

平成29年度第5回 入院医療等の調査・評価分科会

平成29年8月4日

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

病床数 891,208床
 病床利用率 74.1%
 平均在院日数 15.6日
 (H28.6末医療施設動態・病院報告)

医療法上の位置づけ
一般病床 | **療養病床**

病床数 328,586床
 病床利用率 88.0%
 平均在院日数 152.3日
 (H28.6末医療施設動態・病院報告)

DPC
 1,667施設
 495,227床※2
 (+11,146床)
 ※2 H28.4.1現在

特定機能病院
 84施設
 58,843床※1
 (▲2,164床)
 ※1 一般病床に限る

専門病院 22施設
 7,389床 (▲69床)
 一類感染症 28施設
 95床 (+48床)

一般病棟入院基本料
 647,288床 (▲19,471床)
 ※ 特別入院基本料を含む

回復期リハビリテーション
 入院料1 入院料2 入院料3 計
 525施設 40施設 136施設 1,401施設
 33,544床 5,918床 5,971床 75,433床
 (+4,661床) (▲519床) (▲599床) (+3,543床)

地域包括ケア病棟(入院医療管理料)
 入院料1 入院料2 計
 1,159施設 85施設 1,244施設
 21,326床 1,305床 22,631床

療養病棟入院基本料
 221,698床 (+8,197床)

介護療養病床
 58,244床
 (H28.6末病院報告)

救命救急 383施設
 6,292床 (+16床)

特定集中治療室 661施設
 5,619床 (▲90床)

新生児特定集中治療室 223施設
 1,570床 (+33床)

新生児治療回復室 185施設
 2,621床 (+516床)

小児特定集中治療室 5施設
 48床 (+8床)

総合周産期特定集中治療室 118施設
 母体・胎児 742床 (+9床)
 新生児 1,487床 (+29床)

脳卒中ケアユニット 126施設
 919床 (+157床)

ハイケアユニット
 管理料1 管理料2 計
 365施設 90施設 455施設
 3,453床 911床 4,364床 (+792床)

小児入院医療管理料
 入院料1 入院料2 入院料3
 63施設 159施設 111施設
 4,948床 3,230床 3,237床
 (+379床) (▲2,281床) (+790床)
 入院料4 入院料5
 369施設 369施設
 8,336床 -
 (▲421床)

障害者施設等
 866施設
 66,970床
 (+1,117床)

特殊疾患
 入院料1 入院料2 管理料
 113施設 90施設 38施設
 5,981床 6,403床 637床
 (+135床) (+188床) (+132床)

緩和ケア病棟 350施設
 7,030床 (+727床)

本日議論

有床診療所一般 5,878施設 78,214床 (▲3,276床)

有床診療所療養 751施設
 6,850床 (▲662床)

精神科救急
 124施設
 6,961床
 (▲898床)

精神科急性期治療病棟
 入院料1 入院料2
 327施設 11施設
 15,604床 140床
 (+409床) (▲742床)

精神科救急・合併症 10施設
 382床
 (±0床)

精神病棟
 (基本料+特定機能精神)
 1,319施設
 163,895床 (▲1,487床)

児童・思春期精神 32施設
 1,102床 (+53床)

精神療養 831施設
 93,876床 (▲6,438床)

認知症治療病棟
 入院料1 入院料2
 482施設 15施設
 33,791床 1,166床
 (+498床) (▲232床)

施設基準届出
 平成27年7月1日現在
 (かつこ内は前年比較)

結核病棟 (基本料+特定機能結核) 192施設
 4,695病床 (▲441床)

1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

1. 療養病棟入院基本料

(1) 療養病棟入院基本料の変遷と現状

(2) 医療区分

1) 評価項目

2) 該当患者割合の現状

3) 医療区分別の患者の状況

(3) 在宅復帰機能

1) 加算の算定状況

2) 加算の有無別の状況

3) 療養病棟におけるリハビリテーション

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院基本料 1 (療養1)	療養病棟入院基本料 2 (療養2)
入院料	医療区分 1 814点～967点 医療区分 2 1,230～1,412点 医療区分 3 1,468～1,810点	医療区分1 750点～902点 医療区分2 1,165点～1,347点 医療区分3 1,403点～1,745点
看護職員※	20 : 1 (医療法で 4 : 1 相当)	25 : 1
看護補助者※	20 : 1 (医療法で 4 : 1 相当)	25 : 1
その他	・医療区分2と3の患者の合計が <u>8割以上</u> ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価	・医療区分2と3の患者の合計が <u>5割以上</u> ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価

※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員及び看護補助者の人員配置は、本則上4:1(診療報酬基準でいう20:1に相当)以上とされているが、同施行規則(附則)に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6:1(診療報酬基準でいう30:1に相当)以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

療養病棟入院基本料の包括範囲について

検査、病理診断	すべて包括
入院基本料等加算	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算（50対1、75対1、100対1に限る）、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、地域加算、離島加算、HIV感染者療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、総合評価加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、退院支援加算（1の口及び2の口に限る）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算</p>
投薬 注射	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている腎性貧血状態の患者に限る）、インターフェロン製剤（B型・C型肝炎に係るものに限る）、抗ウイルス剤（B型・C型肝炎、後天性免疫不全症候群、HIV感染症に係るものに限る）、血友病の治療に係る血液凝固因子及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</p>
処置	<p>下記以外は算定可能。</p> <p>創傷処置（手術日から14日以外を除く）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル処置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置</p>
画像診断	単純撮影に係る「写真診断」、「撮影」以外は算定可能
医学管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療	すべて算定可能

※一般病棟へ転棟、転院前の3日間は上記にかかわらず、すべて出来高で算定可能。

療養病棟入院基本料の加算について

褥瘡評価実施加算	ADL区分3（23点以上）の患者につき算定。 褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認し、診療録に添付すること。	15点（1日につき）
重症児（者）受入連携加算	当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において退院支援加算3を算定したものである場合に算定。	2000点 （入院初日限り）
救急・在宅等支援療養病床初期加算	当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る）の一般病棟から転院した患者について算定。	療養病棟入院基本料1 →300点（1日につき） それ以外の病棟 →150点（1日につき） ※転院、入院又は転棟した日から起算して14日まで
慢性維持透析管理加算	当該病棟（療養病棟入院基本料1算定病棟に限る）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法又は腹膜灌流を行っている患者について算定。	100点（1日につき）
在宅復帰機能強化加算	療養病棟入院基本料1を算定している病棟のうち、下記施設基準を満たす病棟に入院している患者につき算定。 ① 当該病棟から退院した患者（自院の他病棟から転棟した患者については当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上。なお在宅に退院した患者とは、自院の他病棟へ転棟した患者、他院へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、在宅生活が1月以上（医療区分3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のこと。 ② 自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数（自院の他病棟から転棟して1月以内に退院した者を除く）を当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の10以上。	10点（1日につき）

療養病棟入院基本料に係る主な変遷①

平成12年

- ・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。

療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点

療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点

平成14年

- ・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。

療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点

療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点

- ・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と

療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止となった。

平成16年

- ・大きな変更なし

療養病棟入院基本料1 (看護配置25:1、看護補助配置20:1) 1,209点

療養病棟入院基本料2 (看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,138点

平成18年

- ・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。

療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点

療養病棟入院基本料に係る主な変遷②

平成20年

- ・医療経済実態調査の結果等を踏まえ引き下げが行われた。

療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点

※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き

平成22年

- ・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。

- ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。

療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上)

基本料A～I 1,758点～785点

療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1)

基本料A～I 1,695点～722点

平成24年

- ・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。

療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点

療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点

平成26年

- ・消費税の増税に伴う評価の見直し

療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点

療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点

平成28年

- ・療養病棟入院基本料2についても、医療区分2・3の患者の割合の要件を追加

療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上)

基本料A～I 1,810点～814点

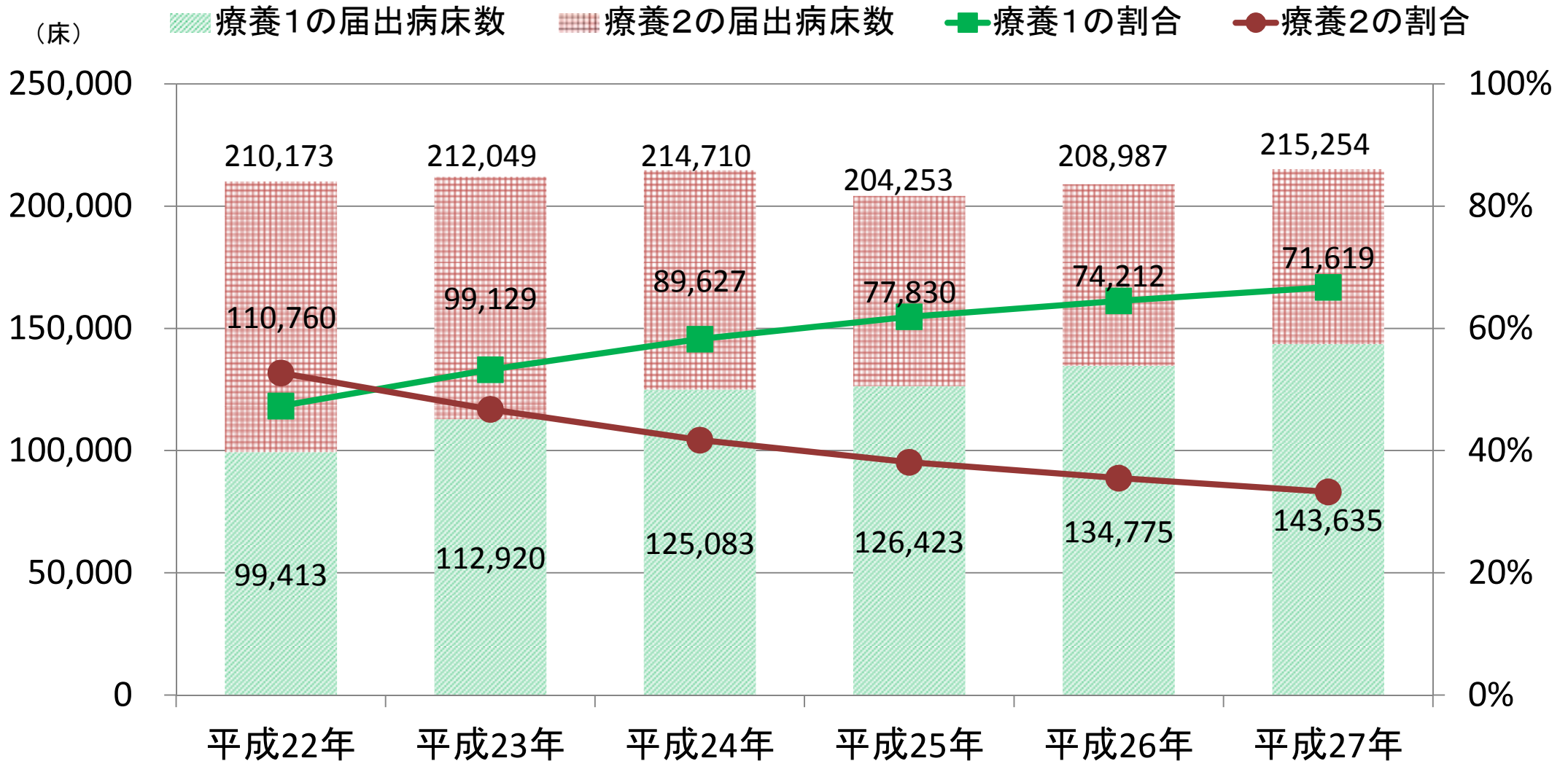
療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上)

基本料A～I 1,745点～750点

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

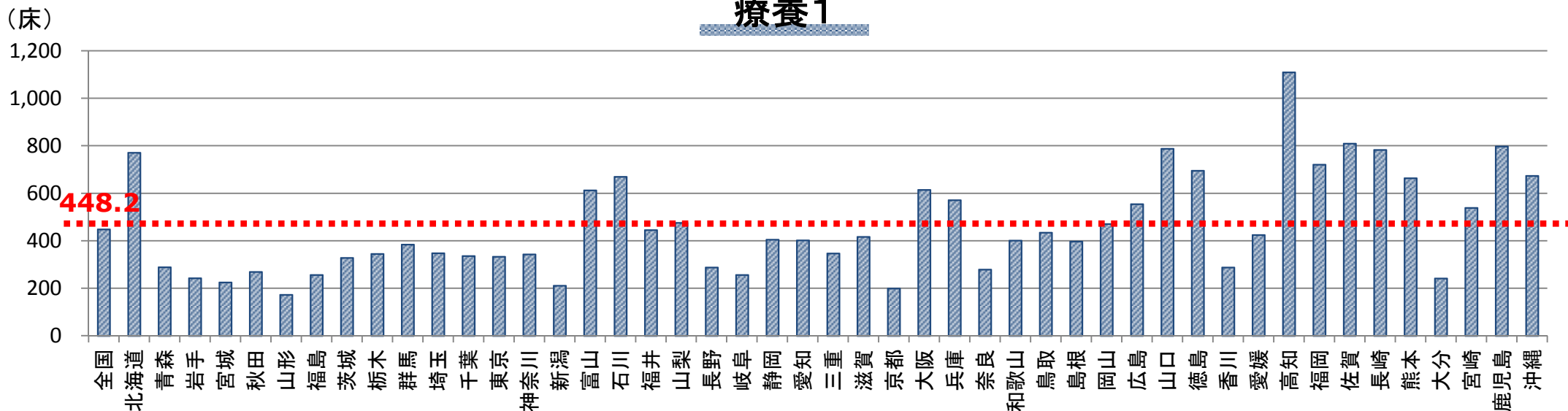
中医協 総-5
29.1.25(改)

- 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
- 療養1の病床数は増加傾向。

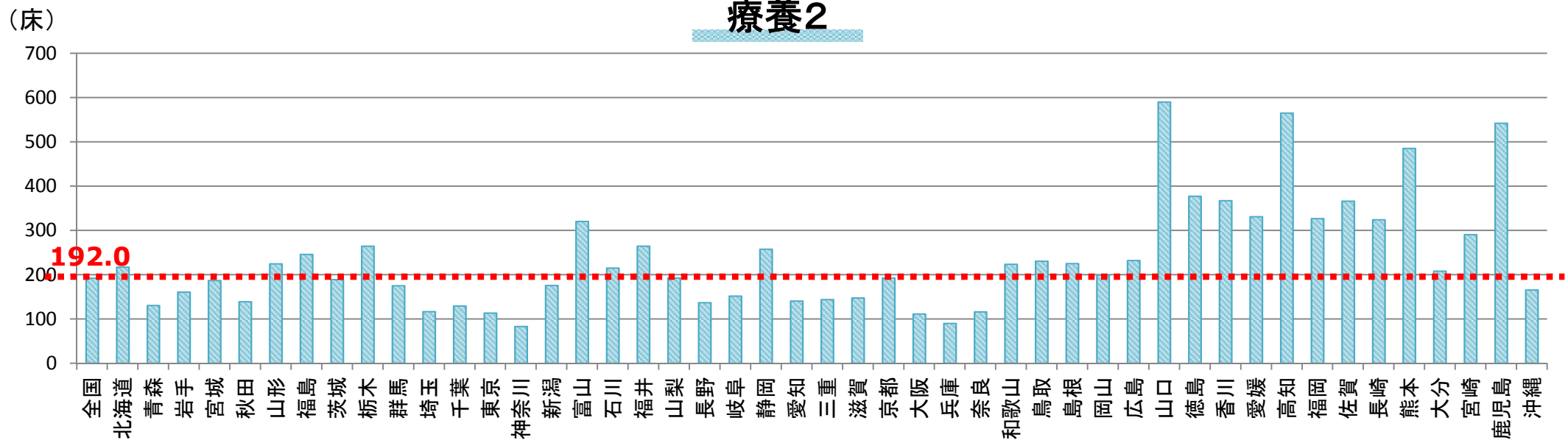


都道府県別、療養病棟入院基本料届出病床数①(65歳以上人口10万人あたり)

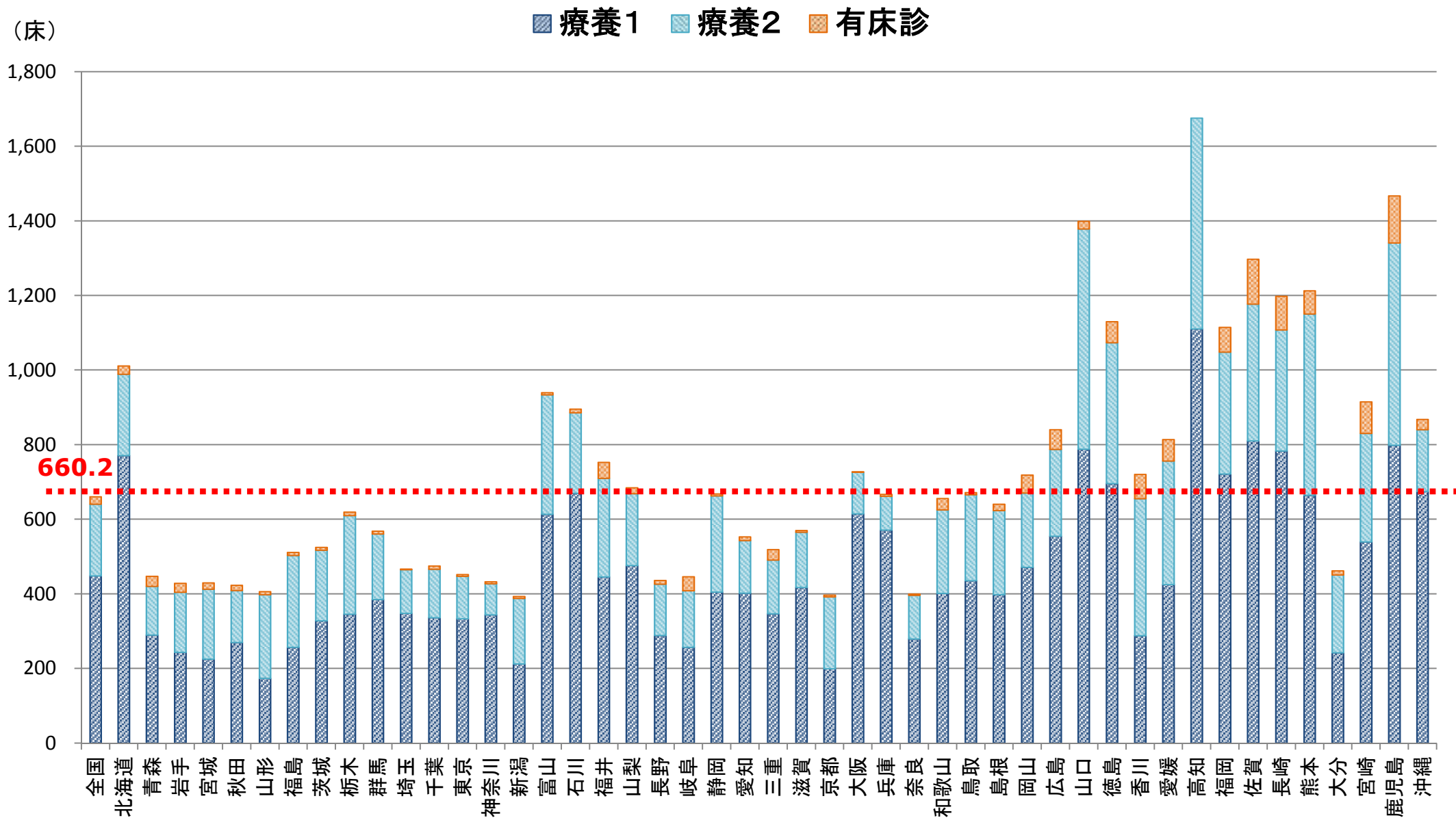
療養1



療養2

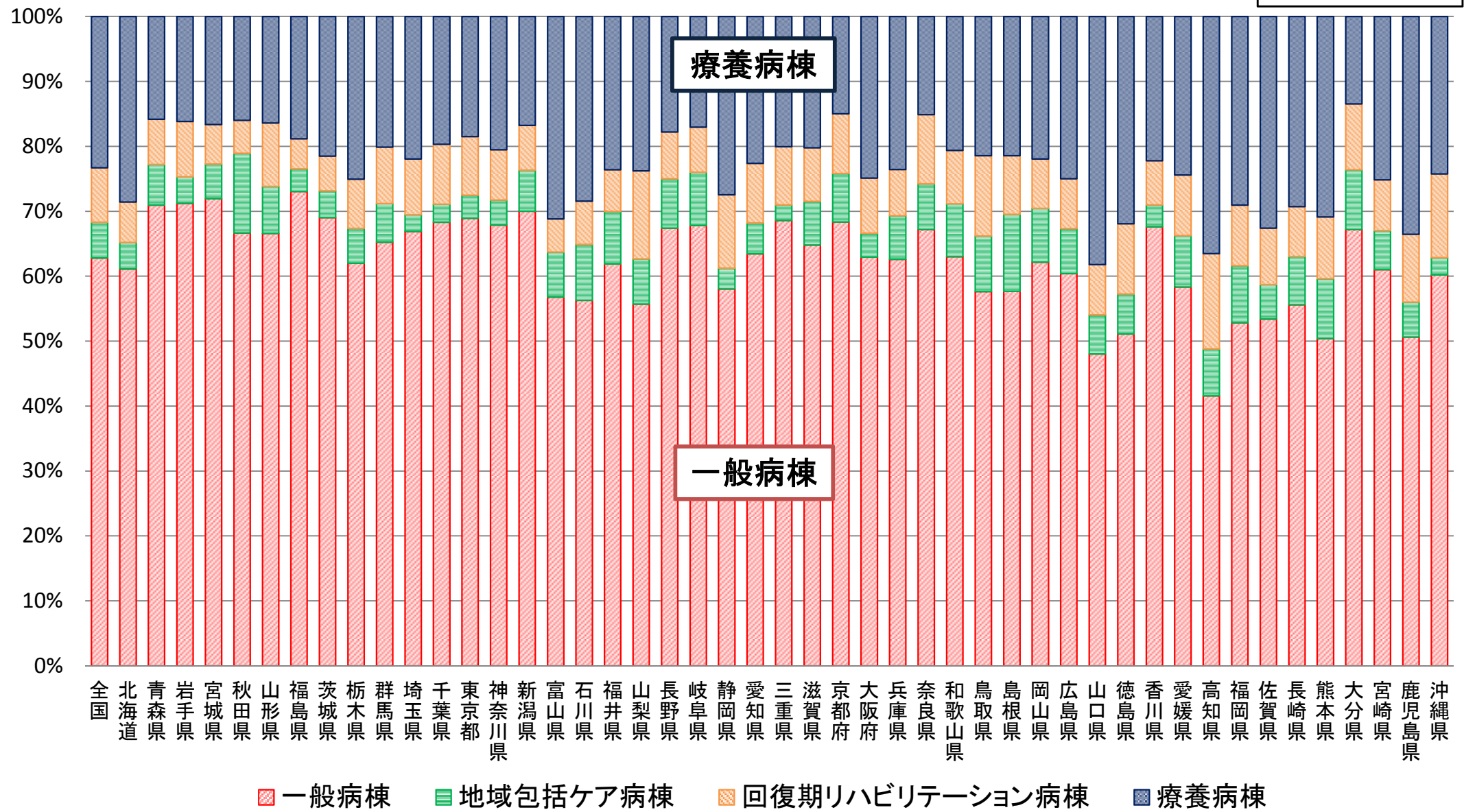


都道府県別、療養病棟入院基本料届出病床数②(65歳以上人口10万人あたり)



都道府県別、各入院基本料届出病床数割合

診調組 入-1
29.7.21(改)



療養病棟

一般病棟

■ 一般病棟 ■ 地域包括ケア病棟 ■ 回復期リハビリテーション病棟 ■ 療養病棟

出典: 保険局医療課調べ(平成28年10月1日時点)

療養病床の在り方等に関する特別部会

「療養病床の在り方等に関する議論の整理」(抜粋)

平成28年12月20日

1. 基本的な方向性

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床及び医療療養病床(医療法施行規則の人員配置標準の特例の対象となっているものに限る。)については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目しつつ、
 - ・ 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、
 - ・ 各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情に応じた柔軟性を確保した上で、必要な機能を維持・確保していくことが重要である。
- こうした基本的な方向性を実現していくためには、
 - ・ 介護療養病床の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や、「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、
 - ・ その入院生活が長期にわたり、実質的に生活の場になっている実態を踏まえて、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな施設類型を創設すべきである。

4. 経過措置の設定等について

(1) 転換に係る準備のための経過期間

- また、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、平成18年改正の際の方針に従い、原則として平成29年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべきである。
なお、有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の医療法施行規則の人員配置標準の経過措置の延長を検討することが適当である。

5. 療養病棟入院基本料について

- いわゆる25対1(療養病棟入院基本料2)の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討することが適当である。
- なお、現行の医療区分・ADL区分は、導入から10年が経過しており、その見直しを含めて、中央社会保険医療協議会で検討すべき、との意見もあった。

1. 医療の提供体制

- ・病床数は微増、平均在院日数及び病床利用率は微減傾向。
- ・療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向、療養1は増加、療養2は減少。平均在院日数は療養1の方が長い。
- ・療養病棟の看護職員配置については、基準より多く配置されている病棟が多い。約2割の病棟で、看護要員以外の職員を配置している。

2. 患者の状態と医療内容

- ・年齢階級別の患者割合をみると、80歳以上の割合が増加傾向で、平成26年では6割を超える。疾患別の構成割合の推移をみると、認知症は横ばい、悪性新生物、骨折、呼吸器系の疾患が微増傾向。療養1については、療養2に比べ、ADL区分の高い患者や、認知症がある患者、死亡退院した患者の割合が多い。
- ・医療区分別の患者割合をみると、療養1では医療区分2・3の該当患者割合が増加傾向、療養2では、減少傾向。
- ・入院料区分別にみると、疾患、医療処置は大きな差はないが、転帰をみると、療養1の方が死亡退院の割合が高く、40%を超えている。
- ・退院支援スタッフ等を配置している病棟では、配置していない病棟と比べ、在宅復帰率が高い傾向。
- ・看取りの状況をみると、療養病棟においても、看取りやターミナルケアを行っているが、個別に看取り計画を立てている医療療養病床は約35%。

3. 医療費の分析

- ・療養病棟入院基本料の全体の算定回数は横ばいで推移。一般病床が過半数の病院より、療養病床が過半数の病院の方が、医業収入は低いが経常利益は高い。

4. 主な改定の経緯と検討状況

- ・療養病棟入院基本料は、平成12年に包括評価された入院料として創設され、平成18年に患者分類(医療区分)による報酬設定が導入された。
- ・「療養病床の在り方等に関する特別部会」にて、療養病棟入院基本料2については、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点等から、中医協において検討することが適当とされている。



○ 療養病棟については、今後の患者の増加や医療ニーズの高度化が見込まれる中で、必要な医療が提供できる体制を確保できるよう、

- ・ 療養病棟における高齢者の機能維持に係るリハビリテーションや退院支援の推進
- ・ 在宅医療を担う診療所と連携し、患者や家族の意思を尊重した看取りを支援する機能の確保

に資する評価のあり方について、どのように考えるか。

○ 療養病棟入院基本料2を含め、療養病棟の入院患者の状態に応じた適切な入院医療の評価のあり方等については、今後まとまる調査結果やその分析を踏まえて、引き続き、議論することとしてはどうか。

1. 療養病棟入院基本料

(1) 療養病棟入院基本料の変遷と現状

(2) 医療区分

1) 評価項目

2) 該当患者割合の現状

3) 医療区分別の患者の状況

(3) 在宅復帰機能

1) 加算の算定状況

2) 加算の有無別の状況

3) 療養病棟におけるリハビリテーション

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

評価項目（医療区分）

療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750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(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
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)・慢性閉塞性肺疾患(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) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 18

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

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	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

医療区分・ADL区分に係る評価票①

【記載形式】

医療区分・ADL区分に係る評価票

入院先(入院した科)の記入欄

入院日(入院した日)の記入欄

【留意事項】

- 1. 医療区分に入院する患者については、毎日の状態に基づき「医療区分・ADL区分」に係る評価票(評価票)を作成し、患者の状態等に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記入すること。また、欄外が定められている項目については「○」を記入すること。
- 2. 当該評価票については、通常に要する書類の請求の際に、併せて提出すること(評価票はこの限りでない)。ただし、電子シートの場合は、電子シートの形で提出すること。

1. 認定期間に限りがある区分

【留意事項】

2. 認定期間に限りがない区分

【留意事項】

毎日評価

費用請求時に提出

留意事項

3. ADL区分評価

【留意事項】

月当初(1月の途中から入院又は転科)した場合には、入院又は転科時に、必ず各項目に評価票(0~6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合に該当日に評価票を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
A																																		
B																																		
C																																		
D																																		
E																																		
F																																		
G																																		
H																																		
I																																		

患者の状況評価

【留意事項】

月当初(1月の途中から入院)した場合には、入院時に、必ず1~9項目の評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化した場合に該当日以降に「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

1. 病状の場合

医療区分の評価

ADL区分の評価

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
A																																		
B																																		
C																																		
D																																		
E																																		
F																																		
G																																		
H																																		
I																																		

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

2. 経過の場合

医療区分の評価

ADL区分の評価

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
A																																		
B																																		
C																																		
D																																		
E																																		

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合においては、主たる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

主治医 (印)

注1

ア 平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者のうち、重症の身体不自由患者、身体障害者の重症障害者、重症の重症障害者、認知症(痴呆)患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者

イ 「基本診療料の負担基準等」(別表第十二)に於ける特許取得等の患者であって、平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者(慢性呼吸器疾患以外の患者に限る。)

ウ 平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者のうち、身体障害者の重症障害者、重症の重症障害者、認知症(痴呆)患者、難病患者等

エ 平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者のうち、重症の身体不自由患者、身体障害者の重症障害者、重症の重症障害者、認知症(痴呆)患者、難病患者等

注2

ア 平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者のうち、重症の身体不自由患者、身体障害者の重症障害者、重症の重症障害者、認知症(痴呆)患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の場合

イ 「基本診療料の負担基準等」(別表第十二)に於ける特許取得等の患者であって、平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者(慢性呼吸器疾患以外の患者に限る。)

ウ 平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者のうち、重症の身体不自由患者、身体障害者の重症障害者、重症の重症障害者、認知症(痴呆)患者、難病患者等

エ 平成26年4月1日以前に1期に特許取得等入国審査料を決定する権利に入院している患者のうち、重症の身体不自由患者、身体障害者の重症障害者、重症の重症障害者、認知症(痴呆)患者、難病患者等

注3

ア 身体障害者認定している下肢のいずれかの片方を一つも欠けた場合に「○」を記入すること。

イ 「身体障害者認定」は「下肢の片方」または「下肢の両方」で「欠けた」とある場合は「○」を記入すること。

ウ 「下肢の片方」は「下肢の片方」を指す。両方の「片方」は「片方」を指す。

エ 「欠けた」とある場合は「片方」を指す。両方の「欠けた」とある場合は「両方」を指す。

医療区分・ADL区分に係る評価票②

【留意事項】

- 療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。
- 判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること(診療所はこの限りではない)。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

【評価票の拡大図(例示)】

I 算定期間に限りがある区分

医療区分3	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 24時間持続して点滴を実施している状態	7																															
医療区分2	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2 採路感染症に対する治療を実施している状態	14																															
3 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	30																															
4 胸水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	7																															
5 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7																															
6 肺動脈の瘻管に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	2																															
7 せん妄に対する治療を実施している状態	7																															
8 結核菌や真菌等の経路検査が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	7																															
9 顔面の血糖検査を実施している状態	3																															

II 算定期間に限りがない区分

医療区分3	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10 スモン	<input type="checkbox"/>																															
11 生1検査	<input type="checkbox"/>																															
12 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態																																
13 中心静脈栄養を実施している状態																																
14 人工呼吸器を使用している状態																																

参考)平成18年度導入当時の医療区分

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る24 時間体制での監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合) ・24 時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法/胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO2 90%以下) ・感染隔離室におけるケア
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(パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上) ・その他神経難病(スモンを除く) ・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷(四肢麻痺がみられる状態) ・肺気腫/慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones V 度の状態) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症(「発熱」、「細菌尿」、「白血球尿(>10/HPF)」の全てに該当する場合) ・創感染 ・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(舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの) ・体内出血(持続するもの(例)「黒色便」、「コーヒー残渣様嘔吐」、「喀血」、「痔核を除く持続性の便潜血陽性」) ・頻回の嘔吐(1 日1 回以上を7 日間のうち3 日以上) ・褥瘡(2度以上又は2箇所以上) ・うっ血性潰瘍(末梢循環障害による下肢末端の開放創:2 度以上) ・せん妄の兆候 ・うつ状態注2 ・暴行が毎日みられる状態 <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管栄養(経鼻・胃瘻等) ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開/気管内挿管のケア ・血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7 日間のうち2 日以上実施) ・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・創傷処置 ・足のケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

参考)平成18年度導入当時のADL区分

【区分の設定方法】

・医療区分」ごとに日常生活動作能力(ADL)による分類を設定した。

・具体的には、下記の表による合計点により3区分とした。

ADL 0～10点 → ADL区分1

ADL11～22点 → ADL区分2

ADL23～24点 → ADL区分3

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範な援助	最大の援助	全面依存	本動作無し
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6

参考)平成18年度の療養病床における患者分類試案の検討に係る調査概要

平成16年度調査

- ① 「患者特性調査」として、約7,000人の入院患者を対象に、年齢、入院期間、要介護認定の有無、問題行動の状況、日常生活動作能力(ADL)、認知症の有無等の患者特性に関する項目のほか、治療、処置、リハビリテーション等の実施状況、薬剤の使用状況等の医療提供に関する項目の調査を実施
- ② 「タイムスタディ調査」として、医療療養病床を有する病院及び特殊疾患療養病棟入院料を算定する病院においては、約3,500人の入院患者を対象に(*)、当該入院患者に対する医師、看護師、看護補助者等によるサービス提供の状況について調査を実施
* タイムスタディ調査自体は、介護療養病床を有する病院等の入院患者についても行っており、これを併せると、約5,500人
- ③ 「コスト調査」として、調査対象病院の人件費、減価償却費、医薬品、材料等の払出量等について調査を実施

平成17年度調査

- 平成16年度調査を元に作成された患者分類試案の妥当性を検証するため、平成17年7月には、「患者分類試案妥当性調査」として、平成16年度調査に参加した病院を対象に、患者分類試案そのものに係る妥当性について調査を行ったほか、平成16年度調査の対象患者のうちタイムスタディ調査を実施した約3,500人に患者分類試案を適用した結果を示し、個別の患者に適用した結果に係る妥当性についても調査を行った。

医療機能に応じた入院医療の評価について

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

現行

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・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(検査日から3日間)
- 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
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



改定後

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
 - ・常時流量3L/分以上を必要とする状態
 - ・心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)
 - ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)

医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合
 - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
29.6.7

- 医療区分の一部の状態について、平成27年11月1日時点と平成28年11月1日時点の該当患者割合を比較すると、「酸素療法を実施している状態」では、平成27年（医療区分3のみ）の該当患者割合は18.2%、平成28年（医療区分2・3の合計）の該当患者割合は17.9%であり、ほぼ横ばいであった。
- 「頻回の血糖検査を実施している状態」と「うつ症状に対する治療を実施している状態」では、いずれも平成28年の該当患者割合は平成27年に比べてやや減少した。

平成27年11月1日時点

(n=343)

0% 5% 10% 15% 20%

酸素療法を実施している状態・医療区分3に該当

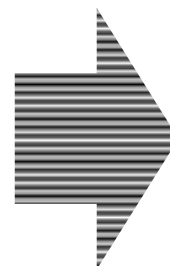
18.2%

頻回の血糖検査を実施している状態・医療区分2に該当

6.3%

うつ症状に対する治療を実施している状態・医療区分2に該当

4.8%



平成28年11月1日時点

(n=343)

0% 5% 10% 15% 20%

酸素療法を実施している状態・医療区分3に該当

8.3%

酸素療法を実施している状態・医療区分2に該当

9.6%

頻回の血糖検査を実施している状態・医療区分2に該当

4.2%

うつ症状に対する治療を実施している状態・医療区分2に該当

3.0%

17.9%

医療区分2・3該当患者割合の状況

医療機能に応じた入院医療の評価について

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

現行

- 【療養病棟入院基本料1】
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
- 【療養病棟入院基本料2】
入院患者に関する要件なし



改定後

- 【療養病棟入院基本料1】
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
- 【療養病棟入院基本料2】
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる。

- ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
- ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。

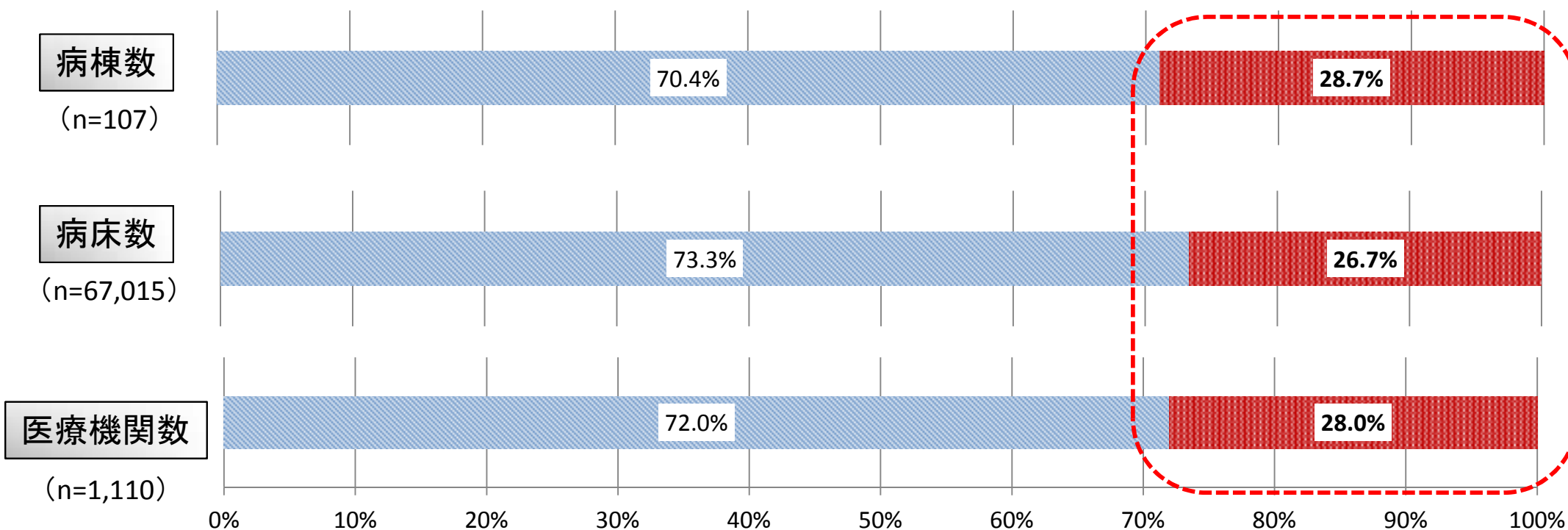
入院患者のうち医療区分2又は3の患者の割合(該当患者割合)については、療養病棟入院基本料の施設基準における届出要件となっている。

参考)療養病棟入院基本料2の施設基準を一部満たさない医療機関

療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、下記のいずれか又は両方を満たさない場合、届出を行った上で、所定点数の100分の95を算定することとなっている。

- ①看護職員配置25:1（この基準を満たさない場合、少なくとも看護職員配置30:1以上が必要）
- ②医療区分3と医療区分2の患者が5割以上

■ 所定点数で算定を行っている
 ■ 医療区分2・3の患者の割合又は看護職員の配置基準(25:1)のみを満たさず、所定点数の100分の95の点数で算定を行っている



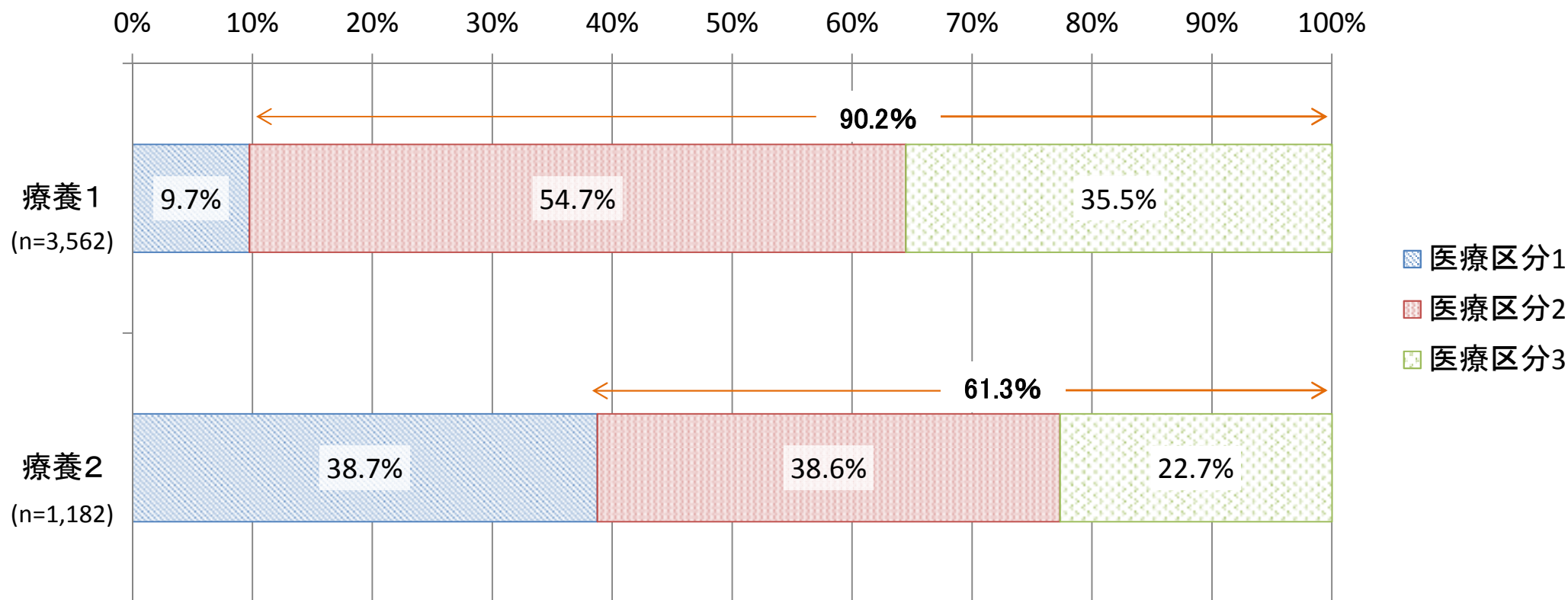
出典：
 病棟数：入院医療等の調査(平成28年度)
 病床数・医療機関数：医療課調べ(平成28年10月現在)速報値

療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
29.6.7

- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

療養病棟入院患者の医療区分の割合

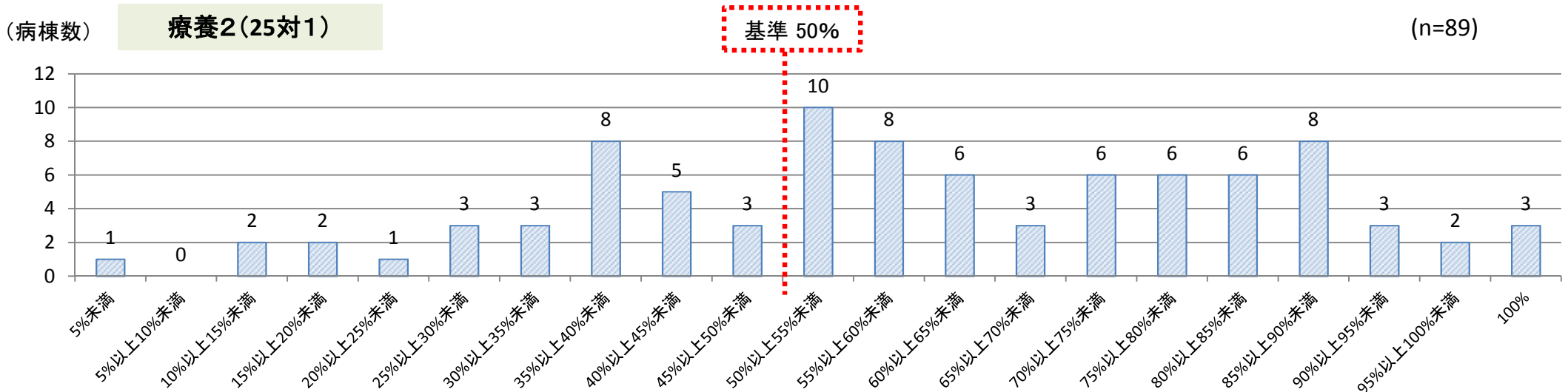
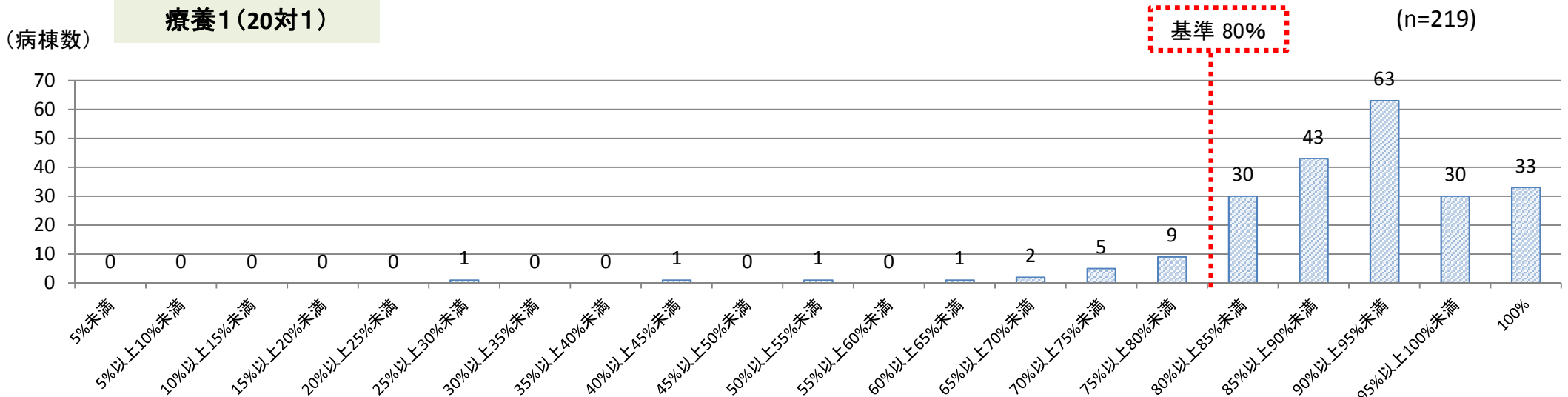


