

中医協 総 - 1 - 1  
2 5 . 1 1 . 1

診調組 入 - 1 (改)  
2 5 . 1 0 . 1 0

平成25年度  
入院医療等の調査・評価分科会

とりまとめ

平成25年10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.		
III.	平成24年度診療報酬改定の影響の検証と今後の方向性	
	<u>II-1 平成24年度調査分</u>	
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
	(1) 栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について	
	(2) 入院基本料等加算の簡素化について	
6.	医療機関における褥瘡の発生等	21
	<u>II-2 平成25年度調査分</u>	
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) 外来の機能分化の推進

IV. おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

開催状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31

【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事等について、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」<sup>(※1)</sup>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）<sup>（※）</sup>
- 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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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P27】。

(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<sup>(※2)</sup>となる。【別添資料P27】

※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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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<sup>(※)</sup>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。)<sup>(※)</sup>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/km<sup>2</sup>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<sup>(※)</sup>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  
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は、病床の機能分化を進める観点から、この  
まま継続することが妥当である。
- (イ) なお、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る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P122】
- (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P123】
- (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P124】
- (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P125】

### 【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。<sup>(※1)</sup>【別添資料P127～130】
- (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%)。<sup>(※2)</sup>【別添資料P131～132】

(※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P135】
- (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、平成23年患者調査では、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P136～137】
- (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P138】
- (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P138】
- (オ) 平成23年患者調査では、外来では病床規模が大きくなるほど、紹介率が高かった。また、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P139～141】

### 【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) また、大病院における紹介率・逆紹介率ともに高めていくためには、診療所や中小病院の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・普及等も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

中医協	総	-	1	-	2	
2	5	.	1	1	.	1

診調組	入	-	1	参考			
2	5	.	1	0	.	1	0

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

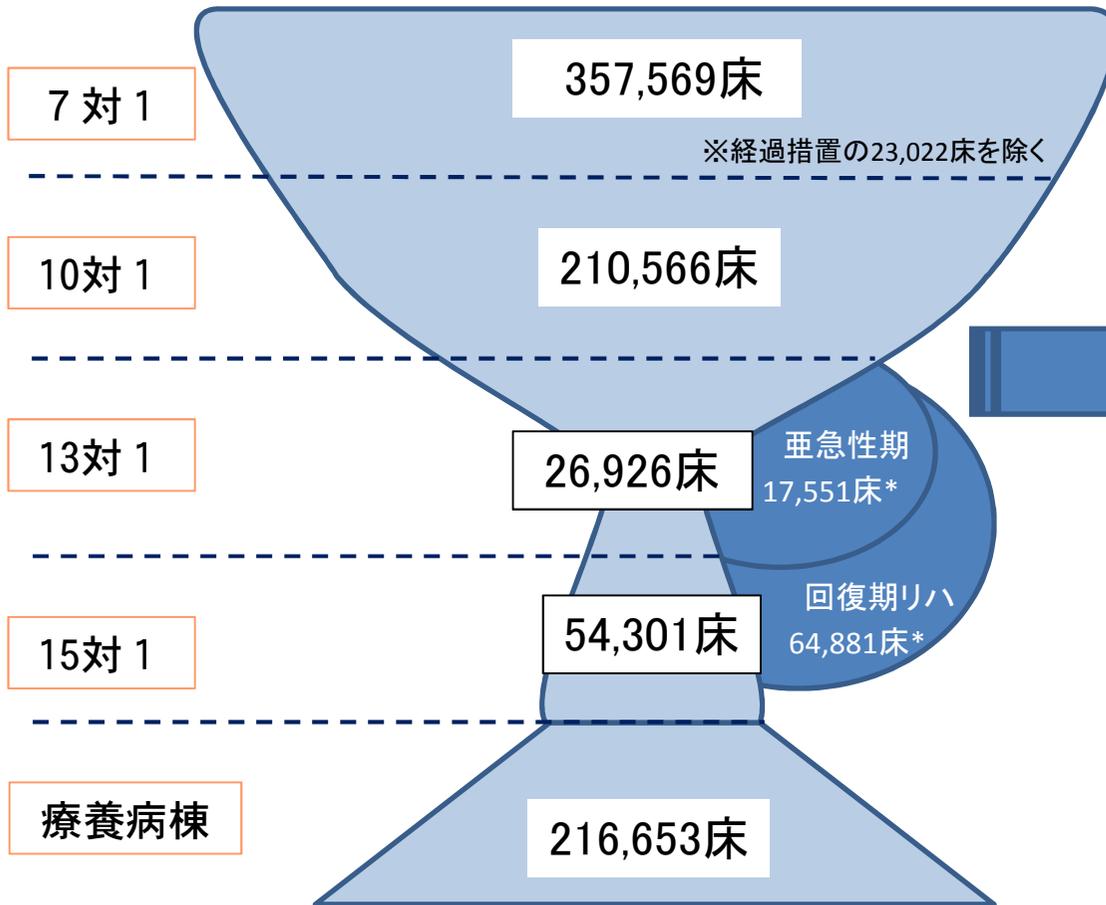
(1) 平均在院日数について

(2) 重症度・看護必要度の項目

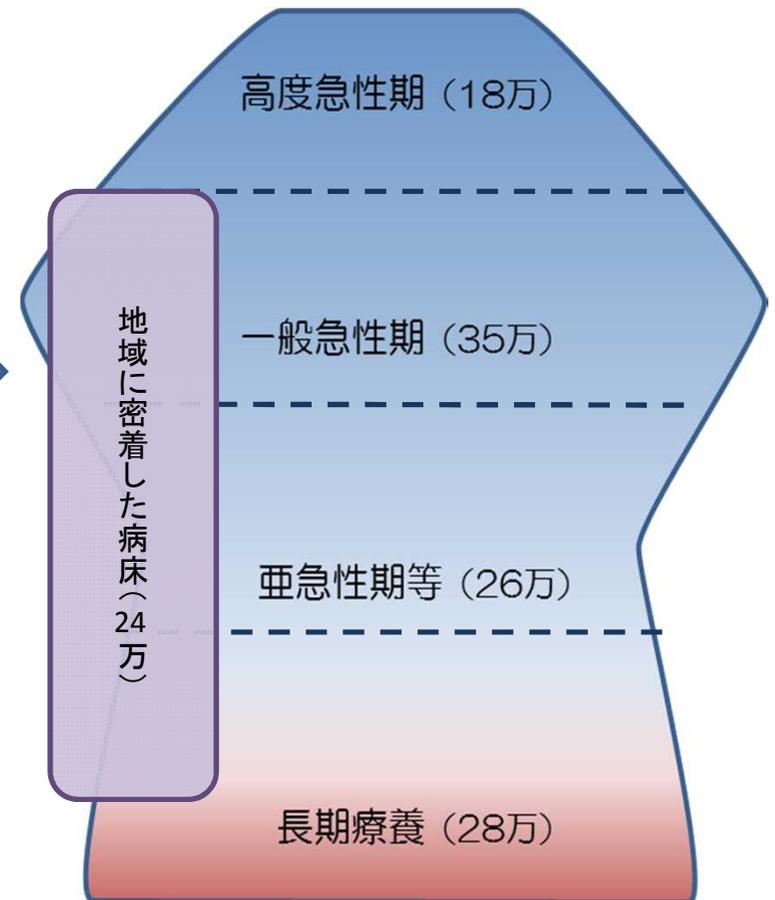
(3) その他の指標

# 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

<2012(H24)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

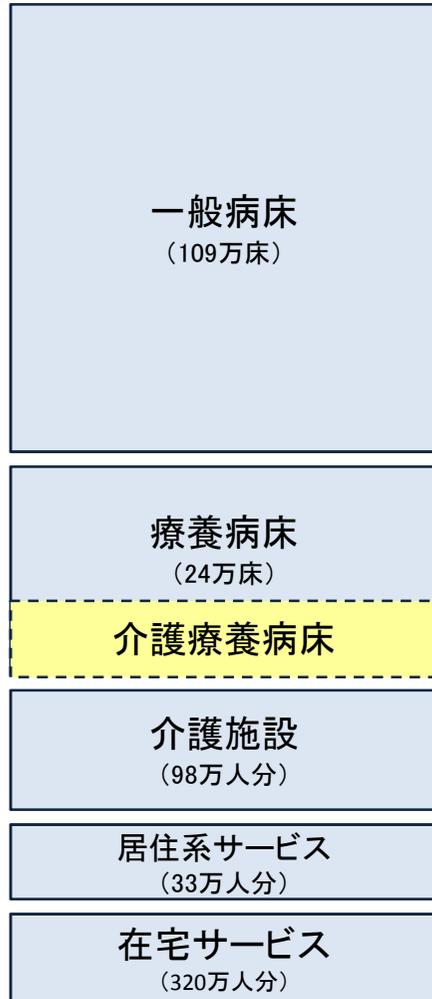
現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

# 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

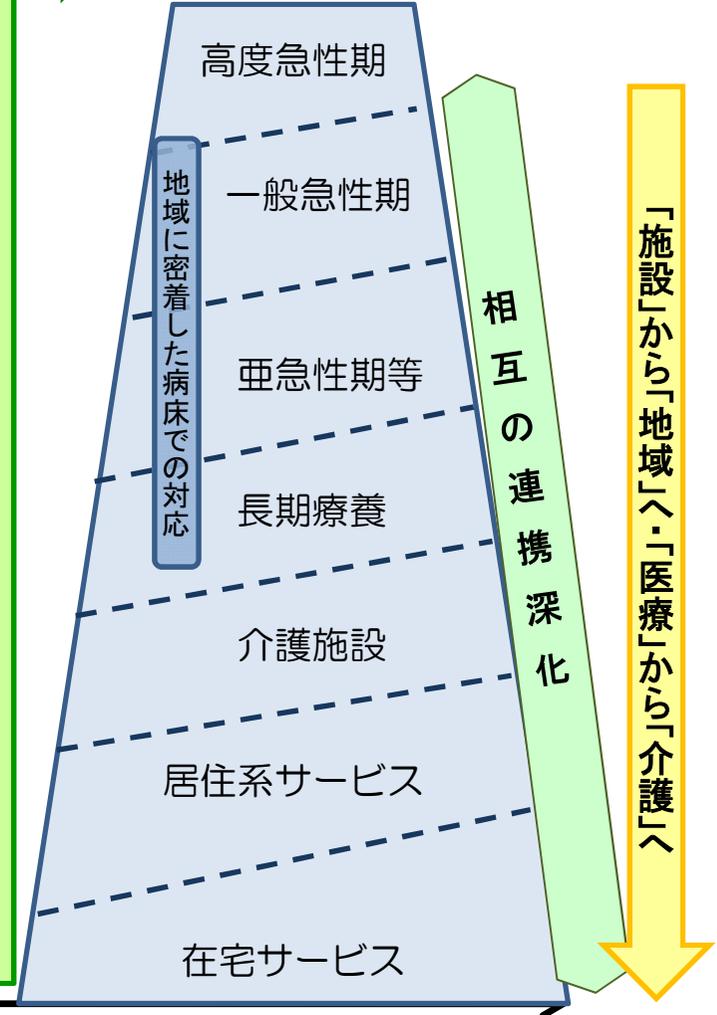
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

