

中医協 総－5

29. 12. 6

入院医療（その8）

平成29年12月6日

入院医療(その8)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC 1,664施設 483,747床※2(▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院

84施設
58,343床※1
(▲500床)
※1 一般病床に限る

専門病院

22施設
7,283床
(▲106床)

一類感染症

28施設 93床(▲2床)

救命救急

387施設 6,498床(+206床)

新生児特定集中治療室

230施設 1,615床(+45床)

特定集中治療室

655施設 5,528床(▲91床)

新生児治療回復室

195施設 2,733床(+112床)

小児特定集中治療室

7施設 84床(+36床)

総合周産期特定集中治療室

121施設 母児・胎児 749床(+7床)
新生児 1,525床(+38床)

脳卒中ハイケアユニット

138施設 1,004床(+85床)

ハイケアユニット

管理料1 422施設 4,122床
管理料2 55施設 521床
合計 477施設 4,643床(+279床)

一般病棟入院基本料

631,389床(▲15,899床)
※ 特別入院基本料を含む

小児入院医療管理料

入院料1 入院料2
68施設 191施設
4,932床 6,776床
(▲16床) (+3,546床)

入院料3 入院料4
109施設 373施設
2,627床 8,221床
(▲610床) (▲115床)

入院料5
131施設
—

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
602施設 707施設 148施設 1,457施設
38,710床 34,296床 6,024床 79,030床
(+5,166床) (▲1,622床) (+53床) (+3,597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
1,486施設 108施設 1,594施設
42,829床 2,712床 45,541床

障害者施設等

862施設
66,800床(▲170床)

特殊疾患

入院料1 入院料2 管理料
111施設 91施設 31施設
5,876床 6,562床 494床
(▲105床) (+159床) (▲143床)

緩和
ケア
病棟
374施設
7,539床
(+509床)

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成28年7月1日現在
(カッコ内は前年比較)

有床診療所一般 5,667施設 75,459床(▲2,755床)

有床診療所療養 701施設 6,402床(▲448床)

精神科急性期治療病棟

入院料1 337施設 15,936床(+332床)
入院料2 14施設 690床(+550床)

精神科救急・合併症

9施設 322床(▲60床)

児童・思春期精神
34施設 1180床(+78床)

精神療養
830施設 94,282床(+406床)

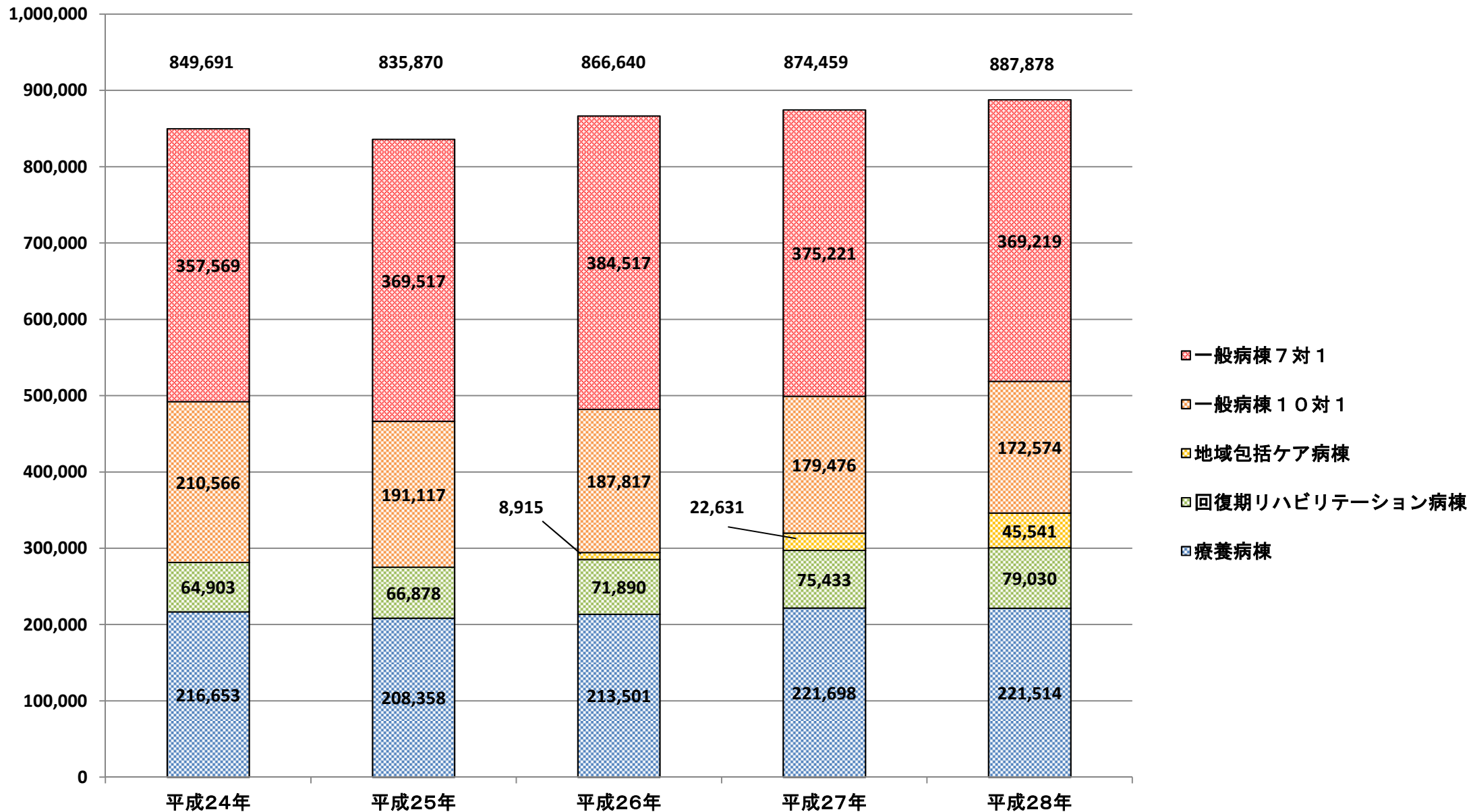
認知症治療病棟入院料

入院料1 497施設 34,458床(;667床)
入院料2 11施設 936床(▲230床)

精神科救急
134施設 8,012床(+853床)

結核病棟 193施設 4,767床(+57床)

病棟種別ごとの病床数の年次推移

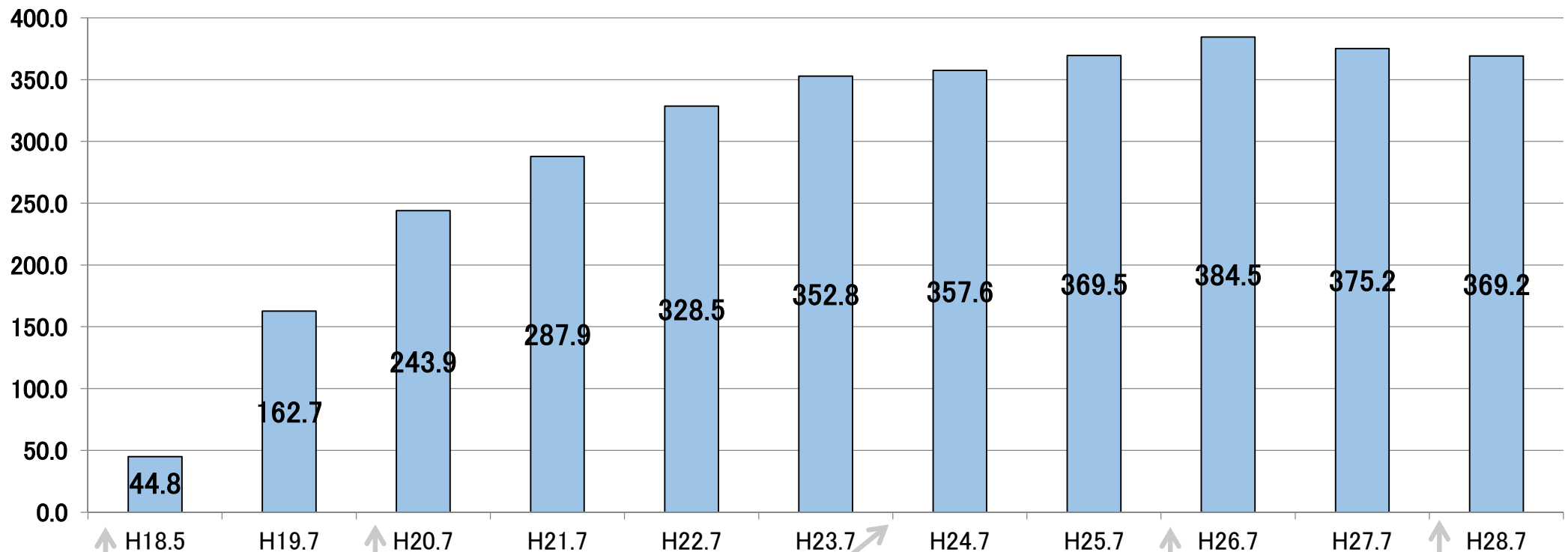


出典：保険局医療課調べ（各年7月報告）

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

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

届出病床数(千床)



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

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

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

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

出典: 保険局医療課調べ(各年7月報告)

1) 入院医療の評価体系

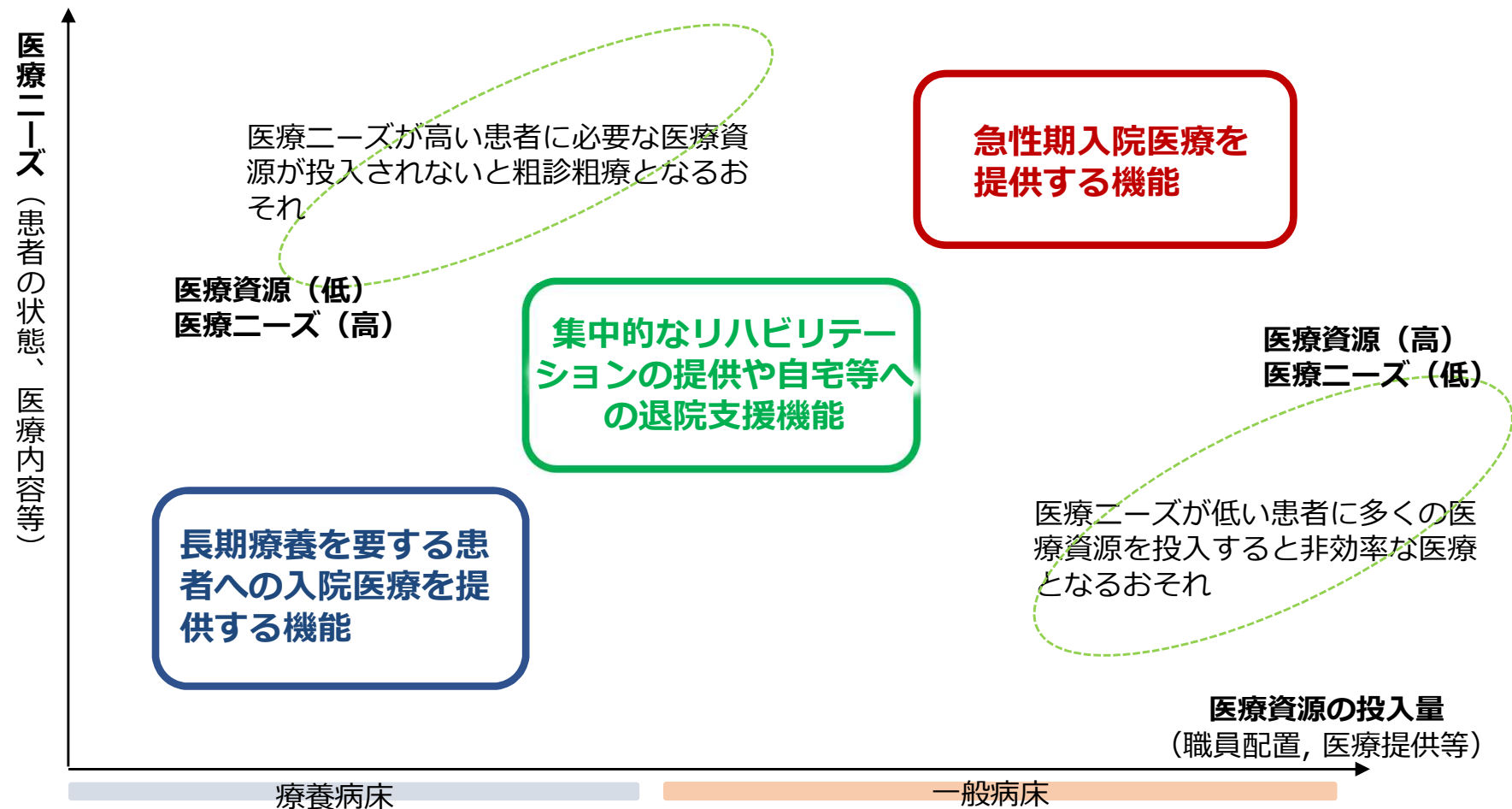
【課題】

- 前回の議論で、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価体系について、基本部分の評価と診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせによる評価体系の導入について議論した。
- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)以外の入院基本料についても、同様の考え方で整理できないか検討する必要がある。
- また、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合するとした場合の具体案を検討する必要がある。

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

中 医 協 総 - 3
2 9 . 1 1 . 2 4

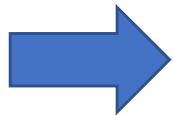
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



二つの評価の組合せによる入院医療・評価体系の考え方(案)

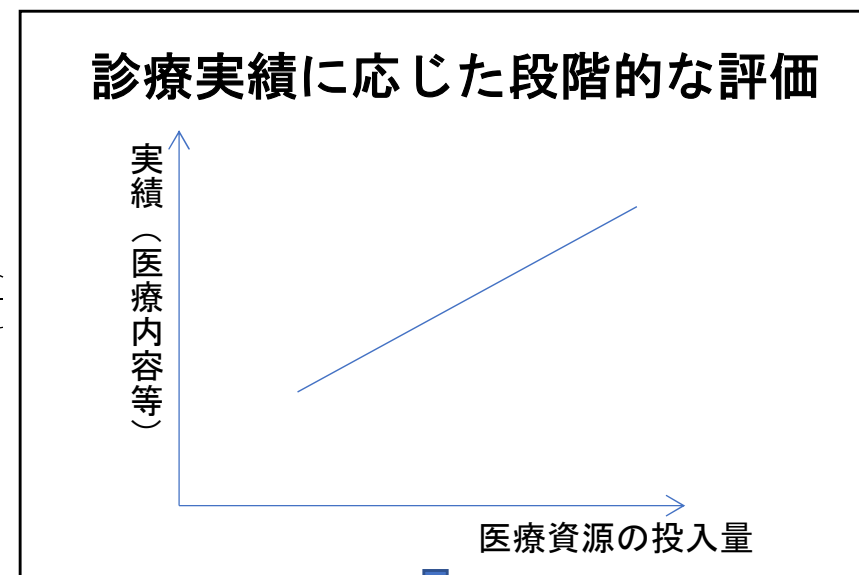
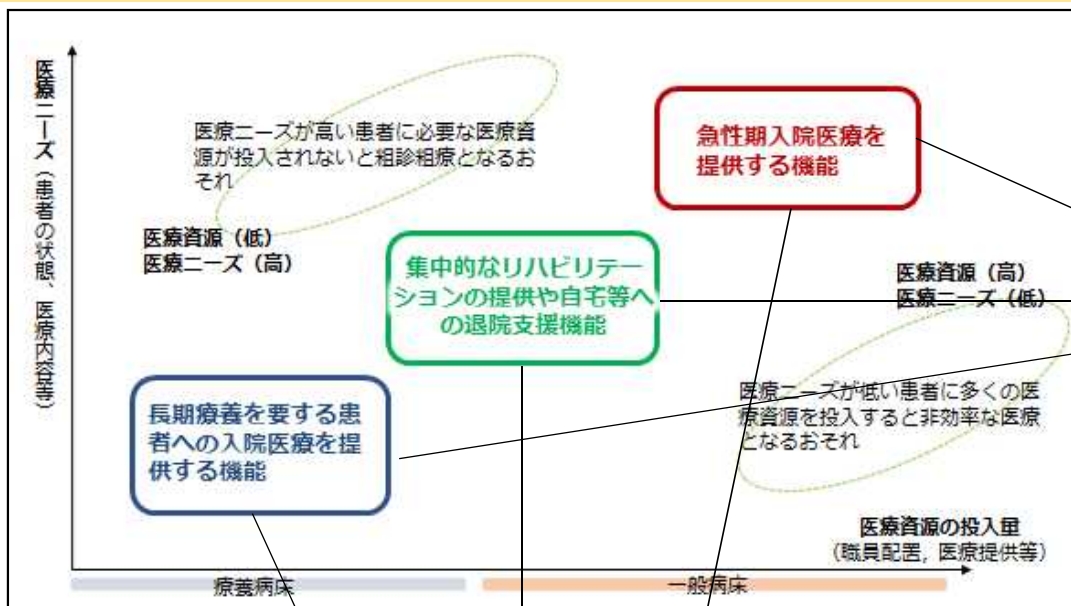
【入院医療の課題】

- 将来の医療ニーズは大きく変動・多様化する一方で、支え手は急速な減少が見込まれている。地域の実情に応じた効果的・効率的な医療提供が将来にわたって求められる中で、入院医療評価の在り方を改めて検討する必要がある。
- このような視点から、入院医療において必要とされる基本的な機能や体制を基軸として、地域ニーズに応じた弾力的な対応を可能とするような評価体系の導入が求められているものと考えられる。
- 具体的には、看護職員配置等に対する基本部分と、医療ニーズの変化に対応した診療実績に基づく段階的な評価の部分とを組み合わせた評価としていくことが、望ましいのではないかと。



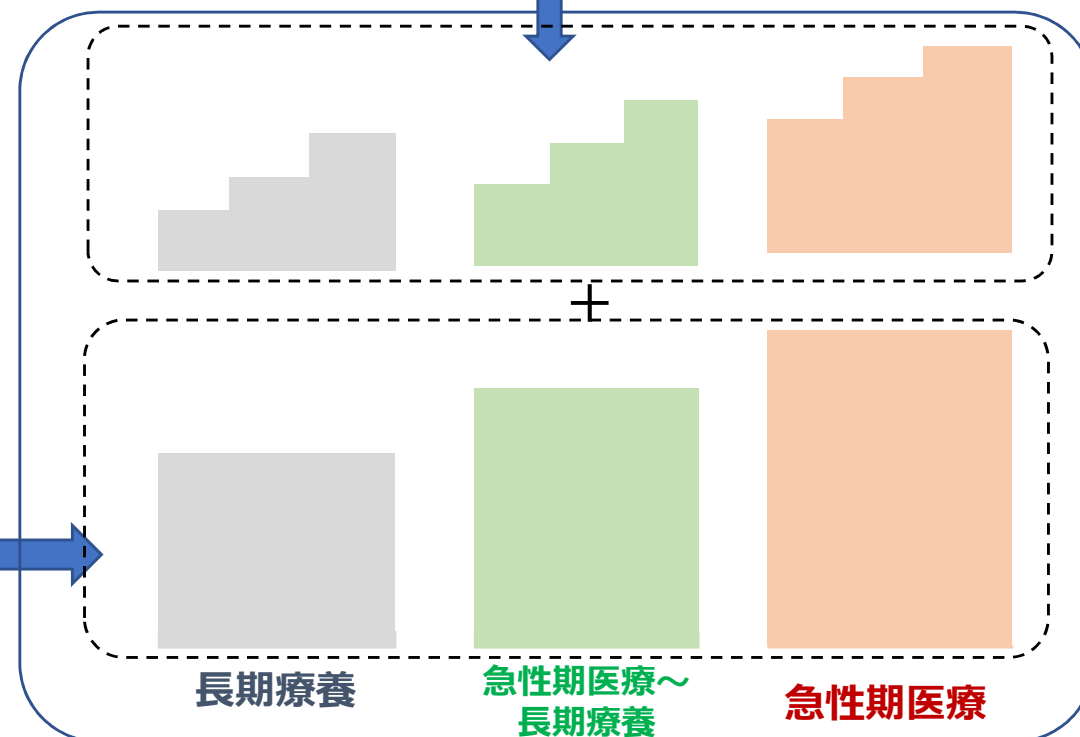
- 現行の入院基本料については、基本的な考え方にある3つの機能に対応した評価体系となるよう、3つの機能を軸とした新たな入院料に、再編・統合してはどうか。
- 新たな入院料は、3つの異なる機能に対応できるよう、基本部分の基準と診療実績に応じた段階的な評価の指標は、それぞれの特性に応じて設定することとしてはどうか。

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系の考え方(イメージ)



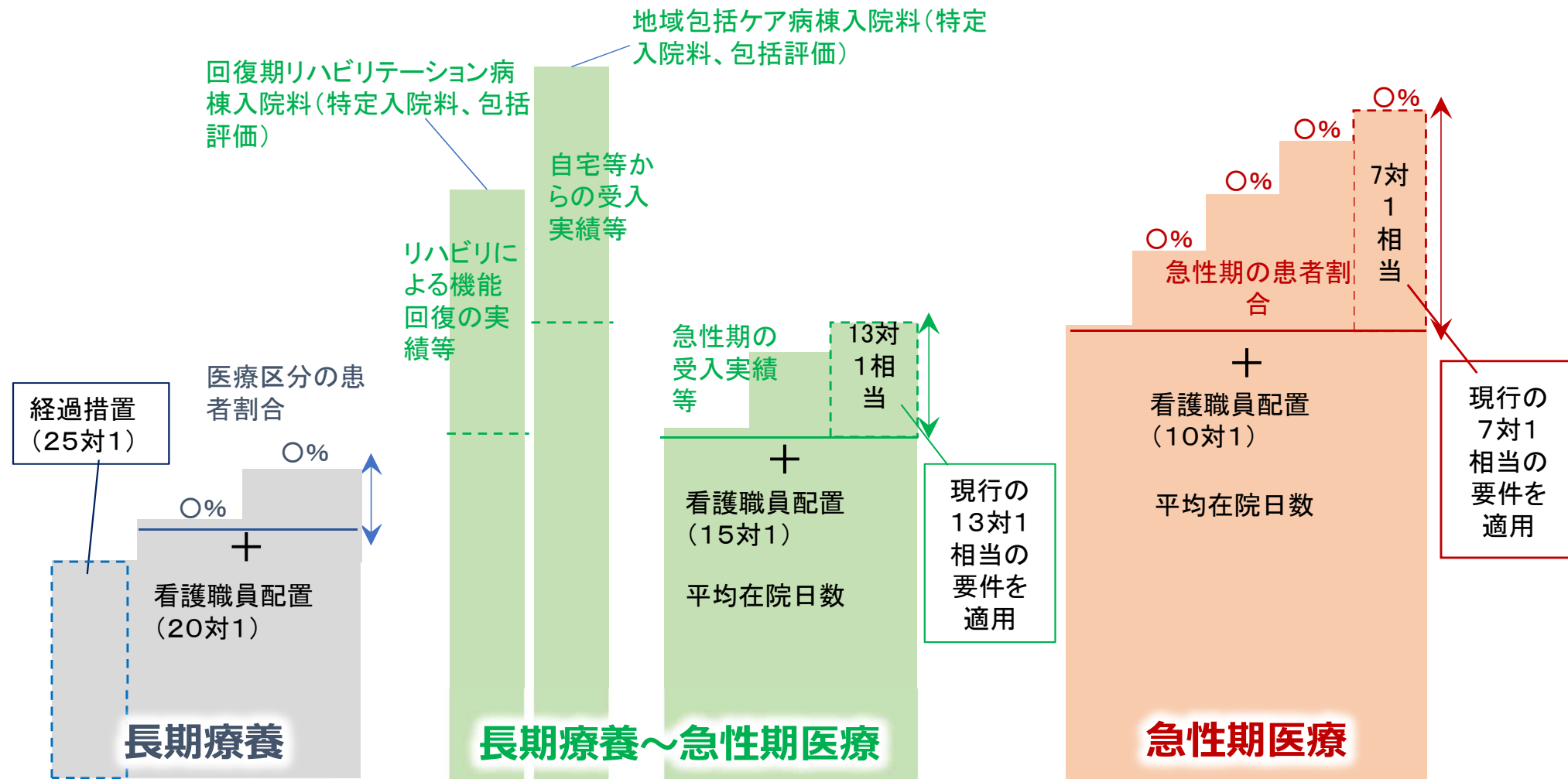
基本部分の評価

それぞれの機能において必須となる、基本的な入院医療の提供に必要な看護職員配置等の医療資源の投入量を反映



二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療病病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。10

入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ①評価指標と基準

【評価手法の基本的な考え方(案)】

1) 基本部分の評価:

- ・ 基本部分の評価については、看護職員等の配置や平均在院日数など、現行の施設基準の指標を用いる。
- ・ 各入院基本料に関連する加算等については、原則として、現行の入院基本料との整合性を確保しつつ、新たな評価体系に再編・統合する。

2) 診療実績に応じた段階的な評価:

① 評価指標

- ・ 診療実績に応じた段階的な評価は、多様な医療ニーズに対応した、診療内容や患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標や評価手法が求められる。
- ・ 平成30年度改定については、患者割合に関する現行の指標(今回改定での見直しがあればその内容を反映させた重症度、医療・看護必要度、医療区分)を用いて評価するが、これらの評価手法については、今回の改定後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行う。

② 基準値

- ・ 平成30年度改定では、現行の指標を活用することから、原則として、既存の基準値等の実績値を参考に、段階的な評価部分について、複数の選択肢が設定されるような基準値を検討する。

③ 評価期間

- ・ 平成30年度は、現行の施設基準に係る届出等の期間を踏まえて、適切な期間となるよう設定する。
- ・ なお、評価期間は、短期間の設定では頻回の変動に対して事務手続きが非効率となる一方で、長期間の設定では現場の弾力的な対応が反映できないことに留意する必要がある。

入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価

【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	【〇〇料(仮称)】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%～〇%	【〇〇料(仮称)】 ◆リハビリテーションの実績 (回復期リハビリテーション病棟) 【〇〇料(仮称)】 ◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合 (地域包括ケア病棟)	【〇〇料(仮称)】 ◆13対1相当の評価部分 (現行13対1相当) ・看護配置13対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数24日	【〇〇料(仮称)】 ◆最も高い評価部分 (現行7対1相当) ・看護配置7対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇% ◆中間的な評価部分 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%
基本部分の評価の要件	【〇〇入院料(仮称)】 (現行20対1相当) ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・現行の基準 【地域包括ケア病棟入院料・管理料】 ・現行の基準	【〇〇入院料(仮称)】 (現行15対1相当) ・看護配置15対1 ・看護比率4割 ・平均在院日数60日	【〇〇入院料(仮称)】 (現行10対1相当) ・看護配置10対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数21日
備考	・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。	・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。 ・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。		・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。

２）一般病棟入院基本料（７対１、１０対１）の新体系での取り扱い

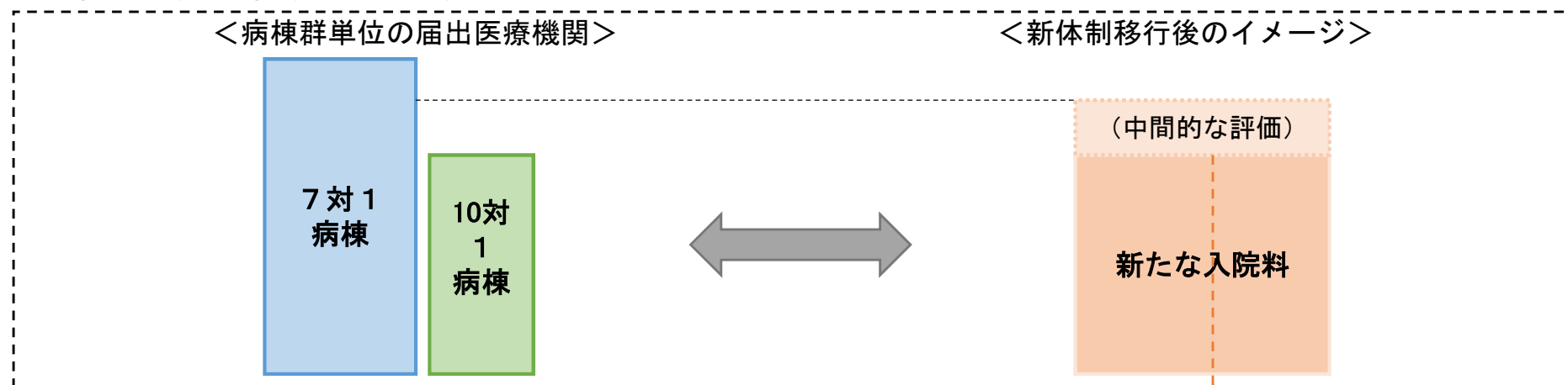
【課題】

- 基本部分の評価と診療実績に応じた段階的な評価と二つの組み合わせによる新たな評価体系の導入を踏まえて、現行の一般病棟入院基本料（７対１、１０対１）における具体的な対応を検討する必要がある。
- 現在、経過措置となっている、病棟群単位の届出、200床未満の医療機関における重症度、医療・看護必要度の基準値、の取り扱いを検討する必要がある。
- 段階的な評価部分について、新たに設定する中間的な評価部分の取り扱いとその他の段階的な評価部分との取り扱いを検討する必要がある。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い(案)

1) 「病棟群単位」の届出を行っている医療機関

- ・ 現行の「病棟群単位」の届出を行っている医療機関においても、新たな評価体系を選択できるよう、中間的な評価部分の要件設定では一定の配慮を行う。



2) 200床未満の医療機関(重症度、医療・看護必要度の基準値)

- ・ 7対1一般病棟入院基本料の届出病床のうち、200床未満の医療機関については、重症度、医療・看護必要度の基準値は、経過措置として、23%となっている。これらの病床が、新たな評価体系の中で再編・統合できるよう、実績等も踏まえつつ、中間的な評価部分の基準値の設定で配慮する。

3) 中間的な評価部分の取り扱い

- ・ 中間的な評価部分の報酬区分では、該当患者割合を活用するが、それに応じた適切な看護職員配置に一定の実績を求める観点から、届出に際しては、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分の届出の実績を要件とする。
- ・ 中間的な評価部分の報酬区分と、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分とは、どちらかを選択後も医療機関の実績等に応じて変更可能とする。
- ・ 診療報酬改定後に行う実態調査等の中で、中間的な評価部分を算定する病棟における医療内容や夜間を含めた職員配置等について検証・分析を行う。

病棟における運用の実際(傾斜配置)について(イメージ)

- 入院医療サービスの提供を、病院単位でみると、診療報酬の管理単位の中では、病棟や病室単位で看護職員等の傾斜配置が可能であることを踏まえ、より効率的な体制をとることが可能となるよう、診療報酬の基準や運用を見直すことが望ましいのではないかな。

10対1 一般病棟 (管理単位)

※簡略化したイメージであり実際の配置を表すものではない。

10対1 より手厚い配置で運用

10対1 より少ない配置で運用

急性期の
状態の患者

急性期後の
状態の患者

A病棟

B病棟

管理単位ではA・B病棟併せて
10対1 の看護配置で運用

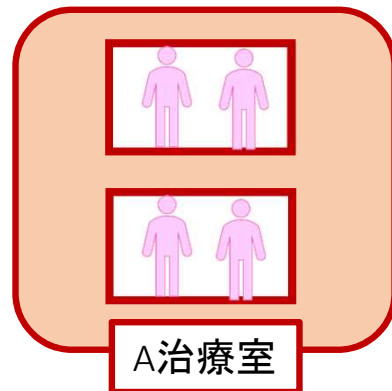
診療実績に応じた評価
例) 急性期患者割合○%

特定集中治療室等の運用(イメージ)

10対1 一般病棟届出病院

※簡略化したイメージであり実際の配置を表すものではない。

特定集中治療室として
2対1の配置で運用



10対1 一般病棟 (管理単位)

10対1 より 手厚い 配置で運用



10対1 より 少ない 配置で運用



-  重症かつ急性期の状態の患者
-  急性期の状態の患者
-  急性期後の状態の患者

管理単位ではA・B病棟併せて
10対1の看護配置で運用

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					
	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	
	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	—

17

参考資料

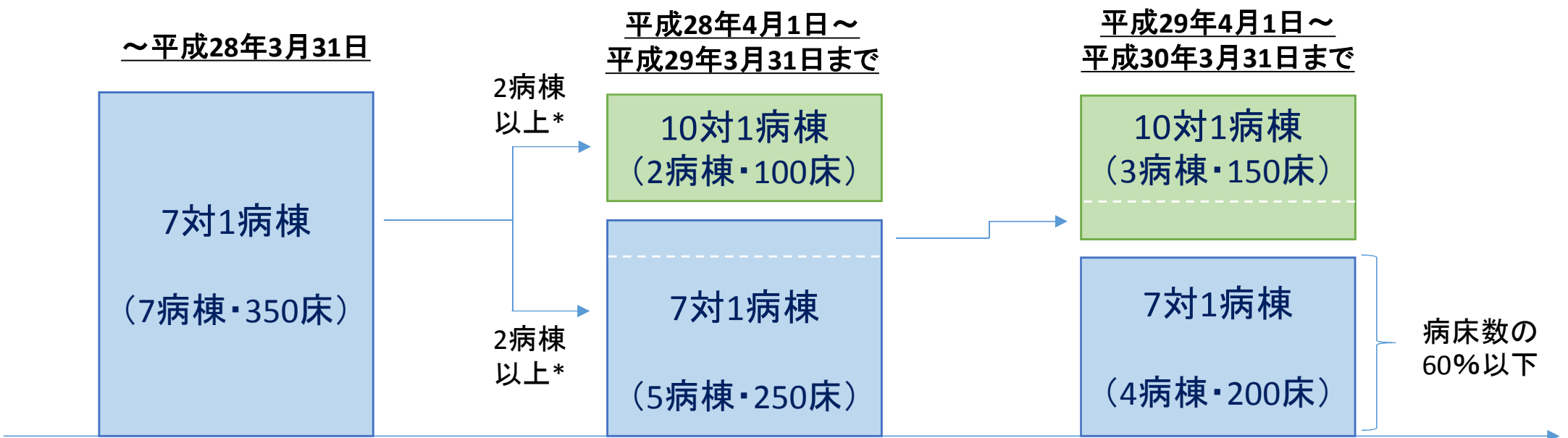
医療機能に応じた入院医療の評価について

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]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。)
- 5 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。



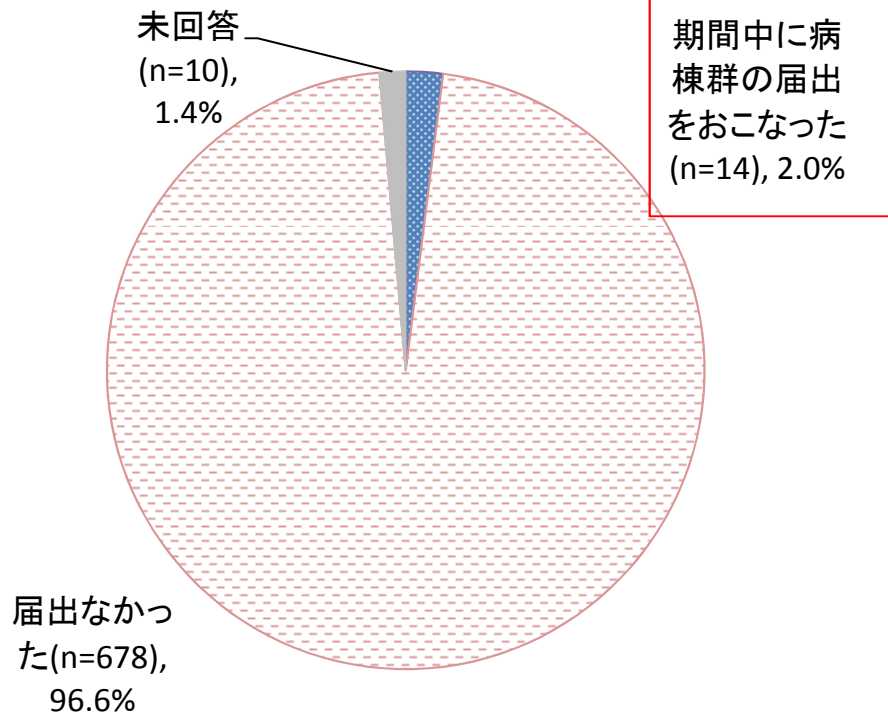
*4病棟以上の場合

病棟群単位の届出状況①

診調組 入－2
29.10.5(改)

- 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

(参考)

平成29年10月1日時点で病棟群単位の届出を行っている医療機関:18医療機関

(保険局医療課調べ)

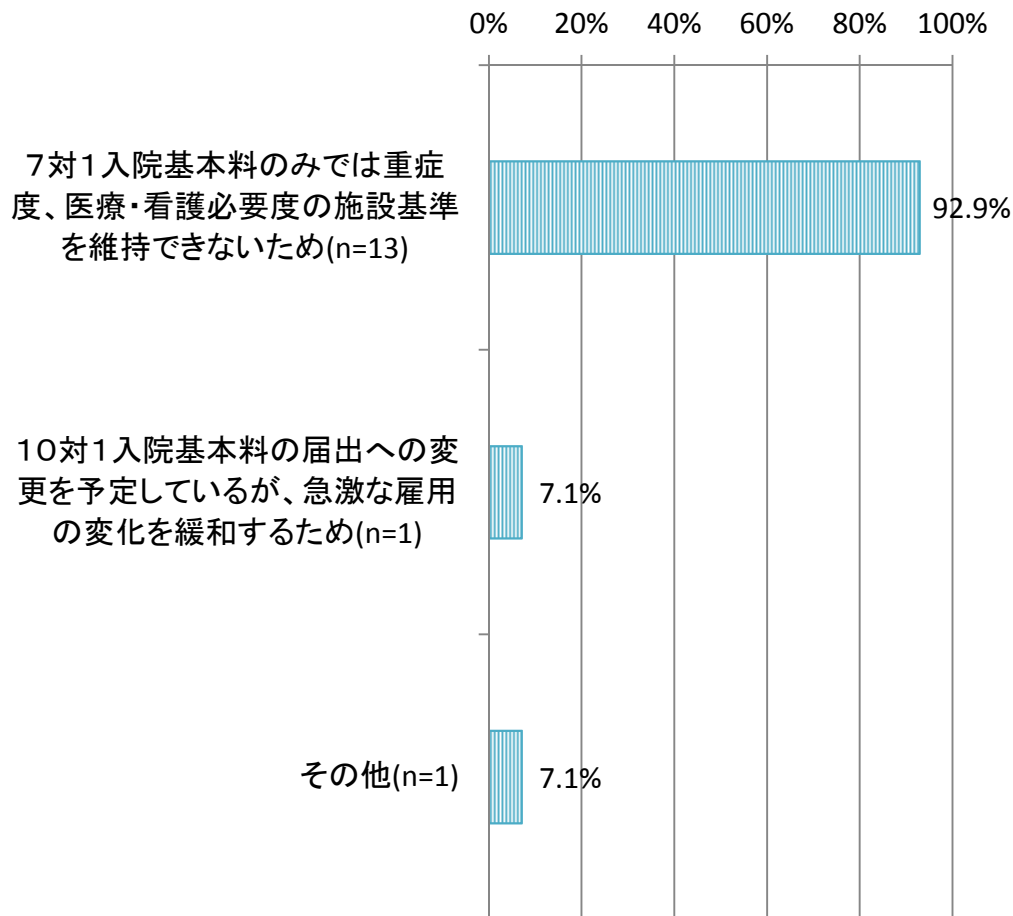
病棟群単位の届出状況②

診調組 入-2
29.10.5(改)

- 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。

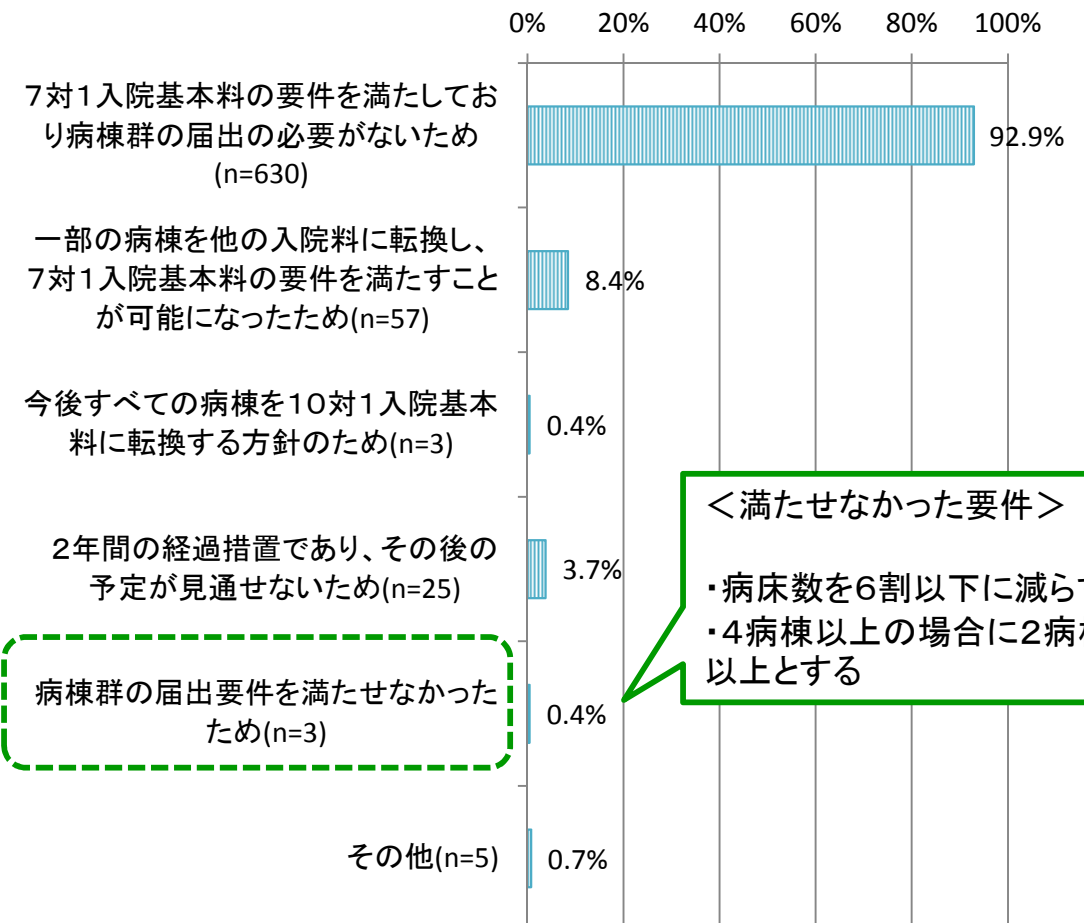
＜病棟群の届出をおこなった理由＞(n=14)

※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

平成28年度改定（医療機能に応じた入院医療の評価）

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

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

平成28年度改定前の基準を満たす患者割合の要件

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の15%以上

[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算]

当該病棟入院患者の5%以上

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上（A項目のみ）

[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上（A項目のみ）

平成28年度改定後の基準を満たす患者割合の要件

[7対1入院基本料の病棟]

当該病棟入院患者の25%以上

[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算]

当該病棟入院患者の6%以上

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上（A項目、C項目）

[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟]

当該病棟入院患者の5%以上（A項目のみ）



[経過措置]

7対1入院基本料については、許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあっては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が23%以上であることとする。

一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布(病床規模別)