各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

診調組 入-1
29.6.7

- 療養1（20対1）を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、90%を超える医療機関は全体の6割弱であった
- 療養2（25対1）を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、50%を超える医療機関は全体の7割弱であった。

＜各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布＞



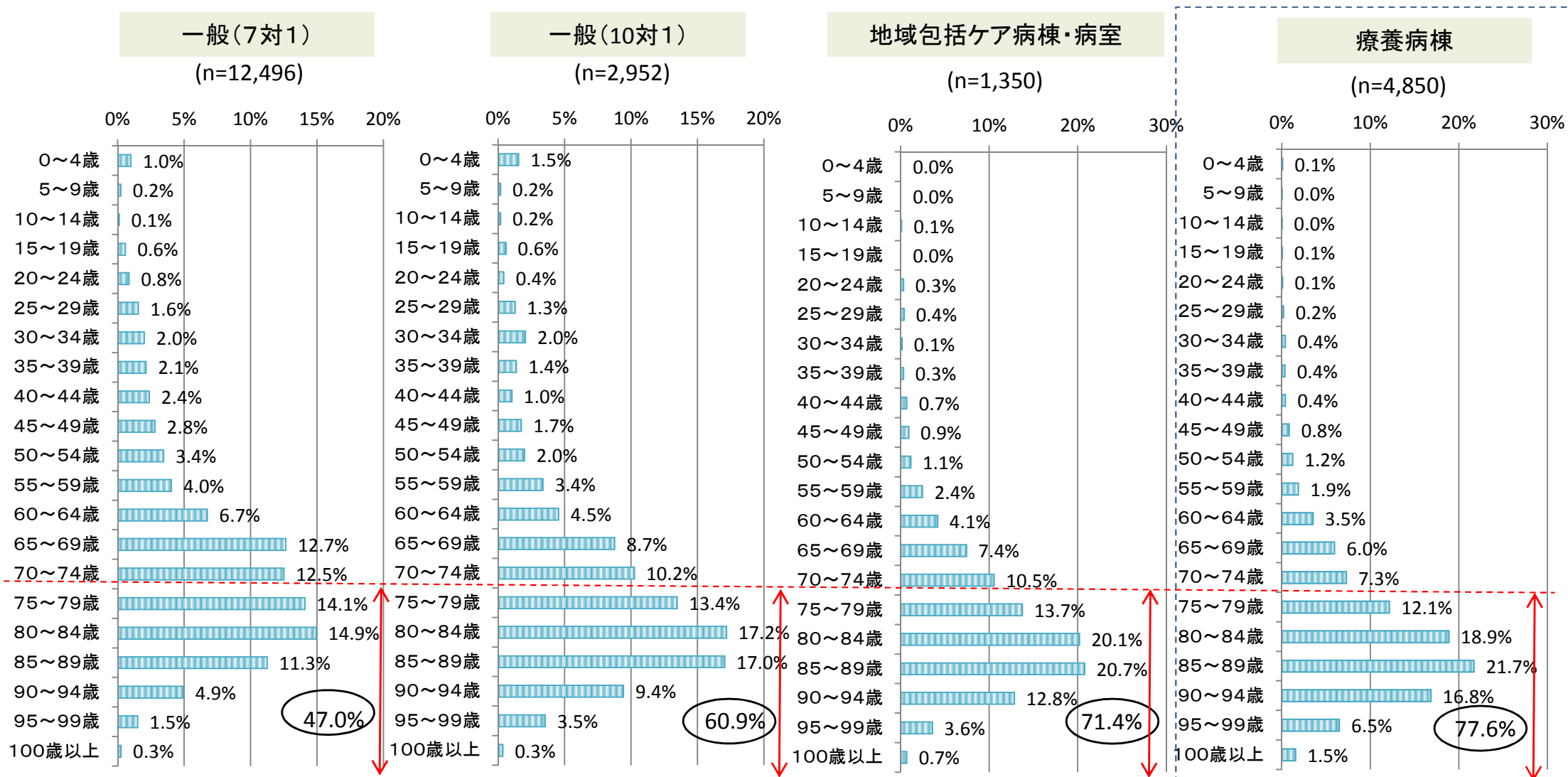
30

医療区分別の患者の状況

療養病棟入院患者の年齢階級別分布

診調組 入-1
29.6.7

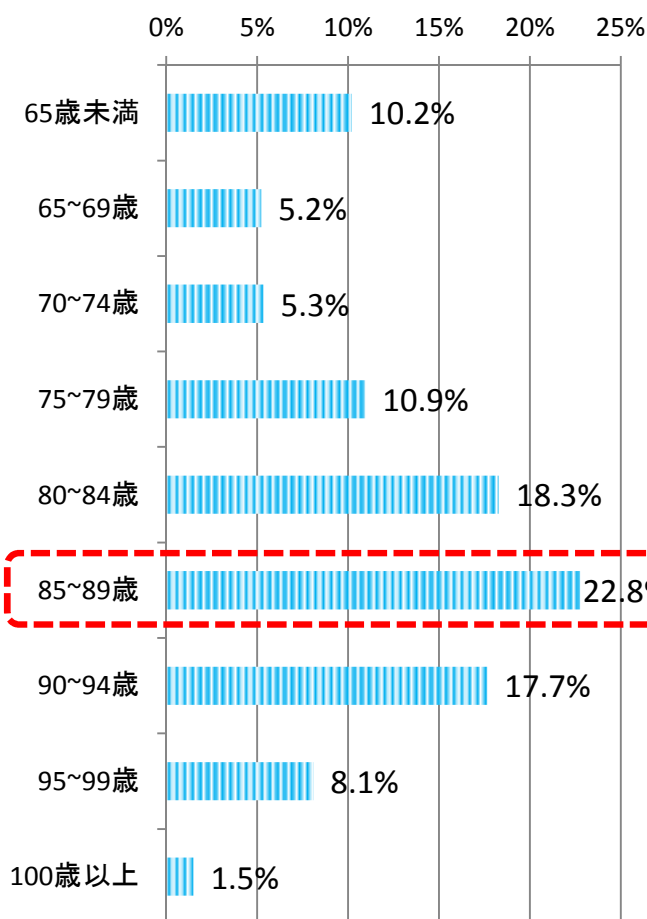
○ 療養病棟入院患者の年齢分布をみると、75歳以上の占める割合は全体の77.6%であり、他の区分より多い。



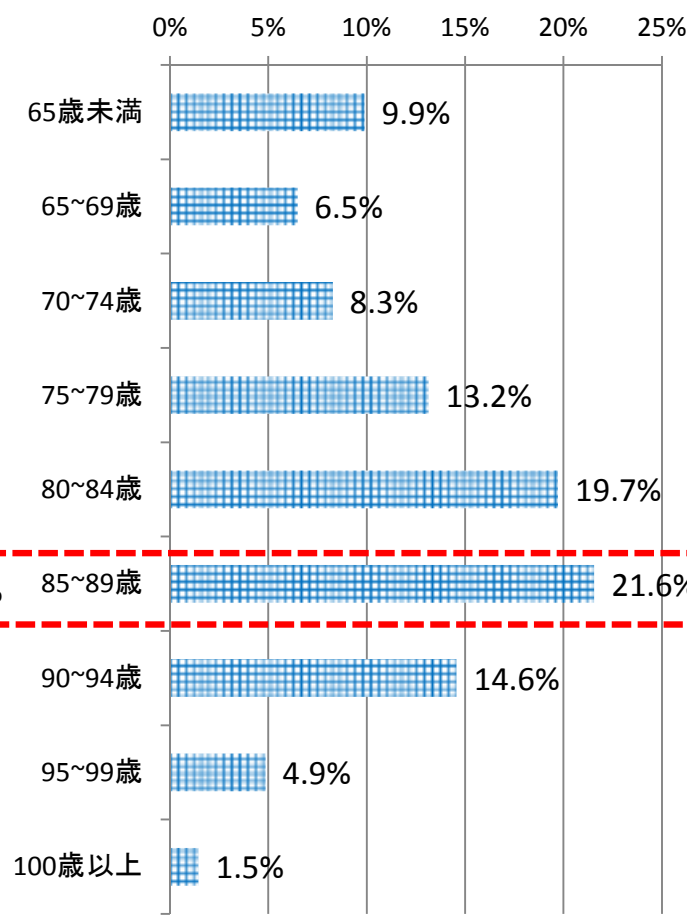
医療区分別の年齢階級別患者割合

○ 医療区分ごとの年齢分布をみると、どの区分も85～89歳の割合が最も多い。

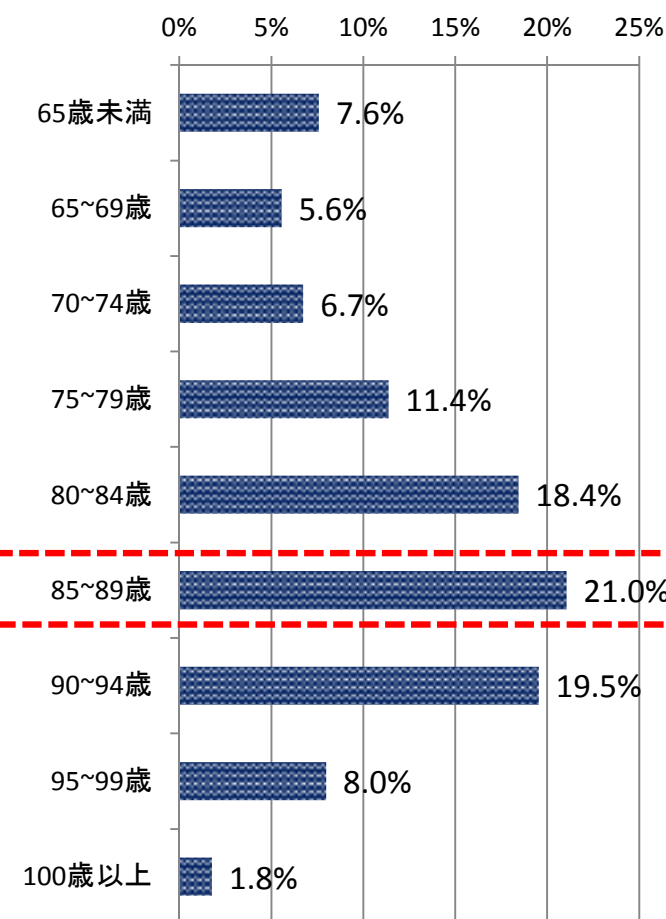
医療区分1 (n=804)



医療区分2 (n=2403)



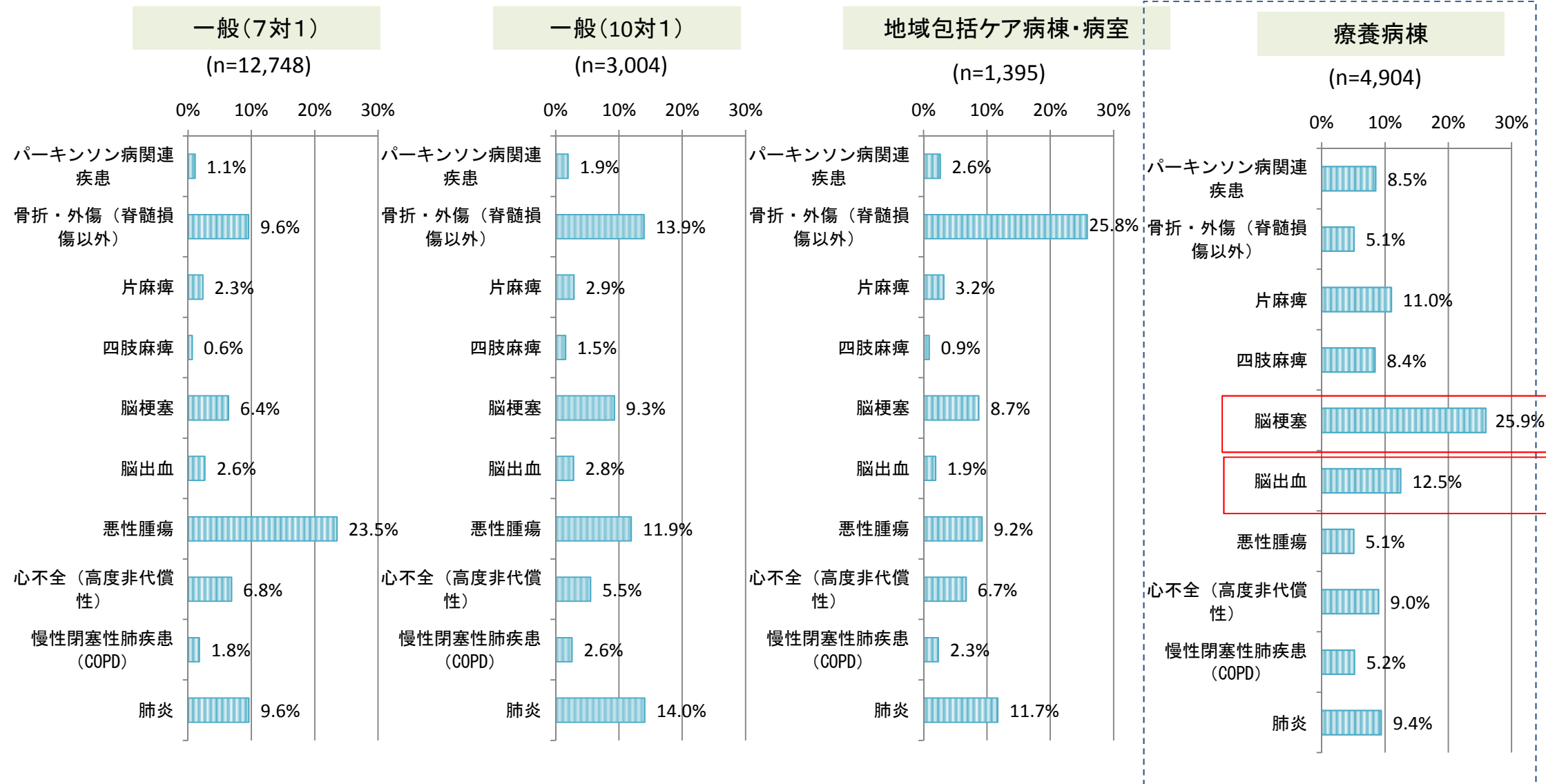
医療区分3 (n=1530)



療養病棟入院患者の疾患

診調組 入-1
29.6.7

○ 療養病棟入院患者の疾患をみると、脳梗塞・脳出血の占める割合が、他の区分より多い。



医療区分別の主な疾患※の割合

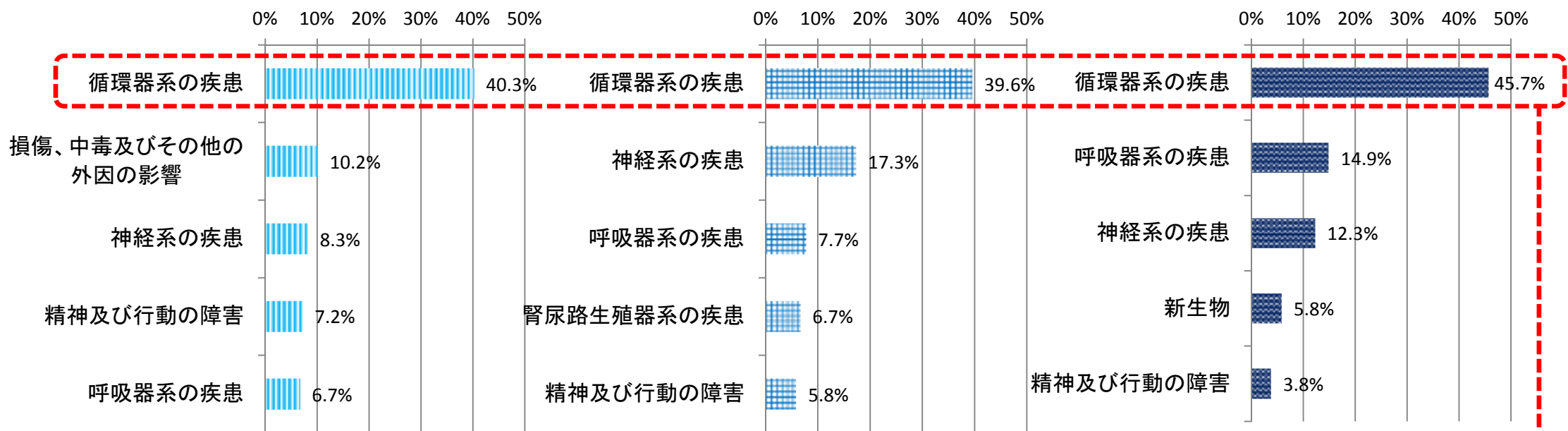
※調査票で「主傷病」を調査、回答をICD-10に従って分類・集計したもの

- どの医療区分も「循環器系の疾患」の割合が最も多い。
- 「循環器系の疾患」の内訳は、脳梗塞、脳内出血の順に多い。

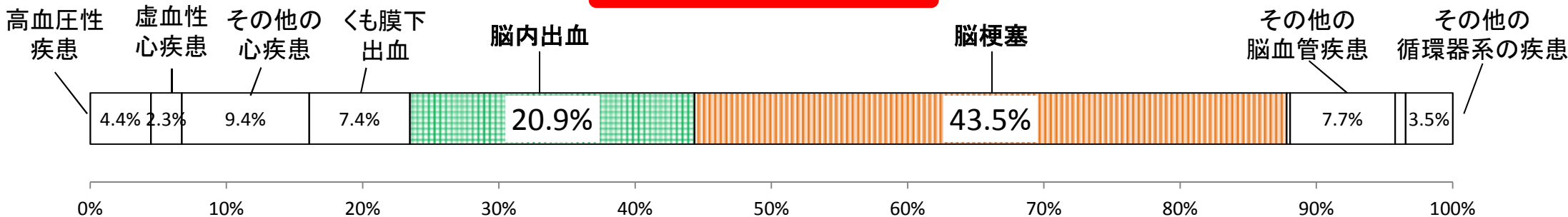
医療区分1 (n=787)

医療区分2 (n=2351)

医療区分3 (n=1506)

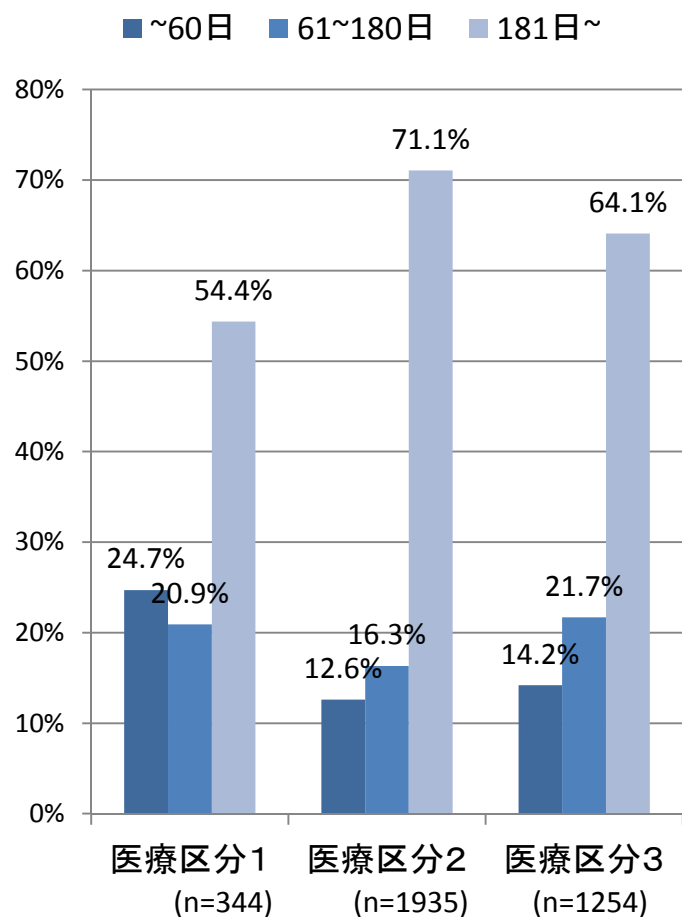


循環器系の疾患の内訳 (n=1935)

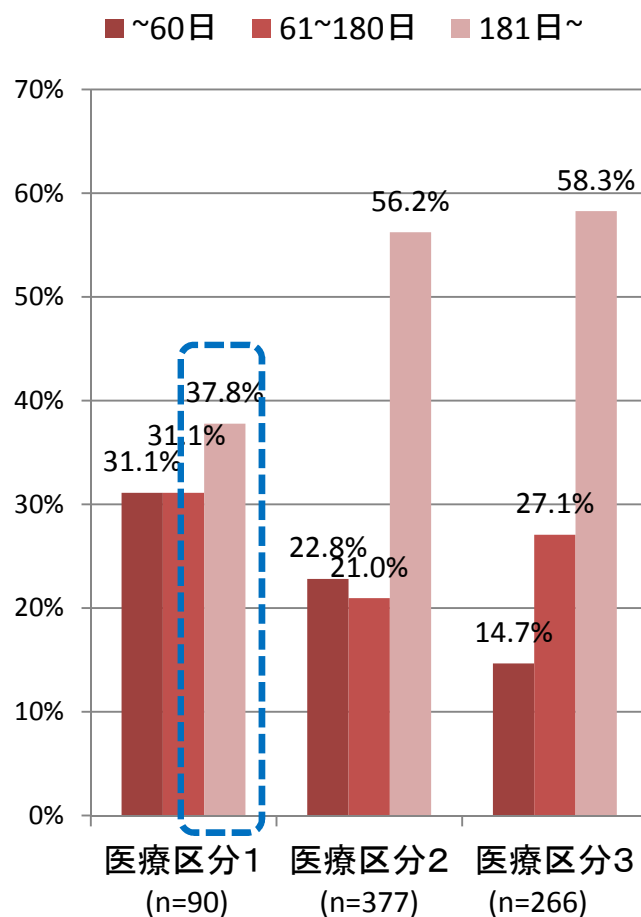


医療区分別の入院期間別の割合

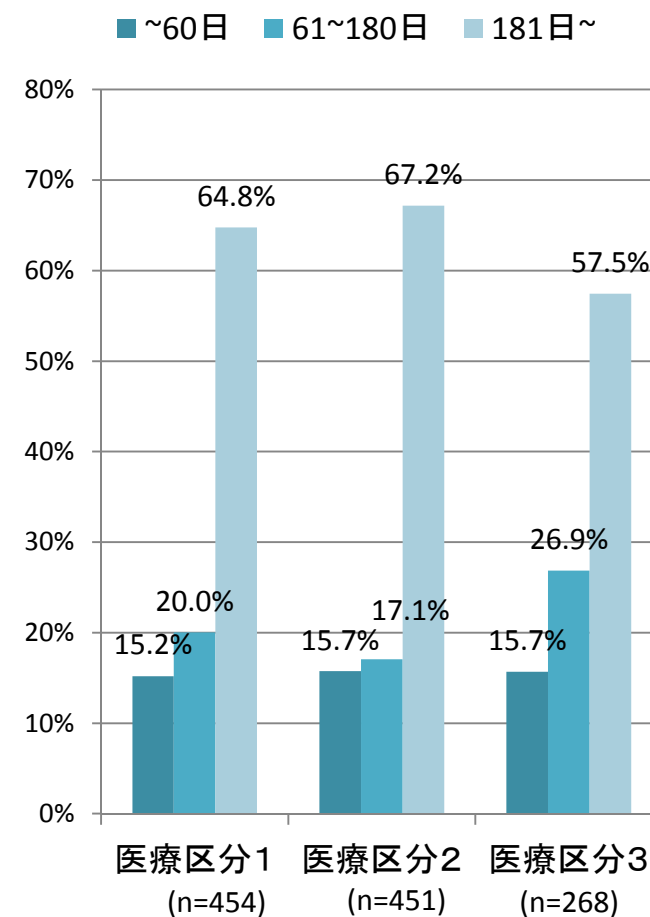
○ 在宅復帰機能強化加算を算定している病棟では、医療区分1の患者について、180日を超える患者の割合が、比較的少ない。



療養1全体



在宅復帰機能強化加算あり



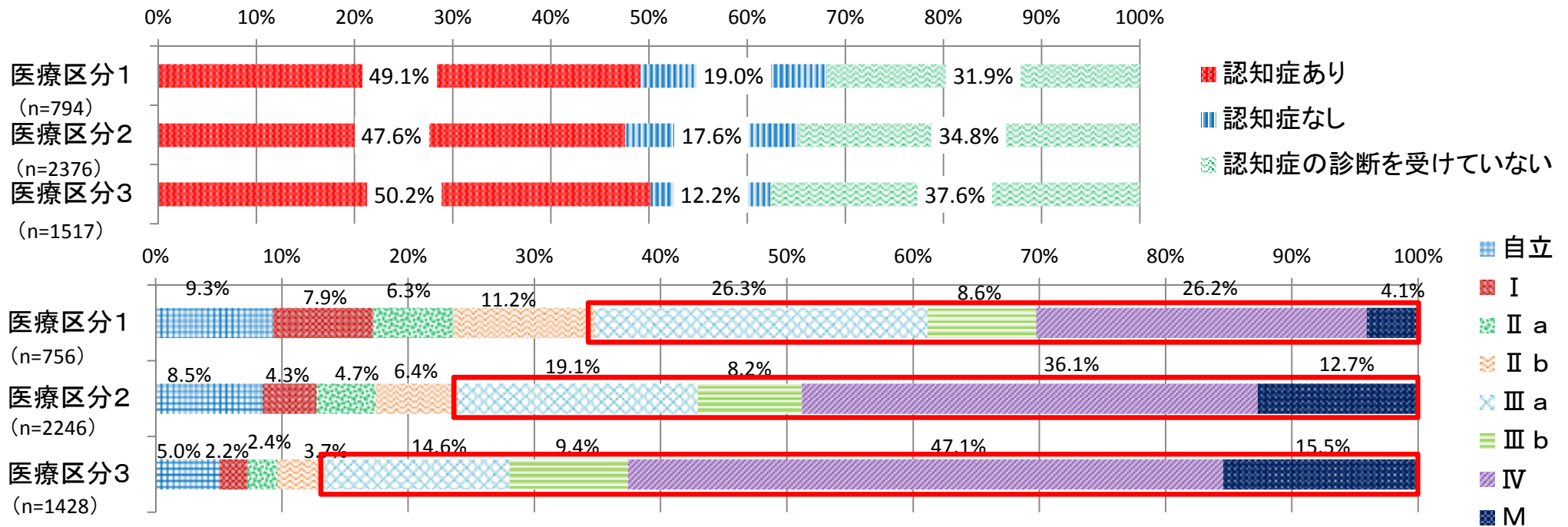
療養2

療養1

認知症診断の有無と認知症高齢者の日常生活自立度※

※日常生活自立度の調査対象には認知症なしと回答した患者も含まれている

○ 認知症の診断を受けている患者割合には、医療区分間で大きく差はないが、医療区分が上がるほど日常生活に支障を来すような症状等を有する患者の割合が多い。

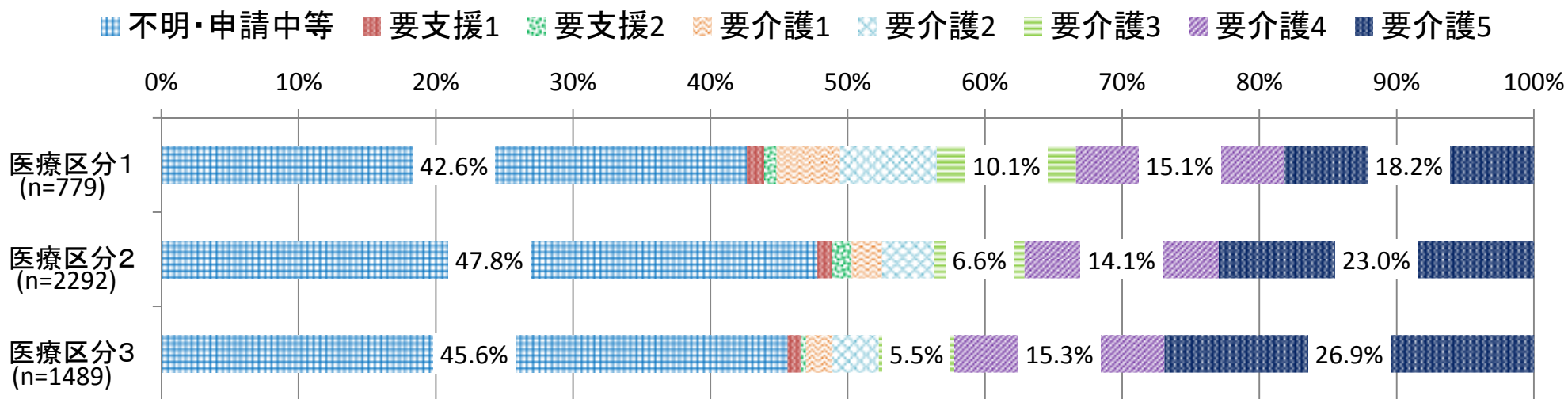


出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

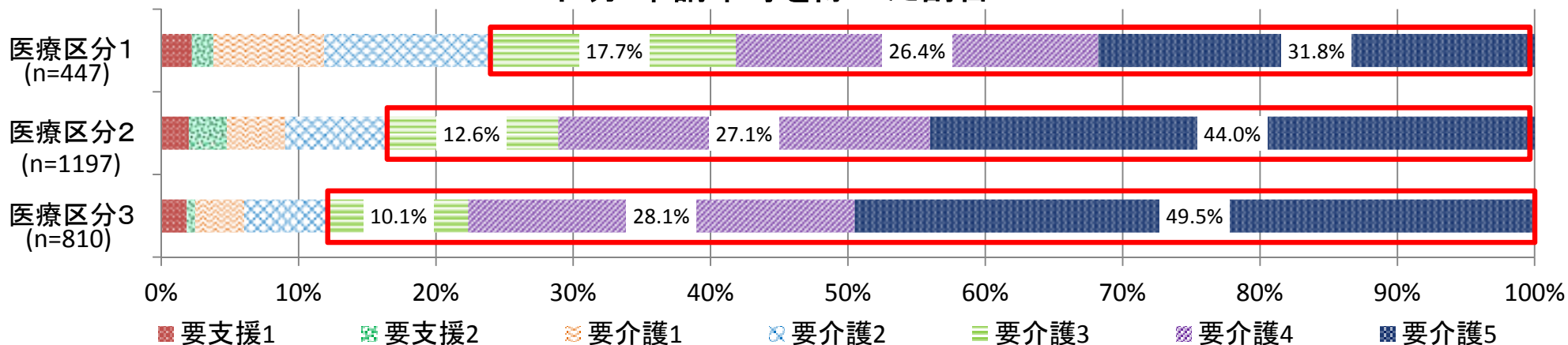
ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 (II a : 家庭外で上記IIの状態がみられる。 / II b : 家庭内でも上記IIの状態が見られる。)
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (III a : 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 / III b : 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。)
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

医療区分別の要介護度

○ 医療区分別の要介護度の割合をみると、不明・申請中等の割合が大きい。要介護認定を受けている患者でみると、医療区分が上がるほど、要介護3以上が占める割合が大きい。

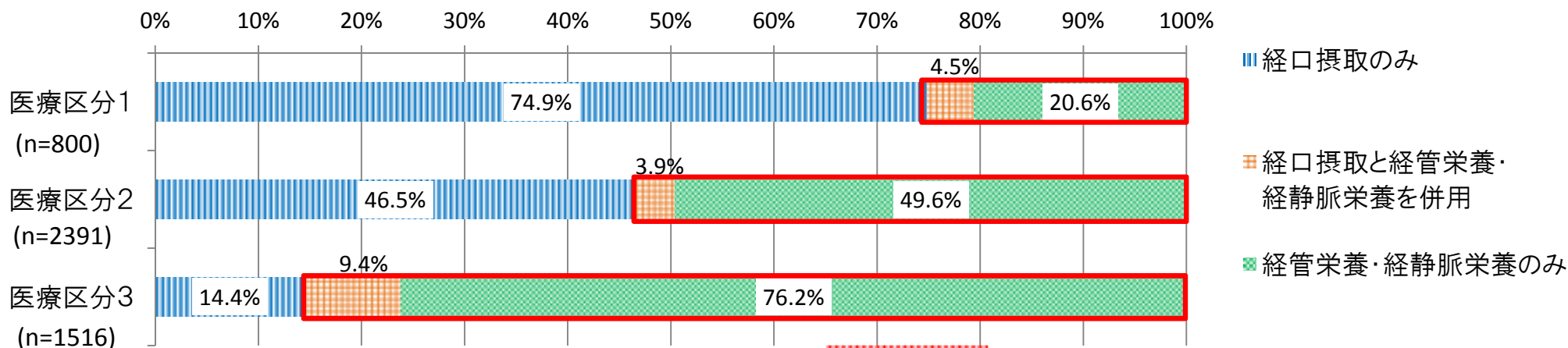


不明・申請中等を除いた割合

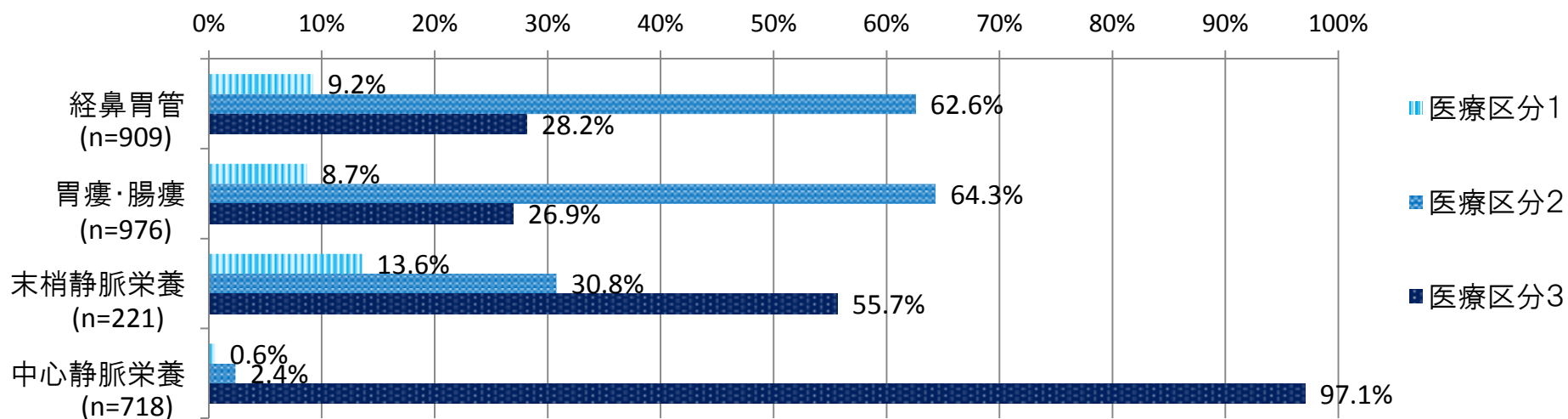


医療区分別の栄養摂取の状態

- 医療区分が上がるほど、経管栄養・経静脈栄養を使用する患者の割合が多い。
- 経鼻胃管や胃瘻・腸瘻を使用している患者には医療区分2が多いが、経静脈栄養を行っている患者には医療区分3が多い。

