

入院医療(その5)

平成27年10月28日

1. 地域包括ケア病棟について

2. 慢性期入院医療について

3. 退院支援に係る取組について

4. 入院中の他医療機関の受診について

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

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

[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つては、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)

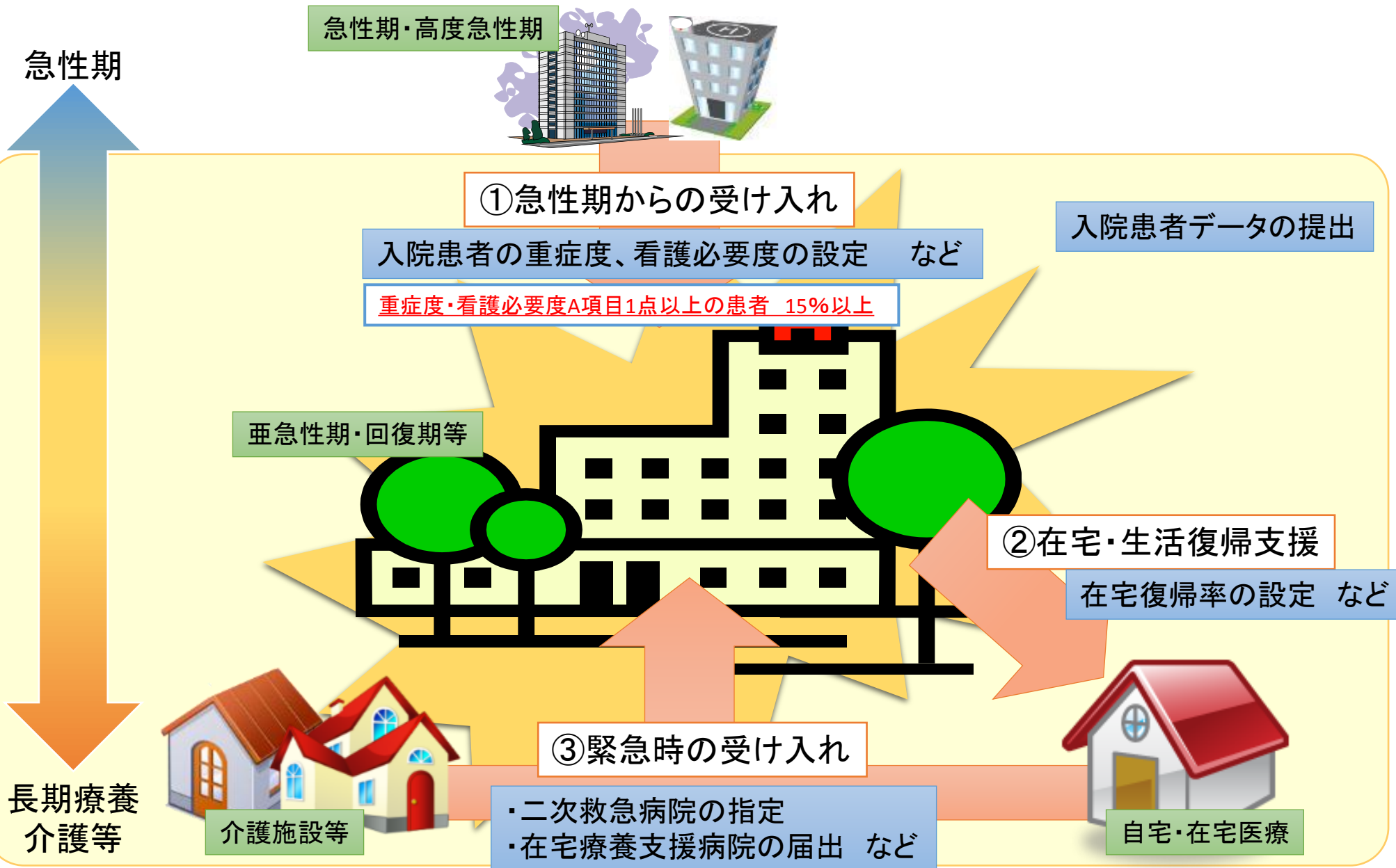
看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

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

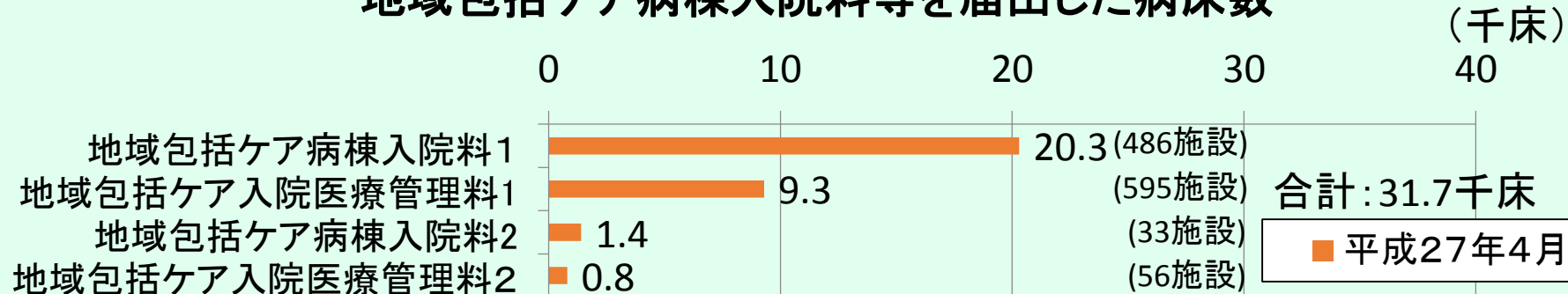
参考：地域包括ケア病棟の主な役割（イメージ）

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。

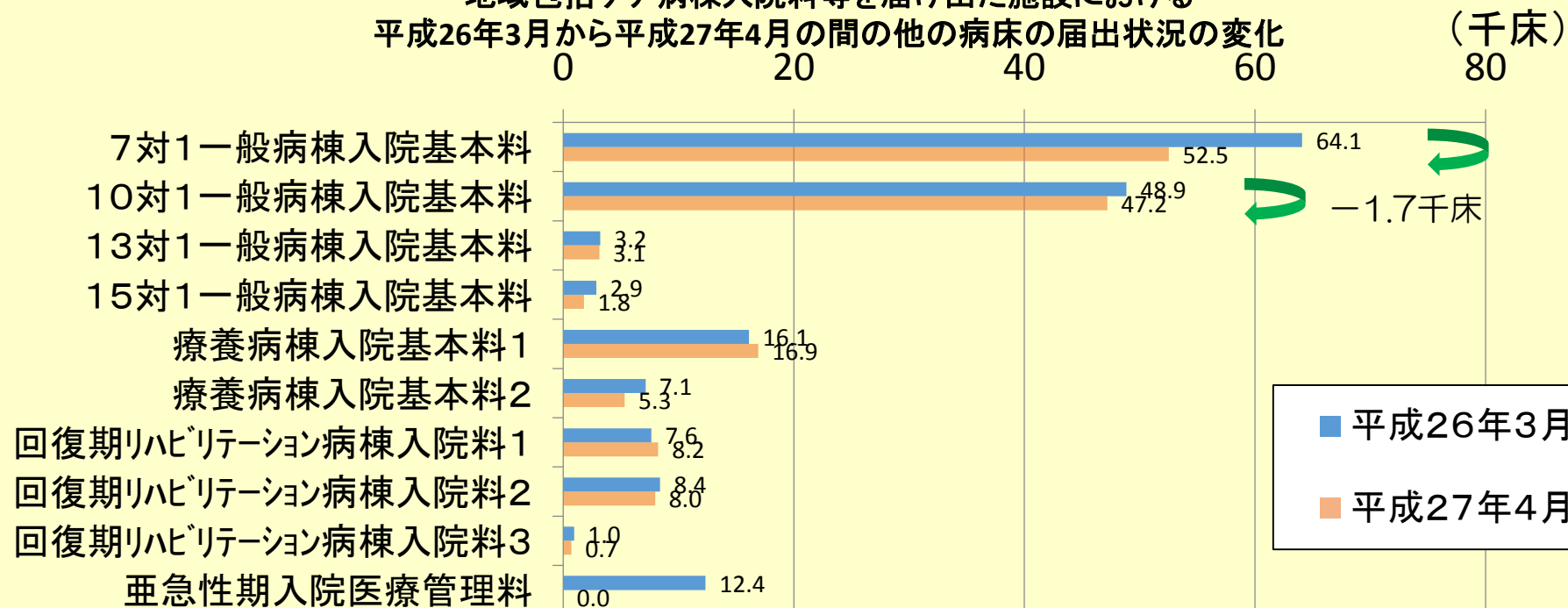


地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設数における他の届出状況

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

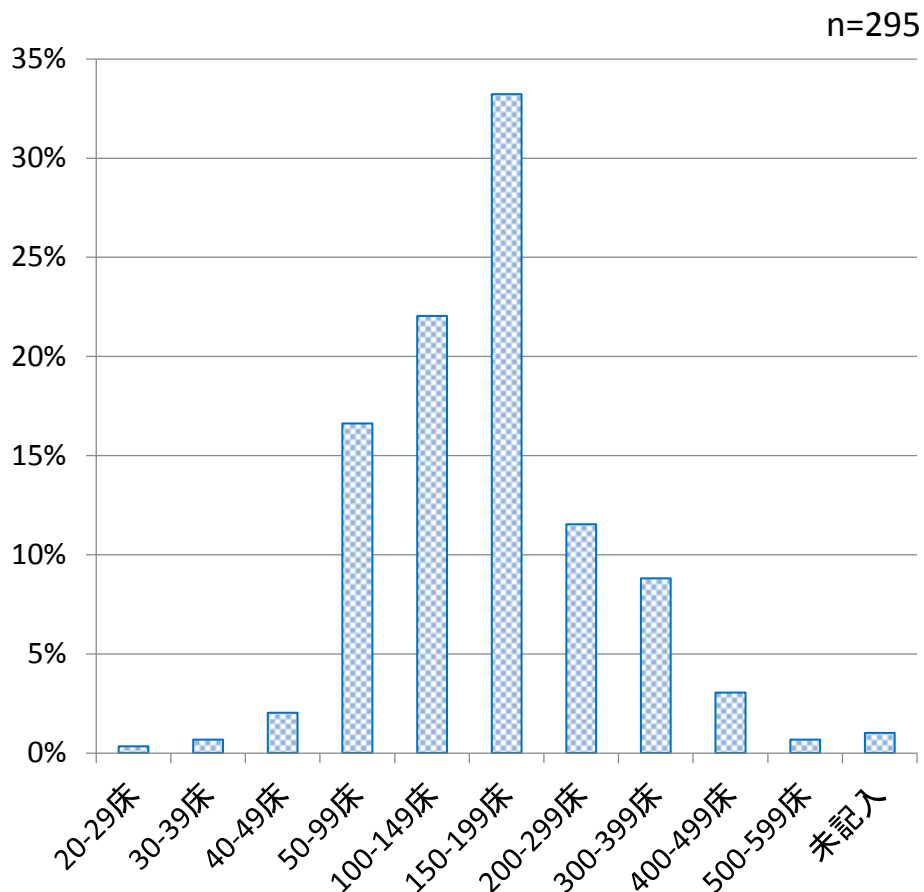


出典：平成26年3月末及び27年4月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

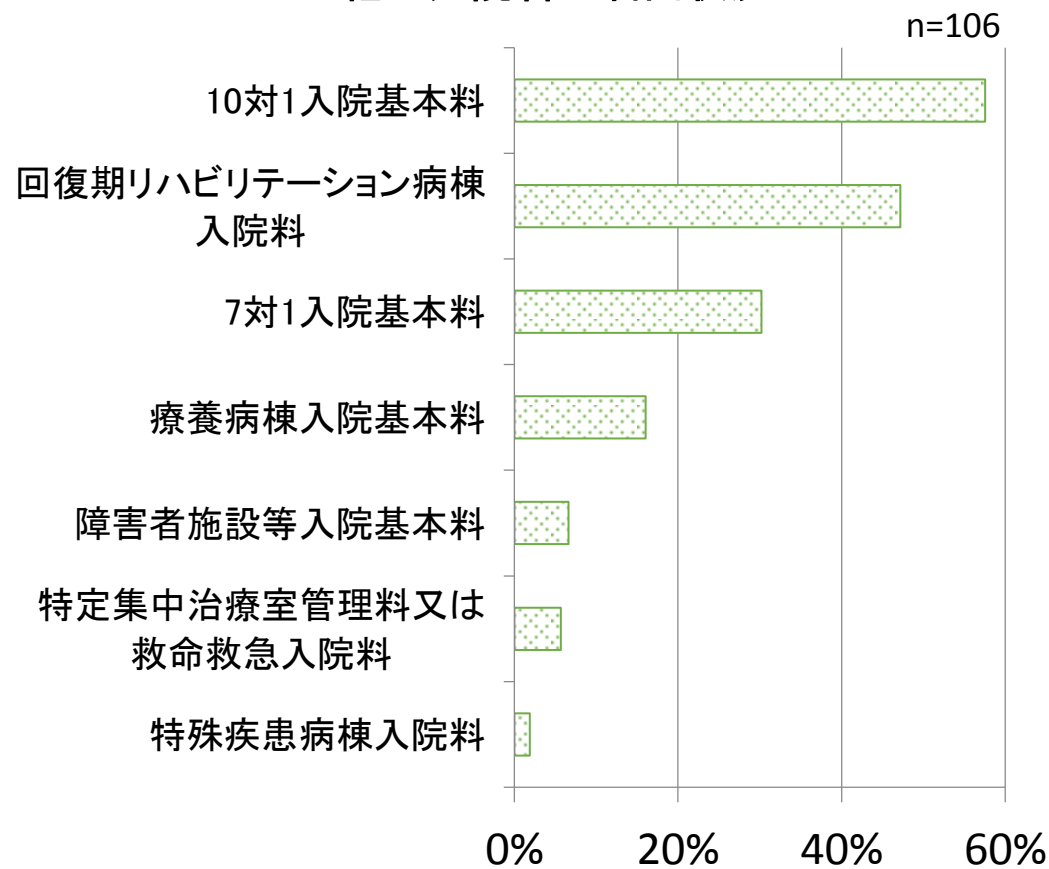
地域包括ケア病棟届出医療機関の特徴

- 届出を行った医療機関の病床規模については、100～200床の医療機関が過半数を占める一方、200床以上の医療機関も一定程度存在している。
- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出医療機関では、10対1入院基本料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している場合が多い。

<届出医療機関の病床数>



<他の入院料の届出状況>

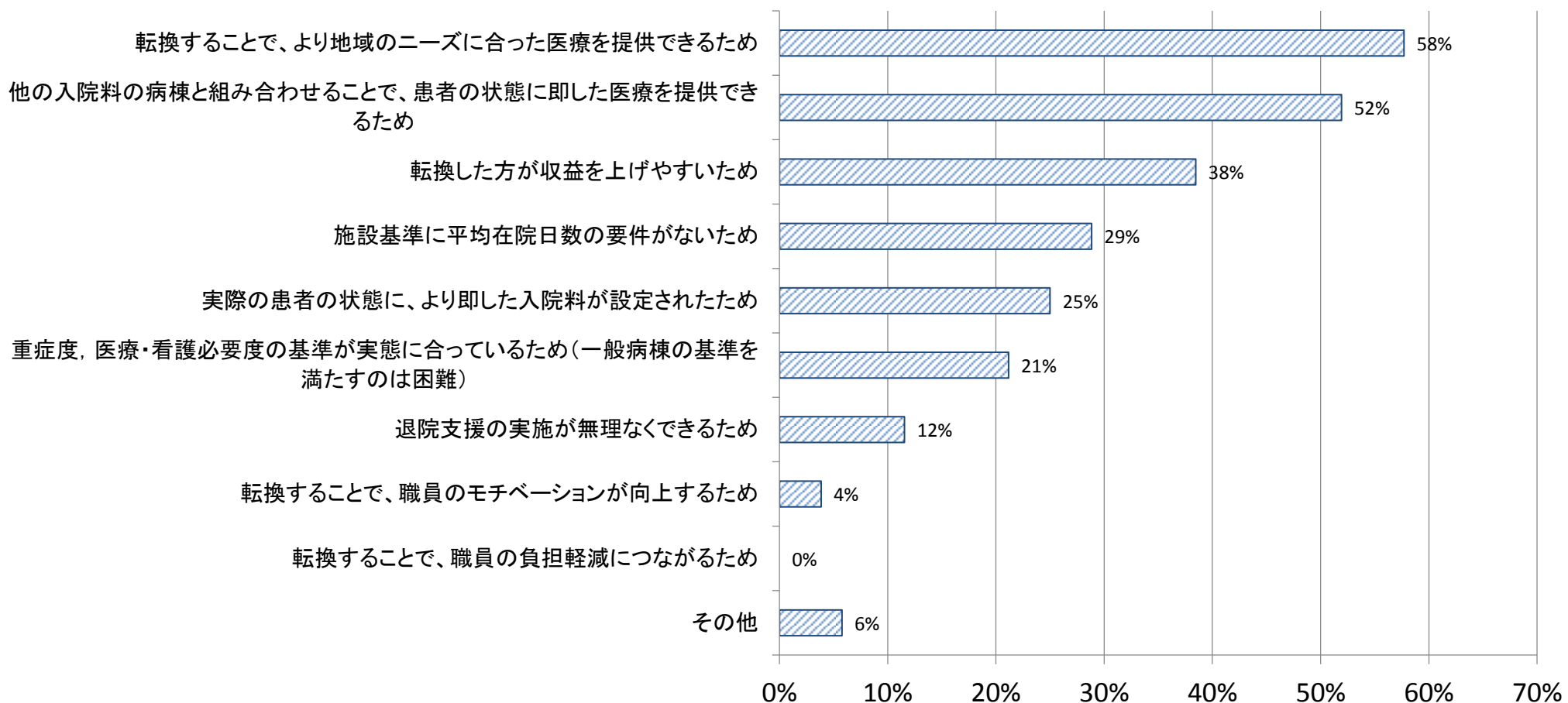


地域包括ケア病棟へ転換した理由

- 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



病床規模別の入院料の届出状況①

中医協 総 - 5
27.6.10

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)や回復期リハビリテーション病棟入院料の届出は、一般病棟の規模が中～小規模の病院で多くみられた。

7対1入院基本料※届出医療機関における入院料の届出状況

一般病棟 の規模※	施設数		特定集中治療室管理料 又は救命救急入院料		地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料)又は 亜急性期入院医療管理料		回復期リハビリテー ション病棟入院料		療養病棟入院基本料	
	H26.3	H27.4	H26.3	H27.4	H26.3 (亜急性期)	H27.4 (地域包括ケア)	H26.3	H27.4	H26.3	H27.4
特定機能 病院	約90	約90	99%	99%	0%	—	4%	2%	0%	0%
500床以上	約120	約120	93%	95%	9%	3%	8%	7%	3%	3%
200～499床	約700	約690	55%	54%	22%	13%	12%	14%	9%	8%
199床以下	約900	約740	9%	9%	35%	33%	27%	31%	22%	21%

※一般病棟入院基本料の他、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を含む。

出典：保険局医療課調べ(平成27年4月時点で各地方厚生局の有する届出情報を取りまとめて集計(病床数の増減が微少なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要)

病床規模別の入院料の届出状況②

中医協 総 - 5
27.6.10

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)や回復期リハビリテーション病棟入院料の届出は、一般病棟の規模が中～小規模の医療機関で多くみられた。

10対1入院基本料※届出医療機関における入院料の届出状況

一般病棟 の規模※	施設数		特定集中治療室管理料 又は救命救急入院料		地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料)又は 亜急性期入院医療管理料		回復期リハビリテー ション病棟入院料		療養病棟入院基本料	
	H26.3	H27.4	H26.3	H27.4	H26.3 (亜急性期)	H27.4 (地域包括ケア)	H26.3	H27.4	H26.3	H27.4
500床以上 (特定機能 病院含む)	約10	約10	88%	86%	0%	0%	13%	14%	0%	0%
200～499床	約150	約130	31%	23%	35%	13%	16%	19%	10%	9%
199床以下	約1890	約2040	1%	1%	35%	31%	19%	21%	42%	39%

※一般病棟入院基本料の他、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を含む。

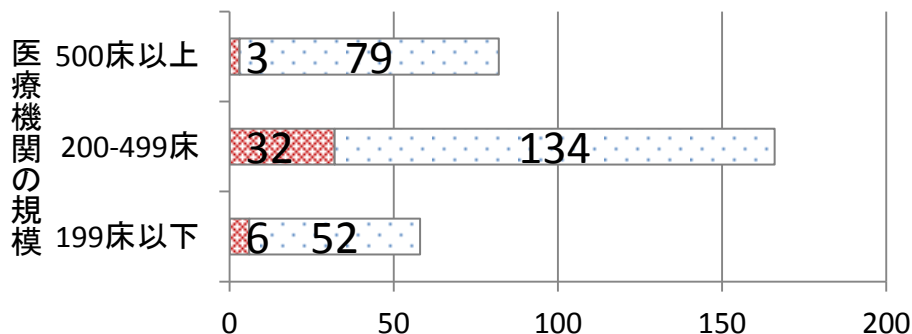
地域包括ケア病棟にかかる今後の届出等の意向について

- 地域包括ケア病棟の新たな届出及び増床の意向は、10対1病棟を持つ比較的小規模の医療機関において高く、7対1病棟を持つ医療機関では比較的少なかった。

7対1病棟を持つ医療機関

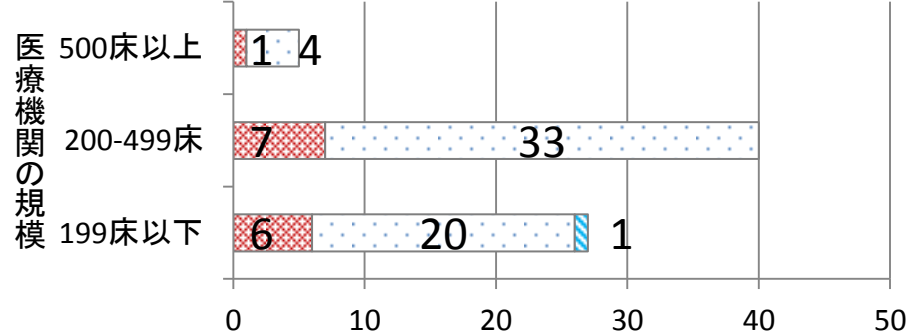
～地域包括ケア病棟がない場合～

■ 新たに届出したい □ 届出の意向はない



～地域包括ケア病棟がある場合～

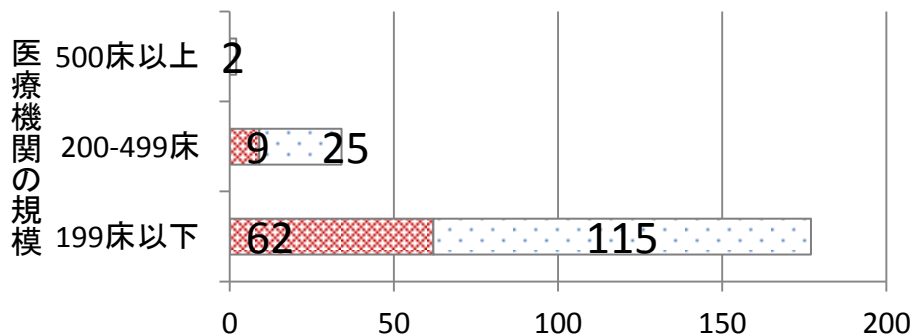
■ 増やしたい □ 現状を維持したい ■ 減らしたい



10対1病棟を持つ医療機関

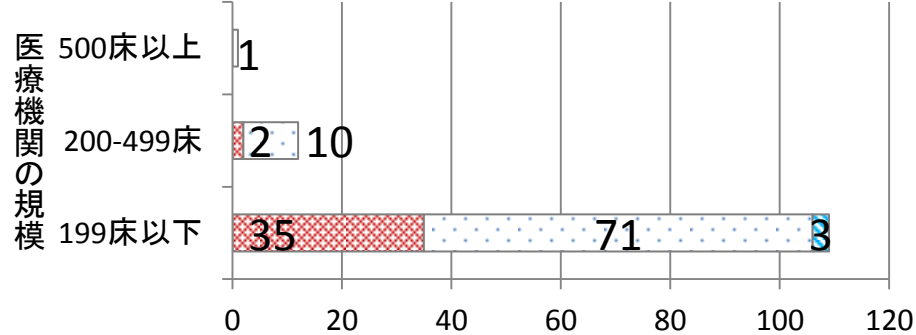
～地域包括ケア病棟がない場合～

■ 新たに届出したい □ 届出の意向はない



～地域包括ケア病棟がある場合～

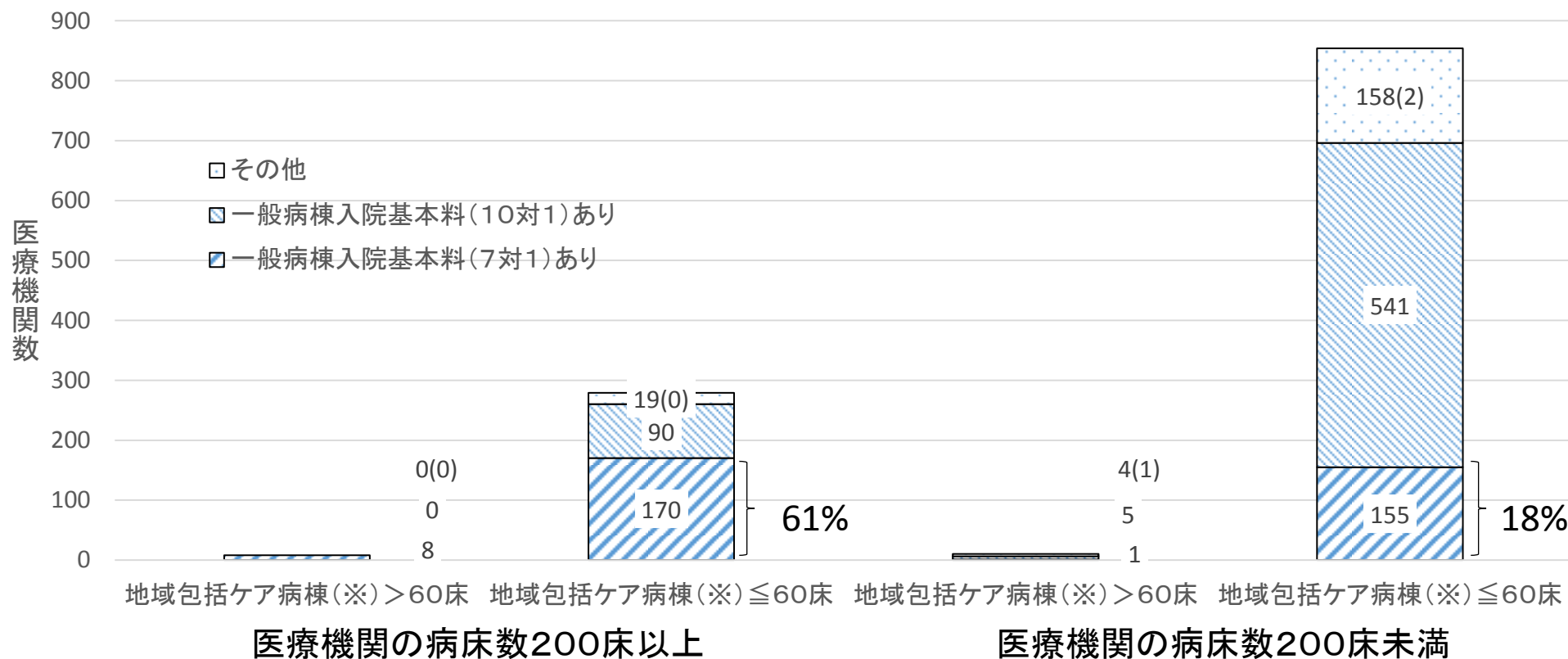
■ 増やしたい □ 現状を維持したい ■ 減らしたい



地域包括ケア病棟届出医療機関の特徴

- 地域包括ケア病棟が60床を越える医療機関は、18医療機関である。
- 地域包括ケア病棟の施設基準を届け出た医療機関のうち、200床以上の病院では、一般病棟入院基本料(7対1)を有する割合が高かった。