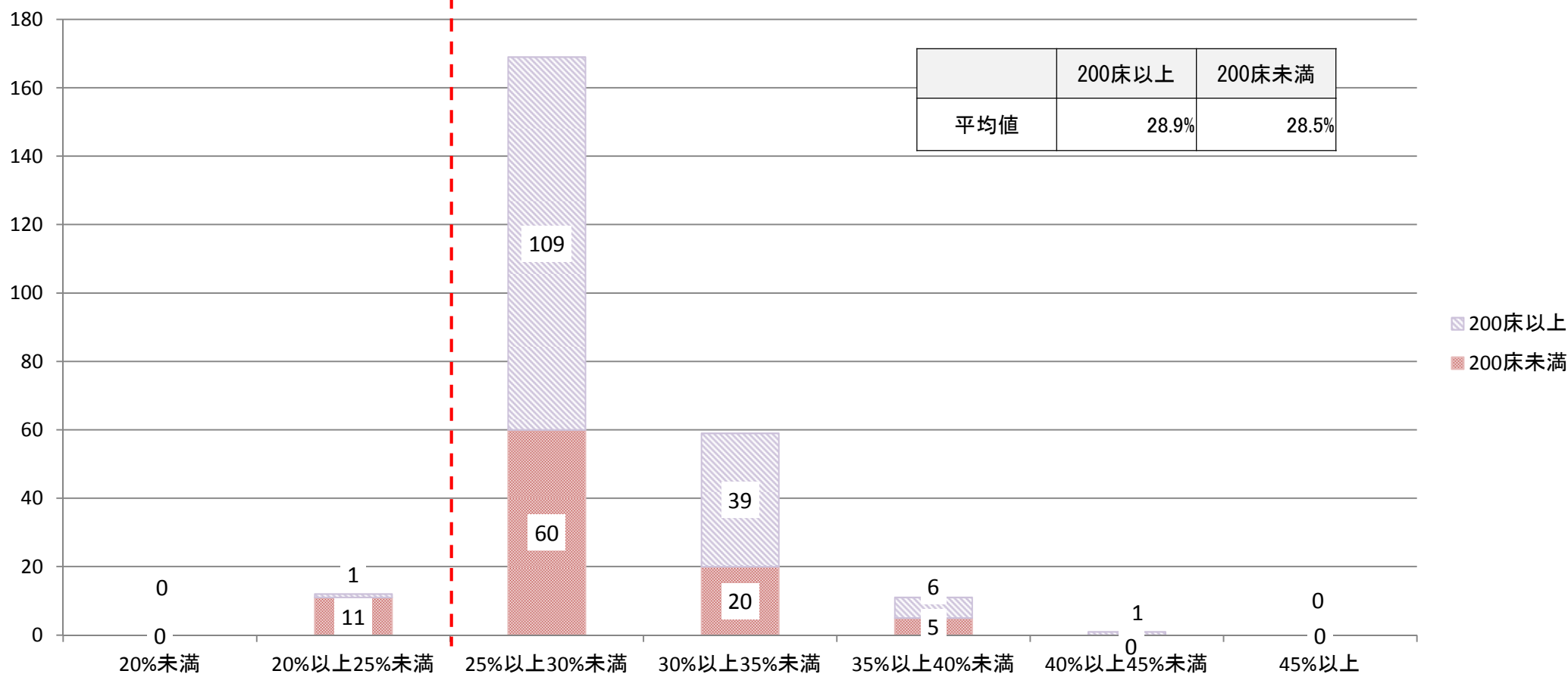
- 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布を病床規模別にみると、200床未満の医療機関でも、該当患者割合が25%を超えている医療機関が多く存在する。

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(病床規模別)>

(n=252)

(医療機関数)

基準 25%



該当患者割合

(平成28年8月～10月の月平均)

3) 重症度、医療・看護必要度の評価項目

【課題】

- 11月24日の中医協総会で、平成28年度改定で導入された項目(救急搬送後入院、認知症及びせん妄に関する項目、手術の実施)について、より適切な評価となるよう見直しを提案したが、検討に際しては、それによる影響のシミュレーションが必要との意見があった。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、平成28年度改定で導入された項目のうち、以下について定義を変更した場合の影響について、影響が大きいと思われるものから、いくつかのパターンに分けて該当患者割合の分布の変化を分析した。
 - 1) B項目の認知症及びせん妄に関する項目について、A項目1点以上を併存する場合は該当患者に追加する
 - 2) A項目の救急搬送後入院(2日間)を、救急医療管理加算の算定患者(2日間)とする
 - 3) C項目の開腹手術について、所定日数を5日間から4日間にする

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

医療機能に応じた入院医療の評価について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

平成28年度改定前

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

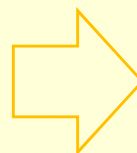
A項目2点以上かつB項目3点以上

[A項目]

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

[B項目]

- | | |
|----------|---------|
| 8 寝返り | 9 起き上がり |
| 10 座位保持 | 11 移乗 |
| 12 口腔清潔 | 13 食事摂取 |
| 14 衣服の着脱 | |



平成28年度改定後

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上

[A項目]

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

8 救急搬送後の入院

[B項目]

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| <u>9 寝返り</u> | <u>(削除)</u> |
| <u>(削除)</u> | <u>10 移乗</u> |
| <u>11 口腔清潔</u> | <u>12 食事摂取</u> |
| <u>13 衣服の着脱</u> | <u>14 診療・療養上の指示が通じる</u> |
| | <u>15 危険行動</u> |

[C項目]

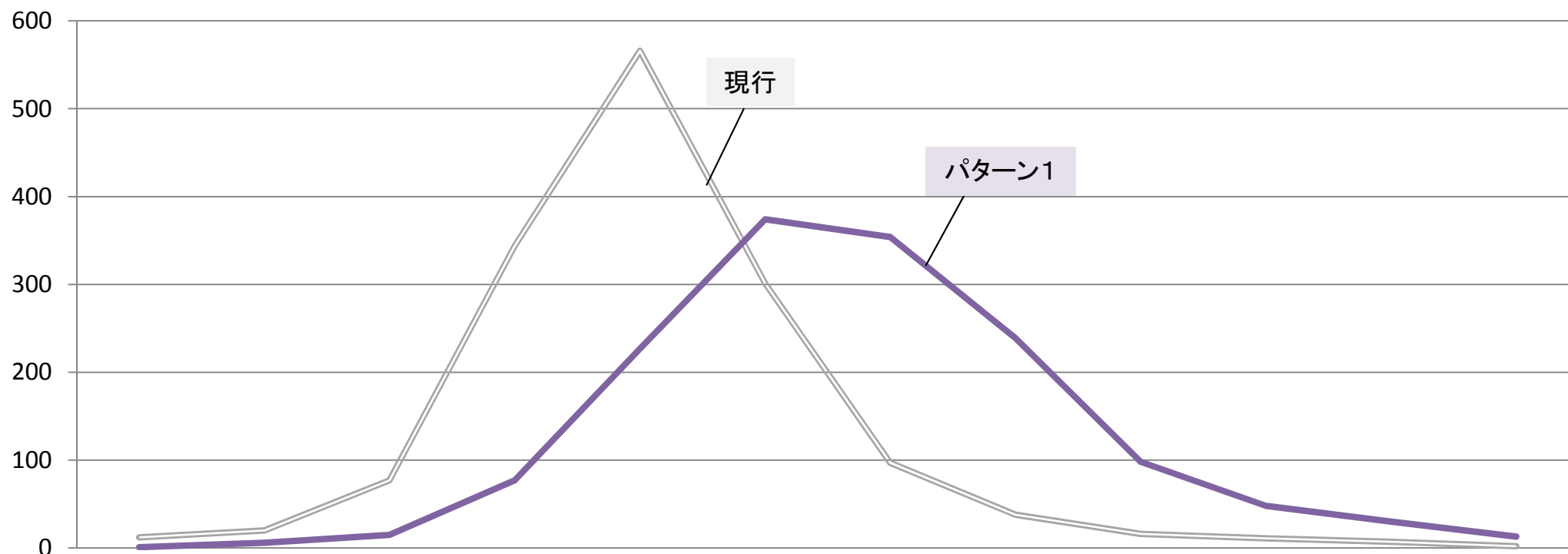
- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| <u>16 開頭手術</u> | <u>17 開胸手術</u> |
| <u>18 開腹手術</u> | <u>19 骨の手術</u> |
| <u>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術</u> | <u>21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術</u> |
| <u>22 救命等に係る内科的治療</u> | |
| ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療 | |

重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析①

見直しの内容		影響の大きさ※
パターン1	『「A得点1点以上かつB得点3点以上」で「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を該当患者に追加	4～5%
パターン2	「A8 救急搬送後の入院」を「A205 救急医療管理加算1該当患者」に置き換え	1～2%
パターン3	「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更	-1～0%

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布（一般病棟7対1）パターン①＞（n=1,495）

（医療機関数）

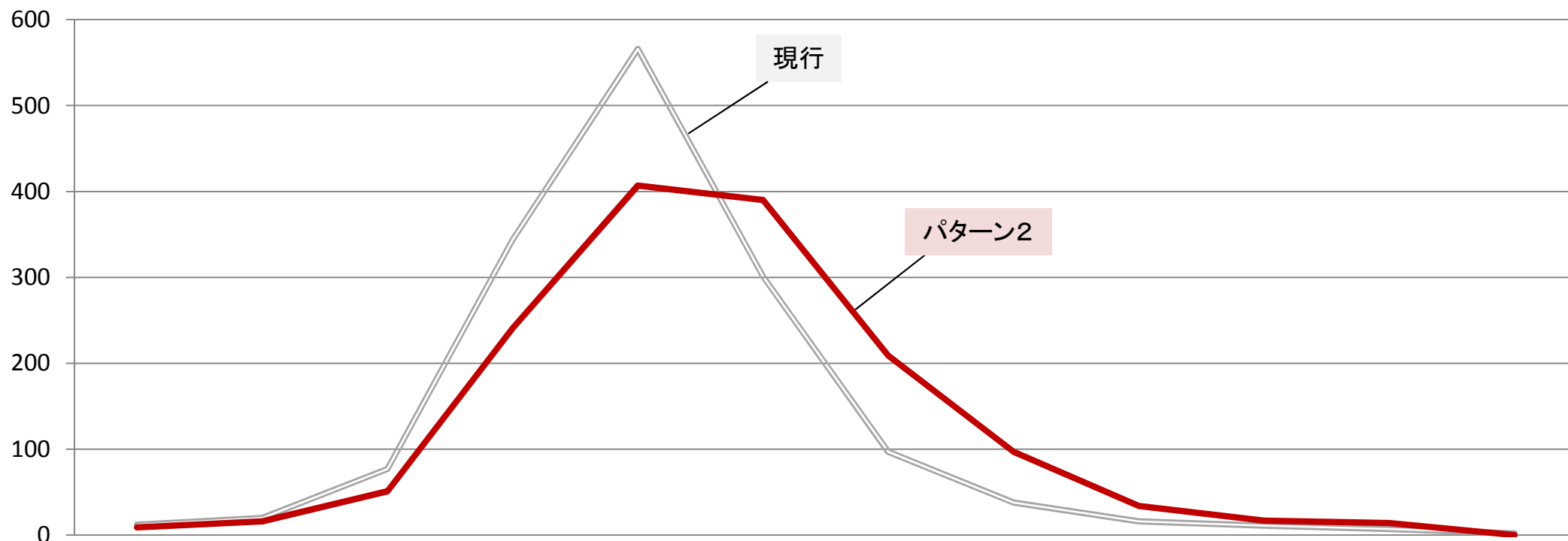


重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析②

見直しの内容		影響の大きさ※
パターン1	『「A得点1点以上かつB得点3点以上」で「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を該当患者に追加	4～5%
パターン2	「A8 救急搬送後の入院」を「A205 救急医療管理加算1該当患者」に置き換え	1～2%
パターン3	「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更	-1～0%

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布（一般病棟7対1）パターン②＞（n=1,495）

（医療機関数）

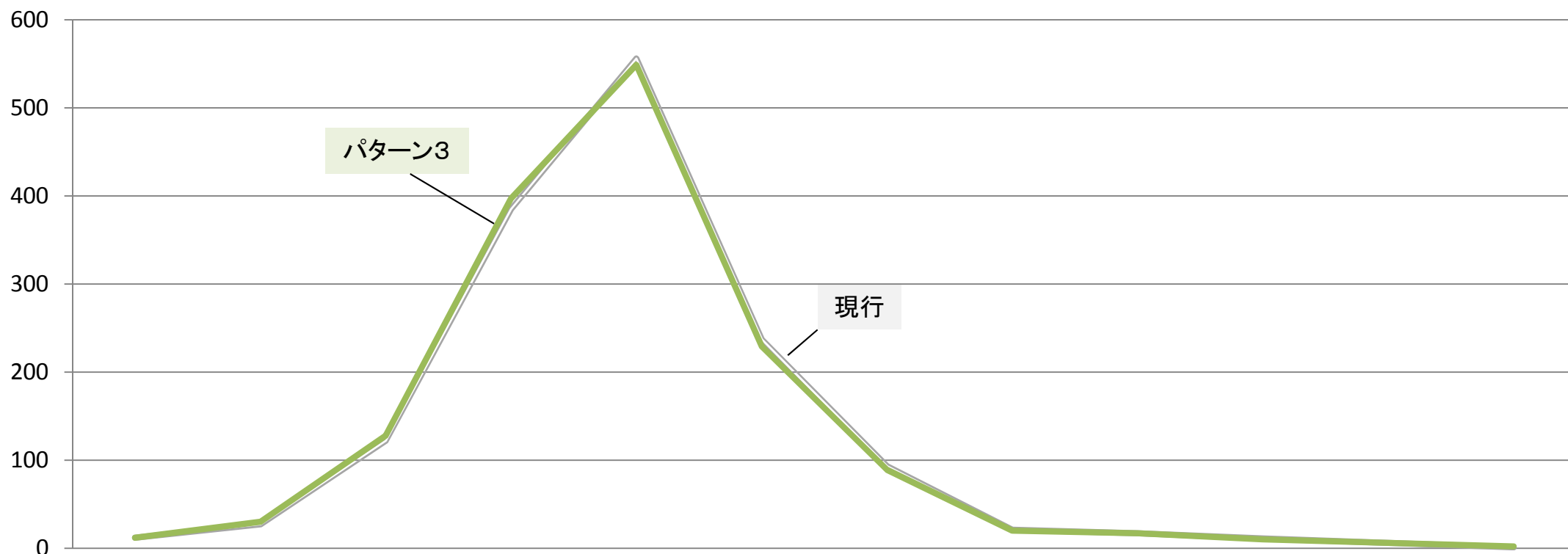


重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析③

見直しの内容		影響の大きさ※
パターン1	『「A得点1点以上かつB得点3点以上」で「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を該当患者に追加	4～5%
パターン2	「A8 救急搬送後の入院」を「A205 救急医療管理加算1該当患者」に置き換え	1～2%
パターン3	「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更	-1～0%

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布（一般病棟7対1）パターン③＞（n=1,495）

（医療機関数）



重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加に関する分析・論点(案)

- 該当患者の判定に係る項目の定義の変更や判定基準の追加にあたっては、急性期の入院患者をより適切に把握できていることが望ましいことから、検討にあたっては、以下のような視点を基本的な考え方としてはどうか。

<基本的な考え方>

- 1) 急性期入院医療の医療資源投入をより適切に反映できる対応(見直し)であること
- 2) 見直しにより評価手法への不適切な影響がないこと (評価の特性が大きく変わらず分布に不自然な偏りがない)
- 3) 上記1)、2)を満たすことにより、現行の判定手法等の運用がそのまま活用できること (ただし、基準値は最終的な分布に基づき適切に設定)



<判定基準の追加等に係る論点(案)>

- 各項目別にその項目のみを追加した場合の影響をみると、基本的な考え方からすれば、いずれの項目も活用可能と考えられた。
- このため、今回分析した3つの項目については、より適切な評価につながるよう、現行の判定基準にすべて取り入れることとしてはどうか。

入院医療評価体系の論点(案)①

【論点(案)】

【入院医療の評価体系】

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応するため、入院医療の評価体系について、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つを組合せた評価体系となるよう、現行の入院基本料を再編・統合してはどうか。
- 診療実績に応じた段階的な評価部分について、平成30年度改定では、現行の指標(必要な見直しを実施した上での重症度、医療・看護必要度及び医療区分)を用いることとしてはどうか。
- 診療実績に応じた評価は、多様な医療ニーズへの対応や、診療内容、患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標・評価手法が望ましいことから、今後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行ってはどうか。

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い】

- 再編・統合した新たな入院料の診療実績に応じた段階的な評価には、平成30年度改定では、現行の指標である、重症度、医療・看護必要度(ただし、項目についての見直しがあればそれらを反映)を用いてはどうか。なお、一定の基準を満たす医療機関が希望する場合には、EF統合ファイルによる判定を用いてもよいこととしてはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、新たな評価体系への再編・統合を進める観点から、現在、経過措置となっている、
 - ・ 病棟群単位での届出医療機関、
 - ・ 200床未満の経過措置の対象となっている医療機関、が、新たな評価体系を選択できるよう一定の配慮を行うという前提で整理する方向で検討してはどうか。

入院医療評価体系の論点(案)②

【論点(案)】

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い(続き)】

- 新たに設定する、中間的な評価部分については、
 - ・ 該当患者割合を活用するが、それに応じた適切な看護職員配置に一定の実績を求める観点から、届出に際しては、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分の届出の実績を要件としてはどうか。
 - ・ 中間的な評価部分の報酬区分と、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分とは、どちらかを選択後も医療機関の実績等に応じて変更可能としてはどうか。
 - ・ 改定後に実態調査等を行う際に、様々な観点での分析が可能となるよう、EF統合ファイルを用いて判定することを要件としてはどうか。

【重症度、医療・看護必要度の評価項目】

- 重症度、医療・看護必要度の定義の変更と重症患者の判定基準の追加の影響の分析結果を踏まえ、認知症及びせん妄の患者への対応や救急患者の受け入れをより評価する観点から、定義の変更と重症患者の判定基準の追加を行ってはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、定義の変更・判定基準の追加における基準値の変動、機能の明確化などを総合的に勘案して、適切な基準値を設定することとしてはどうか。
- EF統合ファイルを用いた判定における基準値については、上記を踏まえて設定することとしてはどうか。

入院医療（その8）

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療（その2）
 - 2-1) 救急医療管理加算
 - 2-2) 夜間救急における看護体制の充実
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

2-1) 救急医療管理加算

【課題】

- 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1の算定患者の内訳をみると、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者が最も多く、次いで「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」が多かった。
- 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。
- 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布を都道府県ごとにみると、割合の最も高い県と低い県では、3倍以上の差が見られた。

(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

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

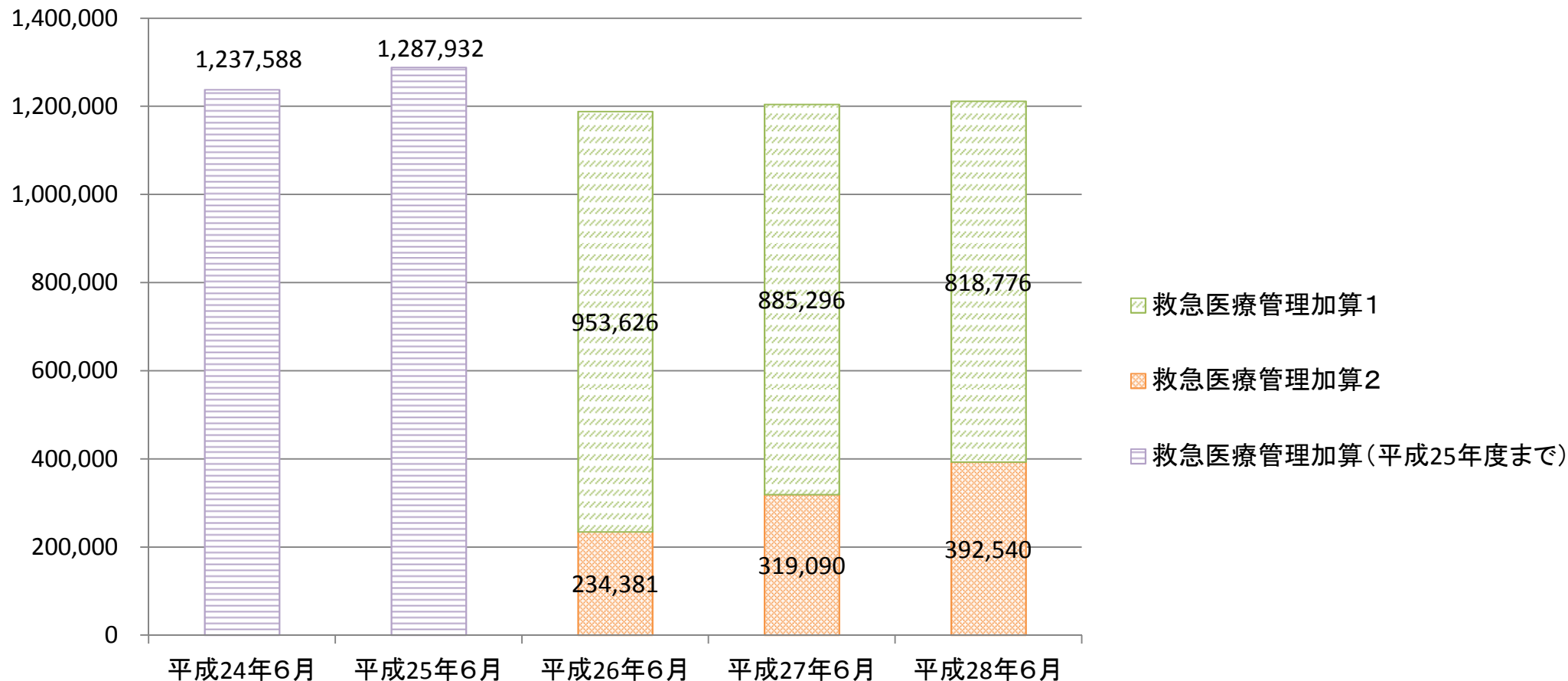
救急医療管理加算の算定回数の推移

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)



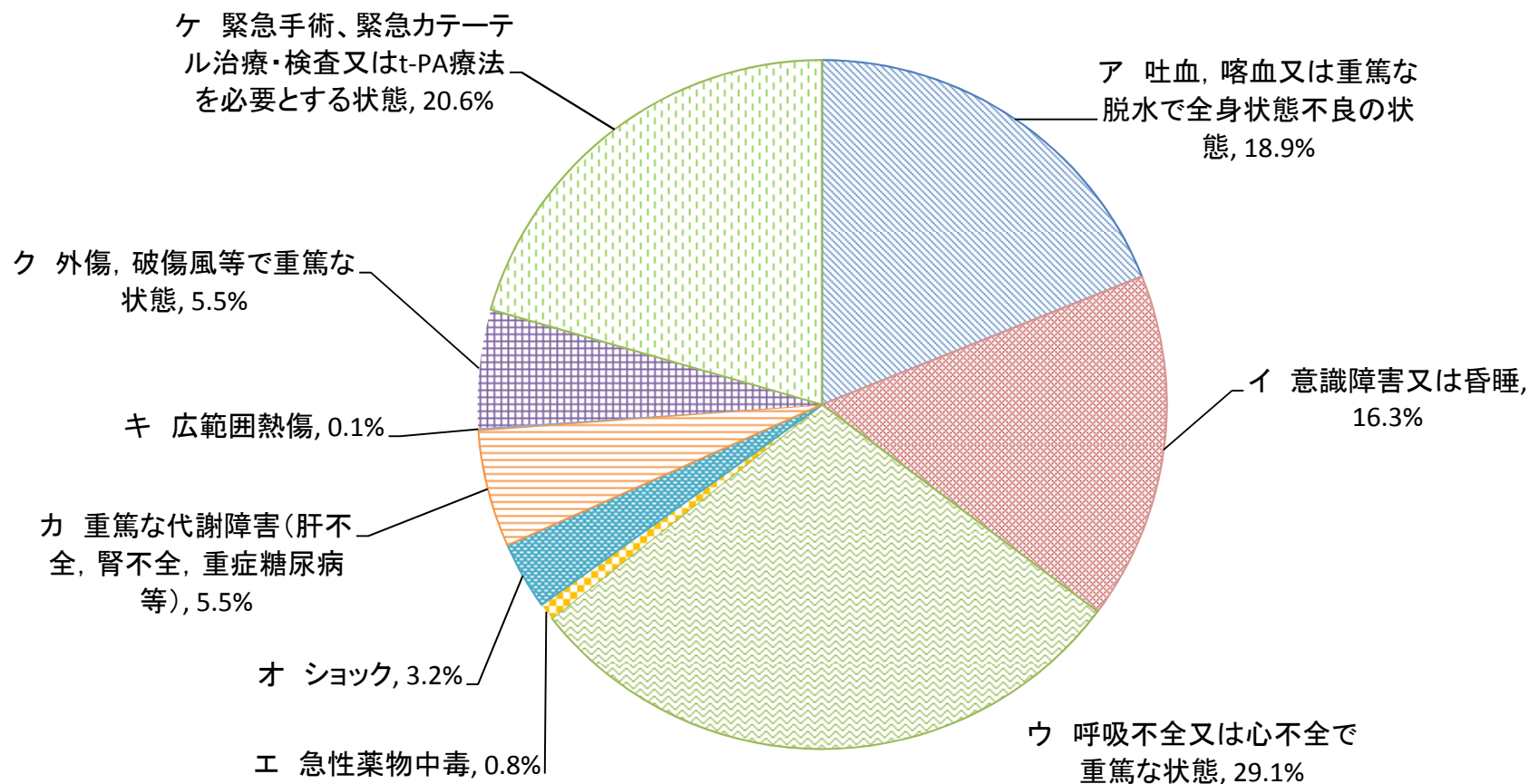
救急医療管理加算1算定患者の内訳

診調組 入-1
29.10.18

- 救急医療管理加算1の算定患者の内訳をみると、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者が最も多く、次いで「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」が多かった。

＜救急医療管理加算1算定患者の内訳＞

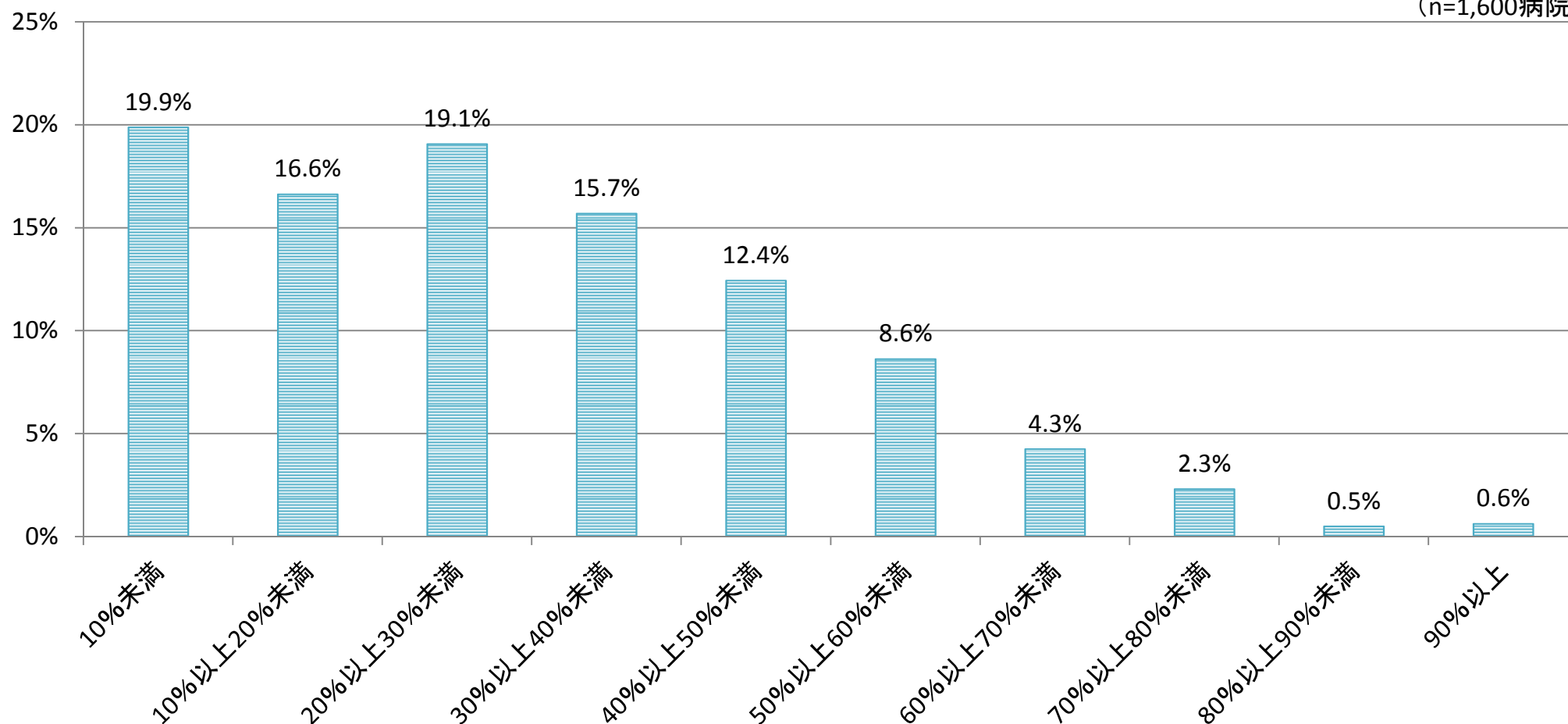
(n=1,720,721)



- 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

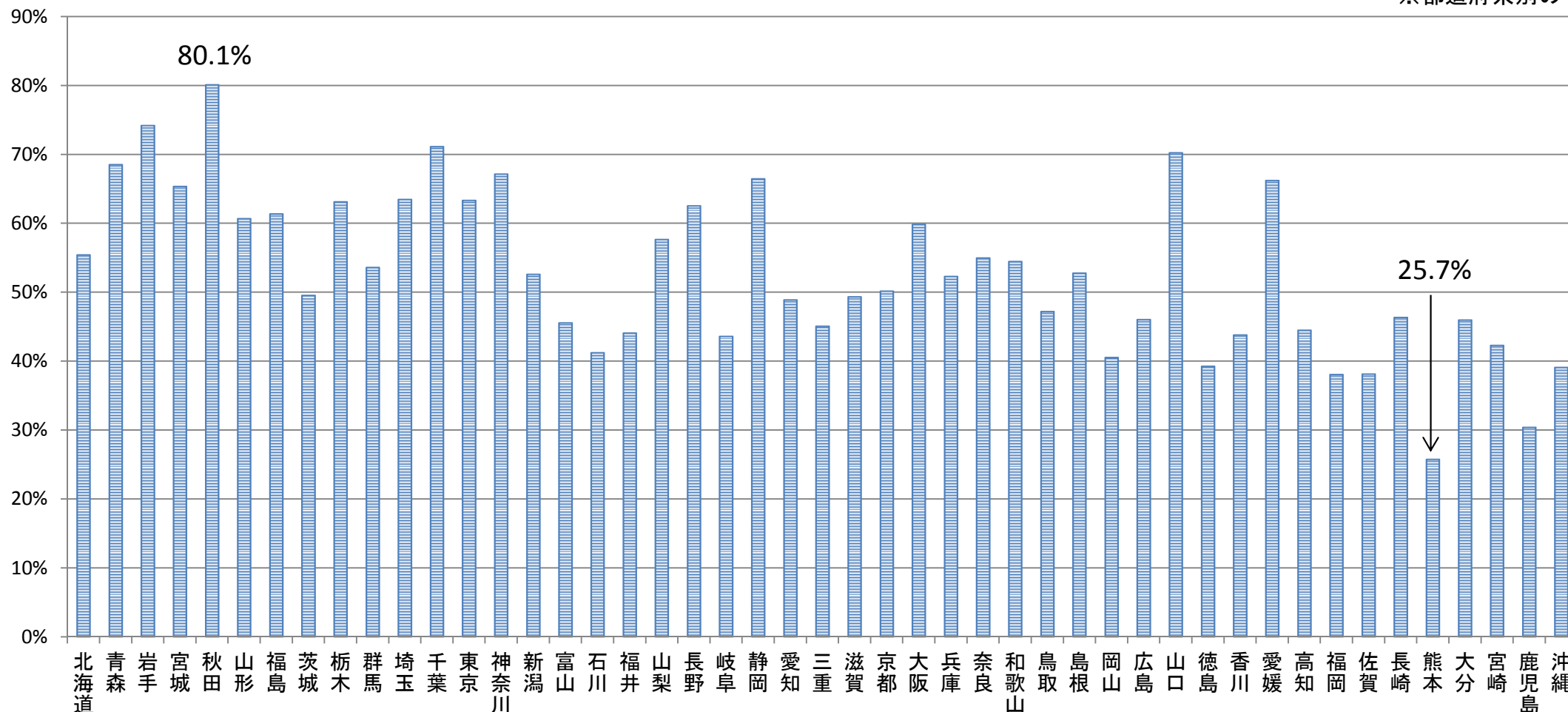
救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)

診調組 入-1
29.10.18

- 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布を都道府県ごとにみると、割合の最も高い県と低い県では、3倍以上の差が見られた。

<救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)>

※都道府県別の平均値



2-2) 夜間救急における看護体制の充実

ア) 二次救急医療機関における重症救急患者の受入体制

【課題】

○ 二次救急医療機関における重症救急患者の受入体制

- 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入状況は、年間100人以下の医療機関が最も多いが、年間1万人以上受け入れているところもある。
- 二次救急医療機関のうち約3割は、月30人以上の時間外の救急搬送患者を受け入れている。また、救急搬送で受け入れた患者のうち50%以上の患者が入院した医療機関は約3割であり、救急外来では救急搬送患者の処置と共に、入院病棟との調整が必要である。
- 救急当番日における救急医療への対応は、専任の医師を配置している二次救急医療機関は少なく、病棟業務と救急業務を兼務する医師を1人程度配置している医療機関が多い。また、救急患者数に関係なく約1割の医療機関は、救急担当専任の看護職員を配置していない。

- ・ICT活用した搬送システムの構築
- ・地域の搬送・受入ルールの方策
- ・MC協議会への専任医師の配置
- ・一時的であっても必ず受け入れる医療機関の整備
- ・ドクターヘリの全国的な配備や広域連携 等

三次救急医療(救命救急医療)

救命救急センター(288力所)平成29年8月31日現在
(うち、高度救命救急センター(39力所))
※ ドクターヘリ(51力所) 平成29年3月29日現在

- ・転院等が可能な地域の体制確保
- ・転院等や施設間連携を図るための専任者の配置
- ・情報開示と国民の理解 等

- ・適切な振分け
- ・円滑な搬送・受入

救急患者
の発生

搬送・受入

二次救急医療(入院を要する救急医療)

- ・病院群輪番制病院(400地区、2,704力所)
- ・共同利用型病院(29力所) 平成28年3月31日現在

・「出口の問題」解消

後方病院

転院・転床
退院

- ・救急利用の適正化

初期救急医療

- ・在宅当番医制(599地区)
- ・休日夜間急患センター(559力所) 平成28年3月31日現在

- ・地域の医療機関が連携しつつ、救急医療提供体制を整備・充実
- ・救急医療を担う医師の労働環境の改善

- ・住民への普及啓発
- ・救急医療情報キット等の推進
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充 等

- ・診療実績に応じた、救命救急センターや二次救急医療機関への支援の充実
- ・診療所医師の救急医療への参画の推進
- ・救急医療を担う医師に対する手当への支援
- ・院内トリアージを行う看護師等の配置、医師事務作業補助者の配置 等

在宅
社会復帰

救急医療体制の整備状況の推移

- 三次救急医療機関は、すべての都道府県で整備され、さらに増加している。
- 二次救急医療機関は、近年、漸減している。

		25年	26年	27年	28年
三次救急（救命救急）	救命救急センター （施設数）	259	266	271	279
二次救急（入院を要する救急）	入院を要する 救急医療施設 （施設数）	2,904	2,836	2,769	2,733
	（地区数）	(403)	(404)	(410)	(429)
初期救急	休日夜間急患センター （施設数）	553	560	560	559
	在宅当番医制 （実施地区数）	622	621	613	599

※ 二次救急の（地区数）は、「輪番制地区＋共同利用型地区等」の数値である。

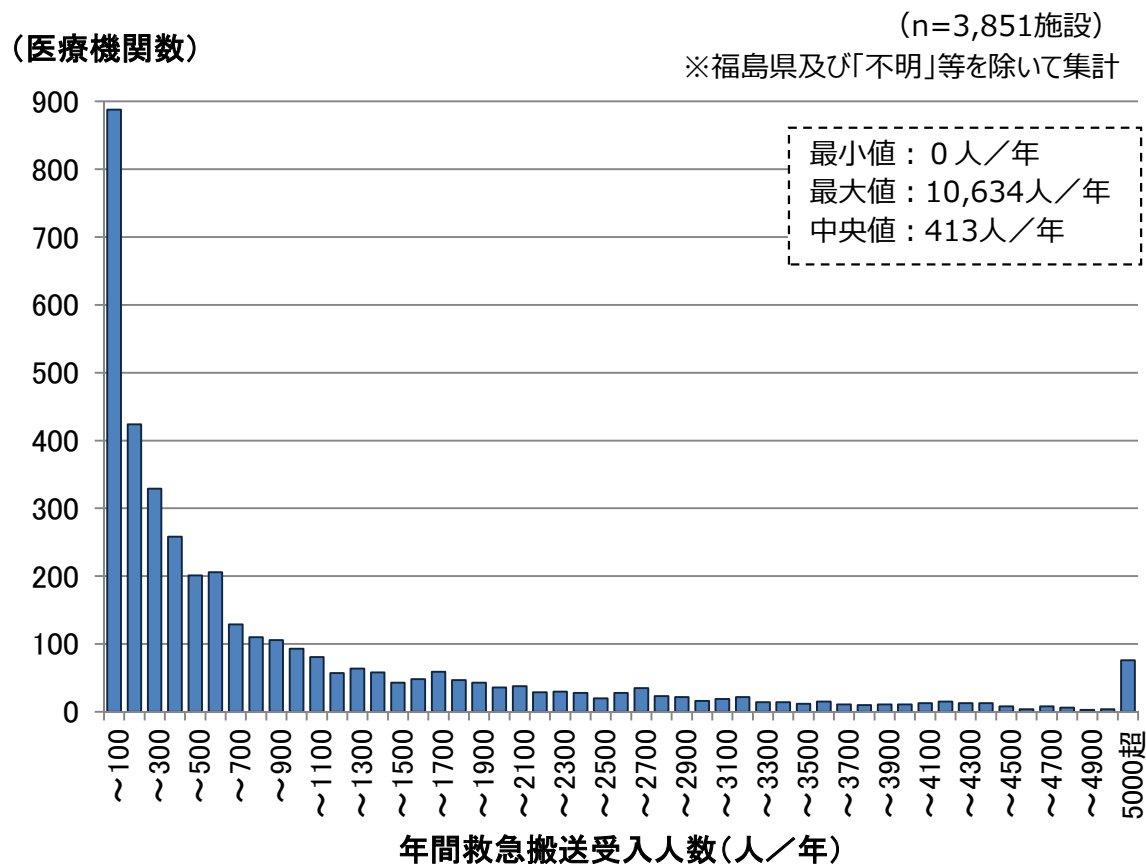
救急病院等を定める省令に 基づく医療機関数	総数	4,147	4,121	4,187	4,197
	うち、病院	3,830	3,826	3,903	3,926
	うち、診療所	317	295	285	271

二次救急における救急搬送の受入状況

- 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入状況は、年間100人以下の医療機関が最も多いが、年間1万人以上受け入れているところもある。
- 全救急搬送受入人数と、時間外の救急搬送受入人数は正比例している。

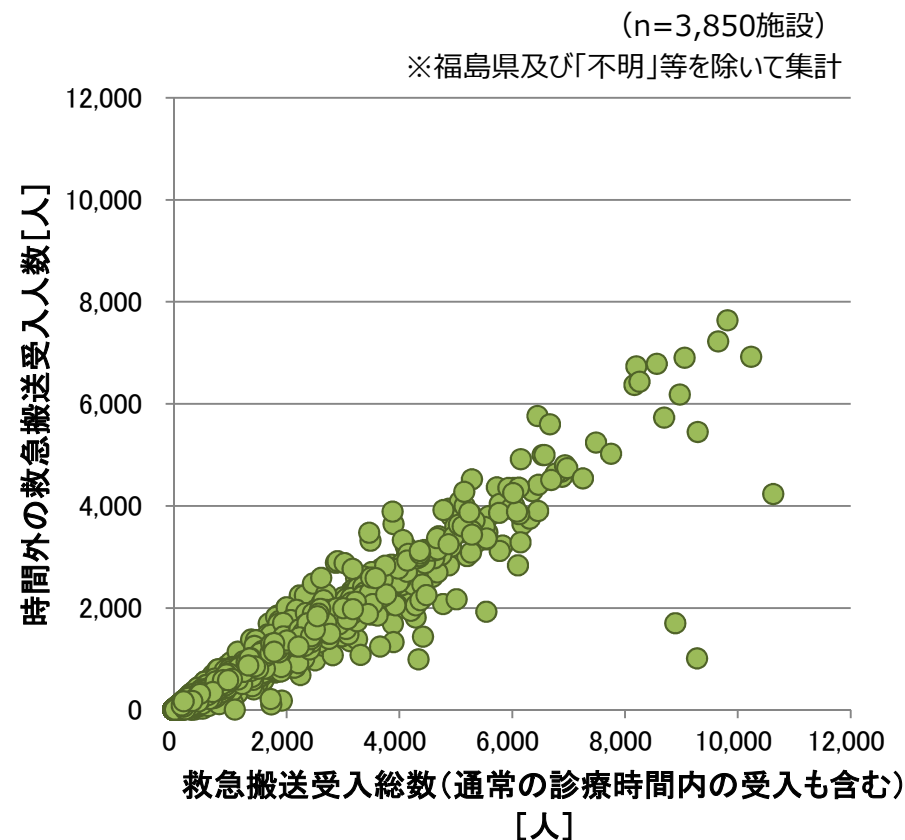
■ 年間救急搬送受入人数別の医療機関数

(二次救急医療機関)



■ 年間救急搬送受入人数×時間外救急搬送受入人数

(二次救急医療機関)



注) : 二次救急医療機関数には、病院群輪番制病院・共同利用型病院以外の二次救急医療機関を含む。

出典：厚生労働省医政局「救急医療提供体制の現況調べ（平成26年度）」を基に、
保険局医療課で再集計

二次救急における時間外の救急搬送の受入状況

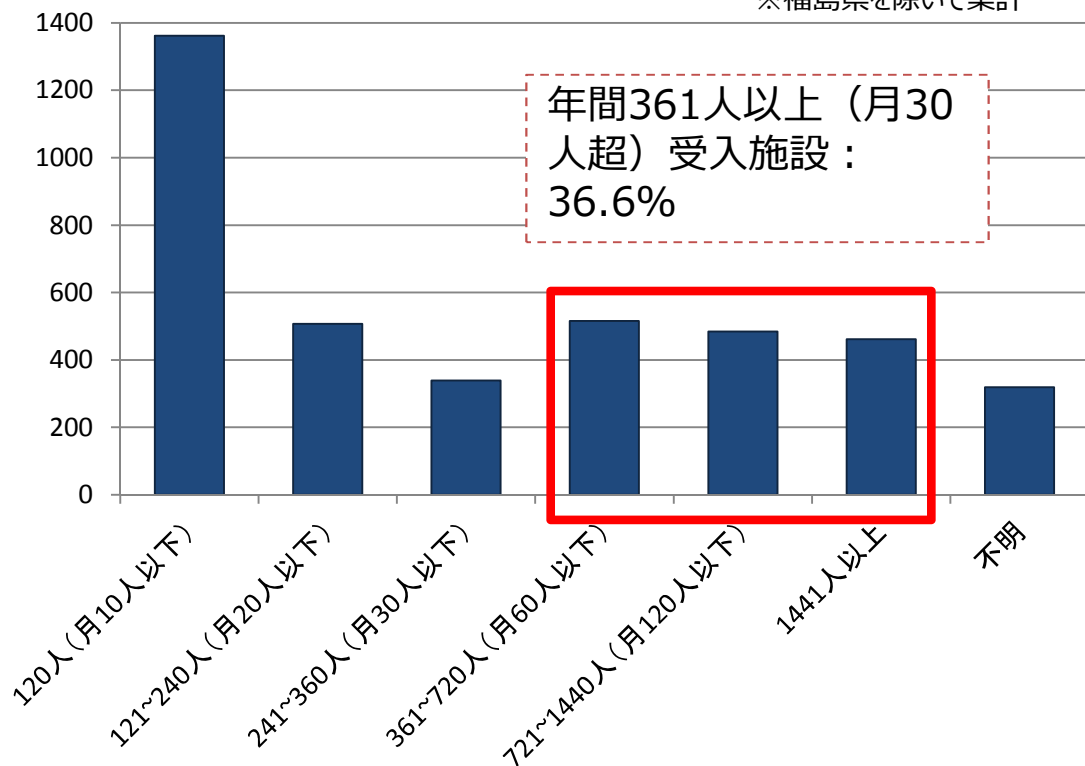
- 二次救急医療機関における時間外の救急搬送の受入状況は、月10人以下が最も多いが、3割強の医療機関は、月30人以上（年間361人以上）時間外の救急搬送患者を受け入れている。
- 救急搬送で受け入れた患者が入院した割合が50%を超える医療機関は約3割であり、救急外来では救急搬送患者の処置と共に、入院病棟との調整が必要である。

