

參考資料

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

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

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

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

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画退院時指導料

- ・対象疾患；大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

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

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

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

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

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実①

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

(新) 退院支援加算1

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

(改) 退院支援加算2

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



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</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>	—

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実②

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

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実③

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

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

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

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

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(I)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

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

退院に向けた支援・連携に関する主な評価①

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

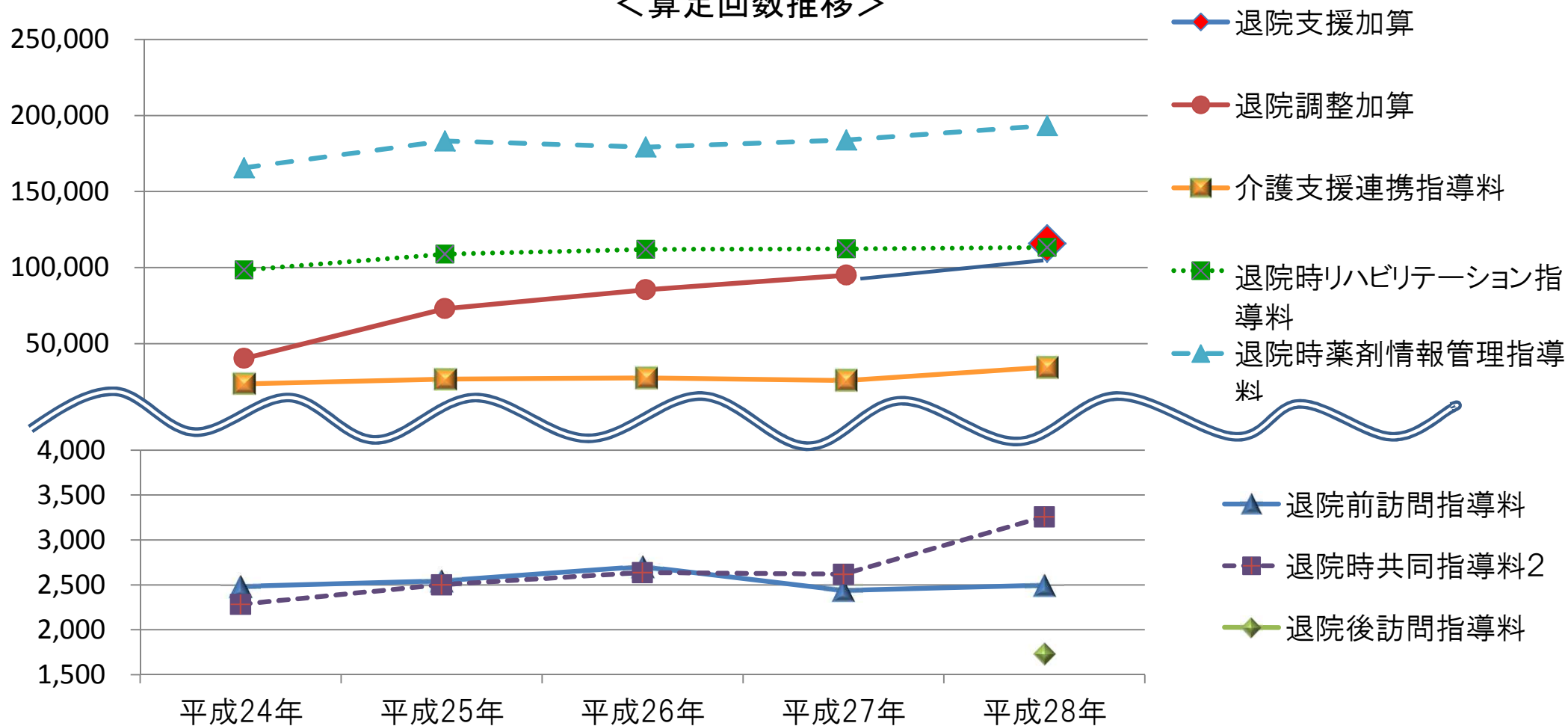
退院に向けた支援・連携に関する主な評価②

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

退院に向けた支援・連携に関する主な評価③～算定状況

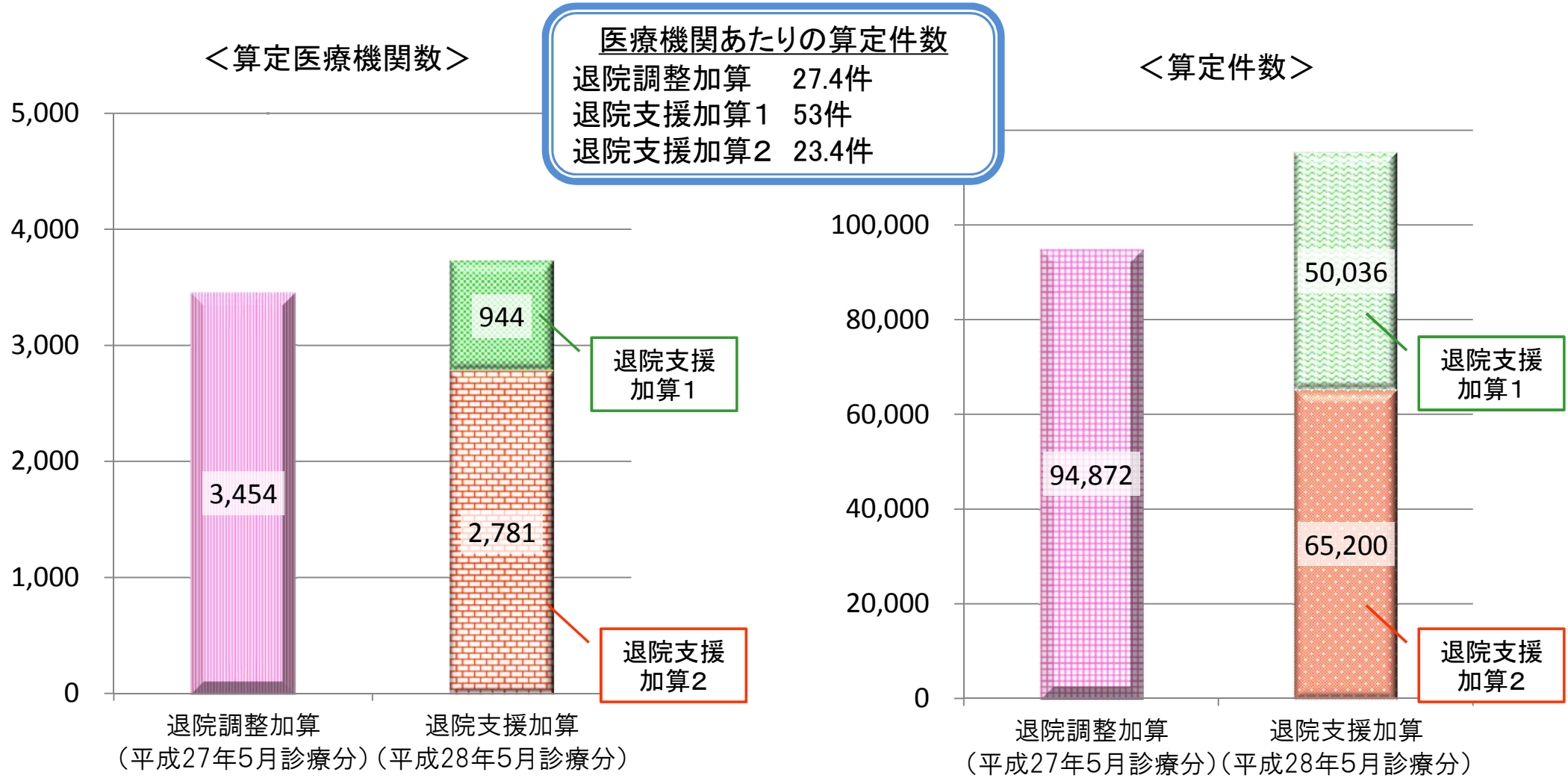
○ 退院支援・連携に関する算定回数は全体的に増加している。特に退院支援加算(退院調整加算)及び介護支援連携指導料、退院時共同指導料2といった連携に関する算定が増えている。