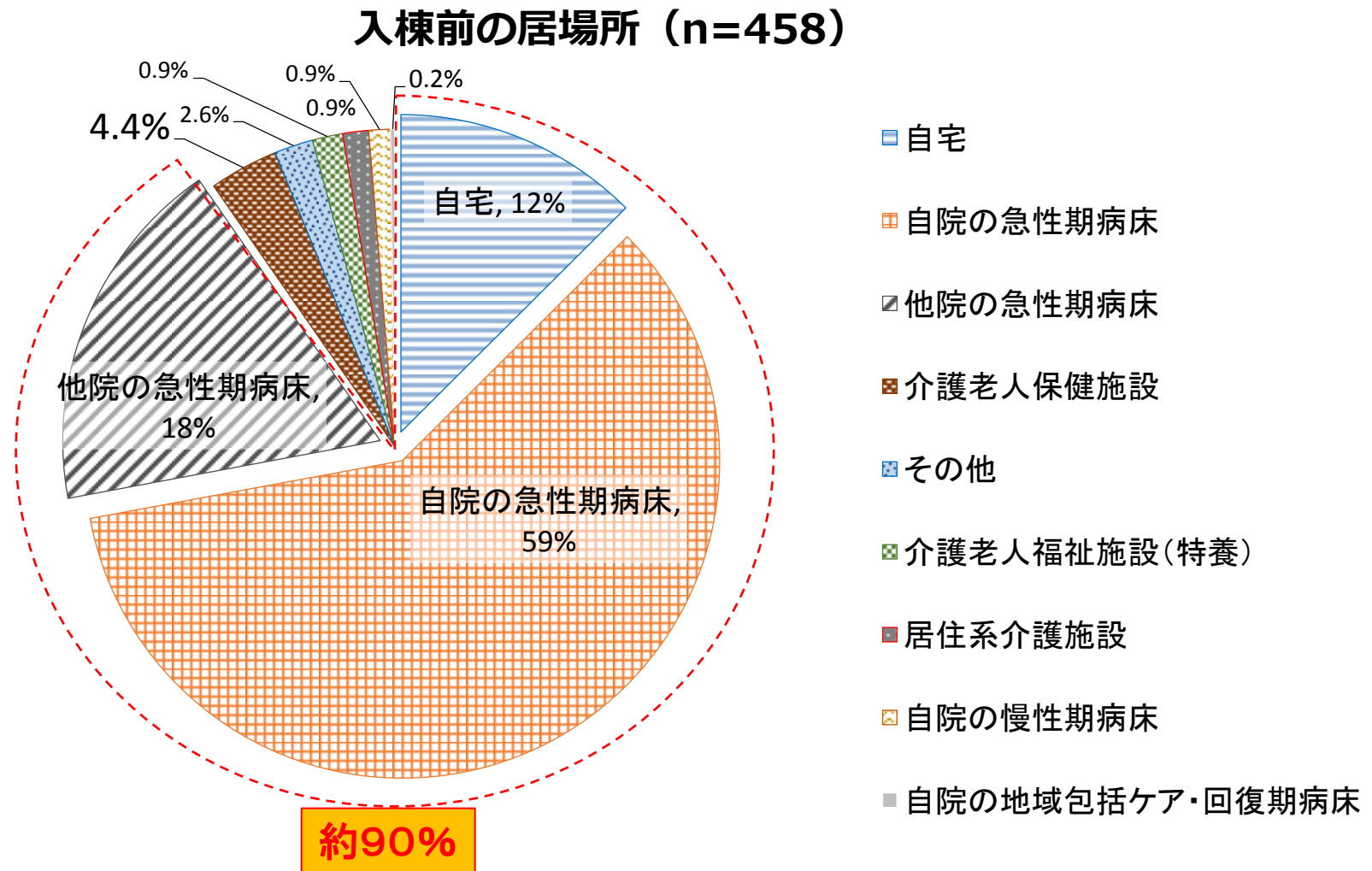
地域包括ケア病棟を有する医療機関の内訳



※地域包括ケア病棟の病床数には、入院医療管理料1及び2を含まない

※括弧内はうち地域包括ケア病棟のみの医療機関数(介護療養病床を有する場合を含む)

- 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。

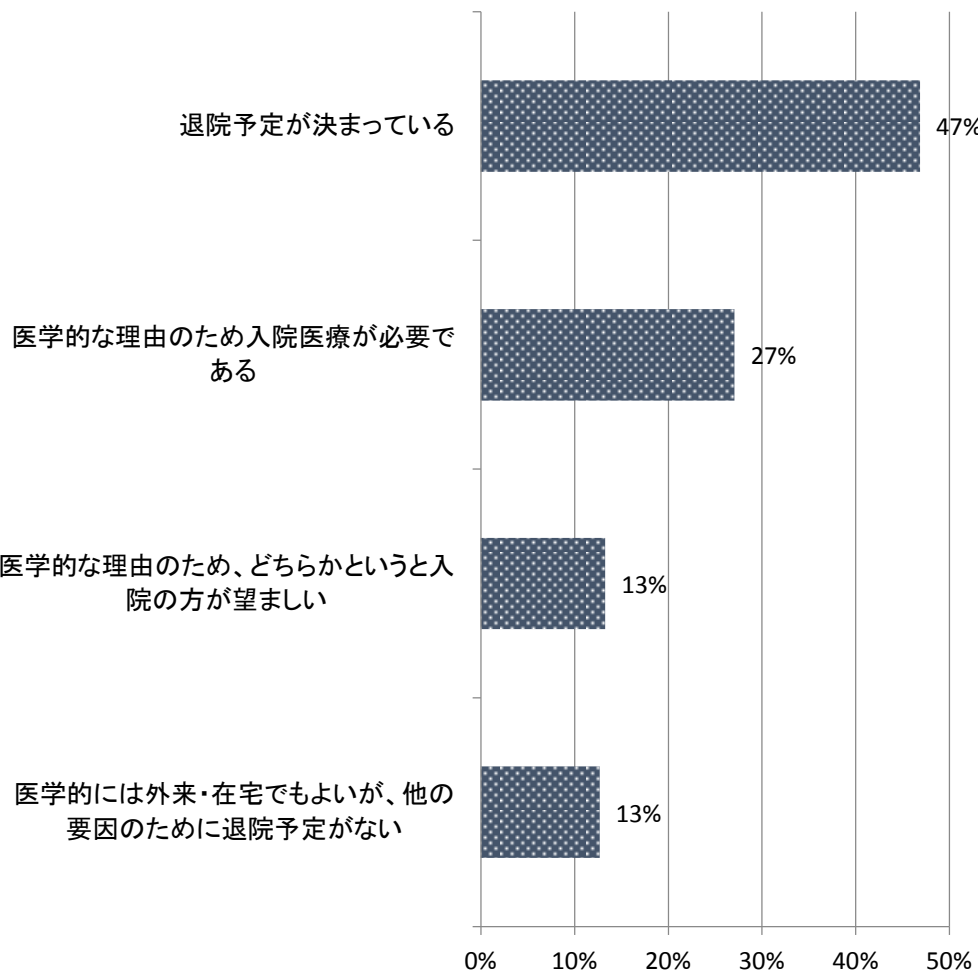


入院継続の理由と退院へ向けた目標

○ 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。

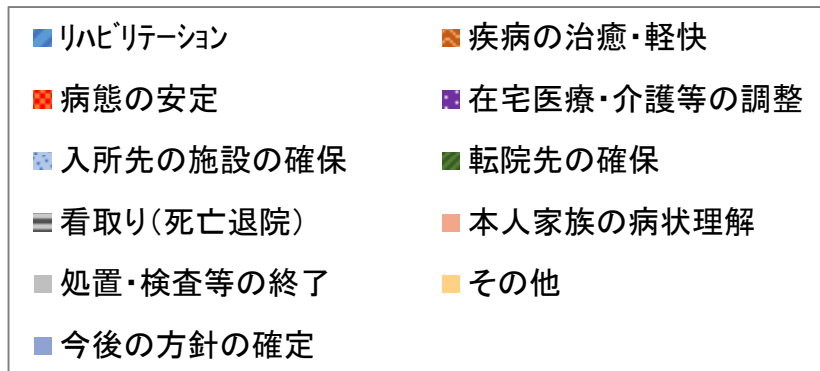
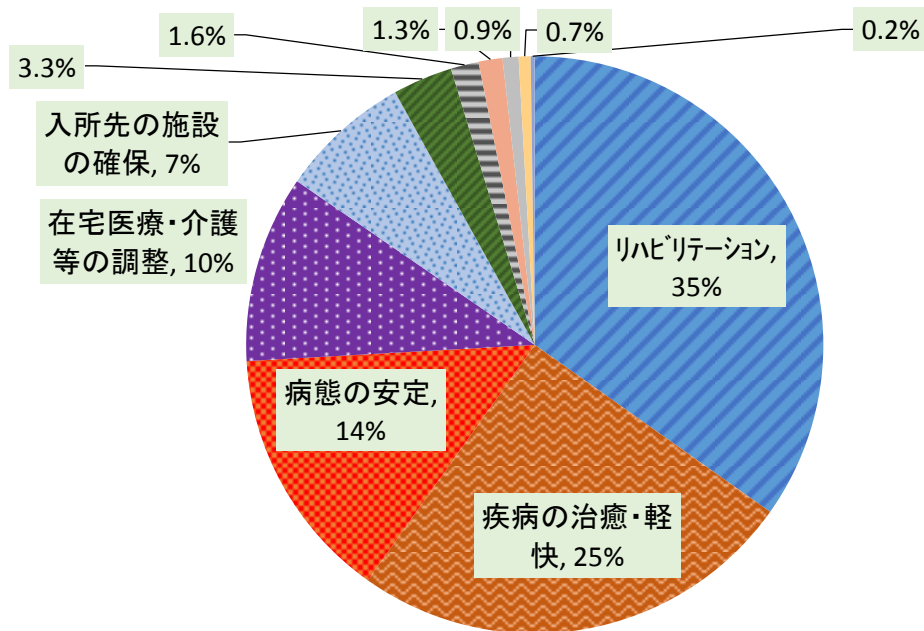
＜入院継続の理由等＞

n=458



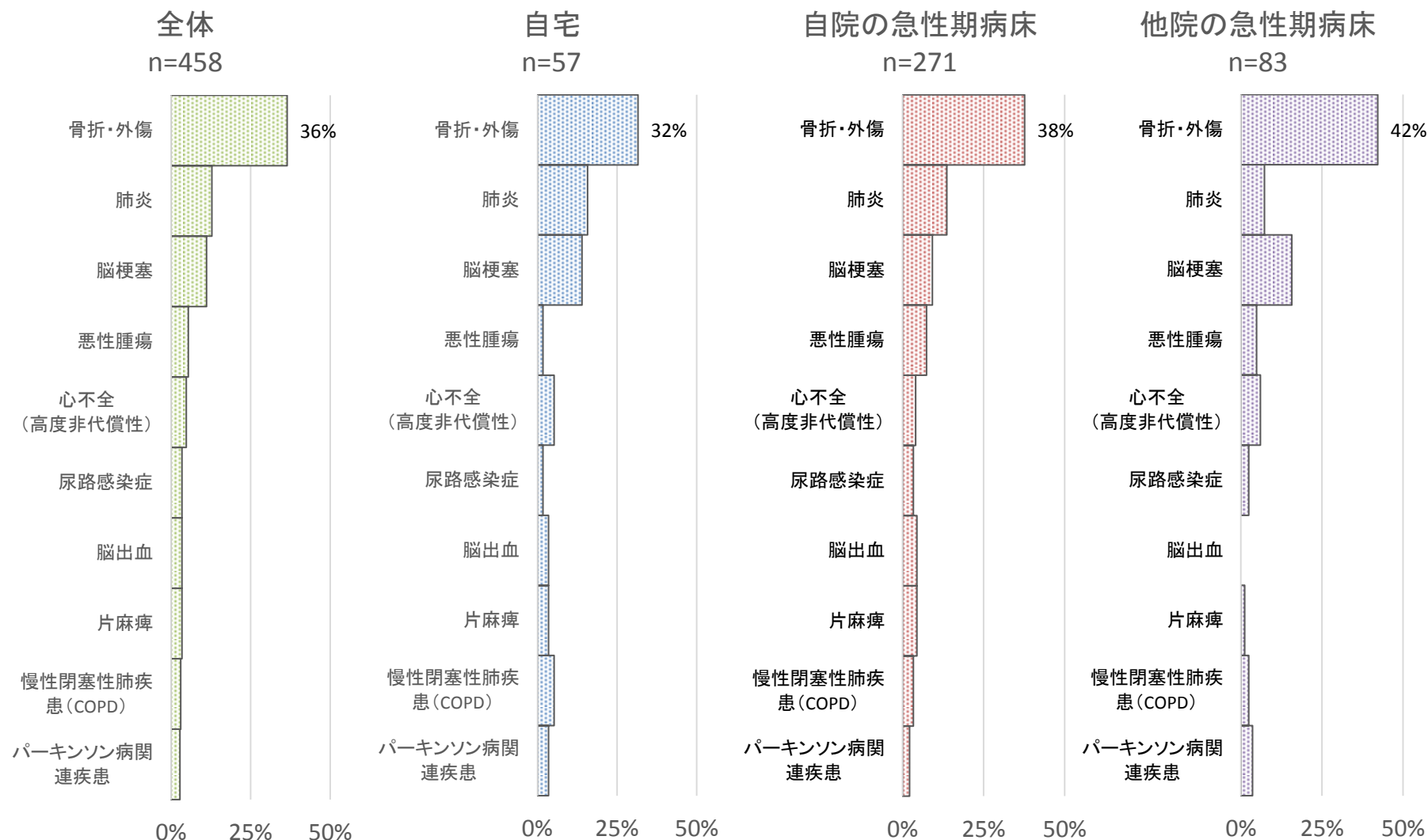
＜退院へ向けた目標＞

n=448



地域包括ケア病棟入院患者の疾患（入棟前の居場所別）

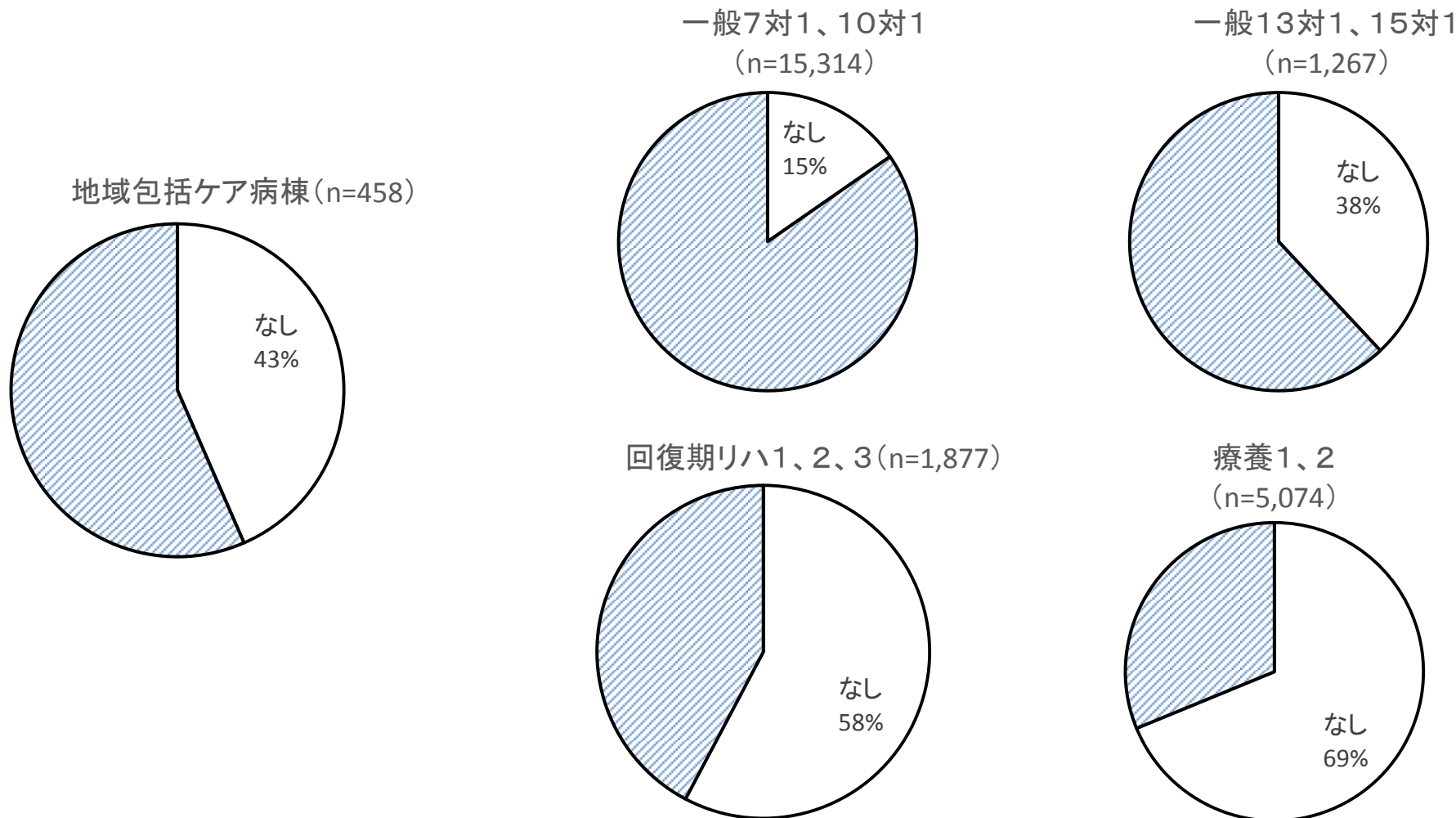
○ 地域包括ケア病棟の疾患は、骨折・外傷、肺炎、脳梗塞が多く、この傾向は入棟前の居場所別にみても同様だった。



検査等の実施状況(他の病棟区分との比較)

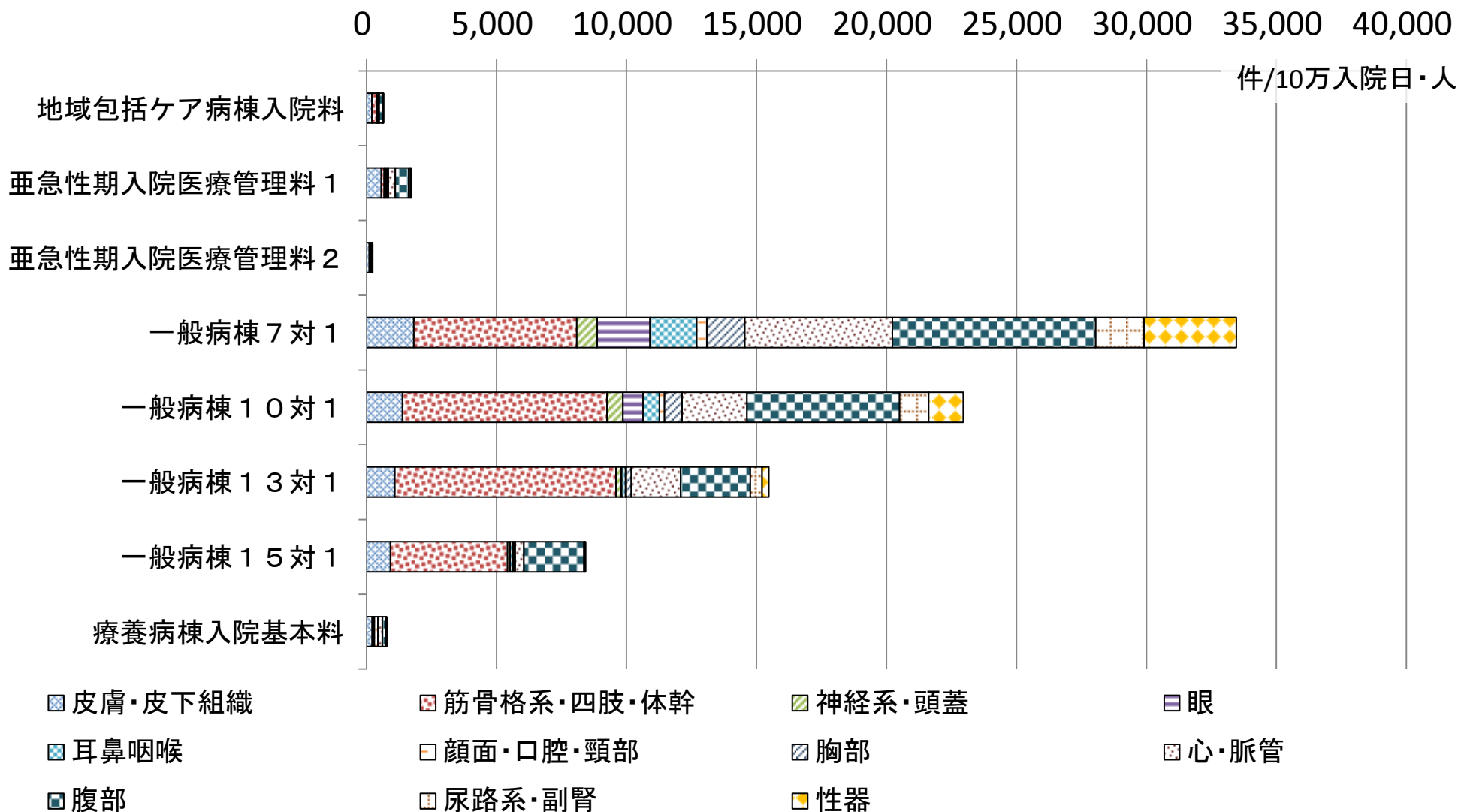
- 地域包括ケア病棟の患者の4割強は、過去7日間に検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIのいずれも受けていなかった。

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



地域包括ケア病棟等で実施された手術

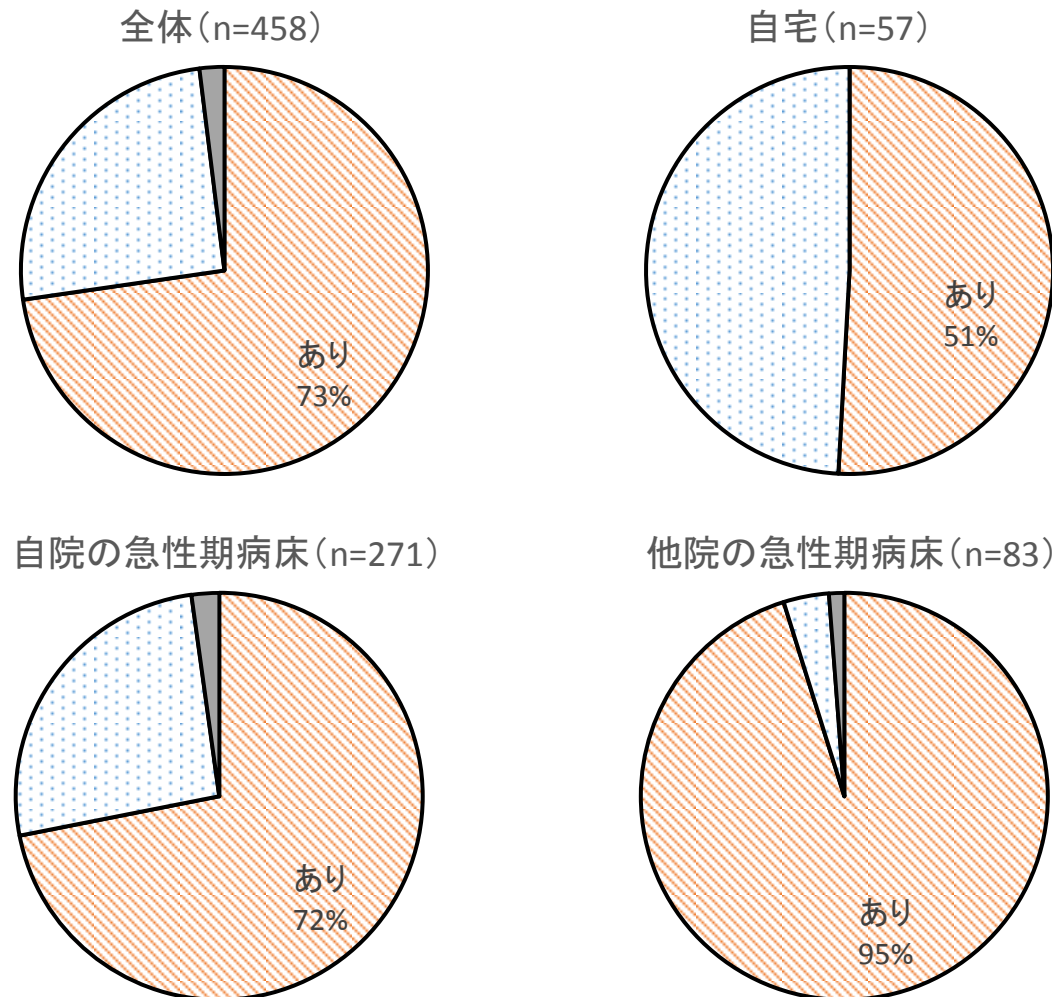
○ 地域包括ケア病棟で行われた手術の件数は、亜急性期1、2、療養病棟で行われた手術の件数と同程度であり、一般病棟のものよりも少なかった。



