

資料訂正の概要

- 入院医療等の調査・評価分科会で報告した分析については以下2点の集計の誤りがあった。
 - ① 重症度、医療・看護必要度の該当患者基準は「A得点2点以上かつB得点3点以上」、「A得点3点以上」又は「C得点1点以上」であるところ、「A得点2点以上かつB得点3点以上」が欠落していた。
 - ② 「C21全身麻酔・脊椎麻酔の手術」のマスタが全18請求項目であったところ、その内の14項目が欠落していた。
- 上記2点を修正した上で再度分析を行い、関連する資料の訂正を行った。修正による集計結果の訂正は、以下のとおり。
 - ・DPCデータでの該当患者割合の変更及びそれに伴う感度・特異度等の変更
 - ・「C21全身麻酔・脊椎麻酔の手術」のDPCデータでの該当患者割合の変更

入院医療等の調査・評価分科会 における検討結果 (平成29年度調査分) 【別添】

平成29年11月17日(金)

調査概要(平成29年度調査分)

1. 急性期入院医療について

1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向

1-2-1. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の平成28年度の改定の影響

1-2-2. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の評価手法

1-3. 13対1、15対1一般病棟入院基本料

1-4. 特定集中治療室管理料等

1-5. 短期滞在手術等基本料

1-6. 総合入院体制加算

1-7. 救急医療管理加算

2. 地域包括ケア病棟入院料

2-1. 算定病床の動向

2-2. 入棟前の居場所別の分析

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料

3-1. 算定病床の動向

3-2. リハビリテーションの提供状況

4. 慢性期入院医療について

4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向

4-2. 医療区分別の分析

4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項

4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

5. 有床診療所入院基本料

5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析

5-2. 診療科別の医療の提供状況

6. 横断的事項について

6-1. 入退院支援

6-2. 在宅復帰に関する評価

6-3. データ提出加算

7. 入院時食事療養等に関する事項

7-1. 病院の給食部門における収支の状況

7-2. 経腸栄養用製品の使用及び食材費等の状況

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる7項目について、平成28年度及び平成29年度の2か年で調査を実施することとする。
- 1年間の長期の経過措置が設けられている項目など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては平成29年度調査として実施することとする。
- 平成28年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものについては原則としてその終了後に調査期間を設定する。

【平成28年度】

- (1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その1)
- (2) 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (4) 退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方について

【平成29年度】

- (1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その2)
- (2) 短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方について
- (3) 救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方について
- (4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)

平成29年度入院医療等の調査全体の概要

- 調査方法：自記式調査票の郵送配布・回収又はウェブ調査により実施。
- 調査票：「施設調査票」、「病棟調査票」を配布。また、別途、調査対象月のレセプトの写しを収集。
- 調査対象：別表のとおり。

[別表]

調査項目	各項目において調査対象となる施設	調査票	対象施設数
(1) 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その2)	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関 (※1)	A票	約2,500施設
(2) 短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方について			
(3) 救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方について			
(4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関 (※2)	B票	約1,800施設

※1 特定機能病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、総合入院体制加算届出医療機関及び病棟群単位による届出医療機関は悉皆とし、その他の医療機関は、7対1入院基本料及び10対1入院基本料届出医療機関から都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

※2 療養病棟入院基本料届出医療機関から都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

平成29年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟調査 票A	治療室調 査票A	病棟調査 票B
A	一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、専門病院入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料の一般病棟(7対1、10対1)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料	2,500	1,270 (50.8%)	4,468	741	154
B	療養病棟入院基本料	1,800	789 (43.8%)	—	—	673

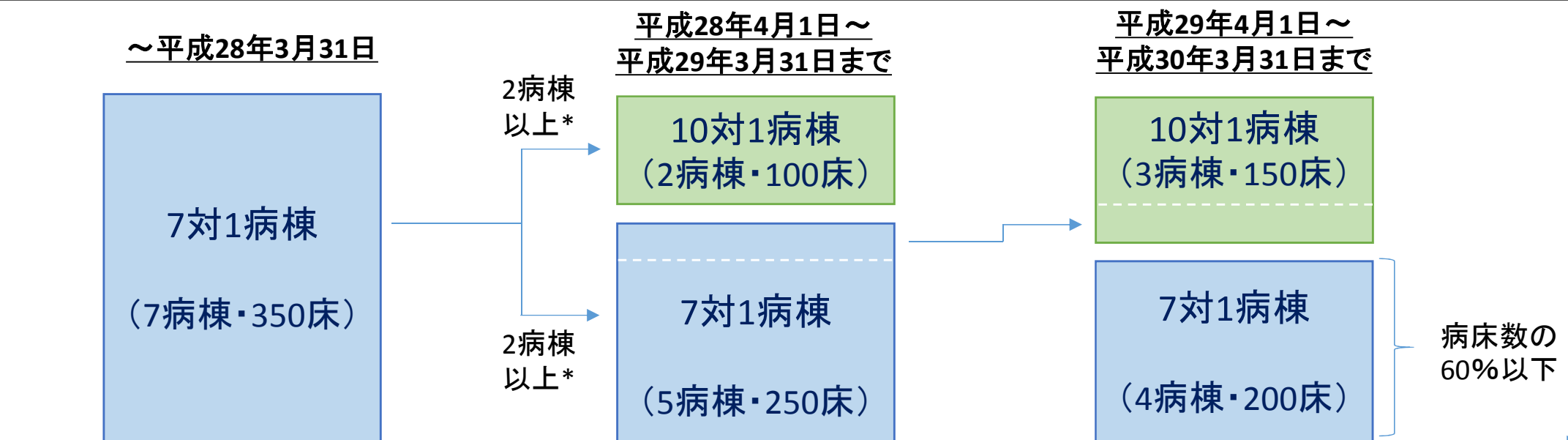
医療機能に応じた入院医療の評価について

病棟群単位による届出

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)
- 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



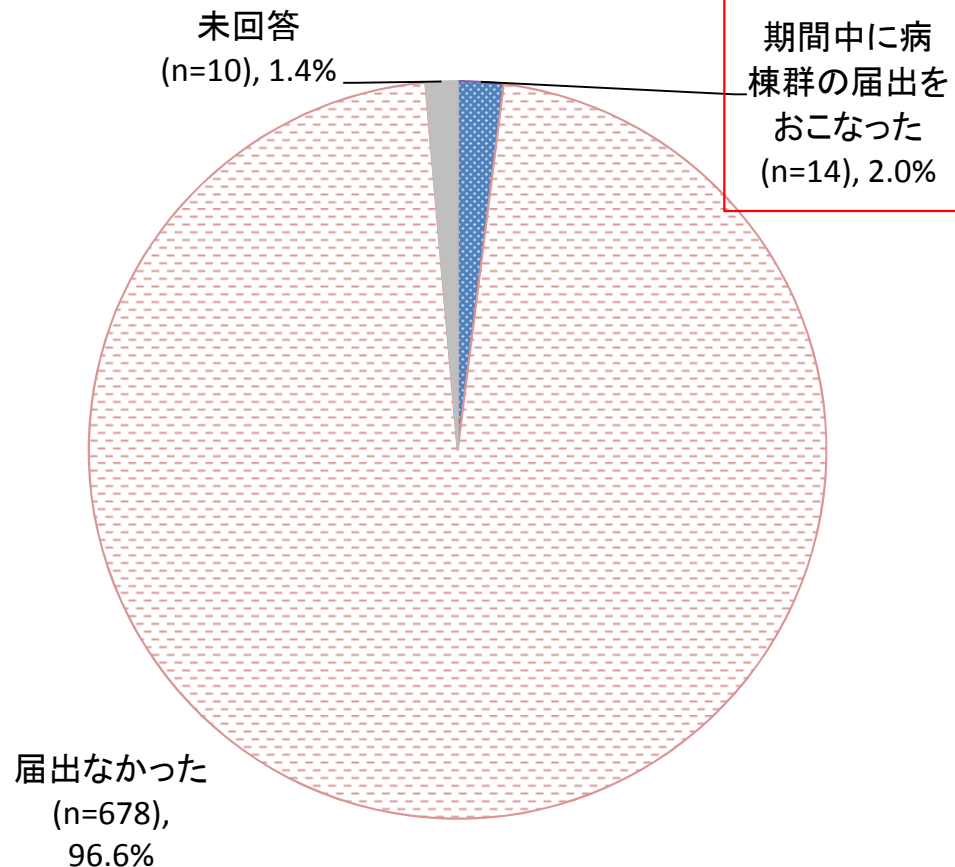
*4病棟以上の場合

病棟群単位の届出状況①

診 調 組 入 - 2
2 9 . 1 0 . 5

- 病棟群による届出の状況をきくと、調査対象施設のうち、期間内に病棟群単位の届出をおこなったと回答した医療機関は14医療機関で、全体の2.0%を占めた。
- 病棟群単位の届出をおこなった医療機関に、今後の届出の意向をきくと、「未定」の回答が最も多かった。

＜病棟群による届出の状況＞ (n=702)



＜今後の届出の意向＞ (n=14)

	回答施設数
一般病棟(7対1)への再度の届出を検討している	3
一般病棟(10対1)に転換する意向	5
未定	6

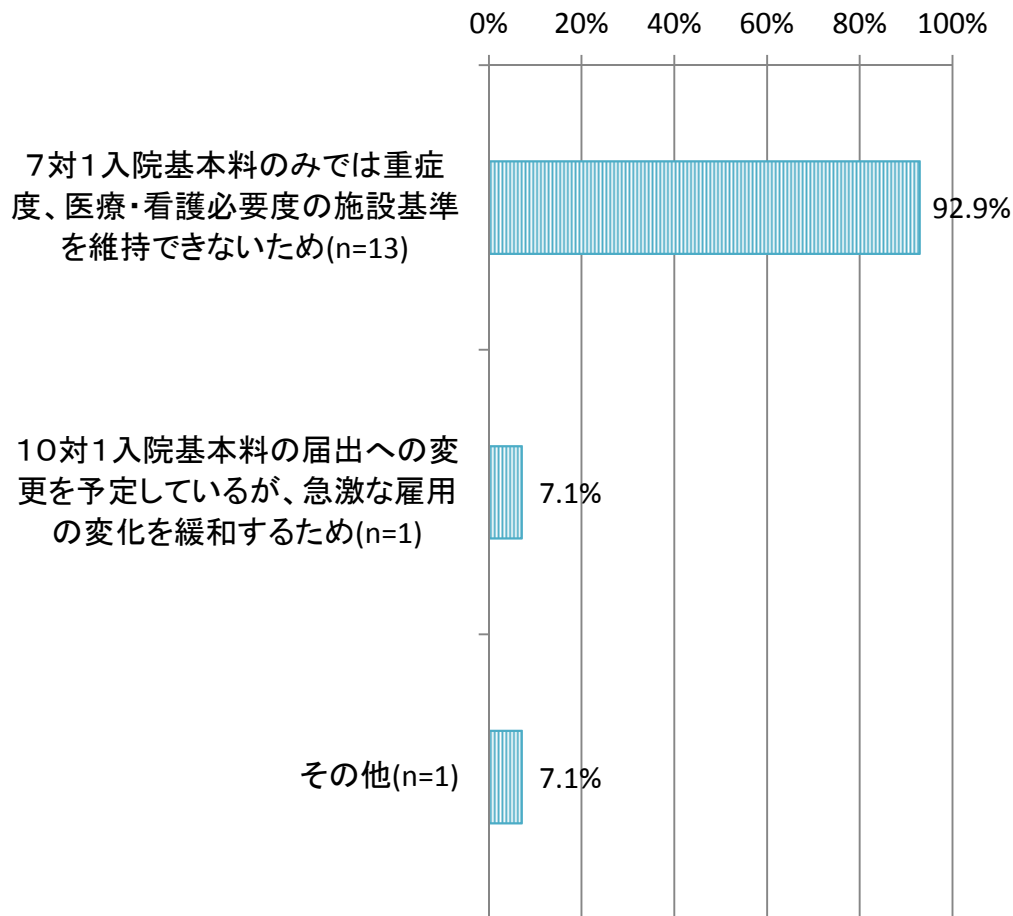
病棟群単位の届出状況②

診 調 組 入 - 2
2 9 . 1 0 . 5

- 病棟群の届出をおこなったと回答した医療機関に対しその理由をきくと、「7対1入院基本料のみでは重症度、医療・看護必要度の施設基準を維持できないため」と回答した医療機関が大半であった。
- 病棟群の届出をおこなわなかったと回答した医療機関に対しその理由をきくと、7対1入院基本料の要件を満たしており病棟群の届出の必要がないため」と回答した医療機関が大半であった。

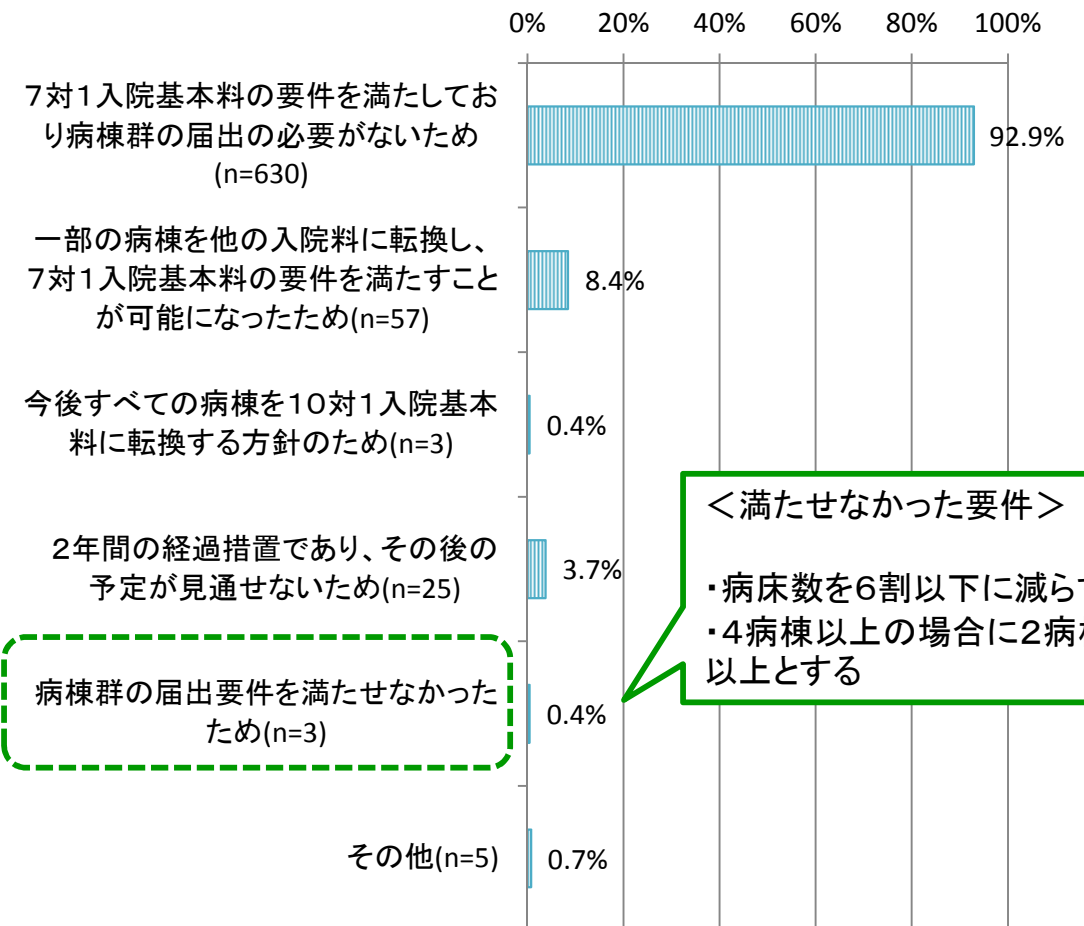
< 病棟群の届出をおこなった理由 > (n=14)

※病棟群単位の届出をおこなったと回答した医療機関のみ、複数回答可



< 病棟群の届出をおこなわなかった理由 > (n=678)

※病棟群単位の届出をおこなわなかったと回答した医療機関のみ、複数回答可



< 満たせなかった要件 >

- ・病床数を6割以下に減らす
- ・4病棟以上の場合に2病棟以上とする

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経皮的な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

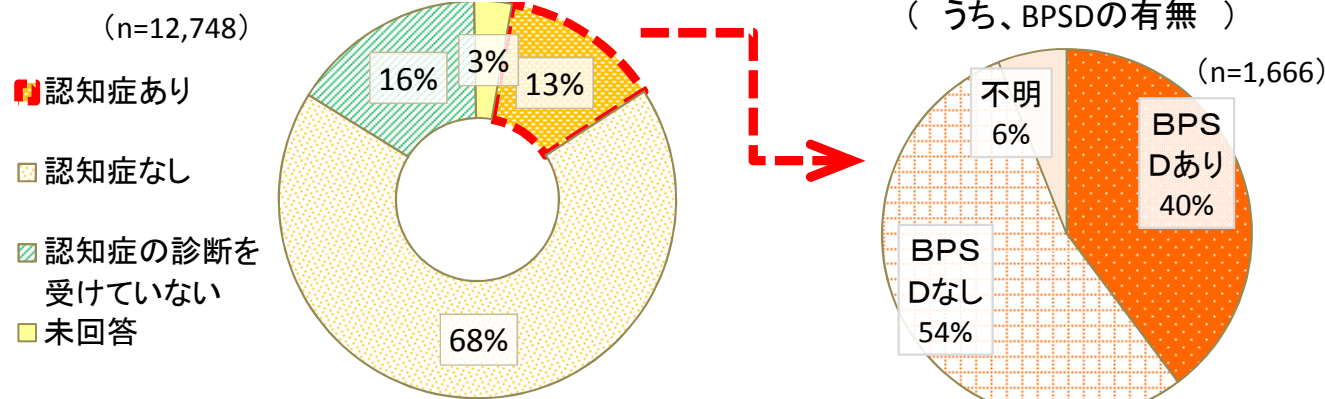
A得点2点以上かつB得点3点以上
あるいは
A得点3点以上
あるいは
C得点1点以上

7対1一般病棟における認知症・せん妄の患者①

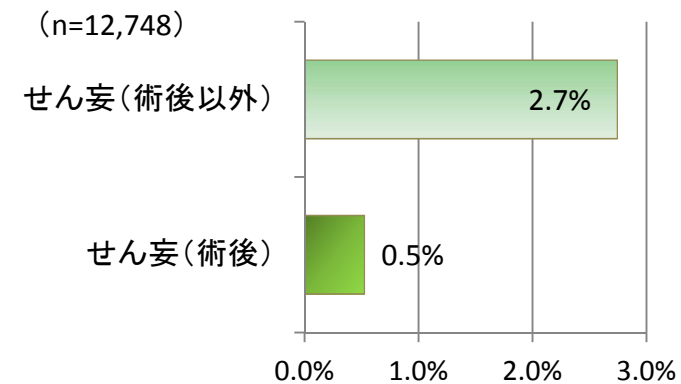
診調組 入-1
29.11.2

- 7対1一般病棟において、認知症を有する患者は約13%であり、そのうちBPSD(行動・心理症状)が見られる患者は、約4割である。せん妄症状を有する患者は、「術後以外」で2.7%である。
- 平成28年診療報酬改定において、認知症やせん妄症状を有する患者に対応する項目として、重症度、医療・看護必要度に追加された「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」は、10~15%の該当割合である。

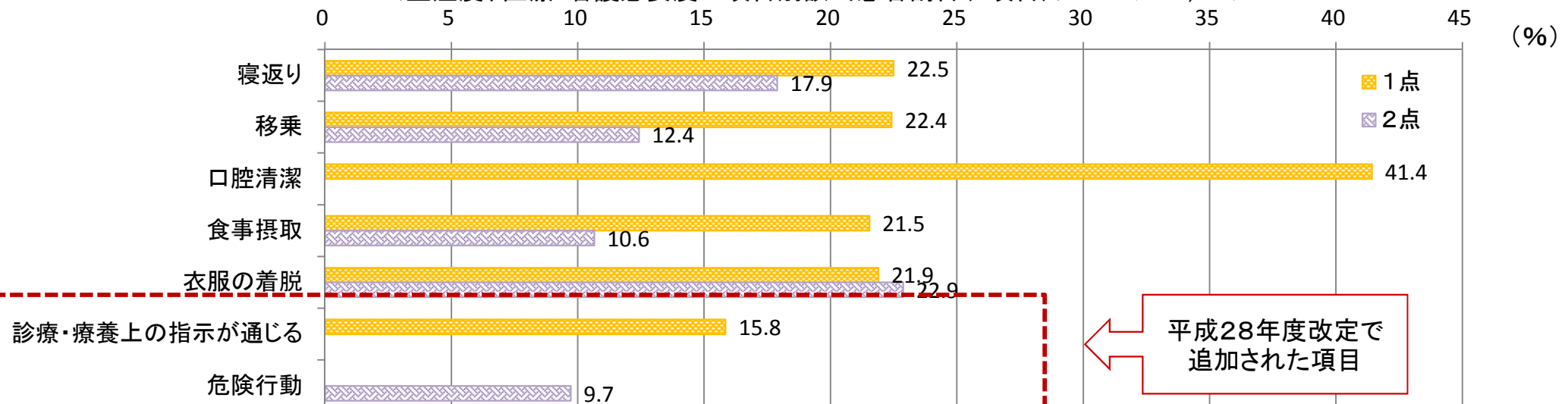
<認知症患者の割合>



<せん妄患者の割合>



<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>



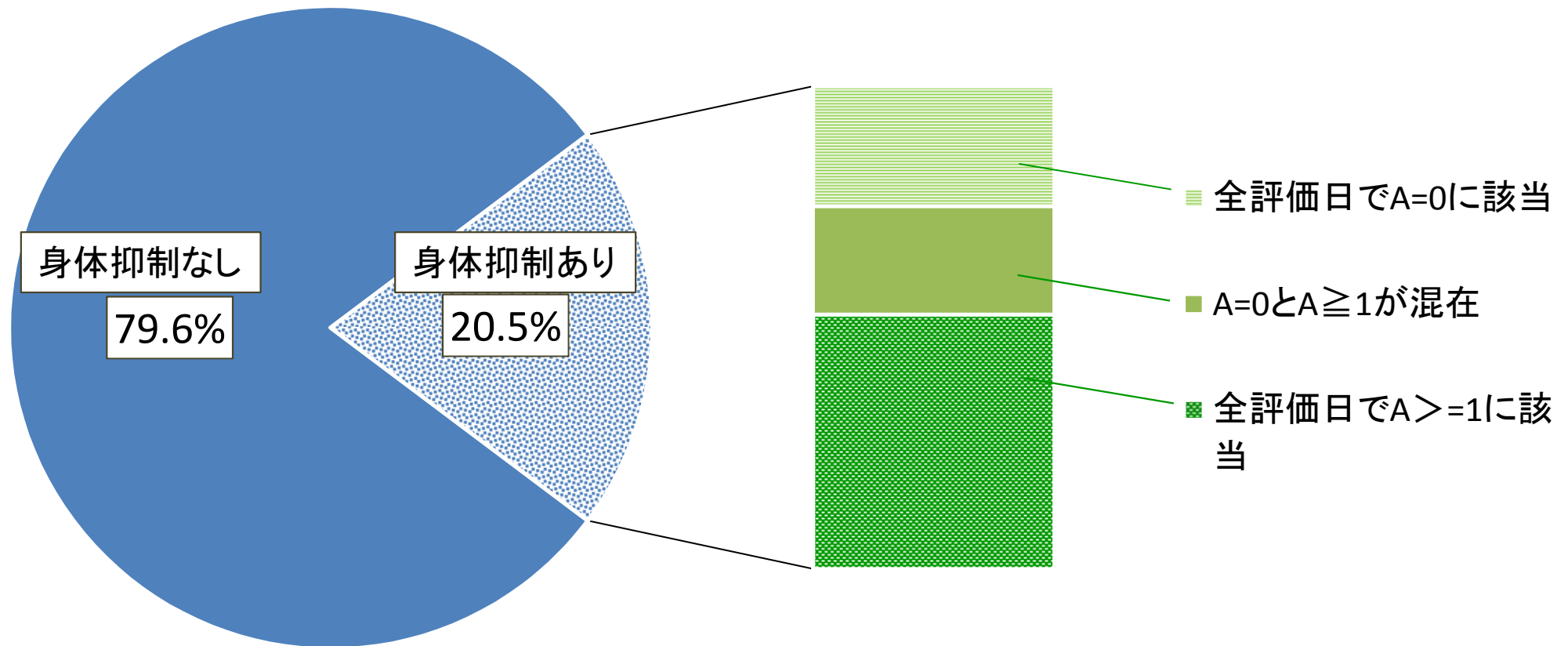
7対1一般病棟における認知症・せん妄患者②

診調組 入-1
29.11.2

- B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者のうち、「身体抑制あり」の患者は、約2割である。身体抑制「あり」の患者は、全評価日でA項目1点以上に該当する者が多い。

＜ B項目「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に
該当する患者の身体抑制の有無＞

(n=2,712)



(参考) 全患者のうち「身体抑制あり」の割合…4.9%

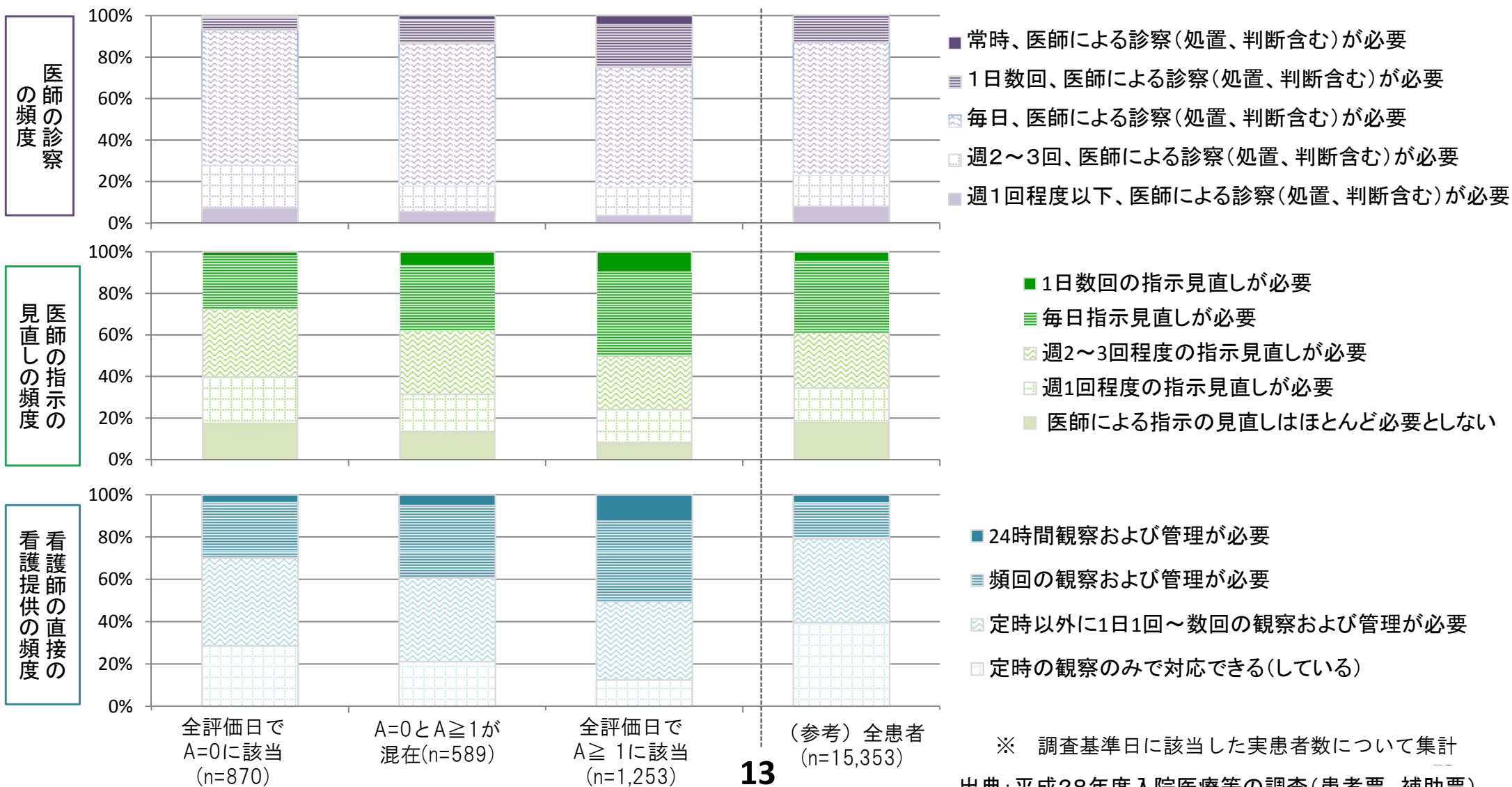
※ 調査基準日に該当した実患者数について集計

7対1一般病棟における認知症・せん妄患者③

診調組 入-1
29.11.2

- B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者について、「医師の診察の頻度」「医師の指示の見直しの頻度」「看護師の直接の看護提供の頻度」をみると、A項目に該当するほど、診察や看護の頻度が高くなっている。

＜B項目「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者に対する医学管理・看護の頻度＞



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)

