

中医協 総－3

29. 11. 24

入院医療(その7)

平成29年11月24日

入院医療(その7)

1. 一般病棟入院基本料
2. 特定集中治療室管理料等
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 医療機関間の連携に関する評価

1－(1)重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

【課題】

【認知症及びせん妄の患者】

- ・7対1一般病棟に認知症の患者は13%、せん妄(術後以外)症状を有する患者は2.7%であった。
- ・B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者について、身体抑制ありの患者のうち、全評価日でA項目が1点以上に該当する患者が多く、医師の診察や指示の見直しの頻度、直接看護の提供頻度も上昇していた。

【救急搬送後の患者】

- ・入院経路別の入棟中の患者の医療的な状態をみると、状態が不安定である患者の割合は「緊急入院(緊急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)」の患者が最も多いが、それ以外の緊急入院患者でも一定の割合を占めていた。

【手術後の患者】

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

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	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

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

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

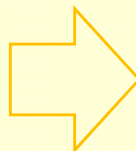
8 救急搬送後の入院

[B項目]

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

[C項目]

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



1－(1)重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

ア) 認知症及びせん妄の患者

【課題】

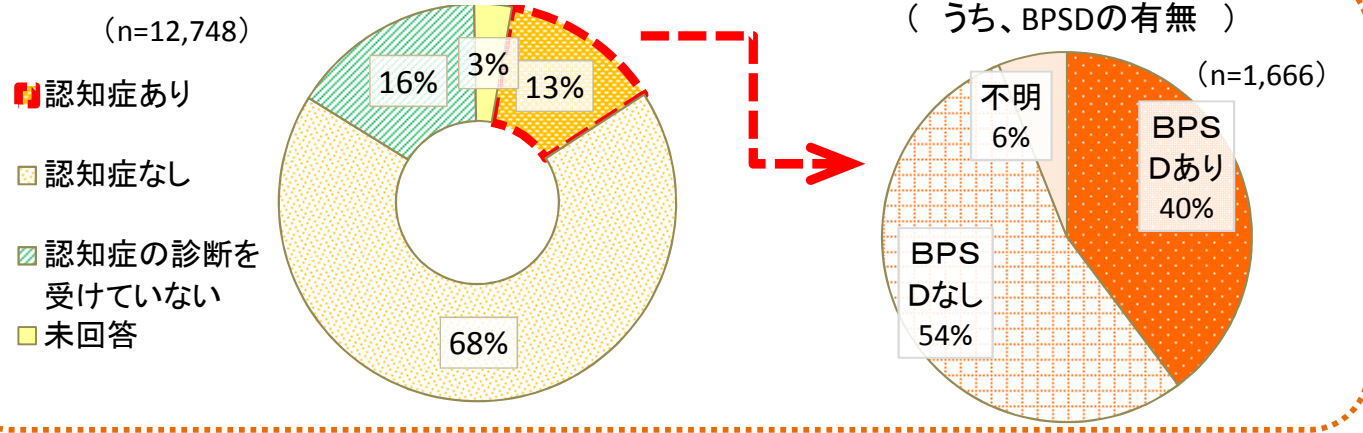
- ・7対1一般病棟に認知症の患者は13%、せん妄(術後以外)症状を有する患者は2.7%であった。
- ・B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者について、身体抑制ありの患者のうち、全評価日でA項目が1点以上に該当する患者が多く、医師の診察や指示の見直しの頻度、直接看護の提供頻度も上昇していた。

7対1一般病棟における認知症・せん妄の患者①

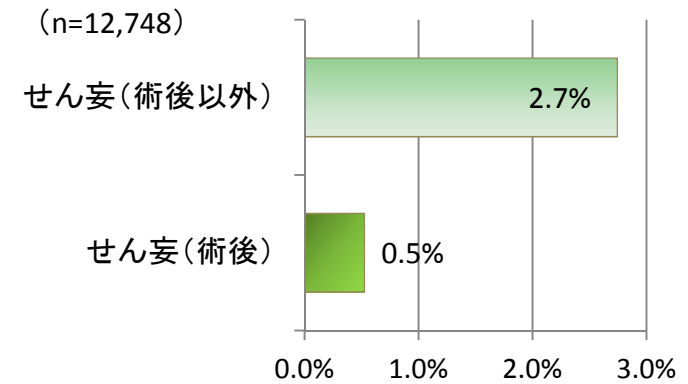
診調組 入-1
29.11.2

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

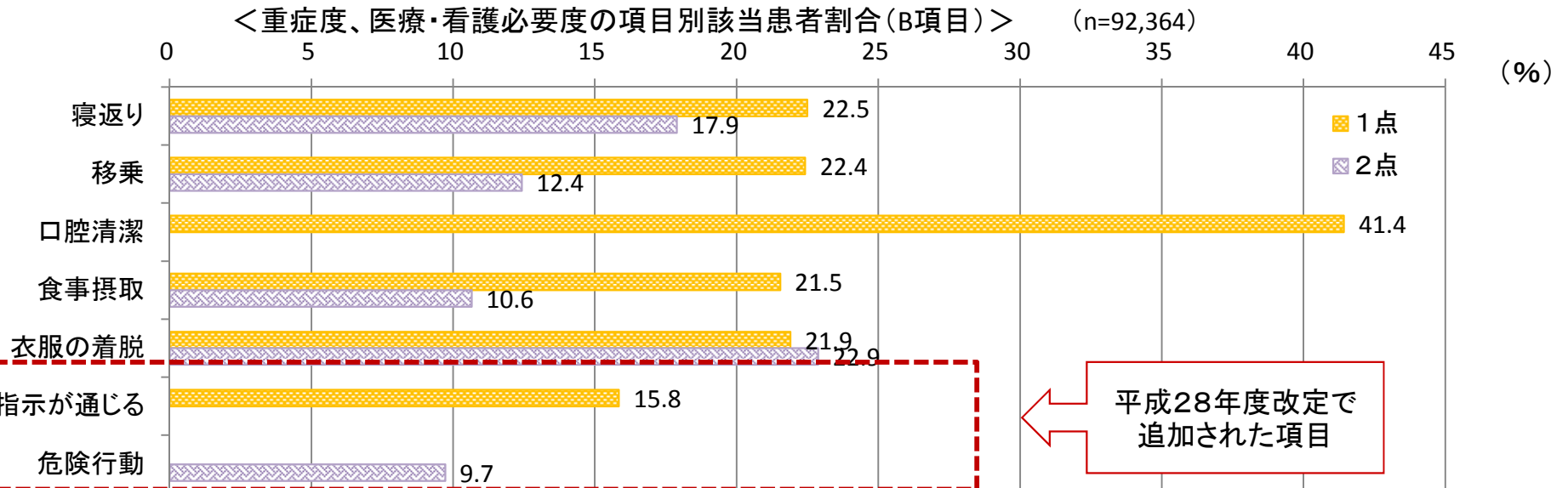
<認知症患者の割合>



<せん妄患者の割合>



<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>



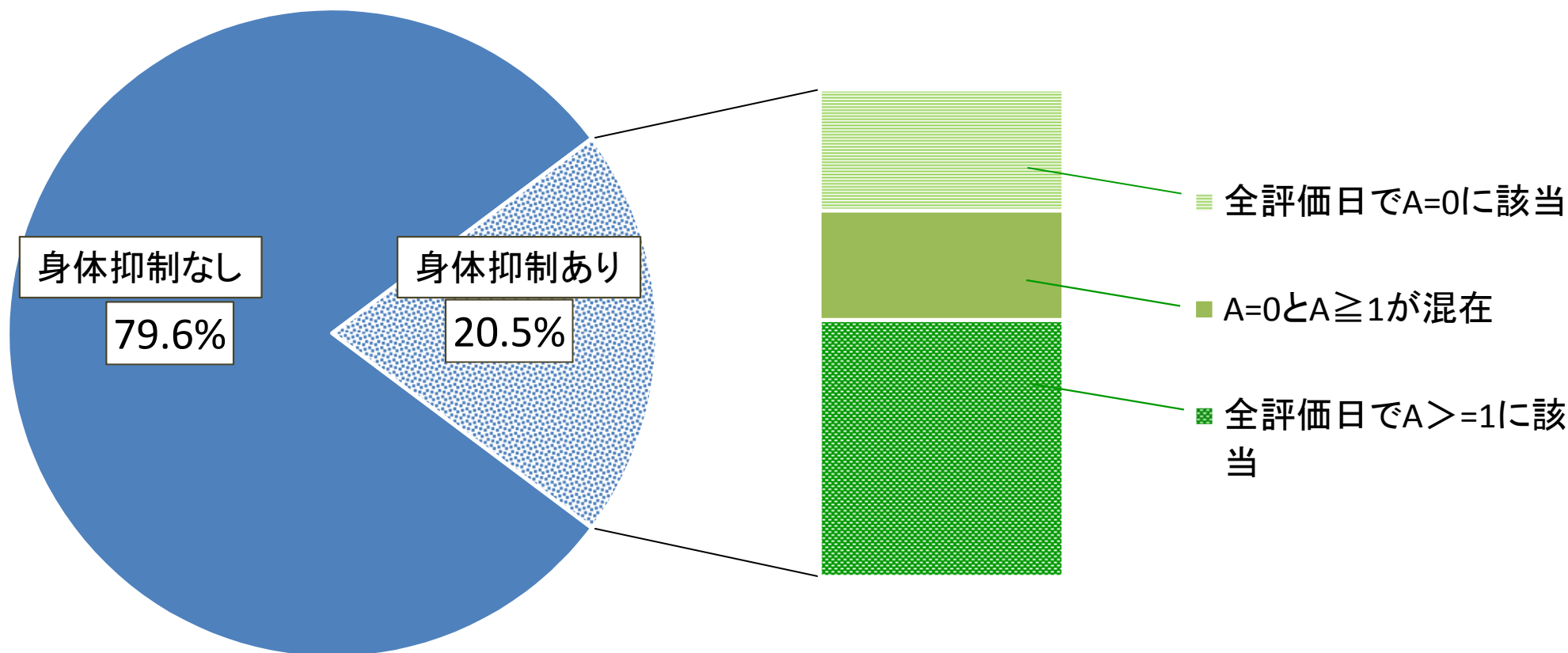
7対1一般病棟における認知症・せん妄患者②

診調組 入-1
29.11.2

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

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

(n=2,712)



(参考) 全患者のうち「身体抑制あり」の割合…4.9%

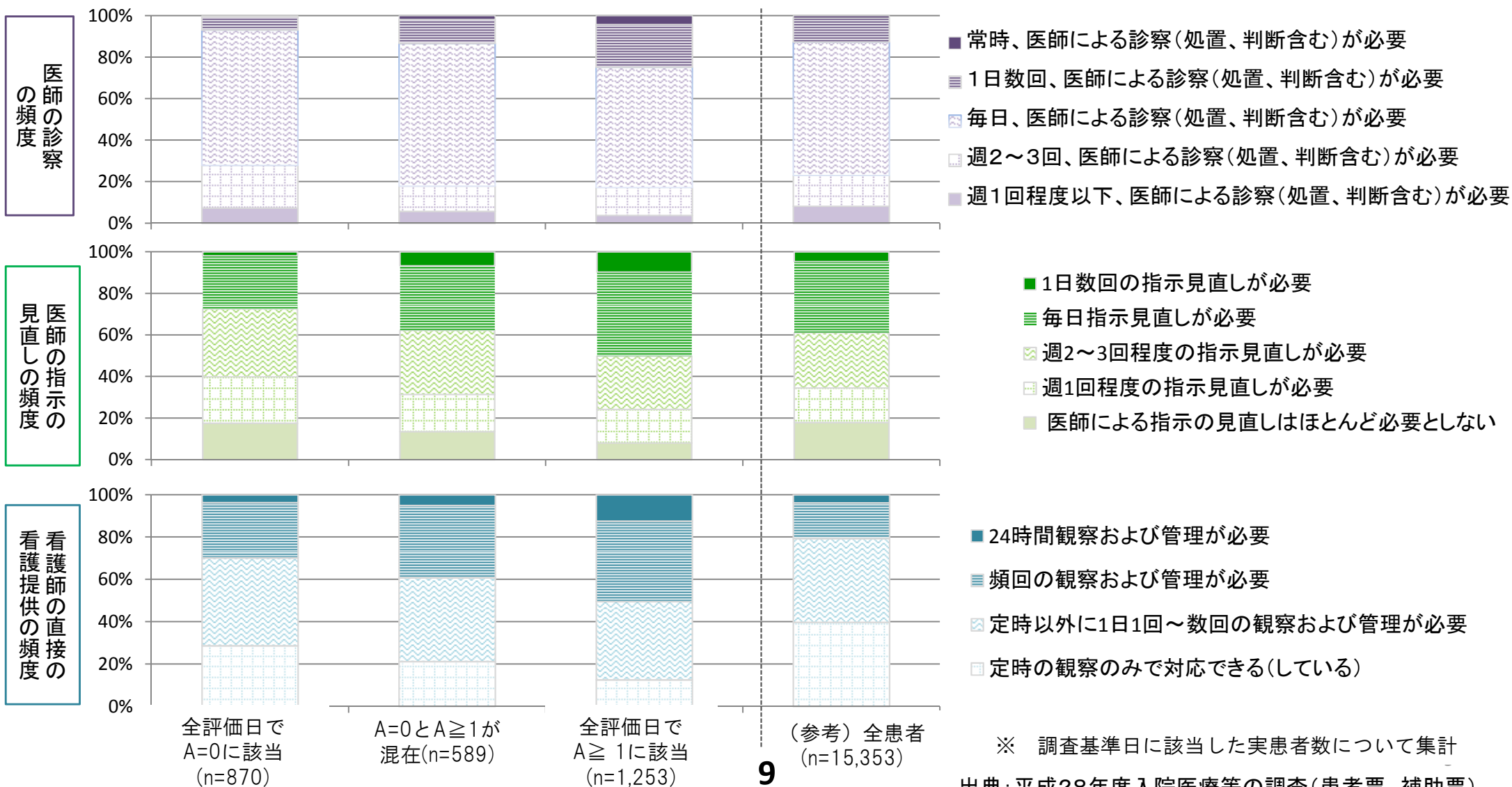
※ 調査基準日に該当した実患者数について集計

7対1一般病棟における認知症・せん妄患者③

診調組 入-1
29.11.2

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

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



1－(1)重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

イ) 救急搬送後の入院

【課題】

- ・入院経路別の入棟中の患者の医療的な状態をみると、状態が不安定である患者の割合は「緊急入院(緊急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)」の患者が最も多いが、それ以外の緊急入院患者でも一定の割合を占めていた。

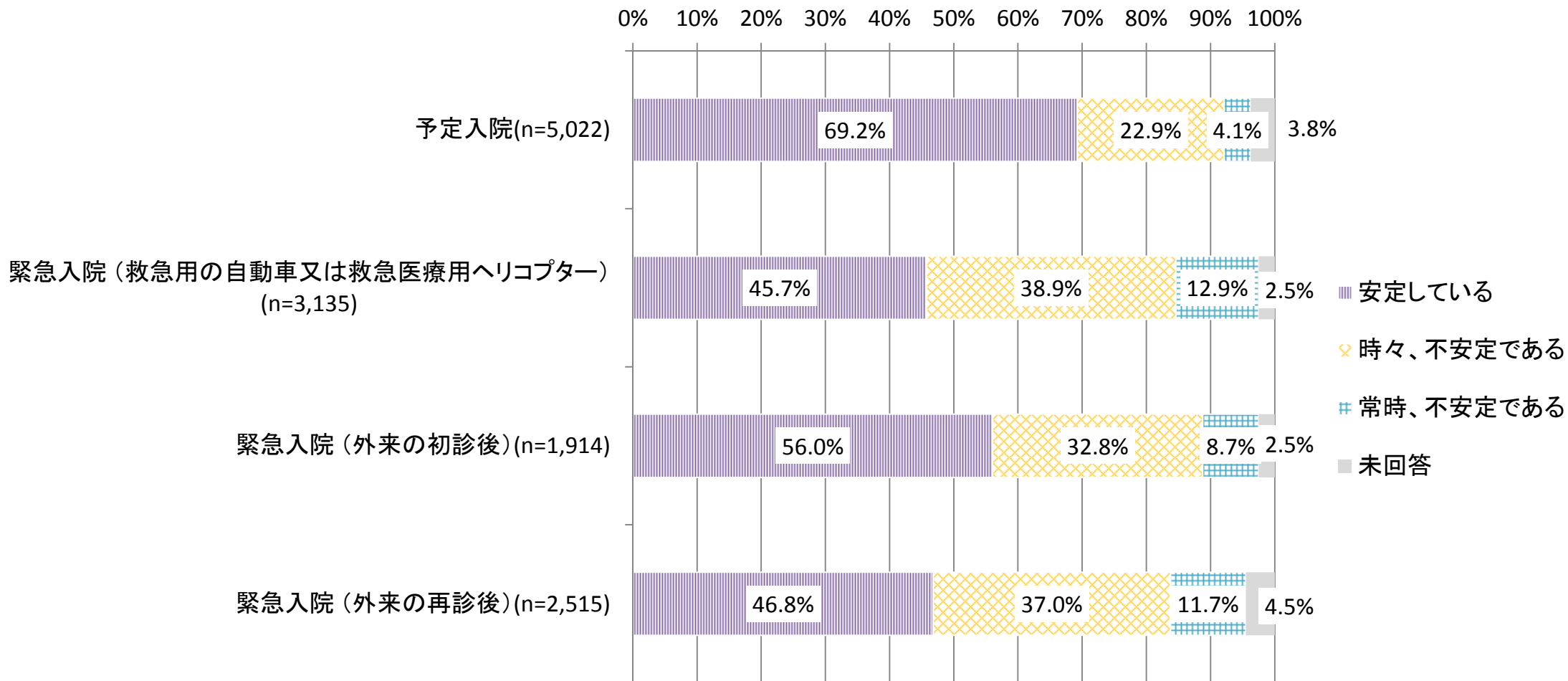
< 救急搬送後の入院 >

定義	救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより <u>当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目</u> である。
判断の留意点	救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。 <u>入院当日を含め、翌日までを評価の対象とする。</u>

入院経路別の入棟中の患者の医療的な状態

○ 入院経路別の入棟中の患者の医療的な状態をみると、状態が不安定である患者の割合は「緊急入院（緊急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）」の患者が最も多いが、それ以外の緊急入院患者でも一定の割合を占めている。

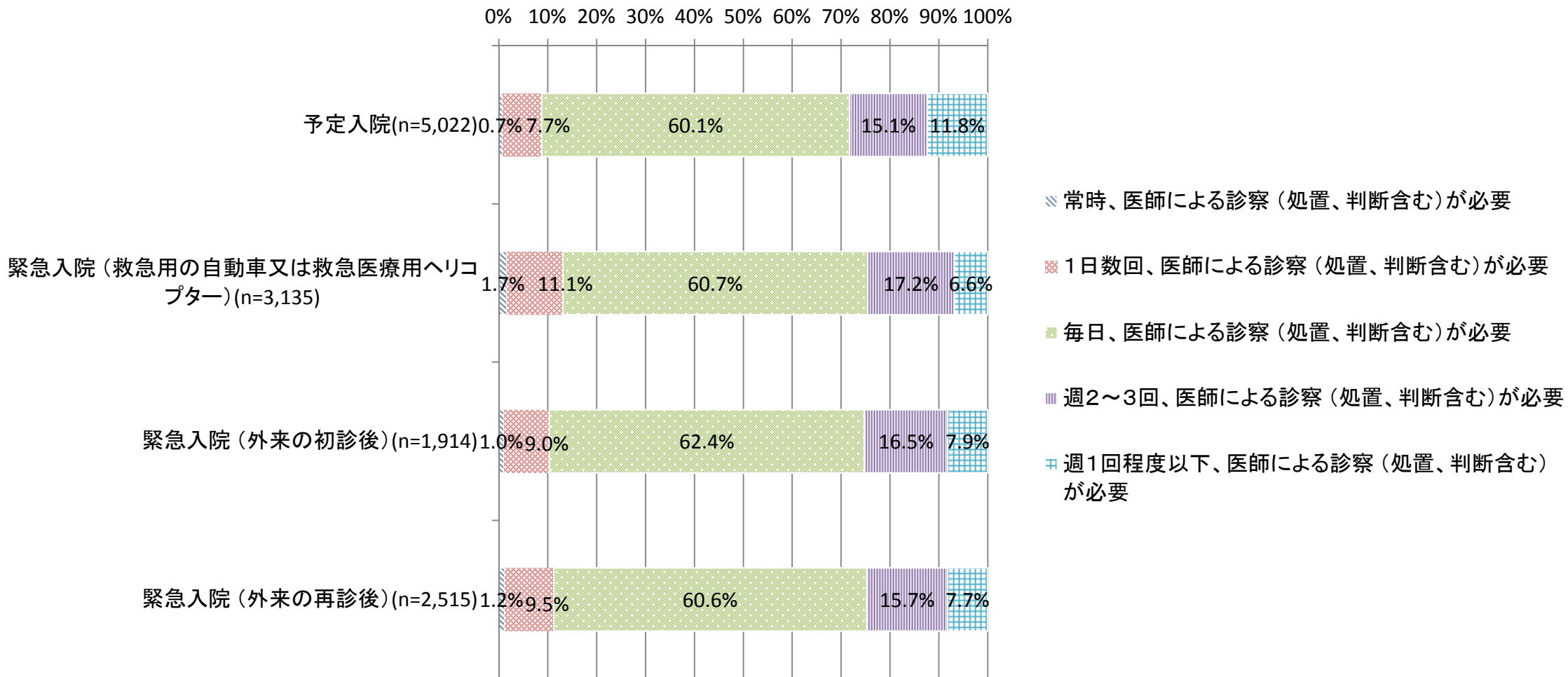
＜入院経路別の入棟中の患者の医療的な状態（一般病棟7対1）＞



入院経路別の医師による診察(処置、判断含む)の頻度

○ 入院経路別の医師による診察(処置、判断含む)の頻度をみると、1日1回以上、医師による診察(処置、判断含む)が必要な患者の割合は、ほぼ同等であった。

<入院経路別の医師による診察(処置、判断含む)の頻度(一般病棟7対1)>



(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算定要件を見ると、入院経路を問わず、救急医療の対象となる患者を状態等で定義している。

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

1－(1)重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

ウ) 手術後の患者

【課題】

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

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(C項目について)

➤ C項目:手術等の医学的状況の定義について

(共通事項の概要)

- ①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない ②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする
③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である

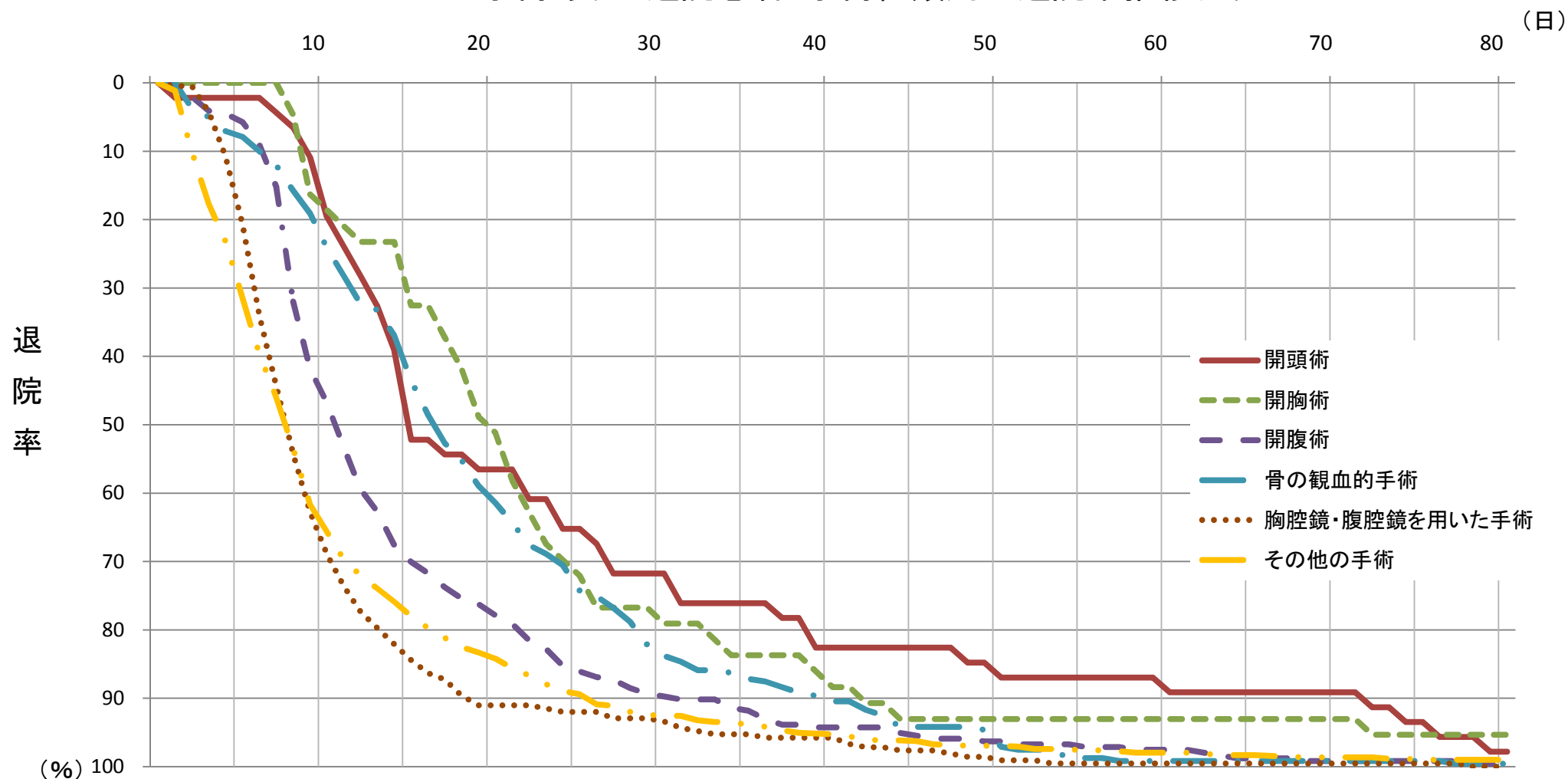
項目名	定義	留意点	
開頭手術 (7日間)	・開頭により頭蓋内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない	
開胸手術 (7日間)	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術 (胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む)	・胸腔鏡下に行われた手術は含めない	
開腹手術 (5日間)	・腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法による手術 (腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)	・腹腔鏡下に行われた手術は含めない	
骨の手術 (5日間)	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く) ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下肢・骨盤の骨接合に係る手術(指(足)は除く) ・脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術	—	
胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術(縦隔に達するものも含む) ・腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術 (後腹膜腔の臓器に達する場合も含む)	—	
全身麻酔・脊椎麻酔 の手術(2日間)	・上記5項目に該当しないもので全身麻酔下、脊椎麻酔下に行われた手術		
救命等 に係る 内科的 治療	①経皮的血管内治療 (2日間)	・経皮的な脳血管内治療 ・冠動脈カテーテル治療 ・選択的血管塞栓による止血術 ・t-PA療法 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入術	・検査のみの場合は含めない
	②経皮的心筋焼灼術 等の治療(2日間)	・経皮的心筋焼灼術 ・体外ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術	・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない ・体外ペースメーカー移植術は、1入院中に初回に実施した日から 2日間までに限り評価を行う
	③侵襲的な消化器治療 (2日間)	・内視鏡による胆道・膵管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含めない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施 した場合は含めない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止 血術や硬化療法を行う場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場 合、内視鏡治療に起因する 出血に対して行った場合等は含めない

手術ごとの患者の入院日数

診調組 入-1
27.7.16

- 開頭術・開胸術・骨の観血的手術を実施した患者は入院日数が長く、術後10日を経ても80%程度の患者が入院していた。
- 一方、開腹術を実施した患者では、術後10日まで入院していた患者は50%程度であった。その他、胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術やその他の手術を実施した患者では、術後10日まで入院していた患者は30%程度に留まった。

＜手術ありの退院患者：手術種類別の退院率推移グラフ＞



C項目の所定日数と退院日との関係(推計値)

診調組 入-1
29.11.2

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

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

{留意点}

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

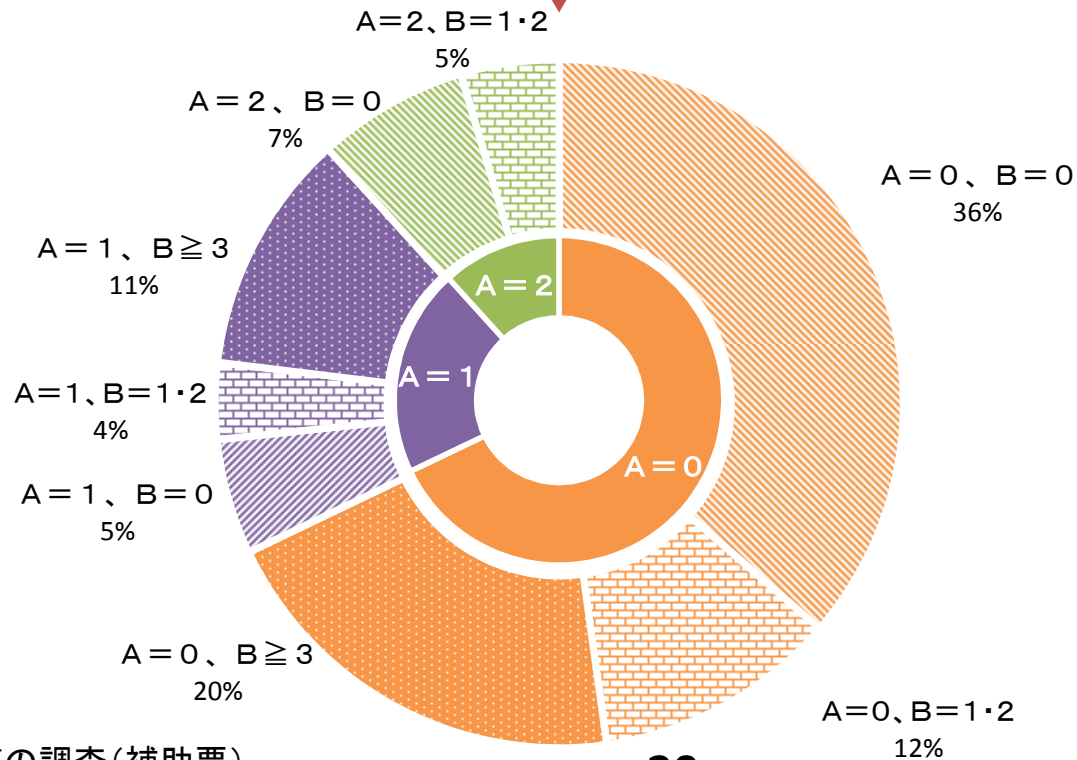
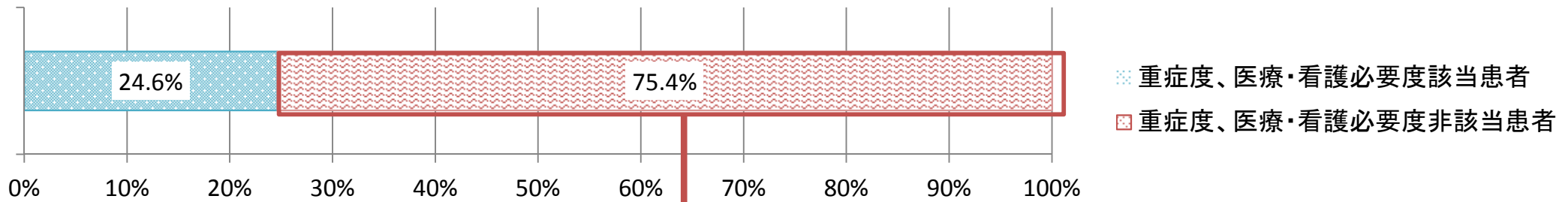
追加資料

一般病棟(7対1)における重症度、医療・看護必要度の該当・非該当別の状況①

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

該当患者割合

(n=92,364)

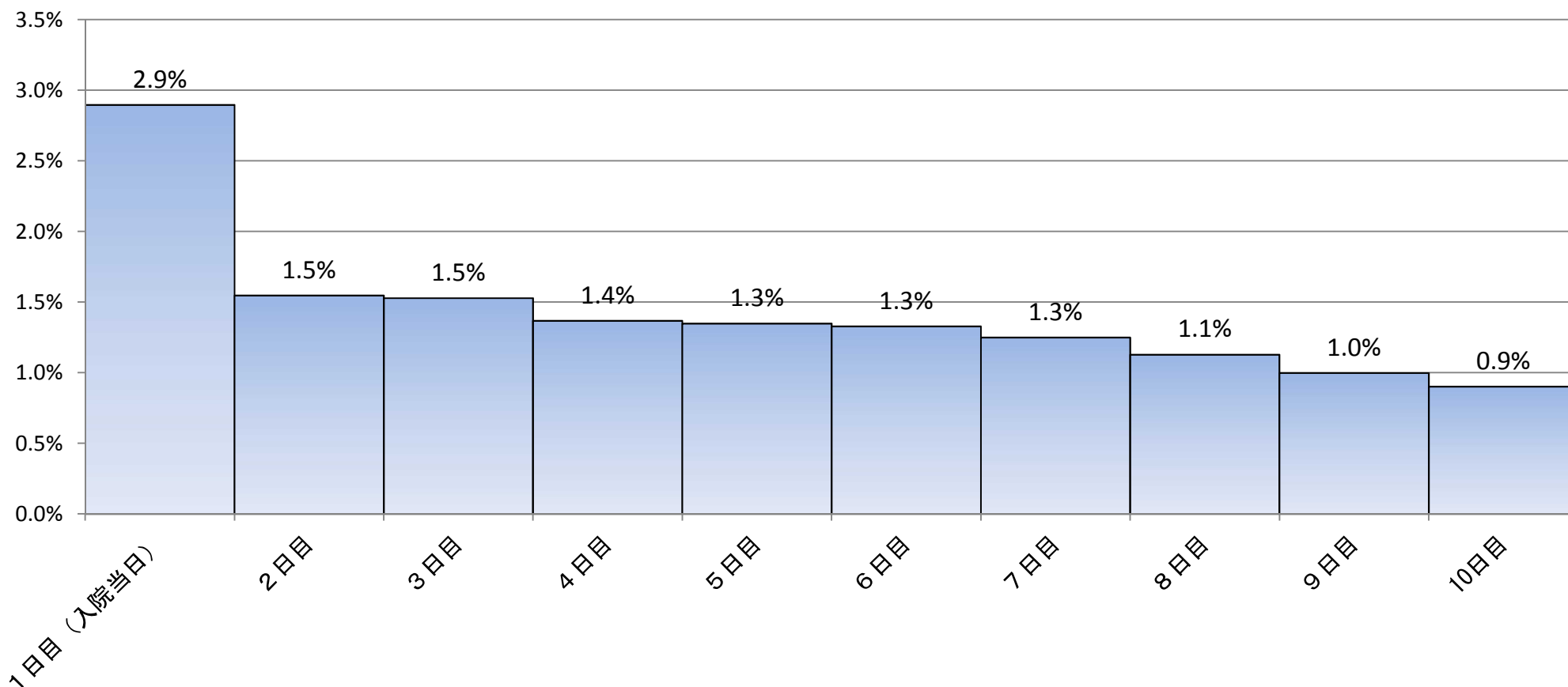


○ 入院後10日目までの入院日数別のA=0,B=0の患者割合を見ると、入院初日がA=0,B=0の患者の占める割合が最も多い。

＜入院後日数別のA=0,B=0の患者割合＞

(のべ患者数に占める割合)

