

診療報酬調査専門組織（慢性期入院医療の包括評価調査分科会）座席表

（日時）平成23年7月1日（金）15:00～17:00

（会場）都道府県会館 101大会議室（1階）

平成23年度 第4回

中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織

慢性期入院医療の包括評価調査分科会

日時：平成23年7月1日（金）15時～17時

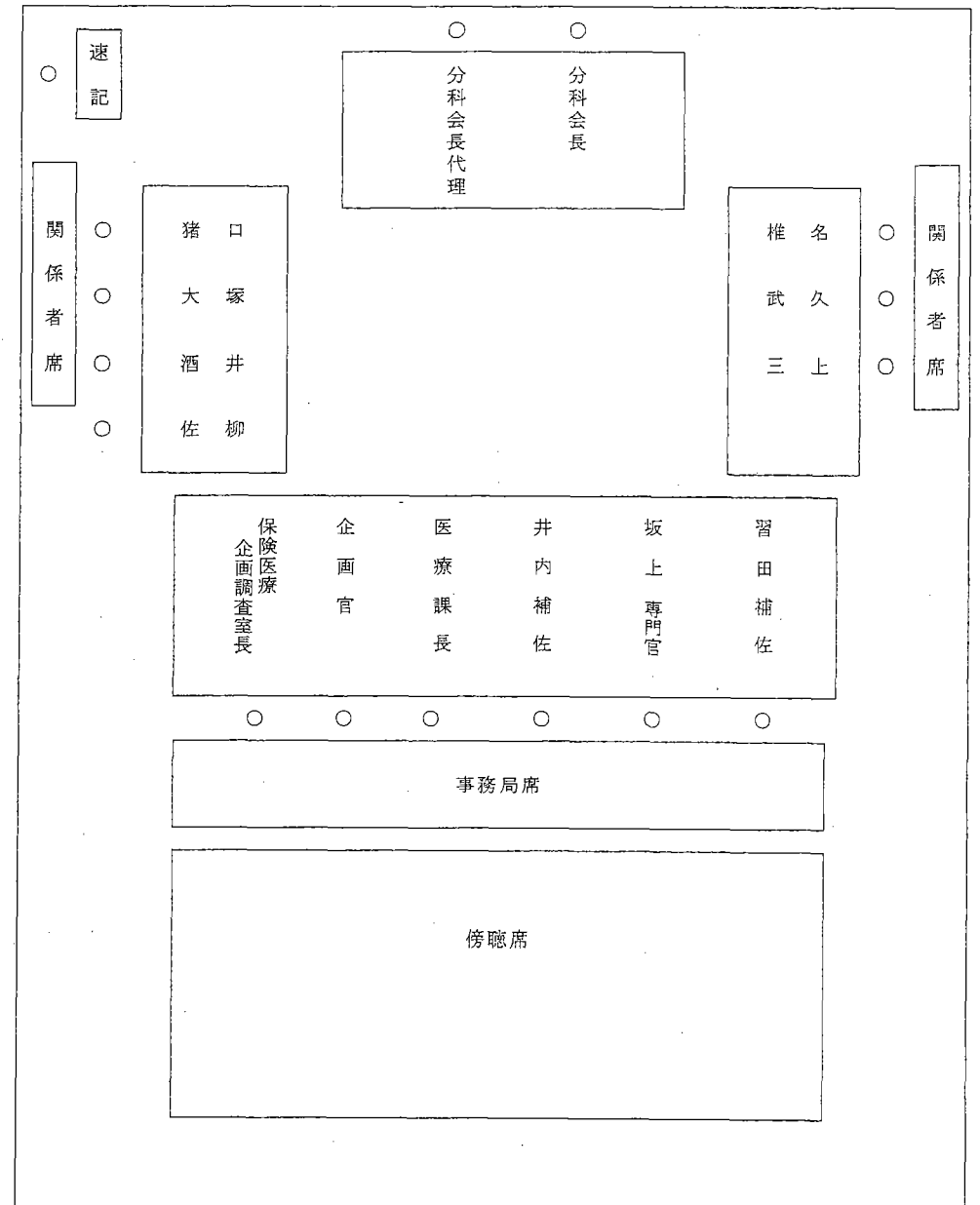
会場：都道府県会館 101会議室（1階）

議題

1. 前回分科会での指摘事項について（慢-1）
2. 報告書の取りまとめについて（慢-2）

資料

- （慢-1-1）療養病棟で提供されている医療の質に関する状況
- （慢-1-2）認知症高齢者の日常生活自立度
- （慢-2-1）報告書のたたき台
- （慢-2-2）報告書のたたき台（資料編）



診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会委員一覧

<委員>

氏名	所属等
◎ 池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
猪口 雄二	医療法人財団寿康会病院理事長・院長
大塚 宣夫	医療法人社団慶成会青梅慶友病院理事長
酒井 郁子	千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学専攻 ケア施設看護システム管理学教授
佐柳 進	独立行政法人国立病院機構 関門医療センター病院長
椎名 正樹	健康保険組合連合会参与
○ 高木 安雄	慶應義塾大学大学院教授
武久 洋三	医療法人平成博愛会 博愛記念病院理事長
三上 裕司	日本医師会常任理事・特定医療法人三上会 総合病院東香 里病院理事長

◎分科会長

○分科会長代理

療養病棟で提供されている医療の質に関する状況

- 「治療・ケアの内容の評価表」 (Quality Indicator, QI) の算出

○Q I (Quality Indicator) の算出

※平成18・20年度の患者特性調査に参加した25病院のうち、今回の横断調査についても参加のあった20病院のデータを算出

1. 平成22年度横断調査

Q I 項目	横断調査患者特性調査 Q I 算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
身体抑制	13病院	610人	12.3%	14.0%	0.0%	38.0%	0.0%	23.8%	40.3%	0病院	0.0%
留置カテーテル	20病院	771人	13.4%	11.0%	0.0%	37.1%	5.2%	21.8%	35.4%	1病院	5.0%
尿路感染症	20病院	771人	6.0%	9.1%	0.0%	40.0%	0.0%	9.0%	24.2%	1病院	5.0%
褥瘡	20病院	771人	5.2%	5.3%	0.0%	20.0%	0.0%	8.8%	15.7%	1病院	5.0%

2. 平成20年度調査

Q I 項目	平成20年度患者特性調査 Q I 算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
身体抑制	13病院	1,387人	17.3%	21.3%	0.0%	80.0%	6.1%	24.0%	59.9%	1病院	7.7%
留置カテーテル	20病院	1,832人	14.7%	9.7%	3.7%	35.3%	7.2%	20.0%	34.1%	2病院	10.0%
尿路感染症	20病院	1,832人	13.4%	15.3%	0.0%	60.3%	2.8%	16.9%	43.9%	1病院	5.0%
褥瘡	20病院	1,832人	9.8%	4.8%	1.4%	22.4%	7.1%	12.7%	19.5%	1病院	5.0%

3. 平成18年度調査

Q I 項目	平成18年度患者特性調査 Q I 算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
身体抑制	13病院	1,693人	17.6%	25.4%	0.0%	82.4%	1.0%	18.8%	68.4%	1病院	7.7%
留置カテーテル	20病院	2,057人	12.0%	7.9%	0.0%	27.4%	6.4%	17.1%	27.9%	0病院	0.0%
尿路感染症	20病院	2,057人	7.8%	6.4%	0.0%	20.8%	3.7%	11.3%	20.7%	1病院	5.0%
褥瘡	20病院	2,057人	10.8%	5.7%	3.2%	20.8%	6.4%	17.0%	22.2%	0病院	0.0%

注1) 身体拘束については、今回の横断調査では「医療区分・ADL区分に係る調査票」から算出しているため、対象が13病院となっている。□

注2) 今回の横断調査と平成18・20年度調査とは、調査方法やQ I の定義に一部違いがあるため、単純比較はできないことに留意が必要。

【Q I の定義】

Q I 項目	分子	分母
身体抑制	毎日身体抑制している患者 ※「身体抑制」は下記のいずれかの行為を一つでも行った場合に該当する。 ・四肢、体幹部の抑制 ・ベッドを柵（サイドレール）で囲む ・介護衣（つなぎ服）の着用 ・車いすや椅子から立ち上がれないようにする ・ミトンの着用（手指の機能抑制） （平成18・20年度調査では対象外） ・自分の意志で開けることのできない居室等への隔離 （平成18・20年度調査では対象外）	全患者
留置カテーテル	膀胱カテーテルを留置、または導尿の処置をしている患者	全患者
尿路感染症	尿路感染症の治療を実施している患者	全患者
褥瘡	第2度以上または2カ所以上の褥瘡があり、褥瘡の治療を実施している患者 ※「第2度」の褥瘡：皮膚の部分的喪失；びらん、ただれ、水疱、浅いくぼみとして現れる場合	全患者

老健第135号
平成5年10月26日
改正 老発第0403003号
平成18年4月3日

都道府県知事
各 殿
指定都市市長

厚生省老人保健福祉局長

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について

今般、地域や施設等の現場において、認知症高齢者に対する適切な対応がとれるよう、医師により認知症と診断された高齢者の日常生活自立度の程度すなわち介護の必要度を保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等が客観的にかつ短期間に判定することを目的として、別添「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」を作成したので、その趣旨を踏まえ、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」と併せて広く活用されるよう特段の御配慮をお願いする。

(別添)

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

- 1 この判定基準は、地域や施設等の現場において、認知症高齢者に対する適切な対応がとれるよう、医師により認知症と診断された高齢者の日常生活自立度を保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等が客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されたものである。なお、認知症は進行性の疾患であることから、必要に応じ繰り返し判定を行うこととし、その際、主治医等と連絡を密にすること。
- 2 判定に際しては、意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目して、日常生活の自立の程度を5区分にランク分けすることで評価するものとする。評価に当たっては、家族等介護にあたっている者からの情報も参考にする。なお、このランクは介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない。
- 3 認知症高齢者の処遇の決定にあたっては、本基準に基づき日常生活自立度を判定するとともに、併せて「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」についても判定したのち行うこととする。なお、処遇の決定は、判定されたランクによって自動的に決まるものではなく、家族の介護力等の在宅基盤によって変動するものであることに留意する。
- 4 認知症高齢者に見られる症状や行動は個人により多様であり、例示した症状等がすべての認知症高齢者に見られるわけではない。また、興奮、徘徊、ものとり妄想等は、例示したランク以外のランクの認知症高齢者にもしばしば見られるものであることにも留意する。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

慢性期入院医療の包括評価調査分科会 報告書のたたき台

1. 検討の経緯

(1) 検討の経緯

- ・ 当分科会は、中医協における慢性期入院医療に関する議論に資する調査及び検討を行うため、平成 15 年に調査専門組織の一つとして発足した。
- ・ 今般の分科会は、中医協総会から以下の付託を受けて検討を行った。
 - ① 平成 22 年度改定で行った療養病棟入院基本料変更の影響についての検証
 - ② 医療区分 1 の患者の実態についての検証
 - ③ 慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証
(特定入院基本料のあり方の検討に資する検証を含む)
 - ④ 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証

(2) 横断調査の実施

- ・ 療養病床等において療養している患者の実態像を医療・介護横断的に把握し、療養病床再編成の検討と、平成 24 年度の医療・介護同時改定に向けた検討に資するデータを収集・分析することを目的として、厚生労働省において「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査（以下、「横断調査」という。）」が実施された（平成 22 年 6 月実施）。
- ・ 当分科会は、「横断調査」の結果を用いて検証を行うとともに、中医協からの付託に回答するため、必要な調査を行った。