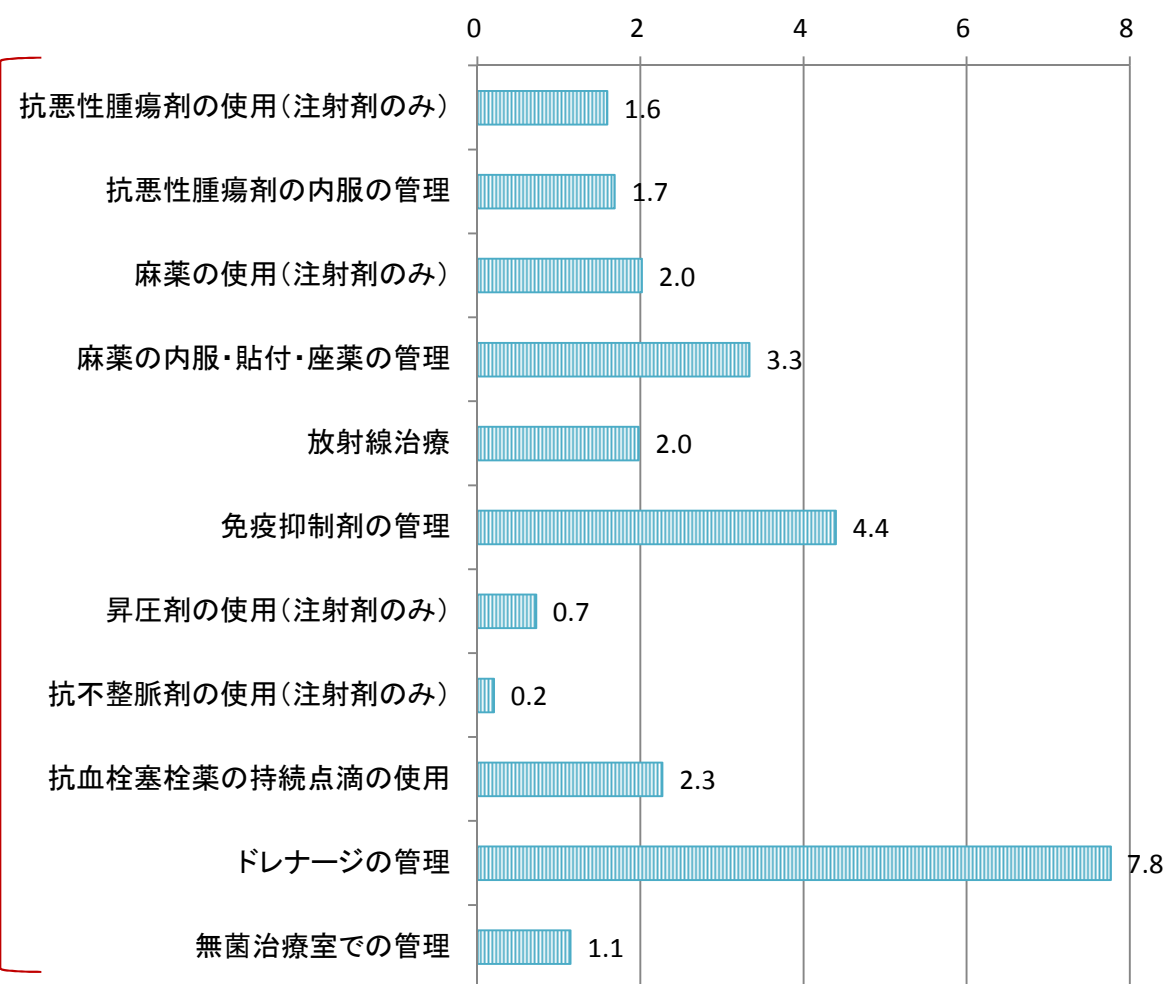
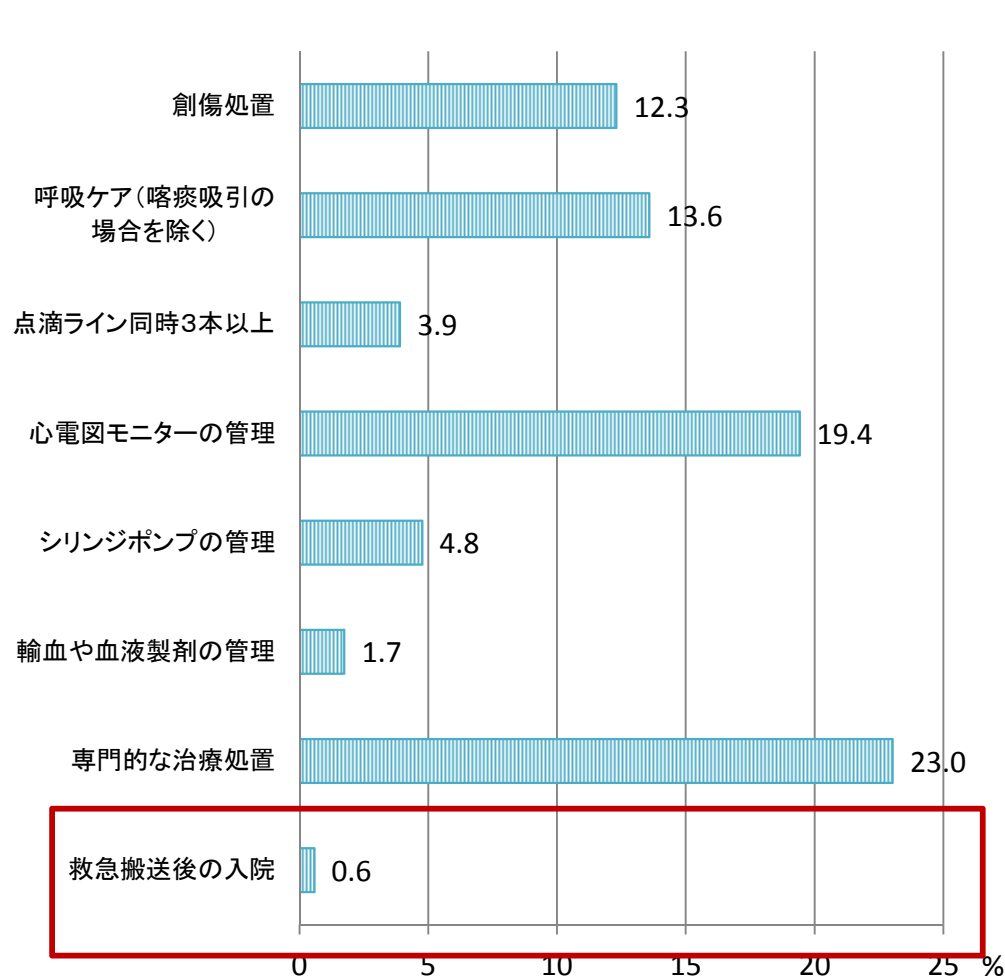
診 調 組 入 - 1
2 9 . 6 . 2 1

- 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)

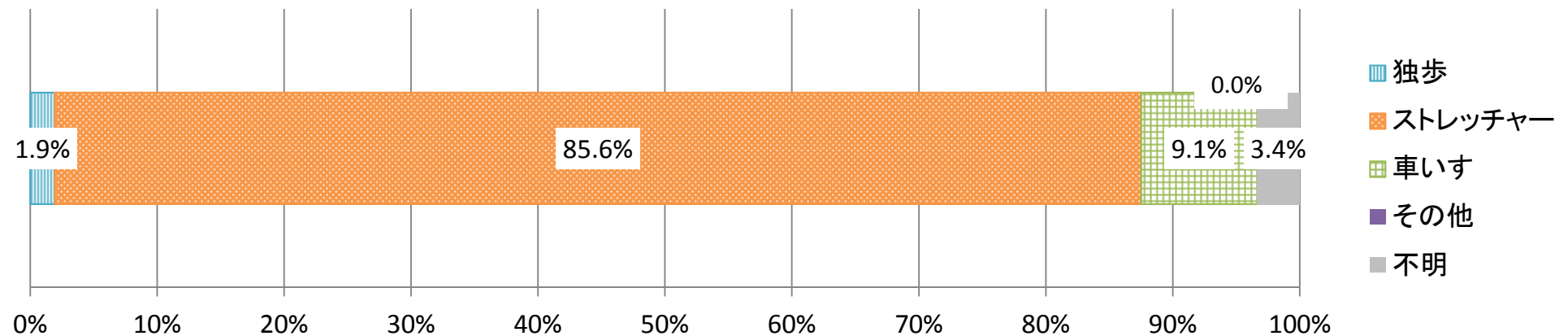


「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の詳細①

診調組 入-1
29.11.2

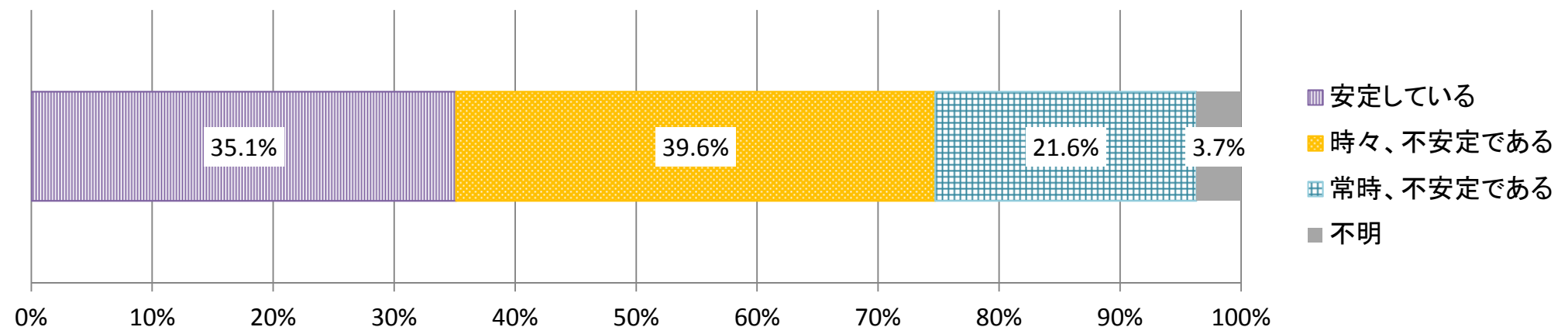
- 「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の緊急搬送後の入院方法をみると、ストレッチャーが85.6%であった。
- 「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の緊急搬送後の入院方法をみると、入棟中の患者の医療的な状態をみると、「時々、不安定である」が39.6%で最も多く、次いで「安定しているが」35.1%が多かった。

＜救急搬送後の入院方法＞(n=208)



＜入棟中の患者の医療的な状態＞(n=268)

※ 調査対象期間内の1週間

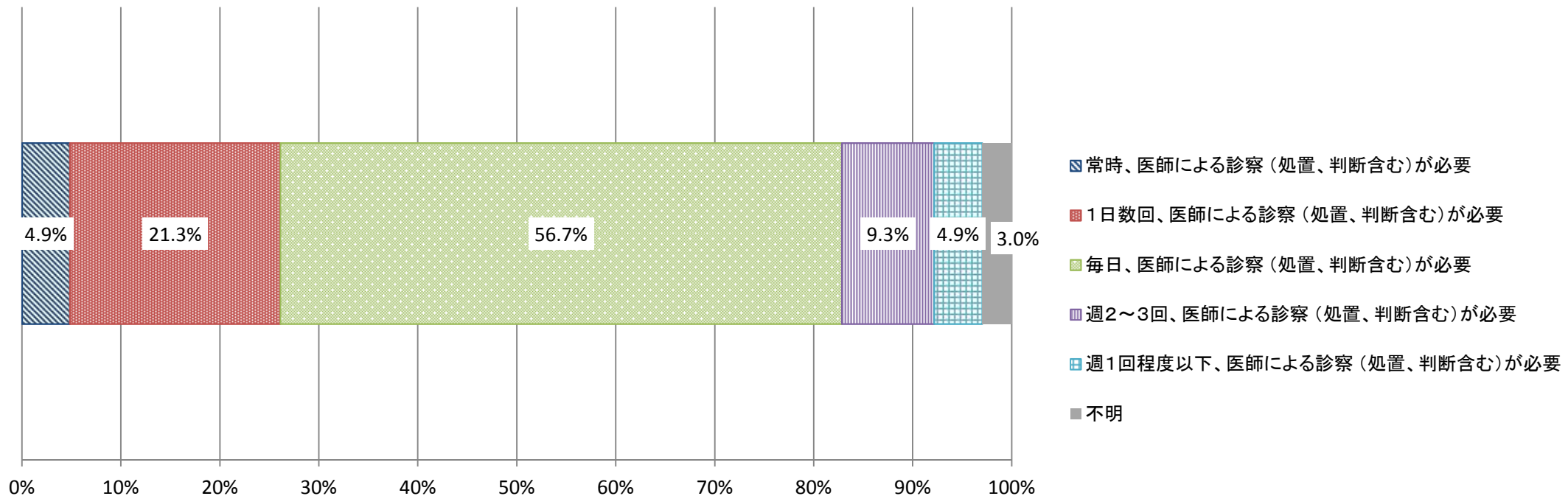


「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の詳細②

診調組 入-1
29.11.2(改)

- 「救急搬送後の入院(2日間)」該当患者の医師による診察(処置、判断含む)の頻度をみると、「毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要」が56.7%で最も多く、1日数回以上の診察頻度を合わせると、8割以上であった。

＜医師による診察(処置、判断含む)の頻度＞(n=268)



C項目の所定日数と退院日との関係(推計値)

診調組 入ー1
29.11.2

○ DPCデータによる分析に用いたマスタ(※)を用いてC項目の所定日数と退院日との関係をみると、該当患者のうち所定日数未滿に退院した患者は、「18 開腹手術(5日間)」では該当患者の17.0%、「17 開胸手術(7日間)」では10.4%を占めた。

	該当する実患者数	手術日から所定日数未滿で退院した患者数	割合
16 開頭手術 (7日間)	2,280人	195人	8.6%
17 開胸手術 (7日間)	3,463人	360人	10.4%
18 開腹手術 (5日間)	30,291人	5,144人	17.0%
19 骨の手術 (5日間)	12,219人	1,162人	9.5%
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	32,264人	1,389人	4.3%
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (2日間)	26,137人	75人	0.3%
22 救命等に係る内科的治療 (2日間)	58,609人	255人	0.4%

{留意点}

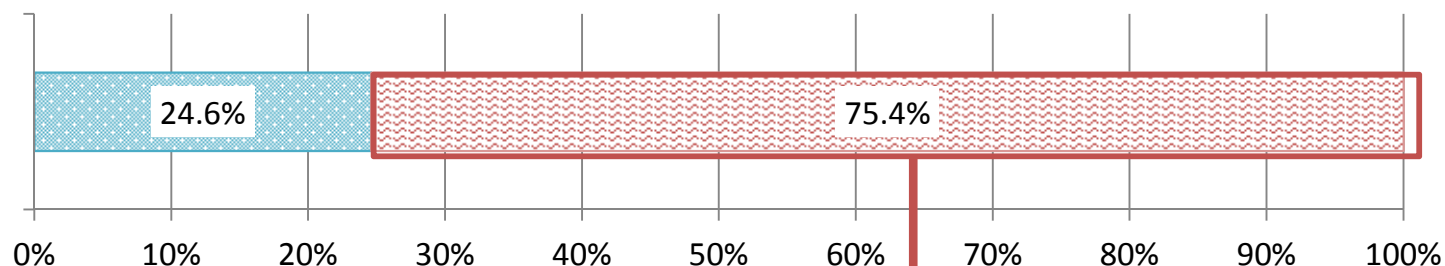
- ・手術実施日はDPCデータによる分析に用いたマスタ(※)の該当手術がEFファイルに報告された日で判定
- ・退院日Hファイルに記載された退院日で判定
- ・退院には死亡退院が含まれる

一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況①

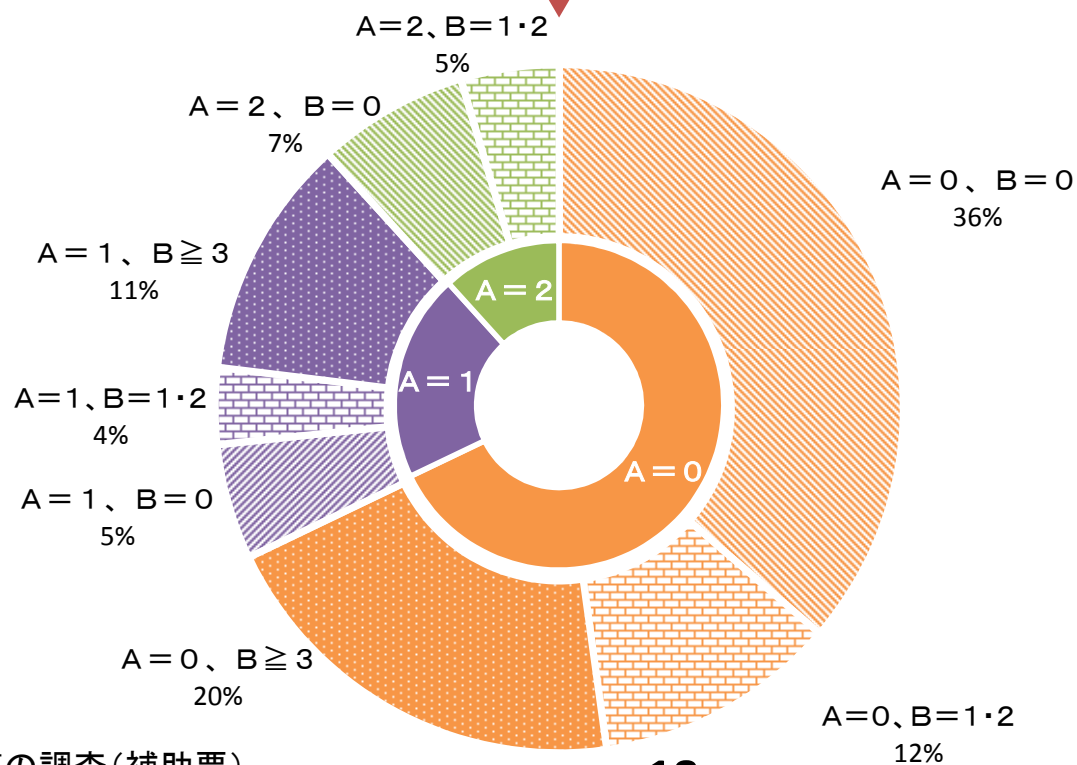
- 一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の非該当患者の内訳をみると、A項目・B項目ともに0点の患者が非該当者の中で4割弱存在する一方で、A項目が0点でもB項目が3点以上の患者が非該当者の中で2割、また、A項目が1・2点の患者が非該当者の中で3割強存在する。

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

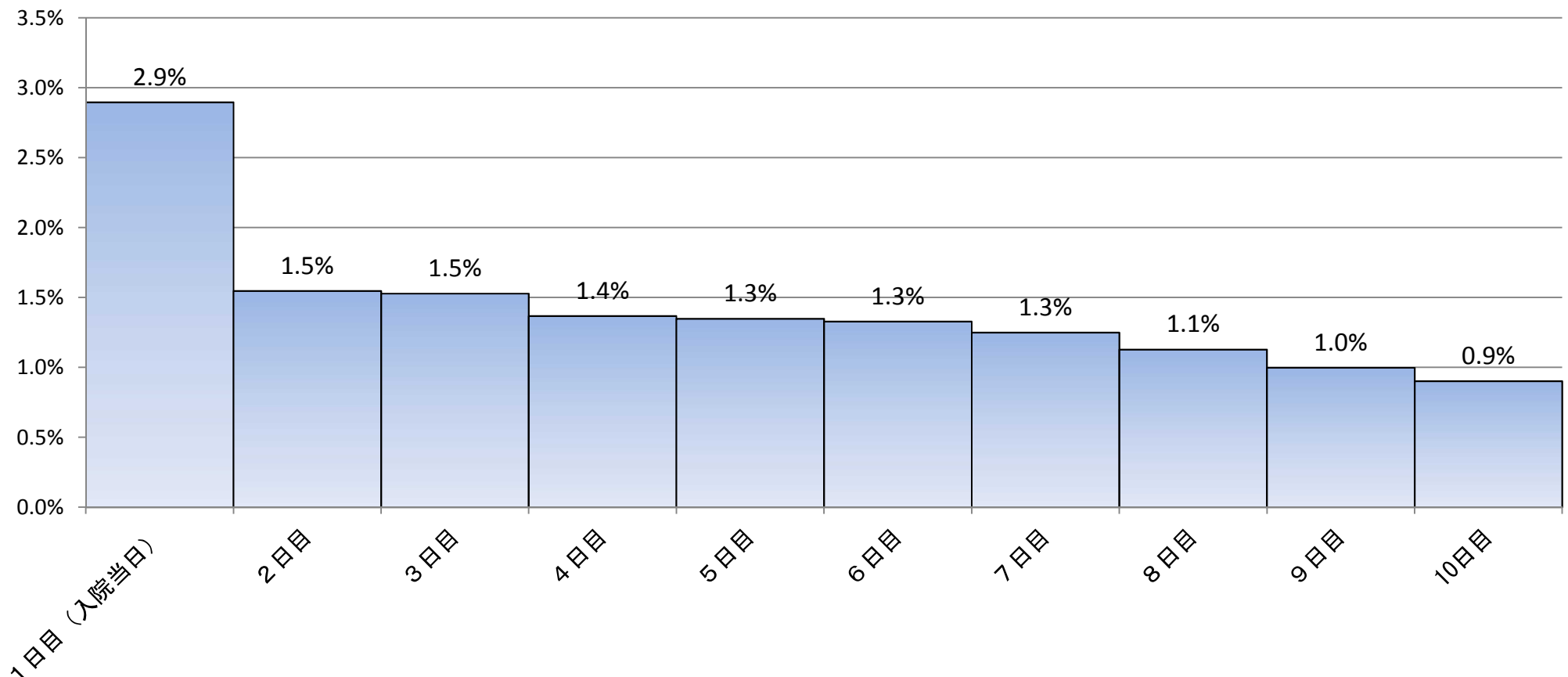


○ 入院後10日目までの入院日数別のA=0,B=0の患者割合を見ると、入院初日がA=0,B=0の患者の占める割合が最も多い。

＜入院後日数別のA=0,B=0の患者割合＞

（のべ患者数に占める割合）

（n=729,956）

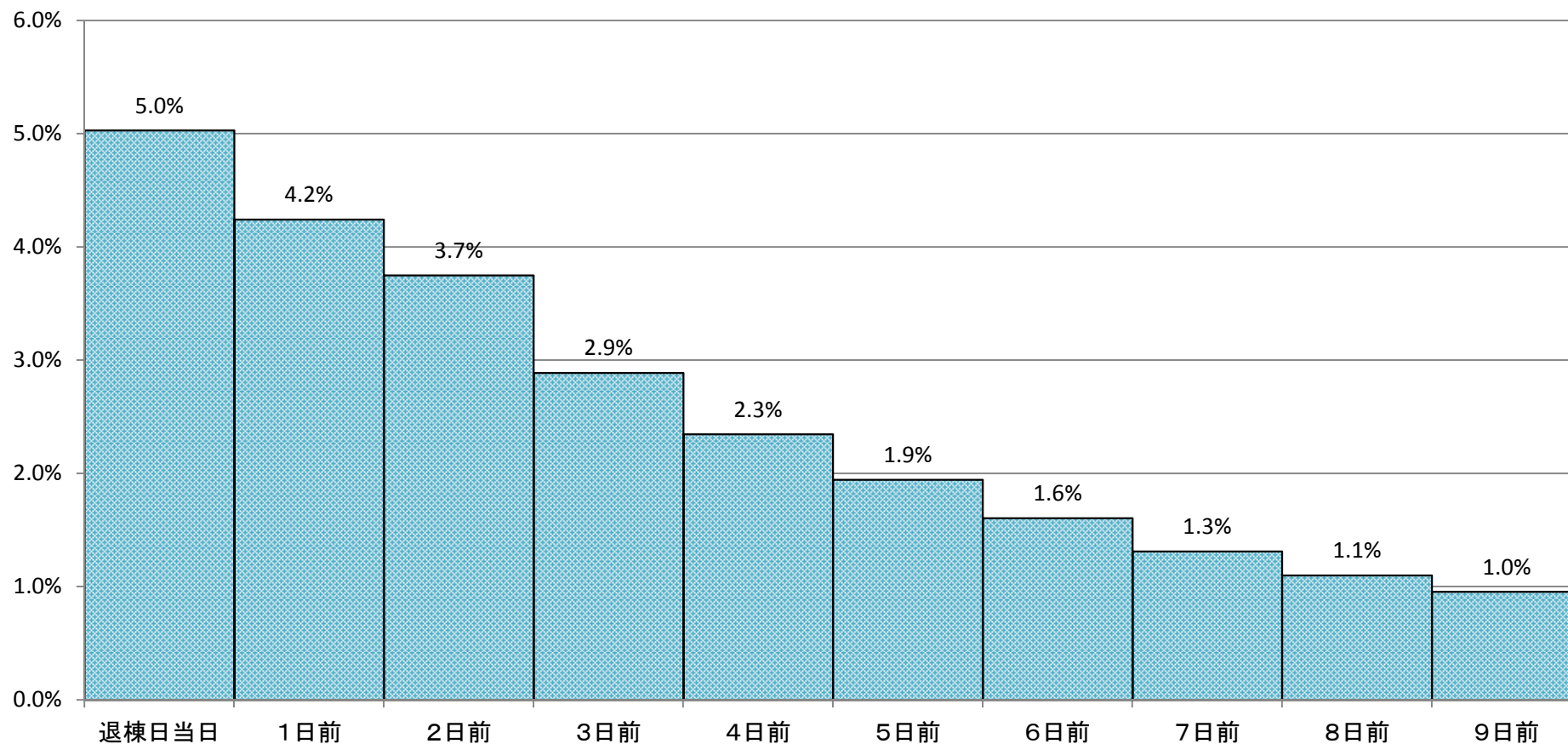


○ 退棟9日前までの退棟前日数別のA=0,B=0の患者割合を見ると、退棟日当日がA=0,B=0の患者の占める割合が最も多い。

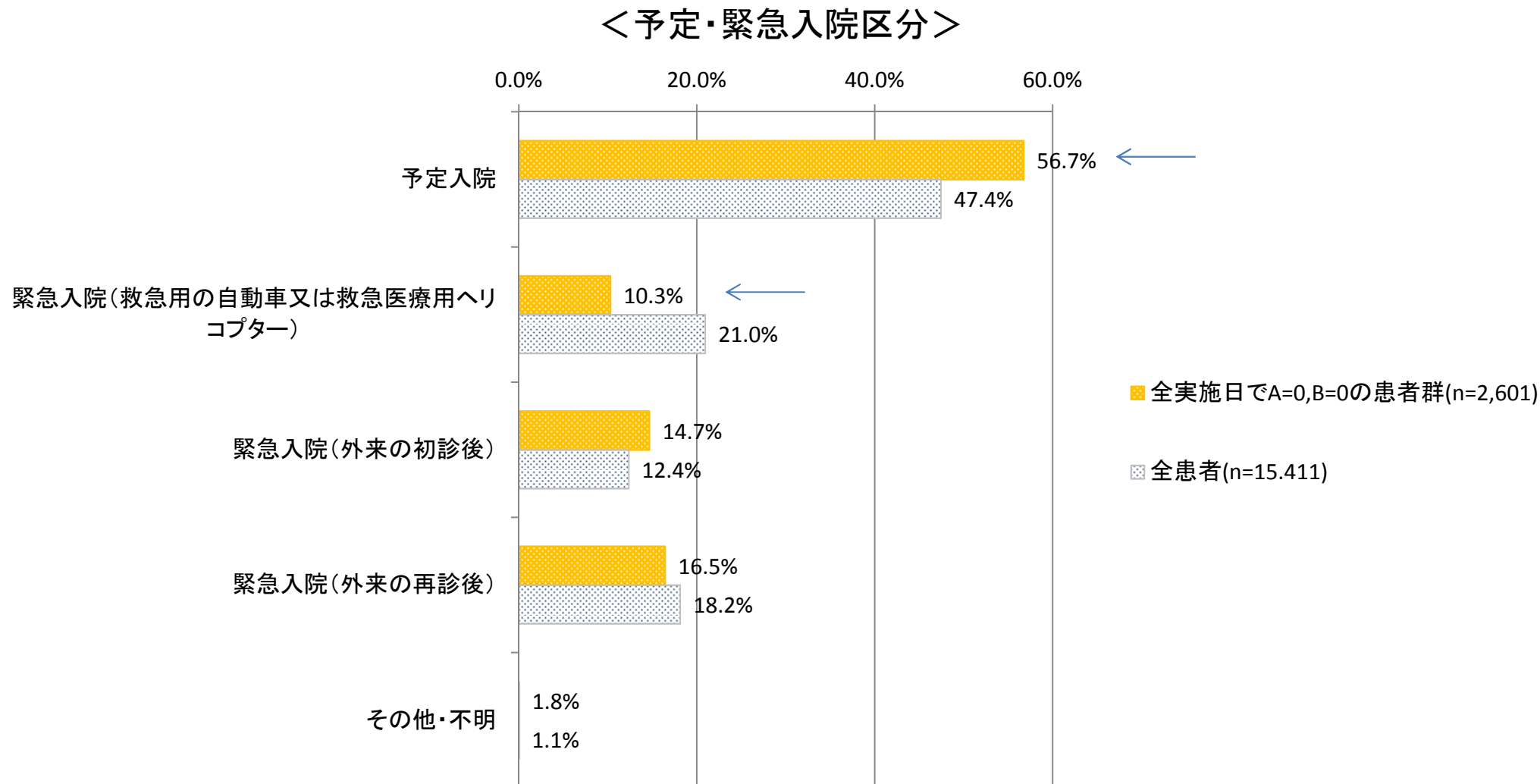
＜退棟前日数別のA=0,B=0の患者割合＞

（のべ患者数に占める割合）

（n=445,563）

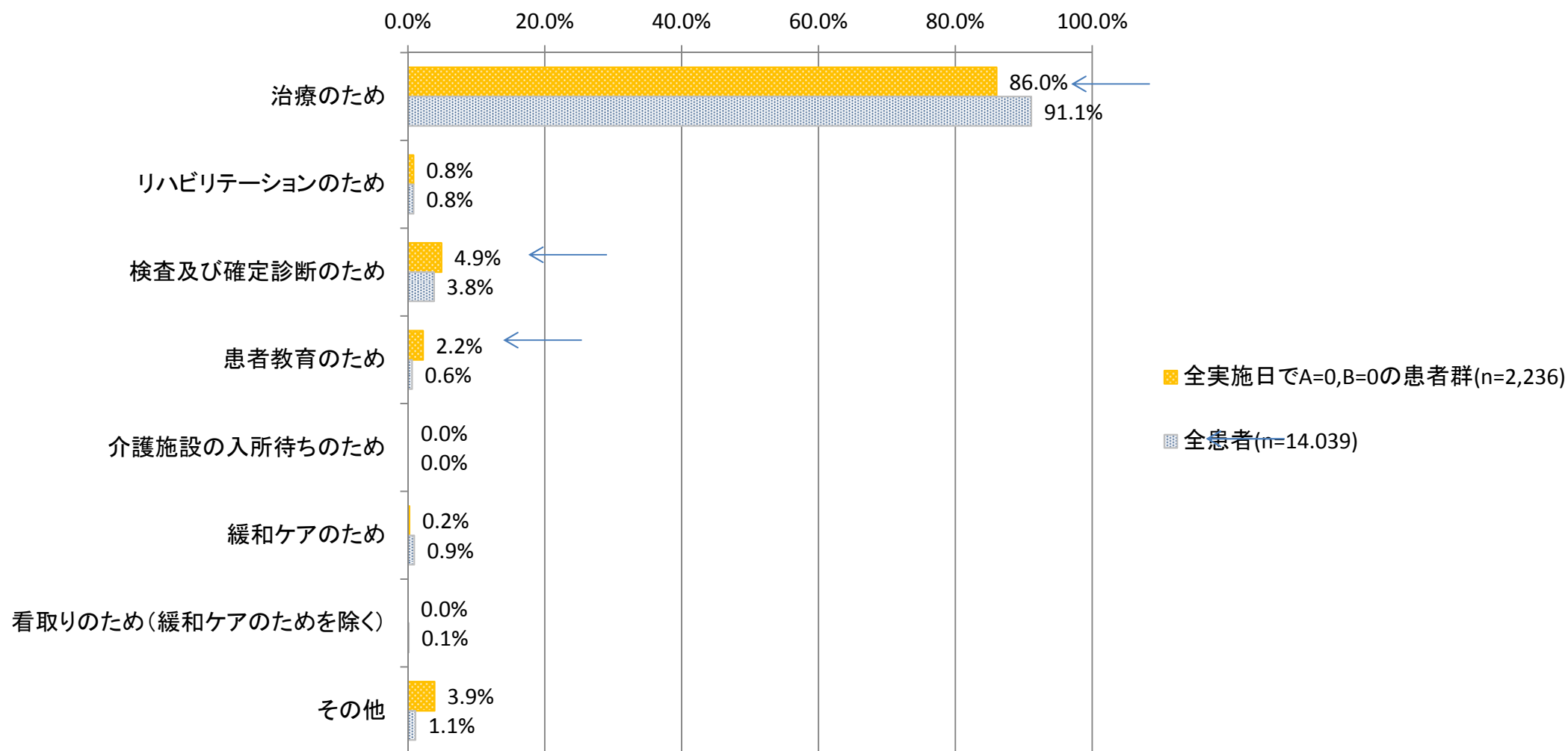


- 全実施日でA=0,B=0の患者群の予定・緊急入院区分をみると、全患者群と比べ、予定入院の割合が多く、緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）の割合が少ない。



