

# 2025年へのカウントダウン

～同時改定を生き抜く看護管理と病院経営～



国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹

# 目次

- パート 1
  - 医療介護総合確保法と地域医療構想
- パート 2
  - 2018年診療報酬改定
    - ①7対1病床の要件見直し
    - ②地域包括ケア病棟
    - ③短期滞在手術・検査など
    - ④退院支援加算
    - ⑤療養病床とDPCデータ提出加算



# パート1 医療介護総合確保法と 地域医療構想



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論  
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)  
が2012年11月30日から始まった

# 民圧勝 与党310超



## 3分の2維持 立憲民主野党

### 希望敗北市

赤野 甘利 里明

# 自公300に迫る

## 自民大勝280超

野党 136

311 自民282 公明 29 57 希望 48 62 立憲 50 共産 11 社民 1

▲議席数(226) ▲310(206)

## 議論今後の様

### 希望伸び悩

衆院選

29	11	15	17	1	10	34	1
11	51	9	1	0	0	0	0
15	14	2	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	23	0	0
0	0	0	0	0	23	169	0
議 議	議 議	議 議	議 議	議 議	議 議	議 議	議 議
計	計	計	計	計	計	計	計
454	454	454	454	454	454	454	454

希望伸びず 前原氏辞意

## 再び3分の

### 改憲勢力3

#### 立憲民主

衆院の新勢力

野党 120

衆議院 10 定数 465 議席数 233

23 社民 1 立憲 50 共産 11 希望 9 社民 1

野党第1

# 社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

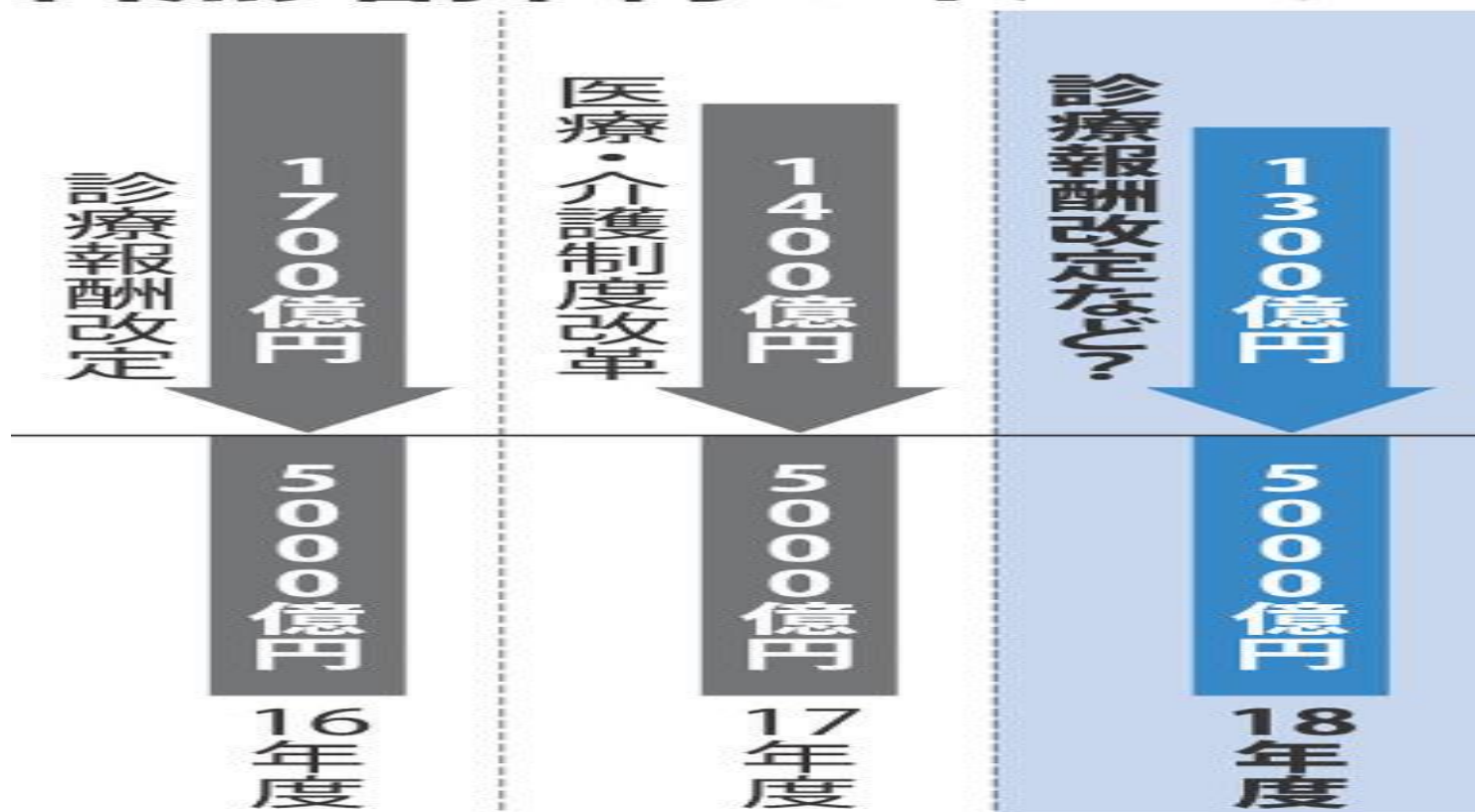
- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
  - 幼児教育・保育の無償化
    - さらなる財源が必要！
  - 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
    - しかし2018年改定は消費増税なき改定
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー



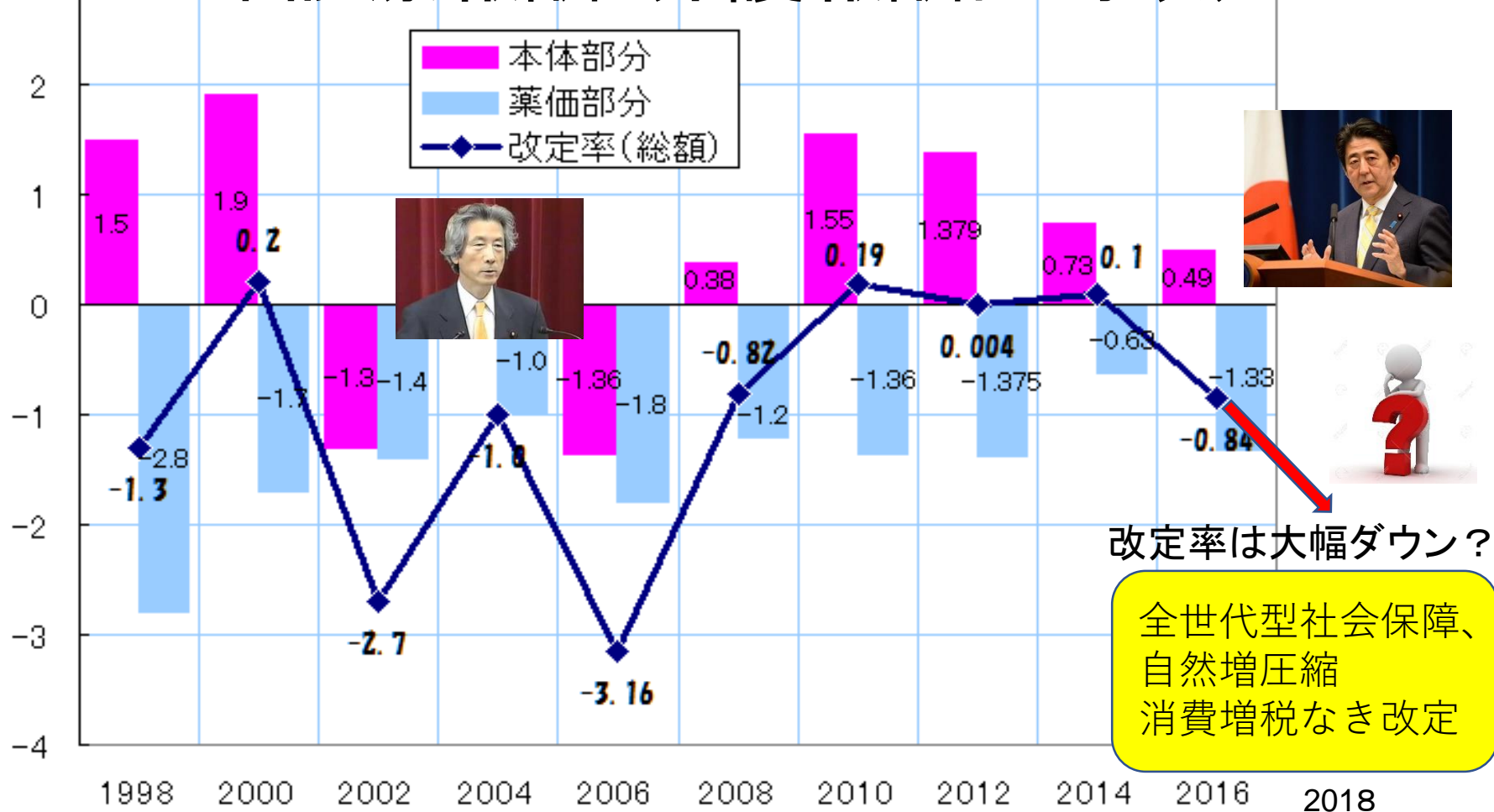
安倍晋三首相

# 社会保障費圧縮改定

## 2018年度の社会保障費 自然増抑制のイメージ



# 2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

# 地域医療介護総合確保法





# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



ポイントは  
「地域包括ケ  
ア」と「地域  
医療構想」

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

# 地域医療・介護総合確保法成立可決（2014年6月18日）

## 医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

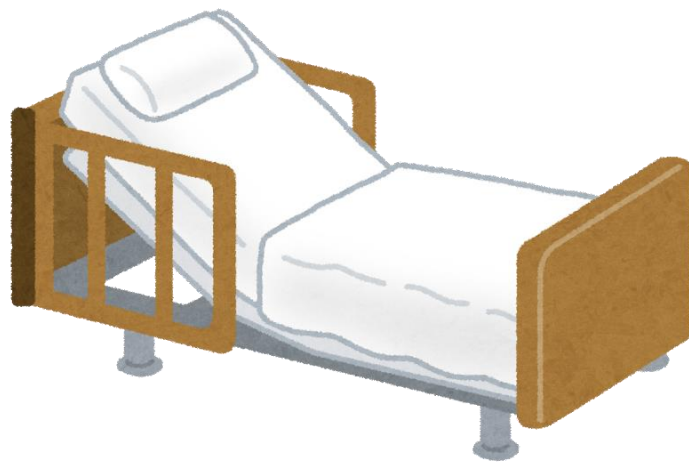
所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日  
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

# 地域医療構想



## 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

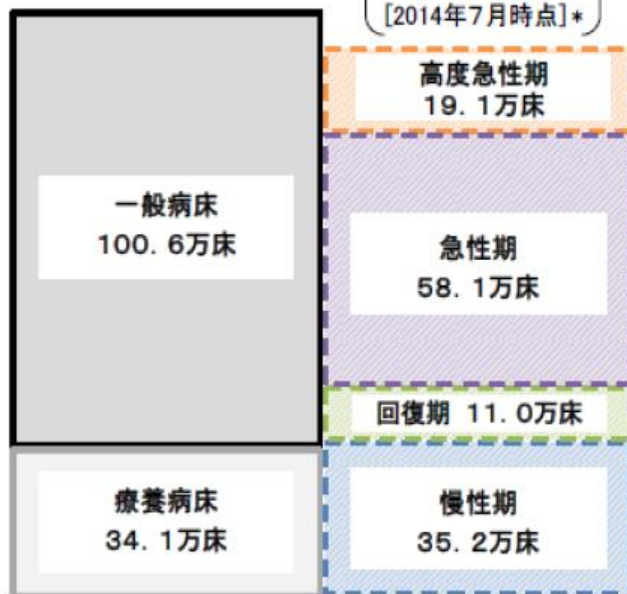
# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

## 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1

15万床  
減少



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。  
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 2018年診療報酬改 ～地域医療構想を下支え～



迫井正深医療課長

急性期入院医療の見直し（7対1病床見直し）

# 財務省主計局の阿久澤孝主計官コメント

○財務省主計局の阿久澤孝主計官（厚生労働省第一担当）は来年度予算案の編成では、社会保障関係費の自然増6300億円からの削減と保育の受け皿拡大の財源確保の2つの課題に対応する

○社会保障全般の歳出の見直しを行う必要があるとの認識を示した。診療報酬改定に関しては「大きな方向性」として適正化・効率化が不可欠だと指摘

○「7対1入院基本料は看護職員の配置状況を中心に点数が決められ、実際に提供している医療の機能を十分に反映する仕組みとなっておらず、問題。病床数についても、当初の見込みよりも算定病床数は大幅に増えており、改善は不十分」



財務省・阿久澤主計官  
キャリアブレインマネジメント  
2017年09月12日

# パート 2

## 2018年診療報酬改定



入院医療等調査評価分科会より



# 次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

## 改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

### 視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目ない提供体制が確保されることが重要ではないか。

#### 【考えられる具体的方向性の例】

- ・ 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ▷ 入退院支援、医療機関間連携、医科歯科連携、病診薬連携、栄養指導、医療介護連携等の多職種連携による取組等の推進

- ▷ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目ない継続的なリハビリテーションの提供など、医療・介護の適切な役割分担に基づくサービス提供の推進

- ・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価

- ▷ 患者の療養環境や希望に応じた診療の推進

- ▷ 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導の推進、薬剤調製等の対物業務やいわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化

### 【考えられる具体的方向性の例（続き）】

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
  - ▷ 医療機能や患者の状態に応じた評価
  - ▷ 医療機能の分化・強化、連携の推進
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
  - ▷ 大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
  - ▷ 生活習慣病の増加等に対応する医学管理や重症化予防の取組の評価
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - ▷ 地域の状況、患者の状態、医療の内容、住まい・住まい方等に応じた評価
- ・国民の希望に応じた看取りの推進
  - ▷ 患者本人の意思を尊重したサービス提供の推進

## 視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要ではないか。

### 【考えられる具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- ・情報通信技術（ICT）等の新たな技術の活用、データの収集・利活用の推進
  - ▷ 遠隔診療の適切な活用、医療連携を含めたICT等の有効活用の適切な推進による医療の質の向上
  - ▷ データの収集・利活用による実態やエビデンスに基づく評価の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進
  - ▷ 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進

### 視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要ではないか。

#### 【考えられる具体的方向性の例】


- ・ チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）、勤務環境の改善
  - ▷ 多職種によるチーム医療や専門職の柔軟な配置等の推進
- ・ 業務の効率化・合理化
  - ▷ 診療報酬に関する届出・報告等の簡略化
- ・ ICT等の有効活用
  - ▷ 遠隔診療の適切な活用、医療連携を含めたICT等の有効活用の適切な推進（再掲）
- ・ 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
  - ▷ 入退院支援、医療機関間連携、医科歯科連携、病診薬連携、栄養指導、医療介護連携等の多職種連携による取組の推進（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化
  - ▷ 大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進（再掲）

## 視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要であり、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要ではないか。

### 【考えられる具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
  - ▷ 「薬価制度改革の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえた薬価制度改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
  - ▷ 後発医薬品の使用に係る目標を達成するための取組の推進
- ・費用対効果の評価
  - ▷ 試行的導入対象の医薬品・医療機器に係る費用対効果評価の結果を踏まえた価格の設定、制度化に向けた検討
- ・医薬品の適正使用の推進
  - ▷ 医師・薬剤師の協力による、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等を減らすための取組の推進
- ・薬局の機能に応じた評価の推進
  - ▷ いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化（再掲）
- ・医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価



中医協診療報酬調査専門組織  
入院医療等の調査・評価分科会

入院医療に関して専門的立場、技術的な視点から  
課題を整理し中医協基本問題小委に報告する



# 中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

## 専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、  
中医協の議決により設置

### 診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議  
設置: H17  
会長:  
委員: 公益委員のみ  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度2回  
平成23年度2回  
平成24年度4回

### 薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議  
設置: H2  
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度2回  
平成23年度14回  
平成24年度7回

### 費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議  
設置: H24  
会長:  
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3  
開催: 改定の議論に応じて開催

### 保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議  
設置: H11  
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度2回  
平成23年度9回  
平成24年度1回

## 小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき  
中医協の議決により設置

### 診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う  
設置: H3  
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度開催なし  
平成23年度開催なし  
平成24年度5回

### 調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う  
設置: S42  
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4  
開催: 調査設計で開催  
平成22年度3回  
平成23年度1回  
平成24年度3回

聴取

意見

## 診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討  
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度  
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度  
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度  
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会  
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会  
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

## 専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

### 薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議  
設置: H12  
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

### 保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議  
設置: H12  
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いげばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

# 2018年診療報酬改定 入院医療 5つのポイント

- ポイント① 7対1病床の要件見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 短期滞在手術・検査など
- ポイント④ 退院支援加算
- ポイント⑤ 療養病床とDPCデータ提出加算

# ポイント①

7対1病床の要件見直し

重症度、医療・看護必要度

## 現在の7対1入院基本料における評価指標

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

(1) 重症度、医療・  
看護必要度

# A項目(モニタリング及び処置等)

# B項目 (患者の状態)

2014年改定

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の  
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は  
正しく急性期の  
患者を反映して  
いるのか？

# 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

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	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

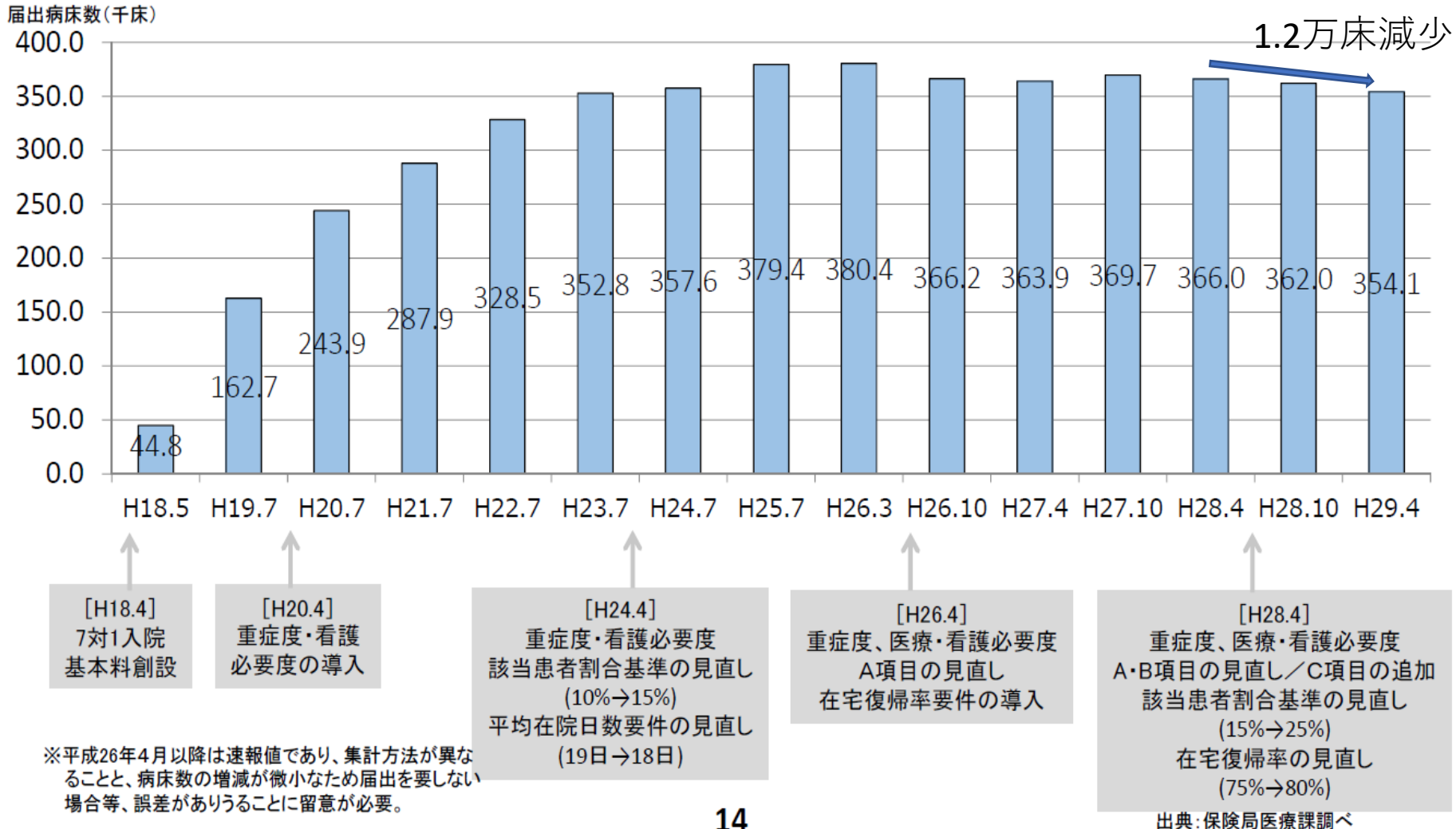
C 1得点が1点以上の患者



# 2016年改定の 7対1への影響

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

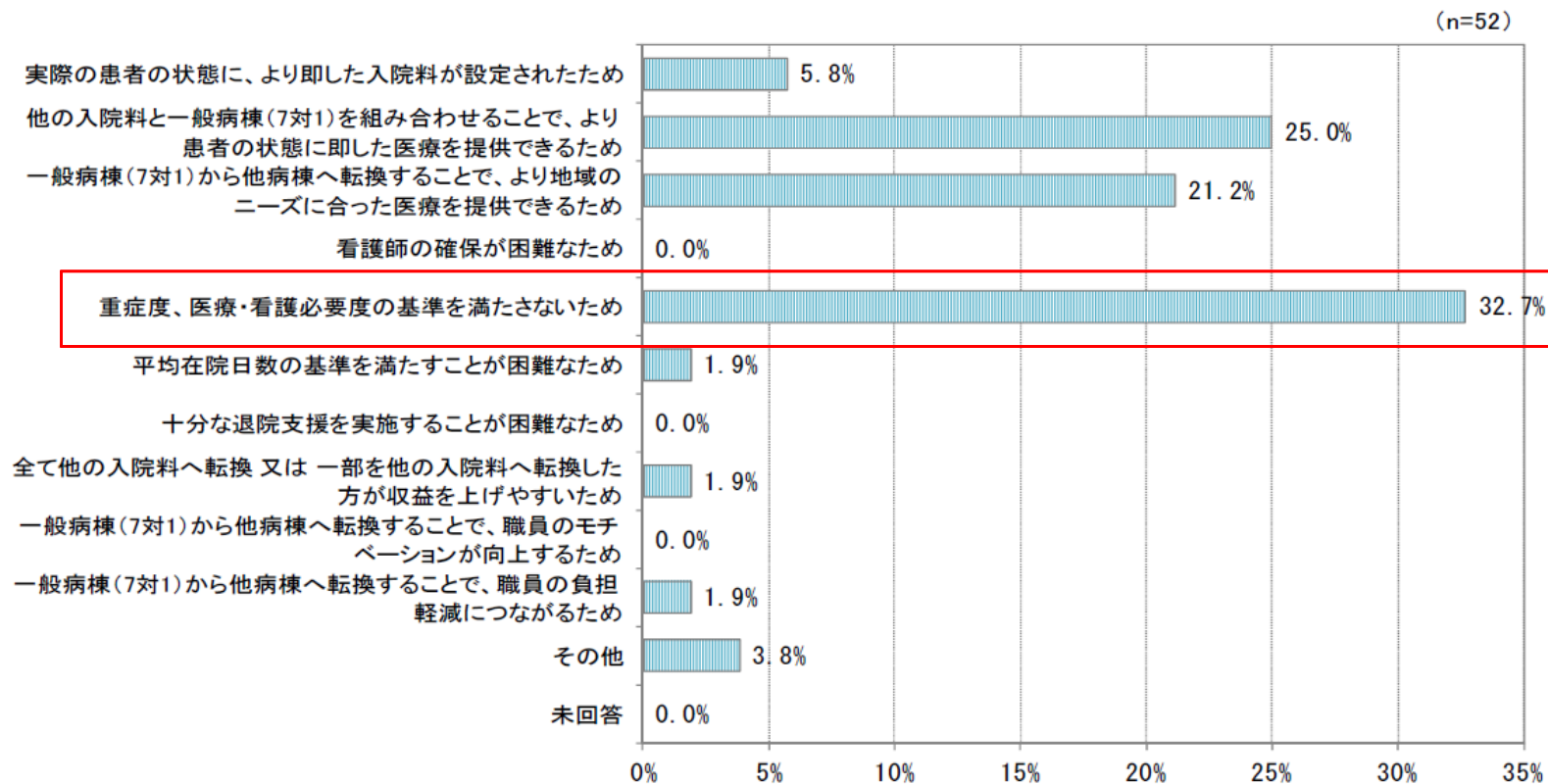
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



## 一般病棟（7対1）から転換した理由

- 一般病棟（7対1）から転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」が最も多く、次いで「他の入院料と一般病棟（7対1）を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療が提供できるため」が多かった。