(n=729,956)

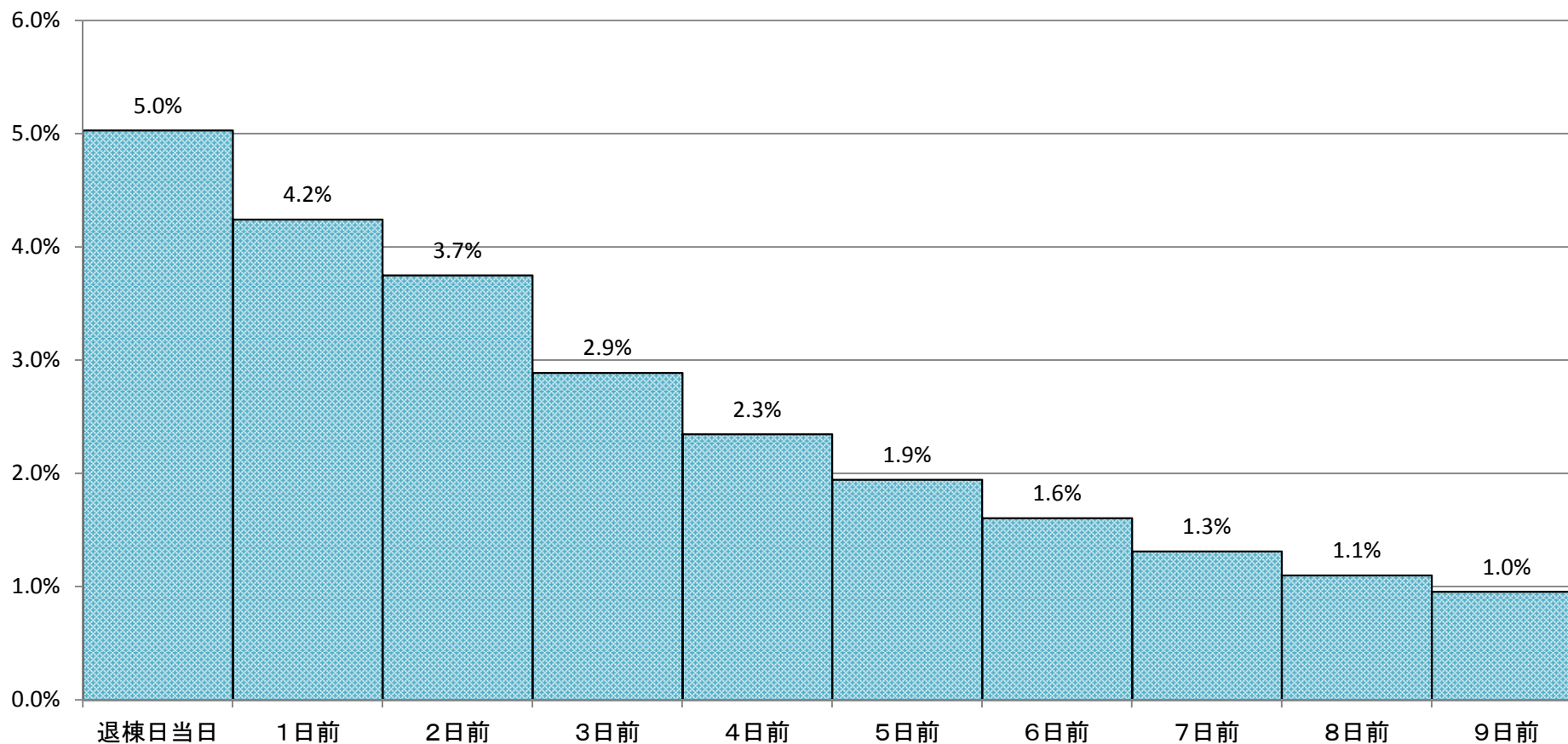


○ 退棟9日前までの退棟前日数別のA=0,B=0の患者割合を見ると、退棟日当日がA=0,B=0の患者の占める割合が最も多い。

＜退棟前日数別のA=0,B=0の患者割合＞

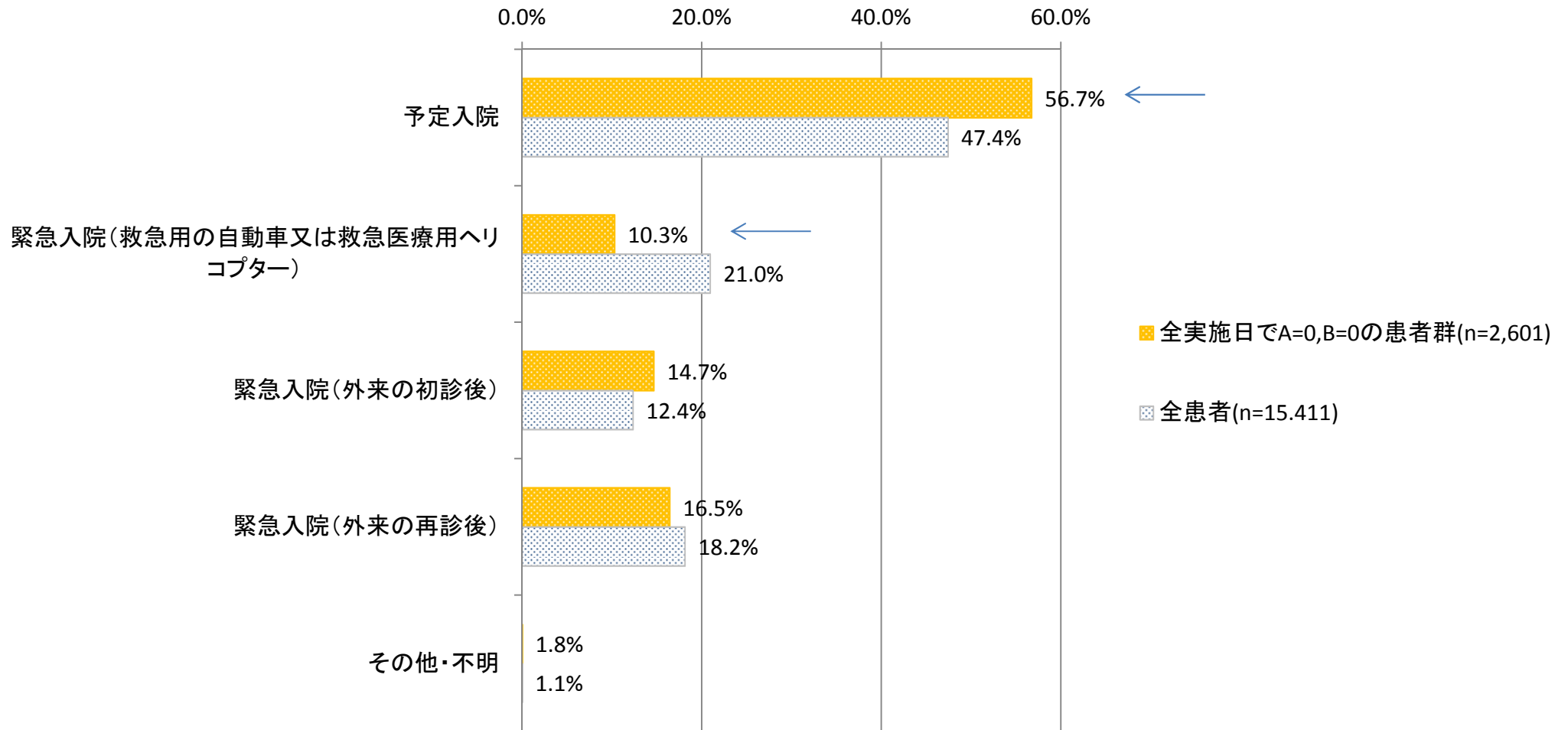
(のべ患者数に占める割合)

(n=445,563)



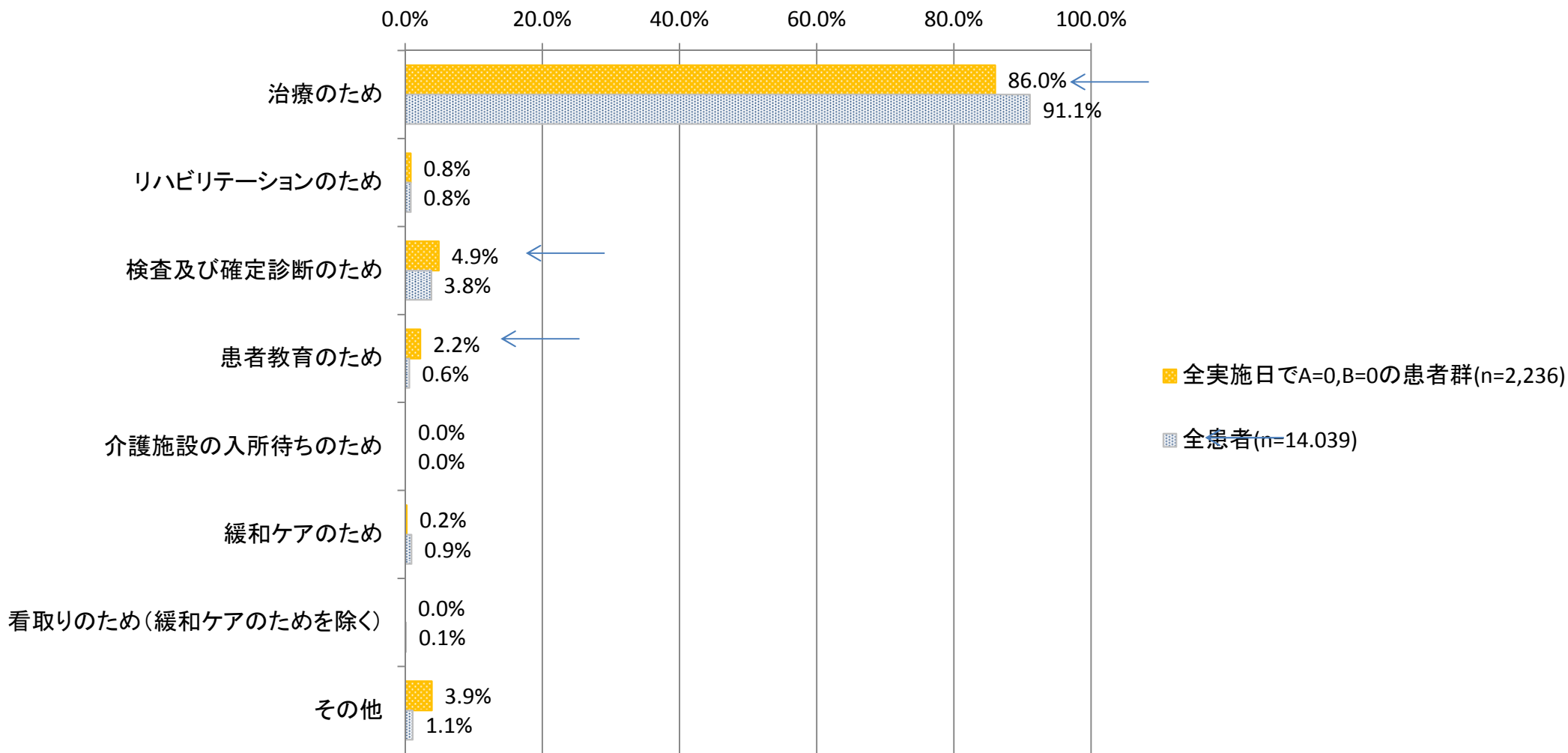
- 全実施日でA=0,B=0の患者群の予定・緊急入院区分をみると、全患者群と比べ、予定入院の割合が多く、緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)の割合が少ない。

<予定・緊急入院区分>



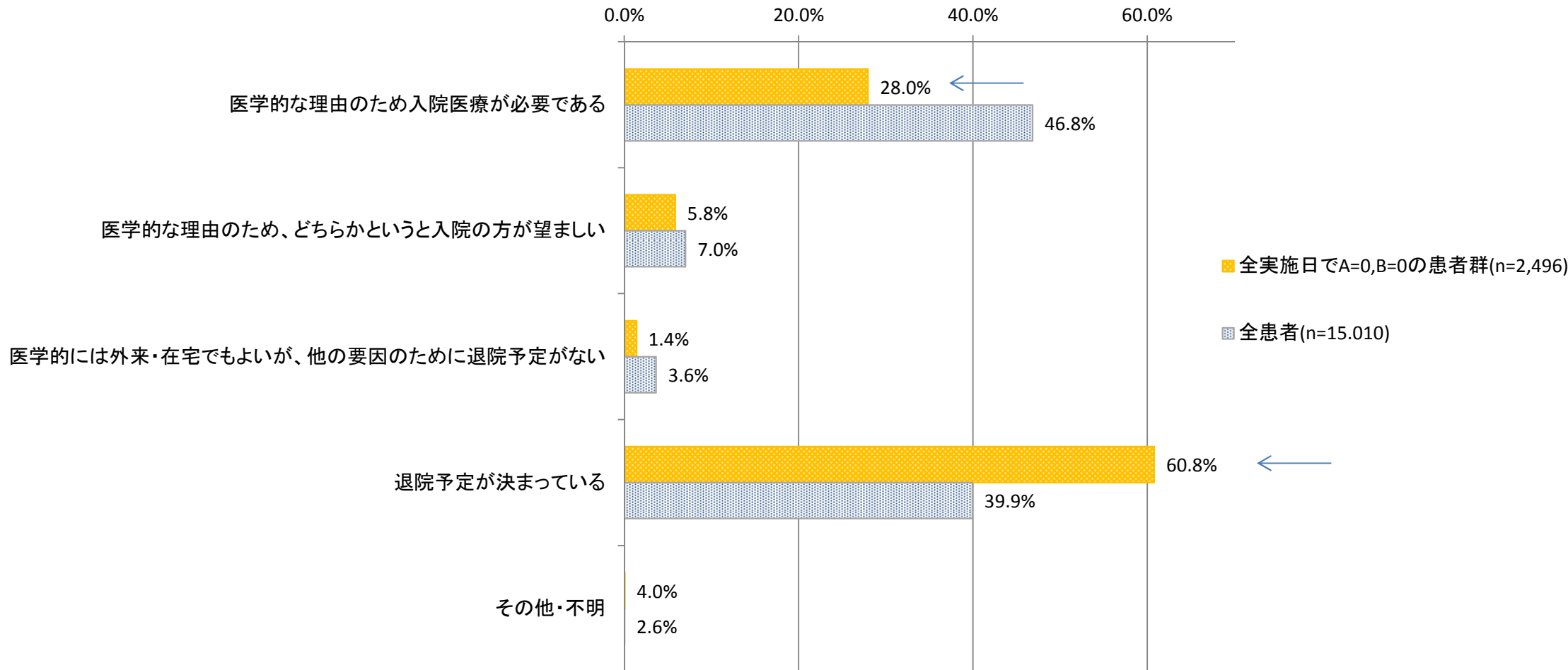
- 全実施日でA=0,B=0の患者群の入院の理由をみると、全患者群と比べ、「治療のため」という回答がやや少なく、「検査及び確定診断のため」や「患者教育のため」といった回答がやや多い。

<入院の理由>



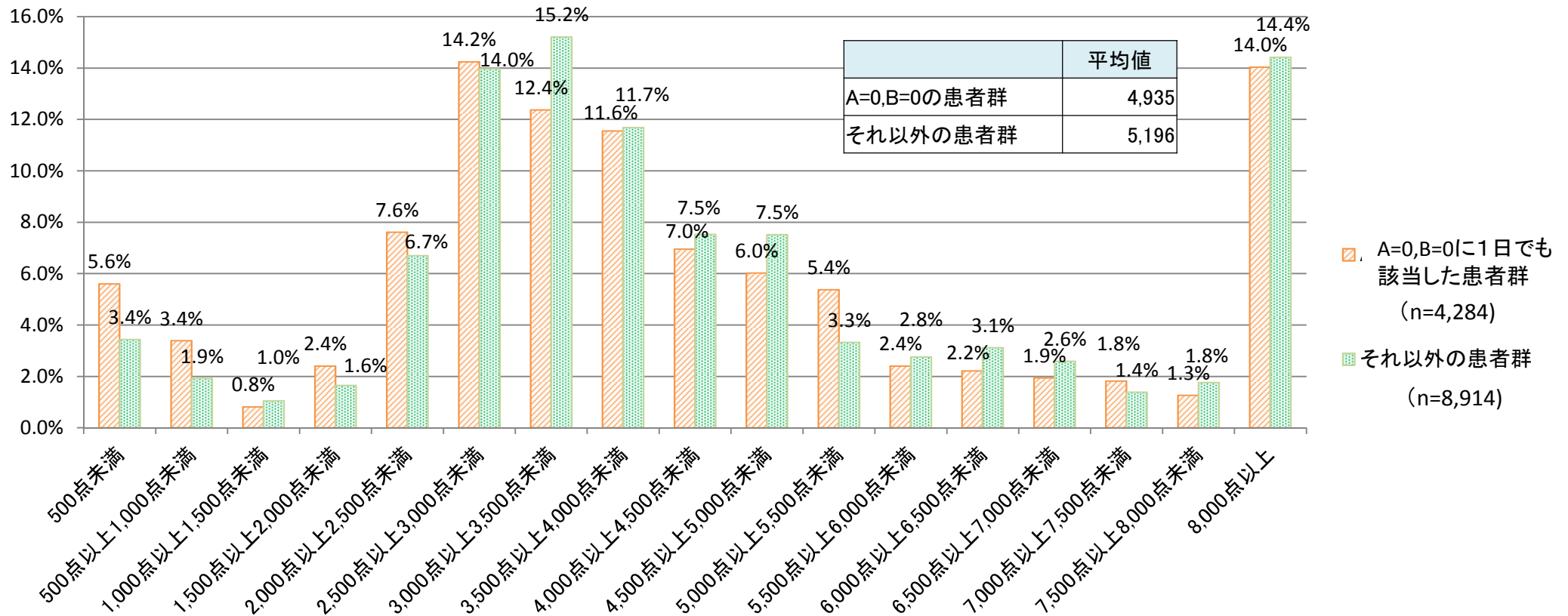
○ 全実施日でA=0,B=0の患者群の入院継続の理由をみると、全患者群と比べ、「医学的な理由のため入院医療が必要である」という回答が少なく、「退院予定が決まっている」という回答が多かった。

<医学的な入院継続の理由等>



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

<1日当たりのレセプト請求点数※(点数/日数)の分布>



※1件あたりレセプト総点数を入院日数で割った平均値。

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

1－(2)DPCデータの活用

【課題】

- ・重症度、医療・看護必要度の判定(Hファイル)とDPCデータのマスタに基づく判定(EFファイル判定)の該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きく、その理由として、
 - －「創傷処置」等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
 - －「点滴ライン同時3本以上の管理」等については、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
 - －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
 - －「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性等が考えられた。
- ・医療機関ごとの該当患者割合をみると、現行の該当患者割合の平均は28.8%、DPCデータでの該当患者割合は33.5%であった。
- ・上記の定義について見直し、追加分析を行った結果、DPCデータでの該当患者割合は23.3%であった。

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

1. 分析の内容

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

2. 分析の目的

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

3. 留意点

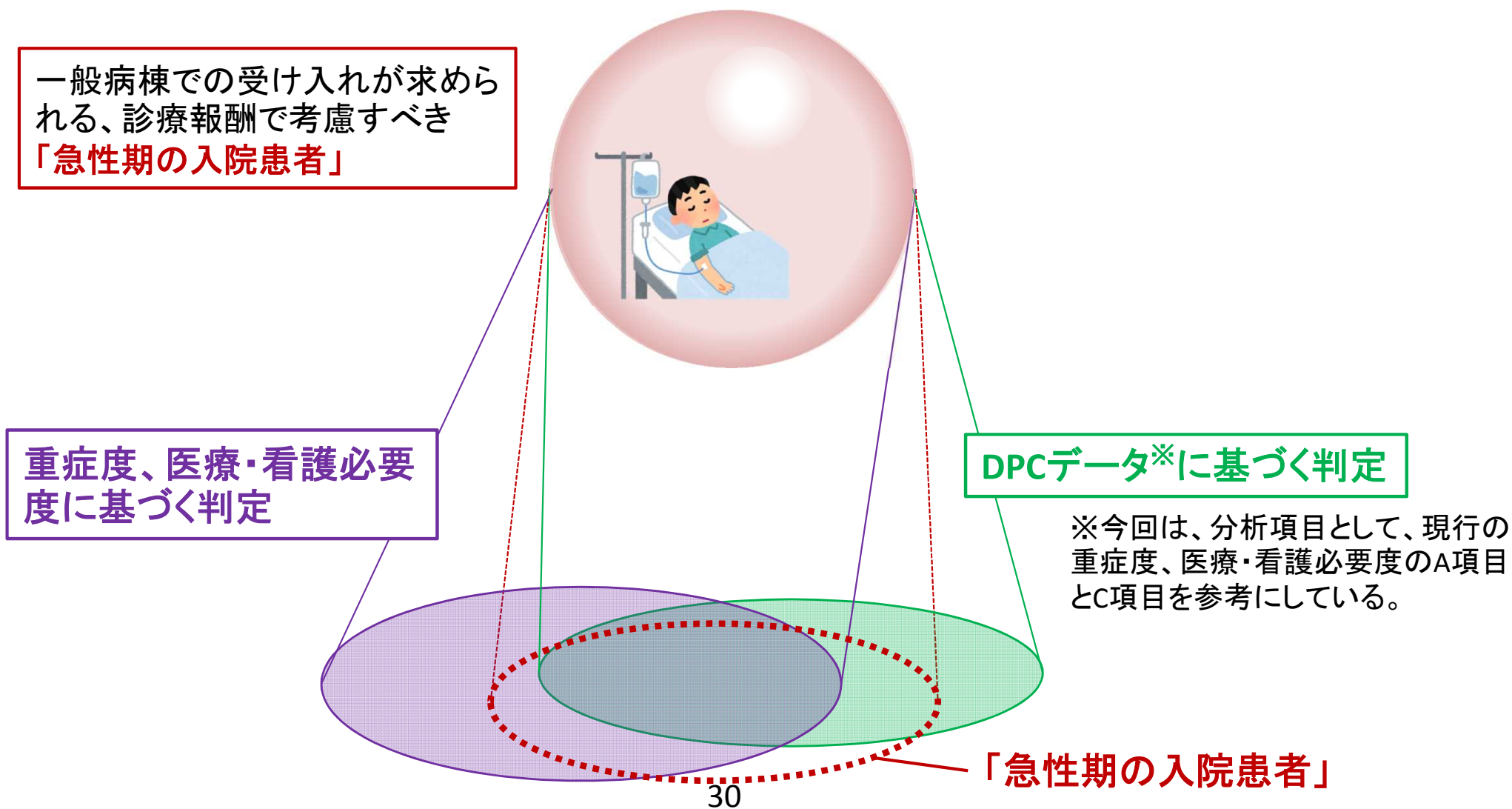
仮に、診療報酬に活用できると考えられる場合、その条件や現場への影響等について、予測されることは何か等に留意する。

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

※実際に患者に提供された診療行為と直接突合しなければ、正確性の評価は困難

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

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



		重症度、医療・看護必要度項目の該当		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

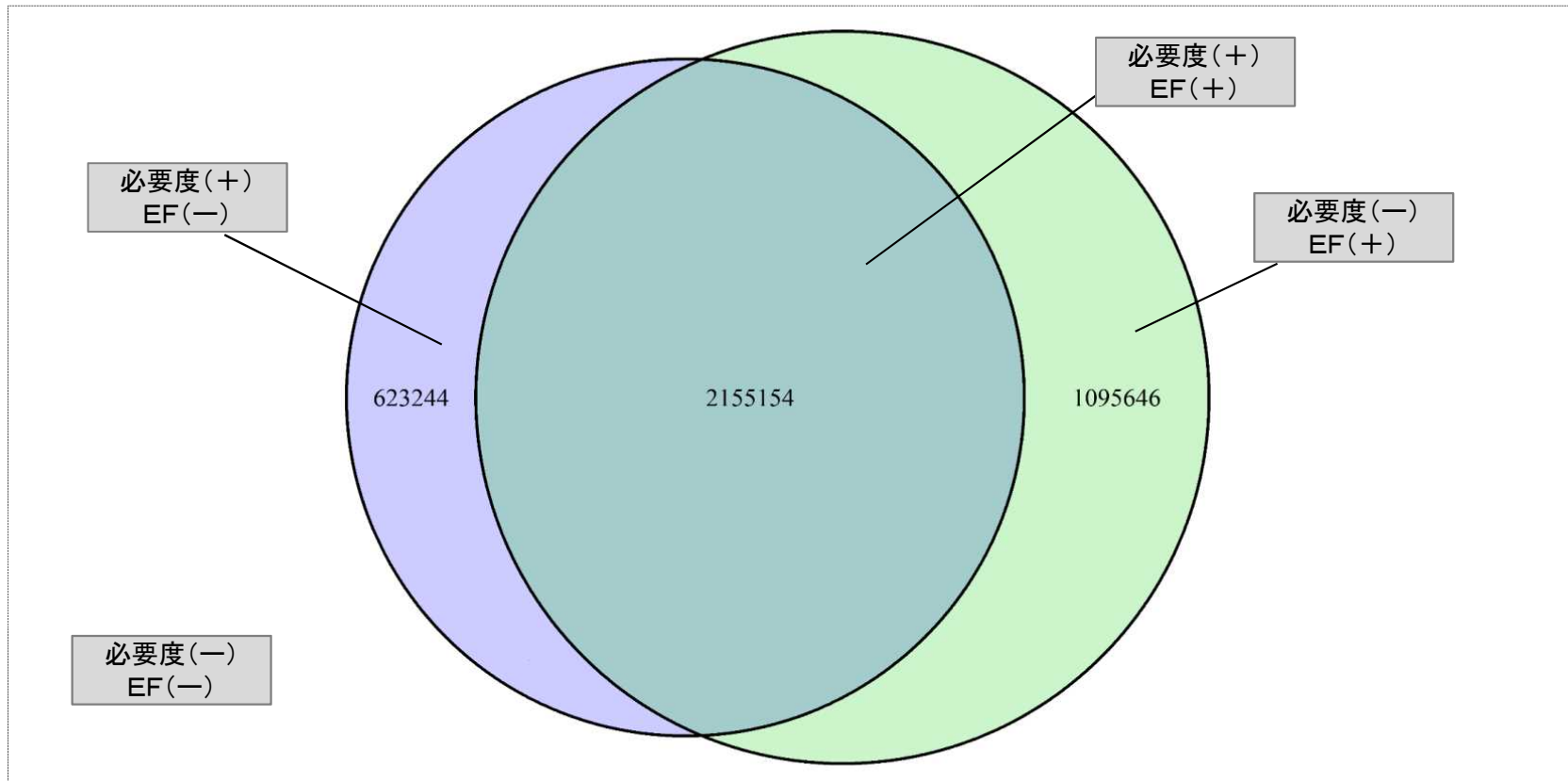
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、DPCデータを用いて以下の条件で分析を行った

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

訂正分析結果①

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

ファイ係数	0.59
感度	0.78
特異度	0.84

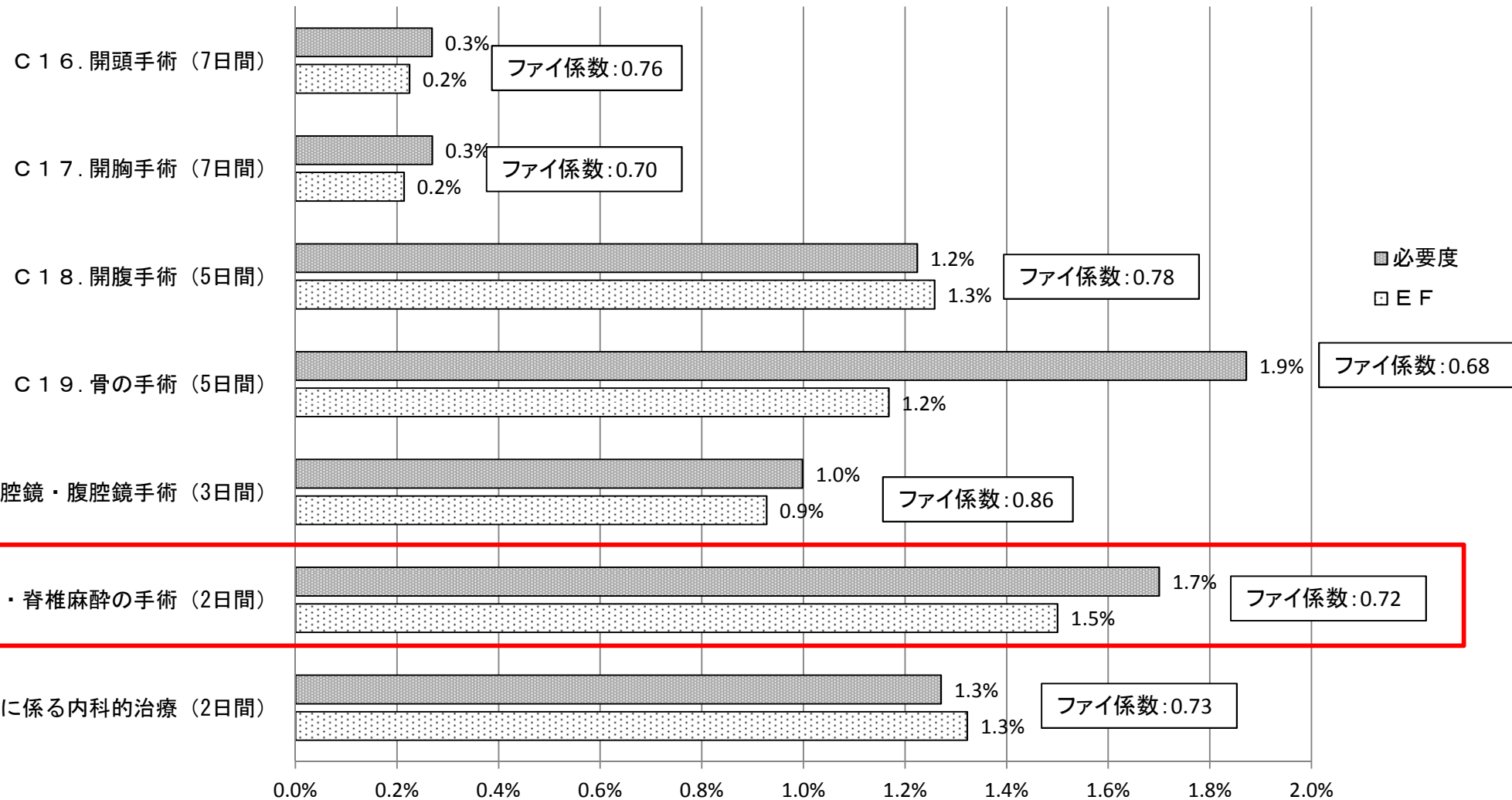


追加分析結果②(C項目)

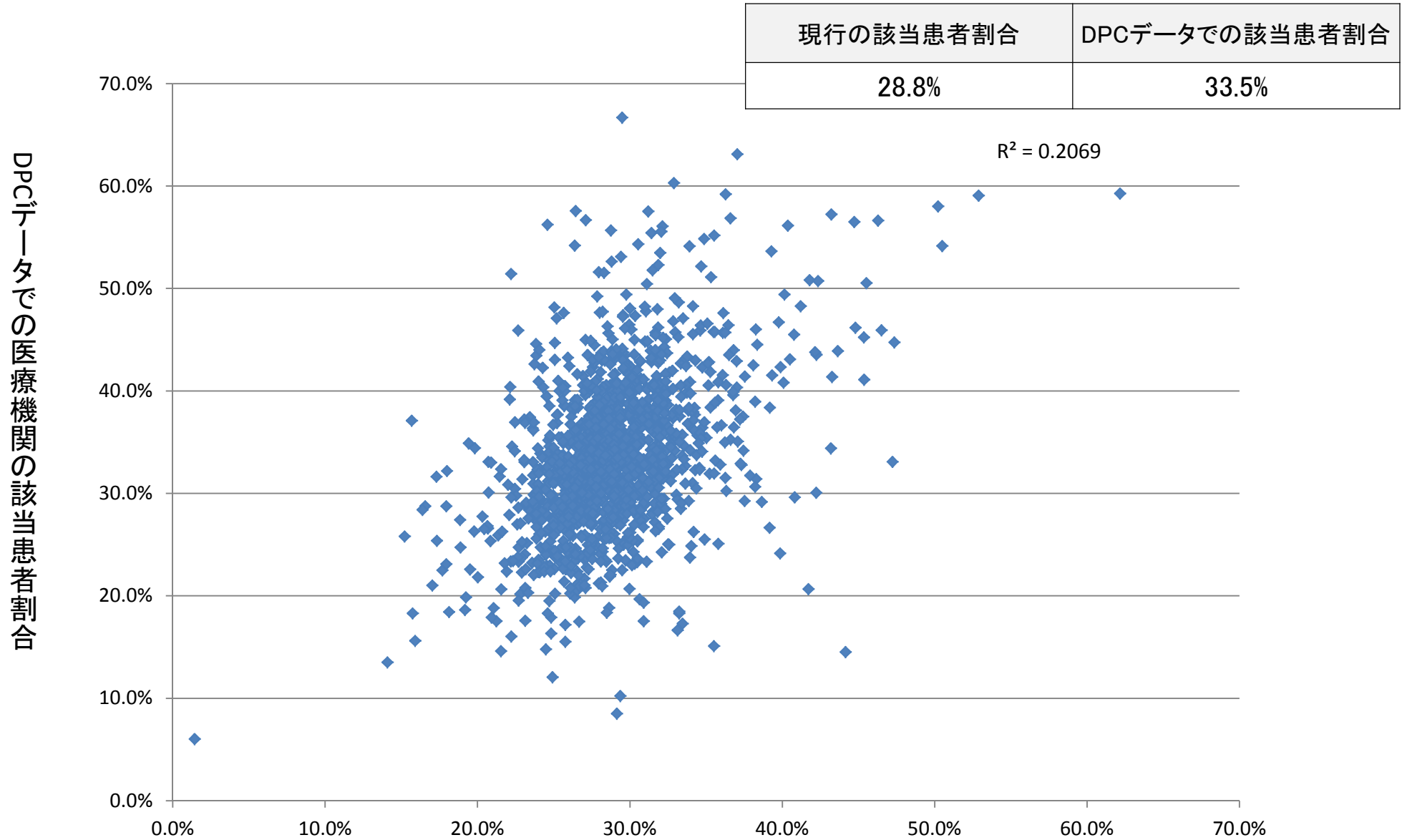
＜看護必要度の項目別該当患者割合(C項目)＞

(n=9,672,148)