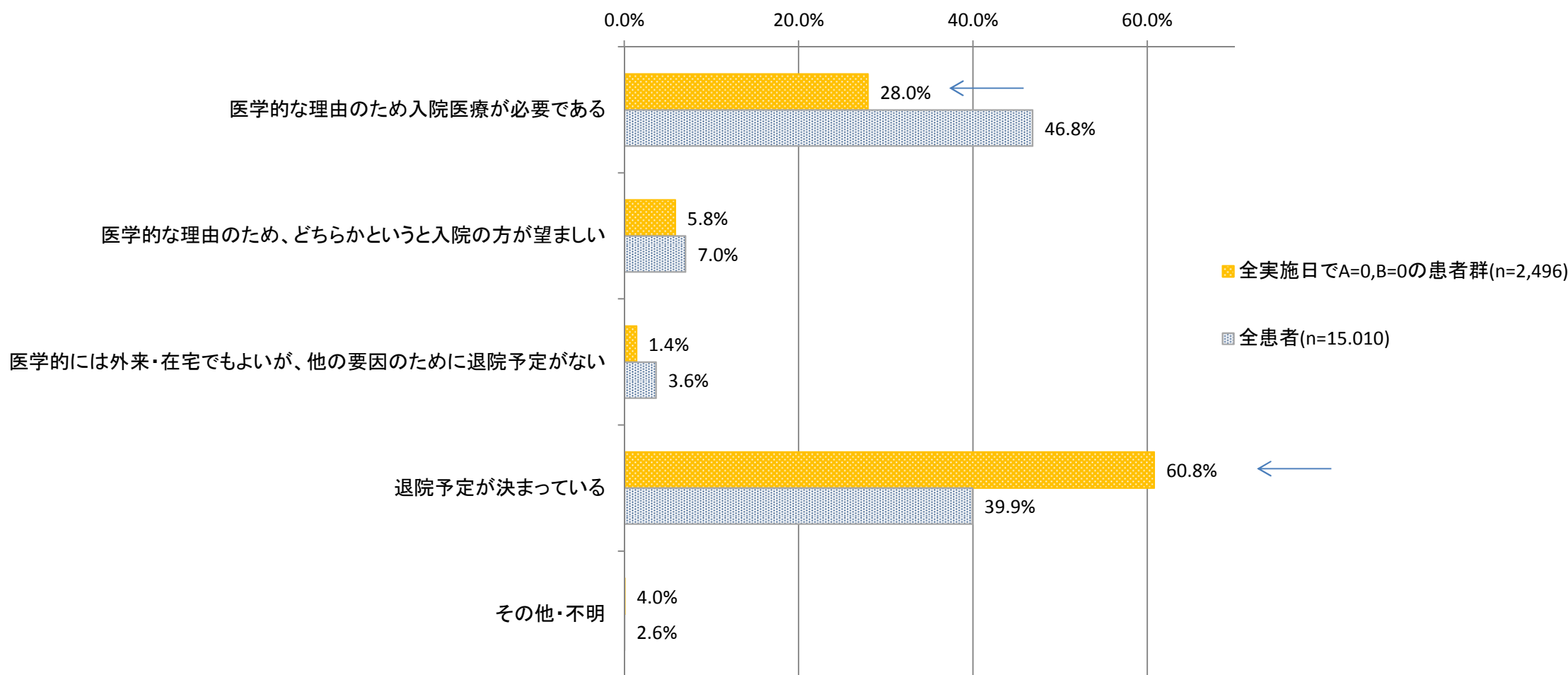
- 全実施日でA=0,B=0の患者群の入院の理由をみると、全患者群と比べ、「治療のため」という回答がやや少なく、「検査及び確定診断のため」や「患者教育のため」といった回答がやや多い。

<入院の理由>



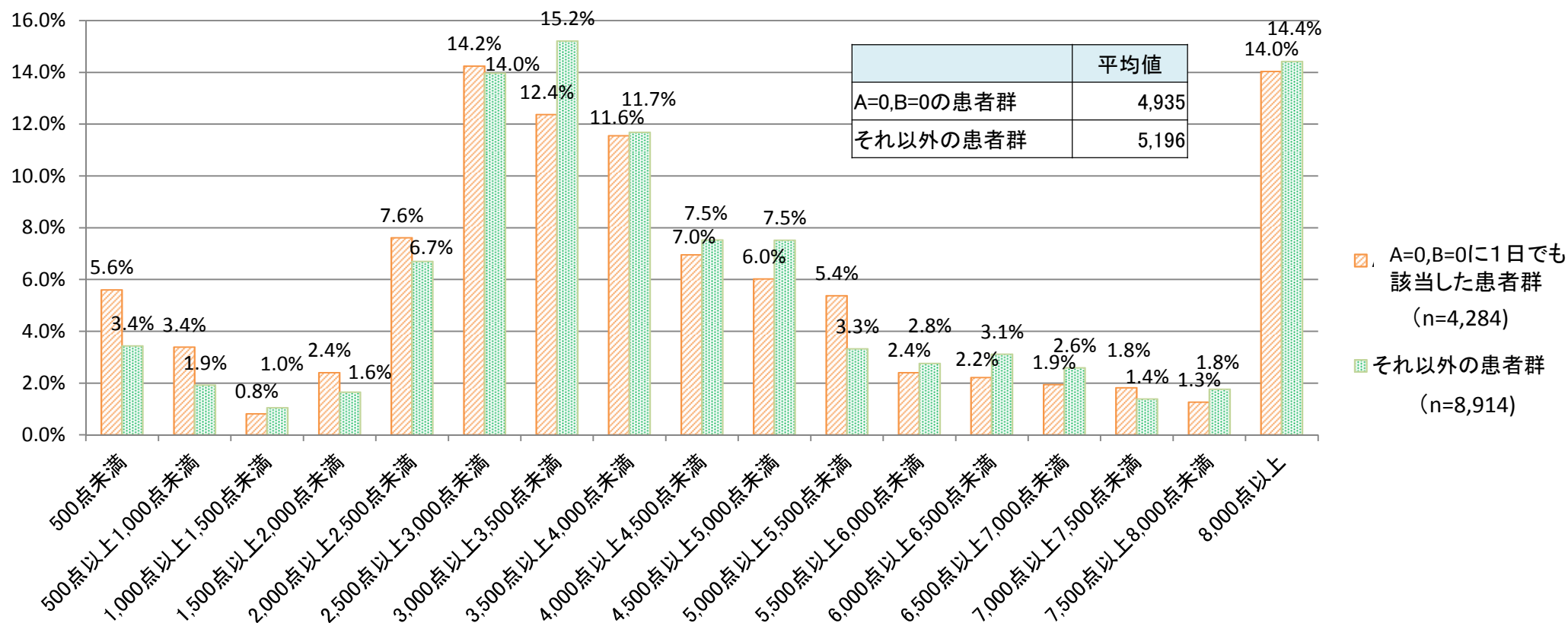
○ 全実施日でA=0,B=0の患者群の入院継続の理由をみると、全患者群と比べ、「医学的な理由のため入院医療が必要である」という回答が少なく、「退院予定が決まっている」という回答が多かった。

＜医学的な入院継続の理由等＞



- 1日当たりのレセプト請求点数※をみると、A=0,B=0に1日でも該当した患者群の平均は4,935点で、それ以外の患者群の平均は5,196点であった。

＜1日当たりのレセプト請求点数※（点数/日数）の分布＞



※1件あたりレセプト総点数を入院日数で割った平均値。

調査日時時点で算定している入院料で分類をしており、当該月に他入院料を算定していた場合、その点数も含まれるため、例えば当該月に集中治療室や急性期病棟等から調査対象病棟に転棟している患者の場合は、調査日に入院している病棟の入院料だけでなく、急性期病棟等の入院料が含まれている。

入院基本料の変遷①

診調組 入－1
29 . 6 . 21

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

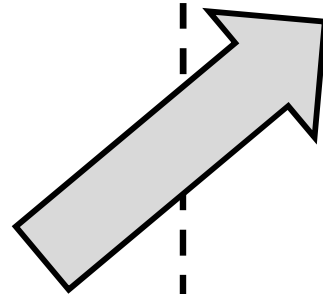
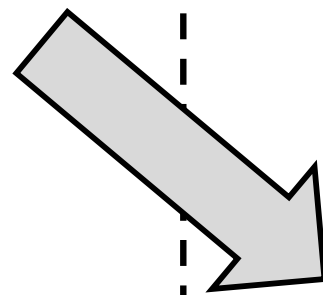
看護料

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

平成11年度以前



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12年度以降

入院基本料の変遷②

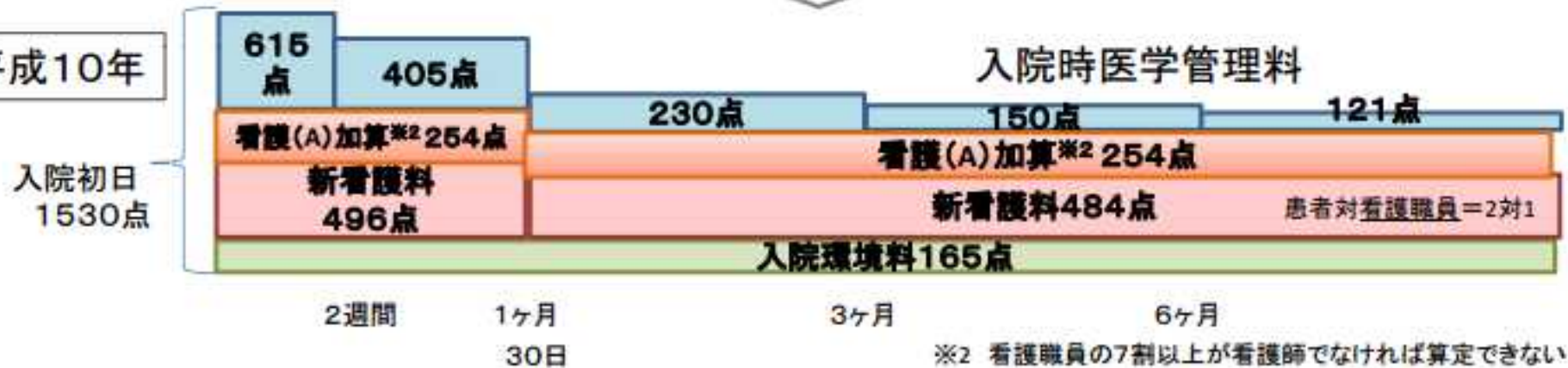
診調組 入 - 1
29.6.21

昭和58年
(甲表)



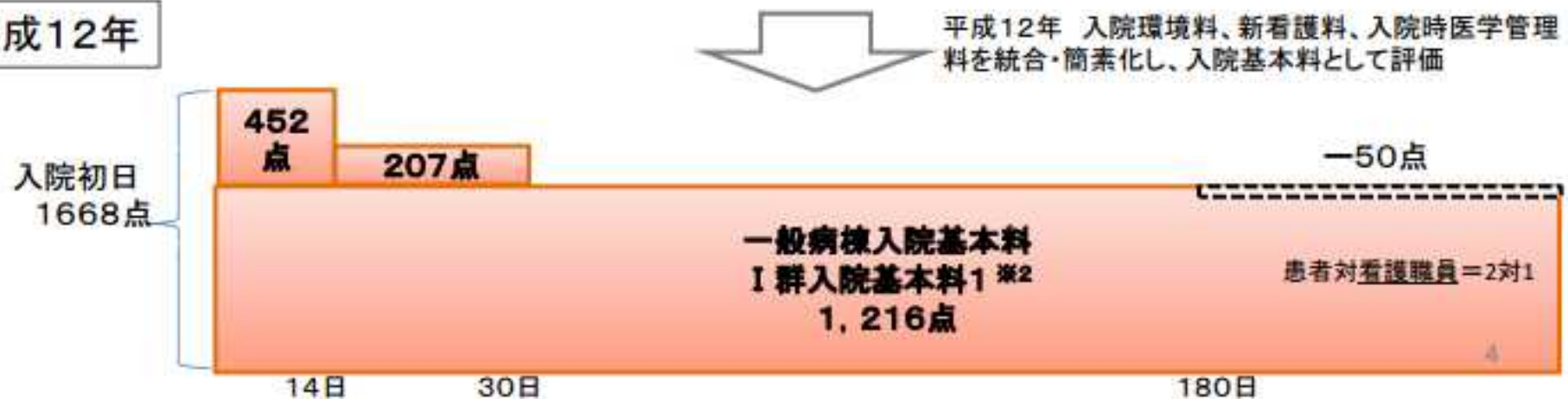
※1 看護要員の8割以上が看護職員で、看護要員の半数以上が看護師でなければ算定できない

平成10年



※2 看護職員の7割以上が看護師でなければ算定できない

平成12年



平成12年 入院環境料、新看護料、入院時医学管理料を統合・簡素化し、入院基本料として評価

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。

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の 分析にあたって(留意点)

1. 分析の内容

EF統合ファイルのデータを用いた該当患者割合の判定について、現行の重症度、医療・看護必要度による判定との相関や医療機関毎の該当患者割合の変化等进行分析する。

2. 分析の目的

急性期の入院患者の医療・看護の必要性や重症度を、診療報酬に反映させる手法、との視点で見たとき、より適切な評価手法(評価項目・指標や測定方法、合理性)かどうかを検討する。

3. 留意点

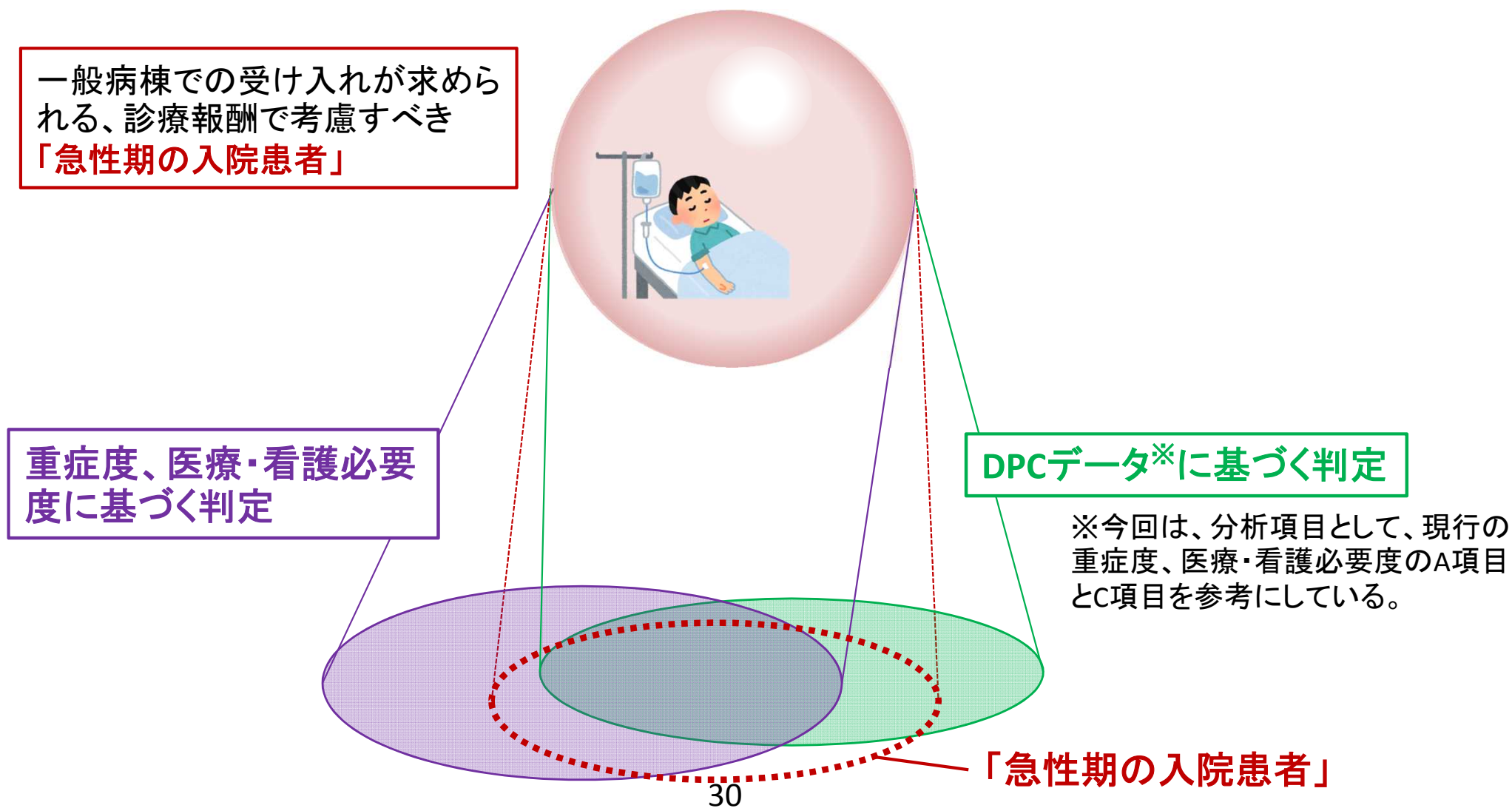
仮に、診療報酬に活用できると考えられる場合、その条件や現場への影響等について、予測されることは何か等に留意する。

	重症度、医療・看護必要度 (A項目、C項目)	DPCデータ (EF統合ファイル)
作成プロセス	看護職員等が、各項目の定義に基づき、患者の状態に応じて入力	院内の請求システム等を基に、電子的に出力・作成
情報の記録頻度	病棟において毎日評価・入力	診療行為の内容とそれぞれの実施日情報を併せて、原則として月単位で出力
報告・提出先	地方厚生局(年1回)	厚生労働省(DPC調査事務局) (年4回、3ヶ月ごと)
研修等	評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うこと。院内研修の指導者は所定の研修受講が望ましい。(医療課長通知)	DPC調査への適切な参加を規定 (算定告示)
対象範囲 (定義等)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定を行う。(評価票(評価の手引き)にて各評価項目が定義されている。)(医療課長通知及び別紙)	対象病院に対して、DPC調査に適切に参加し、調査には適切なデータを提出すること。(調査資料にて対象範囲を、医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定範囲、入院料の包括診療項目及び持参薬としている。)(医療課長通知及び調査資料)
情報の確認(※)	－(実施していない)	厚生労働省(DPC調査事務局)がEF統合ファイル内及び他のファイル間で、不整合などの洗い出しを行い、必要に応じ、修正・再提出を求めている。

※実際に患者に提供された診療行為と直接突合しなければ、正確性の評価は困難

急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を 把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。

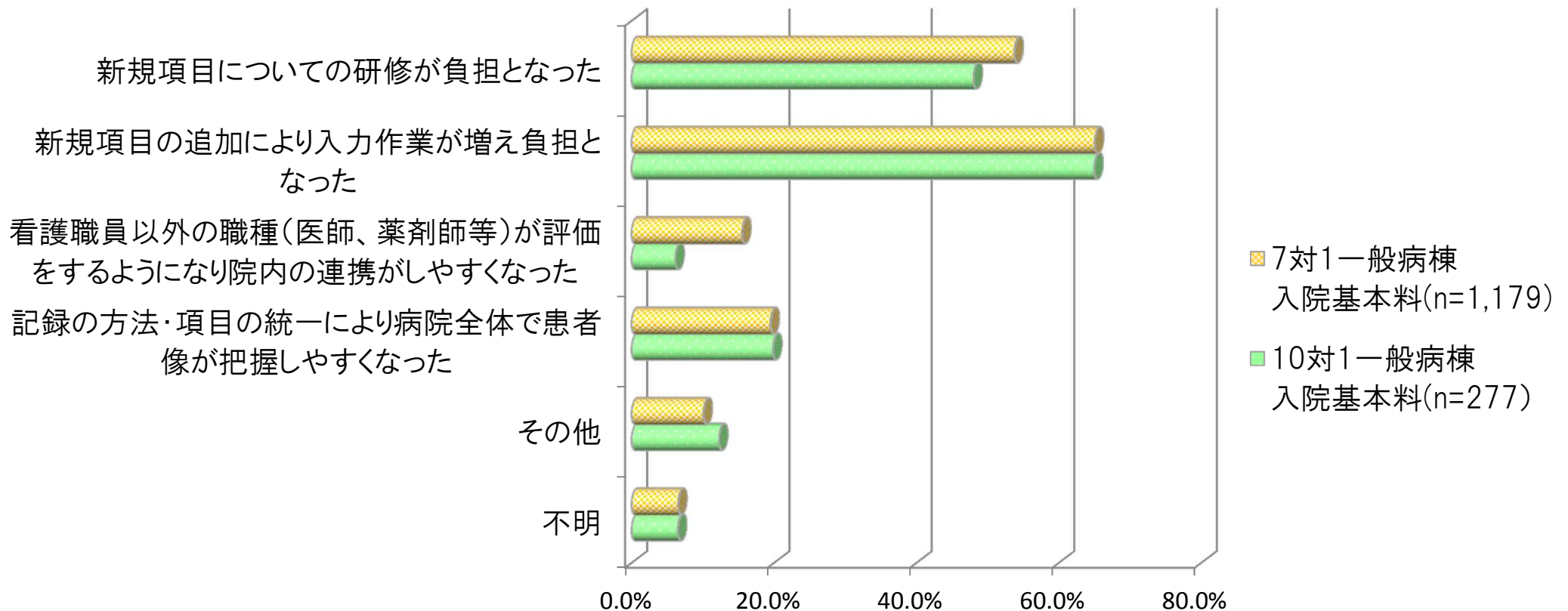


重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

○ 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

＜重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響＞



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
	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
		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(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
		医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)			様式3

※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。

(参考)感度、特異度、ファイ係数について

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

		重症度、医療・看護必要度項目の該当		計
		あり	なし	
EFファイルでの請求	あり	a	b	w
	なし	c	d	x
計		y	z	

【計算式】

○ 感度 = $a \div (a + c)$

○ 特異度 = $d \div (b + d)$

○ ファイ係数※ = $(a \times d - b \times c) \div \sqrt{w \times x \times y \times z}$

※ ファイ係数の解釈の目安

－1から1までの値をとり、絶対値が大きいほど連関が強いと解釈できる。

係数(絶対値)	評価
～0.2	ほとんど関連なし
0.2～0.4	弱い関連あり
0.4～0.7	中程度の関連あり
0.7～1	強い関連あり

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連①

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当 患者割合	必要度(+) E F (+)	必要度(-) E F (-)	必要度(-) E F (+)	必要度(+) E F (-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 1	①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)	J000 創傷処置	9.7%	29.6%	14.8%	1.9%	53.7%	0.35	0.88	0.19	14,595
	②褥瘡の処置	J004-1 重度褥瘡処置	2.3%	1.2%	80.5%	0.0%	18.3%	0.06	1	0.22	14,595
A 2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの 場合を除く)	J024 酸素吸入	15.9%	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72	118,588
A 3	点滴ライン同時3本以上の 管理	G004 点滴注射	4.1%	2.2%	71.3%	24.3%	2.1%	0.5	0.75	0.11	118,588
		K920 輸血		0.3%	94.7%	1.0%	4.0%	0.07	0.99	0.11	118,588
A 4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視	23.2%	16.5%	73.0%	2.3%	8.1%	0.69	0.93	0.44	118,588
A 5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算	4.9%	1.4%	93.2%	1.6%	3.8%	0.26	0.98	0.32	118,588
A 6	輸血や血液製剤の管理	血液製剤の算定	1.7%	1.4%	97.7%	0.5%	0.4%	0.79	0.99	0.76	118,588
		K920 輸血		1.0%	97.9%	0.3%	0.8%	0.57	1	0.67	118,588
		K920-2 輸血管理料		0.4%	98.1%	0.1%	1.4%	0.22	1	0.4	118,588

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連②

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当 患者割合	必要度 (+) E F (+)	必要度 (-) E F (-)	必要度 (-) E F (+)	必要度 (+) E F (-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 7	専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	抗悪性腫瘍剤（注射剤）の算定	0.6%	2.2%	96.4%	0.6%	0.8%	0.74	0.99	0.76	24,822
		G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入		0.3%	97.0%	0.1%	2.7%	0.11	1	0.3	24,822
	専門的な治療・処置 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	抗悪性腫瘍剤（内服薬）の算定	1.3%	3.2%	92.7%	0.8%	3.3%	0.49	0.99	0.61	24,822
	専門的な治療・処置 ③麻薬の使用（注射剤のみ）	麻薬（注射剤）の算定	2.0%	5.0%	87.6%	2.2%	5.3%	0.49	0.98	0.54	24,822
		G通則 麻薬注射加算		2.6%	89.5%	0.2%	7.6%	0.25	1	0.46	24,822
	専門的な治療・処置 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	麻薬（内服、貼付、坐剤）の算定	3.1%	7.4%	84.1%	0.4%	8.1%	0.48	1	0.64	24,822
	専門的な治療・処置 ⑤放射線治療	M000 放射線治療管理料	1.2%	0.4%	93.9%	0.1%	5.6%	0.06	1	0.22	24,822
		M001 体外照射		5.3%	93.7%	0.3%	0.7%	0.88	1	0.91	24,822
	専門的な治療・処置 ⑥免疫抑制剤の管理	免疫抑制剤の算定	3.9%	3.3%	78.3%	2.0%	16.4%	0.17	0.98	0.25	24,822
	専門的な治療・処置 ⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）	昇圧剤（注射剤）の算定	0.8%	0.1%	94.8%	1.3%	3.9%	0.01	0.99	0	24,822
	専門的な治療・処置 ⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	抗不整脈剤（注射剤）の算定	2.0%	0.5%	98.6%	0.4%	0.5%	0.53	1	0.53	24,822
	専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	抗血栓塞栓薬（注射剤）を算定（ハパロック、透析、皮下注用を除く）	2.6%	11.4%	80.5%	6.2%	1.9%	0.86	0.93	0.7	24,822
	専門的な治療・処置 ⑩ドレナージの管理	J002 ドレナージ（ドレナージ）	6.9%	23.4%	64.1%	0.8%	11.7%	0.67	0.99	0.73	24,822
	専門的な治療・処置 ⑪無菌治療室での治療	A224 無菌治療室管理加算	0.8%	3.3%	95.4%	0.2%	1.1%	0.76	1	0.83	24,822
A 8	救急搬送後の入院	C004 救急搬送診療料	0.4%	0.0%	97.7%	0.0%	2.3%	0	1	0.04	118,588

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連③

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) E F (+)	必要度(-) E F (-)	必要度(-) E F (+)	必要度(+) E F (-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
C	1 6開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術	0.2%	0.0%	99.8%	0.0%	0.2%	0.07	1	0.22	118,588
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術		0.0%	99.8%	0.0%	0.1%	0.21	1	0.44	118,588
	1 7開胸手術	K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術	0.3%	0.1%	99.7%	0.0%	0.2%	0.17	1	0.4	118,588
		K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術		0.0%	99.7%	0.0%	0.3%	0.1	1	0.3	118,588
		K554 弁形成術		0.0%	99.7%	0.0%	0.3%	0.05	1	0.21	118,588
		K555 弁置換術		0.0%	99.7%	0.0%	0.3%	0.11	1	0.3	118,588
	1 8開腹手術	K655 胃切除術	1.1%	0.1%	98.9%	0.0%	1.1%	0.05	1	0.21	118,588
		K657 胃全摘術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.03	1	0.17	118,588
		K695 肝切除術		0.1%	98.9%	0.0%	1.0%	0.06	1	0.25	118,588
		K702 膵体尾部腫瘍切除術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.02	1	0.13	118,588
		K703 膵頭部腫瘍切除術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.03	1	0.17	118,588
		K877 子宮全摘術		0.1%	98.9%	0.0%	1.0%	0.09	1	0.28	118,588
		K879 子宮悪性腫瘍手術		0.0%	98.9%	0.0%	1.1%	0.03	1	0.16	118,588
	1 9骨の手術	K059 骨移植術	1.9%	0.2%	97.9%	0.0%	1.9%	0.09	1	0.29	118,588
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術		0.4%	97.9%	0.0%	1.7%	0.17	1	0.4	118,588

重症度、医療・看護必要度A・C項目とEFファイルの関連④

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

重症度、医療・看護必要度の評価項目と報酬区分(EFファイル)との統計分析の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目			報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) E F (+)	必要度(-) E F (-)	必要度(-) E F (+)	必要度(+) E F (-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
C	2 0	胸腔鏡・腹腔鏡手術	K513 胸腔鏡下肺切除術	0.9%	0.0%	99.0%	0.0%	0.9%	0.03	1	0.16	118,588
			K655-2 腹腔鏡下胃切除術		0.0%	99.1%	0.0%	0.9%	0.03	1	0.17	118,588
			K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術		0.2%	99.0%	0.0%	0.7%	0.14	1	0.32	118,588
			K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術		0.1%	99.1%	0.0%	0.9%	0.08	1	0.26	118,588
	2 1	全身麻酔・脊椎麻酔の手術	L004 脊椎麻酔	1.5%	0.3%	98.2%	0.2%	1.3%	0.2	1	0.35	118,588
			L008 閉鎖循環式全身麻酔		1.1%	96.8%	1.6%	0.5%	0.71	0.98	0.53	118,588
	2 2	救命等に係る内科的治療 ①経皮的血管内治療	K178-4 経皮的脳血栓回収術	0.5%	0.1%	62.7%	0.0%	37.2%	0	1	0.04	1,698
			K546 経皮的冠動脈形成術		3.1%	62.7%	0.0%	34.2%	0.08	1	0.23	1,698
			K549 経皮的冠動脈ステント留置術		17.2%	62.7%	0.0%	20.1%	0.46	1	0.59	1,698
		救命等に係る内科的治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術	1.8%	8.2%	86.2%	0.2%	5.4%	0.6	1	0.74	1,698
			K597 ペースメーカー移植術		2.7%	85.9%	0.5%	11.0%	0.19	0.99	0.37	1,698
		救命等に係る内科的治療 ③侵襲的な消化器治療	K688 内視鏡的胆道ステント留置術	0.7%	8.8%	49.5%	0.0%	41.7%	0.17	1	0.31	1,698
			K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法		3.1%	49.4%	0.1%	47.4%	0.06	1	0.17	1,698
			K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術		2.9%	49.5%	0.0%	47.6%	0.06	1	0.17	1,698

重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(1)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

< 呼吸ケア >

重症度、医療・看護必要度

定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

判断の留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない

J024 酸素吸入(1日につき)