### <一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）>

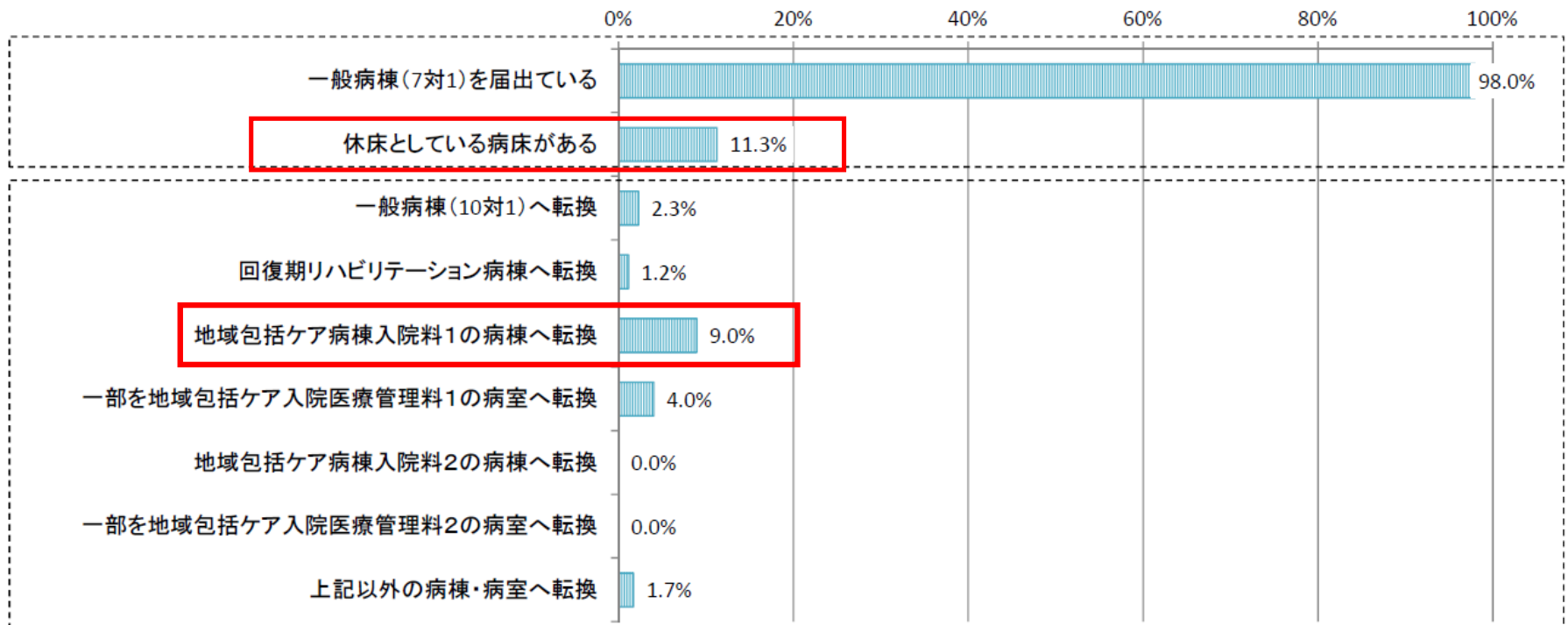


## 改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設で、平成28年11月1日時点で一般病棟（7対1）を届け出ている施設は、98.0%であった。
- また、7対1病棟以外の病棟として届け出たものの中では、地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関が最も多かった。

＜改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設の平成28年11月1日時点での当該病棟の状況＞

(n=346)

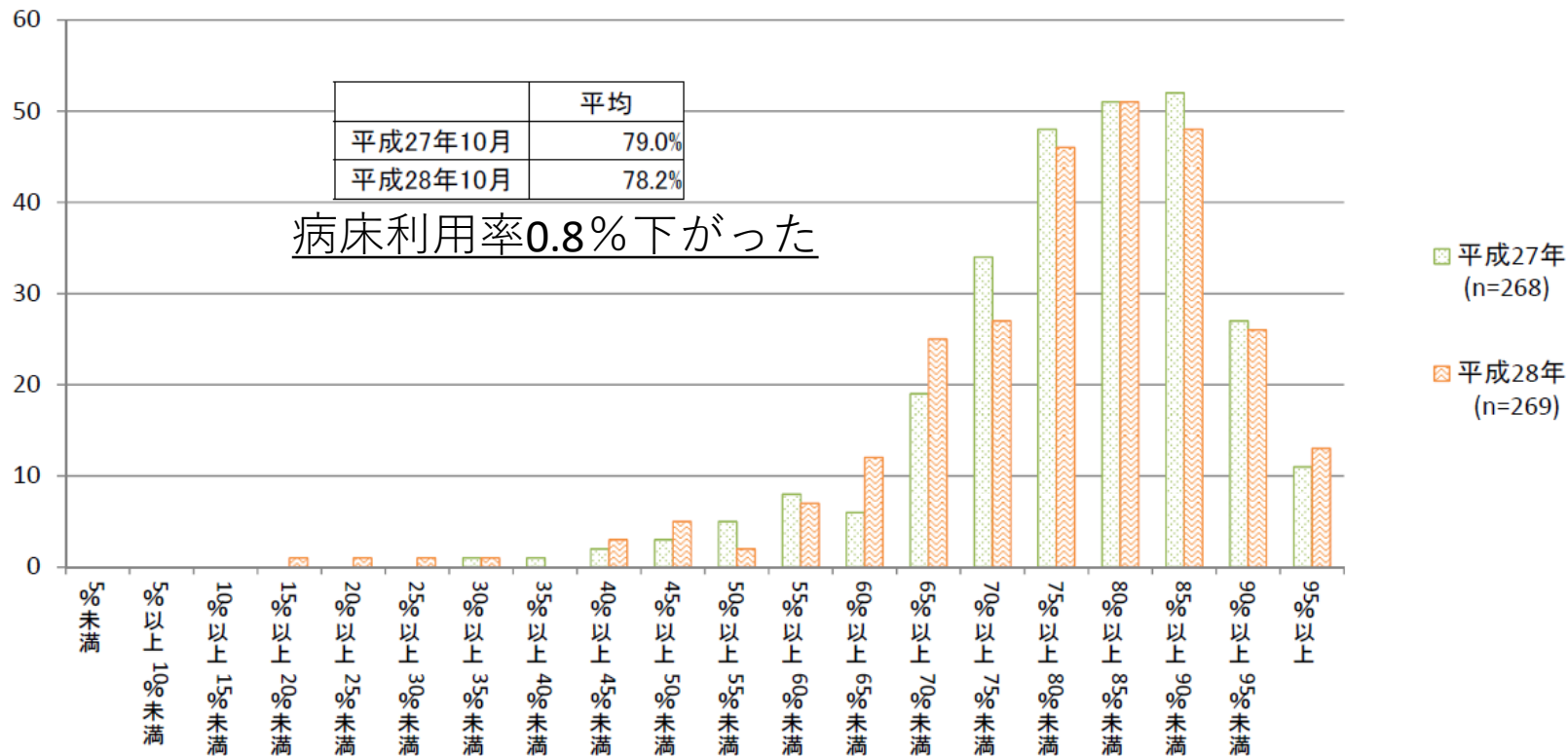


## 一般病棟（7対1）における病床利用率の状況

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

（医療機関数）

### ＜病床利用率別の分布＞

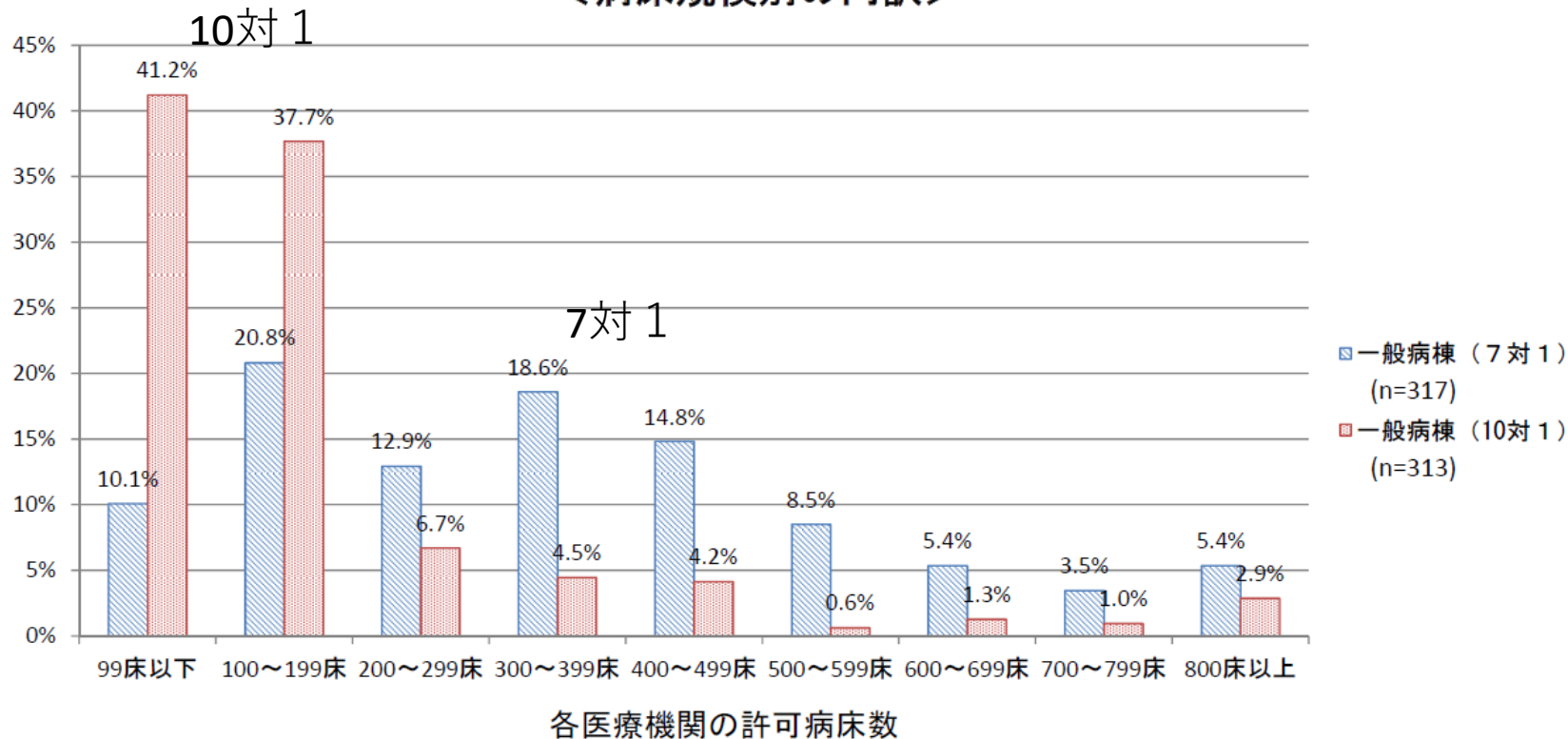


7対1、10対1比較

## 回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

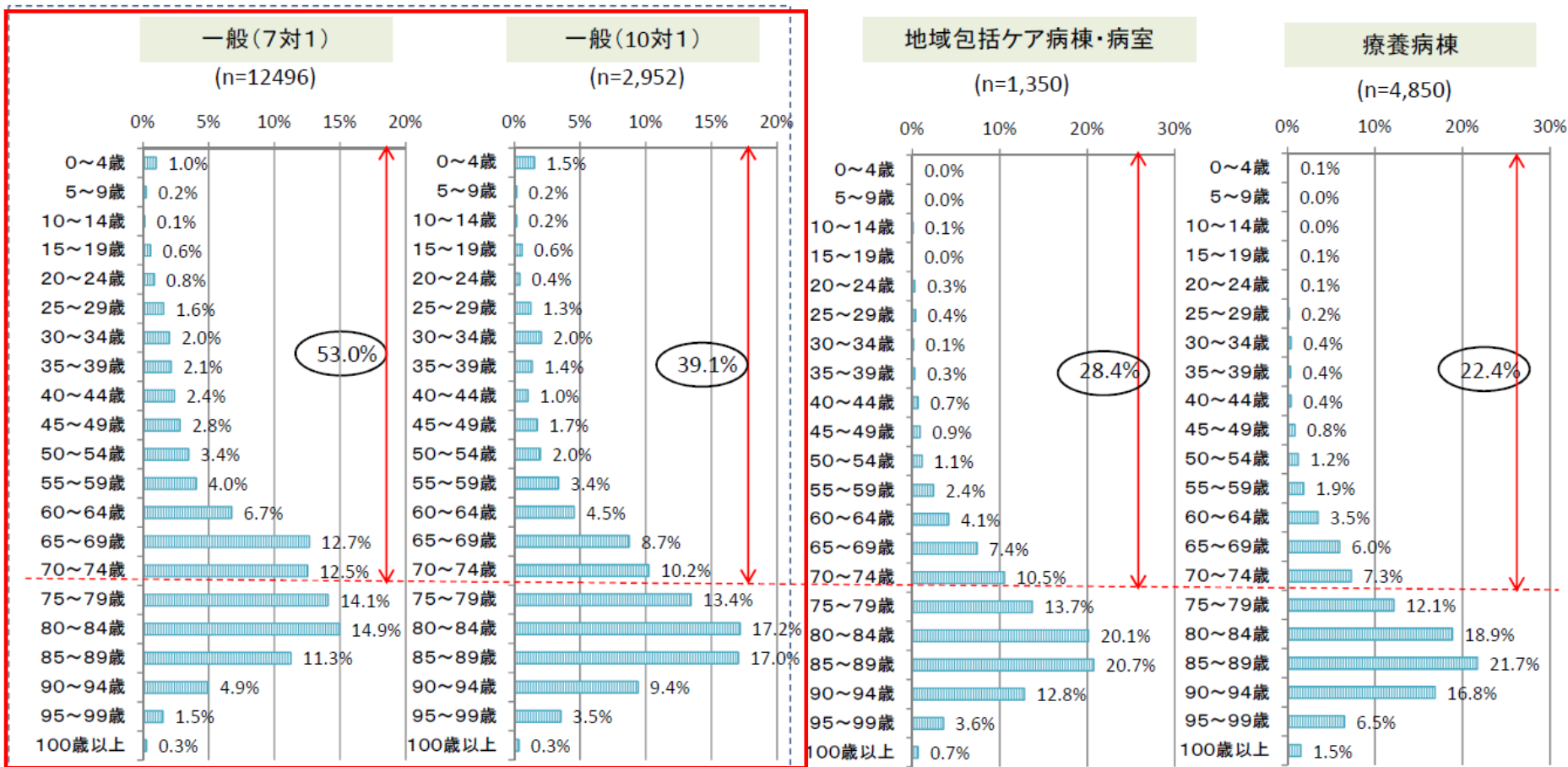
- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

### <病床規模別の内訳>



# 一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

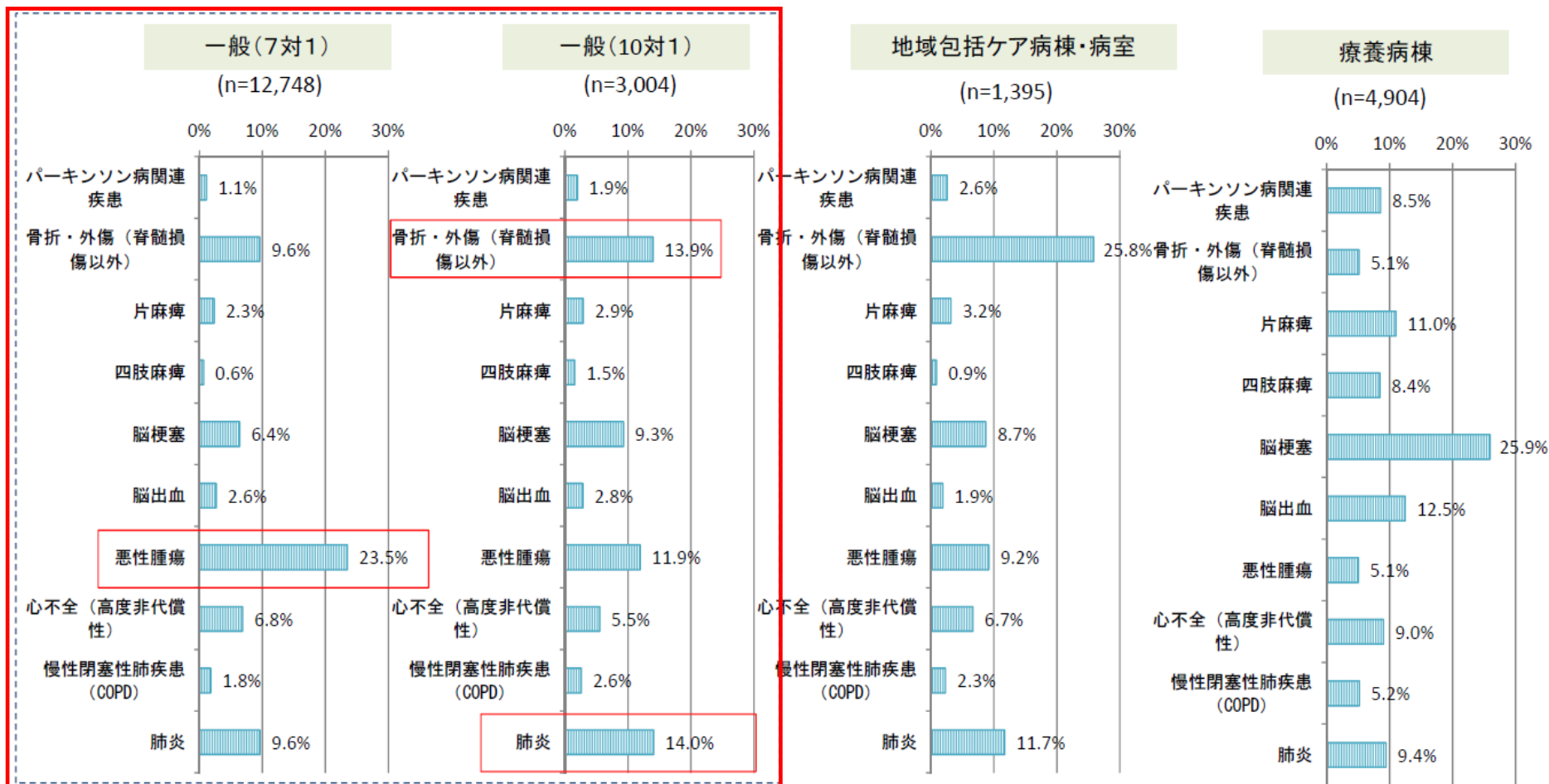
○ 一般病棟（7対1）の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。





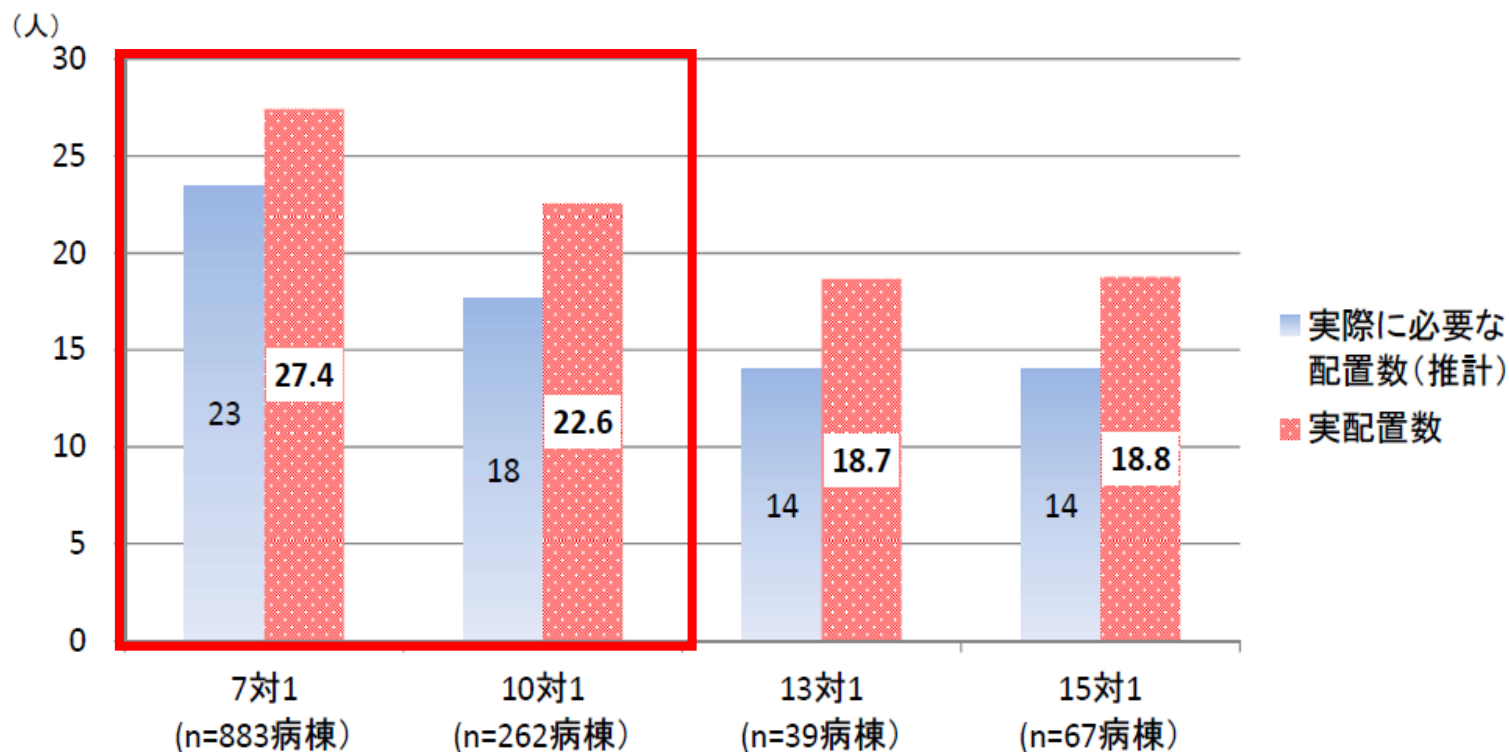
## 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

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



# 一般病棟入院基本料区分別 病棟の看護職員の配置数

○いずれの届出区分でも必要な配置数(推計)よりも実際には多くの看護職員を配置している。



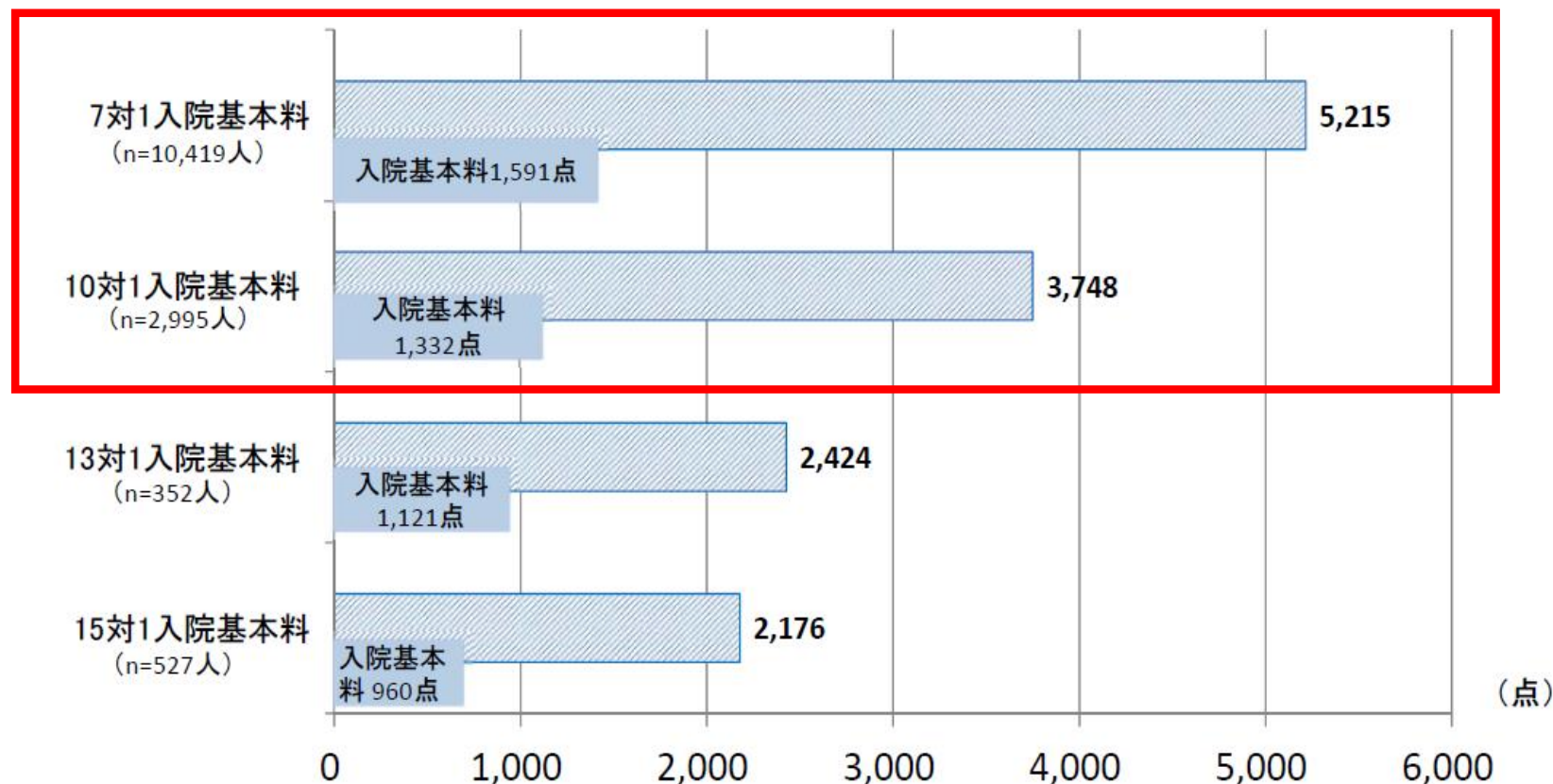
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人  
 病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 実配置数:病棟あたりの看護職員の平均配置数(平成26年11月5日時点)  
 実際に必要な配置数(推計):病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定し算出  
 病床数を用い、看護職員の休日等の取得を考慮(年間総労働時間を1,800時間で設定)して試算し、  
 かつ月平均夜勤時間の要件を考慮した必要な配置数