個別リハビリテーションの実施状況(入棟前の居場所別)①

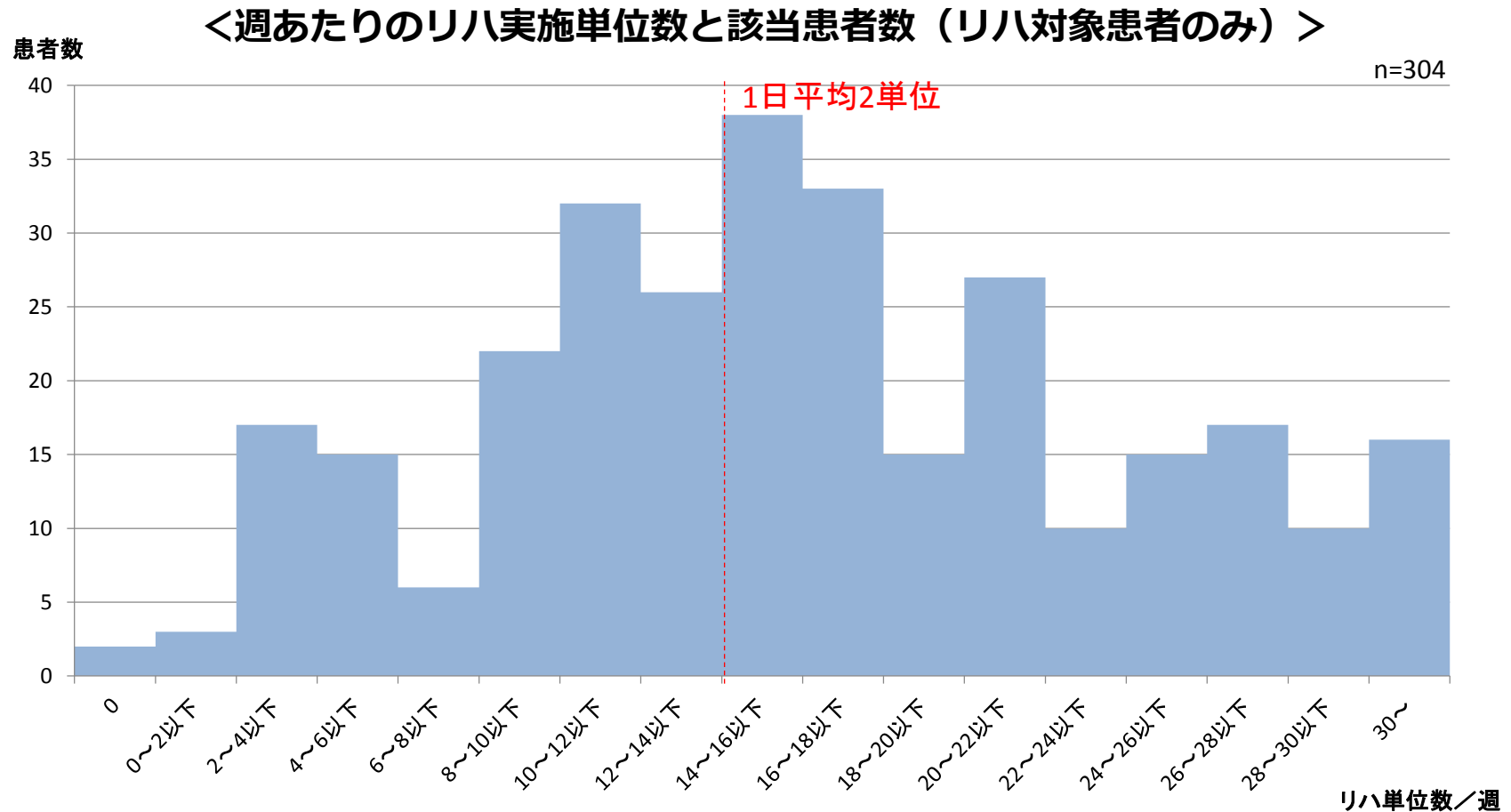
- 地域包括ケア病棟の患者の7割は個別リハビリテーションを受けていた。
- 自院・他院の急性期病床から転棟した患者において、個別リハビリテーションを受ける割合が高い傾向にあった。

個別リハビリテーションを受けている患者の割合



地域包括ケア病棟におけるリハビリ実施状況

- リハビリ対象患者に対するリハビリ提供単位数は、施設基準の要件となっている1日平均2単位を中心に幅広い分布を示していた。



地域包括ケア病棟における患者の流れ

- 地域包括ケア病棟の入院患者は、自宅や自院・他院の急性期病床から入棟し、自宅や介護老人保健施設に退院している割合が高い。

【入棟元】

		患者割合 (n=99)
自宅		15%
自院	急性期病床	62%
	地域包括ケア・回復期病床	0%
	慢性期病床	3%
他院	急性期病床	11%
	地域包括ケア・回復期病床	0%
	慢性期病床	0%
介護保険施設	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	5%
	介護老人福祉施設	1%
高齢者向け居住施設		1%
障害者支援施設		1%
その他		1%

地域包括ケア病棟

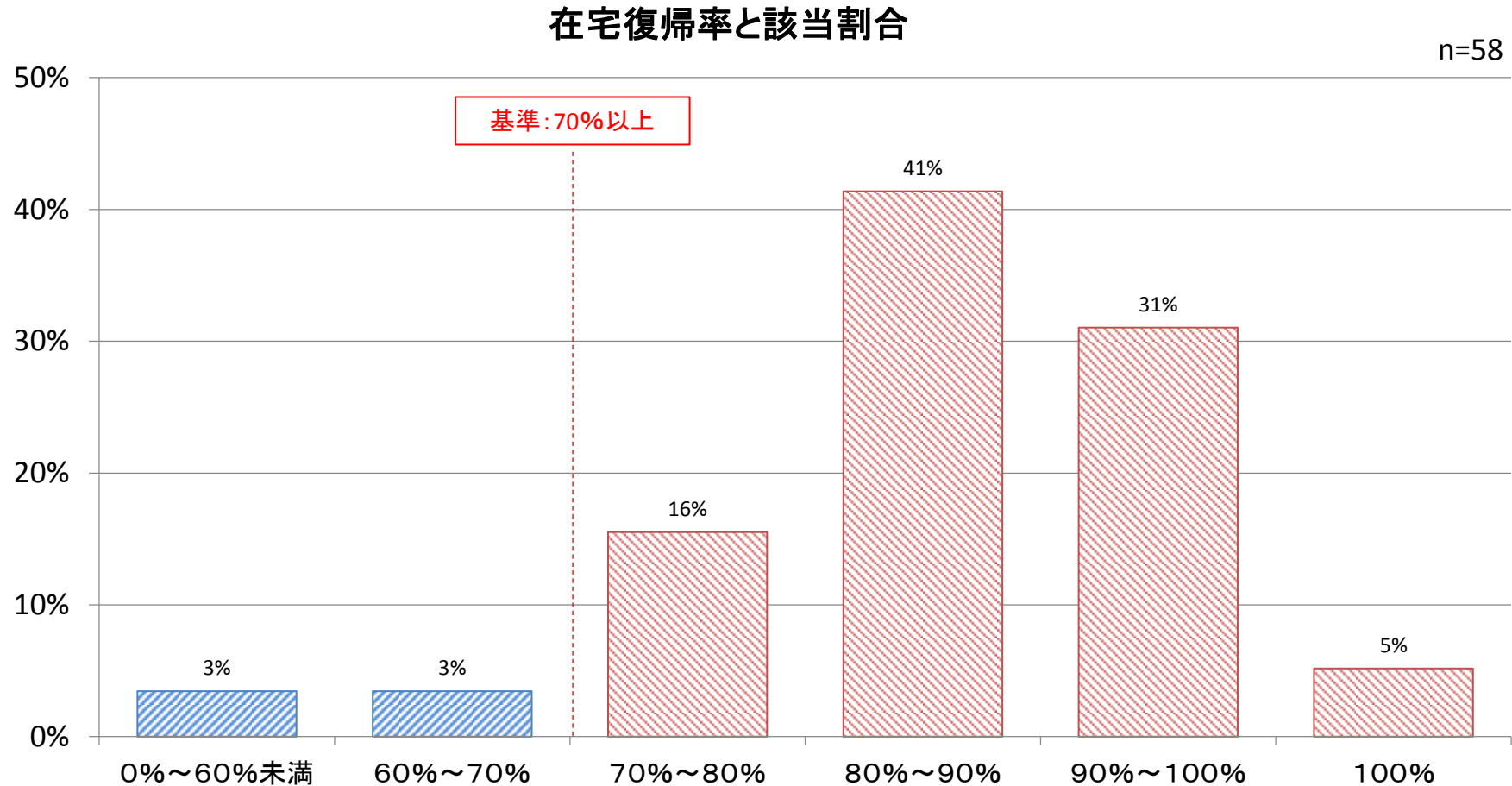
【退棟先】

		患者割合 (n=99)
自宅		69%
自院	一般病床	0%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%
	療養病床	1%
	うち在宅復帰機能強化加算+	0%
	その他の病床	0%
他院	一般病床	3%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	3%
	療養病床	1%
	うち在宅復帰機能強化加算+	0%
	その他の病床	0%
有床診療所		0%
介護保険施設	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	8%
	うち在宅復帰加算等+	6%
	介護老人福祉施設	3%
居住系介護施設(グループホーム等)		6%
障害者支援施設		1%
死亡退院		4%
その他		1%

地域包括ケア病棟における在宅復帰率

中医協 総-5
27.6.10

- 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。



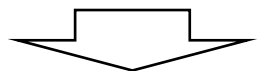
地域包括ケア病棟入院料の包括範囲

	地域包括ケア病棟入院料	一般病棟入院基本料	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	○	×	○	○	○	○	×

地域包括ケア病棟入院料に関する課題と論点

【課題】

- 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。創設以後、地域包括ケア病棟の病棟数、病床数は、一般病棟(7対1、10対1)や、亜急性期入院医療管理料からの転換を受け、増加の傾向にある。
- 地域包括ケア病棟(病床)の届出は、一般病棟の規模が中～小規模の病院で多く、大規模な病院からの地域包括ケア病棟の届出は少ない。また、地域包括ケア病棟を60床以上有する病院は、19か所であった。
- 地域包括ケア病棟では、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入院患者は自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。
- 骨折・外傷に対するリハビリテーションを目的に入院している患者が特に多く、手術等の実施は少なく、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ている。
- 個別リハビリテーションの実施は、平均としては、施設基準に定められ、入院料に包括された1人1日2単位をやや超える程度であった。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。



【論点】

- 地域包括ケア病棟に求められる役割や、実際の医療提供の状況、入院基本料をはじめとする他の病棟との関係を踏まえ、平成26年度診療報酬改定で設定された地域包括ケア病棟の包括範囲など、その評価体系を継続することについて、どう考えるか。

1. 地域包括ケア病棟について

2. 慢性期入院医療について

3. 退院支援に係る取組について

4. 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)	

慢性期入院医療に関する論点①

○ 療養病棟における患者像に応じた評価についてどう考えるか。

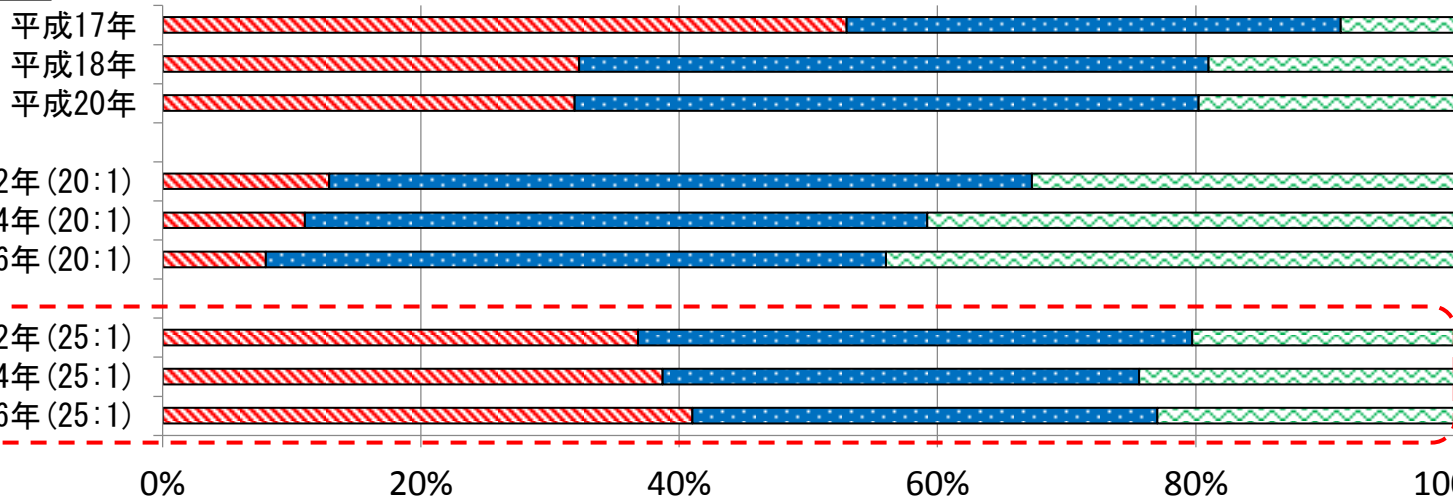
- 療養病棟入院基本料2における密度の高い医療を要する患者の受け入れのあり方についてどう考えるか。
- 医療区分のよりきめ細かな評価についてどう考えるか。

医療区分の年次推移

○ 療養病棟入院基本料2の届出病棟では、医療区分1の患者の割合が増加する傾向にあり、入院患者の約4割を占めている。

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%)

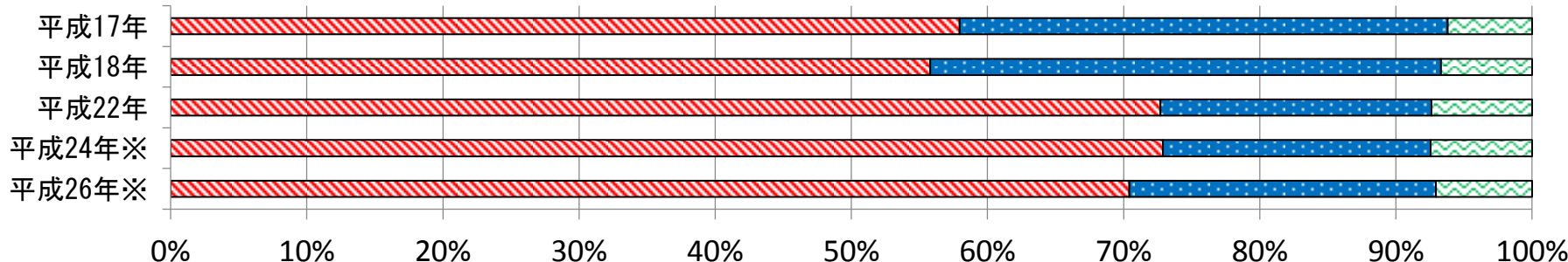
療養1

平成22年 (20:1)
平成24年 (20:1)
平成26年 (20:1)

療養2

平成22年 (25:1)
平成24年 (25:1)
平成26年 (25:1)

(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。

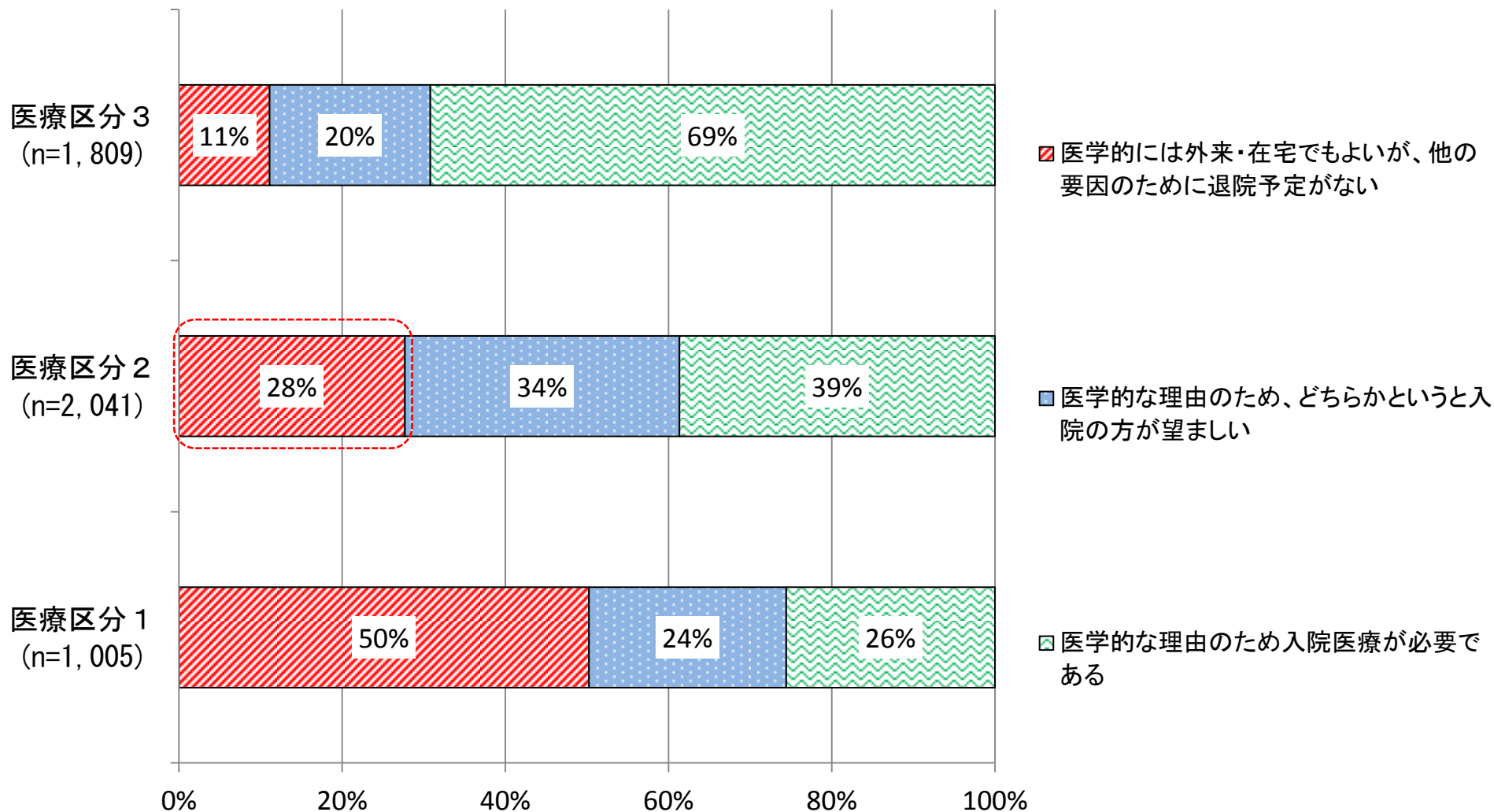
平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

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

医療区分ごとの入院継続の理由

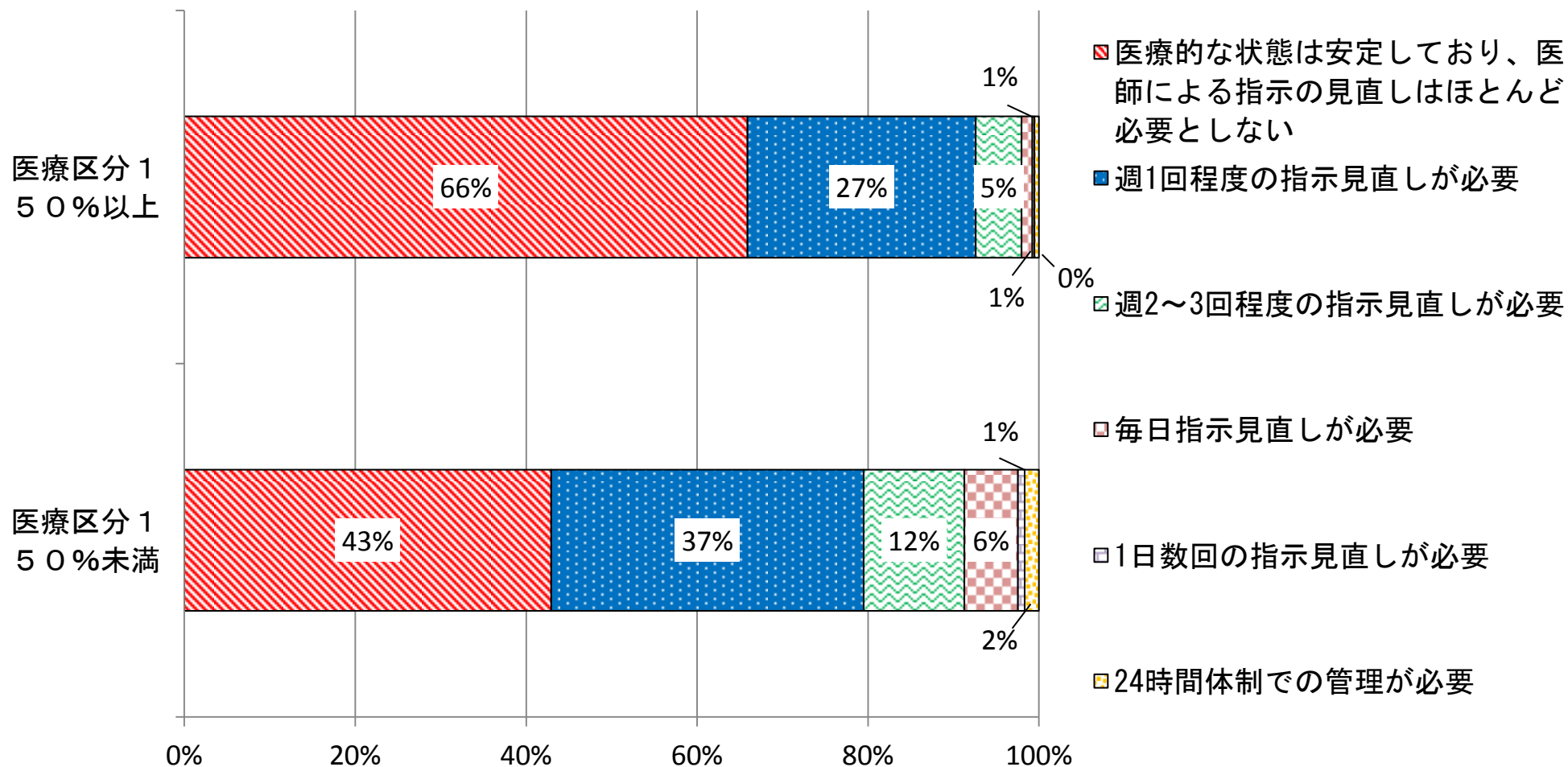
○ 医療区分が低くなるにつれ、医学的な理由で入院医療が必要な患者の割合は少なくなる傾向がみられ、医療区分2では約30%の患者が、医学的に外来・在宅でもよいと考えられる状態であった。



医療区分1の割合が高い病棟の患者像①

○ 医療区分1の患者の割合が高い病棟では、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より高い傾向がある。

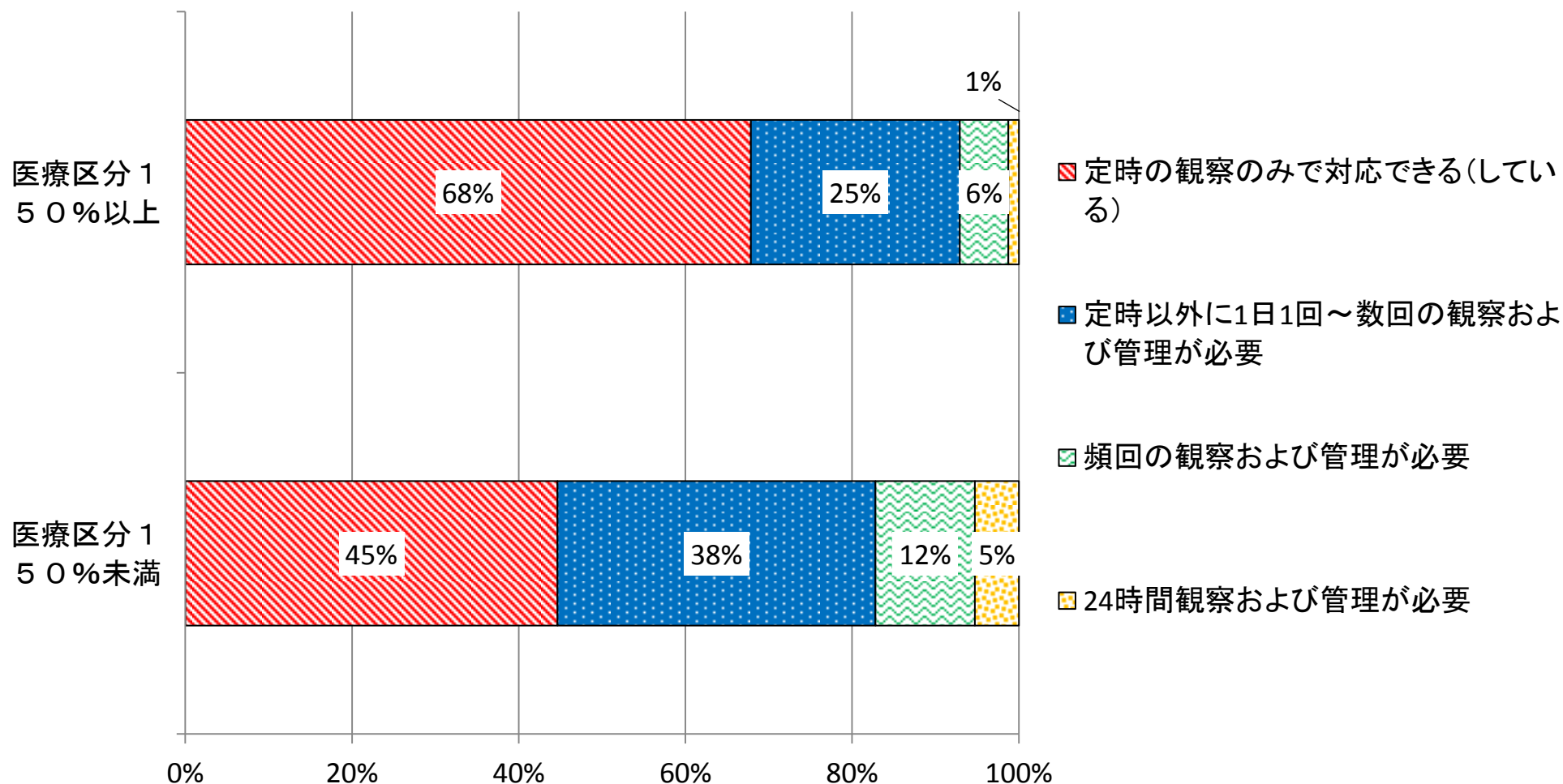
<医師による指示の見直しの頻度>



医療区分1の割合が高い病棟の患者像②

- 医療区分1の患者の割合が高い病棟では、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より高い傾向がある。