＜算定回数推移＞



退院支援加算の算定状況①～算定数

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

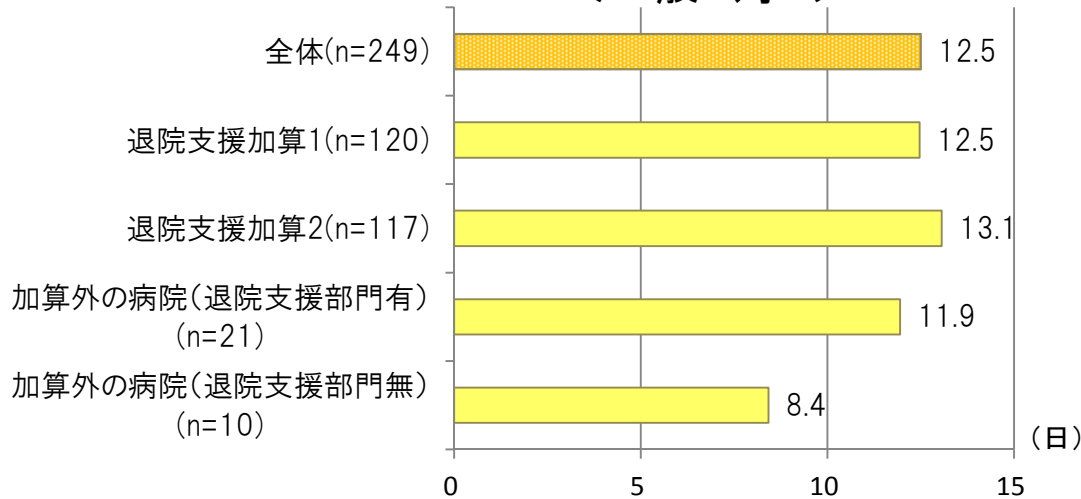


退院支援加算の算定状況①～平均在院日数

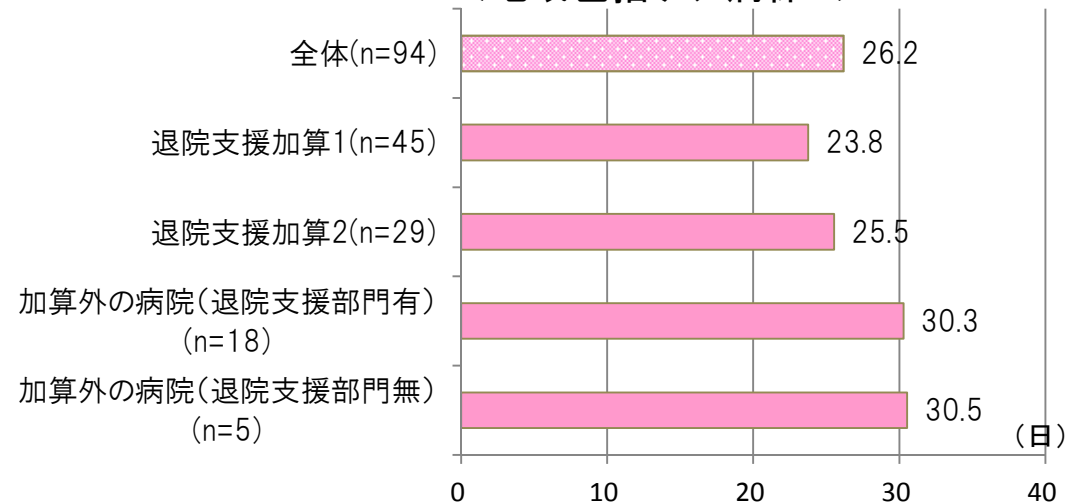
診調組 入 - 1
29.8.24

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

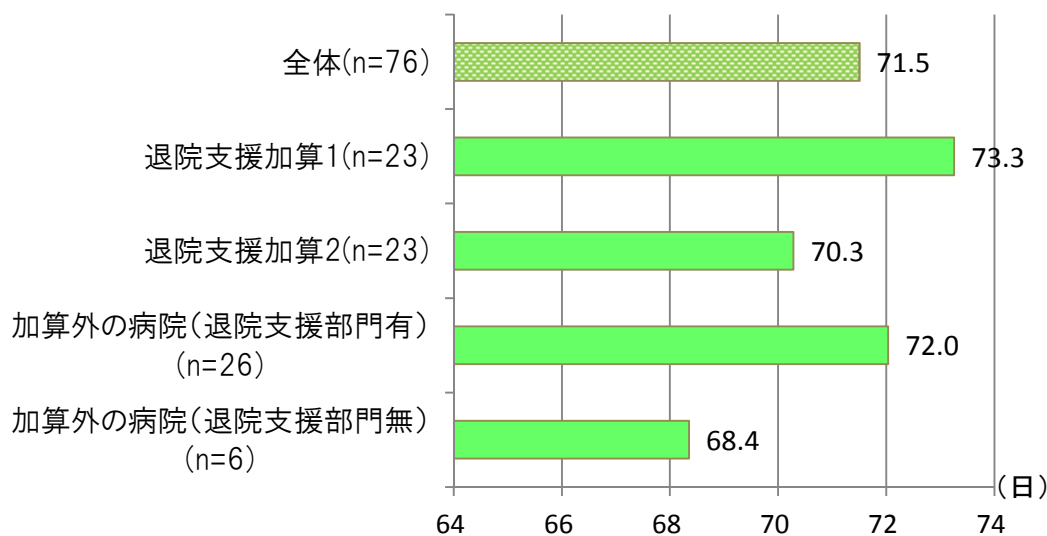
＜一般7対1＞



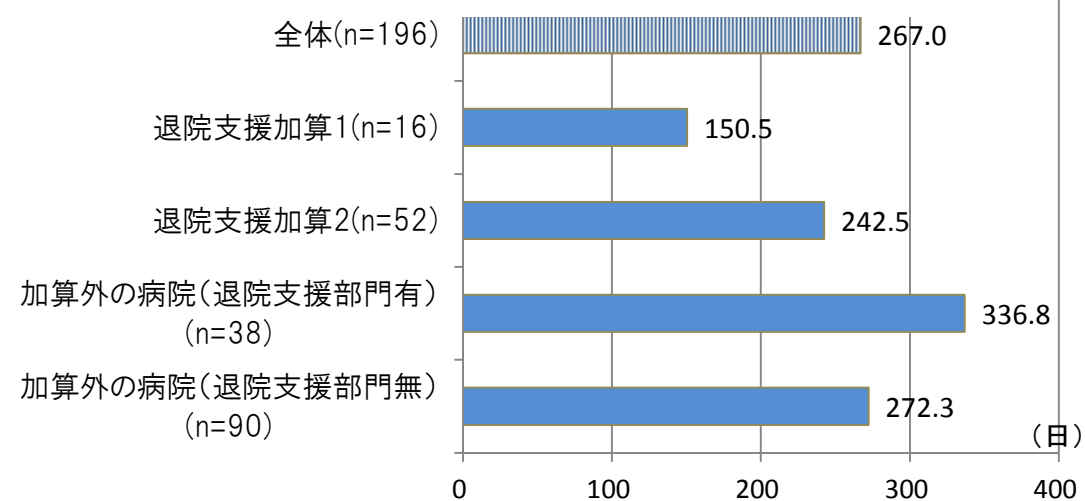
＜地域包括ケア病棟1＞



＜回復期リハビリテーション1＞



＜療養病棟1＞

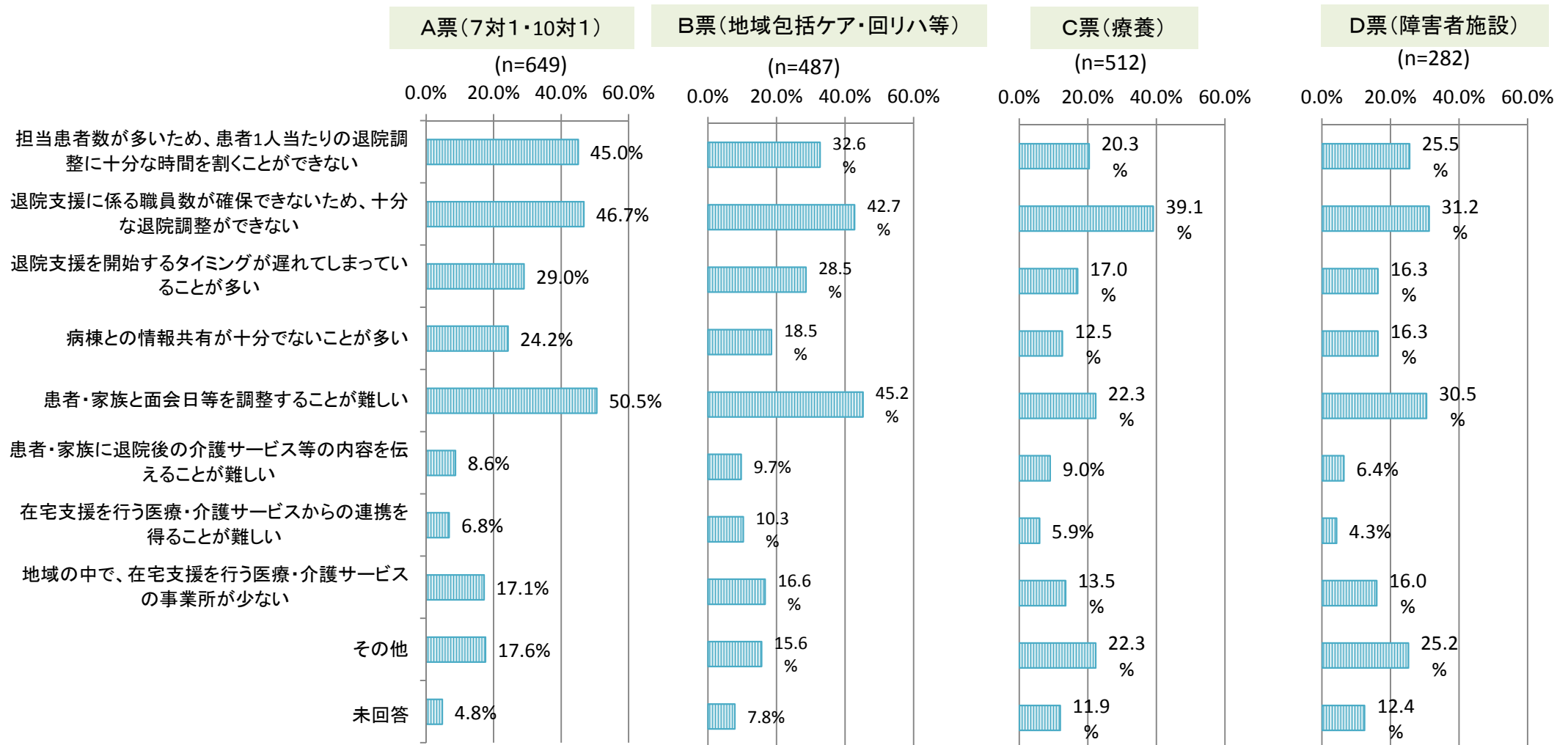


退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項

診調組 入 - 1
29 . 6 . 7

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

<退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項>



退院に向けた目標・課題等

診調組 入-1
29.6.21

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

<退院へ向けた目標・課題等>

	一般 7:1		一般 10:1		特定機能病院		専門病院		回復期リハビリ			地域包括ケア		療養病棟		障害者施設等				特殊疾患	
	一般病棟入院基本料 7:1 (n=11,073)	一般病棟入院基本料 10:1 (n=2,803)	特定機能病院入院基本料 一般 7:1 (n=4,329)	特定機能病院入院基本料 一般 10:1 (n=25)	専門病院入院基本料 7:1 (n=368)	専門病院入院基本料 10:1 (n=21)	一般病棟入院基本料 13:1 (n=341)	一般病棟入院基本料 15:1 (n=475)	回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=1,102)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (n=525)	回復期リハビリテーション病棟入院料 3 (n=86)	地域包括ケア病棟入院料 1 (n=903)	地域包括ケア病棟入院料 2 (n=62)	療養病棟入院基本料 1 (20:1) (n=3,009)	療養病棟入院基本料 2 (25:1) (n=856)	障害者施設等入院基本料 7:1 (n=217)	障害者施設等入院基本料 0:1 (n=1,889)	障害者施設等入院基本料 3:1 (n=256)	障害者施設等入院基本料 5:1 (n=92)	特殊疾患病棟入院料 1 (n=228)	特殊疾患病棟入院料 2 (n=438)
疾病の治癒・軽快	41.6%	38.0%	33.7%	12.0%	32.3%	28.6%	37.2%	22.9%	6.4%	5.7%	2.3%	16.9%	19.4%	8.3%	7.1%	0.9%	7.9%	10.9%	15.2%	17.1%	1.6%
病態の安定	17.3%	18.6%	18.2%	48.0%	15.5%	57.1%	17.6%	24.6%	3.9%	3.4%	0.0%	17.1%	17.7%	26.7%	24.6%	1.8%	17.5%	32.4%	33.7%	22.4%	14.6%
手術・投薬・処置・検査等の終了	10.4%	5.0%	17.2%	0.0%	18.8%	0.0%	3.8%	1.3%	0.3%	0.0%	0.0%	1.6%	1.6%	0.6%	0.4%	0.9%	0.8%	1.6%	0.0%	0.0%	1.4%
診断・今後の治療方針の確定	1.5%	1.2%	2.5%	8.0%	0.8%	0.0%	0.3%	1.1%	0.5%	0.4%	1.2%	0.7%	0.0%	0.3%	0.5%	0.0%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%
低下した機能の回復(リハビリテーション)	8.2%	11.4%	4.2%	8.0%	1.1%	0.0%	11.7%	12.2%	64.9%	54.9%	86.0%	21.4%	37.1%	3.8%	6.5%	0.0%	7.6%	11.7%	5.4%	1.3%	0.9%
在宅医療・介護等の調整	2.3%	4.5%	1.8%	4.0%	2.4%	0.0%	7.0%	4.2%	8.4%	12.6%	1.2%	12.4%	14.5%	8.9%	6.3%	7.4%	12.4%	3.5%	16.3%	6.6%	8.7%
入所先の施設の確保	2.7%	4.9%	0.7%	4.0%	0.5%	0.0%	8.5%	12.8%	8.1%	9.9%	4.7%	9.9%	4.8%	16.1%	20.4%	0.5%	15.2%	8.6%	5.4%	8.3%	8.0%
本人家族の病状理解	0.9%	2.0%	0.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.3%	2.1%	1.1%	2.5%	0.0%	1.7%	0.0%	2.3%	1.8%	0.9%	2.3%	2.7%	1.1%	1.8%	1.8%
転院先の医療機関の確保	5.8%	4.1%	3.6%	8.0%	1.9%	4.8%	6.5%	5.7%	2.2%	2.9%	1.2%	6.1%	0.0%	7.7%	8.8%	1.4%	6.2%	6.3%	13.0%	17.1%	0.5%
看取り(死亡退院)	1.8%	3.1%	0.7%	4.0%	1.9%	9.5%	4.1%	8.6%	0.1%	0.0%	0.0%	2.8%	1.6%	19.2%	16.5%	0.0%	11.0%	19.5%	6.5%	11.8%	5.0%
その他	1.1%	1.9%	1.1%	0.0%	0.8%	0.0%	0.6%	0.8%	0.7%	0.2%	0.0%	0.6%	1.6%	2.1%	0.7%	61.8%	9.2%	1.2%	1.1%	10.5%	32.2%
未回答	6.5%	5.2%	15.7%	0.0%	23.9%	0.0%	2.3%	3.6%	3.4%	7.6%	3.5%	9.1%	1.6%	4.0%	6.4%	24.4%	9.5%	0.8%	2.2%	3.1%	25.3%

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由

診調組 入 - 1
29.6.21

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

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

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

※ 回答数20未満の入院料は除いている

入院医療(その8)

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

【課題】

データ提出加算

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

「A245データ提出加算」について

診調組 入-1
29.8.4

1 データ提出加算 1

平成28年度医科点数表より

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

2 データ提出加算 2

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

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

データ提出加算 1 :
「入院データ」のみ提出

データ提出加算 2 :
「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の提出データの概要

診調組 入-1
29.8.24

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

※上記の様式、ファイル作成方法は
平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

データ提出加算の届出対象病棟と要件化されている入院料

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

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

対象病棟別の提出データの違い

診調組 入-1
29.9.6

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

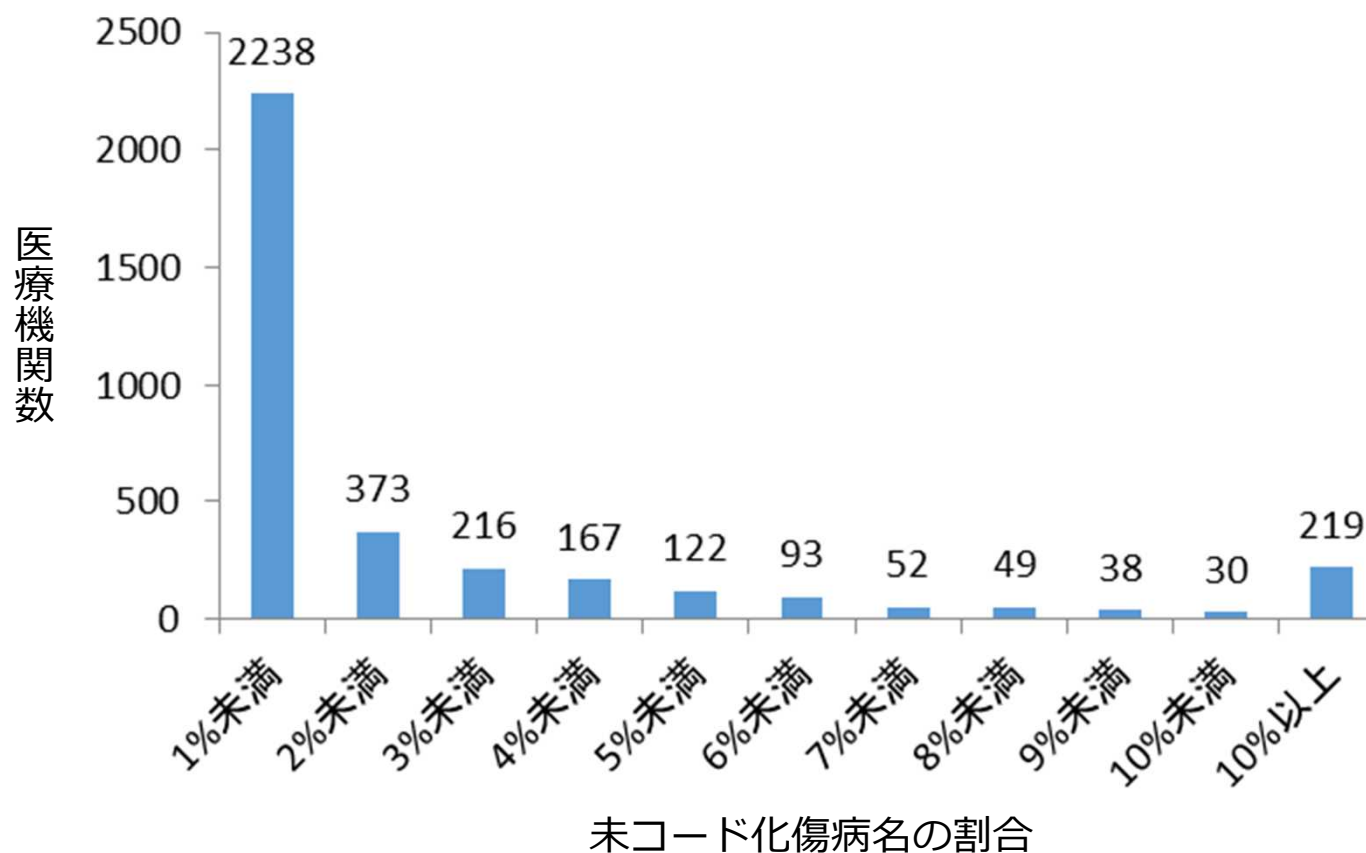
DPC対象病院以外のデータ提出加算を算定する病院の場合、対象病棟別に作成が必要となるデータの種類