※ 月平均夜勤時間の要件や夜勤人数の設定により、必要数が変動することに留意

## 一般病棟入院基本料区分別 一日あたり平均レセプト請求点数

○ 一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。



※ 平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査対象月のレセプトより算出

7対1、10対1の  
重症患者該当率を比較する

## 一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

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

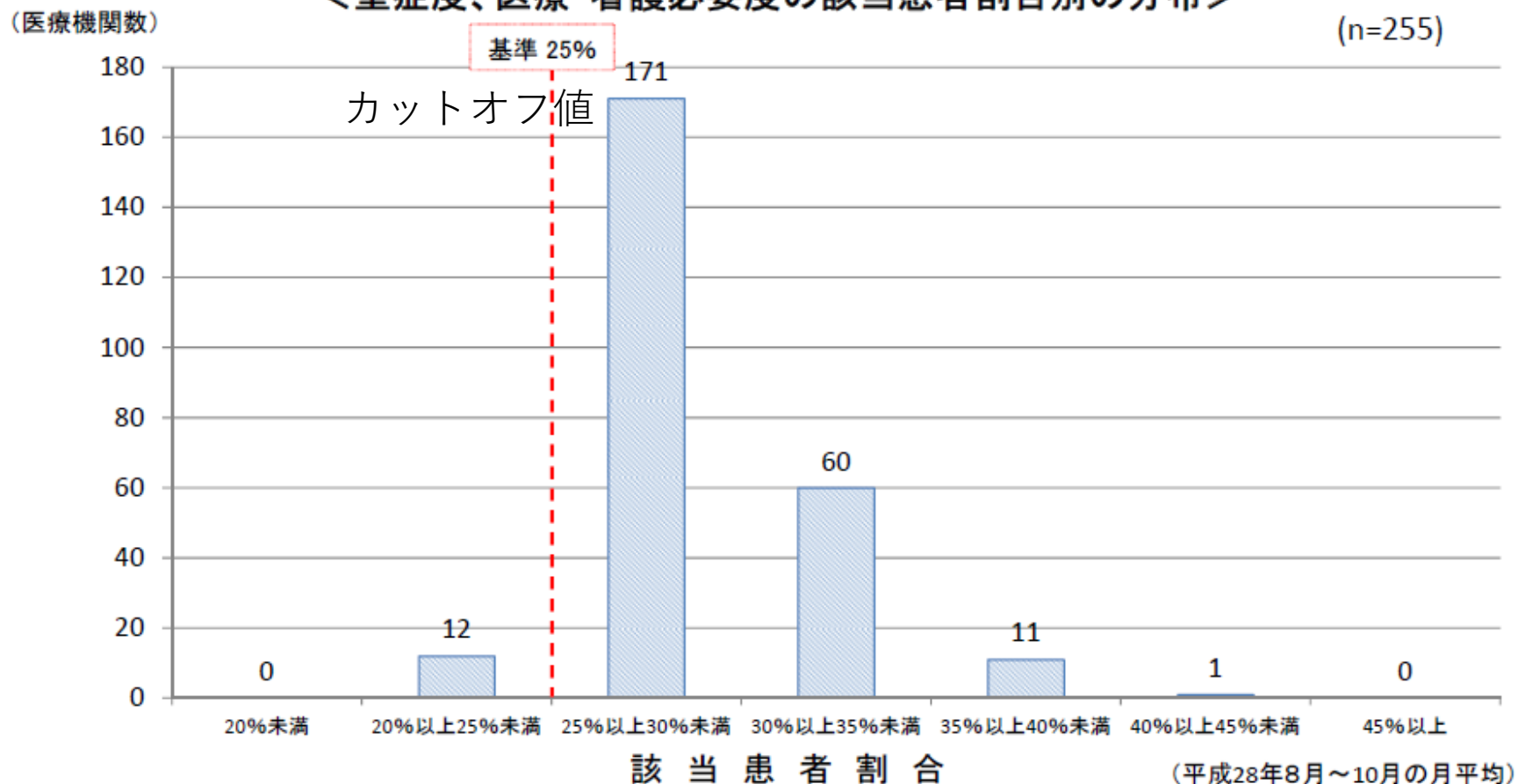
## 一般病棟（10対1）の加算による評価について

### 【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

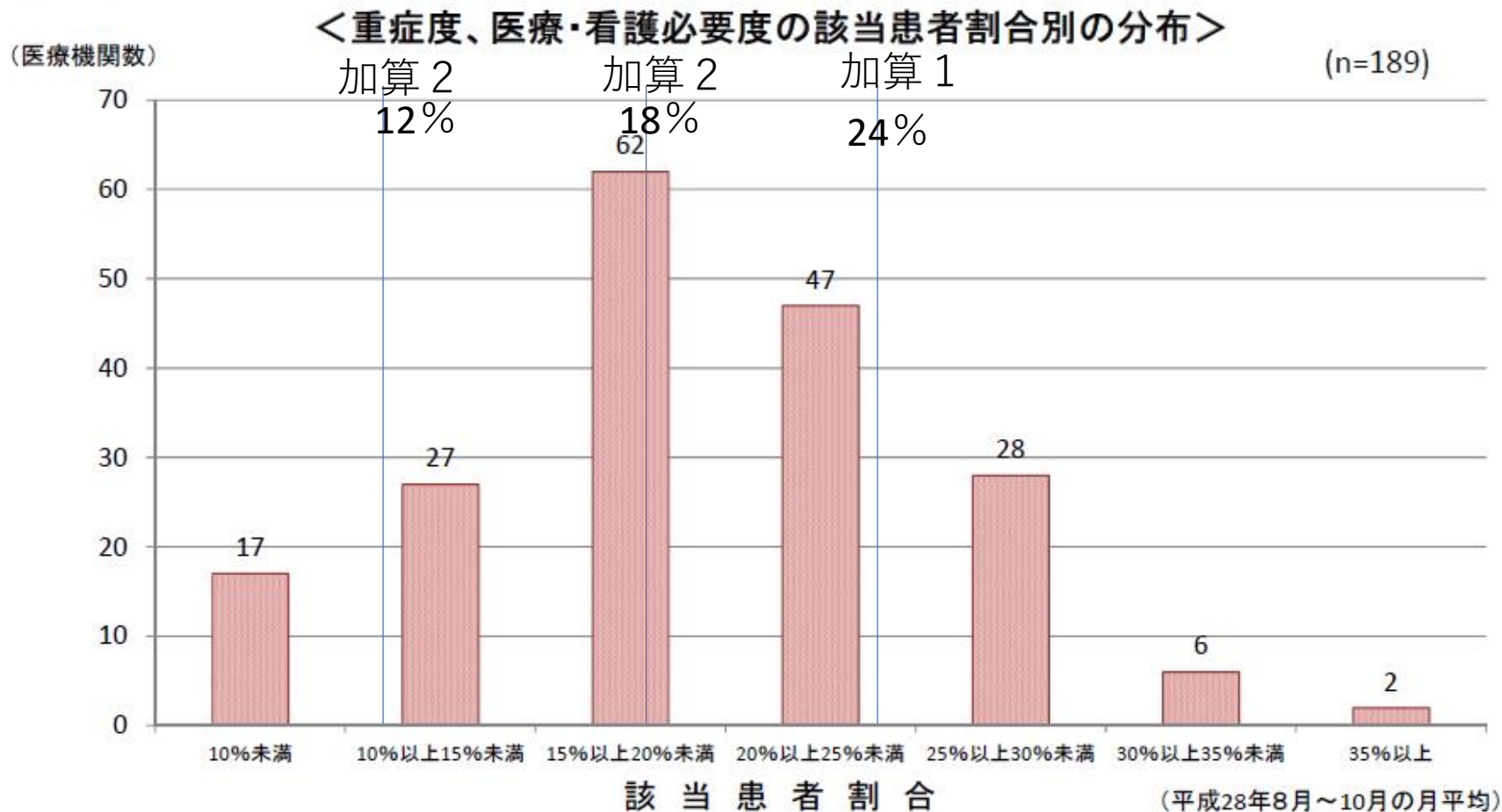
○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

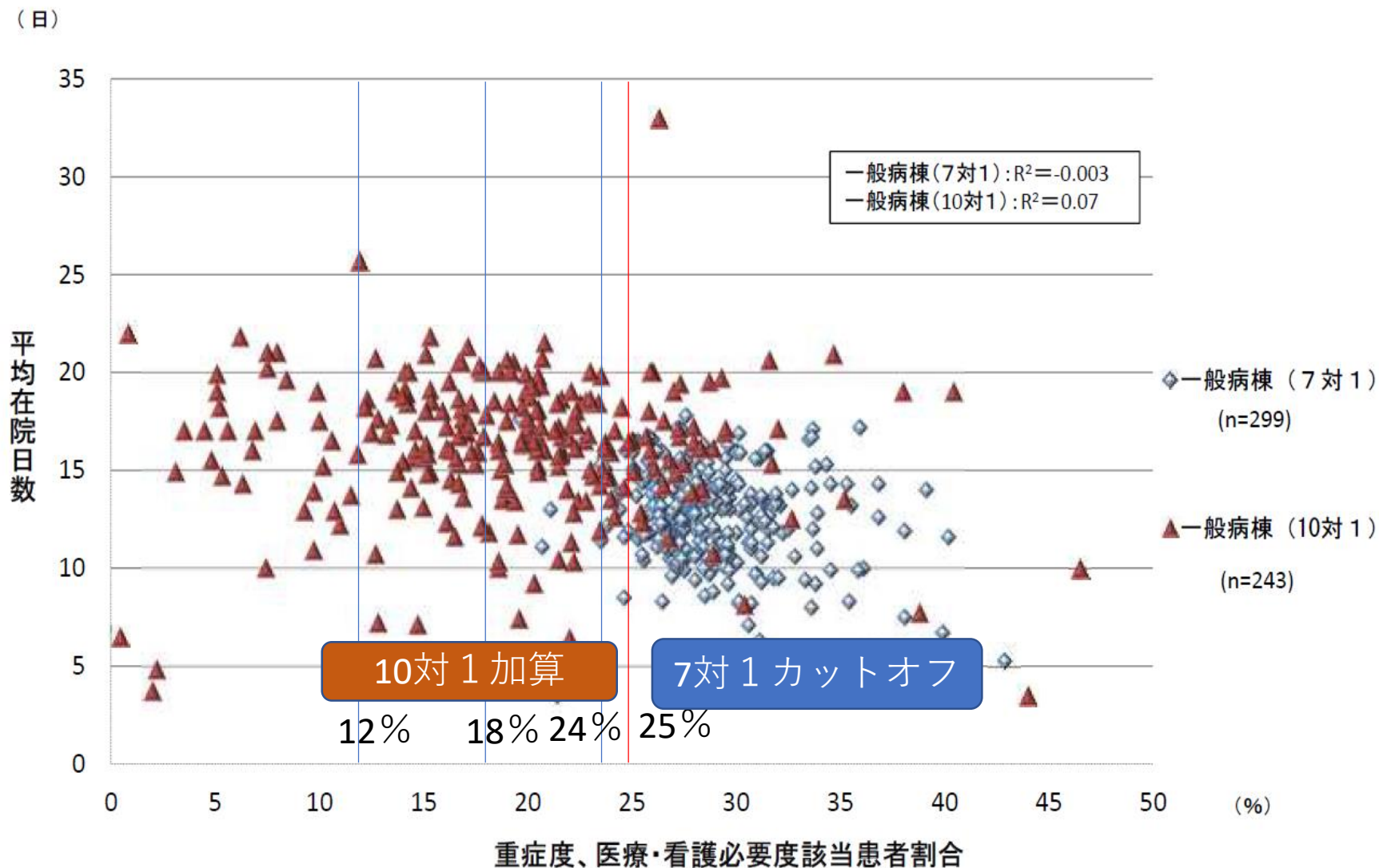


## 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%～20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。



# 平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係





7対1と10対1  
の診療報酬点  
数の差を考え  
れば、病院と  
しては7対1を  
維持したいと  
考えてしまう

7対1ではカットオフ  
値である25%ギリギ  
リの病院が圧倒的だ  
が、10対1では正規分  
布に近くなっている

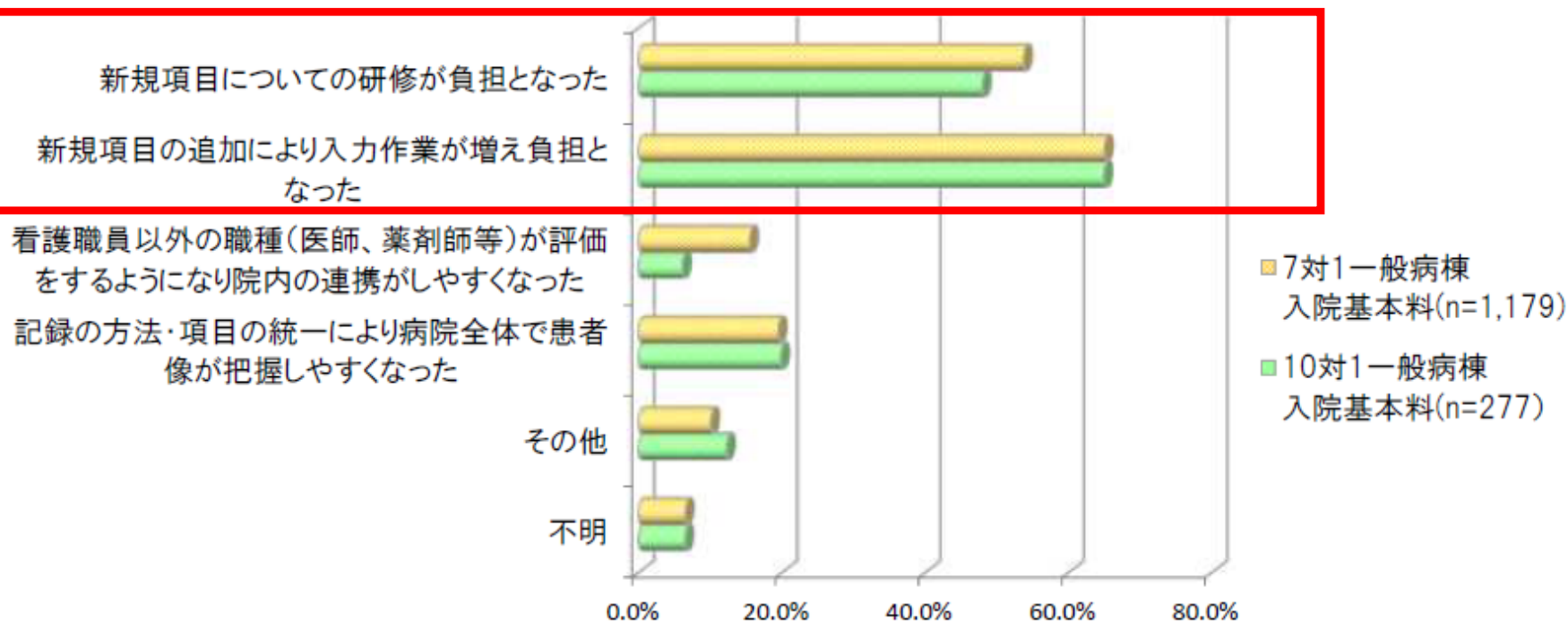
段階的に評価  
してよいので  
はないか？

重症度、医療・看護必要度  
のDPCデータによる  
置き換えについて

## 重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

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

<重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響>



# 医療機能に応じた入院医療の評価について①

## 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。

<b>現行</b> (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
<b>【該当基準】</b> A項目2点以上かつB項目3点以上	
<b>[A項目]</b> 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>[B項目]</b> 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	



<b>改定後</b> (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
<b>【該当基準】</b> A項目2点以上かつB項目3点以上、 <b>A項目3点以上又はC項目1点以上</b>	
<b>[A項目]</b> 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>⑪ 無菌治療室での治療</b>	
<b>8 救急搬送後の入院</b>	
<b>[B項目]</b> 9 寝返り <b>(削除)</b> <b>(削除)</b> 10 移乗 11 口腔清潔                12 食事摂取 13 衣服の着脱            14 診療・療養上の指示が通じる    15 危険行動	
<b>[C項目]</b> 16 開頭手術                      17 開胸手術 18 開腹手術                      19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術        21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 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	

## データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1
	診療報酬請求情報	Dファイル
	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	
	医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来) ※外来は任意	EF統合ファイル
	カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
	医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3

※上記の様式、ファイル作成方法は

平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

# 重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連①

関連性が高いと考えられる項目の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目			報酬区分
A	1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	J000 創傷処置
		②褥瘡の処置	J001-4 重度褥瘡処置
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入
A	3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射
			K920 輸血
A	4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視
A	5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算
			薬剤の算定（血液製剤）
A	6	輸血や血液製剤の管理	K920 輸血
			K920-2 輸血管理料

## 重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

関連性が高いと考えられる項目の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分
C	16 開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	17 開胸手術	K552 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K552-2 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K554 弁形成術
		K555 弁置換術
	18 開腹手術	K655 胃切除術
		K657 胃全摘術
		K695 肝切除術
		K702 膵体尾部腫瘍切除術
		K703 膵頭部腫瘍切除術
		K877 子宮全摘術
		K879 子宮悪性腫瘍手術
	19 骨の手術	K059 骨移植術
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術

# 重症度、医療・看護必要度と報酬区分との相違

## ■ 定義の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで定義する内容が違う場合がある。

例1)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-3 点滴ライン同時3本以上の管理 持続注入による薬液を3本同時に使用し管理した場合に該当	G004 点滴注射 1日当たりの総量に合わせて算定

➡ 点滴3本を同時に使用したかどうかは、請求システムから把握できない。

例2)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-7 専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 血栓・塞栓が生じている（疑われる）急性疾患の患者に対し、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的とし、持続的に投与した場合に該当	薬剤の算定（抗血栓塞栓薬（注射剤）） 抗血栓塞栓薬を処方した場合に算定

➡ 急性疾患か使用目的に合致しているか、持続的な投与かどうかは、請求システムから把握できない。

## ■ 該当日の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで該当する日が違う場合がある。

例3)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
C-16 開頭手術 術当日より7日間該当	K169 頭蓋内腫瘍摘出術 手術を実施した日に算定

➡ 請求システムから把握する場合、評価される日が算定日のみになり、評価の該当期間とずれる。



まずはシミュレーションしてみは？

日々の状態把握は必要

必要度と診療報酬区分はそもそも概念が異なるので、シミュレーションは時間のムダ

A項目、C項目の置き換えシミュレーションを行ってみては？

2017年9月6日入院医療分科会

重症度、医療・看護必要度  
DPCデータを用いた  
分析結果

## (参考)感度、特異度、ファイ係数について

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

### 【計算式】

○ 感度 =  $a \div (a + c)$

○ 特異度 =  $d \div (b + d)$

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

### ※ ファイ係数の解釈の目安

−1から1までの値をとり、絶対値が大きいほど連関が強いと解釈できる。

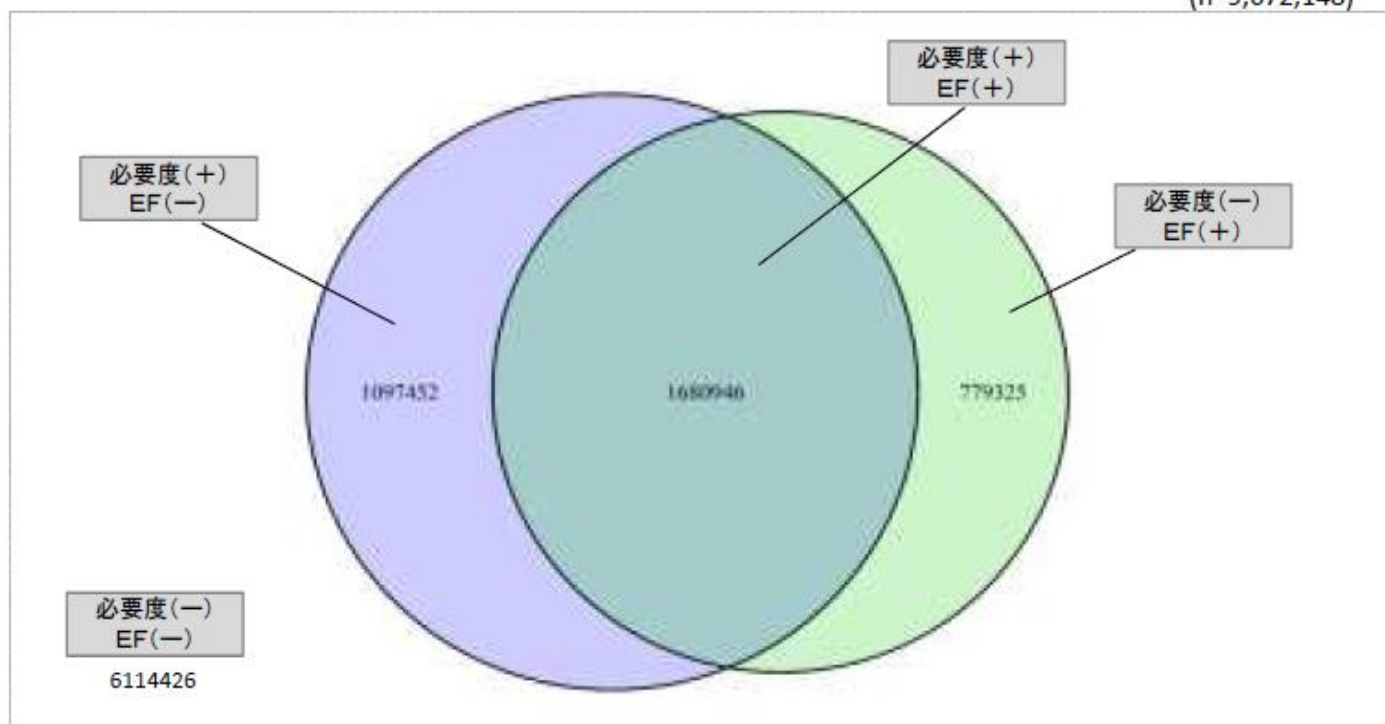
係数(絶対値)	評価
~0.2	ほとんど関連なし
0.2~0.4	弱い関連あり
0.4~0.7	中程度の関連あり
0.7~1	強い関連あり

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

		重症度、医療・看護必要度の判定 (Hファイル)	
		該当	非該当
マスタ(*)に基づく判定 (EFファイル)	該当	1,680,946 (17.4%)	779,325 (8.1%)
	非該当	1,097,452 (11.3%)	6,114,426 (63.2%)

ファイ係数	0.51
感度	0.61
特異度	0.89

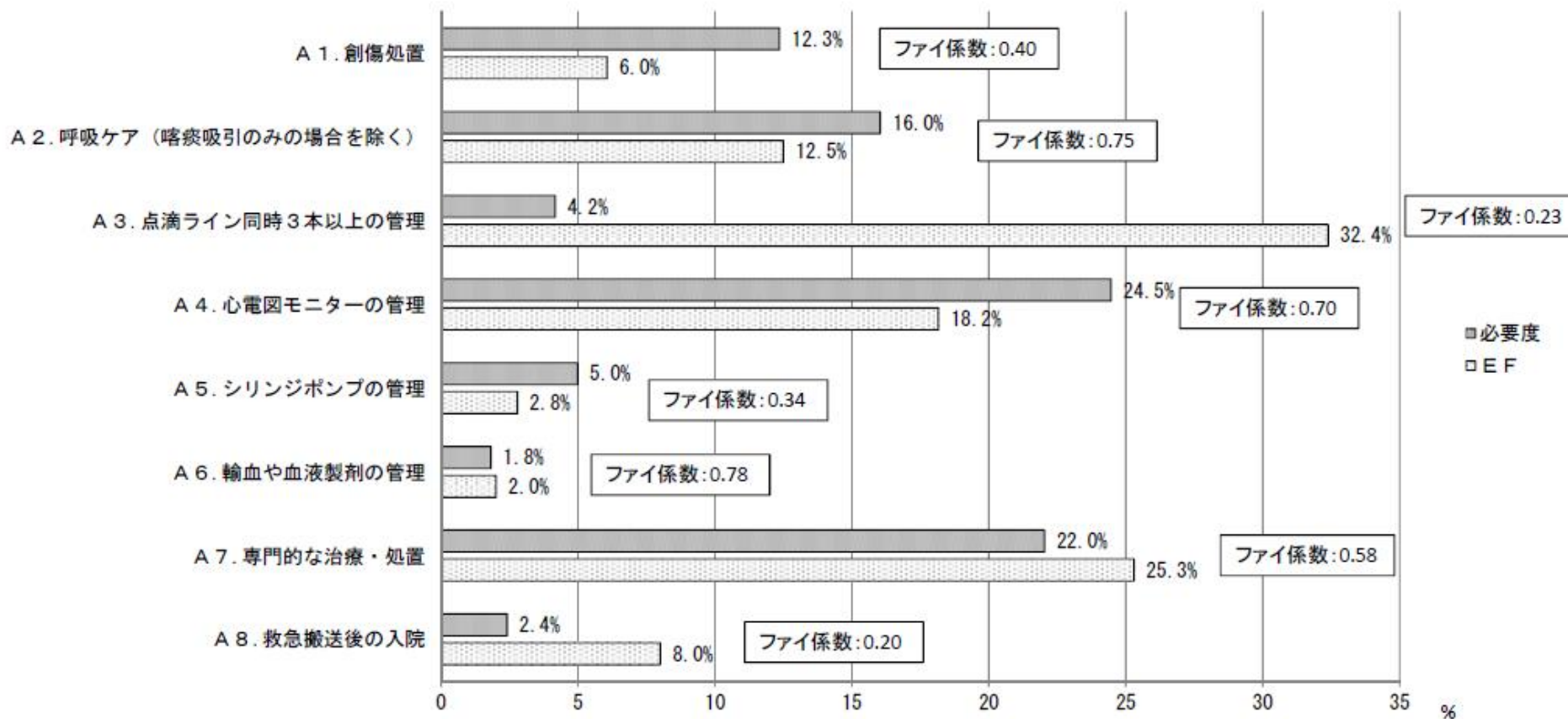
(n=9,672,148)



