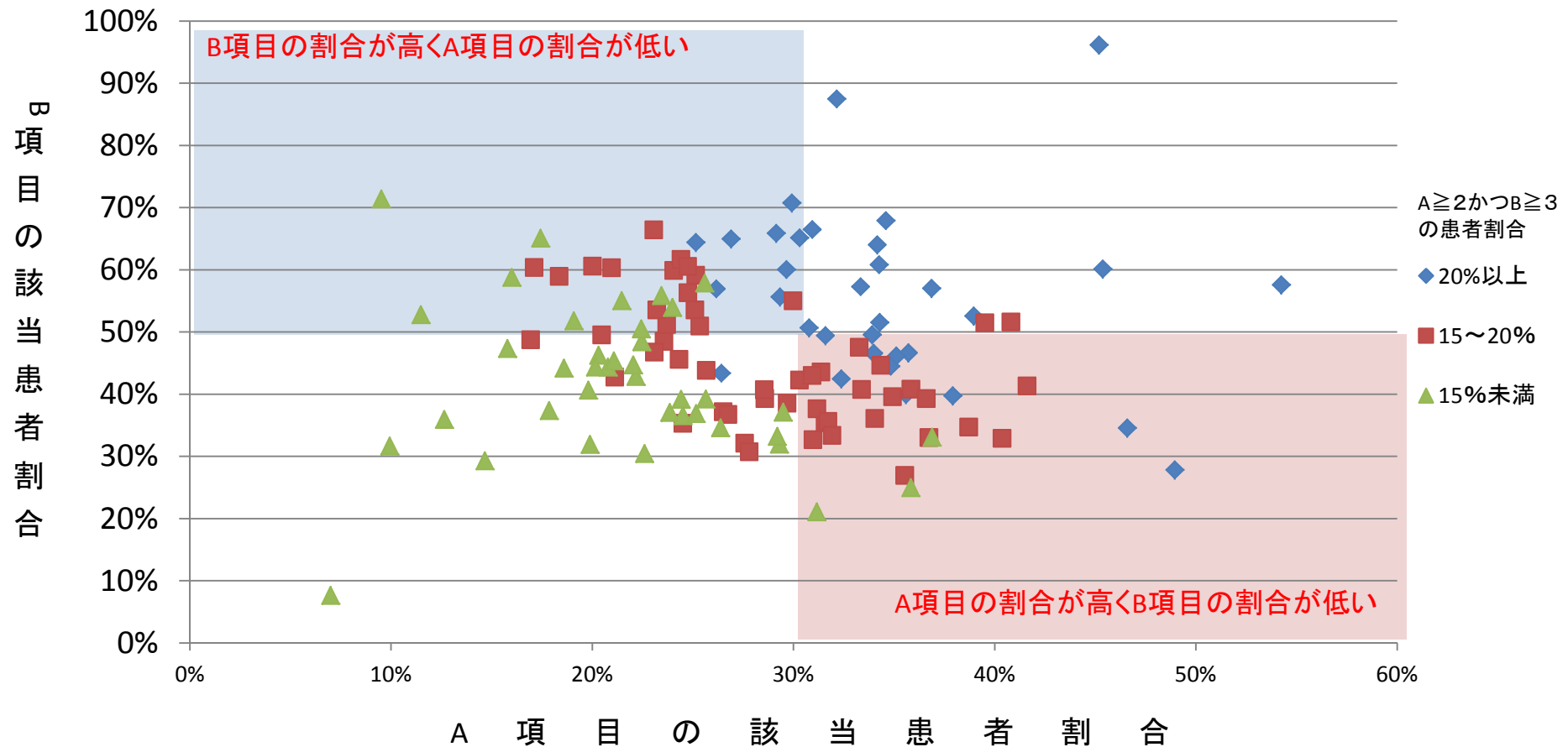
(※「A \geq 2」、「A \geq 2かつB \geq 3」の該当患者割合が、それぞれ中央値を超える群と中央値以下の群に分け、項目毎に中央値を集計した)

重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合 (7対1一般病棟)

- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が同程度の医療機関であっても、B項目の割合が高くA項目の割合が低い医療機関から、A項目の割合が高くB項目の割合が低い医療機関まで診療状況は様々であった。

＜A・B項目の該当患者割合別の医療機関分布＞

(n=126)

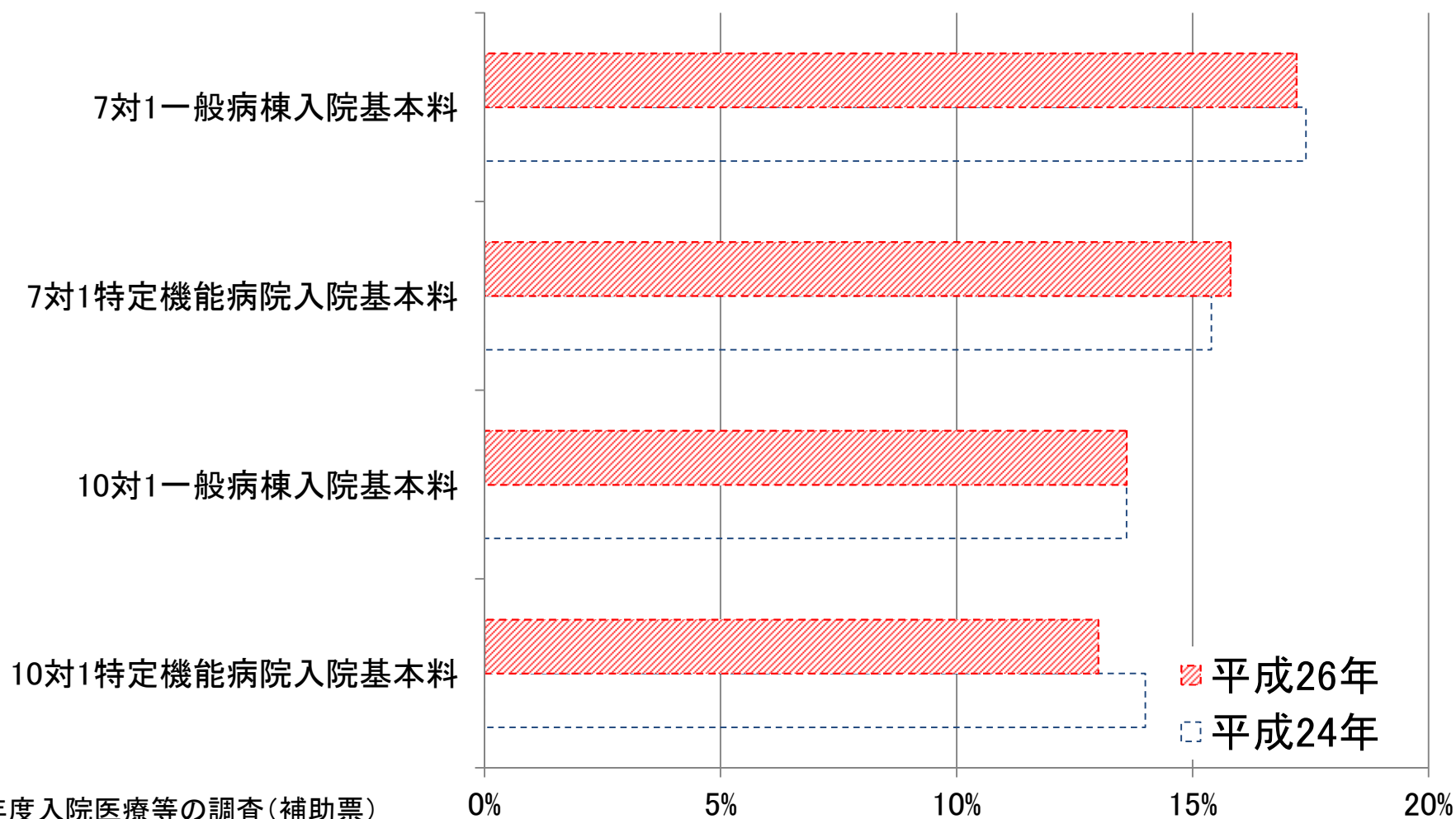


入院料別の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合

診調組 入-1
27.5.29

- 7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

<入院料別の該当患者割合>



一般病棟/特定機能病院における重症度、医療・看護必要度の状況

- 特定機能病院では、A項目の該当割合が高く、B項目の該当割合が低い傾向がみられた。また、A項目のうち、専門的な治療処置が高かった。
- 一般病棟では、A項目と比べてB項目の該当割合が高い傾向がみられた。

<入院料別の該当患者割合>

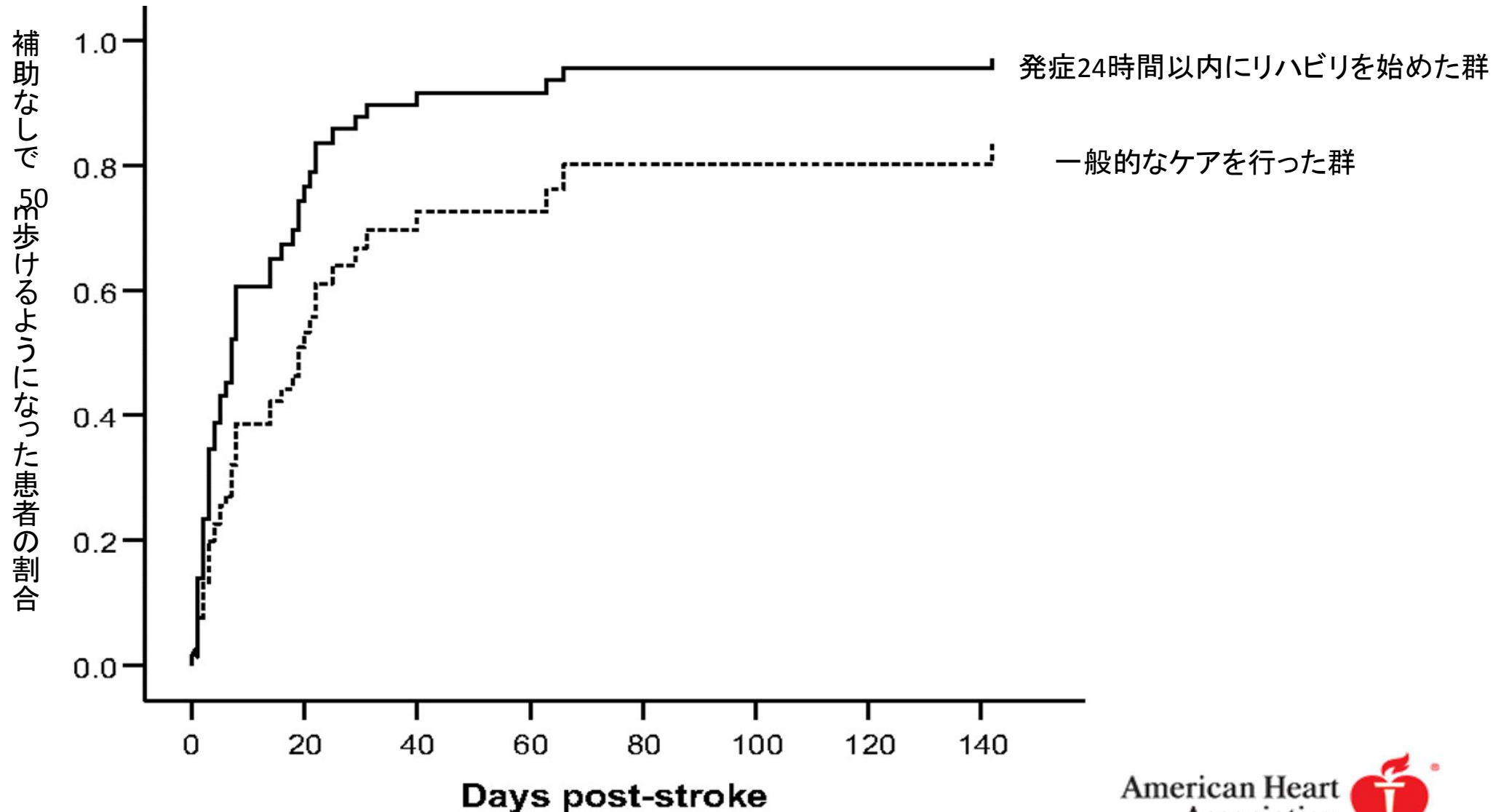
		7対1一般病棟 (n=61,298)	7対1特定機能 (n=14,240)
A 項目	全体の該当割合	28.8%	36.3%
	創傷処置	14.2%	13.8%
	呼吸ケア	14.3%	9.5%
	点滴ライン同時3本以上	4.2%	4.3%
	心電図モニターの管理	20.1%	14.0%
	シリンジポンプの管理	4.3%	5.7%
	輸血や血液製剤の管理	1.7%	2.0%
	専門的な治療処置	19.4%	31.7%

		7対1一般病棟 (n=61,298)	7対1特定機能 (n=14,240)
B 項目	全体の該当割合	44.7%	28.8%
	寝返り	36.7%	24.8%
	起き上がり	30.3%	17.4%
	座位保持	33.1%	19.0%
	移乗	44.2%	31.6%
	口腔清潔	41.3%	26.1%
	食事摂取	32.9%	21.6%
	衣服の着脱	51.8%	34.0%

脳卒中発症早期に開始するリハビリテーションの有用性

中医協 総-1-1
23. 12. 7

Number of days to walking 50 m unassisted in VEM and SC groups, adjusted for age, sex, stroke severity (NIHSS), premorbid mRS, and diabetes (N=71).



Cumming T B et al. Stroke 2011;42:153-158

術後の早期離床等に関するガイドライン

ERASプロトコールについて

- ERAS(enhanced recovery after surgery)プロトコールは、ERAS Society、ESPEN（ヨーロッパ静脈経腸栄養学会）、IASMEN(国際外科代謝栄養学会)により提唱されている周術期のケアに関するプロトコールで、エビデンスのあるケアの手法を集約し構成されている。
- ERASプロトコールは、術前・術中・術後におけるケアプログラムを通じて、患者の術後合併症のリスク低減やケア時間の短縮等をもたらし、術後の早期回復・退院を実現することを目的とするものである。

<直腸/骨盤内手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	術当日の2時間の離床、翌日からの6時間の離床	low	strong
術後栄養管理	術後4時間での経口摂取の開始	Moderate	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

<大腸手術における推奨例>

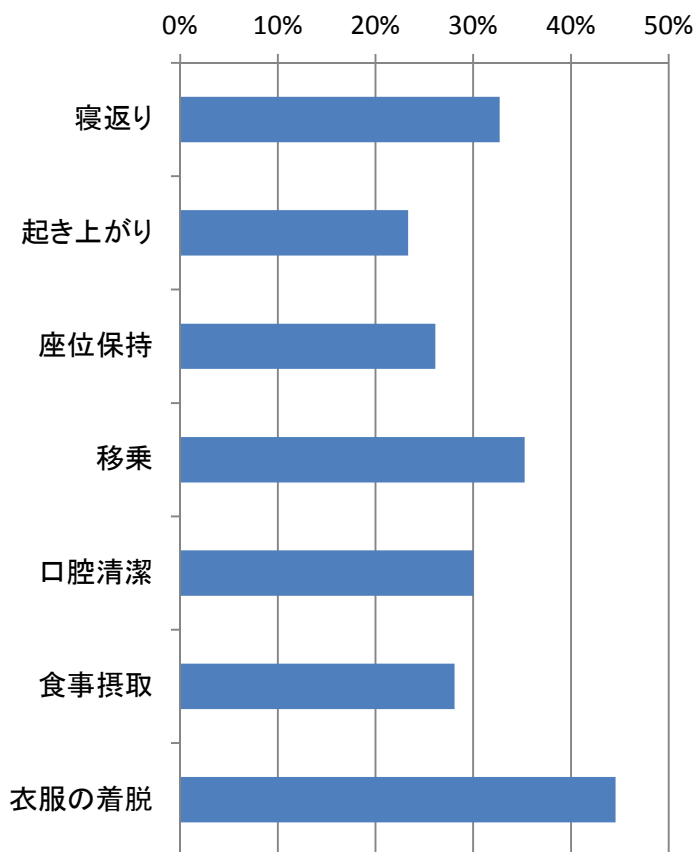
項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	早期の理学療法 of 開始	low	strong
術後栄養管理	早期の経腸栄養の開始	High	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

※その他、膀胱癌手術、膵十二指腸切除術、胃切除術においても同様のガイドラインが定められている。

術後のB項目の評価について

- 術後の患者のB項目については「衣服の着脱」、「寝返り」、「移乗」の該当率が高かった。

術後10日間のB項目平均該当率



重症度、医療・看護必要度に係る評価表 評価の手引き(抜粋)

<B項目共通事項>

医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。

<寝返り>

(項目の定義)

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド、柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

(判断に際しての留意点)

寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等がおこなっている場合は「できない」となる。

<移乗>

(項目の定義)

移乗が自力でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

(判断に際しての留意点)

医師の指示により自力での移乗が制限されていた場合は「できない」とする。

重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直し頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者では、「A項目3点以上」の患者の方が医師による頻回の指示の見直しが必要な患者がやや多かった。
- また、その他の患者においては、医師による頻回の指示の見直しが必要な患者は少なかった。

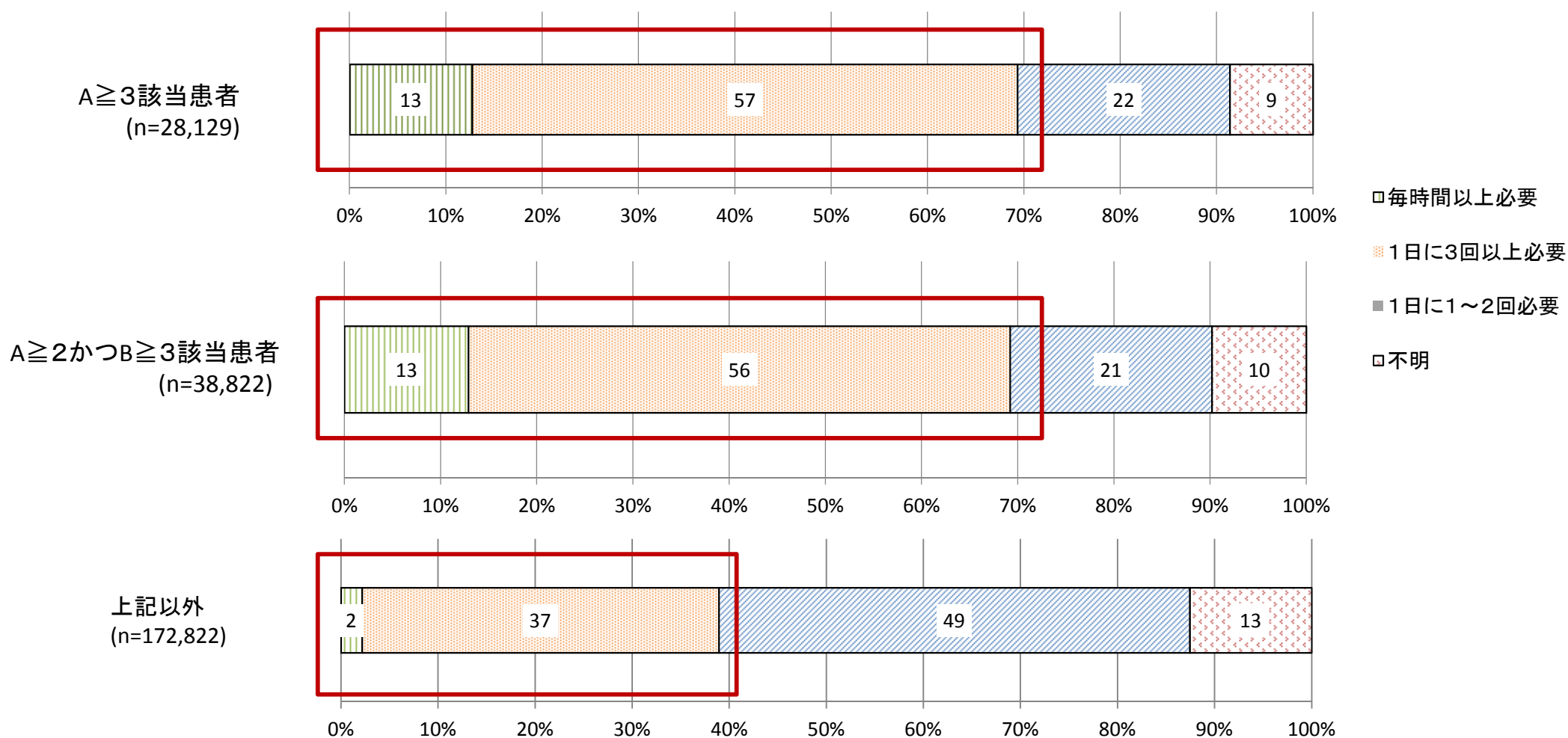
<医師による指示の見直し頻度>



重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者では、看護師による頻回の看護が必要な患者割合はほぼ同等であった。
- また、その他の患者においては、看護師による頻回の看護が必要な患者は少なかった。

<看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度>



B項目間の相関係数

- 7対1入院基本料算定病床における、B項目の該当状況について、すべての項目の間に高い相関があった。特に、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間には、極めて高い相関があった。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		B(01) 寝返り	B(02) 起き上がり	B(03) 座位保持	B(04) 移乗	B(05) 口腔清潔	B(06) 食事摂取	B(07) 衣服の着脱
一般 病棟 用	B(01) 寝返り	1.000						
	B(02) 起き上がり	0.804	1.000					
	B(03) 座位保持	0.795	0.822	1.000				
	B(04) 移乗	0.644	0.657	0.678	1.000			
	B(05) 口腔清潔	0.663	0.680	0.657	0.648	1.000		
	B(06) 食事摂取	0.595	0.588	0.556	0.533	0.602	1.000	
	B(07) 衣服の着脱	0.730	0.714	0.697	0.664	0.720	0.616	1.000

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

B項目のうち、仮に1項目を除いた場合の影響

- B項目のうち、仮に1項目を除いて、残りの6項目で評価するとした場合、「起き上がり」「座位保持」を除いても、3点以上を満たす者の割合への影響は小さかった。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		B<3 該当者数	B≥3		1項目を除いた場合の影響	
			該当者数	該当割合	人	割合
一般病棟用B得点(7項目)		44,226人	31,710人	41.8%	人	割合
除外項目	B(01)寝返り	45,503人	30,433人	40.1%	1,277人	1.7%
	B(02)起き上がり	44,474人	31,462人	41.4%	248人	0.3%
	B(03)座位保持	44,643人	31,293人	41.2%	417人	0.5%
	B(04)移乗	47,779人	28,157人	37.1%	3,553人	4.7%
	B(05)口腔清潔	46,519人	29,417人	38.7%	2,293人	3.0%
	B(06)食事摂取	46,135人	29,801人	39.2%	1,909人	2.5%
	B(07)衣服の着脱	48,018人	27,918人	36.8%	3,792人	5.0%

認知症の人の将来推計

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

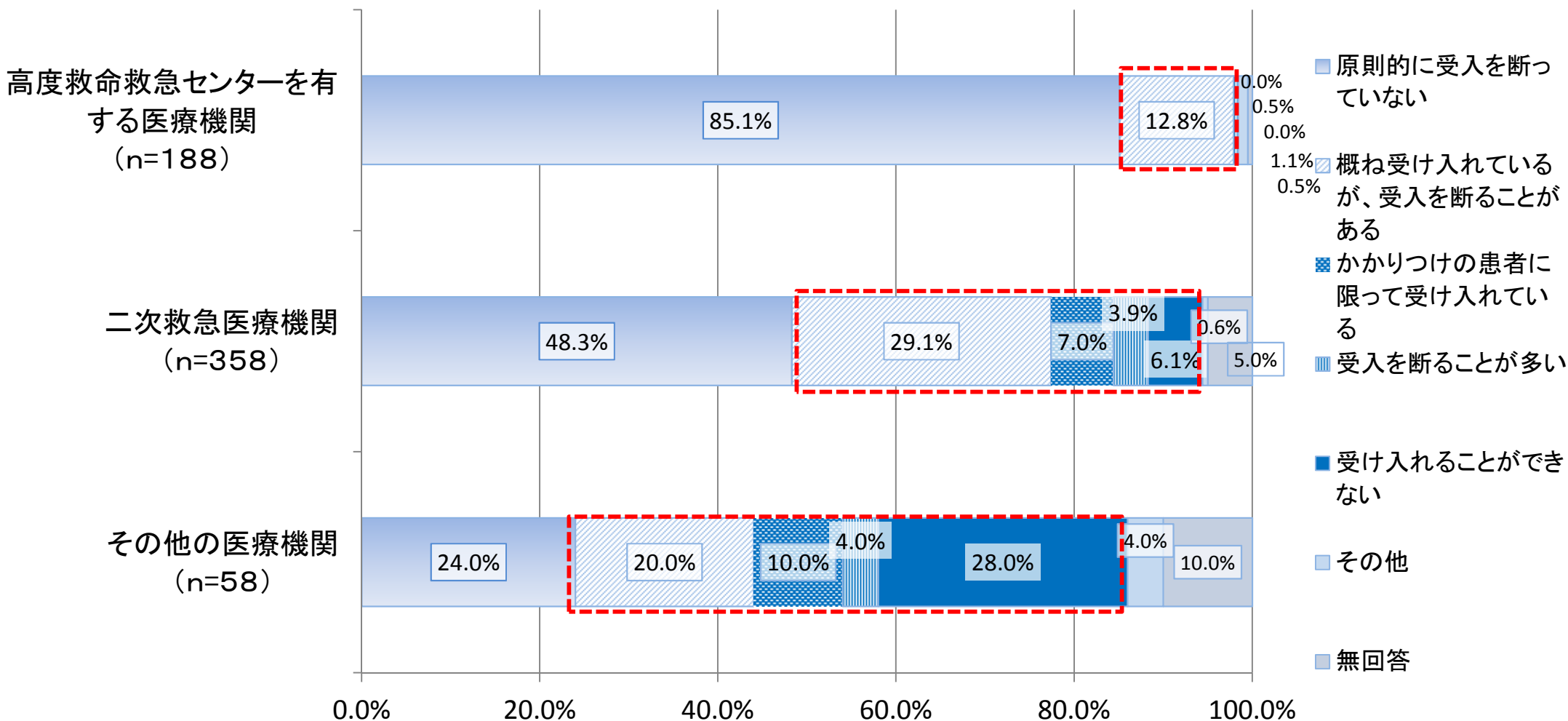
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

認知症の合併をもつ救急患者の受入状況

○ 認知症を合併した救急患者は、約半数の二次救急医療機関で受け入れられないことがあるとされるなど、急性期医療機関への受け入れが忌避されやすい傾向にあった。

＜受入対応方針(認知症の合併)＞



認知症の行動・心理症状の頻度

○ 認知症の行動・心理症状で、頻繁にみられるものは、「興奮」「繰り返し尋ねる」であった。

	7対1 (n=30,989)	10対1 (n=1,844)	HCU(n=430)	ICU(n=1,111)
興奮	3.2%	4.1%	3.7%	7.6%
繰り返し尋ねる	2.9%	4.3%	3.5%	4.4%
易怒性	1.5%	1.4%	2.1%	2.1%
徘徊	1.1%	1.9%	0.5%	0.0%
身体的攻撃性	0.9%	0.9%	2.3%	1.2%
泣き叫ぶ	0.7%	0.3%	0.5%	0.6%
その他	3.8%	3.7%	7.2%	4.9%
調査期間中に該当するBPSDはない	80.6%	70.2%	66.3%	69.7%
不明	10.8%	18.0%	19.3%	15.8%

認知症の有無と看護提供頻度

- 7対1入院基本料対象病棟において、認知症の有無と、看護提供頻度の関係を見ると、認知症ありの患者に対する看護提供頻度は高かった。また、B項目2点以下の患者においても同様であった。

<7対1入院基本料>

	全体 (n=193,327)	認知症あり (n=13,454)	認知症なし (n=177,182)
1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	49.0%	26.2%	50.5%
1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	46.3%	61.9%	45.4%
毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	4.7%	11.9%	4.2%

<7対1入院基本料:B項目2点以下>

	全体 (n=107,956)	認知症あり (n=1,491)	認知症なし (n=105,005)
1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	59.5%	39.2%	59.5%
1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	38.8%	48.7%	38.9%
毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	1.7%	12.1%	1.6%

せん妄の有無と看護提供頻度

○ 7対1入院基本料届出病棟において、せん妄の患者は医師の指示の見直しや看護師による処置等の頻度が高い傾向が認められた。また、せん妄について、術後のものとそれ以外のものでは大きな差は認めなかった。

<7対1入院基本料>

【医師による指示の見直しの頻度】

	全体 (n=219,564)	せん妄あり(術後) (n=1,048)	せん妄あり(術後以外) (n=5,233)	せん妄なし (n=185,561)
医療的な状態は安定しており、医師の指示は必要としない	18%	9%	10%	21%
週1回程度の指示見直しが必要	14%	8%	12%	16%
週2～3回程度の指示見直しが必要	18%	22%	19%	20%
毎日指示見直しが必要	32%	43%	45%	36%
1日数回の指示見直しが必要	6%	14%	11%	6%
24時間体制での管理必要	1%	4%	2%	1%

【看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度】

	全体 (n=219,564)	せん妄あり(術後) (n=1,048)	せん妄あり(術後以外) (n=5,233)	せん妄なし (n=185,561)
1. 1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	43%	20%	22%	50%
2. 1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	41%	67%	61%	46%
3. 毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	4%	13%	17%	4%

認知症の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係①

- 7対1入院基本料対象病棟において、認知症の有無と、B項目との関係を見ると、現在の評価項目についても、認知症とある程度の相関がみられた。
- 一方、現在の評価対象項目以外では、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

B項目	認知症あり(n=11,436)		認知症なし(n=63,803)		相対危険度
	1点以上	0点	1点以上	0点	
[1] 寝返り	8,229	3,207	17,699	46,104	2.6
[2] 起き上がり	7,600	3,836	13,274	50,529	3.2
[3] 座位保持	8,013	3,423	14,738	49,065	3.0
[4] 移乗	8,674	2,762	22,813	40,990	2.1
[5] 口腔清潔	9,358	2,078	19,430	44,373	2.7
[6] 食事摂取	7,597	3,839	15,514	48,289	2.7
[7] 衣服の着脱	9,807	1,629	26,519	37,284	2.1
[8] 床上安静の指示	1,348	10,088	3,468	60,335	2.2
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	1,344	10,092	2,048	61,755	3.7
[10] 移動方法	5,758	5,678	13,753	50,050	2.3
[11] 他者への意思の伝達	4,532	6,904	3,762	60,041	6.7
[12] 診療・療養上の指示が通じる	4,246	7,190	3,199	60,604	7.4
[13] 危険行動	3,042	8,394	2,481	61,322	6.8

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

認知症の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係②

- 既存のB項目においては2点以下となる患者のみを対象として、認知症の有無と、B項目との関係をみた場合も、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

＜7対1入院基本料：B項目2点以下の者＞

		認知症あり(n=1,484)		認知症なし(n=40,672)		相対危険度
		1点以上	0点	1点以上	0点	
B 項 目	[1] 寝返り	48	1,436	1,689	38,983	0.8
	[2] 起き上がり	3	1,481	123	40,549	0.7
	[3] 座位保持	7	1,477	214	40,458	0.9
	[4] 移乗	305	1,179	3,538	37,134	2.4
	[5] 口腔清潔	50	1,434	1,497	39,175	0.9
	[6] 食事摂取	90	1,394	1,459	39,213	1.7
	[7] 衣服の着脱	287	1,197	6,052	34,620	1.3
	[8] 床上安静の指示	0	1,484	124	40,548	0.0
	[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	2	1,482	44	40,628	1.2
	[10] 移動方法	82	1,402	1,621	39,051	1.4
	[11] 他者への意思の伝達	40	1,444	39	40,633	28.1
	[12] 診療・療養上の指示が通じる	27	1,457	49	40,623	15.1
	[13] 危険行動	31	1,453	92	40,580	9.2

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

せん妄の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係①

- 7対1入院基本料対象病棟において、せん妄の有無と、B項目との関係をみると、現在の評価項目についても、せん妄とある程度の相関がみられた。
- 一方、現在の評価対象項目以外では、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、せん妄と特に関係が強かった。

(せん妄の有無とB項目)7対1		全体		「せん妄」が”あり”の患者				「せん妄」が”なし”の患者		相対危険度
				術後		術後以外		1点以上	0点	
		1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	
B 項 目	[1] 寝返り	80,523人	139,041人	771人	277人	3,926人	1,307人	66,316人	119,245人	4.7
	[2] 起き上がり	62,954人	156,610人	705人	343人	3,526人	1,707人	50,824人	134,737人	4.8
	[3] 座位保持	72,798人	146,766人	764人	284人	3,934人	1,299人	59,542人	126,019人	5.5
	[4] 移乗	96,443人	123,121人	918人	130人	4,193人	1,040人	79,705人	105,856人	5.2
	[5] 口腔清潔	84,215人	135,349人	826人	222人	4,531人	702人	68,788人	116,773人	7.9
	[6] 食事摂取	67,430人	152,134人	639人	409人	3,623人	1,610人	55,420人	130,141人	4.3
	[7] 衣服の着脱	107,706人	111,858人	938人	110人	4,736人	497人	89,505人	96,056人	8.2
	[8] 床上安静の指示	19,769人	199,795人	197人	851人	930人	4,303人	17,814人	167,747人	2.0
	[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	11,052人	208,512人	48人	1,000人	681人	4,552人	9,874人	175,687人	2.3
	[10] 移動方法	79,671人	139,893人	758人	290人	3,772人	1,461人	71,634人	113,927人	3.6
	[11] 他者への意思の伝達	29,520人	190,044人	503人	545人	3,416人	1,817人	24,003人	161,558人	8.6
	[12] 診療・療養上の指示が通じる	24,862人	194,702人	469人	579人	3,331人	1,902人	19,617人	165,944人	9.9
	[13] 危険行動	18,860人	200,704人	625人	423人	3,283人	1,950人	13,481人	172,080人	14.5

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

せん妄の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係②

○ 既存のB項目においては2点以下となる患者のみを対象として、せん妄の有無と、B項目との関係をみた場合も、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、せん妄と特に関係が強かった。

<7対1入院基本料：B項目2点以下の者>

B項目	(せん妄の有無とB項目)7対1		全体		「せん妄」が”あり”の患者				相対危険度
					術後		術後以外		
	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	
[1] 寝返り	5,330人	118,829人	3人	130人	12人	503人	4,929人	102,102人	0.5
[2] 起き上がり	247人	123,912人	-	133人	5人	510人	216人	106,815人	2.8
[3] 座位保持	558人	123,601人	1人	132人	6人	509人	513人	106,518人	1.7
[4] 移乗	15,264人	108,895人	63人	70人	173人	342人	13,047人	93,984人	4.2
[5] 口腔清潔	4,636人	119,523人	7人	126人	45人	470人	3,929人	103,102人	1.9
[6] 食事摂取	4,661人	119,498人	6人	127人	36人	479人	4,170人	102,861人	2.0
[7] 衣服の着脱	20,451人	103,708人	72人	61人	174人	341人	17,599人	89,432人	2.8
[8] 床上安静の指示	2,028人	122,131人	5人	128人	25人	490人	1,904人	105,127人	2.4
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	556人	123,603人	1人	132人	22人	493人	496人	106,535人	7.0
[10] 移動方法	16,338人	107,821人	56人	77人	198人	317人	15,211人	91,820人	3.3
[11] 他者への意思の伝達	1,399人	122,760人	17人	116人	160人	355人	1,121人	105,910人	24.0
[12] 診療・療養上の指示が通じる	1,232人	122,927人	14人	119人	192人	323人	923人	106,108人	33.9
[13] 危険行動	1,884人	122,275人	30人	103人	223人	292人	1,392人	105,639人	30.6

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

7対1一般病棟で評価されていないB項目と他のB項目の相関

- 7対1入院基本料算定病棟では評価されていないハイケアユニット用B項目6項目の、他の項目との相関をみると、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は互いに強い相関がみられた。これらの2項目は、類似した状況の評価するものであることが示唆される。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		一般病棟用						
		B(01) 寝返り	B(02) 起き上がり	B(03) 座位保持	B(04) 移乗	B(05) 口腔清潔	B(06) 食事摂取	B(07) 衣服の着脱
ハイ ケア ユ ニ ツ ト 用 (6項目)	B(08) 床上安静の指示	0.318	0.320	0.370	0.317	0.258	0.202	0.276
	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0.351	0.308	0.361	0.251	0.255	0.264	0.300
	B(10) 移動方法	0.407	0.420	0.425	0.540	0.457	0.388	0.466
	B(11) 他者への意思の伝達	0.476	0.435	0.459	0.372	0.388	0.416	0.442
	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	0.421	0.399	0.409	0.350	0.374	0.386	0.416
	B(13) 危険行動	0.247	0.258	0.246	0.259	0.282	0.274	0.296

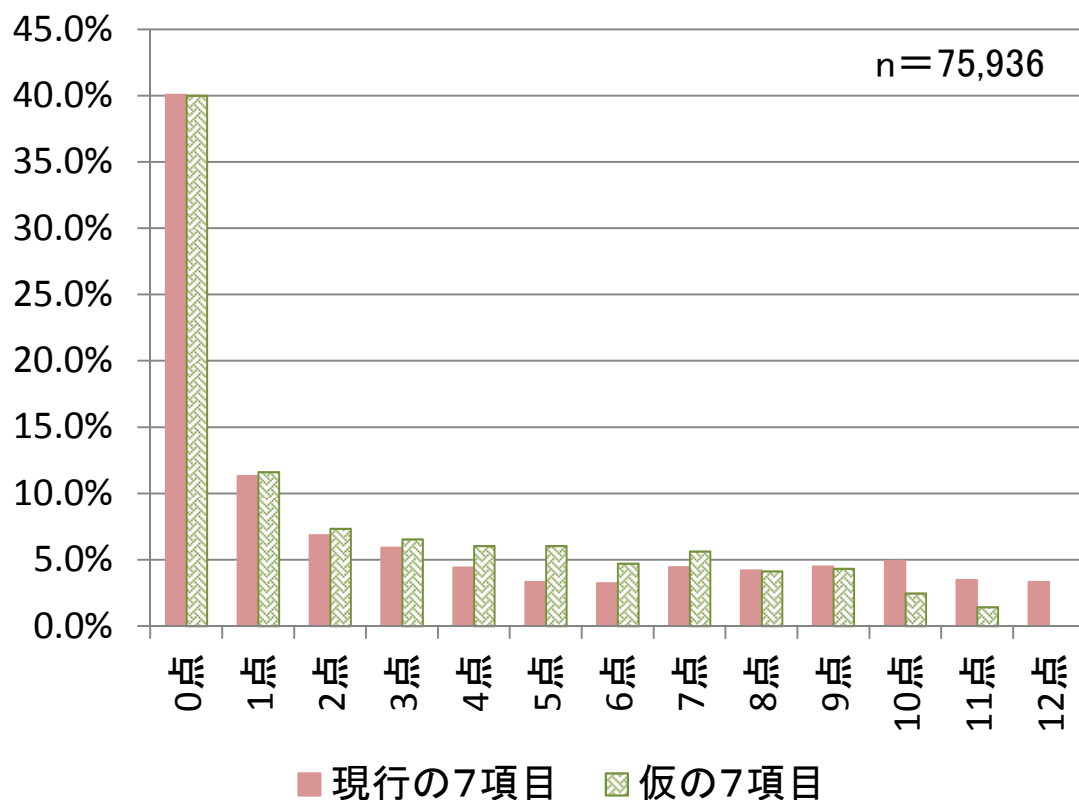
		ハイケアユニット用(6項目)					
		B(08) 床上安静の指示	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	B(10) 移動方法	B(11) 他者への意思の伝達	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	B(13) 危険行動
ハイ ケア ユ ニ ツ ト 用 (6項目)	B(08) 床上安静の指示	1.000					
	B(09) どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0.309	1.000				
	B(10) 移動方法	0.330	0.271	1.000			
	B(11) 他者への意思の伝達	0.306	0.567	0.417	1.000		
	B(12) 診療・療養上の指示が通じる	0.258	0.453	0.411	0.797	1.000	
	B(13) 危険行動	0.176	0.142	0.350	0.446	0.574	1.000

一般病棟のB項目を入れ替えた場合の試算

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した場合、B項目の点数分布に大きな差はみられなかった。B項目が3点以上となる者の割合についても大きな変動はなかった。

<7対1入院基本料>

【現行7項目と仮の7項目との該当得点の比較】

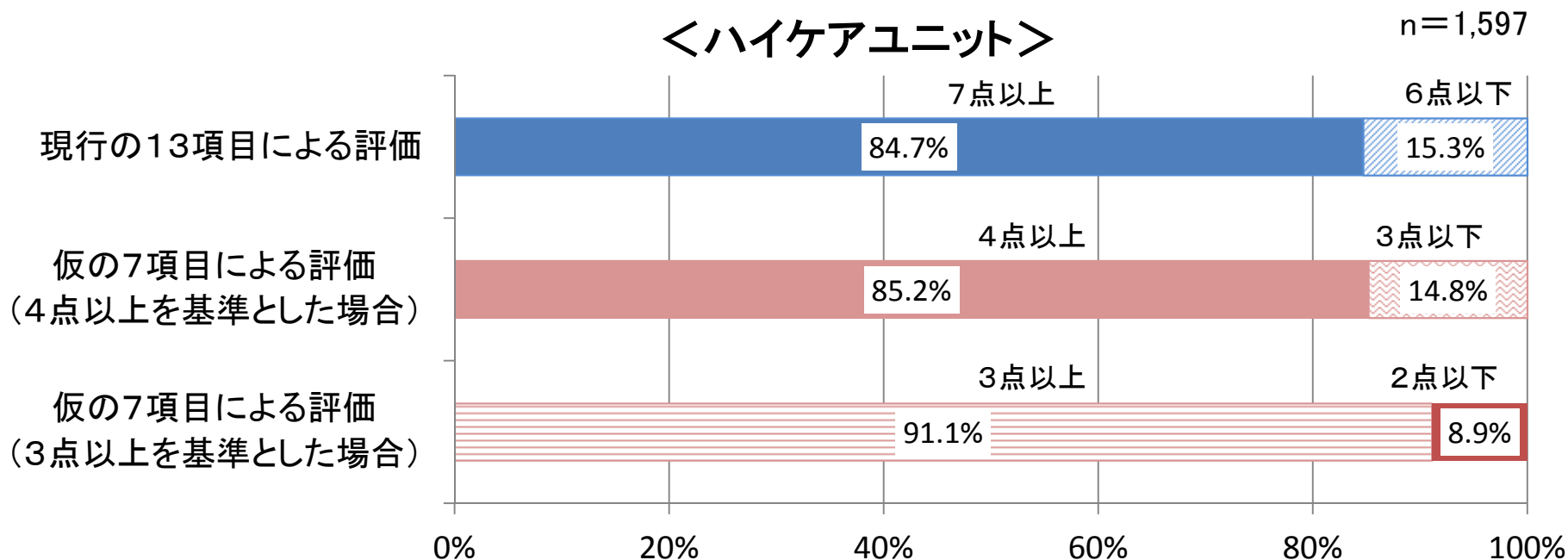


【現行7項目と仮の7項目でのB項目3点以上の該当者】

		該当割合	該当者数
3点以上 B項目	現行7項目	41.8%	31,701人
	仮の7項目	41.1%	31,219人

13項目での評価と、7項目での評価の比較(ハイケアユニット)

- 一般病棟用のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した仮の7項目で基準を4点以上としてハイケアユニットにおいて評価した場合、現行の13項目の基準である7点以上の患者割合と同程度であった。



ハイケアユニット		現行の13項目による評価		
		7点以上	6点以下	計
仮の7項目による評価	3点以上	1,349	106	1455
	2点以下	4	138	142
	計	1353	244	1597

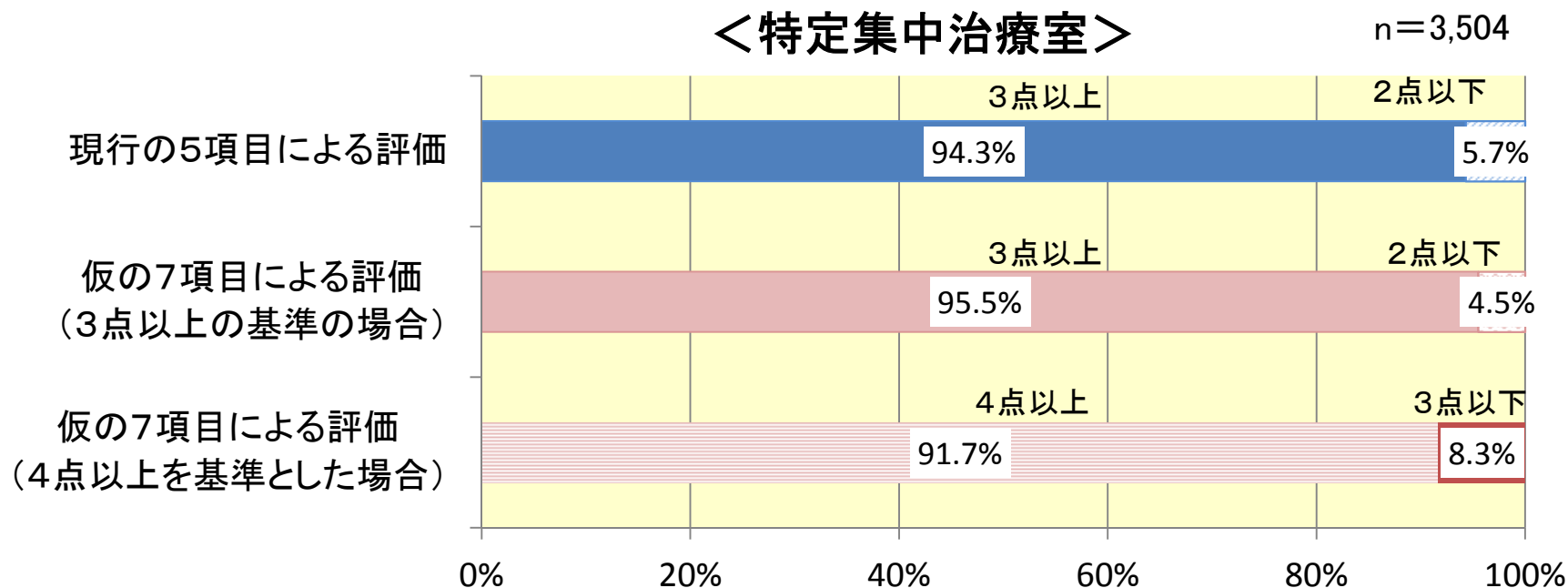
感度 99.7%
特異度 56.6%

ハイケアユニット		現行の13項目による評価		
		7点以上	6点以下	計
仮の7項目による評価	4点以上	1,314	46	1360
	3点以下	39	198	237
	計	1353	244	1597

感度 97.1%
特異度 81.1%

5項目での評価と、7項目での評価の比較(特定集中治療室)

- 一般病棟用のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した仮の7項目で、基準を3点以上として特定集中治療室において評価した場合、現行の5項目の基準である3点以上の患者割合と同程度であった。



特定集中治療室		現行の5項目による評価		
		3点以上	2点以下	計
仮の7項目による評価	3点以上	3,267人	78人	3,345人
	2点以下	39人	120人	159人
	計	3,306人	198人	3,504人

感度 98.8%
特異度 60.6%

特定集中治療室		現行の5項目による評価		
		3点以上	2点以下	計
仮の7項目による評価	4点以上	3,176人	37人	3,213人
	3点以下	130人	161人	291人
	計	3,306人	198人	3,504人

感度 96.1%
特異度 81.3%

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

- チーム医療の推進により、薬剤師や理学療法士等の様々な職種が、病棟において処置・介助等を実施する機会が増えているが、現在の「重症度、医療・看護必要度」の評価において、基本的には、看護職員以外の職種が実施した場合や評価の記録は、評価の対象となっていない。

＜看護職員以外の職種が実施することのある処置・介助等の例＞

項目の例		評価対象となる処置等の内容	看護職員以外に実施することが考えられる職種の例
A項目	「7 専門的な治療・処置」 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤の使用に関する指導、内服確認、内服後の副作用の観察等	薬剤師
B項目	「8 寝返り」	寝返りが自分でできるかどうか、何かにつかまればできるかどうかの評価	理学療法士、作業療法士等
	「12 口腔清潔」	口腔内を清潔にするための一連の行為を自分でできるかどうか、見守りや介助を行っているかどうかの評価	歯科衛生士
	「13 食事摂取」	食事介助の状況の評価	管理栄養士

こうした項目も、看護職員が処置等を実施し記録した場合のみが、「重症度、医療・看護必要度」の評価の対象となっている。

重症度、医療・看護必要度の評価方法

- 各項目において、実施を評価する項目と、実施後の観察等を含む看護師等による管理を評価する項目がある。
- 評価対象の処置・介助等の実施者又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければないとされており、評価の根拠においても医師の指示記録と看護師等による記録だけが評価の対象となっている。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

1. 評価の対象

7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料や看護補助加算等の入基本料等を届出ている病棟に入院(算定)している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等(A項目)並びに患者の状況等(B項目)について、毎日評価を行うこと。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うこと。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて

- データ提出加算について、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。
- また、データ提出加算参加の機会が年1回に限られていることから、参加機会を増やす。

現行

[データ提出加算1 (入院データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 100点、ロ (200床未満) 150点
[データ提出加算2 (入院+外来データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 110点、ロ (200床未満) 160点

[算定要件]

- ・7対1及び10対1入院基本料 (一般病棟入院基本料 (一般病棟に限る。)、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料 (一般病棟に限る。)) を届け出ていること。
- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること (同等の体制を有している場合を含む)。等

[対象病棟]

- ・一般病棟入院基本料 (7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。)、専門病院入院基本料 (7対1及び10対1に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、短期滞在手術基本料3

[参加機会]

- ・年1回 (原則5月)

改定後

[データ提出加算1 (入院データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 100点、ロ (200床未満) 150点
[データ提出加算2 (入院+外来データ提出)] (退院時1回)
イ (200床以上) 110点、ロ (200床未満) 160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。等

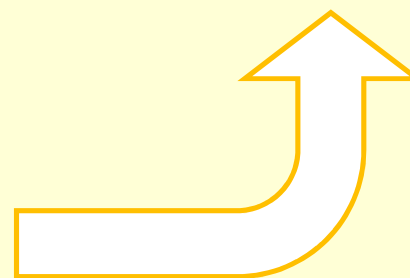
[対象病棟]

- ・全ての病棟 (短期滞入手術基本料1を除く)

[参加機会]

- ・年4回 (5月20日、8月20日、11月20日、2月20日(※))

(※)平成27年度においては2月22日



[経過措置]※終了済

平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

DPCデータの提出状況

- 平成26年度診療報酬改定では、急性期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、7対1入院基本料や地域包括ケア病棟基本料等において、データ提出加算の届出を要件化した。
- データの提出状況は、平成26年11月時点で7対1入院基本料では90%、地域包括ケア病棟入院料では70%であった。また、10対1入院基本料でも45%程度の病床がデータの提出を行っていた。

データの提出が必要な病棟について

	DPC対象病院 ／DPC準備病院	出来高病院
7対1入院基本料届出医療機関	○	○
10対1入院基本料医療機関	○	×
地域包括ケア病棟入院料医療機関	/	○
回復期リハビリテーション病棟入院基本料医療機関		×
療養病棟入院基本料医療機関		×

- : 該当する場合、全病棟の患者についてデータ提出が必要
- ×: データ提出の義務なし
- : 単独でDPC対象病院にはなり得ず、非該当
- ※黄セルは平成26年診療報酬改定で新たにデータ提出加算が要件化された

データの提出状況(平成26年11月時点)

	データ提出届出 病床数割合
7対1入院基本料 (n=313)	96.5%
10対1入院基本料 (n=280)	43.9%
地域包括ケア病棟基本料 (n=106)	72.4%
回復期リハビリテーション病棟入院基本料 (n=203)	33.7%
療養病棟入院基本料 (n=542)	10.7%

※集計時点が平成26年11月1日時点のため、7対1入院基本料及び地域包括ケア病棟基本料の提出割合が100%になっていないと考えられる。

提出データの概要

内容		ファイル名称
患者別匿名化情報	簡易診療録情報	様式1 カルテ情報
	診療報酬請求情報	EF統合ファイル
	医科点数表に基づく出来高点数情報 (入院及び外来)	Dファイル レセプト情報
	診断群分類点数表により算定した患者に係る 診療報酬請求情報	
診療報酬請求情報	様式4	
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療 指数における指定状況等)		様式3

提出データに含まれる項目について

- データの提出を行う医療機関は、様式1として、入院患者の簡易診療録情報を提出することとされている。
- また、平成26年度診療報酬改定では、7対1病床において在宅復帰率が要件化されたことに伴い、様式1の項目に退院先の情報なども追加された。

様式1(簡易診療録情報)について

<概要>

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料等を算定する病棟・病室への入院患者について各病棟単位で作成する簡易診療録情報。

<調査項目>

- 患者情報(生年月日、性別、住所地域の郵便番号)
- 入院情報(入院年月日、入院経路、救急搬送の有無等)
- 退院情報(退院年月日、退院先、在宅医療の有無等)
- 診断情報(傷病名、ICD-10コード等)
- 手術情報(Kコード、麻酔方法、手術名等)
- その他診療情報(褥瘡の有無、持参薬の使用状況、ADLスコア、がんのTNM分類、JCS、肺炎の重症度等)

※下線部は平成26年度に追加された項目

DPCデータの提出様式について

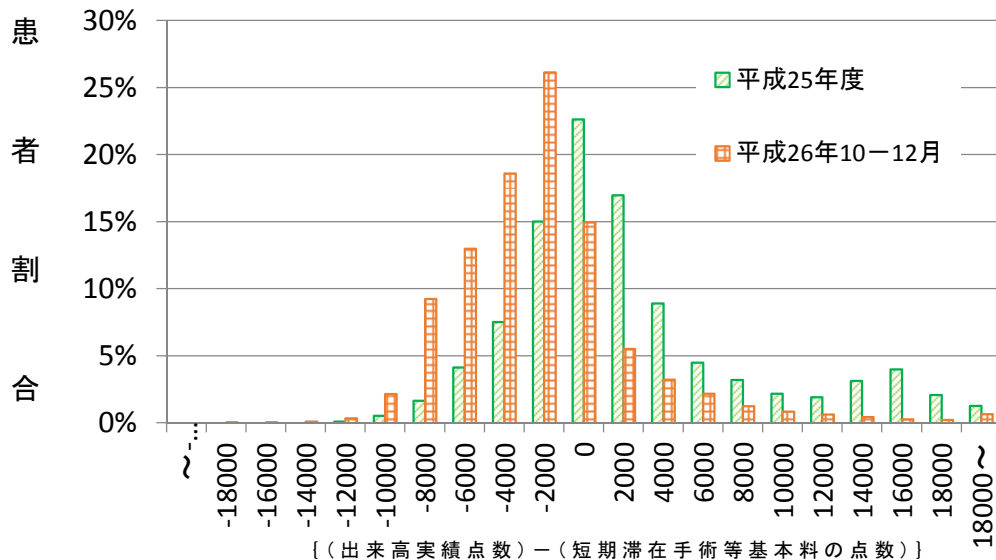
第5回入院分科会 (H27.7.16)における意見

- 現行の重症度、医療・看護必要度のデータについて、医療提供の内容と併せて詳細に分析できるよう、DPCデータの中で把握できるような仕組みにするべきではないか。

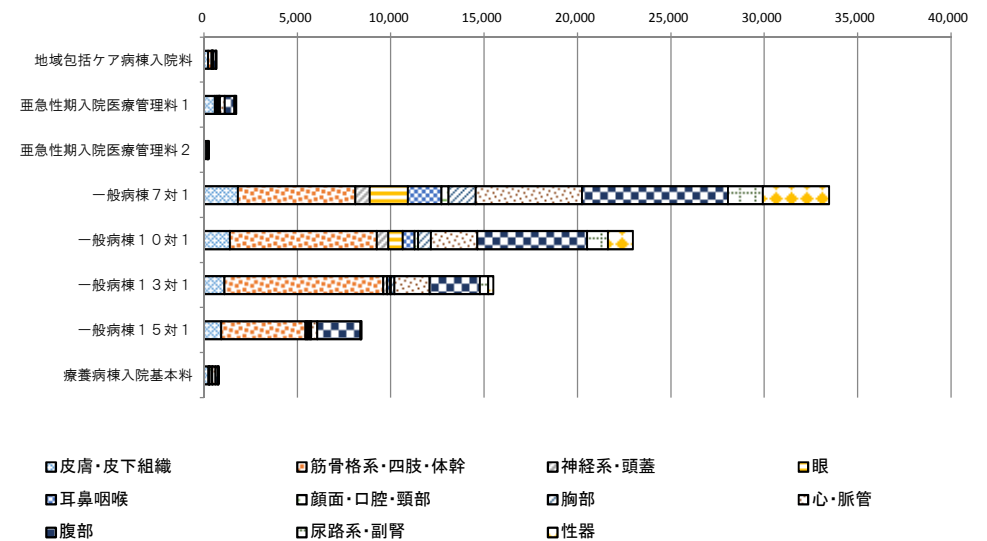
DPCデータを用いた活用例(活用事例)

- DPCデータを用いた分析を行うことで、相当数の医療機関を対象として、包括化された範囲を含めた集計や異なる病棟間の横断的な集計等を行うことが可能となった。

＜患者の出来高実績点数と短期滞在手術等基本料の点数の差の分布＞



＜地域包括ケア病棟等で実施された手術＞



(参考)平成26年度入院医療等調査

- ・DPCデータ等の活用を行うことを前提に調査項目を簡素化を図る等により回収率が32%※(平成24年度調査では10%)に向上
※A票～D票の回収率
- ・なお、対象施設を抽出した上、調査対象病棟の1/3の患者について1週間の状態を調査するなど、調査の範囲は限定されている。

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
- 3. 短期滞在手術等基本料について**
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定

短期滞在手術基本料の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

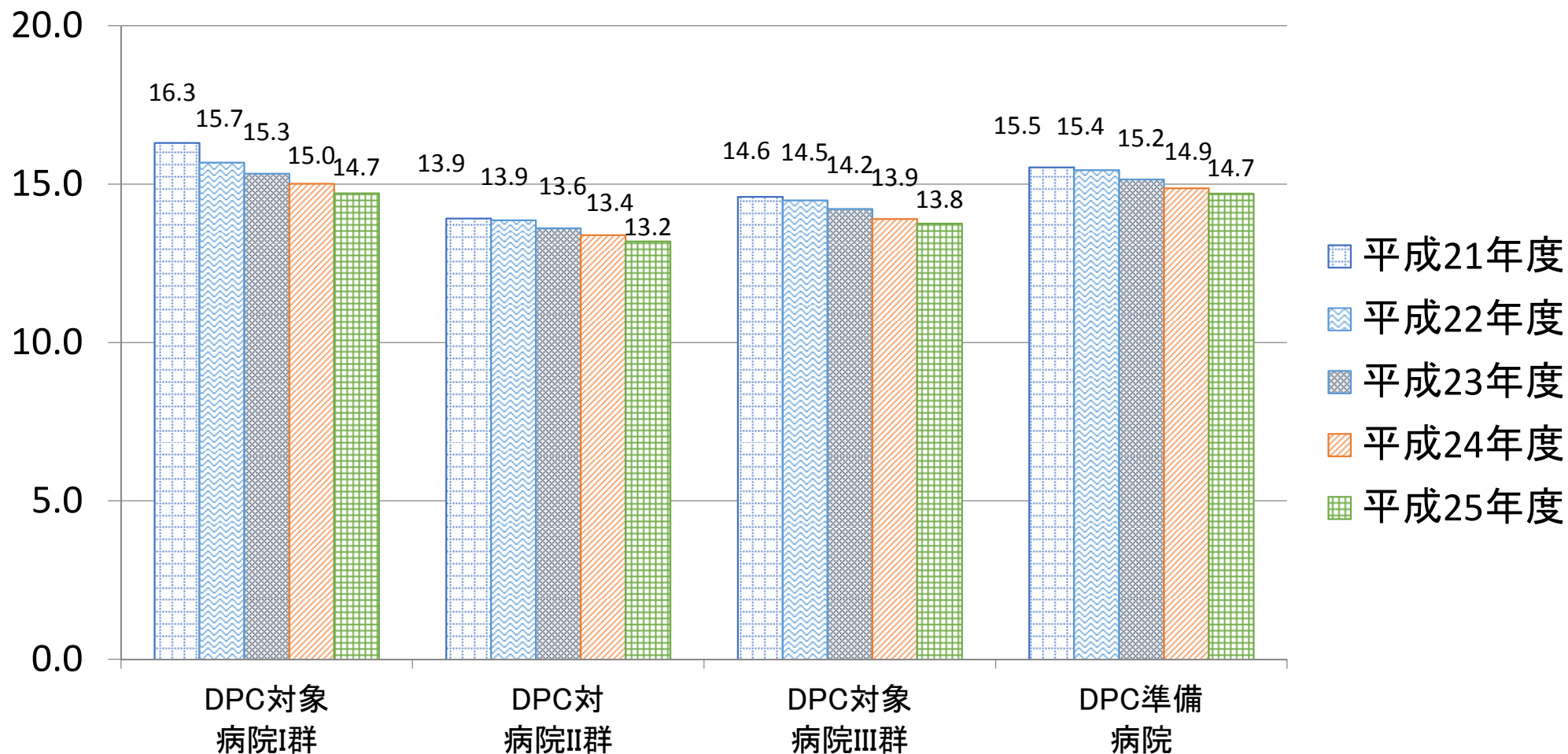
[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。
また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

DPC病院等における在院日数の推移

○ DPC病院等における退院患者の在院日数の平均について、近年短縮傾向が認められている。

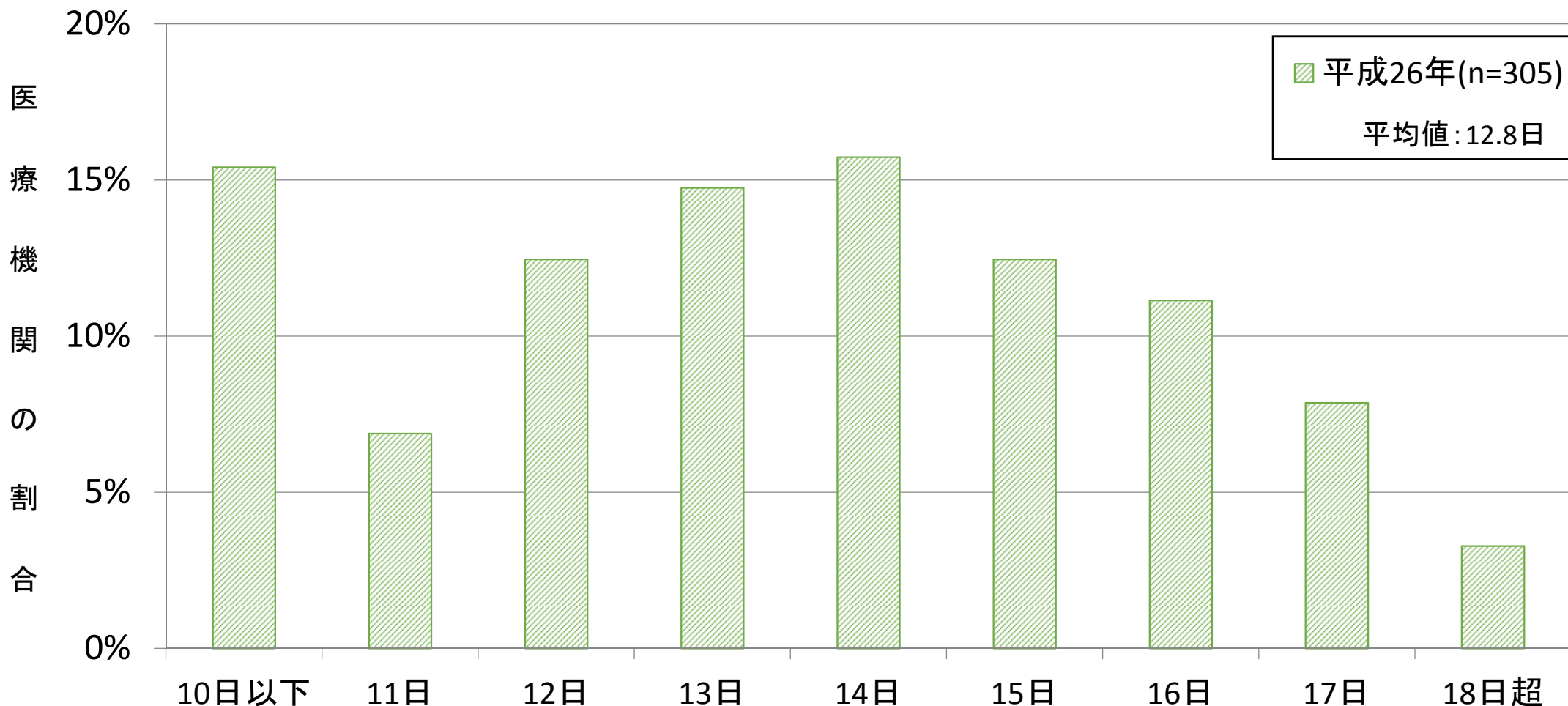
＜退院患者の在院日数の平均の年次推移＞



医療機関の平均在院日数(平成26年度調査)

○ 平成26年度の入院医療等の調査・評価分科会における調査では、7対1入院基本料届出医療機関の平均在院日数は最頻値が14日、平均値が12.8日であった。

<平均在院日数別の医療機関(7対1入院基本料)>

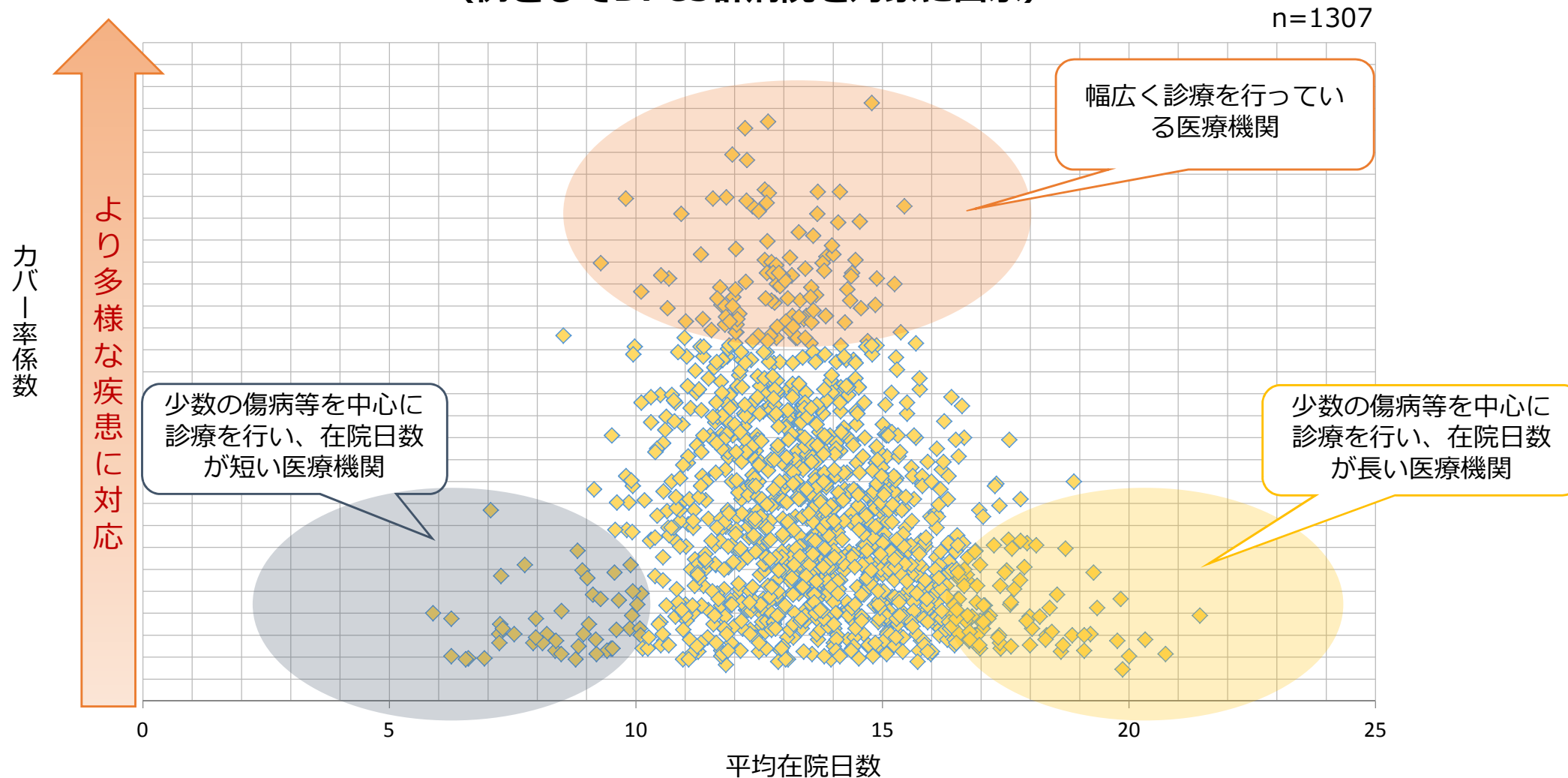


※ ここでの平均在院日数とは、短期滞在手術等基本料の対象者等を含め「該当する病棟における在院患者の延べ数」を「(新入棟患者数+新退棟患者数)×0.5」で除したものであり、診療報酬上の基準とは一致しない。

平均在院日数と診療状況

- 医療機関ごとの平均在院日数とカバー率係数(入院患者の疾患の多様性)の関係をみたとき、幅広く診療を行っている医療機関や、少数の傷病を中心に診療を行い、平均在院日数が長い或いは短い医療機関が存在する。

<医療機関ごとの平均在院日数とカバー率係数の関係> (例としてDPC3群病院を対象に図示)



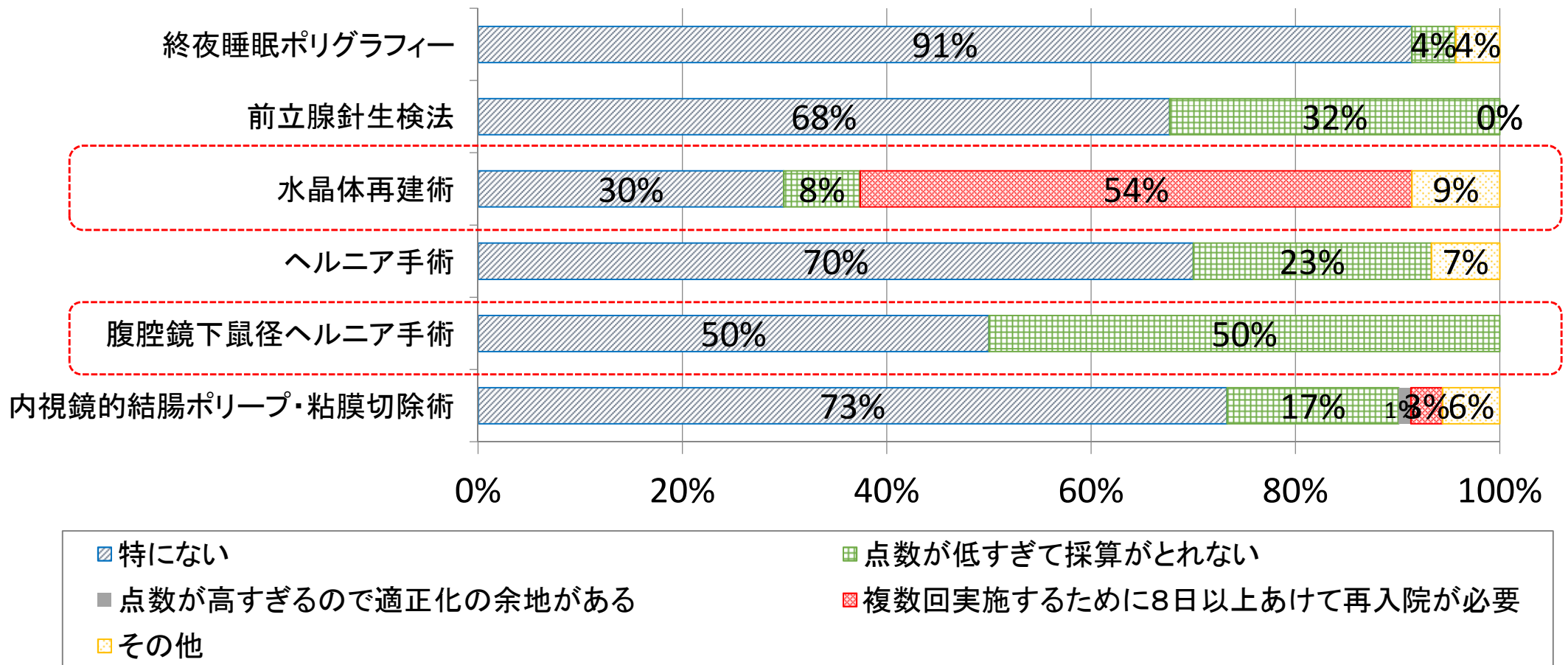
* カバー率係数：カバー率指数を係数化したもの

** カバー率指数；様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価（〔当該医療機関で一定症例以上算定しているDPC数〕 / 〔全DPC数〕）

短期滞在手術等基本料の算定状況

- 短期滞在手術等基本料3の項目の多くについて、過半数の医療機関が、実態にそぐわないと考えられる点は「特にない」と回答した。
- 一方、水晶体再建術及び腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術については、半数以上の医療機関が「複数回実施するために再入院が必要」或いは「点数が低すぎて採算がとれない」ため実態にそぐわないと考えていた。