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

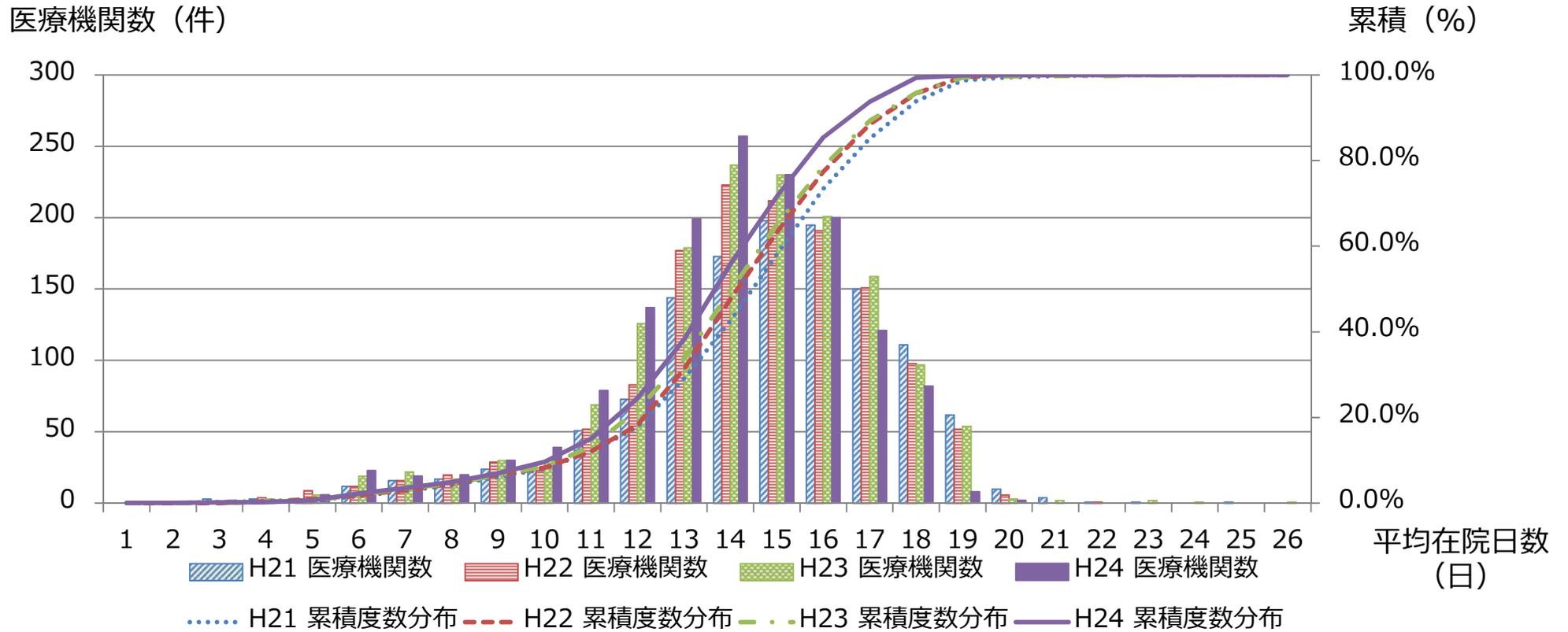
## 施設基準

- 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



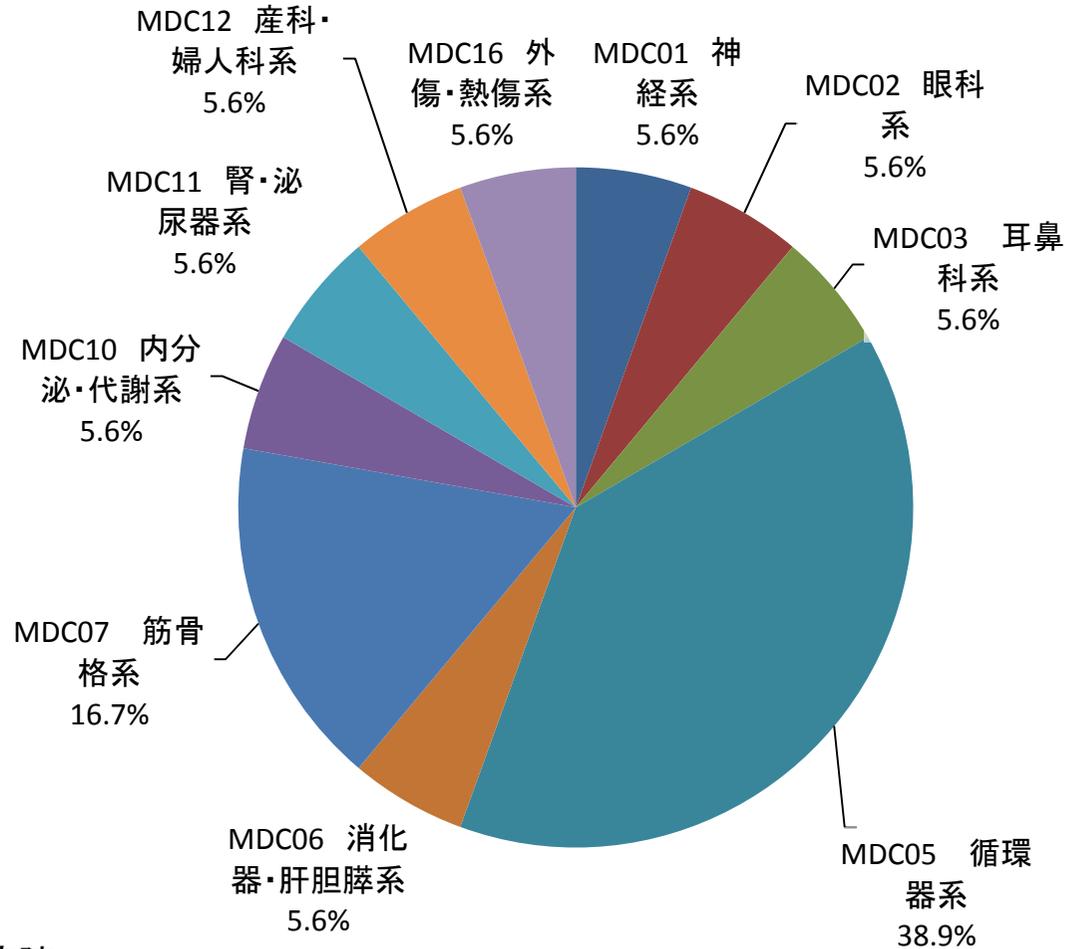
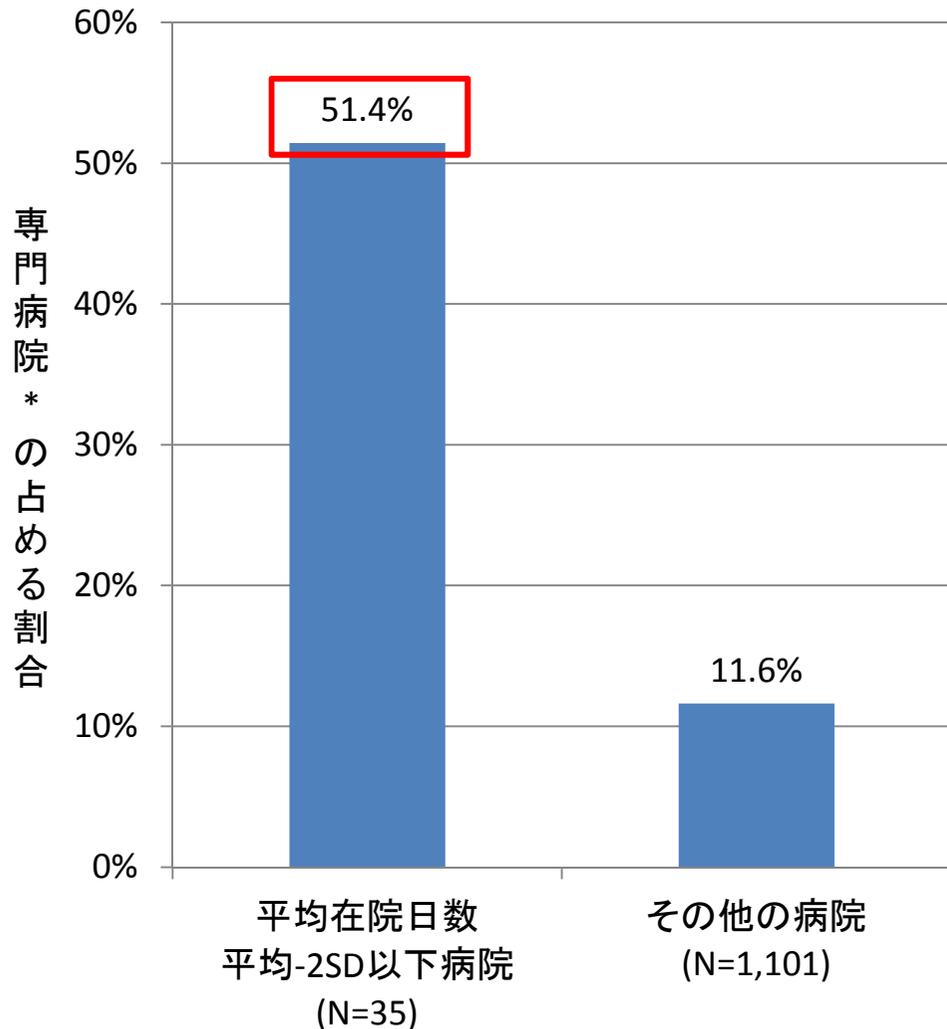
	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
医療機関数	1,277	1,359	1,489	1,456
平均値±SD (標準偏差)	14.7±2.9	14.4±2.8	14.3±2.9	13.9±2.7

※ 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

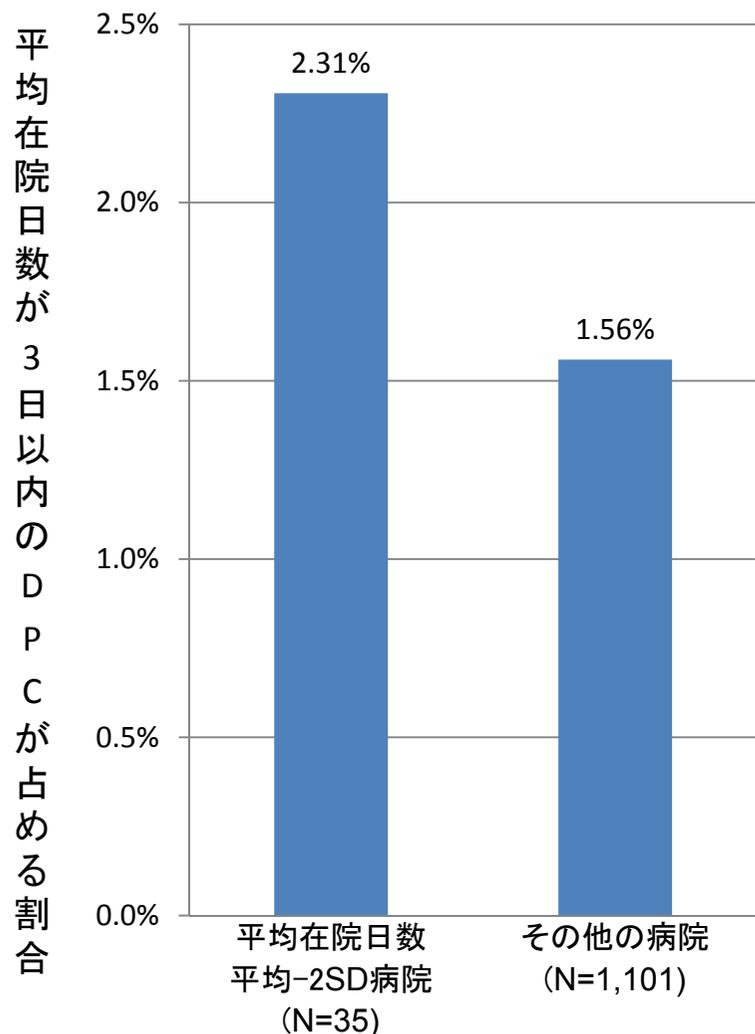


\*入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上の病院

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>

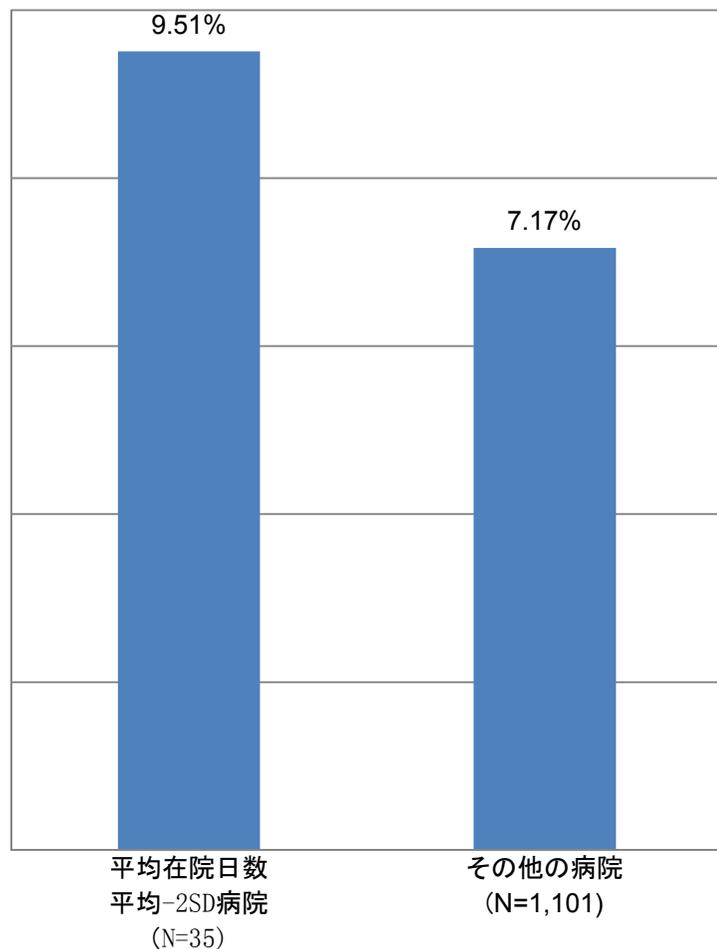
DPC	平均在院日数	症例数	割合
小腸大腸の良性疾患 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等あり 副傷病なし	2.86日	2,435	31.0%
前立腺の悪性腫瘍 前立腺針生検法あり	2.81日	875	11.1%
睡眠時無呼吸 手術なし 終夜睡眠ポリグラフィーあり	2.08日	672	8.5%
流産	1.88日	630	8.0%
鼠径ヘルニア 15歳未満 ヘルニア手術あり	2.55日	559	7.1%
食物アレルギー 小児食物アレルギー負荷試験あり	1.57日	547	7.0%
小腸大腸の良性疾患 手術なし 副傷病なし	2.37日	497	6.3%
食物アレルギー 手術・処置等1なし	2.11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

## <平均在院日数が短いDPCの例>

平均在院日数が5日以内のDPCが占める割合



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%

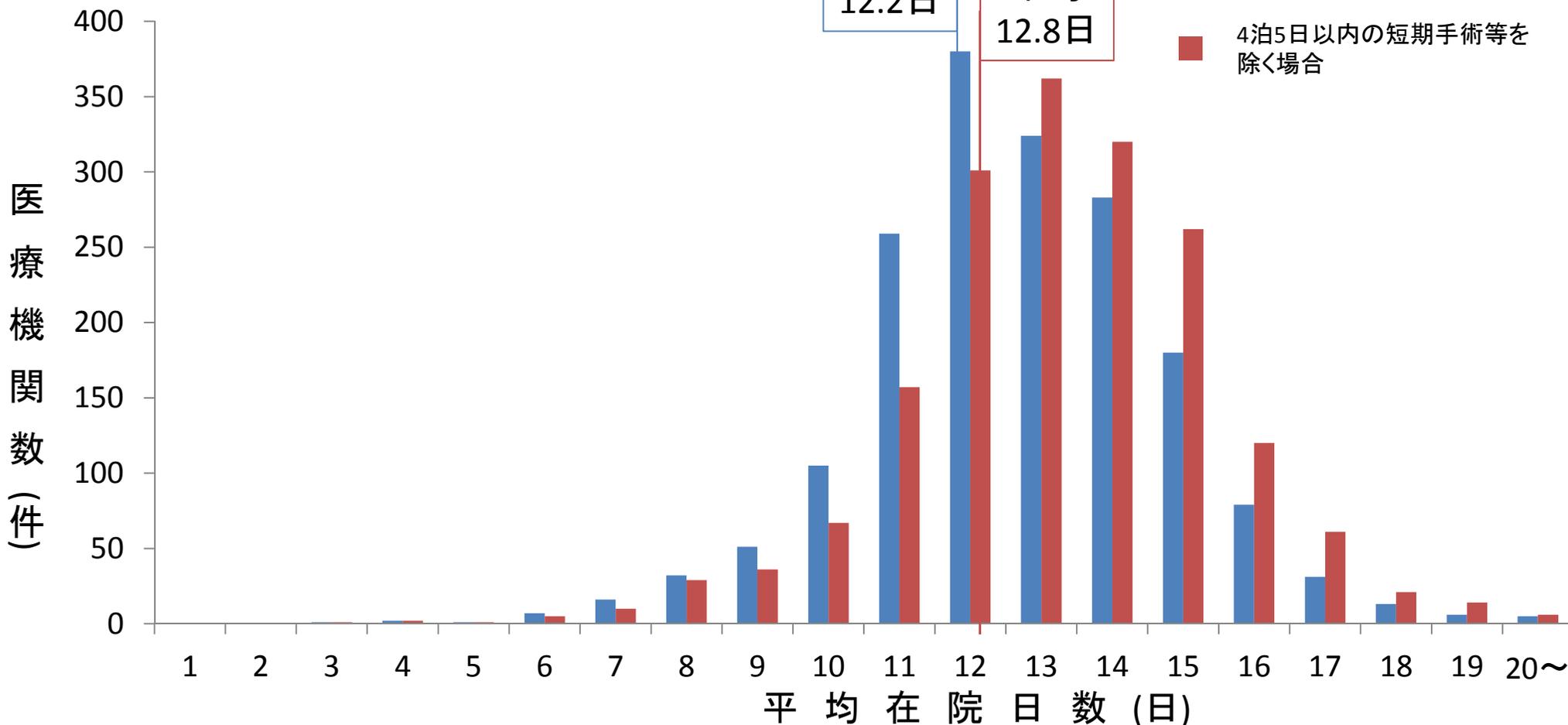
平均在院日数の短い病院は平均在院日数が5日以内のDPCが占める割合が多い。5日以内のDPCの内訳としては、狭心症、慢性虚血性心疾患の心臓カテーテル検査や白内障手術、小腸・大腸の良性疾患のポリープ切除術目的の入院が多い。

# 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

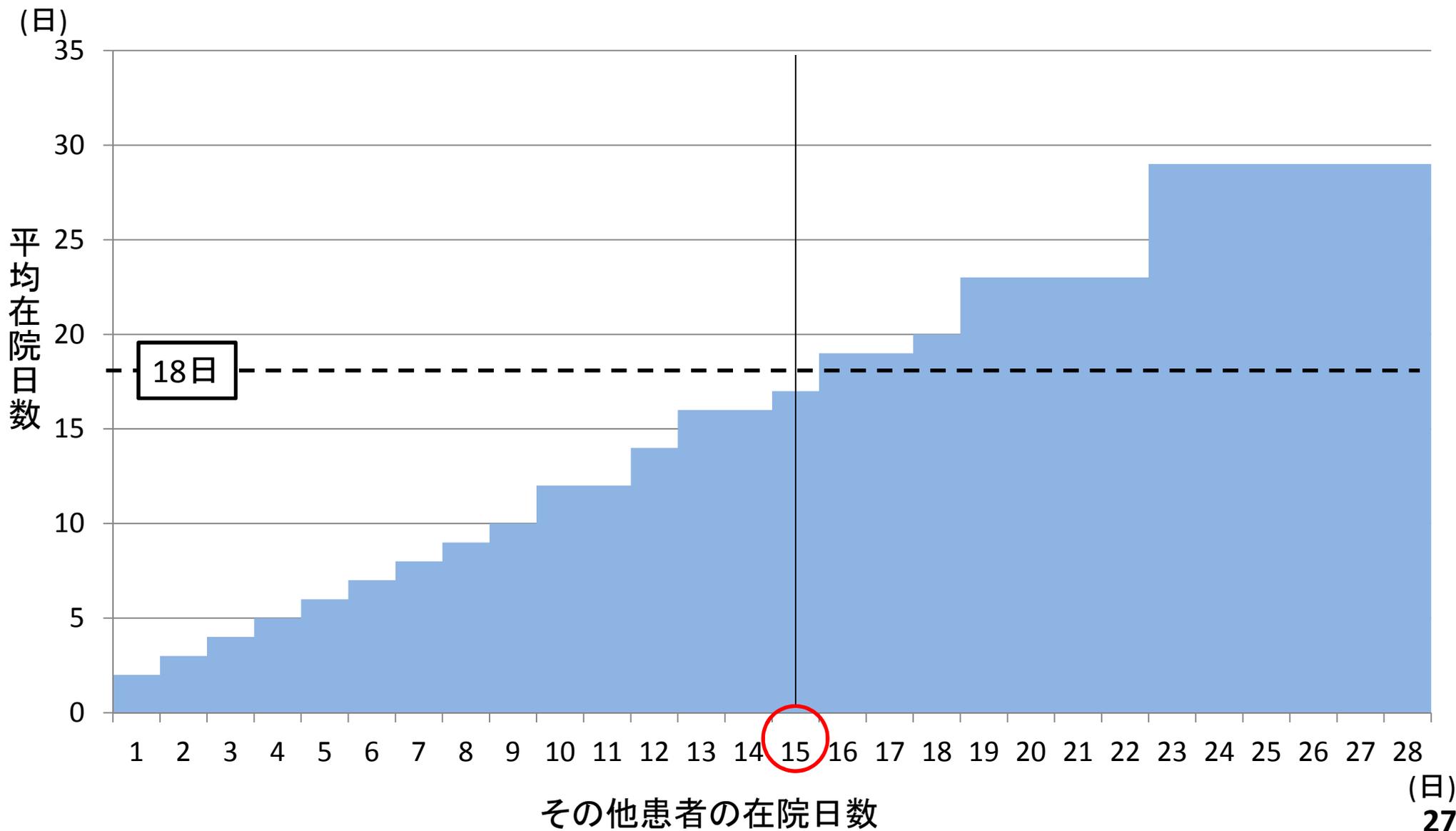
# 特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数\*

