

(平成29年度第3回)
入院医療等の調査・評価分科会

平成29年6月21日(水)

1. 医療を取り巻く現状

2. 一般病棟入院基本料

(1) 入院基本料の評価の変遷

(2) 一般病棟入院基本料の現状

(3) 現行の評価軸

1) 重症度、医療・看護必要度

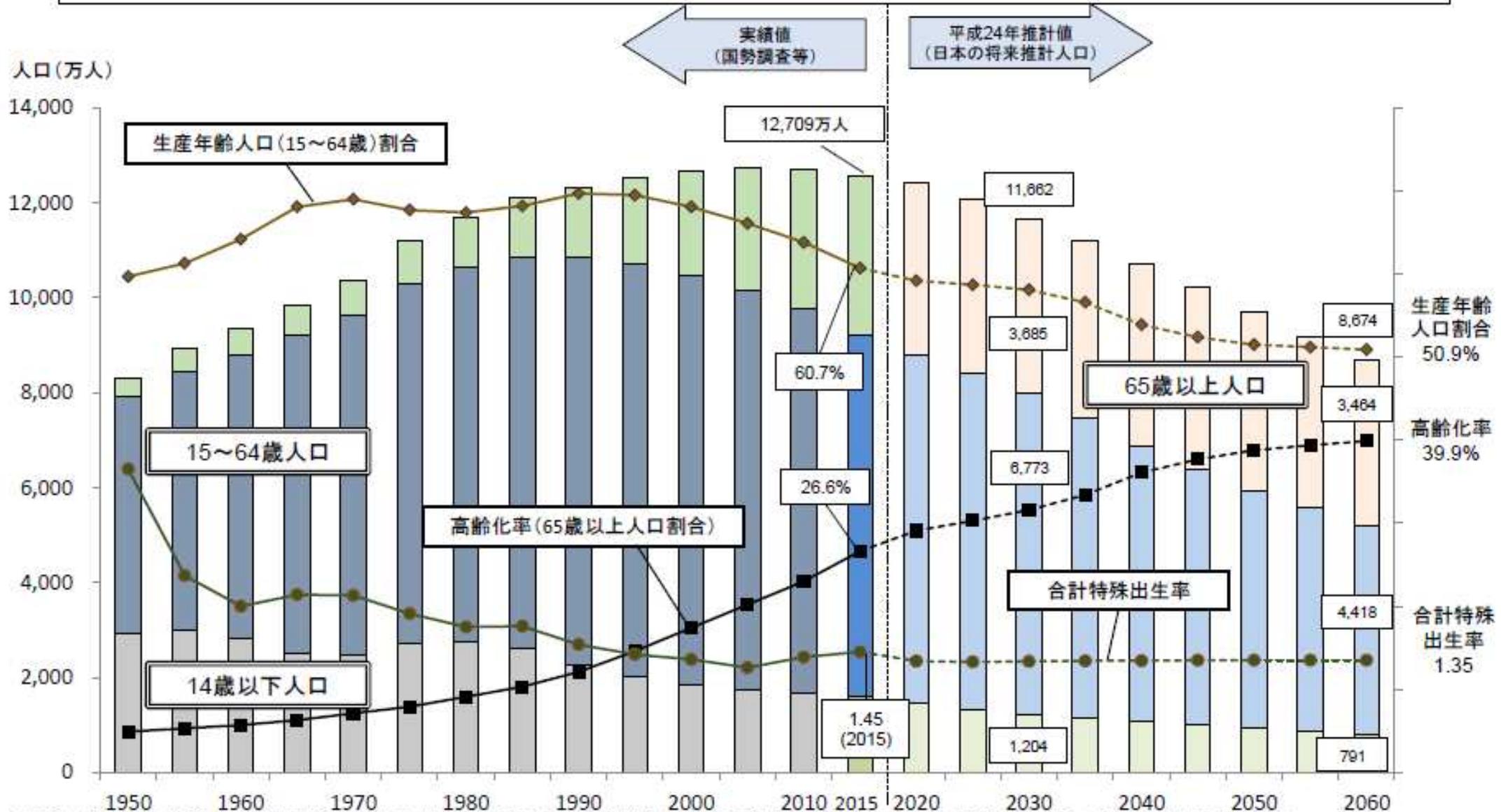
2) 平均在院日数

3) 在宅復帰率

3. 入退院支援

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

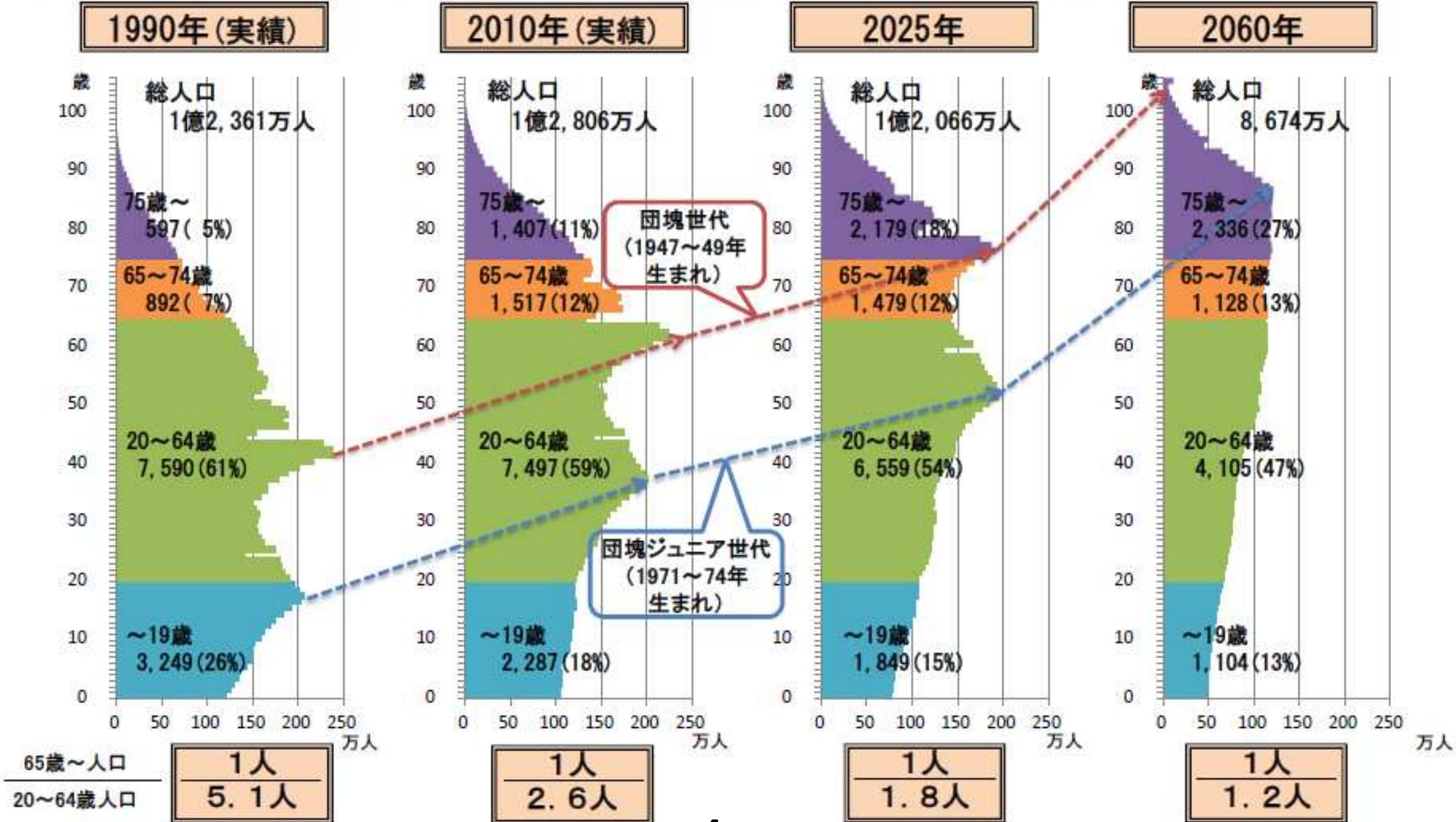


(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」

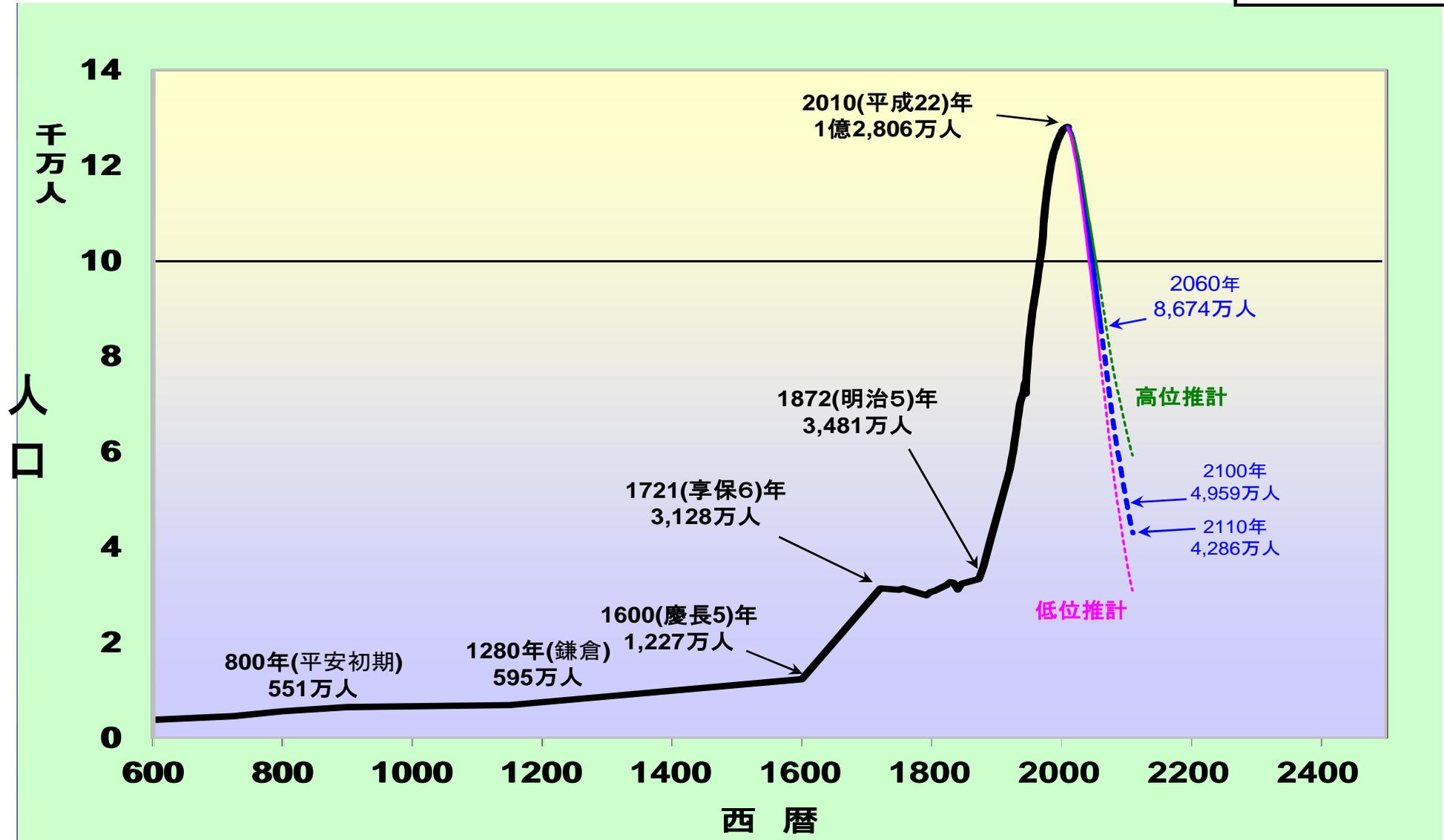
(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

人口ピラミッドの変化 (1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



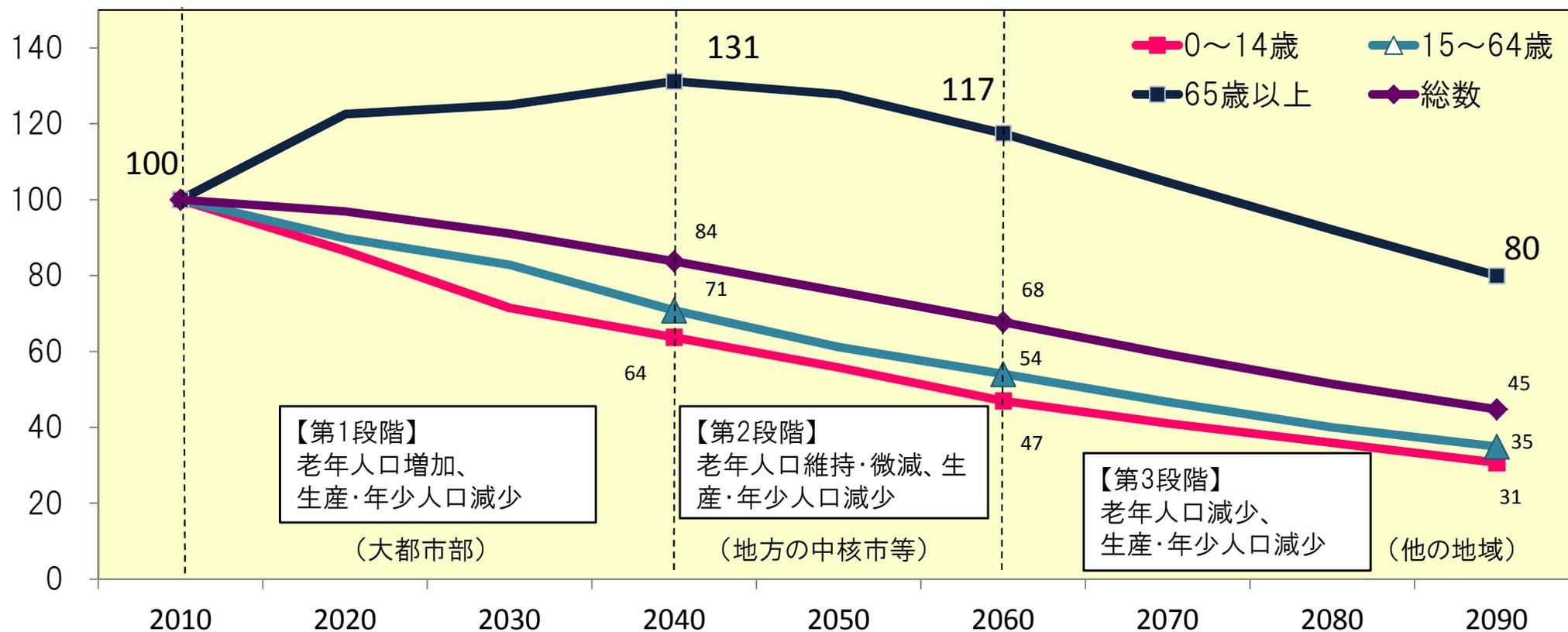
日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

将来人口動向:「3つの減少段階」

我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。



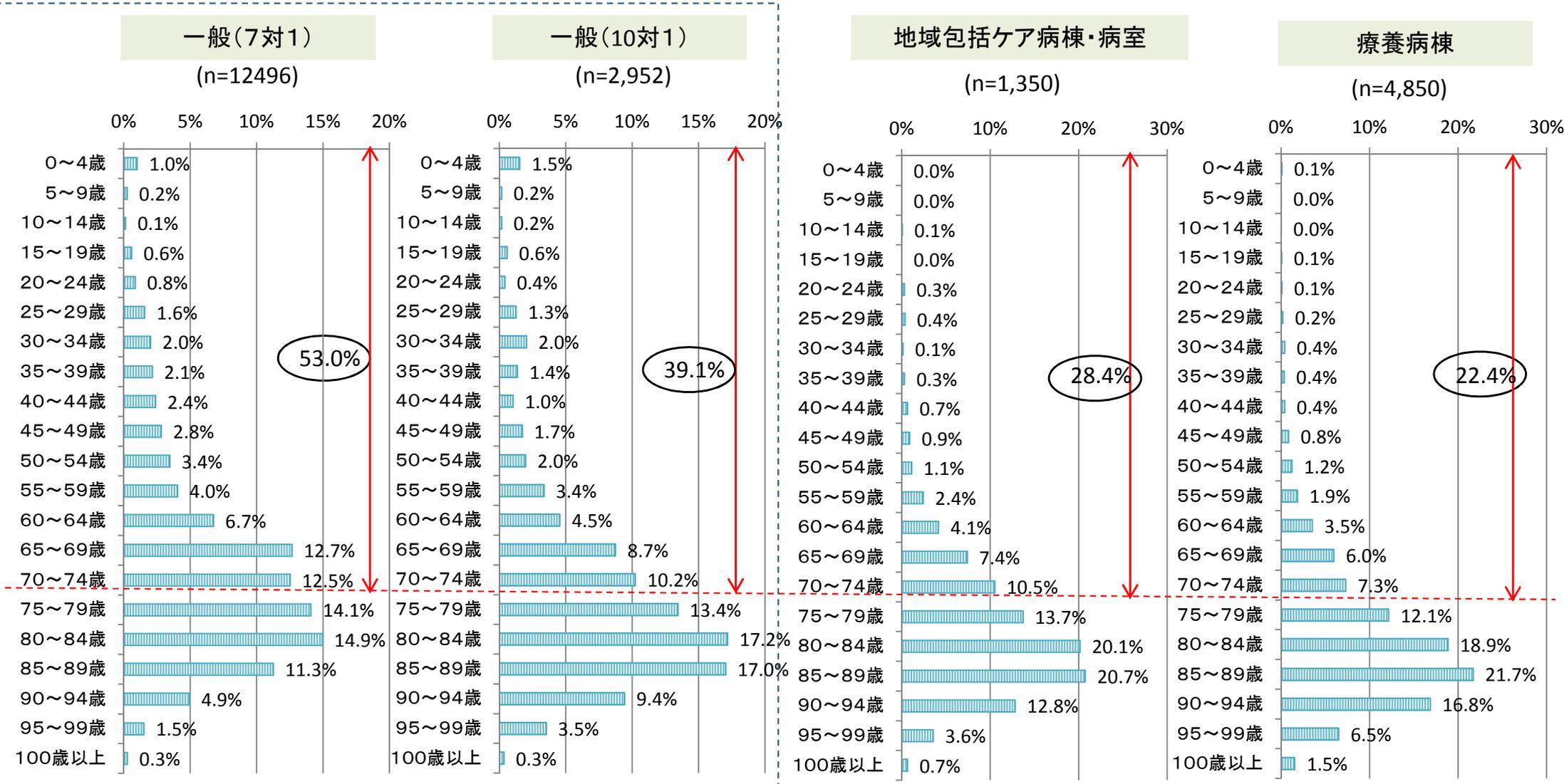
(備考)

