

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 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
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授



○ : 分科会長

(平成25年度第6回) 入院医療等の調査・評価分科会

平成25年7月17日

本日の検討項目

- ① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
- ② 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討
- ④ その他

調査項目

【平成24年度】

- (1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進
 - ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
 - ② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - ③ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態 等
- (2) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討
- (3) 診療報酬点数表における簡素化の検討
- (4) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

(4) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

【附帯意見11】

医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

【関係する改定内容】

地域に密着した医療提供を行うことが困難な地域等において、下記の改定を行った。

- ①一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とした。
- ②亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設した。
- ③チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設した。
- ④ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設した。

【調査内容案】

地域に配慮した評価に関する影響調査

調査対象：地域に配慮した評価の対象となった医療圏にある医療機関等

調査内容：今回改定により評価した項目の算定状況、改定後の医療機関の動向等

本日の検討項目

- ① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
- ② 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討
- ④ その他

① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響

○ 7対1基本料のあり方について

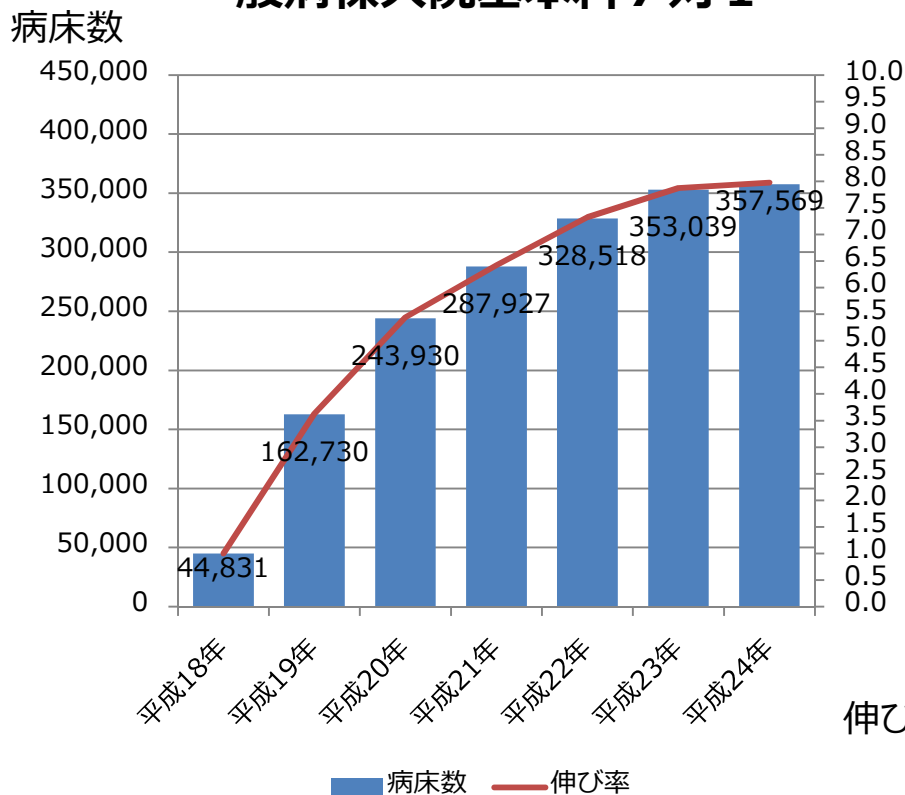
- 平均在院日数について
 - 短期滞在手術
 - 特定除外制度（慢性期入院医療の適切な評価）
- 重症度・看護必要度の項目について
- その他の指標について

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

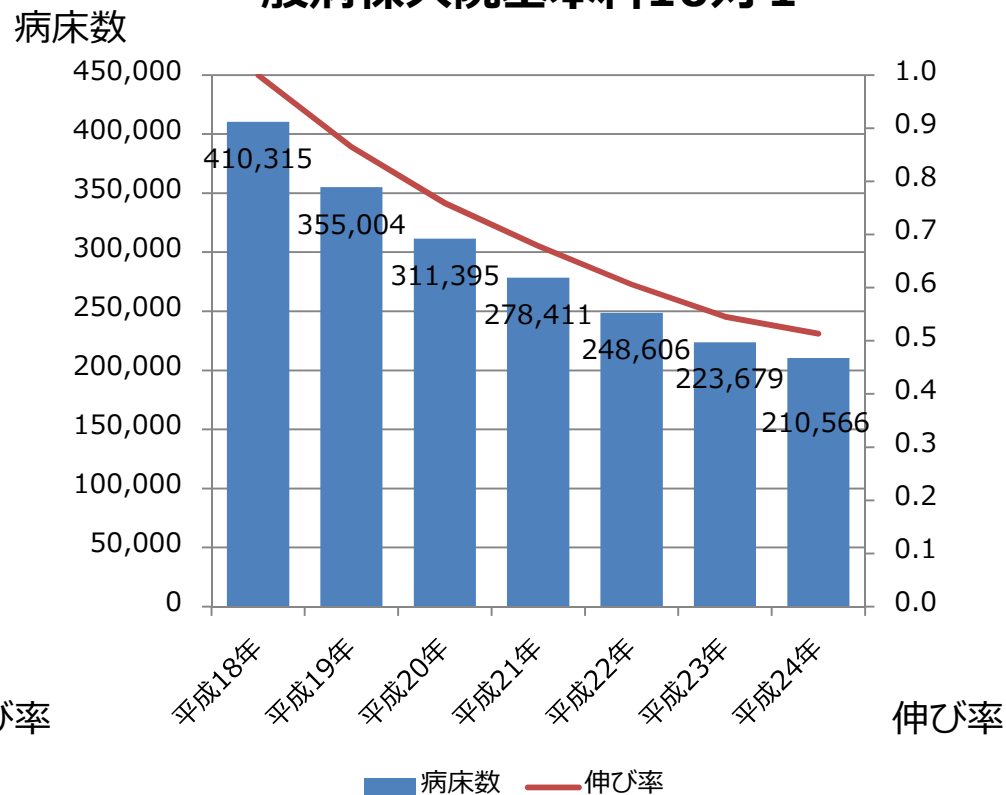
診調組 入 - 1
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少

一般病棟入院基本料7対1



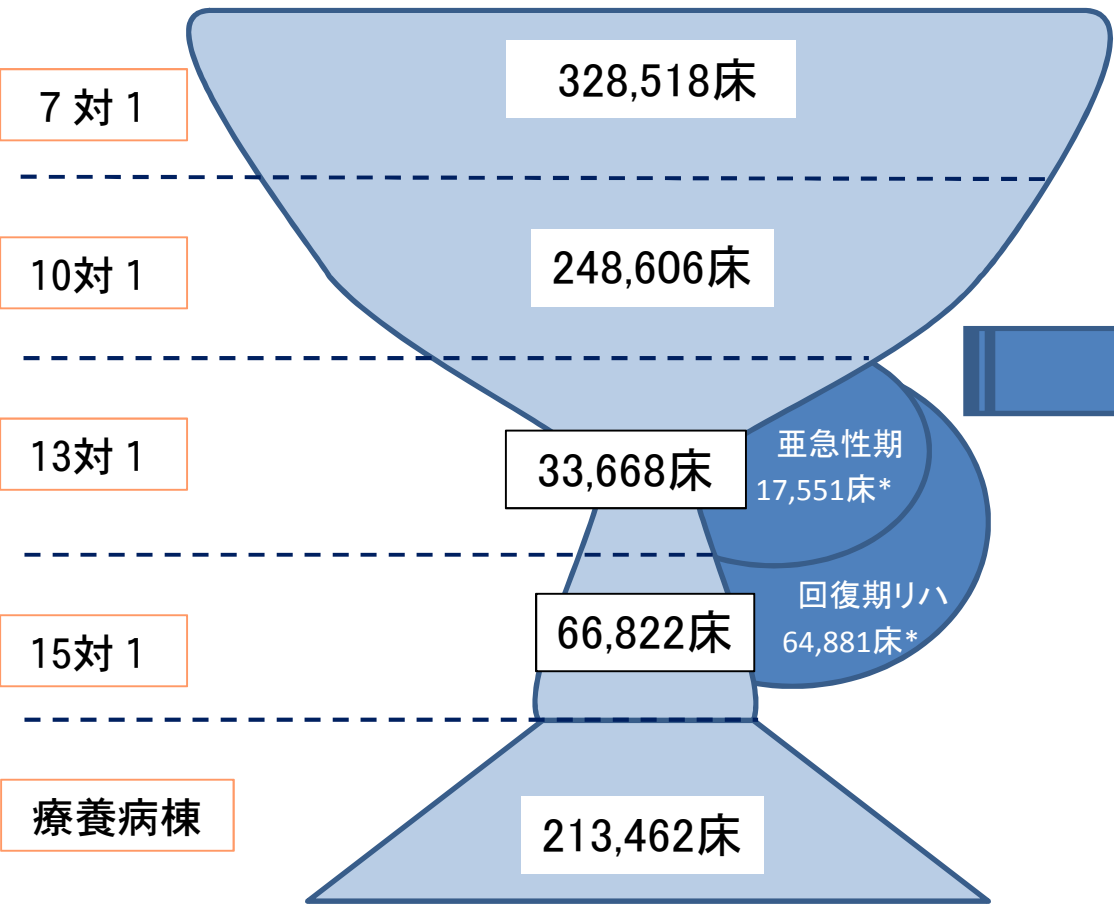
一般病棟入院基本料10対1



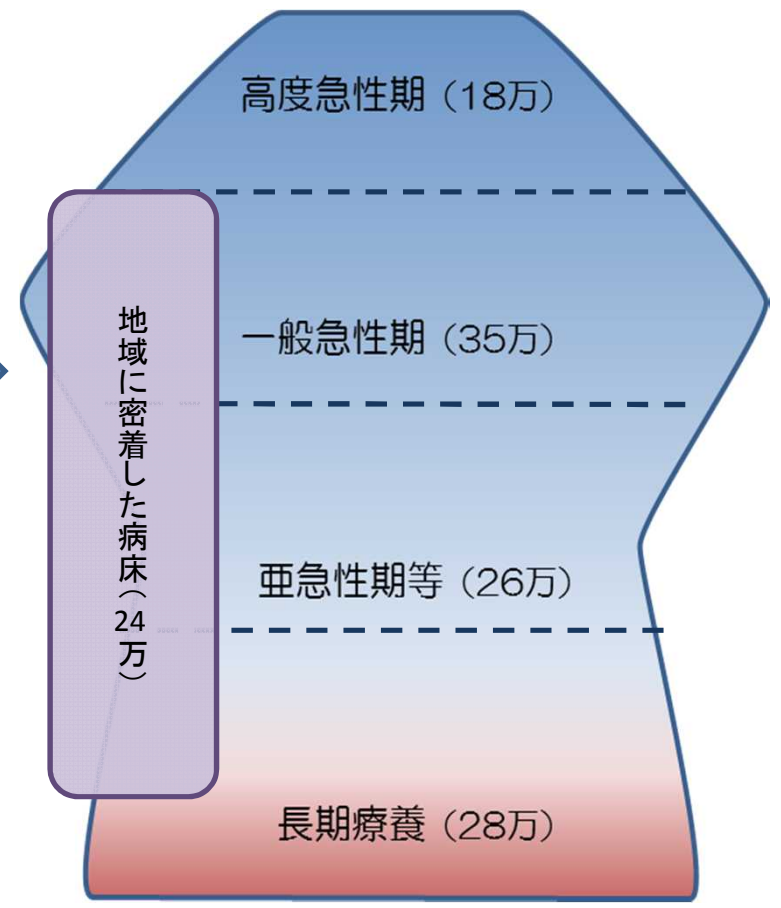
※ 平成18年を1とした時の伸び率
 ※※ 平成24年は暫定値

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞



* 亜急性期、回復期リハの病床数についてはH24年7月現在

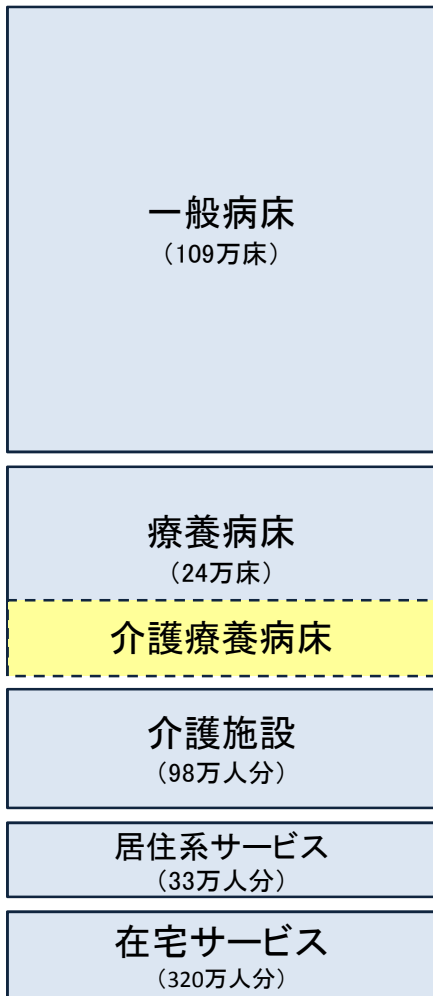
現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

中医協 総 - 3
25. 3. 13

【2012(H24)】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

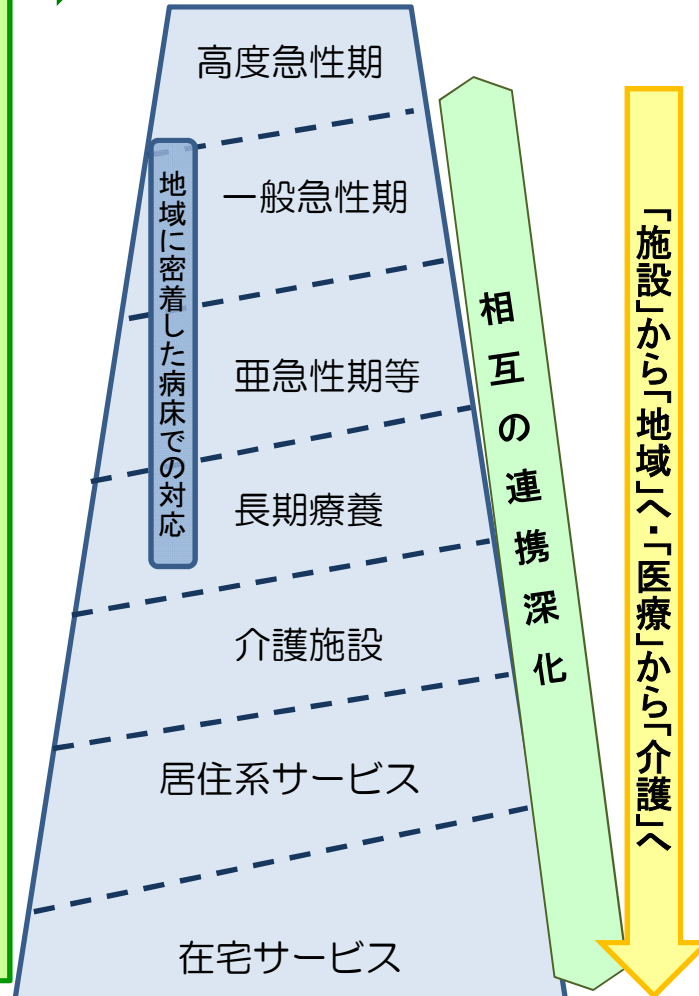
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

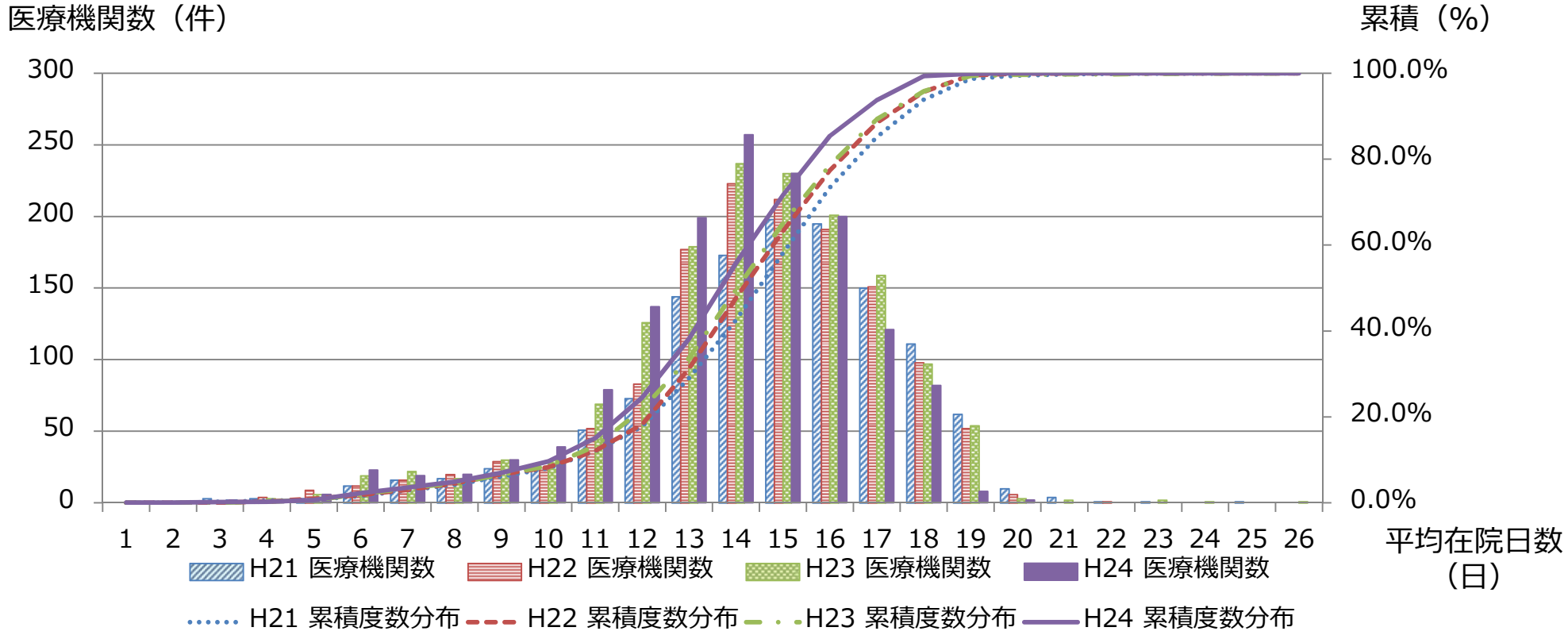
一般病棟入院基本料(7対1)の施設基準について

施設基準

- ① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が18日以内であること。
- ④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)
- ⑤ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数以上であること。

一般病棟入院基本料（7対1）届出医療機関 平均在院日数の比較（平成21年～24年）

○ 一般病棟入院基本料(7対1)届出医療機関の平均在院日数は平成21年以降、短縮の傾向にある



	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
医療機関数	1,277	1,359	1,489	1,456
平均値±SD (標準偏差)	14.7±2.9	14.4±2.8	14.3±2.9	13.9±2.7

※ 平成24年は暫定値
(平成24年保険局医療課調べ)

一般病棟入院基本料（7対1）届出医療機関の平均在院日数（平成24年1456件）

(改) 診調組 入-1
25.5.16

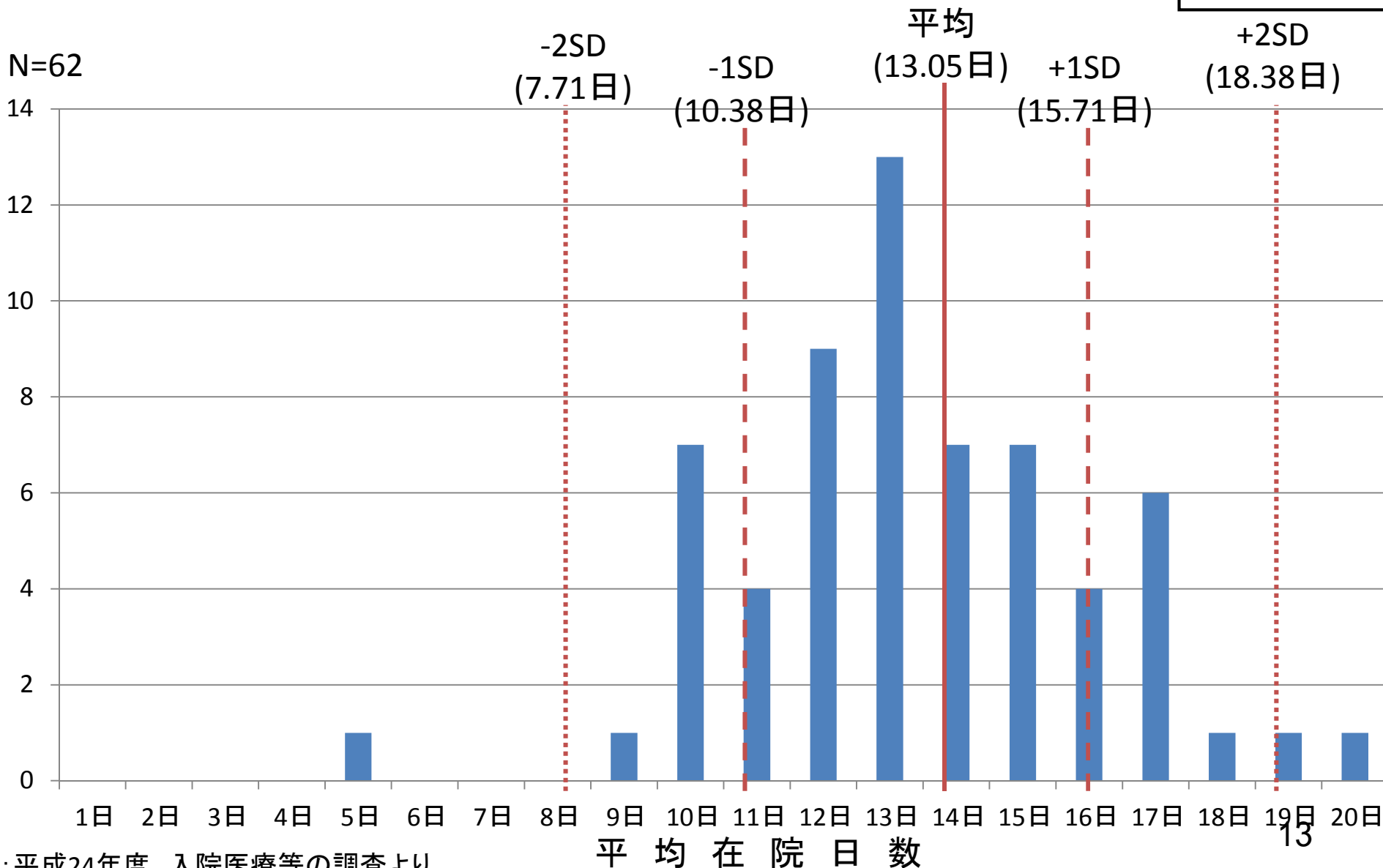
入院基本料の施設基準
(平均在院日数18日以内)

平均在院日数	医療機関数	割合	累積件数	累積割合
18日超	10	0.7%	10	0.7%
18日	82	5.6%	92	6.3%
17日	121	8.3%	213	14.6%
16日	200	13.7%	413	28.4%
10日～15日	902	62.0%	1315	90.3%
10日以下	141	9.7%	1456	100.0%

7対1病院における平均在院日数* (平成24年度調査)

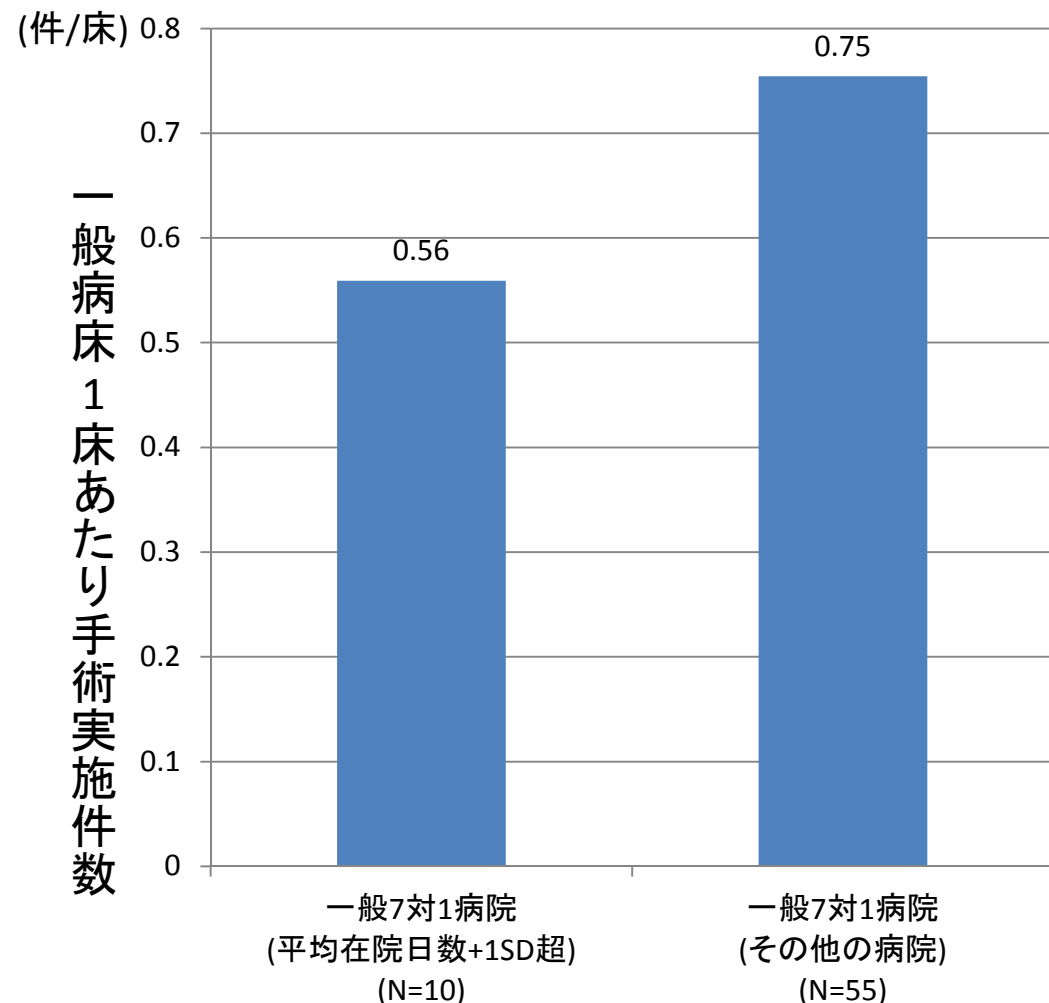
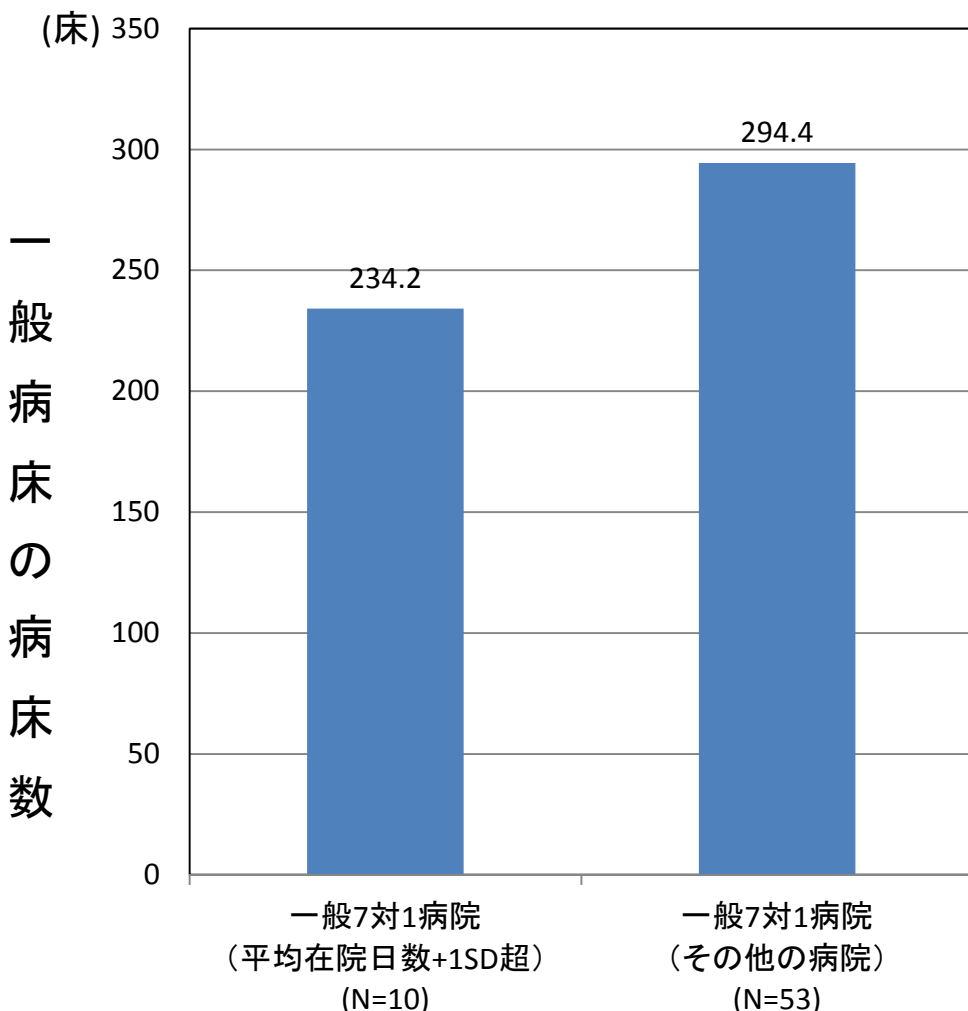
*医療機関における一般病床全体の平均在院日数であるため、診療報酬上の基準とは異なる

(改) 診調組 入-1
2 5 . 5 . 1 6



平均在院日数の長い医療機関の特徴(平成24年度調査)

(改)診調組 入-1
25.5.16

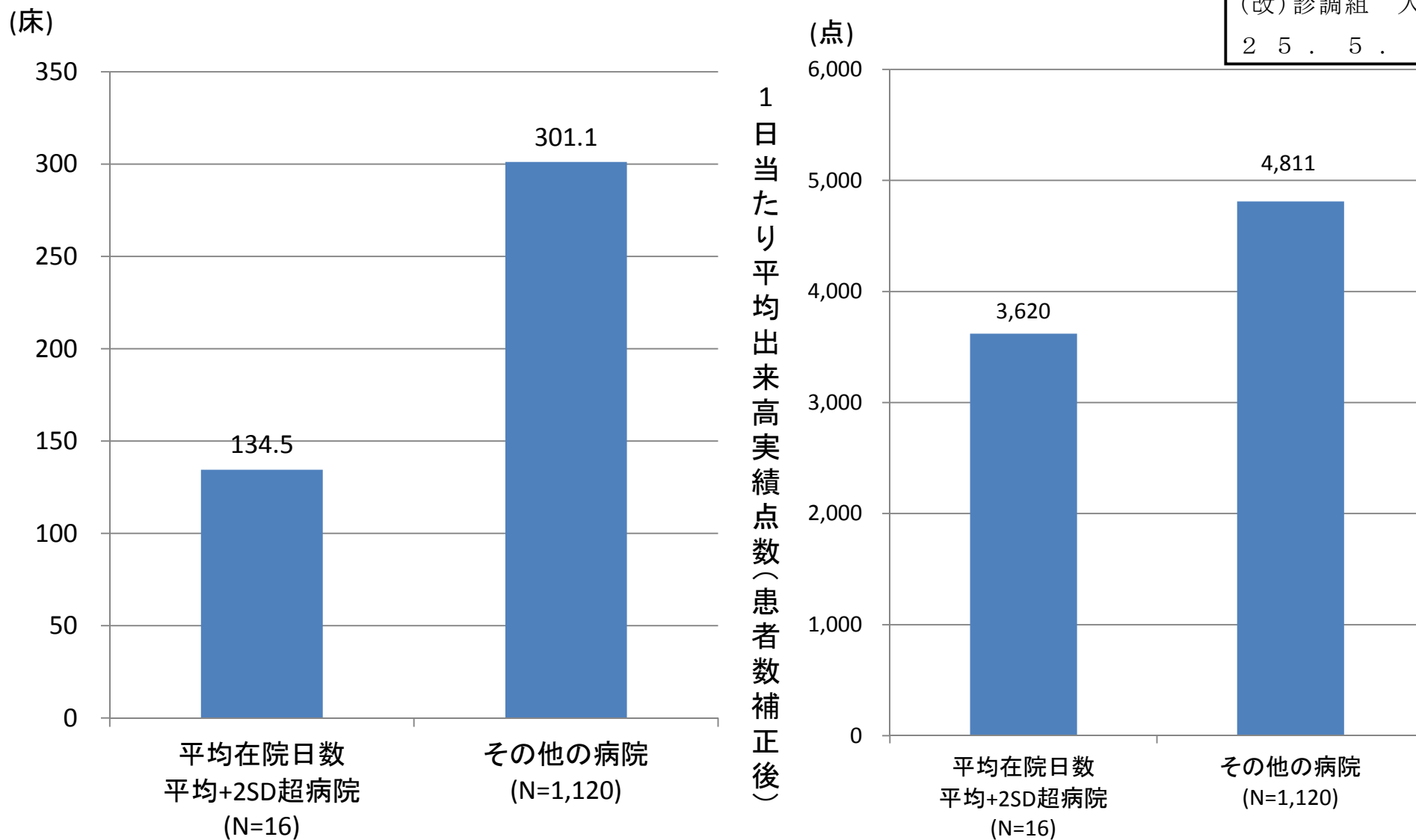


注: 回答病院数の都合上、1SD値を基準に比較を行っている

平均在院日数の長い7対1病院の一般病床数はその他の7対1病院より少ない傾向にある。
また、1床あたり手術件数は平均在院日数の長い病院の方が少ない傾向にある。

平均在院日数の長いDPC算定病床(7対1病院)の状況(DPCデータ)

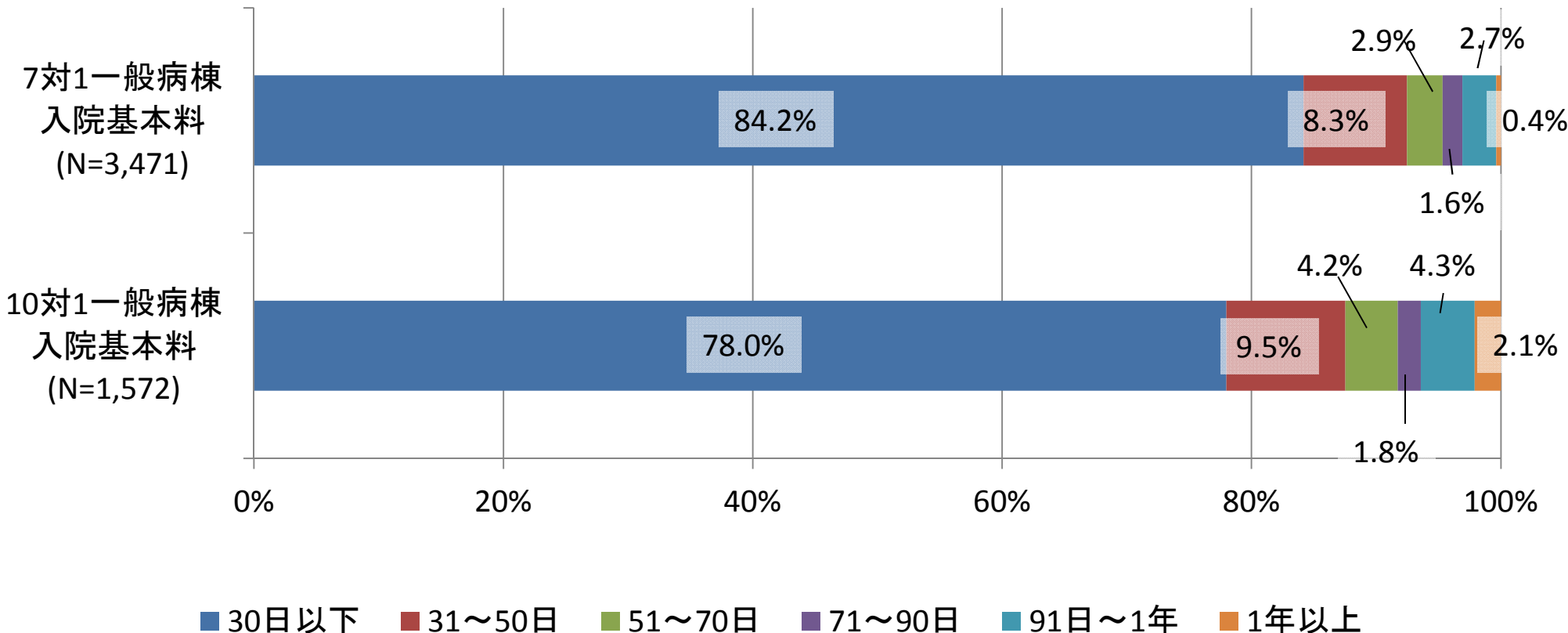
(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6



平均在院日数の長い病院はその他の病院よりDPC算定病床数の少ない病院が多く、1日あたりの平均点が低い。

7対1、10対1病棟における入院患者の在院日数

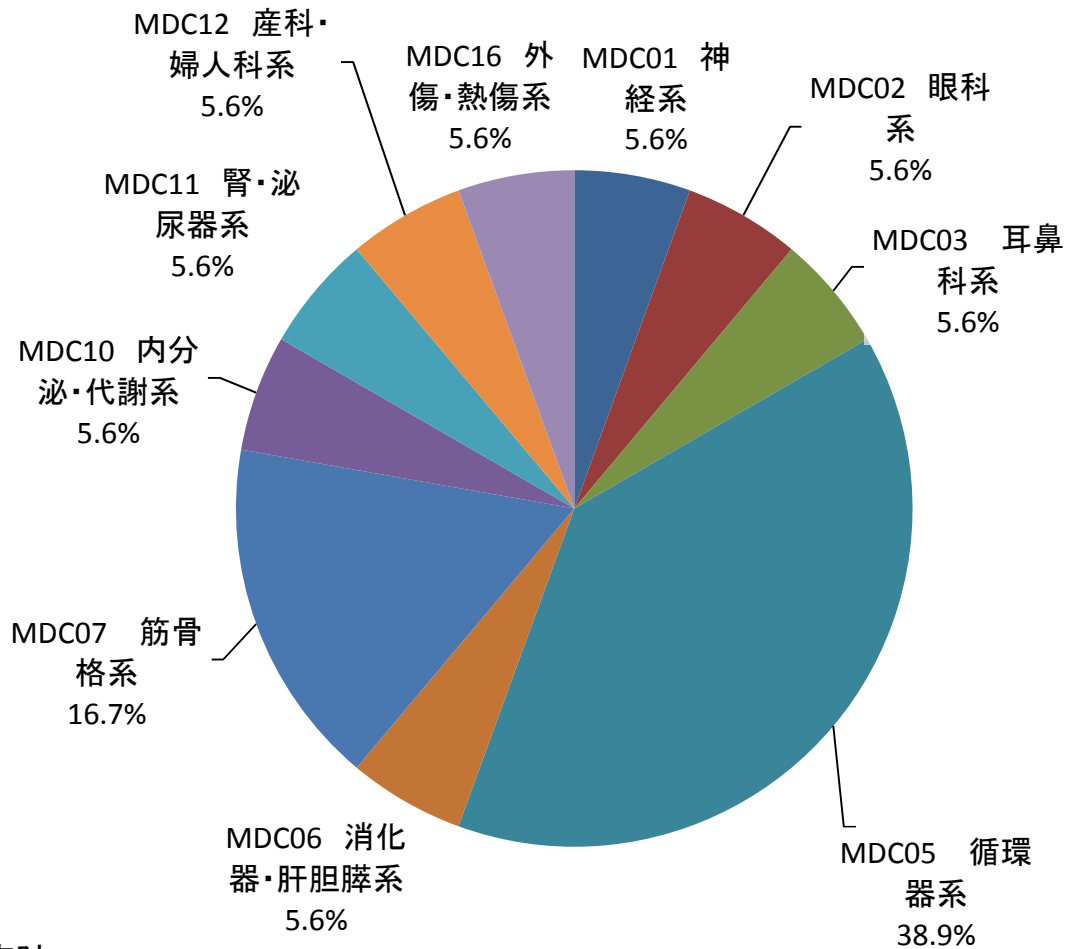
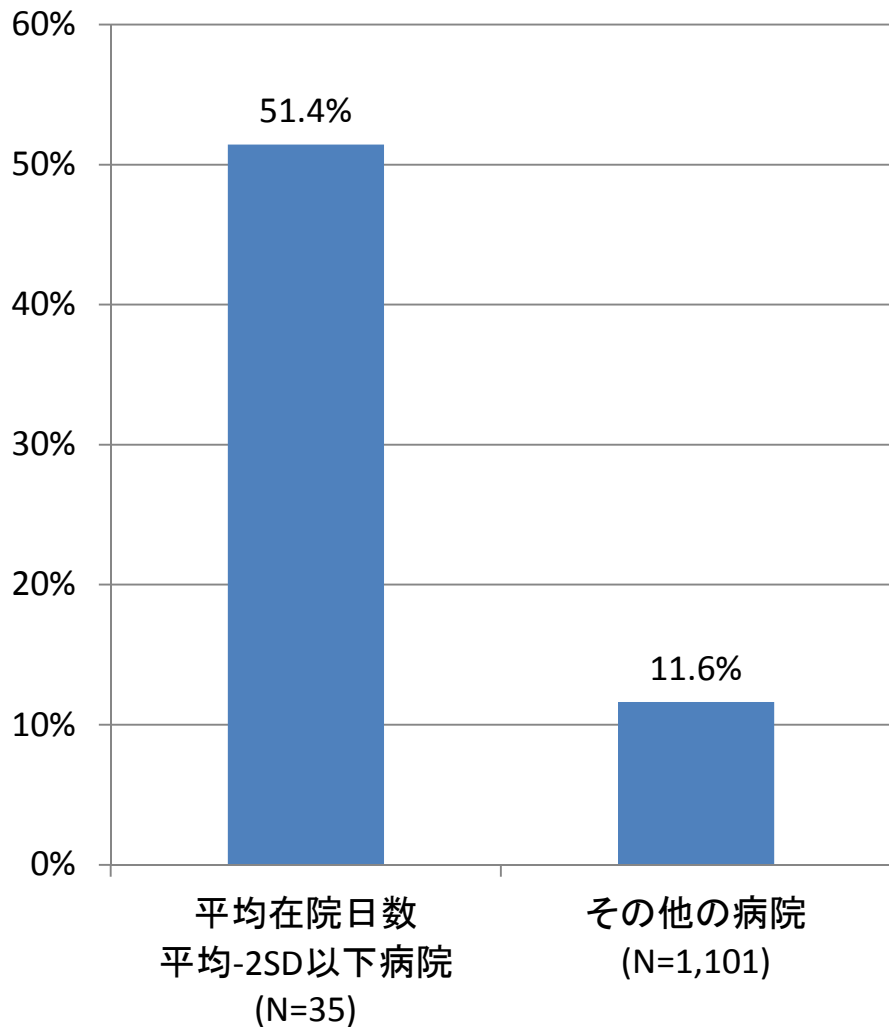
在院日数



平均在院日数の短いDPC算定病床の状況②(DPCデータ)

(改) 診調組 入-1
2 5 . 5 . 1 6

<専門分野の内訳> N=18



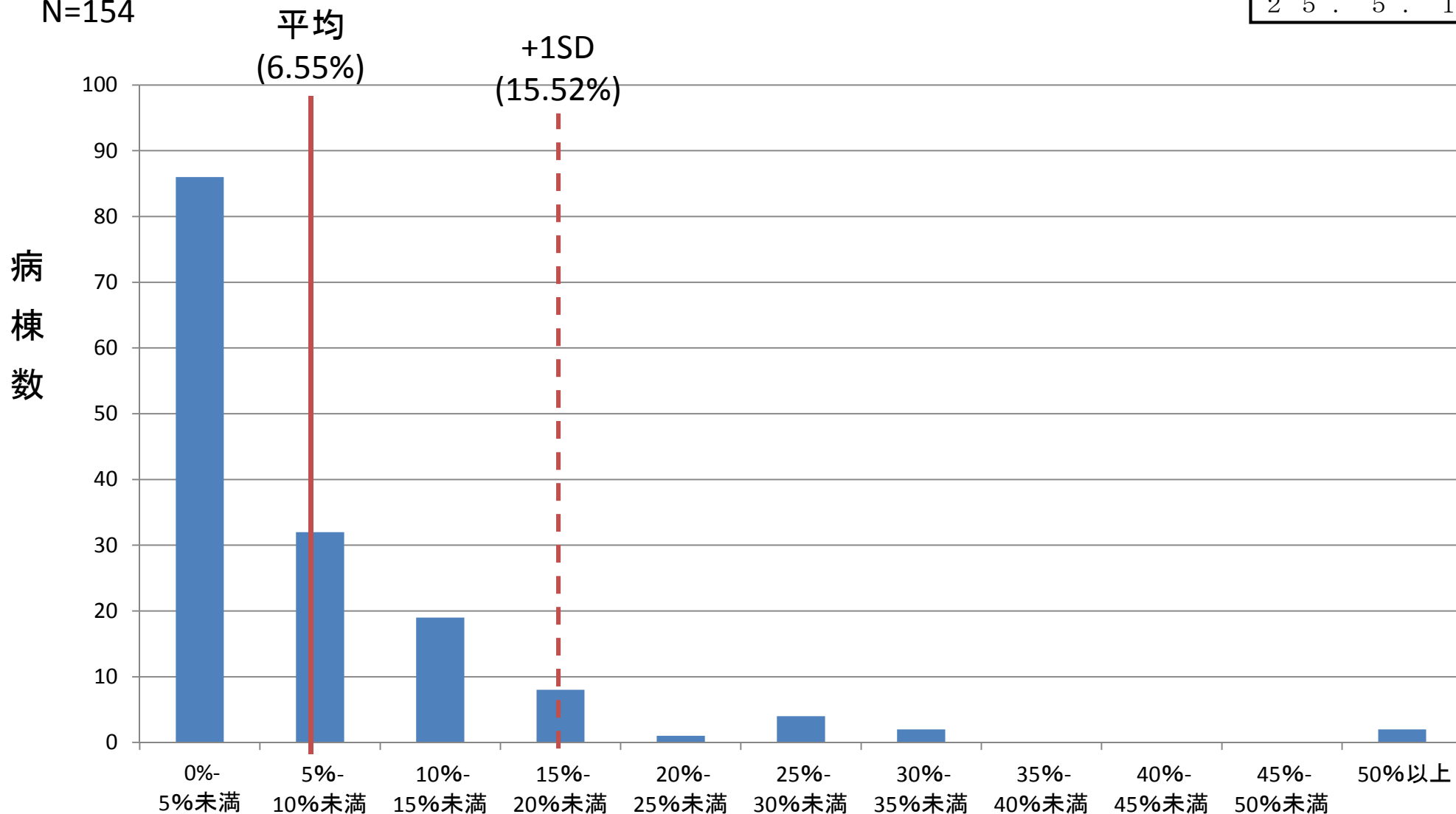
*入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上の病院

