

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
入院医療等の調査・評価分科会
とりまとめ（案）

平成25年●月
診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

目 次

I.	検討の背景及び実態調査について	3
II.	平成24年度診療報酬改定の影響の検証と今後の方向性	
	II-1 平成24年度調査分	
1.	一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し	5
	(1) 平均在院日数について	
	(2) 重症度・看護必要度の項目	
	(3) その他の指標について	
2.	亜急性期入院医療管理料等の見直し	13
3.	医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討	15
4.	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	17
5.	診療報酬点数表における簡素化	19
6.	医療機関における褥瘡の発生等	21
	II-2 平成25年度調査分	
1.	<u>13対1、15対1入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証</u>	<u>22</u>
2.	<u>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に係る経過措置</u>	<u>24</u>
3.	<u>入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討</u>	<u>25</u>
	(1) <u>入院医療の適正化に向けた検討</u>	
	(2) <u>外来の機能分化の推進</u>	
III.	おわりに	29

委員名簿 3 0

開催状況 3 1

【別添】資料編

I. 検討の背景及び実態調査について

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、平成24年8月に発足し、「平成24年度診療報酬改定における中医協答申（平成24年2月10日）附帯意見」のうち、以下の附帯意見に関すること等について、平成26年度診療報酬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、「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実態調査」^(※1)及び「平成25年度入院医療等における高度急性期・一般急性期、亜急性期、慢性期に関する長期入院等の患者の実態像調査」を実施し、調査結果等に基づき検討を行った。

※実態調査の結果については平成25年5月16日及び平成25年9月30日の分科会参考資料を参照。

- ① 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、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を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟（7対1、10対1を含む）、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。（附帯意見8）
- ② 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。
 - 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に係る経過措置
 - 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（附帯意見 9）

- 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。（附帯意見 1 1）
- ④ 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。（附帯意見 1 2）
- ⑤ 診療報酬における包括化や I T 化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。（附帯意見 1 3）^{（※）}
- ⑥ 医療機関における褥瘡の発生等の状況に関する調査・検証（附帯意見 1 8）

※附帯意見 1 3 については、診療報酬における包括化の検討のみ、分科会の検討事項となっている。

II. 平成24年度診療報酬改定の影響の検証と今後の方向性

II-1 平成24年度調査分

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

(1) 平均在院日数について

【現状と課題】

- (ア) 7対1入院基本料を算定する医療機関の平均在院日数は平成21年以降、短縮傾向であり、平成24年の平均在院日数の平均値は13.9日であった【別添資料P20】。
- (イ) 平均在院日数の平均値-2SD未満の医療機関を分析した結果、短期間で退院可能な手術や検査が多いこと、さらに、特定のMDC (Major Diagnostic Category(主要診断群))に該当する患者の割合が40%以上の医療機関の割合は51.4%と特定の分野に偏っている傾向がみられた【別添資料P21】。
- (ウ) 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、4泊5日以内の短期手術等の症例を除いて平均在院日数を計算した場合、平均在院日数への影響は+0.6日(12.2日→12.8日)であった【別添資料P24】。
- (エ) 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で90日を超えて入院している患者はそれぞれ5.9%、8.5%であり、うち、特定除外^(※)患者に該当する者はそれぞれ3.7%、6.5%となっていた【別添資料P25】。

なお、平成25年7月に実施された日本医師会及び四病院団体協議会の調査では、7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で90日を超えて入院している患者はそれぞれ4.4%、7.6%であり、うち、特定除外^(※)患者に該当する者はそれぞれ3.9%、6.8%となっていた。(下表参照)

		厚生労働省調査	日医・四病協調査	
7対1	病棟数	＝	1102	
	全体の患者数	3810	40127	
	入院期間 90 日超	人数	223	1762
		割合	5.9	4.4
	特定除外患者	人数	142	1573
		割合	3.7	3.9
10対1	病棟数	＝	293	
	全体の患者数	1727	10775	
	入院期間 90 日超	人数	147	817
		割合	8.5	7.6
	特定除外患者	人数	112	737
		割合	6.5	6.8

(参考) 特定除外患者ありの病棟のみの調査結果 (日医・四病協調査)

	病棟数	全体の患者数	入院期間 90 日超		特定除外患者	
			人数	割合	人数	割合
7対1	572	23437	1650	7.0	1573	6.7
10対1	185	7210	806	11.2	737	10.2

(オ) 7対1, 10対1入院基本料を算定する医療機関で、特定除外患者を含めて平均在院日数を計算した場合、平均在院日数への影響はそれぞれ+1.5日(21.0日→22.5日)、+3.2日(22.0日→25.2日)であった【別添資料P26】。

(カ) なお、試算では、50床の病棟で90日を超えて入院している患者が5人の場合、その他の患者の平均在院日数が15日までであれば、全体の平均在院日数は18日以下^(※2)となる。【別添資料P28】

※特定除外

入院期間が90日を超える特定の病態にある患者について、特定入院基本料の算定対象及び平均在院日数の計算対象から除外するもの。

【方向性】

- (ア) 7対1入院基本料については、平成18年度診療報酬改定時に、看護配置の手厚い医療機関を評価するために設定されたものであるが、今後、病床の機能分化をさらに進めていくには、まず、7対1入院基本料を算定する医療機関の果たすべき機能を明確にした上で、要件を設定することが必要である。
- (イ) 7対1入院基本料を算定する医療機関は、一般病棟入院基本料の中で最も人員配置の手厚い医療機関であり、その機能は、症状の安定した病態の患者に対して長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「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こと」と考えられる。
- (ウ) なお、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（DPC評価分科会）及び中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会においては、平成19年のDPC対象病院のあり方の議論の中で、急性期の定義を「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」としている【別添資料P30】。
- (エ) この7対1入院基本料を算定する医療機関に期待される機能を踏まえ、平均在院日数の具体的な見直しの方向性として以下の2点が考えられる。
- ① 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対象となる患者については、平均在院日数の計算対象から外すこと。
 - ② 7対1、10対1入院基本料を算定する病棟において、特定除外項目に該当する患者については、平成24年度診療報酬改定において実施し

た13対1、15対1入院基本料と同様の取扱い^(※)とすること。

- (オ) なお、このように入院基本料等の平均在院日数の規定を見直す場合、7対1入院基本料を算定する病棟における治療が必要とされる診療を終えた患者が、スムーズに自宅や次の医療機関へ移行できる仕組みや、受け皿となる医療機関、病床の整備等についても併せて考えていく必要がある。
- (カ) また、90日以上入院患者数が7対1、10対1病棟で10%以下であることを踏まえると、その他の患者の平均在院日数が15日以内であれば、全体の平均在院日数は18日以下となる。
- (キ) こうした見直しの方向性については、一律に制度を見直すのではなく、個別の手術や検査、個別の特定除外項目について検討を加える必要があるとの意見や、13対1、15対1の特定除外項目に該当する患者と7対1、10対1の該当患者の病態は異なるため、同様の取扱いとすべきかどうか慎重に判断すべきという意見があった。一方、7対1入院基本料を算定する医療機関に期待される機能を踏まえれば、特定除外制度の廃止は、後述の亜急性期を担う病床の充実とあわせ、一連の見直しとして対応すべきとの意見もあった。
- (ク) また、医療現場への影響を考慮し、一定期間の経過措置を設けるべきとの意見があった。

※平成24年度診療報酬改定における特定除外の廃止に伴う措置

90日を超えて13対1、15対1入院基本料を算定する病棟に入院する場合、

- ・平均在院日数の計算対象とするが、出来高で算定する
- ・平均在院日数の計算対象としないが、療養病棟入院基本料の例によって算定する

のいずれかを選択できる。

(2) 重症度・看護必要度の項目

【現状と課題】

[創傷処置、時間尿測定、呼吸ケア]

- (ア) 一部の項目（創傷処置、時間尿測定、呼吸ケア）について、急性期で入院している患者の実態と合致せず、看護配置基準の低い入院基本料を算定している病棟や療養病棟の方が、7対1入院基本料を算定している病棟より該当割合が高いものがあった【別添資料P32】。

	7対1一般病棟（特定機能病院を除く）	15対1一般病棟	療養病棟
創傷処置	14.7%	17.2%	14.4%
時間尿測定	1.5%	5.0%	4.6%
呼吸ケア	18.8%	31.2%	42.8%

- (イ) 創傷処置については、療養病棟において褥瘡に対する創傷処置を行っている者の割合は、手術をしていない患者の74.0%、手術をした患者の18.2%であった【別添資料P33】。
- (ウ) 呼吸ケアについては、7対1入院基本料を算定する病棟では酸素吸入を行っている者（人工呼吸管理以外）が44.1%と最も多いのに対し、療養病棟では喀痰吸引を行っている者が46.9%と最も多かった【別添資料P34】。

[血圧測定]

- (エ) 血圧測定については、血圧測定のみ該当する患者のうち、28.5%がB項目該当なしであった【別添資料P35】。

[その他]

- (オ) 本分科会の調査では、現行の重症度・看護必要度の項目にいくつかの項目を追加して調査を行った。その中で、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、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、7対1入院基本料を算定する病棟での該当率が高かった【別添資料P36～37】。

【方向性】

- (ア) 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から、特に、療養病棟の患者において該当率の高い項目や、項目に該当する患者像が本来評価すべき患者像と乖離している項目については見直しを行うことが必要である。具体的には、
- ① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること、
 - ② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること、
 - ③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと、
 - ④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、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をA項目に追加することが考えられるが、このうち10分間以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上で、A項目に追加すること、等について見直すことが考えられる。
- (イ) こうした見直しの方向性のうち、呼吸ケアの喀痰吸引については、気道内吸引、口腔内吸引、体位ドレナージ等、内容が多岐にわたり、各病態の患者に必要なケアは異なることから、複雑な病態をもつ急性期の患者にふさわしい内容は、重症度・看護必要度の項目として残すべきとの意見もあった。
- (ウ) なお、これらの見直しに当たっては、中央社会保険医療協議会において、現場の看護師への負担も含め、どの程度の影響があるかを分析した上で検討する必要がある。

(3) その他の指標について

【現状と課題】

- (ア) 7対1入院基本料の施設基準には、看護配置の他、平均在院日数、重症度・看護必要度等が規定されている。
- (イ) 本分科会の調査やDPCデータの分析結果では、7対1入院基本料を算定している医療機関の一部には、手術件数や全身麻酔手術件数等の診療実績が少ない医療機関があった【別添資料P39～44】。
- (ウ) また、7対1入院基本料を算定している病棟の患者のうち退院先が自宅（在宅医療を除く）である者は73.8%、7対1入院基本料を算定している病院のうち、DPCデータを提出している割合は78.6%であった【別添資料P45～46】。
- (エ) さらに、入院患者のADL等に関して、17.0%の入院患者が調査期間2週間の間にADLが低下していること、院内褥瘡発生率は一般病棟で1.5%であること、入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長くなるにつれてADLが悪化し、その傾向は65歳以上の患者の方が65歳未満の患者に比べて大きいことがわかった【別添資料P49～51】。

【方向性】

- (ア) 7対1入院基本料を算定している医療機関に対して、人員配置や設備等の体制（ストラクチャー）のみを要件とするのではなく、当該医療機関に期待される機能を要件とする必要がある。診療実績については一部の医療機関で手術件数が少ないこと等が明らかになったものの、現時点においては、医療機関全体の診療実態を正確に把握することや、診療実績の指標を設定することが困難であることに留意が必要である。
- (イ) そのため、一般病棟入院基本料の中で最も高く評価されている、7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査・分析するため、DPCデータの提出を要件とすることが必要である。
ただし、DPCデータの提出は、診療報酬で評価されているものの、DPC

C対象病院以外は任意であるとの意見もあったことから、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。

(ウ) それ以外の具体的な指標として以下の2つが考えられる。

① 退院支援の取組の評価として、在宅復帰率を要件とすることは必要である。ただし、今後の見直しにより、7対1入院基本料を算定する病棟について、現在より重症度の高い患者の割合が高くなると想定すると、在宅復帰率は、自宅のみならず、亜急性期病床等（亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料等）への転棟・転院も含めた上で指標として検討することが必要である。

② 救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。

(エ) これらの指標に加えて、医療の質を上げるには、医療機関が第三者による継続的な評価を受けることも重要であるとの指摘があったが、すでに医療機関は自ら医療の質を向上させる努力をしており、必ずしも第三者の評価を受ける必要はないのではないかとの意見や、評価を受けるコスト等の問題についての指摘もあった。

(オ) また、将来的には、患者のアウトカム指標についても検討する必要があるのではないかとの意見もあった。

2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し

【現状と課題】

- (ア) 人口構造が変化し、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が求められている。
- (イ) 亜急性期入院医療管理料^(※)は、一般病棟の病室単位で算定可能となっており、平成24年7月時点で届出を行っている病室は17,551床となっている【別添資料P55】。
- (ウ) 亜急性期入院医療管理料を算定する病室では、新入室患者のうち自院の急性期病床・一般病床からの受け入れが75.4%、退院先が自宅（在宅医療を除く）である者は80.5%であった。また、重症度・看護必要度は低い患者が多かった【別添資料P58～60】。
- (エ) また、療養病棟であっても、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入院基本料を算定する病棟と同程度の機能をもつ病棟が存在していた【別添資料P61～63】。

※亜急性期入院医療管理料の施設基準は、

- ・看護職員が13対1以上であること、
 - ・看護職員のうち7割以上が看護師であること、
 - ・退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が概ね6割以上であること、
 - ・当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の3割以下であること
- 等が要件となっている。

【方向性】

- (ア) 亜急性期病床の評価を充実させるに当たっては、まず、亜急性期病床の役割・機能を明確にすることが重要であるが、当分科会においては、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つの機能が重要であると確認された【別添資料P6

4】。

- (イ) こうした役割・機能を評価するため、亜急性期病床の要件については、人員配置の他、例えば、上記①の要件として重症度・看護必要度、②の要件として、二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、③の要件として在宅復帰率のような要件を設定した上で、評価を充実させることが必要である。
- (ウ) また、今後の高齢化の進展を見据え、既述の7対1入院基本料の見直しとあわせて、急性期後及び慢性期の急性増悪の患者の受け皿を整備することや、病床の機能分化という観点から、亜急性期の病床数を増やす必要があり、現行の病室単位から病棟単位の届出^(※)とすることや、療養病棟でも亜急性期病床に求められる役割・機能に準じた医療を提供している医療機関が存在している実態を踏まえ、病床の種別にかかわらず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要である。
- (エ) 亜急性期病床の果たす役割・機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、亜急性期を担う医療機関についても、提供されている医療内容に関するデータ(DPCデータを基本としたもの)の提出を求めていくことが必要である。
- ただし、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。さらに、亜急性期病床を持つ医療機関にまでDPCデータの提出を求めることは過大な負担になるのではないかとの意見もあった。

※一般病棟入院基本料を算定する病棟は、夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下を満たさない場合、特別入院基本料を算定することになるが、特定入院料を算定している病棟(亜急性期入院医療管理料については病棟単位で算定する場合に限る)に係る看護職員は、この夜勤時間数の計算対象とはならない。

3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

【現状と課題】

- (ア) 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いる。その中で、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30の2次医療圏(離島の2次医療圏も含む。)^(※)において、
- 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する、
 - 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する、
 - 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、
 - 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する等の対応を行った。
- (イ) 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、平成24年度診療報酬改定における評価項目を利用している医療機関は限定的であった【別添資料P67～69】。

※現行、2次医療圏のうち、①患者流出率20%未満、②人口密度300人/km²未満、③病院密度(面積当たり)又は病床密度(面積当たり)が一定以下の19医療圏に離島を加えた30医療圏を対象としている【別添資料P70】。

【方向性】

- (ア) 平成24年度診療報酬改定における評価については、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、現行の評価を継続していくことが妥当である。
- (イ) 一方、対象地域の医療機関は、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援等の機能を持ち、多様な病態の患者に対し、医療を提供していると想定され、かつ、医療機関

も急性期から長期療養の中の複数の機能や亜急性期の機能を担っていかう
と考えていることから、当該地域における医療機関の評価については、平成
24年度診療報酬改定での評価項目とは別に、亜急性期入院医療の今後の評
価体系に準じた評価を導入することも必要である【別添資料P71】。

- (ウ) その際、こうした地域であっても、地域の拠点となる大規模な医療機関
については、院内での病床の機能分化は可能であることから、対象とする医
療機関は、一定病床数以下の医療機関とすることが必要である。

4. 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

【現状と課題】

(ア) 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、障害者施設等入院基本料については、平成18年度及び平成20年度診療報酬改定時に、

- ① それまで当該管理料等を算定していた患者が療養病棟へ転棟又は転院した場合に、当該患者の医療区分を高く評価することや、
- ② 当該管理料等を算定していた病棟が療養病棟に転換した場合、当該病棟に入院していた患者の医療区分を高く評価すること等の経過措置が設けられた【別添資料P74～75】。

(イ) 当該経過措置は、平成22年、24年度診療報酬改定において2年ずつ延長され、平成25年度末までとされているが、①については、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は障害者施設等入院基本料を算定している患者が療養病棟入院基本料の病棟に転棟・転院した際、医療区分を高く評価する経過措置を利用している者はいなかった。また、②については、特殊疾患療養病棟から療養病棟に転換した病棟の割合は全体の17.2%であり、そのうち経過措置を利用している患者は0.7%であった。また、障害者施設等入院基本料の病棟から療養病棟に転換した病棟の割合は全体の2.3%であり、そのうち経過措置を利用している患者はいなかった。さらに、特殊疾患病棟入院料については、転換した病棟を認めなかった【別添資料P76～80】。

(ウ) 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟の患者の主病名をみると、脳梗塞、脳内出血、その他の神経系の疾患が多い傾向がみられた【別添資料P81～84】。

【方向性】

(ア) 各種の経過措置については、利用実績がほとんどないため廃止することが妥当である。

(イ) なお、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者像が療養病棟の患者像と類似していたことから、障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、当該病棟等の対象とする患者像や病床の機能について見直すことが必要である。

5. 診療報酬点数表における簡素化

【現状と課題】

[栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について]

- (ア) 平成24年度診療報酬改定において、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を入院基本料、特定入院料に包括した。この際、栄養管理実施加算を算定していなかった医療機関については管理栄養士の配置^(※)がなくても、平成26年3月31日まで入院基本料等を算定可とする経過措置を設けている。
- (イ) 有床診療所では管理栄養士の確保が進んでおらず、19.2%にとどまっている。管理栄養士の確保の目処がまったく立っていないと回答した施設のうち、管理栄養士の確保のために「相談していない」と回答した施設は78.3%であった。【別添資料P87～88】
- (ウ) 一方、褥瘡対策については、病院、有床診療所ともに褥瘡対策チームの人員が確保されていた【別添資料P89】。

※病院は常勤配置、有床診療所は非常勤の配置を求めている。

[入院基本料等加算の簡素化について]

- (エ) 平成24年度診療報酬改定の附帯意見に基づき、算定率の低い入院基本料等加算について精査が必要とされた。
- (オ) 精査の対象としたのは、対象患者が少なく算定率が低くなっているものであるが、加算の対象となる患者の一定程度は当該加算を算定していること等がわかった【別添資料P93～100】。

【方向性】

[栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について]

- (ア) 平成24年度診療報酬改定で、入院基本料等の要件に包括された栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算については、病院においては両加算、有床

診療所においては褥瘡患者管理加算を入院基本料等に包括する評価を継続することは妥当である。

有床診療所の栄養管理実施加算の入院基本料等への包括については、要件となっている、管理栄養士の確保が進んでいないことから、これを踏まえた対応を検討する必要がある。

- (イ) また、有床診療所の入院患者は高齢者の割合が高く、栄養管理が必要な患者も含まれることから、例えば、包括から除外して評価することとしても、他の医療機関や栄養士会等との地域連携で栄養管理を行うことを検討する必要がある。

[入院基本料等加算の簡素化について]

- (ウ) 算定率が低いとされた入院基本料等加算については、加算の対象となる患者の一定程度は当該加算を算定しており、一定の役割を担っていることから、全体の入院基本料等の算定回数を分母とした場合の算定率をもって、一律に包括化・廃止することについては慎重に対応する必要がある。

6. 医療機関における褥瘡の発生等

【現状と課題】

- (ア) 本分科会の調査では、褥瘡有病率は一般病棟が6.0%、療養病棟が12.4%、院内褥瘡発生率は一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%、入院時褥瘡保有率は、一般病棟で4.5%、療養病棟で7.3%であった。入院時に褥瘡を保有していた患者は、一般病棟は自宅からの入院が多く、療養病棟は自院及び他院からの入院が多かった【別添資料P102～103】。
- (イ) 日本褥瘡学会の調査では、院内褥瘡発生率は一般病院と精神科病院で、入院時褥瘡保有率は一般病棟、大学病院、精神科病院で増加傾向であった。褥瘡の危険因子（基本的動作能力、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下等）を保有する者の割合は、施設区分に関わらず、上昇している傾向がみられた【別添資料P104～106】。

【方向性】

- (ア) 褥瘡対策による褥瘡の減少やその効果を把握することは重要であり、褥瘡の定義を明確化し、有病率や発生率等の基礎データを収集した上で、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の見直しを含めた有効な褥瘡対策へつなげていくことが必要である。
- (イ) また、在宅で褥瘡が発生している者も多いと推定されることから、在宅においても、褥瘡を発生させないためのアセスメントや治療を一層推進する必要がある。なお、今後の課題として、褥瘡を発生させない努力を評価すべきとの意見がある一方、褥瘡が発生した場合はペナルティを課すべきとの意見や、既存の調査では、褥瘡の発生場所を特定できないことから、褥瘡の発生場所を把握する調査や仕組みが必要であるとの意見があった。

Ⅱ-2 平成25年度調査分

1. 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証

【現状と課題】

(ア) 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟では、90日を超えて入院している患者のうち、平均在院日数の計算対象とし、出来高算定している割合は、それぞれ65.2%、68.2%、療養病棟入院基本料1と同じ評価で算定している割合は、それぞれ34.8%、31.8%であった。(※)

【別添資料P115】

(イ) 平成24年6月1日時点と平成25年6月1日時点と比較すると、90日を超えて入院している患者数が減少した医療機関の割合は、13対1入院基本料を算定する医療機関で56.8%、15対1入院基本料を算定する医療機関で55.5%であった。【別添資料P116】

(ウ) 90日を超えて入院している患者を特定除外項目に振り分けると、13対1、15対1入院基本料を算定する医療機関ともに、ほぼすべての項目において患者数が減少していた。【別添資料P117～118】

(エ) 90日を超えて入院している患者の退棟先は、死亡退院が13対1入院基本料を算定する医療機関は70.5%、15対1入院基本料を算定する医療機関は57.0%であった。死亡退院を除いた退棟者の退棟先は、一般病床以外の自宅や療養病床、介護施設等が、13対1入院基本料を算定する医療機関は90.3%、15対1入院基本料を算定する医療機関は78.0%であった。【別添資料P119】

※ 平成24年度診療報酬改定における特定除外の廃止に伴う措置

90日を超えて13対1、15対1入院基本料を算定する病棟に入院する場合、

・平均在院日数の計算対象とするが、出来高で算定する

・平均在院日数の計算対象としないが、療養病棟入院基本料の例によって算定する

のいずれかを選択できる。

【方向性】

- (ア) 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟において、90日以上の入院患者は減少傾向であり、多くが自宅や療養病床等の一般病床以外の病床へ退棟していることから、13対1、15対1入院基本料を算定する医療機関における特定除外制度の廃止については、大きな問題はなく、このまま継続することが妥当である。
- (イ) なお、大きな問題はなかったと考えられるものの、特定除外項目に該当する患者に対して、退棟後、必要な医療が提供されたかどうかを確認すべきという意見もあった。

2. 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に係る経過措置

【現状と課題】

- (ア) 経過措置の届出状況は、平成24年4月1日時点で197医療機関だったが、平成25年9月1日時点で113医療機関に減少した。【別添資料P121】
- (イ) 経過措置を届け出ている医療機関のうち、調査で回答のあった80施設においては、経過措置を届け出ている理由として、「重症度・看護必要度基準を満たす患者の割合が1割5分以上の基準を満たしていない」と回答した施設が48施設と最も多かった。【別添資料P122】
- (ウ) また、80施設においては、経過措置を届け出ているより詳細な理由として、「救急自動車で搬入される救急患者の割合が低い」、「専門医が少ないので重症患者を多く受け入れられない」、「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」、「十分な設備等がないので重症患者を多く受け入れられない」と回答した施設が多かった。【別添資料P123】
- (エ) 当該80施設の今後の意向については、62.5%が平成26年3月31日までに7対1入院基本料の施設基準を満たす予定と回答し、28.8%が10対1入院基本料に移行する予定と回答した。【別添資料P124】

【方向性】

- (ア) 7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置については、経過措置を届け出ている施設数が減少傾向であり、経過措置を届け出ている医療機関のうち約9割が今後の意向を固めていることから、7対1入院基本料を算定する医療機関の経過措置は、平成26年3月31日をもって終了することが妥当である。

3. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

(1) 入院医療の適正化に向けた検討

【現状と課題】

(ア) 金曜日入院は全入院患者数の13.2%、月曜日退院は全退院患者数の12.3%であった。また、金曜日入院、月曜日退院の最も多い理由として、「土日の病床稼働率をあげるため」と回答した施設はほとんど無かった。これらの傾向は診療報酬の見直し前後で変化は見られなかった。さらに、金曜日入院、月曜日退院を減らすための取組は「何も行っていない」と回答した施設がそれぞれ63.4%、61.1%で最も多かった。^(※1)【別添資料P126～129】

(イ) 正午までに退院した患者の曜日別割合は7.8%から17.3%、退院患者のうち30日以上入院していた患者の曜日別割合は7.5%から16.9%であった。正午までの退院の最も多い理由は「患者の希望」(60.8%)である一方、「午後に当該ベッドに入院予定の患者がいる」も一定程度みられた(25.6%)。これらの傾向は診療報酬の見直し前後で変化はみられなかった。さらに、正午までの退院を減らすための取組は「特に何も行っていない」が最も多く(55.3%)、「検査や処置等が終わった当日中の退院を勧める」の回答は少なかった(3.2%)。^(※2)【別添資料P130～131】

(※1) 平成24年度診療報酬改定において、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が6か月連続して4割を超える医療機関について、土日に手術や高度な処置等を伴わない場合は、土日に算定された入院基本料を8%減額することとした。

(※2) 平成24年度診療報酬改定において、正午までに退院した患者の割合が6か月連続して9割を超える医療機関について、30日以上入院している患者で、退院日に手術や高度な処置等を伴わない場合は、退院日に算定された入院基本料を8%減額することとした。

【方向性】

- (ア) 平成24年度診療報酬改定後、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関して、医療機関の動向に大きな変化はみられないが、これらの評価については今後も継続することが妥当である。また、入院医療のさらなる適正化について、引き続き検討が必要である。

(2) 外来の機能分化の推進

【現状と課題】

- (ア) 平成24年度診療報酬改定において、外来の機能分化を図るため、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価を行ったが、平成25年4月1日時点で、減算の対象となる医療機関はなかった。【別添資料P134】
- (イ) 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院ともに、紹介率、逆紹介率は上昇傾向であるものの、外来の紹介患者の割合は特定機能病院が40.6%、地域医療支援病院が28.4%であった。【別添資料P135～136】
- (ウ) 紹介率を上げるための課題については、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等の回答が多かった。【別添資料P137】
- (エ) 逆紹介率を上げるための課題については、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「医学的に逆紹介できる患者が少ないこと」等の回答が多かった。【別添資料P137】
- (オ) 外来では病床規模が大きくなるほど、紹介率が高く、500床以上の病院（特定機能病院と地域医療支援病院を除く。）において、紹介率40%以上の施設は69%、逆紹介率30%以上の施設は60%であった。【別添資料P138～140】

【方向性】

- (ア) 外来の機能分化を推進するため、地域の拠点となるような病院が、診療所等の主治医機能を持った医師と連携し、紹介率及び逆紹介率をあげる必要がある。すでに、500床以上の病院（特定機能病院と地域医療支援病院を除く。）でも、紹介率40%以上の施設が69%、逆紹介率30%以上の施設

設が60%であることから、さらに機能分化を進めるため、許可病床数が500床以上の全ての病院について、平成24年度診療報酬改定と同様の取扱いとすることが必要である。また、特に、逆紹介の取組を推進していくことも必要である。

- (イ) 「許可病床数が500床以上の全ての病院」を対象とすることについては、精神科単科病院や療養病床のみの病院は、別途検討が必要との意見もあった。
- (ウ) 紹介率・逆紹介率ともに高めていくためには、主治医機能を担う医療従事者の育成や、地域連携パスの開発・普及等が課題であるとの意見があった。

III. おわりに

7対1入院基本料は、一般病棟入院基本料の中で最も人員配置が手厚く、その機能は主に「複雑な病態を持つ急性期の患者に対し、高度な医療を提供する」と考えられるが、多くの患者が、その病態にかかわらず、7対1入院基本料を算定する医療機関で治療を受けている。

しかしながら、高齢化の急速な進行に伴い、軽症から中等症の高齢者の救急搬送人員の急増や、根治困難な疾患を抱えた患者を支える医療が求められていること等を踏まえると、もはや7対1入院基本料を算定する医療機関のみで患者の必要とする医療を完結することは難しい。

今後は、7対1入院基本料を算定する医療機関がより高度な急性期医療に注力できる環境を整え、3つの機能を持つ新しい亜急性期病床や療養病床等の受け皿となる病床を充実させることにより、患者がその病態に適した病床で医療を受けられるよう、病床の機能分化を進める必要がある。

また、外来についても、地域の拠点となる病院と主治医機能を持つ診療所等が連携し、外来医療における機能分化を進めていく必要がある。

本分科会では、分科会における議論を踏まえ、今後の方向性をとりまとめた。しかし、当分科会は平成26年度診療報酬改定に向けた検討に資する調査を実施し、附帯意見等について検討することが目的であることから、以後は、本報告書における調査結果や方向性を踏まえつつ、入院医療等の充実が図られるよう、中央社会保険医療協議会において審議が進められることを希望する。

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

診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会の開催状況

- 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）
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31日 第7回 中間とりまとめ案について
- 8月 7日 第8回 中間とりまとめ
- 9月30日 第9回 平成25年度調査について
一般病棟入院基本料、亜急性期入院基本料等の見直しに
ついての影響について
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

に係る経過措置について

入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた
検討

10月10日 第10回 分科会とりまとめ案について

平成25年度
入院医療等の調査・評価分科会
とりまとめ
【別添】資料編

平成24年度調査

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

(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(その1)

【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、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を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- ① 一般病棟入院基本料(新7対1)算定要件の見直し
平均在院日数及び一般病棟用の重症度・看護必要度(以下、看護必要度という。)の見直し
- ② 一般病棟入院基本料(10対1)における看護必要度に係る評価の要件化及び、看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価の新設
- ③ 一般病棟入院基本料(13対1)における入院患者の看護必要度に係る評価の新設

【調査内容案】

- 一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)算定病棟の設定に関する影響調査
 調査対象: 一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)、専門病院入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料を届出している医療機関
 調査内容: (1) 平均在院日数の変化
 (2) 看護必要度の分布や基準を満たす患者割合の状況

(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(その1)

【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、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を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- ① 亜急性期入院医療管理料の評価体系の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

【調査内容案】

- ① 「亜急性期入院医療管理料2」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定患者像の比較調査
 - 調査対象: 「亜急性期入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を届出している医療機関
 - 調査内容: 「亜急性期入院医療管理料2」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を算定している患者の患者像の比較
- ② 幅広い患者を対象とする病棟(「亜急性期入院医療管理料」等)の患者像の調査
 - 調査対象: 亜急性期入院医療管理料、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料を届出している医療機関
 - 調査内容: 「亜急性期入院医療管理料1」を算定している患者及び一般病棟(13対1、15対1)、療養病棟に入院する患者のうち、救急・在宅支援病床初期加算を算定している患者の患者像

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

診 調 組	入 - 2
2 4 . 8 . 1	

② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し

【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、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を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)における特定除外制度を廃止し、90日を超えた場合
- (1) 平均在院日数の計算対象とした上で、出来高の算定とするか、
 - (2) 療養病棟入院基本料1と同じ評価とし、平均在院日数の対象外とした。

【調査内容案】

- ① 一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟、障害者病棟等を有する医療機関における長期入院の実態調査
調査対象: 一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を届出している医療機関
調査内容: 一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を算定している医療機関における長期入院患者の患者像
- ② 慢性期の中でも評価すべき患者像の調査
調査対象: 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を届出している医療機関
調査内容: 超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算等の長期療養患者を対象とする加算を算定している患者の患者像等

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し

診	調	組	入	-	2
2	4	.	8	.	1

【附帯意見12】

平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- ①一般病棟入院基本料(7対1)算定要件の見直し(再掲)
- ②亜急性期入院医療管理料の評価体系の見直し(再掲)
- ③一般病棟入院基本料(13対1, 15対1)における特定除外制度を廃止し、90日を超えた場合(再掲)
 - (1)平均在院日数の計算対象とした上で、出来高の算定とするか、
 - (2)療養病棟入院基本料1と同じ評価とし、平均在院日数の対象外とした。

等

【調査内容案】

- ①一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)算定病棟の設定に関する影響調査(再掲)
- ②「亜急性期入院医療管理料2」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定患者像の比較調査(再掲)
- ③幅広い患者を対象とする病棟(「亜急性期入院医療管理料」等)の患者像の調査(再掲)
- ④一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟、障害者病棟等を有する医療機関における長期入院の実態調査(再掲)
- ⑤慢性期の中でも評価すべき患者像の調査(再掲)

等

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

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

【附帯意見9】

以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

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に係る経過措置

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

【関係する改定内容】

平成18年診療報酬改定時、特殊疾患療養病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合の医療区分の引き上げを行い、平成24年診療報酬改定において、その経過措置を平成25年度末まで延長とした。

【調査内容案】

転換優遇措置の活用状況の把握に関する調査

調査対象：平成20年3月31日において障害者施設等入院基本料、特殊疾患療養病棟入院料1を届出していた病棟、特殊疾患入院医療管理料を届出していた病室であって、平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を届出る病棟に転換した医療機関

調査内容：経過措置の対象となっている患者（当該病床に平成20年3月31日までに入院あるいは転棟・転院した患者）の患者像等

長期療養患者を対象とする加算の算定状況、患者像等

(2) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

【附帯意見18】

上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。医療機関における褥瘡の発生等の状況

【関係する改定内容】

- ①褥瘡患者管理加算を入院基本料へ包括化し、加算の考え方を入院基本料の要件とした。
- ②療養病棟入院基本料において、入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後も30日間は医療区分2として継続して評価可能とし、その際、自院における褥瘡発生率を患者等に説明することを要件化した。

【調査内容案】

医療機関における褥瘡の発生率等の状況調査

調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、療養病棟入院基本料等を届出している医療機関

調査内容：褥瘡の発生率、褥瘡対策の現状等

(3) 診療報酬点数表における簡素化の検討

【附帯意見13】

診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

【関係する改定内容】

入院基本料等加算のうち、算定割合の高い栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算を入院基本料に包括化した。

【調査内容案】

入院基本料等加算の算定の実態に関する調査

調査対象: 調査対象とする入院基本料等加算を届出・算定している医療機関

調査内容: 加算の算定状況、患者像等

(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

入院医療に係る調査の実施について

(平成24年6月27日中医協総会にて承認)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6

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の概要

1. 目的

- ・「平成24年度診療報酬改定における中医協答申(平成24年2月10日)附帯意見」に基づき調査を実施する。
- ・平成26年度診療報酬改定にあたっての企画立案に資する基礎資料を整備することを目的とする。

2. 検討項目

- ・病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進
 - 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
 - 慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - 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に係る経過措置の実態
 - 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
- ・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
- ・入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討
- ・診療報酬点数表における簡素化の検討
- ・医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

3. 調査の種類

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6

施設調査:施設全般に関する基本情報や診療提供体制、運営状況等を把握

病棟調査:施設における調査対象病棟の基本情報や入退院患者の状況等を把握
また当該病棟に入院している患者の重傷度・看護必要度に係る調査を実施

患者調査:調査対象病棟の入院患者の中から一定割合で無作為抽出した対象患者について、
基本情報や状態像等を把握
また当該患者の診療報酬明細書を一月分収集

4. 調査の方法

①調査の回答者

- ・施設調査票:施設管理者及び事務部門の担当者
- ・病棟調査票:基本情報等に係る調査項目は、事務部門の担当者
各病棟の入院患者の状態に係る調査項目については、各病棟の看護師長
- ・患者調査票:各病棟の看護師長
当該患者の診療報酬明細書の一月分のコピーの収集は、事務部門の担当者

②調査実施期間

平成24年11月12日から12月25日

③回収方法

郵送回収

5. 調査対象施設

(単位:件)

診	調	組	入	-	1
2	5	.	5	.	16

調査票の種類	調査対象施設数
一般病棟入院基本料(7対1、経過措置7対1、10対1)、専門病院入院基本料(7対1、経過措置7対1、10対1)、特定機能病院の一般病棟(7対1、経過措置7対1、10対1)のいずれかを届けている病院を対象 (以後「急性期票」とする)	1,800
一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、専門病院入院基本料(13対1、15対1)、回復期リハビリテーション病院入院料のいずれかを届けている病院で、 <u>亜急性期入院医療管理料</u> を届出していない病院を対象 (以後「亜急性期【未】票」とする)	1,000
一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、専門病院入院基本料(13対1、15対1)、回復期リハビリテーション病院入院料のいずれかを届けている病院で、 <u>かつ亜急性期入院医療管理料</u> を届出している病院を対象 (以後「亜急性期票」とする)	500
療養病棟入院基本料を届出している病院を対象 (以後「療養病棟票」とする)	1,600
障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料のいずれかを届出している病院、または平成20年3月31日時点で障害者施設等入院基本料、特殊疾患療養病棟入院料のいずれかを届出している病院を対象 (以後「障害者・特殊疾患等票」とする)	600
在宅療養支援病院の承認を受けている病院を対象 (以後「在宅療養支援病院票」とする)	701
医療提供体制が十分でなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域(30の二次医療圏)に所在する病院を対象 (以後「機能分化を進めることが困難な地域の病院票」とする)	349
医療提供体制が十分でなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域(30の二次医療圏)に所在する有床診療所を対象 (以後「機能分化を進めることが困難な地域の有床診療所票」とする)	360
医療提供体制が十分でなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域(30の二次医療圏)に所在する無床診療所を対象 (以後「機能分化を進めることが困難な地域の無床診療所票」とする)	1,864

6. 回収状況 (速報版)

(単位:件)

診	調	組	入	-	1
2	5	.	5	.	16

調査票の種類	回収施設数 (回収率)	施設 調査票数	病棟 調査票数	患者 調査票数
急性期票	169 (9.4%)	165	869	9,491
亜急性期【未】票	85 (8.5%)	129	104	1,545
亜急性期票	47 (9.4%)	(亜急性期 【未】票に 含まれる)	76	(亜急性期 【未】票に 含まれる)
療養病棟票	170 (10.6%)	169	247	3,198
障害者・特殊疾患等票	84 (14.0%)	83	159	1,312
在宅療養支援病院票	61 (8.7%)	61	132	1,483
機能分化を進めることが困難な地域の 病院票	39 (11.2%)	39	93	668
機能分化を進めることが困難な地域の 有床診療所票	33 (9.2%)	31	15	100
機能分化を進めることが困難な地域の 無床診療所票	526 (28.2%)	526	—	—

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。

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

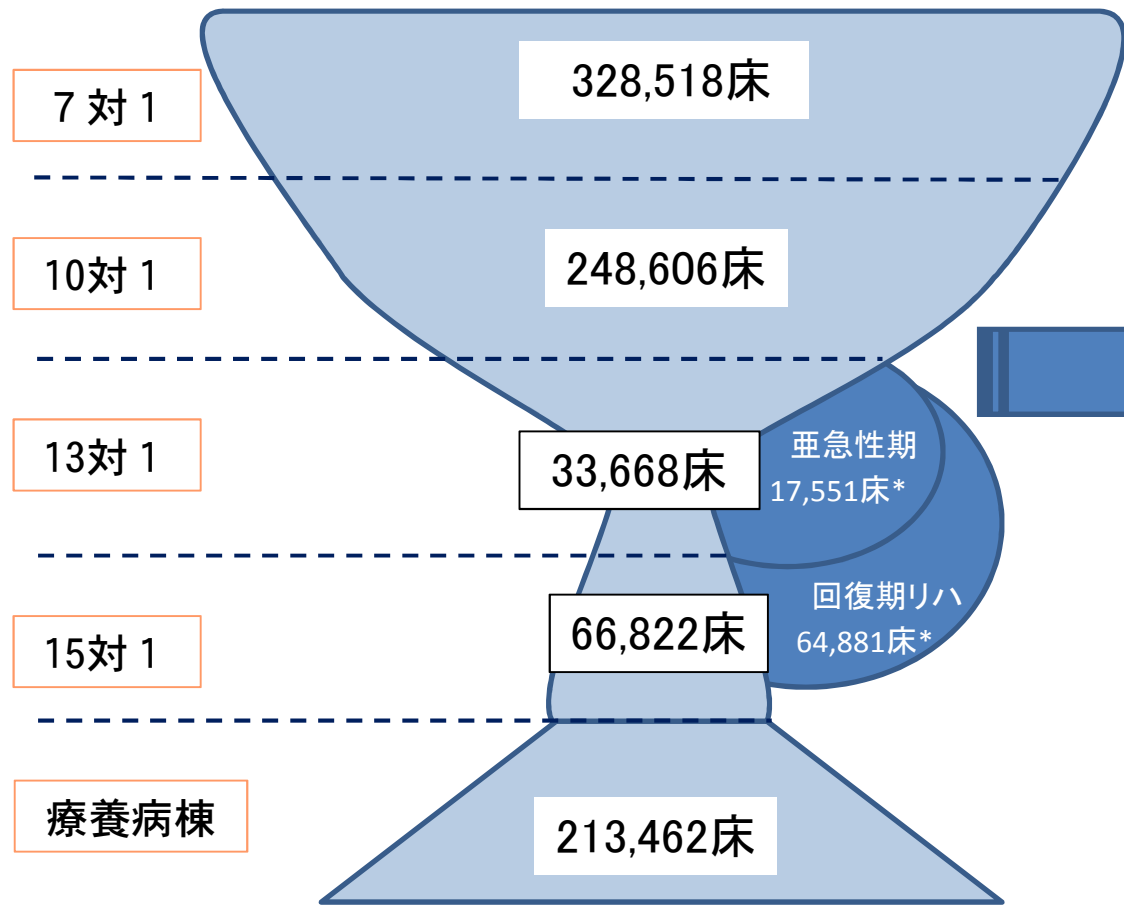
(1) 平均在院日数について

(2) 重症度・看護必要度の項目

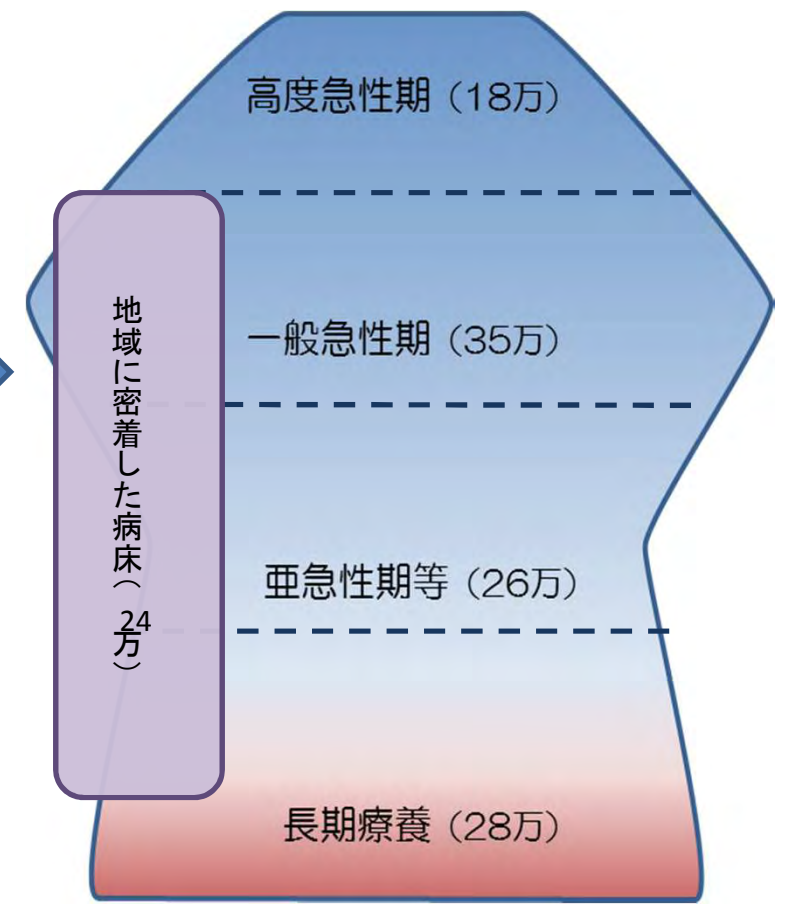
(3) その他の指標

【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

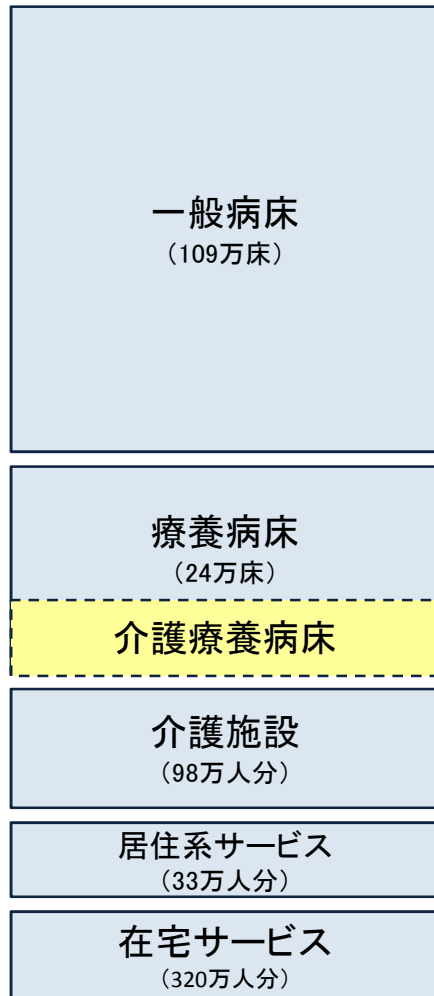
現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

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

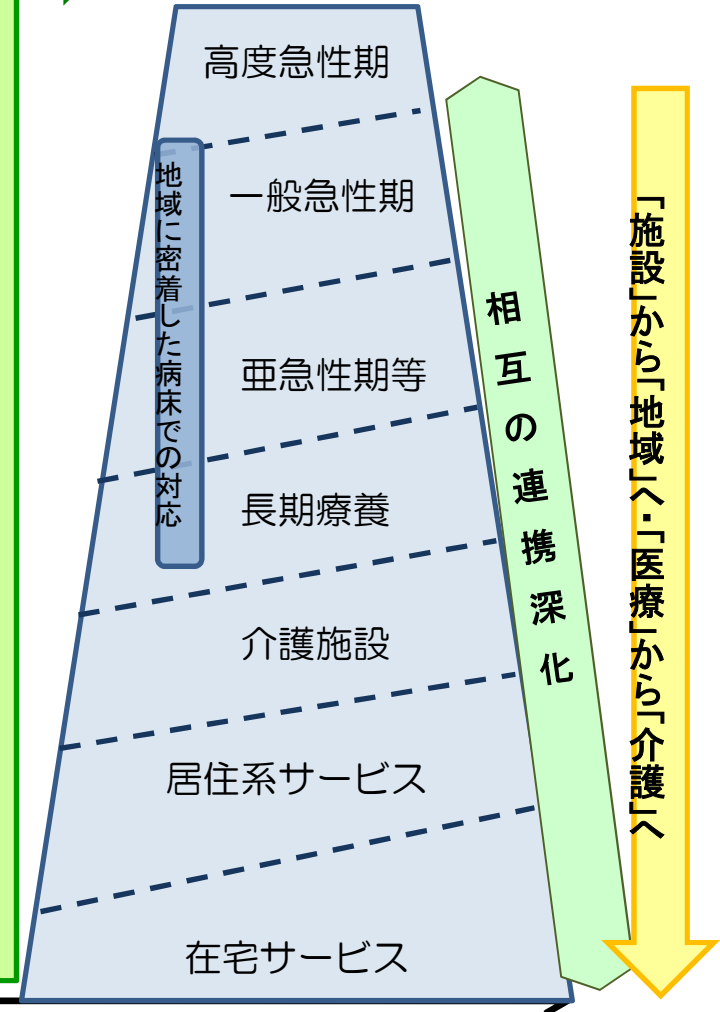
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

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

診 調 組	入	-	1
2 5 .	7 .	1	7

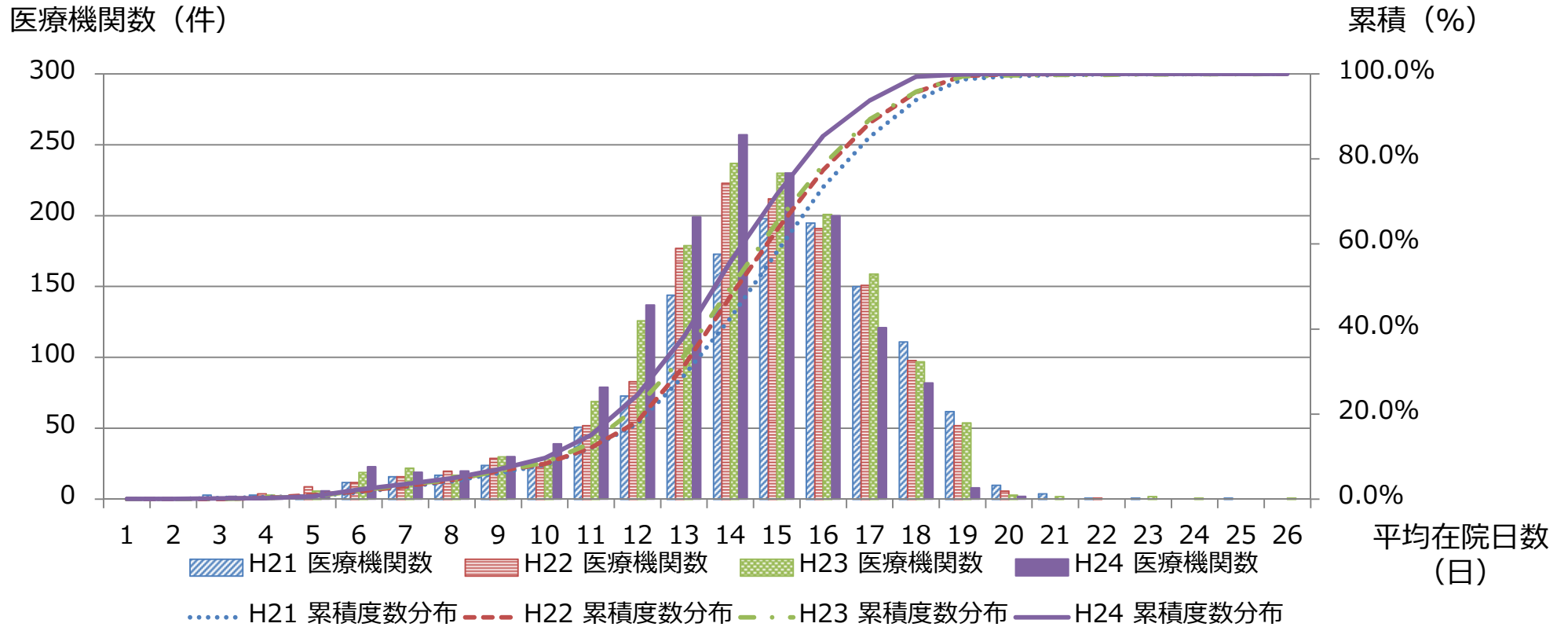
施設基準

- 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）

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6

○ 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



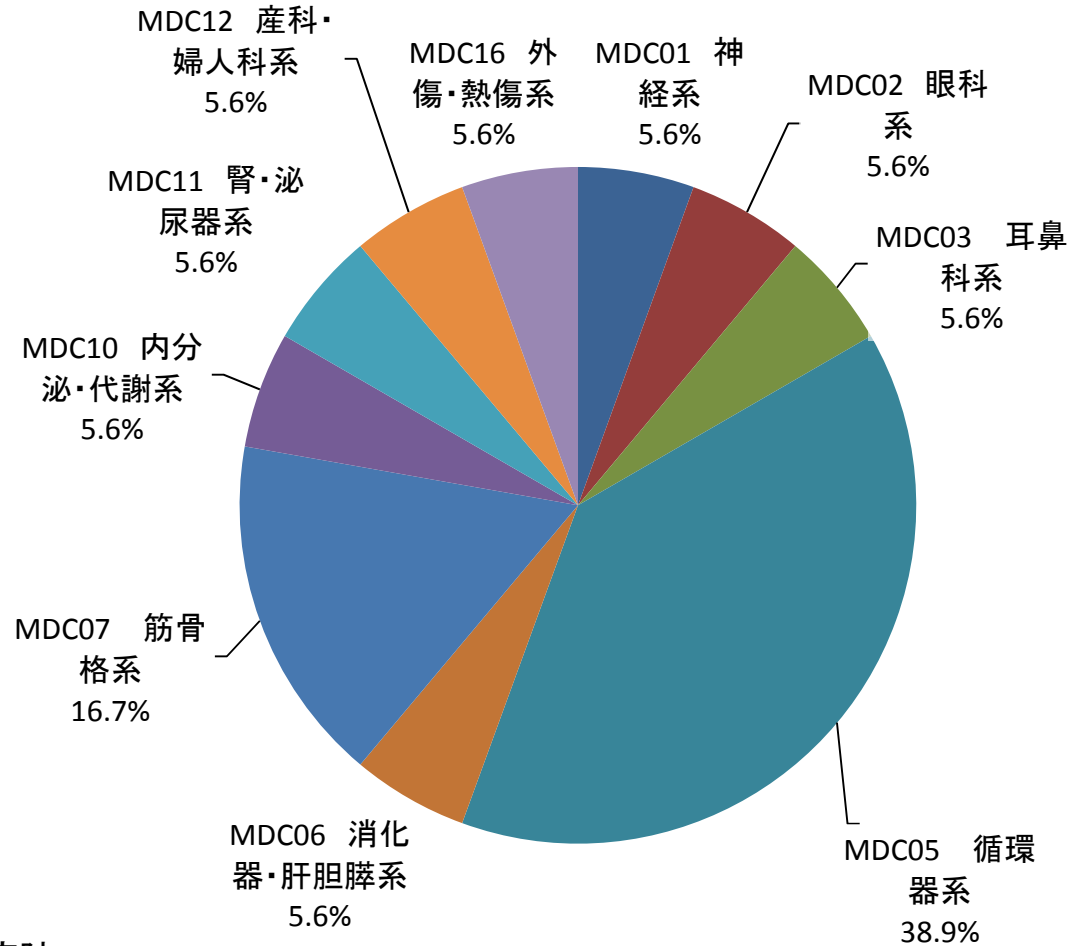
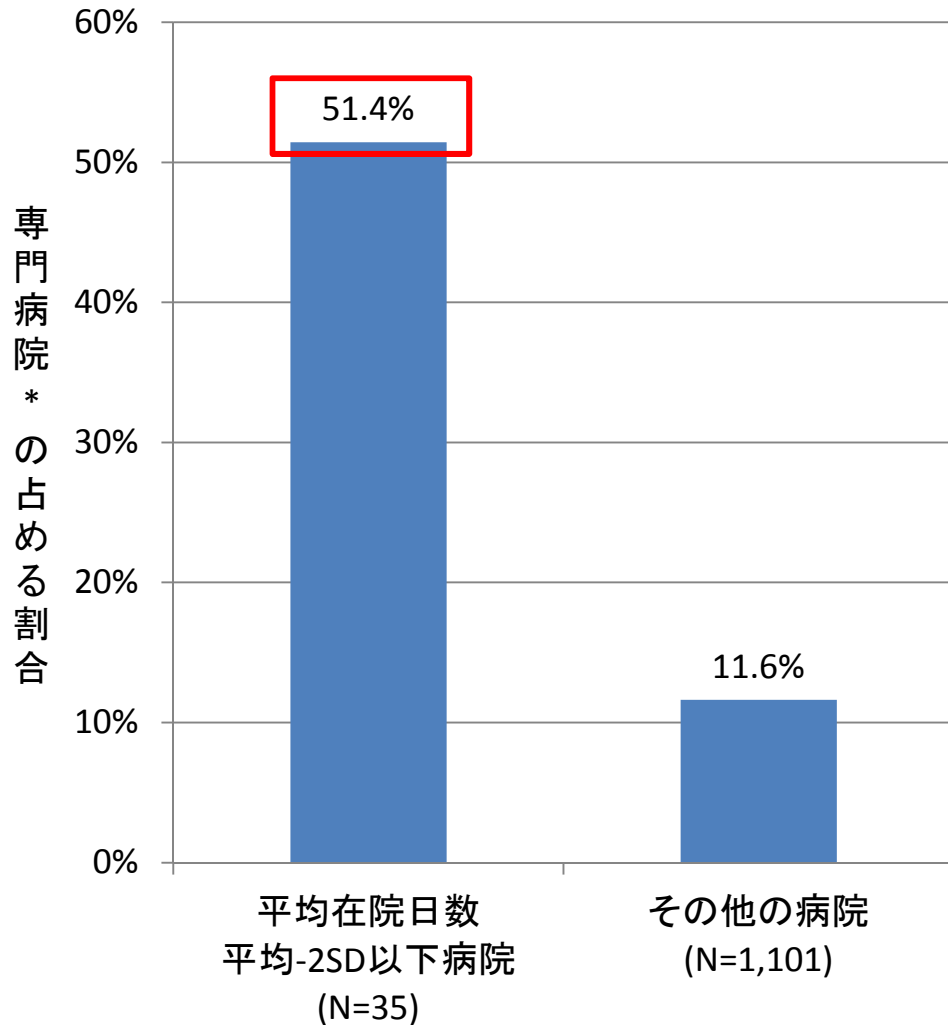
	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
医療機関数	1,277	1,359	1,489	1,456
平均値±SD (標準偏差)	14.7±2.9	14.4±2.8	14.3±2.9	13.9±2.7