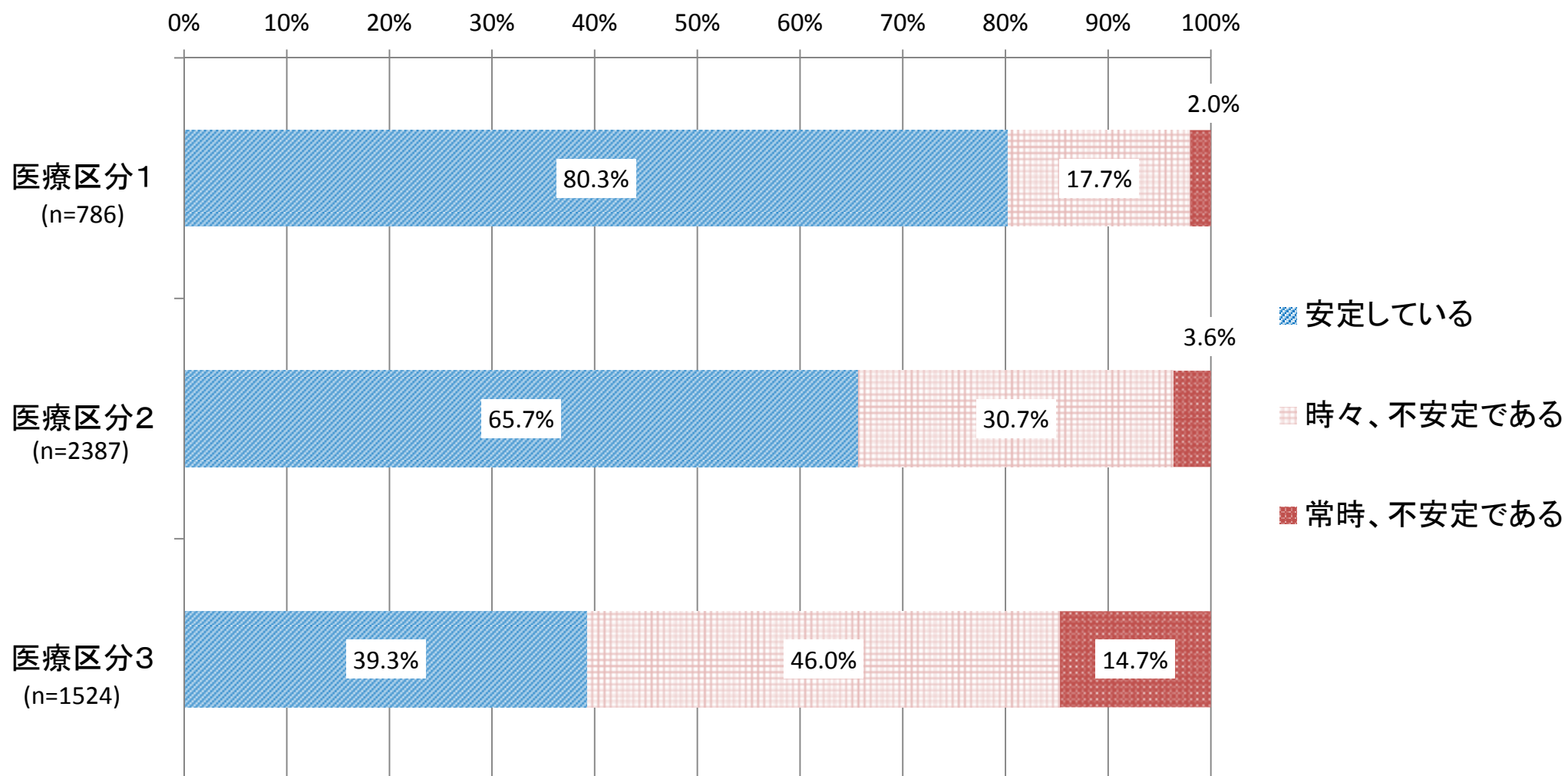


経管栄養・経静脈栄養を使用する患者の内訳



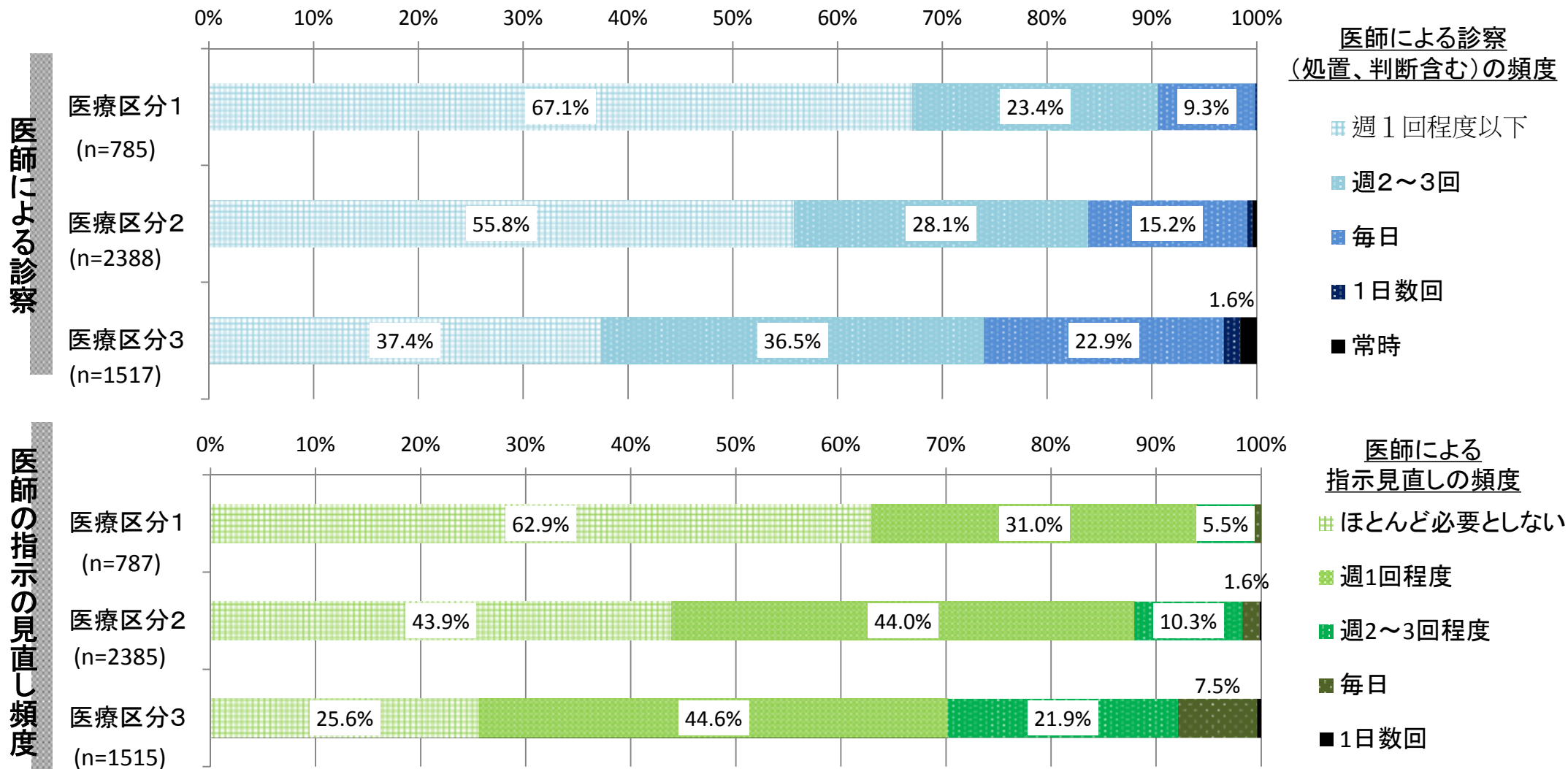
医療的な状態

○ 医療区分が上がるほど、医療的な状態が不安定な患者の割合が高い。



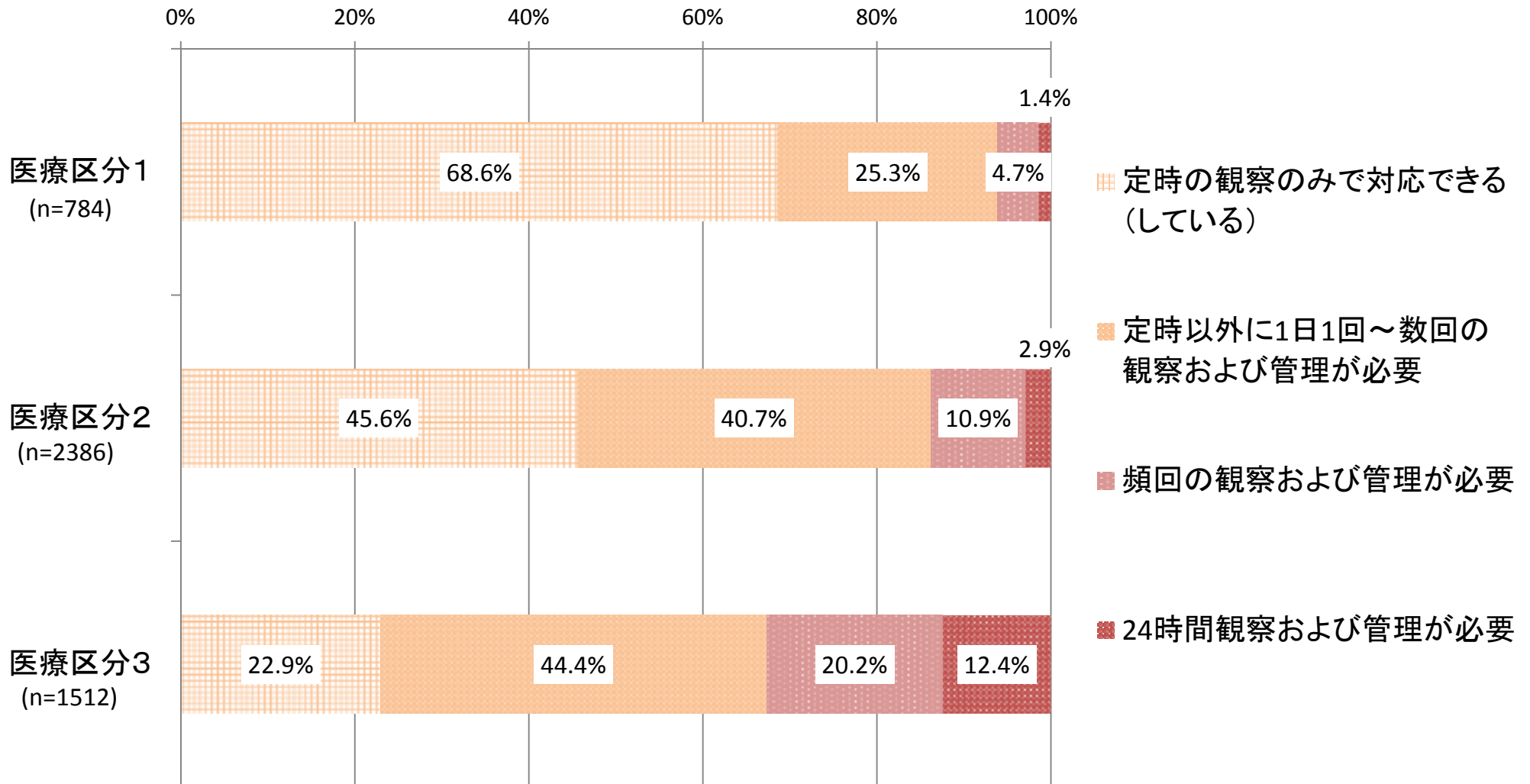
直接の医療提供頻度

○ 医療区分が上がるほど、医師による直接の医療提供頻度は高くなる。



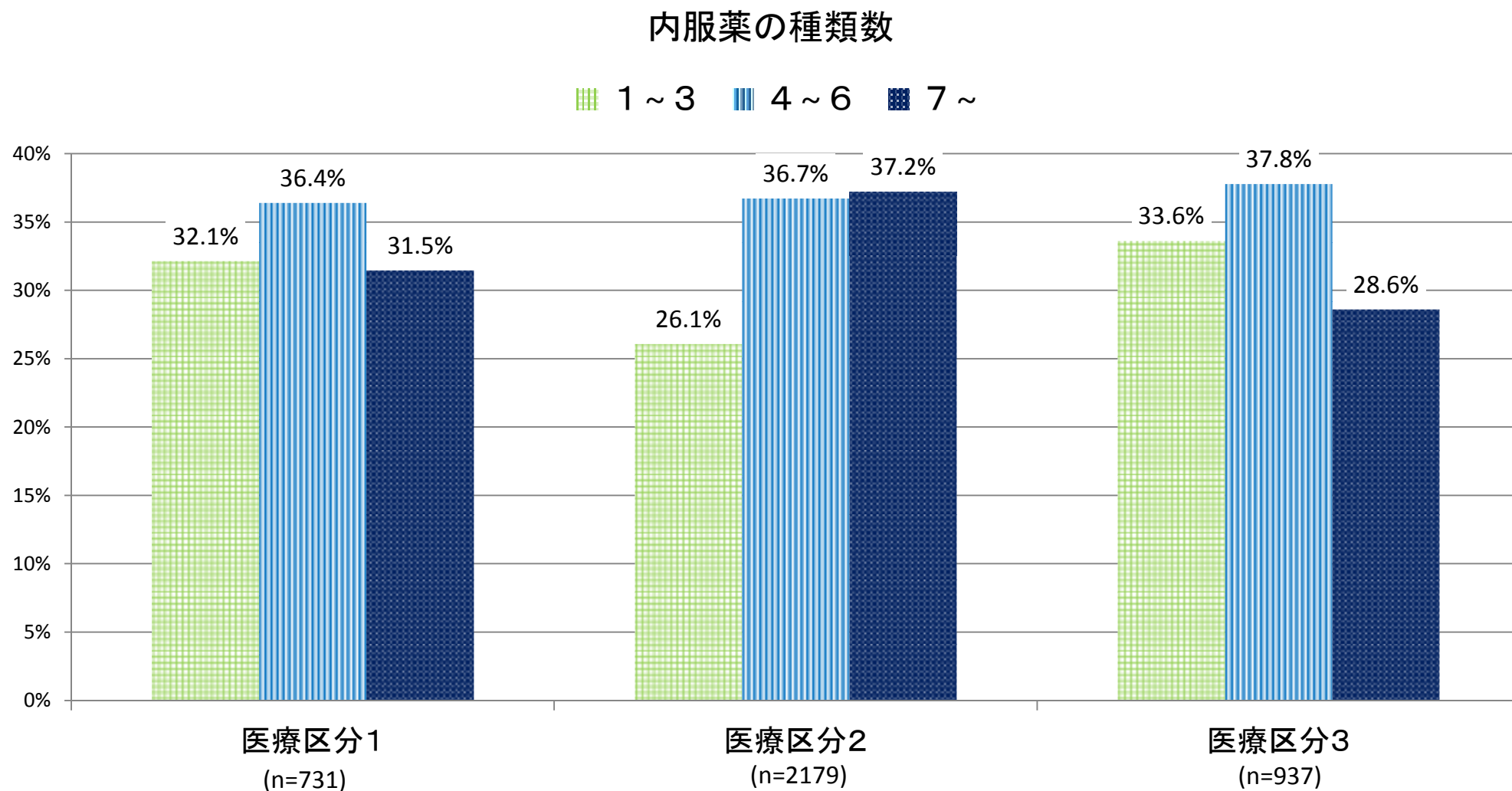
直接の看護提供頻度

○ 医療区分が上がるほど、直接の看護提供頻度は高くなる。



内服薬の種類数別の患者の割合

○ 内服薬 7 種類以上を投薬されている患者の割合は、いずれの医療区分でも約 3 ～ 4 割。



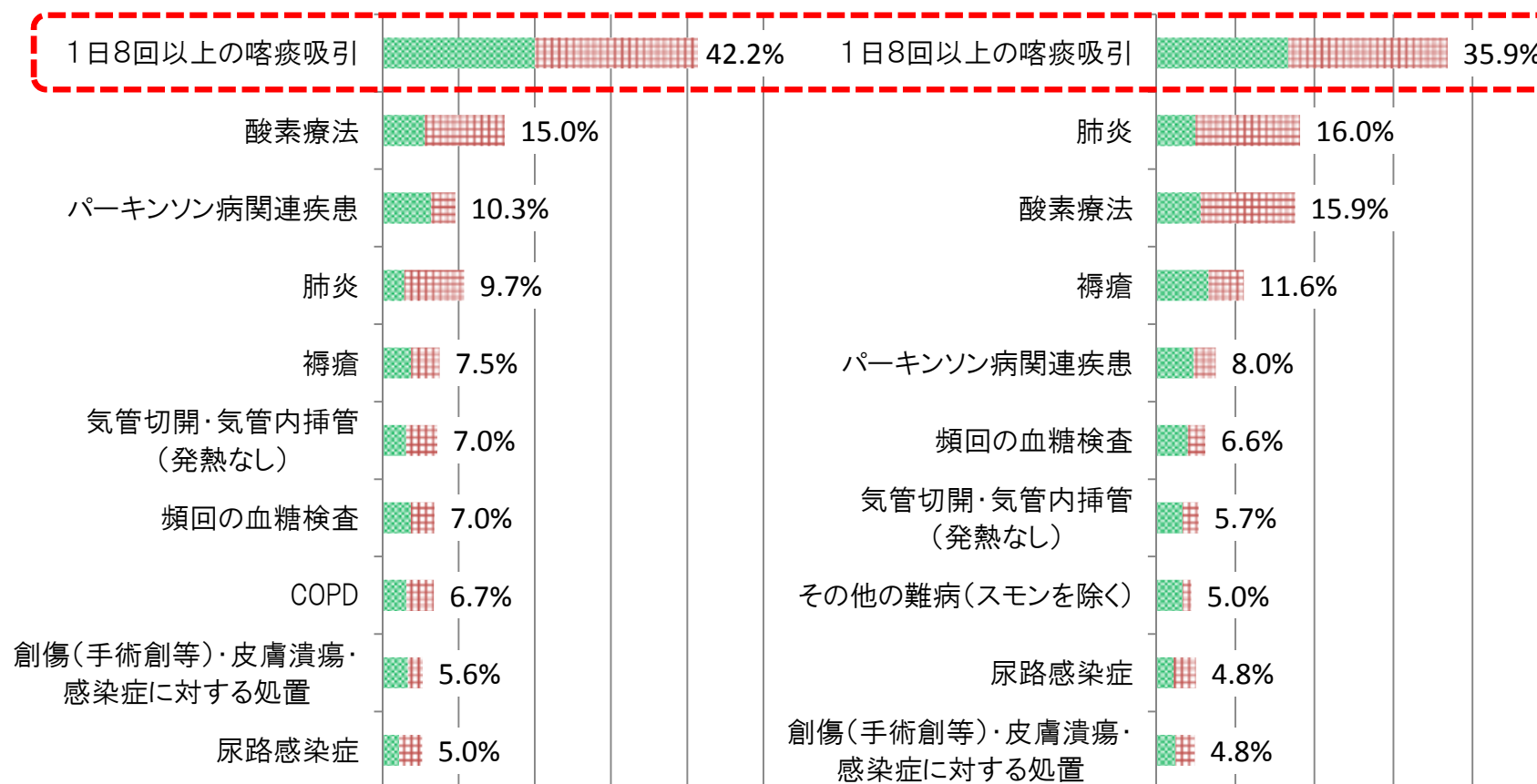
医療区分2の項目別の該当患者割合

○ 医療区分2, 3の患者について、医療区分2の要件である項目の該当割合をみると、療養1, 2とも「1日8回以上の喀痰吸引」が最も多い。

医療区分2, 3該当患者
(n=3939)

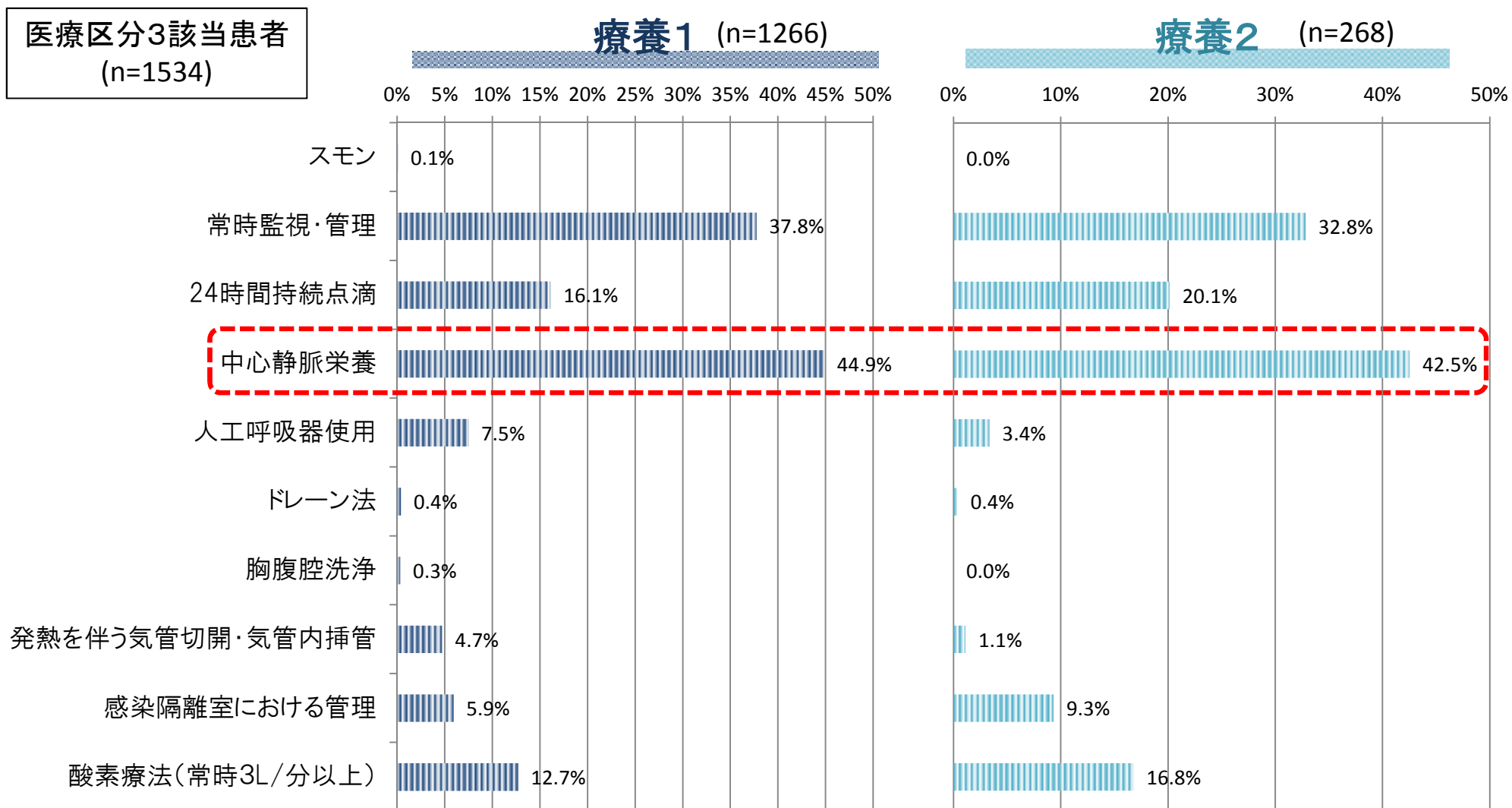
療養1 (n=3215)

療養2 (n=724)



医療区分3の項目別の該当患者割合

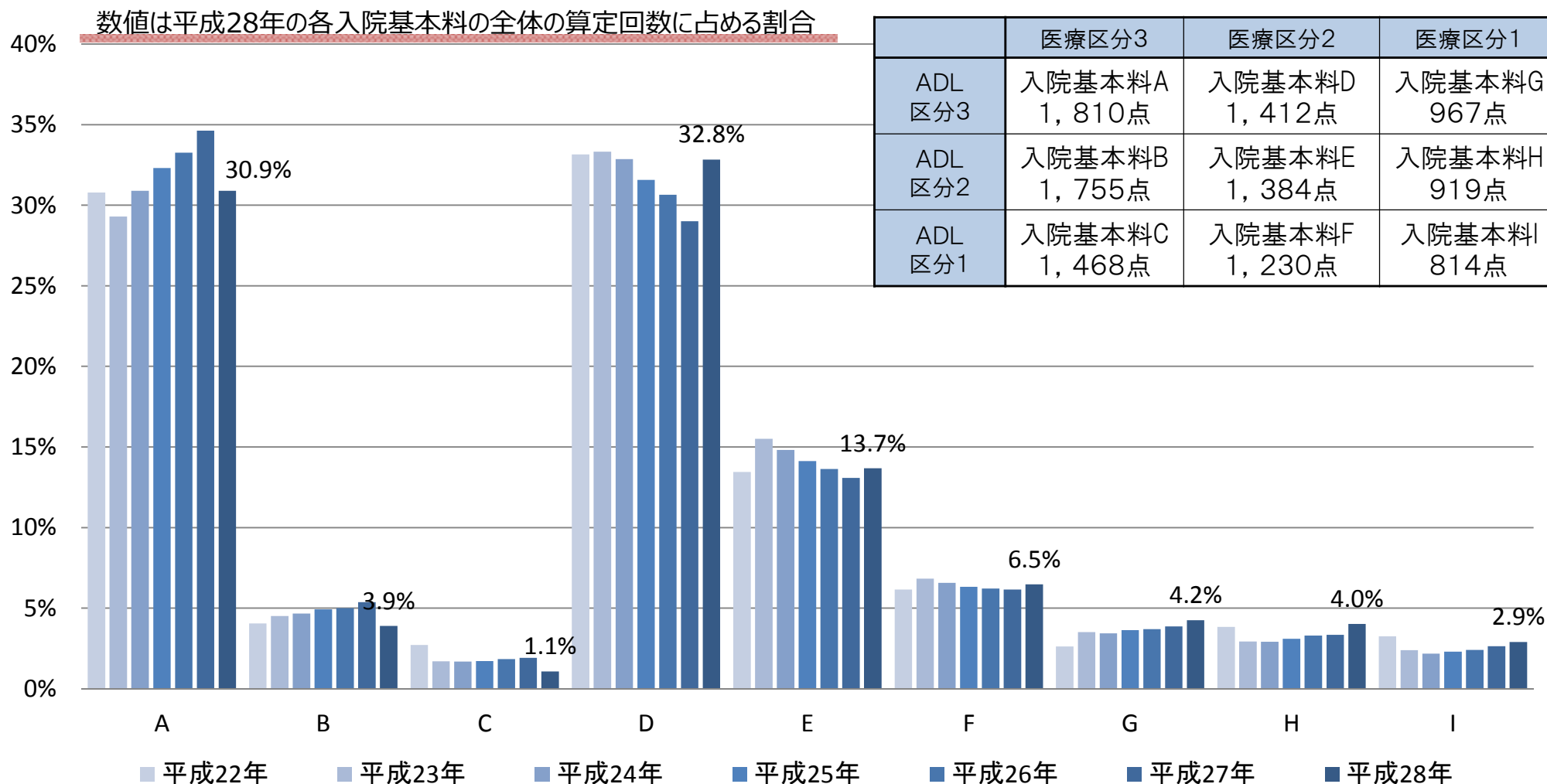
○ 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養1・2ともに中心静脈栄養が最も多い。



- 診療報酬の算定状況

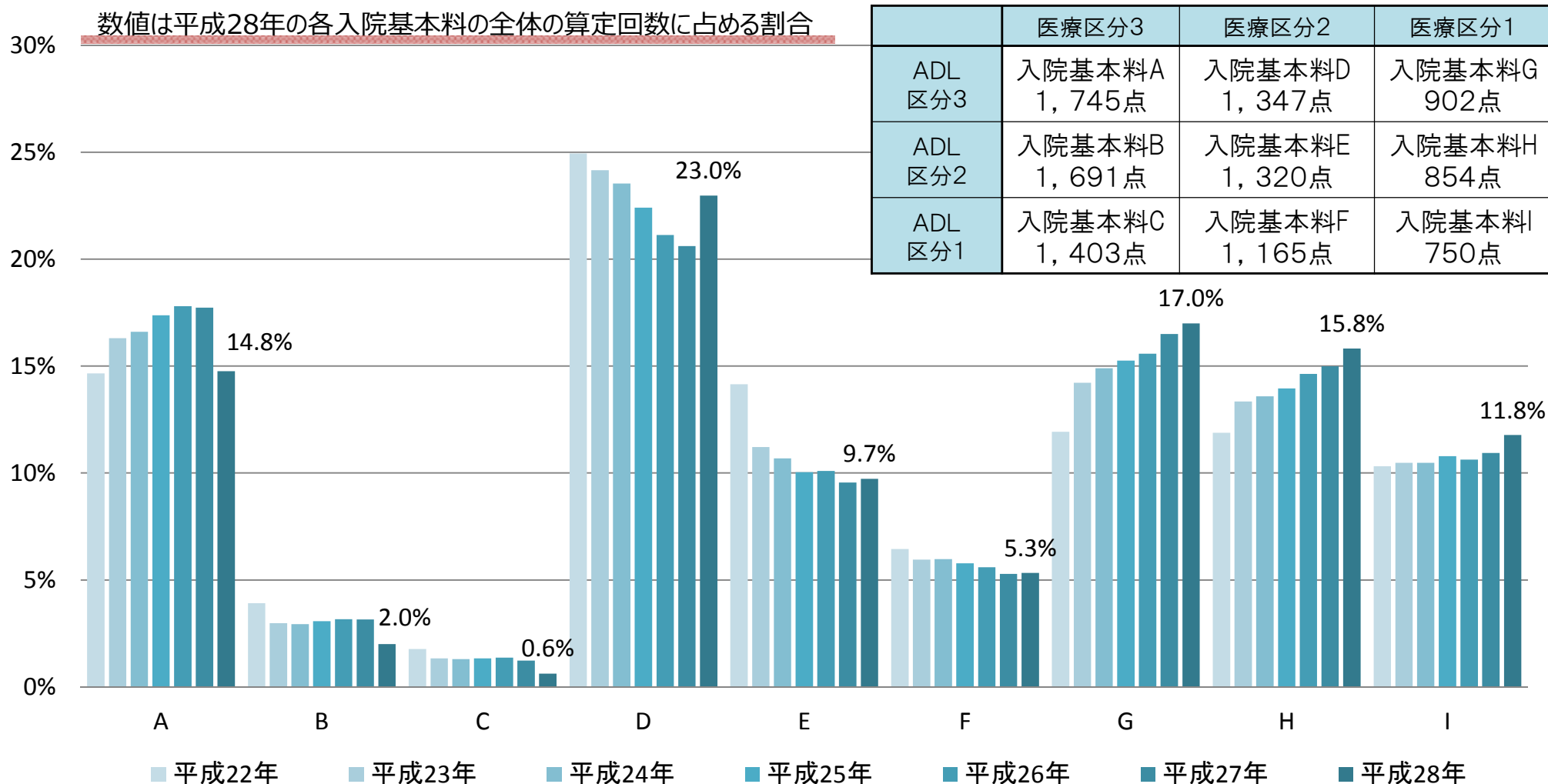
療養病棟入院基本料1の区分別算定回数

- 療養1の入院料区分別に算定回数をみると、区分Aと区分Dの算定回数が多い。年次推移をみると、近年、区分AとBは増加傾向、区分DとEは減少傾向であったが、平成28年は逆に、減少・増加に転じた。



療養病棟入院基本料2の区分別算定回数

- 療養2の入院料区分別に算定回数をみると、区分Dの算定回数が多い。年次推移をみると、近年、区分G～Iは概ね増加傾向、区分Dは減少傾向であったが平成28年に増加に転じ、区分Aは減少した。



「A245データ提出加算」について

1 データ提出加算 1

平成28年度医科点数表より

- イ 200床以上の病院の場合 120点
- ロ 200床未満の病院の場合 170点

2 データ提出加算 2

- イ 200床以上の病院の場合 130点
- ロ 200床未満の病院の場合 180点

- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。
- 入院中に1回に限り、退院時に算定する。

データ提出加算 1 :
「入院データ」のみ提出

データ提出加算 2 :
「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の届出対象病棟と要件化されている入院料

- 平成24年改定で、データ提出加算の導入後、データ提出対象となる病棟を拡大するとともに、一部の入院料で、要件化された。

主な入院料	提出対象病棟	算定要件化
7対1入院基本料		
一般病棟	H24～	H26～
特定機能病院	H24～	H26～
専門病院	H24～	H26～
10対1入院基本料		
一般病棟	H24～	H28～（一般病床200床以上）
特定機能病院	H24～	H28～（一般病床200床以上）
専門病院	H24～	H28～（一般病床200床以上）
地域包括ケア病棟入院料	H26～	H26～
回復期リハビリテーション病棟入院料	H26～	—
療養病棟入院基本料	H26～	—

データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称		
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1	カルテ情報	
	診療報酬請求情報	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	Dファイル	レセプト情報
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来) ※外来は任意	EF統合ファイル	
		カルテからの日別匿名化情報(看護必要度に係る調査票)	Hファイル	看護情報
		医科保険診療以外の診療情報	様式4	レセプト情報
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		

※上記の様式、ファイル作成方法は

平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて

データ提出を要件とする病棟の拡大

- 10対1入院基本料(許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る)についても、データ提出加算の届出を要件化するとともに、データ提出加算の評価を充実する。

現行

1	データ提出加算1 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	100点
ロ	200床未満の病院の場合	150点
2	データ提出加算2 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	110点
ロ	200床未満の病院の場合	160点



改定後

1	データ提出加算1 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	<u>120点</u>
ロ	200床未満の病院の場合	<u>170点</u>
2	データ提出加算2 (入院中1回)	
イ	200床以上の病院の場合	<u>130点</u>
ロ	200床未満の病院の場合	<u>180点</u>

[経過措置]

平成28年3月31日までに10対1入院基本料の届出を行っている病院については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

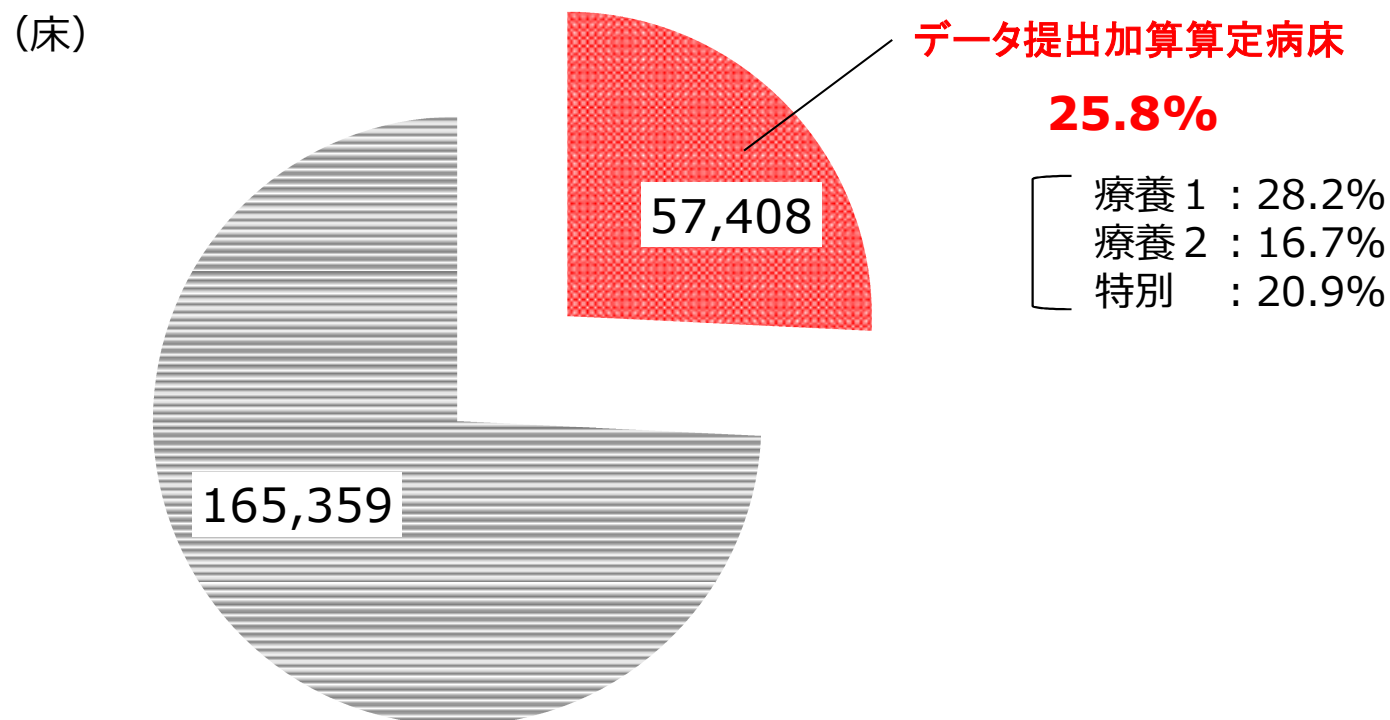
データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行うことが必要な病棟)	・重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)

データ提出加算の算定病床の割合

- 療養病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、約 1 / 4 である。

療養病棟入院基本料届出病床数 (n=222,767)



出典：保険局医療課調べ

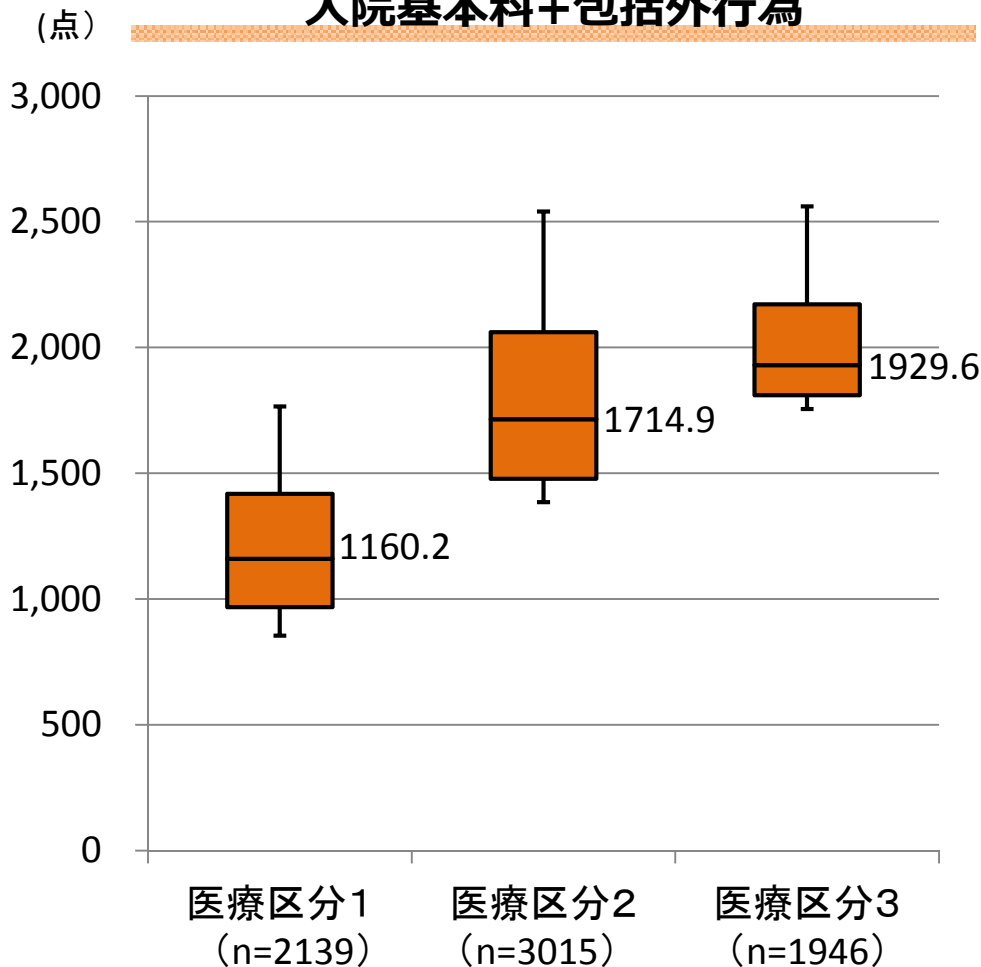
(届出病床数)平成28年10月1日現時点 (データ提出加算算定病床数)平成28年10月分DPCデータ

医療区分別の1日当たり平均点数

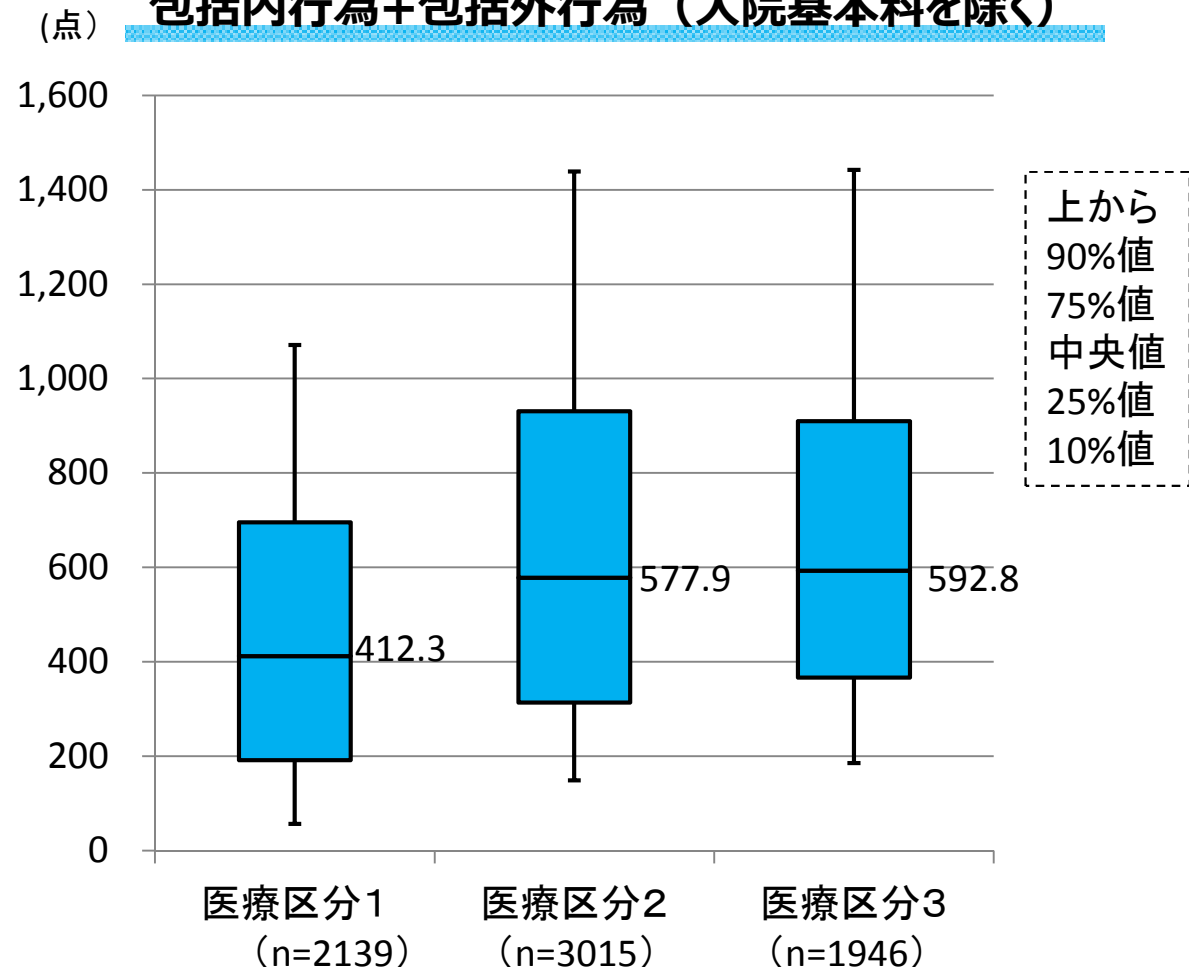
※DPC調査のデータより、入院基本料及び各診療行為の算定点数×算定回数を用いて計算

- 入院基本料を除き、診療行為を全て出来高として総点数をみると、医療区分1では、医療区分2・3に比べ、点数が低い傾向。医療区分2と3では、重複する部分が大きく、あまり差がない。

入院基本料+包括外行為



包括内行為+包括外行為 (入院基本料を除く)



1. 療養病棟入院基本料

(1) 療養病棟入院基本料の変遷と現状

(2) 医療区分

1) 評価項目

2) 該当患者割合の現状

3) 医療区分別の患者の状況

(3) 在宅復帰支援

1) 加算の算定状況

2) 加算の有無別の状況

3) 療養病棟におけるリハビリテーション

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

医療機能に応じた入院医療の評価について

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

- 在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、以下の施設基準について見直しを行う。

現行

在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

病床回転率が10%以上であること。

30.4

≥ 10%

平均在院日数

改定後

在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に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。

一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数

≥ 0.1

当該病棟の1日平均入院患者数

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

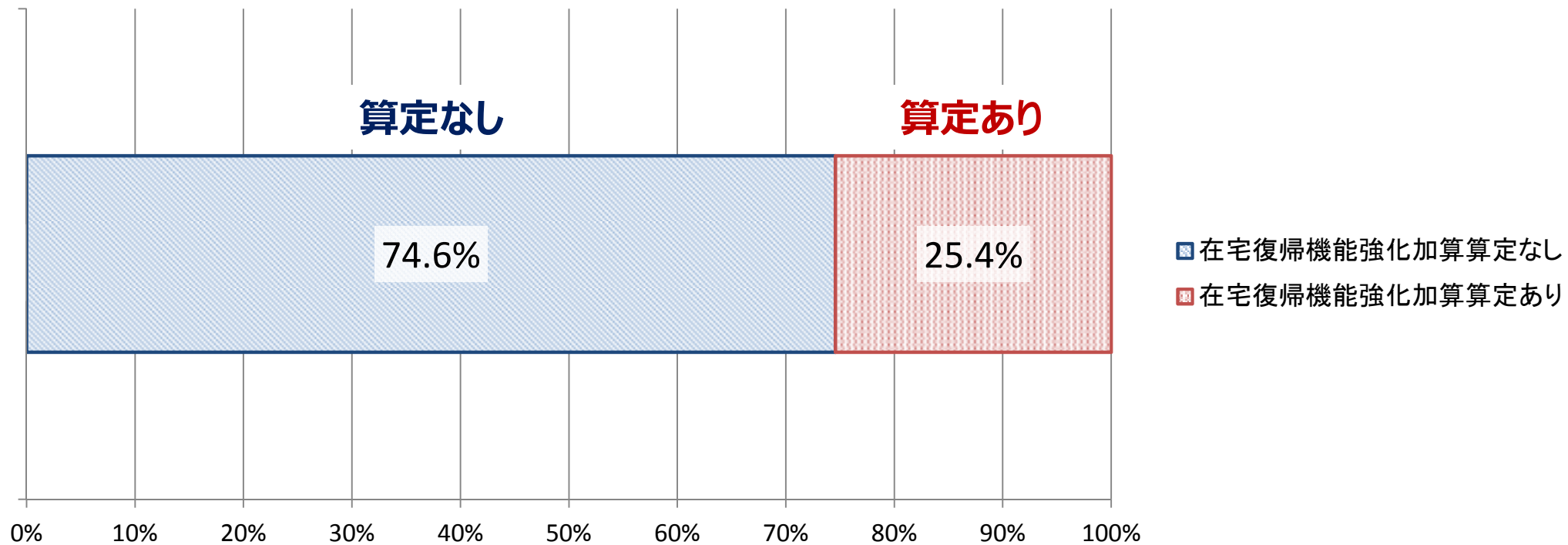
※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

- 療養1(20対1)届出病棟のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は全体の4分の1程度であった。

<療養1(20対1)届出病棟のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟>

(n=527)

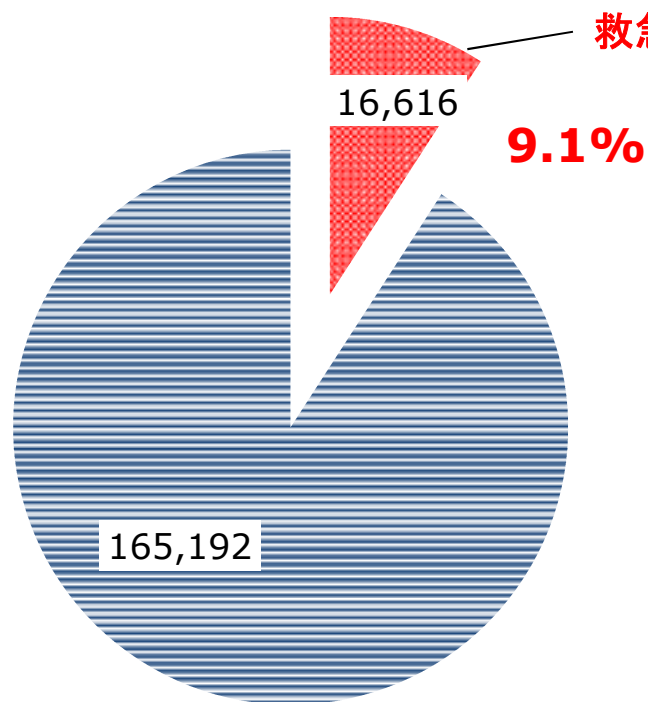


救急・在宅等支援療養病床初期加算

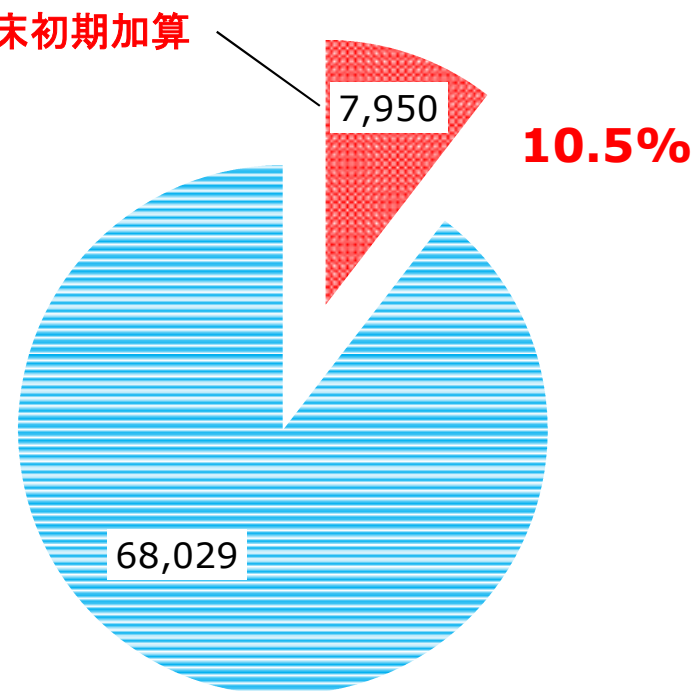
- 各療養病棟入院基本料の算定件数に対して、救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定件数は、10%程度である。

療養病棟入院基本料1

(件)



療養病棟入院基本料2
及び 特別入院基本料



注) 救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定件数を、各療養病棟入院基本料の算定件数で割ったもの。
なお、救急・在宅等支援療養病床初期加算は、入院後14日までしか算定できないことに留意が必要。

療養病棟における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 療養病棟入院患者の入棟元をみると、他院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 療養病棟入院患者の退棟先をみると、死亡退院が最も多い。

【入棟元】 (n=4,904)

自宅	11.0%	
自院	自院の7対1、10対1病床	12.5%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	4.0%
	自院の療養病床	3.8%
他院	他院の7対1、10対1病床	41.0%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	3.3%
	他院の療養病床	3.9%
介護療養型医療施設	1.4%	
介護老人保健施設	2.8%	
介護老人福祉施設（特養）	3.1%	
居住系介護施設	2.0%	
障害者支援施設	0.3%	
その他	9.7%	
不明	1.0%	

療養病棟

【退棟先】 (n=147)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	3.4%
		在宅医療の提供なし	12.9%
	介護老人福祉施設（特養）	4.8%	
自院	居住系介護施設（グループホーム等）		8.2%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
在宅復帰機能強化加算なし		1.4%	
その他の病床		2.0%	
他院	一般病床		10.2%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.0%
	その他の病床		0.0%
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
介護施設	介護療養型医療施設		1.4%
	介護老人保健施設	在宅強化型	0.0%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.7%
上記以外		5.4%	
死亡退院		40.1%	
その他		0.0%	
不明		2.7%	

療養1における患者の流れ

【入棟元】 (n=3660)

自宅	9.8%	
自院	自院の7対1、10対1病床	11.8%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	3.7%
	自院の療養病床	3.1%
他院	他院の7対1、10対1病床	44.8%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	3.1%
	他院の療養病床	4.2%
介護療養型医療施設	1.2%	
介護老人保健施設	2.7%	
介護老人福祉施設（特養）	3.0%	
居住系介護施設	2.0%	
障害者支援施設	0.4%	
その他	9.5%	
不明	0.7%	

療養病棟

【退棟先】 (n=98)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	4.1%
		在宅医療の提供なし	11.2%
自院	介護老人福祉施設（特養）		6.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		6.1%
	障害者支援施設		0.0%
他院	一般病床		3.1%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	2.0%
その他の病床		3.1%	
有床診療所	一般病床		11.2%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.0%
その他の病床		0.0%	
介護施設	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
	その他の病床		0.0%
介護療養型医療施設	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
介護療養型医療施設	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
介護療養型医療施設	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
介護療養型医療施設		1.0%	
介護療養型医療施設	在宅強化型		0.0%
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり		1.0%
	上記以外		6.1%
死亡退院		39.8%	
その他		0.0%	
不明		1.0%	

療養2における患者の流れ

【入棟元】 (n=1244)

自宅	14.5%	
自院	自院の7対1、10対1病床	14.7%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	4.8%
	自院の療養病床	5.9%
他院	他院の7対1、10対1病床	29.9%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	4.1%
	他院の療養病床	3.1%
介護療養型医療施設	2.1%	
介護老人保健施設	3.1%	
介護老人福祉施設（特養）	3.5%	
居住系介護施設	1.9%	
障害者支援施設	0.2%	
その他	10.4%	
不明	1.8%	

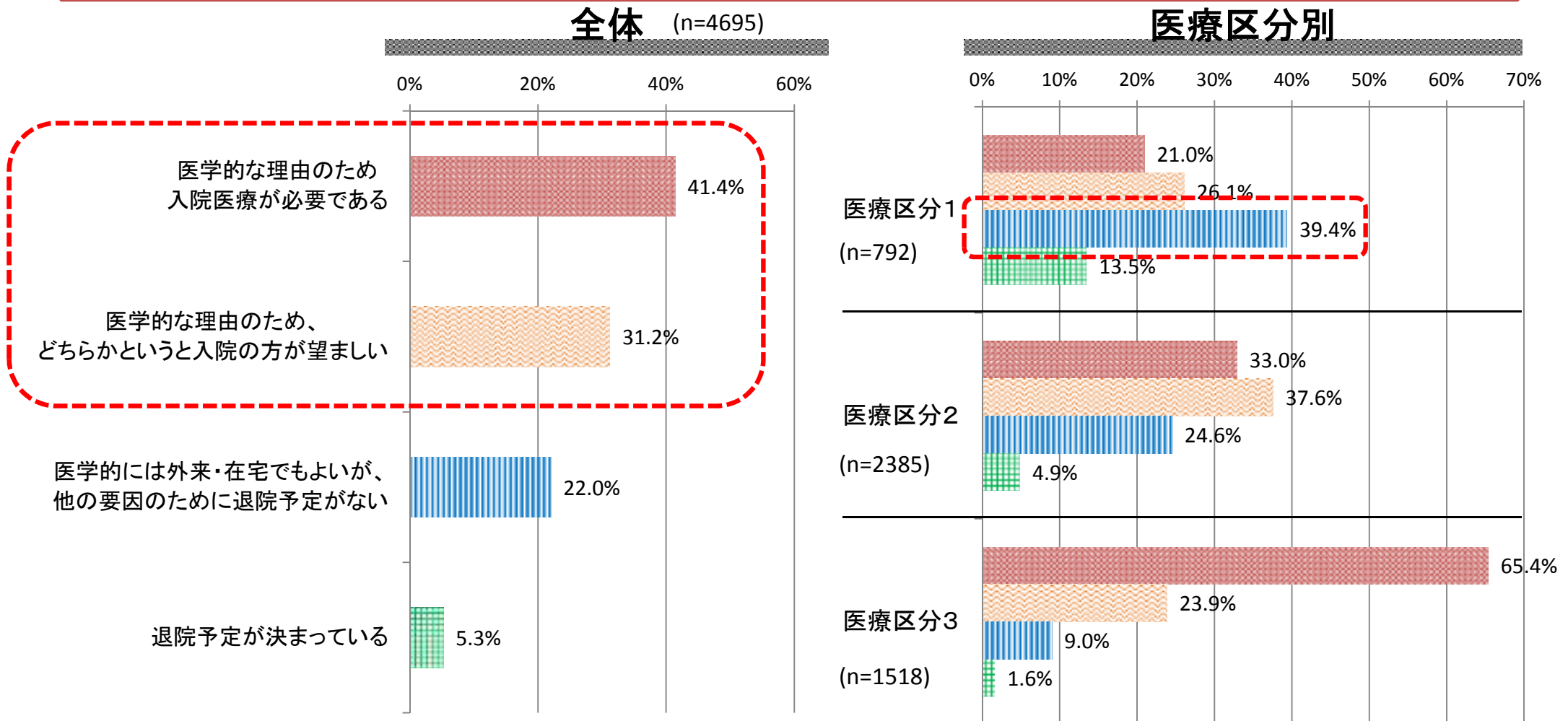
療養病棟

【退棟先】 (n=49)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	2.0%
		在宅医療の提供なし	16.3%
自院	介護老人福祉施設（特養）		2.0%
	居住系介護施設（グループホーム等）		12.2%
	障害者支援施設		0.0%
他院	一般病床		2.0%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	2.0%
その他の病床		3.1%	
有床診療所	一般病床		11.2%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.0%
	療養病棟	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.0%
その他の病床		0.0%	
介護施設	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.0%
	介護療養型医療施設		2.0%
死亡退院	介護老人保健施設	在宅強化型	0.0%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.0%
		上記以外	4.1%
その他		40.8%	
不明		0.0%	
不明		6.1%	