# 重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果②(A項目)

## <看護必要度の項目別該当患者割合 (A項目)>

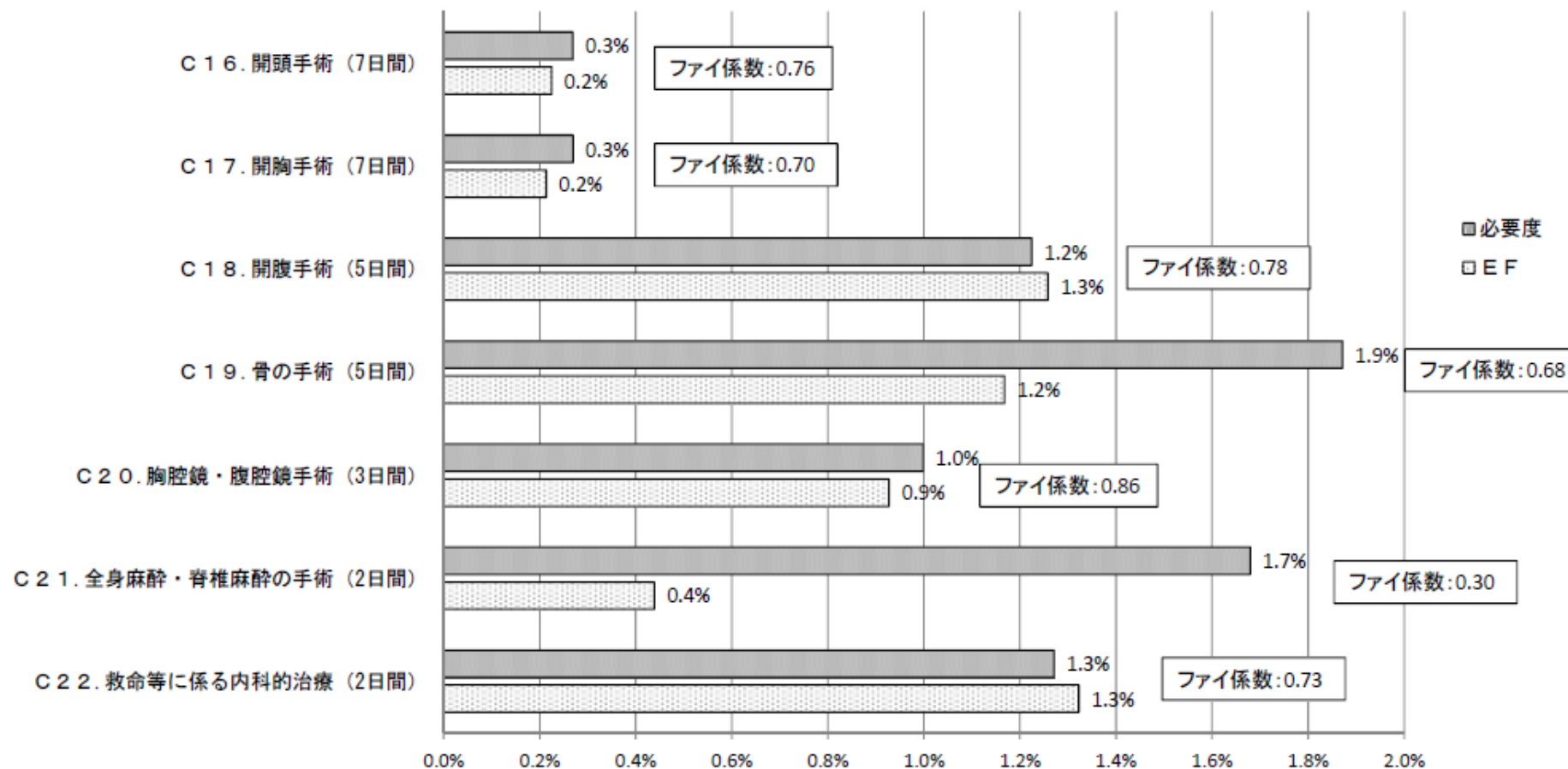
(n=9,672,148)



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

## <看護必要度の項目別該当患者割合(c項目)>

(n=9,672,148)



# 重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑤(評価項目別)

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



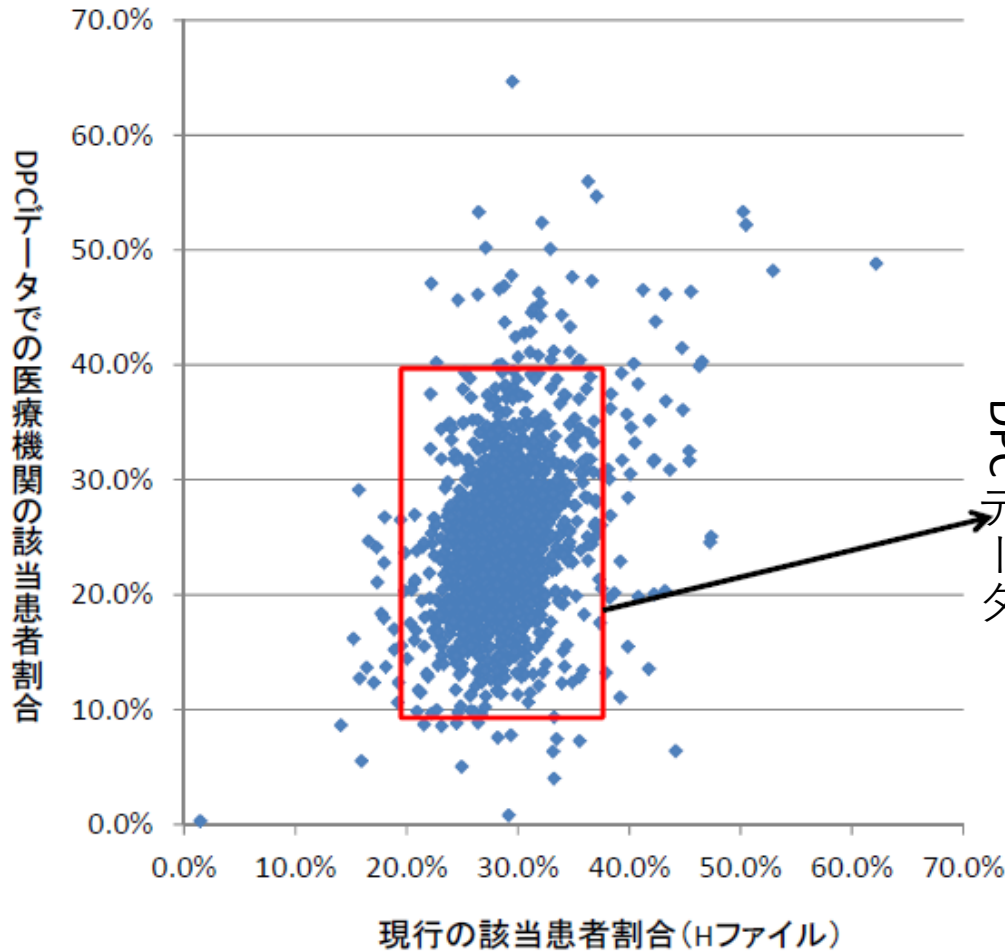
該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きい。

差の理由として考えられるのは、

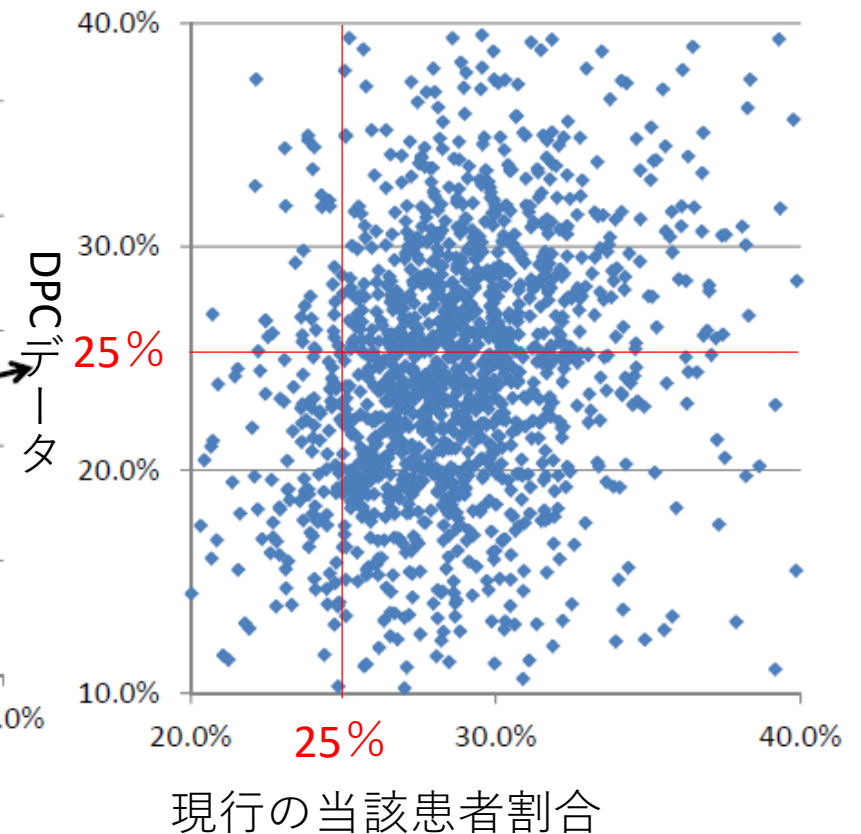
- 「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」「シリンジポンプの管理」に対応する請求項目は、医療機関においてEFファイルに入力していない可能性がある。
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」「救急搬送後の入院」については、重症度、医療・看護必要度の定義と請求における規定とがずれているためと考えられる。
- 薬剤については、処方日と実際に投与した日とがずれている可能性がある。
- 「全身麻酔・脊髄麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性がある。

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

(n=1,495医療機関)



現在の該当患者割合	DPCデータでの該当患者割合
28.8%	24.8%





入院医療分科会で結論を出すのではなく、どのような活用法が考えられ、またその場合にはどのような工夫が必要なのか、など中医協における議論の素材を検討してほしい

導入は時期  
早尚

乖離の理由はさまざまで、時間をかけて詳細に分析する必要がある。看護現場では看護必要度がどのように見直されるのか、負担軽減を歓迎するよりも大きな不安の声がある

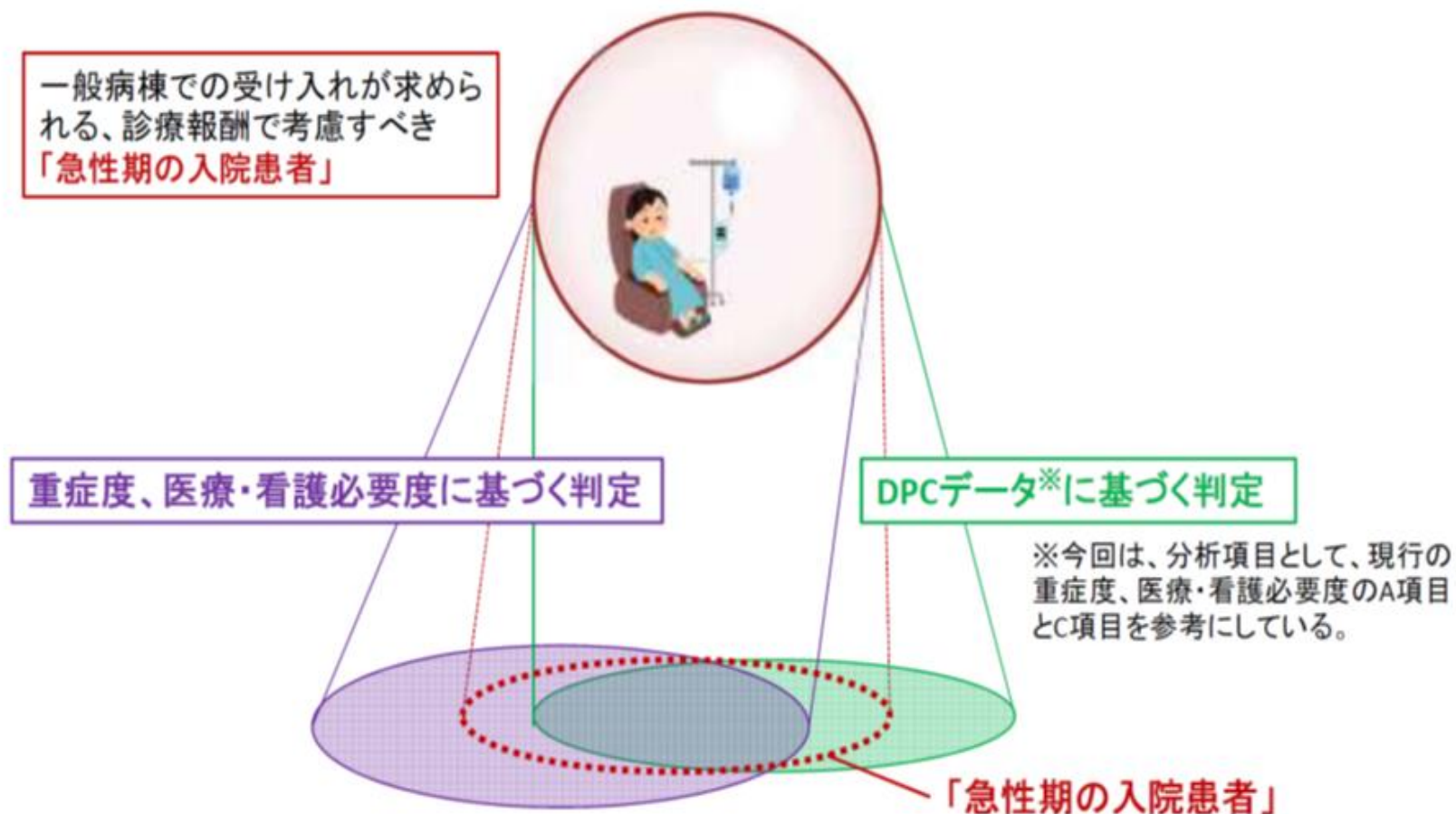
患者のプロフィールなども含めた分析が必要


同じ医療行為が必要な患者は、同じように評価される仕組みが必要である。現在の看護必要度では評価者によってバラつきが出てしまう。客観的な評価基準が必要だ

入院医療分科会2017年11月2日

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

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





絶対的な評価基準はありえず、複数の評価基準を併用することが重要

日病・全日病の調査からも必要度の研修が現場の負担になっている

今回の趣旨は（どちらかの二者択一ではなく）急性期の入院患者を把握する評価手法としてのそれぞれの合理性を確認すること。このため二者を選択する方式や、（EFファイルの）試行的活用により、将来に向けて評価手法の開発へつなげてはどうか？

2017年11月9日  
入院医療分科会

(3) 在宅復歸率

# 在宅復帰率要件の変遷

## 【在宅復帰率要件】

医療機関における、在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価

在宅復帰率といっ  
ても病棟への転棟  
も含んでいる

## 【平成26年度診療報酬改定】

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について、「75%以上」の施設基準を新設。

### [計算式]

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

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

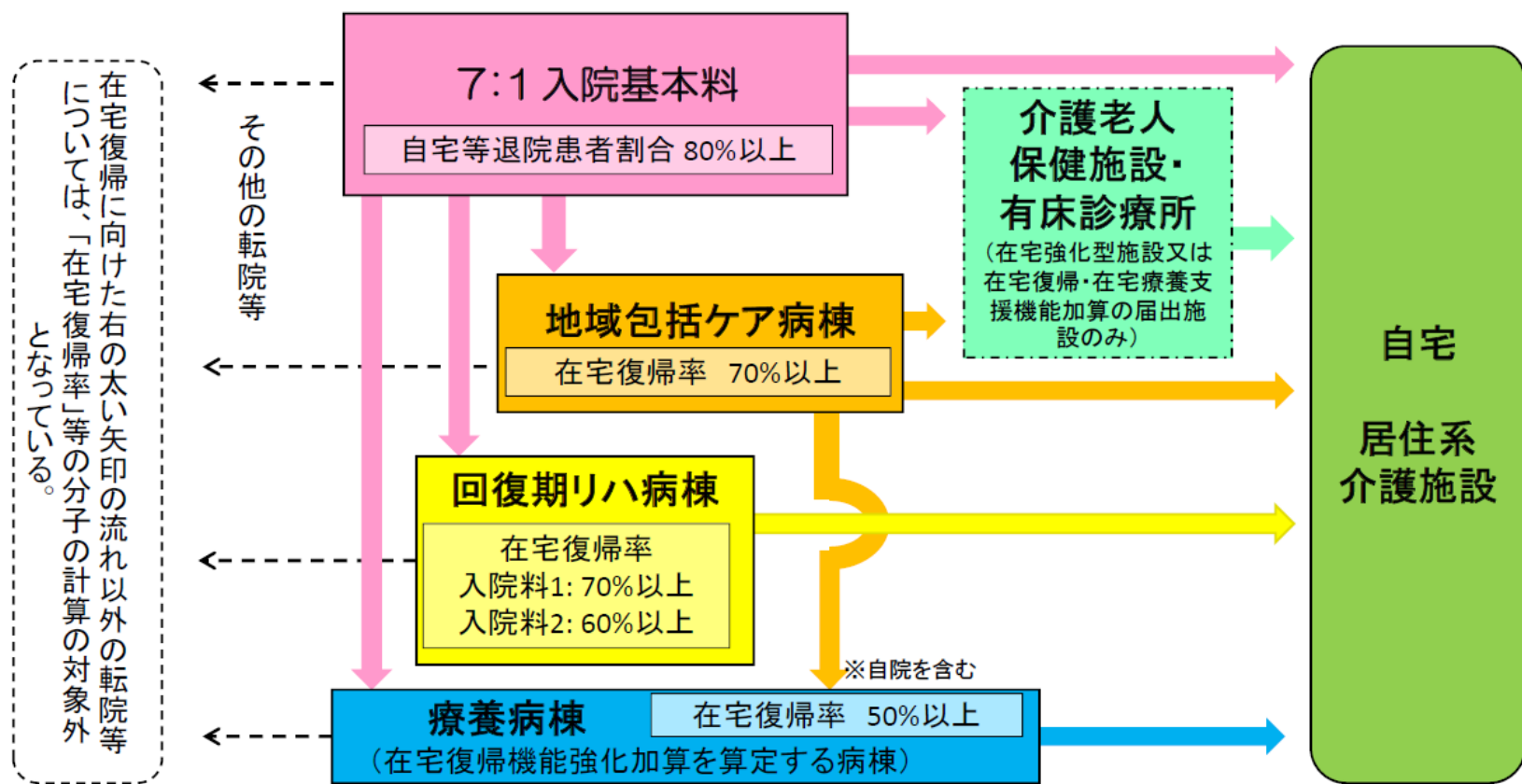
## 【平成28年度診療報酬改定】

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

## 「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

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

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



# 在宅復帰率の算出方法

- 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅復帰率

		7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟
	(分子)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>・地域包括ケア病棟</li> <li>・回りハ病棟</li> <li>・療養病棟(加算+)</li> <li>・有床診療所(加算+)</li> <li>・介護老人保健施設(加算+)</li> </ul> <p>※死亡退院・転棟患者(上記を除く)・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>・療養病棟(加算+)</li> <li>(退院・転棟含む)</li> <li>・有床診療所(加算+)</li> <li>・介護老人保健施設(加算+)</li> </ul> <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> </ul> <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>
=	(分母)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・7対1病棟から退棟した患者</li> </ul> <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟から退棟した患者</li> </ul> <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回りハ病棟から退棟した患者</li> </ul> <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者除く</p>

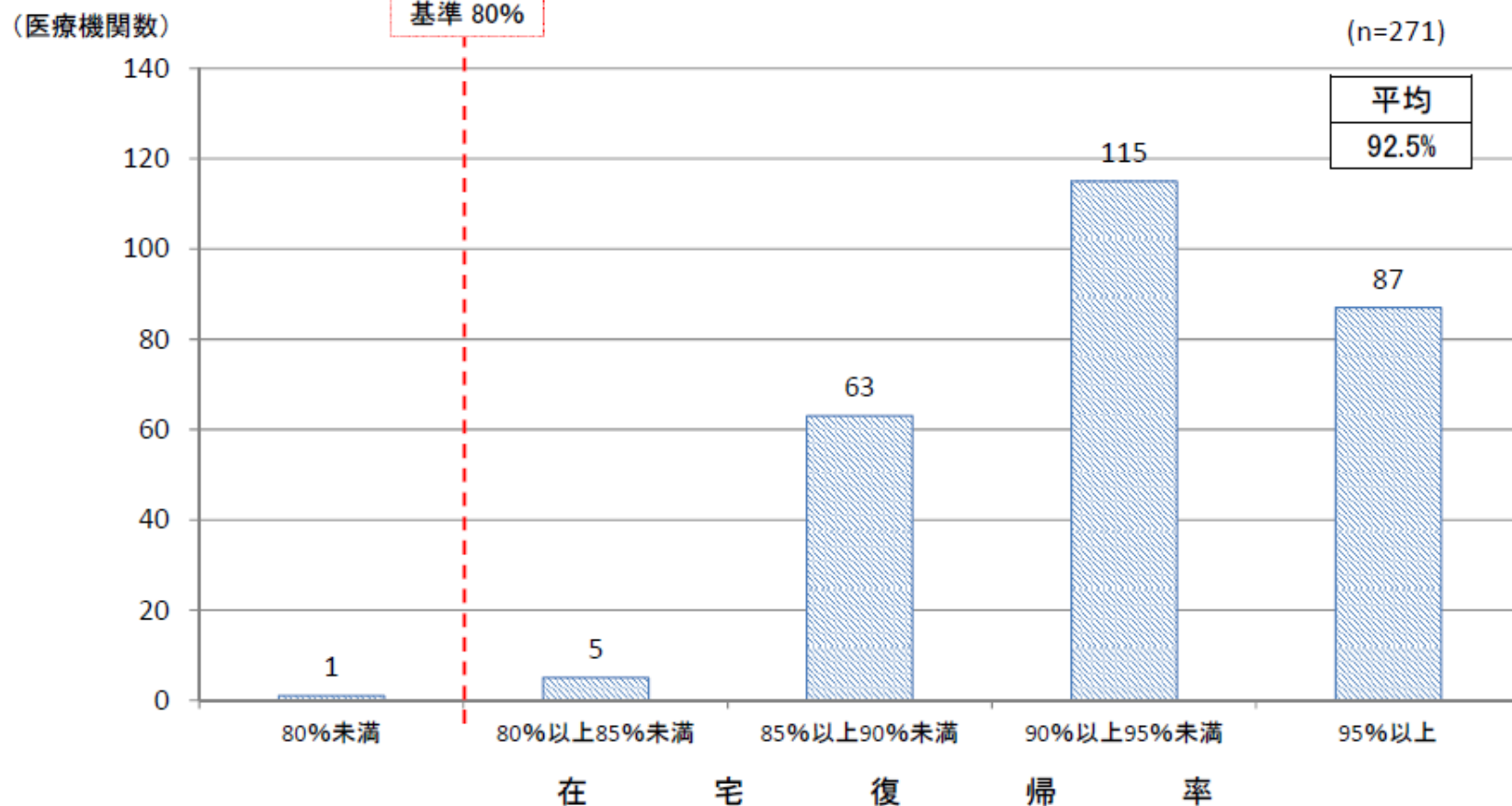
施設類型によって在宅復帰率の定義が異なる

# 一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1  
29.6.7

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

## <在宅復帰率の医療機関分布>





# ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

# 地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
  - ①急性期病床からの患者受け入れ
    - 重症度・看護必要度
  - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
    - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
  - ③在宅への復帰支援
    - 在宅復帰率
- データ提出
  - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

# 亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中医協 総 - 2

25.11.27(改)

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期



急性期



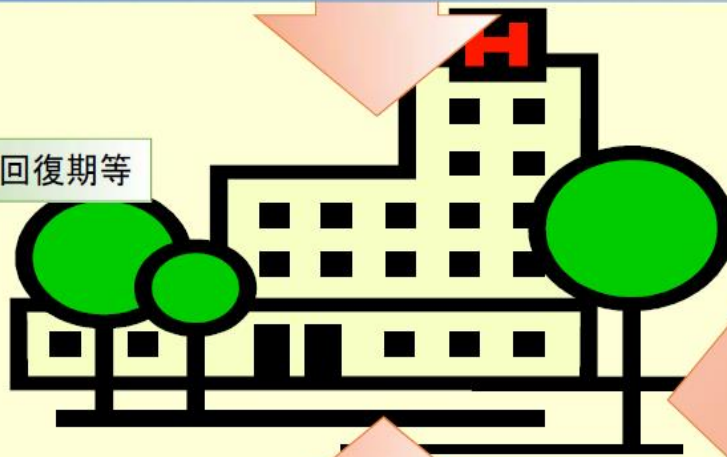
亜急性期病床の役割

入院患者データの提出

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定  
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養  
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