(3) 今回の検証に用いた調査

① 横断調査

- ・ 看護配置 13 対 1、15 対 1 の一般病棟（以下、「一般病棟」という。）
- ・ 医療療養病棟
- ・ 介護療養型医療施設

等の施設に入院する患者の状態像を施設横断的に調査。

② レセプト調査

- ・ 横断調査で調査対象となった患者のレセプト請求金額を調査。
- ③ コスト調査（P）
- ・ 横断調査で調査対象となった医療療養病棟を有する病院の経営収支を調査。

2. 報告書の論点

- 中医協総会からの付託を受けた以下の論点を中心に報告をまとめることとする。
- (1) 平成 22 年度改定で行った療養病棟入院基本料変更の影響についての検証
 - (2) 医療区分 1 の患者の実態についての検証
 - (3) 慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証
(特定入院基本料のあり方の検討に資する検証を含む)
 - (4) 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証
- 併せて、以下の論点についても報告をまとめることとする。
- (5) 医療療養病棟における医療の質の検証

3. 平成 22 年度改定の影響の検証

- (1) 入院患者の状態像の変化について
- ・ 医療療養病棟の患者の状態像について、今回の横断調査と平成 20 年度慢性期調査を比較したところ、20 対 1 病棟においては、「医療区分 2 と 3」の患者割合が増加し(68.1%→87.1%)、「医療区分 1」の患者割合は低下した(31.9%→12.9%)。
 - ・ また、横断調査をもとに医療療養病棟と介護療養病棟を比較したところ、介護療養病棟の「医療区分 2 と 3」の患者割合は 27.3%、「医療区分 1」の患者割合は 72.7%であり、医療療養病棟の方が「医療区分 2 と 3」の患者割合が高く、「医療区分 1」の患者割合が低い。
 - ・ 平成 17 年度調査では、医療療養病棟（医療区分 3：8.8%、医療区分 2：38.3%、医療区分 1：53.0%）と介護療養病棟（医療区分 3：6.2%、医療区分 2：35.8%、医療区分 1：57.9%）の患者の医療区分の分布に大きな差はなかったことを踏まえると、両者の機能分化が進んでいる。
- (2) レセプト調査・コスト調査による病院収支の動向について

- ・ 今回のレセプト調査をもとに、医療療養病棟における患者 1 人当たりの診療報酬請求額（収入）を算出し、平成 20 年度調査と比較したところ、20 対 1 病棟は収入が増加しており（16,200 円→17,616 円）、25 対 1 病棟は収入が減少していた（16,200 円→14,476 円）。
- ・ （P）コスト調査の結果

4. 医療区分 1 の実態と検証

- ・ 医療区分を導入した平成 18 年当時と比較すると、医療療養病棟における「医療区分 1」の患者割合は低下しているものの（53.0%→12.9%）、「医療区分 1」の患者は重症化しているという意見があった。
- ・ しかしながら、その重症化しているという実態を検証するためには、今後タイムスタディ調査の実施が必要ではないかという意見があった。
- ・ なお、タイムスタディ調査を実施するに当たっては、見守りや医学管理の時間の取扱いや、「医療区分 2」の採用項目が重複する患者のケア時間の評価等についての課題を整理した上で実施すべきという意見があった。
- ・ 「医療区分 1」でも認知症で手間の係る患者については評価すべきではないかという意見があった。

5. 慢性期入院医療の実態と検証

（1）横断調査の分析

- ・ 在院日数を比較したところ、一般病棟の「在院日数 90 日超えの患者（以下、「90 日超え患者」という。）」の割合は 13 対 1 病棟で 14.1%、15 対 1 病棟で 24.0%、医療療養病棟では 20 対 1 病棟で 78.6%、25 対 1 病棟で 74.9%という結果が得られた。
- ・ また、病棟ごとに全患者に占める「90 日超え患者」の割合を比較したところ、一般病棟は「90 日超え患者」の割合が高い病棟は少なく、医療療養病棟は「90 日超え患者」の割合が高い病棟が多かった。
- ・ 在院日数や年齢、疾患等の患者の状態を比較したところ、一般病棟と医療療養病棟には、状態の類似した患者が一定程度存在するという結果が得られた。
- ・ 一般病棟と医療療養病棟の検査の実施状況を比較したところ、状態の類似した患

者に対する検査の実施状況に一定の差があるという結果が得られた。

- ・ 13対1と15対1の一般病棟を有する病院の急性期機能について分析を行ったところ、一定の救急対応が行われていた。また、一般病棟における救急体制等についての地域における特徴は、今回の調査では明確には認められなかった。
- ・ 以上のような有益な分析結果が得られたため、今回のような横断調査は、慢性期入院医療の実態を把握するため、一定期間の後に再度実施すべきという意見があった。

(2) レセプト調査の分析

- ・ レセプト調査をもとに、一般病棟における「特定除外患者」の状況を分析したところ、「90日超え患者」のほとんどが「特定除外患者」に該当していた（13対1病棟で96%、15対1病棟で94%）。
- ・ また、患者1人1月当たりのレセプト請求額を算出したところ、一般病棟の「特定除外患者」は13対1病棟で65.0万円、15対1病棟で57.8万円、医療療養病棟の「90日超え患者」は20対1病棟で52.5万円、25対1病棟で42.5万円と一定の差が認められた。状態（在院日数と転帰）が類似している患者についても同様の比較を行ったが、一定の差が認められた。

6. 認知症患者の実態と検証

(1) 認知症患者の実態

- ・ 認知症、特に周辺症状・問題行動（以下、「BPSD」という。）を有する患者のケアについては手間が係るため、評価すべきという意見があった。
- ・ 横断調査をもとに、医療療養病棟の患者の「認知症高齢者の日常生活自立度」を分析したところ、「IVとM」の患者が20対1病棟で48.0%、25対1病棟で41.3%存在することが認められた。
- ・ 「認知症高齢者の日常生活自立度IVとM」の患者については評価が低いという意見がある一方で、ほとんどの「IVとM」の患者は「ADL区分3」に該当しており（20対1病棟で88.3%、25対1病棟で83.2%）、「ADL区分」で評価されているのではないかという意見があった。

(2) B P S Dへの対応

- ・ 認知症専門家からのヒアリングでは、「B P S D」への対応について、認知症疾患医療センターに所属する専門医等と地域の医療機関が連携して診療を行うことにより、治療効果が高まるという意見があった。
- ・ しかしながら、現在、「B P S D」の状態の評価尺度については、関係者の合意がなされたものが存在せず、専門家においても開発中ということであった。
- ・ 医療療養病棟における認知症患者（「B P S D」を含む）の実態把握の方法及び評価のあり方については、今後も引き続き検討すべきではないかという意見があった。

7. 医療の質の検証

(1) 提供されている医療の質の状況

- ・ 医療療養病棟で提供されている医療の質の状況を検証するため、横断調査をもとにQ I (Quality Indicator)を算出したところ、「身体拘束」(17.3%→12.3%)、「留置カテーテル」(14.7%→13.4%)、「尿路感染」(13.4%→6.0%)、「褥瘡」(9.8%→5.2%)のいずれも平成20年度調査と比較して、改善傾向にあった。
- ・

(2) 評価票の記載状況

- ・ 同一の医療機関における、横断調査の「患者特性調査票」とレセプトに添付された「医療区分・ADL区分に係る評価票（以下、「評価票」という。）」の医療区分採用項目の記載状況を比較したところ、平成20年度調査では2割程度あった両者間の差が、今回の調査では1割程度に縮小していた。
- ・ これは、「評価票」への記載が不十分であるという意見がある一方で、平成22年改定で「評価票」のレセプトへの添付が義務付けられたため、記載状況が改善しているのではないかという意見があった。

慢性期入院医療の包括評価調査分科会

報告書のたたき台

(資料編)

平成22年診療報酬改定における療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

(単位:点)

➤評価区分の見直しと適正化

【改訂前】

【改定後】

療養病棟入院基本料 1

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】

25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合には20:1配置が必要

【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



	医療区分 1	医療区分2	医療区分3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

	医療区分1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

➤日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

医療区分

医療区分3

【疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態

【医療処置】

- ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄
- ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理
- ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)

医療区分2

【疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患
- ・その他の難病(スモンを除く)
- ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD)
- ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態
- ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創
- ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)

【医療処置】

- ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)
- ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査
- ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)

医療区分1

医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

0	自立	手助け、準備、観察は不要又は1～2回のみ
1	準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2	観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3	部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4	広範な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(例えば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5	最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6	全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(及び本動作は一度もなかった場合)