＜短期滞在手術等基本料3について実態にそぐわないと考えられる点＞



K282 水晶体再建術（眼内レンズ挿入）の算定状況

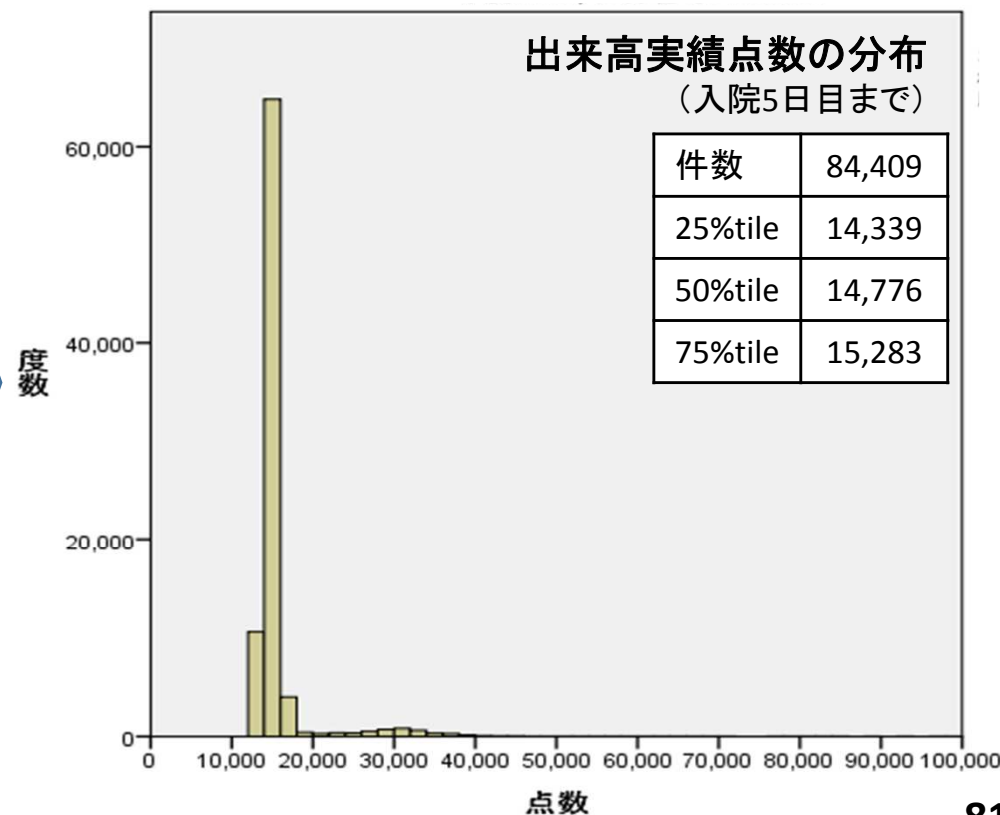
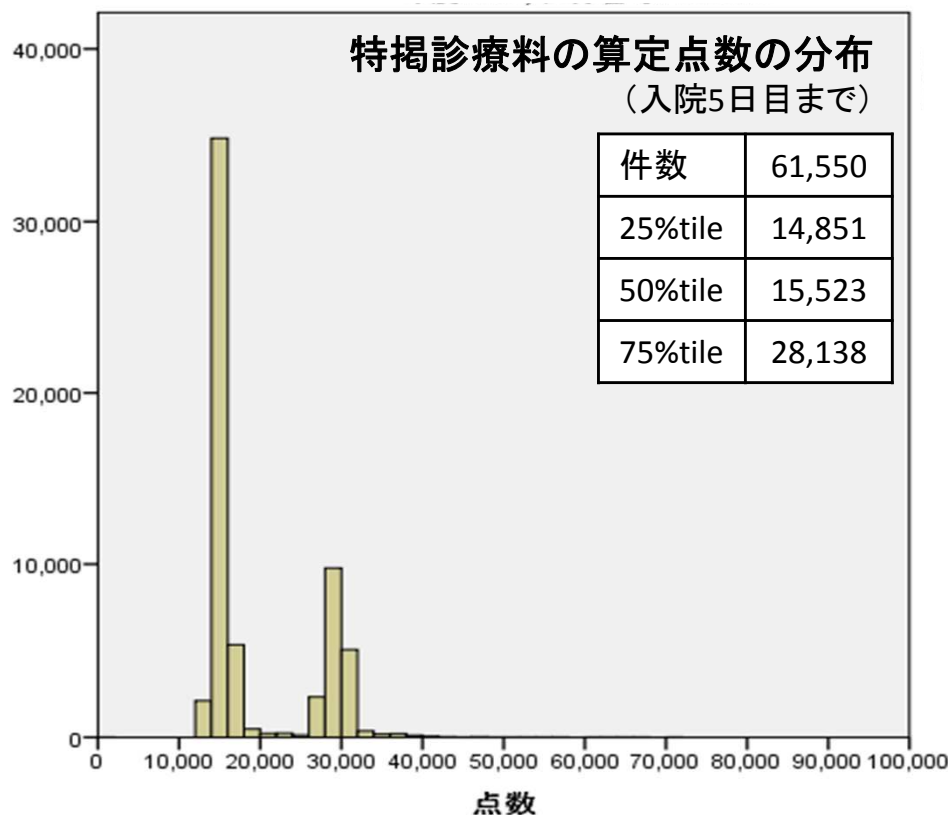
○ 水晶体再建術については、平成26年度診療報酬改定の前後で包括範囲出来高実績点数の症例分布が大きく変化しており、診断群分類別では両眼の手術が減少し片眼の手術が増加していた。

平成25年度

診断群分類（上位2種類）	当該手術に占める割合
白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	57%
白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	28%

平成26年度

診断群分類（上位3種類）	当該手術に占める割合
白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	92%
白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	8%



乳幼児の症例が多くみられた項目

- 乳幼児が多くみられた症例として「K633 5 ヘルニア手術(15歳未満)」「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満)」が挙げられ、年齢によって出来高実績点数の平均には違いがみられた。

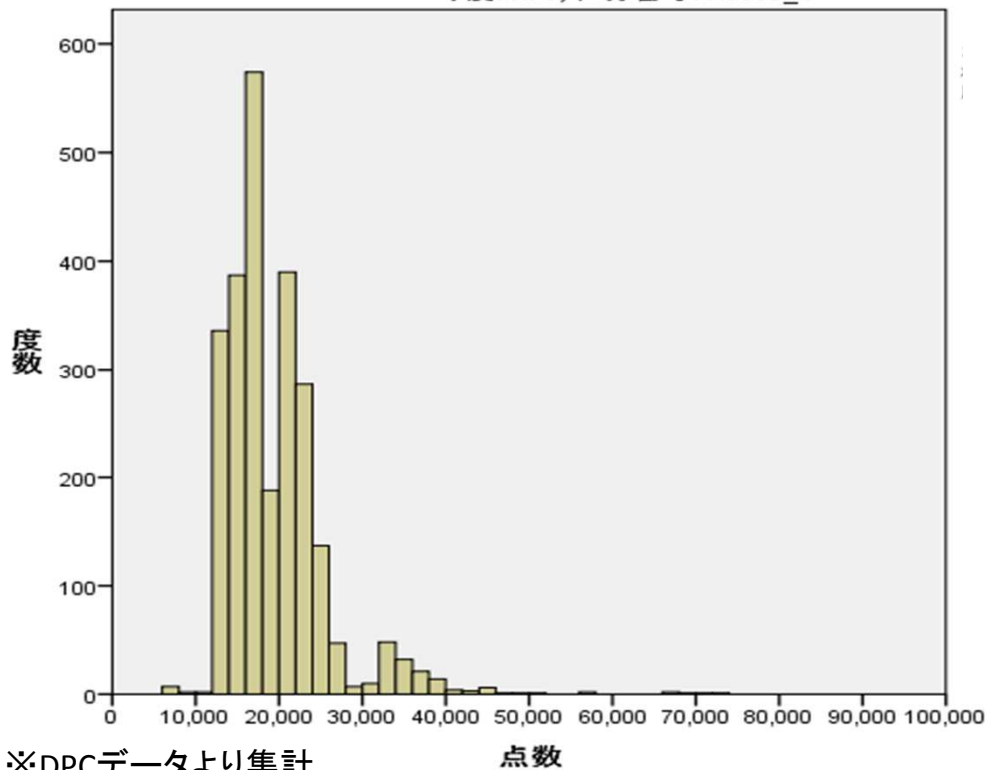
K633 5 ヘルニア手術(15歳未満)

	割合	出来高実績点数
全体	—	19,494
3歳未満	39.1%	24,349
3歳以上6歳未満	35.8%	17,580

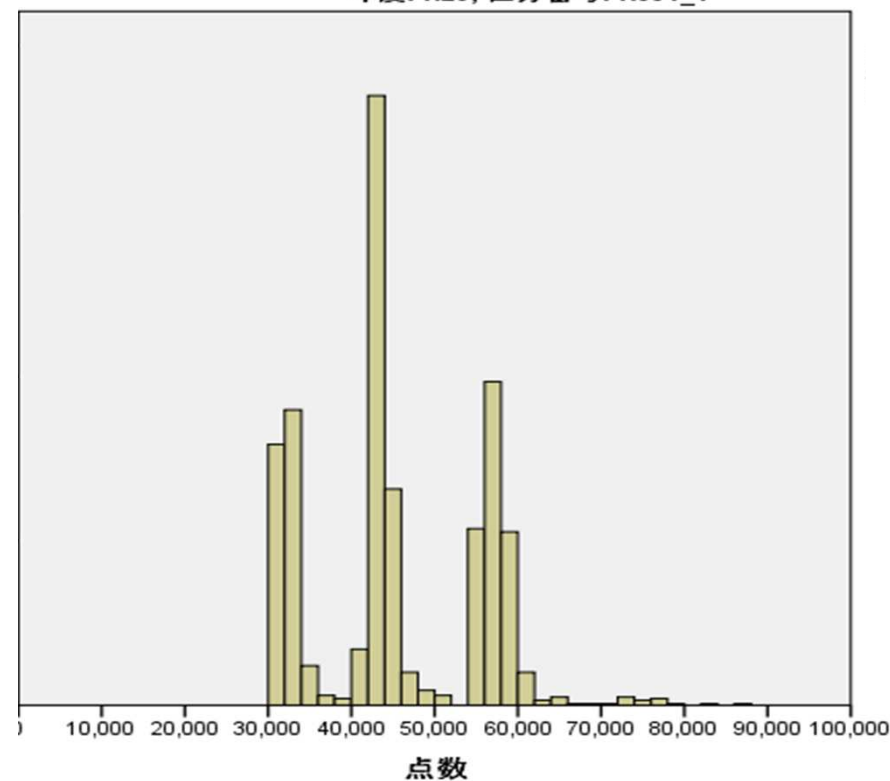
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満)

	割合	出来高実績点数
全体	—	45,533
3歳未満	31.5%	57,992
3歳以上6歳未満	41.9%	44,090

年度: H26, 区分番号: K6335_1



年度: H26, 区分番号: K634_1



全身麻酔／全身麻酔以外の手術の内訳

算定コード	手術名*		症例の内訳		医療機関の内訳**	
			全身麻酔の症例	全身麻酔以外の症例	90%以上が全身麻酔	全身麻酔が10%以下
K474 1	乳腺腫摘出術	H25	72%	28%	58%	11%
		H26	67%	33%	62%	12%
K617 1	下肢静脈瘤手術 (抜去切除術)	H25	43%	57%	27%	43%
		H26	36%	64%	22%	58%
K633 5	ヘルニア手術 (15歳以上)	H25	46%	54%	21%	42%
		H26	44%	56%	17%	43%
K867	子宮頸部(膈部) 切除術	H25	34%	66%	23%	55%
		H26	34%	66%	25%	54%
K873	子宮鏡下子宮筋 腫摘出術	H25	71%	29%	57%	19%
		H26	66%	34%	49%	29%

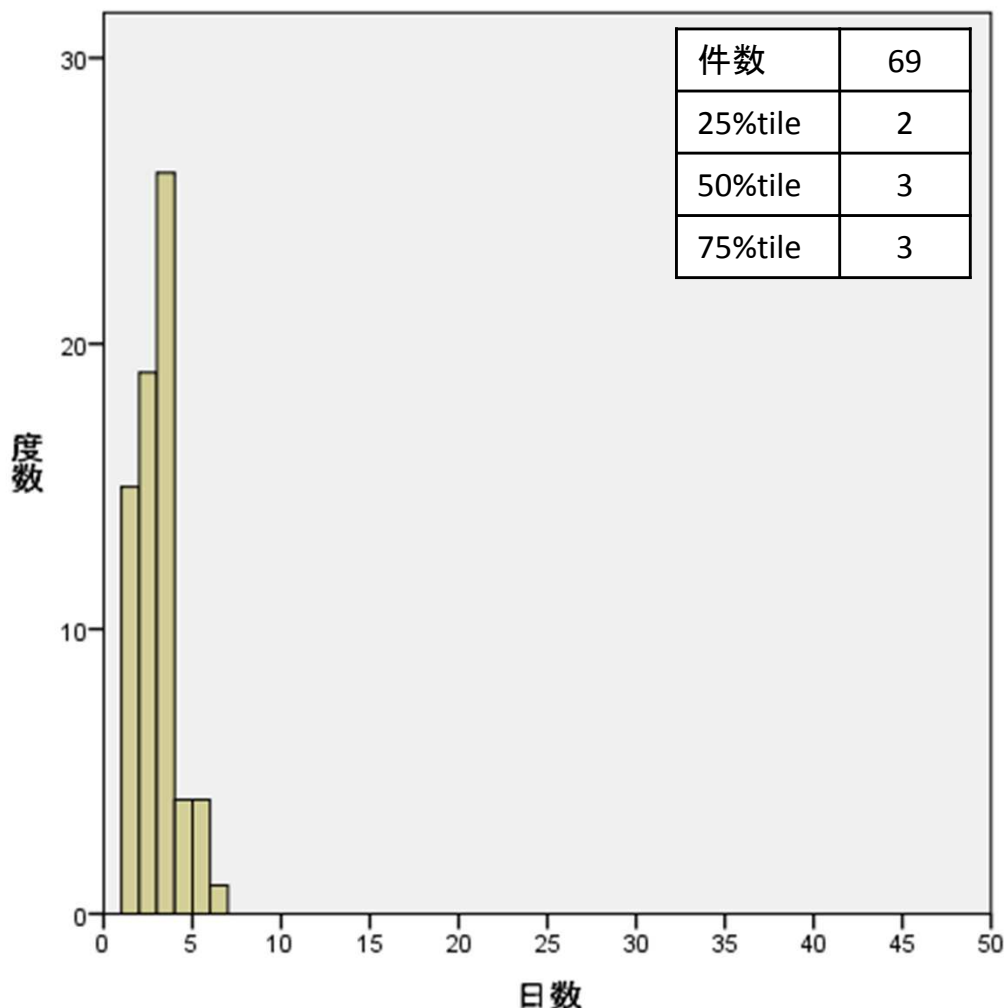
*全身麻酔と全身麻酔以外(脊椎麻酔等を含む)の症例がそれぞれ30%以上存在する項目を抽出

**症例数の多い順に上位100位までの医療機関を抽出

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術に係る状況

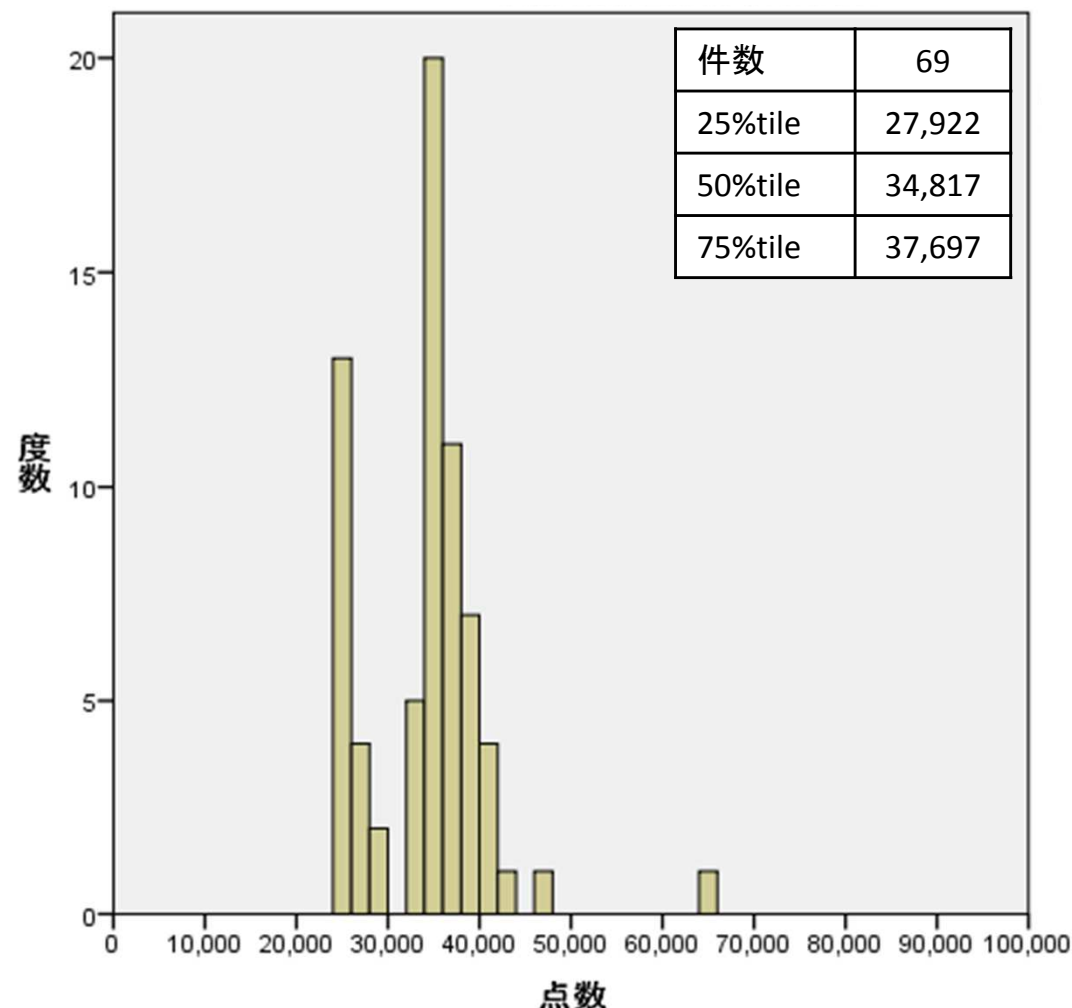
- 胸腔鏡下交感神経節切除術については、算定件数が少なく、症例による包括範囲出来高実績点数のばらつきが大きかった。

<入院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>

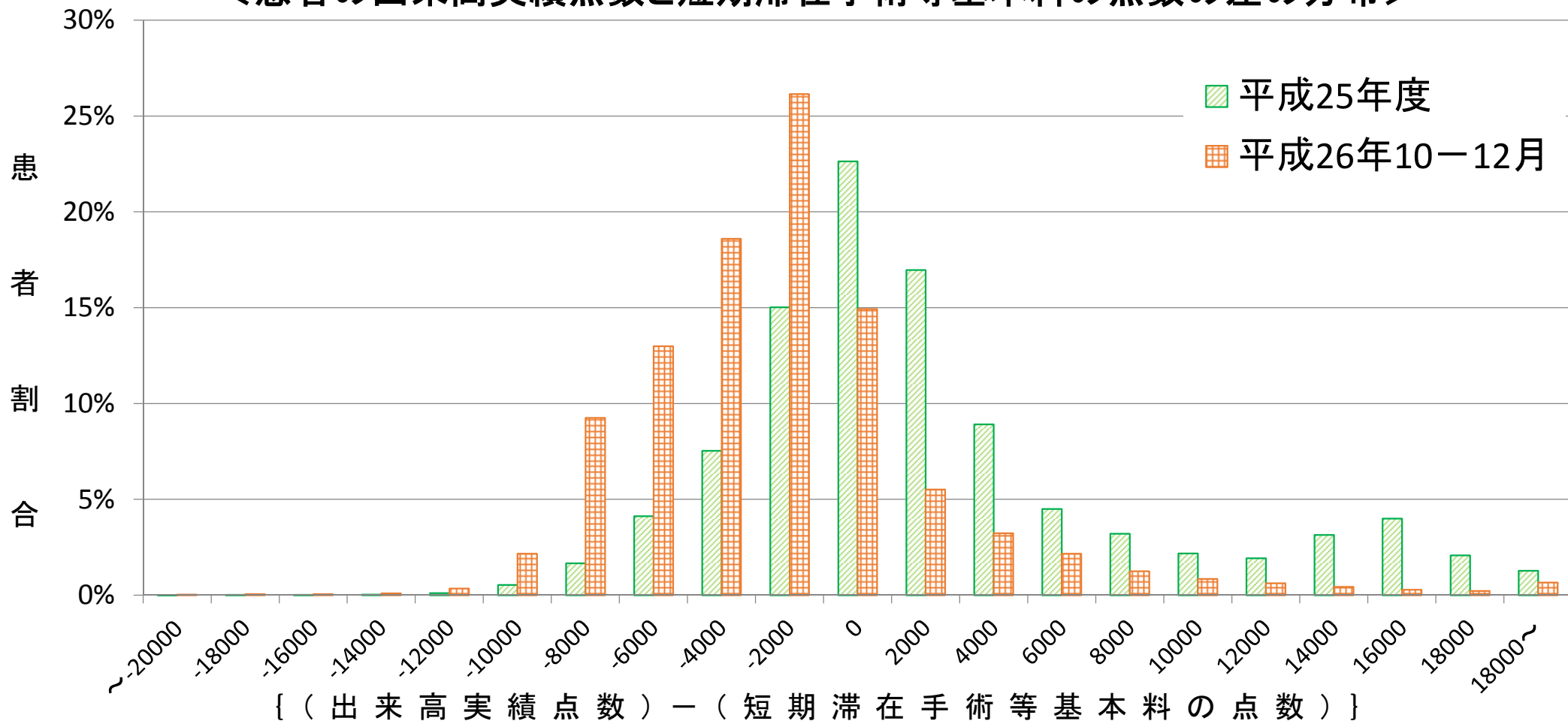
(入院5日目まで)



短期滞在手術等基本料算定患者の点数分布

- 患者の出来高実績点数と医科点数表上の短期滞在手術等基本料の点数との差の分布について、
 - ・やや右に裾野が長いが、概ね正規分布に近い分布
 - ・改定前後で分布の中心は左方(包括範囲出来高実績点数<医科点数表上の点数)に移動
 - ・改定後も、出来高実績点数が短期滞在手術等基本料3の点数を大きく上回る症例が一定程度存在などの傾向がみられた。

＜患者の出来高実績点数と短期滞在手術等基本料の点数の差の分布＞



{ (出来高実績点数) - (短期滞在手術等基本料の点数) }

※DPCデータより集計(平成25年4~平成26年3月、平成26年10~12月)


主な入院料等の包括範囲

○ 短期滞在手術等基本料は、原則として基本診療料・特掲診療料は包括されているが、多くの入院料では、包括範囲に除外項目等を設ける等の対応を行っている。

	短期滞在手術等 基本料	地域包括ケア病棟 入院料	療養病棟 入院基本料	回復期リハビリテーション 病棟入院料	DPC (包括評価部分)
B 医学管理等	○	○ 地域連携計画退院時指 導料(Ⅰ)を除く	×	○ 地域連携計画退院時指 導料(Ⅰ)を除く	×
C 在宅医療	○	×	×	×	×
D 検査	○	○	○	○	○ 一部例外あり
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○	○	○ 一部例外あり
F 投薬	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○	○ 摂食機能療法を除く	×	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×	○	×
J 処置	○	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く
K 手術	○	○	×	○	×
L 麻酔	○	○	×	○	×
M 放射線治療	○	○	×	○	×
N 病理診断	○	○	○	○	×

透析患者における出来高実績点数について

- 各項目について、透析患者では、全体と比べて包括範囲出来高実績点数が高い分布を示していた。

算定コード	検査・手術名	全体				透析患者		
		25%tile	50%tile	75%tile		25%tile	50%tile	75%tile
K282 1	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合;その他)	14,339	14,776	15,283		17,204	18,259	20,093
K6335	ヘルニア手術(鼠径ヘルニア;15歳以上)	9,873	13,900	18,413		16,210	23,292	27,233
K721 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	6,701	7,373	8,343		9,929	11,914	14,259
K721 2	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm以上)	8,946	9,752	10,874		11,870	13,868	16,222

※50症例以上あった検査・手術を抽出

その他の手術等における在院日数・算定点数の分布

【分析対象とした手術等】

- 手術
- 1,000点以上の検査、放射線治療等

【分析データ】

DPCデータ(平成26年10月～12月に退院した患者であって、当該手術等を実施した症例)

【項目の抽出方法】

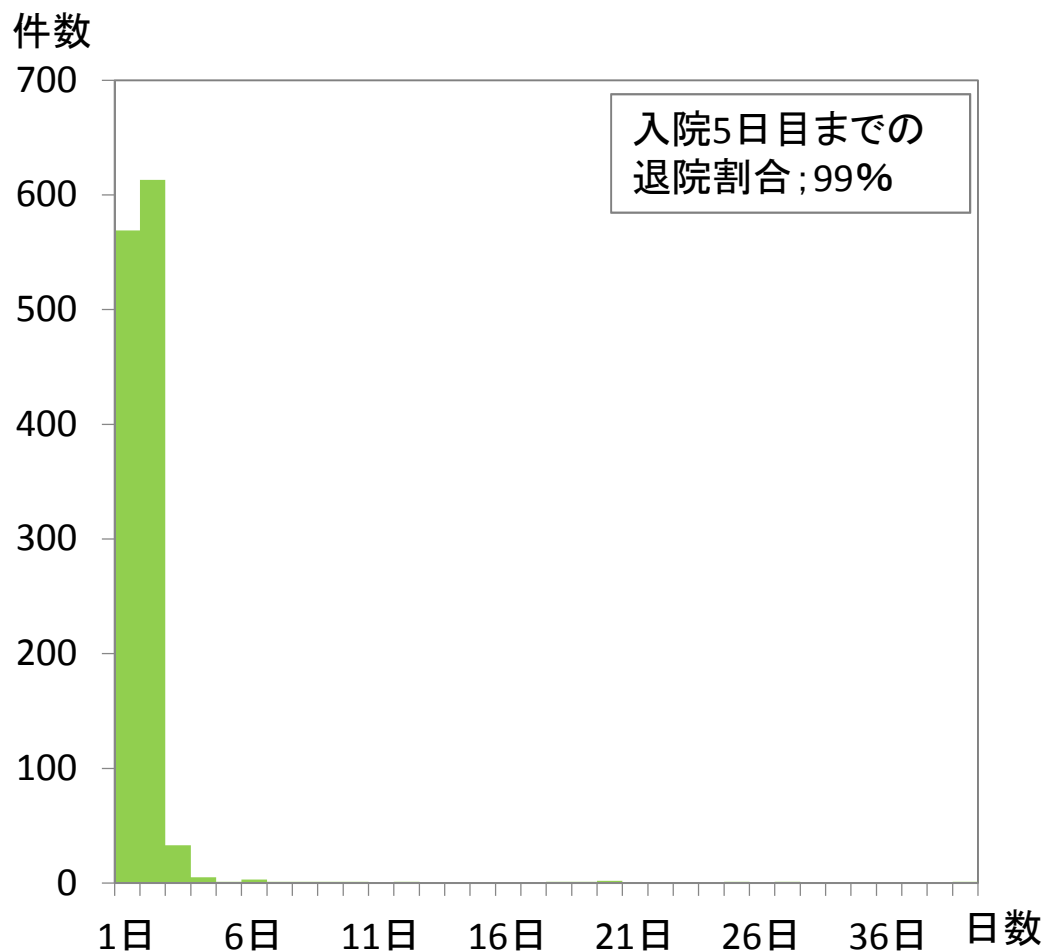
以下のいずれの条件も満たす手術等

- 在院日数の平均+1SDが5日以内
- 一定の症例数が存在
- 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

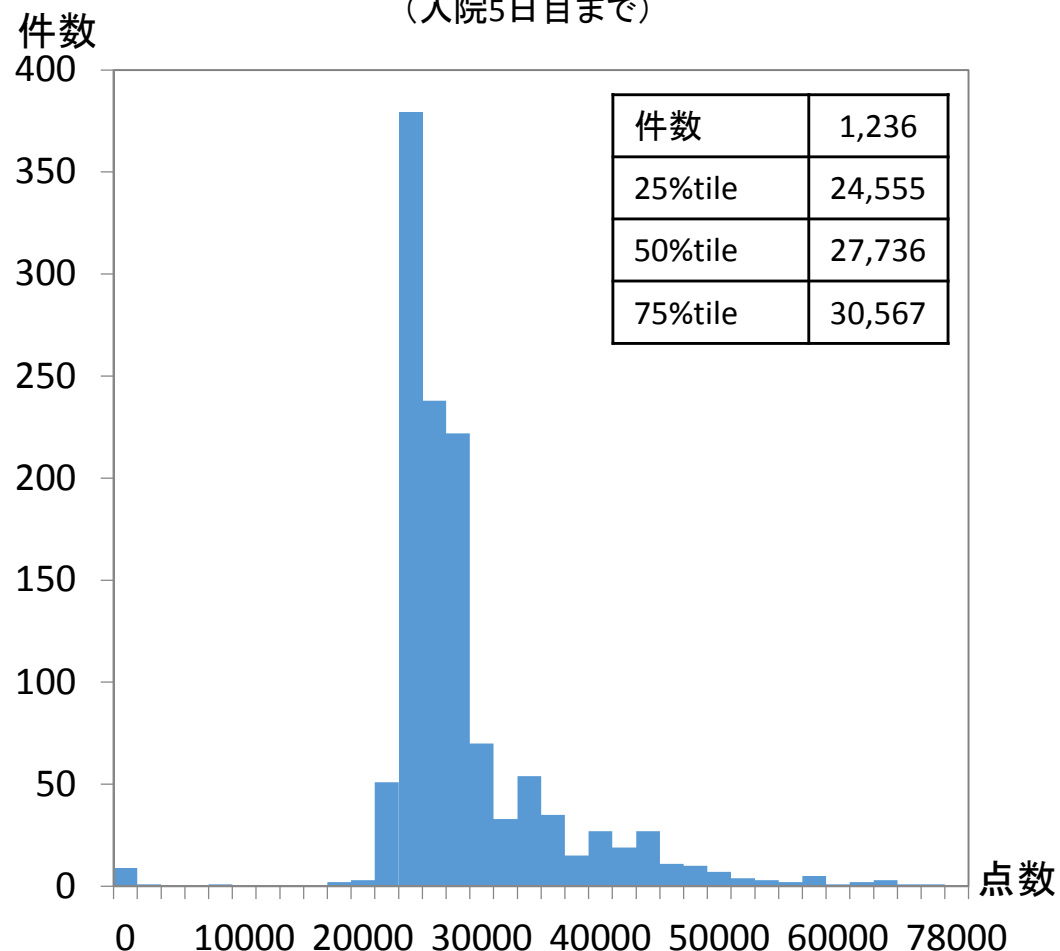
○ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、入院5日目までに99%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の20%程度であった。

<入院日数>



<特掲診療料の算定点数>

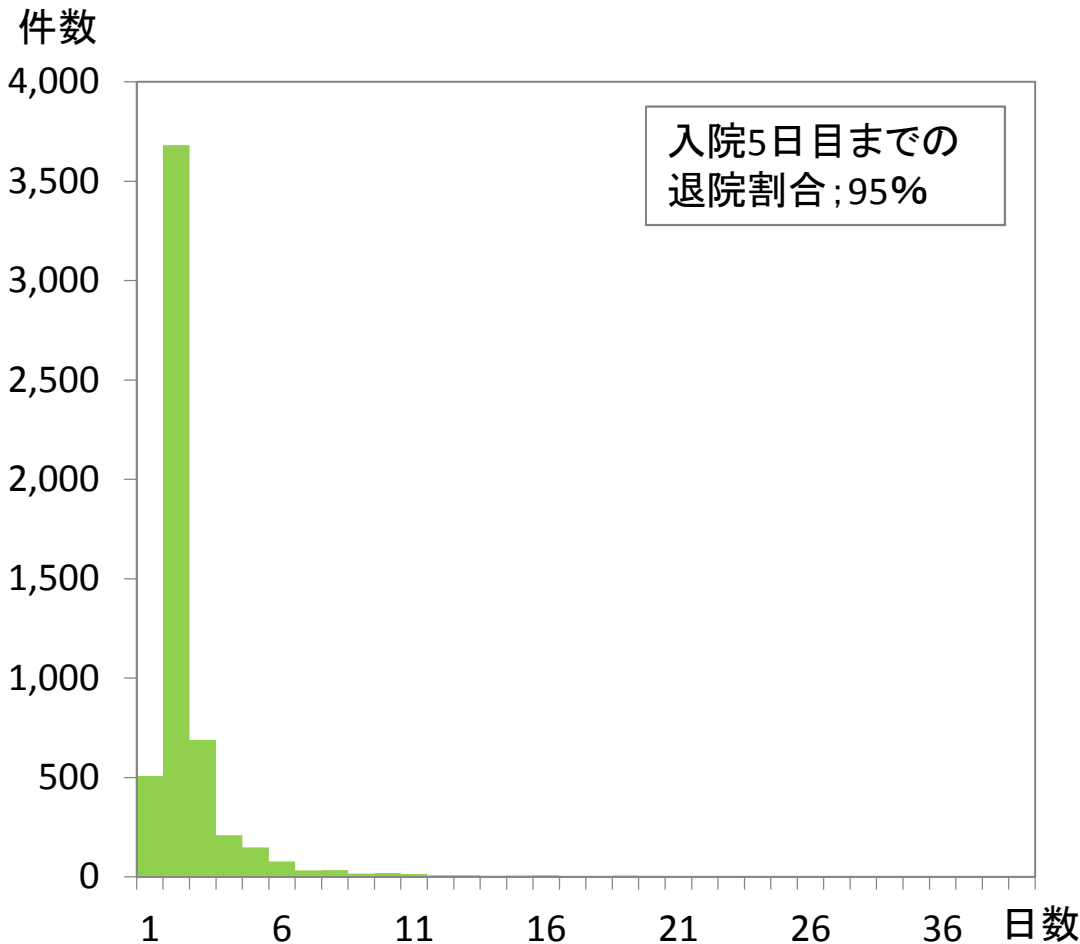
(入院5日目まで)



K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

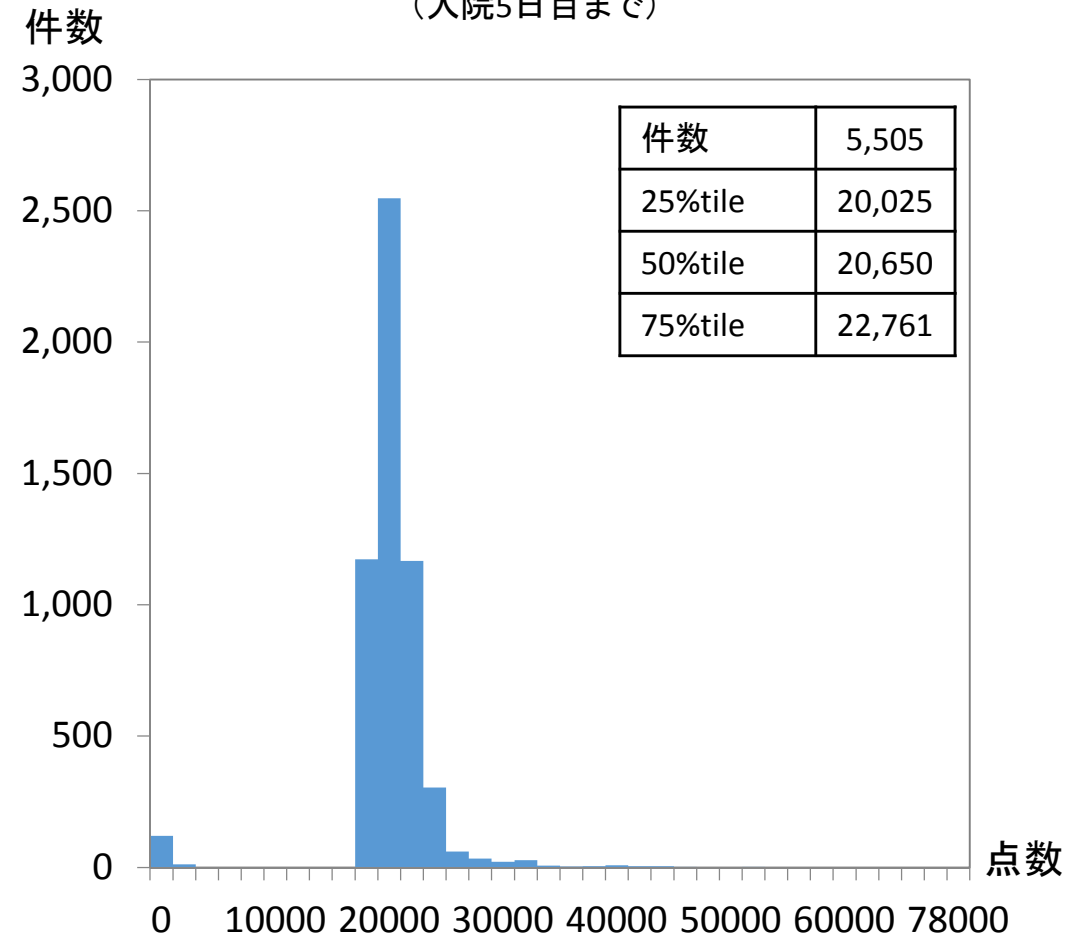
- 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、入院5日目までに95%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の15%程度であった。

＜入院日数＞



＜特掲診療料の算定点数＞

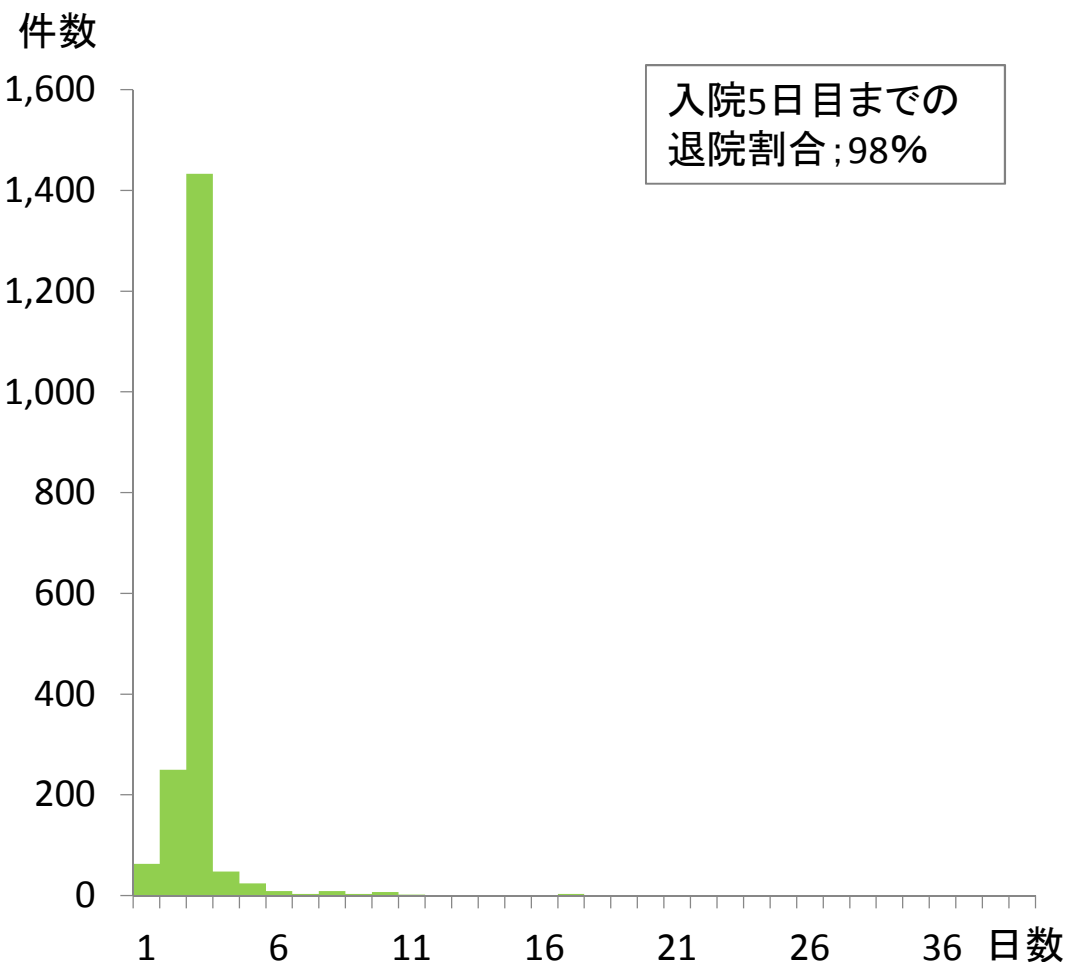
(入院5日目まで)



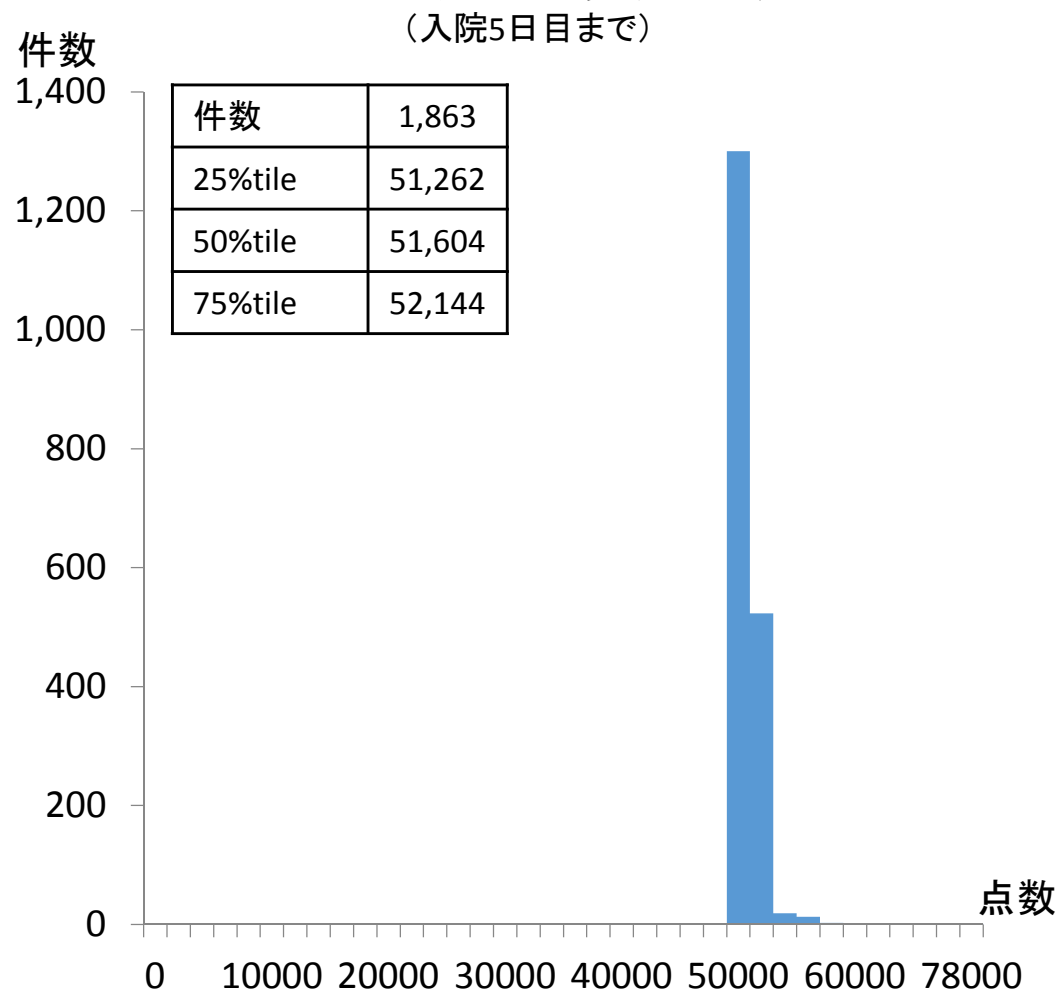
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

- ガンマナイフによる定位放射線治療については、入院5日目までに98%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の2%程度であった。

<入院日数>



<特掲診療料の算定点数>



とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
- 4. 特定集中治療室管理料について**
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定の概要①

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

<u>イ 7日以内の期間</u>	13,650点
<u>ロ 8日以上14日以内の期間</u>	12,126点

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

<u>(1) 7日以内の期間</u>	13,650点
<u>(2) 8日以上60日以内の期間</u>	12,319点

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

※従前の特定集中治療室管理料1，2については、特定集中治療室管理料3，4とする。

（ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更）

平成26年度診療報酬改定の概要②

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、名称を「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶ 急性期患者の特性を踏まえ、評価方法の変更を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな評価基準を設定する。

現行		点数
特定集中治療室管理料1	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,711点
特定集中治療室管理料2 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)		
	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上60日以内の期間	7,901点
A項目3点以上またはB項目3点以上である患者が9割以上であること		



改定後		点数
特定集中治療室管理料3	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837点
特定集中治療室管理料4 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)		
	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上60日以内の期間	8,030点
A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が8割以上であること		

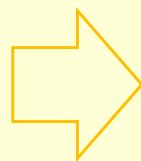
[経過措置]

・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、モニタリング及び処置等の項目(A項目)について同様に見直し、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶ 急性期患者の特性を踏まえ、評価方法の変更を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな評価基準を設定する。

現行	点数
ハイケアユニット入院医療管理料 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上またはB項目7点以上である患者が8割以上であること	4,511点



改定後	点数
(改)ハイケアユニット入院医療管理料1 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること	6,584点
(改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ・看護配置常時5対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること	4,084点

[経過措置]

・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの従前の入院料を算定する。

重症度に係る評価票 【特定集中治療室(ICU)管理用】

A モニタリング及び処置等			B 患者の状況等			
	0点	1点	0点	1点	2点	
1 心電図モニターの管理	なし	あり	10 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	11 起き上がり	できる	できない	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	14 口腔清潔	できる	できない	
6 人工呼吸器の装着	なし	あり				
7 輸血や血液製剤の管理	なし	あり				
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーター)	なし	あり				
9 特殊な治療法等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定, ECMO)	なし	あり				

算定要件:A項目が**3点以上**、**かつ**、B項目が**3点以上**である患者**8割以上**

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。

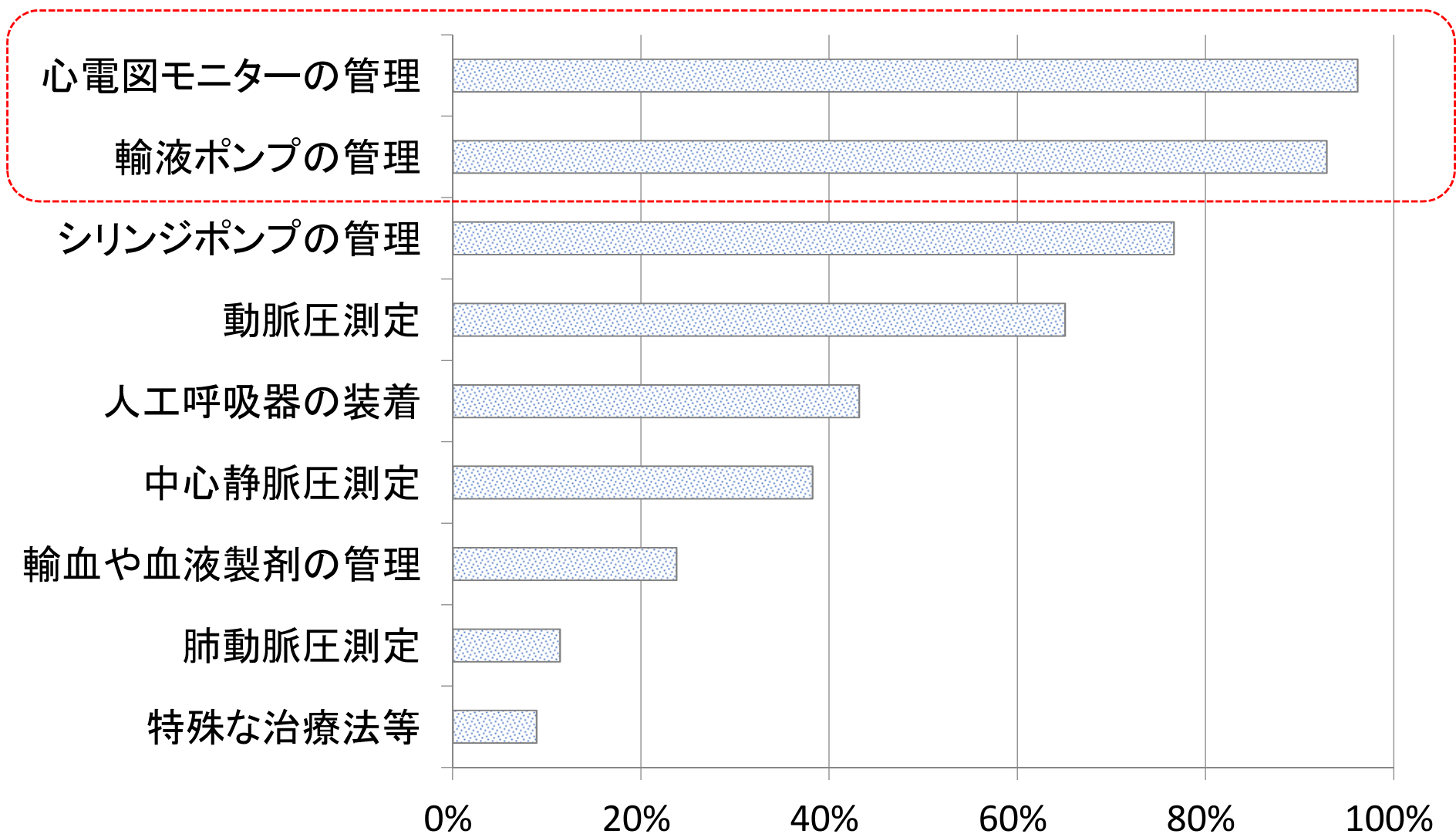
(5)算定要件中の該当患者の割合については、**暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動**

重症度、医療・看護必要度の項目別該当割合

- ICUに入室している患者のうち、90%以上の患者が「心電図モニター」の管理」「輸液ポンプの管理」に該当していた。

<A項目の該当割合>

n=3504



A項目間の相関係数

○ A項目の各項目のうち、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」については、高い正の相関がみられた。

<A項目間の相関係数>

ICU	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の装着	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
心電図モニターの管理	1.000								
輸液ポンプの管理	0.682	1.000							
動脈圧測定	0.255	0.257	1.000						
シリンジポンプの管理	0.341	0.366	0.260	1.000					
中心静脈圧測定	0.151	0.179	0.421	0.314	1.000				
人工呼吸器の装着	0.169	0.199	0.368	0.324	0.449	1.000			
輸血や血液製剤の管理	0.105	0.134	0.257	0.183	0.345	0.301	1.000		
肺動脈圧測定	0.067	0.092	0.240	0.177	0.435	0.315	0.338	1.000	
特殊な治療法等	0.063	0.001	0.132	0.121	0.177	0.201	0.148	0.169	1.000

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

重症度、医療・看護必要度に該当する医療処置等の実施状況

○ ICUに入院している患者において、該当するA項目の組合せとして最も多くみられたものは、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の3項目の組合せであった。

＜該当するA項目の組合せ(上位15位)＞

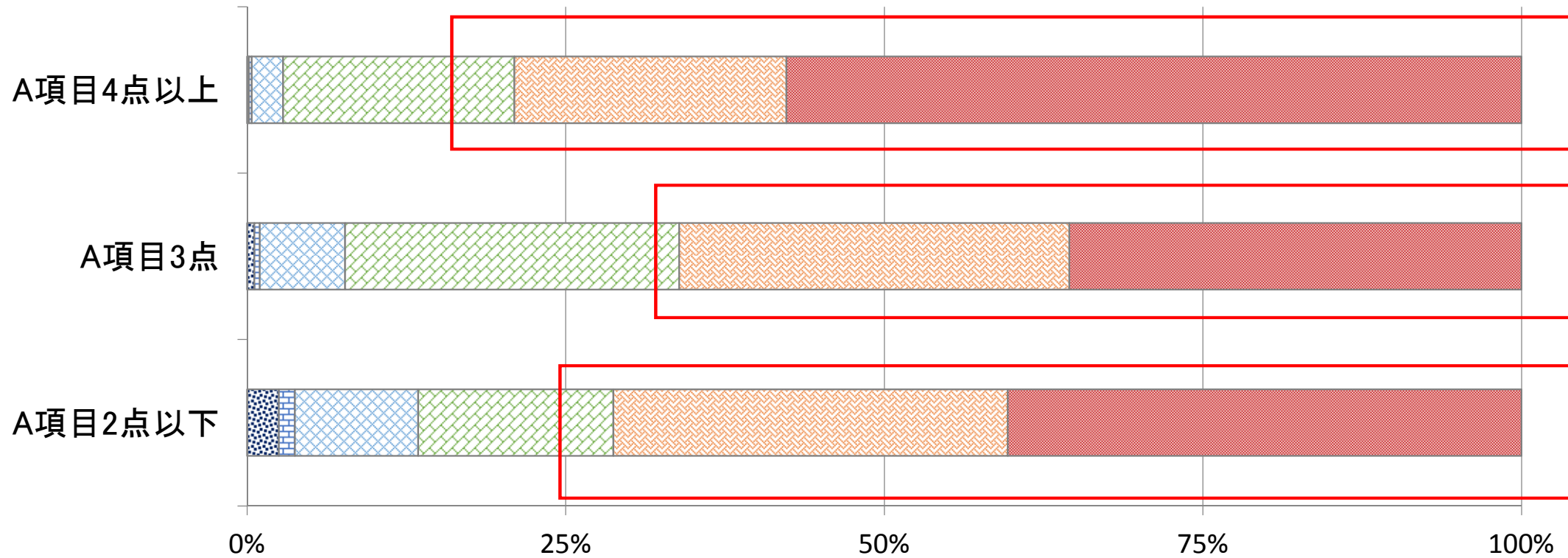
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	該当患者割合
	心電図モニター	輸液ポンプ	シリンジポンプ	動脈圧測定	中心静脈圧測定	人工呼吸器	輸血や血液製剤	肺動脈圧測定	特殊な治療法等	
1位	○	○	○							13.0%
2位	○	○	○	○						9.7%
3位	○	○	○	○	○	○				8.5%
4位	○	○	○	○		○				6.2%
5位	○	○								5.9%
6位	○	○		○						5.7%
7位	○	○	○	○	○	○	○	○		5.4%
8位	○	○	○	○	○	○	○			4.7%
9位	○	○	○	○	○					4.4%
10位										3.6%
11位	○	○	○			○				3.0%
12位	○	○	○	○			○			1.9%
13位	○	○	○	○		○	○			1.9%
14位	○	○	○	○	○	○		○		1.7%
15位	○	○	○	○	○	○	○		○	1.7%

医師による指示の見直しの頻度

- 重症度、医療・看護必要度の基準はA項目3点以上に設定されているが、A項目が3点の患者では、A項目が2点以下の患者よりも、頻回の指示の見直しが必要な患者の割合は小さかった。

＜医師による指示の見直しの頻度＞

n=3144



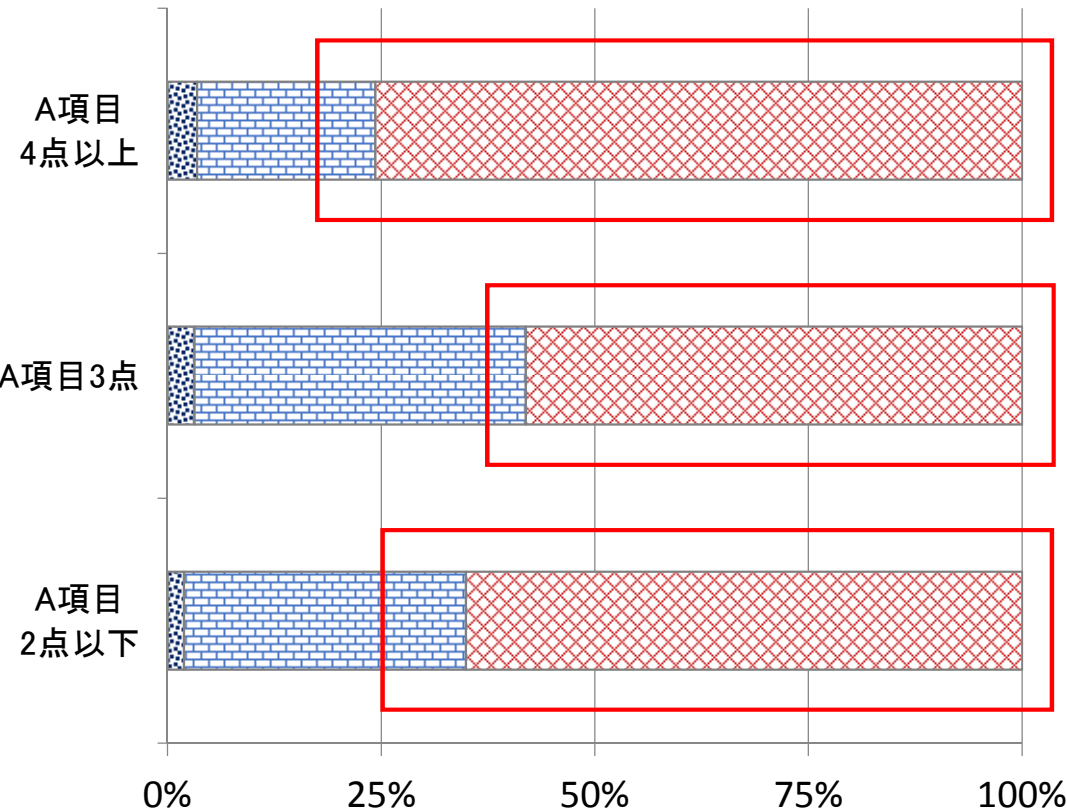
- 医療的な状態は安定しており医師の指示は必要としない
- 週2～3回程度の指示見直しが必要
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理必要

看護師による看護の提供頻度

- 重症度、医療・看護必要度の規準はA項目3点以上に設定されているが、A項目が3点の患者では、A項目が2点以下の患者よりも、看護師による毎時間以上の観察等が必要な患者の割合は小さかった。
- A項目が3点の患者と2点以下の患者で、1日3回以上の観察等が必要な患者に占める、病状が不安定な患者の割合は概ね同等であった。

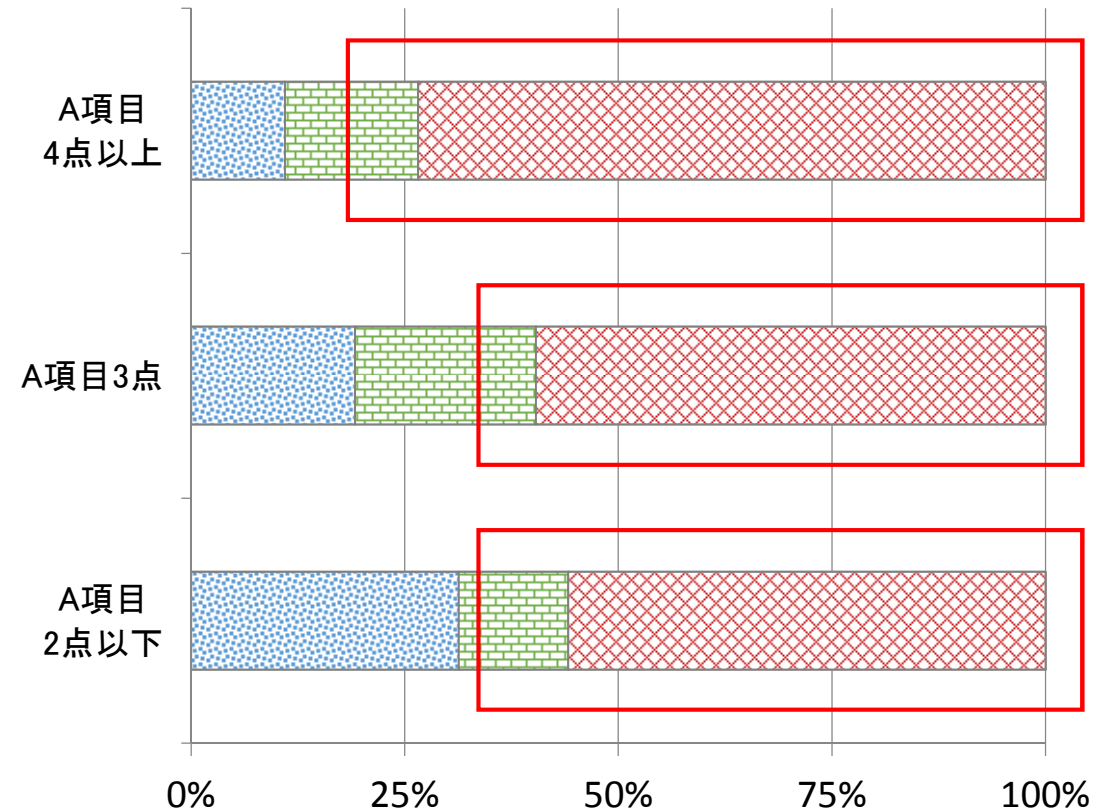
＜看護師による直接看護提供頻度＞

n=3116



＜1日に3回以上の観察等が必要な理由＞

n=2886



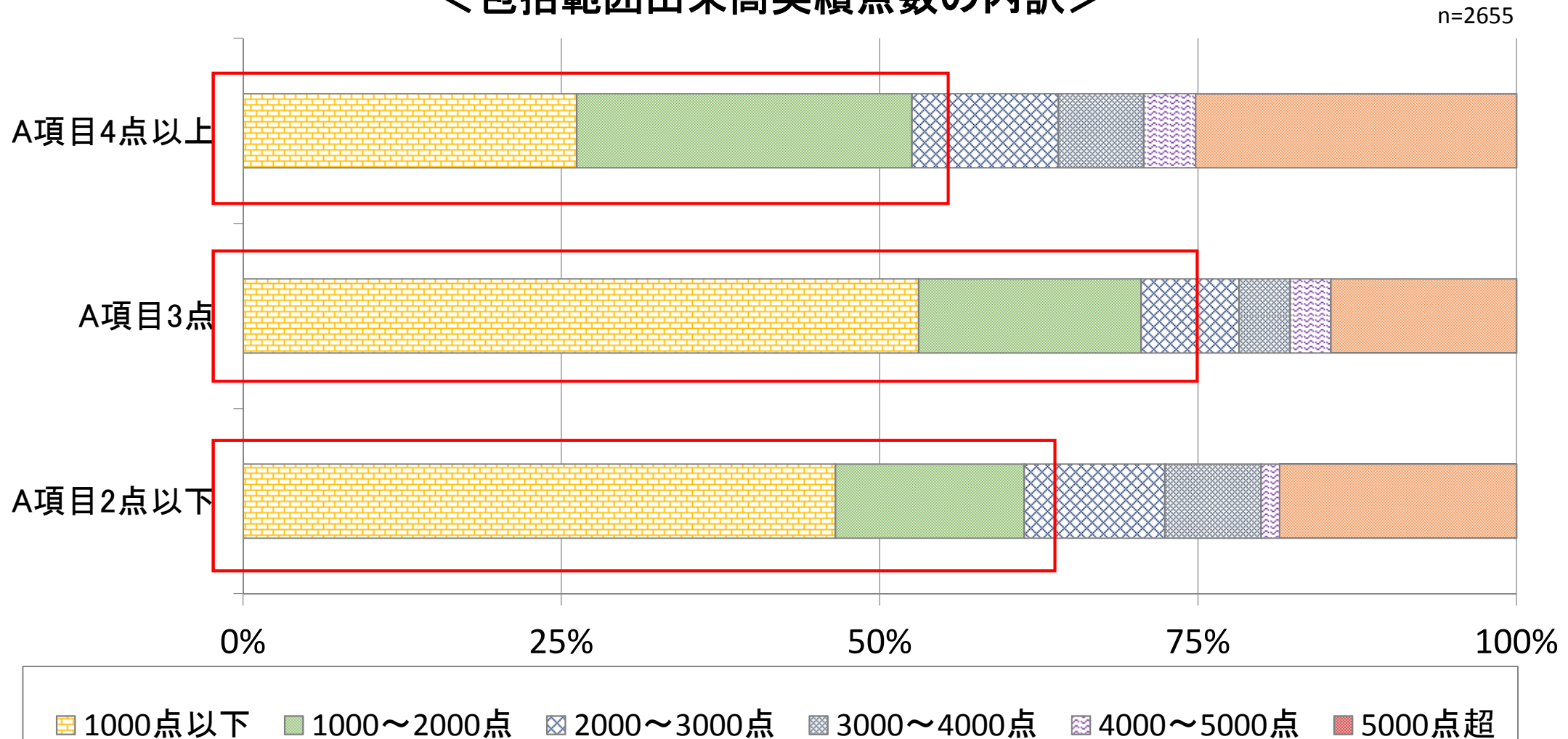
- 1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要
- 1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要
- 毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要

- 病状が不安定・急変が起きやすいため
- 病状が安定しているが処置が必要のため
- 病状が安定しているが見守りや安全管理が必要のため

包括範囲出来高実績点数の状況

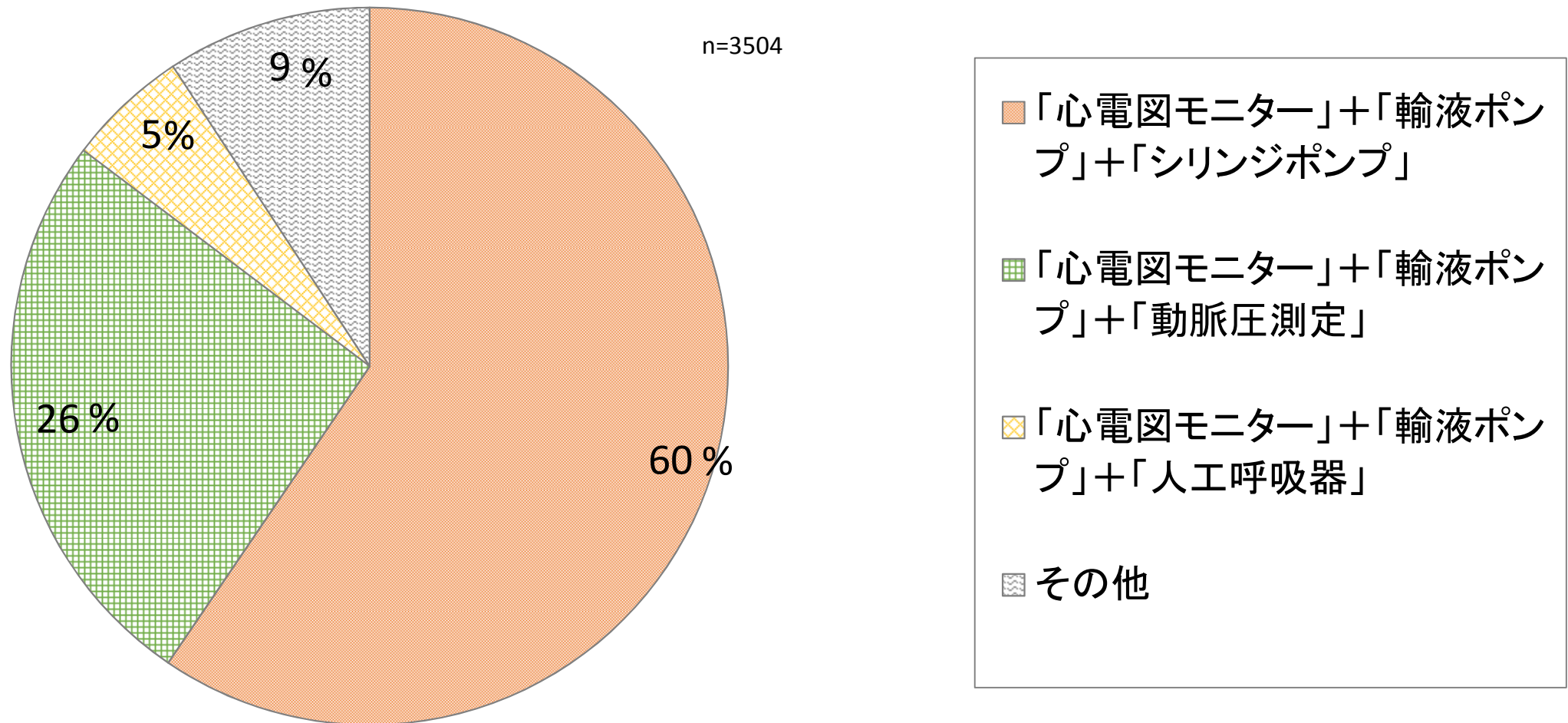
- 重症度、医療・看護必要度の規準はA項目3点以上に設定されているが、A項目が3点の患者では、A項目が2点以下の患者よりも、包括範囲出来高実績点数の低い患者の割合が高かった。

＜包括範囲出来高実績点数の内訳＞



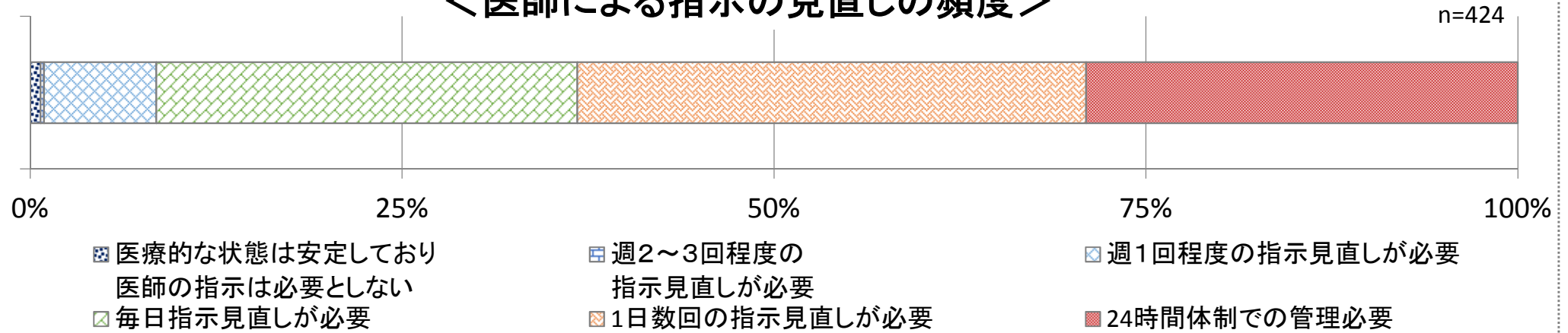
A項目が3点の患者が満たしている項目

○ ICUに入院しているA項目が3点の患者が満たしている項目の組合せは、「心電図モニター＋輸液ポンプ＋シリンジポンプ」の組合せが最も多く、全体の60%に上っていた。

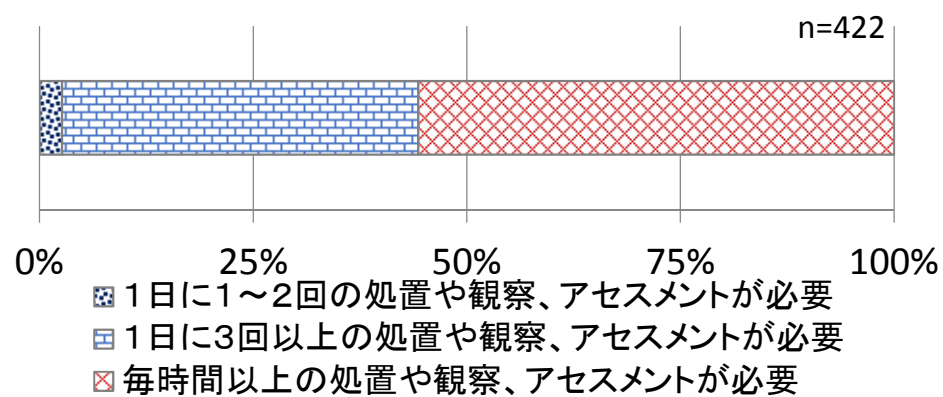


心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプにのみ該当する患者の概況

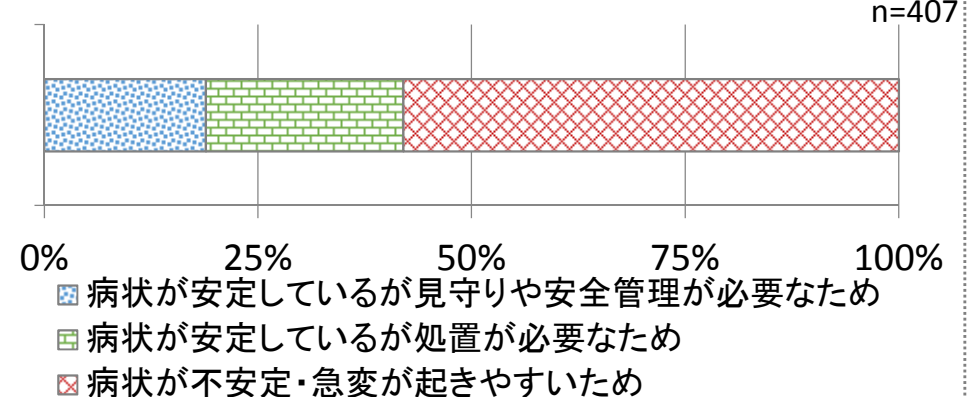
＜医師による指示の見直しの頻度＞



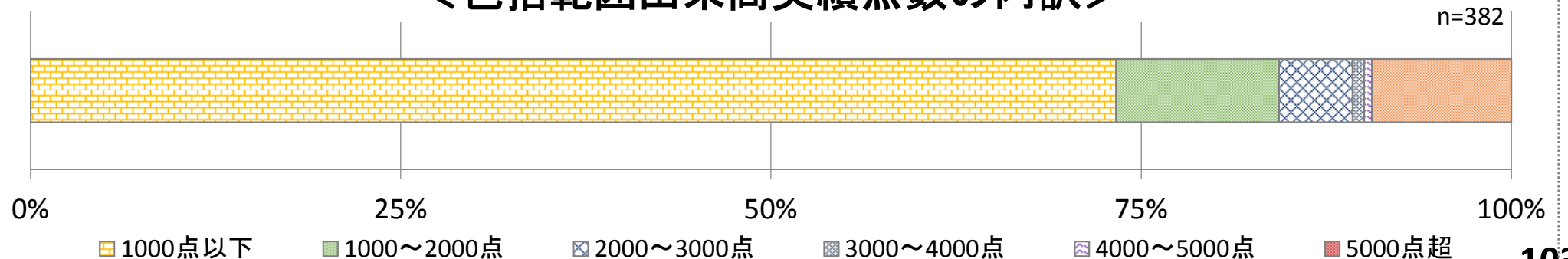
＜看護師による直接看護提供頻度＞



＜1日に3回以上の観察等が必要な理由＞



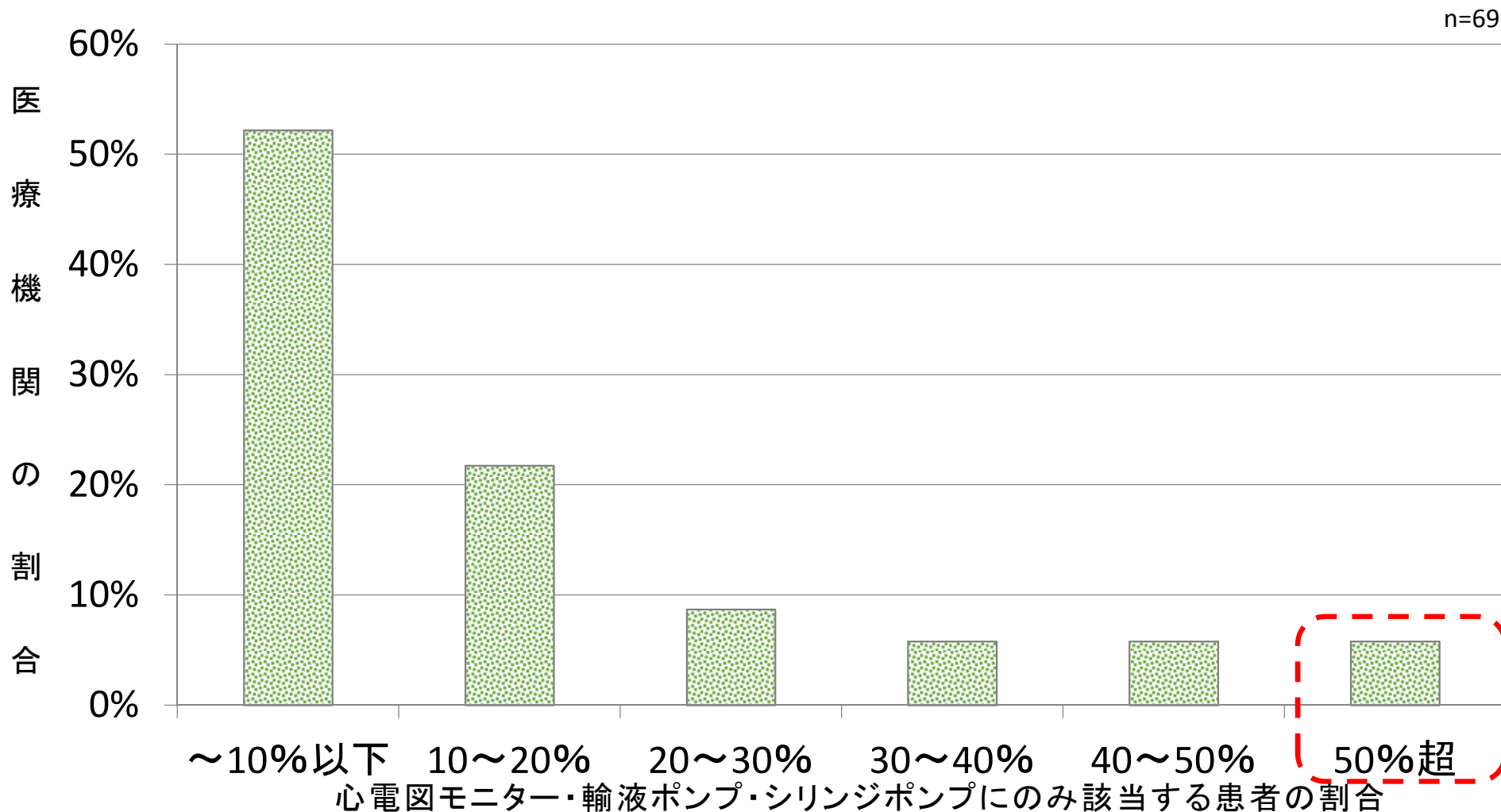
＜包括範囲出来高実績点数の内訳＞



心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプ にのみ該当する患者の割合

○ ICUにおいて、「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上入院していることが要件となっているが、一部に「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者が全体の50%以上を占める医療機関がみられた。