7対1一般病棟



(n=1,495医療機関)



訂正分析結果④

現行の該当患者割合	DPCデータでの該当患者割合
28.8%	33.5%



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

DPCデータを用いた追加分析

- 入院医療等の調査・評価分科会で行った分析について、分科会での意見を踏まえ、以下の内容を変更し、追加分析を行った。

【入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告】より抜粋

A項目のうち、評価項目の定義と診療報酬の請求区分の表現・規定が明らかに異なるもの(前述の「点滴ライン同時3本以上の管理」等)を除くことで、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の範囲内で、DPCデータを用いた該当患者割合が判定できる可能性があると考えられる。



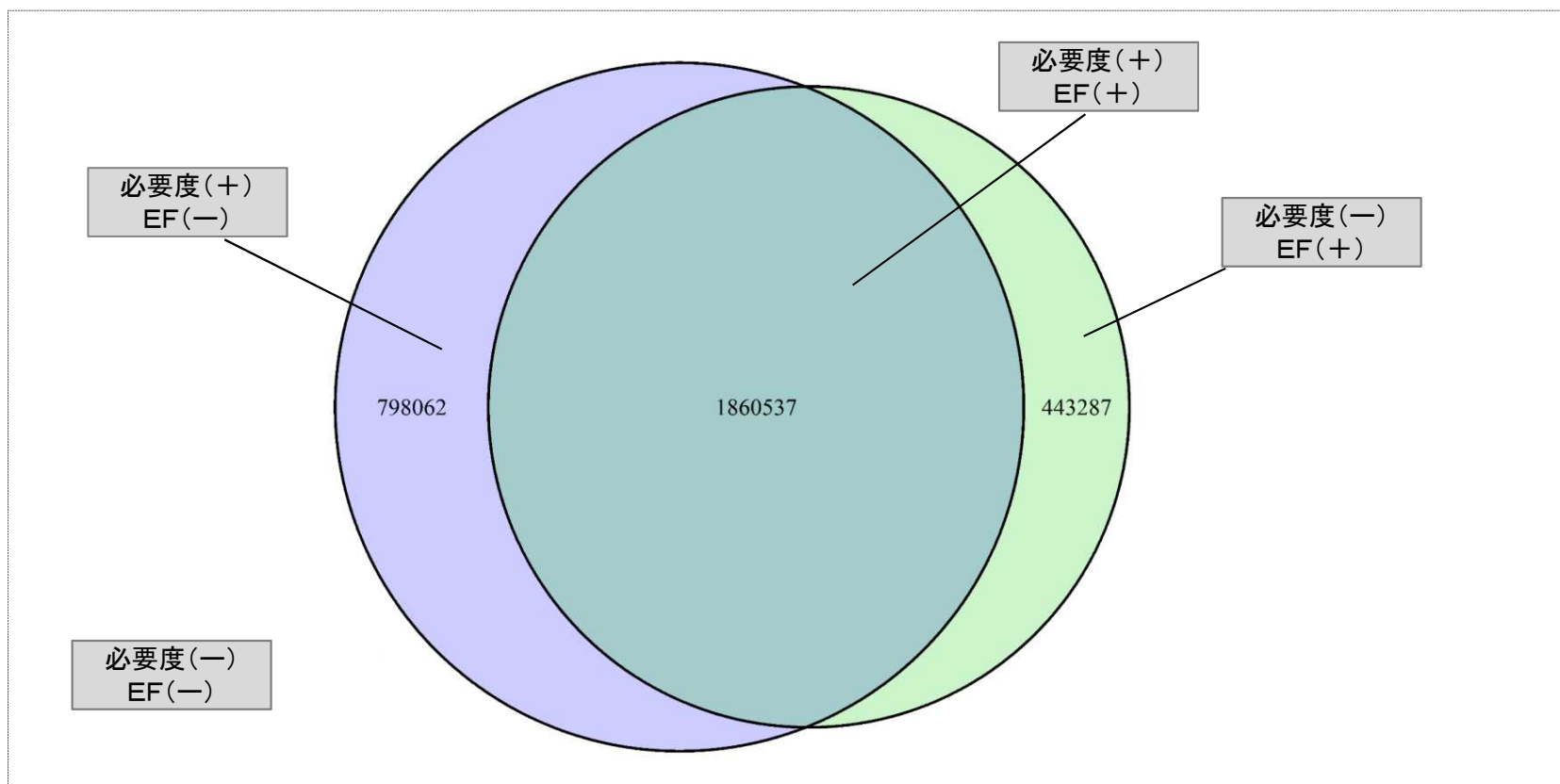
【追加分析要件】

- 「A3 点滴ライン同時3本以上の管理」のマスタから、「G004 点滴注射」に関連する項目を削除
- 項目から「A8 救急搬送後の入院」を削除
- 「A7⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」のマスタから、静脈内留置ルート内の血液凝固の防止に関連する薬剤を削除
- 「C21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の集計方法の見直し(C項目の重複を削除)

追加分析結果①

重症者の判定結果		重症度、医療・看護必要度の評価 (Hファイル)	
		該当	非該当
マスタに基づく判定 (EFファイル)	該当	1,860,537 (19.2%)	443,287 (4.6%)
	非該当	798,062 (8.3%)	6,570,262 (67.9%)

ファイ係数	0.67
感度	0.70
特異度	0.94

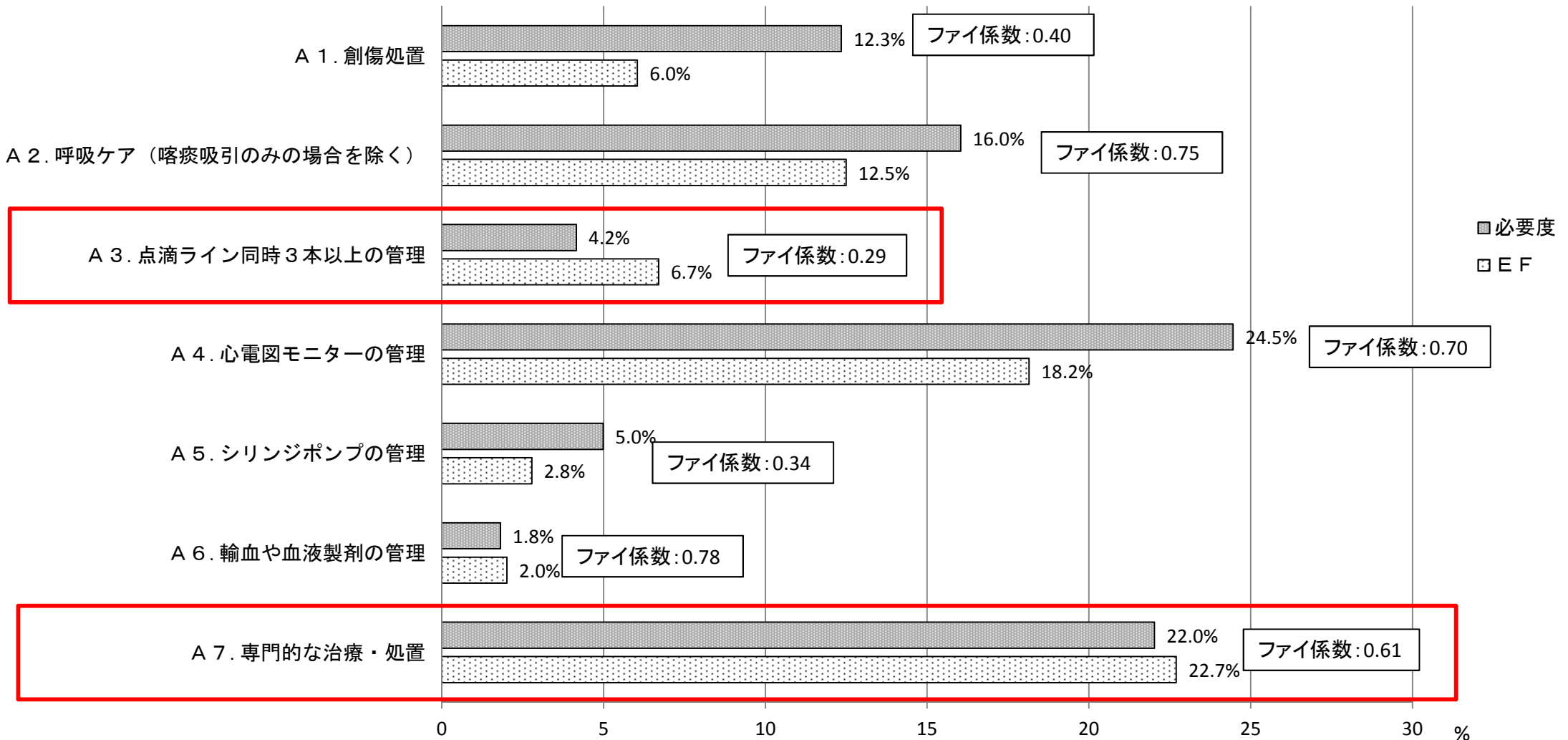


追加集計結果②(A項目)

<看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)>

(n=9,672,148)

7対1一般病棟

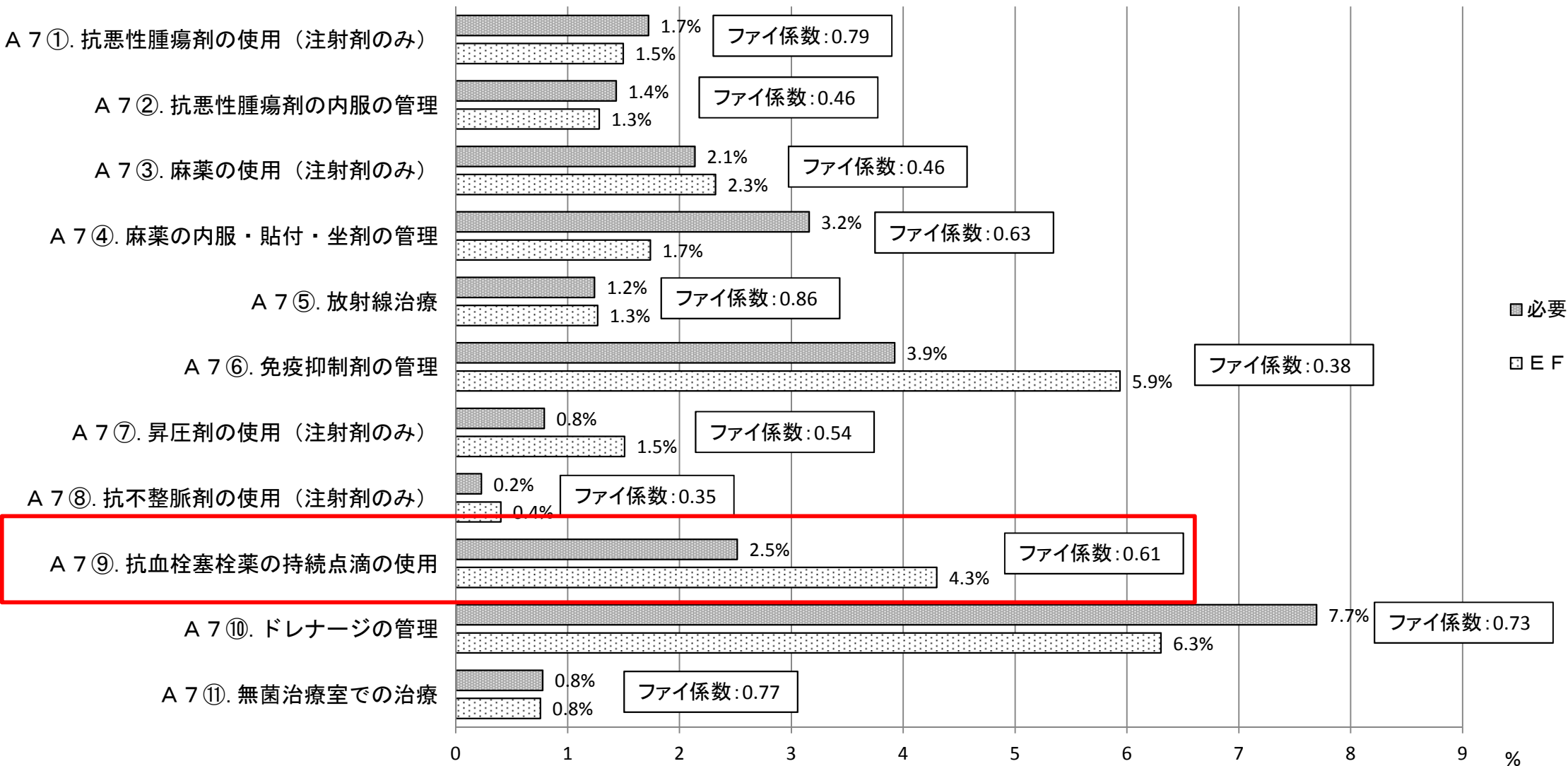


追加集計結果③(A項目の専門的な治療・処置の詳細)

<看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)>

7対1一般病棟

(n=9,672,148)

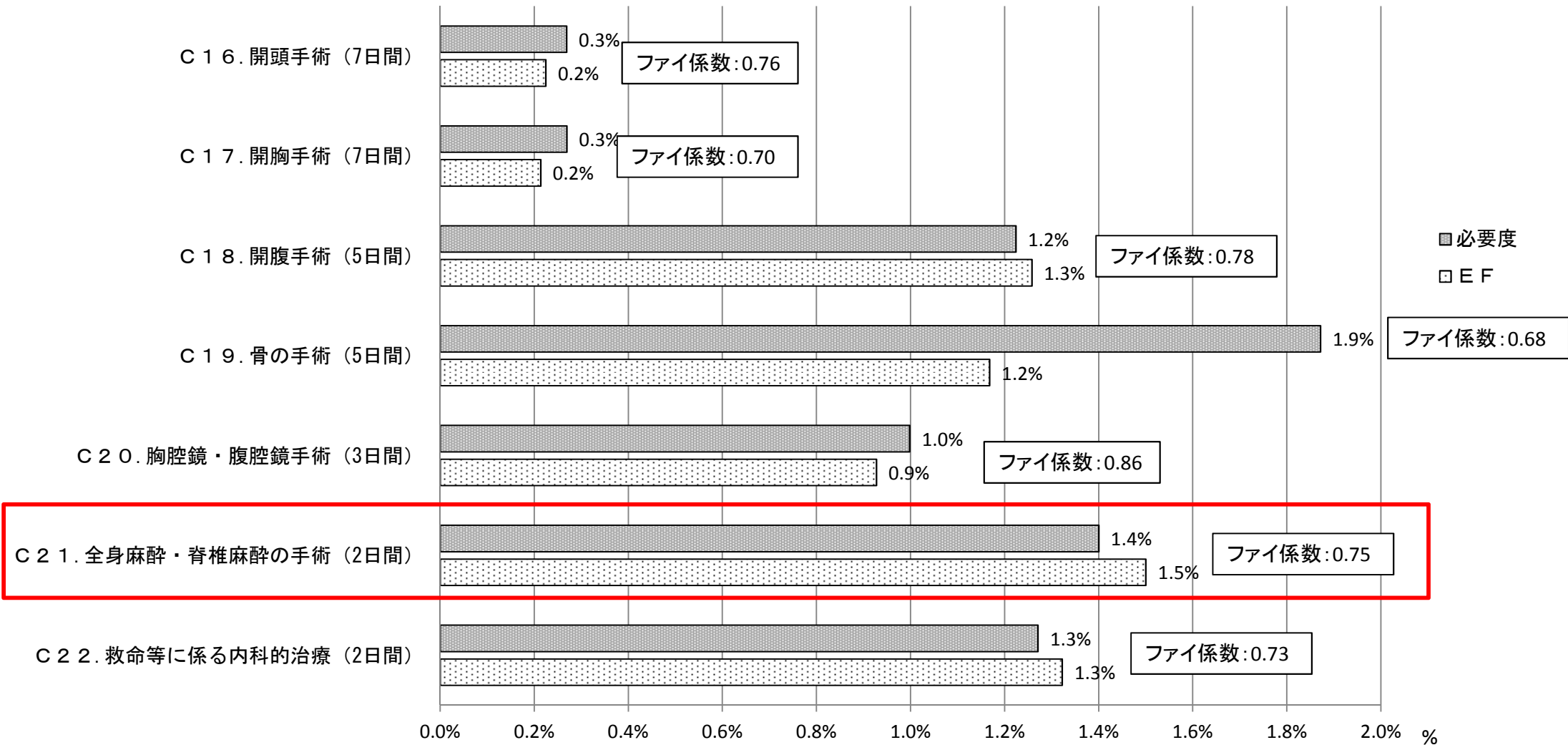


追加分析結果④(C項目)

<看護必要度の項目別該当患者割合(C項目)>

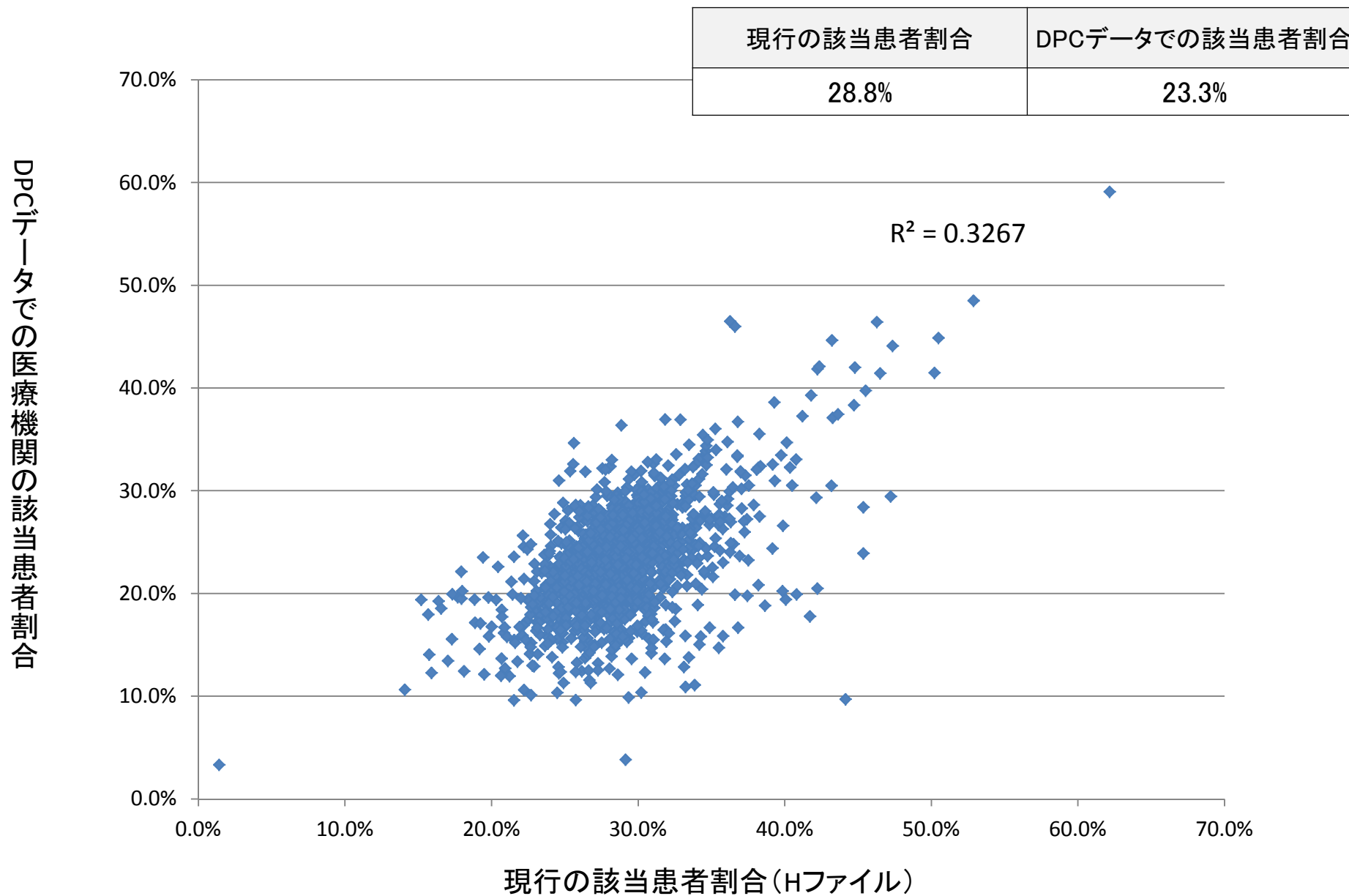
(n=9,672,148)

7対1一般病棟



追加分析結果⑤

(n=1,495医療機関)



出典：DPCデータ

追加分析結果⑥

現行の該当患者割合	DPCデータでの該当患者割合
28.8%	23.3%



医療機関数		現行の該当患者割合（Hファイルデータ）					
		0%以上 15%未満	15%以上 25%未満	25%以上 35%未満	35%以上 45%未満	45%以上	総計
DPCデータでの該当患者割合	0%以上 15%未満	2 (0.1%)	27 (1.8%)	33 (2.2%)	2 (0.1%)		64 (4.3%)
	15%以上 25%未満		154 (10.3%)	738 (49.4%)	22 (1.5%)	1 (0.1%)	915 (61.2%)
	25%以上 35%未満		9 (0.6%)	431 (28.8%)	47 (3.1%)	2 (0.1%)	489 (32.7%)
	35%以上 45%未満			4 (0.3%)	13 (0.9%)	5 (0.3%)	22 (1.5%)
	45%以上				2 (0.1%)	3 (0.2%)	5 (0.3%)
	総計	2 (0.1%)	190 (12.7%)	1206 (80.7%)	86 (5.8%)	11 (0.7%)	1495 (100.0%)

4. 今後の検討に向けた視点

(1) 次期報酬改定での活用の視点

③ 活用するとした場合の留意点

DPCデータを用いた評価手法を、仮に何らかの形で活用するとした場合の留意点として、今後新たな手法の具体的な内容を明らかにすること、医療機関が自ら選択する方式も検討とすること、評価結果が適切かどうかの検証を行うこと、まずは試行的に活用すること、といった現場が混乱しないような一定の配慮が必要ではないかと考えられた。

～ 入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告(平成29年11月17日)～

重症度、医療・看護必要度のデータ提出について

- 重症度、医療・看護必要度のデータ(Hファイル)については、平成28年度診療報酬改定において、退院患者調査(DPCデータ)の対象となった。
- Hファイルについては、重症度、医療・看護必要度の判定には活用されていない。

退院患者調査(DPCデータ)の見直し(Hファイル)

項目	病院種別	対象病棟	詳細
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア等 (評価票により評価を行うことが必要な病棟)	・重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。

1－(3) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し

【課題】

- ・入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは減少し、中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加すると考えられる。
- ・入院医療の提供は、病室、病棟、病院に大別される。さらに、診療報酬の管理単位として、同じ種類の病棟、例えば、一般病棟入院基本料といった分類がある。診療報酬は、管理単位で見たときの平均の医療資源投入量に応じた評価となっているが、実際の医療提供では、管理単位内の病棟で均一に配置されるのではなく、患者の状態に応じて、病棟の職員は傾斜して、配置されている。
- ・入院医療の評価の基本的な考え方としては、医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要と考えられる。
- ・7対1と10対1の一般病棟入院基本料について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の評価方法を比較すると、一般病棟(7対1)では、施設基準の基準値で評価されているが、一般病棟(10対1)では、看護必要度加算での段階的な評価となっている。
- ・入院基本料の施設基準と、看護必要度に応じた加算とでは、評価項目(指標)の活用方法が異なっている。評価項目(指標)の特性に応じた評価手法を選択することが望ましいと考えられる。
- ・地域の医療ニーズ(変動要素)に応じてより適切な医療提供を進める上では、入院基本料(基本的要素)の報酬設定は、傾斜配置も加味した上で必要となる平均的な資源投入となる水準とし、診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせで評価とすることが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられる。

1－(3) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し

ア) 入院医療ニーズの将来予測

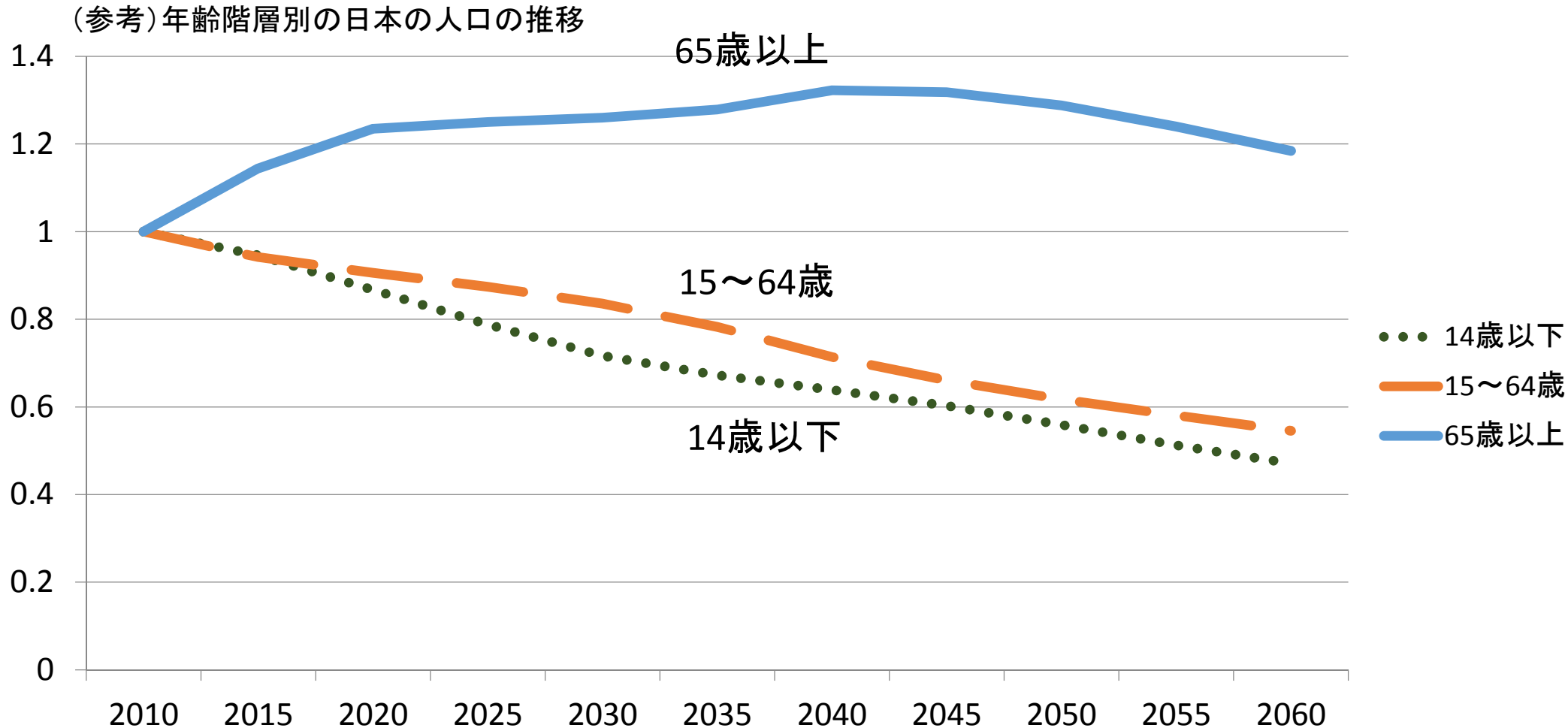
【課題】

- ・入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは減少し、中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加すると考えられる。

入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中 医 協 総 一 6
2 9 . 3 . 1 5

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。

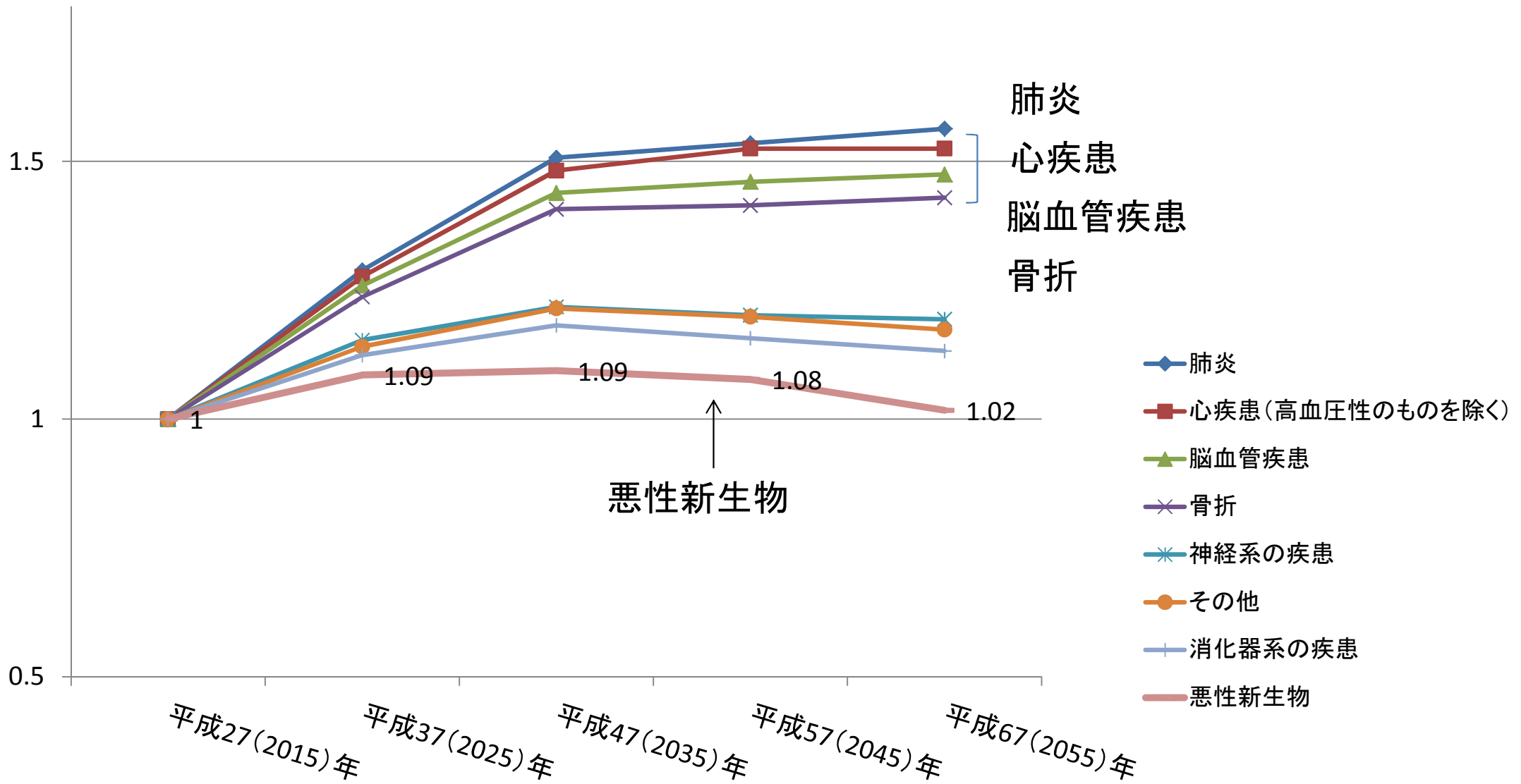


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」
(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

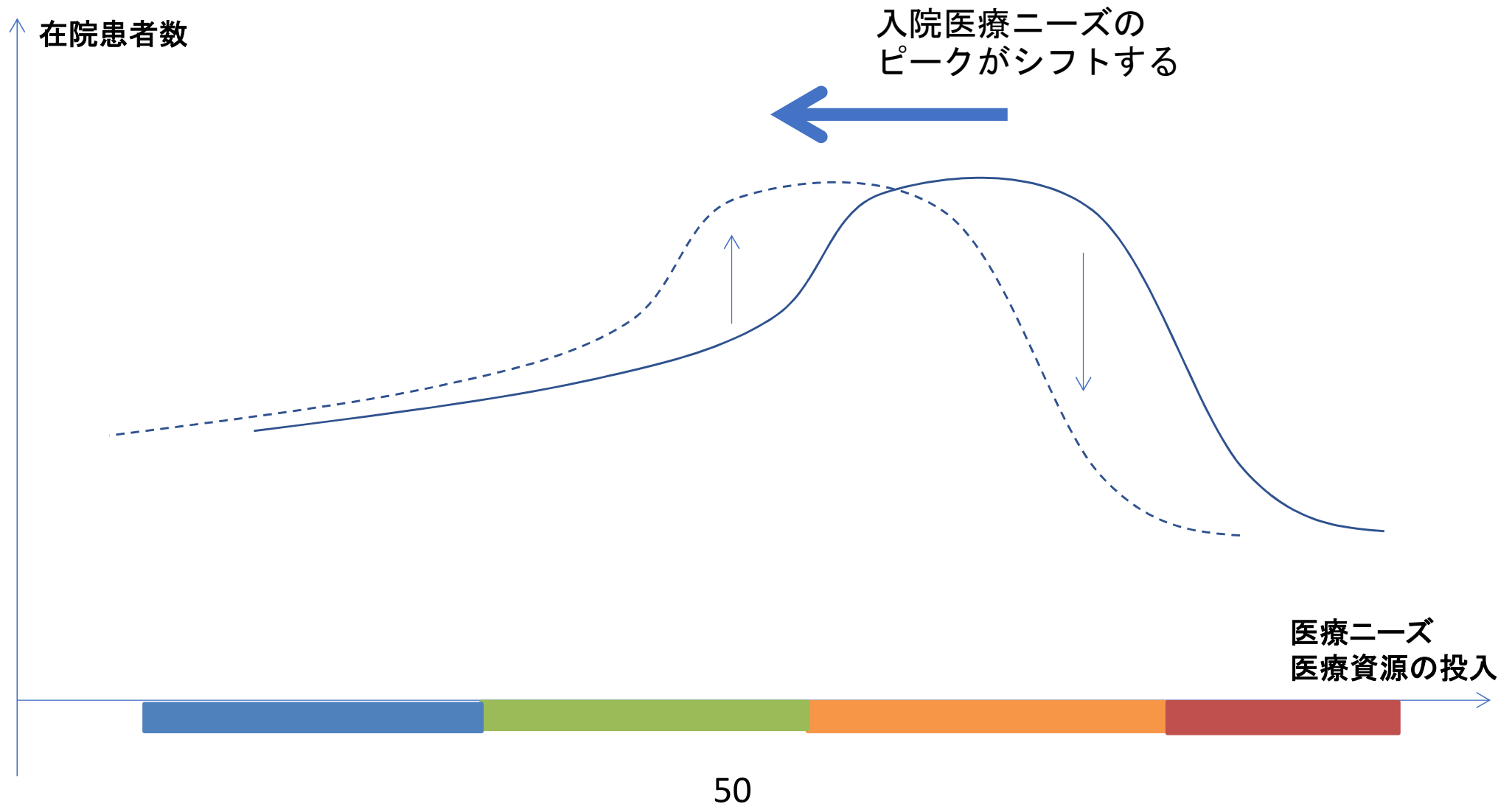
入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率