※ 平成24年は暫定値
(平成24年保険局医療課調べ)

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

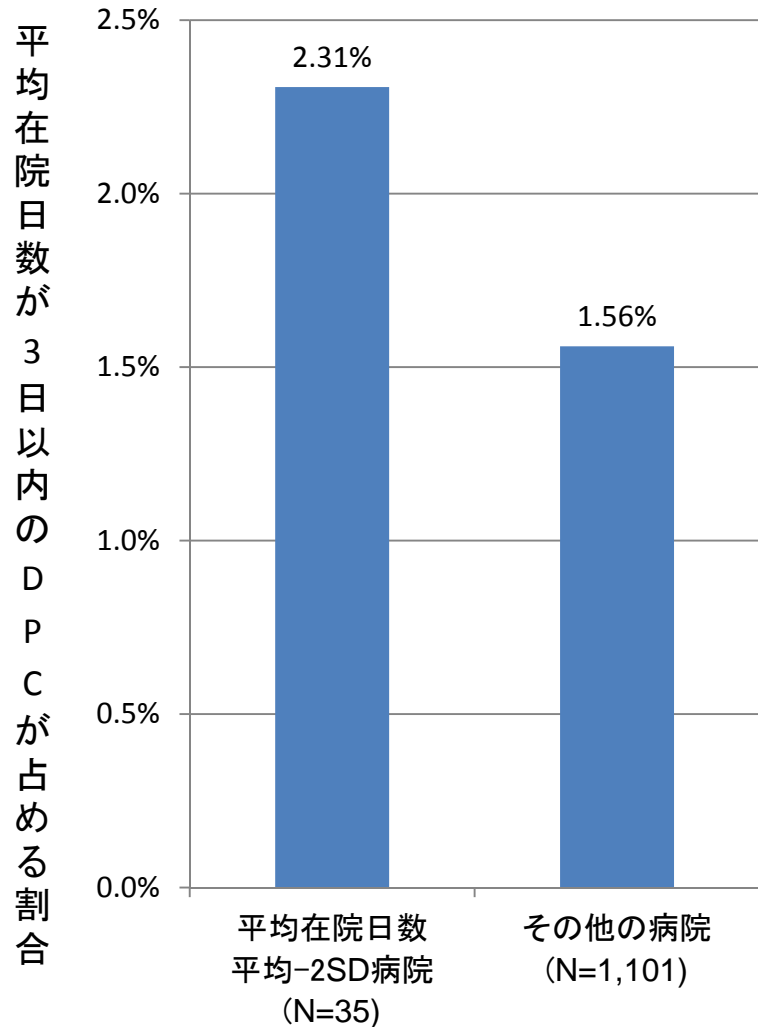


*入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上の病院

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。

平均在院日数の短いDPC算定病床の状況③(DPCデータ)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6



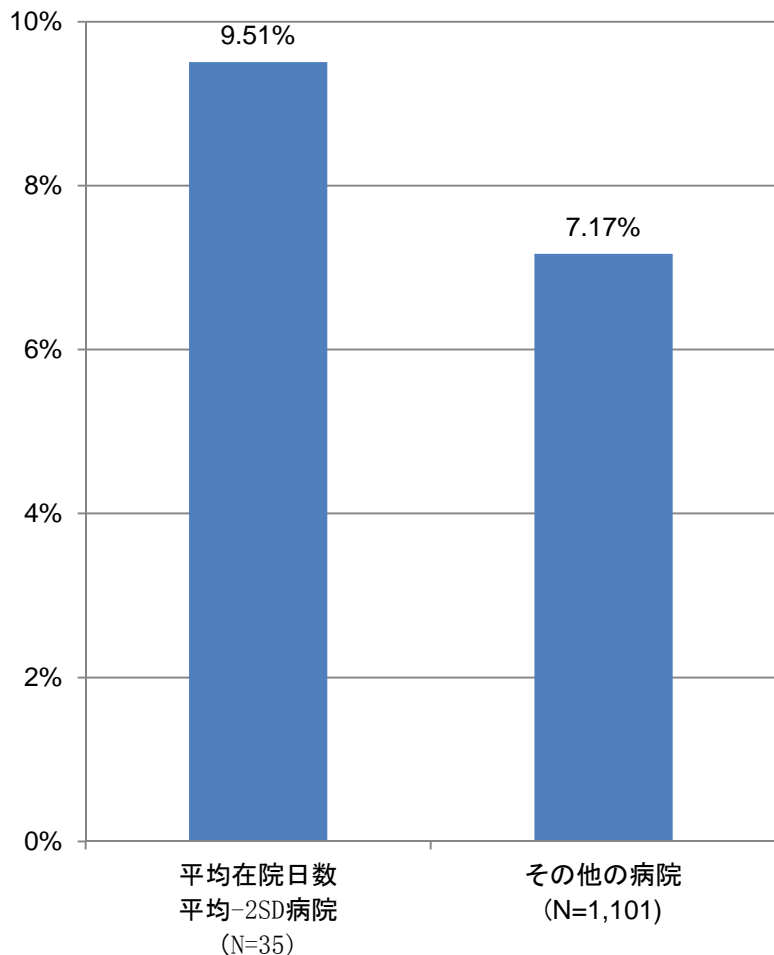
＜平均在院日数が短いDPCの例＞

DPC	平均在院日数	症例数	割合
小腸大腸の良性疾患 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等あり 副傷病なし	2.86日	2,435	31.0%
前立腺の悪性腫瘍 前立腺針生検法あり	2.81日	875	11.1%
睡眠時無呼吸 手術なし 終夜睡眠ポリグラフィーあり	2.08日	672	8.5%
流産	1.88日	630	8.0%
鼠径ヘルニア 15歳未満 ヘルニア手術あり	2.55日	559	7.1%
食物アレルギー 小児食物アレルギー負荷試験あり	1.57日	547	7.0%
小腸大腸の良性疾患 手術なし 副傷病なし	2.37日	497	6.3%
食物アレルギー 手術・処置等1なし	2.11日	279	3.5%
その他	—	1,367	17.4%

平均在院日数の短い病院は平均在院日数が3日以内のDPCが占める割合が多い。3日以内のDPCの内訳としては、小腸・大腸の良性疾患のポリープ切除術や前立腺針生検、終夜睡眠ポリグラフィー目的の入院が多い。

平均在院日数の短いDPC算定病床の状況④(DPCデータ)

平均在院日数が5日以内のDPCが占める割合



<平均在院日数が短いDPCの例>

DPC	平均在院日数	症例数	割合
狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 心臓カテーテル法による諸検査 手術・処置等2なし 副傷病なし	3.08日	7,913	27.63%
白内障、水晶体の疾患 手術あり 片側	3.16日	3,122	10.90%
小腸大腸の良性疾患 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等 副傷病なし	2.86日	2,435	8.50%
前立腺の悪性腫瘍 手術なし 前立腺針生検法あり	2.81日	875	3.06%
上気道炎	4.91日	708	2.47%
睡眠時無呼吸 手術なし 終夜睡眠ポリグラフィーあり	2.08日	672	2.35%
静脈・リンパ管疾患 その他の手術あり	4.27日	641	2.24%
流産	1.88日	630	2.20%
その他	—	11,644	40.66%

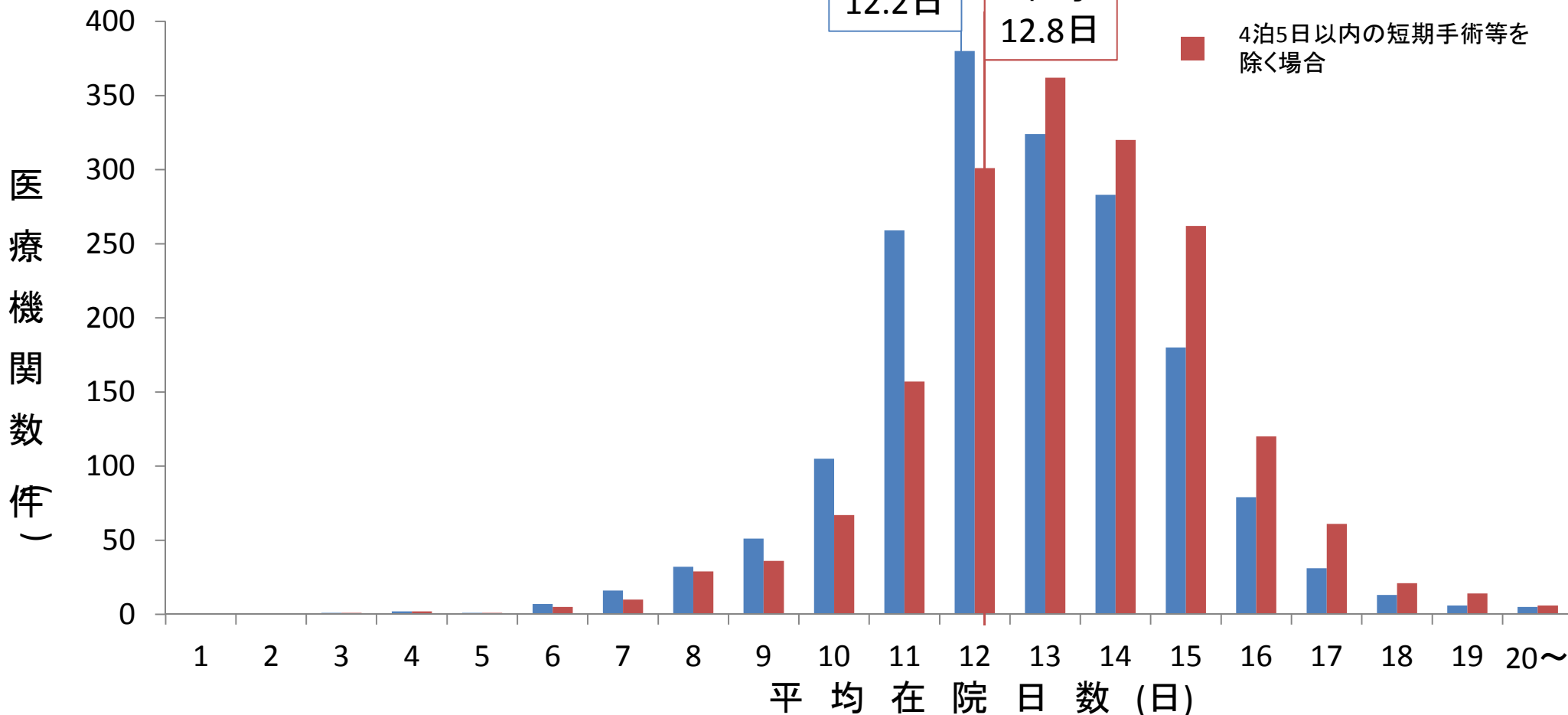
平均在院日数の短い病院は平均在院日数が5日以内のDPCが占める割合が多い。5日以内のDPCの内訳としては、狭心症、慢性虚血性心疾患の心臓カテーテル検査や白内障手術、小腸・大腸の良性疾患のポリープ切除術目的の入院が多い。

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

診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

N=1,775

(10対1病院を含む全DPCデータ提出病院)



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

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。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

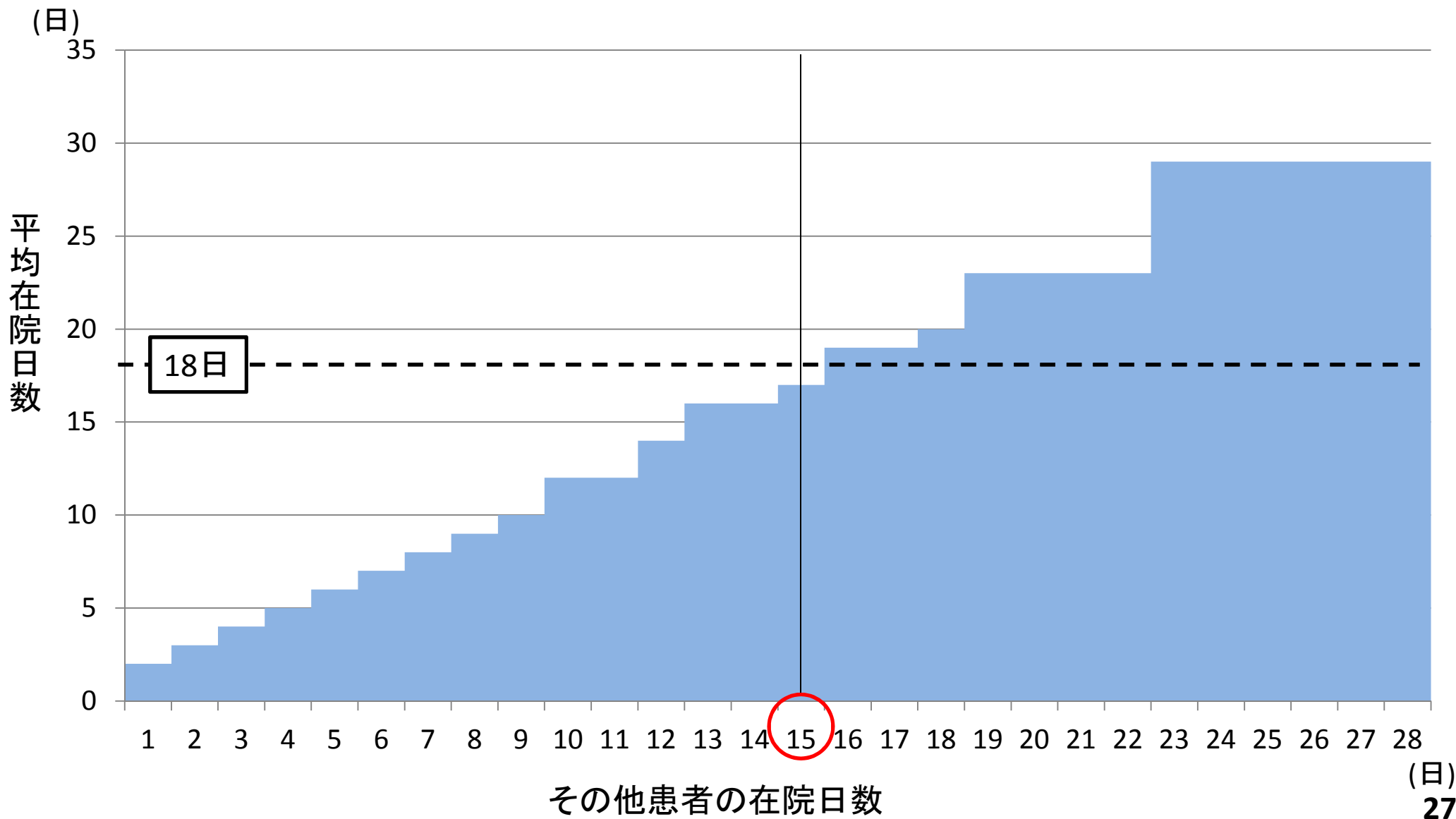
*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(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

平均在院日数のシミュレーション ①

○ 50床の病棟で90日を超えて入院している患者が5人在院している場合



平均在院日数の考え方について

入院基本料における平均在院日数の算出方法

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{直近3か月間の在院患者延べ日数}}{(\text{直近3か月間の新入棟患者数} + \text{直近3か月の新退棟患者数}) / 2}$$

(※小数点以下は切り上げ)

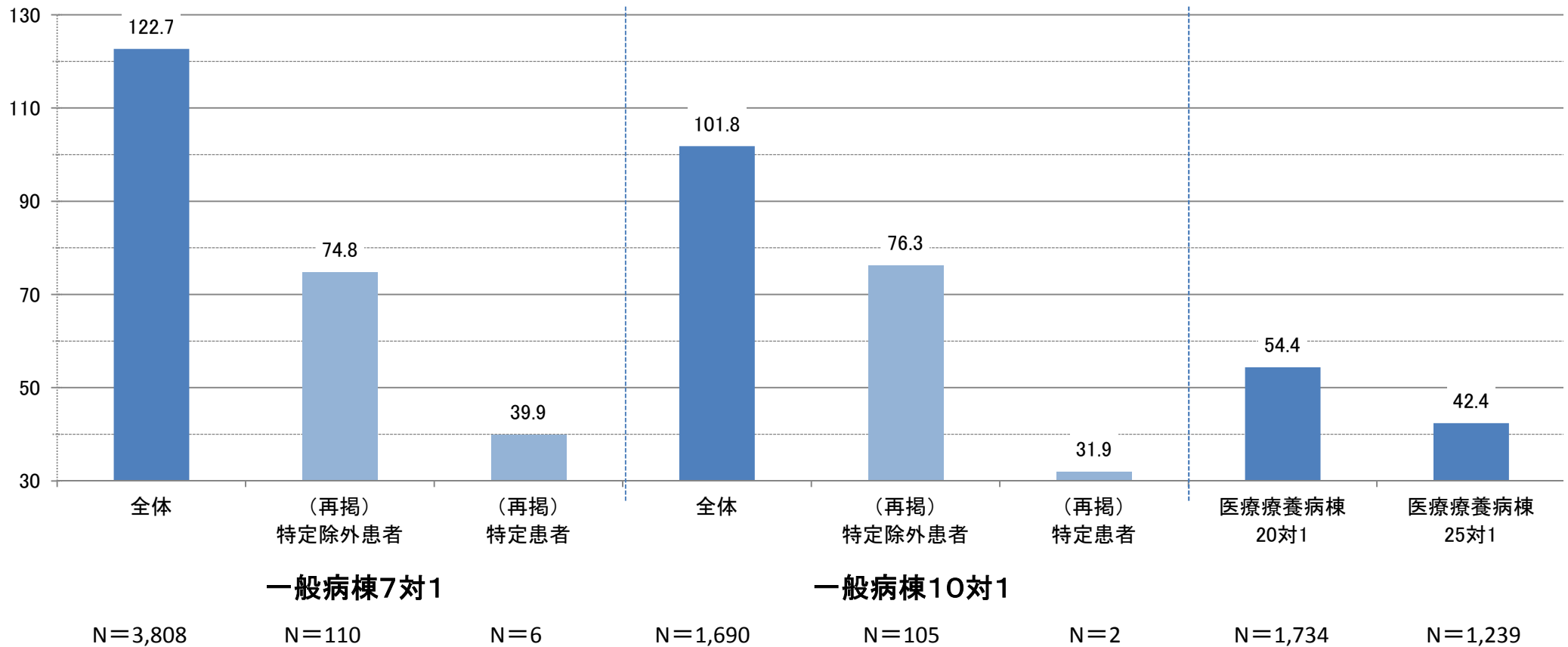
- ・計算対象期間は3か月間
- ・算定する入院料ごとに算出
- ・毎日24時現在に在院中の患者
- ・入院当日に退院又は死亡した患者を含む
- ・入院料を超えて転棟した場合、移動した日は移動前の病棟における入院日として在院患者延べ日数に加える
- ・新入退棟患者については1回目のみ数え、再入退棟は数えない
- ・平均在院日数の計算対象としない患者については、分子・分母双方から除く

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)



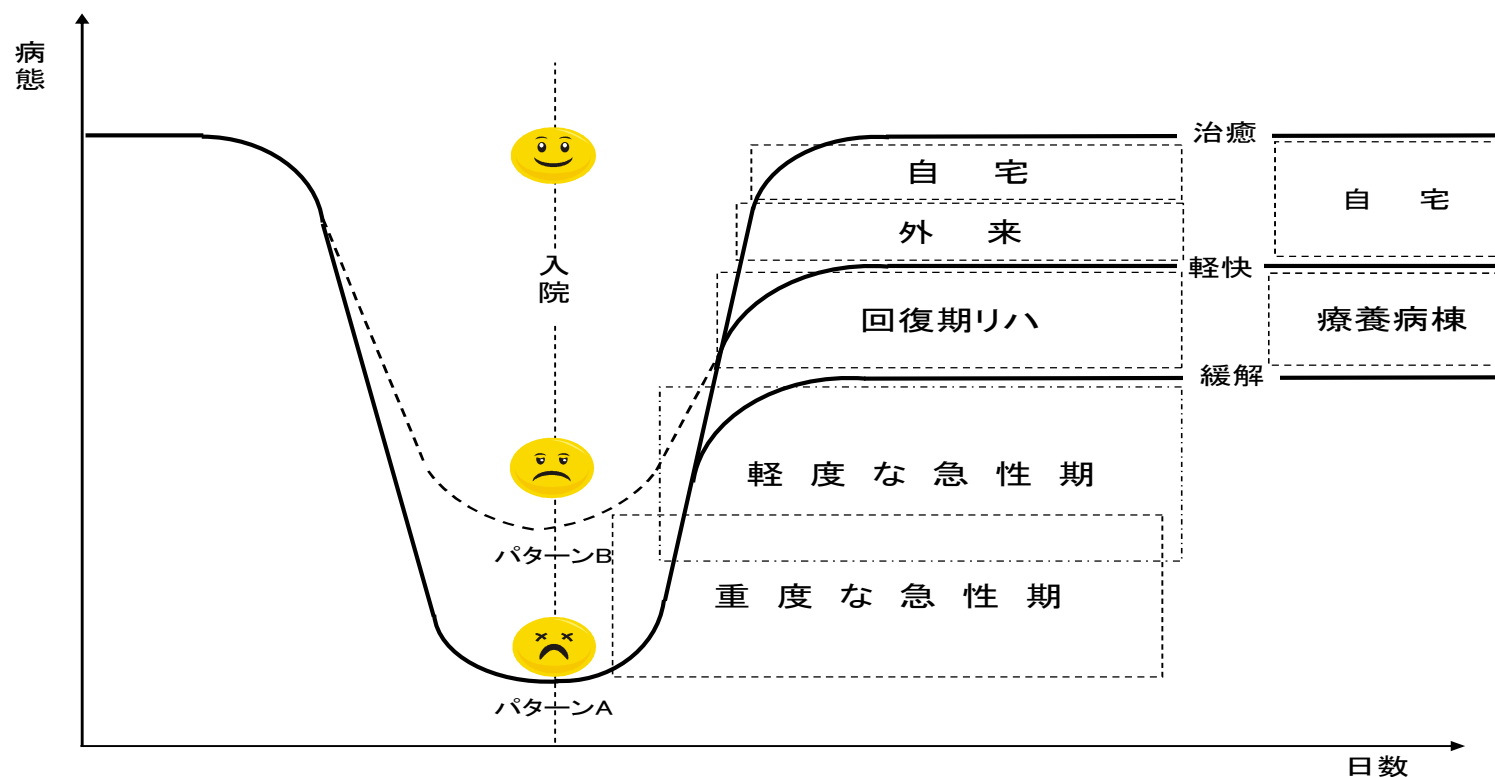
急性期の定義

診調組 入-1 (参考)
2 5 . 7 . 3 1

診調組 D-4
2 0 . 1 2 . 1

「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とする。

患者の病態に応じた医療の内容



治癒: 病気やけがなどがなおること。

軽快: 症状が軽くなること。

緩解: 病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

(1) 平均在院日数について

(2) 重症度・看護必要度の項目

(3) その他の指標

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。

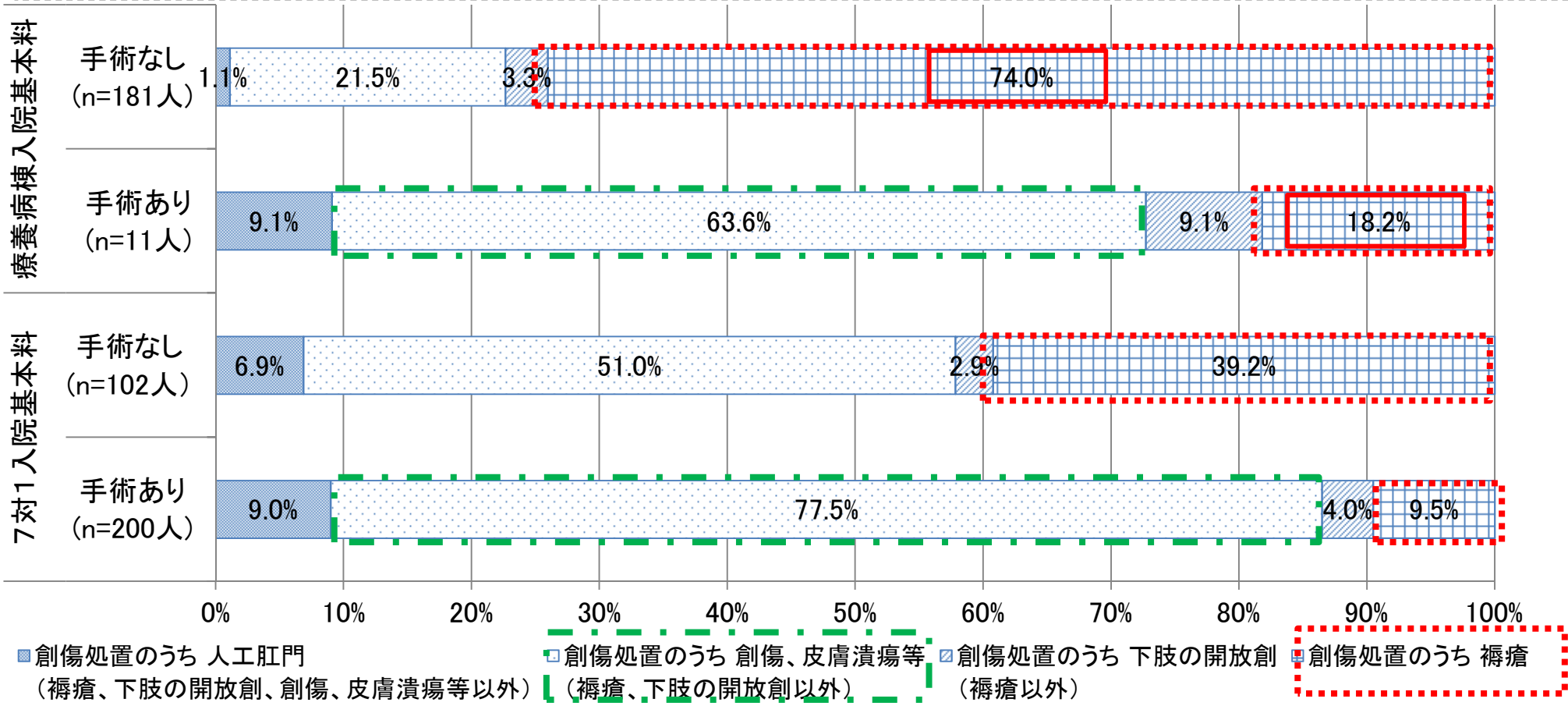
		7対1特定機能病院 入院基本料(一般病棟)		7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟 入院基本料		13対1一般病棟 入院基本料		15対1一般病棟 入院基本料		亜急性期 入院医療管理料		療養病棟入院基本料1,2	
		該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合
全体		117,602人	(100.0%)	106,106人	(100.0%)	49,842人	(100.0%)	3,460人	(100.0%)	10,623人	(100.0%)	2,317人	(100.0%)	84,252人	(100.0%)
(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%)

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

創傷処置

7対1入院基本料と療養病棟入院基本料の創傷処置について

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。



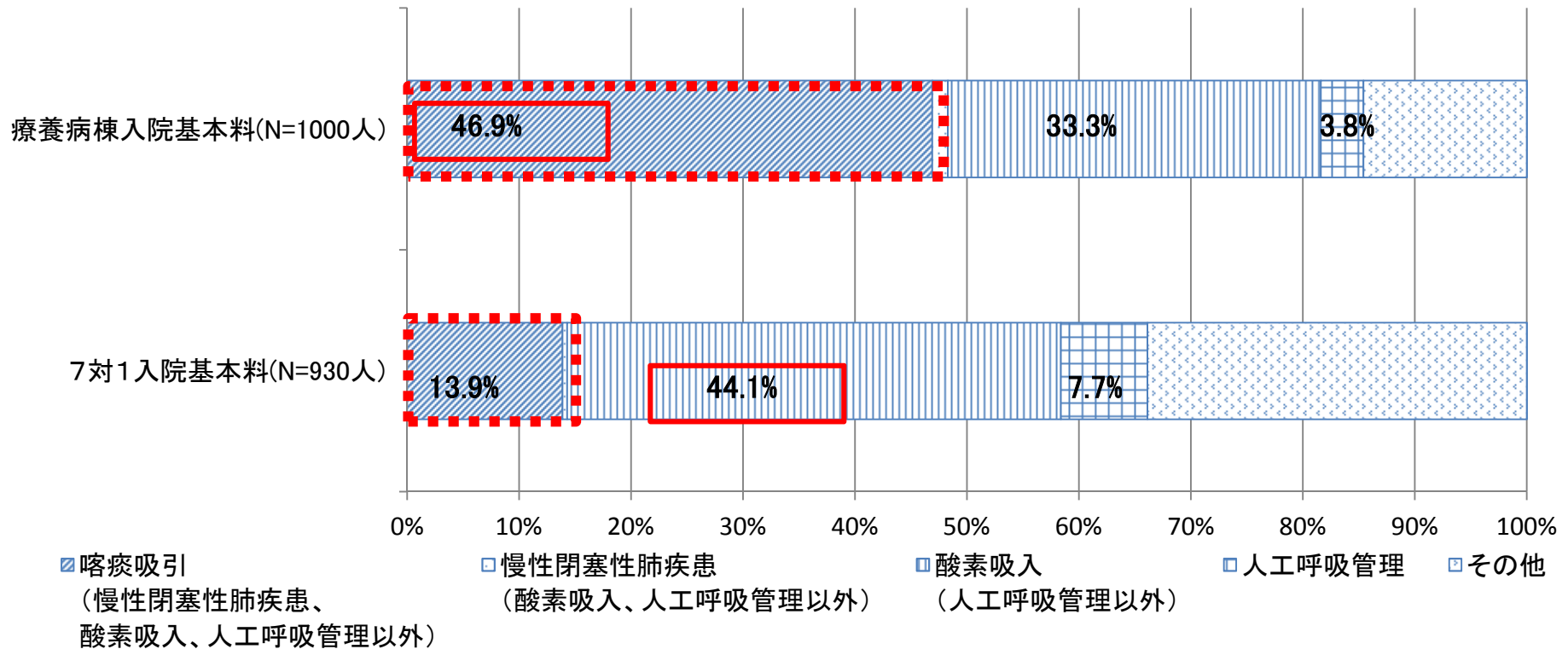
出典：平成24年度 入院医療等の調査より

「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。

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。

血圧測定

血圧測定とB項目出現パターンの結果(上位5位)

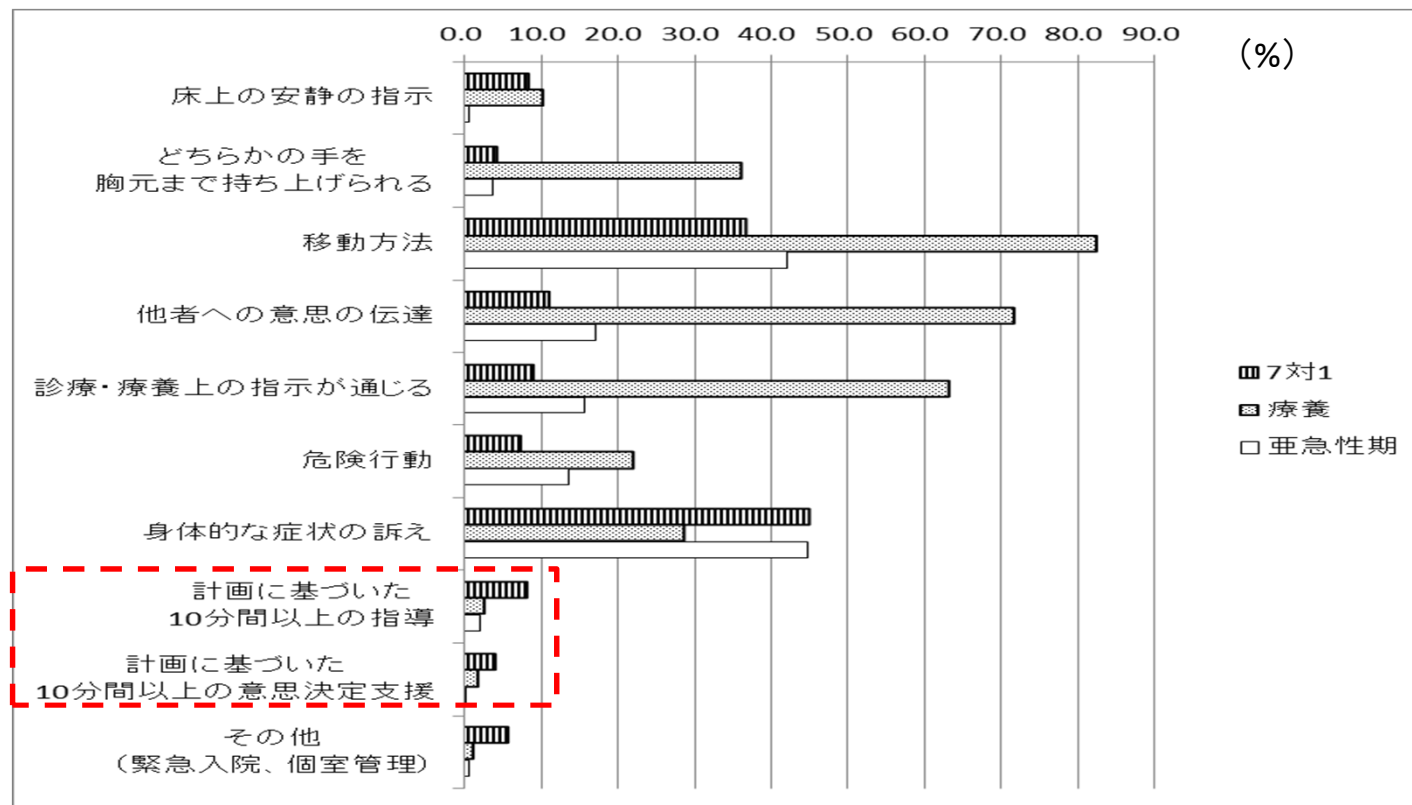
・7対1入院基本料のA項目「血圧測定」に該当する者について、B項目の出現パターンを分析したところ、最も多かったものが、B項目が「いずれも0点(該当なし)」であった。次いで「移乗のみ」に該当、「移乗と衣服着脱」に該当の組み合わせであった。

○ 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%

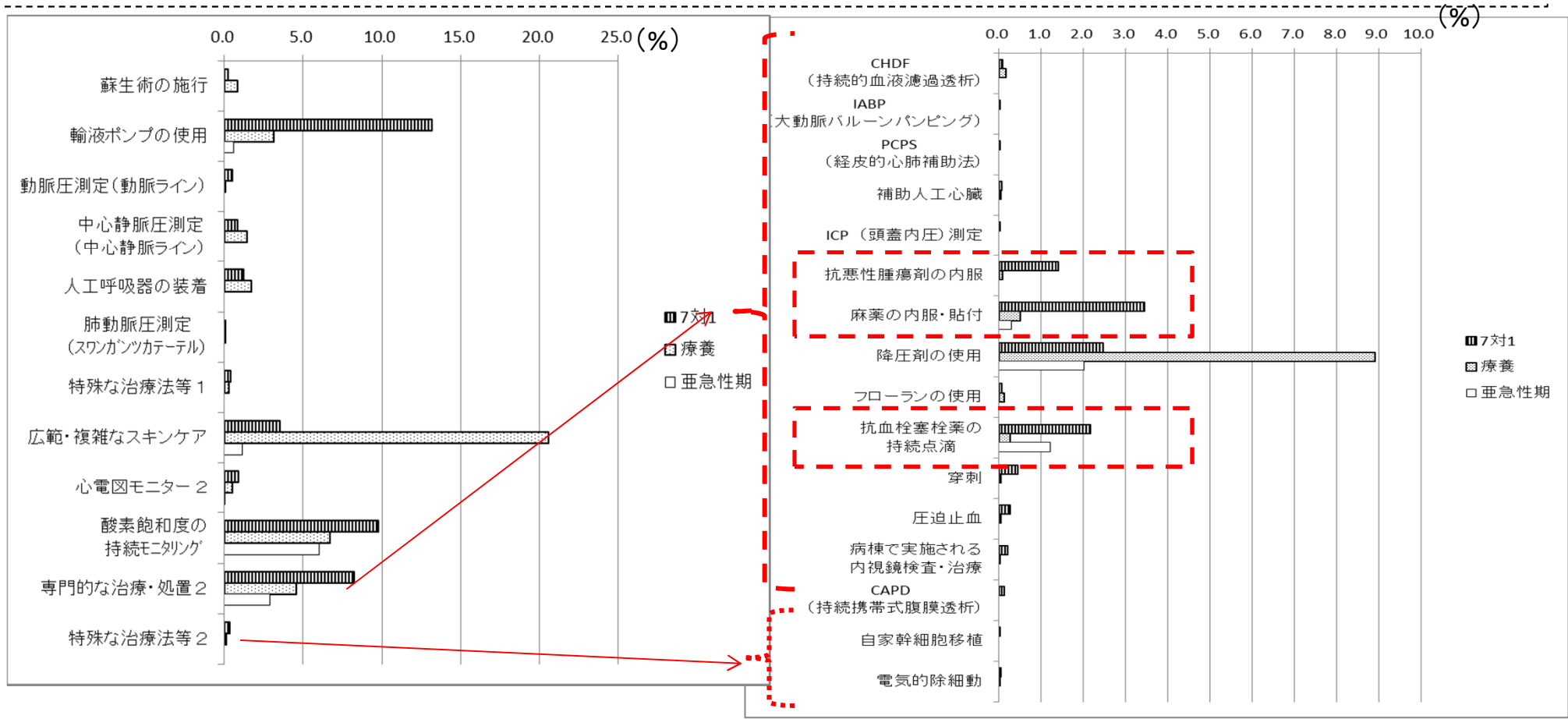
血圧測定とB項目で最も多く出現する組み合わせは、B項目「該当なし」であり、比較的自立度が高い患者に対する処置として行われていることが示唆されるが、急性期の循環動態が不安定な患者の状態観察の指標として適切であるといえるか。

○ 「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。



【A項目】 今回調査項目として追加した評価項目の該当率

○ 「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。

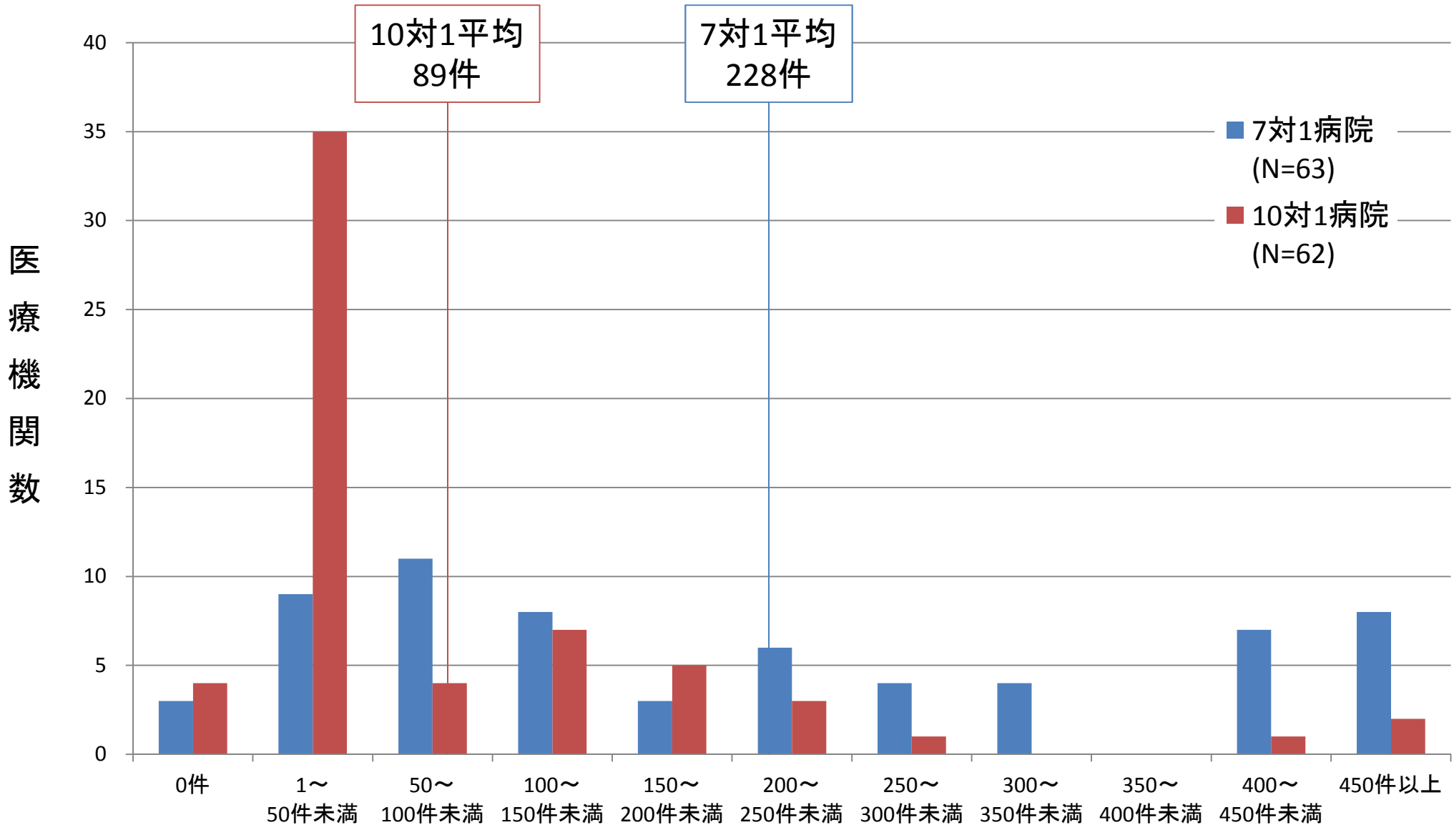


(心電図モニター2: 心臓再同期療法(CRT)、両心室ペーシング機能付埋込型除細動器(CRTD)、植込型除細動器(ICD)を実施した場合)

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

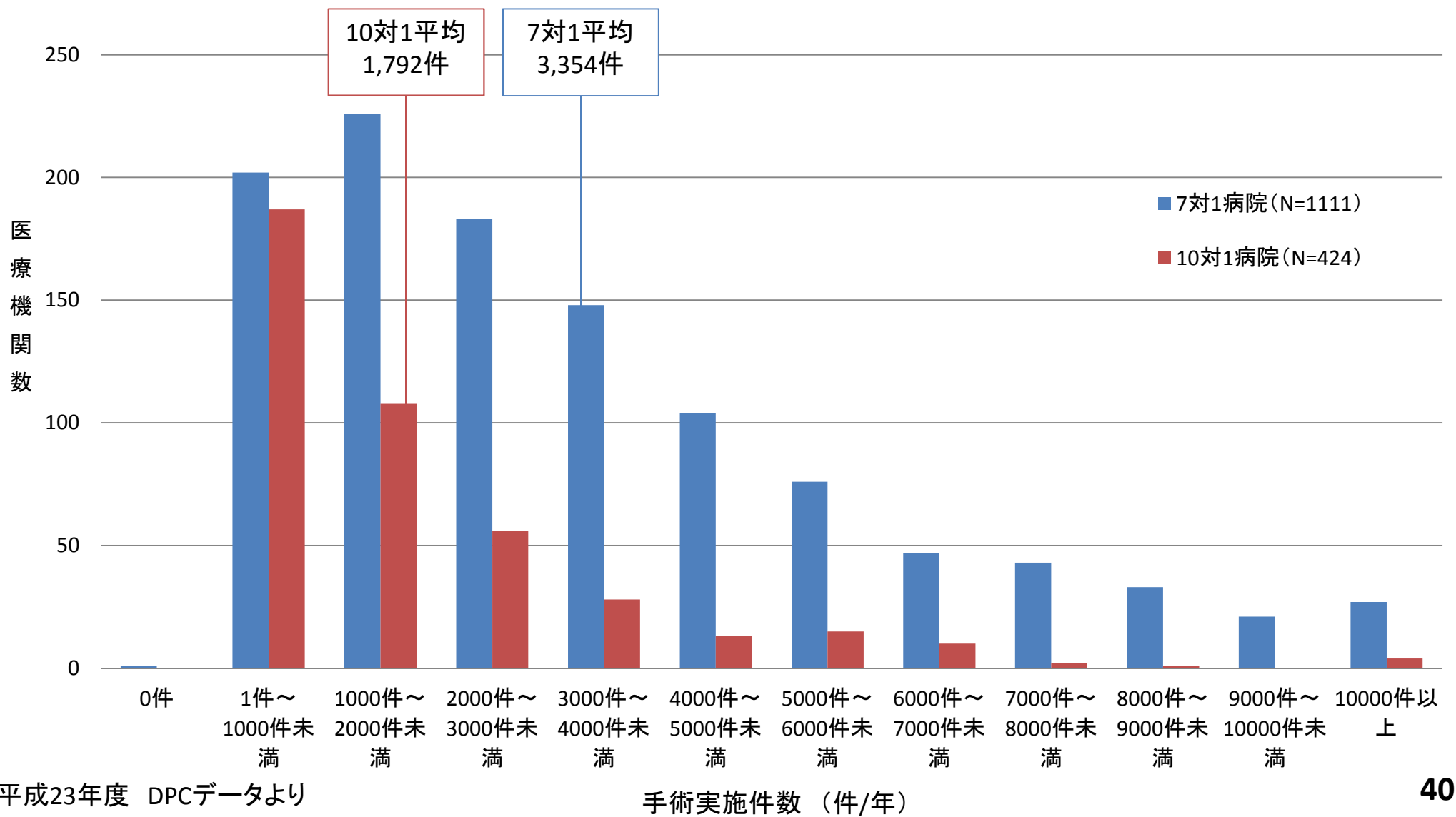
- (1) 平均在院日数について
- (2) 重症度・看護必要度の項目
- (3) その他の指標

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)

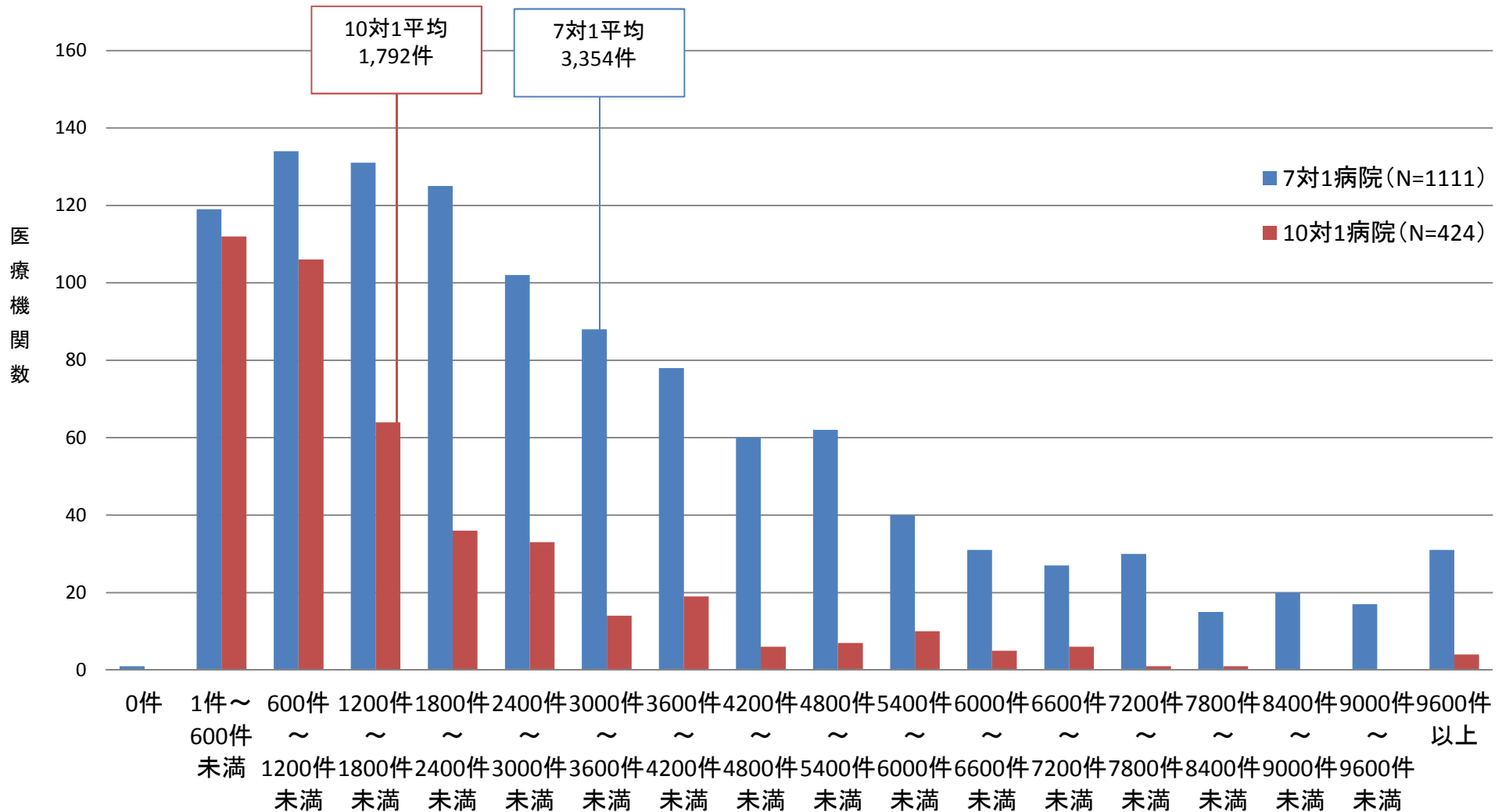
*平成25年3月現在で7対1一般病棟入院基本料を算定している病院



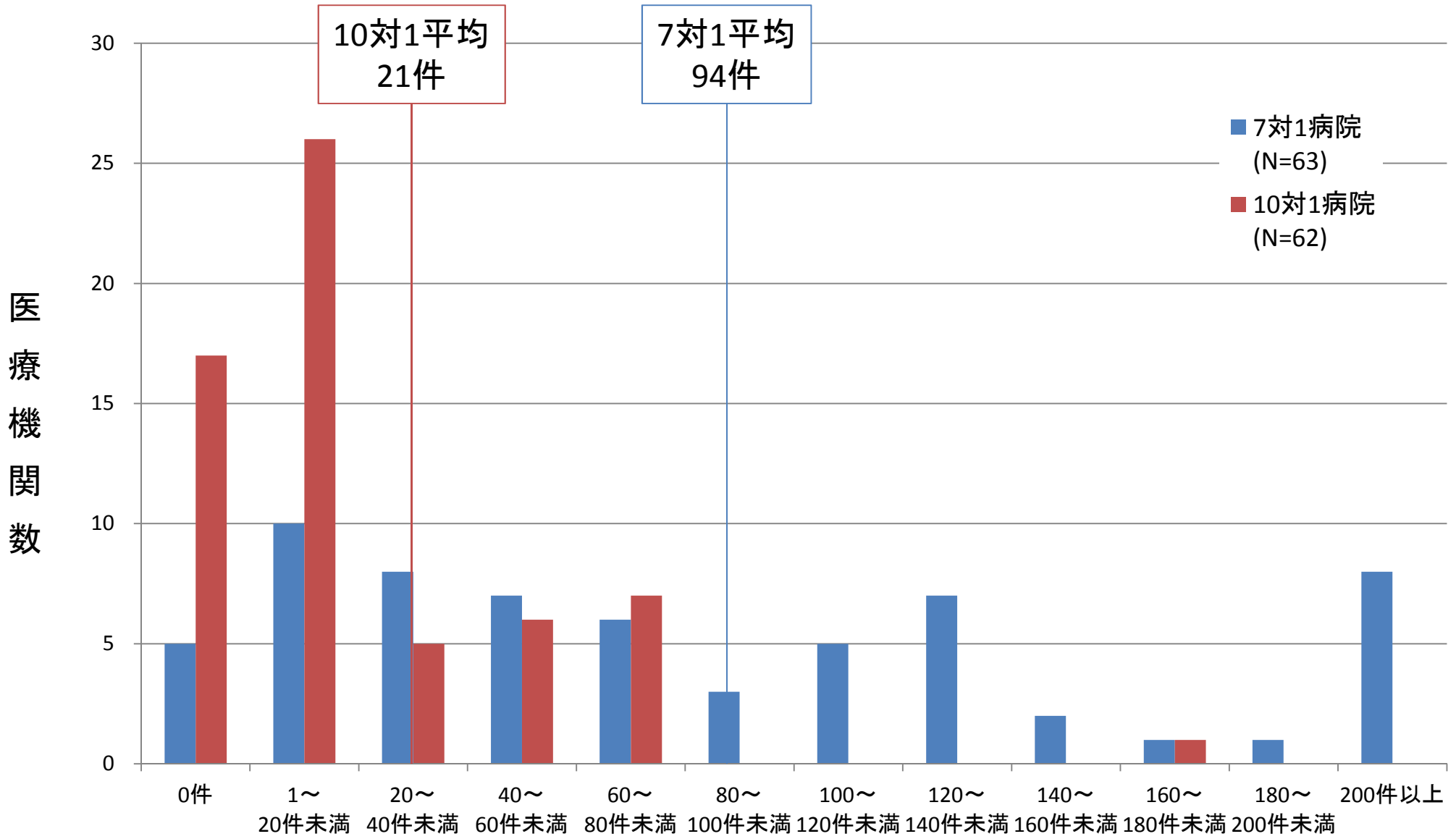
7対1・10対1病院における手術実施件数(DPCデータ)