＜心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプにのみ該当する患者が占める割合＞



病棟薬剤業務実施加算の概要

病棟薬剤業務実施加算(週1回) 100点

薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価。**なお、特定入院料等の届出病床に入院している患者については算定できない。**

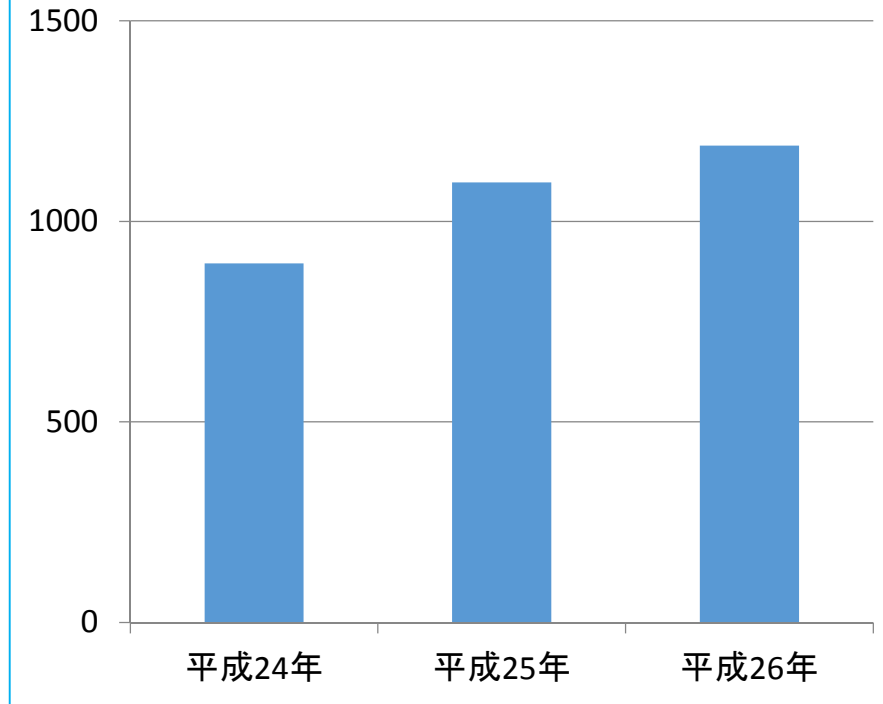
【主な病棟薬剤業務】

- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施

【施設基準】

- ① 病棟※ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
- ② 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
- ④ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
- ⑤ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

届出施設数



ICUにおける薬剤師の役割について

ICUにおける安全管理指針検討作業部会（報告書）

- ICUにおける医薬品の取扱いにあたっては、薬剤師を管理責任者とし、薬剤管理の権限と責任を明確化すること。
 - ・本来は薬剤師がICU内に常時勤務することが望ましいが、関与の方法によっては、薬剤部の薬剤師による関与でも可能とすること。
 - ・薬剤師の関与の方法としては、例えば処方内容を含めた治療計画への関与や、ICUを薬剤師が朝夕訪れ、薬剤投与の適切性の確認や在庫管理等を行うことが考えられる。

日本集中治療医学会による集中治療部設置のための指針

- 集中治療部における薬剤管理・薬剤調整などに関与する薬剤師が集中治療部内に勤務することが望ましい。

諸外国におけるガイドライン等

[ICU設置のためのガイドライン(American College of Critical Care Medicine)]

- ・専門医、薬剤師、呼吸器等のセラピスト、栄養士、福祉サービス等の専門家、牧師その他多職種によるチーム医療の提供により、医療の質は向上することが示されている。

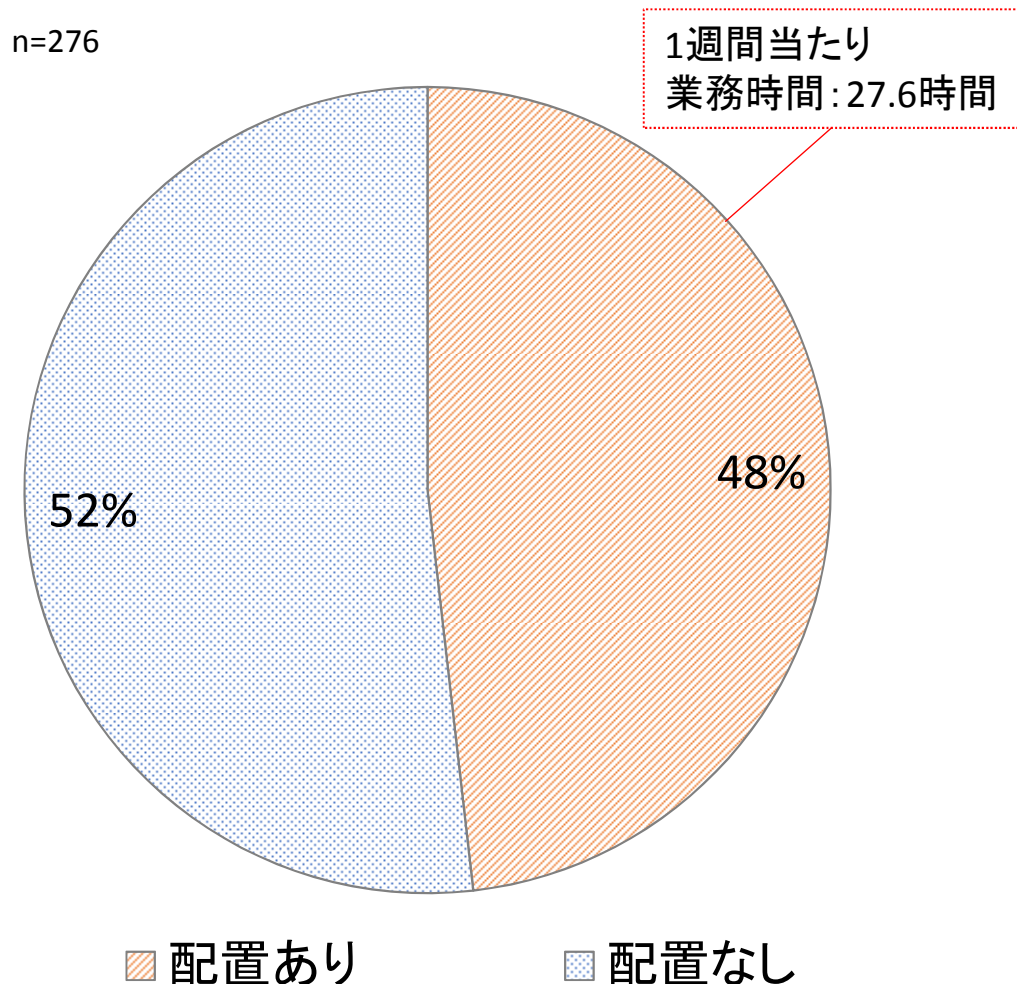
[ICUにおける基本的な要件に関する提言(European Society of Intensive Care Medicine; Working Group on Quality Improvement)]

- ・通常の営業時間内は、薬剤師へのコンサルテーションが可能な体制であるべきである。薬事との十分な連携は、患者の安全性を考慮するに当たり特に重要なものである。

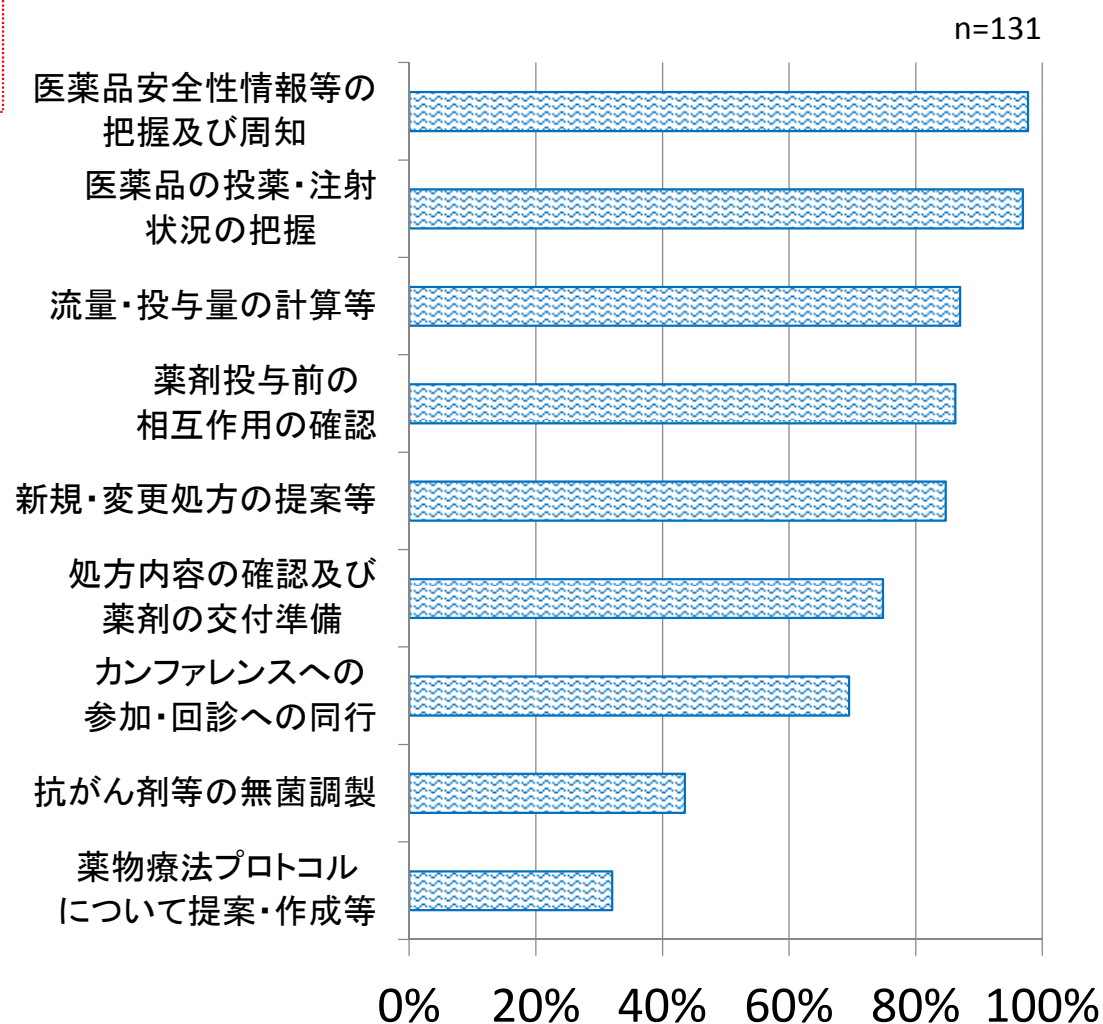
特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

＜薬剤師の専任配置＞



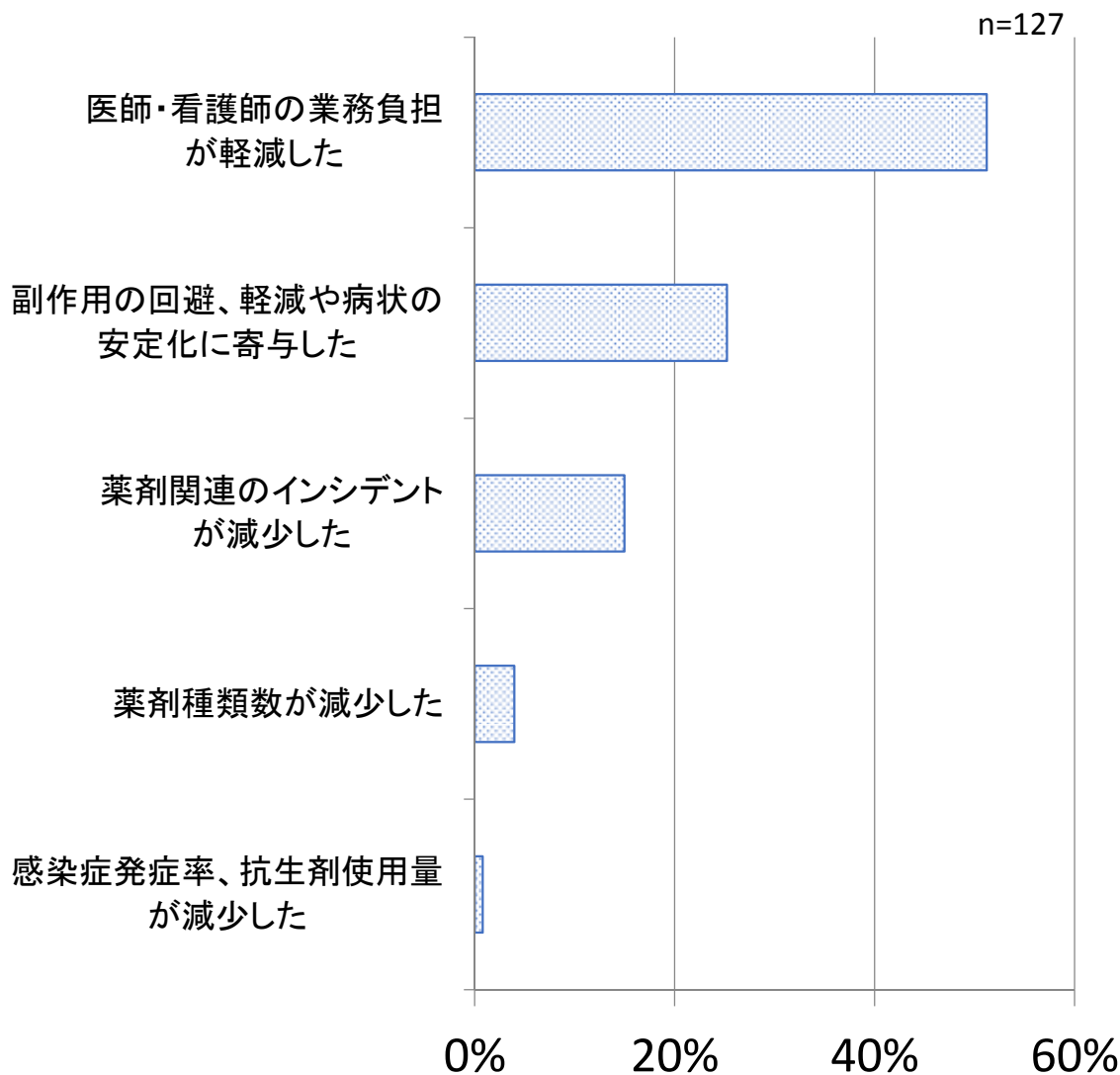
＜薬剤師が実施している業務＞



ICUにおける薬剤師配置の効果①

- 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。
- ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

＜薬剤師配置による効果＞



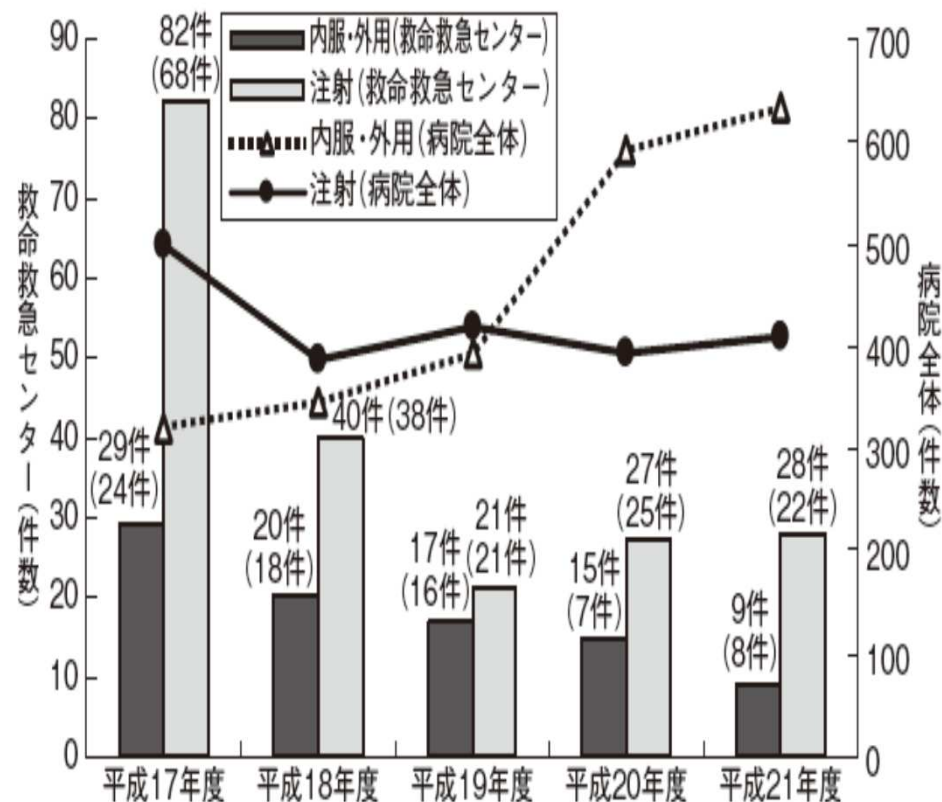
(参考)

＜薬剤師配置による効果＞

～高知医療センターの事例～

[対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)

[介入]; 平成17年3月以降薬剤師(2～3名)を常駐し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。



() は看護師がかかったインシデント件数を示す

ICUにおける薬剤師配置の効果②

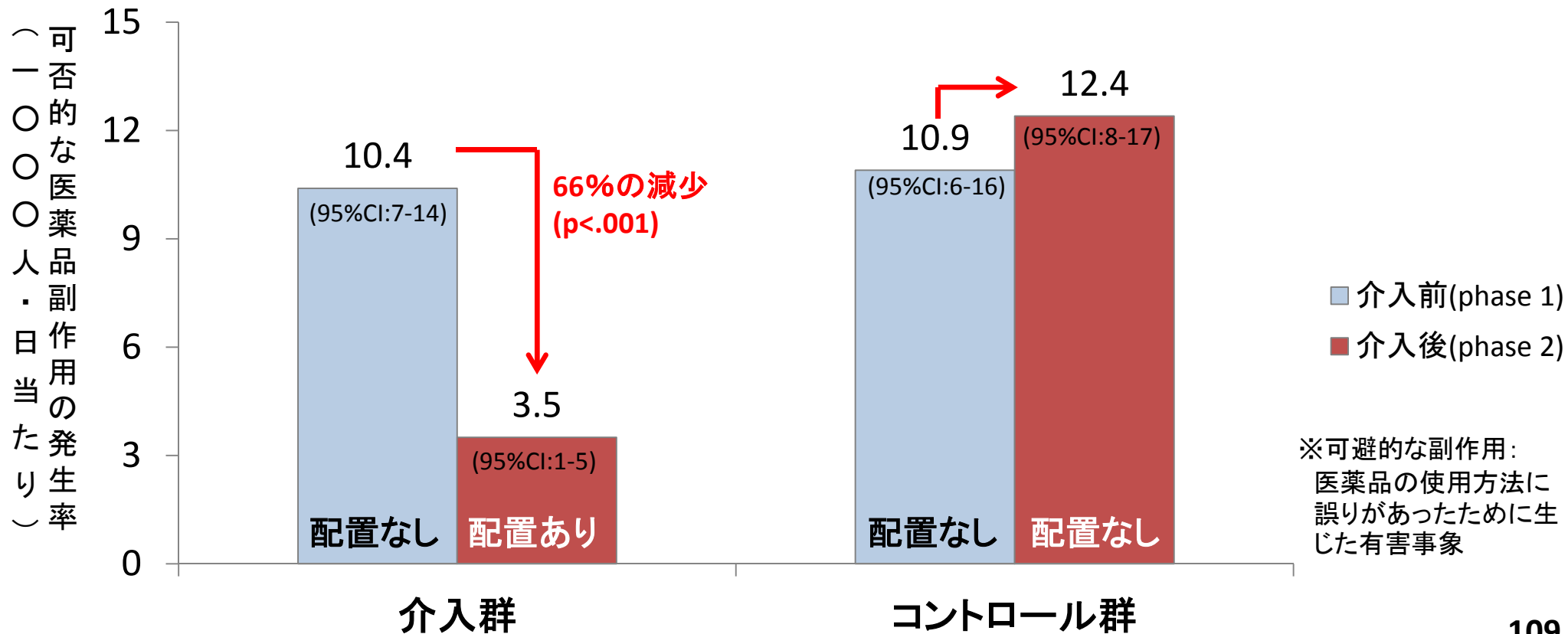
[方法]
・対象群(ICU)における介入前後の可否的な医薬品副作用の発生率を比較

[調査対象者]
・1993年2月1日～7月31日(phase 1)及び1994年10月1日～1995年7月7日(phase 2)の期間の入院患者から対象を無作為に抽出
・介入群: phase 1; 75人(787人・日)、phase 2; 75人(861人・日) ・コントロール群: phase 1; 50人(461人・日)、phase 2; 75人(644人・日)

[介入]
・介入群(ICU)で、phase 2の期間に薬剤師の配置(午前のみ; 回診への同行、コンサルテーション等を実施)及び日中のオンコール対応を実施
・コントロール群(CCU)では、phase 1・2ともに薬剤師の配置は行われなかった

[結果]
・コントロール群では両期間の可否的な医薬品副作用の発生率に明らかな違いはみられなかったが、介入群では有意な発生率の低下がみられた。

<可避的な副作用※の発生率(1,000人・日当たり)>



とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
- 5. 総合入院体制加算について**
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

- 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点

[施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術	40件／年以上	エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件／年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件／年以上	オ 化学療法	4,000件／年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件／年以上	カ 分娩件数	100件／年以上
- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 120点

- ※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

総合入院体制加算の概要

総合入院体制加算 1 (1日につき) 240点

総合入院体制加算 2 (1日につき) 120点

※一般病棟入院基本料の届出病床で算定

趣旨: 十分な人員配置及び設備等を備え **総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制** 及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価

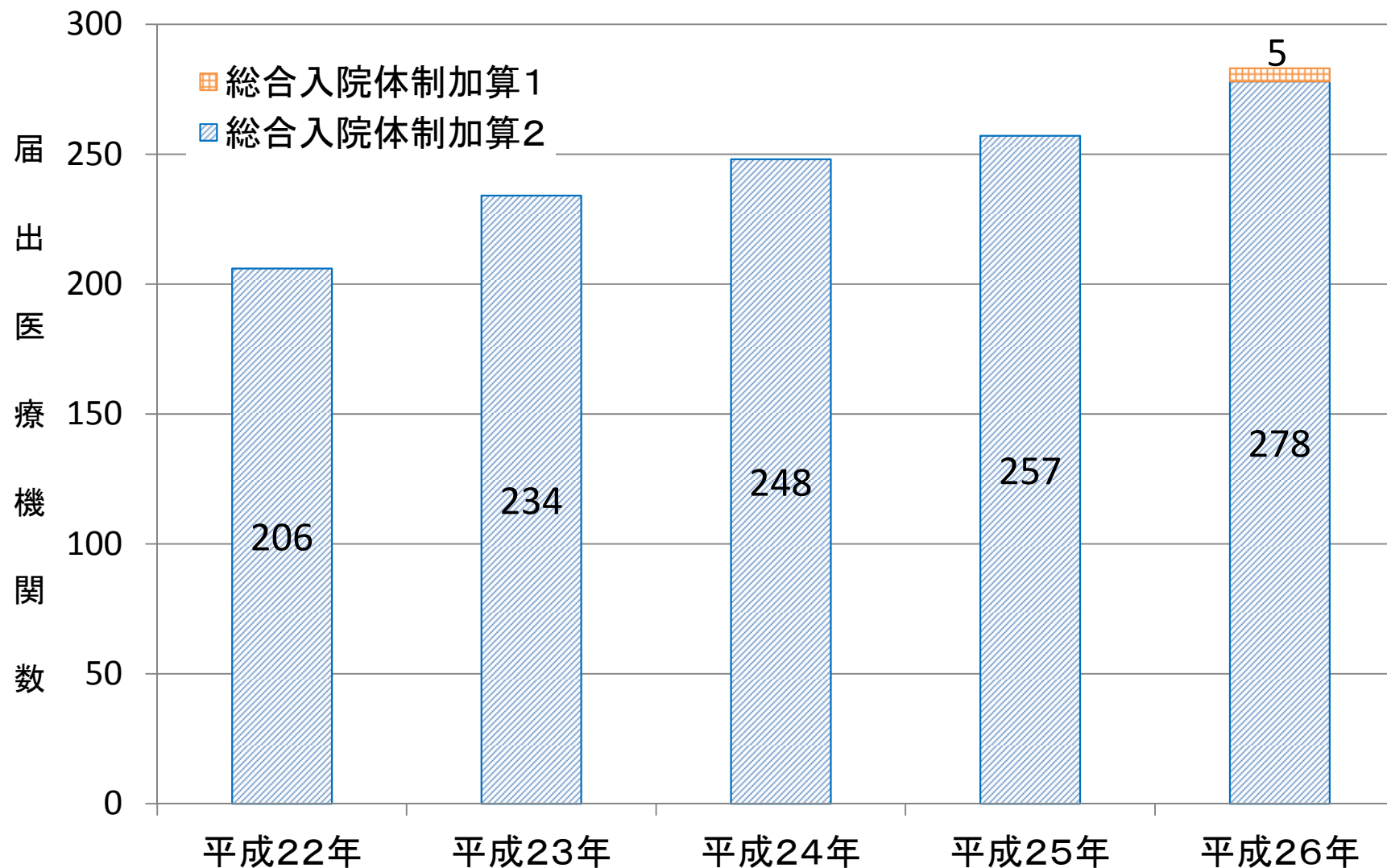
【主な施設基準】

総合入院体制加算1	総合入院体制加算2
○ 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している医療機関。	
○ 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法上の精神病床を有していること。また、 精神病棟入院基本料等の届け出ており、現に入院を受け入れていること。	○ 精神科については、 24時間対応できる体制があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。
○ 24時間の救急医療体制(救命救急センター、高度救命救急センター)	○ 24時間の救急医療体制(第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等)
○ 画像診断、検査及び調剤を24時間実施できる体制	
○ 全身麻酔の手術件数が年800件以上であること。	
○ 以下の要件を 全て満たしていること。	○ 以下の要件を 満たすことが望ましい。
ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上 オ 化学療法 4,000件/年以上 カ 分娩件数 100件/年以上	

総合入院体制加算の届出数の推移

○ 総合入院体制加算の届出医療機関は増加傾向にある。

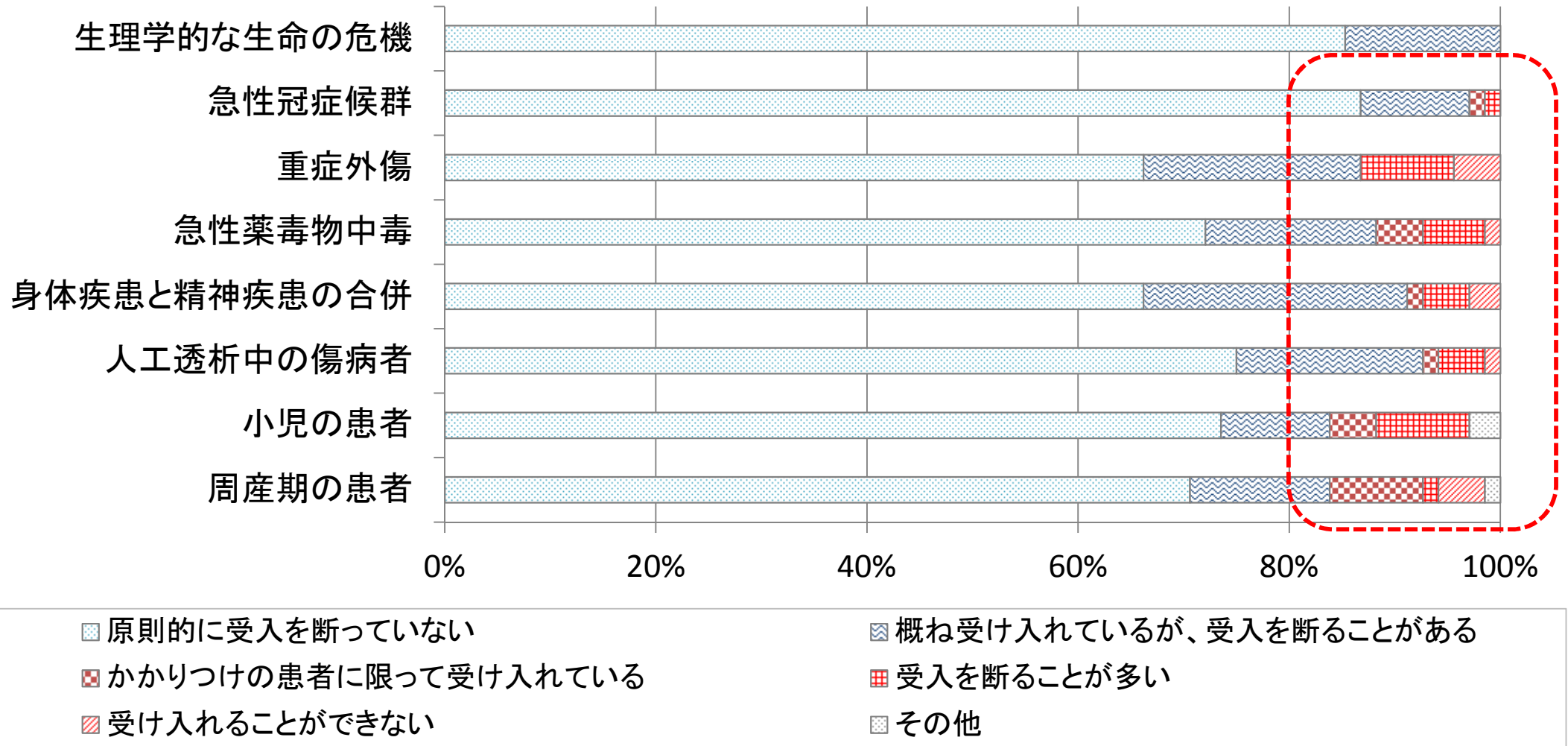
＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞



総合入院体制加算届出医療機関における救急患者受入方針

- 総合入院体制加算の届出医療機関であっても、一部の医療機関では、重症外傷や小児・周産期等の救急患者の受入に関して、限定的な対応方針をとっていた。

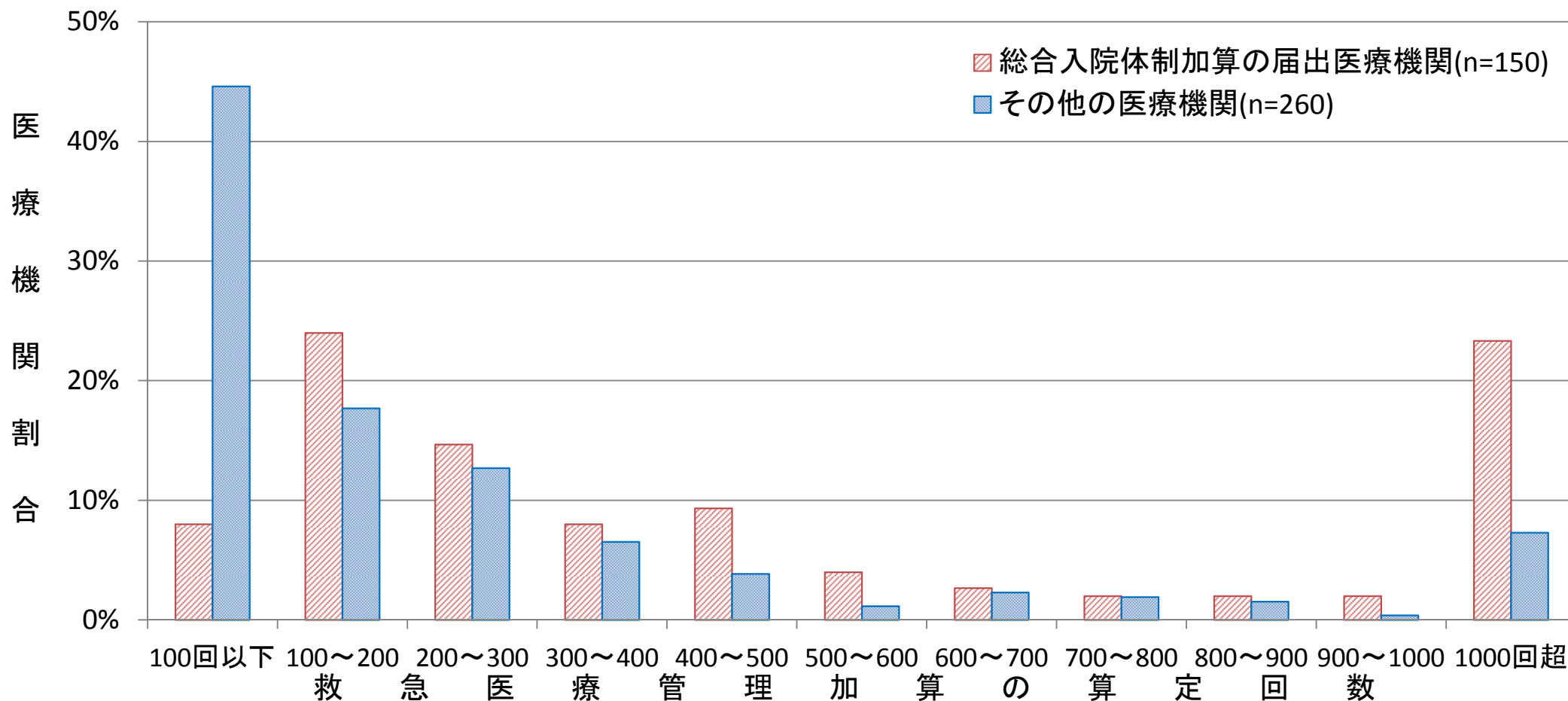
＜総合入院体制加算届出医療機関の救急患者の受入方針＞



救急患者の受入状況

- 総合入院体制加算の届出医療機関では、救急医療を担うその他の医療機関と比べて、救急医療管理加算の算定回数が1000回/月を超え、緊急に入院を必要とする重症患者を多く受け入れている医療機関が多くみられた。
- 他方、総合入院体制加算の届出医療機関であっても、緊急に入院を要する重症患者の受入が少ない医療機関も一定程度みられた。

＜救急医療管理加算の算定回数(1か月当たり)＞

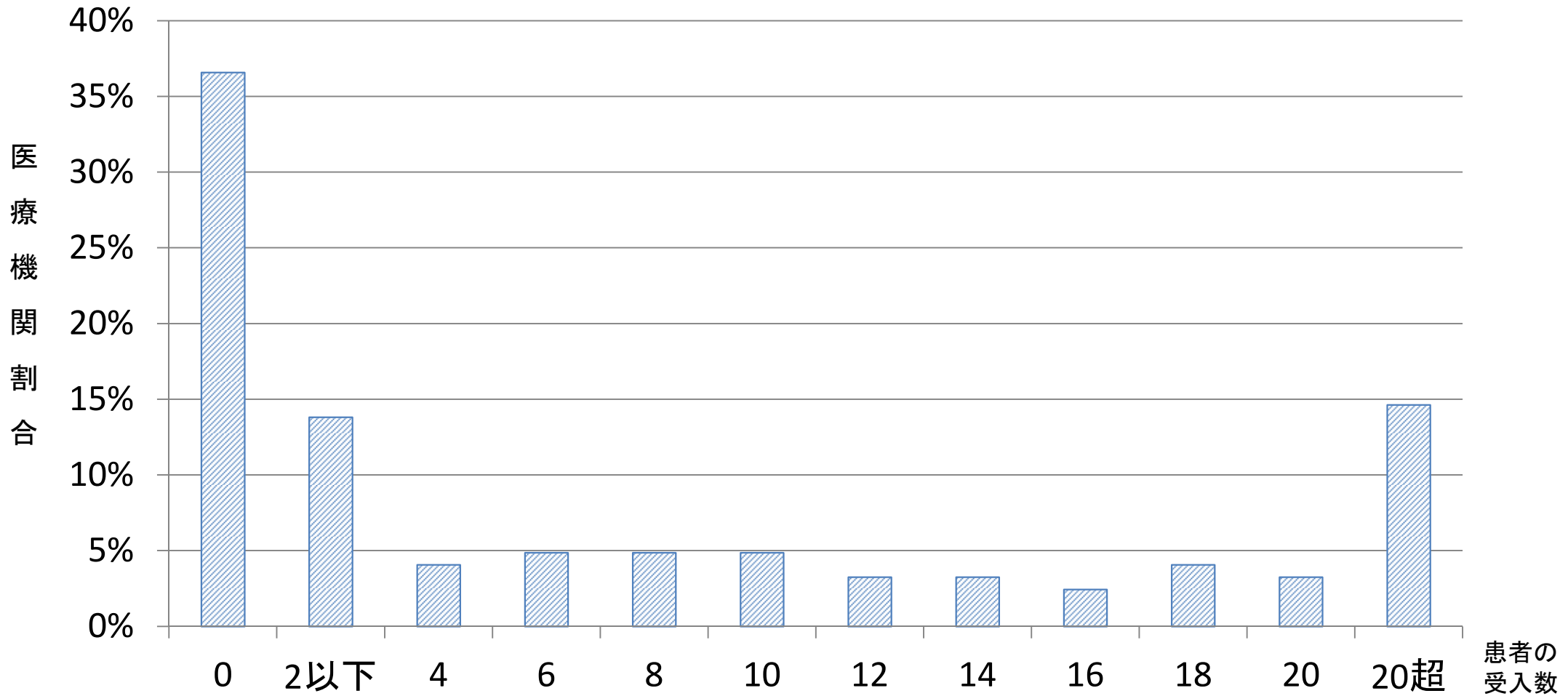


出典：平成26年度検証調査(救急医療：「救命救急入院料、新生児特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、総合入院体制加算のいずれかの届出を行っている医療機関(悉皆533施設)」及び「救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料の届出を行っている医療機関(無作為抽出467施設)」の合計1000施設を対象に調査を実施)

総合入院体制加算届出医療機関における認知症患者の受入状況

- 総合入院体制加算の届出医療機関であっても、認知症の救急搬送患者の受け入れをほとんど行っていない医療機関がみられた。

＜認知症の救急搬送患者の受入実績(1か月当たり)＞



出典：平成26年度検証調査(救急医療：「救命救急入院料、新生児特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、総合入院体制加算のいずれかの届出を行っている医療機関(悉皆533施設)」及び「救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料の届出を行っている医療機関(無作為抽出467施設)」の合計1000施設を対象に調査を実施)

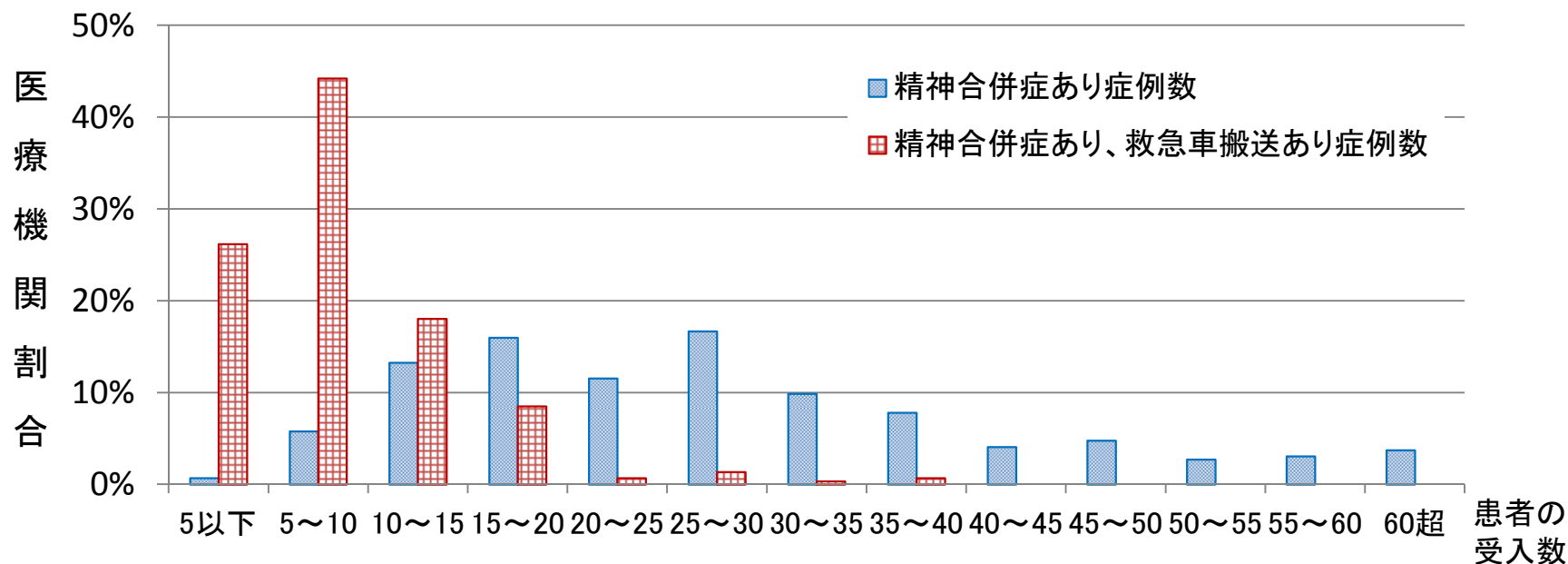
精神疾患合併患者の受入状況

- 総合入院体制加算1の届出医療機関では、精神疾患を合併している患者を多く受け入れていた。また、総合入院体制加算届出医療機関であっても、精神疾患合併患者の受入実績が少ない医療機関がみられた。

	1病院当たりの精神合併症あり※ 症例数(1か月当たり)	1病院当たりの精神合併症あり、 救急車搬送あり症例数(1か月当たり)
加算1届出医療機関	55.3	17.6
加算2届出医療機関	27.7	8.5

※MDC17(精神疾患)の病名をもつ患者

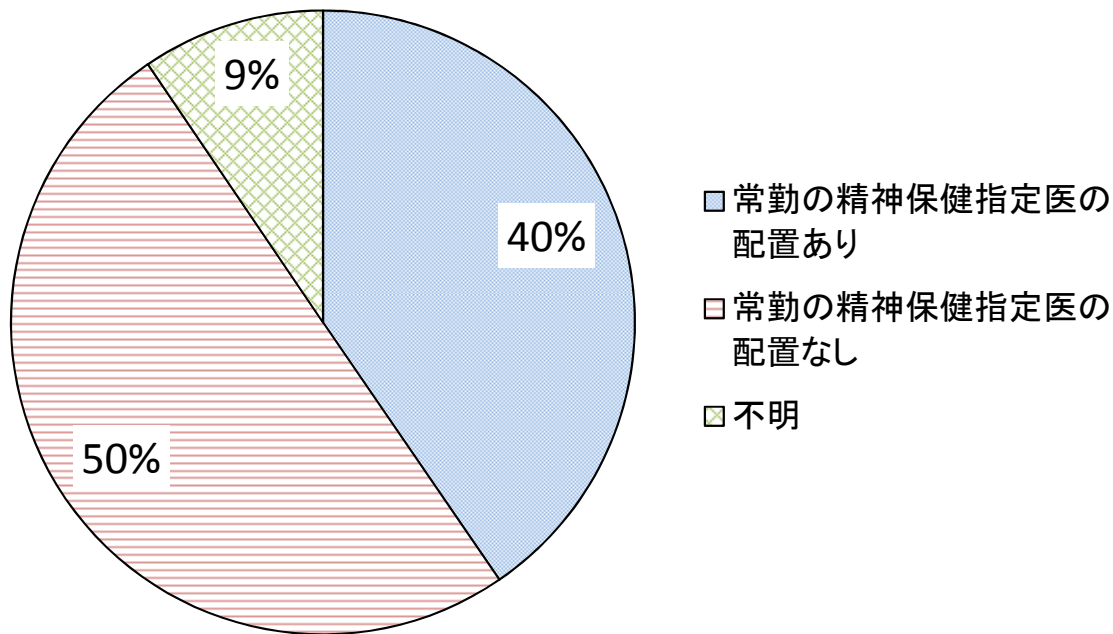
＜精神疾患合併患者の受入実績ごとの医療機関分布(1か月当たり)＞



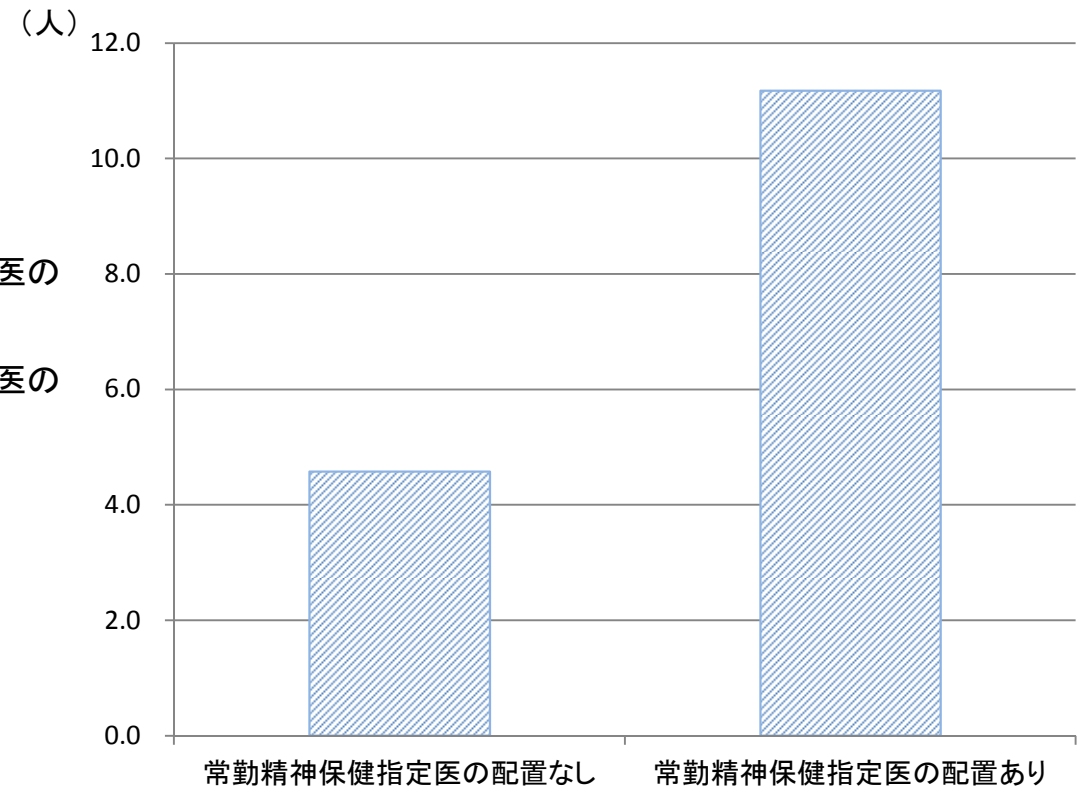
常勤精神保健指定医の有無による精神疾患患者の受入状況について

- 救急対応を行い緊急入院となった精神疾患患者数については、常勤精神保健指定医の配置がある医療機関が、配置のない医療機関に比べて多い傾向がみられた。

＜常勤精神保健指定医を配置している医療機関の割合＞



＜救急対応を行い緊急入院になった精神疾患患者数(1月間)の平均＞

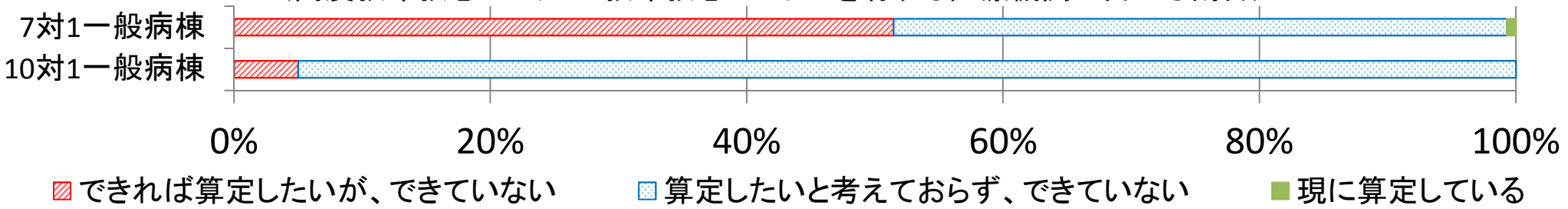


総合入院体制加算1の届出に関する意向

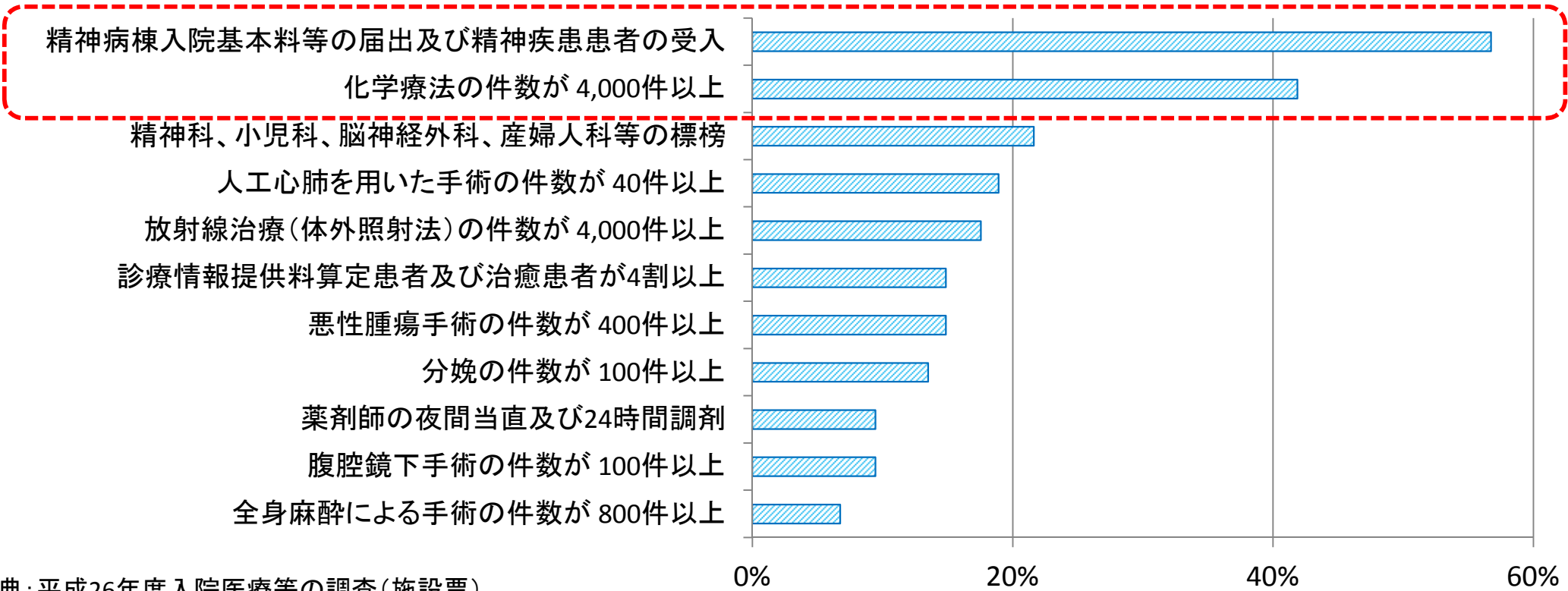
○ 高度救命救急センター等に指定されている7対1一般病棟の半数程度は総合入院体制加算1の届出に関する意向をもっているが、精神疾患の患者の受入や化学療法に関する要件が困難であると考えている場合が多かった。

＜総合入院体制加算1の届出に関する意向＞

(高度救命救急センター・救命救急センターを有する医療機関に占める割合)



＜総合入院体制加算1を算定したいと回答した医療機関が満たすのが困難な要件＞

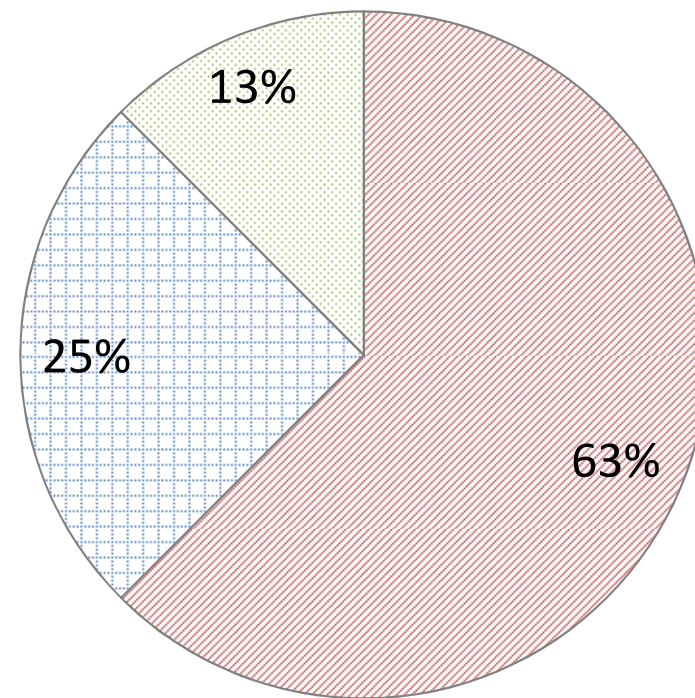
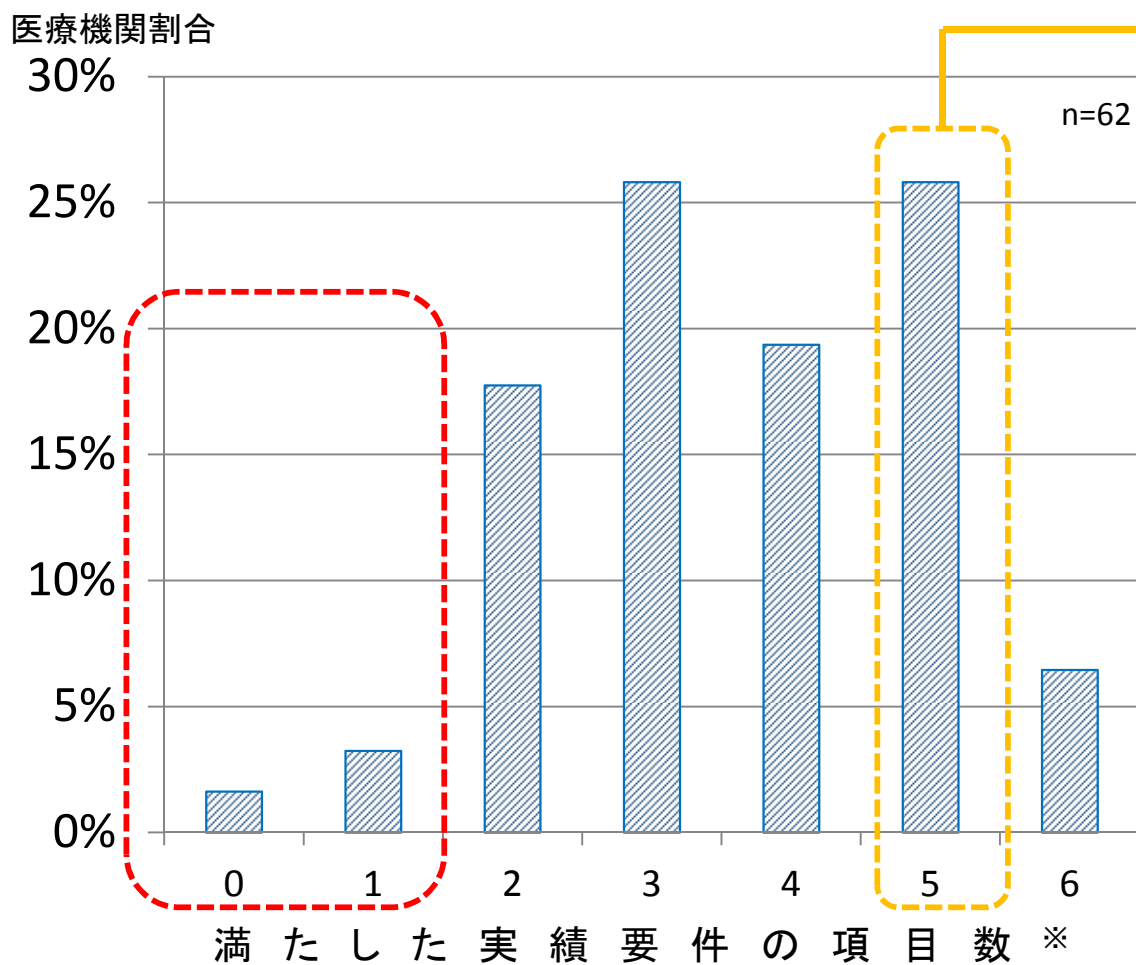


総合入院体制加算2届出医療機関が総合入院体制加算1を算定できない理由

- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、実績要件を5項目満たしている医療機関が、総合入院体制加算1を算定するに当たって満たせていない項目として最も多かったのは「化学療法の件数が4,000件以上」の要件であった。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、実績要件をほとんど満たしていない医療機関が一部にみられた。

<総合入院体制加算2届出医療機関の実績状況>

<5項目を満たした医療機関が満たせない項目>

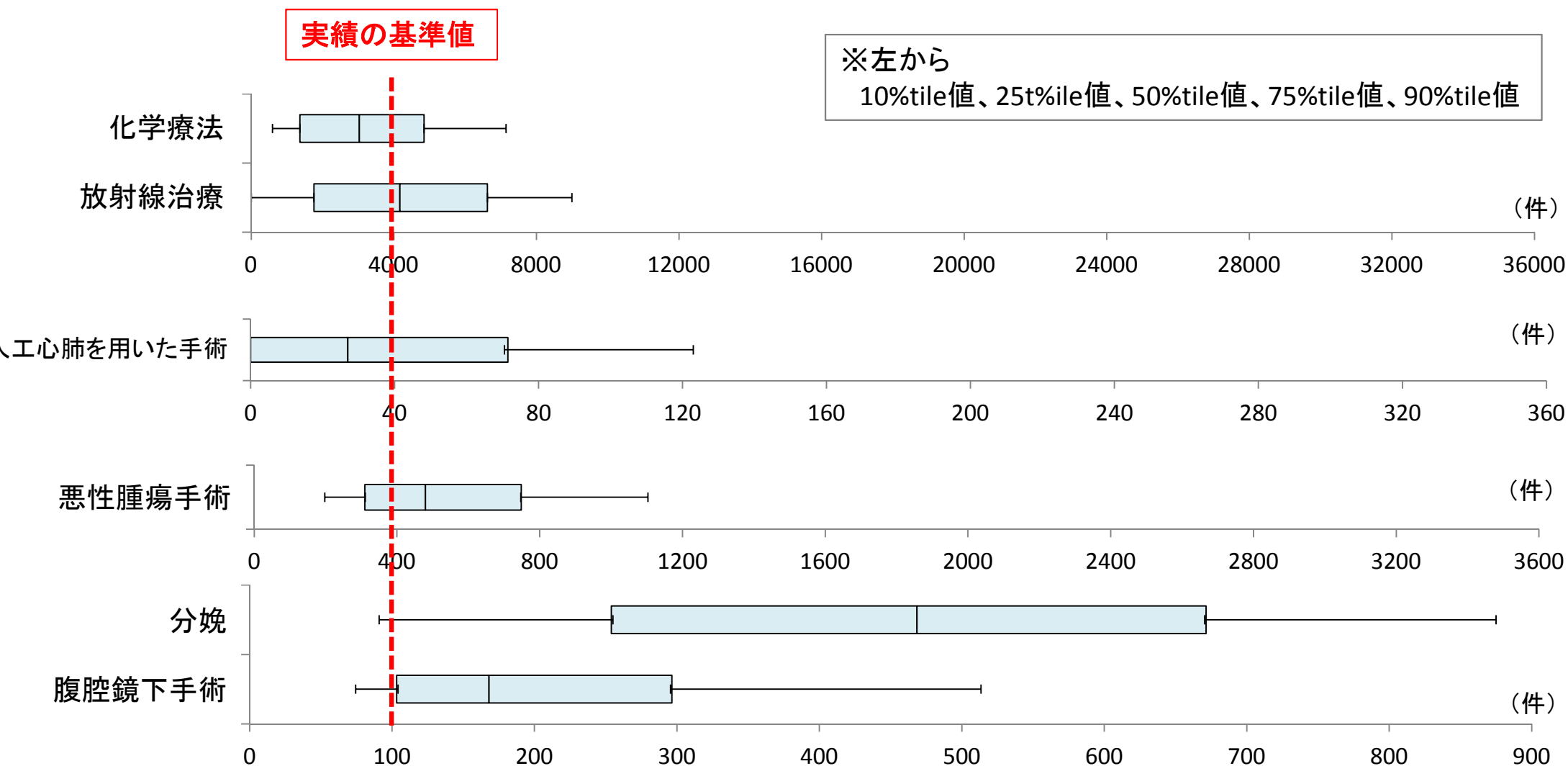


- 化学療法
- 人工心臓を用いた手術
- 放射線治療(体外照射法)

※実績要件:「人工心臓を用いた手術が40件以上」「悪性腫瘍手術が400件以上」「腹腔鏡下手術が100件以上」「放射線治療(体外照射法)が4,000件以上」「化学療法の件数が4,000件以上」「分娩の件数が100件以上」

総合入院体制加算2届出医療機関の診療状況

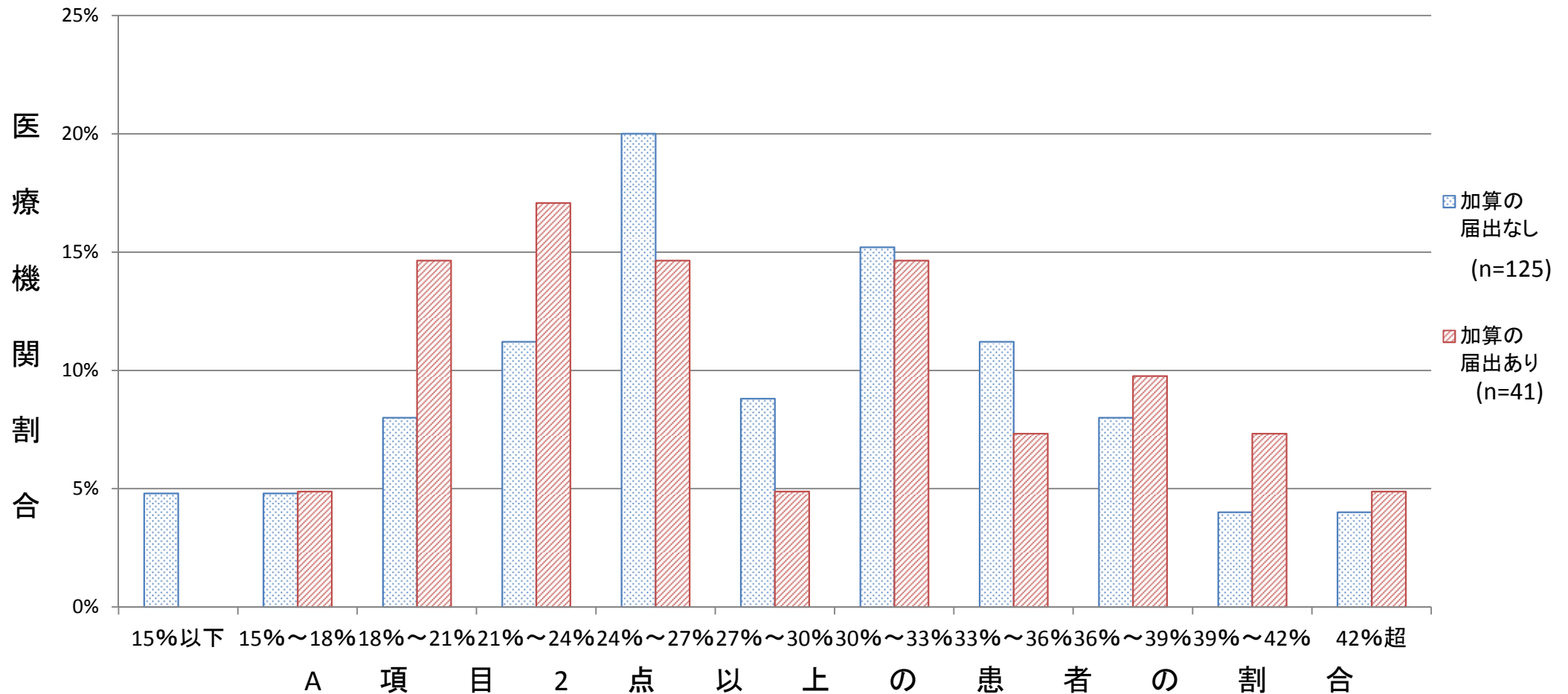
- 総合入院体制加算2の届出を行っている医療機関における診療実績は以下の通りであり、化学療法については中央値が基準値を下回っており、基準値と比較して診療実績のばらつきは相対的に小さかった。



A項目該当患者割合別の医療機関の該当割合

- 総合入院体制加算の届出医療機関とその他の7対1入院基本料の届出医療機関を比較した場合、A項目が2点以上の患者割合は類似の分布を示しており、総合入院体制加算の届出医療機関であってもA項目の患者が少ない医療機関がその他の医療機関と同等またはそれ以上にみられた。

＜総合入院体制加算届出別の重症度、医療・看護必要度のA項目の該当患者状況＞



A項目の該当患者割合別にみた医療機関の実績

○総合入院体制加算の届出の有無にかかわらず医療機関全体で見た場合でも、A項目が2点以上の該当割合が高い医療機関のほうが、総じて病床当たりの年間手術件数や一日当たりのレセプト単価の中央値が高い傾向が認められた。

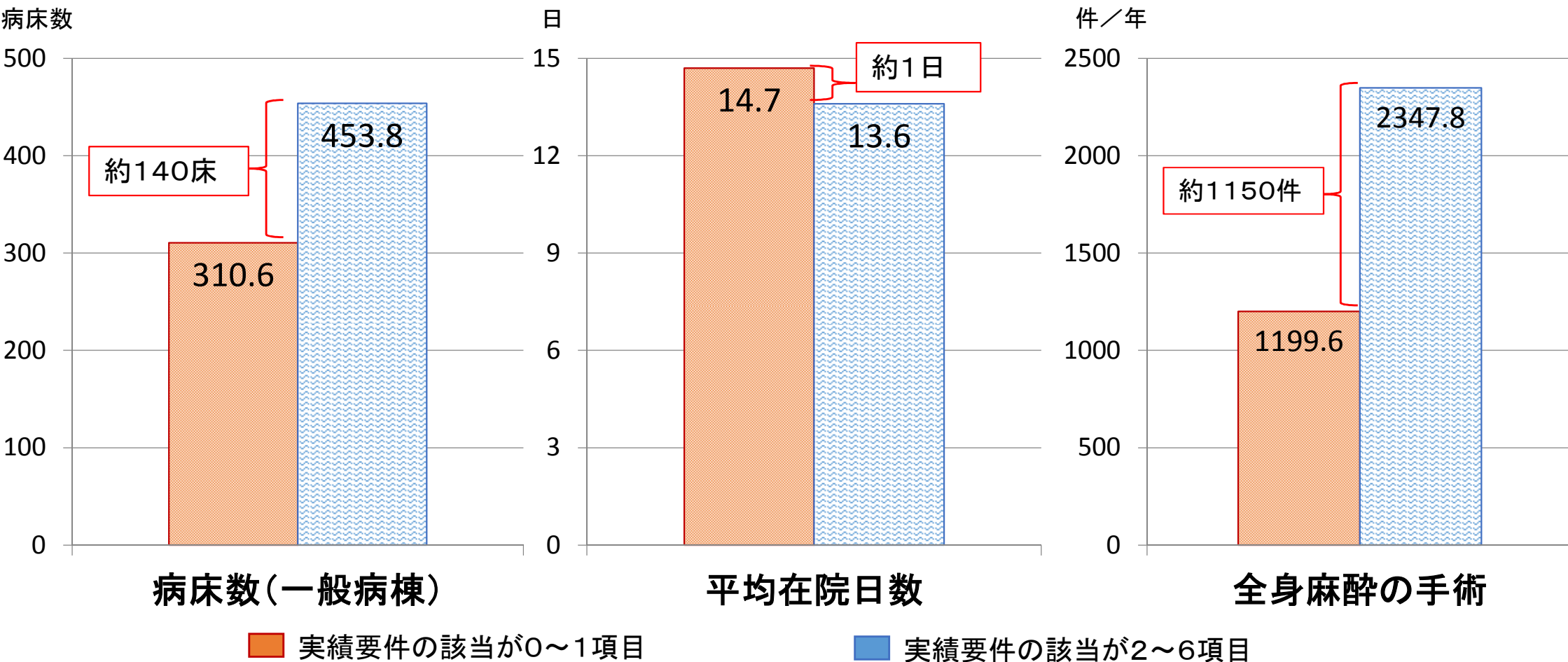
<A項目が2点以上の患者割合別の手術件数等の実績(中央値)>

A \geq 2該当割合	100床当たりの全麻手術の件数	100床当たりの人工心肺を用いた手術件数	100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	100床当たりの腹腔鏡下手術件数	100床当たりの放射線治療件数	100床当たりの化学療法件数	100床当たりの分娩件数	救急自動車により搬送された初診患者数	レセプトの一日当たり入院単価
25%未満(n=44)	502	0	96	77	0	305	41	402	4,334
25～35%(n=55)	560	2	107	72	140	451	190	465	4,980
35%～(n=26)	569	2	148	67	893	603	65	486	5,806

実績要件の該当項目数別の診療状況等①

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、病床規模が小さく、平均在院日数が長い傾向にあった。また、全身麻酔の手術件数も少ない傾向がみられた。

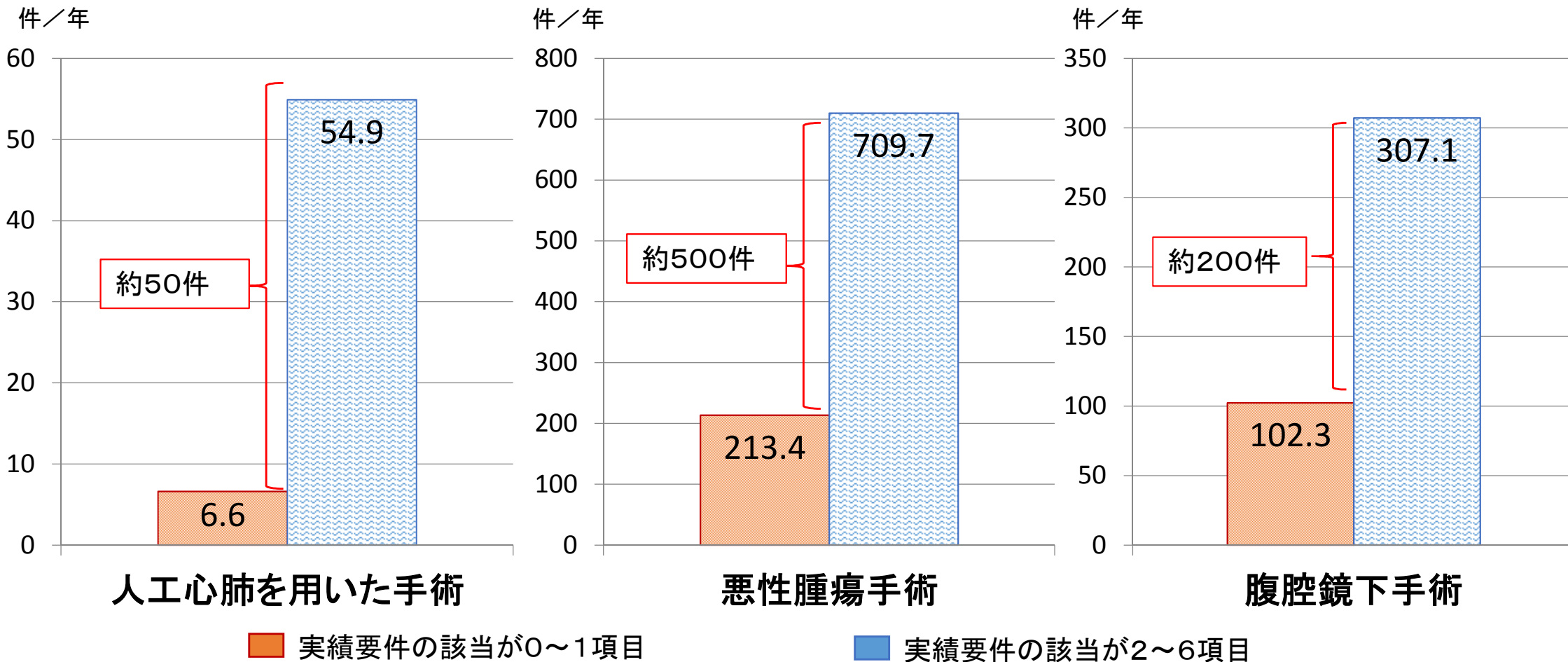
＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



実績要件の該当項目数別の診療状況等②

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、各種手術の実施件数が少ない傾向があった。

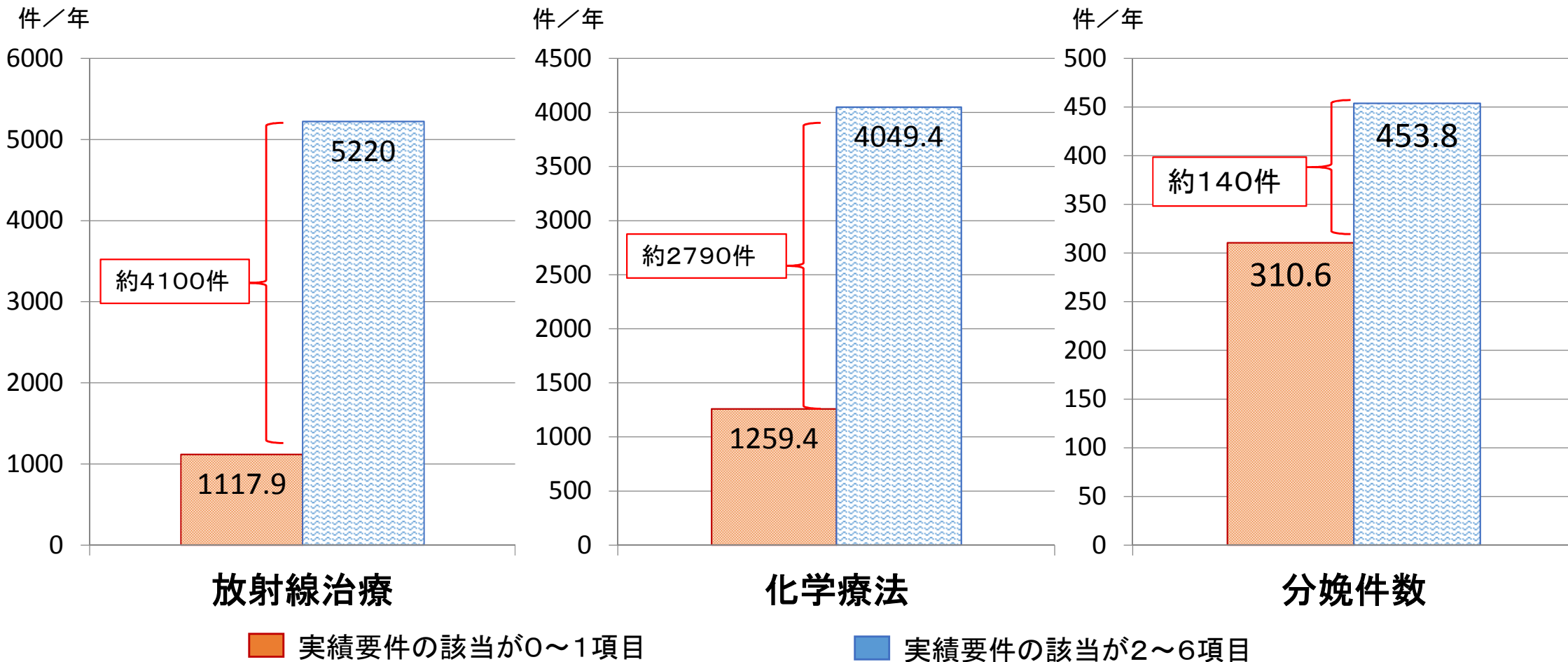
＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