入院医療ニーズの将来予測③ ～変化のイメージ～

- 予防医療の普及や高齢化の進展などで、将来の入院患者の疾患構成と年齢構成は大きく変化すると考えられる。
- このため、入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは減少し、中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加すると考えられる。



1－(3) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し

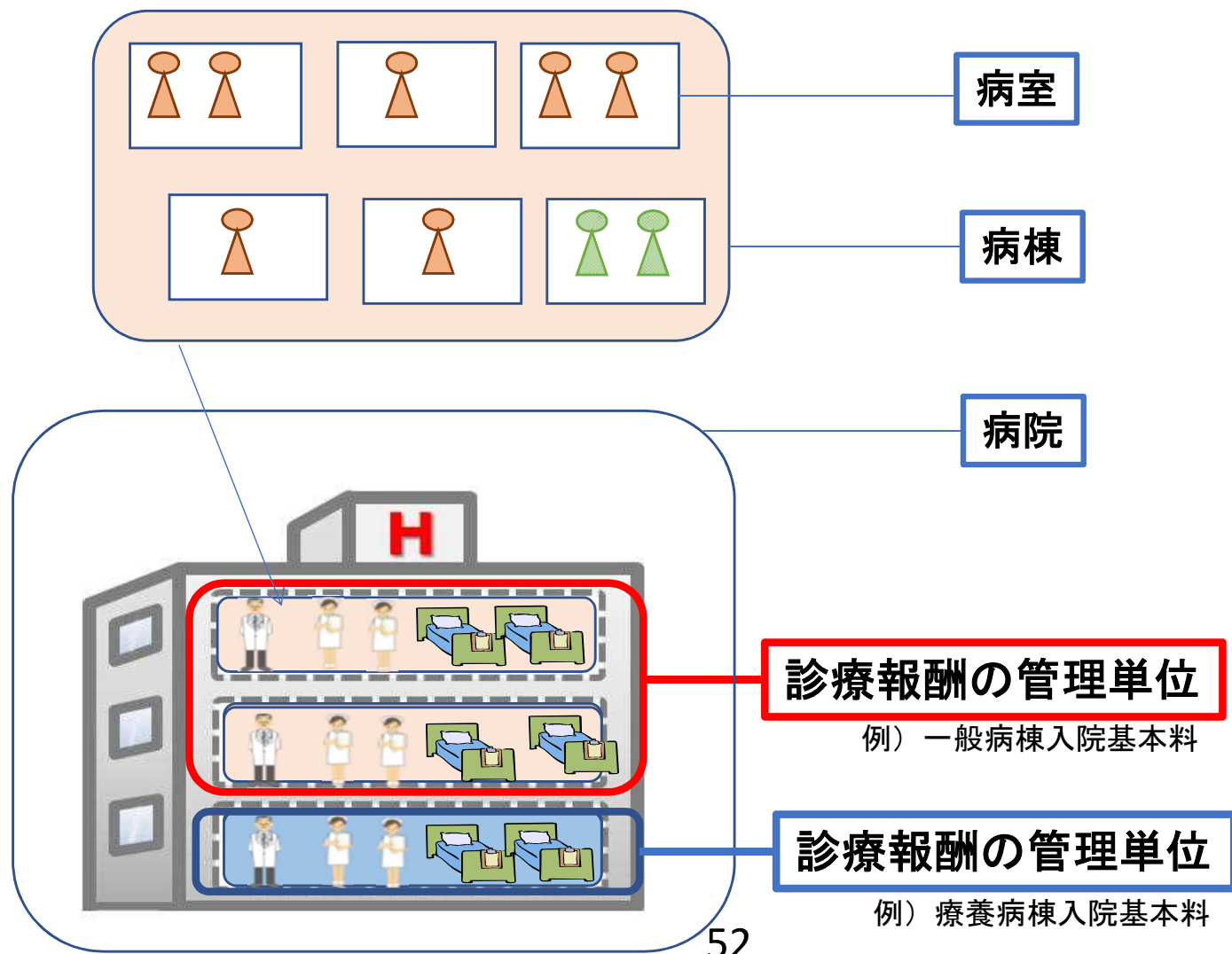
イ) 入院医療の提供単位の考え方

【課題】

- ・入院医療の提供は、病室、病棟、病院に大別される。さらに、診療報酬の管理単位として、同じ種類の病棟、例えば、一般病棟入院基本料といった分類がある。診療報酬は、管理単位で見たときの平均の医療資源投入量に応じた評価となっているが、実際の医療提供では、管理単位内の病棟で均一に配置されるのではなく、患者の状態に応じて、病棟の職員は傾斜して、配置されている。

入院医療の提供の単位及び診療報酬の管理単位(イメージ)

- 実際の入院医療の提供の単位をみると、一人または複数の患者が入院する「病室」、病室が複数集まった「病棟」、病棟が複数集まった「病院」に、大まかに分類される。
- 診療報酬では、同じ種類の病棟をまとめて、例えば、一般病棟入院基本料といった診療報酬で評価している(診療報酬の「管理単位」)。
- 病院には、診療報酬の管理単位ごとの評価に応じて、全体の診療報酬が支払われる。



診療報酬の管理単位(イメージ)① ~傾斜配置~

- 診療報酬は、管理単位での平均の医療資源の投入量に応じた評価となる。実際の医療提供をみると、管理単位の病棟内で医療資源が均一に配分されるのではなく、病棟職員は、患者の状態に応じて、傾斜して配置されている。

※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。

7対1一般病棟 (管理単位)

7対1より手厚い配置で運用



A病棟

7対1より少ない配置で運用



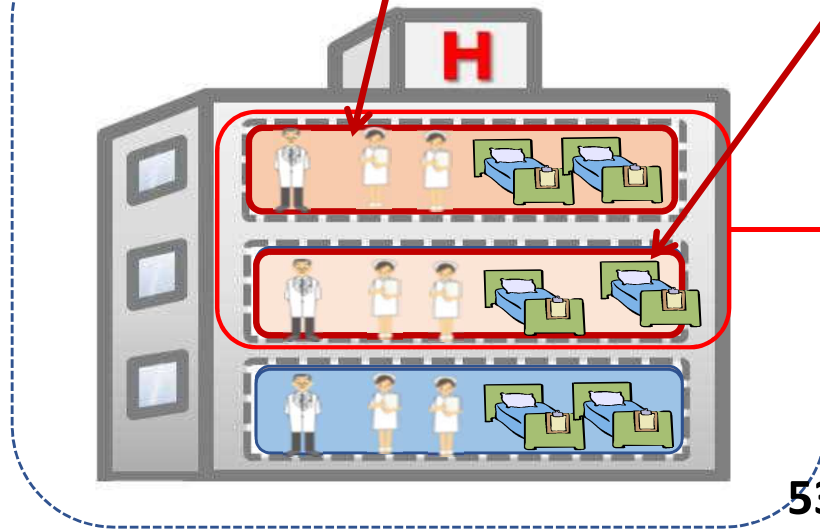
B病棟

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病棟とB病棟の両方併せて、7対1の看護配置で運用

病院



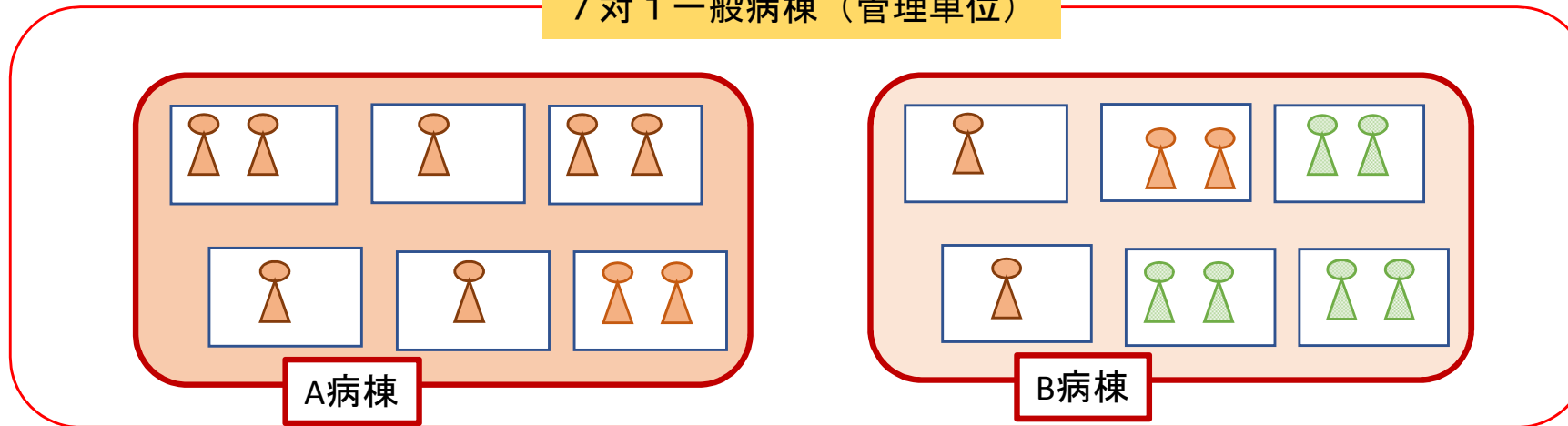
診療報酬の管理単位

診療報酬の管理単位(イメージ)② ～状態別の患者構成～

- 診療報酬の管理単位が同じA病棟とB病棟で、状態別の患者の内訳を帯グラフで表現すると、急性期の状態の患者は、A病棟(手厚い配置の病棟)に集約して運用しているため、二つの病棟では、状態別の患者構成が異なっている。一つにまとめると全体の平均値を表すことになる。

※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。

7対1一般病棟 (管理単位)



急性期の
状態の患者

急性期後の
状態の患者

A病棟の状態別の患者構成



B病棟の状態別の患者構成



管理単位でみた状態別の患者構成



1-(3) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し

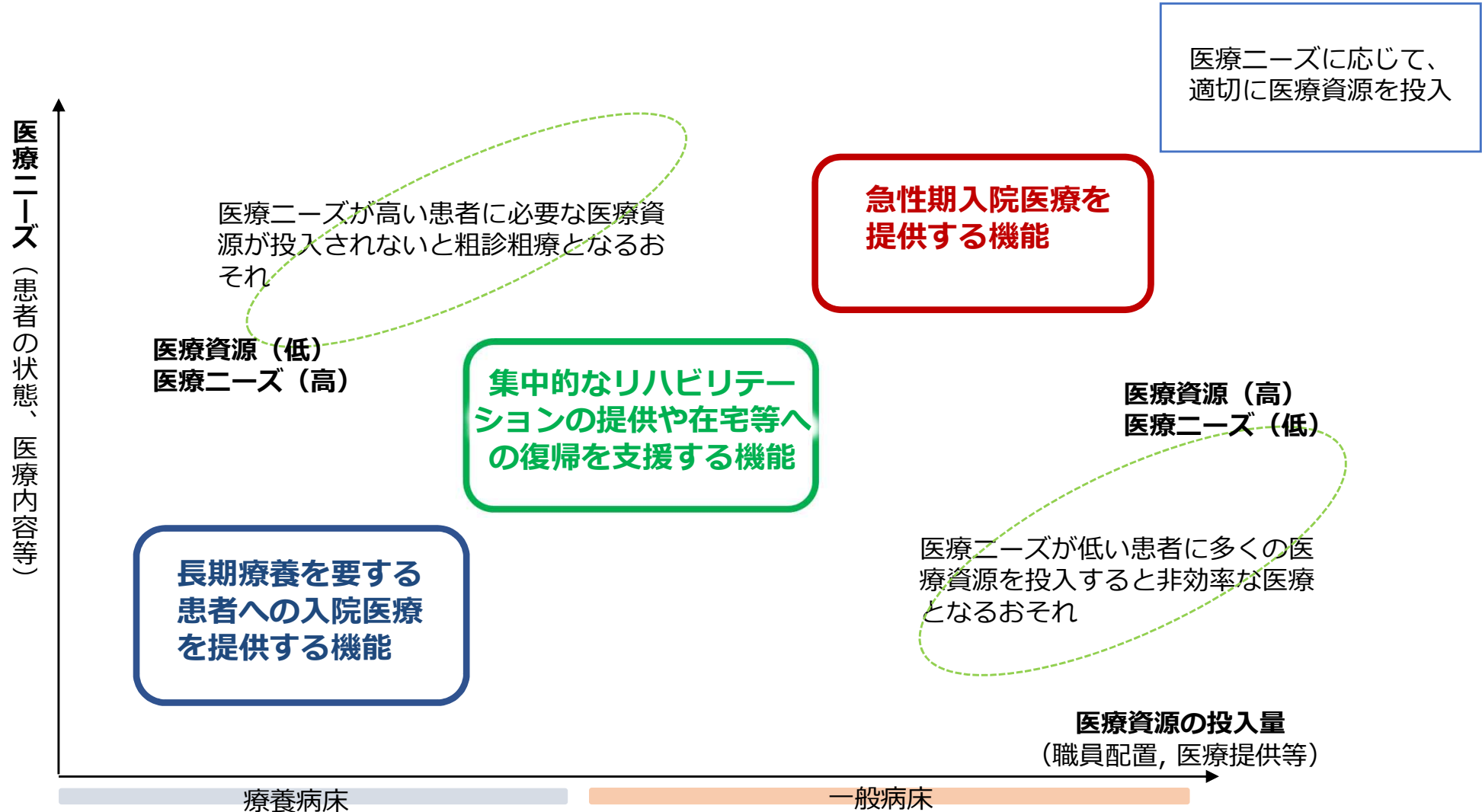
ウ) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)における入院医療の提供と将来予測

【課題】

- ・入院医療の評価の基本的な考え方としては、医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要と考えられる。
- ・現状の7対1一般病棟と10対1一般病棟における入院医療の提供内容をみると、7対1一般病棟では、10対1一般病棟に比べ、74歳以下の入院患者の割合が多い。疾病別にみると、7対1一般病棟では悪性腫瘍の患者が最も多く、10対1一般病棟では肺炎と骨折・外傷の患者が多い。
- ・疾患別の入院患者の将来推計をみると、悪性腫瘍は横ばいから減少となっており、肺炎、心疾患、脳血管疾患や骨折は増加から横ばいとなっている。

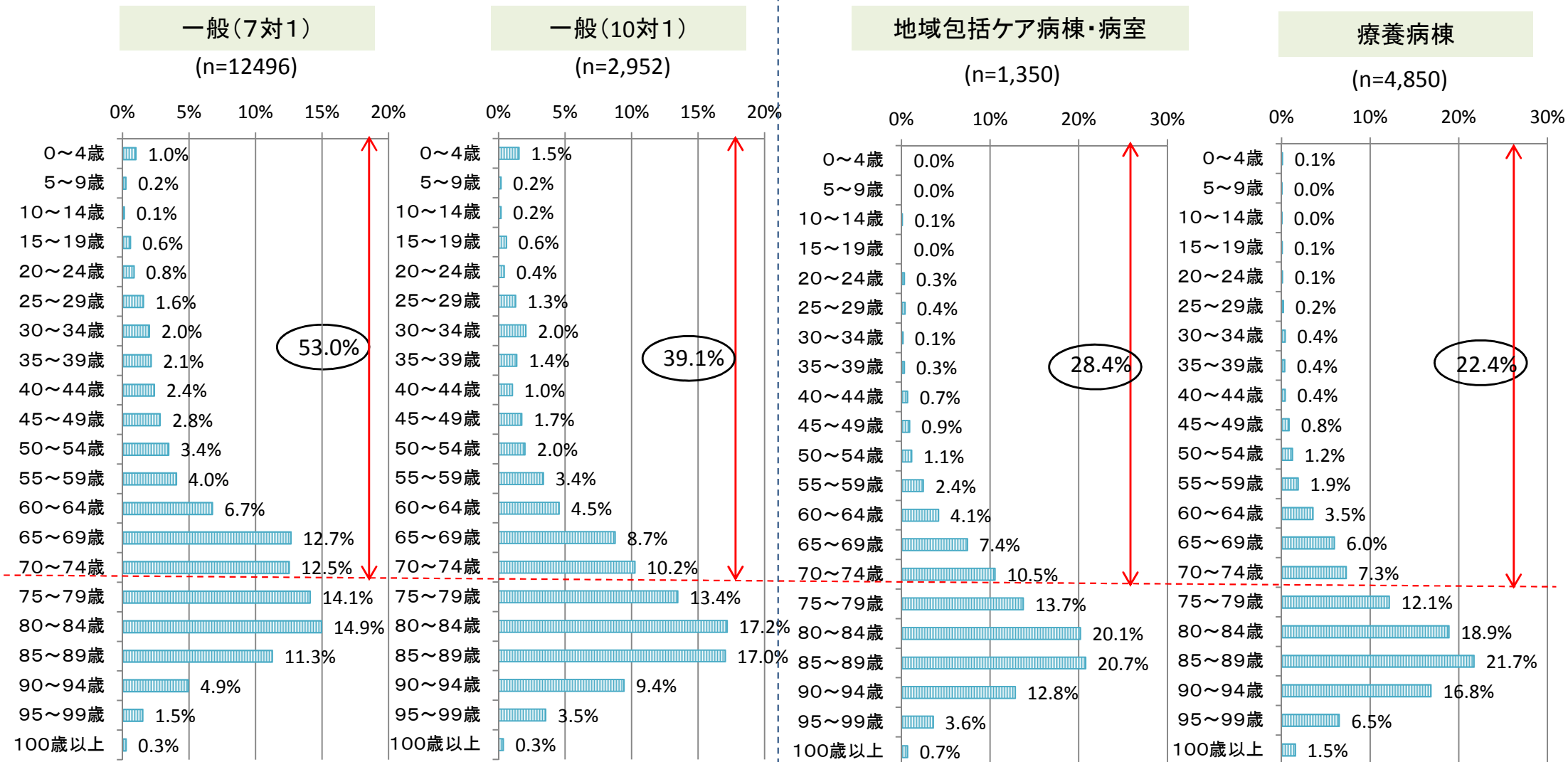
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 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（急性期～回復期～慢性期）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。



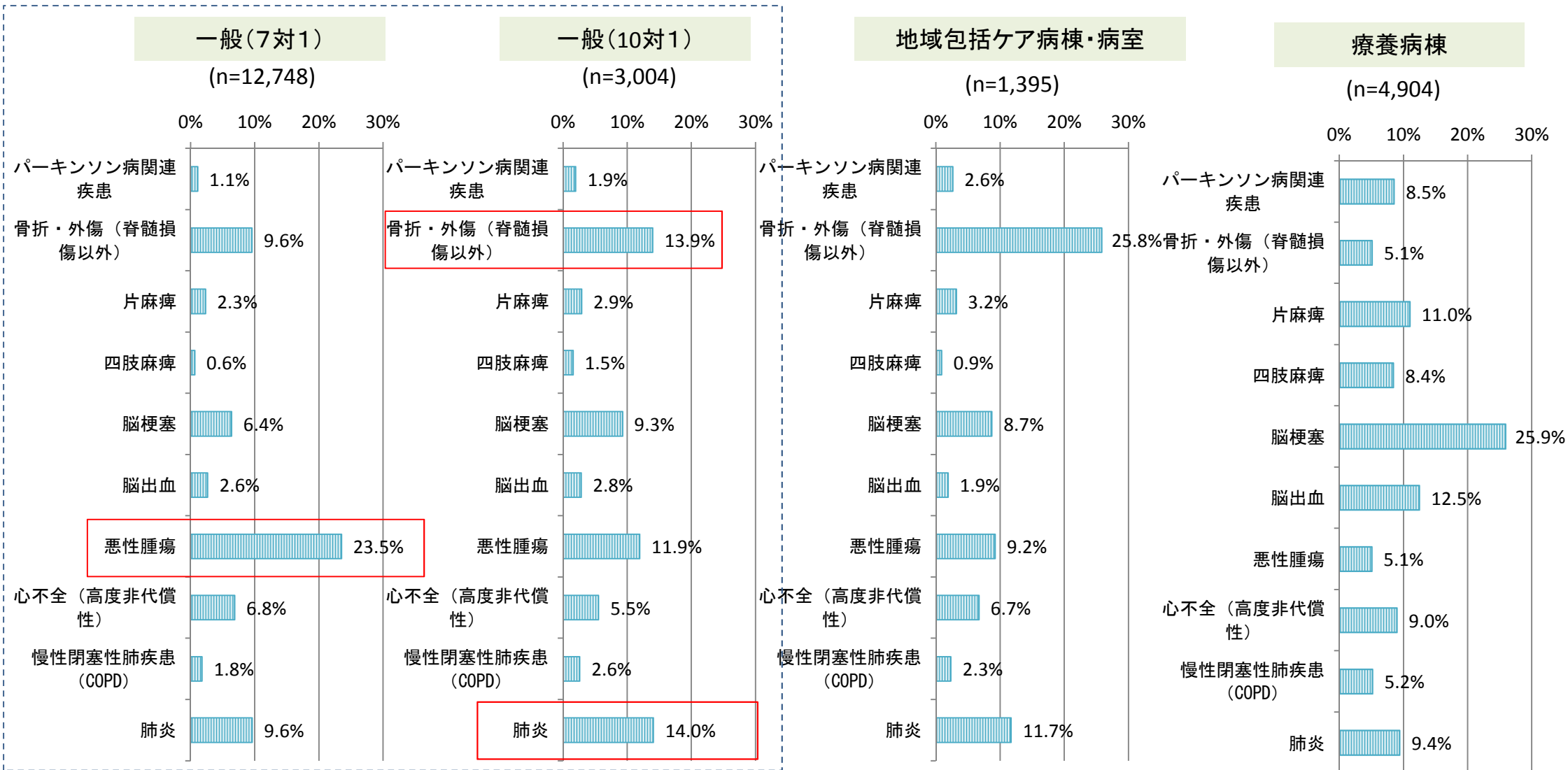
一般病棟(7対1、10対1)入院患者の年齢階級別分布

○ 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。



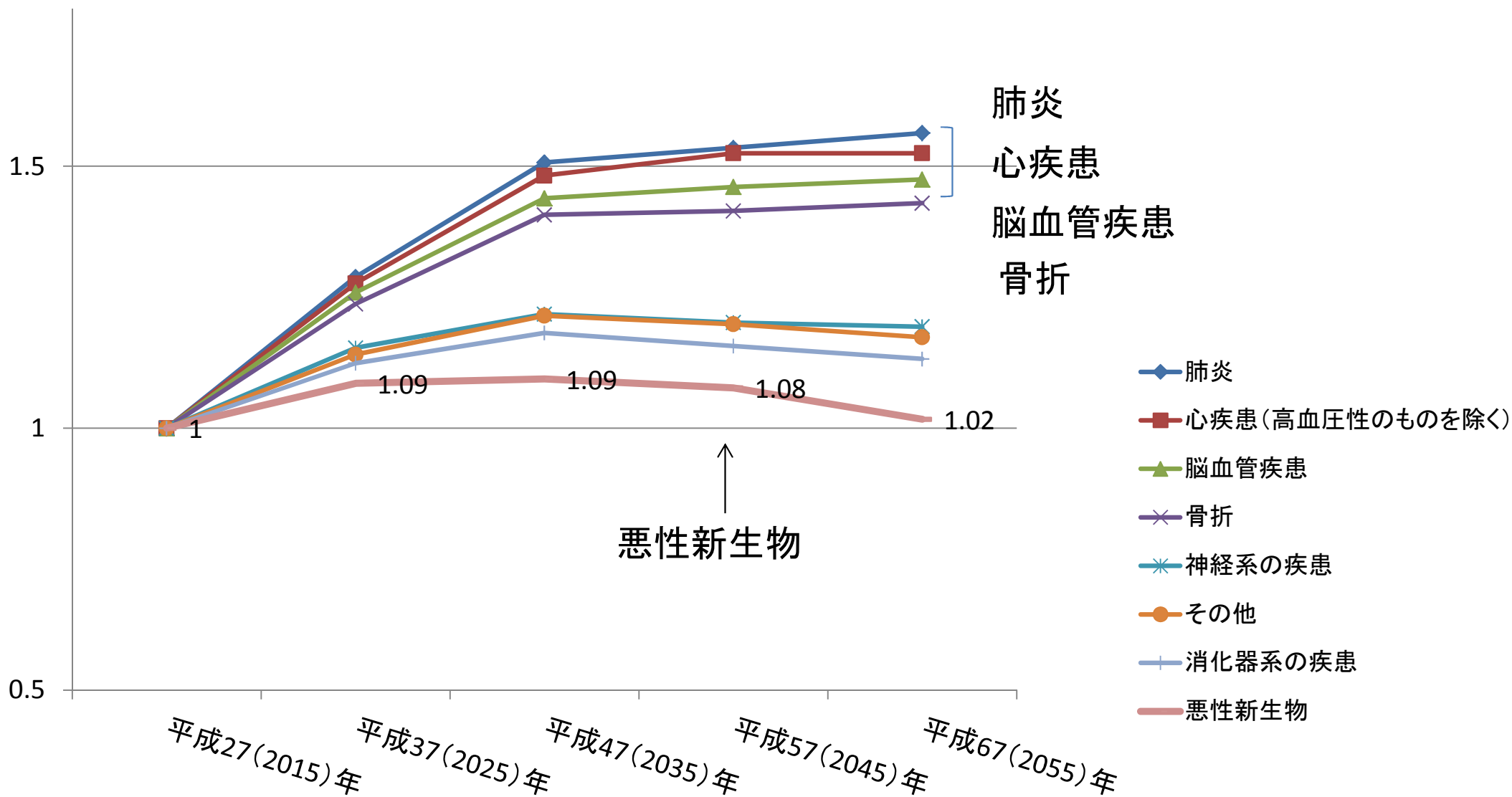
一般病棟(7対1・10対1)入院患者の疾患

○ 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。



入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率

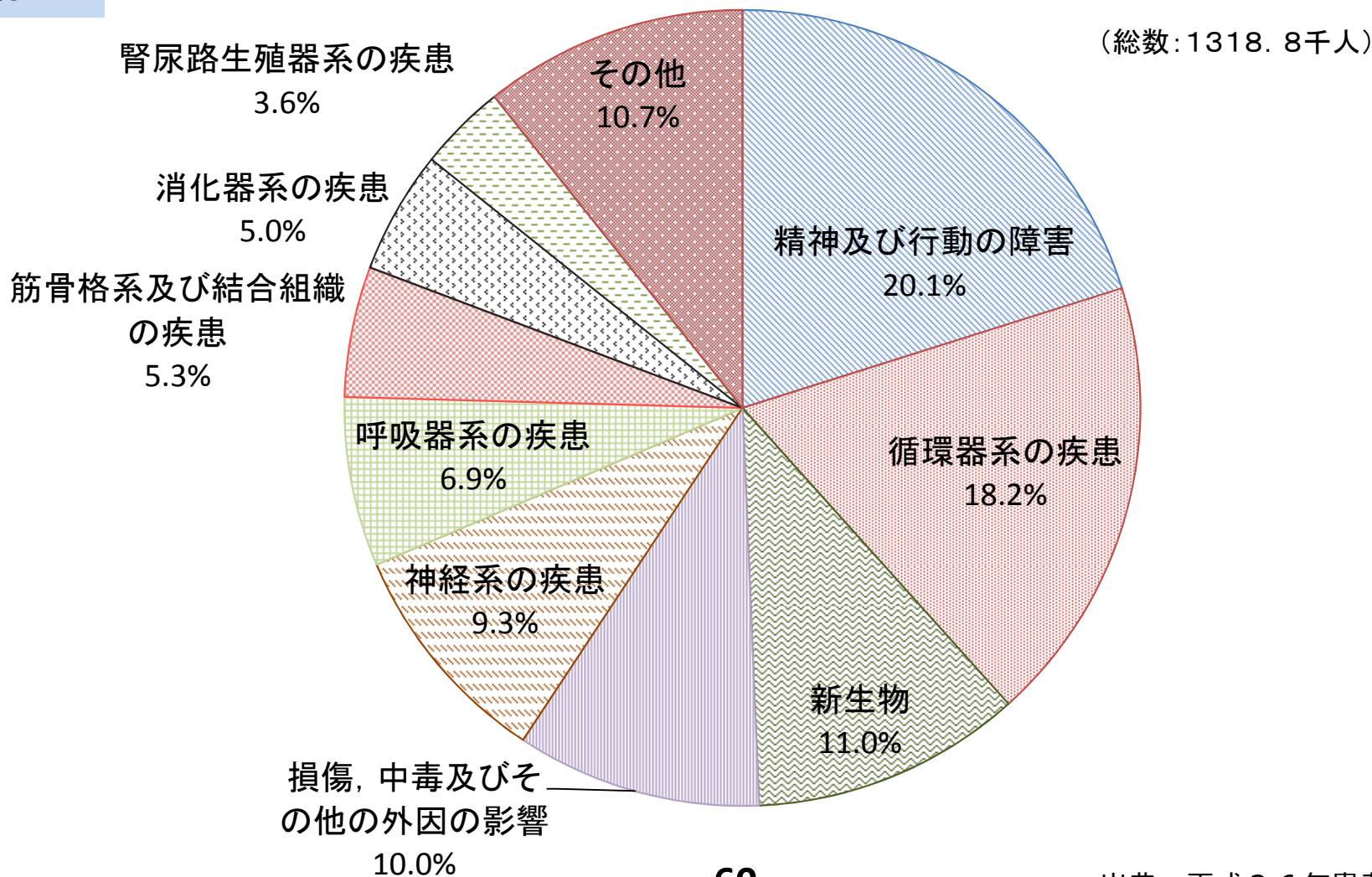


傷病分類別にみた推計入院患者数

中医協 総 - 5
29.1.25

○ 入院患者を傷病分類別に見ると、多い順に「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」、「新生物」となっている。

入院



1－(3) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し

エ) 診療報酬上の評価

【課題】

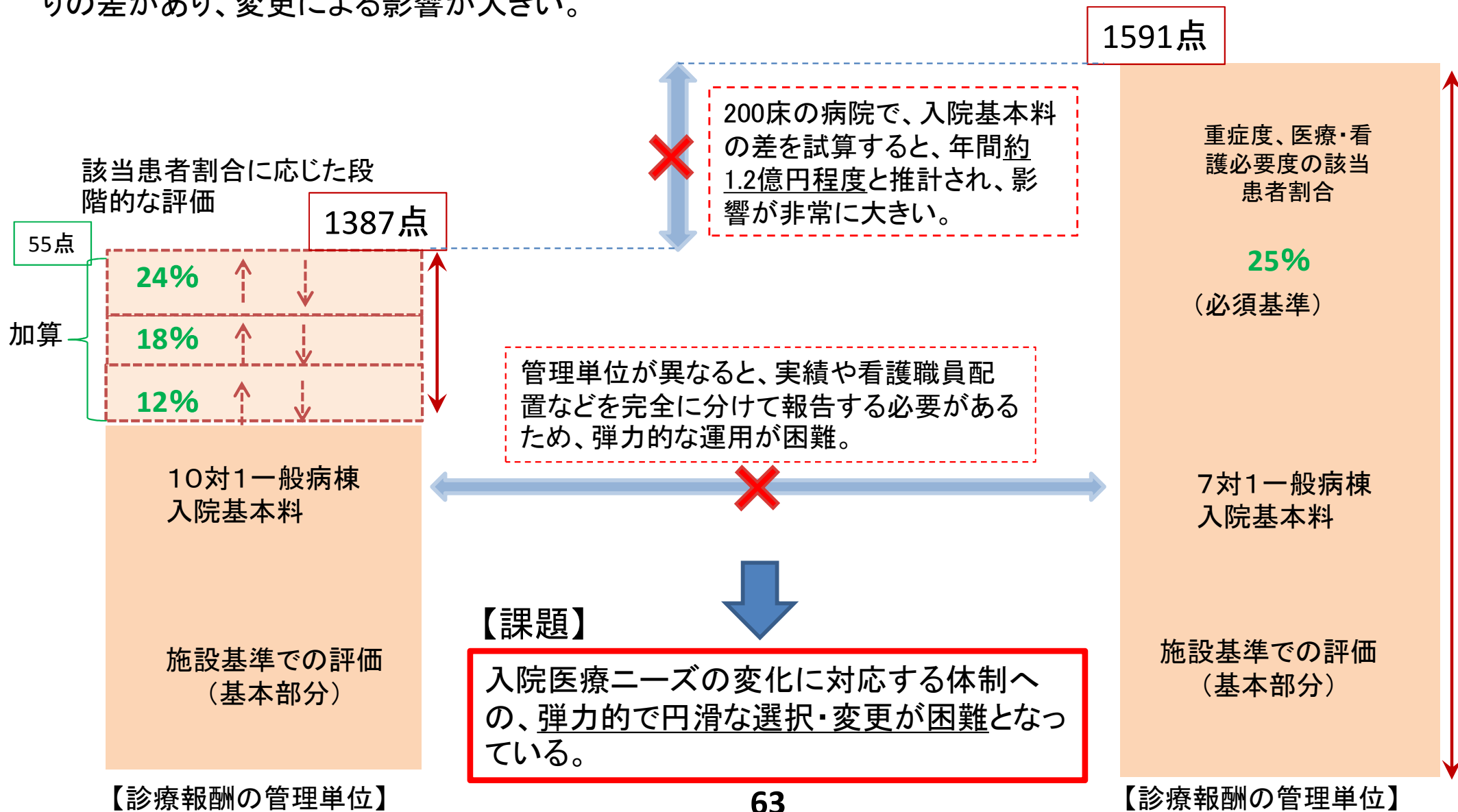
- ・7対1と10対1の一般病棟入院基本料について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の評価方法を比較すると、7対1一般病棟では、施設基準の基準値で評価されているが、10対1一般病棟では、看護必要度加算での段階的な評価となっている。
- ・入院基本料の施設基準と、看護必要度に応じた加算とでは、評価項目(指標)の活用方法が異なっている。評価項目(指標)の特性に応じた評価手法を選択することが望ましいと考えられる。
- ・地域の医療ニーズ(変動要素)に応じてより適切な医療提供を進める上では、入院基本料(基本的要素)の報酬設定は、傾斜配置も加味した上で必要となる平均的な資源投入となる水準とし、診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせで評価とすることが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられる。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の主な報酬・施設基準について

	10対1	7対1
入院基本料	1,332点	1,591点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点	
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点	
	重症度、医療・看護必要度に係る加算 加算1 55点(患者割合 24%以上) 加算2 45点(患者割合 18%以上) 加算3 25点(患者割合 12%以上)	
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>10又はその端数を増すごとに1以上</u>	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>7又はその端数を増すごとに1以上</u>
平均在院日数	<u>21日以内</u>	<u>18日以内</u>
重症度、医療・看護必要度	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。	基準を満たす患者割合が <u>25%以上</u>
医師の員数		常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上
在宅復帰率		<u>8割以上</u>