(1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

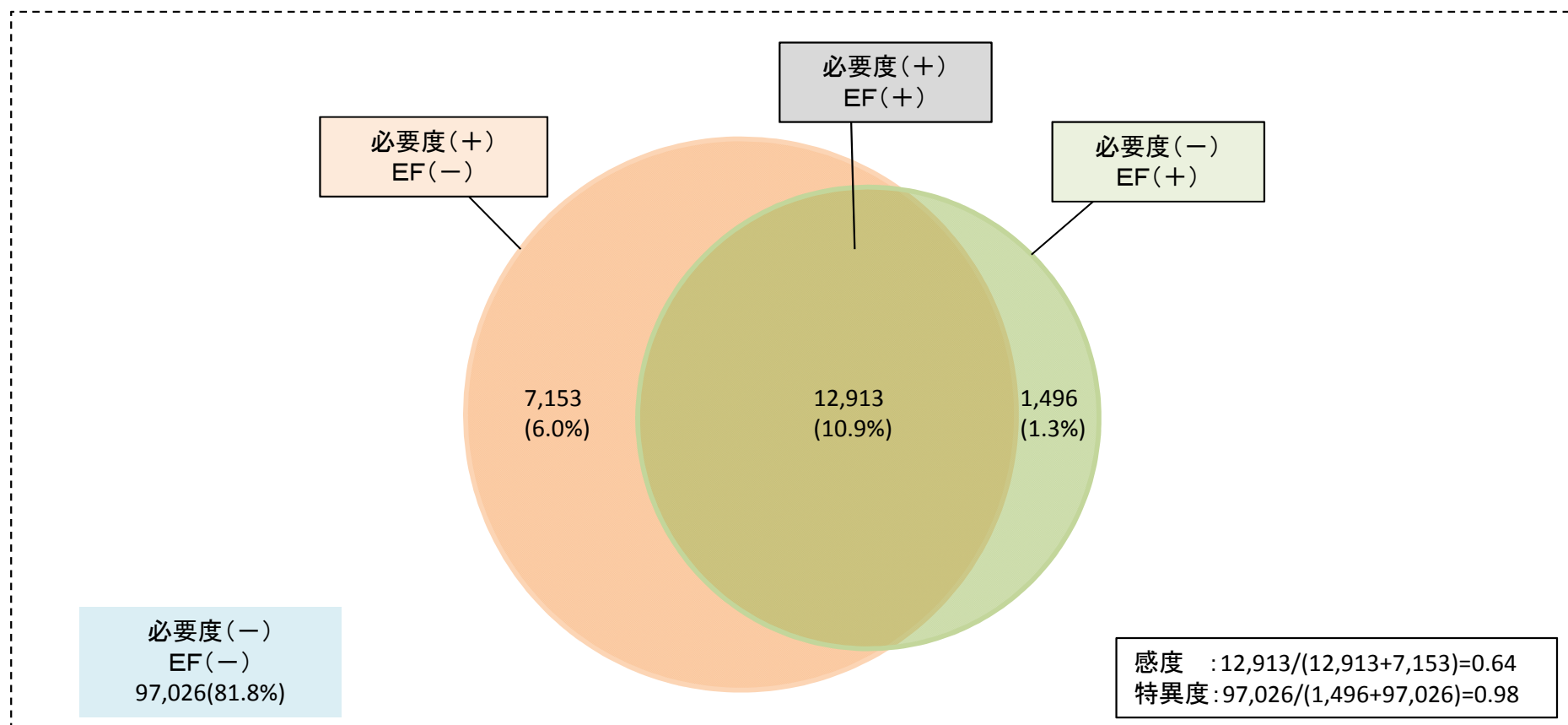
J018 喀痰吸引(1日につき)

(2) 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(2)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

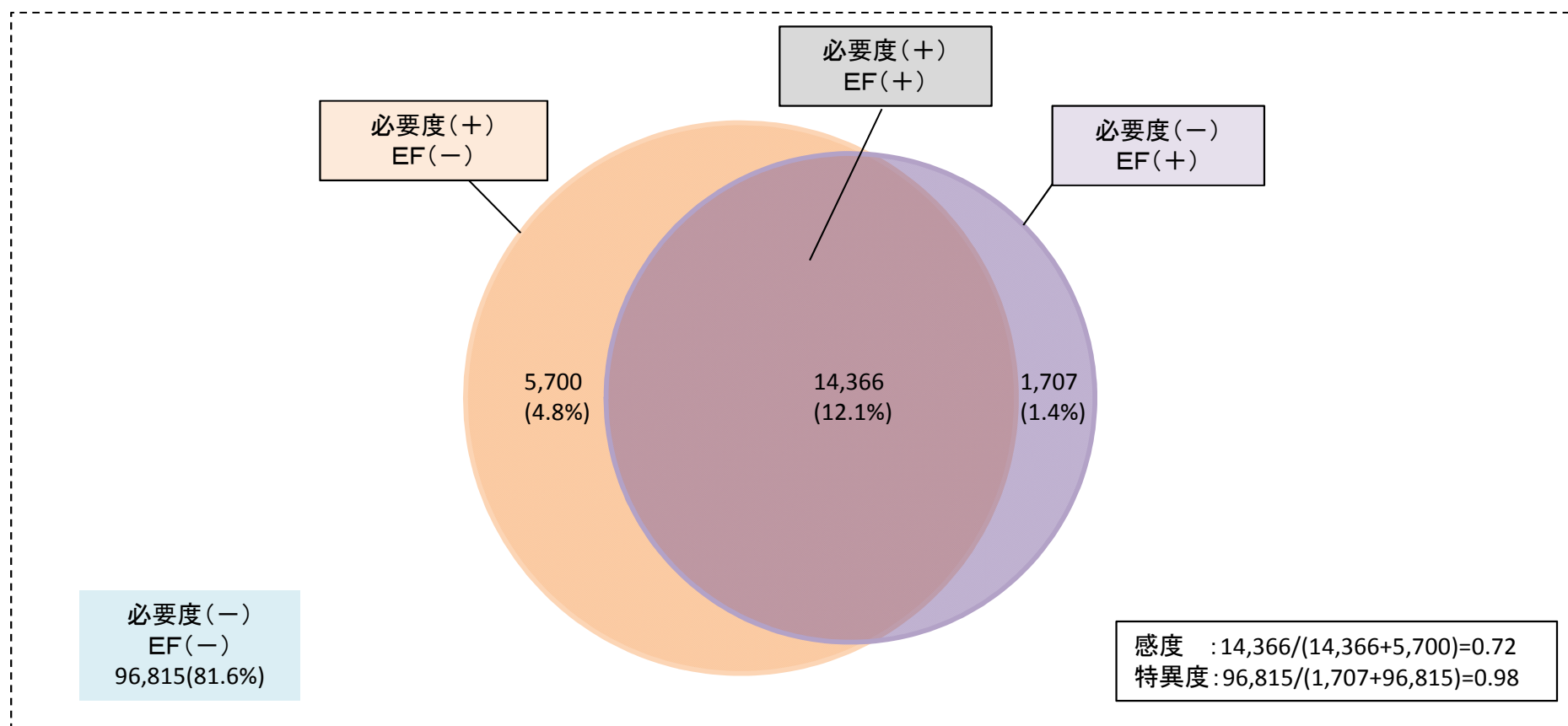
重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入	15.9%	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72	118,588



重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(3)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) EF(+)	必要度(-) EF(-)	必要度(-) EF(+)	必要度(+) EF(-)	感度	特異度	ファイ係数	n数
A 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	9区分いずれかに該当	15.9%	12.1%	81.6%	1.4%	4.8%	0.72	0.98	0.77	118,588



重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較①～呼吸ケア(4)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6 (改)

重症度、医療・看護必要度 項目			項目該当 患者割合	報酬区分の例	必要度(+) E F (+)	必要度(-) E F (-)	必要度(-) E F (+)	必要度(+) E F (-)	感度	特異度	ファイ係 数
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	15.9%	J024 酸素吸入	10.9%	81.8%	1.3%	6.0%	0.64	0.98	0.72
				J024-2 突発性難聴に対する酸素療法	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.00
				J025 酸素 Tent	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	-
				J026 間歇的陽圧吸入法	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.02
				J026-2 鼻マスク式補助換気法	0.0%	83.0%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.03
				J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療	0.0%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.02
				J026-4 ハイフローセラピー	0.1%	83.1%	0.0%	16.9%	0.00	1.00	0.05
				J027 高気圧酸素治療	0.0%	83.0%	0.1%	16.9%	0.00	1.00	-0.01
				J045 人工呼吸	1.1%	83.0%	0.0%	15.8%	0.07	1.00	0.23
				いずれかに該当	12.1%	81.6%	1.4%	4.8%	0.72	0.98	0.77

・上記9項目の報酬区分を用いると、比較的一致する一方で、必要度の対象となる「痰を出すための体位ドレナージ」「スクウィーピング」については、対応する区分がなく、評価されない。（重症度、医療・看護必要度の対象範囲が狭くなる）
 ・「呼吸ケア」の定義に該当しない、「J018 喀痰吸引」を算定した場合、「呼吸ケア」に関連する上記9項目は算定されなくなる。（算定ルールにより、評価されない）

上記9区分で分析してはどうか。

重症度、医療・看護必要度とEFファイルの比較②～救急搬送後の入院

診 調 組 入 - 1
2 9 . 9 . 6 (改)

< 救急搬送後の入院 >

重症度、医療・看護必要度

定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

判断の留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。入院当日を含め、翌日までを評価の対象とする。

C 004 救急搬送料

注 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。

重症度、医療・看護必要度項目			報酬区分の例	項目該当患者割合	必要度(+) E F (+)	必要度(-) E F (-)	必要度(-) E F (+)	必要度(+) E F (-)	感度	特異度	ファイ係数
A	8	救急搬送後の入院	C004 救急搬送診療料	0.4%	0.0%	97.7%	0.0%	2.3%	0.00	1.00	0.04

・重症度、医療・看護必要度の場合、「搬送され入院した患者」が対象だが、救急搬送診療料の場合、「医師が同乗し診察した場合」が算定対象となる。そのため、救急搬送診療料に置き換えた場合、重症度、医療・看護必要度で評価している対象患者より対象となる範囲が狭まる。(重症度、医療・看護必要度の対象範囲が狭くなる)

・重症度、医療・看護必要度の場合、2日間の該当に対し、救急搬送料の場合1日のみの算定である。(評価期間が狭まる)

上記1区分を2日分と設定して分析してはどうか。

重症度、医療・看護必要度とADLスコアとの比較

診調組 入 - 1
29.9.6(改)

<B項目(毎日測定)>

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

<様式1:ADLスコア(入院時と退院時に測定)>

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

B項目と様式1のADLスコアでは、身体活動でも項目が異なっていること、「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」に関する項目はADLスコアにはないこと、様式1には入院中の変化は測定されていないことなど、複数の点で異なっており、該当・非該当の判定が極めて困難であるため、今回の分析では、HファイルのB項目を活用することとしてはどうか。

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、DPCデータを用いて以下の条件で分析を行うこととしてどうか。

<分析方法>

- 使用するデータ
平成28年12月に提出されたDPCデータ(一般病棟7対1)
- 各項目の評価方法
 - A項目・C項目
事務局で作成予定のマスタに沿って、重症度、医療・看護必要度に対応する報酬区分がEFファイルで報告されていた場合、当該項目に該当すると設定。
 - B項目
Hファイルを用いて、現行の重症度、医療・看護必要度の該当判定をそのまま使用。
- 医療機関ごとの該当患者の計算方法
現行の計算方法と同様に、
(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」)／のべ入院患者
で計算を行う



上記方法で、医療機関ごとに、現行の重症度、看護・必要度の該当患者割合と上記の分析による該当患者割合の分布を比較してはどうか。

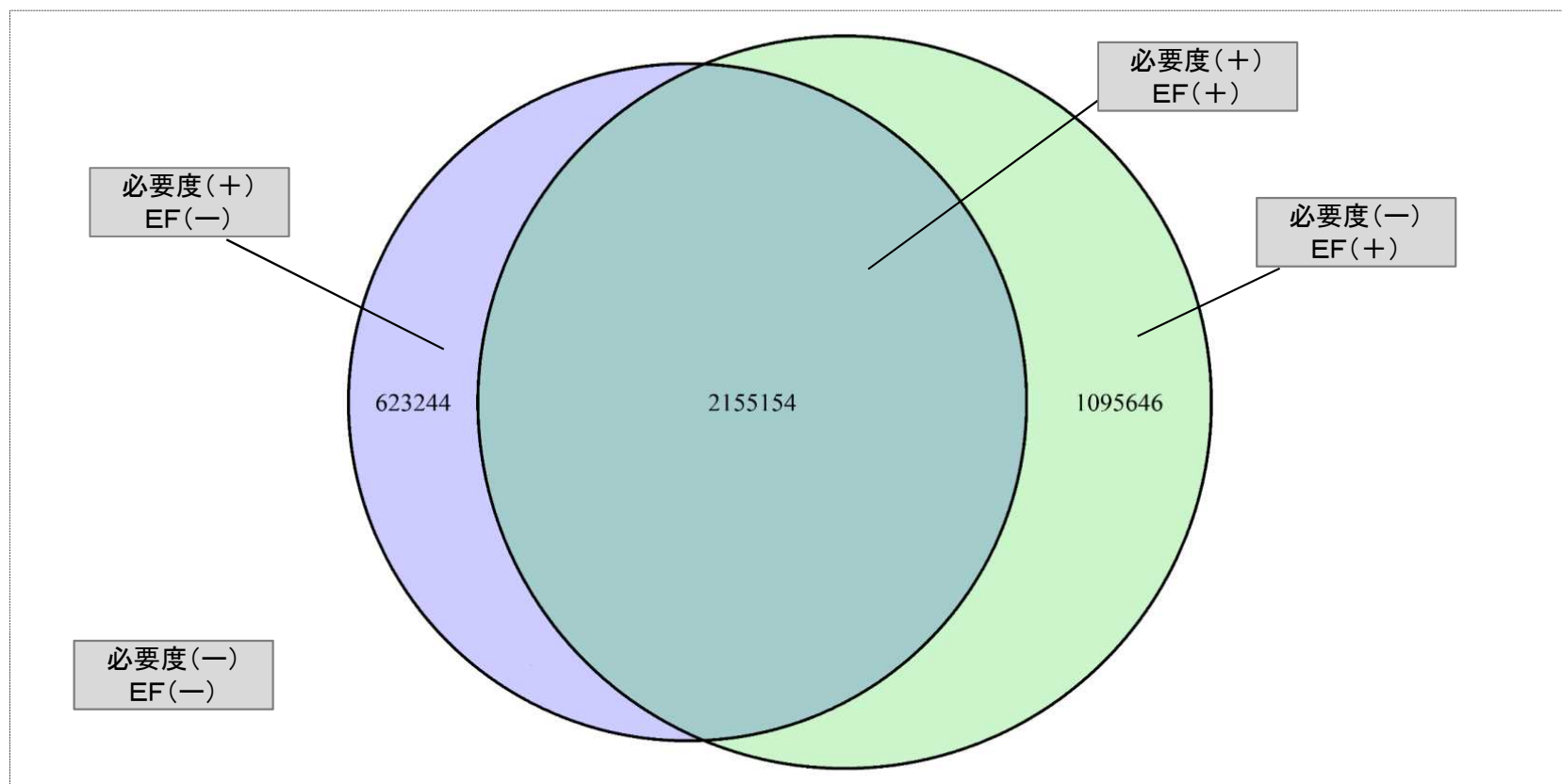
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、DPCデータを用いて以下の条件で分析を行った

- 使用したデータ
平成28年12月に提出されたDPCデータ(一般病棟7対1)
- 各項目の評価方法
 - A項目・C項目
事務局で作成予定のマスタに沿って、重症度、医療・看護必要度に対応する報酬区分がEFファイルで報告されていた場合、当該項目に該当すると設定
 - B項目
Hファイルを用いて、現行の重症度、医療・看護必要度の該当判定をそのまま使用
- 医療機関ごとの該当患者の計算方法
現行の計算方法と同様に、
(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」)／のべ入院患者
で計算を行った
- 突合時の設定
 - 「A8救急搬送後の入院」及びC項目については、マスタ該当項目が報告された日から所定の日数を該当と判断
(例)12月1日に救急医療管理加算1をEFファイルで報告→12月1日・2日に「A8救急搬送後の入院」該当
 - 薬剤についてはEFファイルでの処方日と薬剤マスタを突合

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果①

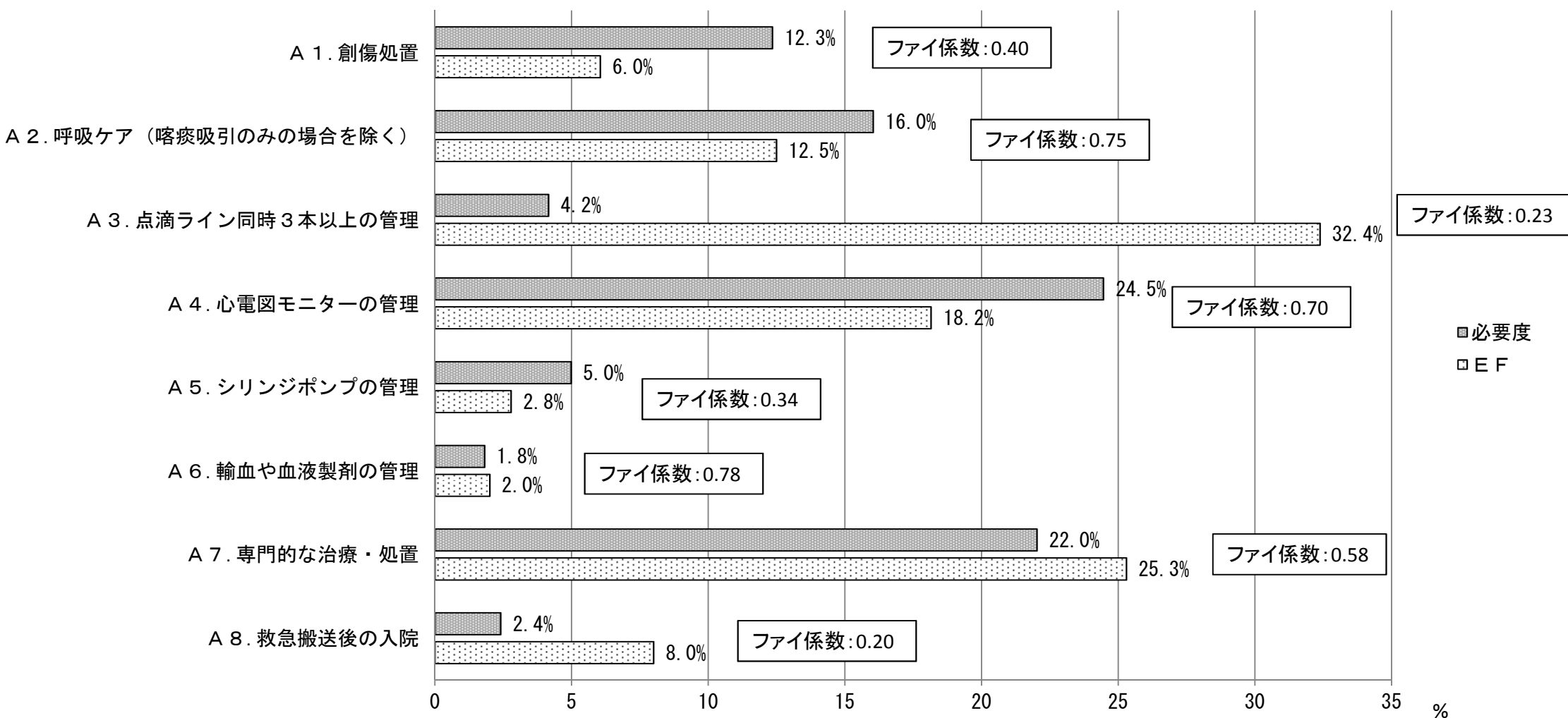
重症者の判定結果		重症度、医療・看護必要度の評価 (Hファイル)	
		該当	非該当
マスタ(※)に基づく判定 (EFファイル)	該当	2,155,154 (22.3 %)	1,095,646 (11.3 %)
	非該当	623,244 (6.4 %)	5,798,104 (59.9 %)

ファイ係数	0.59
感度	0.78
特異度	0.84



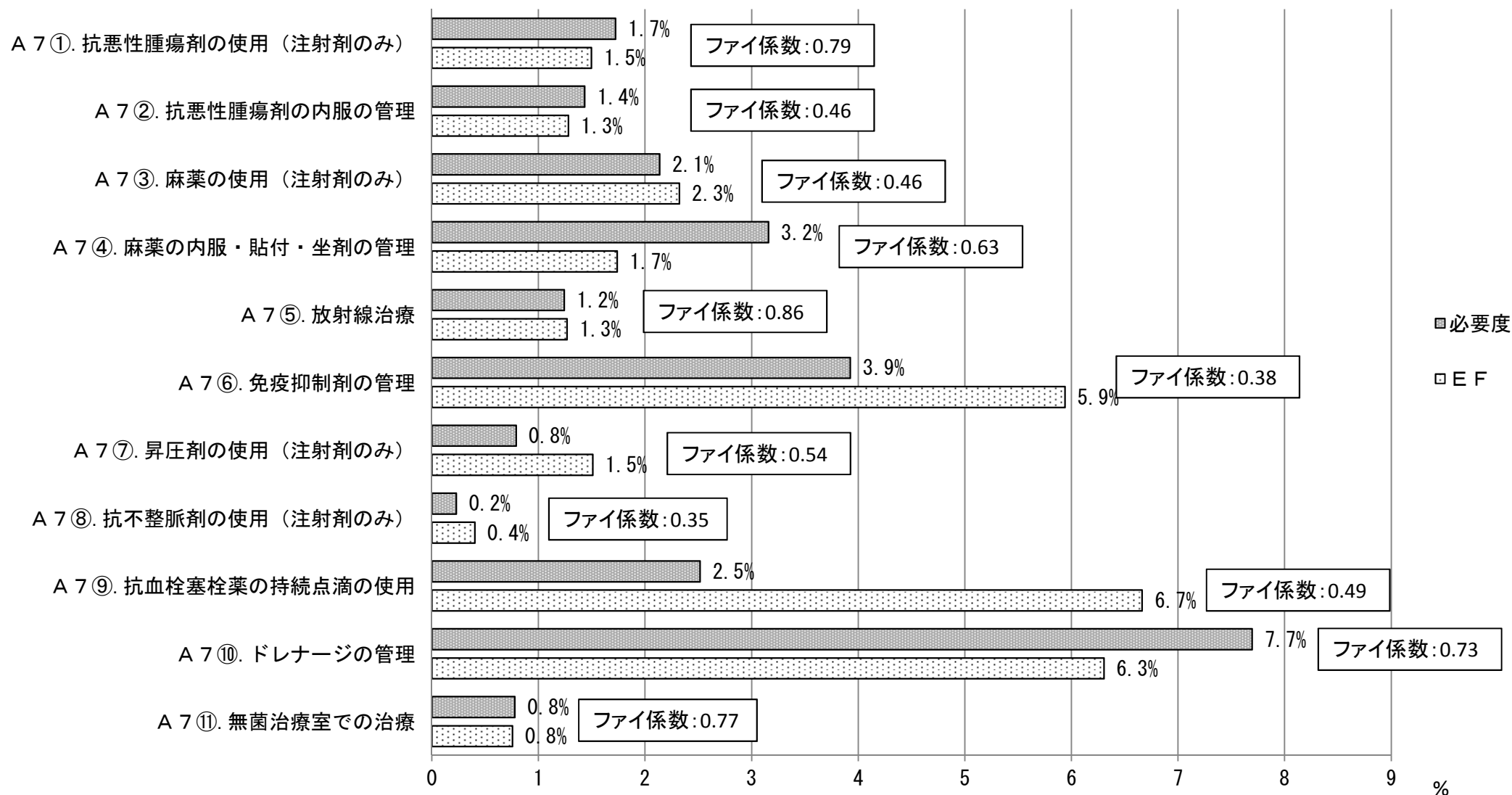
<看護必要度の項目別該当患者割合 (A項目)>

(n=9,672,148)



<看護必要度の項目別該当患者割合 (A項目)>

(n=9,672,148)

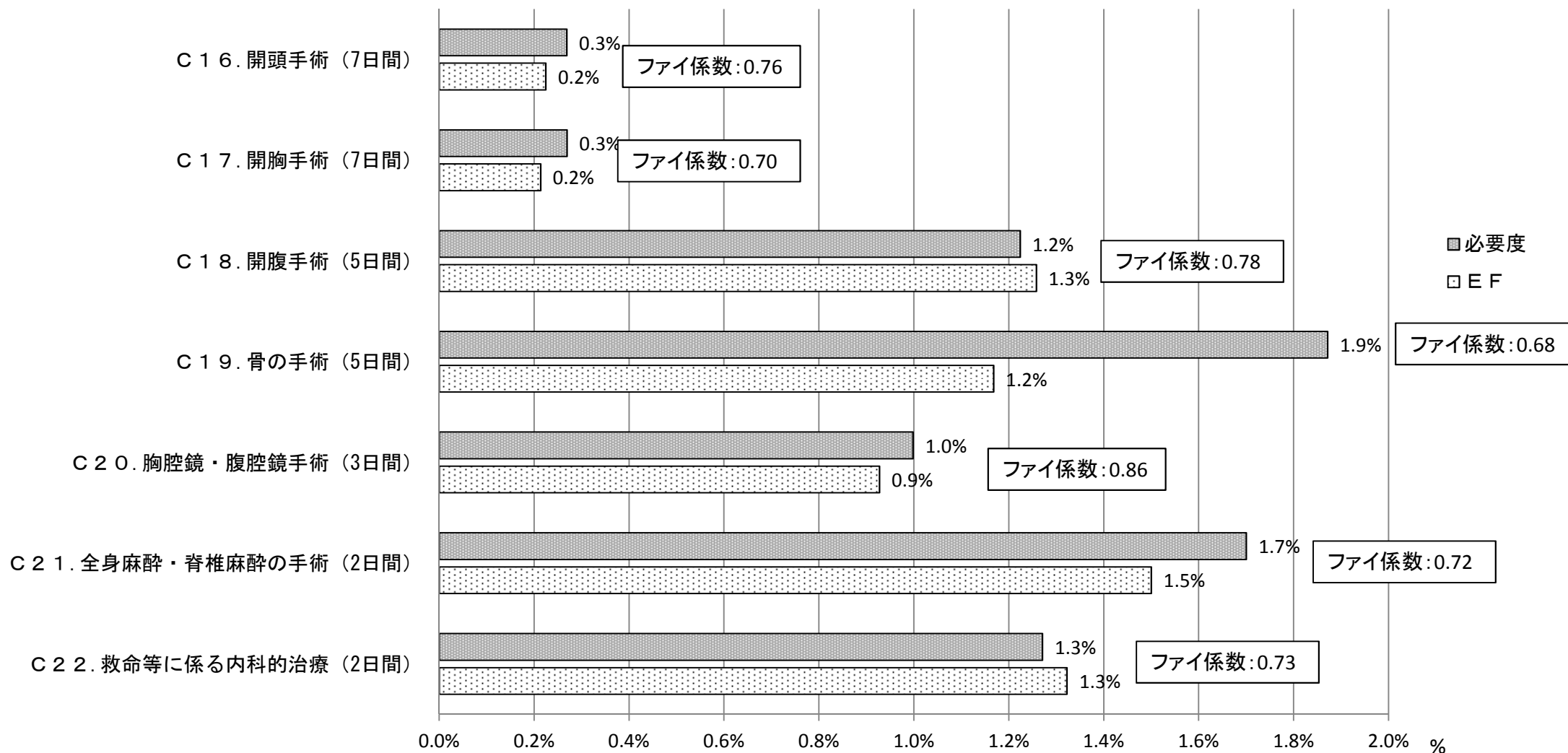


重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果④(C項目)

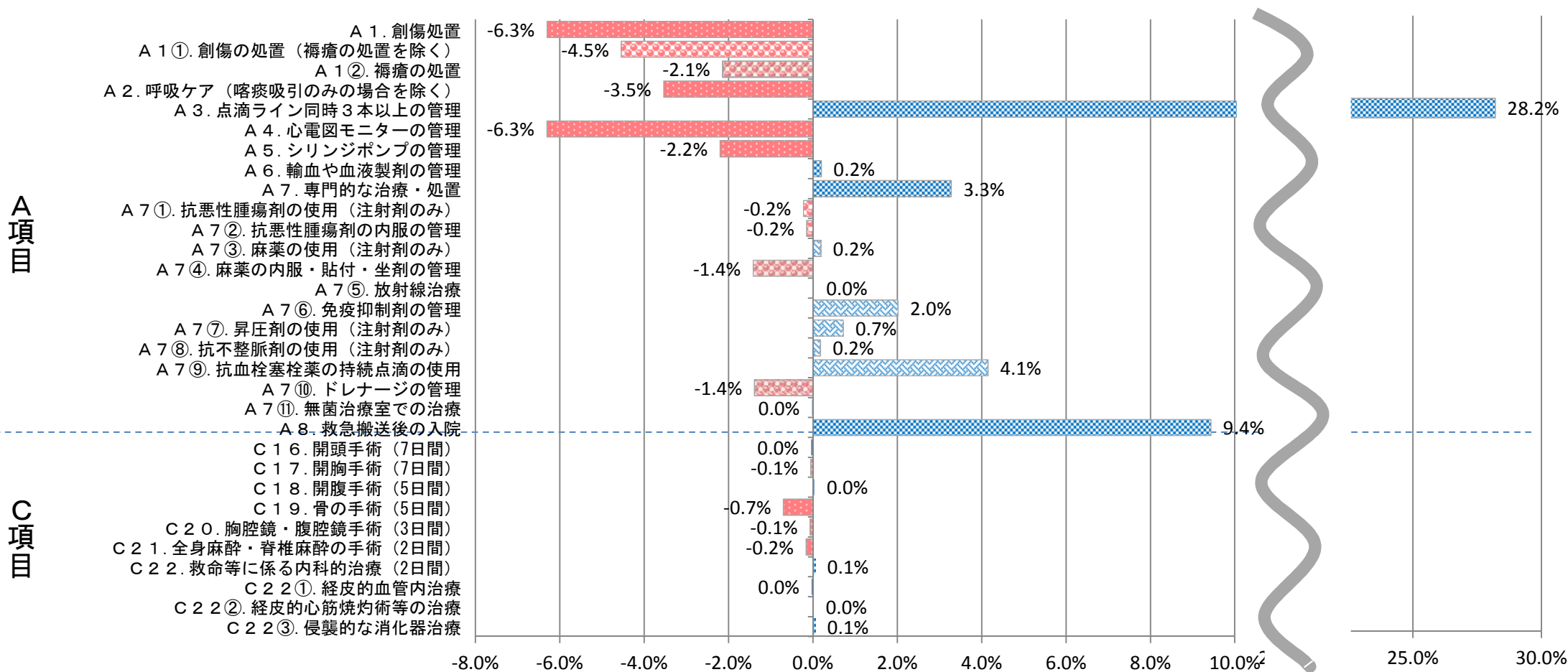
＜看護必要度の項目別該当患者割合(c項目)＞

(n=9,672,148)