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

データの質について

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

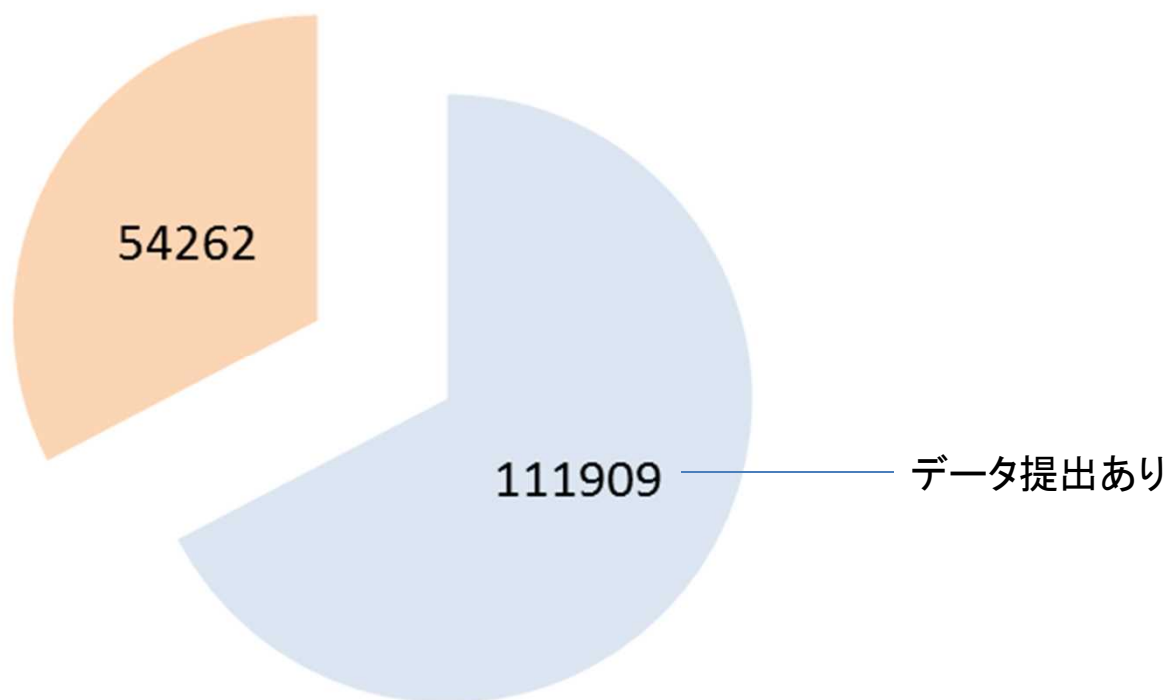
未コード化傷病名の割合 (n=3,591)



データ提出加算の算定病床の割合(10対1入院基本料)

- 10対1入院一般病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は67%であった。

10対1入院基本料届出病床数 (n=166,171)



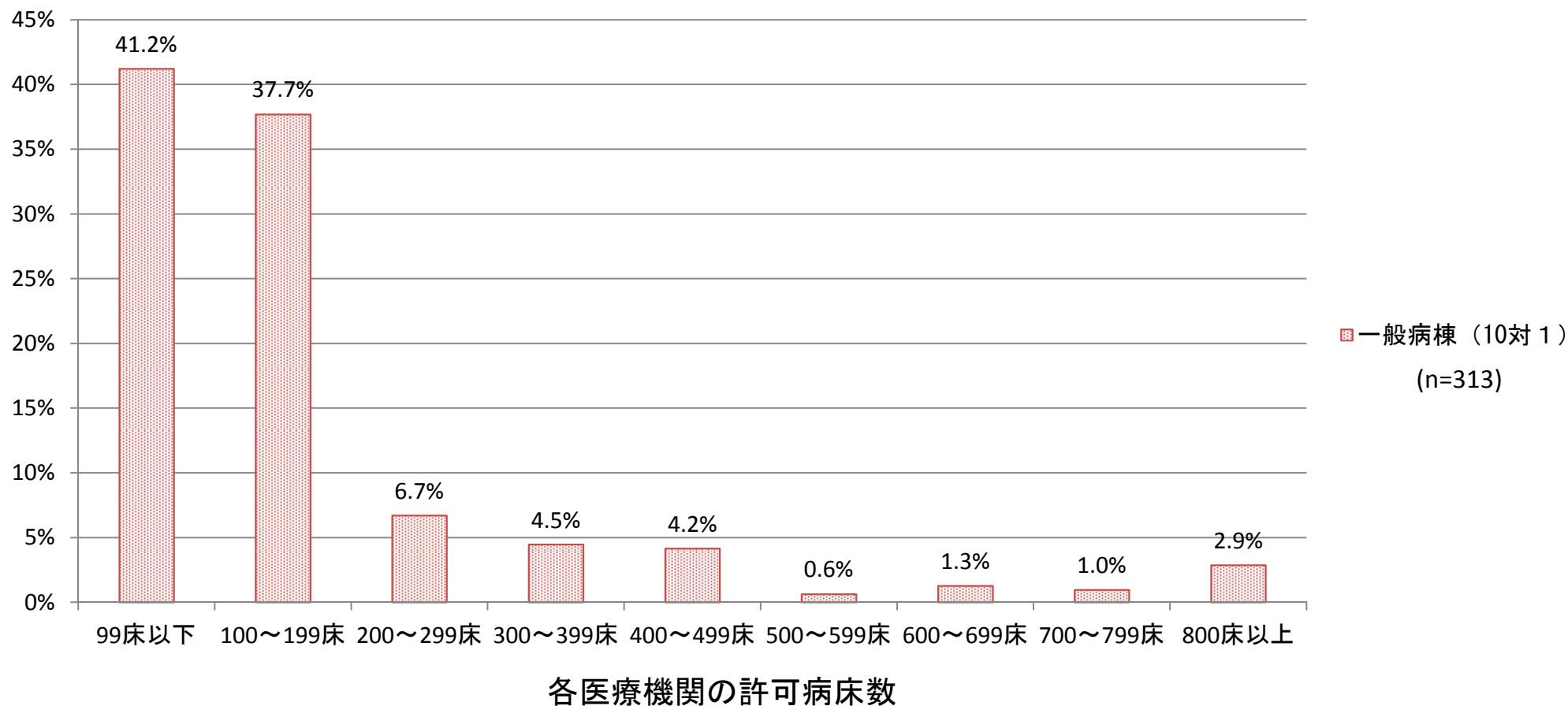
一般病棟10対1入院基本料届出医療機関の病床規模別の分布

診調組 入-1
29.6.7(改)