<看護師による観察及び管理の頻度>



入院医療等の調査・評価分科会における検討結果の概要①

～療養病棟入院基本料2について～

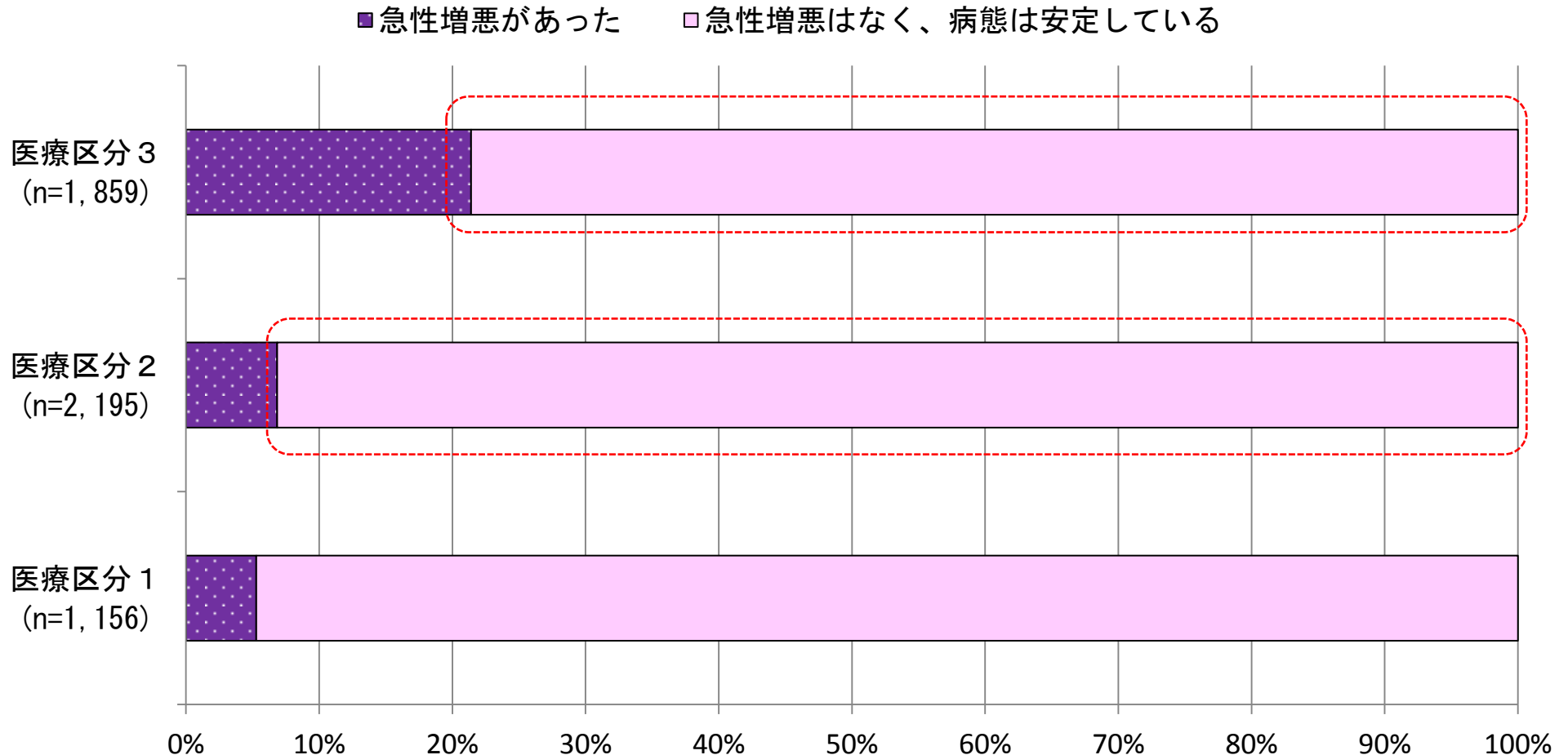
- 医療区分1の患者が多い病棟では、医師による指示の見直しや看護師による観察の頻度等が少ない患者が多くみられた。
- 医療療養病床においては、看護師の配置や入院単価が介護療養病床より高いことから、医療の必要性の高い患者がより多く入院していることが期待されている。
- 療養病棟入院基本料1については、医療区分2又は3の患者を8割以上受け入れていることが要件になっているが、療養病棟入院基本料2についてはこのような要件はなく、近年、医療区分1の患者が増加している傾向がみられる。



- 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。

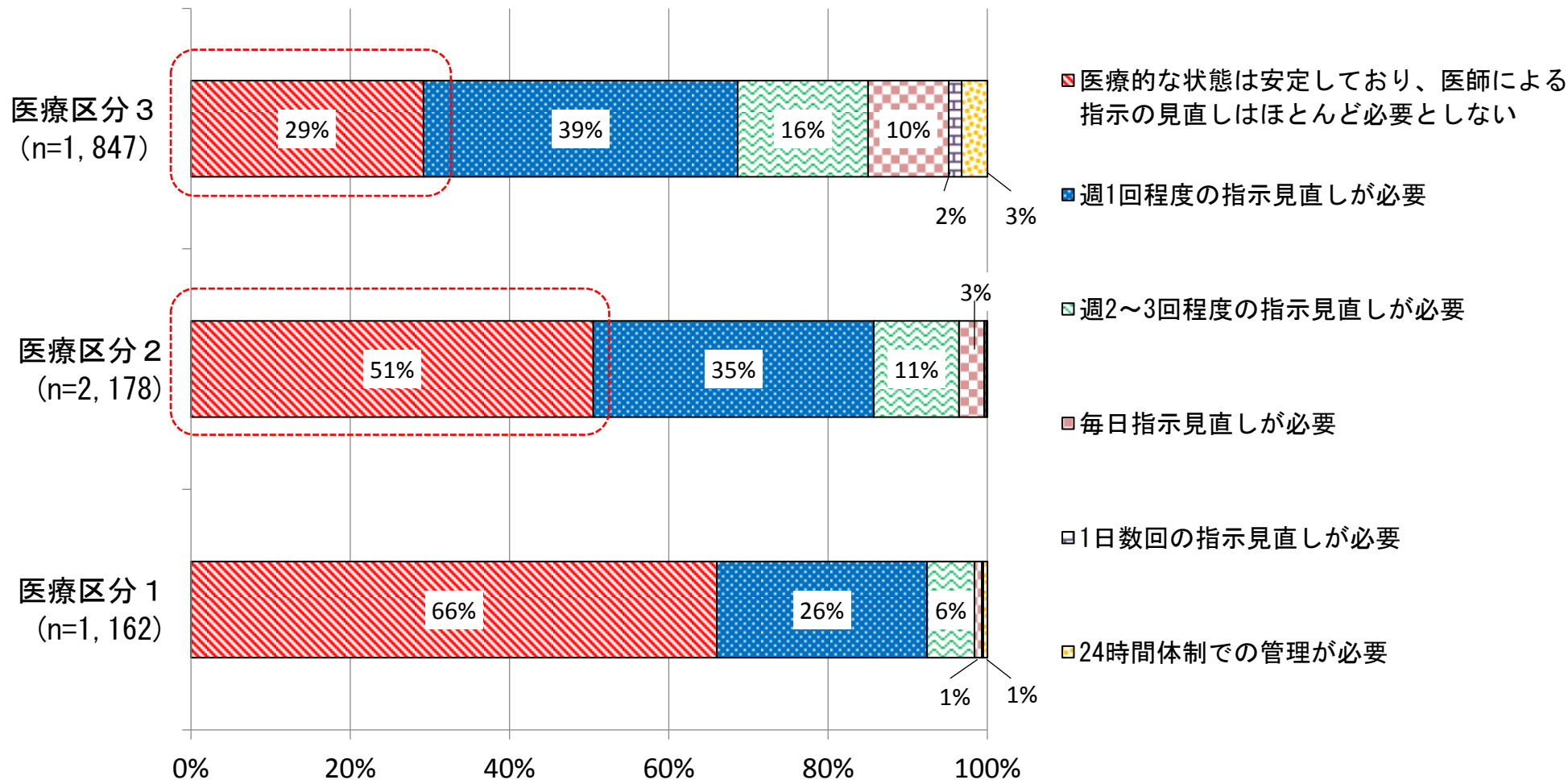
医療区分ごとの急性増悪の割合

- 医療区分が低くなるにつれ、急性増悪の起こる割合は少なくなる傾向がみられ、医療区分2では90%以上、医療区分3では約80%の患者が、過去1ヶ月に急性増悪がなく病態は安定している状態にあった。



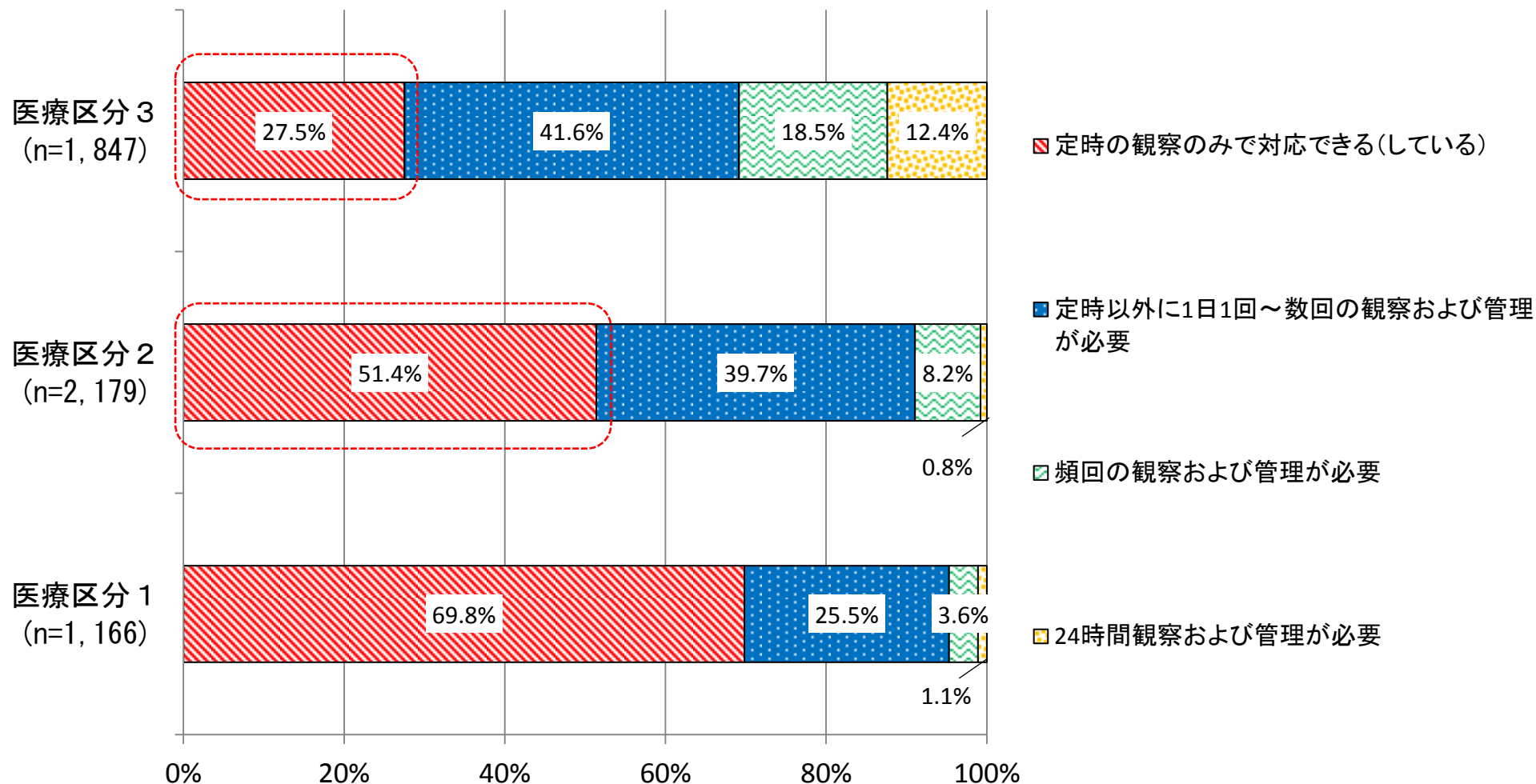
医療区分別の「医師による指示見直し」の頻度

○ 医療区分が軽くなるにつれ、医師による指示の見直しの頻度は少なくなる傾向がみられ、医療区分2で約50%、医療区分3でも約30%の患者が、医師による指示の見直しをほとんど必要としない状態にあった。



医療区分別の「看護師による観察及び管理」の頻度

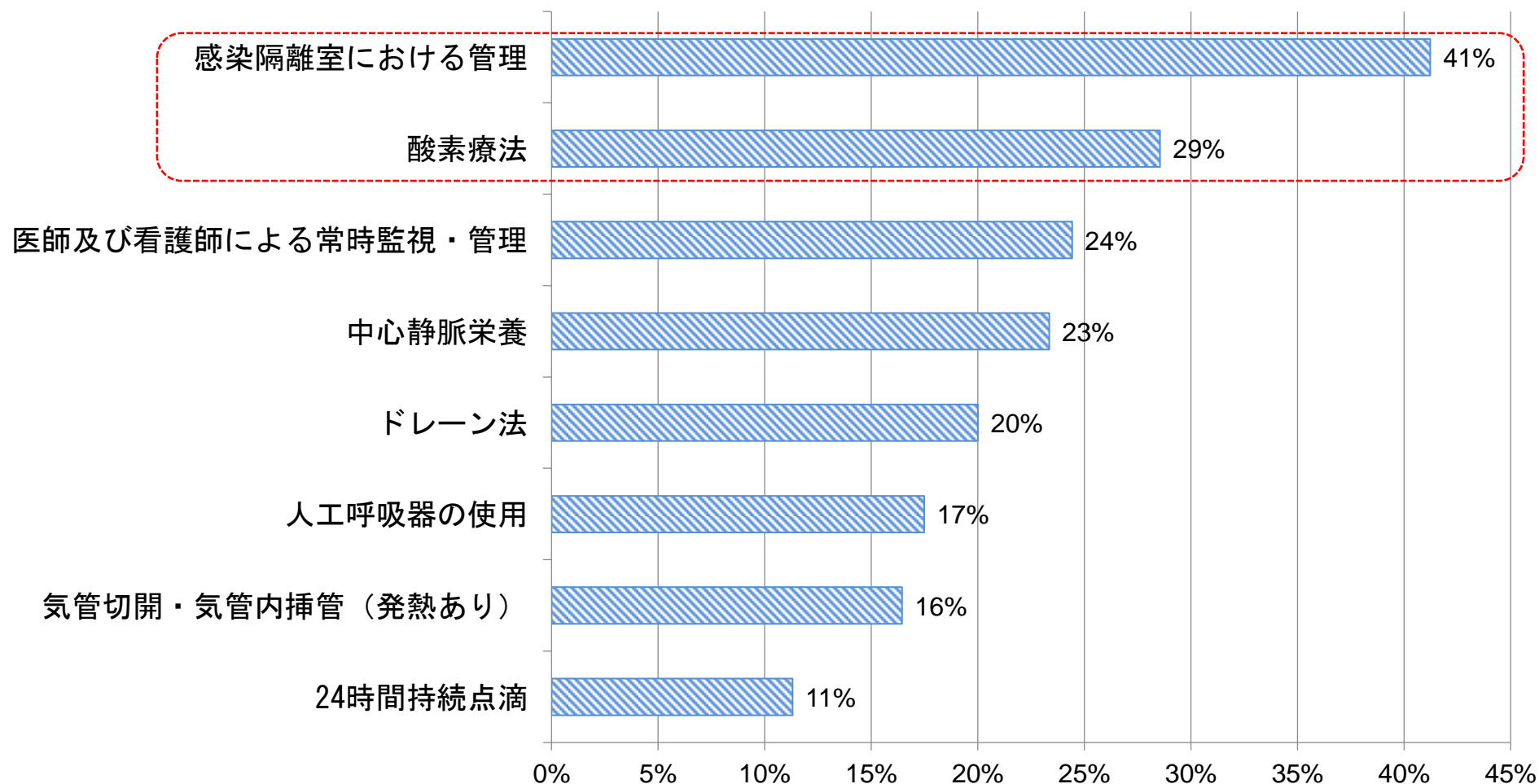
○ 医療区分が軽くなるにつれ、看護師による観察および管理の必要性は少なくなる傾向がみられ、医療区分2で約50%、医療区分3でも約30%の患者が、定時の観察のみで対応できる状態にあった。



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。

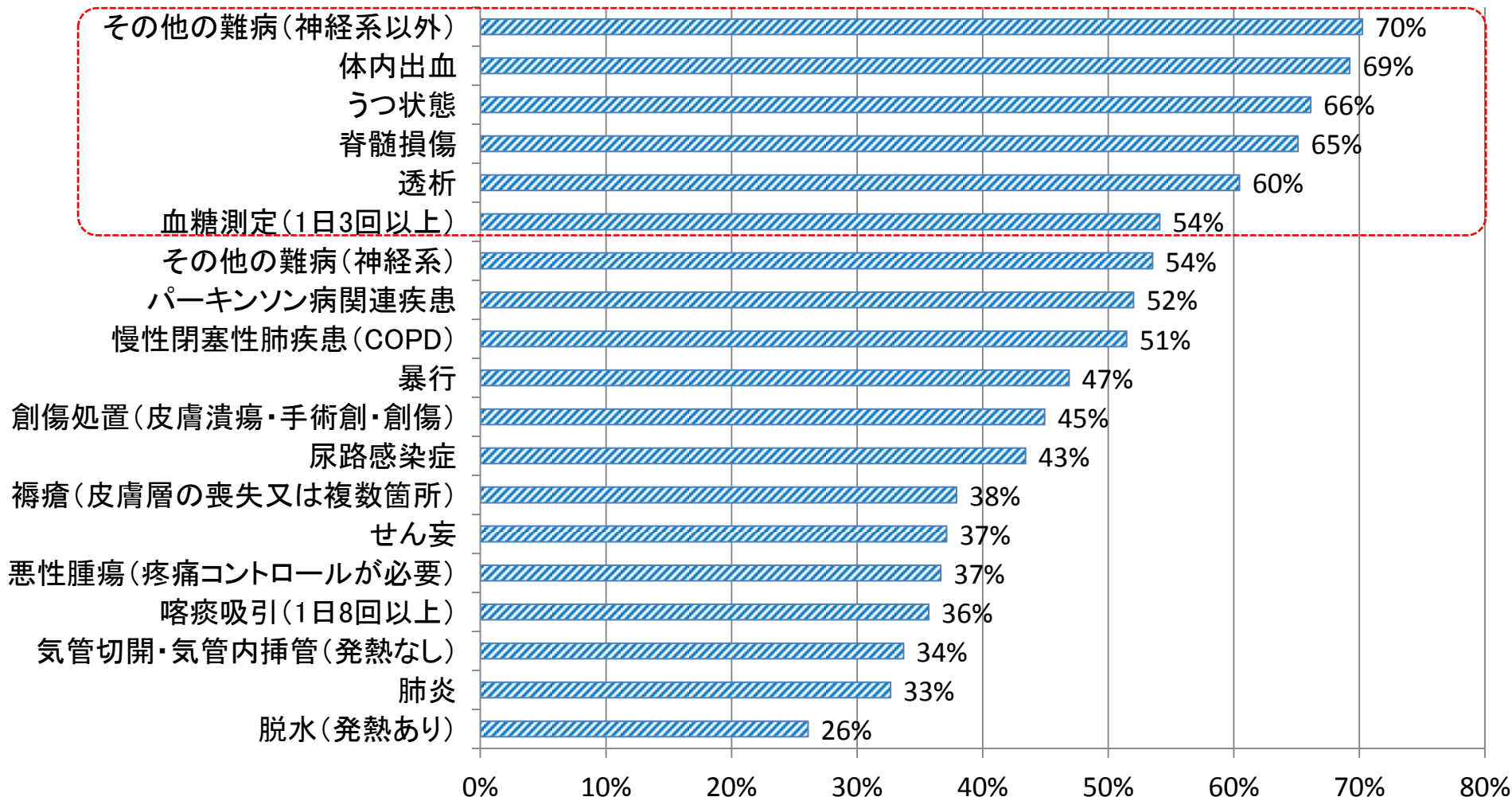
<定時の観察のみで対応できる(している)割合>



医療区分2の項目別の「看護師の観察及び管理」の頻度

○ 看護師の定時の観察のみで対応できる患者の割合は、「その他の難病(神経系以外)」「体内出血」「うつ状態」「脊髄損傷」「透析」で6割を超えており、次いで「血糖測定」などとなっていた。

<定時の観察のみで対応できる(している)割合>



【医療区分3】「酸素療法を実施している状態」の定義

- 酸素療法を実施している状態は、医療区分3として評価されており、その定義は、在宅酸素療法の対象患者の定義と比べ厳しくはない。

医療区分の判断基準

<項目の定義>

酸素療法を実施している状態

<評価単位>

1日毎

<留意点>

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であって、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態。

なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

<参考> 在宅酸素療法の対象患者

C103 在宅酸素療法指導管理料

※算定件数 12.4万回

(社会医療診療行為別調査 平成26年6月審査分)

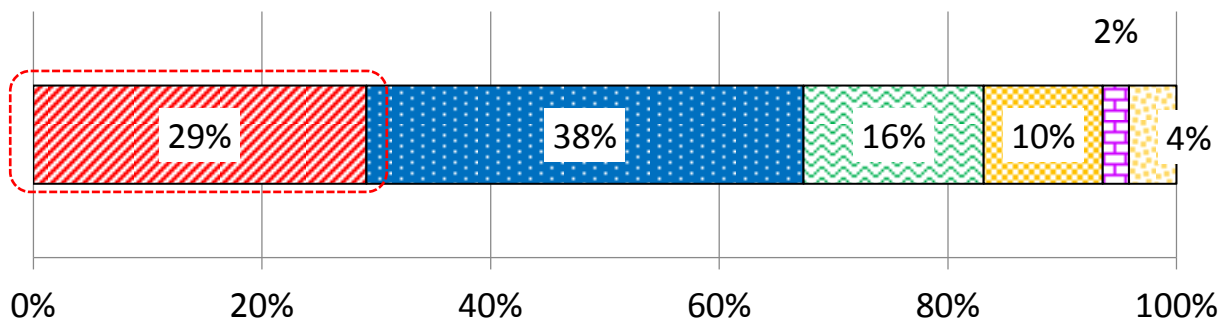
高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例

※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%

酸素療法を実施している患者の患者像

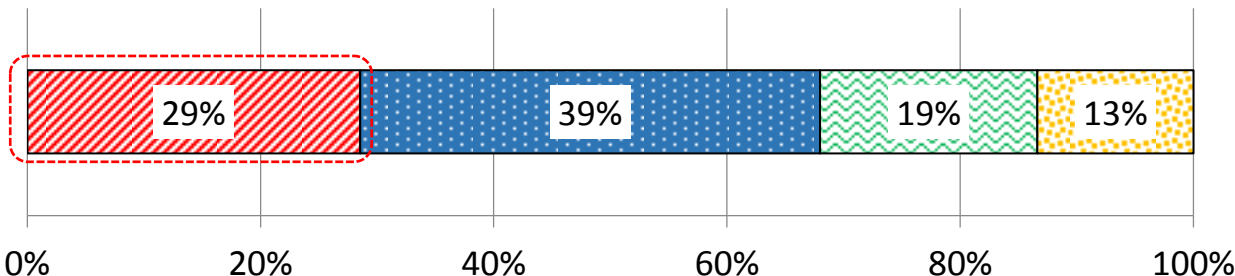
○ 酸素療法に該当する患者のうち、約30%で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、約30%で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、約25%の患者で過去1月に急性増悪がみられた。

<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

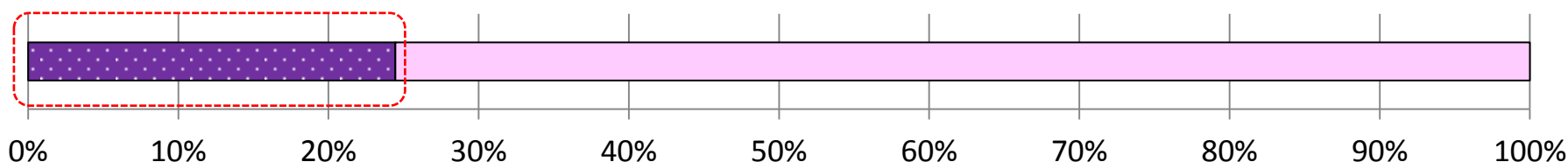
<看護師による観察及び管理の頻度 (n=1,009)>



- 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



【医療区分2】「うつ症状に対する治療を実施している状態」の定義

<項目の定義>

うつ症状に対する治療を実施している状態（うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。）

<評価単位>

1日毎

<留意点>

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。

- a. 否定的な言葉を言った
- b. 自分や他者に対する継続した怒り
- c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
- d. 健康上の不満を繰返した
- e. たびたび不安、心配事を訴えた
- f. 悲しみ、苦悩、心配した表情
- g. 何回も泣いたり涙もろい

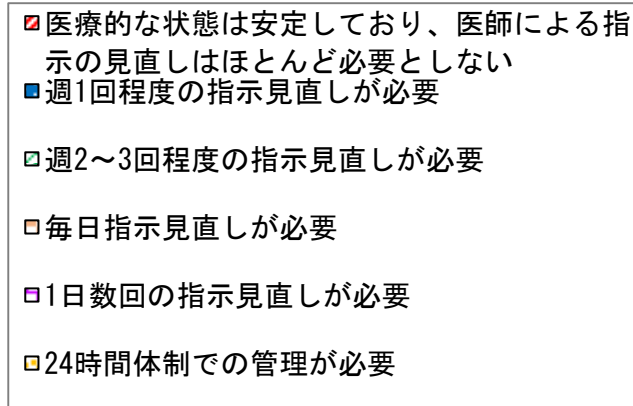
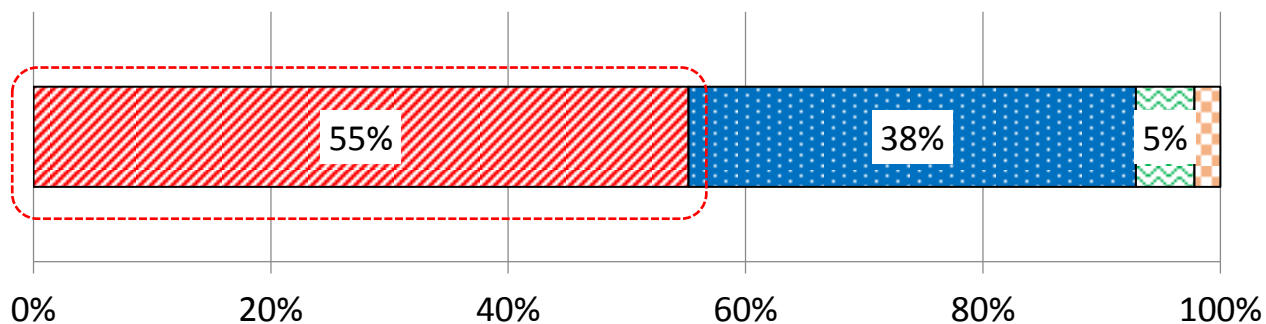
本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