7対1一般病棟



■ 評価項目別の該当患者割合の差 (DPCデータでの該当患者割合)－(現行の該当患者割合(Hファイル))



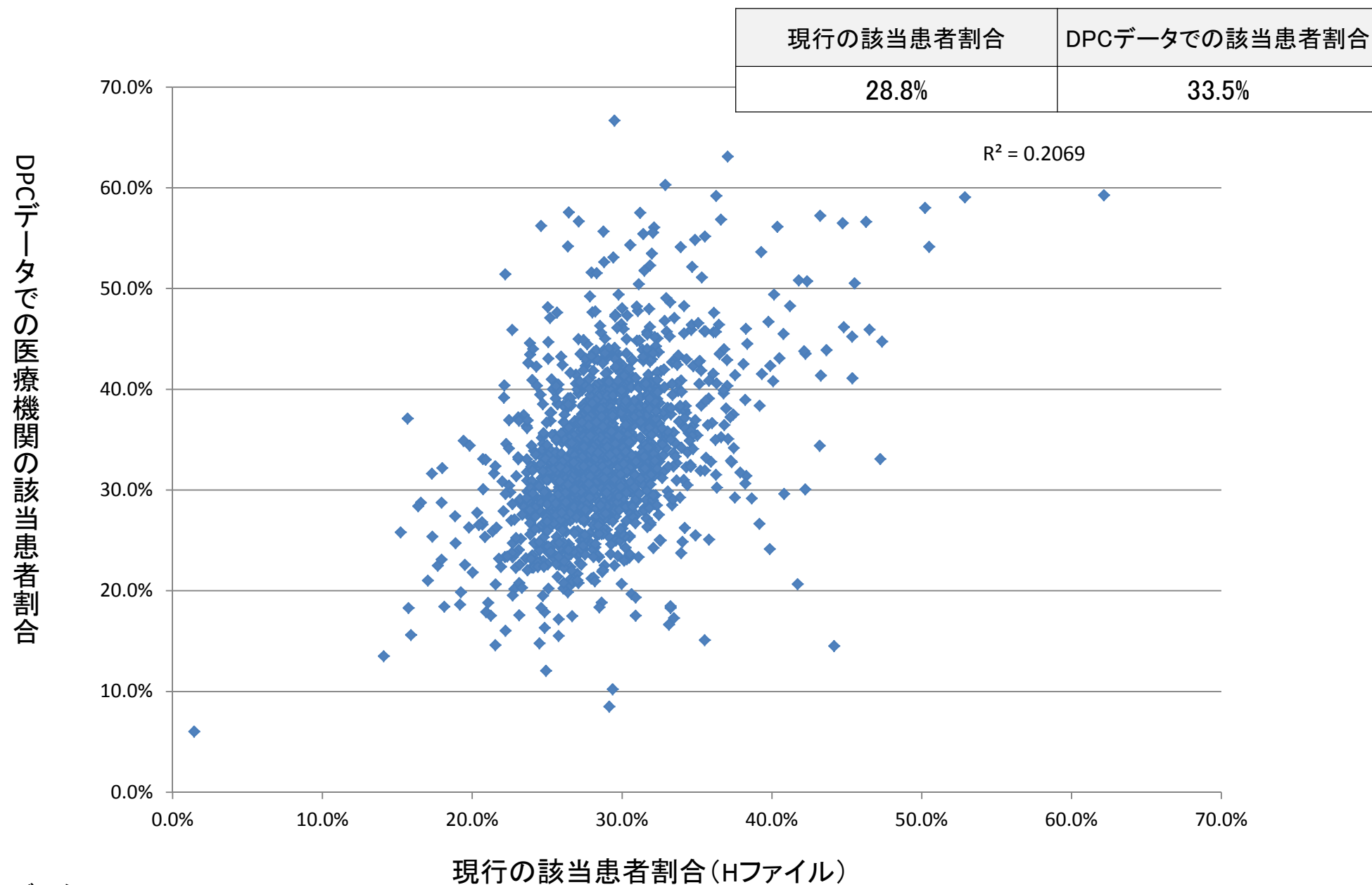
該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きい。

差の理由として考えられるのは、

- 「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」「シリンジポンプの管理」に対応する請求項目は、医療機関においてEFファイルに入力していない可能性がある。
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」「救急搬送後の入院」については、重症度、医療・看護必要度の定義と請求における規定とがずれているためと考えられる。
- 薬剤については、処方日と実際に投与した日とがずれている可能性がある。
- 「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性がある。

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑥(医療機関毎-1)

(n=1,495医療機関)



重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑦(医療機関毎-2)

現行の該当患者割合	DPCデータでの該当患者割合
28.8%	33.5%

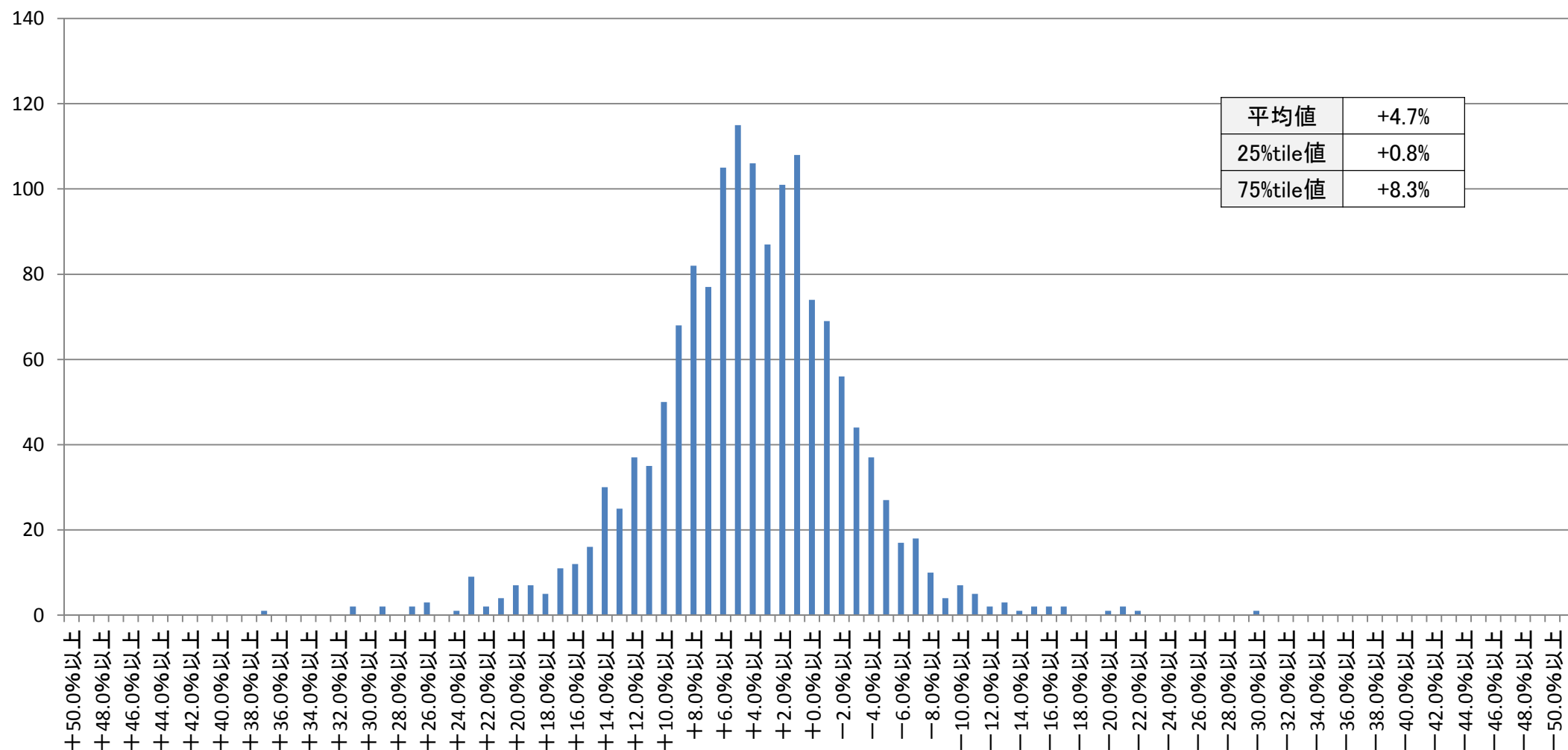


医療機関数		現行の該当患者割合(Hファイルデータ)					
		0%以上 15%未満	15%以上 25%未満	25%以上 35%未満	35%以上 45%未満	45%以上	総計
DPCデータでの 該当患者割合	0%以上 15%未満	2 (0.1%)	3 (0.2%)	2 (0.1%)	1 (0.1%)		8 (0.5%)
	15%以上 25%未満		52 (3.5%)	94 (6.3%)	3 (0.2%)		149 (10.0%)
	25%以上 35%未満		108 (7.2%)	638 (42.7%)	20 (1.3%)	1 (0.1%)	767 (51.3%)
	35%以上 45%未満		24 (1.6%)	415 (27.8%)	38 (2.5%)	2 (0.1%)	479 (32.0%)
	45%以上		3 (0.2%)	57 (3.8%)	24 (1.6%)	8 (0.5%)	92 (6.2%)
	総計	2 (0.1%)	190 (12.7%)	1206 (80.7%)	86 (5.8%)	11 (0.7%)	1495 (100.0%)

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑧(医療機関毎-3)

(医療機関数)

(n=1,495医療機関)



(DPCデータでの該当患者割合)－(現行の該当患者割合(Hファイル))

EFファイル情報を用いた該当患者割合の判定に係る留意点

- EFファイル情報については、重症度、医療・看護必要度の評価項目を活用し、急性期の入院患者の状態を把握（該当患者割合を判定）するものとして、一定の活用可能性が示唆されたが、判定に当たっては、以下のような点に留意する必要がある。
- EFファイルは、診療報酬の請求区分のある項目が対象であり、重症度、医療・看護必要度の評価対象の診療行為に該当する請求区分がない場合は、該当の可否を判定できない。
- EFファイルは、原則、出来高報酬の算定ルールに沿って入力される請求区分であり、実際に行った医療行為であっても入力されない場合がある。
- EFファイルに入力されるデータの傾向に、医療機関間で差がある可能性がある（実施しているがデータとして入力されない特定の診療行為がある場合、それが多いと判定結果は低くなる可能性）。
- EFファイルによる判定結果が、現行の判定結果と大きく乖離している医療機関については、評価項目と請求区分で定義が異なる診療行為を多く実施している可能性、入力が不十分なデータが多い可能性、などがあり、引き続き、検証が必要と考えられる。

→ 以上から、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の判定方法として活用する場合、項目の定義などを踏まえた適切な条件を検討する必要があるのではないか。

医療機能に応じた入院医療の評価について

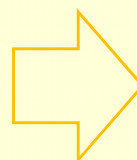
特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

平成28年度改定前

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：すべての項目が1点
該当基準：A項目が3点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上



平成28年度改定後

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目：「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点
その他の項目が2点
該当基準：A項目が4点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

- 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」について、B項目の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他	
救急救命入院料	入院料1	～3日 9,869点	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	—	救命救急センターを有していること	
		～7日 8,929点					
		～14日 7,623点					
	入院料2	～3日 11,393点	・救急救命料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 7割		
		～7日 10,316点					
		～14日 9,046点					
	入院料3	～3日 9,869点	・救急救命料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	—		
		～7日 8,929点					
		～14日 8,030点					
	入院料4	～3日 11,393点	・救急救命料2の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 7割		
		～7日 10,316点					
		～14日 9,046点					
特定集中治療室 管理料	管理料1	～7日 13,650点	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・クリーンバイオルームであること	2対1	ICU用 8割		
		～14日 12,126点					
	管理料2	～7日 13,650点 ～14日 12,126点	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師		ICU用 7割		
		管理料3	～7日 9,361点 ～14日 7,837点				・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること
	管理料4		～7日 9,361点 ～14日 7,837点		・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師		
		ハイケアユニット 入院医療管理料	管理料1		6,584点		・専任の医師が常時勤務
	管理料2		4,084点	5対1	HCU用 6割		
	脳卒中ケアユニット 入院医療管理料		5,084点	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・常勤の理学療法士又は作業療法士が配置	3対1		—

56

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	心電図モニターの管理	なし	あり	
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	
3	動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6	人工呼吸器の装着	なし		あり
7	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9	特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし		あり

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

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1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	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニターの装着	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10	人工呼吸器の装着	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13	特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	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

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度①

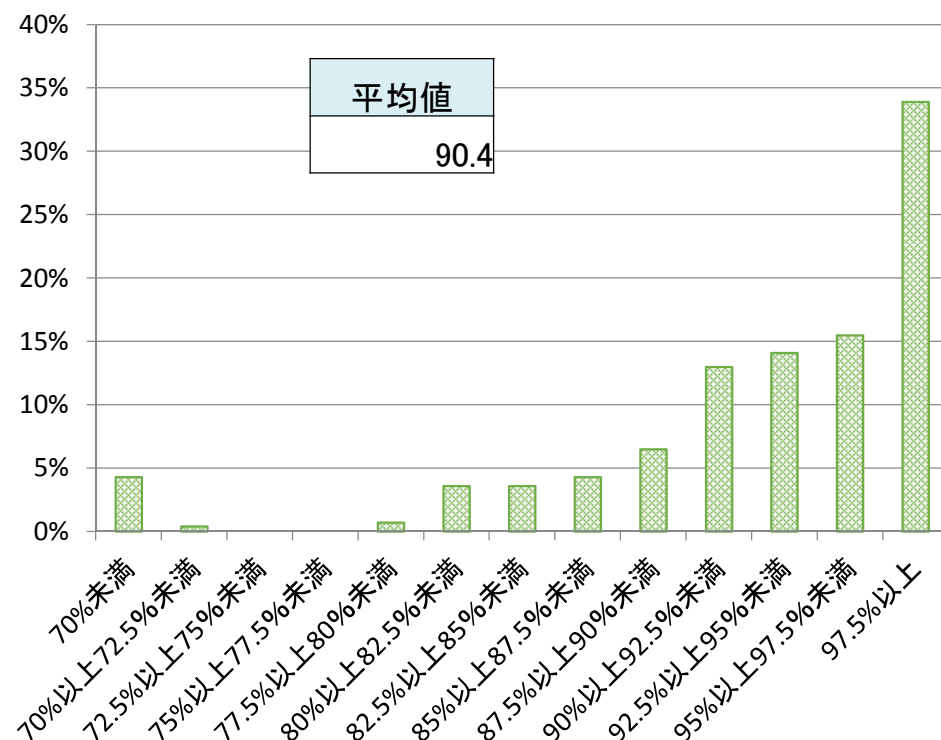
診調組 入-2
29.10.5

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度をみると、改定前も改定後も97.5%以上の占める割合が最も多い。

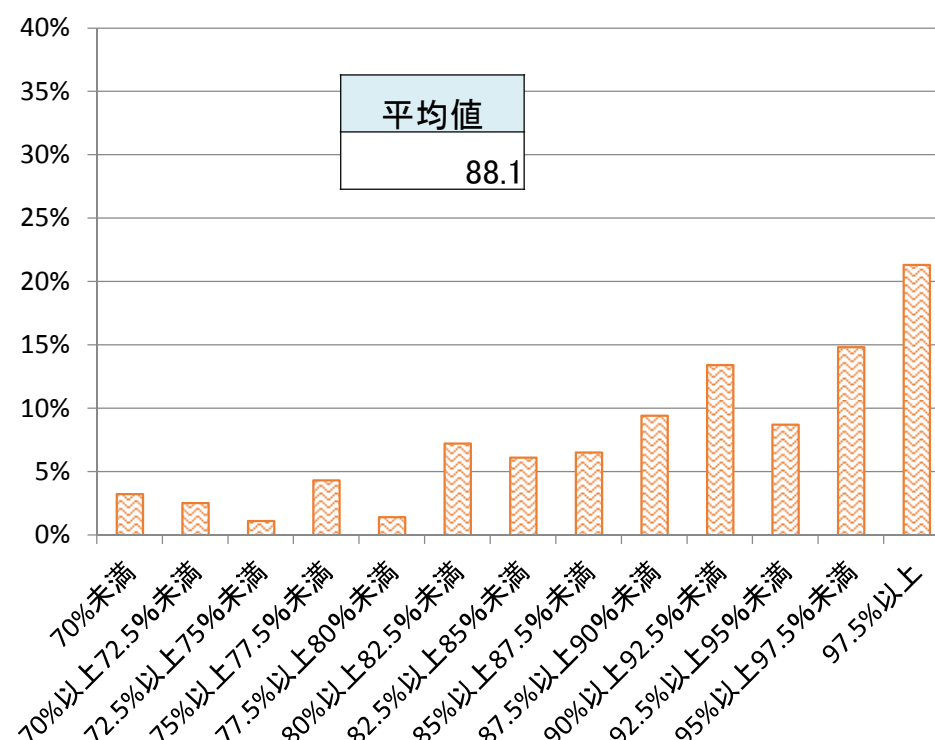
＜特定集中治療室の改定前後における重症度、医療・看護必要度の分布＞

(n=277)

改定前(平成28年3月1日時点)



改定後(平成29年3月1日時点)



※平成28年度改定で特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われているため比較はできないことに留意が必要

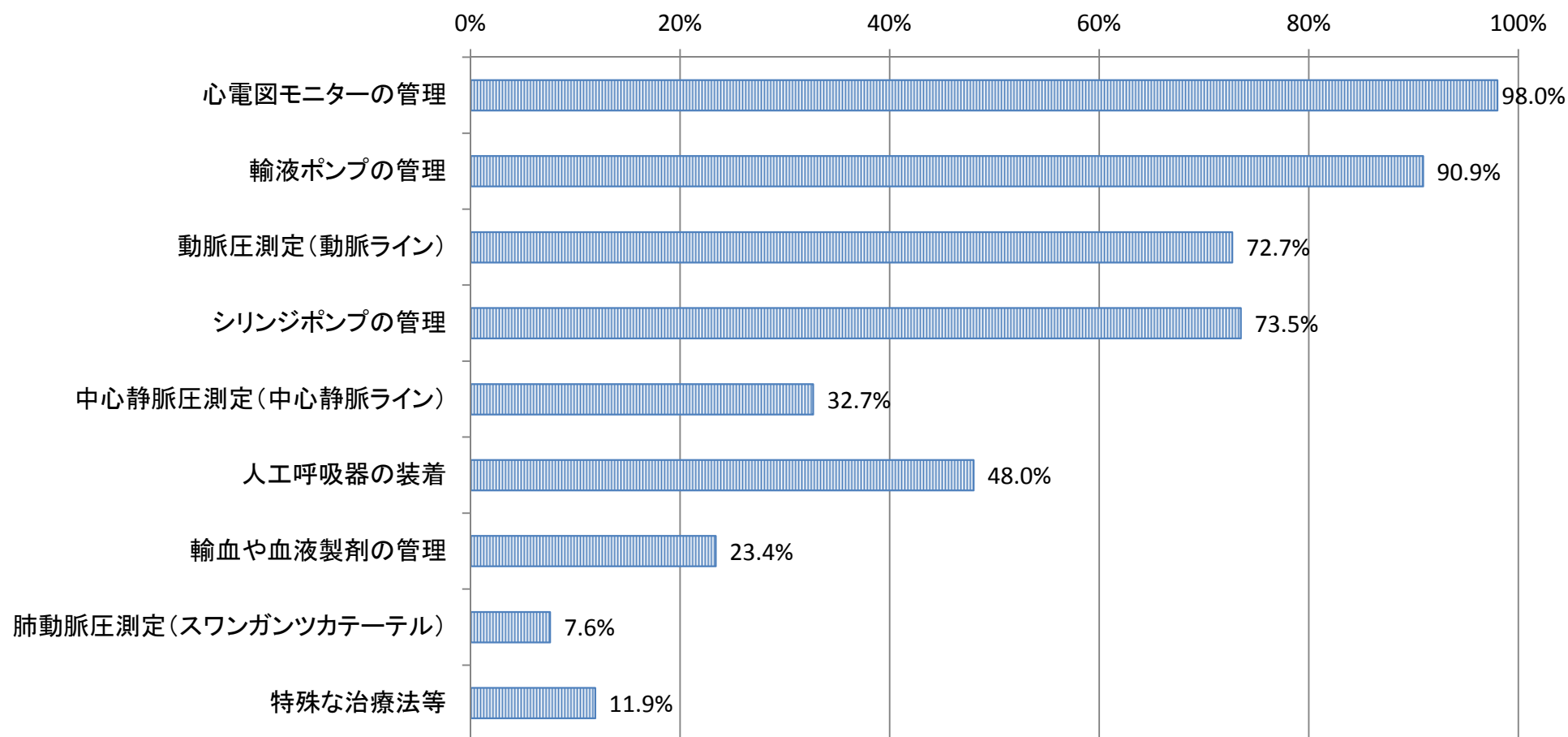
※本データは管理料1～4の区別なく集計をしており、それぞれの区分で基準が異なることに留意が必要

特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

診調組 入ー1
29.11.2

- 特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみると、A項目では、「心電図モニター」の該当割合が最も多く、98.0%を占めた。

＜項目別の重症度、医療・看護必要度該当患者割合(A項目)＞ (n=43,753)

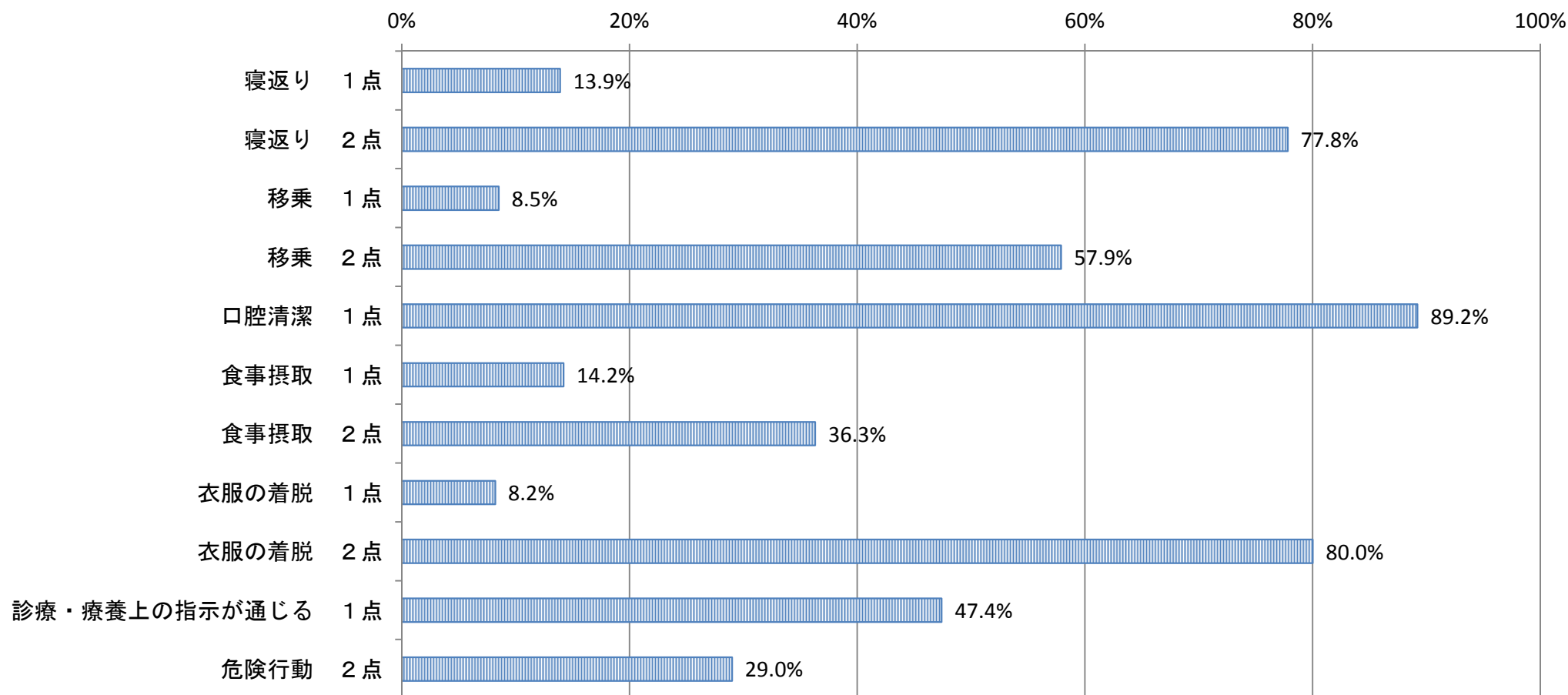


特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

診調組 入-1
29.11.2

- 特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみると、B項目では、「口腔清潔」の該当割合が最も多く、89.2%を占めた。

＜項目別の重症度、医療・看護必要度該当患者割合(B項目)＞ (n=43,753)



重症度、医療・看護必要度等に関する調査の調査概要

【調査対象】

特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、救命救急入院料及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかの治療室を有し、7対1一般病棟入院基本料を届け出ているDPC対象病院から無作為に抽出された約700施設

※ 7対1一般病棟入院基本料を算定している病棟については、3病棟（無作為抽出）を対象とした

【調査期間】

平成29年1月

【調査方法・項目】

調査対象医療機関より、以下の調査票・データを収集し、分析を行った

- ・ 施設票（病床数等）
- ・ 病棟調査票（届出病床数、職員配置の状況等）
- ・ 入院患者票（診療科、入院時の状態等）
- ・ 看護必要度票
- ・ DPCデータ

回収率：31%（217病院）

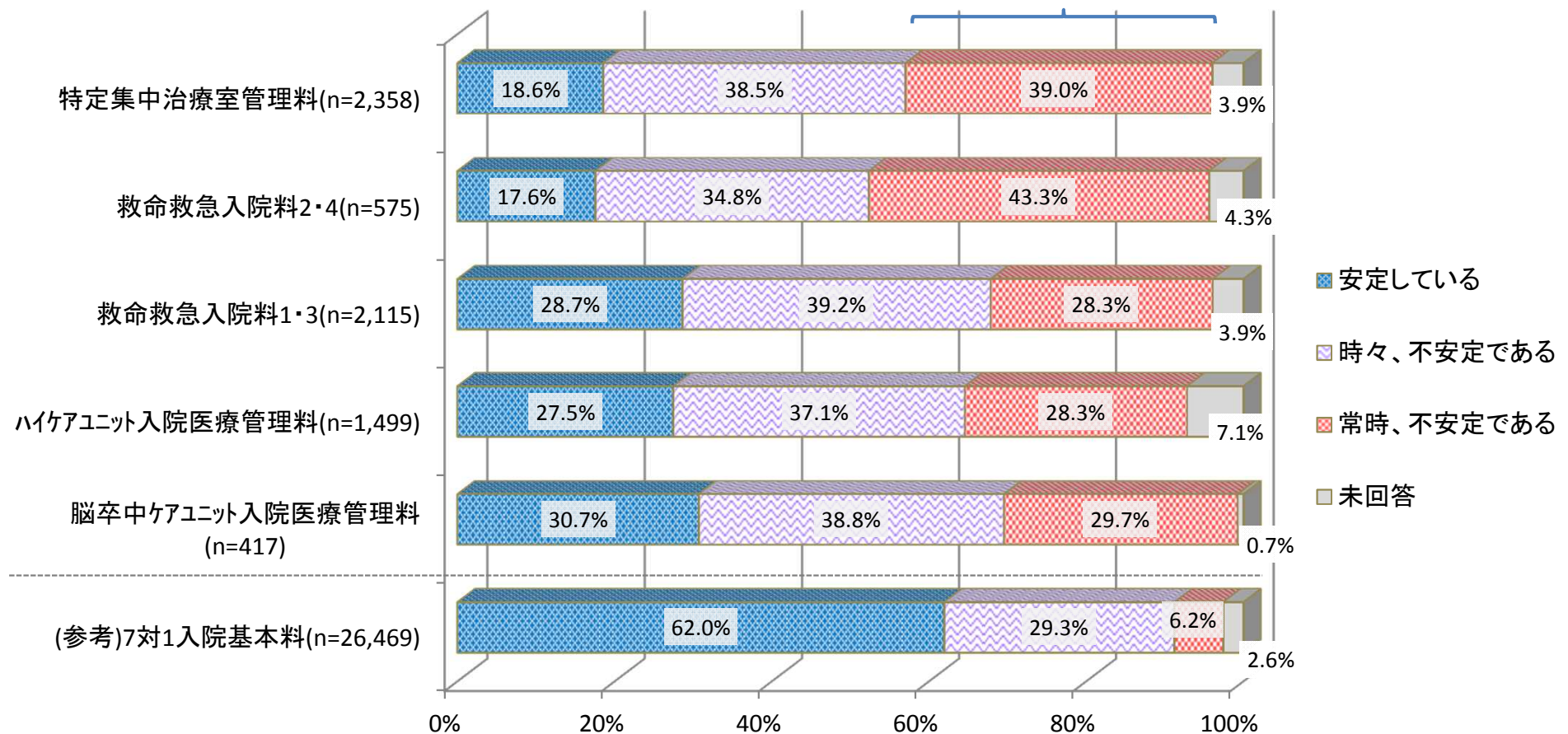
特定集中治療室等の患者の状態②

診調組 入ー1
29.11.2

- 各治療室に入室中の状態について、特定集中治療室と救命救急入院料2・4では約4割、救命救急入院料1・3、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニットでは約3割が、「常時、不安定である」患者である。

＜入室中の患者の状態＞

※ 調査対象期間内の1週間



特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度

診調組 入ー1
29.11.2

- 各治療室を、特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価票にて評価したところ、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合要件のない救命救急入院料1・3は、救命救急入院料2・4及びハイケアユニットと入院医療管理料比べて該当患者割合が低い、7対1一般病棟に比べ、該当患者割合が高い。

＜各基準の該当患者割合＞

特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の全項目について該当するかどうかを調査し、各基準に基づき該当患者割合を集計

	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	89.1%	84.7%	23.7%	33.7%	8.0%	1.2%
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	92.6%	93.1%	48.8%	88.0%	31.5%	4.3%
7対1一般病棟入院基本料の基準	95.6%	94.3%	65.4%	84.0%	55.6%	28.5%

※ 背景色の箇所は、重症度、医療・看護必要度の基準がある治療室

(対象とした患者数)

	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	117,173	1,517	3,303	6,152	1,441	5,178
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	117,173	1,516	3,303	6,017	1,405	5,169
7対1一般病棟入院基本料の基準	118,580	1,502	3,266	5,825	1,400	5,167