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

<病床規模別の内訳>

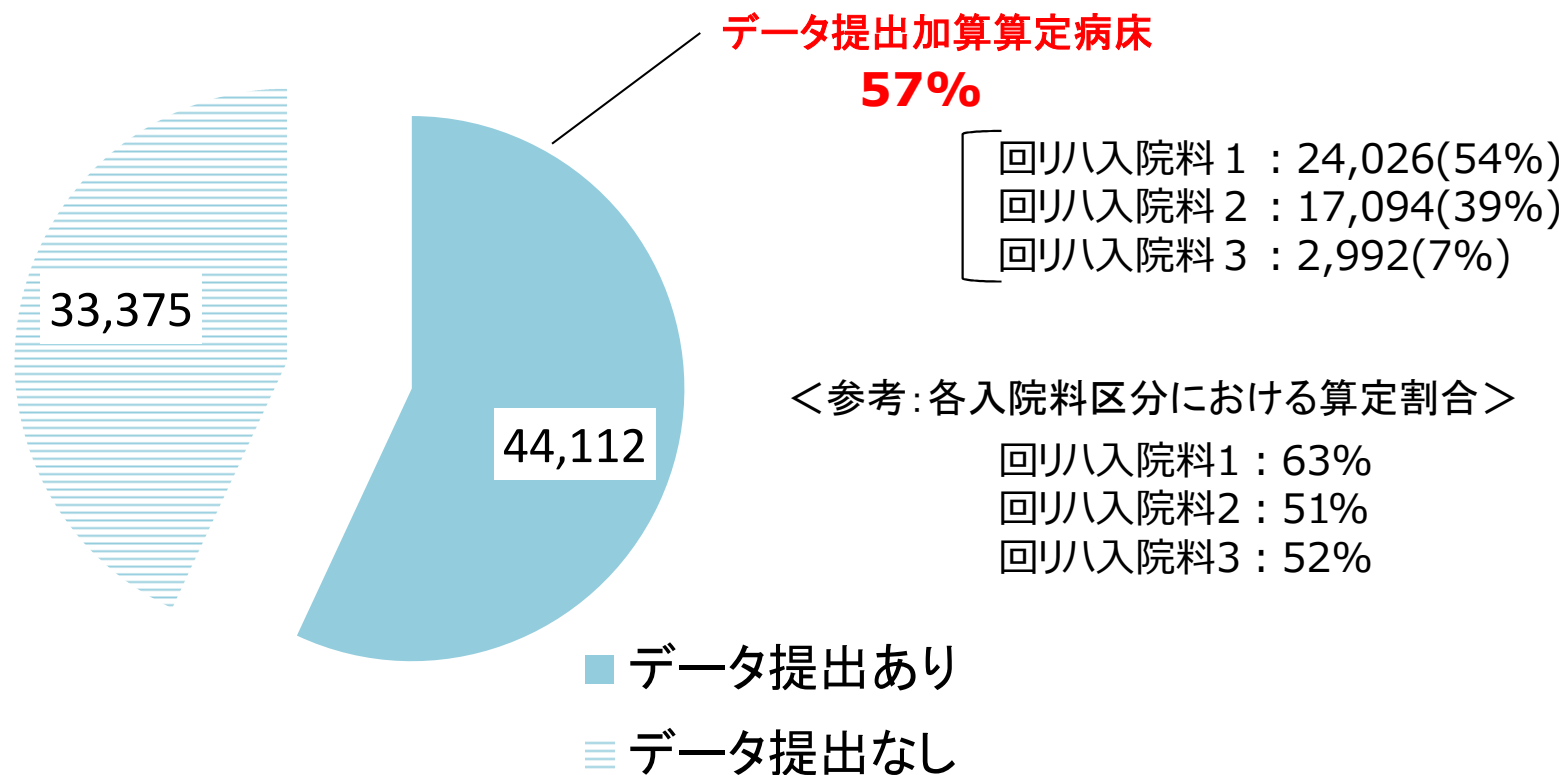
一般病棟（10対1）



データ提出加算の算定病床の割合（回復期リハ病棟）

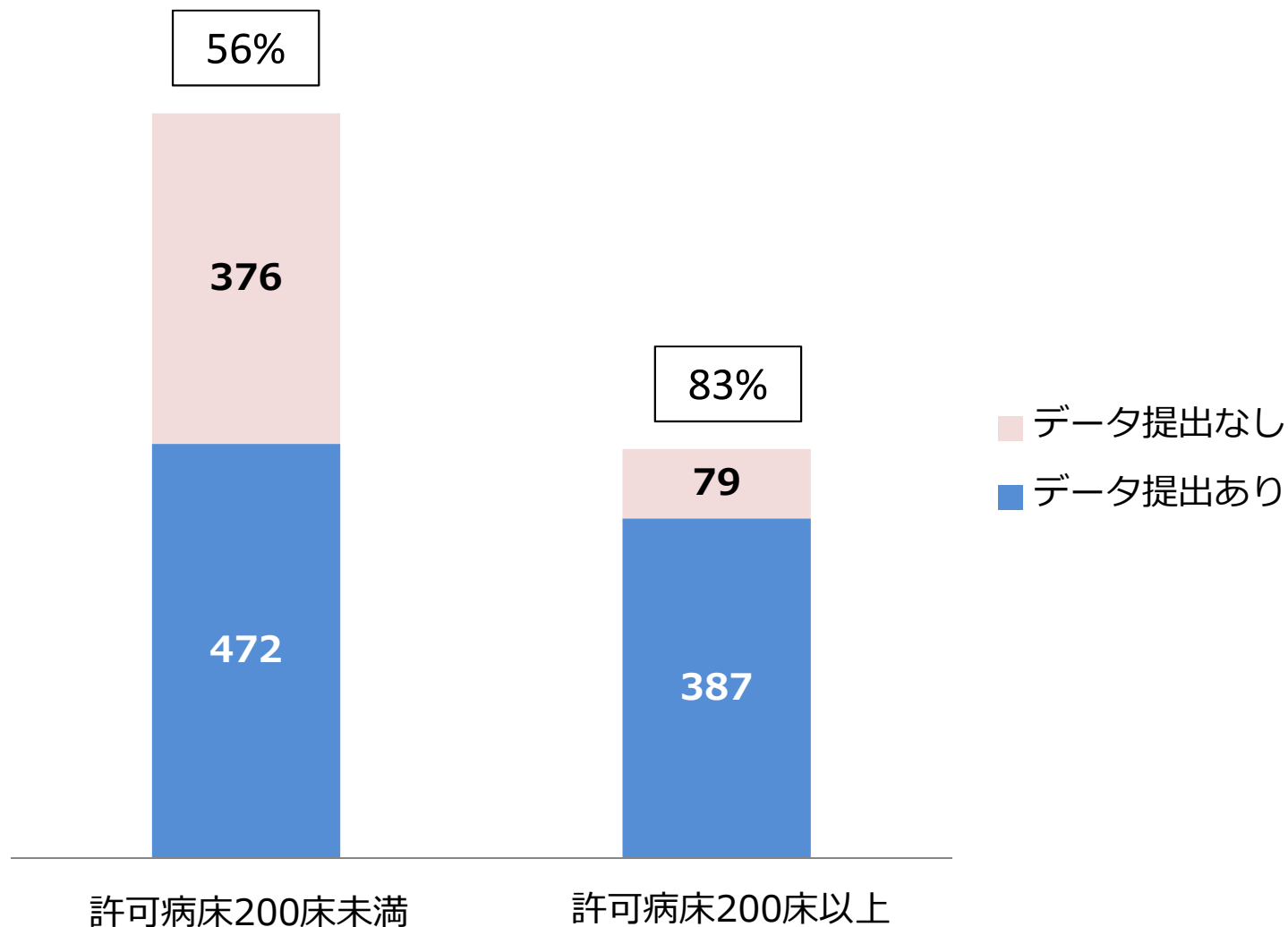
- 回復期リハビリテーション病棟入院料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、57%であり、その中で回復期リハビリテーション病棟入院料1の占める割合が最も多い。

回復期リハ届出病床数（n=77,487）



回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

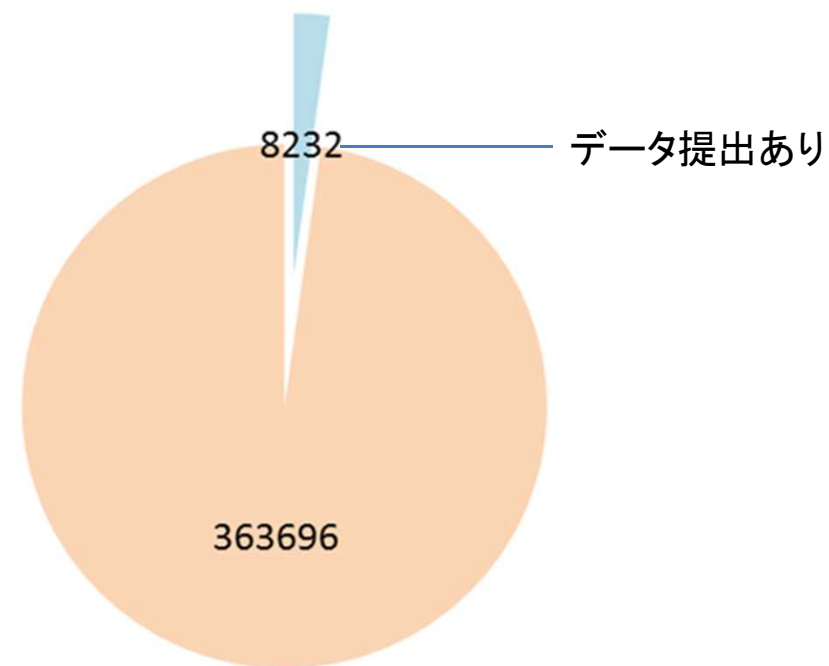
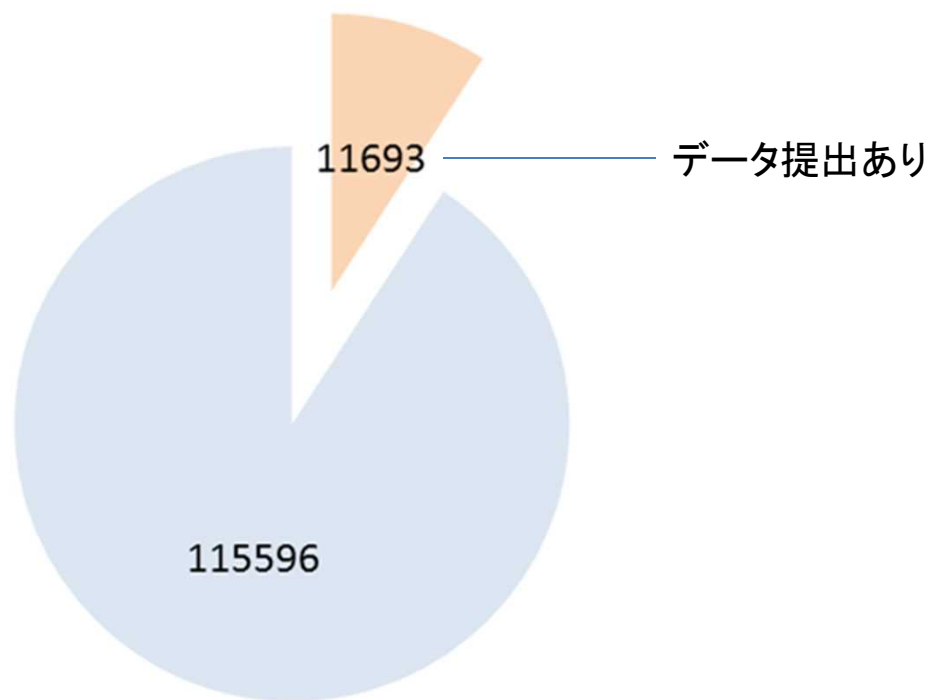
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は56%、200床以上の病院は83%がすでにデータを提出している。



データ提出加算の算定病床の割合（13対1、15対1入院基本料）

- 13対1、15対1入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、それぞれ9.1%と2.2%であった。

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

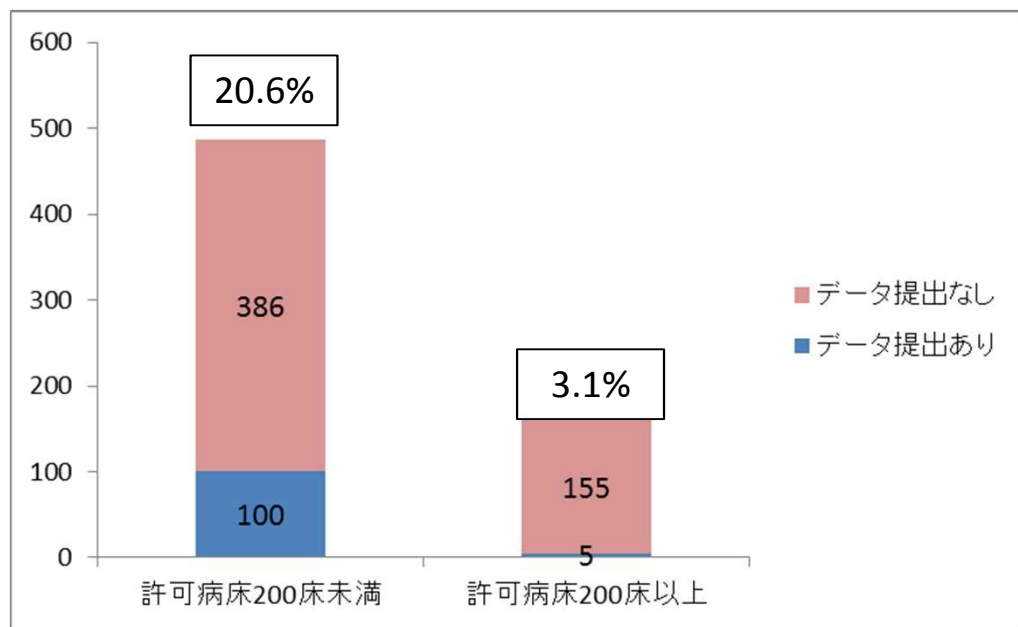


出典：平成28年DPCデータ

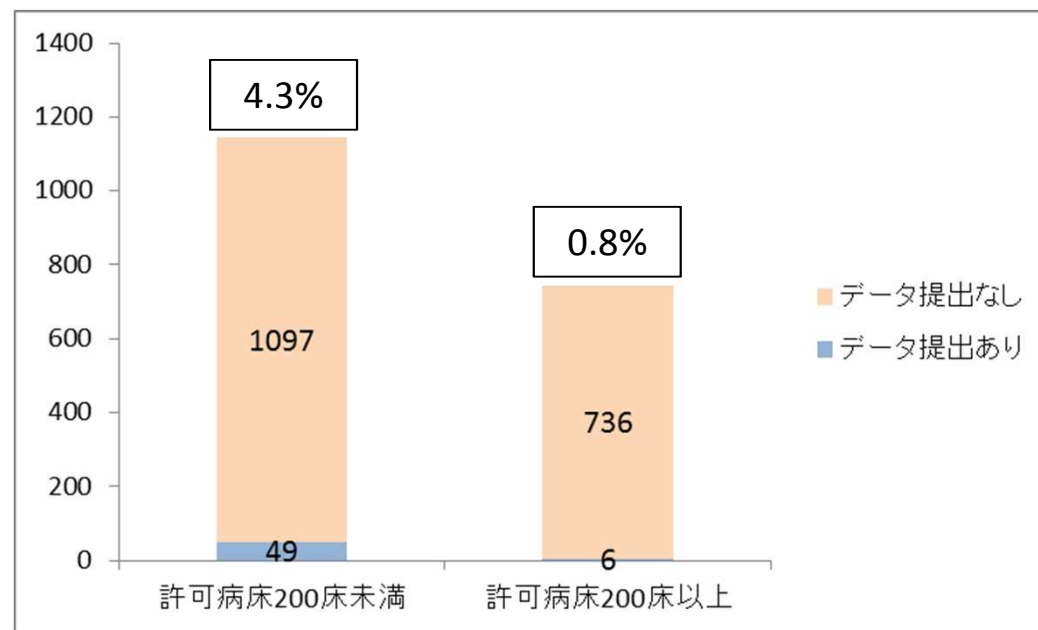
13対1、15対1入院基本料を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

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

13対1



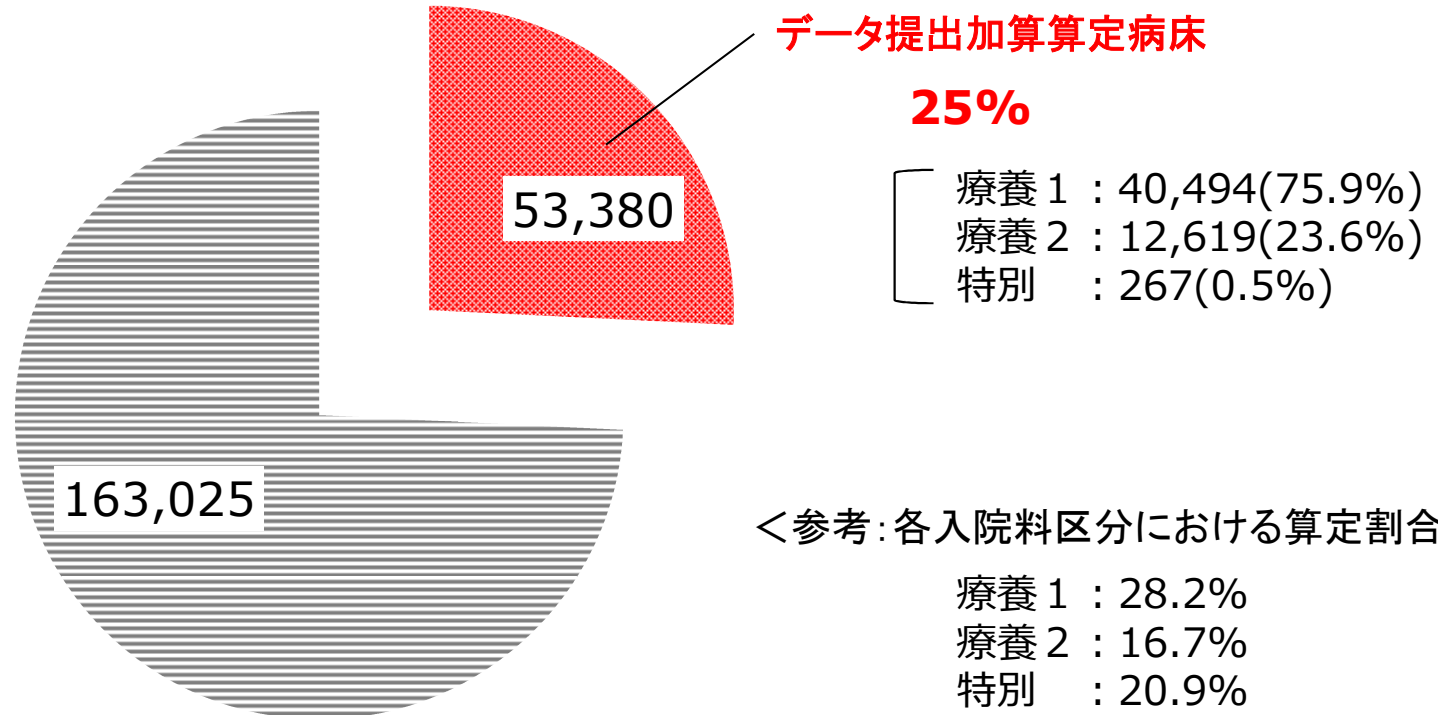
15対1



データ提出加算の算定病床の割合(療養病棟)