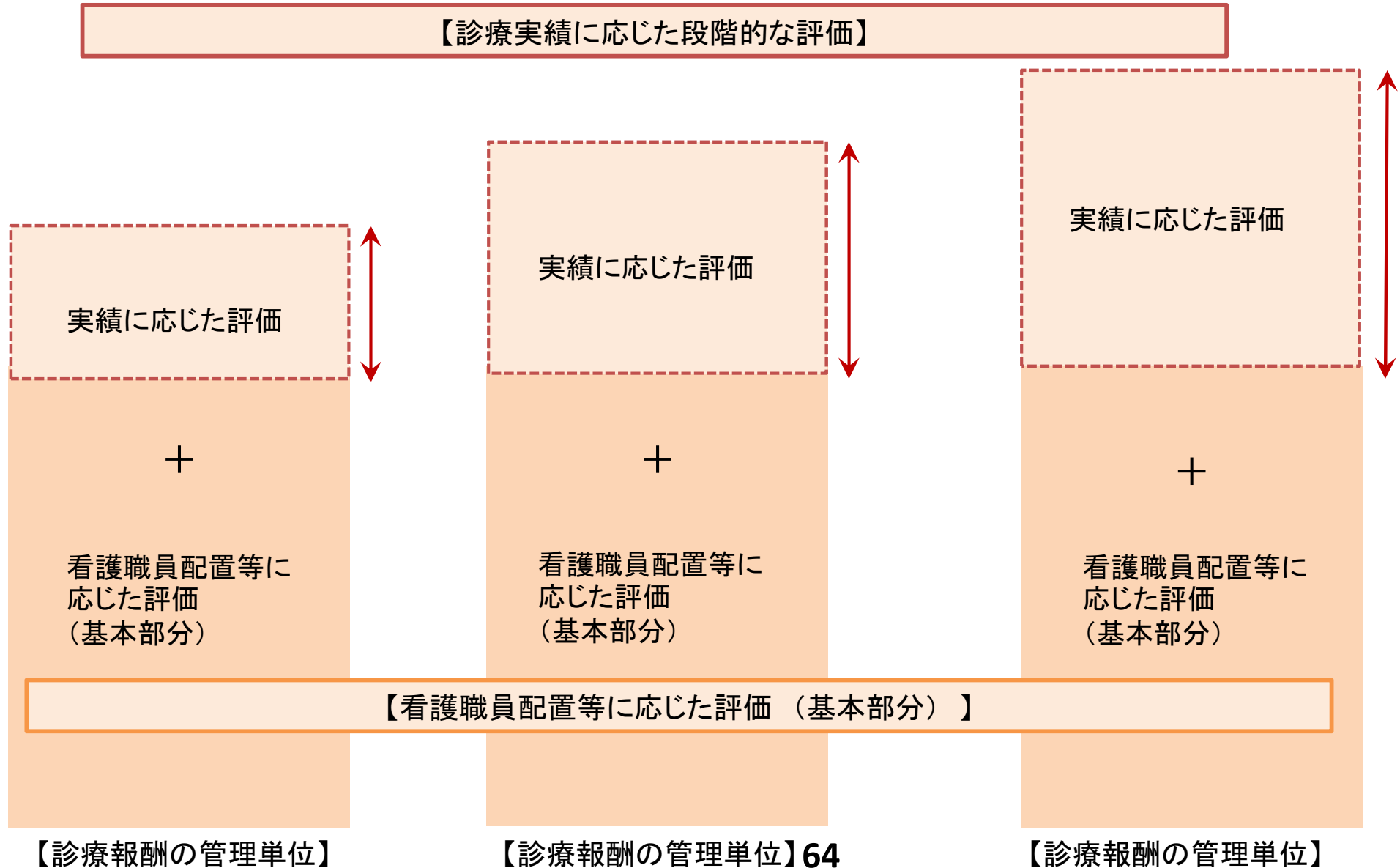
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の比較

- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の評価方法を比較すると、7対1一般病棟では、施設基準の基準値(25%)として設定されているが、10対1一般病棟では、該当患者割合に応じた3段階の加算での評価となっている。
- 7対1一般病棟入院基本料と、10対1一般病棟入院基本料と加算(24%)の点数の和を比較すると、約200点余りの差があり、変更による影響が大きい。



二つの評価手法を組み合わせた評価体系(イメージ)

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する医療の提供体制確保を推進する観点から、弾力的で円滑な選択・変更が可能となるよう、基本部分と段階的な評価部分との組み合わせによる評価手法を導入することが望ましいのではないか。

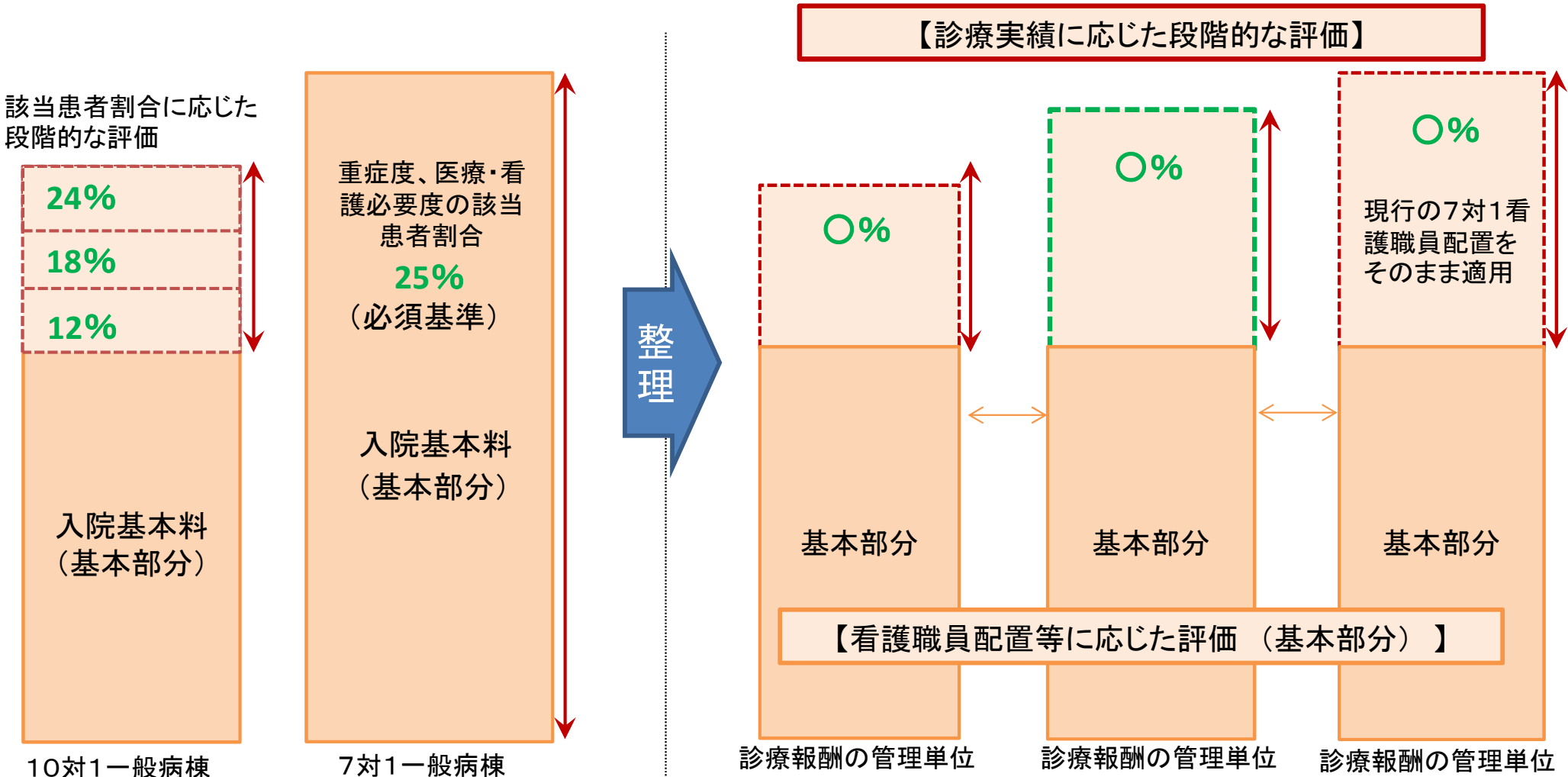


一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価体系(案)

○ 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。

なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。

○ また、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。



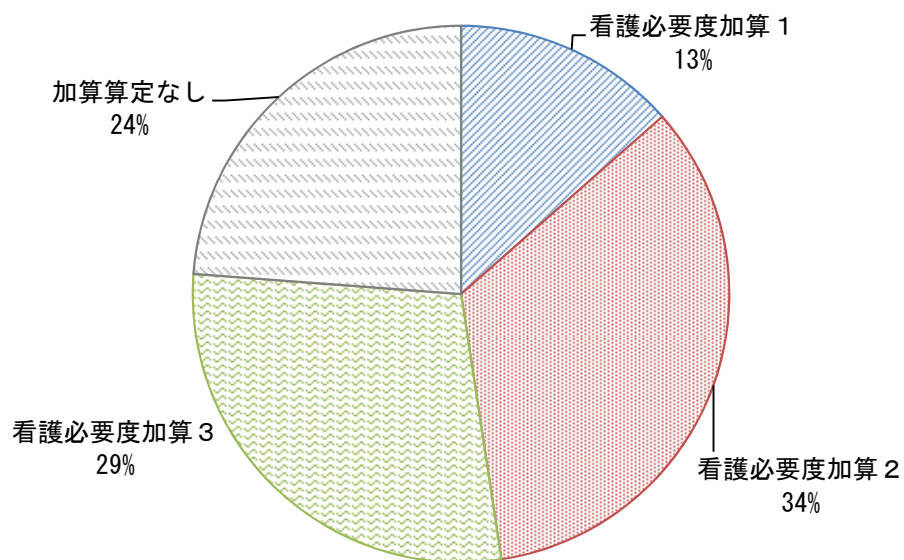
參考資料

一般病棟(10対1)の加算による評価について

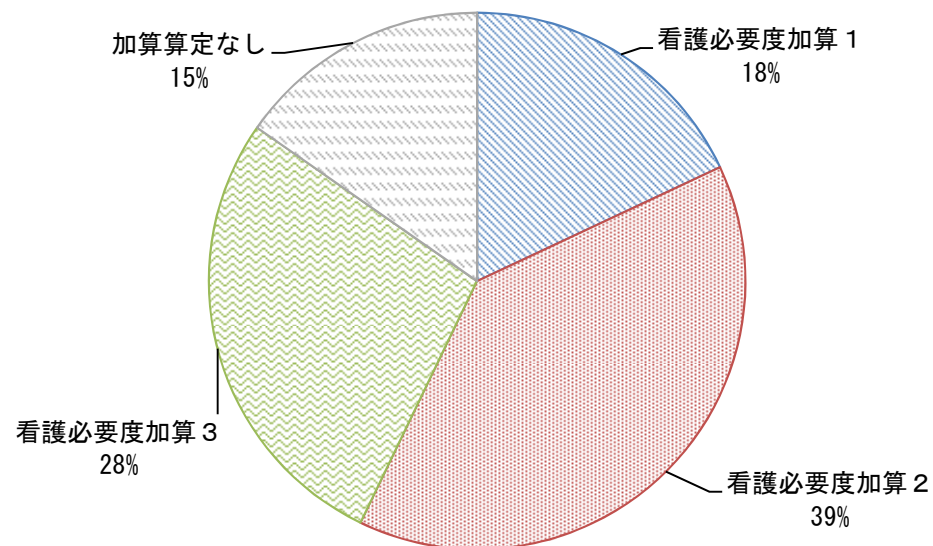
【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	施設基準
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

届出医療機関数(n=2,216)



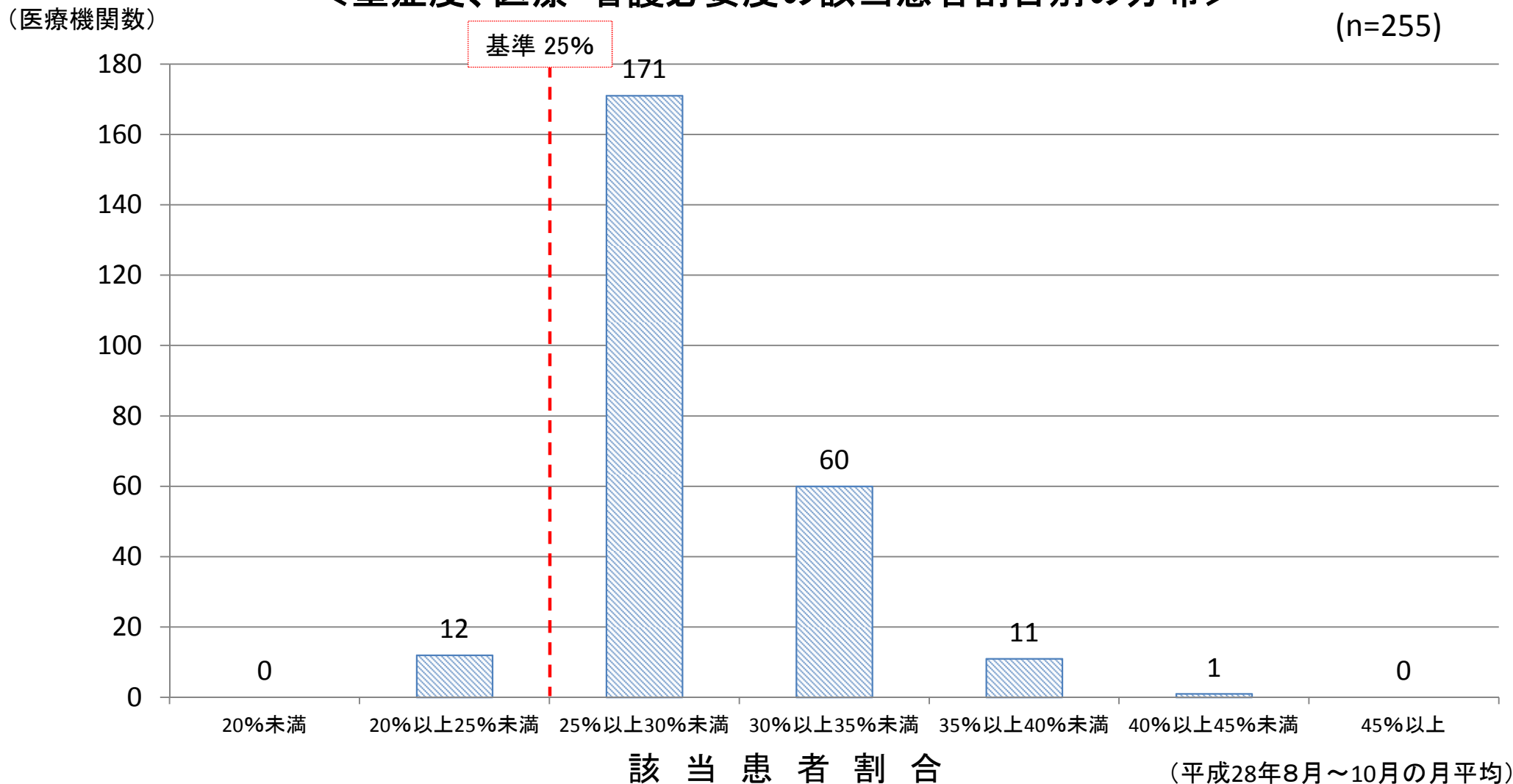
届出病床数(n=169,733)



参考

○ 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＞



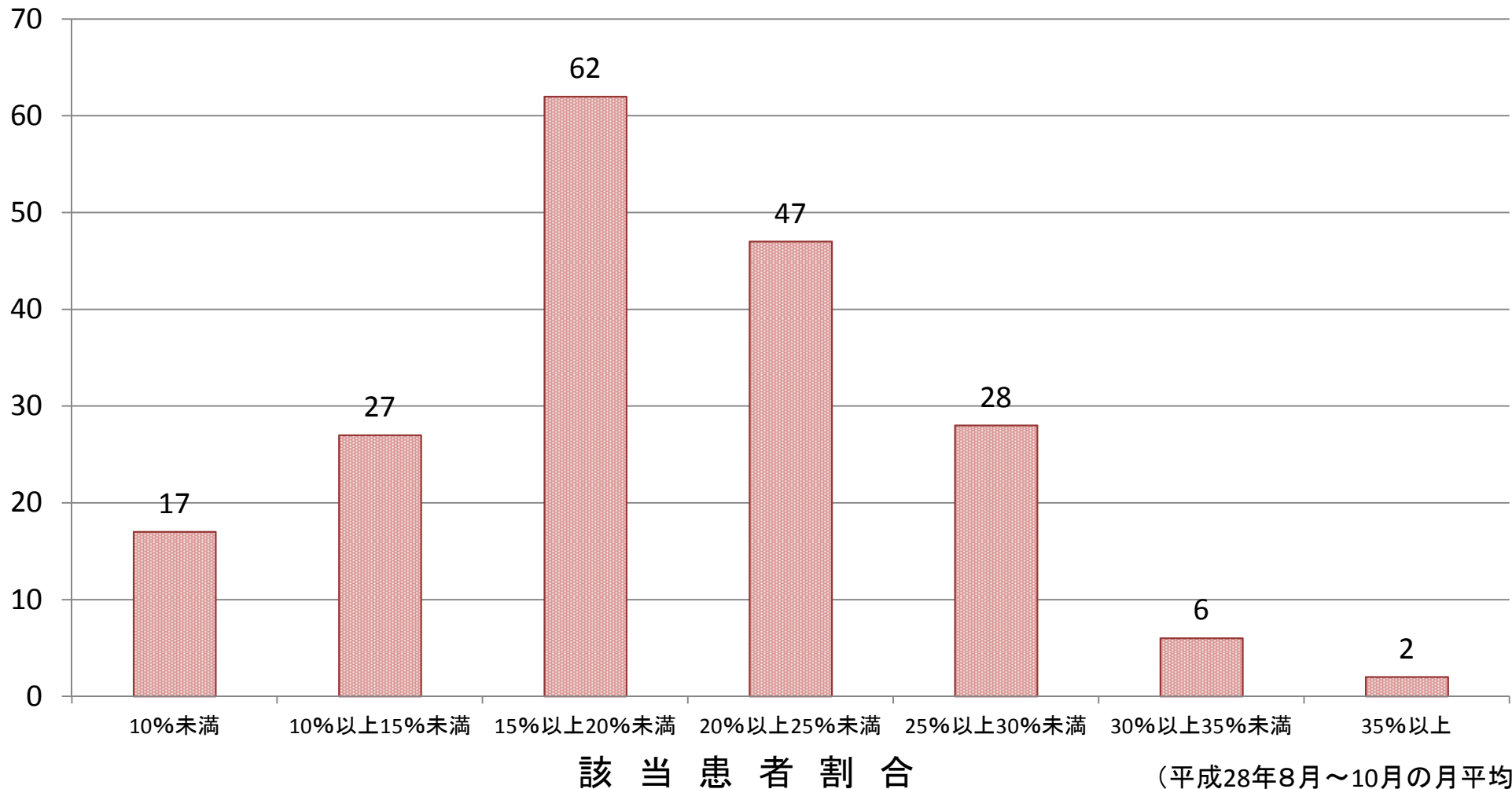
参考

○ 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。

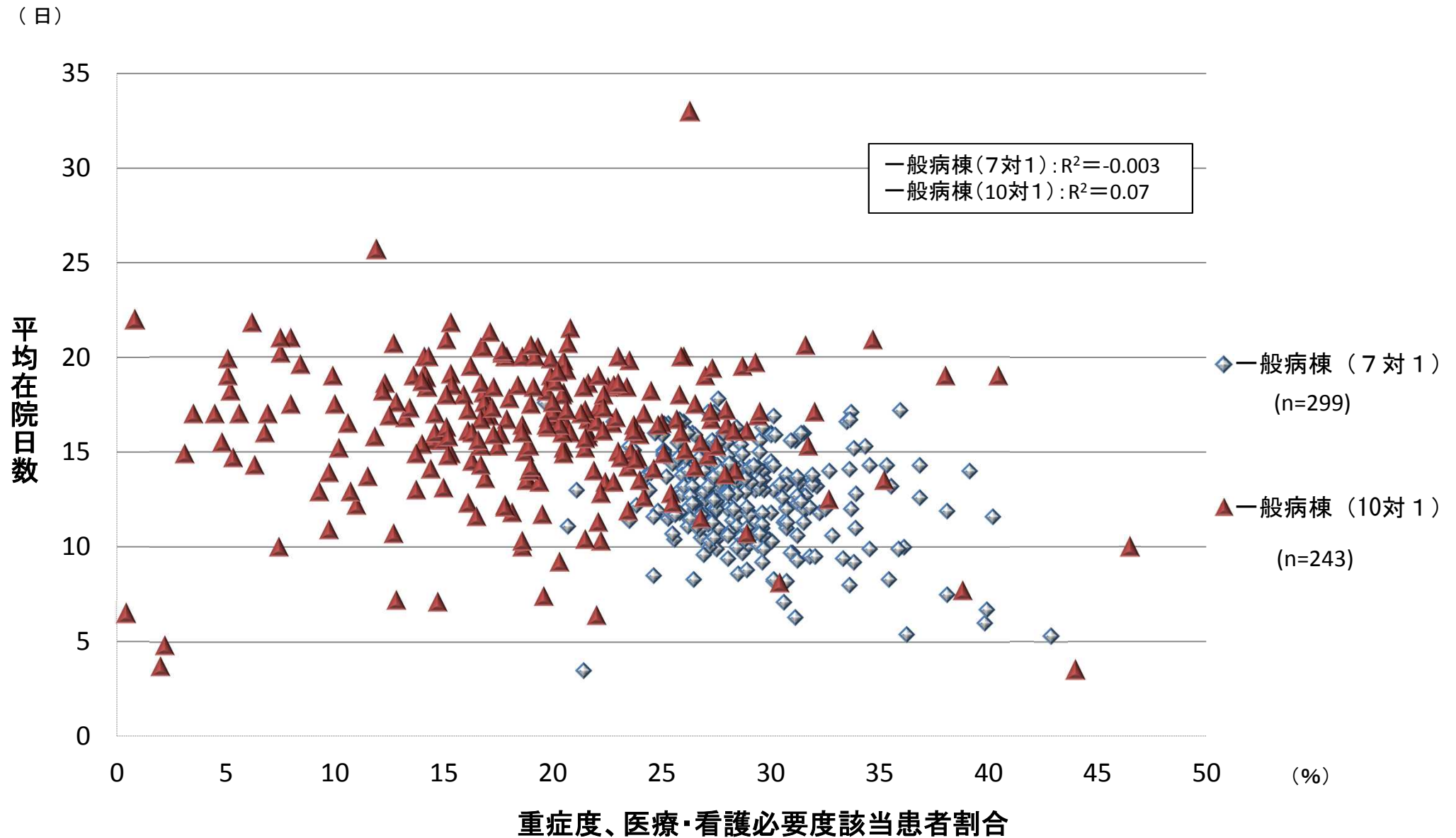
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

(医療機関数)

(n=189)

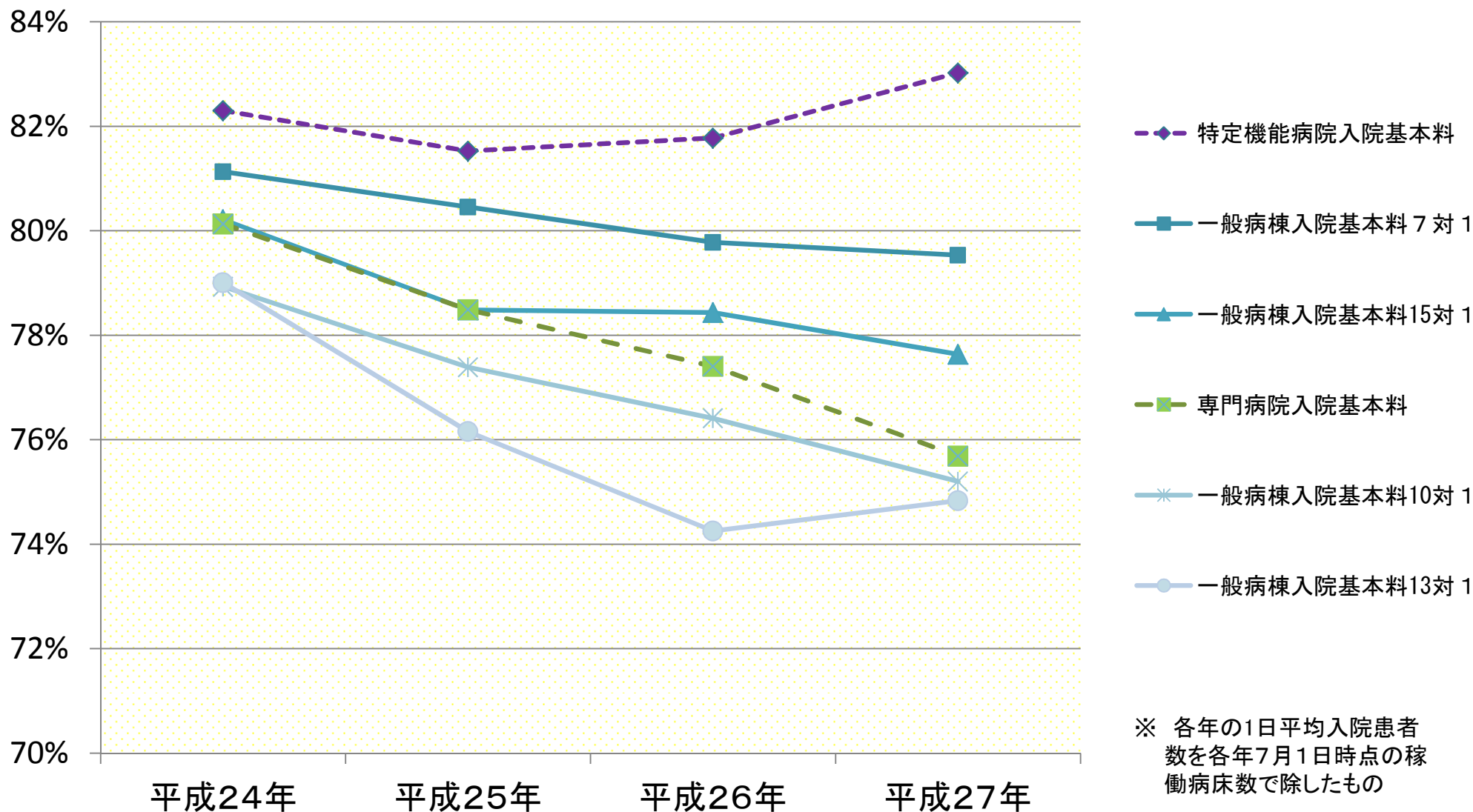


平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



一般病棟入院基本料の稼働率の推移

○ 一般病棟入院基本料の稼働率※は概ね低下傾向である。



入院基本料の変遷①

診調組 入-1
29.6.21

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

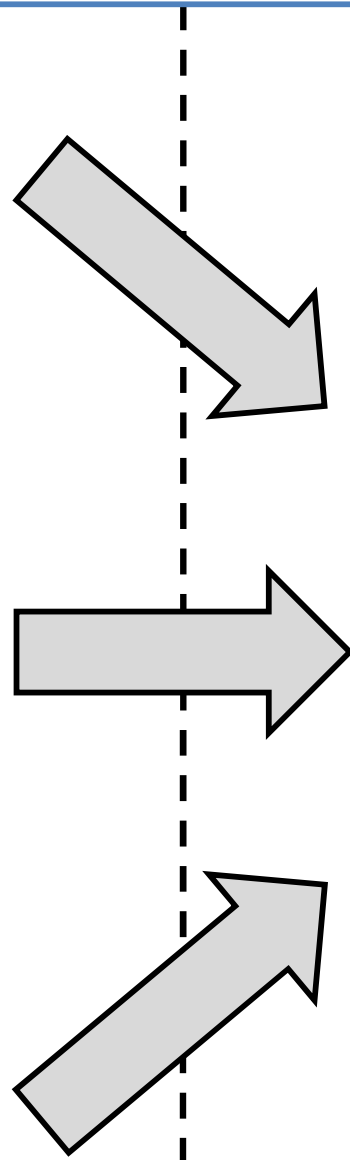
看護料

看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

平成11年度以前

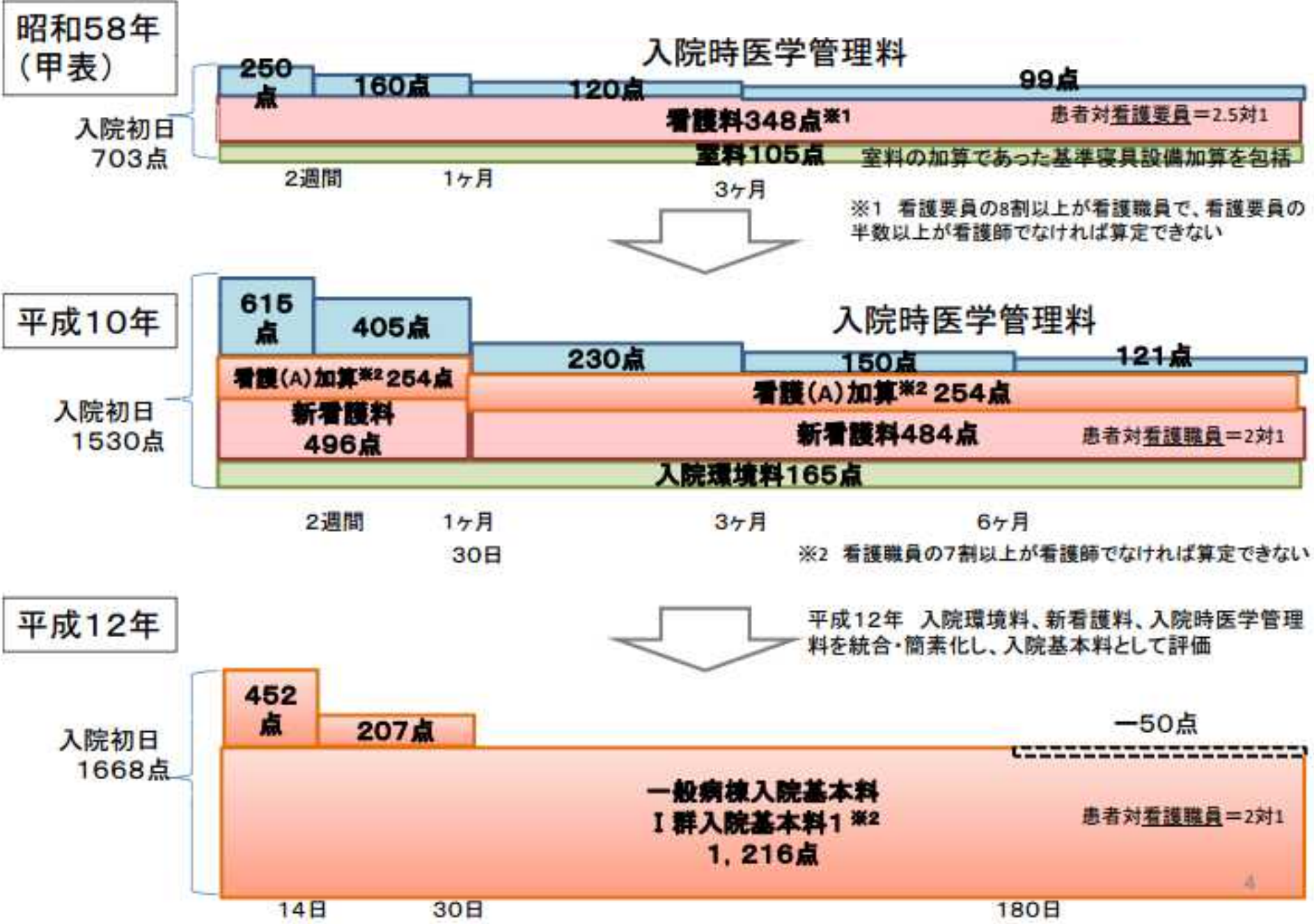


入院基本料

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

平成12年度以降

入院基本料の変遷②



一般病棟入院基本料(7対1、10対1)に係る課題(案)①

【課題】

(重症度、医療・看護必要度の項目の見直し)

- ・7対1一般病棟に認知症の患者は13%、せん妄(術後以外)症状を有する患者は2.7%であった。
- ・B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者について、身体抑制ありの患者のうち、全評価日でA項目が1点以上に該当する患者が多く、医師の診察や指示の見直しの頻度、直接看護の提供頻度も上昇していた。
- ・入院経路別の入棟中の患者の医療的な状態をみると、状態が不安定である患者の割合は「緊急入院(緊急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)」の患者が最も多いが、それ以外の緊急入院患者でも一定の割合を占めていた。
- ・DPCデータによる分析に用いたマスタを用いてC項目の対象日数と退院日との関係をみると、該当患者のうち所定日数未滿に退院した患者は、「18 開腹手術(5日間)」では該当患者の17.0%、「17 開胸手術(7日間)」では10.4%を占めた。

(DPCデータの活用)

- ・重症度、医療・看護必要度の判定(Hファイル)とDPCデータのマスタに基づく判定(EFファイル判定)の該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きく、その理由として、
 - 「創傷処置」等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
 - 「点滴ライン同時3本以上の管理」等については、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
 - 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
 - 「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性等が考えられた。
- ・医療機関ごとの該当患者割合をみると、現行の該当患者割合の平均は28.8%、DPCデータでの該当患者割合は33.5%であった。
- ・上記の定義について見直し、追加分析を行った結果、DPCデータでの該当患者割合は23.3%であった。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)に係る課題(案)②

【課題】

(一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し)

- ・入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは減少し、中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加すると考えられる。
- ・入院医療の提供は、病室、病棟、病院に大別される。さらに、診療報酬の管理単位として、同じ種類の病棟、例えば、一般病棟入院基本料といった分類がある。診療報酬は、管理単位で見たときの平均の医療資源投入量に応じた評価となっているが、実際の医療提供では、管理単位内の病棟で均一に配置されるのではなく、患者の状態に応じて、病棟の職員は傾斜して、配置されている。
- ・入院医療の評価の基本的な考え方としては、医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要と考えられる。
- ・7対1と10対1の一般病棟入院基本料について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の評価方法を比較すると、7対1一般病棟では、施設基準の基準値で評価されているが、10対1一般病棟では、看護必要度加算での段階的な評価となっている。
- ・入院基本料の施設基準と、看護必要度に応じた加算とでは、評価項目(指標)の活用方法が異なっている。評価項目(指標)の特性に応じた評価手法を選択することが望ましいと考えられる。
- ・地域の医療ニーズ(変動要素)に応じてより適切な医療提供を進める上では、入院基本料(基本的要素)の報酬設定は、傾斜配置も加味した上で必要となる平均的な資源投入となる水準とし、診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせで評価とすることが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられる。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)に係る論点(案)①

【論点(案)】

【重症度、医療・看護必要度の項目の見直し】

○ 平成28年度改定で導入された項目について、以下の3点について、より適切な評価となるよう見直しを検討してはどうか。

- 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)について、救急医療管理加算の算定患者(2日間)へ見直す
- 3) C項目の開腹手術について、所定日数を短縮する