医学的な入院継続の理由

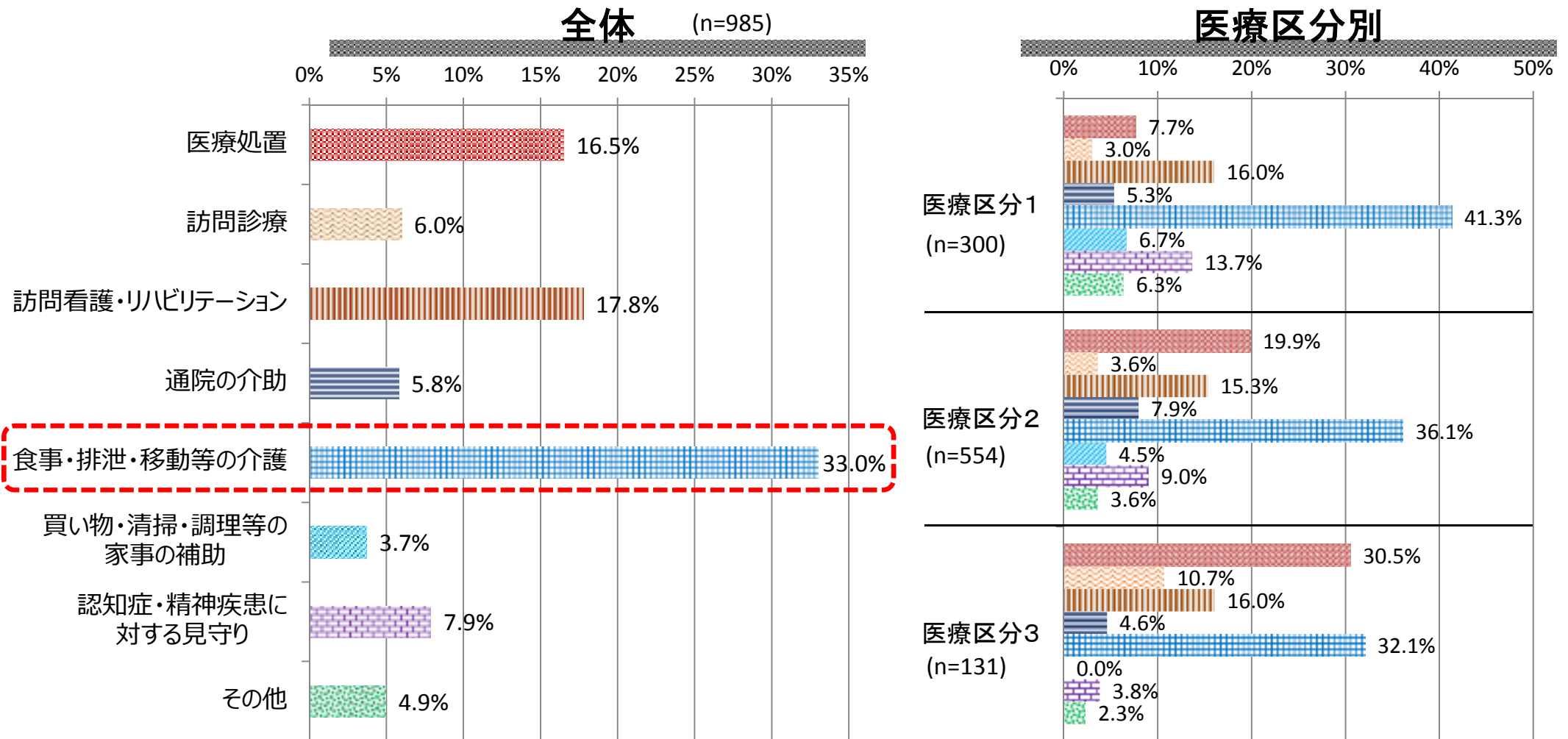
- 入院患者全体のうち、医学的な理由のため入院医療が必要又は入院が望ましい患者の割合は約 7 割。
- 医療区分 1 では、医学的な理由以外の要因で退院予定がない患者の割合が約 4 割で、他の医療区分よりも多い。



退院後最も必要な支援

※入院継続の理由で「医学的には外来・在宅でも良いが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者が回答

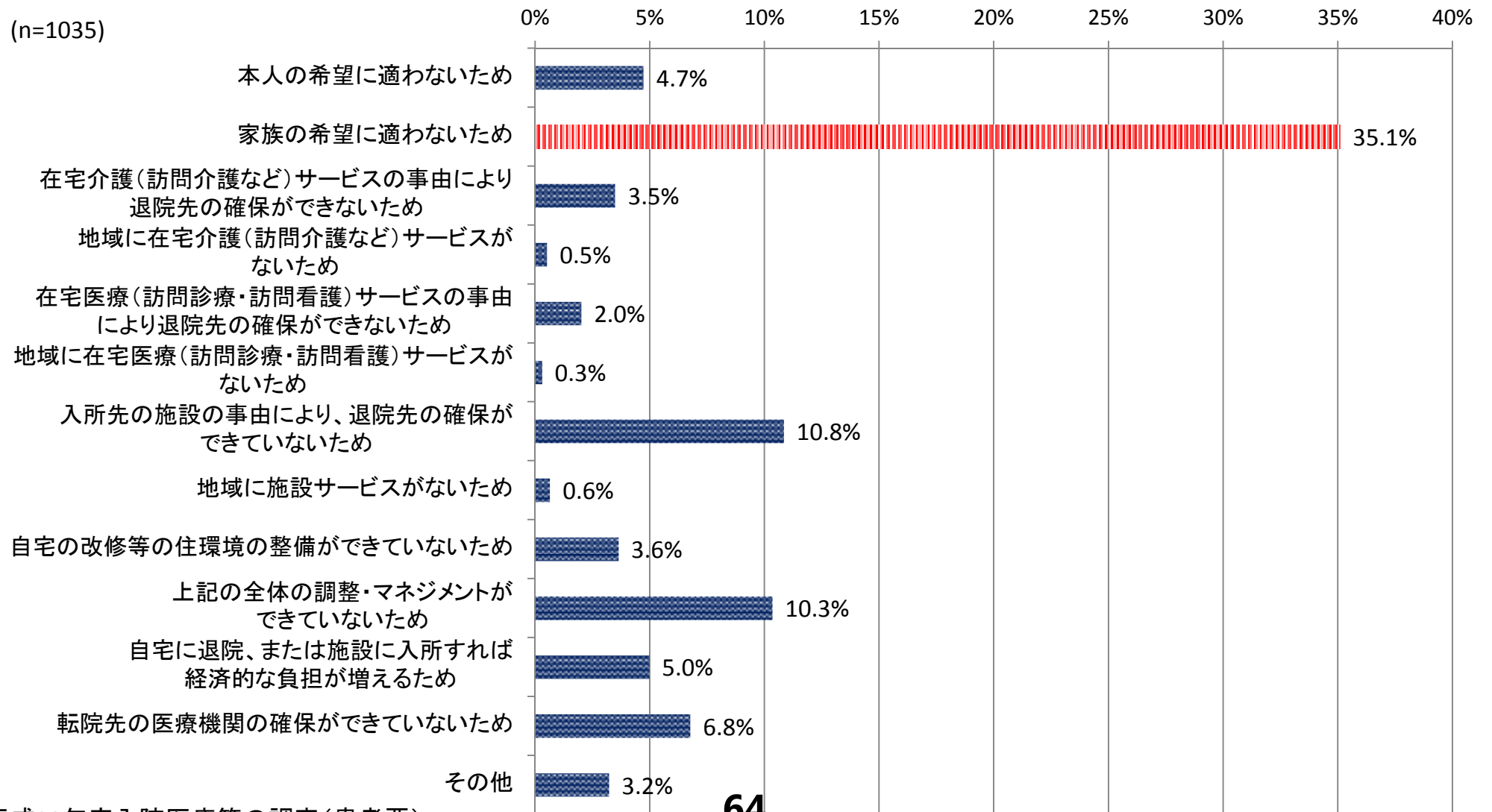
○ 医学的な理由以外の要因で退院できない患者のうち、約3割強が、退院後必要な支援として最も該当するものの回答として、「食事・排泄・移動等の介護」を選択している。



退院できない理由

※入院継続の理由で「**医学的には外来・在宅でも良いが、他の要因のために退院予定がない**」と回答した患者を集計

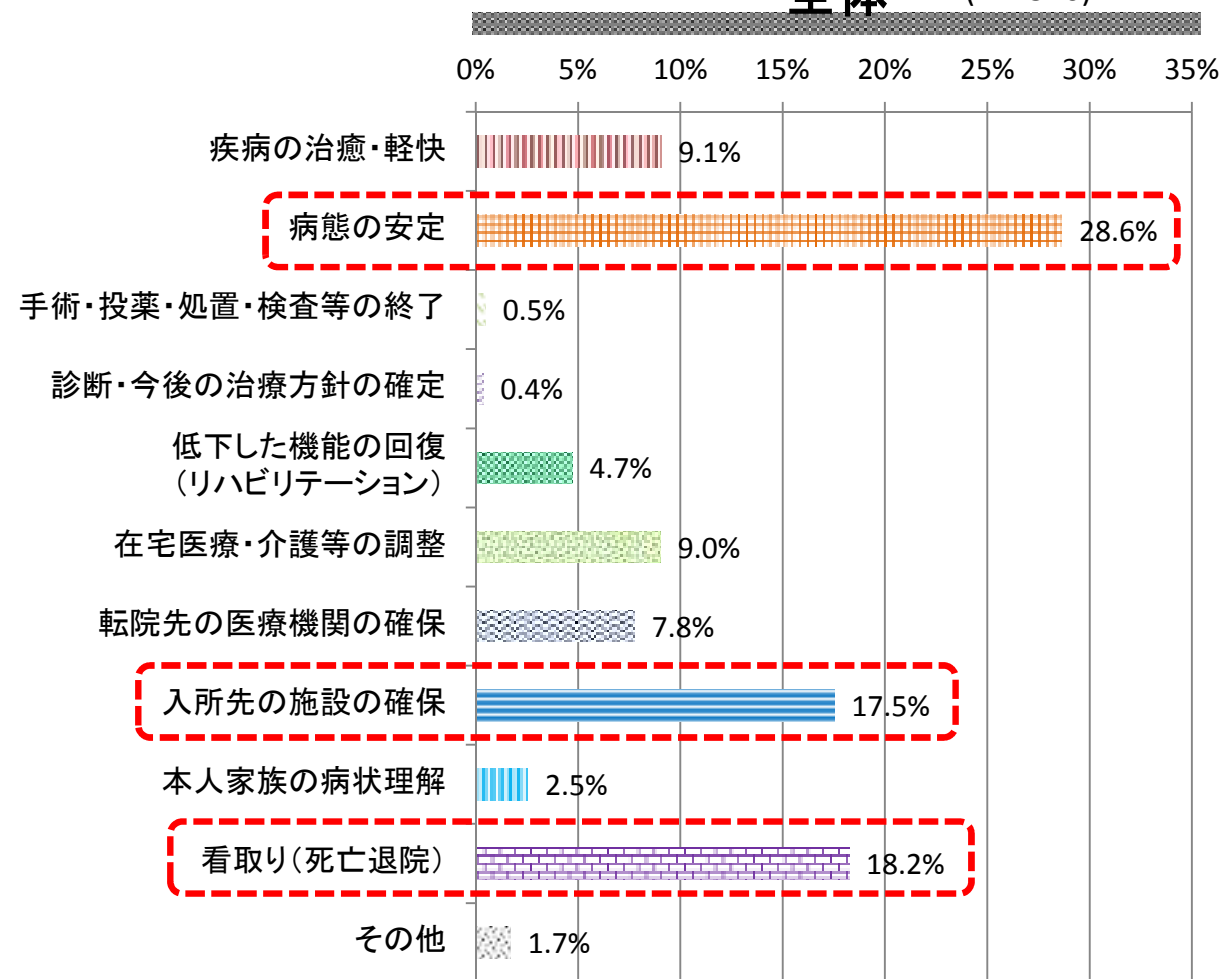
○ 医学的な理由以外の要因で退院できない患者のうち、約3割強が、退院できない理由として最も該当するものの回答として「**家族の希望に合わないため**」を選択した。



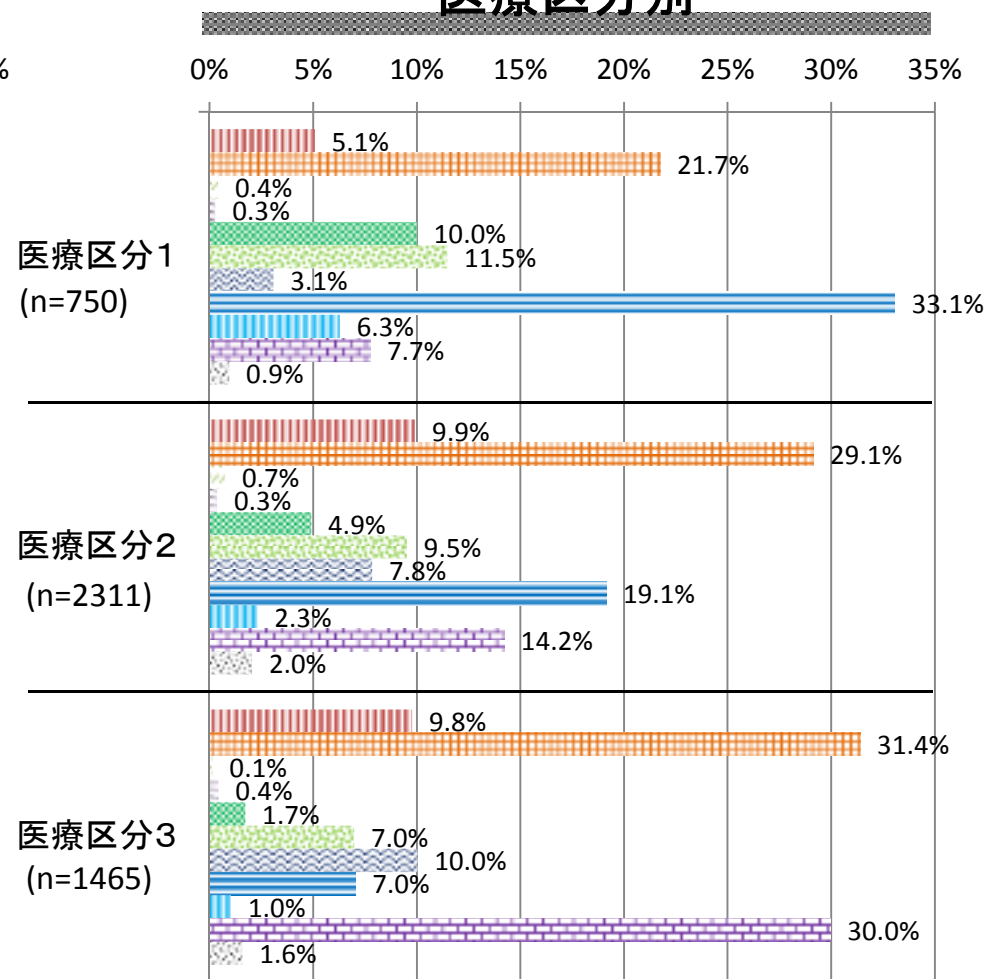
退院に向けた目標・課題(主なものの1つ)

○ 退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「入所先の施設確保」「看取り」が多い。

全体 (n=4526)



医療区分別



策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 方針決定の流れ（イメージ図）

29.3.22 意見交換
資料-2 参考1

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



患者の意思が
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における
医療とケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族が患者の
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、
医療・ケアチームで慎重に判断
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



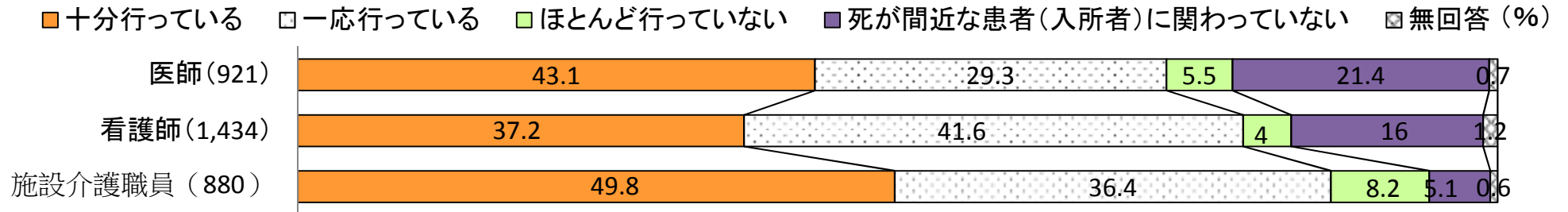
- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言

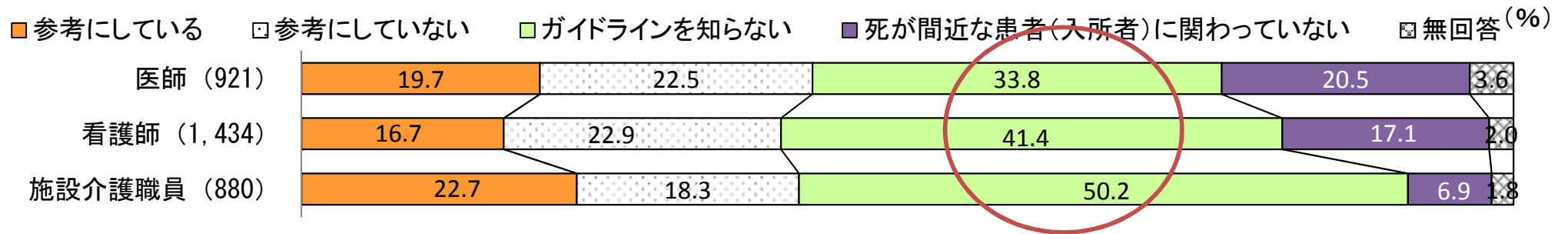


人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

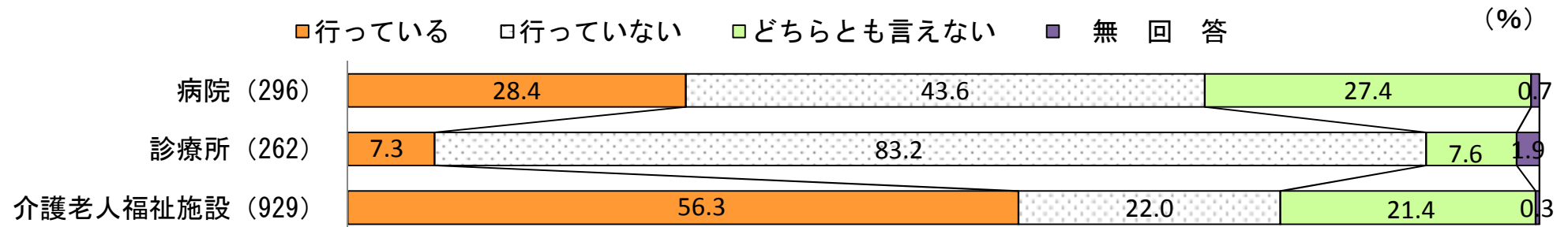
■ 患者(入所者)との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



リハビリテーションの提供状況

医療保険の疾患別リハビリテーションの概要

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)
設備	機能訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)
人員配置	医師	専任の常勤医:2名以上	専任の常勤医:1名以上	専任の常勤医:1名以上
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名以上 ②専従常勤OT:3名以上 ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名以上 ①～③の合計:10名以上	①専従常勤PT:1名以上 ②専従常勤OT:1名以上 ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名以上 ①～③の合計:4名以上	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名以上
—	点数	245点	200点	100点
—	標準的算定日数	180日		
—	対象患者	脳血管疾患、脳腫瘍等の中樞神経疾患、パーキンソン病等の慢性の神経筋疾患、高次脳機能障害等の患者		
		運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)	運動器(Ⅲ)
設備	機能訓練室	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	専任の常勤医:1名以上	専任の常勤医:1名以上	専任の常勤医:1名以上
	PT OT ST	①専従常勤PT ②専従常勤OT ①②の合計:4名以上	以下のいずれかを満たしていること。 ア 専従常勤PT:2名以上 イ 専従常勤OT:2名以上 ウ 合計:2名以上	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名以上
—	点数	185点	170点	85点
—	標準的算定日数	150日		
—	対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により一定程度以上の運動機能等の低下を来している患者 		

質の高いリハビリテーションの評価等

廃用症候群リハビリテーション料の新設

➤ 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	(1単位) 180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	(1単位) 146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	(1単位) 77点

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料(Ⅰ)の場合～

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	標準的算定日数を超えた場合の点数
	対象		
	要介護被保険者 <u>以外</u>	245点 (月13単位まで)	
	要介護被保険者	147点 (月13単位まで)	

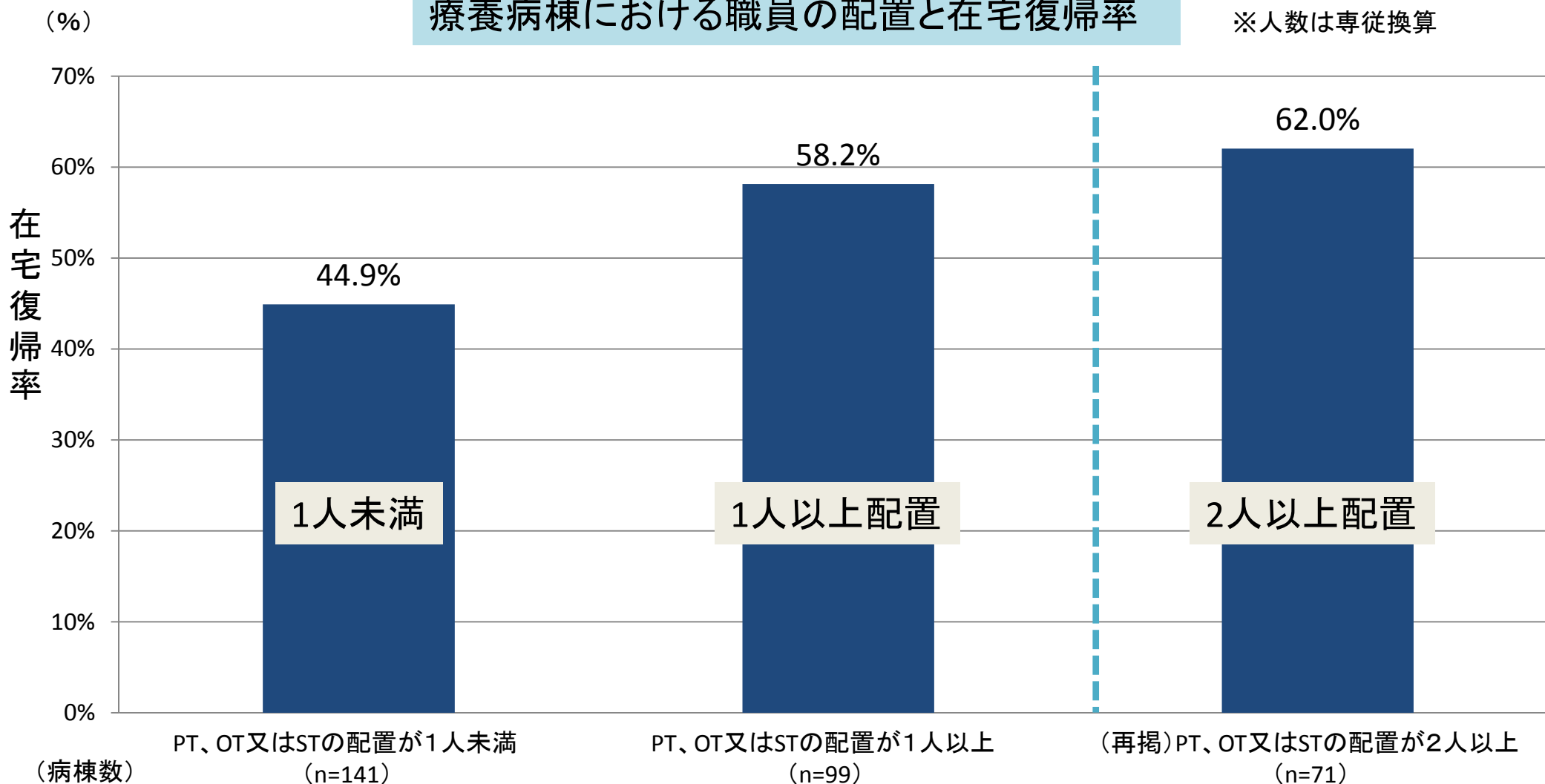
- 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合
- ・失語症、失認及び失行症の患者
 - ・高次脳機能障害の患者
 - ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者
 - ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合 等
- 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合
- ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合
 - ・障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外)

理学療法士等の病棟配置と在宅復帰率

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が合計1名以上配置されている病棟の方が、在宅復帰率が高い。

療養病棟における職員の配置と在宅復帰率

※人数は専従換算



療養病棟入院基本料の課題(案)①

【課題】

(医療の提供体制)

- ・療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向、療養1の割合は増加し、療養2の割合は減少。
- ・都道府県別の届出病床数をみると、ばらつきがある。
- ・「療養病床の在り方等に関する特別部会」にて、療養病棟入院基本料2については、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点等から、中医協において検討することが適当とされている。

(医療区分別の状況)

- ・現行は、医療区分1～3と、ADL区分1～3とで、入院基本料は9つに分類されている。医療区分に係る評価は毎日測定し、診療報酬請求の際に毎月報告することになっている。
- ・平成18年に患者分類(医療区分)による報酬設定が導入され、現在まで項目の一部修正はあったが、大きな変更は行われていない。
- ・平成28年診療報酬改定で、医療区分3の項目のうち、酸素療法の程度に応じて、医療区分2と医療区分3に定義を分ける改定を行ったが、該当患者はおおよそ半分ずつとなった。
- ・療養2のうち、看護職員配置25対1又は医療区分2・3の該当患者割合5割の要件を満たさない場合の減算に係る届出状況をみると、約3割が減算に係る届出を行っている。
- ・医療区分2・3の該当患者割合をみると、療養1は約9割、療養2は約6割であった。該当患者割合の分布は、療養1は要件の80%を超えている医療機関がほとんどだが、療養2では、ばらついている。

(患者の状況)

- ・年齢階級別の患者割合をみると、療養病棟では、他の病棟に比べ、75歳以上の割合が約8割で、他の病棟に比べ、多い。
- ・医療区分別に年齢階級を比較すると、いずれの区分も85～89歳の割合が最も多く、約2割。
- ・疾患別の患者割合をみると、脳梗塞・脳出血の占める割合が、他の病棟に比べて多く、医療区分別にみても、同様の傾向。
- ・医療区分別の入院期間別入院料の算定割合を見ると、いずれの区分も180日を超える区分が最も多く6割を超えるが、在宅復帰機能強化加算を算定している病棟の医療区分1の患者では、その他に比べて、180日を超える患者の割合が少ない。
- ・認知症ありの割合は約半数を占めるが、医療区分が上がるほど、日常生活に支障をきたすような症状を有する患者が多い
- ・医療区分別に医療提供の状況をみると、医療区分が上がるほど、病状が不安定で、医療や看護の提供頻度が高い患者の割合が多い。
- ・7種類以上の内服薬を処方されている患者の割合をみると、概ね3割前後であり、医療区分別の患者間で大きな差はみられなかった。

療養病棟入院基本料の課題(案)②

【課題:つづき】

(算定状況)

- ・療養病棟入院基本料の区分別算定回数と年次推移をみると、区分Aと区分Dの算定回数が多く、区分Aは増加傾向、区分Dは減少傾向であったが、平成28年では逆に、区分Aは減少、区分Dは増加に転じた。
- ・データ提出加算の算定対象病棟に療養病棟が追加されたが、療養病棟入院基本料の届出病床のうちのデータ提出加算を届け出ている病床の割合は、約25%であった。
- ・医療区分別に、DPCデータで入院基本料を除く算定点数の1日当たり平均点数を見ると、点数にはばらつきがあるが、医療区分2・3に比べ、医療区分1では低い分布が多い。医療区分2と3ではあまり差はなかった。

(在宅復帰支援)

- ・在宅復帰機能強化加算の算定状況を見ると、療養1で約25%が加算を届け出ている。救急・在宅等支援療養病床初期加算の届出状況をみると、療養1、療養2とも、約10%程度にとどまっている。
- ・療養病棟への入棟元は自院又は他院の急性期病棟が多いが、退院先は死亡退院が約4割で最も高い。
- ・医学的には外来・在宅でも良いが、他の要因のため退院予定がないと回答した患者について、退院後に最も必要な支援の内容をみると、日常生活動作に関わる介護が最も多く、医療区分1では約4割で、他の区分に比べ多かった。また、退院できない理由をみると、家族の希望に合わないためが最も多く約35%であった。退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「入所先の施設確保」、「看取り」が多い。
- ・看取りについては、人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドラインがまとめられているが、医療従事者や介護職員における認知度は高くない。
- ・疾患別リハビリテーションについては、算定日数上限が設けられており、最大180日までであり、181日以降は、算定日数上限の除外患者を除き、月13単位までとなり、要介護被保険者では点数も低くなる。

- 療養病棟については、看護配置、医療区分及びADL区分等により主に評価されているが、医療区分別に患者の状態や提供される医療の内容をみると、概ね医療区分3、2、1の順に、状態は不安定で医療の提供頻度は高く、一定の相関が見られる。一方で、診療報酬点数の算定状況は多様であり、医療区分間で重複する部分も多いことから、データ提出に係る医療機関の負担軽減にも配慮しつつ、更なるデータ分析に資する取り組みについて、どのように考えるか。
- 療養病棟入院基本料2についても、医療区分2・3該当患者割合の要件が追加されたが、療養病床に係る制度改正を踏まえ、療養病棟入院基本料2の入院患者の状態に係る分析について、どのように考えるか。
- 退院困難な要因に係る分析から、療養病棟における在宅復帰支援機能として、日常生活動作の機能維持に係るリハビリテーションの提供や入退院支援の取り組みについて、どのように考えるか。
- 医療従事者における看取りに係るガイドライン等の普及とその活用に資する取り組みについて、どのように考えるか。

1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

(1) 診療報酬上の評価の変遷

(2) 意識障害のある脳卒中患者の状況

(3) 入院患者の状況

3. 有床診療所入院基本料

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

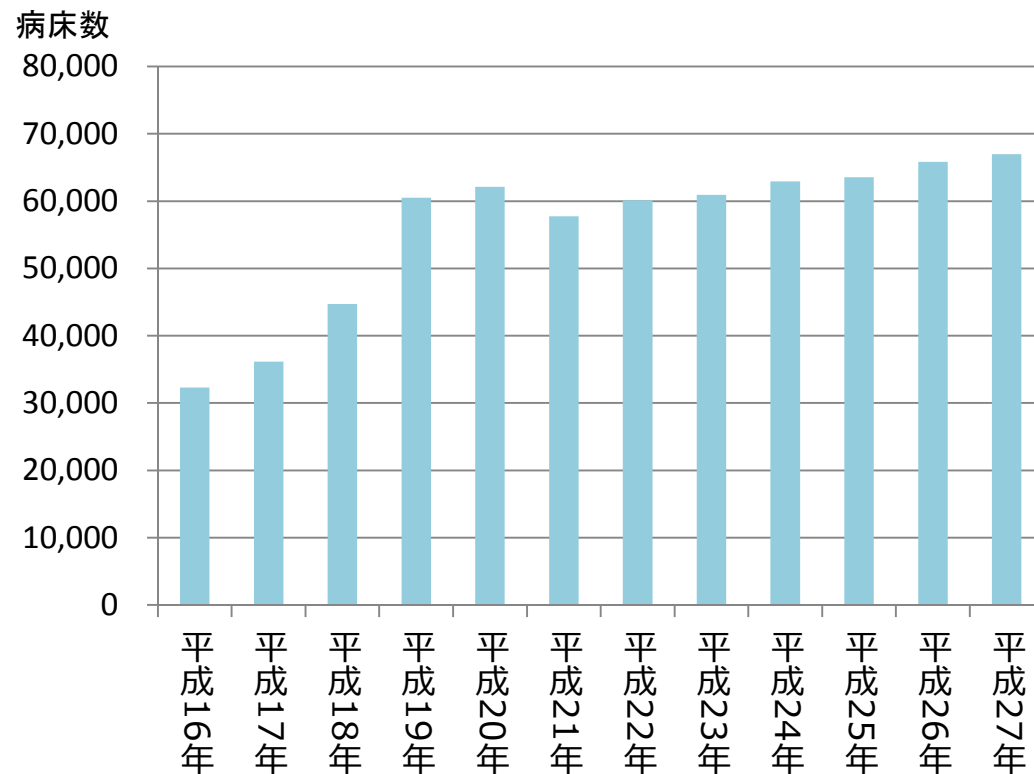
【対象となる施設】

- 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
27.3.4

H16 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。

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

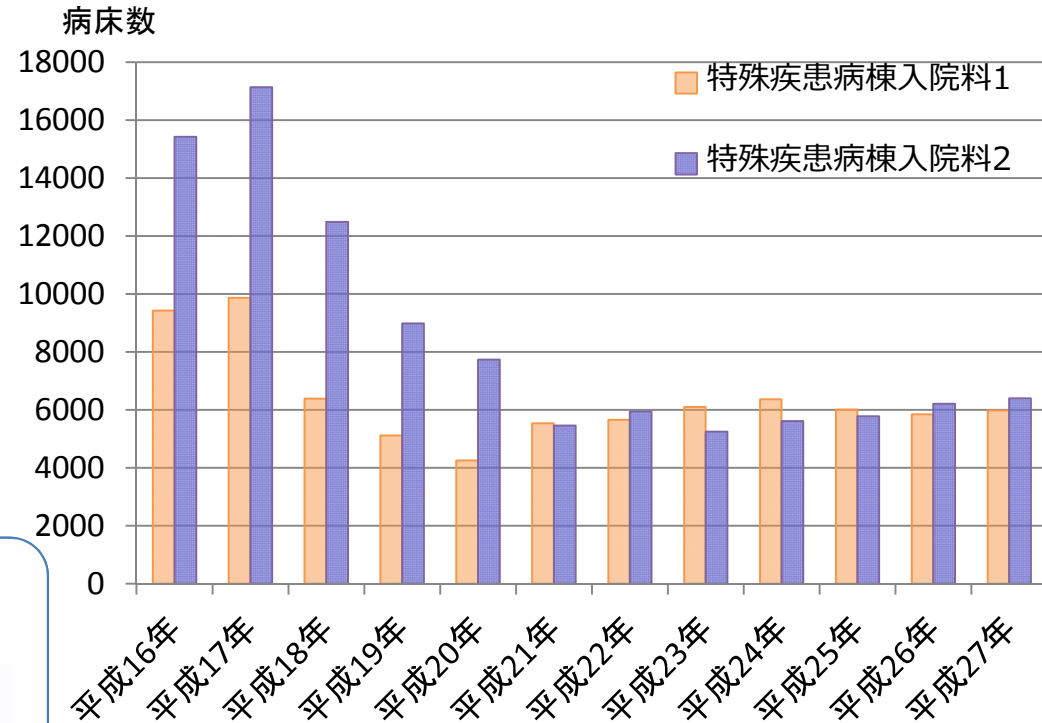
H19実態調査

- ・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。

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)

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

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

(改) 診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

		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)3割以上	—				褥瘡の評価	
点数	通常	1,588点	1,329～978点	2,008点	1,625点	2,009点	1,810～814点	1,745～750点
	脳卒中後	1,465, 1,331点	1,465～1,086点	1,857, 1,701点	1,608, 1,452点	1,857, 1,701点		
包括範囲	通常	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	
	脳卒中後	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

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

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

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)
- 脊髄損傷等の重度障害者(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

- 脊髄損傷等の重度障害者(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)

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

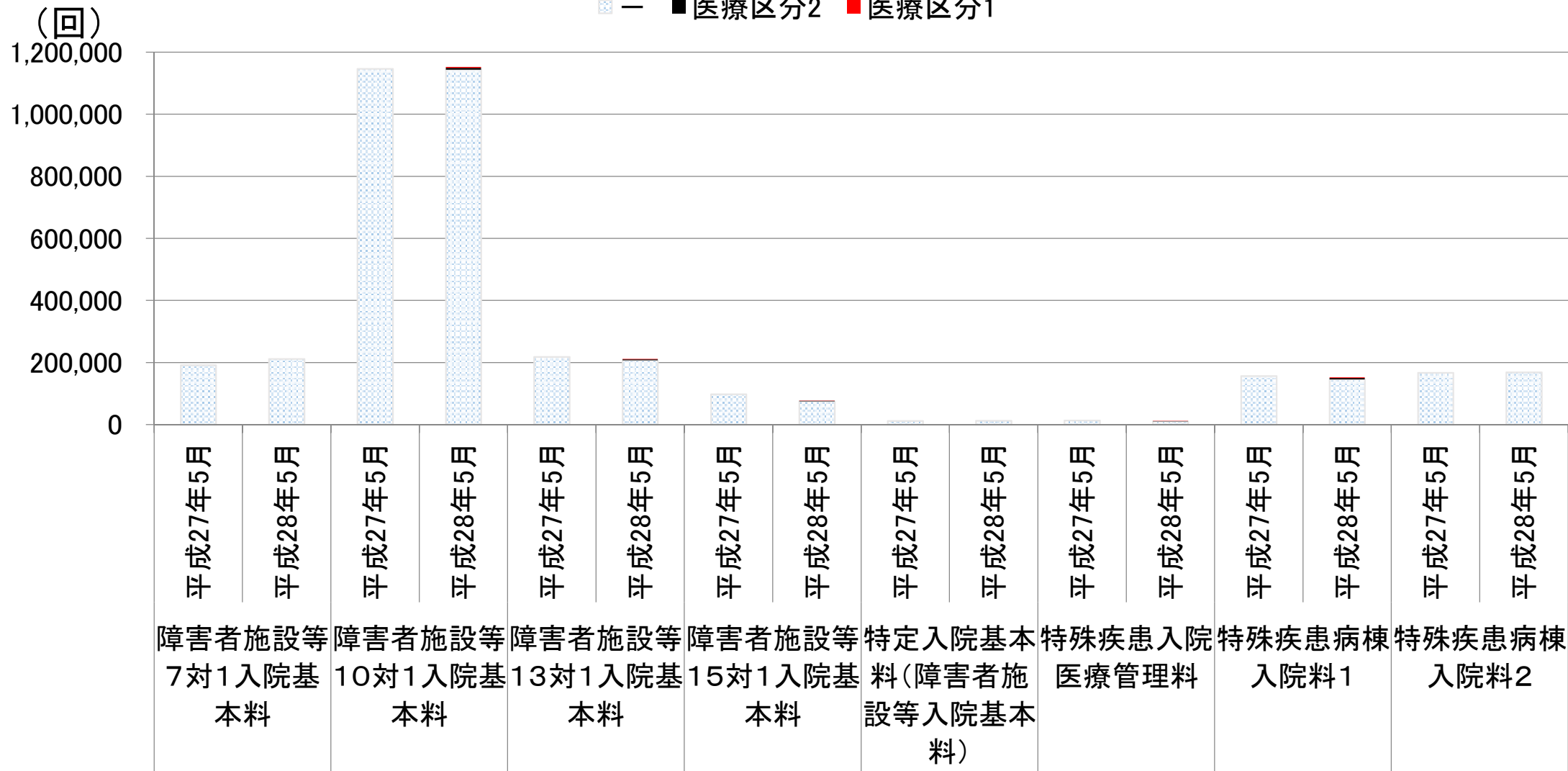
※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

	～90日	91日～
障害者施設等入院基本料 (10対1)	1329点(出来高) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 脳卒中後遺症の重度意識障害の患者のうち、医療区分1/2の者 1331点/1465点 (検査・薬剤等包括) </div>	966点(検査・薬剤等包括) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 特定除外患者 1329点(出来高) </div>
特殊疾患病棟入院料1 (20対1)	2008点(検査・薬剤等包括) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 脳卒中後遺症の重度意識障害の患者のうち、医療区分1/2の者 1701点/1857点 (検査・薬剤等一部包括) </div>	

障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の算定状況

○ 平成27年5月分と比較し、各入院料の合計算定回数に大きな変化はない。また、平成28年5月審査分において、医療区分に応じた算定は非常に少ない。

■ 医療区分2 ■ 医療区分1



※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす(それぞれの入院料を算定する。)

1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

(1) 診療報酬上の評価の変遷

(2) 意識障害のある脳卒中患者の状況

(3) 入院患者の状況

3. 有床診療所入院基本料

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、障害者施設等入院基本料、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。

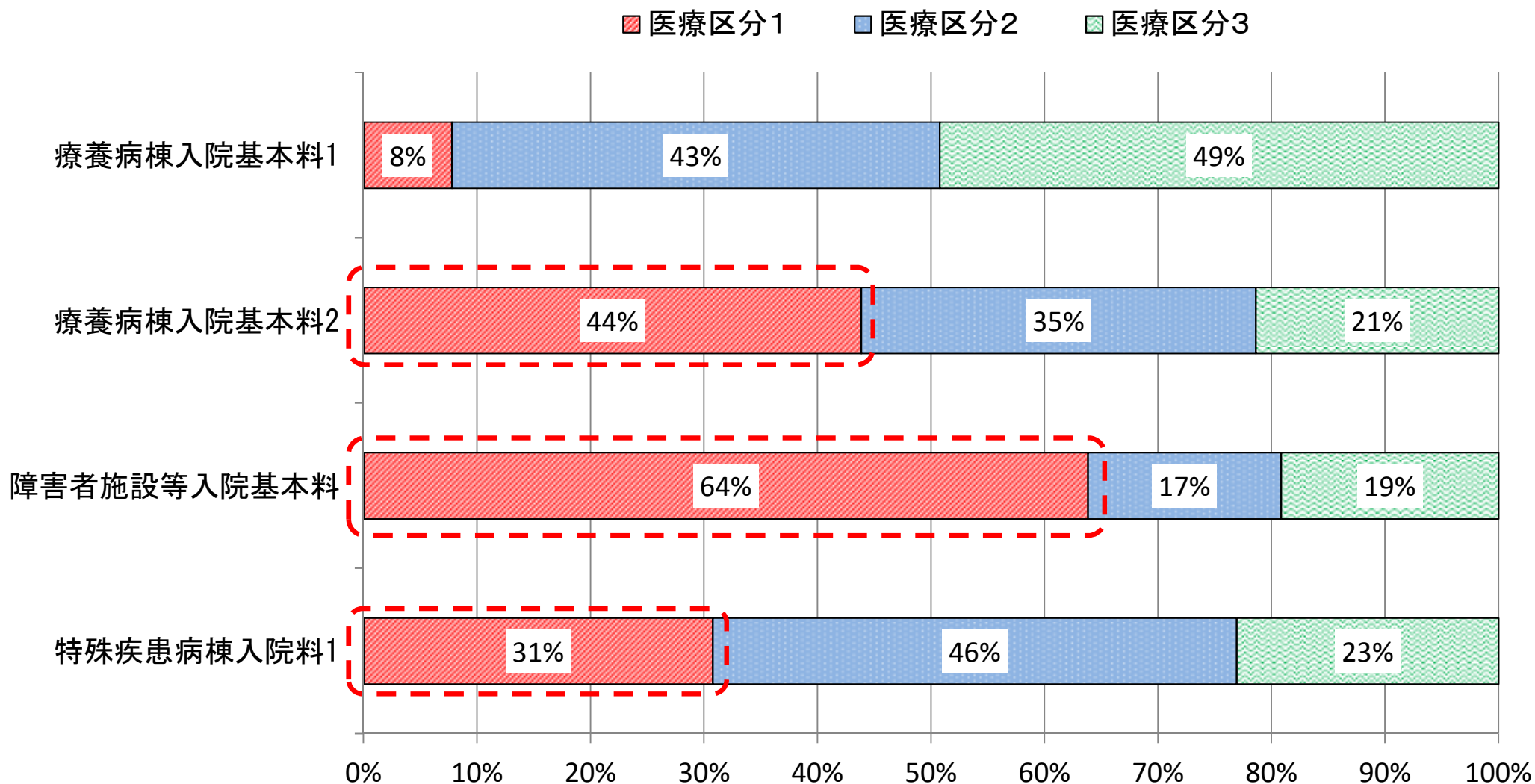
平成26年度(改定前)

	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)
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%

平成28年度(改定後)