*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病院における手術実施件数(平成23年度調査)

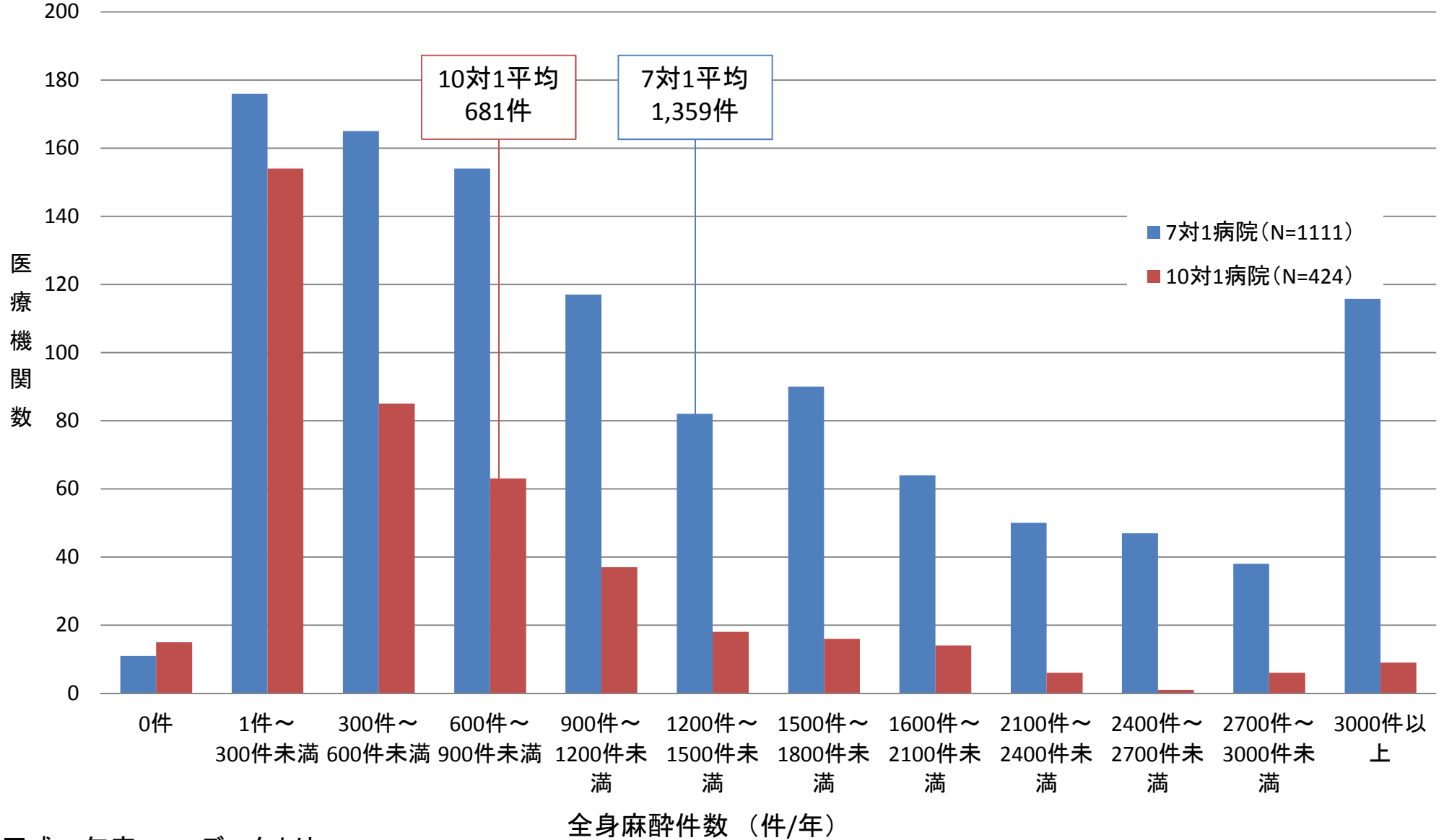


7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(平成24年度調査)



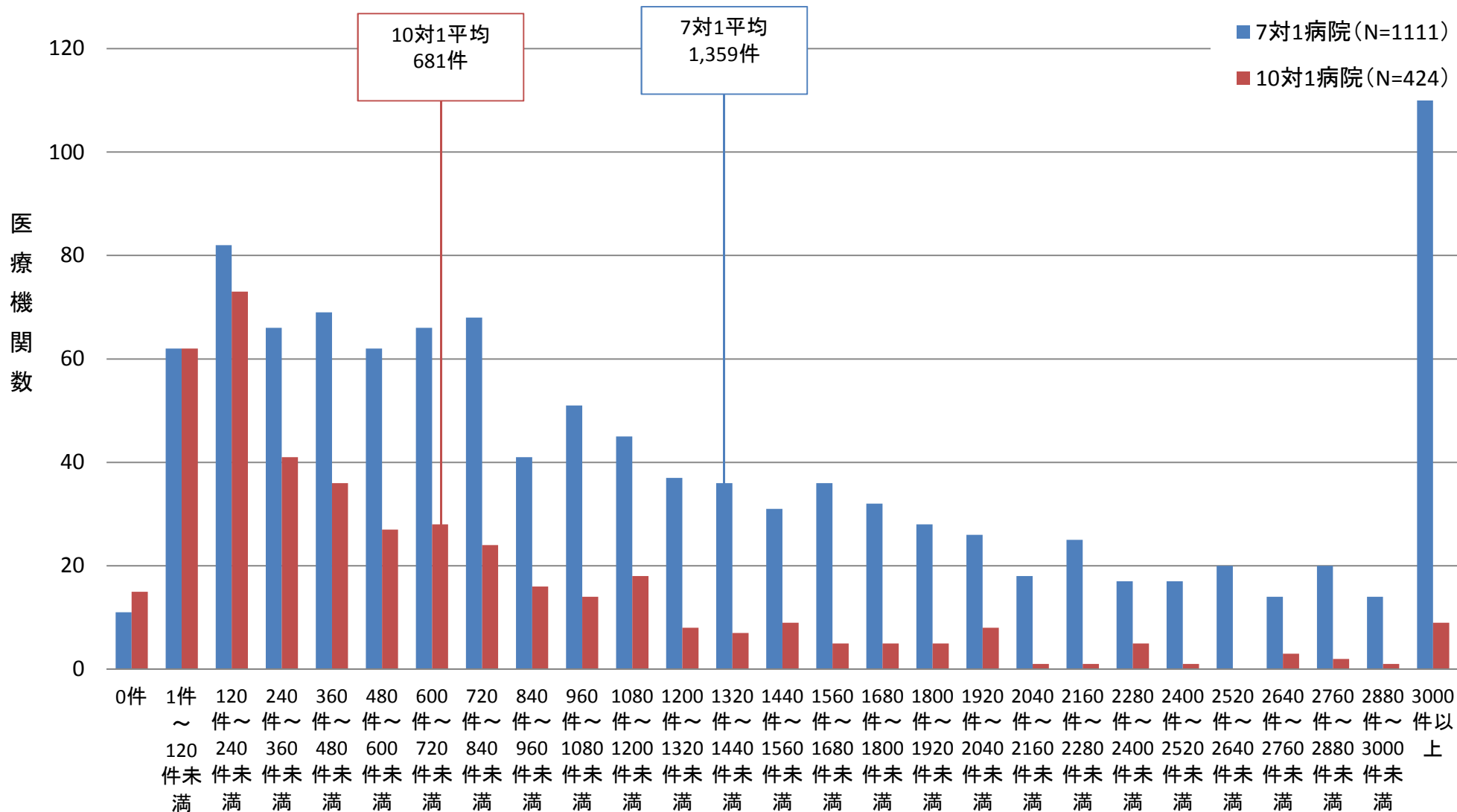
7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(DPCデータ)

*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



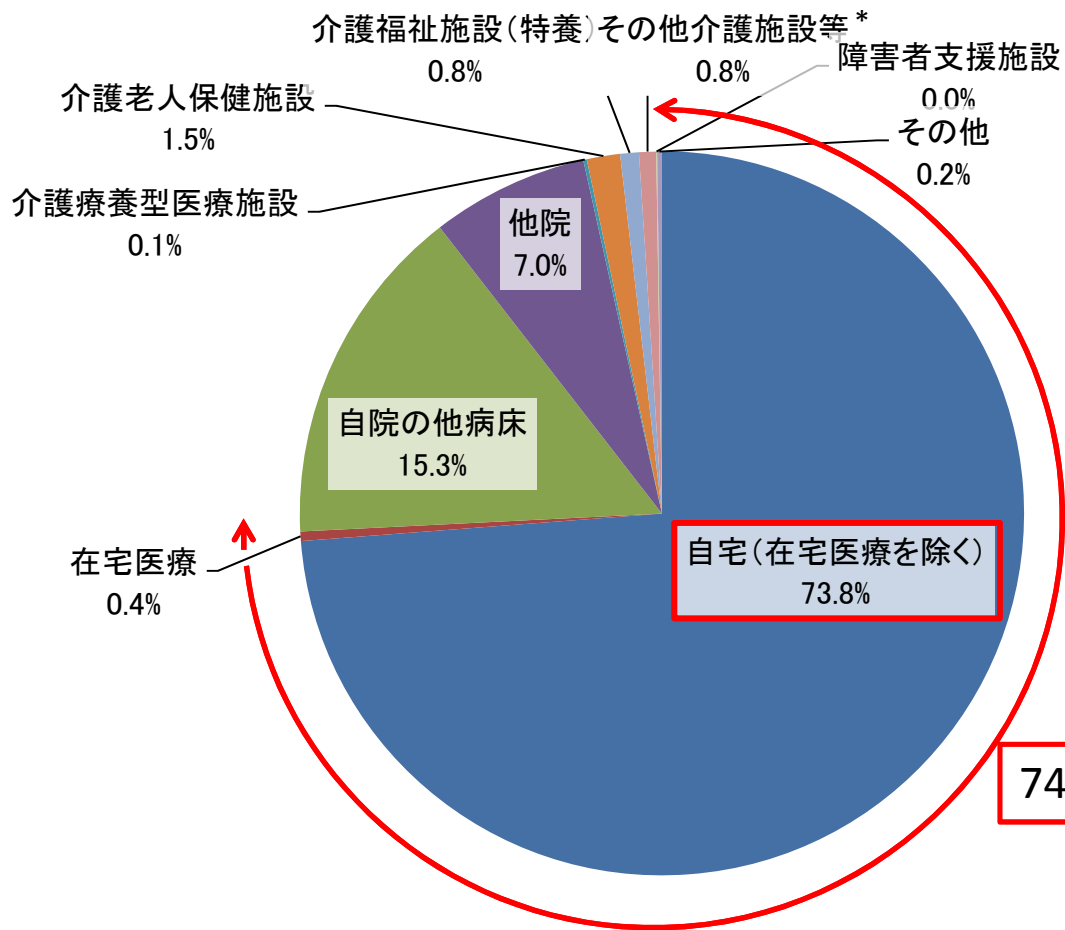
7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(DPCデータ)

7対1病院における全身麻酔件数(平成23年度調査)



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
2 5 . 7 . 1 7



+ 死亡退院: 749人

74.2%

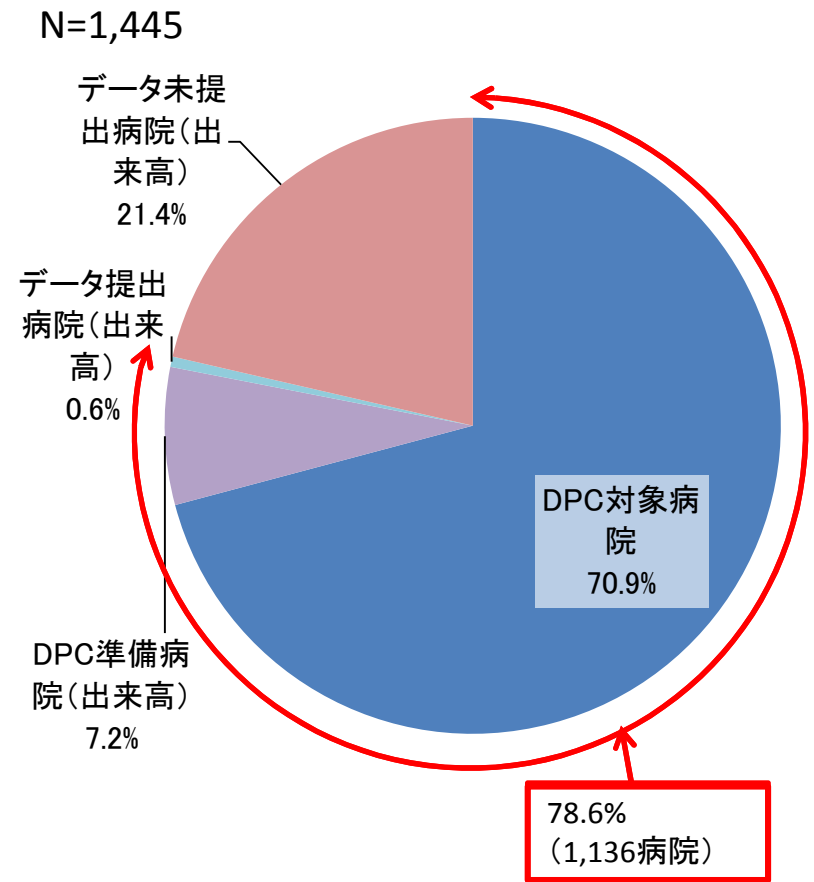
N=24,687

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

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。

重症度・看護必要度に係る評価票

(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

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

DPCデータにおけるADLの評価基準

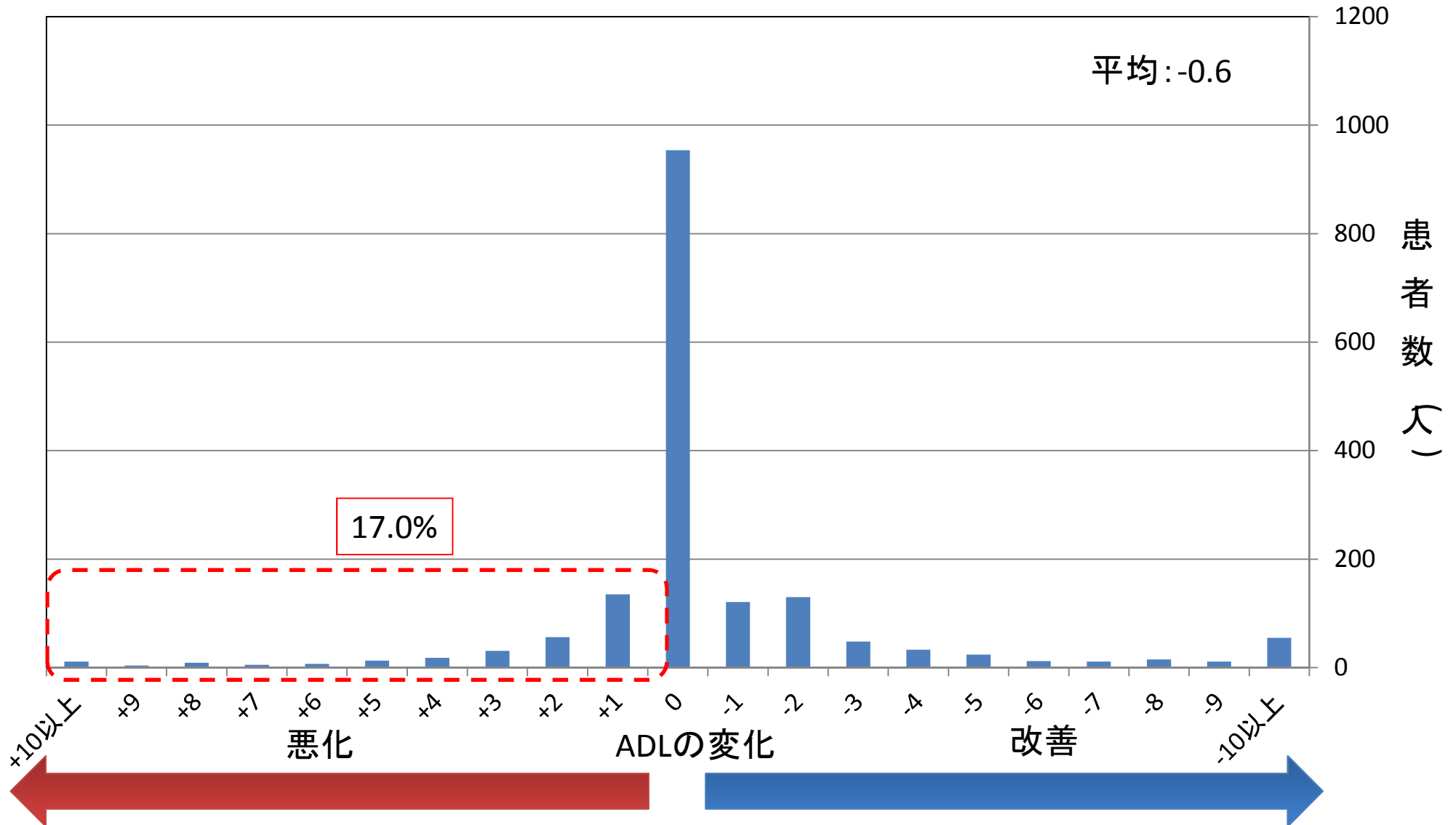
診調組 入 - 1
25.7.31

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とする が座位保持可能		
整容	1	0	9	
トイレ動作 トイレの使用	2	1	0	9
入浴	1	0	9	
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1	0	9
排尿管理	2	1	0	9

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)

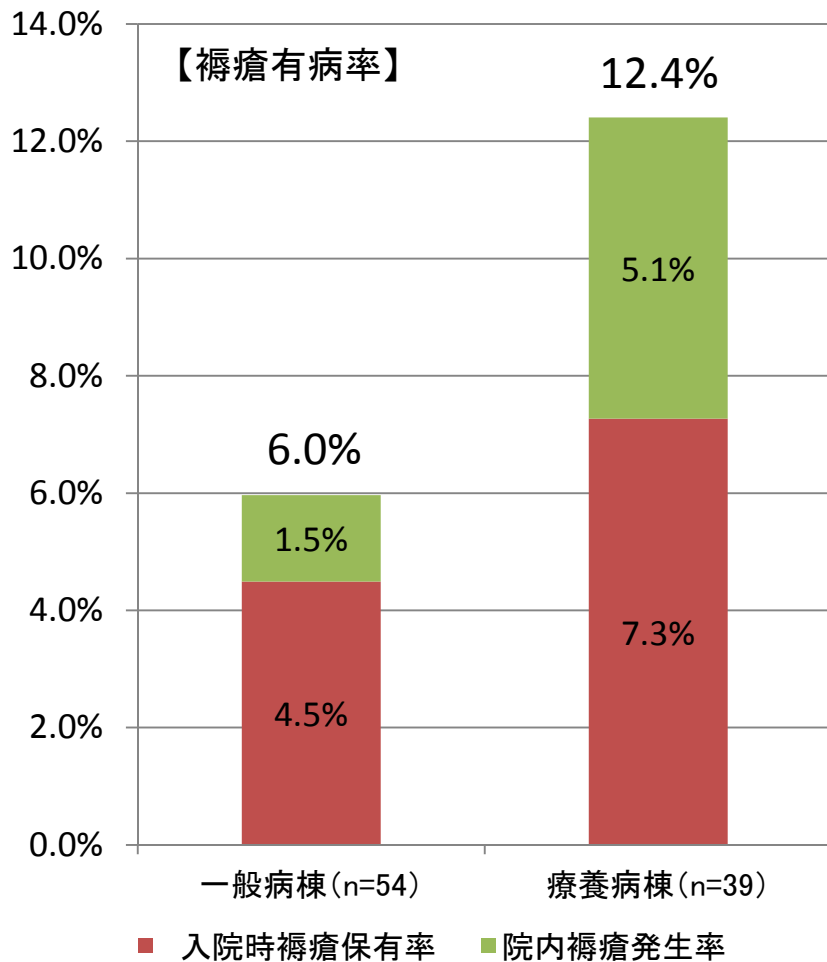
N=1,703

*重症度・看護必要度B項目の値



医療機関における褥瘡を有する患者の状況

- 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%

出典:平成24年度入院医療等の調査より

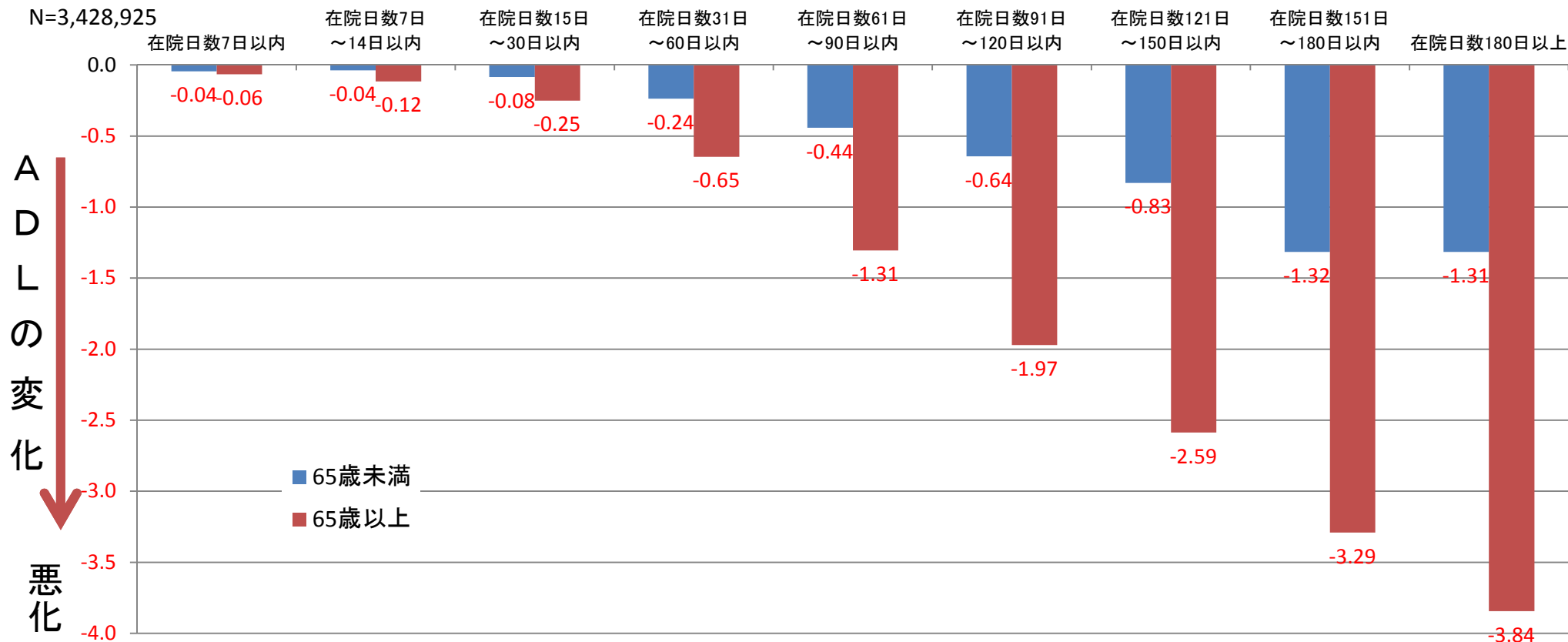
7対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

診調組 入 - 1
2 5 . 7 . 3 1

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

入院時のADLが自立(20点満点)の患者の入院中のADL変化 (在院日数別、年齢階級別、平均ADL変化値)

N=3,428,925



入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方が低下するADLの値が大きい。

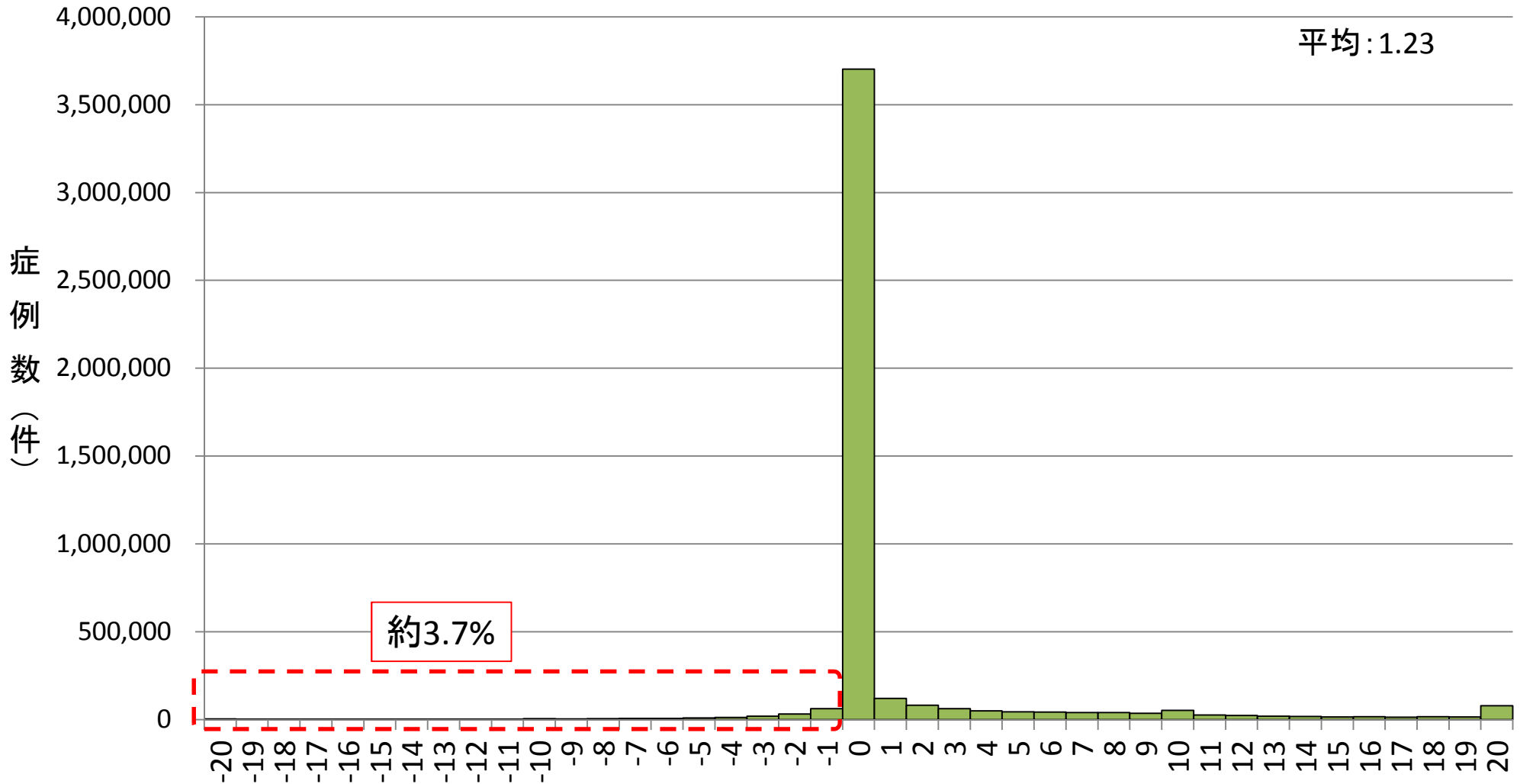
7対1病院における入院中のADLの変化 ①(DPCデータ)

診調組 入 - 1
25.7.31

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

N=4,676,063

入院時ADLと退院時ADLの変化(TOTAL)



平成23年度DPCデータ

悪化

ADLの変化(退院時ADL - 入院時ADL)

改善



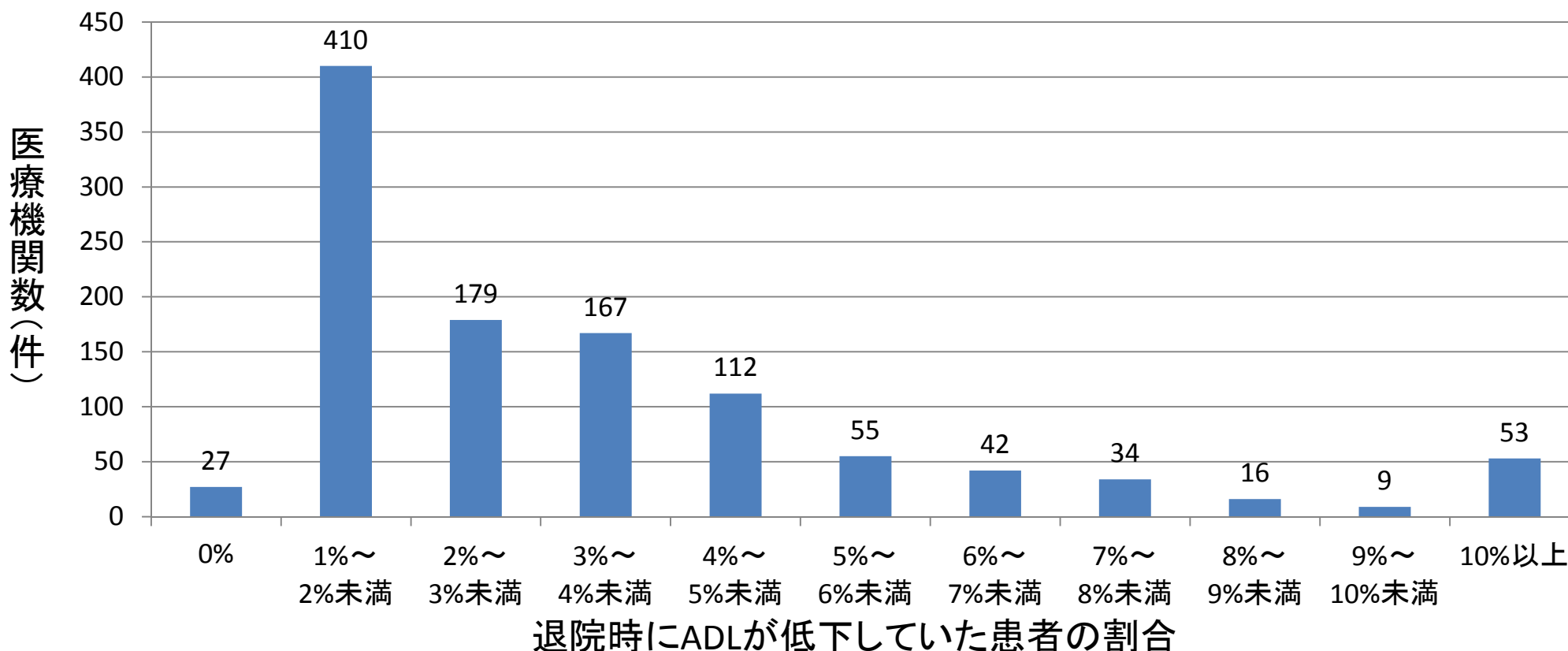
7対1病院における入院中のADLの変化 ③(DPCデータ)

診調組 入 - 1
25.7.31

注:ADL評価に不明が含まれる症例を除く。該当症例が12件/年以下の医療機関を除く。

入院時のADLが自立(20点満点)の65歳以上の患者のうち、退院時にADLが低下していた症例の割合別の医療機関数

N=1,104

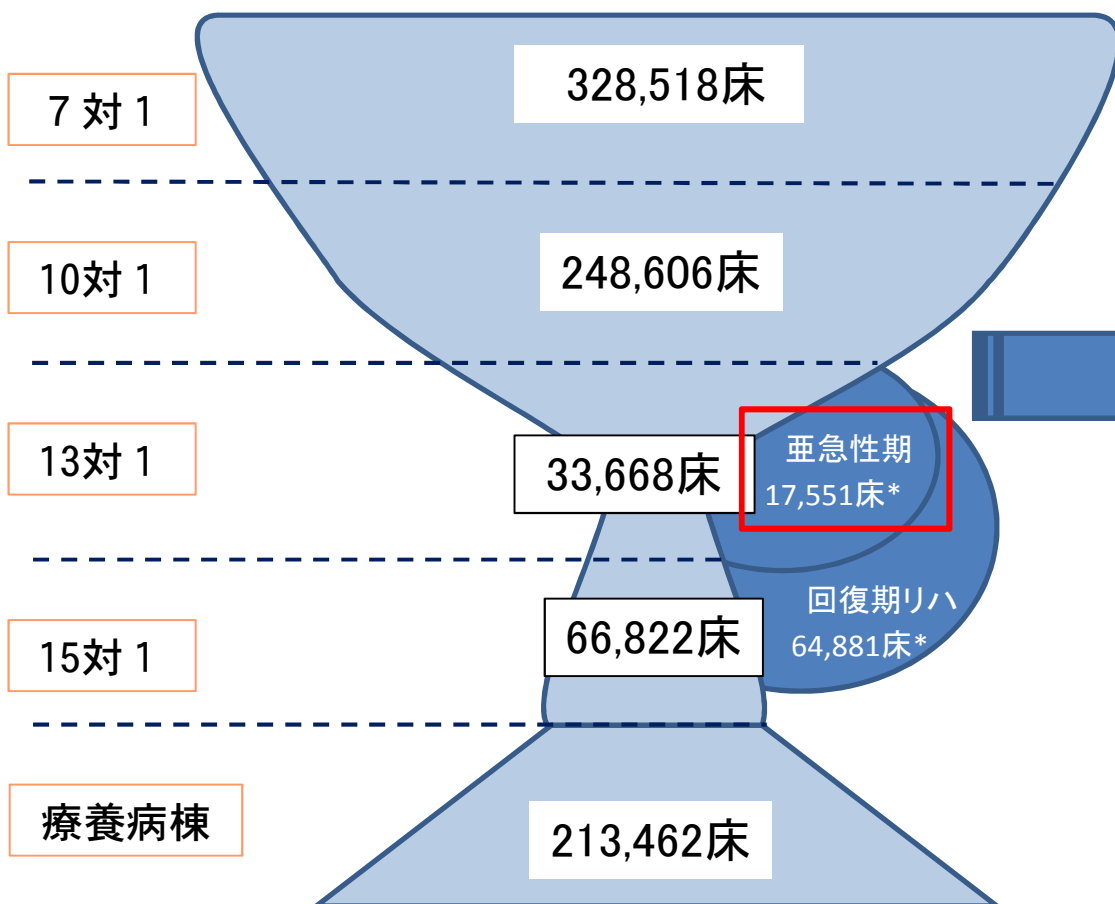


入院時にADLが自立している65歳以上の患者のうち退院時にADLが低下していた症例割合が一定程度ある医療機関が存在している。

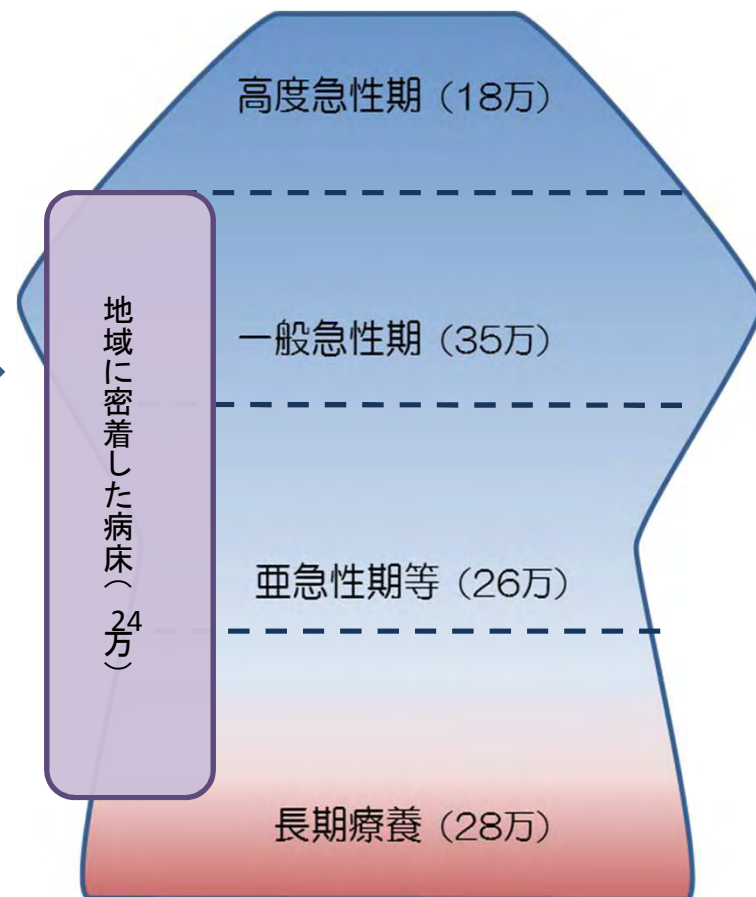
2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し

【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。

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

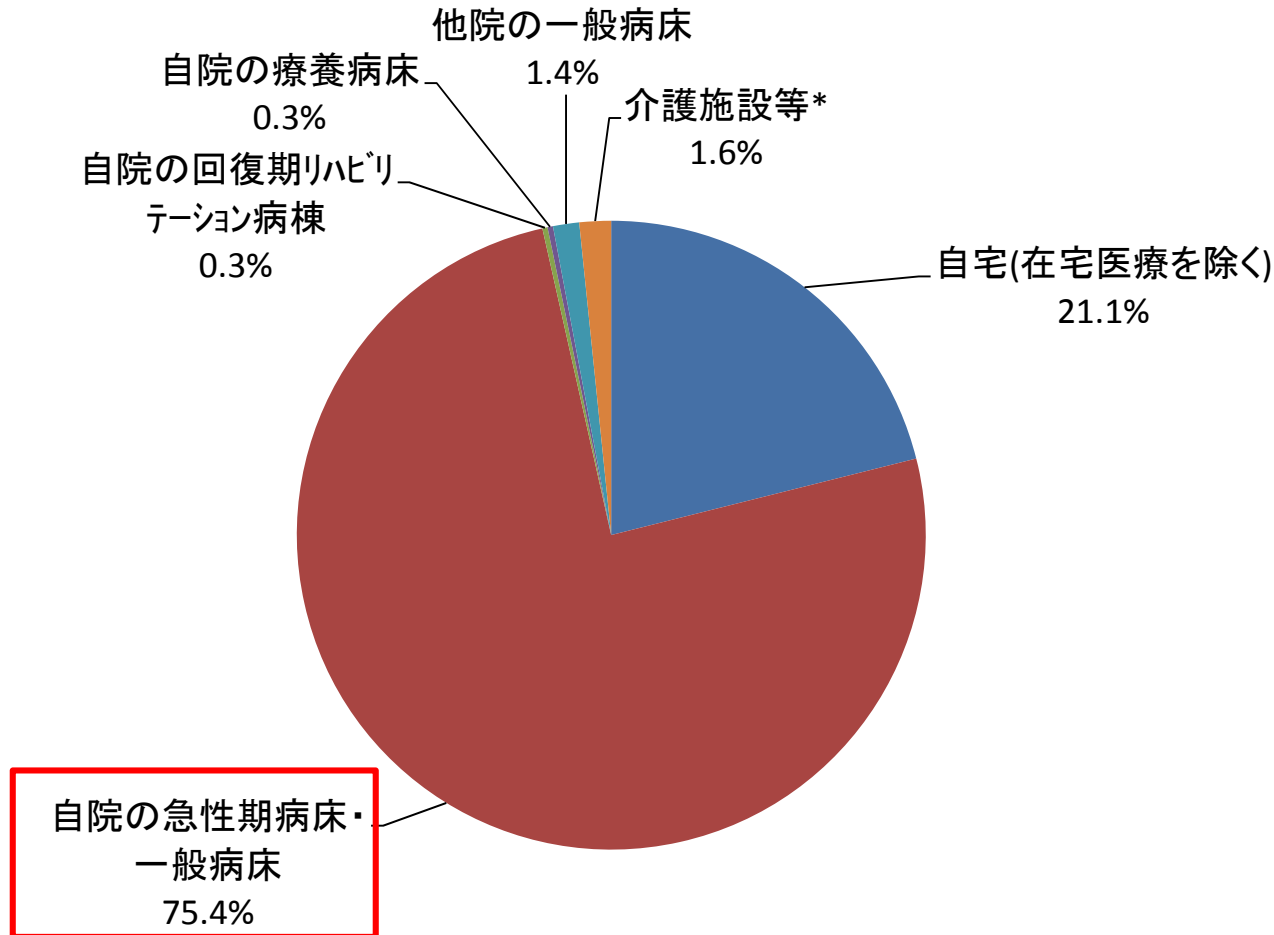
項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g~1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(~14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g~1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(~7日) 7,701点(8日~14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
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)

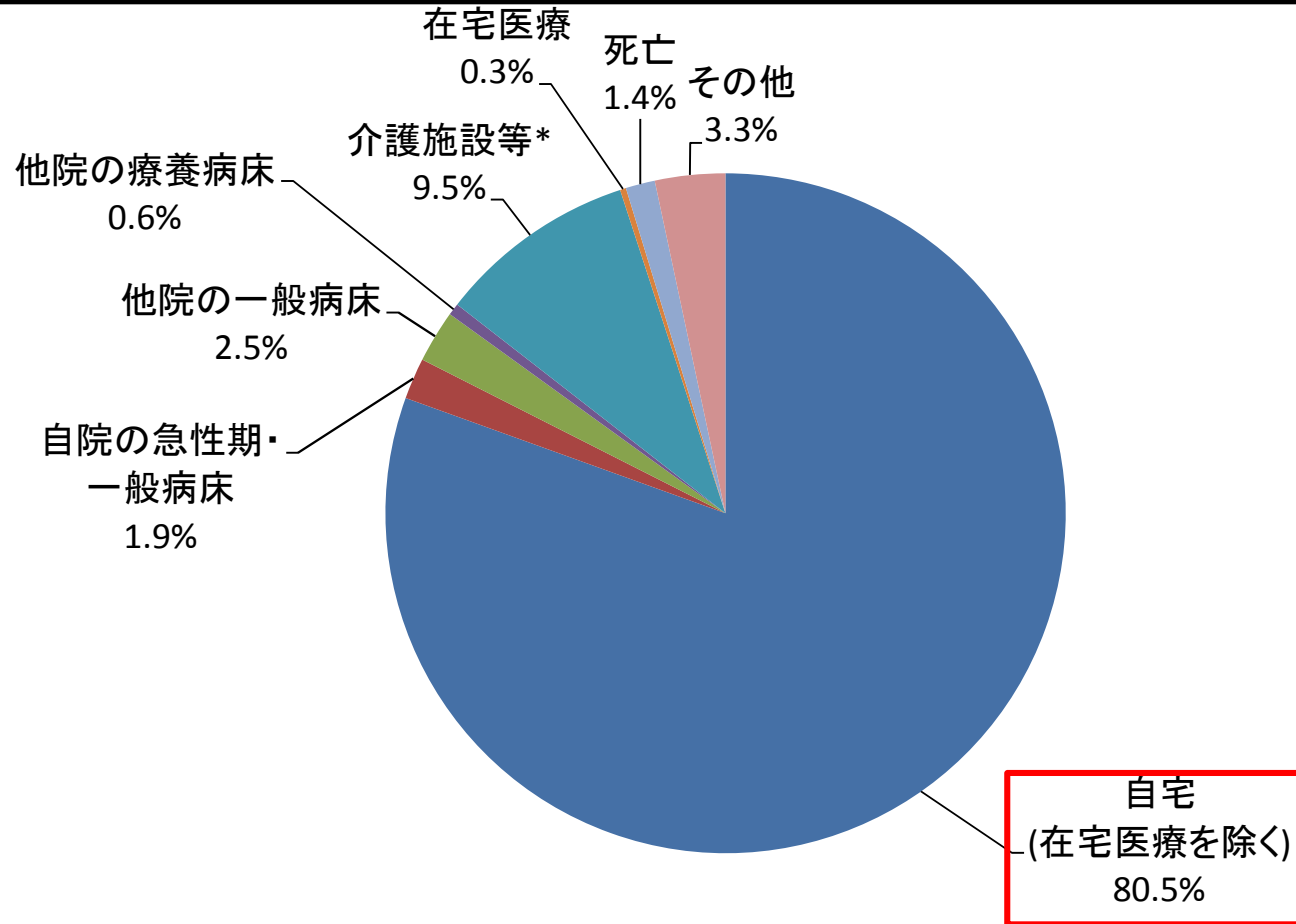
N=370



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。

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



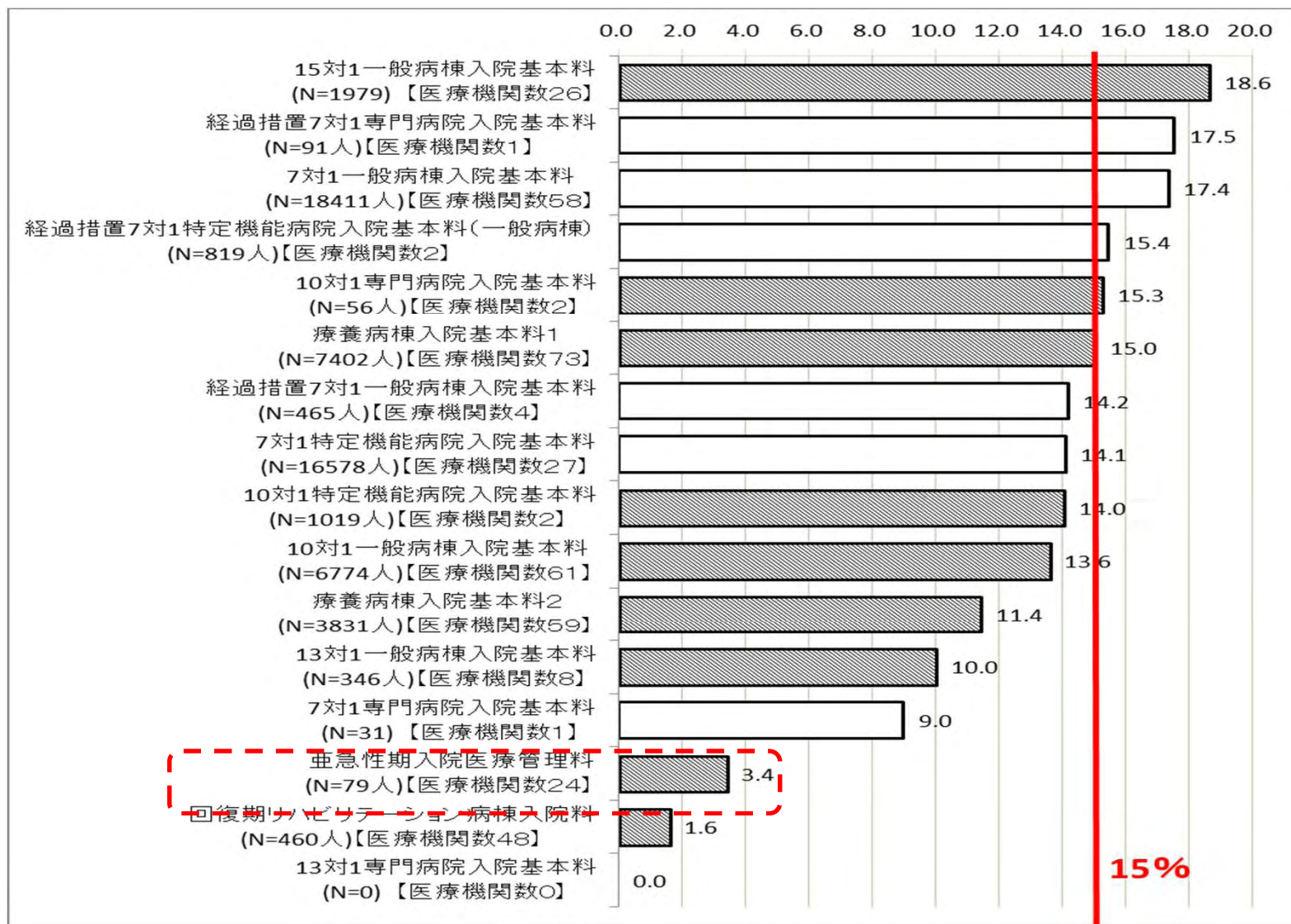
* 介護施設等には介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設(特養)、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、障害者支援施設が含まれる。

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。

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
25.7.17

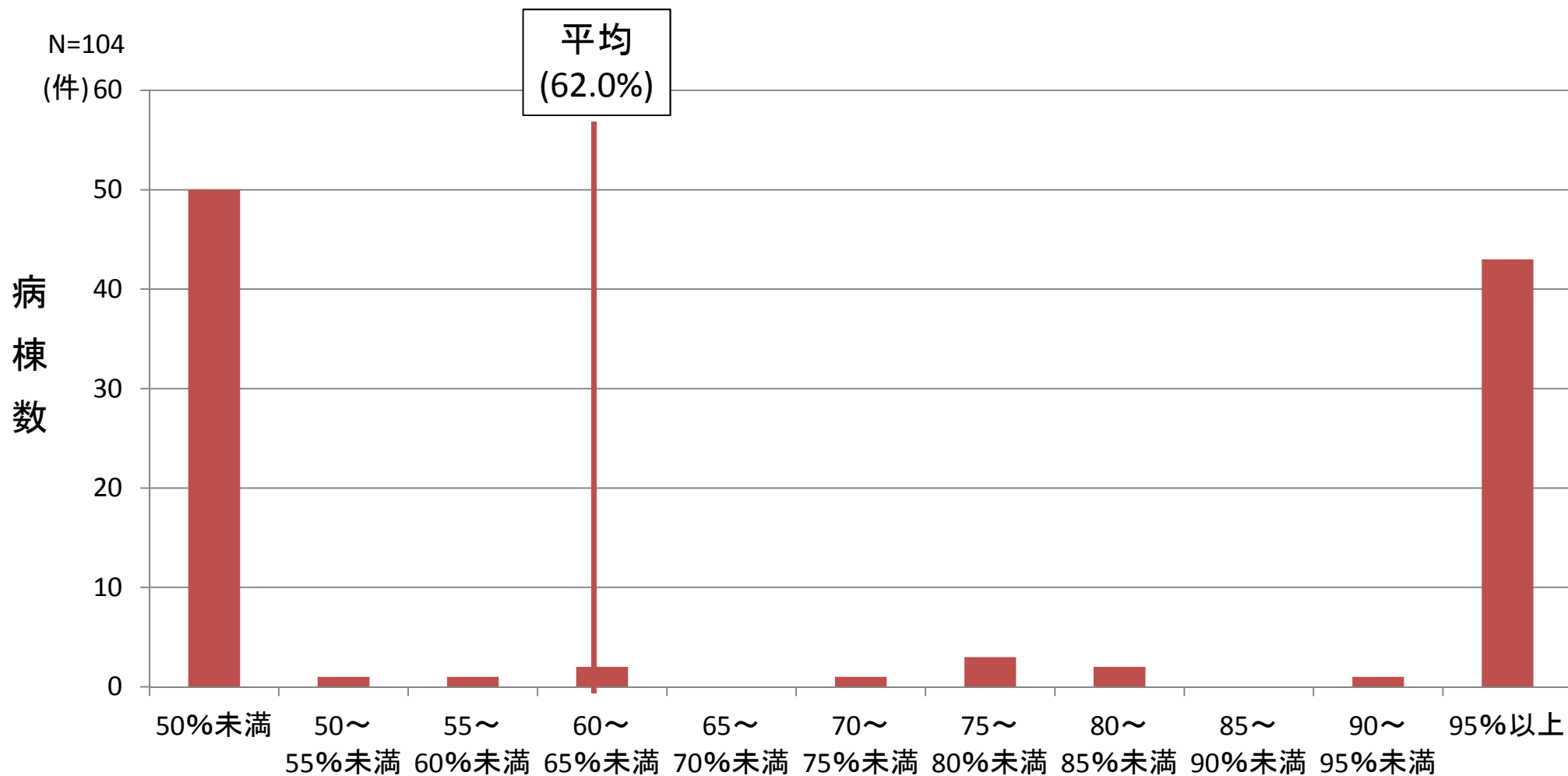
一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(A項目2点以上かつB項目3点以上の計5点以上)に該当している患者の割合