平均在院日数の短い病院はその他の病院より特定のMDCに偏った病院の割合が多い。分野としては循環器・整形外科領域が多く、眼科や耳鼻科等の専門病院も含まれている。

介護施設等からの入棟患者の割合（平成24年度調査）

(改) 診調組 入-1
2 5 . 5 . 1 6

N=154



介護施設等からの入棟患者が占める割合

7対1入院基本料に関する主なご意見①

(平成25年5月17日入院医療等の調査・評価分科会)

7対1入院基本料算定病棟の現状について

- 7対1病院にはいろいろな機能がある (例えば、特養から患者を引き受けて看取りを行う等)。
- 7対1病院でも手術が多いような本当の高度急性期といわゆる在宅での慢性期の増悪患者を主に診ているところと差がある。
- 急性期、7対1といっても、急性期で非常に高度急性期医療をやるのと、特殊な疾患を急性期でやるのと、在宅・看取りを引き受けているという、大きく3つ分かれている
- 高度急性期から、専門特化型から、あるいは地域一般病床みたいなバックアップ機能というような在宅とか、介護施設のバックアップ機能といったような7対1というのは実際に存在する



現在の7対1入院基本料算定病棟は機能分化が不十分

7対1入院基本料に関する主なご意見② (平成25年5月17日入院医療等の調査・評価分科会)

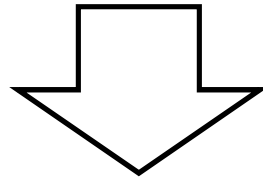
7対1入院基本料算定病棟のあり方について

- 平均在院日数が長く、手術件数が少ない中小病院が7対1看護配置基準が求められる急性期医療を提供しているのか？
- 小規模で、かつ短期間で退院可能な手術や検査など、特定の医療行為を多く実施しているような病院が7対1の看護配置基準にふさわしいものなのか？
- 平均在院日数の短い症例を多く実施している例については、果たしてそれは7対1病院で期待されている医療なのか？
- 介護施設からの患者受け入れが極端に多い7対1病院の評価のあり方は検討に付すべき
- 今後の7対1というのは、複雑な病態像の患者に医療を提供する病院を7対1病院とせざるを得ないと思う

7対1入院基本料のあり方に関する課題と論点

【課題】

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に平均在院日数が長く、手術件数が少ない中小病院が存在している。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に病床規模が小規模な医療機関で、かつ短期間で退院可能な手術や検査など、特定の医療行為を多く実施しているような病院が存在している。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に介護施設からの患者受け入れが極端に多い病院が存在している。



【論点】

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供するのではなく、複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供するべきという意見についてどのように考えるか。

① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響

○ 7対1基本料のあり方について

➤ 平均在院日数について

- 短期滞在手術

- 特定除外制度(慢性期入院医療の適切な評価)

➤ 重症度・看護必要度の項目について

➤ その他の指標について

短期滞在手術基本料の概要

中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

	短期滞在手術基本料1	短期滞在手術基本料2	短期滞在手術基本料3
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方厚生局等への届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定の取扱	短期滞在手術基本料1、もしくは出来高で算定するか、医療機関が選択できる	短期滞在手術基本料2、もしくは出来高で算定するか、医療機関が選択できる	<ul style="list-style-type: none"> ・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院医療管理料を算定する場合を除き、全て短期滞在手術基本料3を算定[※] ・6日目以降においても入院が必要な場合の費用は、出来高算定
在院日数の取扱	平均在院日数に含まない	平均在院日数に含む	平均在院日数に含む

※現行の対象手術においては、15歳未満に限る。

- ①精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- ②児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
- ③救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ④特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ⑤新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑥総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑦新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
- ⑧一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
- ⑨特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
- ⑩回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑪亜急性期入院医療管理料を算定する患者
- ⑫特殊疾患病棟入院料を算定する患者
- ⑬緩和ケア病棟入院料を算定する患者
- ⑭精神科救急入院料を算定する患者
- ⑮精神科救急・合併症入院料を算定する患者
- ⑯精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
- ⑰精神療養病棟入院料を算定する患者
- ⑱一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの(特定除外患者)
- ⑲認知症治療病棟入院料を算定している患者
- ⑳短期滞在手術基本料1を算定している患者

短期滞在手術基本料の算定状況（全体）

	平成20年		平成21年		平成22年		平成23年	
	実施件数	回数	実施件数	回数	実施件数	回数	実施件数	回数
短期滞 在手術 基本料1	5,004	6,722	3,115	4,395	1,749	2,981	5,822	7,937
短期滞 在手術 基本料2	158	158	45	45	201	201	293	293
短期滞 在手術 基本料3	546	922	672	672	278	278	248	252

出来高算定している例が多い。

短期滞在手術基本料1（日帰り）の算定状況（対象手術ごと）

中医協 総 - 7
25.5.15

短期滞在手術基本料1の対象手術	点数	回数	左のうち短期滞在手術基本料1（2,800点）を算定した回数								
			総数			入院			入院外		
			総数	病院	診療所	総数	病院	診療所	総数	病院	診療所
K005 皮膚,皮下腫瘍摘出術(露出部) 3長径4cm以上※	4,360	1,719	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K006 皮膚,皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3長径6cm以上※	4,160	3,277	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K008 腋臭症手術 1皮弁法	5,730	708	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K008 腋臭症手術 2皮膚有毛部切除術	3,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K008 腋臭症手術 3その他のもの	1,660	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K068 半月板切除術	8,800	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K068-2 関節鏡下半月板切除術	12,610	4,192	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K093 手根管開放手術	4,110	360	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K093-2 関節鏡下手根管開放手術	9,230	162	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K282 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合	12,100	84,238	2,959 3.5%	-	2,959 3.5%	-	-	-	2,959 3.5%	-	2,959 3.5%
K282 水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合	7,430	198	22 11.10%	-	22 11.10%	-	-	-	22 11.10%	-	22 11.10%
K474 乳腺腫瘍摘出術 1長径5cm未満	2,660	4,707	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K474 乳腺腫瘍摘出術 2長径5cm以上	5,180	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K508 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)	7,810	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K510 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K653 内視鏡的胃,十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	425	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1長径2cm未満	5,000	22,501	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	816	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計	-	-	2,981	-	2,981	-	-	-	2,981	-	2,981

※短期滞在手術基本料においては、6歳未満に限る

短期滞在手術基本料2（1泊2日）の算定状況（対象手術ごと）

中医協 総 - 7
25.5.15

短期滞在手術基本料2の対象手術		点数	回数	左のうち短期滞在手術基本料2（4,800点）を算定した回数								
				総数			入院			入院外		
				総数	病院	診療所	総数	病院	診療所	総数	病院	診療所
K067	関節鼠摘出手術 1肩, 股, 膝	10,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	関節鼠摘出手術 2胸鎖, 肘, 手, 足	8,680	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	関節鼠摘出手術 3肩鎖, 指(手, 足)	3,970	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術 1肩, 股, 膝	14,100	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	関節鏡下関節鼠摘出手術 2胸鎖, 肘, 手, 足	14,690	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	関節鏡下関節鼠摘出手術 3肩鎖, 指(手, 足)	9,230	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K069	半月板縫合術	9,800	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	14,470	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K074	靱帯断裂縫合術 1十字靱帯	13,130	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	靱帯断裂縫合術 2膝側副靱帯	12,740	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	靱帯断裂縫合術 3指(手, 足)その他の靱帯	6,450	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K074-2	関節鏡下靱帯断裂縫合術 1十字靱帯	16,900	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	関節鏡下靱帯断裂縫合術 2膝側副靱帯	12,700	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	関節鏡下靱帯断裂縫合術 3指(手, 足)その他の靱帯	12,090	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K453	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K454	顎下腺摘出術	7,440	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K461	甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 1片葉	7,500	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 2両葉	9,000	284	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K617	下肢静脈瘤手術1抜去切除術	10,200	1,508	99 6.60%	81 5.40%	18 1.20%	99 6.60%	81 5.40%	18 1.20%	-	-	-
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	4,944	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	364	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	14,140	908	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K743	痔核手術(脱肛を含む) 4根治手術	5,360	4,112	81 2.00%	-	81 2.00%	81 2.00%	-	81 2.00%	-	-	-
K781	経尿道的尿路結石除去術	14,800	1,506	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K823	尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	尿失禁手術 その他のもの	17,300	441	1 0.20%	-	1 0.20%	1 0.20%	-	1 0.20%	-	-	-
K867	子宮頸部(腔部)切除術	3,330	2,322	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	14,470	101	9 8.90%	-	9 8.90%	9 8.90%	-	9 8.90%	-	-	-
K888	子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 2腹腔鏡によるもの	25,480	1,628	11 0.70%	-	11 0.70%	11 0.70%	-	11 0.70%	-	-	-
合計		-	-	201	81	120	201	81	120	-	27	-

短期滞在手術基本料3（4泊5日まで）の算定状況（対象手術ごと）

短期滞在手術基本料3の対象手術	点数	回数	左のうち短期滞在手術基本料3（5,670点）を算定した回数								
			総数			入院			入院外		
			総数	病院	診療所	総数	病院	診療所	総数	病院	診療所
K633 ヘルニア手術 5鼠径ヘルニア※	6,000	8,254	221 2.70%	212 2.60%	9 0.10%	221 2.70%	212 2.60%	9 0.10%	-	-	-
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)※	20,800	1,499	60 4.00%	60 4.00%	-	60 4.00%	60 4.00%	-	-	-	-
合計	-	-	278	272	6	278	272	6	-	-	-

※短期滞在手術基本料においては、15歳未満に限る

短期滞在手術基本料の 対象手術症例における在院日数の分布

【分析対象とした手術】

短期滞在手術基本料の対象手術

【分析データ】

DPCデータ（DPC対象医療機関において、平成24年4月～9月に退院した患者であって、当該手術を実施した症例）

短期滞在手術基本料1の対象手術のうち、
在院日数の平均が5日未満の手術症例

※ 症例数10以下のものは除く

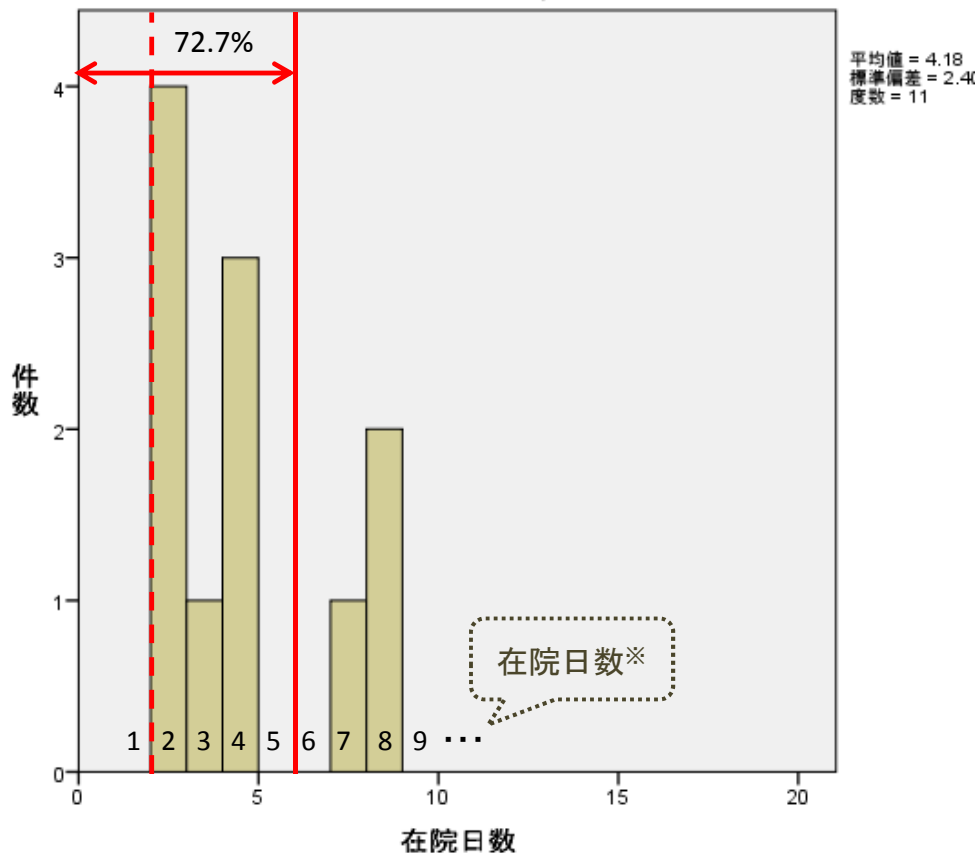
短期滞在手術基本料1（日帰り）の対象手術

中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

データ数：11例
在院日数の平均：4.18日
在院日数の中央値：4日

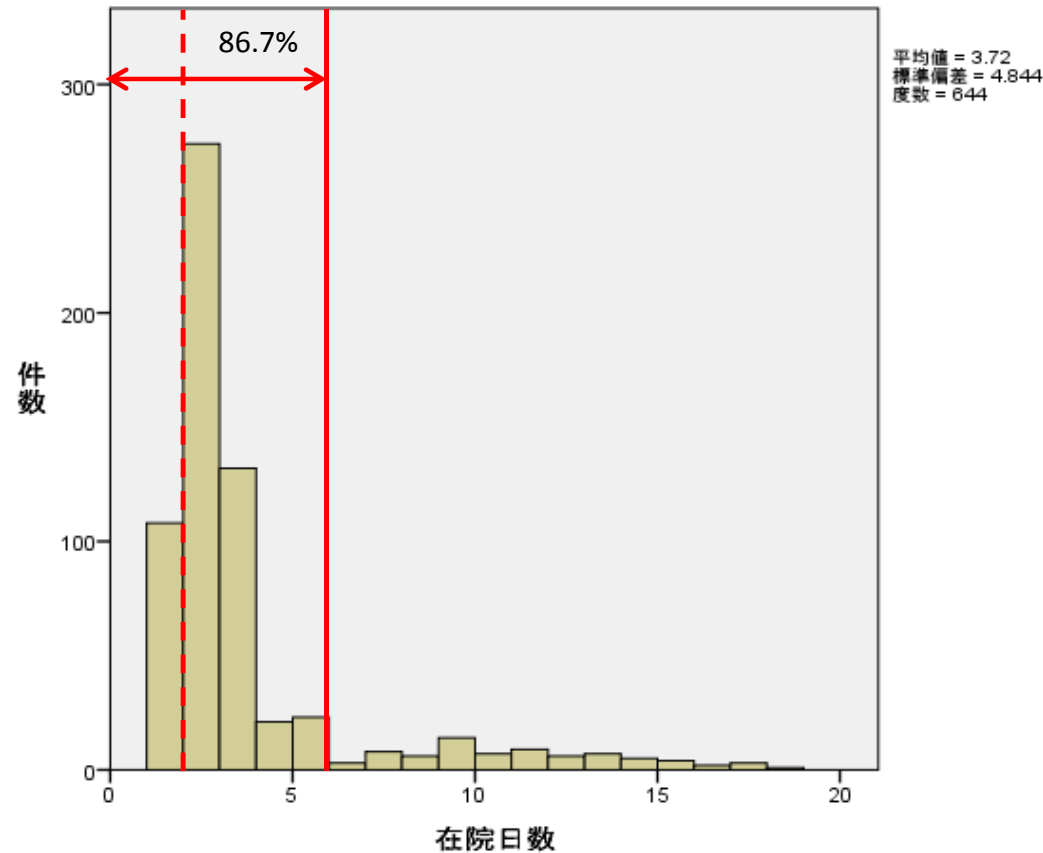
Kコード: K0082



K093-2 関節鏡下手根管開放手術

データ数：644例
在院日数の平均：3.72日
在院日数の中央値：2日

Kコード: K093-2



↔ 在院日数5日までの症例が占める割合

※横軸目盛の数値は、右隣の棒グラフの在院日数を示す（以降のグラフも同じ）

短期滞在手術基本料1（日帰り）の対象手術

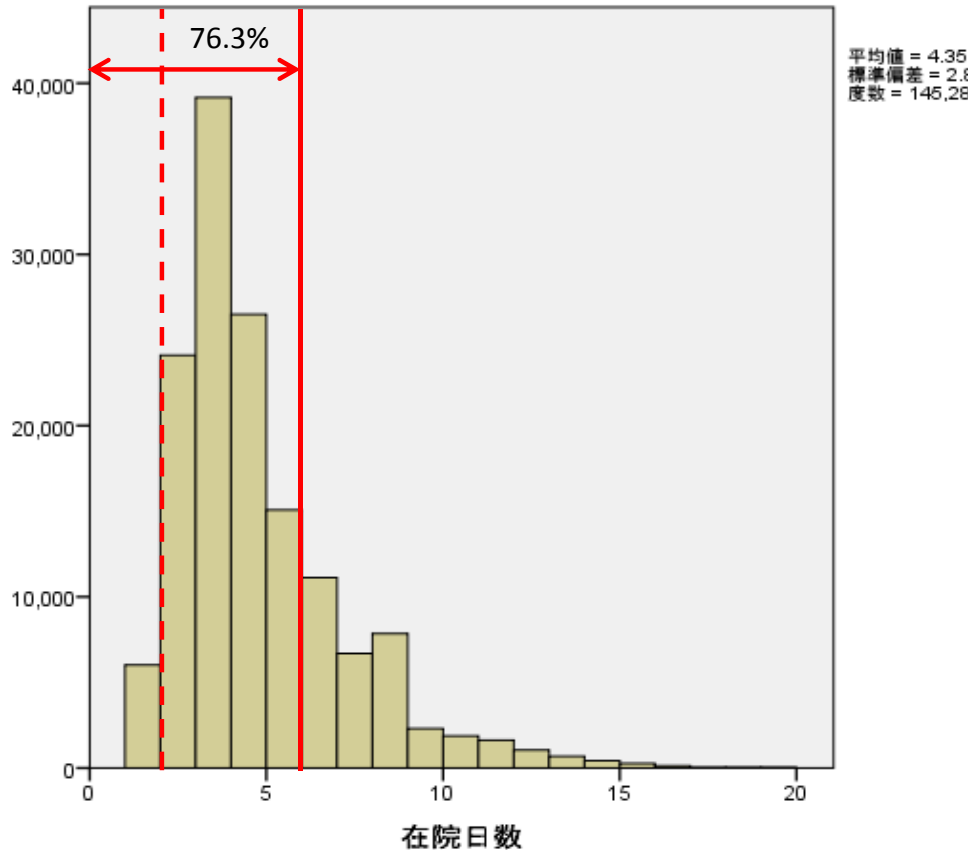
中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

K282 水晶体再建術

1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの

データ数：145,288例
在院日数の平均：4.35日
在院日数の中央値：4日

Kコード: K28210

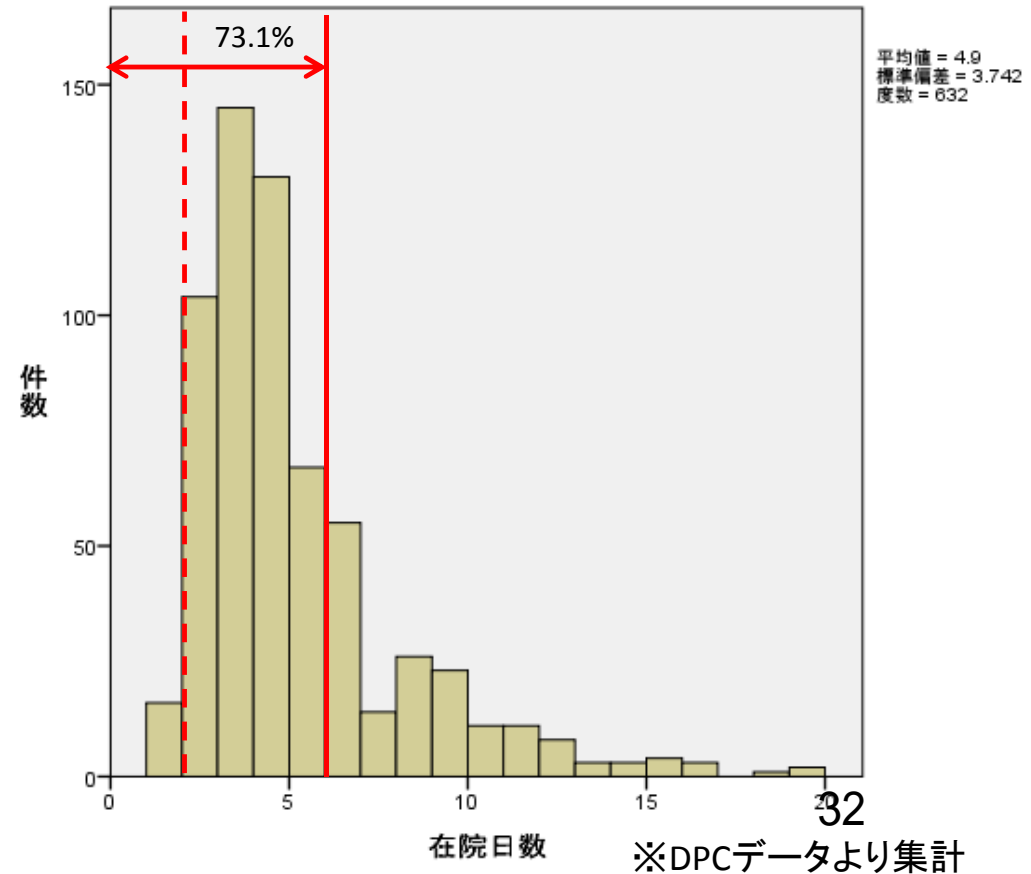


K282 水晶体再建術

2 眼内レンズを挿入しない場合

データ数：632例
在院日数の平均：4.90日
在院日数の中央値：4日

Kコード: K2822



短期滞在手術基本料1（日帰り）の対象手術

中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

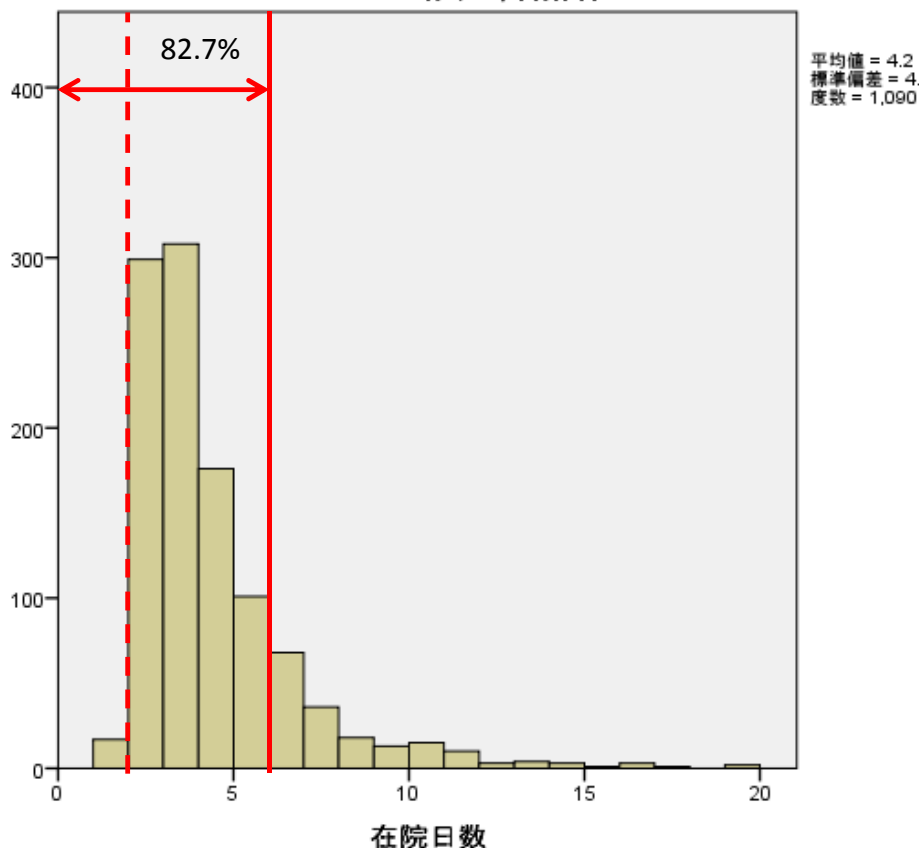
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満

K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術
1 長径2cm未満

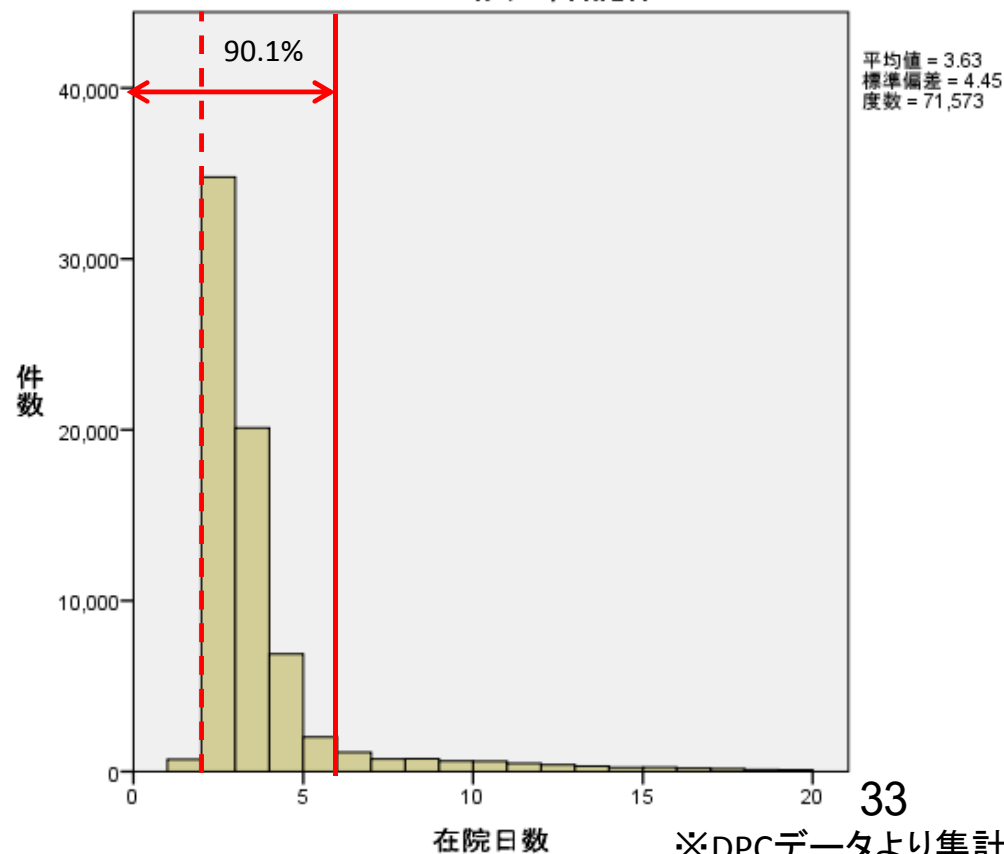
データ数： 1,090例
在院日数の平均： 4.20日
在院日数の中央値： 3日

データ数： 71,573例
在院日数の平均： 3.63日
在院日数の中央値： 3日

Kコード: K4741



Kコード: K7211



短期滞在手術基本料2の対象手術のうち、
在院日数の平均が5日未満の手術症例

※ 症例数10以下のものは除く

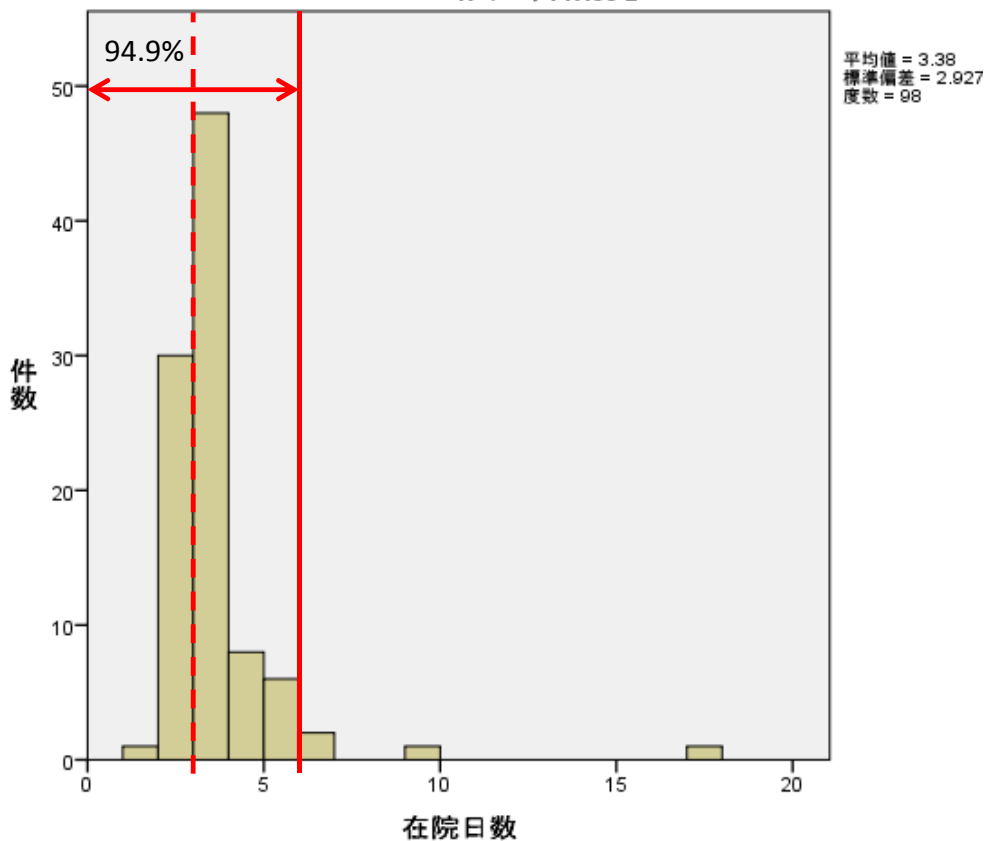
短期滞在手術基本料2（1泊2日）の対象手術

中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

データ数：98例
在院日数の平均：3.38日
在院日数の中央値：3日

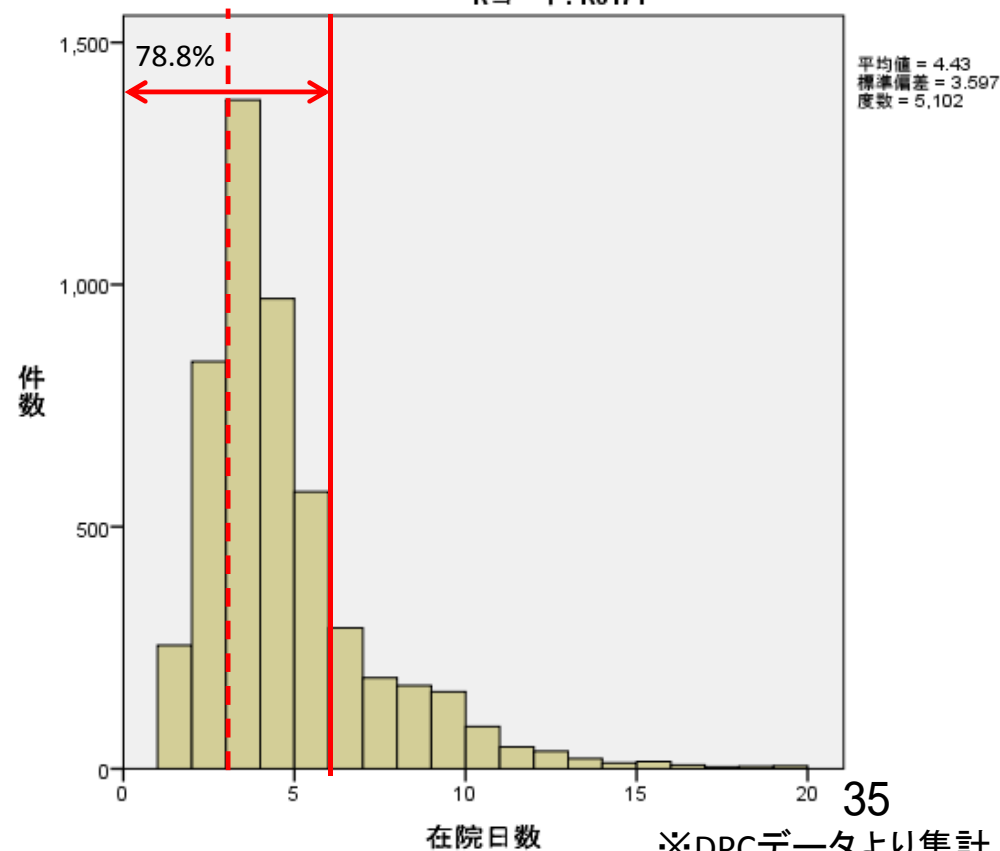
Kコード: K196-2



K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

データ数：5,102例
在院日数の平均：4.43日
在院日数の中央値：4日

Kコード: K6171



短期滞在手術基本料2（1泊2日）の対象手術

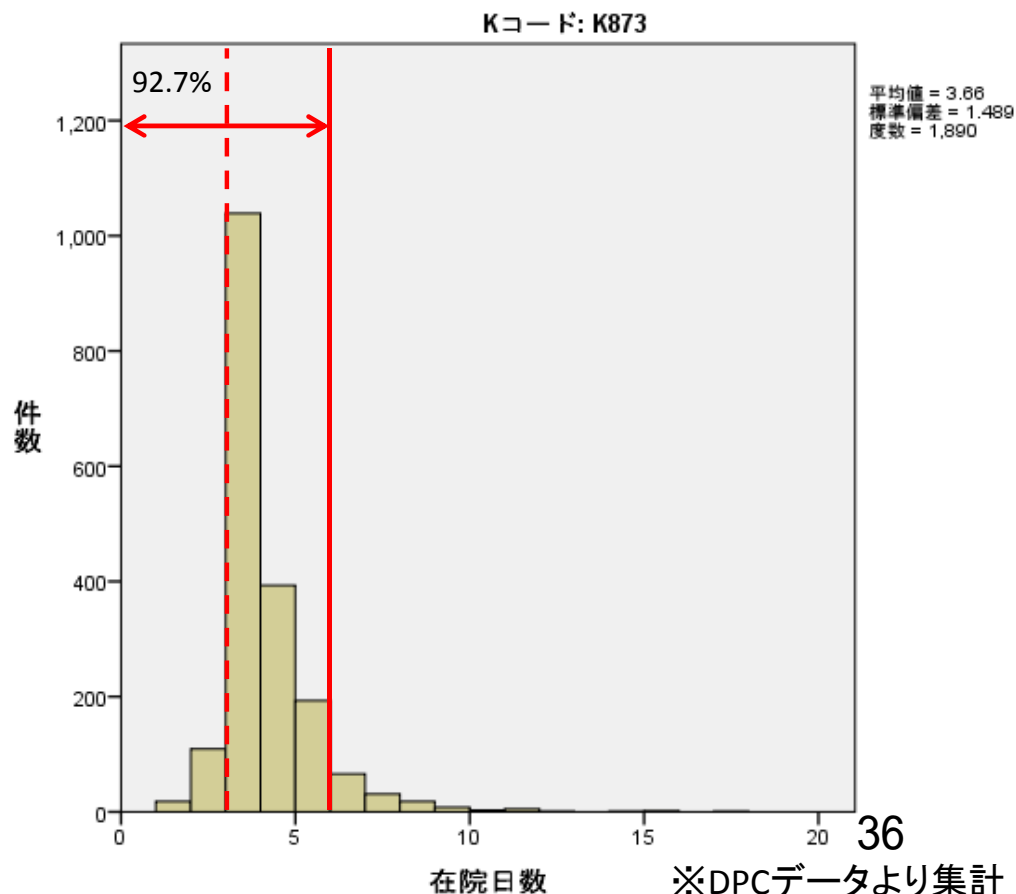
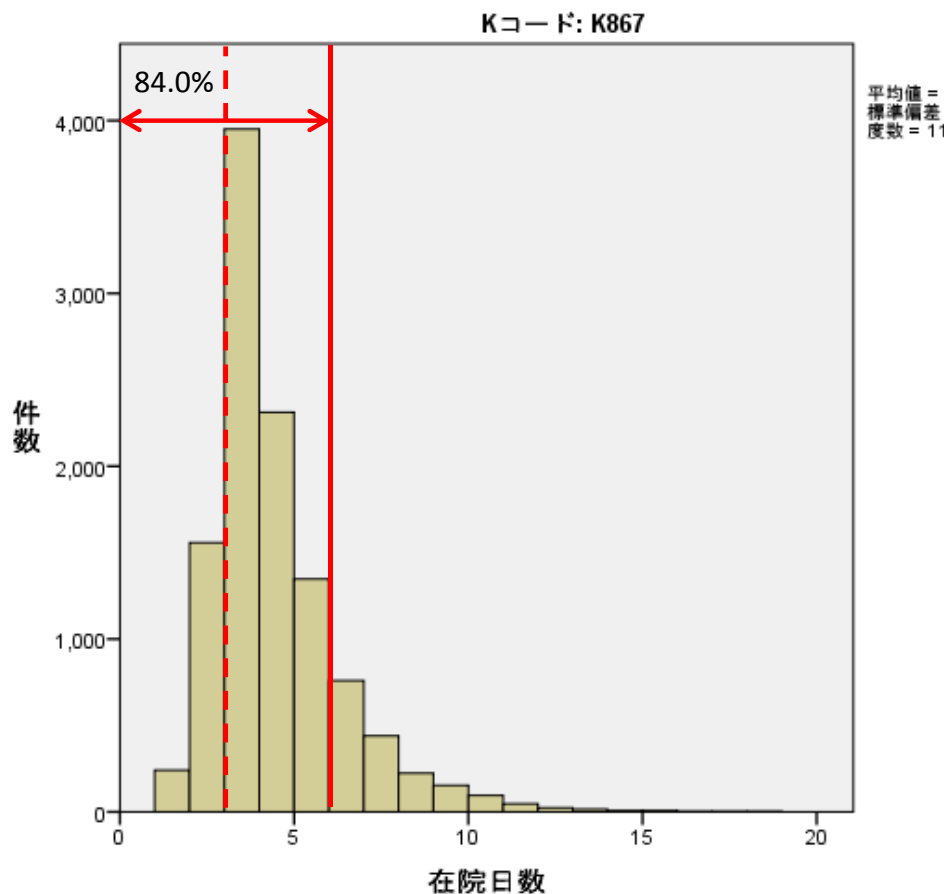
中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

K867 子宮頸部（腔部）切除術

データ数：11,197例
在院日数の平均：3.98日
在院日数の中央値：3日

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

データ数：1,890例
在院日数の平均：3.66日
在院日数の中央値：3日



短期滞在手術基本料の対象手術以外の 手術・検査症例における在院日数の分布

手術

【分析対象とした手術】

短期滞在手術基本料の対象手術の枝番

【分析データ】

DPCデータ（DPC対象医療機関において、平成24年4月～9月に退院した患者であって、当該手術を実施した症例）

検査

【分析対象とした検査】

在院日数の平均が3日未満の症例

【分析データ】

DPCデータ（DPC対象医療機関において、平成23年4月～平成24年3月に退院した患者であって、当該検査を実施した症例）

短期滞在手術基本料の対象手術の枝番のうち、
在院日数の平均が5日未満の手術症例

※ 症例数10以下のものは除く

手術

中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

データ数：99例

在院日数の平均：2.83日

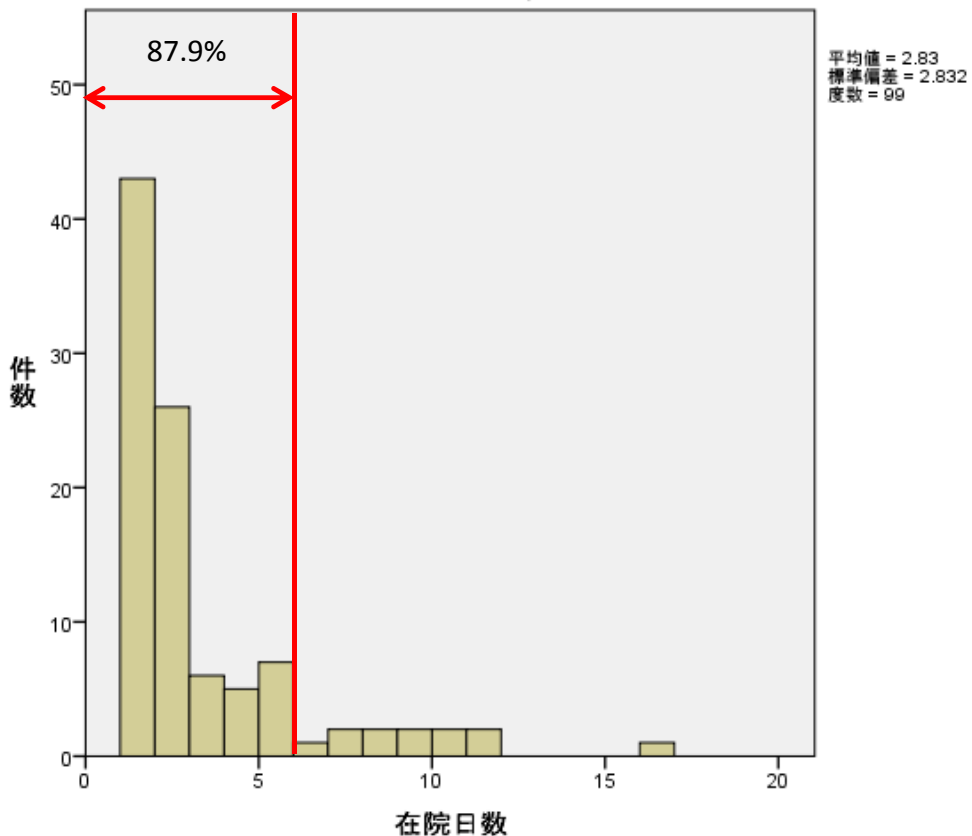
在院日数の中央値：2日

データ数：1,049例

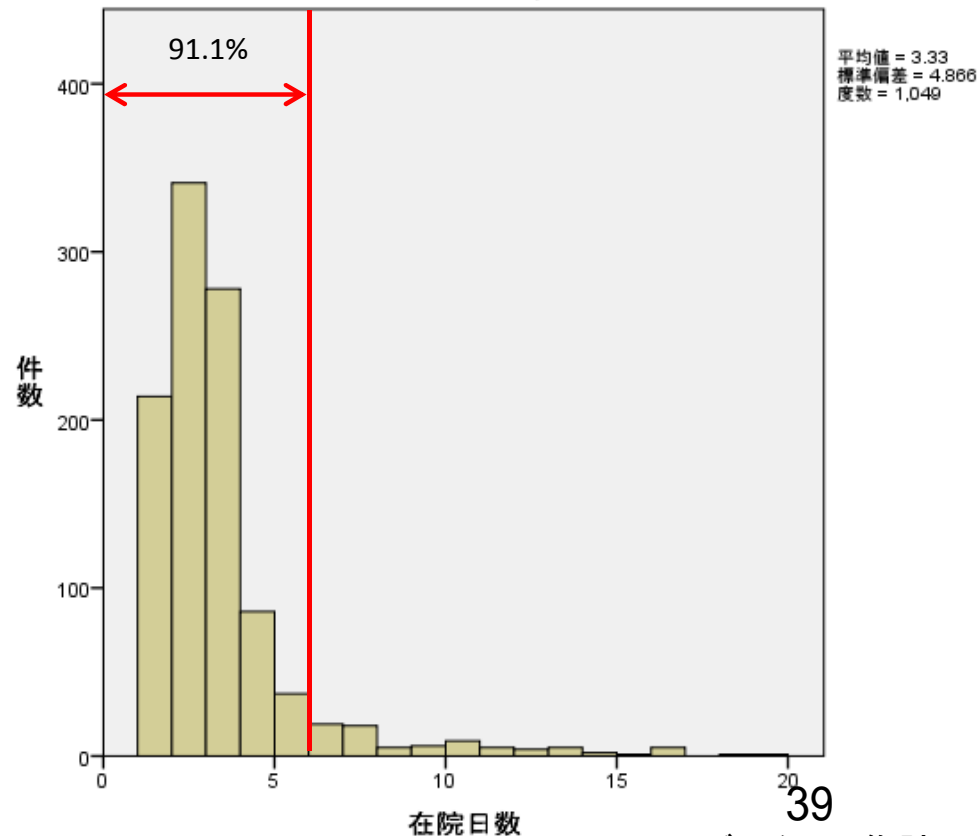
在院日数の平均：3.33日

在院日数の中央値：2日

Kコード: K6172



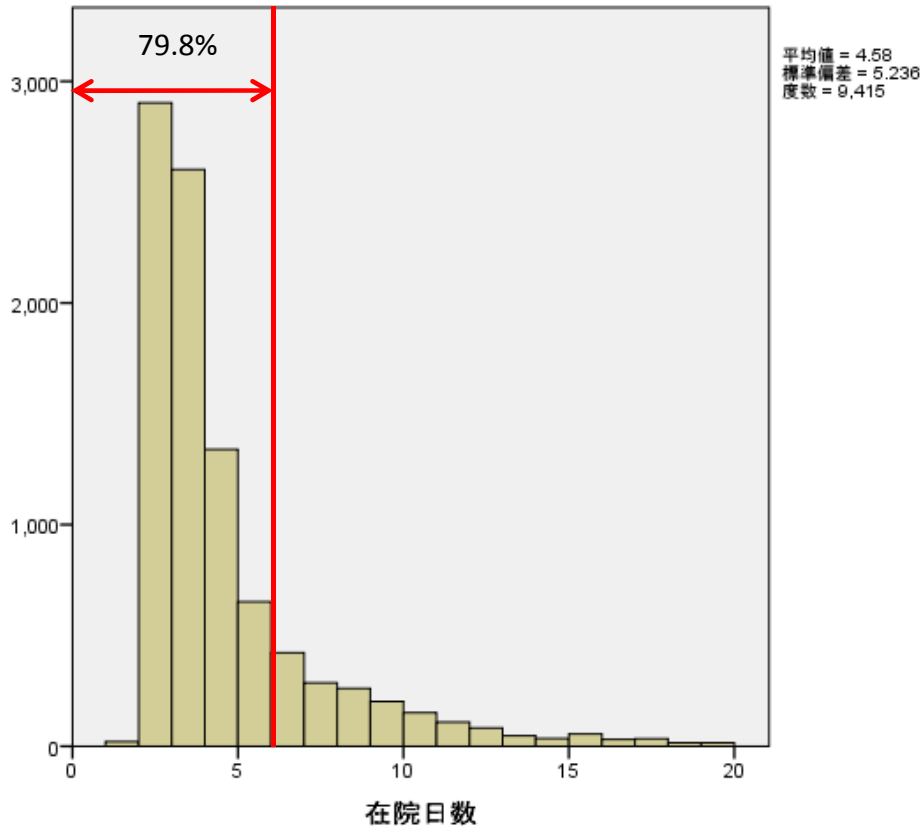
Kコード: K6173



K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2 cm以上

データ数 : 9,415例
在院日数の平均 : 4.58日
在院日数の中央値 : 3日

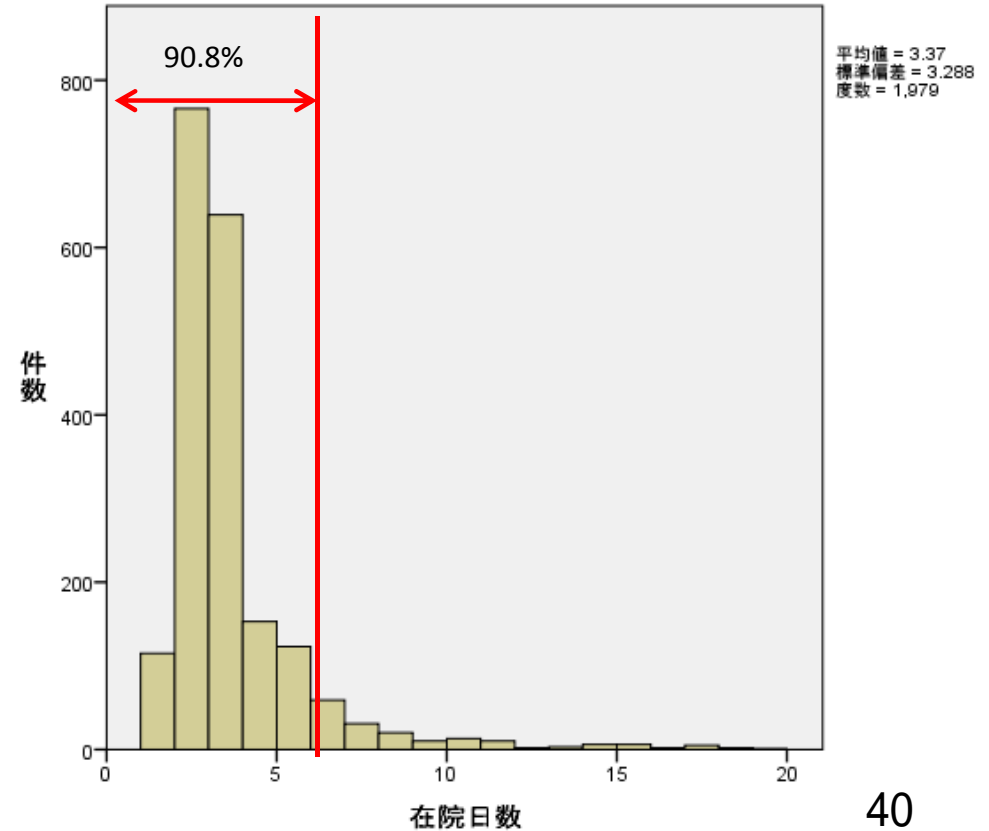
Kコード: K7212



K743 痔核手術 (脱肛を含む) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)