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

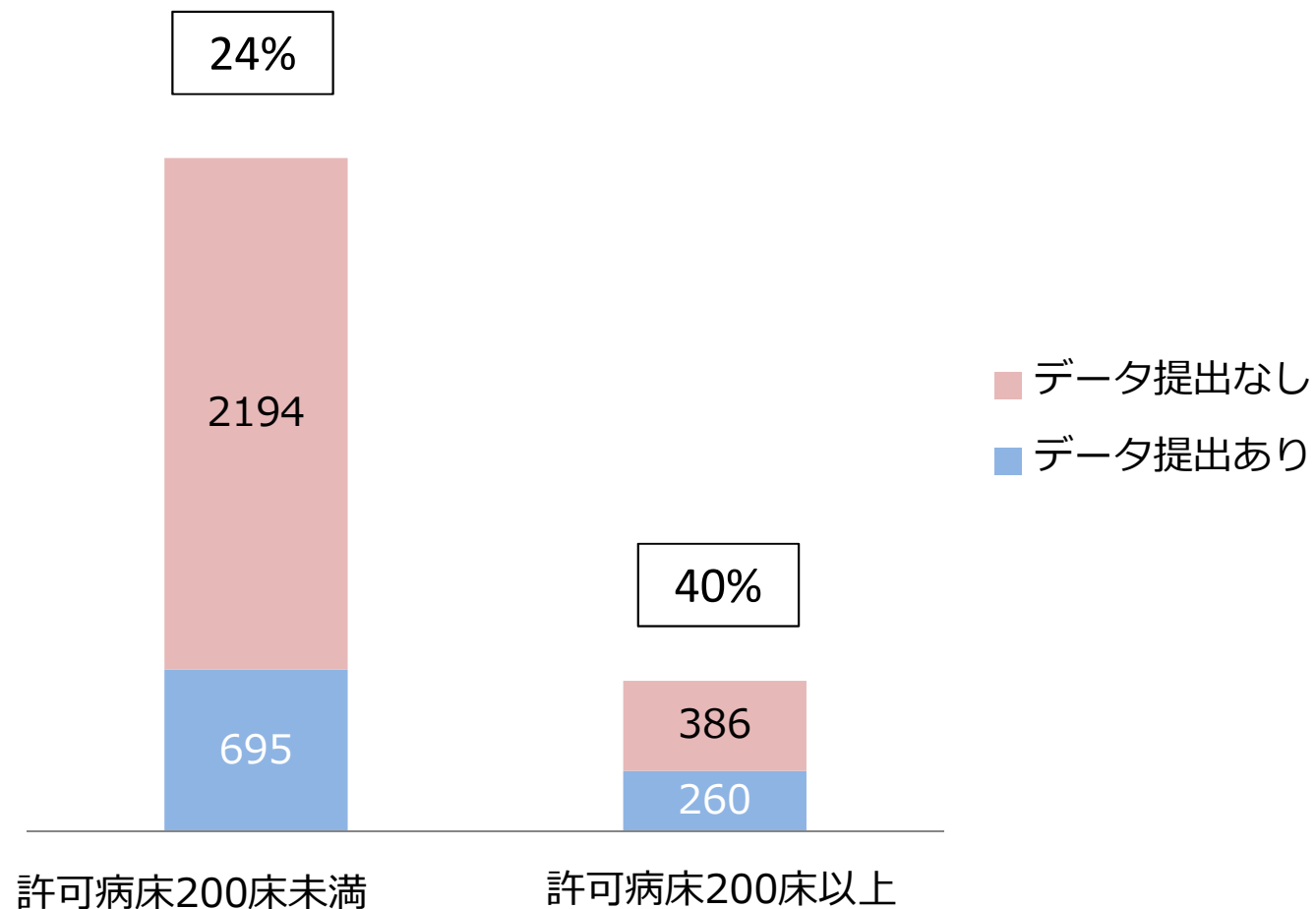
療養病棟入院基本料届出病床数 (n=216,405)



出典:平成28年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。



様式1の見直し

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

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

データ様式の見直し

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

その他

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

DPCデータ(様式1)の項目について(7:1、10:1以外)

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

様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

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

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

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

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

施設基準(抄)

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

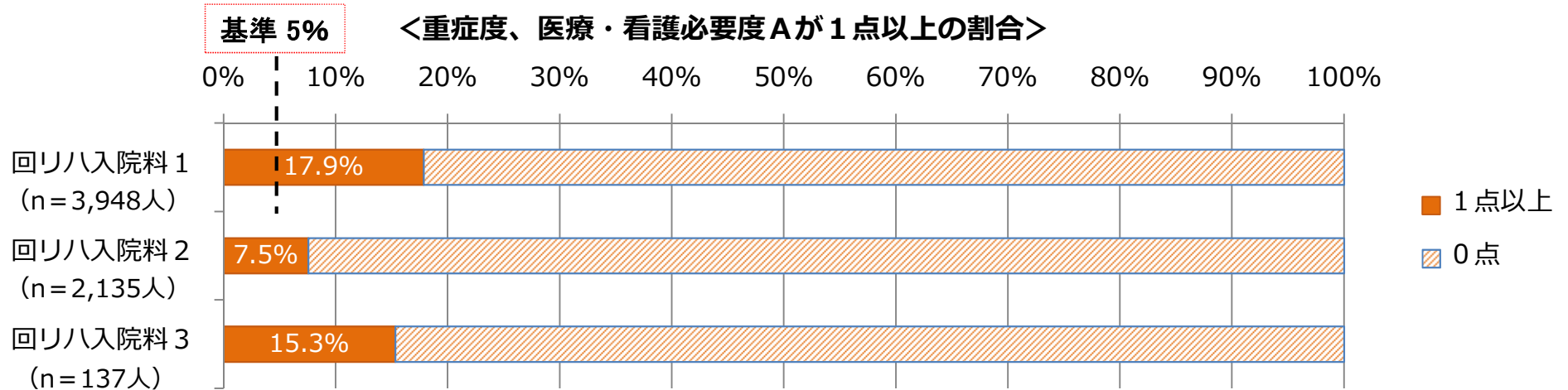
患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清掃	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	な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

* 得点:0~19点

* 得点が低いほど、生活自立度が高い。

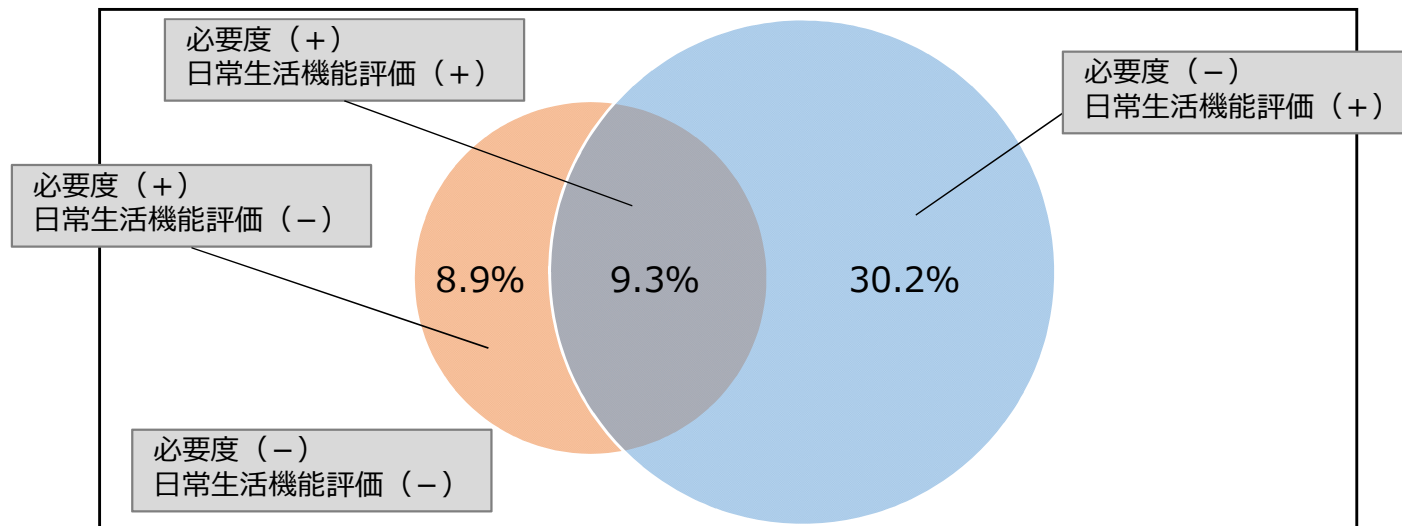
回復期リハビリテーション病棟の重症度、医療・看護必要度と日常生活機能評価

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



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

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



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

データ提出加算の論点(案)

【論点(案)】

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

データ提出加算の論点(案)(別表)

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

※要件化は行わず、データ提出が推進されるようにデータ内容を見直す

入院医療(その8)

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

6. 入院患者に対する褥瘡対策

【課題】

○ 入院中の新たな褥瘡発生予防

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

○ ADL維持向上等体制加算における褥瘡評価

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

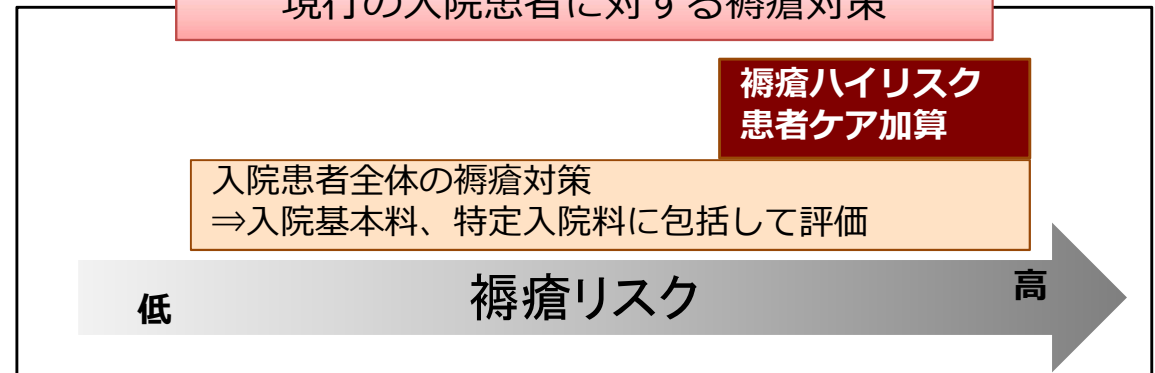
褥瘡有病率の推移

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

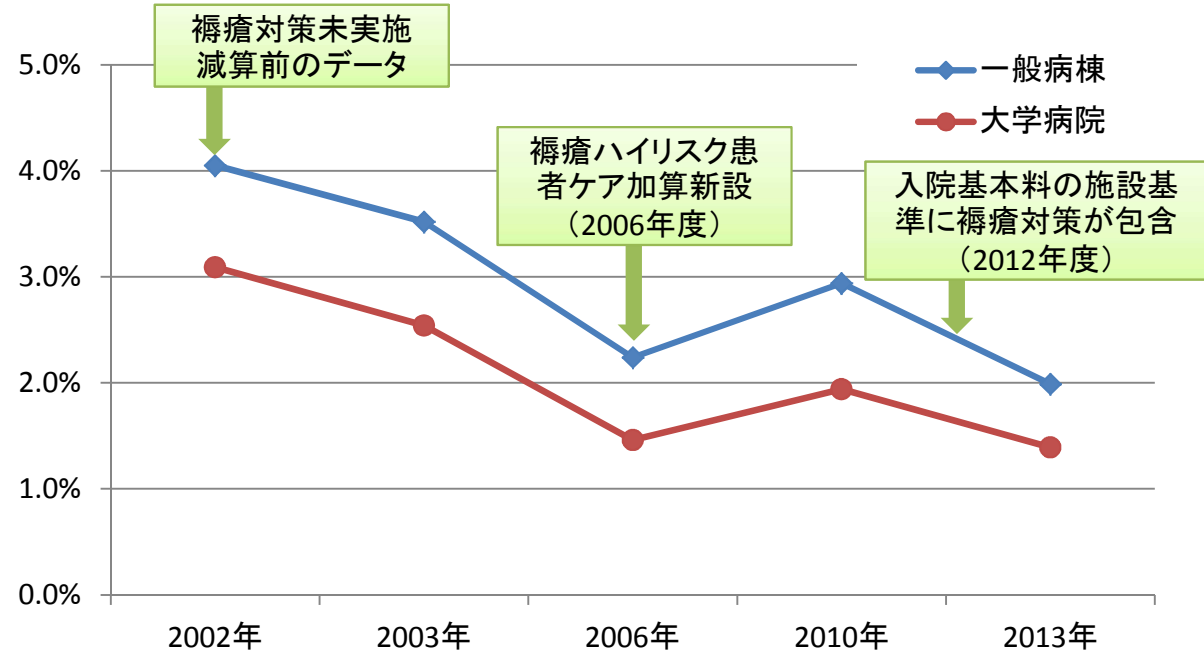
褥瘡対策の経緯

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

現行の入院患者に対する褥瘡対策



■ 褥瘡有病率の推移



出典：日本褥瘡学会実態調査

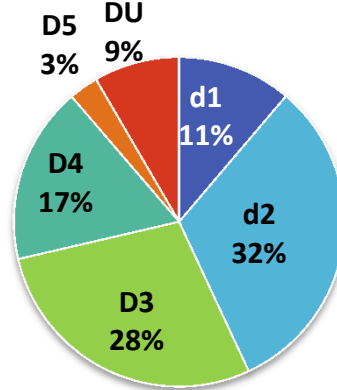
入院中の患者における褥瘡の状態

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

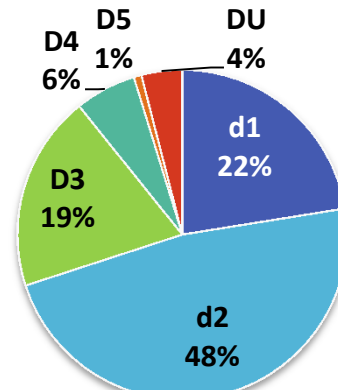
■入院中の患者における褥瘡保有状況（平成27年6月1日時点の状況（平成27年6月1日時点の全入院患者数=1,184,445人））