# 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

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

### [施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

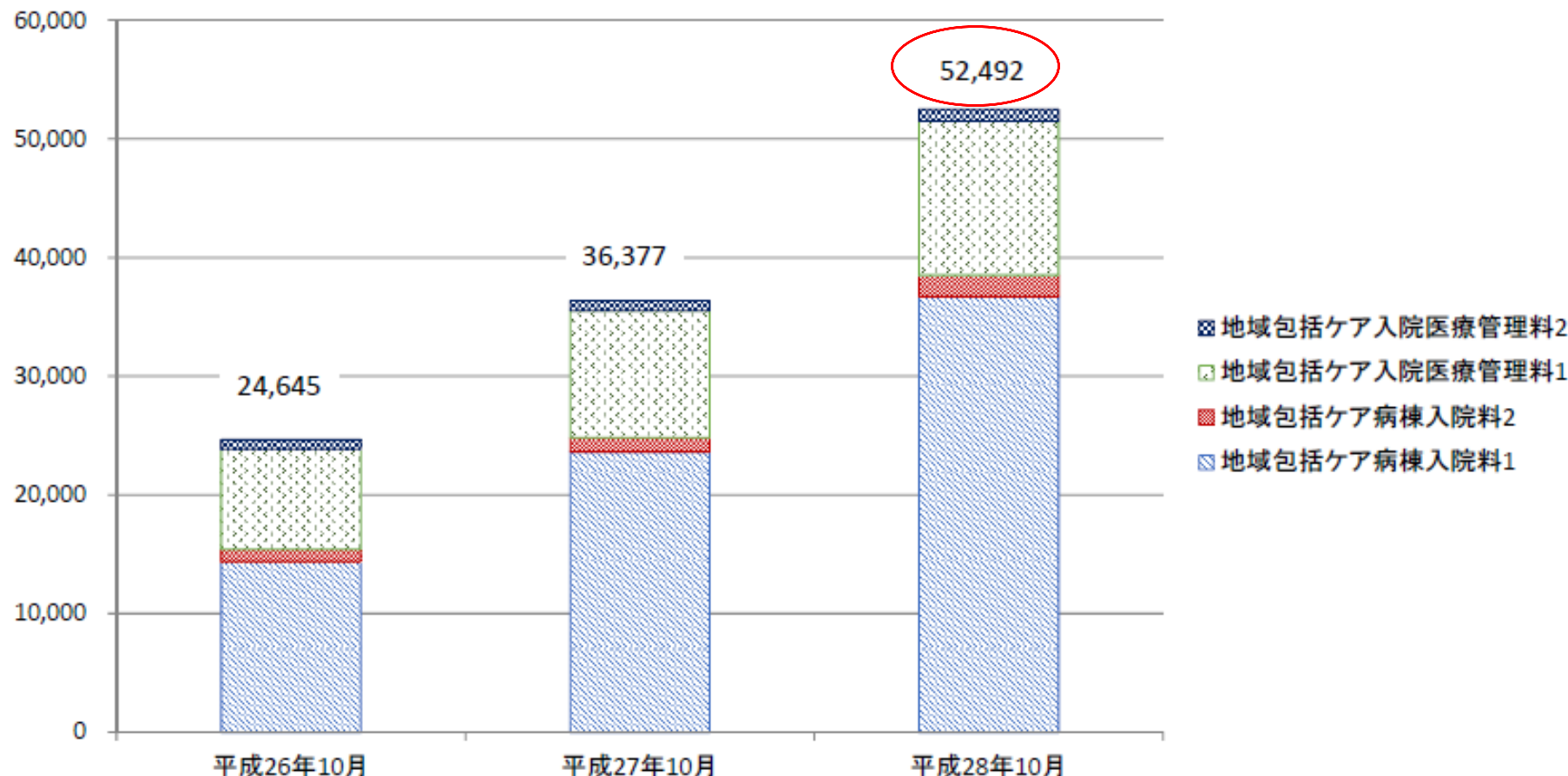
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

## 地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



# 地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1  
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

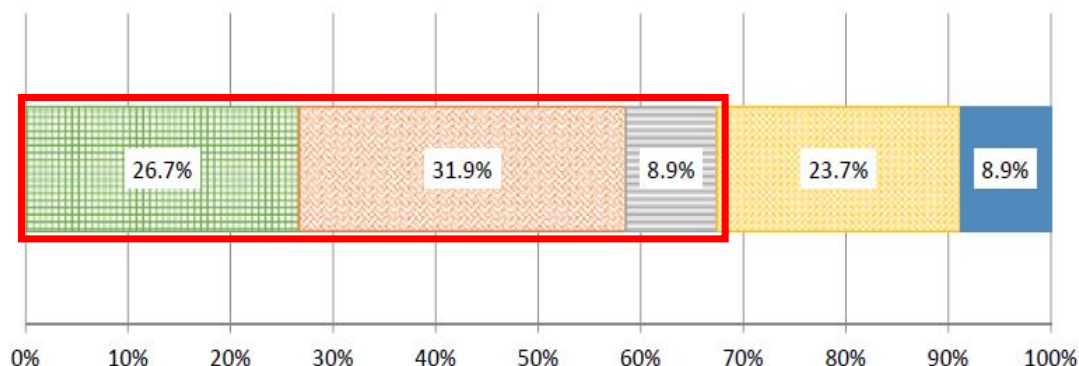
自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床	在宅復帰機能強化加算あり		0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.2%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外		3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

# 入棟前の居場所別の「医学的な理由」の詳細

○ 入棟前の居場所別の前項(医学的な入院継続の理由)の設問における「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない」という回答の占める割合が多い。

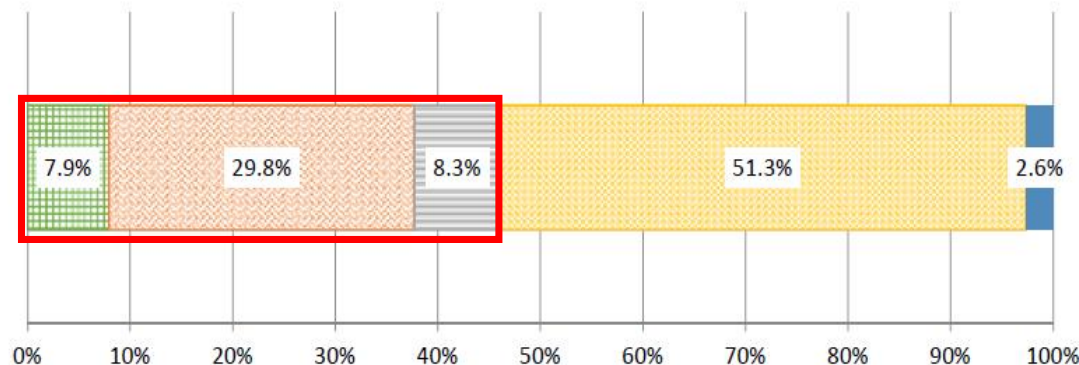
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

入棟前の居場所が自宅等(n=135)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

入棟前の居場所が自宅等以外(n=265)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会



ポイント③

短期滞在手術・検査など

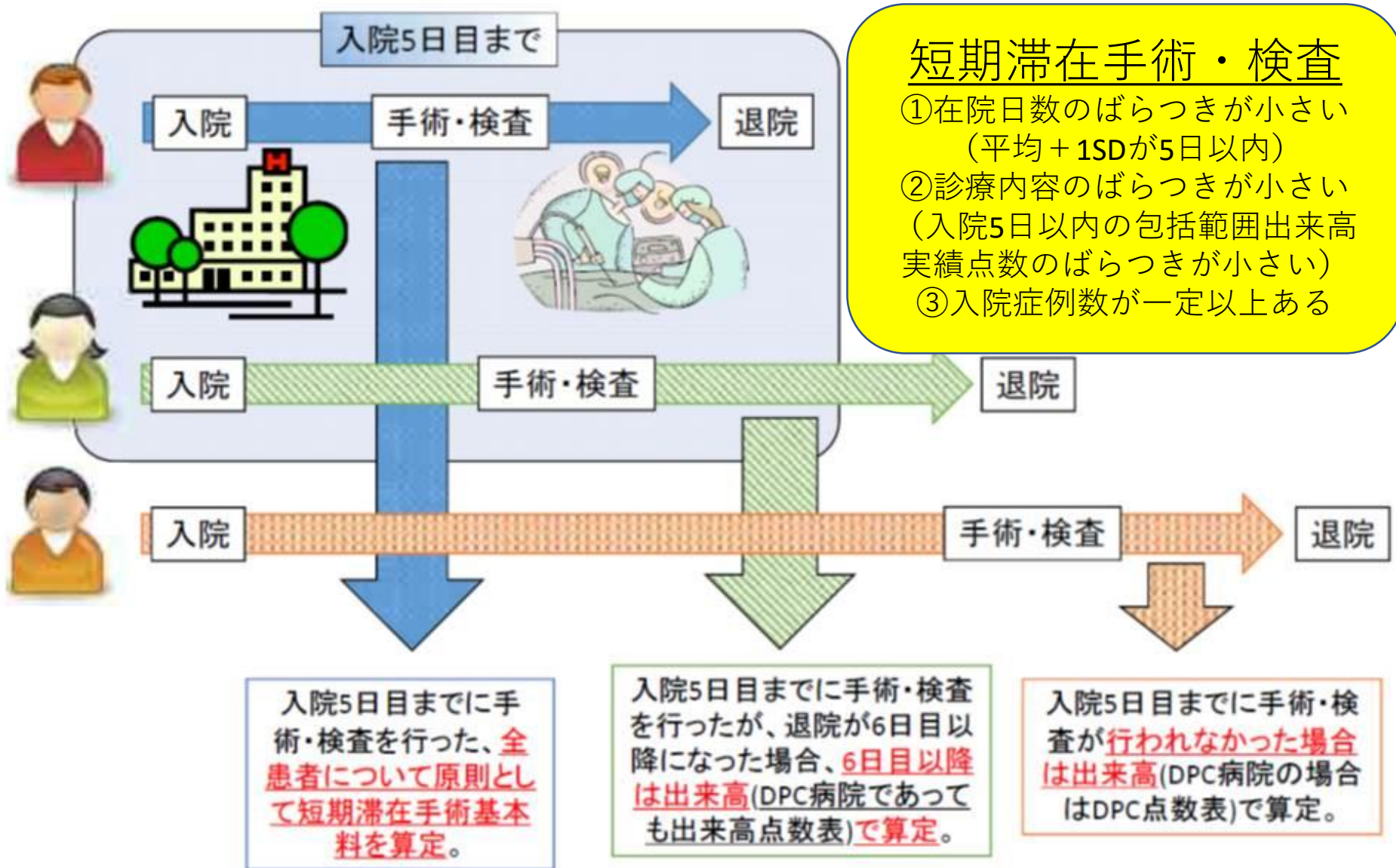
- (1) 短期滞在手術検査
- (2) 特定集中治療室等
- (3) 救急医療管理加算
- (4) 総合入院体制加算



2017年10月18日入院医療分科会

(1) 短期滞在手術・検査

# 短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



## 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者

短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者については、DPC包括算定の対象外とする。

K008 (新) 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術

K093-2 (新) 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 (新) 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K282 (新) 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの

K282 (新) 水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合

K474 (新) 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満

K617 (新) 下肢静脈瘤手術 1抜去切除術

K617 (新) 下肢静脈瘤手術 2硬化療法

K617 (新) 下肢静脈瘤手術 3高位結紮術

K633 ヘルニア手術 5兎径ヘルニア(15歳未満)

K633 (新) ヘルニア手術 5兎径ヘルニア(15歳以上)

K634 (新) 腹腔鏡下兎径ヘルニア手術

K721 (新) 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1長径2cm未満

K721 (新) 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2長径2cm以上

K743 (新) 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)

K867 (新) 子宮頸部(腔部)切除術

K873 (新) 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

D237 (新) 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合

D237 (新) 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

D237 (新) 終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合

D291-2 (新) 小児アレルギー負荷検査

D413 (新) 前立腺針生検法

2014年改定  
21種類

# 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者

2014年  
H26 21種類 → 2016年  
H28 3種類

2018年  
4種類

《H28移行が検討されている術式》

- ・ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
- ・ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
- ・ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

ばらつきが多かった水晶体再建術及び腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術は除外か？

↓

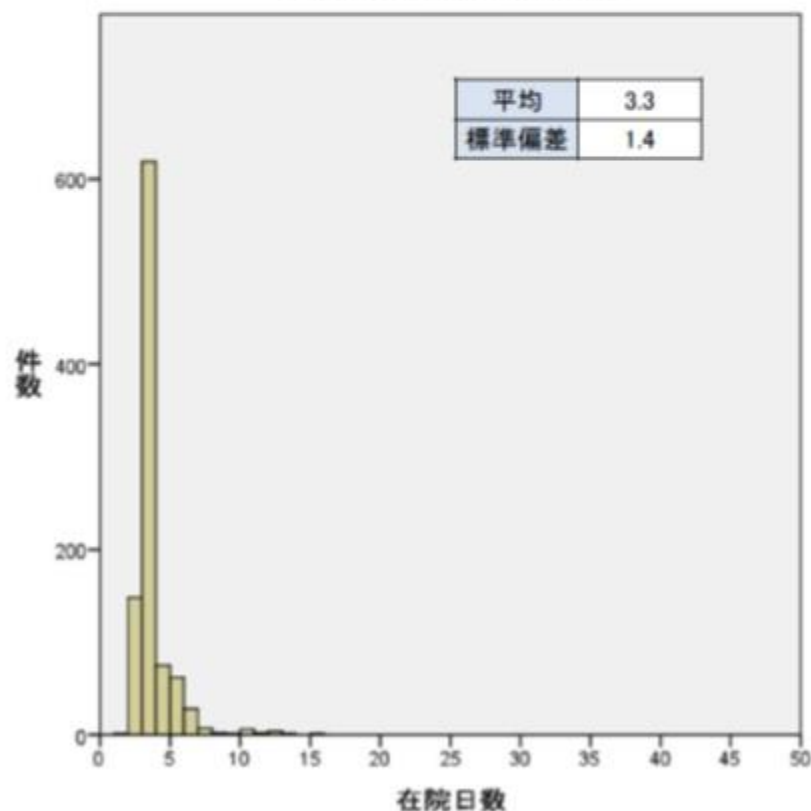
入院医療等の調査・評価分科会 資料参照

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=128166>

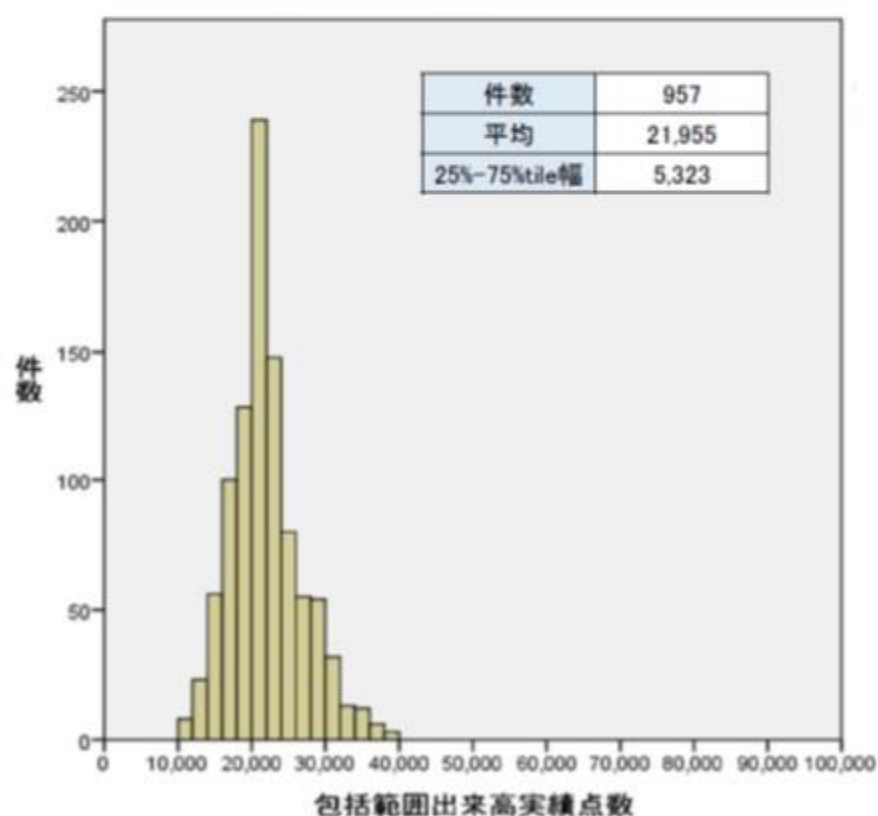
## D419 5 副腎静脈サンプリング

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

<在院日数の分布>



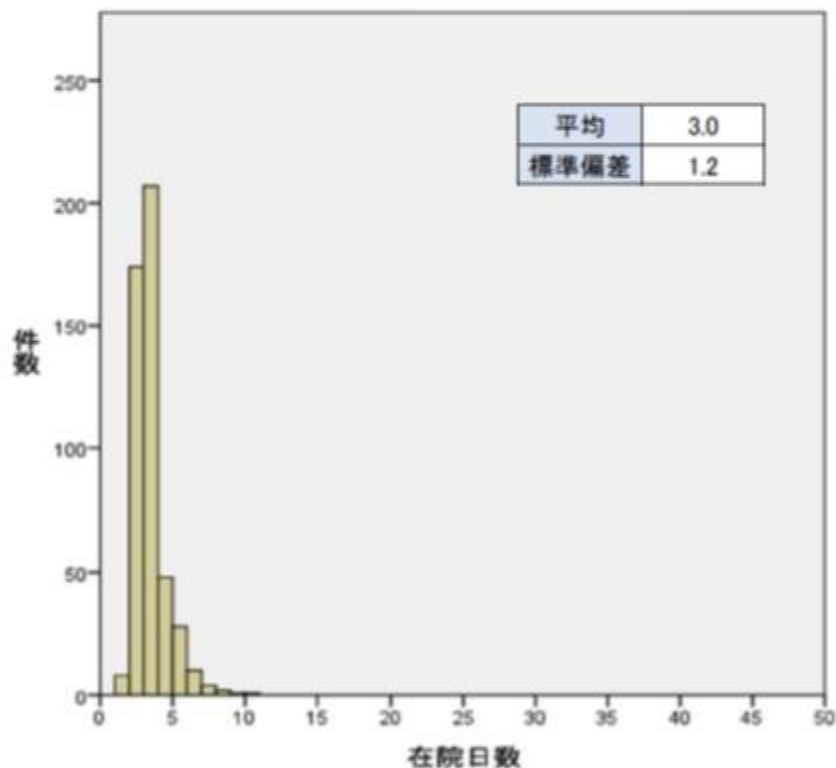
<包括範囲出来高実績点数の分布>



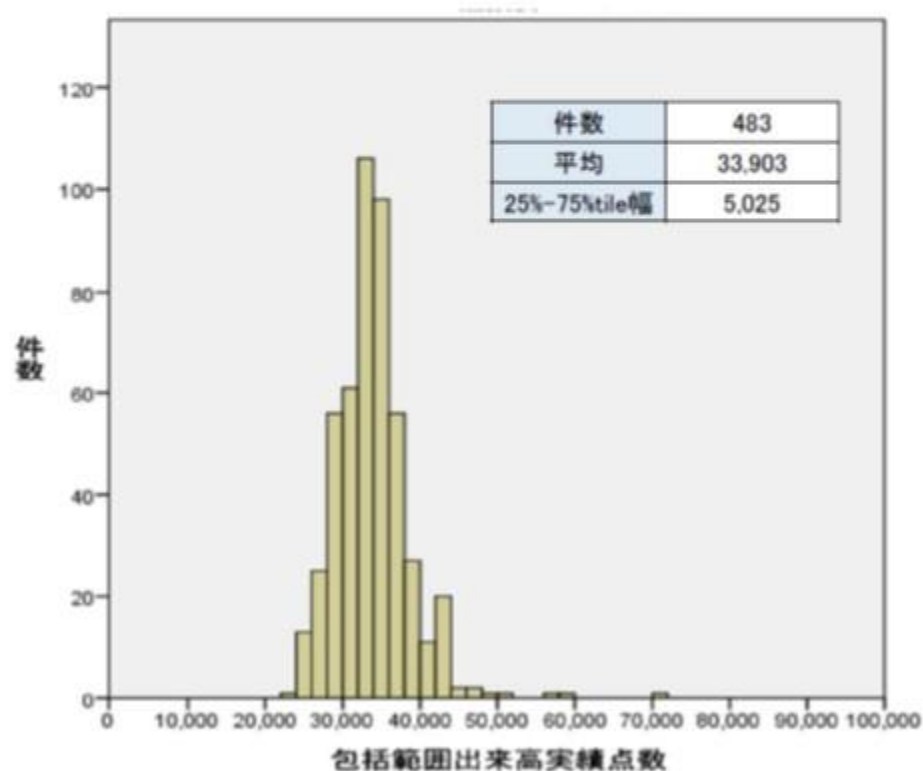
## K863-3 子宮鏡下子宮内膜焼灼術

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

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>

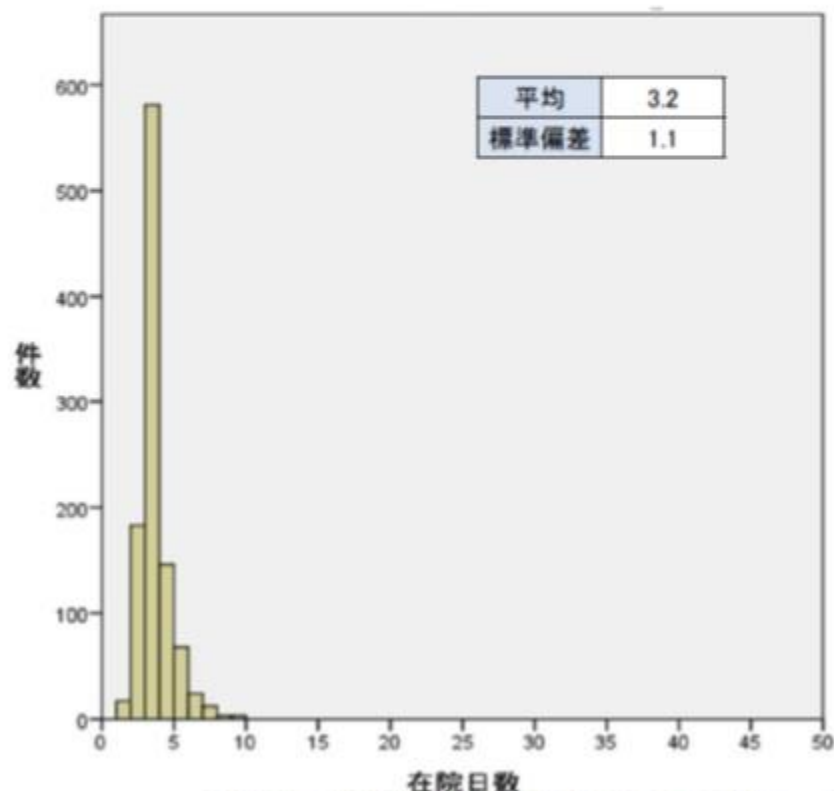




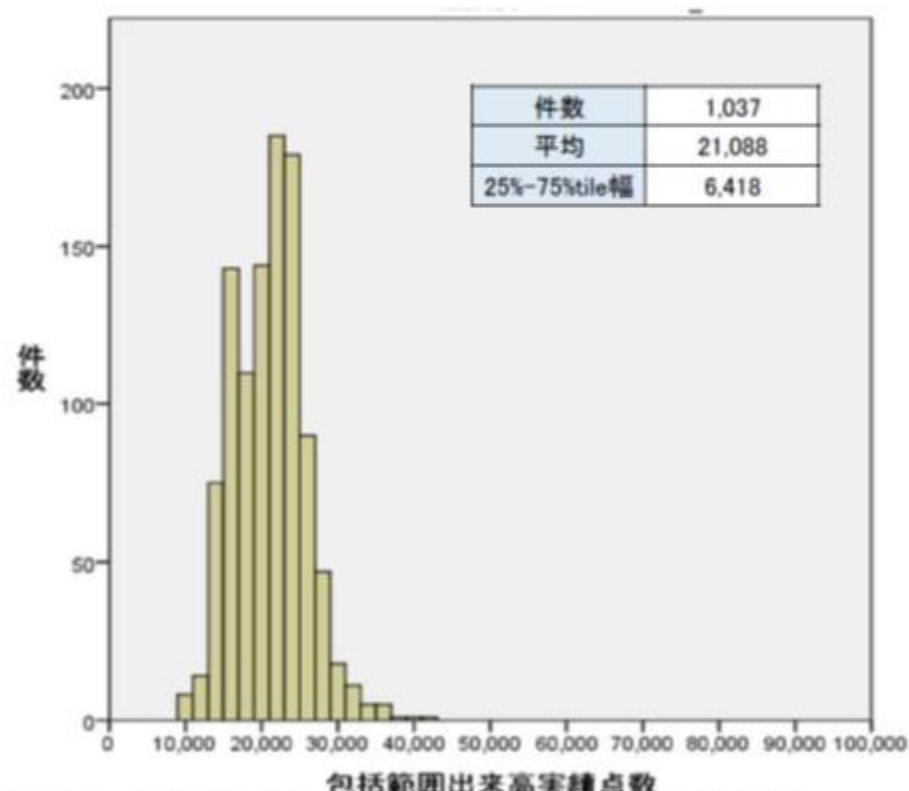
## K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術