\*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

○ 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)

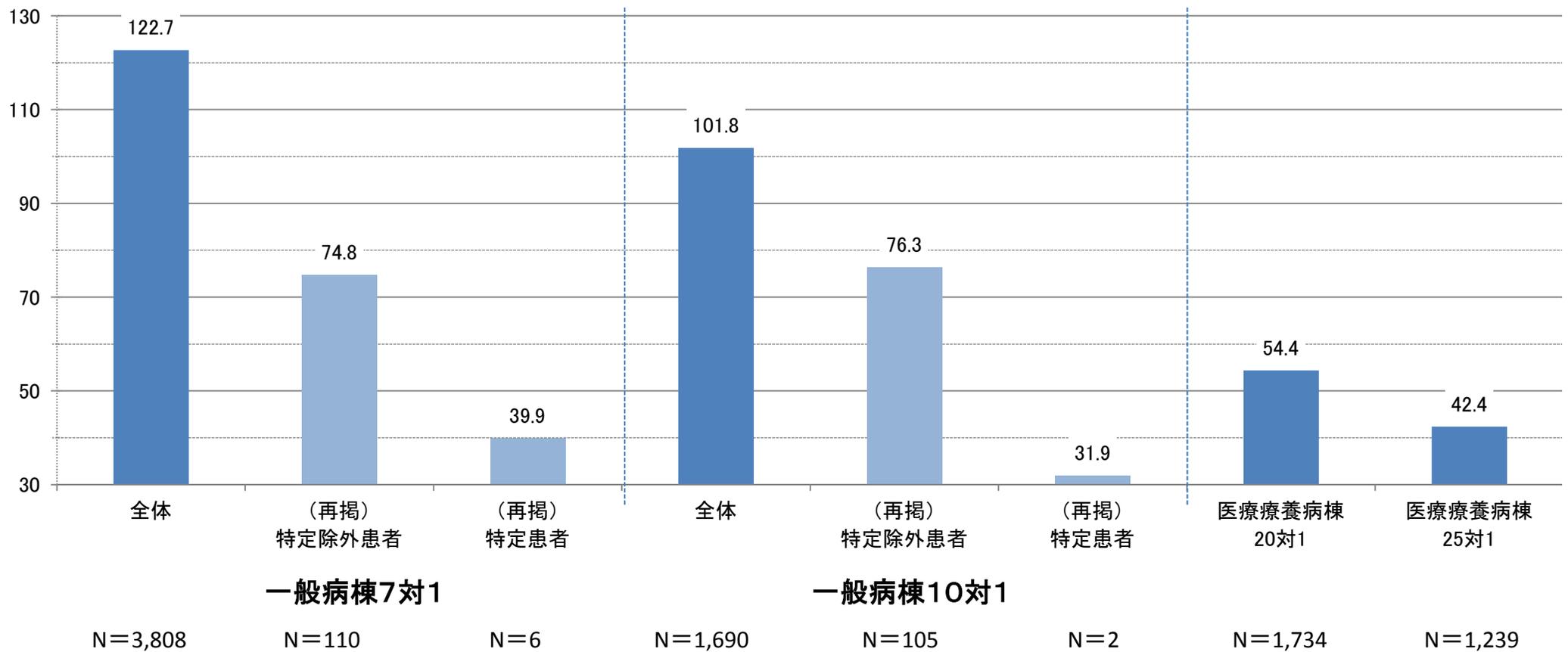
- ・計算対象期間は3か月間
- ・算定する入院料ごとに算出
- ・毎日24時現在に在院中の患者
- ・入院当日に退院又は死亡した患者を含む
- ・入院料を超えて転棟した場合、移動した日は移動前の病棟における入院日として在院患者延べ日数に加える
- ・新入退棟患者については1回目のみ数え、再入退棟は数えない
- ・平均在院日数の計算対象としない患者については、分子・分母双方から除く

# 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)



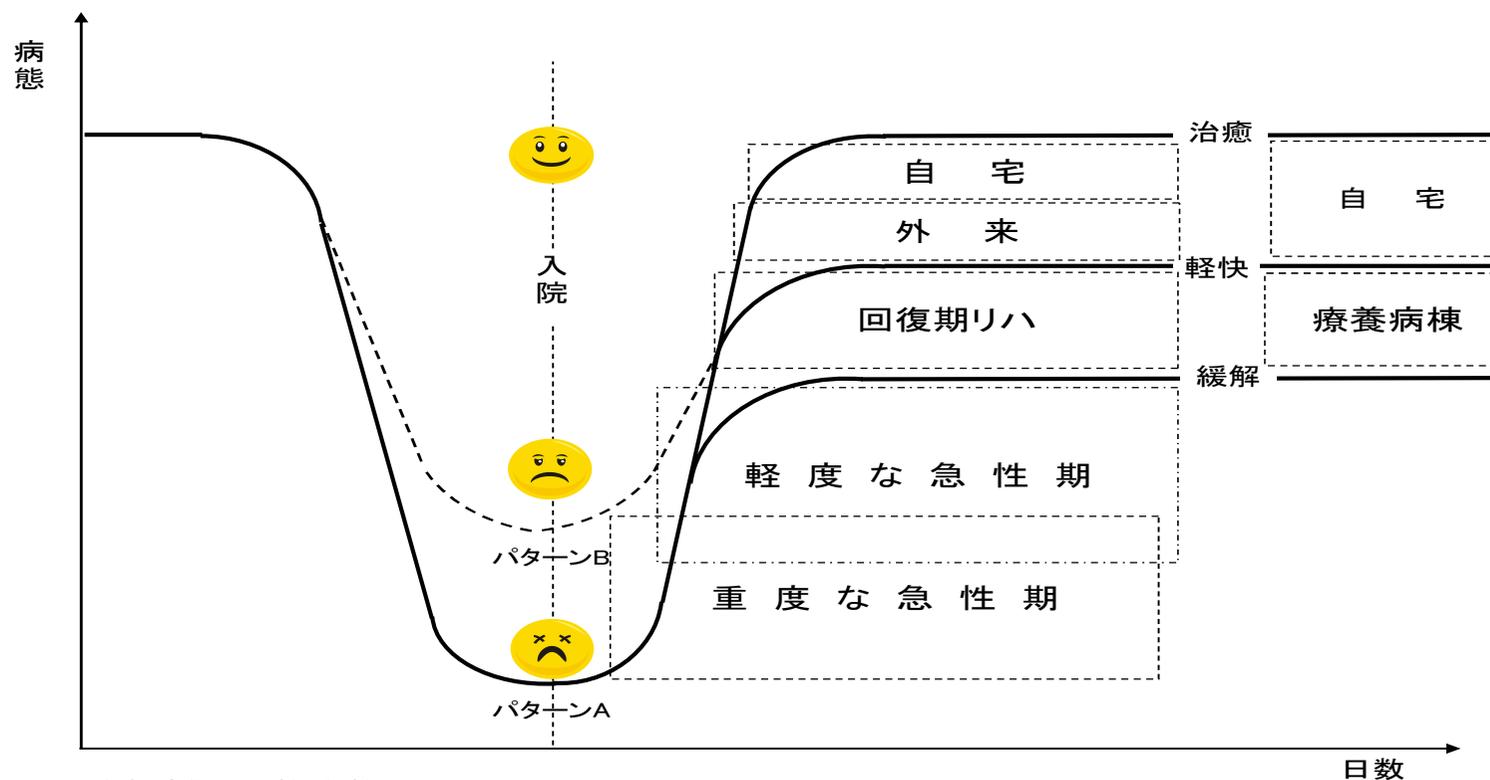
# 急性期の定義

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。

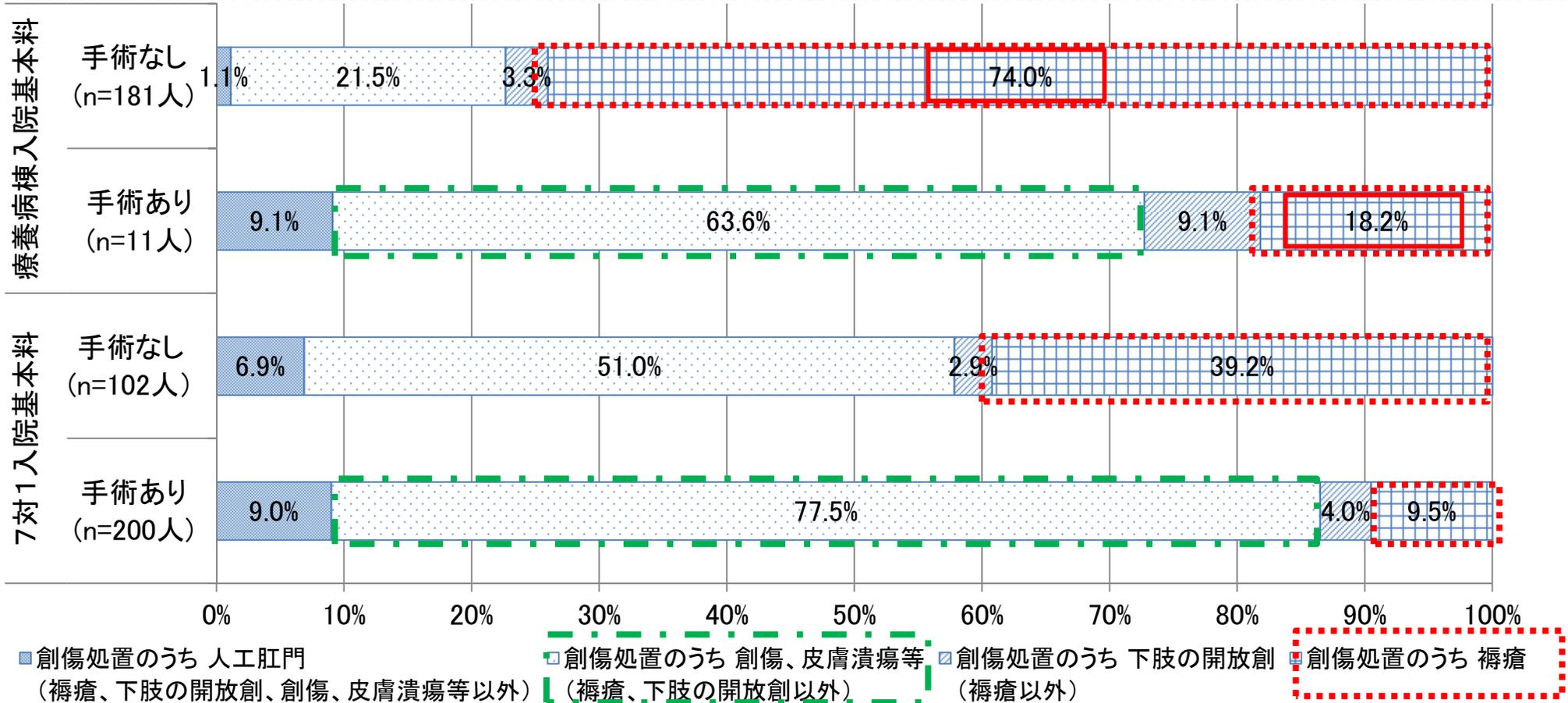
		7対1特定機能病院 入院基本料(一般病棟)		7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟 入院基本料		13対1一般病棟 入院基本料		15対1一般病棟 入院基本料		亜急性期 入院医療管理料		療養病棟入院基本料1,2	
		該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	該当割合
全体		117,602人	(100.0%)	106,106人	(100.0%)	49,842人	(100.0%)	3,460人	(100.0%)	10,623人	(100.0%)	2,317人	(100.0%)	84,252人	(100.0%)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



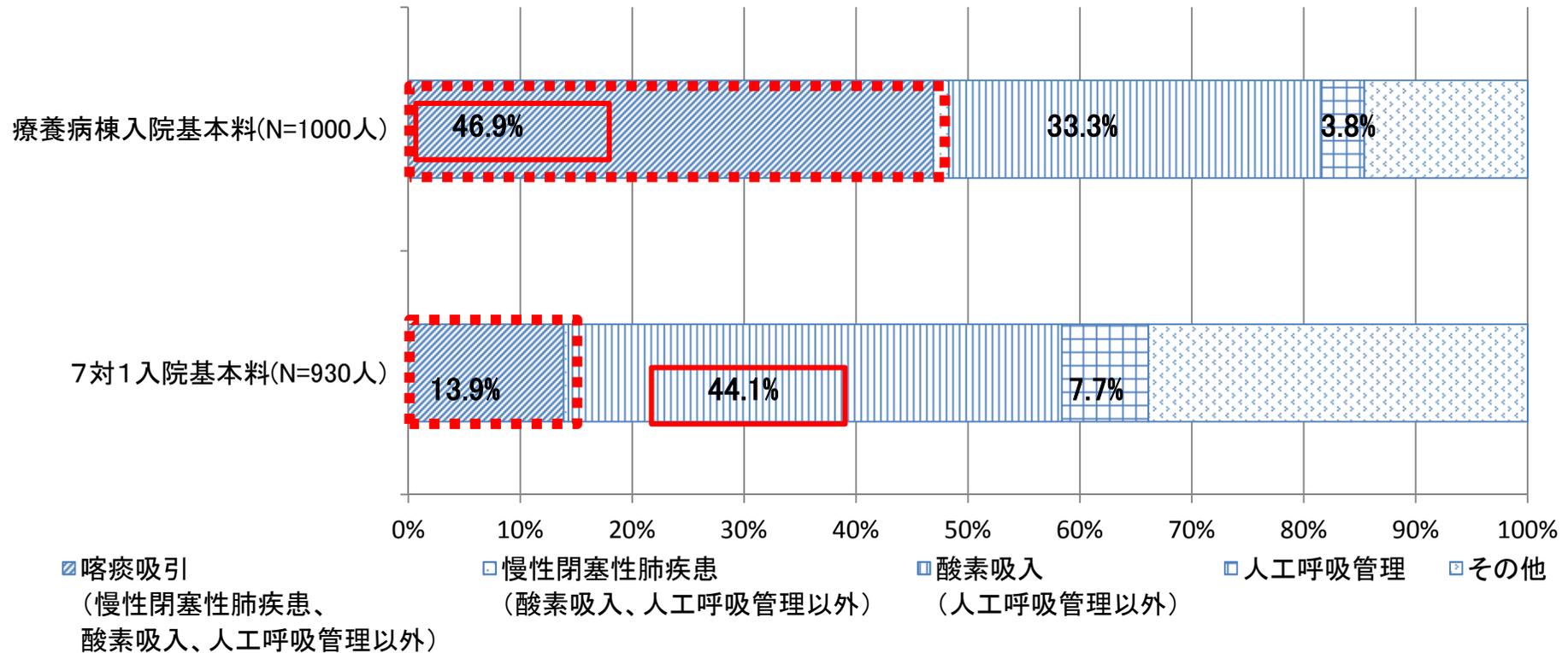
出典：平成24年度 入院医療等の調査より

「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)