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

＜②入院時の褥瘡の重症度＞



＜③院内発生した褥瘡の重症度＞



【DESIGN-R 褥瘡経過評価用】

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

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

		入院中の新規褥瘡発生率					合計
		0~2%	(うち、0%)	2%~4%	4%~6%	6%以上	
入院時褥瘡保有率	0~2%	2,778 (33.5%)	1,260 (15.2%)	803 (9.7%)	292 (3.5%)	385 (4.6%)	4,258 (51.4%)
	(うち、0%)	1,456 (17.6%)	958 (11.6%)	336 (4.1%)	143 (1.7%)	223 (2.7%)	2,158 (26.1%)
	2%~4%	706 (8.5%)	252 (3.0%)	529 (6.4%)	224 (2.7%)	316 (3.8%)	1,775 (21.4%)
	4%~6%	344 (4.2%)	173 (2.1%)	223 (2.7%)	186 (2.2%)	241 (2.9%)	994 (12.0%)
	6%以上	41 (5.0%)	282 (3.4%)	250 (3.0%)	176 (2.1%)	420 (5.1%)	1,257 (15.2%)
合計		4,239 (51.2%)	1,967 (23.7%)	1,805 (21.8%)	878 (10.6%)	1,362 (16.4%)	8,284 (100.0%)

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

医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）とは

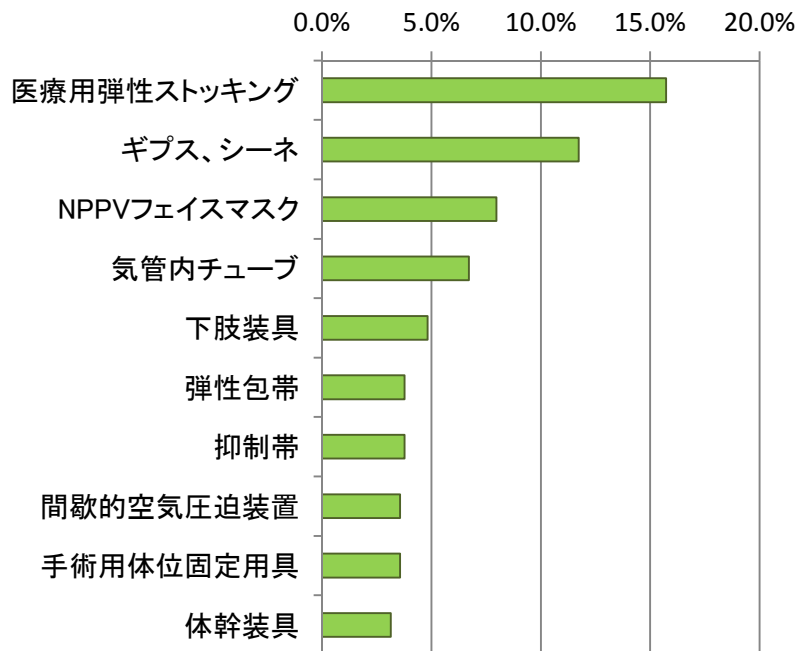
- 医療関連機器による圧迫で生じる組織の損傷をMDRPUという。
- MDRPUの発生に関連している医療関連機器には、医療用弾性ストッキングやギプス等がある。MDRPUの部位では、体幹が最も多く、下肢（頸骨・腓骨部等）や鼻周囲も発生しやすい。

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

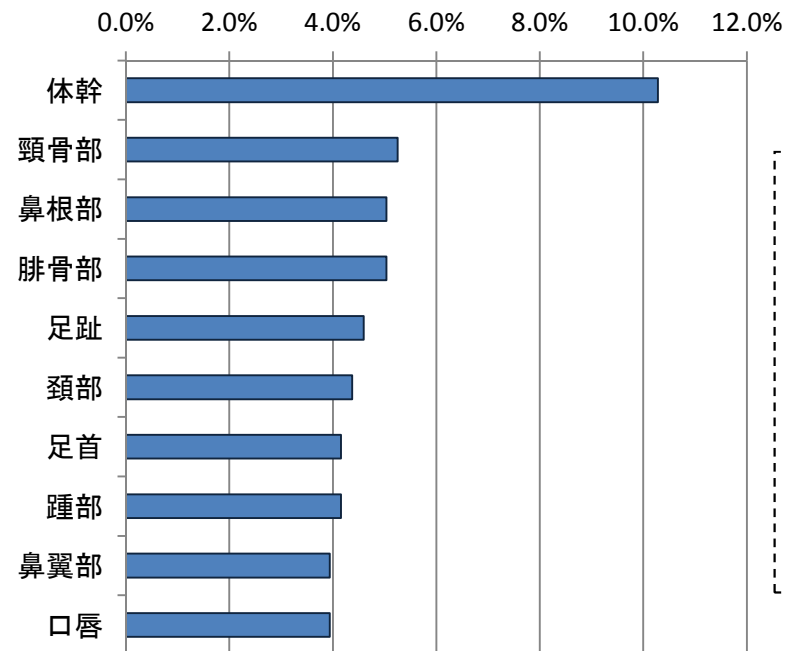
医療関連機器による圧迫で生じる皮膚ないし下床の組織損傷であり、厳密には従来の褥瘡すなわち自重関連褥瘡（self load related pressure ulcer）と区別されるが、ともに圧迫創傷であり広い意味では褥瘡の範疇に属する。なお、尿道、消化管、気道等の粘膜に発生する創傷は含めない。

（日本褥瘡学会）

MDRPUの発生に関連した医療関連機器



MDRPUの部位



[集計対象概要]

集計対象：

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

調査期間：

2013年10月中の任意の1日

気管カニューレ固定具



医療用弾性ストッキング



ギプス



NPPV用マスク



酸素マスクストラップ(耳介)



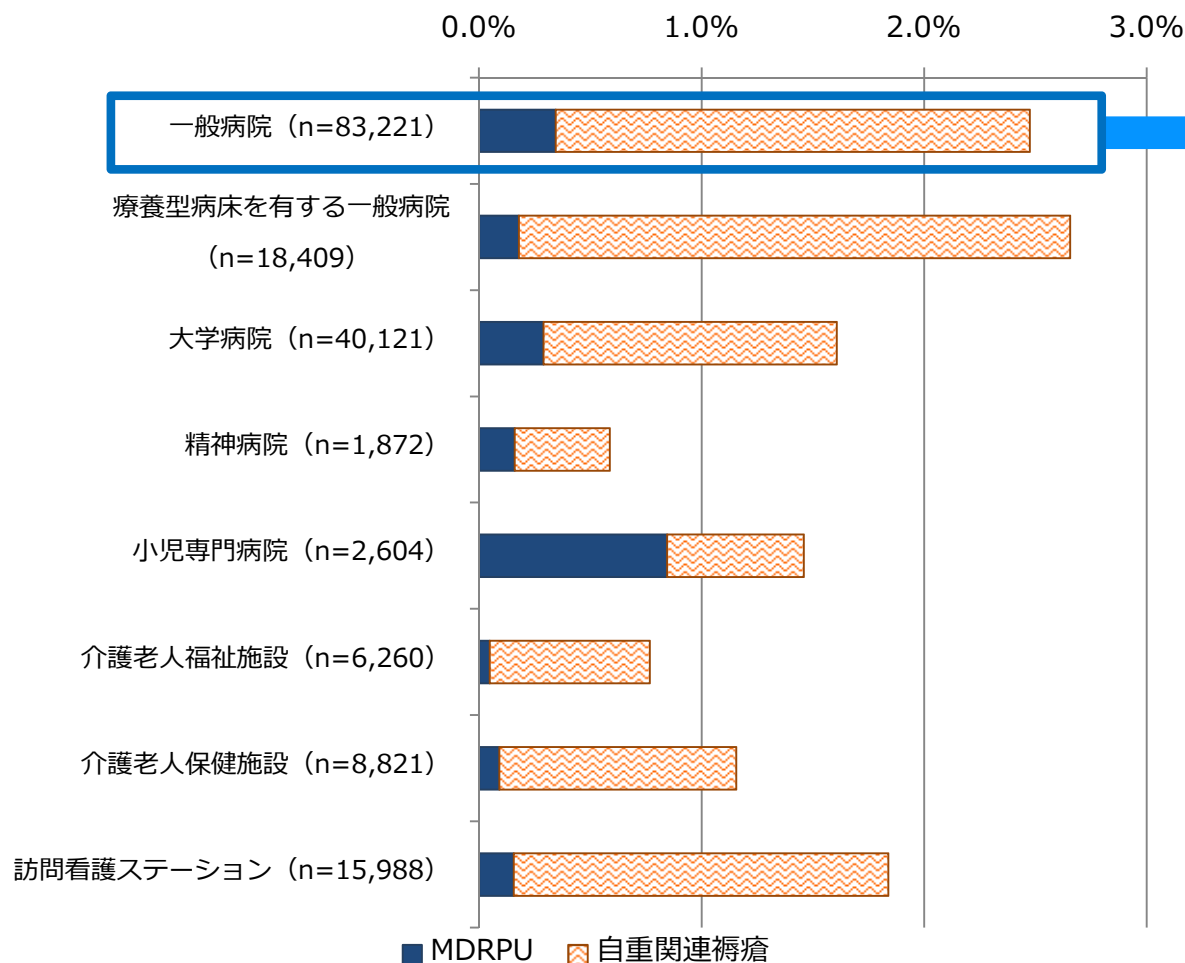
胃ろう固定板



医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の発生状況

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

施設別褥瘡有病率



一般病院の褥瘡保有者における発生場所

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

[集計対象概要]

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

調査期間：
2016年10月中の任意の1日

褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回)

500点

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

【対象患者】

ベッド上安静であって、次に掲げる者

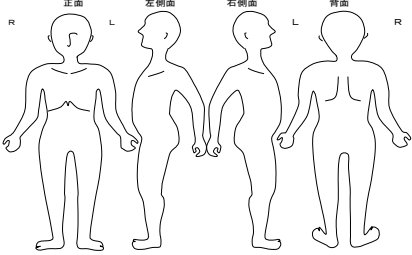
- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの
- オ 特殊体位による手術を受けたもの
- カ 強度の下痢が続く状態であるもの
- キ 極度の皮膚の脆弱(体出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの
- ク 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの

【施設基準】

- イ 褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。
- ロ 褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。
- ハ 褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められた患者について、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。
- ニ 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

別紙16

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏名:	様	病棟	評価日	年 月 日
生年月日:	(歳)	性別	男・女	評価者名
診断名:	褥瘡の有無(現在) 有・無		褥瘡の有無(過去) 有・無	
褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに〇〕				
ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位)、強度の下痢の持続、極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)、褥瘡の多発と再発				
その他の危険因子〔該当すべてに〇〕				
床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)、浮腫(局所以外の部位)				
褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位			リスクアセスメント結果	
			重点的な褥瘡ケアの必要性 要 ・ 不要	
			褥瘡管理者名	
褥瘡予防治療計画 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日〕				
褥瘡ケア結果の評価 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日〕				

スキン-テア（皮膚裂傷）とは

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

【スキン-テア (Skin Tear : 皮膚裂傷)】

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

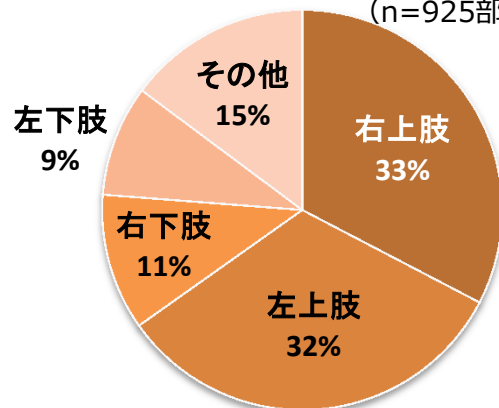
■ スキン-テアの有病率

(n=93,820人)