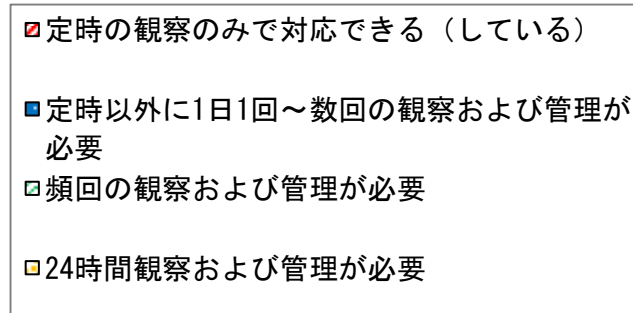
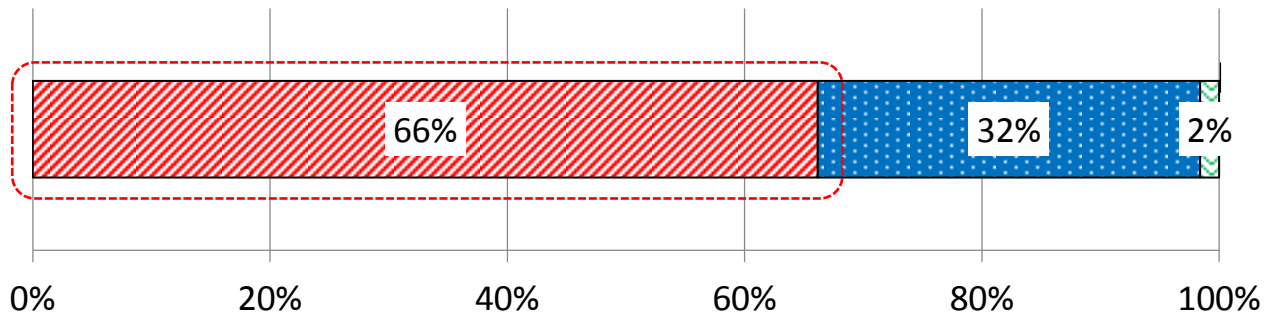
うつ状態に該当する患者の患者像

○ 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。

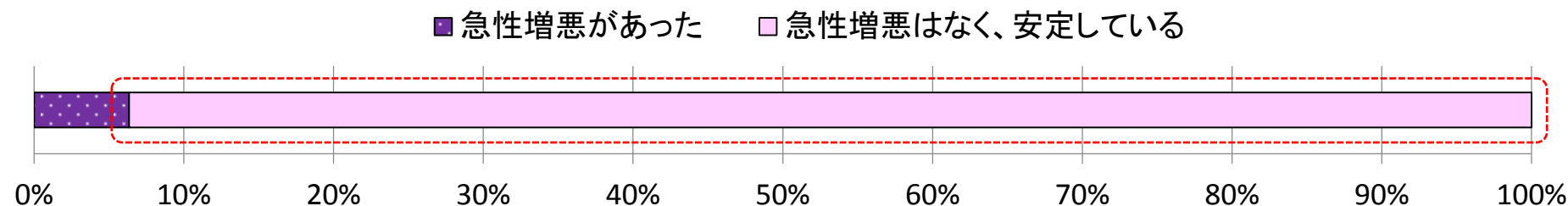
<医師による指示の見直しの頻度(n=183)>



<看護師による観察及び管理の頻度(n=183)>



<過去1ヶ月の急性増悪の有無(n=189)>

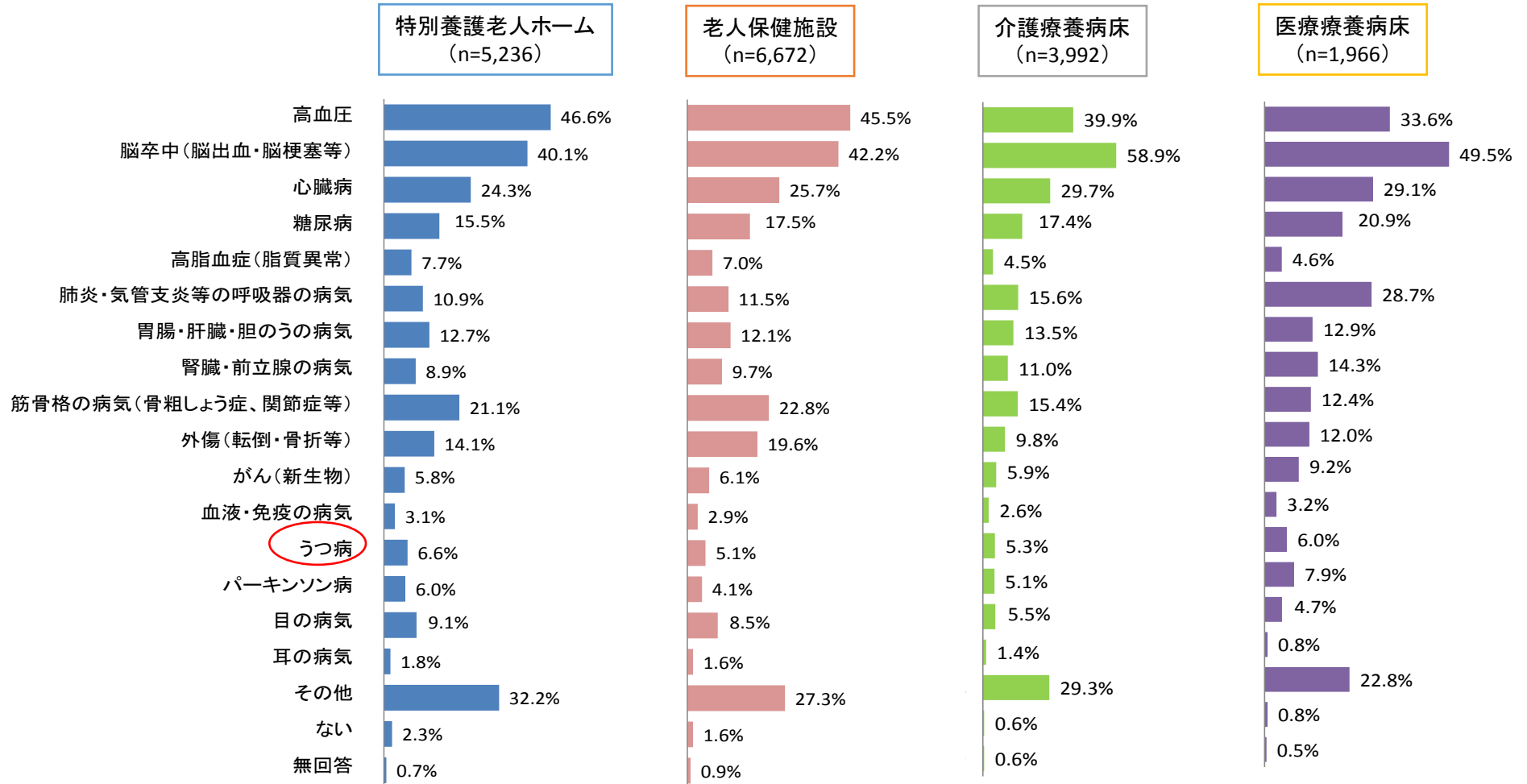


■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、安定している

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)>



【医療区分2】「頻回の血糖検査を実施している状態」の定義

- 頻回の血糖検査を実施している状態は、医療区分2として評価されており、その定義は、在宅での血糖自己測定の対象患者と比べむしろ広い。

医療区分の判断基準

<項目の定義>

頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

<評価単位>

1日毎

<留意点>

糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

<参考> 在宅での血糖自己測定の対象患者

C150 血糖自己測定器加算

※算定件数 59.0万件

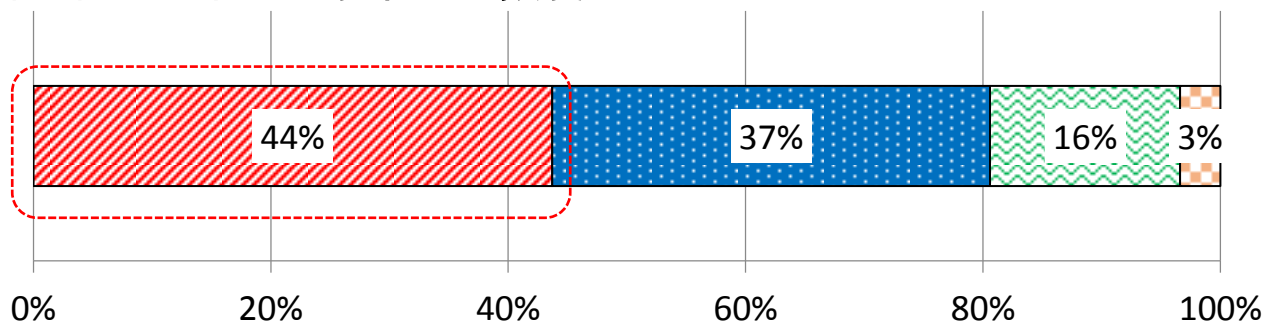
(社会医療診療行為別調査 平成26年6月審査分)

- インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者を除く。)
- インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者に限る。)
- 12歳未満の小児低血糖症の患者
- 妊娠中の糖尿病患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)

頻回の血糖検査を実施している患者の患者像

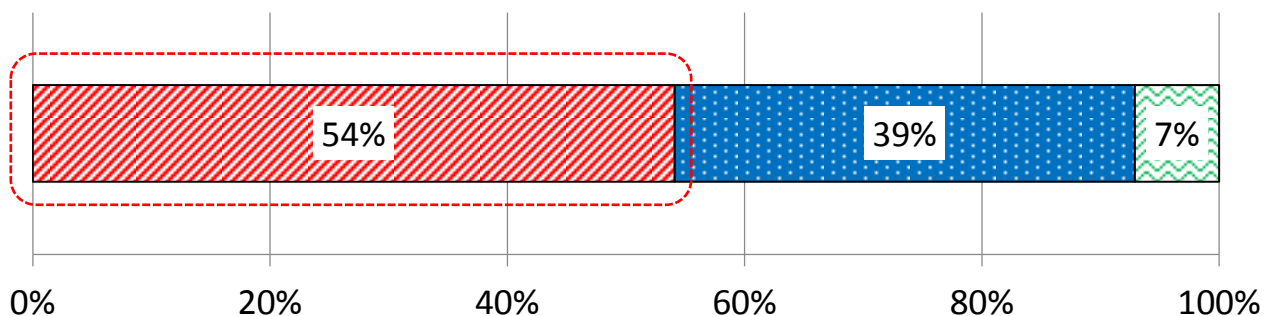
○ 頻回の血糖検査に該当する患者のうち、40%以上で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、50%以上で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。また、約85%の患者で過去1ヶ月に急性増悪は見られなかった。

<医師による指示の見直しの頻度(n=268)>



- 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

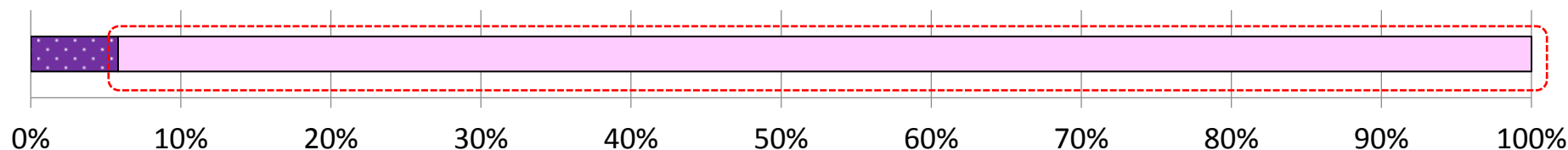
<看護師による観察及び管理の頻度(n=268)>



- 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=275)>

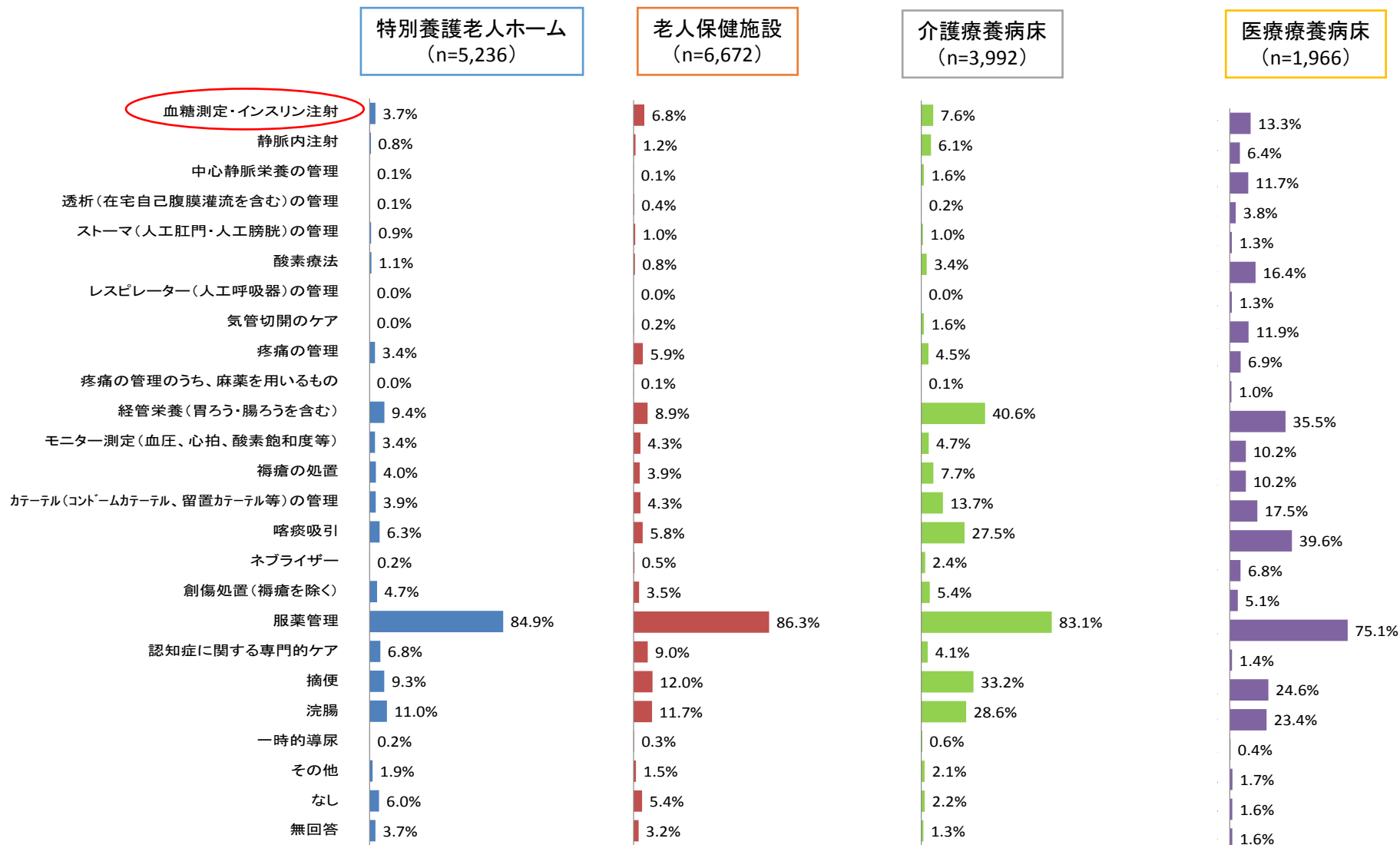
■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、安定している



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る。

<現在受けている治療(複数回答)>



入院医療等の調査・評価分科会における検討結果の概要②

～医療区分の評価項目について～

うつ状態・頻回の血糖検査・酸素療法

- 「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。



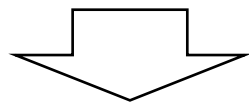
- こうした基準に該当する患者の必要とする医療の密度は極めて多様であると考えられることから、密度の高い治療を要するかどうか等に基づいて、更にきめ細かな評価を行うことで、より適正な評価が可能になると考えられる。

出典：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)

療養病棟における患者像に応じた評価についての課題と論点

【課題】

- 療養病棟入院基本料2の届出病棟では医療区分1の患者の割合が増加する傾向にあるが、医療区分1の患者の割合が特に多い病棟では、他の病棟に比べて医師の指示の見直しがほとんど必要の無い患者や、看護師が定時の観察のみで対応している患者の割合が高い傾向にある。
- 療養病棟入院基本料1では、医療区分2・3の患者が8割以上であることが要件になっているが、療養病棟入院基本料2においては、このような要件は設けられていない。
- 酸素療法を実施している患者は、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」の割合が高い。酸素療法を実施している患者の中には、過去1か月以内に急性増悪した患者も25%程度みられた一方、酸素療法は、在宅で実施している患者も多い。
- うつ状態」に該当する患者については、医師による指示の見直しがほとんど必要ない者や、看護師による定時の観察のみで対応できる者の割合が比較的高く、介護保険施設でも医療療養病床と同程度うつ病患者の受け入れが行われていた。
- 頻回の血糖検査を実施している患者については、「看護師の観察及び管理」の頻度は比較的低く、また、介護保険施設においても一定程度血糖測定・インスリン注射が行われていた。



【論点】

- 医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料2の病棟においても、医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れるよう求めることとしてはどうか。
- 酸素療法、うつ状態、頻回な血糖検査の項目に該当する患者については、平均的には看護師の観察の頻度等が低い傾向にある一方、急性増悪があった患者もみられるなど、状態が多様であると考えられることから、こうした項目の医療区分の評価がより適正なものとなるよう、よりきめ細かな状況を考慮することとしてはどうか。

慢性期入院医療に関する論点②

○ 療養病棟における在宅復帰機能の評価についてどう考えるか。

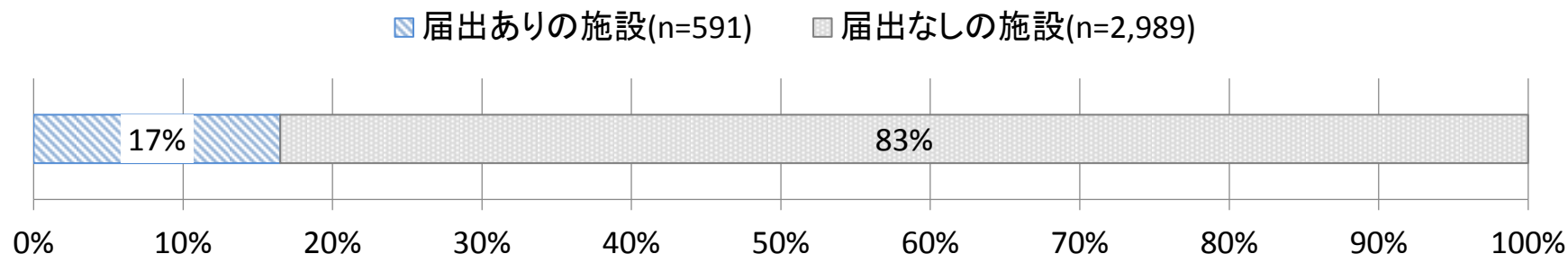
- 療養病棟における在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰を図る評価として、7対1入院基本料や地域包括ケア病棟の在宅復帰率の分子にも算入できるとされているが、そのあり方についてどう考えるか。

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の算定状況

(改) 中医協 総-5
27.6.10

- 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

(改) 中医協 総 - 5

27.6.10

○ 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%

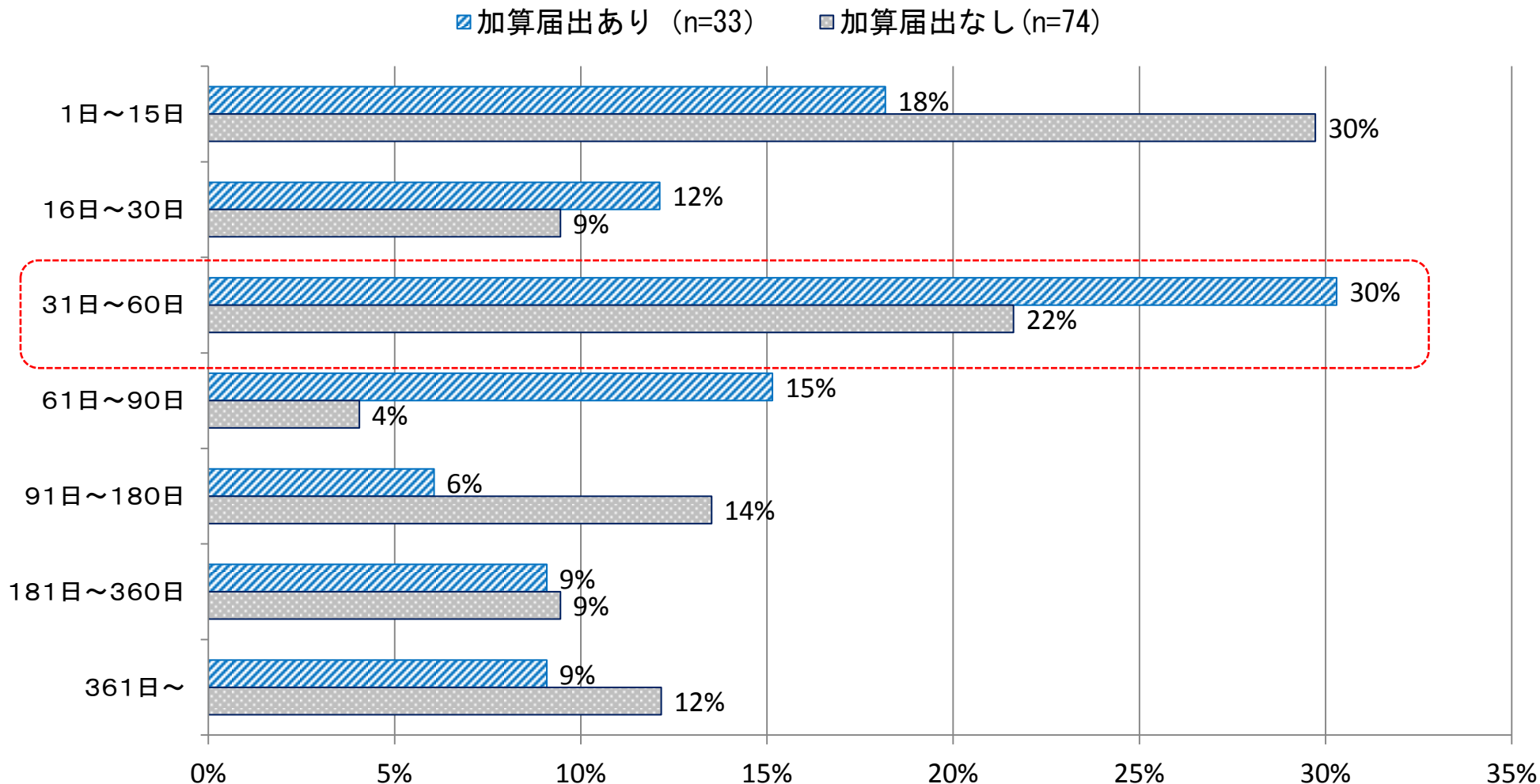
療養病棟

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。

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

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果の概要③

～在宅復帰機能強化加算について～

- 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。
- 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。



- 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。

在宅復帰機能強化加算についての課題と論点

【課題】

- 平成26年度改定で、急性期の病床に自宅等退院患者割合を導入し、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促しており、療養病棟のうち、在宅復帰機能強化加算の届出病棟も自宅等退院患者割合の分子に算入できることとされている。
- 在宅復帰機能加算の届出の要件として、在宅復帰率が一定以上であることが求められているが、在宅復帰率の算出からは1か月未満の入院が除かれている。
- 在宅復帰機能強化加算の届出病棟は他の病棟と比較して在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。ただし、自宅以外からの入院患者に限ると、介護施設への退院患者の割合はやや高いが、自宅へ退院する割合について他の病棟と大きな違いはみられなかった。また、在宅復帰機能強化加算の届出病棟から退院した患者の入棟期間は、31～60日の割合が高かった。
- 在宅復帰機能強化加算の届出病棟におけるこうした傾向は、自宅からの入院及び他院からの転院をまとめて回転率や在宅復帰機能が評価されていることや、1か月以上の入院に限って在宅復帰率に計上されることから、その要因になっていると考えられる。



【論点】

- 療養病棟の在宅復帰機能強化加算の要件において、在宅復帰率の算出から1か月未満を除外するルールを見直す一方、より直接的に、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰の頻度を評価することとしてはどうか。

慢性期入院医療に関する論点③

○ 障害者施設・特殊疾患病棟への脳卒中患者の入院についてどう考えるか

- 障害者施設・特殊疾患病棟の対象患者に、意識障害を有する脳卒中患者が含まれているが、対象患者のあり方についてどう考えるか。
- また、現にこうした患者が多く入院していることから、その評価のあり方についてどう考えるか。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2
看護配置		7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	25対1以上
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—		
	患者像	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上		脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	—
	看護要員	10対1以上			10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者20対1以上	看護補助者25対1以上
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)が3割以上	—			褥瘡の評価		
点数		1,588点	1,329点～978点	2,008点	1,625点	2,009点	1,810～814点	1,745～750点
包括範囲		出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

障害者施設等入院基本料

- 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重傷障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・**脳卒中後の患者を含む**)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者等

上記患者が概ね7割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料

- 脊髄損傷等の重傷障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・**脳卒中後の患者を含む**)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 神経難病患者

上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料2

- 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者

ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、**脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く**

上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

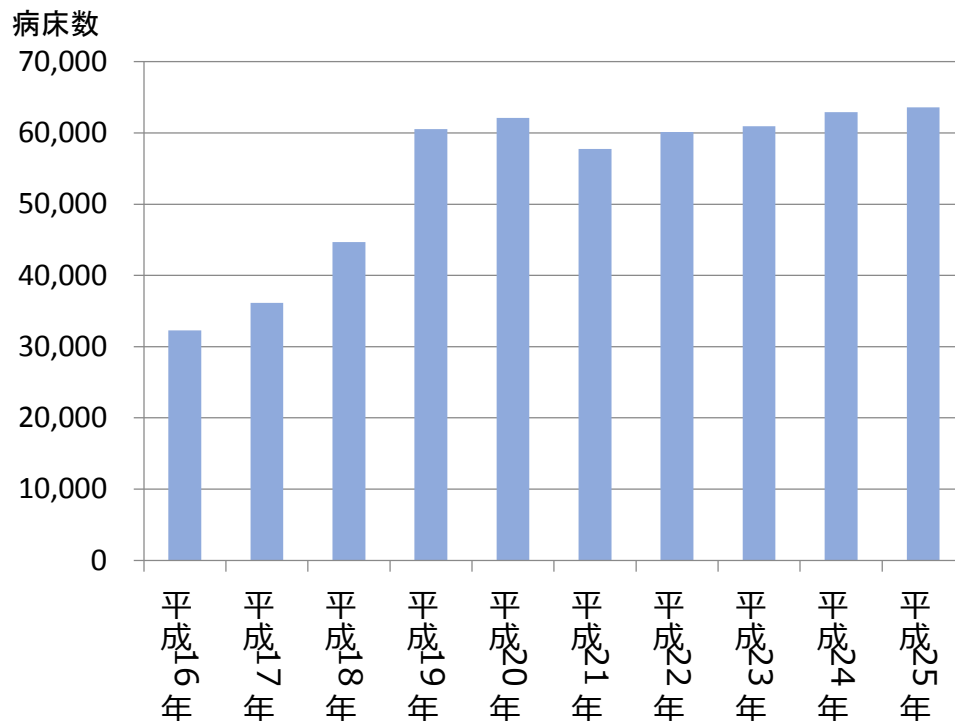
(改) 中医協 総-3
27.3.4

H12 障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】
児童福祉法が規定する
・肢体不自由児施設
・重症心身障害児施設
・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】
○重度の肢体不自由児(者)
○脊髄損傷等の重度障害者
○重度の意識障害者
○筋ジストロフィー患者
○難病患者等
これらの患者が概ね7割以上