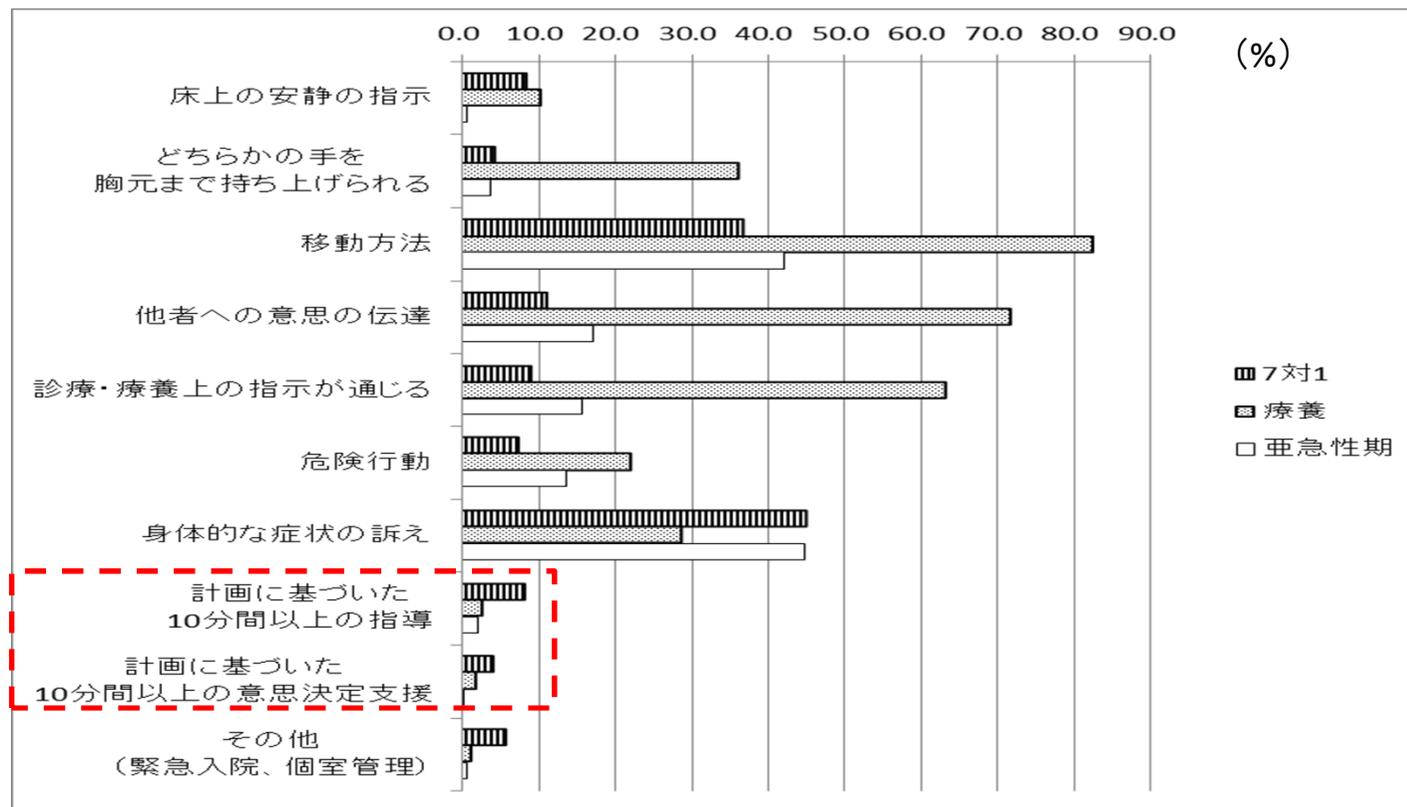
・7対1入院基本料のA項目「血圧測定」に該当する者について、B項目の出現パターンを分析したところ、最も多かったものが、B項目が「いずれも0点(該当なし)」であった。次いで「移乗のみ」に該当、「移乗と衣服着脱」に該当の組み合わせであった。

○ 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%

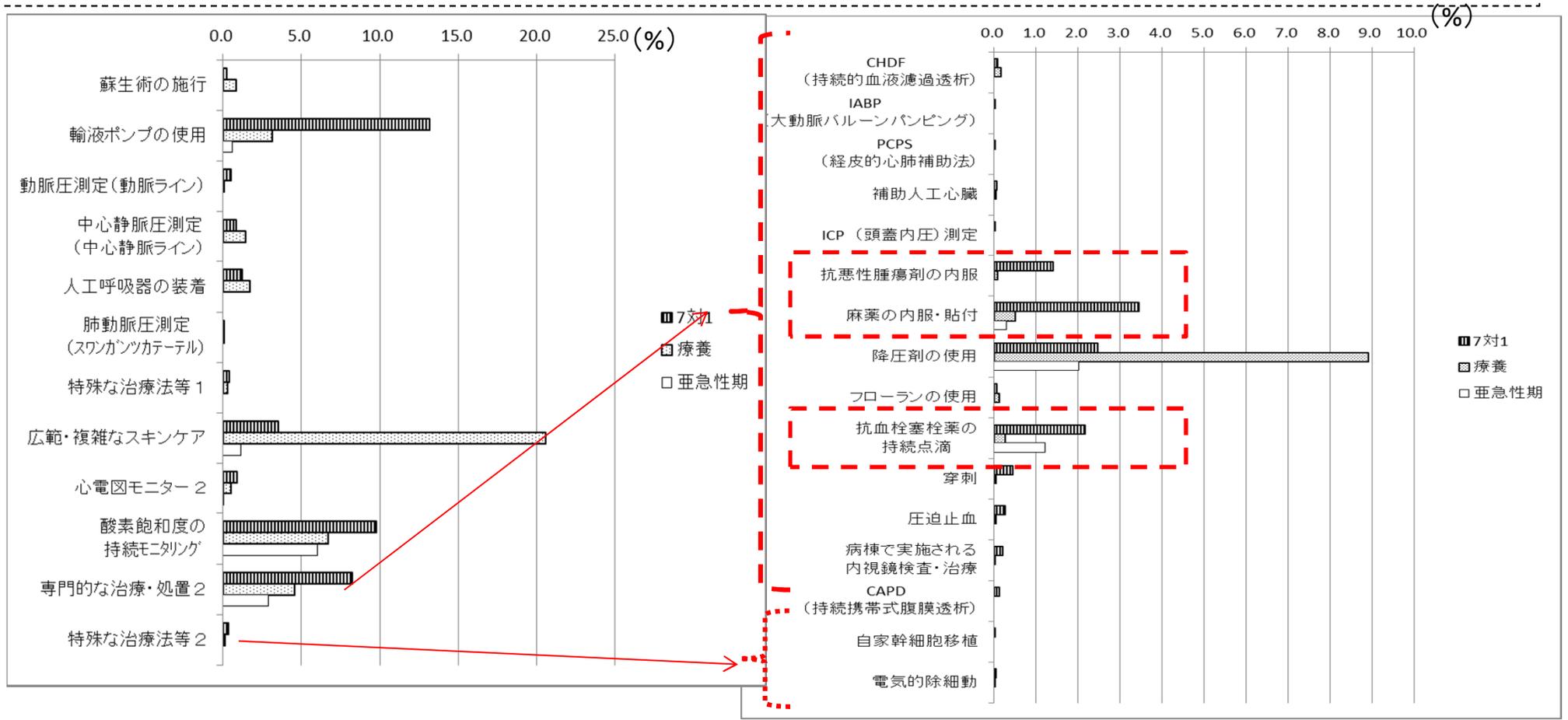
血圧測定とB項目で最も多く出現する組み合わせは、B項目「該当なし」であり、比較的自立度が高い患者に対する処置として行われていることが示唆されるが、急性期の循環動態が不安定な患者の状態観察の指標として適切であるといえるか。

○ 「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。

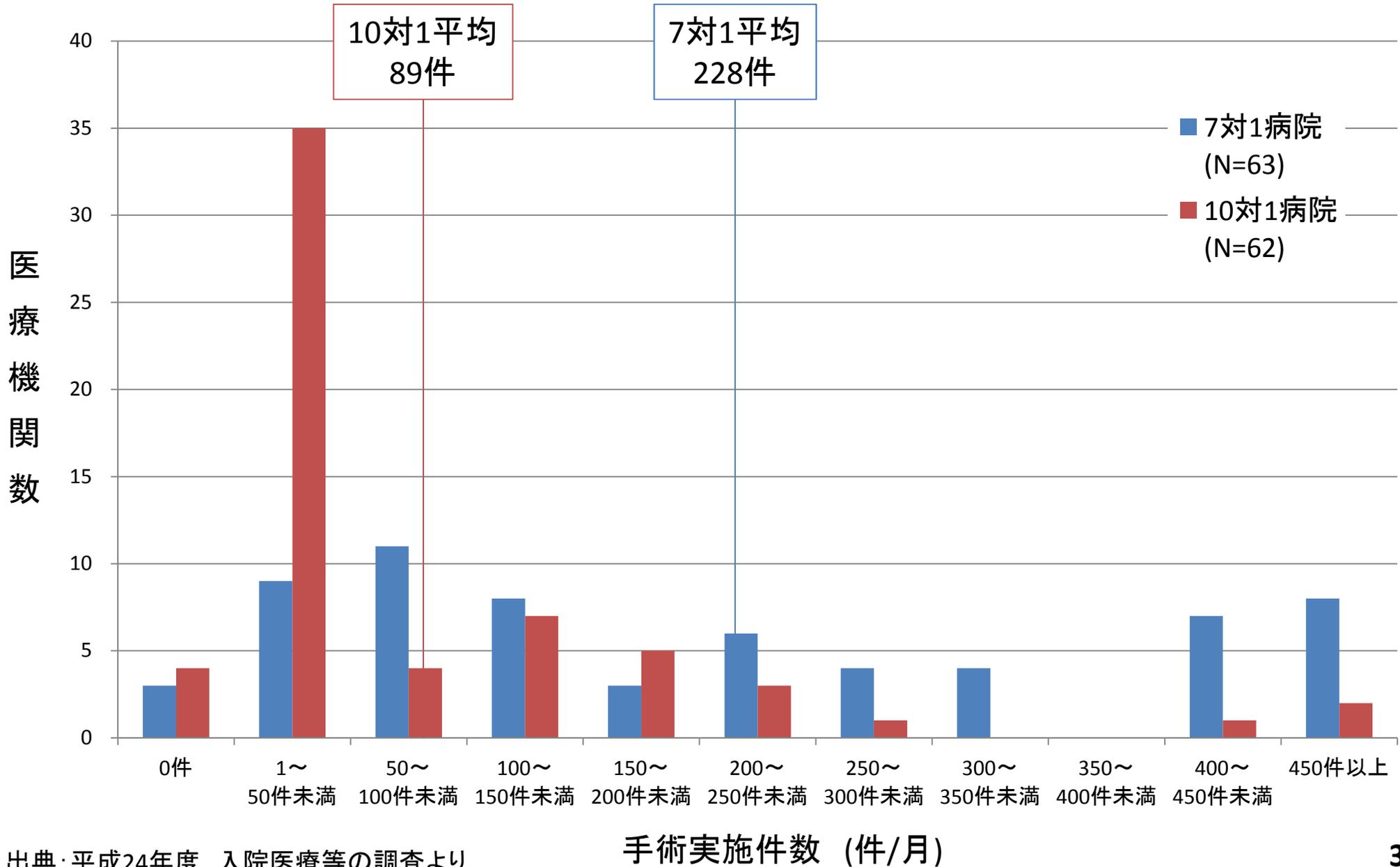


(心電図モニター2: 心臓再同期療法(CRT)、両心室ペーシング機能付埋込型除細動器(CRTD)、植込型除細動器(ICD)を実施した場合)

# 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

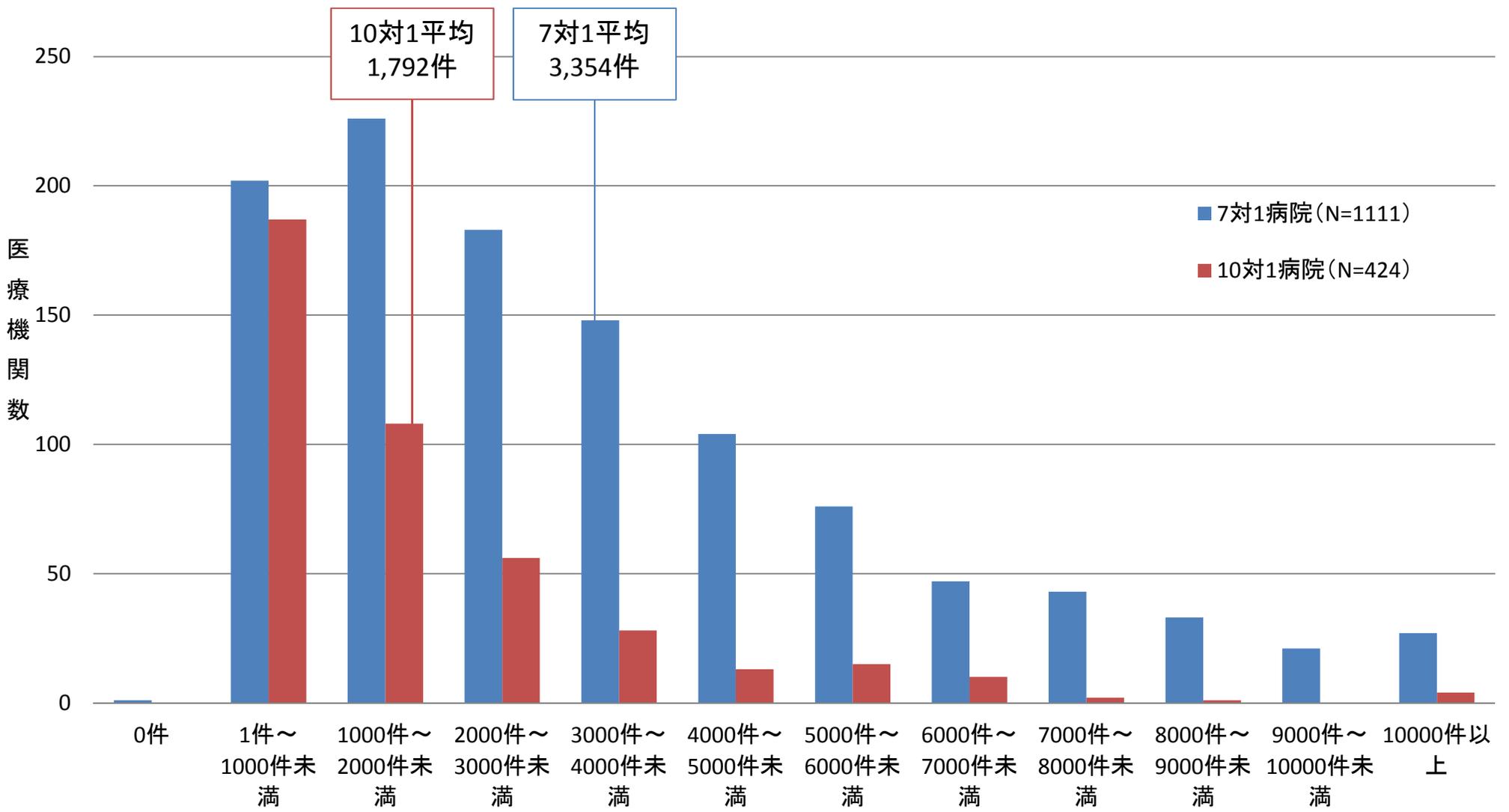
# 7対1・10対1病院における手術実施件数(平成24年度調査)