6段階で評価し合計
各項目について

項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

ADL区分	ADL得点
1	0～10
2	11～22
3	23～24

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の概要

○調査時期 : 平成22年6月実施

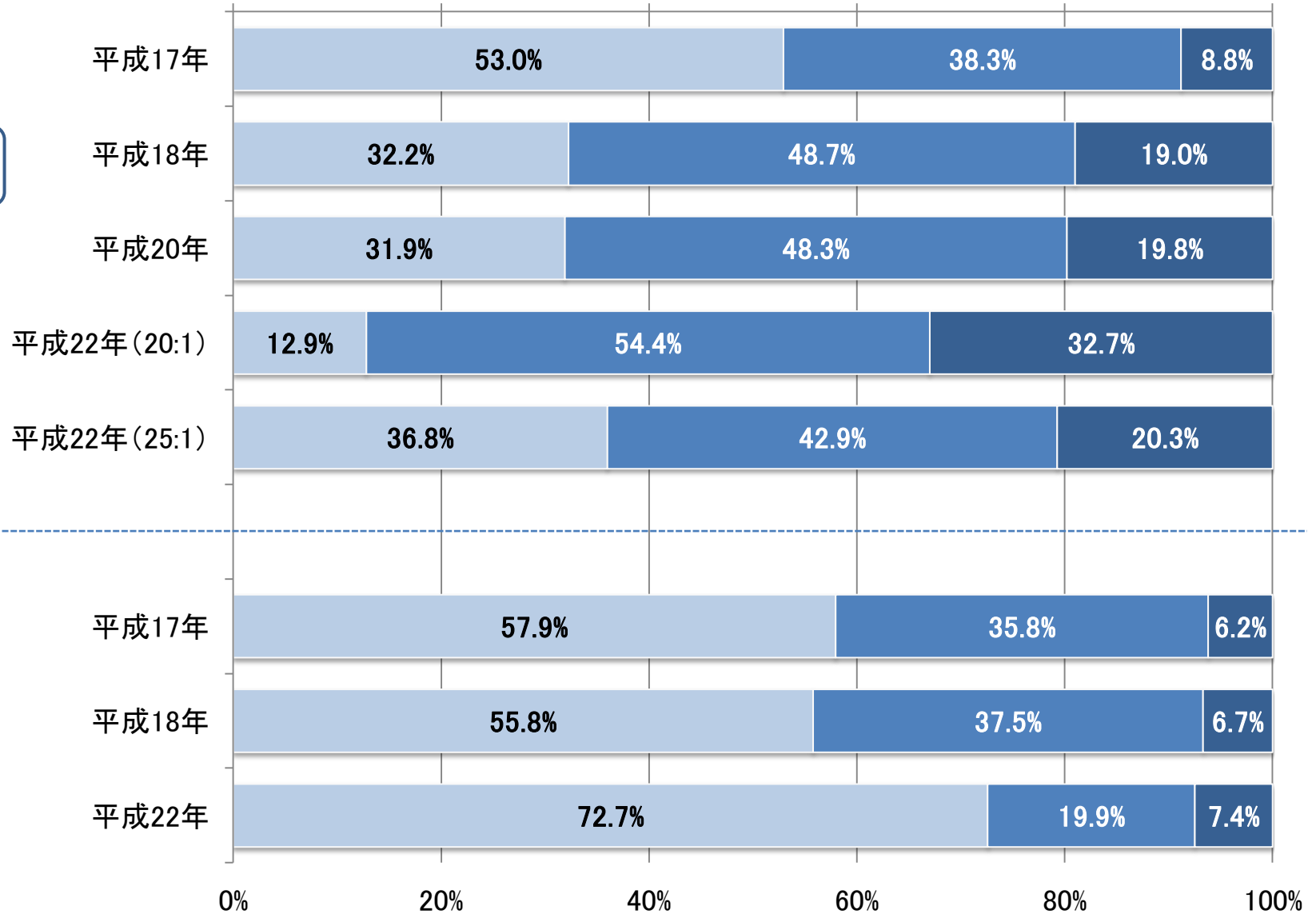
○調査方法 : 療養病床等の入院患者等の状態を、共通尺度を用いて横断的に把握。

調査対象施設	発送数 (単位:施設) ①	回収数		回収率 ②÷①	レセプト 件数 ④	割合 ④÷③
		施設票 (単位:施設) ②	患者票等 (単位:人) ③			
一般病棟13対1入院基本料の算定 病棟を有する病院	651	254	4,498	39.0%	2,898	64.4%
一般病棟15対1入院基本料の算定 病棟を有する病院	1,334	567	9,142	42.5%	5,671	62.0%
療養病棟入院基本料の算定病棟 を有する病院	2,744	1,615	32,153	58.9%	19,899	61.9%
診療所療養病床入院基本料 を算定している診療所	1,189	275	867	23.1%	597	68.9%

医療区分の年次推移

医療療養病棟

- 医療区分1
- 医療区分2
- 医療区分3



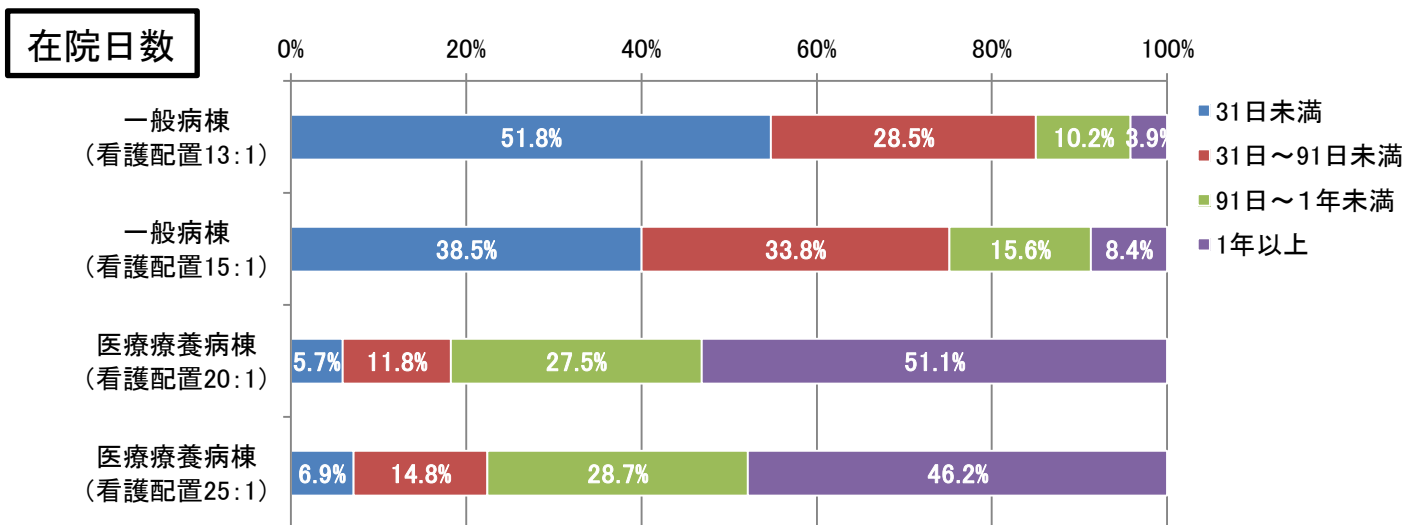
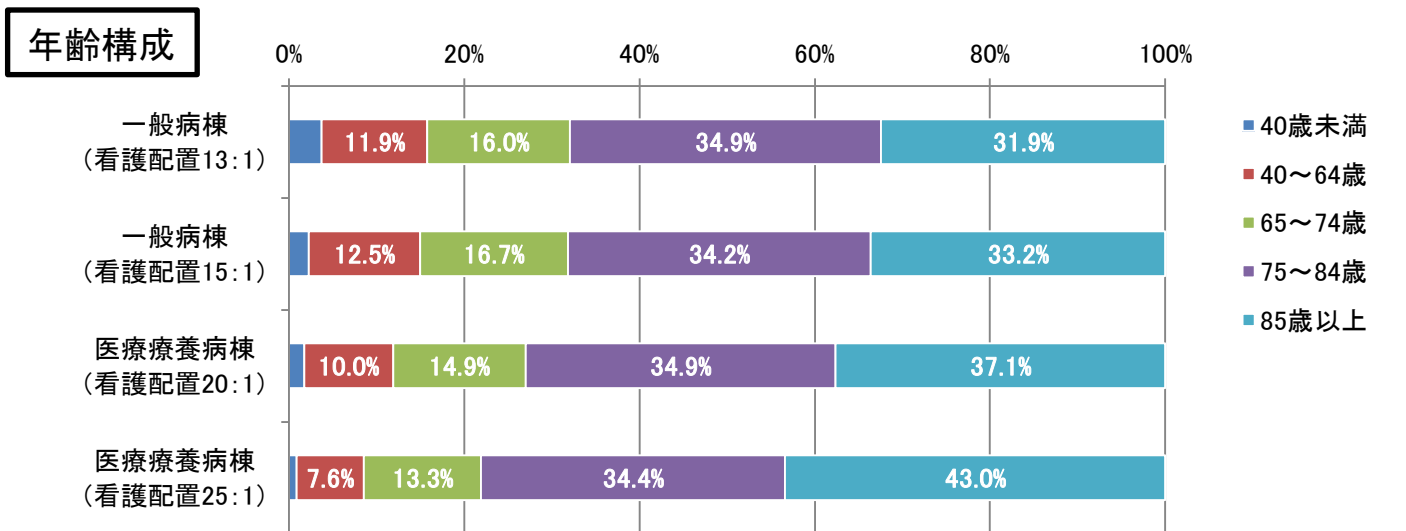
(P)レセプト調査とコスト調査の結果

○レセプト調査における患者1人1日当たり収入金額

(単位:円)

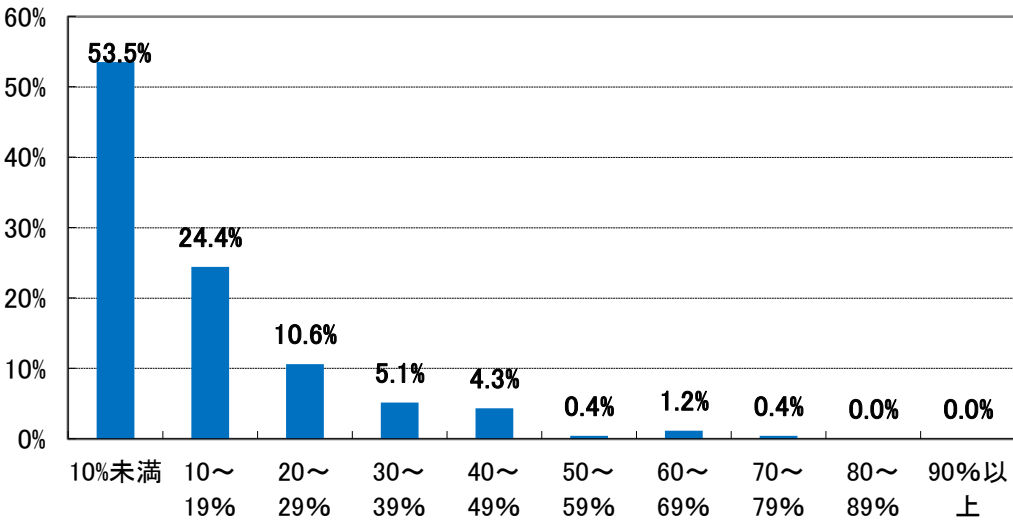
	レセプト 請求金額
22年度調査(20対1)	17,616
22年度調査(25対1)	14,476
20年度調査	16,200
18年度調査	15,753