データ数 : 1,979例
在院日数の平均 : 3.37日
在院日数の中央値 : 3日

Kコード: K7432



在院日数の平均が3日未満のDPCであって、
検査に関する専用の分岐が存在する症例

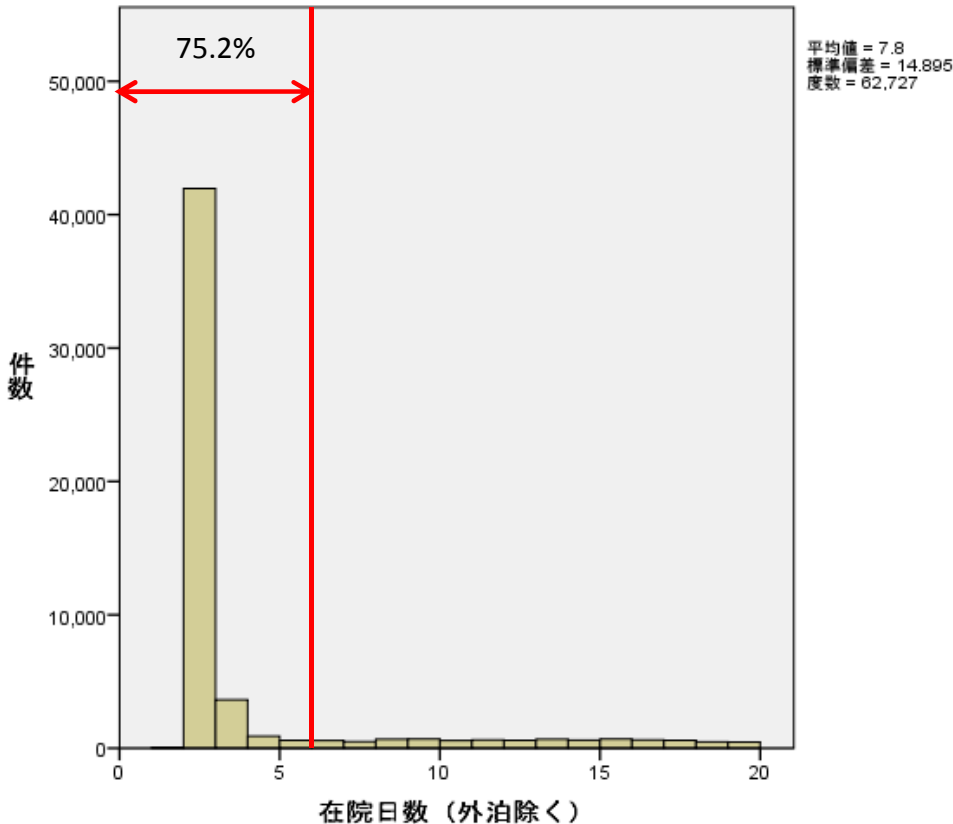
D237 終夜睡眠ポリグラフィー

データ数 : 62,727例
在院日数の平均 : 7.8日
在院日数の中央値 : 2日

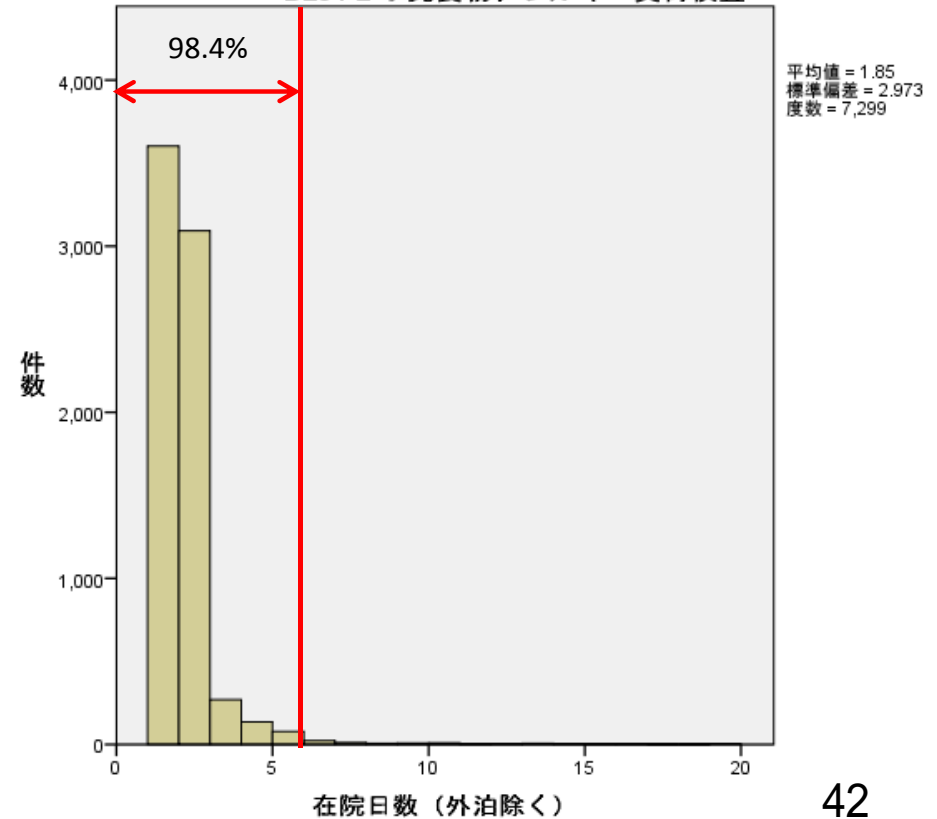
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

データ数 : 7,299例
在院日数の平均 : 1.85日
在院日数の中央値 : 2日

D237 終夜睡眠ポリグラフィー

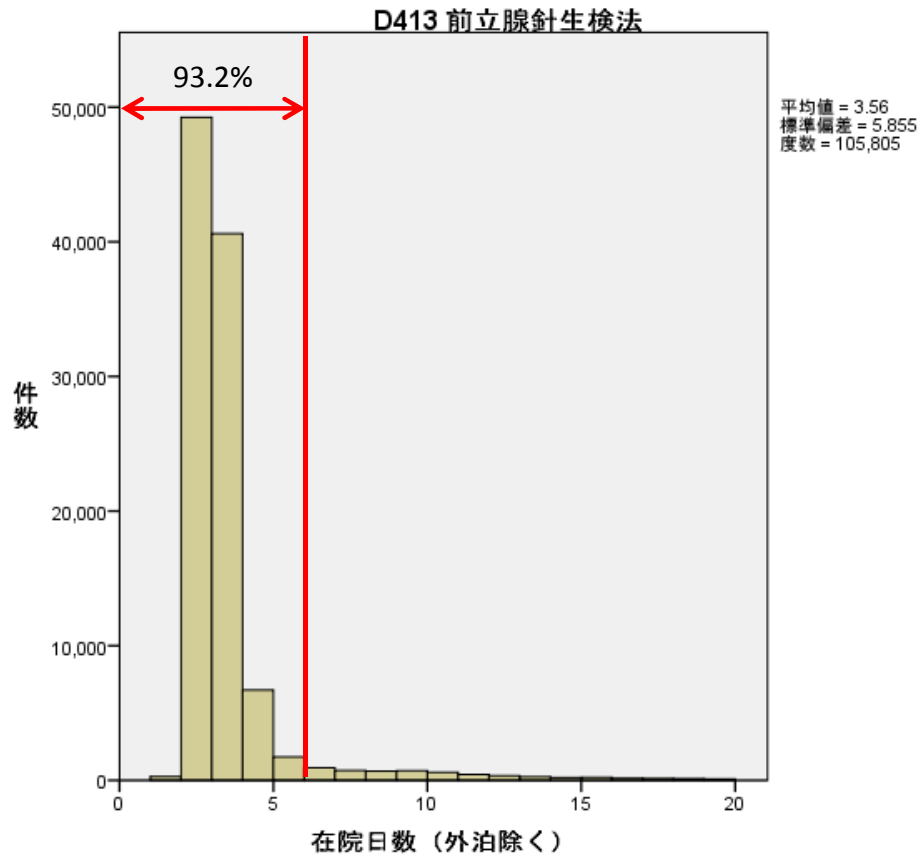


D291-2 小児食物アレルギー負荷検査



D413 前立腺針生検法

データ数 : 105,805例
在日数の平均 : 3.56日
在院日数の中央値 : 3日



手術・検査の入院にかかる課題と論点について

(改) 中医協 総 - 7
2 5 . 5 . 1 5

【課題】

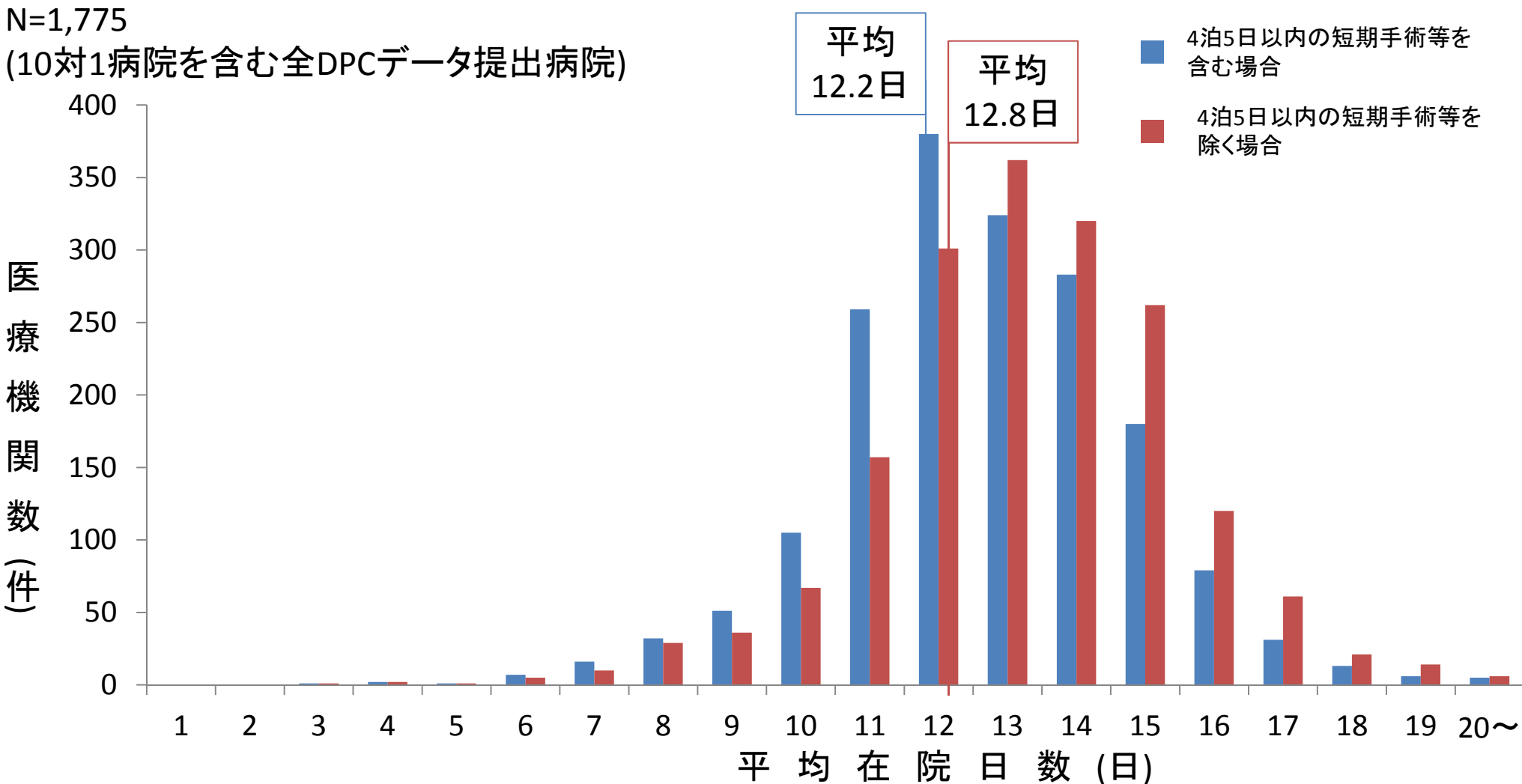
- 短期滞在手術基本料1(日帰り)及び2(1泊2日)の対象手術を実施する際、短期滞在手術基本料もしくは出来高で算定するか、医療機関が選択できるため、出来高で算定していることが多い。
- 短期滞在手術基本料の対象手術の一部において、短期滞在手術基本料が定めている入院期間を超えるものの、多くの症例が在院日数5日未満におさまるものが存在。
- 短期滞在手術基本料の対象手術以外の手術や検査においても、多くの症例が一定期間の在院日数におさまるものが存在。
- 短期滞在手術基本料2及び3を算定する患者については、平均在院日数の計算対象に含まれている。



【論点】

- 治療や検査の方法、入院期間が標準化されてきているものについて、包括的な評価を推進することをどのように考えるか。

DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響



4泊5日以内の短期手術等の症例を除いた場合、平均在院日数の差は全体で約0.6日 (+4.9%)程度

7対1入院基本料に関する主なご意見③ (平成25年5月17日入院医療等の調査・評価分科会)

短期間で退院する症例等について

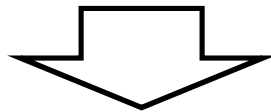
- 小規模で、かつ短期間で退院可能な手術や検査など、特定の医療行為を多く実施しているような病院が7対1の看護配置基準にふさわしいものなのか？(再掲)
- 平均在院日数の短い症例を多く実施している例については果たしてそれは7対1病院で期待されている医療なのか？(再掲)

短期滞在手術に関する課題と論点

【課題】

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に、病床規模が小さく、かつ短期間で退院可能な手術や検査など、特定の医療行為を多く実施している病院が一定程度みられる。
- 平均在院日数の短い病院はその他の病院より特定のMDCに偏った病院の割合が多い。
- 中医協で議論した、4泊5日以内の短期手術等の症例を平均在院日数の算出対象から除いた場合、除かない場合に比べて、平均在院日数は約0.6日(+4.9%)延長する。

【論点】



- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査の取扱いをどのように考えるか。

① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響

○ 7対1基本料のあり方について

➤ 平均在院日数について

- 短期滞在手術

- 特定除外制度(慢性期入院医療の適切な評価)

➤ 重症度・看護必要度の項目について

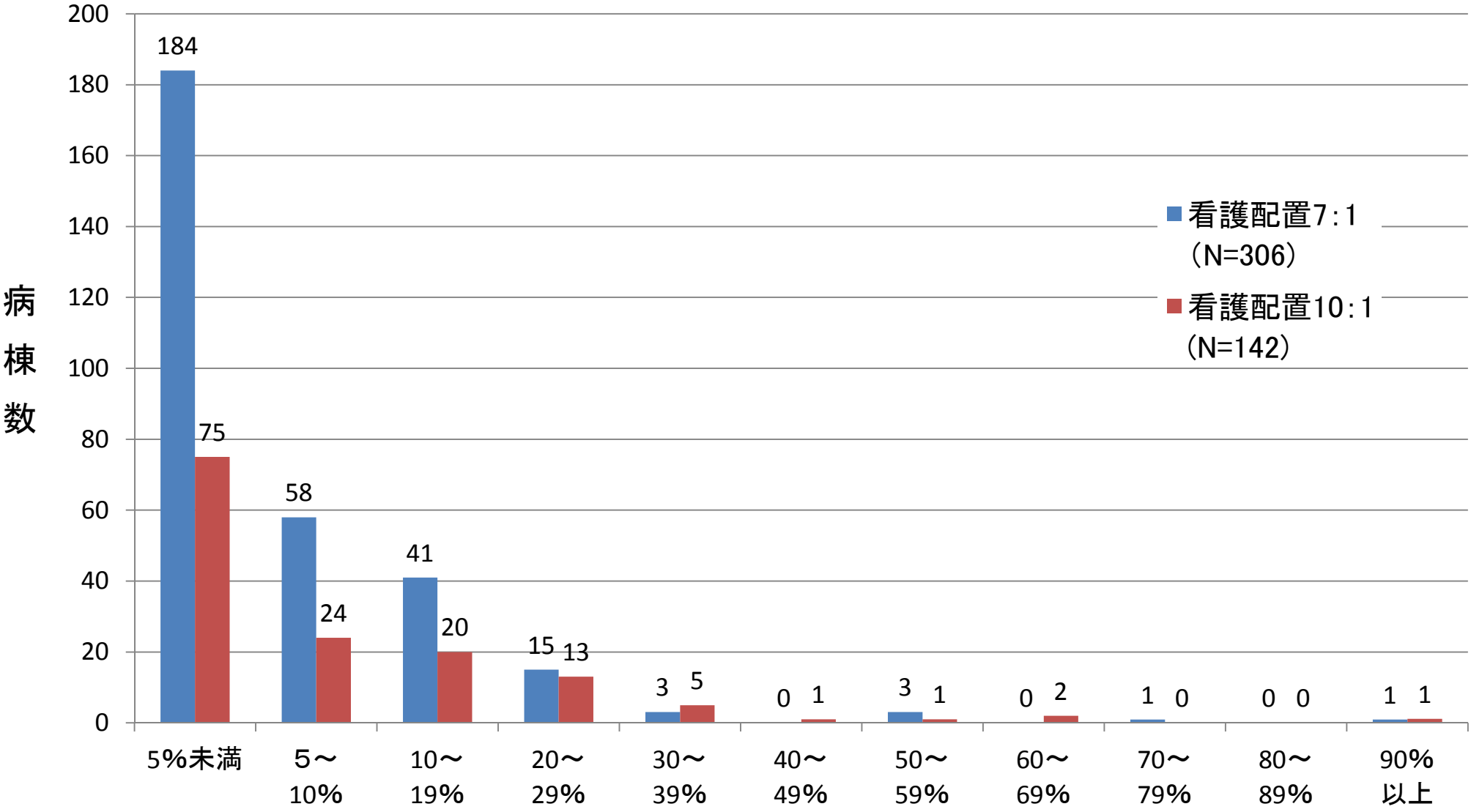
➤ その他の指標について

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

一般病棟（7対1、10対1）における在院日数90日超え患者の割合



90日超えの患者の割合

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

- ①精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- ②児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
- ③救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ④特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ⑤新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑥総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑦新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
- ⑧一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
- ⑨特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
- ⑩回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑪亜急性期入院医療管理料を算定する患者
- ⑫特殊疾患病棟入院料を算定する患者
- ⑬緩和ケア病棟入院料を算定する患者
- ⑭精神科救急入院料を算定する患者
- ⑮精神科救急・合併症入院料を算定する患者
- ⑯精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
- ⑰精神療養病棟入院料を算定する患者
- ⑱一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの(特定除外患者)**
- ⑲認知症治療病棟入院料を算定している患者
- ⑳短期滞在手術基本料1を算定している患者

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を 含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を 含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0

特定除外患者の内訳(13対1、15対1)

平成23年慢性期分科会横断調査

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	
	該当患者数	構成比%(記載なしを除外)	該当患者数	構成比%(記載なしを除外)
①難病患者等入院診療加算を算定する患者	1	1.1%	16	3.5%
②重症者等療養環境特別加算を算定する患者	2	2.2%	3	0.6%
③重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、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	24	27.0%	204	44.2%
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		0.0%	12	2.6%
⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者		0.0%		0.0%
⑥リハビリテーションを実施している状態(入院の日から起算して180日までの間に限る。)	25	28.1%	48	10.4%
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	1	1.1%	2	0.4%
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	29	32.6%	71	15.4%
⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者	1	1.1%	18	3.9%
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	5	5.6%	60	13.0%
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		0.0%	2	0.4%
⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	1	1.1%	26	5.6%
記載なし	188		656	53

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6

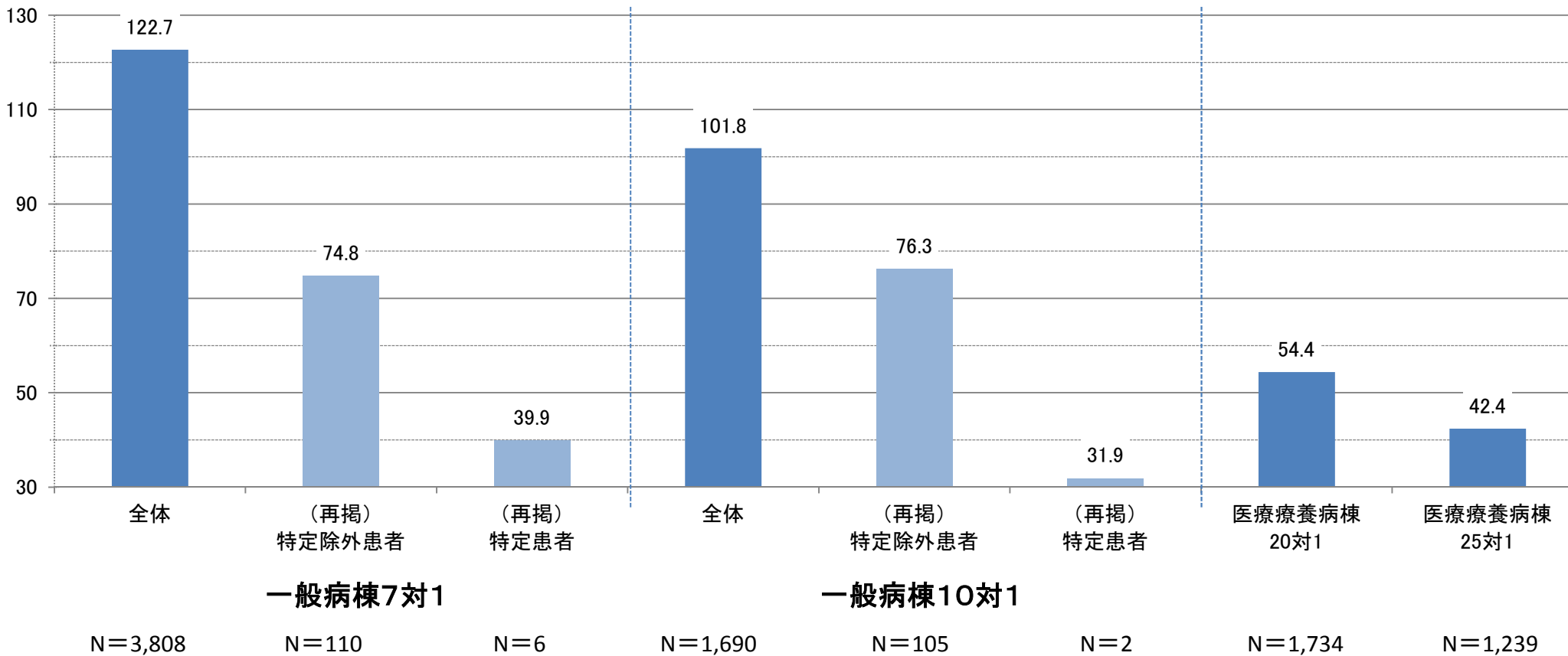
		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[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(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%	

病棟ごとのレセプト請求金額の比較

「平成24年度入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査(速報)」より
一般病棟(7:1、10:1)と療養病棟における病棟ごとのレセプト請求金額

平成24年度

※患者1人1月当たりの請求額
(万円)



7対1入院基本料に関する主なご意見④ (平成25年5月17日入院医療等の調査・評価分科会)

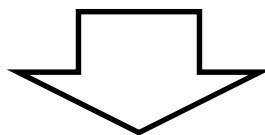
特定除外制度の廃止について

- 特定除外項目に該当する患者は多くて6.5%なので、平均在院日数の計算対象に入れた上で、10対1、7対1として平均在院日数を確保すべき
- 特定除外項目に該当する患者を診療できる受け皿があるかどうか問題である
- 特定除外項目に該当する患者は、ポストアキュートのところで診療すべき

特定除外制度(慢性期入院医療の適切な評価) に関する課題と論点

【課題】

- 7対1・10対1入院基本料を算定している医療機関においても、90日を超えて入院している患者が見られる。
- 特定除外制度の廃止にあたっては、受け皿の充実が必要である。
- なお、特定除外に該当する患者について平均在院日数の対象とした場合の影響は、7対1一般入院基本料の場合、約1.5日の増加(+7.1%)となる。



【論点】

- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様に見直すことについてどのように考えるか。

① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響

○ 7対1基本料のあり方について

➤ 平均在院日数について

- 短期滞在手術
- 特定除外制度（慢性期入院医療の適切な評価）

➤ 重症度・看護必要度の項目について

➤ その他の指標について

○ 重症度・看護必要度の項目について

➤ 現行の重症度・看護必要度について

➤ 見直すべき項目案について①

(呼吸ケア及び時間尿測定の削除、創傷処置の定義の見直し)

➤ 見直すべき項目案について②

(追加項目及び相関の強い複数の項目の取扱い)

重症度・看護必要度の評価方法等について (一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き 抜粋)

診調組 入-1
25.6.13

【評価方法】

- ・毎日評価を行う
- ・評価時間は一定の時刻で行う
- ・患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、選択肢の判断基準等に従って実施

【評価者】

- ・院内研修を受けたものが行う
(院内研修は、所定の研修を修了、あるいは評価に習熟したものが行う研修が望ましい)

【評価にあたっての留意事項】

- ・24時間の記録と観察に基づいて行い、推測は行わない
- ・当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更

重症度・看護必要度に係る評価票

診調組 入-1

25.6.13

一定以上の処置や看護が必要な患者:

A項目2点かつB項目3点以上の患者(以下「必要度基準該当患者」という)

一般病棟7対1入院基本料の算定要件:**必要度基準該当患者が15%以上**であること

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野 病院機能にあわせた入院医療の評価

診調組 入-1
25.6.13

7対1入院基本料の適正化等について

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【現行】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	→	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内		特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【現行】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	→	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ		特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない)

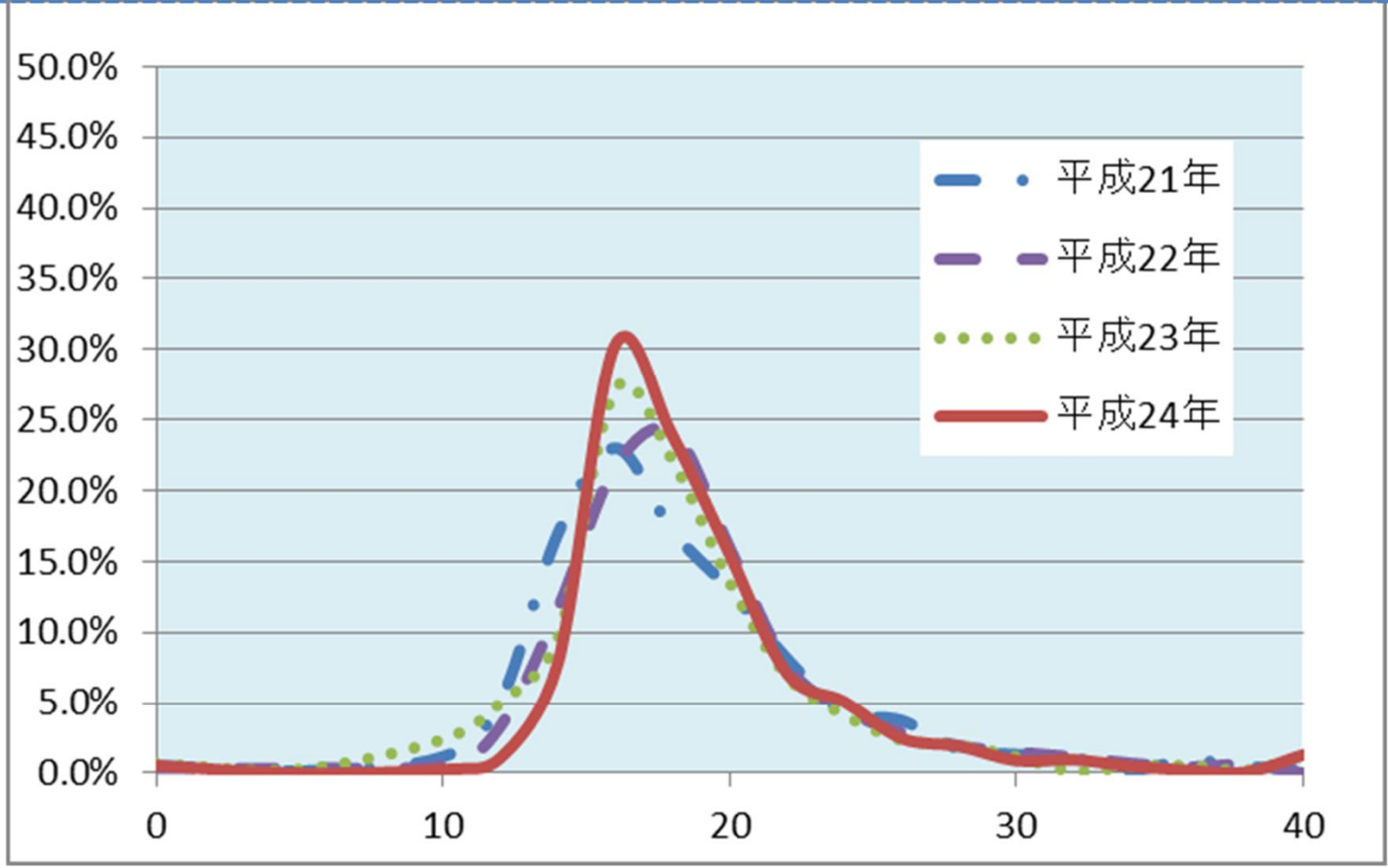
重症度・看護必要度の基準に該当する患者（A項目2点かつB項目3点以上）の割合①

一般病棟7対1入院基本料の経年変化

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

○ 一般病棟7対1入院基本料では、重症度・看護必要度の基準に該当する患者の割合が平成21年から高くなる傾向がみられた。

医療機関の割合 (%)



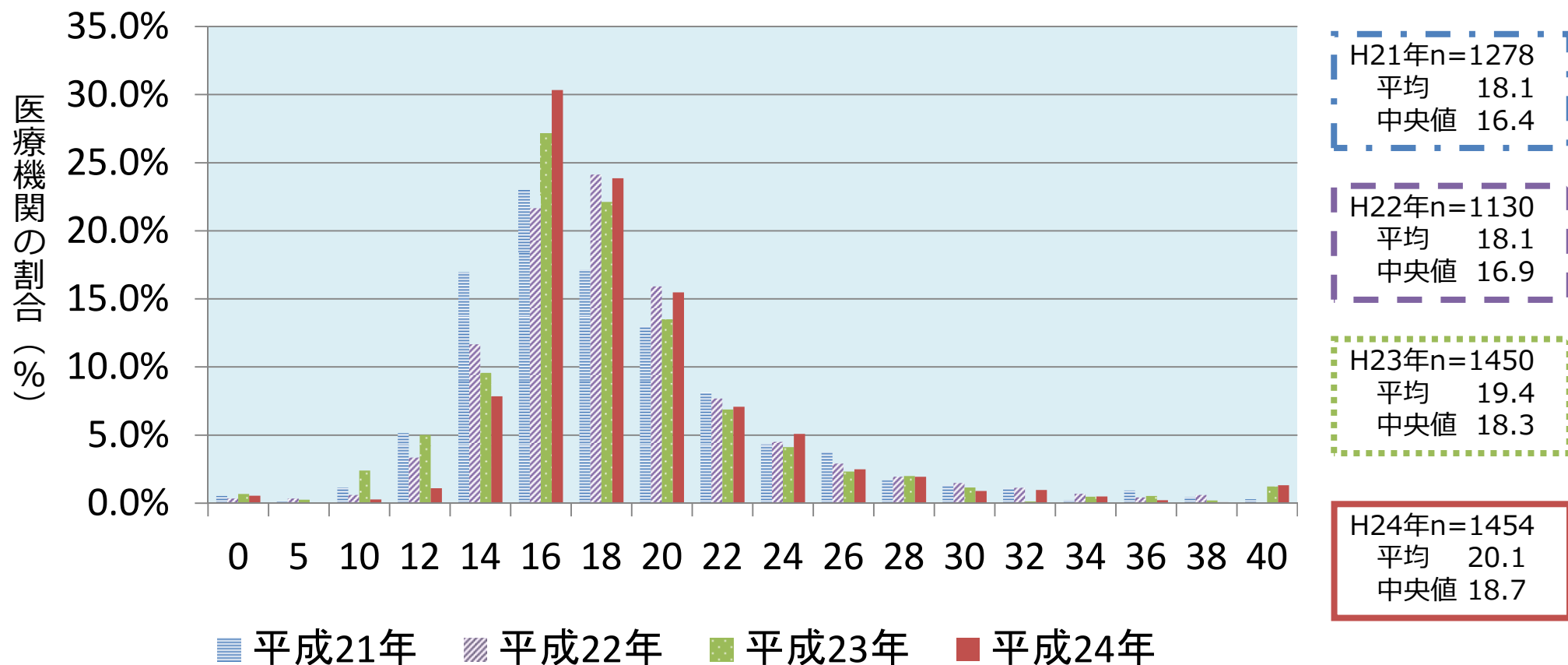
H21年n=1278	平均 18.1	中央値 16.4
H22年n=1130	平均 18.1	中央値 16.9
H23年n=1450	平均 19.4	中央値 18.3
H24年n=1454	平均 20.1	中央値 18.7

重症度・看護必要度の基準に該当する患者（A項目2点かつB項目3点以上）の割合 (%) 63

重症度・看護必要度の基準に該当する患者（A項目2点かつB項目3点以上）の割合①

一般病棟7対1入院基本料の経年変化

○ 一般病棟7対1入院基本料では、重症度・看護必要度の基準に該当する患者の割合が平成21年から高くなる傾向がみられた。



重症度・看護必要度の基準に該当する患者（A項目2点かつB項目3点以上）の割合 (%) 64

重症度・看護必要度に関する主なご意見①

(平成25年6月13日入院医療等の調査・評価分科会)

重症度・看護必要度のあり方について

- 現行の重症度・看護必要度は、急性期で入院している患者の実態と合致していないため、現行の基準を見直すことは必要
- A項目とB項目の特徴は、在宅か、入院か、急性期かで違っていると認識しているので、違いが見えるような項目に整理していくべき



重症度・看護必要度の項目の見直しが必要

○ 重症度・看護必要度の項目について

➤ 現行の重症度・看護必要度について

➤ 見直すべき項目案について①

(呼吸ケア及び時間尿測定の削除、創傷処置の定義の見直し)

➤ 見直すべき項目案について②

(追加項目及び相関の強い複数の項目の取扱い)

重症度・看護必要度に係る評価票

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3 (再掲)

一定以上の処置や看護が必要な患者:

A得点2点かつB得点3点以上の患者(以下「必要度基準該当患者」という)

一般病棟7対1入院基本料の算定要件:**必要度基準該当患者が15%以上**であること

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

重症度・看護必要度に係る評価票 (A得点) + 追加項目案

平成24年度厚生労働科学研究特別研究において、追加項目を検討し、調査票案を作成した。

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 1 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

追加項目

	なし	あり	
蘇生術の施行	なし	あり	
輸液ポンプの使用	なし	あり	
動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	
人工呼吸器の装着	なし	あり	
肺動脈圧測定(スワンガンツカテール)	なし	あり	
特殊な治療法等 1 ① 持続的血液濾過透析(CHDF) ② 大動脈バルーンパンピング(IABP) ③ 経皮的心肺補助法(PCPS) ④ 補助人工心臓 ⑤ 頭蓋内測定(ICP)	なし	あり	
専門的な治療・処置 2 ① 抗悪性腫瘍剤の内服 ② 麻薬の内服・貼付 ③ 降圧剤の使用 ④ フローランの使用 ⑤ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑥ 穿刺 ⑦ 圧迫止血 ⑧ 病棟での内視鏡検査・治療	なし	あり	
心電図モニター 2 酸素飽和度の持続モニタリング 広範・複雑なスキンケア	なし	あり	
特殊な治療法等 2 持続携帯式腹膜透析(CAPD) 自家幹細胞移植 電氣的除細動	なし	あり	69

診調組入 - 1
25.6.13(再掲)

重症度・看護必要度に係る評価票 (B得点) + 追加項目案

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3 (再掲)

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

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	
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)	
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	できない
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	
身体的な症状の訴え	ない	ある	
計画に基づいた10分以上の指導	ない	ある	
看護計画に基づいた10分以上の意思決定支援	ない	ある	
その他(緊急入院、個室管理)	ない	ある	

追加項目

【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

○「創傷処置」、「血压測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1（持続的な心電図のモニタリング）」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」

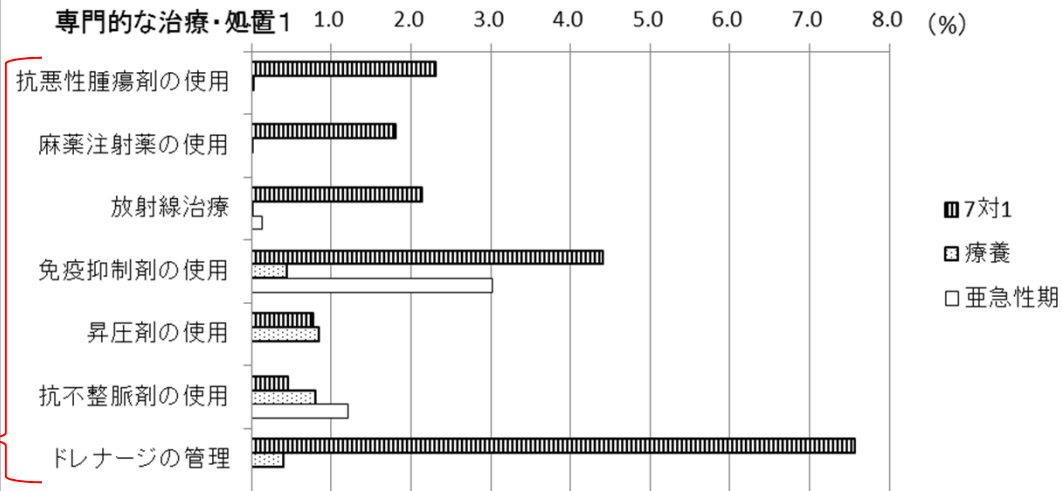
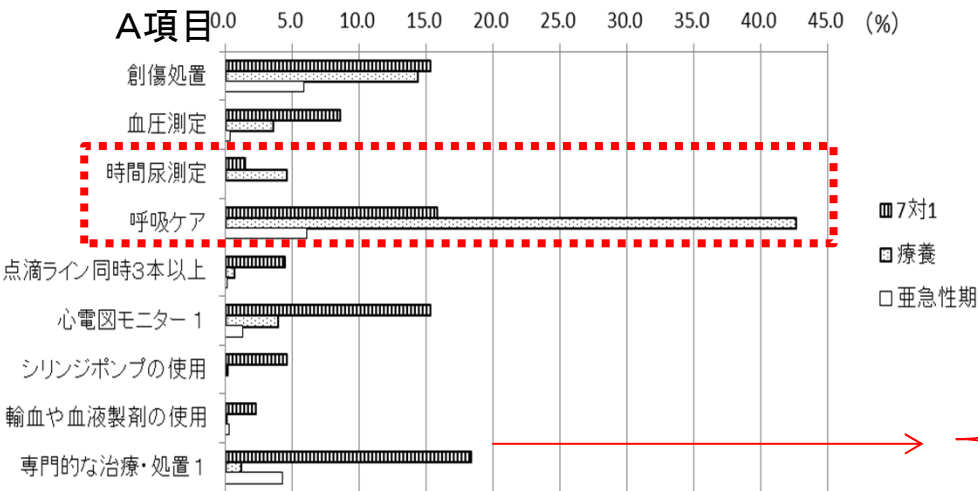
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。

○「時間尿測定」、「呼吸ケア」

7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。

○「専門的な治療・処置1」

おおむね7対1入院基本料の方が高い項目が多い。



入院料毎の重症度看護必要度該当患者とA項目の該当割合について

- A項目の**時間尿測定**の該当割合は、7対1入院基本料より15対1入院基本料で一番高くなり、**呼吸ケア**については療養病棟入院基本料の該当割合が一番高く、次いで15対1入院基本料で高くなっている。

		7対1特定機能病院 入院基本料(一般病棟)		7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟 入院基本料		13対1一般病棟 入院基本料		15対1一般病棟 入院基本料		亜急性期 入院医療管理料		療養病棟入院基本料1, 2	
		該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合
全体		117,602人	(100.0%)	106,106人	(100.0%)	49,842人	(100.0%)	3,460人	(100.0%)	10,623人	(100.0%)	2,317人	(100.0%)	84,252人	(100.0%)
(1)創傷処置	1点:あり	18,649人	(15.9%)	15,618人	(14.7%)	6,888人	(13.8%)	202人	(5.8%)	1,832人	(17.2%)	135人	(5.8%)	12,120人	(14.4%)
(2)血圧測定	1点:5回以上	10,914人	(9.3%)	8,192人	(7.7%)	3,147人	(6.3%)	150人	(4.3%)	669人	(6.3%)	7人	(0.3%)	2,969人	(3.5%)
(3)時間尿測定	1点:あり	1,633人	(1.4%)	1,569人	(1.5%)	679人	(1.4%)	43人	(1.2%)	528人	(5.0%)	0人	(0.0%)	3,867人	(4.6%)
(4)呼吸ケア	1点:あり	15,367人	(13.1%)	19,906人	(18.8%)	8,632人	(17.3%)	555人	(16.0%)	3,318人	(31.2%)	141人	(6.1%)	36,066人	(42.8%)
(5)点滴ライン同時3本以上	1点:あり	5,742人	(4.9%)	4,158人	(3.9%)	1,451人	(2.9%)	30人	(0.9%)	129人	(1.2%)	2人	(0.1%)	537人	(0.6%)
(6)心電図モニター 1	1点:あり	14,664人	(12.5%)	19,618人	(18.5%)	6,526人	(13.1%)	326人	(9.4%)	1,109人	(10.4%)	30人	(1.3%)	3,324人	(3.9%)
(7)シリンジポンプの使用	1点:あり	5,667人	(4.8%)	4,538人	(4.3%)	1,540人	(3.1%)	24人	(0.7%)	66人	(0.6%)	0人	(0.0%)	144人	(0.2%)
(8)輸血や血液製剤の使用	1点:あり	3,223人	(2.7%)	1,761人	(1.7%)	636人	(1.3%)	5人	(0.1%)	50人	(0.5%)	6人	(0.3%)	65人	(0.1%)
(9)専門的な治療・処置 1	2点:あり	25,717人	(21.9%)	15,291人	(14.4%)	4,519人	(9.1%)	52人	(1.5%)	327人	(3.1%)	98人	(4.2%)	959人	(1.1%)