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

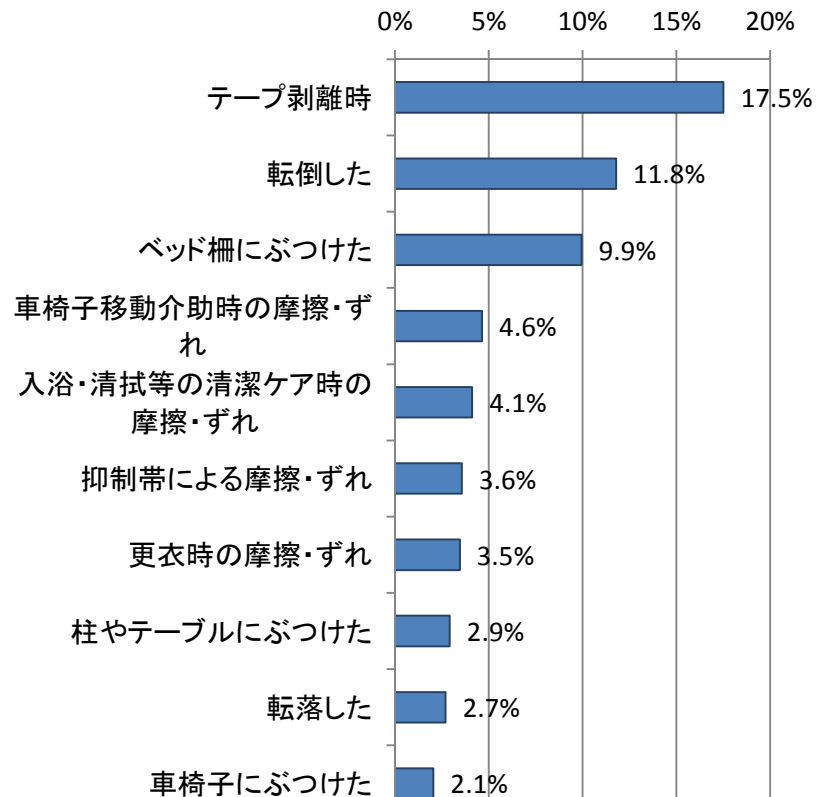
■ スキン-テアの発生部位

(n=925部位)



■ スキン-テア発生時の状況 (上位10項目)

(n=925部位)



写真出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会提供

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

調査期間：2014年10月～11月中の任意の1日

ADL維持向上等体制加算における褥瘡のアウトカム評価について

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

ADL維持向上等体制加算

[対象病棟]

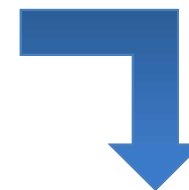
一般病棟(7対1、10対1)、特定機能病院(一般病棟)、
 専門病院(7対1、10対1)

[施設基準]

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

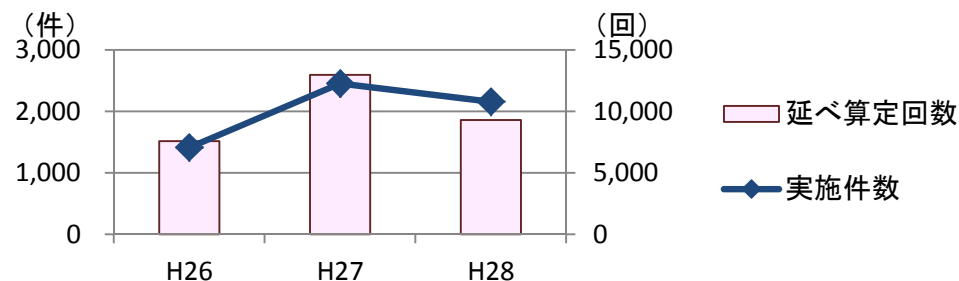
■ 1人新規褥瘡発生した場合の「院内発生した褥瘡を保有している入院患者の割合」

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



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

(参考) ADL維持向上等体制加算の算定状況



出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

6. 入院患者に対する褥瘡対策

【課題】

○ 療養病床における褥瘡対策

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

療養病床における褥瘡対策の評価

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

療養病床における褥瘡対策

褥瘡評価実施加算 (ADL区分3のみ)

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

入院患者全体の褥瘡対策
⇒療養病棟入院基本料に包括して評価

褥瘡評価実施加算(1日につき)

15点

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している病棟・病床

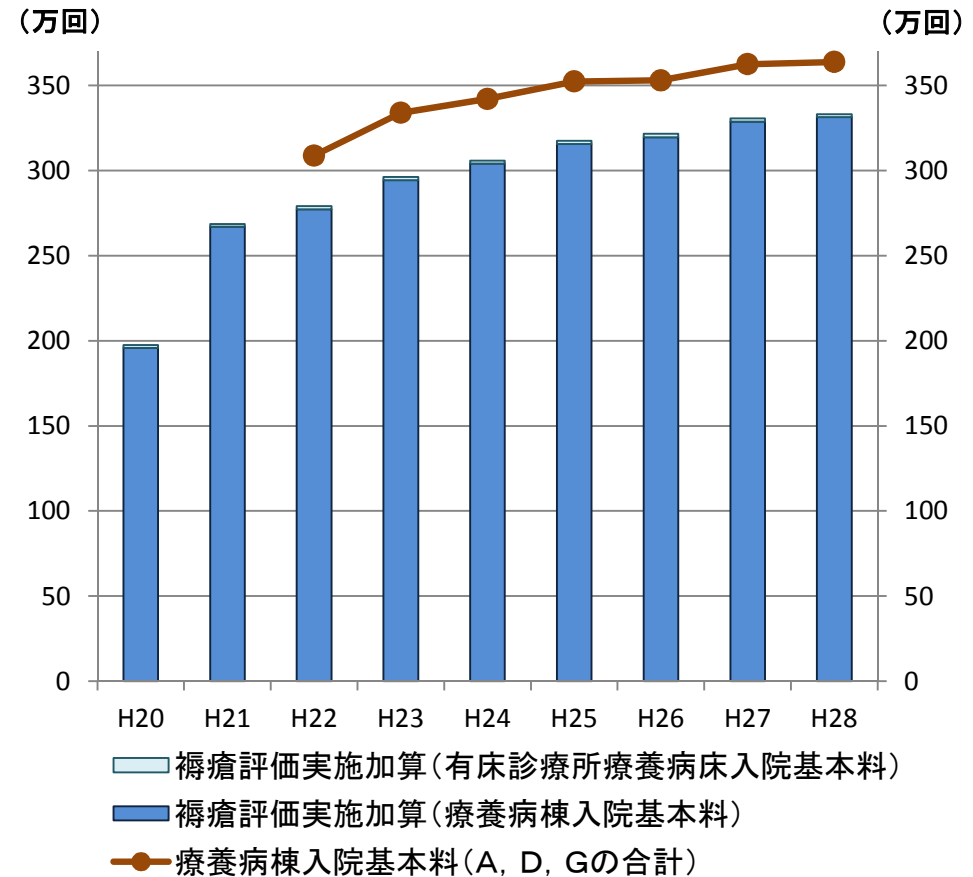
[対象患者]

ADL区分3の状態

[施設基準]

ADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

■ 褥瘡評価実施加算の算定状況



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

出典：社会医療診療行為別調査・統計 (各年6月審査分)

療養病床の患者における褥瘡の状態①

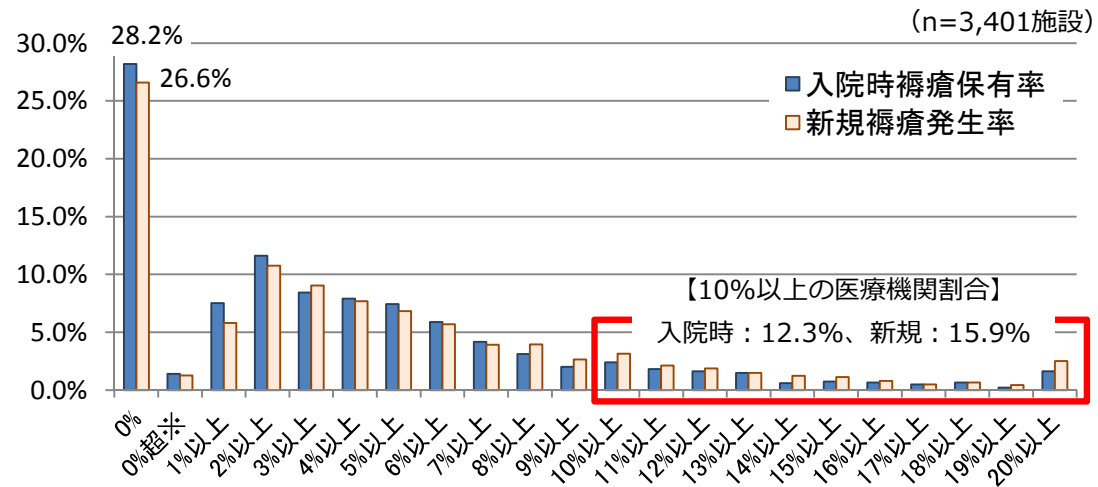
- 療養病棟の患者のうち、褥瘡を保有している入院患者は8.9%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は4.0%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は4.8%である。
- 入院時保有率・新規発生率共に、3割弱の医療機関は0%であるが、1割以上の医療機関は保有率・発生率が10%を超えており、医療機関間の差が大きい。

■療養病棟に入院中の患者における褥瘡保有状況

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

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

■入院時褥瘡保有率、新規褥瘡発生率の分布



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

※「0%超」に0%は含まない

		入院中の新規褥瘡発生率				合計	
		0~2%	(うち、0%)	2~4%	4~6%		6%以上
入院時褥瘡保有率	0~2%	531 (15.6%)	431 (12.7%)	231 (6.8%)	164 (4.8%)	343 (10.1%)	1,269 (37.2%)
	(うち、0%)	432 (12.7%)	389 (11.4%)	151 (4.4%)	115 (3.4%)	267 (7.8%)	965 (28.3%)
	2~4%	193 (5.7%)	131 (3.8%)	166 (4.9%)	102 (3.0%)	221 (6.5%)	682 (20.0%)
	4~6%	130 (3.8%)	92 (2.7%)	104 (3.1%)	97 (2.8%)	191 (5.6%)	522 (15.3%)
	6%以上	296 (8.7%)	257 (7.5%)	172 (5.0%)	130 (3.8%)	336 (9.9%)	934 (27.4%)
合計		1,150 (33.8%)	911 (26.7%)	673 (19.8%)	493 (14.5%)	1,091 (32.0%)	3,407 (100.0%)

出典：保険局医療課調べ（平成28年7月の各医療機関からの報告による）

療養病床における褥瘡の状態の評価

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

■ 療養病棟における褥瘡評価実施加算・医療区分における褥瘡の評価

別紙10
褥瘡 治療・ケアの確認リスト

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

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)
 1 部位 () 大きさ () 数 () ステージ* ()
 2 部位 () 大きさ () 数 () ステージ* ()
 3 部位 () 大きさ () 数 () ステージ* ()

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

(3) スキンケアの実施 あり (具体策:) なし

(4) 栄養治療の実施 あり (具体策:) なし

(5) リハビリテーションの実施 あり (単位/日) なし

(6) 次回評価予定日 (年 月 日)

*以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載
 (7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)
改善した 悪化した どちらともいえない

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

※褥瘡のステージ
 第1度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
 第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

同じ

医療区分・ADL区分に係る評価票

評価の手引き (抄)

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

項目の定義

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

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

第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

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

第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

■ 入院基本料の施設基準で求めている褥瘡対策に関する診療計画書 (抜粋)

褥瘡の状態の評価 (DESI G N I R)	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの潰瘍	(3)皮下組織までの潰瘍	(4)皮下組織をこえる潰瘍	(5)骨盤、体腔に及ぶ潰瘍	(6)深さ不明な場合
褥瘡の発生	(0)なし	(1)少量、毎日の交換を要しない	(2)中等量、1日1回の交換	(3)多量、1日2回以上の交換				
大きさ(cm ²) 長さ×長さの最大径	(0)皮膚層傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(9)16以上36未満	(12)36以上64未満	(15)64以上100未満	(18)100以上	
炎症・感染	(0)褥瘡の炎症感染なし	(1)褥瘡の炎症感染あり(褥瘡の発赤、腫脹、疼痛、発熱)	(2)褥瘡の炎症感染あり(褥瘡の発赤、腫脹、疼痛、発熱)	(3)褥瘡の炎症感染あり(褥瘡の発赤、腫脹、疼痛、発熱)	(4)褥瘡の炎症感染あり(褥瘡の発赤、腫脹、疼痛、発熱)	(5)褥瘡の炎症感染あり(褥瘡の発赤、腫脹、疼痛、発熱)	(6)褥瘡の炎症感染あり(褥瘡の発赤、腫脹、疼痛、発熱)	
肉芽形成 肉芽形成が観察される割合	(0)褥瘡の肉芽形成が観察されない	(1)褥瘡の肉芽形成が観察される	(2)褥瘡の肉芽形成が観察される	(3)褥瘡の肉芽形成が観察される	(4)褥瘡の肉芽形成が観察される	(5)褥瘡の肉芽形成が観察される	(6)褥瘡の肉芽形成が観察される	
壊死・浮腫	(0)なし	(3)壊死・浮腫が観察される	(6)壊死・浮腫が観察される	(9)壊死・浮腫が観察される	(12)壊死・浮腫が観察される	(15)壊死・浮腫が観察される	(18)壊死・浮腫が観察される	
オヤケット(cm ²) (オヤケットの長さ×長さの最大径) - 褥瘡面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(15)36以上64未満	(18)64以上100未満	(21)100以上	
合計点								