実績要件の該当項目数別の診療状況等③

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、放射線治療、化学療法及び分娩件数が少ない傾向にあった。

＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
- 6. 有床診療所入院基本料について**
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定

有床診療所入院基本料の見直し

➤ 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を平均1.2倍引き上げるとともに、入院基本料3についても引き上げ(31日以上は約100点引き上げ)。

		14日以内		15～30日		31日以上	
		現行	改定後	現行	改定後	現行	改定後
地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療	(新)有床診療所入院基本料1	771点	➡ 861点	601点	➡ 669点	511点	➡ 567点
	(新)有床診療所入院基本料2	691点	➡ 770点	521点	➡ 578点	471点	➡ 521点
	(新)有床診療所入院基本料3	511点	➡ 568点	381点	➡ 530点	351点	➡ 500点
有床診療所入院基本料4(従前の入院基本料1)		771点	➡ 775点	601点	➡ 602点	511点	➡ 510点
有床診療所入院基本料5(従前の入院基本料2)		691点	➡ 693点	521点	➡ 520点	471点	➡ 469点
有床診療所入院基本料6(従前の入院基本料3)		511点	➡ 511点	381点	➡ 477点	351点	➡ 450点

※上記点数は、24年改定で、栄養管理実施加算の包括化に伴い、11点引き上げた入院基本料の見直しと、消費税対応分の上乗せを含む。

[算定要件]

有床診療所入院基本料1～3については以下の要件のうち2つ以上に該当すること。

- ・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。(1:夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2:夜間に看護職員1人以上を配置。)
- ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。(患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。)
- ・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
- ・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・ 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数があわせて30件以上であること(分娩を除く)。
- ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- ・ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
- ・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。
- ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

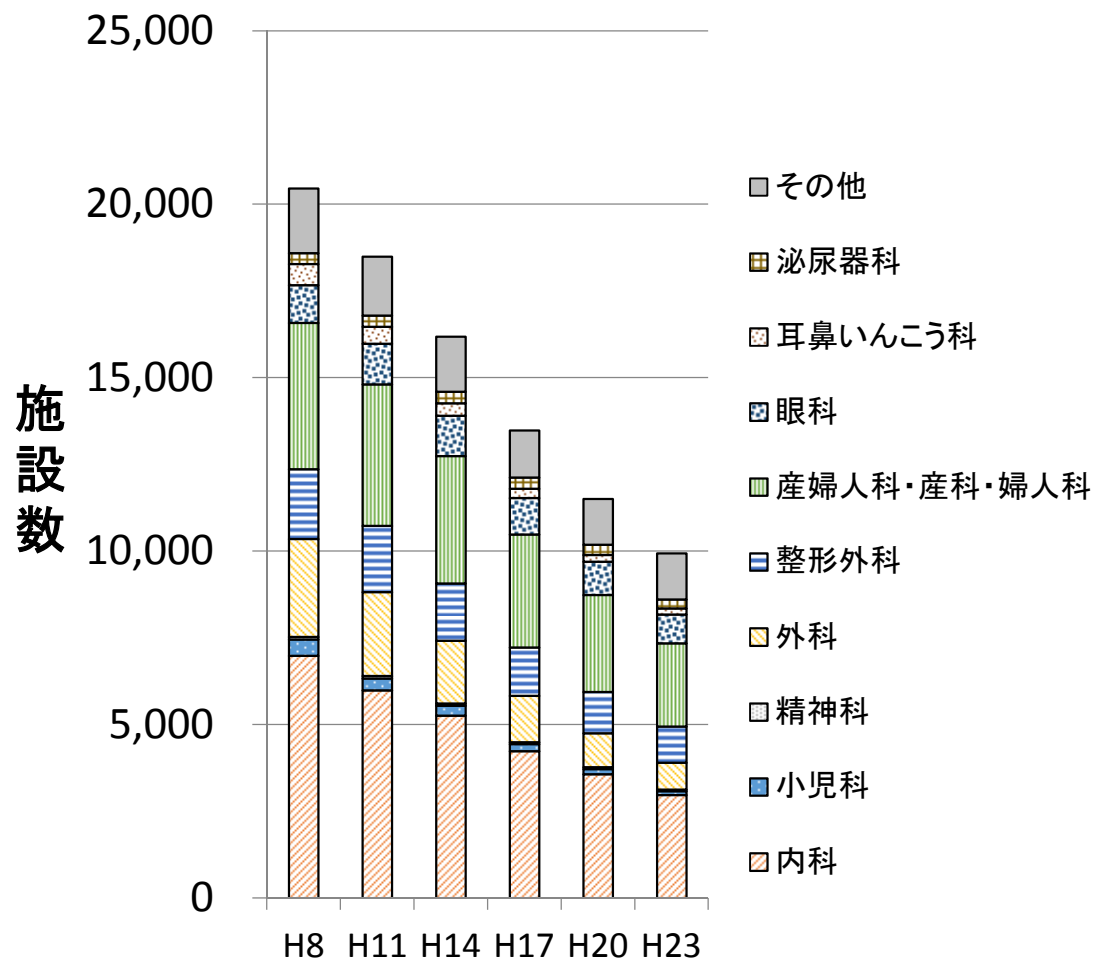
看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

- 有床診療所入院基本料1と4は看護職員配置7人以上であること。
- 有床診療所入院基本料2と5は看護職員配置4人以上7人未満であること。
- 有床診療所入院基本料3と6は看護職員配置1人以上4人未満であること。

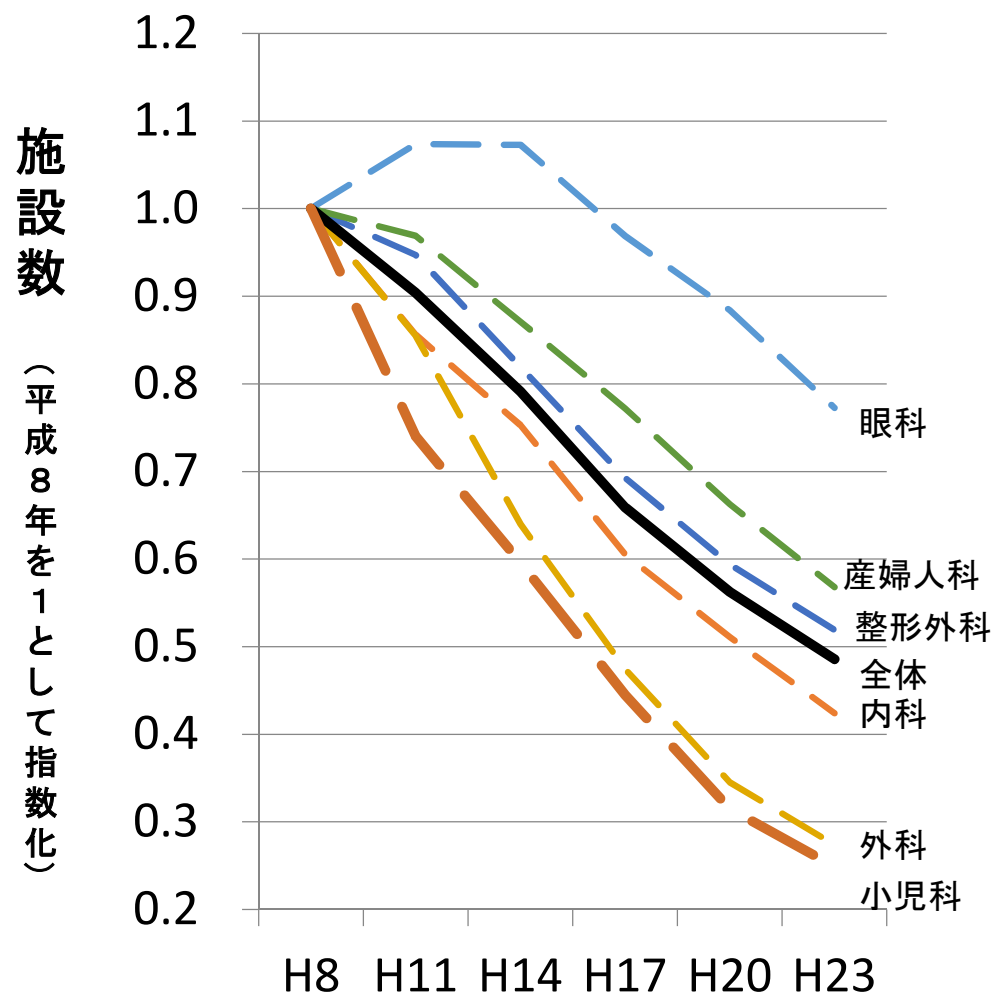
有床診療所の施設数(診療科別)

○ 有床診療所の施設数を診療科別にみると、内科、外科、整形外科、産婦人科等が比較的大きな割合を占める。

＜実数＞



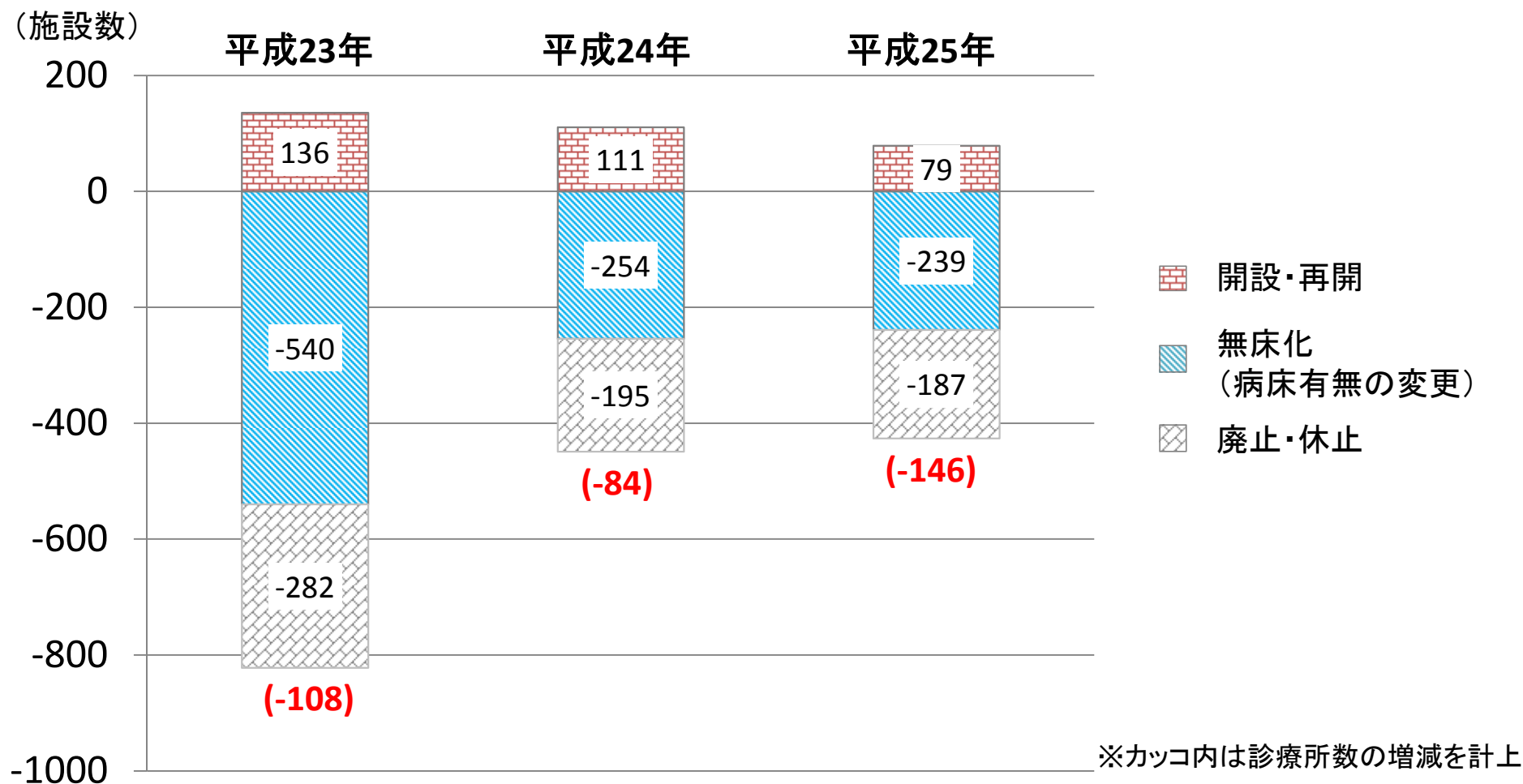
＜指数 (平成8年=1)＞



有床診療所の動向

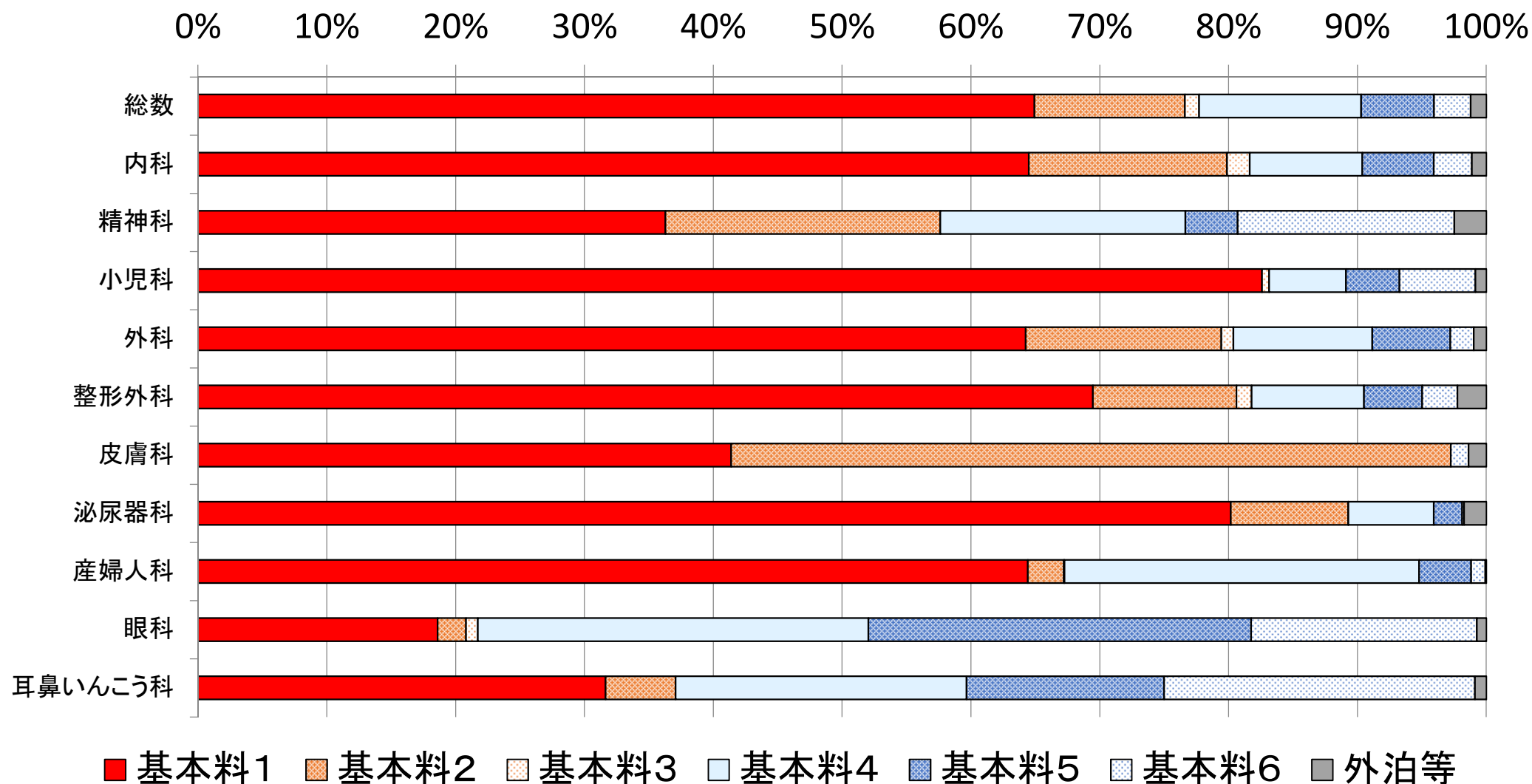
- 有床診療所の施設数は減少傾向にあるが、その動態をみると、変更のあった医療機関のうち最も多くは、無床化(病床有無の変更)であり、廃止・休止を上回っていた。

＜有床診療所の動向＞



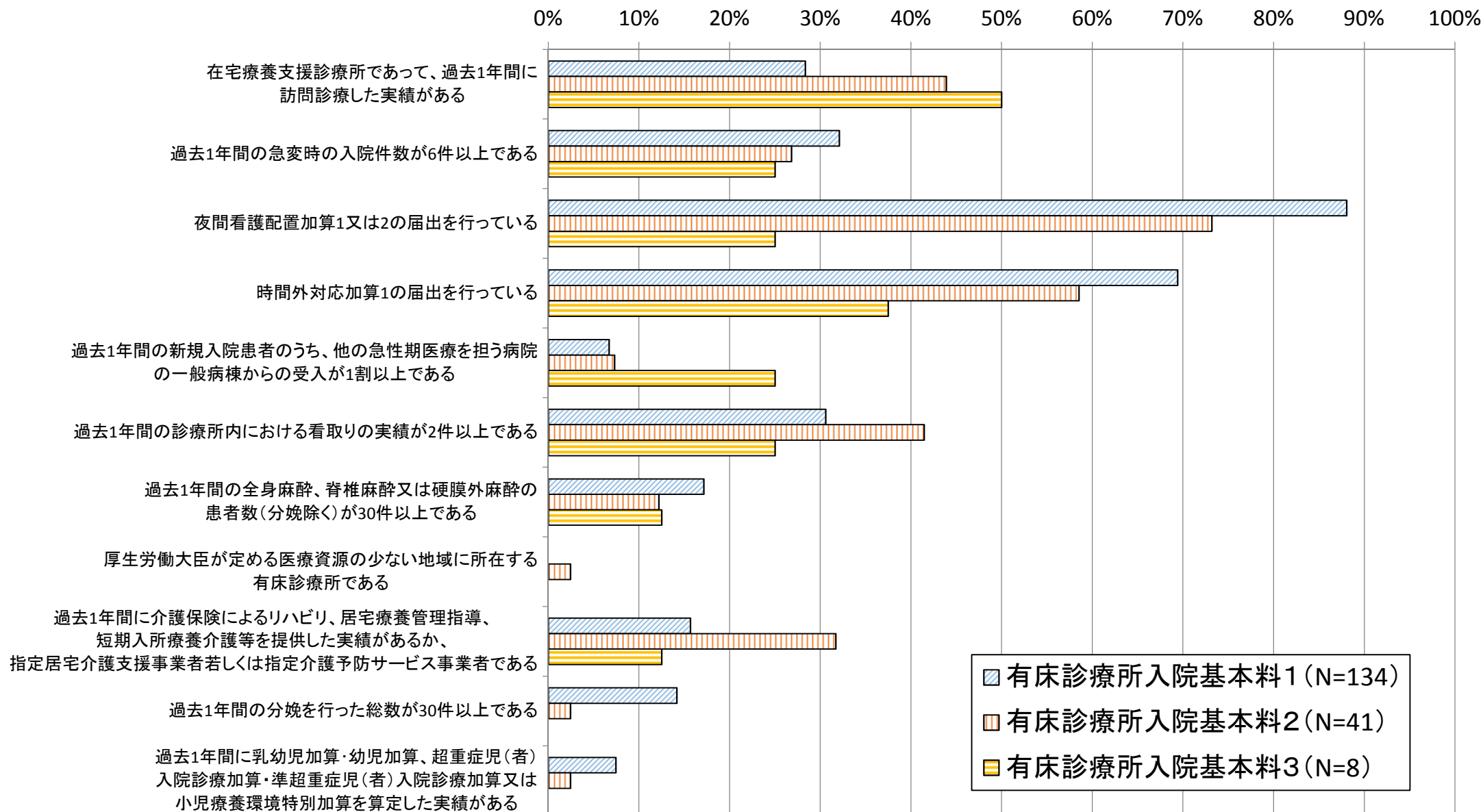
有床診療所入院基本料の算定状況

○ 入院基本料の算定回数のうち8割弱が基本料1－3であり、また眼科、耳鼻いんこう科を除く診療科で入院基本料算定回数の過半数を基本料1－3が占めた。



基本料1－3を届け出た医療機関が該当した要件

- 入院基本料1－3を届け出る際に満たした要件としては、夜間看護配置加算、時間外対応加算1、在宅療養支援診療所等が多かった。



有床診療所に入院している患者の入院前の居場所

○ 有床診療所の入院患者の入院前の居場所としては自宅が最も多いが、内科、外科、整形外科では他院の急性期病床から、また内科では介護老人福祉施設からも一定程度受け入れていた。

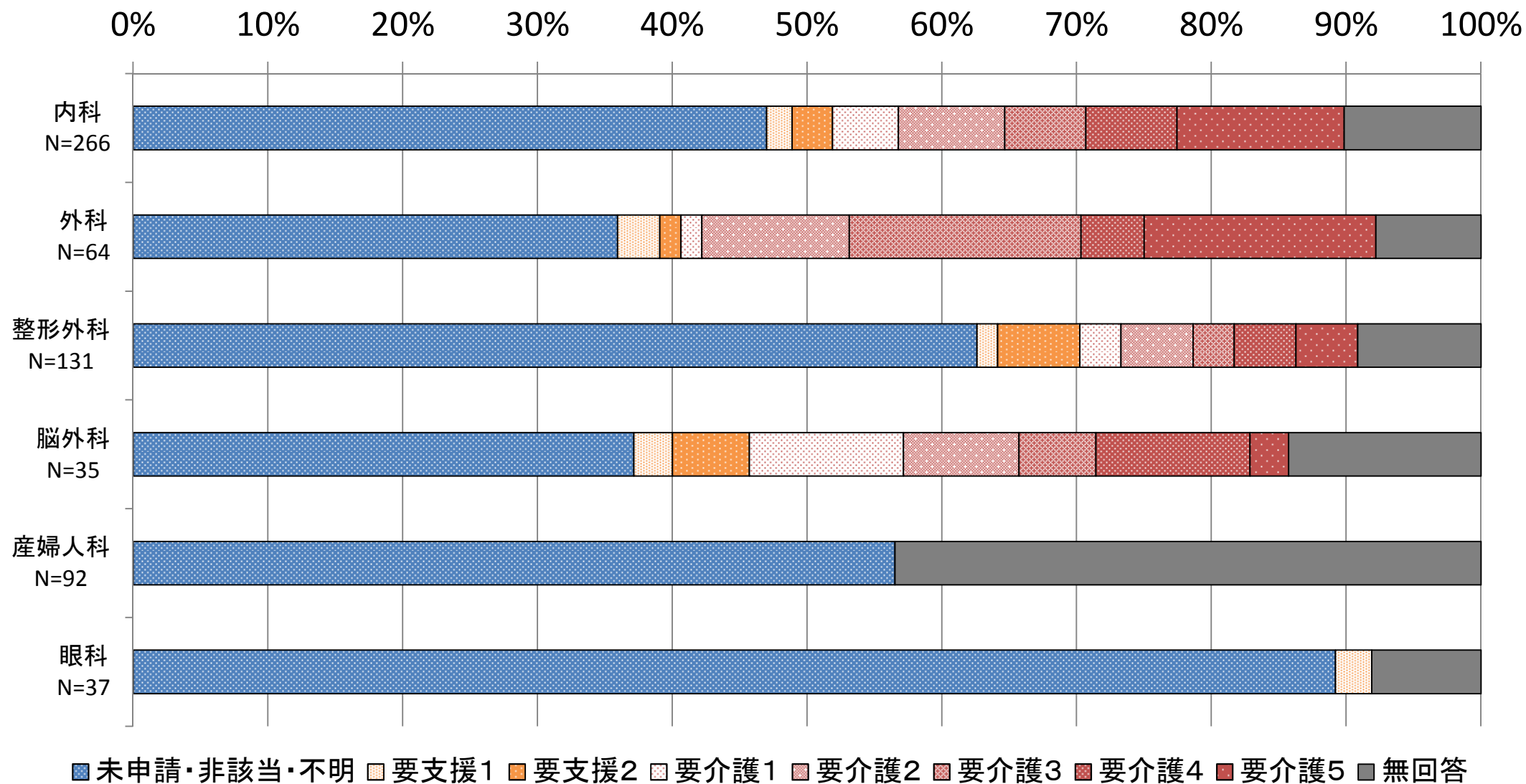
平成26年11月5日時点の入院患者の入院前の居場所		内科 N=266	外科 N=64	整形外科 N=131	産婦人科 N=92	眼科 N=37
自宅		55%	69%	73%	96%	100%
自院	急性期病床	0%	0%	2%	0%	0%
	慢性期病床	0%	0%	2%	0%	0%
他院	急性期病床	15%	13%	16%	0%	0%
	地域包括ケア・回復期病床	2%	0%	0%	0%	0%
	慢性期病床	3%	5%	1%	0%	0%
介護療養型医療施設		0%	2%	0%	0%	0%
介護老人保健施設		2%	9%	0%	0%	0%
介護老人福祉施設(特養)		10%	0%	2%	0%	0%
居住系介護施設		6%	0%	3%	0%	0%
障害者支援施設		5%	0%	0%	0%	0%
その他		2%	0%	0%	3%	0%
無回答		1%	3%	1%	1%	0%

有床診療所から退院した患者の退院先

○ 有床診療所の入院患者の退院先は大部分が自宅であった。診療科によっては、一部、自院の一般病床、他院の急性期病床、介護老人保健施設等への退院や、死亡退院もみられた。

平成26年10月の1ヶ月間に退院した患者の退院先		内科 N=335	外科 N=57	整形外科 N=177	産婦人科 N=294	眼科 N=242	
自宅	在宅医療の提供あり	7%	0%	28%	1%	0%	
	在宅医療の提供なし	80%	77%	67%	96%	99%	
自院	一般病床	0%	7%	0%	0%	0%	
	療養病床	0%	0%	0%	0%	0%	
他院	急性期病床	4%	2%	2%	2%	0%	
	地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床		0%	0%	2%	0%	0%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0%	2%	0%	0%	0%
	療養病床	上記以外	0%	0%	0%	0%	0%
	その他の病床		2%	0%	1%	0%	0%
介護療養型医療施設		0%	0%	0%	0%	0%	
介護老人保健施設	在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0%	5%	0%	0%	0%	
	上記以外	1%	0%	1%	0%	0%	
介護老人福祉施設(特養)		1%	0%	0%	0%	0%	
居住系介護施設		1%	2%	1%	0%	1%	
障害者支援施設		0%	0%	0%	0%	0%	
死亡退院		4%	5%	0%	0%	0%	
その他		1%	0%	0%	0%	0%	

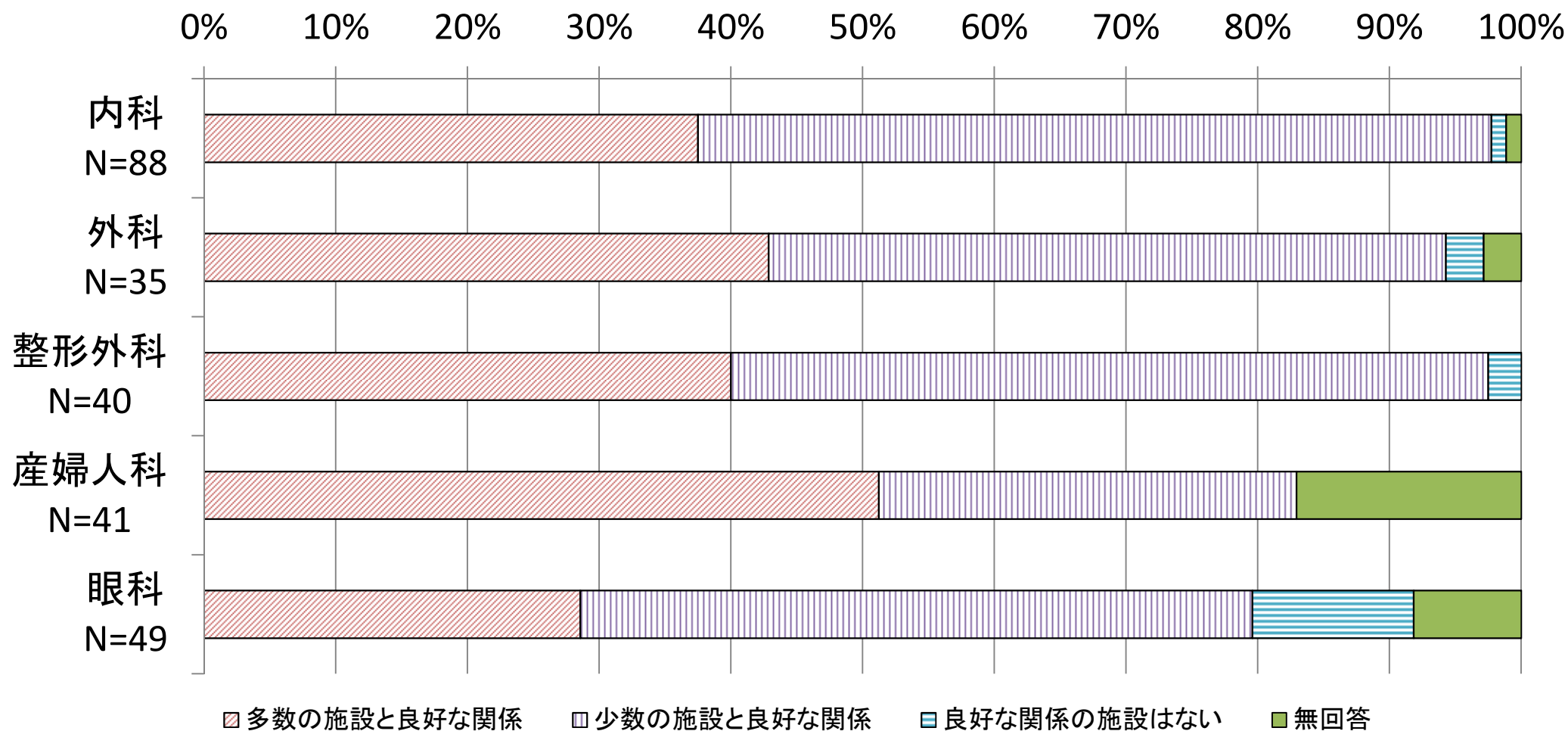
有床診療所の入院患者の要介護度の分布



地域の機関との連携の状況について①

○ 自院の重症患者を緊急に急性期医療機関に紹介することについて、多くの医療機関が診療科にかかわらず他の施設と良好な関係を築いていた。

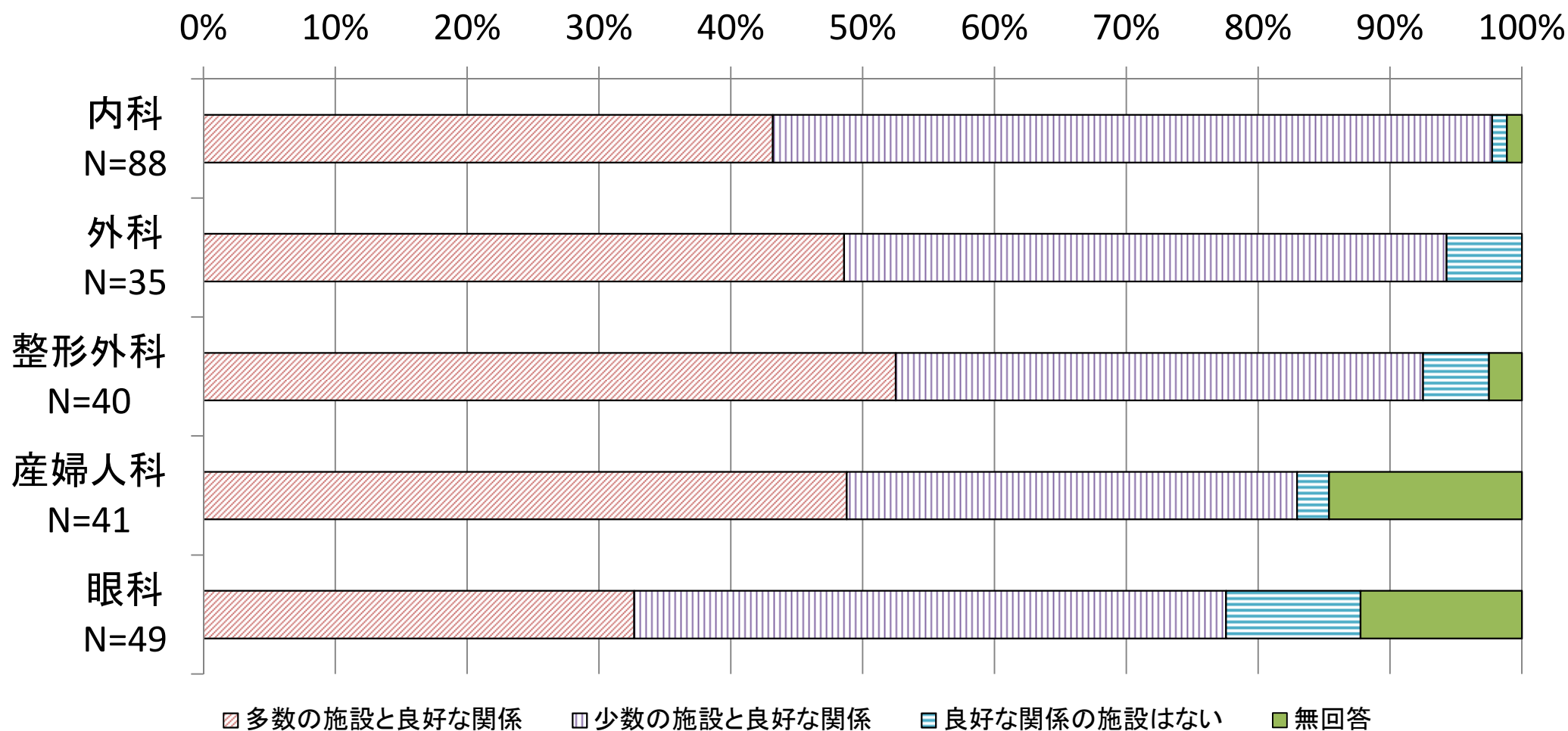
自院の重症患者の急性期医療機関への緊急の紹介



地域の機関との連携の状況について②

- 自院の専門外の患者を地域の医療機関へコンサルテーションすることについて、多くの医療機関が診療科にかかわらず他の施設と良好な関係を築いていた。

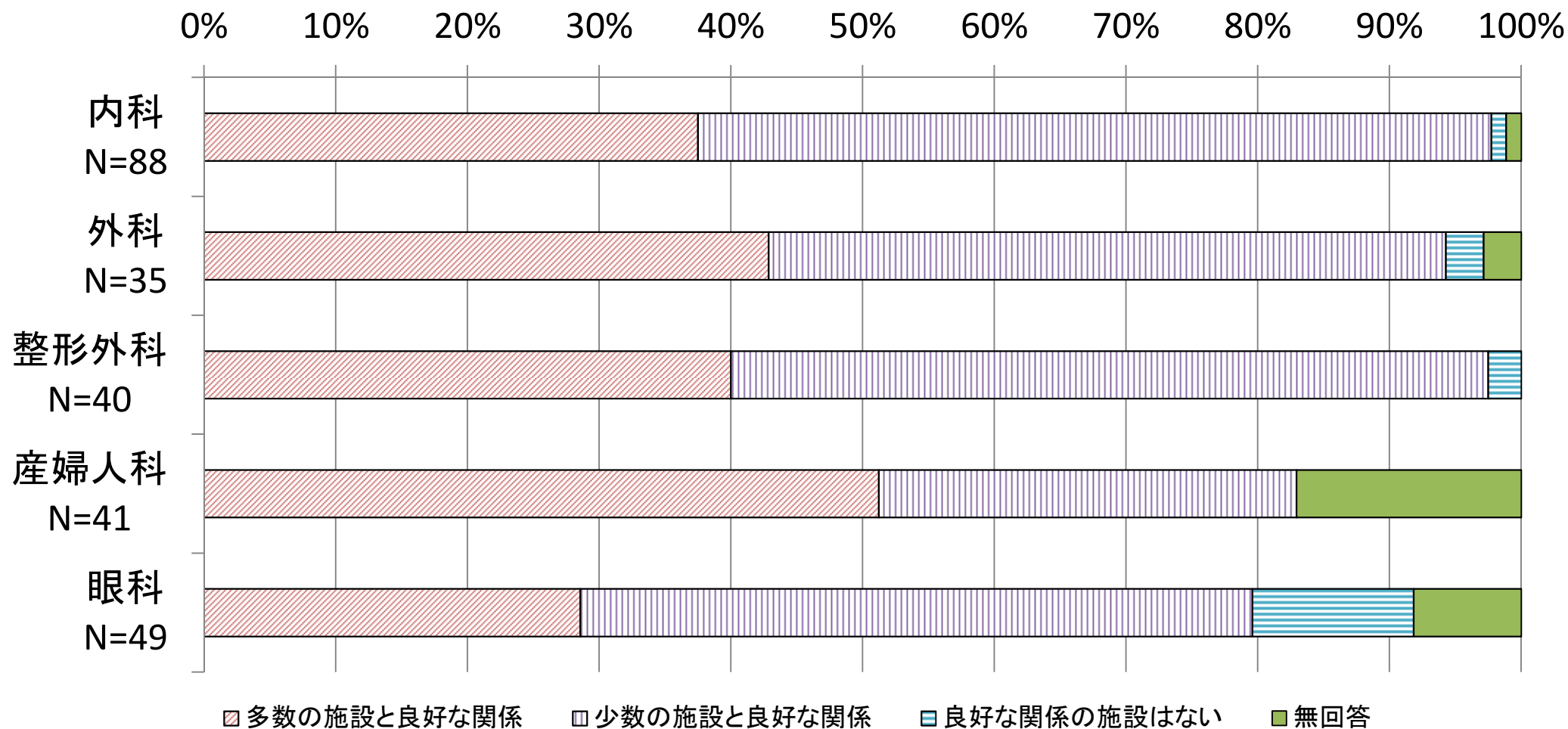
自院の専門外の患者の、地域の医療機関へのコンサルテーション



地域の機関との連携の状況について③

- 急性期治療を終えた患者の自院への受け入れについて、多くの医療機関が診療科にかかわらず他の施設と良好な関係を築いていた。

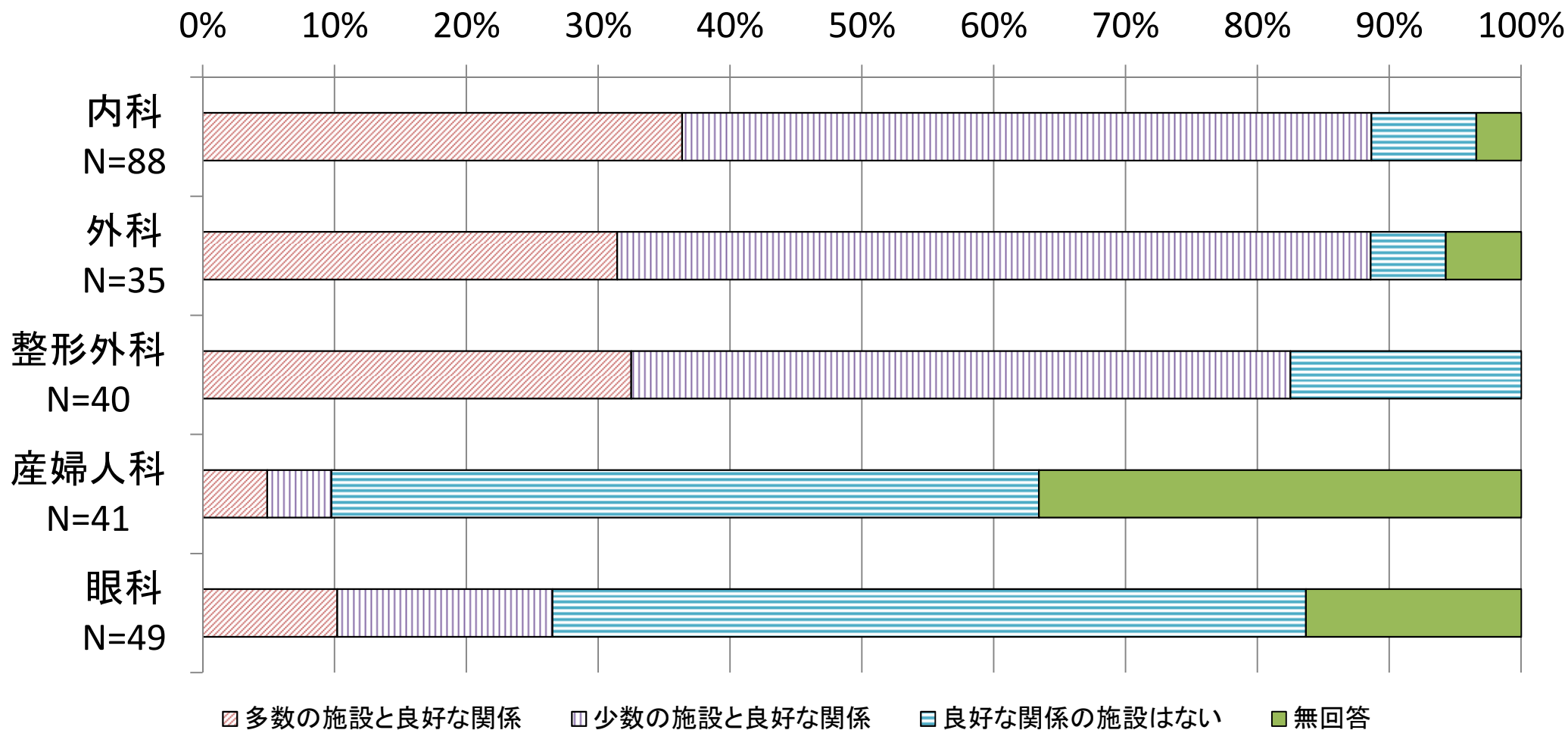
急性期治療を終えた患者の自院への受け入れ



地域の機関との連携の状況について④

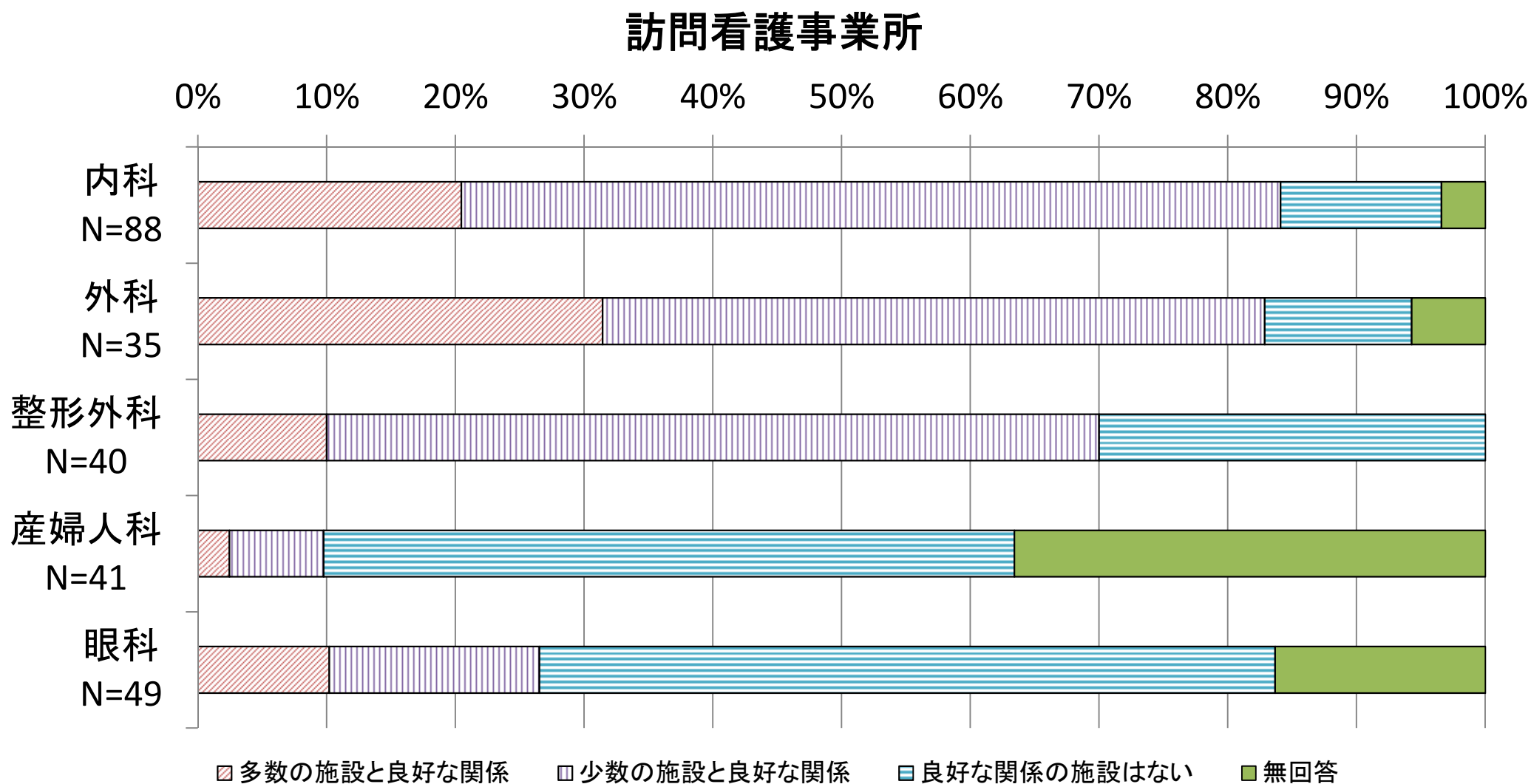
- 内科、外科、整形外科では多くの医療機関が訪問・通所系介護事業所やケアマネジャーと良好な関係を築いていた。

訪問・通所系介護事業所やケアマネジャー



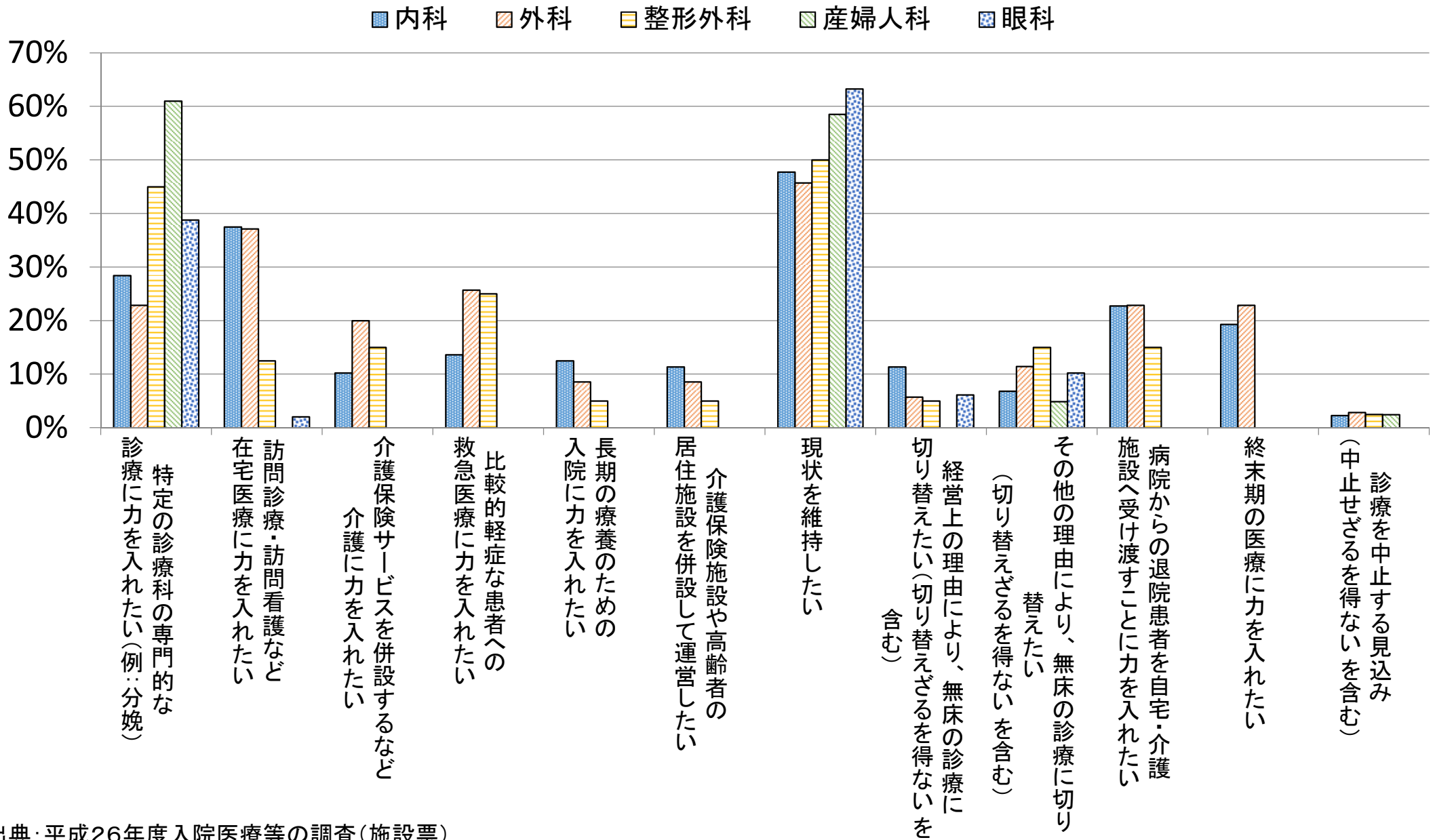
地域の機関との連携の状況について⑤

○ 内科、外科、整形外科では多くの医療機関が訪問看護事業所と良好な関係を築いていた。



今後5－10年を見据えた運営の方向性

○ 今後の運営の方向性については、現状を維持したいと答えた医療機関が多かったが、内科、外科では訪問診療や自宅・介護施設への受け渡し、終末期医療等に力を入れたいとした施設も一定程度みられた。



出典:平成26年度入院医療等の調査(施設票)

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
- 7. 地域包括ケア病棟入院料について**
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1</u>	<u>2,558点 (60日まで)</u>
	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2</u>	<u>2,058点 (60日まで)</u>
	<u>看護職員配置加算</u>	<u>150点</u>
	<u>看護補助者配置加算</u>	<u>150点</u>
	<u>救急・在宅等支援病床初期加算</u>	<u>150点(14日まで)</u>

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

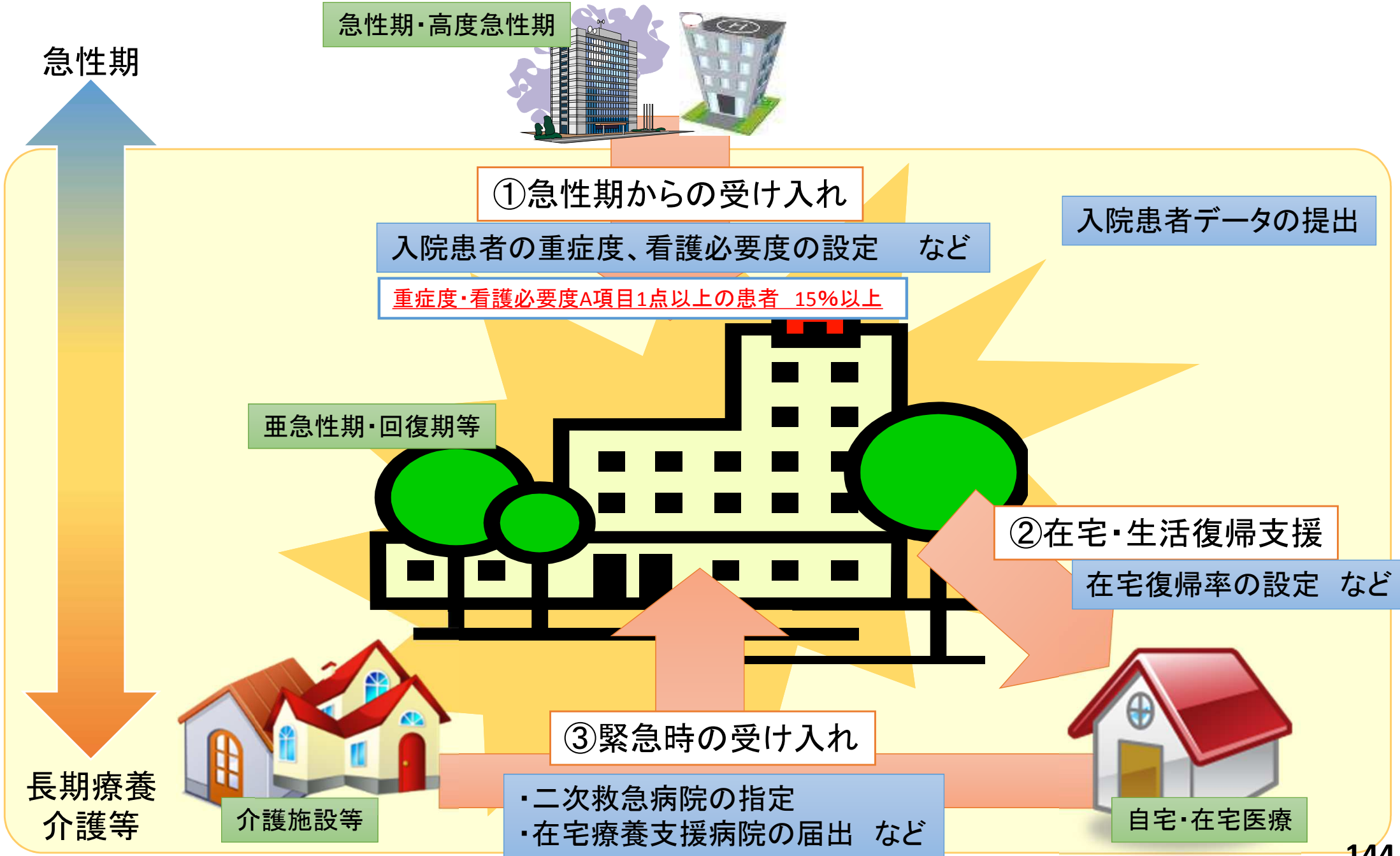
看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

参考：地域包括ケア病棟の主な役割（イメージ）

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。

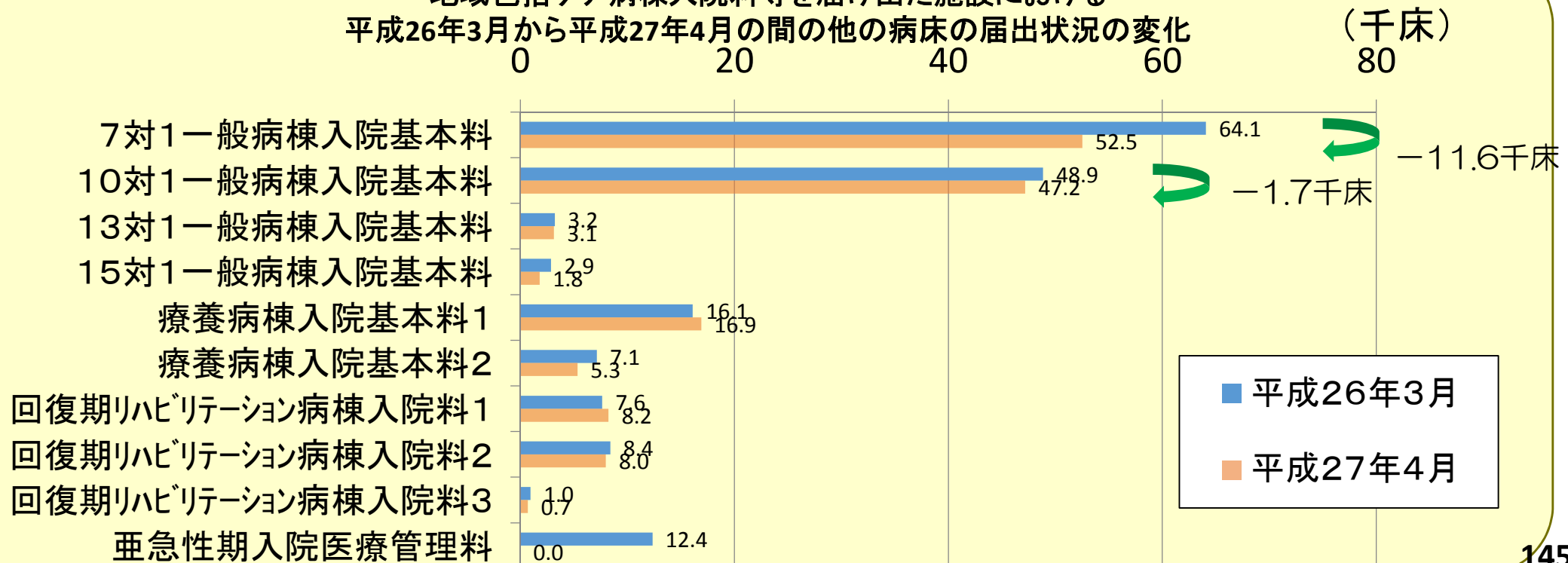


地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設数における他の届出状況

地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における 平成26年3月から平成27年4月の間の他の病床の届出状況の変化

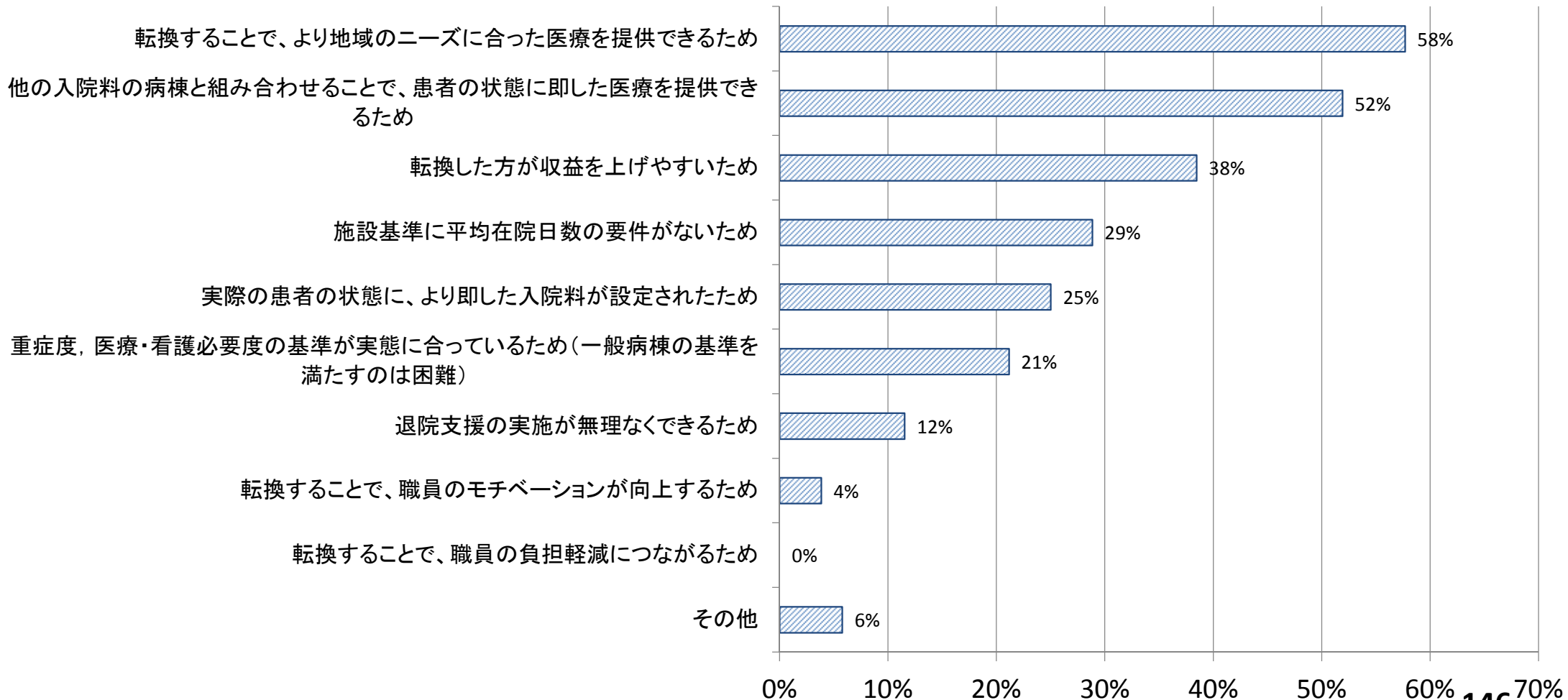


地域包括ケア病棟へ転換した理由

- 地域包括ケア病棟へ転換した理由は、「地域のニーズに合った医療を提供できるため」や「他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者の状態に即した医療を提供できるため」とする回答が多かった。

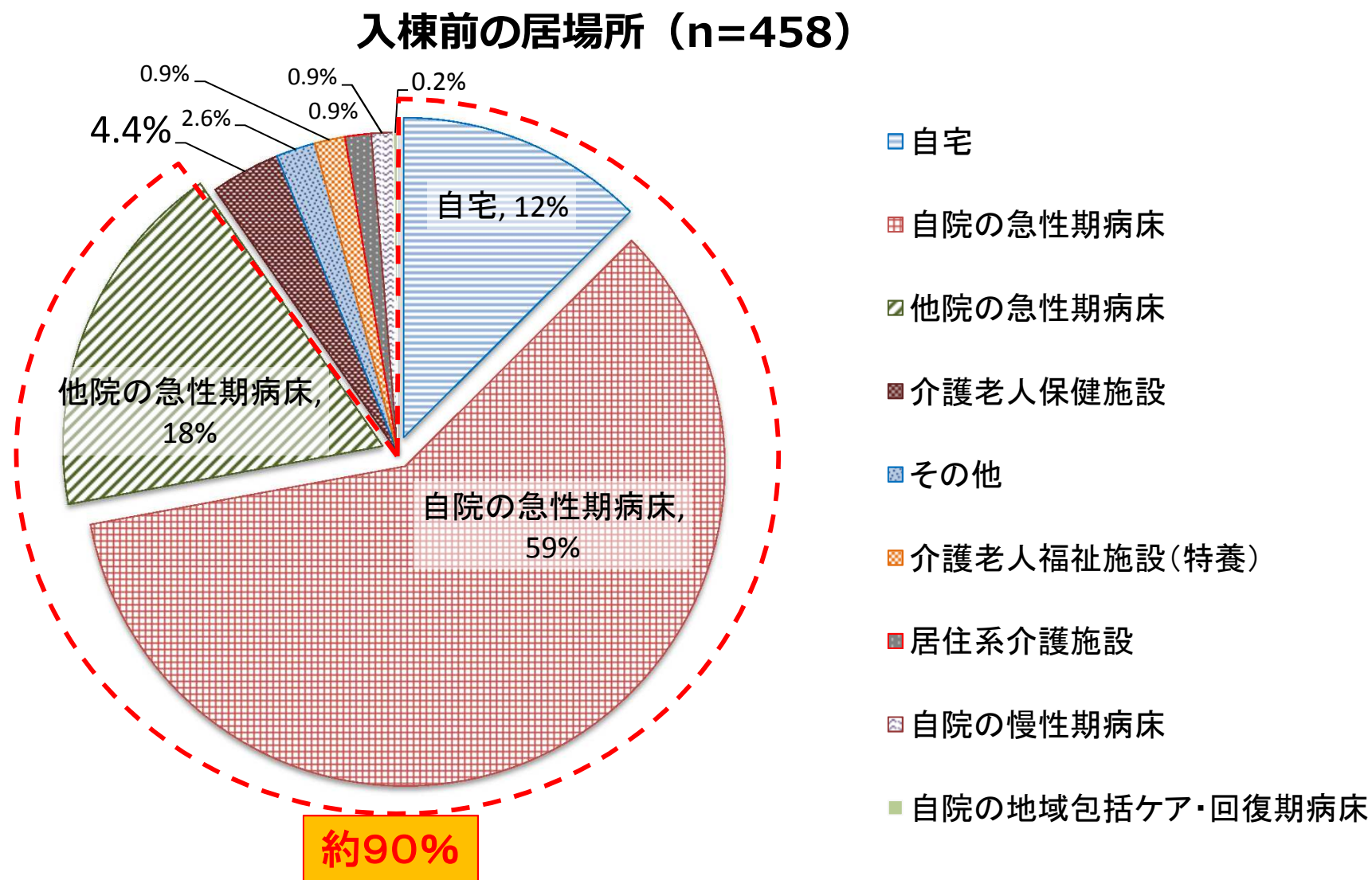
＜地域包括ケア病棟へ転換した理由＞

n=52



地域包括ケア病棟における入棟患者の状況

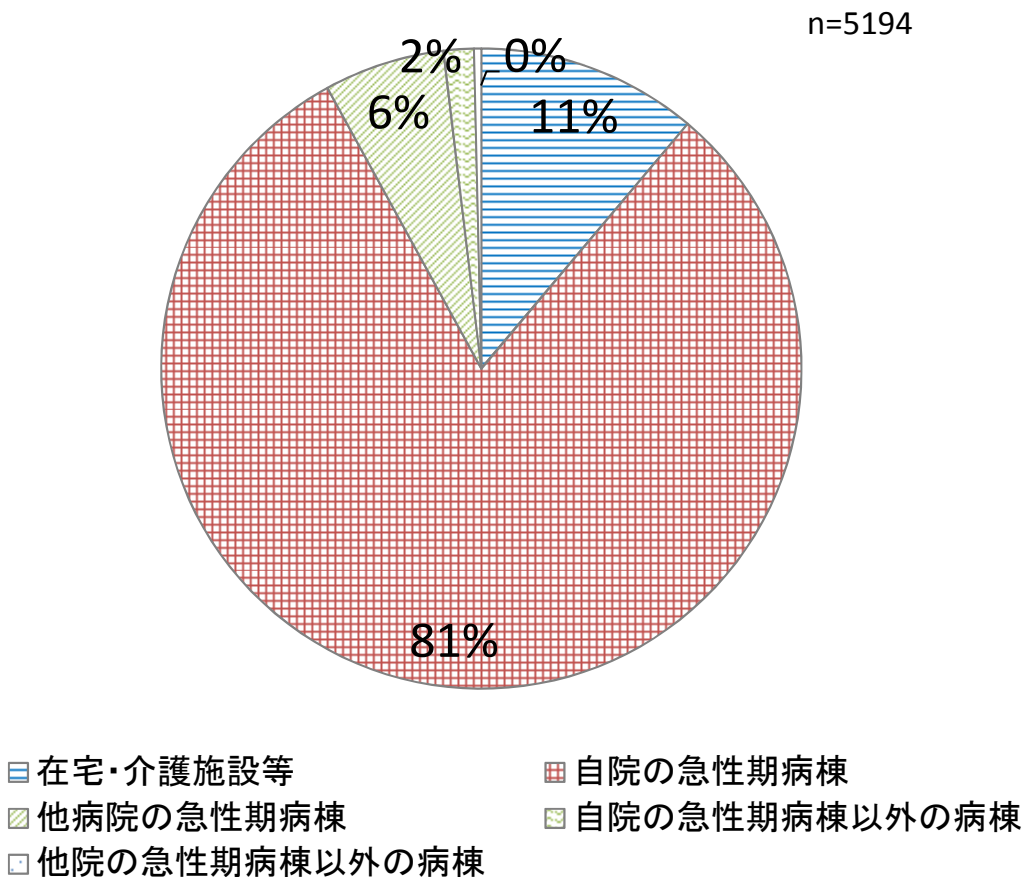
- 地域包括ケア病棟へ入棟した患者の入棟前の居場所は、自院・他院の急性期病床と自宅が約90%を占めた。



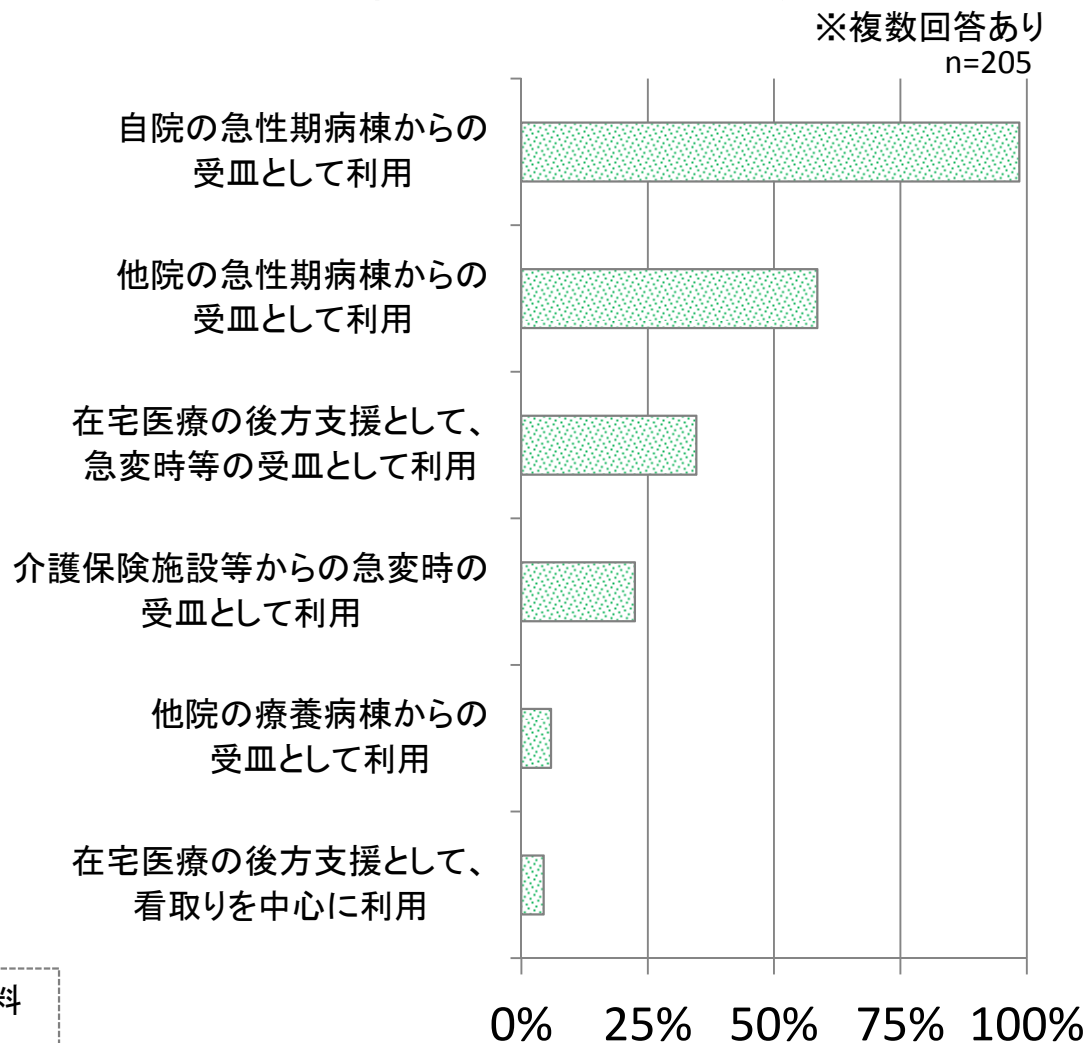
地域包括ケア病棟に関する状況について

○ 7対1・10対1入院基本料や特定集中治療室管理料等の届出医療機関では、地域包括ケア病棟に入院している患者の約80%が自院の急性期病棟からの転棟患者であった。また、当該病棟の利用趣旨としても、ほぼ100%の施設が「自院の急性期病棟からの受け皿として利用」していた。

<入棟前の居場所>



<地域包括ケア病棟の利用趣旨>

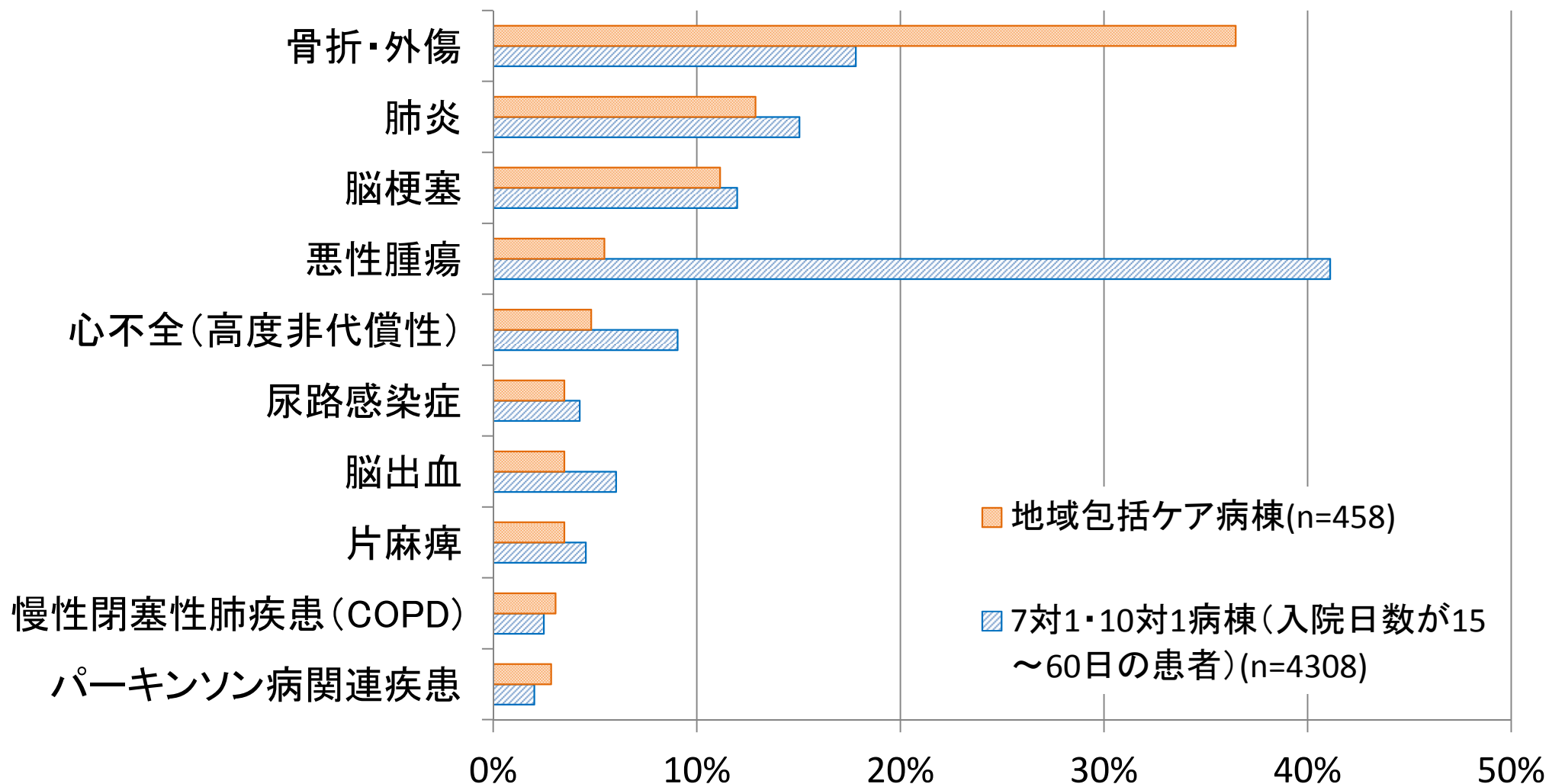


※注：平成27年度調査は、7対1・10対1入院基本料や特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関を対象として調査を実施したもの。