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。

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

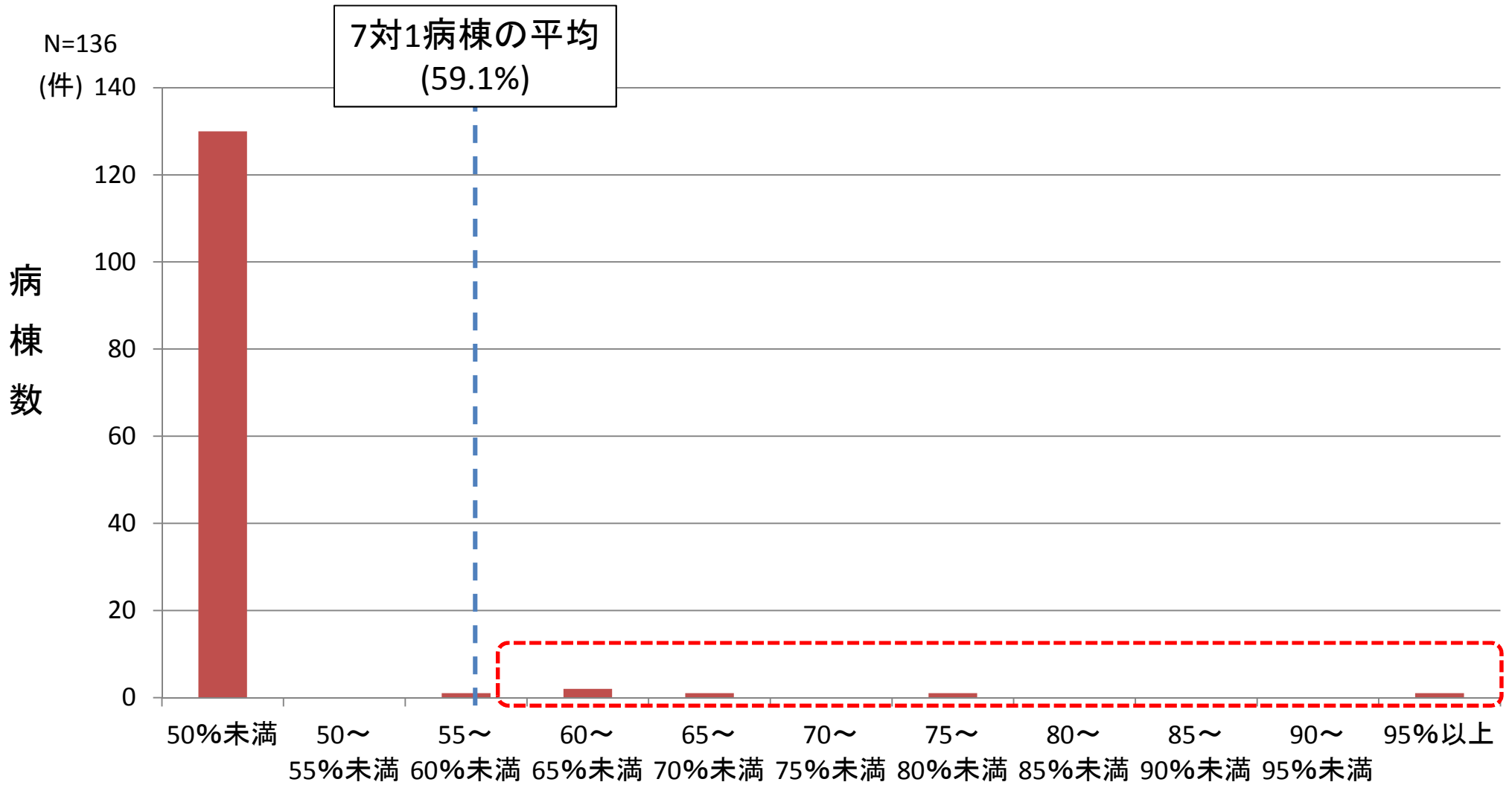


特定除外患者に該当する患者の割合

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)における緊急入院の受入状況(平成24年度調査結果)



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

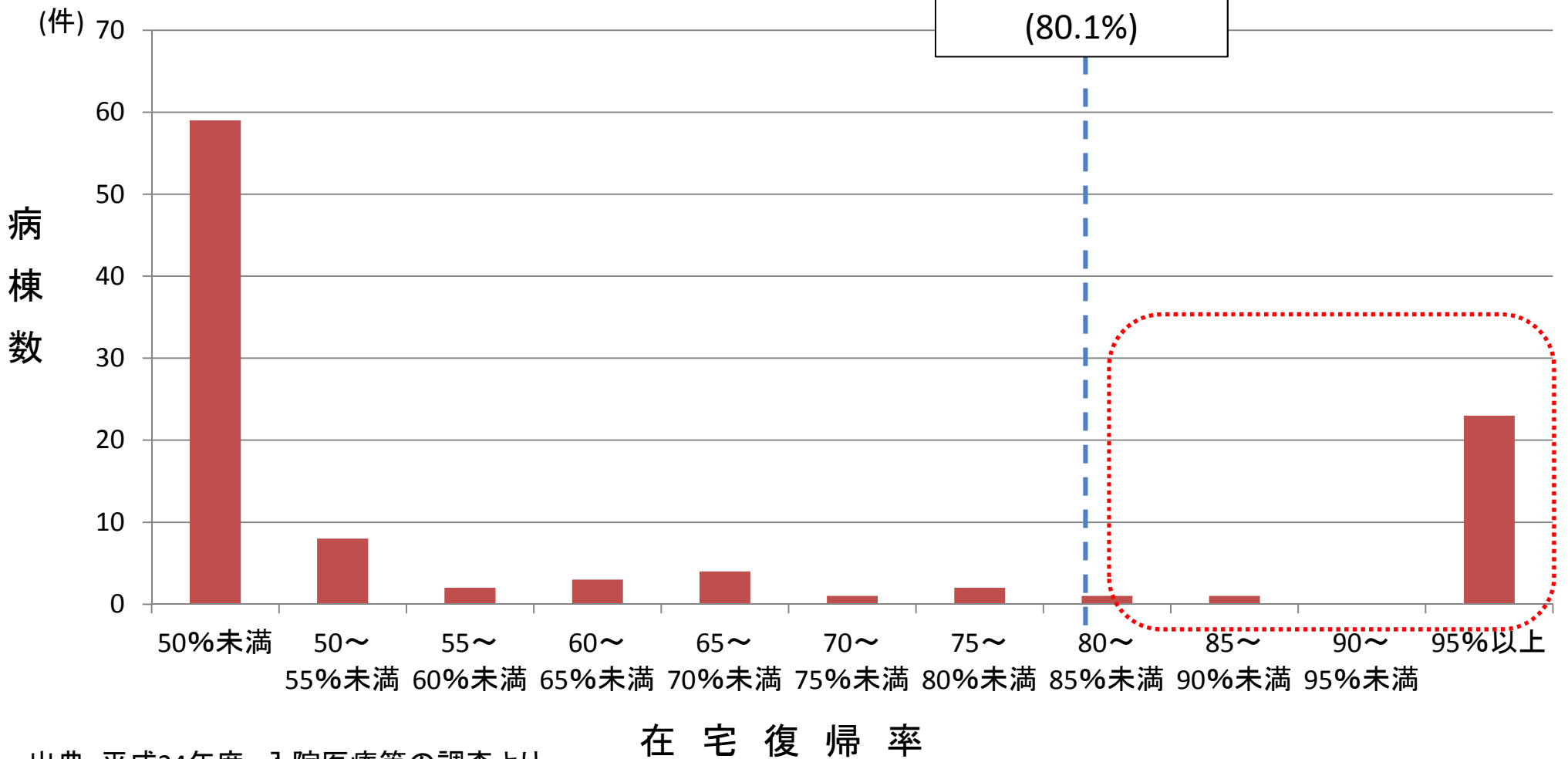
緊急入院の患者の割合

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。

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)

*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

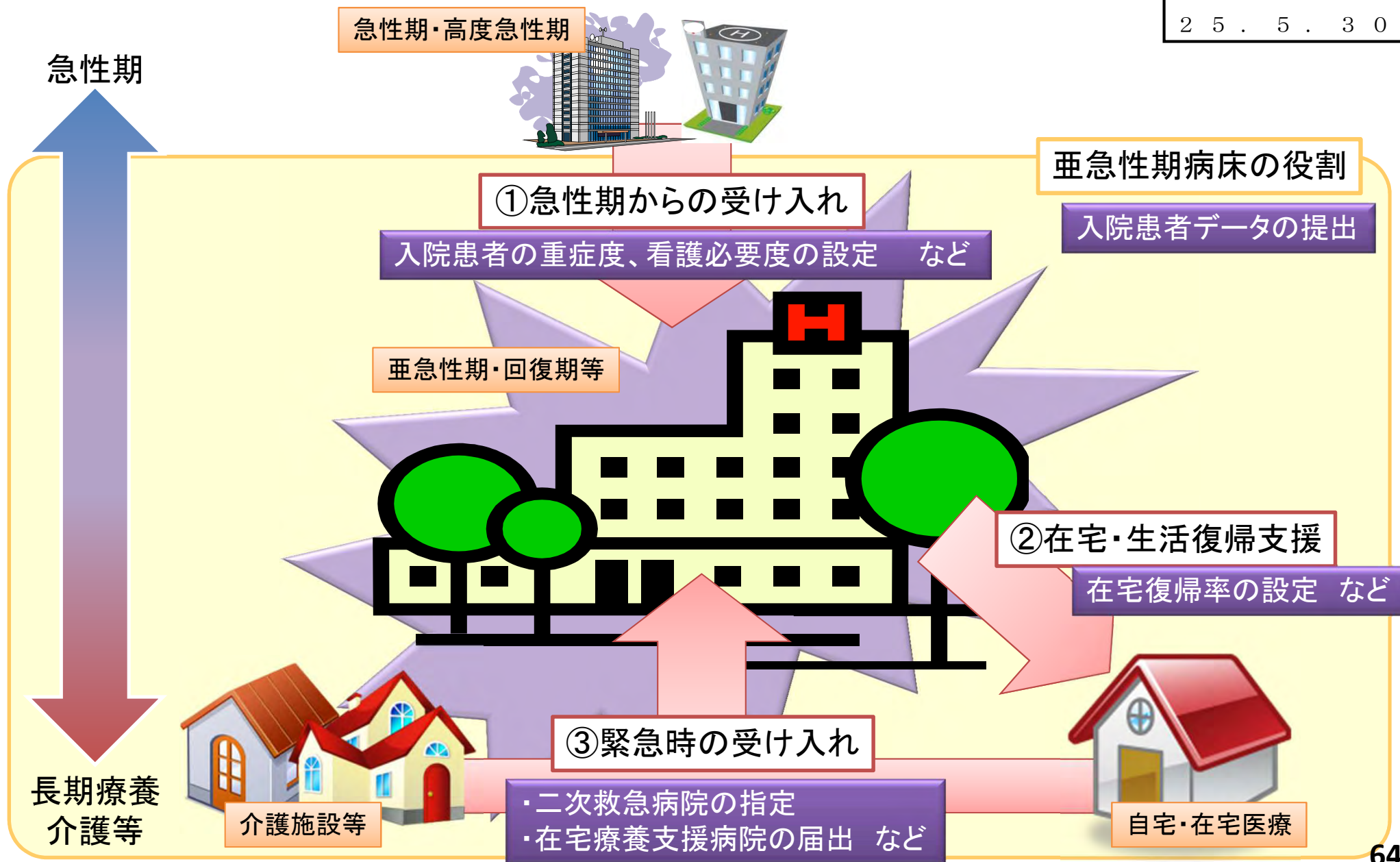


出典:平成24年度 入院医療等の調査より

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。

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

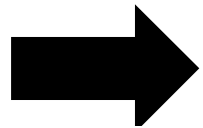
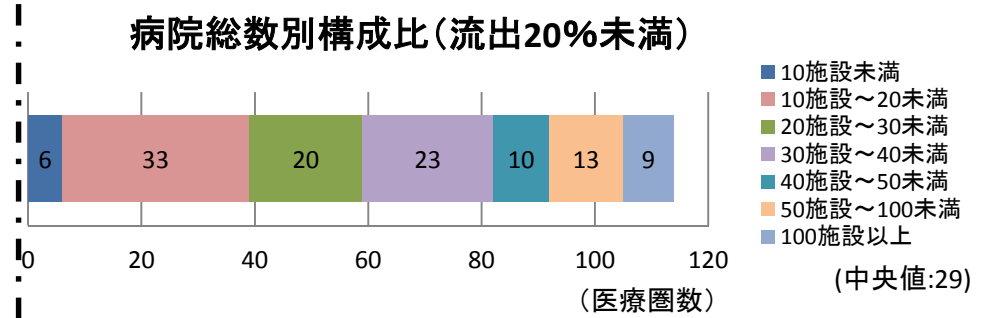
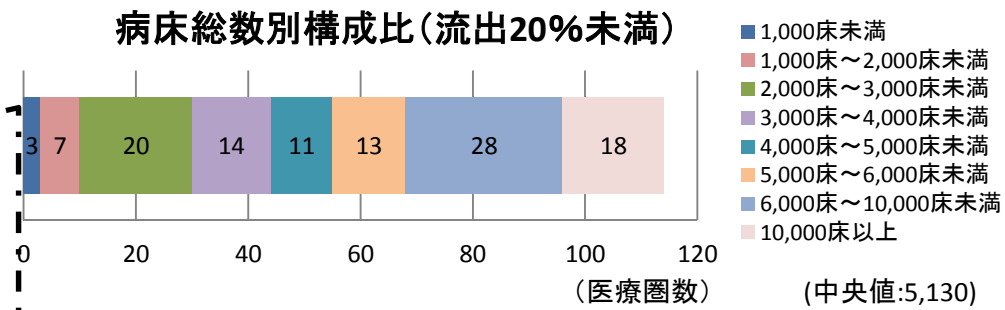
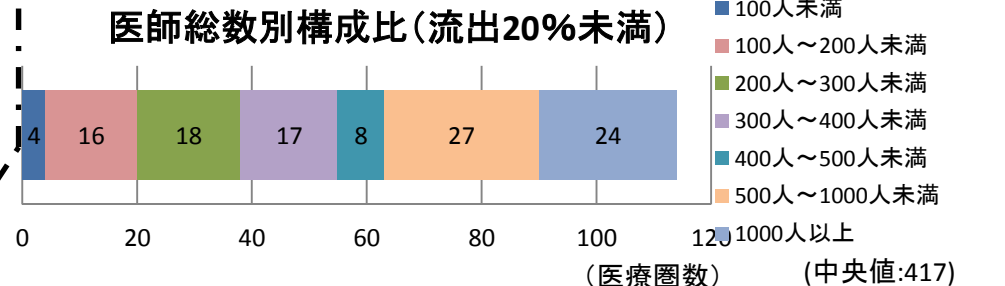
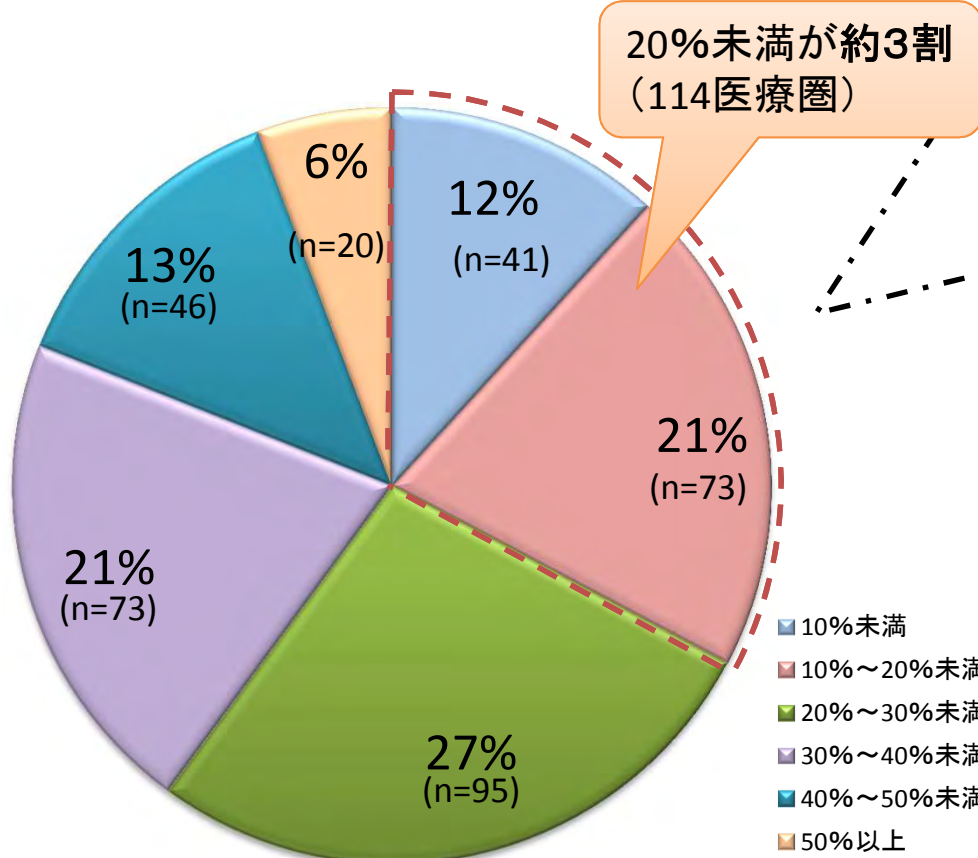


3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

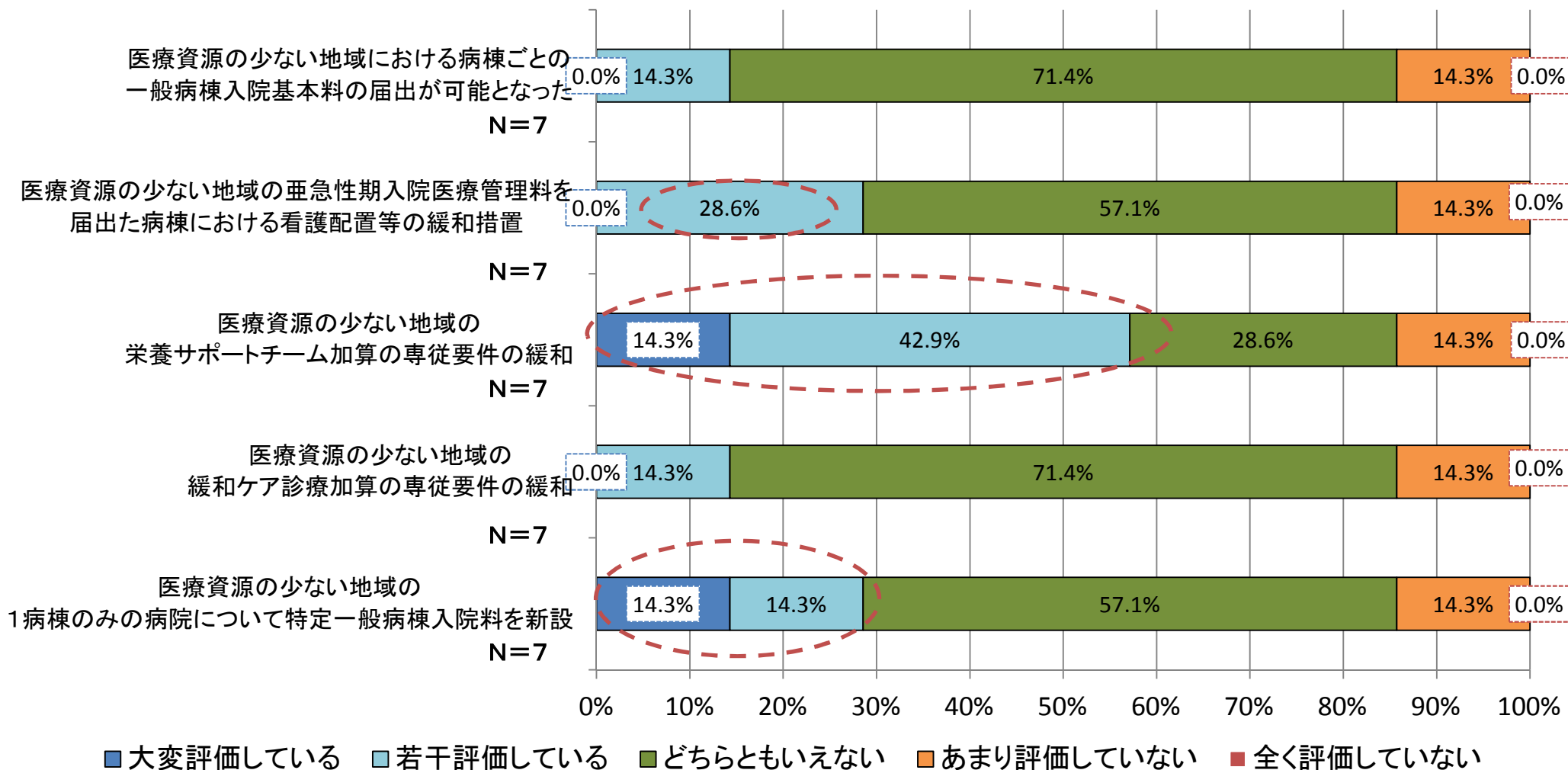
中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

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)



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

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。

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 ⁶⁷

平成24年診療報酬改定項目の活用状況①

診調組 入 - 1
25.7.17

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。

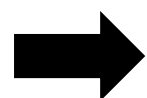
平成24年診療報酬改定項目の活用状況②

診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

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	-	-

※ 審査時点では届出なし



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。

医療提供が困難な地域の考え方について

診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

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

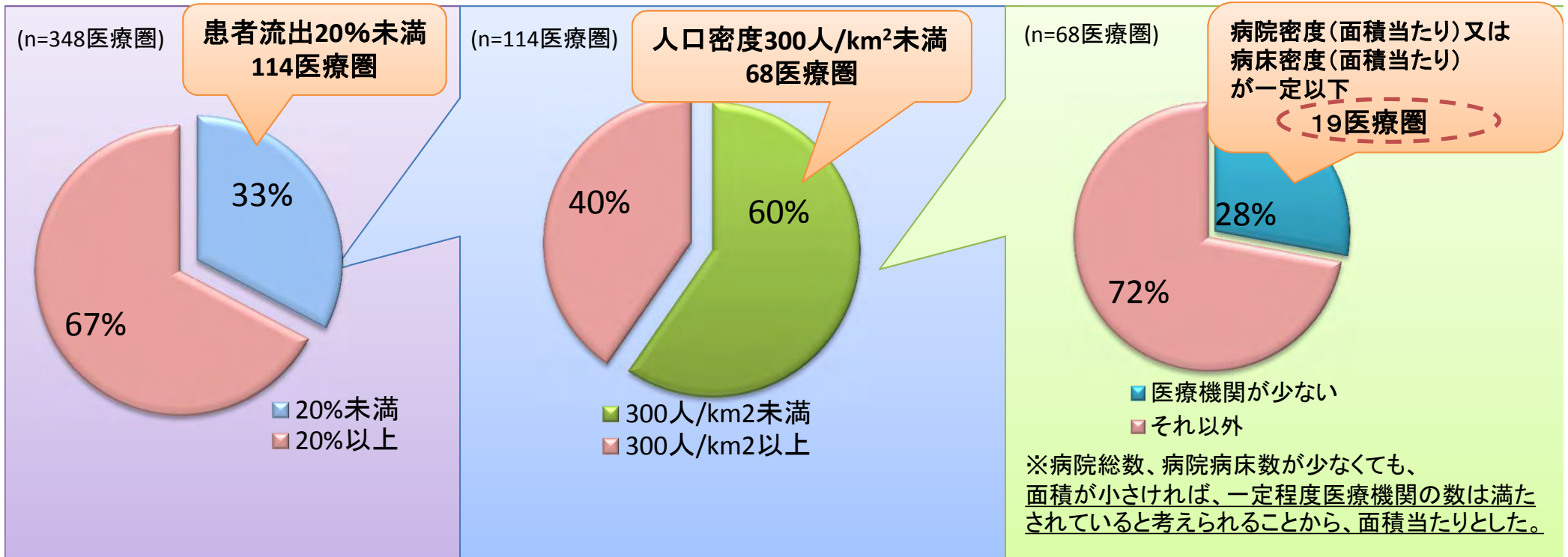
- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※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

②医療従事者の確保が困難な地域

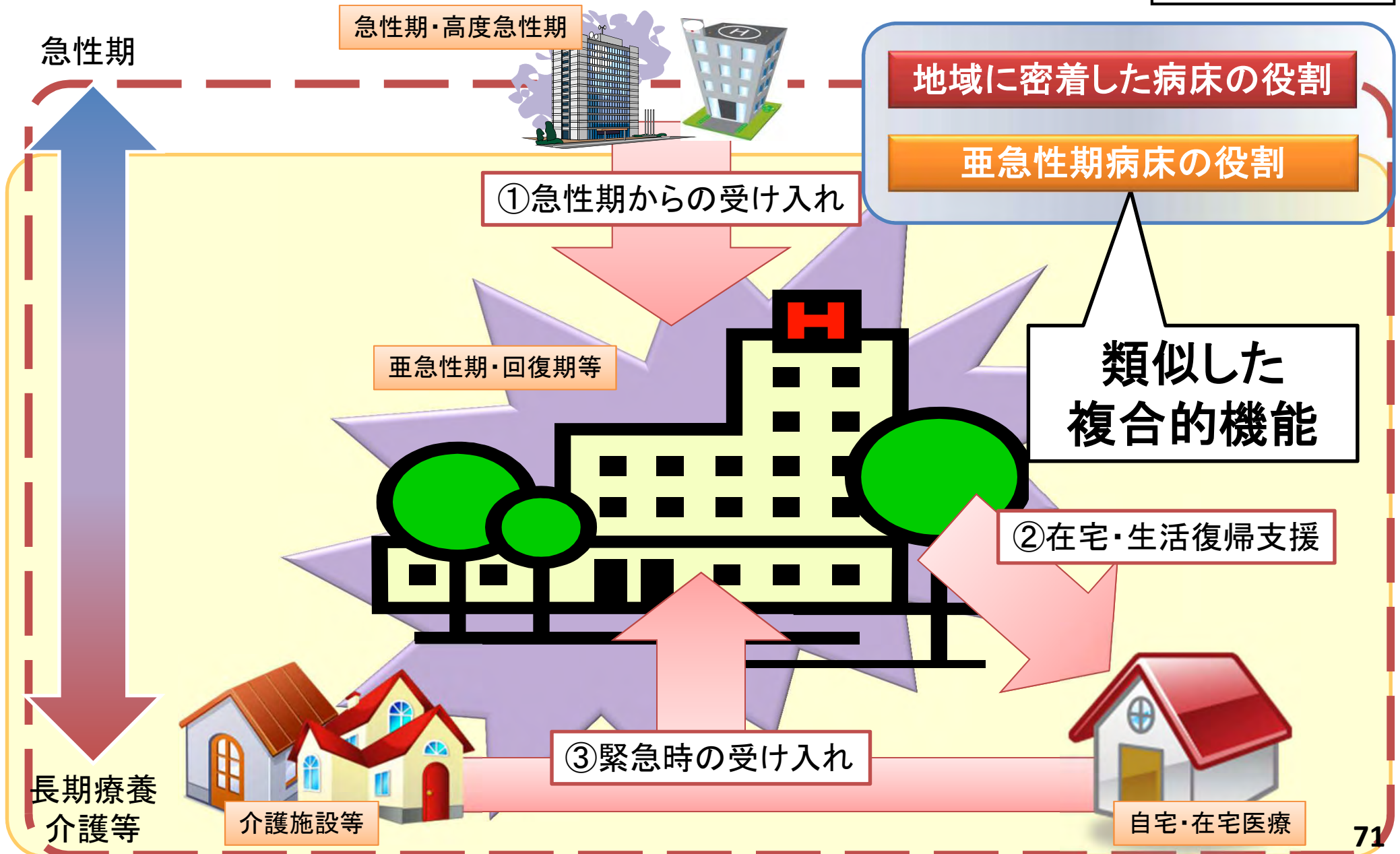
③医療機関が少ない地域



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。

地域に密着した病床の果たす役割

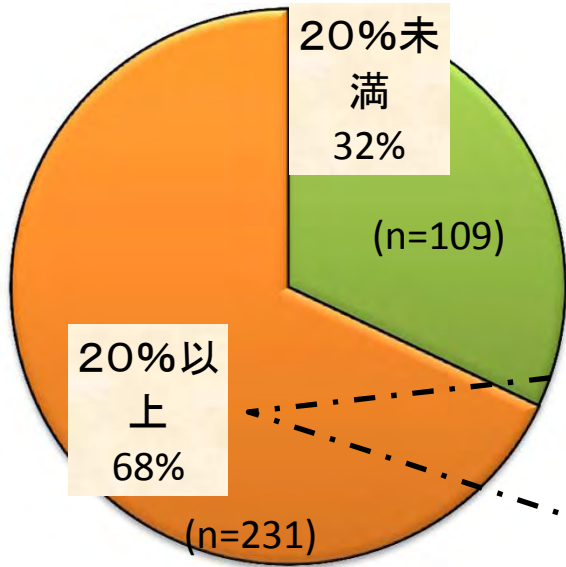
診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7



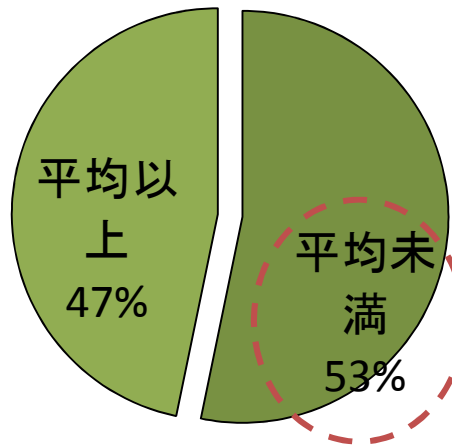
対象となっていない2次医療圏の状況について

診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7

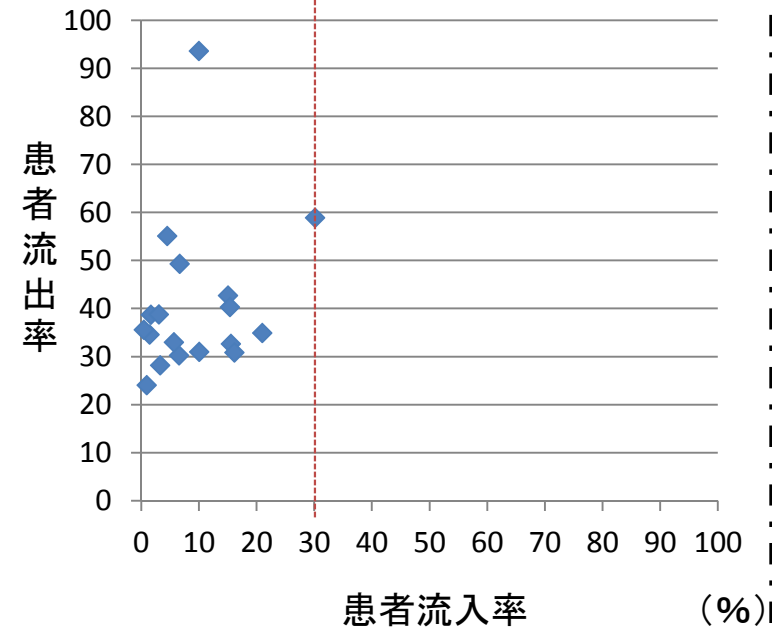
患者流出率



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。

4. 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

特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料の経緯

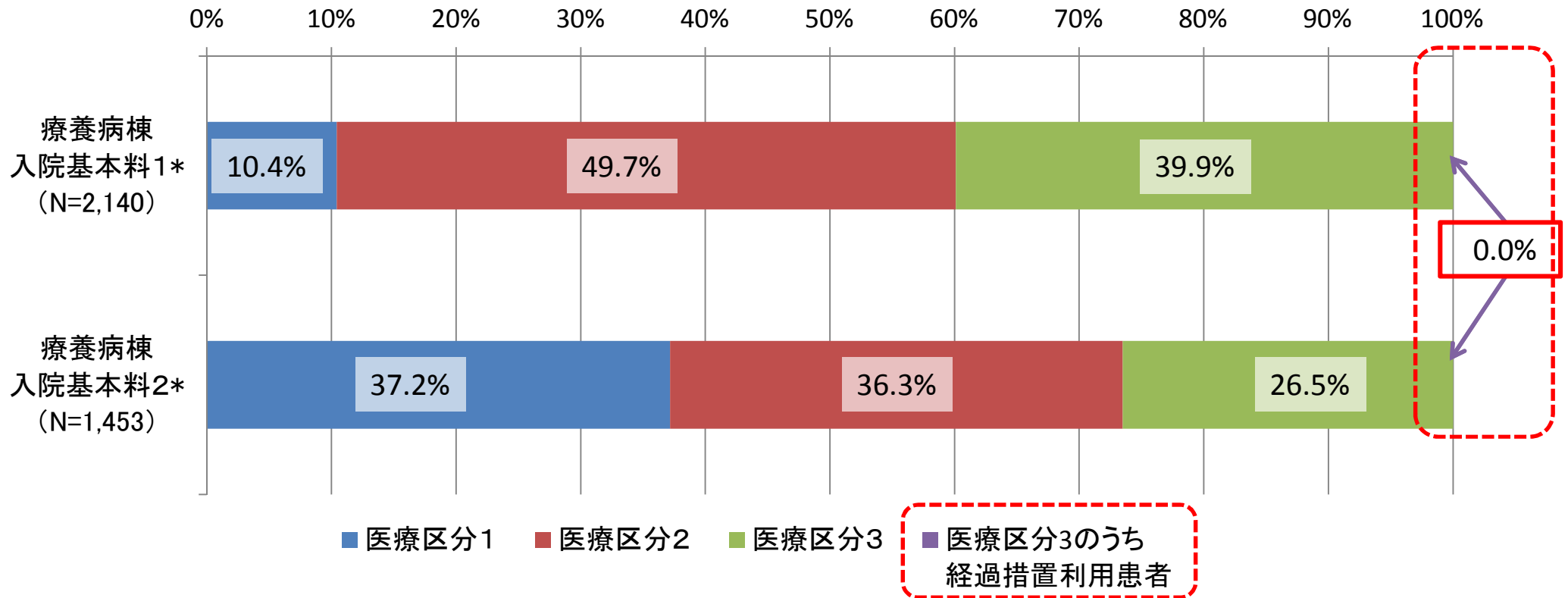
診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

- 平成6年 「特殊疾患療養病棟入院料」を新設（一般・療養・精神で算定可）
 - 平成12年 「特殊疾患入院医療管理料」(病室単位)を新設
 - 平成18年 「特殊疾患療養病棟入院料」の対象病棟から療養を除外（一般・精神でのみ算定可）
- 神経難病等の患者であって、特殊疾患療養病棟入院料を算定していた療養病棟(20対1配置)の患者は平成20年3月31日までの間、医療区分2又は3とする（経過措置①）
- 平成20年 名称を「特殊疾患病棟入院料」へ変更し、対象患者から脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除外（ただし、重度の意識障害者の場合を除く）
- 平成20年4月1日以降平成22年3月31日までの間に特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟を療養病棟に転換した場合、当該病棟に入院していた特殊疾患病棟入院料等の対象患者について、平成22年3月31日までの間、医療区分3とする（経過措置②）
- 平成20年3月31日時点で特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患療養入院医療管理料を算定していた患者が、同年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟へ転棟又は転院した場合、医療区分3とする（経過措置③）
- 経過措置①(仮性球麻痺を除く)を平成22年3月31日まで延長
- 平成22年 経過措置①(仮性球麻痺を除く)②③を平成24年3月31日まで延長
 - 平成24年 経過措置①(仮性球麻痺を除く)②③を平成26年3月31日まで延長

- 平成12年 「障害者施設等入院基本料」を新設
- 平成20年 対象患者から脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除外(ただし、重度の意識障害者の場合を除く)
 - 平成20年4月1日以降平成22年3月31日までの間に療養病棟に転換した場合、当該病棟に入院していた障害者施設等入院基本料の対象患者について、平成22年3月31日までの間、医療区分3とする (経過措置④)
 - 平成20年3月31日時点で障害者施設等入院基本料を算定していた患者が、同年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟へ転棟又は転院した場合、医療区分3とする (経過措置⑤)
- 平成22年 経過措置④⑤を平成24年3月31日まで延長
- 平成24年 経過措置④⑤を平成26年3月31日まで延長

経過措置の利用状況

診調組 入 - 1
25 . 6 . 13



*障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟等から転換した療養病棟を除く

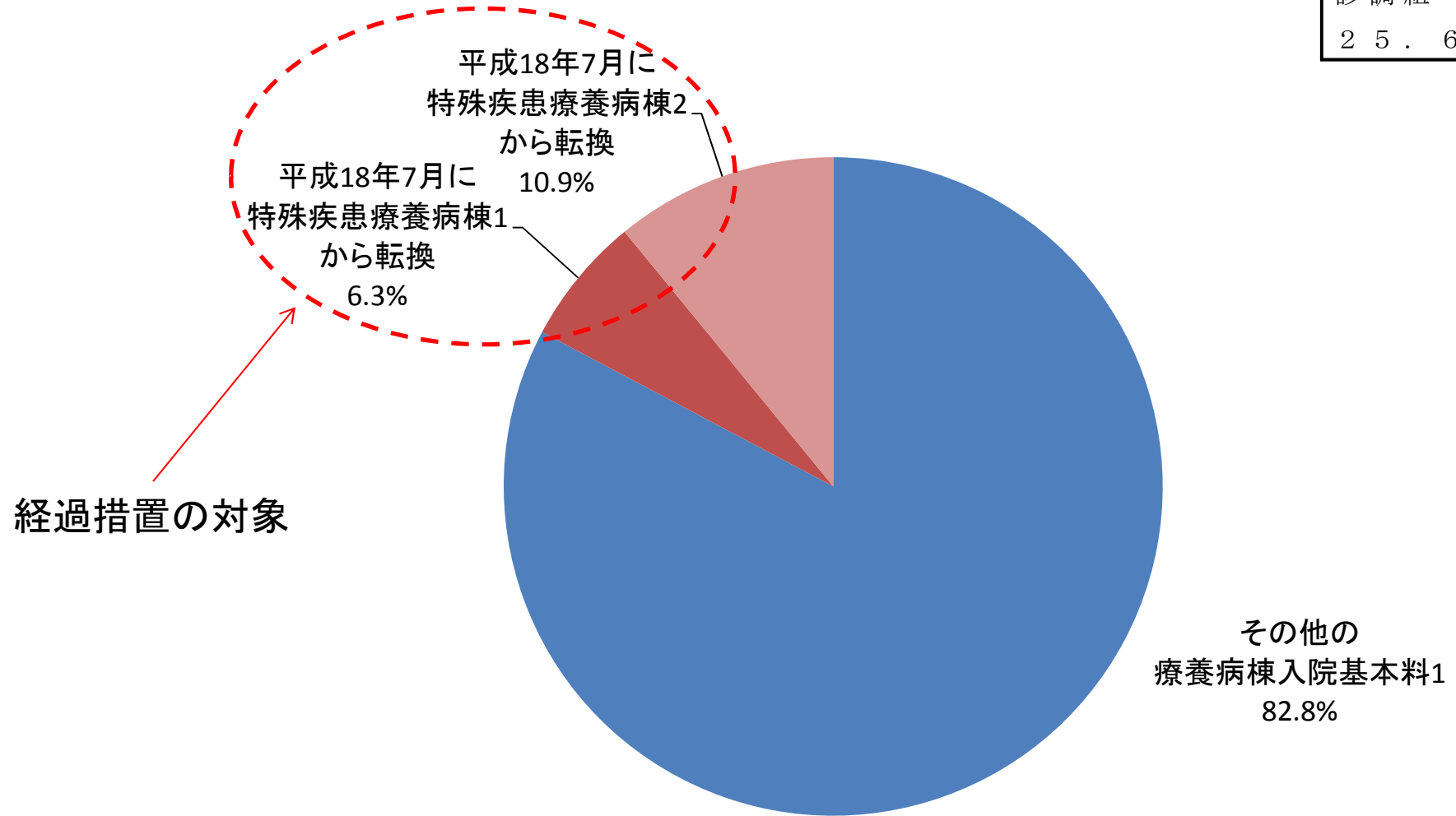
平成24年度 入院医療等の調査より

療養病棟入院基本料の病棟に障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟等から転棟・転院してきた場合の経過措置を利用している患者はいなかった。

経過措置の対象となっている病棟

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

N=174



経過措置の対象

平成24年度 入院医療等の調査より

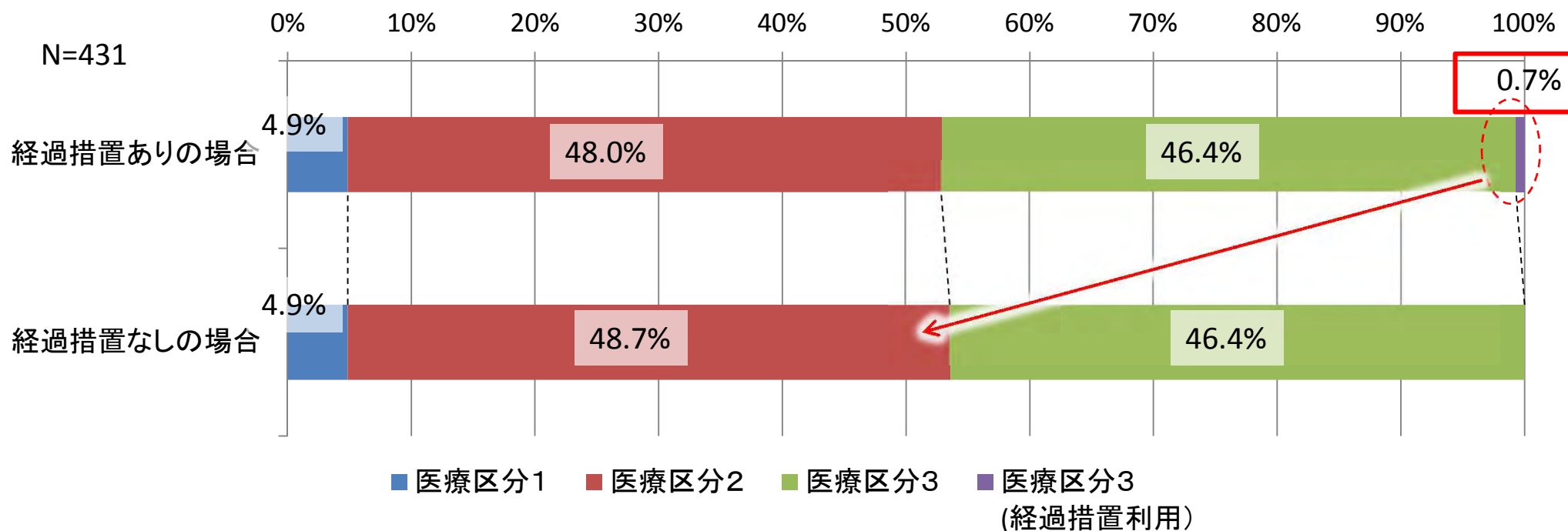
注：療養病棟入院基本料1の全届出病棟数は平成24年7月現在で2,996病棟となっている。

平成18年に実施された経過措置の対象となった病棟は全療養病棟入院基本料1の病棟の約17.2%となっている。

経過措置の対象となっている病棟における経過措置の利用状況

診調組 入 - 1
25.6.13

経過措置対象の療養病棟における患者の医療区分の状況



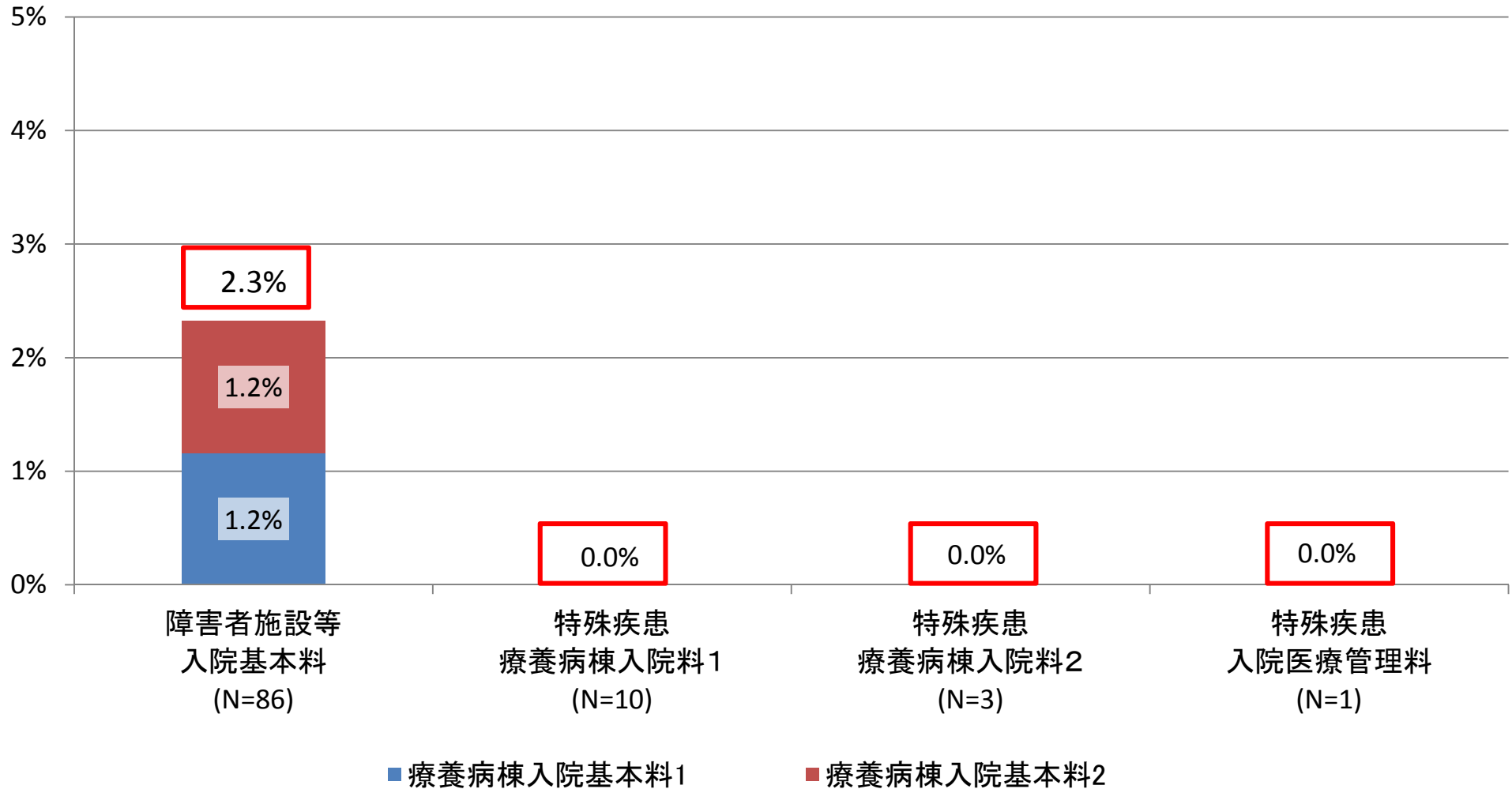
平成24年度 入院医療等の調査より

- 経過措置の対象となった病棟の中で、経過措置を利用して医療区分3となっている患者は約0.7%となっている。
- 経過措置を利用している患者は、経過措置がなければ医療区分2となる。

経過措置の対象となっている病棟

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

療養病棟に転換した病棟の割合



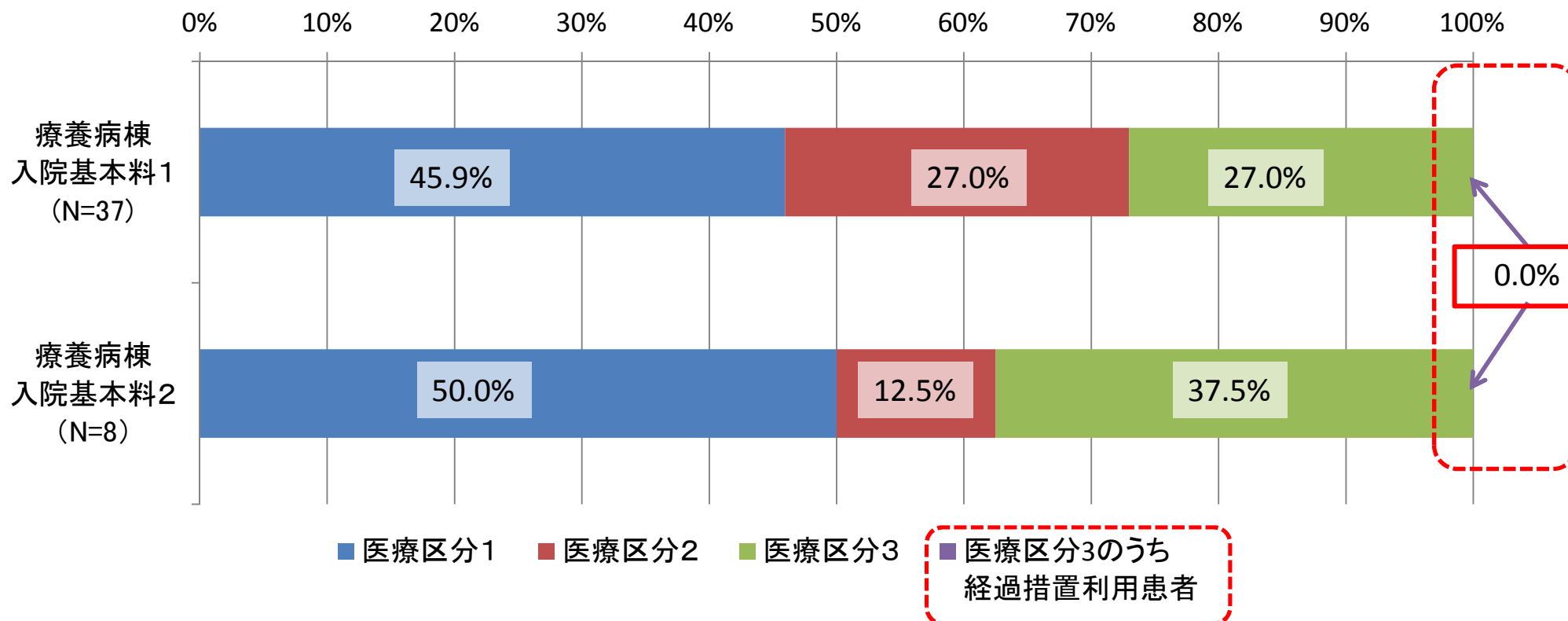
平成24年度 入院医療等の調査より

平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟に転換した障害者施設等入院基本料の病棟は全体の約2.3%となっている。特殊疾患病棟入院料等の病棟で転換した病棟は認めない。

経過措置の対象となっている病棟における経過措置の利用状況

診調組 入 - 1
25.6.13

＜障害者施設等入院基本料の病棟から転換した療養病棟＞



平成24年度 入院医療等の調査より

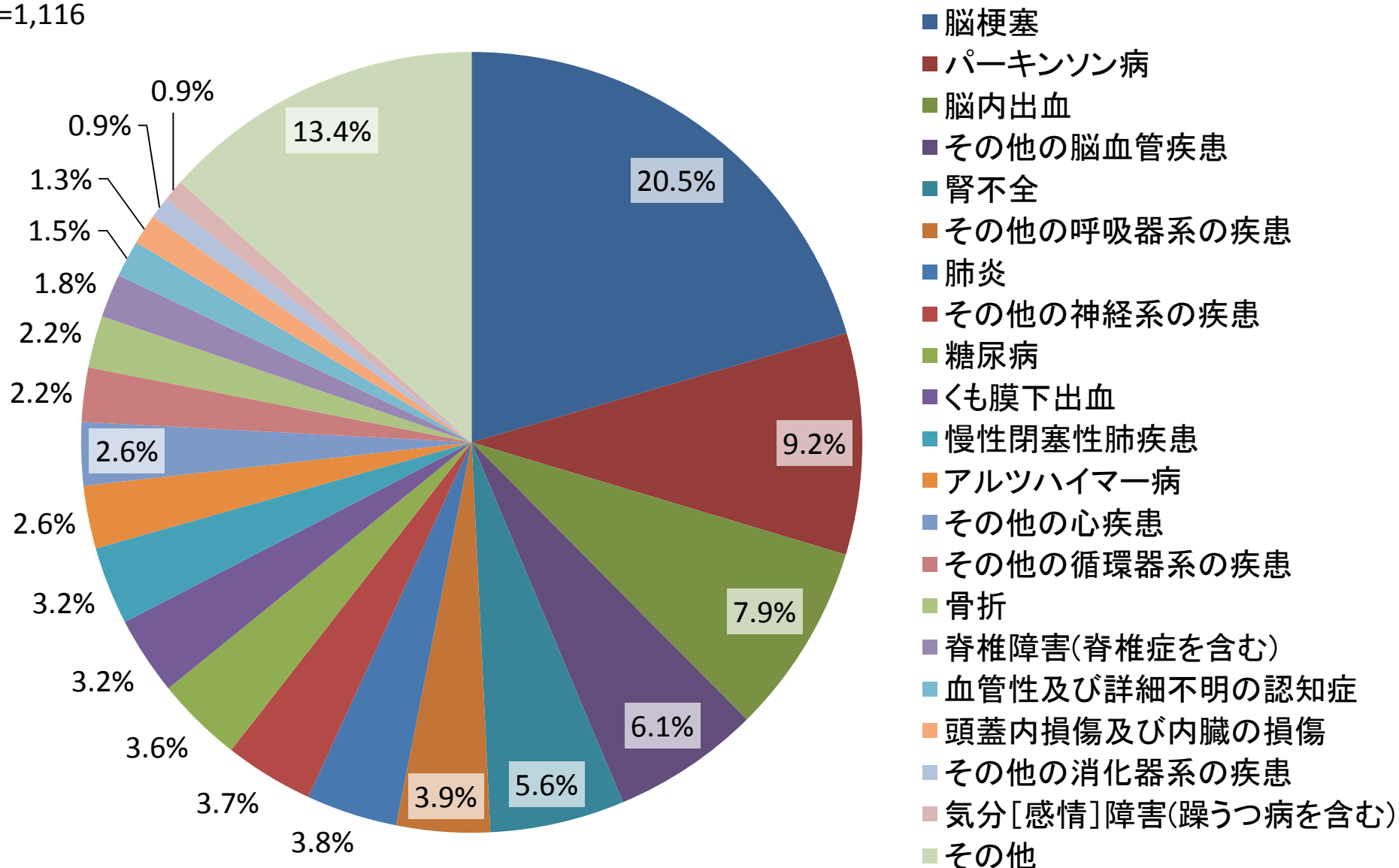
障害者施設等入院基本料から療養病棟に転換した病棟において経過措置を利用して医療区分3になっている患者はいなかった。