1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

診調組 入-1
29.6.7

○ 一般病棟（7対1）の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。

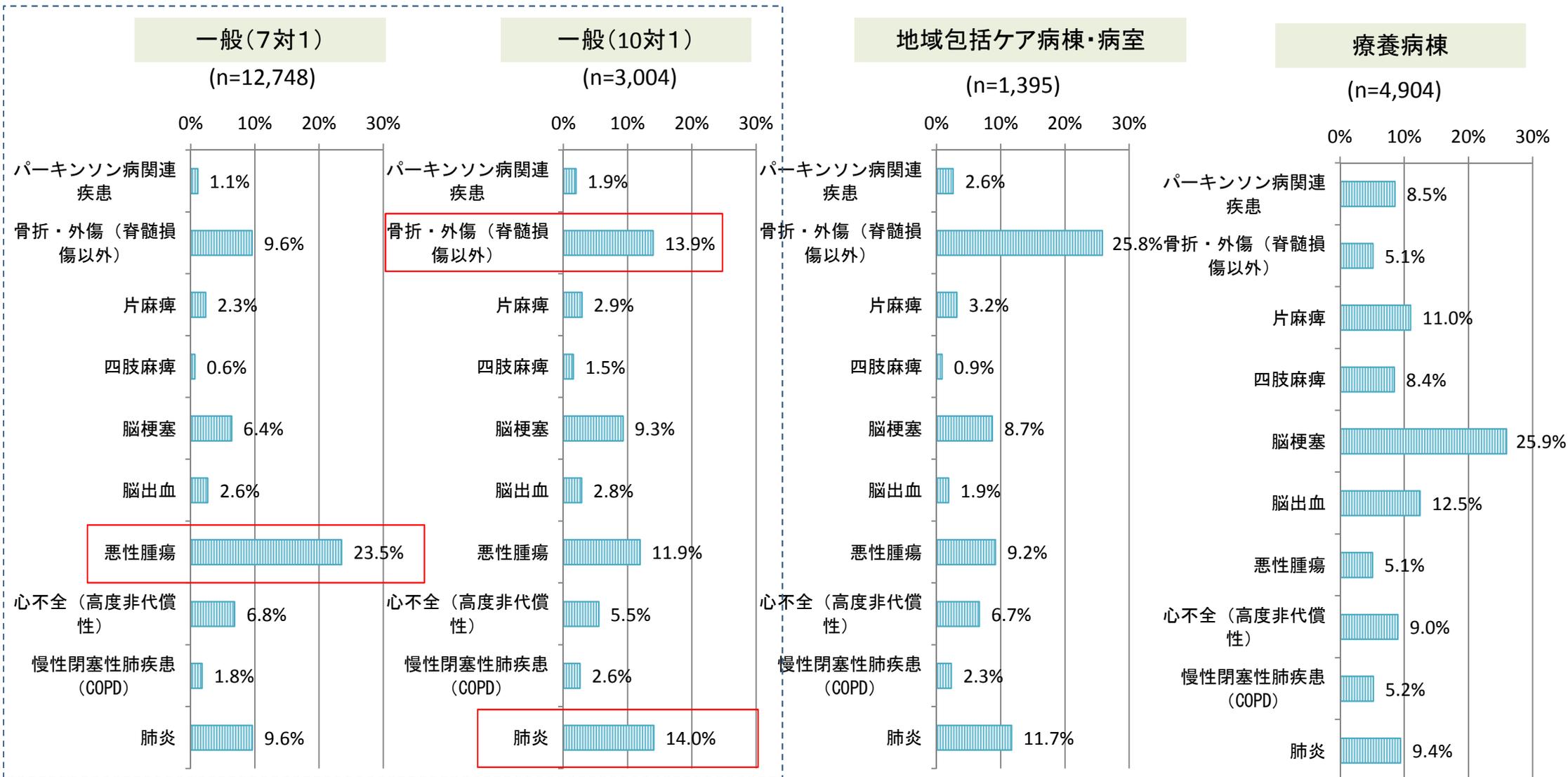


出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

診調組 入-1
29.6.7

○ 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患をみると、一般病棟（7対1）では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟（10対1）では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



1. 医療を取り巻く現状

2. 一般病棟入院基本料

(1) 入院基本料の評価の変遷

(2) 一般病棟入院基本料の現状

(3) 現行の評価軸

1) 重症度、医療・看護必要度

2) 平均在院日数

3) 在宅復帰率

3. 入退院支援

入院基本料の変遷①

中医協 診-1
24.8.22

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

看護料

看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成11年度以前

平成12年度以降

入院基本料の変遷②

中医協 診 - 1
24.8.22

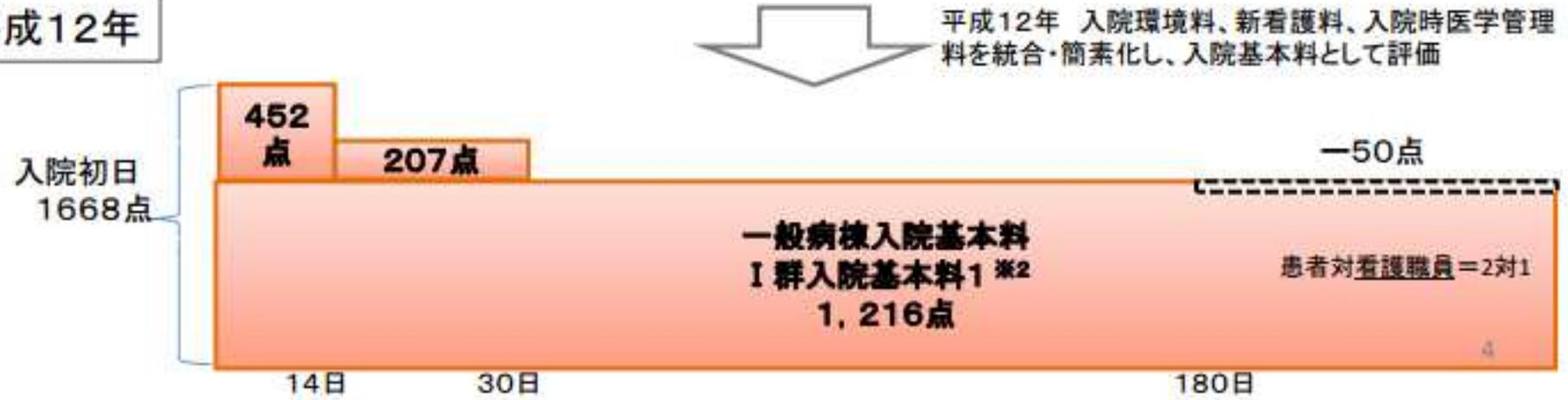
昭和58年
(甲表)



平成10年



平成12年



1. 医療を取り巻く現状

2. 一般病棟入院基本料

(1) 入院基本料の評価の変遷

(2) 一般病棟入院基本料の現状

(3) 現行の評価軸

1) 重症度、医療・看護必要度

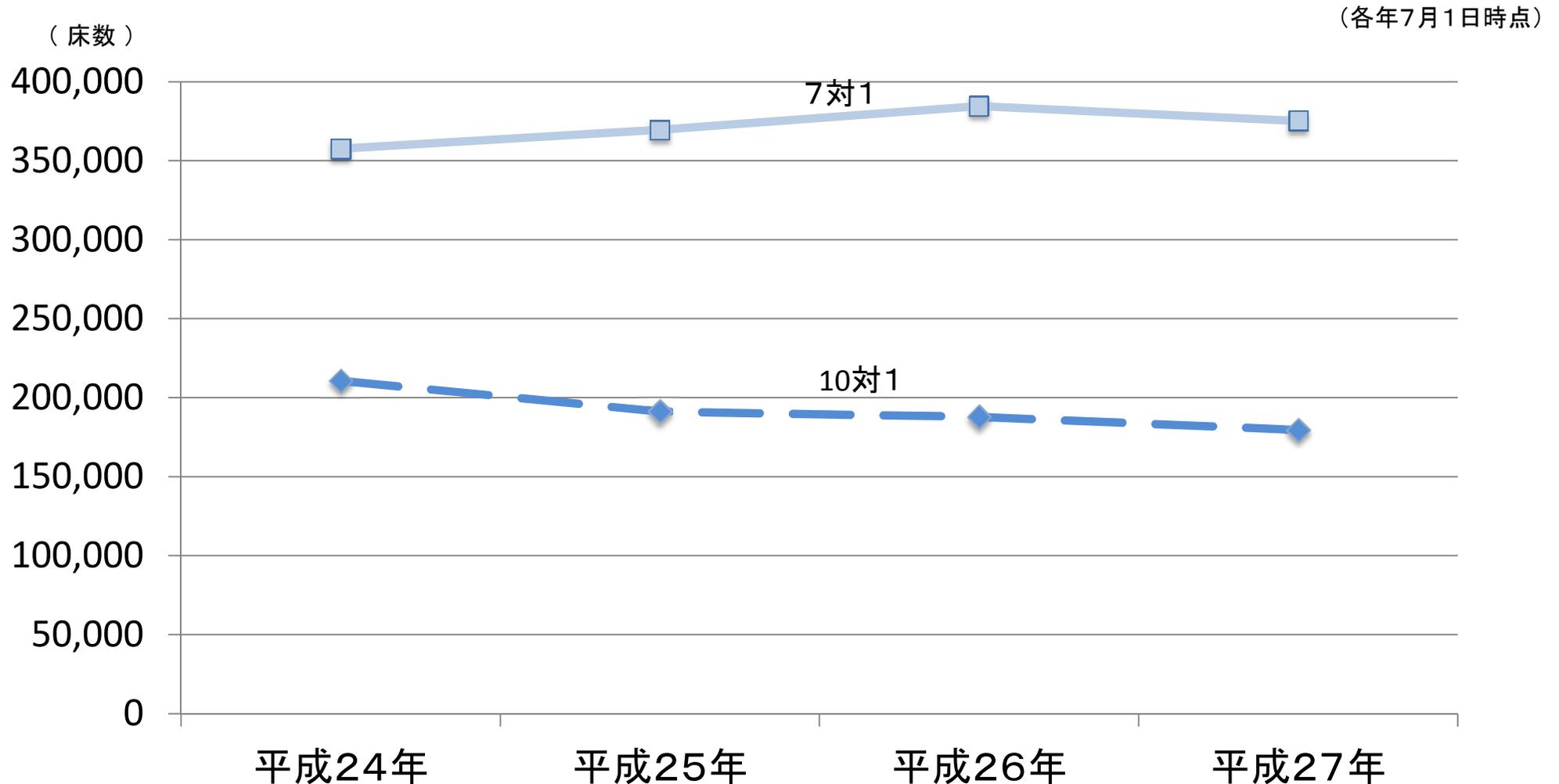
2) 平均在院日数

3) 在宅復帰率

3. 入退院支援

一般病棟入院基本料区分別 病床数の推移

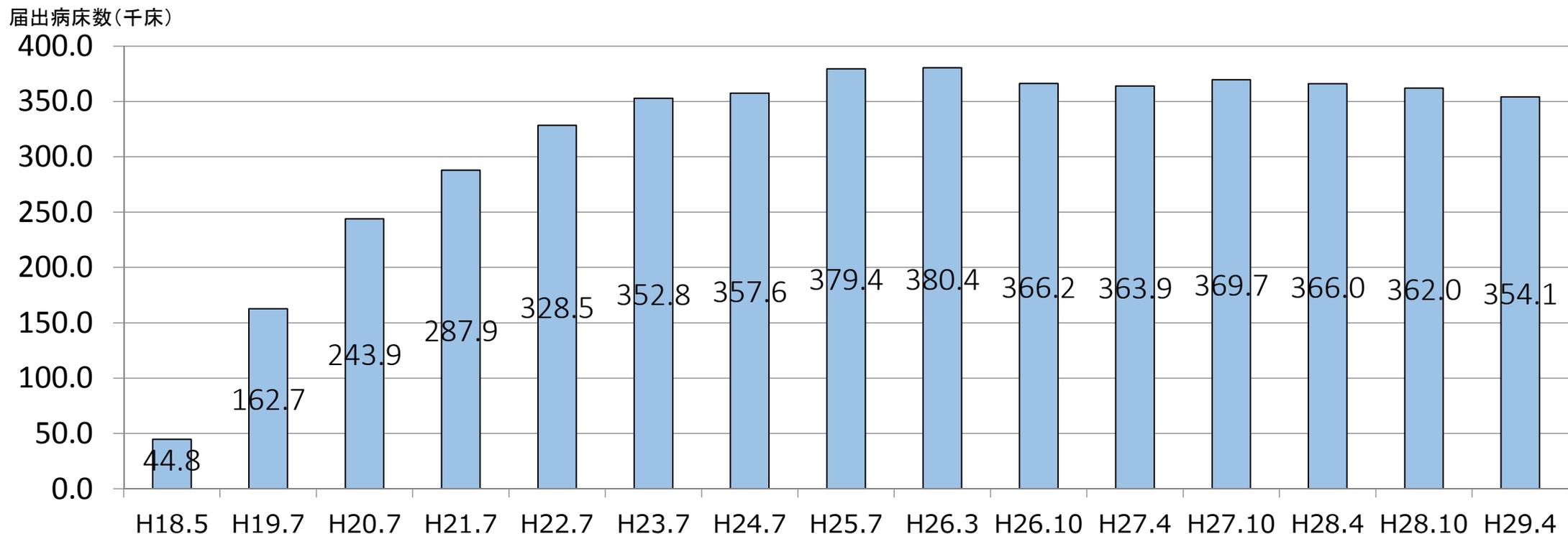
○届出病床数は、7対1入院基本料が最も多い。10対1入院基本料の届出病床数は、近年、減少傾向。
7対1入院基本料の届出病床数は平成26年から平成27年にかけて減少。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、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。

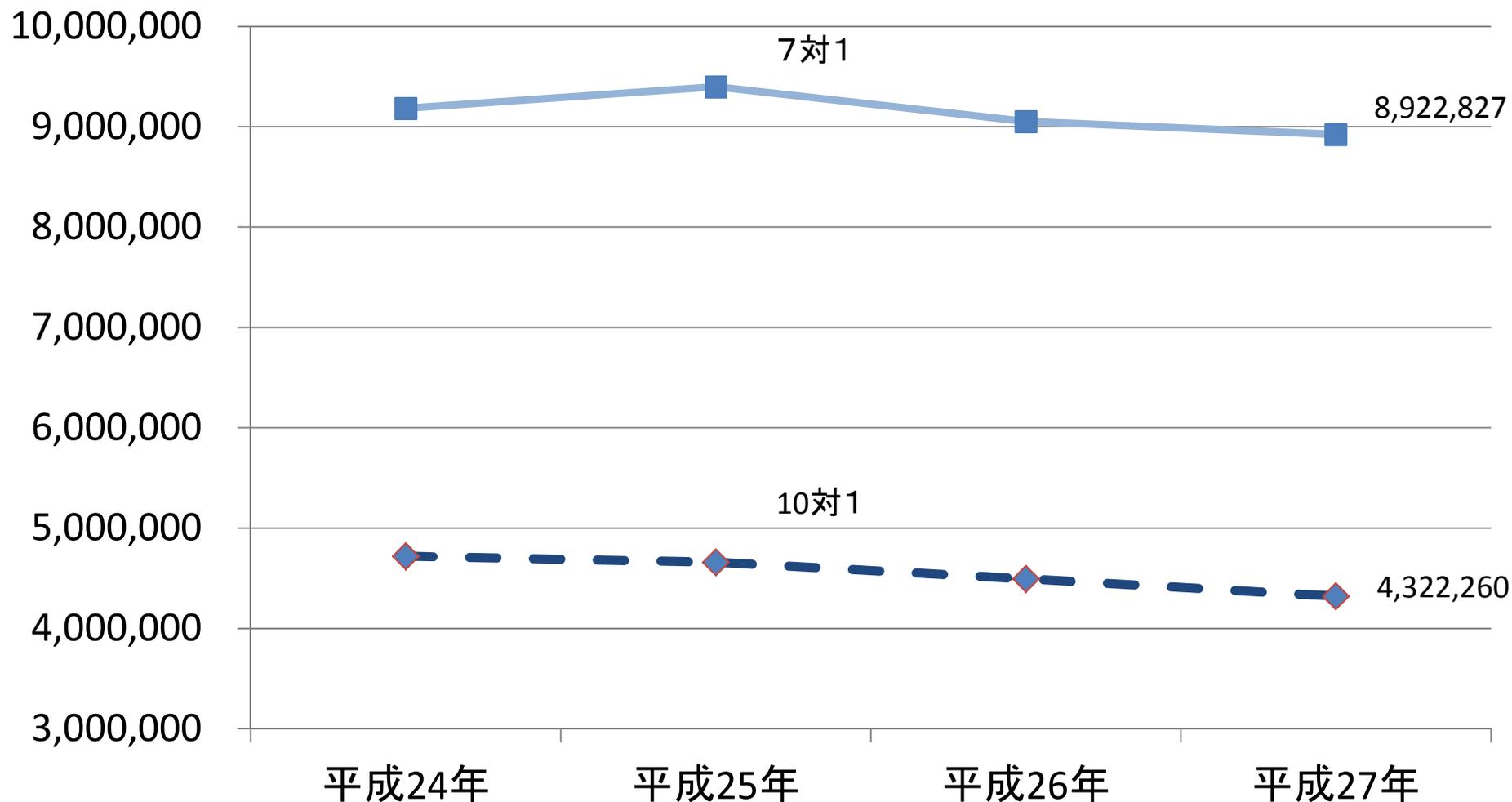
出典: 保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料区分別 算定回数の推移

中医協 総 - 6
29. 3. 15 (改)

○ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の算定回数は、近年、減少傾向。

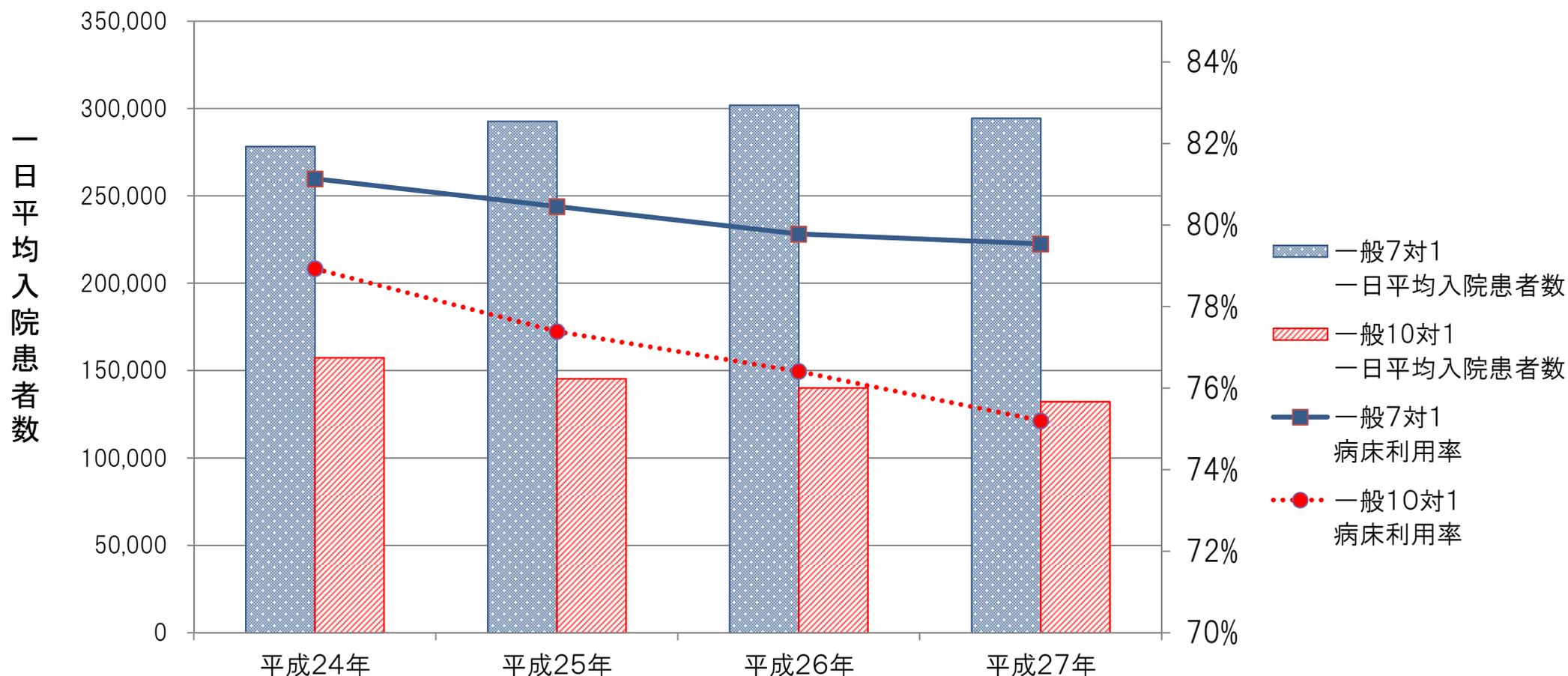
(回)



※ 出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した値

一般病棟入院基本料区分別 入院患者数と病床利用率

- 一般7対1病棟の一日平均入院患者数は、平成26年まで少しずつ上昇し、その後減少しており、一般10対1については減少傾向である。
- 病床利用率は両区分とも減少している。

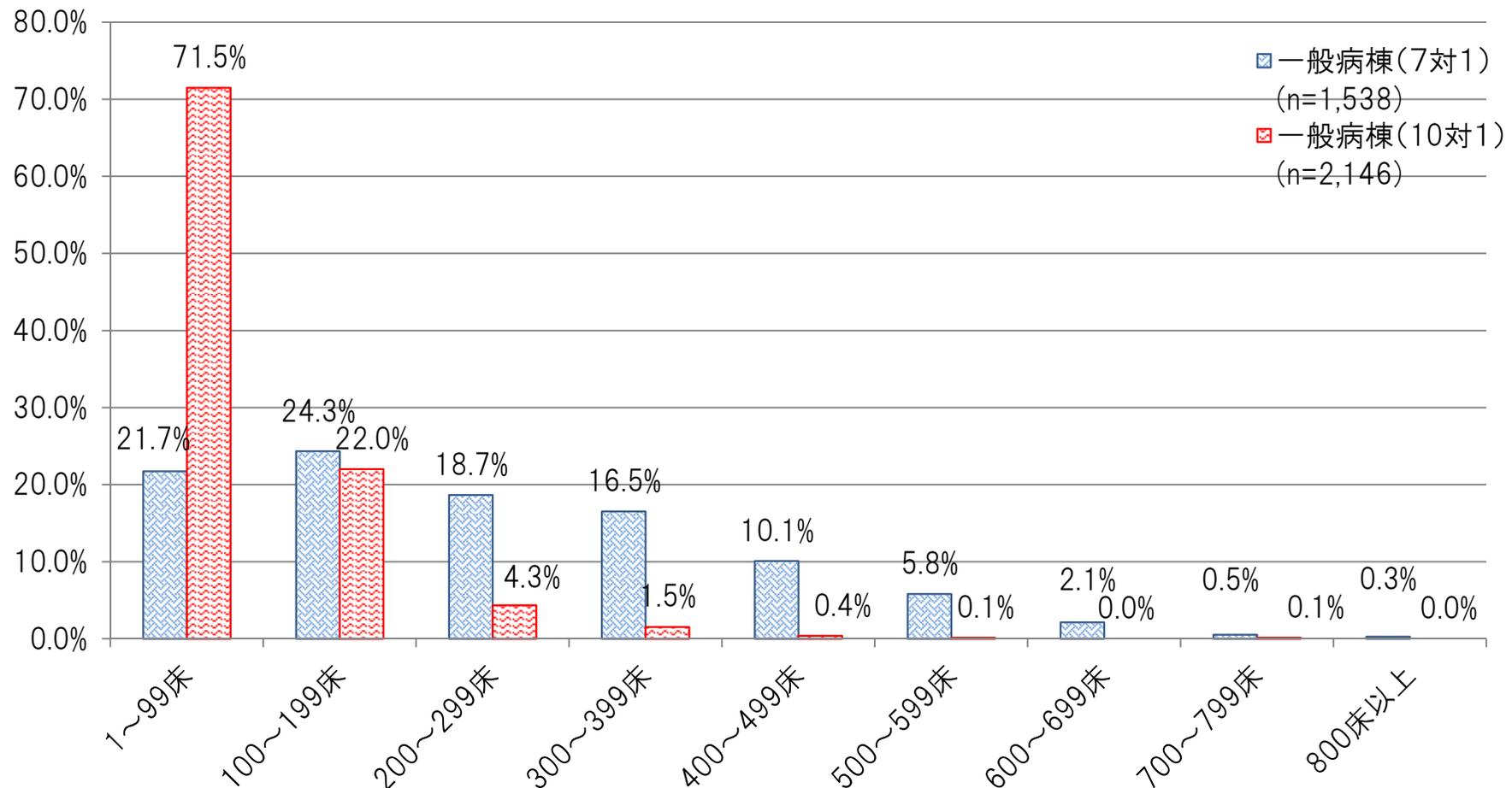


※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

※※ 1日平均入院患者数…各年7/1～6/31の延べ入院患者数を延べ日数で除したもの
 病床利用率…1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床数で除したもの

一般病棟7対1・10対1入院基本料届出医療機関の病床規模別分布

- 一般病棟(7対1)を有している医療機関の病床規模は、300床未満の規模が半数以上を占めているが、800床以上も病院もあり、全体的に分散している。
- 一般病棟(10対1)有している医療機関の病床規模は、199床以下の規模が約9割を占めている。

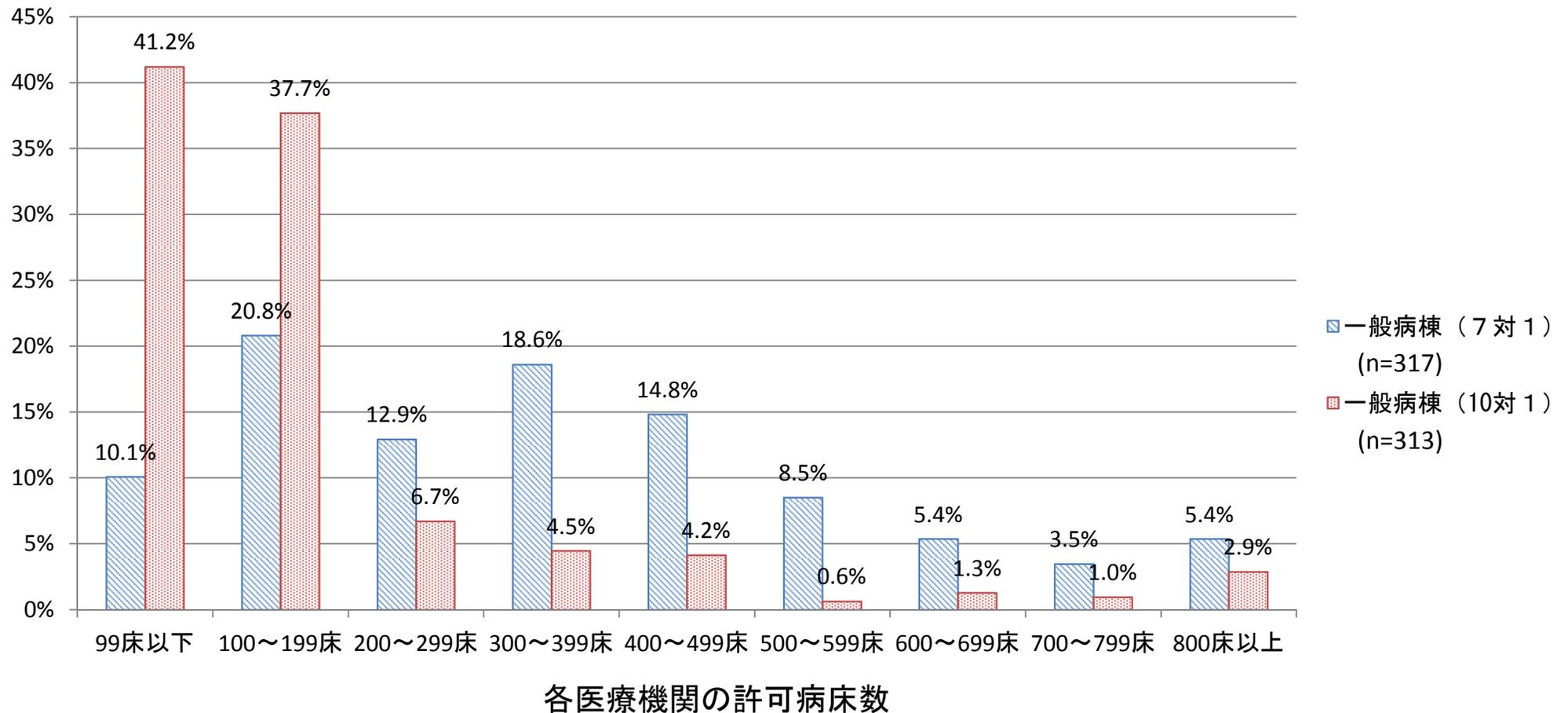


回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

診調組 入-1
29.6.7

- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

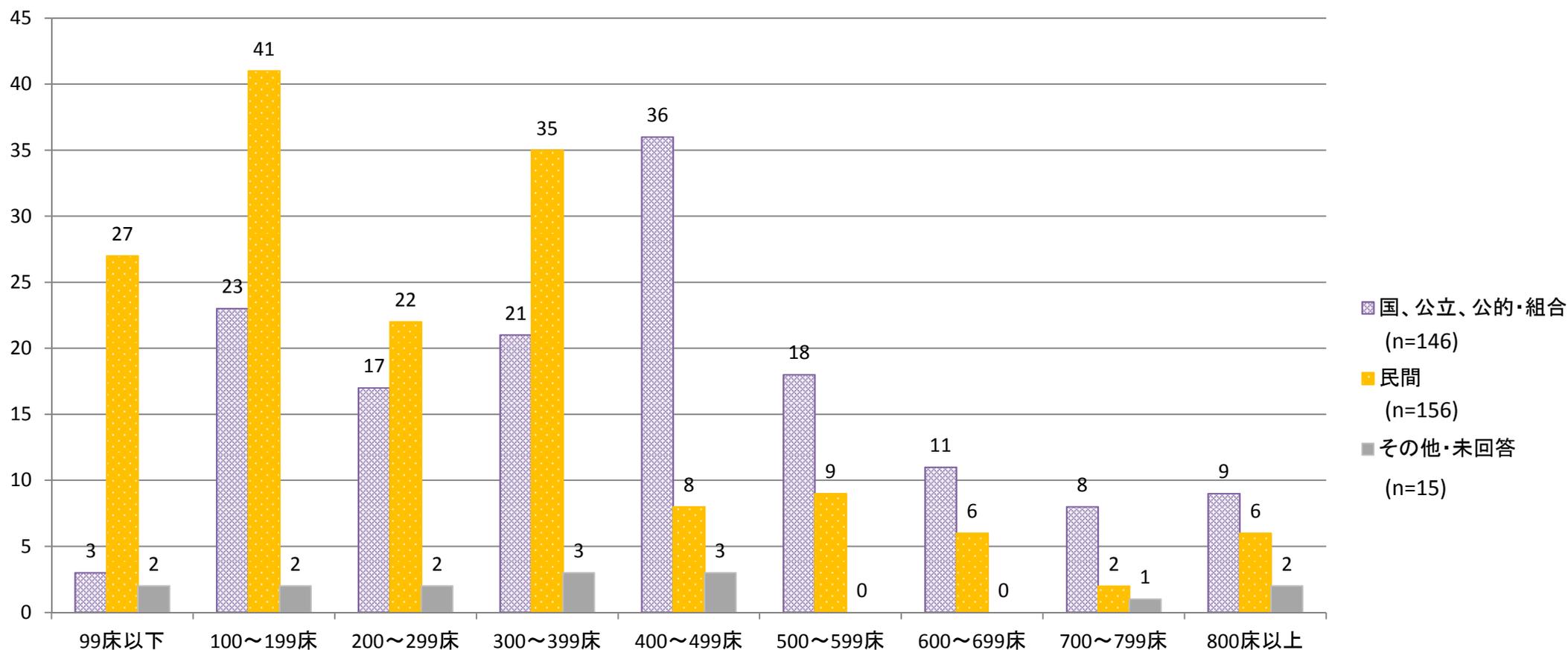
<病床規模別の内訳>



一般病棟7対1入院基本料届出医療機関の開設者別の病床規模別分布

○ 一般病棟(7対1)を有している医療機関の病床規模の分布を開設者別にみると、「国、公立、公的・組合」では、400～499床の医療機関が、「民間」では100～199床の医療機関が最も多い。

(医療機関数)



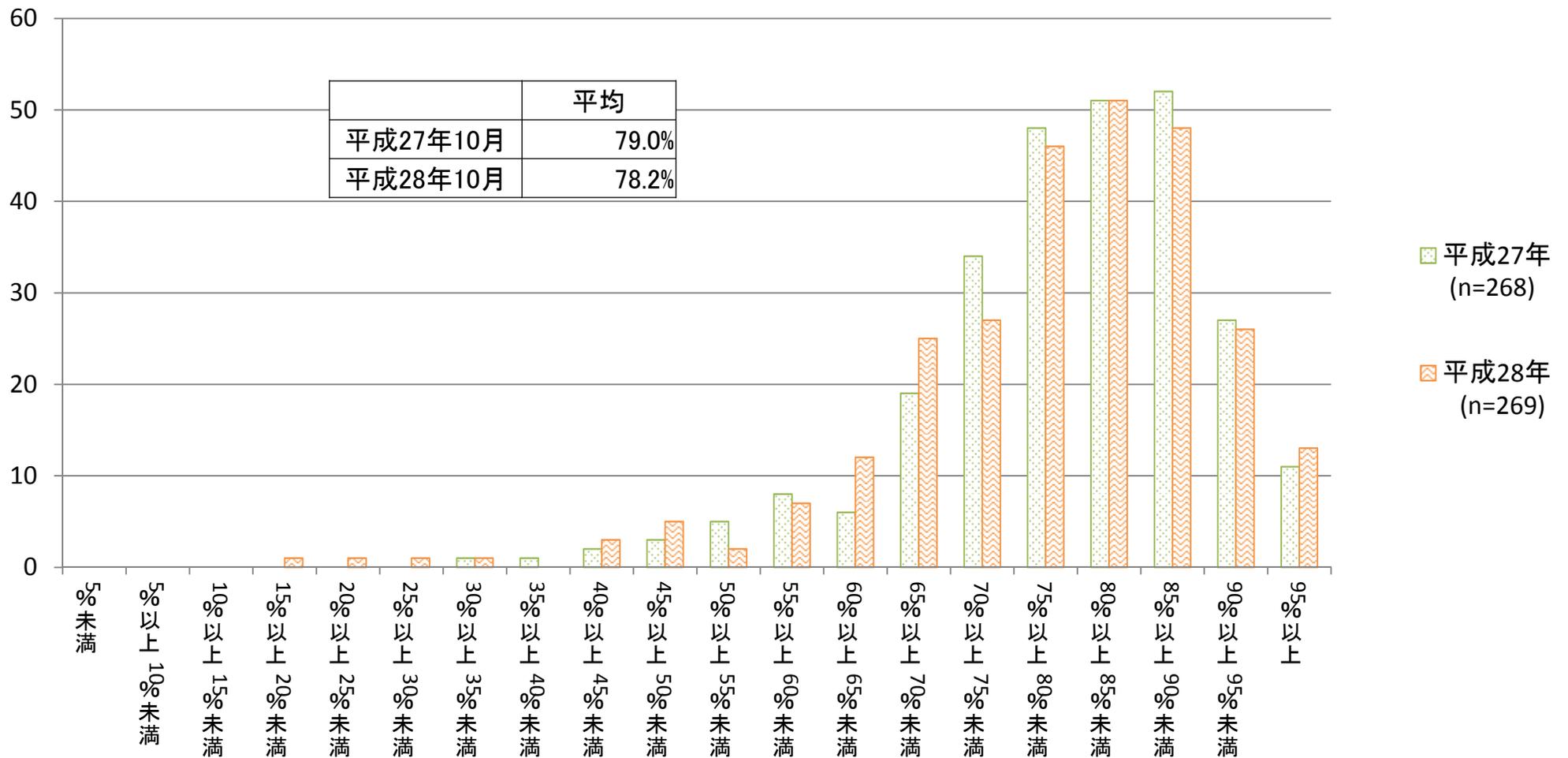
一般病棟（7対1）における病床利用率の状況

診調組 入 - 1
29 . 6 . 7

- 一般病棟（7対1）における病床利用率をみると、平成28年10月の平均は平成27年10月の平均と比較して0.8ポイント低い。
- 平成28年10月の医療機関ごとの分布をみると、80～85%の医療機関が最も多い。