障害者施設等入院基本料の届出病床数の推移



H19 H19実態調査

・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20 平成20年度診療報酬改定 (特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H26

＜障害者施設等入院基本料の特徴＞
個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が**出来高払い**

特殊疾患療養病棟入院料に関するこれまでの経緯

(改) 中医協 総-3

2 7 . 3 . 4

H6

特殊疾患療養病棟を新設

H12

特殊疾患入院医療管理料を新設

(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

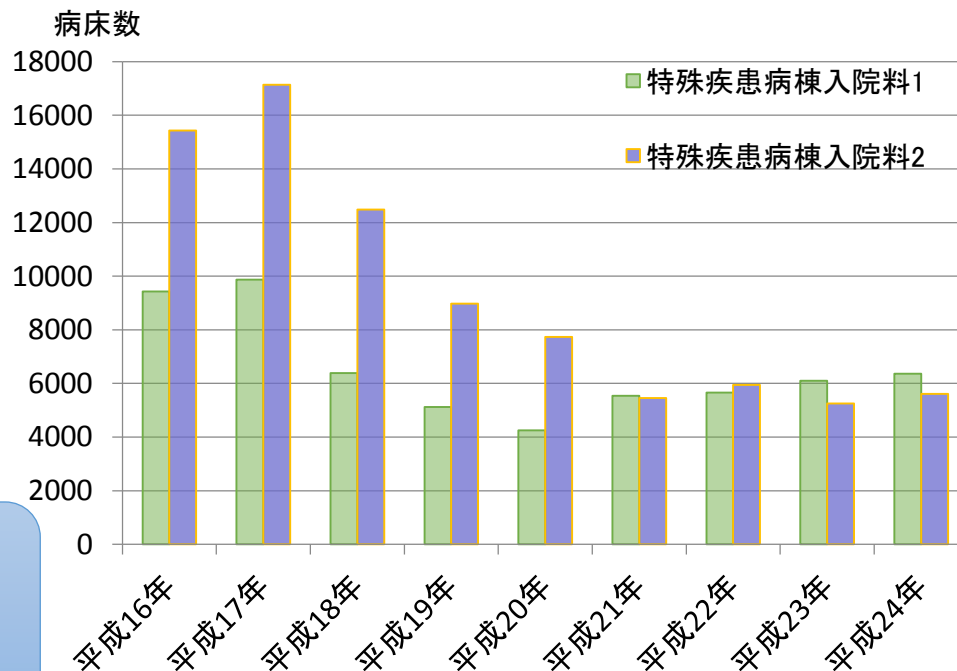
H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H26

特殊疾患病棟入院料の届出病床数の推移



＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
 処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
 →投薬・注射・処置等が包括払い

各病棟における患者の状態の比較

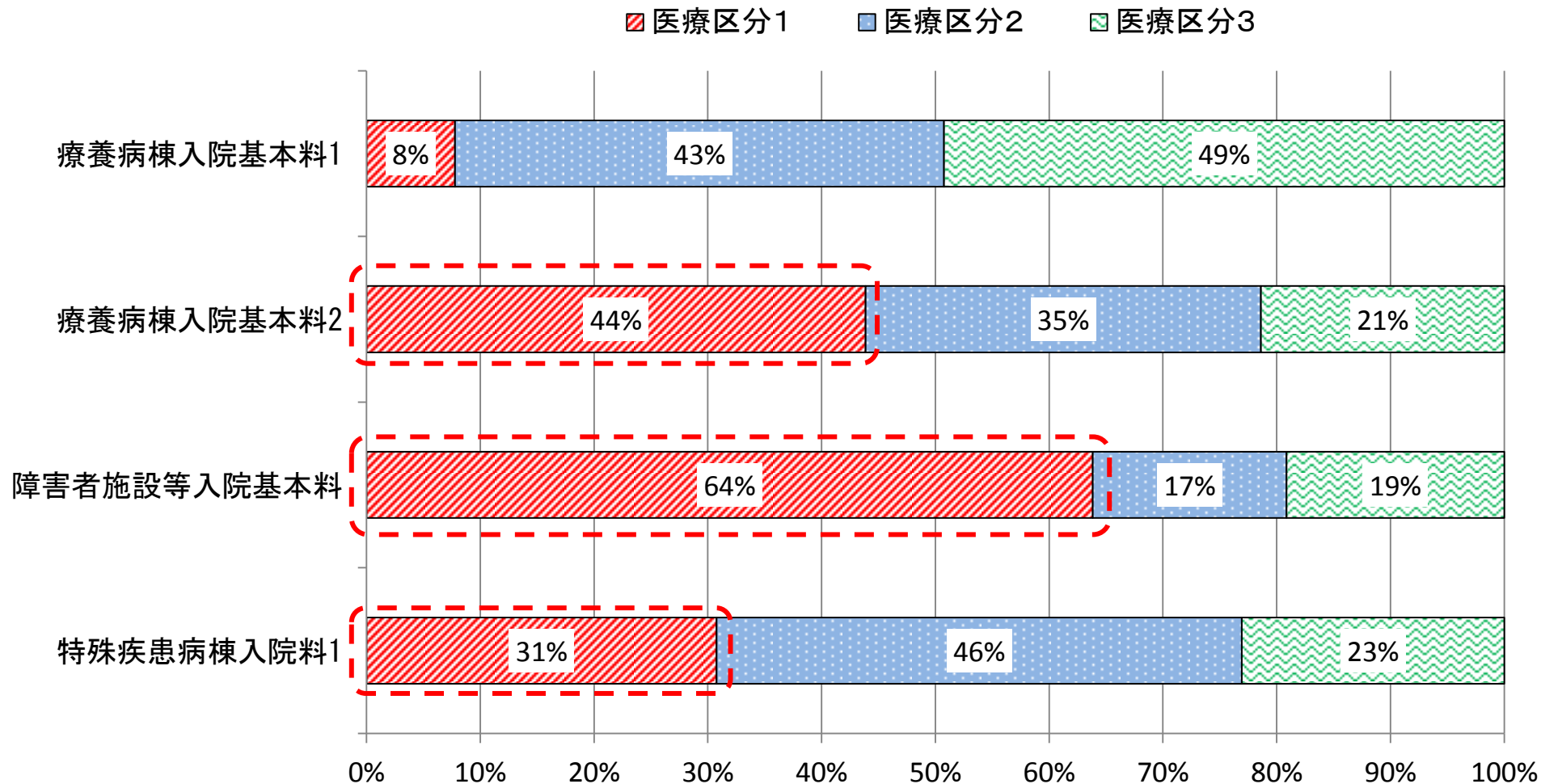
～主病名～

○ 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%

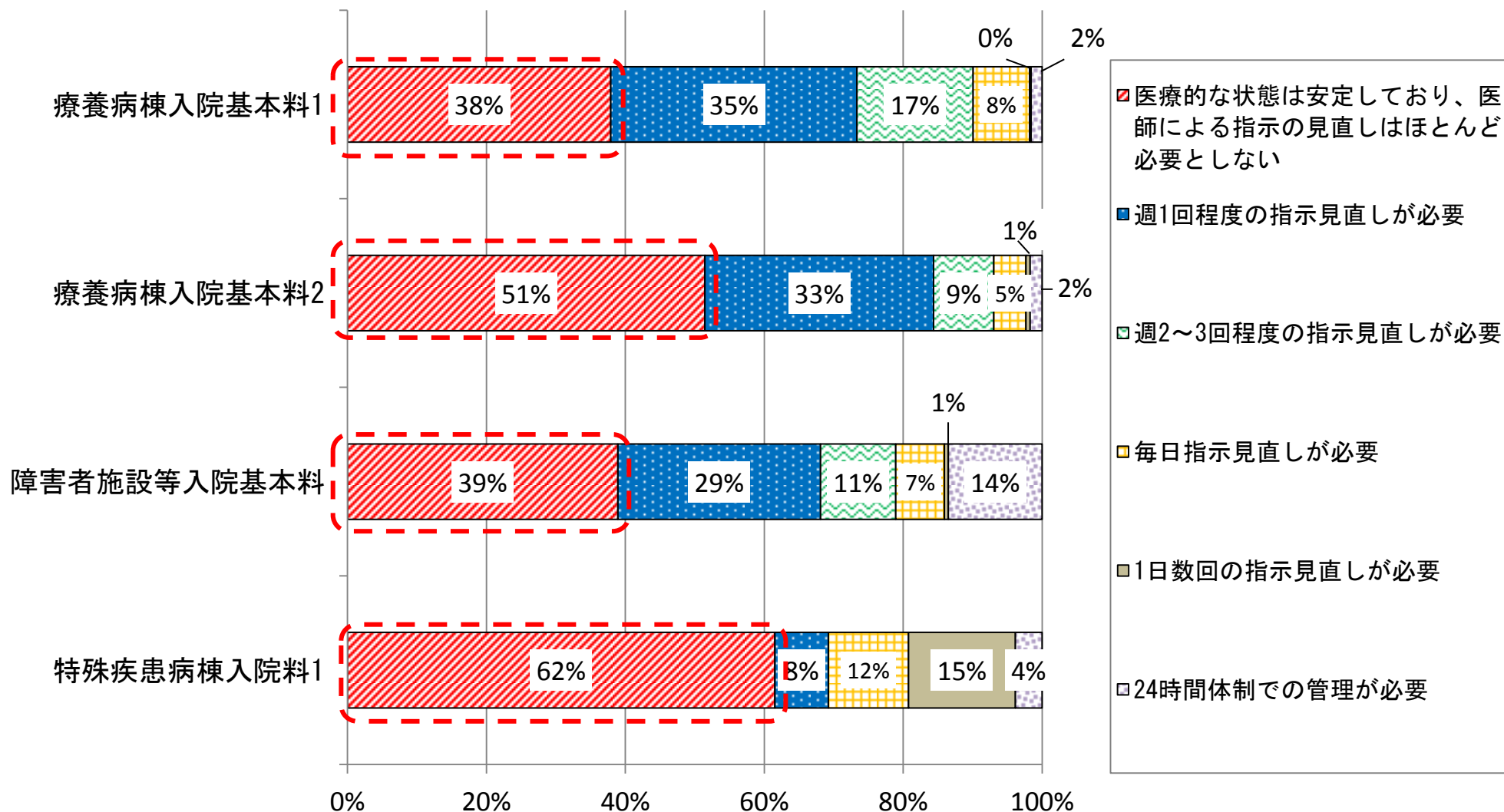
脳卒中※患者の医療区分

○ 脳卒中患者のうち、医療区分1の患者の比率は、障害者施設等入院基本料の病棟では60%以上であり、療養病棟入院基本料2と比較して高かった。また、特殊疾患病棟入院料の病棟でも約30%みられた。



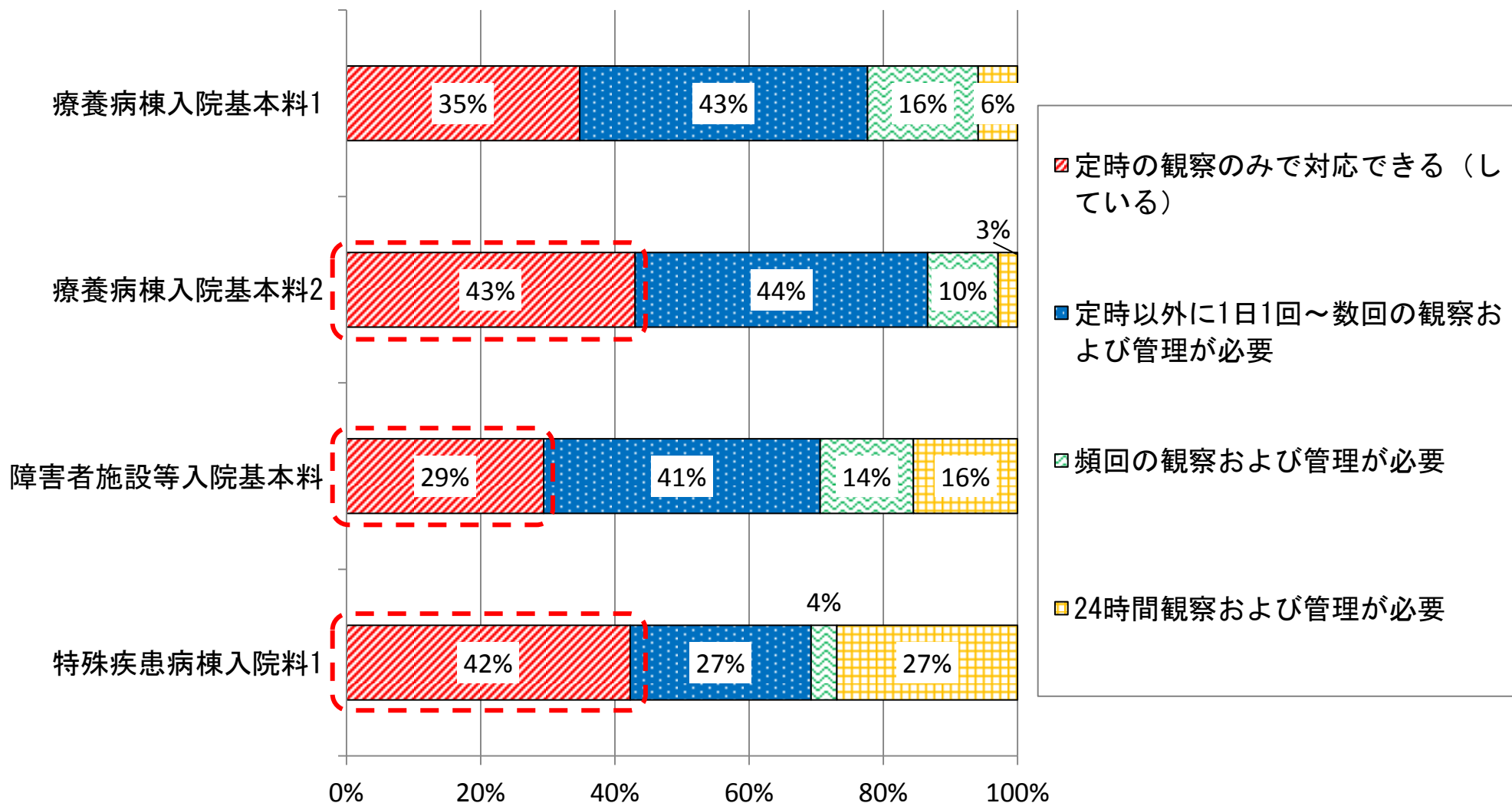
脳卒中※患者の「医師による指示の見直し」の頻度

○ 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院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

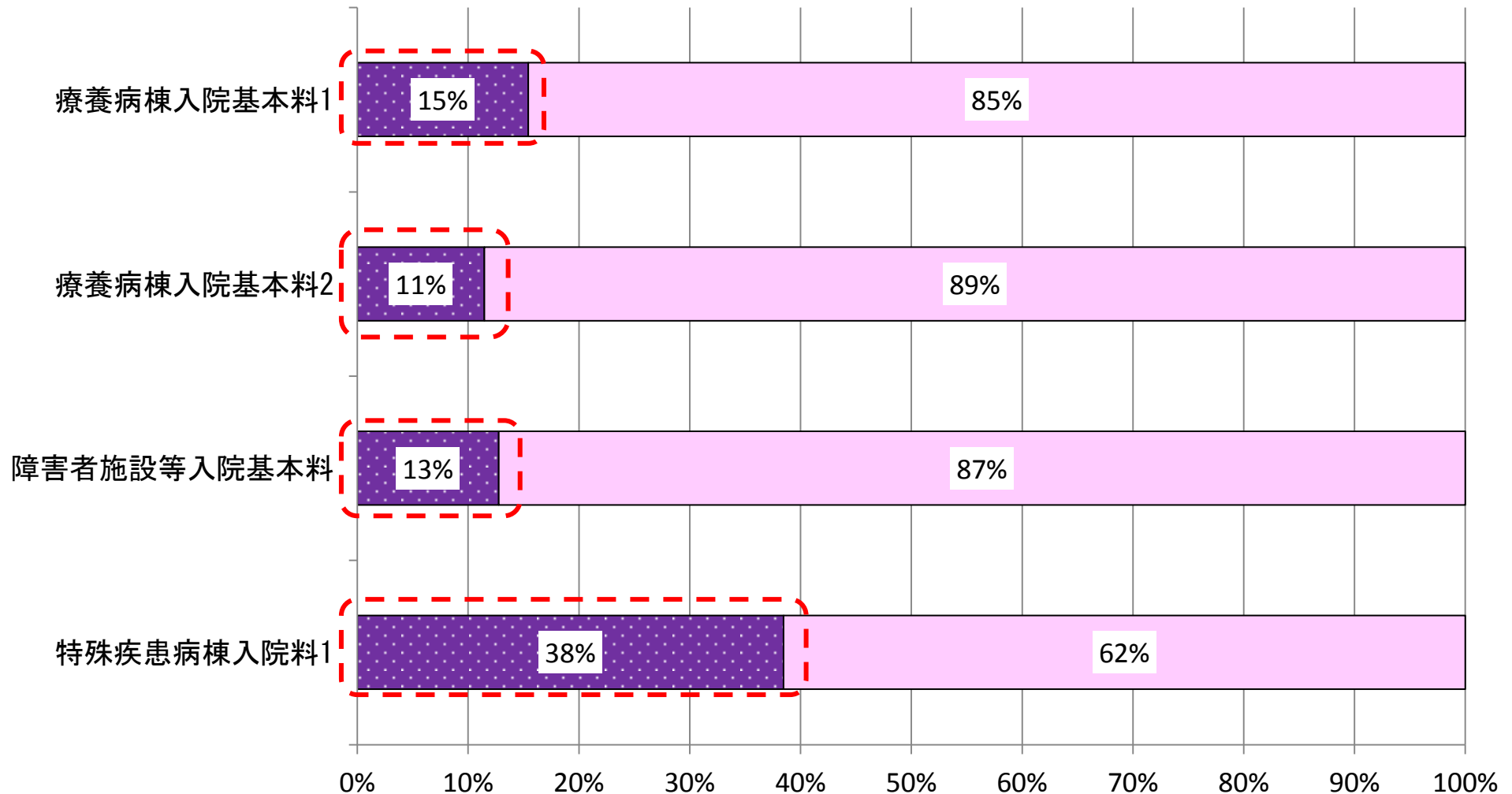
○ 看護師による定時の観察のみで対応できる患者の比率は療養病棟入院基本料の病棟では約30～40%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では約30%、特殊疾患病棟入院料の病棟では約40%であった。



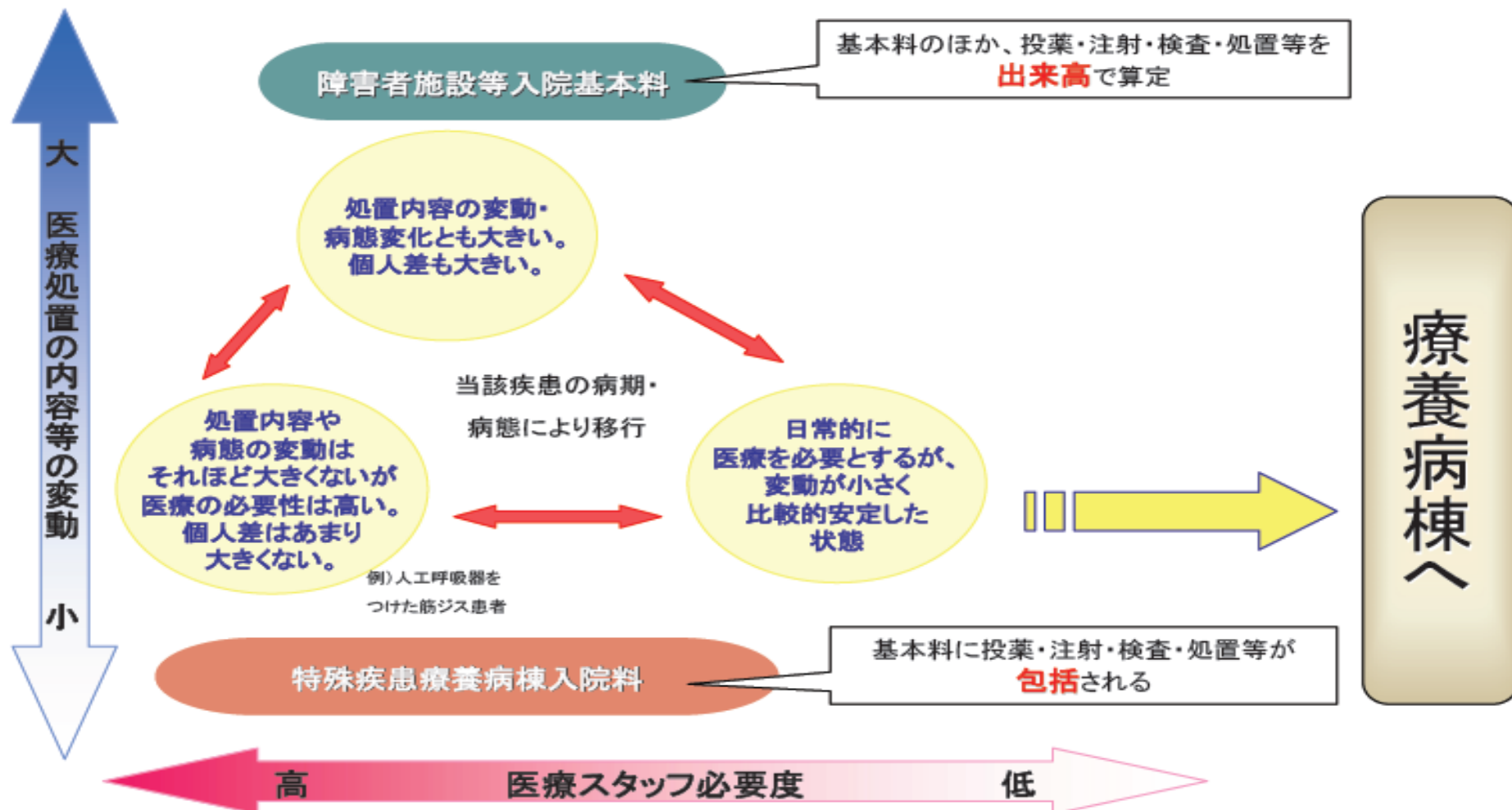
脳卒中※患者の急性増悪

- 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と同様であった。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

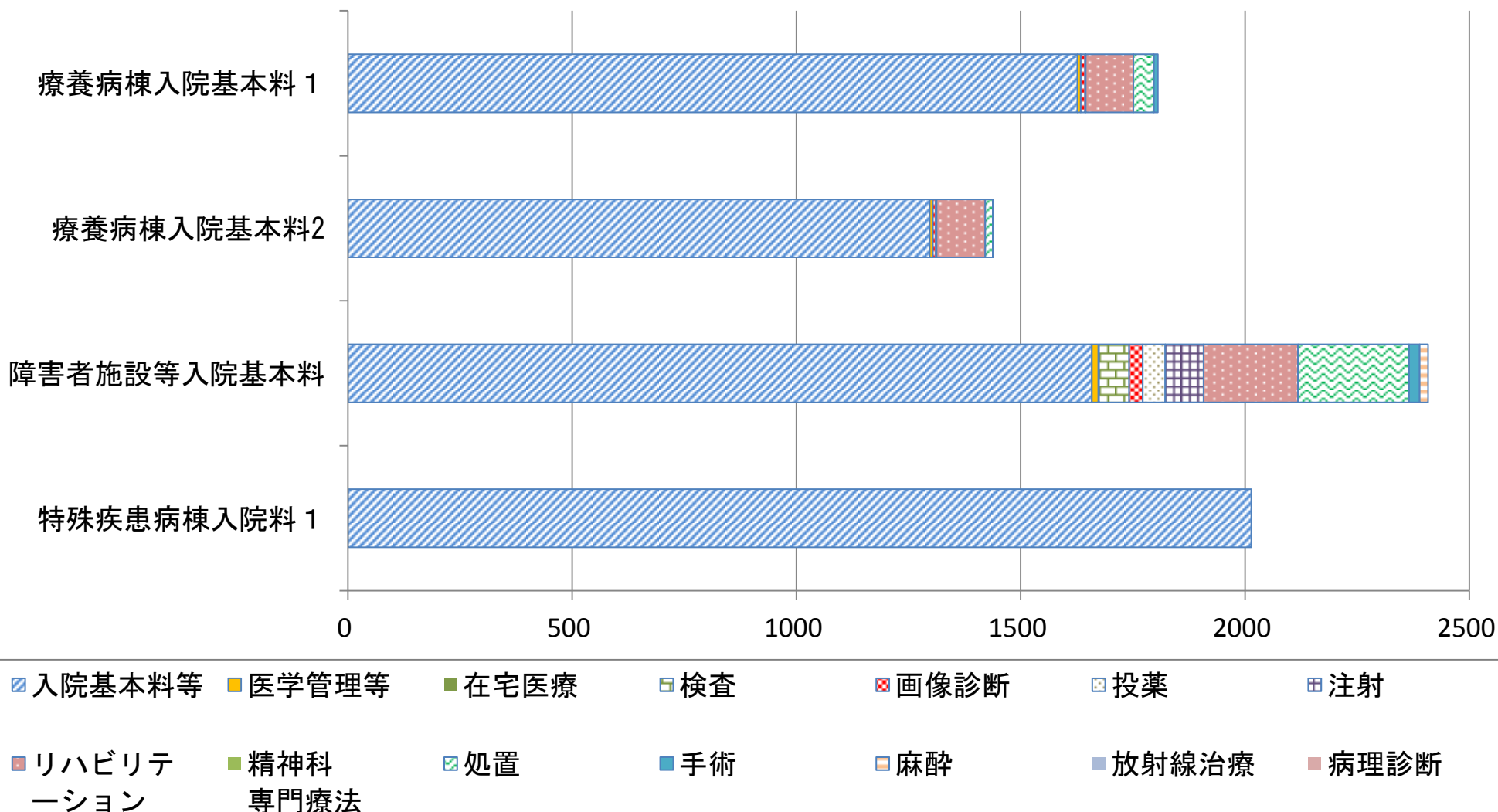


障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



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

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果の概要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。
- 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。
- 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。
- 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。

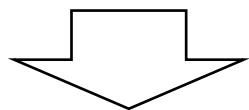


- 障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異っており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについては課題があると考えられる。
- また、引き続きこれらの病棟への入院が必要であるとしても、同一の状態にある患者に対して、病棟間で報酬の評価方法等が大きく異なっていることについては、検討を要する。
- なお、これらの病棟に入院する脳卒中患者の中には、医師による指示の見直しの頻度が高い患者が存在することなどから、患者毎の状態にも留意すべきとの意見があった。

脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価に関する課題と論点

【課題】

- 特殊疾患病棟入院料及び障害者施設等入院基本料等においては、その特性に応じた患者が入院できるよう、入院対象患者が定められているが、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。
- 特殊疾患病棟入院基本料1及び障害者施設等入院基本料の届出病棟の脳卒中患者は、療養病棟入院基本料の届出病棟の脳卒中患者と比べ、医療区分の比率、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、概ね同様であった。
- 特殊疾患病棟入院料は、医療の必要性が高いことを前提とした評価となっている。また、障害者施設等入院基本料は、処置内容・変動が大きいことから、処置等を出来高で算定できることとなっている。



【論点】

- 障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等の病棟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どう考えるか。
- 当面脳卒中患者がこれらの病棟に入院を要する場合には、特に状態の変動が大きい患者を除き、療養病棟に入院する患者と同等の評価となるよう見直してはどうか。

1. 地域包括ケア病棟について

2. 慢性期入院医療について

3. 退院支援に係る取組について

4. 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】

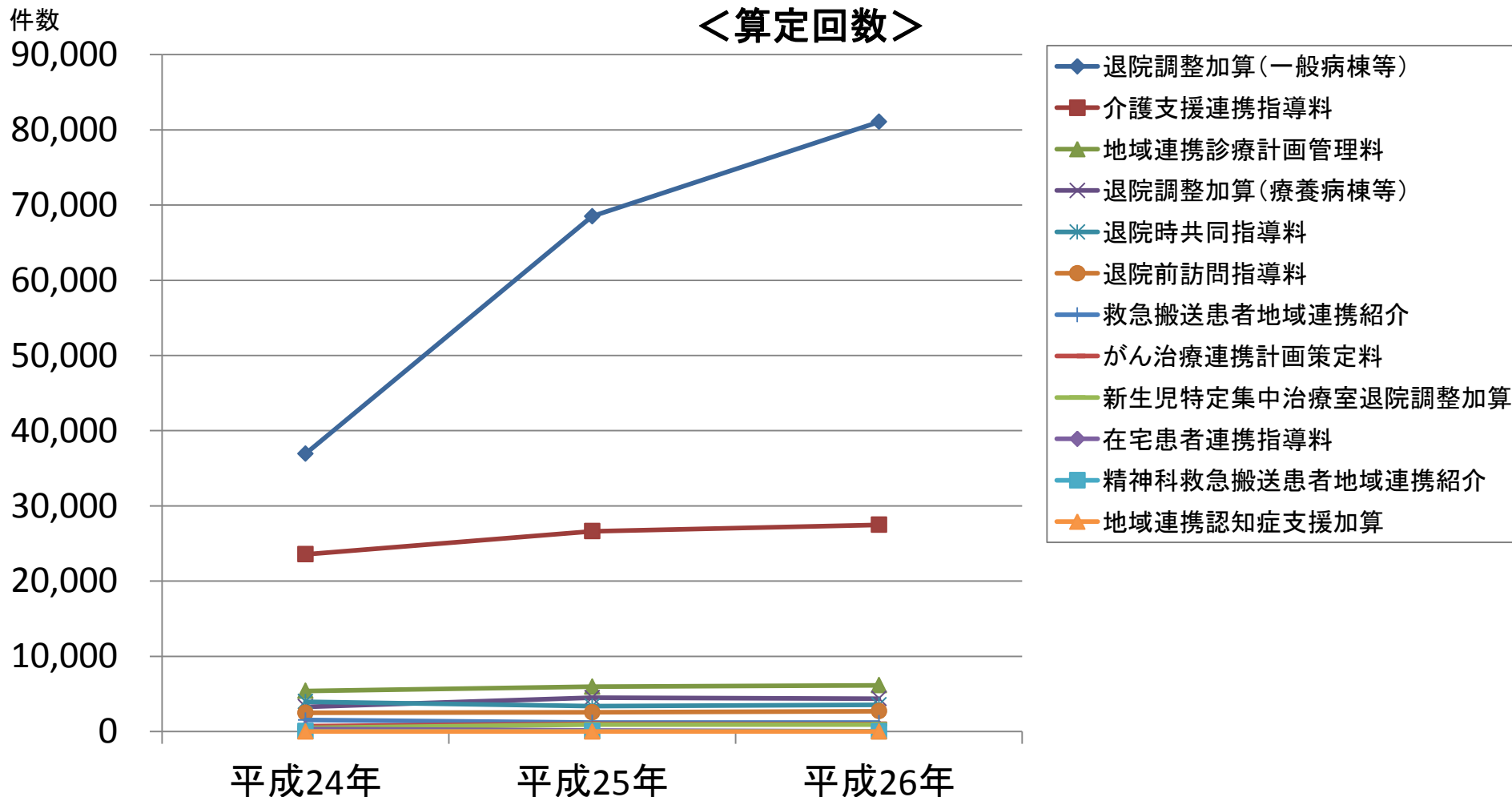
平成20年:退院調整加算、総合評価加算

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。
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)	<p>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。</p>
介護支援連携指導料 (入院中2回)	<p>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</p>
診療情報提供料(I) (月1回)	<p>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。</p>

退院支援に係る主な診療報酬上の評価③

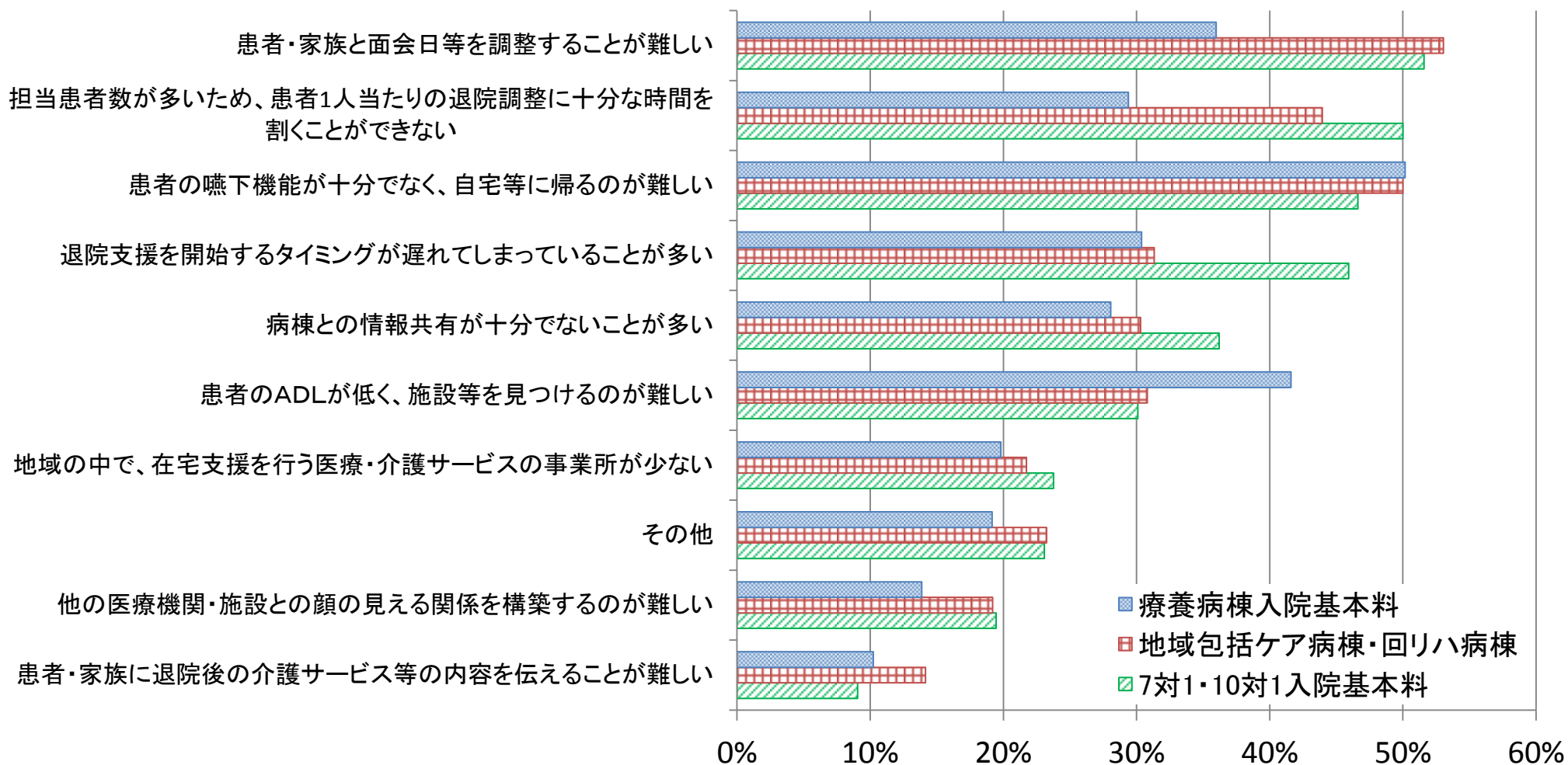
退院に向けた医療機関の連携に関する主な評価

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>

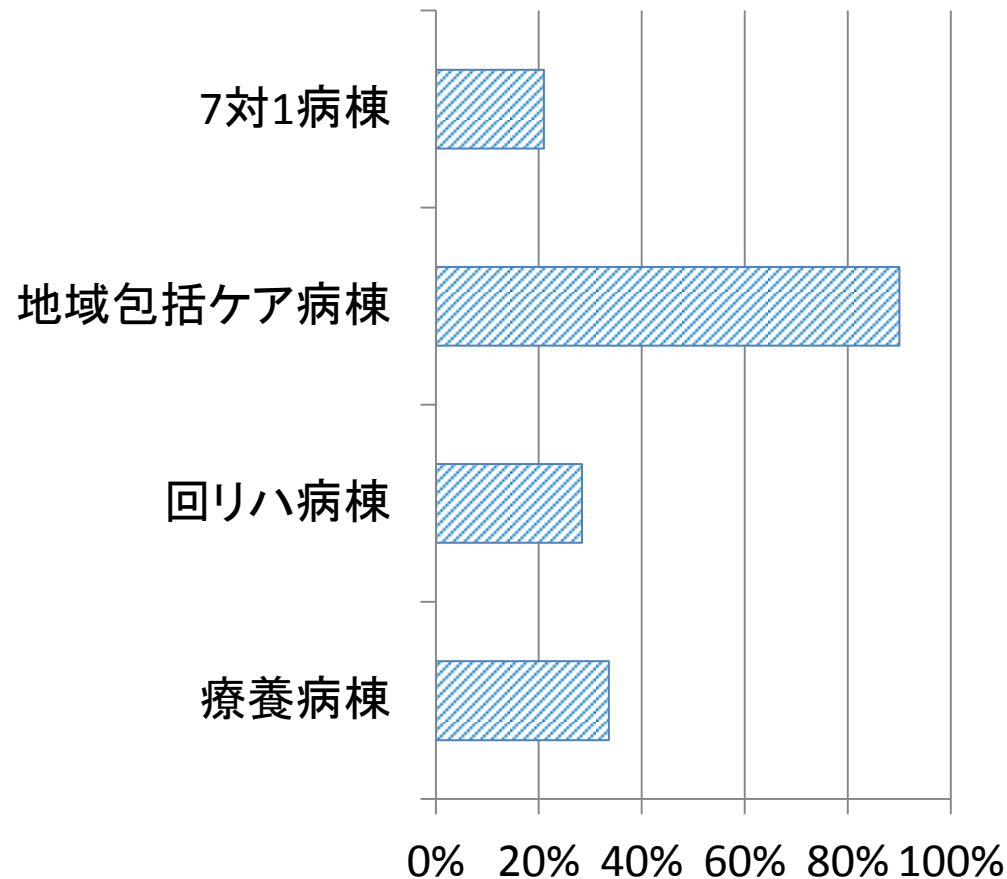


病棟への退院支援職員の配置状況

- 各病棟に、退院支援に専任又は専従に携わる職員を配置している医療機関が一定程度みられた。
- 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＞

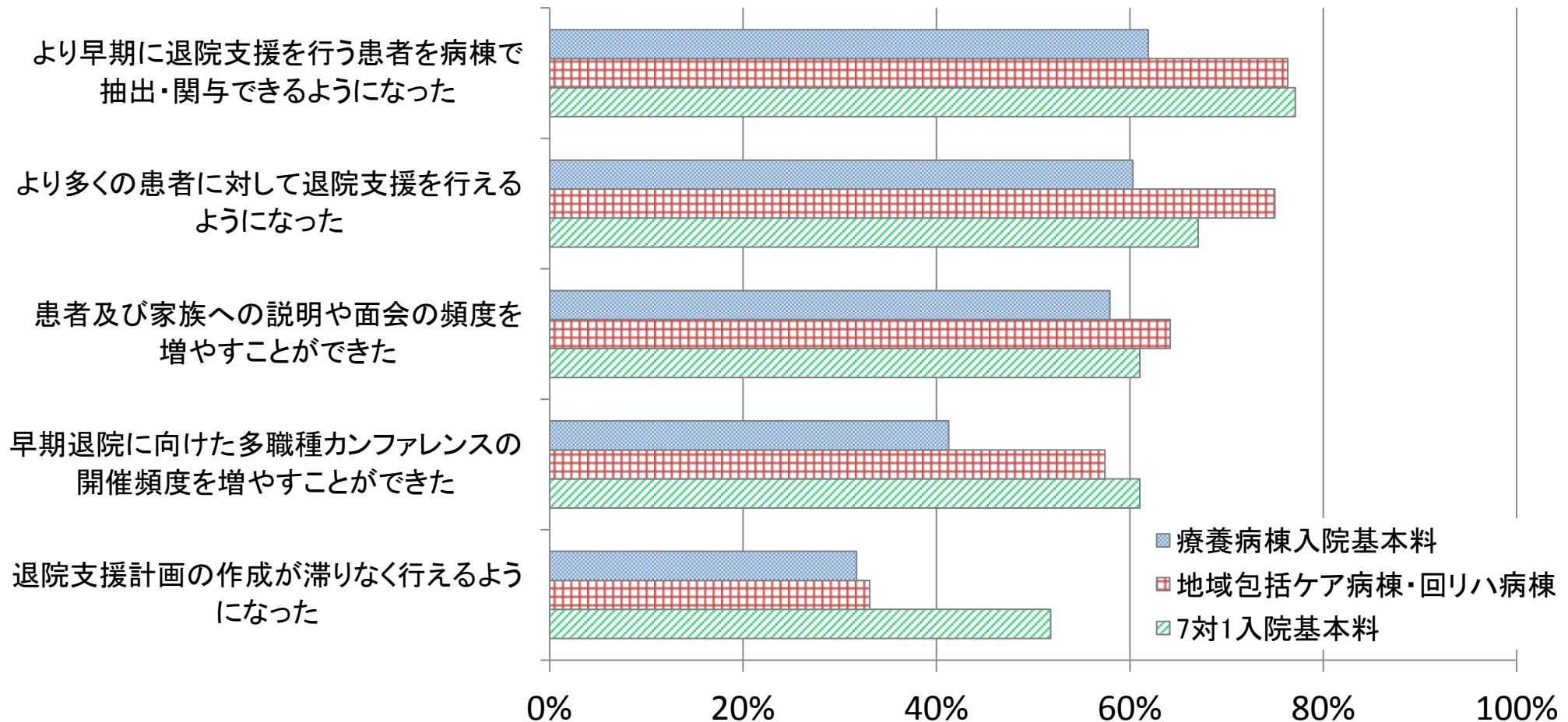


	専任／専従職員の配置	
	あり	なし
7対1病棟	12.7	13.0
地域包括ケア病棟	28.0	22.2
回りハ病棟	73.0	68.5
療養病棟	256.9	348.4

病棟への退院支援職員の配置による効果

- 病棟に専任又は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」、「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」等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＞



入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスについて

- 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おり、特に中規模以上の医療機関や療養病棟において、実施医療機関の方が平均在院日数が短い傾向がみられた。

＜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	-	-

早期からの退院支援の効果

中医協 総-1
23.12.2

- 方法 RCT(ランダム化比較試験)
- 対象 スクリーニングで、高リスクと判定された内科、神経内科および術後の高齢者
介入群:417人(平均年齢66.6歳) 対照群418人(平均年齢67.9歳)
- 介入内容 介入群:早期から(入院3日目から)の系統的な退院支援・調整をスタート
対照群:医師からの紹介があれば退院支援を実施、通常は何も行わない
- 結果 下記の通り
- 早期から退院支援をした介入群は、対照群と比較し、予定外の再入院率、予定外の再入院日数が有意に少なかった。
また、自宅への退院者数、退院9ヶ月後の自宅滞在率においては、対照群よりも有意に多かった。

結果

○予定外の再入院率

・退院4ヶ月後

介入群:103/417(24%)

対照群:147/418(35%)

P<0.001

・退院9ヶ月後

介入後:229/417(55%)

対照群:254/418(61%)

P=0.08

○予定外の再入院の日数

・退院9ヶ月後

介入群:10.1±8.3

対照群:12.1±9.1

P=0.001

○自宅へ退院者数

介入群:330/417(79%)

対照群:305/418(73%)

P<0.05

○退院後9ヶ月時点での自宅滞在率

介入群:259/417(62%)

対照群:225/418(54%)

P<0.05

○患者のヘルスアウトカム

・ Barthel score (scale 1 to 100)

退院1ヶ月後の平均値(SD)

介入群 85.3 (21.0)

対照群 86.5 (21.0)

○死亡数 (退院後9ヶ月時点) 介入群 66/417(16%) 対照群 66/417(16%)

退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果

中医協 総-1
23.12.2

入院1週間以内にスクリーニングを行い、退院困難が予測されるハイリスク患者(N=23)に対し、入院後10日前後に早期退院支援を行った。

また、スクリーニングの結果ハイリスク患者として抽出されなかった患者(N=17)に対して通常の退院支援を行った。

○在院日数は実施群で短かったが、統計学的有意差はなかった。しかし実施群のほうが有意に分散が小さく、早期退院支援の実施は、入院の長期化を予防できる可能性が示唆される。

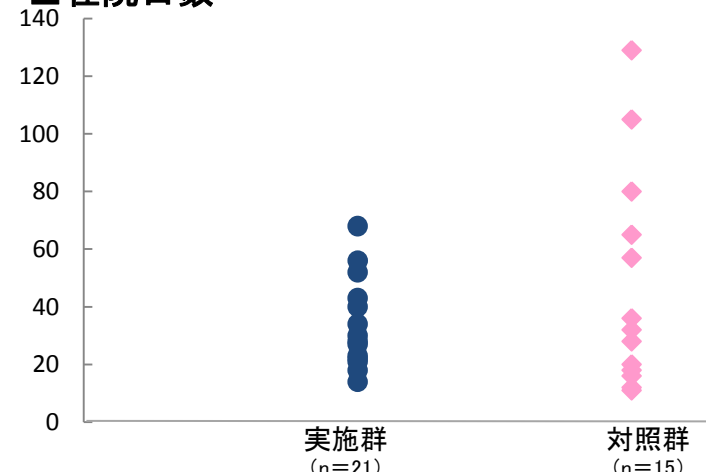
○実施群では、退院後の患者および家族の不安が軽減した。

○実施群のほうが退院時に多様なサービスの導入がみられた。

■退院時のサービス導入状況

	実施群 (n=21)	対照群 (n=15)
自宅退院	19	13
転院	2	2
かかりつけ医	6	2
訪問看護	7	1
ホームヘルプ	2	1
デイケア	2	0
行政・在宅介護支援センター	9	0
医療機器メーカー	2	1
その他	1	0

■在院日数



■退院時と退院後のSTAI(不安感の尺度)と介護負担感の変化—実施群と対照群の比較—

	退院時			退院後			退院後の退院時からの変化		
	実施群	対照群		実施群	対照群		実施群	対照群	
本人状態不安	41.4±11.3	37.7±5.7	ns	36.5±12.3	38.3±6.1	***	4.9±2.9	1.5±5.8	***
本人特性不安	39.9±10.7	35.8±6.5	ns	39.4±10.7	35.1±6.3	ns	0.6±0.9	0.6±1.4	ns
家族状態不安	46.4±10.1	42.3±9.7	ns	38.6±11.0	41.1±8.1	**	8.4±8.4	2.0±8.1	*
家族特性不安	42.1±12.0	39.8±9.4	ns	41.3±12.7	40.8±9.6	ns	0.8±1.8	0.5±1.9	ns
介護負担感	25.9±13.3	34.6±17.3	ns	19.9±9.3	29.0±17.4	ns	6.1±8.1	5.5±10.0	ns

平均±標準偏差 *: $p<0.05$ **: $p<0.01$ ***: $p<0.001$ ns: not significant

退院支援に係る診療報酬上の評価と取組内容

- 退院支援に係る加算の主な要件として「人員の配置」「早期退院に向けた院内の取組」「医療機関間の連携」が挙げられる。なお、退院調整の人員は退院調整部門に配置されており、病棟への配置は求められていない。
- 退院調整加算については、退院支援に関連する要件の多くが含まれるが、協議等に基づく医療機関間の連携体制の構築は含まれていない。

	主な要件								
	退院支援の体制			早期退院に向けた院内の取組				医療機関間の連携	
	退院調整部門の設置	退院調整部門への人員配置	病棟への退院支援の人員配置	退院困難な患者の抽出	入院早期の患者・家族との面談	退院支援計画等の作成・説明	多職種によるカンファレンス	地域連携診療計画の共有	協議等に基づく連携
退院調整加算	○	○	—	○	○	○	○	○	—
新生児特定集中治療室退院調整加算1・2	○	○	—	○	○	○	○	—	—
新生児特定集中治療室退院調整加算3	○	○	—	—	—	○	—	—	—
救急搬送患者地域連携紹介・受入加算	—	—	—	—	—	—	—	—	○
精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入加算	—	—	—	—	—	—	—	—	○
地域連携診療計画管理料・退院時指導料	—	—	—	—	—	○	—	○	○

退院支援に向けた施設間の連携状況について

- 入院期間が短く、退院患者が多い入院料を届け出ている医療機関では、連携施設数が多い。
- 地域包括ケア病棟を除き、連携施設数の多い医療機関の方が、平均在院日数がやや短い。

＜連携施設数の状況＞

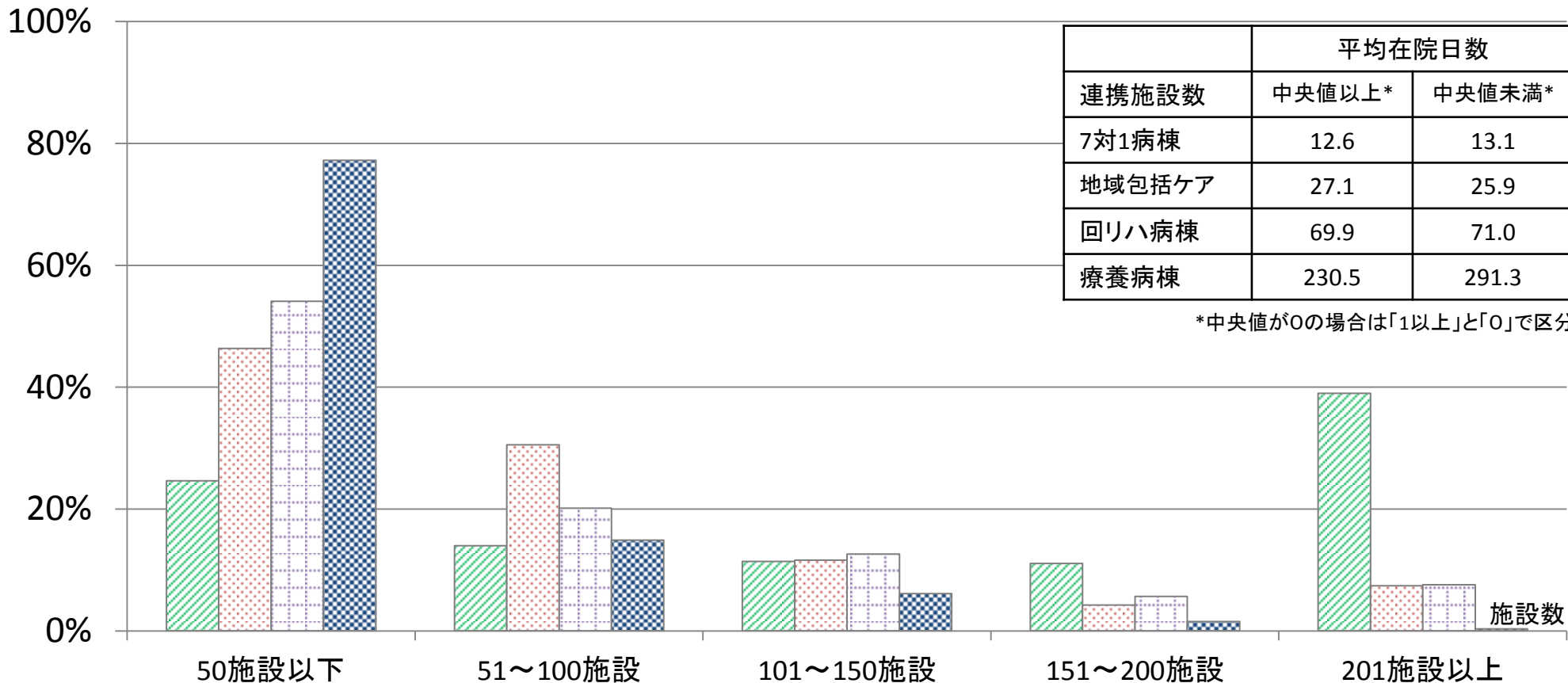
医療機関割合

■ 7対1病棟

■ 地域包括ケア病棟

■ 回りハ病棟

■ 療養病棟

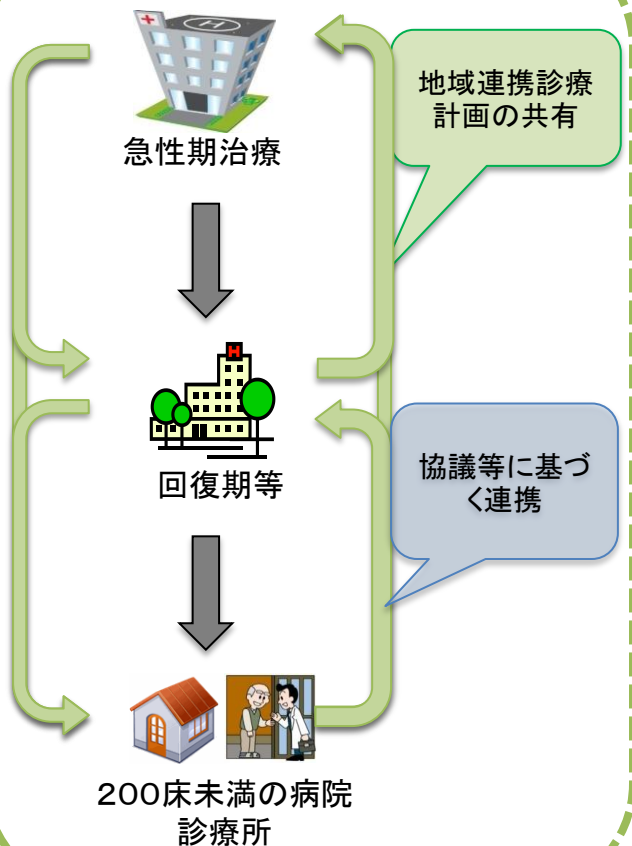


退院支援に向けた医療機関間の連携イメージ(現行)