■ 時間外の年間救急搬送受入人数別の医療機関数

（二次救急医療機関）

（n=3,988施設）

※福島県を除いて集計

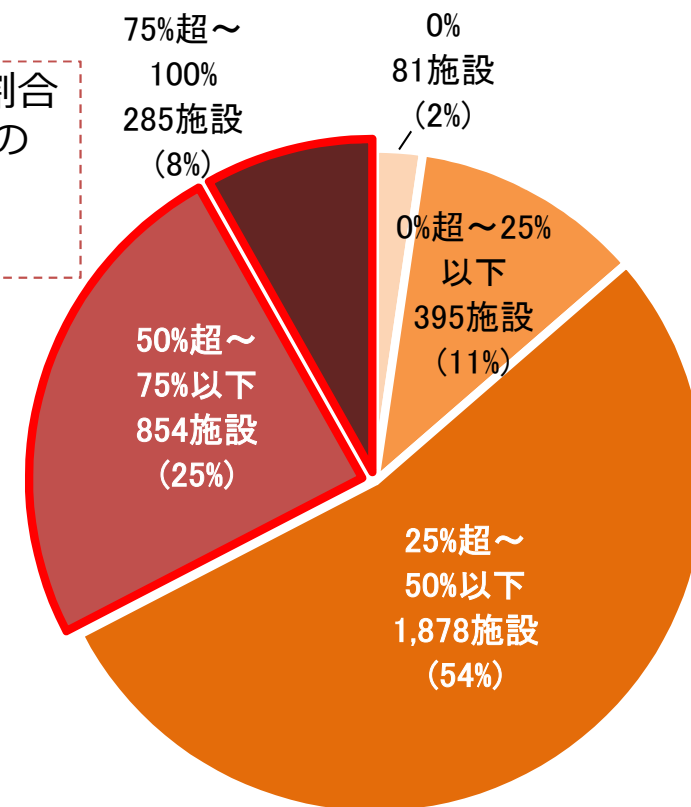


■ 時間外の救急搬送受入後の入院割合

（二次救急医療機関）

※福島県及び時間外救急搬送受入人数が年間0人、「不明」を除いて集計

入院患者割合
50%以上の
施設：
32.6%



注）：二次救急医療機関数には、病院群輪番制病院・共同利用型病院以外の二次救急医療機関を含む。

出典：厚生労働省医政局「救急医療提供体制の現況調べ（平成26年度）」を基に、
保険局医療課で再集計

二次救急における救急受入体制

- 救急当番日における救急医療への対応は、専任の医師を配置している二次救急医療機関は少なく、病棟業務と救急業務を兼務する医師を1人程度配置している医療機関が多い。
- 自施設以外の医師が救急医療に対応することがある医療機関は、6割を超える。
- 救急患者数に関係なく約1割の医療機関は、救急担当専任の看護職員を配置していない。

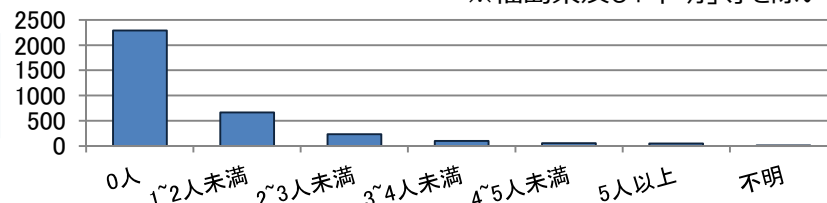
■ 救急医療に対応する医師数別の医療機関数

(平日準夜の体制)

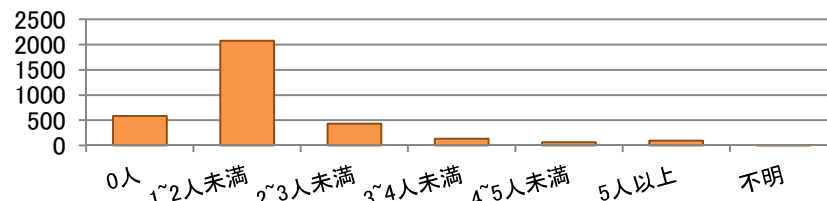
(n=3,395施設)

※福島県及び「不明」等を除いて集計

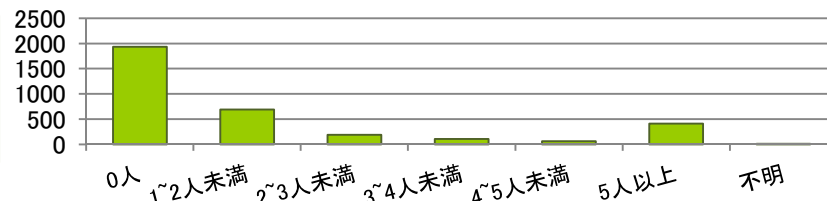
救急担当専
任医師数



病棟勤務と救
急業務の兼
務の医師数



応援医師数
(オンコール
体制)



■ 救急当番日における自施設外の医師による診療実績※

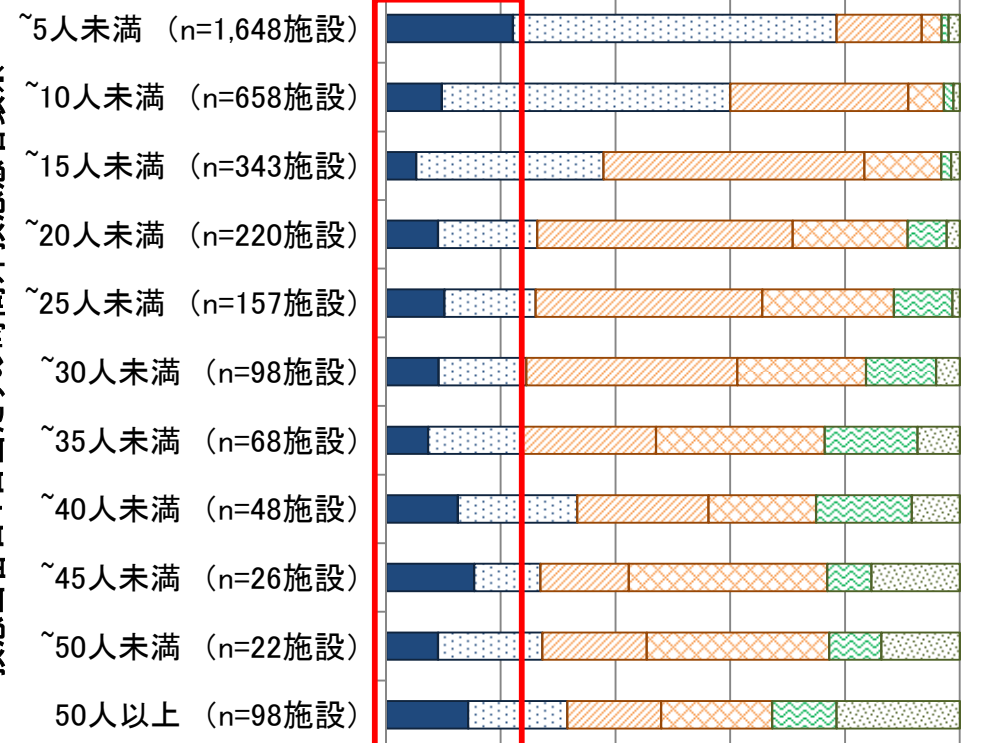
診療所医師	12.9%	(n=3,865施設)
大学等からの非常勤医師	62.1%	(n=3,864施設)

※平成26年度の救急当番中に、「診療所医師」、「大学等の非常勤医師」による診療が行われていれば、実績有りとなる。

■ 救急当番日1日当たり救急患者数別の救急担当専任の看護職員数

(平日準夜の体制)

救急当番日1日当たりの時間外救急患者数※



■ 0人 □ 1~2人未満 ▨ 2~3人未満 ▩ 3~4人未満 ▪ 4~5人未満 ▫ 5人以上

※時間外救急患者には、時間外救急搬送患者も含む。

- 救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関等の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行うために、平成24年度診療報酬改定にて「夜間休日救急搬送医学管理料」と「院内トリアージ実施料」が新設された。

院内トリアージ実施料 100点

- 夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価。

【算定要件】

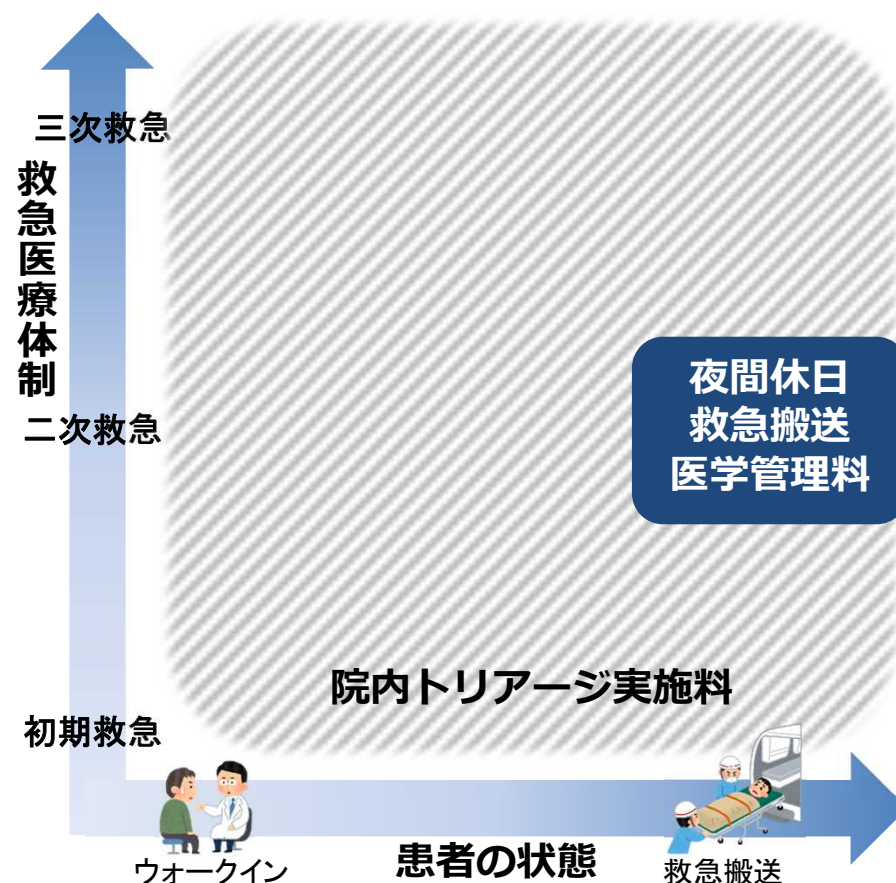
当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定できる。

【施設基準】

- (1) 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する**専任の看護師が配置されていること。**

【留意事項】

夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。



夜間休日救急搬送医学管理料について

- 夜間休日救急搬送医学管理料は、年々算定回数が増加しており、中規模病院で多く算定されている。

夜間休日救急搬送医学管理料 600点

➤ 平日の夜間・深夜、土曜日の診療時間以外の時間、休日に二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際の評価。

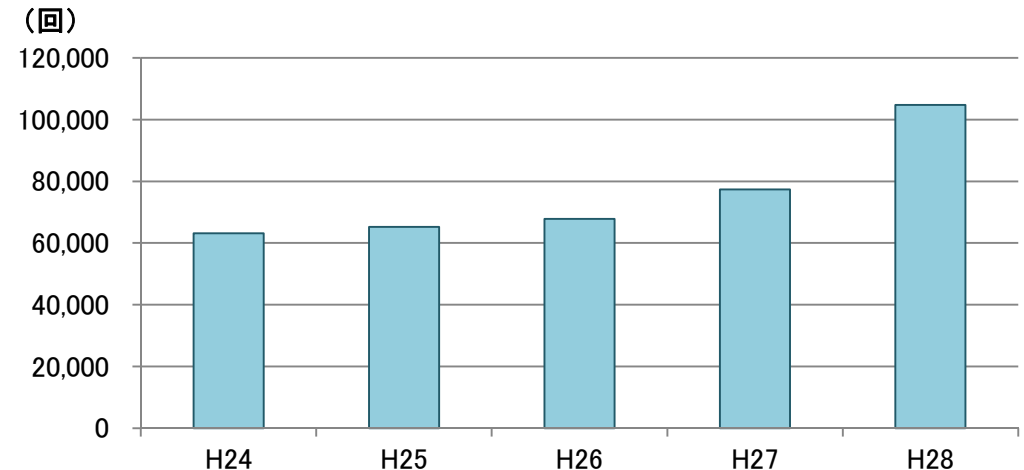
【施設基準】

- (1) 第二次救急医療機関又は精神科救急医療施設であること。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

【留意事項】

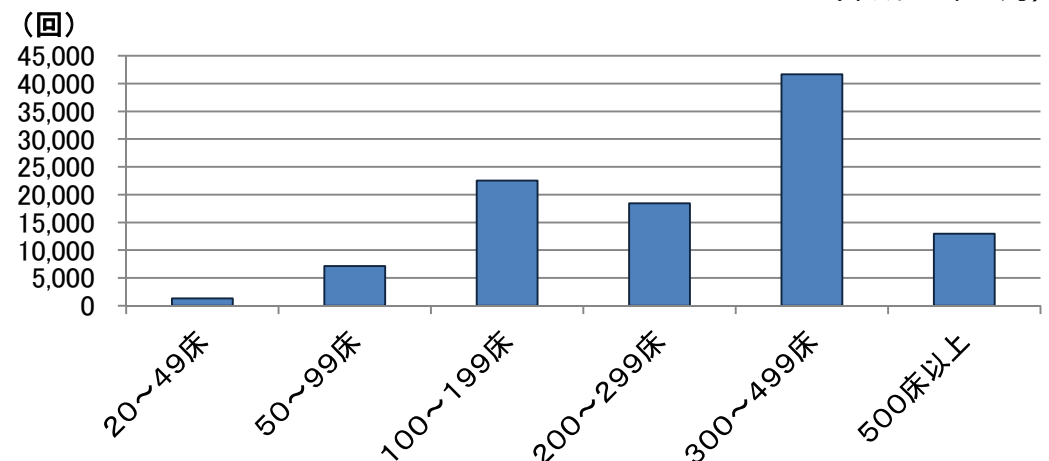
院内トリアージ実施料を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

■ 夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況



■ 病床規模別の夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況

(平成28年6月)



出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

2-2) 夜間救急における看護体制の充実

イ) 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保

【課題】

○ 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保

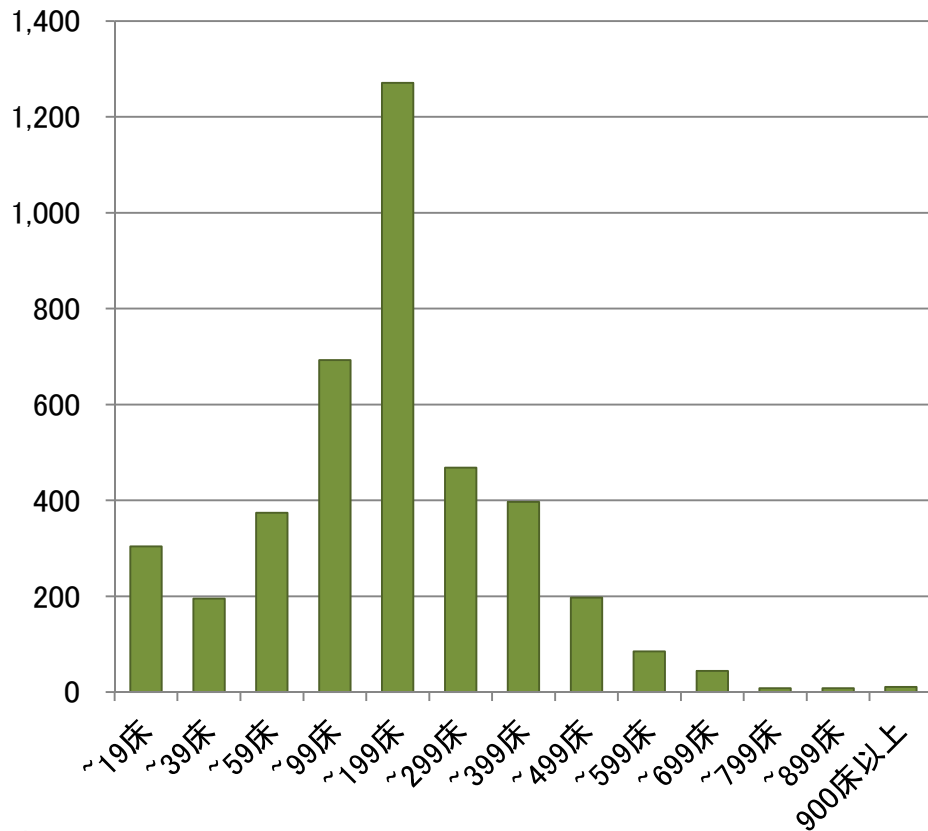
- 二次救急医療機関は、許可病床数が200床未満の医療機関が多い。
- 200床未満の医療機関では、夜間の救急外来の看護職員の配置について、専従ではなく病棟業務と救急業務を兼務している看護職員を配置しているところが多い。
- 夜勤帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば1名が救急外来において業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。

病床規模別の二次救急医療機関と三次救急医療機関の分布

○ 二次救急医療機関は、許可病床数が200床未満の医療機関が多いが、三次救急医療機関は、400床以上の医療機関が多い。

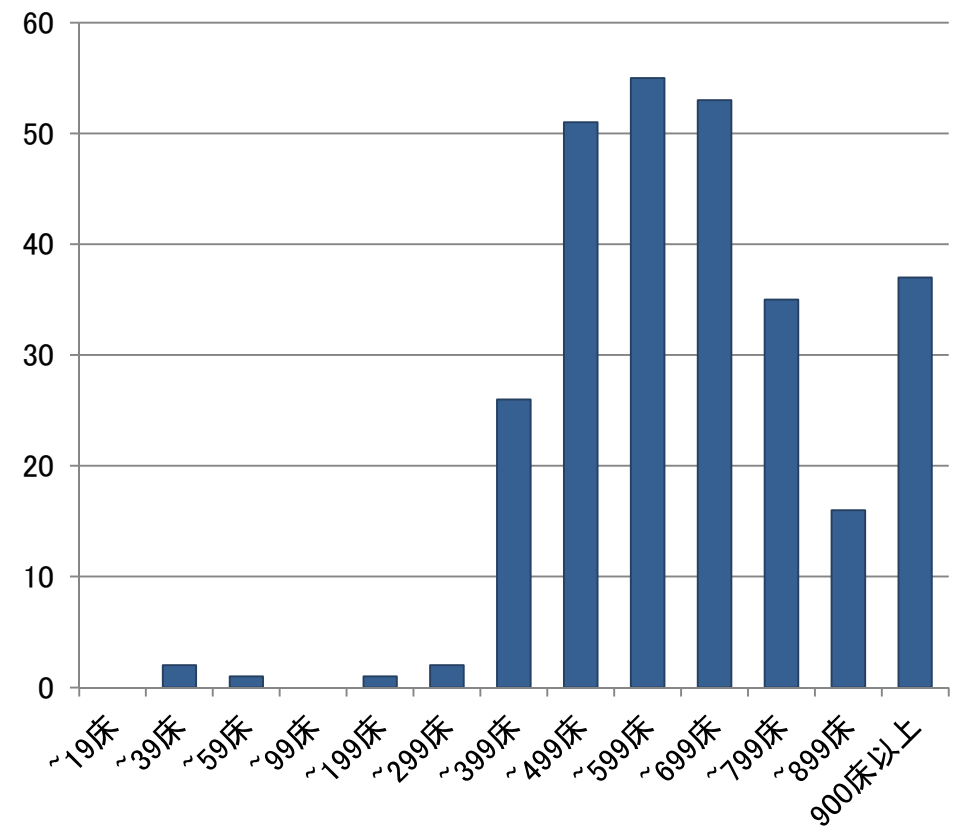
■ 許可病床数別の二次救急医療機関数

(医療機関数)



■ 許可病床数別の三次救急医療機関数（救命救急センター数）

(医療機関数)



注1) : 許可病床数は、病院全体の総許可病床数である。

注2) : 二次救急医療機関数には、病院群輪番制病院・共同利用型病院以外の二次救急医療機関を含む。

出典：厚生労働省医政局「救急医療提供体制の現況調べ（平成26年度）」を基に、保険局医療課で再集計

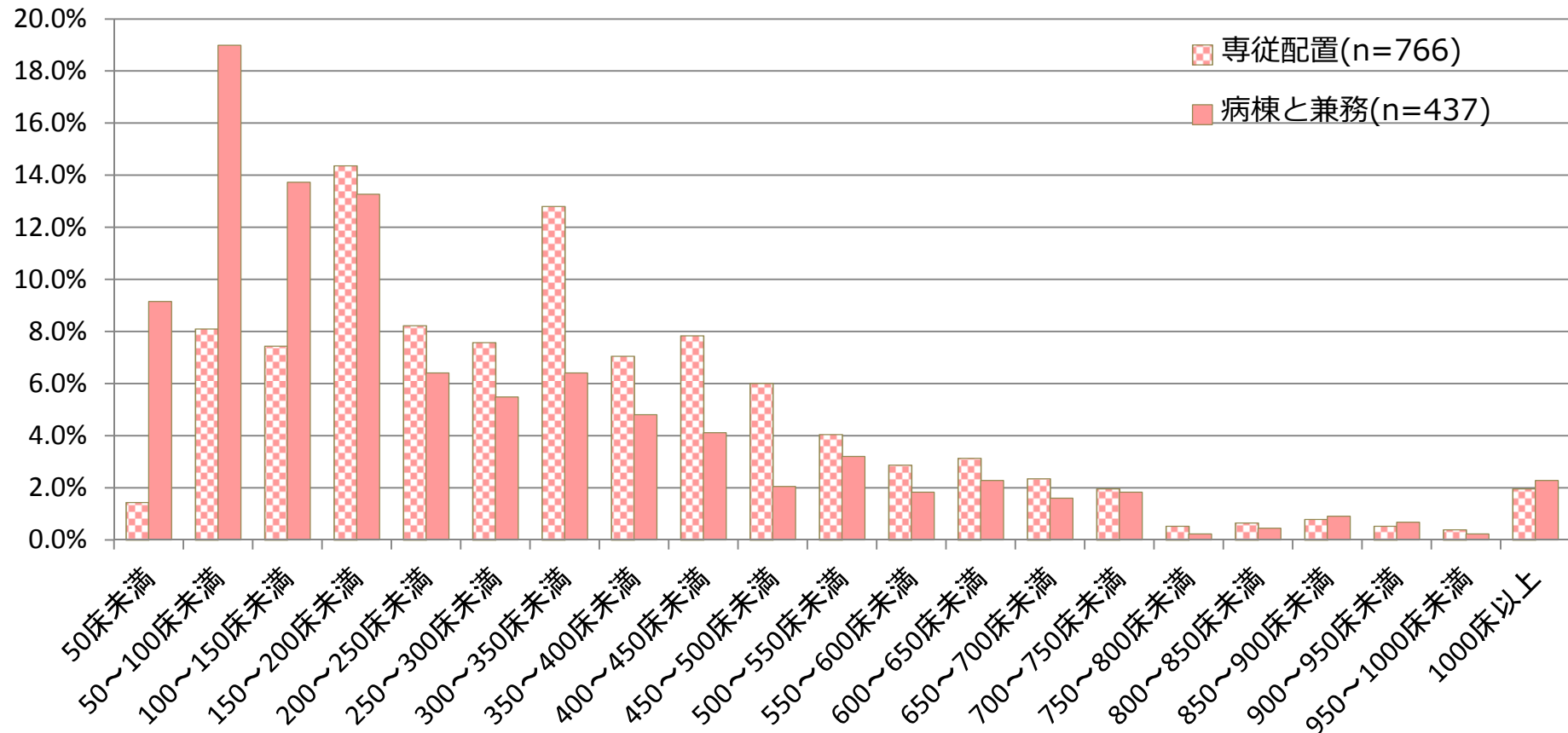
出典：厚生労働省医政局「救命救急センターの現況調べ（平成27年度）」を基に、保険局医療課で再集計

夜間帯の救急外来の看護体制

- 夜間の救急外来の看護職員の配置について、病棟業務と救急業務を兼務している看護職員を配置している医療機関は、200床未満の医療機関が多い。

■ 夜間救急外来の看護体制について許可病床別医療機関の割合

(平成29年 3 月)



※ 回答した1,270医療機関のうち、平日深夜帯（0時～8時）の看護職員について「専従配置」、「病棟業務と救急業務を兼務」について回答があった施設数を集計

病棟の夜間看護体制

- 夜勤帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば1名が救急外来において業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。
- 一般病棟における夜間看護補助者の配置は、43%の医療機関で配置されている。

基本診療料の施設基準等 (平成20年3月5日 厚生労働省告示第62号)

第5 病院の入院基本料の施設基準等

一 通則

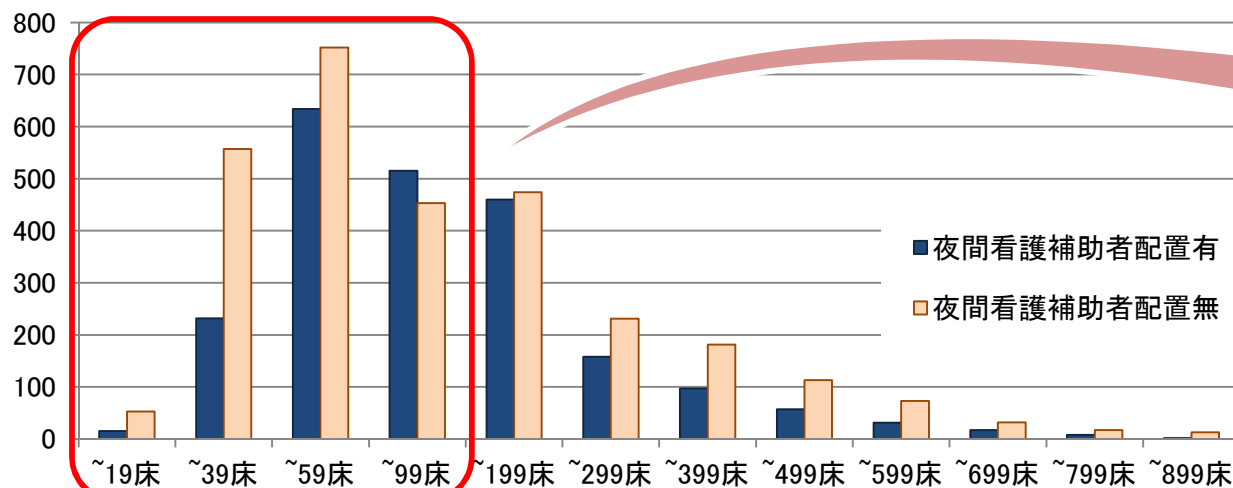
(1)～(6) 略

(7) 7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師1を含む2以上の数の看護職員が行うこと。

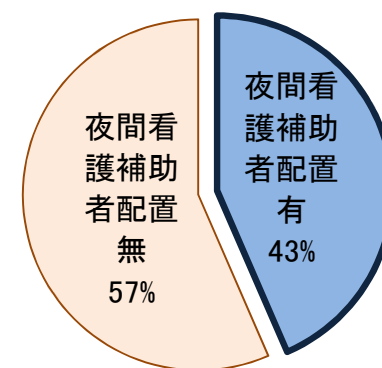
夜勤帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば、1名が救急外来において業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。

■ 一般病棟における病床数別の夜間看護補助者の配置状況

(医療機関数)



(参考) 100床未満の一般病棟における夜間看護補助者の配置状況



注) 病床数は、病院全体の許可病床数ではなく、一般病棟としての許可病床数である。

救急医療(その2)の論点(案)

【論点(案)】

○救急医療管理加算

- ・ 救急医療管理加算の評価のあり方については、DPCデータ等による調査結果を踏まえ、次回改定以降に、引き続き検討をしていくこととしてはどうか。

○ 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入体制

- ・ 二次救急医療機関の夜間の救急外来に配置された看護職員が、救急搬送以外の救急患者への対応については診療報酬上評価されているが、救急搬送患者に対する対応は評価されていない。夜間の救急外来患者への対応体制をより強化するため、そのような看護職員による救急搬送患者への対応についても評価の対象としてはどうか。

○ 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保

- ・ 病棟配置の看護職員が救急外来で業務すると、夜間の病棟配置数によっては、病棟における夜間の看護職員配置要件を満たさない取り扱いとなっているが、地域の二次救急医療体制の確保のため、患者数の少ない病棟や病棟の患者の容体、看護補助者の配置等の一定の要件下に限り、夜間の看護職員配置を満たさない場合の評価を設定してはどうか。

入院医療(その8)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

【課題】

短期滞在手術等基本料

- 平成26年度診療報酬改定において、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した。
- 短期滞在手術等基本料3の報酬設定は、DPC/PDPSと類似している面がある一方で、算定対象や点数設定の方法等で相違点がある。

平成26年度診療報酬改定

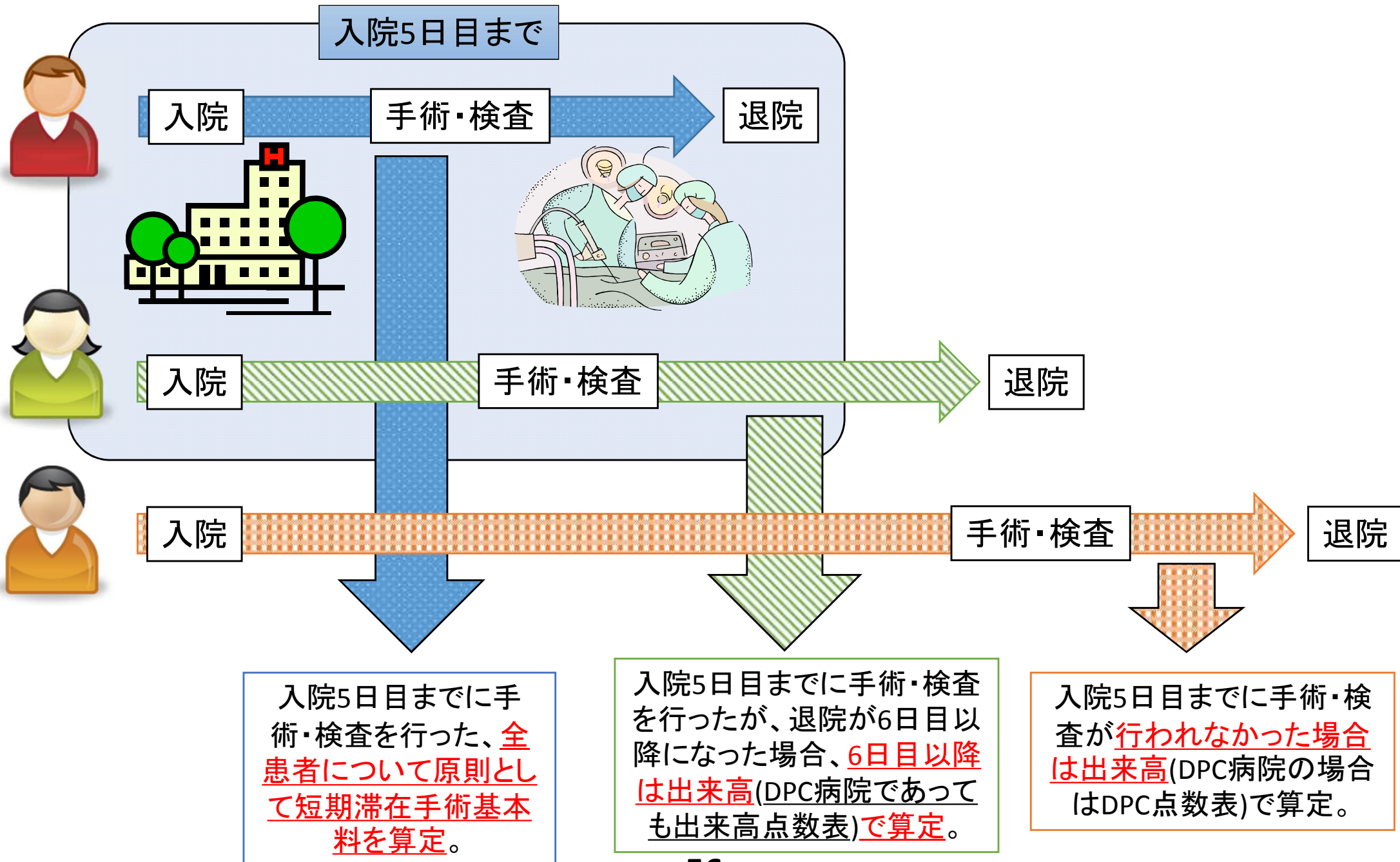
短期滞在手術基本料の見直し

- 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



短期滞在手術等基本料3の算定状況①

診調組 入－2
29.10.5

名称	点数	平成27年6月 算定回数	平成28年6月 算定回数
D237 終夜睡眠ポリグラフィー（1 携帯用装置を使用した場合）	17,300	51	112
D237 終夜睡眠ポリグラフィー（2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合）	7,491	12	6
D237 終夜睡眠ポリグラフィー（3 1及び2以外の場合）	9,349	5252	5244
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	6,000	1677	2282
D413 前立腺針生検法	11,380	7937	7419
K008 腋臭症手術 皮膚有毛部切除術	19,993	－	－
K093-2 関節鏡下手根管開放手術	19,313	150	203
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	40,666	33	34
K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（片側）	22,096	33228	33223
K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（両側）	37,054		2169
K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合（片側）	20,065	131	123
K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合（両側）	30,938		3
K474 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満	19,806	205	251
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術	37,588	565	1833
K617 下肢静脈瘤手術 抜去切除術	24,013		486
K617 下肢静脈瘤手術 硬化療法	12,669		32
K617 下肢静脈瘤手術 高位結紮術	11,749		134

※ 網掛け部分は平成28年度診療報酬改定で見直した項目

※ 生活療養を受ける場合の回数は除く

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

短期滞在手術等基本料3の算定状況②

診調組 入 - 2
29 . 10 . 5

名称	点数	平成27年6月 算定回数	平成28年6月 算定回数
K633 鼠径ヘルニア手術（3歳未満）	35,052	680	324
K633 鼠径ヘルニア手術（3歳以上6歳未満）	28,140		254
K633 鼠径ヘルニア手術（6歳以上15歳未満）	25,498		107
K633 鼠径ヘルニア手術（15歳以上）	24,466	5965	5404
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満）	68,729	392	157
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満）	55,102		156
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満）	43,921		73
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上）	50,212	2051	2574
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	14,314	18377	25094
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm以上	17,847	1923	2502
K743 痔核手術（脱肛を含む） 硬化療法（四段階注射法によるもの）	12,291	570	680
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	28,010		1919
K867 子宮頸部（腔部）切除術	17,344	1983	2007
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	34,438	331	345
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療	59,855		711

※ 網掛け部分は平成28年度診療報酬改定で見直した項目

※ 生活療養を受ける場合の回数は除く

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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
2 9 . 1 1 . 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。

短期滞在手術等基本料 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	

点数設定方式の検討（案）

診調組 D-1
29.11.29

- ・短期滞在手術等基本料やその他手術に係る診断群分類については、一定の要件を満たすものは点数設定方式Dで設定
- ・一定の要件を満たさないもの等は従来通りの点数設定方式(A-C)で設定

短期滞在手術以外で一定の要件を満たすもの（例）

診断群分類番号	診断群分類名称
060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等 2 なし 定義副傷病なし
110070xx0200xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし
160620xx01xxxx	肘、膝の外傷（スポーツ障害等を含む。） 腱縫合術等
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等

短期滞在手術以外の症例が一定数あり、点数設定方式Dの設定がなじまないもの（例）

	短期滞在 3	DPC
支払い分類	K721 \$	060035xx04xx1x 結腸の悪性腫瘍 内視鏡的 大腸ポリープ・粘膜切除術 定義副傷病 あり
総件数	99件	125件
平均在院日数	5日までに手術	18日

一定の要件を満たすため、点数設定方式Dで設定

※要件

- ・期間Ⅰの日数が5日以内
- ・一定程度の症例数が存在
- ・手術の分類（DPC9桁目が0）
- ・MDC01-17

症例数が少なく、平均在院日数も異なるため、従来の点数設定方式で設定

診断群分類(DPC)の選択

040100 喘息

手術・処置等2

なし

副傷病

なし

040100xxxxx00x

あり

040100xxxxx01x

あり

1

副傷病

手術・処置等2
1; 人工呼吸
2; オマリズマブ

なし

040100xxxxx10x

あり

040100xxxxx11x

2

040100xxxxx2xx

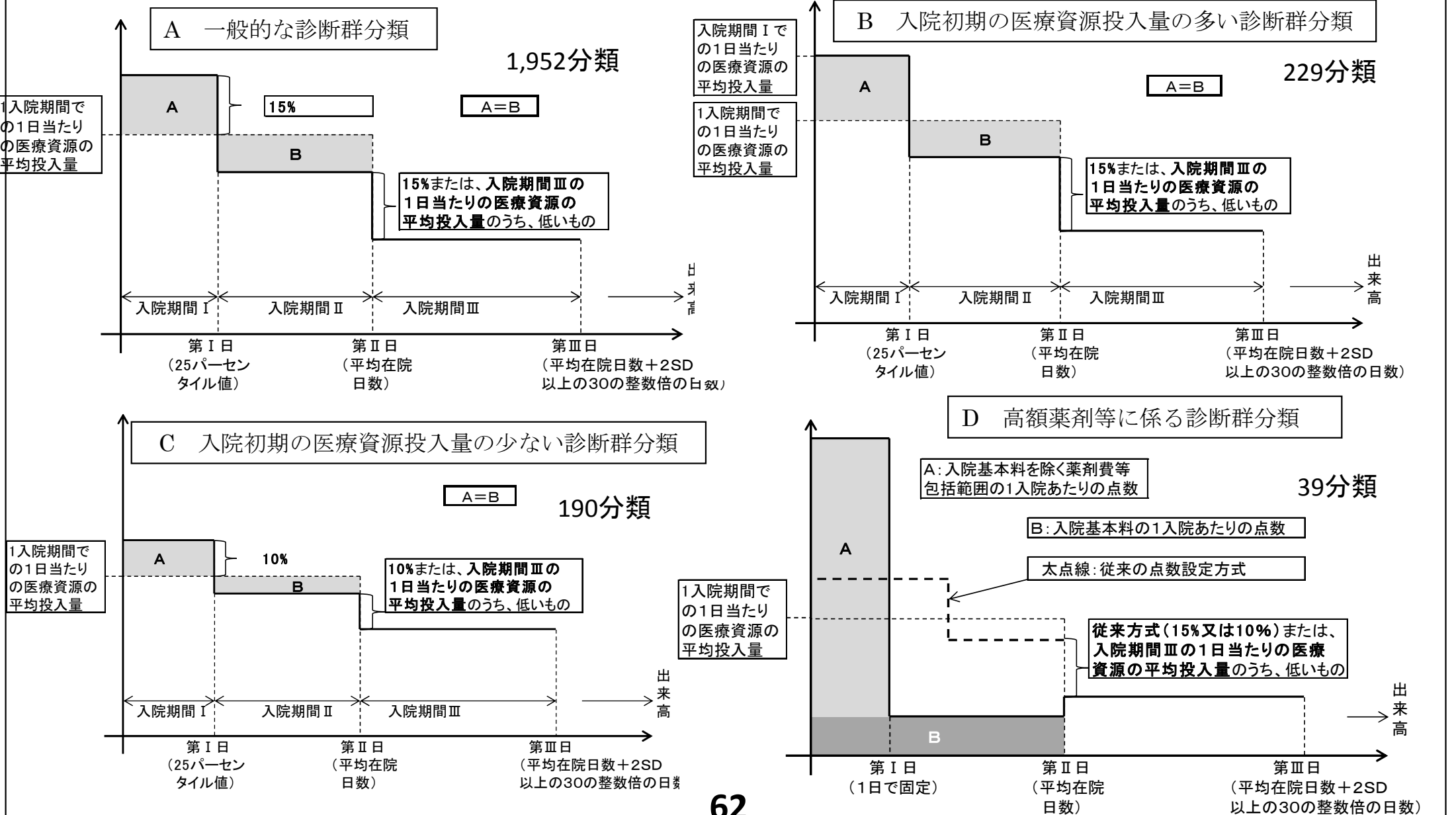
平成26年10月から平成27年
9月までの12か月間のデー
タを用いて点数設定①
「診断(Diagnosis)(医
療資源を最も投入し
た傷病名)」②
「診療行為(Procedure)
(手術、処置等)等」『喘息発作重積状態』の
患者に『人工呼吸』を行
い、『副傷病』がなかつ
た場合

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

参考

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の論点(案)

【論点(案)】

- 現行の短期滞在手術等基本料の算定要件では、DPC対象病院であっても、要件を満たす場合、短期滞在手術等基本料の算定を優先することとなっている。

DPC／PDPSと短期滞在手術等基本料との包括評価の間の整合性等の観点から、DPC対象病院については、傷病名や複数の手術・処置等を加味したDPC分類に基づく評価を優先するとの整理にしてはどうか。

なお、算定ルールの変更による平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等への影響にも配慮しつつ、診断群分類における点数を設定してはどうか。

入院医療（その8）

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療（その2）
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
 - 4-1) 早期からの退院支援
 - 4-2) 退院に向けた関係機関の連携
 - 4-3) 小児への退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

4-1) 早期からの退院支援

【課題】

- 退院支援加算の算定にあたっては、入院早期から退院困難な要因に応じて患者を抽出して支援が行われているが、要件に示していないものの、虐待や生活困窮といった、早期から支援が必要な患者が入院している。
- 退院支援にあたっては、福祉サービスなど入院前の支援状況を早期に把握し、関係機関等との連携が重要であるが、要介護被保険者であっても介護支援専門員との情報のやり取りが行われていないケースがみられる。

退院支援加算～退院困難な要因

＜退院支援加算1, 2の算定要件＞ 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出
【退院困難な要因】

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

＜退院支援加算3の算定要件＞ 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出
【退院困難な要因】

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

退院困難な要因①

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

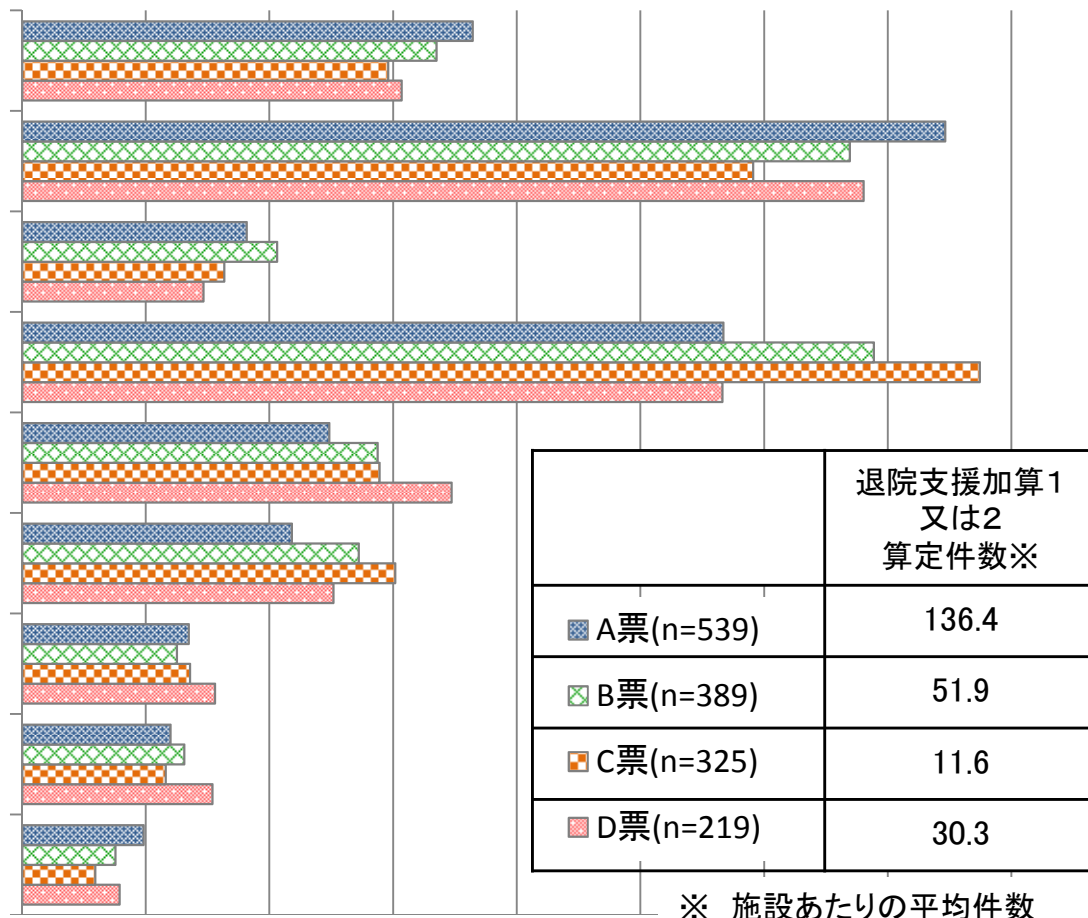
○ 退院困難な要因について、いずれの病棟も「緊急入院の場合」と「退院後の生活様式の変更が生じる場合」が多く占める。

＜退院支援加算1、2を算定した者の退院困難な要因＞

(平成28年8月～10月の3か月間)