○ また、評価項目の定義の見直しの伴い、該当患者の判定基準及び該当患者割合の基準値について、どのように考えるか。

【DPCデータの活用】

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合のDPCデータ(EF統合ファイル)を活用した判定について、追加分析の結果を踏まえ、これまでの実績から一定の基準を満たす医療機関が希望する場合については、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。また、DPCデータを活用する場合、定義の違い等に考慮した基準値を設定してはどうか。

○ 7対1一般病棟と200床以上の10対1一般病棟は、DPCデータ(Hファイルを含む)の提出が要件となっていることから、Hファイルを該当患者割合の判定・確認等に活用することとしてはどうか。また、年1回の定例報告における該当患者割合の提出等を、合理化の観点から省略可能としてはどうか。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)に係る論点(案)②

【論点(案)】

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価手法の見直し】

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。
なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。
- また、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。

入院医療(その7)

1. 一般病棟入院基本料
2. 特定集中治療室管理料等
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 医療機関間の連携に関する評価

2- (1) 救命救急入院料・脳卒中ケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度

【課題】

- ・各治療室の入室時の状態について、特定集中治療室、ハイケアユニットでは、「大手術後」、救命救急入院料、脳卒中ケアユニットでは「意識要害又は昏睡」が多い。
- ・各治療室に入室中の状態について、特定集中治療室と救命救急入院料2・4では約4割、救命救急入院料1・3、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニットでは約3割が、「常時、不安定である」患者である。
- ・各治療室の患者への医師の指示の見直しの頻度及び看護職員による直接の看護提供頻度をみると、特定集中治療室と救命急入院料2・4は同様な割合である。看護職員の看護提供頻度では、救命救急入院料1・3と脳卒中ケアユニットとでほぼ同様の割合である。
- ・救命救急入院料1と3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料ともに7割近くが重症度、医療・看護必要度を測定している。また、測定に用いた評価は、救命救急入院料1・3ではハイケアユニット用の評価票を用い、脳卒中ケアユニットでは一般病棟用の評価票を多く用いている。

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"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	
		～14日 12,126点				
管理料3	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること 				
	～14日 7,837点					
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・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 				
	～14日 7,837点					
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"> ・専任の医師が常時勤務 	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"> ・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	—	脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血が8割以上

医療機能に応じた入院医療の評価について

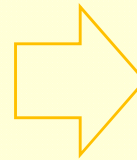
特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 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。

平成28年度改定前

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

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



平成28年度改定後

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

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

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

重症度、医療・看護必要度等に関する調査の調査概要

【調査対象】

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

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

【調査期間】

平成29年1月

【調査方法・項目】

調査対象医療機関より、以下の調査票・データを収集し、分析を行った

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

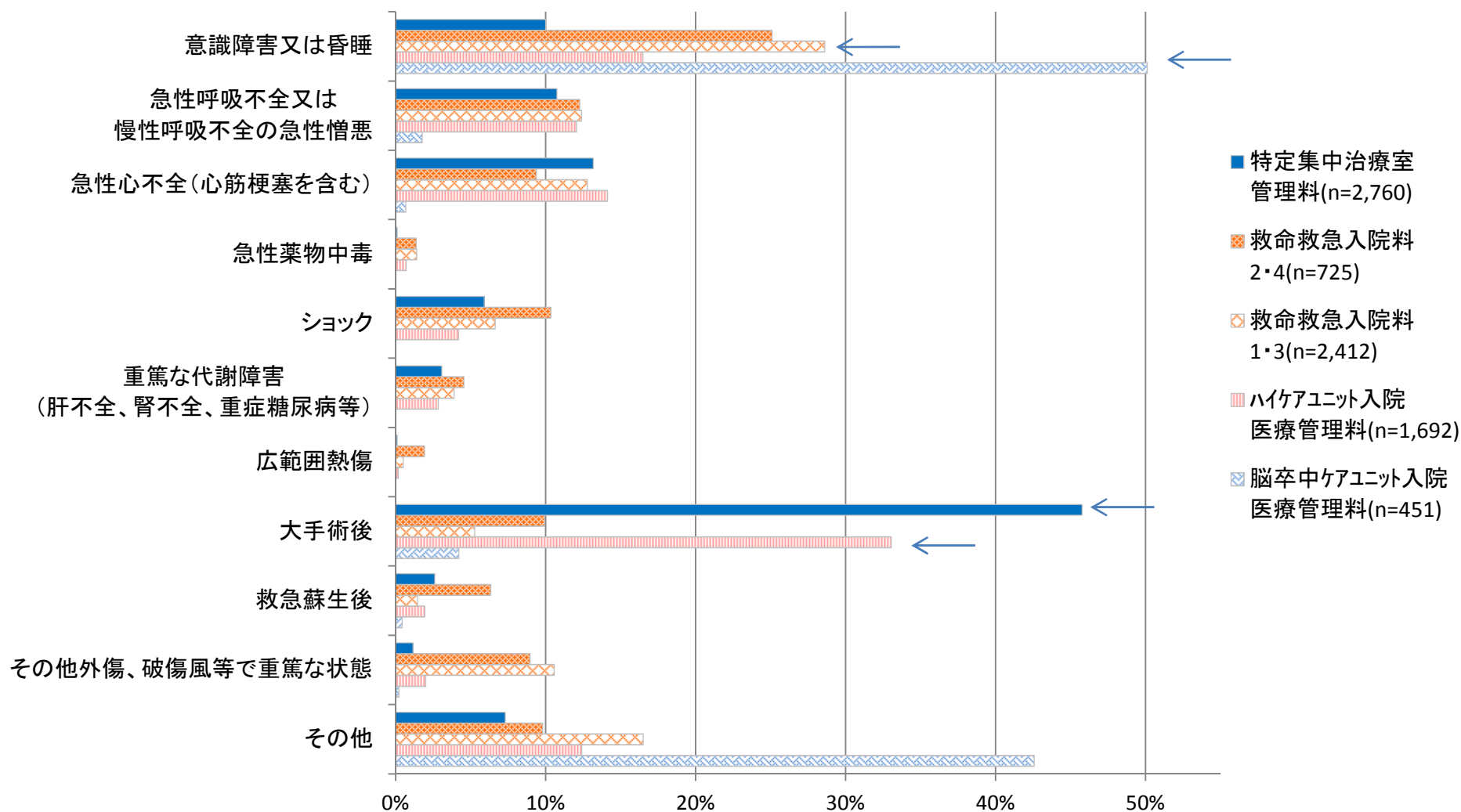
回収率:31%(217病院)

特定集中治療室等の患者の状態①

診調組 入-1
29.11.2

- 各治療室の入室時の状態について、特定集中治療室、ハイケアユニットでは、「大手術後」、救命救急入院料、脳卒中ケアユニットでは「意識障害又は昏睡」が多い。

＜入室時の状態＞



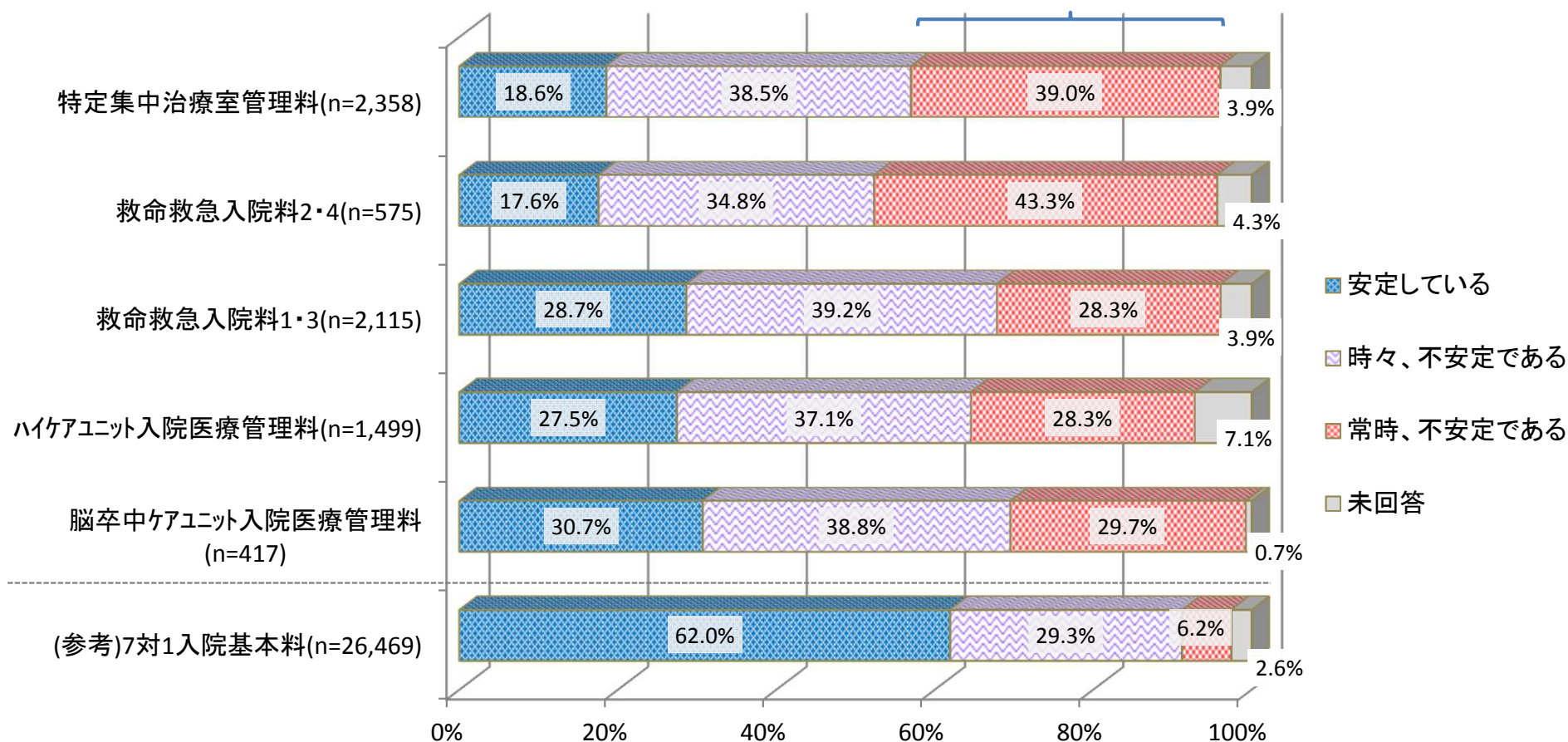
特定集中治療室等の患者の状態②

診調組 入-1
29.11.2

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

<入室中の患者の状態>

※ 調査対象期間内の1週間



特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度

診調組 入-1
(改)29.11.2

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

＜各基準の該当患者割合＞

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

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

※ 背景色の箇所は、重症度、医療・看護必要度の基準がある治療室

(対象とした患者数)

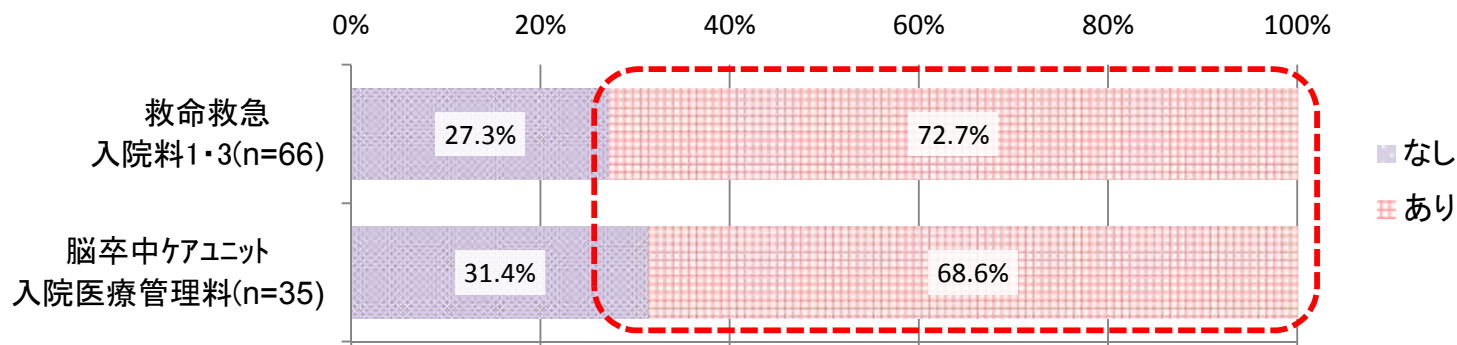
	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	5,178	1,441	6,152	3,303	1,517	117,173
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	5,169	1,405	6,017	3,303	1,516	117,173
7対1入院基本料の基準	5,167	1,400	5,825	3,266	1,502	118,580

(参考) 基準一覧

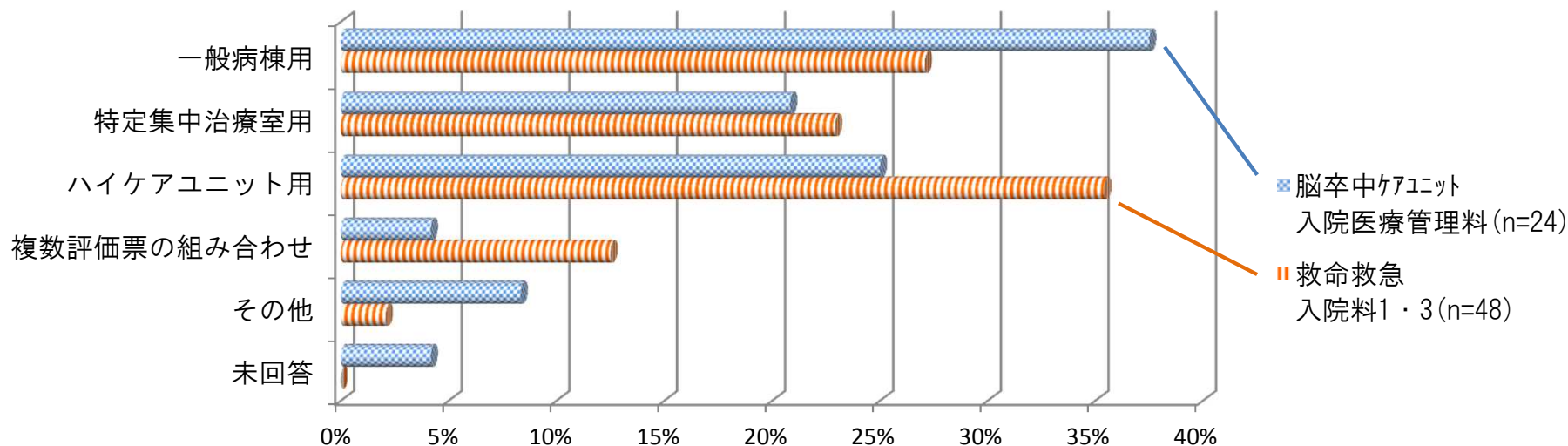
特定集中治療室管理料	A得点4点以上かつB得点3点以上の該当患者割合が、管理料1・2で80%以上、管理料3・4で70%以上
ハイケアユニット入院医療管理料	A得点3点以上かつB得点4点上の該当患者割合が、管理料1で80%以上、管理料2で60%以上
7対1一般病棟入院基本料	A得点2点以上かつB得点3点以上、A得点3点以上又はC得点1点以上の該当患者割合が、25%以上

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

＜重症度、医療・看護必要度の測定の有無＞



使用している評価票の種類



2-（2）特定集中治療室管理料における重症度スコア

【課題】

・ICUにおける入室24時間以内の生理学的指標に基づく重症度スコアの例として、APACHEIIスコアやSOFAスコアがあり、各医療機関のICUにおける標準化死亡比のベンチマーク等の客観的指標として活用されている。

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例①

APACHE II

(acute physiology and chronic health evaluation II)

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

(測定項目)

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



年齢、慢性併存疾患



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

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



各施設の標準化死亡比を用いて、施設間での客観的な比較が可能となる

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

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

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

(参考) APACHE II のスコアリング

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

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

B表 年齢点

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

APACHE II SCORE
A表とB表とC表の点数の合計点

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

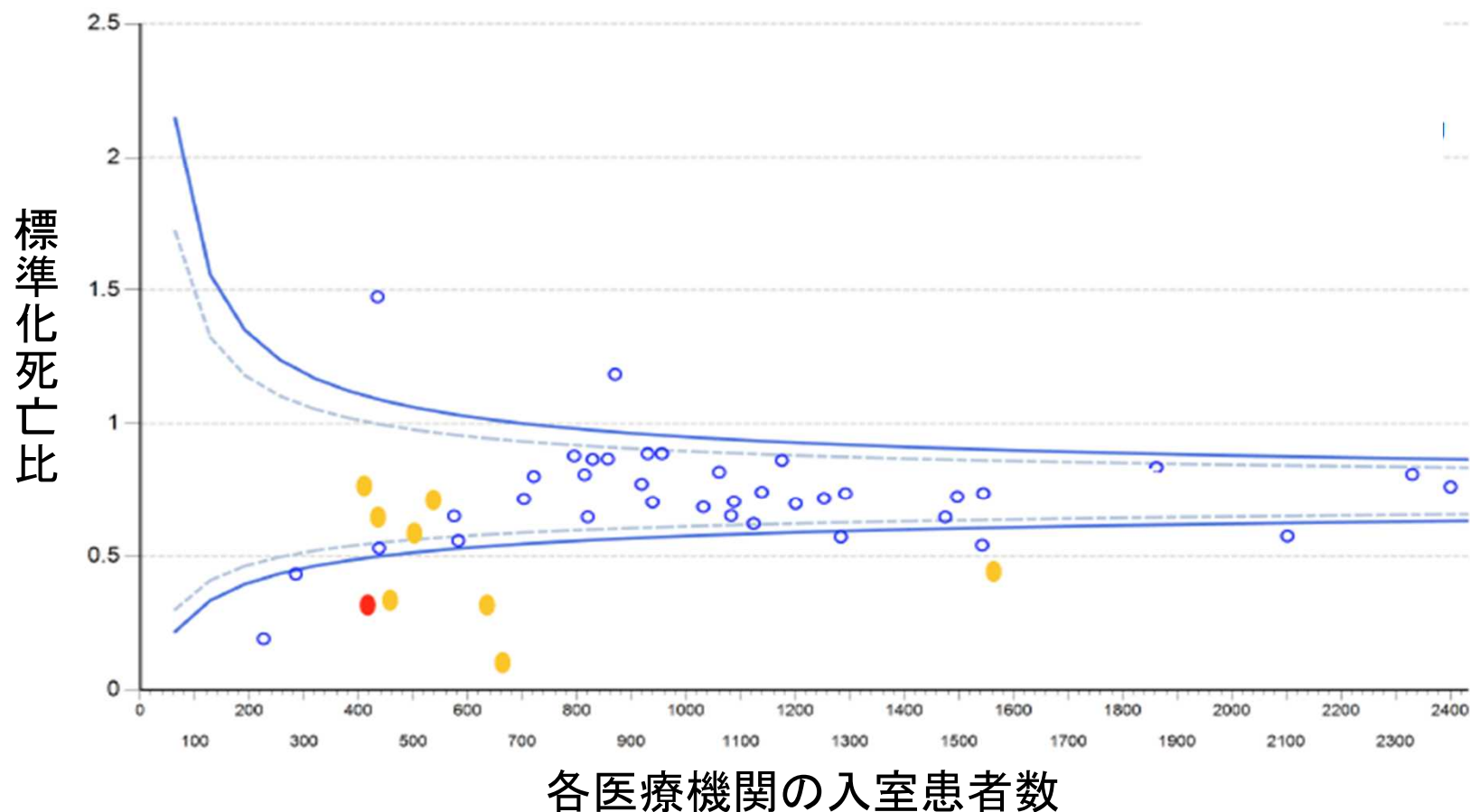
C表 慢性健康点 (Chronic health points : CHP) 0点, 2点, あるいは5点

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

APACHEスコアを用いたベンチマークの一例

診調組 入-1
29.11.2

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



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)

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

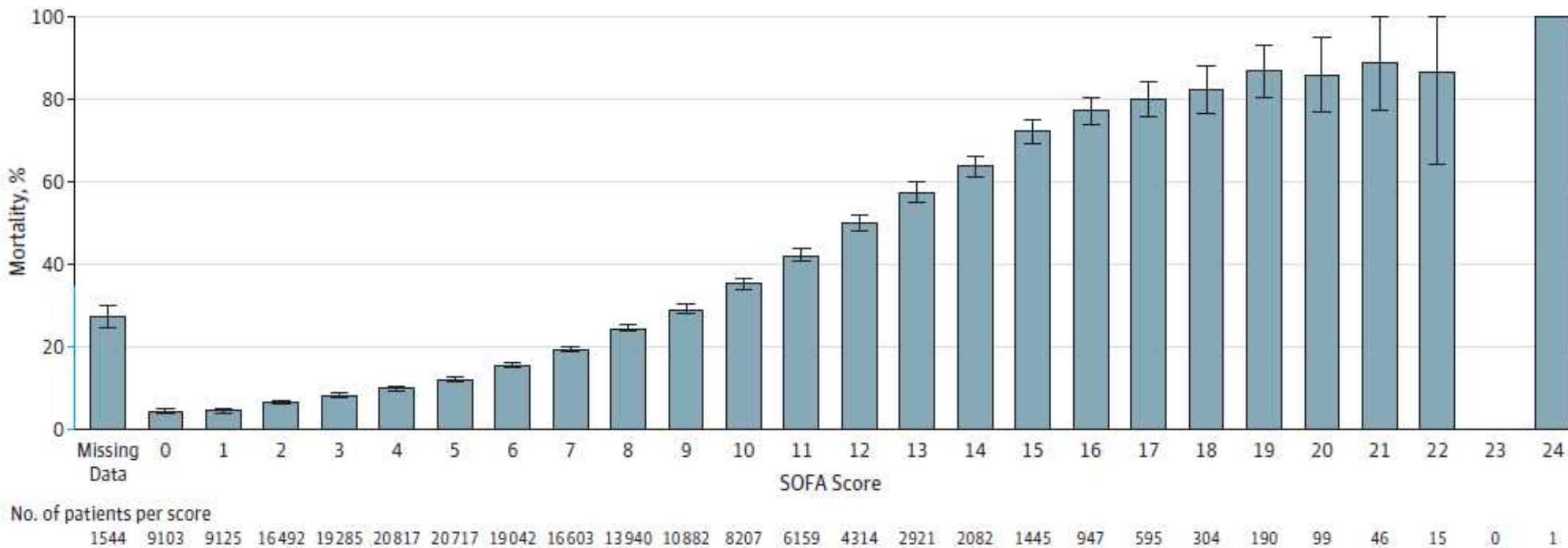
(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FiO ₂ [mmHg]	x> 400	400≥x> 300	300≥x> 200	200≥x> 100 呼吸補助下	100≥x 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [×10 ³ /mm ³]	x> 150	150≥x> 100	100≥x> 50	50≥x> 20	20≥x
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	< 1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	> 12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧< 70 mmHg	ドパミン≤5y あるいはドブタミン 投与 (投与量を問わない)	ドパミン> 5y あるいはエピネフリン ≤0.1y あるいはノルエピネフリン ≤0.1y	ドパミン> 15y あるいはエピネフリン> 0.1y あるいはノルエピネフリン > 0.1y
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14~13	12~10	9~6	6未満
腎機能 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	> 5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

(参考)ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率の関係

○ ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率には、一定の相関関係があると考えられる。

(死亡率)



(SOFAスコア)

2-（3）特定集中治療室管理料における早期離床の取組み

【課題】

- ・特定集中治療室等における、集中治療時の早期からリハビリテーションについては、より高い安全性が求められるが、開始基準、中止基準等が示されている。
- ・ICUにおいて、早期からの離床を取り組んだ場合、歩行までの期間の短縮など効果がみられている。
- ・ICUにおいてプロトコルに沿った離床に向けた取組みを行うことによって、「離床までの日数」、「ICU在室日数」、「病院在院日数」は有意に減少することが明らかになっている。

特定集中治療室等における術直後からの離床の取組①

- 特定集中治療室等における、集中治療時の早期からのリハビリテーションについては、より高い安全性が求められるが、開始基準、中止基準、体制等に関する標準的な指針が作成されている。
- ICUにおいて、早期からの離床を取り組んだ場合、歩行までの期間の短縮など効果がみられている。

集中治療における早期リハビリテーションのエキスパートコンセンサス

- 疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に開始される早期リハビリテーションについて、開始基準、中止基準、望ましい体制等をまとめた標準的な治療指針。

【参考】早期離床や早期からの積極的な運動の開始基準

指標	基準値
意識	Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) -2 ≤ RASS ≤ 1 30分以内に鎮静が必要であった不穏はない
疼痛	自己申告可能な場合 numeric rating scale (NRS) もしくは visual analogue scale (VAS) 自己申告不能な場合 behavioral pain scale (BPS) もしくは Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) NRS ≤ 3 もしくは VAS ≤ 3 BPS ≤ 5 もしくは CPOT ≤ 2
呼吸	呼吸回数 酸素飽和度 (SaO ₂) 吸入酸素濃度 (FiO ₂) < 35 /min が一定時間持続 ≥ 90% が一定時間持続 < 0.6
人工呼吸器	呼気終末陽圧 (PEEP) < 10 cmH ₂ O
循環	心拍数 (HR) 不整脈 虚血 平均血圧 (MAP) ドパミンやノルアドレナリン投与量 HR : ≥ 50 /min もしくは ≤ 120 /min が一定時間持続 新たな重症不整脈の出現がない 新たな心筋虚血を示唆する心電図変化がない ≥ 65 mmHg が一定時間持続 24時間以内に増量がない
その他	・ ショックに対する治療が施され、病態が安定している ・ SAT ならびに SBT が行われている ・ 出血傾向がない ・ 動く時に危険となるラインがない ・ 頭蓋内圧 (intracranial pressure, ICP) < 20 cmH ₂ O ・ 患者または患者家族の同意がある

早期離床プログラムの検討

- 心臓血管手術後患者のための、4つのSTEP (①半側臥位、②フルチェアポジション、③端座位、④歩行) からなる早期離床プログラムを作成し、その影響要因と安全性について検討。
- 5施設のICUに入室した45名にプログラムを実施し、プログラムの到達によりA～E群の5群に分類し比較。

➤ プログラム達成群 (E群) は、他の群と比較して、抜管までの時間 (人工呼吸時間)、200m歩行までの期間が有意に短縮していた。

	A群 (n=8)	B群 (n=9)	C群 (n=7)	D群 (n=11)	E群 (n=10)
手術時間 (min)	314.8±149.8	312.2±79.7	347.9±101.4	343.9±143.3	326.8±70.4
術中出血量 (g)	1392.5±936.1	706.7±388.4	1013.7±388.4	704.6±827.6	1021.9±403.9
人工呼吸時間 (hours)	15.6±11.3	11.6±6.1	22.7±17.3	11.3±7.4	6.7±4.9
200m歩行 (days)	5.5±4.0	3.4±2.0	5.7±3.5	5.3±2.3	2.6±1.0
入院期間 (days)	18.8±10.8	19.3±13.8	14.6±7.3	17.2±6.0	14.5±4.8

*有意水準 P<0.05

出典：宇都宮明美他. 心臓血管手術後患者の早期離床プログラムの安全性と影響要因の検討. 平成23年度木村看護教育振興財団看護研究助成看護研究集録. 20.p1-11

特定集中治療室等における術直後からの離床の取組②

○ ICUにおいてプロトコルに沿った離床に向けた取り組みを行うことによって、「離床までの日数」、「ICU在室日数」、「病院在院日数」は有意に減少することが明らかになっている。

■ICUにおける離床プロトコル

ICU入室	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	一般病床へ転出
	意識無	意識有	意識有	意識有	
	MT：他動的関節可動域訓練 3回/日	MT：他動的関節可動域訓練 3回/日	MT：他動的関節可動域訓練 3回/日	MT：他動的関節可動域訓練 3回/日	
	MT：2時間おきの体位交換	MT：2時間おきの体位交換	MT：2時間おきの体位交換	MT：2時間おきの体位交換	
		自動的筋力トレーニング	自動的筋力トレーニング	自動的筋力トレーニング	
		20分以上の座位保持 3回/日	20分以上の座位保持 3回/日	20分以上の座位保持 3回/日	
		上腕：自動可能	PT+MT：ベッド端での座位	PT+MT：ベッド端での座位	
			下腿：自動可能	PT+MT：自力での椅子への移乗 最低20分/日	

PT=理学療法 MT=離床チーム（看護師、看護補助者、理学療法士）

■離床プロトコルによる支援のアウトカム

	通常のケア(n=135)	離床プロトコル(n=145)	p
離床までの日数	13.7(11.7-15.7)	8.5(6.6-10.5)	<.0.01
離床までの日数（調整※）	11.3(9.6-13.4)	5.0(4.3-5.9)	<.0.01
呼吸器管理の日数	9.0(7.5-10.4)	7.9(6.4-9.3)	.298
呼吸器管理の日数（調整※）	10.2(8.7-11.7)	8.8(7.4-10.3)	.163
ICU在室日数	8.1(7.0-9.3)	7.6(6.3-8.8)	.084
ICU在室日数（調整※）	6.9(5.9-8.0)	5.5(4.7-6.3)	.025
病院在院日数	17.2(14.2-20.2)	14.9(12.6-17.1)	.048
病院在院日数（調整※）	14.5(12.7-16.7)	11.2(9.7-12.8)	.006

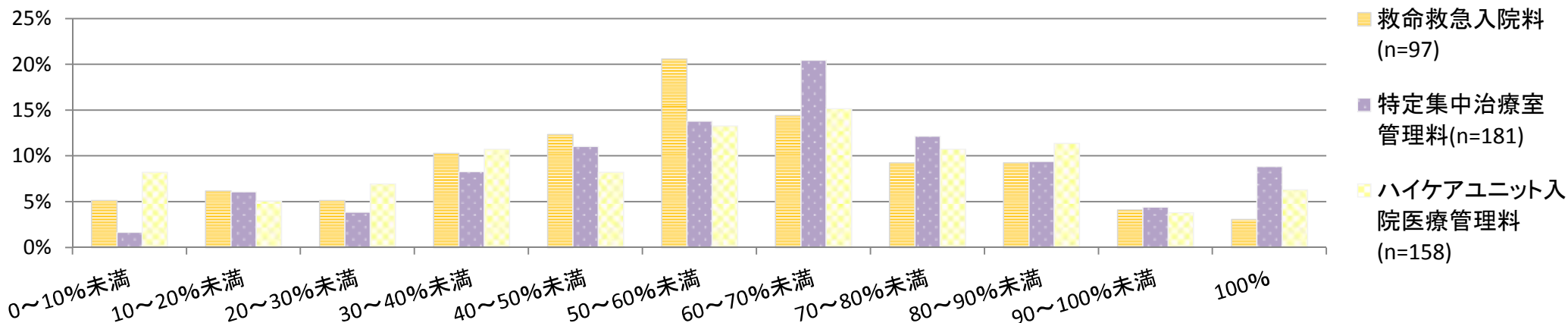
データは平均値

※調整：BMI、APACHE II、昇圧剤の使用有無で調整したもの

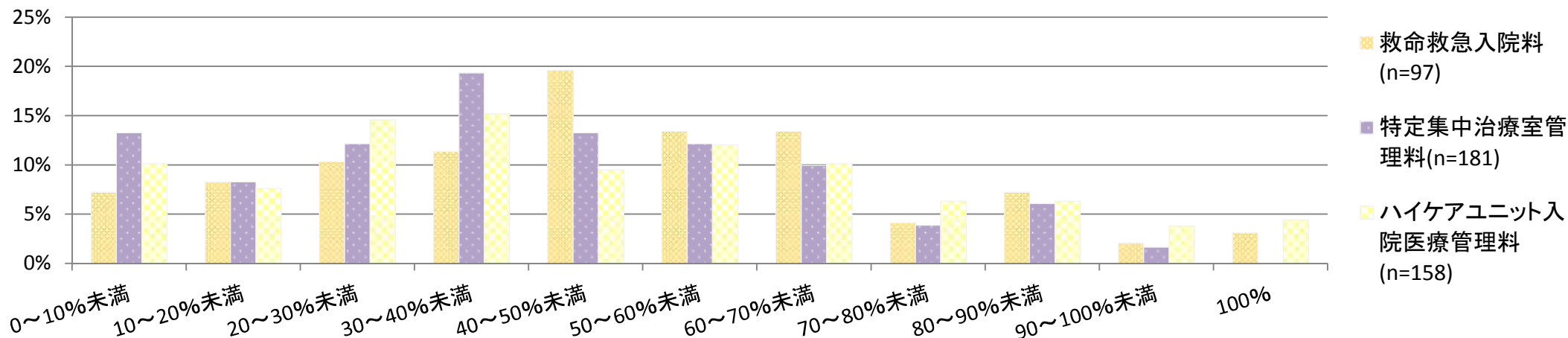
特定集中治療室等における術直後からのリハビリ実施状況

- 手術を受けた患者に対するリハビリ実施の割合について、特定集中治療室では6～7割、救命救急病棟では5～6割の患者に実施している治療室が最も多い。
- 一方で、手術を受けた患者に対しリハビリを実施していない患者の割合が90%以上の治療室が一定数みられた。

■ 特定集中治療室等に入室した手術を受けた患者に対するリハビリの実施割合



■ 特定集中治療室等に入室した手術を受けた患者に対するリハビリを実施していない割合



(平成29年3月の1月間)

2-（4）特定集中治療室管理料における研修を受けた看護師の配置

【課題】

- ・重症患者のケアに関する研修を受けた看護師の配置がある集中治療室においては、配置がない集中治療室と比較して標準化死亡比が低い傾向を示すなど、その配置によって患者の転帰は改善する傾向を示している。

特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師配置の影響

- 重症患者に対するケアに関する専門の研修を受けた看護師の配置がある集中治療室においては、配置がない集中治療室と比較して標準化死亡比が低い傾向を示すなど、その配置によって患者の転帰は改善する傾向を示している。

■ ICUにおける認定看護師(集中ケア)の配置と標準化死亡比の関連について

出典: 日本集中治療医学会ICU機能評価委員会他. 日本集中治療医学会雑誌 2011; 18 :pp283-294

- 集中ケア認定看護師の配置があるICUの標準化死亡比(SMR)は、配置がないICUと比較して低い傾向を示した。

Table 11 Influence of ICU staffed with intensive care-certified nurses (C-Nurse) on SMR

	ICUs	Number of patients	Observed deaths	Mortality (%)	APCHAE II score	Predicted mortality (%)	SMR	P-value
With C-Nurse	40	1,542	132	8.56	16±7	19.75±19.65*	0.43	<0.01
Without C-Nurse	79	1,807	210	11.62	17±7	22.99±21.95	0.50	<0.01

* :P<0.0001.