(参考) 基準一覧

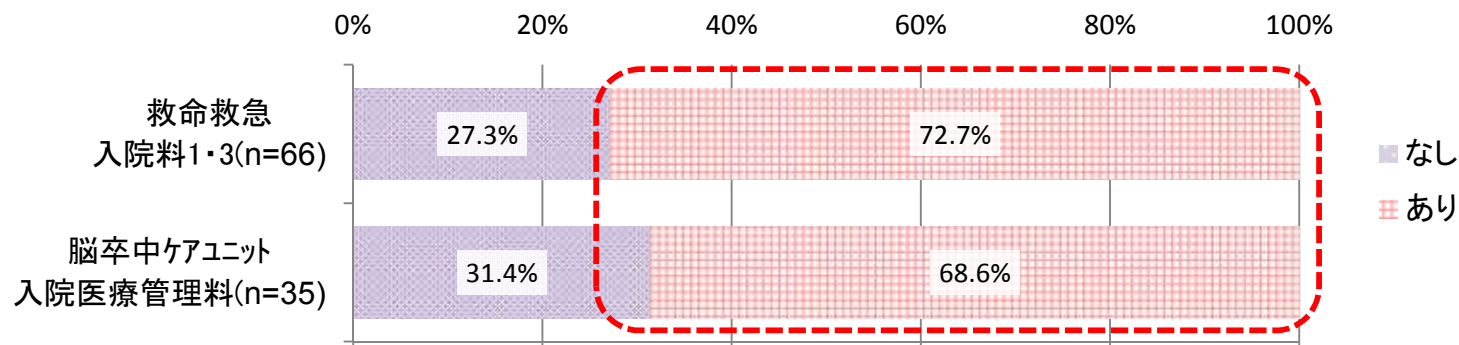
特定集中治療室管理料	A得点4点以上かつB得点3点以上の該当患者割合が、管理料1・2で80%以上、管理料3・4で70%以上
ハイケアユニット入院医療管理料	A得点3点以上かつB得点4点上の該当患者割合が、管理料1で80%以上、管理料2で60%以上
7対1一般病棟入院基本料	A得点2点以上かつB得点3点以上、又はA得点3点以上の該当患者割合が、25%以上

救命救急入院料1・3と脳卒中ケアユニットの重症度、医療・看護必要度の測定

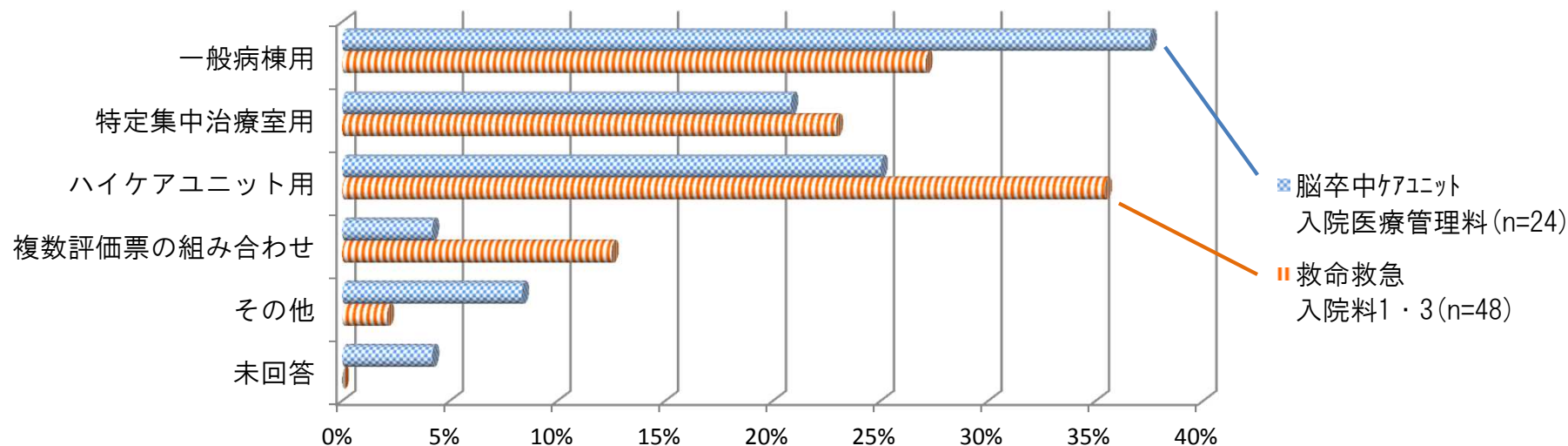
診調組 入ー1
29.11.2

- 救命救急入院料1と3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料ともに7割近くが重症度、医療・看護必要度を測定している。
- 測定に用いた評価は、救命救急入院料1・3ではハイケアユニット用の評価票を用い、脳卒中ケアユニットでは一般病棟用の評価票を多く用いている。

＜重症度、医療・看護必要度の測定の有無＞



使用している評価票の種類



ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例

診調組 入-1
29.11.2

APACHE II

(acute physiology and chronic health evaluation II)

- ICU入室24時間以内の生理学的指標12項目の合計スコア(最悪値)に、年齢、慢性併存疾患のスコアを加え、重症度を0点から71点に定量化した指標(詳細は次項)

(測定項目)

・体温	・動脈圧	・心拍数
・呼吸数	・PaO ₂	・pH
・Na	・K	・クレアチニン
・Ht	・WBC	・GCS



年齢、慢性併存疾患

当該スコアを用いて、個々の患者の重症度の数値化や予測死亡率※が客観的に把握可能となる

- また、個々の患者で算出した予測死亡率を用いて、各施設での標準化死亡比(=当該施設における実死亡率/施設における予測死亡率)が客観的に把握可能となり。

各施設の標準化死亡比を用いて、施設間での客観的な比較が可能となる

- 日本集中治療医学会において、国内多施設に対する集中治療室患者症例レジストリ(JIPAD)を2015年より開始しており、その中にAPACHE IIの内容も含まれる。登録開始施設53施設、合計登録症例数 42,500例(2017年9月現在)

※予測死亡率 = $e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$ (Logitは上付き)

Logit = $-3,517 + (\text{APACHE II}) * 0,146 + 0.603 \times \text{緊急手術加算} + \text{Diagnostic category weight (疾患別係数)}$

(参考)APACHE II のスコアリング

診調組 入-1
29.11.2

A表 急性生理的スコア Acute Physiological Score : APS

生理学的変数	異常高値域				正常域		異常低値域		
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
1 深部体温 (℃)	≥41	39 ~ 40.9	—	38.5 ~ 38.9	36 ~ 38.4	34 ~ 35.9	32 ~ 33.9	30 ~ 31.9	≤29.9
2 平均血圧 (mmHg)	≥160	130 ~ 159	110 ~ 129	—	70 ~ 109	—	50 ~ 69	—	≤49
3 心拍数 (/min)	≥180	140 ~ 179	110 ~ 139	—	70 ~ 109	—	55 ~ 69	40 ~ 54	≤39
4 呼吸数 (/min)	≥50	35 ~ 49	—	25 ~ 34	12 ~ 24	10 ~ 11	6 ~ 9	—	≤5
5 酸素化 A-aDO ₂ または PaO ₂ (mmHg)									
a FI _{O2} ≥ 0.5 での A-aDO ₂	≥500	350 ~ 499	200 ~ 349	—	<200	—	—	—	—
b FI _{O2} < 0.5 での PaO ₂	—	—	—	—	>70	61 ~ 70	—	55 ~ 60	<55
6 動脈血 pH (未施行時は下記*静脈血 HCO ₃ ⁻)	≥7.70	7.60 ~ 7.69	—	7.50 ~ 7.59	7.33 ~ 7.49	—	7.25 ~ 7.32	7.15 ~ 7.24	<7.15
7 血清 Na (mmol/l)	≥180	160 ~ 179	155 ~ 159	150 ~ 154	130 ~ 149	—	120 ~ 129	111 ~ 119	≤110
8 血清 K (mmol/l)	≥7.0	6.0 ~ 6.9	—	5.5 ~ 5.9	3.5 ~ 5.4	3.0 ~ 3.4	2.5 ~ 2.9	—	<2.5
9 血清 Cre (mg/dl) (急性腎不全では点数を倍)	≥3.5	2.0 ~ 3.4	1.5 ~ 1.9	—	0.6 ~ 1.4	—	<0.6	—	—
10 Ht (%)	≥60	—	50 ~ 59.9	46 ~ 49.9	30 ~ 45.9	—	20 ~ 29.9	—	<20
11 WBC (×10 ³ /mm ³)	≥40	—	20 ~ 39.9	15 ~ 19.9	3 ~ 14.9	—	1 ~ 2.9	—	<1
12 Glasgow coma scale (GCS)	15 マイナス実際のGCS値								
A 以上 12 項目の生理的スコアの合計点									
* 静脈血血清 HCO ₃ ⁻ (mmol/l) (推奨されない、血液ガス未施行時)	≥52	41 ~ 51.9	—	32 ~ 40.9	22 ~ 31.9	—	18 ~ 21.9	15 ~ 17.9	<15

B表 年齢点

年齢 (才)	点数
≤44	0
45 ~ 54	2
55 ~ 64	3
65 ~ 74	5
≥75	6

APACHE II SCORE
A表とB表とC表の点数の合計点

急性生理学的スコア (APS) 点	0 ~ 56
年齢 (Age) 点	0, 2, 3, 5, 6
慢性健康点 (CHP)	0, 2, 5
合計点	

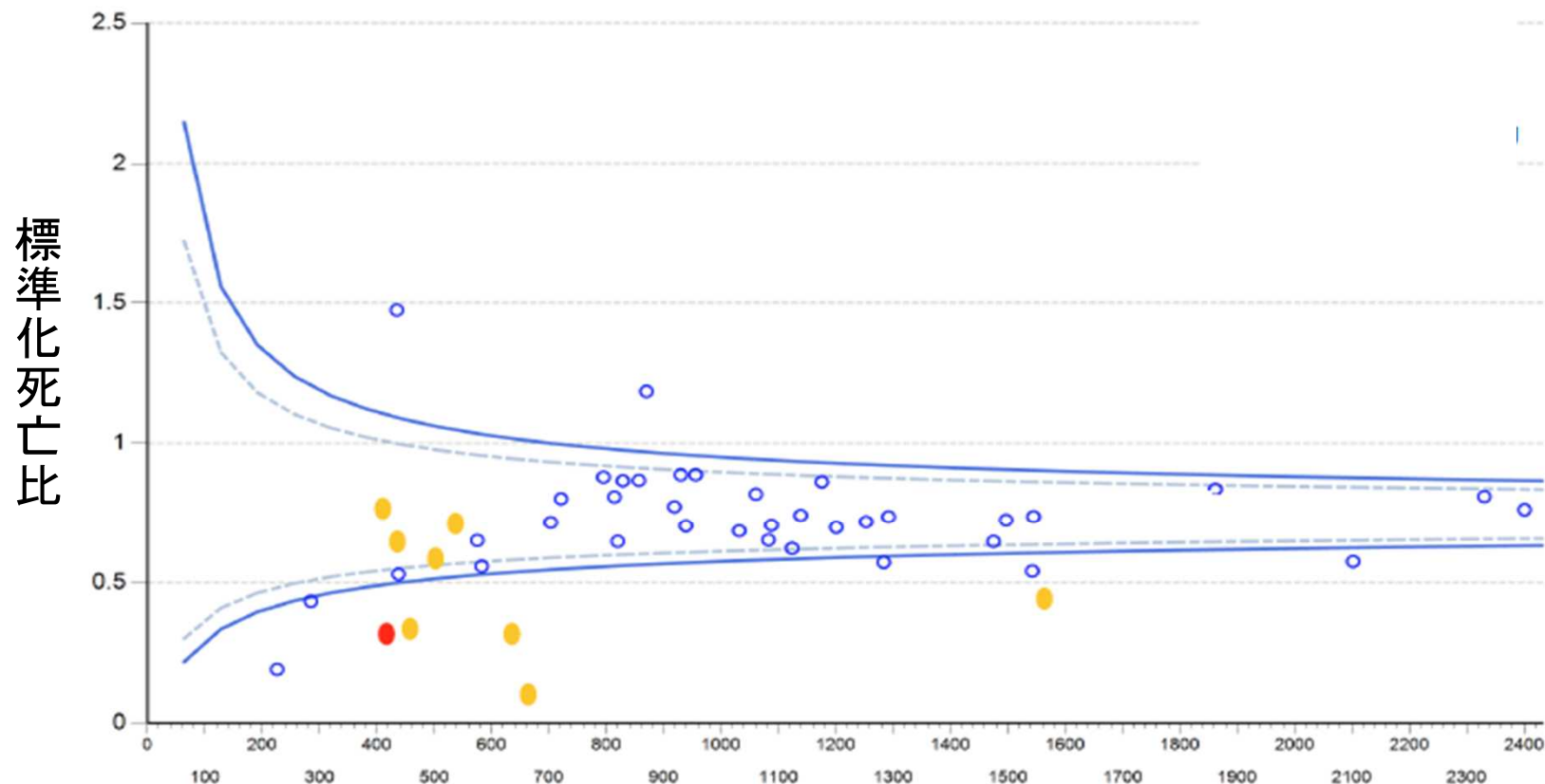
C表 慢性健康点 (Chronic health points : CHP) 0 点, 2 点, あるいは 5 点

重度臓器不全の既往や免疫不全状態にある場合 (定義参照) には以下の点を加算する	
非手術患者または緊急手術後の患者 : 5 点	
予定手術後の患者 : 2 点	
定義	臓器不全や免疫不全は入院前に診断されていること
肝	生検での肝硬変と確実な門脈圧亢進、門脈圧亢進による消化管出血の既往、肝不全・肝性脳症・肝性昏睡の既往
心血管系	NYHA IV 度
呼吸器系	慢性的の拘束性・閉塞性・血管性疾患による運動制限 (階段を昇れない、家事不能など)、慢性低酸素血症・高炭酸ガス血症、二次性多血症、肺高血圧症 (>40 mmHg)、人工呼吸器管理
腎	血液透析中
免疫不全	感染抵抗性を抑える治療中 (免疫抑制剤、抗がん剤治療、放射線治療、長期のあるいは最近の高用量ステロイド使用など)、感染抵抗性を抑制する疾患の進展 (白血病、リンパ腫、AIDS など)

APACHEスコアを用いたベンチマークの一例

診調組 入-1
29.11.2

APACHEIIを用いることで、各医療機関のICUにおける標準化死亡比(=実死亡率/予測死亡率)の算出が可能となり、医療機関ごとの客観的な比較も可能となる。



各医療機関の入室患者数

日本集中治療学会より提供(本ケースはAPACHEIIIを用いて標準化死亡比の計算を行っているが、APACHEIIでも同様の計算が可能)

平成26年度診療報酬改定

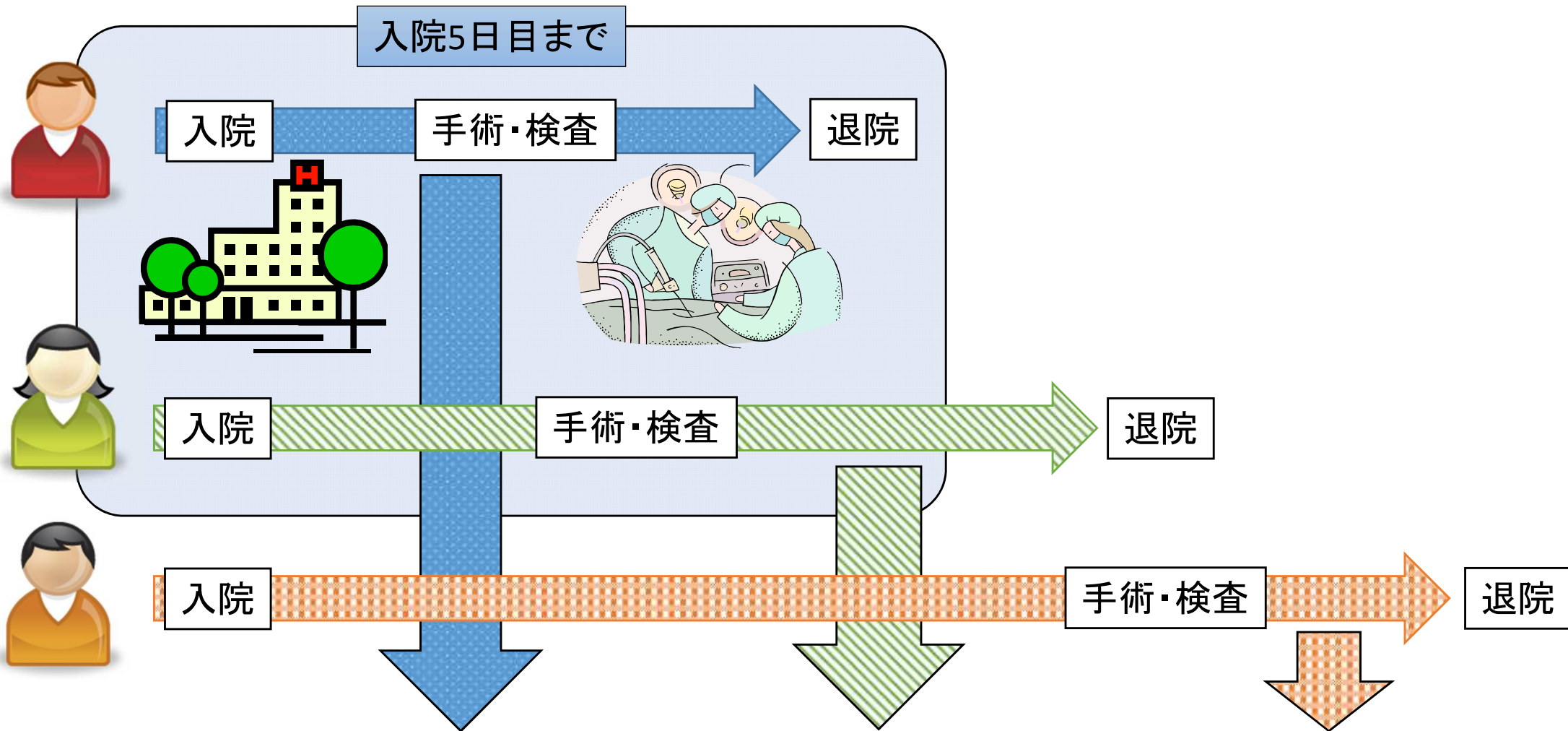
短期滞在手術基本料の見直し

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

[留意事項]

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

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術基本料を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高(DPC病院であっても出来高点数表)で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高(DPC病院の場合はDPC点数表)で算定。

(参考)医療機能に応じた入院医療の評価(平成28年度診療報酬改定)

短期滞在手術等基本料3の見直し

➤ 短期滞在手術等基本料3について、新たな対象手術等を追加するとともに、一部の手術等について診療の実態に合わせ、よりきめ細かな評価とする。

- ① 「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」を短期滞在手術等基本料3の対象に加える。
- ② 「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する。
- ③ 透析や抗悪性腫瘍剤の使用等高額となる医療行為については、包括範囲から除外する。

【分析対象とした手術等】

- 手術
- 1,000点以上の検査、放射線治療等

【分析データ】

DPCデータ(平成28年4月以降に入院し、平成28年12月までに退院した患者であって、当該手術等を1度のみ実施した症例

【項目の抽出方法】

以下のいずれの条件も満たす手術等

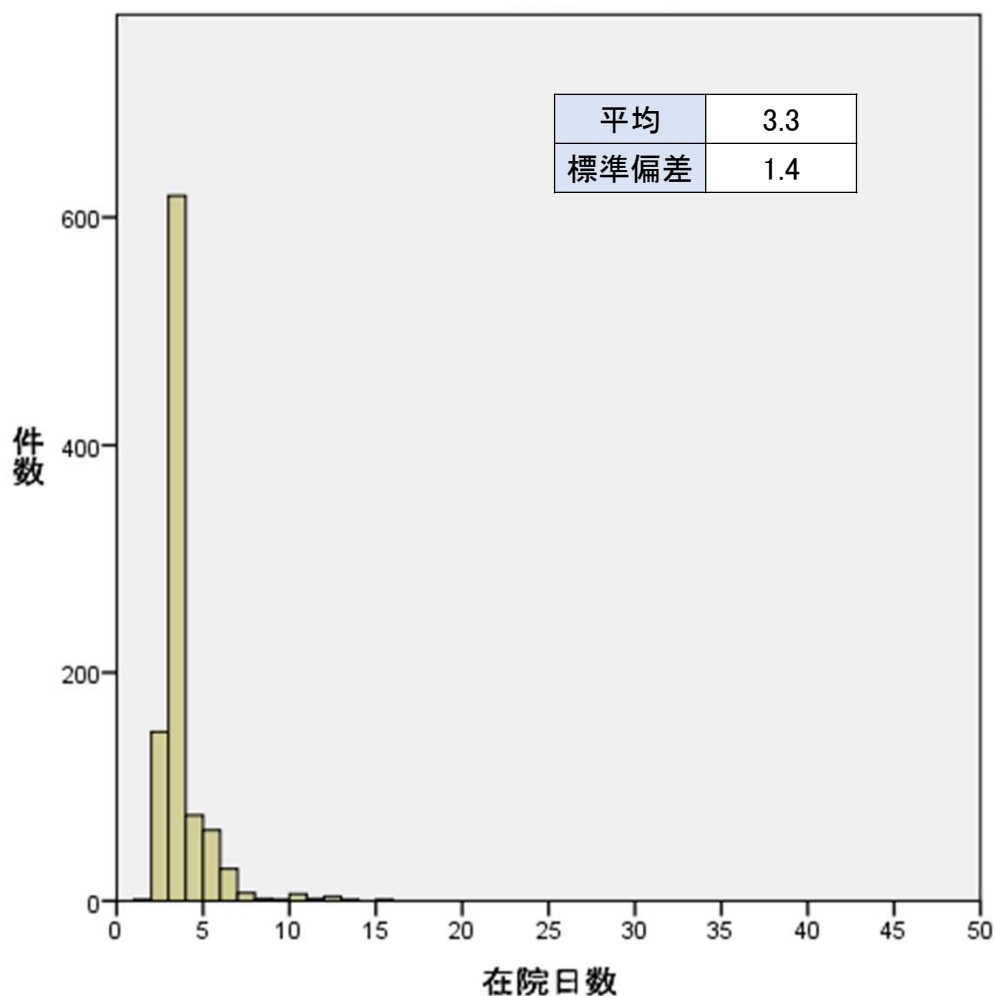
- 在院日数の平均＋1SDが5日以内
- 該当症例数が100件以上
- 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい

D419 5 副腎静脈サンプリング

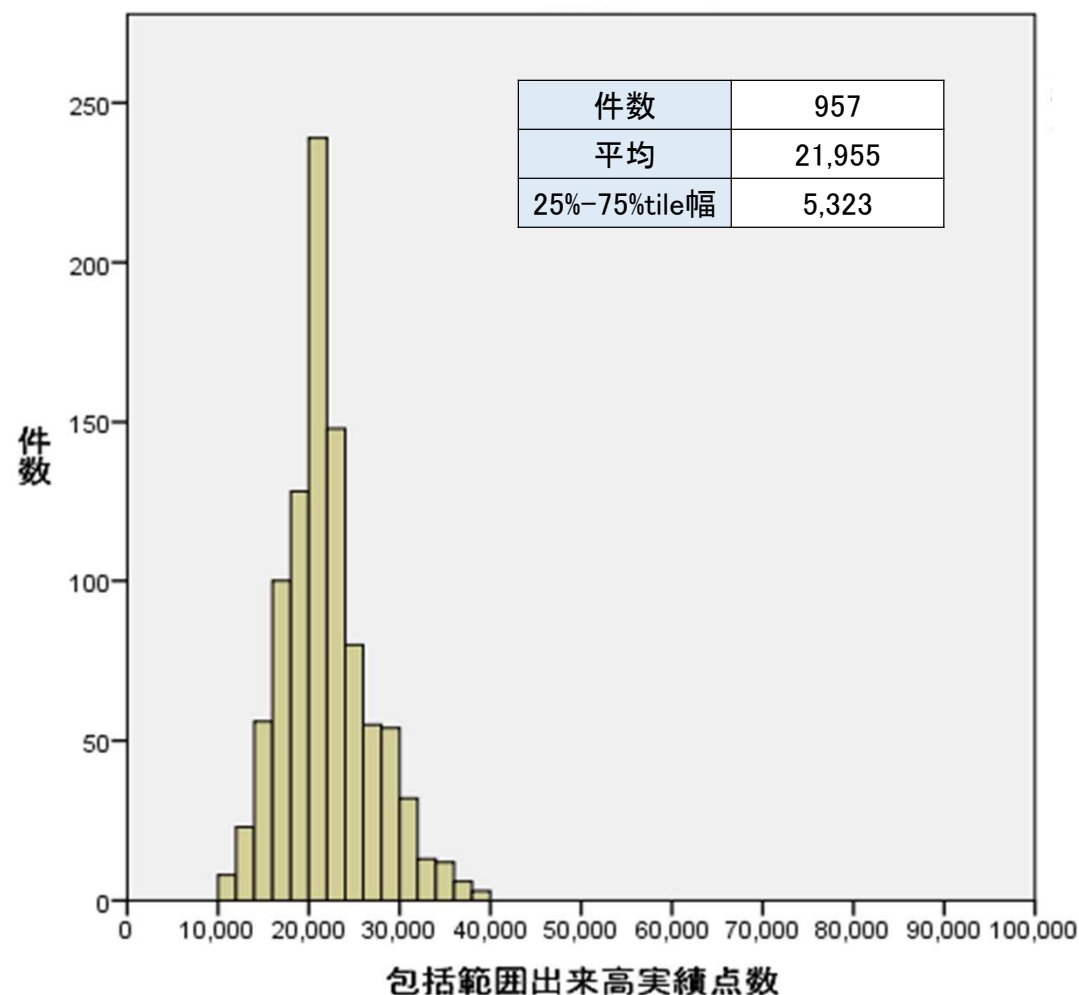
診調組 入ー1
29.10.18

- 副腎静脈サンプリングについては、在院日数の平均が3.3日、標準偏差は1.4日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は21,955点、25%-75%tile幅は5,323点であった。

＜在院日数の分布＞



＜包括範囲出来高実績点数の分布＞

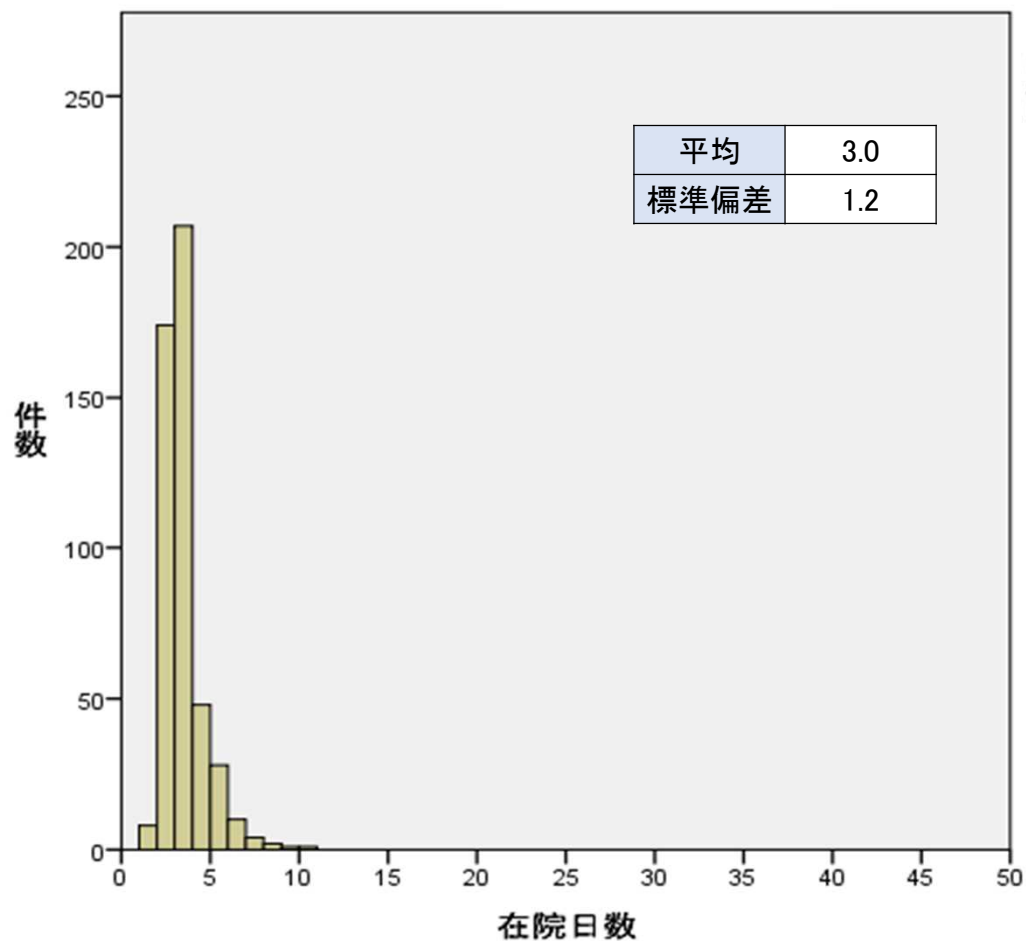


K863-3 子宮鏡下子宮内膜焼灼術

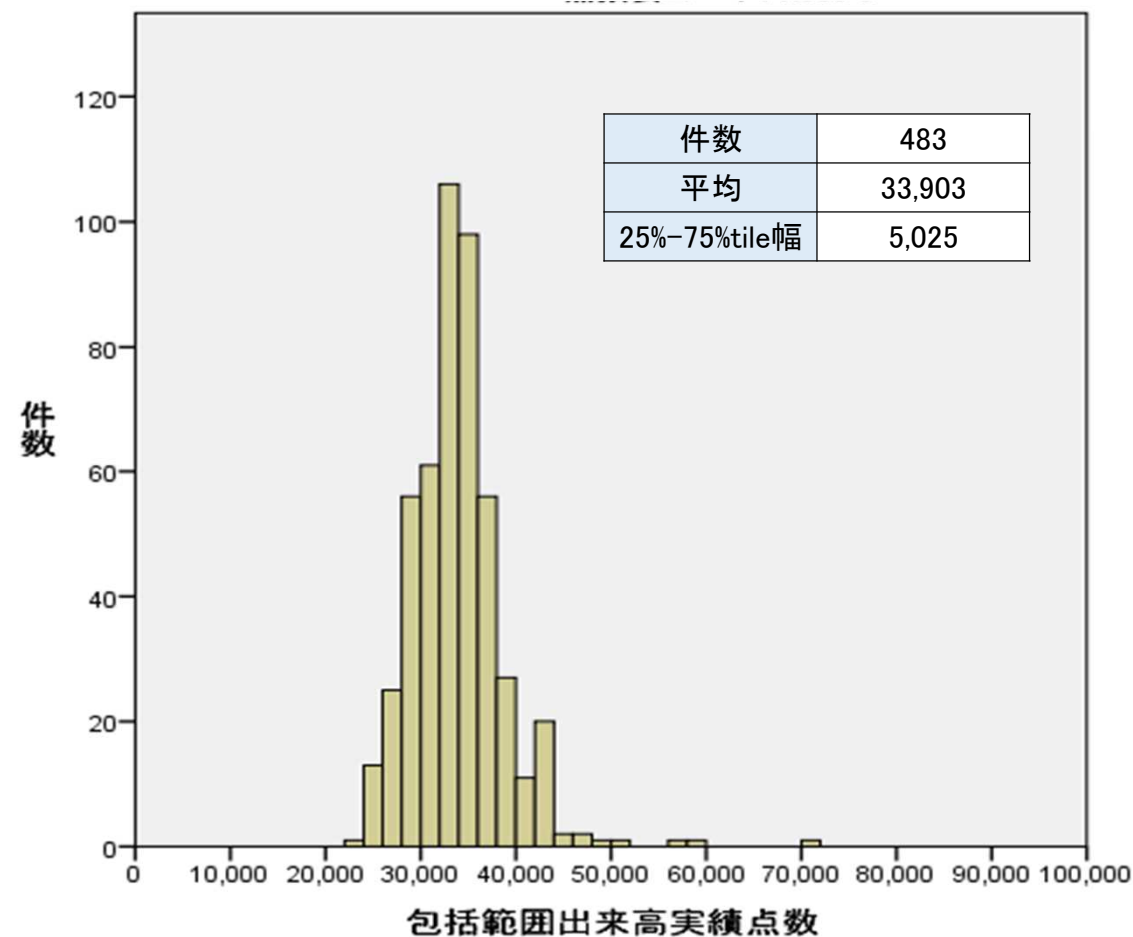
診調組 入-1
29.10.18

- 子宮鏡下子宮内膜焼灼術については、在院日数の平均が3.0日、標準偏差は1.2日であった。
また、包括範囲出来高実績点数の平均は33,903点、25%-75%tile幅は5,025点であった。