- 地域連携診療計画管理料等においては、予め協議等に基づく連携を構築することが要件とされているが、退院調整加算においては、このような要件はない。

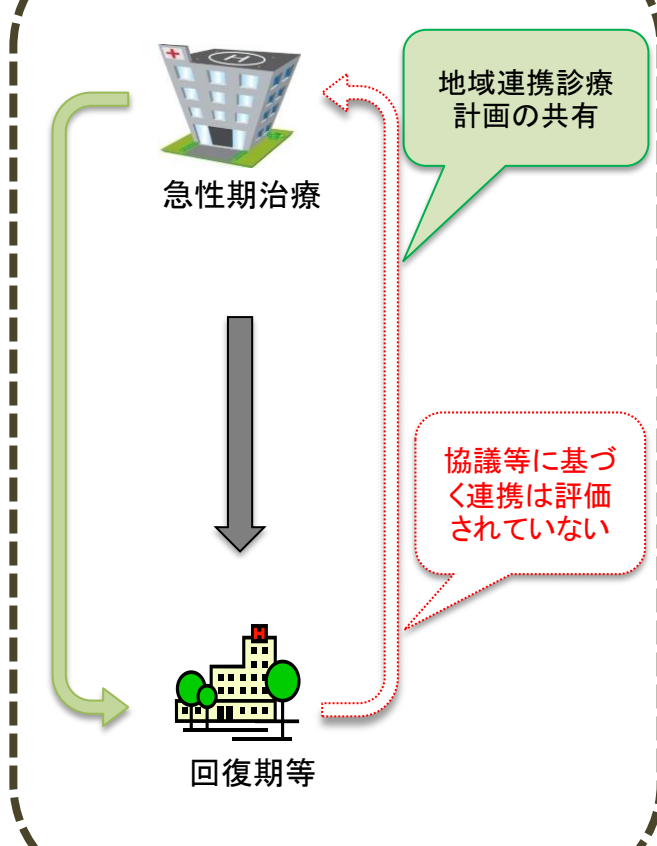
脳卒中・大腿骨頸部骨折の患者

地域連携診療計画管理料・
退院時指導料



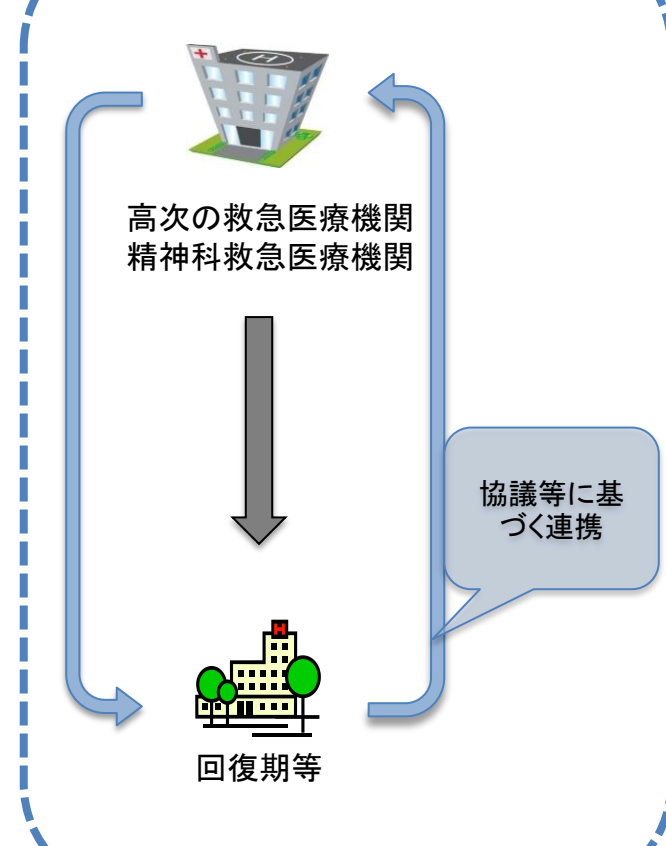
左記以外の退院困難な患者

退院調整加算



緊急入院した患者

(精神科)救急搬送患者地域連携
紹介・受入加算



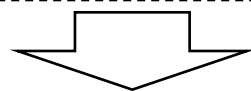
入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ(抜粋)

- 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。
- 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。
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。

退院支援に関する課題と論点

【課題】

- 退院支援に係る評価については、類似の改定において充実が図られてきた。算定回数が多い退院調整加算や介護支援連携指導料のほかにも、様々な項目の評価が設けられ要件が複雑化しているが、評価の着目点は退院調整加算と類似しており、退院支援に係る人員の配置や、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が中心となっている。
- 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との指摘が多かった。
- 各病棟に退院支援に携わる職員を専任・専従で配置している医療機関が一定程度みられ、専任・専従職員配置の効果として、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援が行えるようになる等の効果が指摘されている。なお、退院調整加算においては、病棟への退院支援職員の配置は求められていない。
- 早期退院に向けた院内の取組として、退院困難な患者の早期抽出や早期の面談、退院支援計画等の作成のほか、多職種によるカンファレンスが実施されており、一定の効果がみられている。
- 医療機関間の連携に関して、全体として、連携施設数が多い医療機関では平均在院日数が短い傾向がみられ、特に入院期間の長い病棟で顕著であった。地域連携診療計画管理料においては、予め協議等に基づく連携を構築することが要件とされているが、退院調整加算においては、このような要件はない。



【論点】

- 退院支援に係る評価について、現在算定回数の多い退院調整加算及び介護支援連携指導料を中心として、簡素化を図ることとしてはどうか。
- 患者が安心・納得して退院できるよう、退院支援に専従する職員がいくつかの病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスの実施等を通じて入院後早期に退院支援に着手するとともに、医療機関が他の医療機関等と恒常的に顔の見える連携体制を構築するなど、現行の退院調整加算の充実を図ってはどうか。
- また、地域連携診療計画管理料、新生児特定集中治療室退院調整加算など、患者や病棟の特性に応じて特に必要な評価については、退院調整加算の加算として整理してはどうか。

1. 地域包括ケア病棟について
2. 慢性期入院医療について
3. 退院支援に係る取組について
- 4. 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

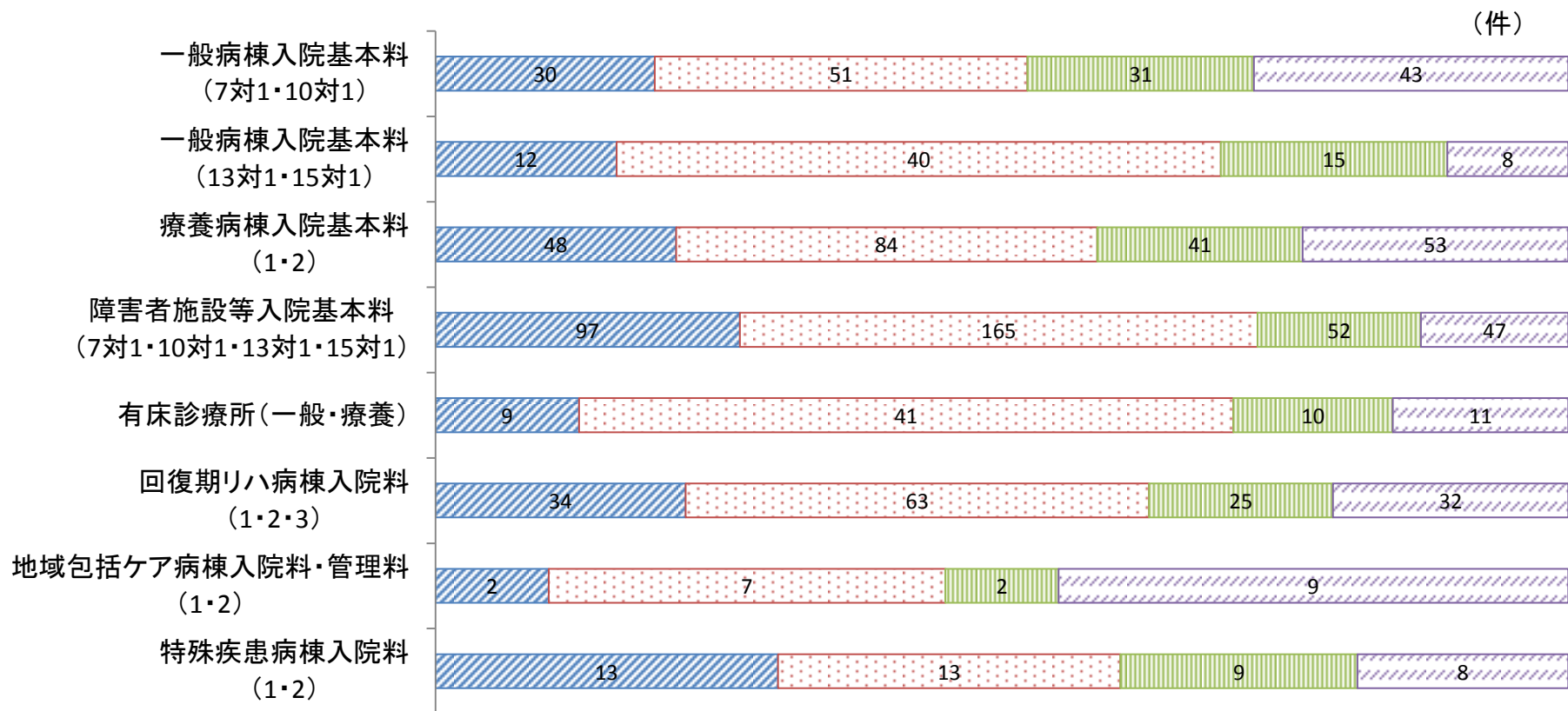
※ B医療機関では原則として医学管理、在宅等は算定できない。

※ 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

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」、「症状の原因精査のため」などがある。

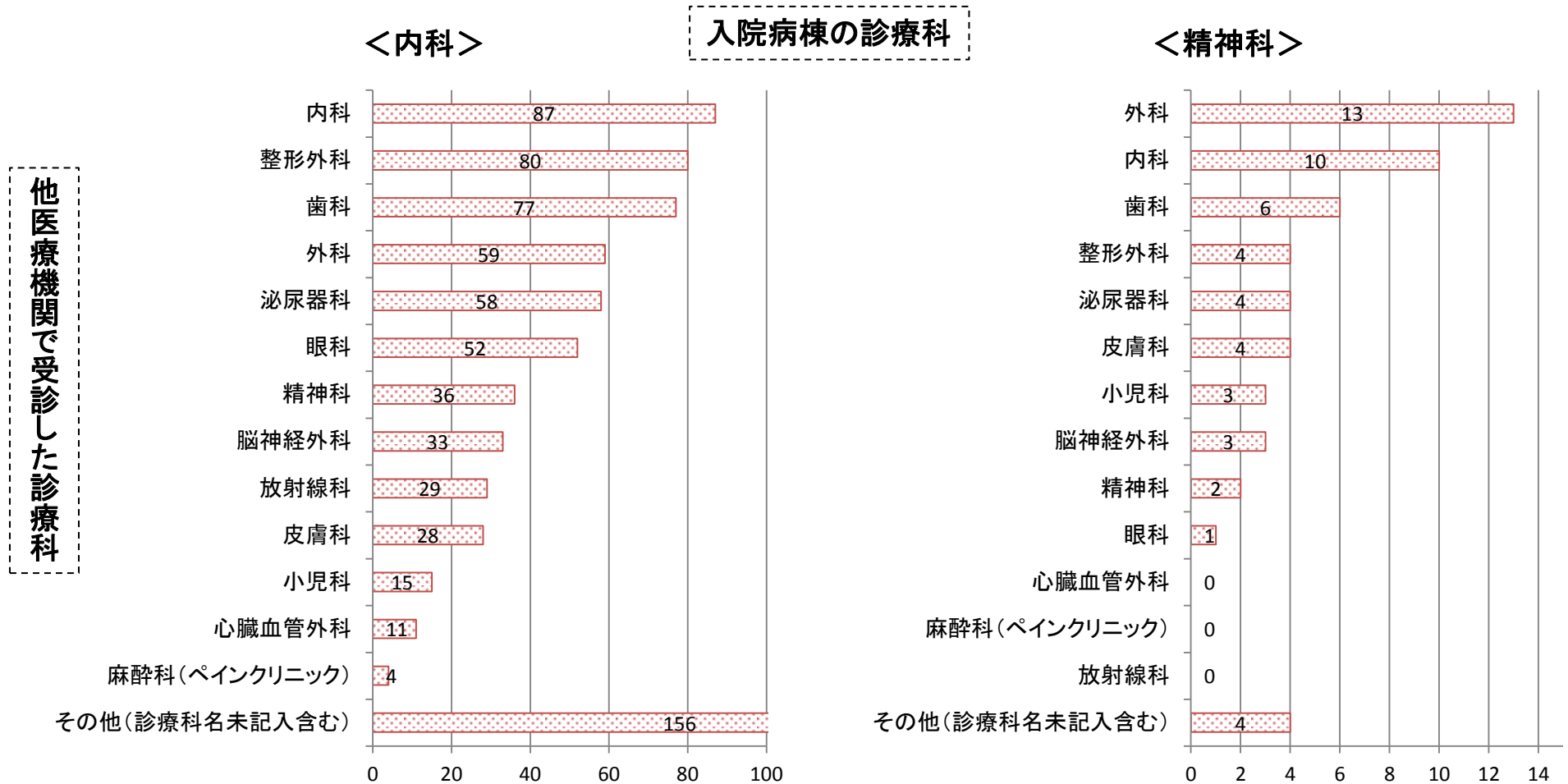
＜主な入院料別の他医療機関受診理由(複数回答)＞



■ 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

○ 入院患者が他の医療機関を受診する際の診療科は多岐にわたっている。



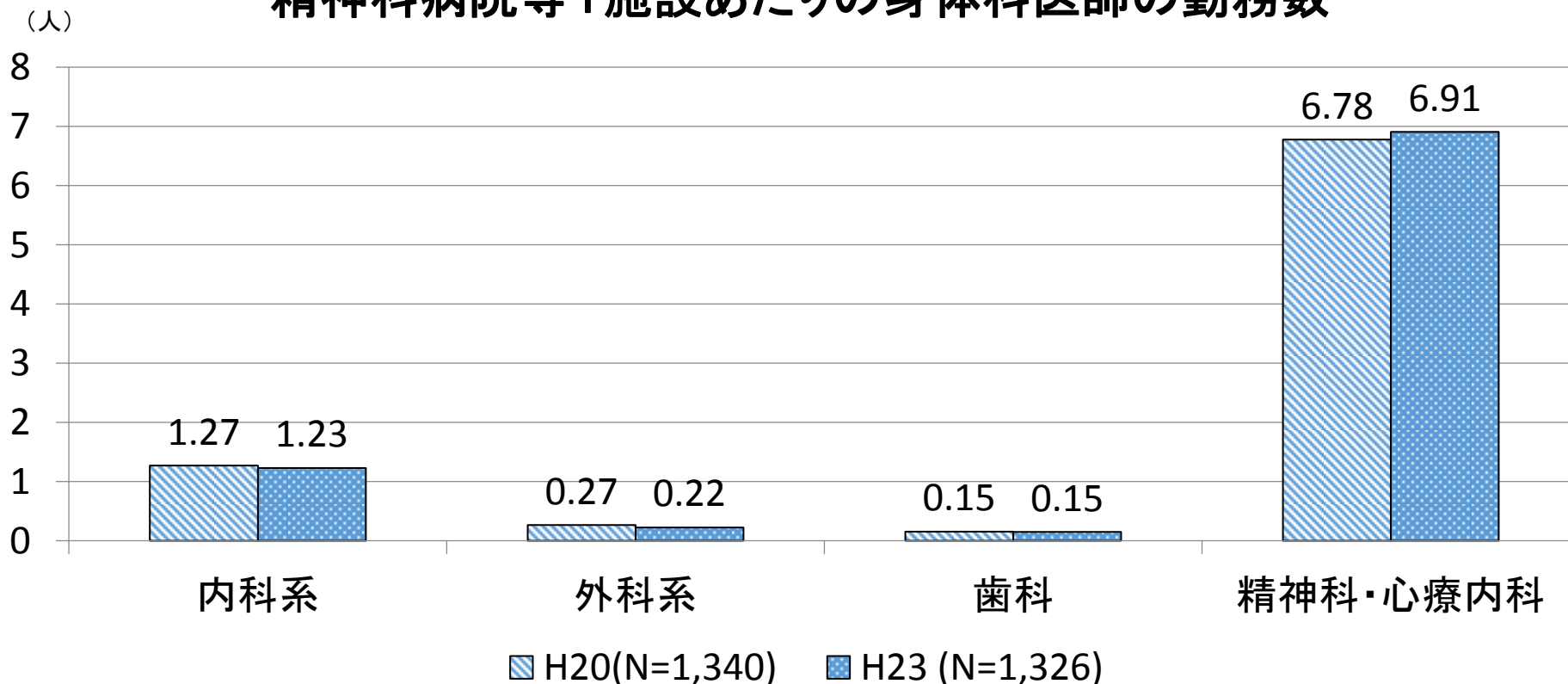
※入院している病棟に複数の診療科がある場合は、同一患者が重複計上されている。

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)

精神科病院等における身体科医師の勤務

- 精神科病院等における身体科医師の勤務数は少なく、またやや減少傾向にある。

精神科病院等1施設あたりの身体科医師の勤務数

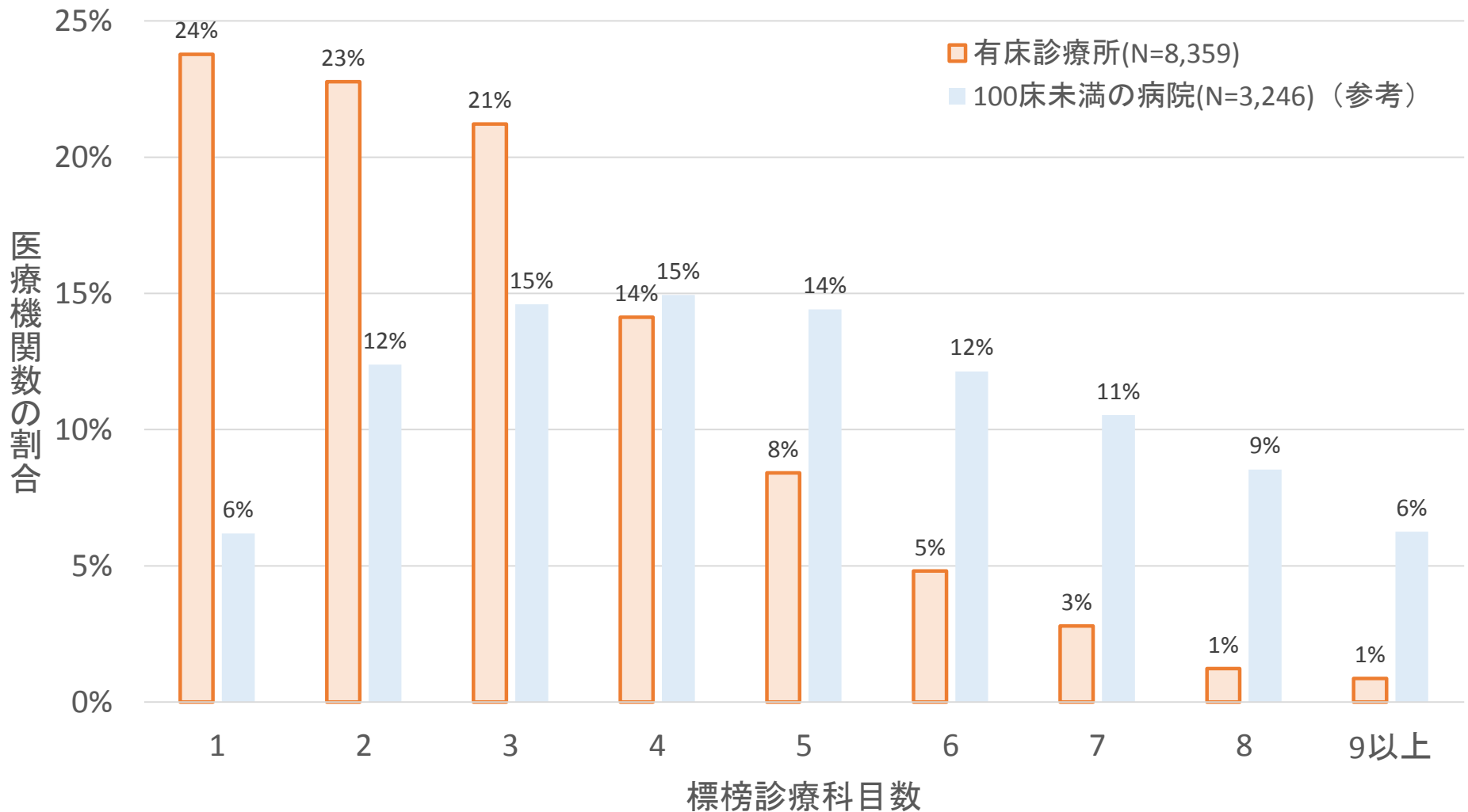


※精神科病院等とは、ここでは精神病床が全体の50%以上を占める医療機関とした。勤務数は常勤換算(単位:人)とした。内科系には、内科のほか、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、皮膚科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、小児科を含めた。外科系には、外科のほか、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、泌尿器科、肛門外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、美容外科、眼科、耳鼻いんこう科、小児外科、産婦人科、産科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科を含めた。歯科には、歯科のほか、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科を含めた。

出典:医療施設調査、特別集計

有床診療所の標榜診療科目数の分布

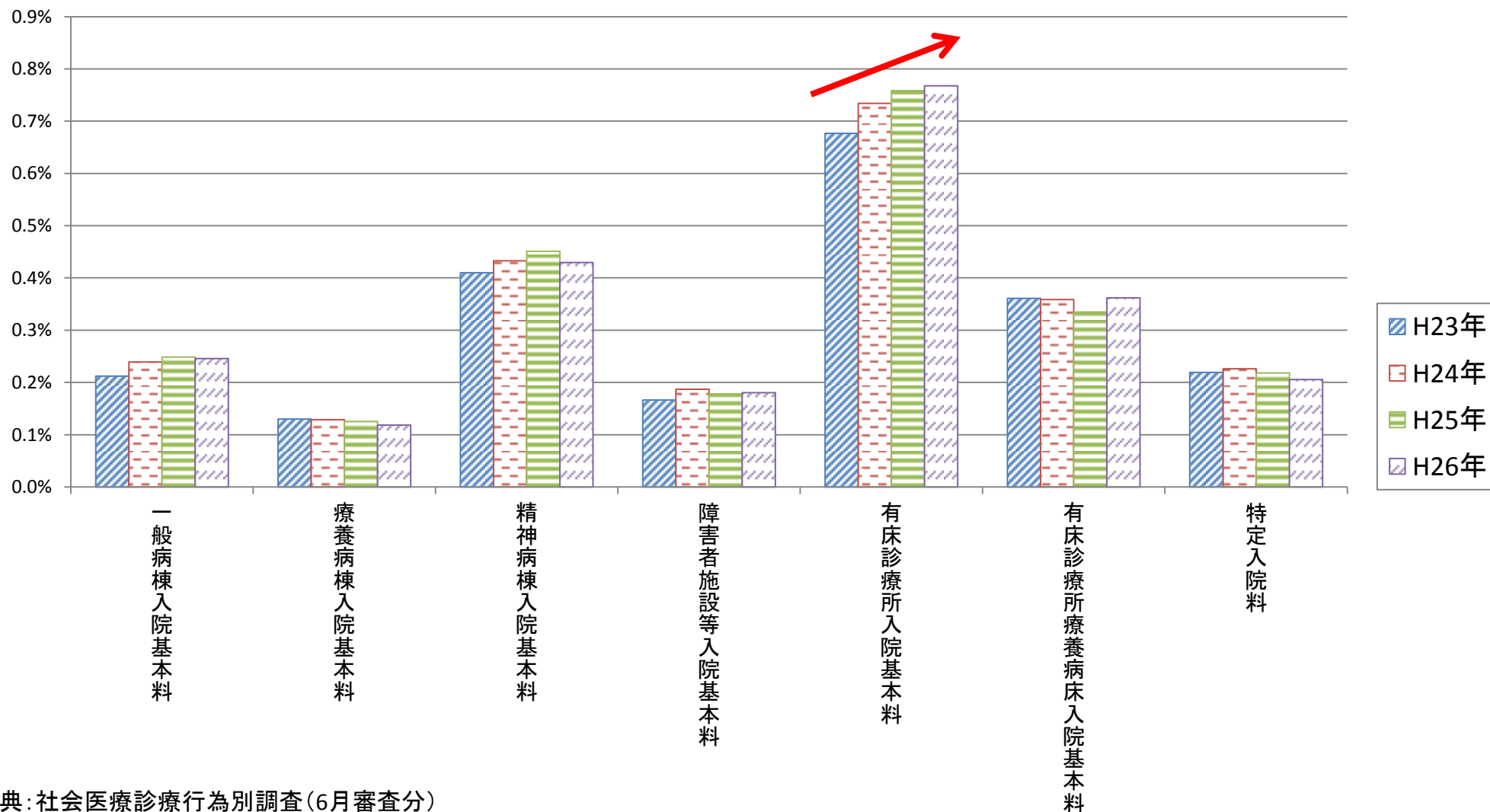
大半の有床診療所において、標榜診療科目数は3科目以下であった。



入院料減算の頻度

- 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



入院料減算に係る緩和措置の算定状況

- 透析又は共同利用を進めている検査(PET、光トポグラフィー等)のみを目的として他医療機関を受診した場合は、減算幅を縮小する取扱いとしているが、算定実績は少ない。

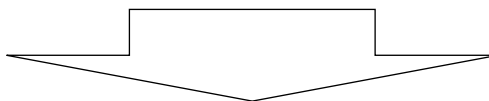
入院料種類	減算幅の縮小	減算幅が縮小されたレセプト件数
結核病棟入院基本料	30% → 15%	0件
精神病棟入院基本料		94件
有床診療所入院基本料		44件
特定入院料合計	70% → 55%	26件

出典：社会医療診療行為別調査(H26.6審査分)

入院中の他医療機関受診に関する課題と論点

【課題】

- 入院中に他医療機関を受診した場合には、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。
- 入院中に他医療機関を受診する理由は、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」や「症状の原因精査のため」が多く、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る。
- 精神科病院や、有床診療所は、多数の診療科の診療体制を有しておらず、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において比較的高い傾向にある。また、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー等）のみを目的として他医療機関を受診した場合は減算幅を縮小する取扱いとしているが、該当する患者は少ない。



【論点】

- 入院中に他医療機関を受診した場合には、入院料の点数から一定割合を控除することとされているが、入院中の患者が異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない医療機関に入院する患者が、他の医療機関を受診する場合の減算率を緩和することについてどう考えるか。