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

# 7対1・10対1病院における手術実施件数(DPCデータ)

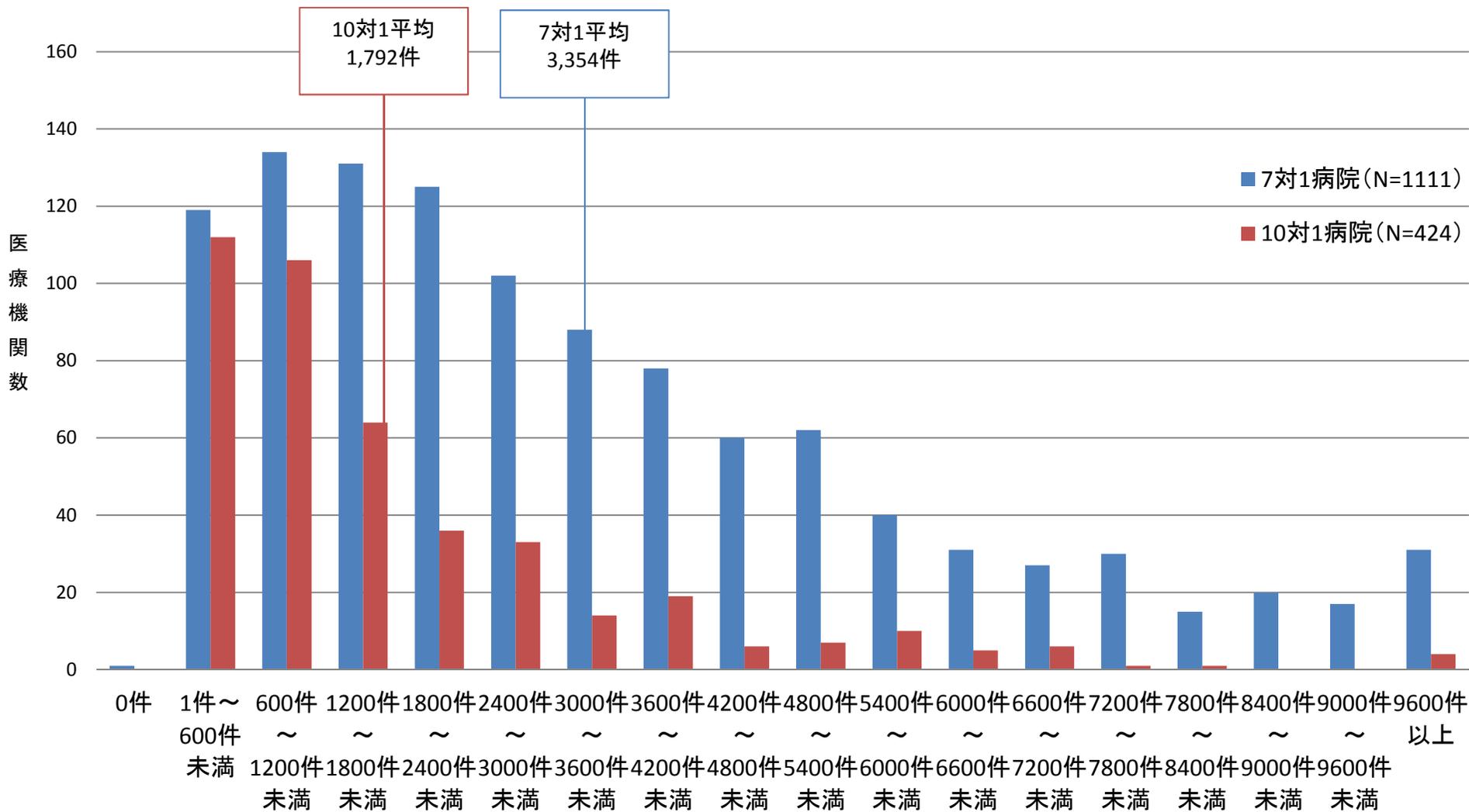
\*平成25年3月現在で7対1一般病棟入院基本料を算定している病院



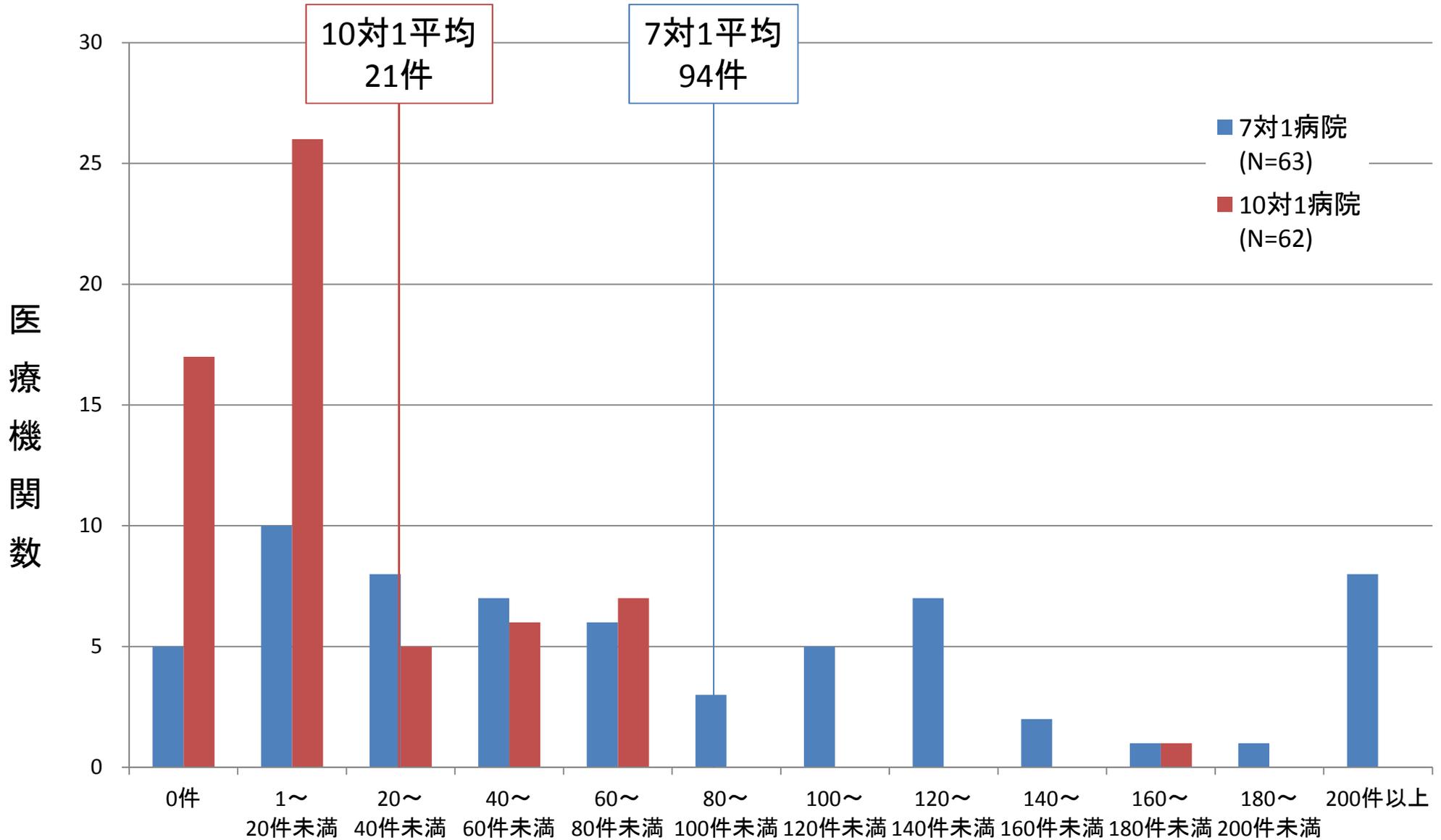
# 7対1・10対1病院における手術実施件数(DPCデータ)

\*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)

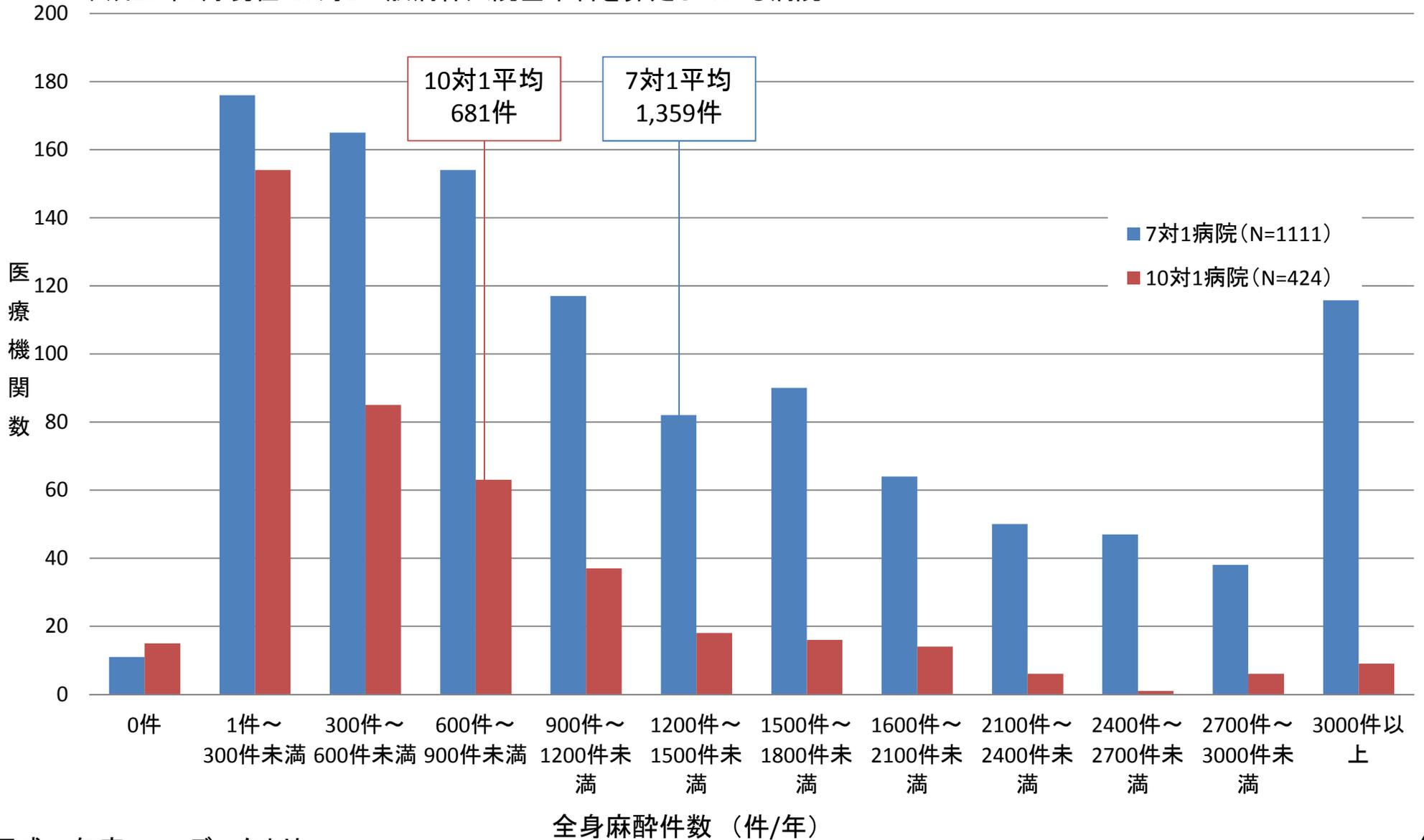


7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(平成24年度調査)



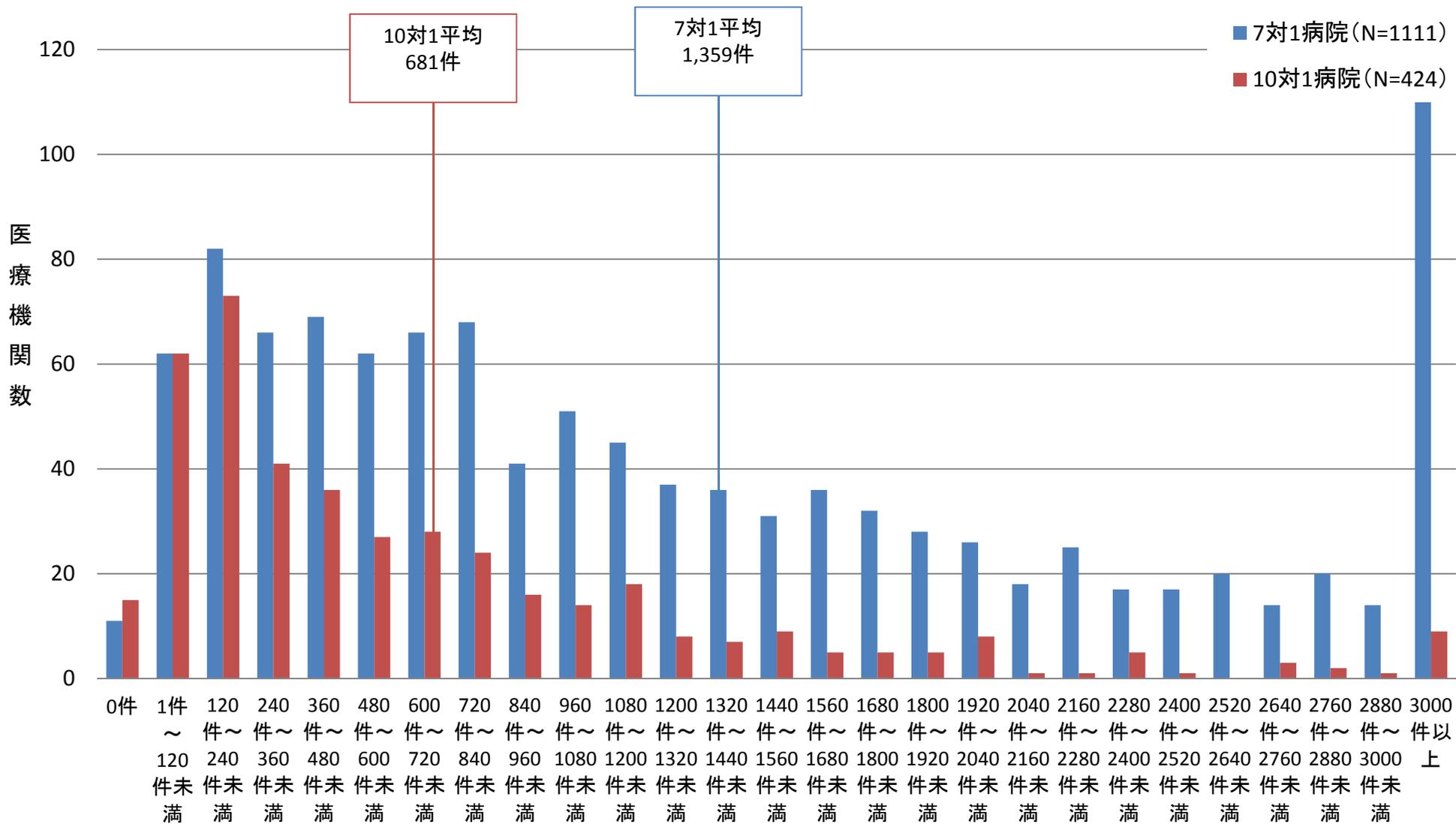
# 7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(DPCデータ)

\*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



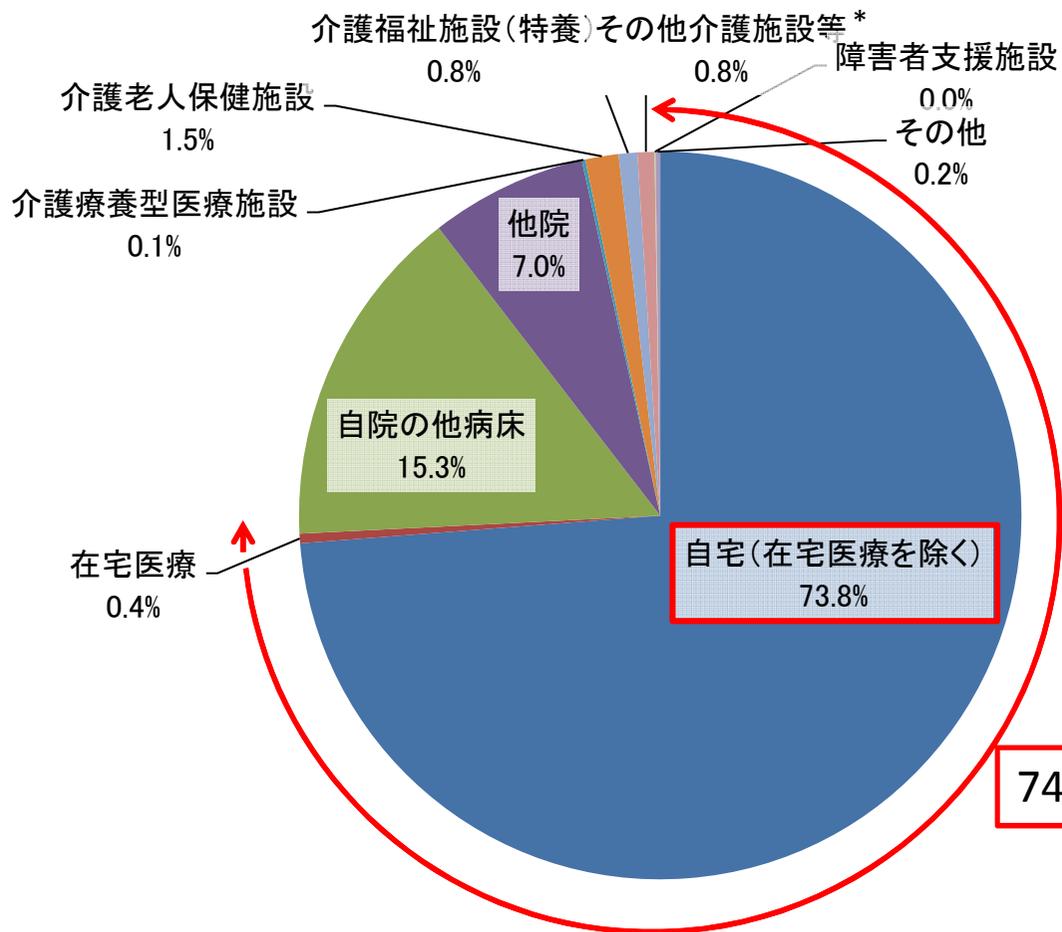
# 7対1・10対1病院における全身麻酔手術実施件数(DPCデータ)