疾患（7対1、10対1病棟との比較）

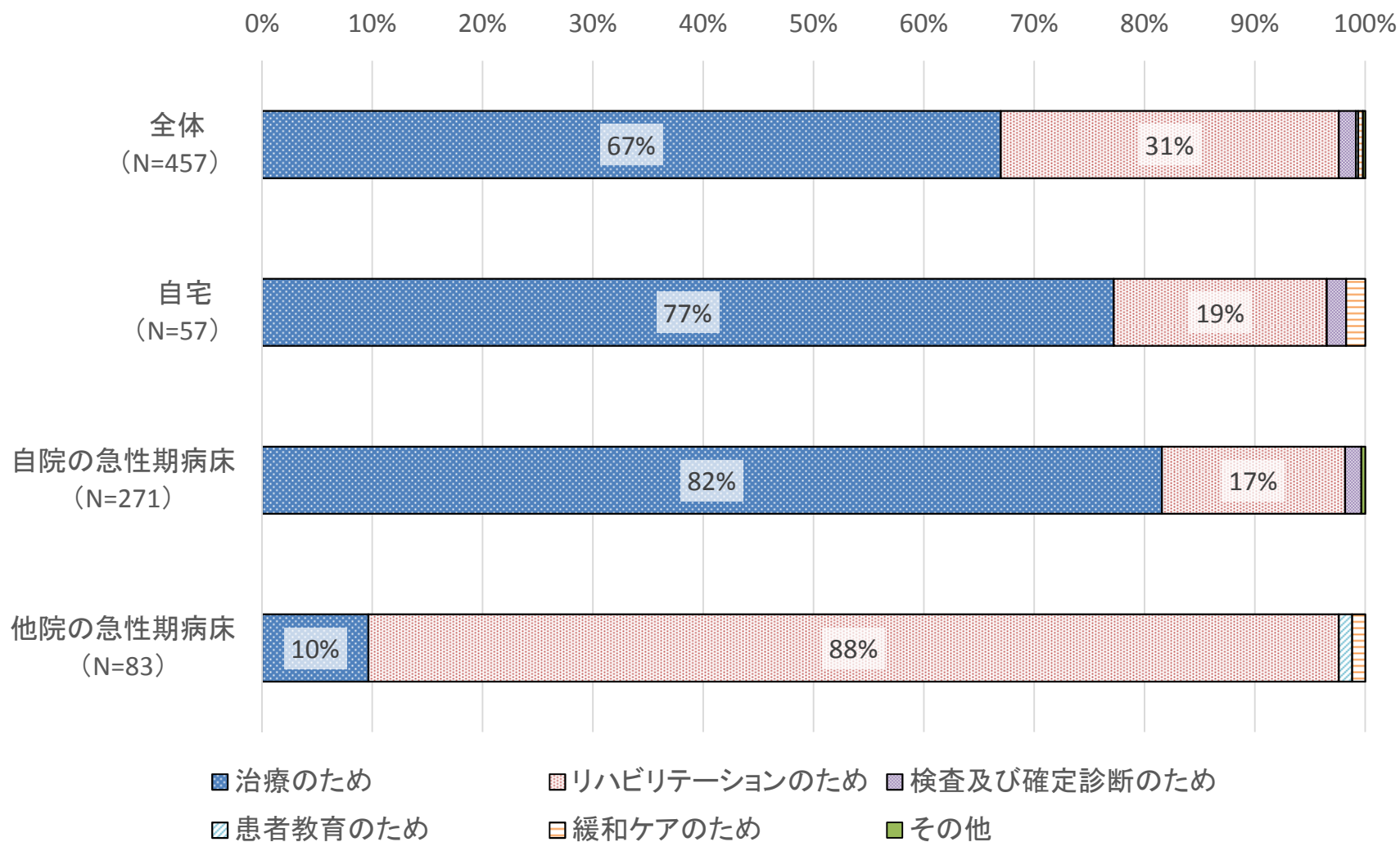
- 地域包括ケア病棟に入院している患者は、7対1・10対1病棟に入院している患者と比べて特に「骨折・外傷」に罹患している患者の割合が高かった。

＜疾患別の患者割合＞



地域包括ケア病棟への入院の理由（入棟前の居場所別）

- 地域包括ケア病棟への入院理由は、全体としては「治療のため」が多いが、他院の急性期病床から入棟した患者については、「リハビリテーションのため」が88%を占めていた。

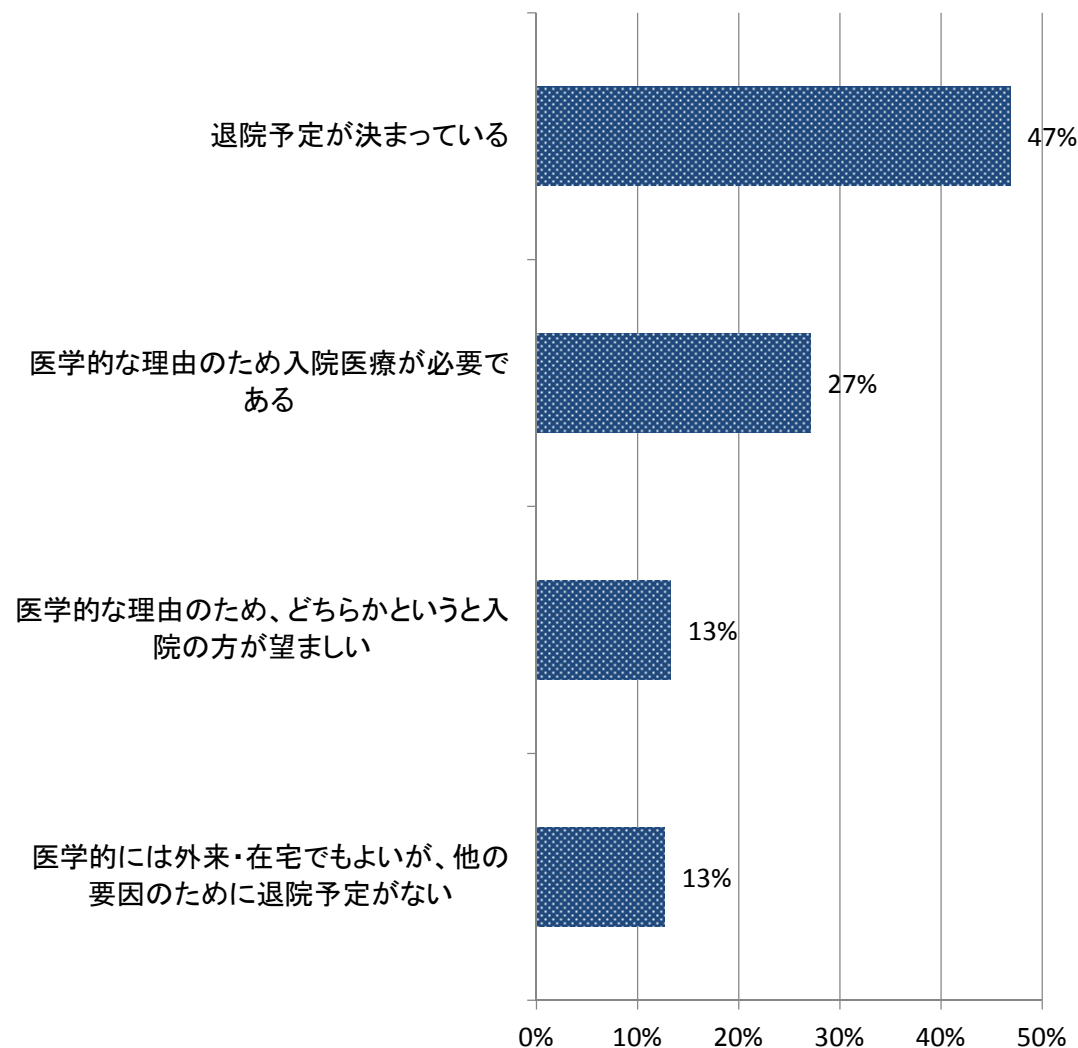


入院継続の理由と退院へ向けた目標

- 地域包括ケア病棟に入棟した患者のうち約半数は退院予定が決まっており、退院に向けてリハビリテーションを実施している患者の割合が大きい。

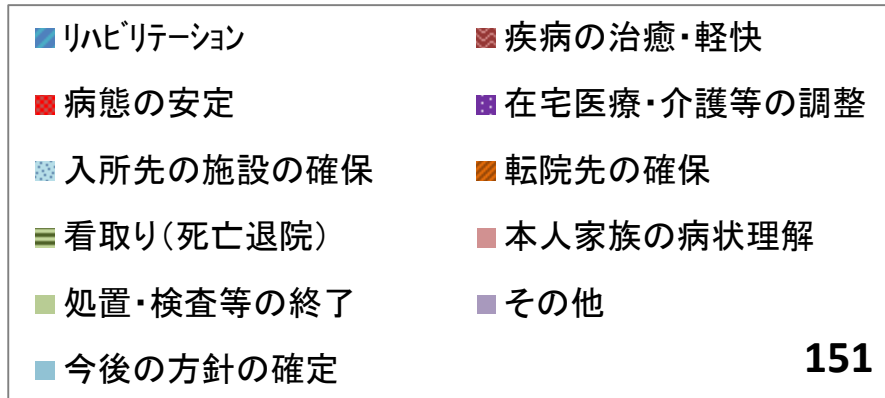
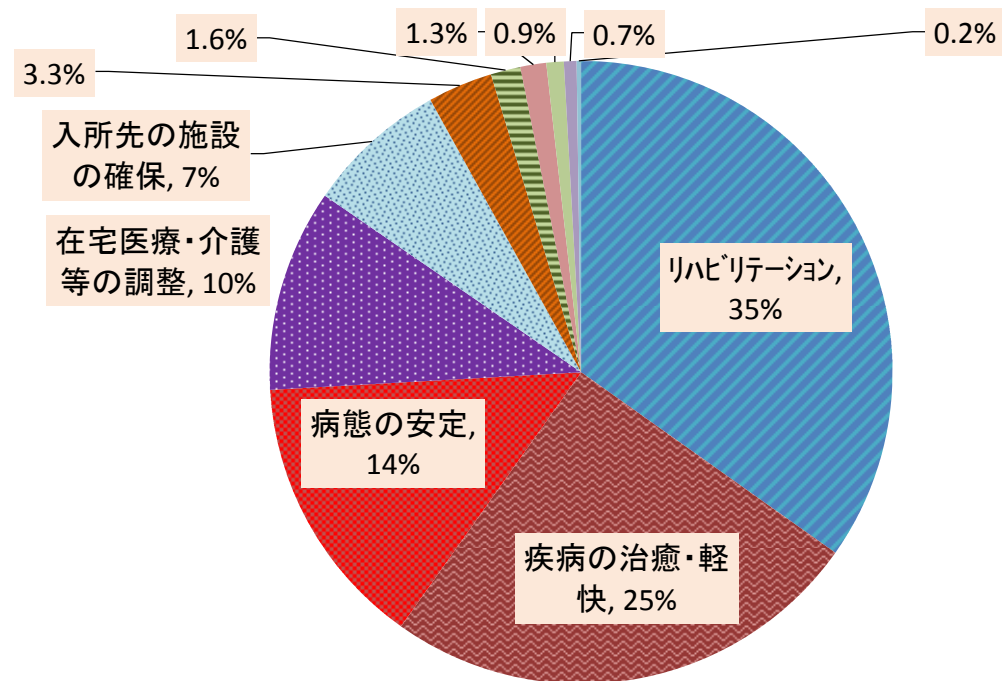
<入院継続の理由等>

n=458



<退院へ向けた目標>

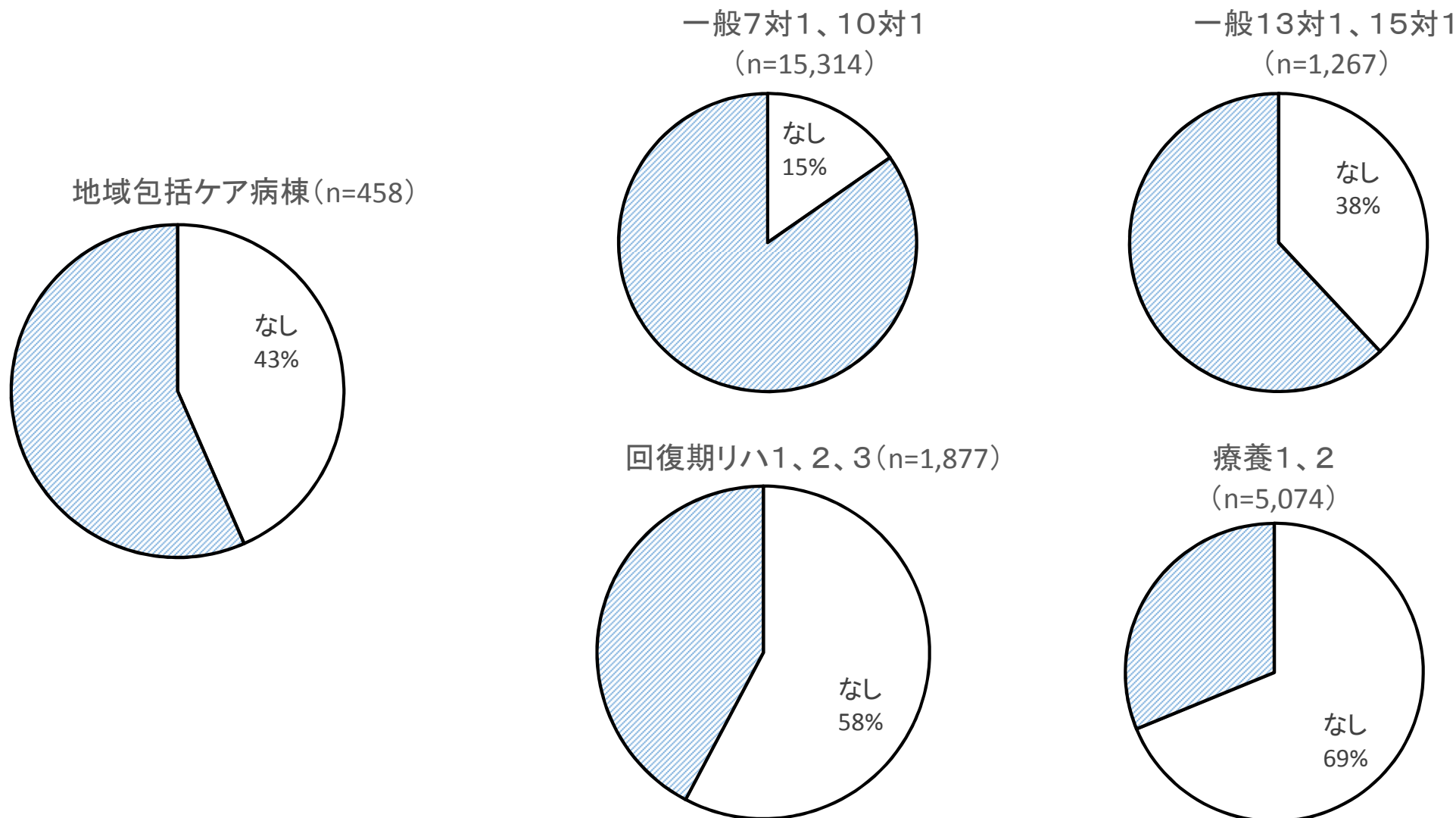
n=448



検査等の実施状況(他の病棟区分との比較)

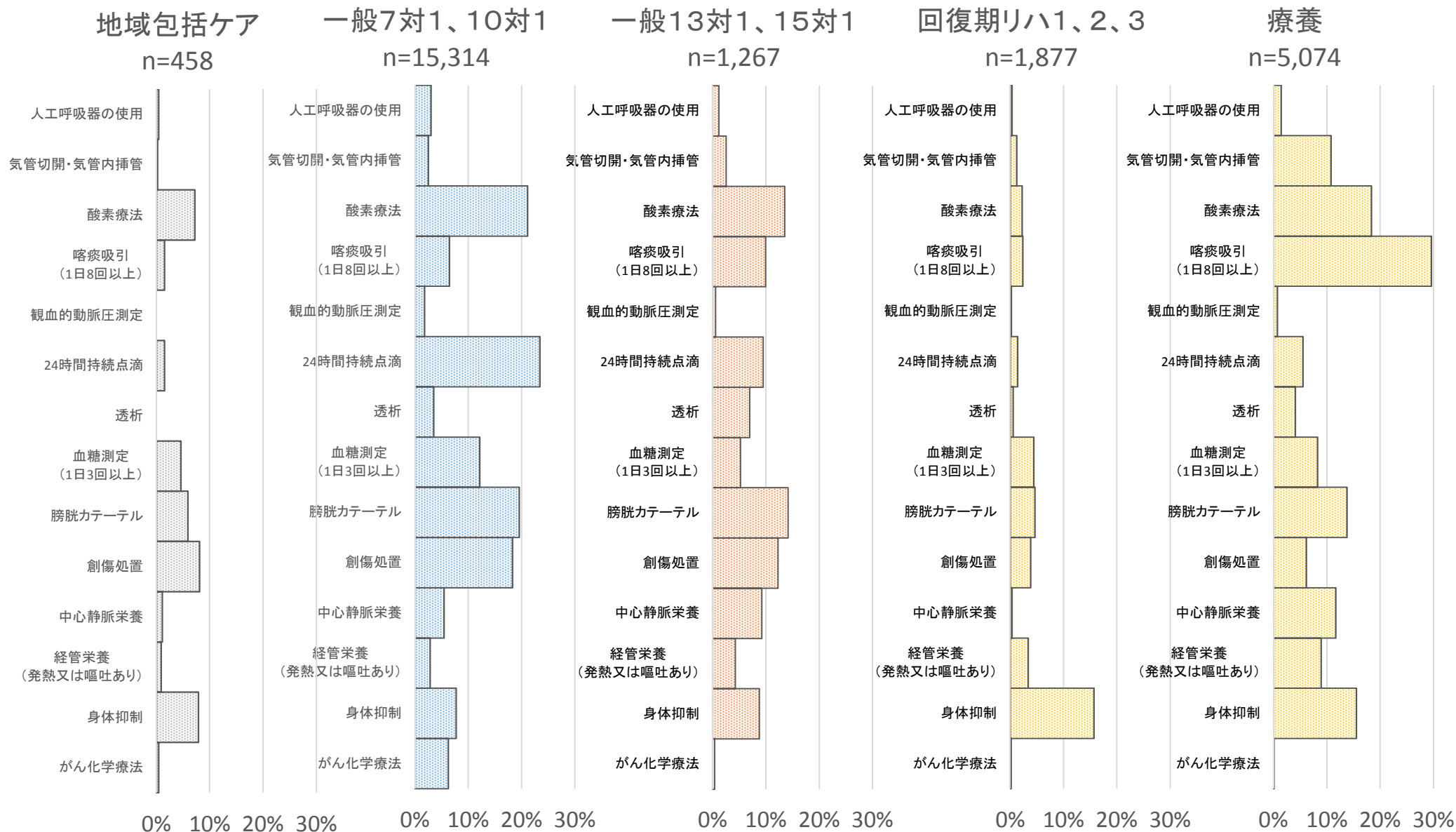
- 地域包括ケア病棟の患者の4割強は、過去7日間に検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIのいずれも受けていなかった。

調査日から過去7日間に、検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIのいずれも受けていなかった患者の割合



処置の実施状況（他の病棟区分との比較）

○ 地域包括ケア病棟で行われた処置は一般病棟、療養病棟と比較すると少なく、回復期リハビリテーション病棟のものに近かった。

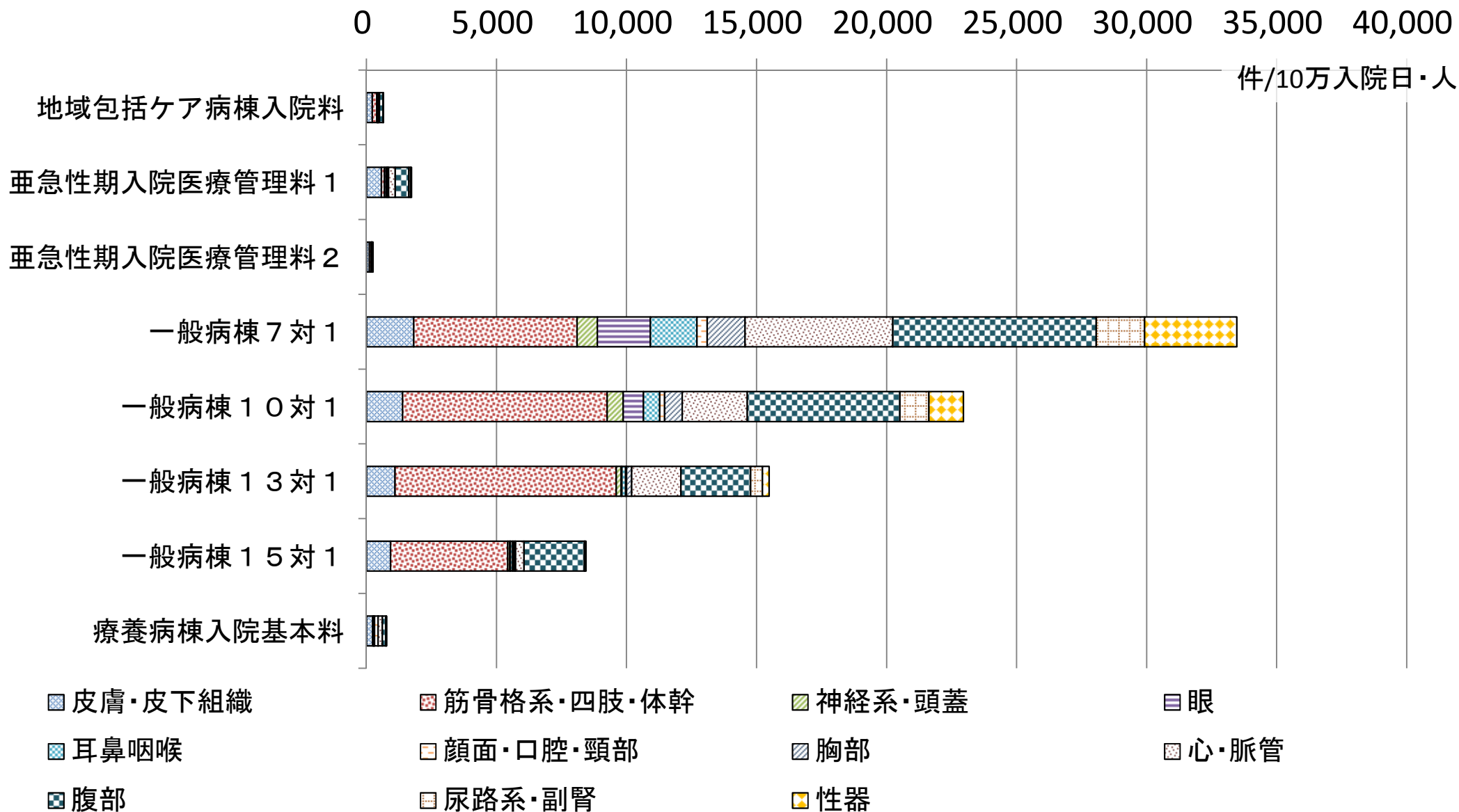


地域包括ケア病棟入院料の包括範囲

	地域包括ケア病棟 入院料	亜急性期入院医 療管理料1(廃止)	亜急性期入院医 療管理料2(廃止)	療養病棟入院 基本料	回復期リハビリテーシ ョン 病棟入院料	DPC (包括評価部分)
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院 時指導料(I)を除く	×	○ 地域連携計画退院 時指導料(I)を除く	×	○ 地域連携計画退院時 指導料(I)を除く	×
C 在宅医療	×	×	×	×	×	×
D 検査	○	○	○	○	○	○ 一部例外あり
E 画像診断	○	○	○	単純撮影等は ○	○	○ 一部例外あり
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×	×	×	×
I 精神科専門療 法	○	×	○	×	○	×
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く
K 手術	○	×	○	×	○	×
L 麻酔	○	×	○	×	○	×
M 放射線治療	○	○	○	×	○	×
N 病理診断	○	○	○	○	○	×

地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で行われた手術の件数は、亜急性期1、2、療養病棟で行われた手術の件数と同程度であり、一般病棟のものよりも少なかった。



地域包括ケア病棟等で実施された手術

○ 入院1日・人あたりの手術点数は地域包括ケア病棟で2.9点、亜急性1で9.9点、療養で4.5点であった。

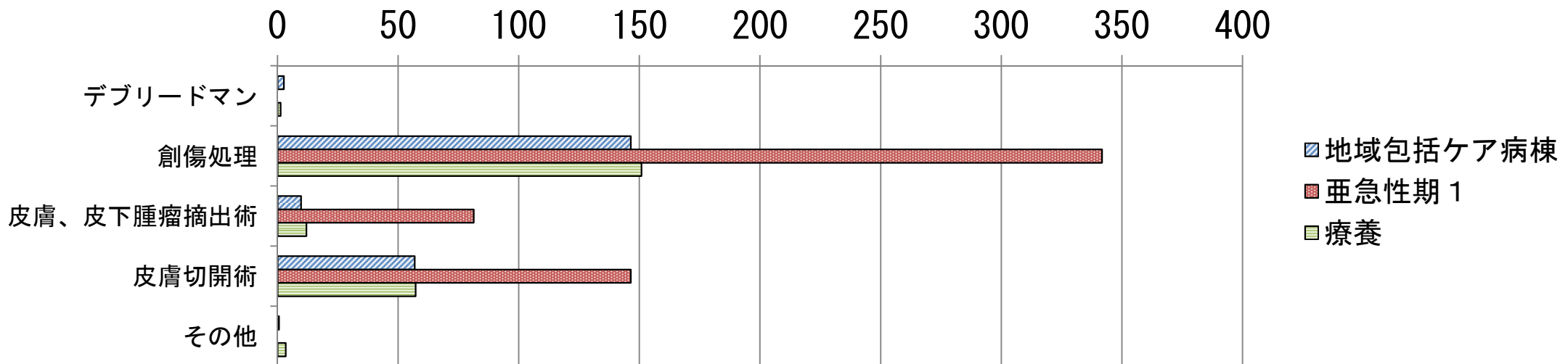
病棟	手術点数(輸血を含む) ／入院1日・人
地域包括ケア病棟	2.9
亜急性1	9.9
亜急性2	0.7
一般7対1	635.1
一般10対1	387.6
一般13対1	208.5
一般15対1	102.4
療養	4.5

地域包括ケア病棟等で実施された手術

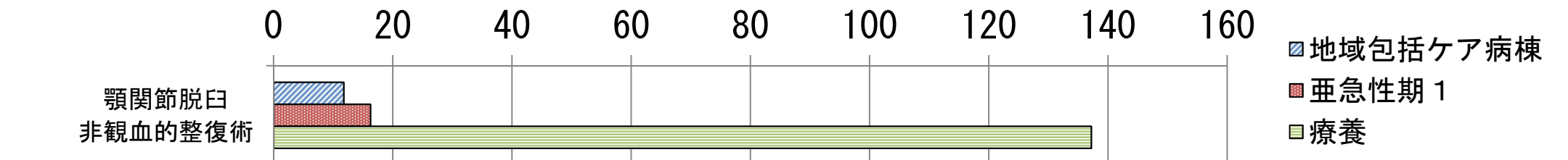
- 地域包括ケア病棟で行われた皮膚・皮下組織の手術の中では、創傷処理と皮膚切開術が多くを占めた。亜急性期1、療養病棟においても同様であった。
- 顔面・口腔・頸部の手術としては、地域包括ケア病棟で実施されたものは少なかったが、そのほとんどは顎関節脱臼非観血的整復術であった。

皮膚・皮下組織

件/10万入院日・人



顔面・口腔・頸部

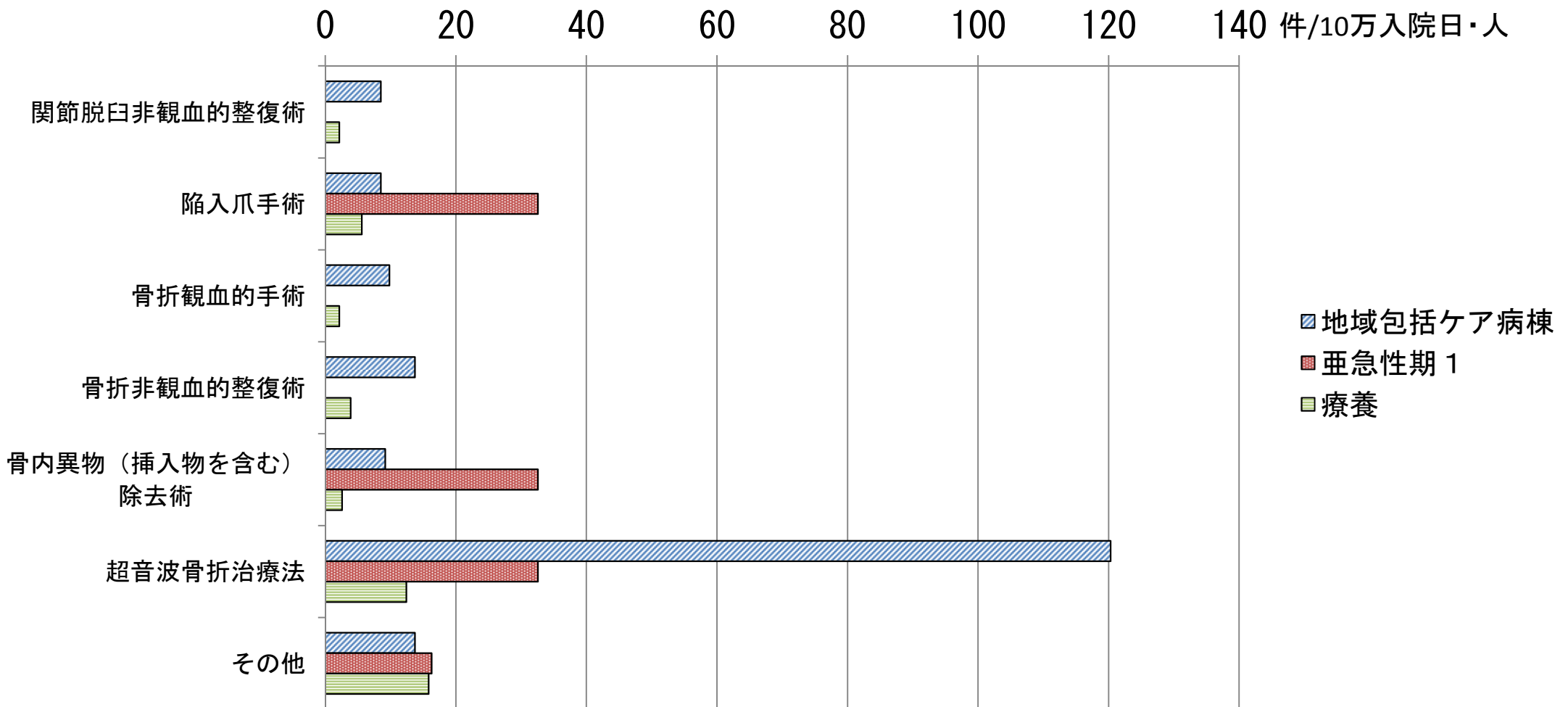


出典：医療機関提出データ

地域包括ケア病棟他で実施された手術

- 筋骨格系・四肢・体幹の手術の中では、地域包括ケア病棟では超音波骨折治療法が最も多かった。
- 亜急性期1では超音波骨折治療法のほか、陥入爪手術、骨内異物除去術が多かった。

筋骨格系・四肢・体幹



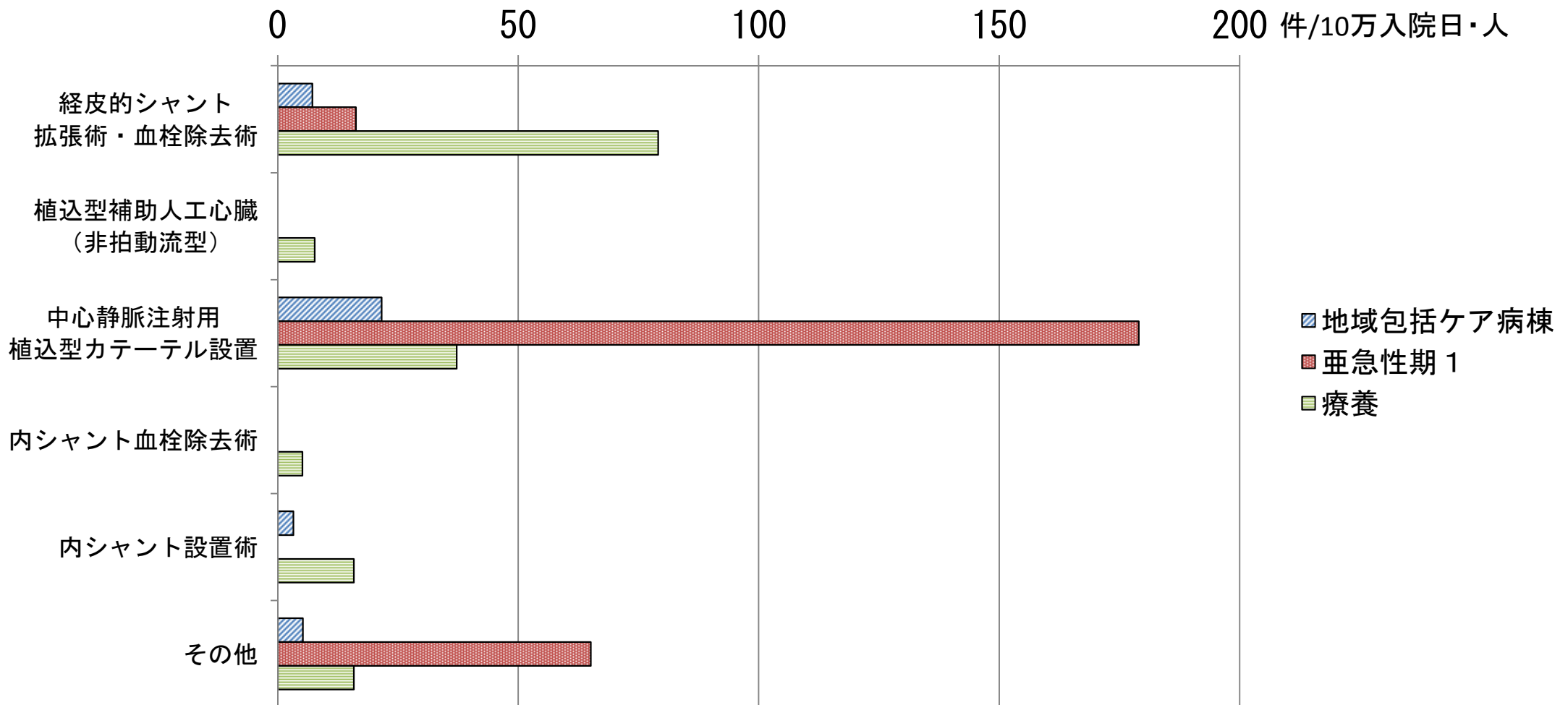
出典：医療機関提出データ

（亜急性期入院医療管理料は平成26年4－6月、それ以外は平成26年10月－12月）

地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で実施された心・脈管の手術は少なかったが、その中では、中心静脈静注用植込型カテーテル設置が多かった。
- なお、亜急性期1では中心静脈静注用植込型カテーテル設置が多かったが、療養病床では経皮的シャント拡張術・血栓除去術が多かった。

心・脈管

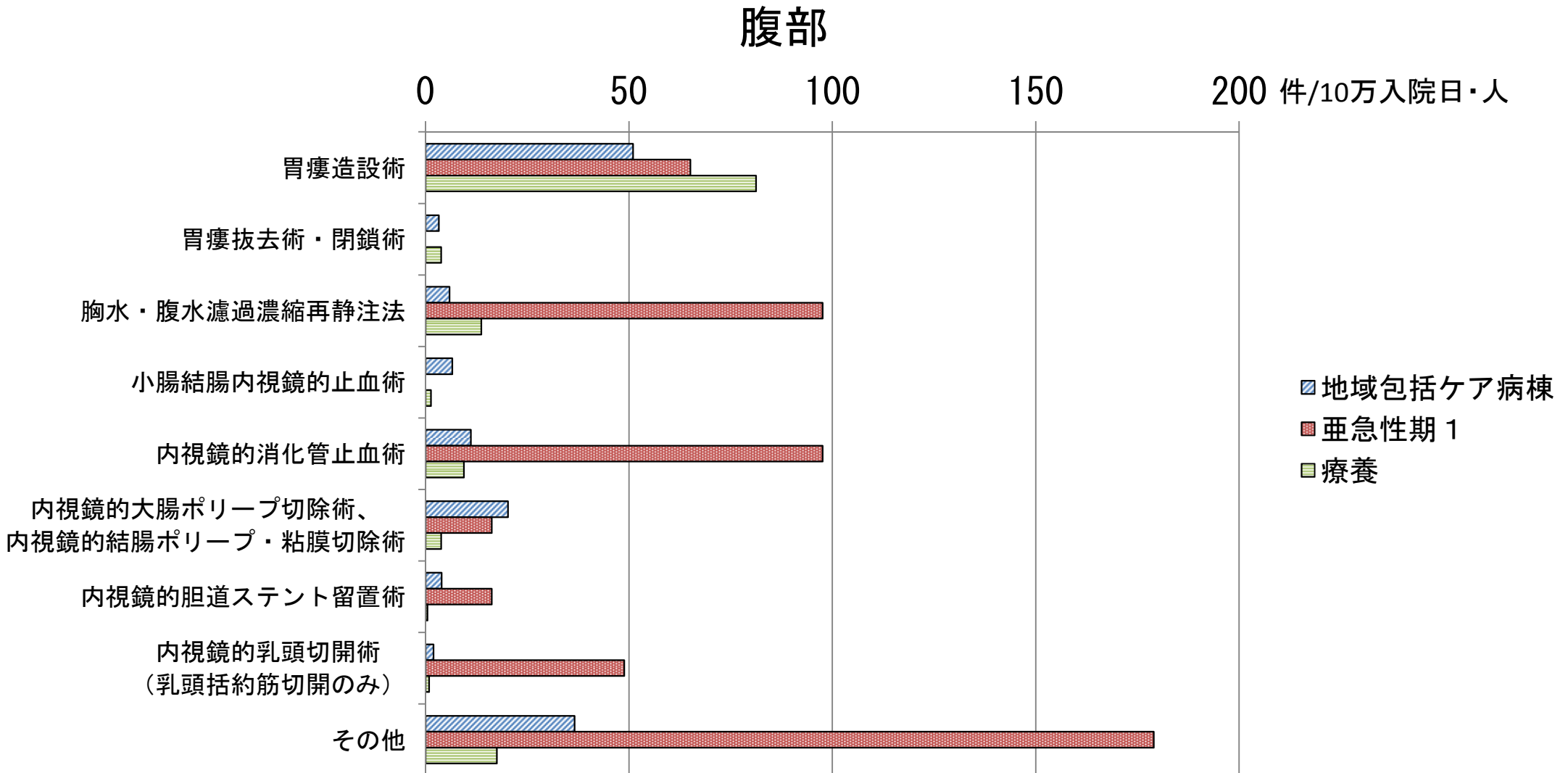


出典：医療機関提出データ 159

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

地域包括ケア病棟等で実施された手術

- 地域包括ケア病棟で実施された腹部の手術としては、胃瘻造設術が多かった。
- 療養病棟では同様に胃瘻造設術が多く、亜急性期1では胃瘻造設術の他、胸水・腹水濾過濃縮再静注法、内視鏡的手術が多かった。

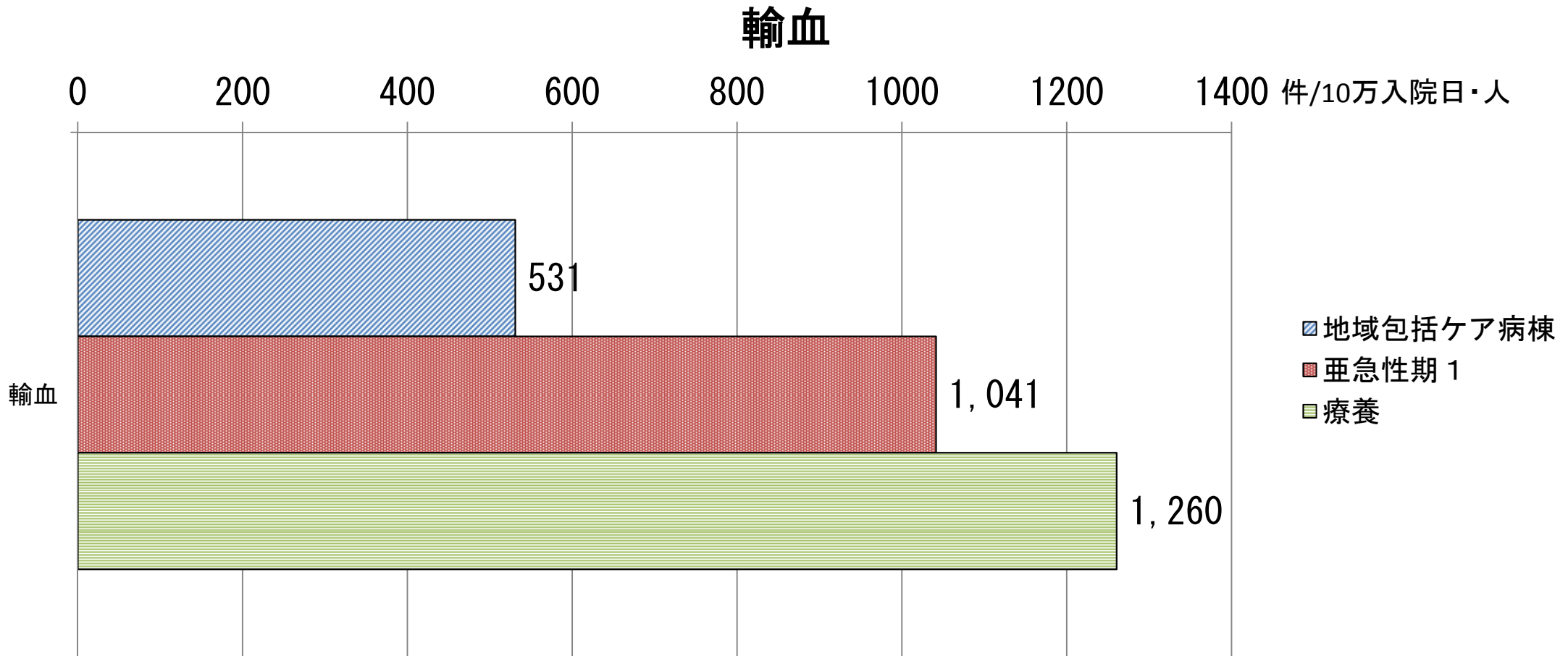


出典：医療機関提出データ

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

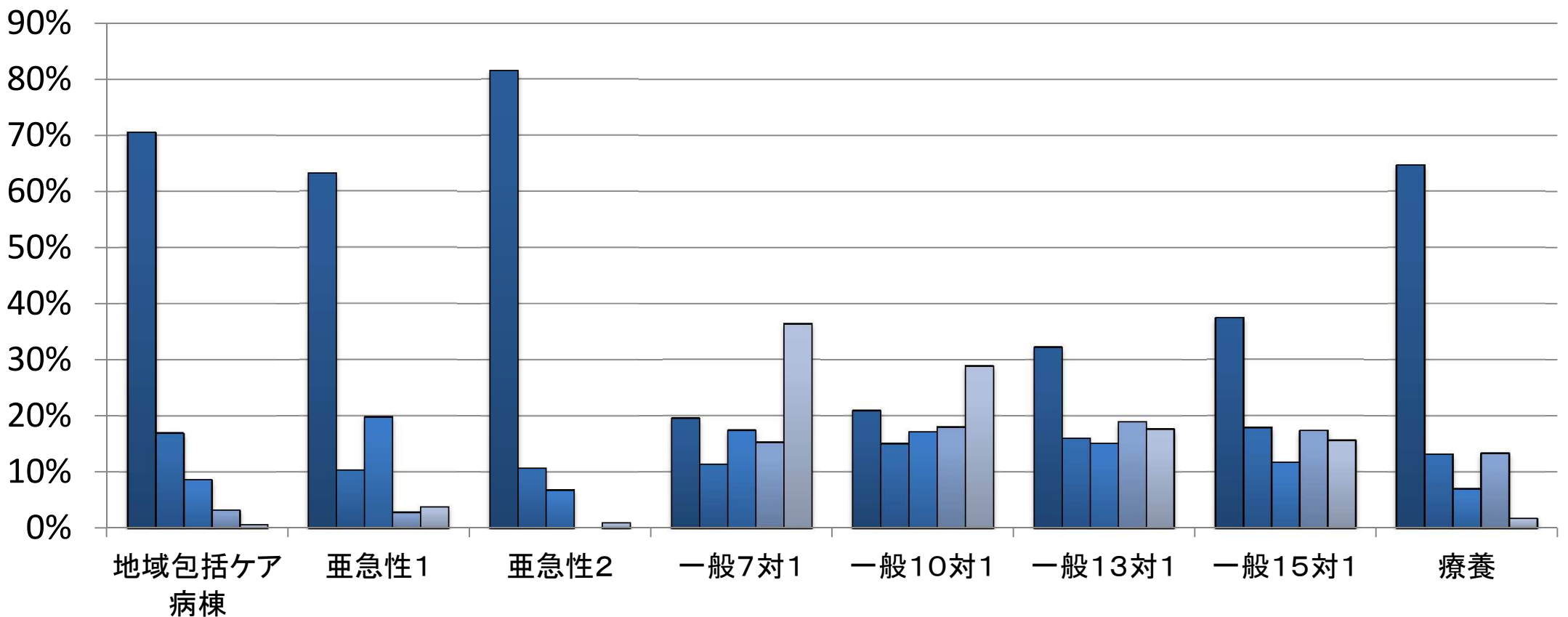
地域包括ケア病棟等で実施された輸血

- 地域包括ケア病棟における輸血の件数は入院10万日当たり531件であった。
- これは、亜急性期1、療養病棟よりも少ない傾向にあった。



地域包括ケア病棟等で実施された手術

○ 地域包括ケア病棟で行われた手術の7割は5,000点未満であった。亜急性1、療養病棟についても5,000点未満の手術が7割弱を占めたが、10,000点を超える手術も一定程度みられた。



■ 0点以上5,000点未満

■ 5,000点以上10,000点未満

■ 10,000点以上15,000点未満

■ 15,000点以上20,000点未満

■ 20,000点以上

※輸血を含まない

出典：医療機関提出データ・DPCデータ **162**

(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

地域包括ケア病棟等で実施された麻酔

○ 入院10万日・人あたりの全身麻酔算定数は地域包括ケア病棟で8.5回、亜急性1で130.2回、療養で11.1回であった。

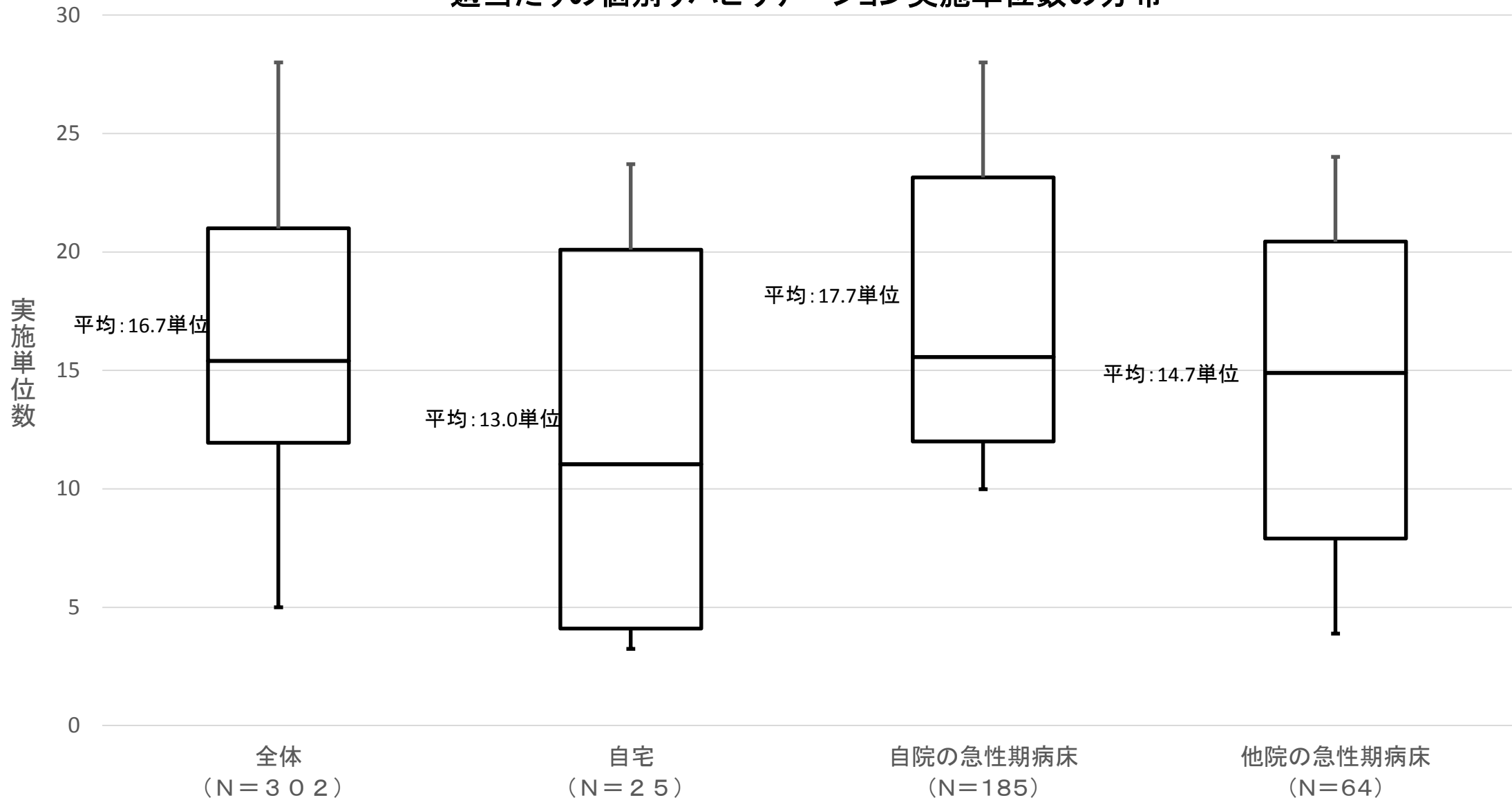
病棟	麻酔点数 ／入院1日・人		全身麻酔算定回数 ／入院10万日・人	
		ブロック注射を除く		手術料算定回数 (輸血を含まない) に対する割合
地域包括ケア病棟	0.3	0.1	8.5	(1.3%)
亜急性1	1.3	1.0	130.2	(7.5%)
亜急性2	0.3	0.1	6.9	(2.9%)
一般7対1	128.0	126.7	16,762.7	(50.1%)
一般10対1	89.5	88.8	11,780.4	(51.3%)
一般13対1	48.6	47.8	6,478.1	(41.8%)
一般15対1	23.4	23.2	3,035.1	(36.0%)
療養	0.2	0.1	11.1	(1.5%)

出典：医療機関提出データ・DPCデータ
(亜急性期入院医療管理料は平成26年4-6月、それ以外は平成26年10月-12月)

個別リハビリテーションの実施状況（入棟前の居場所別）

- 地域包括ケア病棟でリハビリテーションの対象となった患者に対するリハビリテーション提供単位数は、平均で週14単位（1日当たり2単位）をやや上回っていた。患者単位での提供単位数は幅広く分布していた。

週当たりの個別リハビリテーション実施単位数の分布

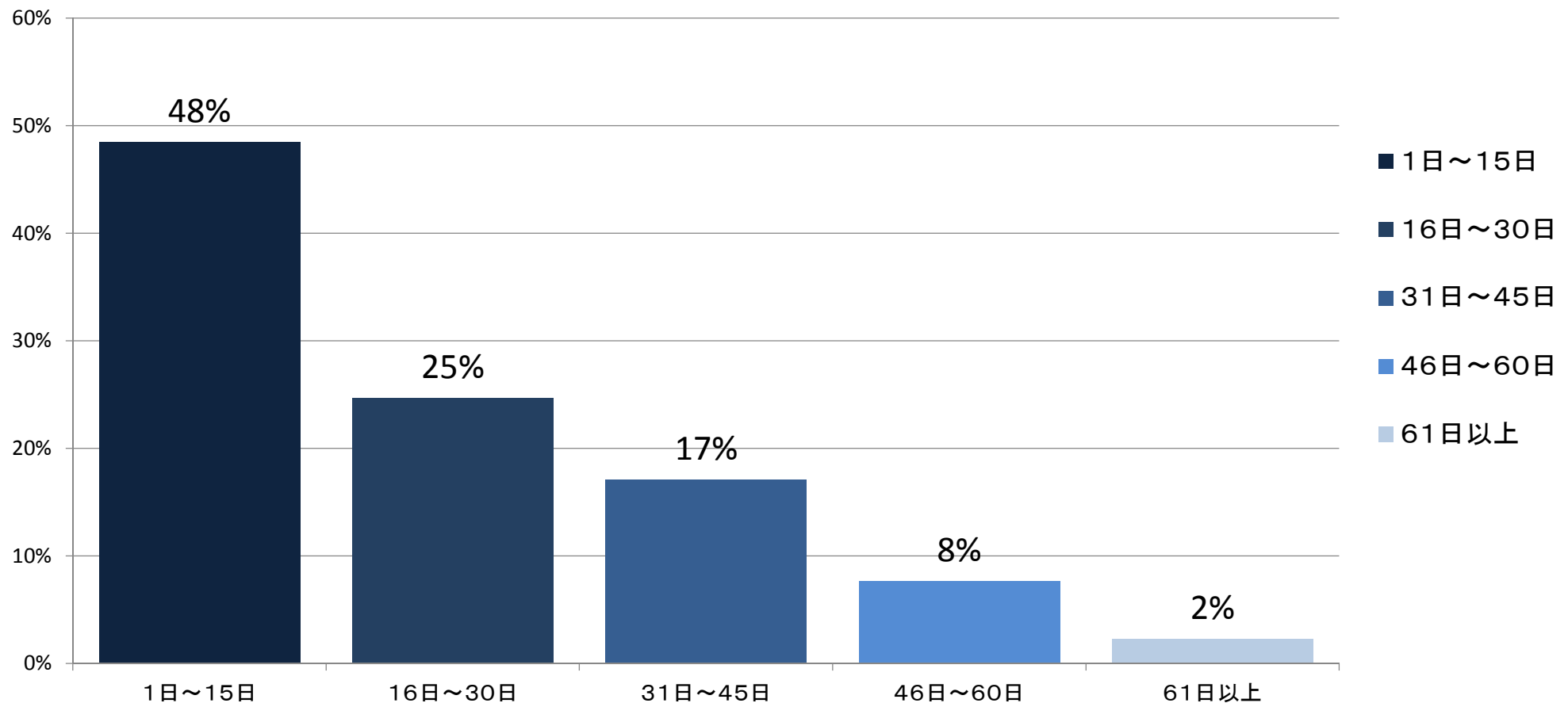


地域包括ケア病棟に入院している患者の在院期間

- 地域包括ケア病棟に入院している患者の半数近くは、入棟後15日以内の患者であり、30日以上入院している患者は全体の25%程度であった。

＜入棟日から調査基準日までの在院期間＞

n=446

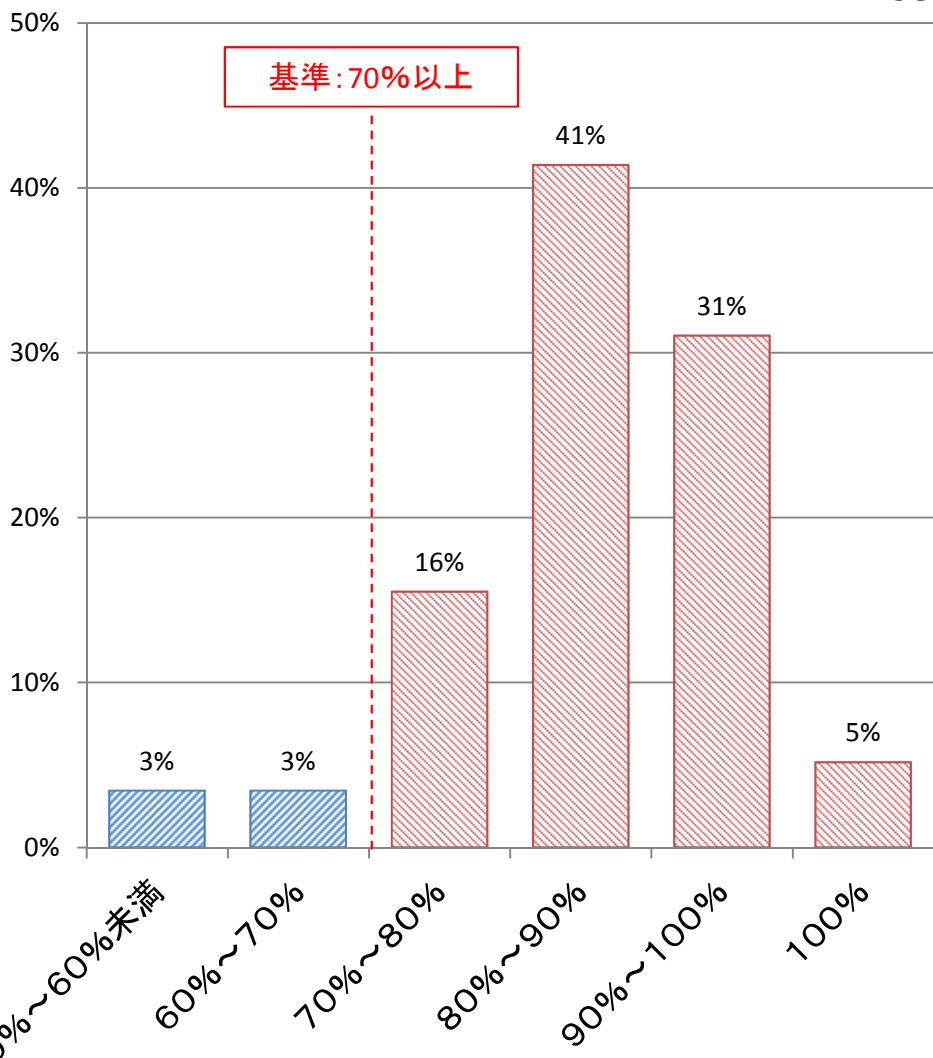


地域包括ケア病棟における在宅復帰率

○ 地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多く、個別の退棟先は自宅や介護老人保健施設が多かった。

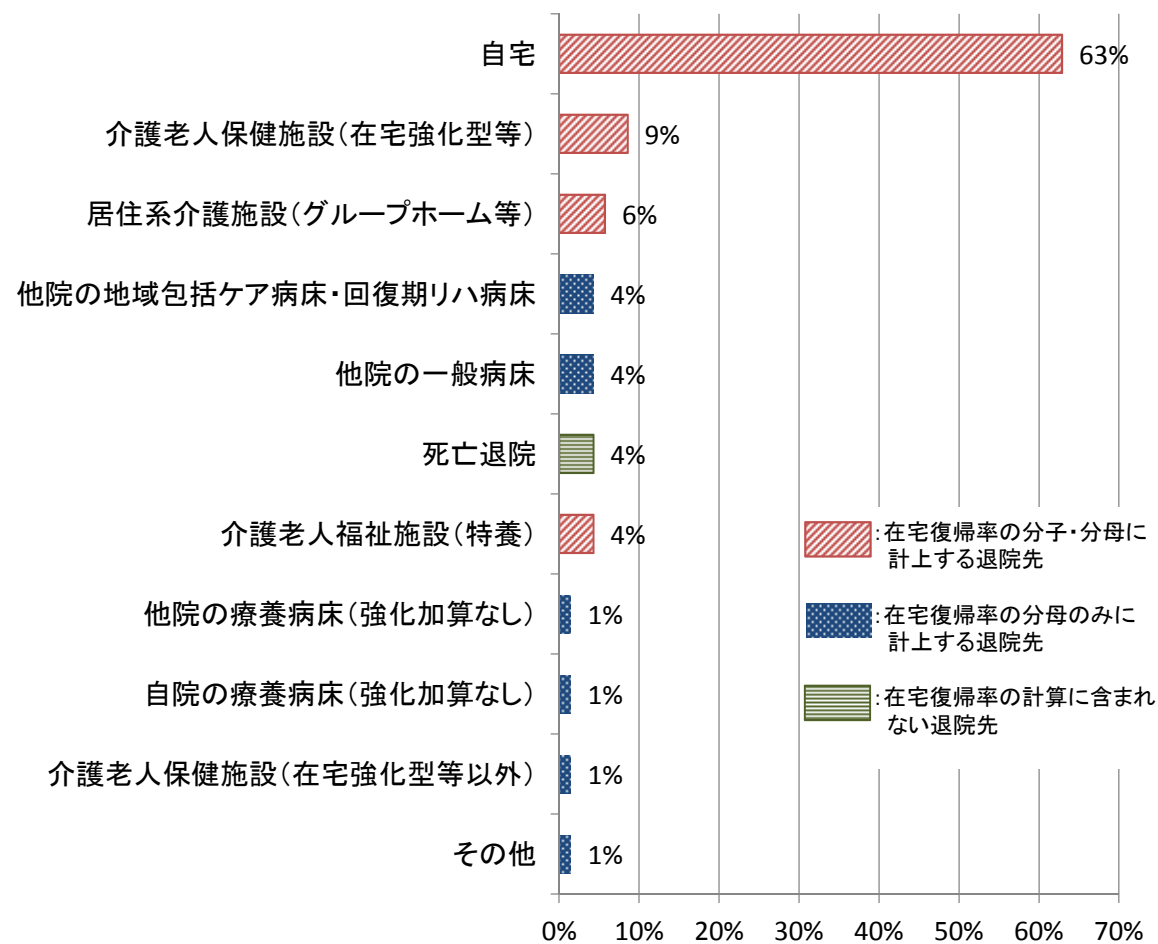
在宅復帰率と該当割合

n=58



退棟先別の患者割合

n=70

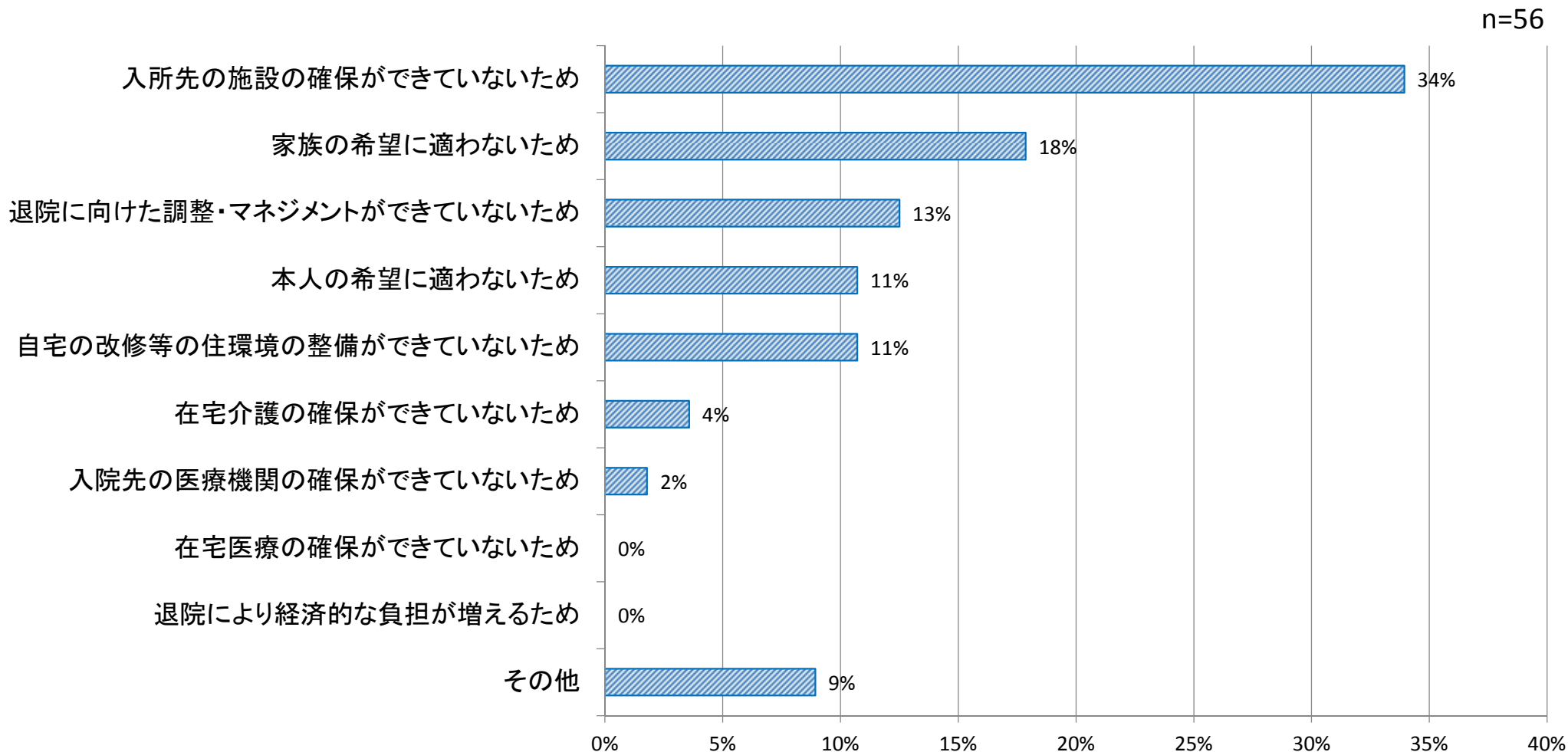


出典: 平成26年度入院医療等の調査(病棟票、患者票: H26年8月~10月の3月間の在宅復帰率を計上)

医学的な理由以外の要因で退院できない理由

○ 地域包括ケア病棟において、医学的な理由以外の要因により退院できない患者の多くは、入所先施設確保の問題や家族の希望等が原因と回答している場合が多い。

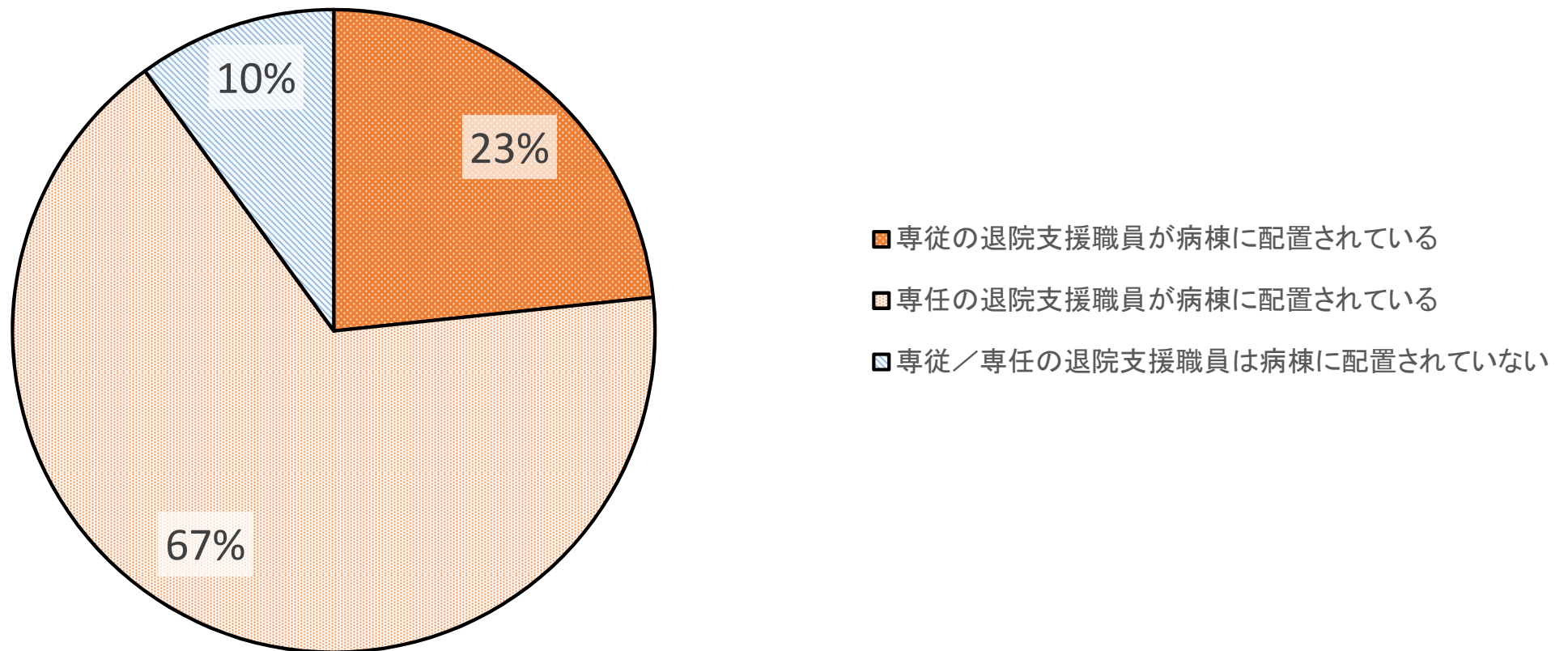
医学的な理由以外の要因で退院できない理由（最も当てはまるもの）



退院支援

- 地域包括ケア病棟の大部分で、専従又は専任の退院支援職員が配置されていた。

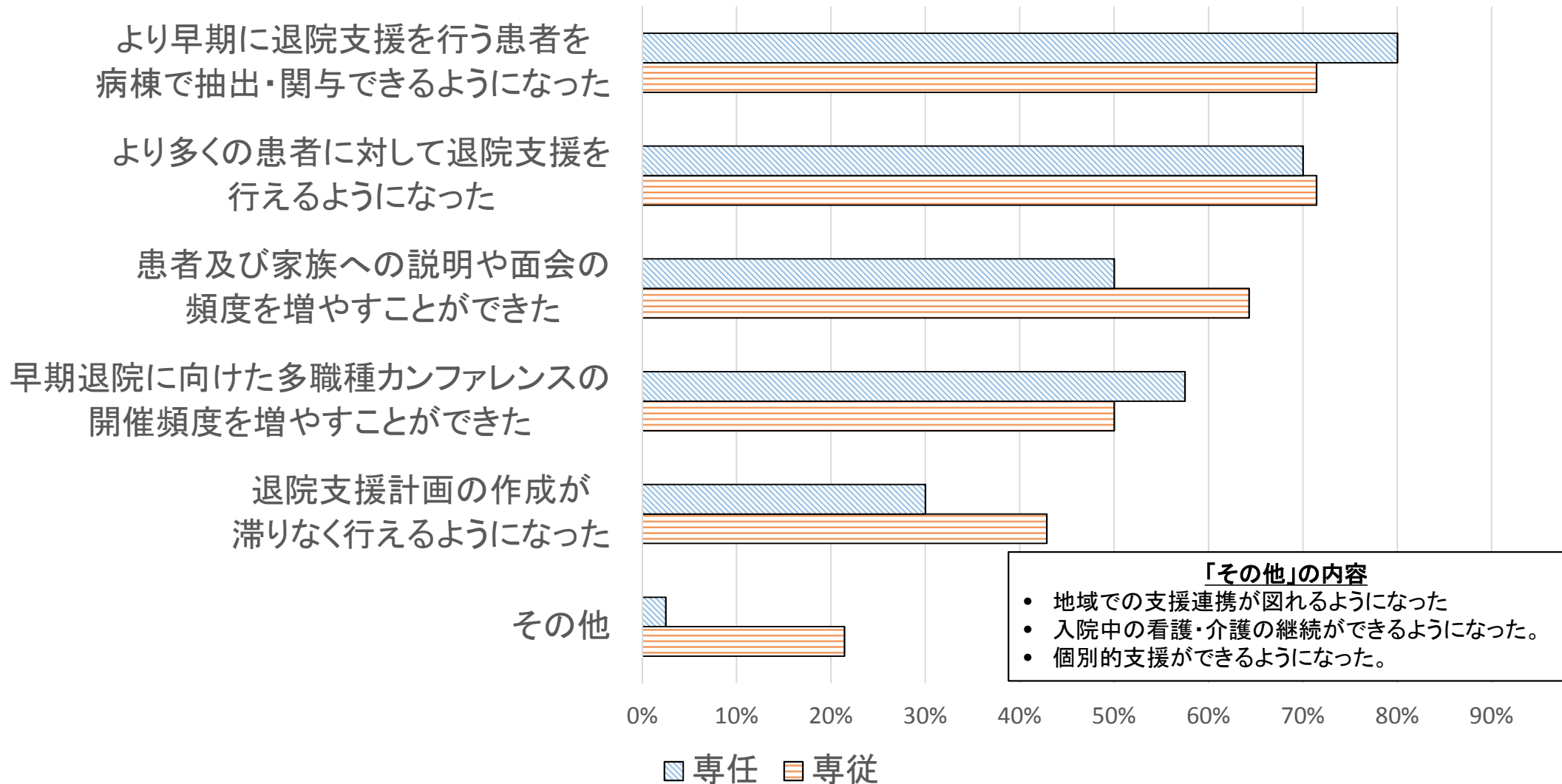
病棟への専従又は専任の退院支援職員の配置
(n=60)



退院支援

- 退院支援職員を専任又は専従で配置したことによる効果として、7割以上の病棟が「より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出／関与できるようになった」「より多くの患者に対して退院支援を行えるようになった」を挙げた。