■ 日本の人工呼吸器装着患者における入院後30日の死亡率と認定看護師(集中ケア)／専門看護師(急性・重症患者看護)の配置の関連について

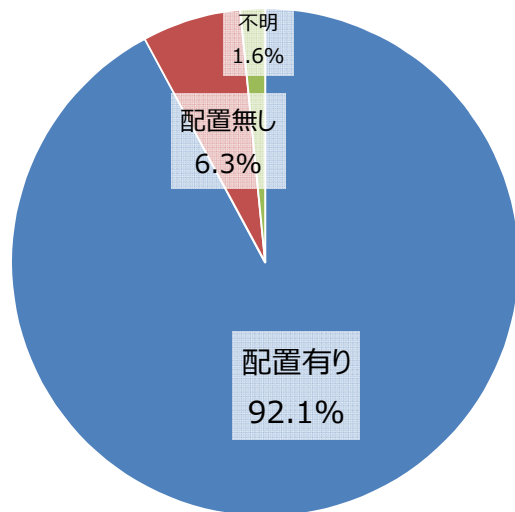
出典: Morita et al. Journal of Critical Care 2017; 41 : pp209-215

- 日本における人工呼吸器を装着した重症患者について、ICU10床あたりの認定／専門看護師の数が増えると、入院後30日以内死亡率が有意に低下する。
- また、患者および病院の特性(病床数等)に関する交絡因子を調整したところ、ICU10床あたりの認定／専門看護師が1人増えるごとに死亡率は約3%低下する(調整オッズ比0.97 (95%信頼区間 0.94-1.00) (P=0.023))
- これらの結果は、ICUにおける認定／専門看護師の配置によって、以下のような効果が得られることによるものだと考えられる。
 - ①認定／専門看護師の高レベルな看護実践による患者アウトカムへのよい効果
 - ②認定／専門看護師による他の看護師への継続的な教育によるICUのケアの向上
 - ③プロトコルに基づく実践など、エビデンスに基づく実践によるICUのケアの向上

特定集中治療室における看護師に求められる知識、配置

- 特定集中治療室管理料1もしくは2を算定している医療機関のほとんどで、重症患者等へのケアに係る研修を修了している看護師が配置されている。
- 集中治療領域で勤務する看護師には、高度な知識や技術と周囲との調整を行う能力が必要である。

■ 特定集中治療室管理料1・2を算定している医療機関における専門看護師等※1の配置



- ・ 各地方厚生局ホームページより施設基準届出受理医療機関名簿ファイルを入手し、「集1」及び「集2」※2を検索用語として抽出（平成28年9月30日時点）
- ・ 対象施設は127施設（回答率100%）

- ※1 専門看護師等：急性・重要患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、その他600時間以上の研修修了者
- ※2 「集1」：特定集中治療室管理料1
「集2」：特定集中治療室管理料2

出典：日本集中治療医学会実施調査を基に、日本クリティカルケア看護学会作成。

■ 集中治療領域で勤務する看護師に求められる能力

疾患病態	呼吸器疾患、循環器疾患、中枢神経疾患、腎疾患等の症状・所見、必要な検査、治療法、合併症が説明できる	
技術	救急蘇生	救急時の創処置や急変予測・対応、記録ができる
	呼吸	気管切開を含めた気道確保時のケア、酸素・吸入療法、オーラルケアができる
	鎮痛・鎮静管理	疼痛／鎮静の評価ができる
	消化・代謝	排泄管理ができる
	留置物の管理	ドレーン類やルート類の挿入・抜去介助・留置中の管理ができる
	感染	感染の種類に応じた対策ができる
	創傷・皮膚	創部の状態に応じた処置・観察・皮膚保護ができる
	輸液・輸血・水・電解質	輸血の種類に応じた管理・投与実施と評価ができる
	安全管理	患者周囲の安全管理、せん妄の予防、褥瘡管理、ルート類の安全な管理ができる
	ME機器	ME機器使用時（NPPV、人工呼吸器、除細動等）における対処、介助、観察、管理が実施できる
	リハビリテーション	リハビリテーション（ポジショニング、呼吸等）が実施できる
役割	実践：患者や家族に対して危機的状況を理解し心理的援助が行える 等 調整：患者や家族、多職種の意向を確認し、緩和ケア・心のケア等の必要性及び具体策の検討・調整ができる 等 相談：ICUに従事するスタッフに対して、情報提供、提案、検討ができる	

出典：日本集中治療医学会 集中治療看護師検討委員会「集中治療看護師 臨床実践能力要素一覧」

2-(5) 特定集中治療室管理料等における器材配置

【課題】

- ・特定集中治療室等の管理料の施設基準において、各室内に必要な器具や装置の整備を求めている。これらの器具等について、治療室の一部の組み合わせについては、共有してよいことが示されている。
- ・各治療室における、器具等の装備状況をみると、「呼吸循環監視装置」については、「なし」「共用」としている治療室は少ない。「救急蘇生装置」「ペースメーカー」「ポータブルエックス線装置」については、「なし」あるいは「共用」としている治療室が20%程度あり、特に、「ペースメーカー」については、HCU、SCUにおいて装備していない治療室が多い。

特定集中治療室等において装備する器具等

- 特定集中治療室等の管理料の施設基準において、各室内に必要な器具や装置の整備を求めている。これらの器具等について、治療室の一部の組み合わせについては、共有してよいことが示されている。

特定集中治療室管理料／救命救急入院料の施設基準

- ・ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
- イ 除細動器
- ウ ペースメーカー
- エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置
- カ 呼吸循環監視装置

- ・ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- ・ 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。*

※ 特定集中治療室のみ

ハイケアユニット／脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準

- ・ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。

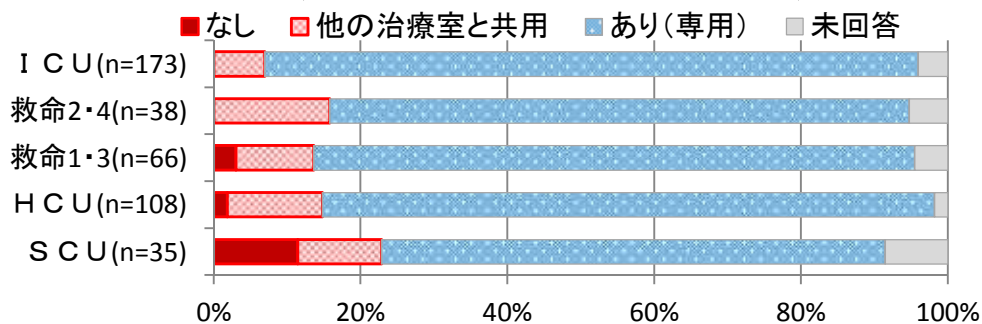
ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分に対応できる場合においては、この限りではない。

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
- イ 除細動器
- ウ ペースメーカー
- エ 心電計
- オ 呼吸循環監視装置

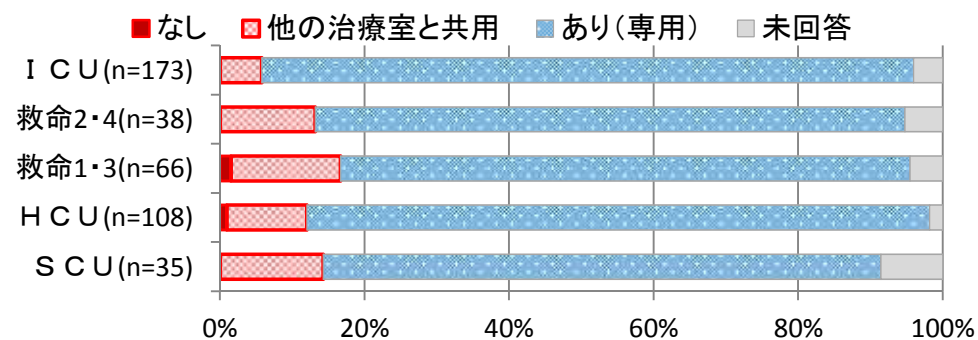
特定集中治療室等において装備する器具等

○ 各治療室における、器具等の装備状況をみると、「呼吸循環監視装置」については、装備している治療室が多い。「ポータブルエクス線装置」「ペースメーカー」については、「なし」あるいは「共用」としている治療室が20%程度あり、特に、「ペースメーカー」については、ハイケアユニット(HCU)と脳卒中ケアユニット(SCU)において装備していない治療室が多い。

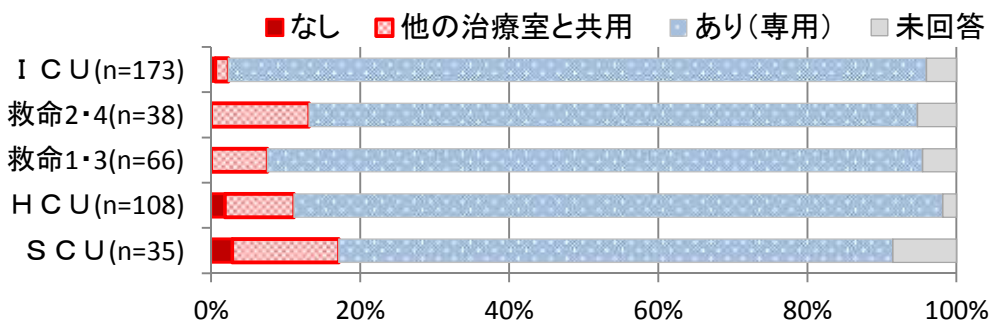
＜救急蘇生装置(気管内挿管セット・人工呼吸装置等)＞



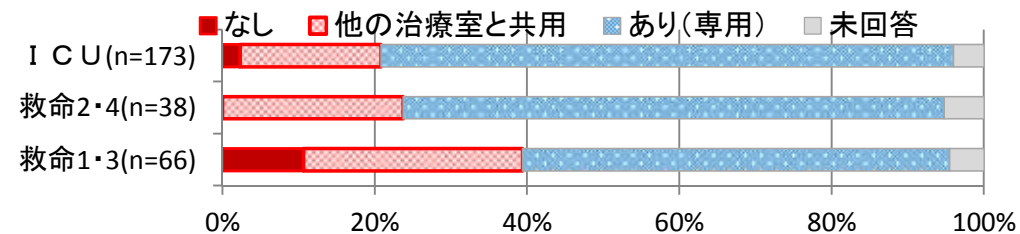
＜心電計＞



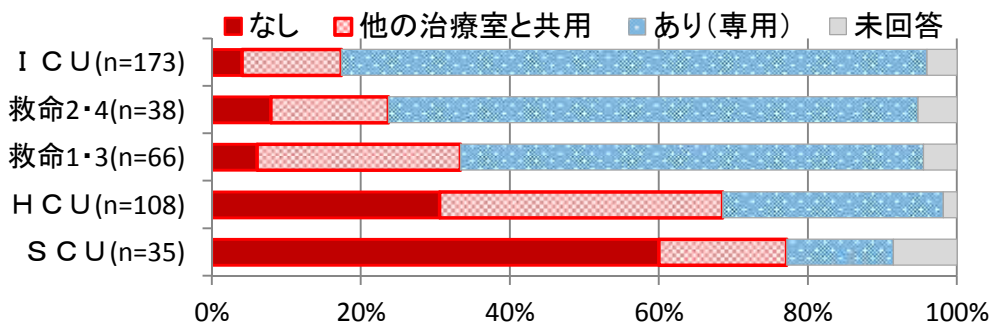
＜除細動器＞



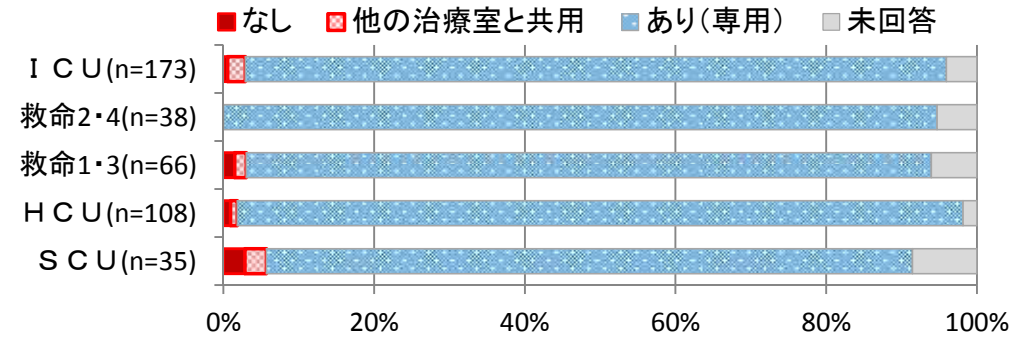
＜ポータブルエクス線撮影装置＞



＜ペースメーカー＞



＜呼吸循環監視装置＞



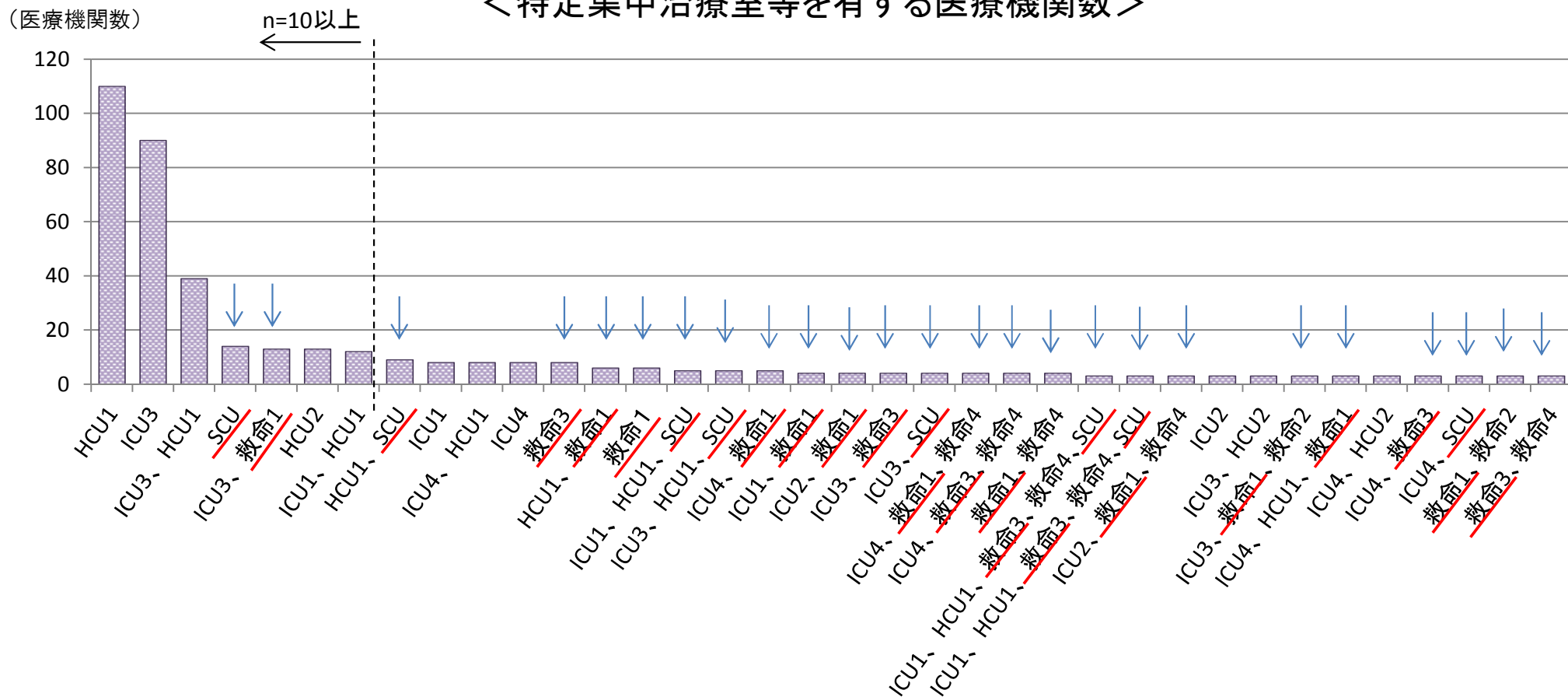
(平成28年12月)

出典: 保険局医療課調べ(重症度、医療・看護必要度等調査)

特定集中治療室等の組合せ

- 治療室を有する医療機関において、治療室の種別は、ハイケアユニット入院医療管理料1と特定集中治療室管理料3のみを有する医療機関がほとんどである。
- 複数の治療室を有する場合は、重症度、医療・看護必要度の基準のない治療室を含めた多様な組合せがある。

＜特定集中治療室等を有する医療機関数＞



※ 502医療機関のうち、上位36位までの組合せ（PICU,NICU,MFICUは除く）を抽出
 ※※ 下線部は、重症度、医療・看護必要度の基準のない治療室

特定集中治療室管理料等に係る課題(案)

【論点(案)】

- 救命救急入院料1及び3、脳卒中ハイケアユニット管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定対象及び要件となっていないが、実態等を踏まえ、測定を要件としてはどうか。
- 特定集中治療室管理料については、アウトカム評価に資する項目として、DPCデータの中に、入室時の患者の生理学的スコアの記載を求めることとしてはどうか。
- 特定集中治療室において、手術直後等の重症患者に対する入室早期からの離床の取組について、安全性を確保しながら、取組が促進されるような評価についてどう考えるか。
- 特定集中治療室における重症患者に対するケアに関する研修を受けた看護師の配置について、患者の状態改善に寄与すること、また特定集中治療室管理料1・2を有する医療機関の9割以上に所属していることから配置を要件としてはどうか。
- 特定集中治療室、ハイケアユニット等、治療室に備えるべき器具・装備について、救命装置等の室内に備えるべきもの以外は共用とするなど、医療機関の構造や管理体制にあわせて、柔軟に保有できるよう要件を見直してはどうか。

入院医療(その7)

1. 一般病棟入院基本料
2. 特定集中治療室管理料等
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 医療機関間の連携に関する評価

3-(1) 自宅等からの患者の受入れ

【課題】

- ・疾患の状況を見ると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、その他に比べ、骨折の患者の占める割合が多かった。
- ・医療的な状態を見ると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、その他に比べ、「安定している」という回答の割合が少なかった。
- ・検査等の実施状況を見ると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者では、その他に比べ、検体検査、生体検査やCT・MRIといった検査の実施割合が多かった。
- ・救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期病棟からの転院患者及び自宅等から入院した患者等が14日を限度として算定できるが、算定状況を見ると、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定回数の中の36%程度であった。

地域包括ケア病棟入院料等の主な算定要件・施設基準

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つては、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はいできない。
- 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。)

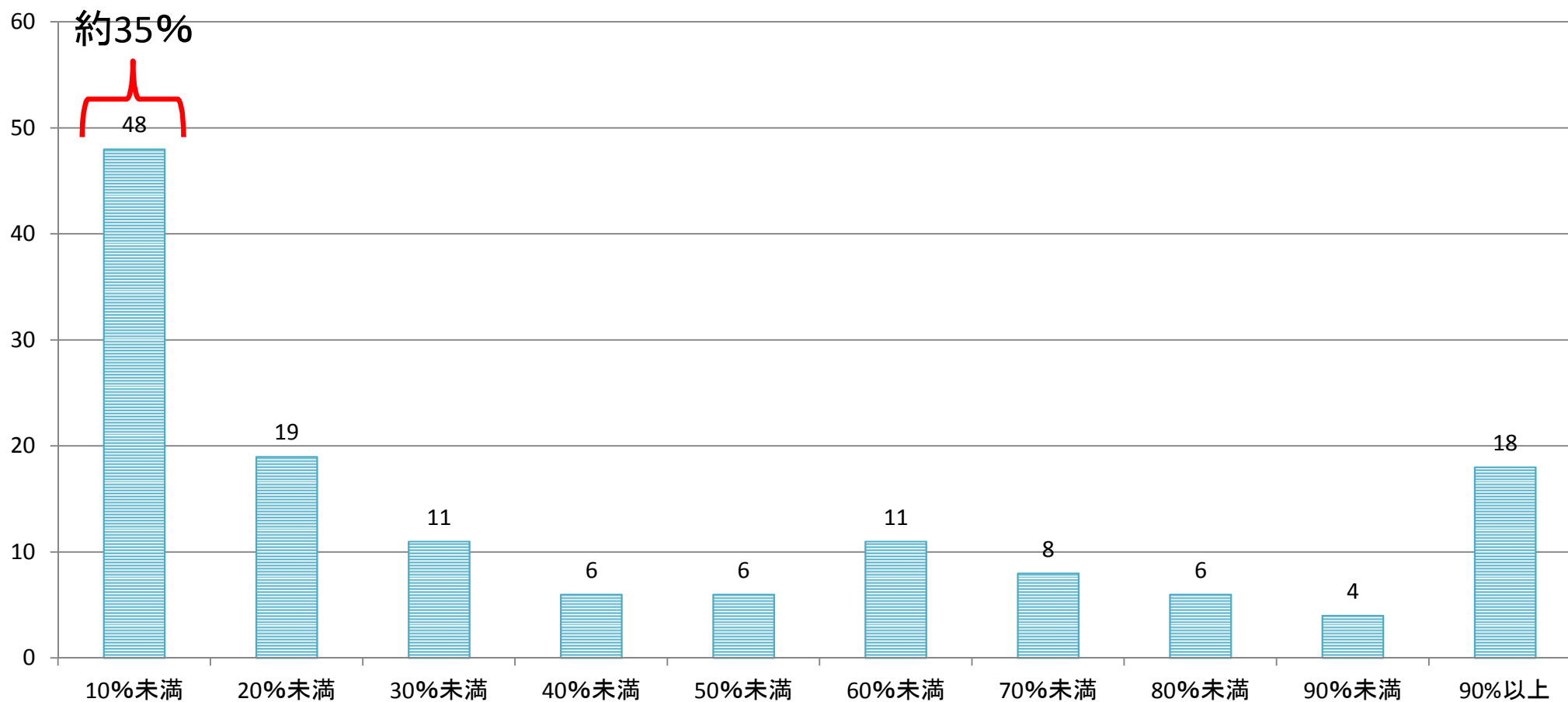
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟(病室)の状況

診調組 入-1
29.7.21

- 回答施設のうち、地域包括ケア病棟(病室)を有する医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合をみると、その割合が「10%未満」の医療機関が、全体の約35%を占める。

(医療機関数) (n=137)

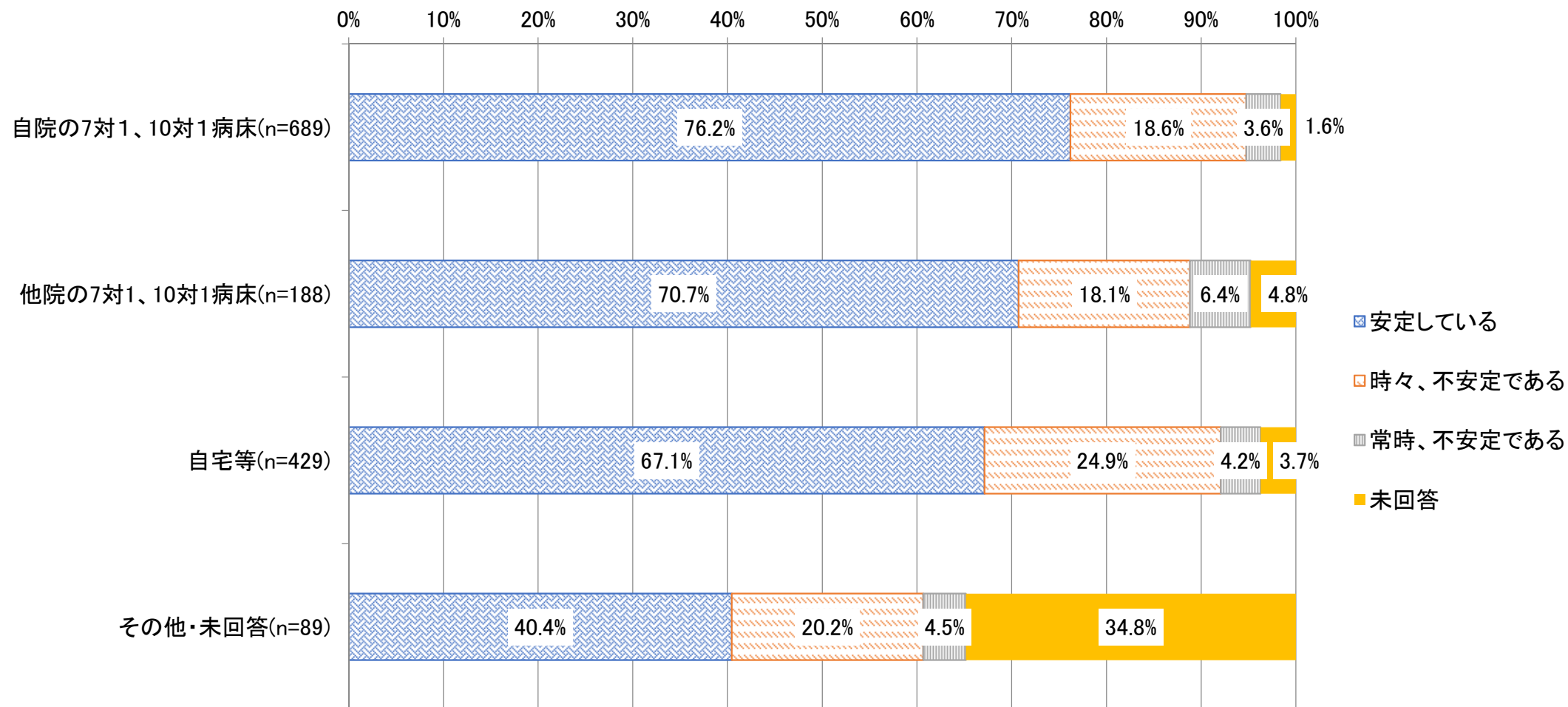


(各医療機関における、入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合)

※自宅等: 自宅、介護老人福祉施設(特養)、居住系介護施設、障害者支援施設

○ 入棟前の居場所別に入棟中の患者の医療的な状態をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、「安定している」という回答の割合が少ない。

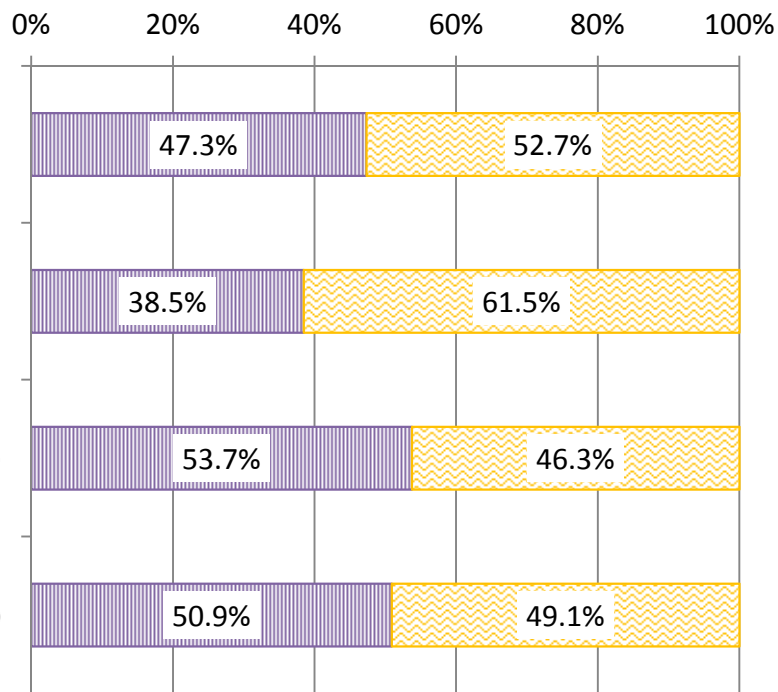
＜入棟中の患者の医療的な状態＞



○ 入棟前の居場所別の検査等の実施状況をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、検体検査、生体検査を実施した患者の割合が多い。

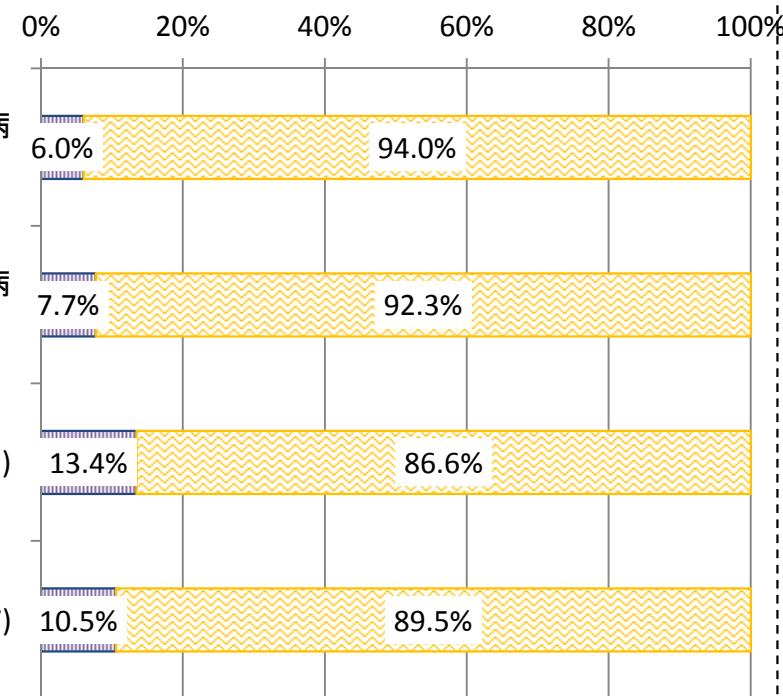
<調査日から過去7日間に検体検査、生体検査を受けた患者の割合>

検体検査(尿・血液等)



■ 過去7日間に実施した検査の件数 過去7日間に検体検査(尿・血液等):あり
 □ 過去7日間に実施した検査の件数 過去7日間に検体検査(尿・血液等):なし

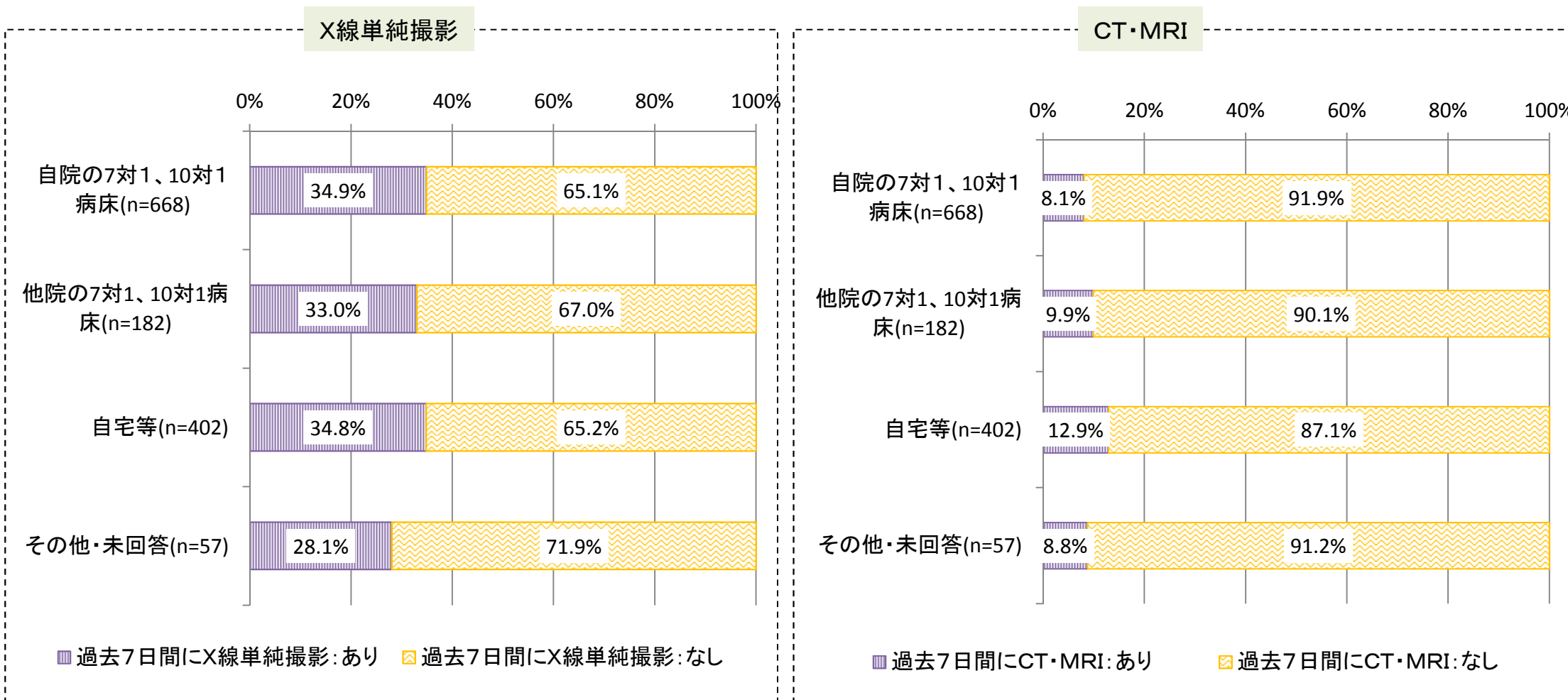
生体検査(超音波・内視鏡等)



■ 過去7日間に生体検査(超音波・内視鏡等):あり
 □ 過去7日間に生体検査(超音波・内視鏡等):なし

○ 入棟前の居場所別の検査等の実施状況をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、CT・MRIを実施した患者の割合が多い。