	療養病棟 入院基本料1 (n=3,585)	療養病棟 入院基本料2 (n=1,211)	障害者施設等 入院基本料 (n=2,617)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=303)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=505)
脳血管疾患	30.7%	27.5%	6.8%	21.5%	0.0%
くも膜下出血	3.1%	2.9%	0.8%	3.6%	0.0%
脳内出血	9.3%	7.0%	2.0%	9.2%	0.0%
脳梗塞	18.3%	17.6%	3.9%	8.6%	0.0%
脳動脈硬化(症)	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%
その他の脳血管疾患	3.4%	3.0%	1.6%	4.6%	0.0%

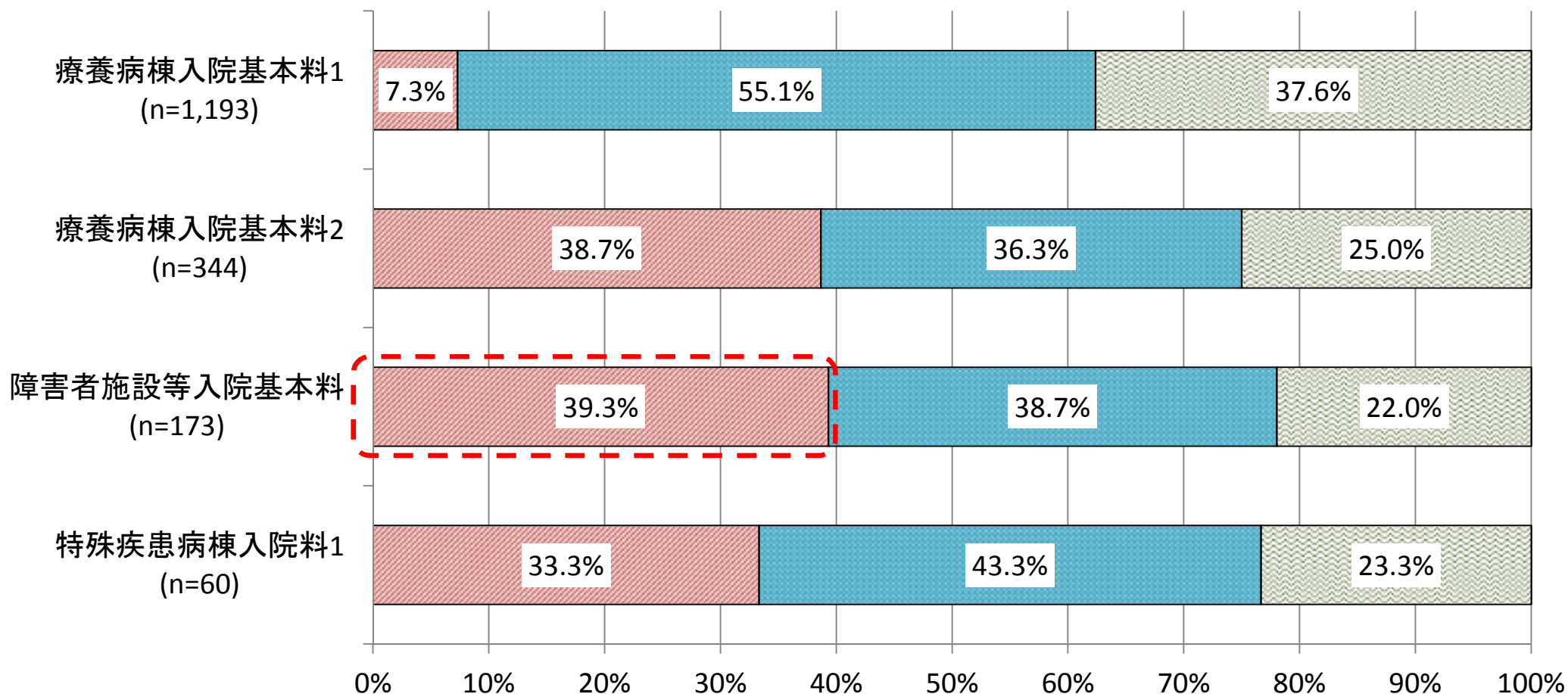
- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院基本料2の病棟では約40%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では60%以上、特殊疾患病棟入院料の病棟では約30%であった。



脳卒中※患者の医療区分

- 障害者施設等入院基本料の病棟における医療区分1に該当する脳卒中患者の割合が、改定前に比べ、減少した。

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3

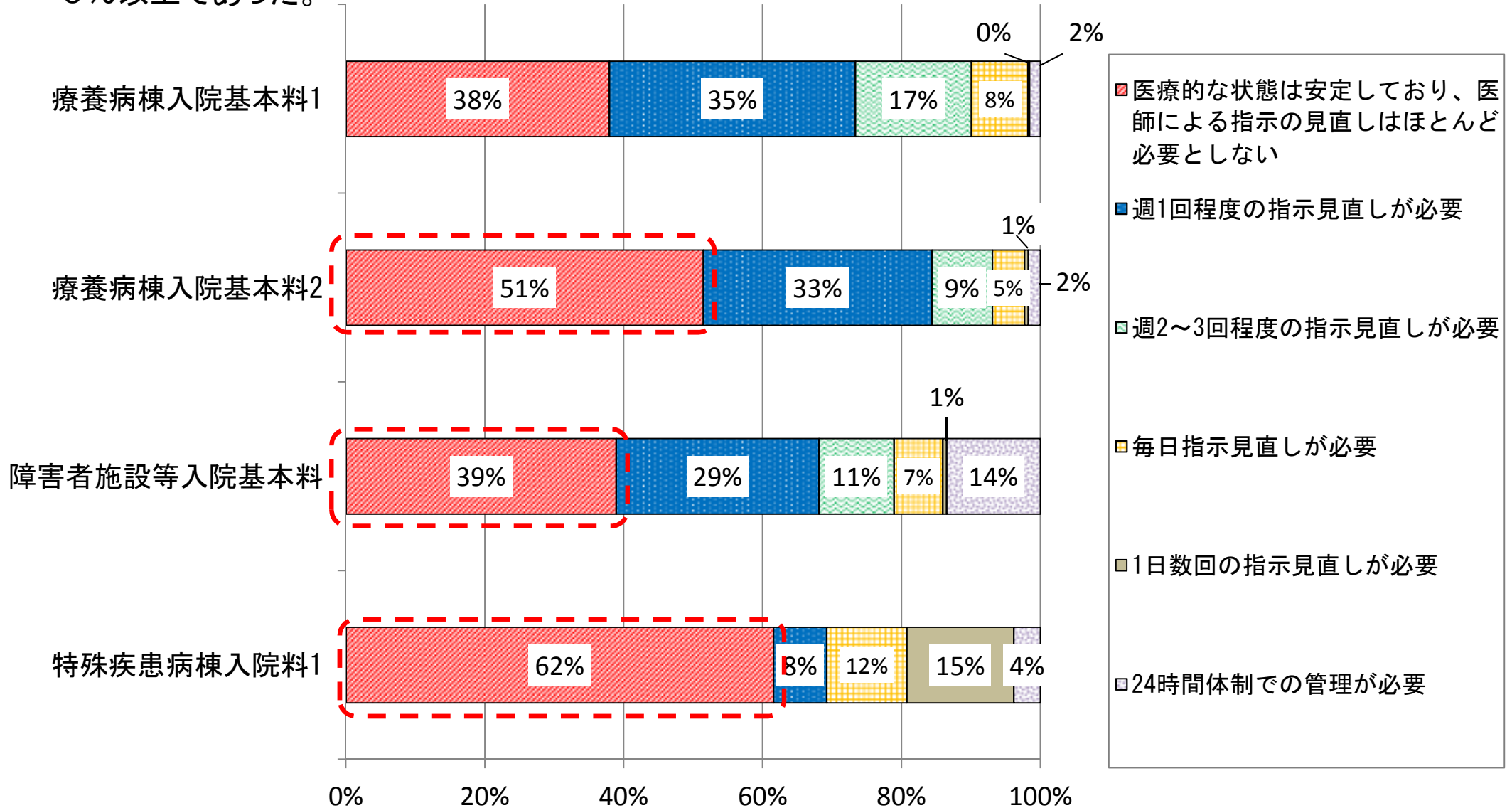


脳卒中※患者の「医師による指示の見直し」の頻度

(改) 診調組 入-1
2 7 . 7 . 1

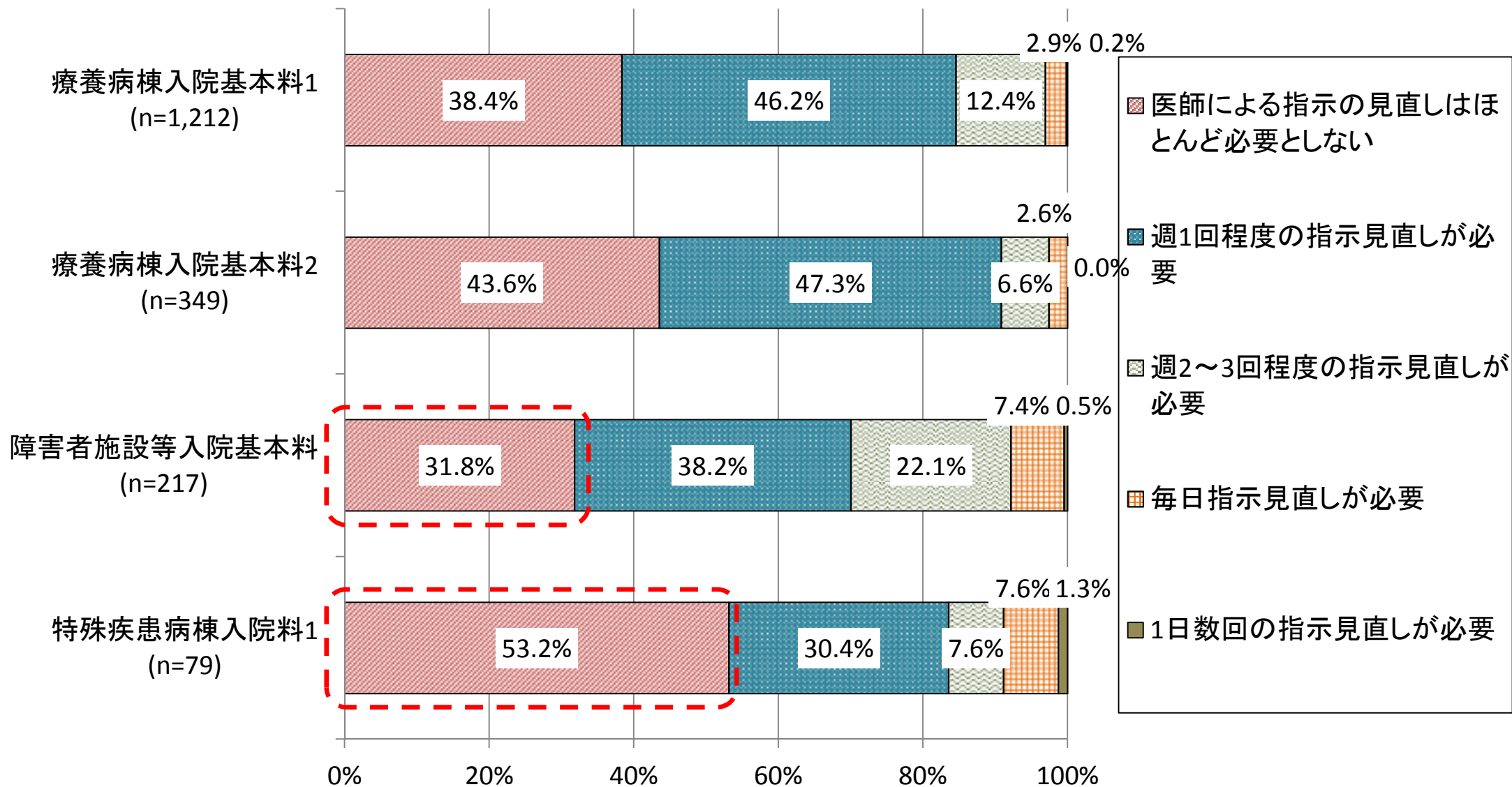
改定前

○ 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。



出典: 平成26年度入院医療等の調査(患者票)

- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1ともに医師による指示の見直しがほとんど必要としない患者の割合がやや減少した。

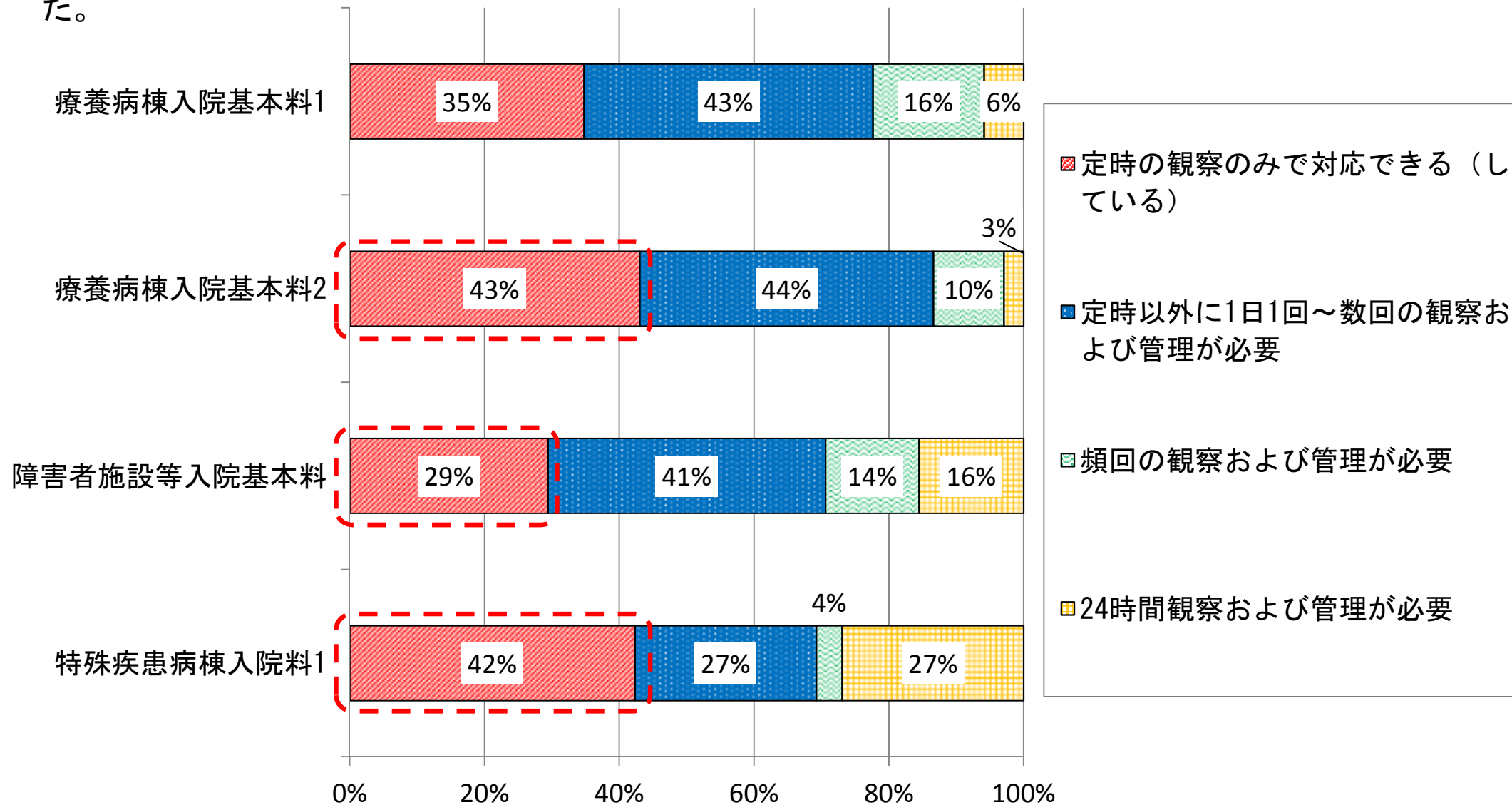


脳卒中※患者の「看護師による観察及び管理」の頻度

(改) 診調組 入-1
2 7 . 7 . 1

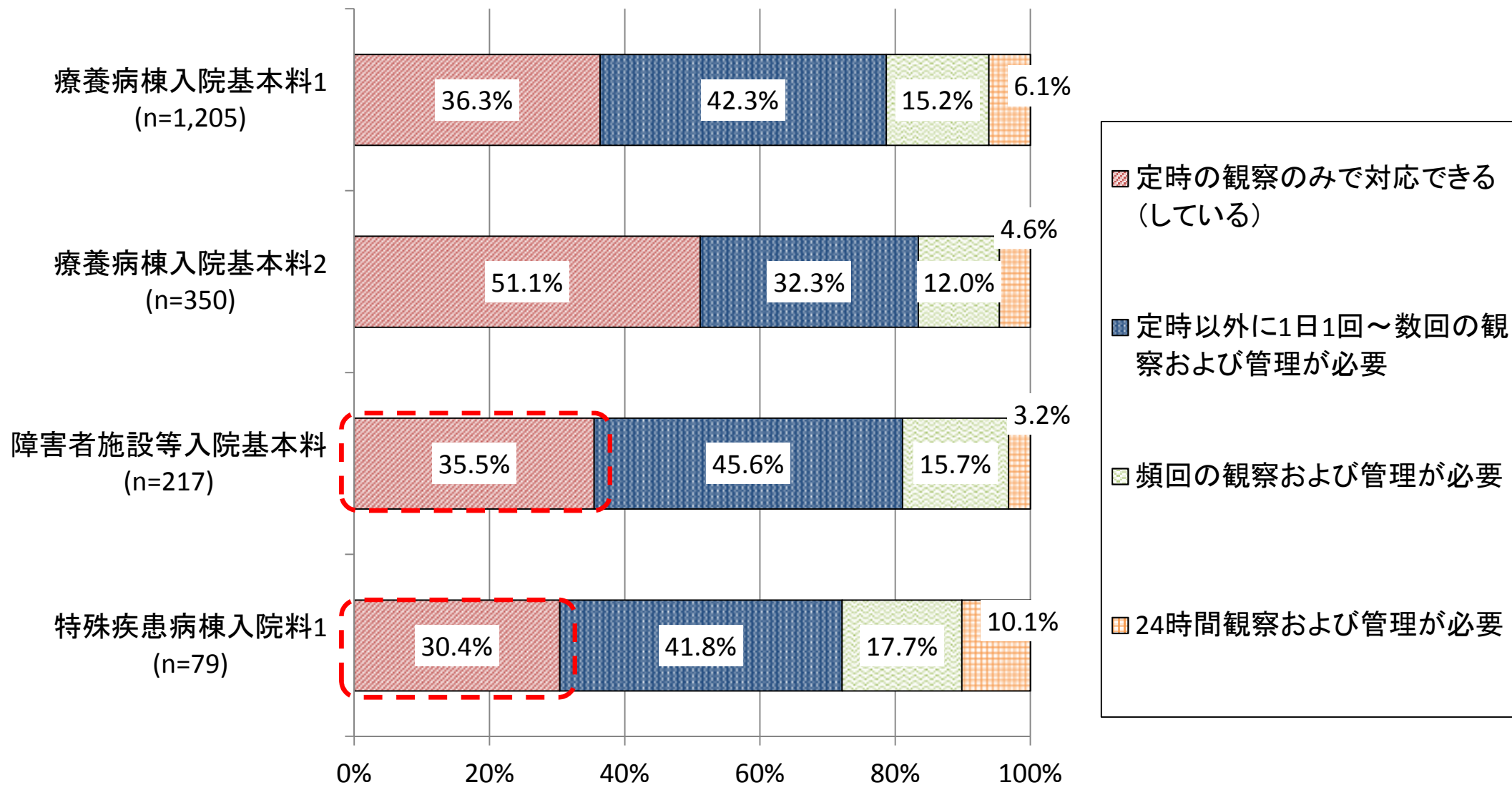
改定前

○ 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。



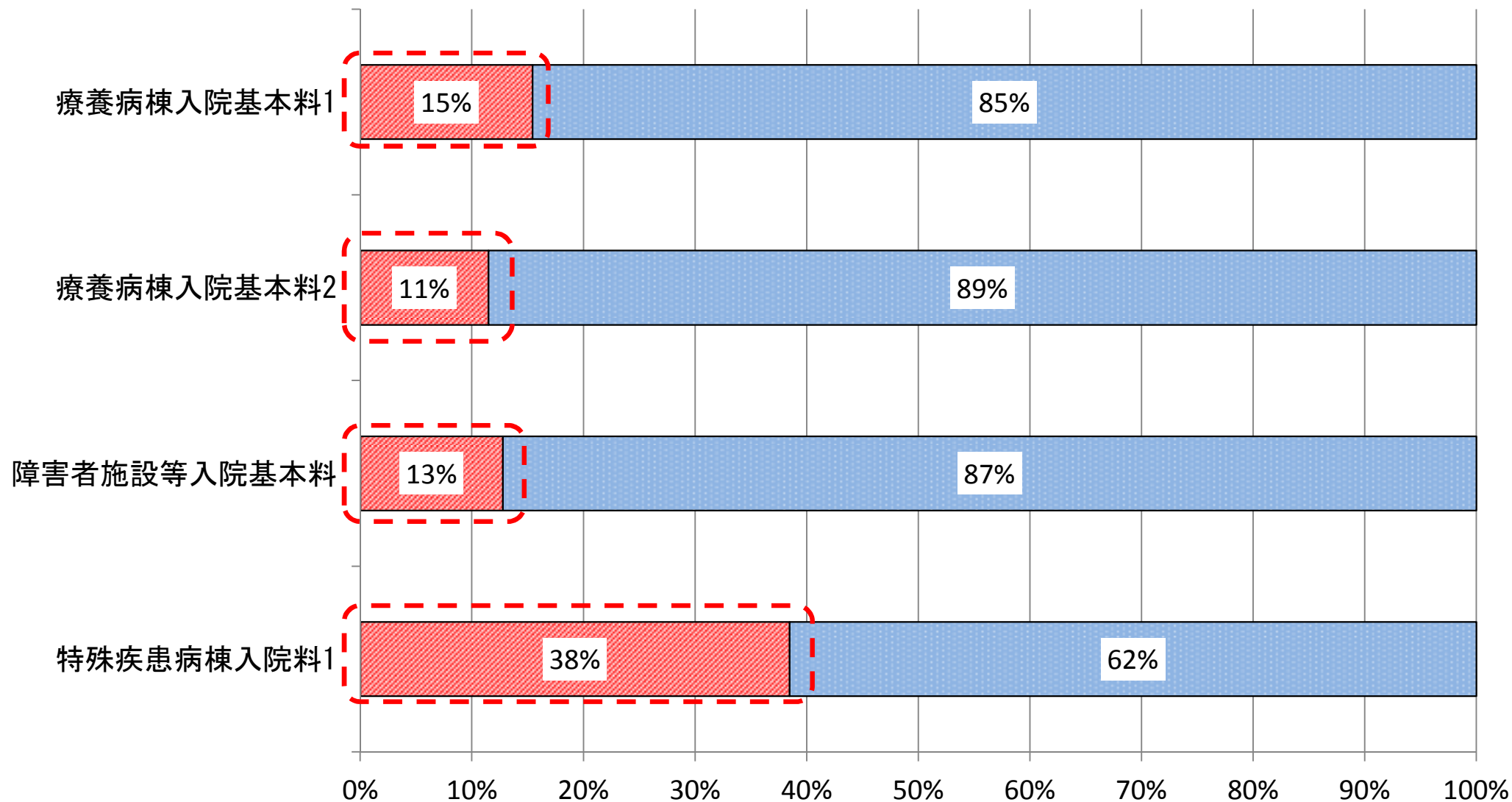
- 定時の観察のみで対応できる (している)
- 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- 24時間観察および管理が必要

- 特殊疾患病棟入院料1の病棟において、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やや減少した。障害者施設等入院基本料の病棟では逆にやや増加した。



- 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。

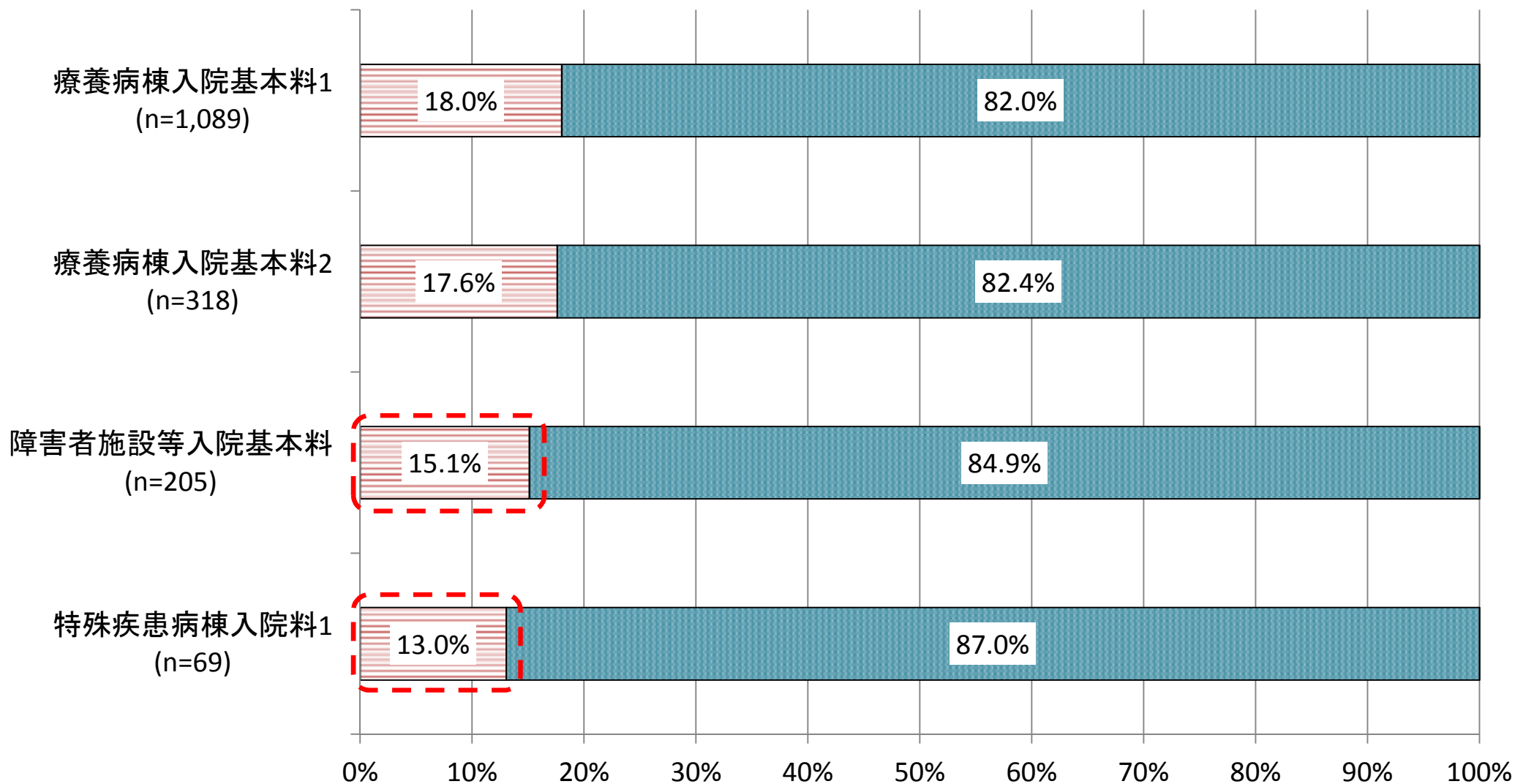
■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



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、特殊疾患病棟入院料1の病棟で減少したが、障害者施設等入院基本料の病棟では大きな変化はなかった。

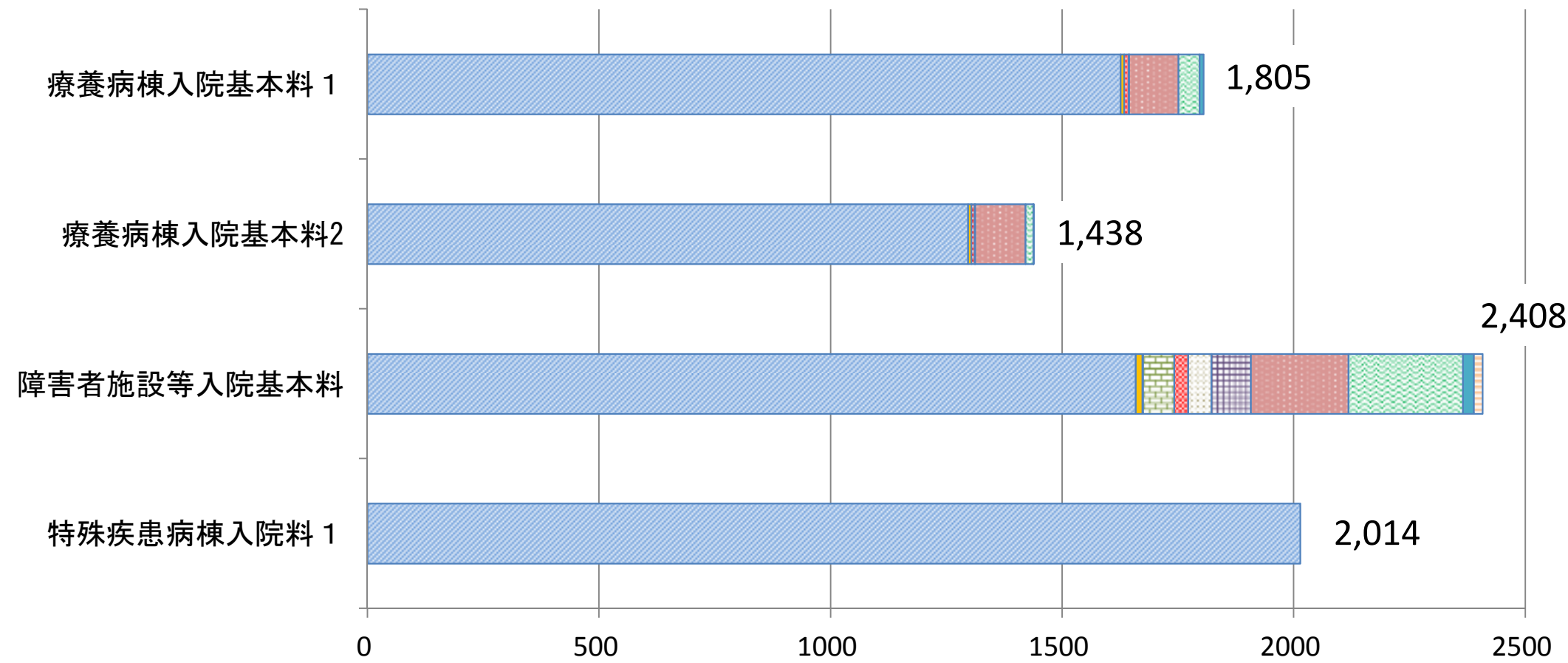
■ 急性増悪があった ■ 急性増悪はなく、病態は安定している



改定前

脳卒中患者の入院料ごとの一日平均単価

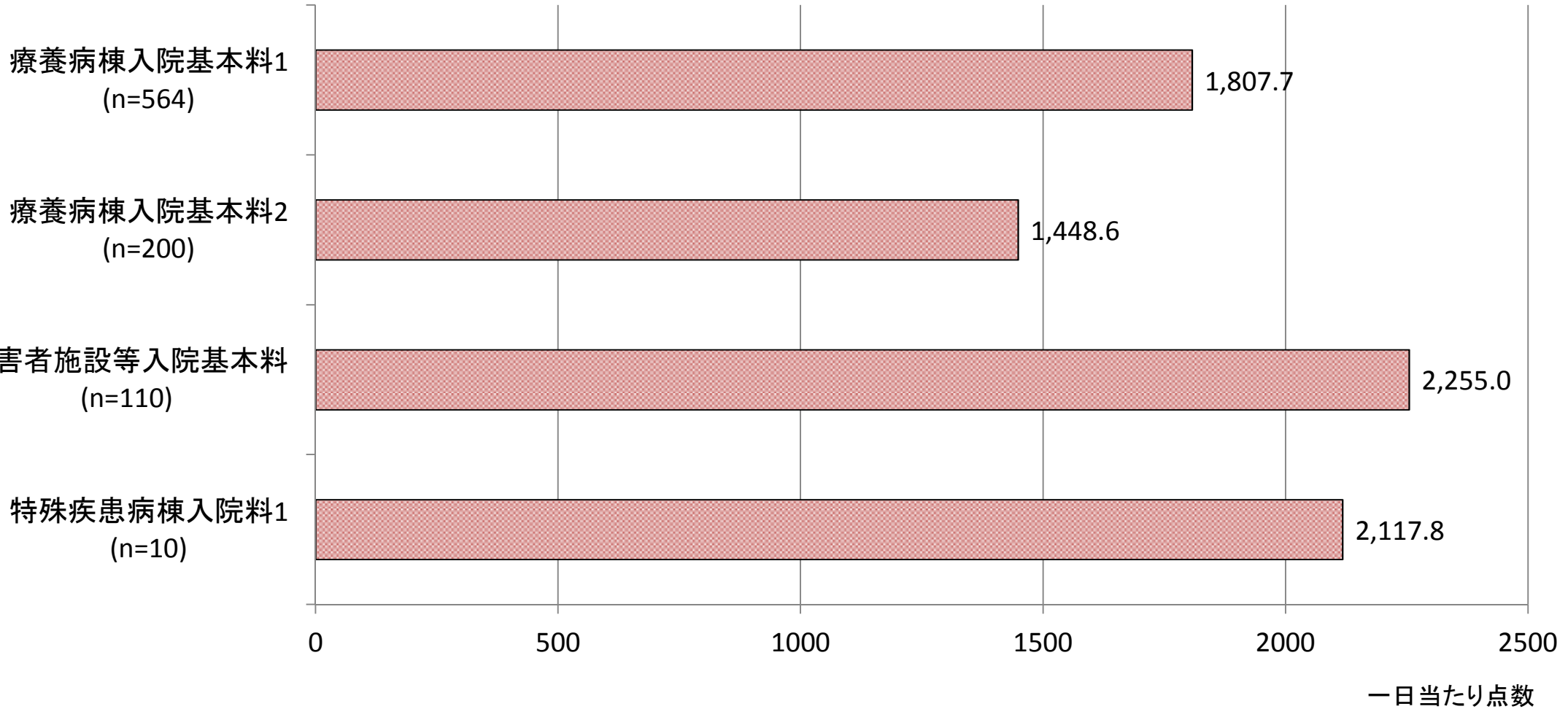
<1日当たりのレセプト請求点数(点数/日数)>



一日あたり点数

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)>



1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

(1) 診療報酬上の評価の変遷

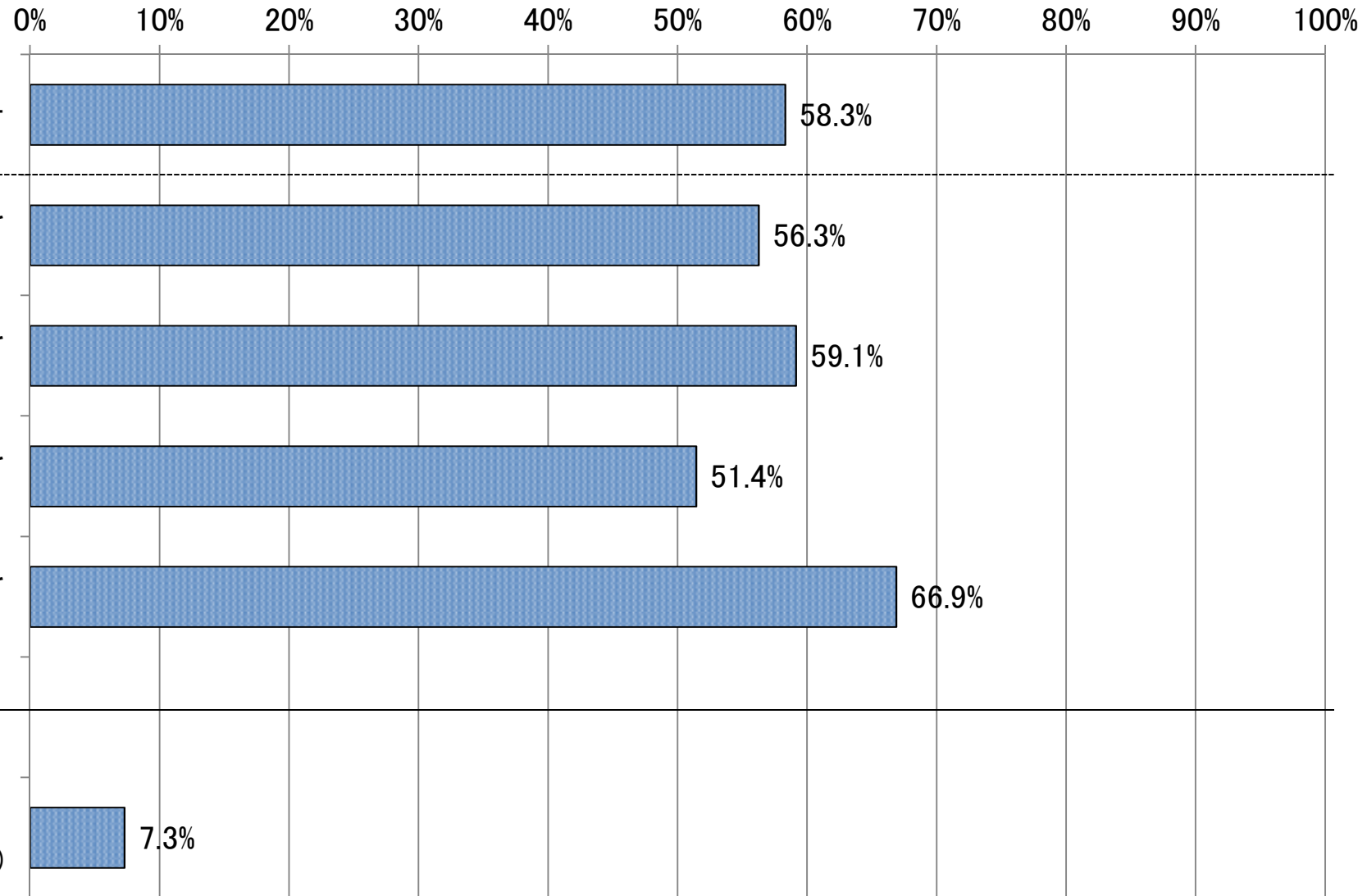
(2) 意識障害のある脳卒中患者の状況

(3) その他の入院患者の状況

3. 有床診療所入院基本料

各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の割合

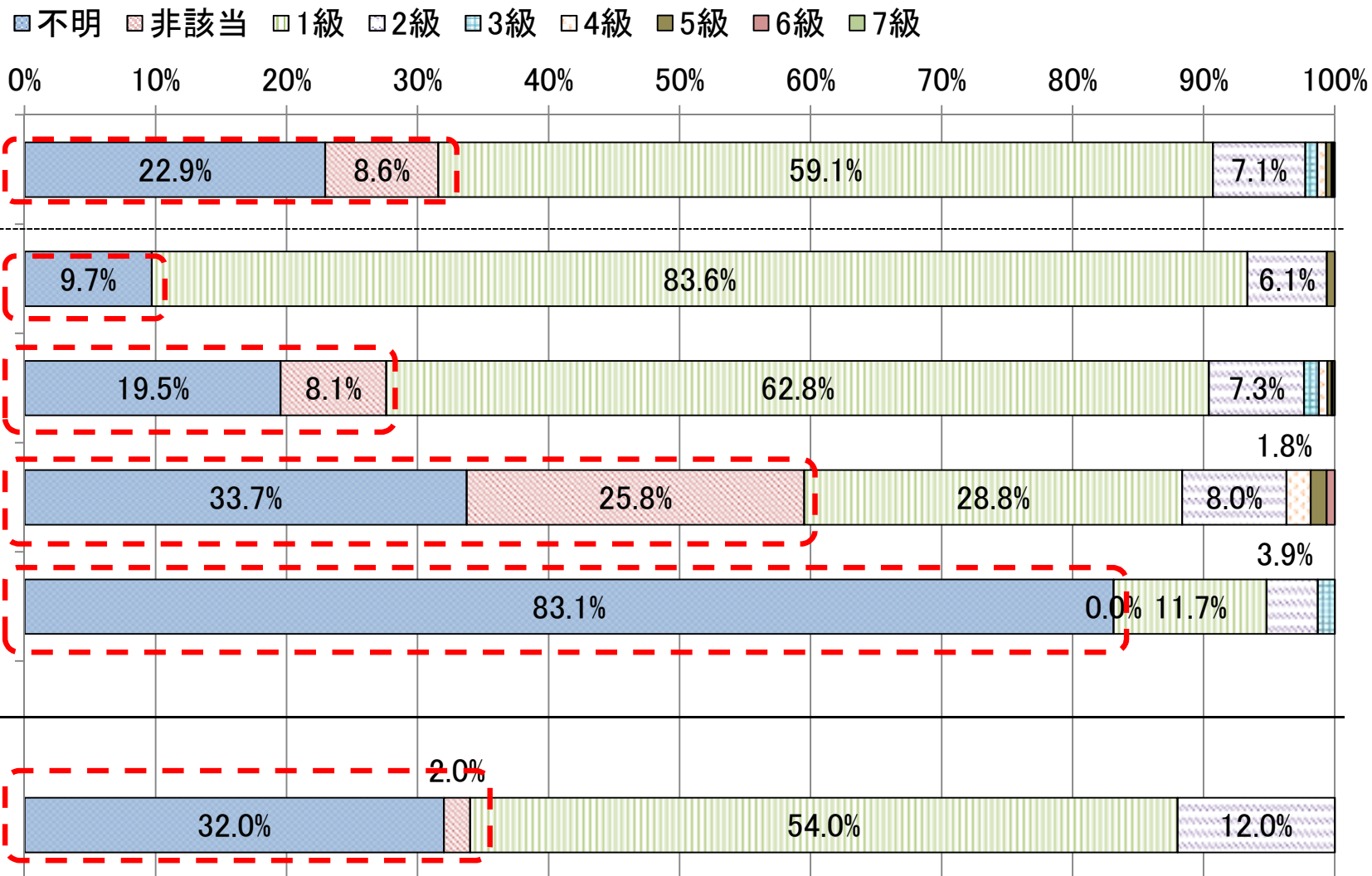
○障害者施設等入院基本料においては、入院患者の約6割が「重度の肢体不自由児(者)(脳卒中患者を除く)」として入院している。



各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態①

～身体障害者(肢体不自由)等級～

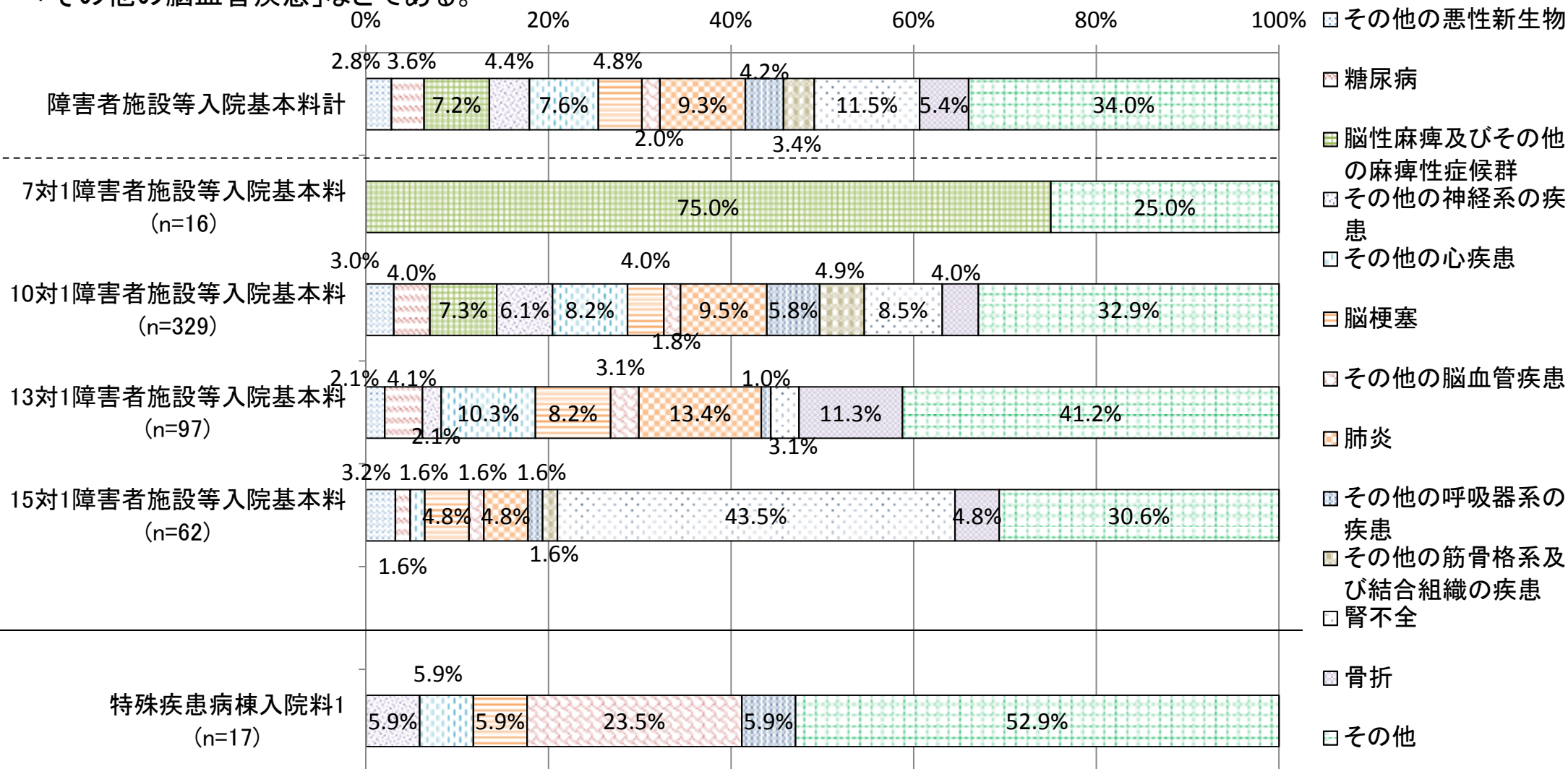
○ 入院患者の状態が「重度の肢体不自由児(者)」であっても、身体障害者の等級が不明又は非該当の患者が一定程度含まれている。