療養病棟入院基本料1*の病棟の患者の主病名

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

*障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等からの転換病棟を除く

N=1,116



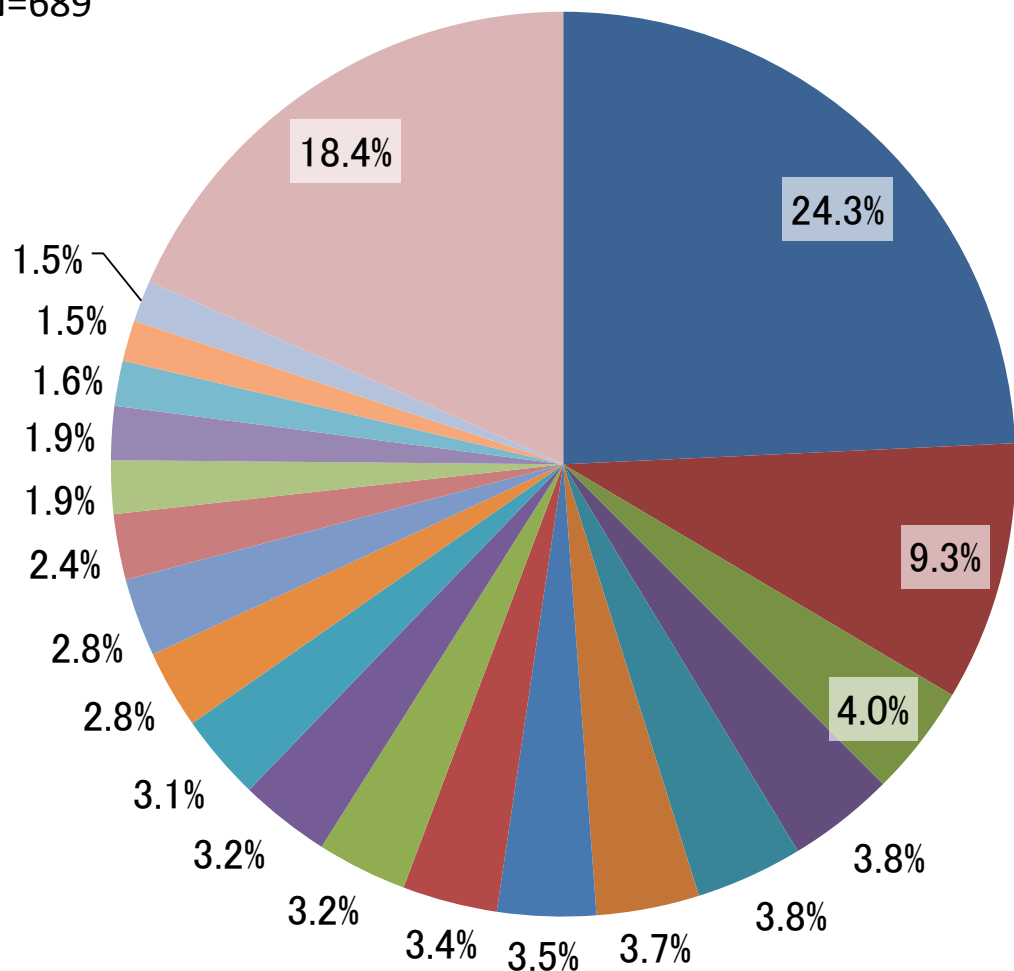
療養病棟入院基本料2*の病棟の患者の主病名

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3

*障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等からの転換病棟を除く

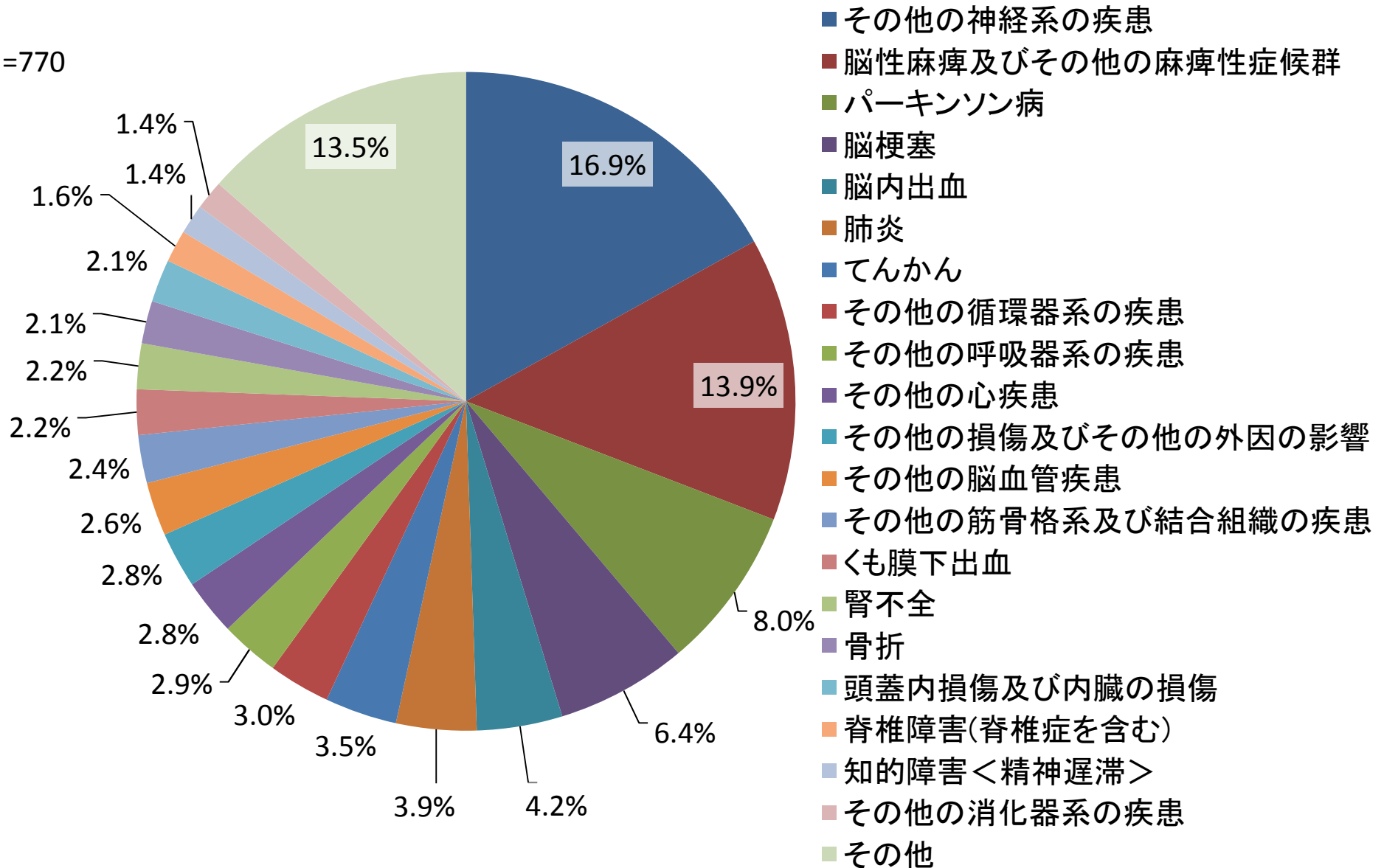
N=689

- 脳梗塞
- 脳内出血
- 肺炎
- パーキンソン病
- 血管性及び詳細不明の認知症
- その他の神経系の疾患
- その他の脳血管疾患
- アルツハイマー病
- くも膜下出血
- 骨折
- 慢性閉塞性肺疾患
- 糖尿病
- 脊椎障害(脊椎症を含む)
- その他の呼吸器系の疾患
- その他の心疾患
- 高血圧性疾患
- その他の悪性新生物
- その他の消化器系の疾患
- その他の損傷及びその他の外因の影響
- その他



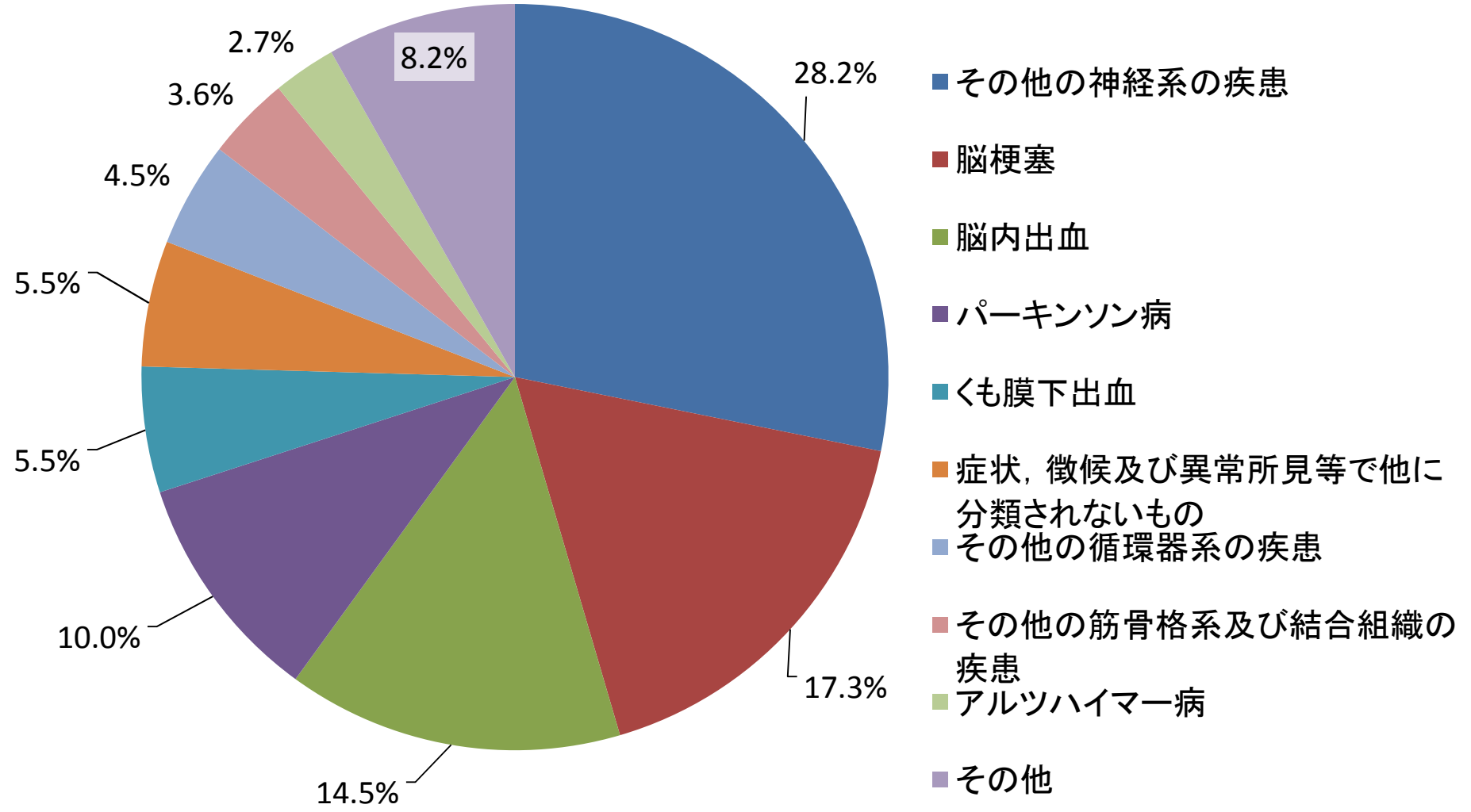
障害者施設等入院基本料の病棟の患者の主病名

N=770



特殊疾患病棟入院料1の病棟の患者の主病名

N=121



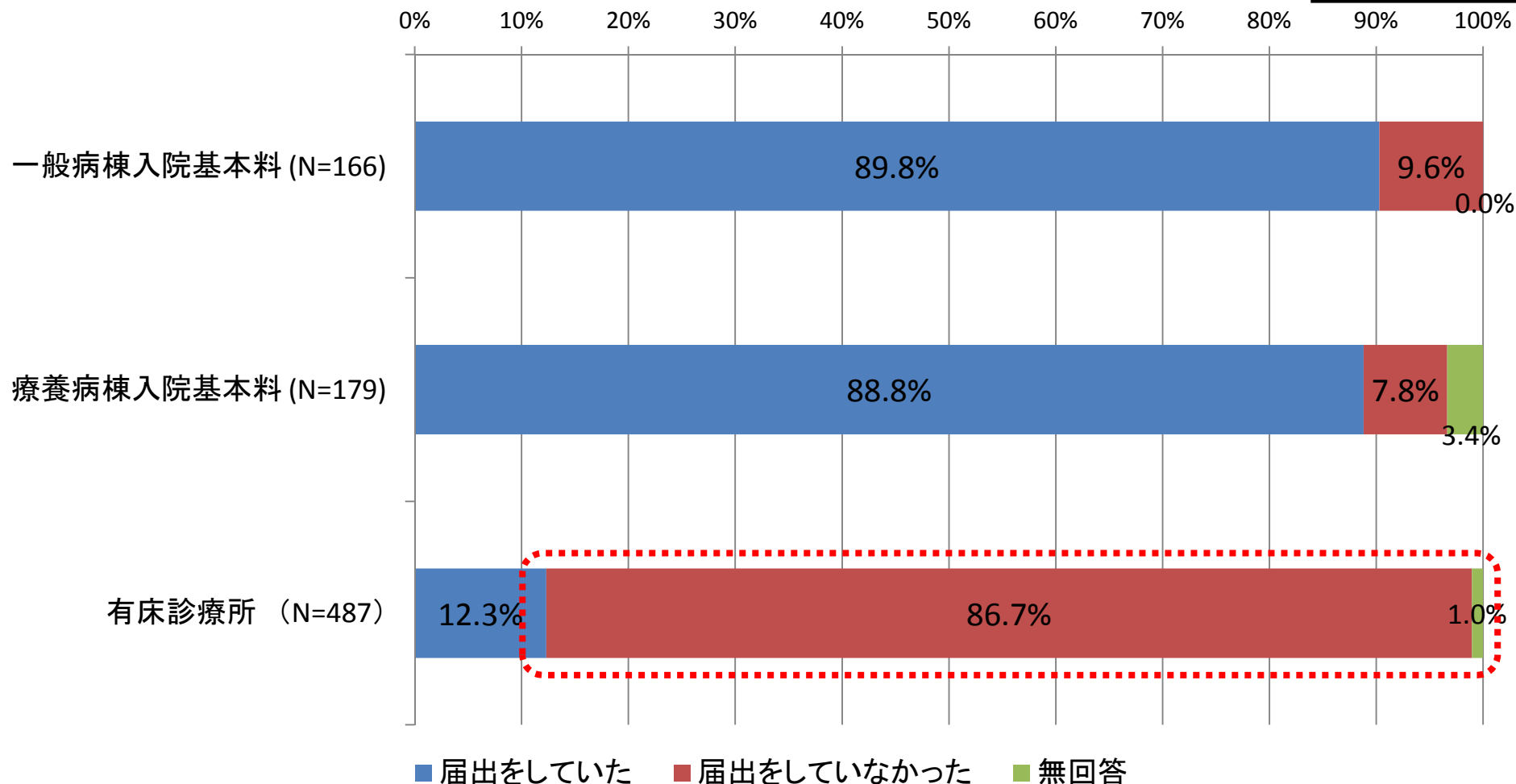
5. 診療報酬点数表における簡素化

(1) 栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の
包括について

(2) 入院基本料等加算の簡素化について

平成24年3月31日時点における栄養管理実施加算の届出状況①

診調組 入 - 1
25 . 6 . 20



出典: H24入院医療等の調査、H24検証部会調査

平成24年3月31日時点において、一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料を届出している医療機関の多くは栄養管理実施加算を届出していたが、有床診療所については届出していなかった割合が86.7%ある。

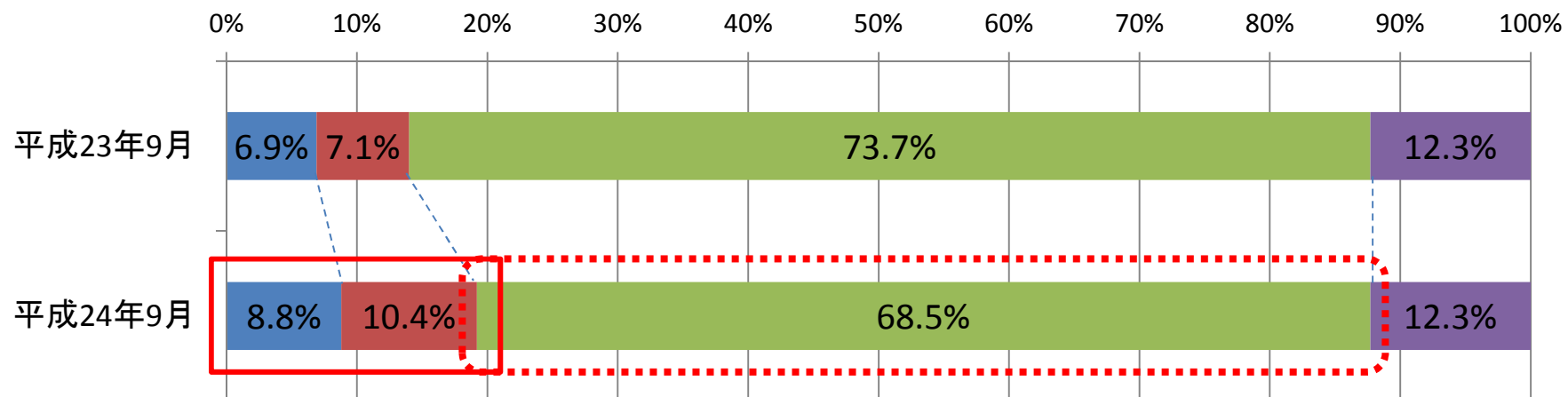
管理栄養士の確保状況①

■ 管理栄養士数（病院：常勤、有床診療所：非常勤）

（人：1施設あたり平均）

	一般病棟7対1	一般病棟10対1	一般病棟13対1	一般病棟15対1	療養病棟1	療養病棟2	有床診療所
回答施設数	63	62	12	29	94	85	432
平成23年9月	3.71	1.82	1.17	1.10	1.79	1.42	0.10
平成24年9月	4.33	1.98	1.25	1.31	2.01	1.65	0.10

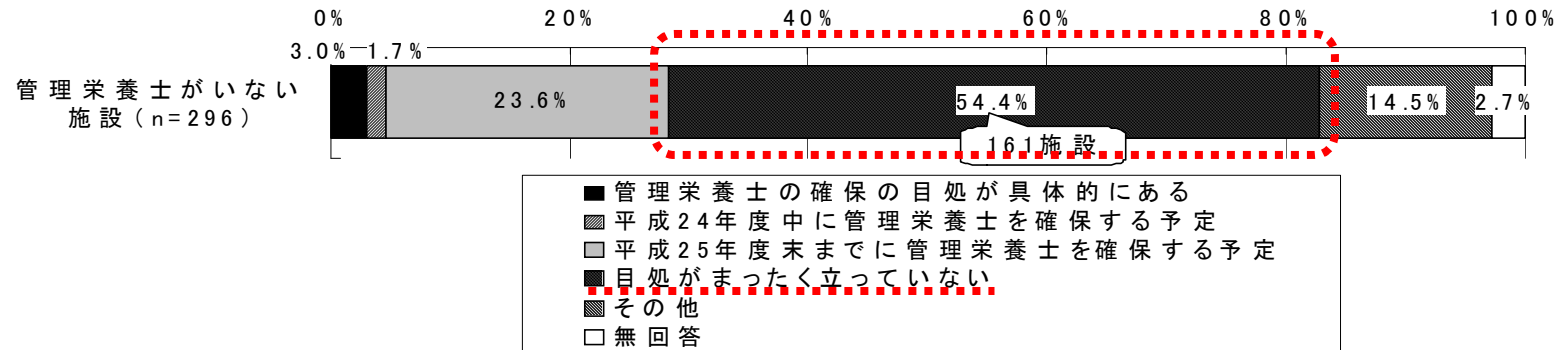
■ 有床診療所における管理栄養士の確保状況



■ 常勤がいる施設 ■ 常勤はいないが非常勤がいる施設 ■ 常勤・非常勤ともいない ■ 無回答 出典：H24検証部会調査

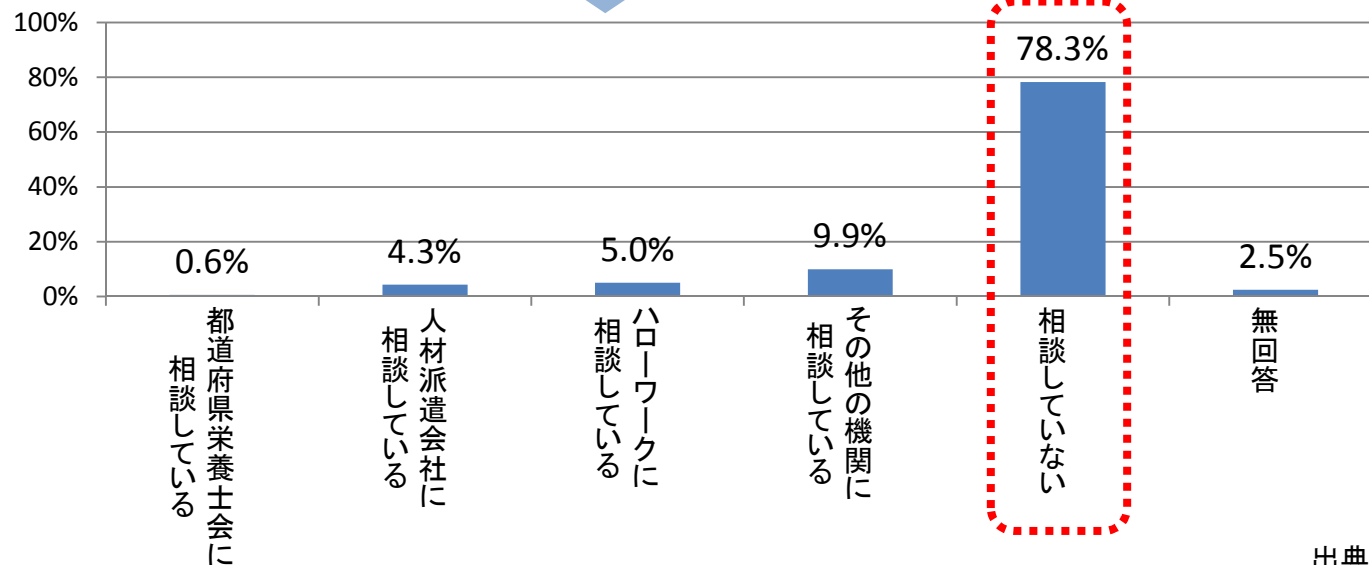
一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料を届出している医療機関では、常勤の管理栄養士数が増加しているが、有床診療所では、管理栄養士を確保している割合が増加するものの、平成24年9月時点で確保していない割合は68.5%ある。

管理栄養士の確保状況② (有床診療所)



「管理栄養士の確保の目処がまったく立っていない」と回答した施設
(複数回答 N=161)

管理栄養士確保のための相談状況



出典: H24検証部会調査

「管理栄養士の確保の目処がまったく立っていない」と回答した有床診療所において、管理栄養士確保のための相談状況として、「相談していない」との回答が78.3%ある。

褥瘡患者に対する取組①（褥瘡対策チーム）

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 0

褥瘡対策チーム

褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成

（人：1施設あたり平均）

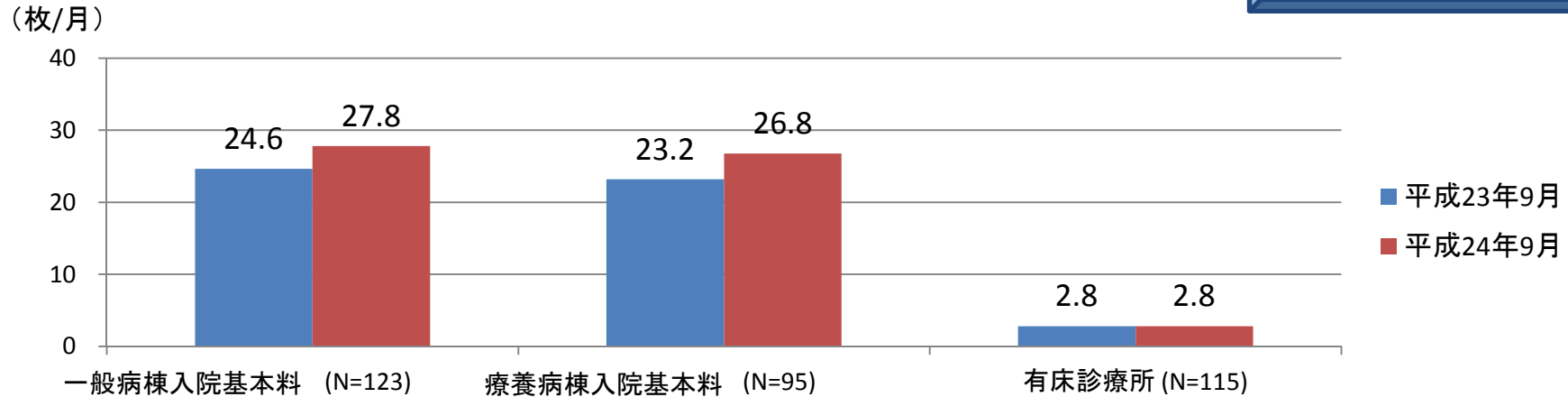
	一般病棟入院基本料 (N=142)	療養病棟入院基本料 (N=123)	有床診療所 (N=346)
医師	1.71	1.18	1.1
看護師	7.15	3.75	1.5
うち皮膚・排泄ケア認定看護師	0.37	0.34	0.0
准看護師	0.27	0.59	1.6
その他	1.84	1.95	0.6

有床診療所においても、褥瘡対策チームの構成メンバーに医師、看護職員の確保はされている。

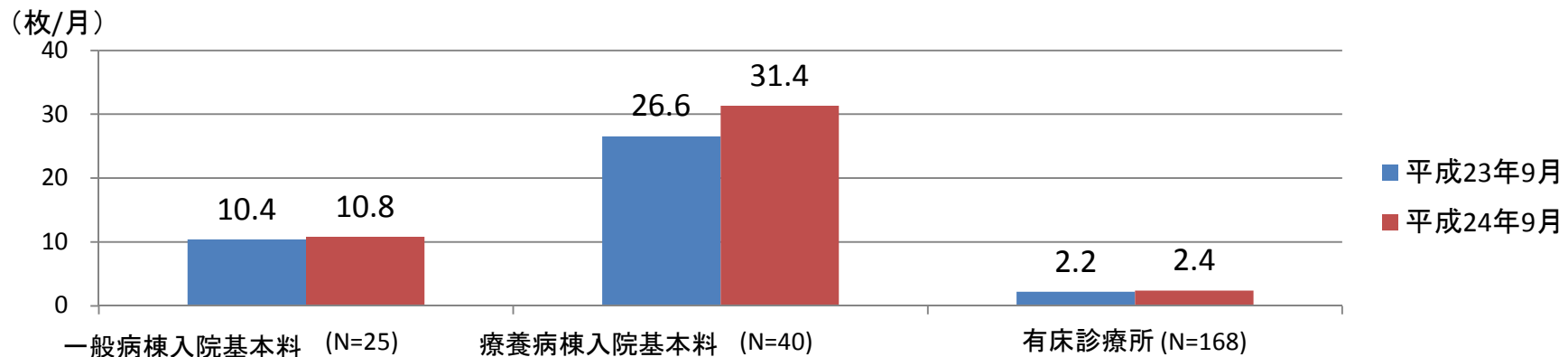
褥瘡患者に対する取組③（マットレス等の使用）

褥瘡患者管理加算を届出をしていた

圧切替型のアアマットレス



褥瘡患者管理加算を届出をしていなかった



褥瘡対策に必要なマットレスについて、平成24年3月31日時点の褥瘡患者管理加算の届出の有無にかかわらず、病院、有床診療所ともに、平成24年の使用枚数は、平成23年と比べて同等もしくは増加している。

5. 診療報酬点数表における簡素化

(1) 栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括について

(2) 入院基本料等加算の簡素化について

算定率の低い加算について

診 調 組	入	—	1
2	5	.	6 . 2 0

<患者の病態が算定要件となっている加算>

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A220	HIV感染者療養環境特別加算	0.0%	後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者について算定する。
A226-2	緩和ケア診療加算	0.1%	悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	0.3%	重症な皮膚潰瘍を有している者に医学管理を行った場合に算定する。
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	0.3%	強度行動障害スコア10以上及び医療度判定スコア24以上の患者に、経験を有する医師等による専門的入院医療が提供された場合に算定する。
A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	0.3%	二類感染症の患者及び疑似症状患者を個室又は陰圧室へ入院させた場合に算定する。
A221-2	小児療養環境特別加算	0.4%	麻疹等に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い、又は易感染性により、感染症罹患の危険性が高い、個室に入院した15歳未満の患者について算定する。
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	0.7%	緊急分娩に対応できる医療機関において、妊娠に係る異常のため緊急入院を必要とする妊産婦(直近3ヶ月以内に入院医療を要する原因疾患で受診歴のある場合をのぞく)が、緊急搬送され入院した場合に入院初日に算定する。
A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算	0.4%	概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者である病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について算定する。
A228	精神科応急入院施設管理加算	0.4%	応急入院患者等に対する診療応需態勢を整えている医療機関において、応急入院患者等を入院させた初日に算定する。

<治療法が算定要件となっている加算>

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A225	放射線治療病室管理加算	0.0%	悪性腫瘍の患者に対して、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる場合に算定する。
A205-2	超急性期脳卒中加算	0.0%	脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師1名以上配置などの要件を満たす施設において、脳梗塞と診断された患者に発症3時間以内にプラスミノゲン活性化因子を投与した場合に算定する。
A226-2	緩和ケア診療加算 (再掲)	0.1%	悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。

<制度が算定要件となっている加算>

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	0.1%	紹介元医療機関と受入先医療機関とが連携をとっており、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を入院から5日以内に受け入れた場合に算定する。
A206	在宅患者緊急入院診療加算	0.1%	在宅で療養を行っている患者が急変した際に入院を受け入れた場合に算定する。
A218-2	離島加算	0.4%	離島地域に入院している患者に対して算定する。

算定率の計算にあたっては、各入院基本料等加算が算定された回数を分子とし、当該加算が算定可能な入院基本料、特定入院料が算定された回数を広く分母として計算

A220 HIV感染者療養環境特別加算

主な算定要件

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者について算定する。

■ DPCデータによる実績（平成23年4月～平成24年3月）

加算の算定件数①	後天性免疫不全症候群で入院した件数②	①/②
558	1,150	48.5%

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数※	764	—	136
回数	7,512	—	2,077

※ 明細書の数

A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算

主な算定要件

二類感染症の患者及び疑似症状患者を個室又は陰圧室へ入院させた場合に算定する。

■ DPCデータによる実績（平成23年4月～平成24年3月）

加算の算定件数①	結核で入院した件数②	①/②
787	5,934	13.3%

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

件・回/月

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	1,394	1,851	2,210
回数	20,791	31,021	39,098

A225 放射線治療病室管理加算

主な算定要件

悪性腫瘍の患者に対して、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素による入院治療のための病室において、放射線に係る必要な管理を行った場合に算定する。

■ DPCデータによる実績（平成23年4月～平成24年3月）

加算の算定件数①	放射性同位元素内用療法管理料、 密封小線源治療を算定した件数②	①/②
4,497	10,551	42.6%

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

件・回/月

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	75	255	418
回数	225	622	1,480

A205-2 超急性期脳卒中加算

主な算定要件

脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師1名以上配置などの要件を満たす施設において、脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内にプラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に算定する。

■ DPCデータによる実績（平成23年4月～平成24年3月）

加算の算定件数①	組織プラスミノーゲン活性化因子を使用した件数②	①/②
4,886	7,122	68.6%

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

件・回/月

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	152	80	446
回数	152	80	446

A226-2 緩和ケア診療加算

主な算定要件

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に、緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

	件・回/月		
	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	1,371	1,274	3,089
回数	16,633	9,018	30,033

■ 届出状況（保険局医療課調べ 平成24年7月1日時点）

	平成21年	平成22年	平成23年
届出医療機関数	113	144	159

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

主な算定要件

緊急分娩に対応できる医療機関において、妊娠に係る異常のため緊急入院を必要とする妊産婦(直近3ヶ月以内に入院医療を要する原因疾患で受診歴のある場合を除く)が、緊急搬送され入院した場合に入院初日に算定する。

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

件・回/月

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	1,489	2,251	1,964
回数	1,489	2,251	1,964

■ 届出状況（保険局医療課調べ 平成24年7月1日時点）

	平成21年	平成22年	平成23年
届出医療機関数	1,324	1,471	1,476

（参考）産科・周産期傷病者搬送事案 41,484人（平成23年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査 総務省消防庁）

A228 精神科応急入院施設管理加算

主な算定要件

応急入院患者等に対する診療応需態勢を整えている医療機関において、応急入院患者等を入院させた入院初日に算定する。

■ 算定状況（社会医療診療行為別調査6月審査分）

件・回/月

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	—	62	79
回数	—	62	79

■ 応急入院患者数（精神障害保健課調べ）

人/年

平成20年度	平成21年度	平成22年度
1,379	1,682	2,305

A206 在宅患者緊急入院診療加算

主な算定要件

在宅で療養を行っている患者が急変した際に、在宅療養支援診療所等の連携医療機関等が入院を受け入れた場合に算定する。

■ 算定状況(社会医療診療行為別調査6月審査分)

件・回/月

	平成21年	平成22年	平成23年
実施件数	578	306	490
回数	578	306	490

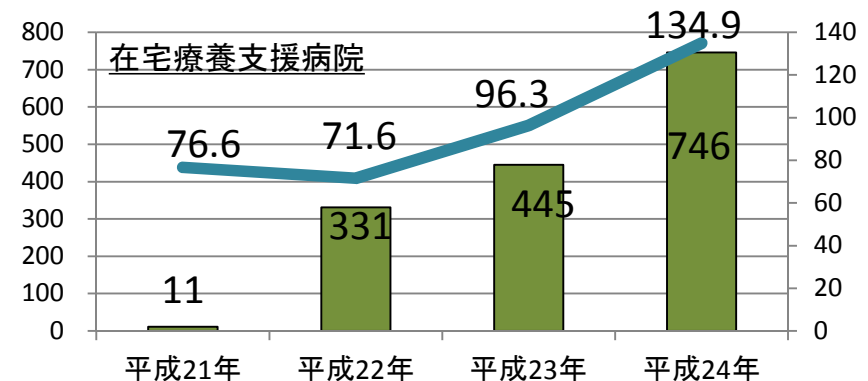
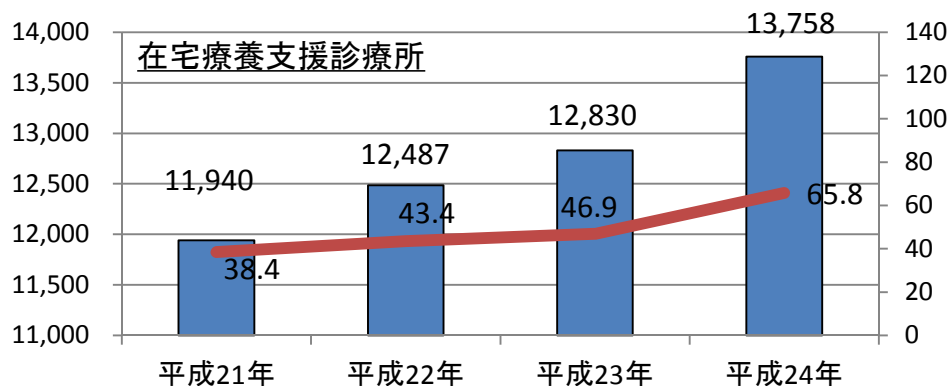
■ 在宅医療を受けた推計患者数 (患者調査)

※調査日当日の推計数

千人

平成17年	平成20年	平成23年
64.8	98.7	110.7

(参考)在宅療養支援診療所・病院の1医療機関当たり担当患者数の推移



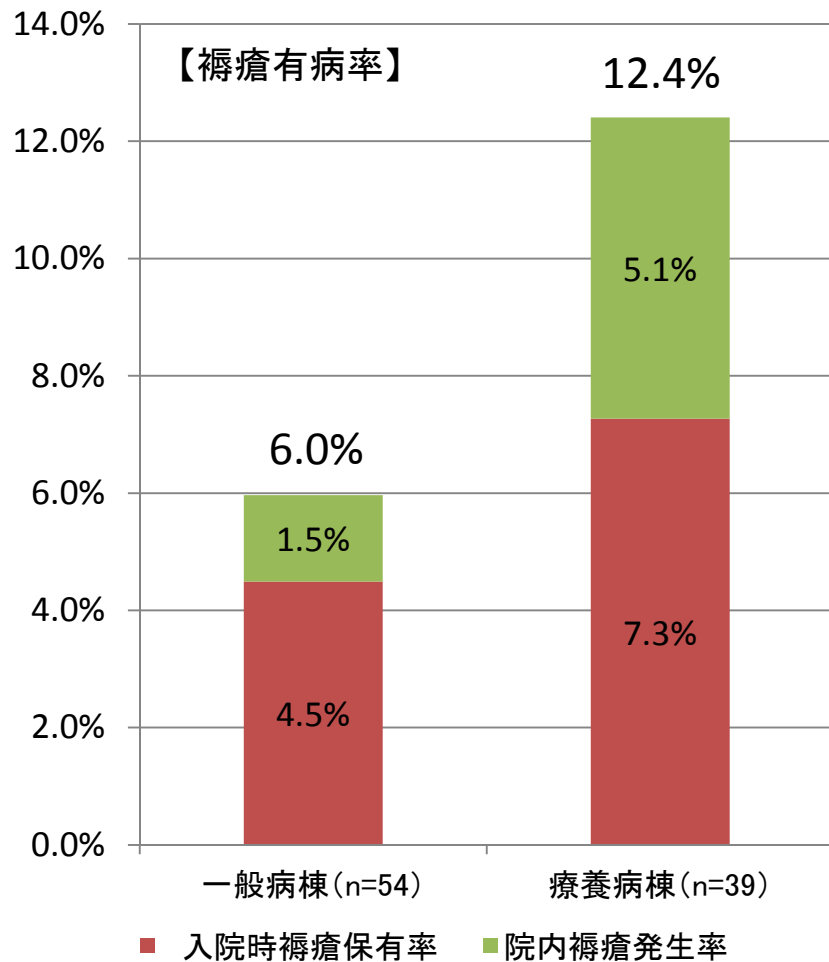
※1医療機関あたり担当患者数=全在宅療養支援診療所(病院)の担当在宅患者総数÷在宅療養支援診療所(病院)届出数

6. 医療機関における褥瘡の発生等

再掲

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

- 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%

出典：平成24年度入院医療等の調査より

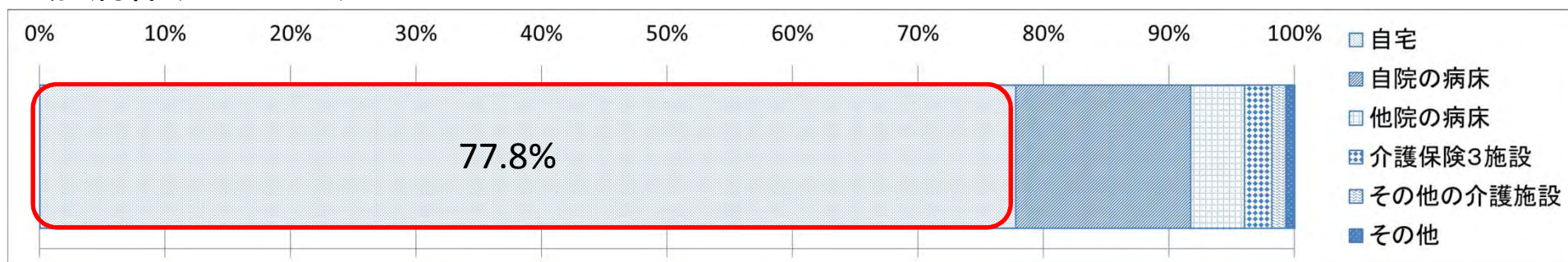
入院時すでに褥瘡を保有していた患者の状況①

(褥瘡患者における入棟前の居場所)

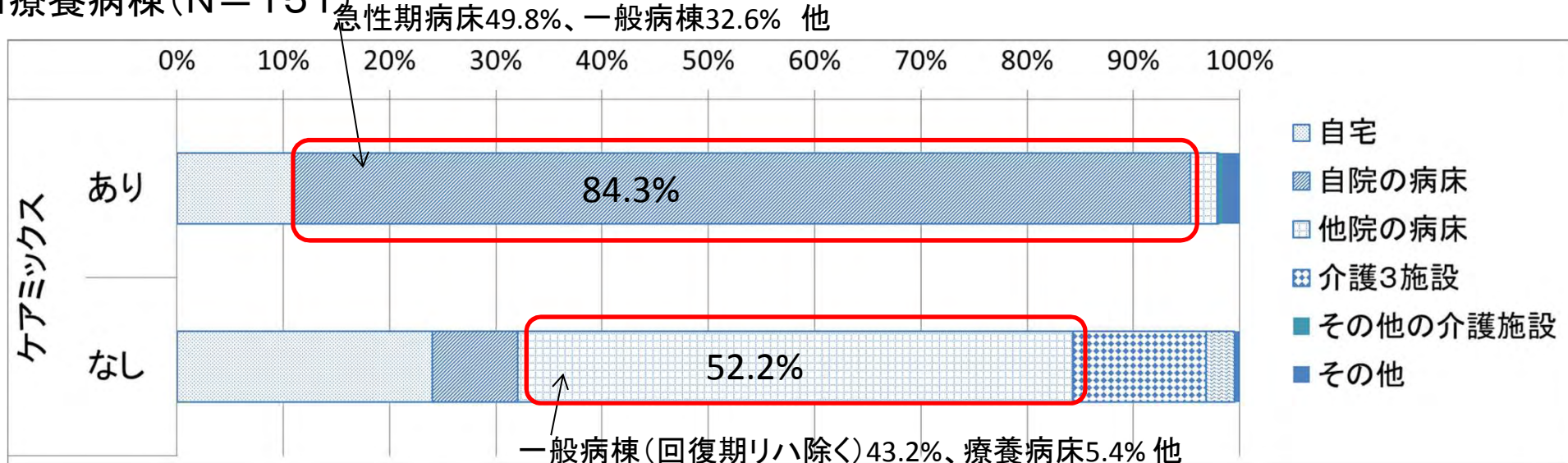
診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 6

- 一般病棟は、自宅からの入院が多く、次いで自院の病床が多い。
- ケアミックスの療養病棟は、自院の急性期病床等一般病床から、ケアミックスでない療養病棟は、他院の病床、介護保険3施設からの入院が多い。

■ 一般病棟 (N=163)



■ 療養病棟 (N=151)



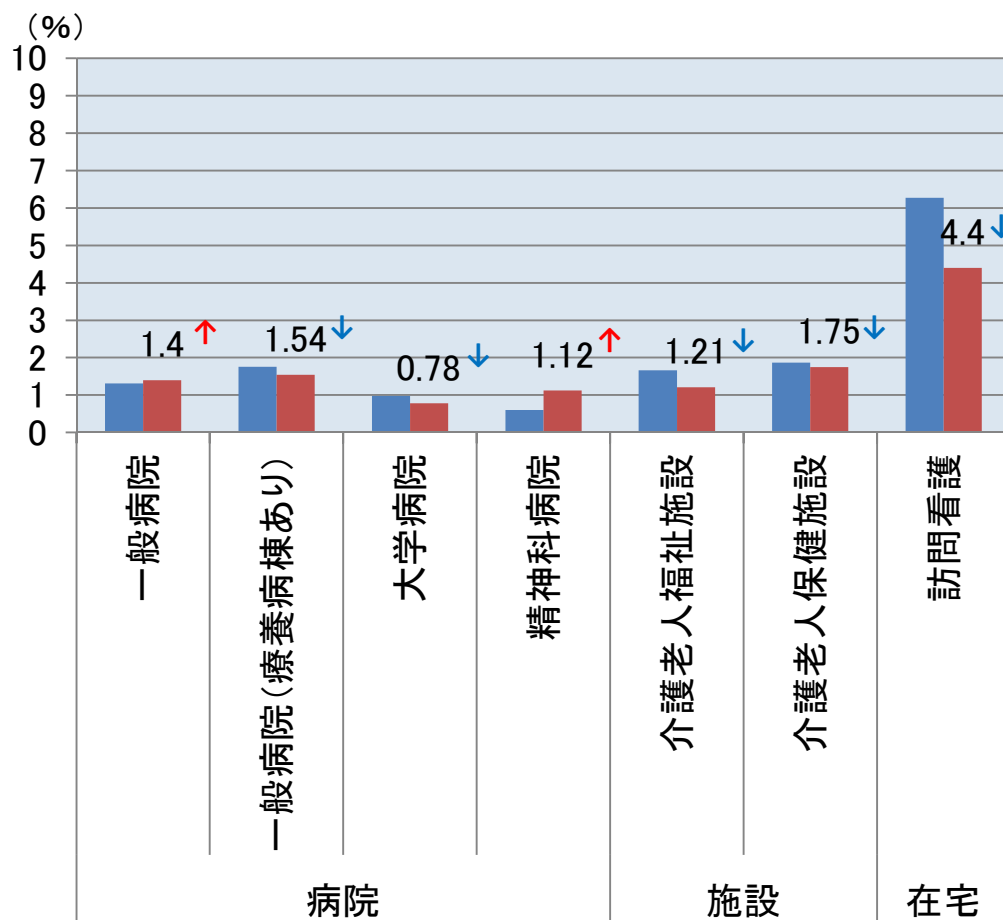
[参考]

院内褥瘡発生率の推移 (日本褥瘡学会調査)

院内褥瘡発生率は、

- 一般病院と精神科病院で増加。
- 療養病棟あり、大学病院、施設、在宅施設、在宅で減少。

診調組 入-1
25.6.26



施設	種類	発生率	
		2006年	2010年
病院	一般病院	1.31 (1.16-1.46)	1.40 (1.32-1.49)
	一般病院(療養病棟あり)	1.76 (1.38-2.13)	1.54 (1.30-1.79)
	大学病院	0.98 (0.81-1.16)	0.78 (0.69-0.86)
	精神科病院	0.60 (0.38-0.82)	1.12 (0.54-1.70)
施設	介護老人福祉施設	1.66 (1.36-1.96)	1.21 (0.86-1.57)
	介護老人保健施設	1.87 (1.60-2.13)	1.75 (1.20-2.30)
在宅	訪問看護	6.27 (4.80-7.75)	4.40 (3.75-5.05)

■ 院内褥瘡発生率 2006年 ■ 院内褥瘡発生率 2010年

[参考]

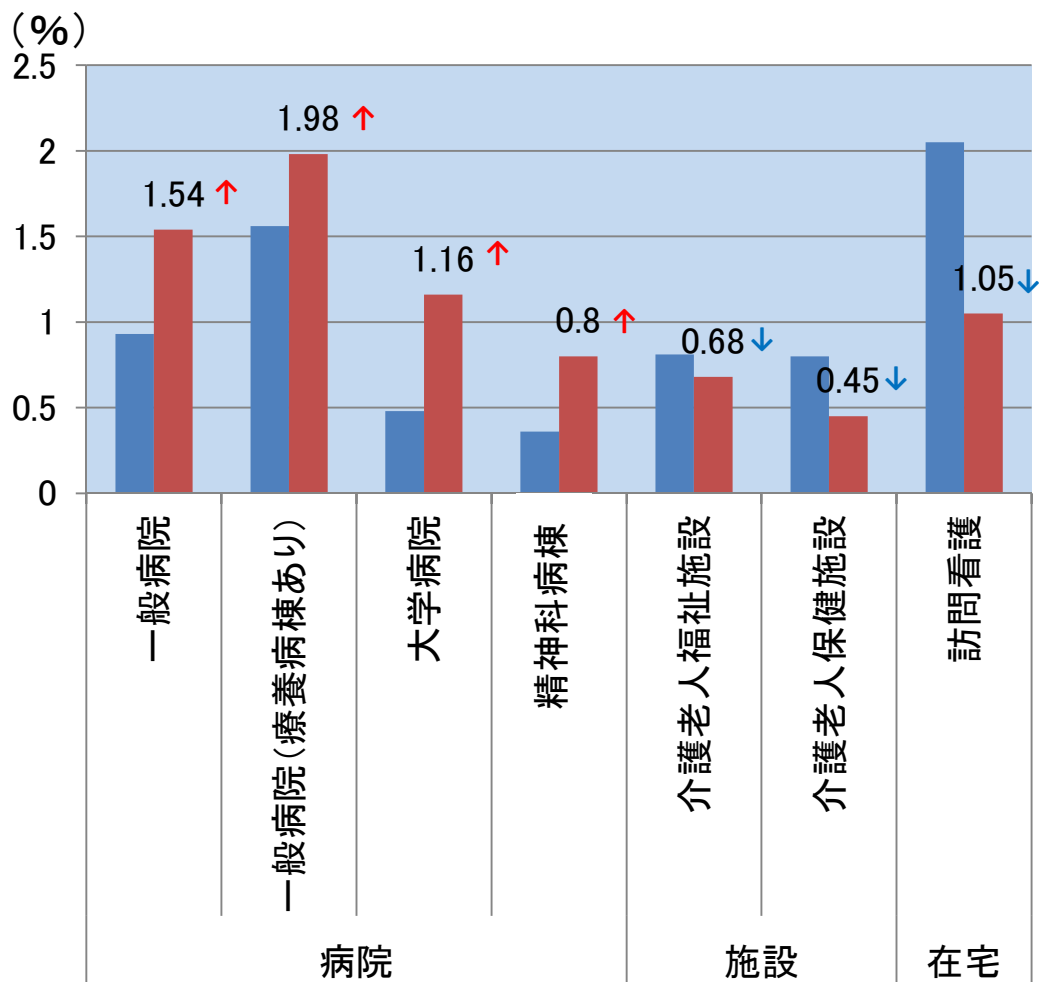
入院時褥瘡保有率の推移

(日本褥瘡学会調査)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 6

入院時褥瘡保有率は、

- 一般病院、療養病棟あり、大学病院、精神科病院で増加。
- 在宅訪問看護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設では、減少。



施設	種類	入院時褥瘡保有率	
		2006年	2010年
病院	一般病院	0.93	1.54
	一般病院(療養病棟あり)	1.56	1.98
	大学病院	0.48	1.16
	精神科病院	0.36	0.8
施設	介護老人福祉施設	0.81	0.68
	介護老人保健施設	0.8	0.45
在宅	訪問看護	2.05	1.05