## 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

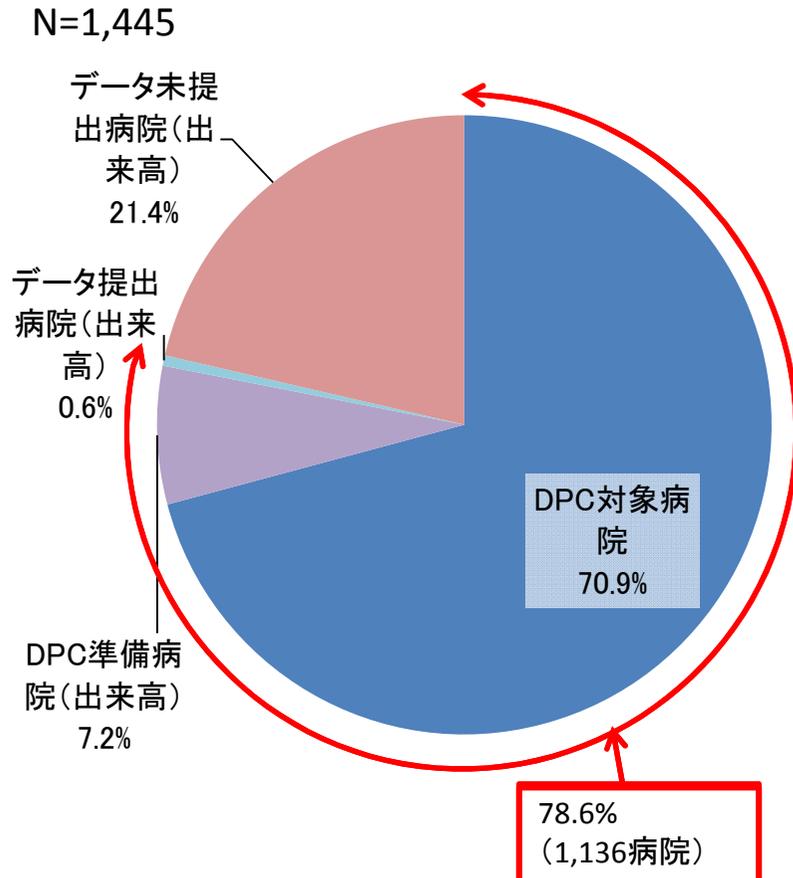
出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

\*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

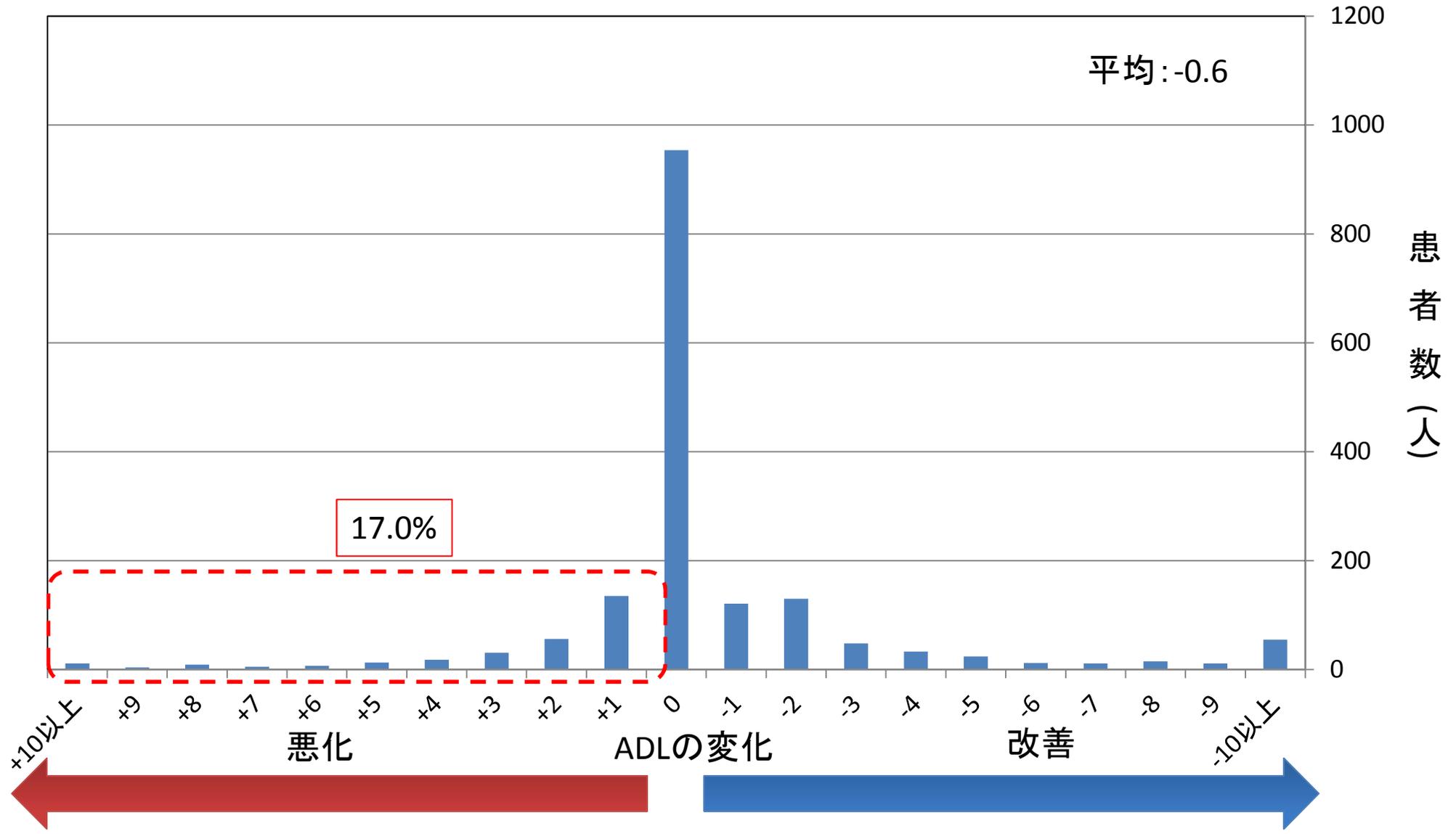
診調組 入 - 1  
25.7.31

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

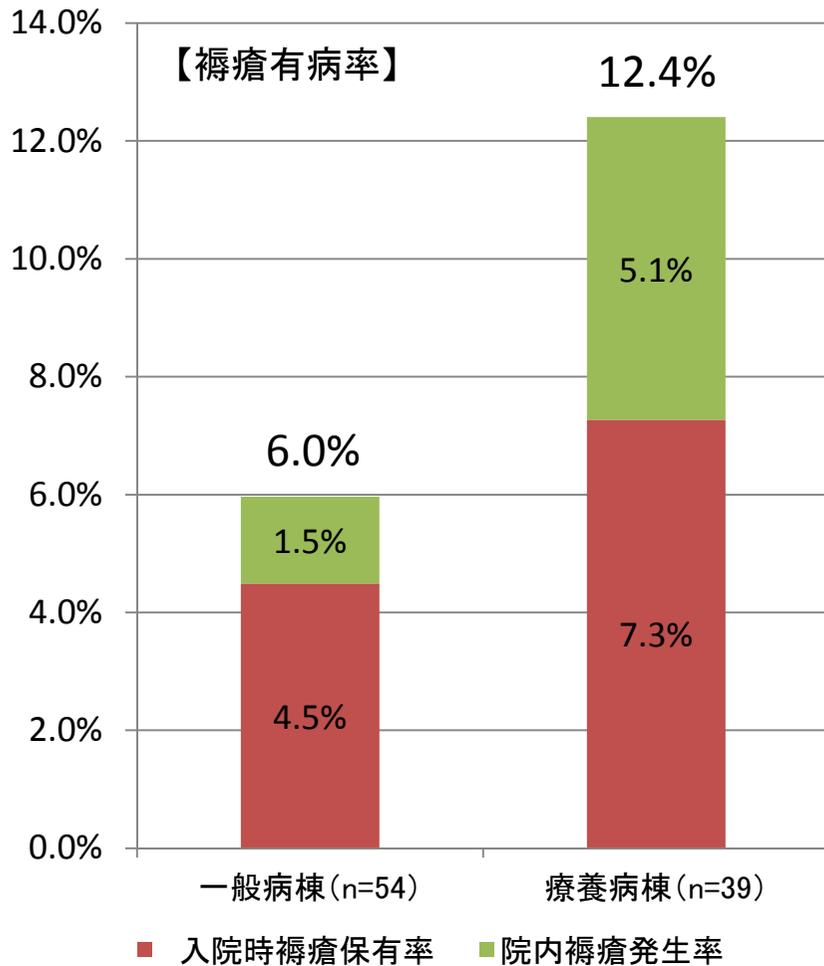
\*重症度・看護必要度B項目の値



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

# 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

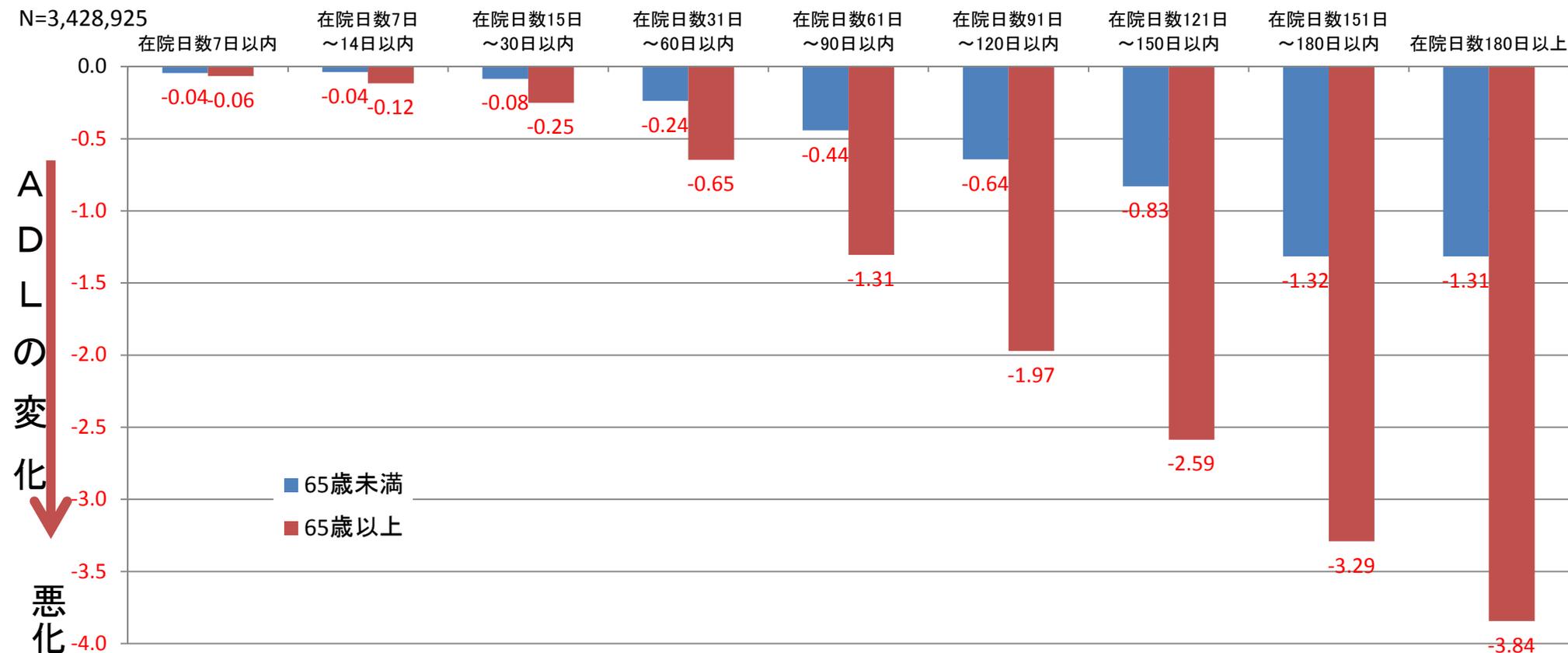
# 7対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

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。

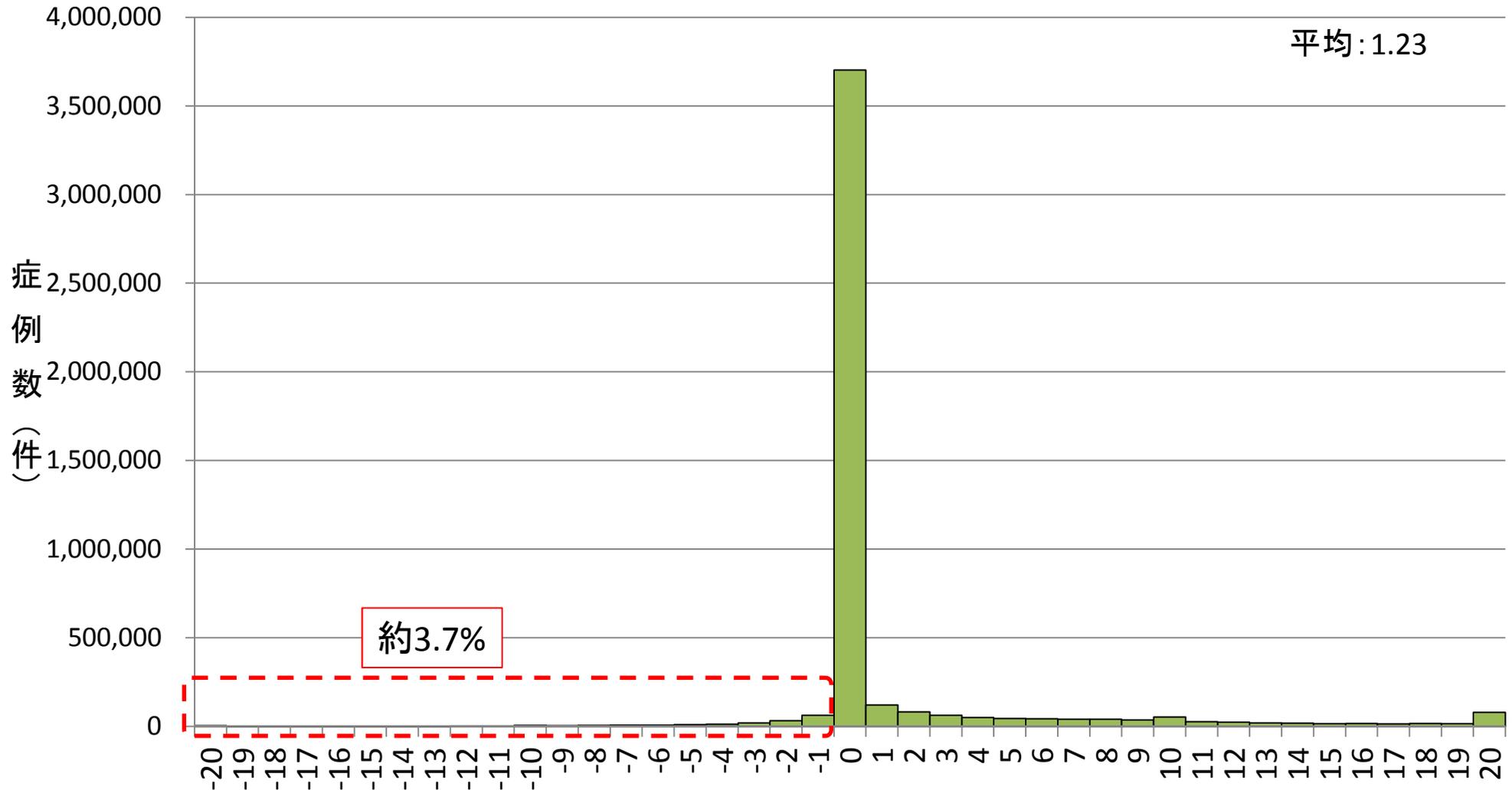
# 7対1病院における入院中のADLの変化 ①(DPCデータ)