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

時間尿測定

【項目の定義】

時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から1時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を1回とし、過去24時間で3回以上ある場合を評価する。

【選択肢の判断基準】

「なし」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の場合、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。

「あり」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

【判断に際しての留意点】

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。

呼吸ケア

【項目の定義】

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」

呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

呼吸ケアを1回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

【判断に際しての留意点】

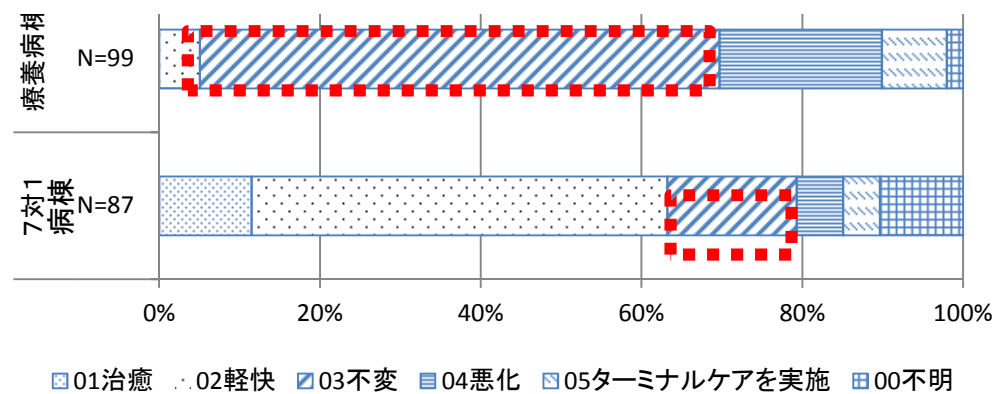
酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含めない。時間の長さや回数条件はない。

時間尿測定

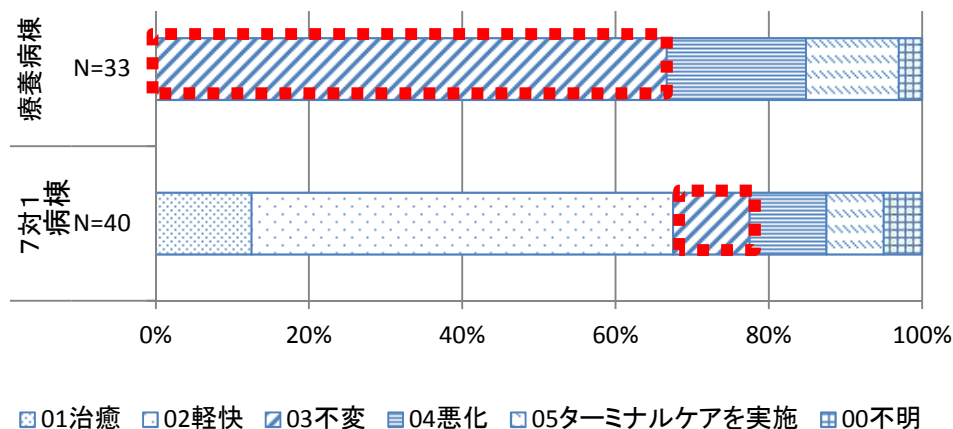
「時間尿測定」を行っている患者像の比較 (7対1入院基本料・療養病棟入院基本料)

○ 時間尿測定を行っている患者は、30日後の見通しが7対1入院基本料の方が治癒・軽快が多く、療養病棟入院基本料は不変が多い。また、時間尿測定を行っている膀胱留置カテーテル患者についても同様の傾向である。

時間尿測定該当者の30日後の見通し



時間尿測定該当者かつ膀胱留置カテーテル患者の30日後の見通し



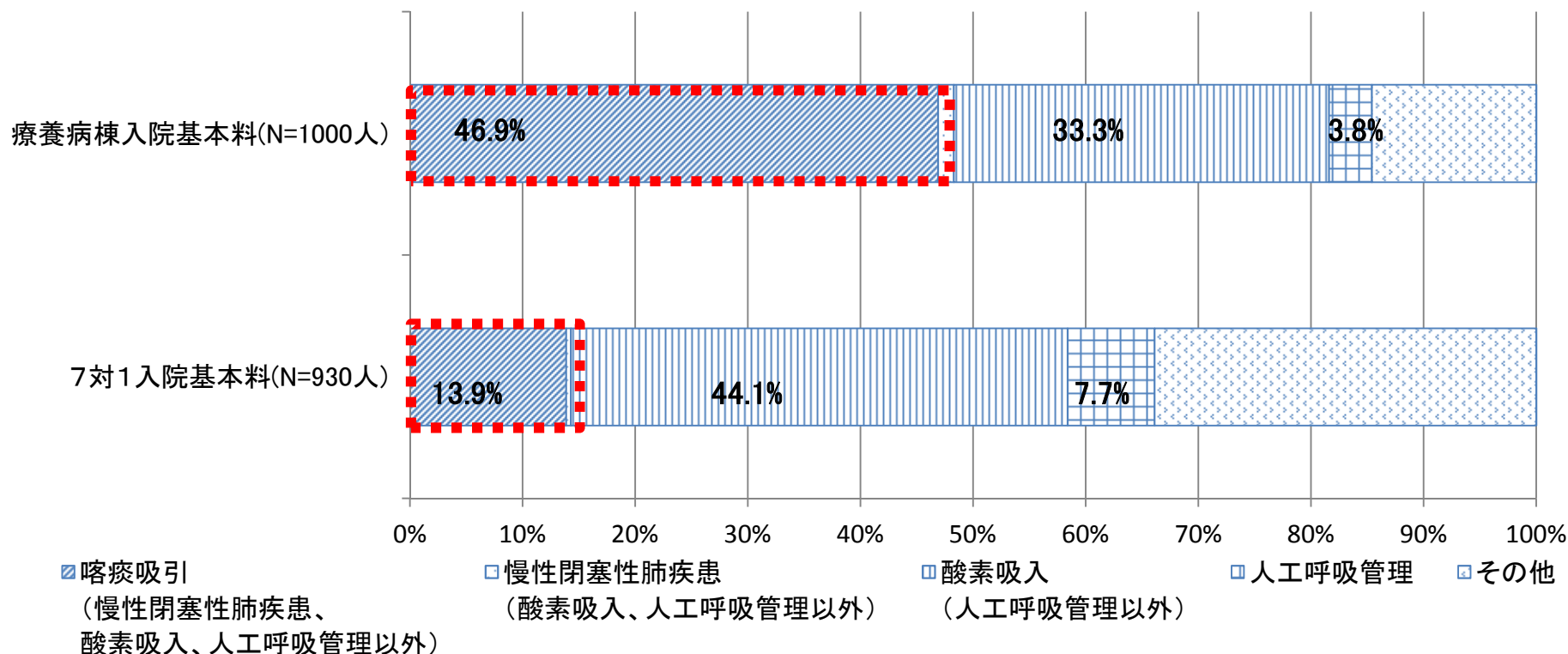
出典:平成24年度 入院医療等の調査より

患者の病態像が「不変」と回答している割合が療養病棟において高くなっているが、時間尿測定は、本来、循環動態が不安定な患者の状態観察として、正確な尿量を把握するために行われるものであり、患者の状態が「不変」という状況で行われる尿量測定は、急性期の重症度・看護必要度の指標として、適切であるといえるか。

呼吸ケア

7対1入院基本料と療養病棟入院基本料の呼吸ケア該当患者の患者像①

○ 一般病棟用の重症度・看護必要度の呼吸ケアに該当する患者のうち、喀痰吸引のみの該当者が、7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が多い。



出典：平成24年度 入院医療等の調査より

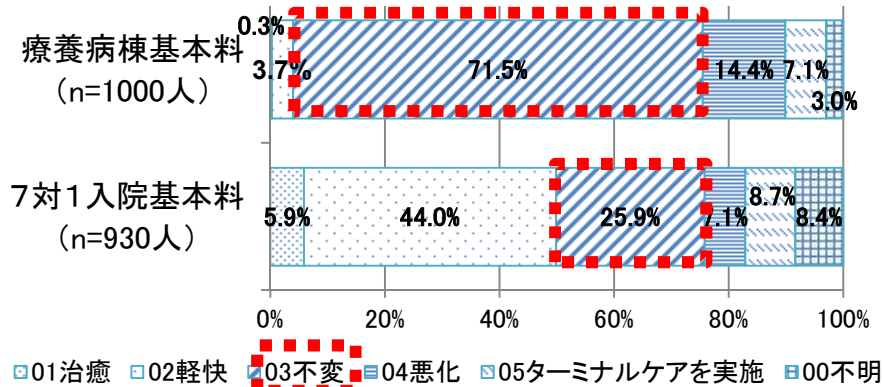
呼吸ケアは、7対1入院基本料よりも療養病棟入院基本料で、呼吸ケアの該当者が多くなっているが、その内容としては、7対1入院基本料では酸素吸入、療養病棟入院基本料では喀痰吸引の割合が高い。病棟種別によりケア内容が異なっていると考えられ、呼吸ケアのうち、特に喀痰吸引は急性期の重症度・看護必要度の指標として適切であるといえるか。

呼吸ケア

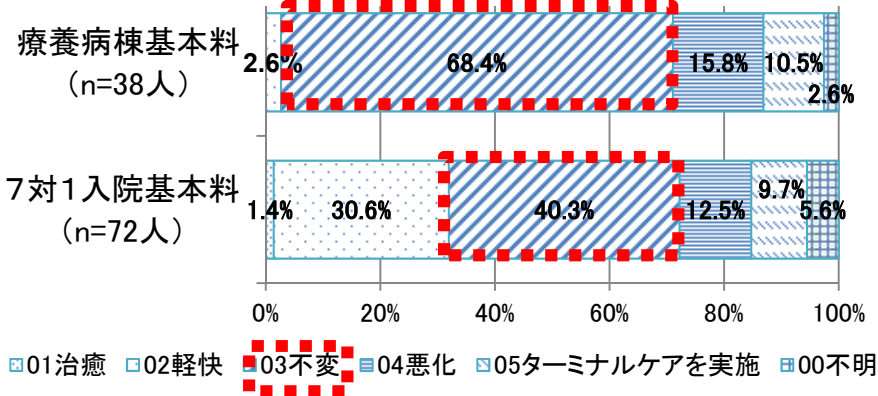
「呼吸ケア」を行っている患者像の比較 (7対1入院基本料・療養病棟入院基本料)

○ 呼吸ケアを行っている患者は、30日後の見通しが7対1入院基本料の方が治癒・軽快が多く、療養病棟入院基本料は不変が多い。

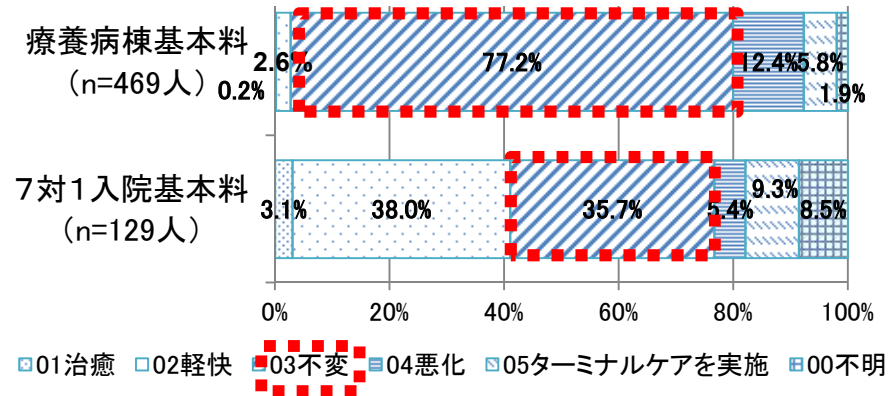
呼吸ケア該当者の30日後の見通し(A)



(A)のうち人工呼吸器該当者の30日後の見通し



(A)のうち喀痰吸引該当者の30日後の見通し



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

患者の病態像が「不変」と回答している割合が療養病棟において高くなっているが、患者の状態が「不変」という状況で行われる呼吸ケアは、急性期の重症度・看護必要度の指標として、適切であるといえるか。

重症度・看護必要度に関する主なご意見② (平成24年6月13日入院医療等の調査・評価分科会)

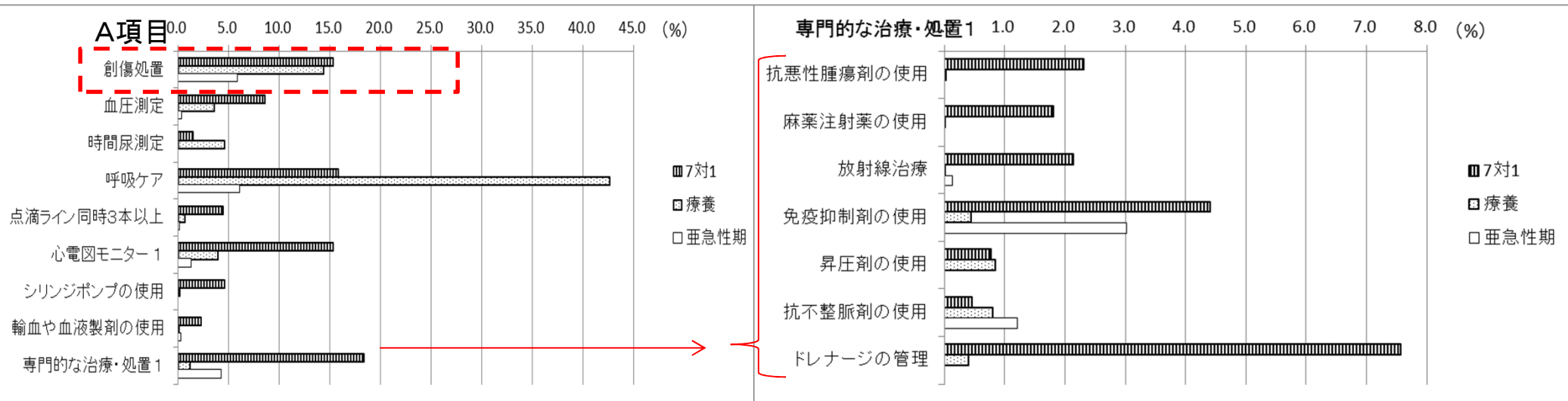
7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い項目について

- 療養病棟入院基本料の方が(該当率が)高いものについては、検討が必要だと思われる。
- 「呼吸ケア」の内容の問題も混同されている要素が非常に高いということと、「創傷処置」の内容についても同様なので、クリアに説明、あるいは調査する必要があるのではないか。
- 7対1の「呼吸ケア」の中に痰の吸引があり、それが評価として挙げられているのではないか。

7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い項目については、急性期の重症度・看護必要度として適切かどうか議論する必要がある。

【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

- 「創傷処置」、「血压測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1（持続的な心電図のモニタリング）」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。
- 「時間尿測定」、「呼吸ケア」
7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。
- 「専門的な治療・処置1」
おおむね7対1の方が高い項目が多い。



創傷処置

【項目の定義】

創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」

創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

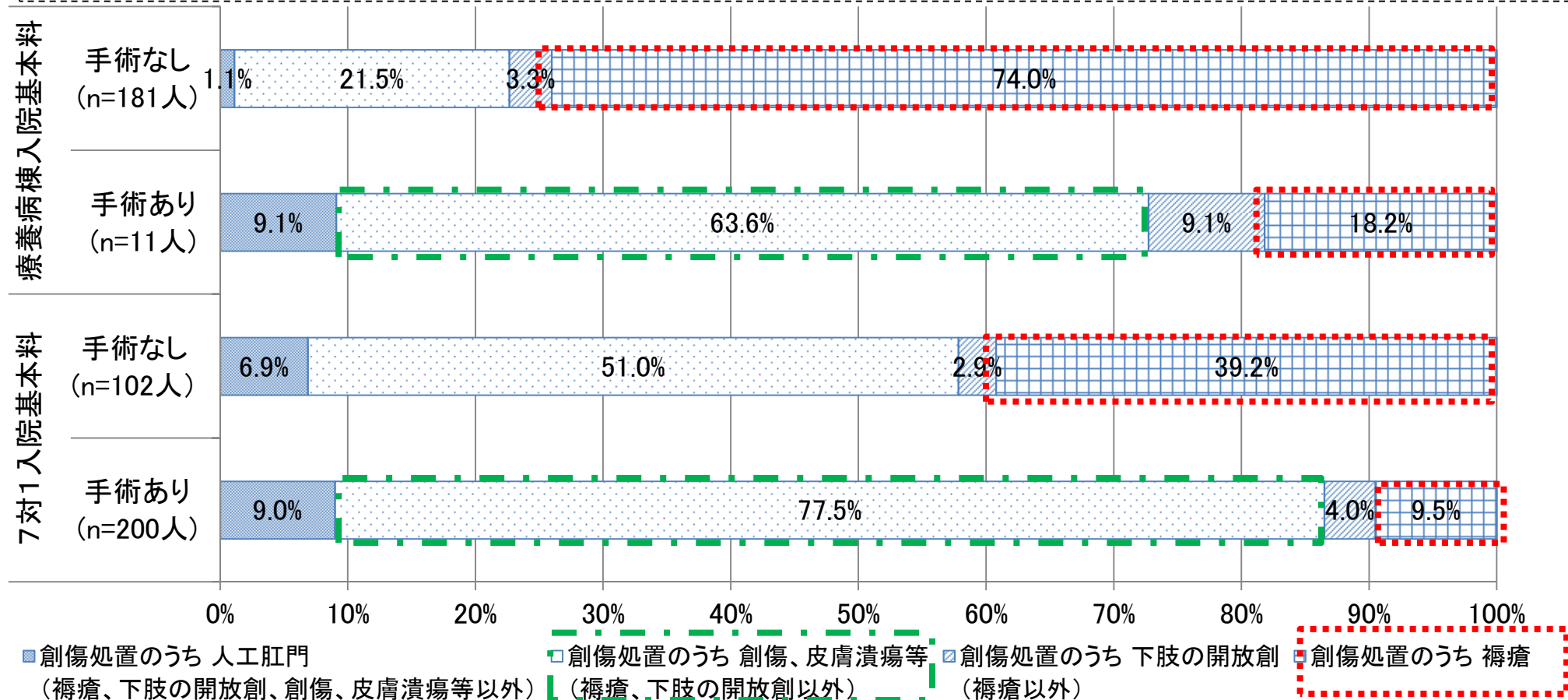
創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

【判断に際しての留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡はNPUAP 分類Ⅱ度以上又はDESIGN 分類d2 以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。

縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置に含まない⁸⁰

創傷処置の内容は、療養病棟入院基本料においては手術なしの褥瘡が多く、7対1入院基本料、療養病棟入院基本料の手術ありについては、褥瘡以外の創傷処置が多い。



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

「創傷処置」は、7対1入院基本料と療養病棟入院基本料で、手術ありの場合は「褥瘡以外の創傷処置」、療養病棟入院基本料の手術なしの場合は「褥瘡に対する処置」が多く、評価している内容が異なっているが、療養病棟入院基本料で多い創傷処置のうち「褥瘡に対する処置」が急性期の処置の指標として適切であるといえるか。

重症度・看護必要度に関する主なご意見③ (平成24年6月13日入院医療等の調査・評価分科会)

その他の項目についてのご意見「創傷処置」

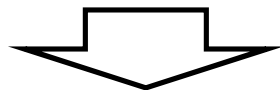
- 「呼吸ケア」の内容の問題も混同されている要素が非常に高いということと、「創傷処置」の内容についても同様なので、クリアに説明、あるいは調査する必要があるのではないか。
- A項目については、7対1で確率の高い点数が出ている項目を選んで、差がないところについては検討する必要があるのではないか。特に「呼吸ケア」、「創傷処置」等については検討していただく。

7対1入院基本料と療養病棟入院基本料とで創傷処置の該当率に差がないため、創傷処置で評価している内容について検討する必要がある。

「呼吸ケア」、「時間尿測定」及び「創傷処置」に関する課題と論点

【課題】

- 「時間尿測定」と「呼吸ケア」は、7対1入院基本料よりも療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。
- 療養病棟入院基本料で「時間尿測定」を行っている患者は、7対1入院基本料より30日後の見通しが「不変」が多く、状態像が安定している。
- 「呼吸ケア」は、療養病棟入院基本料や看護配置が低い病棟の方が該当割合が高い。患者像も療養病棟入院基本料では、酸素吸入や人工呼吸管理をしていない喀痰吸引が最も多く、また、手術なしの患者の割合も高い。
- また、「創傷処置」については、7対1入院基本料と療養病棟入院基本料で手術ありの場合は「褥瘡以外の創傷処置」、療養病棟入院基本料の手術なしの場合は「褥瘡に対する処置」が多いことから、主に評価している内容が異なっている。



【論点】

- 調査結果を踏まえて、「呼吸ケア」「時間尿測定」の見直しについてどのように考えるか。
- 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す等の見直しについてどのように考えるか。
- 「創傷処置」については、褥瘡の処置を定義から外す等の見直しについてどのように考えるか。

○ 重症度・看護必要度の項目について

➤ 現行の重症度・看護必要度について

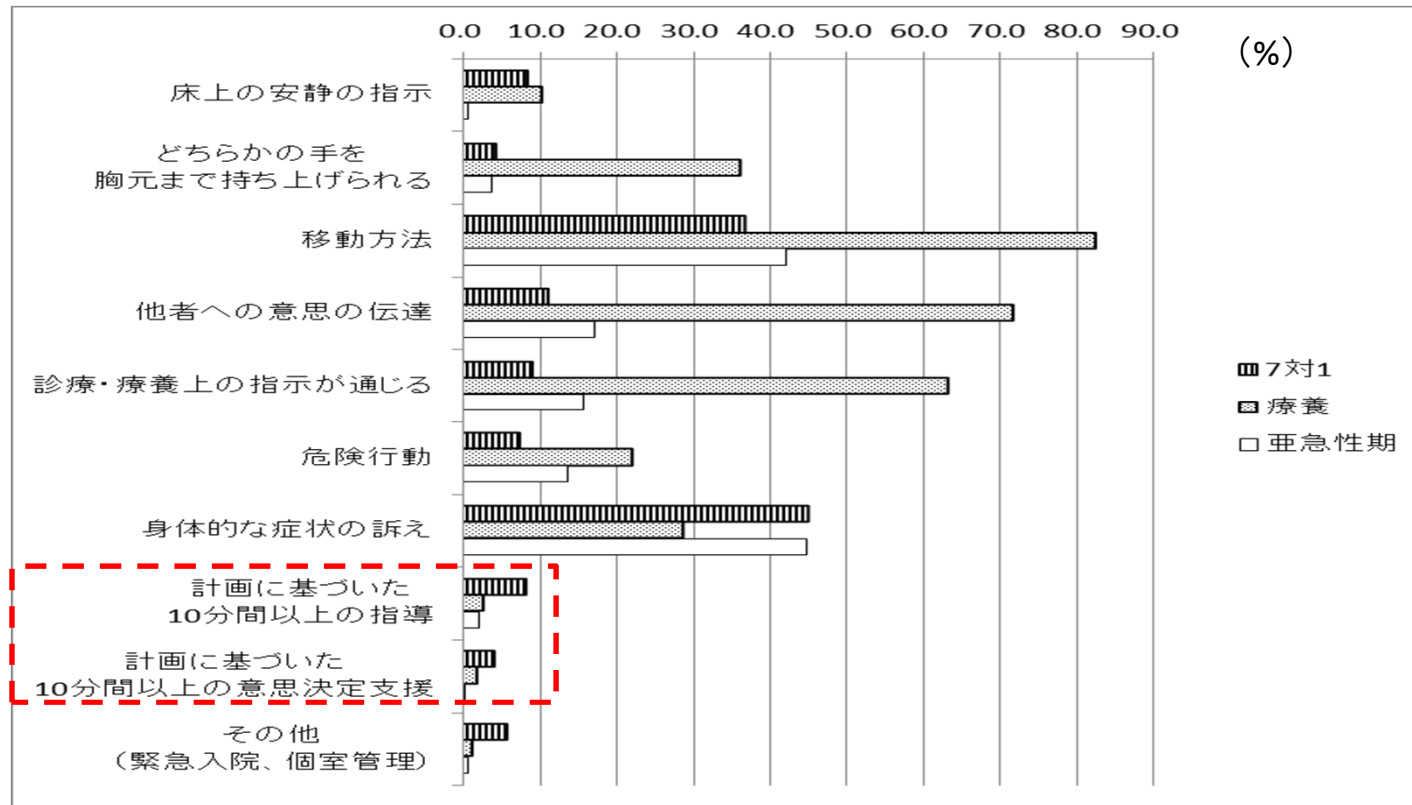
➤ 見直すべき項目案について①

(呼吸ケア及び時間尿測定の削除、創傷処置の定義の見直し)

➤ 見直すべき項目案について②

(追加項目及び相関の強い複数の項目の取扱い)

- 「身体的な症状の訴え」「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」「その他(緊急入院、個室管理)」
7対1入院基本料の方が割合が高かった。



10分以上
の指導等

計画に基づいた指導等の効果 (平均在院日数、在宅復帰率)

「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」を行った患者は、それ以外の患者に比べて、在院日数は短縮しており、在宅復帰率*が高くなっている傾向であった。

【計画に基づいた10分以上の指導】

計画に基づいた10分以上の指導	件数	在院日数	在宅復帰率
全体	1,020	20.3日	18.9%
評価期間中に指導あり	107	19.9日	21.6%
評価期間中に指導なし	913	20.3日	18.6%

【計画に基づいた10分以上の意思決定支援】

計画に基づいた10分以上の意思決定支援	件数	在院日数	在宅復帰率
全体	1,020	20.3日	18.9%
評価期間中に支援あり	45	19.3日	21.6%
評価期間中に支援なし	975	20.3日	18.8%

*＜在宅復帰率の計算式＞ B/A

・退院・退棟予定日が決まっている患者のうち、入棟年月日、退院・退棟の予定日、及び退院・退棟後の居場所のデータがそろっている患者(A)
・(A)のうち、退院・退棟後の居場所が「介護療養型医療施設」、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」、「グループホーム」、「サービス付き高齢者向け住宅」、「有料老人ホーム等」、「自宅(在宅医療を除く)」、及び「在宅医療」となっている患者(B)

10分間以上
の指導等

計画に基づいた指導等の定義

計画に基づいた10分間以上の指導

計画に基づき、看護師等が患者または家族等に対して、継続して10分間以上に亘り、指導を行った場合を評価する。

計画に基づいた10分間以上の意思決定支援

計画に基づき、看護師等が患者に対して、継続して10分間以上に亘り、治療・検査の意思決定を支援した場合を評価する。

A項目間相関係数

- ① 「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプの使用」は相関がある。
- ② 「点滴ライン同時3本以上」と「輸液ポンプの使用」は弱い相関がある。

参考)相関係数
 +0.600~+1.000 高い正の相関
 +0.400~+0.599 中位の正の相関
 +0.200~+0.399 低い正の相関
 -0.199~+0.199 無相関
 -0.399~-0.200 低い負の相関
 -0.599~-0.400 中位の負の相関
 -1.000~-0.600 高い負の相関

	A(01) 創傷処置	A(02) 血圧測定	A(03) 時間尿測定	A(04) 呼吸ケア	A(05) 点滴ライン 同時3本以上	A(06) 心電図 モニター 1	A(07) シリンジポンプ の使用	A(08) 輸血や血液 製剤の使用	A(09) 専門的な 治療・処置 1
A(01) 創傷処置	1.000								
A(02) 血圧測定	0.109	1.000							
A(03) 時間尿測定	0.074	0.242	1.000						
A(04) 呼吸ケア	0.107	0.283	0.148	1.000					
A(05) 点滴ライン同時3本以上	0.099	0.298	0.181	0.229	1.000				
A(06) 心電図モニター 1	0.071	0.333	0.168	0.431	0.258	1.000			
A(07) シリンジポンプの使用	0.059	0.218	0.104	0.208	0.446	0.285	1.000		
A(08) 輸血や血液製剤の使用	0.046	0.215	0.088	0.089	0.222	0.095	0.136	1.000	
A(09) 専門的な治療・処置 1	0.151	0.188	0.099	0.104	0.244	0.083	0.188	0.105	1.000

追加検査	A(11) 輸液ポンプの使用	0.076	0.251	0.119	0.209	0.332	0.274	0.309	0.156	0.215
------	----------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

N=298,593

【調査結果に基づいた個別項目の妥当性の検討 A項目】

○ 「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプの使用」、「輸液ポンプの使用」はそれぞれ相関性がある。

・7対1入院基本料のA項目「血圧測定」に該当する者について、B項目の出現パターンを分析したところ、最も多かったものが、B項目が「いずれも0点(該当なし)」であった。次いで「移乗のみ」に該当、「移乗と衣服着脱」に該当の組み合わせであった。

○ 血圧測定のための該当患者のB項目のパターン別延べ患者数

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

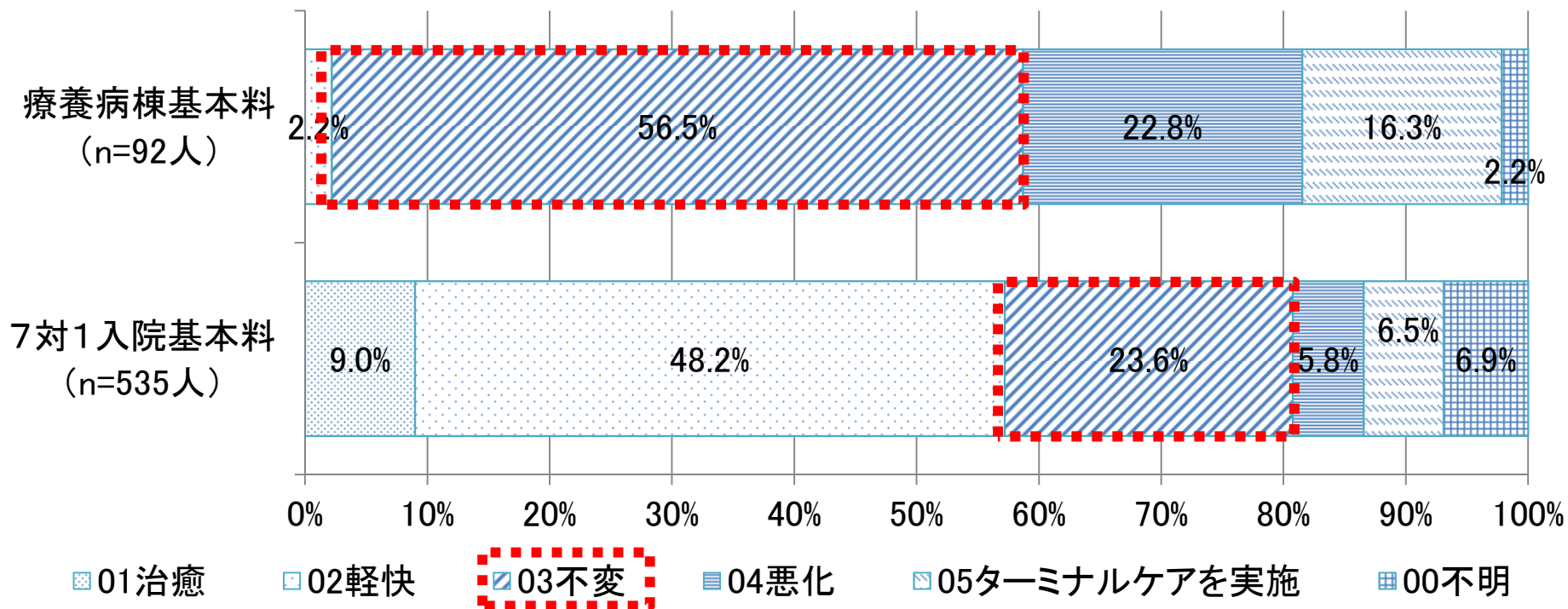
B項目パターン							件数(人) n=2,662	割合(%)
寝返り	起き上がり	座位保持	移乗	口腔清潔	食事摂取	衣服の着脱		
0点	0点	0点	0点	0点	0点	0点	759	28.5%
0点	0点	0点	1点	0点	0点	0点	202	7.6%
0点	0点	0点	1点	0点	0点	1点	169	6.3%
0点	0点	0点	0点	0点	0点	1点	153	5.7%
2点	1点	2点	2点	0点	0点	0点	61	2.3%

血圧測定とB項目で最も多く出現する組み合わせは、B項目「該当なし」であり、比較的自立度が高い患者に対する処置として行われていることが示唆されるが、急性期の循環動態が不安定な患者の状態観察の指標として適切であるといえるか。

血圧測定

「血圧測定」を行っている患者像の比較 (7対1入院基本料・療養病棟入院基本料)

○ 血圧測定を行っている患者は、30日後の見通しが7対1入院基本料の方が治癒・軽快が多く、療養病棟入院基本料は不変が多い。



出典：平成24年度 入院医療等の調査より

患者の病態像が「不変」と回答している割合が療養病棟において高くなっているが、本来、血圧測定は、循環動態が不安定な患者の状態観察として、血圧の変動を正確に把握し、血圧値に応じた対応をするために行われるものであり、患者の状態が「不変」という状況で行われる血圧測定は、急性期の重症度・看護必要度の指標として、適切であるといえるか。

血圧測定

【選択肢】

「0～4回」

「5回以上」

【項目の定義】

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

過去24時間に当該病棟で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

【判断に際しての留意点】

血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類(水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等)や聴診・触診等の手法の違いは問わない。

血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。

手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。

B項目間相関係数

○ すべての項目に極めて高い相関がある。

		B(01) 寝返り	B(02) 起き上がり	B(03) 座位保持	B(04) 移乗	B(05) 口腔清潔	B(06) 食事摂取	B(07) 衣服の着脱
一 般 病 棟 用	B(01) 寝返り	1.000						
	B(02) 起き上がり	0.805	1.000					
	B(03) 座位保持	0.803	0.833	1.000				
	B(04) 移乗	0.692	0.707	0.735	1.000			
	B(05) 口腔清潔	0.669	0.676	0.655	0.676	1.000		
	B(06) 食事摂取	0.562	0.559	0.525	0.521	0.576	1.000	
	B(07) 衣服の着脱	0.721	0.714	0.695	0.705	0.719	0.593	1.000

参考)相関係数

+0.600～+1.000 高い正の相関
+0.400～+0.599 中位の正の相関
+0.200～+0.399 低い正の相関
-0.199～+0.199 無相関
-0.399～-0.200 低い負の相関
-0.599～-0.400 中位の負の相関
-1.000～-0.600 高い負の相関

N=298,593

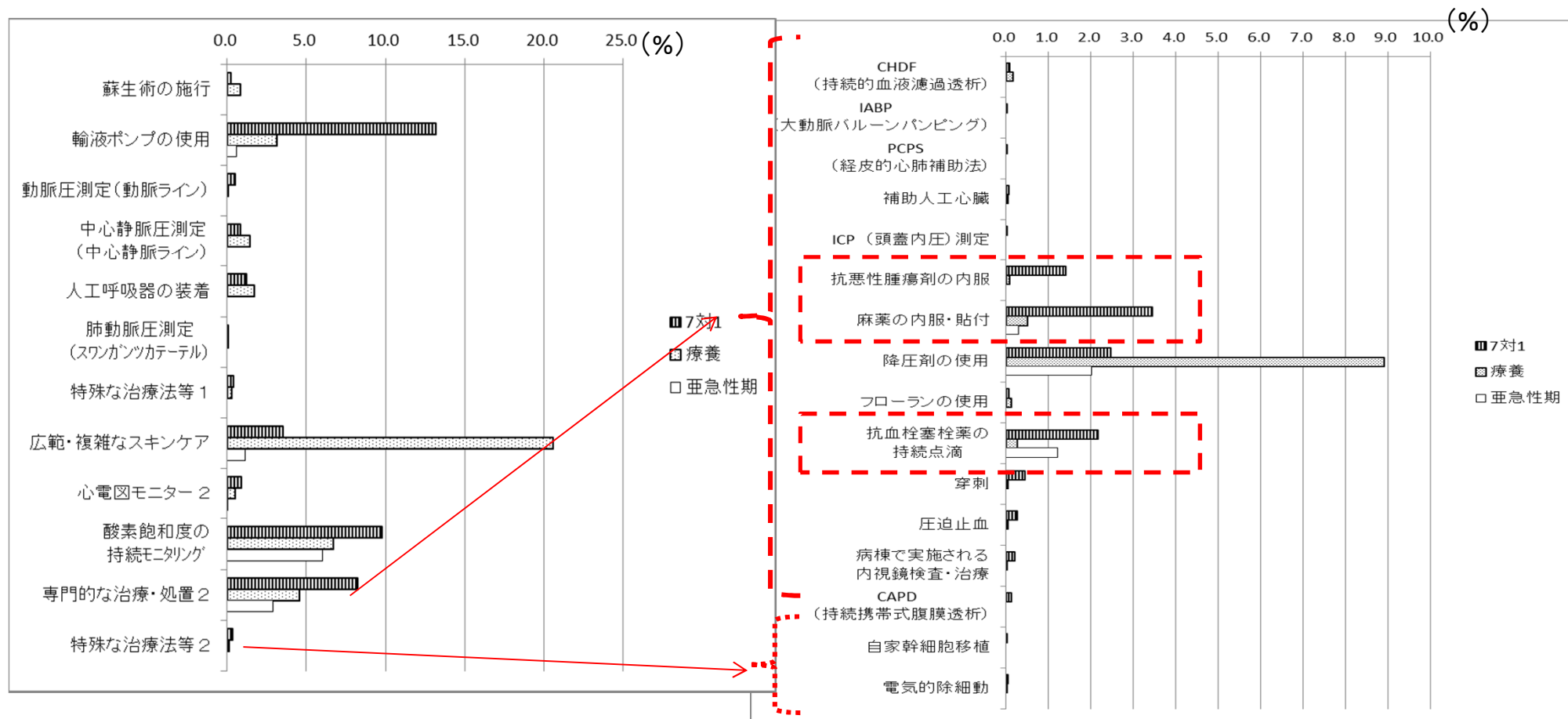
出典:平成24年度 入院医療等の調査より

【調査結果に基づいた個別項目の妥当性の検討 B項目】

- 現在のB項目については、すべての項目の相関が高い。
- そのため、統計学的分析に加え、特に臨床的な視点も踏まえ、項目の整理を行ってはどうか。

○ 「専門的な治療・処置2」の「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓塞栓薬の持続点滴」

7対1入院基本料の該当率が高い。



(心電図モニター2: 心臓再同期療法(CRT)、両心室ペーシング機能付埋込型除細動器(CRTD)、植込型除細動器(ICD)を実施した場合)

重症度・看護必要度に関する主なご意見④

(平成24年6月13日入院医療等の調査・評価分科会)

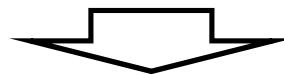
その他の項目についてのご意見

- 「計画に基づいた10分以上の指導」、「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」
 - ・急性期で在院日数が非常に短くなると、重要な項目である。入れるべきではないか。
 - ・急性期の看護の役割としてこれからも大いに期待する。その効果としてどれだけ在宅への回帰がされたか、組み合わせて指標化する必要がある。こういった指標づくり、いわゆるプロセスでもアウトカムを想定した指標づくりが工夫されるべき。
- 「その他」
 - ・自動血圧計ができていますので止めてもいいのではないかと。(「血圧測定」)
 - ・項目が多いので、できるだけ少なくしてほしいという意見があるので、相関性がはっきりしているものは、有効なものを残すのがいいのではないかと。
 - ・A項目については、7対1で高い点数が出ている項目をとって(略)、新たな項目については、「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」をA項目に入れるのがいいのではないかと。

追加項目及び相関の強い複数の項目に関する 課題と論点

【課題】

- 療養病棟入院基本料より7対1入院基本料の方が該当率が高かった「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」を行った患者は、患者全体と比較すると在院日数は短縮し、在宅復帰率が高くなっている傾向であった。
- A項目については、療養病棟入院基本料より7対1入院基本料の該当率が高い項目のうち、「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプ」については、項目間に相関性がある。
- B項目については、すべての項目間に相関があるため、これらの項目のあり方について議論する必要がある。
- 「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓塞栓薬の持続点滴」については、療養病棟入院基本料より7対1入院基本料の方が該当率が高かったことから、急性期の重症度・看護必要度としての評価の妥当性について議論する必要がある。



- 新しい項目の追加と項目間の相関の強いものについて、その取り扱いをどのように考えるか。

① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響

○ 7対1基本料のあり方について

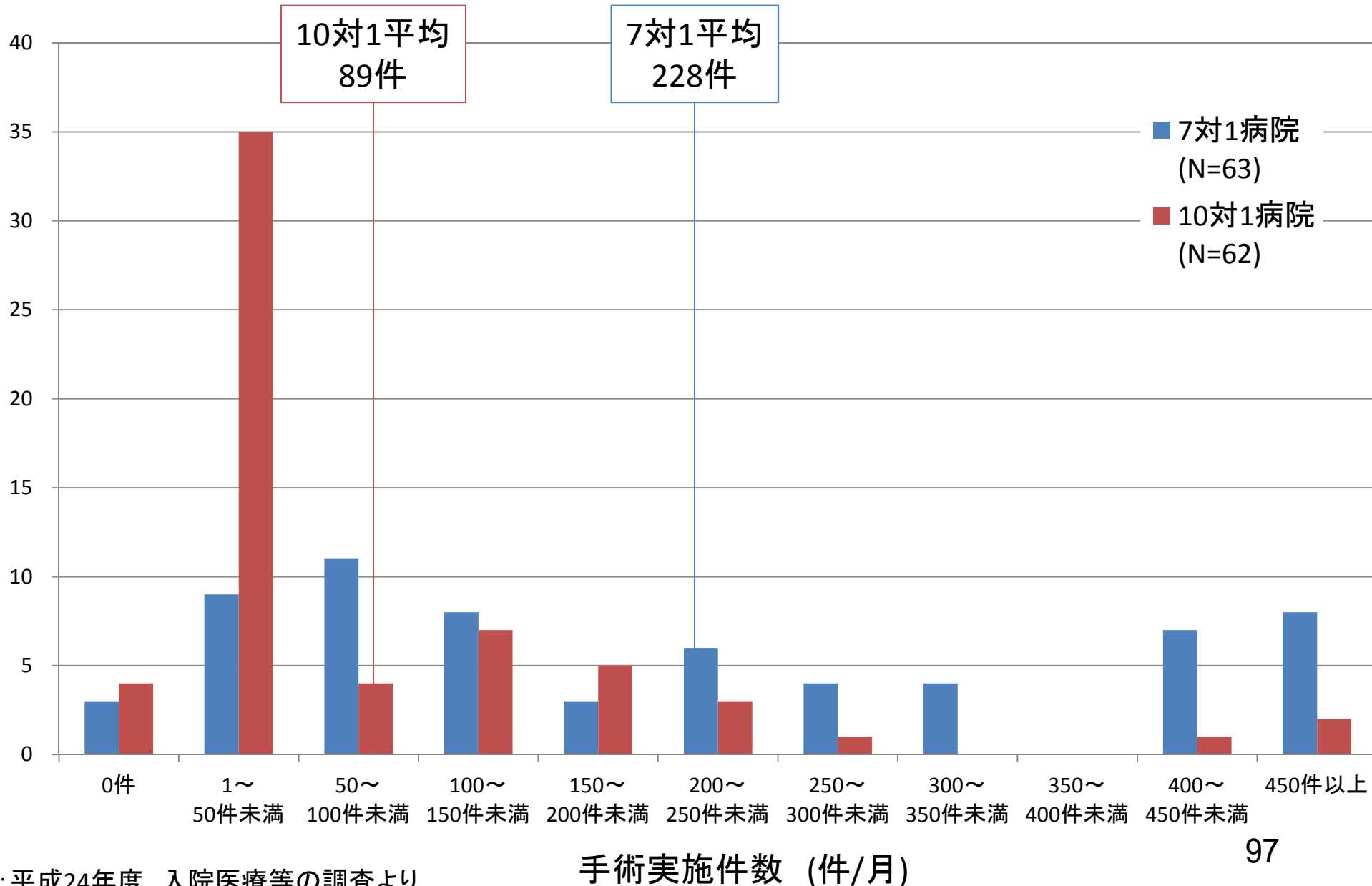
➤ 平均在院日数について

- 短期滞在手術
- 特定除外制度（慢性期入院医療の適切な評価）

➤ 重症度・看護必要度の項目について

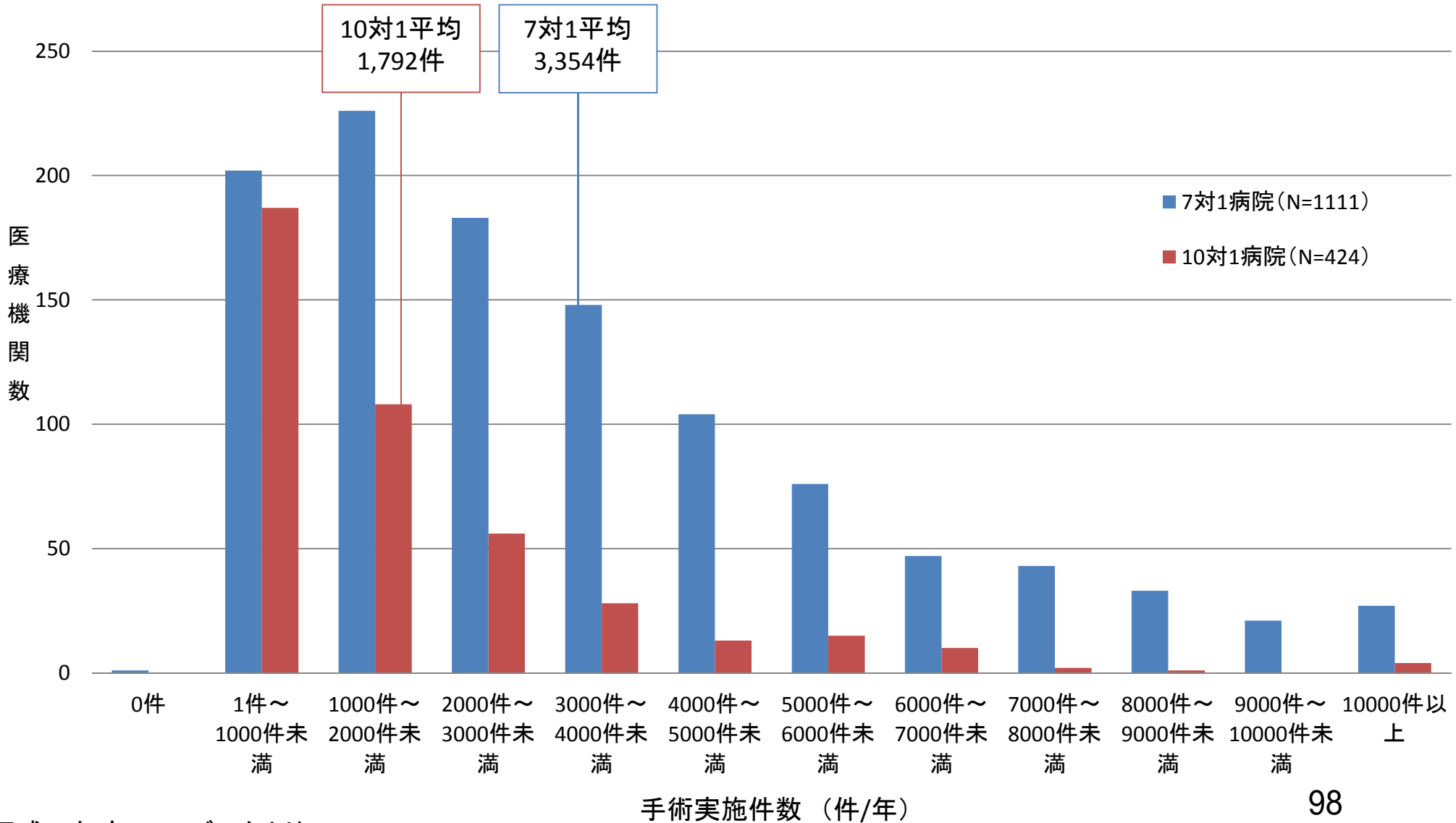
➤ その他の指標について

7対1・10対1病院における手術実施件数(平成24年度調査)