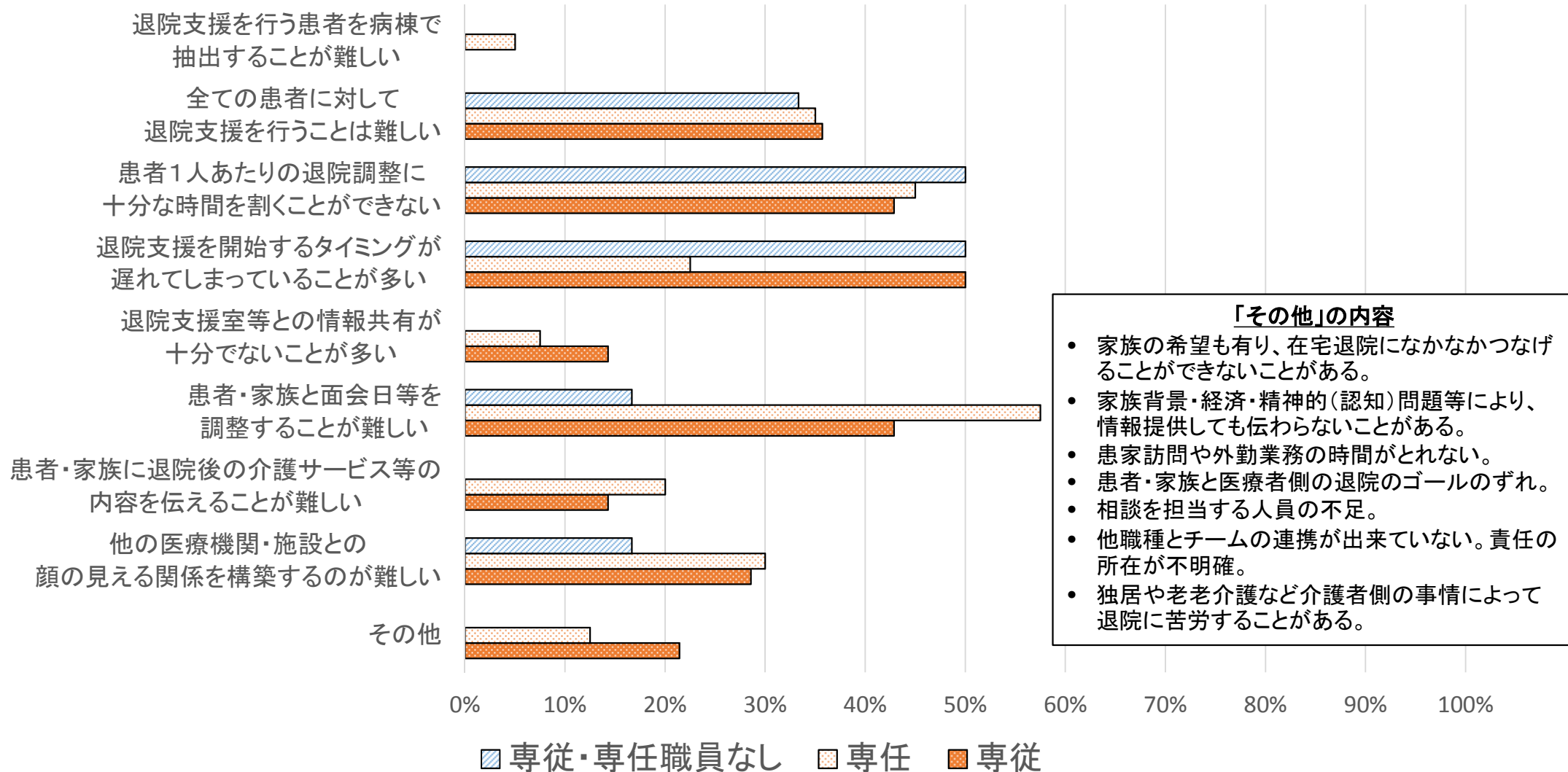
退院支援職員の配置による効果 (n=54病棟)



退院支援

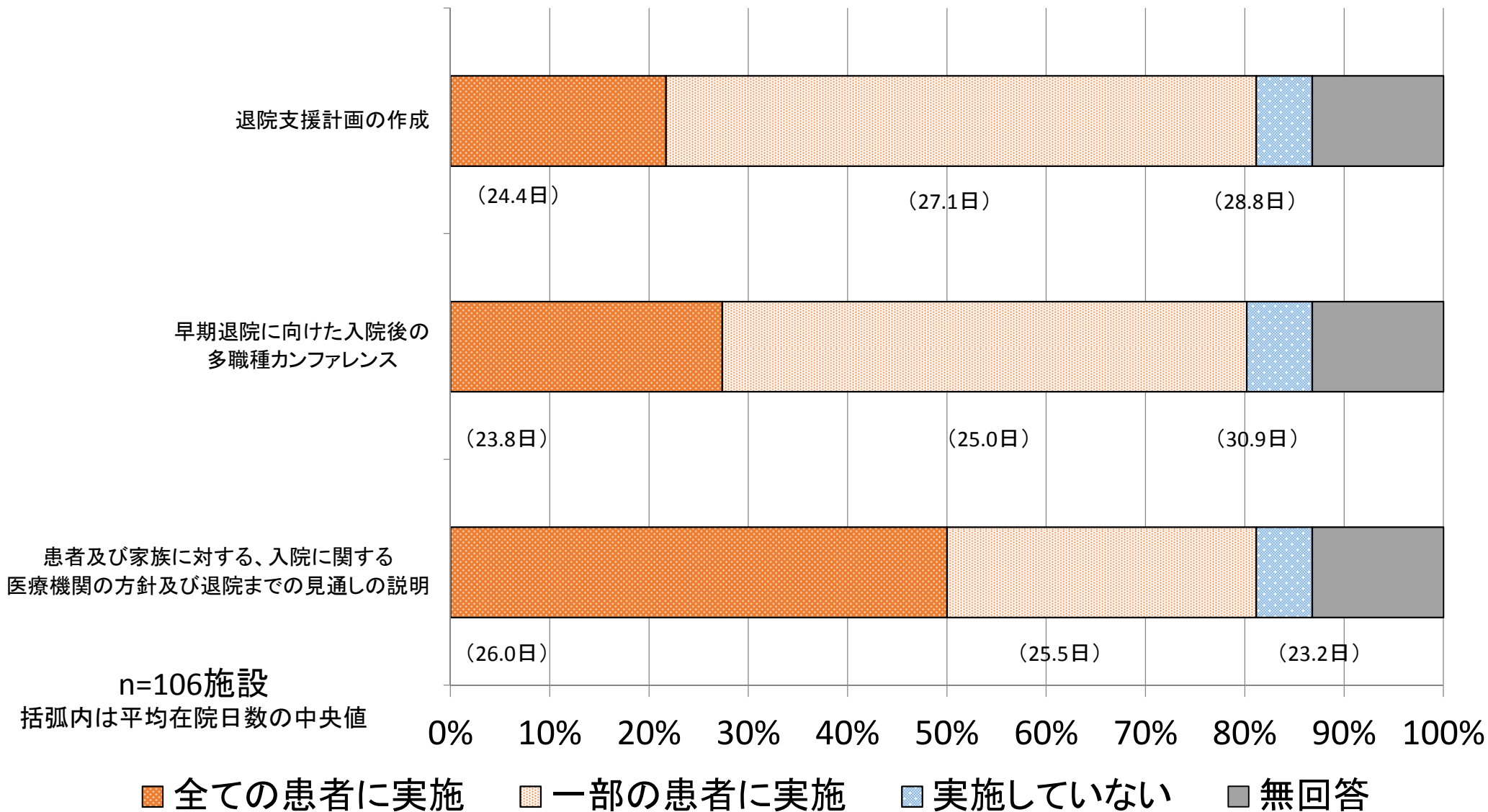
- 退院支援で困難を感じる点としては、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」「患者1人あたりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い」等が挙げられた。

退院支援で困難を感じる点 (n=60病棟)



退院支援

- 退院支援の取り組みとしては、「患者及び家族に対する、入院に関する医療機関の方針及び退院までの見通しの説明」「早期退院に向けた入院後の多職種カンファレンス」「退院支援計画の作成」とも8割程度の医療機関が実施していた。



n=106施設

括弧内は平均在院日数の中央値

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

■ 全ての患者に実施 ■ 一部の患者に実施 ■ 実施していない ■ 無回答

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
- 8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について**
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定①

地域に配慮した評価①

医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏※)に配慮した評価について、対象医療圏は変更せずに、地域包括ケア病棟入院料等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。 ※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

➤ 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料1(特定地域)</u>	<u>2,191点(1日につき)</u>
(新)	<u>地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)</u>	<u>2,191点(1日につき)</u>
(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料2(特定地域)</u>	<u>1,763点(1日につき)</u>
(新)	<u>地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)</u>	<u>1,763点(1日につき)</u>

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1以上、専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。等

➤ 看護要員の夜勤72時間要件の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える。

現行

【特定一般病棟入院料】

1	特定一般病棟入院料1(13対1)	1,103点
2	特定一般病棟入院料2(15対1)	945点

[施設基準] 1病棟のものに限る



改定後

【特定一般病棟入院料】

1	特定一般病棟入院料1(13対1)	1,121点
2	特定一般病棟入院料2(15対1)	960点

[施設基準] 一般病棟が1病棟のものに限る

平成26年度診療報酬改定②

地域に配慮した評価②

- 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。 ※()は元の点数

栄養サポートチーム加算(特定地域)	100点(週1回)(200点)
緩和ケア診療加算(特定地域)	200点(1日につき)(400点)
(新) 外来緩和ケア管理料(特定地域)	150点(月1回)(300点)
(新) 糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)	175点(月1回)(350点)
(新) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)	250点(入院中1回)(500点)
(新) 退院調整加算(特定地域) (退院時1回)	
<u>一般病棟等の場合</u>	170点(14日以内)(340点)
	75点(15日以上30日以内)(150点)
	25点(31日以上)(50点)
<u>療養病棟等の場合</u>	400点(30日以内)(800点)
	300点(31日以上90日以内)(600点)
	200点(91日以上120日以内)(400点)
	100点(121日以上)(200点)

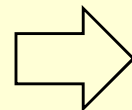
[施設基準]

- ① 専従、専任、常勤要件を緩和する(ただし、医師は常勤とする。)
- ② 専任チームの設置を緩和し、指導等を行った場合に算定可とする

(例)糖尿病透析予防指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士



(特定地域の点数を算定する場合)

以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士

- 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を引き続き可能とする。**

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

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、高島町、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、西粟倉村、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

参考：医療資源の少ない地域に配慮した評価の算定状況

- 算定回数に一定の増加はみられるものの、多くの算定項目がほとんど利用されていない状況にある。

算定項目	点数	H24件数	H25件数	H24回数	H25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	17	3	36
亜急性期入院医療管理料1(指定地域)	1,761	-	15	-	170
亜急性期入院医療管理料2(指定地域)	1,661	-	22	-	375
特定一般病棟入院料1	1,103	-	113	-	1,163
特定一般病棟入院料2	945	77	109	1,487	2,123
特定一般病棟入院料 入院期間加算(14日以内)	450	39	152	289	1,236
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	63	251	527
特定一般病棟入院料 重症児(者)受入連携 加算	2,000	-	-	-	-
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	80	61	676	543
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)	1,761	-	-	-	-
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)	1,661	-	-	-	-
特定一般病棟入院料 リハビリテーション提供体制 加算	50	-	-	-	-

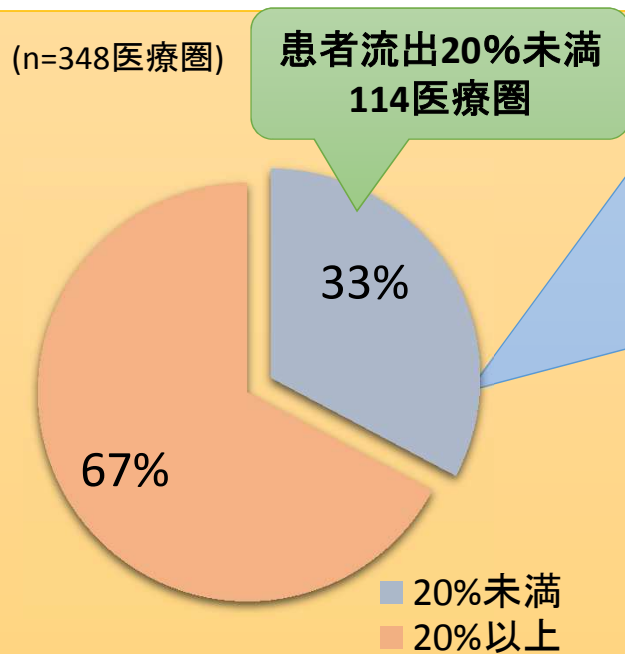
医療提供が困難な地域の考え方について

地域に密着した医療提供を行う医療提供が困難な地域等において、下記の観点から地域の条件を検討

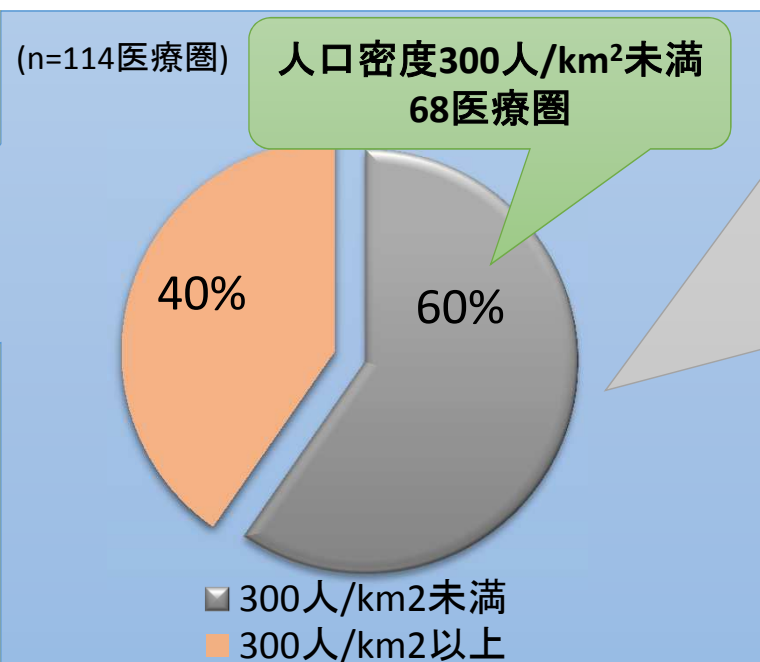
- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※ただし、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

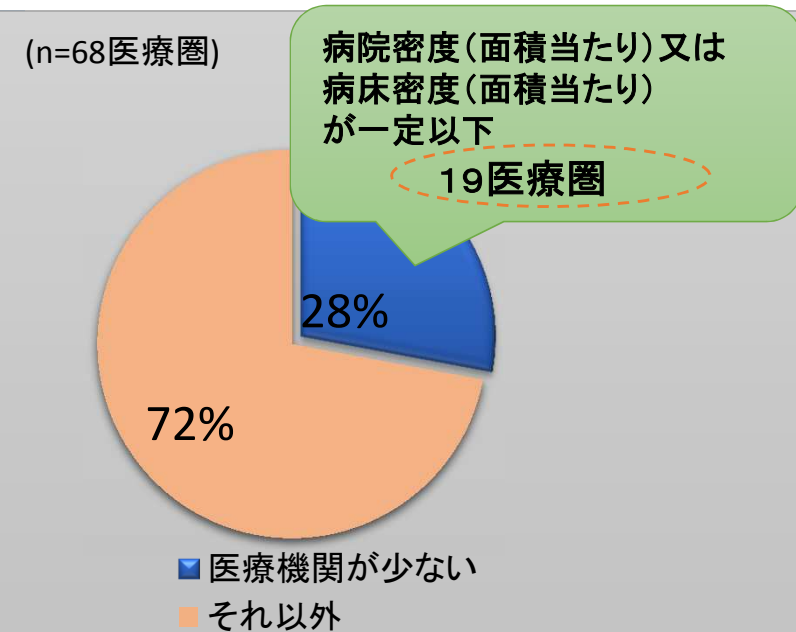
①自己完結した医療を提供



②医療従事者の確保が困難な地域



③医療機関が少ない地域

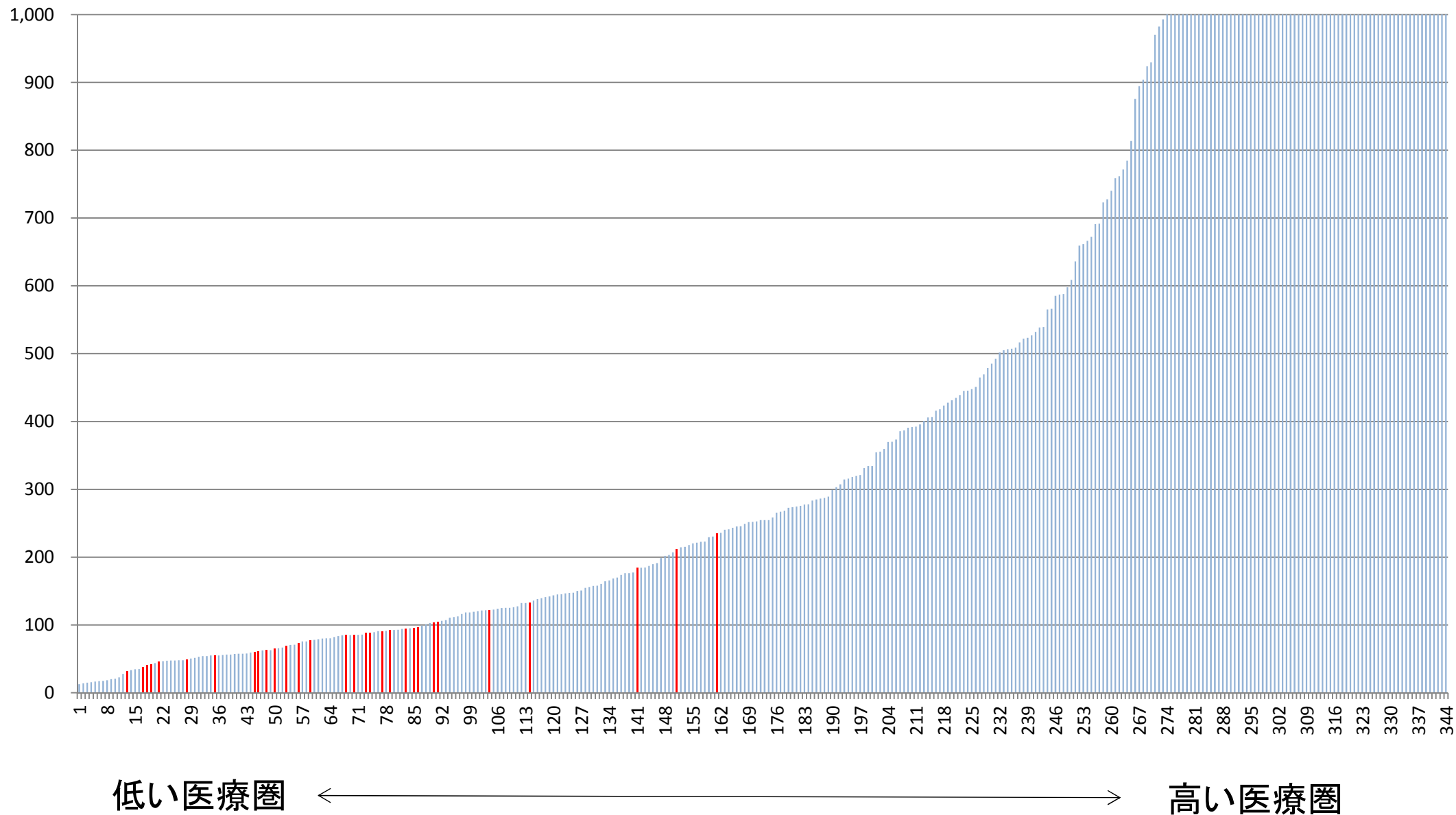


※病院総数、病院病床数が少なくても、面積が小さければ、一定程度医療機関の数は満たされていると考えられることから、面積当たりとした。

平成24年診療報酬改定では、これらに離島の医療圏を加えた30医療圏を、“医療提供しているが、医療資源の少ない地域”としている。

二次医療圏の人口密度と現行の特定地域の分布

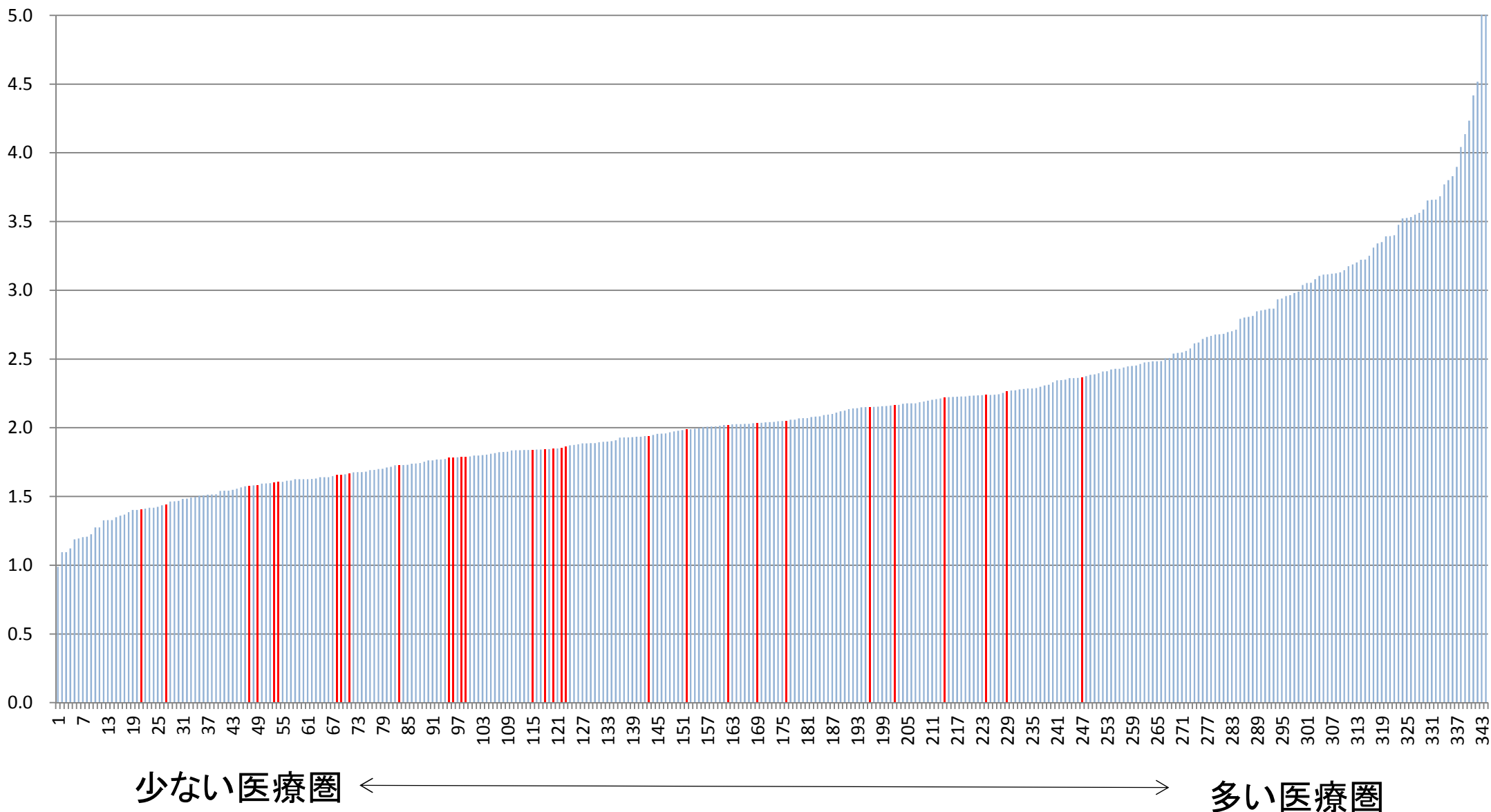
人口密度(人/㎢)



■ : 現行の特定地域

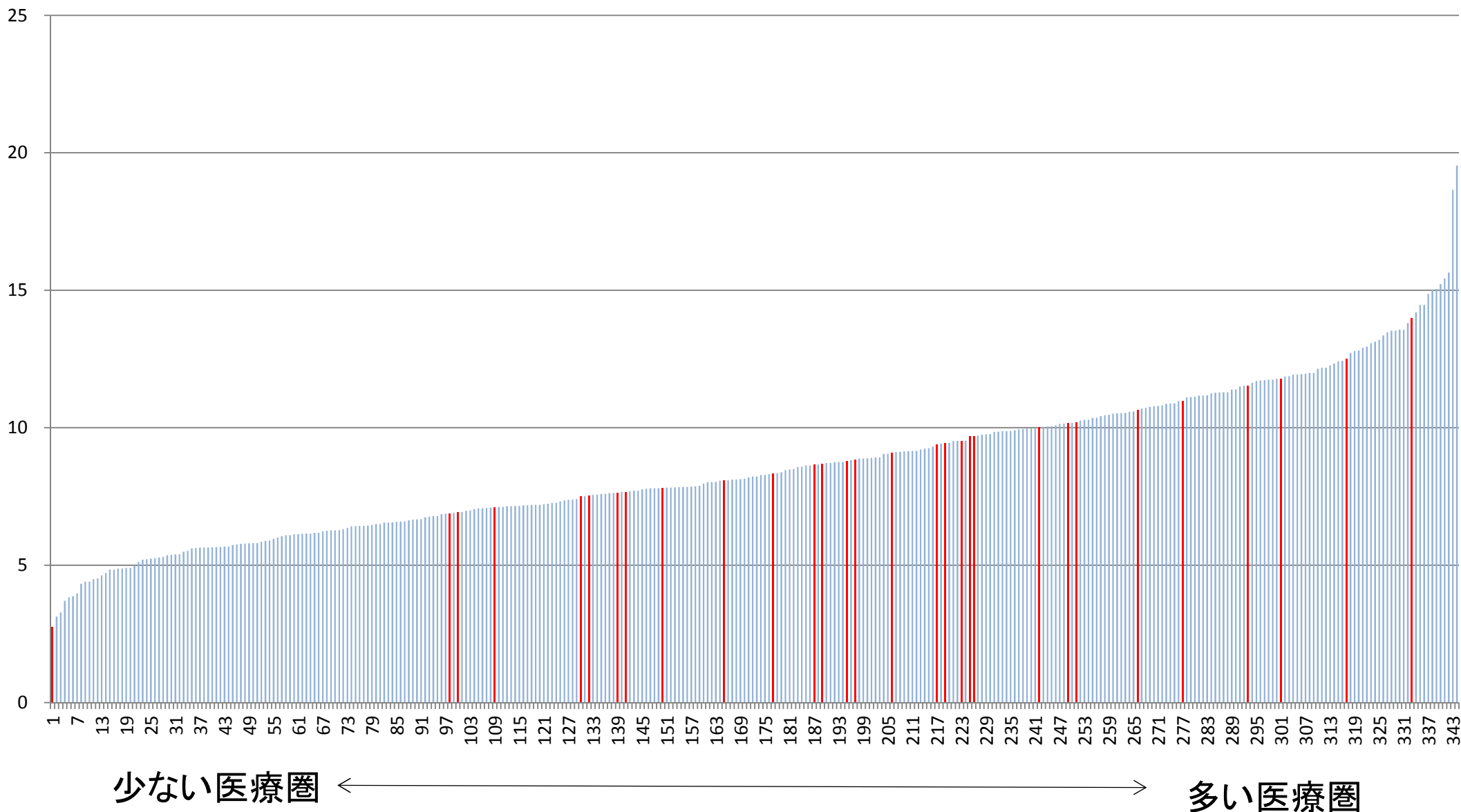
二次医療圏の医師数と現行の特定地域の分布

人口1,000人あたりの医師数



二次医療圏の看護師数と現行の特定地域の分布

人口1,000人あたりの看護師数



■ : 現行の特定地域

特定地域に含まれていない離島

<沖縄県の例>

医療圏の一部が離島となっている地域

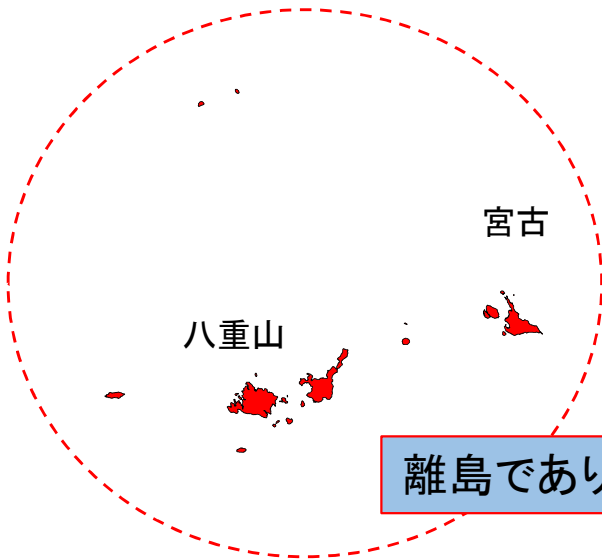


※次頁拡大図

宮古

八重山

離島であり、現行の特定地域に指定されている地域

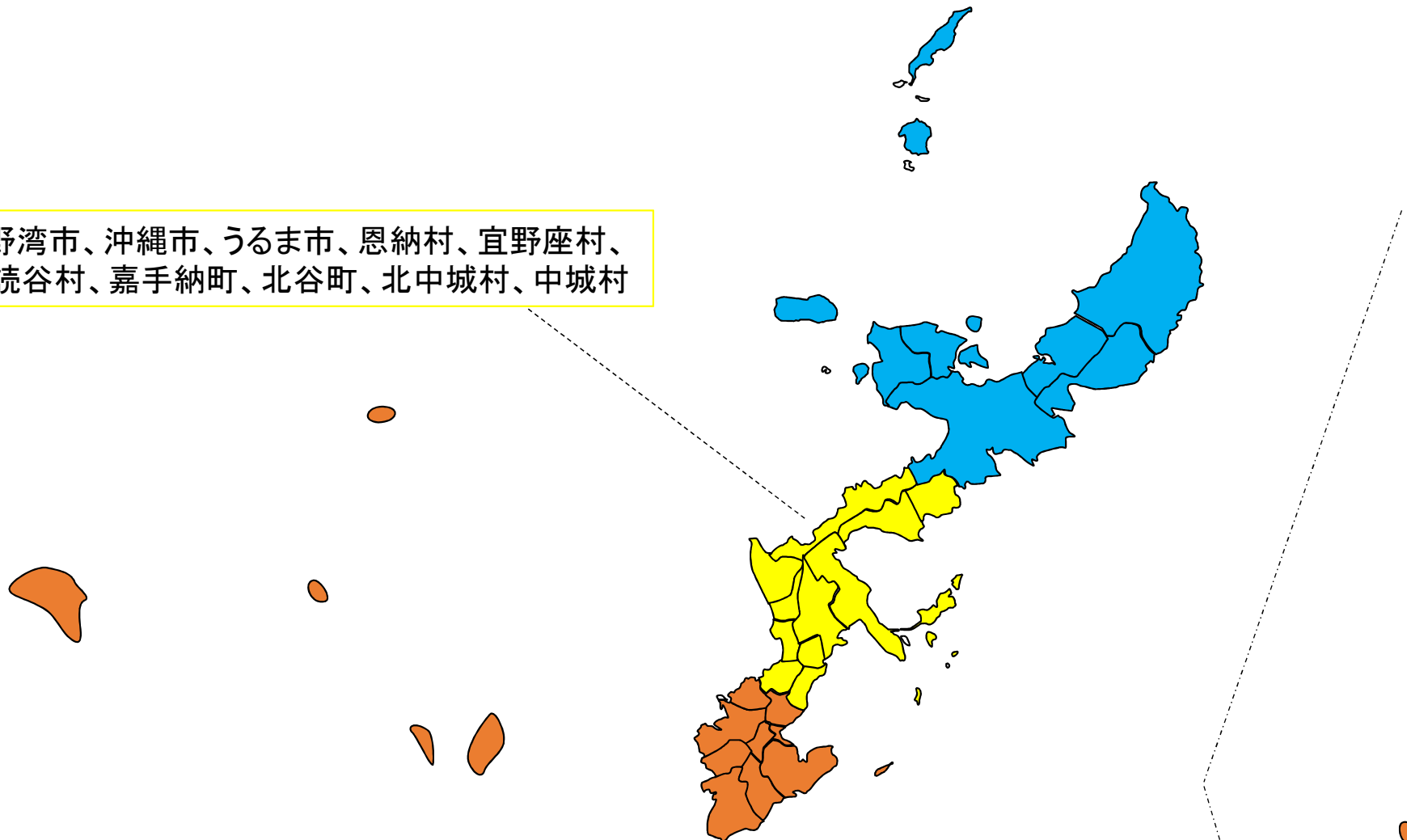


特定地域に含まれていない離島

<沖縄県の例>

北部: 名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村

中部: 宜野湾市、沖縄市、うるま市、恩納村、宜野座村、金武町、読谷村、嘉手納町、北谷町、北中城村、中城村



南部: 那覇市、浦添市、糸満市、豊見城市、南城市、西原町、与那原町、南風原町、渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、南大東村、北大東村、久米島町、八重瀬町

医療資源の少ない地域に配慮した評価に対する医療機関の意識 ＜ヒアリング調査の結果＞

＜ヒアリングにより得た医療機関の主な意見＞

設問	医療機関の主な意見等
退院支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスとの連携が課題である。 ・地域内に介護サービスを提供する事業所が少ない。
医療少資源地域関連の診療報酬改定項目に対する評価とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"> ・「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」とあるため、緩和要件が活用できない。 ・各種加算をとりたいと考えてはいるが、医療従事者は地方に留まる率が低いため不足しており、体制を整備できない。給与を上げて難しい。 ・遠隔地で行われる研修への参加が容易ではなく、要件を満たすことが難しい。
在宅療養支援病院・診療所に係る要件の困難事項とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤医師が少なく、要件を満たすのが難しい。 ・半径4km以内に診療所は存在しないこと、との要件を満たすのは難しい。 ・他医療機関と24時間往診体制を確保するのは難しい。
診療提供体制等に対する評価とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者特に看護師の確保が困難。 ・患者が多様であり専門医師が不足している。 ・程よい規模の後方病院が不足している。

※1例として、以下のように要件を変えた場合の、対象地域のシミュレーションを実施

①自己完結した医療を提供

(現行)患者流出率20%未満



(例)問わない

②医療従事者の確保が困難な地域

(現行)人口密度300人/km²未満



(例)人口あたり医師数が下位3分の1かつ人口あたり看護師数が下位2分の1

③医療機関が少ない地域

(現行)病院密度が下位15%または病床密度が下位15%

※このシミュレーションにおいて、③の要件は変更していない。



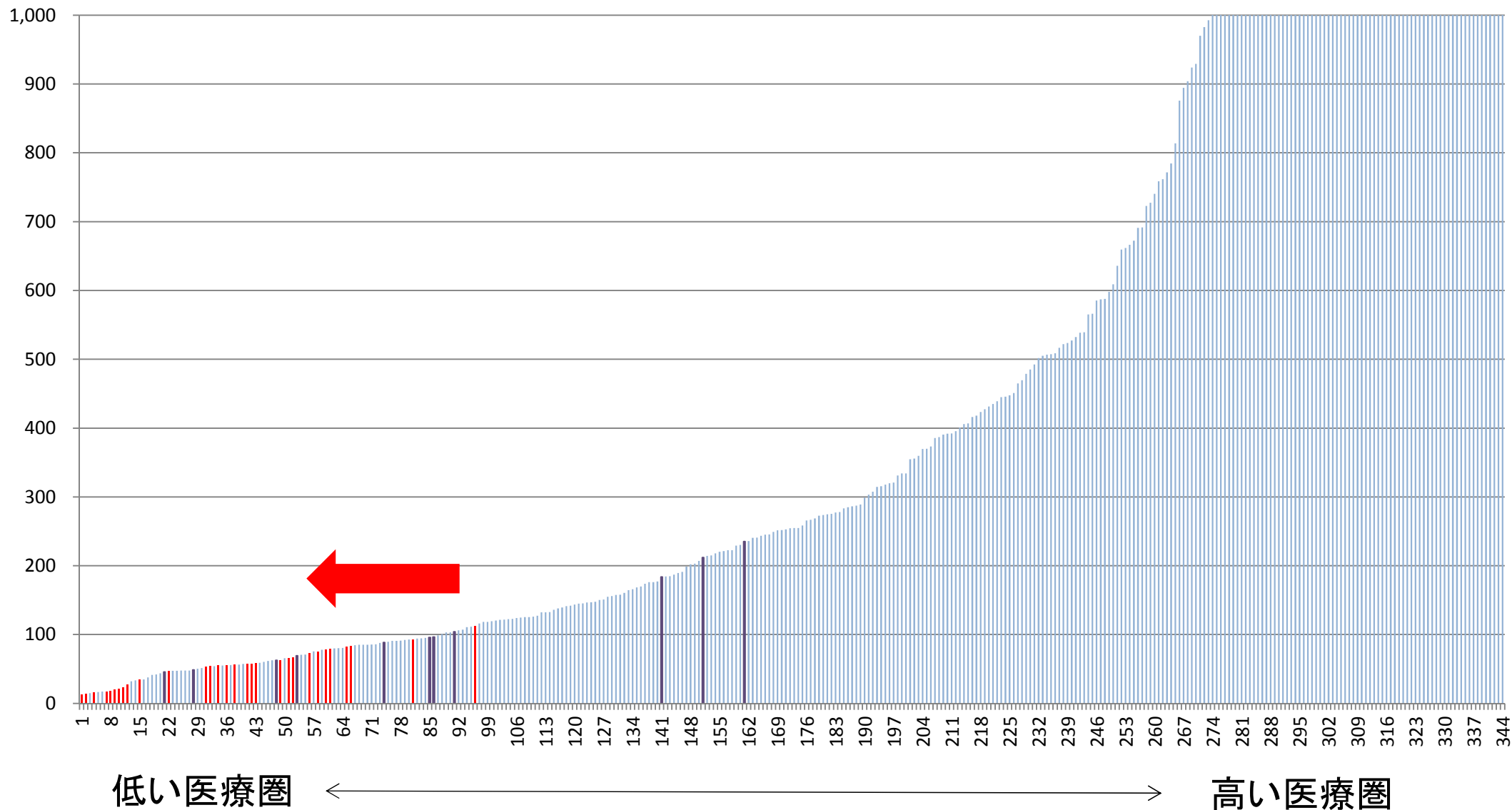
【結果】

(現行) 30 医療圏	→	引き続き要件を満たす二次医療圏数	12医療圏 (うち離島 11)	→	41 医療圏
	→	新たに要件を満たす二次医療圏数	29医療圏	→	
	→	要件を満たさなくなる二次医療圏数	18医療圏		

面積割合 16.5% ⇒ 16.8%
 人口割合 3.2% ⇒ 3.3%
 病院数割合 4.1% ⇒ 3.6%¹⁸⁴

二次医療圏の人口密度と変更後の特定地域の分布

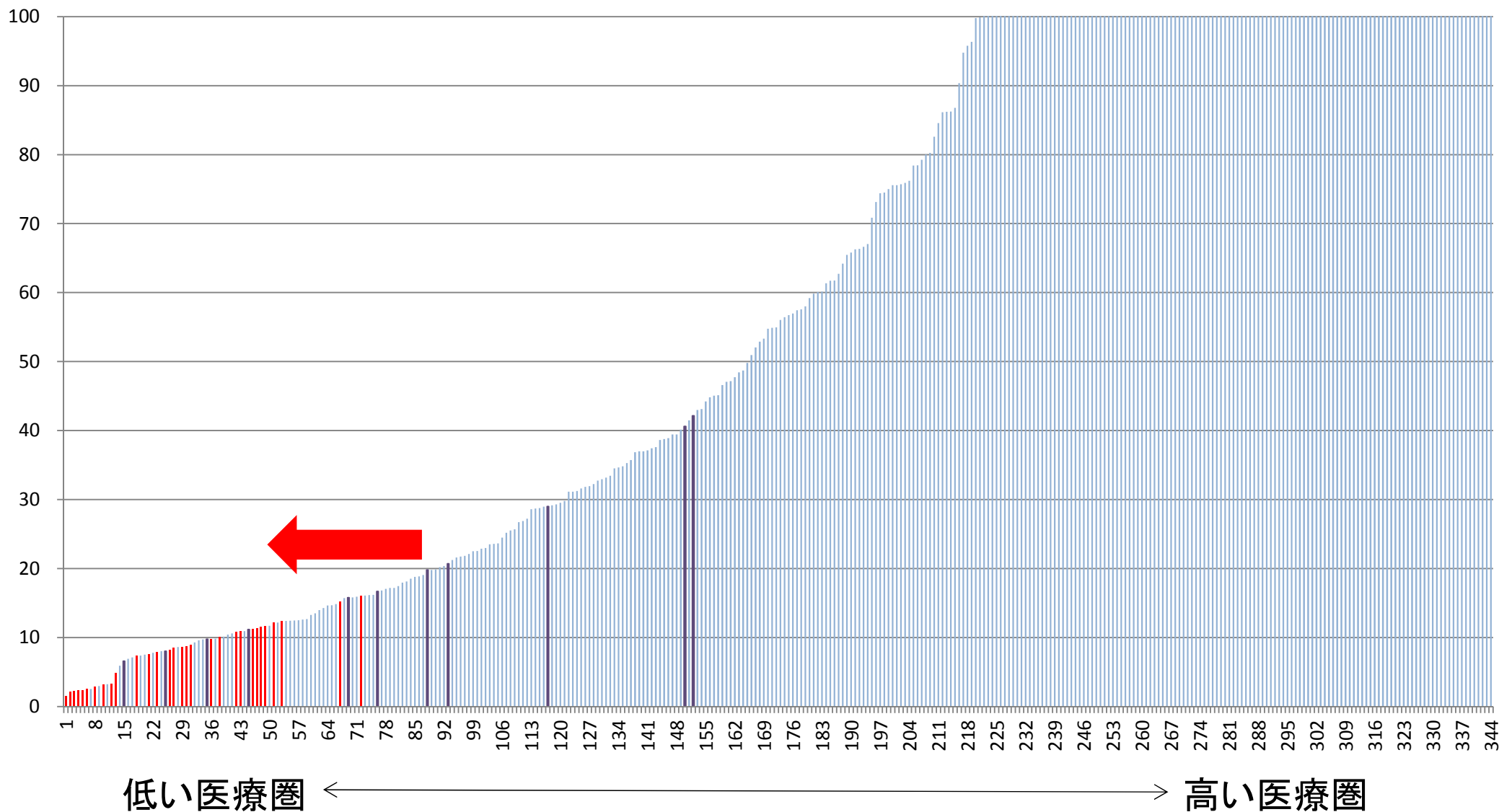
人口密度(人/㎢)



■ : 変更後の特定地域(離島以外)
■ : 離島の特定地域

二次医療圏の医師密度と変更後の特定地域の分布

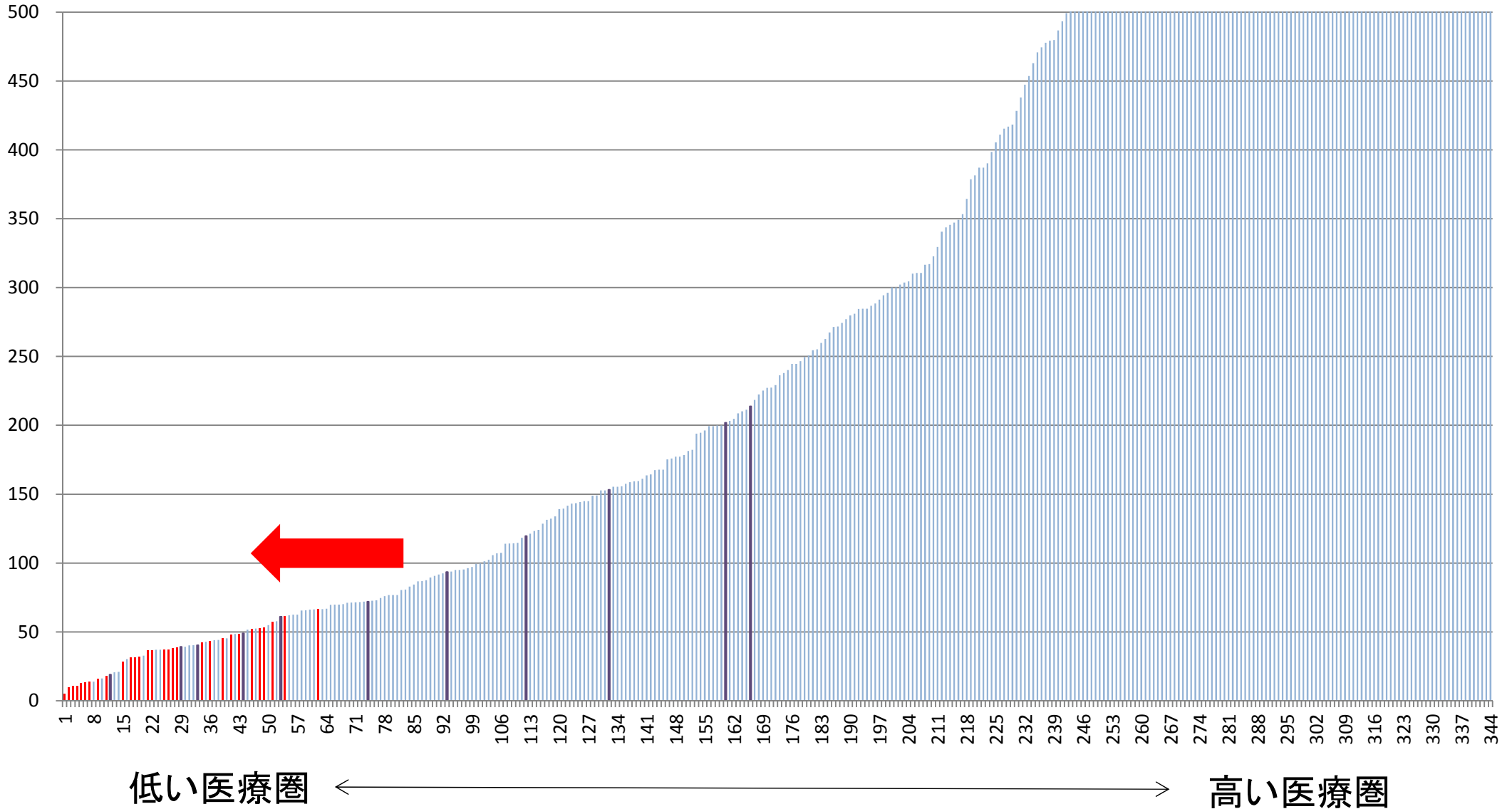
医師密度(人/100km²)



- : 変更後の特定地域(離島以外)
- : 離島の特定地域

二次医療圏の看護師密度と変更後の特定地域の分布

看護師密度(人/100km²)

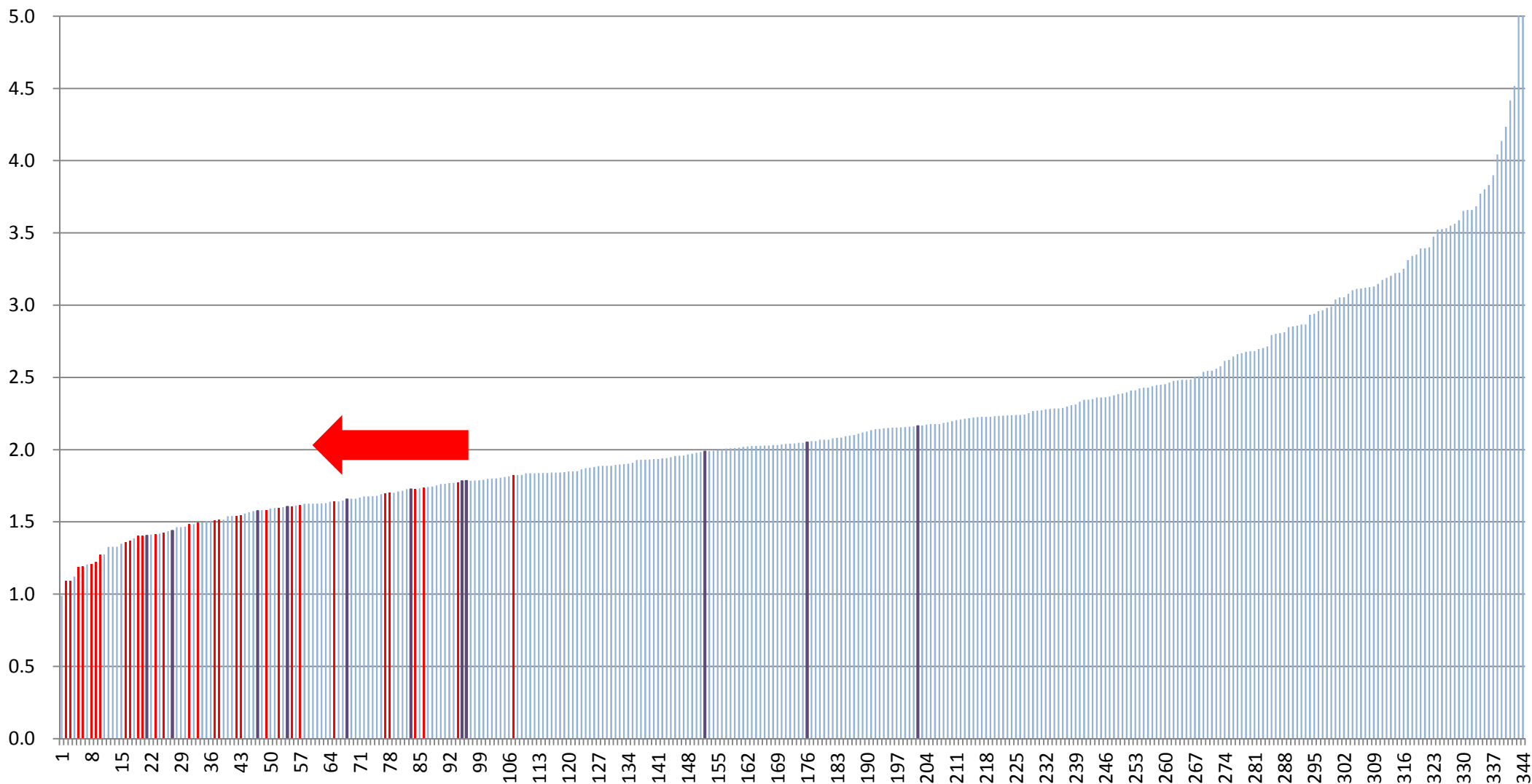


■ : 変更後の特定地域(離島以外)

■ : 離島の特定地域

二次医療圏の医師数と変更後の特定地域の分布

人口1,000人あたりの医師数



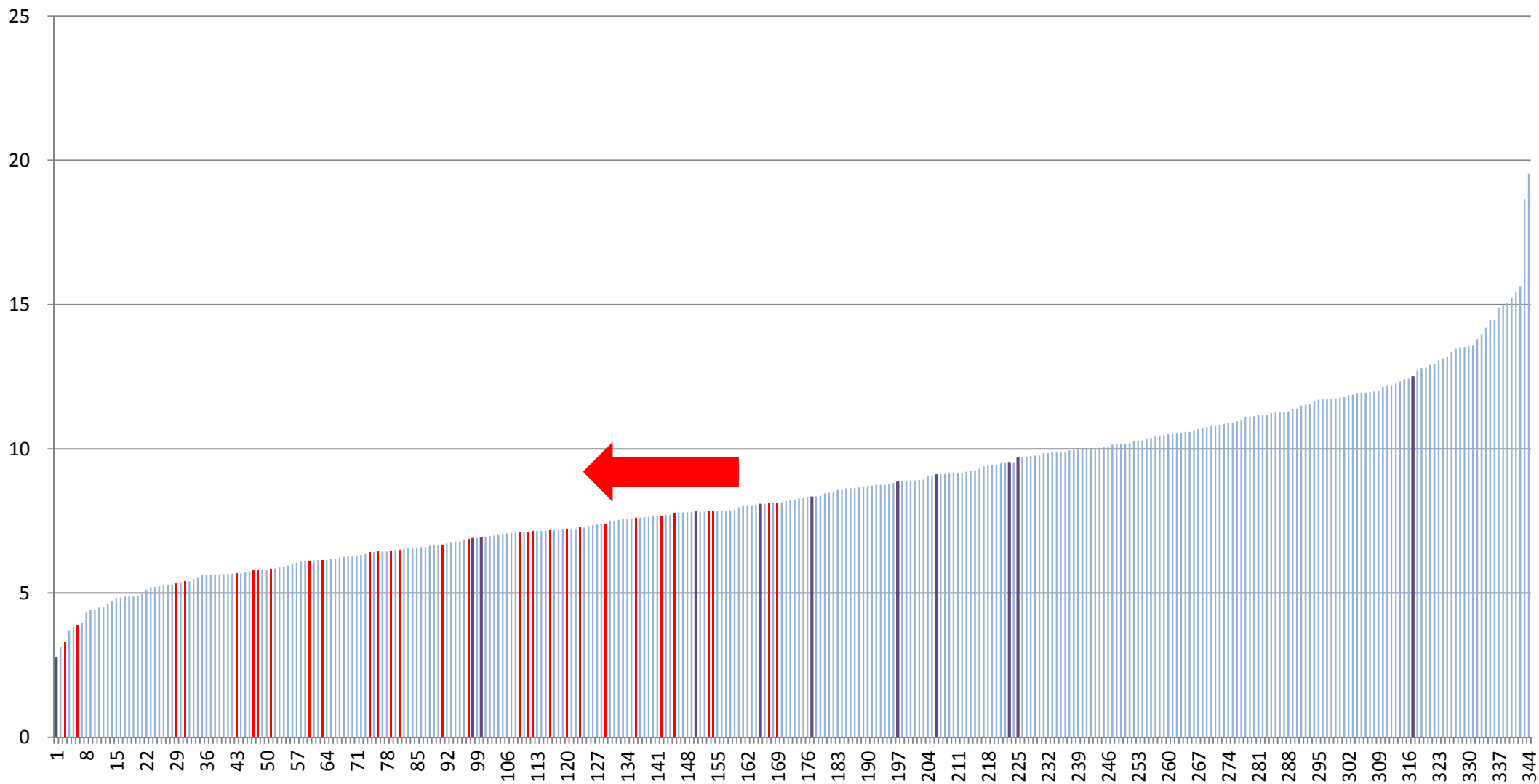
少ない医療圏 ←

→ 多い医療圏

- : 変更後の特定地域 (離島以外)
- : 離島の特定地域

二次医療圏の看護師数と変更後の特定地域の分布

人口1,000人あたりの看護師数



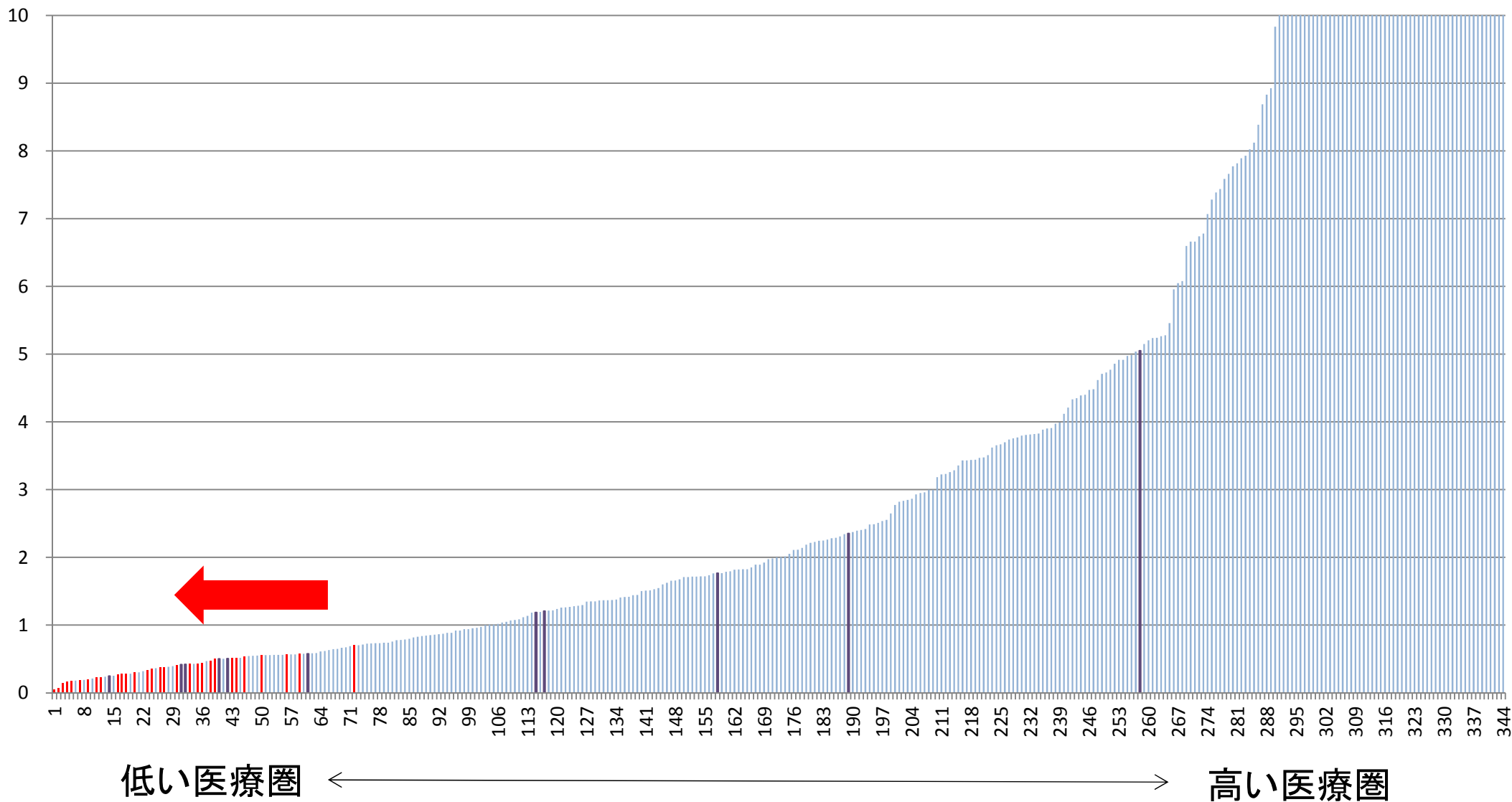
少ない医療圏 ←

→ 多い医療圏

- : 変更後の特定地域(離島以外)
- : 離島の特定地域

二次医療圏の病院密度と変更後の特定地域の分布

病院密度(病院数/100km²)



■ : 変更後の特定地域(離島以外)
■ : 離島の特定地域

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- 9. 慢性期入院医療について**
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について**
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

平成26年度診療報酬改定

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該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

〈④の計算式〉

30.4

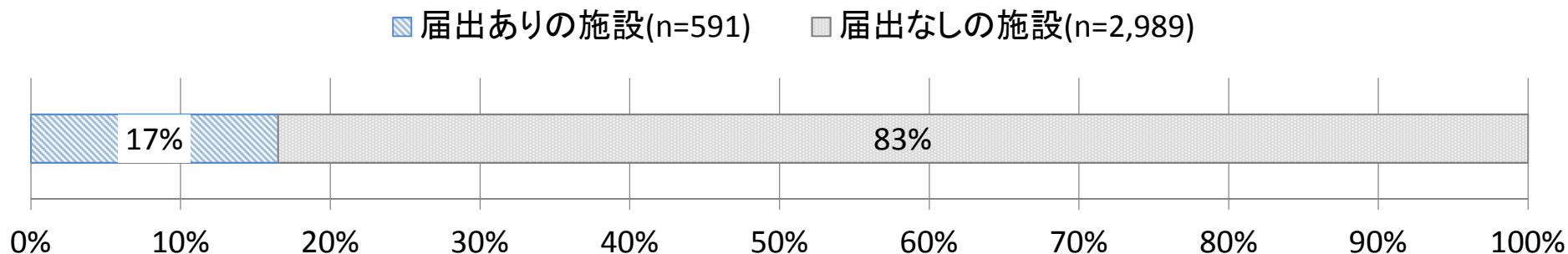
平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の算定状況

- 療養病棟入院基本料1を届出している施設の17%で、在宅復帰機能強化加算が届出が行われていた。また、当該加算を届け出ている病棟は、届け出していない病棟と比べて在宅復帰率が高い、平均在院日数が短かいといった特徴がみられた。

1. 在宅復帰機能強化加算届出状況（保険局医療課調べ）



2. 平均在院日数在宅復帰率（平成26年度入院分科会調査（病棟票））

	療養病棟入院基本料1					
	全体		在宅復帰機能強化加算届出あり		在宅復帰機能強化加算届出なし	
	回答病棟数	平均値	回答病棟数	平均値	回答病棟数	平均値
平均在院日数（日）	241	317.8	51	159.7	190	360.2
在宅復帰率（%）	171	58.8	51	74.9	120	52.0

※ 「在宅復帰率」=A÷B : A. 該当する病棟から、自宅もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者であり、在宅での生活が1月以上（医療区分3の場合は14日以上）継続する見込であることを確認できた者、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院・急性増悪により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）

療養病棟における患者の流れ

○ 療養病棟では、自宅や自院・他院の急性期病床から入棟し、自宅へ退院又は死亡退院する患者の割合が高かった。また、特に在宅復帰機能強化加算の届出医療機関では、自宅からの入退院の割合が高かった。

入棟前の居場所(n=38/74)

		加算あり	加算なし
自宅		39%	16%
自院	急性期病床	18%	31%
	地域包括ケア・回復期病床	3%	1%
	慢性期病床	0%	0%
他の病院	急性期病床	21%	32%
	地域包括ケア・回復期病床	0%	1%
	慢性期病床	0%	1%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	5%	3%
	介護老人福祉施設（特養）	3%	3%
	居住系介護施設	11%	5%
	障害者支援施設	0%	0%
その他		0%	5%

療養病棟

退院先(n=38/74)

		加算あり	加算なし
自宅		32%	15%
自院	一般病床	3%	7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	0%
	療養病床	0%	1%
	その他の病床	0%	3%
他の病院	一般病床	5%	5%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	1%
	療養病床	0%	0%
	その他の病床	0%	1%
有床診療所		0%	0%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	3%	4%
	介護老人福祉施設（特養）	11%	4%
	居住系介護施設（グループホーム等）	11%	7%
	障害者支援施設	0%	0%
その他	死亡退院	37%	49%
	その他	0%	3%

療養病棟における患者の流れ(自宅からの入院除く)

○ 自宅から入院した患者を除いた退院先の割合をみると、在宅復帰機能強化加算の届出病棟は、他の病棟と比べ、介護施設への退院がやや多く、自宅への退院の割合に差は見られなかった。

入棟前の居場所(n=23/62)

		加算あり	加算なし
自宅		-	-
自院	急性期病床	30%	37%
	地域包括ケア・回復期病床	4%	2%
	慢性期病床	0%	0%
他の病院	急性期病床	35%	39%
	地域包括ケア・回復期病床	0%	2%
	慢性期病床	0%	2%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	9%	3%
	介護老人福祉施設(特養)	4%	3%
	居住系介護施設	17%	6%
	障害者支援施設	0%	0%
その他		0%	6%

療養病棟

退院先(n=23/62)

		加算あり	加算なし
自宅		4%	5%
自院	一般病床	4%	8%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	0%
	療養病床	0%	2%
	その他の病床	0%	3%
他の病院	一般病床	9%	6%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%	2%
	療養病床	0%	0%
	その他の病床	0%	2%
有床診療所		0%	0%
介護施設	介護療養型医療施設	0%	0%
	介護老人保健施設	4%	5%
	介護老人福祉施設(特養)	13%	5%
	居住系介護施設(グループホーム等)	13%	3%
	障害者支援施設	0%	0%
その他	死亡退院	52%	56%
	その他	0%	3%

在宅復帰機能強化加算の算定要件

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

現在の算定要件では、
自宅からの入院と
他院からの転院とを
区別せずに
在宅復帰機能を
評価している。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該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

〈④の計算式〉

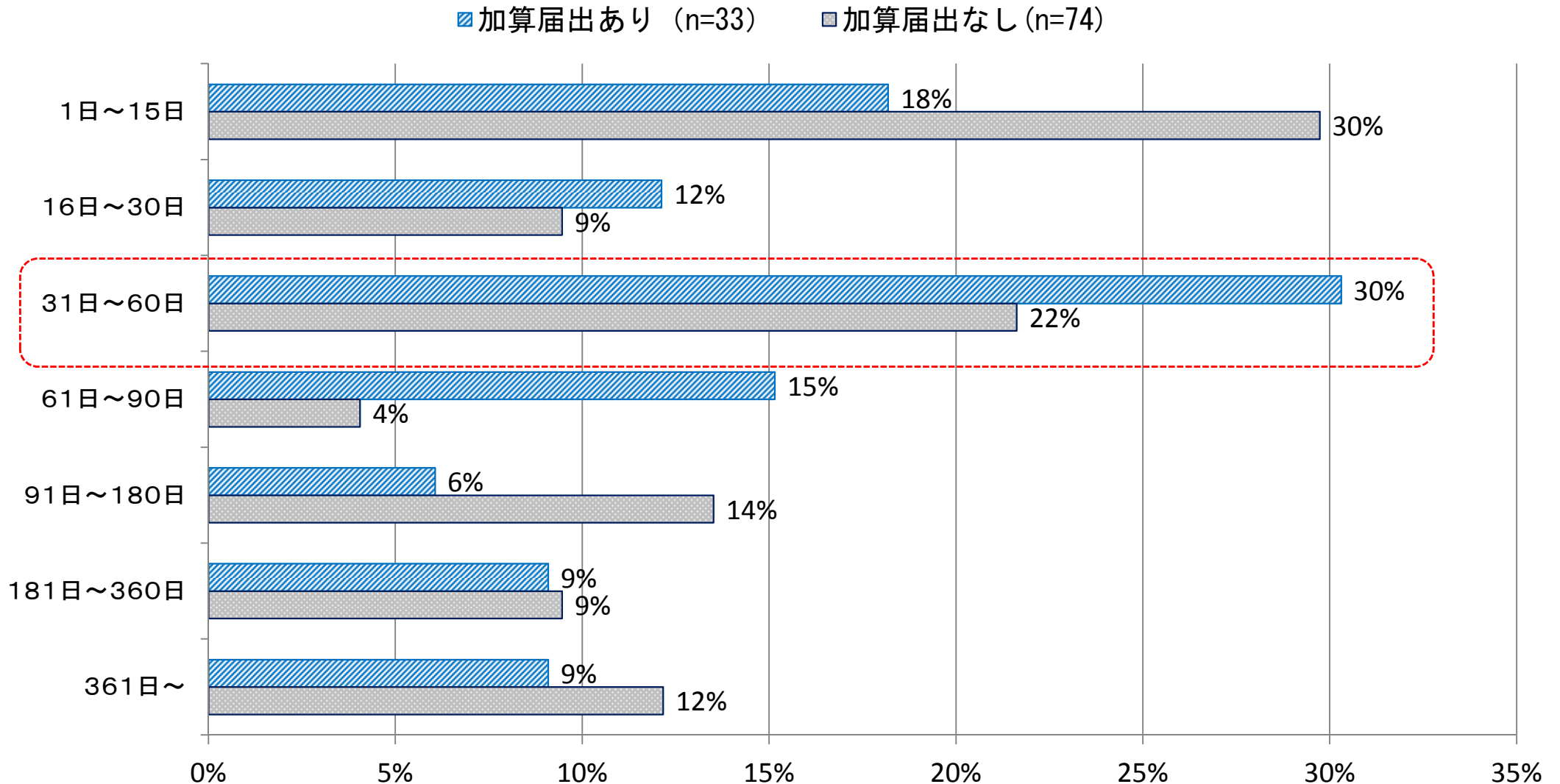
30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

在宅復帰機能強化加算の算定病棟の退院患者の入棟期間

○ 在宅復帰機能強化加算届出病棟において、退院患者の入棟期間は、在宅復帰率に計上される31～60日の割合が高かった。



注) 平成27年5月29日入院分科会資料とは、入棟期間を分析している点で異なる。

早期退院の取り組み

- 退院支援の専門職員を配置している施設や入院時に退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施している施設では、他の施設と比べて連携している医療機関の数は2倍以上であり、平均在院日数が約100日短く、在宅復帰率は約10%高かった。

【入院時に退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施】

	連携病院数	連携診療所数	平均在院日数	在宅復帰率
実施している	9.4施設 n=223	10.3施設 n=219	235.7日 n=232	51.8% n=230
実施していない	4.0施設 n=59	4.4施設 n=58	347.4日 n=67	39.9% n=67

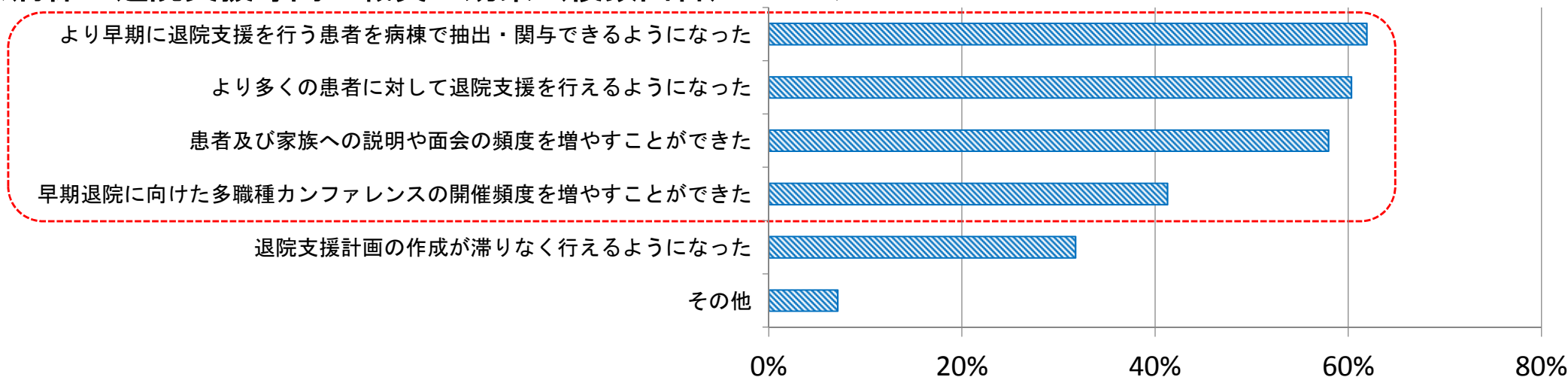
【退院支援室・連携室の設置】

	連携病院数	連携診療所数	平均在院日数	在宅復帰率
いずれか設置している	8.3施設 n=279	9.2施設 n=267	263.6日 n=337	48.7% n=337
いずれも設置していない	1.3施設 n=30	1.3施設 n=26	357.0日 n=163	36.0% n=173

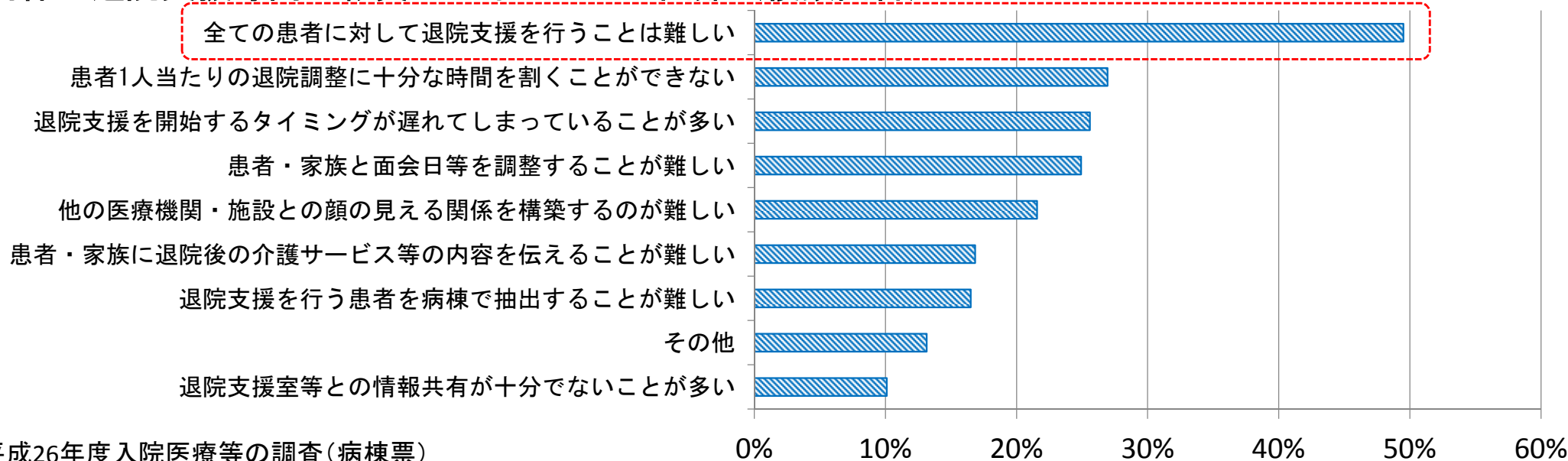
病棟の退院支援専門の職員の効果

- 退院支援専門の職員を配置している病棟では、患者や家族に対する説明の増加や多職種カンファレンスの増加といった効果が見られた。一方、退院支援の専門職員のない病棟では十分な退院支援を行うことが難しいとの回答が多く見られた。

＜病棟の退院支援専門の職員の効果（複数回答） n=126＞



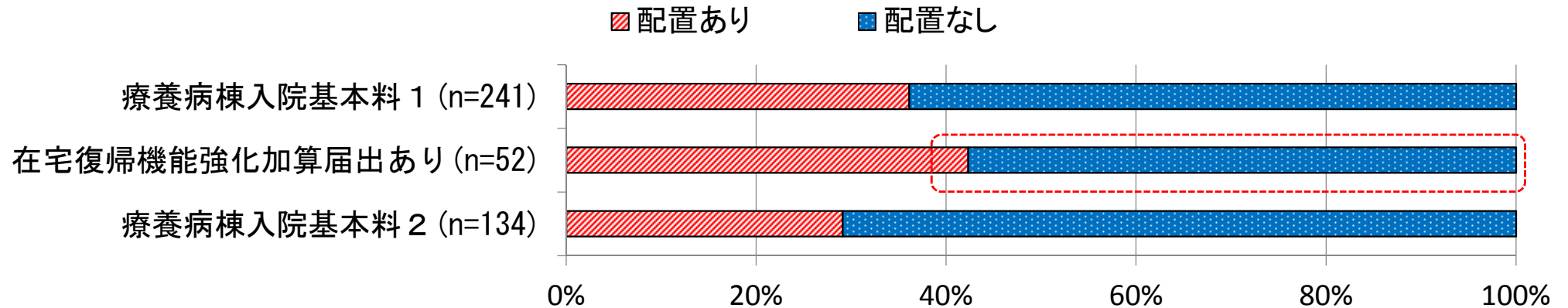
＜病棟に退院支援専門の職員がいないための困難（複数回答） n=297＞



退院支援専門の職員の配置状況

- 在宅復帰機能強化加算の届出病棟の約60%で専任又は専従の退院支援専門の職員が配置されていなかった。職員を配置している病棟では、看護師及び社会福祉士が多く配置されていた。

【病棟の退院支援専門の職員の配置状況】



配置のある病棟の平均人数	療養病棟入院基本料1		療養病棟入院基本料2	
	専任	専従	専任	専従
看護師	0.1 人	0.6 人	0.1 人	0.7 人
准看護師	0.0 人	0.1 人	0.0 人	0.1 人
相談員	0.4 人	0.8 人	0.3 人	0.8 人
(内数) 社会福祉士	0.3 人	0.6 人	0.3 人	0.7 人
その他の職種	0.0 人	0.1 人	0.0 人	0.1 人
[再掲] 介護支援専門員の資格を有する者	0.1 人	0.2 人	0.2 人	0.3 人
合計	0.5 人	1.6 人	0.4 人	1.7 人