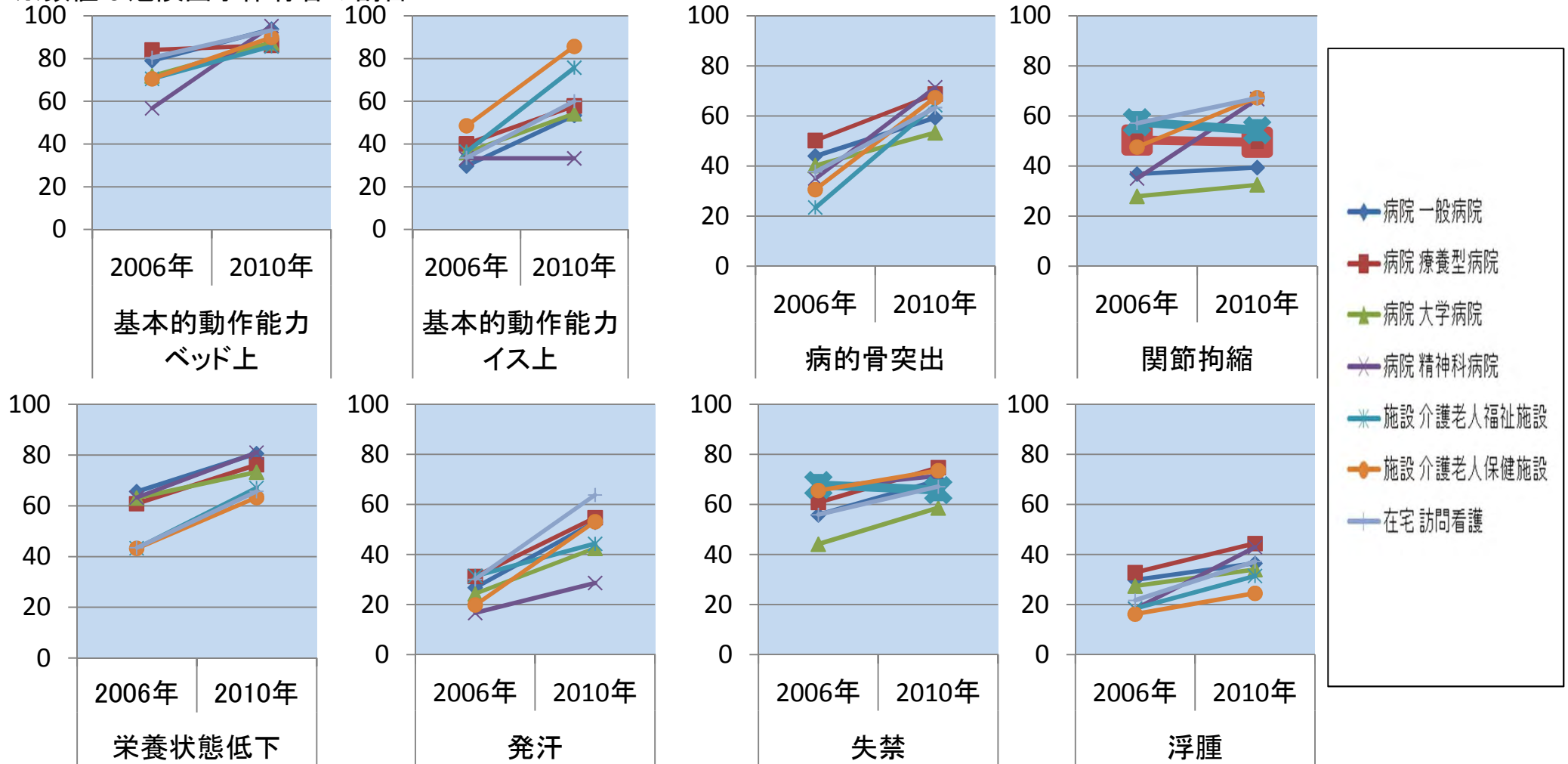
■ 入院時褥瘡保有率 2006年 ■ 入院時褥瘡保有率 2010年

褥瘡危険因子の推移 (日本褥瘡学会調査)

- 褥瘡の危険因子は、施設区分に関わらず、ほとんどの項目において増加。
- 増加要因として、高齢化や病態の重症化が考えられる。

診	調	組	入	-	1
2	5	.	6	.	26

※数値は危険因子保有者の割合%



平成25年度調査

調査項目

【基本的な考え方(平成24年6月27日中医協総会に提示)】

施設基準を新設するなど検証の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要である項目については、平成25年度調査として実施することとし、それ以外の項目について平成24年度調査として実施する。ただし、平成24年度調査についても、改定による効果がより明らかになるように、出来る限り年度後半での調査を実施する。

【平成25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(その2)
- ② 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に係る経過措置の実態

(2) 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

(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(その2)

【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、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を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】(再掲)

- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)における特定除外制度を廃止し、90日を超えた場合
- (1) 平均在院日数の計算対象とした上で、出来高の算定とするか、
 - (2) 療養病棟入院基本料1と同じ評価とし、平均在院日数の対象外とした。

【調査内容案】

- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度廃止の影響調査
- 調査対象: 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)を届出している医療機関
- 調査内容: 入院期間が90日を超える患者(特定除外に該当していた患者を含む)の患者像、患者の割合や退院支援の実施状況等の動向

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

② 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に係る経過措置の実態

【附帯意見9】

以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

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に係る経過措置。

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

【関係する改定内容】

一般病棟における7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、重症度・看護必要度)の見直し
(平成26年3月31日まで経過措置)

【調査内容案】

一般病棟入院基本料(7対1)に関する経過措置に係る調査

調査対象:平成24年3月31日まで一般病棟入院基本料(7対1)を届出していた医療機関のうち、現時
点で経過措置により7対1を届出している医療機関

調査内容:経過措置の算定状況、経過措置の理由等

(2) 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

【附帯意見12】

平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- ①金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が高い医療機関について、土曜日、日曜日に算定された一部の入院基本料の評価の見直し
- ②正午までに退院した患者の割合が高い医療機関について退院日に算定された一部の入院基本料の評価の見直し
- ③紹介率・逆紹介率の低い特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料の適正な評価(選定療養の併用)(平成25年4月1日から導入)

【調査内容案】

- ①土曜日・日曜日の入院基本料や退院日の入院基本料の見直しに係る影響調査
調査対象:一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を届出している医療機関
調査内容:曜日別の入退院する者の割合
正午までに退院する患者の割合
土曜・日曜日や退院日等に行っている医療処置等
- ②外来の機能分化に関する調査
調査対象:特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院等
調査内容:算定状況、紹介率・逆紹介率の変化等

入院医療に係る調査の実施について

(平成24年6月27日中医協総会にて承認)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

平成25年度入院医療等における高度急性期・一般急性期・亜急性期、慢性期に関する長期入院等の患者の実態像調査の概要

1. 目的

- ・「平成24年度診療報酬改定における中医協答申(平成24年2月10日)附帯意見」に基づき調査を実施する。
- ・本調査は、一般病棟算定病棟における特定除外制度の見直しによる平均在院日数の変化等の影響、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に係る経過措置について現場の実態を踏まえた検討、平均在院日数の短縮や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化等の検討に資するデータを収集・分析することを目的とする。

2. 調査の種類

- ①一般病棟入院基本料等の見直しについての影響等の調査
一般病棟入院基本料算定病棟における特定除外制度の見直し等について平均在院日数の変化等の影響や実態を把握
- ②一般病棟入院基本料(7対1)に関する経過措置に係る調査
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に係る経過措置について平均在院日数の変化等の影響や実態を把握
- ③入院医療や外来医療の機能分化の推進や適正化に向けた検討に係る調査
土曜・日曜の入院基本料や退院日の入院基本料の見直しに係る影響や外来の機能分化等に関する実態を把握

3. 調査の方法

①調査対象施設

- a. 一般病棟入院基本料等の見直しについての影響等の調査
13対1一般病棟入院基本料、15対1一般病棟入院基本料のいずれかを届出している病院のうち、無作為抽出により900施設を調査対象とした。
- b. 一般病棟入院基本料(7対1)に関する経過措置に係る調査
経過措置7対1一般病棟入院基本料を届出している全病院(197施設)を調査対象とした。
- c. 入院医療や外来医療の機能分化の推進や適正化に向けた検討に係る調査
一般病棟入院基本料を届出している病院、特定機能病院、専門病院、500床以上の地域医療支援病院のうち、無作為抽出により1,700施設を調査対象とした。

②調査の回答者

施設管理者および事務部門の担当者、看護師長

③調査実施期間

平成25年7月1日から7月31日

④回収方法

郵送回収

4. 回収状況 (速報版)

調査票の種類	調査対象施設数	回収施設数(回収率)
一般病棟入院基本料等の見直しについての影響等の調査	900	393 (43.7%)
一般病棟入院基本料(7対1)に関する経過措置に係る調査	197	151 (76.6%)
入院医療や外来医療の機能分化の推進や適正化に向けた検討に係る調査	1,700	823 (48.4%)

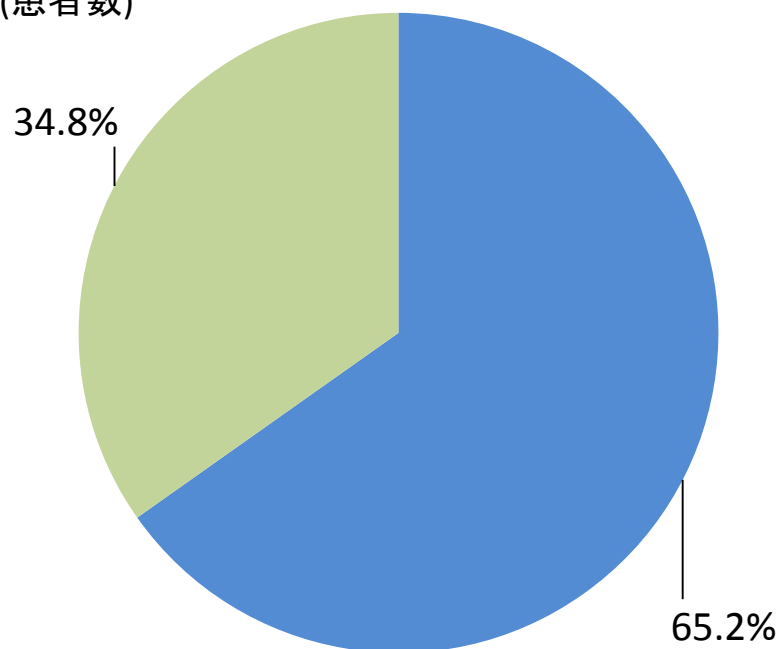
1. 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証

90日を超えて入院している患者の診療報酬の算定状況

診 調 組	入	-	1
2 5 .	9 .	3	0

<13対1一般病棟入院基本料>

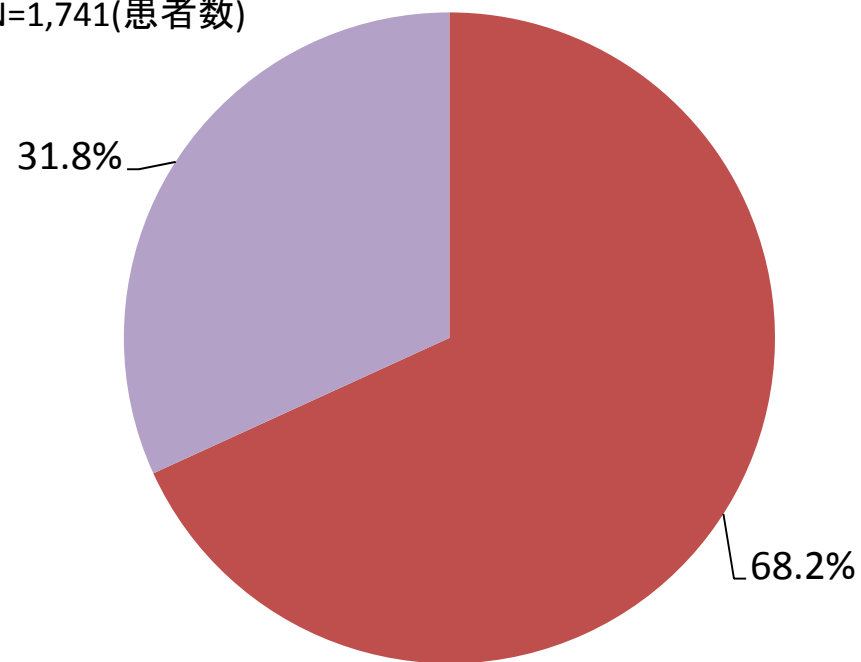
N=296(患者数)



- 引続き一般病棟入院基本料を算定
- 療養病棟入院基本料1と同じ評価で算定

<15対1一般病棟入院基本料>

N=1,741(患者数)



- 引続き一般病棟入院基本料を算定
- 療養病棟入院基本料1と同じ評価で算定

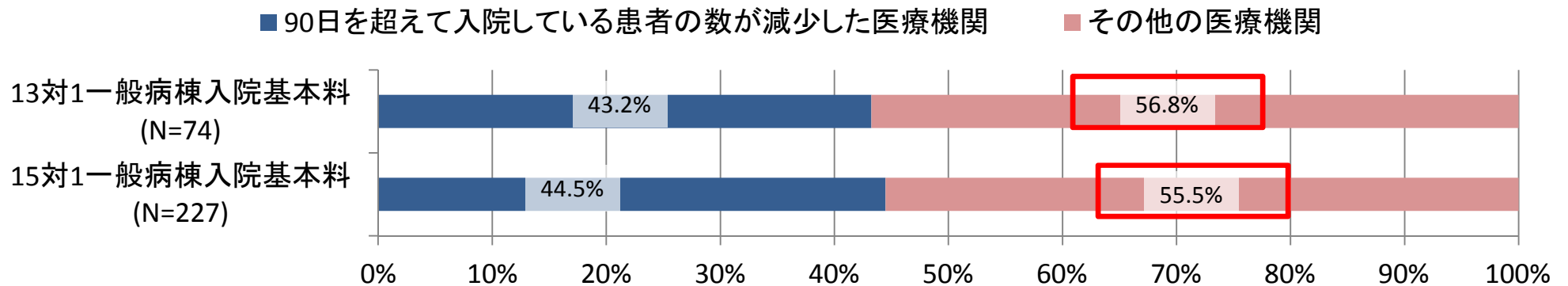
90日を超えて入院している患者の変化

<13対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成25年6月1日
1病棟あたりの90日を超える患者の人数 (N=92病棟)	2.2人/病棟	➔	1.4人/病棟

<15対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成25年6月1日
1病棟あたりの90日を超える患者の人数 (N=285病棟)	5.9人/病棟	➔	5.2人/病棟



90日を超えて入院している患者は、13対1一般病棟入院基本料、15対1一般病棟入院基本料ともに減少傾向にある。また、医療機関の約半数が減少している。

90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別・13対1一般病棟入院基本料)

特定除外項目	平成24年 6月1日 (1病棟あたり)	平成25年 6月1日 (1病棟あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.04人/病棟	0.01人/病棟	-0.02人/病棟
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
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	0.57人/病棟	0.23人/病棟	-0.34人/病棟
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.07人/病棟	0.04人/病棟	-0.02人/病棟
観血的動脈圧測定を実施している状態	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
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)	0.41人/病棟	0.11人/病棟	-0.30人/病棟
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	0.03人/病棟	0.04人/病棟	0.01人/病棟
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.33人/病棟	0.25人/病棟	-0.08人/病棟
人工呼吸器を使用している状態	0.11人/病棟	0.05人/病棟	-0.06人/病棟
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	0.30人/病棟	0.22人/病棟	-0.08人/病棟
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)	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
上記に掲げる状態に準ずる状態にある患者	0.06人/病棟	0.04人/病棟	-0.02人/病棟



90日を超えて入院している患者の数は、ほぼすべての特定除外項目について減少している。

90日を超えて入院している患者の変化 (特定除外項目別・15対1一般病棟入院基本料)

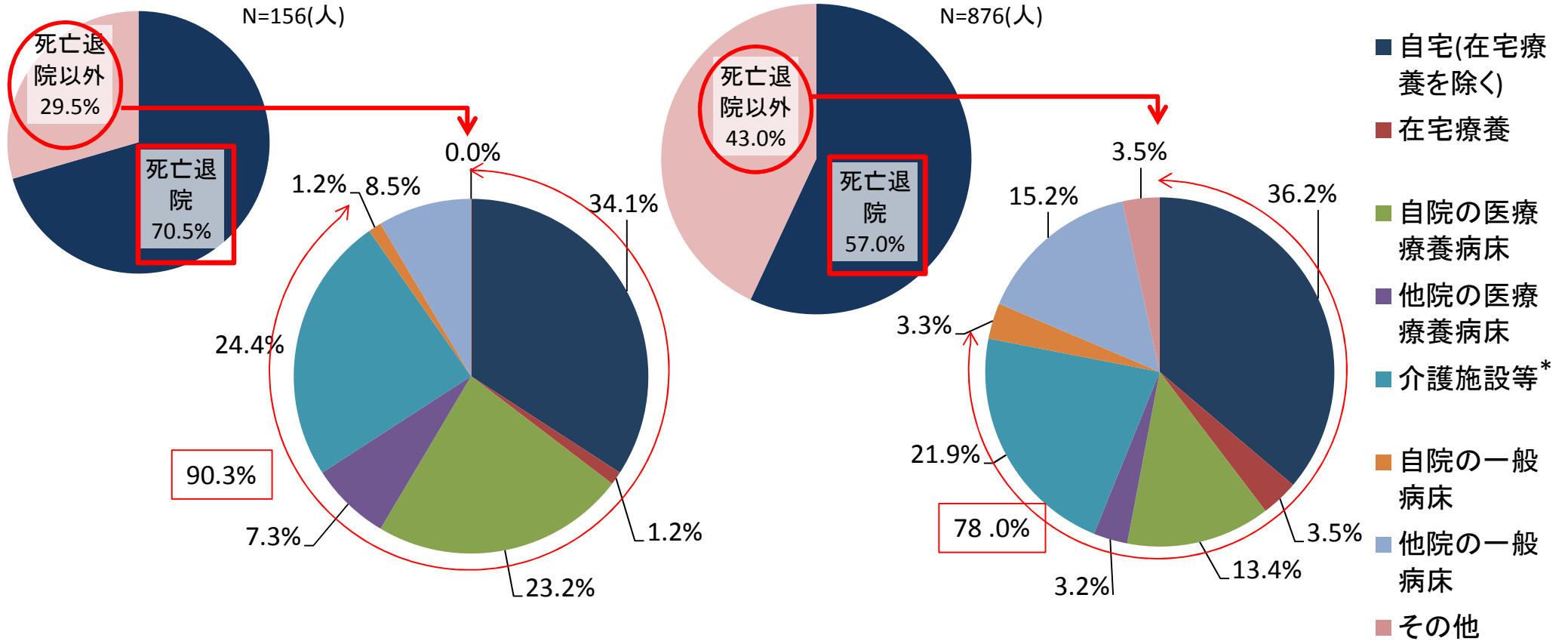
特定除外項目	平成24年 6月1日 (1病棟あたり)	平成25年 6月1日 (1病棟あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.11人/病棟	0.01人/病棟	-0.11人/病棟
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.04人/病棟	0人/病棟	-0.04人/病棟
重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	1.26人/病棟	0.20人/病棟	-1.07人/病棟
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.09人/病棟	0.02人/病棟	-0.07人/病棟
観血的動脈圧測定を実施している状態	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
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)	0.66人/病棟	0.15人/病棟	-0.51人/病棟
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	0.03人/病棟	0.01人/病棟	-0.03人/病棟
頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	0.98人/病棟	0.19人/病棟	-0.79人/病棟
人工呼吸器を使用している状態	0.19人/病棟	0.06人/病棟	-0.13人/病棟
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	0.75人/病棟	0.10人/病棟	-0.66人/病棟
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)	0人/病棟	0人/病棟	0人/病棟
上記に掲げる状態に準ずる状態にある患者	0.27人/病棟	0.05人/病棟	-0.22人/病棟

90日を超えて入院している患者の数は、すべての特定除外項目について減少している。

90日を超えて入院している患者の退棟先

13対1一般病棟入院基本料

15対1一般病棟入院基本料



* 介護施設等とは、介護療養型医療施設、老健施設、特養、グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等を含む。

退棟先の居場所については自宅が最も多い。また、一般病棟以外の自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が13対1一般病棟入院基本料では約90%、15対1では約80%であった。

2. 一般病棟における7対1入院基本料の 算定要件の見直しに係る経過措置

7対1入院基本料(経過措置)を届出している医療機関の動向

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

【調査概要】

調査対象：平成24年4月1日時点で7対1入院基本料(経過措置)を届出していた197医療機関のうち、届出ありの回答があった132医療機関について分析

入院基本料	平成24年4月	平成25年6月
一般病棟7対1入院基本料		44
一般病棟7対1入院基本料(経過措置)	126	77
専門(がん)病院7対1入院基本料		1
専門(がん)病院7対1入院基本料(経過措置)	1	1
特定機能病院7対1入院基本料		3
特定機能病院7対1入院基本料(経過措置)	5	2
一般病棟10対1入院基本料		4

出典：平成25年度 入院医療等の調査より

経過措置は132

経過措置は80

(参考)

7対1入院基本料(経過措置)の
実際の届出状況

	医療機関数
平成24年4月1日	197
平成25年9月1日	113

出典：保険局医療課調べ

○ 平成24年4月1日に7対1入院基本料(経過措置)を届出していた132は、平成25年6月には80に減少した。

7対1入院基本料(経過措置)を届出している医療機関の理由

看護配置の状況	全体	平均在院日数が「18日以内」の基準を満たしていない	重症度・看護必要度基準を満たす患者の割合が「1割5分以上」の基準を満たしていない	平均在院日数と看護必要度のどちらの基準も満たしていない(再掲)
全体	80	18	48	2

- 平成25年6月に7対1入院基本料(経過措置)となった80医療機関が7対1入院基本料(経過措置)を届出している理由は、「重症度・看護必要度基準を満たす患者割合が1割5分以上を満たしていない」が多く、48医療機関であった。

7対1入院基本料の施設基準を満たせない理由

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

7対1入院基本料の施設基準を満たせない理由等	施設数	割合
全体	80	100%
救急自動車で搬入される救急患者の割合が低い	22	27.5%
専門医が少ないので重症患者を多く受け入れられない	20	25.0%
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	18	22.5%
十分な設備等がないので重症患者を多く受け入れられない	10	12.5%
重症患者はICUやHCUに入院しており 一般病棟には重症患者が多く入院していない	5	6.3%
連携している医療機関や介護施設等が少なく退院先を決めるのに時間がかかる	3	3.8%
退院支援の院内体制が十分でない	2	2.5%
その他	19	23.8%

- 7対1入院基本料の施設基準を満たせない理由は、「救急自動車で搬送される救急患者の割合が低い」27.5%、「専門医が少ないので重症患者を多く受け入れられない」25.0%、「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」22.5%、「十分な設備等がないので重症患者を多く受け入れられない」12.5%であった。

7対1入院基本料(経過措置)を届出している医療機関の今後の意向

今後の意向	件数	割合
全体	80	100.0%
平成26年3月31日までに 7対1の入院基本料の施設基準を満たすようにする	50	62.5%
平成26年3月31日までに 10対1の入院基本料に移行する	8	10.0%
平成26年4月1日以降に 10対1の入院基本料に移行する	15	18.8%
その他	7	8.8%

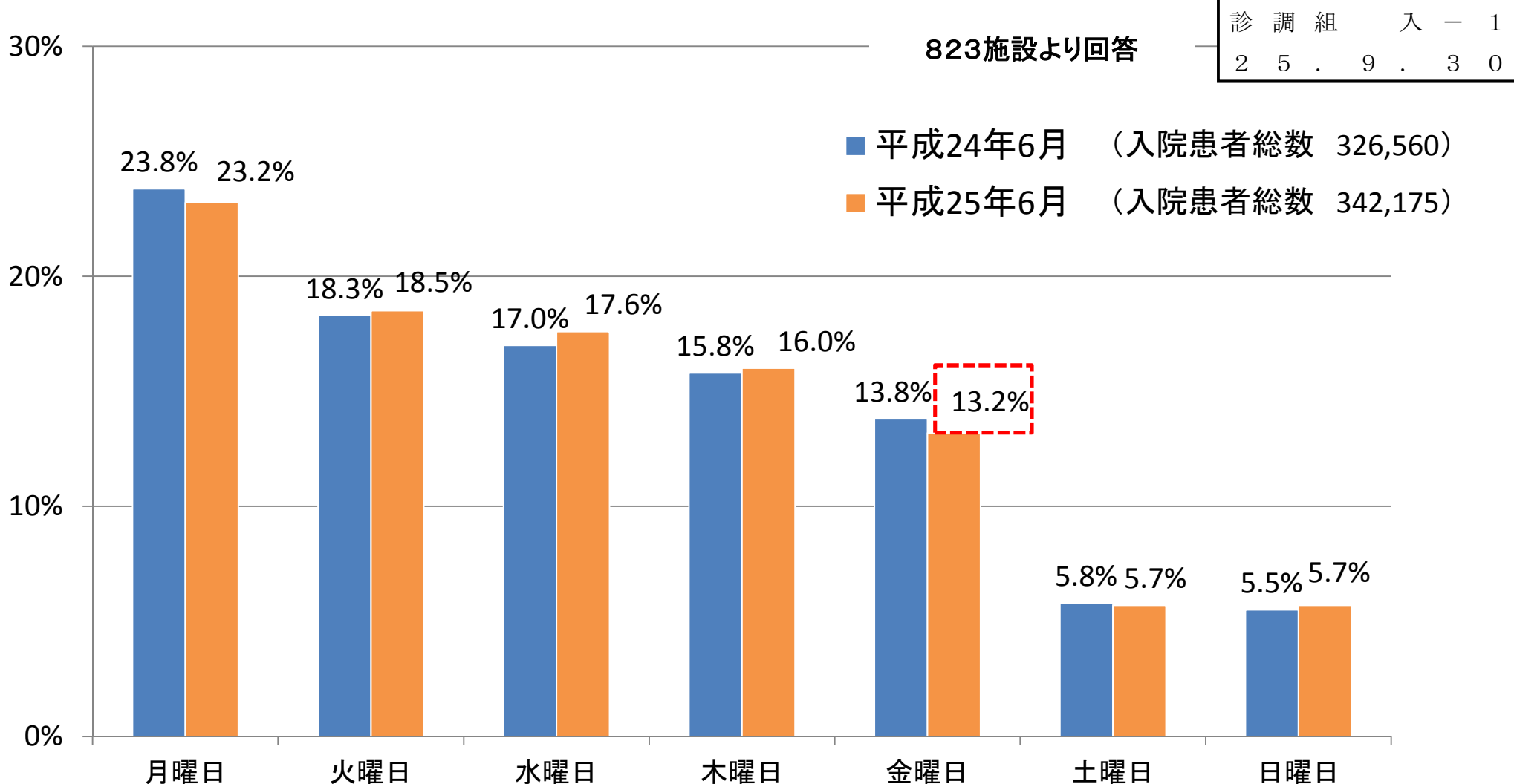
28.8%

○ 7対1入院基本料(経過措置)を利用している80医療機関のうち、平成26年3月31日までに10対1の入院基本料に移行が10.0%、平成26年4月1日以降に10対1の入院基本料に移行が18.8%、合わせて28.8%の医療機関が10対1入院基本料へ移行する予定としており、62.5%の医療機関は7対1入院基本料の施設基準を満たすようにするという意向である。

3. 入院医療や外来診療の機能分化の推進や 適正化に向けた検討

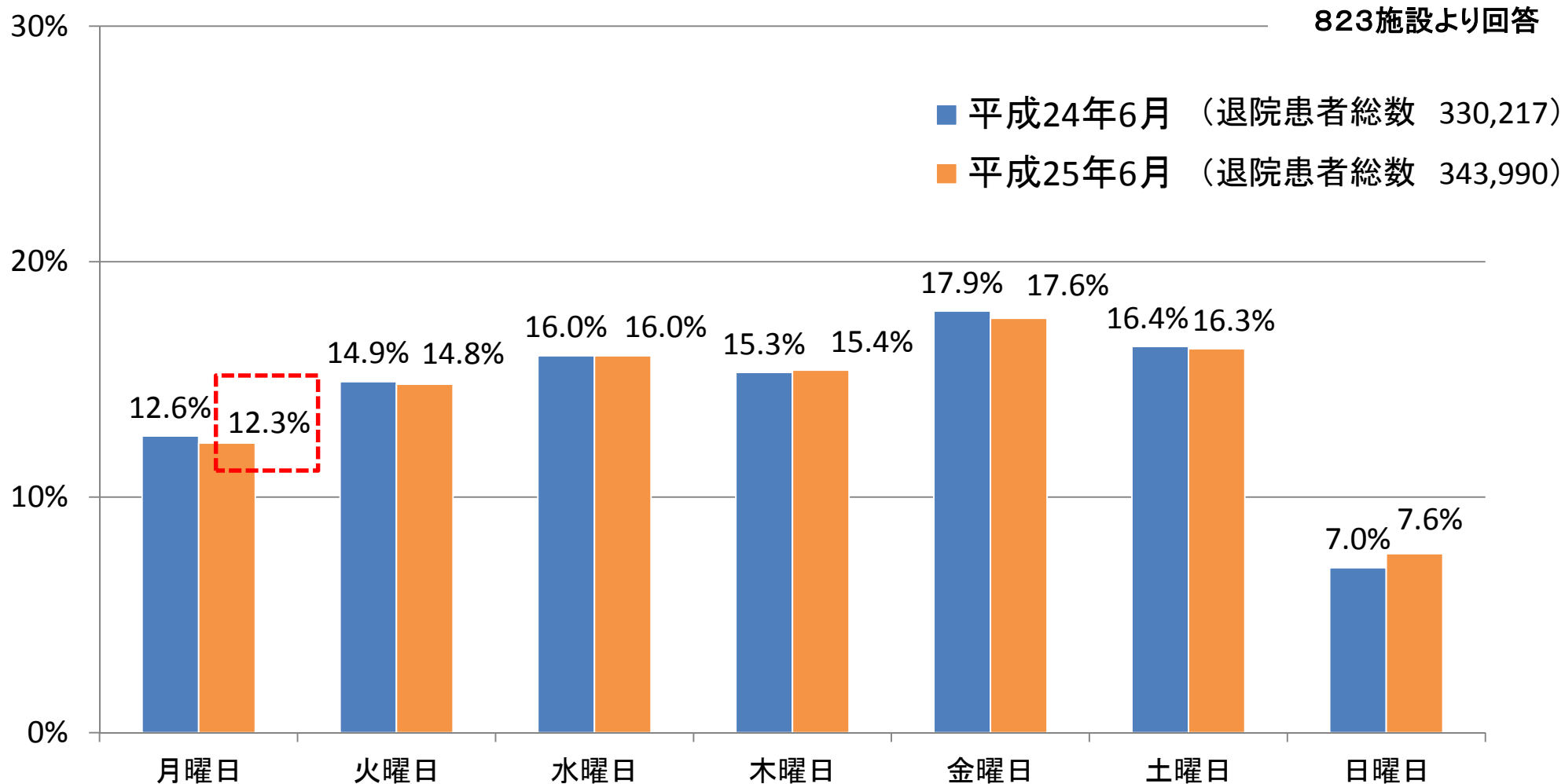
- (1) 入院医療の適正化に向けた検討
- (2) 外来の機能分化の推進

1ヶ月間(調査対象期間:平成24年6月、平成25年6月)の曜日別入院患者数の割合



金曜日入院は入院患者数に対して約13%。
診療報酬の見直し前後で変化はみられなかった。

1ヶ月間(調査対象期間:平成24年6月、平成25年6月)の曜日別退院患者数の割合



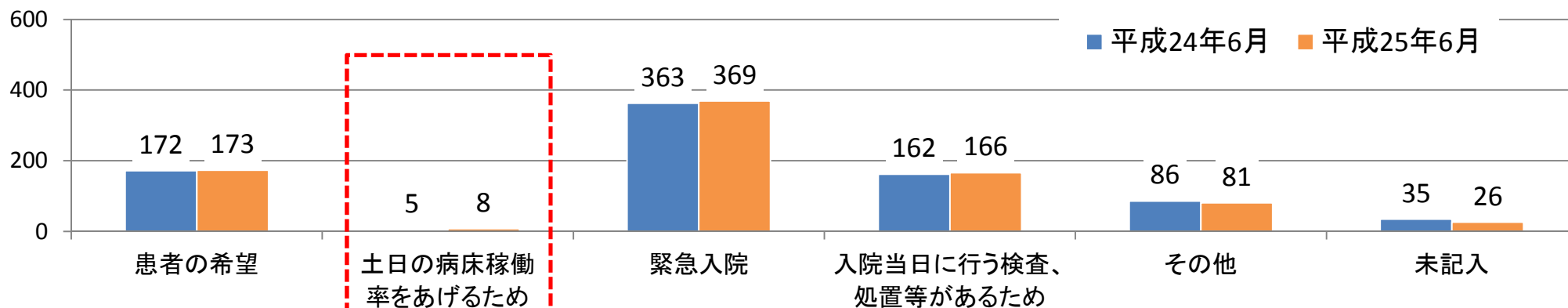
月曜日退院は退院患者数に対して約12%。
診療報酬の見直し前後で大きな傾向の変化はみられなかった。

金曜日入院・月曜日退院の最も多い理由

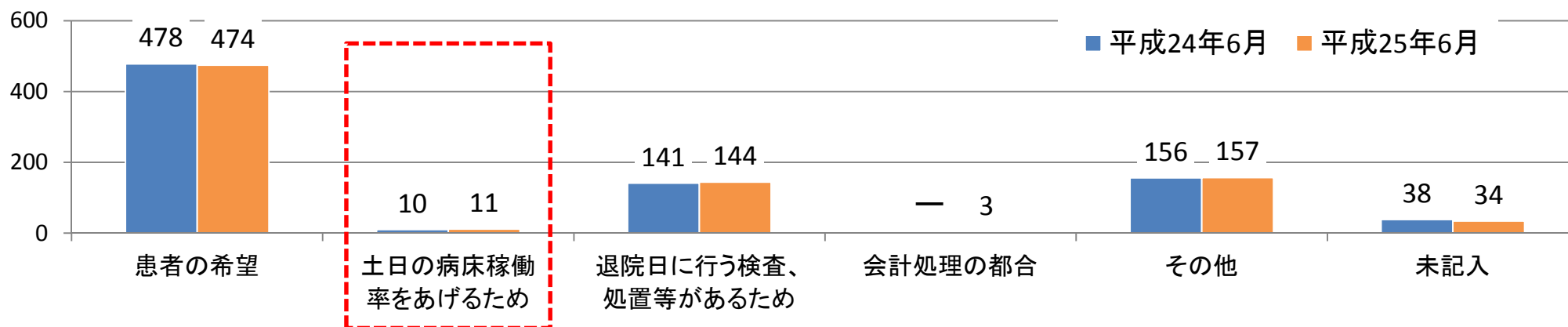
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

N(施設)=823

金曜日入院の最も多い理由



月曜日退院の最も多い理由



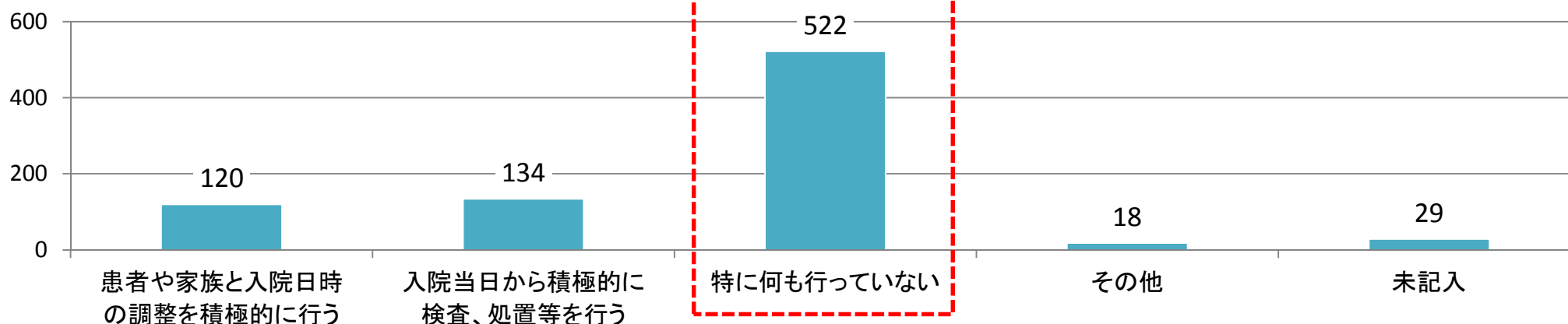
金曜日入院、月曜日退院の理由について、ともに「土日の病床稼働率をあげるため」は少なかった。

金曜日入院・月曜日退院を減らすために新たに行った取組

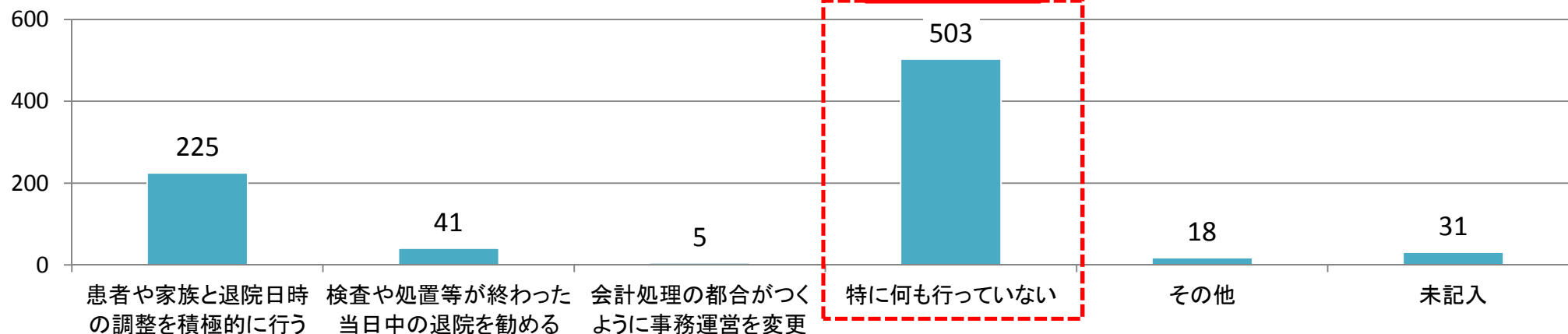
(改) 診調組 入-1
25.9.30

N(施設)=823

金曜日入院を減らすための取組



月曜日退院を減らすための取組



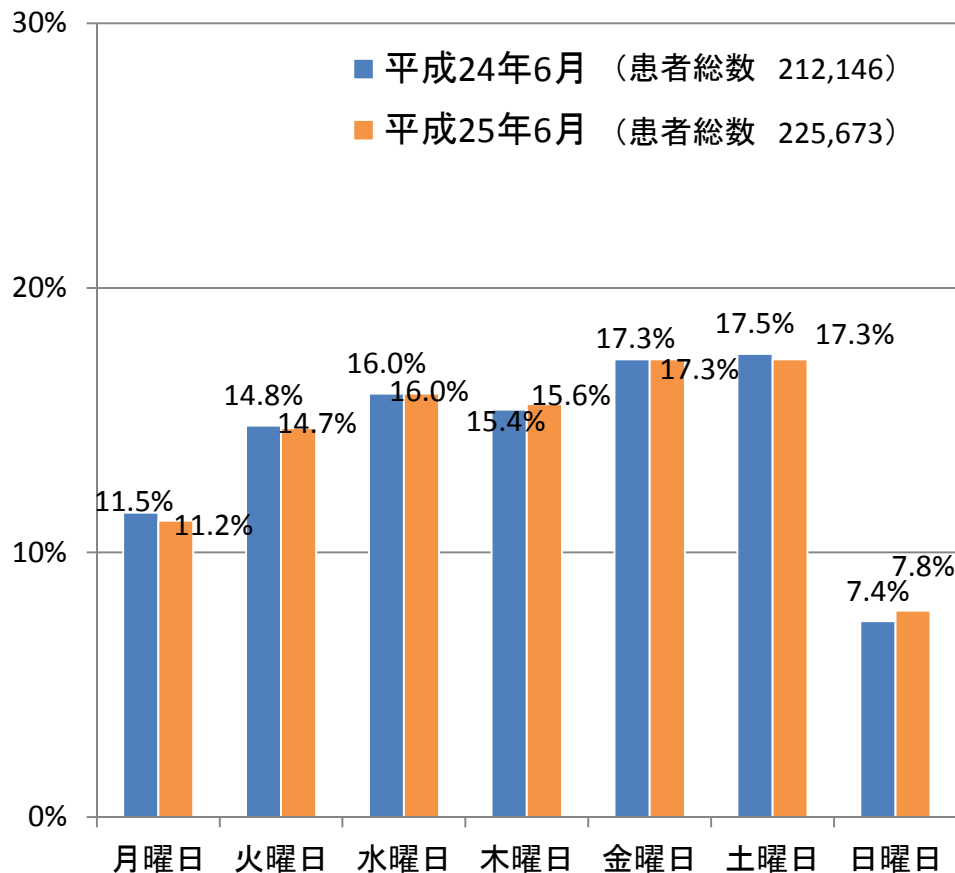
金曜日入院、月曜日退院を減らすための取組は、ともに「特に何も行ってない」と回答した医療機関が最も多かった。

退院患者数に占める正午までの退院患者の割合等

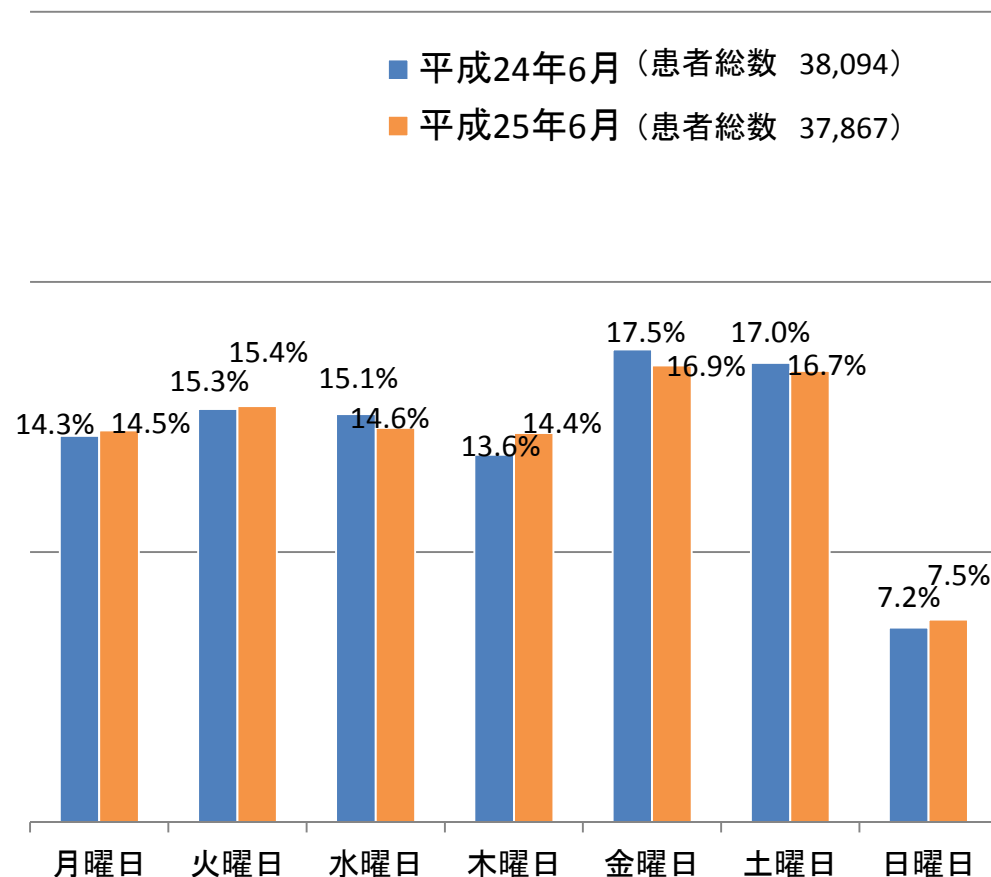
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

823施設より回答

退院患者数のうち、正午までに退院した患者数の曜日別割合



退院患者数のうち、30日以上入院していた患者数の曜日別割合



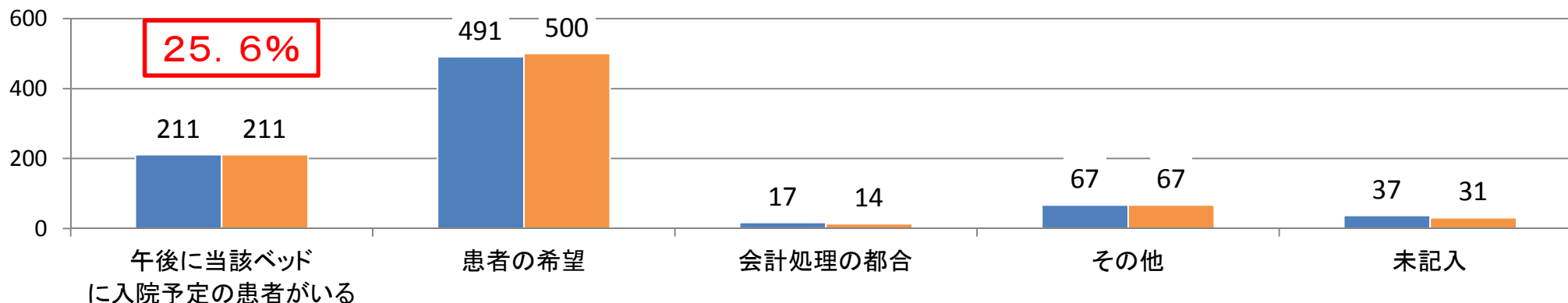
正午までに退院した患者の曜日別割合は7～18%、30日以上入院患者の曜日別割合は7～18%であった。

正午までに退院した最も多い理由と新たに行った取組

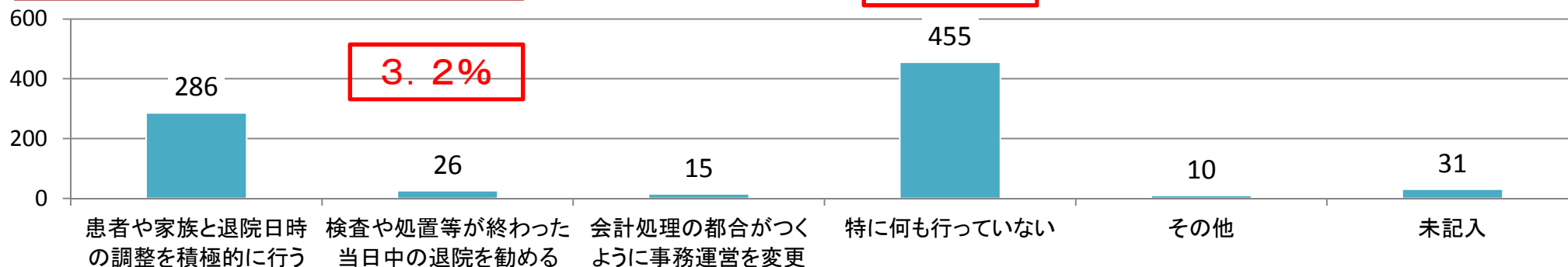
(改) 診調組 入-1
25.9.30

正午までに退院した最も多い理由

N(施設)=823



正午までの退院に対する取組



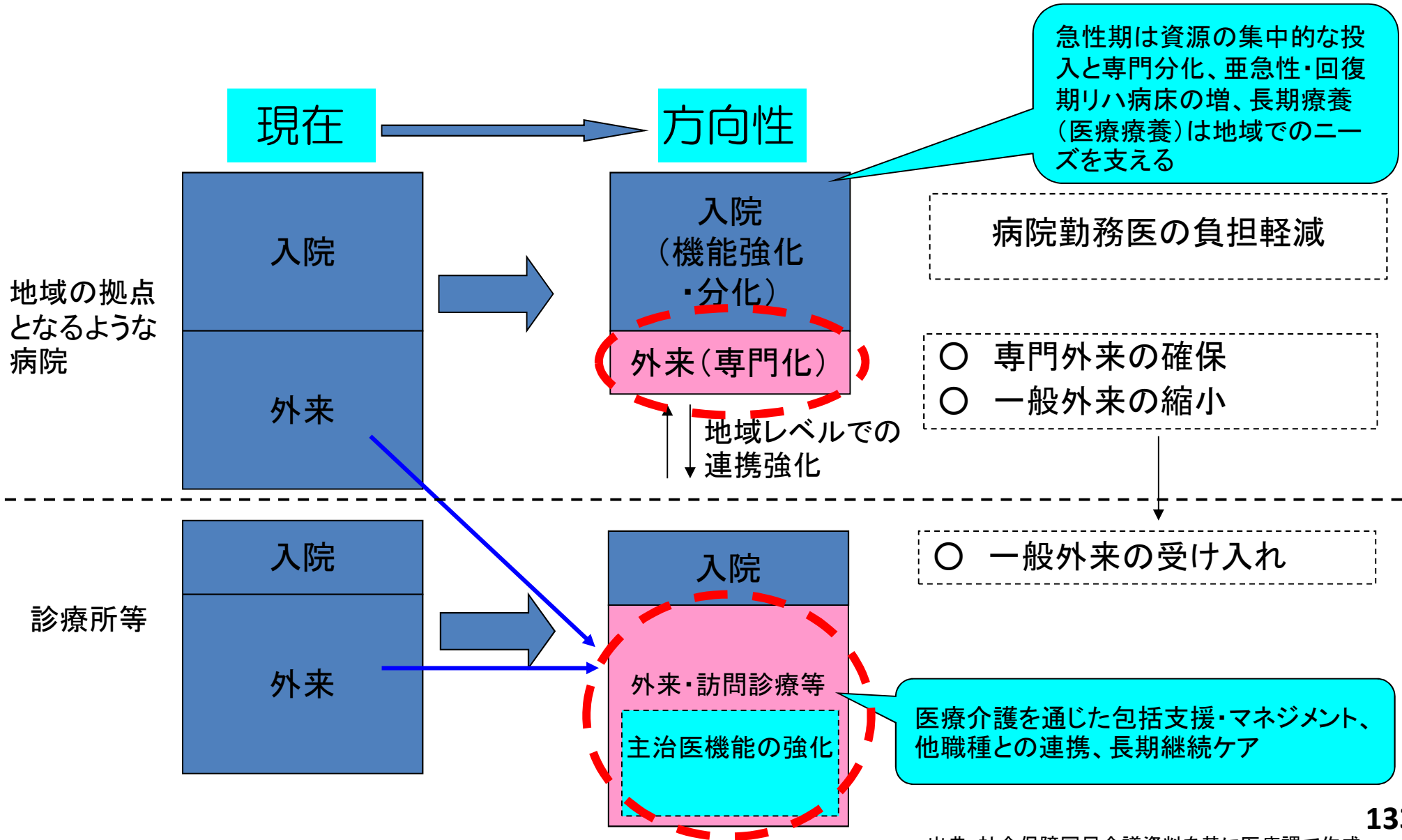
正午までに退院した最も多い理由は「患者の希望」である一方、「午後(午後)に当該ベッドに入院予定の患者がいる」も一定程度みられた。正午までの退院に対する取組は「特に何も行っていない」が最も多く、「検査や処置等が終わった当日中の退院を勧める」の回答は少なかった。

3. 入院医療や外来診療の機能分化や適正化に向けた検討

- (1) 入院医療の適正化に向けた検討
- (2) 外来の機能分化の推進

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3
23.11.30



対象となった医療機関の有無

報告基準

<平成24年度について>

- ① 平成23年度(平成23年4月～平成24年3月)の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院
→ 平成24年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行う
- ② ①の場合であっても、平成24年度(平成24年4月～平成25年3月)の連続する6か月間の実績が基準を上回る場合には紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。
→ 平成25年4月1日までに地方厚生(支)局に報告を行う → 初診料等の減算はなし

報告実績

<平成24年度について>

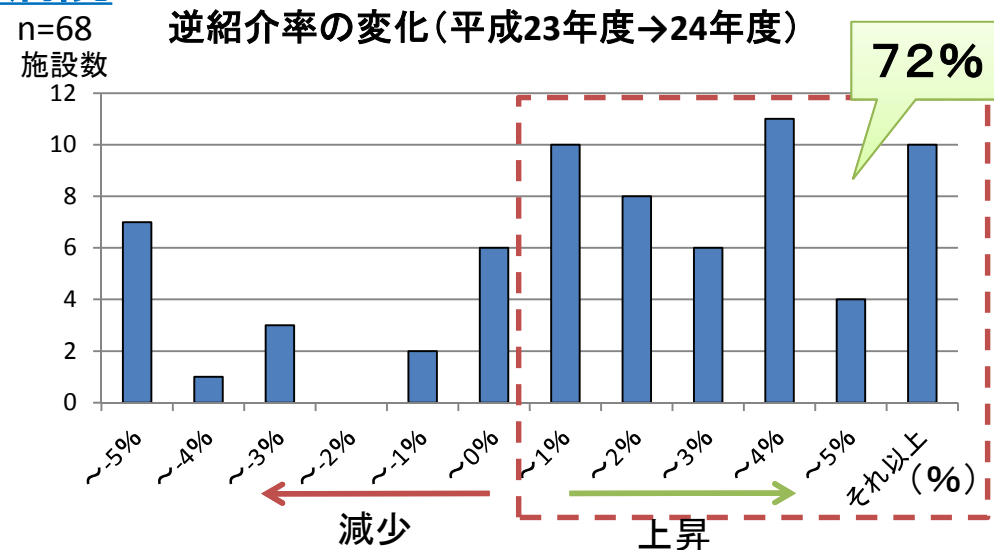
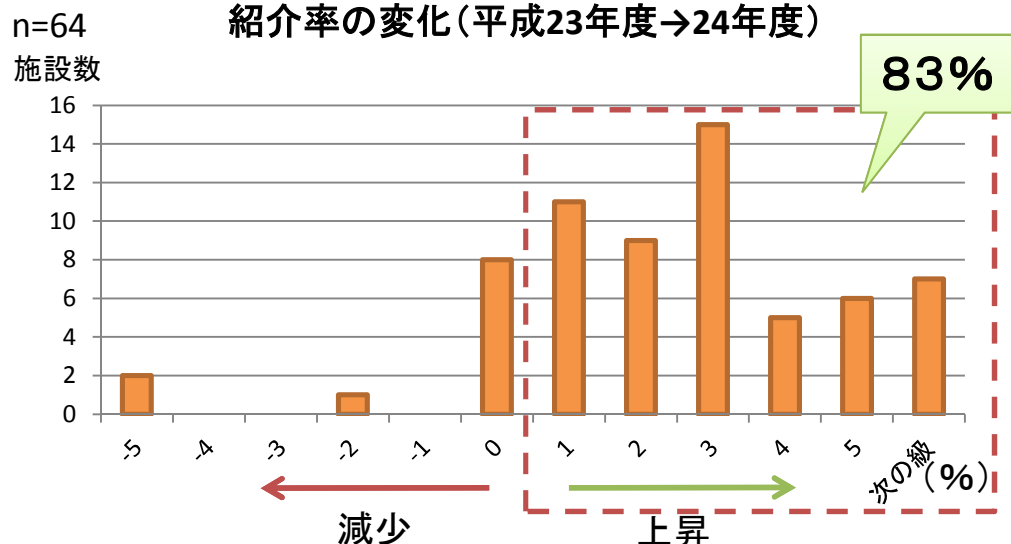
- ①「前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院」に該当する保険医療機関からの報告は2件。
- ② ただし、2医療機関とも、H24年度の連続する6か月間の実績が基準を上回った。