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

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>

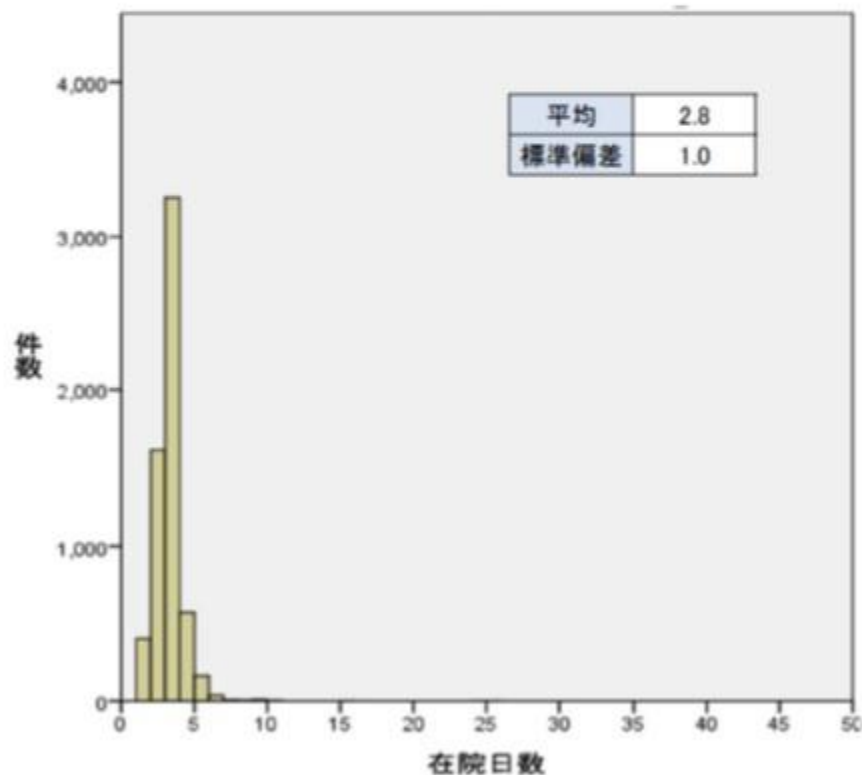


※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

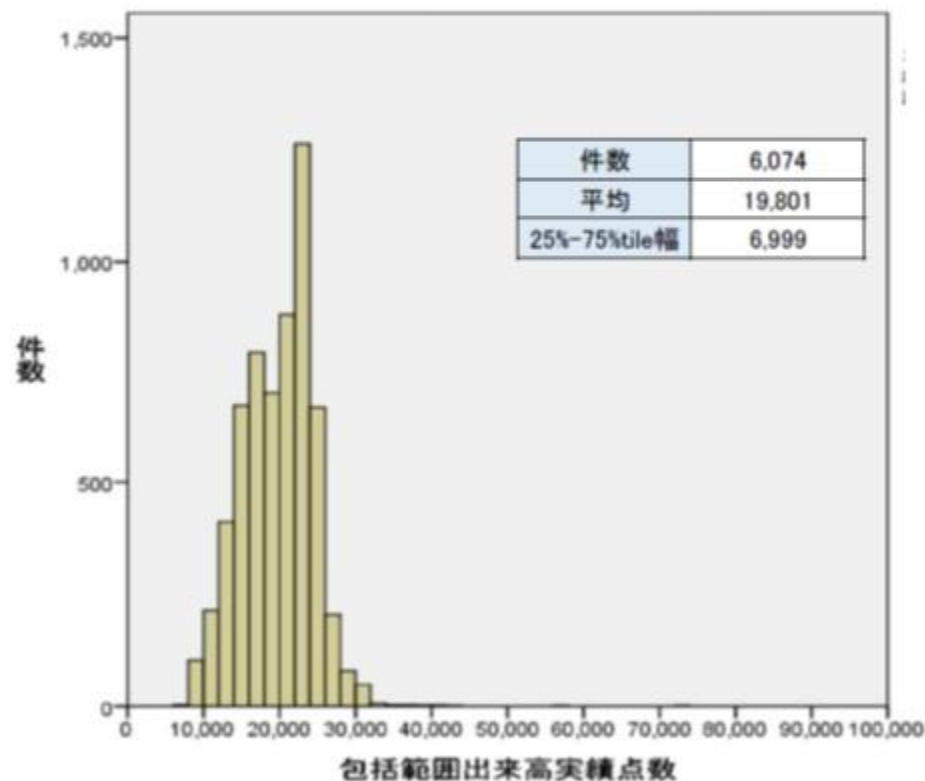
## K872-3 子宮内膜ポリープ切除術

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

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>



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

(2) 特定集中治療室等

# 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

## 【特定集中治療室用】

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

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

### 基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

## 【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	なし	あり

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

### 基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

## 医療機能に応じた入院医療の評価について

### 特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

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

#### 改定前

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

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



#### 改定後

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

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

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

# 救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救命入院料	入院料1	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の医師が常時勤務</li> <li>・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制</li> </ul>	4対1	—	救命救命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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救命料1の基準を満たす</li> <li>・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす</li> </ul>	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救命料1の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>	4対1	—	
		～7日 8,929点				
～14日 8,030点						
入院料4	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救命料2の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)</li> <li>・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務</li> <li>・クリーンバイオルームであること</li> </ul>	2対1	ICU用 8割	
		～14日 12,126点				
	管理料2	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定集中治療室管理料1の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>		ICU用 7割	
	管理料3	～7日 9,361点				<ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の医師が常時勤務</li> <li>・クリーンバイオルームであること</li> </ul>
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定集中治療室管理料1の基準を満たす</li> <li>・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師</li> </ul>				
ハイケアユニット 入院医療管理料	管理料1	6,584点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の医師が常時勤務</li> </ul>	4対1	HCU用 8割	
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務</li> <li>・常勤の理学療法士又は作業療法士が配置</li> </ul>	3対1	—	脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血 が8割以上

# 特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度

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

## ＜各基準の該当患者割合＞

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

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

※ 背景色の箇所は、重症度、医療・看護必要度の基準がある治療室

(対象とした患者数)

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

(参考) 基準一覧

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

# ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例

## APACHE II

(acute physiology and chronic health evaluation II)

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

(測定項目)

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



年齢、慢性併存疾患

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

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

各施設の標準化死亡比を用いて、施設間での客観的な比較が可能となる

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

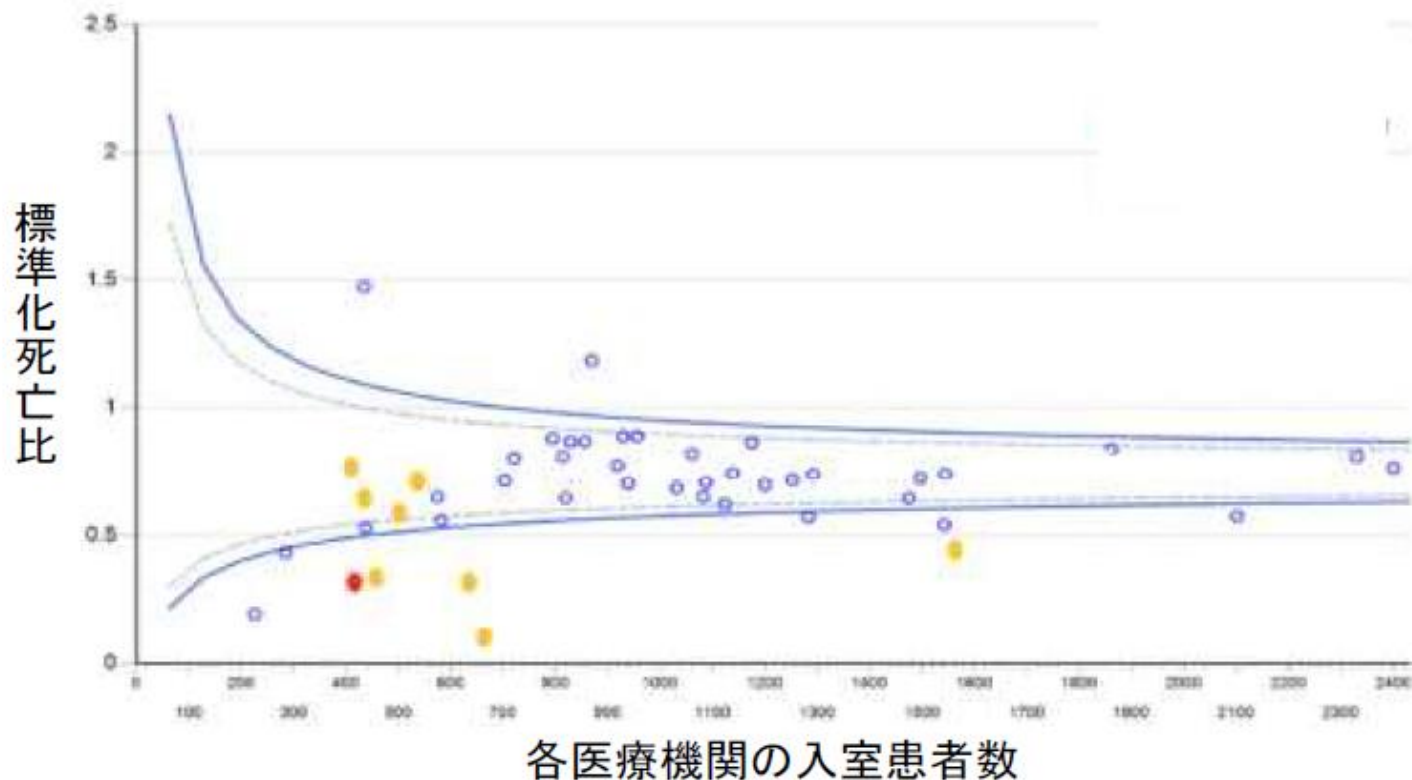
※予測死亡率 =  $e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$  (Logitは上付き)

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



## APACHEスコアを用いたベンチマークの一例

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



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

# (3) 救急医療管理加算

## (参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

## 救急医療管理加算の見直し

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

## 平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点  
(1日につき) (7日まで)

## 【対象患者】

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

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



## 平成26年度改定後

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

## 【対象患者】

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

## &lt;救急医療管理加算1&gt;

- 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

## &lt;救急医療管理加算2&gt;

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

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

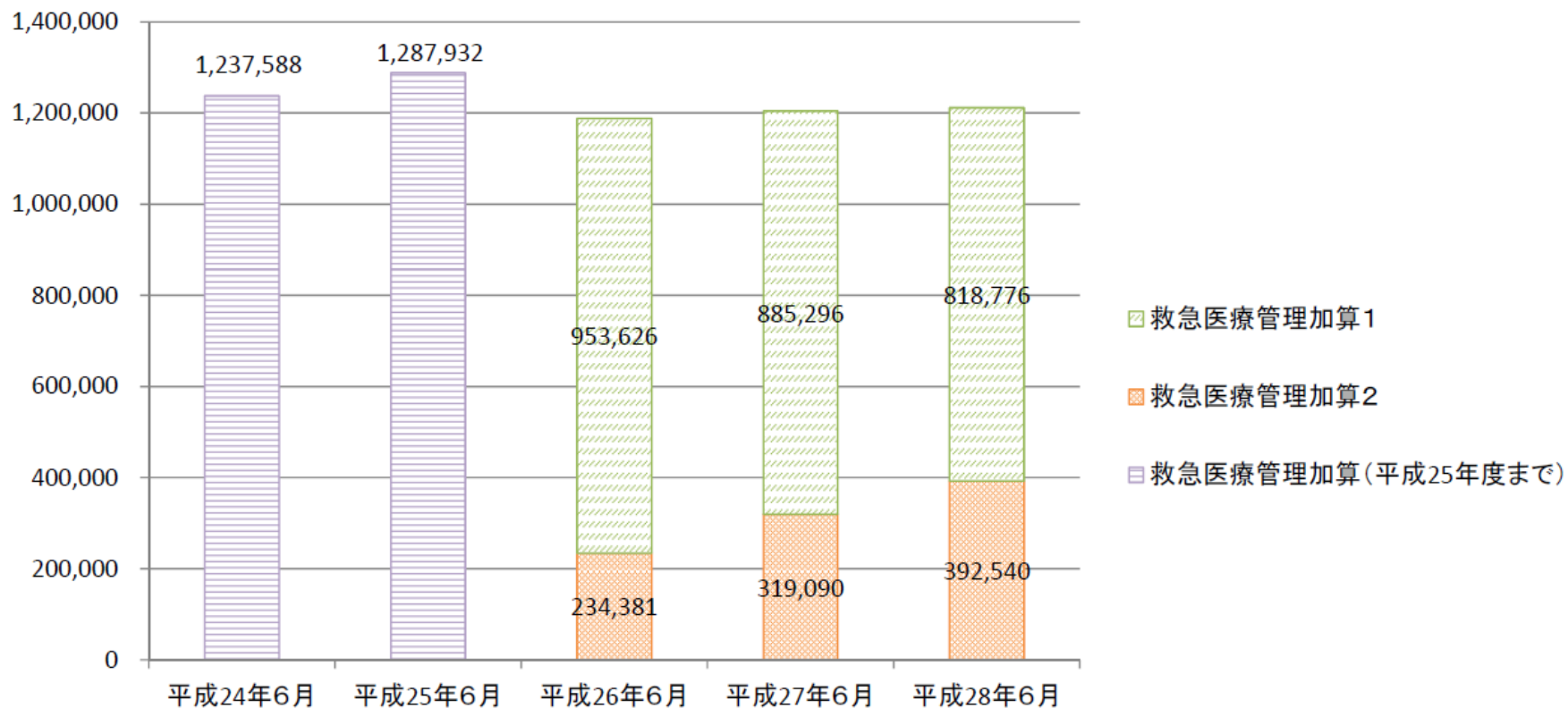
※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

# 救急医療管理加算の算定回数の推移

○ 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)

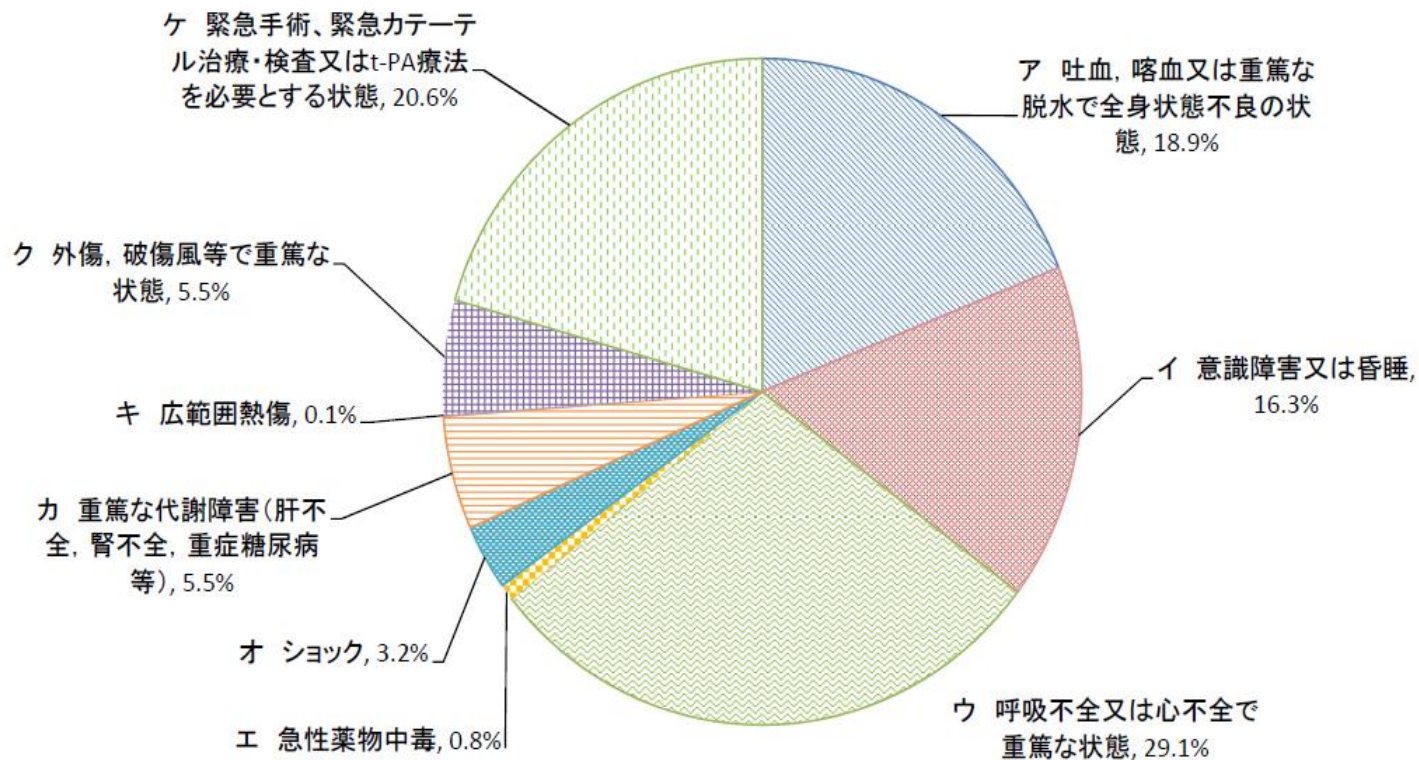


# 救急医療管理加算1算定患者の内訳

- 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)

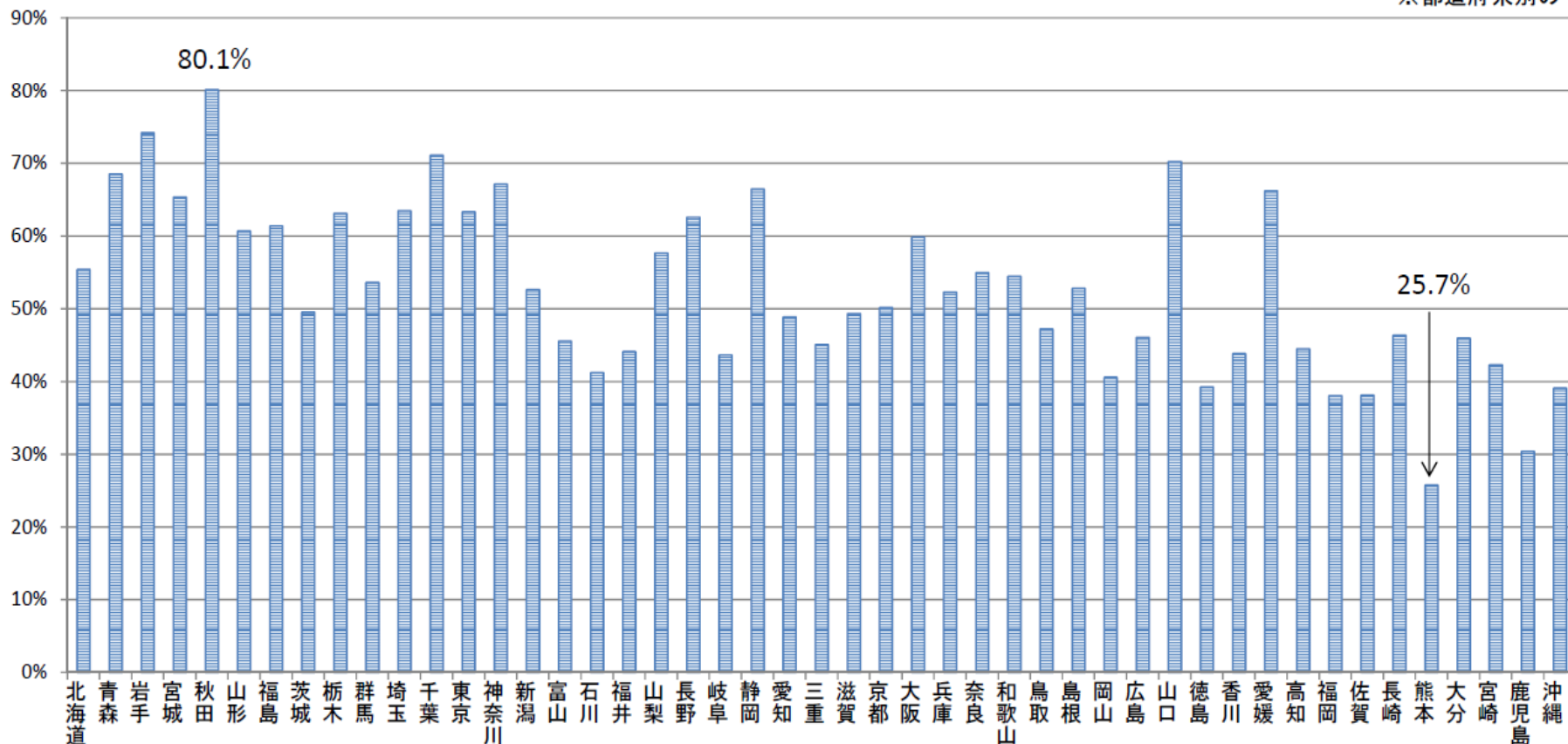


# 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)

○ 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



# 救急患者に関する指標の例

○ 救急患者に実際に使用されている評価指標の例として、以下のような指標が考えられる。

## 【救急医療管理加算の対象患者】

## 【関係する指標の例】

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態



緊急の止血処置の有無等

イ 意識障害又は昏睡



JCS、GCS等

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態



動脈血酸素分圧、NYHA分類等

オ ショック



収縮期血圧の低下、昇圧剤の使用等

キ 広範囲熱傷



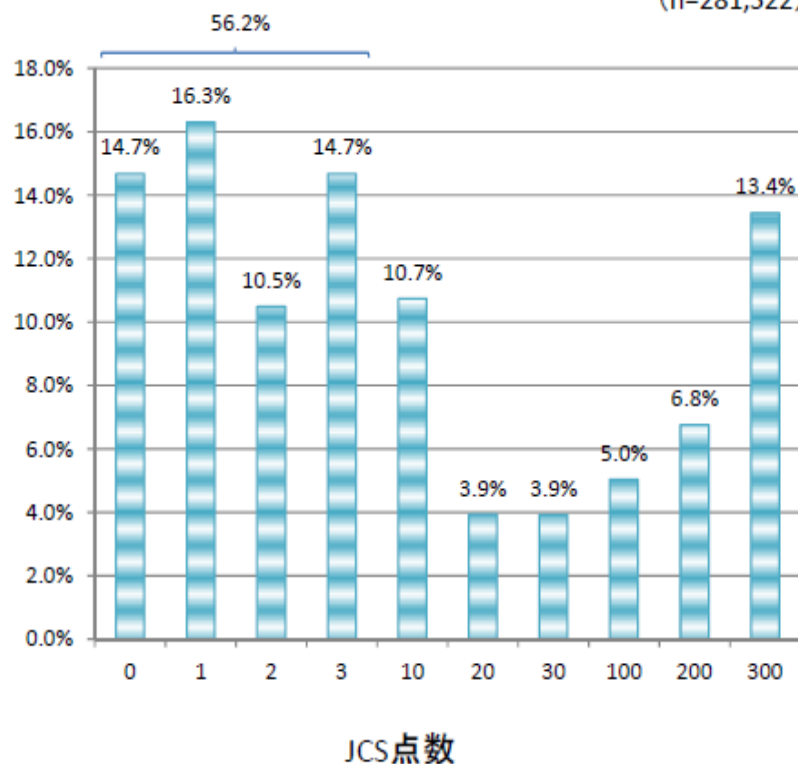
Burn Index 等

# 救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

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

救急医療管理加算1算定患者のうち  
「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布

(n=281,522)



(参考) JCS: Japan Coma Scale

## I. 覚醒している

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

## II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

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

## III. 刺激しても覚醒しない

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



緊急の入院が必要かどうかは最終的に医師が判断しなければならない

救急入院の基準は設けるべき

2017年10月5日入院医療分科会

## (4) 総合入院体制加算

## 医療機能に応じた入院医療の評価について

## 総合入院体制加算の実績要件等の見直し

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

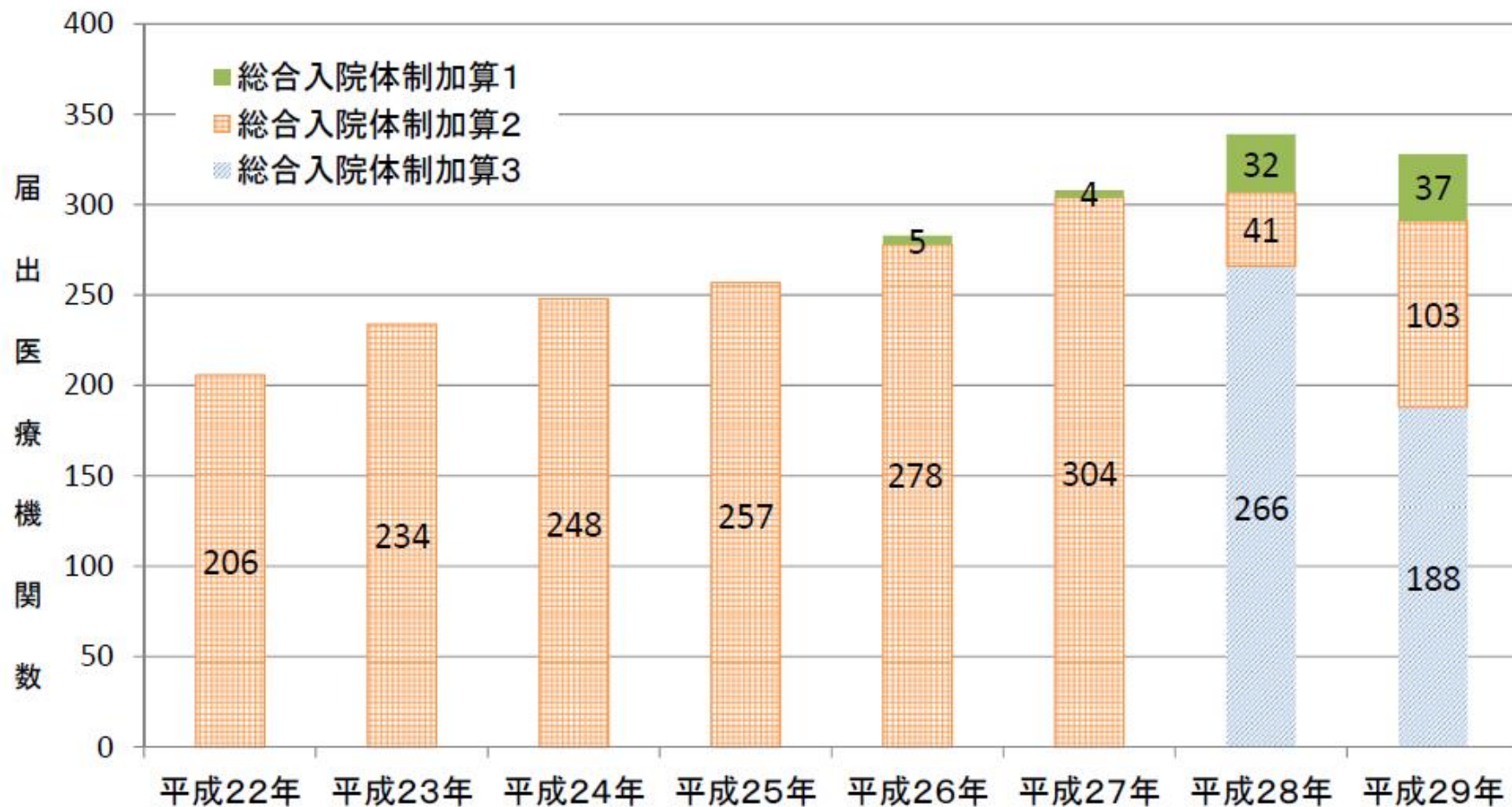
総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点  
 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新)  
 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