対象者の年齢構成と在院日数

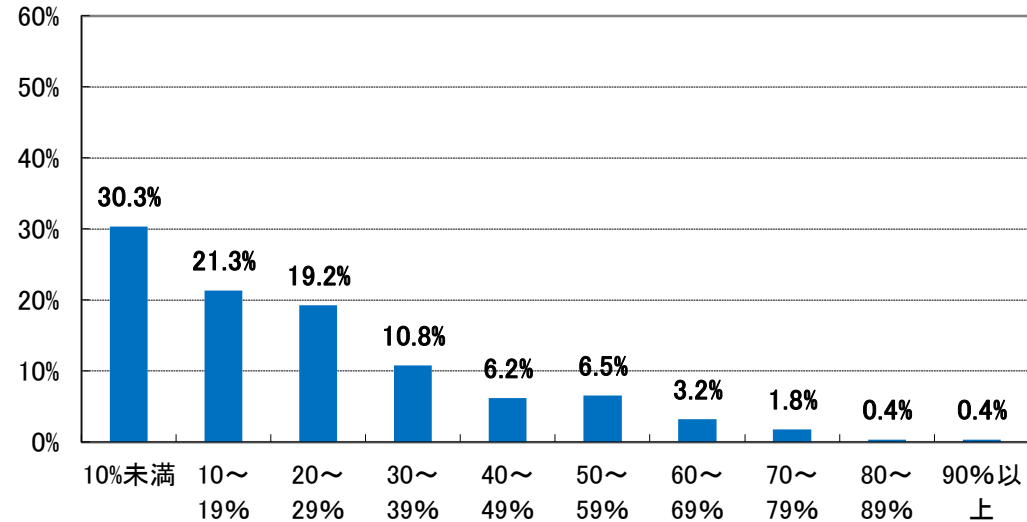


病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合

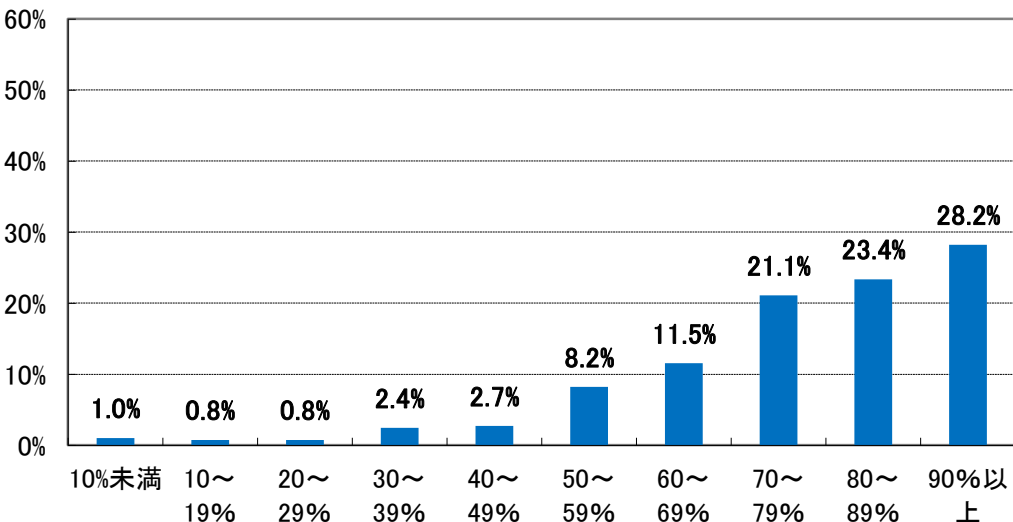
一般病棟(看護配置13:1) N=254施設



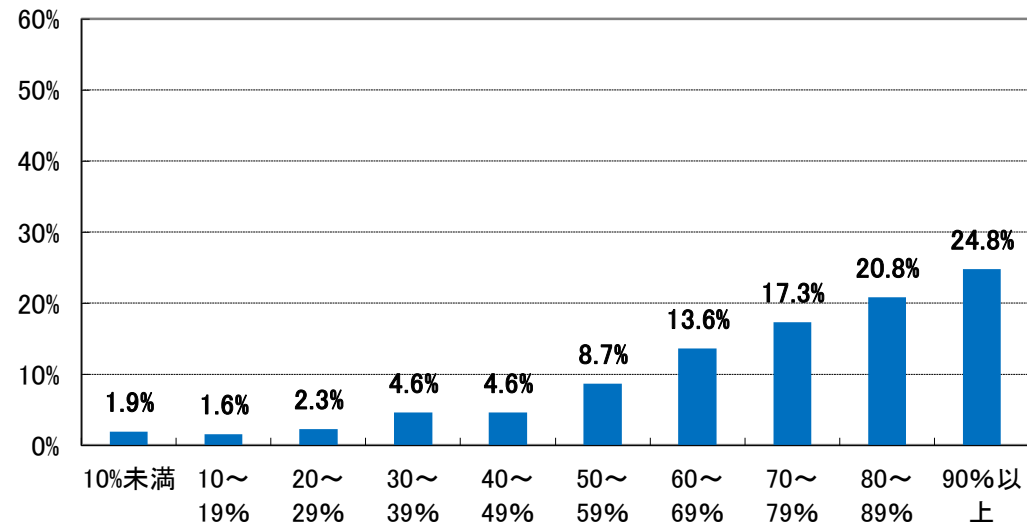
一般病棟(看護配置15:1) N=783施設



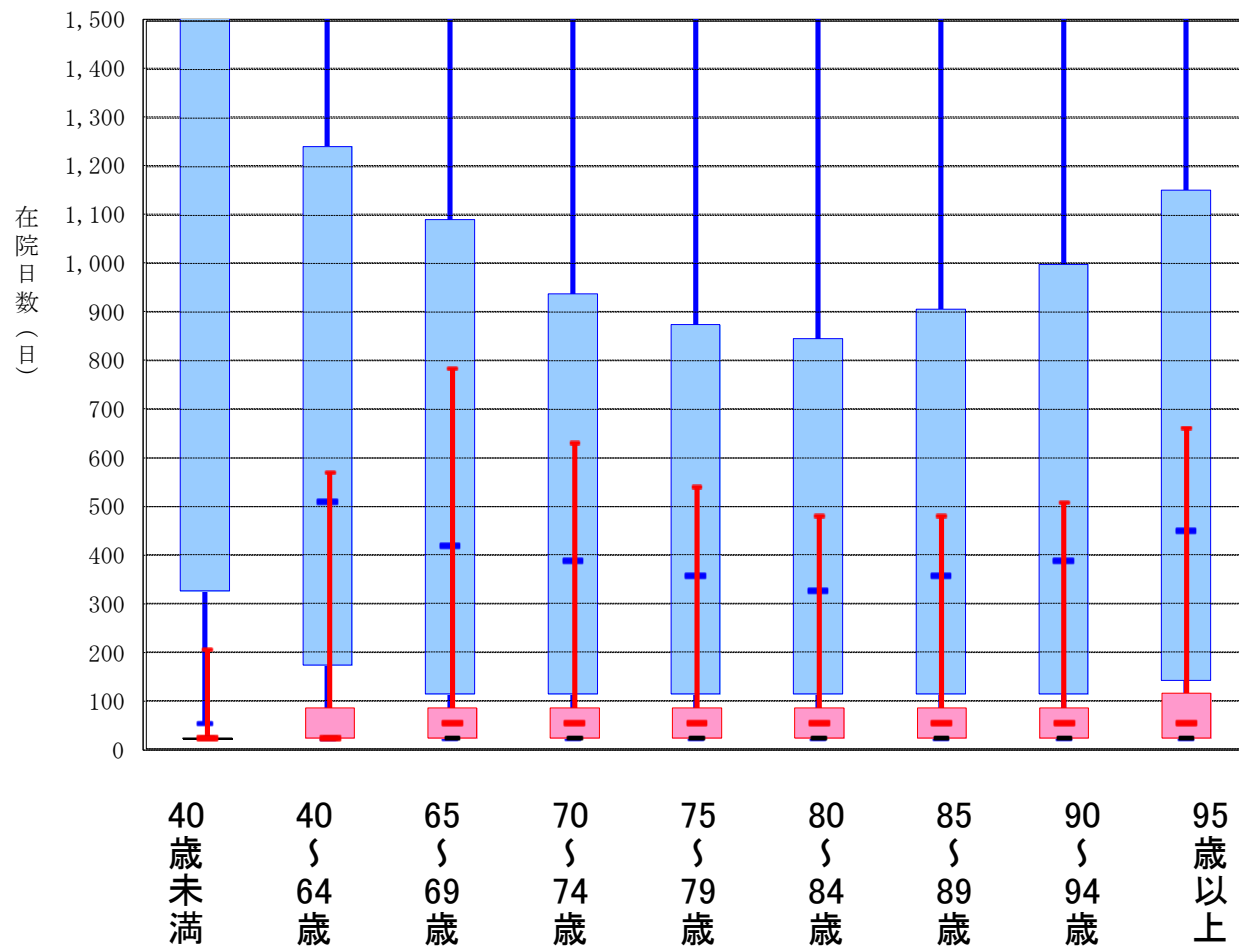
医療療養病棟(看護配置20:1) N=567施設



医療療養病棟(看護配置25:1) N=832施設

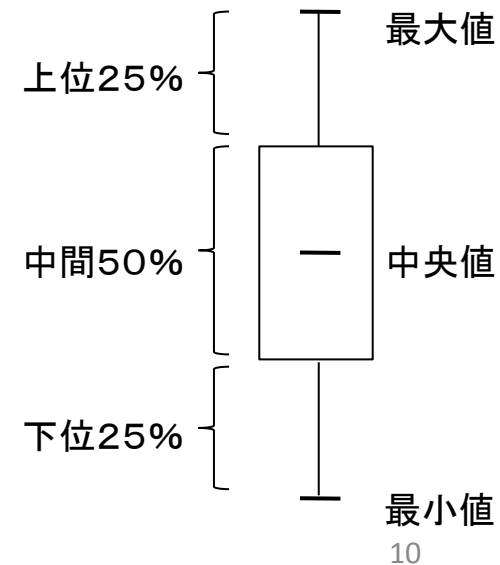


在院日数と年齢のクロス集計(箱ひげ図)



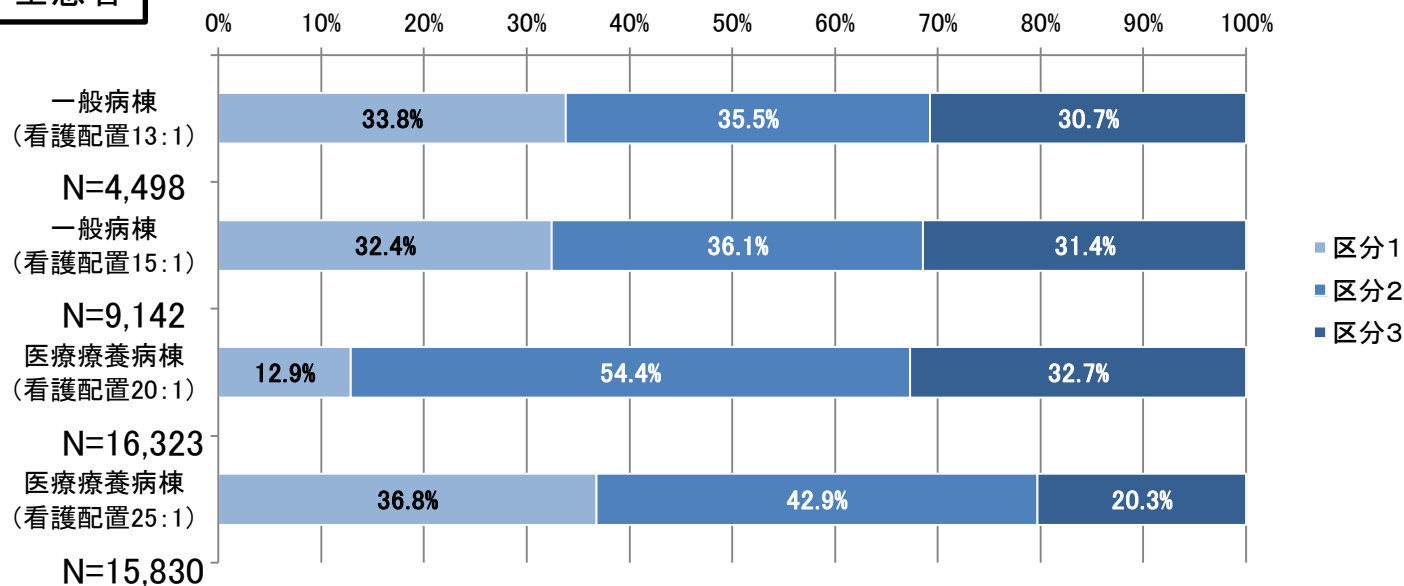
■ 療養病棟
■ 一般病棟
 (13対1、15対1)