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

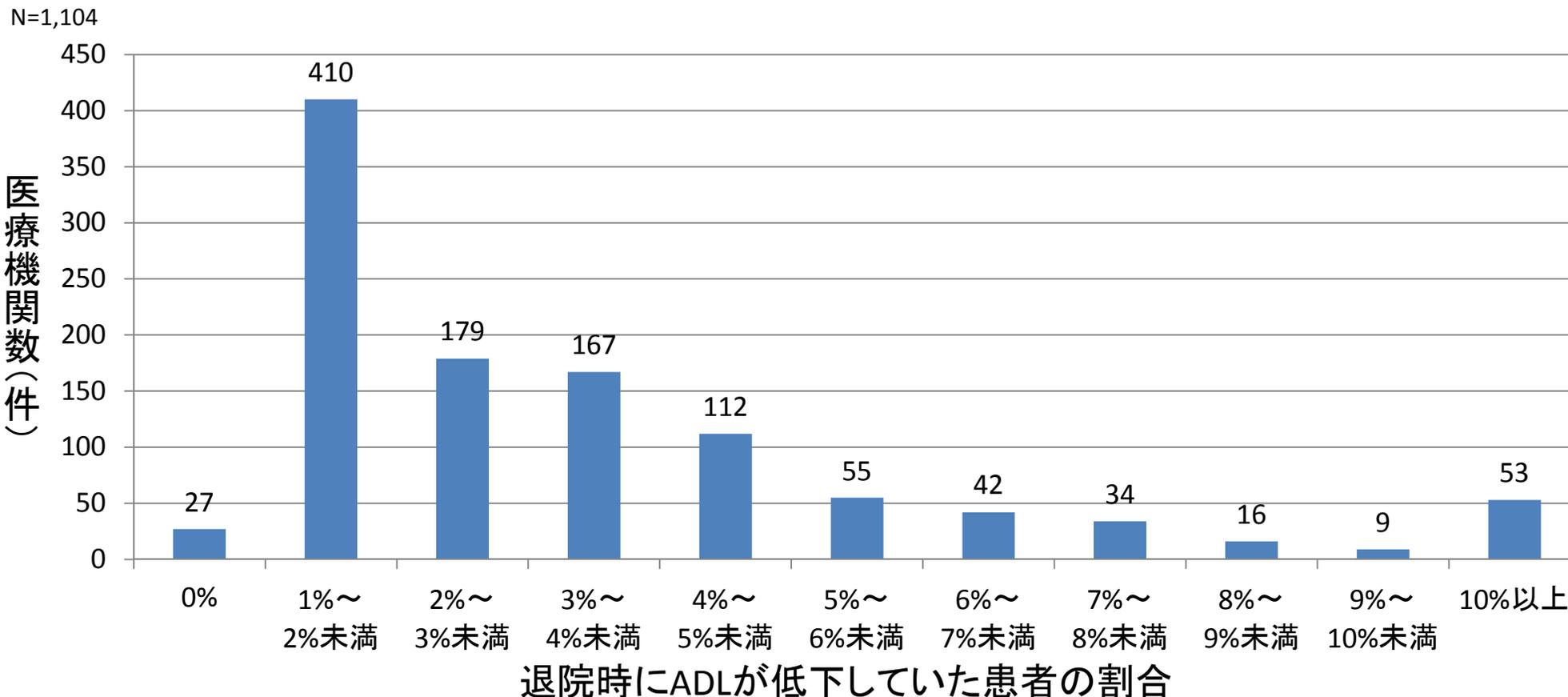


# 7対1病院における入院中のADLの変化 ③(DPCデータ)

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



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。

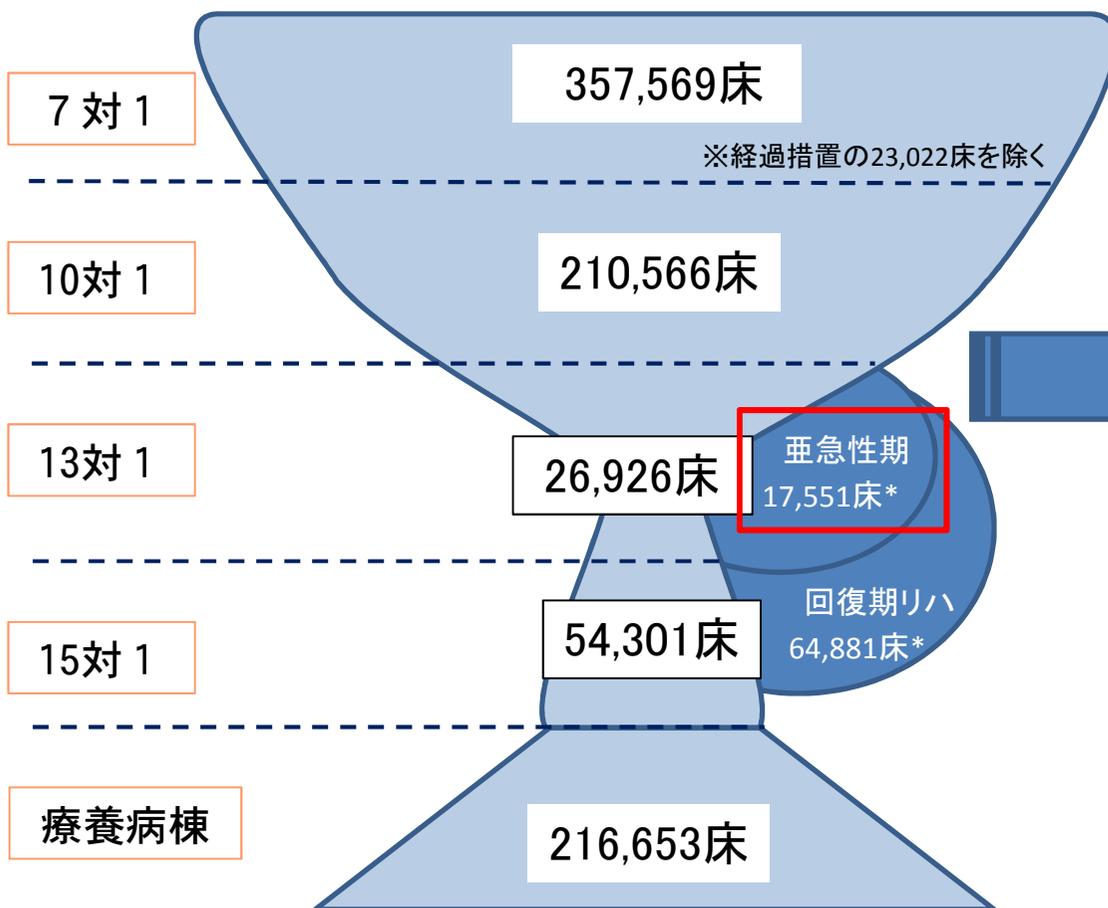
## 2. 亜急性期入院医療管理料等の見直し

再掲

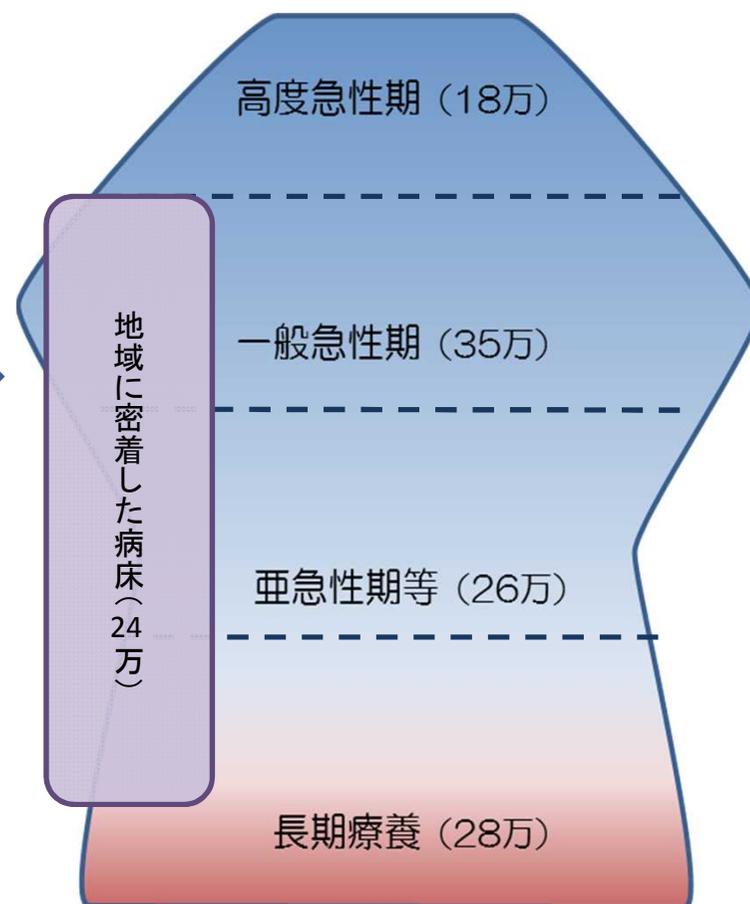
(改) 中医協 総-1  
23.11.25

# 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2012(H24)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

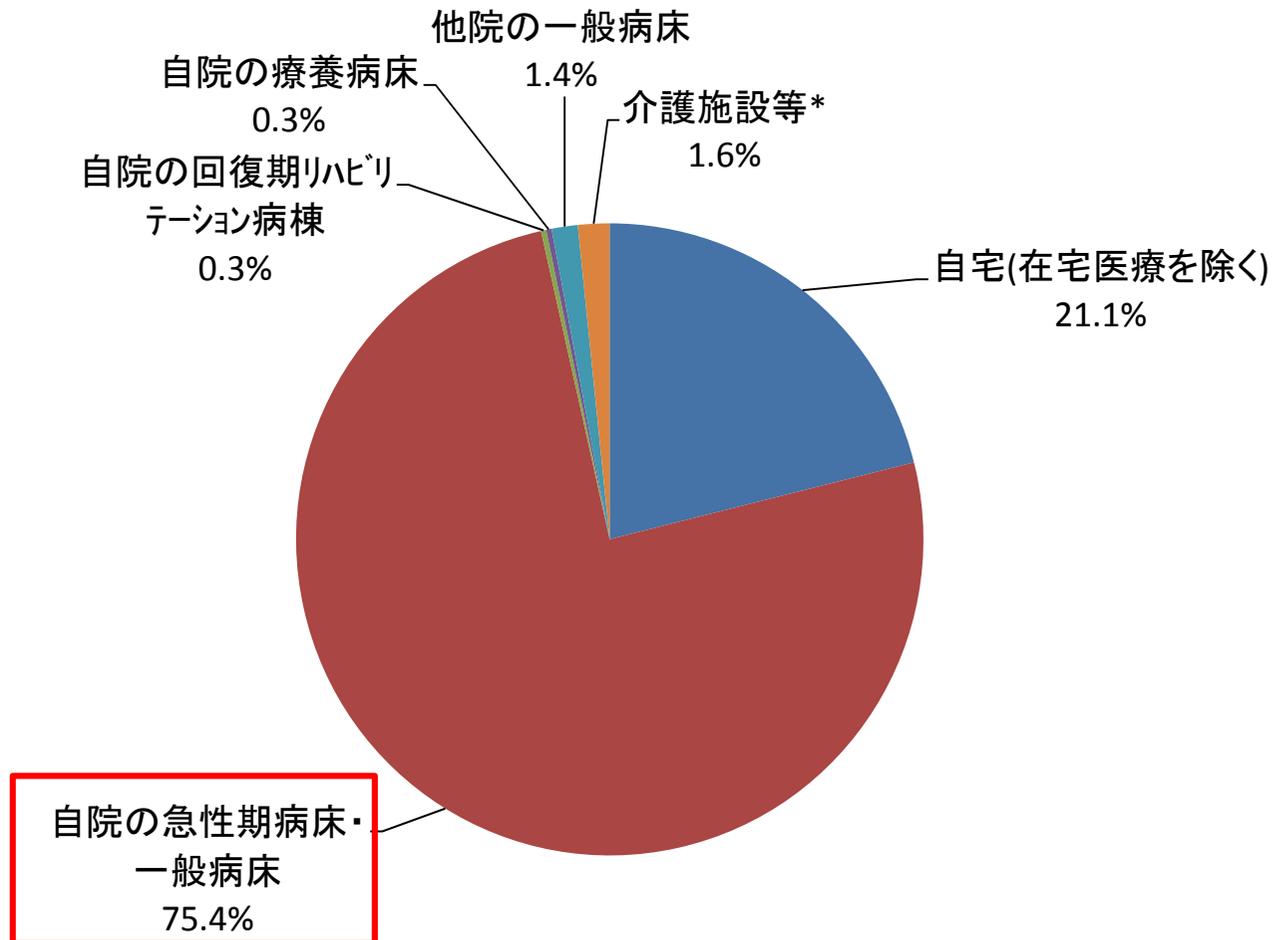
項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g~1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(~14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g~1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(~7日) 7,701点(8日~14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制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