（医療機関数）

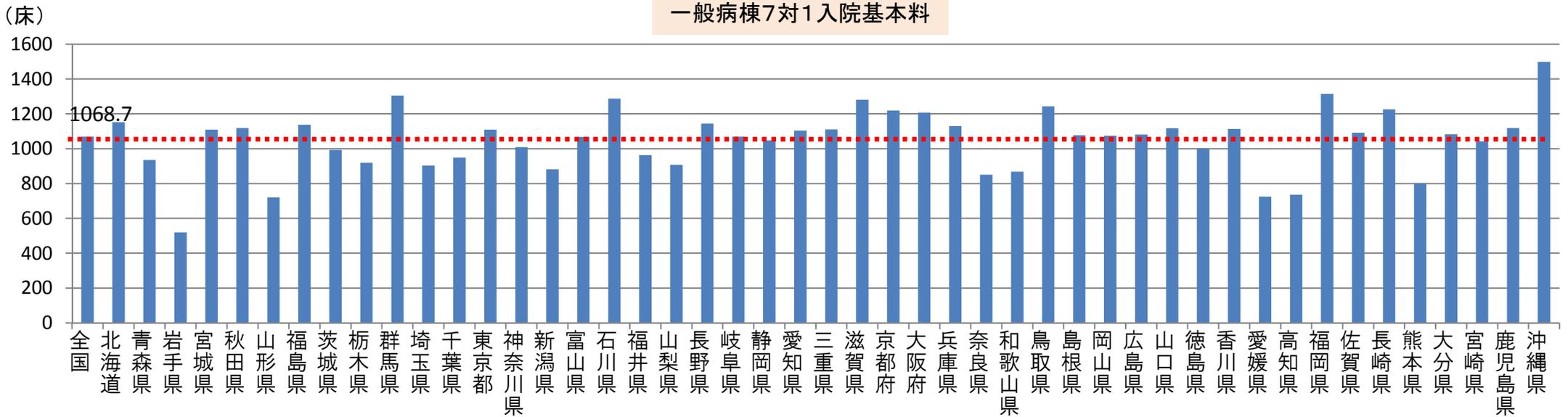
＜病床利用率別の分布＞



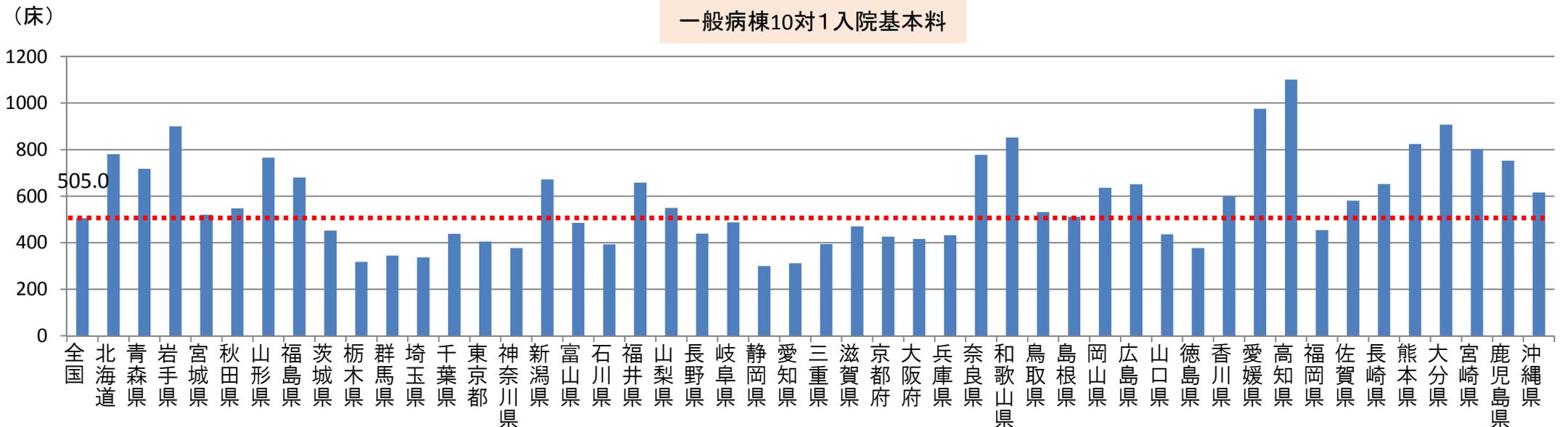
都道府県別 一般病棟入院基本料届出病床数①(65歳以上人口10万人あたり)

中医協 総-6
29.3.15

一般病棟7対1入院基本料

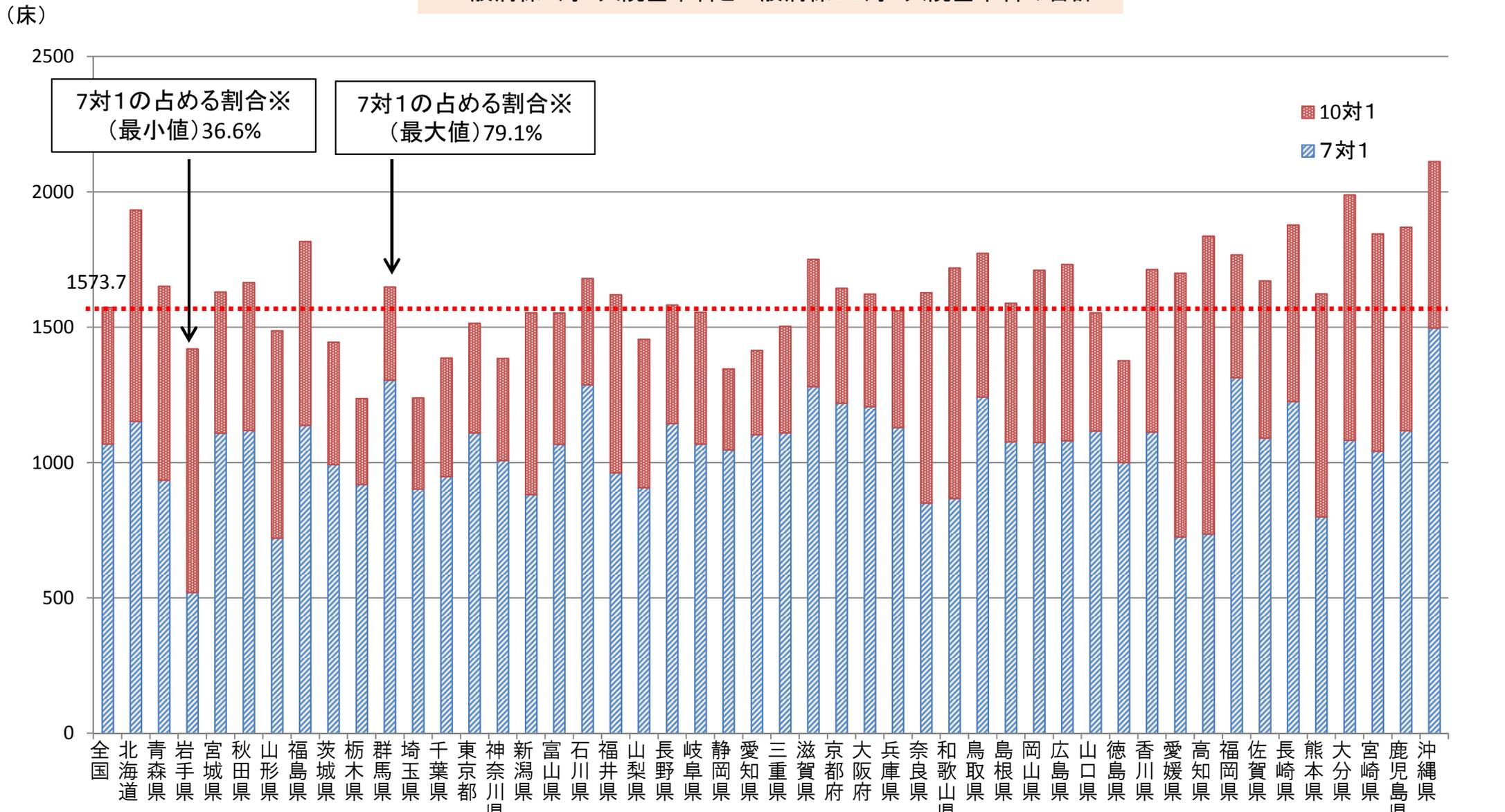


一般病棟10対1入院基本料



都道府県別 一般病棟入院基本料届出病床数②(65歳以上人口10万人あたり)

一般病棟7対1入院基本料と一般病棟10対1入院基本料の合計



※一般病棟7対1届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)／一般病棟7対1届出病床数+一般病棟10対1届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)

1. 医療を取り巻く現状

2. 一般病棟入院基本料

(1) 入院基本料の評価の変遷

(2) 一般病棟入院基本料の現状

(3) 現行の評価軸

1) 重症度、医療・看護必要度

2) 平均在院日数

3) 在宅復帰率

3. 入退院支援

【課題】

【一般病棟入院基本料の区分別の概要】

- ・ 現行の一般病棟入院基本料は、主に看護職員配置や医師配置等をベースに入院医療に係る基本的な診療報酬として、点数が設定されている。また、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率などが施設基準の届出要件に含まれている。加えて、看護補助者等を追加的に配置している場合等に、加算が設定されている。
- ・ 一般病棟入院基本料の区分別の状況をみると、平均在院日数は7対1が最も短く、次いで、10対1となっている。病床稼働率は7対1が最も高いが、近年、低下傾向。届出病床数は7対1が最も多い。
- ・ 7対1と10対1で一般病棟入院基本料の算定回数の推移をみると、近年、減少傾向。

【区分別の職員配置等の状況】

- ・ 看護職員については、いずれの届出区分でも必要な配置数(推計)よりも実際には多く配置されており、届出区分別では7対1が最も多い。
- ・ 1病床あたり職員数(医師以外)をみると、約95%の病棟で看護職員以外の職員を配置しており、病棟配置職員数の約2割が看護職員以外の職員になっている。
- ・ 一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。
- ・ 1床あたり医業収益と医業・介護費用をみると、7対1届出医療機関では、医業収益と入院診療収益は、いずれも最も高い。医業・介護費用に占める給与費の割合は、7対1ではその他と比較して低い。

【区分別の入院患者の状況】

- ・ 疾病別にみると、7対1では「新生物」が最も多く、7対1以外の病棟では、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が最も多くなっている。
- ・ 年齢階級別にみると、75歳以上の割合は、7対1が最も少なく約42%、次いで10対1が約51%、13対1が約61%、15対1が約66%となっている。なお、年齢階層別の人口推移をみると、65歳未満の人口は今後減少していくことが予想され、入院患者の将来推計を疾患別でみると、悪性新生物の患者は2035年以降減少することが予想される。
- ・ 医療行為や処置別にみると、多くの医療処置で7対1病棟入院患者の実施割合が高いが、喀痰吸引や中心静脈栄養では、15対1病棟入院患者の実施割合の方が高い。

【課題】

【区分別の入院患者の状況(続き)】

- ・ 入院継続の理由をみると、いずれの区分も「医学的な理由」が最も多いが、退院へ向けた目標・課題をみると、「疾病の治癒・軽快」は7対1が最も多く、13対1や15対1では、「低下した機能の回復」、「在宅医療・介護等の調整」、「入所先の施設の確保」等の割合が、7対1や10対1に比べて多い。

【7対1と10対1の届出医療機関別の状況】

- ・ 平均在院日数及び病床利用率をみると、いずれも医療機関間のばらつきが大きく、10対1届出医療機関の中にも7対1届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と看護職員実配置数あたり病床数をみると、10対1でも7対1相当の医療機関がある。

(DPC対象病院での状況)

- ・ DPC対象病院のうち、7対1と10対1の届出医療機関別で、1日あたり包括範囲出来高点数、効率性指数、複雑性指数をみると、重複する範囲が広く、10対1届出医療機関の中にも7対1届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。効率性指数は7対1届出医療機関の方がやや高い。



○ 入院基本料は、入院診療に係る基本的な療養に係る費用(環境、看護師等の確保、医学管理の確保等)を評価するものであるが、現行の一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件で段階的に設定されており、入院医療については、患者の状態や診療の効率性等の要素も考慮する必要があるのではないか。この点については、医療機関によって様々であり、さらに詳細な分析が必要ではないか。また、患者の状態に応じた評価と機能に応じた評価との整合性も考慮した評価のあり方について、どのように考えるか。

○ 13対1と15対1では、7対1と10対1に比べて、患者の状態や医療処置の内容等が異なっている。患者の状態や機能に応じた評価について、どのように考えるか。

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1
入院基本料	1,591点	1,332点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点	
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点	
		看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>7又はその端数を増すごとに1以上</u>	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>10又はその端数を増すごとに1以上</u>
	最小必要数の7割以上が看護師	
平均在院日数	<u>18日以内</u>	<u>21日以内</u>
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)	<u>継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u>
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上	
在宅復帰率	<u>8割以上</u>	27

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

基準

A得点2点以上かつB得点3点以上
あるいは
A得点3点以上
あるいは
C得点1点以上

重症度、医療・看護必要度に係る経緯

平成14年 **特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入**

平成16年 **ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入**

平成18年 **7対1入院基本料創設**

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 **7対1入院基本料に一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入**

A項目9、B項目7の合計16項目について、「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

平成22年 **10対1入院基本料に一般病棟必要度評価加算を新設**

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 **7対1入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し**

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

10対1入院基本料の一般病棟必要度評価加算を施設基準化し、看護必要度加算を新設

看護必要度加算1「該当患者割合15%以上」、看護必要度加算2「該当患者割合10%以上」

平成26年 **7対1入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し**

「名称を重症度、医療・看護必要度に変更」、「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」

平成28年 **7対1入院基本料の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し**

「A項目の一部追加、B項目の項目変更、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」

「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上」

「該当患者割合を15%以上→25%以上」

10対1入院基本料の看護必要度加算の要件の見直し

看護必要度加算1の新設「該当患者割合24%以上」、看護必要度加算2「15%→18%以上」、

看護必要度加算3「10%→12%以上」

平成20年度診療報酬改定の概要

3 医療ニーズに着目した評価

7対1入院基本料の基準の見直し(1)

- **看護必要度基準の導入**

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」による評価で、**A得点**(モニタリング及び処置等) **2点以上**かつ、**B得点**(患者の状況等) **3点以上の患者が1割以上**

評価指標の開発

- 現在活用されている評価項目については、平成9年から実施された看護量を推計するための指標開発の研究(業務量調査、臨床の看護専門家へのヒアリング調査、タイムスタディ調査等)を基に開発されてきたもの。
- 平成19年、上記を基に作成され既に導入されていたハイケアユニット用の評価票に含まれる項目の「特殊な治療法等」に代えて、急性期病院の一般病棟で実施されている治療・処置等を評価する「専門的な治療・処置」の項目を一般病棟用に開発。
- ハイケアユニット用の評価票を一般病棟に適用するため、設定した項目について妥当性を調査し、急性期病院の一般病棟において、①実施頻度が高い項目、②7対1、10対1、13対1病院間で頻度の差があること、かつ病院側の負担を少なくするために評価項目数が少ないこと、判断が容易であること等の視点から項目を精査。
- 設定した項目について急性期病院の一般病棟において調査を実施し、一定以上の患者に対して実施されていることや、設定した項目によって構成される測定尺度の因子構造の妥当性の検証等を経て、一般病棟用の評価票が開発された。

平成24年度診療報酬改定の概要

算定要件の見直し

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

7対1入院基本料

【現行】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ
専門病院入院基本料	1割以上



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

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

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

[経過措置]

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

平成26年度診療報酬改定の概要

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

※ B項目については変更なし。



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
	(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
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置
①	抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服
③	麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、
⑥	免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、
⑨	抗血栓塞栓薬の持続点滴 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

[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。

平成28年度診療報酬改定の概要①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

平成28年度診療報酬改定の概要②

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

- 項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直しを行う。

現行
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 「放射線治療(外部照射)」以外は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護師等でなければならない。
【評価の根拠】 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。
【評価者】 院内研修を受けたもの。



改定後
【評価の対象】 届け出ている病棟に入院(入室)している患者 (※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)
【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目)においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。
【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。
【評価の根拠】 一部の評価項目において、医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。
【評価者】 院内研修を受けていれば、一部の項目において看護職員以外の職種も評価者となり得る。

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う。

現行の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の15%以上



改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の25%以上

重症度、医療・看護必要度～A項目

A項目 治療等のモニタリング、処置、入院時の状況等について、実施や管理したことを測定

平成20年：導入
9項目（うち、「専門的な治療・処置」は7種類）



平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）
→7項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」は10種類）



平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加
→8項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」11種類）

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
行為の実施	1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
	2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
	3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
	4 心電図モニターとの管理	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	—
行為の実施及び管理	7 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
入院受入(実施)	8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

重症度、医療・看護必要度～B項目、C項目

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入
7項目



平成28年：他の項目と類似する2項目を削除し、認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目を追加
→7項目

		B 患者の状況等	0点	1点	2点
患者の 状態	9	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
	10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
介助の 必要性	11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
	12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
	13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
患者の 状態	14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
	15	危険行動	ない	—	ある

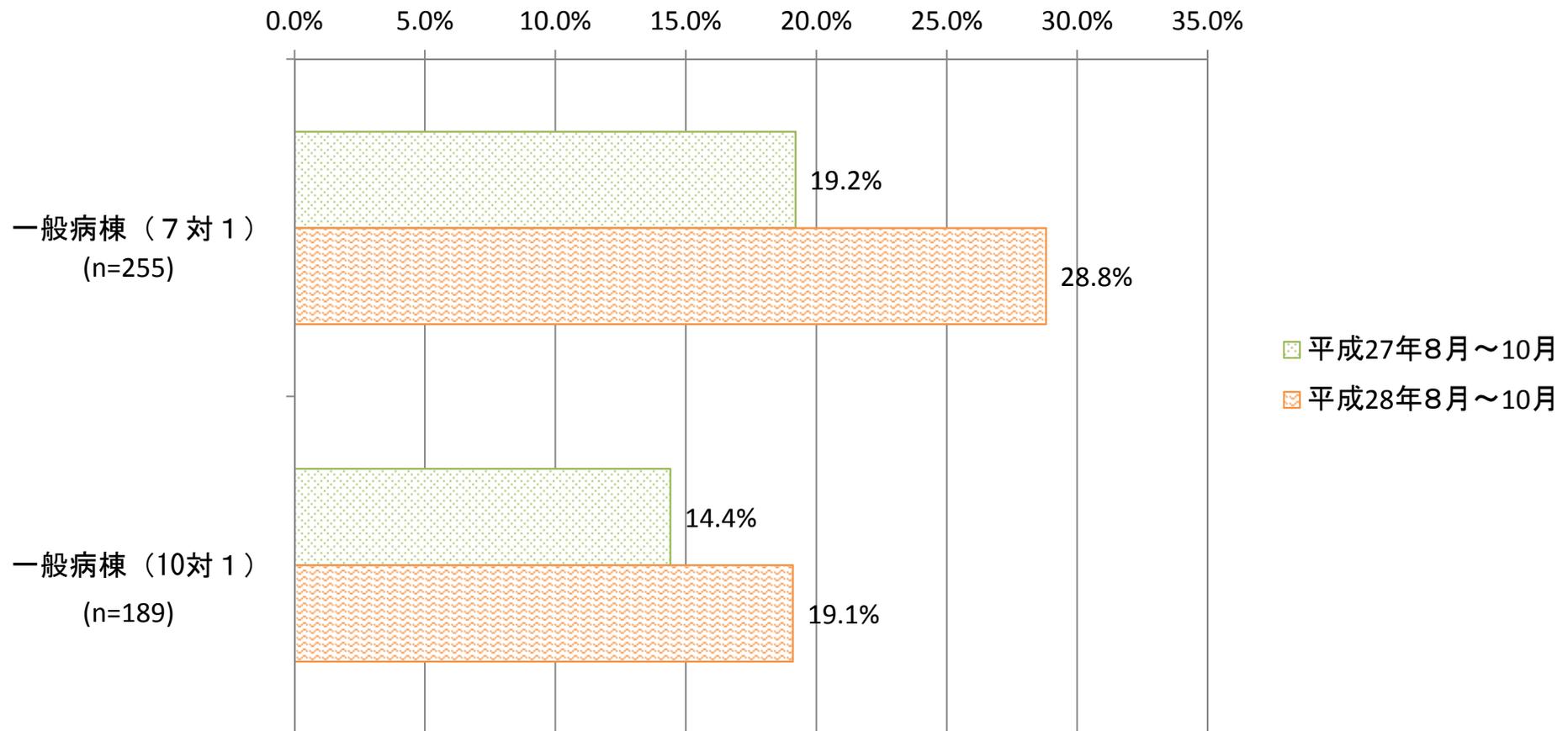
C項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