対象となった医療機関はなかった

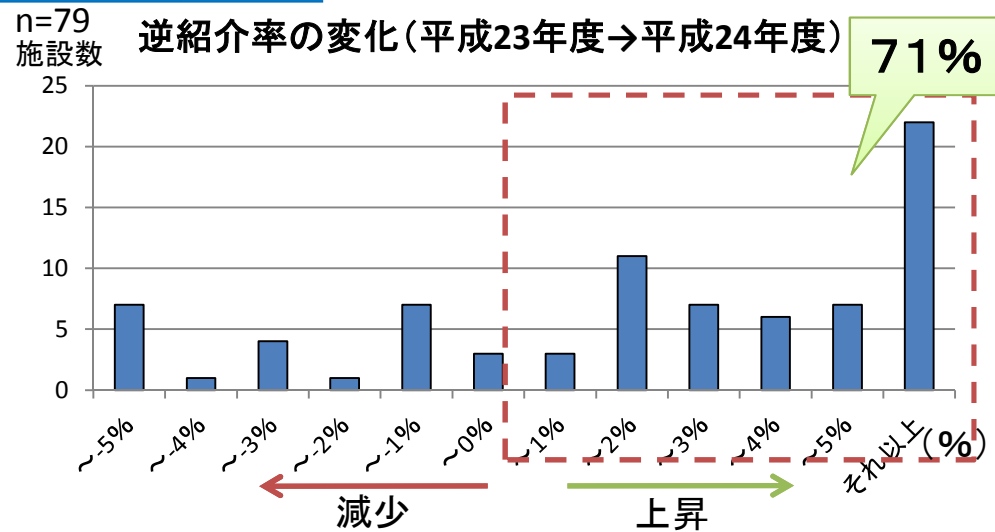
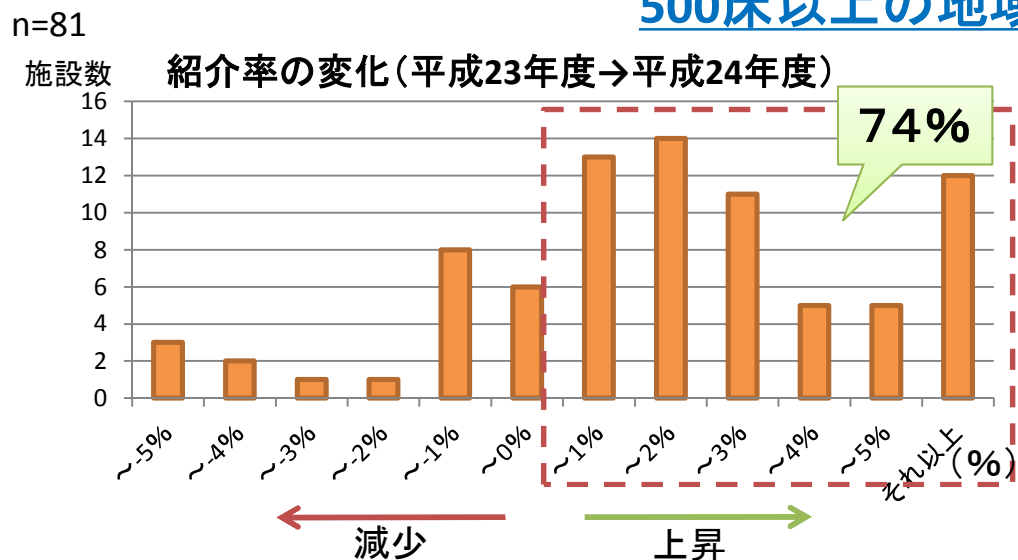
紹介率と逆紹介率の変化(平成23年度⇒平成24年度)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

特定機能病院



500床以上の地域医療支援病院

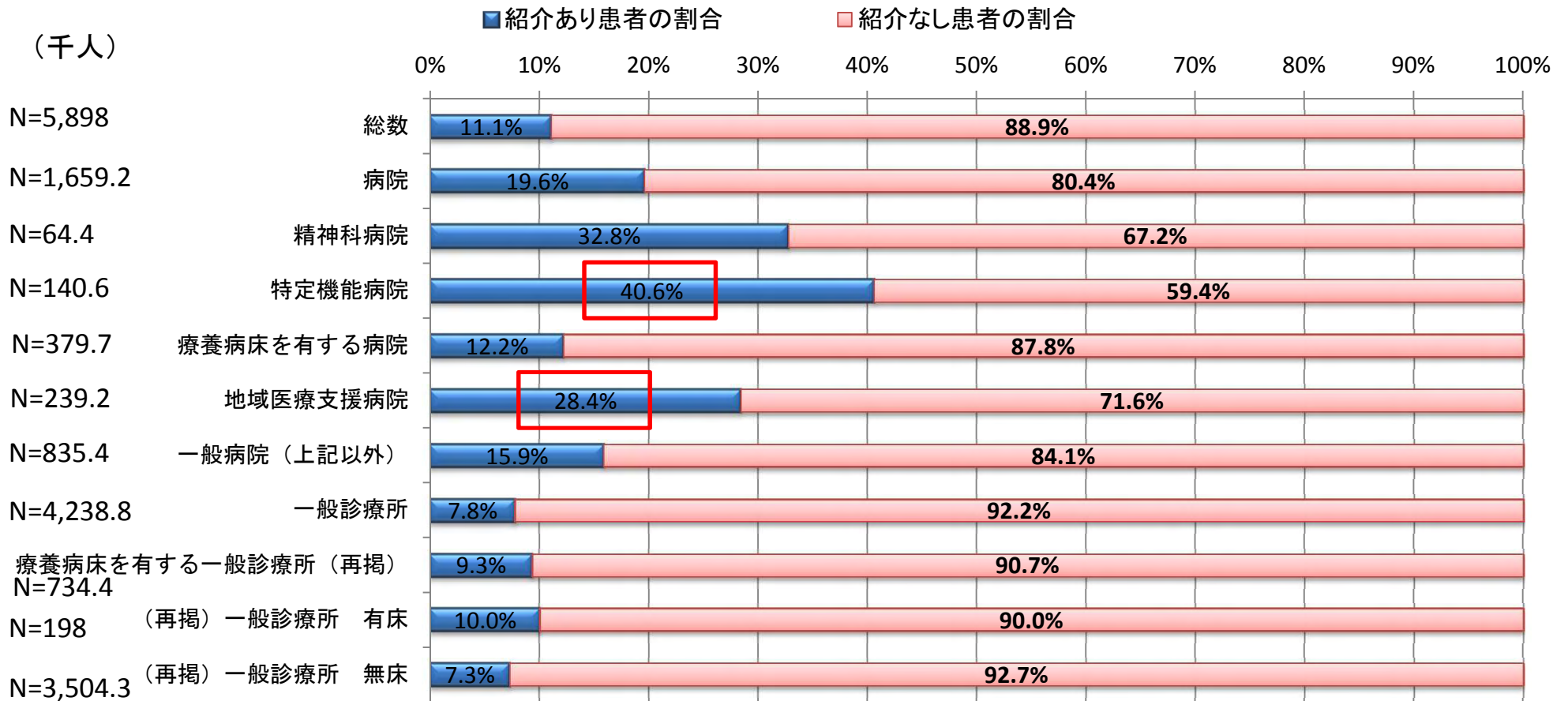


平成23年度に比べ、平成24年度の方が紹介率、逆紹介率は上昇傾向にあった

(注)平成24年度と23年度の紹介率、逆紹介率の差としている

施設の種別の紹介あり患者の状況(外来)

外来



紹介あり患者の割合: 外来患者総数のうち、紹介あり(病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から)と答えた患者の割合

外来においては、特定機能病院や地域医療支援病院でも紹介率は低い傾向である

紹介率、逆紹介率をあげるための取組と課題

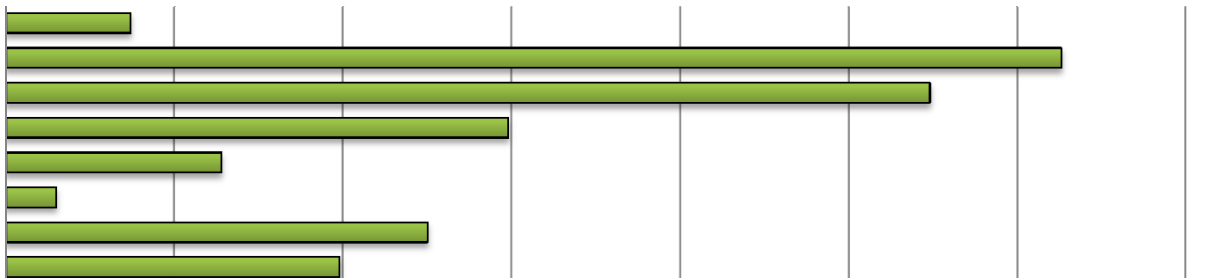
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

平成23年～24年の間に紹介率、逆紹介率をあげるために新たに行った取組

出典：平成25年度 入院医療等の調査より

100 150 200 250 300 350

- 01 選定療養費を増額した(あるいは徴収し始めた)
- 02 地域で広報活動をした
- 03 ほかの医療機関と事前に連携を行うようになった
- 04 紹介状が必要な旨をホームページ等で情報提供した
- 05 逆紹介を行うことがある旨をホームページ等で情報提供した
- 06 紹介状のない患者に対する外来機能を他の関連医療機関に移転した
- 07 患者数が多いため、外来時に積極的に逆紹介の取組を行った
- 08 その他



紹介率をあげるための課題

- 01 選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること
- 02 紹介なし患者に対する選定療養費が低い(あるいは取っていない)こと
- 03 患者数を確保するなど、経営上の理由があること
- 04 地域に連携できる医療機関が少ないこと
- 05 プライマリケアも重点的に行っていること
- 06 外来における医療従事者の負担が大きいわけではなく、特に紹介率をあげる必...
- 07 すでに紹介率が高く、これ以上あげる必要がない
- 08 その他

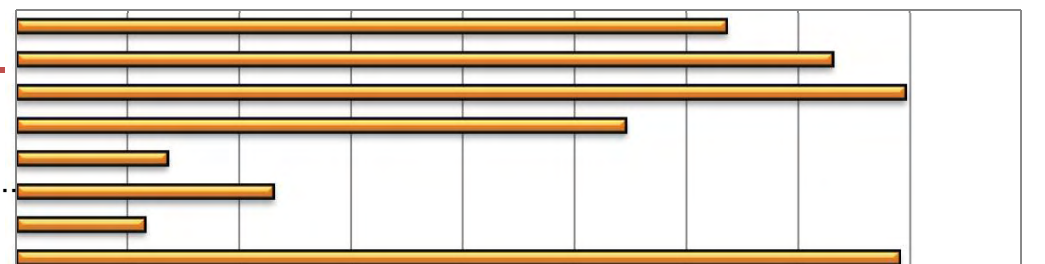
0 50 100 150 200 250 300



逆紹介率をあげるための課題

- 01 患者数を確保するなど、経営上の理由があること
- 02 地域に連携できる医療機関が少ないこと
- 03 医学的に逆紹介できる患者が少ないこと
- 04 逆紹介に対する診療報酬上の評価が十分でないこと
- 05 紹介できなかった患者の再診時の選定療養費が取りづらいこと
- 06 外来における医療従事者の負担が大きいわけではなく、特に逆紹介率をあげる必...
- 07 すでに逆紹介率が高く、これ以上あげる必要がない
- 08 その他

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180



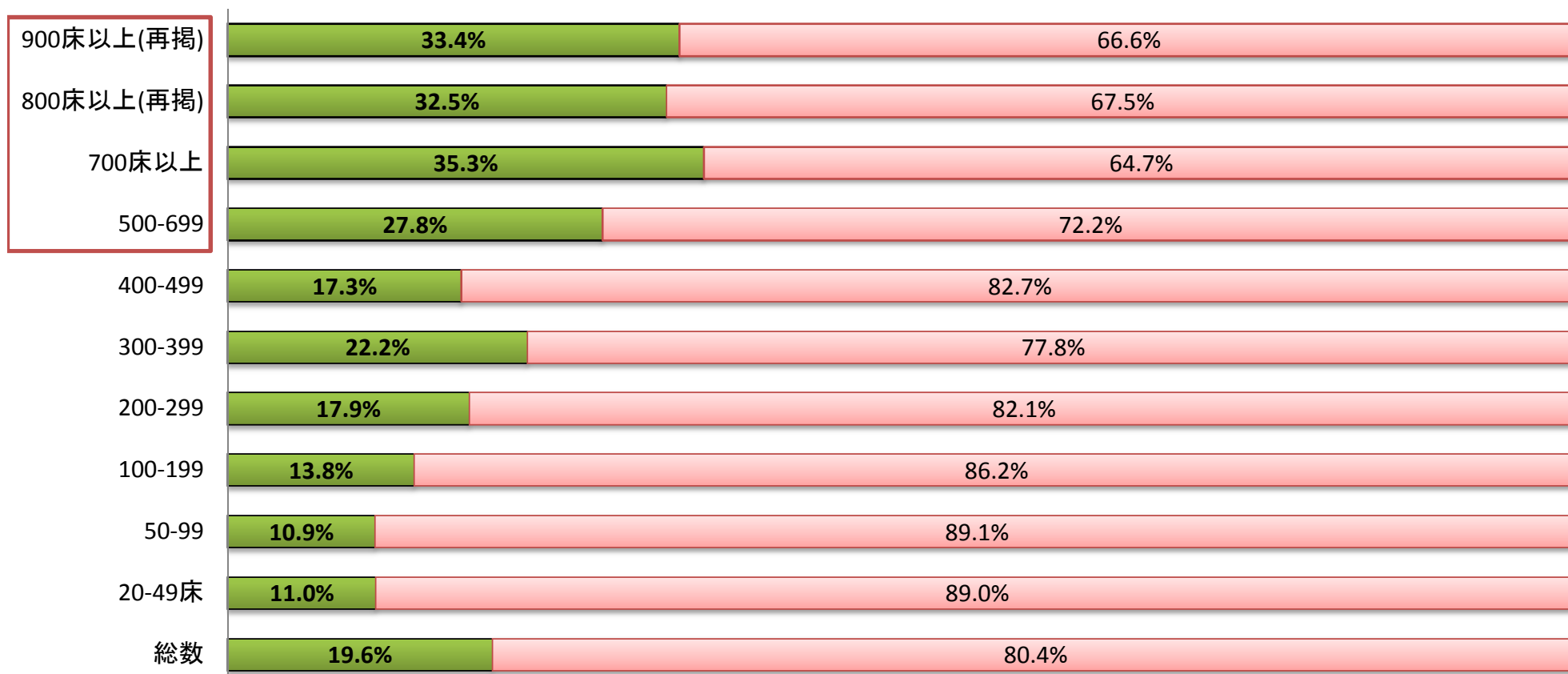
・紹介率をあげるための課題として、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等が考えられる。
 ・逆紹介率をあげるための課題として、医学的に逆紹介できる患者が少ないこと以外にも、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」等が考えられ、逆紹介率を上げる取り組みが重要であると考えられる。

病床規模別の紹介率の状況(外来)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

病院(外来)

■ 紹介あり患者の割合 ■ 紹介なし患者の割合



紹介あり患者の割合: 外来患者総数のうち、紹介あり(病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から)と答えた患者の割合

病床規模が大きくなるほど、紹介率が高くなり、特に500床以上で高くなる傾向がある

注: 宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

出典: 平成23年患者調査

500床以上※及び500床未満の医療機関の紹介率(外来) (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

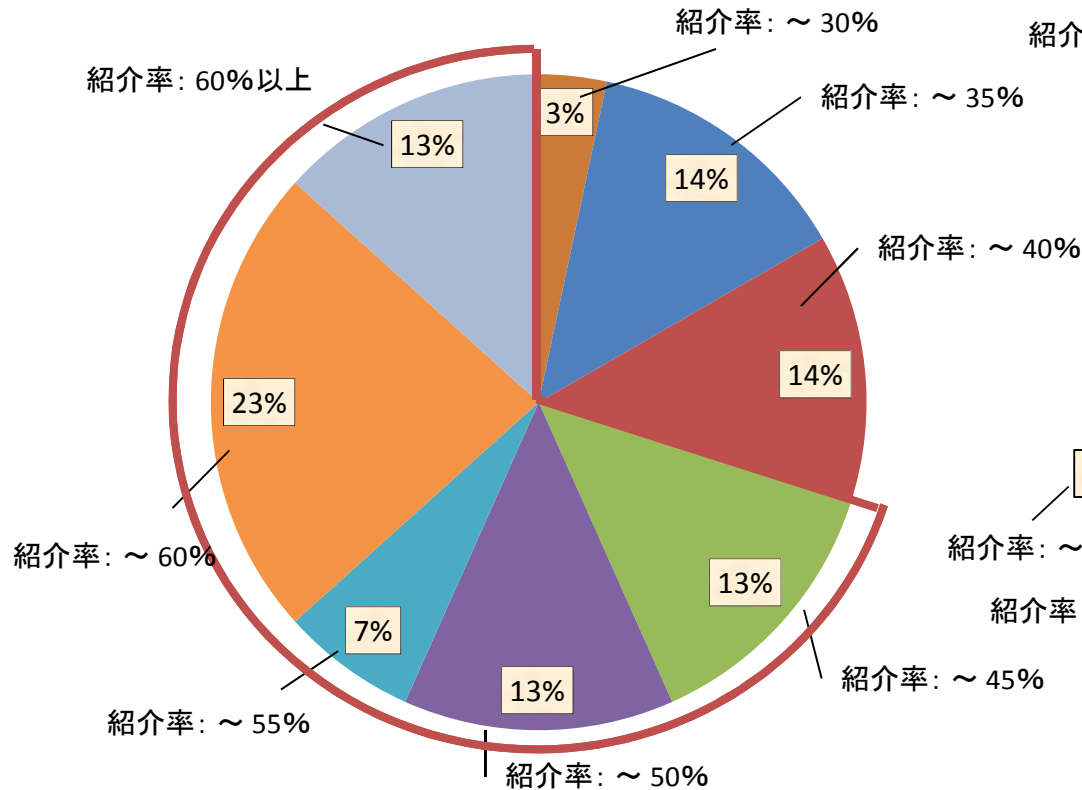
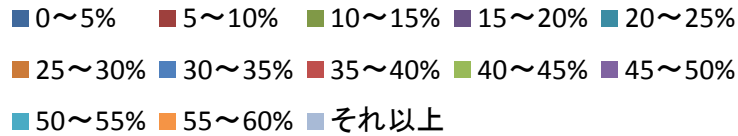
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

N=30

紹介率(500床以上)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>



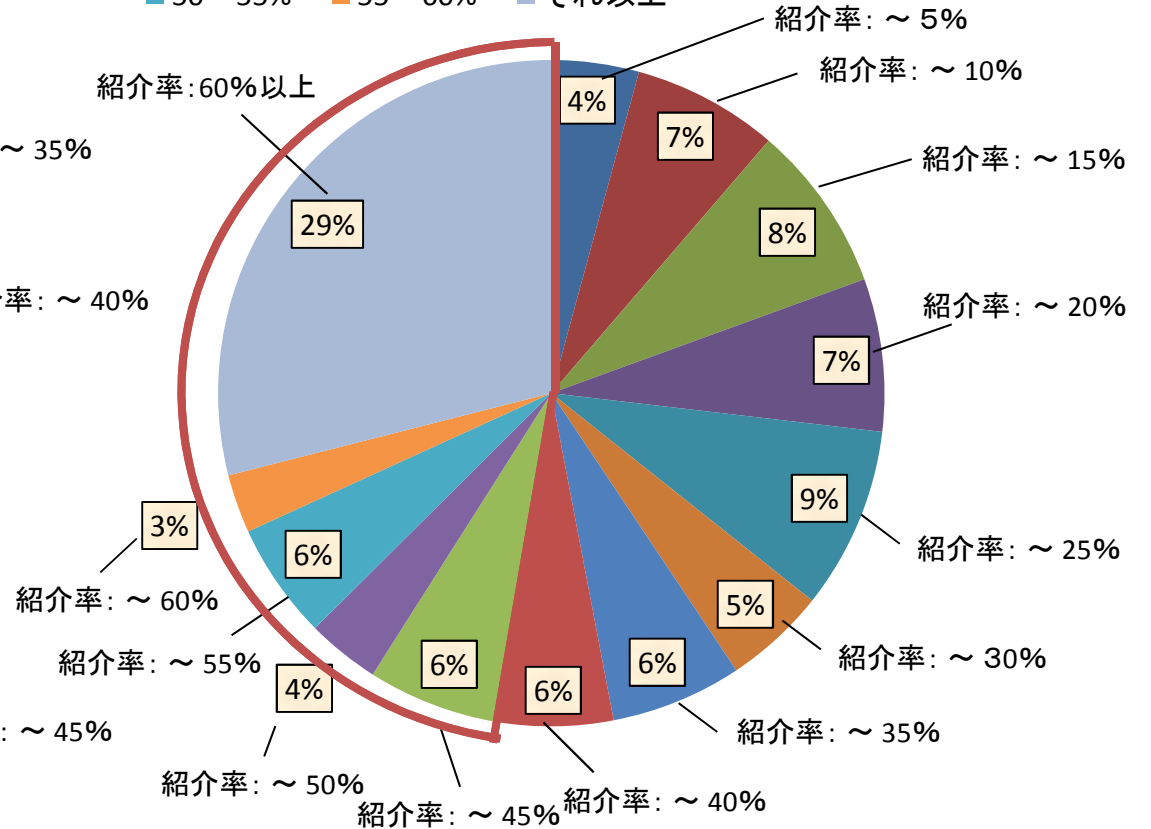
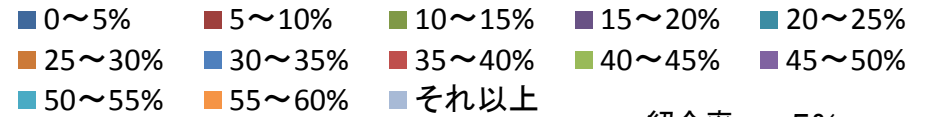
紹介率40%以上 69%

(平均 53.0%)

N=283

紹介率(500床未満)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>



紹介率40%以上 48%

(平均 48.9%)

139

出典:平成25年度 入院医療等の調査より

500床以上※及び500床未満の医療機関の逆紹介率(外来) (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

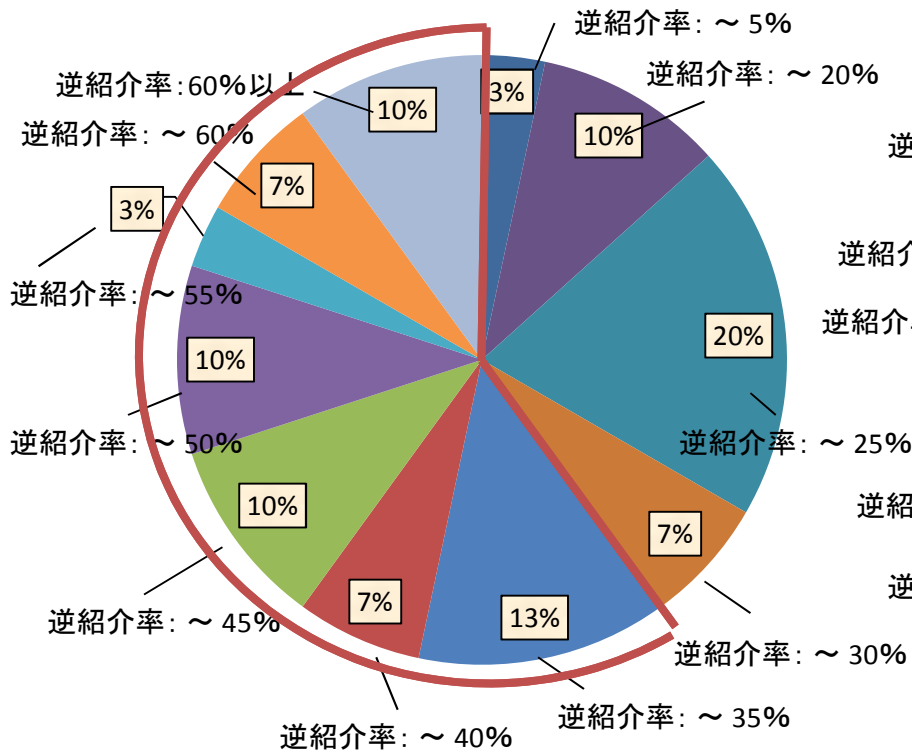
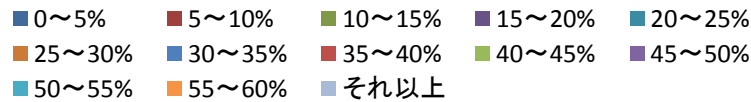
診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

N=30

逆紹介率(500床以上)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>



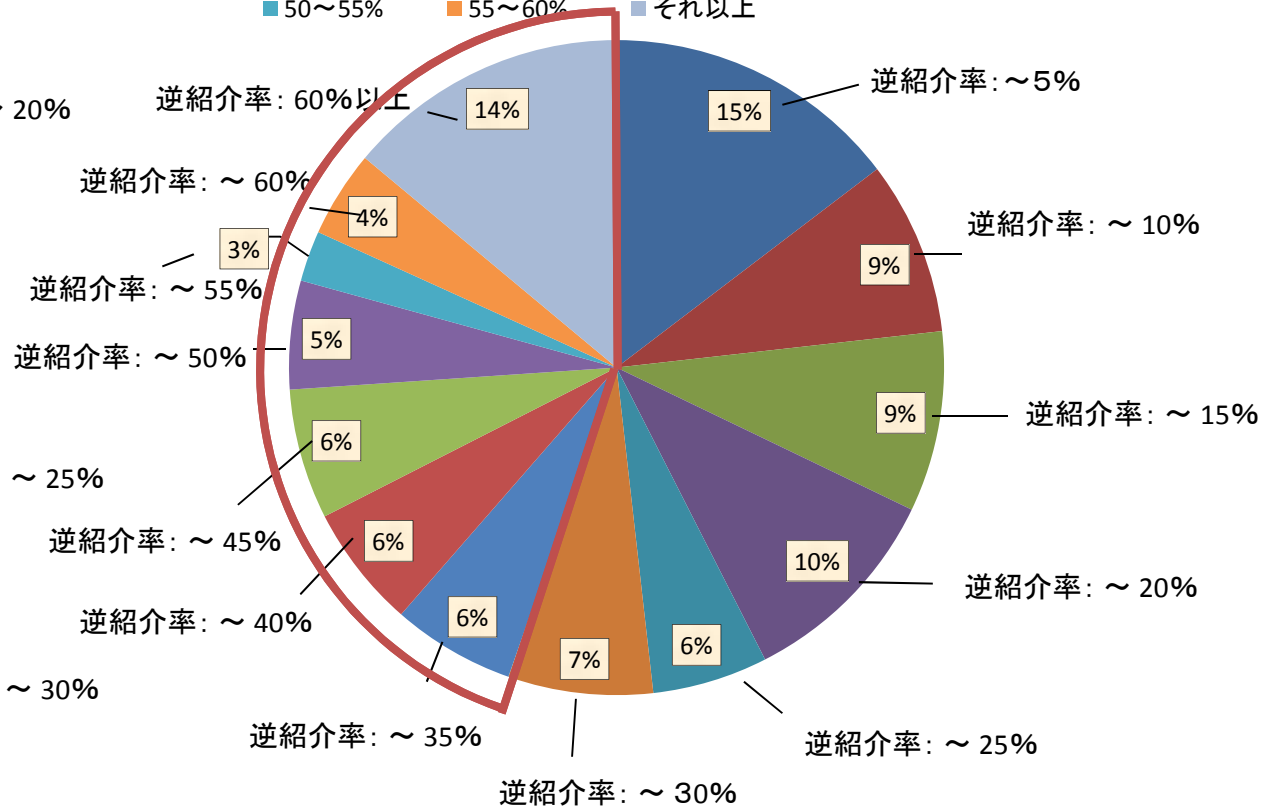
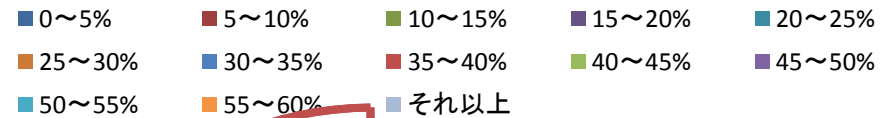
逆紹介率30%以上 **60%**

(平均 37.8%)

N=280

逆紹介率(500床未満)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>



逆紹介率30%以上 **44%**

(平均 37.0%)

出典:平成25年度 入院医療等の調査より

中間とりまとめに対する中医協での主な意見

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

(1) 7対1入院基本料のあり方及び平均在院日数について

- ① 複雑な病態を持つ患者に高度な医療を提供するという機能を明確化するとかえって（複雑や高度などの）定義が難しくなる。
- ② 中間とりまとめの方向はこれでよいと認識。高度の急性期から長期にわたる療養まで、患者像に即した適切な評価を行い、病棟・病床の分化を行い連携を一層推進していくという基本認識に立って議論すべき。
- ③ 分科会の出した方向性は論理的に正しいと思う。ただし、現場で混乱するような論理を押し通すことは歓迎しない。
- ④ 性急な変革は現場に混乱をもたらす。病態ごとに次の病床へ移っていくという自然な形で、7対1が減り、亜急性期が増えていくという、現場の実態を踏まえた改革をするべき。
- ⑤ 7対1の機能を考える際、他の職種も含めた評価も検討するべき。
- ⑥ 在院日数が5日以内になったら平均在院日数の算定対象から外すというのはおかしいのではないか。

(2) 重症度・看護必要度について

- ① 血圧測定は急性期医療において重要。
- ② 10分間以上の指導・意思決定支援については、時間設定はせず「十分な」くらいの表現でよい。
- ③ 重症度・看護必要度の項目を変えるのなら、現場で実際に試行・検証することが必要。

(3) その他

- ① データに基づく議論は重要であり、データ提出を求めることが必要。

2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し

- ① 亜急性期病床に期待される3つの機能は妥当。議論を先に進めるためにも、急性期からの受け入れ機能の定義を決める必要があるのではないか。
- ② 二次救急病院の指定を亜急性期に求めると現場は疲弊する。
- ③ 療養病棟を持つ医療機関が7対1医療機関と同程度の機能をもつのは過剰な評価。きめ細かく議論する必要がある。

3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

- ① 対象となる医療圏で利用が進んでいない理由を検証する必要がある。

4. 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

特になし

5. 診療報酬点数表における簡素化

- ① 有床診は管理栄養士の確保のめどが立っていない施設が多く、約8割は相談もしていない。有床診の栄養管理加算を包括から外すのは安易な考え方ではないか。
- ② 管理栄養士は地域偏在もあり、栄養管理は必須だが、柔軟に対応することも必要。

6. 医療機関における褥瘡の発生等

- ① 褥瘡が発生した場合にペナルティを課すことについては、どこに責任があったのか判断が難しく現場が混乱するので慎重にするべき。

入院医療等調査評価分科会調査と 日本医師会・四病院団体協議会調査 との比較について

入院医療等調査評価分科会調査と 日本医師会・四病院団体協議会調査との比較について①

施設数

	対象施設数	回収施設数 ※1	
		回収率(%)	
今回調査(7対1・10対1以外を含む)	2,060	781	37.9
厚生労働省調査(7対1・10対1のみ)※2	1,800	169	9.4

回答特定除外患者数(7対1・10対1のみ)

今回調査	2,345 人
厚生労働省調査	254 人

※1 今回調査は有効回収施設数(率)、厚生労働省は回収施設数(率)

※2 「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」
(7対1、10対1のみが対象)

注: 今回調査とは日本医師会・四病院団体協議会調査を指す。

出典: 平成25年9月30日入院医療等調査評価分科会 石川委員提出資料より

入院医療等調査評価分科会調査と 日本医師会・四病院団体協議会調査との比較について②

＜入院患者に占める90日超の患者、特定除外患者の割合＞

		入院分科会調査	日医・四病協調査		
			全体	90日超患者あり 病棟のみ	特定除外患者あり 病棟のみ
7対1	全体	3810	40127	25625	23437
	入院期間90日超	223	1762	1762	1650
	割合	5.9%	4.4%	6.9%	7.0%
	特定除外患者	142	1573	1573	1573
	割合	3.7%	3.9%	6.1%	6.7%
10対1	全体	1727	10775	7447	7210
	入院期間90日超	147	817	817	806
	割合	8.5%	7.6%	11.0%	11.2%
	特定除外患者	112	737	737	737
	割合	6.5%	6.8%	9.9%	10.2%

入院医療等調査評価分科会調査と 日本医師会・四病院団体協議会調査との比較について③

＜特定除外患者を含む場合の平均在院日数等について＞

単位：日

		入院分科会調査 (入院期間*)	日医・四病協調査 (平均在院日数**)	
			全体	特定除外患者あり 病棟のみ
7対1	特定除外患者を除く	21.0	13.8	14.2
	特定除外患者を含む	22.5	14.6	15.6
	差	1.5	0.9	1.4
10対1	特定除外患者を除く	22.0	16.5	17.3
	特定除外患者を含む	25.2	19.8	22.1
	差	3.2	3.3	4.8

* 入院期間は入院日から調査日までの期間(日数)

**平均在院日数は当該病棟における直近3ヶ月間の在院患者延日数/(直近3ヶ月間の新入棟患者数+直近3ヶ月間の新退棟患者数)÷2

入院医療等調査評価分科会調査と 日本医師会・四病院団体協議会調査との比較について④

特定除外該当状況	7対1		10対1	
	今回	厚労省	今回	厚労省
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	3.5	2.8	3.4	2.7
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	1.0	0.0	0.3	2.7
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	11.5	4.9	22.0	8.9
4 悪性新生物に対する治療を実施している患者	14.8	26.1	5.0	14.3
5 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者	0.1	0.0	0.0	0.0
6 リハビリテーションを実施している状態(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る)	32.7	31.7	20.6	17.9
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	2.6	2.8	0.8	2.7
8 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	5.9	9.2	5.8	5.4
9 人工呼吸器を使用している状態	6.0	7.7	7.2	5.4
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	8.8	4.2	15.5	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)	1.0	2.8	0.0	0.0
12 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	6.0	6.3	6.6	5.4
未記入	2.6	1.4	7.9	2.7
理由を複数記入	3.4	—	4.9	—
全体	100.0	100.0	100.0	100.0
対象患者数	1,674	142	737	112

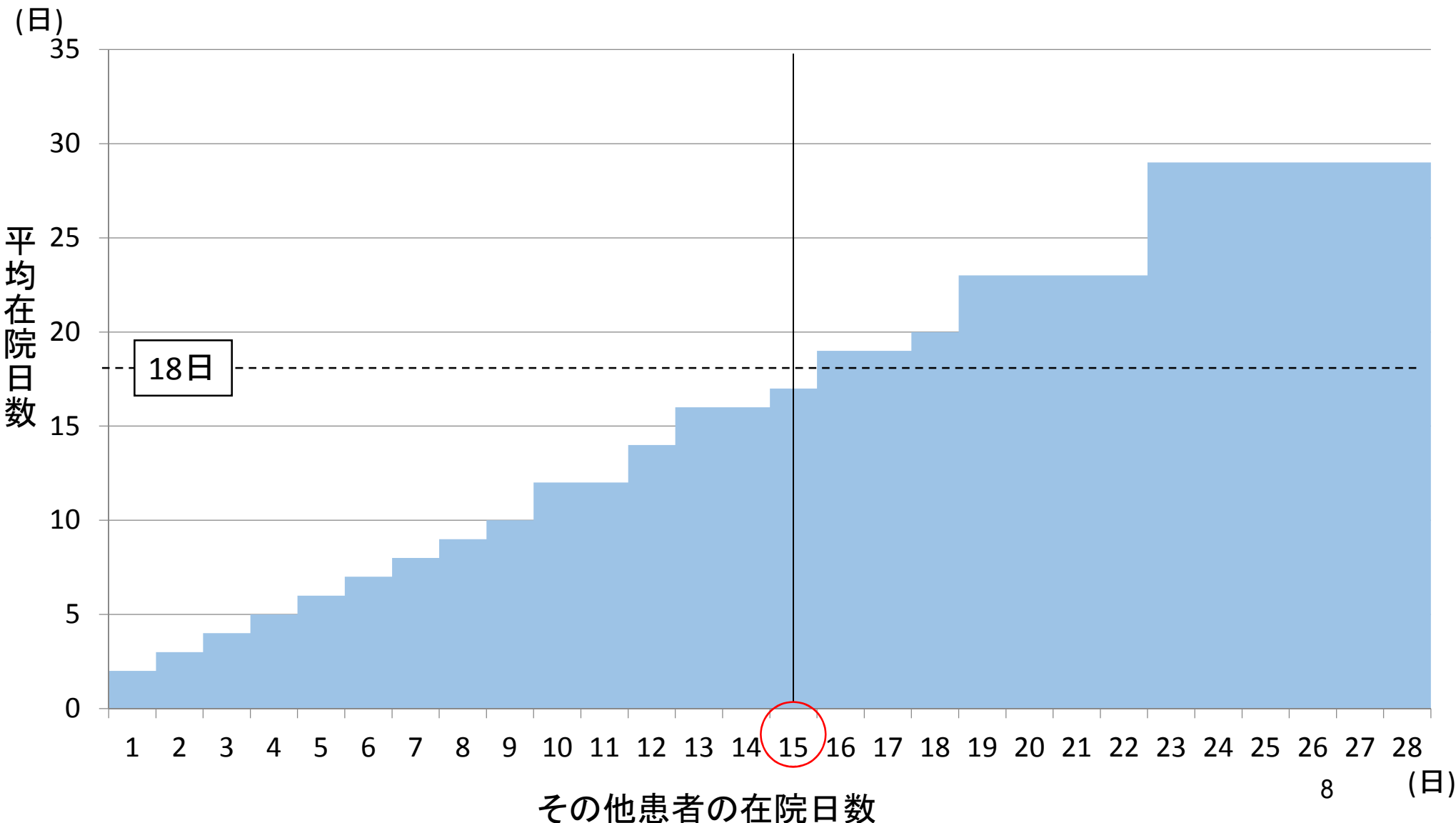
*今回調査の7対1には、経過措置、特定機能病院を含まない。

*厚生労働省調査：2013年5月16日、中医協入院医療等の調査・評価分科会資料

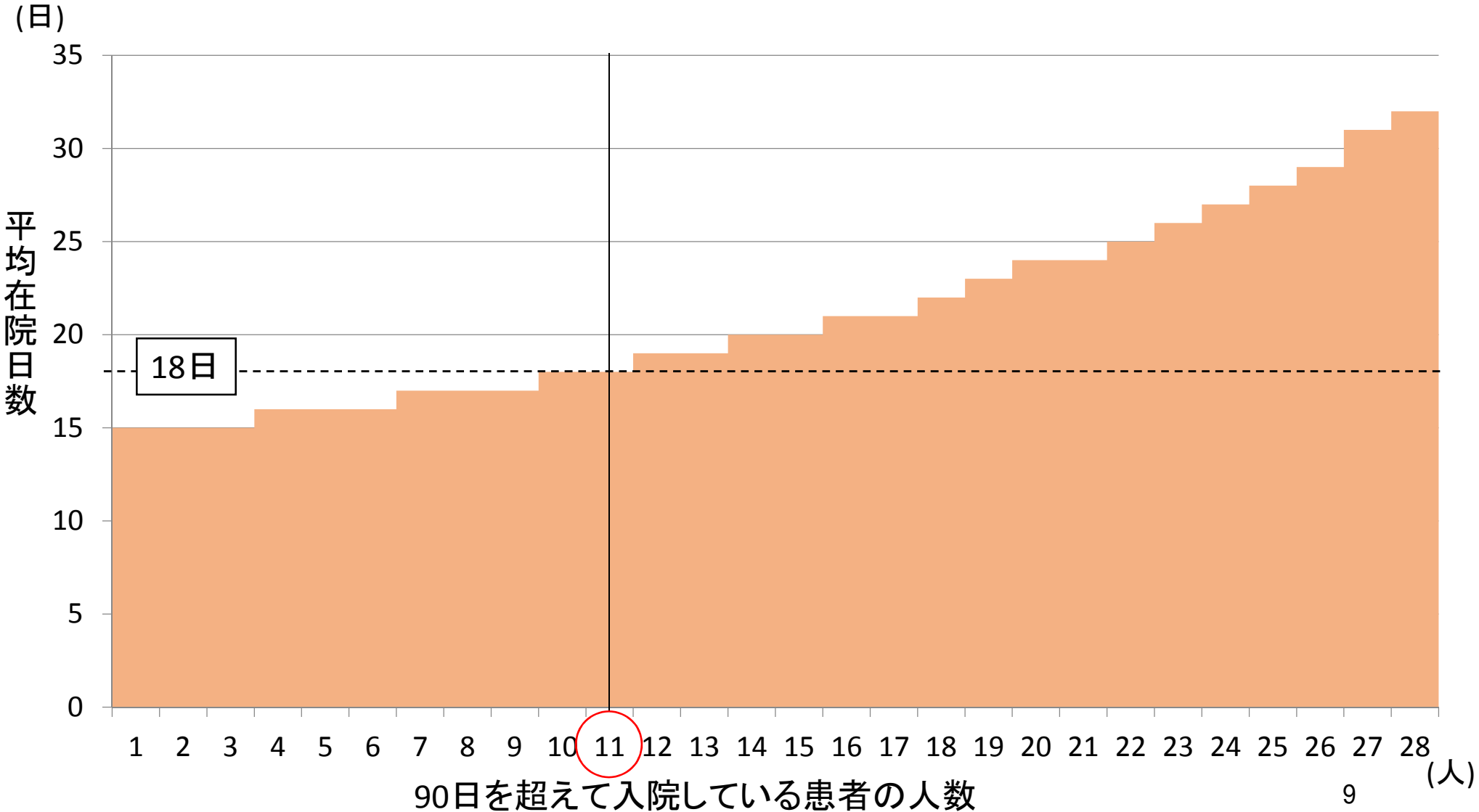
注：今回調査とは日本医師会・四病院団体協議会調査を指す。

出典：平成25年9月30日入院医療等調査評価分科会 石川委員提出資料より

○ 50床の病棟で90日を超えて入院している患者が5人在院している場合



○ 50床の病棟で90日超以外の患者の在院日数が14日間(DPC病院の平均在院日数)の場合



一般病棟等の重症度・看護必要度等 に関する調査

一般病棟等の重症度・看護必要度等に関する調査

【調査の目的】

7対1入院基本料及び特定入院料である特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を届出している医療機関から、患者の重症度及び看護必要度等の情報とその他の施設情報等のデータを収集し、医療機関における患者の重症度・看護必要度と看護職員等の配置状況などについて分析、また、収集方法について検討する。

【調査内容】

(1) 施設調査

施設の基本属性、施設及び病棟の体制、調査期間中の病棟・看護職員の状況 など

(2) 患者調査

患者の基本属性、入退院情報、診断情報、手術情報、重症度・看護必要度 など

(3) 調査の電子化についてのご意見シート(回答施設に調査予定)

施設票の記入に係る体制やデータ管理状況、重症度・看護必要度調査に係るデータ管理状況など

【調査の対象施設】

- ・7対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院、専門病院) : 500施設(抽出)
- ・特定集中治療室管理料を届出している施設 : 640施設(全数)
- ・ハイケアユニット入院医療管理料を届出している施設 : 256施設(全数)

【スケジュール】

8月下旬 対象施設へ調査協力依頼の書類一式発送

9月下旬 記入要領等の調査票一式を発送

10月初旬 提出期日

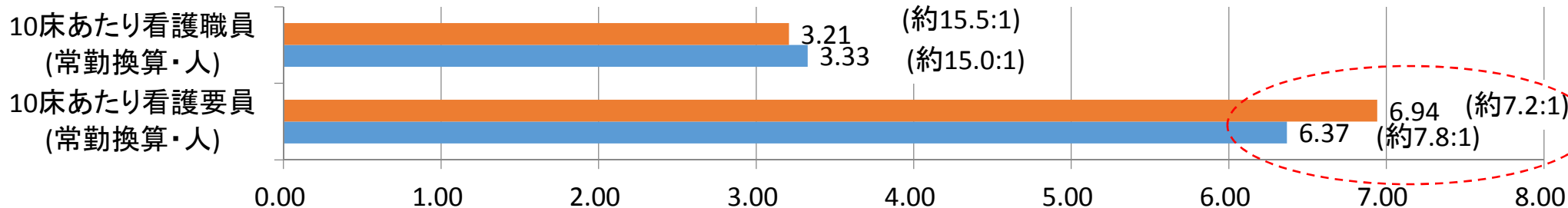
10月 データ集計

療養病棟(20対1)における看護職員、
看護要員の配置状況
(平成24年度調査結果)

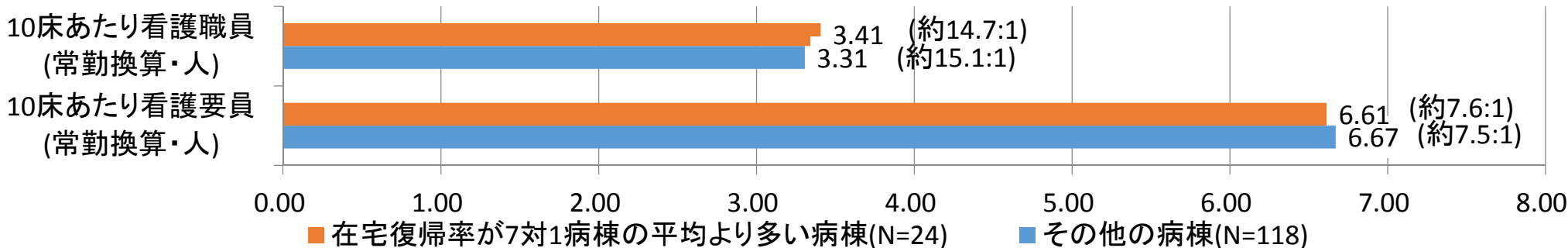
療養病棟(20対1)における看護職員、看護要員の配置状況(平成24年度調査結果)

平成24年度 入院医療等の調査より

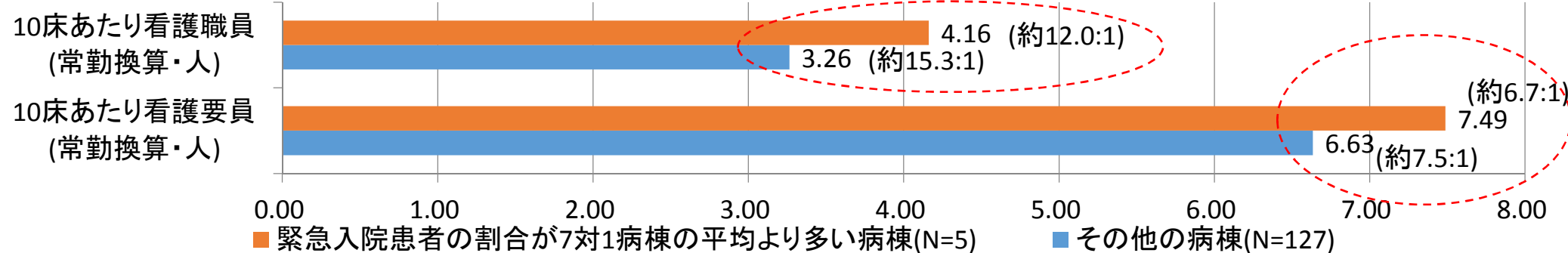
<特定除外項目に該当する患者の占める割合>



<在宅復帰率>



<緊急入院患者の占める割合>



療養病棟(20対1)において、特定除外項目の該当患者の受入が多い病棟や、緊急入院患者の受入が多い病棟は10床あたりの看護職員・看護要員の数が多い傾向が見られる。

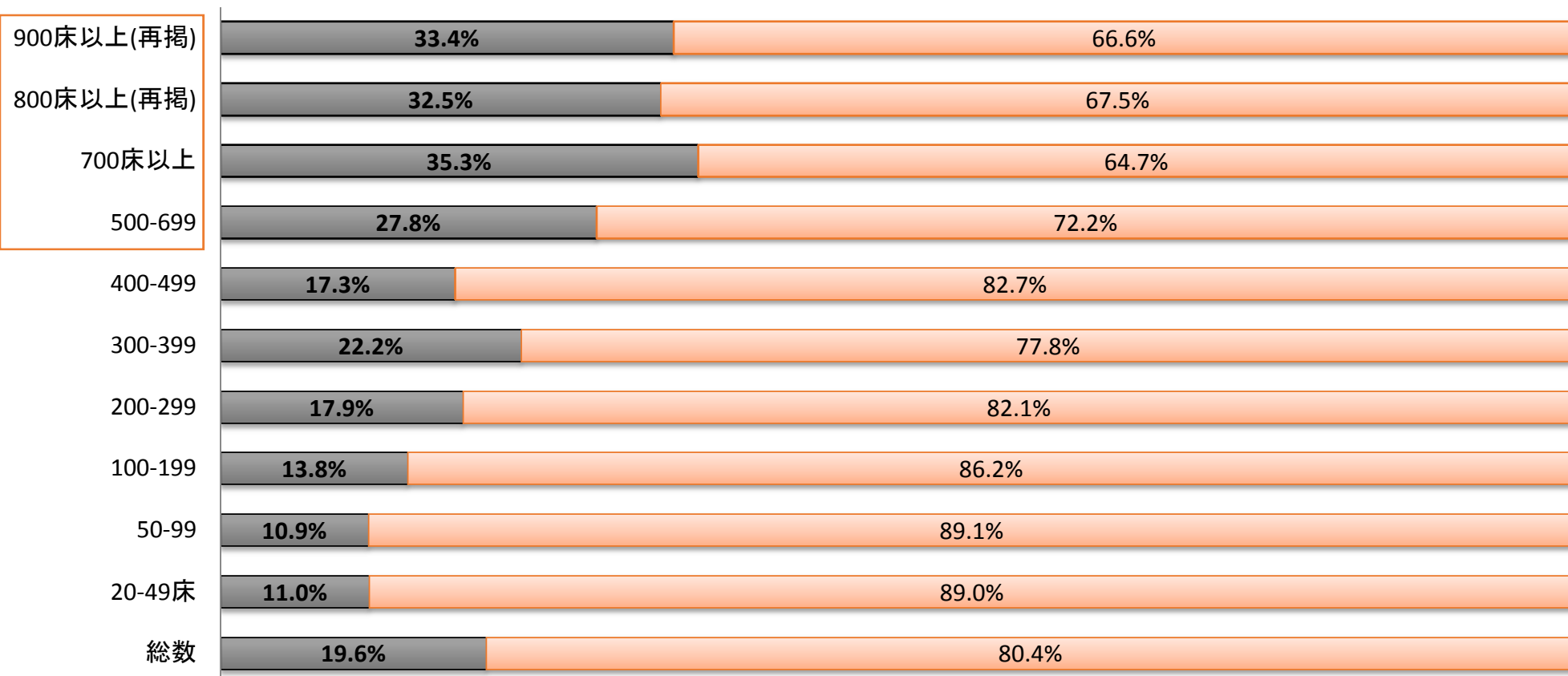
外来の機能分化の推進について

病床規模別の紹介率の状況(外来)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

病院(外来)

■ 紹介あり患者の割合 ■ 紹介なし患者の割合

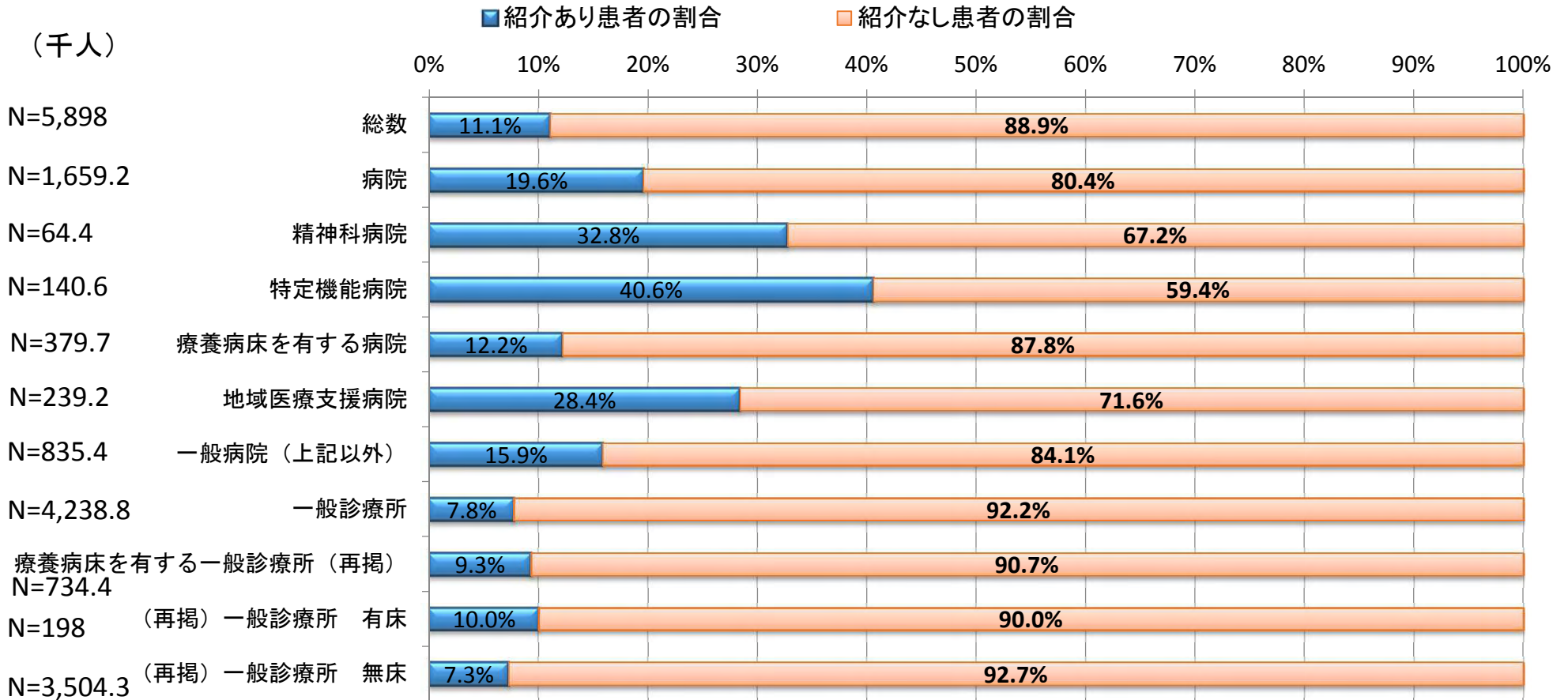


紹介あり患者の割合: 外来患者総数のうち、紹介あり(病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から)と答えた患者の割合