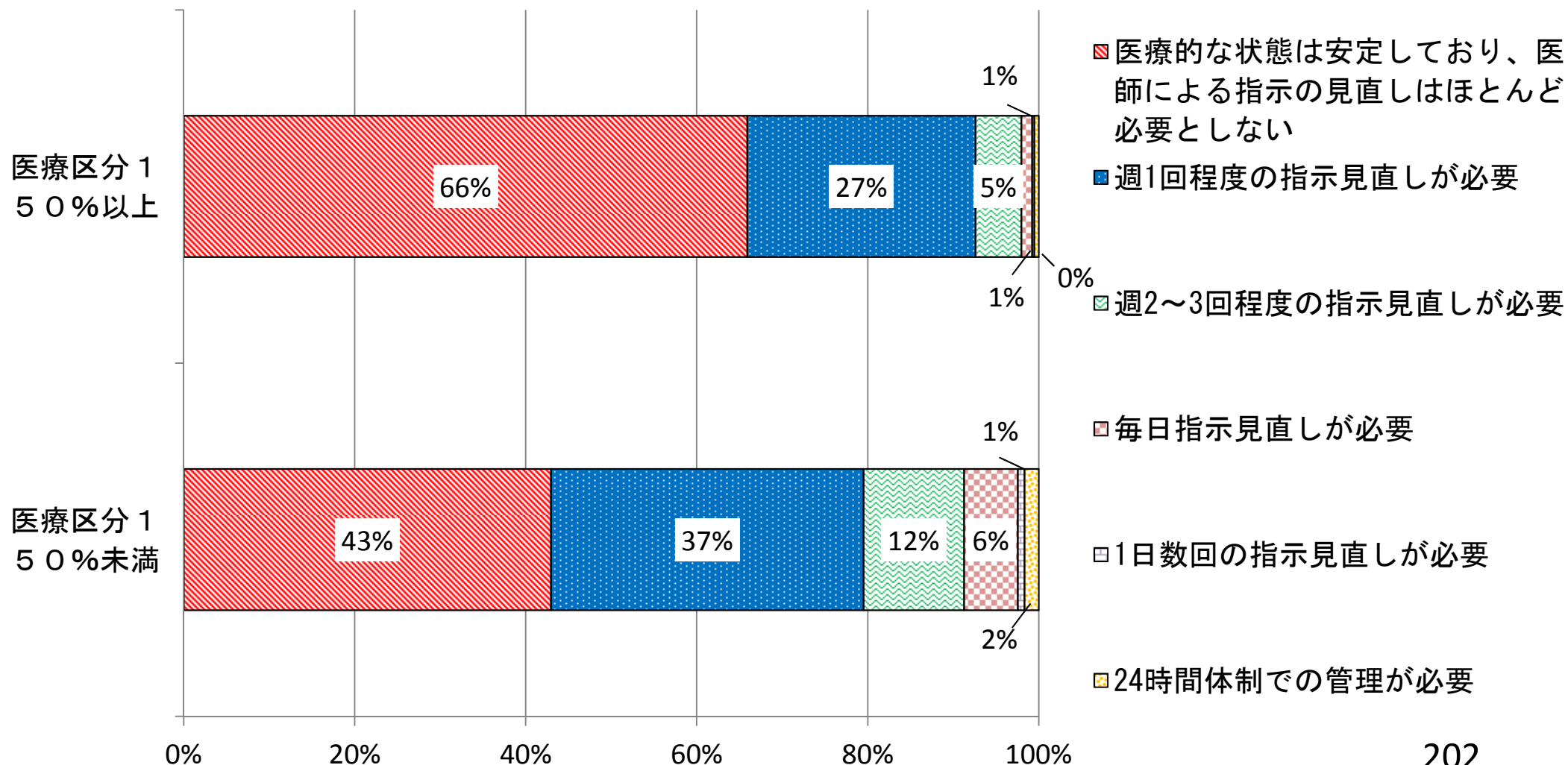
とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- 9. 慢性期入院医療について**
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について**
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

医療区分1の割合が高い病棟の患者像①

- 医療区分1の患者の割合が50%以上の病棟では、50%未満の病棟と比べて医師による指示の見直しがほとんど必要でない患者の割合が高く、60%を超えていた。

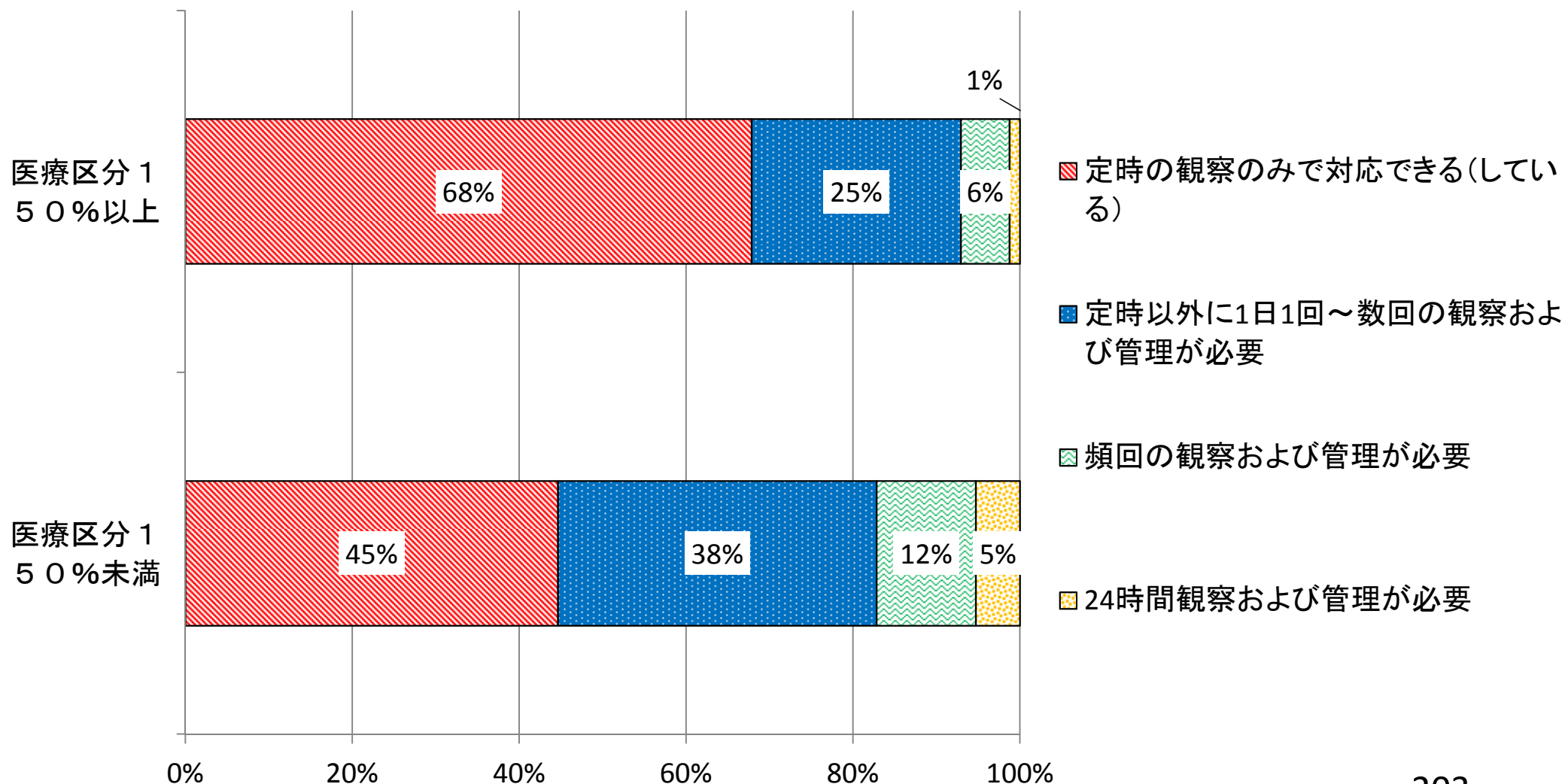
＜医師による指示の見直しの頻度＞



医療区分1の割合が高い病棟の患者像②

- 医療区分1の患者の割合が50%以上の病棟では、50%未満の病棟と比べて看護師による定時の観察のみで対応できる患者の割合が高く、60%を超えていた。

<看護師による観察及び管理の頻度>

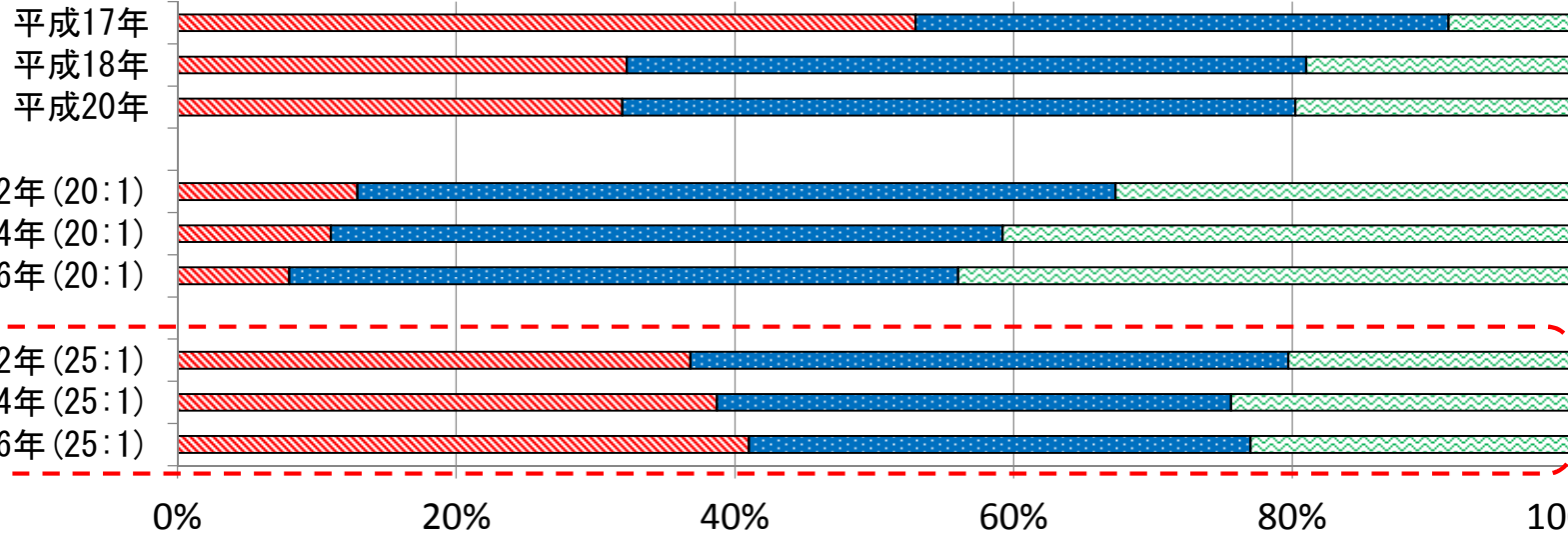


医療区分の年次推移

○ 療養病棟入院基本料1の届出病棟では医療区分1の患者の割合は減少する傾向にあるが、療養病棟入院基本料2の届出病棟ではその割合は増加する傾向にある。

医療療養

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3

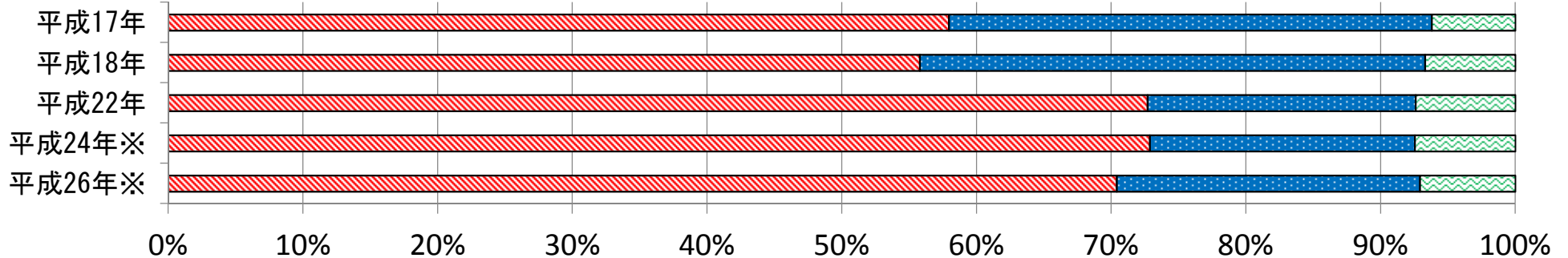


許可病床数(割合)		
年度	療養1	療養2
平成22年	99,400 (47%)	110,800 (52%)
平成23年	112,900 (53%)	99,100 (46%)
平成24年	125,100 (58%)	89,600 (41%)
平成25年	128,200 (62%)	79,100 (38%)

療養1

療養2

(参考)介護療養



(出典) 平成17~20年:慢性期入院医療の包括評価に関する調査

※出典から不明・無回答・未実施の割合除外して再計算している。

平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

平成24年:医療療養;平成24年度入院医療等の調査、介護療養;療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業

平成26年:医療療養;平成26年度入院医療等の調査、介護療養;介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- 9. 慢性期入院医療について**
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について**
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

看護配置25:1以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL 区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL 区分1	750点	1,165点	1,403点

医療区分

医療 区分 3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療 区分 2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分1: 11点未満

ADL区分2: 11点以上～23点未満

ADL区分3: 23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

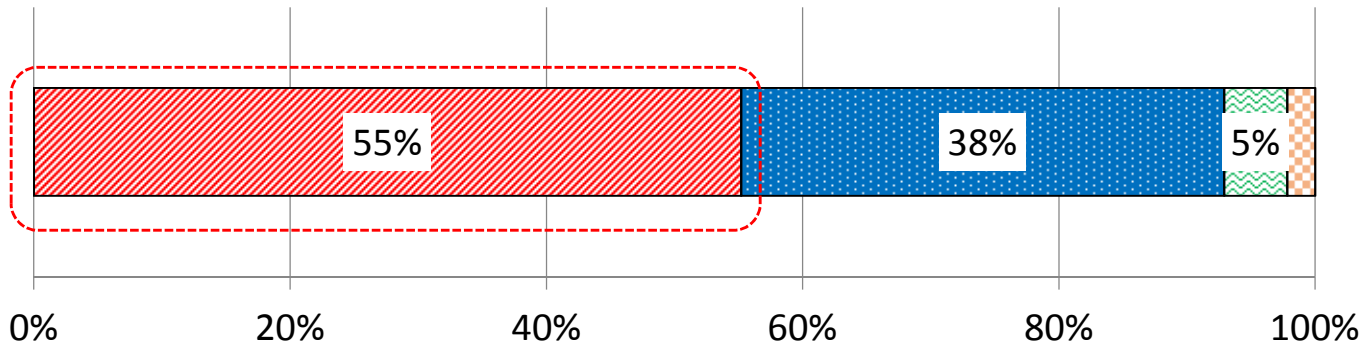
- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援 のレベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
(合計点)	

うつ状態に該当する患者の患者像

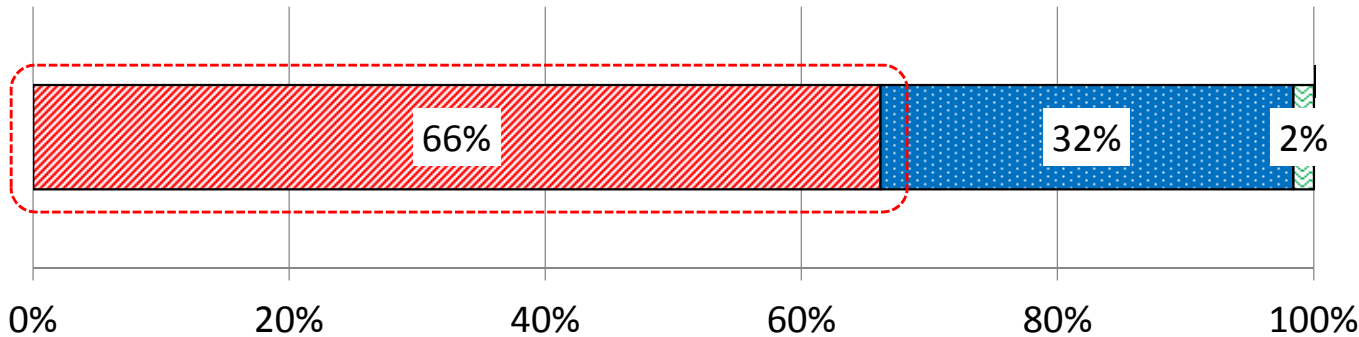
○ うつ状態の患者のうち、50%以上で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、60%以上で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、90%以上の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

<医師による指示の見直しの頻度(n=183)>



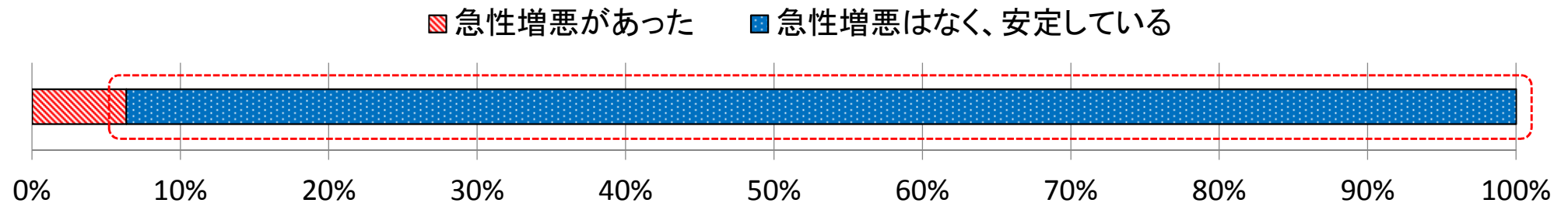
- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

<看護師による観察及び管理の頻度(n=183)>



- 定時の観察のみで対応できる(している)
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

<過去1ヶ月の急性増悪の有無(n=189)>

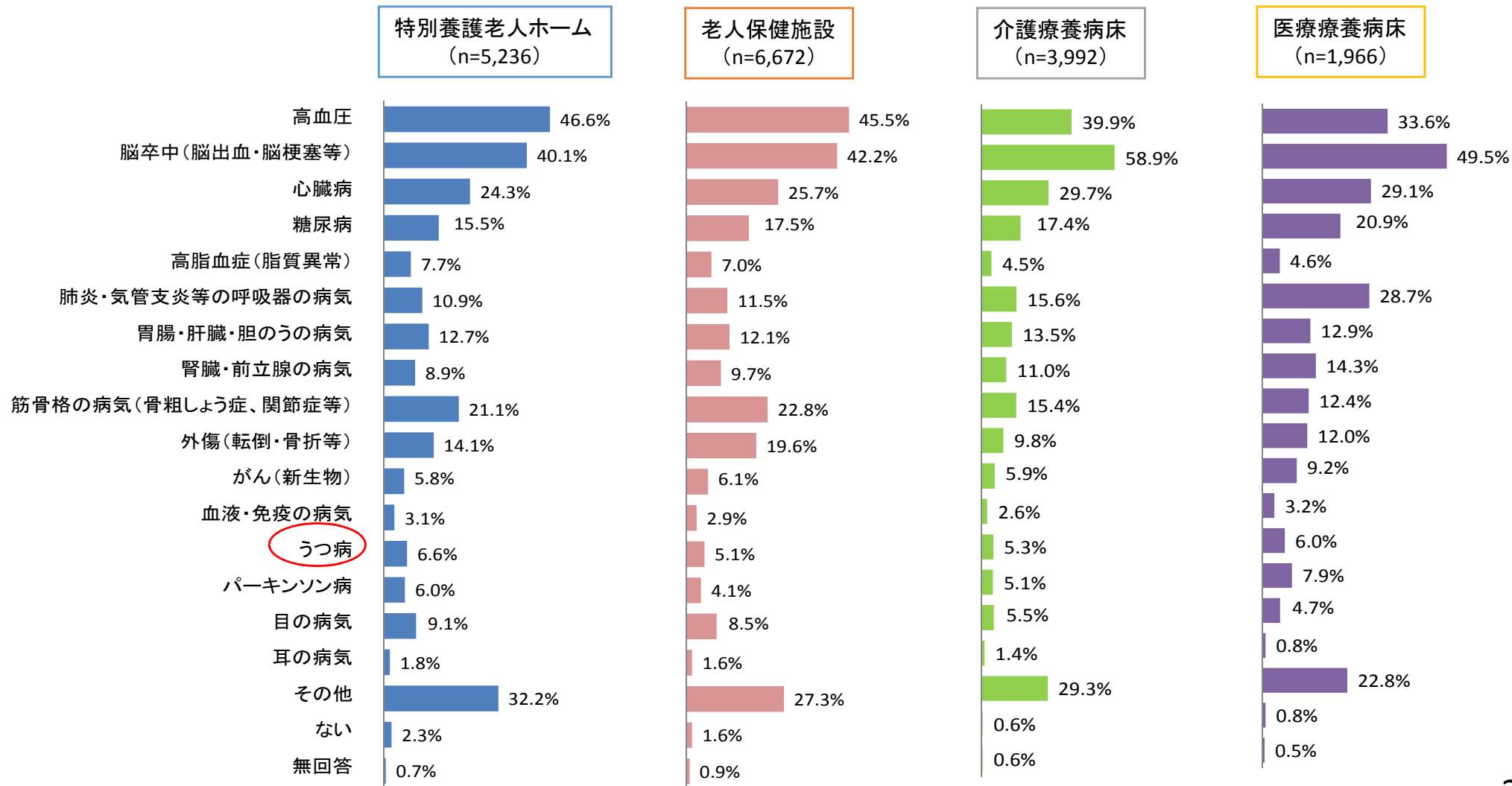


■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、安定している

医療療養病床と介護保険施設における傷病

○ 介護療養型医療施設をはじめ特別養護老人ホームや老人保健施設においても医療療養病床と同程度にうつ病の受け入れを行っていた。

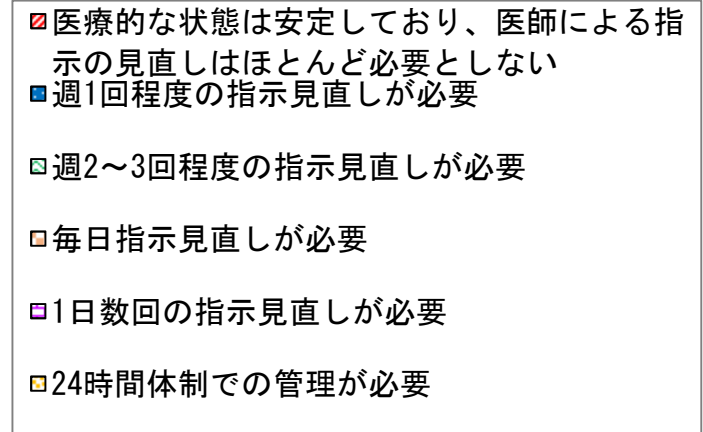
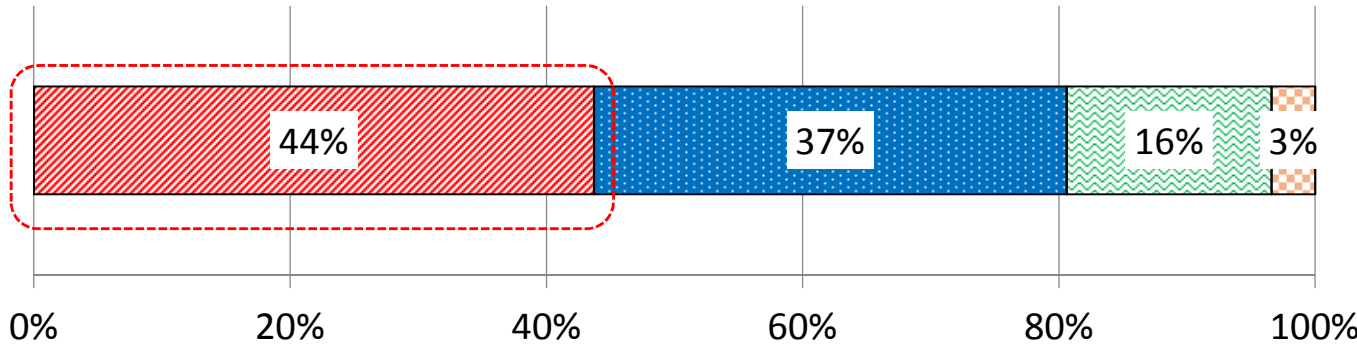
<有している傷病(複数回答)>



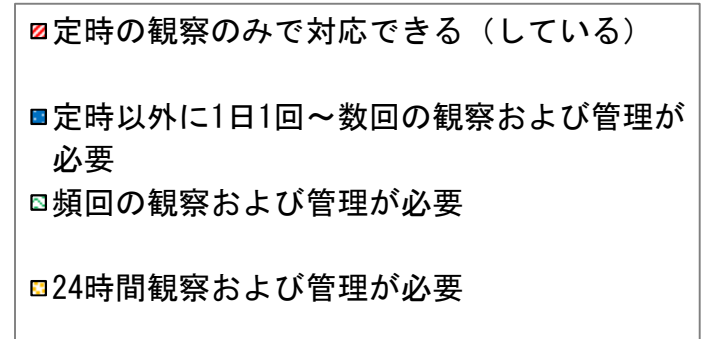
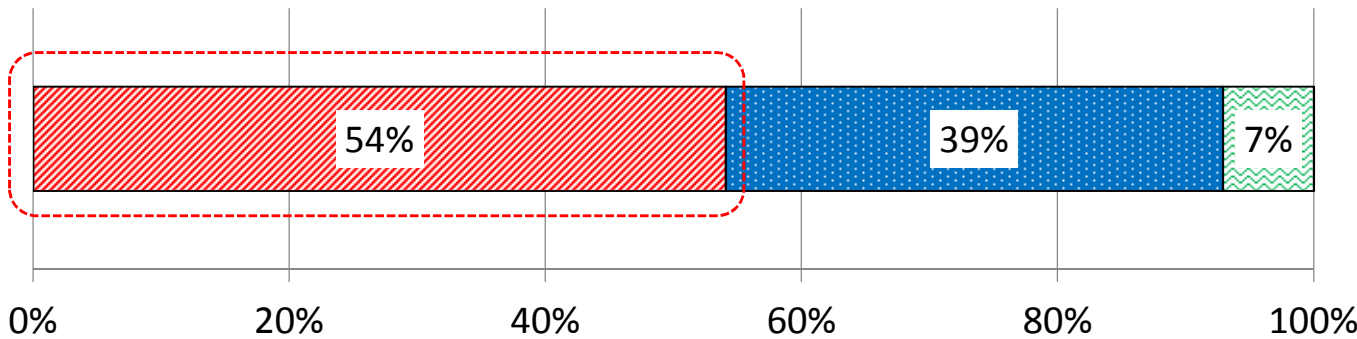
頻回の血糖検査を実施している患者の患者像

○ 頻回の血糖検査に該当する患者のうち、40%以上で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、50%以上で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、約85%の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

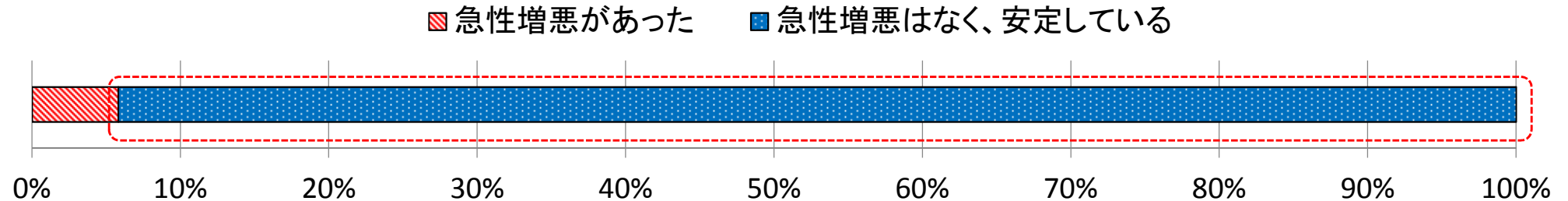
<医師による指示の見直しの頻度(n=268)>



<看護師による観察及び管理の頻度(n=268)>



<過去1ヶ月の急性増悪の有無(n=275)>

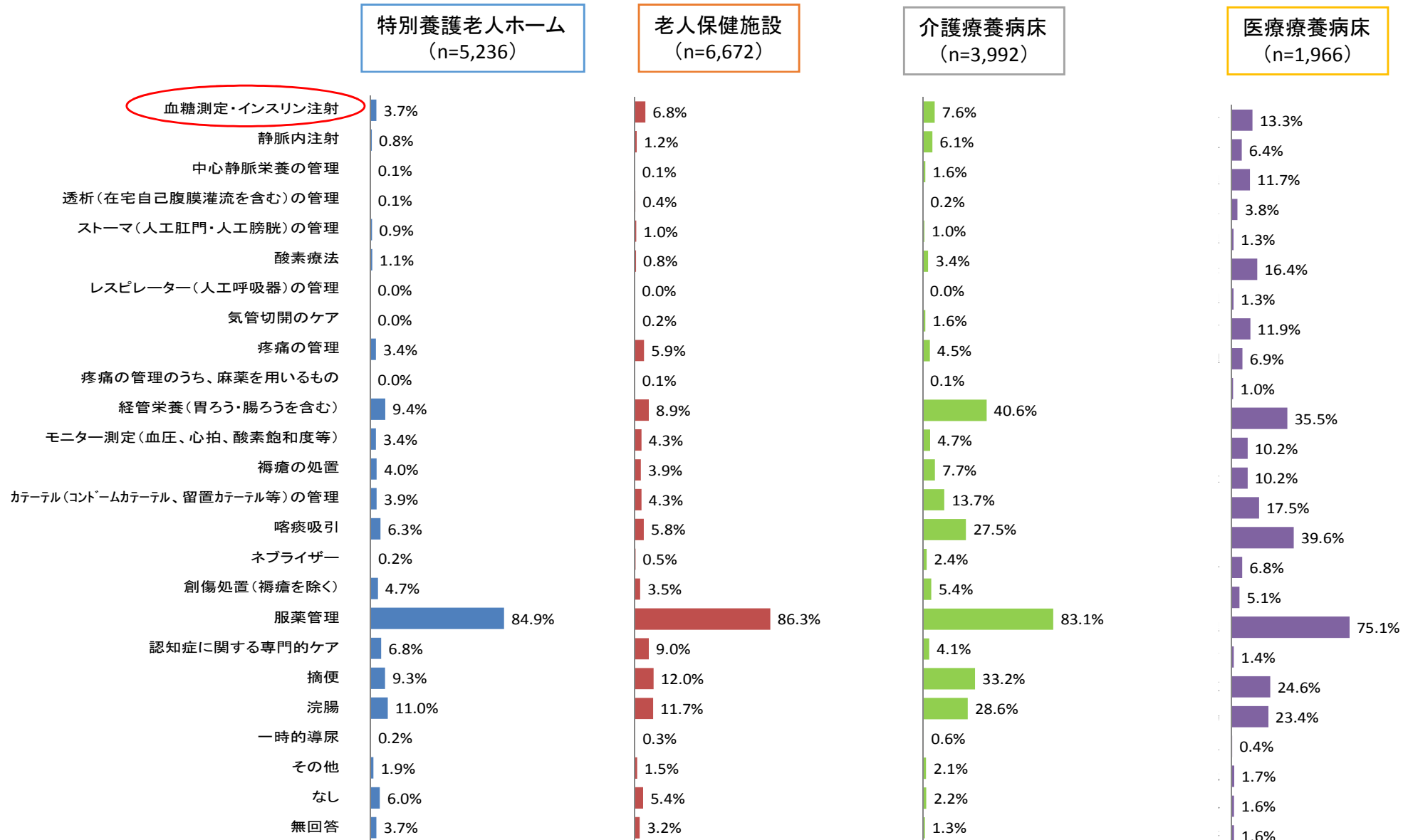


■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、安定している

医療療養病床と介護保険施設における処置の実施

○ 介護療養型医療施設をはじめ特別養護老人ホームや老人保健施設においても一定程度血糖測定・インスリン注射を行っていた。

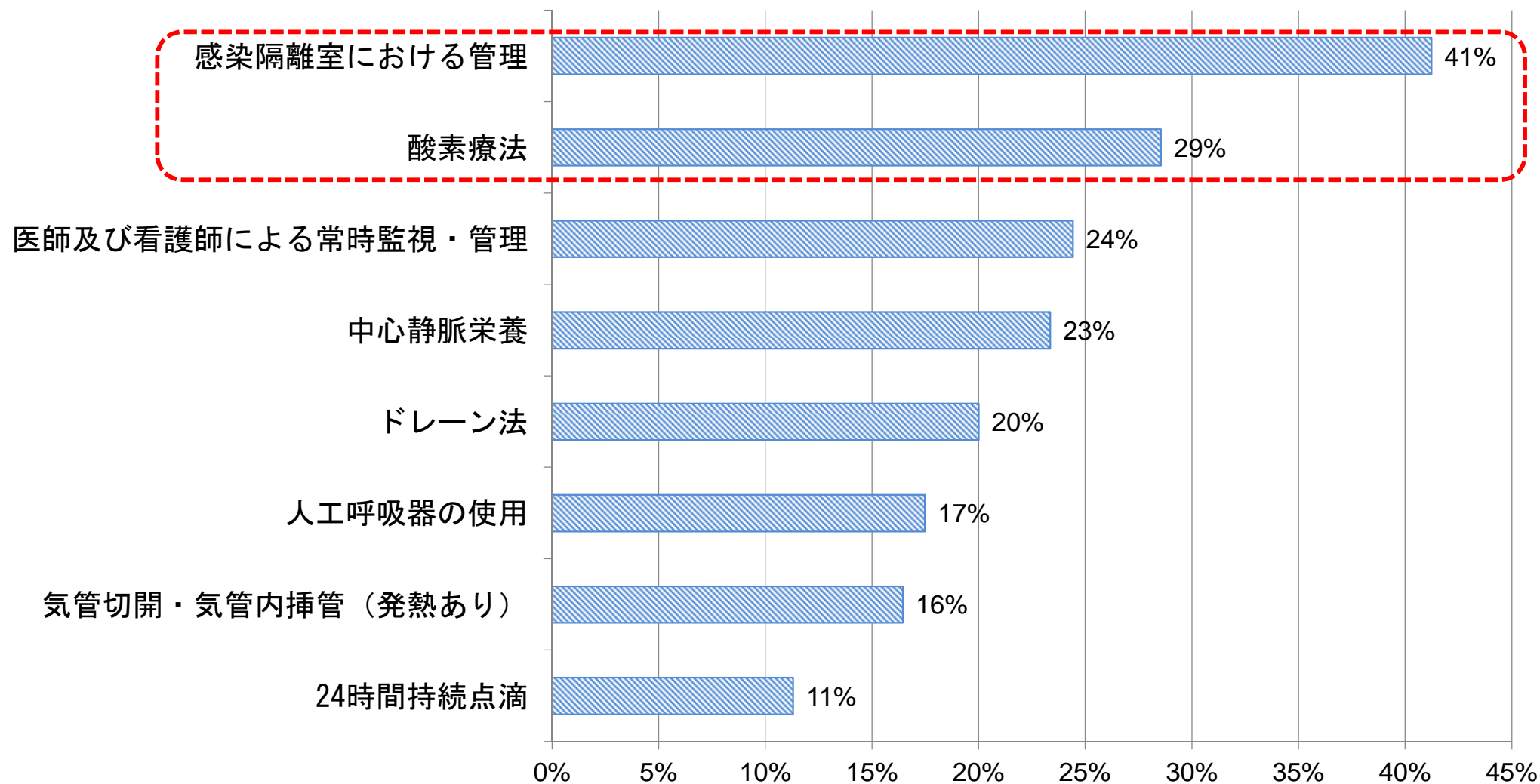
<現在受けている治療(複数回答)>



医療区分3の項目別の「看護師の観察及び管理」の頻度

○ 看護師による定時の観察のみで対応できる患者の割合は、「感染隔離室における管理」や「酸素療法」で高かった。

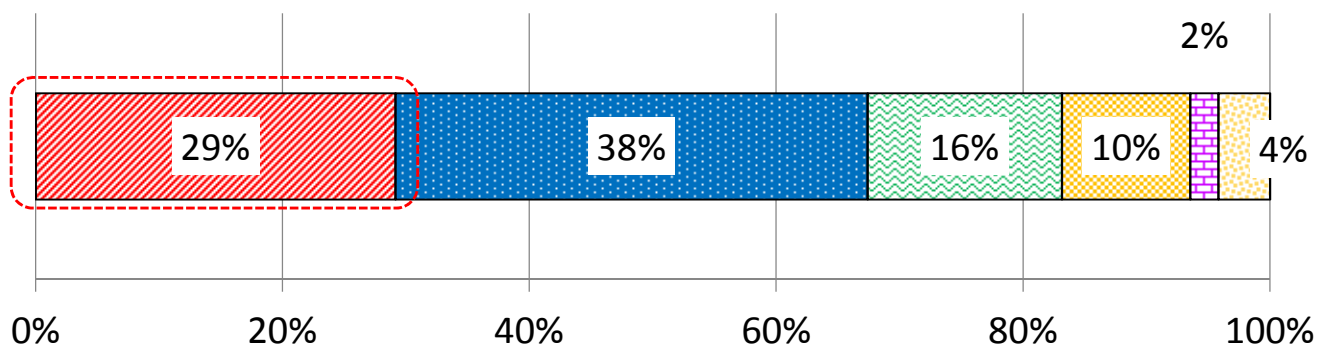
<定時の観察のみで対応できる(している)割合>



酸素療法を実施している患者の患者像

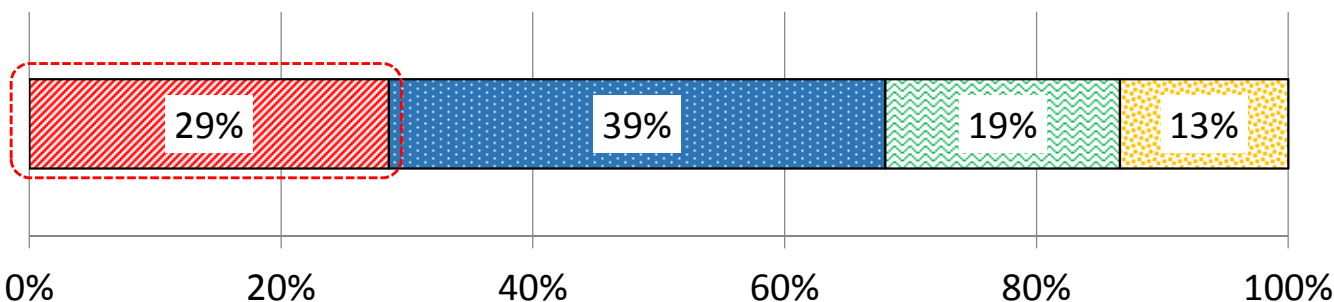
○ 酸素療法に該当する患者のうち、約30%で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、約30%で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、約75%の患者で過去1月に急性増悪は見られなかった。

<医師による指示の見直しの頻度 (n=1,009)>



- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

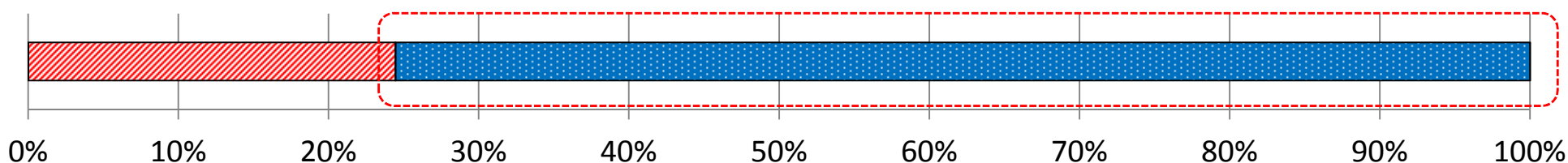
<看護師による観察及び管理の頻度 (n=1,009)>



- 定時の観察のみで対応できる (している)
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

<過去1ヶ月の急性増悪の有無 (n=1,014)>

■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



診療報酬上の在宅酸素療法に関する基準

<C103 在宅酸素療法指導管理料>

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 | 1,300点 |
| 2 その他の場合 | 2,500点 |

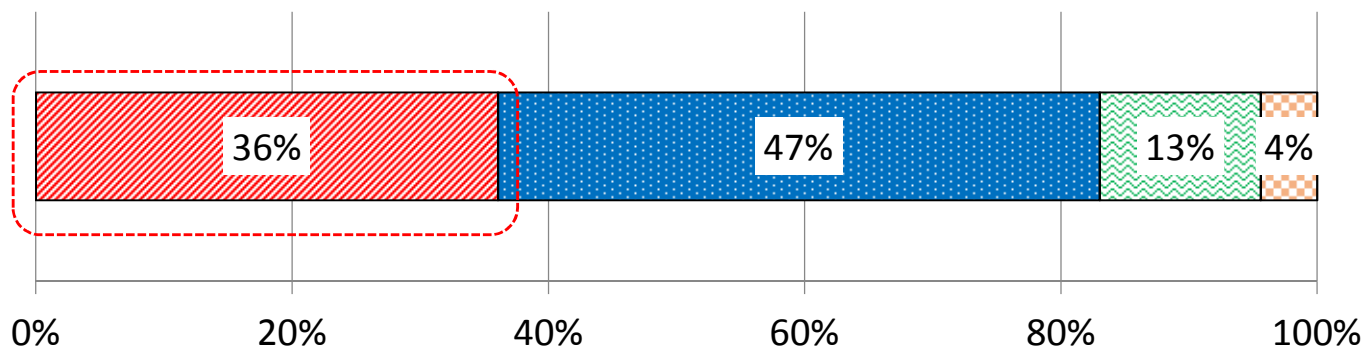
「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例

※動脈血酸素分圧55mmHg＝動脈血酸素飽和度88%
動脈血酸素分圧60mmHg＝動脈血酸素飽和度90%

褥瘡（皮膚層の喪失又は複数箇所）に該当する患者の患者像

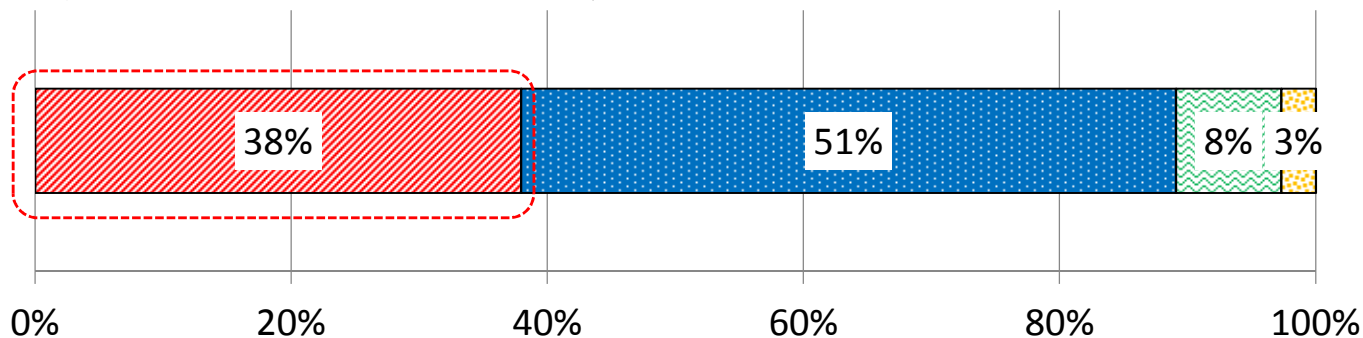
○ 褥瘡に該当する患者のうち、約40%で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、約40%で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、90%以上の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

<医師による指示の見直しの頻度(n=183)>



- 医療的な状態は安定しており、医師による指示の見直しはほとんど必要としない
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 週2~3回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理が必要

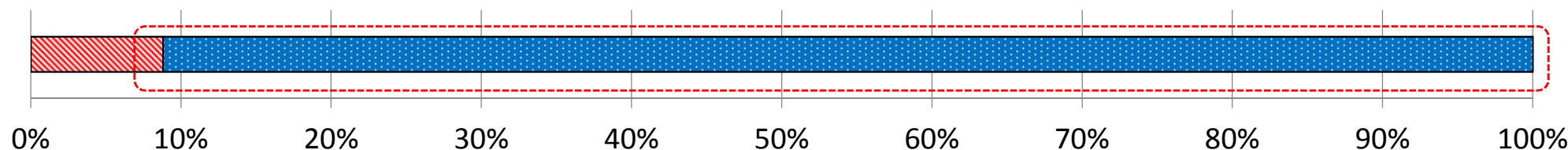
<看護師による観察及び管理の頻度(n=182)>



- 定時の観察のみで対応できる（している）
- 定時以外に1日1回~数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

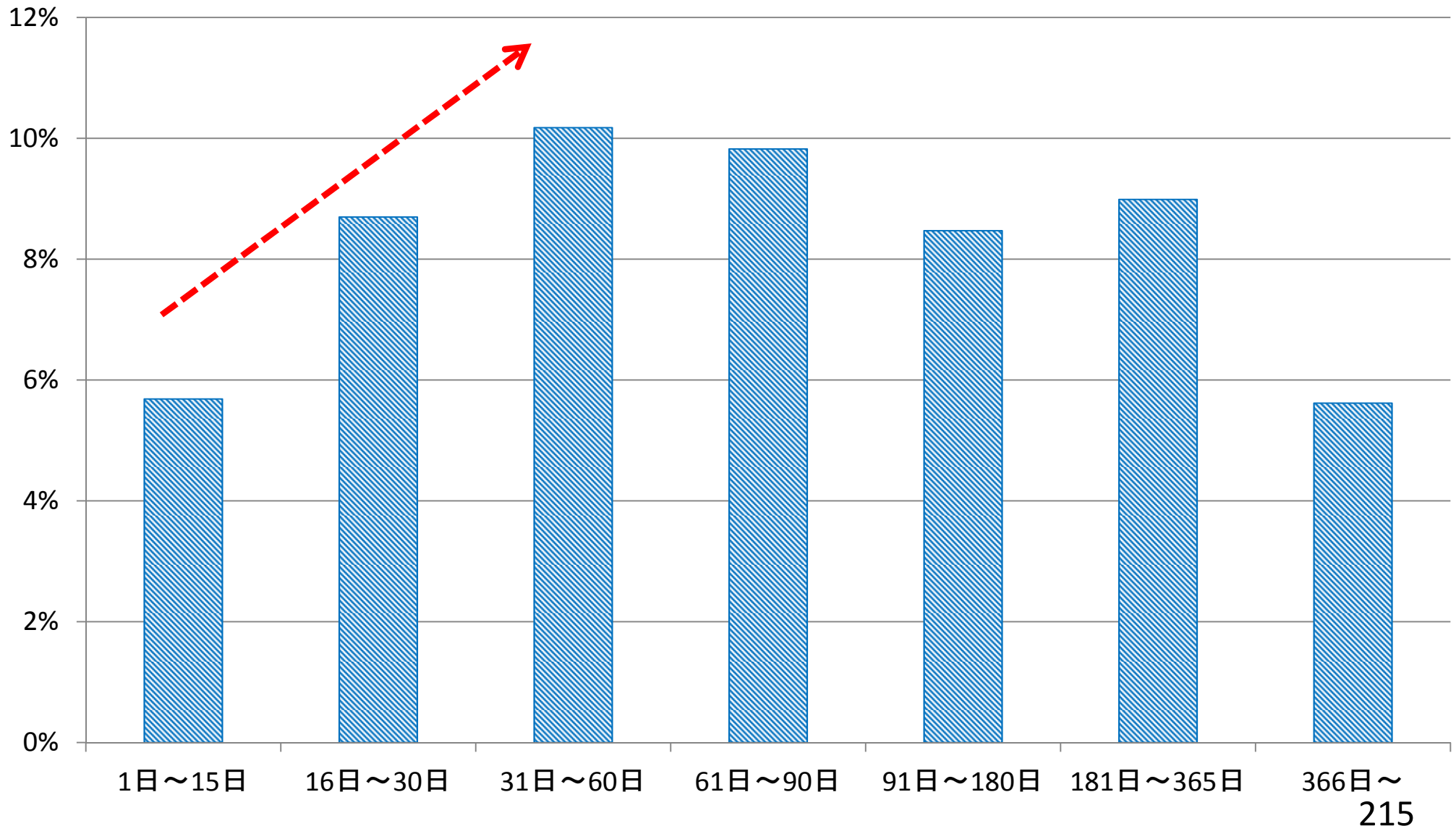
<過去1ヶ月の急性増悪の有無(n=182)>

■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、安定している



入棟期間ごとの褥瘡に該当する患者の割合

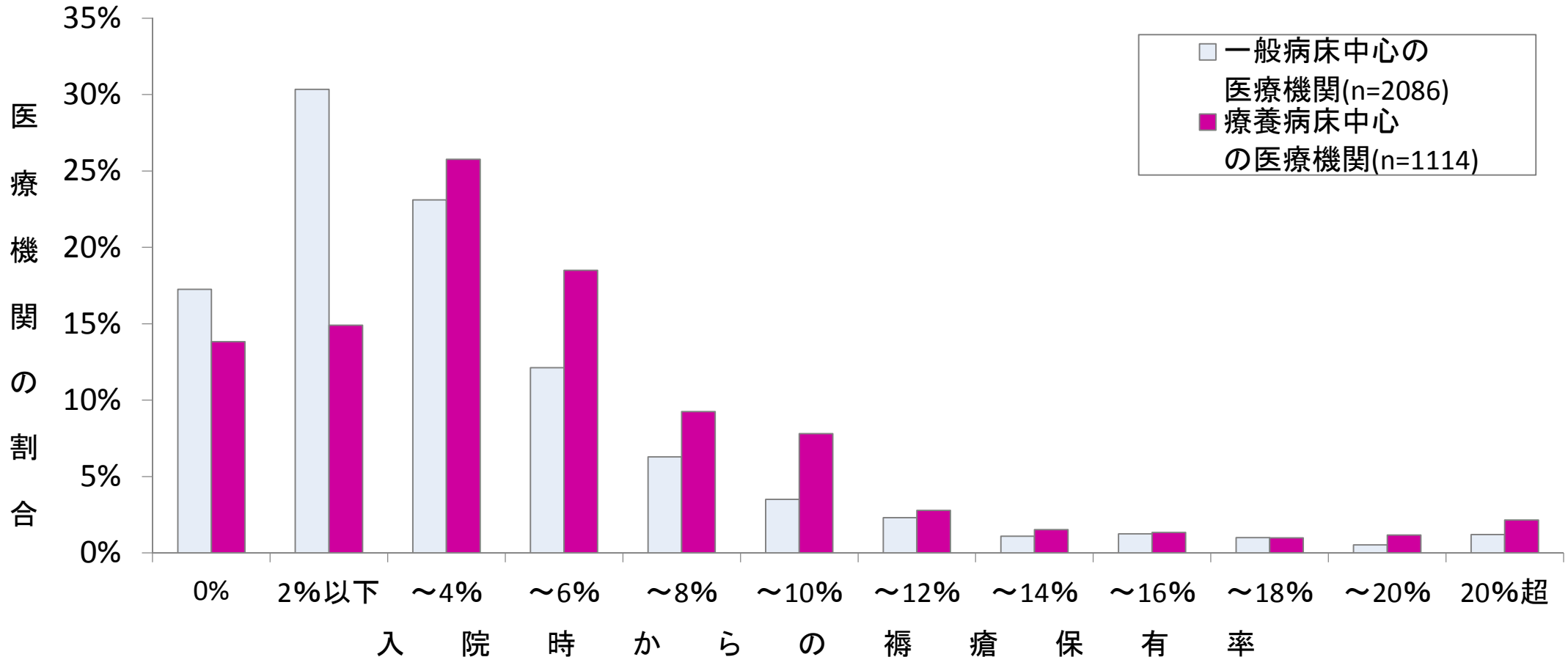
- 入棟期間60日まで入棟期間が長くなると共に、入院患者に占める褥瘡(皮膚層の喪失又は複数箇所)の割合が増加していた。



入院時からの褥瘡の保有率

- 療養病床を中心に診療を行っている医療機関では、一般病床を中心に診療を行っている医療機関と比べて、入院時からの褥瘡の保有率が高い施設がやや多い傾向がみられた。

＜入院患者のうち入院時からの褥瘡の保有率別の医療機関分布＞



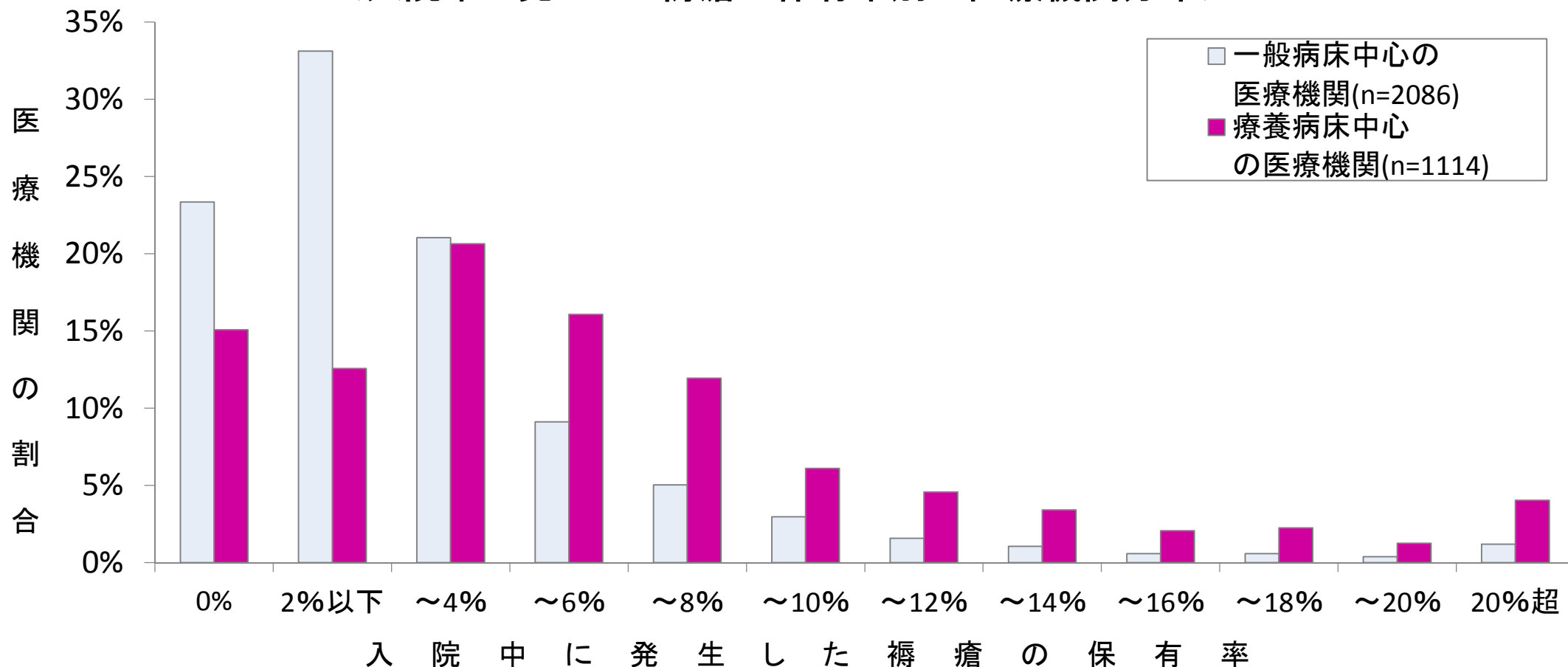
入院時からの褥瘡の保有率: (平成26年6月1日時点で褥瘡を有していた患者のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数) / (各医療機関の平成26年6月1日時点の入院患者数)

一般病床中心: 一般病床(ただし、回復期リハ、地域包括ケア、障害者、特殊疾患病床は除く)が総病床に占める割合が8割以上の医療機関
 療養病床中心: 療養病床(ただし、回復期リハ、地域包括ケアは除く)が総病床に占める割合が6割以上の医療機関

入院中に発生した褥瘡の保有率

- 療養病床を中心に診療を行っている医療機関では、一般病床を中心に診療を行っている医療機関と比べて、入院中に発生した褥瘡の保有率が高い施設が多い傾向がみられた。

＜入院中に発生した褥瘡の保有率別の医療機関分布＞



入院中に発生した褥瘡の保有率：(平成26年6月1日時点で褥瘡を有していた患者のうち、入院中に褥瘡が発生した患者数)／(各医療機関の平成26年6月1日時点の入院患者数)

一般病床中心：一般病床(ただし、回復期リハ、地域包括ケア、障害者、特殊疾患病床は除く)が総病床に占める割合が8割以上の医療機関

療養病床中心：療養病床(ただし、回復期リハ、地域包括ケアは除く)が総病床に占める割合が6割以上の医療機関

療養病床中心の医療機関における褥瘡の状況

- 入院時からの褥瘡の保有率が6%以上の施設のうち、入院中に発生した褥瘡の保有率が0~2%に留まる施設が20%程度(62/301)存在した一方、入院時からの褥瘡保有率が0~2%である施設のうち、入院中に新たに発生した褥瘡を保有する患者が6%以上存在する施設が25%程度(74/320)みられた。

＜主に療養病床を有する医療機関における褥瘡発生状況＞

※療養病床(ただし、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟は除く)が総病床に占める割合が6割以上の医療機関を対象に集計
単位:医療機関数(n=1,114)

		入院中に発生した褥瘡の保有率				合計
		0~2%	2%~4%	4%~6%	6%以上	
入院時からの褥瘡の保有率	0~2%	123	76	47	74	320
	2%~4%	72	72	50	93	287
	4%~6%	51	42	37	76	206
	6%以上	62	40	45	154	301
合計		308	230	179	397	1,114

入院時からの褥瘡の保有率:(平成26年6月1日時点で褥瘡を有していた患者のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数) / (各医療機関の平成26年6月1日時点の入院患者数)

入院中に発生した褥瘡の保有率:(平成26年6月1日時点で褥瘡を有していた患者のうち、入院中に褥瘡が発生した患者数) / (各医療機関の平成26年6月1日時点の入院患者数)

出典:医療課調べ(平成26年7月の各医療機関からの報告による)

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年5月23日成立)

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、難病の患者に対する医療費助成(注)に関して、法定化によりその費用に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措置を講ずる。

(注)これまでは法律に基づかない予算事業(特定疾患治療研究事業)として実施していた。

概要

(1) 基本方針の策定

- 厚生労働大臣は、難病に係る医療その他難病に関する施策の総合的な推進のための基本的な方針を策定。

(2) 難病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立

- 都道府県知事は、申請に基づき、医療費助成の対象難病(指定難病)の患者に対して、医療費を支給。
- 指定難病に係る医療を実施する医療機関を、都道府県知事が指定。
- 支給認定の申請に添付する診断書は、指定医が作成。
- 都道府県は、申請があった場合に支給認定をしないときは、指定難病審査会に審査を求めなければならない。
- 医療費の支給に要する費用は都道府県が支払い、国は、その2分の1を負担。

(3) 難病の医療に関する調査及び研究の推進

- 国は、難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進。

(4) 療養生活環境整備事業の実施

- 都道府県は、難病相談支援センターの設置や訪問看護の拡充実施等、療養生活環境整備事業を実施できる。

施行期日

平成27年1月1日

※児童福祉法の一部を改正する法律(小児慢性特定疾病の患児に対する医療費助成の法定化)と同日

難病の新たな医療費助成制度について

○ 医療費助成の対象疾病の拡大

○ 対象疾病

- 難病:56疾病 → 306疾病(平成27年7月から)

○ 受給者数

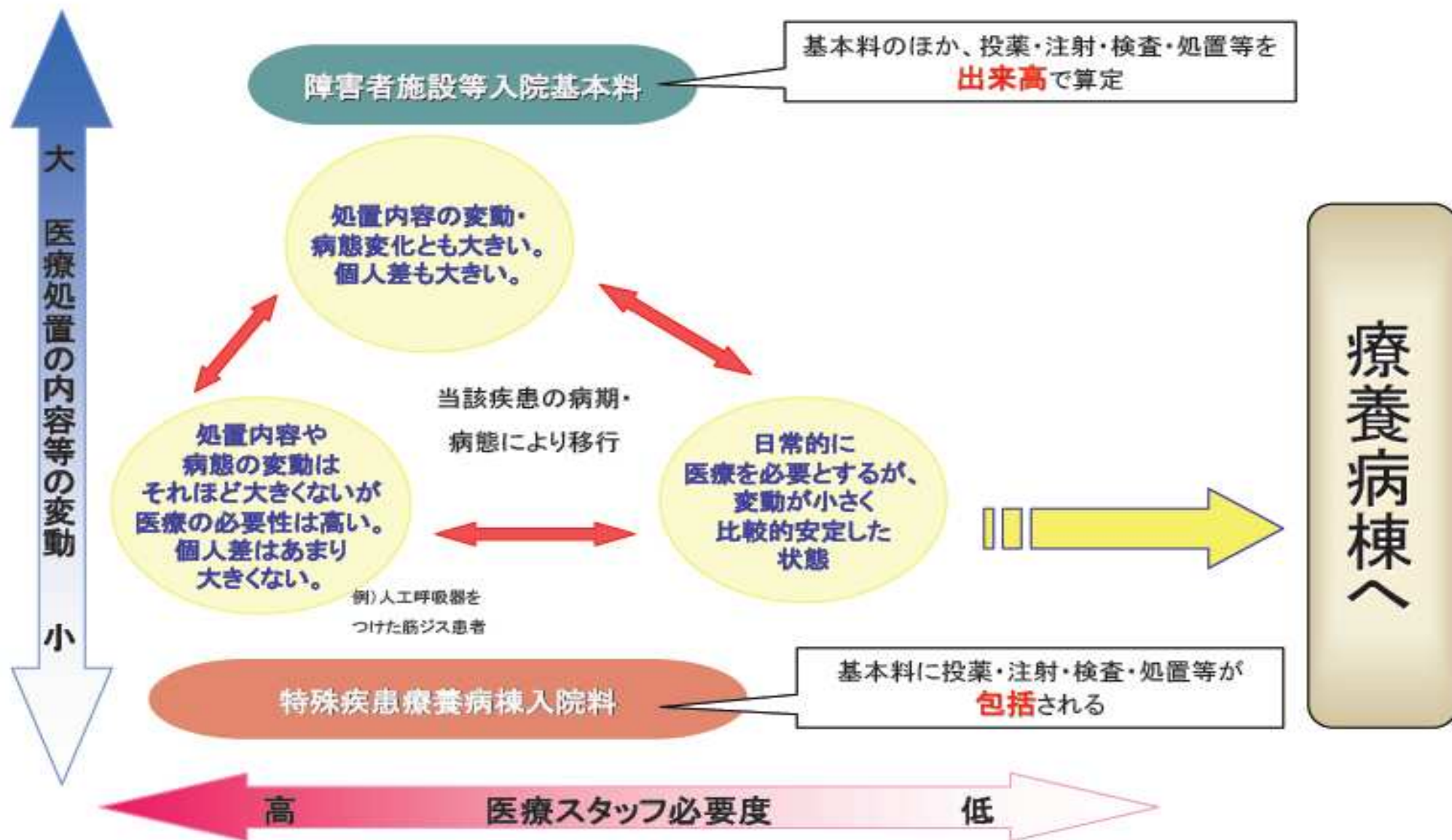
- 難病:約78万人(平成23年度) → 約150万人(平成27年度)(試算 ※)

※ 平成25年12月時点の試算。

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
- 9. 慢性期入院医療について**
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について**
10. その他
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



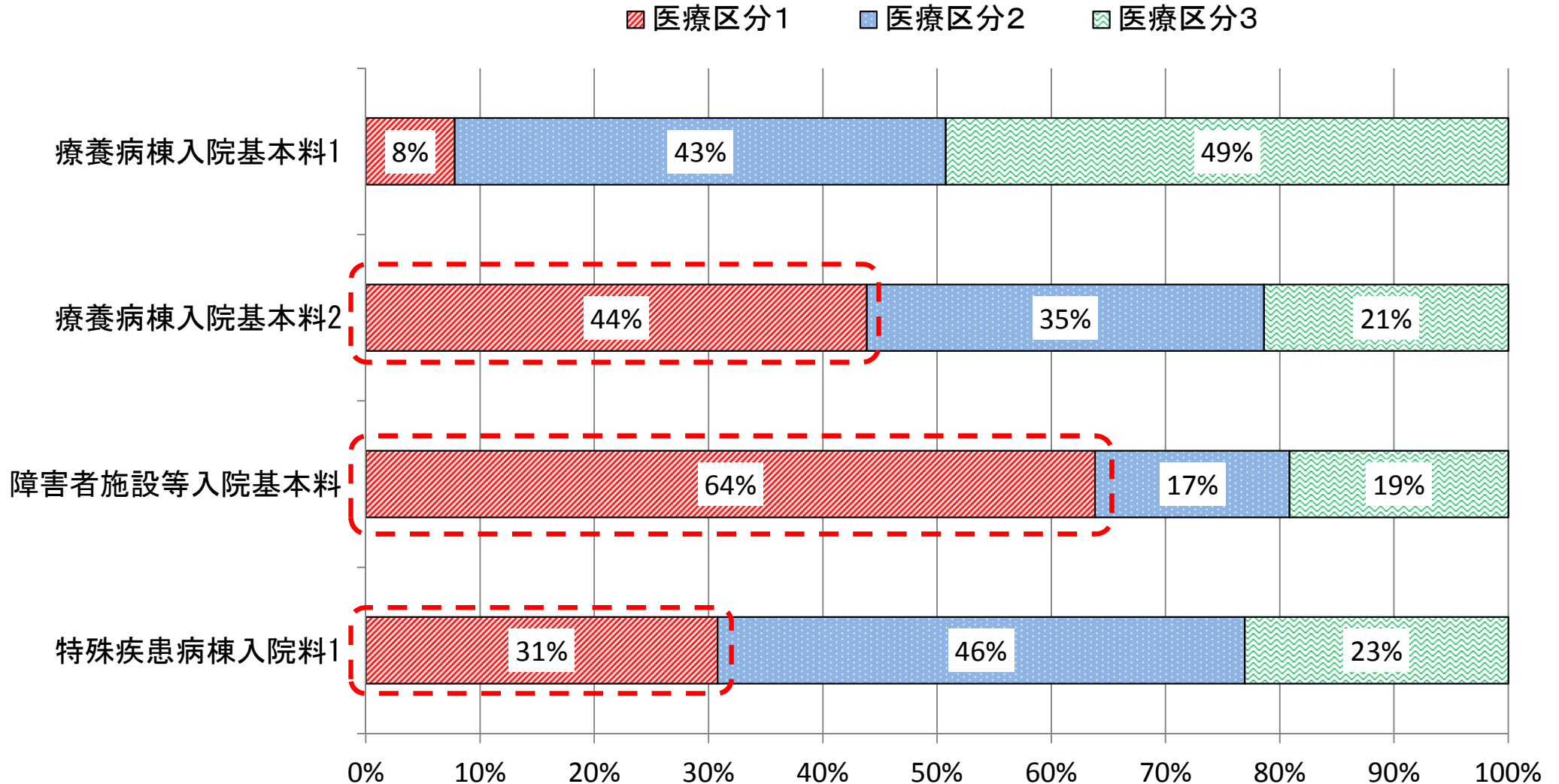
各病棟における患者の状態の比較～主病名～

○ 療養病棟入院基本料、障害者病棟入院基本料、特殊疾患病棟入院料の届出を行っている病棟それぞれにおいて、脳血管疾患の患者は一定数入院していた。

	療養病棟 入院基本料1 (n=1,731)	療養病棟 入院基本料2 (n=781)	障害者施設等 入院基本料 (n=1,769)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=146)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=206)
神経系の疾患	16.3%	7.8%	43.1%	38.4%	30.6%
パーキンソン病	6.3%	3.6%	5.8%	14.4%	1.0%
アルツハイマー病	3.6%	1.4%	0.4%	2.7%	7.3%
てんかん	0.5%	0.6%	3.6%	0.7%	2.4%
脳性麻痺及びその他の麻痺 性症候群	0.7%	0.3%	22.3%	10.3%	17.0%
自律神経系の障害	0.7%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%
その他の神経系の疾患	4.5%	1.9%	10.2%	10.3%	2.9%
脳血管疾患	26.7%	23.9%	10.8%	17.8%	1.0%
くも膜下出血	2.2%	1.3%	1.2%	1.4%	0.5%
脳内出血	6.7%	5.2%	2.5%	0.7%	0.0%
脳梗塞	16.1%	16.3%	5.3%	8.9%	0.0%
脳動脈硬化(症)	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
その他の脳血管疾患	1.7%	1.2%	1.6%	6.8%	0.5%

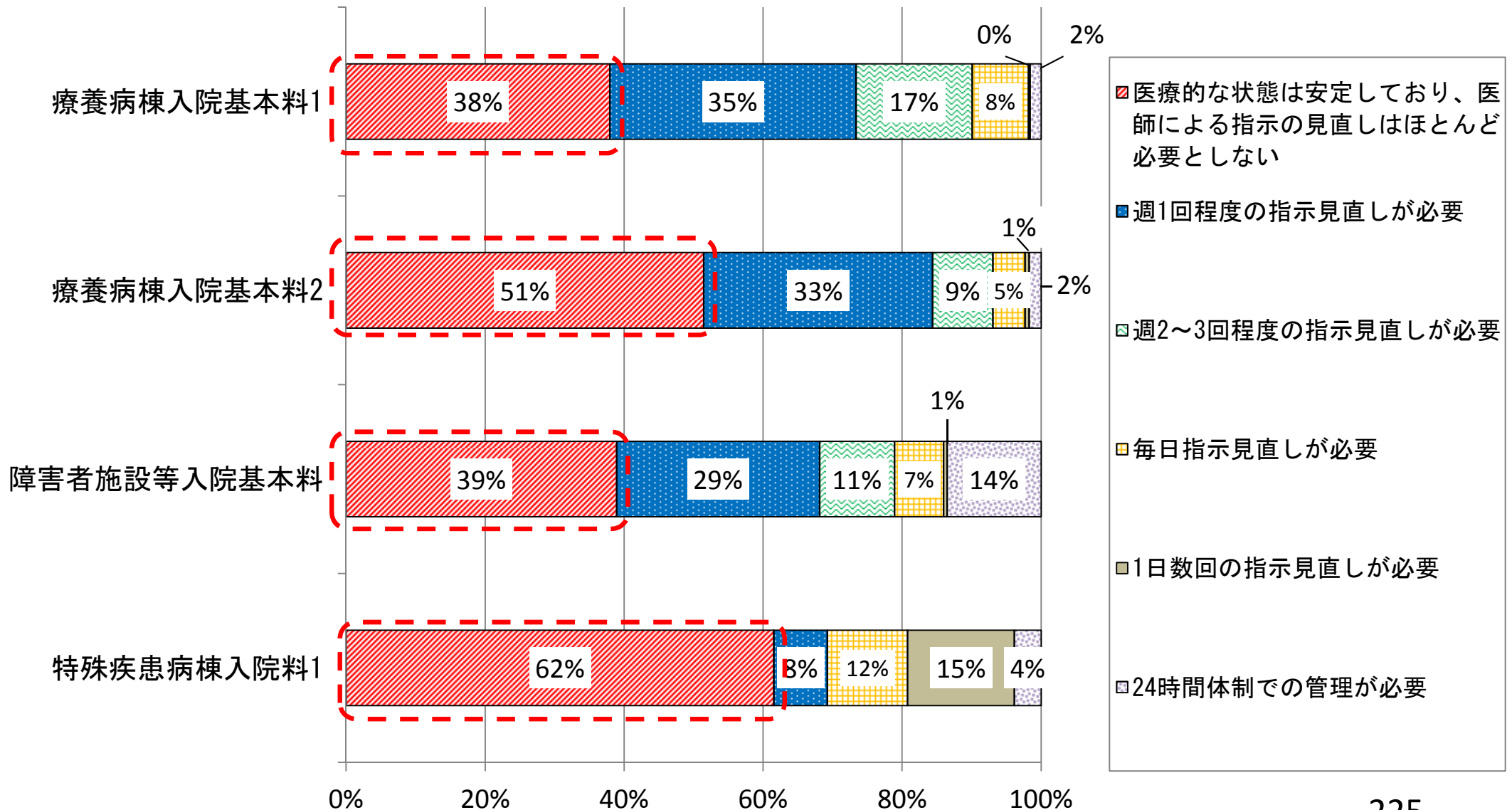
脳卒中※患者の医療区分

- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院基本料2の病棟では約40%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では60%以上、特殊疾患病棟入院料の病棟では約30%であった。



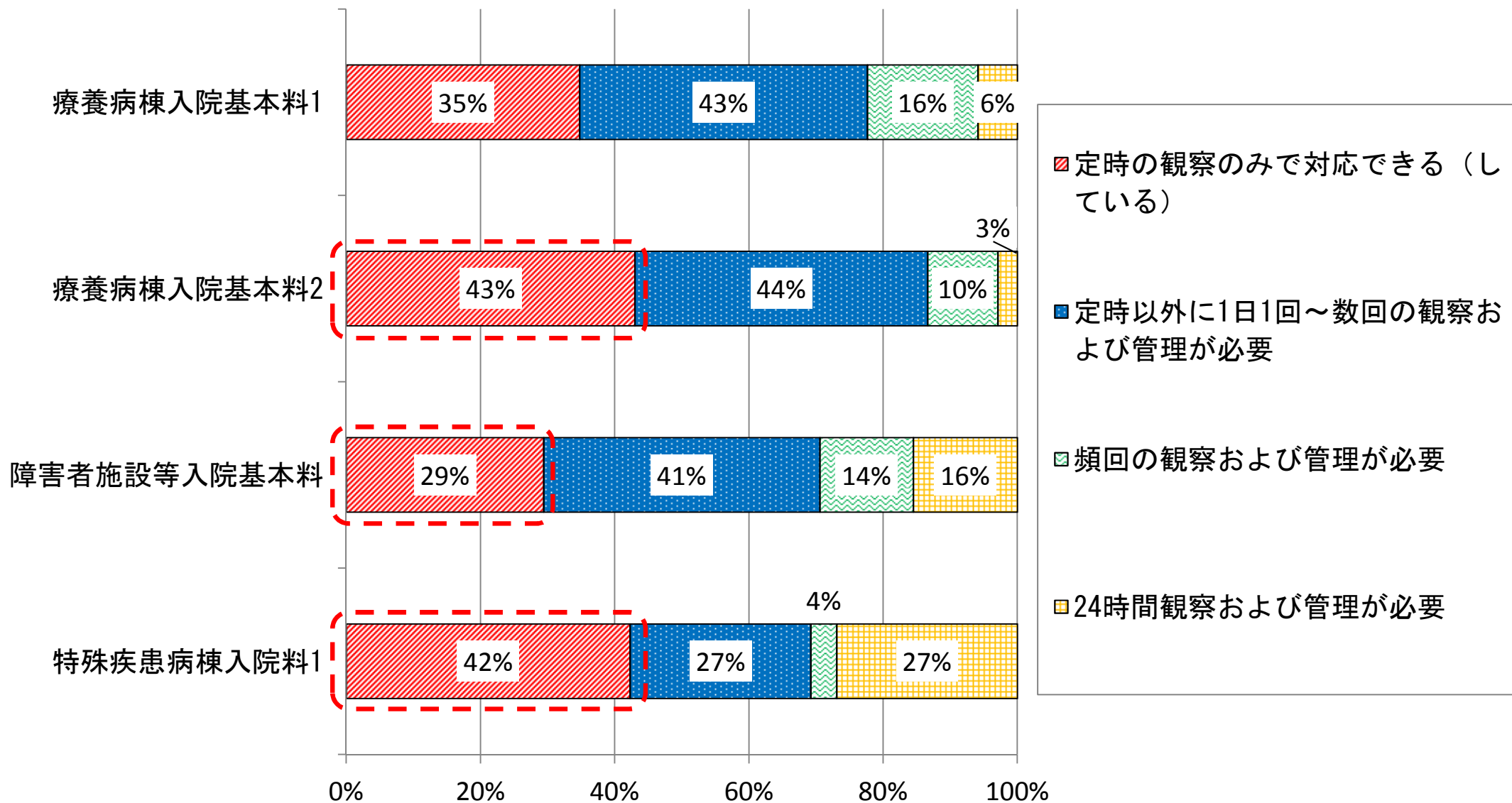
脳卒中※患者の「医師による指示の見直し」の頻度

○ 医師による指示の見直しをほとんど必要としない患者の比率は療養病棟入医基本料の病棟では約40～50%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では約40%、特殊疾患病棟入院料の病棟では60%以上であった。