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>

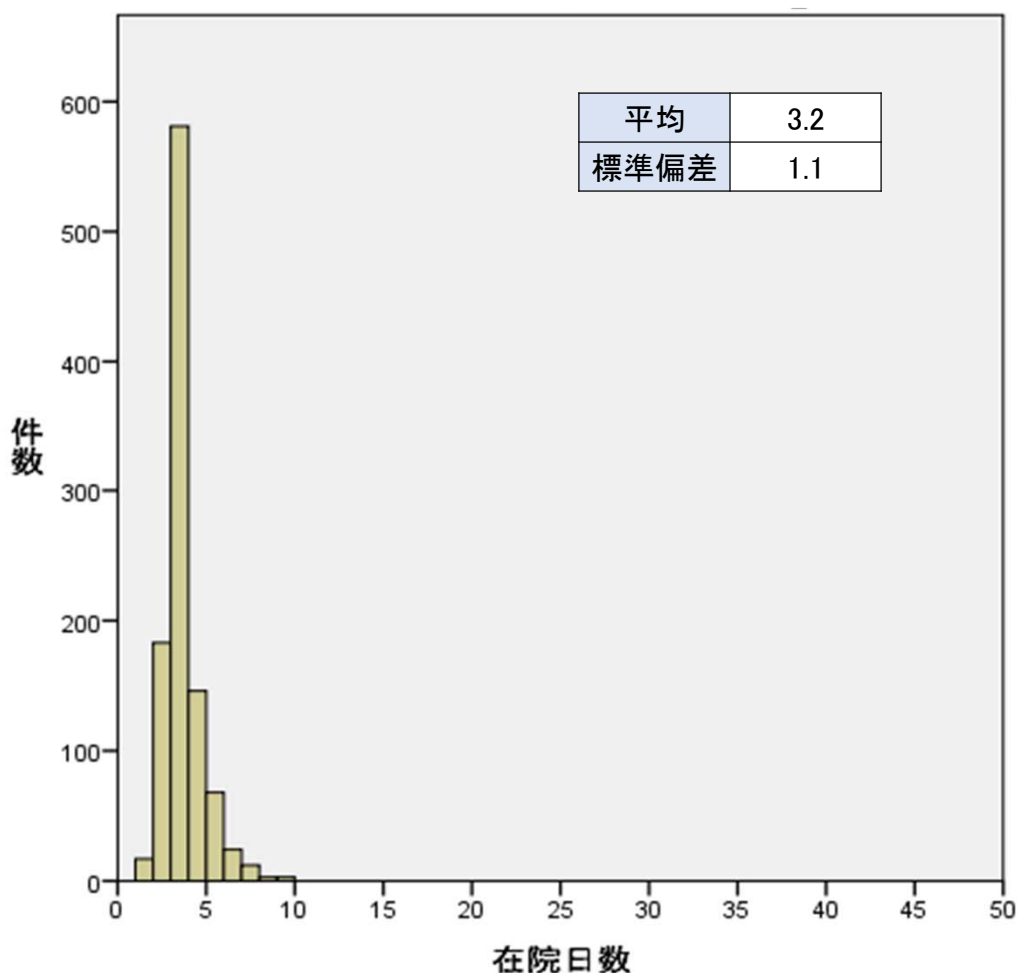


K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術

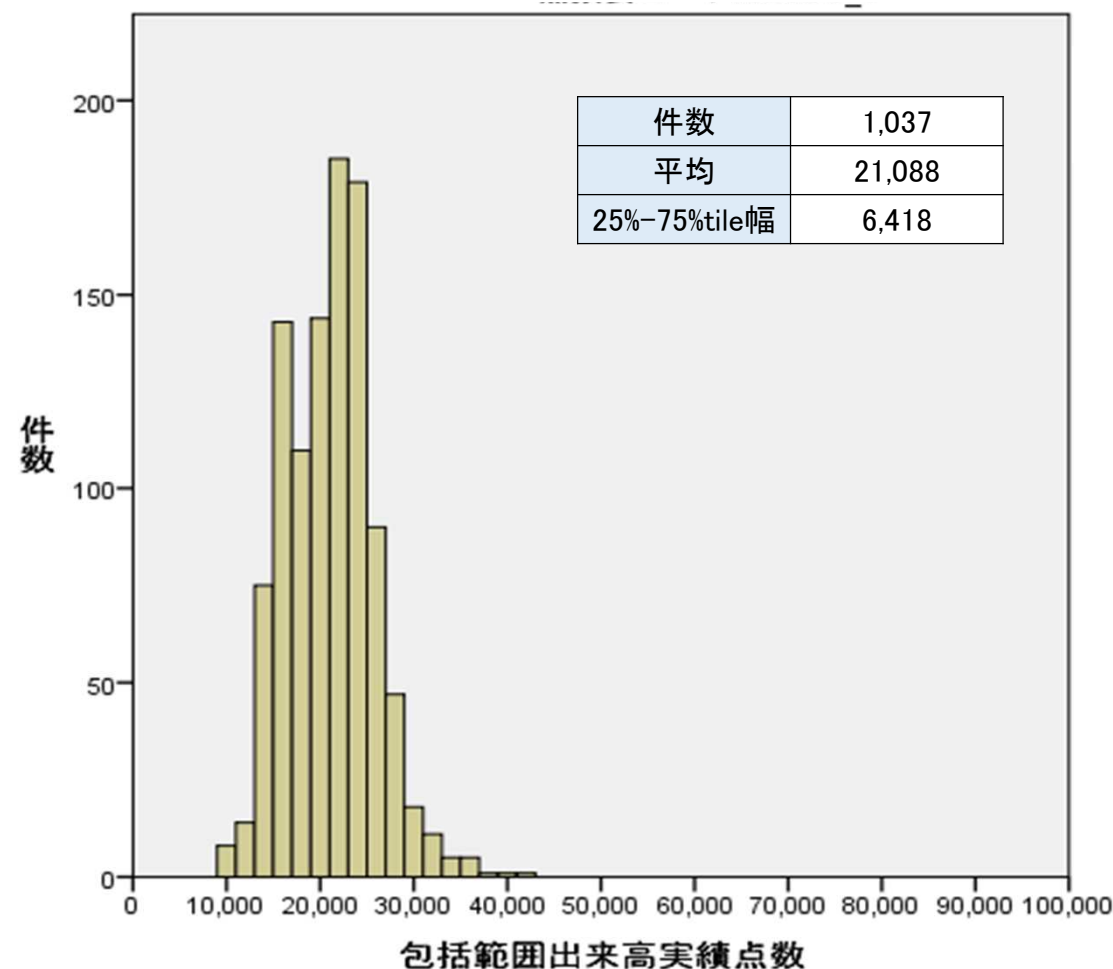
診調組 入-1
29.10.18

- 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術については、在院日数の平均が3.2日、標準偏差は1.1日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は21,088点、25%-75%tile幅は6,418点であった。

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>



※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

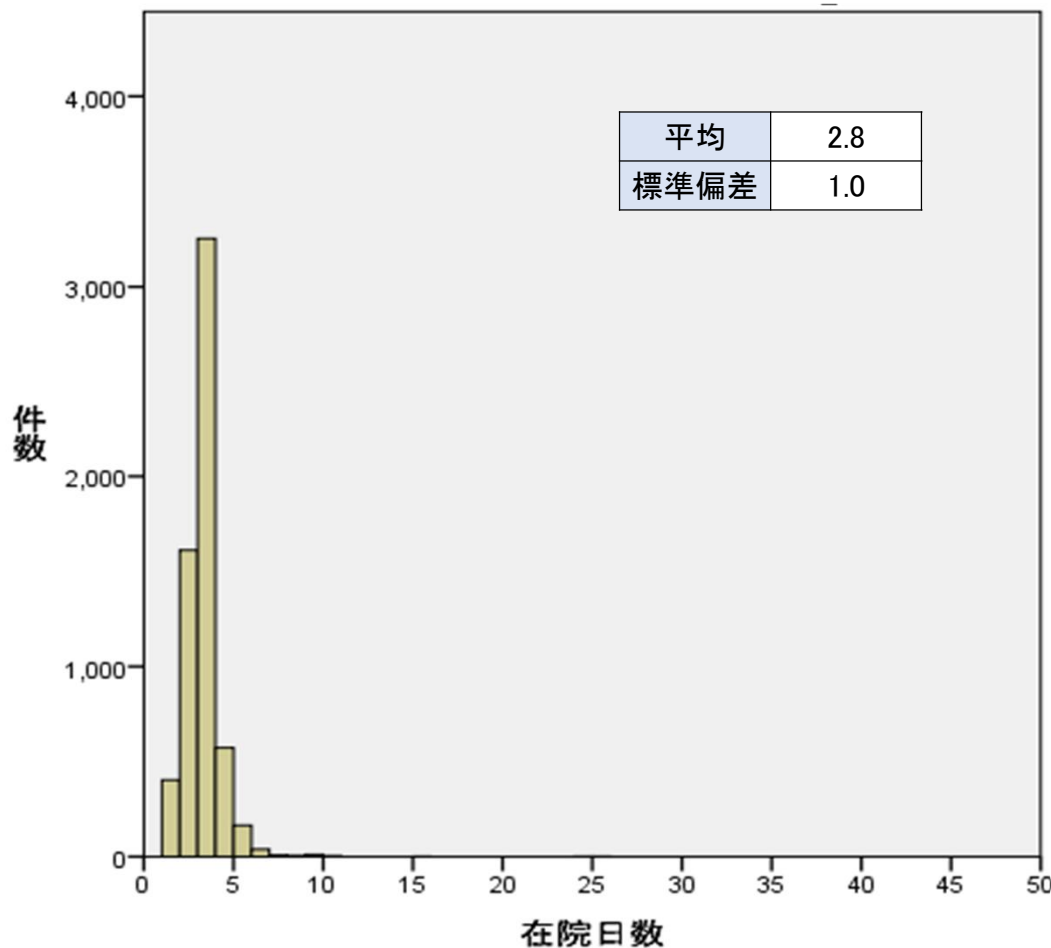
※DPCデータより集計(平成28年4月~12月)

K872-3 子宮内膜ポリープ切除術

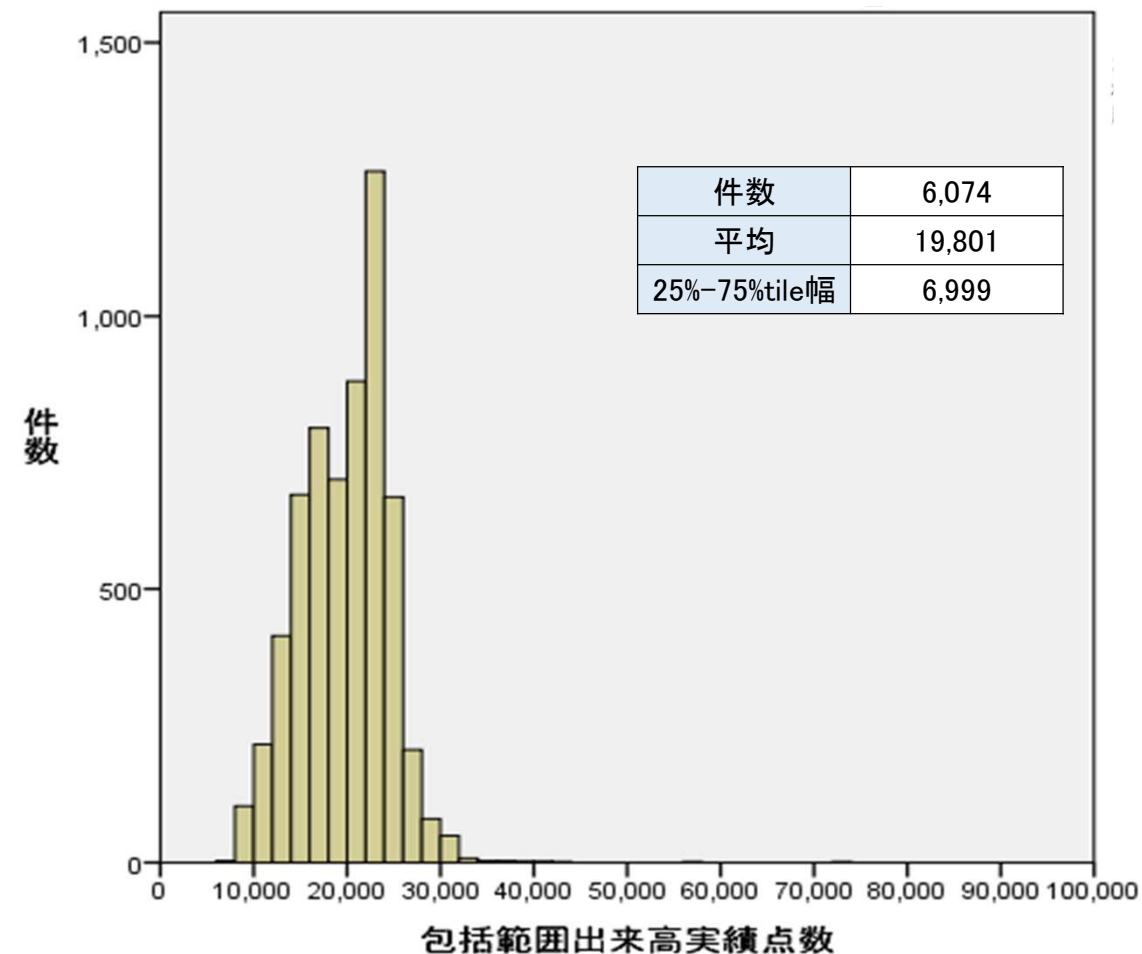
診調組 入-1
29.10.18

- 子宮内膜ポリープ切除術については、在院日数の平均が2.8日、標準偏差は1.0日であった。
また、包括範囲出来高実績点数の平均は19,801点、25%-75%tile幅は6,999点であった。

＜在院日数の分布＞



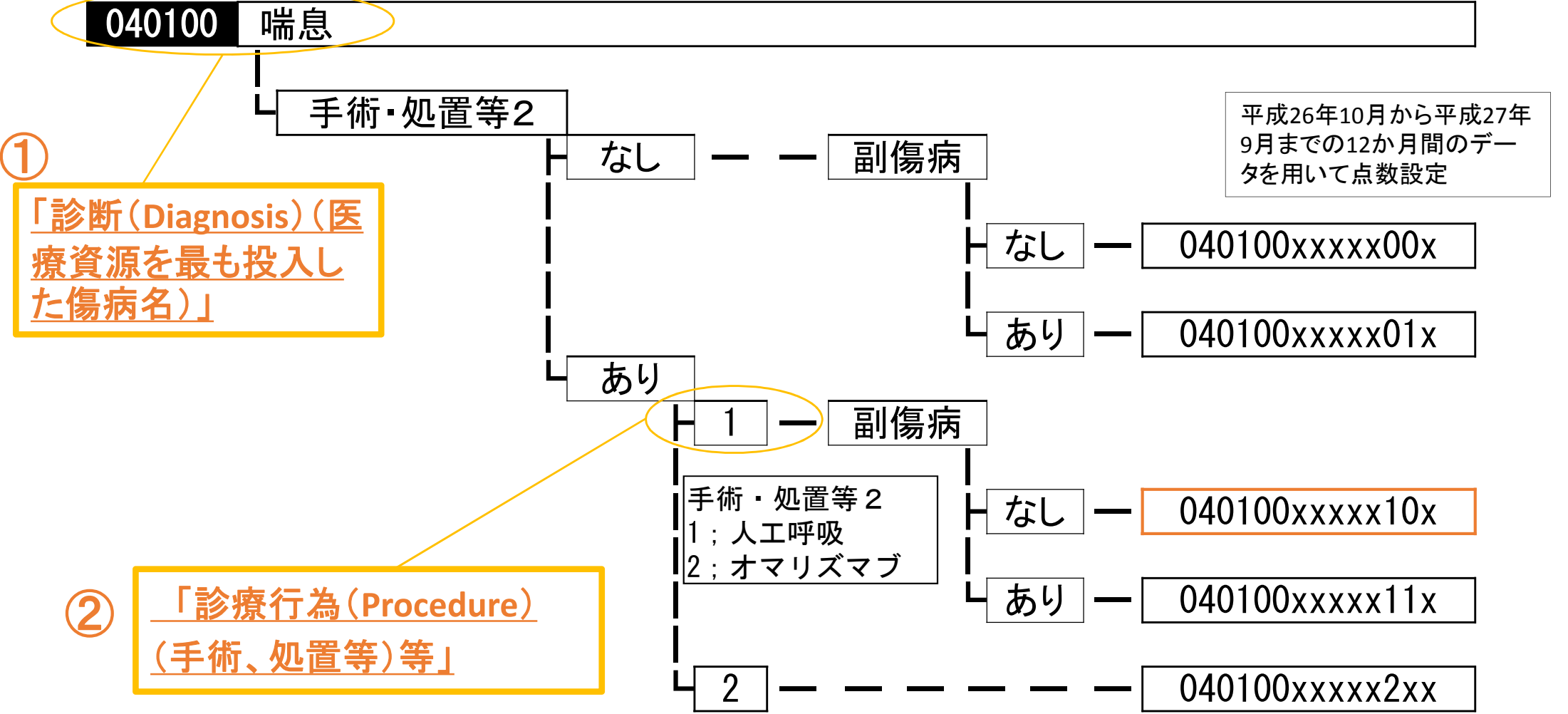
＜包括範囲出来高実績点数の分布＞



※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

※DPCデータより集計(平成28年4月～12月)

診断群分類(DPC)の選択

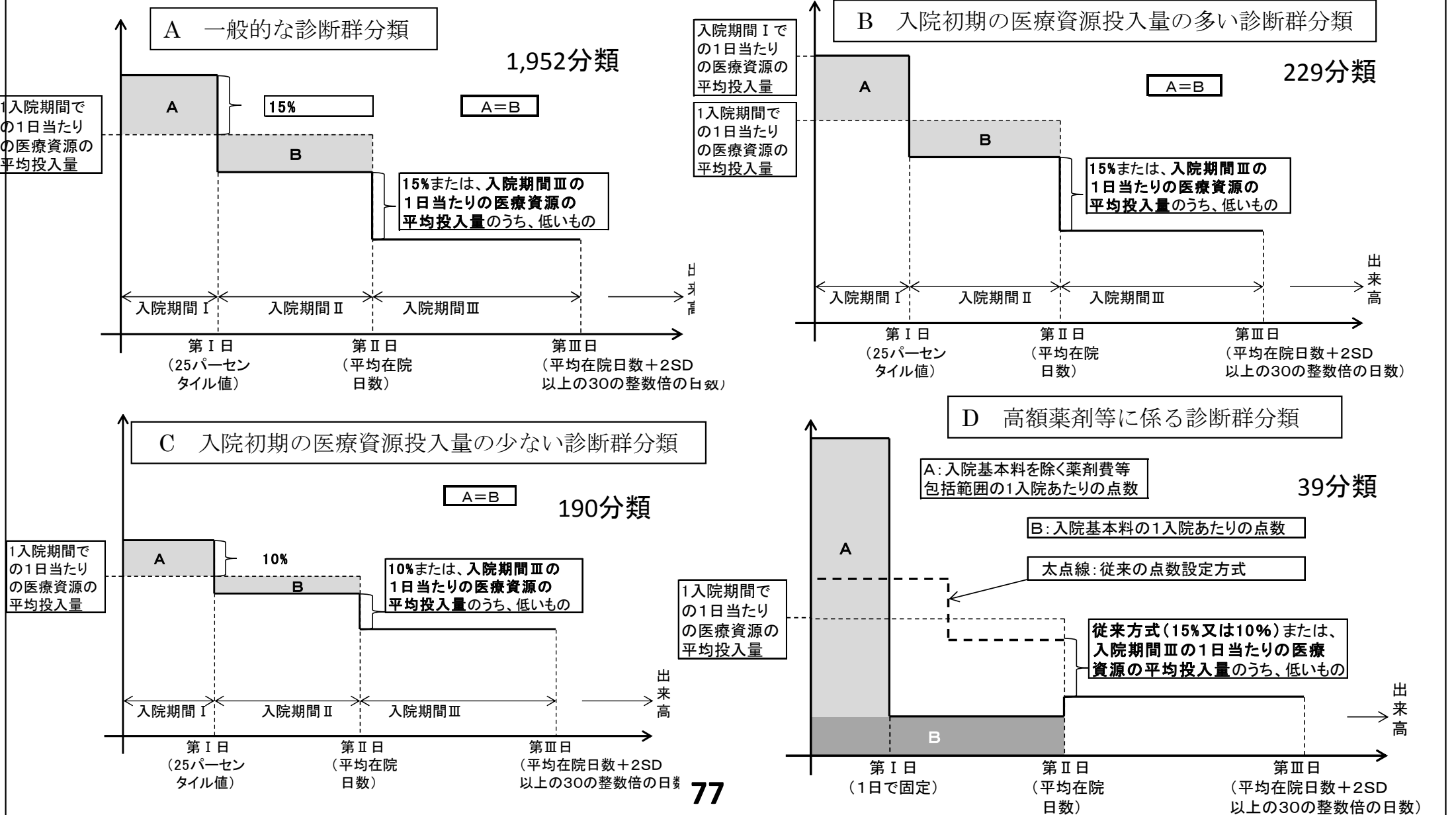


『喘息発作重積状態』の患者に『人工呼吸』を行い、『副傷病』がなかった場合

診断群分類番号	入院日(日)			点数(点)		
	I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
040100xxxxx00x	3	6	30	2,449	1,810	1,538
040100xxxxx01x	6	11	30	2,741	2,026	1,722
040100xxxxx10x	5	10	30	3,054	2,257	1,918
040100xxxxx11x	9	19	60	3,258	2,408	2,035
040100xxxxx2xx	3	12	60	4,570	2,804	2,384

算定ルールの見直し

点数設定方法の見直し



短期滞在手術等基本料 3 と D P C 診断群分類の比較

診調組 入-1
29.11.2

- 短期滞在手術等基本料 3 は特定の手術・検査に係る5日目までの入院について、入院する病棟の種別にかかわらず一定の報酬水準が設定されている。DPC/PDPSは診断、手術・処置、副傷病有無に応じて包括報酬が設定され、入院基本料部分の差分は別に算定する。
- 短期滞在手術等基本料 3 を算定する場合は、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外されるが、DPC/PDPSで算定される患者について、このような対応は行われない。

短期滞在手術基本料 3 とDPCの相違点

	短期滞在 3	D P C /PDPS
包括範囲	全ての診療行為 (一部の薬剤等は除く)	入院基本料、検査、注射など
報酬水準	5日目まで同一の包括点数 (+6日目以降は出来高点数)	1日毎の包括点数
分類の設定方法	特定の1つの手術・検査による分類	診断/手術・処置/副傷病によって分類
算定できる病棟	全ての病棟 (特別入院基本料、診療所は除く)	7:1、10:1入院基本料を算定する病棟
その他	平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の計算から除外される	

医療機能に応じた入院医療の評価について

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

➤ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。

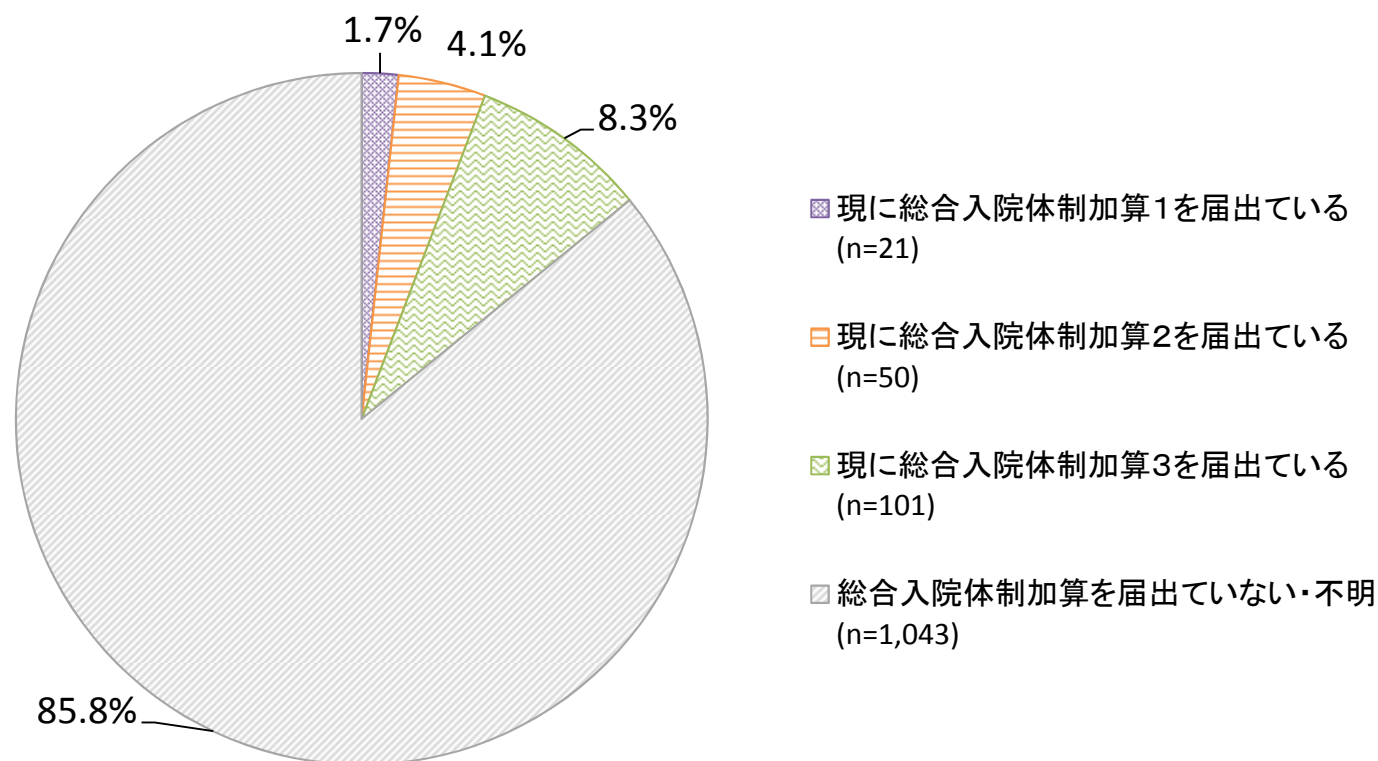
- 総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点
- 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新)
- 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上		
	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
救急自動車等による搬送件数	—	年間2,000件以上	—
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

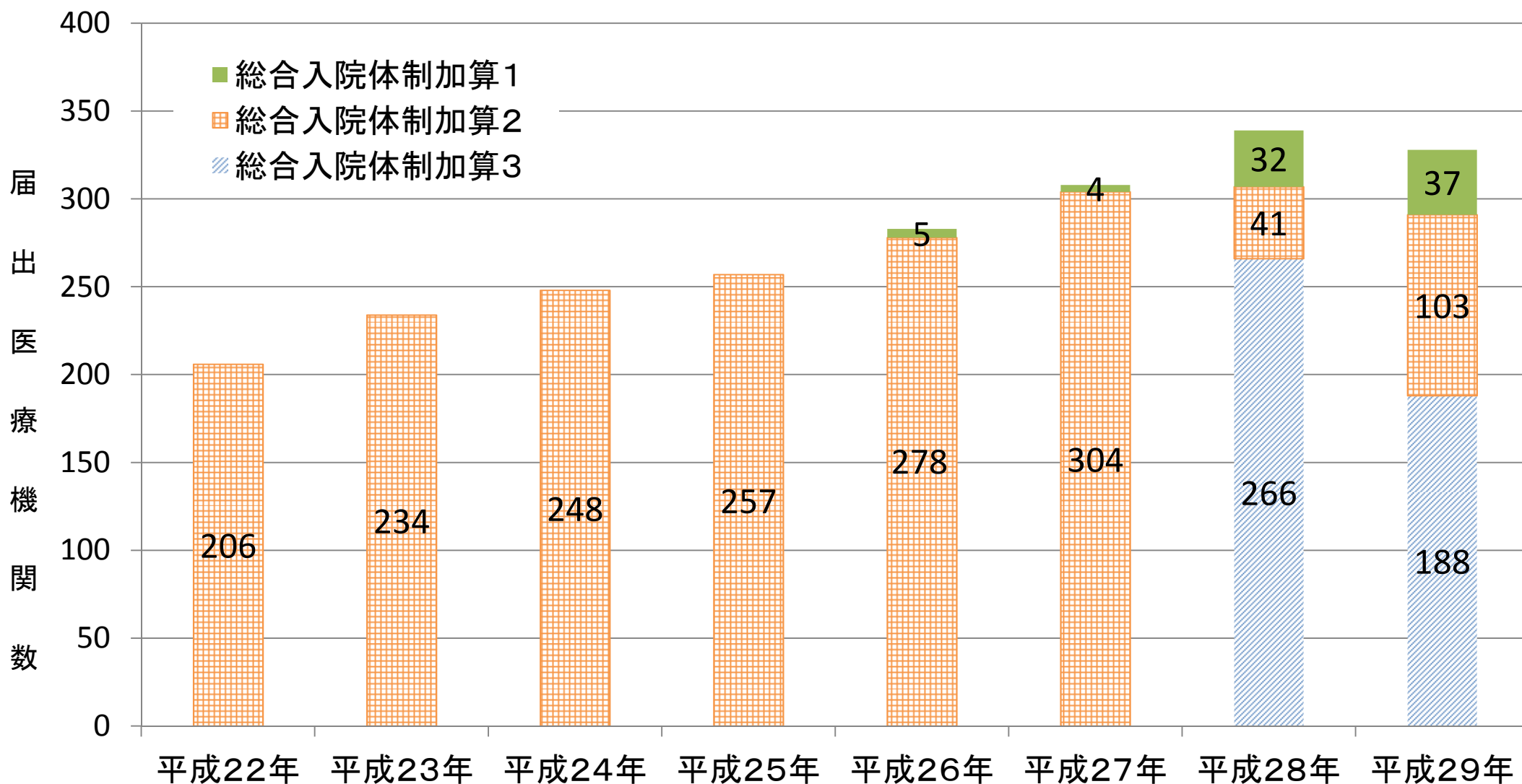
[経過措置]
平成 28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。