病床規模が大きくなるほど、紹介率が高くなり、特に500床以上で高くなる傾向がある

施設の種別の紹介あり患者の状況(外来)

外来



紹介あり患者の割合: 外来患者総数のうち、紹介あり(病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から)と答えた患者の割合

外来においては、特定機能病院や地域医療支援病院でも紹介率は低い傾向である

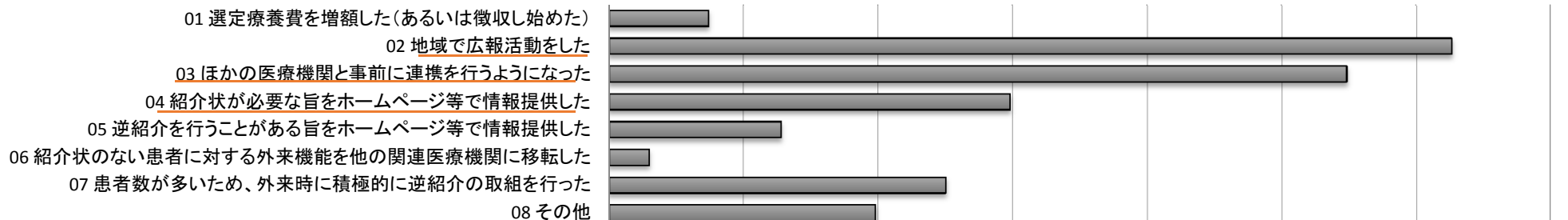
紹介率、逆紹介率をあげるための取組と課題

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

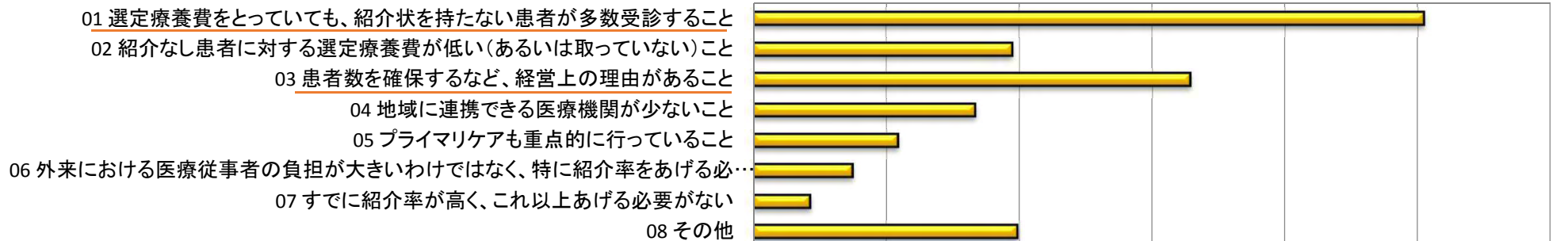
平成23年～24年の間に紹介率、逆紹介率をあげるために新たに行った取組

出典：平成25年度 入院医療等の調査より

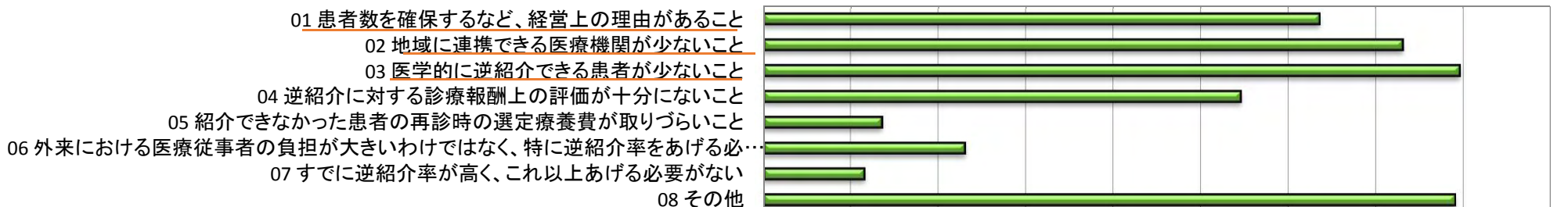
(施設数)



紹介率をあげるための課題



逆紹介率をあげるための課題



- ・紹介率をあげるための課題として、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等が考えられる。
- ・逆紹介率をあげるための課題として、医学的に逆紹介できる患者が少ないこと以外にも、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」等が考えられ、逆紹介率を上げる取り組みが重要であると考えられる。

500床以上※及び500床未満の医療機関の紹介率(外来) (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

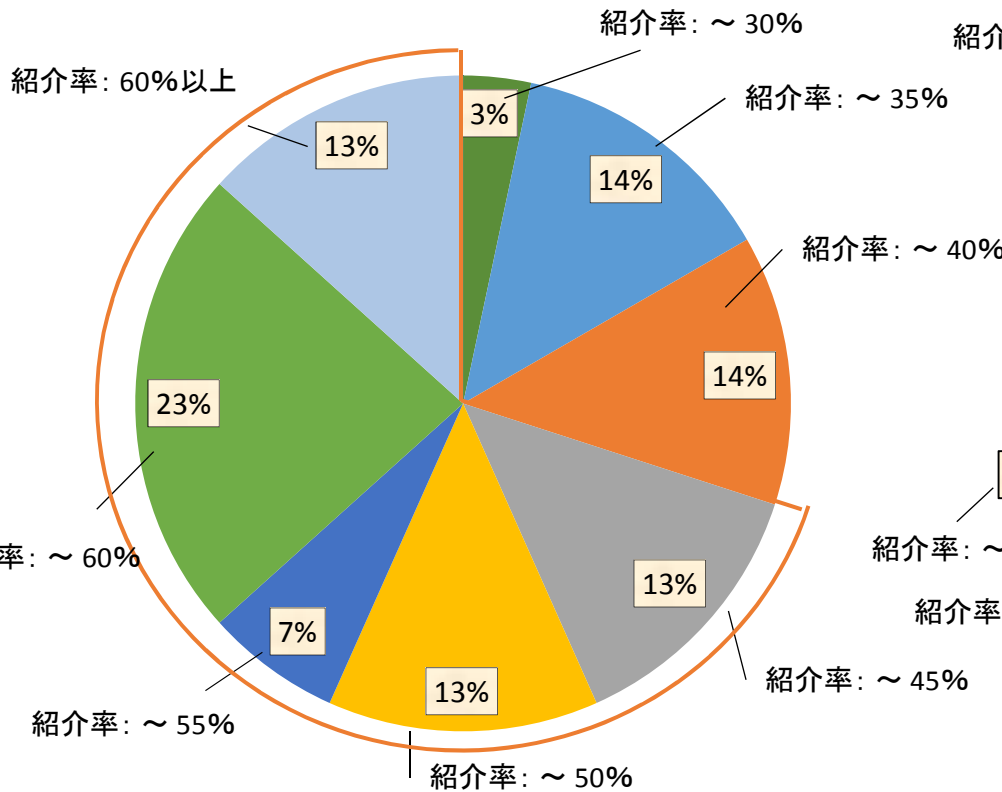
※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

N=30

紹介率(500床以上)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

- 0~5%
- 5~10%
- 10~15%
- 15~20%
- 20~25%
- 25~30%
- 30~35%
- 35~40%
- 40~45%
- 45~50%
- 50~55%
- 55~60%
- それ以上



紹介率40%以上 **69%**

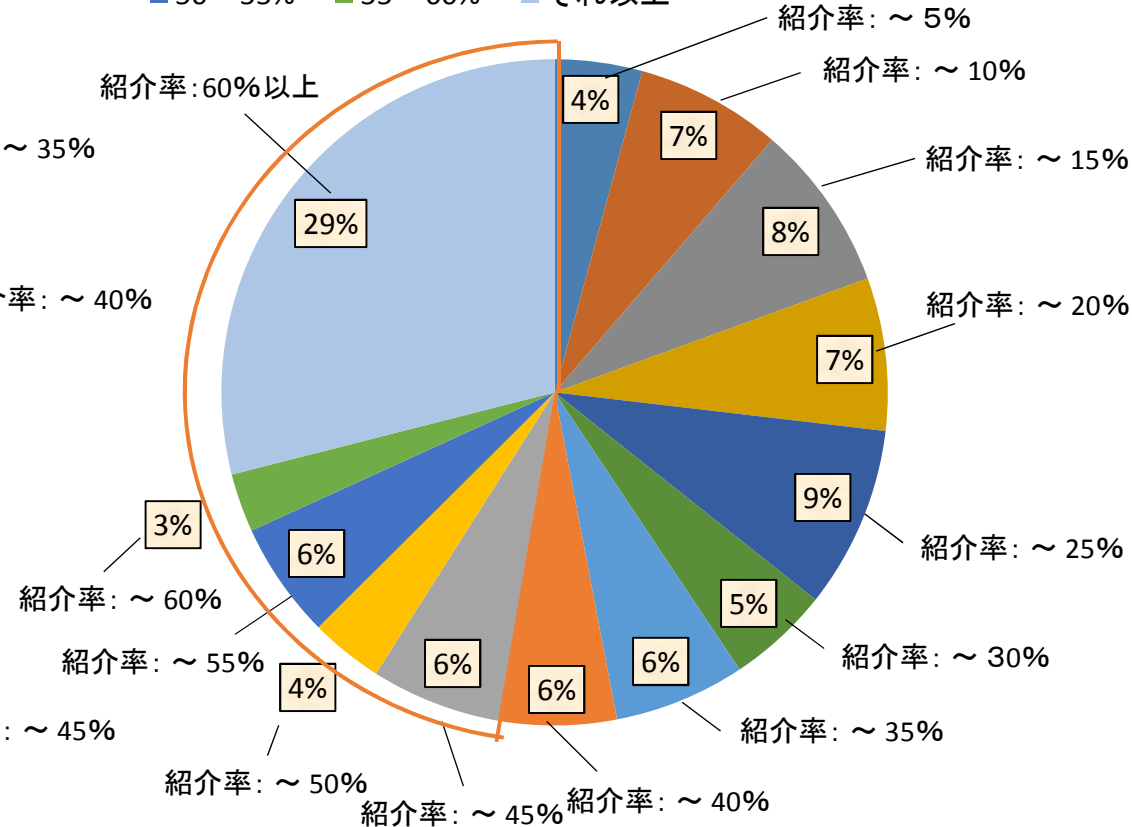
(平均 53.0%)

N=283

紹介率(500床未満)

<特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

- 0~5%
- 5~10%
- 10~15%
- 15~20%
- 20~25%
- 25~30%
- 30~35%
- 35~40%
- 40~45%
- 45~50%
- 50~55%
- 55~60%
- それ以上



紹介率40%以上 **48%**

(平均 48.9%)

19

500床以上※及び500床未満の医療機関の逆紹介率(外来) (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

診 調 組 入 - 1
2 5 . 9 . 3 0

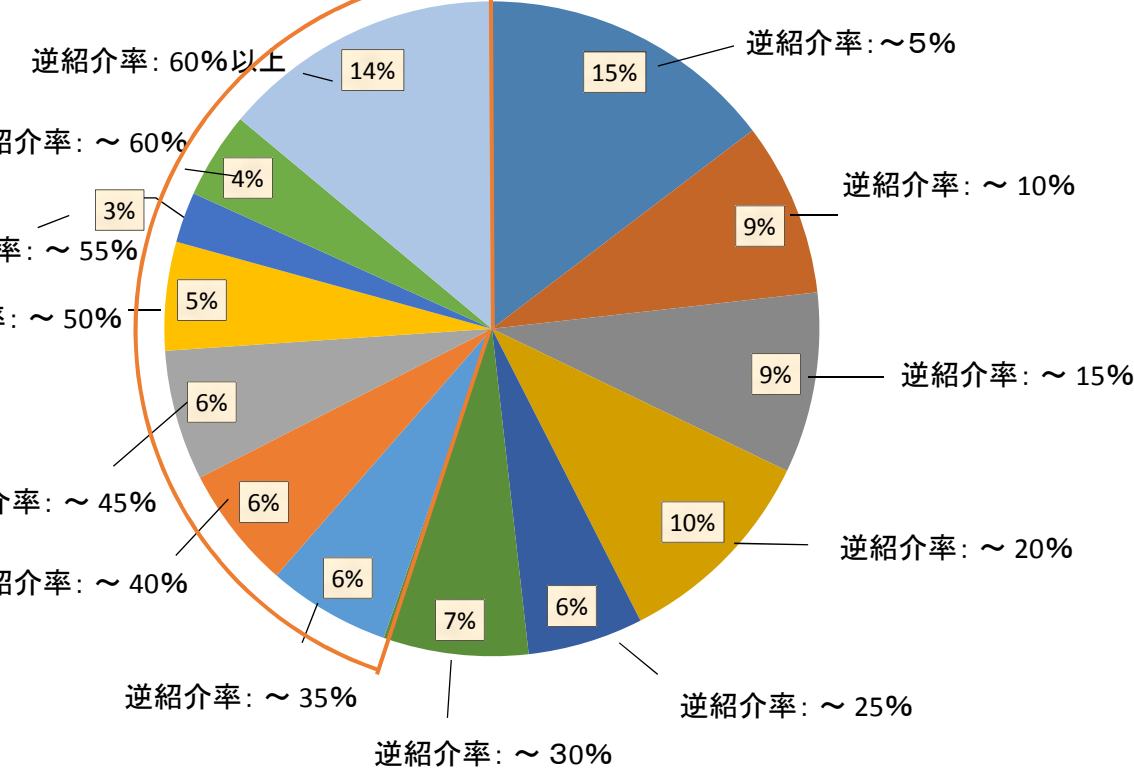
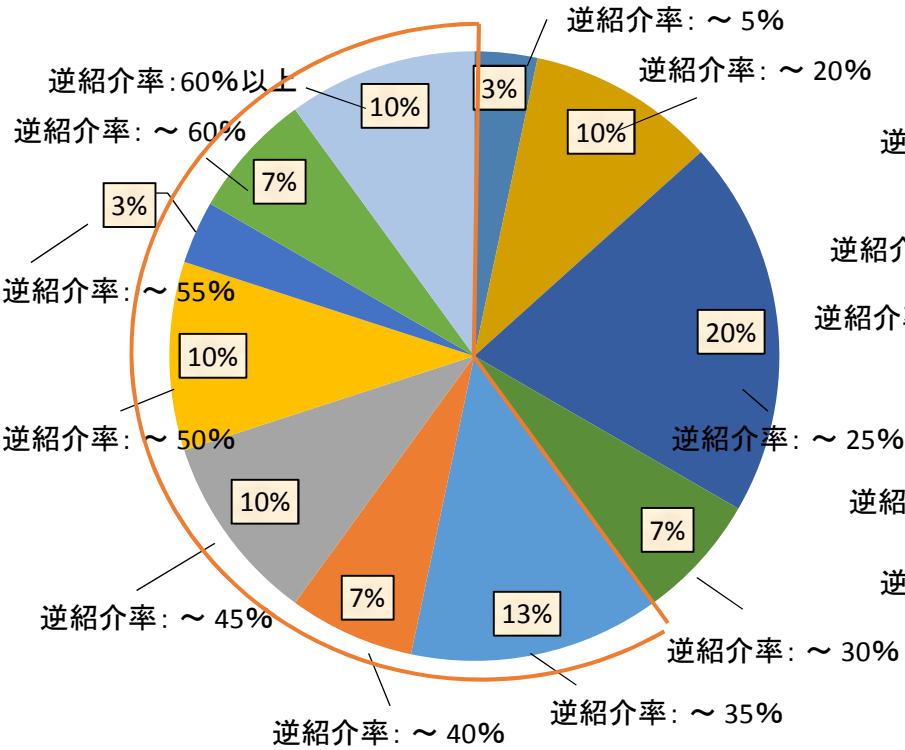
※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

N=30 逆紹介率(500床以上)
＜特定機能病院と地域医療支援病院を除く＞

N=280 逆紹介率(500床未満)
＜特定機能病院と地域医療支援病院を除く＞

- 0～5%
- 5～10%
- 10～15%
- 15～20%
- 20～25%
- 25～30%
- 30～35%
- 35～40%
- 40～45%
- 45～50%
- 50～55%
- 55～60%
- それ以上

- 0～5%
- 5～10%
- 10～15%
- 15～20%
- 20～25%
- 25～30%
- 30～35%
- 35～40%
- 40～45%
- 45～50%
- 50～55%
- 55～60%
- それ以上



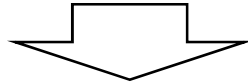
逆紹介率30%以上 60%
(平均 37.8%)

逆紹介率30%以上 44%
(平均 37.0%)

外来の機能分化の課題と論点について

【課題】

- 外来の機能分化を図るため、平成24年改定において、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進した。
- 紹介率、逆紹介率は上昇傾向にあったものの、依然として低い傾向があり、紹介率が低い理由として、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等が考えられる。
- また、逆紹介率をあげるための課題として、医学的に逆紹介できる患者が少ないこと以外にも、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」等が考えられ、逆紹介率については、紹介率に比べ低い傾向があることも踏まえ、逆紹介率を上げる取り組みが重要であると考えられる。
- 外来においては、病床規模が大きくなるほど、紹介率、逆紹介率が高い傾向があり、500床以上の病院においては、比較的高い紹介率、逆紹介率であった。



【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、地域の拠点となるような病院が、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師と連携し、紹介率及び逆紹介率を更にあげる取り組みを推進するために、許可病床数が500床以上の全ての病院について、平成24年改定と同様の取り扱いとするとともに、特に逆紹介の取り組みを更に推進していくことについて、どのように考えるか。

外来の機能分化の推進について

追加資料

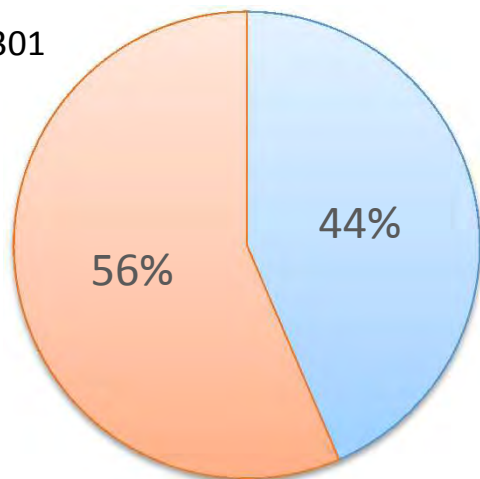
紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の割合

＜特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く＞

対象全ての病院

(特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

n= 301



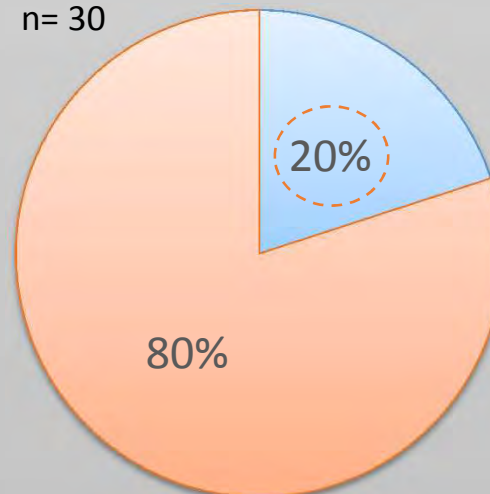
■(1群)紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関

■(2群)それ以外の医療機関

500床以上の医療機関

(特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院とを除く)

n= 30



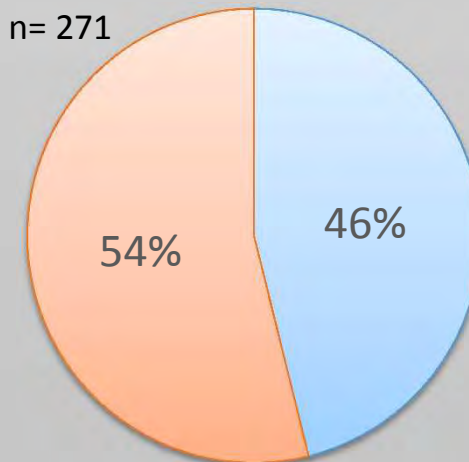
■(1群)紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関

■(2群)それ以外の医療機関

500床未満の医療機関

(特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院とを除く)

n= 271



■(1群)紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関

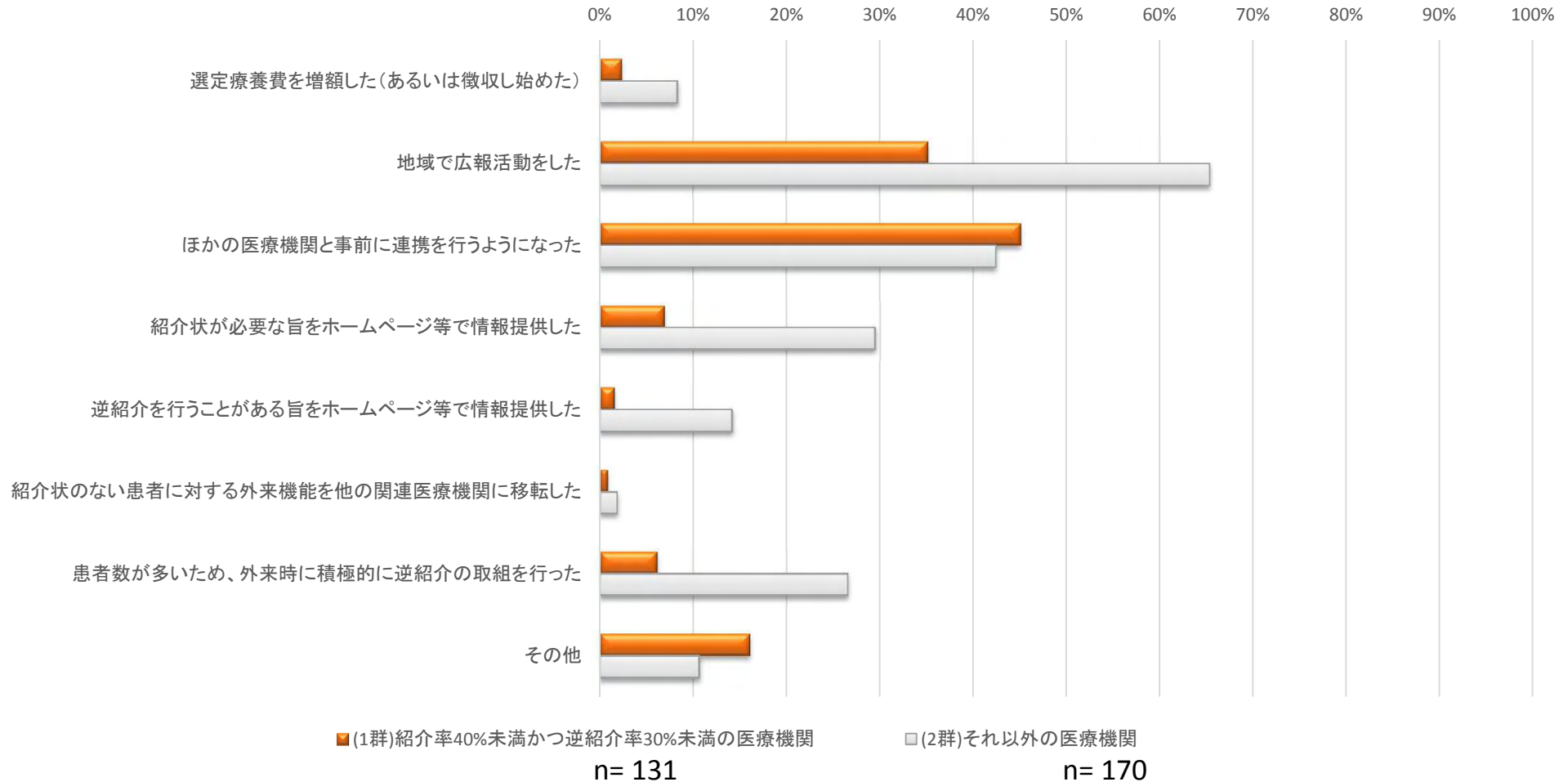
■(2群)それ以外の医療機関

(参考)500床以上の医療機関 449施設(出典:医療施設調査)

500床以上の医療機関(特定機能病院と500床以上の医療機関を除く。)のうち、約20%が「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満」であった

紹介率、逆紹介率をあげるために新たに行った取組 (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

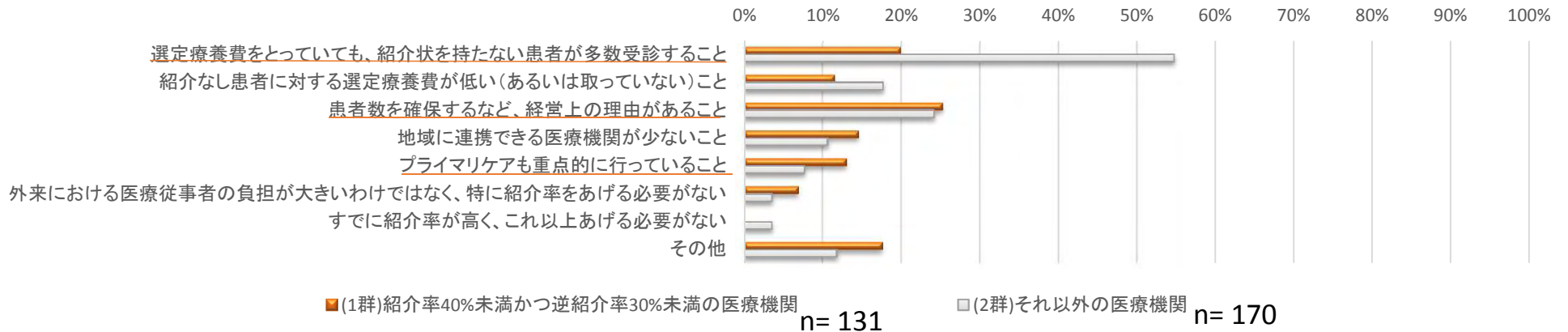
平成23年～24年の間に紹介率、逆紹介率をあげるために新たに行った取組



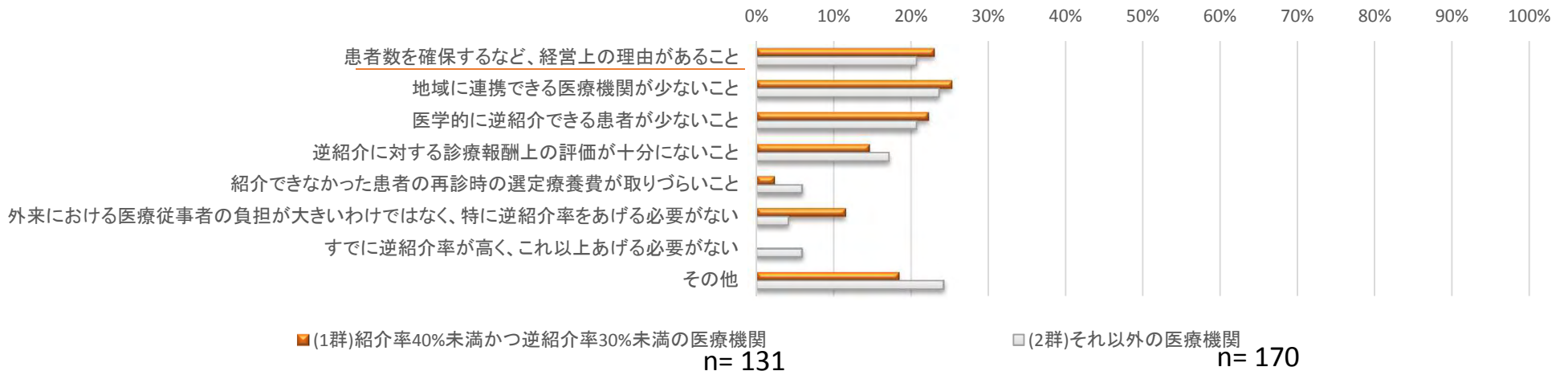
・「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関」と「それ以外の医療機関」に区分すると、「それ以外の医療機関」の方が、選定療養費の増額や地域での広報活動等、積極的に紹介率・逆紹介をあげる取り組みを進めている傾向がみられる。

紹介率・逆紹介率をあげる上での課題 (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

紹介率をあげる上での課題等



逆紹介率をあげる上での課題等



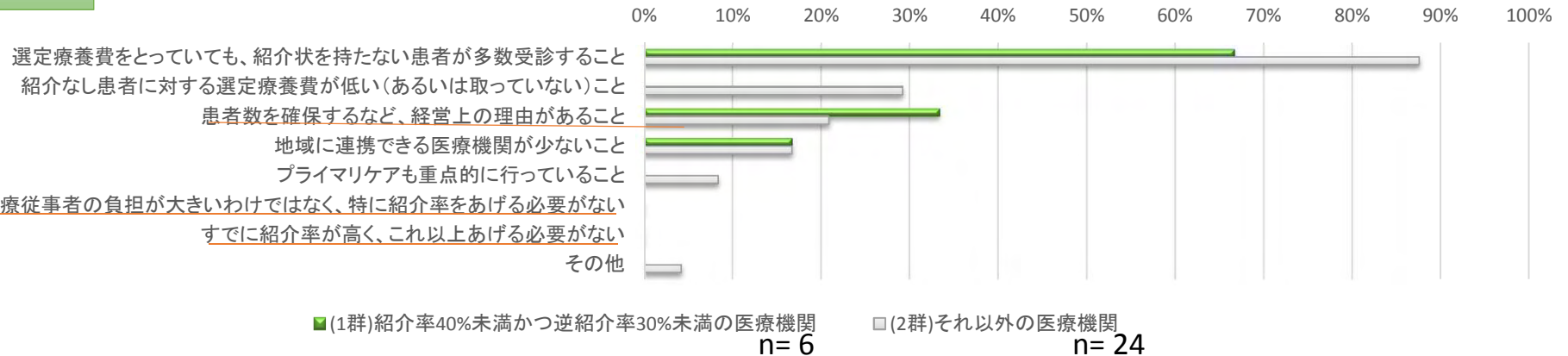
・「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関」と「それ以外の医療機関」に区分すると、「それ以外の医療機関の方が」、選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること等が多く、紹介率等が低い医療機関の方が、プライマリケアも重点的に行っていたり、経営上の理由等が高い傾向がみられる。

紹介率・逆紹介率をあげる上での課題<病床規模別①>

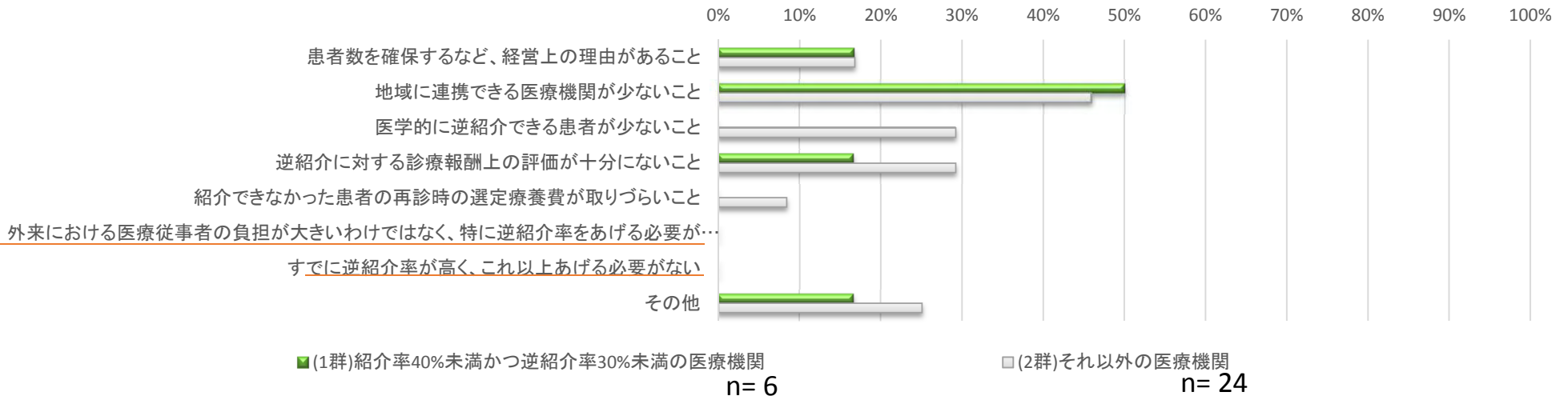
(特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

500床以上

紹介率をあげる上での課題等



逆紹介率をあげる上での課題等

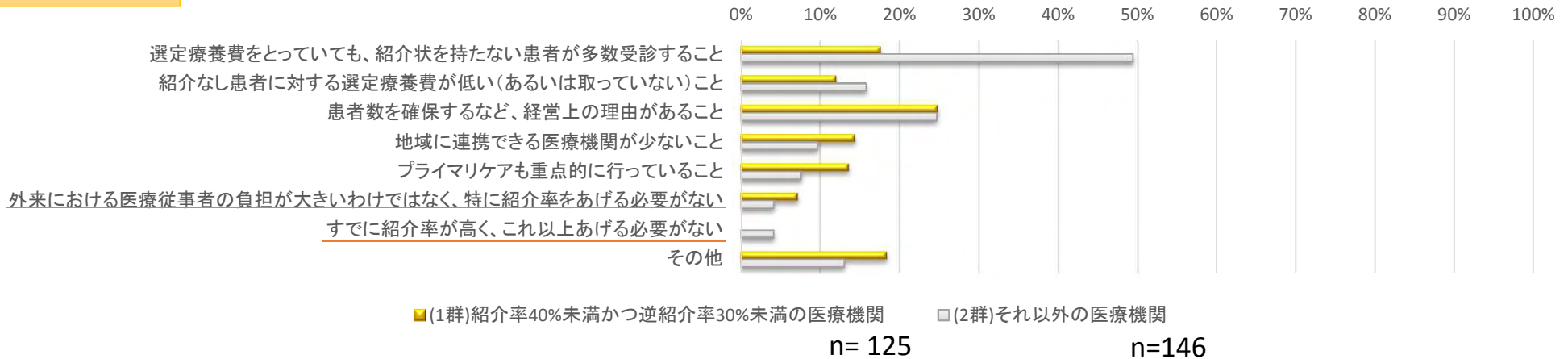


・「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関」と「それ以外の医療機関」に区分すると、「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の医療機関」が、経営上の理由などが高い傾向がみられる。一方で、500床以上の病院では、紹介率、逆紹介率を上げる必要がないという回答した医療機関はみられなかった。

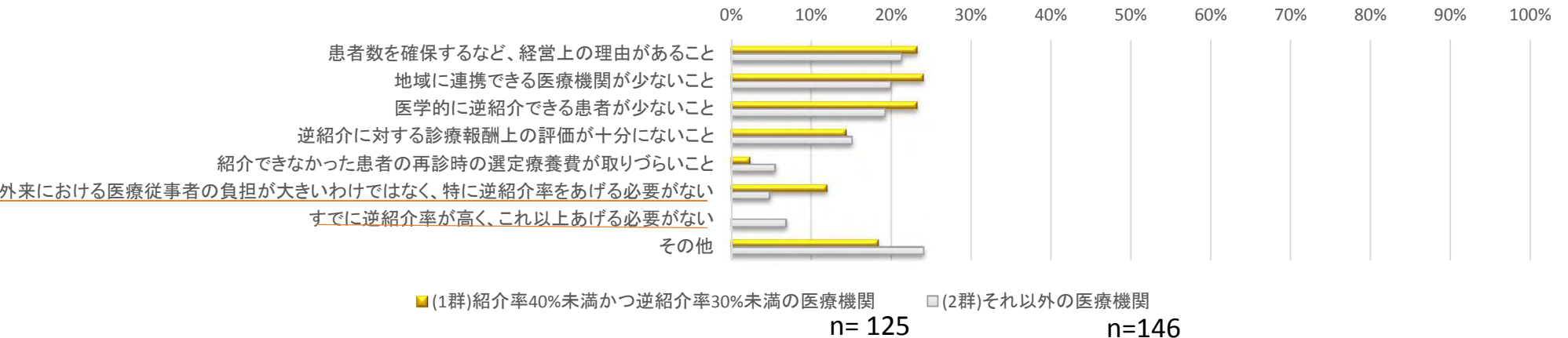
紹介率・逆紹介率をあげる上での課題<病床規模別②> (特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を除く)

500床未満

紹介率をあげる上での課題等



逆紹介率をあげる上での課題等

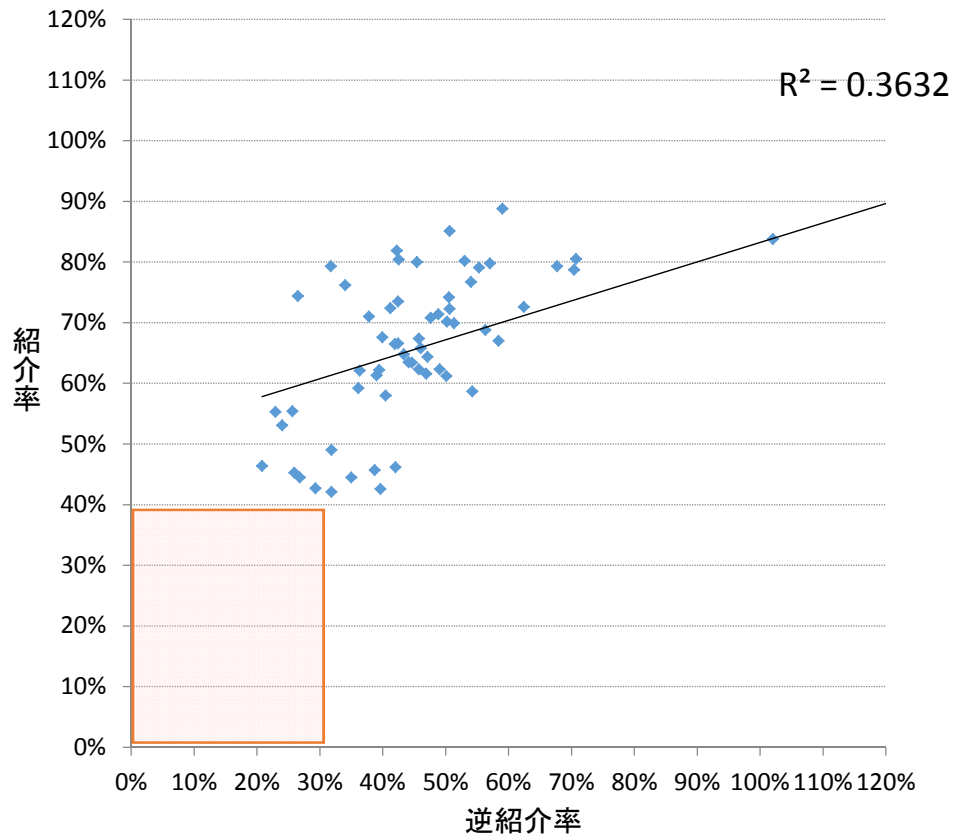


・500床未満の病院では、紹介率、逆紹介率を上げる必要がないという回答した医療機関が一定程度みられた。²⁷

紹介率・逆紹介率の分布

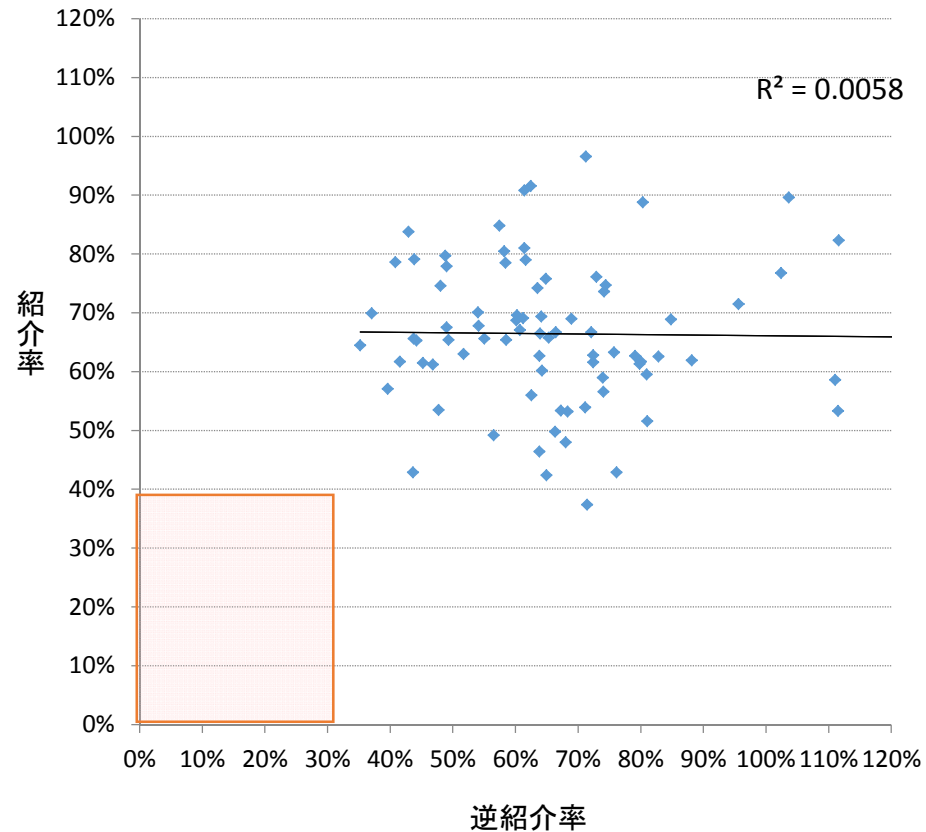
＜特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院の場合＞

特定機能病院※1



※1 初診の患者数等は特定機能病院の定義

500床以上の地域医療支援病院※2



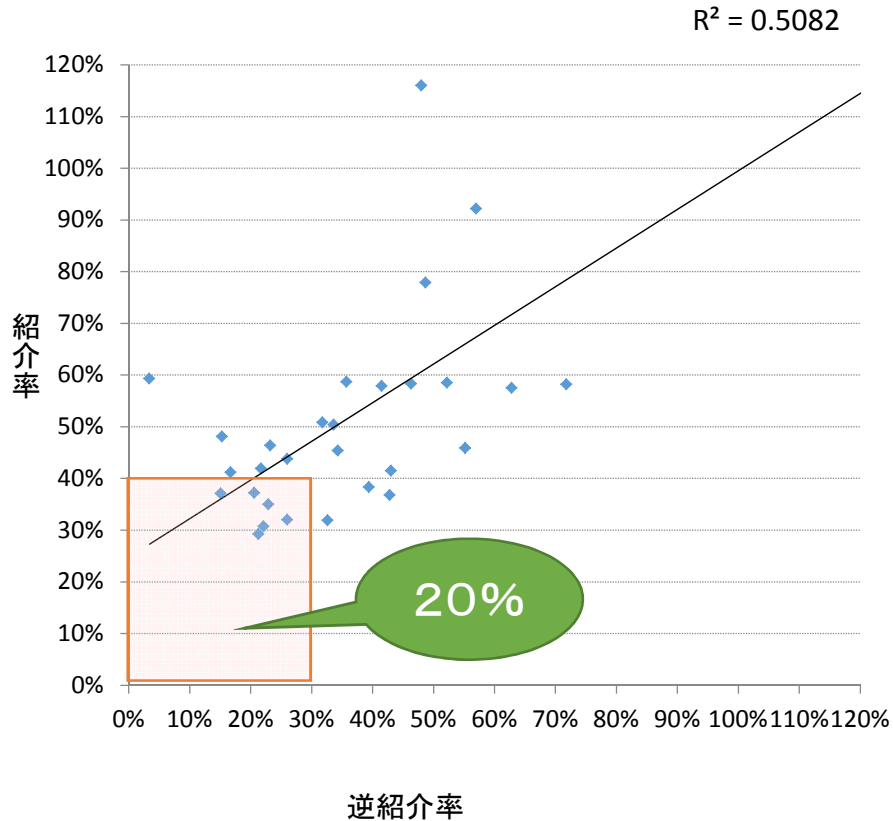
※2 初診の患者数等は地域医療支援病院の定義

・特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院では、全ての医療機関が紹介率40%、逆紹介率30%を上回っている

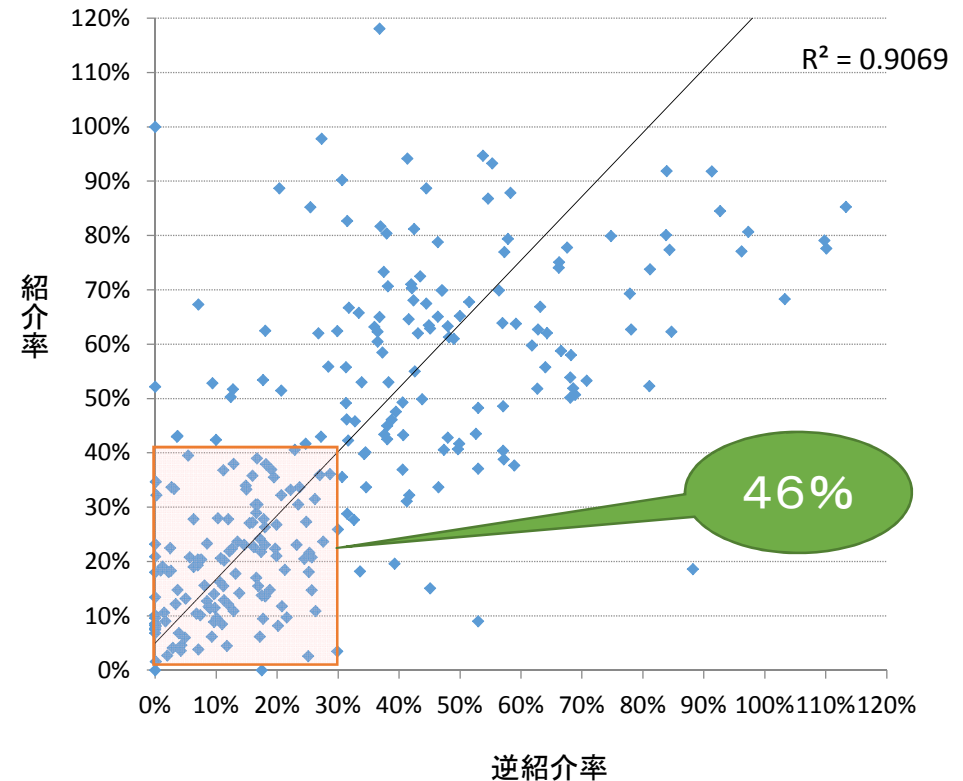
紹介率・逆紹介率の分布

<その他(特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院以外)の場合>

500床以上(その他)



500床未満(その他)



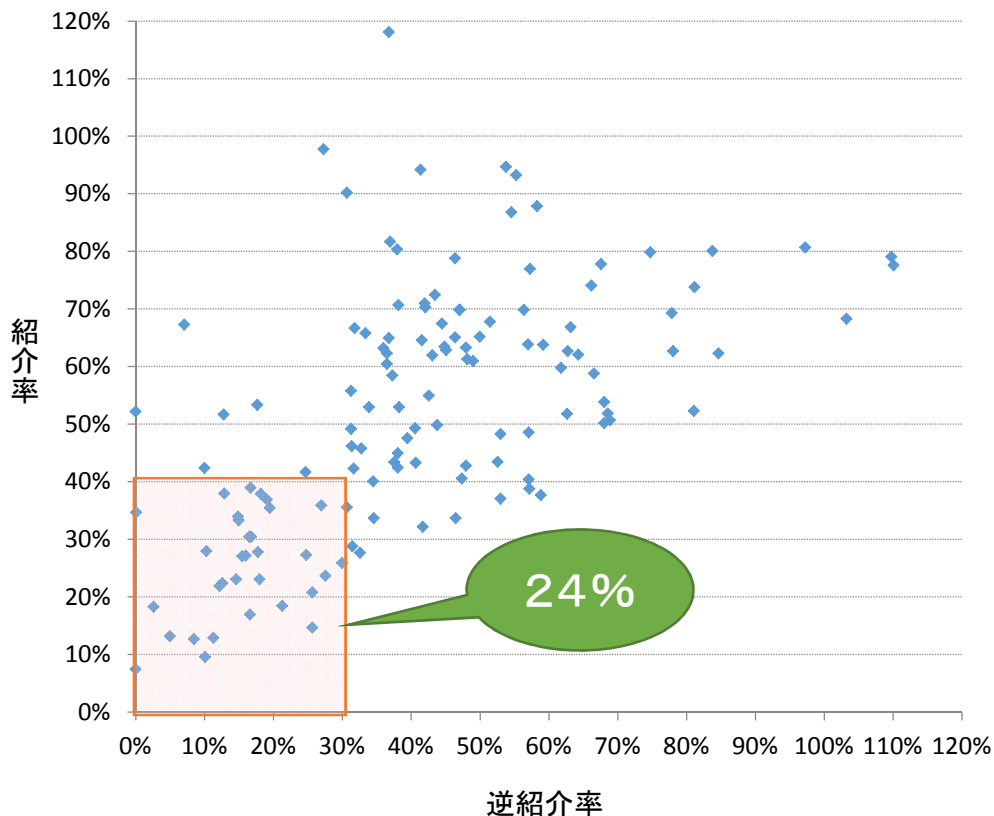
(注) 初診の患者数等は地域医療支援病院の定義

- ・ 紹介率と逆紹介率に一定の相関関係が認められ、500床以上の方が、紹介率、逆紹介率が高い。
- ・ 一方で、500床未満の場合は、約半数は「紹介率40%、逆紹介率30%」の基準を満たさない。

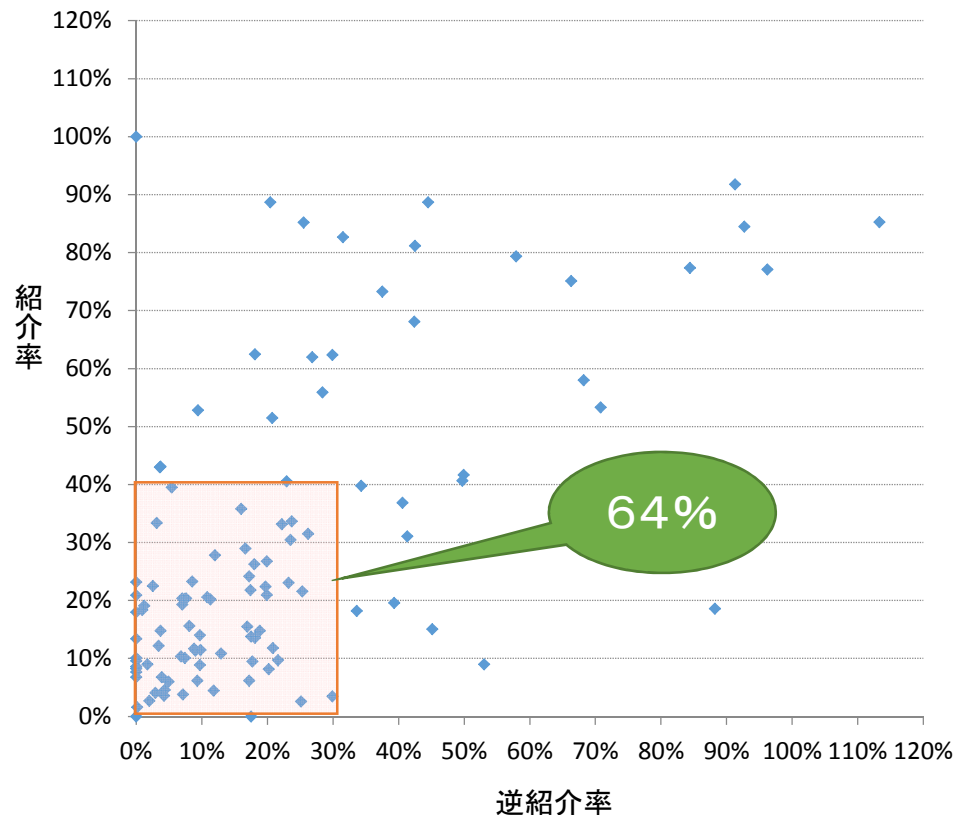
紹介率・逆紹介率の分布(選定療養の有無別)

<500床未満(特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院以外)の場合>

500床未満(その他) 選定療養あり



500床未満(その他) 選定療養なし



注: 特定機能病院および500床以上の病院は、ほぼ全ての医療機関が選定療養を取っているため500床未満(その他)のみでの比較とした

・選定療養を取っている医療機関のほうが、紹介率、逆紹介率ともに高い傾向がある

紹介率・逆紹介率を上げるために新たに行った取り組みの有無による 医療機関の逆紹介率の比較

■ 特定機能病院を除くすべての医療機関

平成23年～24年の間に紹介率、逆紹介率をあげるために新たに行った取組	あり		なし		t検定		
	N数	平均 (逆紹介率)	N数	平均 (逆紹介率)		t 値	Pr > t
選定療養費増額	22	49.0%	358	45.4%	有意差なし	0.53	0.60
広報活動	201	50.7%	179	39.8%	有意差なし	1.37	0.17
事前連携	150	39.3%	230	49.6%	有意差なし	-1.32	0.19
紹介状が必要な旨HP告知	88	59.1%	292	41.5%	有意差なし	1.62	0.11
逆紹介があることHP告知	44	54.1%	336	44.5%	有意差なし	1.78	0.08
紹介状のない患者の外来移転	7	61.6%	373	45.3%	有意差なし	1.26	0.25
<u>積極的な逆紹介の取組</u>	93	54.4%	287	42.7%	有意差あり	2.05	0.04

(注) 初診患者等は地域医療支援病院の定義としている

「患者数が多いため、外来時に積極的に逆紹介の取組を行った」医療機関は、有意に逆紹介率が高かった。