各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態②

～身体障害者等級が不明又は非該当患者の主病名～

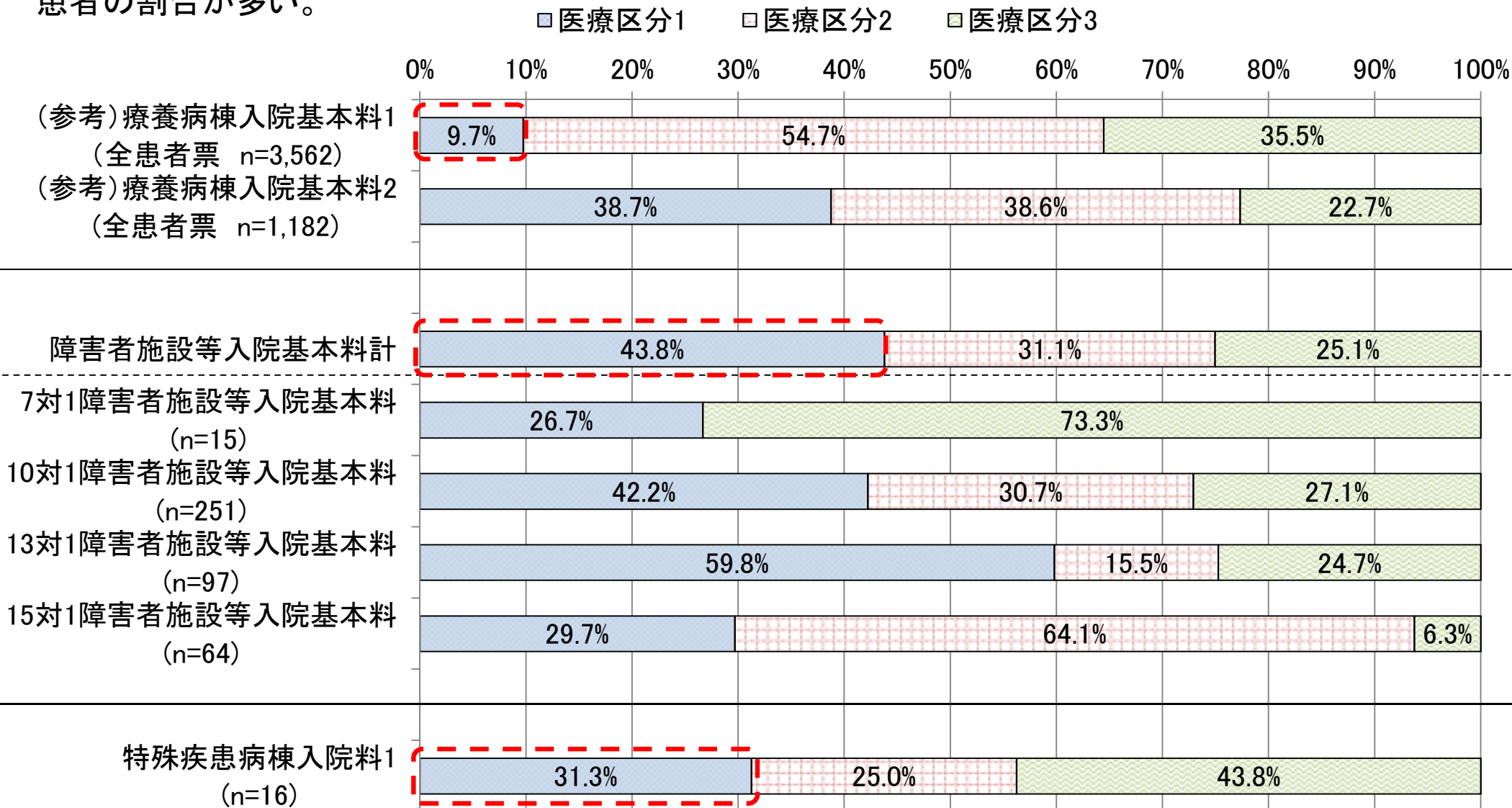
○ 「重度の肢体不自由児(者)」であるが、身体障害者等級が不明又は非該当の入院患者の主病名をみると、「その他」が最も多く選択されており、多様である。障害者施設等入院基本料全体では「腎不全」や「肺炎」、特殊疾患病棟入院料1では「その他の脳血管疾患」などである。



各病棟における「重度の肢体不自由児(者)」の状態③

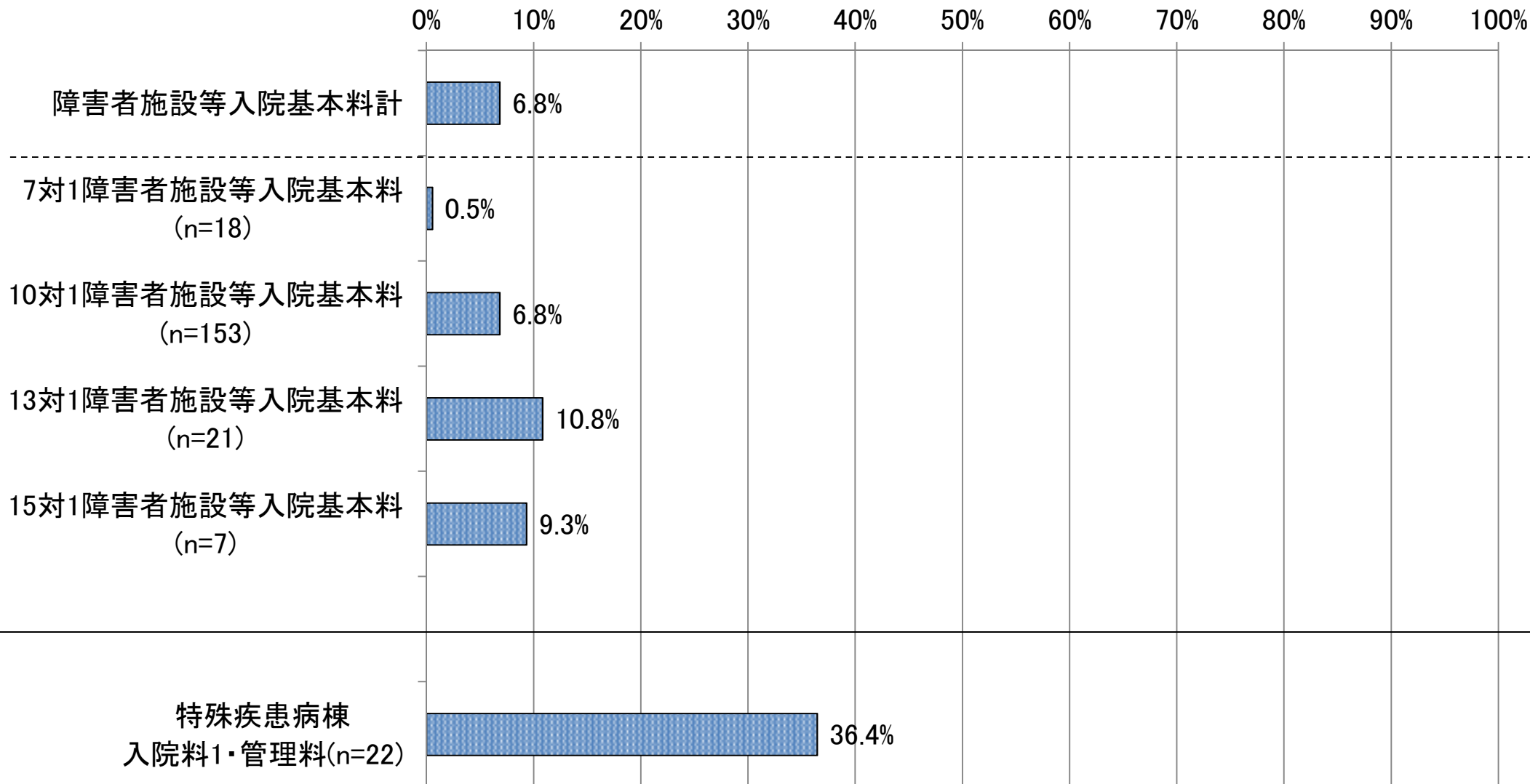
～身体障害者の等級不明又は非該当患者の医療区分～

○ 「重度の肢体不自由児(者)」であるが、身体障害者の等級が不明又は非該当の入院患者の医療区分をみると、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料ともに療養病棟入院基本料1よりも医療区分1の患者の割合が多い。



各入院料における「重度の意識障害者」の患者割合

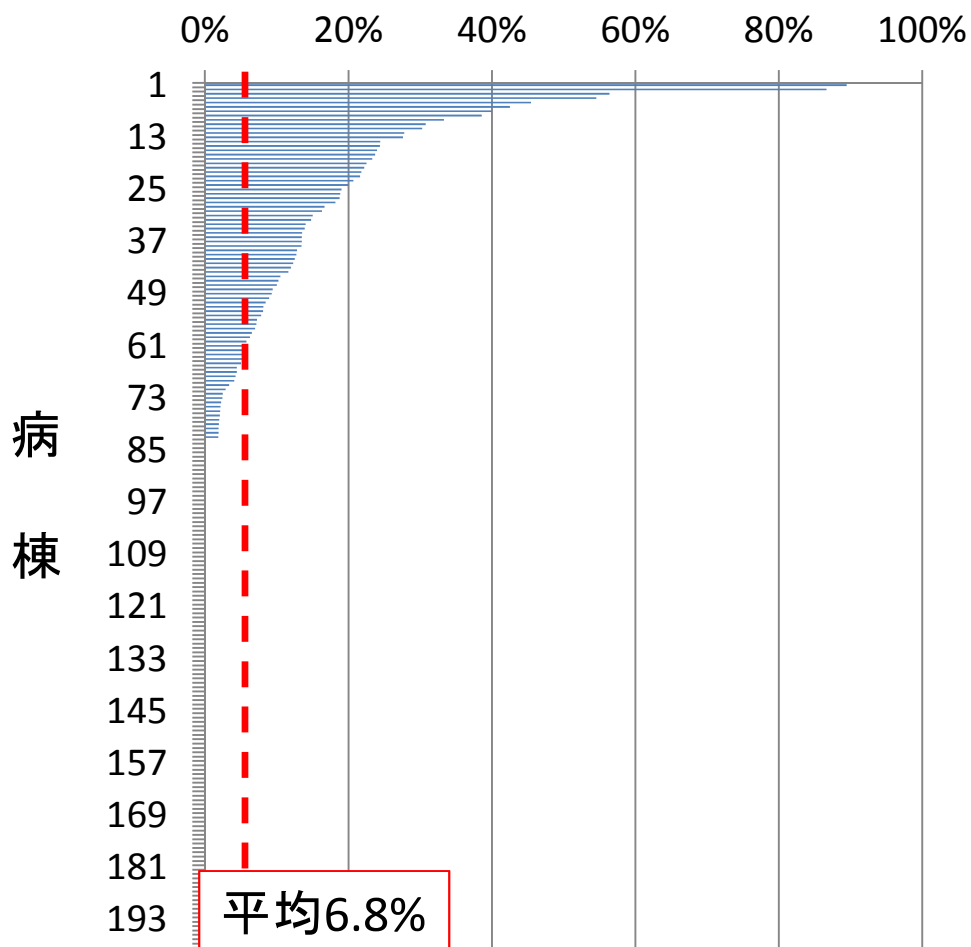
○各入院料で「重度の意識障害」として入院している患者の割合をみると、障害者施設等入院基本料全体では約7%、特殊疾患病棟入院料1・管理料では、約36%であった。



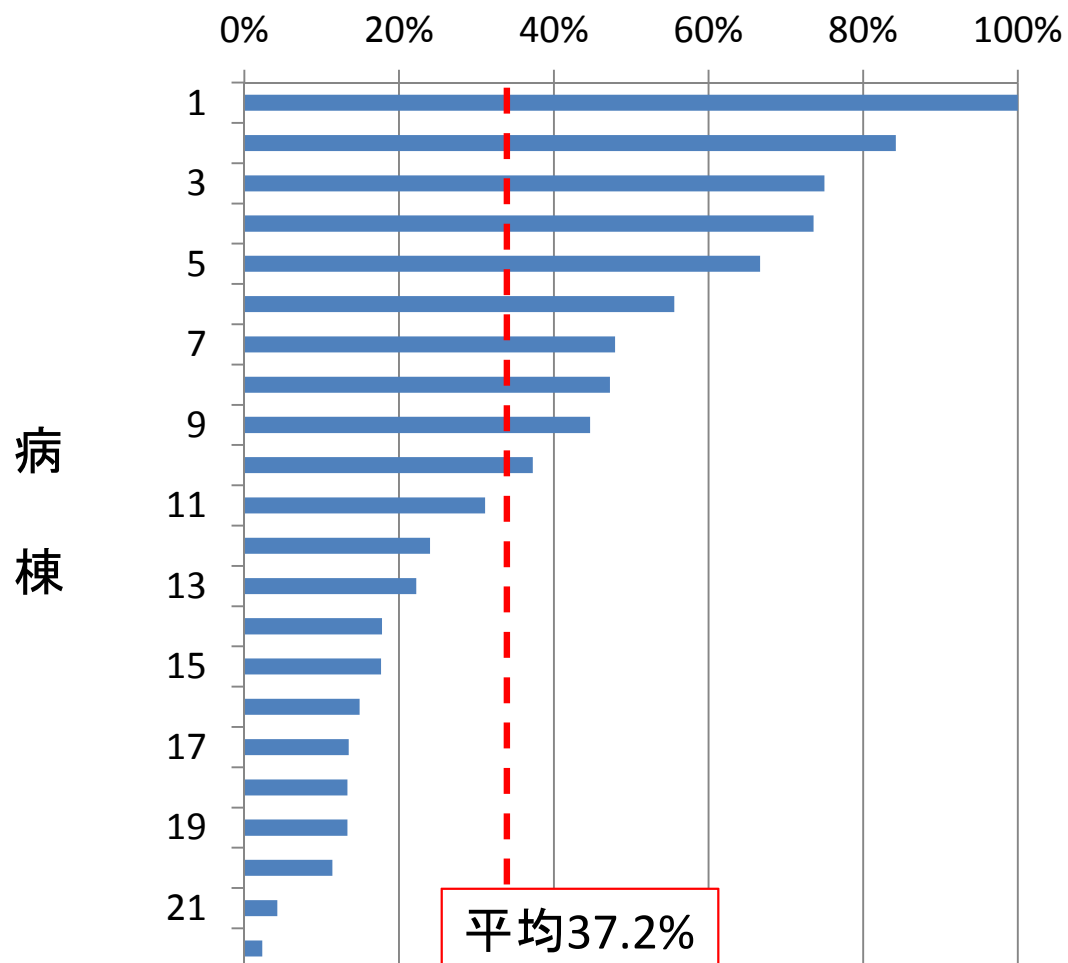
病棟ごとの「重度の意識障害」の患者割合の分布

○ 各入院料の「重度の意識障害」の患者割合の平均値と比較して、病棟ごとの「重度の意識障害」の患者割合の分布をみると、平均値よりもかなり高い割合の病棟が存在している。

障害者施設等入院基本料
(n=199) 平均6.8%

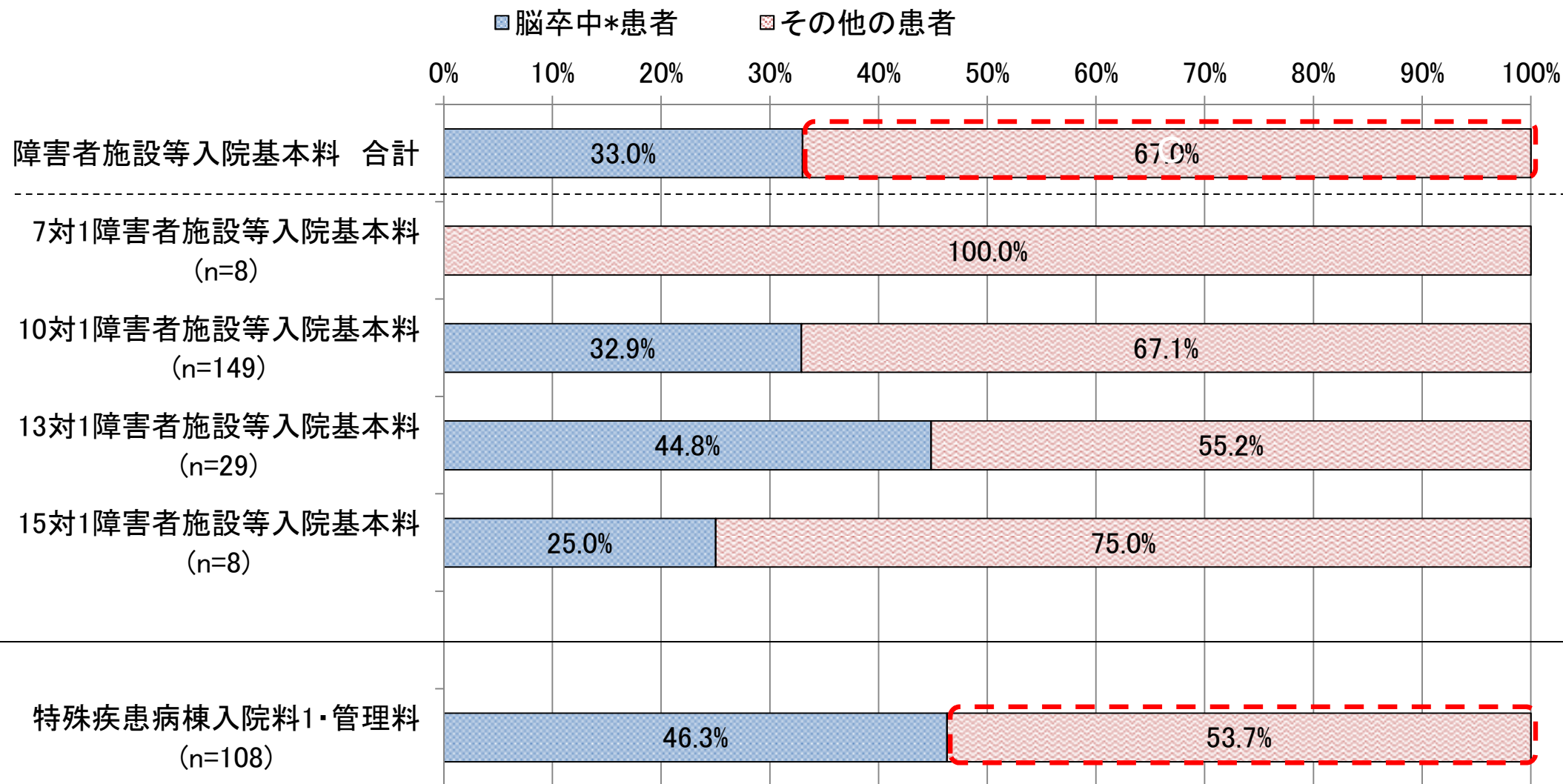


特殊疾患病棟入院料1・管理料
(n=22) 平均37.2%



「重度の意識障害者」における脳卒中※以外の患者の割合

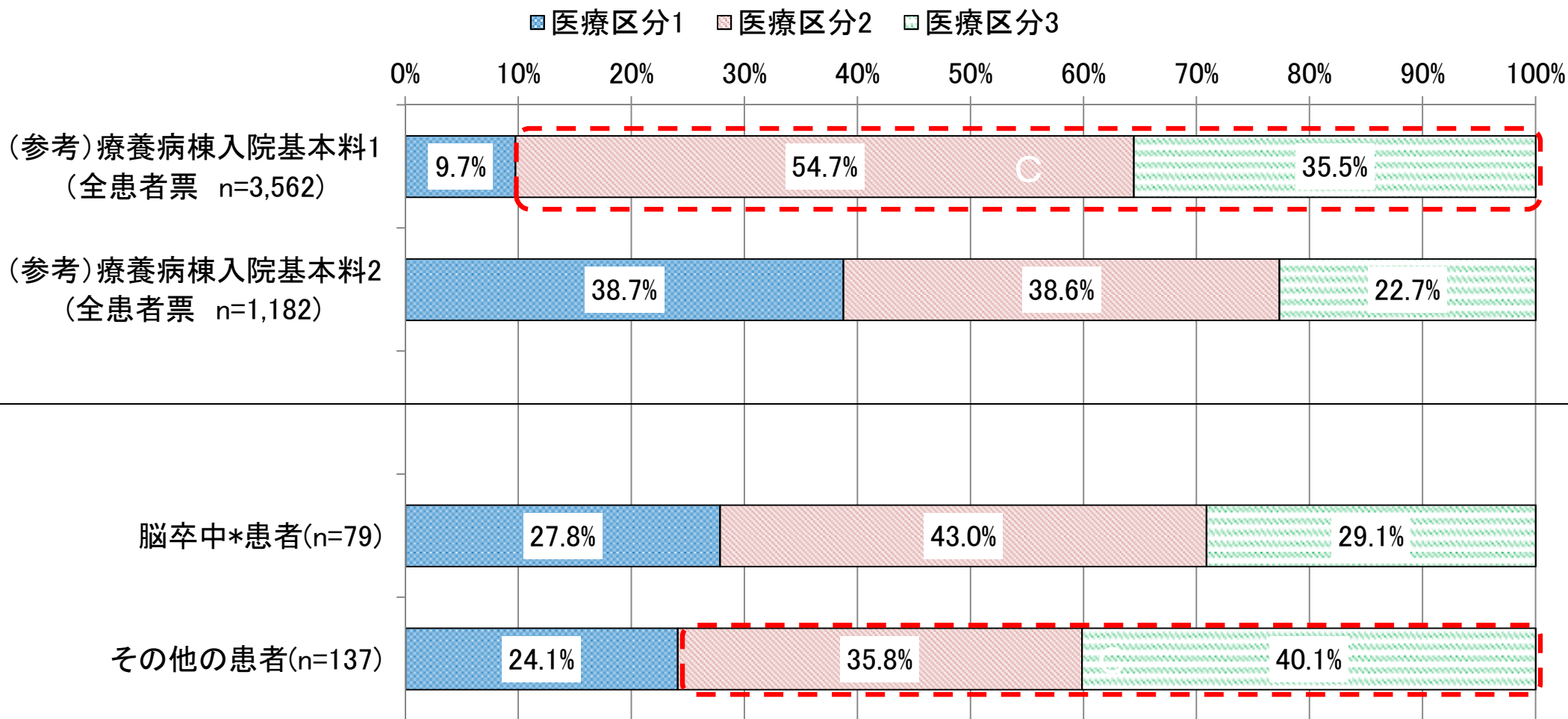
○「重度の意識障害」として入院している患者のうち、脳卒中以外の患者が、半数以上である。



※脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害

脳卒中※患者と脳卒中以外の患者の状態の違い

- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1、特殊疾患入院医療管理料を算定している患者で「重度の意識障害」の患者について、脳卒中患者とそれ以外の患者の医療区分を比較すると、脳卒中以外の患者の方が、脳卒中患者と比べ、医療区分、2、3の割合が高いが、療養病棟入院基本料1よりは少ない。



※脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害

障害者施設等入院基本料等の課題(案)

【課題】

(評価の変遷)

- ・障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料(以下、「障害者施設等入院基本料等」という。)では、包括範囲が異なるものの、患者の疾病や状態について、類似している。
- ・障害者施設等入院基本料の届出病床数は約67,000床、特殊疾患病棟入院料の届出病床数は約13,000床となっている。
- ・障害者施設等入院基本料等については、平成28年度改定で、重度の意識障害であって脳卒中の患者(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害)に対する評価を、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価に見直したところ。

(患者の状況)

- ・脳卒中の患者(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害)の割合を入院料別にみると、脳血管疾患患者の割合は、療養病棟では約3割、特殊疾患病棟入院料1では約2割、障害者施設等入院料では1割弱であった。
- ・脳卒中の患者について、平成28年度診療報酬改定の前後を比較すると、医療区分2・3相当の患者の割合、医療提供の頻度、急性増悪の患者の割合等が、同様かやや増えている。
- ・重度の肢体不自由とされている患者の割合をみると、障害者施設等入院基本料全体で、半数以上含まれている。
- ・重度の肢体不自由とされている患者について、身体障害者等級不明又は非該当の患者が一定程度含まれており、それらの患者のうち、医療区分1に該当する患者の割合は、療養病棟入院基本料1よりも多い。
- ・重度の意識障害の患者の割合を病棟別にみると、全体の平均値よりもかなり高い割合の病棟が存在している。
- ・重度の意識障害の患者について、医療区分2・3の該当患者割合をみると、療養病棟入院基本料1よりも少ない。



- 障害者施設等入院基本料等については、重度の疾患等を有する患者をみる病棟であるが、より患者の状態に応じた評価を推進する観点から、重度の意識障害であって脳卒中の患者に対する評価に係る調査結果を踏まえ、重度の肢体不自由とされている患者等の状態について、どのように考えるか。

1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

(1) 医療の提供体制

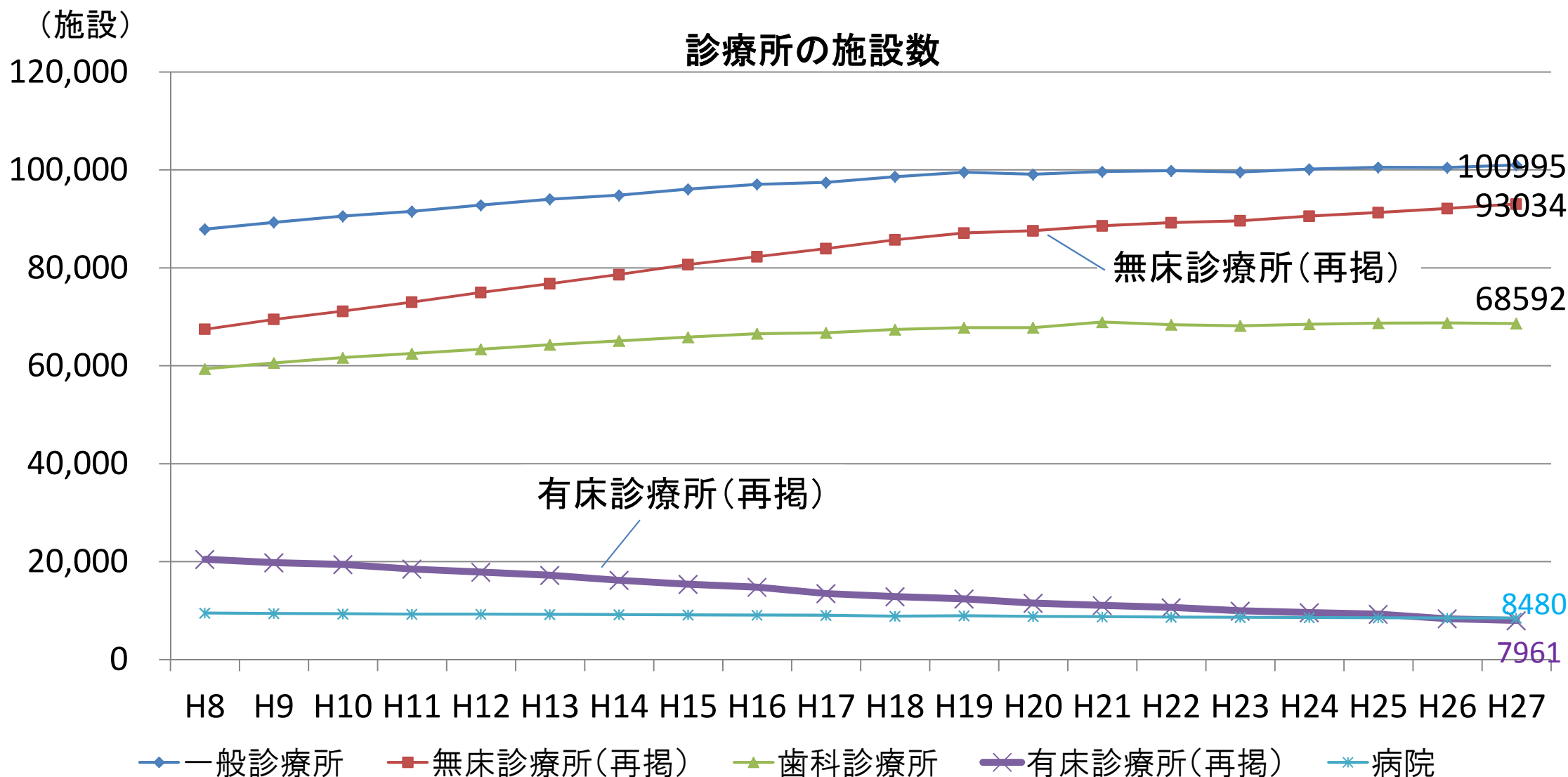
(2) 患者の状況

(3) 診療報酬上の評価と算定状況

(4) 医療経済実態調査の分析

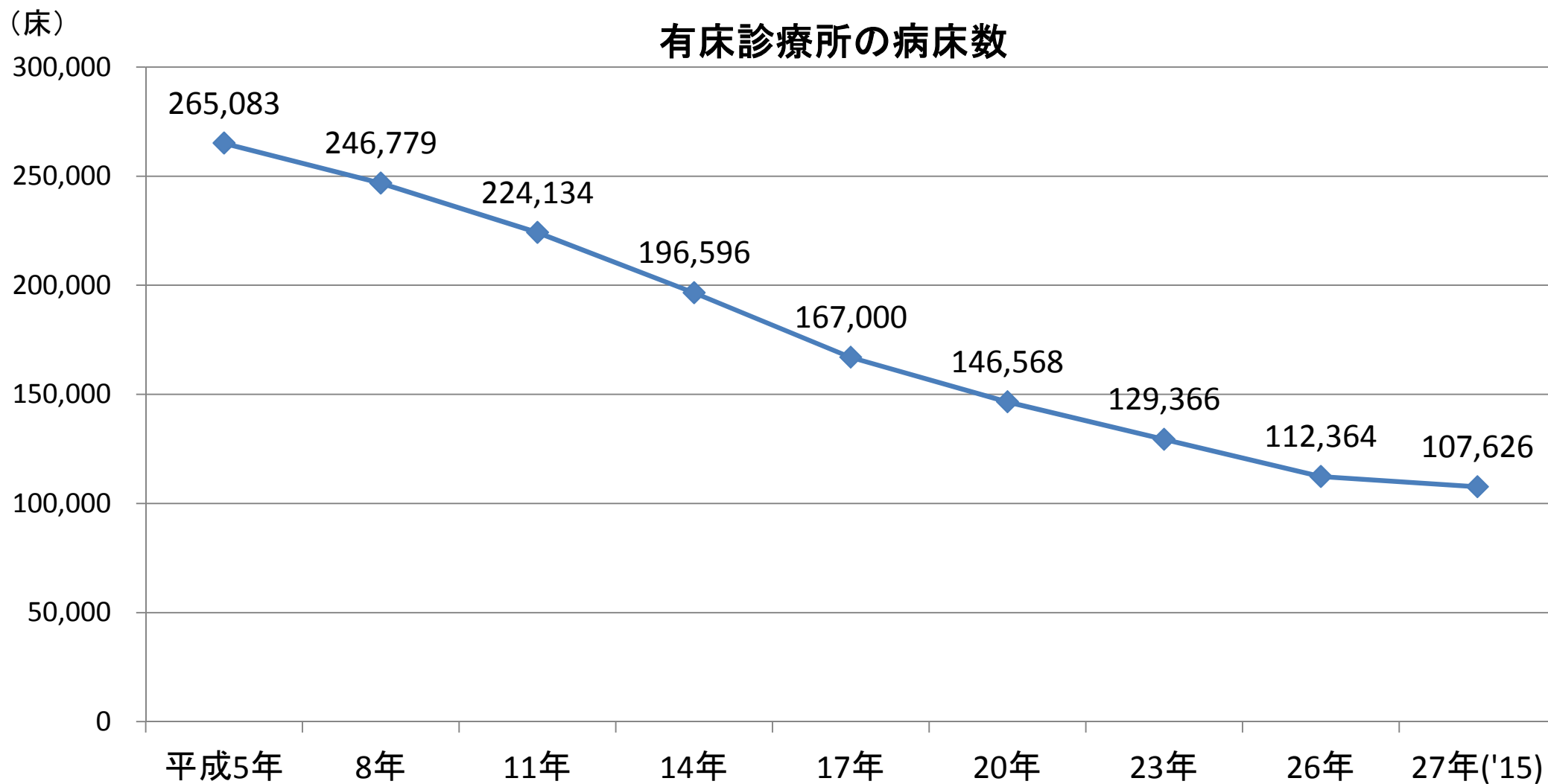
有床診療所の施設数の年次推移

○ 施設数の年次推移をみると、近年、有床診療所は減少傾向、無床診療所は増加傾向にある。



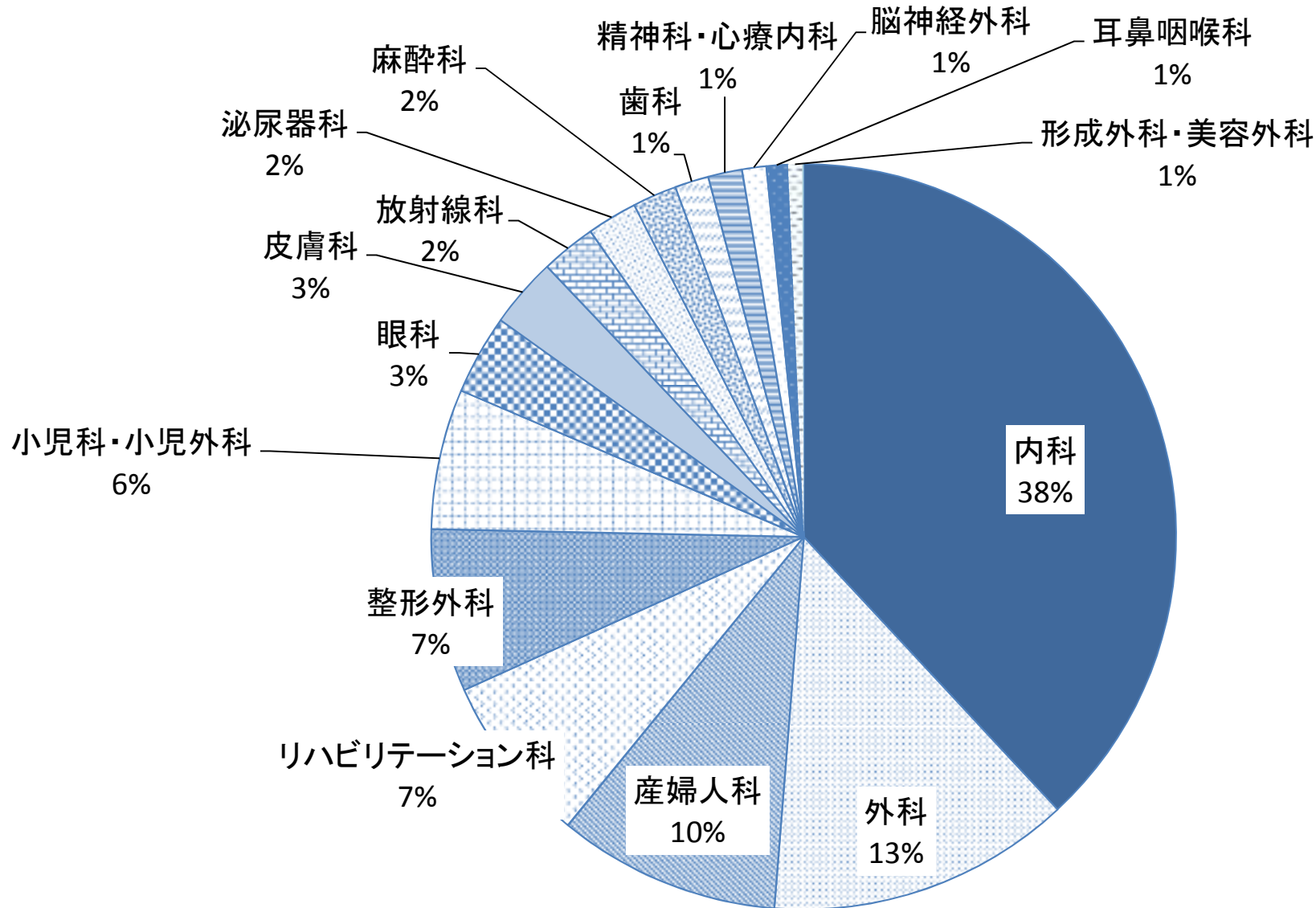
有床診療所の病床数の年次推移

○ 有床診療所の病床数は減少傾向にあり、平成11年と平成27年を比較すると、半分以下に減少している。



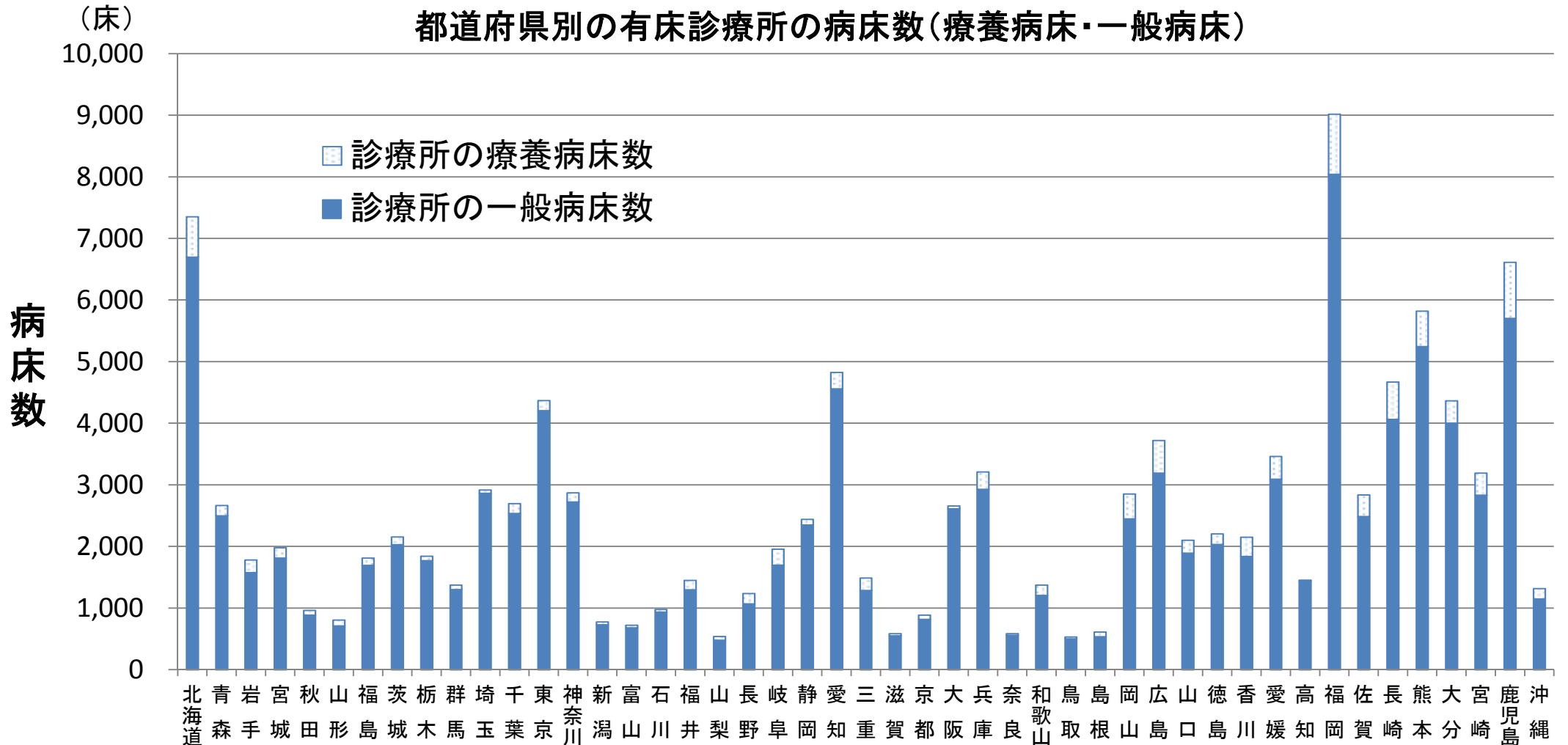
主たる診療科別の有床診療所の施設数の割合

○ 主たる診療科別に有床診療所の施設数の割合をみると、内科が約3分の1を占めており、次いで、外科、産婦人科の順に多い。



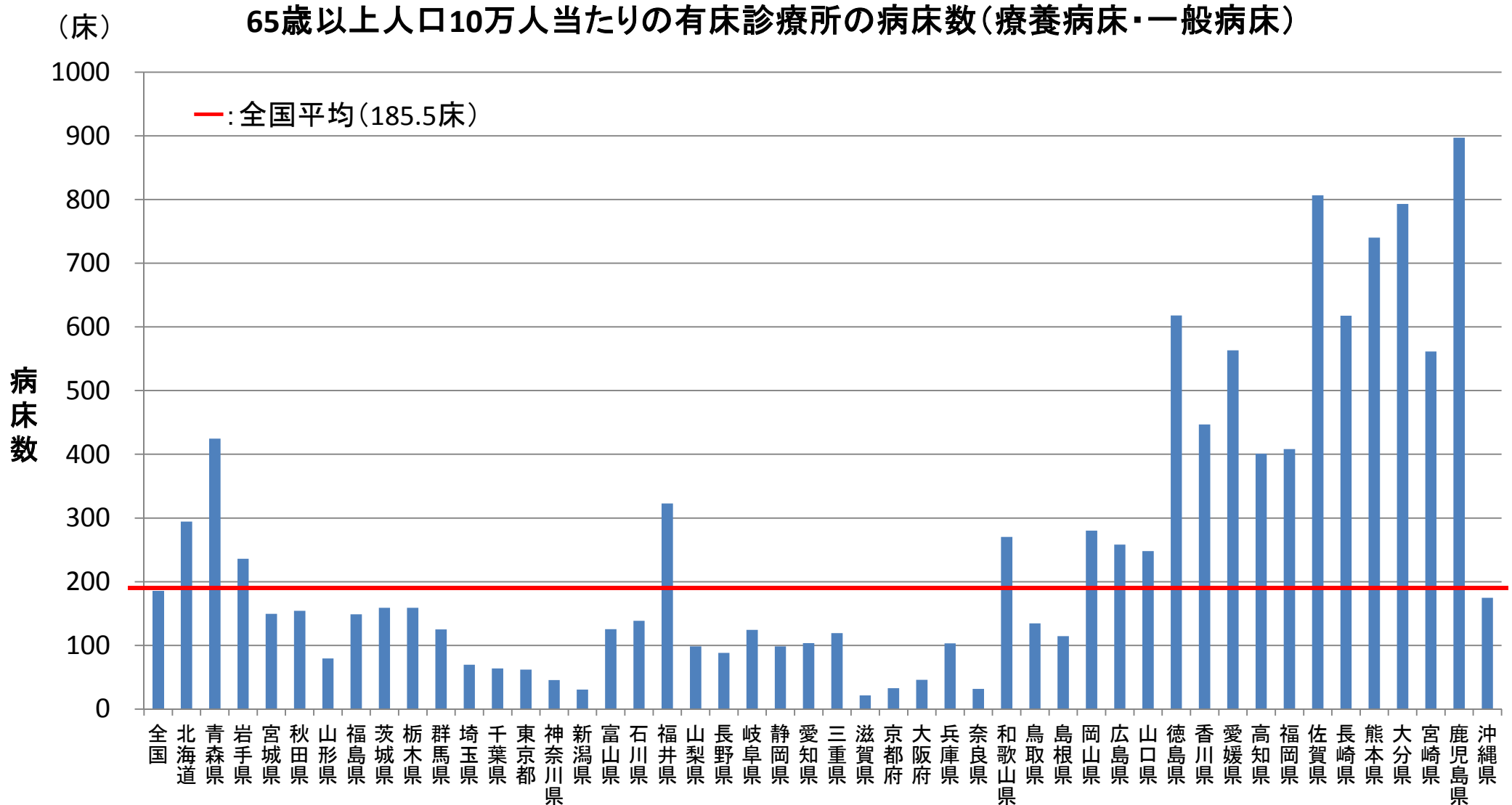
都道府県別の有床診療所の病床数①

○ 都道府県別に、有床診療所の届出病床数をみると、都道府県間でばらつきがある。



都道府県別の有床診療所の病床数②

- 都道府県別に、65歳以上人口10万人あたり有床診療所の届出病床数をみると、都道府県間のばらつきは大きくなる。

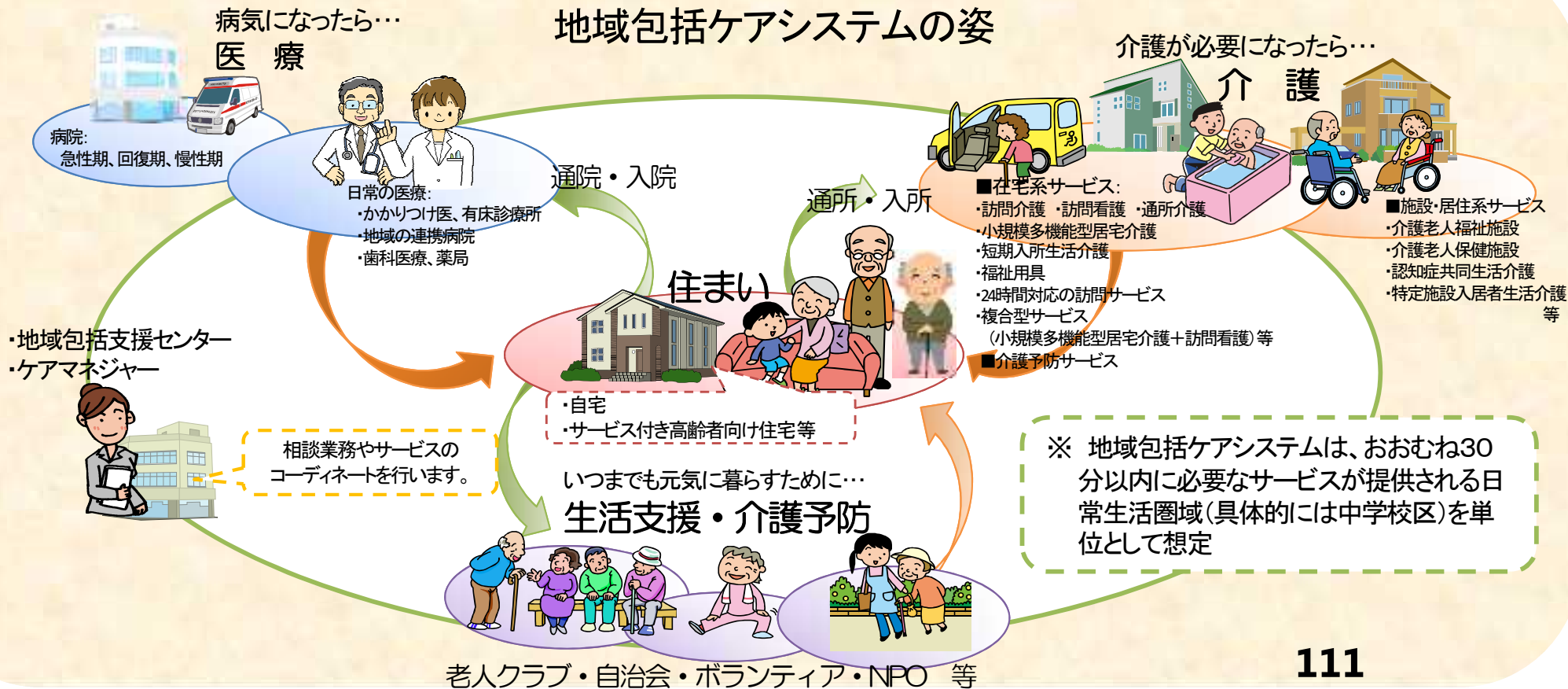


出典: (病床数)厚生労働省 平成26年医療施設(静態・動態)調査
 (65歳以上人口)総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成28年1月1日時点)