平成28年：導入
A項目では評価されない医療の必要性の高い項目を創設
→7項目（うち、「救命等に係る内科的治療」は3種類）

		C 手術等の医学的状況	0点	1点
手術	16	開頭手術(7日間)	なし	あり
	17	開胸手術(7日間)	なし	あり
	18	開腹手術(5日間)	なし	あり
	19	骨の手術(5日間)	なし	あり
	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
内科的 治療	22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

- 平成28年8月～10月における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の平均は、一般病棟(7対1)で28.8%、一般病棟(10対1)で19.1%であった。
- 平成27年8月～10月と比較すると、一般病棟(7対1)では9.6ポイント、一般病棟(10対1)では4.7ポイント、平均値が上昇した。

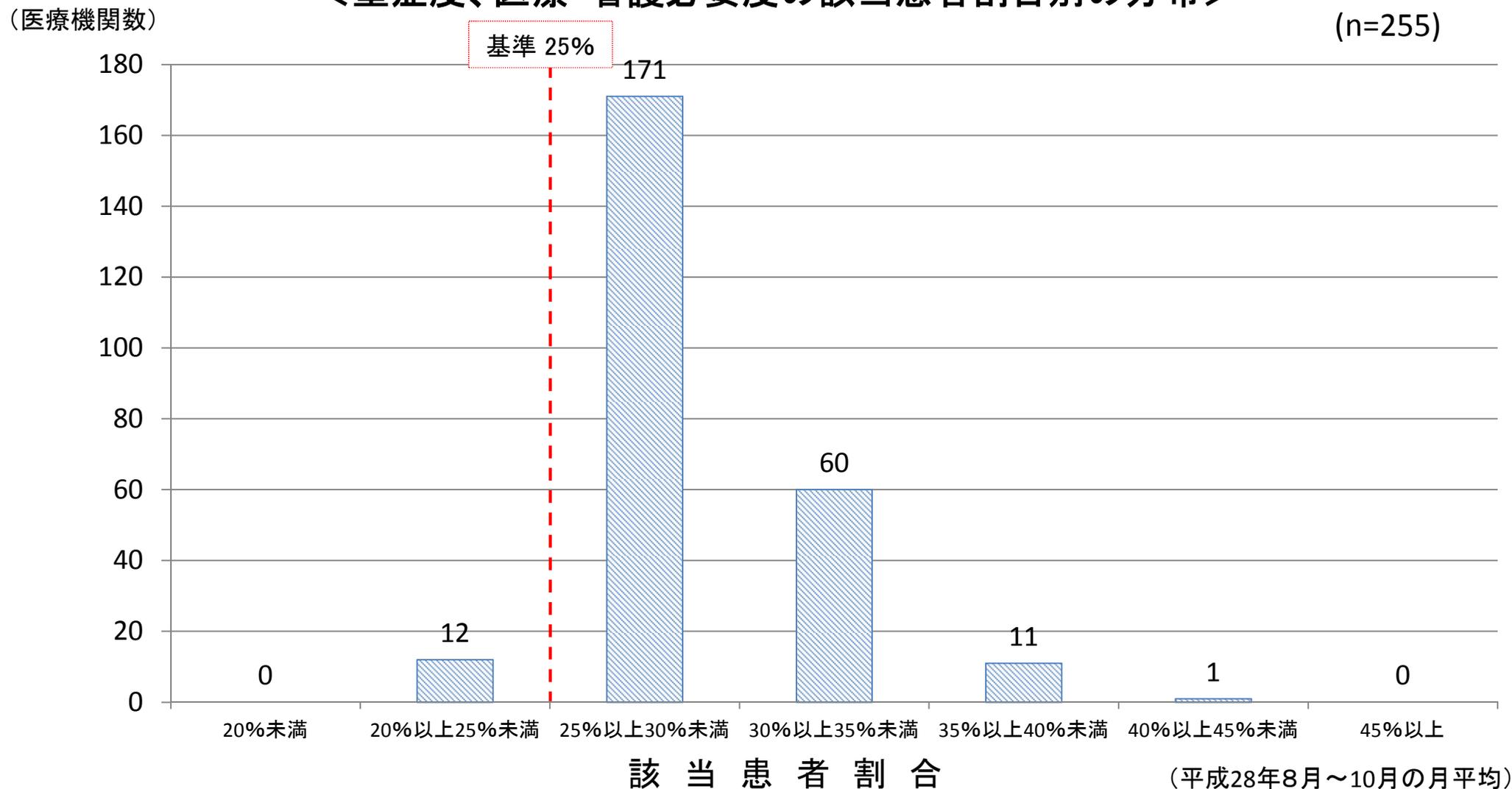
<入院料別の該当患者割合(※)>



※平成27年度は改定前の重症度、医療・看護必要度で、平成28年度は改定後の重症度、医療・看護必要度で、それぞれ算出

○ 一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%～30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

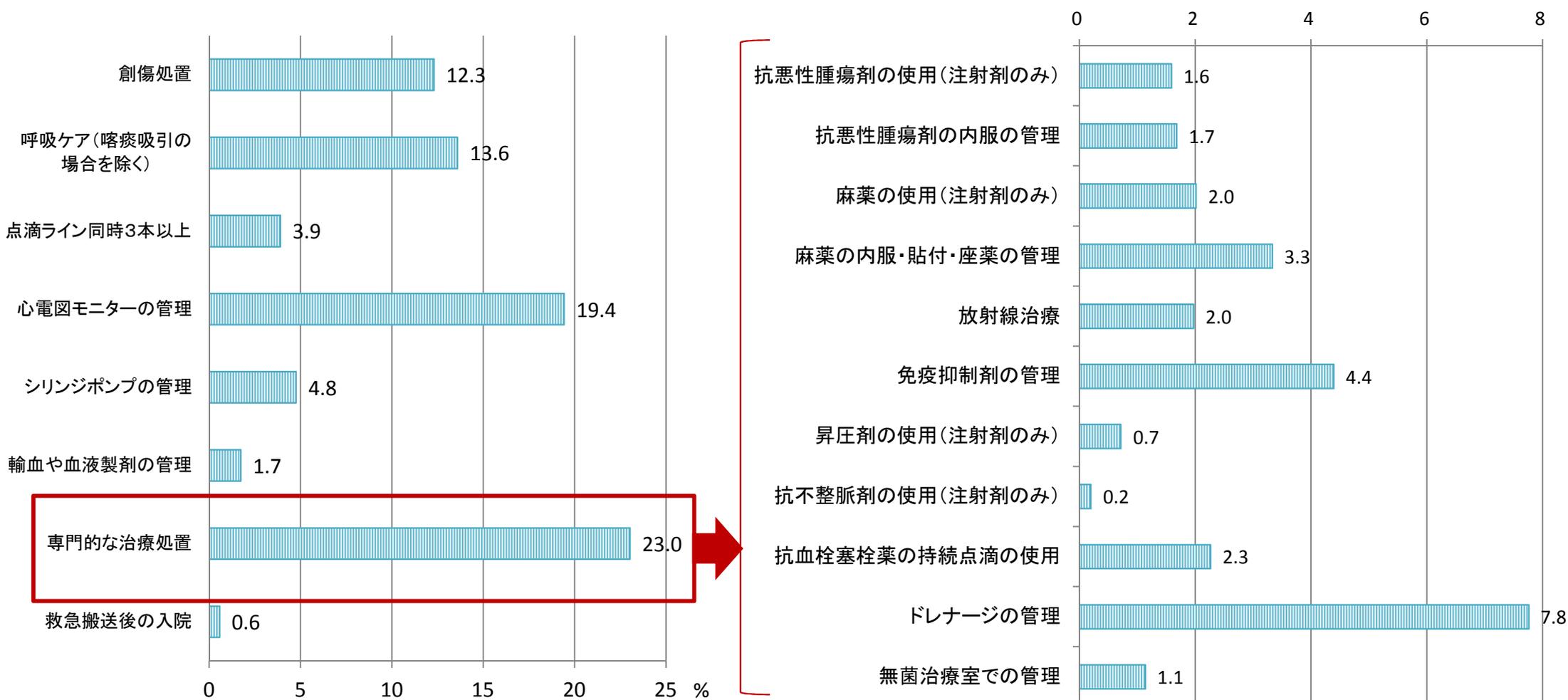
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合①(A項目)

- 重症度、医療・看護必要度A項目の項目別の該当患者割合をみると、「専門的な治療・処置」の該当患者割合が最も多い。
- 「専門的な治療・処置」をさらに詳細にみると、「ドレナージの管理」の患者割合が最も多い。

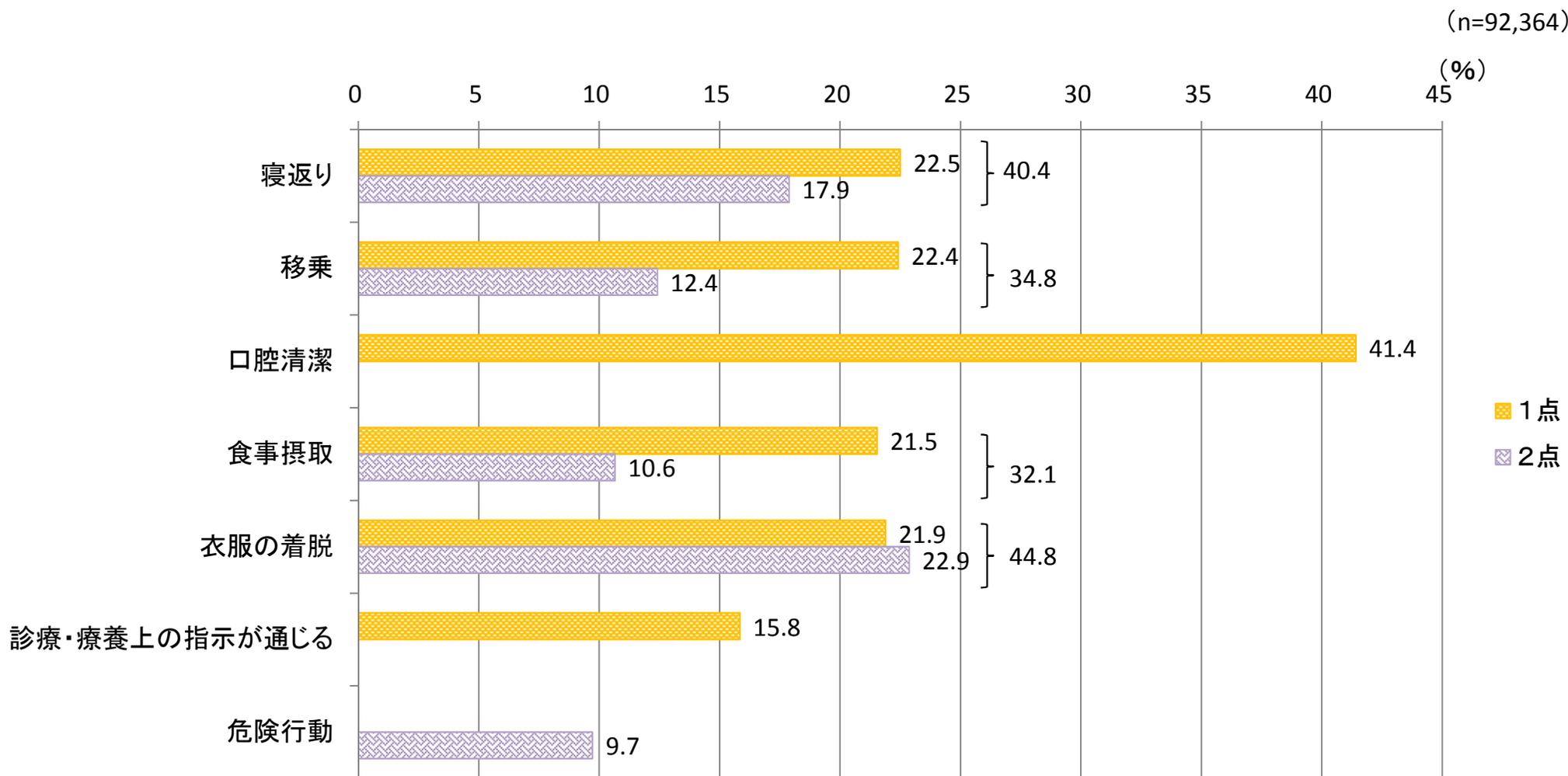
＜重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)＞
(7対1一般病棟) (n=92,364) %



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合②(B項目)

○ 重症度、医療・看護必要度B項目の項目別の該当患者割合をみると、「衣類の着脱」の該当患者割合が最も多い。

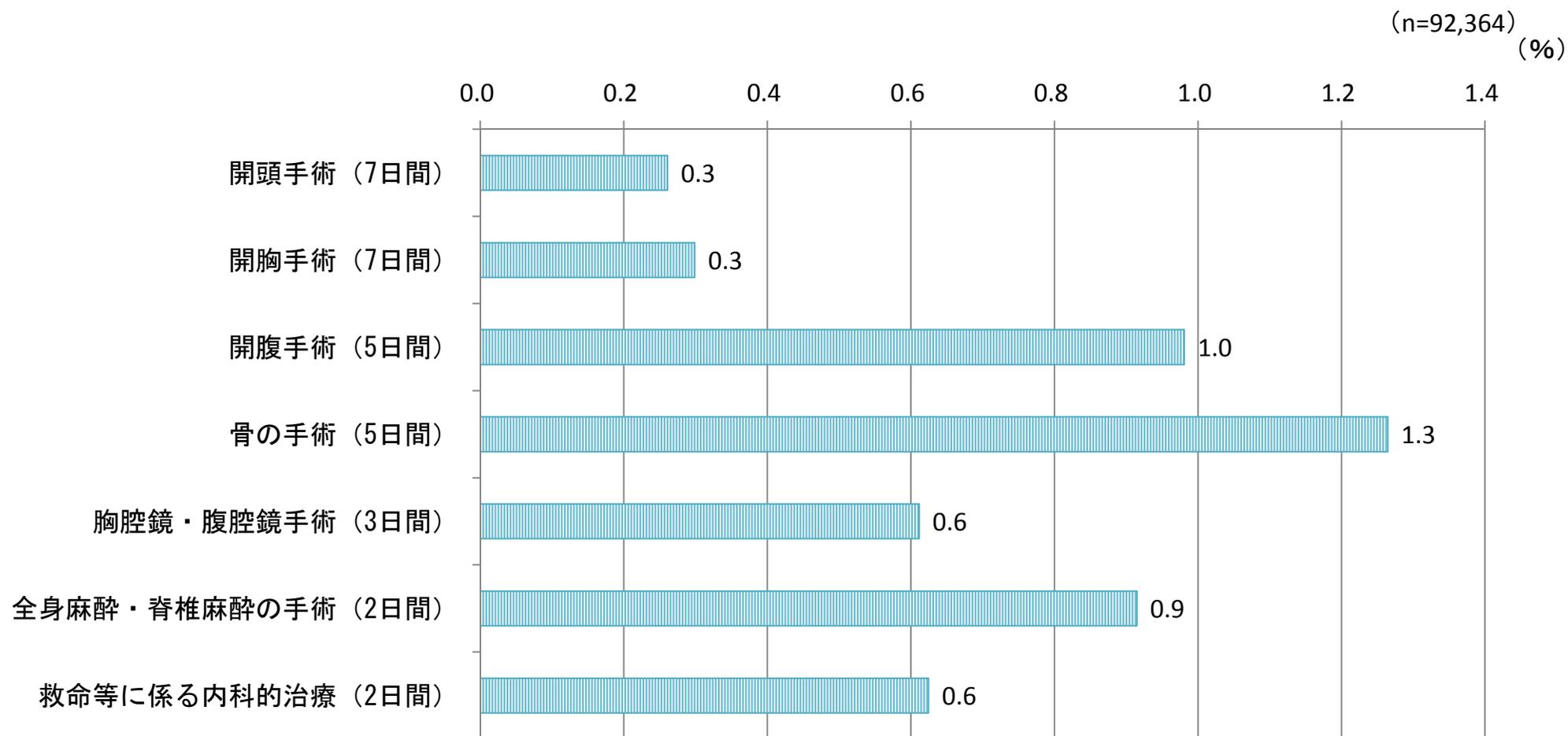
<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合③(C項目)

- 重症度、医療・看護必要度C項目の項目別の該当患者割合をみると、「骨の手術」の該当患者割合が最も多い。

<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(C項目)>

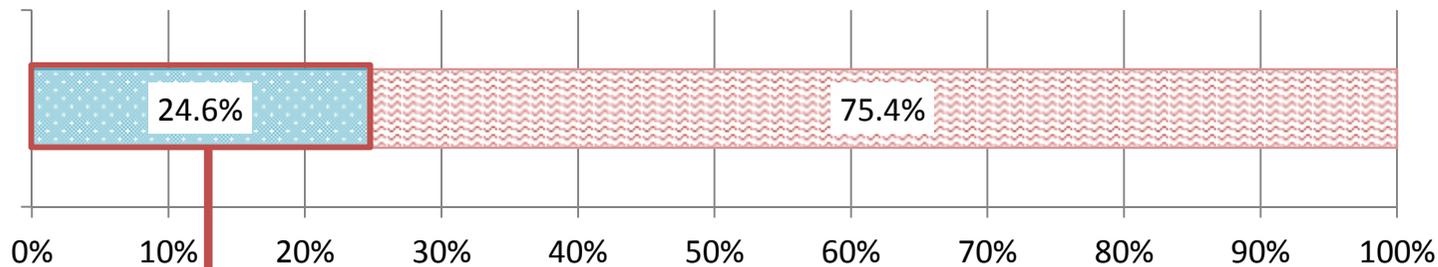


重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準の見直しの影響

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者24.6%のうち、改定前の基準では非該当であった患者は、6.9%であった。また、C項目に該当した患者は、4.7%であった。

該当患者割合

(n=92,364)