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

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

## 総合入院体制加算の届出数の推移

＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞



## 総合入院体制加算の今後の届出の意向（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

- 総合入院体制加算の今後の届出の意向を聞くと、「変更の予定なし」と回答した医療機関は、総合入院体制加算2届出医療機関では88.0%、総合入院体制加算3届出医療機関では56.4%を占めた。
- また、総合入院体制加算を届出していない医療機関の85.6%が、今後の届出の意向なしと回答した。

### <総合入院体制加算の今後の届出の意向>

#### 総合入院体制加算2届出医療機関 (n=50)

#### 総合入院体制加算3届出医療機関 (n=101)

#### 総合入院体制加算を届出していない 医療機関(n=658)

変更の予定なし(n=44)	88.0%
総合入院体制加算1へ変更を検討している(n=6)	12.0%
総合入院体制加算3へ変更を検討している(n=0)	0.0%
未回答(n=0)	0.0%

変更の予定なし(n=57)	56.4%
総合入院体制加算1へ変更を検討している(n=1)	1.0%
総合入院体制加算2へ変更を検討している(n=41)	40.6%
未回答(n=2)	2.0%

届出の意向なし(n=273)	85.6%
届出を検討している(n=76)	12.5%
未回答(n=9)	2.0%

# ポイント④ 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

ストラクチャー  
ではなく、アウト  
カムを評価すべき

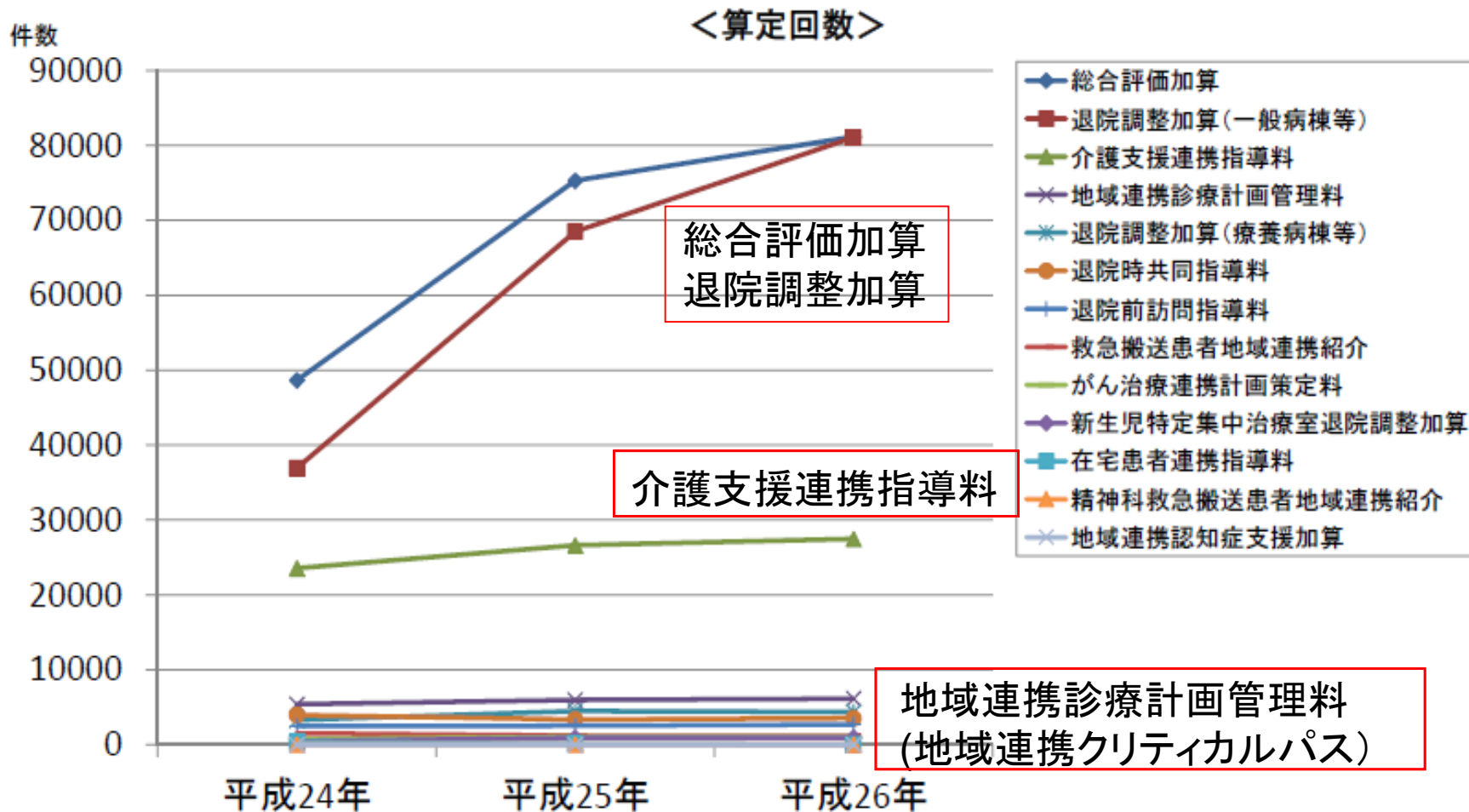
地域連携パスは使われい  
ないので、退院調整加算に  
整理しては？

退院支援の専従者  
などの配置が  
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会  
(2015年7月1日)

# 退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。





# 退院調整加算の見直し

- 退院調整加算の見直し
  - (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる
    - 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
    - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備
  - (2) 「地域連携診療計画管理料（地域連携クリティカルパス）」などを、退院支援の一環とする

# 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

## 退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取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

「退院支援加算」が  
新設された



[算定要件・施設基準]

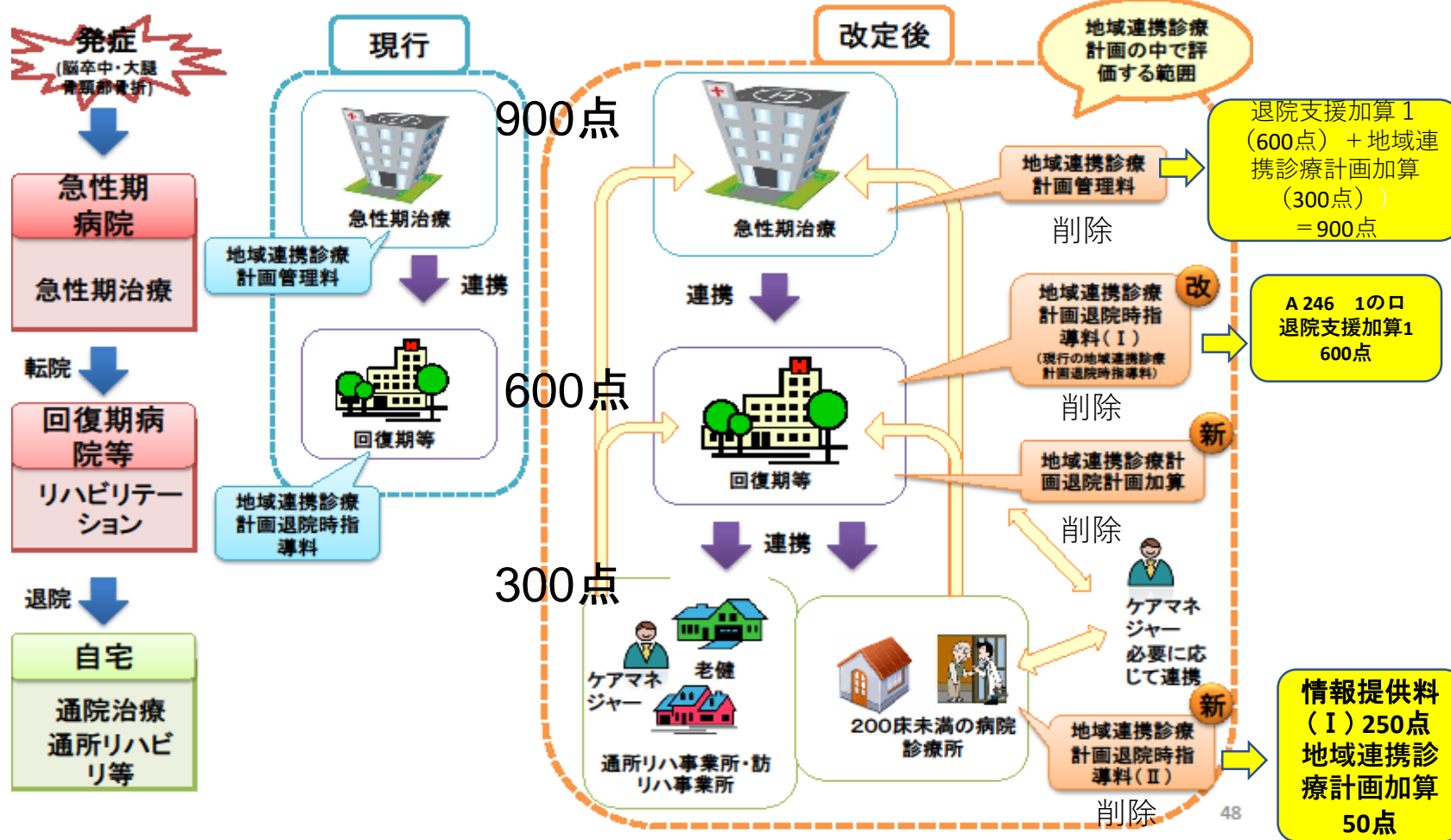
	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<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>	-

# 廃止された項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅰ)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅱ)

地域連携診療計画管理料等は廃止されたが、地域連携クリティカルパスが廃止されたわけではない

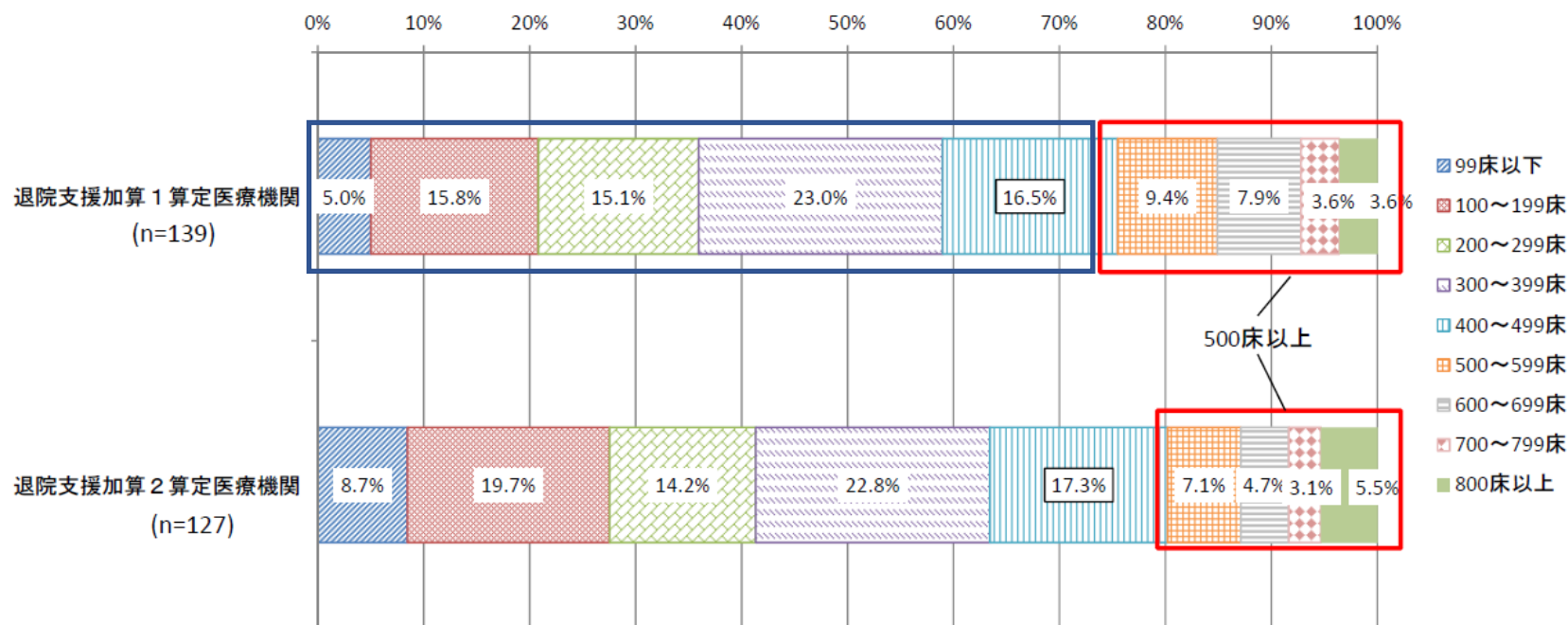
# 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価 2016年改定



## 退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布

- 退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の状況を見ると、加算2を算定している医療機関に比べ加算1を算定している医療機関の方が、500床以上の占める割合が大きい。

### <退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布>



退院支援加算1を取得しているのは500床以上は3割

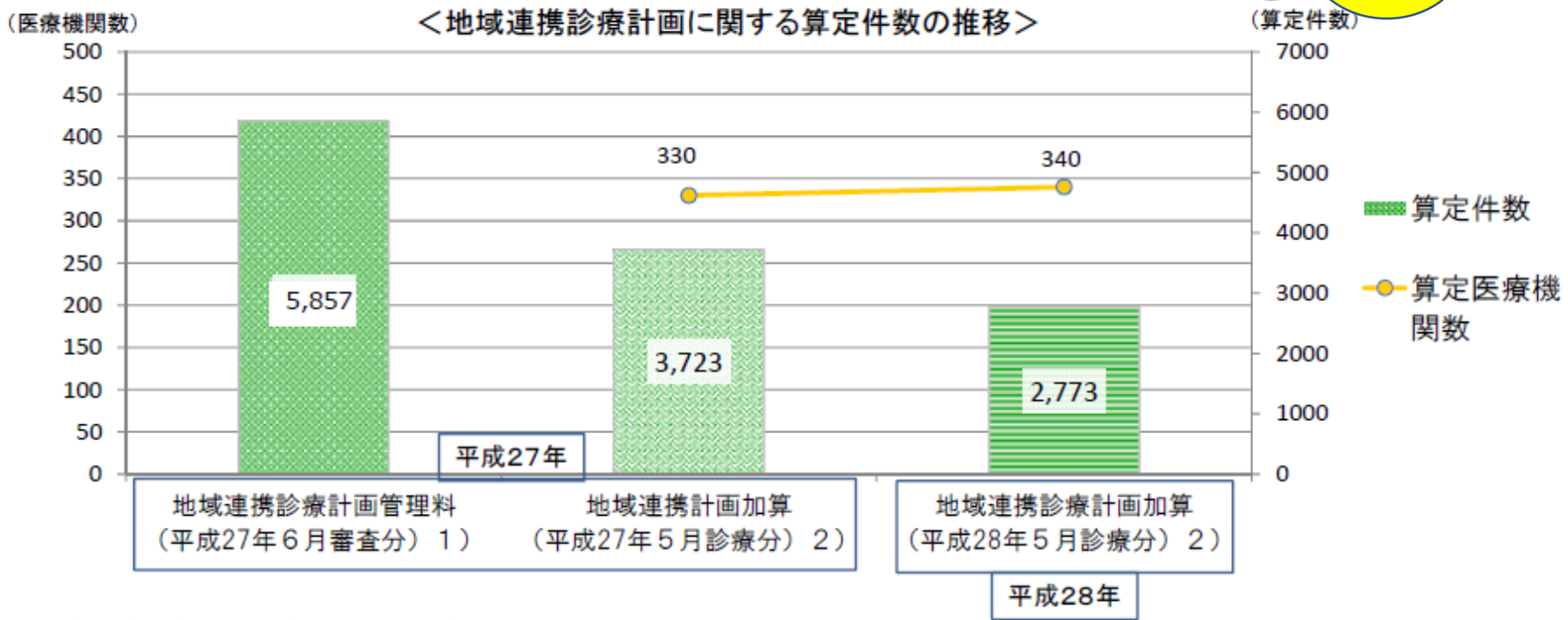
# 地域連携診療計画③

○ 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

地域連携パス  
(地域連携計画  
加算) 激減!



出典：1)社会医療診療行為別統計、2)NDBデータ

これだけ地域連  
携計画加算が  
減っていること  
に驚いている

退院支援加算2で地域連  
携診療計画加算を認めな  
いことを見直すべき

地域連携診療計画は  
回りハではよく使わ  
れている。一方、回り  
ハでは退院支援加算  
の算定が少ない。現  
状に合っていない

2017年8月24日 入院医療分科会

退院支援から  
入退院支援へ



# 2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

# 地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

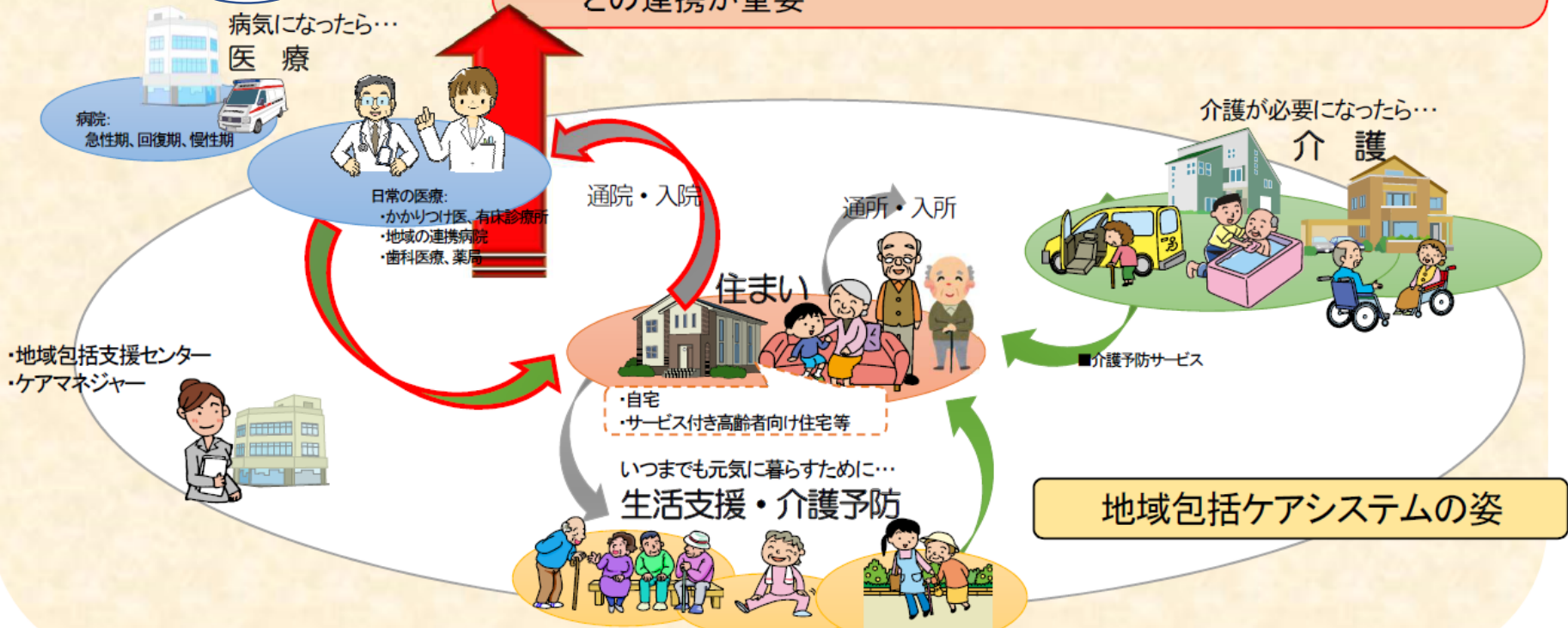
切れ目のない支援



退院支援から  
入退院支援  
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

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



# 日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



# 東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
  - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
    - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
    - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
    - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
    - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
    - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

# 中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
  - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
  - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
  - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

# 群馬中央病院の 入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
  - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
  - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
  - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
  - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

ポイント⑤  
療養病床と  
DPCデータ提出加算

# 療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

## 療養病棟入院基本料 1

### 【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

## 療養病棟入院基本料 2

### 【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法(常時流量3l/分以上を必要とする状態等)</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頭頸損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)</li> <li>・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

### ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

- ( 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、  
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 )

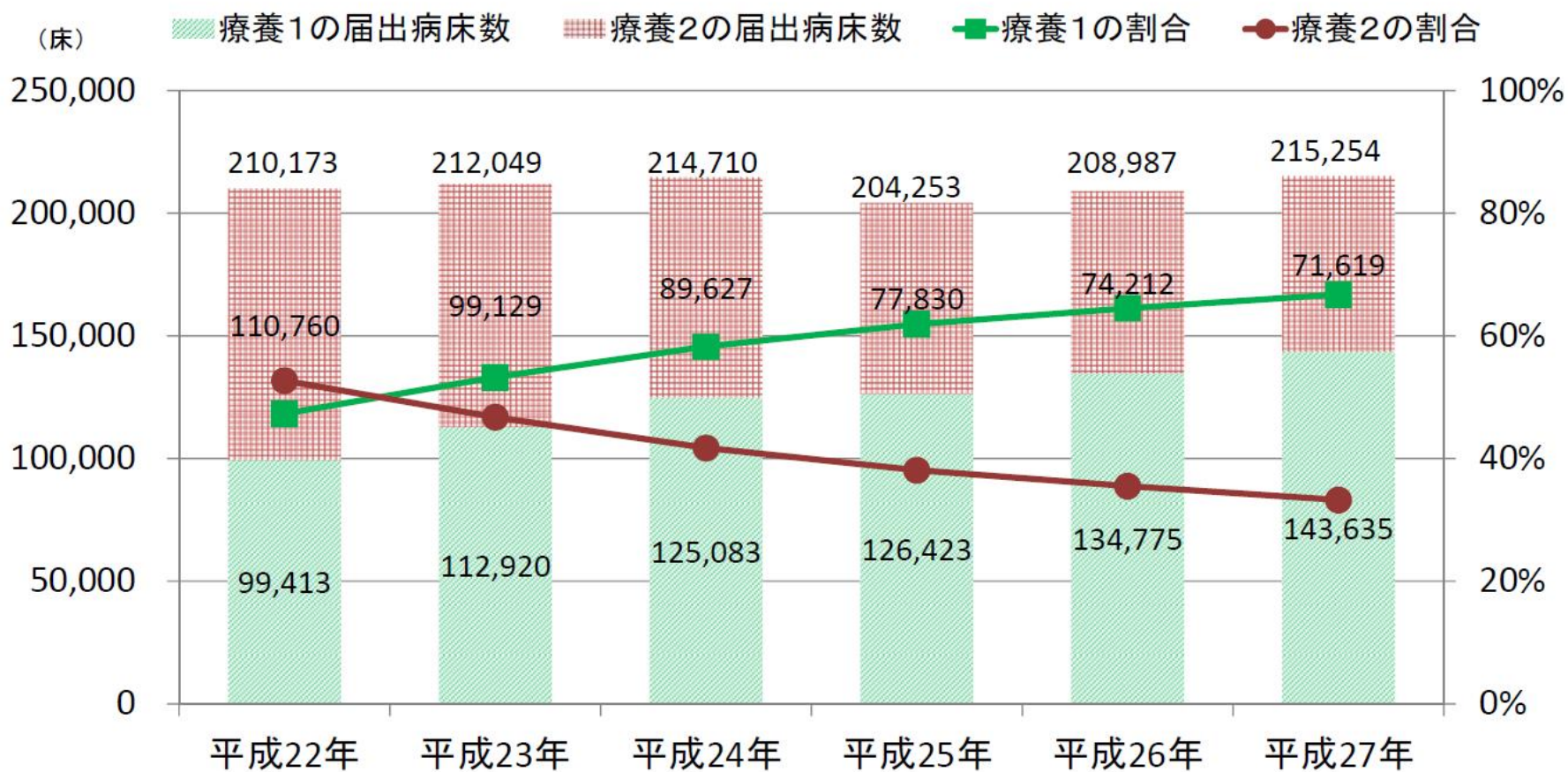
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24



# 療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

中医協 総-5  
29. 1. 25(改)