(参考)箱ひげ図

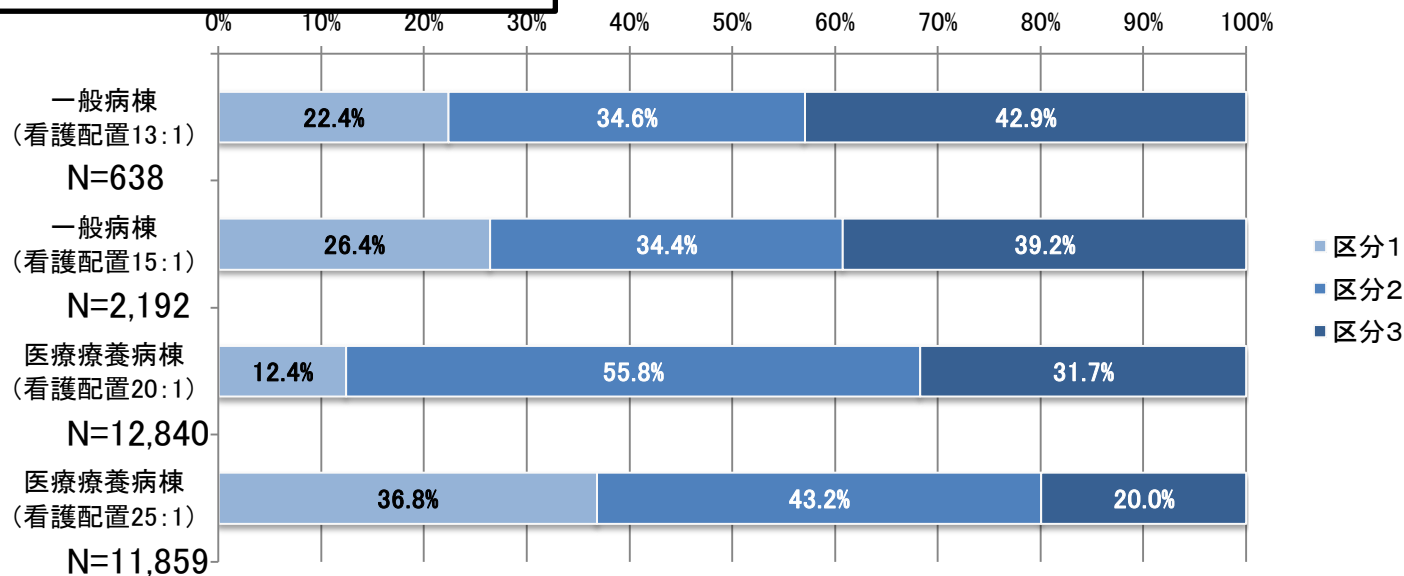


医療区分の病棟ごとの比較

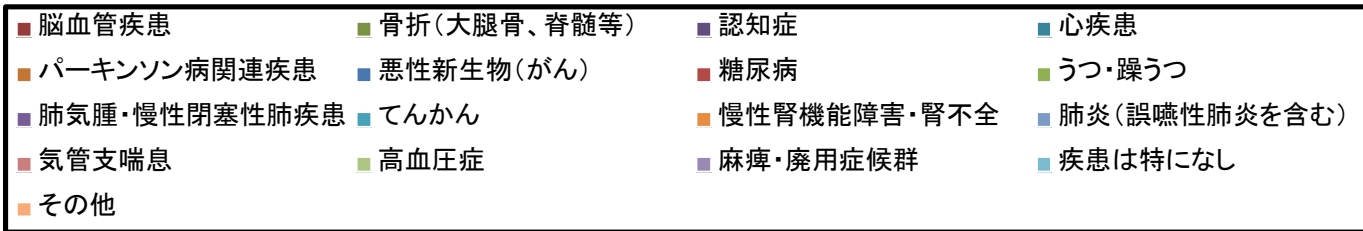
全患者



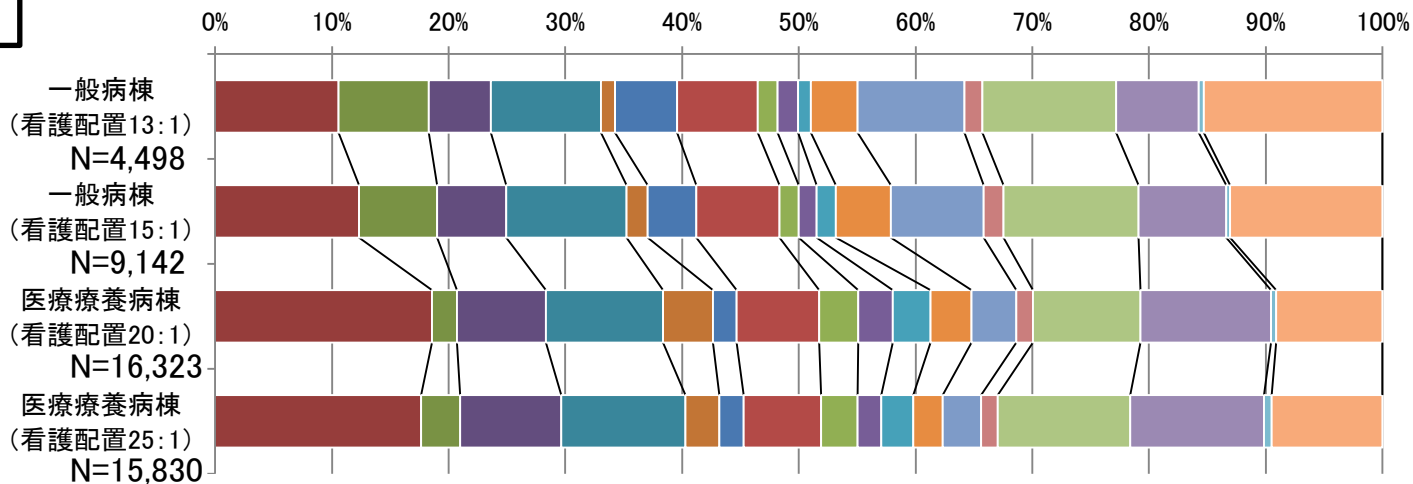
(再掲) 在院90日超えの患者のみ



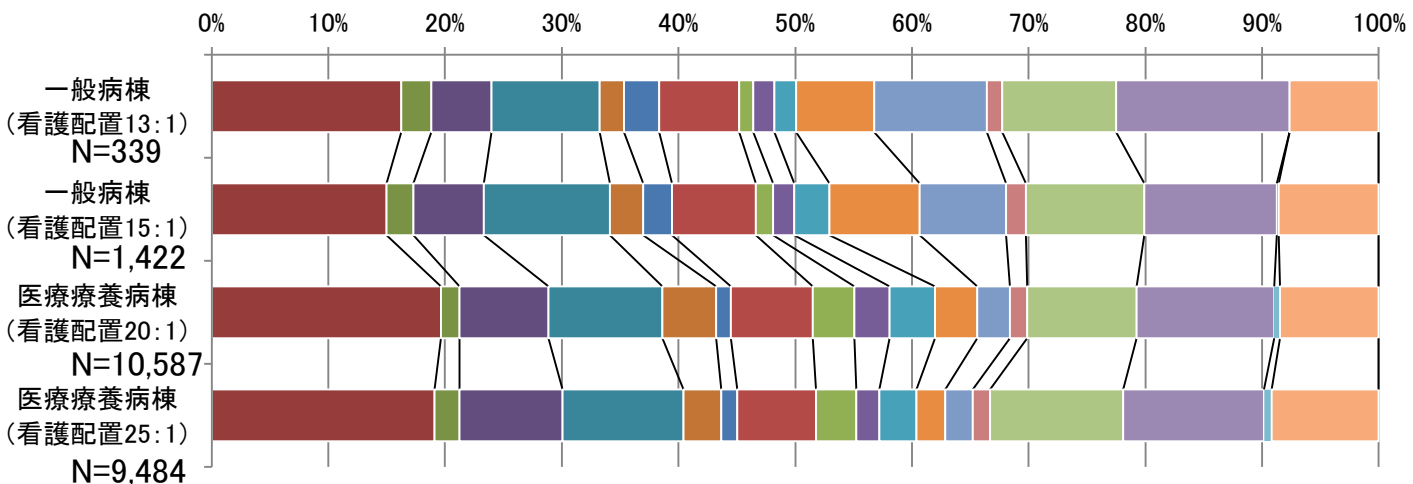
疾患別構成(現在治療中の疾患)