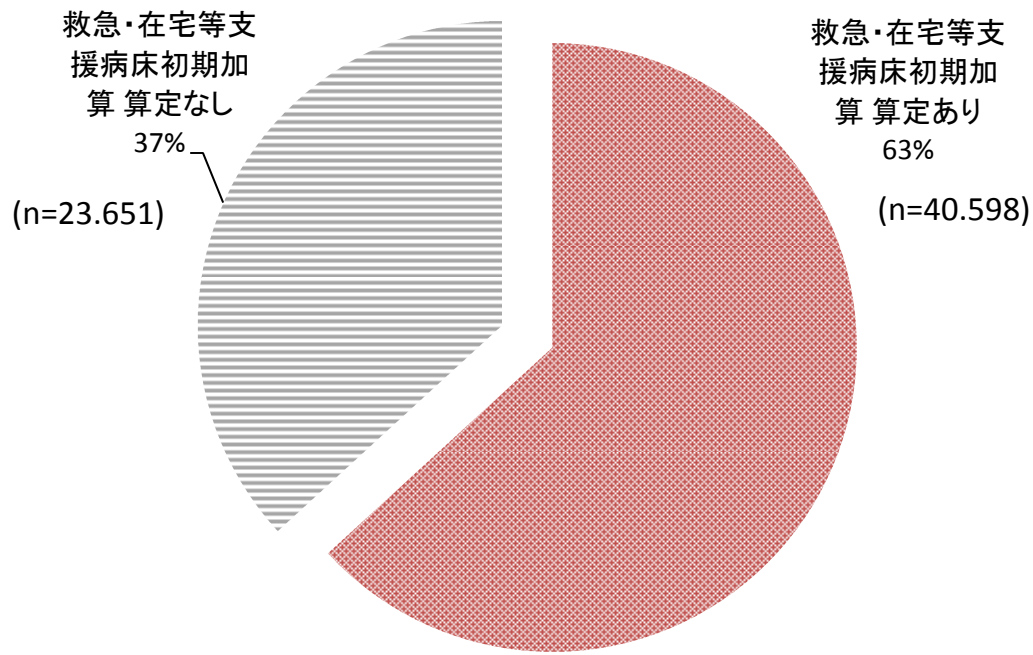
<調査日から過去7日間にX線単純撮影、CT・MRIを受けた患者の割合>



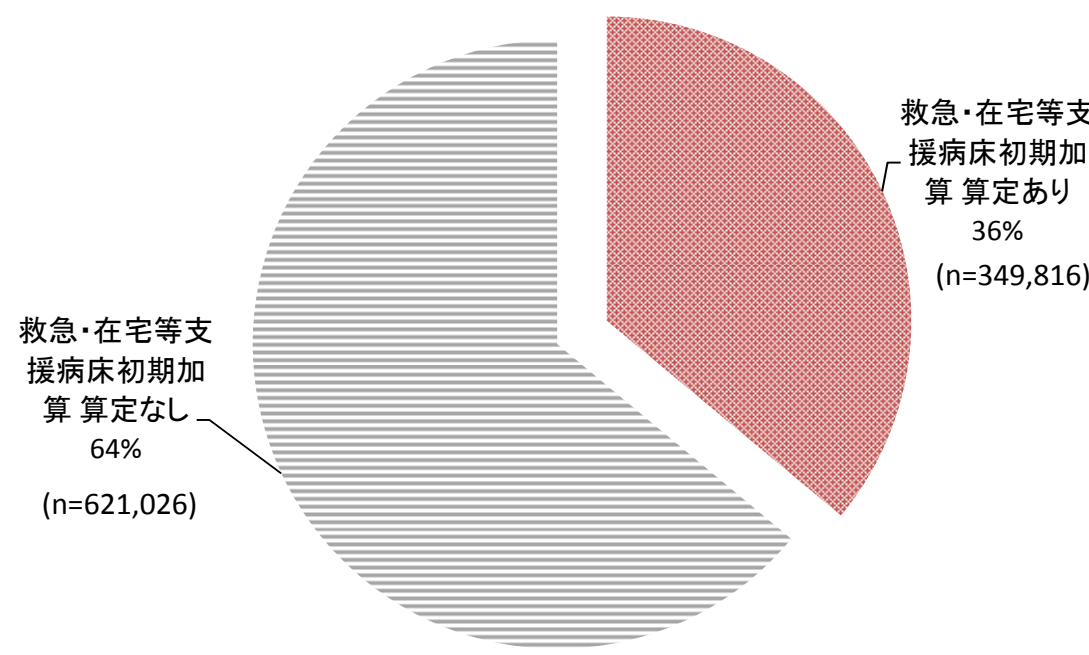
【加算の要件】
 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、1日につき150点を所定点数に加算する

救急・在宅等支援病床初期加算の算定状況※

<算定件数ベース>



<算定回数ベース>



注) 救急・在宅等支援病床初期加算の算定件数・回数を、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定件数・回数で割ったもの。

3- (2) 在宅医療の提供

【課題】

- ・地域包括ケア病棟を有する医療機関の約3割が在宅療養支援病院であった。地域包括ケア病棟を有する病院で往診・訪問診療を行っている病院、訪問看護部門や訪問看護ステーションを設置している病院は約半数である。
- ・地域包括ケア病棟を有する病院において、併設する介護サービス事業所の状況を見ると、無回答以外では、「(介護予防)通所リハビリテーション」と回答した病院が最も多い。

地域包括ケア病棟調査の調査概要

調査対象

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている全ての病院(1,819病院)

調査期間

平成29年2月

調査方法

紙及び電子媒体による調査

- ・ 施設票
- ・ 患者票①(訪問診療を実施している患者のうち無作為抽出した5名分)
- ・ 患者票②(訪問看護を実施している患者のうち無作為抽出した5名分)

調査項目

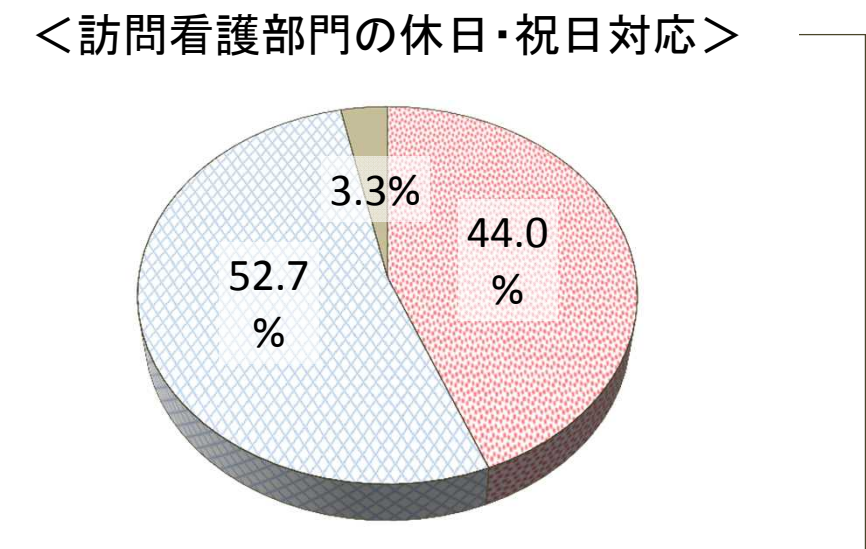
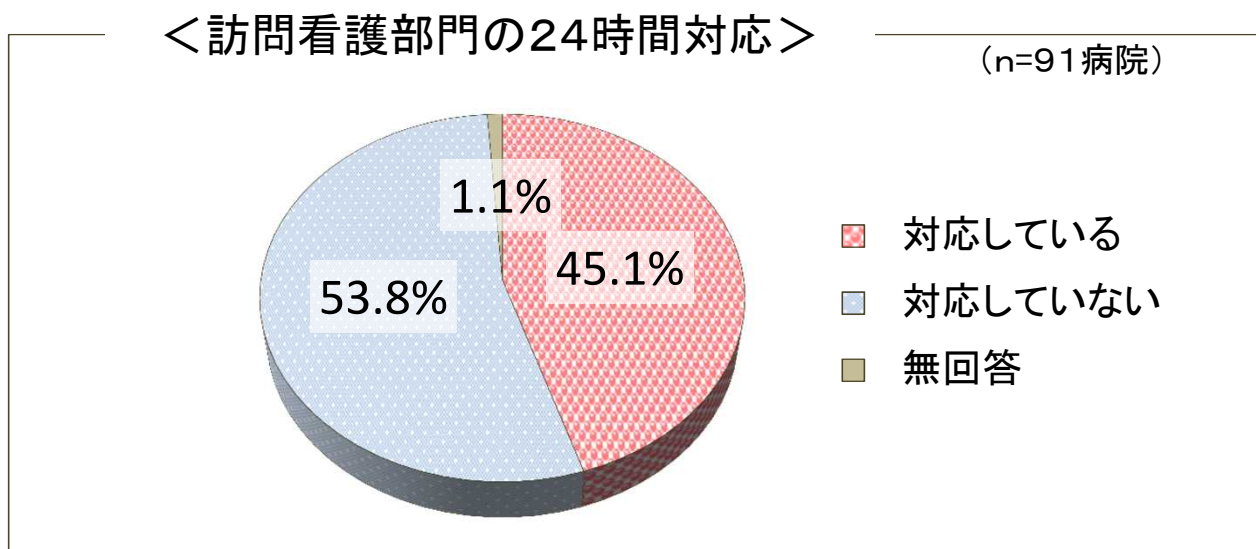
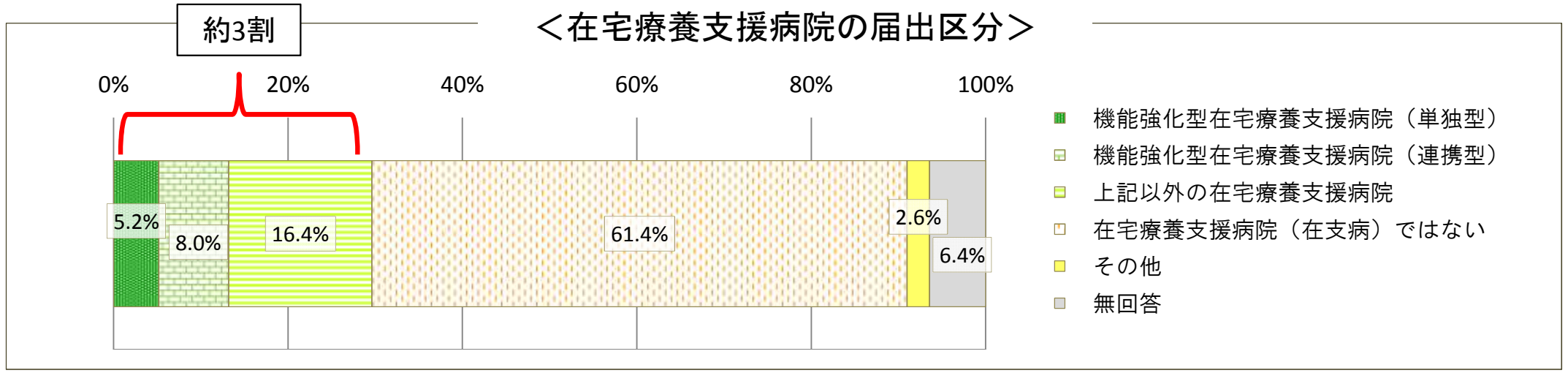
施設票・・・施設の概要(開設者、届出入院料別の病床数等)、地域包括ケア病棟の入退院の状況、退院支援の実施状況、在宅医療の実施状況 等

患者票・・・患者の概要(年齢、要介護度、認知症の状況、原因疾患、在宅移行前の居場所等)、訪問診療・訪問看護の実施状況、介護保険サービス等の利用状況、急変時の対応見通し 等

回収率:44.5%(810病院)

地域包括ケア病棟(病室)を有する病院の在宅医療提供状況

- 地域包括ケア病棟(病室)を有する病院において、在宅療養支援病院は約3割。
- 訪問看護部門を設置している病院のうち、24時間対応及び休日・祝日対応をしている病院は、ともに約45%。



出典: 保険局医療課調べ(地域包括ケア病棟調査: 施設票)

地域包括ケア病棟(病室)を有する病院の在宅医療提供状況

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 地域包括ケア病棟(病室)を有する病院で往診・訪問診療を行っている病院は約半数であり、1病院あたり3月間で1～49人の患者へ訪問している病院が約2割である。

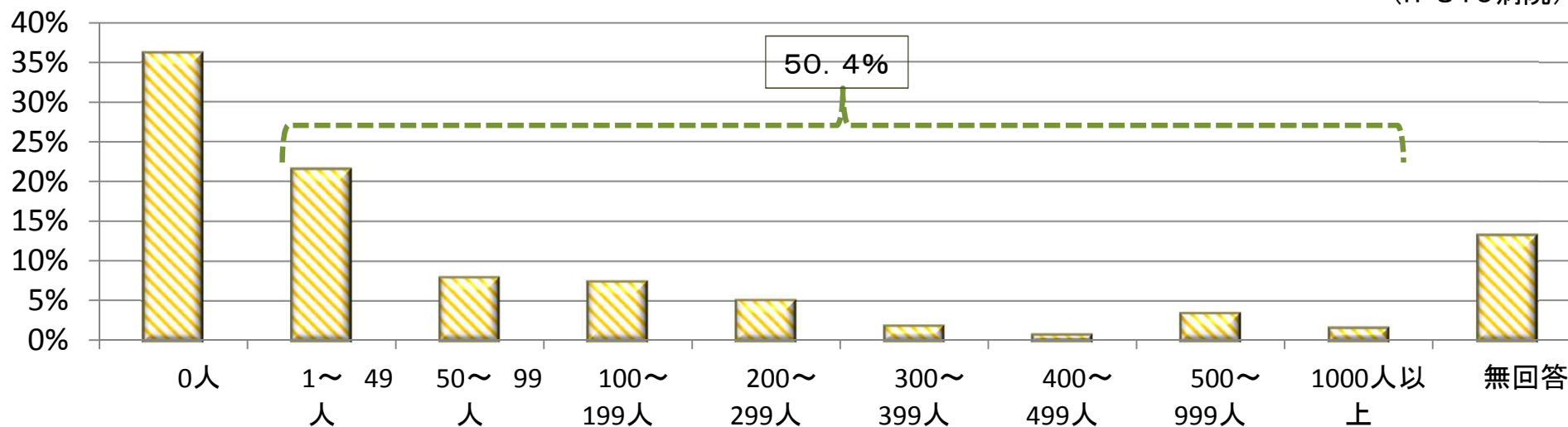
＜往診及び訪問診療を行った延べ患者数(平均)＞

(n=810病院)

	平成28年12月	平成29年1月	平成29年2月
往診及び訪問診療を行った延べ患者数	37.4人	36.6人	37.0人
(うち)退院支援加算を算定した延べ患者数	0.4人	0.3人	0.4人

＜往診及び訪問診療を行った延べ患者数(3か月間)別の病院数割合＞

(n=810病院)

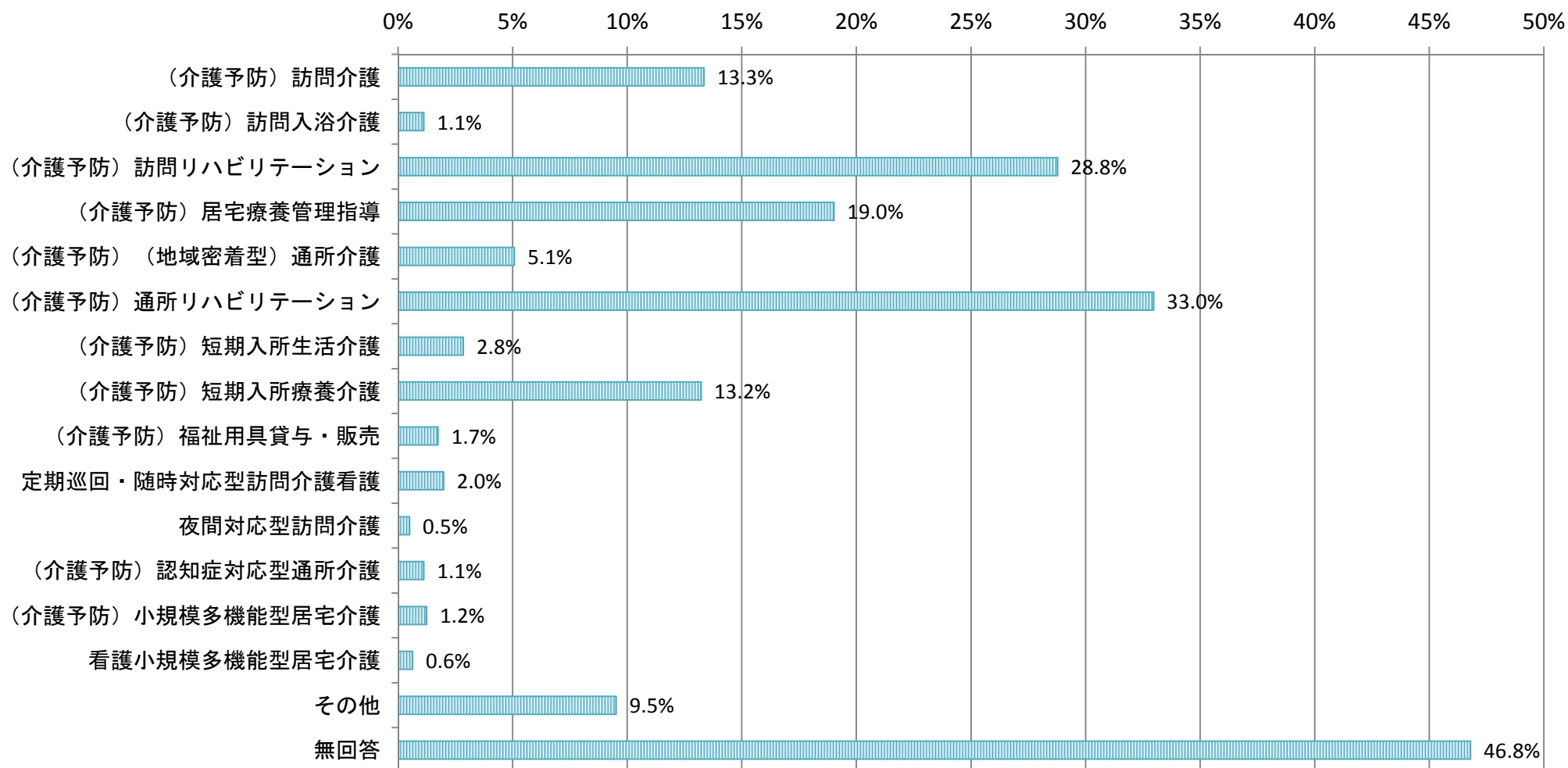


地域包括ケア病棟を有する病院の併設する介護保険サービス事業所の状況

○ 地域包括ケア病棟を有する病院において、併設する介護サービス事業所の状況を見ると、無回答以外では、「(介護予防)通所リハビリテーション」と回答した病院が最も多い。

＜併設する介護保険サービス事業所の状況＞

(n=810施設)



2015年10月28日 日本医師会・四病院団体協議会からの提言

地域包括ケア病棟のあり方(病院機能の視点より)

平成26年診療報酬改定において、「地域包括ケア病棟」が新設された。その機能は、・急性期病院からの急性期後の受け入れ、・在宅療養、介護施設等からの急性増悪の受け入れ、・在宅・生活復帰の支援、とされている。しかしながら、現時点のデータからは、その機能は急性増悪時の受け入れ(手術、検査、治療)等の実施は極めて少なく、リハビリテーションに代表される急性期後の医療が主体となっている。

今後の超高齢化を踏まえれば、地域包括ケア体制の中で患者情報を共有し、急変時には24時間365日二次救急に対応する機能を持つ病院が必要と考える。そして、地域包括ケアを推進するためには、こうした入院受け入ればかりではなく、退院後に安心して療養できるための支援を行うなどの地域の医療・介護連携を支援する病院を、地域ごとに整備することが不可欠である。

そのためには、地域包括ケア病棟を病院機能という視点から位置付け、診療報酬において評価する必要がある。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「救急・在宅等支援病床初期加算」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、訪問系サービスの提供についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

入院医療(その7)

1. 一般病棟入院基本料
2. 特定集中治療室管理料等
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 医療機関間の連携に関する評価

医療機関間の連携に関する評価に係る課題(案)

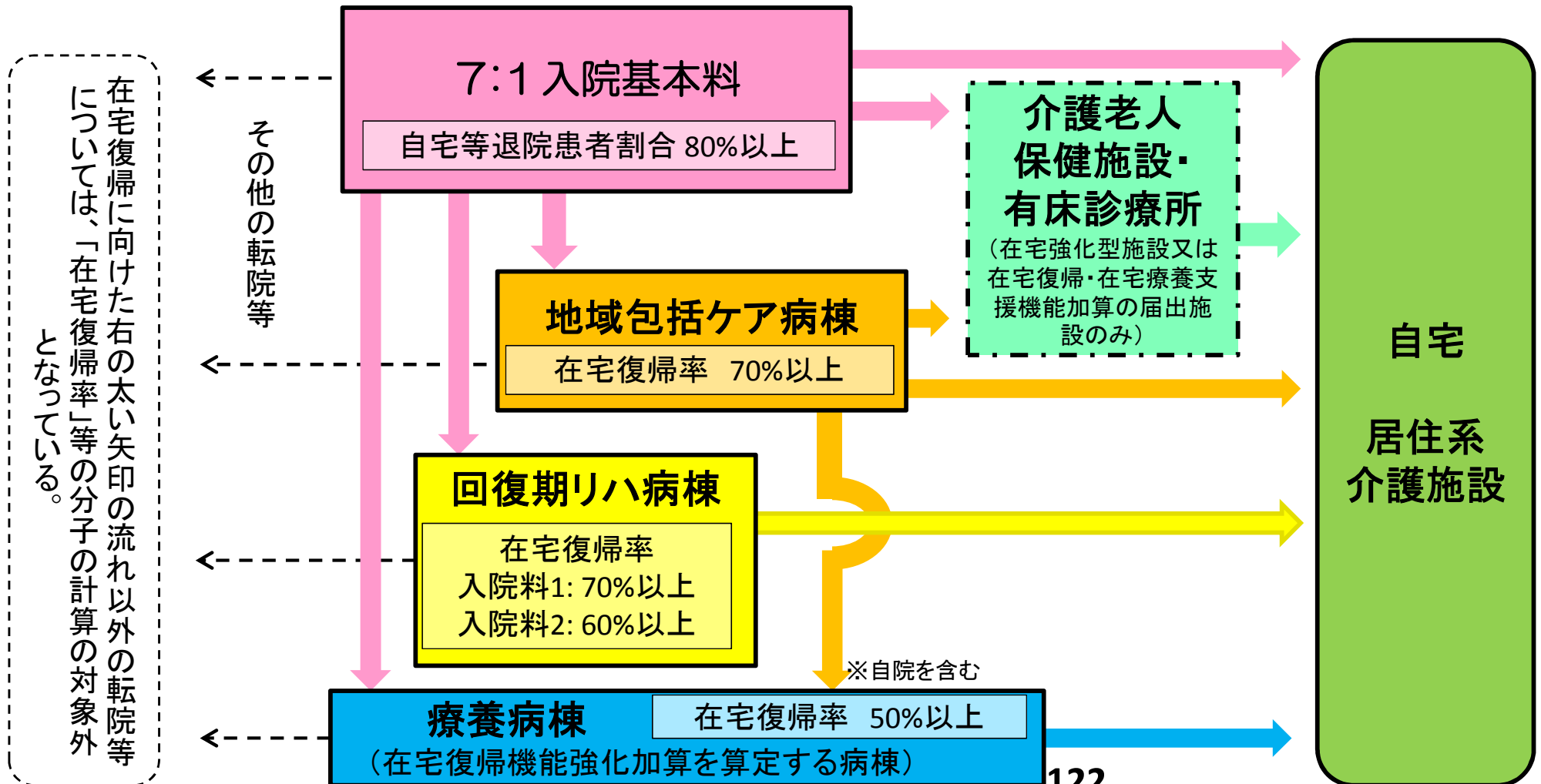
【課題】

- ・ 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。
- ・ 地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟届け出ている医療機関の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。
- ・ 在宅復帰率については、自宅等への退院だけでなく、退院元となる病棟の種類や退院先で定義や計算方法が異なっている。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

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

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

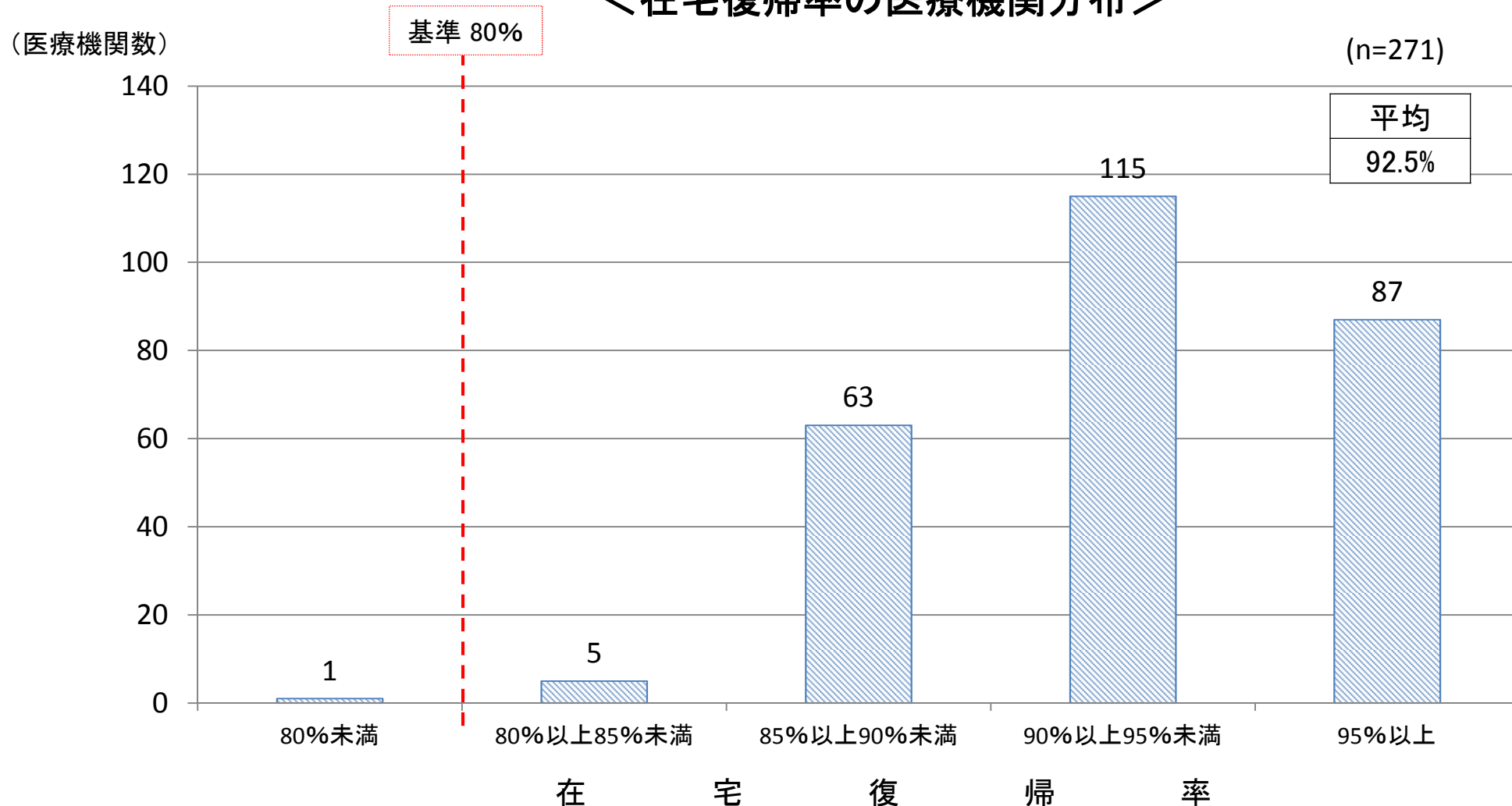


一般病棟(7対1)における在宅復帰率の状況

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>

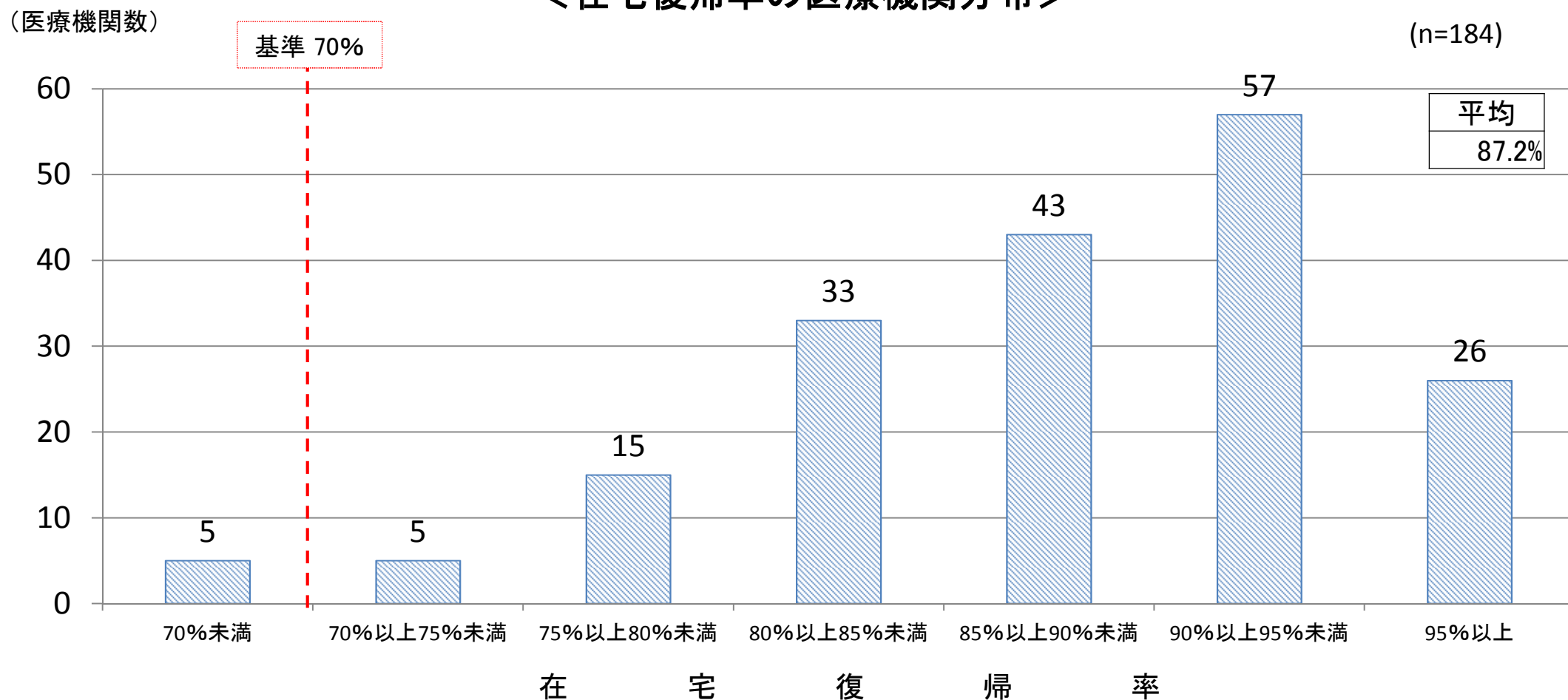


地域包括ケア病棟・病室における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室届け出ている医療機関の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

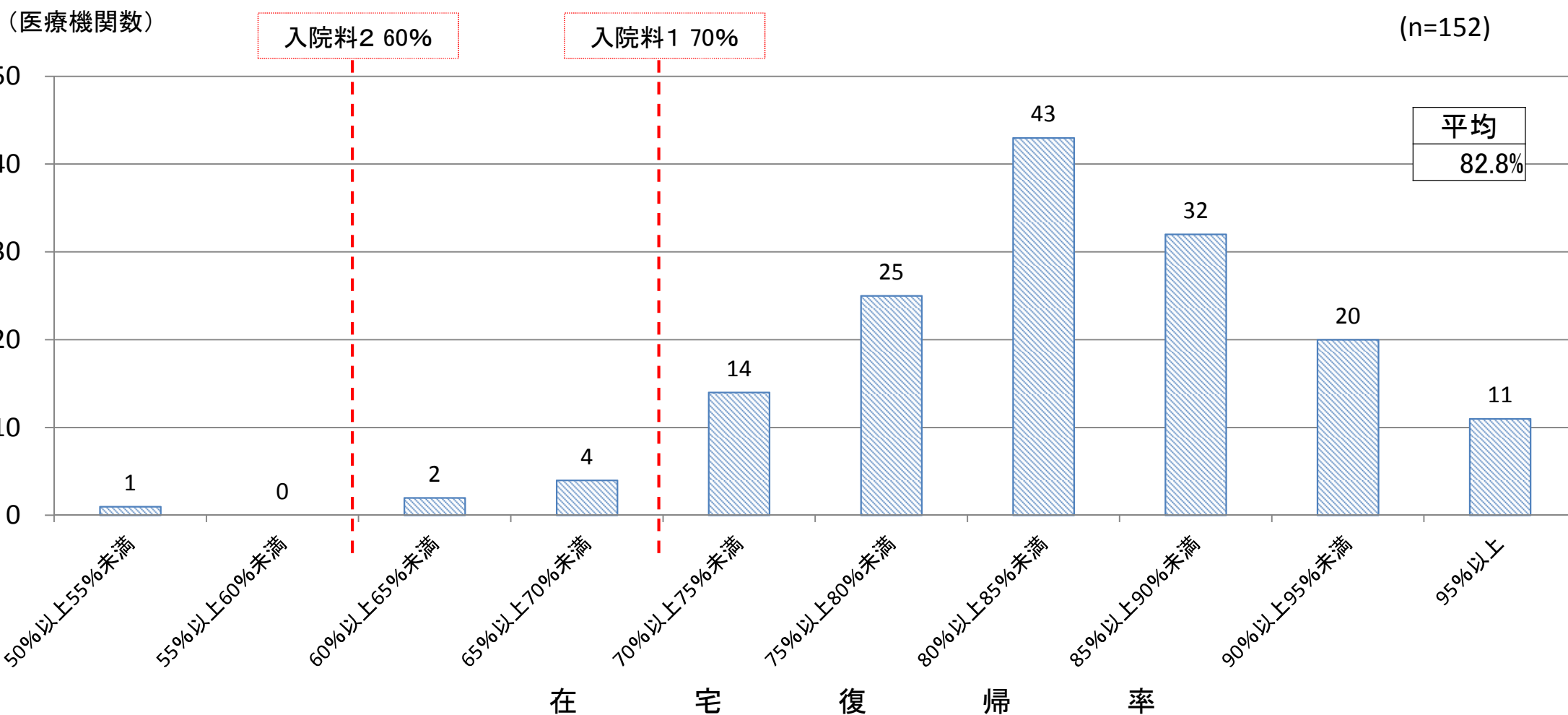
<在宅復帰率の医療機関分布>



回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率の状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を届け出ている医療機関の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が施設基準を大きく上回る医療機関が多数存在した。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



在宅復帰率の算出方法

診調組 入 - 1
29.8.24(改)

- 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

=	(分子)	<h3 style="text-align: center;">7対1病棟</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p>	<h3 style="text-align: center;">地域包括ケア病棟</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) (退院・転棟含む) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<h3 style="text-align: center;">回りハ病棟</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <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"> ・7対1病棟から退棟した患者 <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"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <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>

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	介護医療院	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型 A・B 相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p style="text-align: center;">介護療養病床相当</p> <p>(参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p style="text-align: center;">老健施設相当以上</p> <p>(参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 3対1</p> <p>介護 ※ うち看護2/7程度</p> </div>
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

医療機関間の連携に関する評価に係る論点(案)

【論点(案)】

- 現行の在宅復帰率については、自宅等への退院支援機能を評価するとの指標の目的や病棟毎の機能を踏まえつつ、以下の観点から見直してはどうか。
 - 1) 自院の他病棟への転棟患者は、指標の目的を踏まえ、評価対象(分子)に含まない取り扱いとする
 - 2) 在宅復帰機能強化加算有りの場合のみが評価対象となっている退院先については、実際の退院調整では加算の有無で区別はないこと等から、加算無しの退院先も評価対象(分子)に含める取り扱いとする
 - 3) 見直しの影響を検証できるよう、自宅等への退院患者と、他の医療機関への退院患者とを区別した内容で報告を求める
- 介護報酬では、医療機能を内包した新たな施設類型として、介護医療院が創設される予定であり、現行の介護療養型医療施設や介護老人保健施設の要件を参考に検討されている。在宅復帰率の退院先における介護医療院の取り扱いについて、どのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟については、基準値を大幅に上回る医療機関が多数存在することから、本評価指標が、早期退院のインセンティブとなるよう、基準値を引き上げてはどうか。
- 在宅復帰率の名称については、本評価項目の評価内容をよりの確に反映する観点から、評価対象に医療機関を含む場合は「地域医療連携率」や自宅等のみの場合は「自宅等退院率」などといった名称に見直してはどうか。