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40%

- ① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- ② 緊急入院であること
- ③ 要介護認定が未申請であること
- ④ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
- ⑤ 排泄に介助を要すること
- ⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- ⑦ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- ⑧ 入退院を繰り返していること
- ⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合



A票: 7対1一般、10対1一般、特定機能病院、専門病院

B票: 13対1一般、15対1一般、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟

C票: 療養病棟1、2、認知症治療病棟

D票: 障害者施設等、特殊疾患病棟

- 退院支援加算1及び2の算定対象を抽出するにあたり示されている「退院支援困難」な要因に示されていないものの、早期に把握し入院中から関係機関と連携し支援が必要なケースがある。
- 介護保険等の入院前にサービスを利用していた場合、退院にあたり調整が必要となることから、入院時に生活支援等のサービスの利用状況も含めた入院前の生活状況を詳しく把握する必要がある。

＜退院困難な要因「その他の患者の状況から判断してアからクまで準ずると認められる場合」の具体的状態＞

- ・ 家族からの虐待や家族問題があり支援が必要な状態
- ・ 未婚等により育児のサポート体制がないため、退院後の養育支援が必要な状態
- ・ 生活困窮による無保険、支払い困難な場合
- ・ 保険未加入者であり市町村との連携が必要な場合
- ・ 施設からの入院であり、施設での管理や療養場所の選択に支援が必要な状態
- ・ 在宅サービス利用の再調整や検討が必要な状態

等

入院早期から把握し、速やかに関係機関と連携し、入院中から支援する必要がある

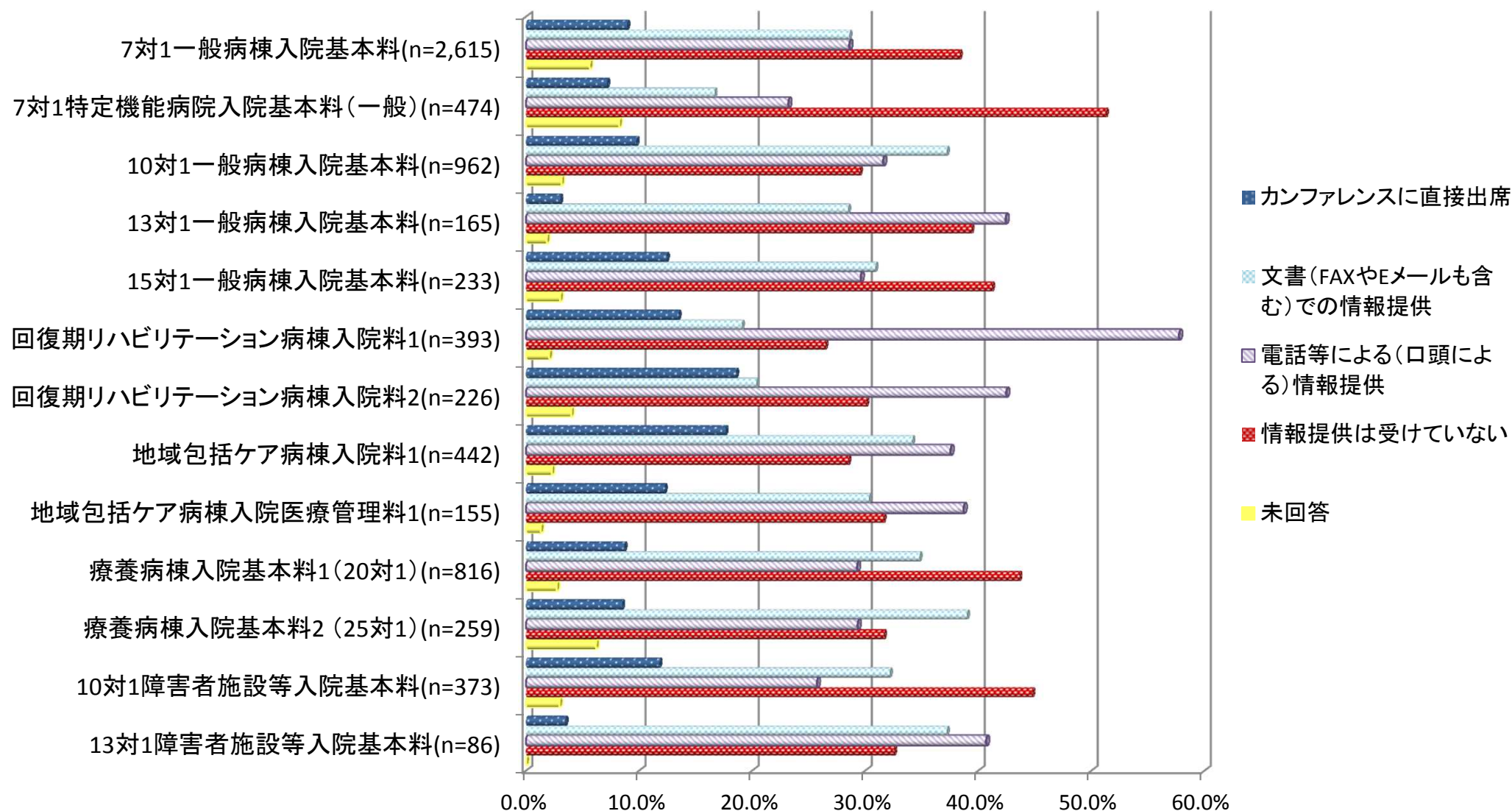
入院早期に、入院前に利用していたサービスを把握し、退院後に向けて調整の必要がある

介護支援専門員との連携①

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

○ 入院前に担当の介護支援専門員がいるケースのうち、介護支援専門員からの情報伝達については、「電話等による」「文書」が多い。「情報提供を受けていない」ケースは、3割から5割近くとなっている。

＜介護支援専門員からの情報伝達の方法＞

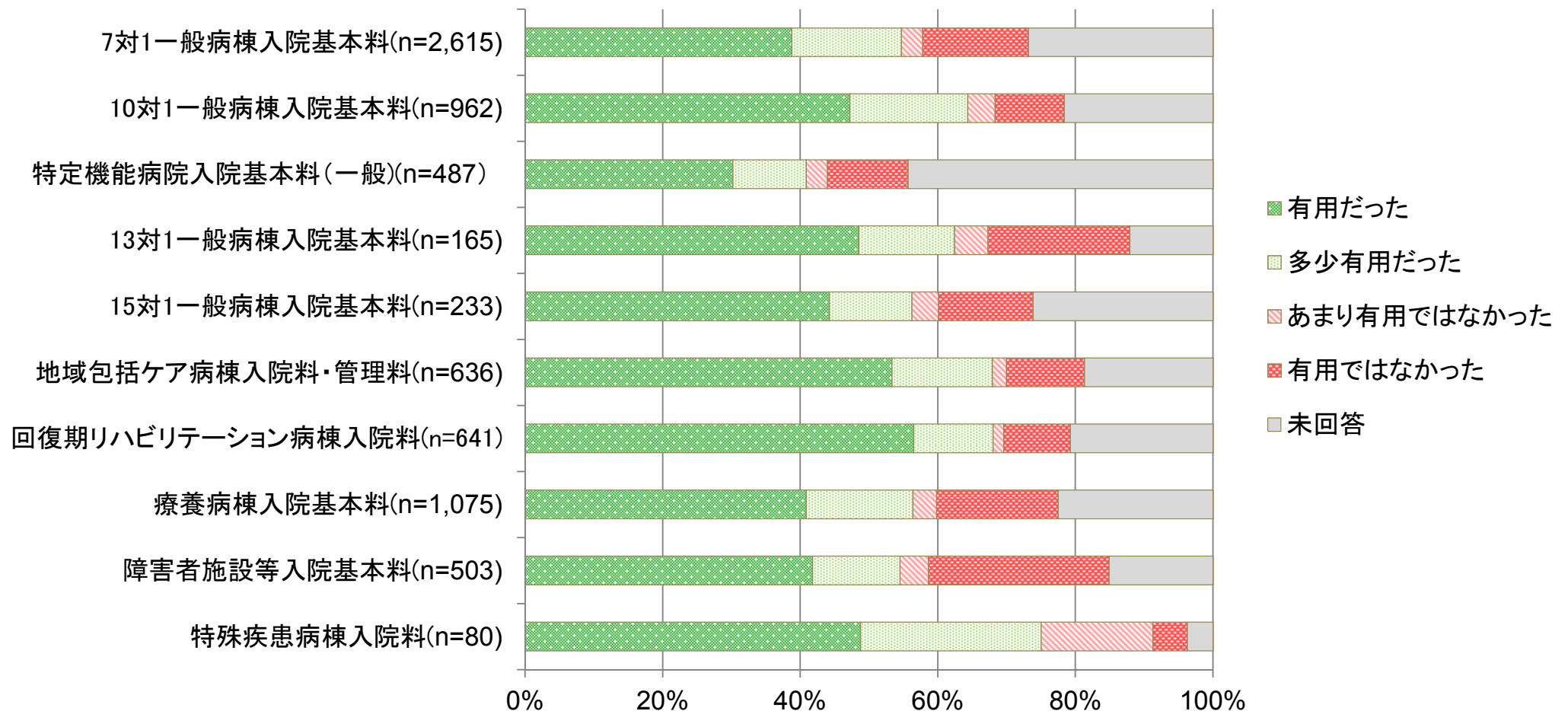


介護支援専門員との連携②

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

○ 介護支援専門員からの情報提供について、約半数が「有用だった」あるいは「多少有用だった」であった。

＜介護支援専門員からの情報提供の有用性＞



入院医療（その8）

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療（その2）
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
 - 4-1) 早期からの退院支援
 - 4-2) 退院に向けた関係機関の連携
 - 4-3) 小児への退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

4-2) 退院に向けた関係機関の連携

ア) 地域連携診療計画の活用

【課題】

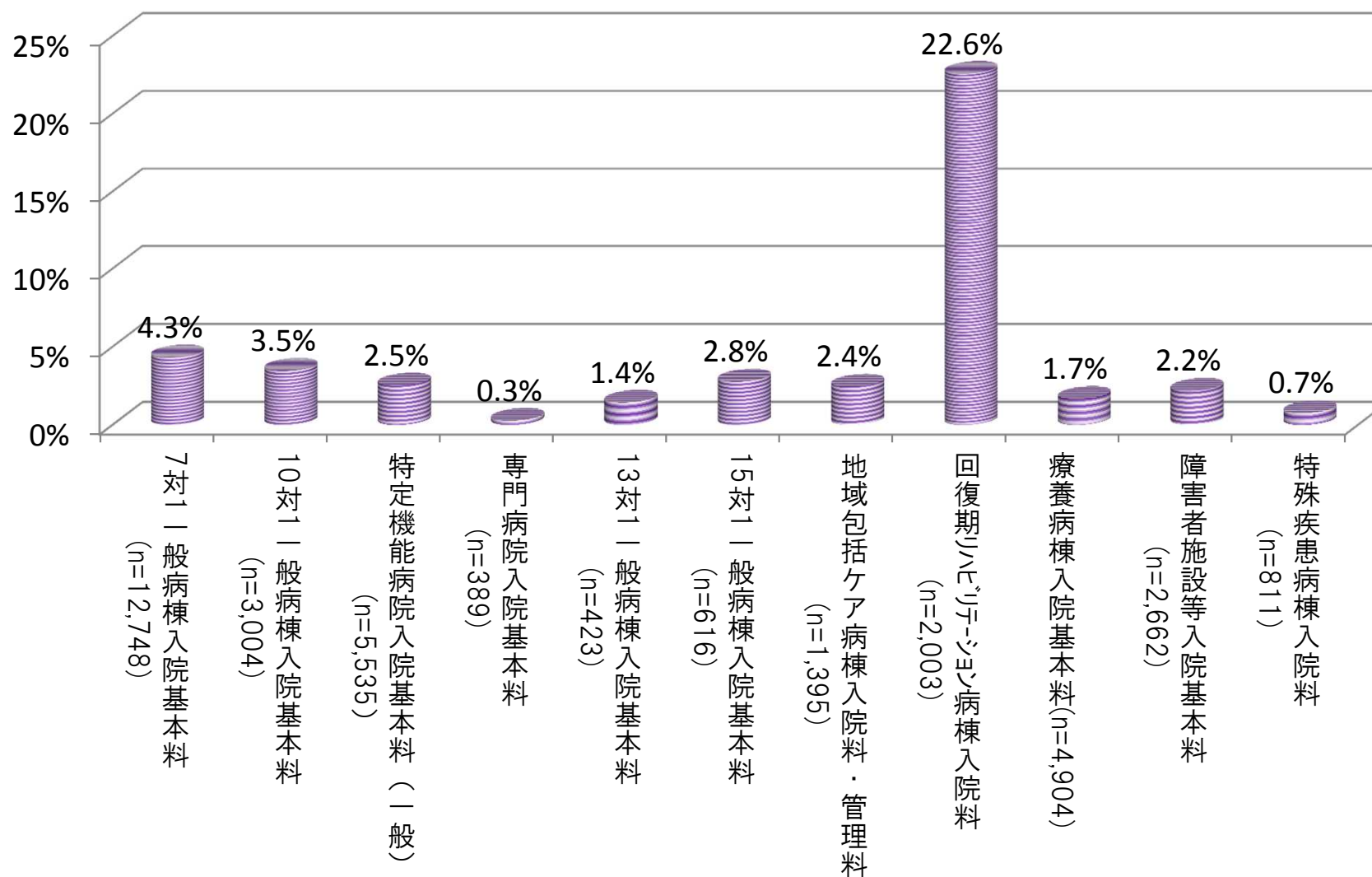
- 地域連携診療計画を利用していた患者の割合は、回復期リハビリテーション病棟が他の病棟と比較して多い。
- 地域連携診療計画を利用した患者の対象疾患は、「脳卒中」が回復期リハビリテーション病棟で約8割と多く、「大腿骨頸部骨折」は7対1一般病棟、地域包括ケア病棟で約3割の患者で利用していた。
- 退院支援加算の地域連携診療計画加算は、算定できる病棟が、退院支援加算1又は3の届出病棟となっており、退院支援加算2を届け出ている病棟の患者は算定できない。地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

地域連携診療計画①

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

○ 地域連携診療計画を利用していた患者の割合は、回復期リハビリテーション病棟が約23%と多く、他の病棟では、数%であった。

＜地域連携診療計画ありの患者割合＞

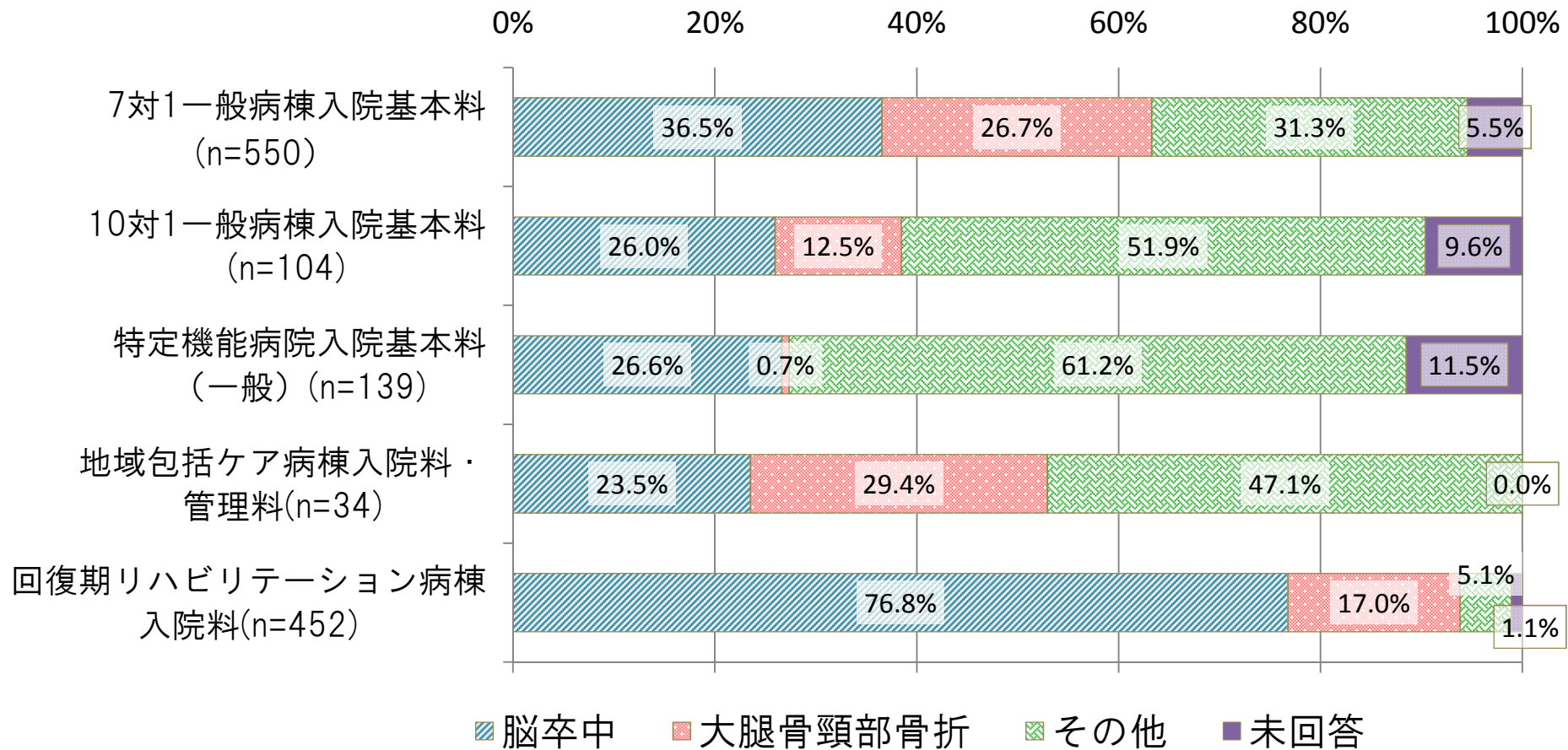


地域連携診療計画②

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

- 地域連携診療計画を利用した患者の対象疾患は、「脳卒中」が回復期リハビリテーション病棟で約8割と多い。
「大腿骨頸部骨折」は7対1一般病棟、地域包括ケア病棟で約3割の患者で利用していた。

＜地域連携診療計画の対象疾患＞



悪性疾患、肺炎、心不全、
パーキンソン病等

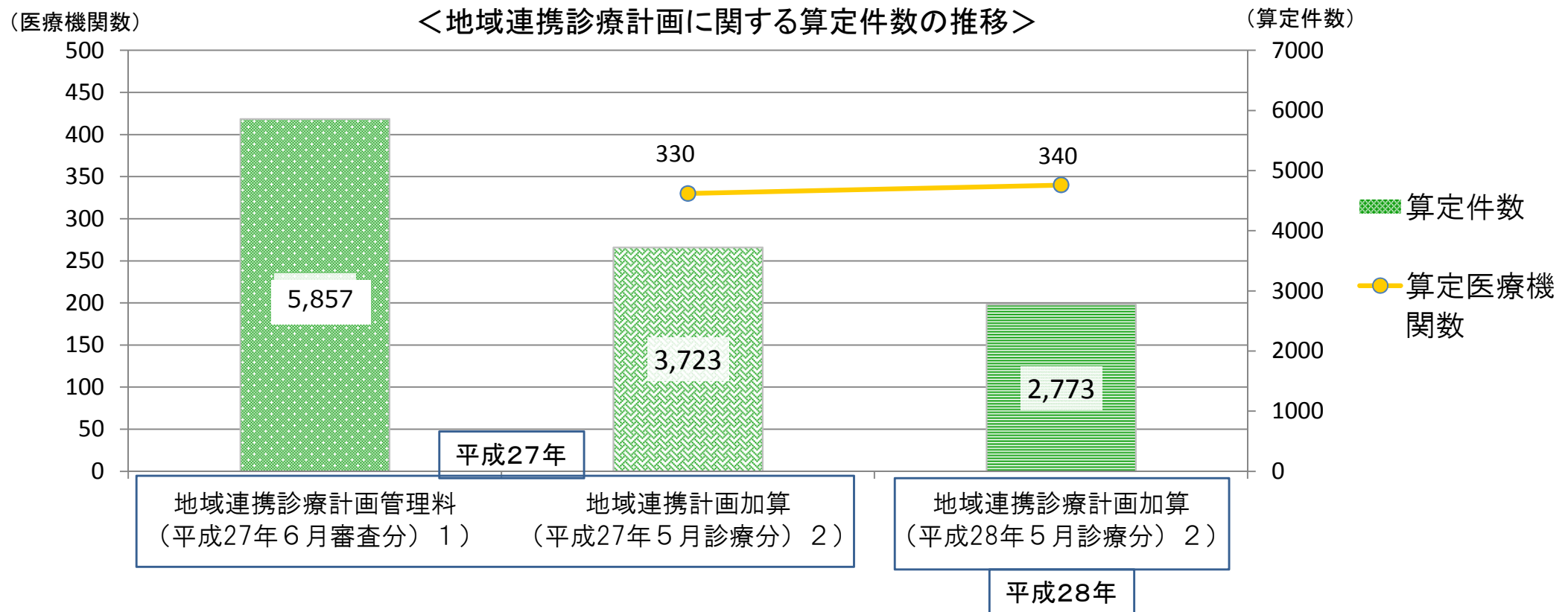
地域連携診療計画③

診調組 入 - 1
29 . 8 . 24

- 退院支援加算の地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

平成28年度診療報酬改定

- 退院支援加算(退院調整加算)の地域連携診療計画(地域連携計画)加算
加算対象 : 退院調整加算を算定 → 退院支援加算1又は3を算定
- 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)(Ⅱ) → 廃止



4-2) 退院に向けた関係機関の連携

イ) 退院時の共同指導

【課題】

- 退院時の在宅で療養を担う医療機関と入院医療機関との共同指導について、その実施は、保険医・看護職員とで行った場合に限定している。また、保険医等の3者以上の関係者が集まって行う場合、介護系サービスでは介護支援専門員のみが算定可能となっている。
- 退院時共同指導料1・2の算定回数は、1・2ともに横ばい又は微増。
- 介護支援専門員が退院時の医療機関との連携について、退院時のカンファレンスが「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」という回答が多い。
- 在宅支援診療所が、退院時共同指導等の退院前のカンファレンスに参加する場合、多くは在宅支援診療所に所属する社会福祉士も参加している。

退院時共同指導料の職種要件について

- 退院時共同指導料1は、在宅療養を担う医療機関が患者が入院する医療機関に赴き共同指導した場合の評価、退院時共同指導2は、入院医療機関が在宅療養を担う医療機関等と共同指導した場合の評価であり、保険医を中心として、共同指導する職種を限定している。また、介護系サービスでは、介護支援専門員のみとなっている。

<在宅療養を担う医療機関>

<入院医療機関>



赴く



入院中の患者

退院時共同指導を実施した場合において、
退院時共同指導料1は、在宅療養を担う医療機関側の評価
退院時共同指導料2は、入院医療機関側の評価
である。

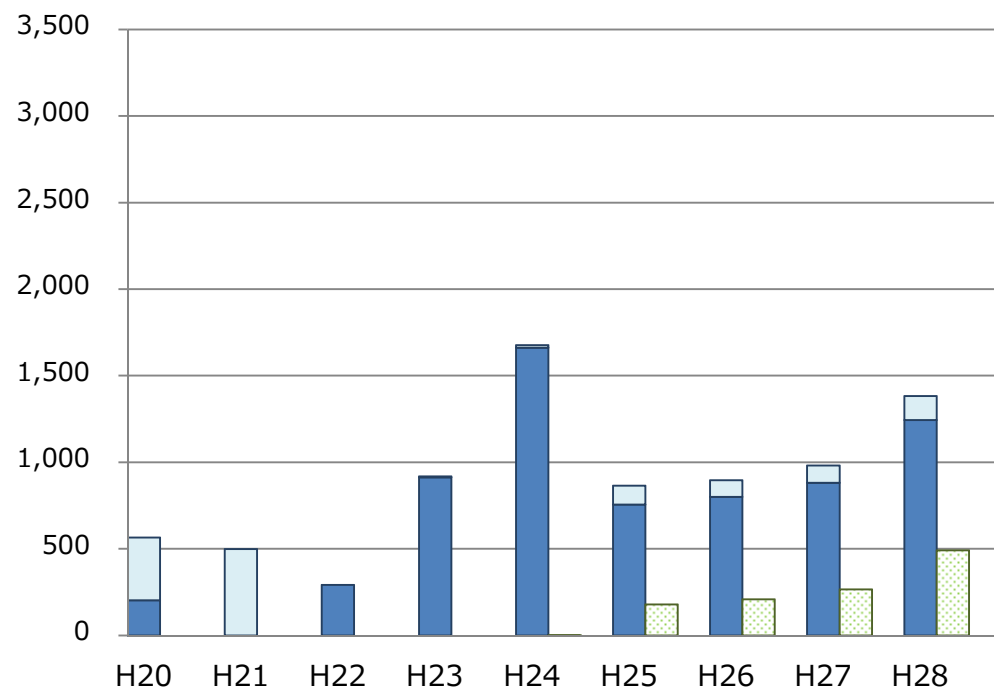
項目名	在宅側の職種要件	入院医療機関側の職種要件
退院時共同指導料1 在支診：1,500点 在支診以外：900点	[在宅療養を担う保険医療機関] 保険医、看護師又は准看護師	[入院している保険医療機関] 保険医、看護師又は准看護師
退院時共同指導料2 400点	[在宅療養を担う保険医療機関] 保険医、看護師又は准看護師	[入院している保険医療機関] 保険医、看護師又は准看護師
保険医共同指導加算 300点	[在宅療養を担う保険医療機関] 保険医	[入院している保険医療機関] 保険医
保険医等3者以上共同指導加算 2,000点	いずれか3者 ○在宅療養を担う保険医療機関 保険医、看護師又は准看護師 ○歯科 歯科医師 又はその指示を受けた 歯科衛生士 ○薬局 保険薬剤師 ○訪問看護ステーション 看護師、理学療法士、作業療法士 又は 言語聴覚士 ○介護支援専門員	[入院している保険医療機関] 保険医

退院時共同指導料の算定の推移

○ 退院時共同指導料の算定回数は、1、2ともに横ばい又は微増である。退院時共同指導料1よりも退院時共同指導料2の算定回数が多い。

＜退院時共同指導料1＞

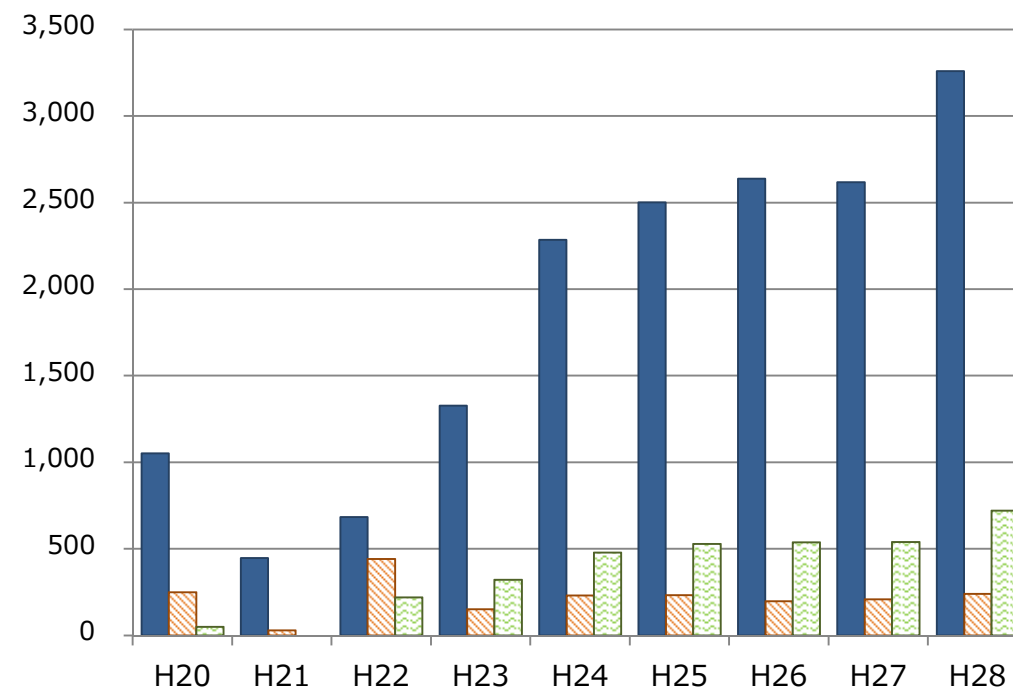
(算定回数)



- 退院時共同指導料1 (在支診)
- 退院時共同指導料1 (在支診以外)
- 退院時共同指導料1 (特別管理指導加算)

＜退院時共同指導料2＞

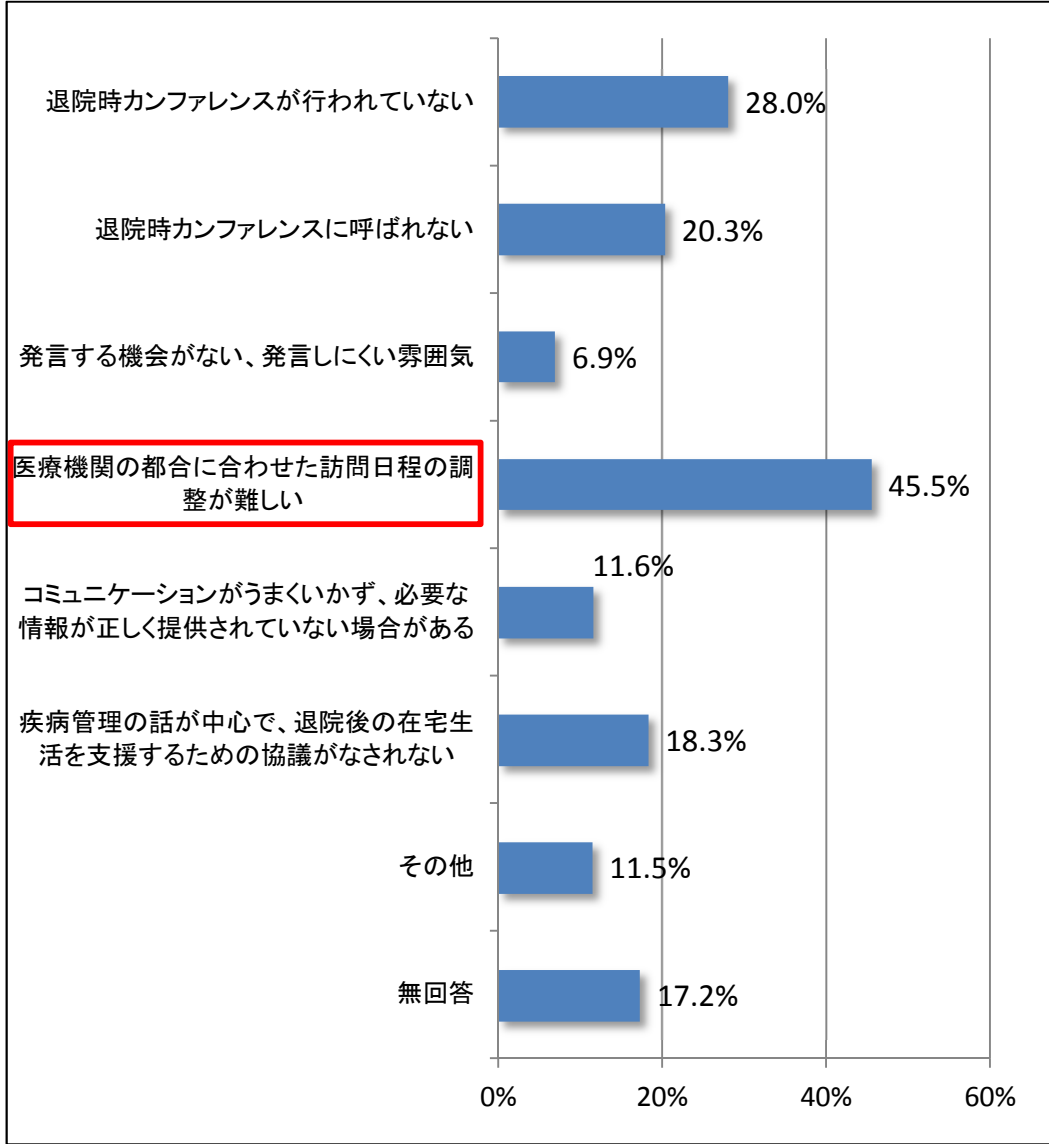
(算定回数)



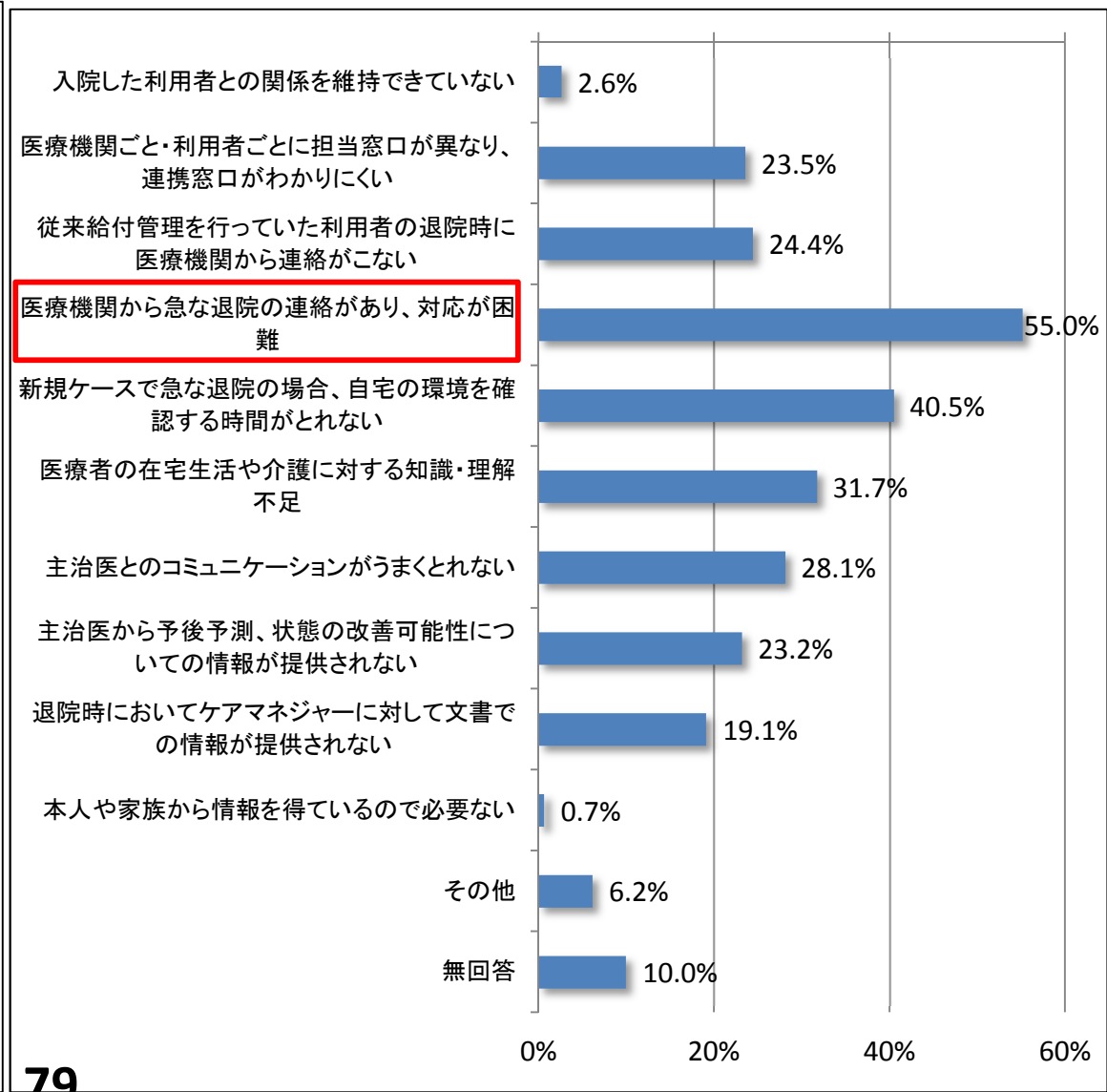
- 退院時共同指導料2
- 退院時共同指導料2 (保険医共同指導加算)
- 退院時共同指導料2 (保険医等3者以上共同指導加算)

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点
(事業所調査票)(複数回答) n=1,572



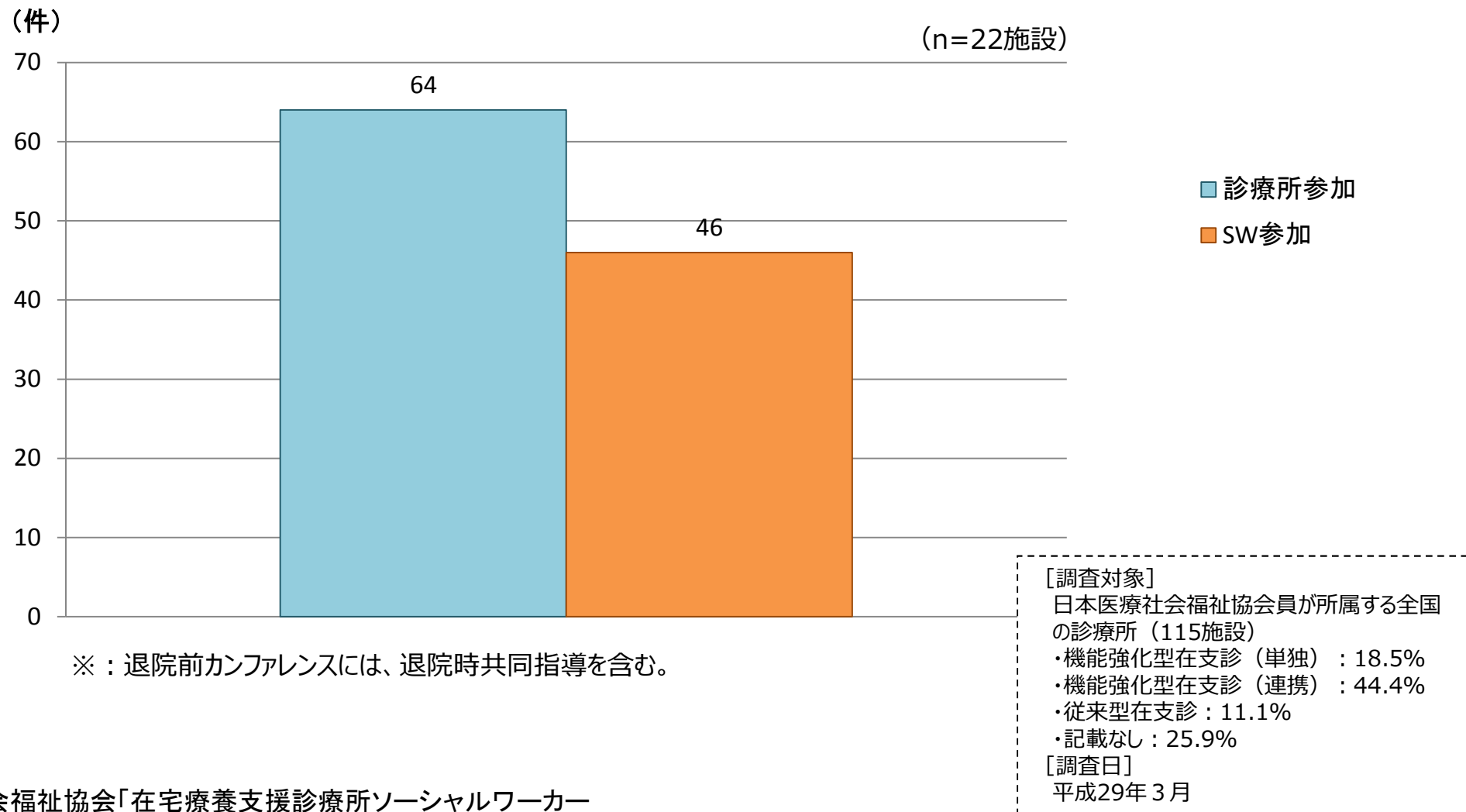
退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点
(事業所調査票)(複数回答) n=1,572



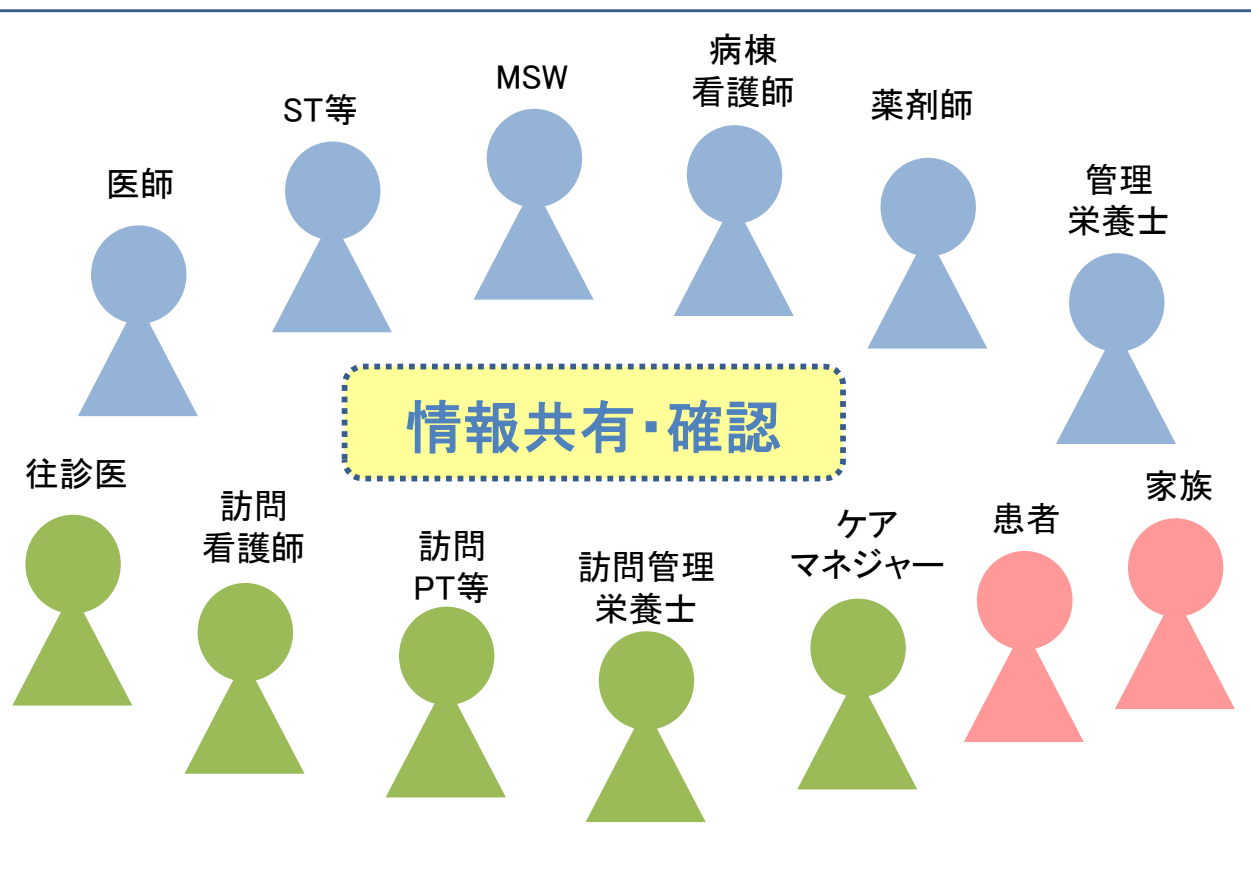
退院時カンファの参加要望、実績

- 在宅支援診療所が、退院時共同指導等の退院前のカンファレンスに参加する場合、多くは在宅支援診療所に所属する社会福祉士も参加している。

＜退院前多機関カンファレンス※への参加件数（平成29年3月の1か月間）＞



嚥下機能が低下した入院患者への退院時共同指導の例



共同指導の内容

- 食事介助方法、ポジショニングの伝達・確認
・写真や図の提示 又は
・リハビリ室やベッドサイドでの実演
- 食事摂取、歩行、移乗動作の様子を見せ、伝達
- 病院と自宅での活動量の違いを考慮した必要エネルギー量の検討
- 食事形態の確認 等

シームレスな栄養管理

低栄養・サルコペニアの阻止

再入院の予防

4-2) 退院に向けた関係機関の連携

ウ) 退院時の関係機関との情報共有

【課題】

- 退院支援加算を算定している医療機関は、「診療所」や「居宅介護支援事業所」との連携が多い。
- 医療機関等から退院・退所後に訪問看護ステーションを利用する場合、約9割は医療機関等から情報提供が行われている。
- 入院中の栄養管理等について、転院先等（医療機関、介護保険施設等）に情報提供しているのは約3割である。