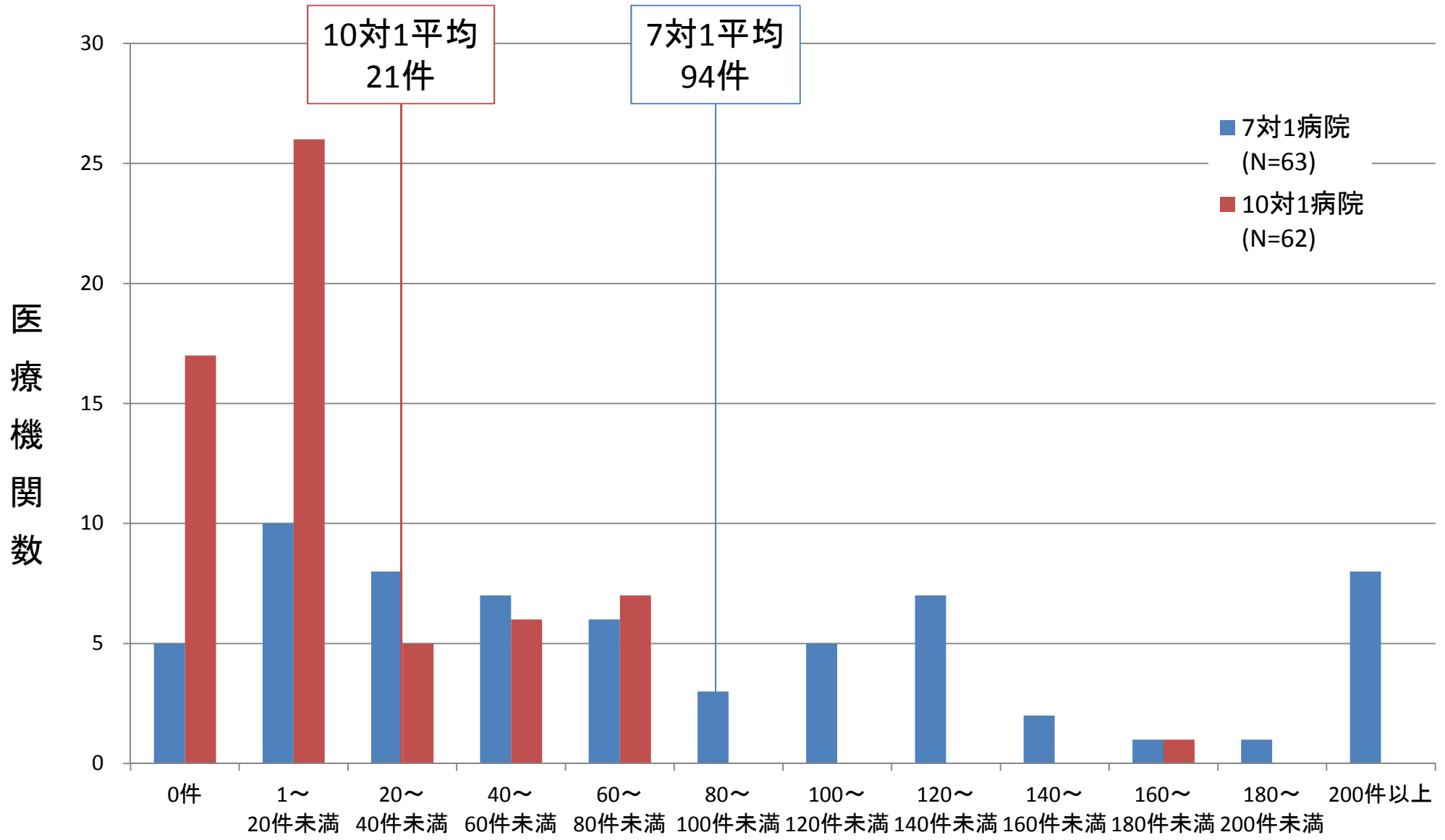


7対1・10対1病院における手術実施件数（DPCデータ）

*平成25年3月現在で7対1一般病棟入院基本料を算定している病院

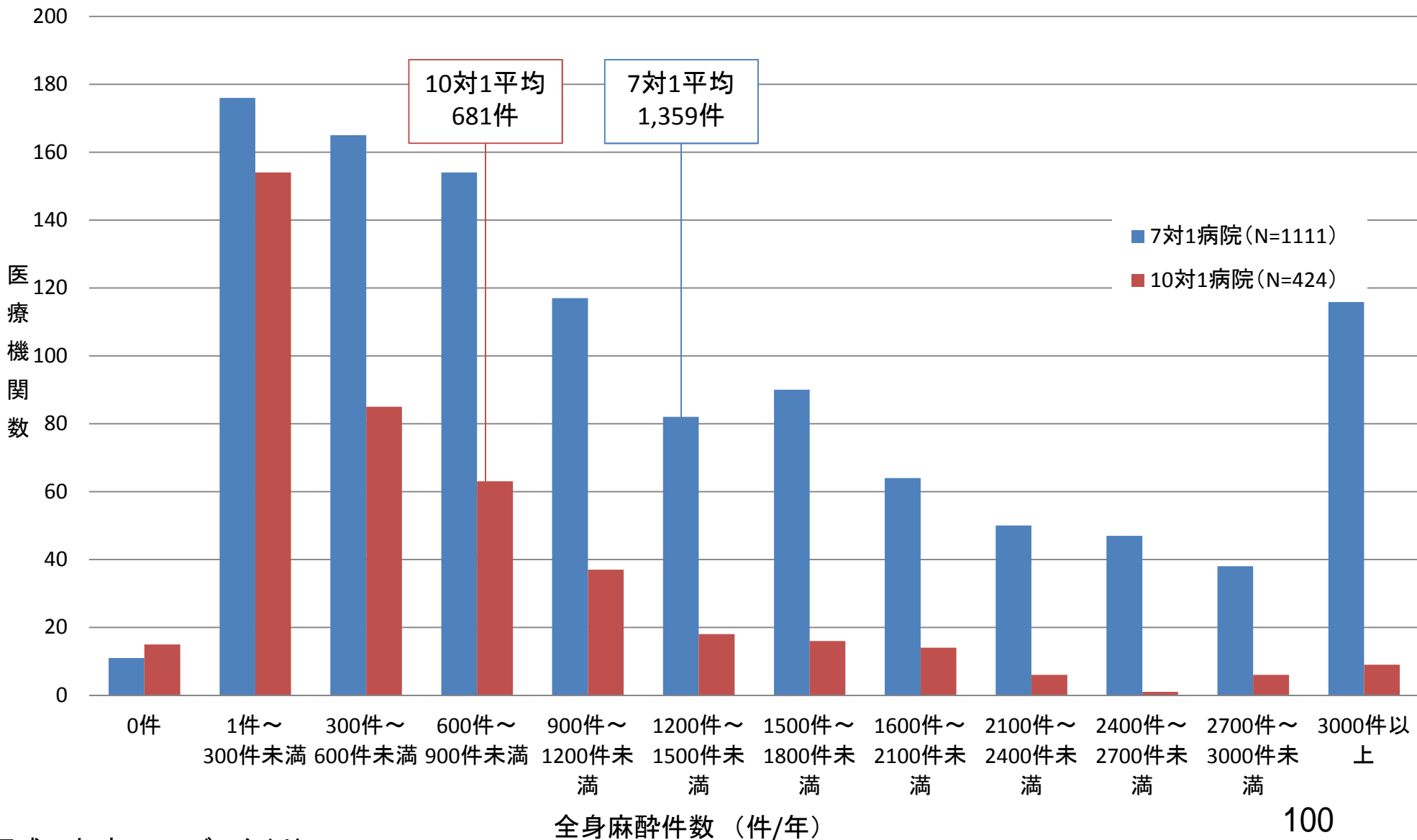


7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(平成24年度調査)



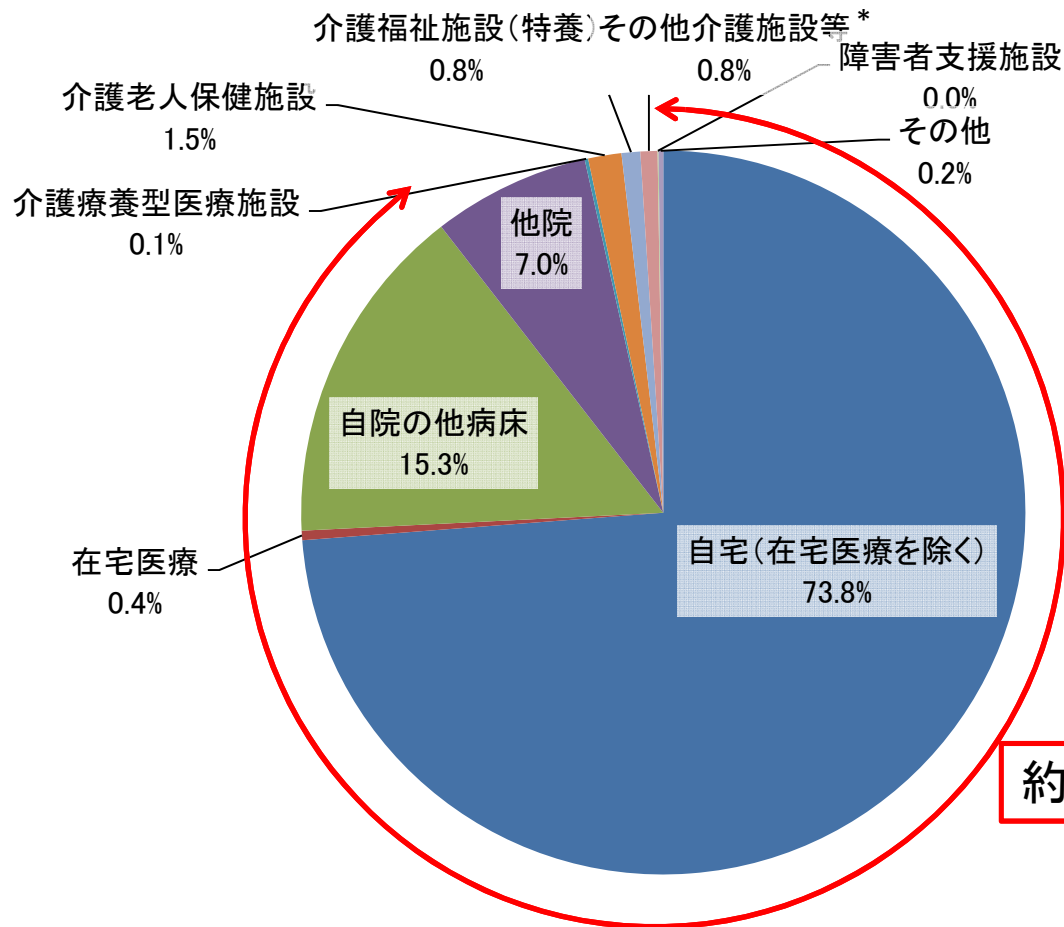
7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(DPCデータ)

*平成25年3月現在で7対1一般病棟入院基本料を算定している病院



7対1病棟における退棟患者の状況(平成24年度調査結果)

(改) 診調組 入-1
25.5.16



+死亡退院: 749人

約89.5%

N=24,687

出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

*その他介護施設等には「グループホーム」「有料老人ホーム・軽費老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」が含まれる

亜急性期・回復期等

在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上

回復期リハ病棟2: 6割以上

亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

老健

長期療養

診療所等

外来・訪問サービス等

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割

上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

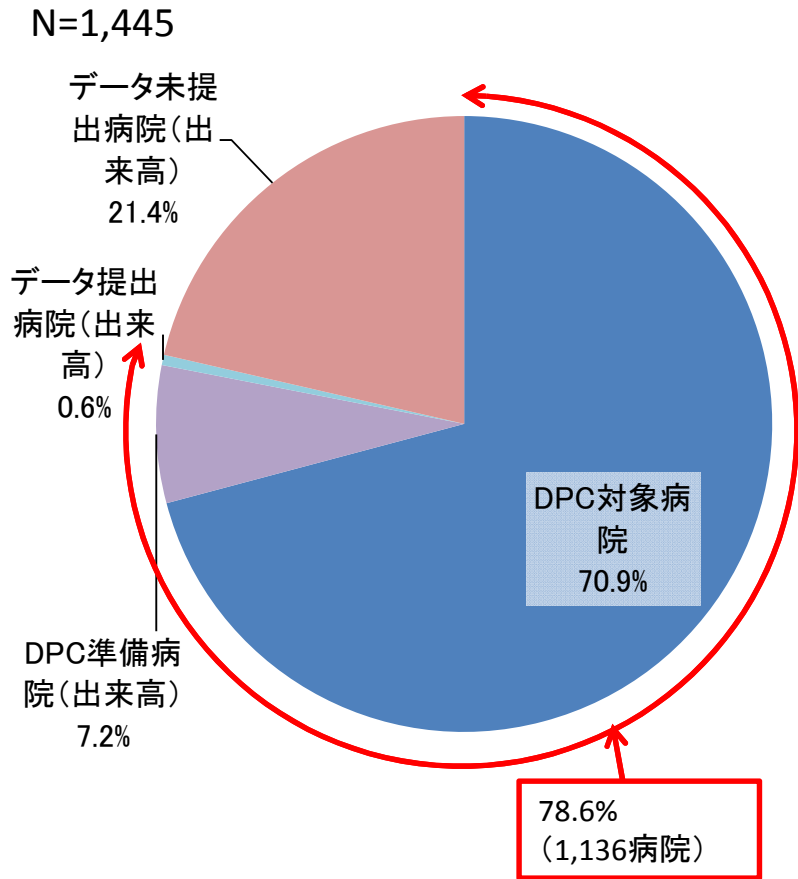
7対1入院基本料に関する主なご意見⑤ (平成25年5月17日入院医療等の調査・評価分科会)

在宅復帰率に係る主なご意見

- 超急性期病院の在宅復帰率については、例えば亜急性へ行ってから在宅に行っただころまで含めて評価をしないといけないのではないか

7対1病院のDPCデータ提出の状況

7対1病院におけるDPCデータの提出状況(平成24年度)



DPCデータの提出病床の状況

	許可病床数 (平成24年7月1日現在)	データ提出届出病床数 (平成25年3月1日現在)	割合
一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	380,591	328,665	86.4%
一般病棟 10対1入院基本料	210,566	74,513	35.4%
特定機能病院 一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	58,944	58,326	99.0%*
特定機能病院 一般病棟 10対1入院基本料	1,365	1,232	90.3%*
専門病院 7対1入院基本料(経過措置を含む)	5,795	5,569	96.1%
専門病院 10対1入院基本料	1,944	1,215	62.5%

*特定機能病院で100%になっていないのは許可病床と届出病床の差によると考えられる

7対1入院基本料を算定している病床については、既に大半がDPCデータを提出している

7対1入院基本料に関する主なご意見⑥ (平成25年5月17日入院医療等の調査・評価分科会)

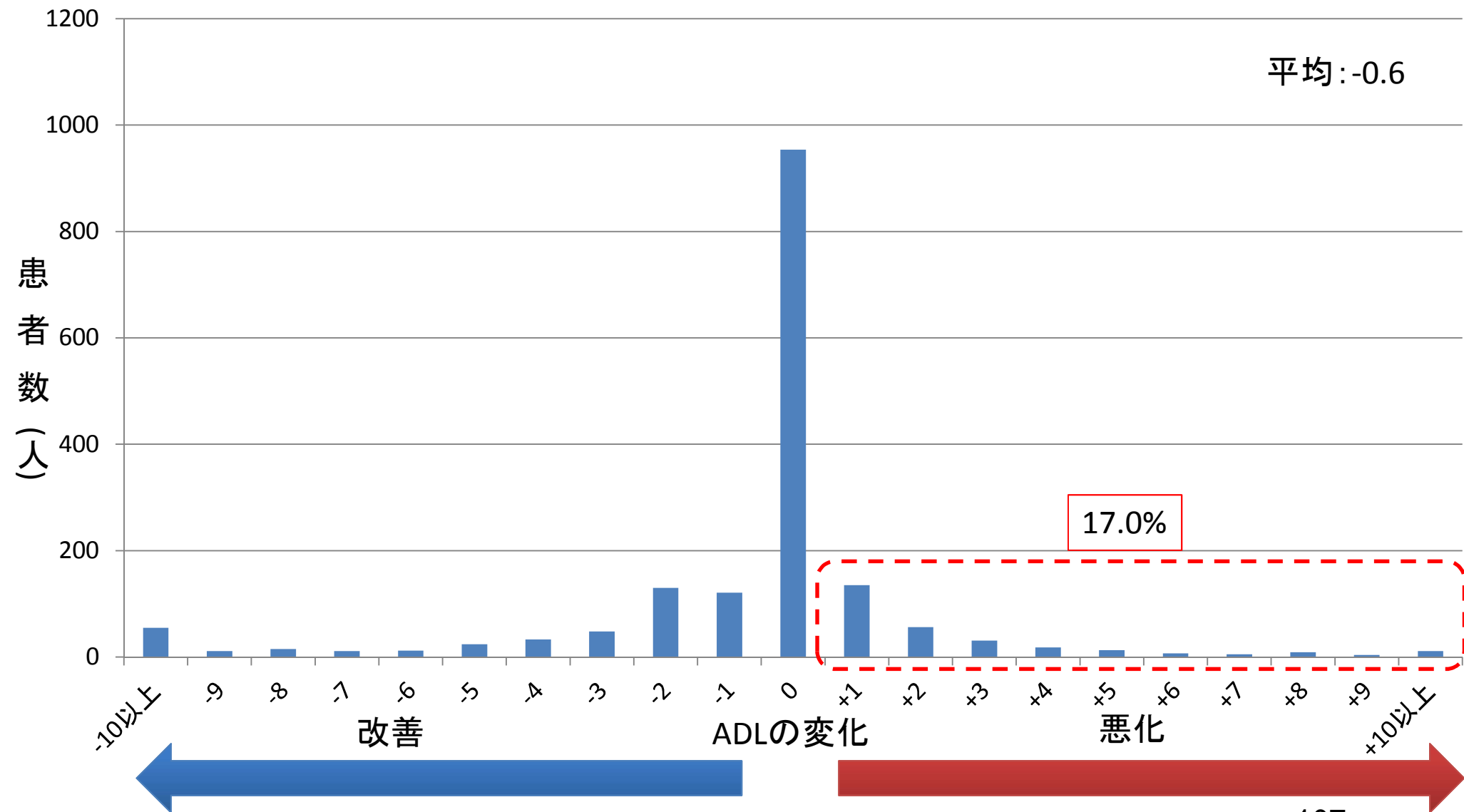
データ提出に係る主なご意見

- 7対1の病院でDPC未参加の病院が2割ぐらいあるが、DPCデータをとれば特に調査をしなくても、患者像も含めて病院の状況が明確にわかるので、7対1病院はDPCデータを提出することを要件に入れるべきではないか。

7対1病院における調査期間(2週間)中のADL*の変化(平成24年度調査)

N=1,703

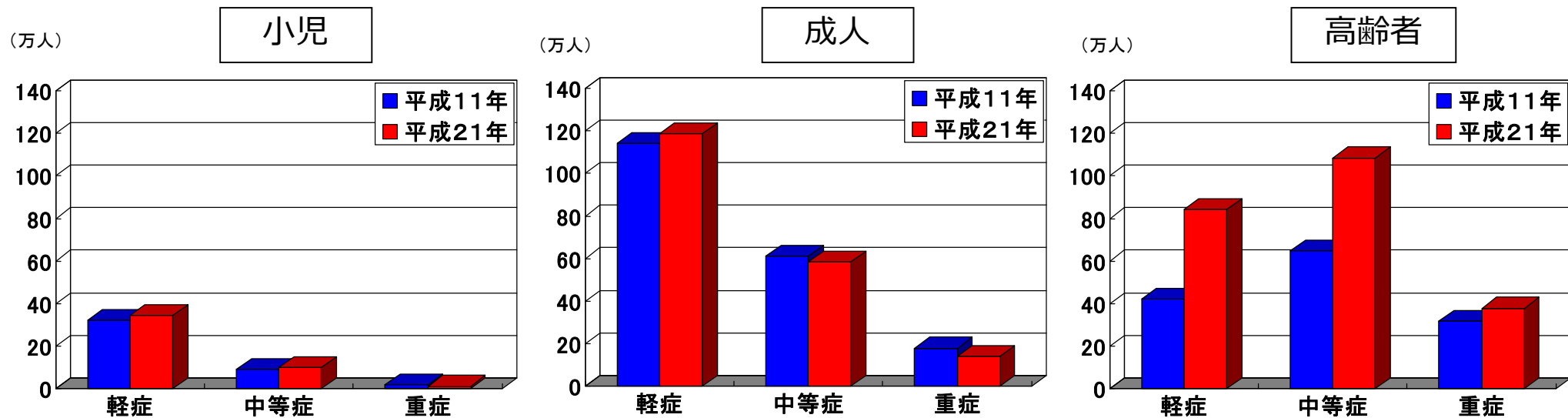
*重症度・看護必要度B項目の値



救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

中医協 総 - 3
2 5 . 3 . 1 3

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。



平成11年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人

平成21年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.3万人 0.6万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.9万人 6.2万人増 +20%
中等症	10.2万人 0.9万人増 +10%	58.4万人 2.8万人減 -5%	108.4万人 43.6万人増 +67%
軽症	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%



急性期からの紹介患者の実情

2010年入院患者511人の評価結果

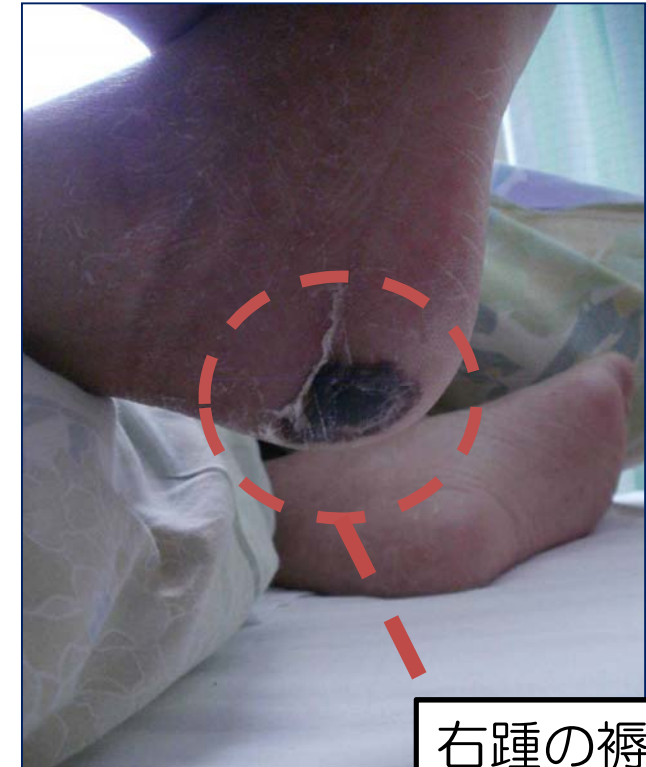
入院時栄養問題

入院時栄養管理	人数	%
血清A1b ≤ 3.2 g/dl	79	15
%標準体重 $\leq 80\%$	83	16
栄養サポート対象患者	187	37

- ①体重に明らかな異常あり
- ②食事摂取量が少ない
- ③下痢・嘔吐あり
- ④血清A1b値3.2g・dl以下
- ⑤Stage II以上の褥瘡
- ⑥経腸栄養患者

• 37%に栄養サポートが必要

急性期病院に転院後3週間 (転院後、誤嚥性肺炎を併発)



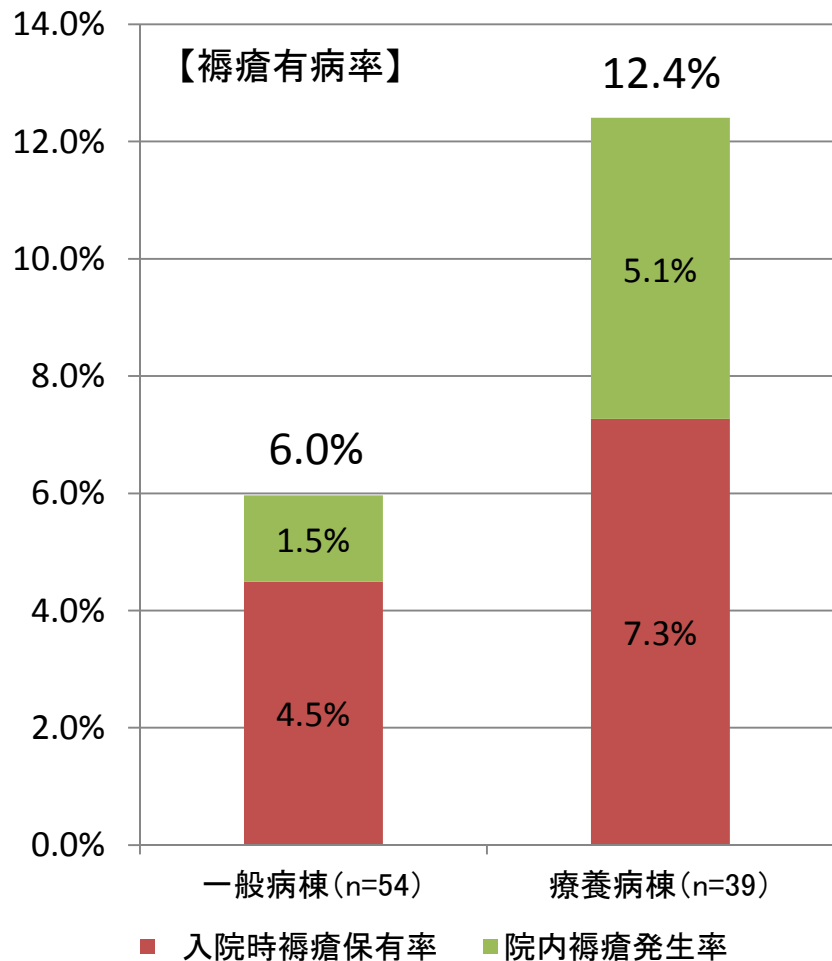
3週間点滴のみであったため
著明な低アルブミン血症

早期離床
リハビリが必要

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 0

- 褥瘡有病率は一般病棟が6.0%、療養病棟が12.4%であった。
- 院内褥瘡率は、一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%であった。

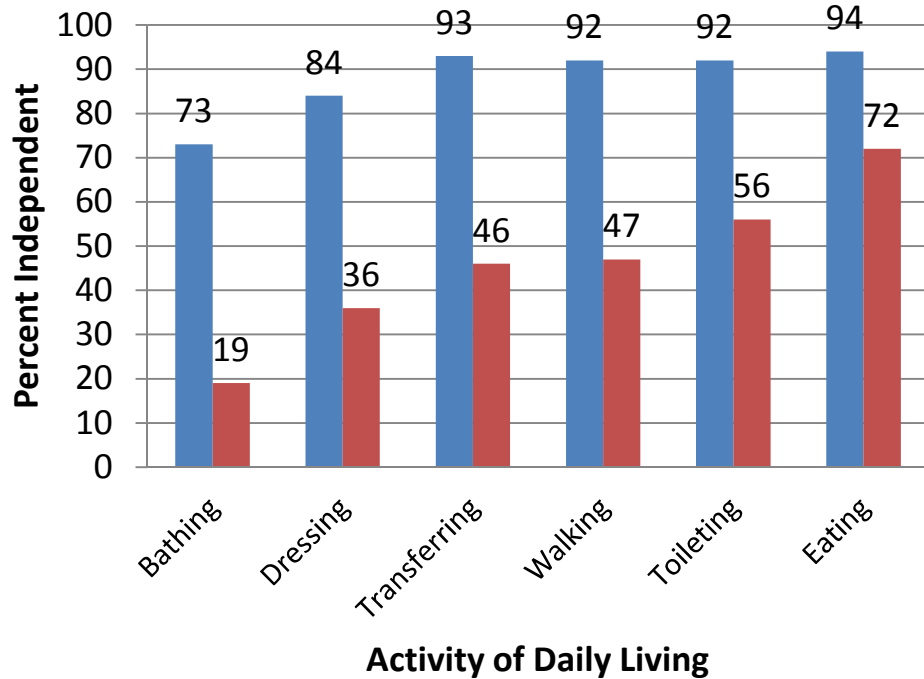


		一般病棟 (n=54)	療養病棟 (n=39)
入院患者数(①)	人	4,408	2,064
褥瘡を有する入院患者数(②)	人	263	256
褥瘡有病率(②/①)	%	6.0%	12.4%
入院時に既に褥瘡を保有していた入院患者数(③)	人	198	150
入院時褥瘡保有率(③/①)	%	4.5%	7.3%
院内で発生した褥瘡を保有している入院患者数(④=②-③)	人	65	106
院内褥瘡発生率(④/①)	%	1.5%	5.1%

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較

Pre-admission and discharge Activity of Daily Living(ADL)function for patients(N=404)who declined in function during index hospitalization.

■ Preadmission ■ discharge

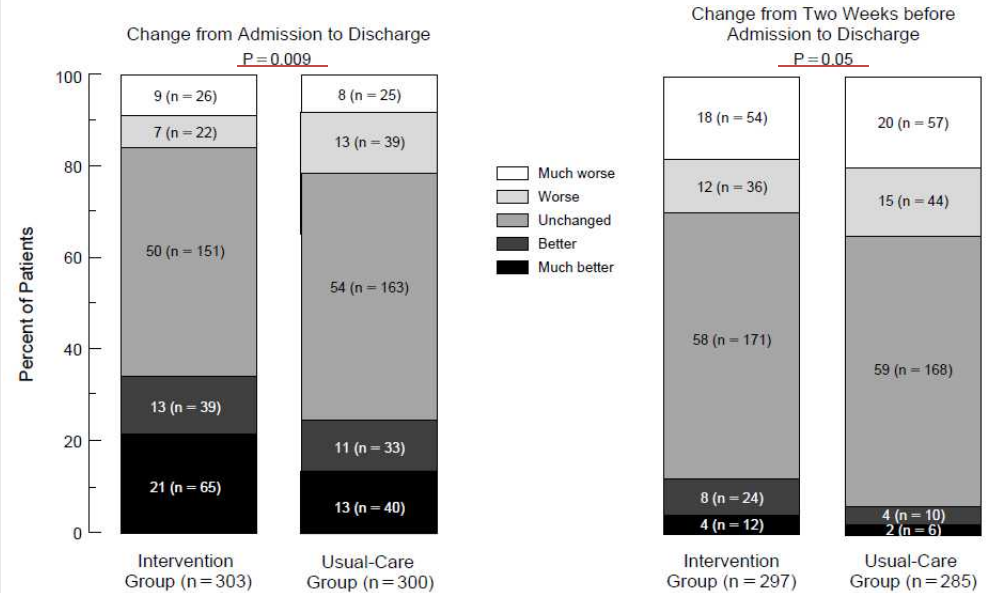


出典: Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998 Nov;14(4):669-79.

入院時と退院時の通常治療群と介入群※の比較

※リハビリテーション等を含むプロトコルの介入

Change in Patients' ability to Perform Basic Activities of Daily Living from Admission to Discharge and from Two Weeks before Admission to Discharge, According to Treatment Group



出典: Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995 May 18;332(20):1338-44.

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを介入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

その他の指標に関する課題と論点

【課題】

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に手術件数、全身麻酔件数が10対1病院の平均を下回る病院が存在している。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の自院の他病床を含めた在宅復帰率は約89.5%となっている。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の大半はDPCデータを提出している。
- 入院中にADLの低下している患者が一定程度みられる。



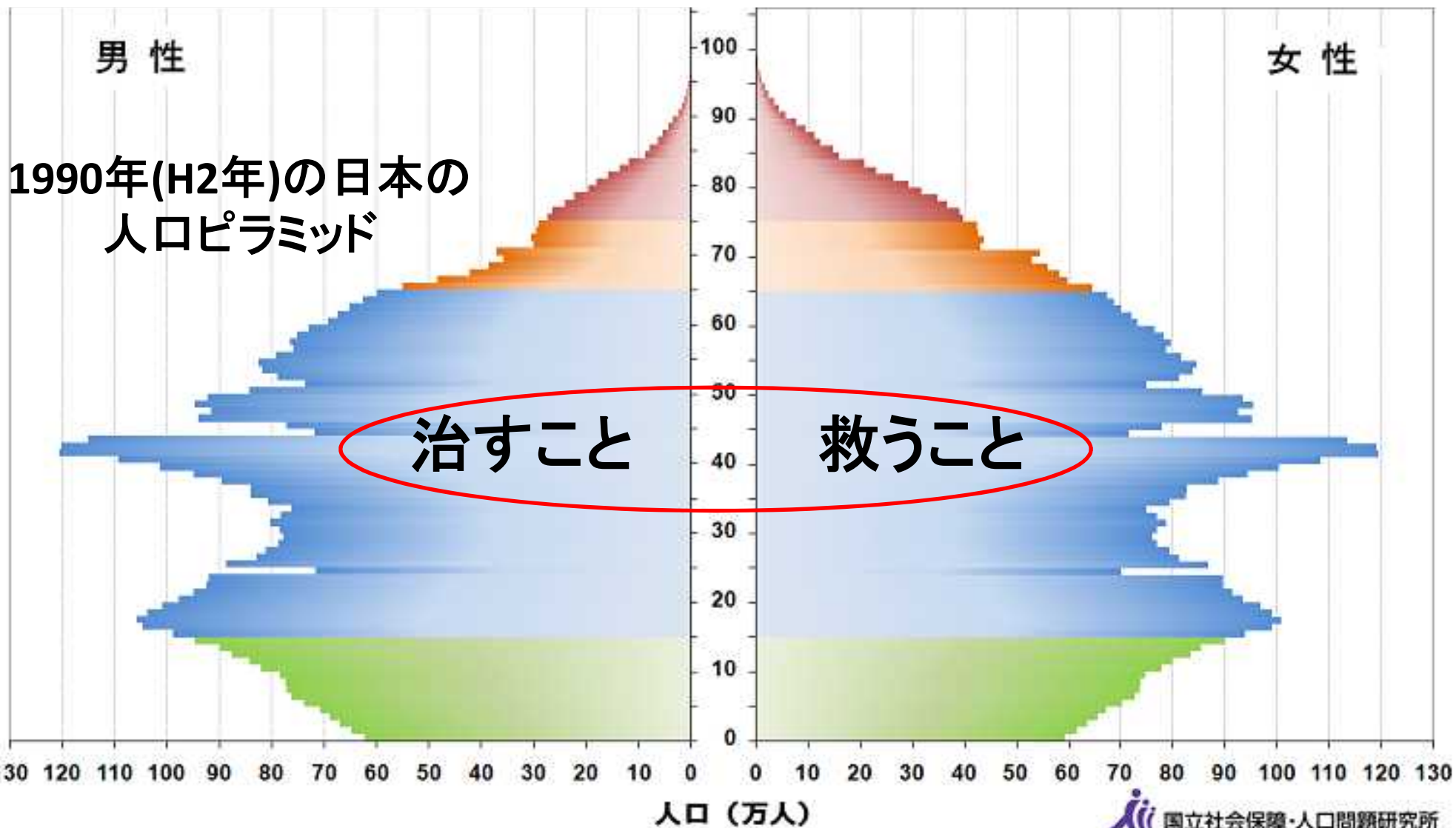
【論点】

- 例えば、年間手術実施件数や全身麻酔手術件数等の診療実績を要件にすることについてどのように考えるか。
- 現在の7対1入院基本料を算定している医療機関の在宅復帰率を踏まえ、自宅及び亜急性期・回復期病棟へ退院又は転棟した患者の割合を要件にすることについてどのように考えるか。
- 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPCデータの提出を要件にすることについてどのように考えるか。
- 高齢者の急性期病院への入院が増える中、入院中のADL低下や褥瘡の発生等を防ぐため、急性期病棟における早期からのリハビリテーション等を要件にすることについてどのように考えるか。

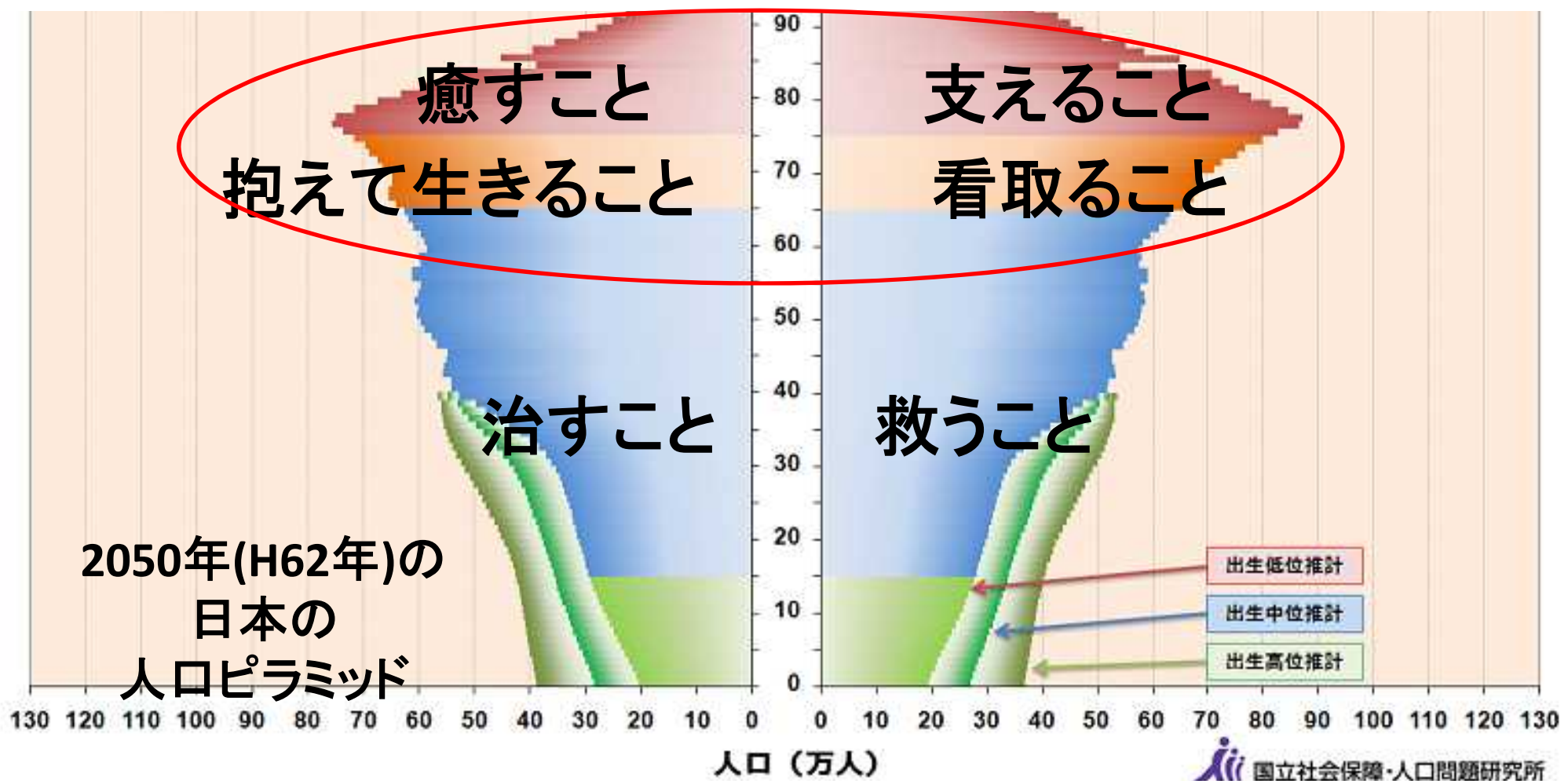
本日の検討項目

- ① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
- ② 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討
- ④ その他

多くの病気が治せた頃



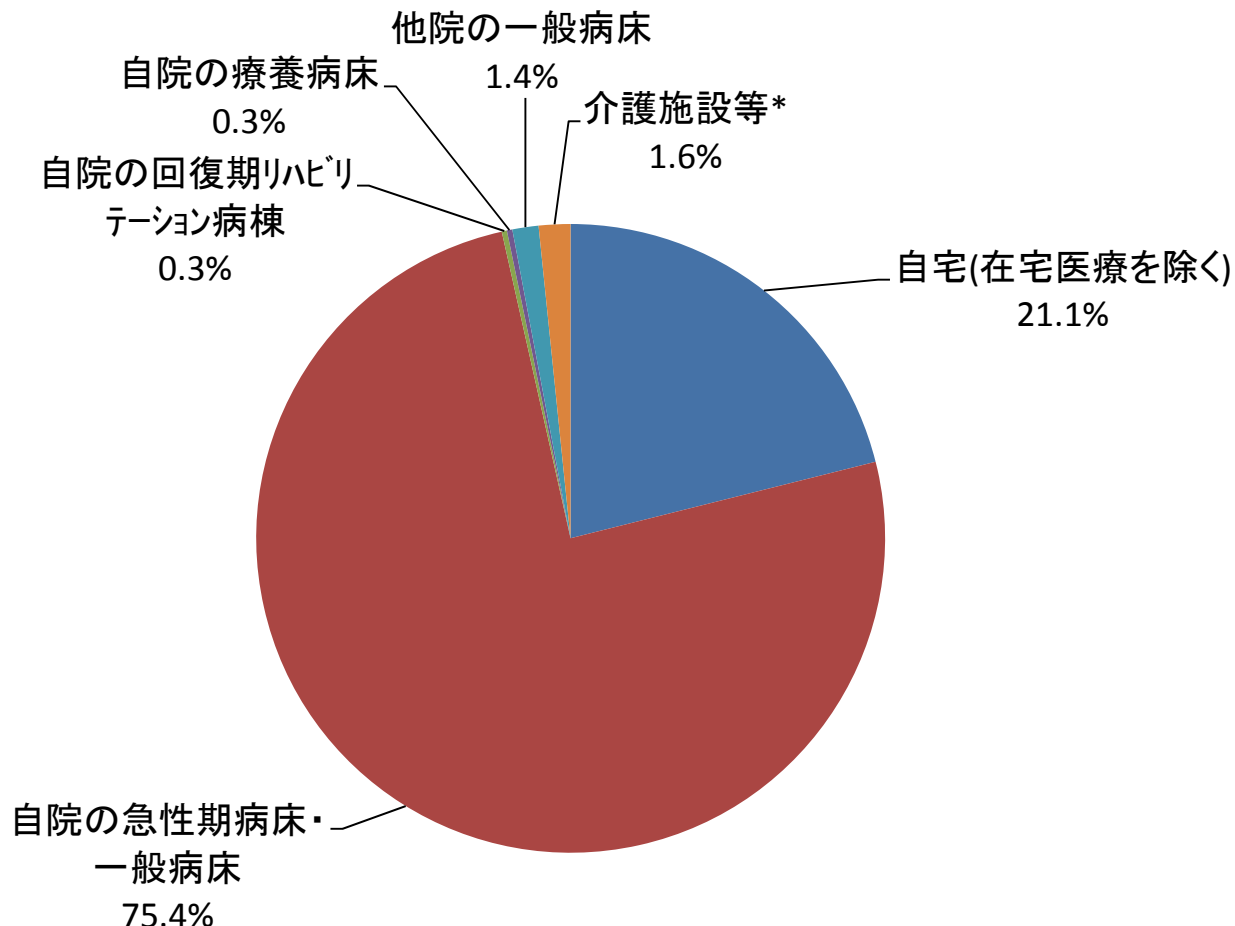
多くの病気を治せなくなる頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

亜急性期入院医療管理料における新入室患者の状況(平成24年度調査結果)