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿



テーマ1:看取り（一部抜粋）

特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供するべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供するべき医療の範囲について

- 最期は特別養護老人ホームで迎えたいと願っていても、施設の体制が整っていないために、希望に反し、病院に搬送することは問題。特別養護老人ホームで全く看取りをする意思がない所が1割強あるが、その要因分析をするべき。また、特別養護老人ホームにおいて嘱託医との連携、看取り体制を作ることについて、既に優秀な実践をしているところがあるためこれらを広め、どこでも看取りが行えるようにしていくことが必要。

在宅等で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における看取りを希望している場合の、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機関間における情報共有や、医療機関が提供するべき医療の範囲について

- 自らかかりつけ医機能を持つ有床診療所や中小病院は、その入院機能を活用して地域の無床診療所やかかりつけ医の在宅を支援する必要がある。そのためには、患者ごとに介護支援専門員を含む医療介護関係者がチームをつくり、事前に患者や家族も含めて看取りに関する方針や提供する医療について合意を得ておく必要がある。

末期の悪性腫瘍等以外の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアの在り方について

- 地域の有床診療所や中小病院は、実態として緩和ケアを行ってきたが、看取りを目的とした入院を受け入れる際には、高齢の末期の悪性腫瘍以外の患者に対する緩和ケアが重要となる。若年者も多い緩和ケア病棟とは別に、有床診療所や中小病院にも緩和ケアチームが必要で、その研修体制と評価が必要。

1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

(1) 医療の提供体制

(2) 患者の状況

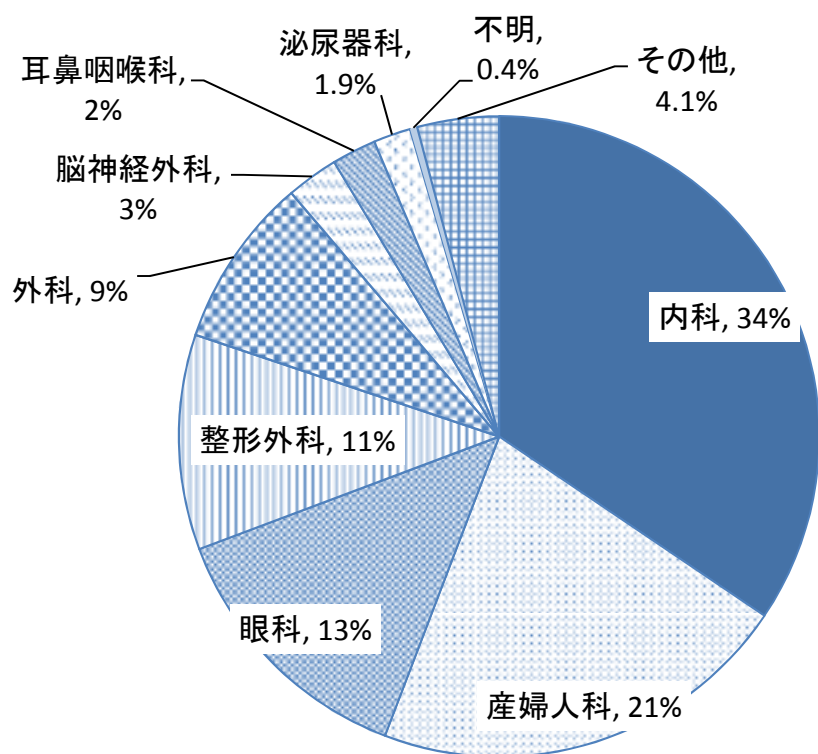
(3) 診療報酬上の評価と算定状況

(4) 医療経済実態調査の分析

平成28年度 入院医療等における実態調査 (入院医療等の調査)

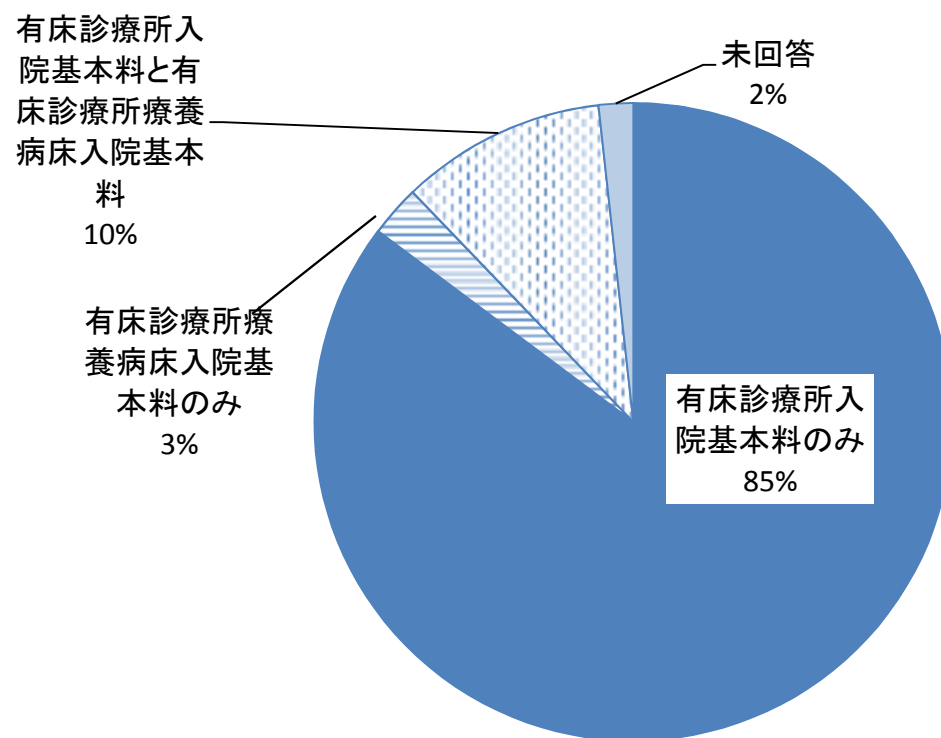
- 回答施設の主たる診療科は、「内科」が3分の1を占めており、次いで「産婦人科」「眼科」の順に多かった。
- 回答施設の入院料については、85%が「有床診療所入院基本料のみ」だった。

回答施設の主たる診療科 (n=270)



- 内科
- 産婦人科
- 眼科
- 整形外科
- 外科
- 脳神経外科
- 耳鼻咽喉科
- 泌尿器科
- 不明
- その他

回答施設の入院料の種別 (n=115)

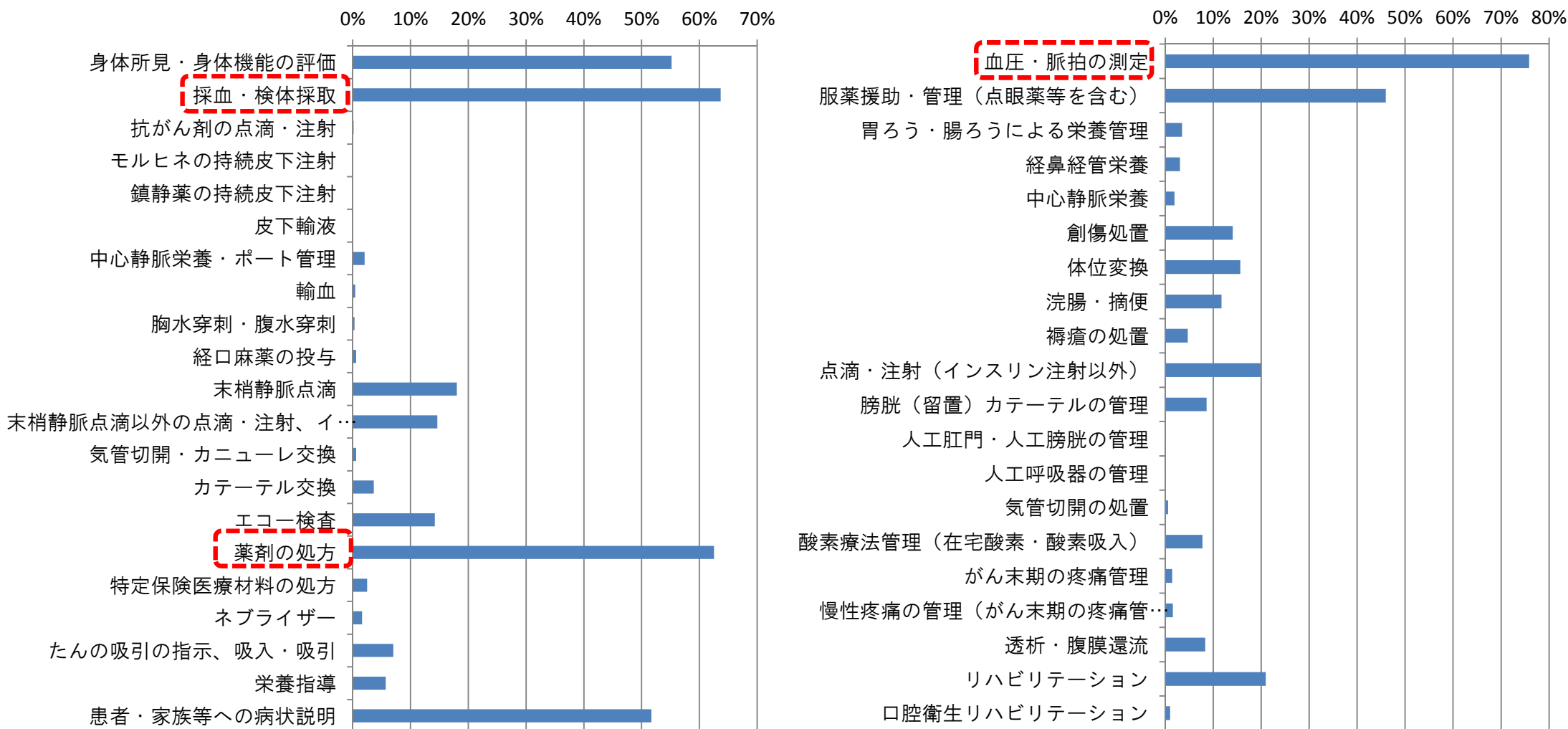


- 有床診療所入院基本料のみ
- 有床診療所療養病床入院基本料
- 有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料
- 未回答

有床診療所の入院患者の状況①

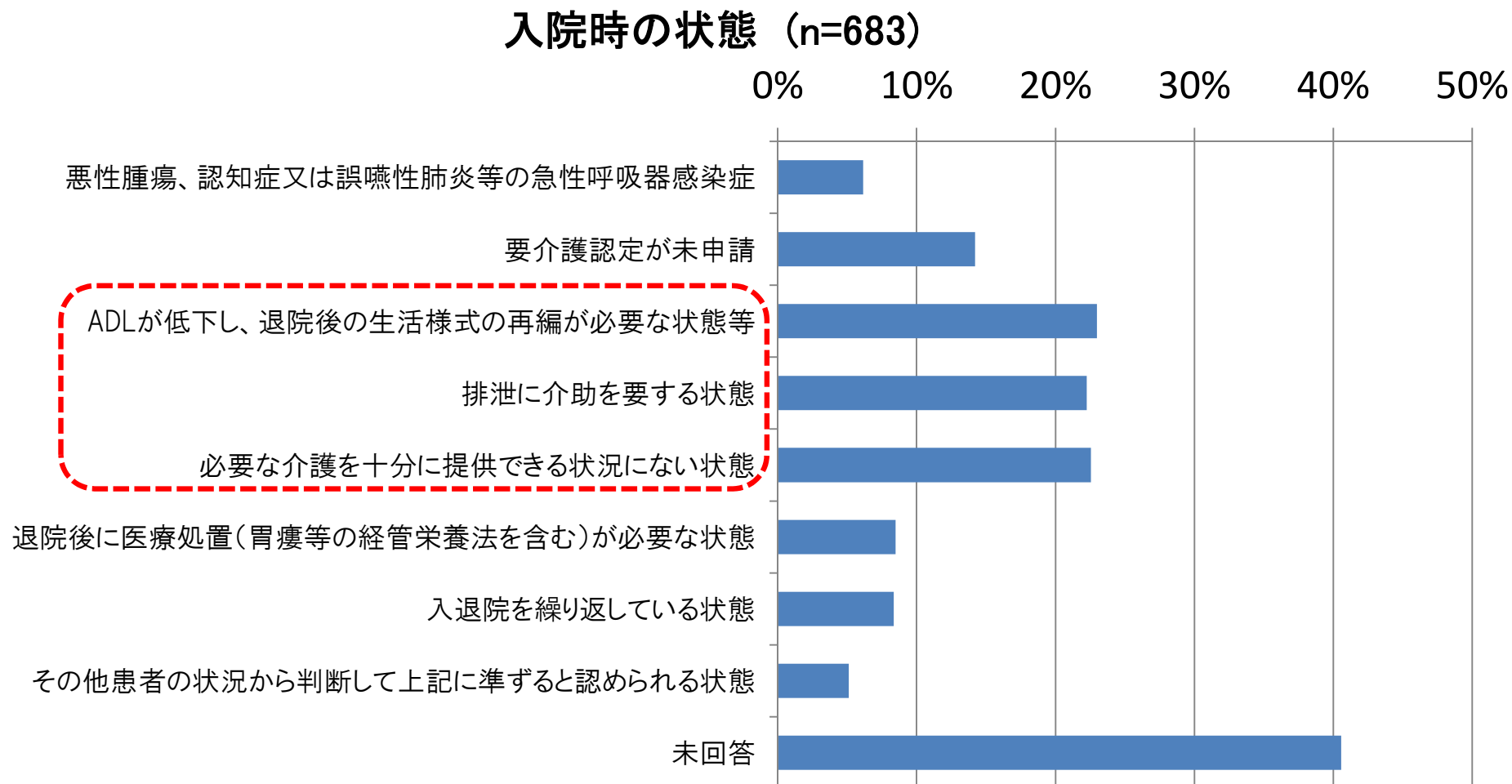
- 過去30日間に有床診の患者が受けた医療行為等については、「薬剤の処方」「採血・検体採取」「血圧・脈拍の測定」等が多かった。

過去30日間に患者が受けた医療行為・処置等 (n=683)



有床診療所の入院患者の状況②

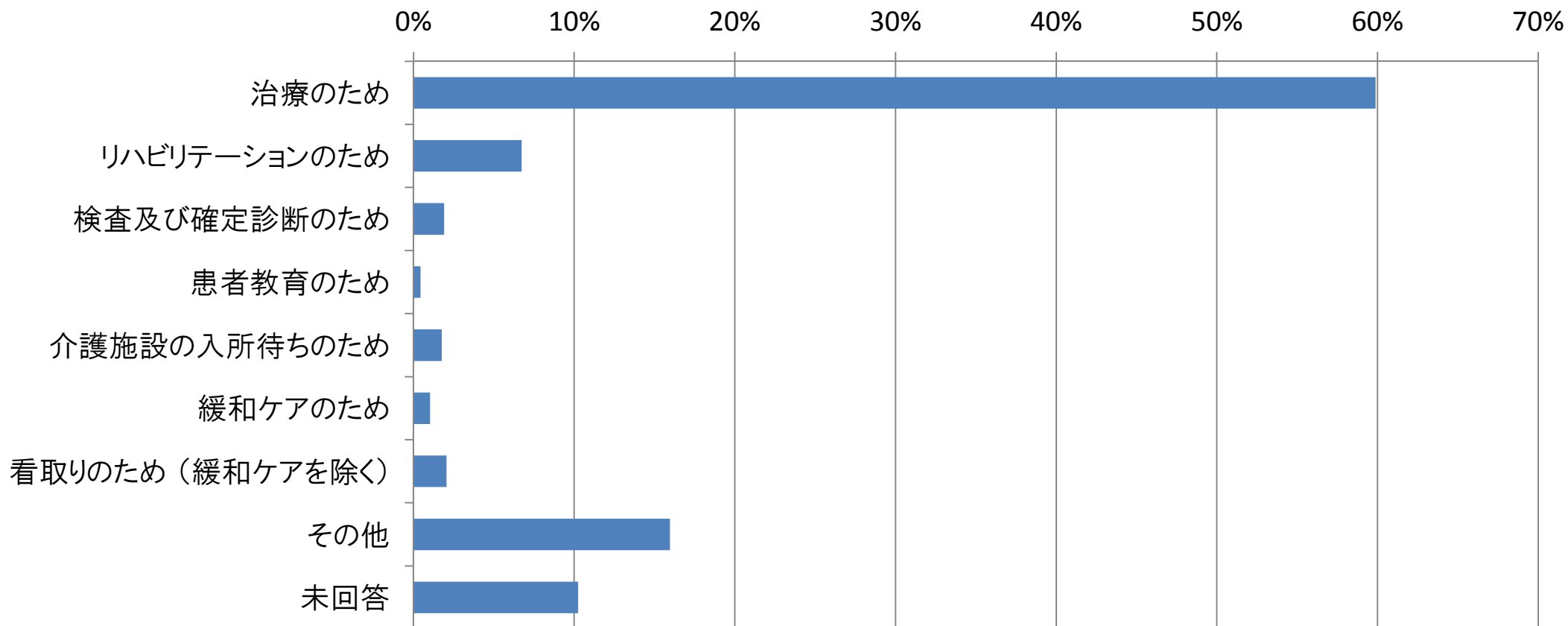
- 入院時の状態として、「ADLが低下し、生活様式の再編が必要な状態」「排泄に介助を要する状態」「必要な介護を十分に提供できない状態」に該当する患者が多かった。



有床診療所の入院患者の状況③

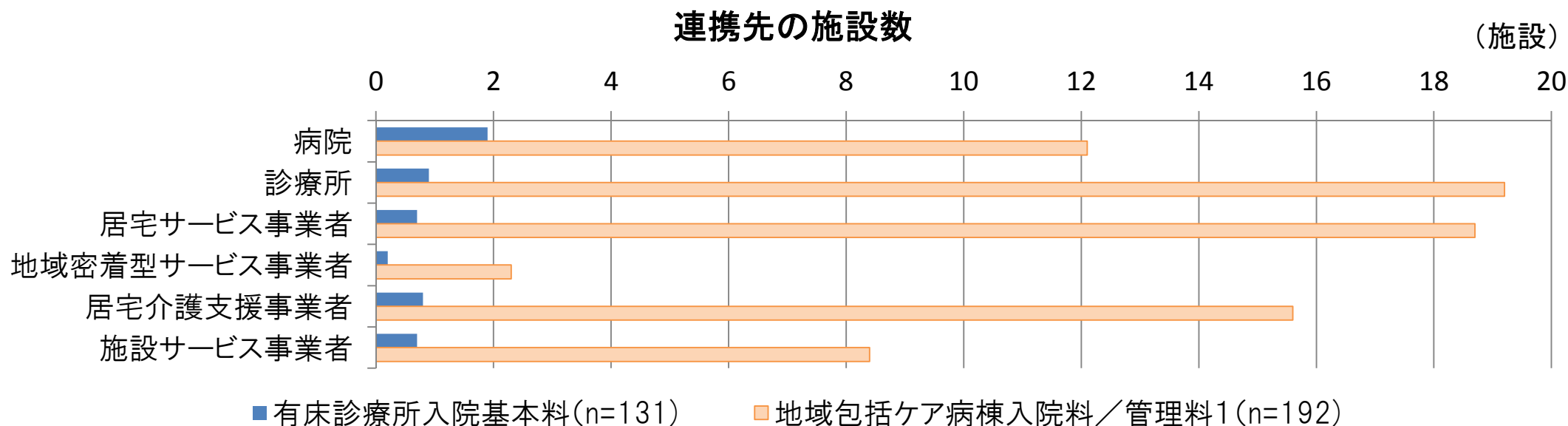
○ 入院の理由については、約60%の患者について「治療のため」と回答し、次いで、「リハビリテーションのため」と回答していた。

入院の理由 (n=683)

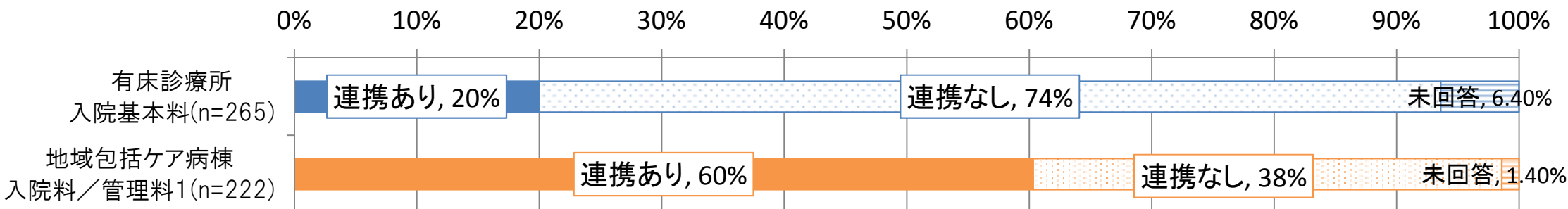


有床診療所における地域との連携の状況

- 地域との連携について、有床診療所入院基本料を算定する医療機関は、地域包括ケア病棟入院料／管理料1を算定する医療機関に比べ、
- ・連携先の施設数が少なく
 - ・自治体との連携の実績が少なかった。



過去6ヶ月間の自治体との個別事例に関する連携の有無



1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

(1) 医療の提供体制

(2) 患者の状況

(3) 診療報酬上の評価と算定状況

(4) 医療経済実態調査の分析

有床診療所の機能に着目した評価（入院基本料）

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。

医療機能に応じた入院医療の評価について④

在宅復帰率の要件見直し

- 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が75%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)



改定後(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が80%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)
- ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

- 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以下

有床診療所療養病床入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以下

有床診療所入院基本料の概要①

- 有床診療所入院基本料の区分1～3の届け出にあたっては、在宅療養中の患者への支援等の実績等に関する要件(次頁)を満たす必要がある。

区分	点数			看護職員の配置		夜間の看護要員	届出	
	～14日	15～30日	31日～				施設数(上段)	病床数(下段)
1	861点	669点	567点	7以上	看護師1以上配置が望ましい	1以上	2,615	42,315
2	770点	578点	521点	4以上7未満			604	7,746
3	568点	530点	500点	1以上4未満			140	1,140
4	775点	602点	510点	7以上	看護師1以上配置が望ましい		673	9,484
5	693点	520点	469点	4以上7未満			662	7,316
6	511点	477点	450点	1以上4未満			1,124	9,377

有床診療所入院基本料の概要②

- 有床診療所入院基本料1～3の施設基準においては、在宅療養中の患者への支援や専門医療等の実績等に関する以下の要件のうち、いずれか2つを満たすこととされている。

在宅療養中の患者への支援に関する実績

- ・ 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
- ・ 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。

専門医療等の実施に関する実績

- ・ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。
- ・ 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。

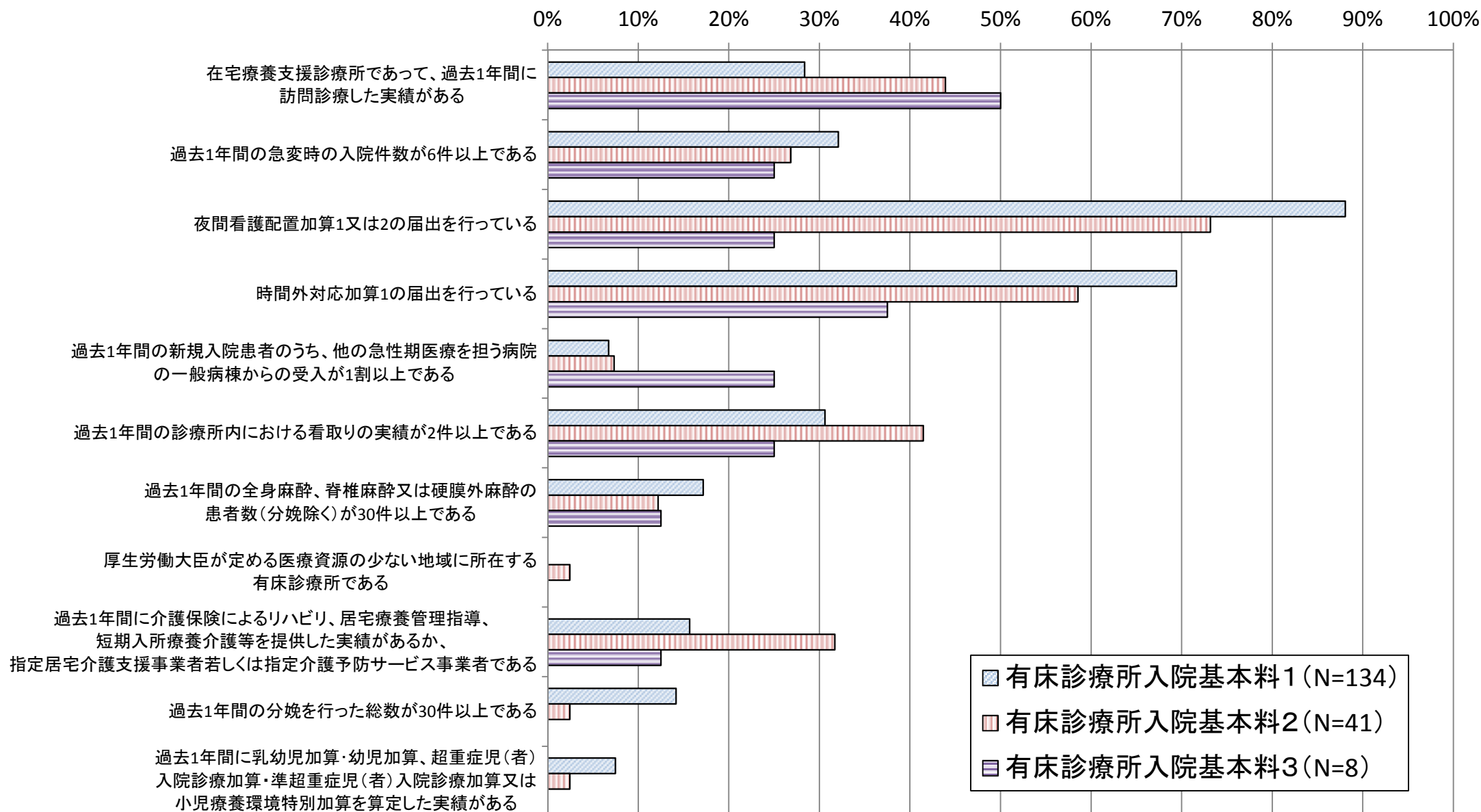
急性期病院からの患者の受け入れに関する実績

- ・ 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。

医療機関の体制、その他

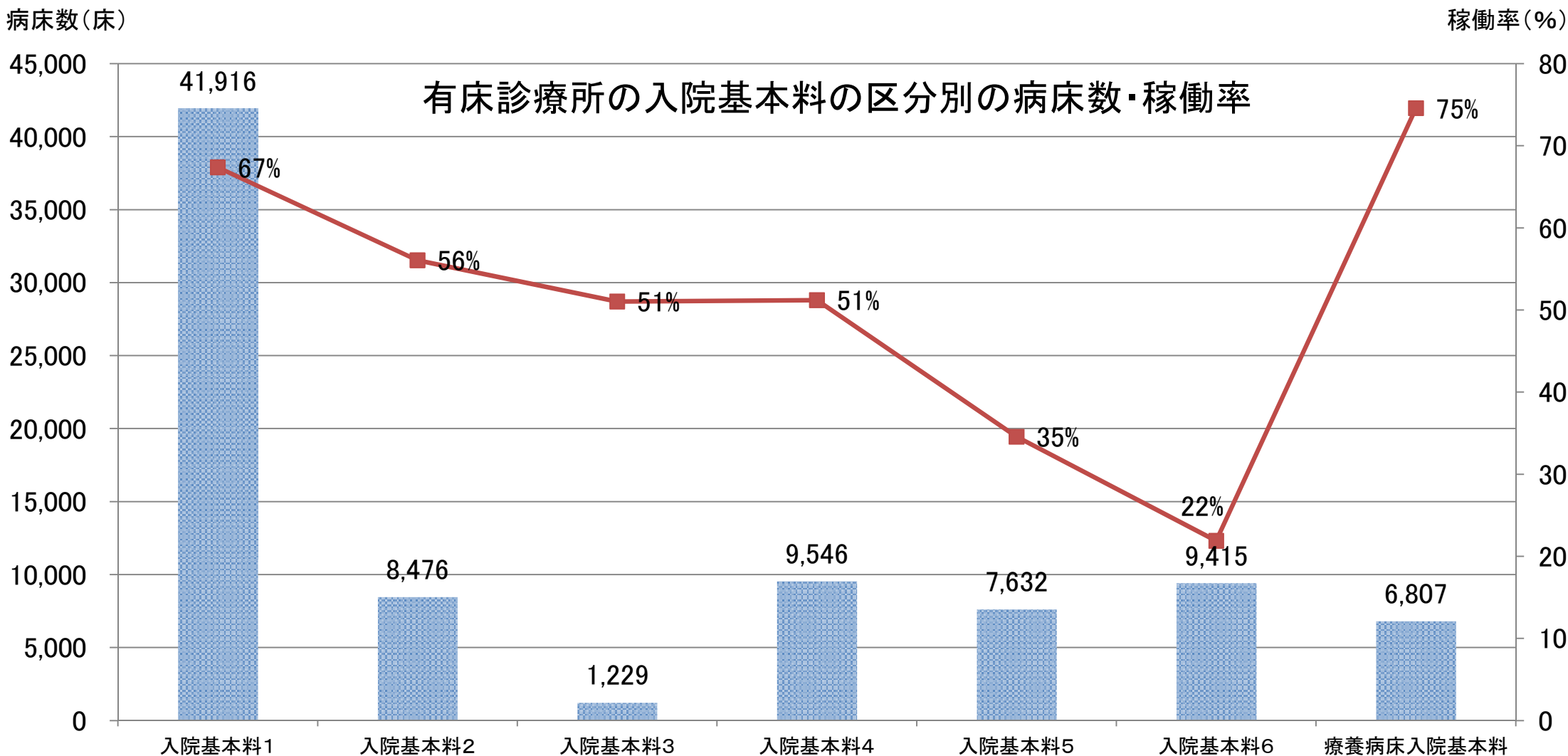
- (緊急時の対応)
 - ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。
 - ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。
- (その他)
 - ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

○ 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。



有床診療所の入院基本料区分別の届出病床数と稼働率

- 有料診療所入院基本料1の届出病床数が最も多い。
- 稼働率は有床診療所入院基本料1が最も高く、67%であった。



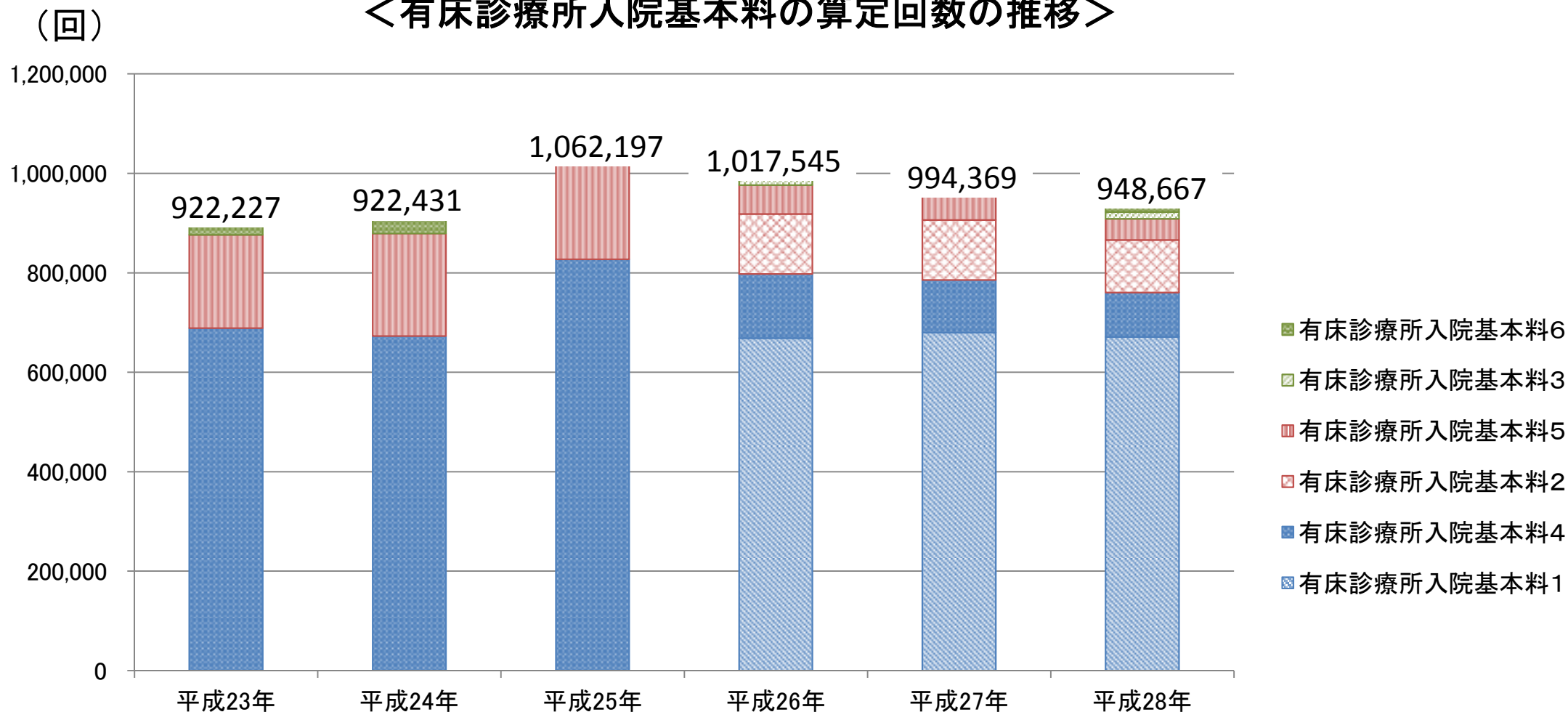
稼働率:平成27年7月1日時点における、1日平均入院患者数を稼働病床数で除したもの

出典:保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

有床診療所入院基本料の算定回数推移

○ 有床診療所入院基本料の算定回数は、近年、減少傾向にある。

＜有床診療所入院基本料の算定回数の推移＞



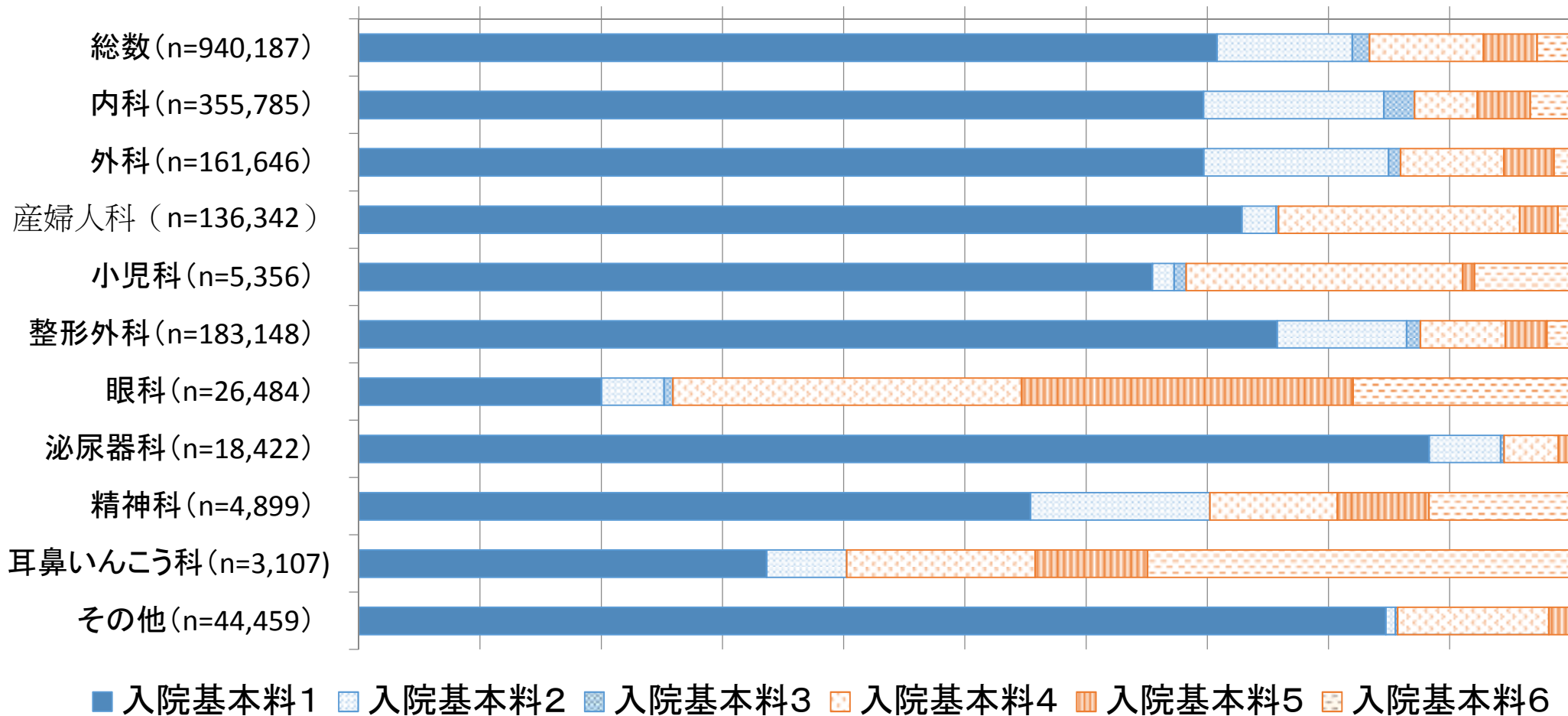
(注1) 平成25年以前の入院基本料入院基本料1～3は、それぞれ入院基本料4～6として集計。

(注2) 平成25年度から、調査方法が抽出調査からNDBを用いた悉皆調査に変更されている。

診療科別の有床診療所入院基本料の算定状況①

○ 地域包括ケアに関連する要件等を評価した入院基本料1～3の算定回数の割合は診療科別に差があり、耳鼻科・眼科で低く、内科・整形外科・泌尿器科で高い。

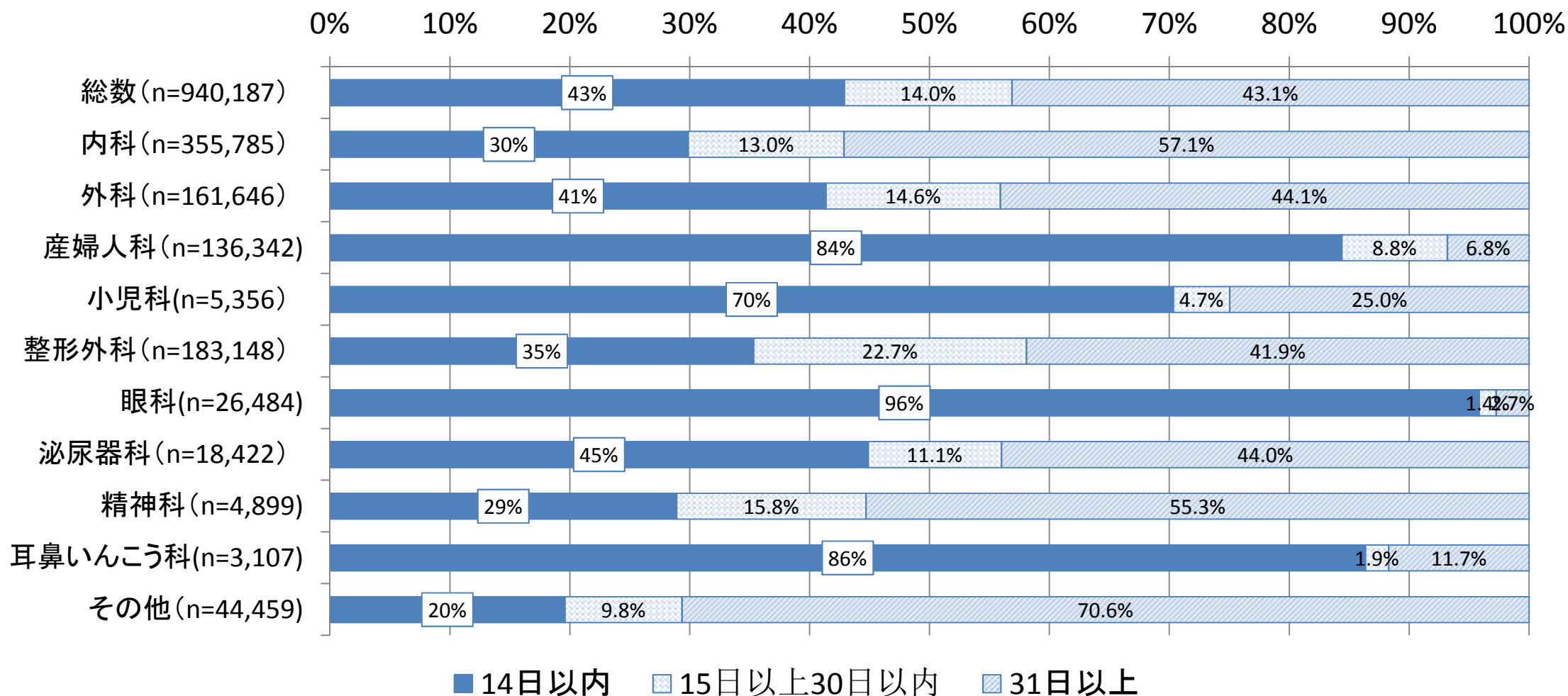
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



注) 算定回数ベース。算定回数1,000回未満の診療科は除外。

診療科別の有床診療所入院基本料の算定状況②

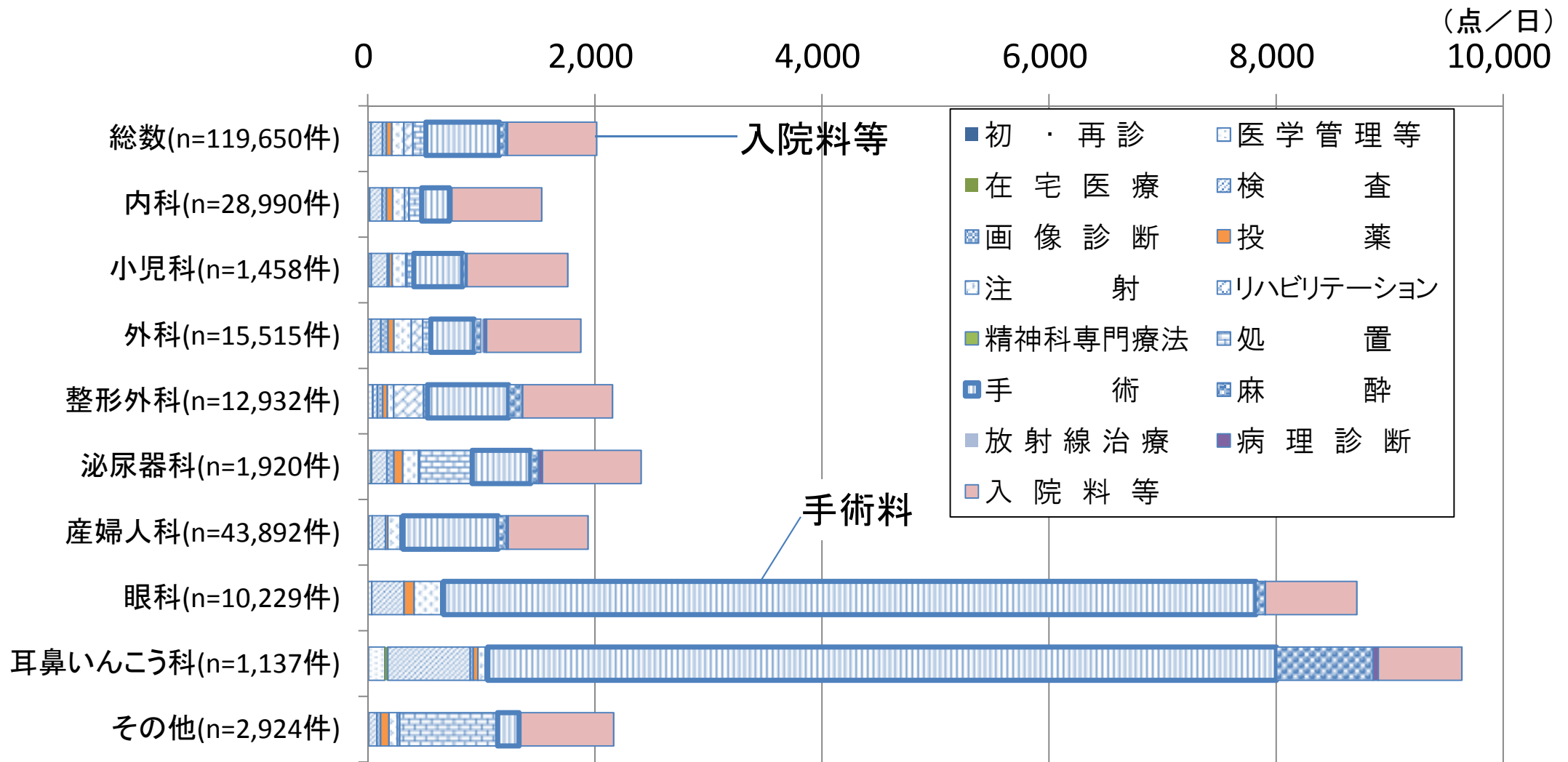
○ 眼科、耳鼻いんこう科では、90%前後が「14日以内」の入院基本料の算定である一方、精神科、内科では、60%前後が「31日以上」の入院基本料を算定していた。