全患者

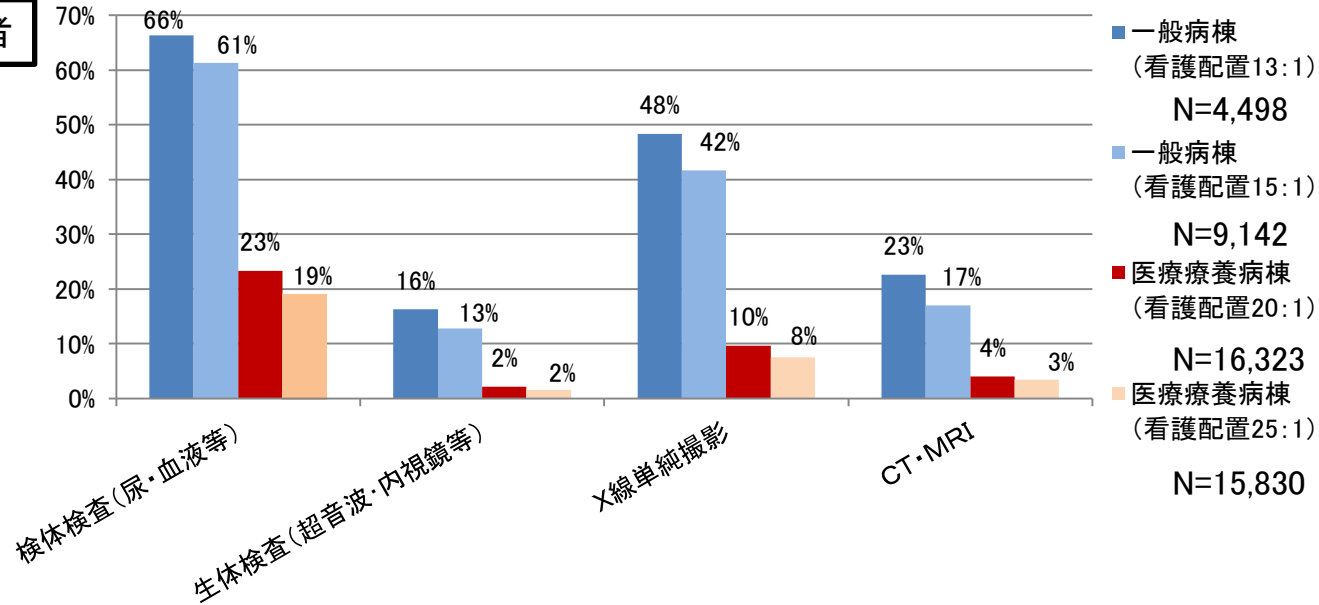


(再掲) 30日後の病状の見通し「不変」かつ在院90日超えの患者のみ

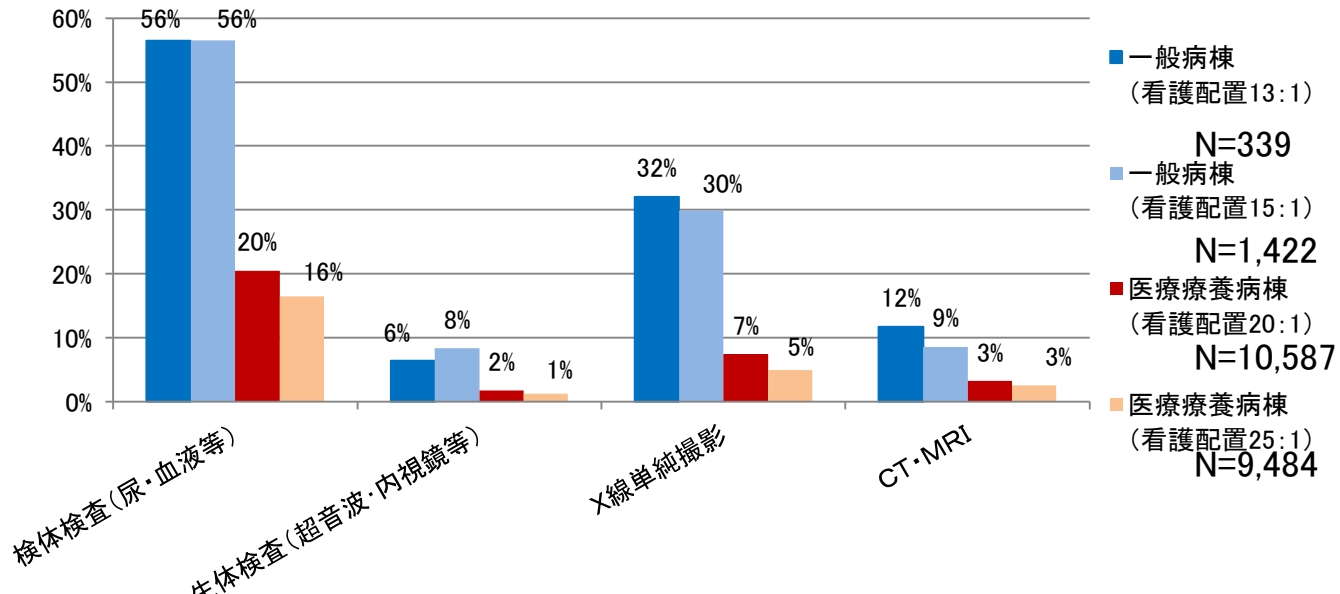


直近一週間の検査の実施状況

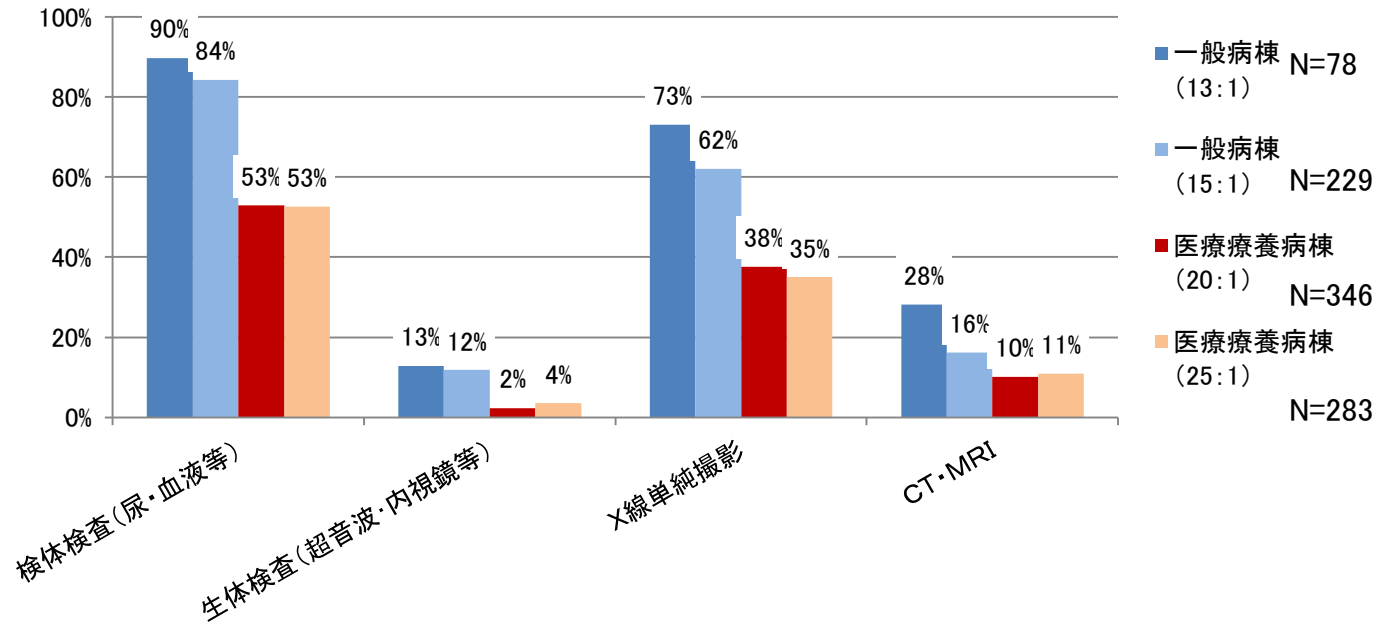
全患者



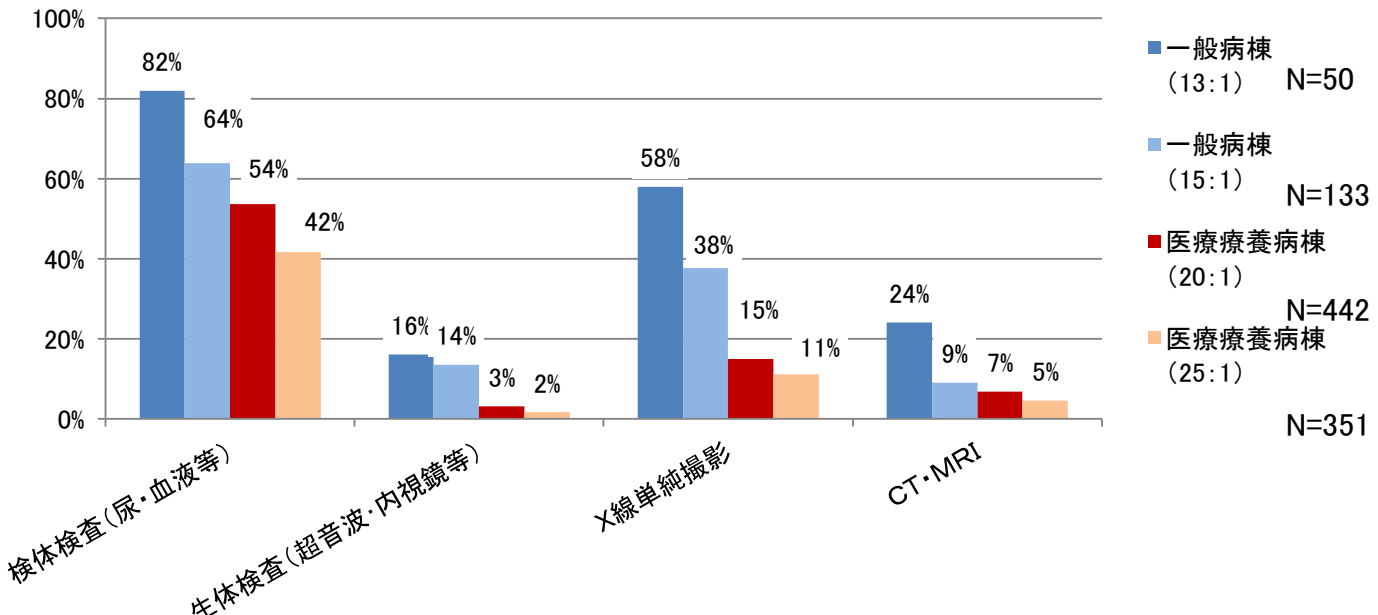
※「在院90日超え」かつ「30日後の病状の見通しが不変」の患者について集計



在院日数90日超えの肺炎患者

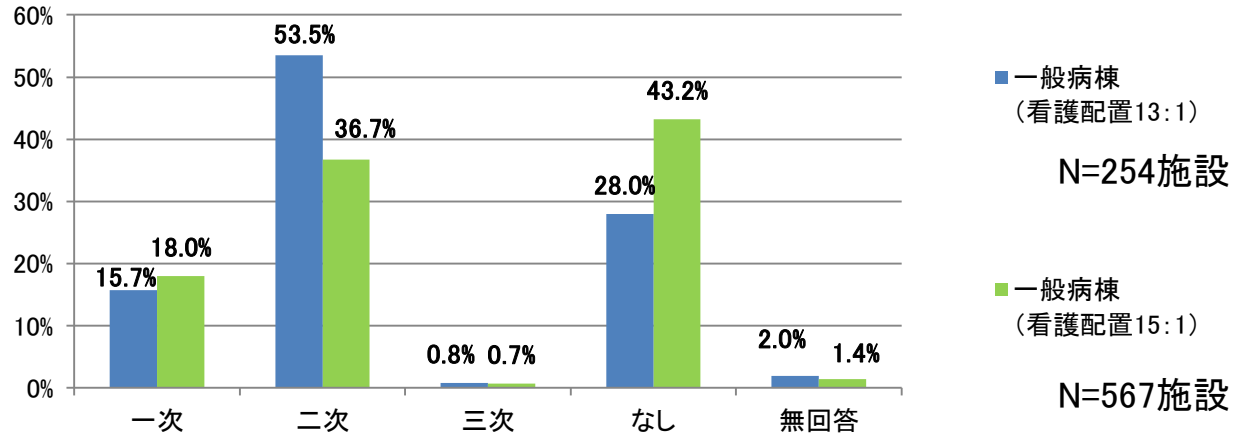


在院日数90日超えの尿路感染症患者

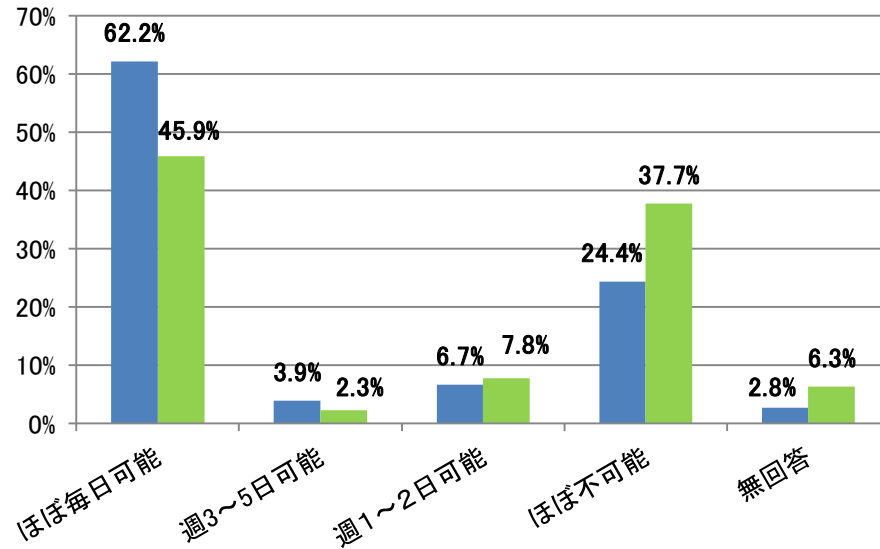


直近1ヶ月の急性期医療の実施状況(一般病棟のみ)