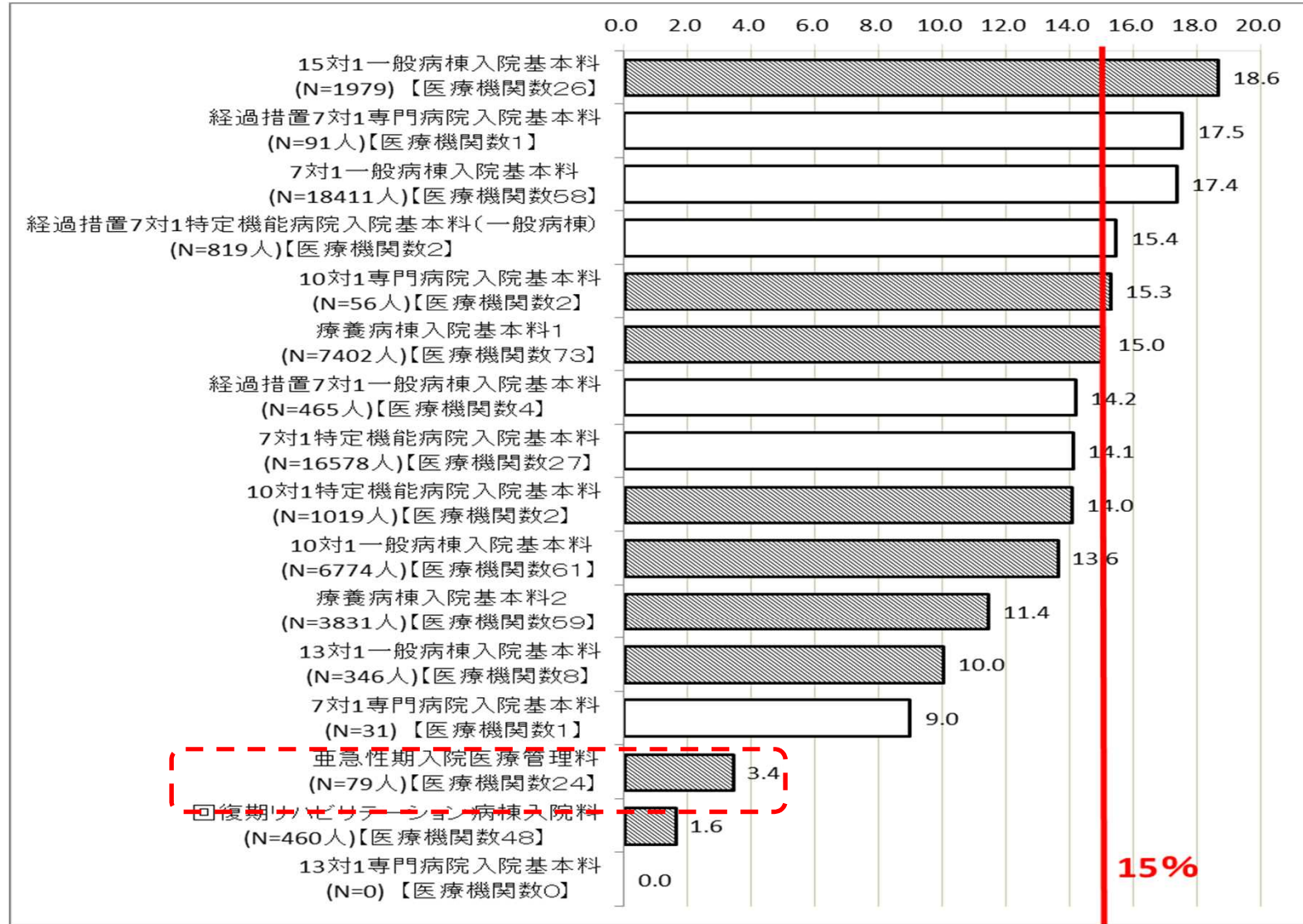
N=370



亜急性期入院医療管理料では、自院の急性期・一般病床からの入室が最も多い。

入院料毎の重症度看護必要度該当患者の割合

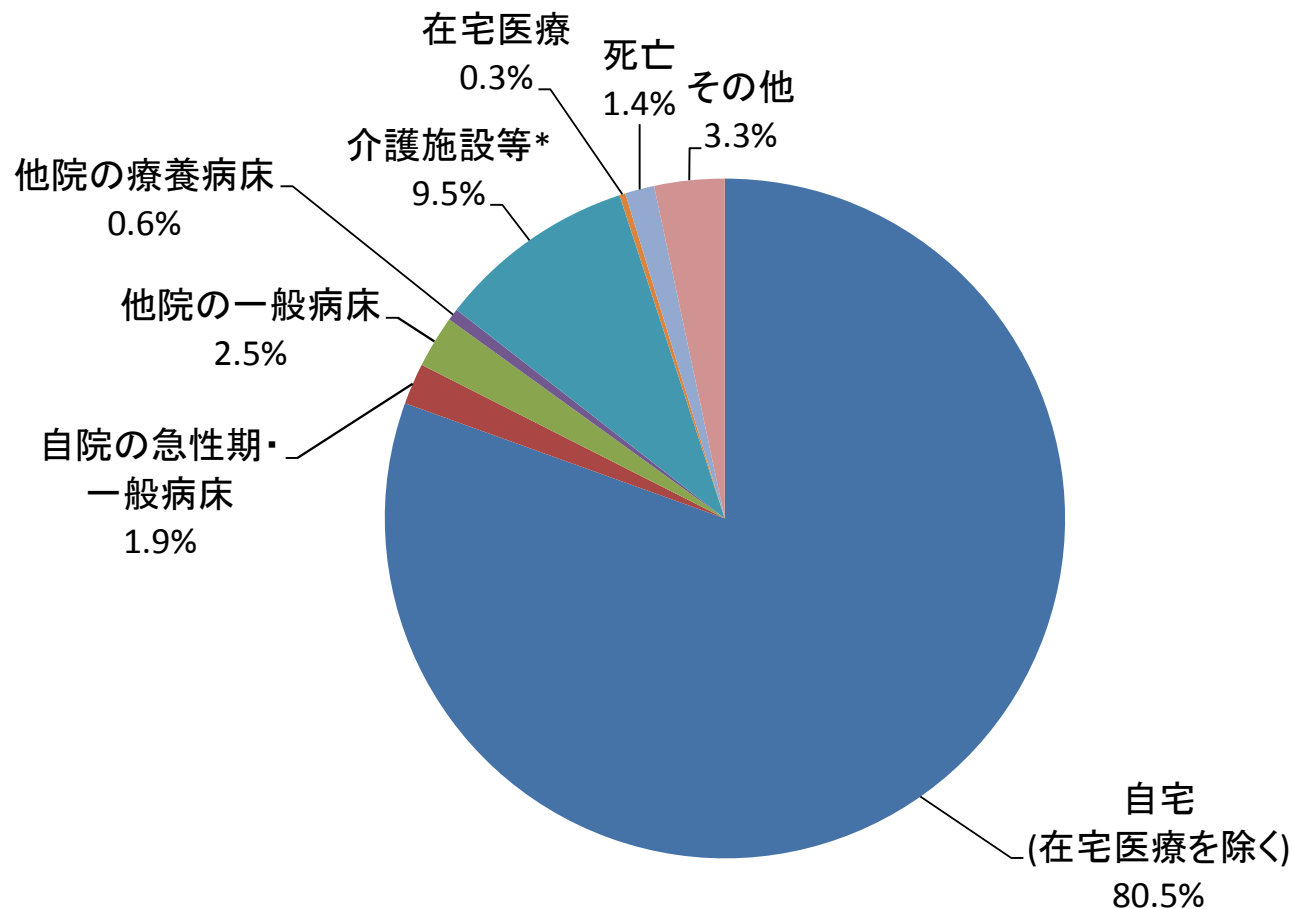
(改) 診調組 入-1
25.6.13



亜急性期入院医療管理料では、重症度看護必要度の低い患者が多い。

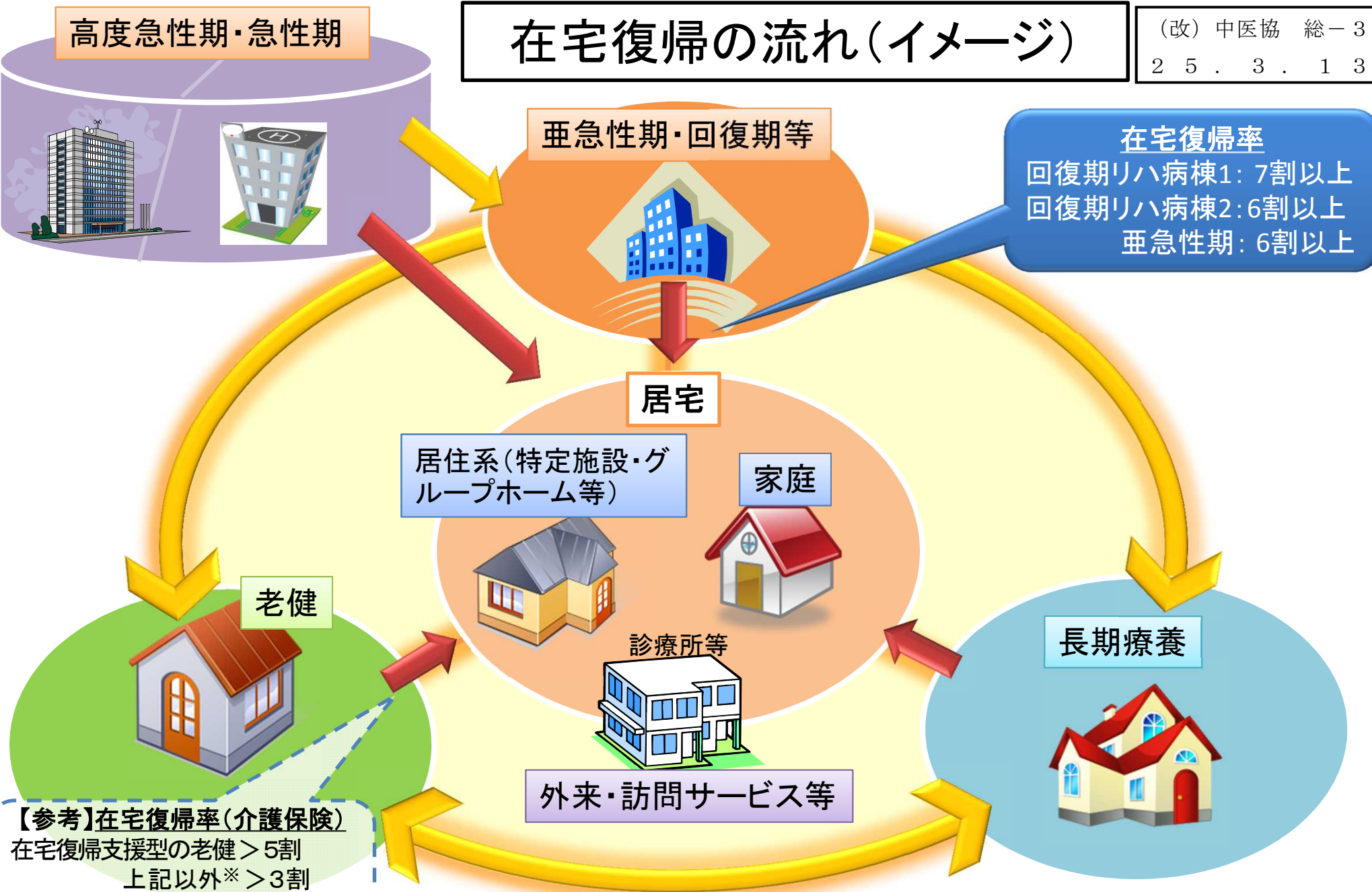
亜急性期入院医療管理料における退院先の状況(平成24年度調査結果)

N=359



* 介護施設等には介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設(特養)、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、障害者支援施設が含まれる。

亜急性期入院医療管理料では、自宅へ退院する患者が最も多く、8割を超えている。また、死亡退院はほとんどない。



在宅復帰率
 回復期リハ病棟1: 7割以上
 回復期リハ病棟2: 6割以上
 亜急性期: 6割以上

【参考】在宅復帰率(介護保険)
 在宅復帰支援型の老健 > 5割
 上記以外※ > 3割
 ※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

療養病棟(20対1)における特定除外項目に該当する患者の受入状況(平成24年度調査結果)

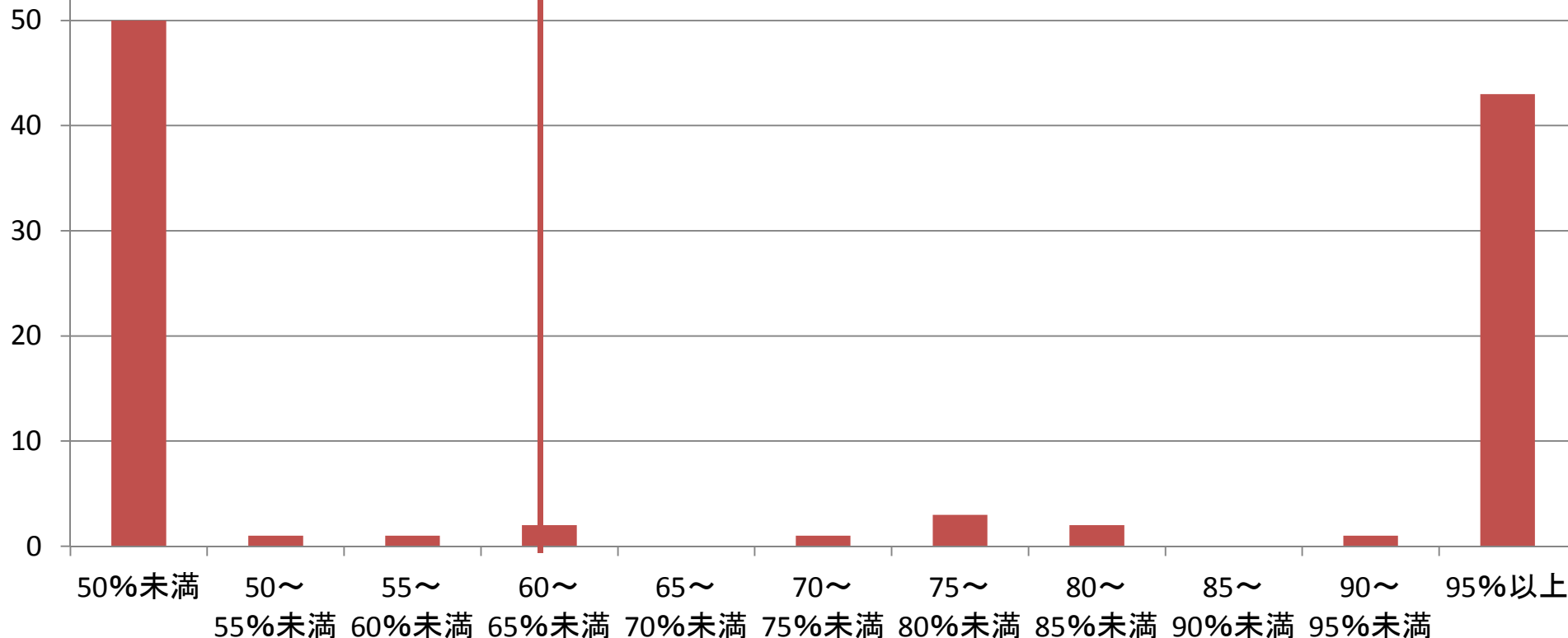
診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 3 0

N=104

(件)60

平均
(62.0%)

病
棟
数



特定除外患者に該当する患者の割合

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

療養病棟においても、特定除外に該当する患者を受け入れている病棟が一定程度存在する。

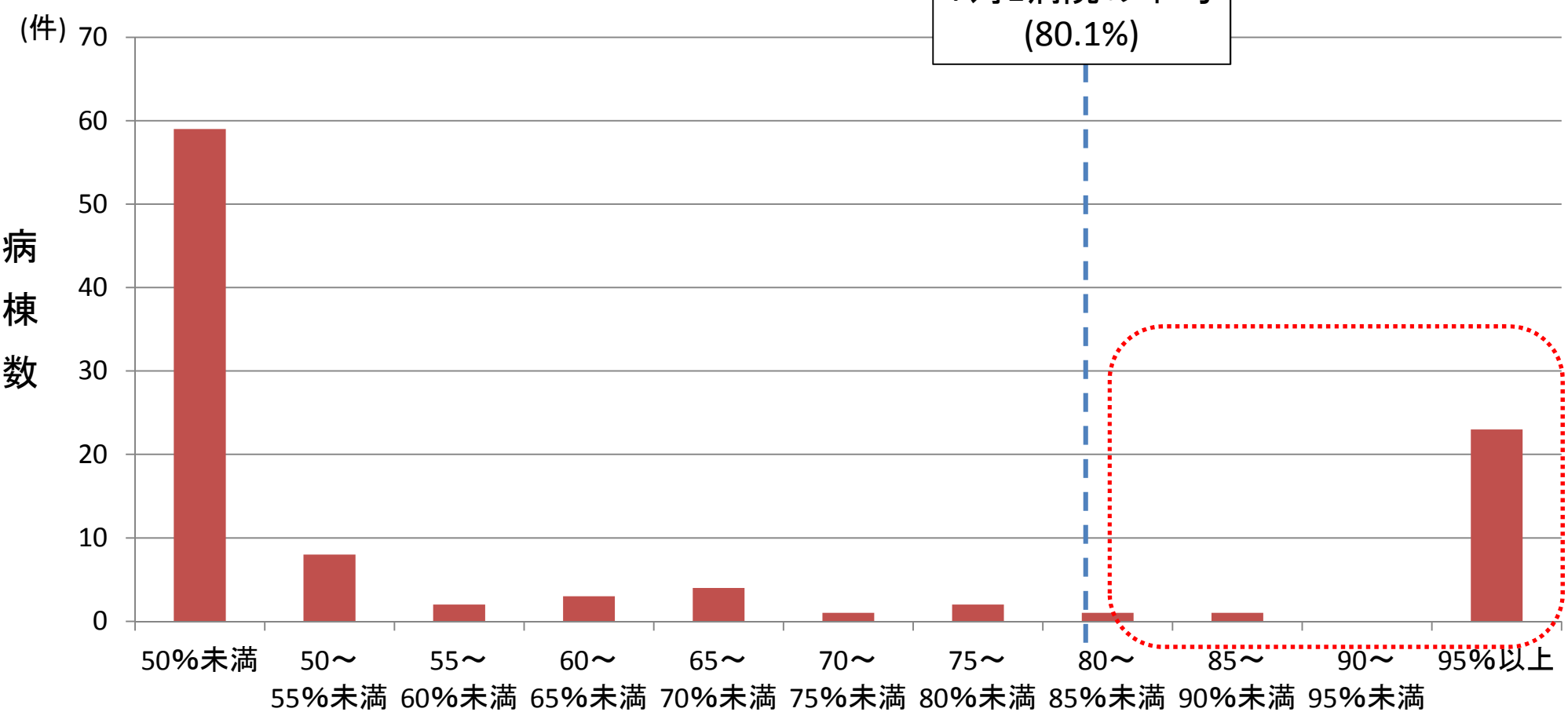
療養病棟(20対1)における在宅復帰率*の状況(平成24年度調査結果)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 3 0

*この場合の在宅とは入院医療等の調査における自宅(在宅医療を除く)および在宅医療のみを指し、介護施設等を含まない。

N=133

7対1病院の平均
(80.1%)



在 宅 復 帰 率

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

療養病棟においても、7対1入院基本料の病棟と同程度の在宅復帰率の病棟が存在する。

療養病棟(20対1)における緊急入院の受入状況(平成24年度調査結果)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 3 0

N=136

(件) 140

7対1病棟の平均
(59.1%)

病
棟
数

140
120
100
80
60
40
20
0

50%未満 50~ 55~ 60~ 65~ 70~ 75~ 80~ 85~ 90~ 95%以上
55%未満 60%未満 65%未満 70%未満 75%未満 80%未満 85%未満 90%未満 95%未満

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

緊急入院の患者の割合

療養病棟においても、緊急入院の患者の割合が7対1病棟と同程度の病棟が一部に存在する。

- ①精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- ②児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
- ③救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ④特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ⑤新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑥総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑦新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
- ⑧一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
- ⑨特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
- ⑩回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑪亜急性期入院医療管理料を算定する患者**
- ⑫特殊疾患病棟入院料を算定する患者
- ⑬緩和ケア病棟入院料を算定する患者
- ⑭精神科救急入院料を算定する患者
- ⑮精神科救急・合併症入院料を算定する患者
- ⑯精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
- ⑰精神療養病棟入院料を算定する患者
- ⑱一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの(特定除外患者)
- ⑲認知症治療病棟入院料を算定している患者
- ⑳短期滞在手術基本料1を算定している患者

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)※ ※広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g~1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(~14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g~1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(~7日) 7,701点(8日~14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間



治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

亜急性期病床の地域医療に果たす役割

急性期・高度急性期



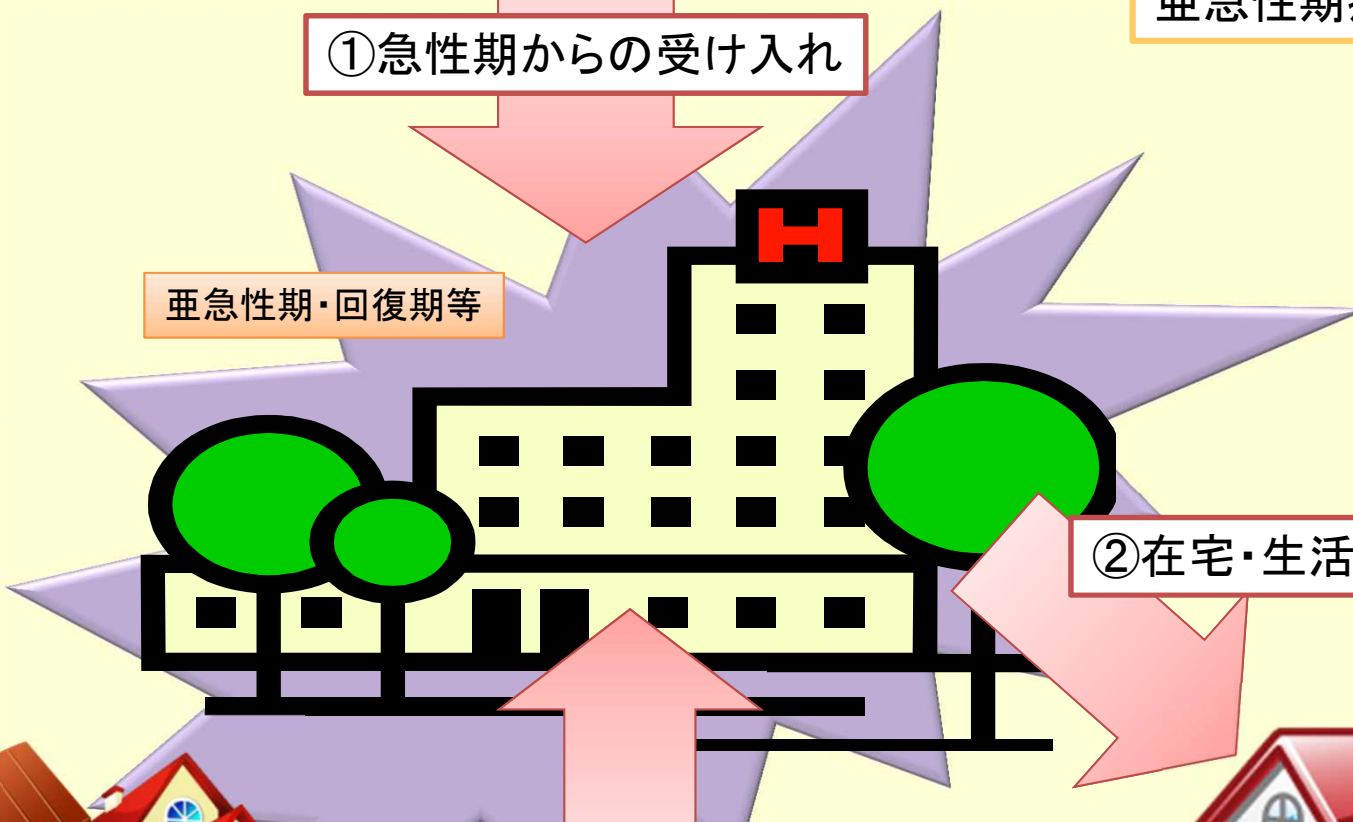
診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 3 0

急性期

亜急性期病床の役割

①急性期からの受け入れ

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

③緊急時の受け入れ

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

亜急性期病床に関する主なご意見 (平成25年5月30日入院医療等の調査・評価分科会)

亜急性期病床の果たす役割について

- 亜急性期病床はわかりにくいいため、ある程度こういふことをするところだ、というところをはっきりさせるべき
- 亜急性期病床を残すのであれば、機能を明確にして、要件をもう一回決め直すべき。
- 今の亜急性期をそのまま拡大しても何の意味はなく、機能的に言うとも短期よりは長いけれども、急性期的な要素を持った慢性期病床、すなわちそういう機能を持ったポストアキュートの病床が必要。
- 急性期からの受け入れと在宅生活復帰支援機能と緊急時の受け入れ機能という3つの機能については賛成。

亜急性期入院医療等に関する課題と論点

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、地域の医療を支えるため、亜急性期医療の充実が一層重要となっている。
- 亜急性期入院医療管理料では、急性期病床からの患者を多く受け入れており、在宅復帰率は高いが、重症度・看護必要度は低い患者が多い。
- 療養病床であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7対1病棟と同程度の病棟が存在している。



【論点】

- 今後、拡充が必要な亜急性期病床について、現状の病室単位ではなく病棟単位の評価とすることについてどのように考えるか。
- 例えば、病床の種別にかかわらず、人員配置、重症度・看護必要度、在宅復帰率、二次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出のような亜急性期病床に期待される機能に関する要件を設定した上で、評価を充実させることについてどのように考えるか。
- 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するデータの提出を求めることについてどのように考えるか。

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

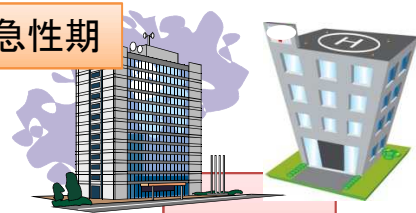
(改) 診調組 入-1

25.5.30

急性期

長期療養
介護等

急性期・高度急性期



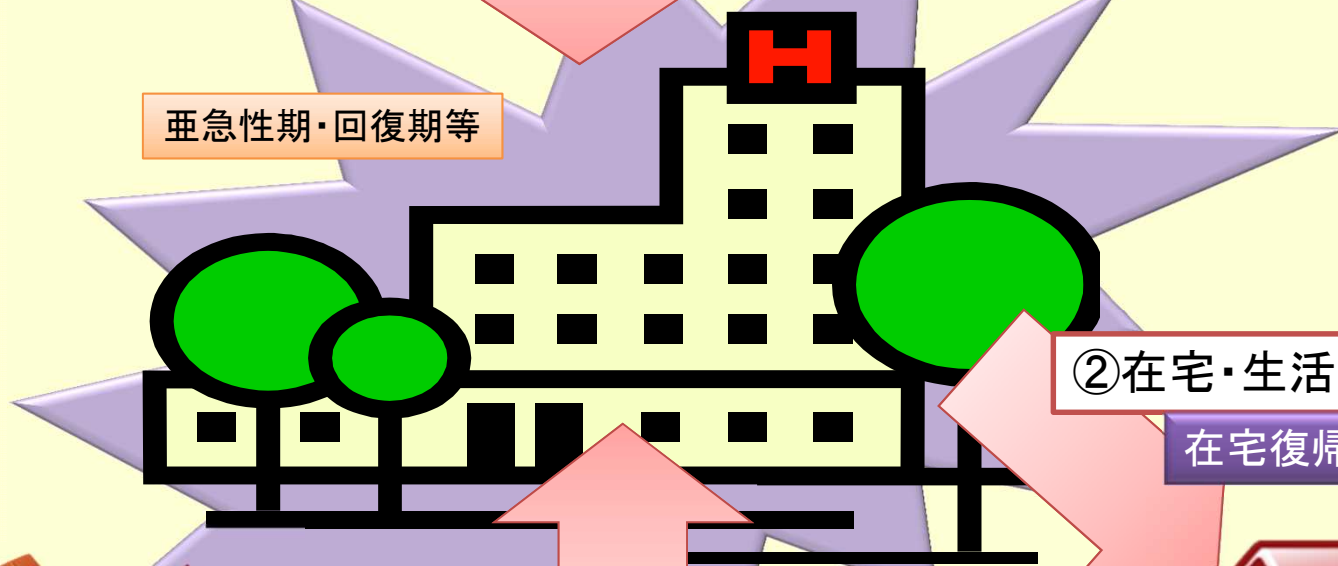
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期病床の役割

入院患者データの提出

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など



介護施設等



自宅・在宅療養

本日の検討項目

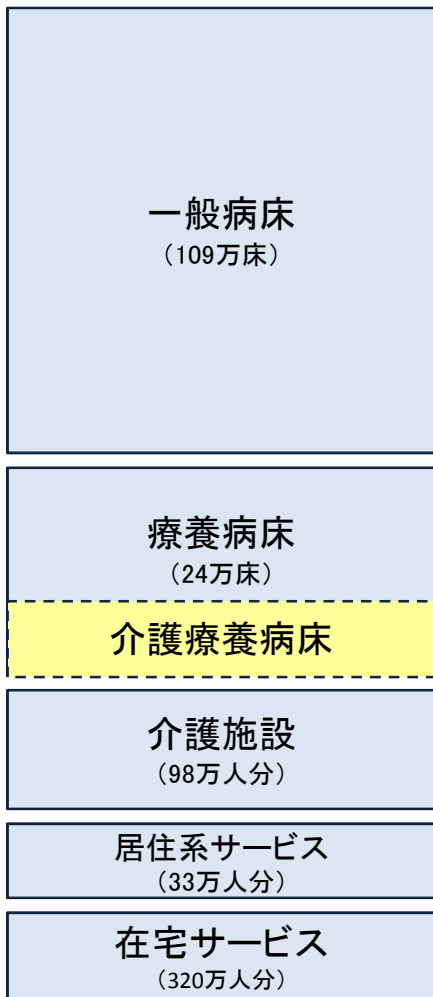
- ① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
- ② 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討
- ④ その他

③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

- 平成24年診療報酬改定での対応について
- 入院医療等の調査について

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

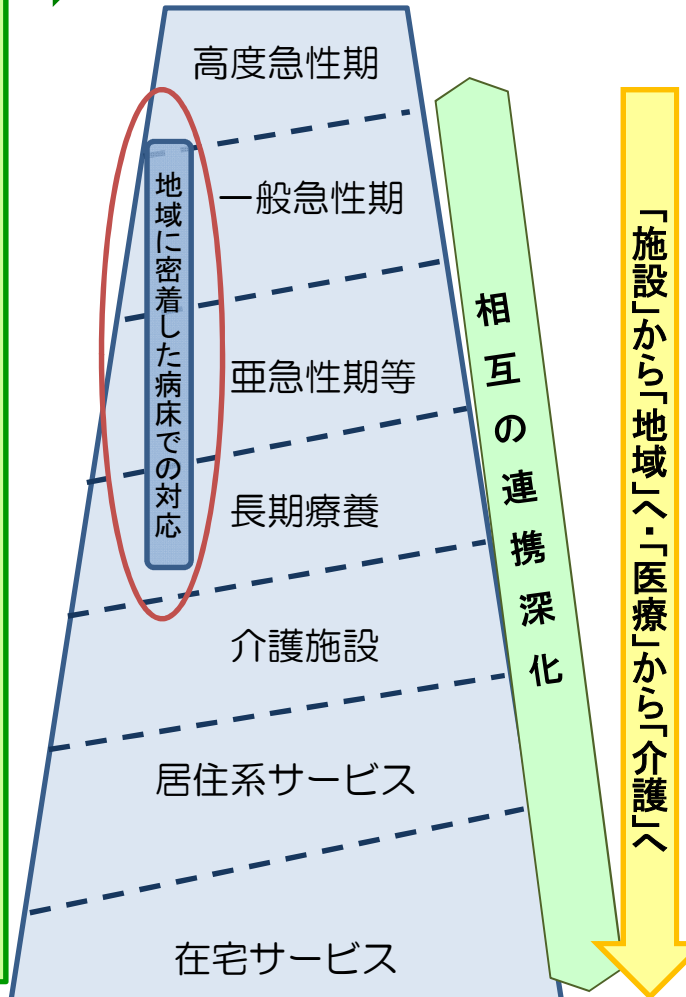
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

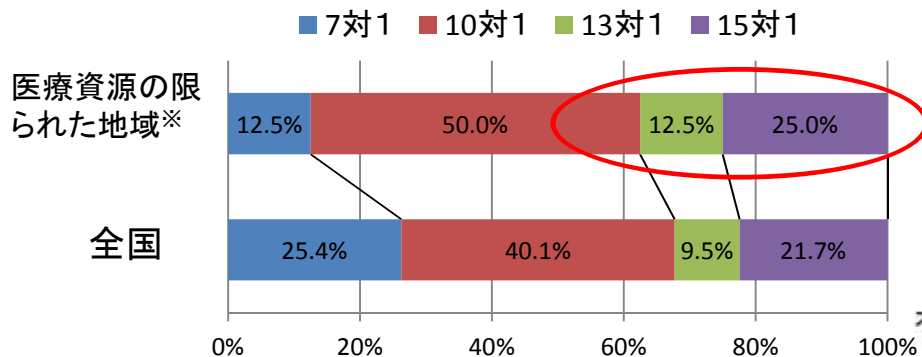
【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

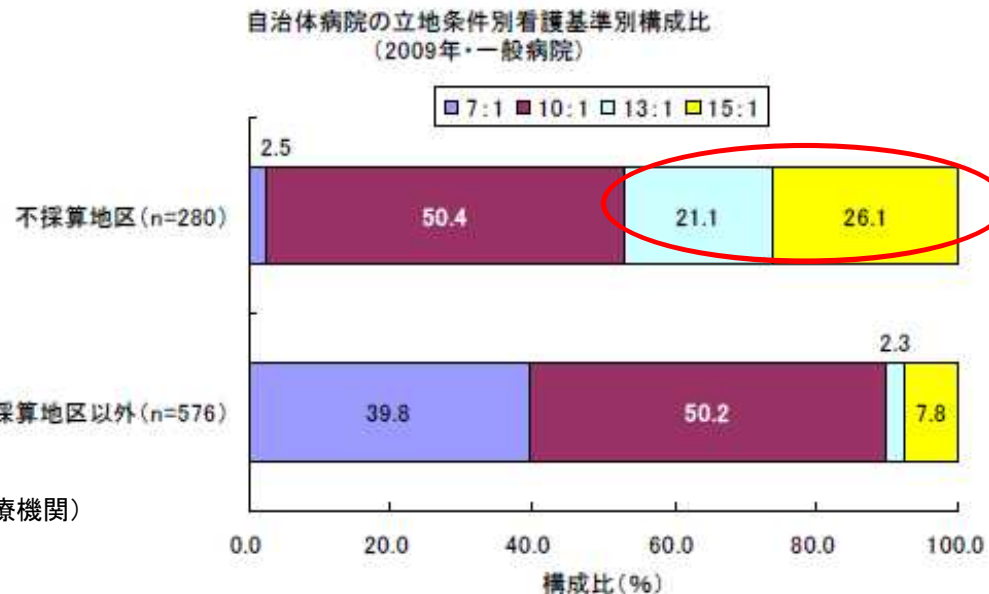
地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年報(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」

(注) 不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院: 直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
- ・第2種不採算地区病院: 直近の国勢調査における「人口集中地区※」以外の区域に所在すること

※ 原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

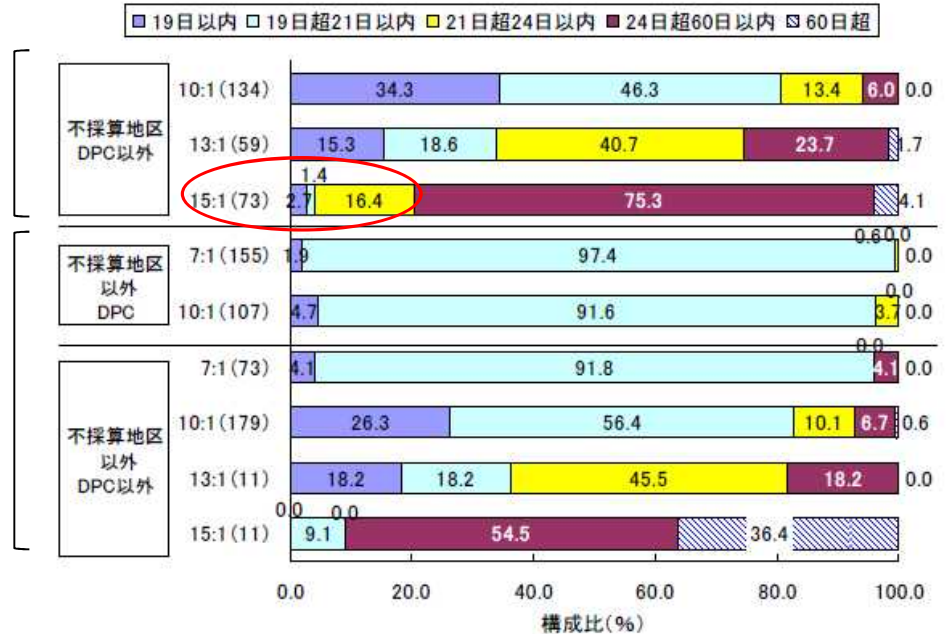
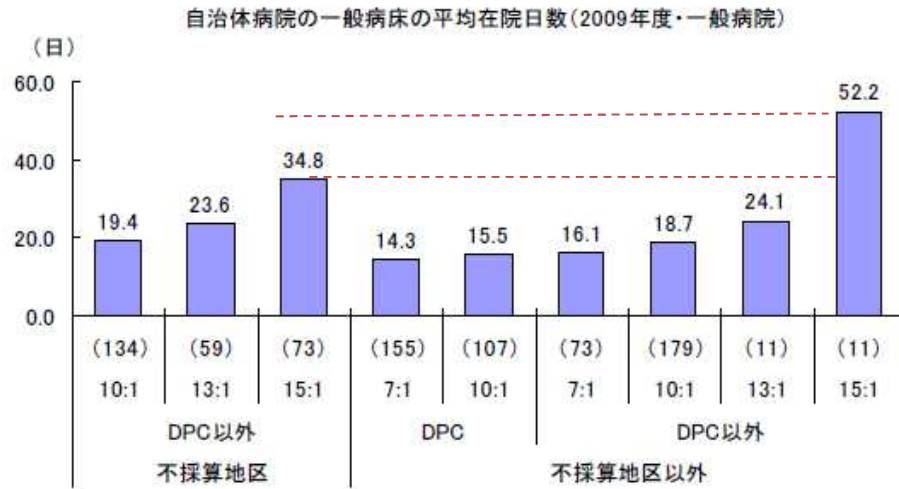


医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)

自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

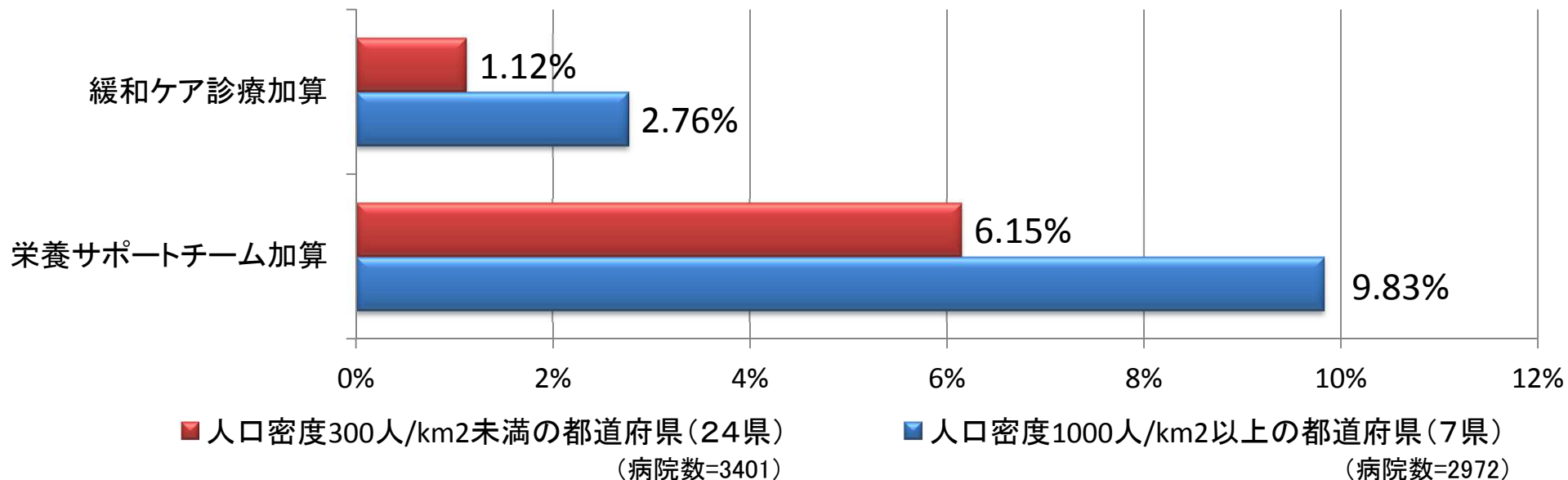
(参考) 平均在院日数に係る基準

一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内

限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。

加算の届出施設割合の地域差について

人口密度別届出施設数の割合(都道府県別)



● 緩和ケア診療加算の要件

以下の緩和ケアに係る**専従のチーム**を設置

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 等

● 栄養サポートチーム加算の要件

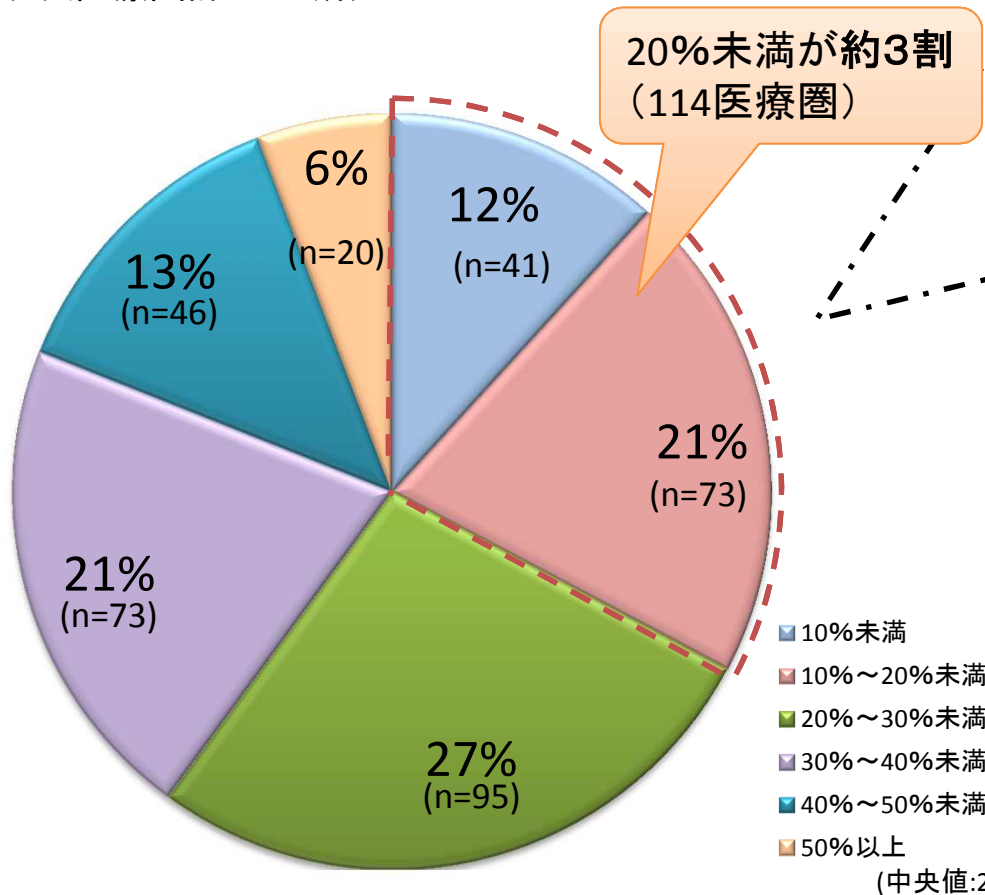
以下の栄養管理に係るチームが設置(アからエの**いずれか一人は専従**)

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
 - イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
 - エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士
- なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい 等

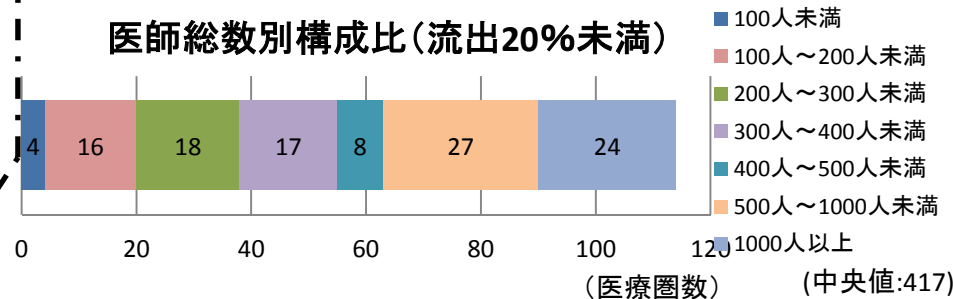
専従・専任要件のある加算について、人口密度の高い地域と低い地域で届出施設数の割合に差がある。

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

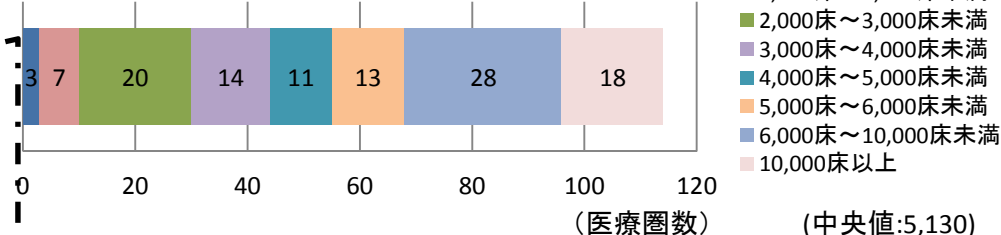
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348力所)