退院支援加算の算定状況～連携先

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

- 連携する施設の数、退院支援加算を算定している医療機関のほうが多い。
- 退院支援加算を算定している医療機関では、「診療所」「居宅介護支援事業者」との連携が多い。

＜退院支援加算1・2算定有無別の平均連携機関数※＞

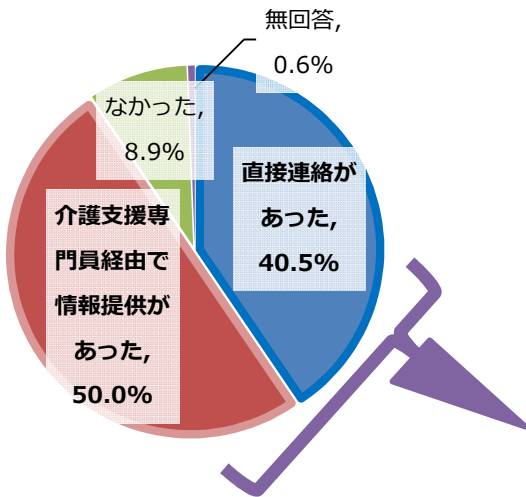


A票: 7対1一般、10対1一般、特定機能病院、専門病院
B票: 13対1一般、15対1一般、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟
C票: 療養病棟1, 2、認知症治療病棟 D票: 障害者施設等、特殊疾患病棟

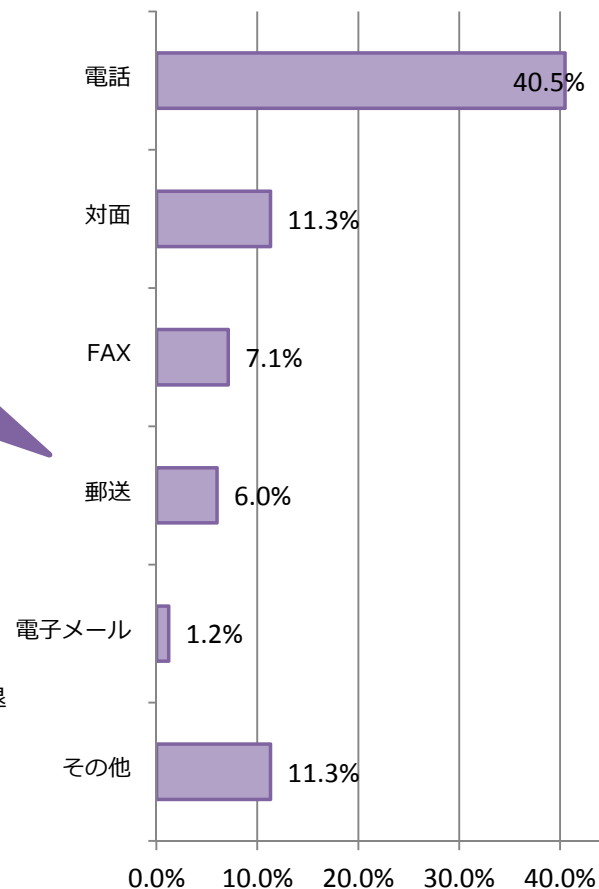
退院時の療養上の情報提供

- 利用者が退院・退所する際の医療機関等からの訪問看護ステーションへの情報提供は、約9割の利用者で行われており、方法は電話が多い。また、病院・診療所から訪問看護ステーションあてに、サマリー等の療養に関する文書の提供は一定数行われている。

■ 訪問看護ステーションの利用者*の
入院・入所先からの情報提供の有無
(退院・退所時) n=168



■ 連絡方法
(情報提供があった場合／複数回答)
n=152



■ 訪問看護ステーションが医療機関から療養に関する文書を受け取った回数
(平均値／平成28年9月の医療保険の利用者)

種類別	病院	診療所
機能強化型 1	5.2	7.5
機能強化型 2	4.6	3.2
機能強化型以外	1.9	2.1

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」

出典：平成29年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業（速報値）
（一部、医療課にて集計）

退院時の療養上の情報提供

○ 患者の転院にあたっては、看護に関する退院サマリーが作成されており、その内容は、患者氏名や既往歴等とともに、入院中の食事・排泄といった項目が含まれている。

■ 患者の他施設への転院にあたっての看護退院サマリー送付による情報提供

- A県内100床以上の病院の看護管理者（各施設1名）と病棟看護師を対象とし、患者の他施設への転院にあたっての看護退院サマリー送付による情報提供について検討。
- 回答があった全ての病院で転院先等へ送付する看護退院サマリーを作成していた（看護管理者）。
- 看護退院サマリーの作成にあたっては約9割で病院指定の書式を使用していた。含まれる項目については、患者氏名、生年月日、病名、既往歴等とともに入院中の経過、入院中の食事・排泄といった項目は、8割以上が含まれると回答した（病棟看護師）。

看護退院サマリーの作成対象について（看護管理者） n=52

	n (%)
看護退院サマリー作成の有無	
作成している	52 (100)
看護退院サマリー作成の対象	
退院する全ての患者	31(59.6)
転院する全ての患者	16(30.8)
転院先から求められた患者のみ	1(1.9)
その他	3(5.8)
不明	1(1.9)

看護退院サマリーの書式（病棟看護師） n=985

	n (%)
病院指定	899 (91.2)
病棟独自	82 (8.3)
他施設指定	24 (2.4)
形式なし	14 (1.4)
その他の形式	12 (1.2)
不明	54 (5.5)



退院時の療養上の情報提供の例

患者の退院時に記入する看護に関する情報提供書の例

A：看護問題・ケアプラン等

継続中の看護問題(3つ)

看護問題に関する経過および今後の看護介入のポイント

工夫しているケアのポイント

家族構成とサポート状況(キーパーソンと連絡先)

医師の説明
病状・予後・退院の目標 など

本人および家族が理解している内容

退院日の状態(水分摂取、排泄)

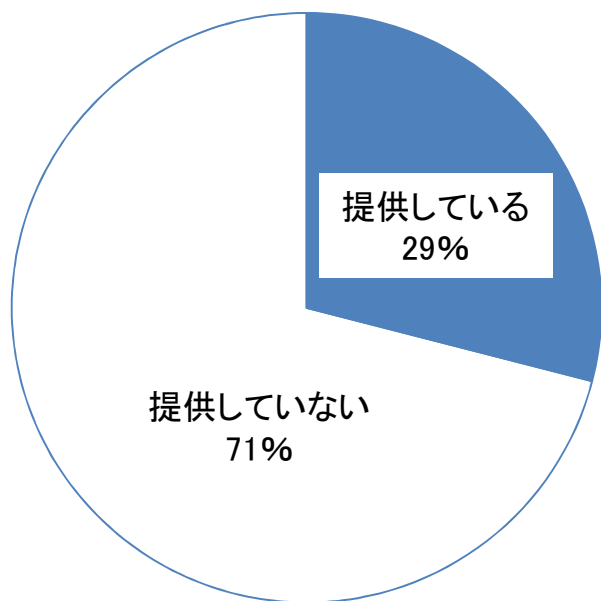
患者の療養生活と看護の方法
に関する具体的な情報

B

身体機能	V/S	血圧: 体温: 脈拍: (整・不整) 呼吸: 禁忌部位: ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢
	意識レベル	JCS GCS(E: V: M: 合計 点)
	感 染	☐ 無 ☐ MRSA() ☐ HBV ☐ HCV ☐ ()
	アレルギー	☐ 食べ物: ☐ 薬物: ☐ 造影剤:
	挿入物	☐ ペースメーカ ☐ 静注CVポート ☐ 動注CVポート ☐ 最終ロック日: ☐ 膀胱留置カテーテル (サイズ: Fr 最終交換日) ☐ 経鼻胃管 (サイズ: Fr 最終交換日) ☐ 胃ろう (サイズ: Fr 最終交換日) ☐ 末梢静脈ライン(挿入部位: サイズ: 最終交換日:)
	呼吸管理	☐ 酸素投与方法: ☐ 酸素設定: ☐ 吸引頻度: ☐ 挿管方法: 経口 経鼻 気管切開 ☐ チューブの種類: (サイズ/内径: mm) ☐ 最終交換日: ON-OFFの状況: *人工呼吸器の詳細設定は別紙のチェックリストを参照ください。
日常生活動作	皮 膚 ／創 部	☐ 褥瘡 部位: 深度: ケア方法: ----- ☐ 創部 部位: 処置方法: -----
	運 動	☐ 言語障害 ----- ☐ 視力障害 ----- ☐ 聴力障害 ----- ☐ 麻痺 ----- ☐ 無 ☐ 有 (☐ 構音障害・ ☐ 失語症) ☐ 無 ☐ 有 (☐ 弱視 ☐ 全盲 ☐ 右片側盲目 ☐ 左片側盲目) ☐ 無 ☐ 有 (☐ 右難聴 ☐ 左難聴)補聴器使用 ☐ 無 ☐ 有 MMT(右上肢: 左上肢: 右下肢: 左下肢:)
	移 動	----- 方法 ----- ☐ 活動・安静の指示 ☐ 活動レベル ☐ 自立□杖□松葉杖□歩行器□車椅子□車椅子自走□ストレッチャー
	食 事	☐ 介助 ----- ☐ 形態 ----- ☐ 制限・補助食品 ----- ☐ 経管栄養 ----- ☐ 自立□セッティング□部分介助□全介助 ☐ 普通食□全粥食□五分粥食□きざみ□ペースト□とろみ□絶飲食
	排 泄	☐ 排泄方法 ----- ☐ 排泄機能障害 ----- ☐ ストマケア ----- ☐ トイレ□ポータブル便器□尿器□便器□パッド□オムツ□自己導尿 ☐ 尿意がない ☐ 尿失禁 ☐ 便意がない ☐ 便失禁 種類: 装具: 交換頻度: ----- 最終交換日: ケア: ☐ 自立□部分介助□全介助
	清 潔	☐ 入浴□シャワー浴(自立・部分介助・全介助)□全身清拭 ☐ 機械浴
	更 衣	☐ 自立□部分介助(介助方法:)□全介助
	睡 眠 状 態	☐ 問題なし ☐ 問題あり()
	精 神 状 態	☐ 抑うつ ☐ 譫妄 ☐ 認知症(長谷川式 点)□混乱 ☐ 発達遅延
安全	対 策	☐ 体幹抑制 ☐ 手抑制 ☐ 離床センサー ☐ 徘徊チャイム
	特記事項	
社会資源	介護度	取得状況: ☐ 申請中 ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5 ☐ ケアマネージャー
	利用状況	☐ 訪問看護: ☐ ヘルパー: ☐ デイケア: ☐ 訪問入浴: その他
	等 級	☐ 身体障害者手帳: 級 ☐ 難病指定 ☐ その他:

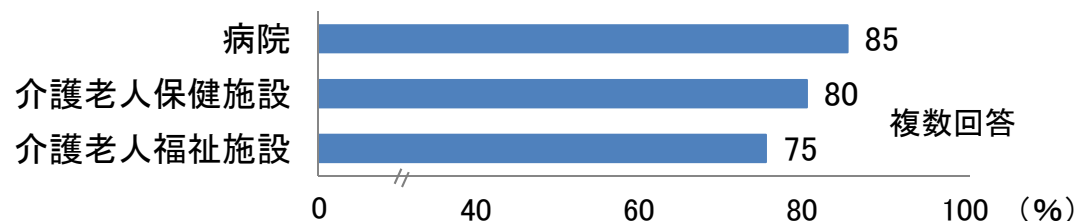
転院先等への栄養管理の情報提供①

- 入院中の栄養管理に関する情報文書を主に管理栄養士が作成し、転院先等（医療機関、介護保険施設等）に提供している病院は約3割である。
- 転院先等への栄養管理の情報提供として多いのは、摂食嚥下機能低下、経管栄養、低栄養等の患者に関するものである。



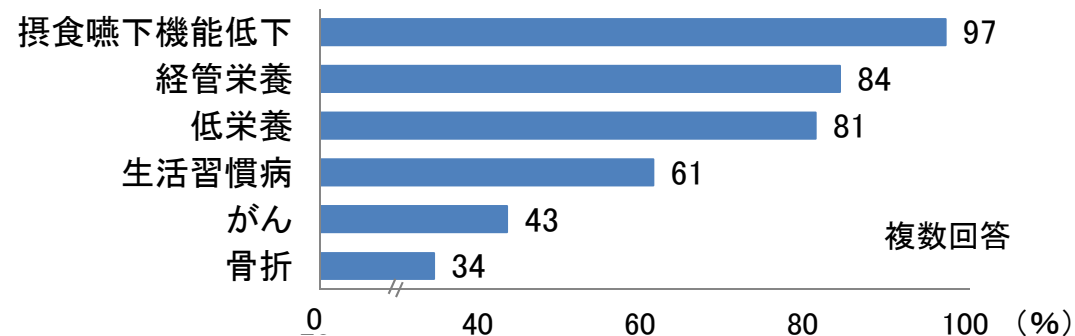
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,808病院

図 入院中の栄養管理に関する情報文書を主に管理栄養士が作成し、転院先等に提供しているか
（栄養サポートチーム加算に基づく情報提供を除く）



対象：左図で「提供している」と回答した815病院のうち、本設問に無回答であった120病院を除く695病院

図 入院中の栄養管理に関する情報文書をどこに提供しているか
（栄養サポートチーム加算に基づく情報提供を除く）



対象：左図で「提供している」と回答した815病院のうち、本設問に無回答であった124病院を除く691病院

図 どのような患者の栄養情報を転院先等に提供しているか
（栄養サポートチーム加算に基づく情報提供を除く）

転院先等への栄養管理の情報提供②

医療栄養情報提供書			
(送付先施設名)		記入日 年 月 日	
		管理栄養士	
		所属名	
		連絡先 TEL:	
様			
氏名	ふりがな ID	☐ 男 ☐ 女	要介護度
生年月日	明治 - 大正 - 昭和 - 平成 年 月 日生 (歳)	主病名・既往歴	
身長	cm (年 月)	歯の状態	☐ 自歯 ☐ 義歯 (☐ 総 ☐ 部分)
体重	kg (年 月)	褥瘡	☐ 無 ☐ 有 ()
BMI			
経口栄養 (提供食事内容)	☐ 一般食 ☐ 特別食 (食)	経腸栄養 輸液	☐ × ☐ ×
提供栄養量	エネルギー kcal たんぱく質 g 脂質 g 塩分 g () ()	主食 割 副食 割 補助食 割 《推定摂取量》 エネルギー Kcal たんぱく質 g	＜栄養補助食品の使用＞ ☐ 無 ☐ 有 ☐ × ☐ × ☐ ×
※ 栄養補助食品を使用している場合、栄養量に含んで計算しています。			
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()		
禁忌食品	☐ 無 ☐ 有 ()		
食事形態	主食	☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ 七分粥 ☐ 五分粥 ☐ 三分粥 ☐ ミキサー粥 ☐ その他 () ＜量＞ g ＜とろみ＞ ☐ 無 ☐ 有	
	副食 [学会分類2013コード]	☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ 一口きざみ (2-3cm幅にカットした形態) ※裏面を参照 ☐ きざみ [4] (1cm角にきざんだ形態) ☐ 特細きざみ [4] (0.5cm角にきざんだ形態) ☐ ミキサー食 [2-1] (適度にダシ汁を加えてミキサーで攪拌した後、とろみ剤を加えて、ポタージュ状の粘度を付けた形態) ☐ ソフト食 [3] (ミキサーで攪拌した後、ゲル化剤を使用し、ゼリー化した食事形態) ＜量＞ ☐ 全量 ☐ 1/2量 ☐ 1/4量 ＜とろみ＞ ☐ 無 ☐ 有	
		＜使用食器＞ ☐ コップ ☐ ストロウ ☐ 吸い飲み	
		汁物・水分 [学会分類2013(とろみ)]	＜とろみ＞ ☐ 不要 ☐ 必要 (☐ 食器1 吸いとりみ ☐ 食器2 中程度のとろみ ☐ 食器3 強いとろみ)
食事に関する問題点	特記事項 () ☐ 無 ☐ 食物認識障害 ☐ 開口困難 ☐ 咀嚼困難 ☐ 嚥下障害 ☐ 食べこぼし (☐ 多 ☐ 少) ☐ 口内残留 ☐ 義歯不適合 ☐ 麻痺 (☐ 右 ☐ 左) ☐ その他 ()		
食事介助の必要性	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
利き手	☐ 右 ☐ 左 ☐ 不明		
使用食器・器具の種類	☐ はし ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ エプロン ☐ 自助食器 ☐ 自助具 () ☐ その他 ()		
(特記事項)			
ご不明な事項については、直接ご連絡頂ければ幸いです。よろしくお願いいたします。			

《 食事形態 》	
【一口きざみ】  	
【きざみ】 (学会分類2013コード: F: 4)  	
【特細きざみ】 (学会分類2013コード: F: 4)  	
【ミキサー食】 (学会分類2013コード: 2-1)  適度にダシ汁を加えてミキサーで攪拌した後、とろみ剤を加えて、はちみつ状の粘度を付けた形態	
【ソフト食】 (学会分類2013コード: 3)  ミキサーで攪拌した後、ゲル化剤を使用し、ゼリー化した食事形態	
《 申し送り記載欄 》 ① 栄養管理、栄養補給方法根拠(栄養量計算、輸液も含む) 例) なぜその栄養補給方法となったのか	
② 栄養管理介入経緯、経過	
③ 栄養管理に当たっての注意点、課題など	
ご不明な事項については、直接ご連絡頂ければ幸いです。よろしくお願いいたします。	

図 栄養情報提供書の例(左図:表面、右図:裏面)

出典:宮崎純一ほか. 日本栄養士会雑誌. 60(6), 327-35, 2017

- 自施設から医療施設に入院（自宅等に退所後の入院も含む）し、再度自施設に入所した者（以下「再入所者」という。）が1名以上いた施設の割合は97.7%であり、1施設当たりの該当者数は14名（8～25名）※であった。
- 以前の入所時と比べて高度な栄養管理が必要となった再入所者が1名以上いた施設の割合は77.2%であり、再入所者に占める該当者の割合は22.0（3.5～43.7）%※であった。

※ 値は中央値及び四分位範囲

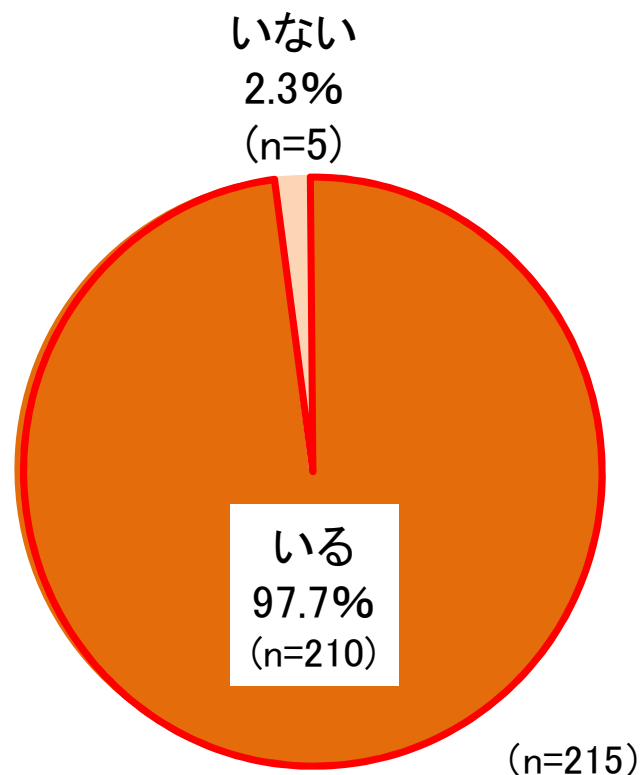


図 医療施設からの再入所者が平成28年度に1名以上いた施設

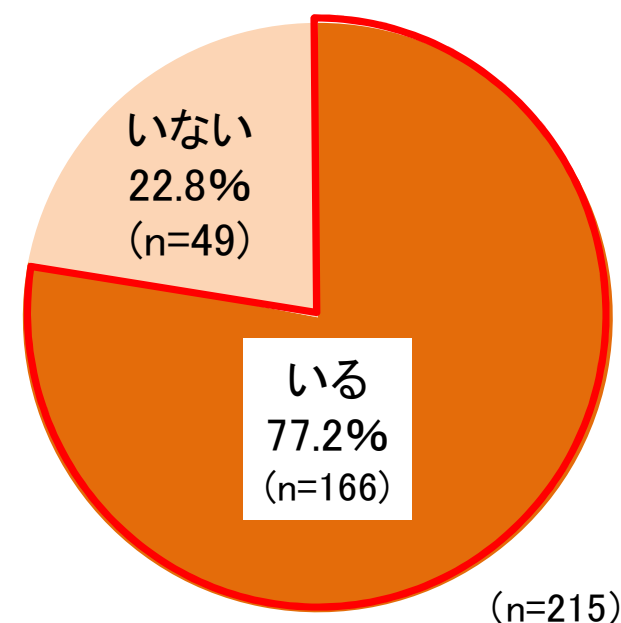


図 医療施設からの再入所者のうち、高度な栄養管理が必要となった者が平成28年度に1名以上いた施設

- 再入所時に必要となった高度な栄養管理としては、「摂食嚥下機能の低下に伴う嚥下調整食の導入」が66.0%、「経口摂取困難による経腸栄養の導入」が46.5%であった。
- 医療施設に入院した元入所者を受け入れることについて、栄養管理面の問題が一因となり、難渋又は断念したことがあると回答した施設の割合は31.6%であった。
- こうした難渋・断念例の主な理由は、「人的余裕がない」が32.4%、「食種への対応が困難」が26.5%であった。

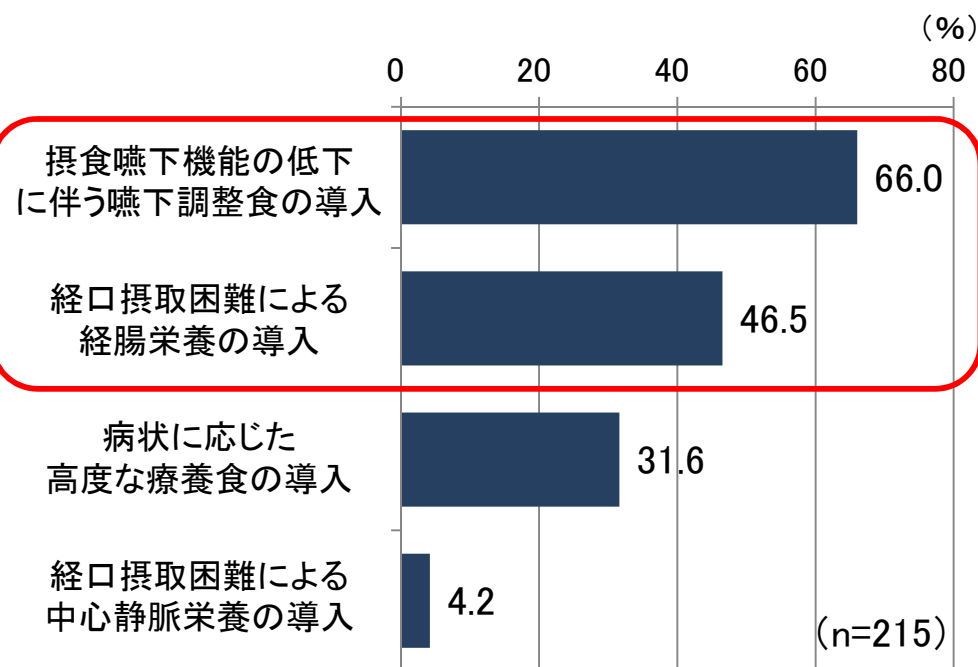


図 再入所時に必要となった高度な栄養管理（複数回答）

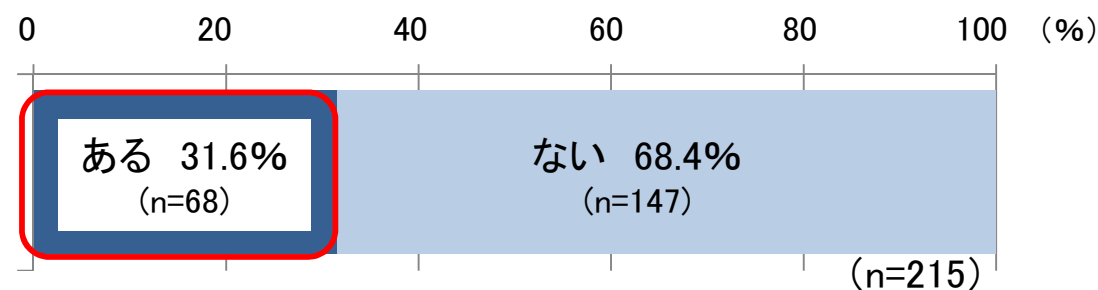


図 栄養管理面の問題が一因となり、自施設への受入れについて難渋又は断念したことはあるか

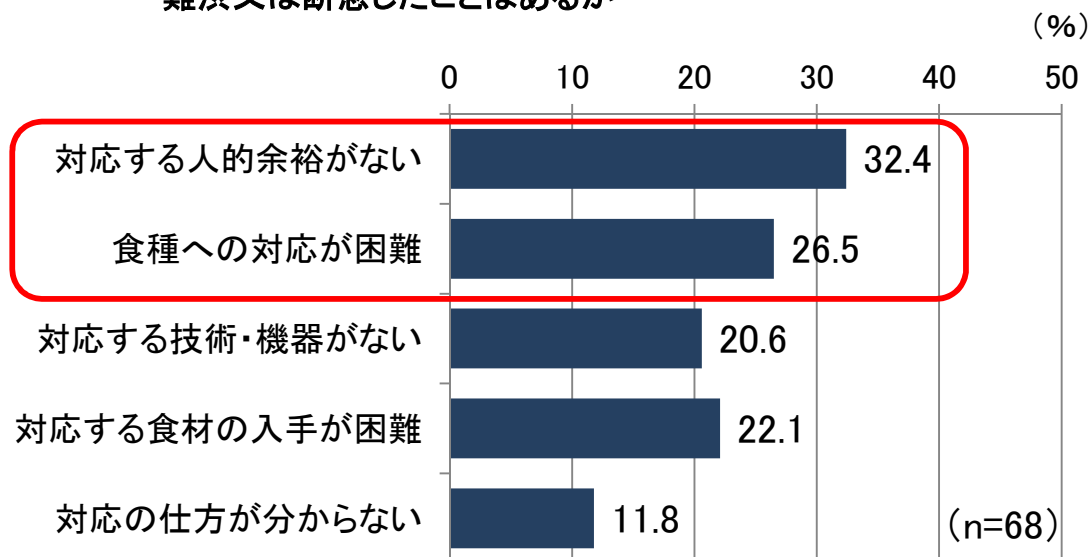


図 自施設への受入れについて難渋又は断念した理由（複数回答）

- 医療施設の管理栄養士と栄養管理に関する相談を「あまりしない」、「しない」と回答した施設の割合は56.3%であり、相談が必要と「よく思う」、「時々思う」と回答した施設の割合は、85.1%であった。
- 施設の管理栄養士が紹介元の医療施設の管理栄養士に確認・相談したい主な事項は、「入院中の栄養管理経過」が87.4%、「食種・食事形態」が85.2%のほか、「退院時の嚥下調整食」が65.6%、「経腸栄養用製品の選択や使用」が52.5%であった。

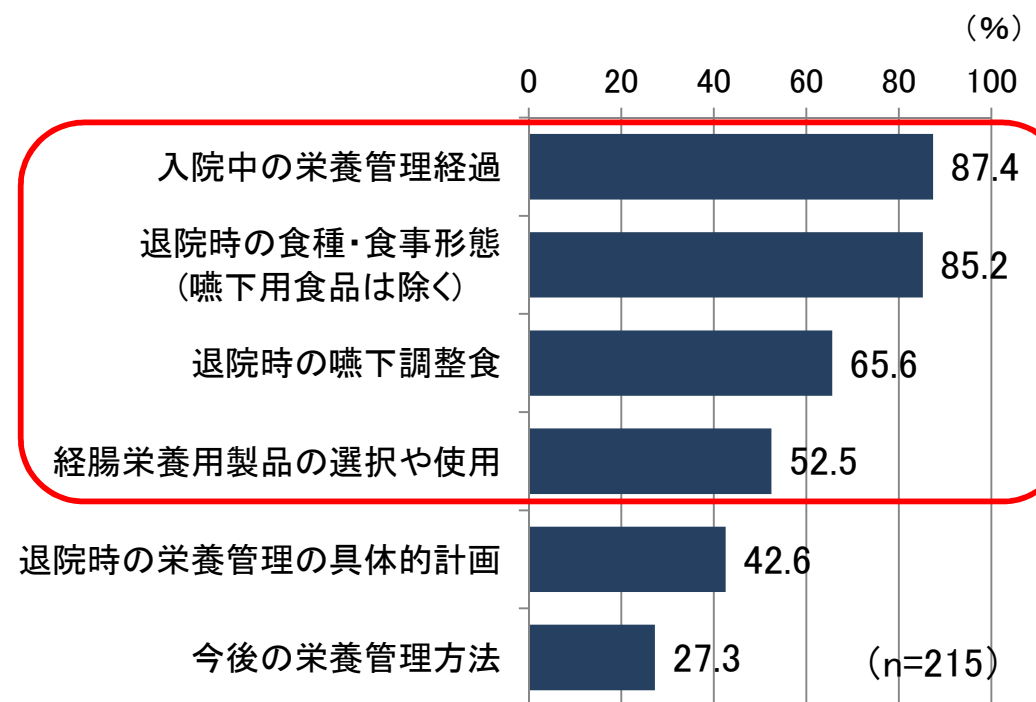
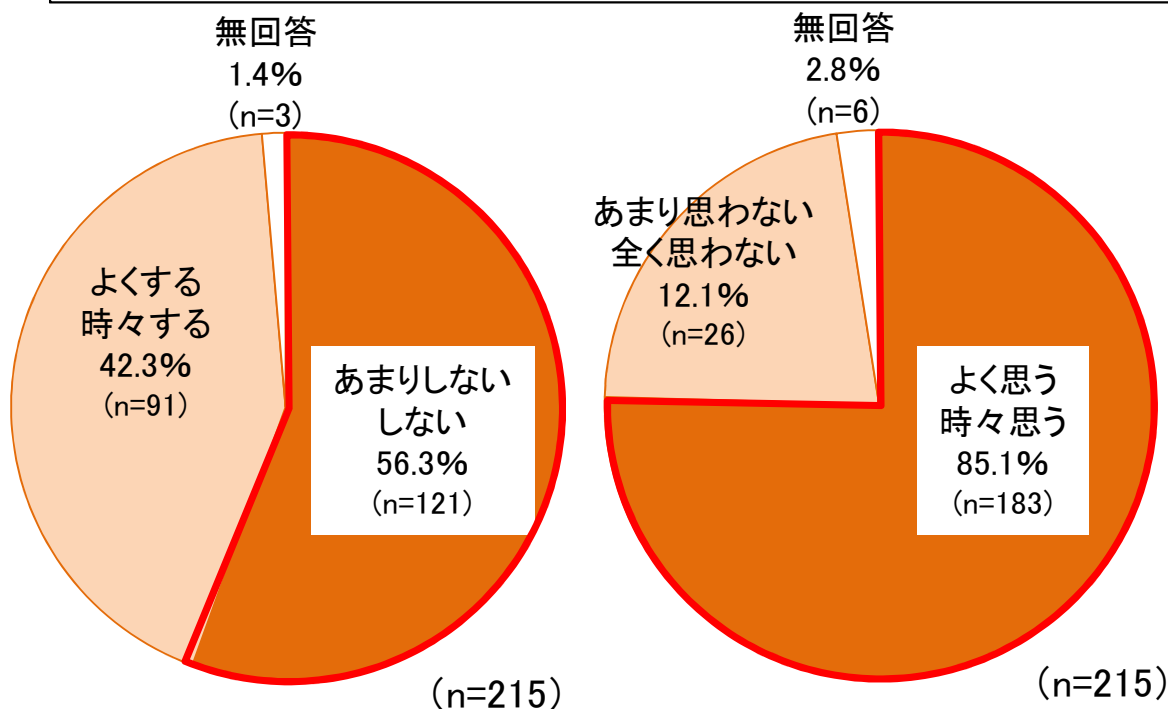


図 医療施設の管理栄養士と栄養管理に関する相談を行っているか

図 医療施設の管理栄養士と栄養管理に関する相談が必要と思うか

図 施設側の管理栄養士が確認・相談したい事項(複数回答)

退院時の療養上の情報提供

- 患者の在宅移行時などに、医療機関から介護老人福祉施設や訪問看護ステーション等に対して療養上の情報提供を行った場合においては、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できない。

診療情報提供料（Ⅰ）を算定し、保険医療機関が情報を提供することができる機関

別の保険医療機関	別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
患者の居住地を管轄する市町村又は都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等	患者の居住地を管轄する市町村又は都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
精神障害者施設又は介護老人保健施設	精神障害者である患者であって、障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
介護老人保健施設	介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合

4-2) 退院に向けた関係機関の連携

エ) 障害福祉サービス事業者との連携

【課題】

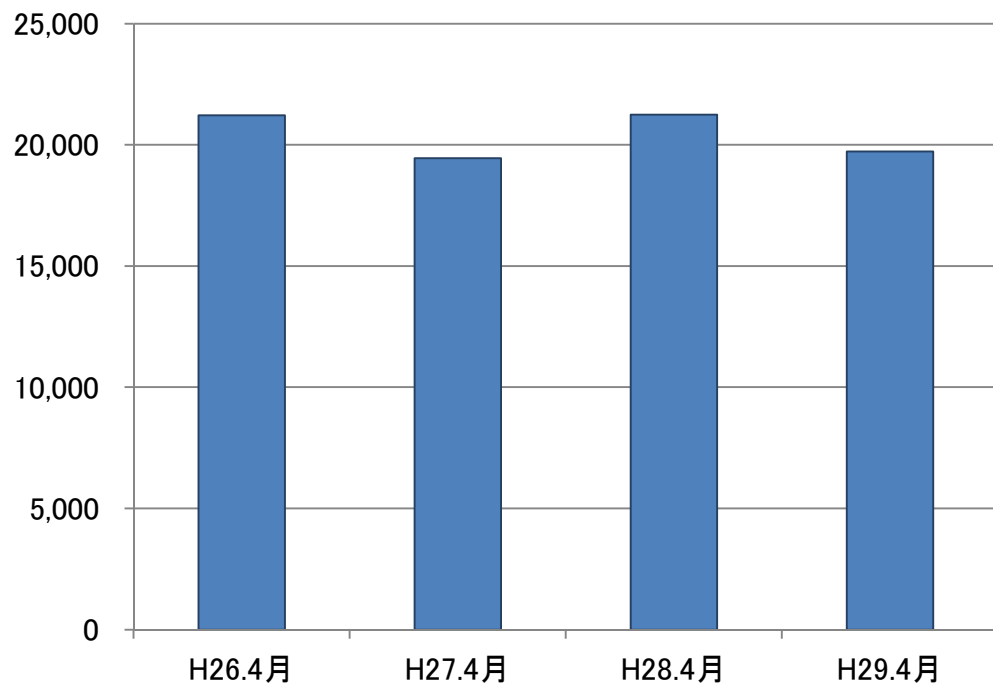
- 障害者施設から病院等に入院する患者は一定数存在。
- 介護保険サービスにおける介護支援専門員のように、障害福祉サービスの利用にあたっては、指定相談支援事業所に配置された相談支援専門員等が、利用者の意向を踏まえたサービス等利用計画の作成等を行っている。
- 介護支援専門員と医療機関との連携に関する評価は様々あるが、これらの連携に関する評価において、障害福祉サービスにおける相談支援専門員との連携は含まれていない。

障害者施設からの入院

○ 障害者施設から病院等に入院又は居宅へ外泊した利用者は一定数存在。

＜「入院・外泊時加算（Ⅰ）」を算定した利用者数の推移＞

（人）

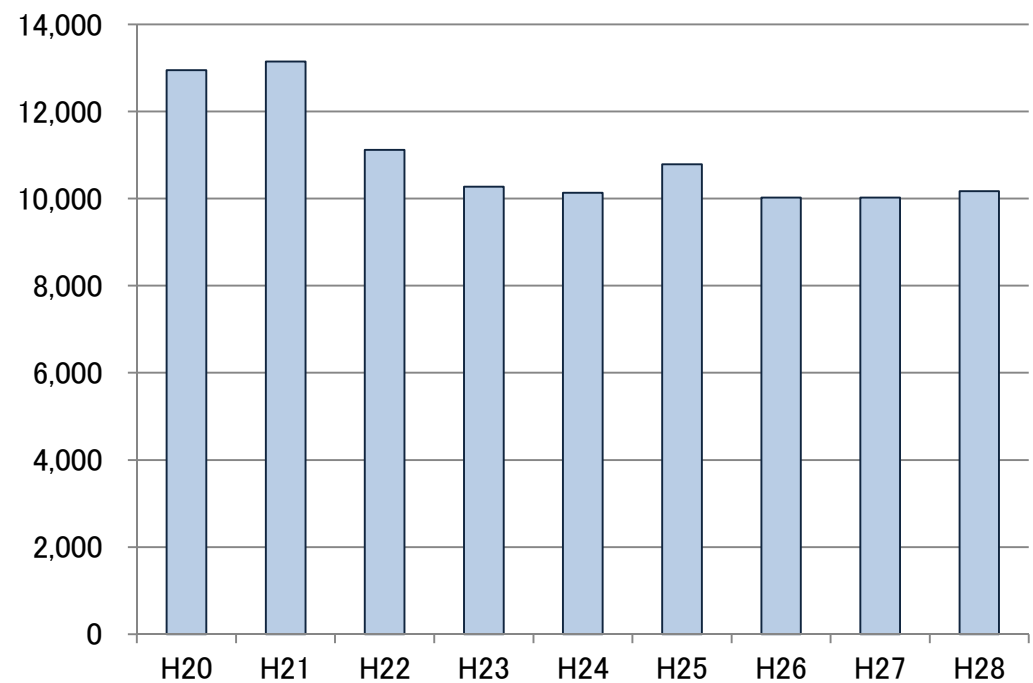


入院・外泊時加算（Ⅰ）

障害者支援施設に入所する障害者が、病院等に入院した場合や居宅へ外泊した場合に、入院又は外泊した翌日から起算して8日を限度として算定できる加算。

（参考）障害者施設等入院基本料（入院期間14日以内）
の実施件数※の推移

（件）



※実施件数は、当該入院基本料を算定した明細書の数である。

障害(児)者が利用する相談支援(障害福祉サービス)

計画相談支援

対象者

- 障害福祉サービスの申請・変更申請に係る障害者・障害児(の保護者)
- 地域相談支援の申請・変更申請に係る障害者

※ 計画相談支援の対象者については、相談支援の提供体制を考慮する観点から、平成24年度から段階的に拡大し、**平成27年度からは障害福祉サービス等を利用するすべての障害者等が対象となった。**

サービス内容

【サービス利用支援】

- 障害福祉サービス等の申請に係る支給決定の前にサービス等利用計画案を作成
- 支給決定後、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成

【継続サービス利用支援】

- 障害福祉サービス等の利用状況等の検証(モニタリング)
- サービス事業所等との連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨

主な人員配置

- 相談支援専門員

○ 請求事業所数 7,241(国保連平成29年1月実績)

○ 利用者数 108,911(国保連平成29年1月実績)

障害児相談支援

対象者

- 障害児通所支援の申請・変更申請に係る障害児(の保護者)

※ 障害児相談支援の対象者については、相談支援の提供体制を考慮する観点から、平成24年度から段階的に拡大し、**平成27年度からは障害児通所支援を利用するすべての障害児の保護者が対象となった。**

サービス内容

【障害児支援利用援助】

- 障害児通所支援の申請に係る通所給付決定の前に障害児支援利用計画案を作成
- 通所給付決定後、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、障害児支援利用計画を作成

【継続障害児支援利用援助】

- 障害児通所支援の利用状況等の検証(モニタリング)
- サービス事業所等との連絡調整、必要に応じて新たな通所給付決定等に係る申請の勧奨

主な人員配置

- 相談支援専門員

○ 請求事業所数 3,586(国保連平成29年1月実績)

○ 利用者数 27,927(国保連平成29年1月実績)

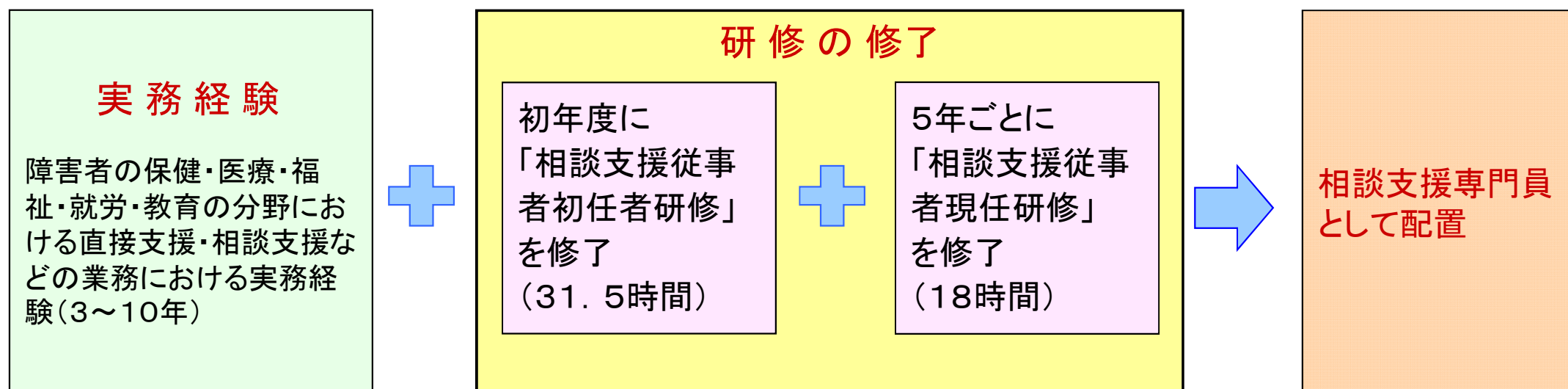
指定相談支援事業所と相談支援専門員

- 指定相談支援事業所ごとに管理者及び相談支援専門員等を配置。
- 指定相談支援事業所に配置された相談支援専門員等が、
 - 利用者の意向を踏まえたサービス等利用計画の作成
 - 地域移行・地域定着に向けた支援
 - 市町村の委託による障害者（児）の各種の相談支援を実施。

※ 指定特定・指定障害児相談支援事業所数 8, 684箇所（平成28年4月1日現在）

※ 上記事業所に配置されている相談支援専門員数 17, 579人（平成28年4月1日現在）

【相談支援専門員の要件】



No	意見等の内容	
11	○相談支援専門員による定期的な訪問による相談支援等直接的な支援をモニタリングとして認定すべき。これによりきめ細やかな対応ができることで、本人や家族も安心感が得られるとともに、本人の持つ可能性や潜在能力を高めることが期待できる。こうしたことを具体化するために、モニタリング回数を原則2ヶ月に一回程度実施できるよう、柔軟な取り扱いが必要である。又、この実施に当たって、役所の同意については、簡素な手続きとすべき。この制度設計に当たっては、持ちケース50人から55人程度で、経営が成り立つ制度とし、同一事業法人のサービス提供を利用するケースは、上限を設定することが合理的である。また、上限を超えた場合は、減算の対象とすることも併せて提案する。	日本精神保健福祉事業連合
12	○就労相談ができる相談支援専門員を育成すべき。	全国就業支援ネットワーク
13	○複雑かつ長時間を要する事例については、加算制度を設けるべき。	全国重症心身障害児(者)を守る会
14	○65歳以上の障害者については介護保険サービスを円滑に利用できるようにする。その際、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所になりやすい仕組みづくりや、ケアマネジャーと相談支援専門員とが連携することを報酬で評価できることを検討する。	日本発達障害ネットワーク
15	○頻回の相談支援を必要とする場合に評価を行うべき。	DPI日本会議
16	○計画相談の報酬単価を障害支援区分に応じて傾斜配分すること。	
17	○障害者相談支援の中核となる基幹相談支援センターは多くの自治体でいまだ整備されておらず、その数も不足している。指定相談事業所が運営できるよう、国の指導により市町村の格差是正と制度の改善を図りたい。	全国肢体不自由児者父母の会連合会 他 (同旨:全国手をつなぐ育成会連合会)
18	○相談支援事業所において、医療と連携した計画相談を行う場合に評価する必要がある。具体的には、医療機関のPSWなどが参加したケア会議を開催したり、主治医との情報共有などにより、医療機関と連携して計画相談やモニタリングを行う場合に評価すべき。	日本精神神経科診療所協会
19	○医療機関の看護職員が事業所を訪問して看護を行う場合などに、医療連携体制加算が認められているが、それだけでなく障害福祉サービスにおいて医療と連携した個別支援計画作成を評価する必要がある。具体的には、医療機関のPSWなどが参加したケア会議を開催したり、主治医との情報共有などにより、医療機関と連携して個別支援計画作成を行う場合に評価すべき。	
20	○医療機関による障害福祉サービスとの連携への評価も必要である。具体的には、医療機関のPSWなどがケア会議に参加したり、主治医との情報共有などにより、相談支援が行われたり個別支援計画が作成された場合に評価すべき。	
21	○障害福祉サービスの手配に終始するブローカー型相談支援だけでなく、相談支援専門員が行う直接支援を評価すること。とりわけ、サービスに繋がる前の支援、繋がった後の定着支援を評価すべき。	
22	○医療的ケア児に対して必要な支援が行われるよう、医学的知識を有する相談支援専門員の養成・配置を促進すべき。	日本医師会