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

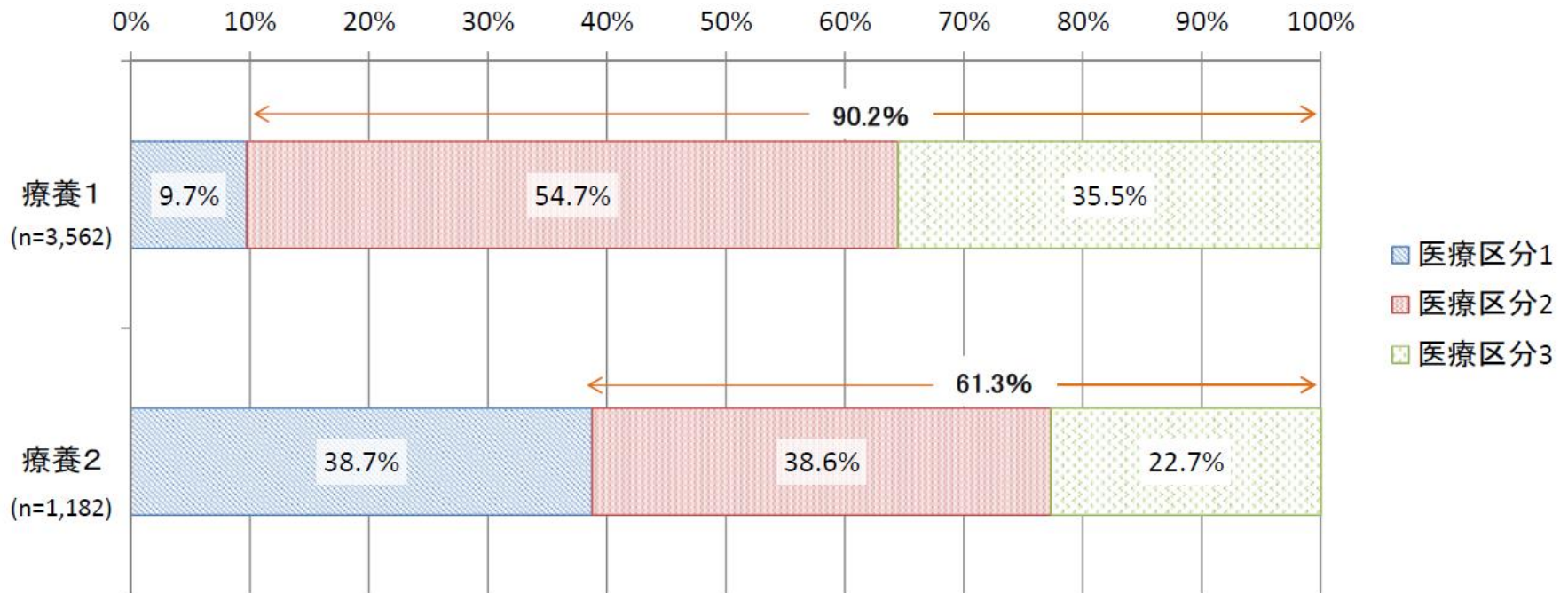


# 療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1  
29.6.7

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

## 療養病棟入院患者の医療区分の割合



# 医療区分 1, 2, 3 の間の比較

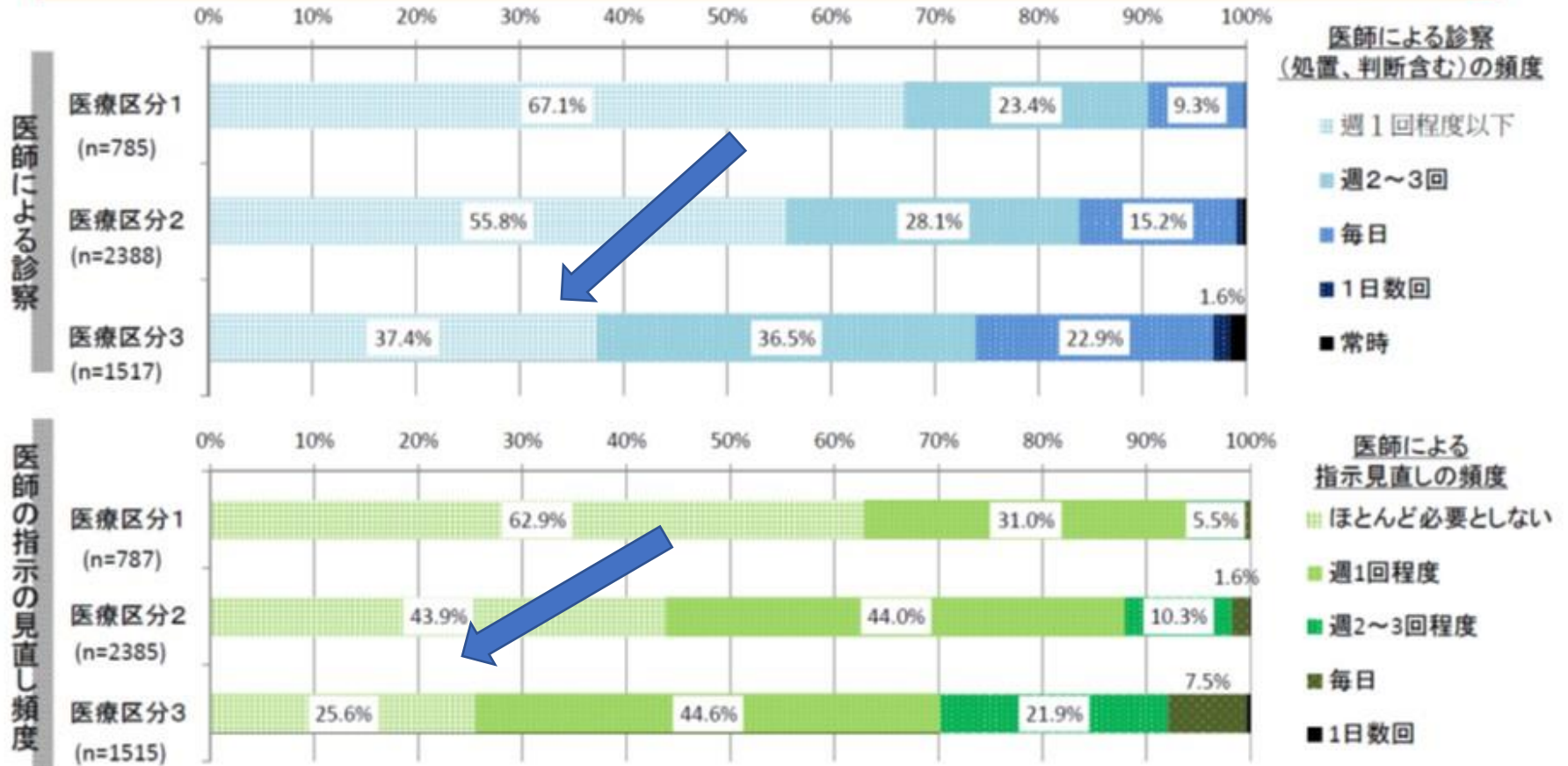
# 医療的な状態

○ 医療区分が上がるほど、医療的な状態が不安定な患者の割合が高い。



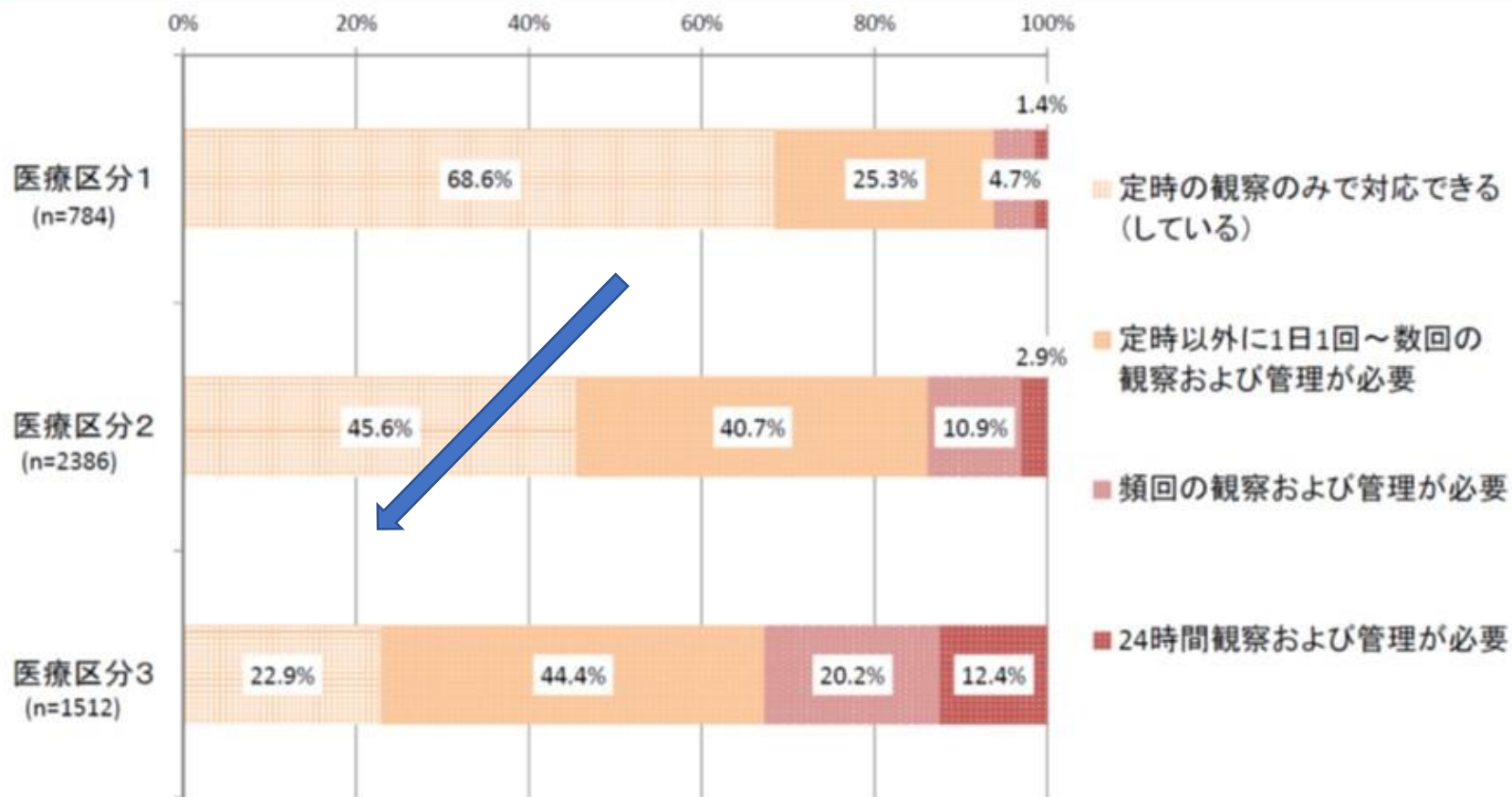
# 直接の医療提供頻度

○ 医療区分が上がるほど、医師による直接の医療提供頻度は高くなる。



# 直接の看護提供頻度

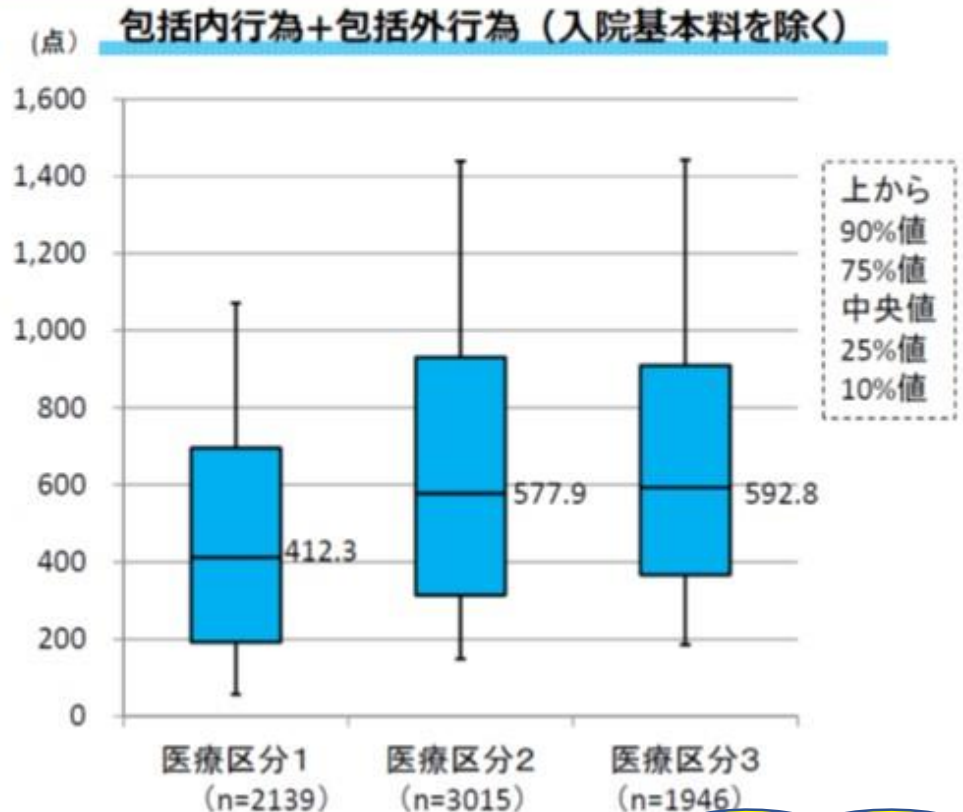
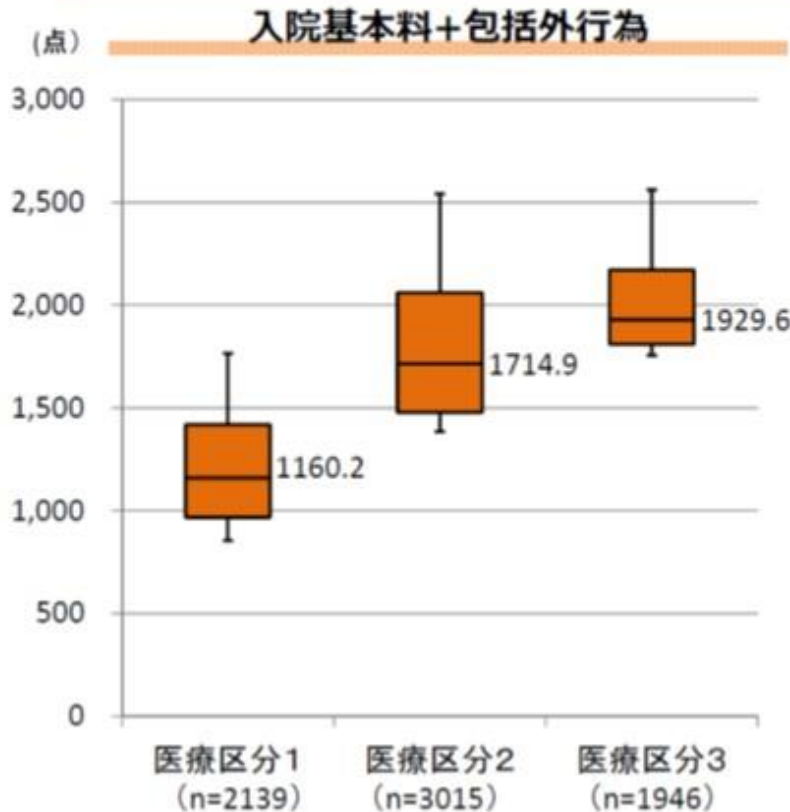
○ 医療区分が上がるほど、直接の看護提供頻度は高くなる。



# 医療区分別の1日あたり平均点数

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

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



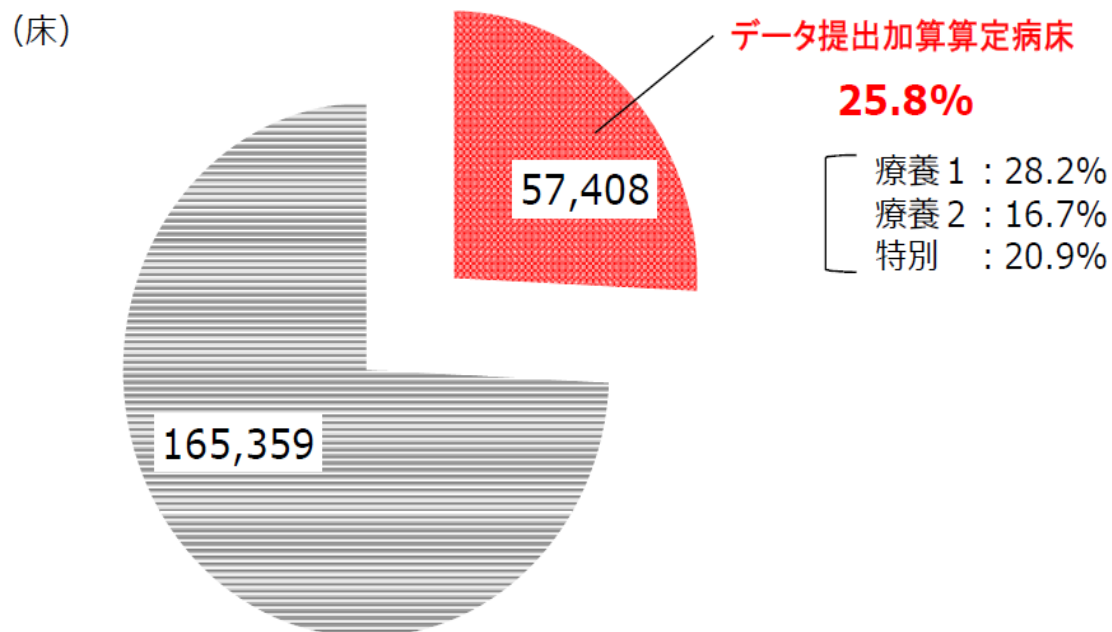
出典: 保険局医療課調べ(平成28年6月分DPCデータ)

医療区分2, 3にあまり差がない。より詳細な調査が必要では？

# データ提出加算の算定病床の割合

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

療養病棟入院基本料届出病床数 (n=222,767)



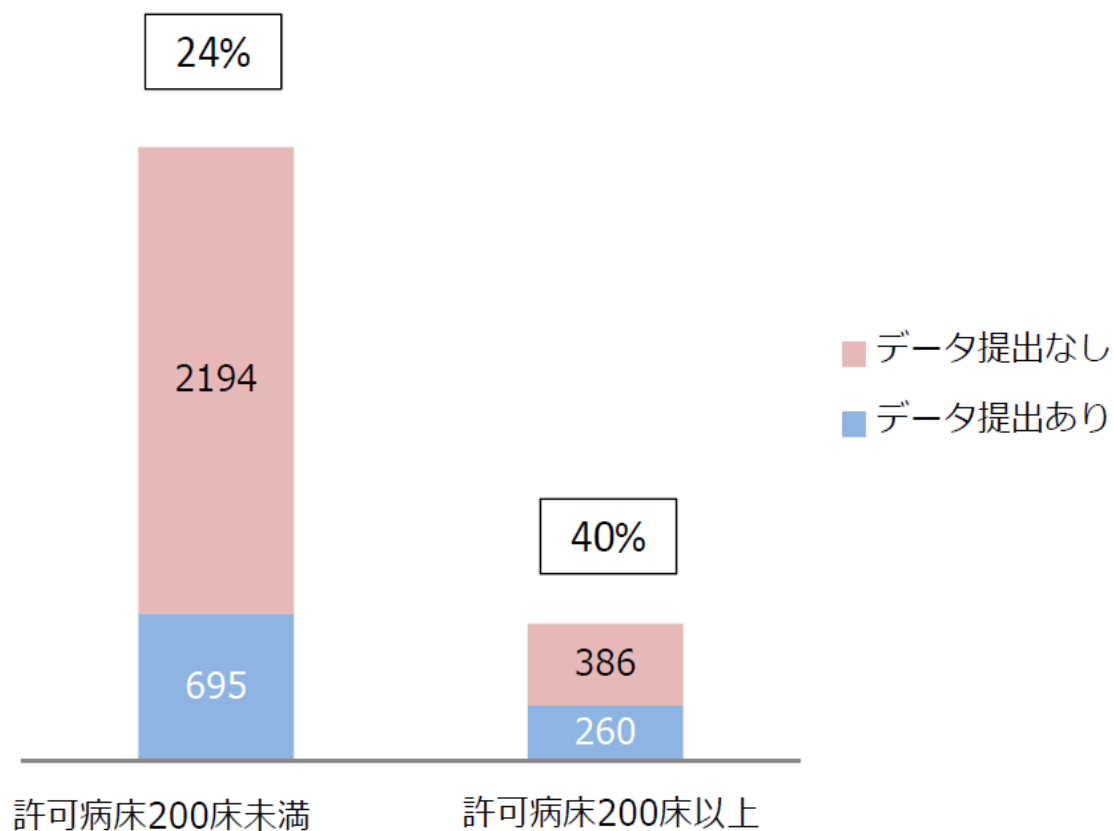
出典: 保険局医療課調べ

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



## 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。



慢性期における  
DPCデータとは？

# DPCデータ(様式1)における傷病名の考え方

＜現行の様式1における診断情報＞

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

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

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

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

# DPCデータ(様式1)のその他の項目について

- 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(回リハ病棟で、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	手術日
退院時転帰	TNM分類
退院後の在宅医療の有無	化学療法有無
診療科	各疾患の重症度分類(脳卒中、心疾患、肺炎、 狭心症、急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷) 等
病棟	
身長	

慢性期病棟では提出  
不要としてはどうか

慢性期の病棟においては、主に急性期の入院患者の診療内容等に関する項目については、提出不要としてはどうか。

## 慢性期の病棟におけるデータ提出項目(案)

DPCデータ様式1の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

- 患者の基本情報
- 入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
- ADL(入院時、退院時)
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 主傷病等のICDコード 等

DPCデータ様式1の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める主な項目

- 慢性期の患者に特徴的な症状・状態の有無(月ごとに入力)

### <項目例>

- ・ 脱水
- ・ 発熱
- ・ 褥瘡
- ・ 摂食・嚥下機能低下
- ・ 低栄養
- ・ 疼痛の訴え
- ・ 認知症の周辺症状
- 等

- 要介護度 (認定のある場合のみ入力)(入退院時に入力)

データ提出は病院・病棟のパフォーマンス把握のため重要。ただ様式1の入力作業は大変なので医療区分報告とバータにしてほしい。またすべての療養病棟に提出を義務付けるのは厳しい。

療養病床へのDPCデータ提出項目についてどのように考えるのか？

2017年10月18日入院医療分科会

# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

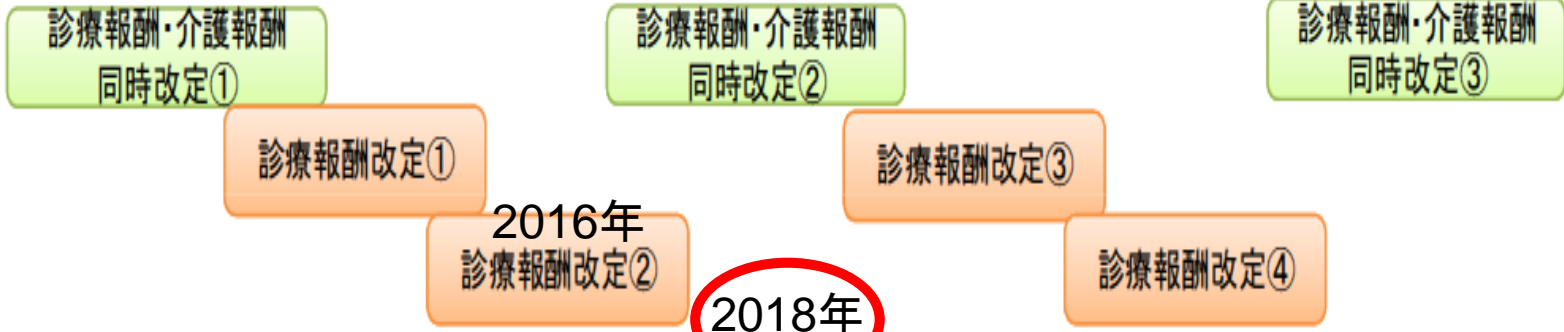
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

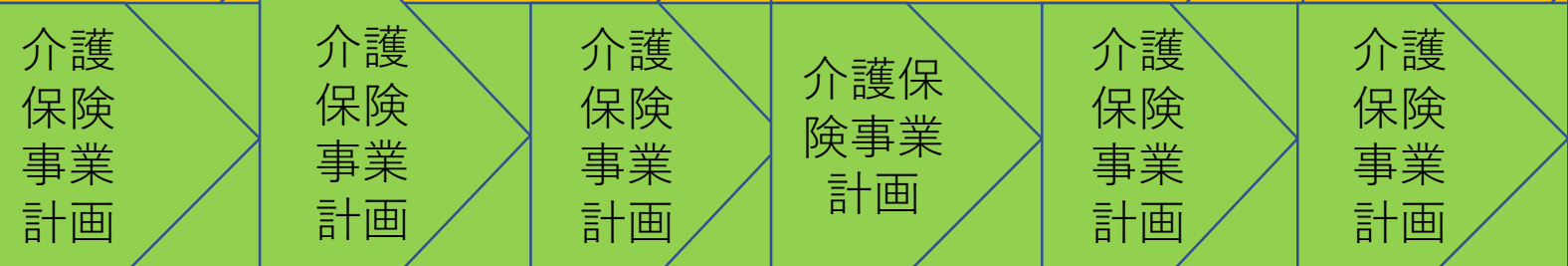
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

# 2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• 2015年9月発刊



このたび韓国語版も発刊



# ご清聴ありがとうございました



フェイス  
ブックで  
「お友達募  
集」をして  
います

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開し  
ております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[mutoma@iuhw.ac.jp](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)