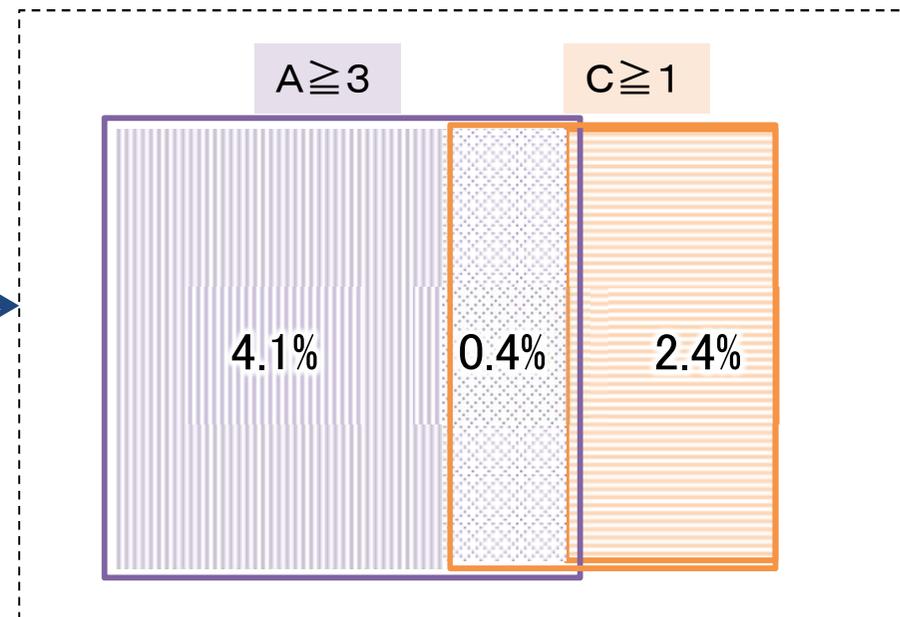


■ 重症度、医療・看護必要度該当患者
■ 重症度、医療・看護必要度非該当患者

改定前の基準 ($A \geq 2$ かつ $B \geq 3$)でも該当していた患者 17.6%

改定前の基準 ($A \geq 2$ かつ $B \geq 3$)では非該当の患者 6.9%

(参考): C ≥ 1 の患者: 4.7%

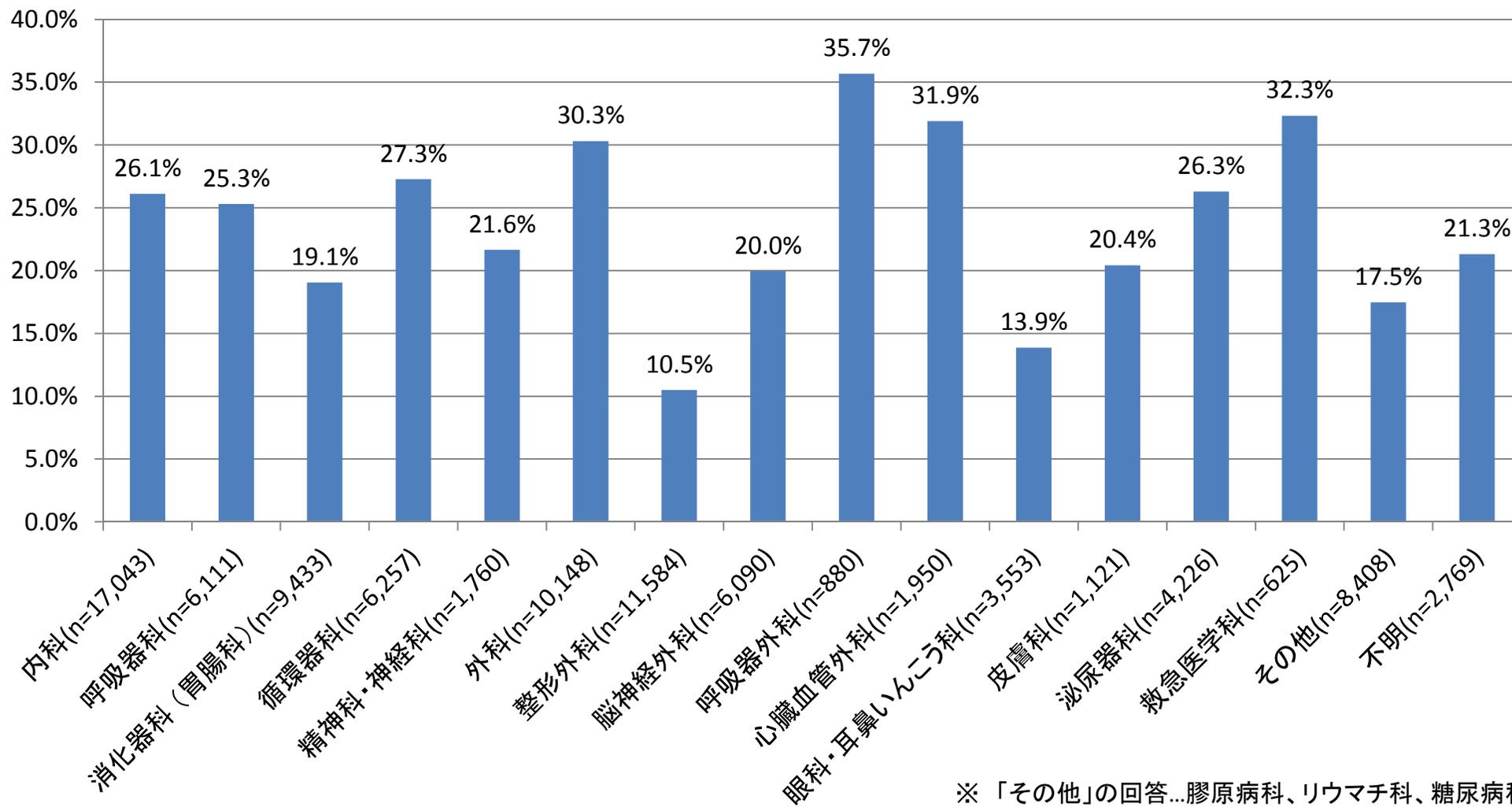


重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合

○ 重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合は、「呼吸器外科」が35.7%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合である。

＜診療科別の該当患者割合＞

(n=92,364)



※ 「その他」の回答...膠原病科、リウマチ科、糖尿病科、内分泌内科、麻酔科、緩和ケア科等

1. 医療を取り巻く現状

2. 一般病棟入院基本料

(1) 入院基本料の評価の変遷

(2) 一般病棟入院基本料の現状

(3) 現行の評価軸

1) 重症度、医療・看護必要度

2) 平均在院日数

3) 在宅復帰率

3. 入退院支援

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1
入院基本料	1,591点	1,332点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点	
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点	
		看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>7又はその端数を増すごとに1以上</u>	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>10又はその端数を増すごとに1以上</u>
	最小必要数の7割以上が看護師	
平均在院日数	<u>18日以内</u>	<u>21日以内</u>
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)	<u>継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u>
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上	
在宅復帰率	<u>8割以上</u>	45

平均在院日数の要件の変遷

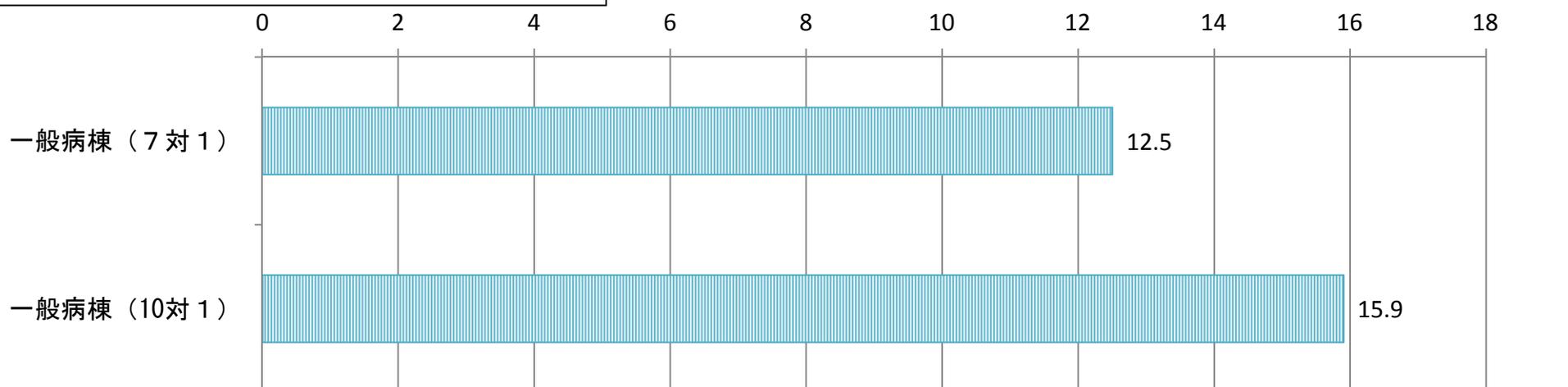
【平均在院日数要件】

入院から退院までの一連の治療のプロセスにおける、医療機関の早期退院の取り組み・能力を評価

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
平成12年度～	25日以内	
平成14年度～	21日以内	
平成18年度～	19日以内	21日以内
平成24年度～	18日以内	

※ 平成18年以前は、一般病棟入院基本料の I 群入院基本料1の施設基準

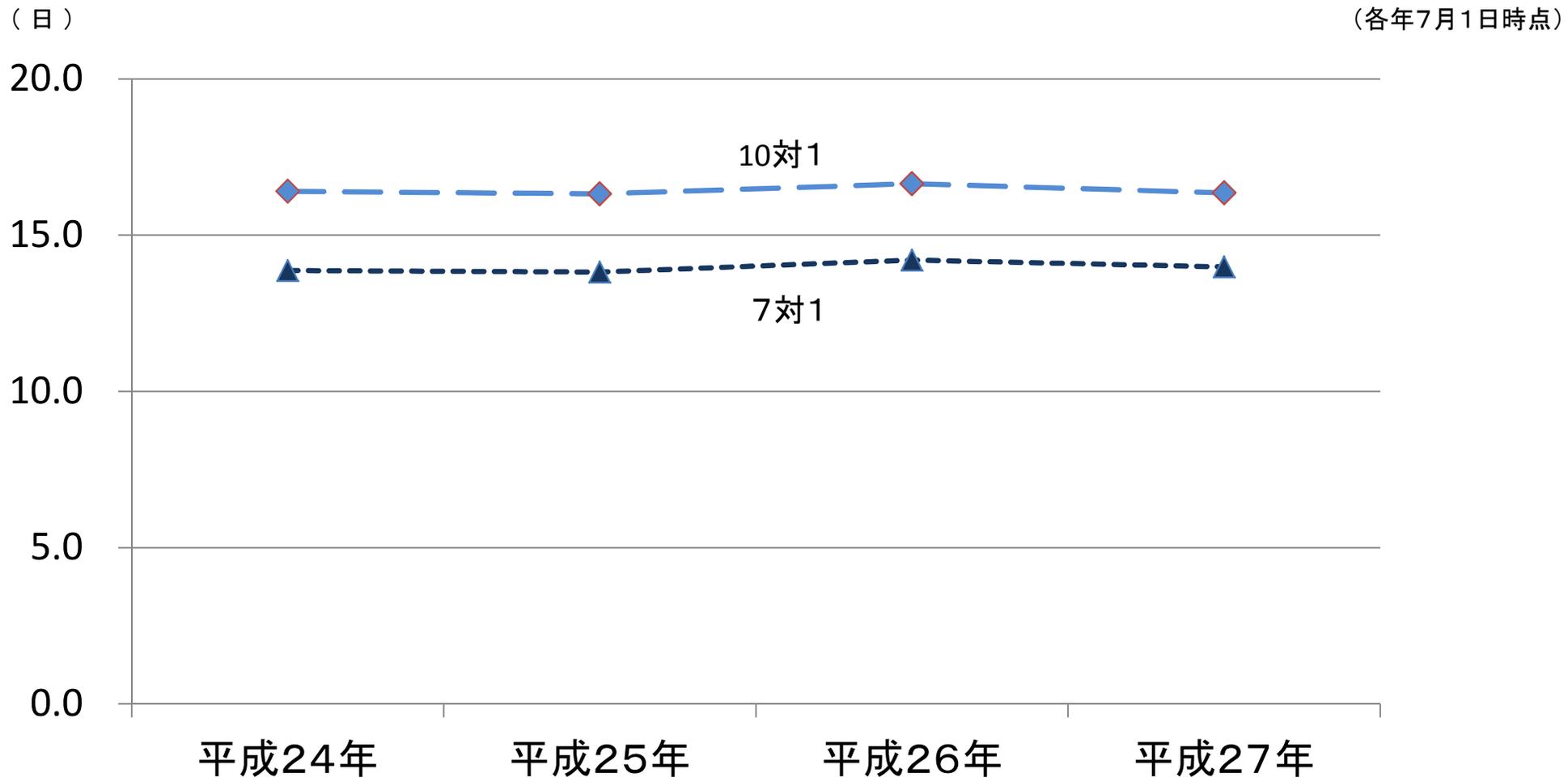
(参考)平成28年度入院医療等の調査結果



出典:平成28年度入院医療等の調査(施設票)

一般病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、10対1に比べ、7対1が短い。また、近年の推移はほぼ横ばい。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1
入院基本料	1,591点	1,332点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点	
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点	
		看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>7又はその端数を増すごとに1以上</u>	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>10又はその端数を増すごとに1以上</u>
	最小必要数の7割以上が看護師	
平均在院日数	<u>18日以内</u>	<u>21日以内</u>
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)	<u>継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u>
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上	
在宅復帰率	<u>8割以上</u>	

在宅復帰率要件の変遷

【在宅復帰率要件】

医療機関における、在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価

【平成26年度診療報酬改定】

- 7対1入院基本料において、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、「75%以上」の施設基準を新設。

[計算式]

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

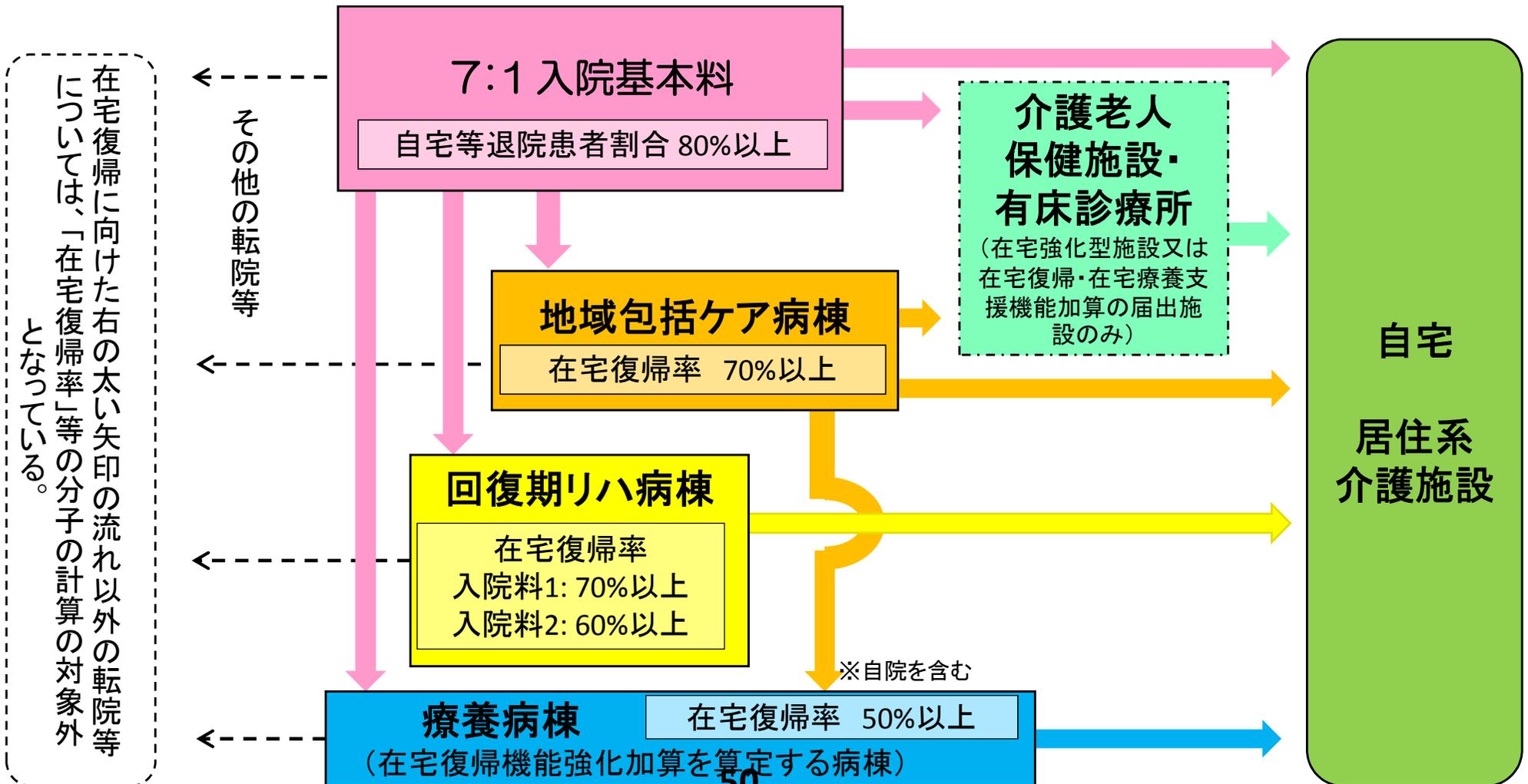
【平成28年度診療報酬改定】

- 施設基準の自宅等に退院する者の割合を、80%以上に引上げ。
- 評価の対象となる退院先に、「有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)」を追加。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できていることとしている。
- これにより、各地域における、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いる。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



在宅復帰率に関する主な指摘事項

【名称】

- 在宅復帰率との名称は、必ずしも在宅に復帰しているかどうかわからない患者も含まれる計算式となっており、内容を正確に表現していないのではないか。
- 在宅復帰率は、自宅等退院患者の割合が定義であり、医療機関間の連携や、入院医療と在宅医療(介護施設を含む)・外来医療との連携を評価した指標であり、そのような内容がわかる名称に変更すべきではないか。