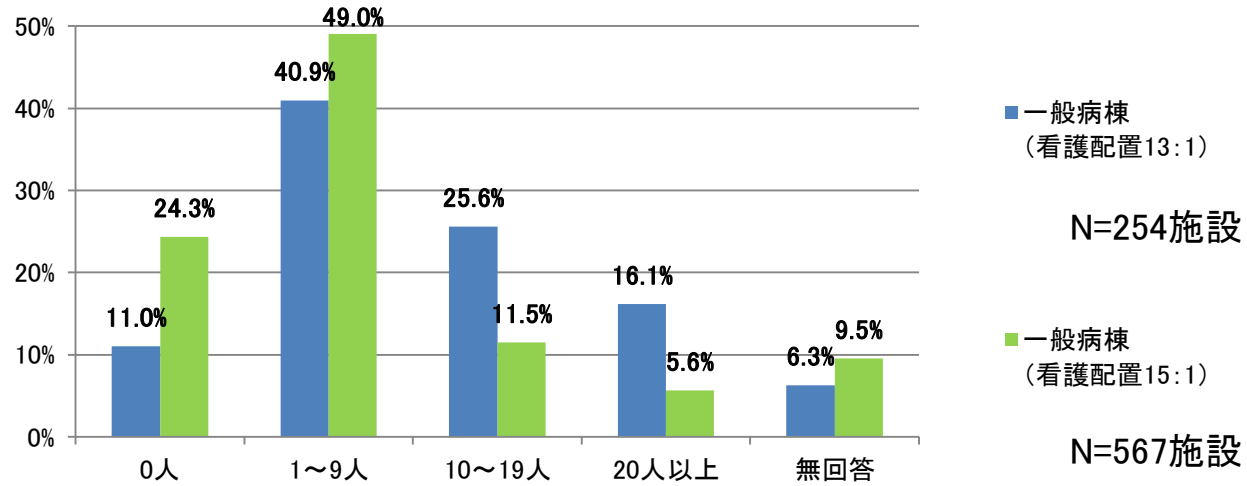
救急告示



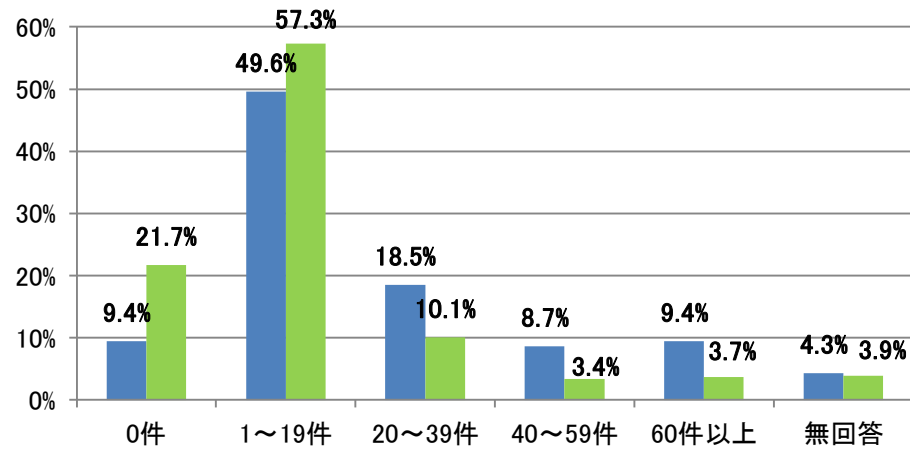
24時間救急対応の可否



時間外緊急入院患者数

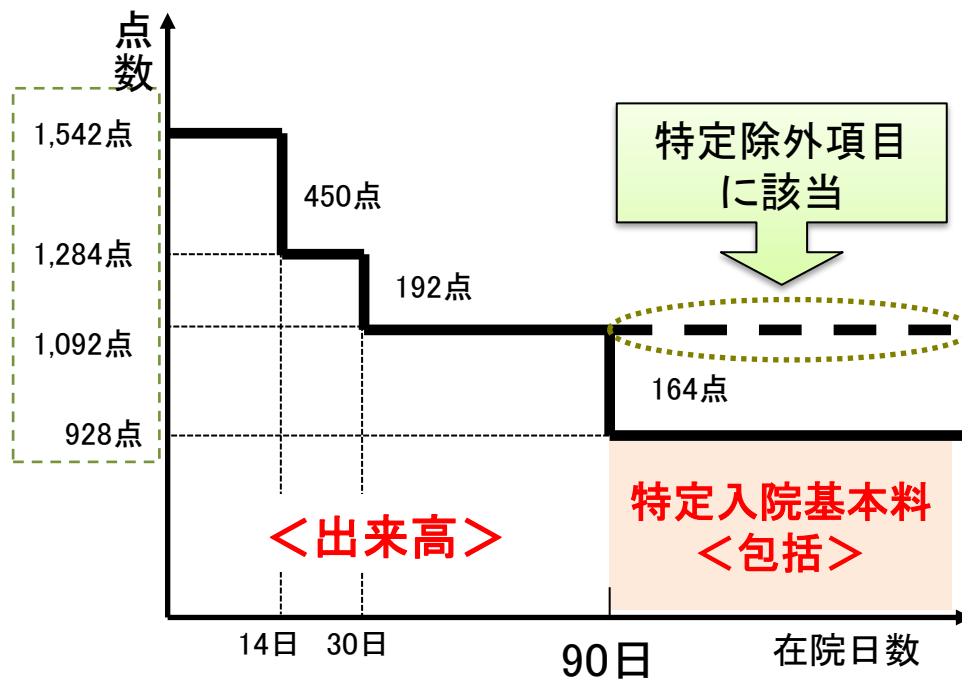


救急車受入件数



一般病棟入院基本料

一般病棟入院基本料	
7対1	1,555点
10対1	1,300点
13対1	1,092点
15対1	934点
特定(包括)	928点



※点数は13対1看護配置の場合

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

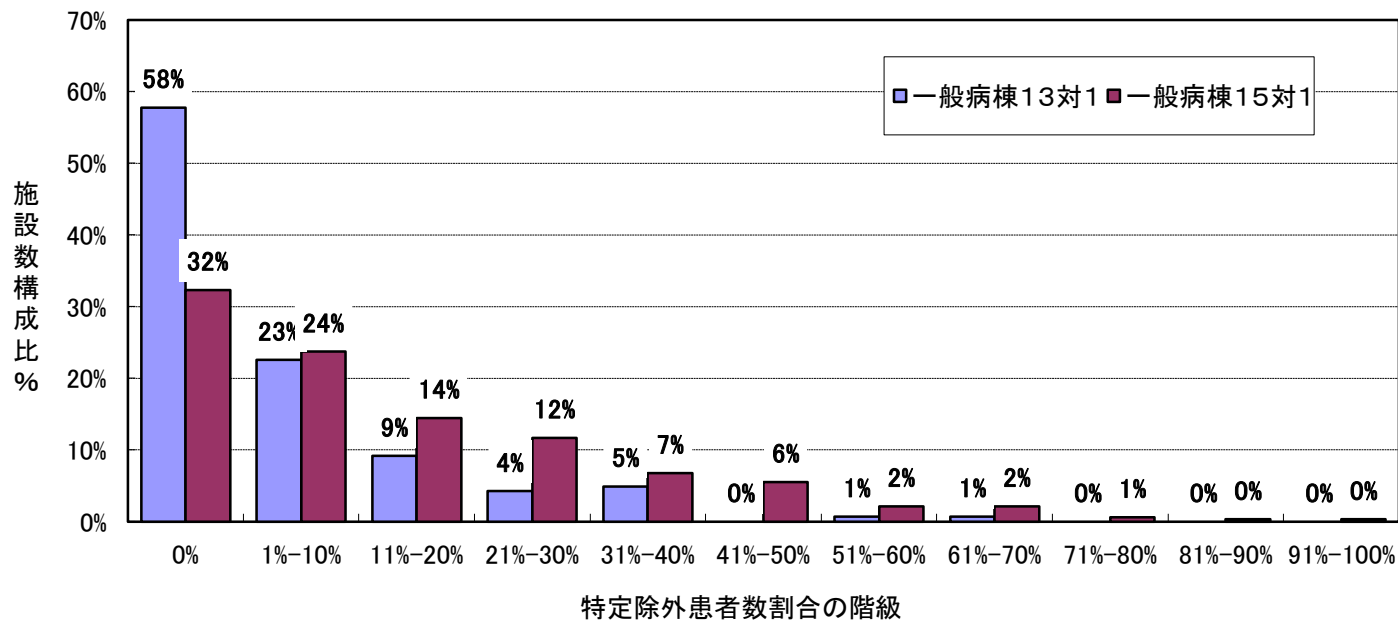
- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

レセプト調査の分析

特定除外項番別の患者数

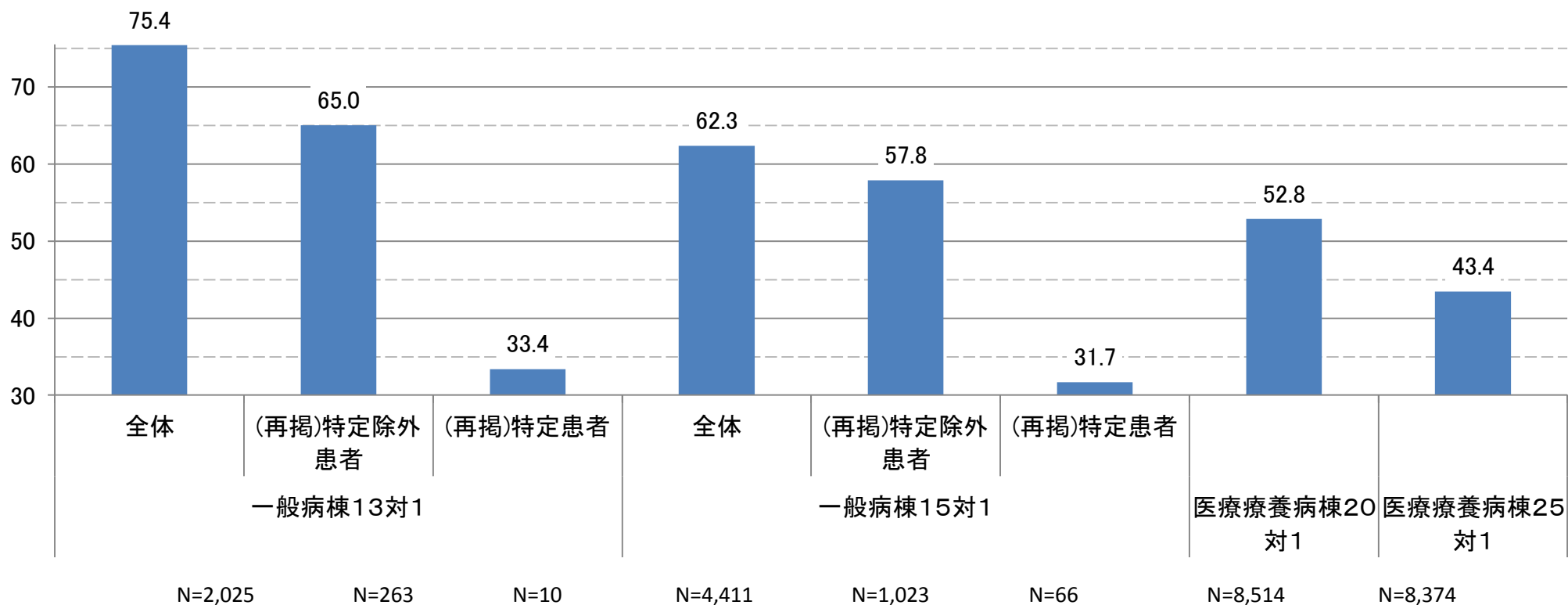
特定入院基本料の除外対象患者	一般病棟13対1	一般病棟15対1
在院日数90日超え患者に占める割合	96%	94%