現状・課題

- 計画相談支援・障害児相談支援においては、質の高いケアマネジメントを提供している場合の加算として特定事業所加算が存在するが、介護保険の居宅介護支援と異なり、個々の支援に着目した加算は存在しない。
- 質の高い支援を実施したり、実施できる体制を整えたりしている事業所をきめ細かく評価できる仕組みを検討する必要がある。

論 点

- 高い専門性を備えた体制や質の高い支援を実施した場合を評価するための加算についてどう考えるか。



- 以下のような場合を評価するような加算の創設を検討することとしてはどうか。
 - ① 利用者の入院時や退院・退所時等、サービスの利用環境が大きく変動するライフイベントにおいて、関係機関との連携の下で支援を行った場合
 - ② モニタリング時等において、サービス提供場面を確認するなど、より丁寧に利用者の状況確認や支援内容の調整等を実施した場合
 - ③ 医療的ケアを必要とする児者等、より高い専門性が求められる利用者を支援する体制を有している場合
- 高い専門性を備えた体制についての加算(③)を算定している場合は、その旨を表示することとしてはどうか。

介護支援専門員との連携に関する評価

○ 介護保険における介護支援専門員との連携に関する評価は様々あるが、これらの連携に関する評価において、障害福祉サービス等の利用計画の作成等を行う相談支援専門員との連携は含まれていない。

項目名	点数	概要
退院支援加算	(退院時1回) 1 (一般等) 600点 (療養等) 1,200点 2 (一般等) 190点 (療養等) 635点 3 1,200点	[施設基準] ・連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回／年以上) ※転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、 居宅介護支援事業者 若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また退院支援部門又は退院支援職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。 ・介護支援専門員との連携実績 ※過去1年間の 介護支援連携指導料 の算定回数が、算定対象病床数に0.15(一般病棟等の場合)を乗じた数と0.1(療養病棟等の場合)を乗じた数の合計を上回ること。
退院時共同指導料2	(入院中1回) 400点	入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は 居宅介護支援事業者の介護支援専門員 のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定店数に加算する。
保険医等3者以上共同指導加算	2,000点	
介護支援連携指導料	(入院中2回) 400点	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する 介護支援専門員 と共同して導入すべき介護サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する。
診療情報提供料(Ⅰ)	(月1回) 250点	(注2) 診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は指定居宅介護支援事業者等(保健所若しくは精神保健福祉センター又は 指定居宅介護支援事業者 若しくは地域包括支援センター)に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。

入院医療（その8）

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療（その2）
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
 - 4-1) 早期からの退院支援
 - 4-2) 退院に向けた関係機関の連携
 - 4-3) 小児への退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

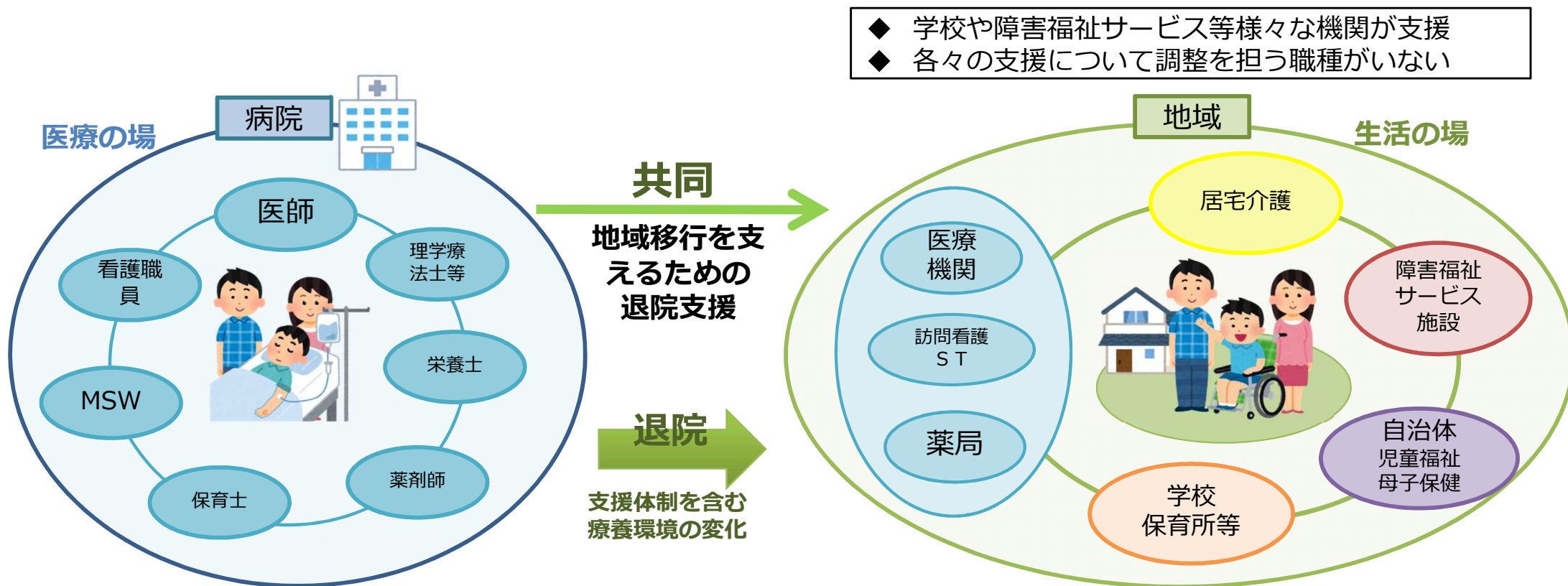
4-3) 小児への退院支援

【課題】

- 小児やその家族には、退院後、学校や自治体などの様々な機関が関わるが、退院後の療養生活の支援やサービスの調整を担う機関が定まっておらず、退院にあたり、医療機関が多くの関係機関との調整を求められる。
- 現行の退院支援加算1・2の対象者の状態は、主に成人・高齢者向きの内容となっており、小児を対象とした退院支援加算3は、新生児特定集中治療室に入室した小児が対象となっているため、小児病棟に入院し、退院支援が必要なケースは、退院支援加算の対象とならない。
- 小児を主として診療している病院において連携する関係機関は、訪問看護ステーションが多いが、退院支援加算1の要件に「介護支援連携指導料の算定回数」があるため、介護支援専門員との関わりのない小児病院では、退院支援加算1を届け出ることができない。

退院時の小児を取り巻く環境の変化

- 小児やその家族には、学校や障害福祉サービス施設、自治体などの様々な機関が関わることになり、退院後において支援体制を含む療養環境が大きく変化する。
- 小児の場合、退院後の療養生活の支援やサービスの調整を担う機関が定まっておらず、退院にあたり、医療機関が多くの関係機関との調整を求められる。



要介護被保険者の例



小児に対する退院支援の評価

- 現行の退院支援加算1・2の対象者の状態は、主に成人・高齢者向きの内容となっており、小児患者の場合は一部の項目で該当可能である。
- 小児を対象とした退院支援加算3は、新生児特定集中治療室に入室した小児が対象となっており、小児病棟に入院し、退院支援が必要なケースは、退院支援加算の対象とならない。

退院支援加算1・2の対象者(退院困難な要因)

悪性腫瘍、**認知症**又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

緊急入院であること

要介護認定が未申請であること

入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。)

排泄に介助を要すること

同居者の有無にかかわらず、必要な**介護**を十分に提供できる状況にないこと

退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと

入退院を繰り返していること



小児入院患者に
該当するかどうか

○(認知症除く)

○

—

○

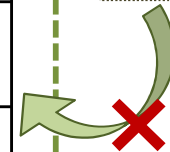
△
(個別の状況による)

—

○

○

例えば、
「疾患の特性(身体、治療等)や家族の状況等により養育に関しサポートが必要な場合」、退院にあたり関係者と連携し調整や指導が必要であるが、退院支援加算の対象とならない。



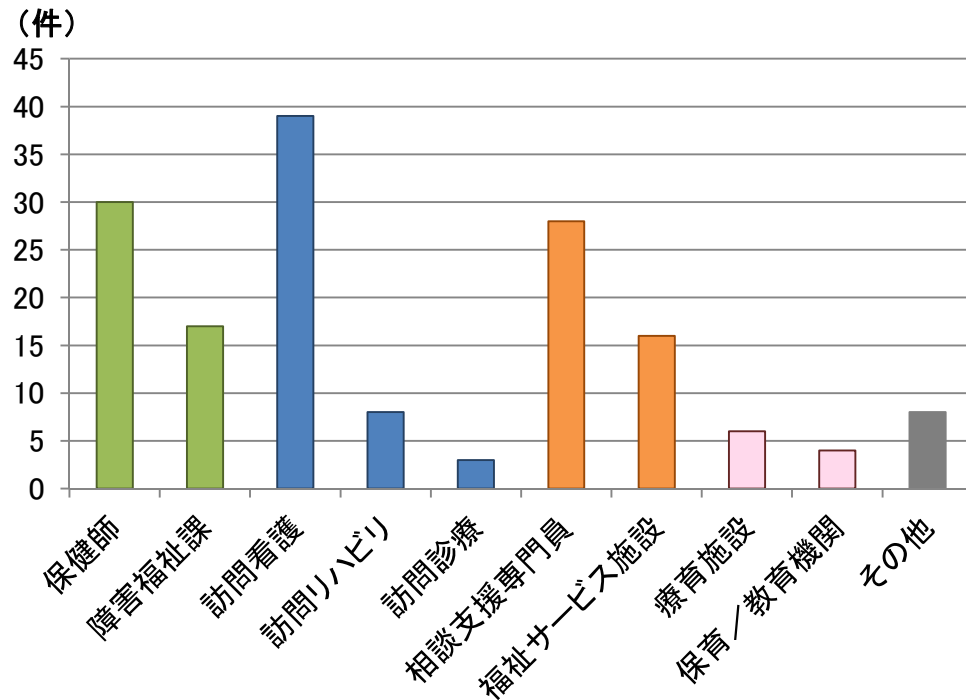
退院支援加算3の算定要件

当該入院期間中にA302**新生児特定集中治療室管理料**又はA303総合周産期特定集中治療室管理料の「2」**新生児集中治療室管理料**を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において退院支援加算3を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。

小児病院における連携

- 小児を主として診療している病院の関係機関は、訪問看護事業者が多い。
- 退院支援加算1の要件に「介護支援連携指導料の算定回数」があるため、介護支援専門員との関わりのない小児病院では、退院支援加算1を届け出ることができない。

■ 医療的ケア児における関係機関等との連携状況



※2017年3月において在宅療養指導管理料を算定した0～18歳の児（1,664人）のうち、ソーシャルワーカーが介入した児（814人）について、2016年度中に連携した関係機関件数を示している。（複数回答）

【調査対象概要】

調査施設：日本小児総合医療施設協議会に参加している医療機関
有効回答：7施設（小児病院（4）、児童福祉病床が総病床数の30%以上の施設（1）、総合的小児医療部門をもつ施設（2））

退院支援加算1（退院時1回）

【施設基準】

- (1) 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）が設置されていること。
- (2) 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- (3) 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- (5) 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- (6) 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を提示していること。

入退院支援の論点(案)

【論点(案)】

○ 早期からの退院支援

- ・ 入院早期から関係機関と協力して支援が必要なケースについても、退院困難な要因として、退院支援の対象として明確化してはどうか。

○ 退院に向けた関係機関の連携

- ・ 円滑な退院に向けた関係機関との連携について、
 - ① 地域連携診療計画に係る評価について、退院支援加算2を算定する医療機関も対象としてはどうか。
 - ② 退院時の共同指導について、より実施しやすくするために職種や関係機関の要件について見直してはどうか。
 - ③ 退院支援が必要な患者で、関係機関と共同指導ができなかった場合に限り、療養上の情報を、退院後の医療を担当する主治医や配置医のほか、退院後に当該患者が利用する訪問看護ステーション、又は当該患者が入所する介護施設等に提供することについて評価してはどうか。
 - ④ 障害福祉サービスとの連携を推進するため、相談支援専門員を、介護支援専門員と同様に評価してはどうか。

○ 小児への退院支援

- ・ 小児の退院支援では、地域で支援を受けながら生活していくために、多くの関係機関との調整や連携が求められることから、退院支援加算の対象者、算定要件等について、小児を診療する医療機関に対応する内容に見直してはどうか。

参考資料

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

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

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

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

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画退院時指導料

- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

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

平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整
加算1・2、地域連携計画加算

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

- ・入院早期からの取組を実施
- ・連携する医療機関等と日頃からの関係づくり

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実①

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内に</u> 退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内に</u> 患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内に</u> カンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実②

- 病棟への退院支援職員の配置を行う等積極的な退院支援を促進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ実態を踏まえた評価を新設する。

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

[算定要件]

- ① 退院支援及び地域連携業務に専従する職員（退院支援職員）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- ② 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」は原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」は原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- ③ 入院後7日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- ④ 病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

[施設基準]

- ① 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）が設置されていること。
- ② 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- ③ 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ここで、当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- ④ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- ⑤ 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- ⑥ 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実③

- 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

- ① 新生児特定集中治療室管理料等を算定した患者であって以下の退院困難な要因を有する患者、及び他の保険医療機関において当該加算を算定した転院患者について、家族等の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
退院困難な要因；先天奇形、染色体異常、出生体重1,500g未満、新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）、その他生命に関わる重篤な状態
- ② 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。また、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付する。

- 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(Ⅰ)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

退院に向けた支援・連携に関する主な評価①

項目名	点数	概要
退院支援加算	(退院時1回) 1 (一般等) 600点 (療養等) 1,200点 2 (一般等) 190点 (療養等) 635点 3 1,200点	入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。
地域連携診療計画加算	(退院時) 300点	あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画に係る疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に退院支援加算1又は3に加算する。
退院時共同指導料1	(入院中1回) 在支診 1,500点 在支診以外 900点	入院している患者の保険医療機関において、地域において患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等と入院中の保険医療機関の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。
退院時共同指導料2	(入院中1回) 400点 注3の加算 2,000点	(注3:入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合)
介護支援連携指導料	(入院中2回) 400点	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する。

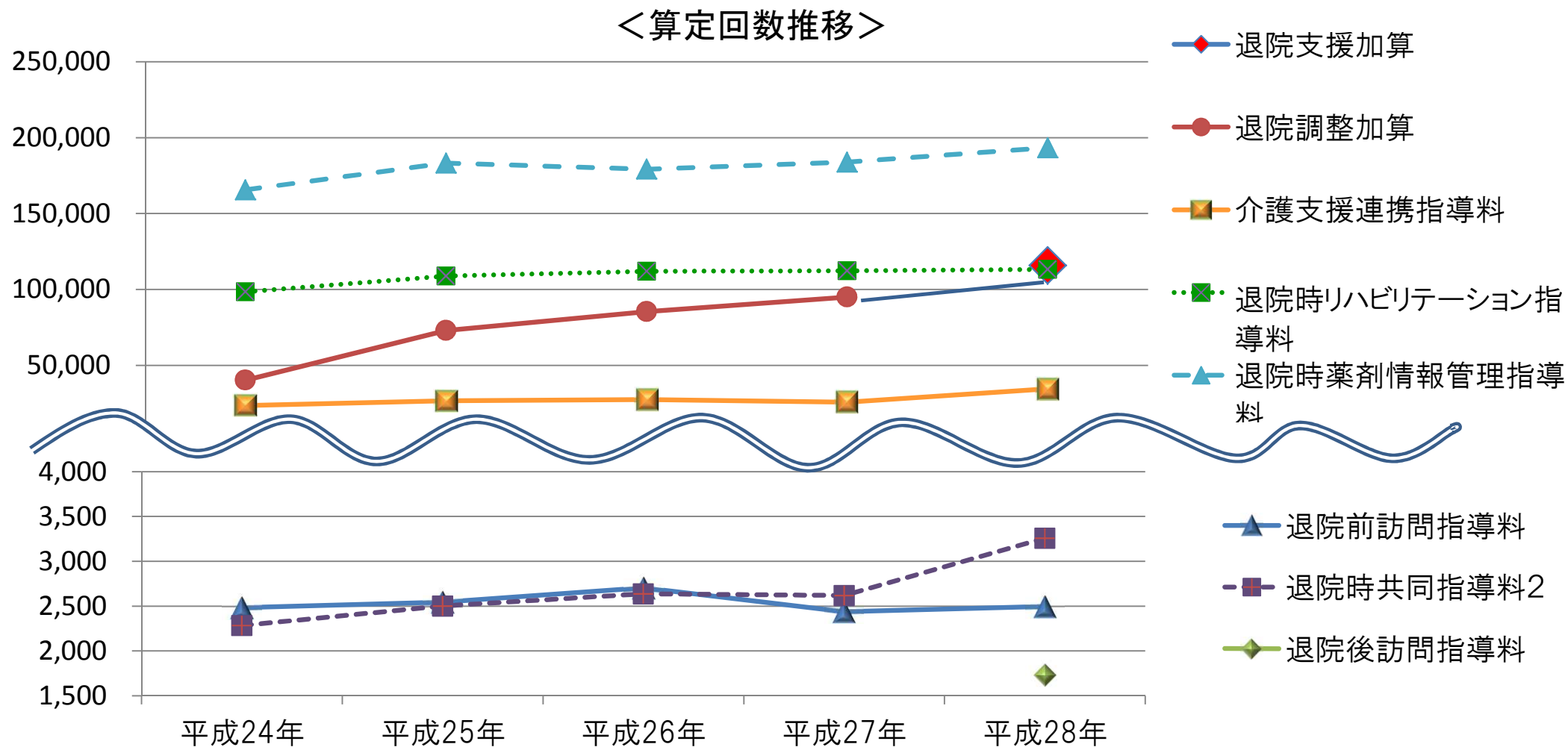
退院に向けた支援・連携に関する主な評価②

項目名	点数	概要
退院時リハビリテーション指導料	(退院日1回) 300点	患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又は家族等に対し、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
退院時薬剤情報管理指導料	(退院日1回) 90点	入院時に薬剤服用歴や持参薬を確認するとともに、入院中に使用した薬剤の名称等について、薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者又は家族に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定する。
退院前訪問指導料	(入院中1回、 必要時2回) 580点	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中(外泊時含む)又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
診療情報提供料(I)	(月1回) 250点	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
退院後訪問指導料	(退院後1月以内 5回まで) 580点	医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続するために、患者が入院していた医療機関が、患家、介護保険施設等において患者の看護に当たる者に対し、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。

退院に向けた支援・連携に関する主な評価③～算定状況

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

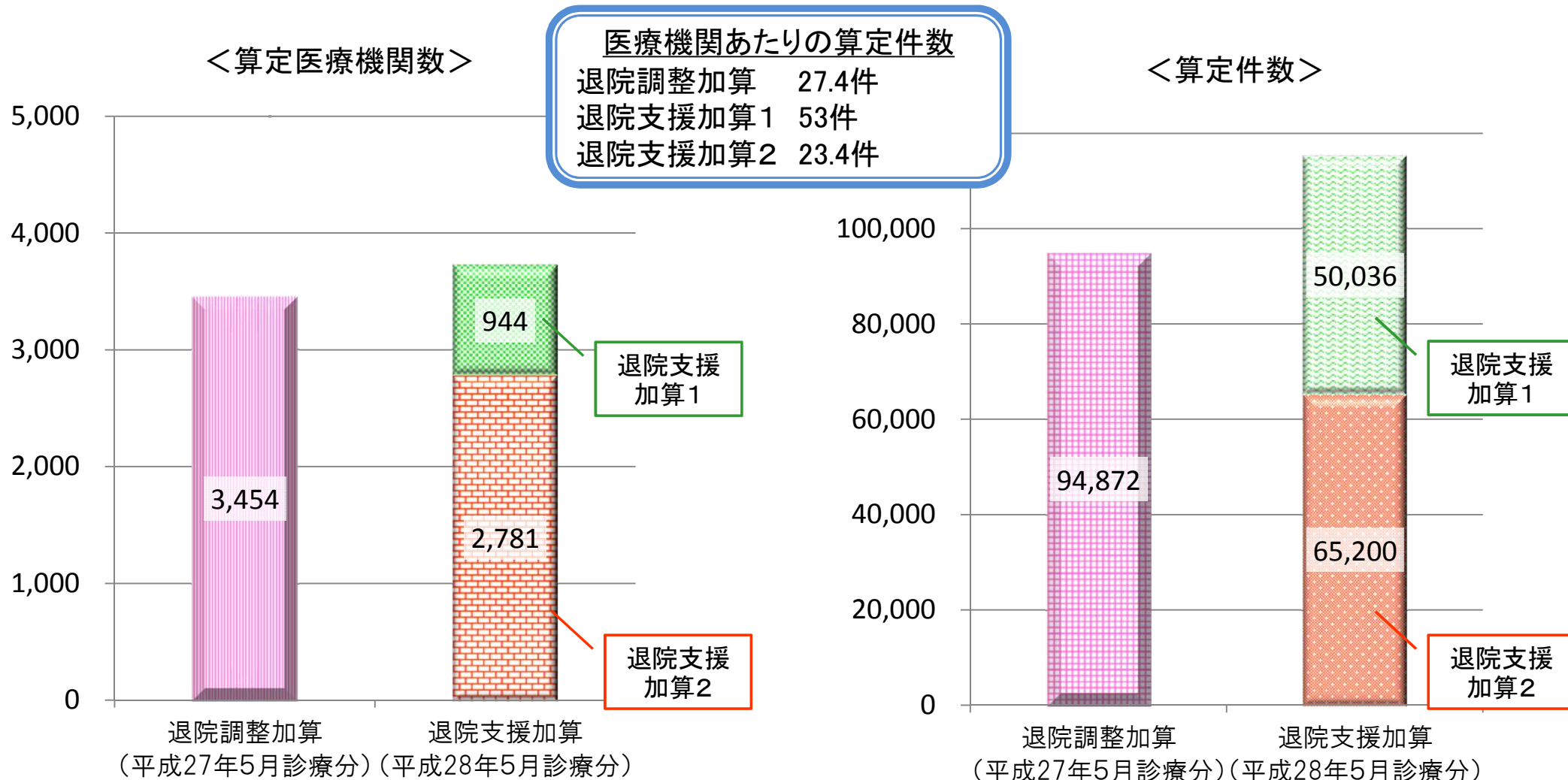
○ 退院支援・連携に関する算定回数は全体的に増加している。特に退院支援加算(退院調整加算)及び介護支援連携指導料、退院時共同指導料2といった連携に関する算定が増えている。



退院支援加算の算定状況①～算定数

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

- 平成28年度診療報酬改定後、退院支援加算を算定する医療機関は増えている。
- 退院支援加算1を算定する医療機関数は、退院支援加算2より少ないが、医療機関あたりの算定件数が多い。

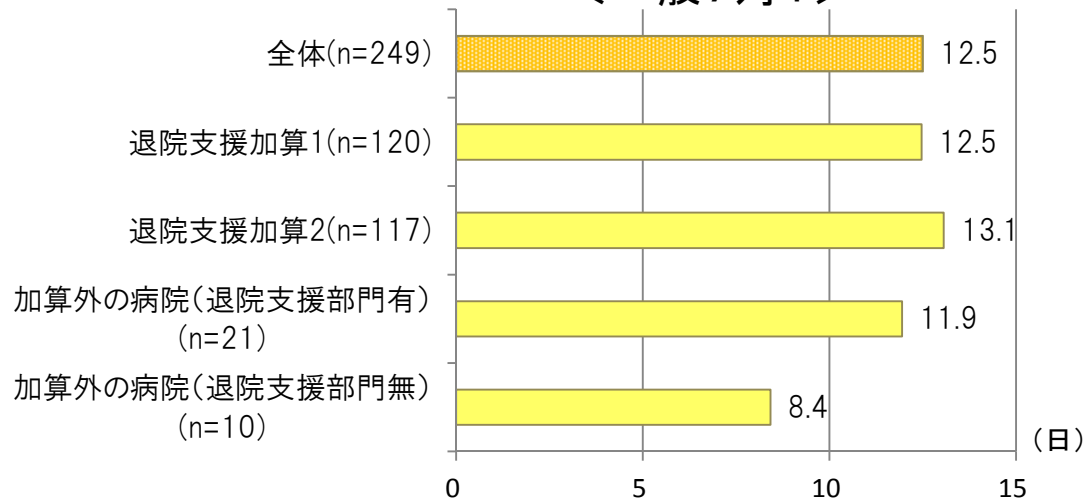


退院支援加算の算定状況①～平均在院日数

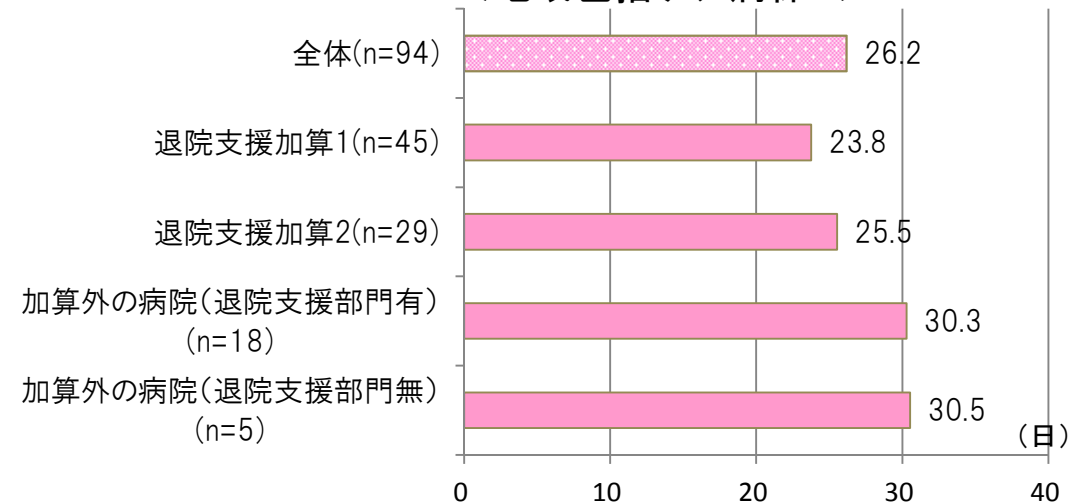
診調組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4

○ 退院支援に係る体制別でみた平均在院日数は、回復期リハビリテーション病棟を除き、退院支援加算1を算定する病棟がやや短い傾向である。

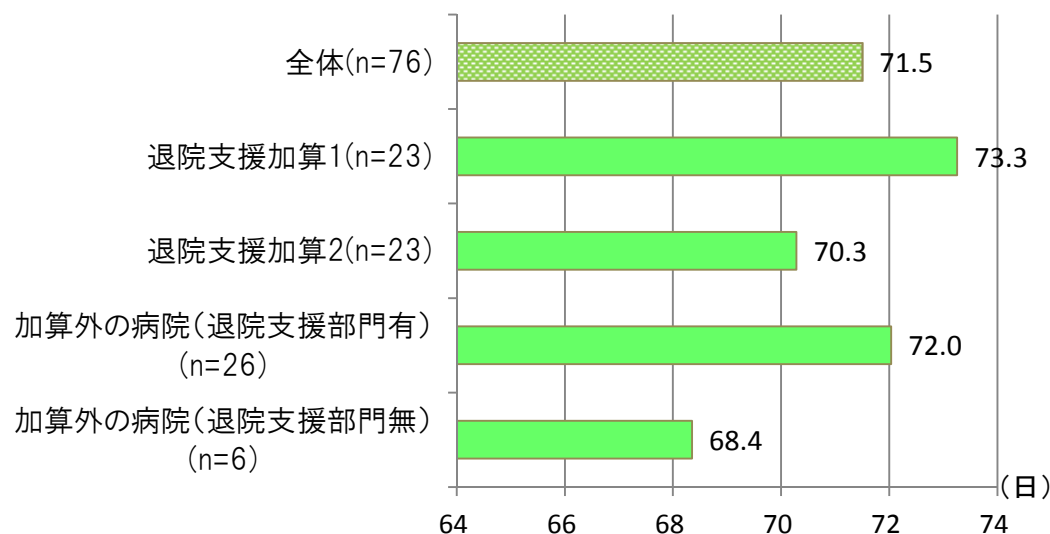
＜一般7対1＞



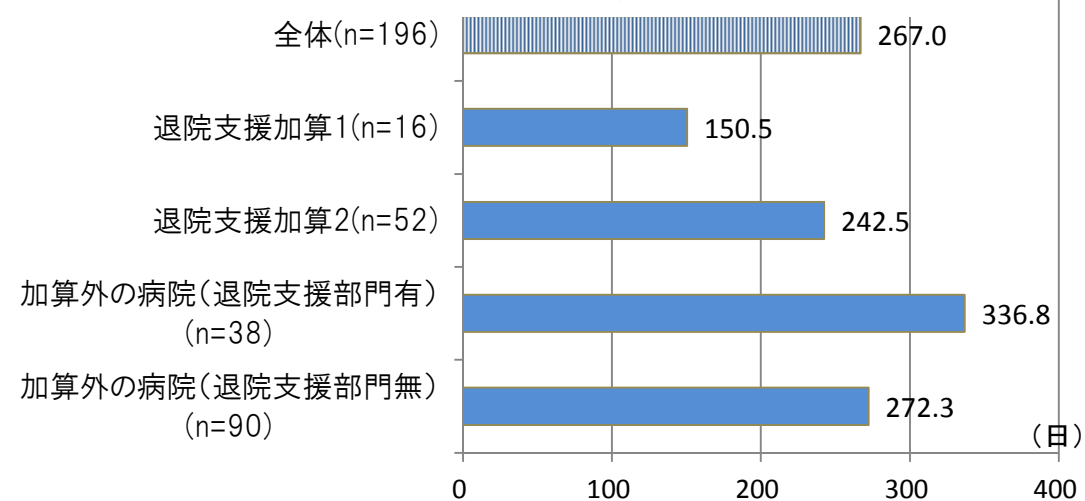
＜地域包括ケア病棟1＞



＜回復期リハビリテーション1＞



＜療養病棟1＞

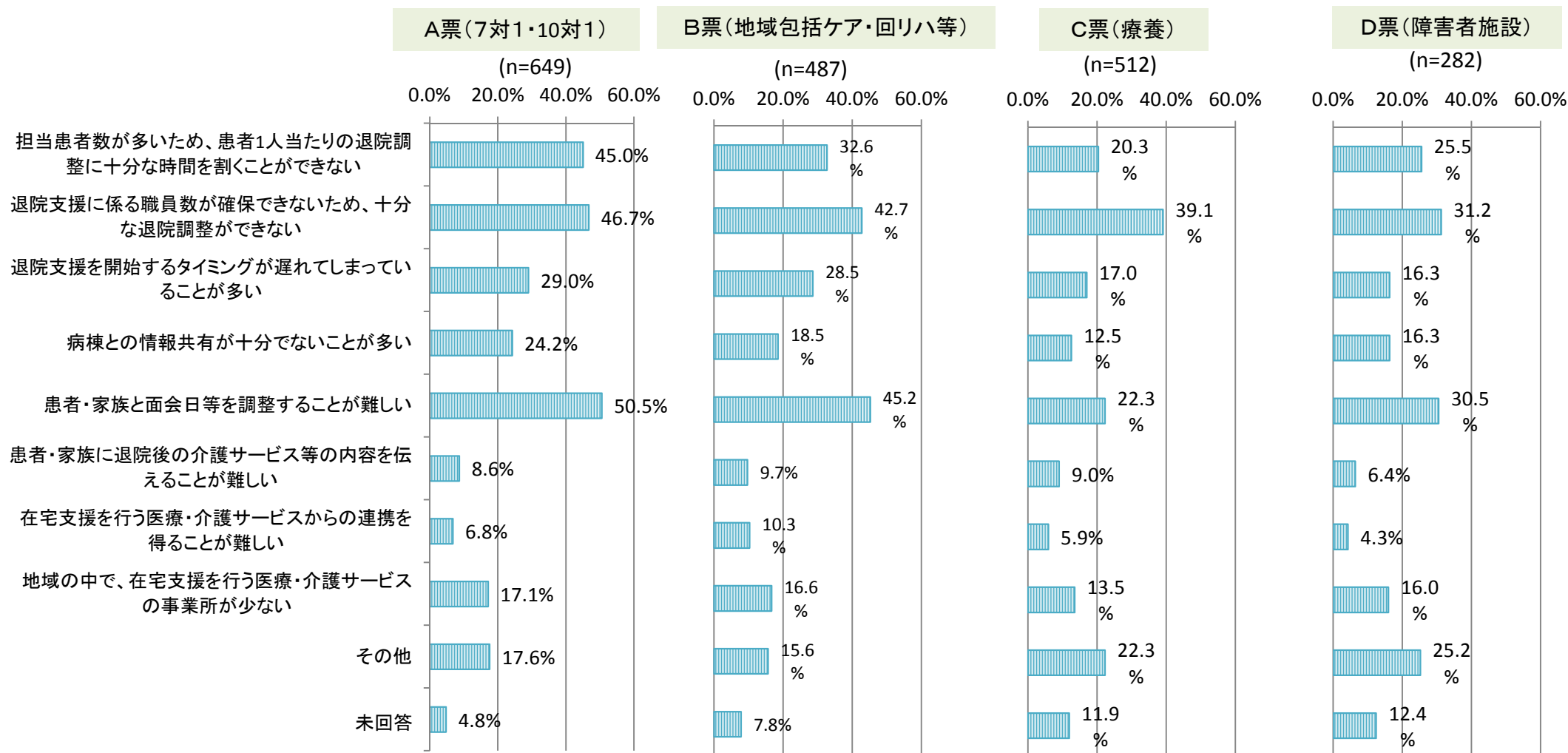


退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項

診調組 入 - 1
2 9 . 6 . 7

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

<退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項>



退院に向けた目標・課題等

診調組 入－1
29.6.21

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

＜退院へ向けた目標・課題等＞

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

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由

診調組 入 - 1
29.6.21

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

＜「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の退院できない理由（最も該当するもの）＞

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

入院医療(その8)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

【課題】

データ提出加算

- 10対1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、67%であった。
- 13対1、15対1入院基本料を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床以上の医療機関でそれぞれ3.1%と0.8%の病院がすでにデータ提出をしている。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は56%、200床以上の病院は83%がすでにデータを提出している。
- 療養病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は24%、200床以上の病院は40%がすでにデータを提出している。
- DPC分科会において、データ様式の見直しが議論された。また、現行の様式1の項目には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1において、重症度、医療・看護必要度に係る基準（A項目1点以上が5%以上）が要件となっている。入院料1においては、患者の17.9%がAの得点が1点以上であったが、要件のない入院料2についても患者の7.5%がAが1点以上であった。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1の入院患者のうち、必要度のAの得点が1点以上かつ日常生活機能評価が10点以上の患者は9.3%であった。

「A245データ提出加算」について

診調組 入－1
29 . 8 . 4

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

データ提出加算の提出データの概要

診調組 入ー1
29.8.24

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)	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。

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～	—

対象病棟別の提出データの違い

診調組 入ー1
29.9.6

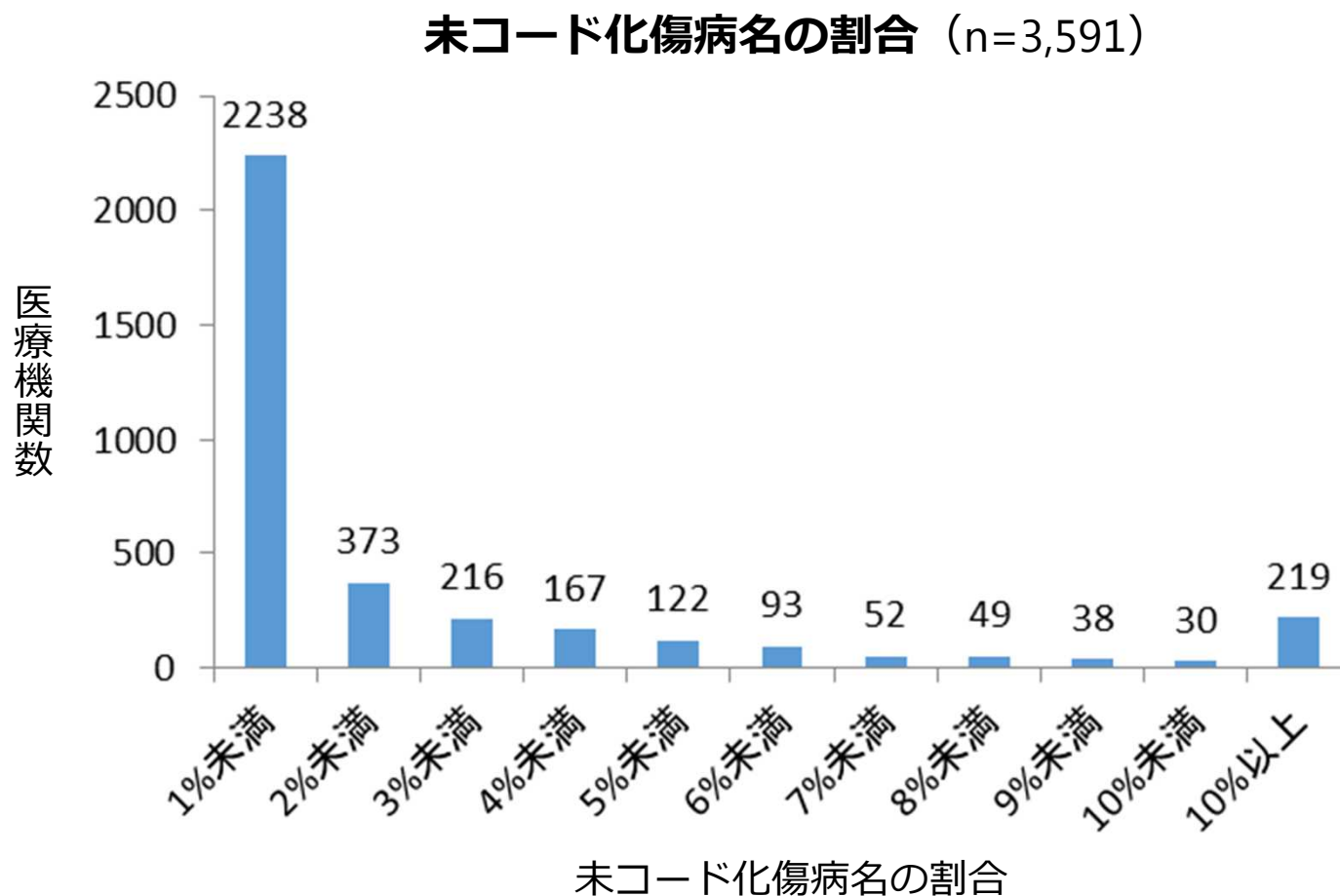
- ・回復期リハビリテーション病棟と療養病棟の入院患者は、Hファイルの作成が不要。
- ・様式4、Dファイル、EFファイルは、医事会計システム等からのデータ変換が可能。

DPC対象病院以外のデータ提出加算を算定する病院の場合、対象病棟別に作成が必要となるデータの種類

様式名	内容	一般病棟の入院患者	回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟の入院患者	療養病棟の入院患者	医事会計システム等からの変換の可否
様式1	簡易診療録情報	○	○	○	－
様式4	保険以外診療（公費、先進医療等）の実施状況に関する情報	○	○	○	○
Dファイル	該当DPCに係る情報	×	×	×	○
EF統合ファイル	医科点数情報	○	○	○	○
外来EF統合ファイル	外来の医科点数情報	－	－	－	○
Hファイル	重症度、医療・看護必要度に係る情報	○	△ （地域包括ケアのみ）	×	－
様式3	施設情報（病院毎に毎月の情報を作成）	患者ごとの作成はない	患者ごとの作成はない	患者ごとの作成はない	－

データの質について

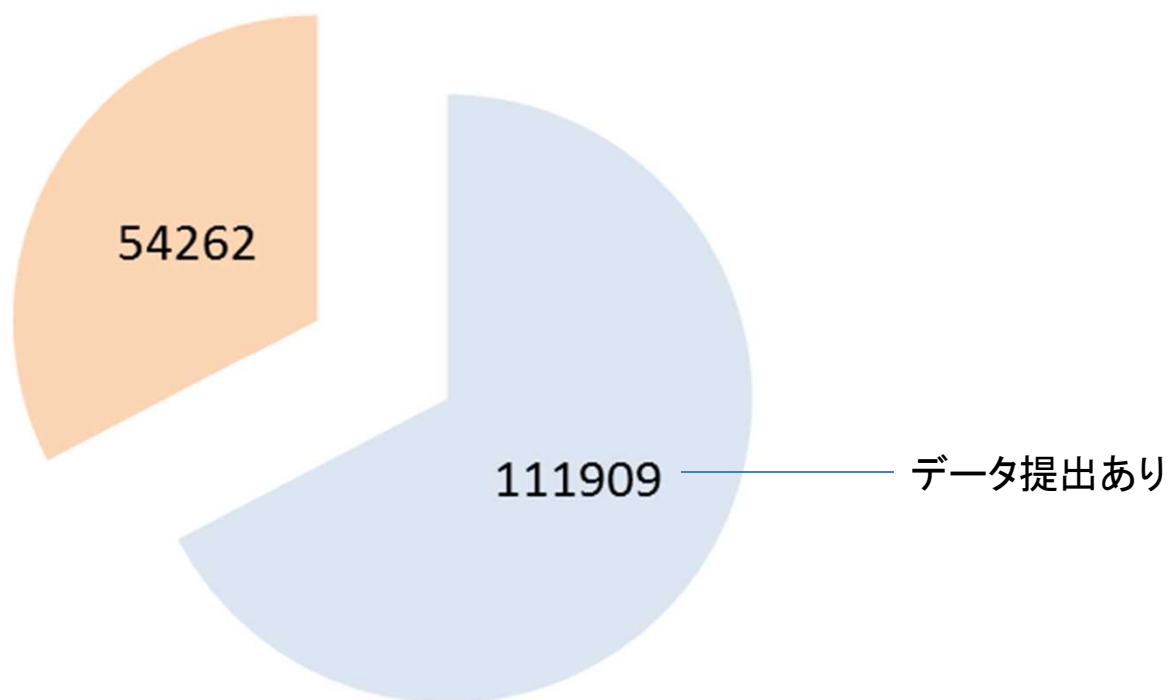
- DPCデータにおける病名の入力において、未コード化傷病名を使用する例がある。
- DPC/PDPSにおいては、係数で一定の未コード化傷病名の割合（20%）があった場合は係数を減点しており、平成30年度診療報酬改定に向けては、実態を踏まえ評価基準の見直しを検討中(2%)
- 未コード化傷病名の割合が10%以上の医療機関は219。



データ提出加算の算定病床の割合(10対1入院基本料)

- 10対1入院一般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67%であった。

10対1入院基本料届出病床数 (n=166,171)