【評価のあり方】

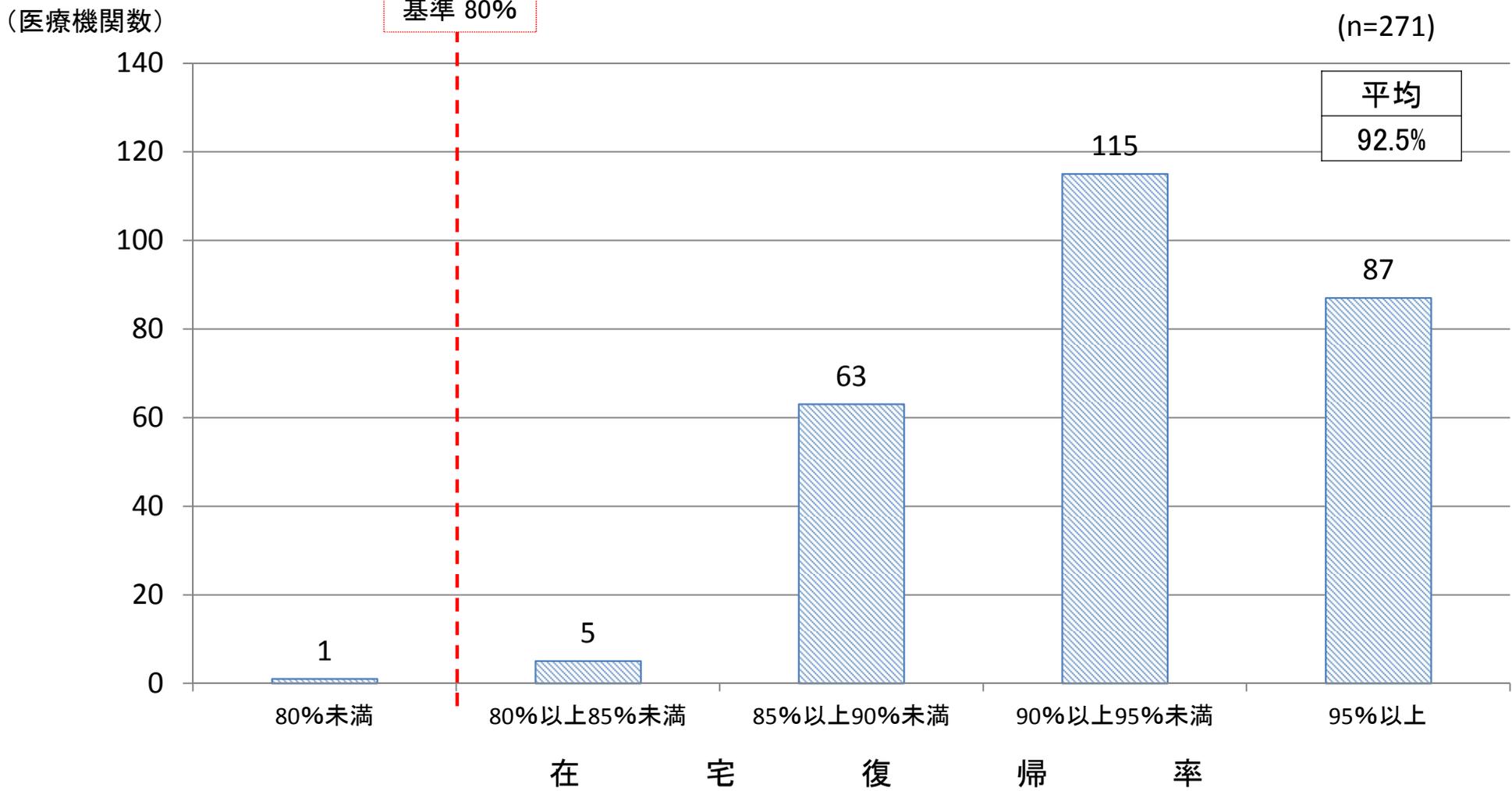
- 在宅復帰率の要件で、何を評価しようとしているのかがわかりにくい。目的に応じて定義をどのように考えるべきか検討が必要ではないか。
- 急性期の入院医療の評価とするならば、急性期の病棟機能を反映した指標、例えば、再入院率等も検討すべきではないか。

一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.7

○ 一般病棟(7対1)の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が90%を超える医療機関が全体のおよそ7割5分を占めた。

<在宅復帰率の医療機関分布>



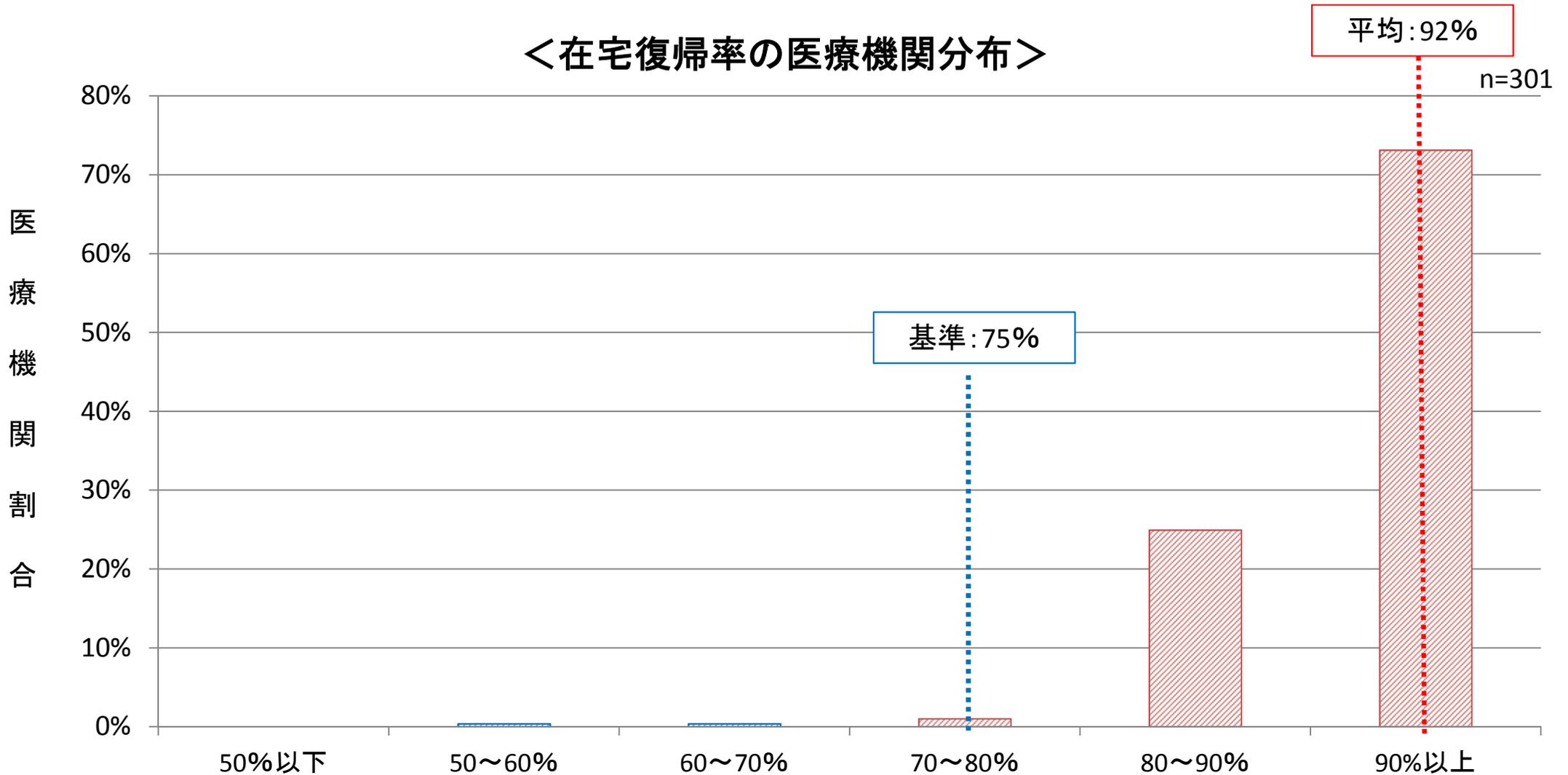
出典:平成28年度入院医療等の調査(施設票)

7対1病棟における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
27.5.29

- 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。

<在宅復帰率の医療機関分布>



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

一般病棟入院基本料の課題(案)

【一般病棟入院基本料の変遷】

- ・入院基本料は、平成12年度の診療報酬改定で、入院時医学管理料、看護料、室料、入院環境料が統合され、入院の際に行われる基本的な一連の診療を評価している。さらに、入院基本料等加算により、追加的な医学管理、職員配置、療養環境等が設定されている。

【一般病棟入院基本料の状況】

- ・7対1入院基本料の届出病床数は減少、平均在院日数は横ばい、在宅復帰率は基準値に比べて高い。
- ・7対1入院基本料の届出病床数は、10対1入院基本料と合算した届出病床数に占める割合をみると、地域によって差が大きい。

【現行の評価軸】

- ・重症度、医療・看護必要度は、特定集中治療室管理料などの治療室における患者の重症度等の判断基準として導入された。その後、一般病棟7対1入院基本料の届出基準に導入され、10対1入院基本料でも測定することが要件となっている。
- ・重症度、医療・看護必要度は、病棟全体での入院患者の構成(該当患者の割合)を示すものとして、より医療ニーズが高い患者の状態に着目した評価指標となっている。
- ・重症度、医療・看護必要度の評価項目の内訳をみると、モニタリングや専門的な処置の有無をみたA項目、ADLなどをみたB項目、手術等の医療提供をみたC項目といった複合的な項目で設定されている。該当患者割合は、項目全体でひとつの基準値で設定されている。該当患者割合は、平成28年度のC項目の導入等により、7対1病棟で9.6ポイント、10対1病棟で4.7ポイント増加している。
- ・平均在院日数は、基準値は短縮されてきている。近年の平均在院日数は横ばいで推移。
- ・在宅復帰率は、現在の基準値よりも平均値は高くなっている。在宅復帰率との名称と定義(自宅等退院患者の割合)とが異なっているのではないかと、急性期病棟の診療機能を反映した他の指標も検討が必要ではないかと、といった内容が指摘されている。



- 一般病棟入院基本料は看護配置の違いで区分が設定されているが、入院基本料導入前の入院時医学管理料に相当する医学的な管理について、どのように考えるか。
- 重症度、医療・看護必要度については、複数の評価軸による複合的な指標をひとつの基準値で設定しているため、それぞれの特性に応じてきめ細やかな分析が必要ではないか。
- 在宅復帰率については、急性期病棟の診療機能の評価軸として、評価の考え方や名称のわかりやすさなどについて、検討が必要ではないか。
- 入院基本料のより適切な報酬設定にあたっては、評価指標に係る基本的な考え方(案)も考慮しつつ、更なる分析が必要ではないか。

評価指標に係る基本的な考え方(案)

【指標の性質】

- 入院医療における評価は、患者の状態に着目した患者単位の評価と、病棟(病院)の診療機能に着目した病棟(病院)単位の評価があり、それらを適切に組合せて評価を行うことが重要。
- 患者の状態に着目した評価では、状態に応じて医療ニーズも変化することに留意しつつ、患者単位の評価と病棟単位の評価と、それぞれの目的に応じた基準を検討すべきではないか。
また、病棟単位での評価では、診療科などでの患者特性の相違があることやその標準化などにも配慮すべきではないか。
- 病棟(病院)の診療機能に着目した評価では、個々の患者ではなく、病棟(病院)における総合的な体制や取組をみるものであるため、入院基本料の届出基準などでの基準を検討すべきではないか。

【評価手法】

- 評価に用いる指標は、測定方法が簡便であること、客観性が確保されていること等が、望ましいのではないか。
- 診療内容の改善に活用する観点からは、指標が何を意味するものかがわかりやすいことが望ましいのではないか。

【検討手法】

- 指標が適切な評価につながっているかどうか、設定している基準と、各指標が着目している項目(患者の状態、診療機能、医療の内容等)とでの相関関係や分布などについて分析を行うべきではないか。

1. 医療を取り巻く現状

2. 一般病棟入院基本料

(1) 入院基本料の評価の変遷

(2) 一般病棟入院基本料の現状

(3) 現行の評価軸

1) 重症度、医療・看護必要度

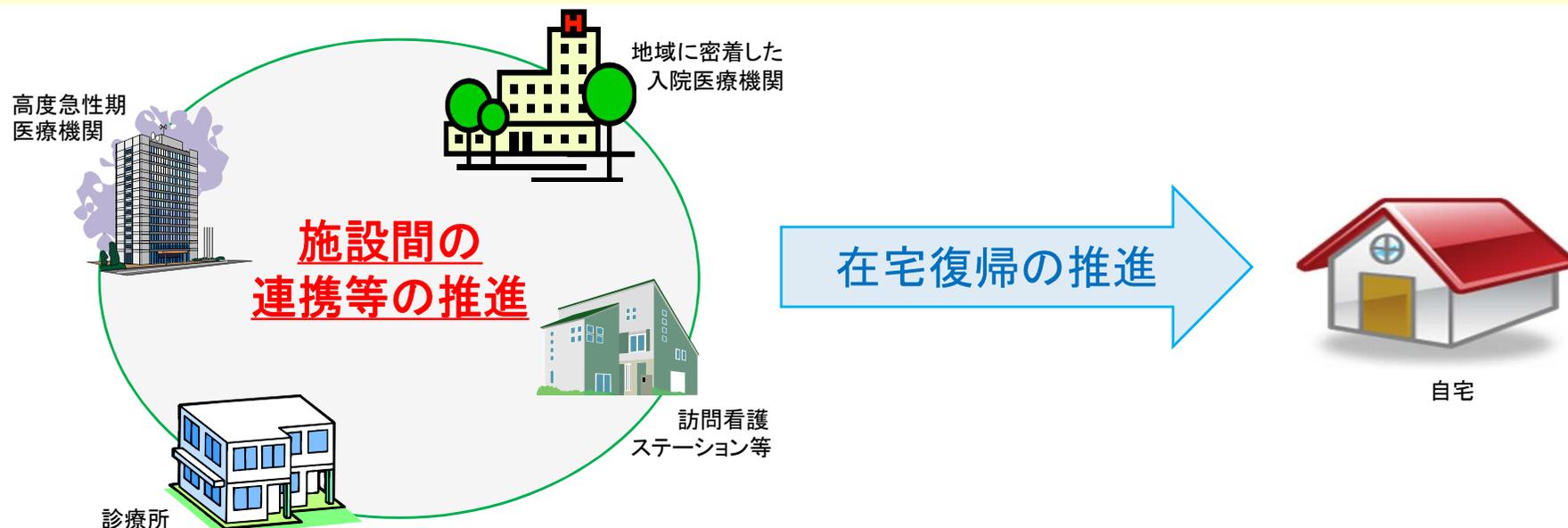
2) 平均在院日数

3) 在宅復帰率

3. 入退院支援

患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



退院支援の充実

- 退院支援に関する以下の取組みを評価
 - ・病棟への退院支援職員の配置
 - ・連携する施設の職員との定期的な面会
 - ・介護支援専門員との連携
 - ・多職種による早期のカンファレンス 等
- 在宅療養への円滑な移行を支援するための、退院直後の看護師等による訪問指導を評価

在宅復帰機能が高い医療機関の評価

- 高い在宅復帰機能を持つ有床診療所に対する評価の新設
- 7対1病棟等における在宅復帰率の基準の引上げと指標の見直し
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算算定病棟)における、急性期等からの在宅復帰を適切に評価するための指標の見直し

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援



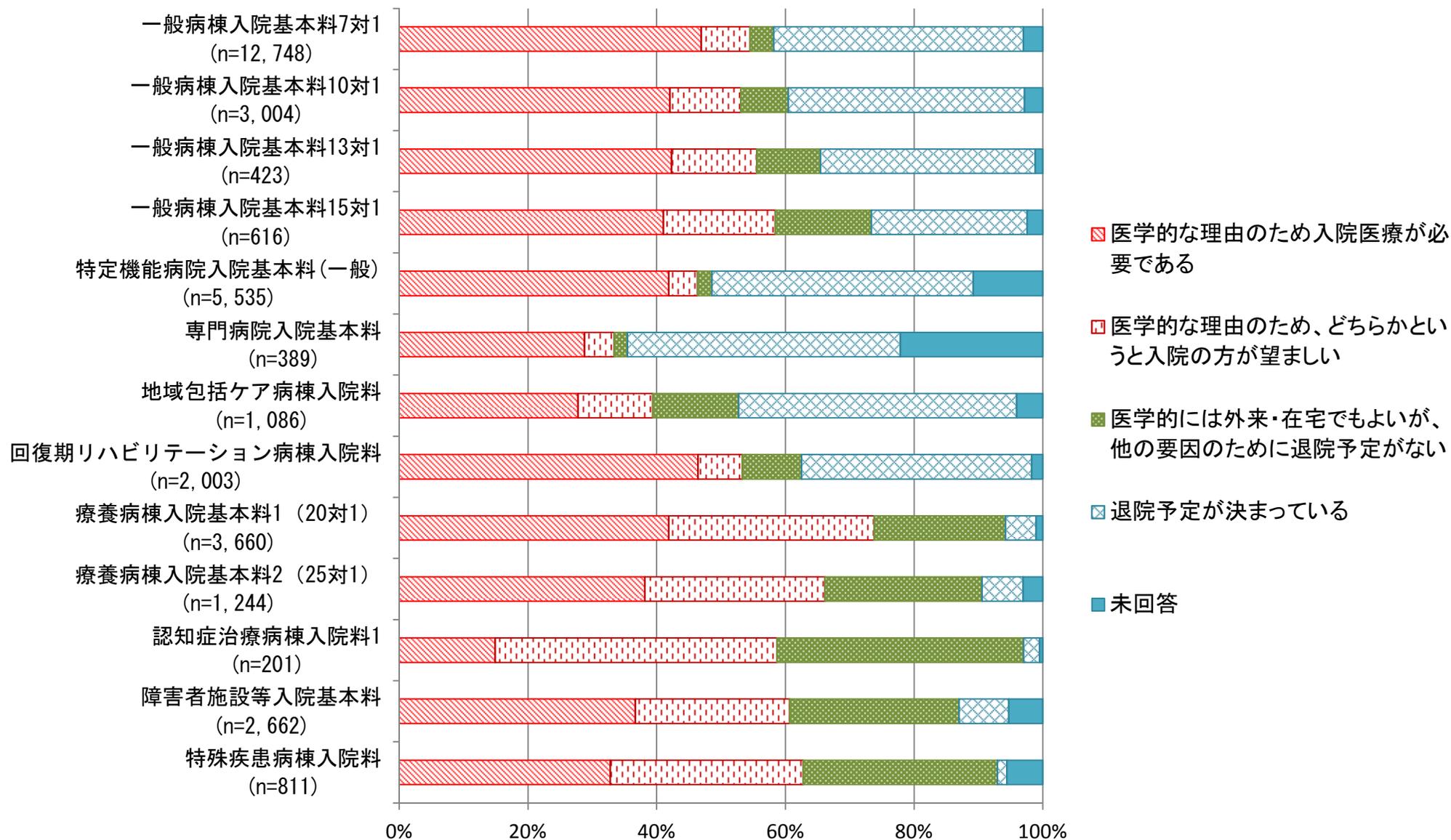
退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



入院料ごとの入院継続の理由

<入院継続の理由別割合>



- ▨ 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
- 未回答

退院に向けた目標・課題等

- 入院患者の退院に向けた目標・課題等は急性期の病棟では「疾病の治癒・軽快」が多く、慢性期の病棟では「病態の安定」が多い。
- 「低下した機能の回復(リハビリテーション)」を目標・課題等としている病棟は、回復期リハビリテーション病棟が多いが、地域包括ケア病棟も比較的多い。