特定除外患者の病院ごとの割合



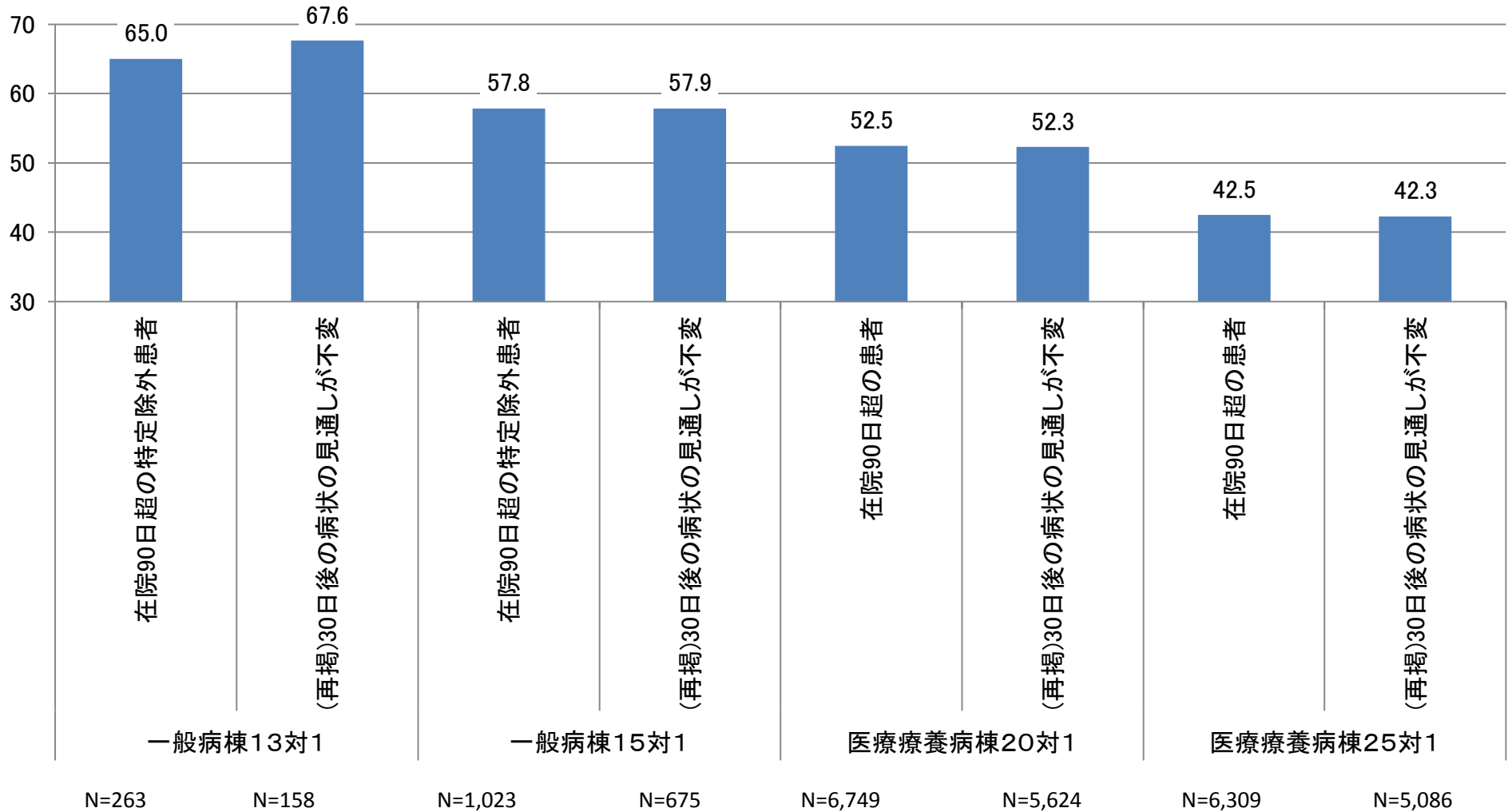
レセプト請求金額 (30日換算)

(万円)

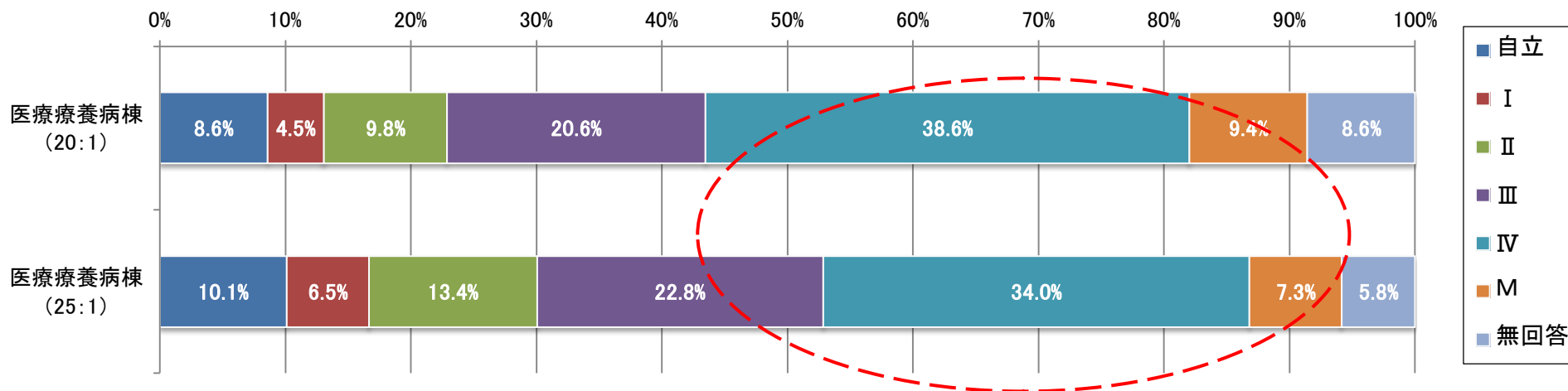


レセプト請求金額 (30日換算)

(万円)



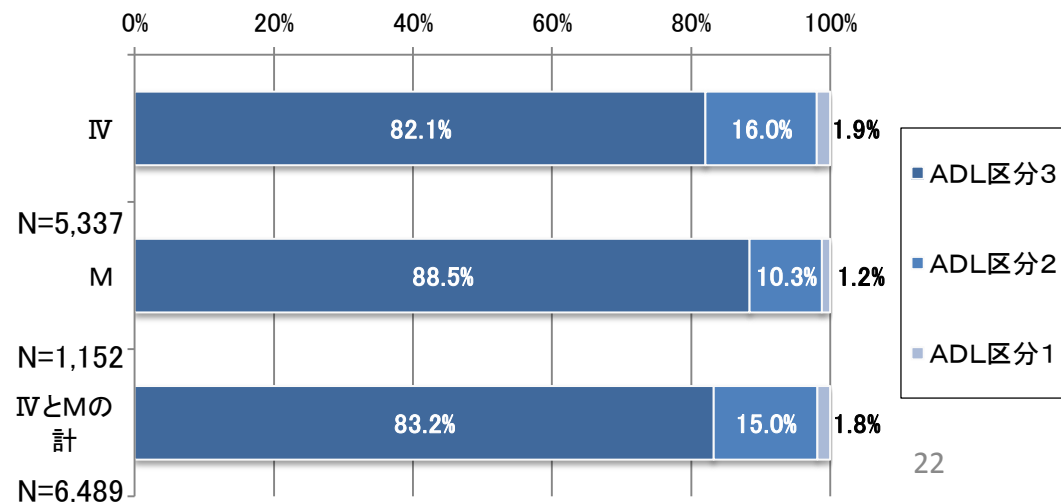
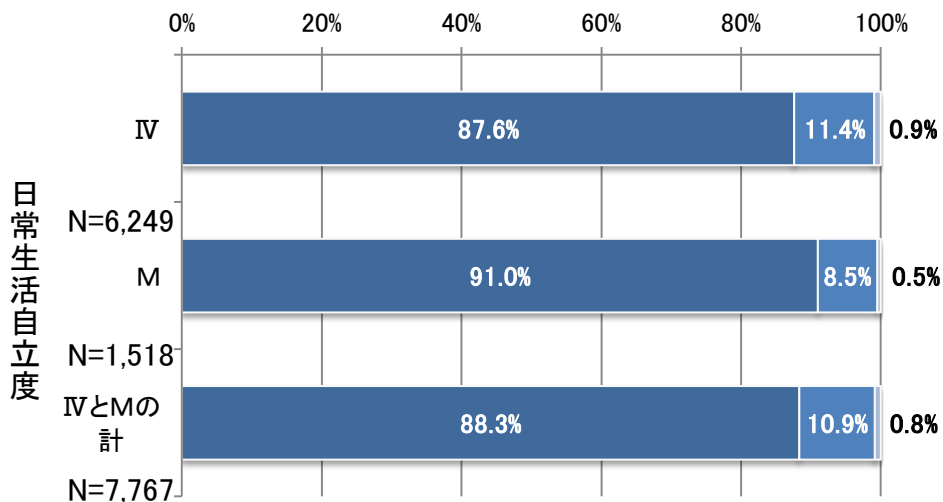
認知症高齢者の日常生活自立度の状況



認知症高齢者の日常生活自立度 × ADL区分のクロス集計

医療療養病棟 (20:1)

医療療養病棟 (25:1)



(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

○「医療区分・ADL区分に係る評価票」の分析

※「医療区分・ADL区分に係る評価票」及び「患者特性調査票」ともに提出のあった患者について集計。

評価項目該当数別件数の状況

評価項目該当数	医療療養病棟20対1				医療療養病棟25対1			
	医療区分・ADL区分に係る評価票		患者特性調査票		医療区分・ADL区分に係る評価票		患者特性調査票	
	件数	構成比%	件数	構成比%	件数	構成比%	件数	構成比%
該当1項目のみ該当する患者数	4,878	53%	3,929	43%	3,884	43%	3,476	38%
該当2項目以上該当する患者数	3,234	35%	4,047	44%	1,784	20%	2,349	26%
該当項目無し (医療区分1)	1,029	11%	1,165	13%	3,440	38%	3,283	36%
合 計	9,141	100%	9,141	100%	9,108	100%	9,108	100%

(参考)平成20年度調査

評価項目該当数	医療区分・ADL区分に係る評価票		患者特性調査票	
	件数	構成比%	件数	構成比%
該当1項目のみ該当する患者数	329	69%	2,479	46%
該当2項目以上該当する患者数	147	31%	2,904	54%
合 計	476	100%	5,383	100%

QI (Quality Indicator) の算出

1. 平成22年度横断調査

QI項目	横断調査患者特性調査 QI算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
身体抑制	13病院	610人	12.3%	14.0%	0.0%	38.0%	0.0%	23.8%	40.3%	0病院	0.0%
留置カテーテル	20病院	771人	13.4%	11.0%	0.0%	37.1%	5.2%	21.8%	35.4%	1病院	5.0%
尿路感染症	20病院	771人	6.0%	9.1%	0.0%	40.0%	0.0%	9.0%	24.2%	1病院	5.0%
褥瘡	20病院	771人	5.2%	5.3%	0.0%	20.0%	0.0%	8.8%	15.7%	1病院	5.0%

2. 平成20年度調査

QI項目	平成20年度患者特性調査 QI算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
身体抑制	13病院	1,387人	17.3%	21.3%	0.0%	80.0%	6.1%	24.0%	59.9%	1病院	7.7%
留置カテーテル	20病院	1,832人	14.7%	9.7%	3.7%	35.3%	7.2%	20.0%	34.1%	2病院	10.0%
尿路感染症	20病院	1,832人	13.4%	15.3%	0.0%	60.3%	2.8%	16.9%	43.9%	1病院	5.0%
褥瘡	20病院	1,832人	9.8%	4.8%	1.4%	22.4%	7.1%	12.7%	19.5%	1病院	5.0%

3. 平成18年度調査

QI項目	平成18年度患者特性調査 QI算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
身体抑制	13病院	1,693人	17.6%	25.4%	0.0%	82.4%	1.0%	18.8%	68.4%	1病院	7.7%
留置カテーテル	20病院	2,057人	12.0%	7.9%	0.0%	27.4%	6.4%	17.1%	27.9%	0病院	0.0%
尿路感染症	20病院	2,057人	7.8%	6.4%	0.0%	20.8%	3.7%	11.3%	20.7%	1病院	5.0%
褥瘡	20病院	2,057人	10.8%	5.7%	3.2%	20.8%	6.4%	17.0%	22.2%	0病院	0.0%

※平成18・20年度の患者特性調査に参加した25病院のうち、今回の横断調査についても参加のあった20病院のデータを算出