- 一般病棟7対1・10対1入院基本料に総合入院体制加算の届出状況を聞くと、加算1の届出医療機関は全体の1.7%、加算2は全体の4.1%、加算3は全体の8.3%を占めた。

＜調査対象医療機関における総合入院体制加算の届出状況＞
(n=1,215)



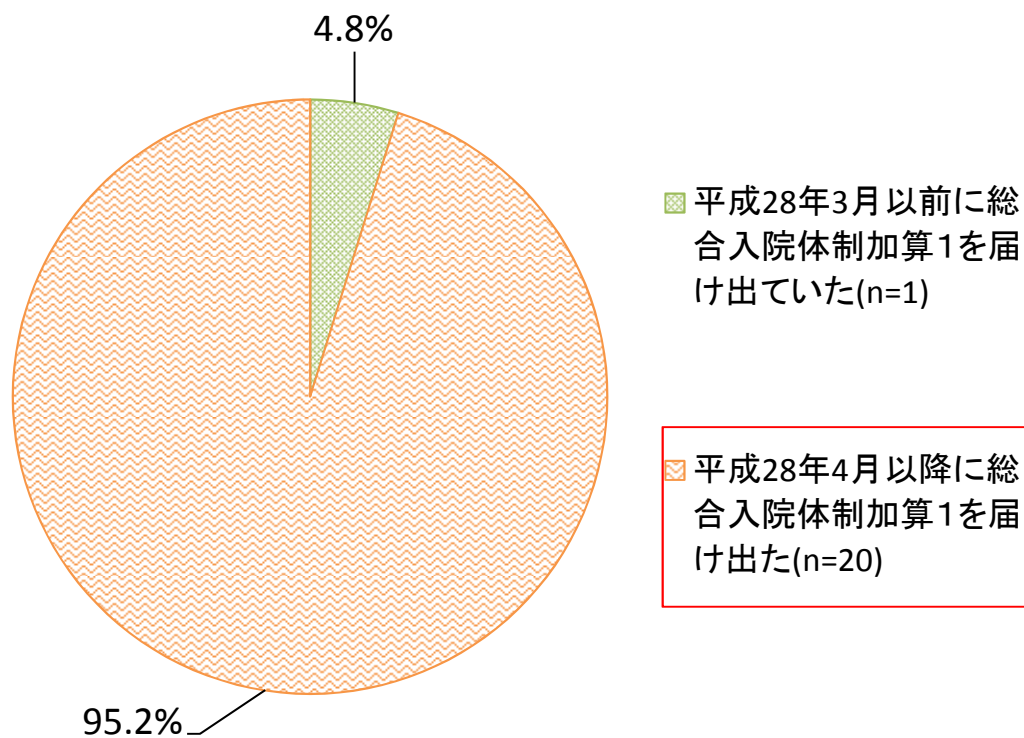
＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞



総合入院体制加算1を届出ている医療機関の状況（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

- 総合入院体制加算1を届出ている医療機関の大半は、平成28年4月以降に新たに届出た医療機関であった。
- また、新たに届出た医療機関の大半が、化学療法の要件の見直しにより届出が可能となった医療機関であった。

＜総合入院体制加算1を届け出ている医療機関の状況＞
(n=21)



＜新たに総合入院体制加算1を届け出た理由＞
(n=20)

	回答施設数
化学療法の要件が1,000件／年以上に緩和され、当該要件を満たすことが可能になったため	17
その他	2
未回答	1

(参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

(参考)小児医療・周産期医療・救急医療の充実(平成28年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

平成28年度改定前

救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

平成28年度改定後

救急医療管理加算1 900点
救急医療管理加算2 300点(1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

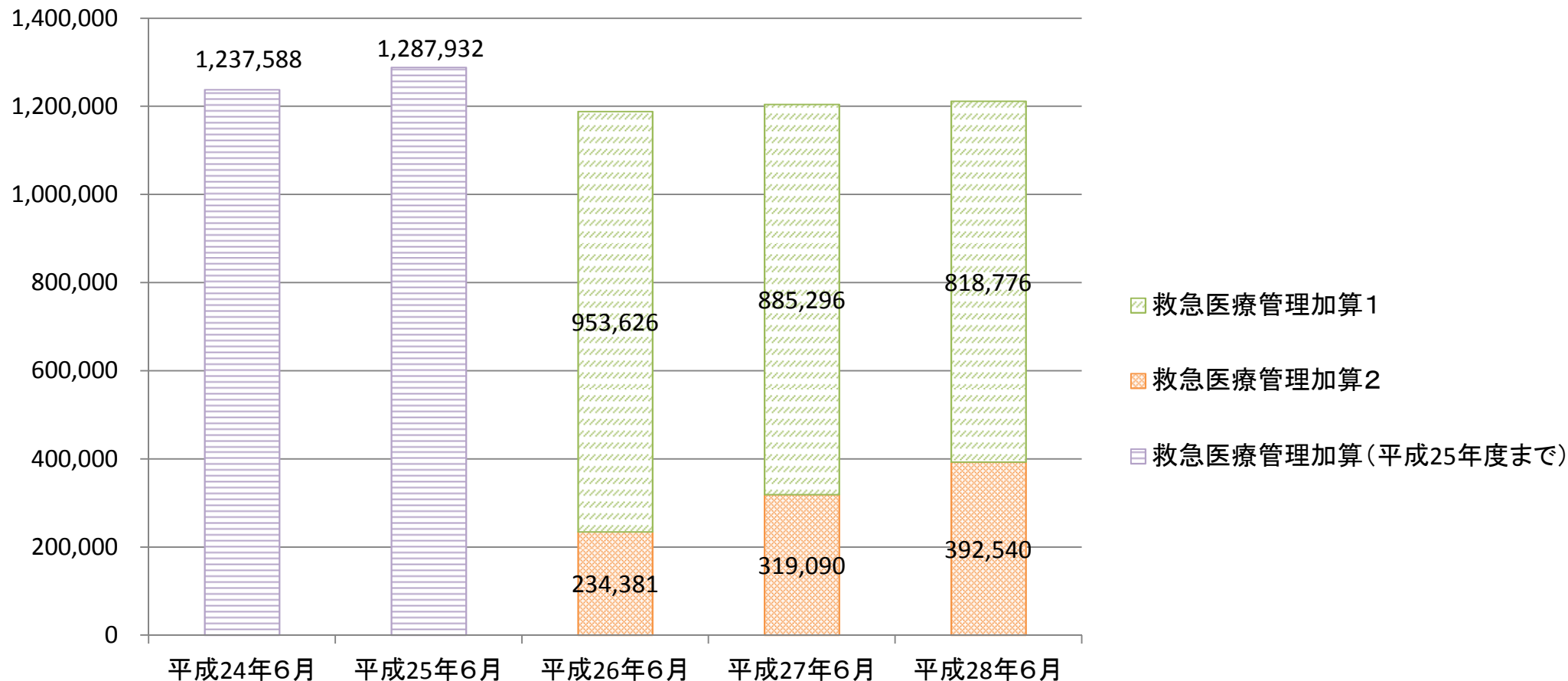
救急医療管理加算の算定回数の推移

診調組 入－2
29.10.5

- 救急医療管理加算の算定回数の推移をみると、加算の区分が2つに分けられた平成26年から、加算1の占める割合は減少傾向である。

＜救急医療管理加算の算定回数の推移＞

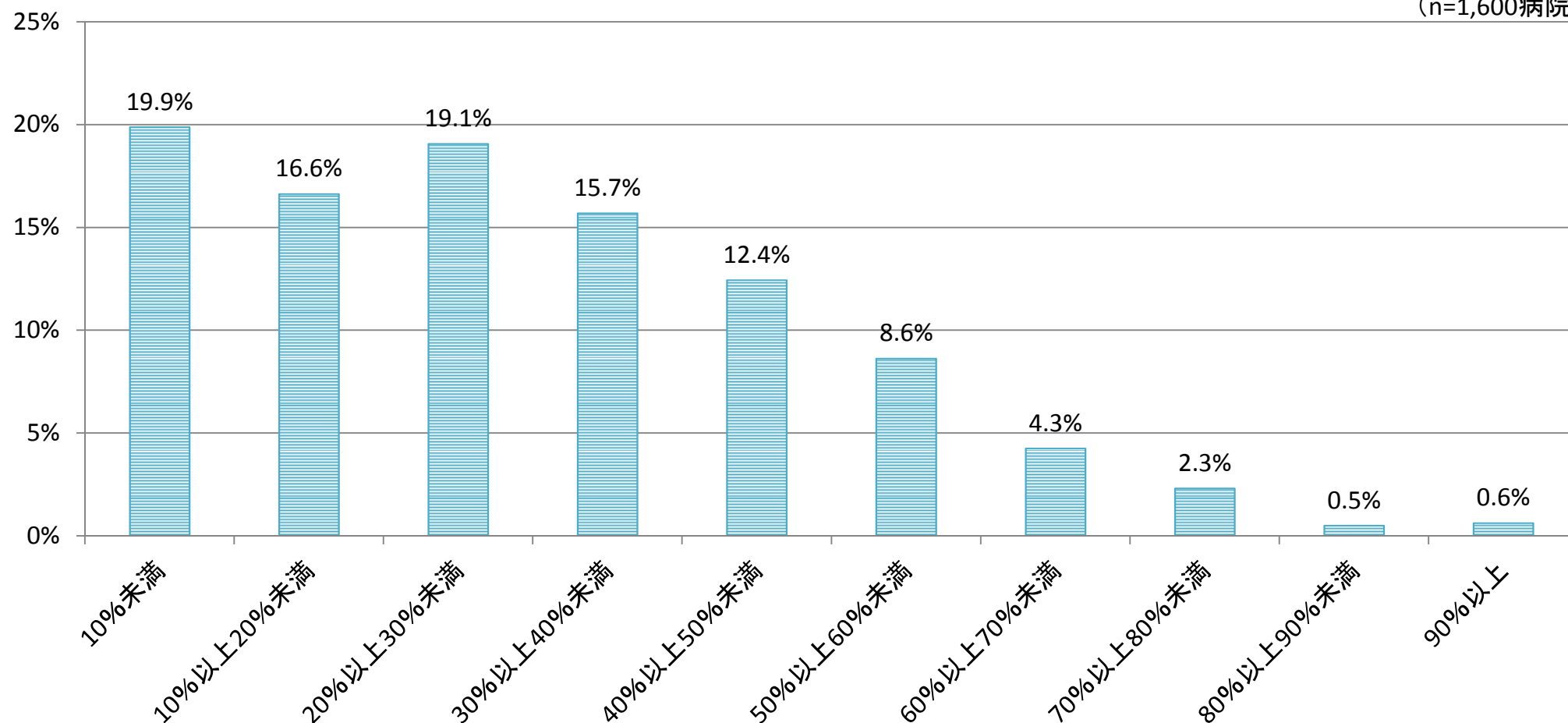
(算定回数)



- 医療機関ごとに救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布をみると、加算2の算定患者割合は医療機関ごとに幅広い分布を示した。

＜医療機関ごとの救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布＞

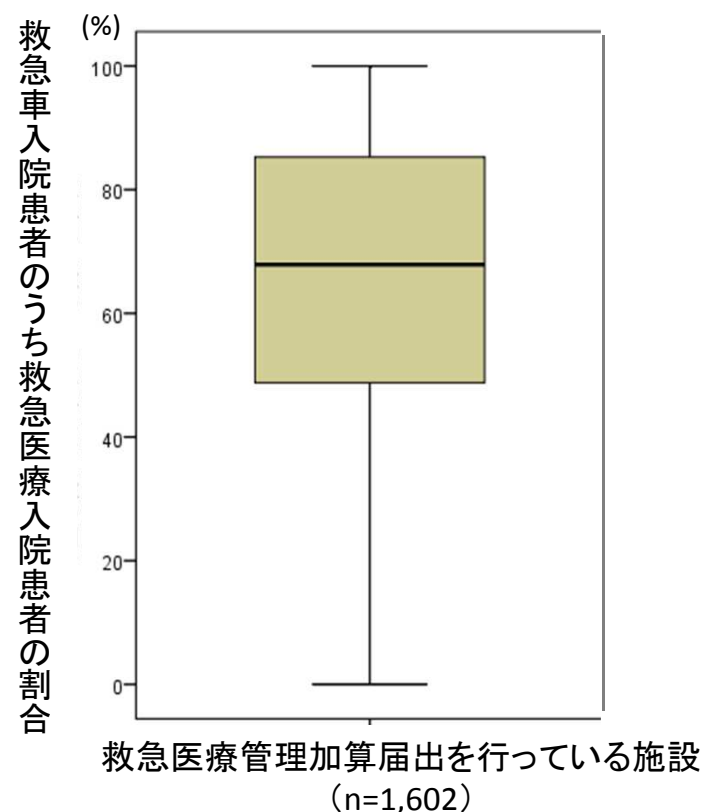
(n=1,600病院)



救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合

- 救急車入院患者のうち救急医療入院患者の占める割合の医療機関毎の分布を見ると、医療機関ごとに幅広い分布を示した。

＜救急車入院患者のうち救急医療入院患者※の占める割合の医療機関ごとの分布＞



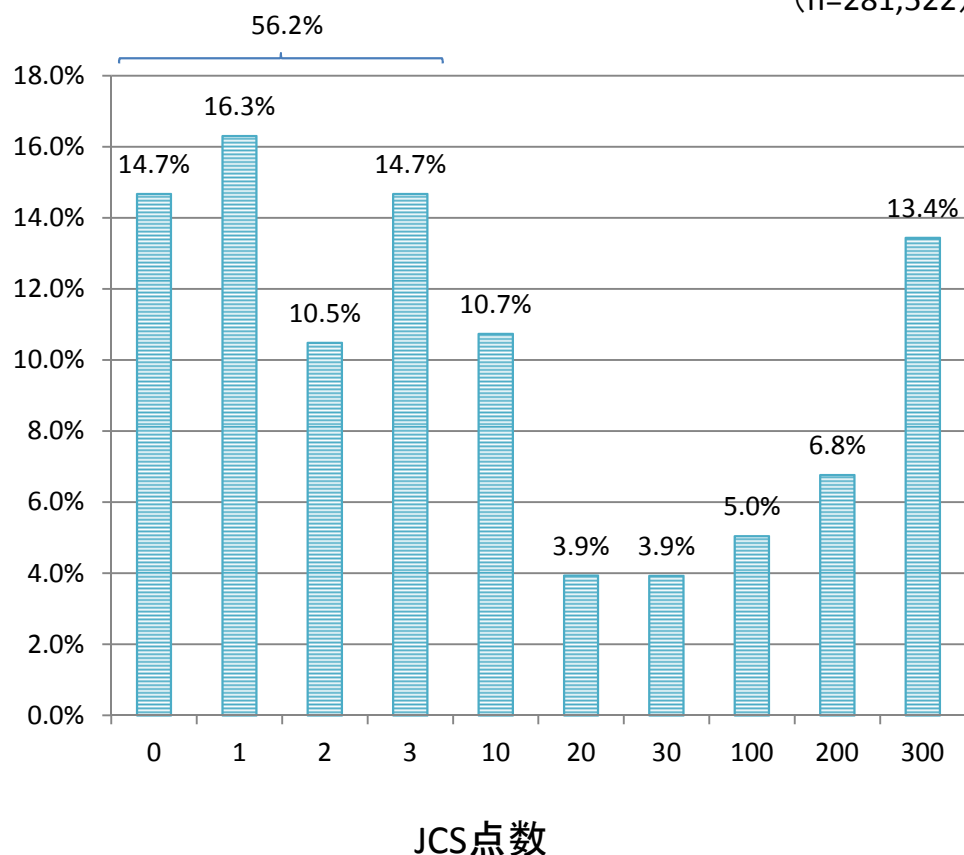
※救急医療入院患者:「救急医療入院」かつ「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」いずれかを入院初日から算定している患者

救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

診調組 入-1
29.11.2

○ 救急医療管理加算1算定患者のうち「イ 意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布をみると、JCS I 桁の患者が全体の半数以上を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「イ 意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布
(n=281,522)



(参考)JCS:Japan Coma Scale

I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺るなどで開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない

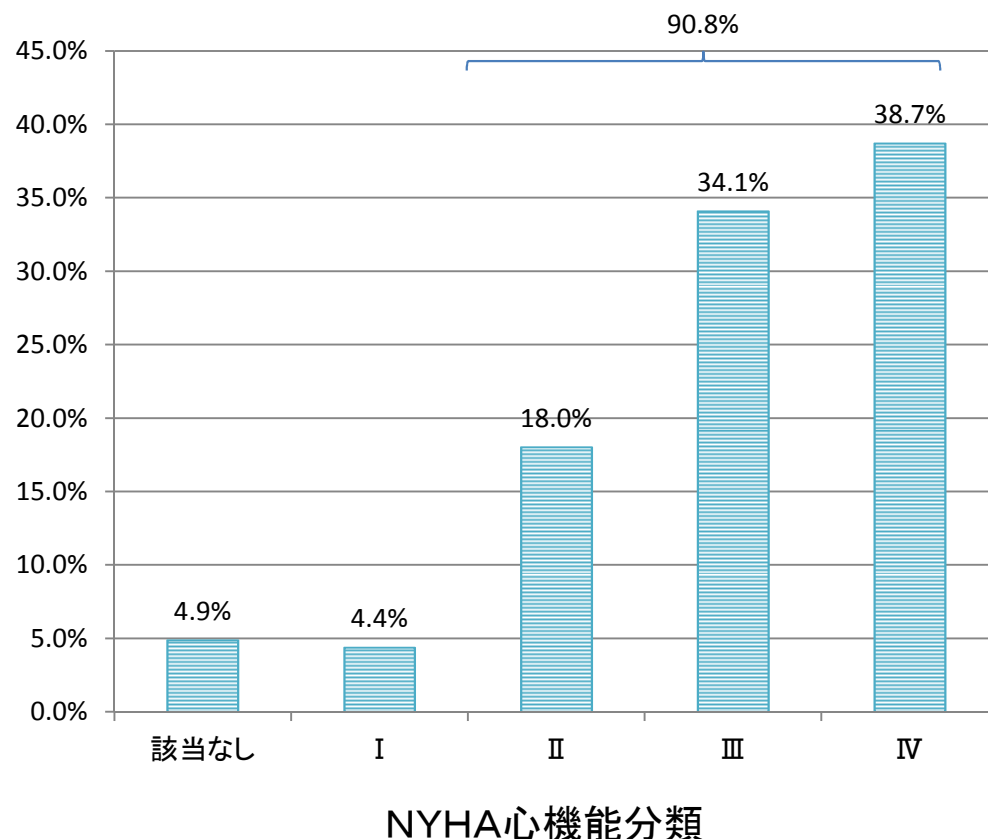
- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

救急医療管理加算1算定患者に関する分析②

診調組 入 - 1
29.11.2(改)

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で入院契機傷病名が心不全の患者のNYHA心機能分類の分布をみると、Ⅱ、Ⅲ及びⅣの患者が全体の約9割を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
入院契機傷病名が心不全の患者の
NYHA心機能分類の分布 (n=36,525)



(参考)NYHA心機能分類

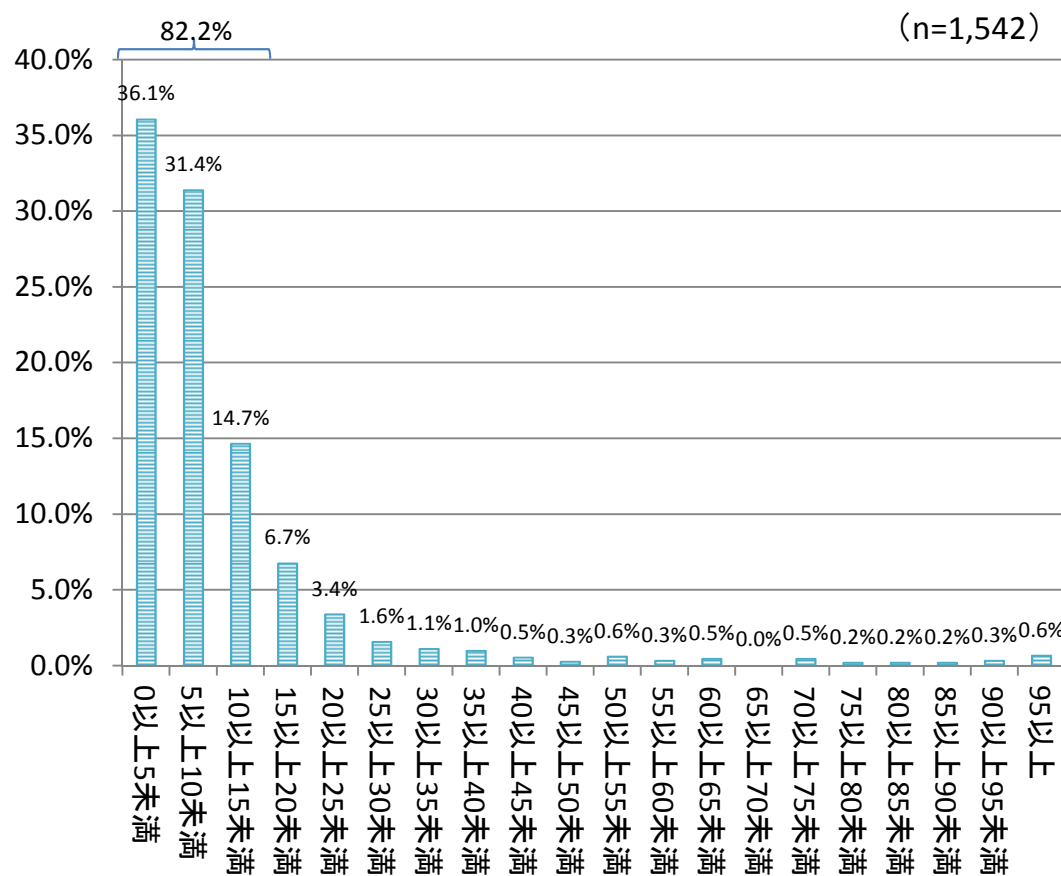
I	身体活動に制限のない心疾患患者（心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。）
II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。（心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。）
III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。（心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。）
IV	身体活動を制限し安静にしても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。（心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。）

救急医療管理加算1算定患者に関する分析③

診調組 入-1
29.11.2

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「キ 広範囲熱傷」の患者のBurnIndex 5点刻みの点数ごとの患者分布をみると、15未満の患者が全体の約8割を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち「キ 広範囲熱傷」の患者の
BurnIndex 5点刻みの点数ごとの患者数分布



(参考) BURN INDEX

$$= \text{III度熱傷面積}(\%) + \text{II度熱傷面積}(\%) \times 1/2$$

I 度熱傷	表皮の熱傷
II 度熱傷	真皮まで達する熱傷
III 度熱傷	全層熱傷

DPCデータ(様式1)における傷病名の考え方

＜現行の様式1における診断情報＞

項目名	内容
主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
医療資源を2番目に投入した傷病名	医療資源を2番目に投入した傷病名
入院時併存症名	入院時点で既に存在していた傷病名
入院後発症疾患名	入院中に発生した傷病名

慢性期の患者においては、急性期と比較して、例えば以下の特性があるのではないか。

- 1) 複数の傷病をもっている
- 2) 傷病の経過が長く、経過中に様々な症状・状態を伴う

→ 慢性期の傷病名を考えるにあたり、これらの視点を検討する必要があるのではないか。
ほかに検討すべき視点はあるか。

(平成29年3月医療課実施)

調査名

慢性期の病棟における入院患者調査、タイムスタディ調査及び施設調査

調査目的

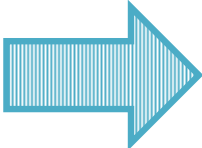
本調査は慢性期入院医療の評価の検討に資するデータを収集・分析する目的として、慢性期病棟入院患者の医療提供状況、患者状態及びケアの内容等に関する調査を行うもの。加えて、慢性期病棟において看護職員等が提供するケアの内容にどのような差があるのかを明らかにするために、タイムスタディ調査を実施する。以上により中央社会保険医療協議会等における議論や次期診療報酬改定の検討に資するデータ分析を行うことを目的とする。

調査内容

以下の5つの調査項目を質問票によるアンケート(紙または電子媒体)及びレセプトデータにて調査
1. 施設特性調査 2. 患者特性調査 3. タイムスタディ調査 4. コスト調査 5. レセプト調査

対象施設

療養病棟入院基本料1または2の届け出を行っている病院及び当該病棟の入院患者

 本調査を用いて、慢性期の入院患者のデータ提出項目につき検討を行った

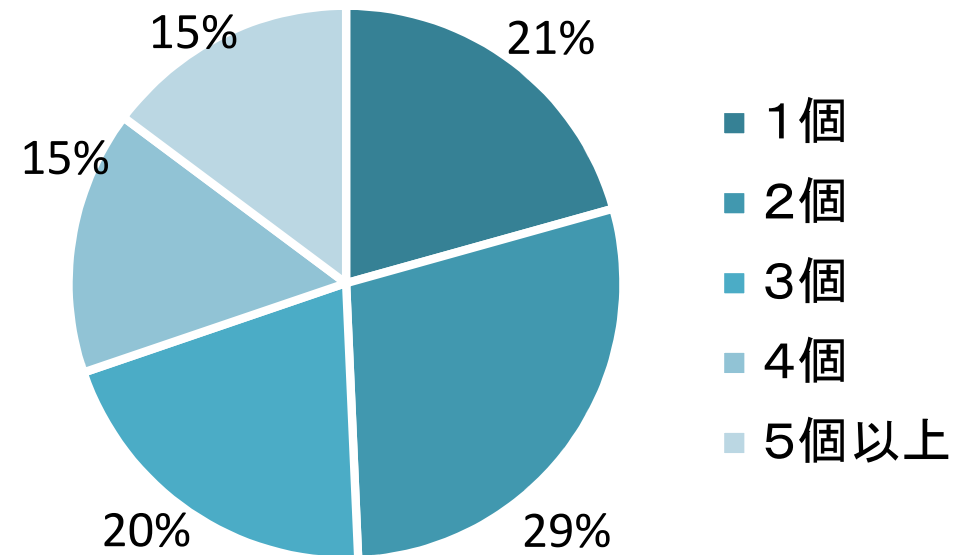
傷病名の分析①

現在の状態に関係のある傷病の個数

○ 患者の現在の状態(医学的治療・看護・ADL等)に関係のある傷病を全て調べると、傷病が4個以下の患者が全体の8割以上を占めた。

	医療区分1 (n=112)	医療区分2 (n=494)	医療区分3 (n=400)	全体 (n=1006)
1個	18.8%	23.7%	17.5%	20.7%
2個	27.7%	28.5%	29.0%	28.6%
3個	21.4%	20.6%	20.0%	20.5%
4個	14.3%	14.0%	17.5%	15.4%
5個	10.7%	6.7%	7.3%	7.4%
6個	3.6%	2.2%	4.5%	3.3%
7個	3.6%	2.4%	1.5%	2.2%
8個	0.0%	0.8%	1.8%	1.1%
9個	0.0%	0.4%	0.8%	0.5%
10個	0.0%	0.4%	0.0%	0.2%
11個	0.0%	0.2%	0.3%	0.2%

該当する傷病の数(全体)



該当する傷病の数

傷病名の分析②

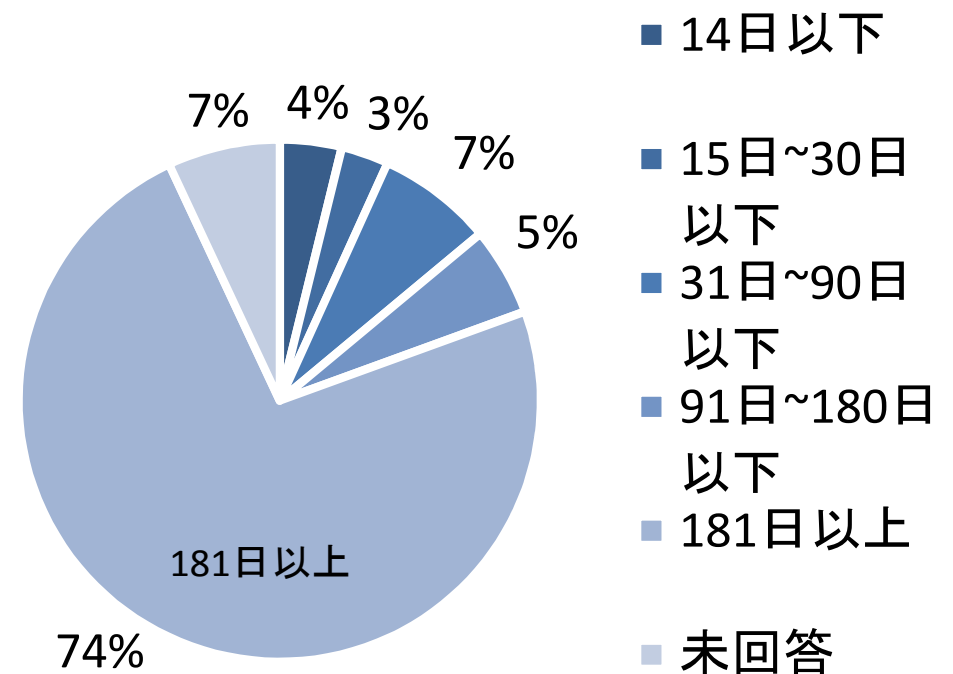
最も医療資源を投入した傷病の発症後経過日数

○ 調査基準日より1ヶ月以内に最も医療資源を投入した傷病について、発症後の経過日数をみると、181日以上の方が全体の約7割を占めた。

最も医療資源を投入した傷病の発症後経過日数

	医療区分1 (n=114)	医療区分2 (n=501)	医療区分3 (n=403)	全体 (n=1018)
14日以下	4.4%	4.2%	3.2%	3.8%
15日~30日 以下	4.4%	2.4%	3.2%	2.9%
31日~90日 以下	16.7%	6.0%	6.0%	7.2%
91日~180日 以下	7.0%	3.4%	7.7%	5.5%
181日以上	63.2%	76.0%	73.4%	73.6%
未回答	4.4%	8.0%	6.5%	7.0%

傷病発症後経過日数(全体)

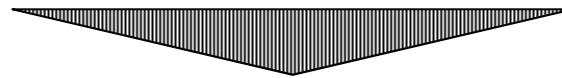


慢性期における様式1の傷病名の考え方(案)

医療課調査によると、慢性期の入院患者においては、

- 現在の状態に関係する傷病数は、患者の約8割において、4個以下である
- 調査日から1ヶ月以内に最も医療資源を投入した傷病は、患者の約7割において、発症後181日以上経過した傷病である

という傾向があった。



これらを踏まえ、

- 慢性期の入院患者における様式1の傷病名について、現行の様式1の傷病名と同じ定義で入力することにつき、どのように考えるか。
- 慢性期では傷病の経過が長く、主傷病に限らず様々な要因で、ケア時間や費用に影響する症状・状態の変化がありうる、との視点で、検討してはどうか。