異なる

客観的評価に基づく点数化が可能

入院患者に対する褥瘡対策の論点(案)

【論点(案)】

○ 入院中の新たな褥瘡発生予防

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

○ ADL維持向上等体制加算における褥瘡評価

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

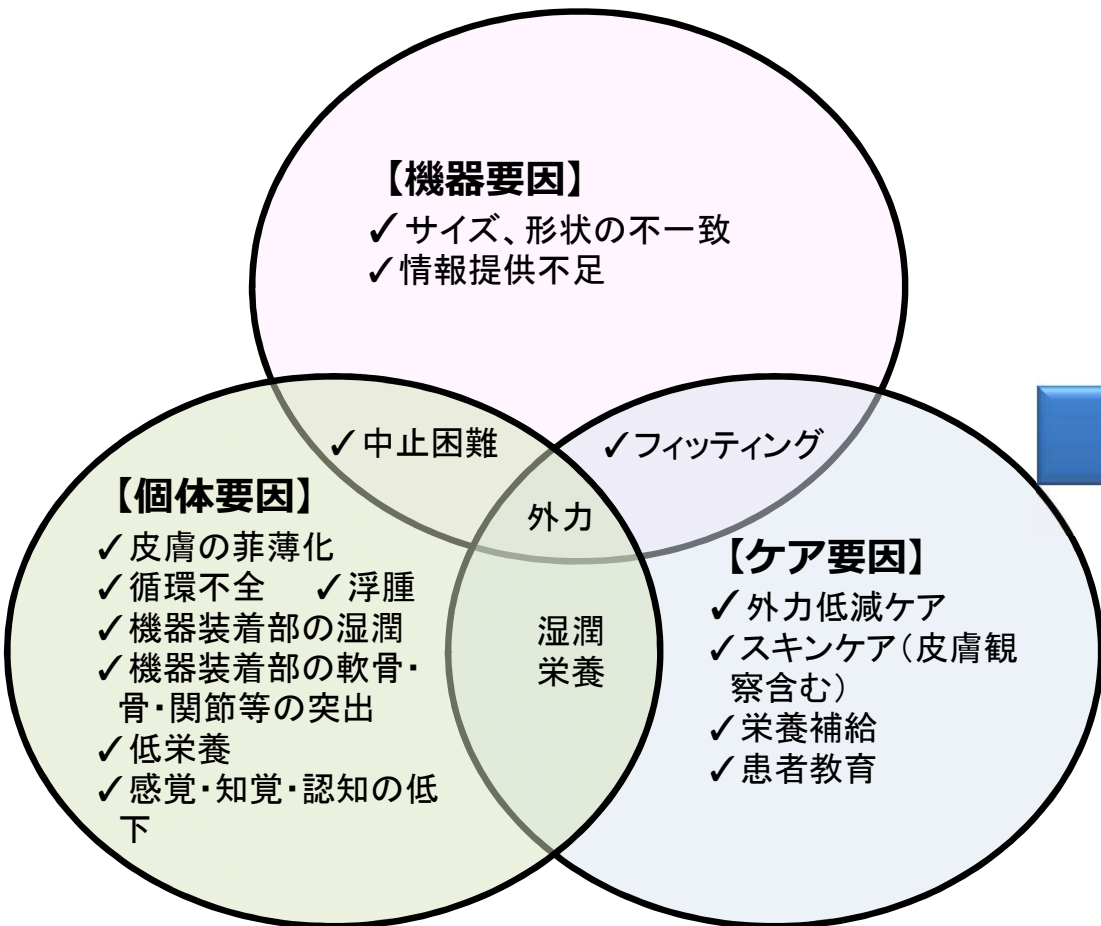
○ 療養病床における褥瘡対策

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

參考資料

医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の予防と管理

MDRPU発生の15の危険因子の関連概念図



MDRPUの予防・管理フローチャート

医療関連機器装着前

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

医療関連機器装着後

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

スキン-ケアの予防と管理

【個体要因のリスクアセスメント】

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

【外力発生要因のリスクアセスメント】

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



【発生と再発の予防ケア】

① 栄養管理

② 外力保護ケア

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

- 安全なケア技術

- 体位変換補助具（スライディングシート等）を使用する等



ベッドと車椅子の間にスライディングボードを設置



股部を滑らせるように移動
このとき、姿勢が崩れないように支える



- 安全な医療用品などの使用

- 皮膚被膜剤を使用してからテープを貼付する等

③ スキンケア

- 皮膚の保湿
- 皮膚の洗浄方法
- 寝衣の選択

④ 医療・介護メンバー教育

⑤ 患者・家族教育

出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会編：ベストプラクティス スキン-ケア（皮膚裂傷）の予防と管理. 照林社, 東京, 2015.

褥瘡対策に関する診療計画書

別添6

褥瘡対策に関する診療計画書

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

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大腿下部、踵部、その他) ()
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大腿下部、踵部、その他) ()
 褥瘡発生日 _____

<日常生活自立度の低い入院患者>

危険因子の評価	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除田)				できる	
・病的骨突出				できる	できない	
・関節拘縮				なし	あり	
・栄養状態低下				なし	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)				なし	あり	
・浮腫(局所以外の部位)				なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及び付与で褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESGNIR)	深さ	(0)なし	(1)片側赤の発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織まで侵襲	(4)皮下組織をこえる侵襲	(5)関節腔、体腔に(1)深半定か不明の場合	合計点
	浸出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(2)中等量:1日1回の交換	(3)多量:1日2回以上の交換			
大きさ(cm ²) 長径×長径<直交する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上	
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり(創部周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)	(9)全身の発熱などあり(発熱など)				
肉芽形成 創生肉芽が占める割合	(0)創部肉芽は創部をほとんど占めない	(1)創部の30%以上を占める	(3)創部の50%以上を占める	(4)創部の10%以上を占める	(5)創部の10%未満を占める	(6)全く肉芽を占めていない		
壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く厚い壊死組織あり					
オメガット(cm ²) (オメガットの長径×長径<直交する最大径)→褥瘡面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上			

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

【記載上の注意】

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

入院基本料等の施設基準 (抄)

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

4 褥瘡対策の基準

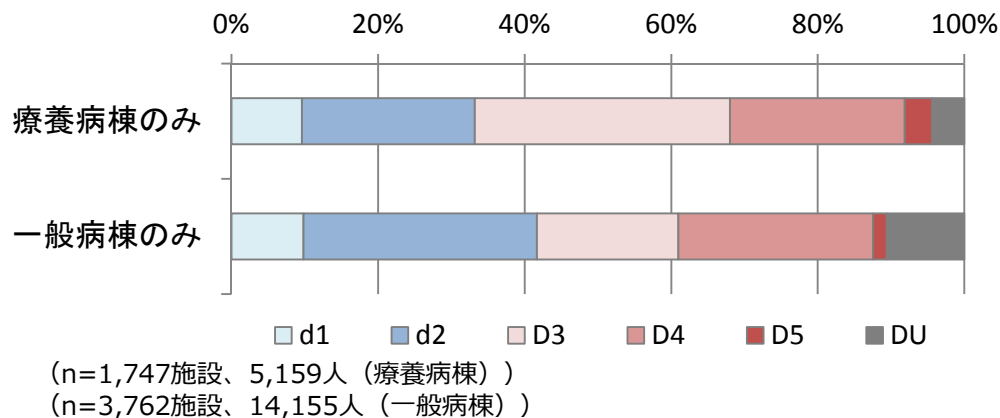
- 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当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

(4)~(6) (省略)

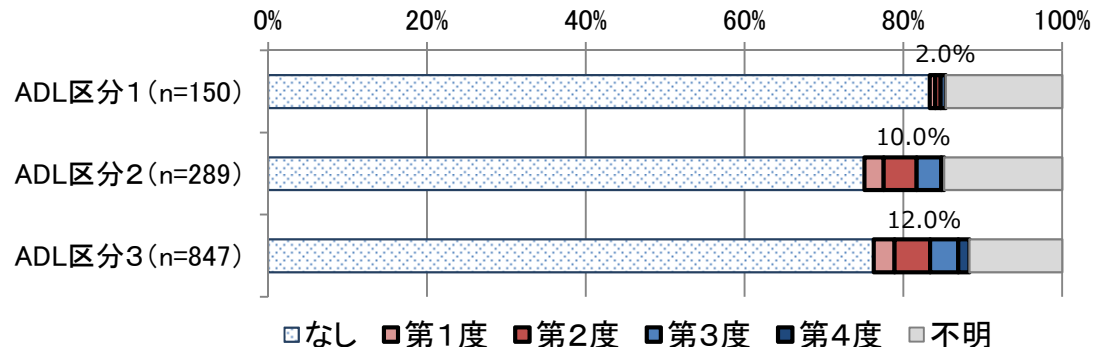
療養病床の患者における褥瘡の状態②

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

■ 入院時の褥瘡の重症度

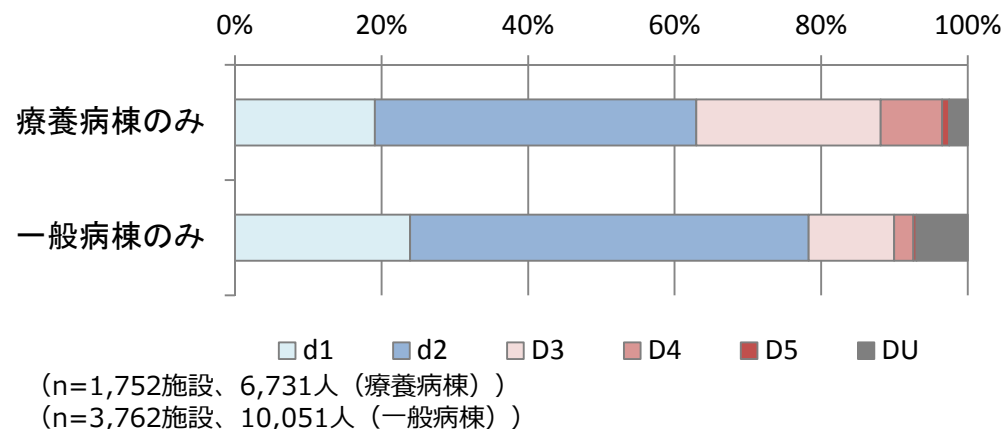


■ ADL区分別褥瘡保有状況

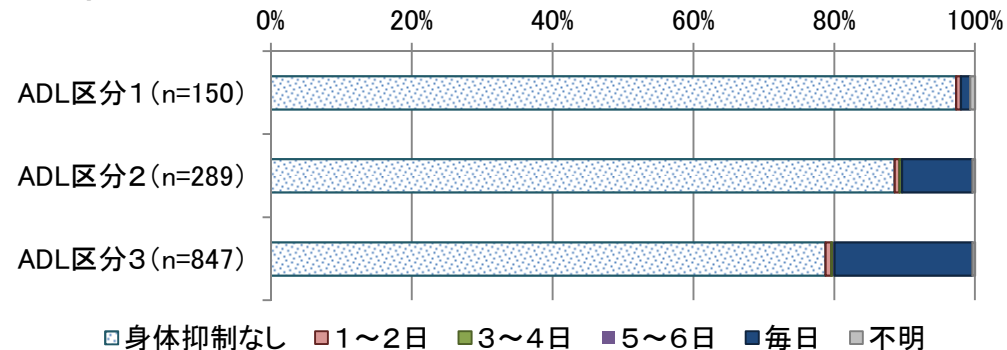


※調査日から過去3日間の最もひどい状態について患者毎に記載している。
 第1度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
 第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもある
 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

■ 院内発生した褥瘡の重症度



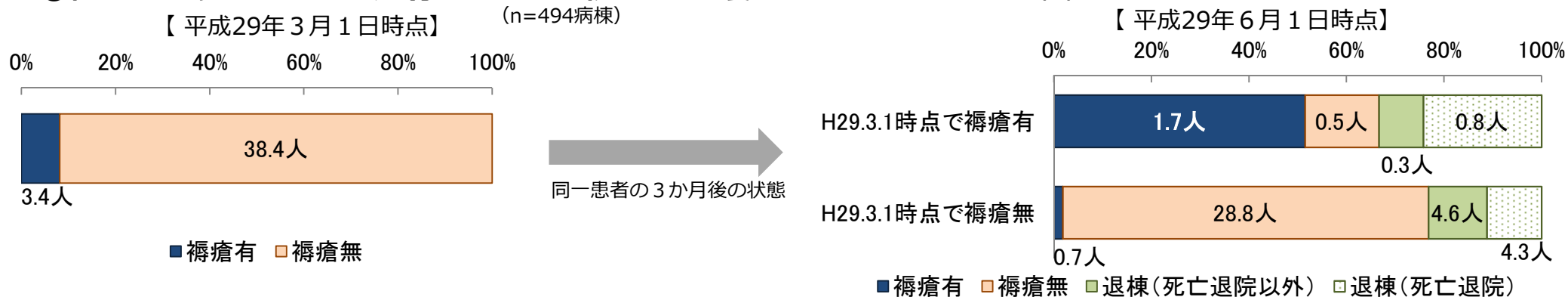
(参考) ADL区分別身体的抑制の状況



療養病床の患者における褥瘡の状態③

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

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



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