<退院へ向けた目標・課題等>

	一般 7:1	一般 10:1	特定機能病院		専門病院		一般 13:1	一般 15:1	回復期リハビリ			地域包括ケア		療養病棟		障害者施設等				特殊疾患	
	一般病 棟入院 基本料 7:1 (n=11, 073)	一般病 棟入院 基本料 10:1 (n=2,8 03)	特定機 能病院 入院基 本料一 般7:1 (n=4,3 29)	特定機 能病院 入院基 本料一 般10: 1 (n=25)	専門病 院入院 基本料 7:1 (n=368)	専門病 院入院 基本料 10:1 (n=21)	一般病 棟入院 基本料 13:1 (n=341)	一般病 棟入院 基本料 15:1 (n=475)	回復期 リハビリ テー ション 病棟入 院料 (n=1,1 02)	回復期 リハビリ テー ション 病棟入 院料2 (n=525)	回復期 リハビリ テー ション 病棟入 院料3 (n=86)	地域包 括ケア 病棟入 院料1 (n=903)	地域包 括ケア 病棟入 院料2 (n=62)	療養病 棟入院 基本料 1(20: 1) (n=3,0 09)	療養病 棟入院 基本料 2(25: 1) (n=856)	障害者 施設等 入院基 本料7: 0:1 (n=217)	障害者 施設等 入院基 本料1 0:1 (n=1,8 89)	障害者 施設等 入院基 本料1 3:1 (n=256)	障害者 施設等 入院基 本料1 5:1 (n=92)	特殊疾 患病棟 入院料 1 (n=228)	特殊疾 患病棟 入院料 2 (n=438)
疾病の治癒・軽快	41.6%	38.0%	33.7%	12.0%	32.3%	28.6%	37.2%	22.9%	6.4%	5.7%	2.3%	16.9%	19.4%	8.3%	7.1%	0.9%	7.9%	10.9%	15.2%	17.1%	1.6%
病態の安定	17.3%	18.6%	18.2%	48.0%	15.5%	57.1%	17.6%	24.6%	3.9%	3.4%	0.0%	17.1%	17.7%	26.7%	24.6%	1.8%	17.5%	32.4%	33.7%	22.4%	14.6%
手術・投薬・処置・検査等の終了	10.4%	5.0%	17.2%	0.0%	18.8%	0.0%	3.8%	1.3%	0.3%	0.0%	0.0%	1.6%	1.6%	0.6%	0.4%	0.9%	0.8%	1.6%	0.0%	0.0%	1.4%
診断・今後の治療方針の確定	1.5%	1.2%	2.5%	8.0%	0.8%	0.0%	0.3%	1.1%	0.5%	0.4%	1.2%	0.7%	0.0%	0.3%	0.5%	0.0%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%
低下した機能の回復(リハビリテーション)	8.2%	11.4%	4.2%	8.0%	1.1%	0.0%	11.7%	12.2%	64.9%	54.9%	86.0%	21.4%	37.1%	3.8%	6.5%	0.0%	7.6%	11.7%	5.4%	1.3%	0.9%
在宅医療・介護等の調整	2.3%	4.5%	1.8%	4.0%	2.4%	0.0%	7.0%	4.2%	8.4%	12.6%	1.2%	12.4%	14.5%	8.9%	6.3%	7.4%	12.4%	3.5%	16.3%	6.6%	8.7%
入所先の施設の確保	2.7%	4.9%	0.7%	4.0%	0.5%	0.0%	8.5%	12.8%	8.1%	9.9%	4.7%	9.9%	4.8%	16.1%	20.4%	0.5%	15.2%	8.6%	5.4%	8.3%	8.0%
本人家族の病状理解	0.9%	2.0%	0.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.3%	2.1%	1.1%	2.5%	0.0%	1.7%	0.0%	2.3%	1.8%	0.9%	2.3%	2.7%	1.1%	1.8%	1.8%
転院先の医療機関の確保	5.8%	4.1%	3.6%	8.0%	1.9%	4.8%	6.5%	5.7%	2.2%	2.9%	1.2%	6.1%	0.0%	7.7%	8.8%	1.4%	6.2%	6.3%	13.0%	17.1%	0.5%
看取り(死亡退院)	1.8%	3.1%	0.7%	4.0%	1.9%	9.5%	4.1%	8.6%	0.1%	0.0%	0.0%	2.8%	1.6%	19.2%	16.5%	0.0%	11.0%	19.5%	6.5%	11.8%	5.0%
その他	1.1%	1.9%	1.1%	0.0%	0.8%	0.0%	0.6%	0.8%	0.7%	0.2%	0.0%	0.6%	1.6%	2.1%	0.7%	61.8%	9.2%	1.2%	1.1%	10.5%	32.2%
未回答	6.5%	5.2%	15.7%	0.0%	23.9%	0.0%	2.3%	3.6%	3.4%	7.6%	3.5%	9.1%	1.6%	4.0%	6.4%	24.4%	9.5%	0.8%	2.2%	3.1%	25.3%

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由①

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、急性期の病棟は「転院先の医療機関が確保できないため」、
「家族の希望に合わないため」が多く、慢性期の病棟では、「家族の希望に合わないため」が4～5割を占めて多い。

＜「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」患者の退院できない理由(最も該当するもの)＞

	一般病棟 入院基本 料7:1 (n=419)	一般病棟 入院基本 料10: 1 (n=217)	特定機能 病院入院 基本料一 般7:1 (n=86)	一般病棟 入院基本 料13: 1 (n=30)	一般病棟 入院基本 料15: 1 (n=66)	地域包括 ケア病棟 入院料1 (n=126)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料1 (n=73)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料2 (n=75)	療養病棟 入院基本 料1(2 0:1) (n=624)	障害者施 設等入院 基本料1 0:1 (n=546)	障害者施 設等入院 基本料1 3:1 (n=38)	障害者施 設等入院 基本料1 5:1 (n=26)	特殊疾患 病棟入院 料1 (n=56)	特殊疾患 病棟入院 料2 (n=162)
本人の希望に合わないため	7.2%	6.5%	12.8%	6.7%	12.1%	8.7%	4.1%	1.3%	6.4%	3.8%	10.5%	19.2%	7.1%	1.2%
家族の希望に合わないため	16.7%	23.5%	14.0%	26.7%	16.7%	22.2%	12.3%	13.3%	36.2%	45.4%	52.6%	42.3%	48.2%	50.6%
在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	4.3%	4.1%	2.3%	3.3%	4.5%	5.6%	4.1%	1.3%	6.3%	1.3%	2.6%	7.7%	5.4%	2.5%
地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	1.4%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	1.2%	1.8%	1.2%	3.3%	1.5%	0.8%	1.4%	0.0%	3.5%	2.6%	2.6%	7.7%	3.6%	0.0%
地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	0.2%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	3.8%	1.8%	0.0%
入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	8.8%	12.9%	2.3%	20.0%	22.7%	9.5%	16.4%	16.0%	11.5%	4.8%	13.2%	11.5%	0.0%	1.9%
地域に施設サービスがないため	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	1.0%	0.7%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%
自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	2.1%	5.5%	7.0%	10.0%	6.1%	7.9%	20.5%	10.7%	3.4%	1.5%	0.0%	7.7%	1.8%	0.6%
上記の全体の調整・マネジメントができていないため	8.4%	12.0%	5.8%	3.3%	22.7%	7.1%	17.8%	17.3%	9.5%	6.8%	0.0%	19.2%	12.5%	1.2%
自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	2.6%	3.2%	0.0%	3.3%	3.0%	3.2%	1.4%	5.3%	9.8%	1.6%	5.3%	3.8%	1.8%	0.0%
転院先の医療機関の確保ができていないため	17.9%	7.4%	16.3%	3.3%	10.6%	9.5%	6.8%	2.7%	3.5%	4.0%	0.0%	7.7%	17.9%	3.1%
その他	10.0%	9.2%	10.5%	10.0%	4.5%	5.6%	5.5%	9.3%	3.7%	7.3%	2.6%	0.0%	3.6%	29.0%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由②

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、「本人・家族の希望に合わない理由」としては、どの入院料でも「家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため」が多い。

＜「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」患者の本人・家族の希望に合わない理由(最も該当するもの)＞

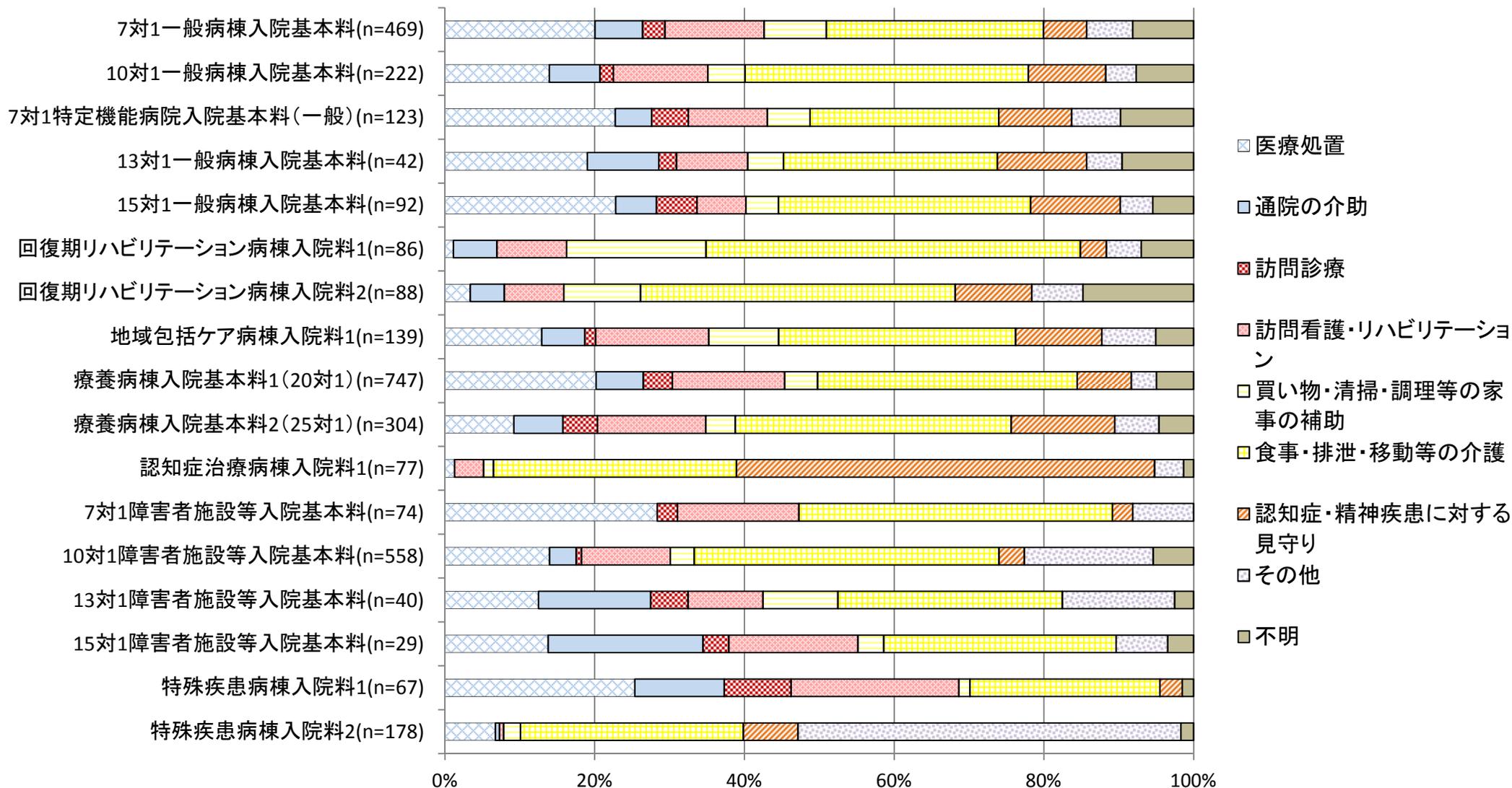
	一般病棟入院基本料 7:1 (n=159)	一般病棟入院基本料 10:1 (n=105)	特定機能病院入院基本料一般 7:1 (n=44)	一般病棟入院基本料 15:1 (n=30)	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=57)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (n=21)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (n=20)	療養病棟入院基本料 1 (20:1) (n=440)	療養病棟入院基本料 2 (25:1) (n=132)	認知症治療病棟入院料 1 (n=20)	障害者施設等入院基本料 7:1 (n=59)	障害者施設等入院基本料 10:1 (n=357)	障害者施設等入院基本料 3:1 (n=29)	特殊疾患病棟入院料 1 (n=41)	特殊疾患病棟入院料 2 (n=112)
家族が患者と同居できないため	13.8%	17.1%	6.8%	10.0%	12.3%	19.0%	10.0%	13.9%	20.5%	5.0%	5.1%	8.4%	41.4%	9.8%	2.7%
家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	11.3%	15.2%	2.3%	10.0%	3.5%	9.5%	5.0%	16.6%	9.1%	0.0%	8.5%	3.9%	3.4%	4.9%	0.9%
家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	7.5%	7.6%	2.3%	6.7%	1.8%	9.5%	5.0%	5.7%	4.5%	10.0%	13.6%	7.0%	3.4%	17.1%	3.6%
家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	1.9%	3.8%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.0%	0.0%	0.0%	2.2%	6.9%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	13.8%	14.3%	13.6%	20.0%	12.3%	23.8%	5.0%	20.5%	15.9%	5.0%	3.4%	12.0%	3.4%	17.1%	23.2%
サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	1.3%	0.0%	4.5%	3.3%	3.5%	0.0%	0.0%	1.1%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	1.3%	0.0%	2.3%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	2.4%	0.9%
自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	0.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	0.8%	3.4%	2.4%	0.0%
在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため	7.5%	13.3%	9.1%	13.3%	5.3%	9.5%	30.0%	13.9%	12.9%	0.0%	59.3%	21.0%	0.0%	2.4%	52.7%
入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	8.2%	5.7%	15.9%	13.3%	7.0%	4.8%	15.0%	8.6%	7.6%	25.0%	0.0%	2.5%	0.0%	9.8%	0.9%
家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため	13.8%	14.3%	13.6%	23.3%	21.1%	14.3%	0.0%	19.5%	23.5%	10.0%	37.3%	26.6%	24.1%	41.5%	17.0%
その他	8.8%	4.8%	4.5%	0.0%	14.0%	9.5%	10.0%	1.1%	0.8%	0.0%	0.0%	2.0%	3.4%	4.9%	0.0%
未回答	3.1%	1.9%	9.1%	3.3%	3.5%	0.0%	5.0%	4.5%	2.3%	5.0%	0.0%	10.9%	3.4%	0.0%	0.9%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者の退院後に必要な支援

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院後に必要な支援は、どの入院料でも「食事・排泄・移動等の介護」が多い。

＜退院後に必要な支援＞

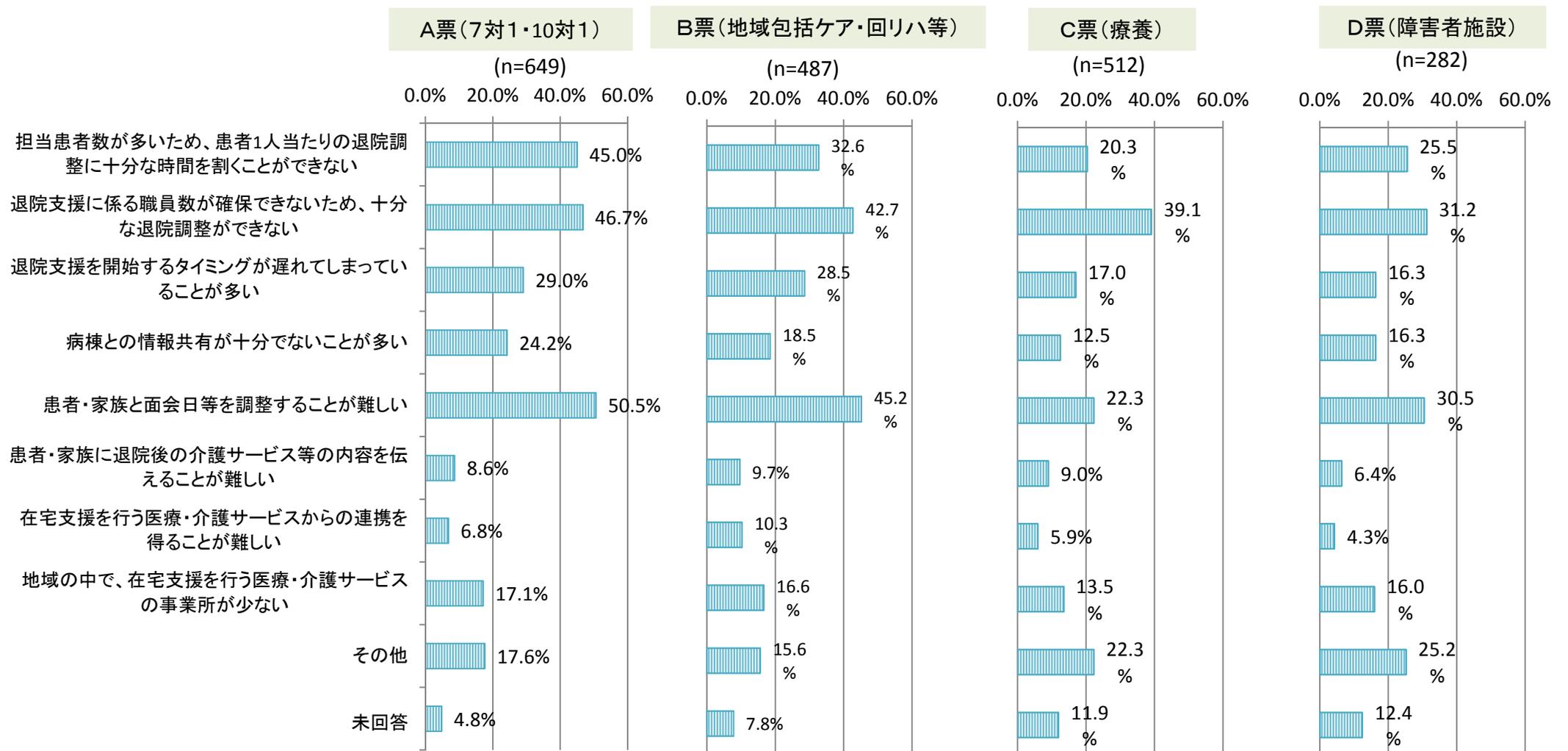


退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている

診調組 入-1
29.6.7

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項についてみると、A・B票では、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」という回答が最も多く、C・D票では、「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」という回答が最も多かった。

<退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項>



入退院支援の課題(案)

(課題)

- 入退院支援については、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、重要な役割を担うと考えられる。
- 入退院支援にあたっての目標・課題等としては、疾病の治癒や病状の安定に加えて、患者本人の日常生活活動度(身体機能)の回復が重要な要素となっている。
- 外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由をみると、受け入れ先の確保のほか、在宅における介護力及び患者本人の日常生活活動度や、家族の希望が、その大きな要素となっている。
- 各医療機関において入退院支援の取組が進められているが、退院することが優先され、患者や家族の希望に寄り添った支援となっていないのではないかと指摘がある。
- 入退院支援を困難にしている理由・課題等をみると、相談員の人員体制の不足、支援のための時間確保が困難、患者・家族等との面会日の日程調整が困難(特に日勤帯だけでは困難)との指摘がある。
- 効率的・効果的な入退院支援を行うためには、入院中だけでなく、入院前・入院時と入院後の外来・在宅時での働きかけや支援も重要であるとの指摘がある。



- 入退院支援について、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、その評価のあり方についてどのように考えるか。例えば、
 - ・ 患者・家族の希望に寄り添いつつ、適切な療養場所への適切な時期での移行
 - ・ 入院前・入院時における患者・家族への関わり方
 - ・ 入退院支援に係る医療機関と受入先機関や訪問事業者等との情報共有を効率的に行う方策について、どのように考えるか。