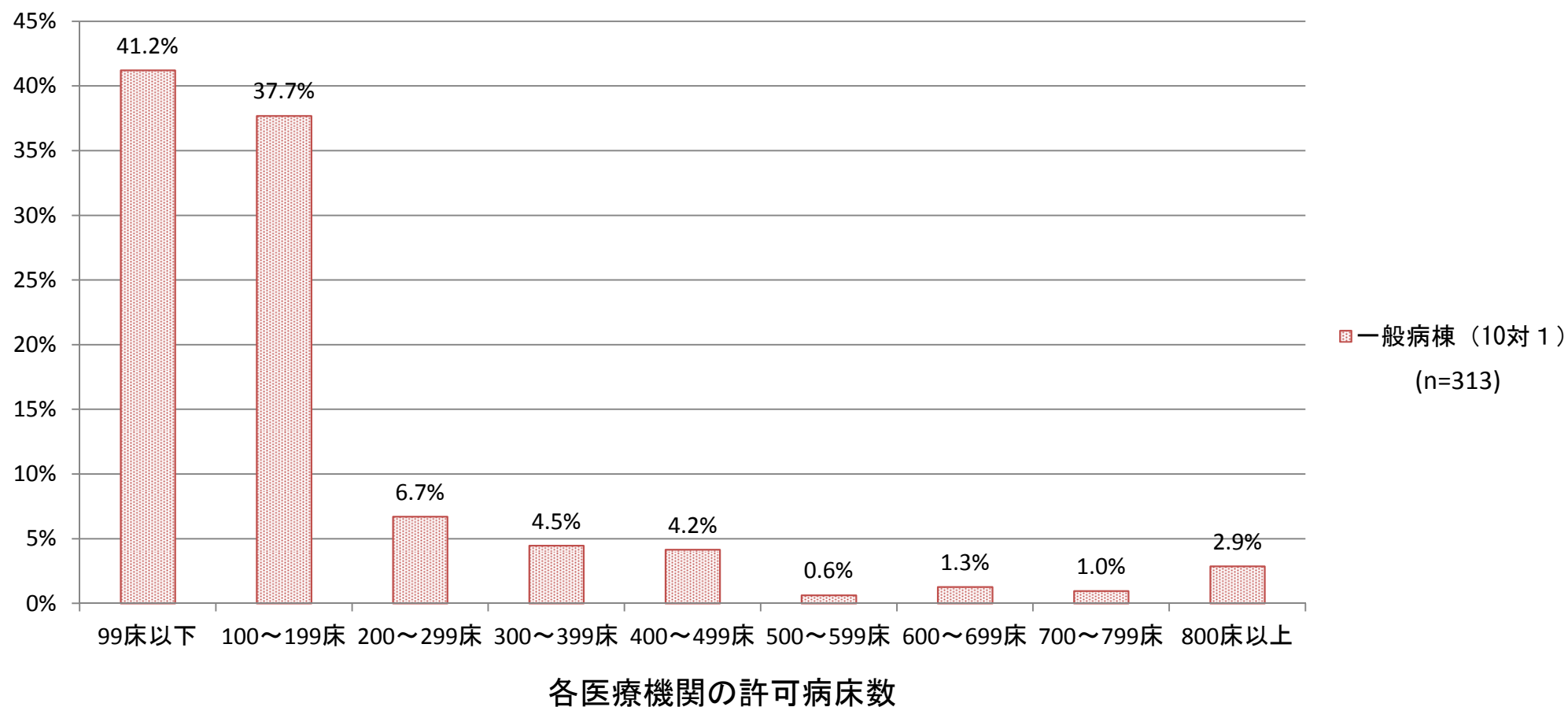
一般病棟10対1入院基本料届出医療機関の病床規模別の分布

診調組 入－1
29.6.7(改)

- 一般病棟10対1入院基本料届出医療機関の病床規模別の分布をみると、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

＜病床規模別の内訳＞

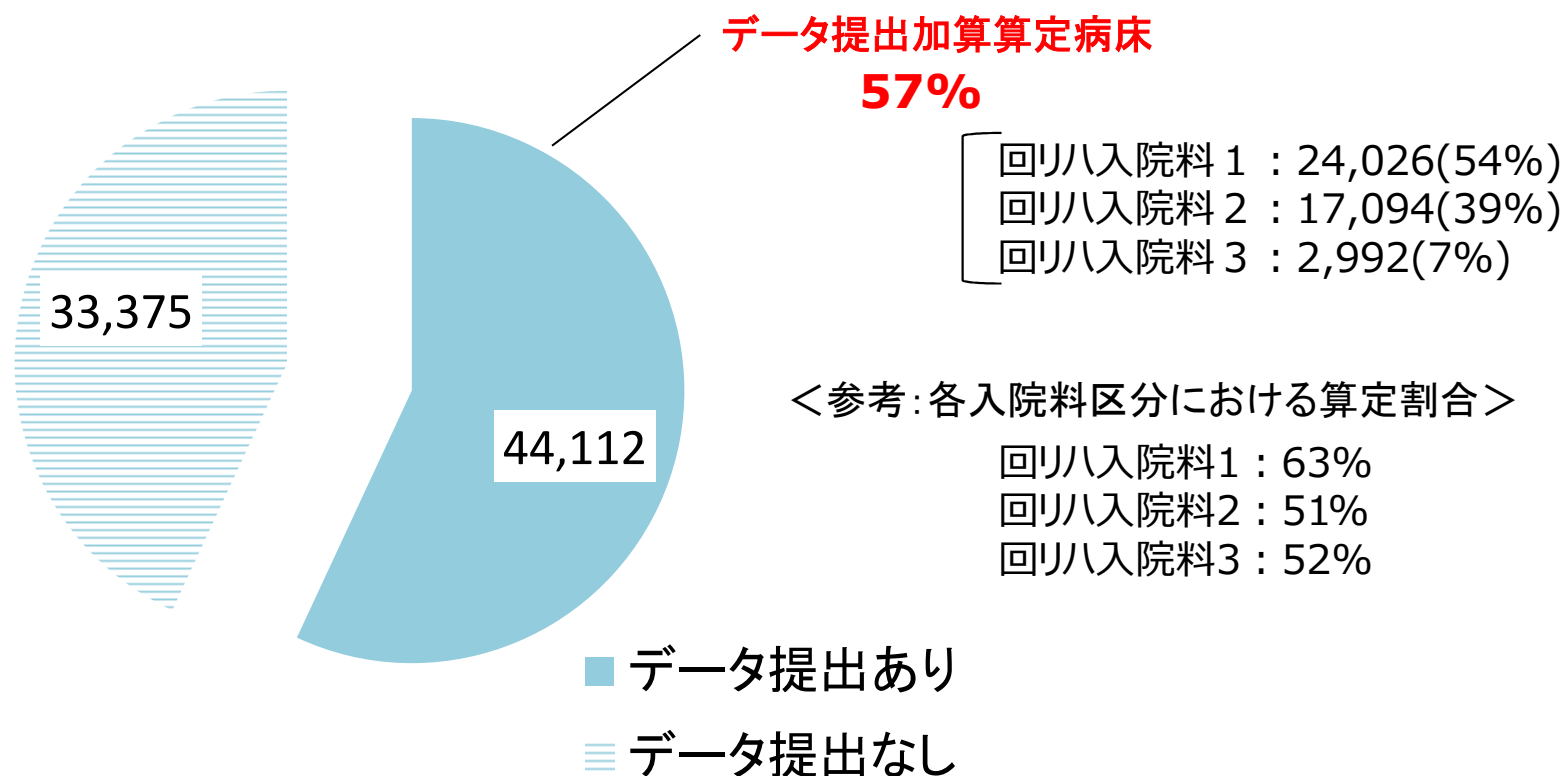
一般病棟（10対1）



データ提出加算の算定病床の割合（回復期リハ病棟）

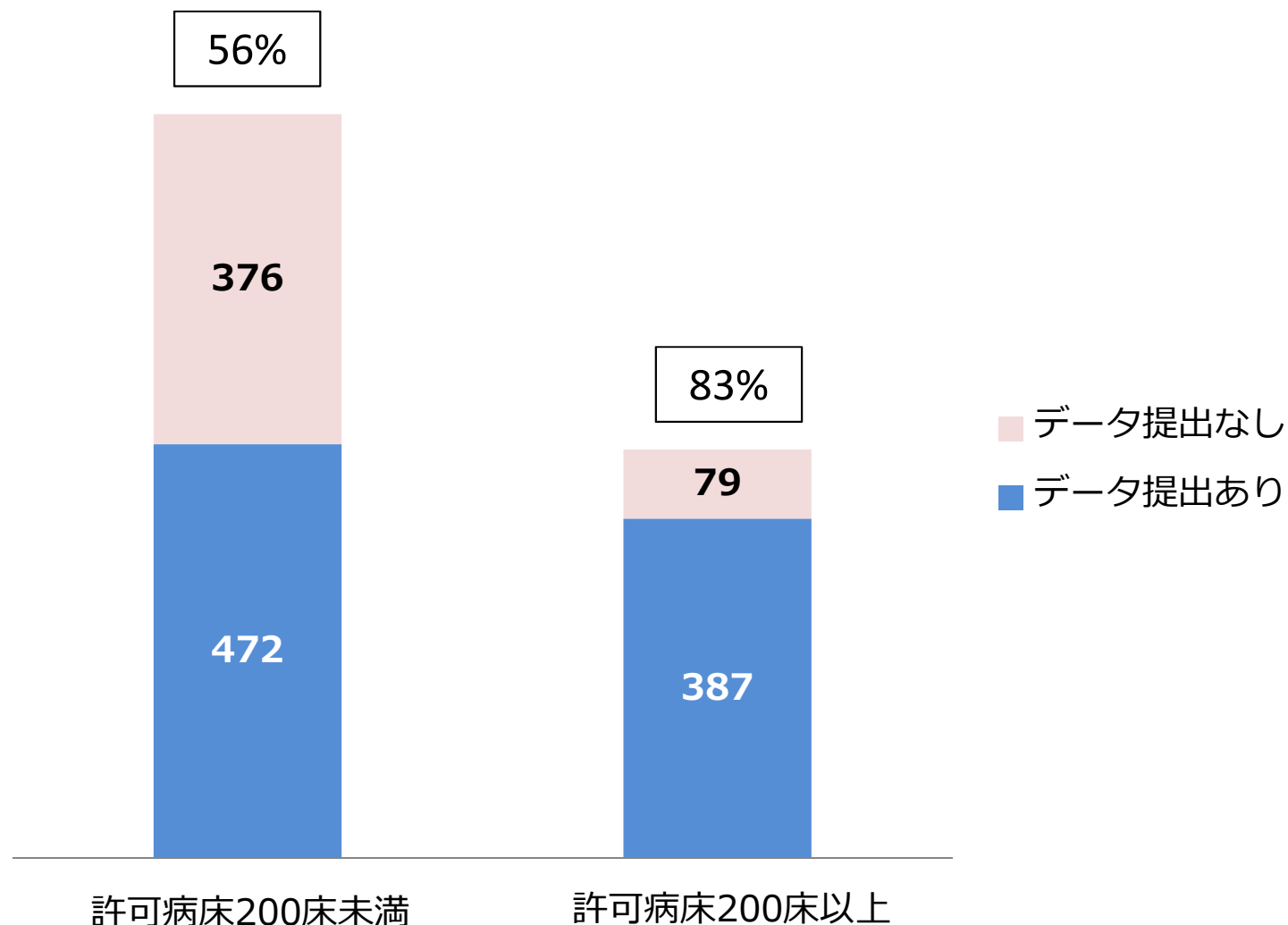
- 回復期リハビリテーション病棟入院料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、57%であり、その中で回復期リハビリテーション病棟入院料1の占める割合が最も多い。

回復期リハ届出病床数（n=77,487）



回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

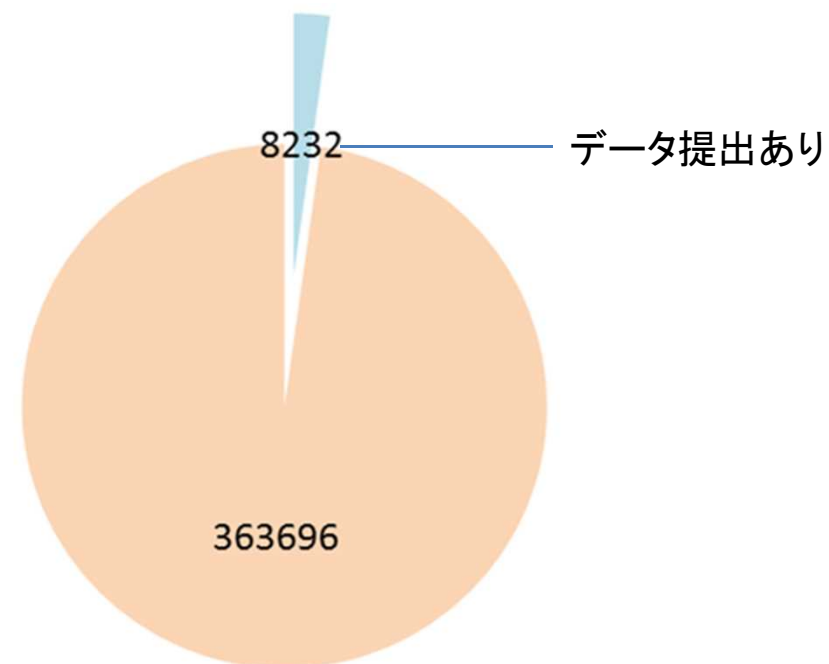
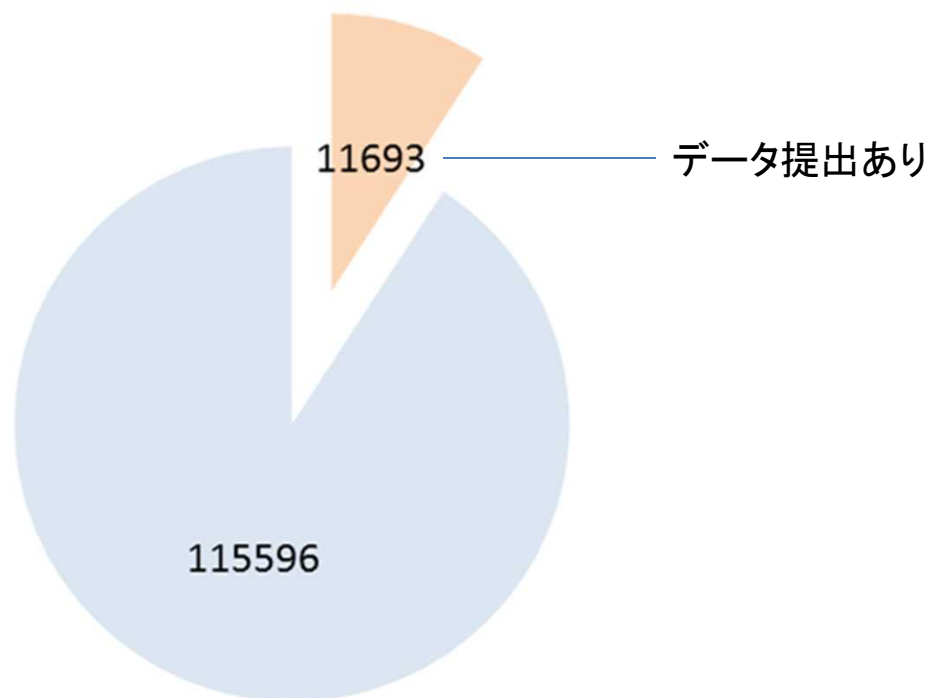
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は56%、200床以上の病院は83%がすでにデータを提出している。



データ提出加算の算定病床の割合(13対1、15対1入院基本料)

- 13対1、15対1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、それぞれ9.1%と2.2%であった。

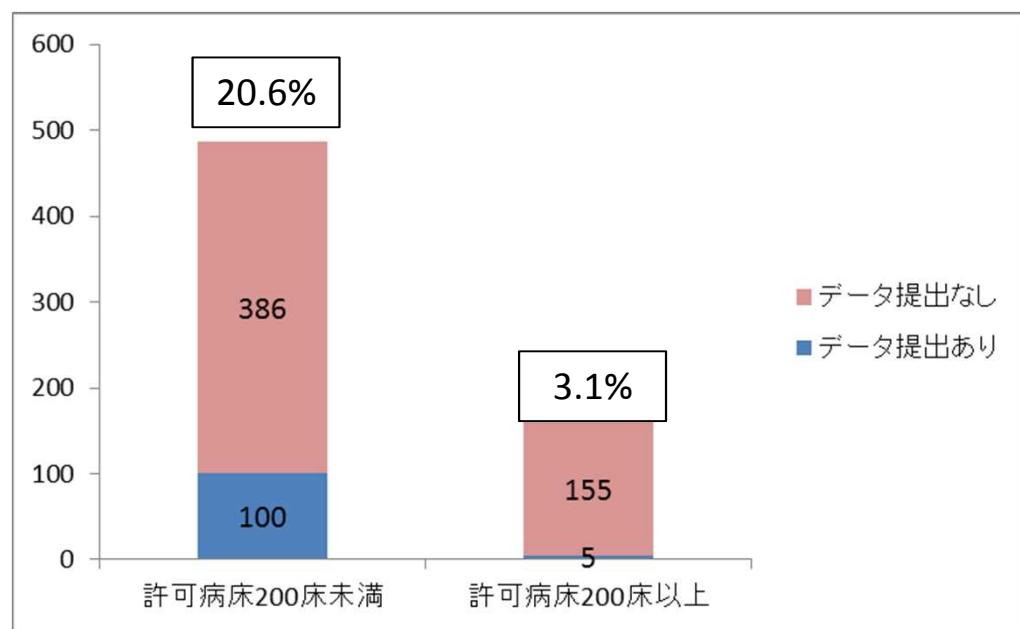
13対1一般病棟入院基本料届出病床数 (n=127,289) **15対1一般病棟入院基本料届出病床数** (n=371,928)



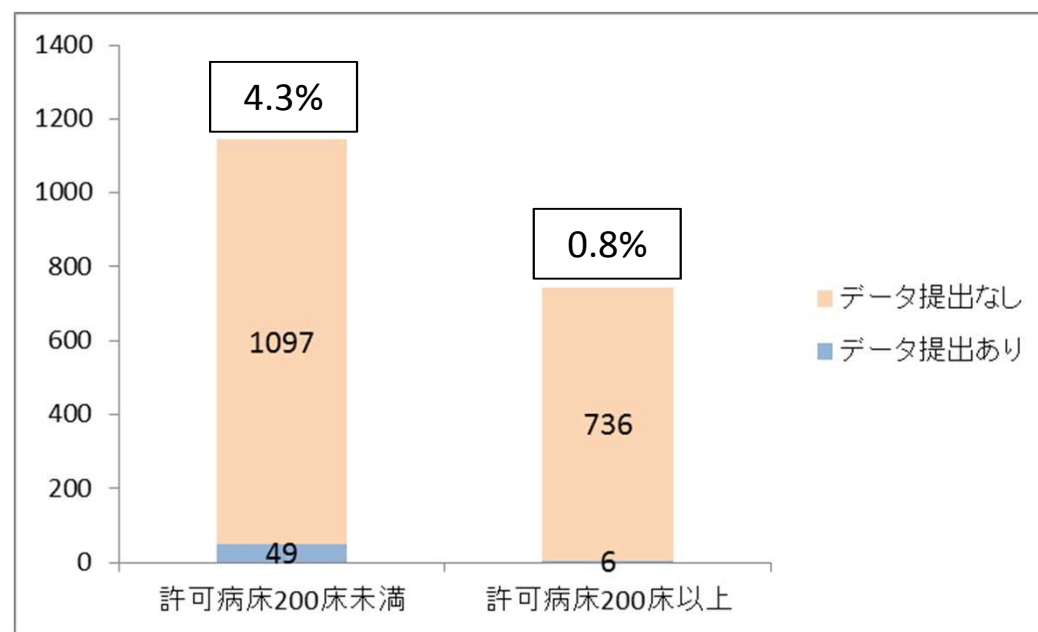
13対1、15対1入院基本料を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

- 13対1、15対1入院基本料を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床以上の医療機関でそれぞれ3.1%と0.8%の病院がデータ提出をしている。

13対1



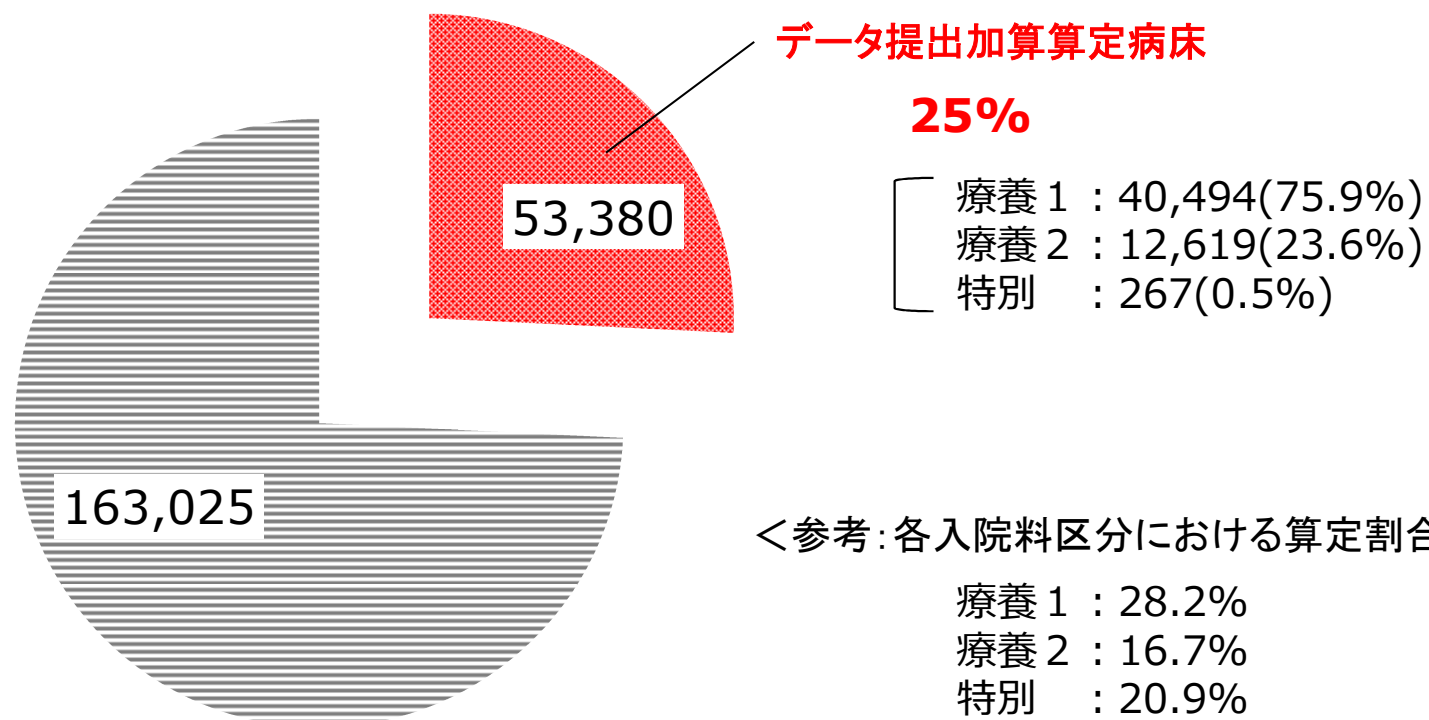
15対1



データ提出加算の算定病床の割合(療養病棟)

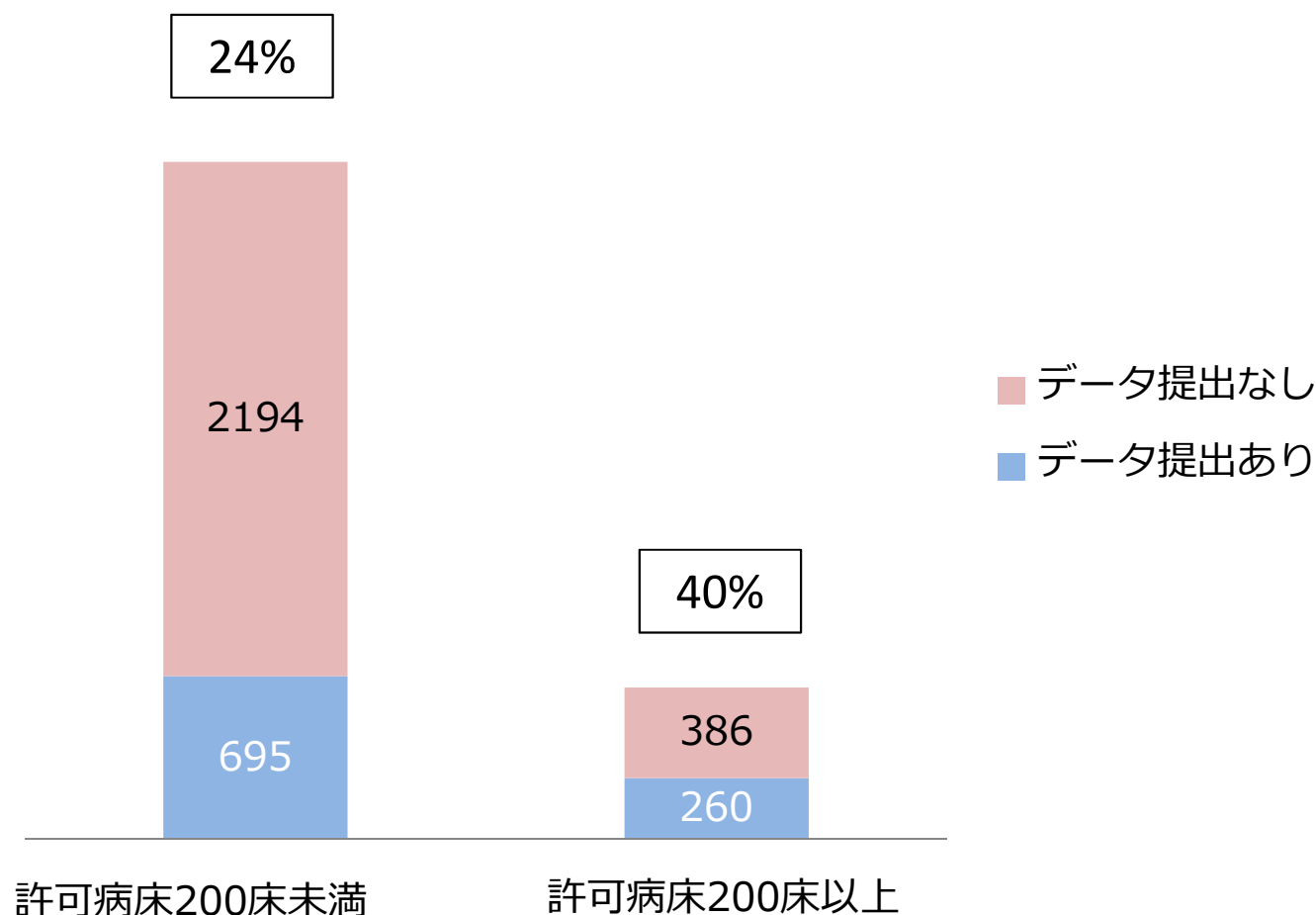
- 療養病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、約1/4である。

療養病棟入院基本料届出病床数 (n=216,405)



療養病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

- 療養病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は24%、200床以上の病院は40%がすでにデータを提出している。



様式1の見直し

項目名	対象/内容
【新】SOFAスコア	医療資源病名、併存症、続発症、入院契機傷病名として敗血症のコーディングを行う患者についてSOFAスコア（小児はpSOFAスコア）を診断時に測定
【新】SOFAスコア	特定集中治療室管理料1,2を算定する患者の入室時に測定
【新】手術基幹コード	手術を行った患者については、Kコードと対応するSTEM7コードを入力
【簡】自殺企図の有無	一般病棟/その他病棟グループに入院する患者については、必須入力である当該項目の入力を任意とする。
【簡】癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	食道癌の患者は入力不要とする。
【簡】心不全患者/血行動態的特徴	心不全の患者で入力必須であった、心不全の発症時期、心拍数、心調律は入力不要とする。
【新】要介護度	療養病棟に入院する患者については、要介護度を追加する。
【新】要介護情報	療養病棟に入院する患者については、低栄養情報、摂食嚥下機能障害を追加
【簡】がん患者/UICC TNM	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
【簡】がん患者/Stage	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
高齢者情報	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を、現在5段階のものを3区分に分類しているため、5段階で収集する。
FIM	回復期リハビリテーション入院料を算定する患者については、現在入力が任意であるが必須項目とする。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

データ様式の見直し

ファイル	項目	対象/内容	検討の経緯
E/F	病棟コード	全患者	医療機関の独自コードを入力されており、データの解析が困難であったため定義を変更する。
外来EF	患者基本情報	全患者について、性別、生年月日、レセプトに記載する病名の情報を入力	現在は請求情報しか収集しておらず、解析が困難であったため、項目を追加する。
H	重症度、医療・看護必要度	判定に必要な項目に修正	必要度の判定対象とは一部異なる情報を収集（退院日の情報など）していたものをデータ作成不要とする。
様式3	病棟情報	病棟情報を反映させるため各病棟の主な入院基本料情報を入力	急性期病棟以外についてもデータ分析が求められており、各病棟についての基本的な情報を収集するため。

その他

介護医療院の設立等、制度改正に伴う項目の修正を行う
DPC対象病院の要件として「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須とする

DPCデータ(様式1)の項目について(7:1、10:1以外)

- ・ 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- ・ 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

様式1で提出するデータ（主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成）

性別	ADL(入院時、退院時)
郵便番号	FIM(回りハ病棟で、入退棟時)
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS(入院時、退院時)
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の
診療科	急性期重症度分類
病棟	産科患者情報
身長	等

7:1、10:1以外の病棟においては、一定の入力負荷が見込まれる項目については、データ提出推進の観点から、提出を任意としてはどうか。

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象(回復期リハビリテーションを要する状態)

1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

施設基準(抄)

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上(うち7割以上が看護師)	15対1以上(うち4割以上が看護師)	
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要	
新規入院患者のうち「重症者」 (日常生活機能評価10点以上)の割合	3割以上	2割以上	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から3点以上改善	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上	6割以上	規定なし
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が5%以上	規定なし	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要(体制を備えた場合には加算あり)	

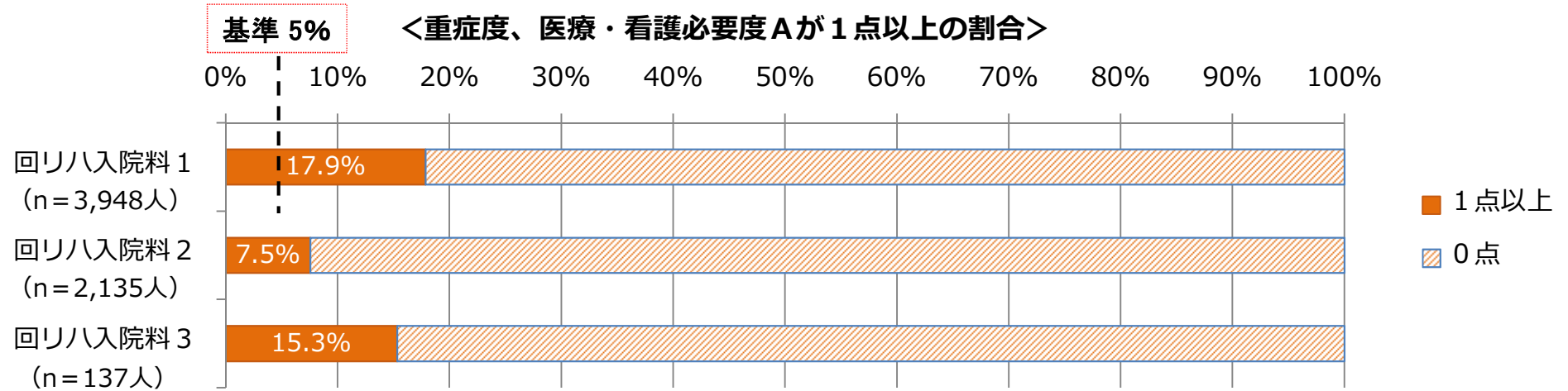
患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清掃	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

* 得点:0～19点

* 得点が低いほど、生活自立度が高い。

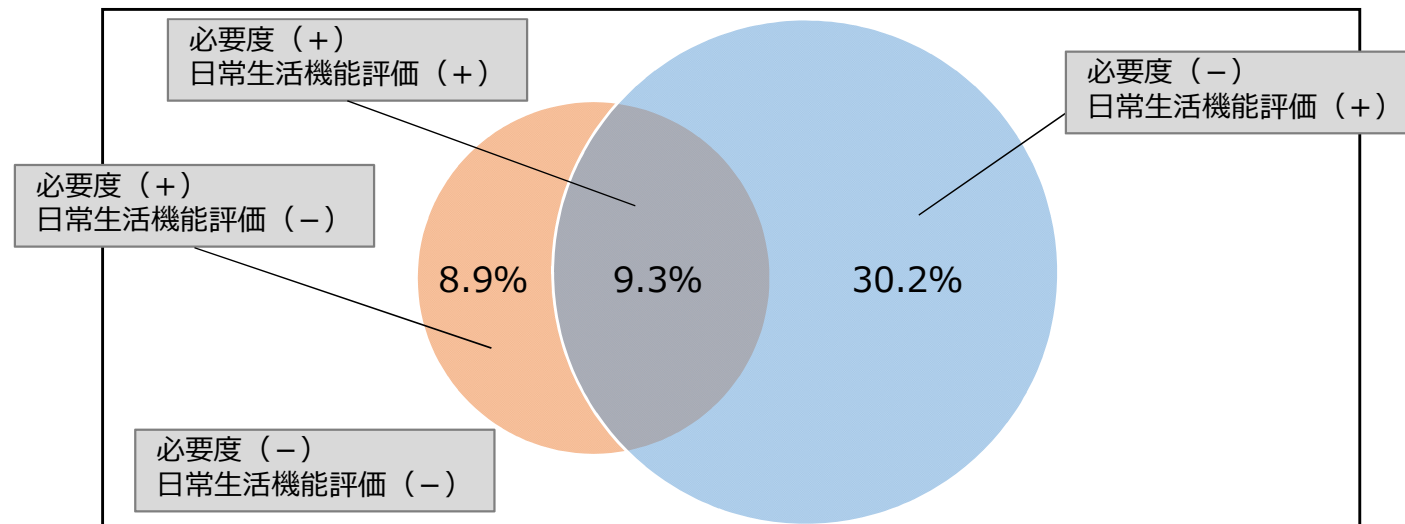
回復期リハビリテーション病棟の重症度、医療・看護必要度と日常生活機能評価

- 必要度の要件がある回復期リハビリテーション病棟の入院料 1 においては、患者の17.9%がAの得点が1点以上であったが、要件のない入院料 2 についても患者の7.5%がAが1点以上であった。



- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の入院患者のうち、必要度のAの得点が1点以上かつ日常生活機能評価が10点以上の患者は9.3%であった。

<回リハ入院料 1 の重症度、医療・看護必要度Aの点数と日常生活機能評価との関係> (n=3,743人)



注：
・必要度
重症度、医療・看護必要度Aが
1点以上→ (+)、0点→ (-)
・日常生活機能評価
10点以上→ (+)、9点以下→ (-)

データ提出加算の論点(案)

【論点(案)】

- 医療の質の向上に資するデータ利活用の観点から、
 - ・200床未満の10対1入院基本料を算定する医療機関
 - ・回復期リハビリテーション病棟(入院料1・入院料2)
 - ・200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料3
 - ・200床以上の療養病棟入院基本料1(20対1)を算定する医療機関について、DPCデータの提出を要件とすることとしてはどうか。(次項別表)
- データ提出が推進されるよう、病床機能や特性に応じたデータ提出内容としてはどうか。例えば、回復期リハビリテーション病棟及び療養病棟入院基本料については、医療機関の負担に配慮しつつ、急性期関係の項目を合理化してはどうか。
- DPC対象病院における提出データの質に関する指標の見直しを踏まえ、未コード化傷病名の割合が特に高い医療機関については、データ提出加算の評価を見直してはどうか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1において要件となっている重症度、医療・看護必要度の基準について、患者の状態に関するその他の指標と一部重複していることや医療機関の負担に配慮する観点から、要件から除外してはどうか。

データ提出加算の論点(案)(別表)

	許可病床200床未満	許可病床200床以上
7対1入院基本料	データ提出あり	データ提出あり
10対1入院基本料	<u>要件化を検討</u>	データ提出あり
13対1入院基本料 15対1入院基本料	※	※
地域包括ケア病棟入院料	データ提出あり	データ提出あり
回復期リハビリテーション 入院料1・2	<u>要件化を検討</u>	<u>要件化を検討</u>
回復期リハビリテーション 入院料3	※	<u>要件化を検討</u>
療養病棟入院基本料	※	<u>要件化を検討</u>

※要件化は行わず、データ提出が推進されるようにデータ内容を見直す

入院医療(その8)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

6. 入院患者に対する褥瘡対策

【課題】

○ 入院中の新たな褥瘡発生予防

- ・ 褥瘡を保有している入院患者は4.8%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は2.2%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は2.5%である。
- ・ 一般病院における褥瘡保有者のうち2割弱は医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷(MDRPU)であり、MDRPUのほとんどが入院中に発生している。
- ・ また、摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷(部分層損傷)であるスキーン-テア(皮膚裂傷)の有病率は0.77%であり、テープ剥離時に発生することが多い。

○ ADL維持向上等体制加算における褥瘡評価

- ・ ADL維持向上等体制加算のアウトカム評価として院内褥瘡発生率が1.5%未満であることを求めているが、1病棟のみでADL維持向上等体制加算を算定する場合等は、当該病棟において1人でも新たに褥瘡が発生すると、施設基準を満たさなくなる。

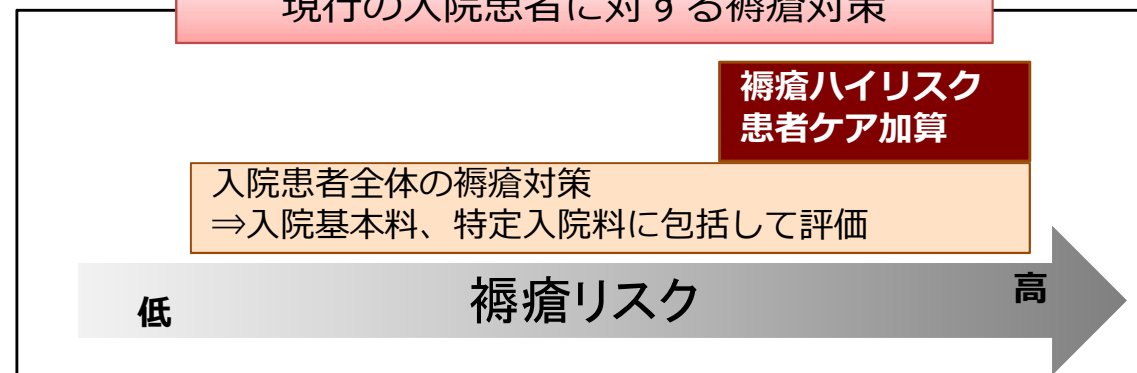
褥瘡有病率の推移

- 褥瘡有病率の経年推移を見ると、2000年代は大きく減少していったが、2010年は上昇しており、医療器具による圧迫などでできる褥瘡が指摘されるようになってきた。

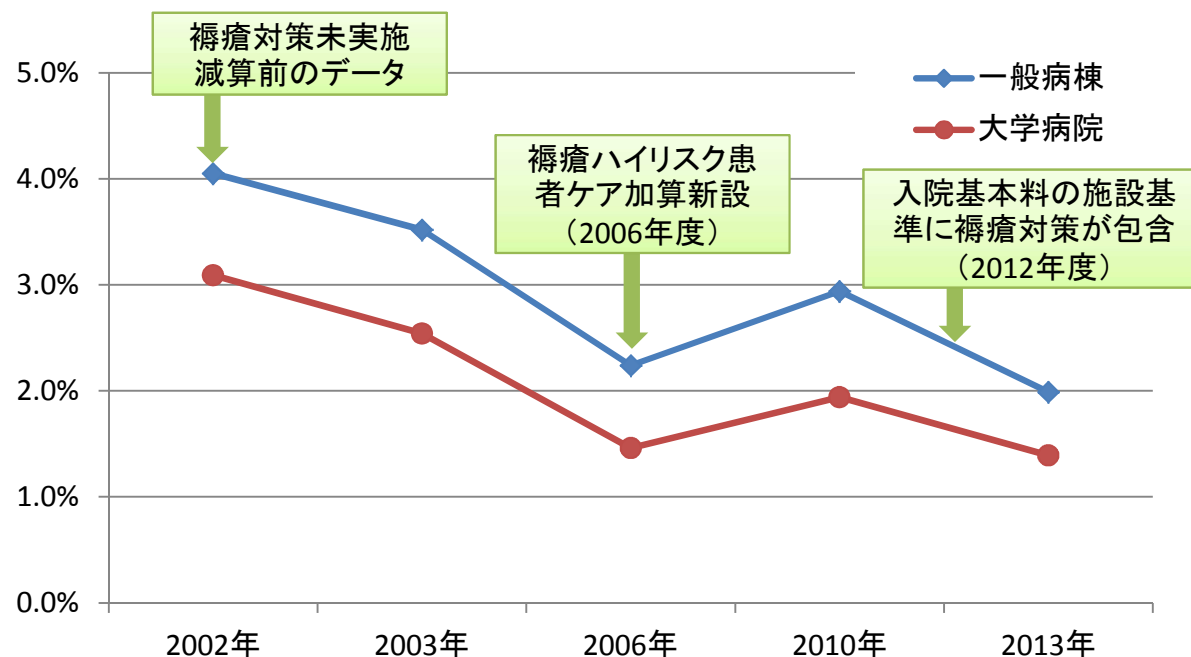
褥瘡対策の経緯

H14年 (2002年)	入院基本料における褥瘡対策の評価 ・褥瘡対策未実施減算の新設。医療安全管理体制の整備や褥瘡対策が行われていない場合に、入院基本料等から減算する仕組みを導入。
H16年 (2004年)	褥瘡患者管理加算の新設 ・褥瘡対策について、ハイリスク患者等に対する診療計画の作成や必要な器具の整備などについて、加算評価。
H18年 (2006年)	褥瘡対策未実施減算の廃止 ・褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みを廃止し、 入院基本料の算定要件化 。 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設 ・急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合を評価。
H20年 (2008年)	褥瘡評価実施加算の新設 ・療養病棟・有床診療所療養病棟入院基本料において、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行うことについて、加算評価。
H24 (2012年)	褥瘡患者管理加算の見直し ・褥瘡患者管理加算について、加算の要件を 入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価 。

現行の入院患者に対する褥瘡対策



■ 褥瘡有病率の推移



出典：日本褥瘡学会実態調査

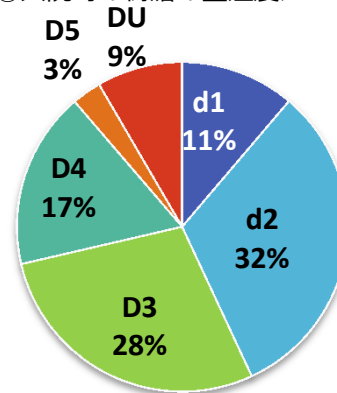
入院中の患者における褥瘡の状態

- 褥瘡を保有している入院患者は4.8%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は2.2%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は2.5%である。
- 入院中に新たに発生した褥瘡は、d2（真皮までの損傷）が多く約5割を占める。

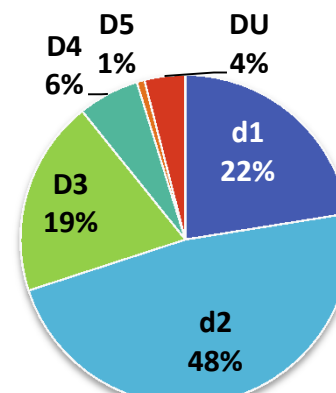
■入院中の患者における褥瘡保有状況（平成27年6月1日時点の状況（平成27年6月1日時点の全入院患者数＝1,184,445人））

	全入院患者数に占める割合
①入院患者のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数	4.8%
② ①のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数	2.2%
③ ①うち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	2.5%

＜②入院時の褥瘡の重症度＞



＜③院内発生した褥瘡の重症度＞



【DESIGN-R 褥瘡経過評価用】

Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する		
d	0	皮膚損傷・発赤無し
	1	持続する発赤
	2	真皮までの損傷
D	3	皮下組織までの損傷
	4	皮下組織を越える損傷
	5	関節腔、体腔に至る損傷
U		深さ判定が不能の場合

■医療機関別の褥瘡保有率×新規発生率（平成27年）（n=8,284医療機関（有効回答のみに限る））

		入院中の新規褥瘡発生率					合計
		0～2%	(うち、0%)	2%～4%	4%～6%	6%以上	
入院時褥瘡保有率	0～2%	2,778 (33.5%)	1,260 (15.2%)	803 (9.7%)	292 (3.5%)	385 (4.6%)	4,258 (51.4%)
	(うち、0%)	1,456 (17.6%)	958 (11.6%)	336 (4.1%)	143 (1.7%)	223 (2.7%)	2,158 (26.1%)
	2%～4%	706 (8.5%)	252 (3.0%)	529 (6.4%)	224 (2.7%)	316 (3.8%)	1,775 (21.4%)
	4%～6%	344 (4.2%)	173 (2.1%)	223 (2.7%)	186 (2.2%)	241 (2.9%)	994 (12.0%)
	6%以上	411 (5.0%)	282 (3.4%)	250 (3.0%)	176 (2.1%)	420 (5.1%)	1,257 (15.2%)
合計		4,239 (51.2%)	1,967 (23.7%)	1,805 (21.8%)	878 (10.6%)	1,362 (16.4%)	8,284 (100.0%)

- ①褥瘡保有率＝d1以上の褥瘡を有していた患者数／（平成27年6月1日時点の全入院患者数）
- ②入院時褥瘡保有率＝（H27年6月1日時点において褥瘡を有していた入院患者のうち、入院時に既に褥瘡を有していた者数）／（H27年6月1日時点の入院患者数）
- ③入院中の新規褥瘡発生率＝（H27年6月1日時点において褥瘡を有していた入院患者のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数）／（H27年6月1日時点の入院患者数）