脳卒中※患者の「看護師による観察及び管理」の頻度

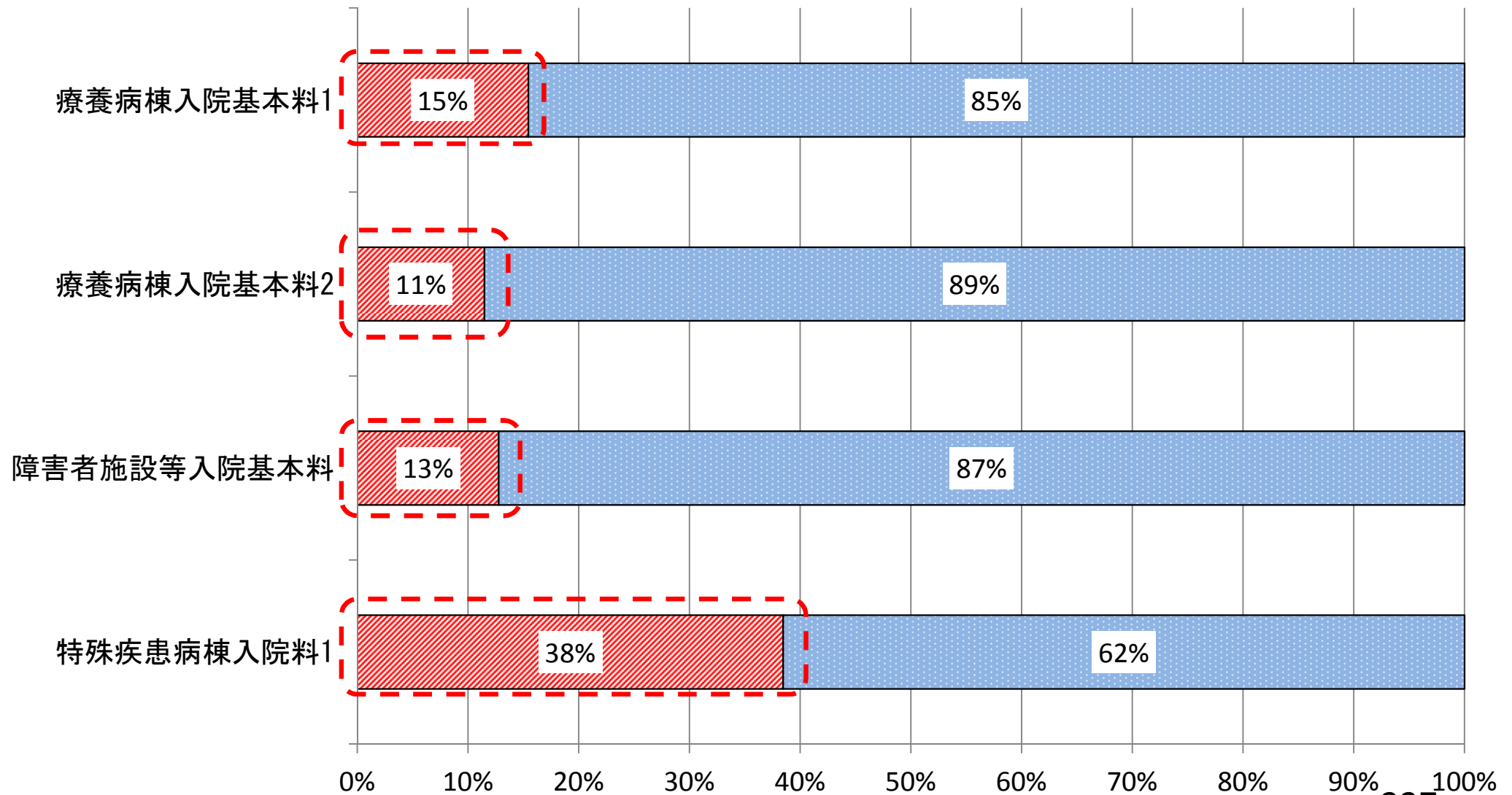
○ 看護師による定時の観察のみで対応できる患者の比率は療養病棟入院基本料の病棟では約30～40%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では約30%、特殊疾患病棟入院料の病棟では約40%であった。



脳卒中※患者の急性増悪

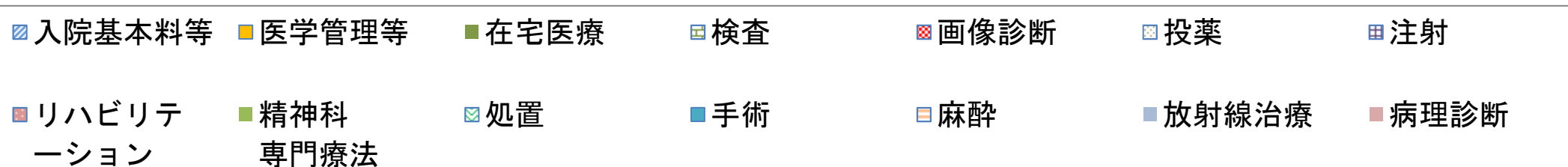
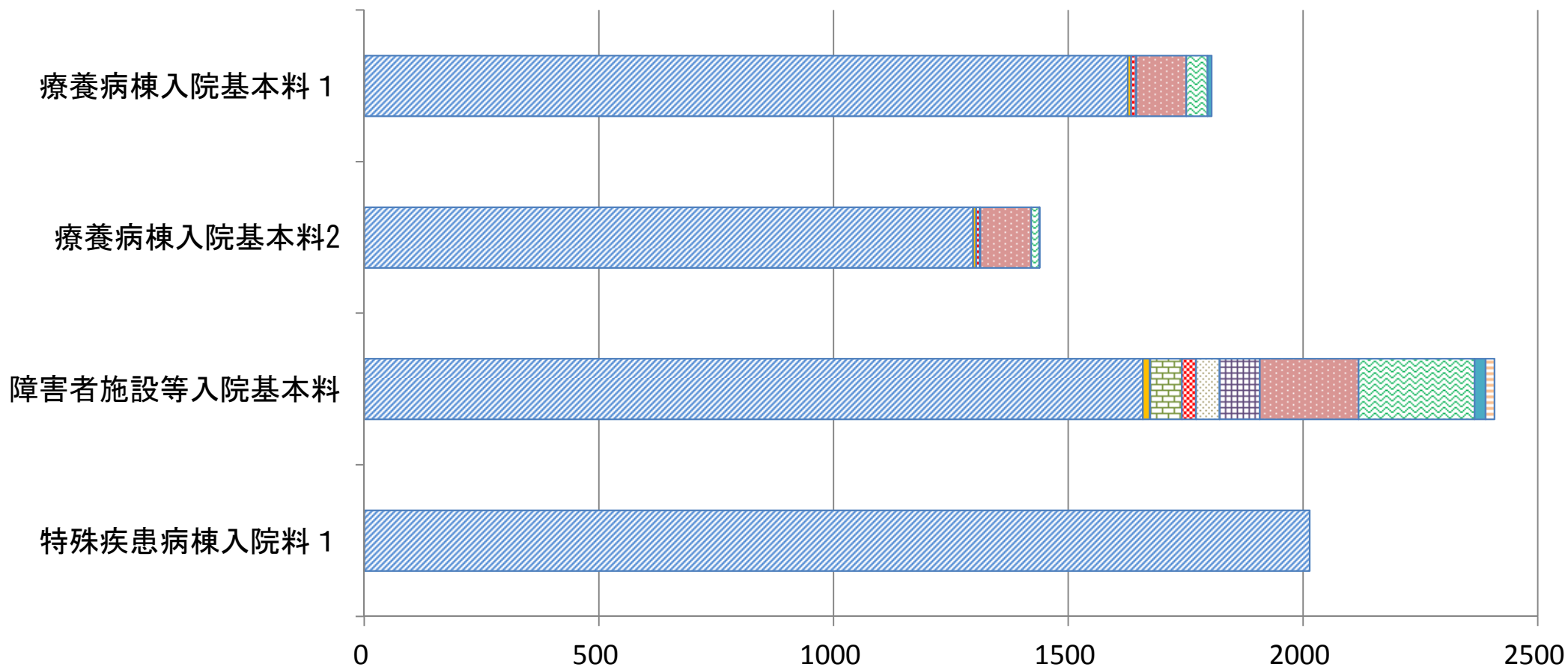
- 過去1ヶ月に急性増悪があった脳卒中患者の割合は障害者施設等入院基本料の届出病棟と療養病棟入院基本料の届出病棟で同様であった。また、特殊疾患病棟入院料1の届出病棟では急性増悪の割合が多く見られた。

■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



脳卒中患者の入院料ごとの一日平均単価

<1日当たりのレセプト請求点数(点数/日数)>



一日当たり点数

とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
- 10. その他**
 - 10-1. 退院支援に係る取組について**
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患；大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、
新生児退院調整加算

平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援に係る主な診療報酬上の評価①

退院に向けた院内の取組に関する主な評価

項目名	概要
退院調整加算(退院時1回)	入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。
新生児特定集中治療室 退院調整加算 (入院中又は退院時1回)	新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室に入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対して、より適切な退院先に退院できるよう、退院支援計画を策定し、退院先の選定や必要な社会福祉サービスの調整等も含め、退院調整を行う取組を行った場合に算定する。
総合評価加算(入院中1回)	65歳以上の者等については、入院当初から退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことであり、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組を行った場合に算定する。
退院前訪問指導料 (入院中1回)	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
精神科地域移行実施加算 (1日につき)	精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、入院期間が5年を超える入院患者のうち、患者数が1年間で5%以上減少した場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者について算定する。

退院支援に係る主な診療報酬上の評価②

退院に向けた院外との情報共有等に関する主な評価

項目名	概要
退院時共同指導料 (入院中1回)	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。
介護支援連携指導料 (入院中2回)	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する
診療情報提供料(I) (月1回)	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

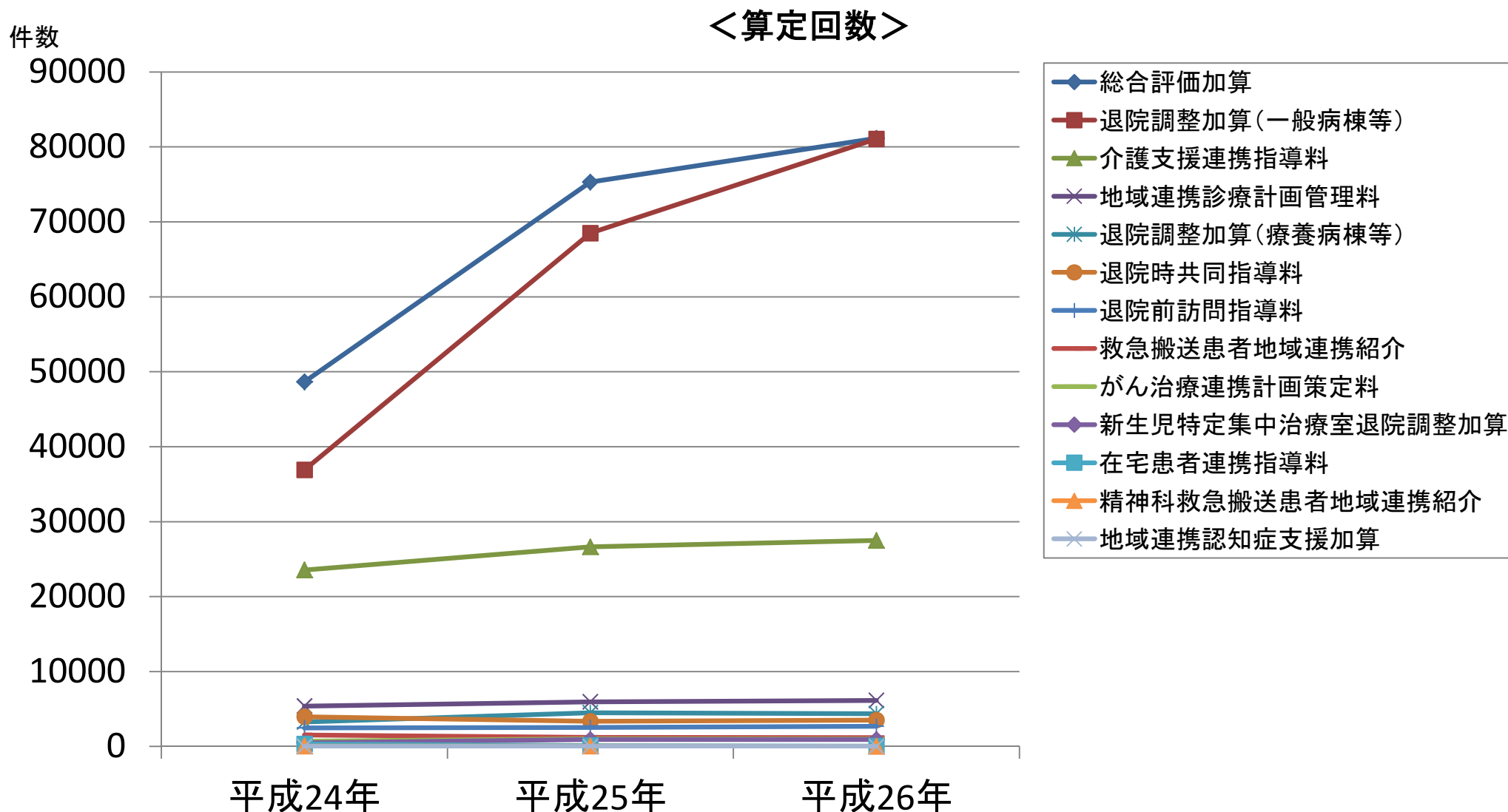
退院支援に係る主な診療報酬上の評価③

退院に向けた医療機関の連携に関する主な評価

項目名	概要
救急搬送患者地域 連携紹介加算(退院時1回)	高次の救急医療機関に緊急入院した患者について、他の保険医療機関でも対応可能な場合に、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑化を図るため、入院7日以内に当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の医療機関に転院させた場合に算定する。
精神科救急搬送患者地域 連携紹介加算(退院時1回)	精神科救急医療機関に緊急入院した患者について、後方病床の役割を担う保険医療機関で対応可能な場合に、精神科救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑化を図るため、入院60日以内に当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の医療機関に転院させた場合に算定する。
地域連携認知症支援加算 (入院初日)	認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保健医療機関の病棟に転院させた場合であって、60日以内に、元の保険医療機関に入院した場合に算定する。
地域連携診療計画管理料 (退院時等1回)	地域連携診療計画の対象疾患(大腿骨頸部骨折・脳卒中)の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に値行き連携診療計画に基づく個別の患者毎の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に算定する。
がん治療連携計画策定料1 (退院時等1回)	がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものであり、地域連携診療計画を作成するとともに、文書にて患者等に説明し、他の医療機関に診療情報を文書により提供した場合に算定する。

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



退院支援に係る主な取組と評価

ストラクチャー評価

【人員の配置に関する評価】

- ・退院調整部門の設置及び専従の職員(1名以上)の配置(退院調整加算等)
- ・総合的な機能評価に係る研修を修了した医師等がいること(総合評価加算)

【医療機関間の恒常的な連携に関する評価】

- ・紹介元と受入先の医療機関があらかじめ協議を行って連携をとっていること(救急搬送患者地域連携紹介加算等)
- ・あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること(地域連携診療計画管理料等)

プロセス評価

【早期退院に向けた院内の取組に関する評価】

- ・入院早期の退院困難な患者の抽出(退院調整加算等)
- ・入院早期の家族等との面談(退院調整加算等)
- ・退院支援計画の作成(退院調整加算等)
- ・地域連携診療計画の作成(地域連携診療計画管理料等)
- ・日常生活、認知機能、意欲等に関する総合的な評価の実施(総合評価加算)
- ・病棟及び退院調整部門の関係職種による共同カンファレンスの実施(退院調整加算等)
- ・患家を訪問した上で、退院後に在宅で必要となる療養上の指導の実施(退院前訪問指導料)

【医療機関間の恒常的な連携に関する評価】

- ・3回/年以上の連携医療機関間の会合の実施(地域連携診療計画管理料)

【退院に向けた情報提供等に関する評価】

- ・退院・転院後の保険医療機関等との連絡や調整、情報提供(退院調整加算等)
- ・入院している保険医療機関及び退院後の在宅療養を担う保険医療機関職員による共同指導(退院時共同指導料)
- ・入院している保険医療機関の職員と介護支援専門員による共同指導(介護支援連携指導料)

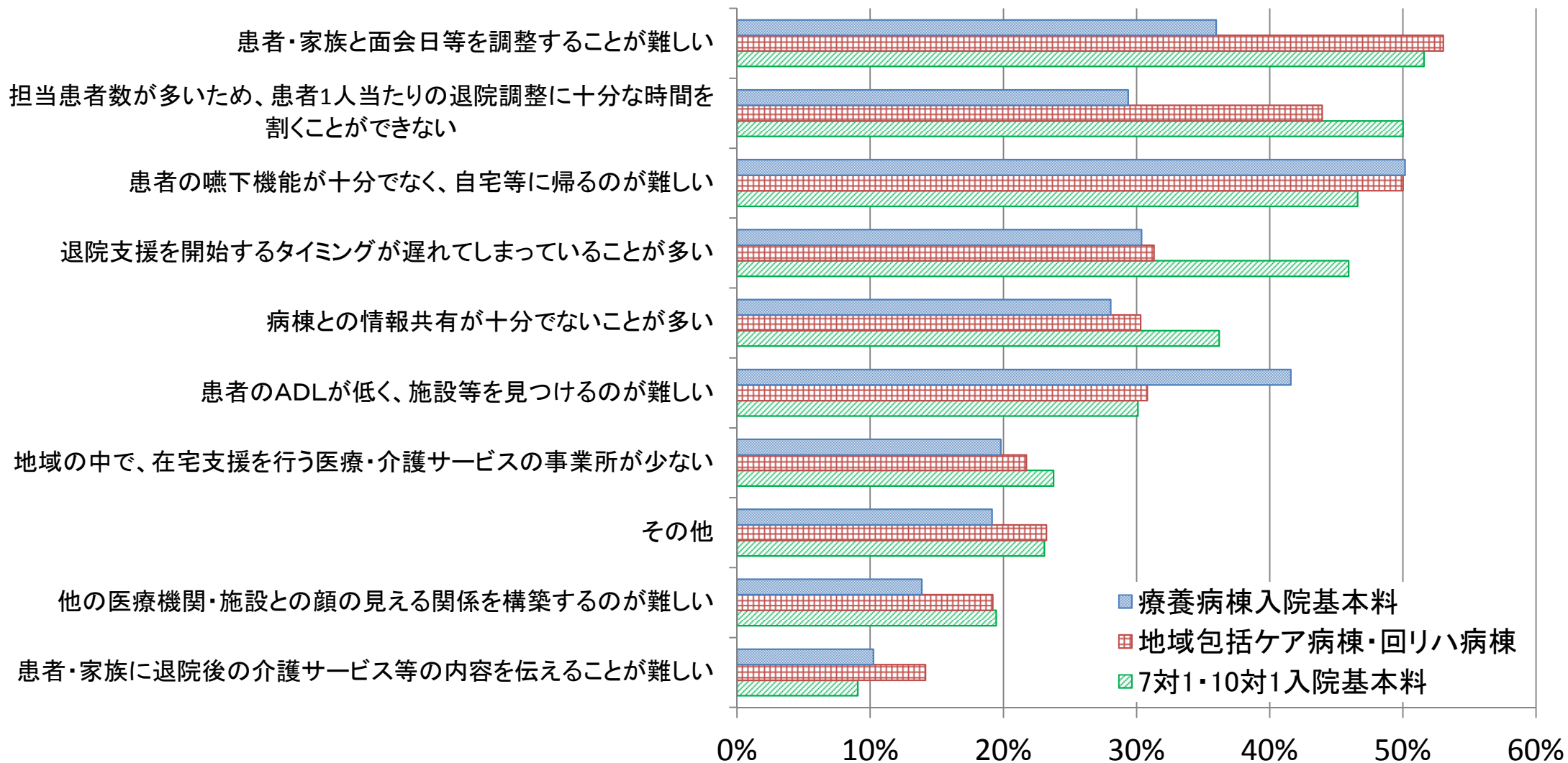
アウトカム評価

- ・平均在院日数が17日以内(地域連携診療計画管理料)
- ・入院期間が5年を超える入院患者のうち、退院した患者の数が1年間で5%以上の実績(精神科地域移行実施加算)

退院支援を行うに当たって困難な点

- 退院支援室等において、退院支援を行うに当たって困難な点として、患者・家族との面会や十分な退院調整に向けた時間の確保、嚥下機能が低下した患者の取扱い等が挙げられた。

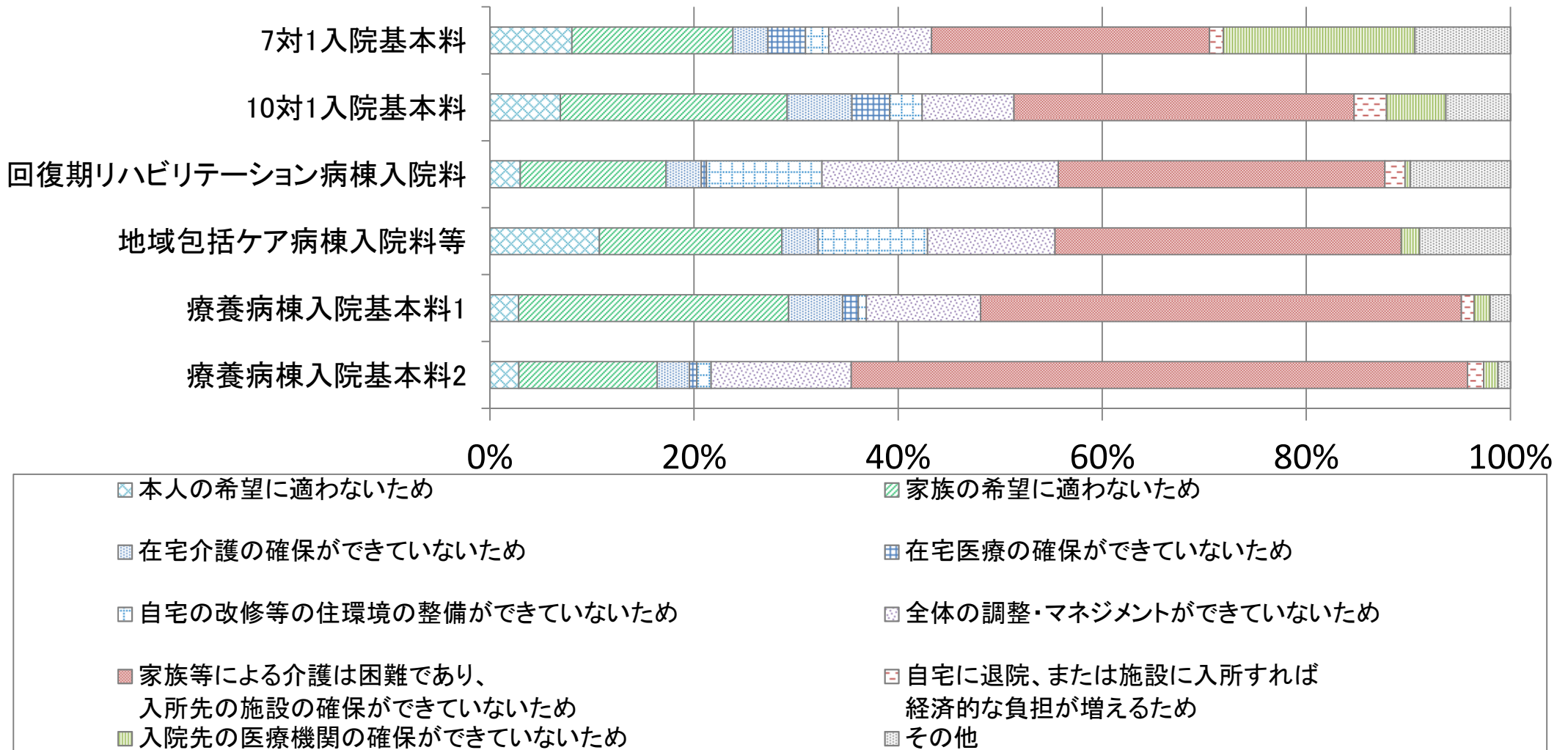
＜入院料別の退院支援を行うに当たって困難な点＞



外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由

- 「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者が、退院できない理由としては、「入所先の施設の確保ができていないため」「家族の希望に合わないため」とする割合が多かった。
- その他、7対1病棟では「入院先の医療機関が確保できていないため」とする患者も多くみられた。

＜入院料別の退院できない理由＞



地域連携室・退院支援室の設置状況

- 療養病棟では限定的だったものの、病床数の少ない医療機関を含め、多くの医療機関において地域連携支援室又は退院支援室を設置していた。
- また、病床数の少ない医療機関の方が病床数当たりの専従職員が多い傾向がみられた。

<地域連携支援室・退院支援室の設置状況(病床規模別)>

		200床未満		200～500床		500床以上	
		設置あり	設置なし	設置あり	設置なし	設置あり	設置なし
7対1入院基本料	医療機関数	72(86%)	12(14%)	144(100%)	-	67(100%)	-
	職員数(/100床)	4		3		2	
10対1入院基本料	医療機関数	172(73%)	63(27%)	30(88%)	4(12%)	3(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		2	
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	医療機関数	70(93%)	5(7%)	26(100%)	-	1(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		0	
回復期 リハビリテーション 病棟入院料	医療機関数	122(87%)	18(13%)	51(96%)	2(4%)	-	-
	職員数(/100床)	4		2		-	
療養病棟 入院基本料	医療機関数	255(60%)	172(40%)	80(87%)	12(13%)	-	-
	職員数(/100床)	3		1		-	

退院支援に向けた院内の取組について

- 病床規模に関わらず、多くの医療機関で入院時に早期退院に向けた多職種カンファレンスを実施していた。

<入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスの実施(病床規模別)>

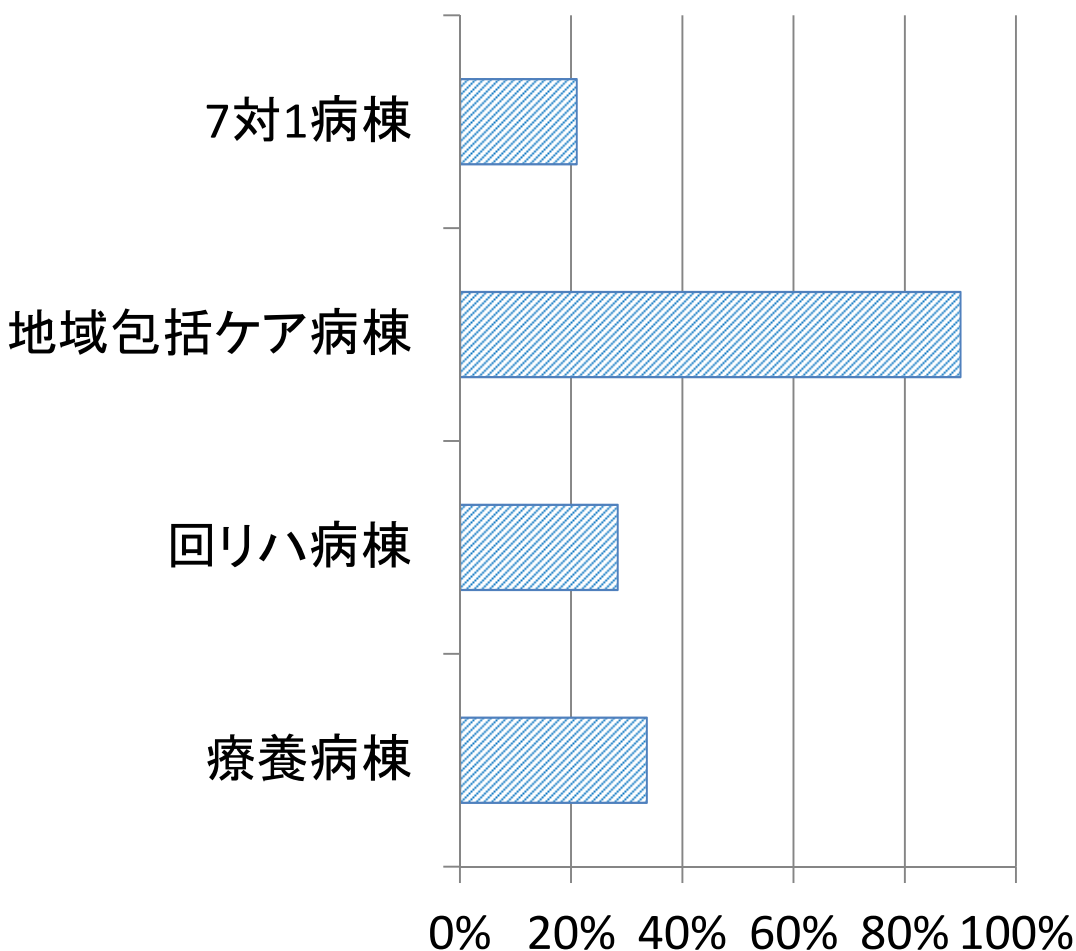
		200床未満		200～500床		500床以上	
		実施あり	実施なし	実施あり	実施なし	実施あり	実施なし
7対1・10対1 入院基本料	実施施設数	184(89%)	22(11%)	148(94%)	9(6%)	65(97%)	2(3%)
	平均在院日数	15.2	15.0	13.4	14.9	13.0	13.3
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	実施施設数	59(92%)	5(8%)	20(91%)	2(9%)	1	0
	平均在院日数	27.1	26.6	25.4	39.2	21.8	-
回復期リハビリ テーション病棟 入院料	実施施設数	103(95%)	5(5%)	43(96%)	2(4%)	0	0
	平均在院日数	70.0	65.7	75.6	100.1	-	-
療養病棟 入院基本料	実施施設数	174(76%)	54(24%)	55(86%)	9(14%)	0	0
	平均在院日数	214.1	332.7	303.0	378.1	-	-

病棟への退院支援職員の配置状況

- 地域包括ケア病棟では、約90%の病棟で退院支援に係る専任又は専従の職員を病棟に配置しており、他の病棟と比べて極めて高い値を示していた。
- 7対1病棟と療養病棟では、職員の配置を行っている病棟の方が平均在院日数が短い傾向がみられた。

＜病棟への退院支援に専任／専従の職員の配置＞

＜病棟への退院支援職員の配置別の平均在院日数＞

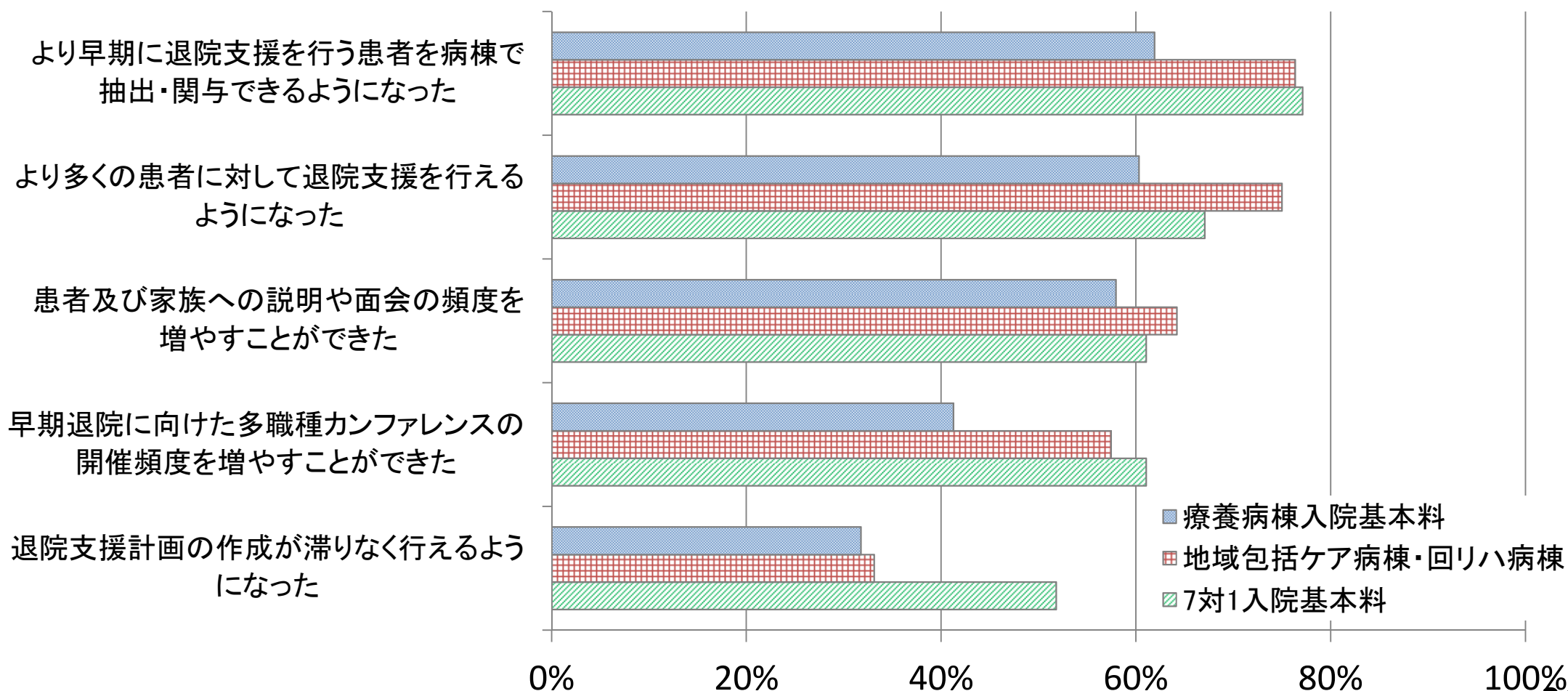


	専任／専従職員の配置	
	あり	なし
7対1病棟	12.7	13.0
地域包括ケア病棟	28.0	22.2
回りハ病棟	73.0	68.5
療養病棟	256.9	348.4

病棟への退院支援職員の配置による効果

- 病棟に専任/専従の退院支援の職員を配置した効果として、より早く患者を抽出できるようになった或いはより多くの患者に対して退院支援を行えるようになったとする回答が多くみられた。
- また、療養病棟よりも7対1・10対1入院基本料や地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟において、効果が高いとする回答が多くみられた。

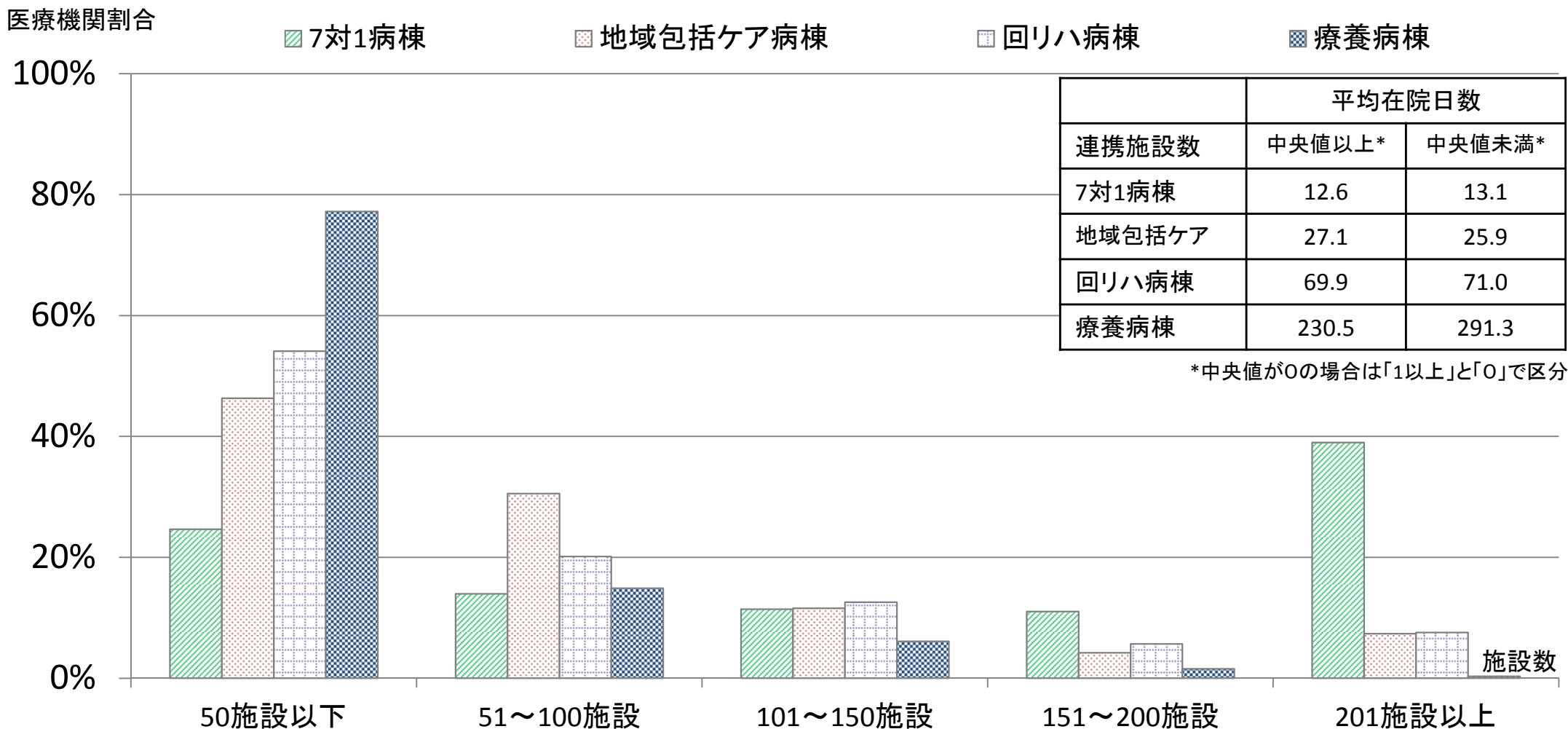
＜病棟への退院支援職員配置による効果＞



退院支援に向けた院外との連携について

- 入院期間が短い入院料を届け出ている医療機関ほど、連携施設数が多かった。また、地域包括ケア病棟を除き、連携施設数の多い医療機関ほど平均在院日数が短い傾向がみられた。

<連携施設数の状況>



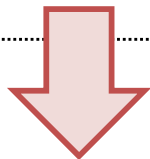
7対1病棟における在宅復帰率の評価について

- 現在の在宅復帰率の計算では退棟先の評価が3段階に分かれており、自宅等への退棟と在宅復帰率が要件化されている病棟への退棟が同等に最も評価されている。
- また、自院の他病床への退棟等が2番目に評価されている。

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅 + 高齢者向け集合住宅等

回復期リハ病棟入院料
地域包括ケア病棟(病室)
療養病棟(加算あり)
介護老人保健施設(在宅強化型等)

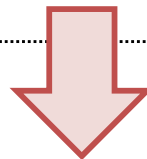


- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が上がる。
- ・自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されている。

2番目に評価されている退棟先
(計算に含まれない退棟先)

自院の他病床
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)

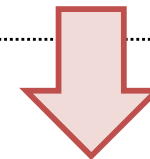
死亡退院



- ・計算から除外されているため、この退棟先が増加しても在宅復帰率は変化しない。

最も低く評価されている退棟先
(分母にのみ含まれる退棟先)

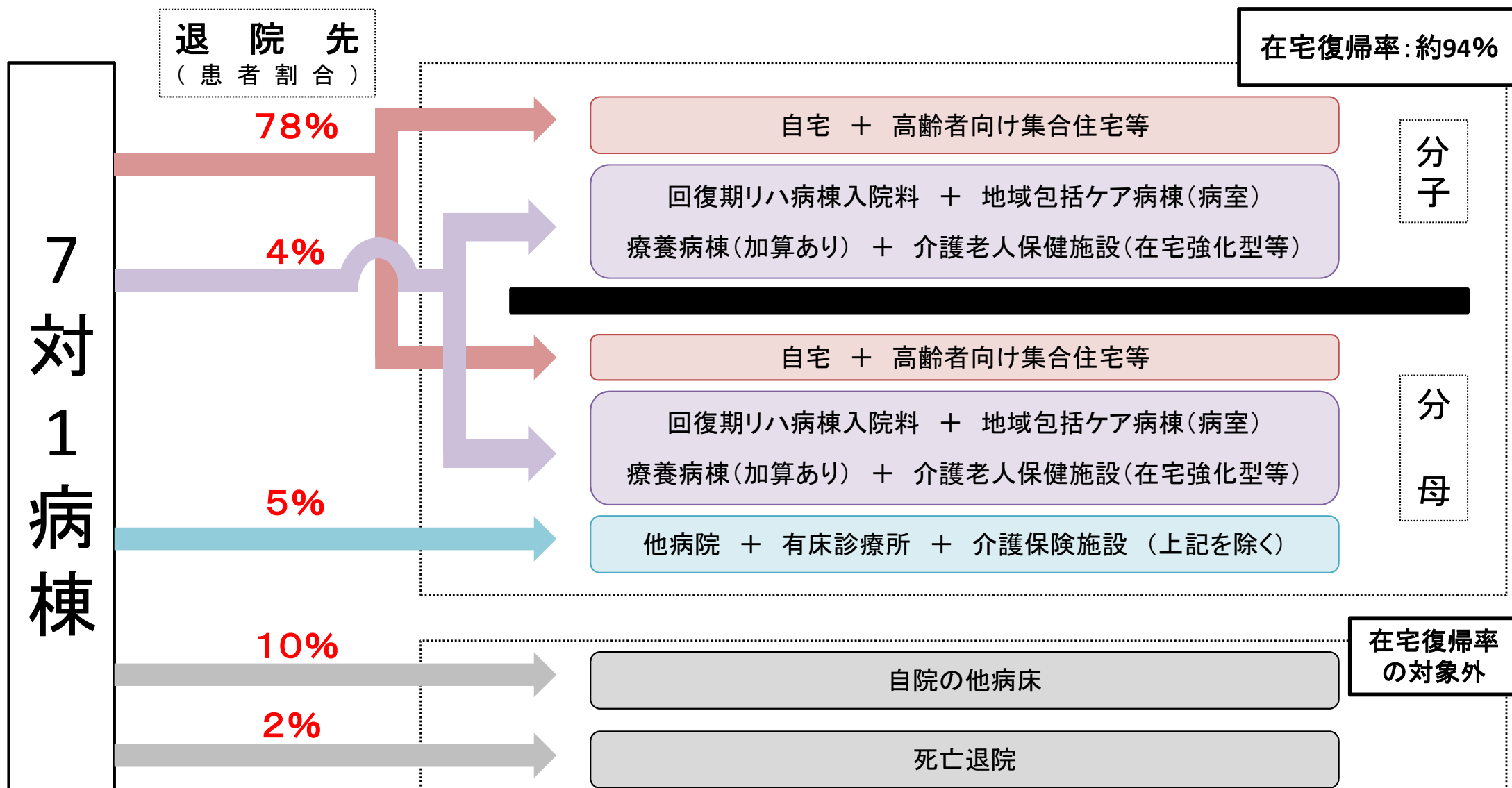
他医療機関
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)
介護保険施設
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)



- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が下がる。

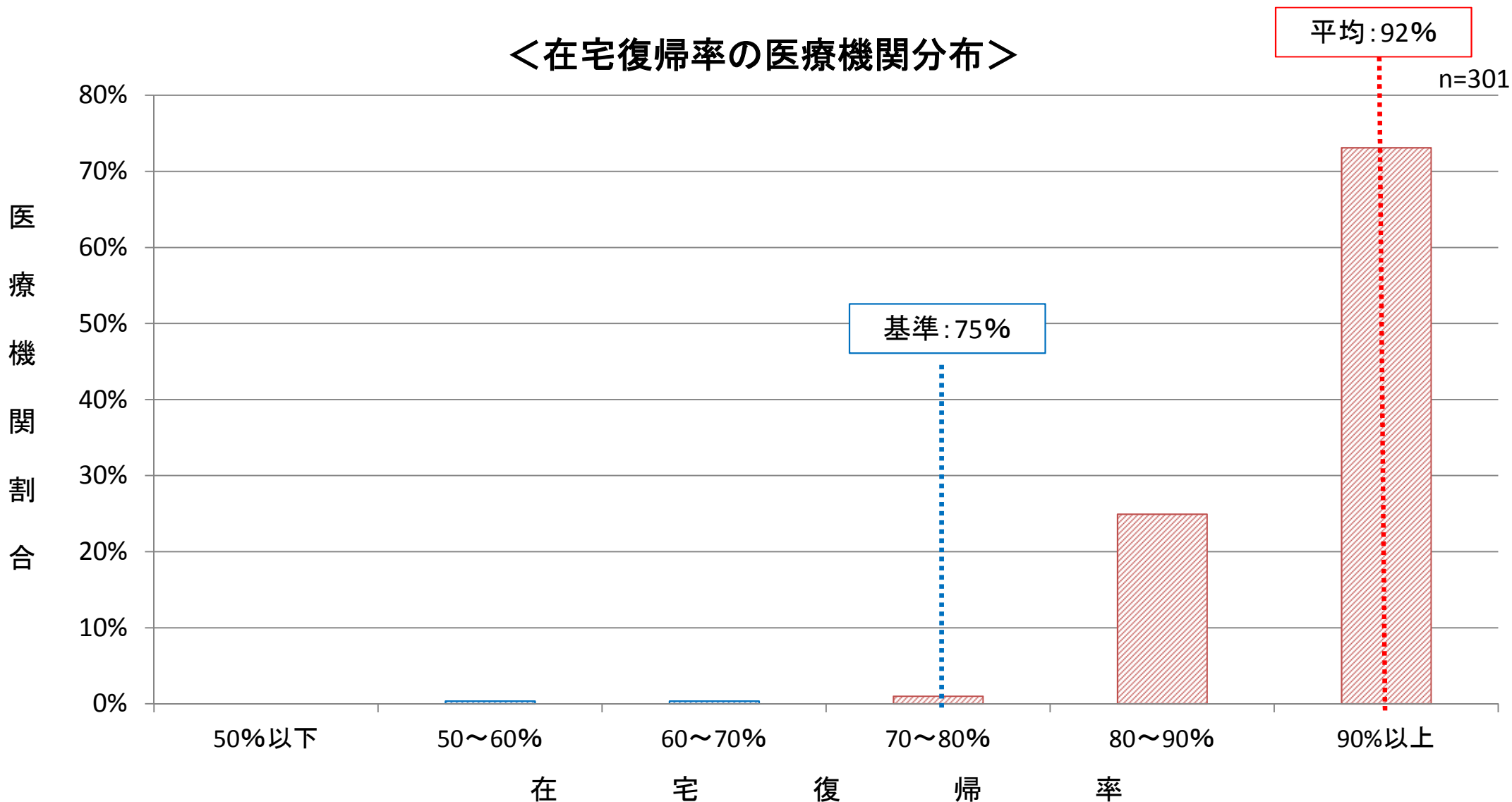
7対1病棟における在宅復帰率（患者別）

- 7対1病棟からの退院患者全体の在宅復帰率は約94%であるが、直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であった。



7対1病棟における在宅復帰率の状況(医療機関別)

- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。



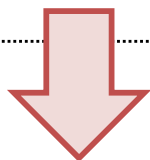
地域包括ケア病棟における在宅復帰率の評価について

- 現在の在宅復帰率の計算では退棟先の評価が3段階に分かれており、自宅等への退棟と在宅復帰率が要件化されている病棟への退棟が同等に最も評価されている。

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅 + 高齢者向け集合住宅等

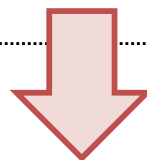
療養病棟(加算あり)
介護老人保健施設(在宅強化型等)



- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が上がる。
- ・自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されている。

2番目に評価されている退棟先
(計算に含まれない退棟先)

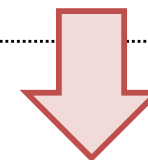
死亡退院



- ・計算から除外されているため、この退棟先が増加しても在宅復帰率は変化しない。

最も低く評価されている退棟先
(分母にのみ含まれる退棟先)

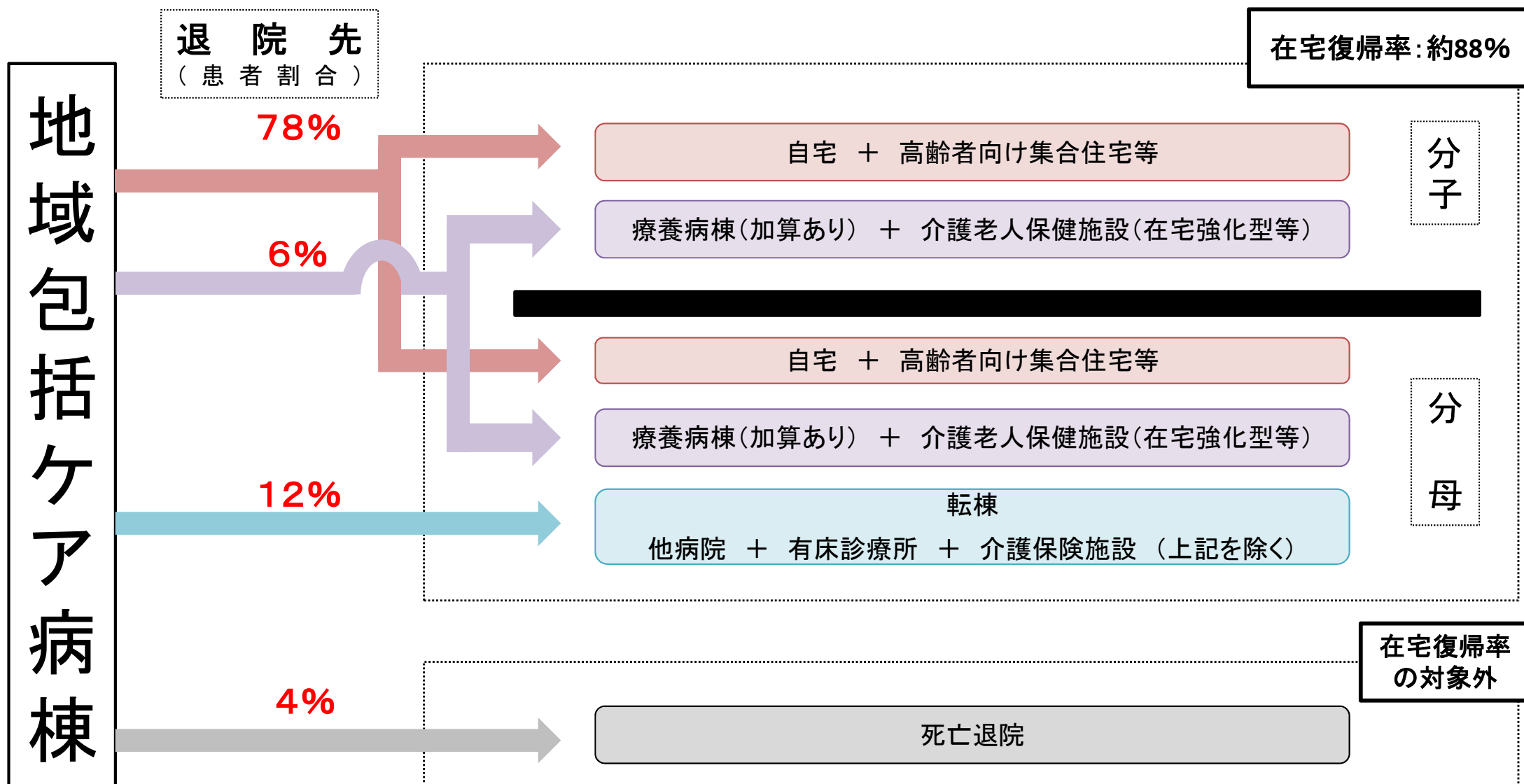
他医療機関
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)
介護保険施設
(在宅復帰率が要件化されている病棟を除く)



- ・この退棟先が増加すると在宅復帰率が下がる。

地域包括ケア病棟における在宅復帰率（患者別）

- 地域包括ケア病棟からの退院患者全体の在宅復帰率は約88%であるが、直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であった。

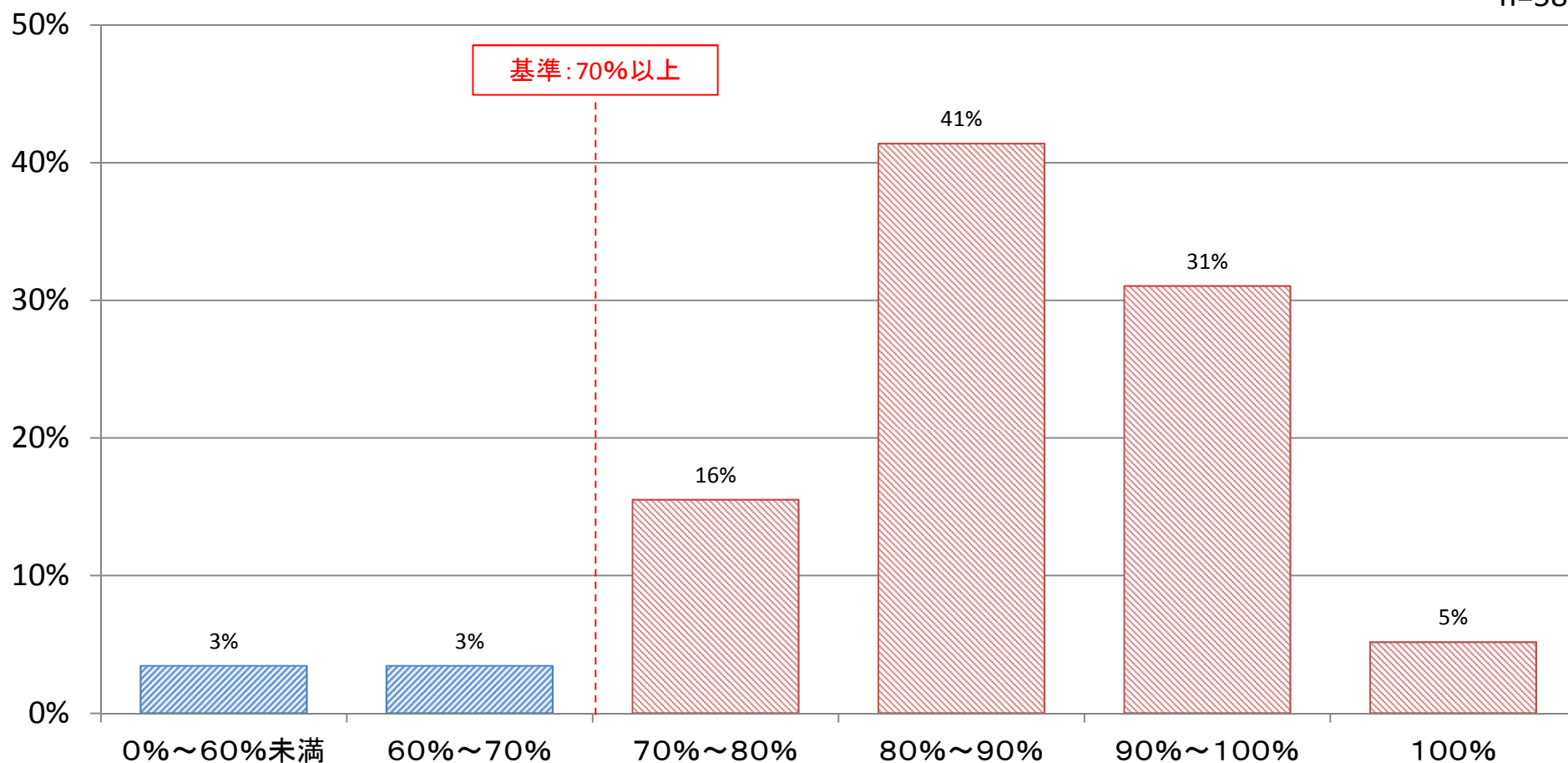


地域包括ケア病棟における在宅復帰率（医療機関別）

- 地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多かった。

在宅復帰率と該当割合

n=58



とりまとめの構成

1. 調査概要等
2. 急性期入院医療について
 - 2-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について
 - 2-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について
 - 2-3. 重症度、医療・看護必要度について
3. 短期滞在手術等基本料について
4. 特定集中治療室管理料について
5. 総合入院体制加算について
6. 有床診療所入院基本料について
7. 地域包括ケア病棟入院料について
8. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
9. 慢性期入院医療について
 - 9-1. 在宅復帰機能強化加算について
 - 9-2. 療養病棟入院基本料2について
 - 9-3. 医療区分の評価項目について
 - 9-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について
- 10. その他**
 - 10-1. 退院支援に係る取組について
 - 10-2. 入院中の他医療機関の受診について**

入院中の患者の他医療機関受診における現行の取扱い

出来高病棟

A医療機関

入院基本料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

入院基本料から15%減額

外来

B医療機関

診療行為に係る費用を算定

特定入院料等算定病棟

1. 包括範囲に含まれる診療行為がB医療機関で行われた場合

A医療機関

入院料から70%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床に限る^(注))

入院料から55%減額

外来

B医療機関

包括範囲及び包括範囲外の診療行為に係る費用を算定

(注)結核病床、有床診療所については、該当する入院料等はない

2. 包括範囲外の診療行為のみがB医療機関で行われた場合

入院料から30%減額

透析又は共同利用が進められている検査(PET等)の場合(精神病床、結核病床、有床診療所に限る)

入院料から15%減額

外来

B医療機関

包括範囲外の診療行為のみに係る費用を算定

DPC病棟

A医療機関

診療行為に係る費用は、AからBに合議で精算

外来

B医療機関

診療行為に係る費用は算定しない

Bで診療に係る費用を全く請求しない場合は、AからBに合議で精算することも可能

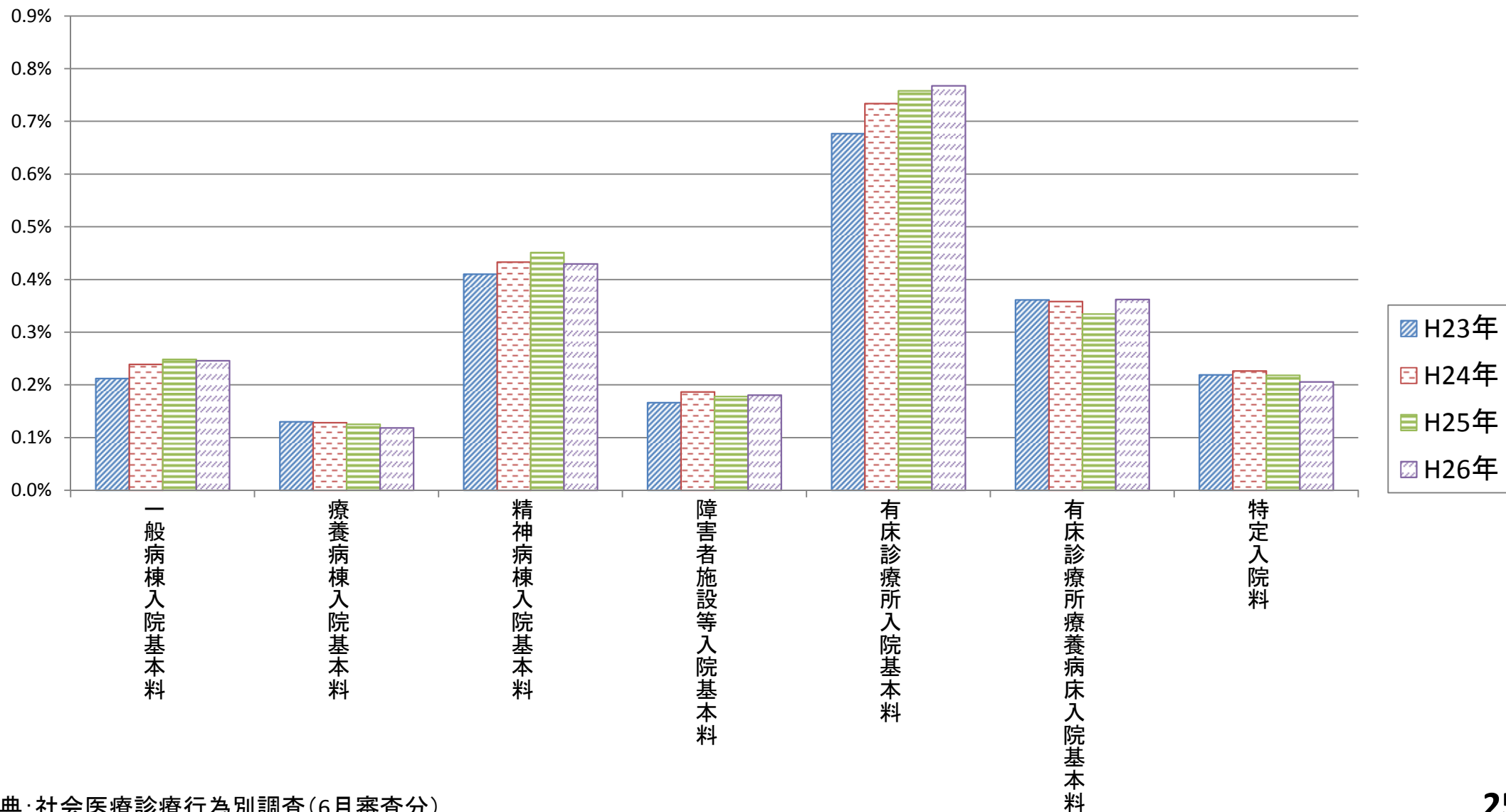
※ B医療機関では原則として医学管理、在宅等は算定できない。

※ 特定入院料等算定病棟: 特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料

入院料減算による算定割合の推移

- 入院1日当たりの、他医療機関受診による入院料減算の頻度は、有床診療所入院基本料や精神病棟入院基本料で高く、有床診療所入院基本料ではやや増加傾向がみられた。

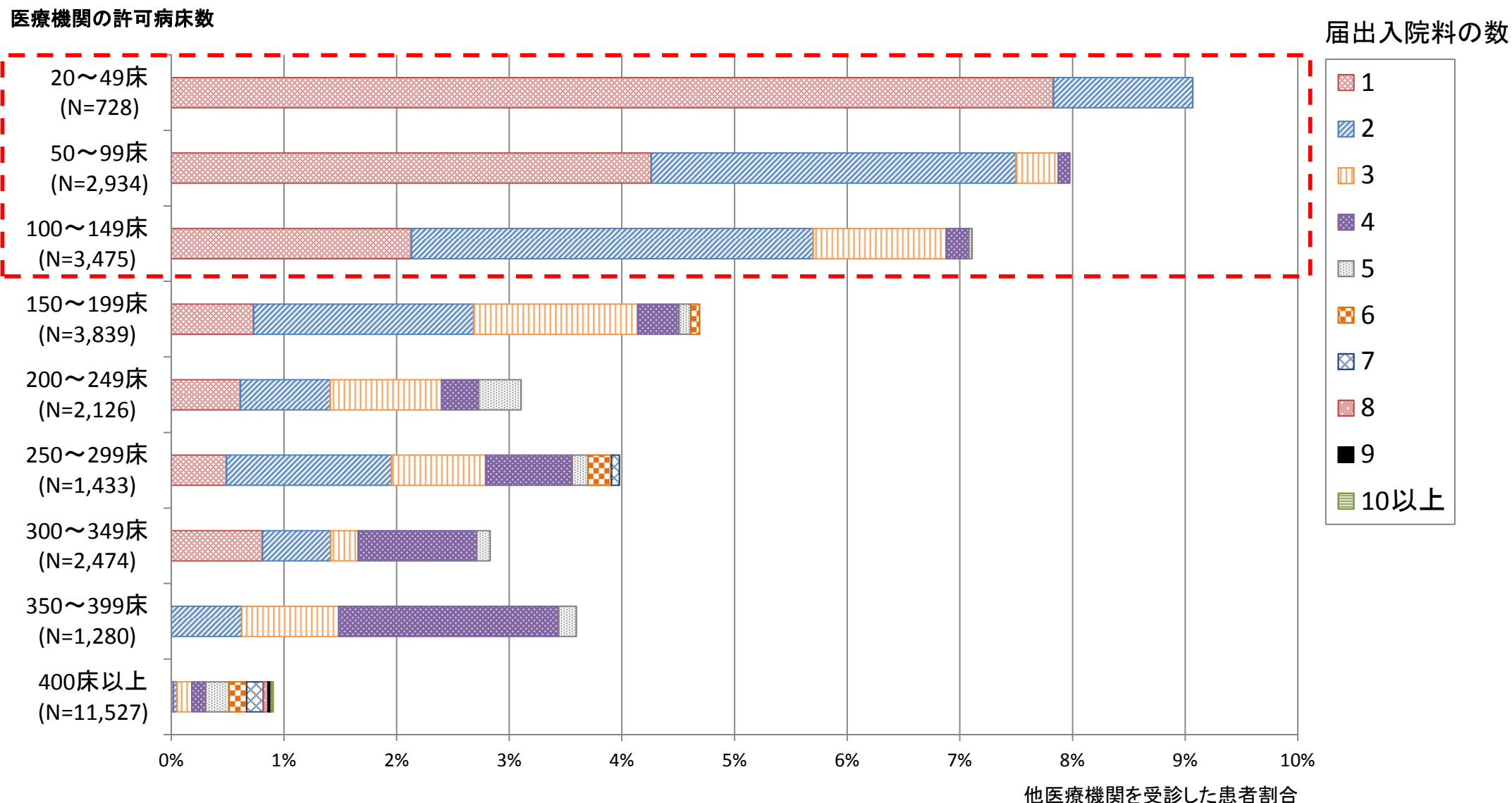
＜入院料減算の算定割合推移＞ ※入院料減算の延べ算定回数／当該入院料全体の延べ算定回数



医療機関の規模と他医療機関受診患者の割合

○ 他医療機関を受診した患者割合は、小規模で届出入院料が2つ以下の医療機関で特に多かった。

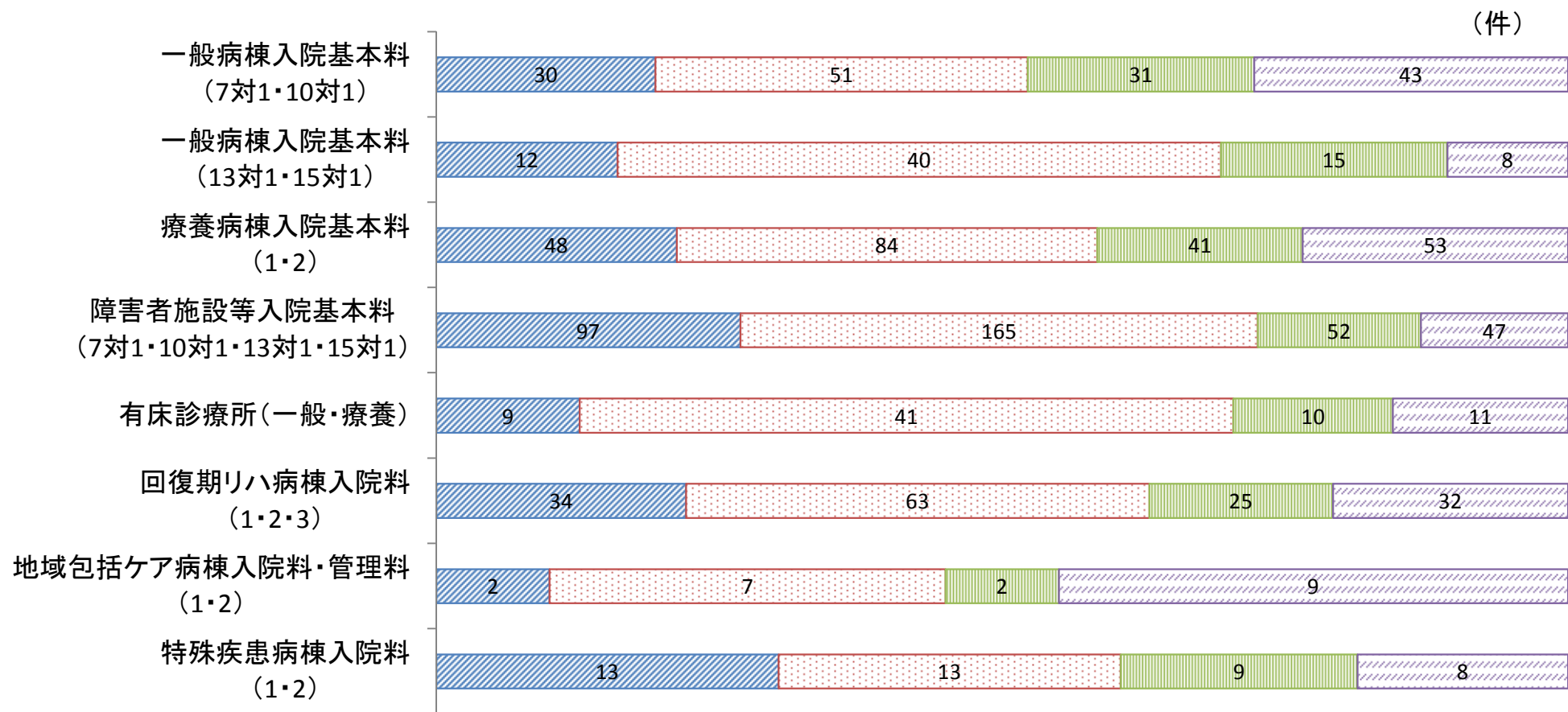
＜許可病床数別の他医療機関受診患者割合と届出入院料の数＞



他医療機関を受診した理由

- 入院中に他医療機関を受診した理由としては、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」のほか、「症状の原因精査のため」という理由も一定数みられた。

＜主な入院料別の他医療機関受診理由(複数回答)＞

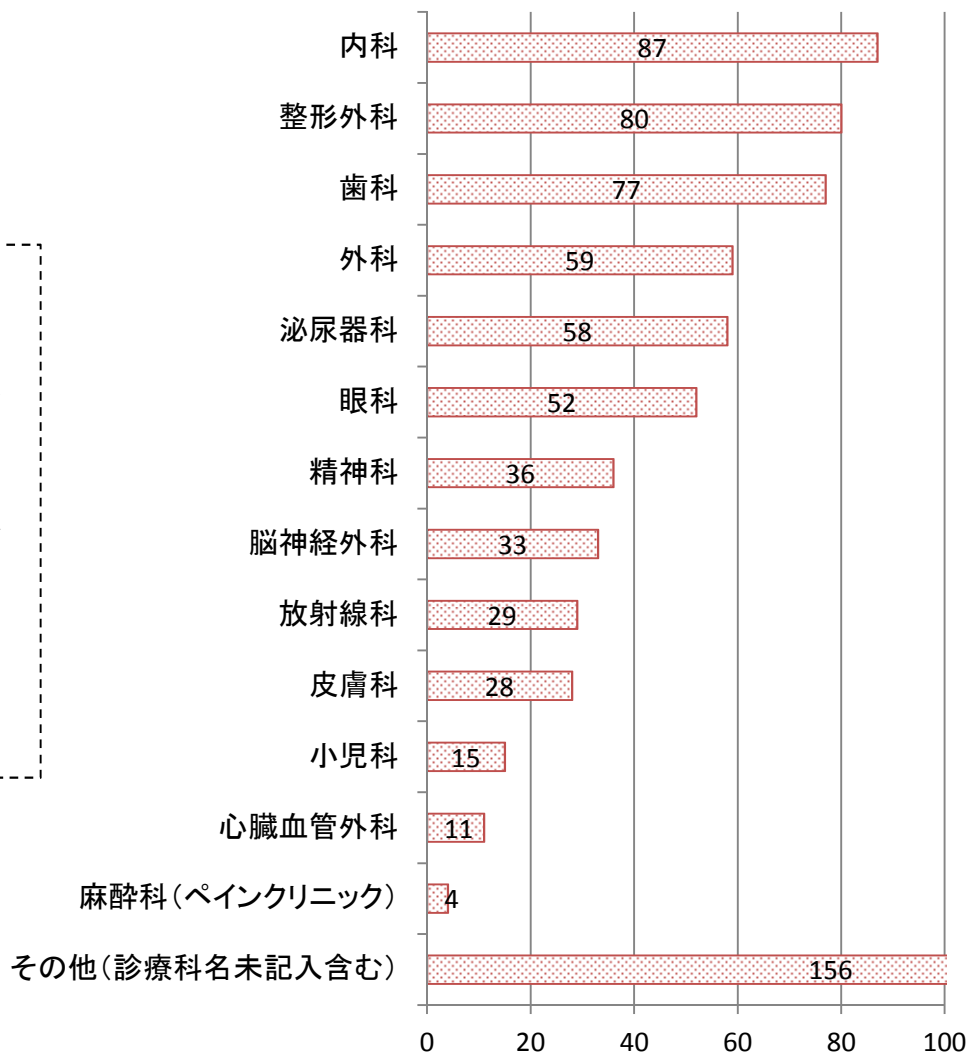


■ 専門外の急性疾患の治療のため ■ 専門外の慢性疾患の治療のため ■ 症状の原因精査のため ■ その他

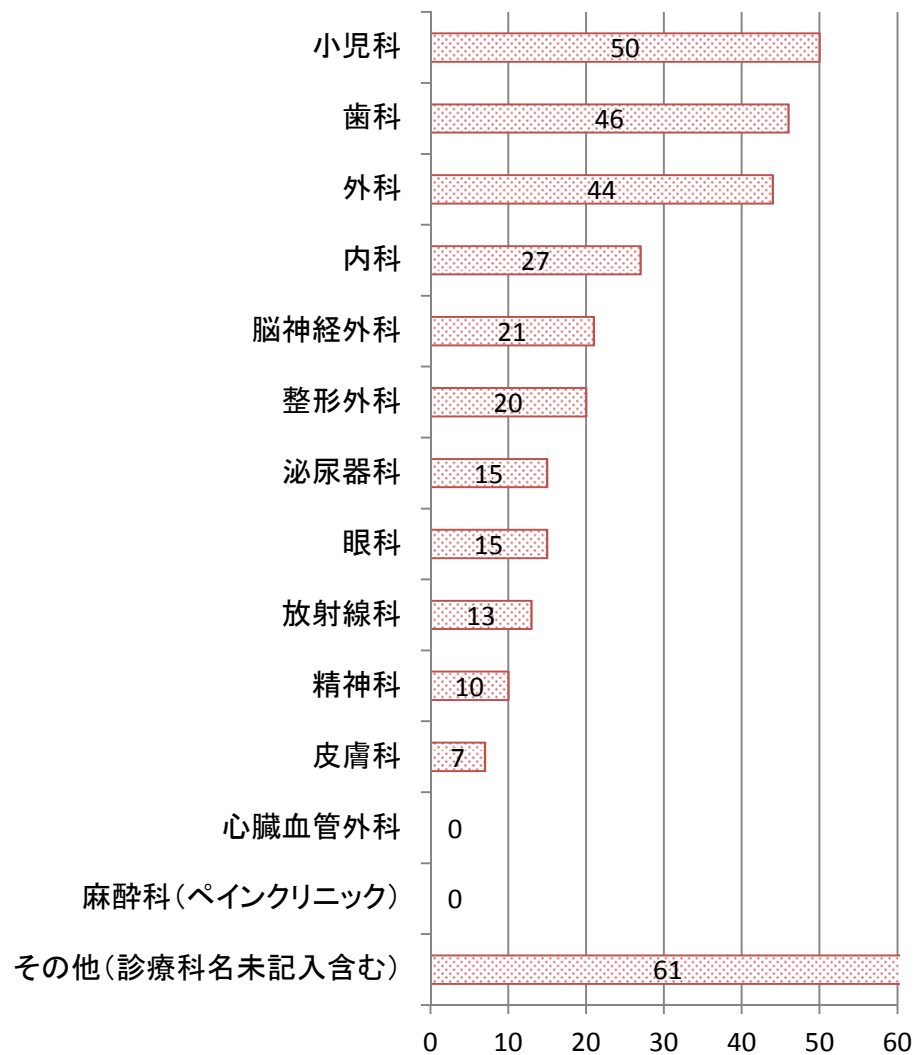
入院病棟の診療科と他医療機関で受診した診療科

入院病棟の診療科

<内科>



<小児科>



他医療機関で受診した診療科

※入院している病棟に複数の診療科がある場合は、同一患者が重複計上されている。

出典：平成26年度入院医療等の調査(病棟調査・入院患者調査)