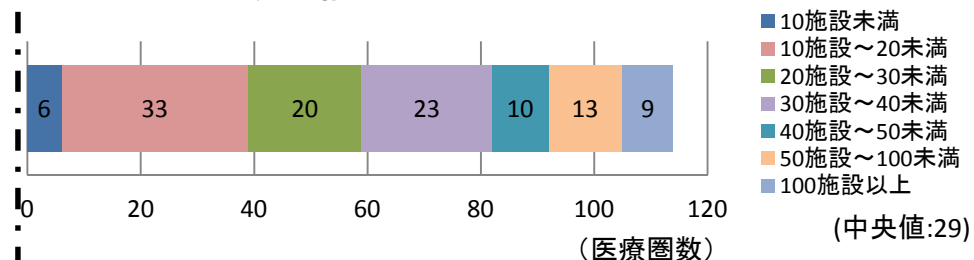
医師総数別構成比(流出20%未満)



病床総数別構成比(流出20%未満)



病院総数別構成比(流出20%未満)



患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

患者調査を用いた二次医療圏の現状分析について

二次医療圏の現状については、本検討会等において、二次医療圏間の格差があるとのこと指摘を受けていることから、患者の流入出割合、人口規模、面積規模に関して分析を行った。

患者調査の利用

各二次医療圏内で整備すべき病床は一般病床・療養病床であることから、「二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合」について、特別集計を行い分析した。

※精神病床、結核病床、感染症病床は都道府県単位で整備するため、分析から除外した。

推計流入患者割合（当該地域内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合）

$$\text{推計流入患者割合 (流入率)} = \frac{\text{当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の医療施設で受療した推計患者数(住所不詳を除く)}} \times 100$$

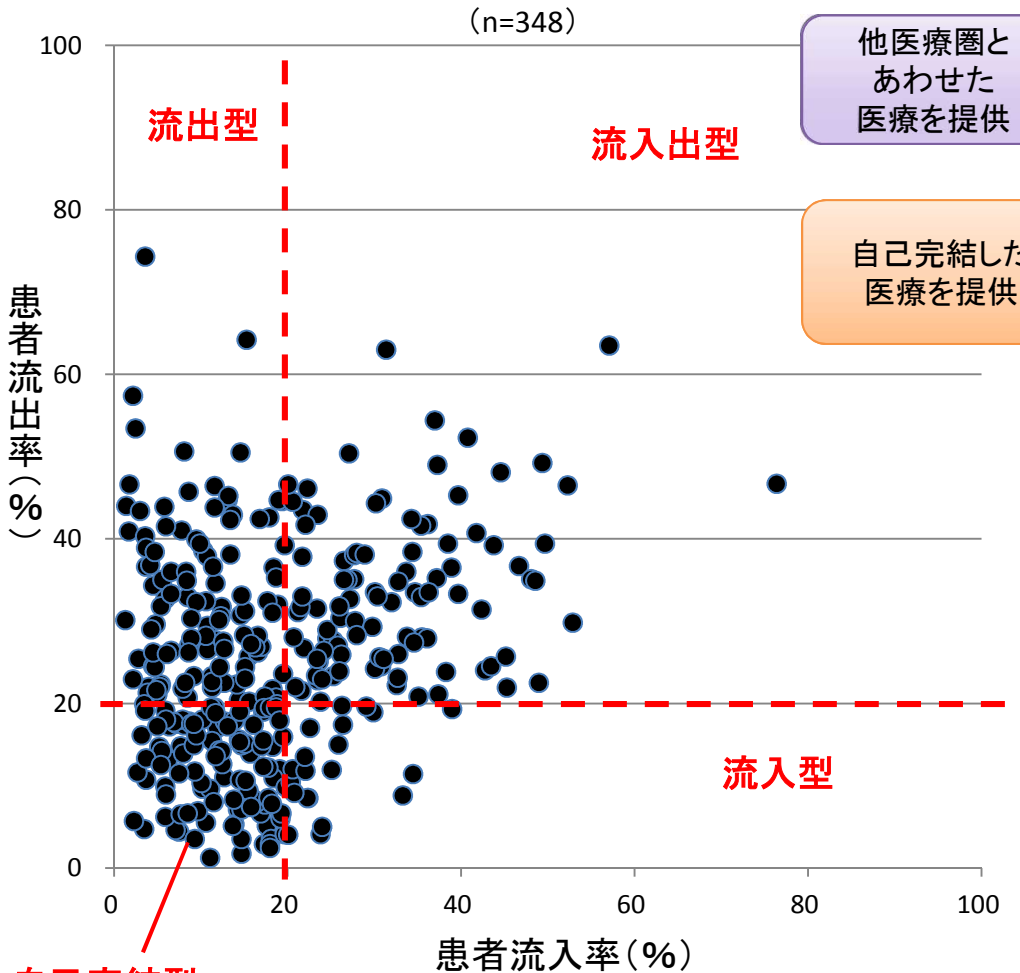
推計流出患者割合（当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療施設で受療した患者の割合）

$$\text{推計流出患者割合 (流出率)} = \frac{\text{当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の居住する推計患者数}} \times 100$$

二次医療圏の流入・流出割合

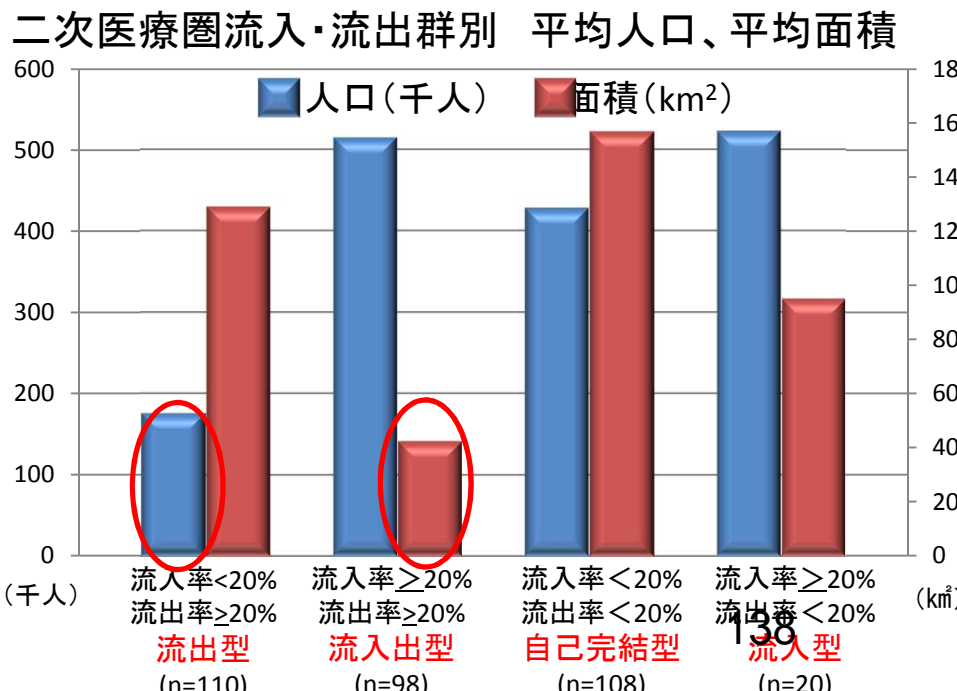
中 医 協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の
圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合
【20%をcut-offとした場合】
(n=348)



患者流出率 (%)	110医療圏(離島9を除く)	98医療圏
20%	人口 17.6±26.1万人 面積 1290±1116km ² 人口密度 306±826人/km ²	人口 51.5±42.7万人 面積 424±353km ² 人口密度 2922±3967人/km ²
	流出型	流入外型
	108医療圏(離島3を除く)	20医療圏
	人口 42.8±40.6万人 面積 1566±1384km ² 人口密度 466±790人/km ²	人口 52.3±57.3万人 面積 950±764km ² 人口密度 120±2500人/km ²
	自己完結型	流入型
	患者流入率 (%)	20%

数値:平均±標準偏差



自己完結型
出典:平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計)
(厚生労働省医政局指導課 第6回医療計画の見直し等に関する検討会資料を基に保険局医療課で一部改変)

医療提供が困難な地域の考え方について

地域に密着した医療提供を行う医療提供が困難な地域等において、下記の観点から地域の条件を検討

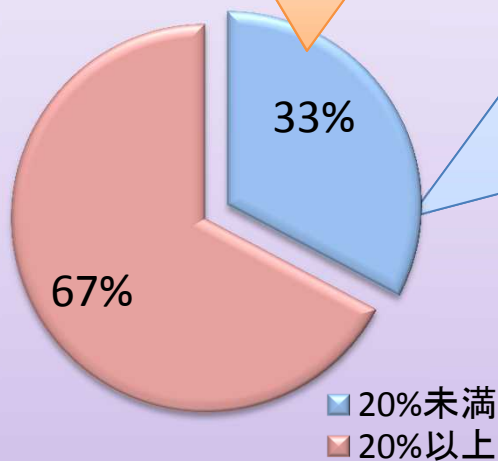
- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※ただし、特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

①自己完結した医療を提供

(n=348医療圏)

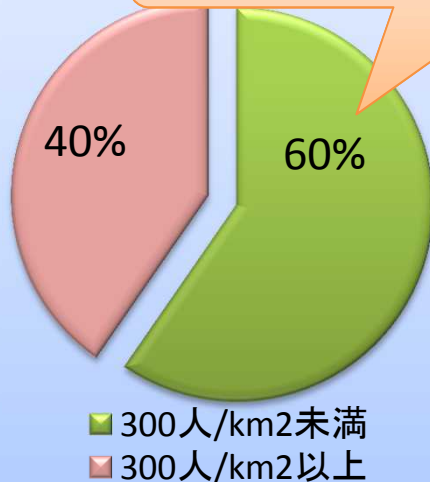
患者流出20%未満
114医療圏



②医療従事者の確保が困難な地域

(n=114医療圏)

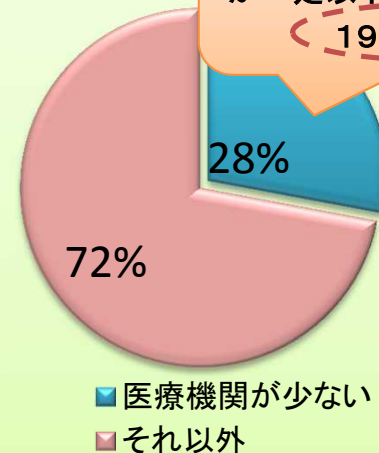
人口密度300人/km²未満
68医療圏



③医療機関が少ない地域

(n=68医療圏)

病院密度(面積当たり)又は
病床密度(面積当たり)
が一定以下
19医療圏



※病院総数、病院病床数が少なくても、面積が小さければ、一定程度医療機関の数は満たされていると考えられることから、面積当たりとした。

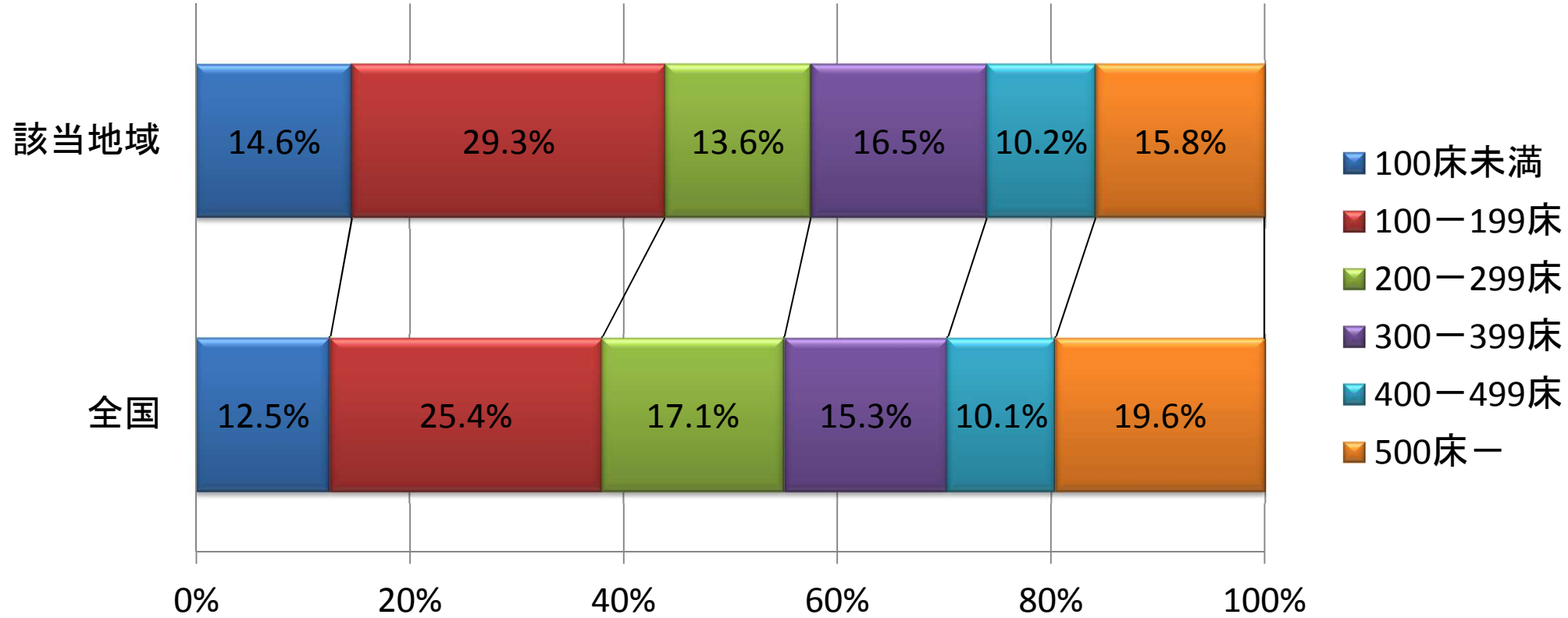
平成24年診療報酬改定では、これらに離島の医療圏を加えた30医療圏を、“医療提供しているが、医療資源の少ない地域”としている。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町 池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

該当医療圏(離島を含む)にある病院の特徴①

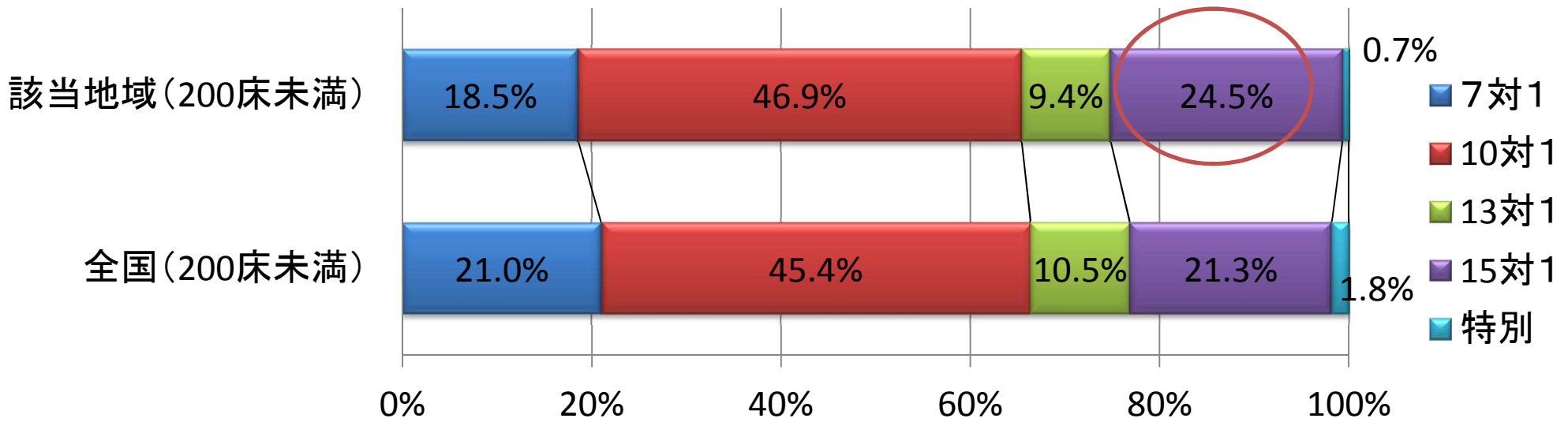
病床規模別の病床数の割合



該当地域では全国平均と比較して、
特に100床未満及び100-199床の割合が高い

該当医療圏(離島を含む)にある病院の特徴②

看護配置別病床数(一般病床)

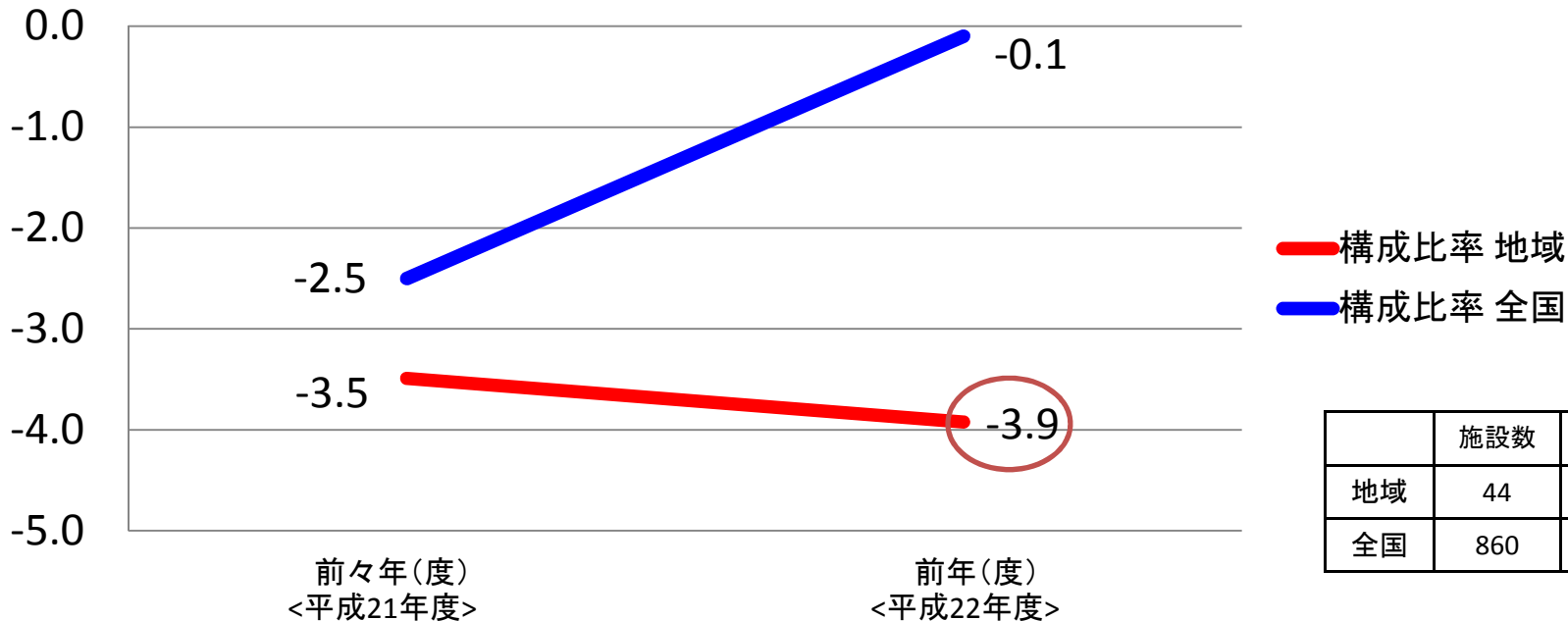


該当地域の200床未満の病院では全国平均と比較して15:1の割合が高い

該当医療圏の損益差額について

(地域: 患者流出20%未満で面積当たり病院数又は面積当たりの病床数が下位15%の医療圏 及び 離島の医療圏)

損益差額 事業年度の比較



	施設数	平均病床数
地域	44	162床
全国	860	197床

※損益差額: 医業収益+介護収益-医業・介護費用

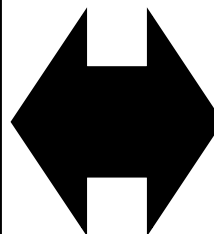
※医療・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計

該当医療圏にある病院は、平成22年改定前後で低下傾向であり、全国平均と比べて収支が悪い傾向がある。

病院の入院基本料等に関する施設基準

看護の勤務体制

同一の入院基本料を算定する病棟全体で一日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、**1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟(看護単位)ごとに要件を満たす必要はない**ため、病棟(看護単位)ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態(看護必要度)について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。



医療資源が限られた地域では、**病棟全体で看護要員の要件を満たすことは困難であるが、各病棟毎に急性期から慢性期まで様々な状態の診療をしている。**

入院基本料

離島等を除き、地域によらず看護配置に応じて一定の点数となっている。

地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関※について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする。
- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新)	<u>亜急性期入院医療管理料1</u>	<u>1,761点(1日につき)</u>
(新)	<u>亜急性期入院医療管理料2</u>	<u>1,661点(1日につき)</u>

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

(新)	<u>栄養サポートチーム加算</u>	<u>100点(週1回)</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>200点(1日につき)</u>

※1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする

- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

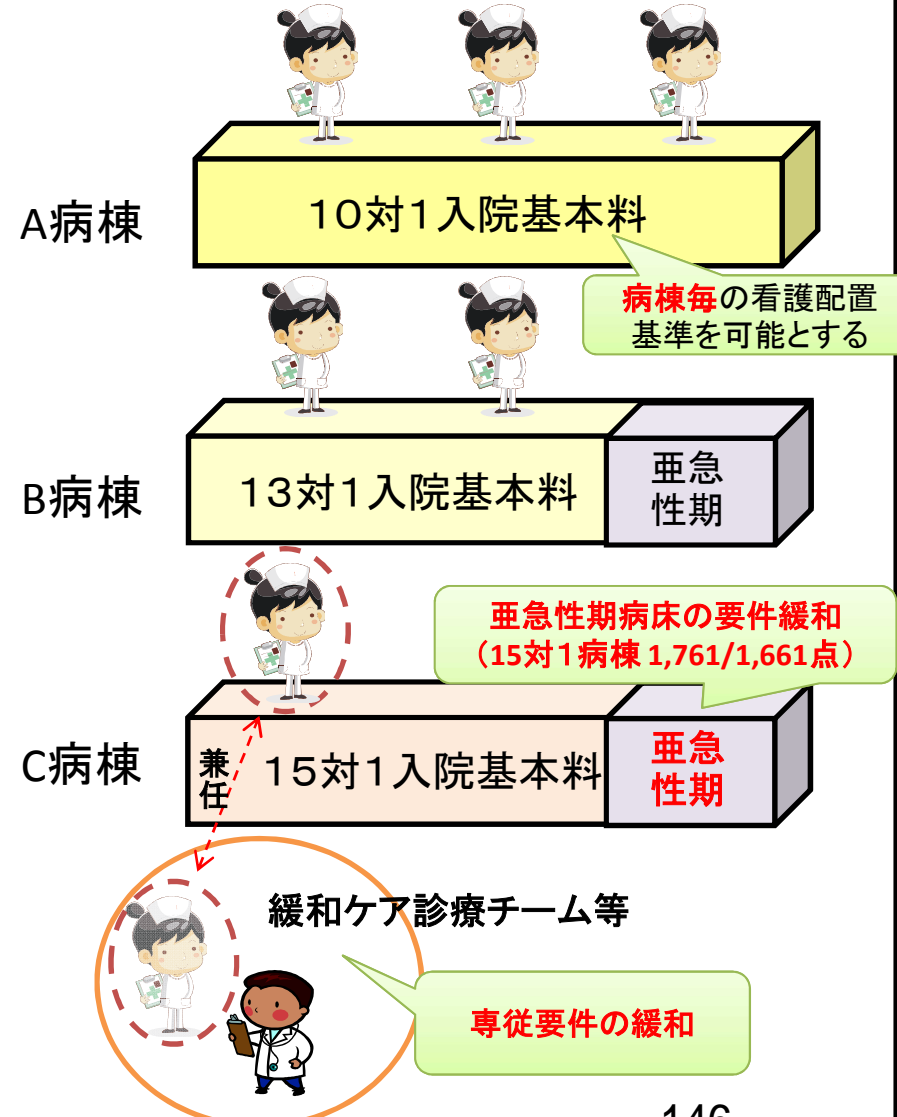
(新)	<u>特定一般病棟入院料1(13対1)</u>	<u>1,103点</u>
	<u>特定一般病棟入院料2(15対1)</u>	<u>945点</u>

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②
 (複数病棟の場合) (平成24年改定)

【現行】

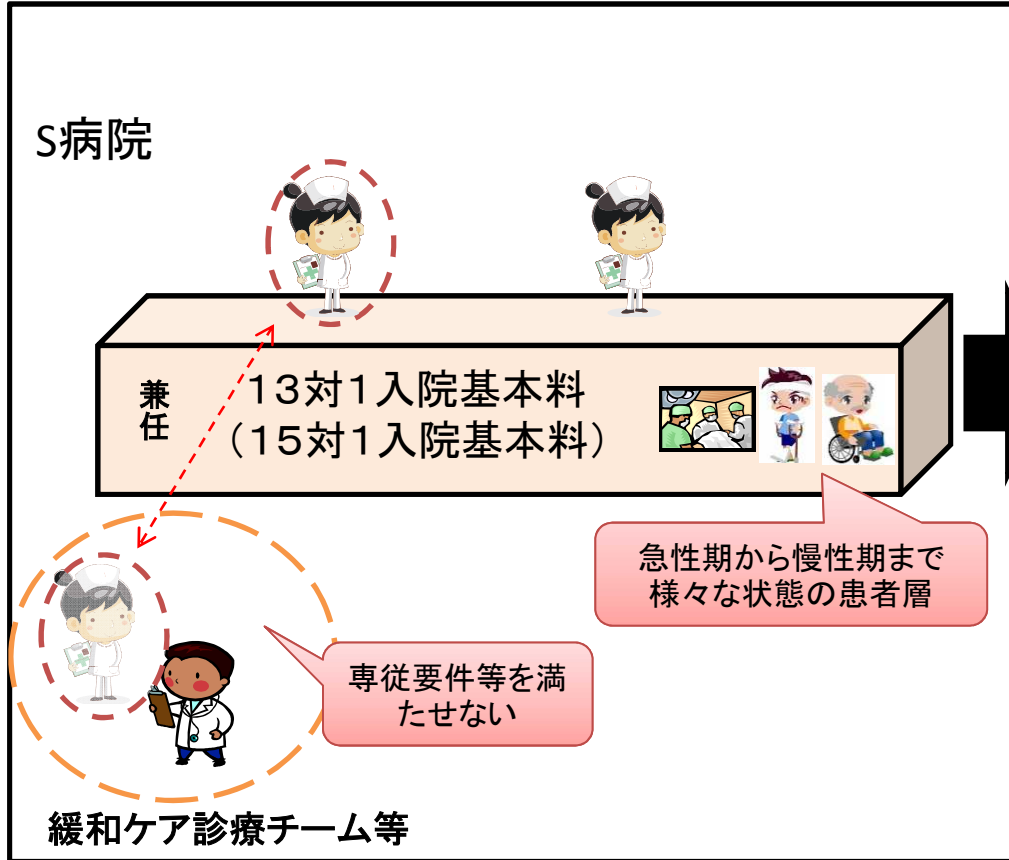


【改定後】

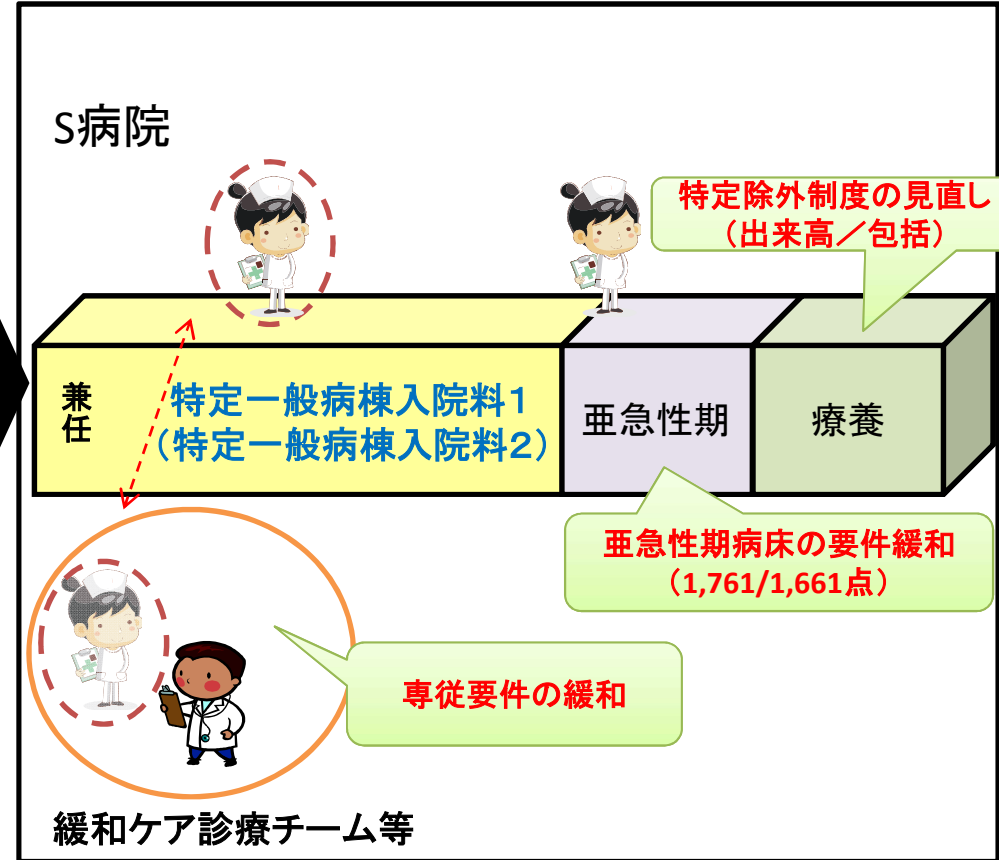


医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価③
 (1病棟の場合) (平成24年改定)

【現行】



【改定後】



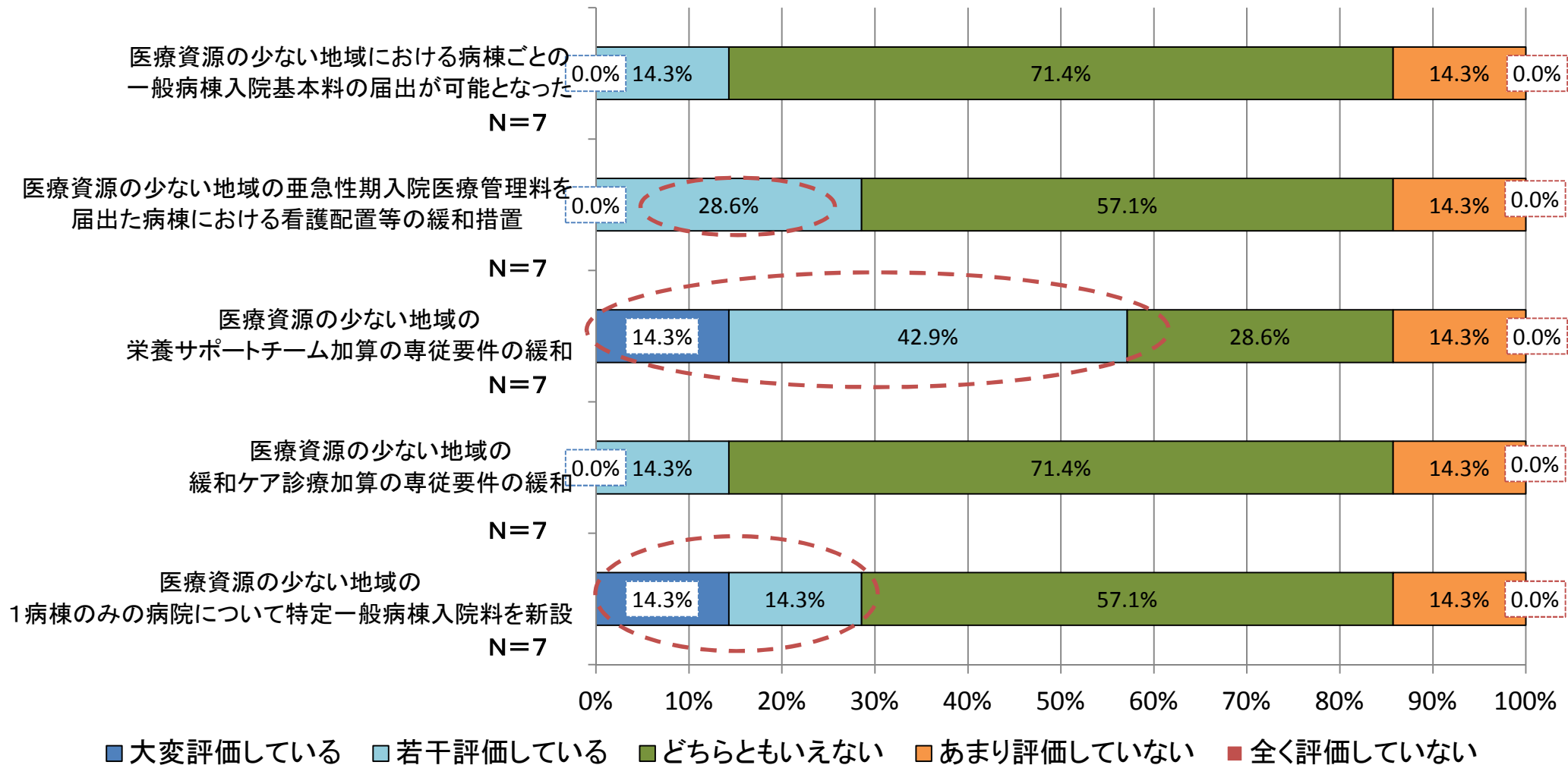
※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない

③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

- 平成24年診療報酬改定での対応について
- 入院医療等の調査について

地域に配慮した評価に関する影響調査 — 診療報酬改定項目 —

＜対象：病院（指定地域）＞



○ 地域に配慮した評価について、一定の評価がみられる。

平成24年診療報酬改定項目の活用状況①

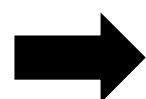
点数項目	概要	(上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)
一般病棟入院基本料 (病棟ごとの看護配置)	医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟毎に届出を行っている保険医療機関 (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、病棟全体で7対1及び10対1を算定している病院は除く。)	1施設 64病床(2病棟)
特定一般病棟入院料1 (1病棟の場合)	1病棟で13対1の場合の評価。 ※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない	1施設 41床
特定一般病棟入院料2 (1病棟の場合)	1病棟で15対1の場合の評価。 ※看護要員の夜勤については、当該特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としない	1施設 55床

一部で活用されているものの、ほとんど利用されていない

平成24年診療報酬改定項目の活用状況②

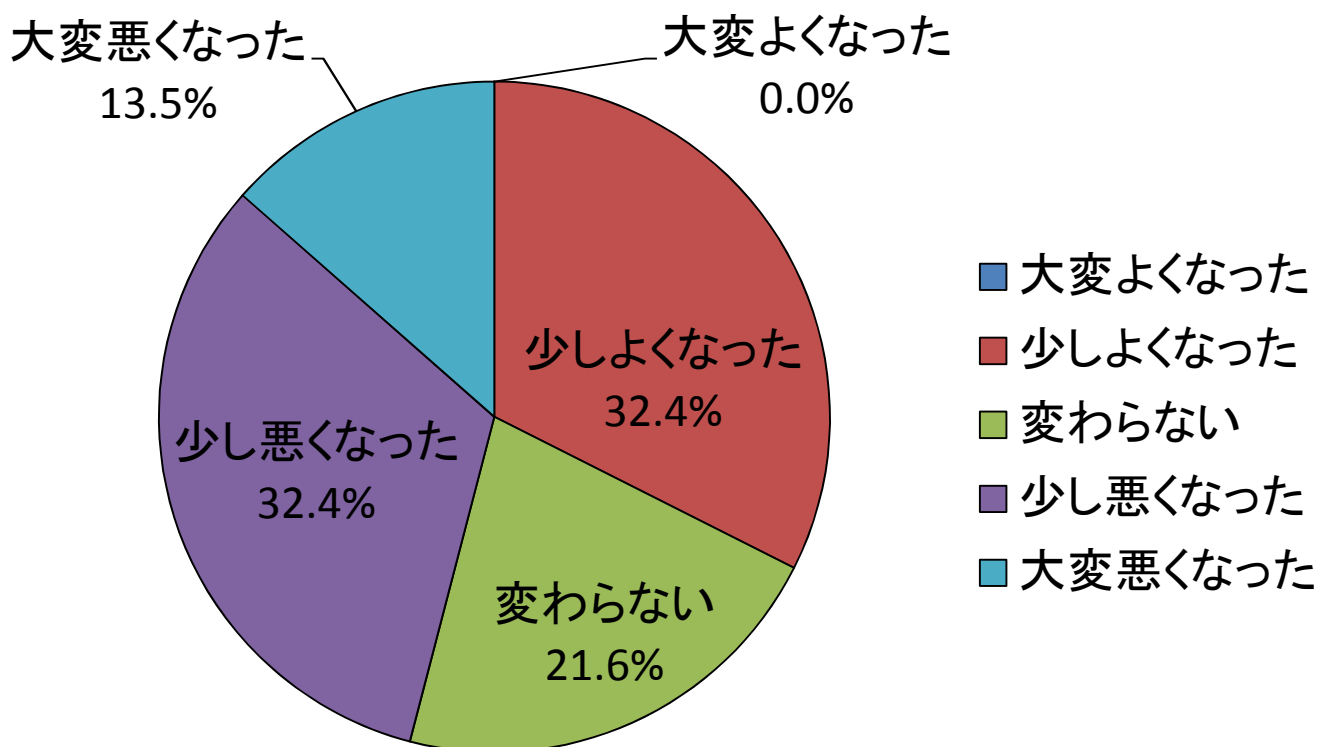
平成24年6月審査分

	点数	実施件数	回数
緩和ケア診療加算 指定地域	200	—	—
栄養サポートチーム加算 指定地域	100	3	3
亜急性期入院医療管理料1(指定地域)	1761	—	—
亜急性期入院医療管理料2(指定地域)	1661	—	—
特定一般病棟入院料 1	1103	—	—
特定一般病棟入院料 2	945	77	1487
特定一般病棟入院料 入院期間加算 (14日以内)	450	39	289
特定一般病棟入院料 入院期間加算 (15日以上30日以内)	192	25	251
特定一般病棟入院料 重症児(者)受入連携 加算	2000	—	—
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	80	676
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	—	—
特定一般病棟入院料(亜急性期入院医療管理)	1761	—	—
特定一般病棟入院料(亜急性期入院医療管理・リハビリ算定患者)	1661	—	—



一部で活用されているものの、ほとんど利用されていない。¹⁵¹

平成23年収支と平成24年収支の比較 ＜対象：病院（指定地域）＞



N=37（その他未記入2件あり）

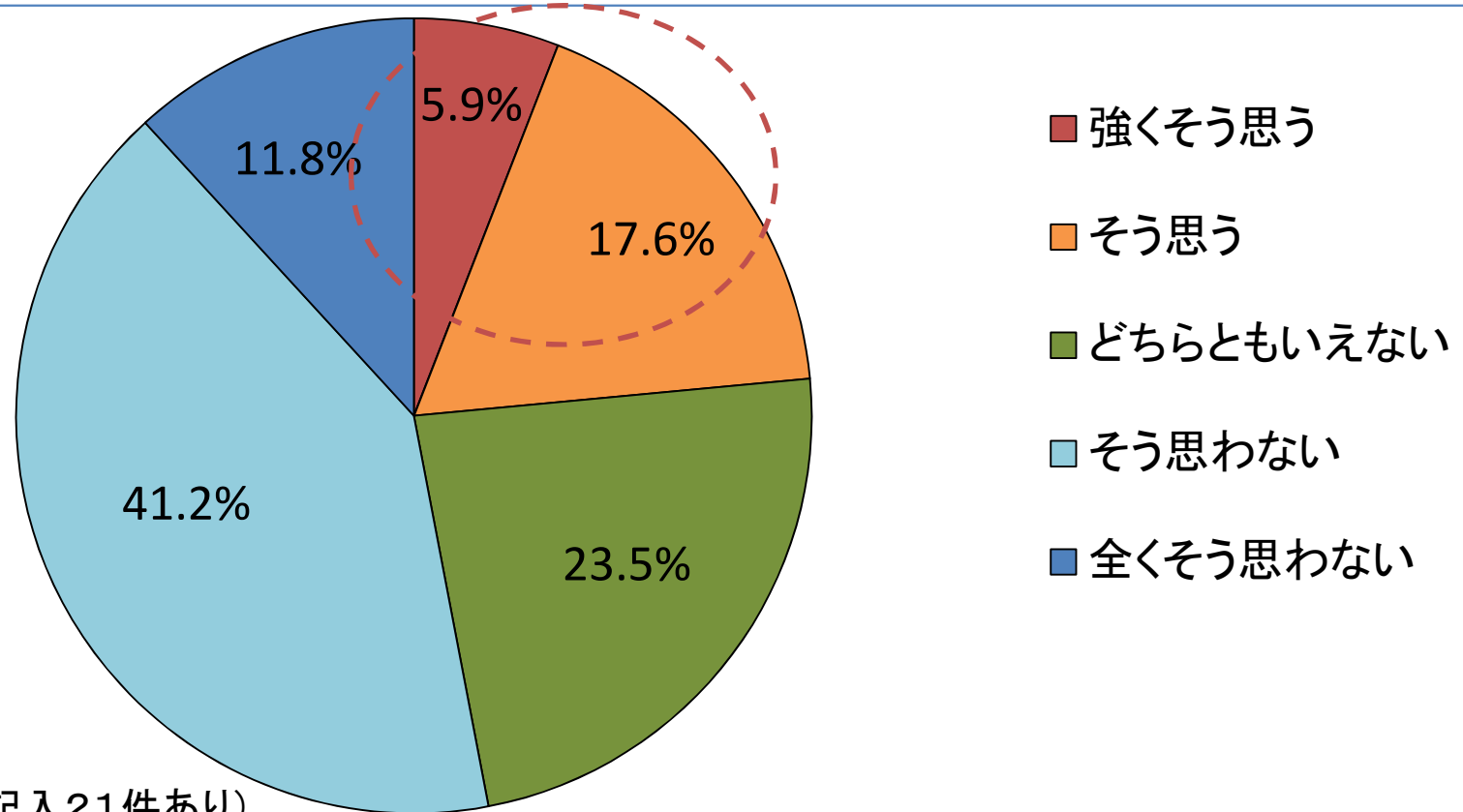
○ 収支状況について、「少し良くなった」医療機関と「少し悪くなった」医療機関は同等数であるものの、「大変悪くなった」医療機関も一定程度みられた。

152

診療提供体制等について①

＜対象：病院（指定地域）＞

質問：急性期医療を行っているのに医療従事者が少ないため、7対1や10対1の一般病棟入院基本料が算定できない



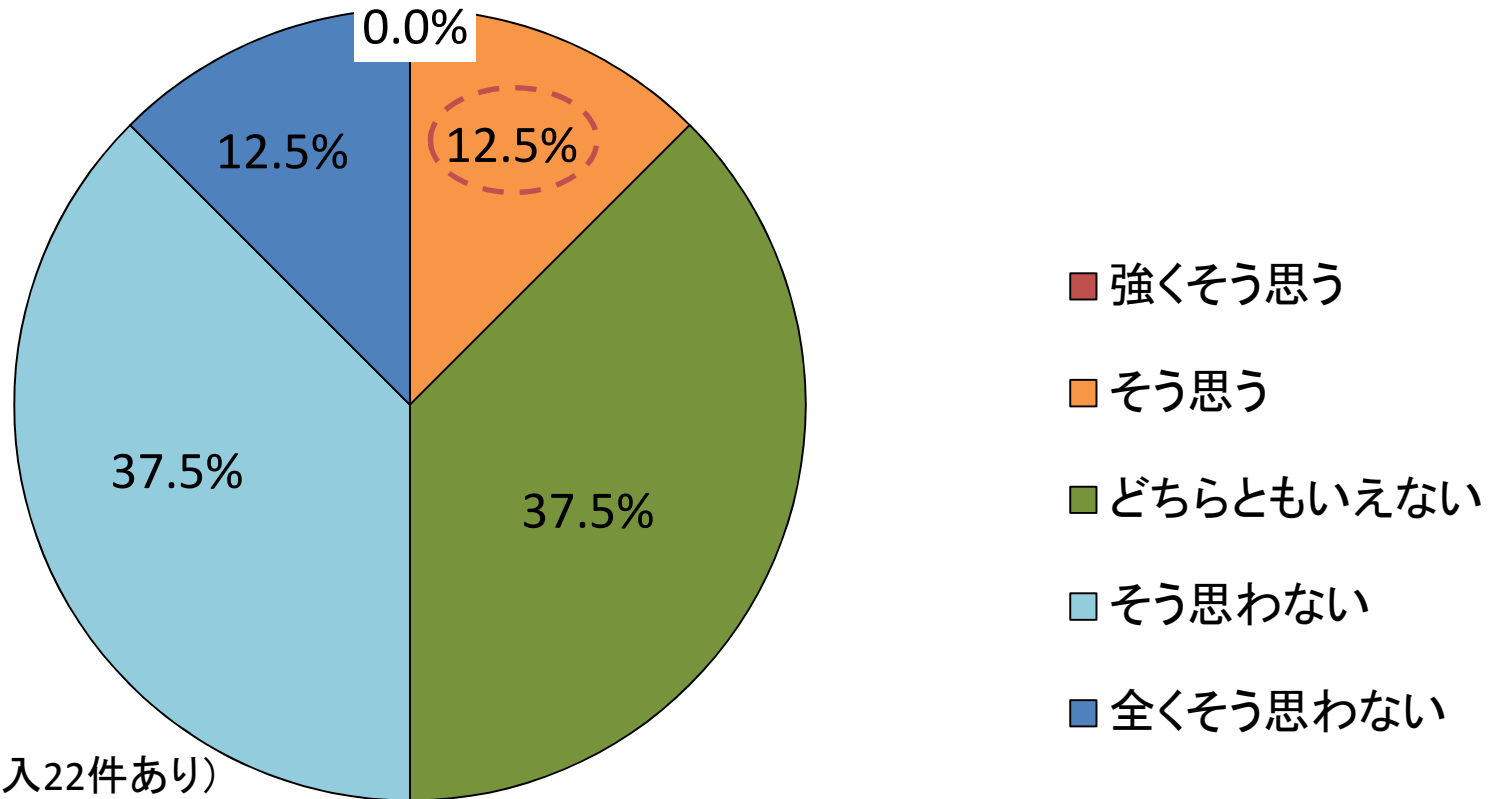
N=17(その他未記入21件あり)