医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）とは

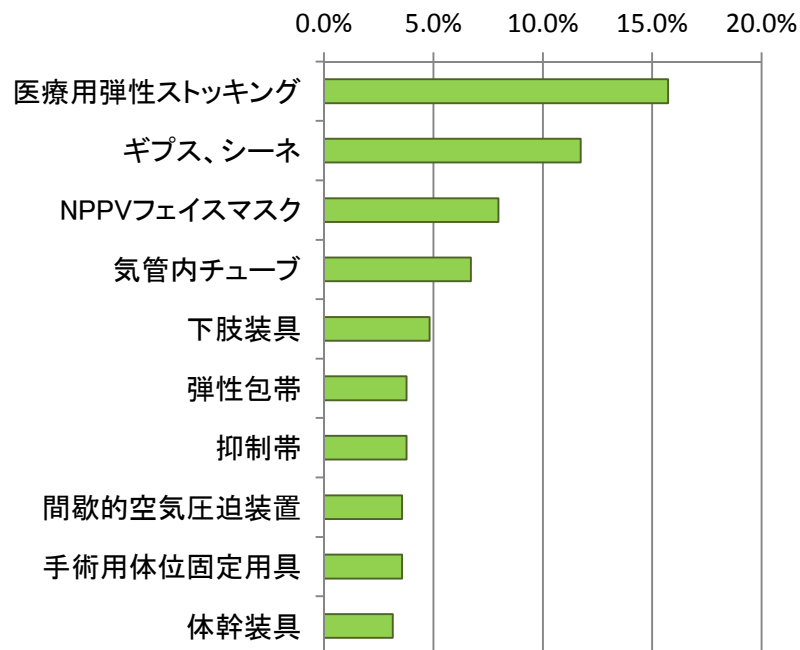
- 医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷をMDRPUという。
- MDRPUの発生に関連している医療関連機器には、医療用弾性ストッキングやギプス等がある。MDRPUの部位では、体幹が最も多く、下肢（頸骨・腓骨部等）や鼻周囲も発生しやすい。

【医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Ulcer：MDRPU）】

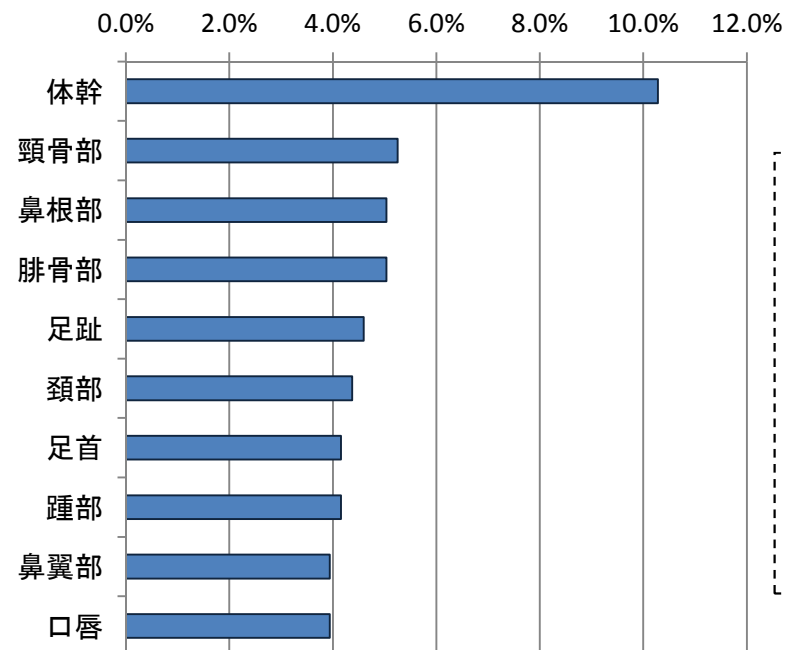
医療関連機器による圧迫で生じる皮膚ないし下床の組織損傷であり、厳密には従来の褥瘡すなわち自重関連褥瘡（self load related pressure ulcer）と区別されるが、ともに圧迫創傷であり広い意味では褥瘡の範疇に属する。なお、尿道、消化管、気道等の粘膜に発生する創傷は含めない。

（日本褥瘡学会）

MDRPUの発生に関連した医療関連機器



MDRPUの部位



【集計対象概要】

集計対象：

- ・一般病院：188施設
- ・療養病床を有する一般病院：50施設
- ・大学病院：51施設
- ・精神病院：6施設
- ・小児専門病院：6施設
- ・介護保険施設：127施設
- ・訪問看護ステーション：134施設

調査期間：

2013年10月中の任意の1日

気管カニューレ固定具



医療用弾性ストッキング



ギプス



NPPV用マスク



酸素マスクストラップ(耳介)



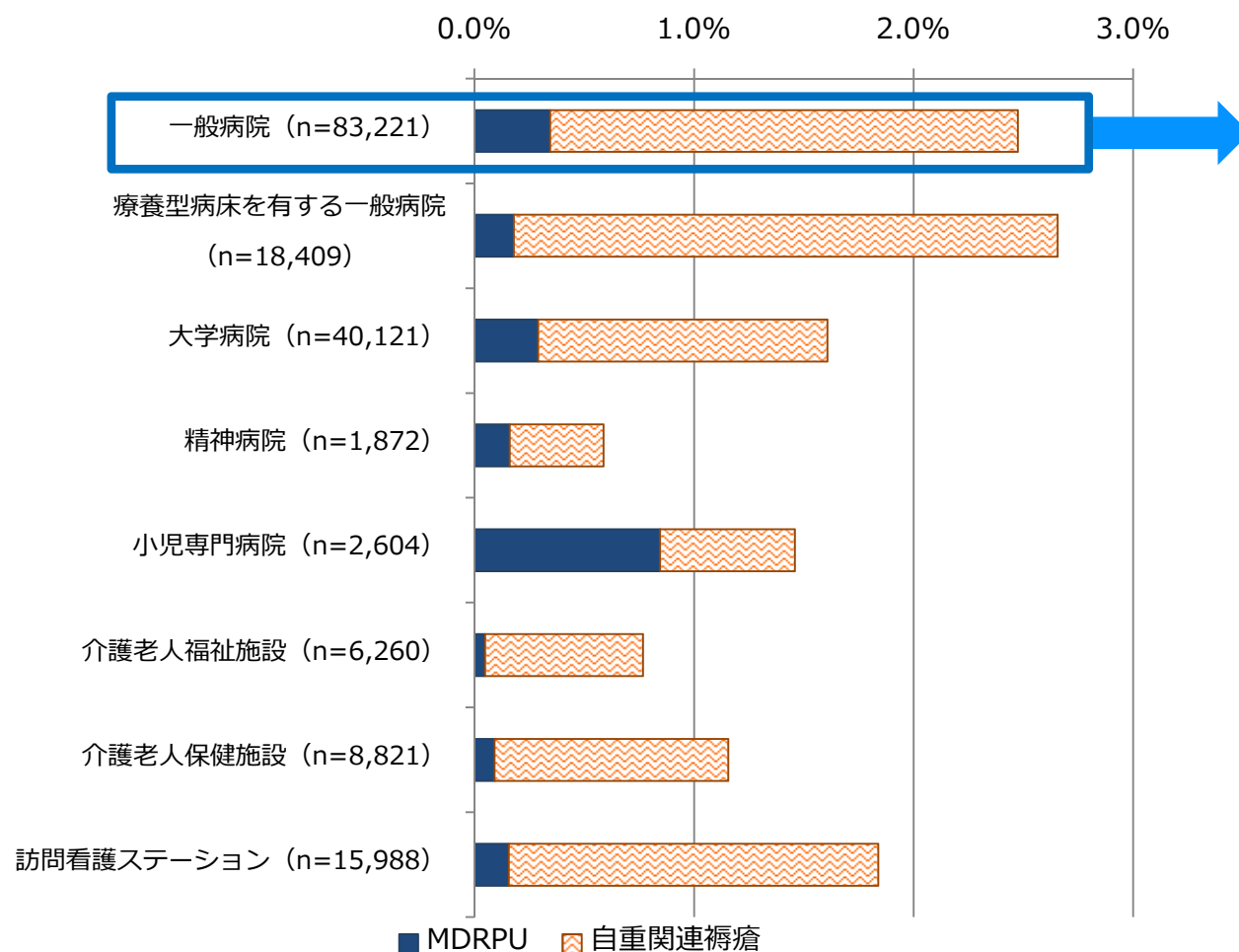
胃ろう固定板



医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の発生状況

- 一般病院における褥瘡保有者のうち、2割弱は医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷（MDRPU）である。小児専門病院ではMDRPUの割合が高く、褥瘡保有者の5割以上を占める。
- MDRPUのほとんどが入院中に発生している。

施設別褥瘡有病率



一般病院の褥瘡保有者における発生場所

	院内発生	院外発生
MDRPU (n=287)	95.8%	3.1%
自重関連褥瘡 (n=1,773)	42.1%	57.6%

〔集計対象概要〕

集計対象：

- ・一般病院：239施設
- ・療養病床を有する一般病院：61施設
- ・大学病院：68施設
- ・精神病院：7施設
- ・小児専門病院：12施設
- ・介護保険施設：157施設
- ・訪問看護ステーション：181施設

調査期間：

2016年10月中の任意の1日

褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回)

500点

➤ 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づく、総合的な褥瘡対策を実施する場合の評価。

【対象患者】

ベッド上安静であって、次に掲げる者

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態であるもの

キ 極度の皮膚の脆弱(体出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの

ク 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの

【施設基準】

イ 褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。

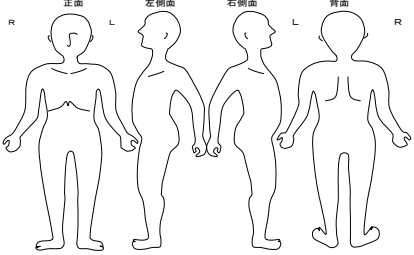
ロ 褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。

ハ 褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められた患者について、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。

ニ 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

別紙 16

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏 名：	様	病棟	評価日	年	月	日
生年月日：	(歳)	性 別	男・女	評価者名		
診 断 名：	褥瘡の有無(現在)		有・無	褥瘡の有無(過去) 有・無		
褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕 ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位)、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)、褥瘡の多発と再発						
その他の危険因子〔該当すべてに○〕 床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)、浮腫(局所以外の部位)						
褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位				リスクアセスメント結果		
				重点的な褥瘡ケアの必要性 要 ・ 不要		
				褥瘡管理者名		
褥瘡予防治療計画 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日〕						
褥瘡ケア結果の評価 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日〕						

スキン-テア（皮膚裂傷）とは

- 摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷をスキン-テアという。
- スキン-テアの有病率は0.77%であり、テープ剥離時に発生することが多い。

【スキン-テア（Skin Tear : 皮膚裂傷）】

摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷（部分層損傷）をスキン-テア（皮膚裂傷）とする。
（日本創傷・オストミー・失禁管理学会）

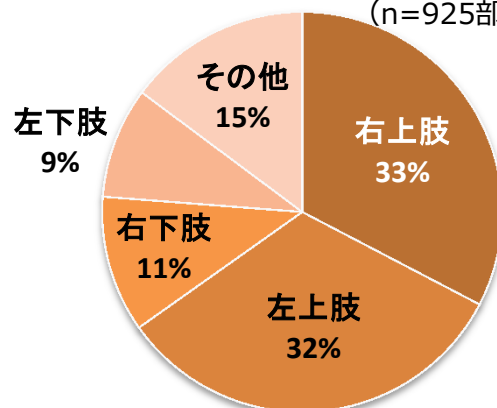
■ スキン-テアの有病率

(n=93,820人)

	粗有病率
全体	0.77%
65歳未満	0.15%
65歳以上75歳未満	0.55%
75歳以上	1.65%

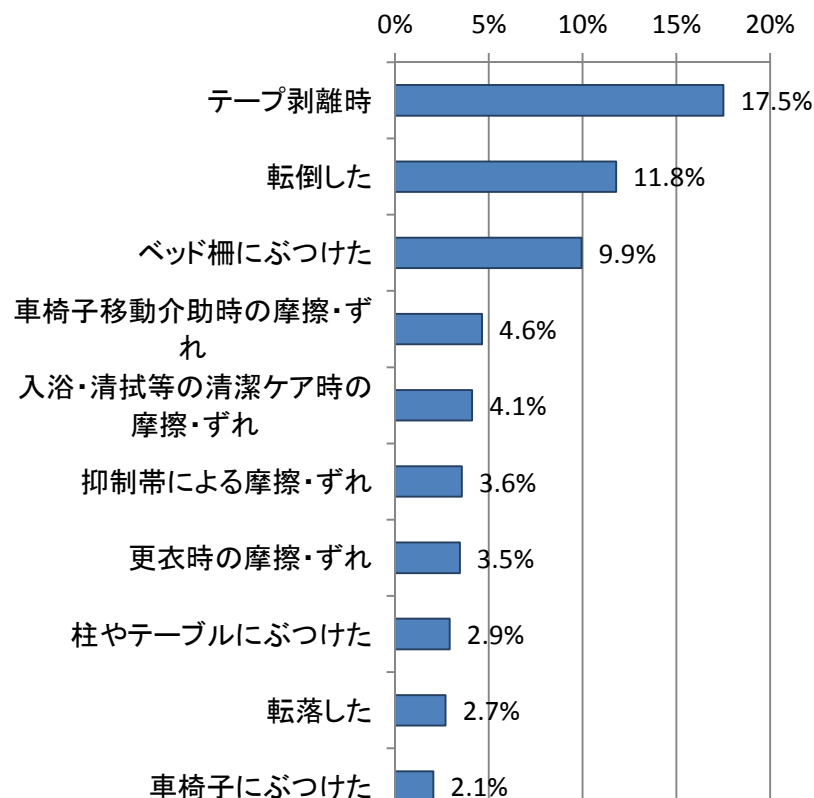
■ スキン-テアの発生部位

(n=925部位)



■ スキン-テア発生時の状況（上位10項目）

(n=925部位)



医療用テープを無理に剥がしたときに発生



腕を持ち上げたときに前腕部に発生

写真出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会提供

出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会 学術教育委員会（オストミー・スキンケア担当）スキン-テアワーキンググループ、ET/WOCNの所属施設におけるスキン-テアの実態調査

調査期間：
2014年10月～11月中の任意の1日

ADL維持向上等体制加算における褥瘡のアウトカム評価について

- ADL維持向上等体制加算は、施設基準において、アウトカム評価として院内褥瘡発生率が1.5%未満であることを求めている。
- 1病棟のみでADL維持向上等体制加算を算定する場合は、当該病棟において1人でも新たに褥瘡が発生すると、施設基準を満たさなくなる。

ADL維持向上等体制加算

[対象病棟]

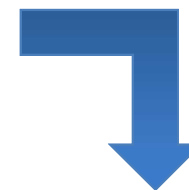
一般病棟(7対1、10対1)、特定機能病院(一般病棟)、
専門病院(7対1、10対1)

[施設基準]

- (1) 当該病棟に、常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名＋専任1名以上
- (2) 当該医療機関に、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、適切なリハビリテーションに係る研修を修了した常勤医師が1名以上
- (3) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上
- (4) アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと
 - ア 直近1年間に於いて、当該病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
 - イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること

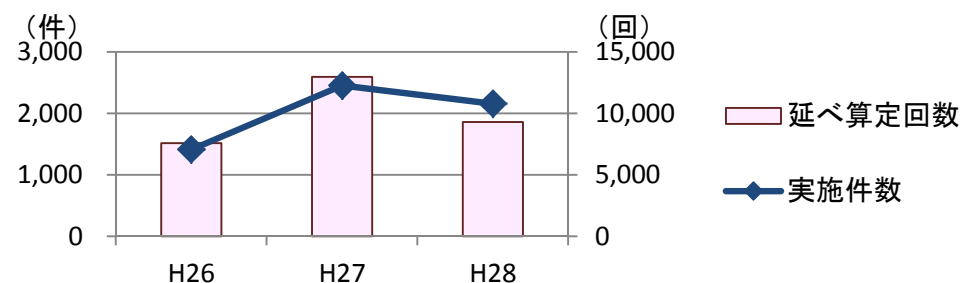
■ 1人新規褥瘡発生した場合の「院内発生した褥瘡を保有している入院患者の割合」

入院患者数	褥瘡保有患者割合
入院患者数40人	2.5%
入院患者数45人	2.22%
入院患者数50人	2%
入院患者数55人	1.82%
入院患者数60人	1.67%



例えば1病棟のみでADL維持向上等体制加算を届け出る場合、当該病棟の入院患者数が60人であっても、1人新たに褥瘡が発生すると、ADL維持向上等体制加算の施設基準を満たさなくなる。

(参考) ADL維持向上等体制加算の算定状況



出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

6. 入院患者に対する褥瘡対策

【課題】

○ 療養病床における褥瘡対策

- ・ 療養病棟のADL区分3の患者は、特に褥瘡等が生じやすい状態であることから、「褥瘡評価実施加算」があり、9割以上の患者で算定されている。
- ・ 療養病棟は、一般病棟に比べ褥瘡を保有してる入院患者が多いが、医療機関毎の新規発生率等は医療機関間の差が大きく、3割弱の医療機関は0%であるが、1割以上の医療機関は保有率・発生率共に10%を超えている。
- ・ 療養病棟での褥瘡評価は、入院時の評価とは別の評価票で行っている。

療養病床における褥瘡対策の評価

- 療養病床に入院中の患者は、入院時に入院基本料の施設基準において求めている褥瘡のリスク評価を行い、入棟後は医療区分の項目の一つとして褥瘡に関する評価が行われている。さらに、ADL区分3の患者は、特に褥瘡等が生じやすい状態であることから、「褥瘡評価実施加算」の対象となる。
- 「褥瘡評価実施加算」は、ADL区分3の患者のうち9割以上で算定されている。

療養病床における褥瘡対策

褥瘡評価実施加算（ADL区分3のみ）

医療区分・ADL区分に係る評価票における評価〔毎日〕
（褥瘡に対する治療を実施している状態）

入院患者全体の褥瘡対策
⇒療養病棟入院基本料に包括して評価

褥瘡評価実施加算（1日につき）

15点

〔対象病棟〕

療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している病棟・病床

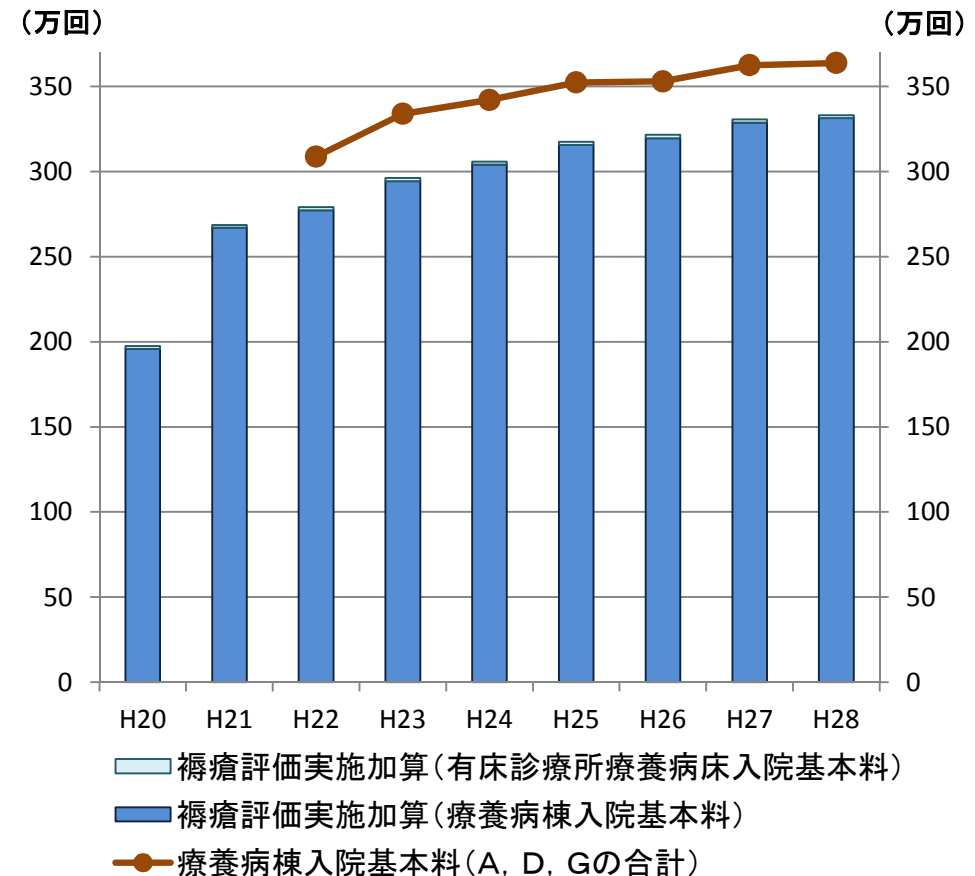
〔対象患者〕

ADL区分3の状態

〔施設基準〕

ADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に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、別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

■ 褥瘡評価実施加算の算定状況



注）療養病棟入院基本料A・D・Gは、ADL区分3の患者が算定する入院基本料である。

出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

療養病床の患者における褥瘡の状態①

- 療養病床の患者のうち、褥瘡を保有している入院患者は8.9%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は4.0%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は4.8%である。
- 入院時保有率・新規発生率共に、3割弱の医療機関は0%であるが、1割以上の医療機関は保有率・発生率が10%を超えており、医療機関間の差が大きい。

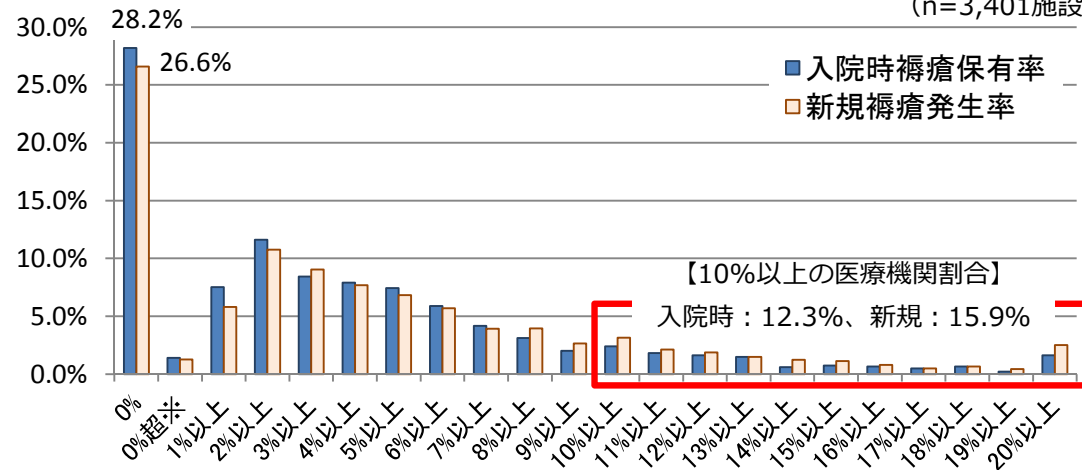
■療養病床に入院中の患者における褥瘡保有状況

平成28年6月1日時点の状況（平成28年6月1日時点の全入院患者数＝201,442人）

	全療養病床 入院患者数 に占める割合	（再掲） 療養1 （20対1）	（再掲） 療養2 （25対1）
①入院患者のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数	8.9%	9.0%	8.7%
② ①のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数	4.0%	4.3%	3.5%
③ ①うち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	4.8%	4.6%	5.2%

■入院時褥瘡保有率、新規褥瘡発生率の分布

（n＝3,401施設）



■療養病床の医療機関別の褥瘡保有率×新規発生率（平成28年）（n＝3,407医療機関（有効回答のみに限る））

※「0%超」に0%は含まない

		入院中の新規褥瘡発生率				合計
		0～2% (うち、0%)	2～4%	4～6%	6%以上	
入院時褥瘡保有率	0～2% (うち、0%)	531 (15.6%)	431 (12.7%)	231 (6.8%)	164 (4.8%)	343 (10.1%)
	2%～4%	432 (12.7%)	389 (11.4%)	151 (4.4%)	115 (3.4%)	267 (7.8%)
	4%～6%	193 (5.7%)	131 (3.8%)	166 (4.9%)	102 (3.0%)	221 (6.5%)
	6%以上	130 (3.8%)	92 (2.7%)	104 (3.1%)	97 (2.8%)	191 (5.6%)
	合計	296 (8.7%)	257 (7.5%)	172 (5.0%)	130 (3.8%)	336 (9.9%)
合計		1,150 (33.8%)	911 (26.7%)	673 (19.8%)	493 (14.5%)	1,091 (32.0%)
						3,407 (100.0%)

療養病床における褥瘡の状態の評価

- 褥瘡評価実施加算及び医療区分における褥瘡の評価は、入院基本料の施設基準で求めている「褥瘡の状態の評価」と異なっている。

■療養病棟における褥瘡評価実施加算・医療区分における褥瘡の評価

別紙10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 (年 月 日) 患者氏名 () () 才) 口男性 口女性
 評価日 (年 月 日) 評価日の医療区分 () 評価日のA/D/L区分 ()
 記載者サイン (口医師 口看護師 口看護補助者 サイン)

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

1 部位 () 大きさ () 数 () ステージ※ ()
 2 部位 () 大きさ () 数 () ステージ※ ()
 3 部位 () 大きさ () 数 () ステージ※ ()

(2) 圧迫・ズレカの排除 (体位変換、体圧分散用具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施
☐ あり (具体策:) ☐ なし

(3) スキンケアの実施 ☐ あり (具体策:) ☐ なし

(4) 栄養治療の実施 ☐ あり (具体策:) ☐ なし

(5) リハビリテーションの実施 ☐ あり (単位/日) ☐ なし

(6) 次回評価予定日 (年 月 日)

* 以下は、前月より引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)

☐ 改善した ☐ 悪化した ☐ どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策
 ()

※褥瘡のステージ

第1度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)

第2度：皮膚層の部分の喪失：びらん、水疱、浅くほみとして表れる

第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くほみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

同じ

医療区分・ADL区分に係る評価票

評価の手引き (抄)

3 1. 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。）

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態（以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。）

第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）

第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもある

第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

■入院基本料の施設基準で求めている褥瘡対策に関する診療計画書（抜粋）

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(0)なし	(1)付着剥する発赤	(2)真皮までの潰瘍	(3)皮下組織までの潰瘍	(4)皮下組織をこえる潰瘍	(5)創腔深、体腔に至る潰瘍	(6)深さ不明か不能の場合	合計点
	潰瘍日夜	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換		(6)多量:1日2回以上の交換			
	大きさ(cm ²) 長さ×長さ→直交する最大径	(0)肉芽腫瘍なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(9)16以上36未満	(9)36以上104未満	(12)64以上104未満	(15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症腫瘍なし	(1)局所の炎症腫瘍あり (創部辺りの発赤、腫脹、疼痛、発熱)		(3)局所の炎症より広範囲腫瘍あり(炎症腫瘍、膿、患肉)		(9)全身性炎症あり(発熱など)		
	肉芽形成 創部肉芽が占める割合	(0)肉芽腫瘍は創部を完全に癒着面不可能	(1)創面の70%以上を占める	(3)創面の70%以上50%未満を占める	(4)創面の50%以上10%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されてない		
	壊死組織	(0)なし	(3)多少あり(炎症性腫瘍あり)		(6)壊死・腐肉を占める(炎症性腫瘍あり)				
	オヤツト(cm ²) (オヤツトの長さ×長さ→直交する最大径→滑面直径)	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上	

異なる

客観的評価に基づく点数化が可能

入院患者に対する褥瘡対策の論点（案）

【論点（案）】

○ 入院中の新たな褥瘡発生予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するために、適切なリスクアセスメントに基づく予防と管理が実施されるよう、
 - ①入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価の中に、スキン-ケア（皮膚裂傷）を加えてはどうか。
 - ②褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象者に、医療関連機器の長期使用者を加えてはどうか。

○ ADL維持向上等体制加算における褥瘡評価

- ADL維持向上等体制加算のアウトカム評価として求めている院内褥瘡発生率について、どのように考えるか。

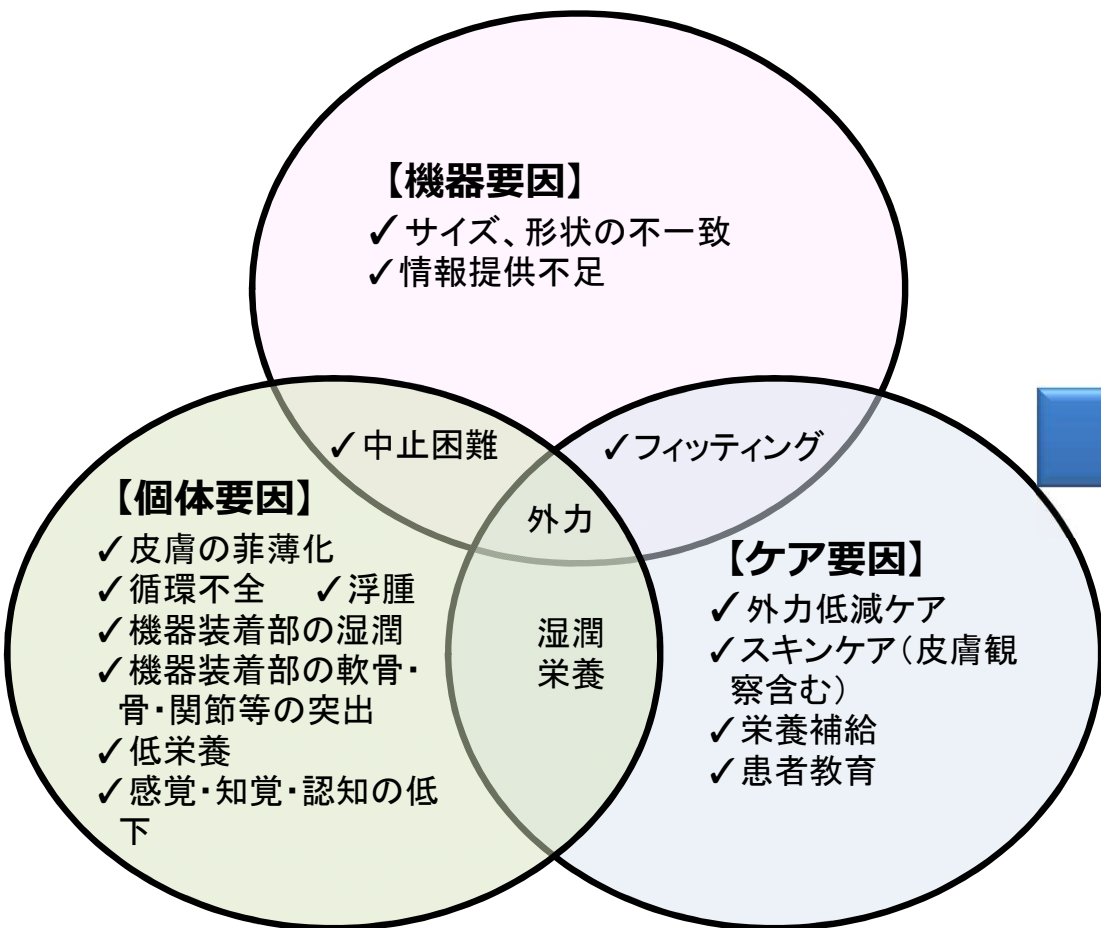
○ 療養病床における褥瘡対策

- 療養病床における褥瘡に関する評価について、入院時から統一した評価票とし、また、褥瘡対策がより推進されるよう、褥瘡評価実施加算の要件にアウトカムの視点で評価することとしてはどうか。

参考資料

医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の予防と管理

MDRPU発生の15の危険因子の関連概念図



MDRPUの予防・管理フローチャート

医療関連機器装着前

- ① 医療関連機器の装着の指示があったら、個体要因、機器要因のアセスメントを実施する。
 - ② 医療関連機器の素材・サイズの選択に必要な身体計測や情報収集を行う。
 - ③ ケア計画の立案と実施
- 個体要因、機器要因の危険因子に「あり」がある項目に対し、リスクを取り除くあるいはリスクを下げるためのケア計画を立案する。

医療関連機器装着後

- ④ 医療関連機器をフィッティングする。
- ⑤ 最低2回／日の頻度で装着部およびその周囲皮膚を観察し、圧迫による兆候がないかを確認する。
- ⑥ MDRPUがない場合は、個体要因のアセスメントに戻る。
- ⑦ MDRPUがある場合は、創傷の状態をDESIGN-Rを用いて評価し、「褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）」（日本褥瘡学会編）に準拠した局所管理を実施し、医療安全対策部門に報告する。
- ⑧ MDRPU発生原因となった機器の使用が中止可能か否かについて検討する。中止困難な場合は、個体要因のアセスメントに戻る。

スキン-ケアの予防と管理

【個体要因のリスクアセスメント】

全身状態	皮膚状態
☐ 加齢（75歳以上） ☐ 治療（長期ステロイド薬使用、抗凝固薬使用） ☐ 低活動性 ☐ 過度な日光暴露歴（屋外作業・レジャー歴） ☐ 抗がん剤・分子標的薬治療歴 ☐ 放射線治療歴 ☐ 透析治療歴 ☐ 低栄養状態（脱水含む） ☐ 認知機能低下	☐ 乾燥・鱗屑 ☐ 紫斑 ☐ 浮腫 ☐ 水疱 ☐ ティッシュペーパー様（皮膚が白くカサカサして薄い状態）

【外力発生要因のリスクアセスメント】

患者行動 (患者本人の行動によって摩擦・ずれが生じる場合)	管理状況 (ケアによって摩擦・ずれが生じる場合)
☐ 痙攣・不随意運動 ☐ 不穏行動 ☐ 物にぶつかる（ベッド柵、車椅子など）	☐ 体位変換・移動介助（車椅子、ストレッチャーなど） ☐ 入浴・清拭等の清潔ケアの介助 ☐ 更衣の介助 ☐ 医療用テープの貼付 ☐ 器具（抑制具、医療用リストバンドなど）の使用 ☐ リハビリテーションの実施

【発生と再発の予防ケア】

①栄養管理

②外力保護ケア

- 1) 安全な環境を整える
 - ・ベッド柵にカバーを装着する
 - ・皮膚保護（筒状包帯 等）をし、医療用リストバンドを装着する 等

2) 安全なケア技術

- ・体位変換補助具（スライディングシート 等）を使用する 等



ベッドと車椅子の間にスライディングボードを設置



股部を滑らせるように移動
このとき、姿勢が崩れないように支える

3) 安全な医療用品などの使用

- ・皮膚被膜剤を使用してからテープを貼付する 等

③スキンケア

- 1) 皮膚の保湿
- 2) 皮膚の洗浄方法
- 3) 寝衣の選択

④医療・介護メンバー教育

⑤患者・家族教育

褥瘡対策に関する診療計画書

別添6

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 殿 男 女 病棟 計画作成日
明大昭平 年 月 日生 (歳) 記入医師名
記入看護師名

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他) ()
2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他) () 褥瘡発生日

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除却)			できる	できない	「あり」もしくは 「できない」かつ つ以上の場合、 看護計画を立案 し実施する
・病的骨突出			なし	あり	
・関節拘縮			なし	あり	
・栄養状態低下			なし	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり	
・浮腫(局所以外の部位)			なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及び褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(1)なし	(1)片側赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に達する損傷	(6)深部組織に達する損傷	合計点
浸出液	(0)なし	(1)少量、毎日の交換を要しない	(2)中等量、1日1回の交換	(3)多量、1日2回以上の交換					
大きさ(cm ²) 長さ×幅×直交する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(9)16以上36未満	(12)36以上64未満	(15)64以上100未満	(18)100以上		
炎症・感染	(0)局所の炎症性損傷なし	(1)局所の炎症性損傷あり(創面、潰瘍、腫脹、熱感、疼痛)	(2)局所の炎症性損傷あり(創面、潰瘍、腫脹、熱感、疼痛)	(3)局所の炎症性損傷あり(創面、潰瘍、腫脹、熱感、疼痛)	(4)全身の炎症性損傷あり(発熱、白血球増加など)				
肉芽形成 創生肉芽が占める割合	(0)創面が癒合しない	(1)創面の30%以上を占める	(2)創面の50%以上を占める	(3)創面の70%以上を占める	(4)創面の90%以上を占める	(5)創面の100%以上を占める	(6)全く肉芽が占めていない		
壊死組織	(0)なし	(3)少量の壊死組織あり	(6)中等量の壊死組織あり	(9)大量の壊死組織あり					
オメント(cm ²) (オメントの長さ×幅×直交する最大径)×褥瘡面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(15)36以上64未満	(18)64以上100未満	(21)100以上		

看護計画	留意する項目	計画の内容
	圧迫 スレカの排除 (体位変換、体圧分散器具、頭部)	ベッド上
	挙上方法、車椅子姿勢保持等	イス上
	スキンケア	
	栄養状態改善	
	リハビリテーション	

[記載上の注意]

- 日常生活自立度の判定に当たっては、「『障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準』の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健課福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

入院基本料等の施設基準 (抄)

第1 入院基本料及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

4 褥瘡対策の基準

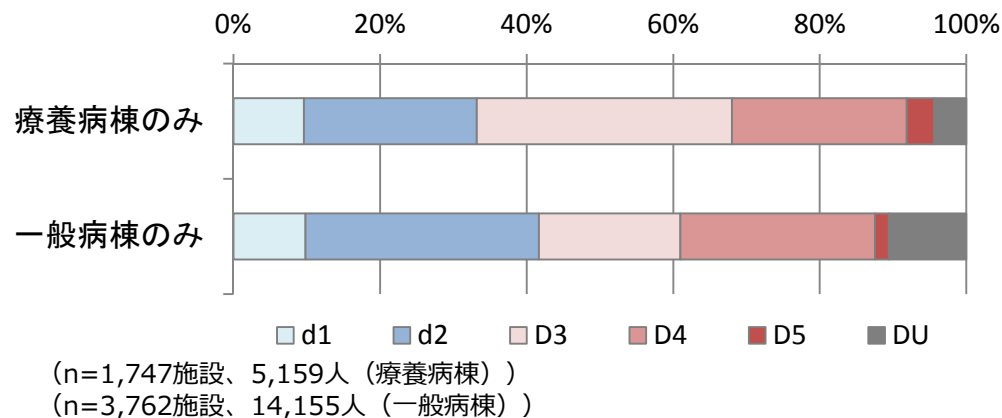
- 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。

(4)～(6) (省略)

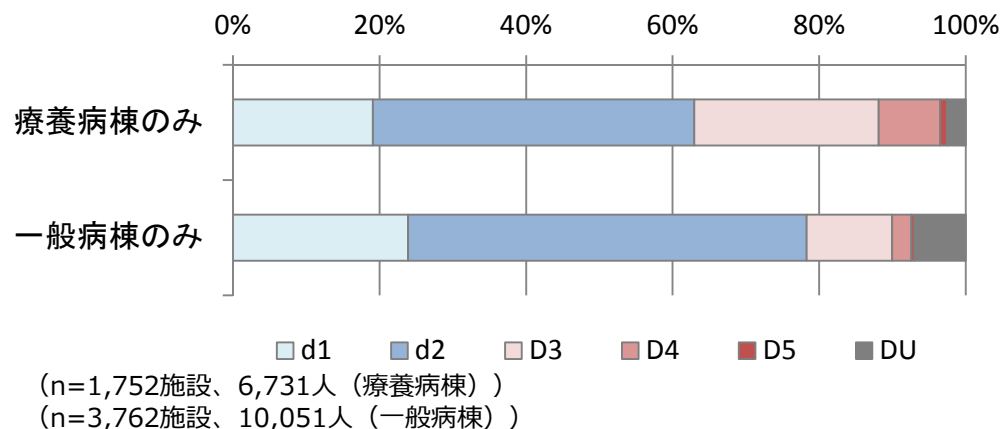
療養病床の患者における褥瘡の状態②

- 療養病棟は、一般病棟に比べ、入院時持ち込みの褥瘡及び院内発生した褥瘡共に、D3（皮下組織までの損傷）以上の重症度が高い褥瘡を保有する患者が多い。
- 療養病棟に入院中の患者の褥瘡保有状況をADL区分別に見ると、ADL区分1に比べ、ADL区分2・3の褥瘡保有率が高い。

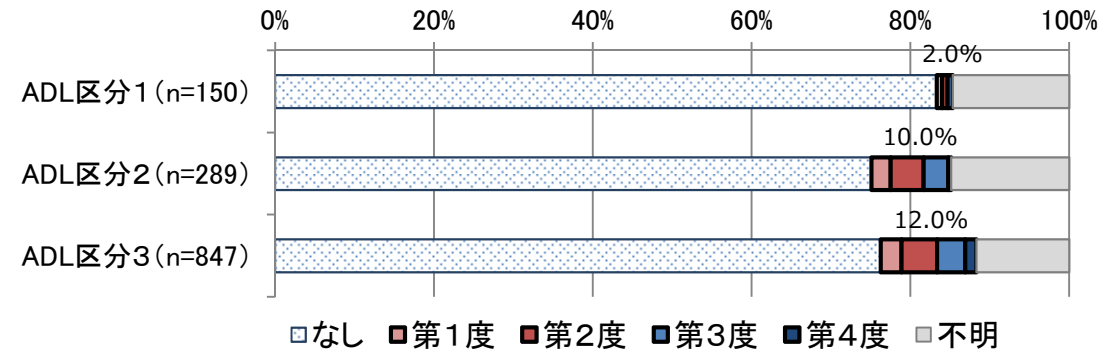
■入院時の褥瘡の重症度



■院内発生した褥瘡の重症度

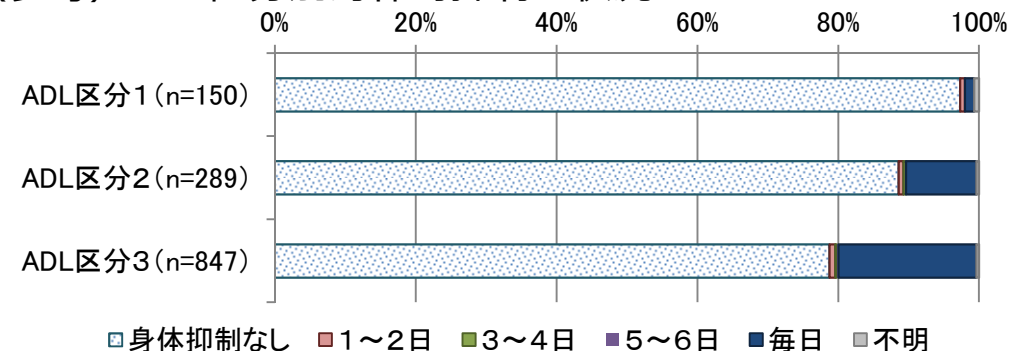


■ADL区分別褥瘡保有状況



※調査日から過去3日間の最もひどい状態について患者毎に記載している。
 第1度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
 第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

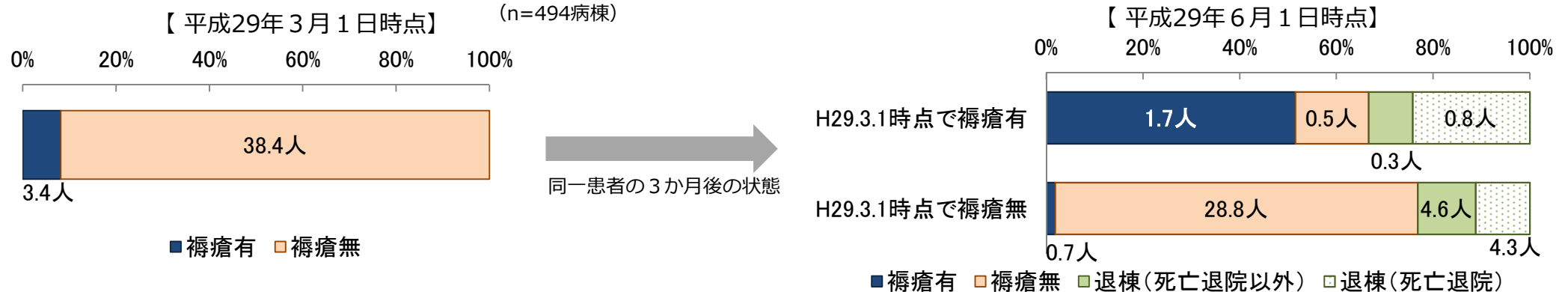
(参考) ADL区分別身体的抑制の状況



療養病床の患者における褥瘡の状態③

- 療養病棟において褥瘡治療中の患者の3か月後の状態を見ると、半数は引き続き褥瘡治療中である。

■ ① 褥瘡に対する治療の実施有無別平均入院患者 (療養病棟入院基本料 1 (20対1))



■ ② ①のうち、入院後に発症した褥瘡に対する治療の実施有無別平均入院患者数 (療養病棟入院基本料 1 (20対1))