注) 算定回数ベース。算定回数1,000回未満の診療科は除外。

診療科別の有床診療所の入院レセプト1日あたり平均点数

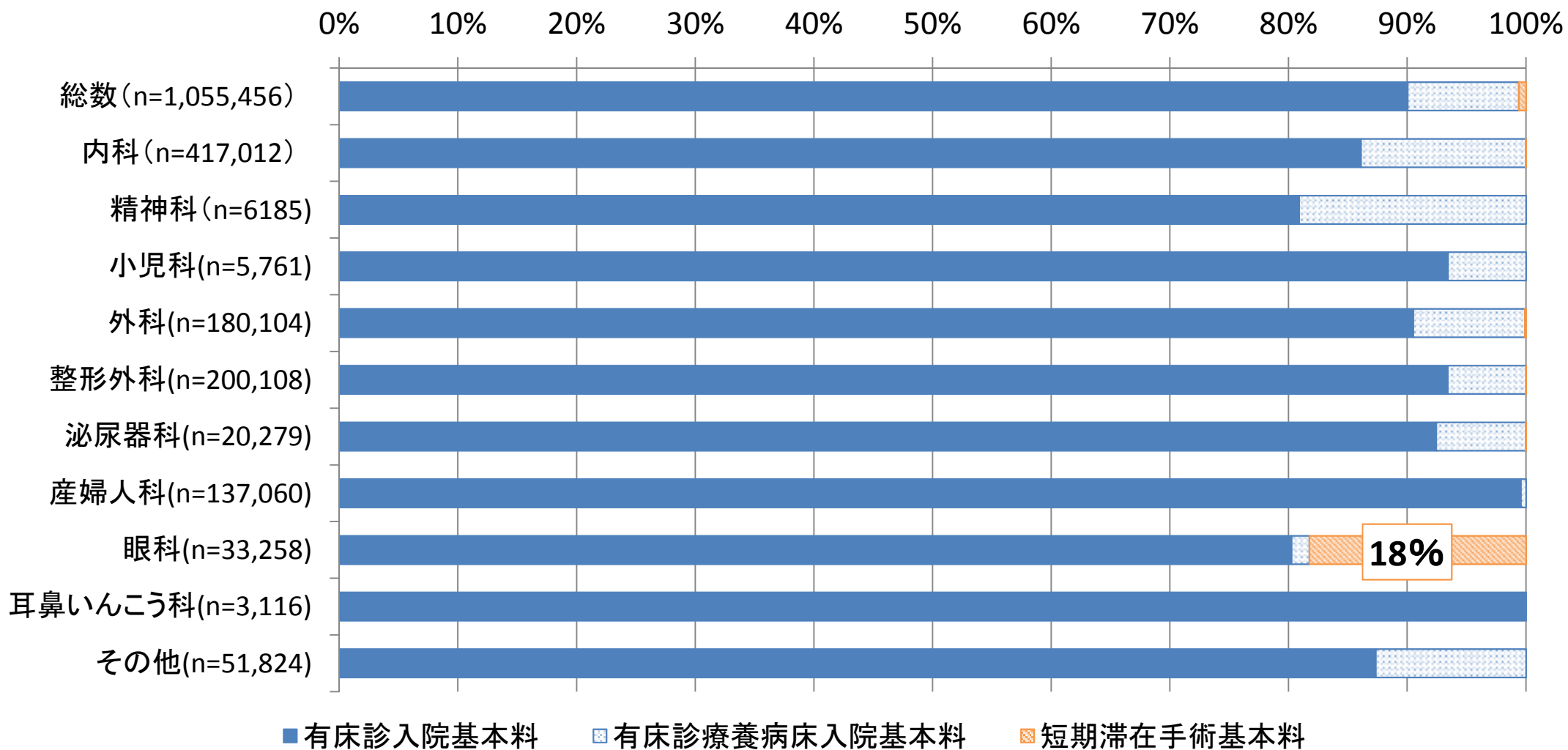
○ 診療科別に有床診療所の入院レセプトの算定状況を見ると、眼科・耳鼻いんこう科を標榜する有床診療所では、1日あたり平均点数に占める手術料の割合が大きかった。



注) 算定点数を診療実日数で割り戻して算出。算定件数が1,000件未満の診療科は除外。

有床診療所における短期滞在入院基本料の算定状況

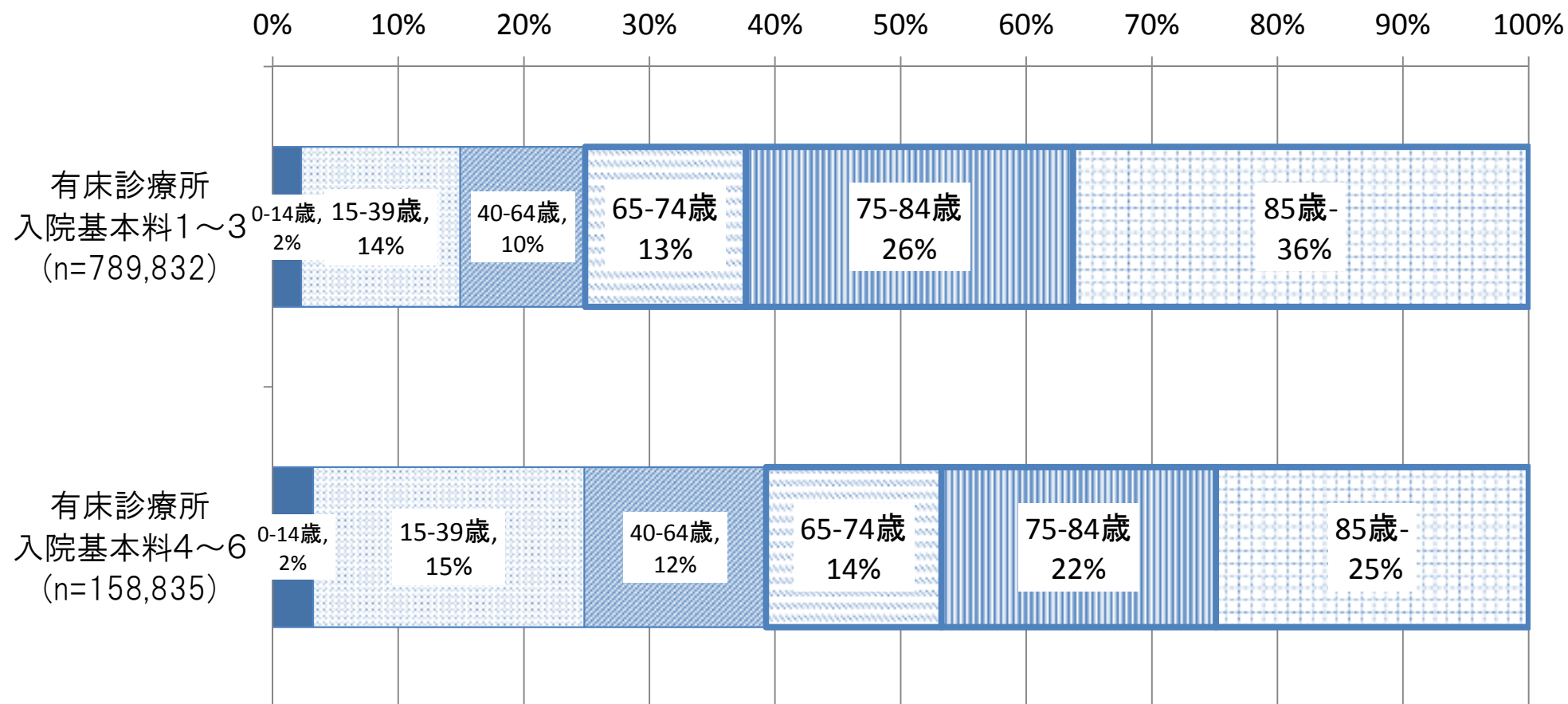
○ 有床診療所が算定する入院基本料等をみると、眼科については、約18%が短期滞在入院基本料を算定していた。



注) 算定回数ベース。算定回数1,000回未満の診療科は除外。

年齢階級別の有床診療所入院基本料の算定状況①

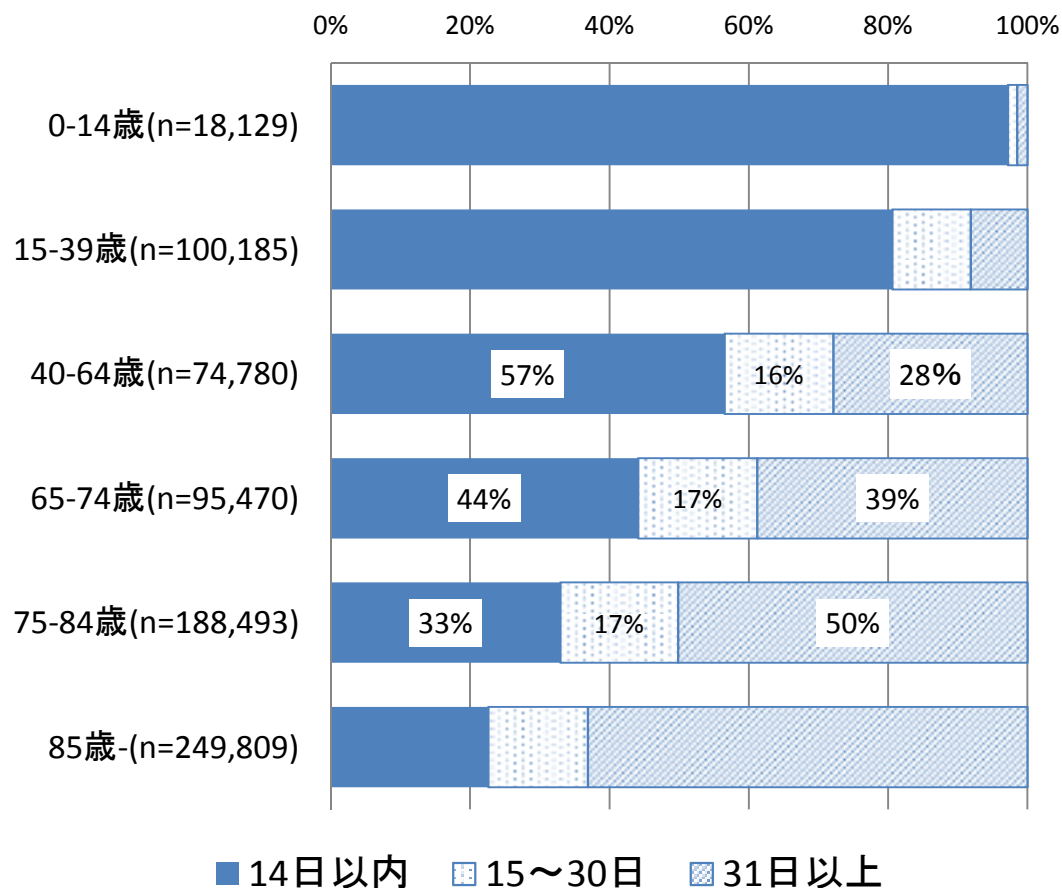
- 年齢階級別に有床診療所入院基本料の算定回数の分布をみると、地域包括ケアに関連する要件を評価した入院基本料1～3は、65才以上の患者の算定が約75%を占め、入院基本料4～6に比べて多かった。



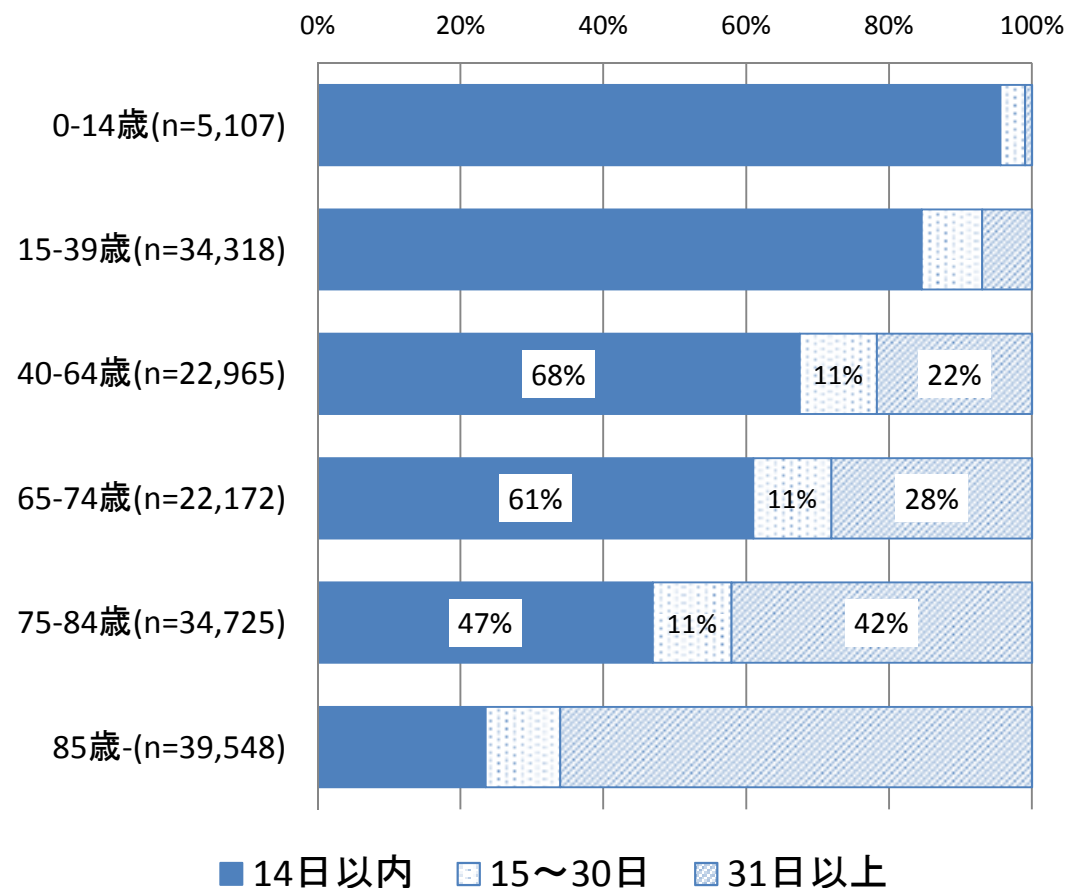
年齢階級別の有床診療所入院基本料の算定状況②

○ 患者の年齢階級及び入院期間に応じた入院料の区分ごとに、有床診療所入院基本料の算定状況を見ると、地域包括ケアに関連する要件を評価した入院基本料1～3は、入院基本料4～6に比べ、40～84歳の患者で、「14日以内」が少なく「15～30日」「31日以上」が多かった。

入院基本料1～3の算定回数の分布

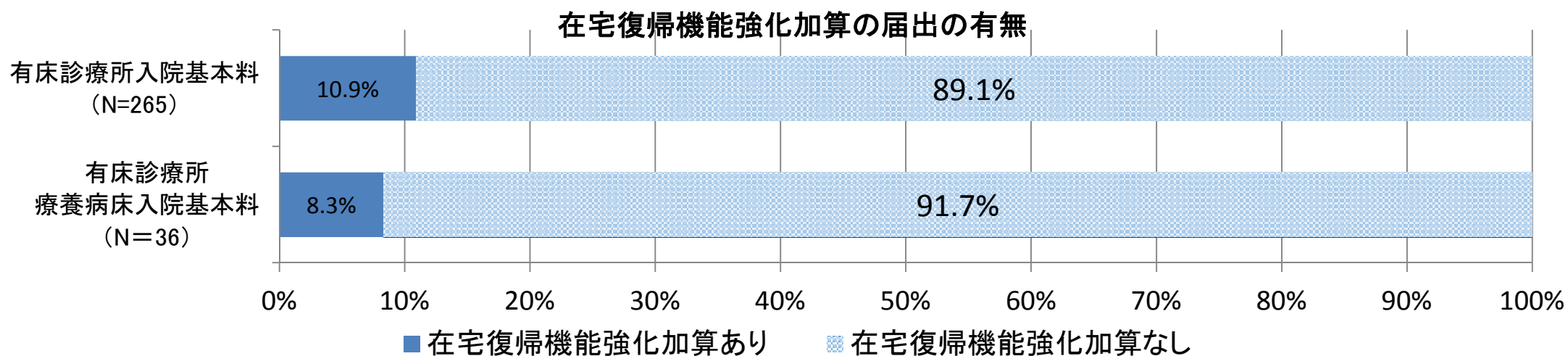


入院基本料4～6の算定回数の分布

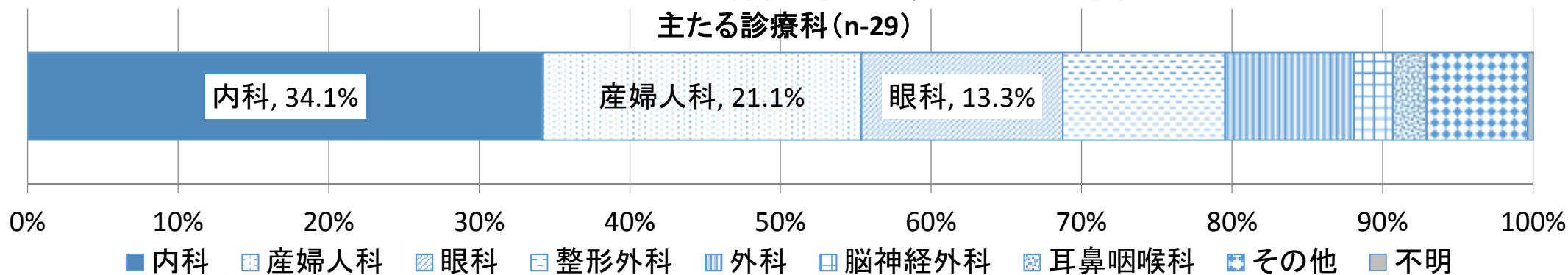


有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況①

- 入院医療等の調査の回答施設について、平成28年度診療報酬改定で新設した有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出状況を見ると、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料を届け出ている診療所のうち、約1割程度であった。
- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出医療機関の主たる診療科は、多い順に「内科」「産婦人科」「眼科」であった。



有床診療所入院基本料の在宅復帰機能強化加算の届出医療機関における主たる診療科 (n=29)



(注) 療養病床在宅復帰機能強化加算の届出医療機関における主たる診療科は、全て内科だった。

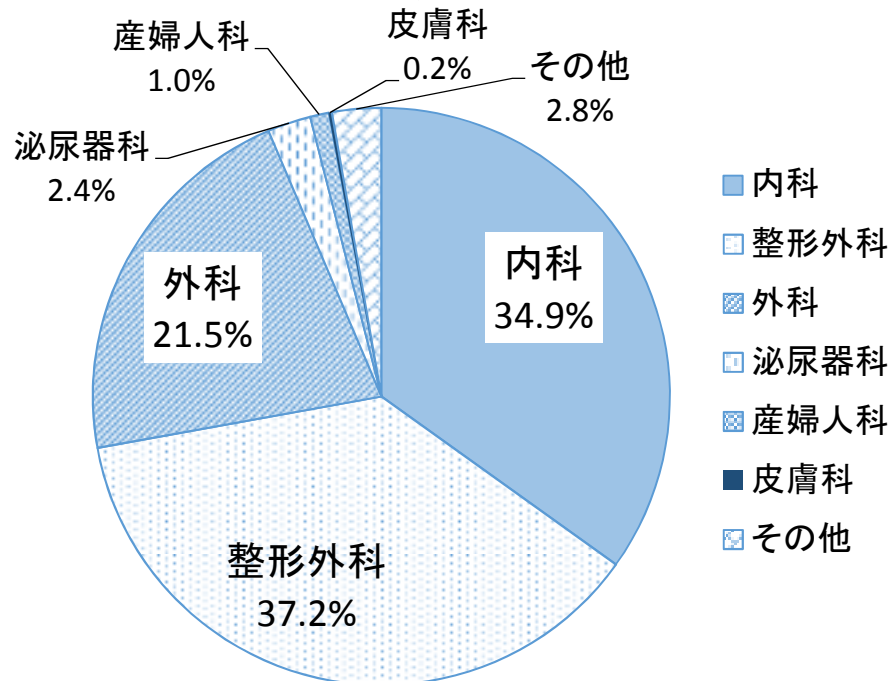
有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況②

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の算定割合は10%前後であり、算定している診療科をみると、内科が最も多く、ついで整形外科、外科の順だった。

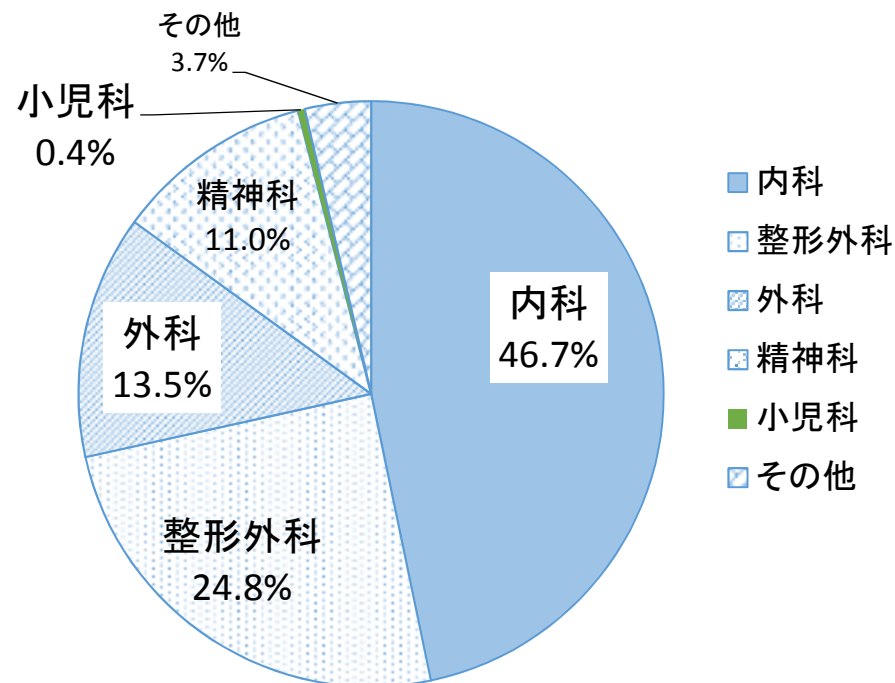
	有床診療所 在宅復帰機能強化加算	有床診療所 療養病床 在宅復帰機能強化加算
算定件数	5,740件	520件
算定回数	91,358回	10,886回
算定割合(※)	9.6%	11.0%

(※)在宅復帰機能強化加算の算定回数をそれぞれの入院基本料の算定回数で割り戻して算出。

有床診療所在宅復帰機能強化加算の
診療科別算定件数



有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の
診療科別算定件数

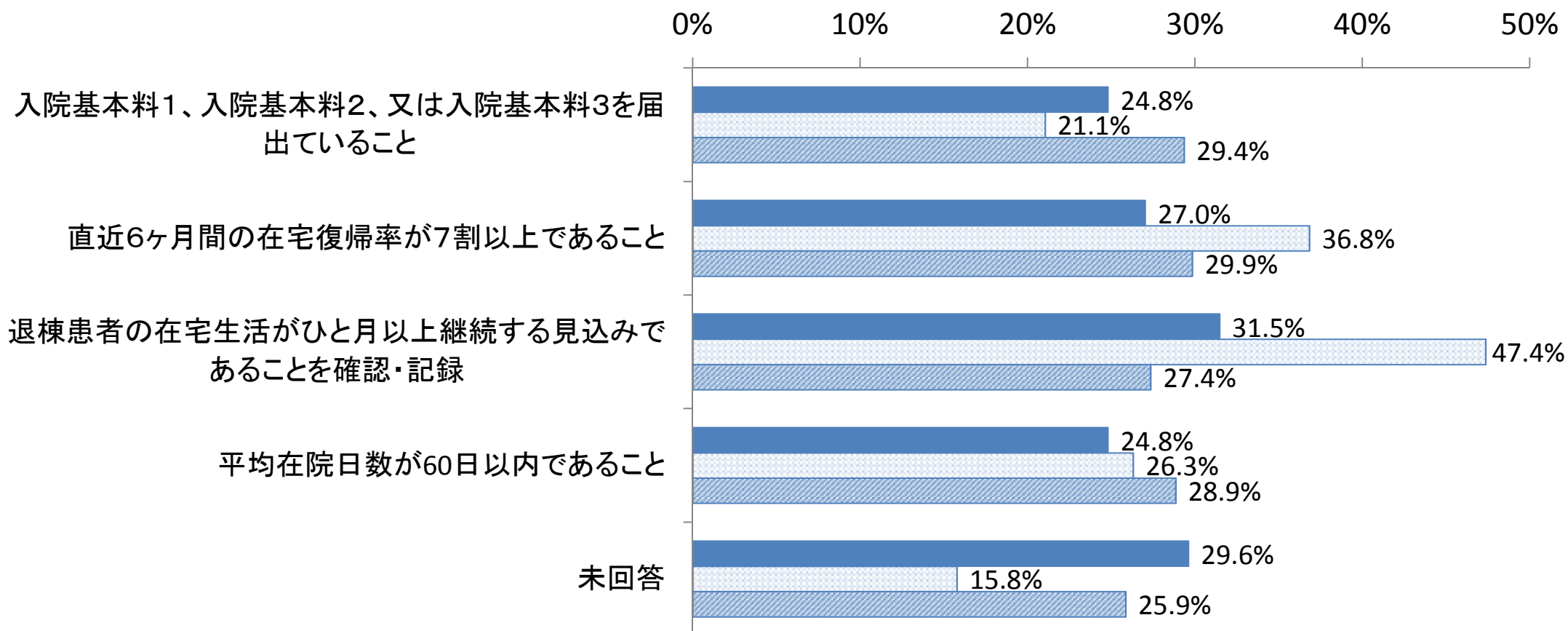


有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況③

- 平成28年度診療報酬改定で新設した有床診療所在宅復帰機能強化加算については、届出に当たり、施設基準の要件のうち「退棟患者の在宅生活の継続を確認・記録」を特に困難とする回答が多かった。

有床診療所在宅復帰機能強化加算の施設基準のうち、届出に当たり特に困難と感じられる要件

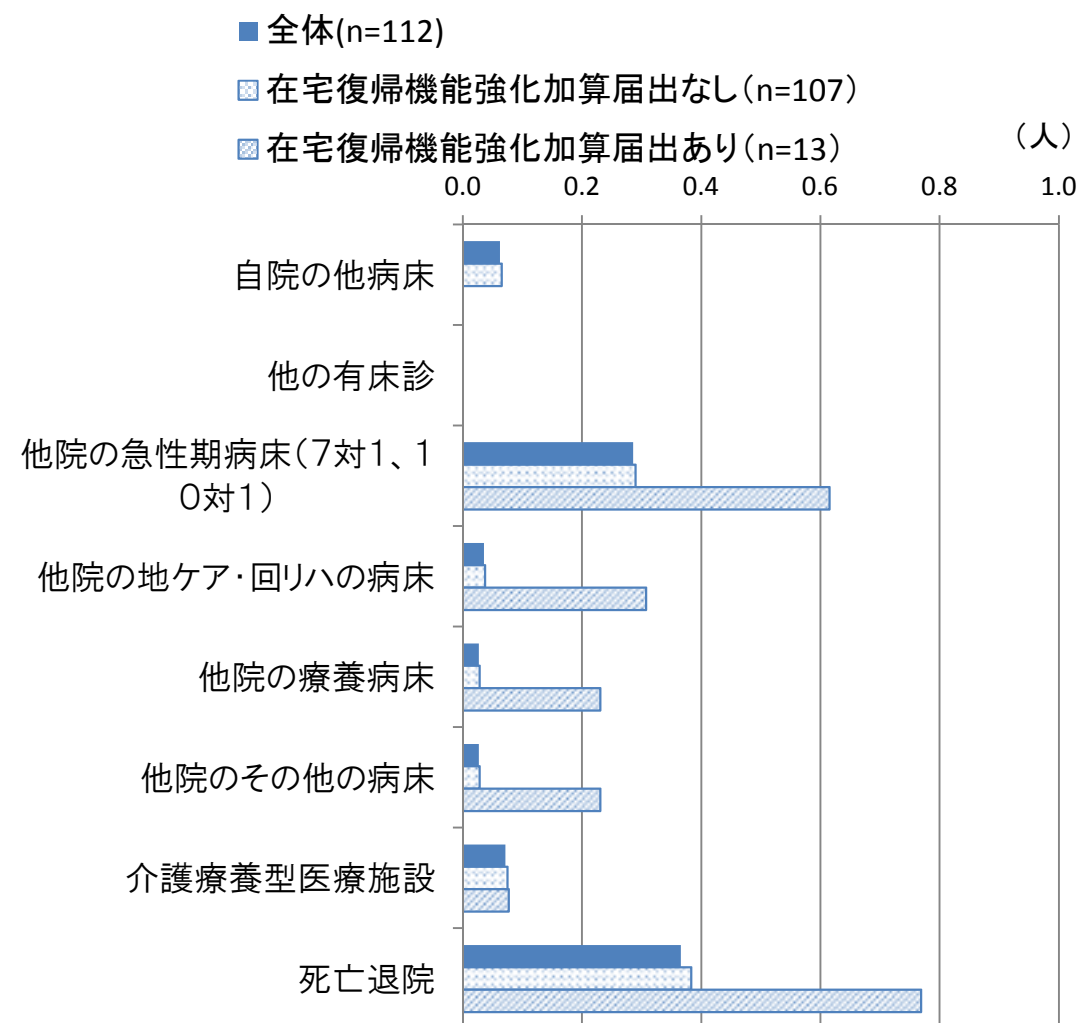
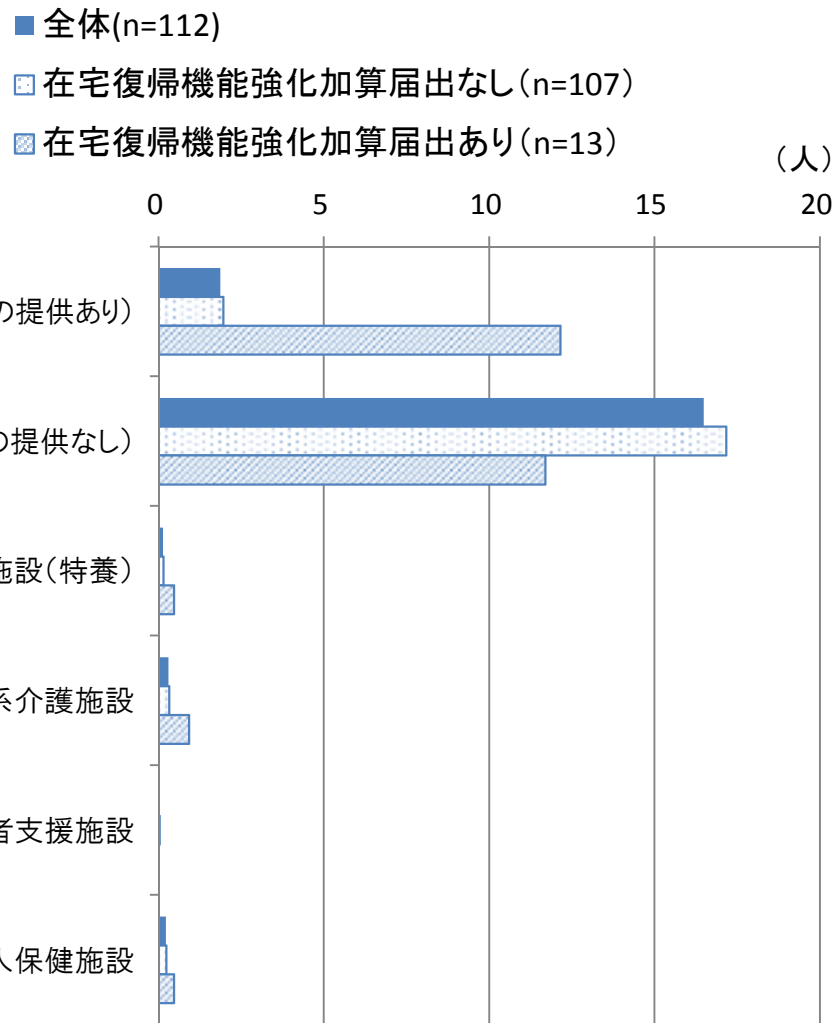
■ 全体(n=270) ▨ 今後の届出意向あり(n=19) ▩ 今後の届出意向なし(n=201)



有床診療所在宅復帰機能強化加算の状況④

○ 在宅復帰機能強化加算を届け出た医療機関では、届出のない医療機関に比べ、「自宅(在宅医療の提供あり)」「死亡退院」「他院の急性期病床」を退院先とする患者が多かった。

有床診療所入院料を算定する患者の退院先



1. 療養病棟入院基本料

2. 障害者施設等入院基本料等

3. 有床診療所入院基本料

(1) 医療の提供体制

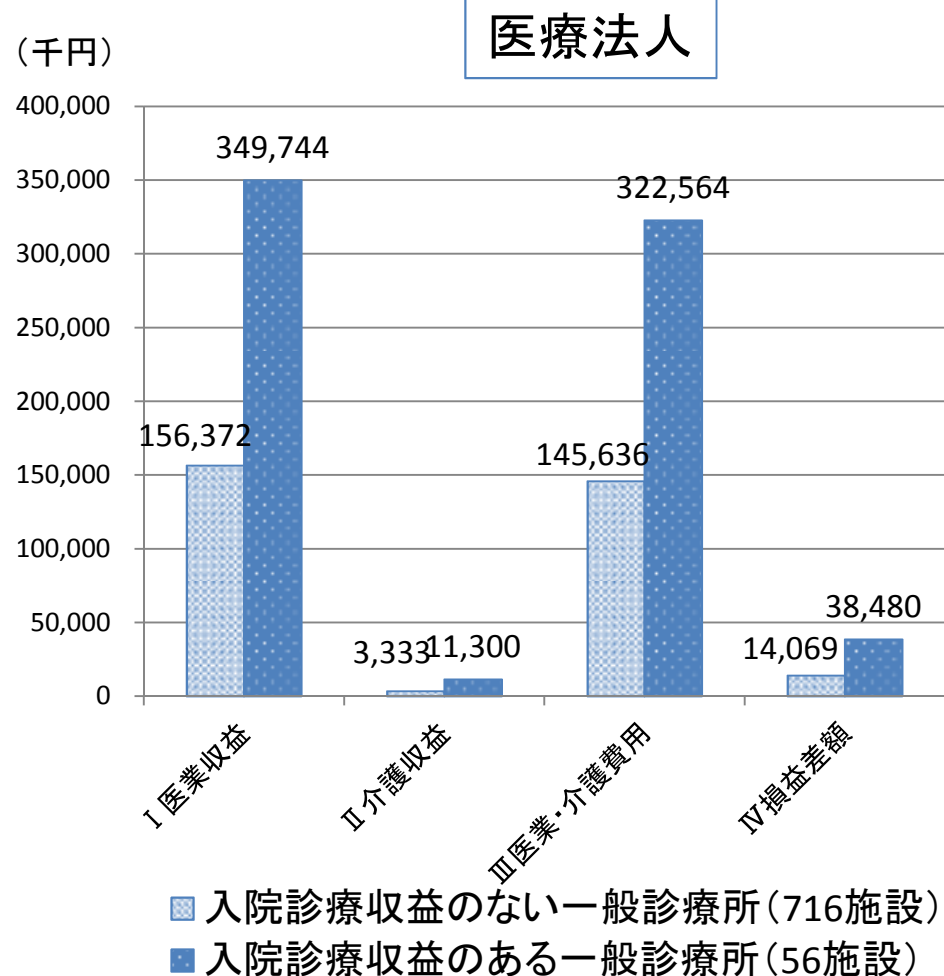
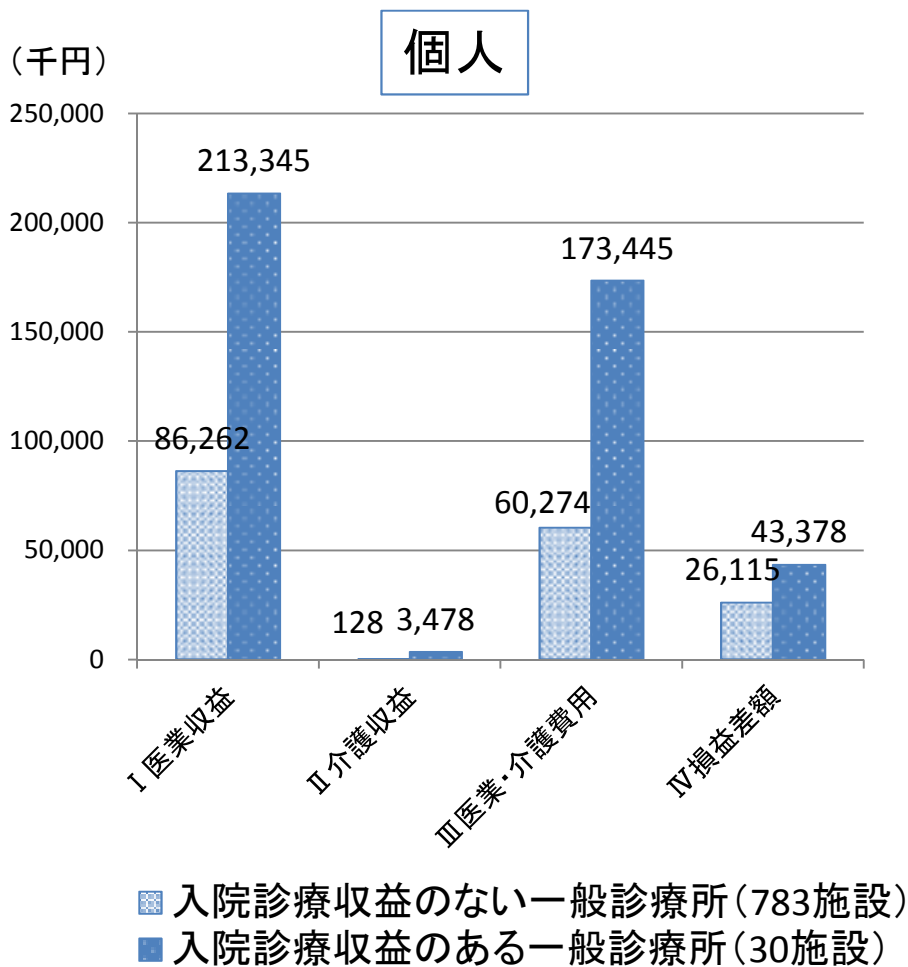
(2) 患者の状況

(3) 診療報酬上の評価と算定状況

(4) 医療経済実態調査の分析

第20回医療経済実態調査(平成27年実施) 無床診療所及び有床診療所の損益状況

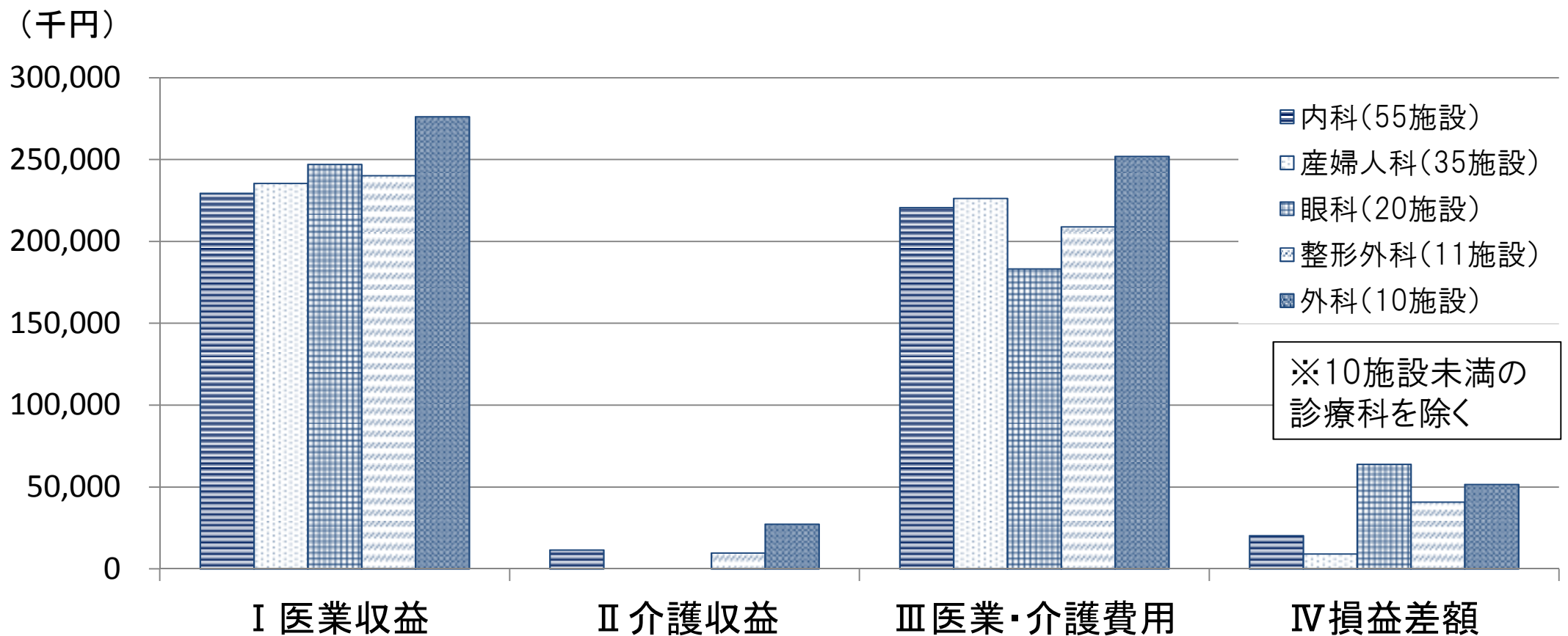
○ 「入院診療収益のある一般診療所(有床診療所)」は、「入院診療収益のない一般診療所」よりも、医業・介護収益、医業・介護費用ともに高かった。



※平成27年3月末までに終了する直近の事業年(度)の数値

主たる診療科別の有床診療所の損益状況

○ 主たる診療科別に有床診療所の損益状況をみると、回答が10施設未満の診療科を除くと、眼科・整形外科・外科では、内科・産婦人科よりも、損益差額が多かった。



※平成27年3月末までに終了する直近の事業年(度)の数値

有床診療所入院基本料の課題(案)

【課題】

(医療の提供体制)

- ・有床診療所の施設数は約8,000あり、近年は減少傾向となっている。都道府県別にみると、ばらつきがある。
- ・標榜診療科別に有床診療所数をみると、内科系が最も多く、次いで、外科系、産婦人科、整形外科、リハビリテーション科となっている。
- ・有床診療所については、地域包括ケアシステムの構築の推進や、在宅患者の療養支援等について、役割を担うことが期待されている。

(患者の状況)

- ・入院時の患者の状態についてみると、未回答を除き、ADL低下や介護の必要性に関する項目では、その他の項目に比べて多い。
- ・地域との連携の状況をみると、地域包括ケア病棟入院料／管理料1に比べ、連携する医療機関等の数が少なかった。

(診療報酬上の評価と算定状況)

- ・有床診療所入院基本料の届出病床数は、約85,000床であるが、横ばいから減少傾向である。入院料区分別にみると、入院料1が最も多く、約5割を占めている。病床稼働率は、一般病棟入院料に比べ低く、最も高い入院料1でも67%である。
- ・有床診療所入院基本料の算定回数をみると、近年、減少傾向である。
- ・有床診療所入院基本料の評価の概要をみると、近年は、地域包括ケアシステムの推進に資する要件を満たす場合の入院料1～3について、評価を手厚くしている。その入院料1～3の算定状況を診療科別にみると、内科、外科、整形外科が多い。
- ・年齢階級別の入院基本料の算定割合をみると、入院基本料1～3では、65歳以上の患者が約75%を占めている。
- ・在宅復帰機能強化加算の算定割合は、約1割であった。
- ・有床診療所入院基本料を算定する入院レセプトについて、1日あたり平均点数を診療科別にみると、眼科と耳鼻咽喉科が最も高く8,000～9,000点台であり、手術料が最も多くなっているのに比べ、その他の診療科は2,000点前後となっており入院基本料の占める割合が高い。

(医療経済実態調査の分析)

- ・有床診療所では、無床診療所と比べ、医業収益も高いが医業費用も高いことから、損益差額の無床診療所との差はあまりない。
- ・平成27年実施の医療経済実態調査結果をみると、主たる診療科別の損益差額では、回答数が10施設未満を除くと、眼科、外科、整形外科に比べ、内科、産婦人科では、損益差額が低い。

- 有床診療所は、主な専門分野によって、提供される医療の内容、患者の状態、入院期間、損益状況等が大きく異なることから、有床診療所が主として担う医療機能や患者の状態に応じた医療の提供内容について、どのように考えるか。
- 有床診療所については、地域包括ケアシステムの構築にあたり一定の役割を担うことが期待されていることから、地域における医療提供体制の中で、例えば、在宅復帰支援や介護サービス等との連携を行っている有床診療所の機能の分析について、どのように考えるか。