○ 医療従事者が少ないため、7対1や10対1の一般病棟入院基本料が算定できない医療機関が一定程度みられる。

診療提供体制等について②

＜対象：病院（指定地域）＞

質問：急性期医療を行っているのに、亜急性期や長期療養患者を診ているため平均在院日数等の要件を満たせず、7対1や10対1の一般病棟入院基本料が算定できない

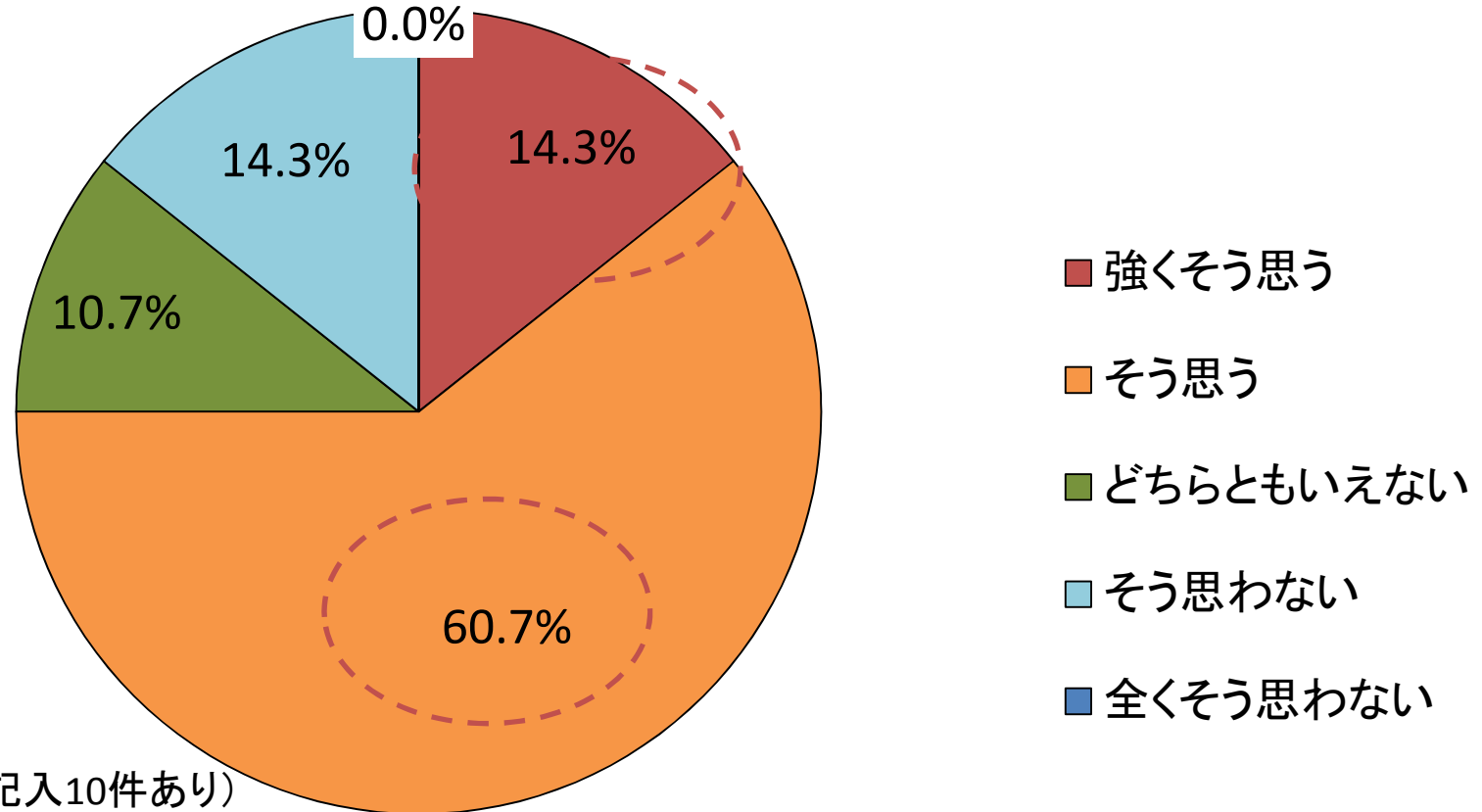


○ 複合的な機能を有するため、平均在院日数等の要件を満たせず、7対1や10対1の一般病棟入院基本料が算定できない医療機関が一定程度みられる。

診療提供体制等について③

＜対象：病院（指定地域）＞

質問：診療は行っているものの専従要件が満たせないため、算定困難な診療報酬項目がある



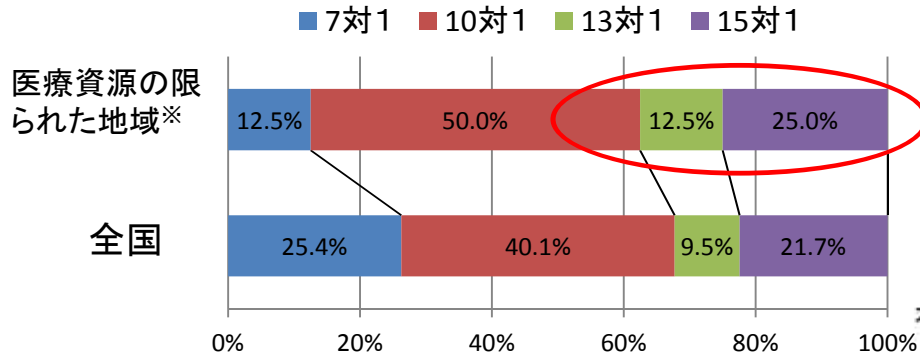
N=28(その他未記入10件あり)

○ 診療は行っているものの専従要件が満たせないため、算定困難な診療報酬項目がある医療機関が多く見られる

地域に密着した病床に求められる機能

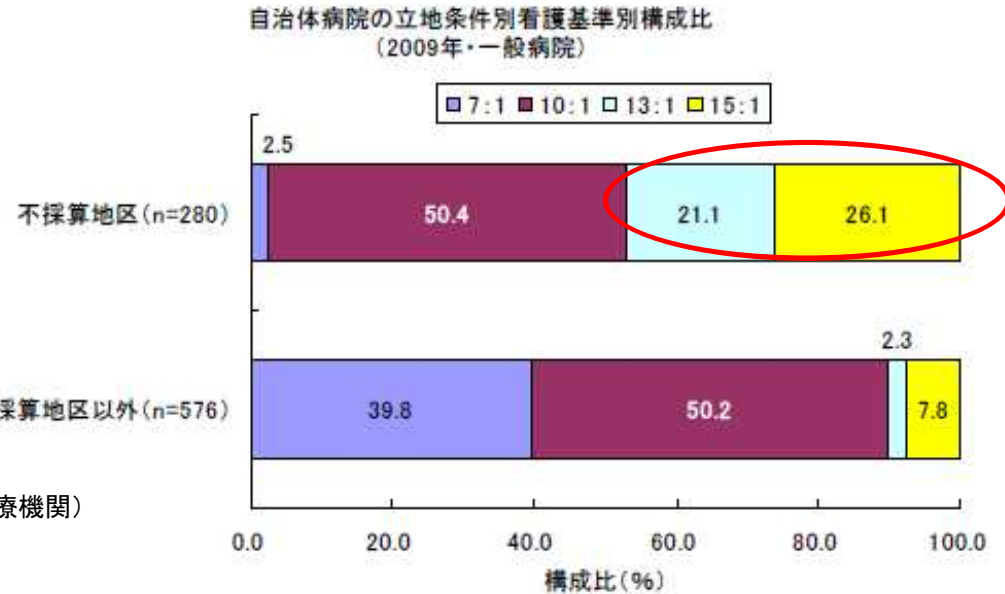
地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」

(注) 不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院: 直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
- ・第2種不採算地区病院: 直近の国勢調査における「人口集中地区※」以外の区域に所在すること

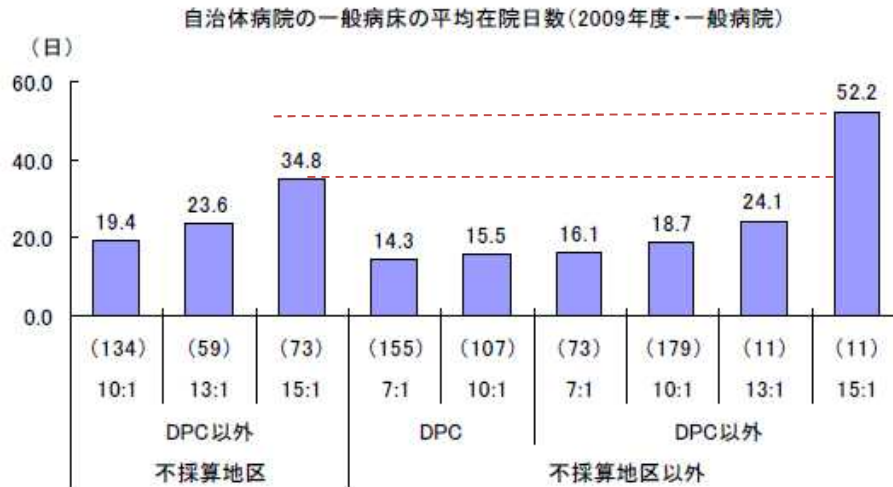
※ 原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

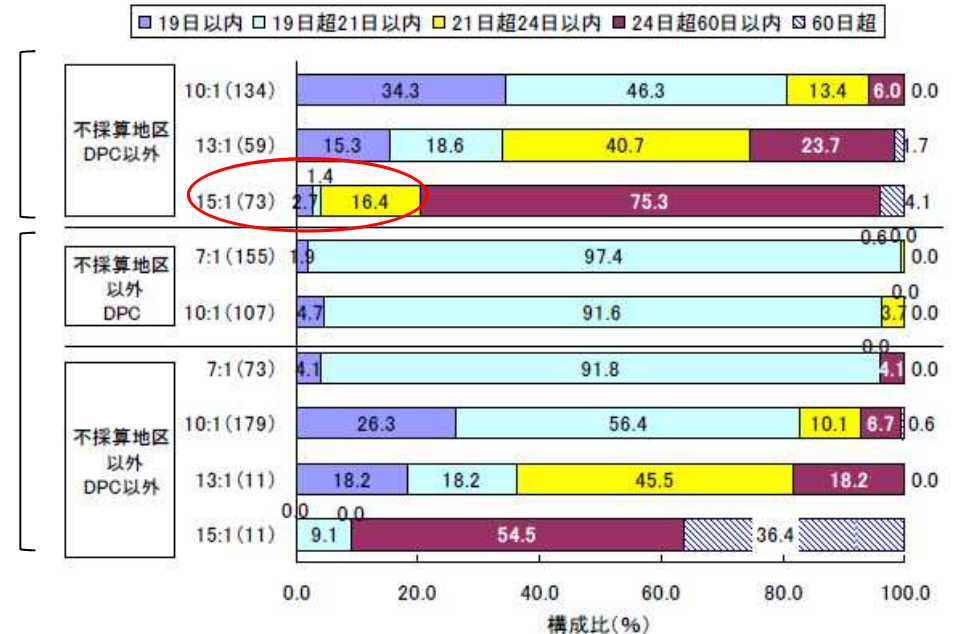
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)

自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。



*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内

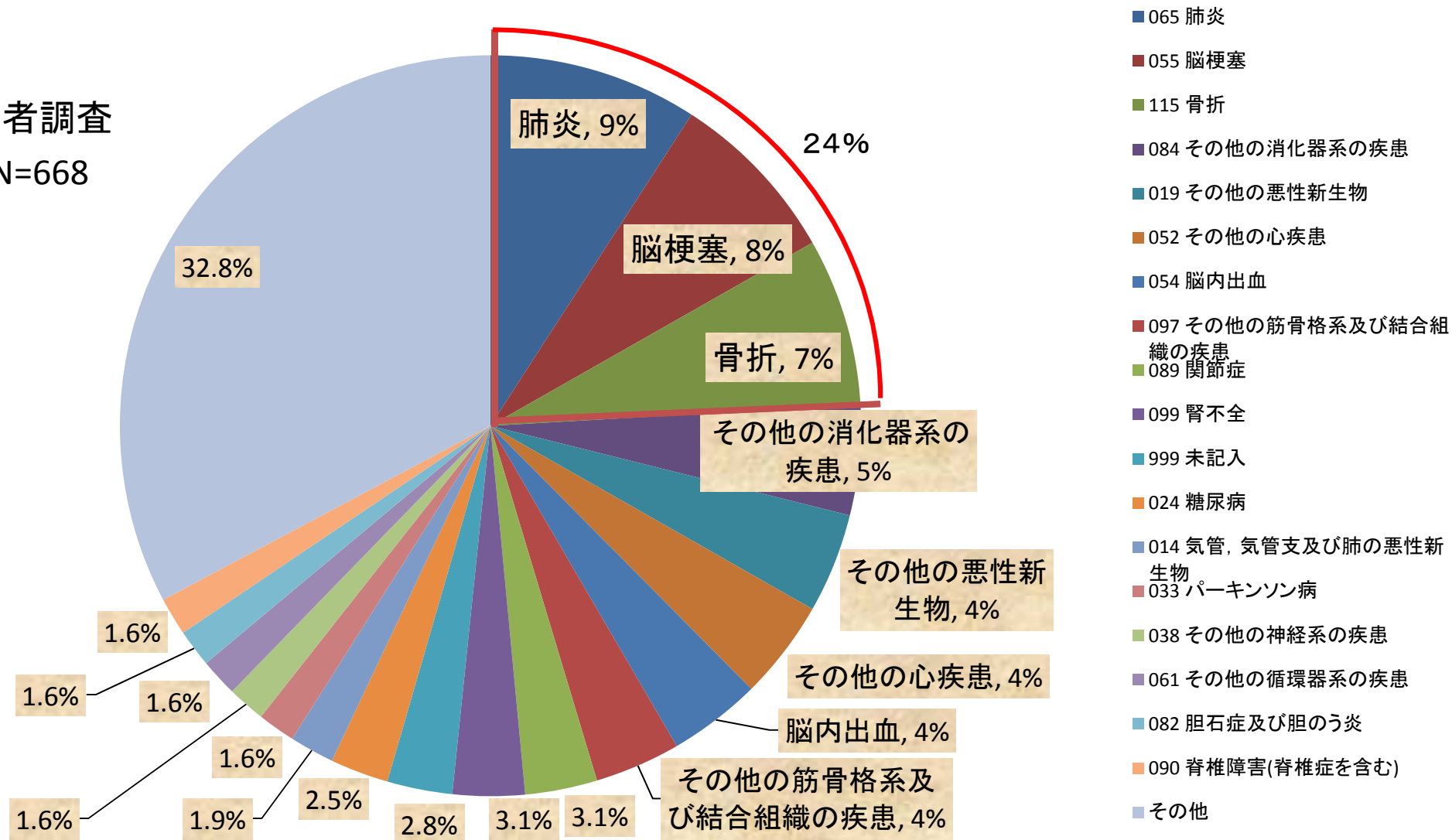
限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。

指定地域の病院に入院している患者の疾患(主傷病)

＜対象：病院（指定地域）＞

患者調査

N=668



肺炎、脳梗塞、骨折、悪性腫瘍等の多様な患者を受け入れている。

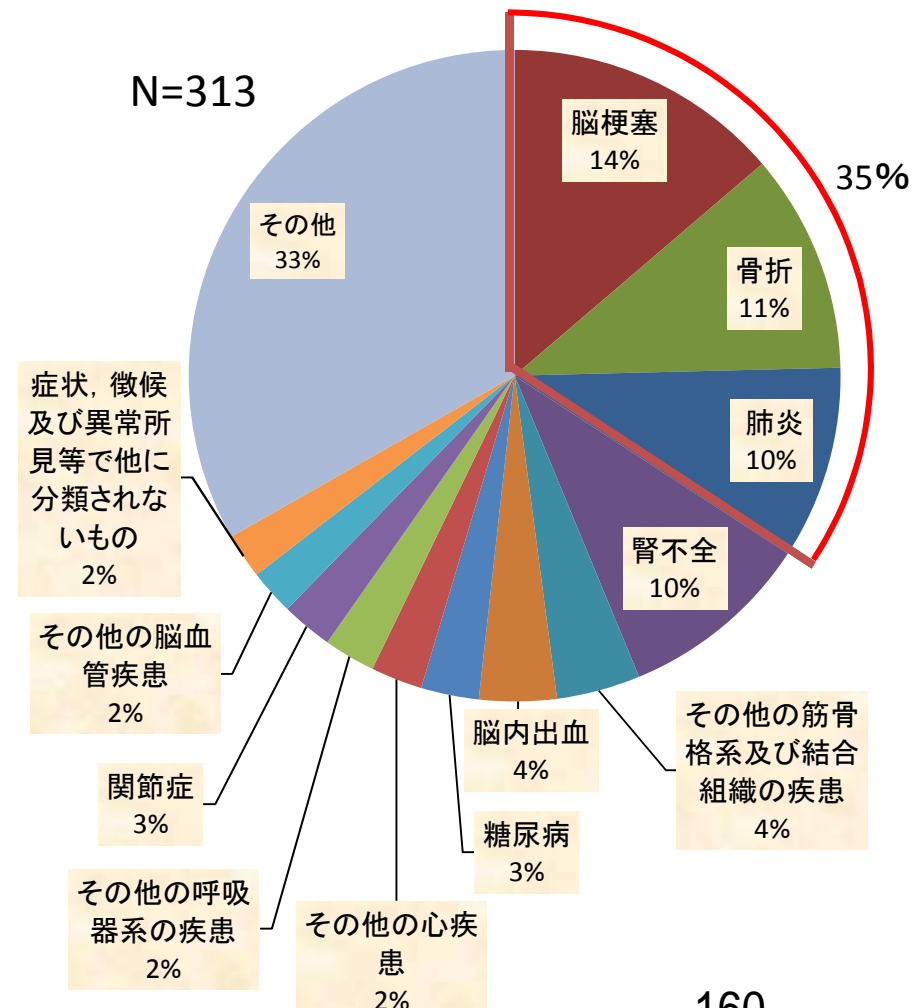
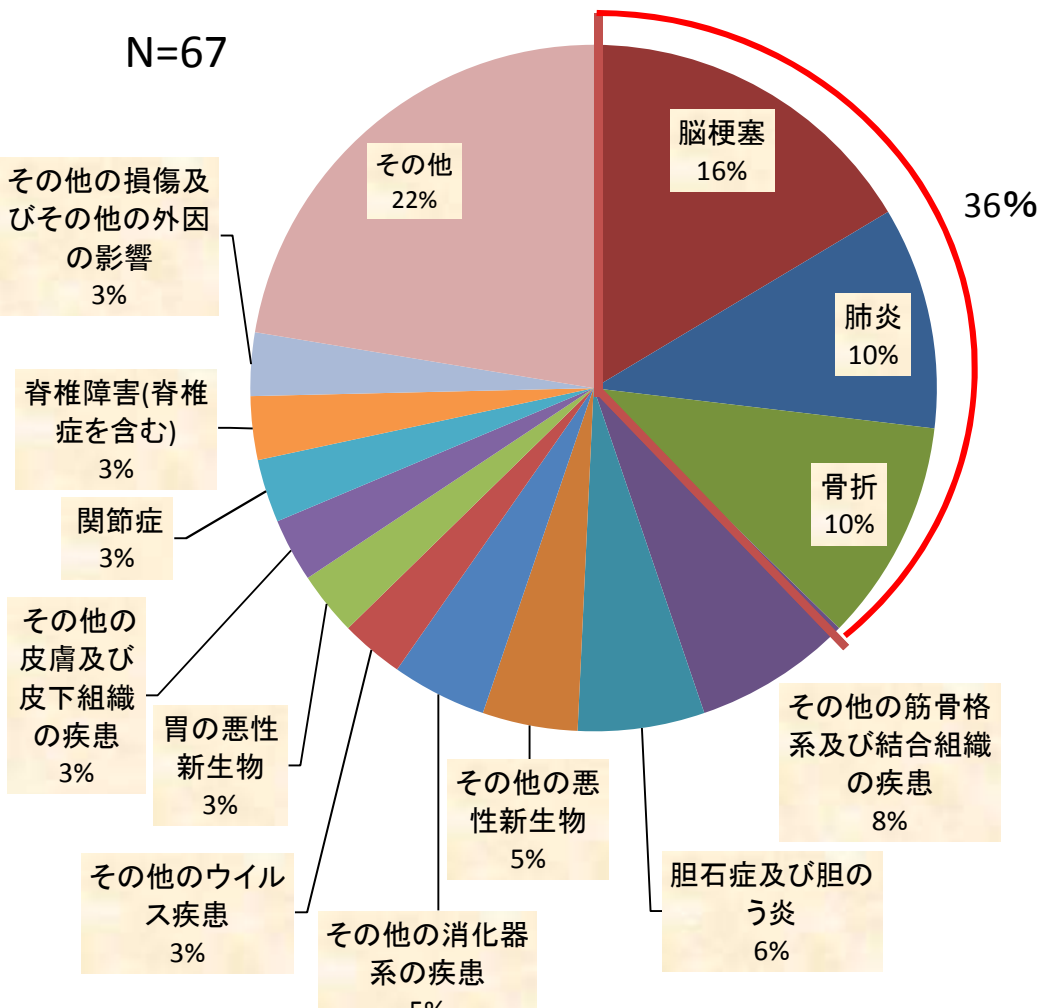
13対1、15対1病院に入院している患者の疾患（主傷病） <対象：病院（全国）>

13対1一般病棟入院基本料

15対1一般病棟入院基本料

N=67

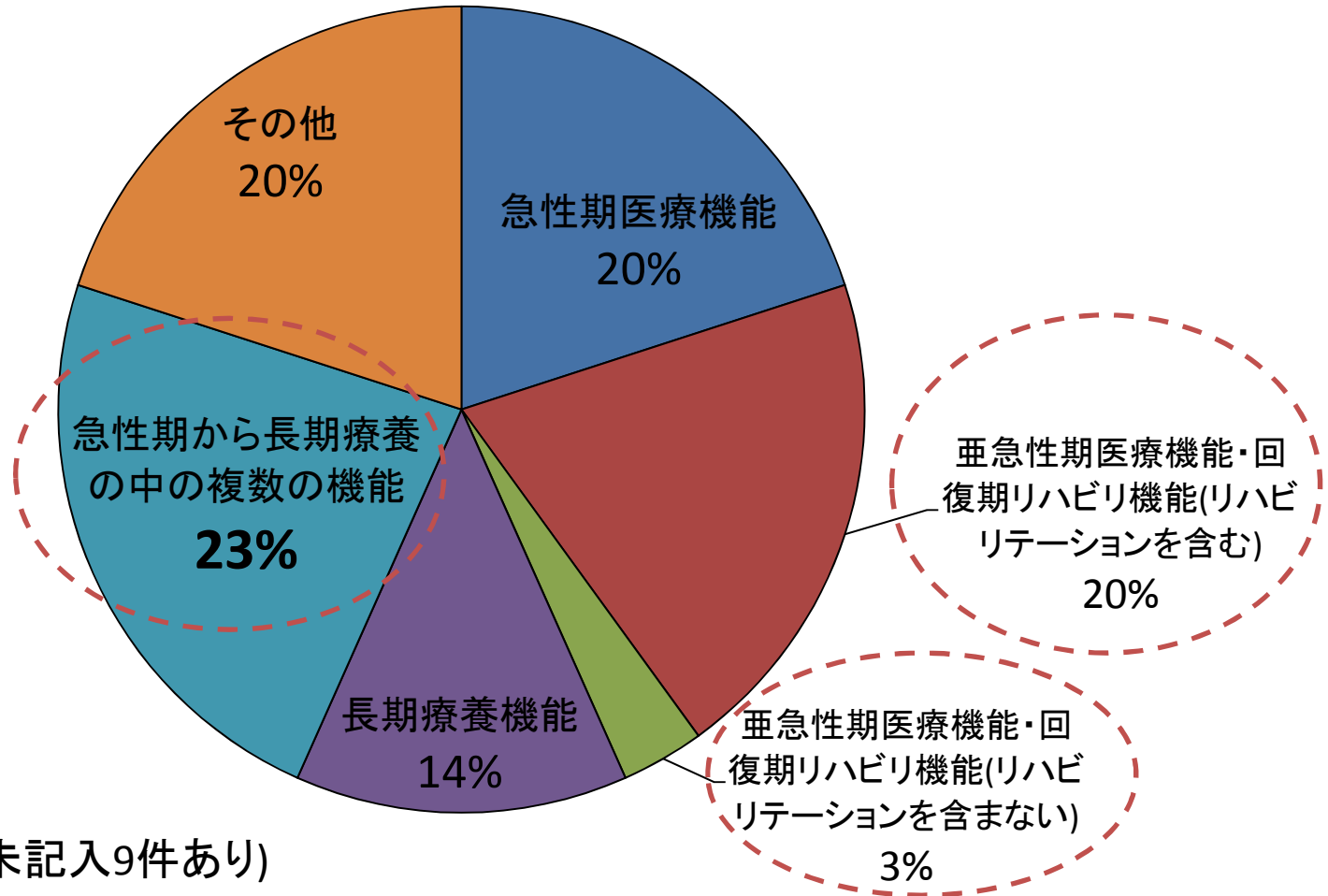
N=313



注：平成25年4月末時点での速報版のため、今後若干の変動があり得る。

160
 出典：平成24年度 入院医療等の調査より

今後重点的に担っていこうと考えている機能 ＜対象：病院（指定地域）＞



N=30(その他未記入9件あり)

○ 亜急性期医療機能・回復期リハビリ機能や、急性期医療機能から長期療養機能までの複合的な機能を重点的に担っていこうと考えている医療機関が一定程度みられる。

161

注：平成25年4月末時点での速報版のため、今後若干の変動があり得る。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

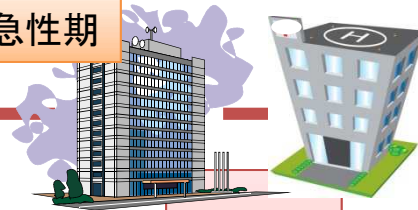
回復期リハ病棟入院料・亜急性期入院医療管理料の主な施設基準等

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	亜急性期入院医療管理料
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上	13対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上	—
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任の在宅復帰支援を担当する者1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上	—	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	—	6割以上*
重症患者の退院時日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—	—
その他	病棟単位で届出(回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出(回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出(新規以外、回りハ1・2と併存不可)	病室単位で届出、診療録管理体制加算を届け出ている、一般病床の3割以下(200床以上は40床)
点数	1,911点	1,761点	1,611点	2,061点(リハなし・60日まで) 1,911点(リハあり・60日まで)

*亜急性期入院医療管理料の在宅復帰率には老健施設を含む

地域に密着した病床の果たす役割

急性期・高度急性期



急性期

地域に密着した病床の役割

亜急性期病床の役割

①急性期からの受け入れ

亜急性期・回復期等

類似した
複合的機能

②在宅・生活復帰支援

③緊急時の受け入れ

長期療養
介護等

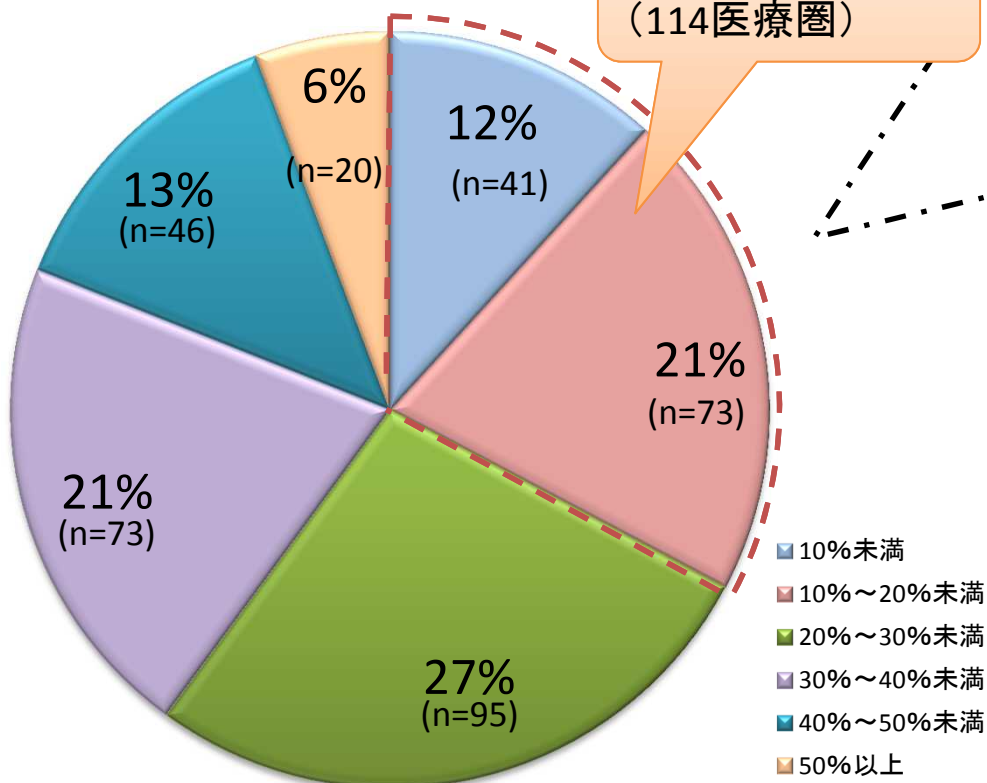
介護施設等

自宅・在宅医療

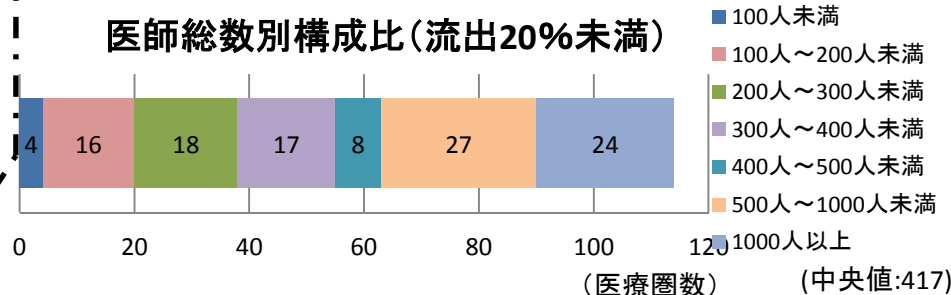
対象とする地域について

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

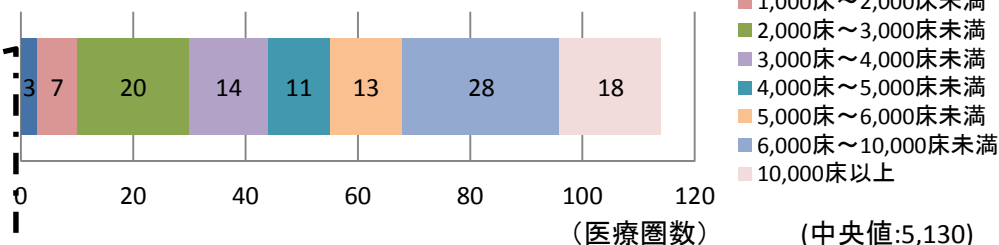
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348力所)



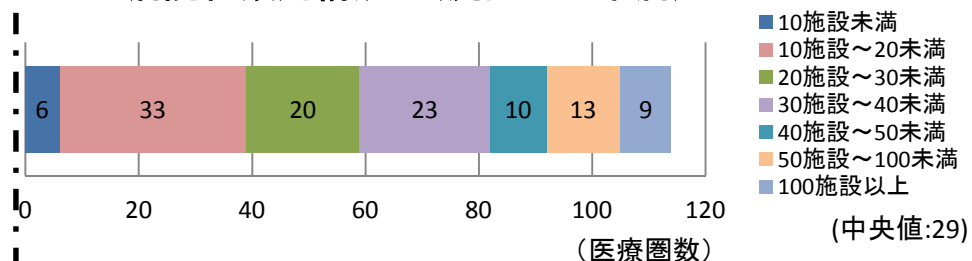
医師総数別構成比(流出20%未満)



病床総数別構成比(流出20%未満)



病院総数別構成比(流出20%未満)



患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

医療提供が困難な地域の考え方について

地域に密着した医療提供を行う医療提供が困難な地域等において、下記の観点から地域の条件を検討

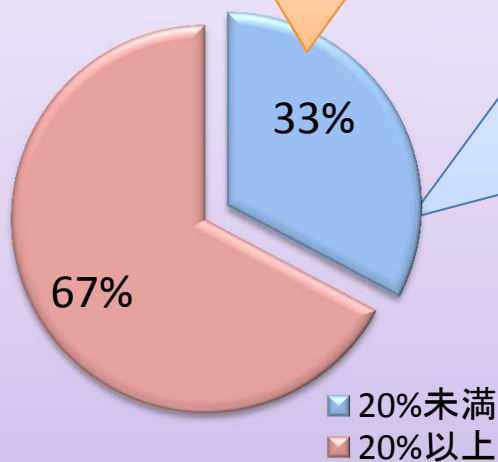
- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※ただし、特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

①自己完結した医療を提供

(n=348医療圏)

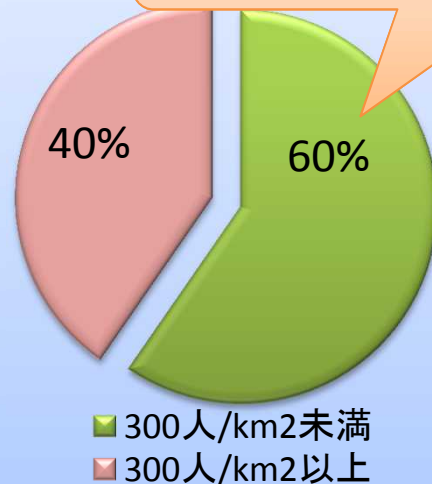
患者流出20%未満
114医療圏



②医療従事者の確保が困難な地域

(n=114医療圏)

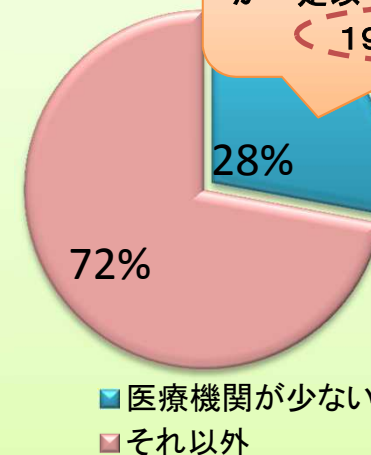
人口密度300人/km²未満
68医療圏



③医療機関が少ない地域

(n=68医療圏)

病院密度(面積当たり)又は
病床密度(面積当たり)
が一定以下
19医療圏

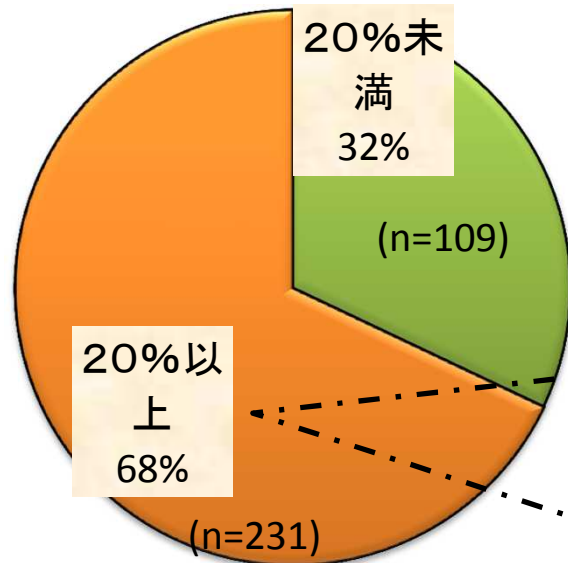


※病院総数、病院病床数が少なくても、面積が小さければ、一定程度医療機関の数は満たされていると考えられることから、面積当たりとした。

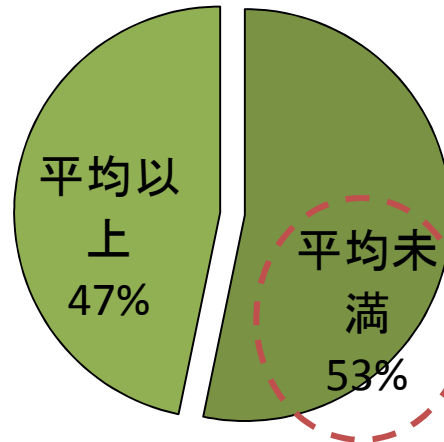
平成24年診療報酬改定では、これらに離島の医療圏を加えた30医療圏を、“医療提供しているが、医療資源の少ない地域”としている。

対象となっていない2次医療圏の状況について

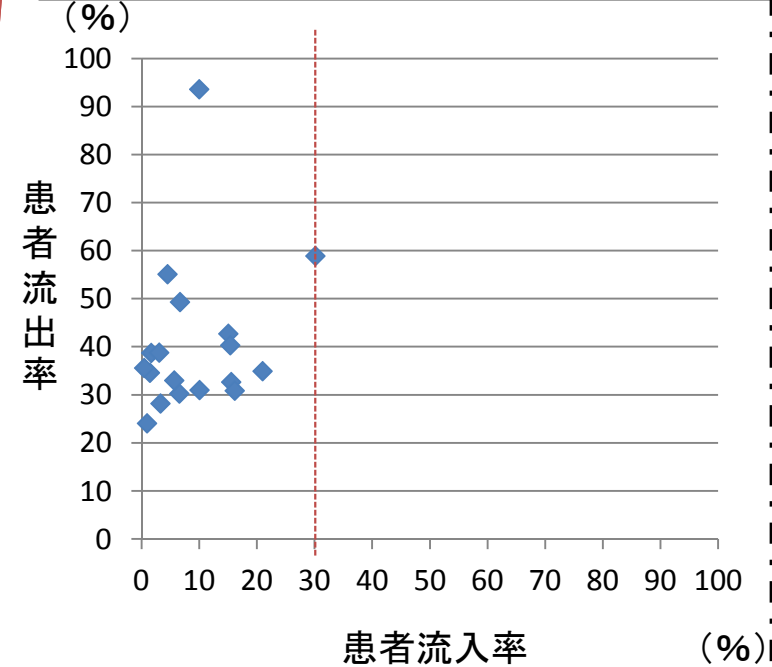
患者流出率



病院密度(面積当たり)



平均未満のうち病院密度が下位15%の医療圏



患者流出率が20%以上の2次医療圏においても、病院密度が低い医療圏があるが、そのなかでも特に病院密度が低い医療圏は患者流入率も低く、自己完結した医療提供を行っているとは言い難い。

医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが 困難な地域に配慮した評価に関する課題と論点

【課題】

- 社会保障・税一体改革において、地域に密着した病床での対応が掲げられており、平成24年度診療報酬改定では、自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院において、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供することについて、一定の対応を行った。
- その際、自己完結型の医療提供しており、医療従事者の確保等が困難、かつ面積当たりの医療施設が少ない地域という観点から地域の指定を行った。
- 専従要件の緩和など、地域に配慮した評価について、一定の評価がみられる一方で、当該改定項目を利用している医療機関は限定的であり、十分な効果が得られていないことが示唆される。

【論点】



- 自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域において、一般急性期、亜急性期医療等を一体として提供することに対する評価について、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、評価を継続していくことを、どのように考えるか。
- 急性期からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受け入れ等、多様な病態の患者に対し、一体的な医療を提供していることを勘案し、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価とすることについて、どのように考えるか。
- 一方、地域の拠点となる大規模な医療機関については、院内での機能分化が可能であると考えられることから、対象とする医療機関は、一定病床以下の医療機関とすることについて、どのように考えるか。

本日の検討項目

- ① 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
- ② 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討
- ④ その他

本日の検討項目に関する論点(概要)①

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供するのではなく、複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供するべきという意見についてどのように考えるか。

短期滞在手術・特定除外制度(慢性期入院医療の適切な評価)

- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査の取扱いをどのように考えるか。
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様に見直すことについてどのように考えるか。

重症度・看護必要度の項目について

- 調査結果を踏まえて、「呼吸ケア」「時間尿測定」の見直しについてどのように考えるか。
- 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す等の見直しについてどのように考えるか。
- 「創傷処置」については、褥瘡の処置を定義から外す等の見直しについてどのように考えるか。
- 新しい項目の追加と項目間の相関の強いものについて、その取り扱いをどのように考えるか。

その他の指標

- 例えば、年間手術実施件数や全身麻酔手術件数等の診療実績を要件にすることについてどのように考えるか。
- 現在の7対1入院基本料を算定している医療機関の在宅復帰率を踏まえ、自宅及び亜急性期・回復期病棟へ退院又は転棟した患者の割合を要件にすることについてどのように考えるか。
- 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPCデータの提出を要件にすることについてどのように考えるか。
- 高齢者の急性期病院への入院が増える中、入院中のADL低下や褥瘡の発生等を防ぐため、急性期病棟における早期からのリハビリテーション等を要件にすることについてどのように考えるか。

本日の検討項目に関する論点(概要)②

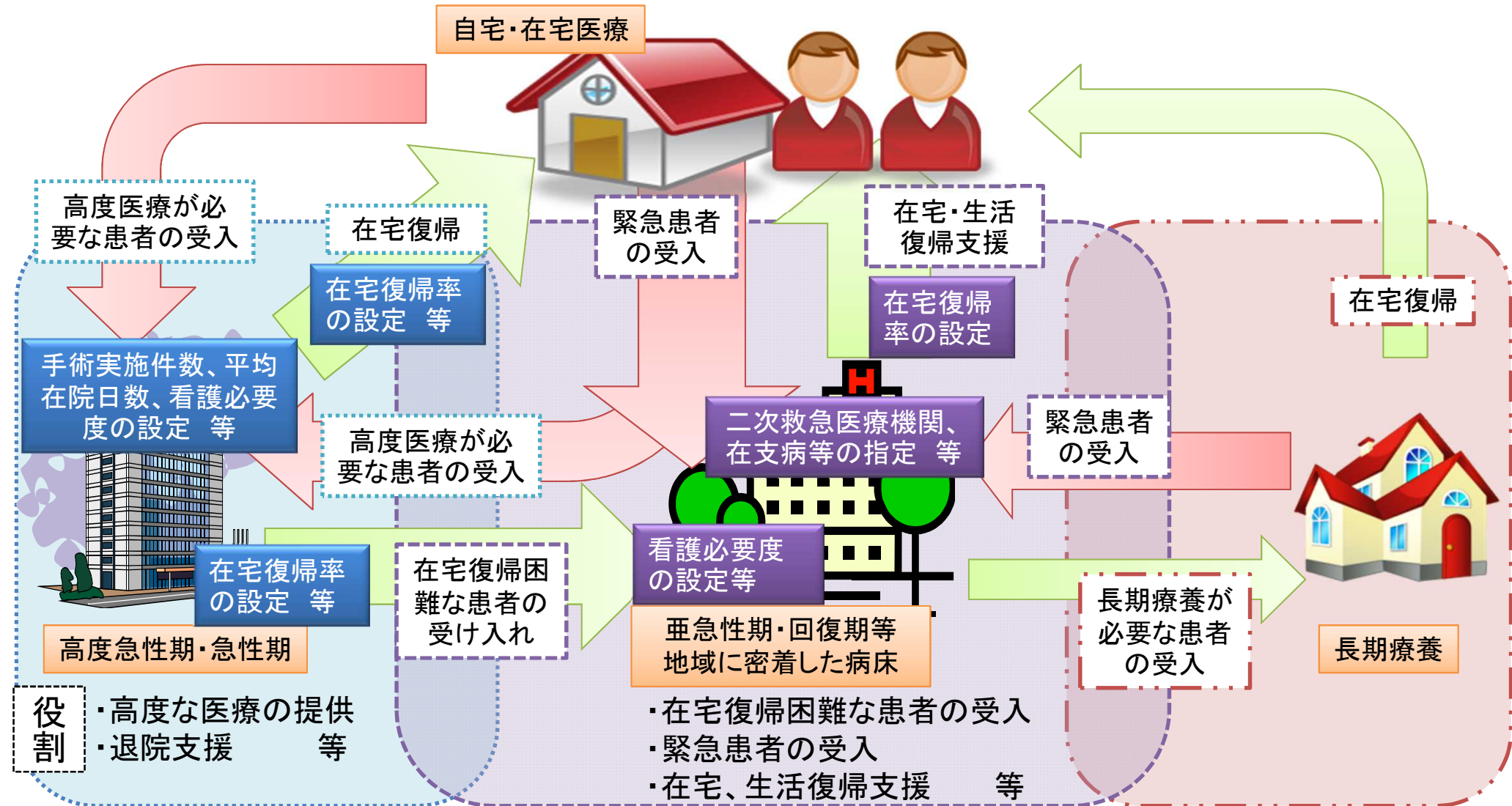
亜急性期入院医療

- 今後、拡充が必要な亜急性期病床について、現状の病室単位ではなく病棟単位の評価とすることについてどのように考えるか。
- 例えば、病床の種別にかかわらず、人員配置、重症度・看護必要度、在宅復帰率、二次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出のような亜急性期病床に期待される機能に関する要件を設定した上で、評価を充実させることについてどのように考えるか。
- 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するデータの提出を求めることについてどのように考えるか。

医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価

- 自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域において、一般急性期、亜急性期医療等を一体として提供することに対する評価について、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、評価を継続していくことを、どのように考えるか。
- 急性期からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受け入れ等、多様な病態の患者に対し、一体的な医療を提供していることを勘案し、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価とすることについて、どのように考えるか。
- 一方、地域の拠点となる大規模な医療機関については、院内での機能分化が可能であると考えられることから、対象とする医療機関は、一定病床以下の医療機関とすることについて、どのように考えるか。

論点を踏まえた検討後のイメージ (案)



入院医療等の調査・評価分科会の今後の予定

- 5月16日 第1回 一般病棟入院基本料の見直しについての影響 その1
慢性期入院医療の適切な評価の見直し
- 5月30日 第2回 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- 6月13日 第3回 一般病棟入院基本料の見直しについての影響(その2)
(重症度・看護必要度について)
特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に
対する経過措置の実態
- 6月20日 第4回 診療報酬点数表における簡素化の検討
- 6月26日 第5回 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討
- 7月17日 第6回 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な
地域に配慮した評価の検討
- 7月末日途 第7回 中間とりまとめ素案
- 8月上旬日途 第8回 中間とりまとめ案