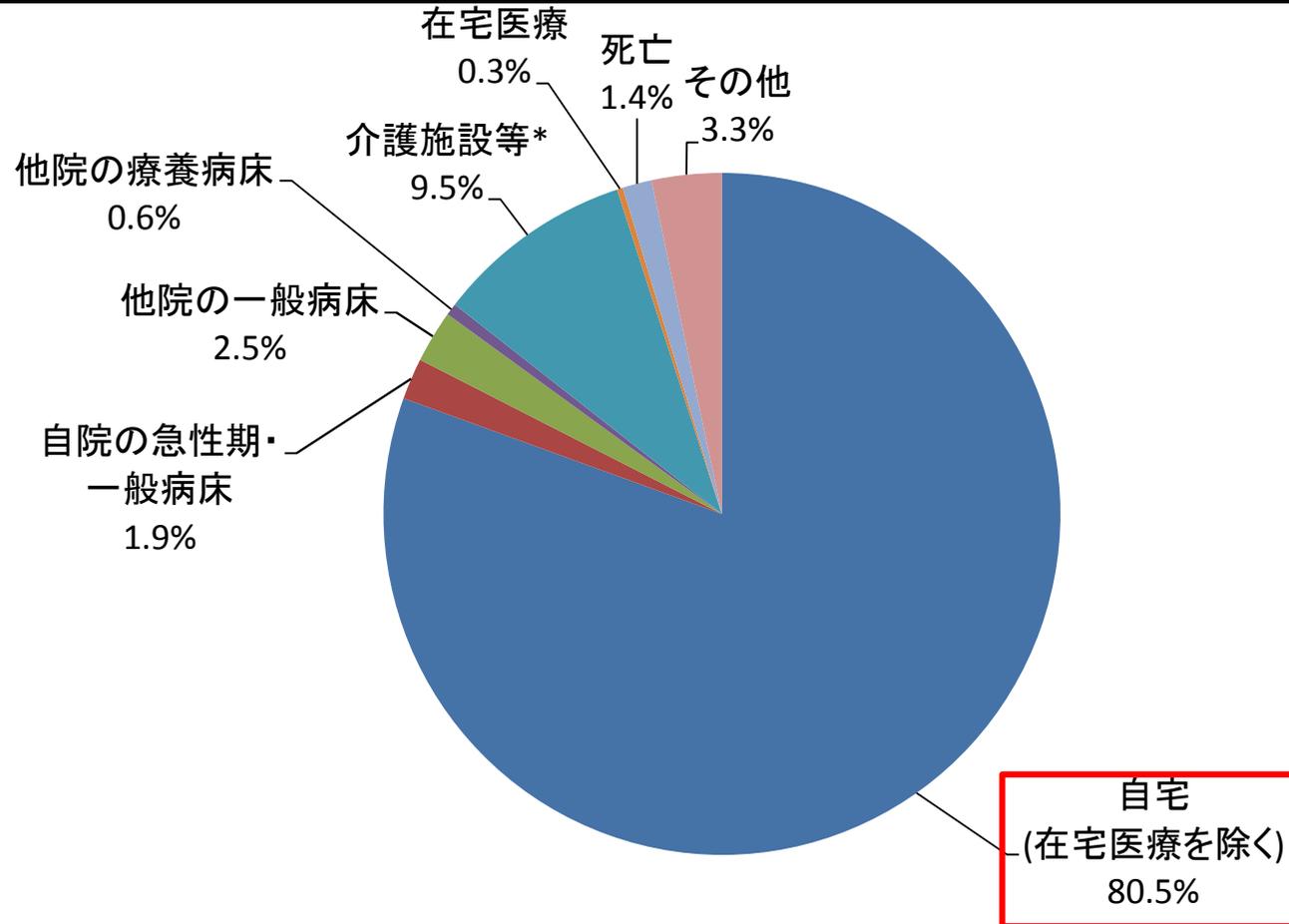
N=370



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



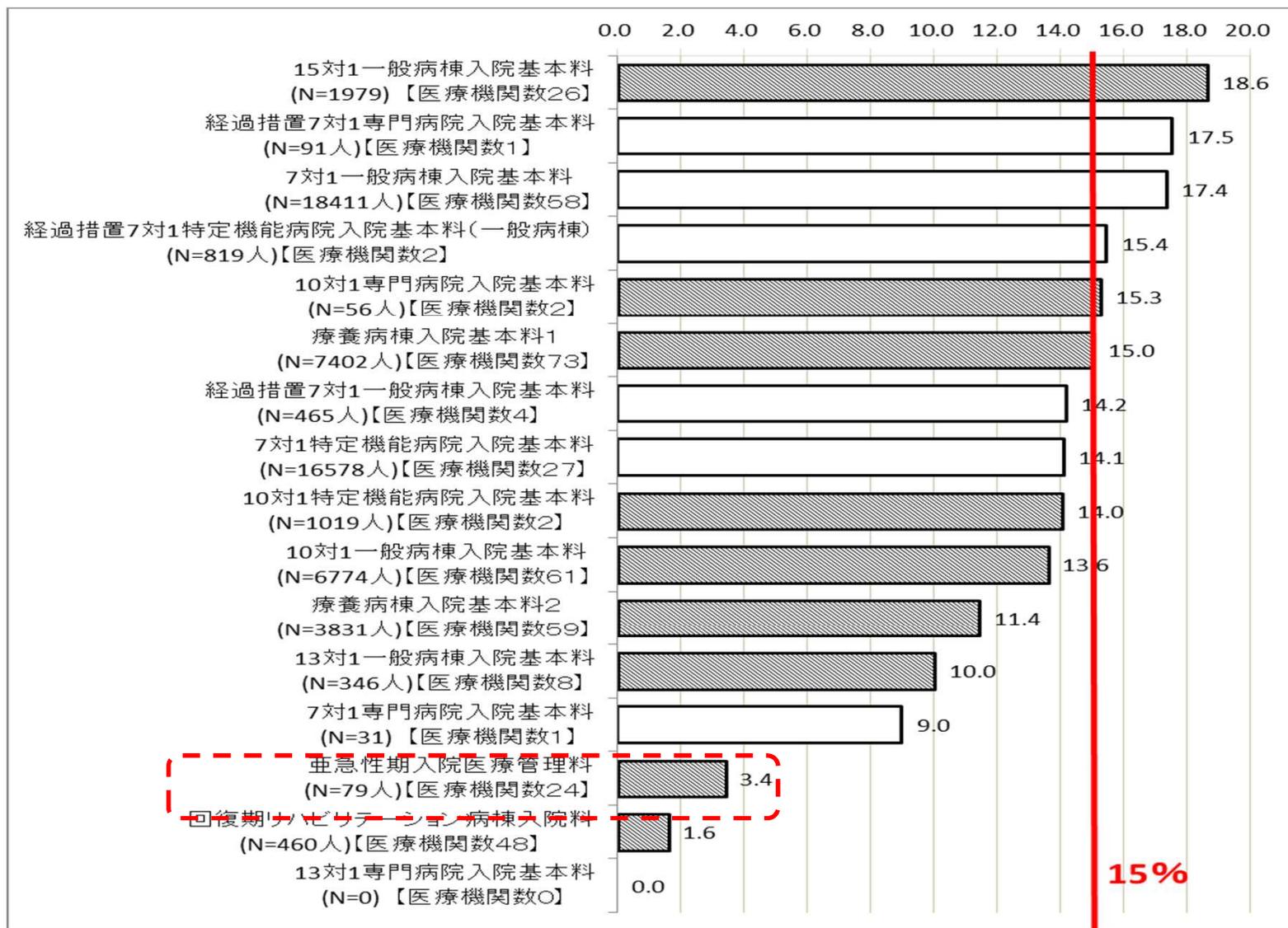
\* 介護施設等には介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設(特養)、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、障害者支援施設が含まれる。

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

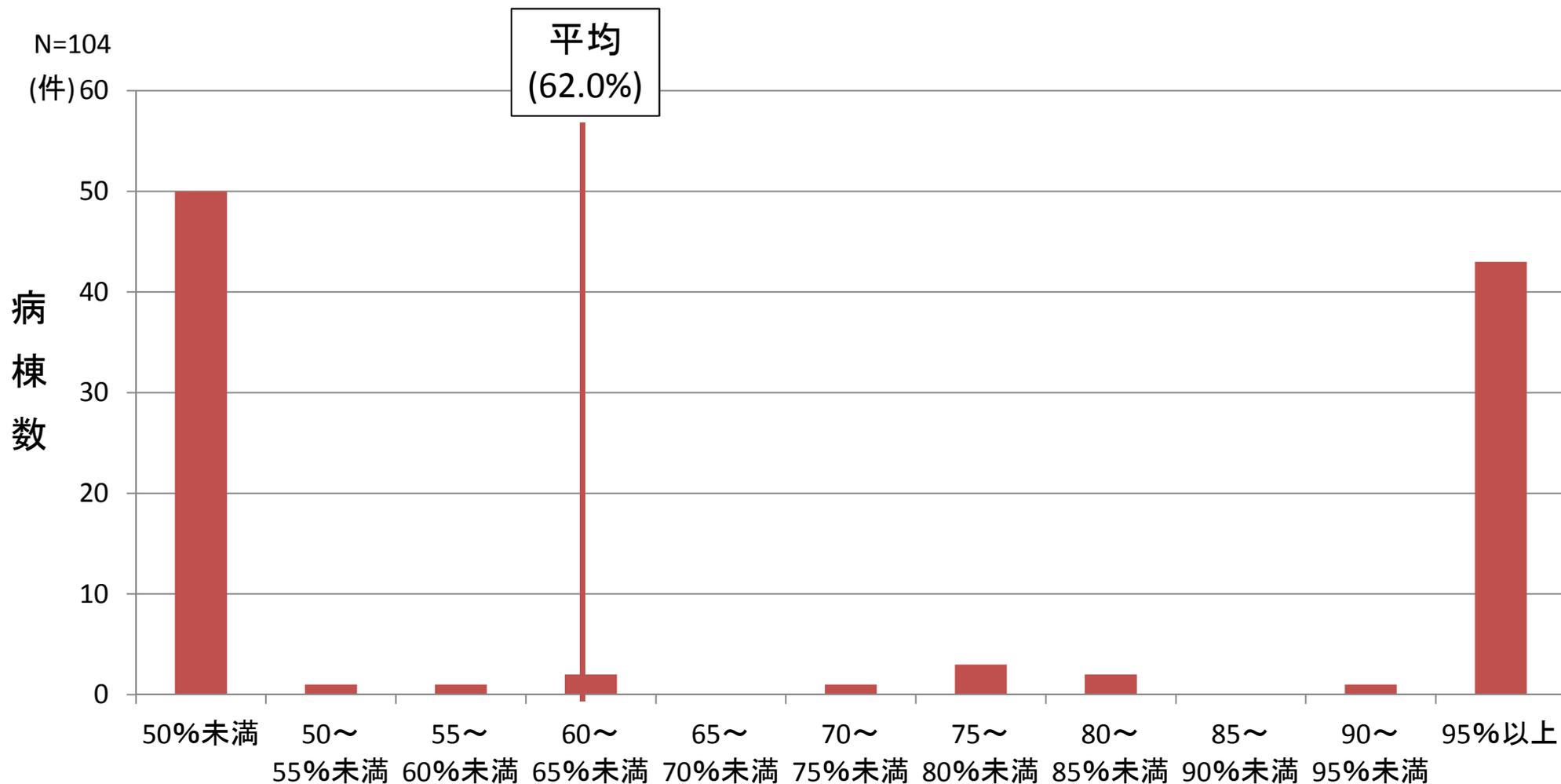
一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(A項目2点以上かつB項目3点以上の計5点以上)に該当している患者の割合



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

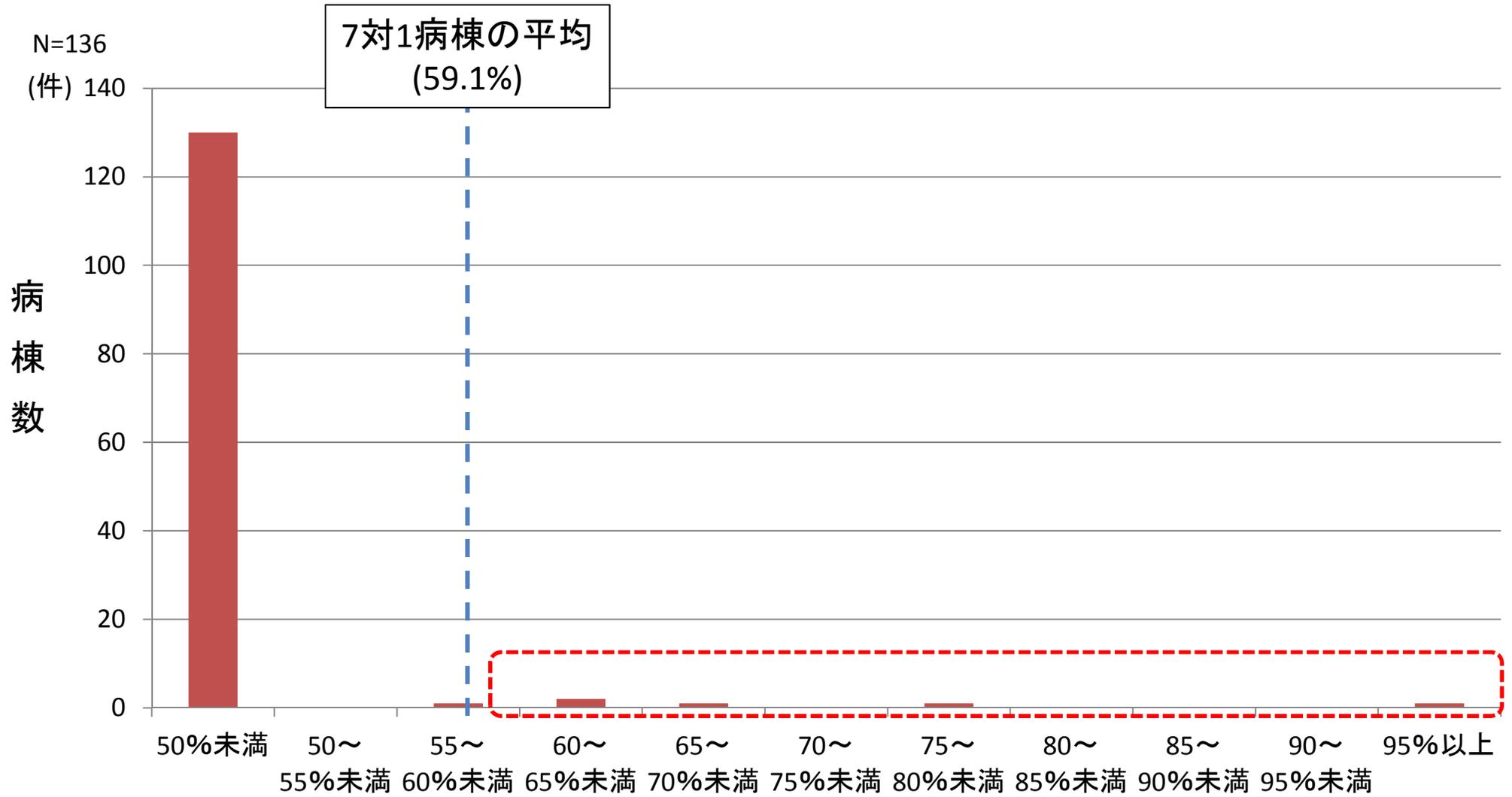


## 特定除外患者に該当する患者の割合

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

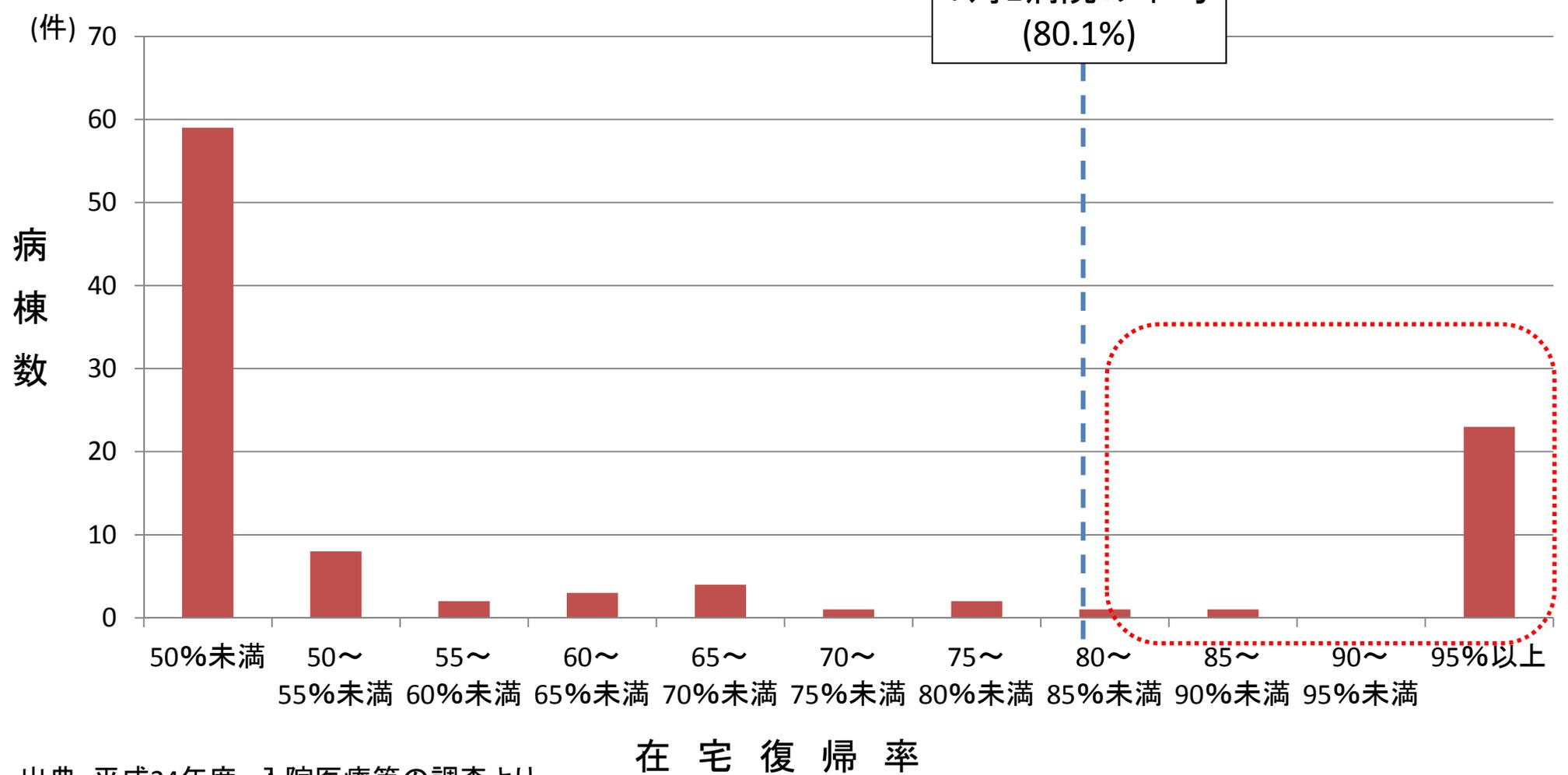
緊急入院の患者の割合

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

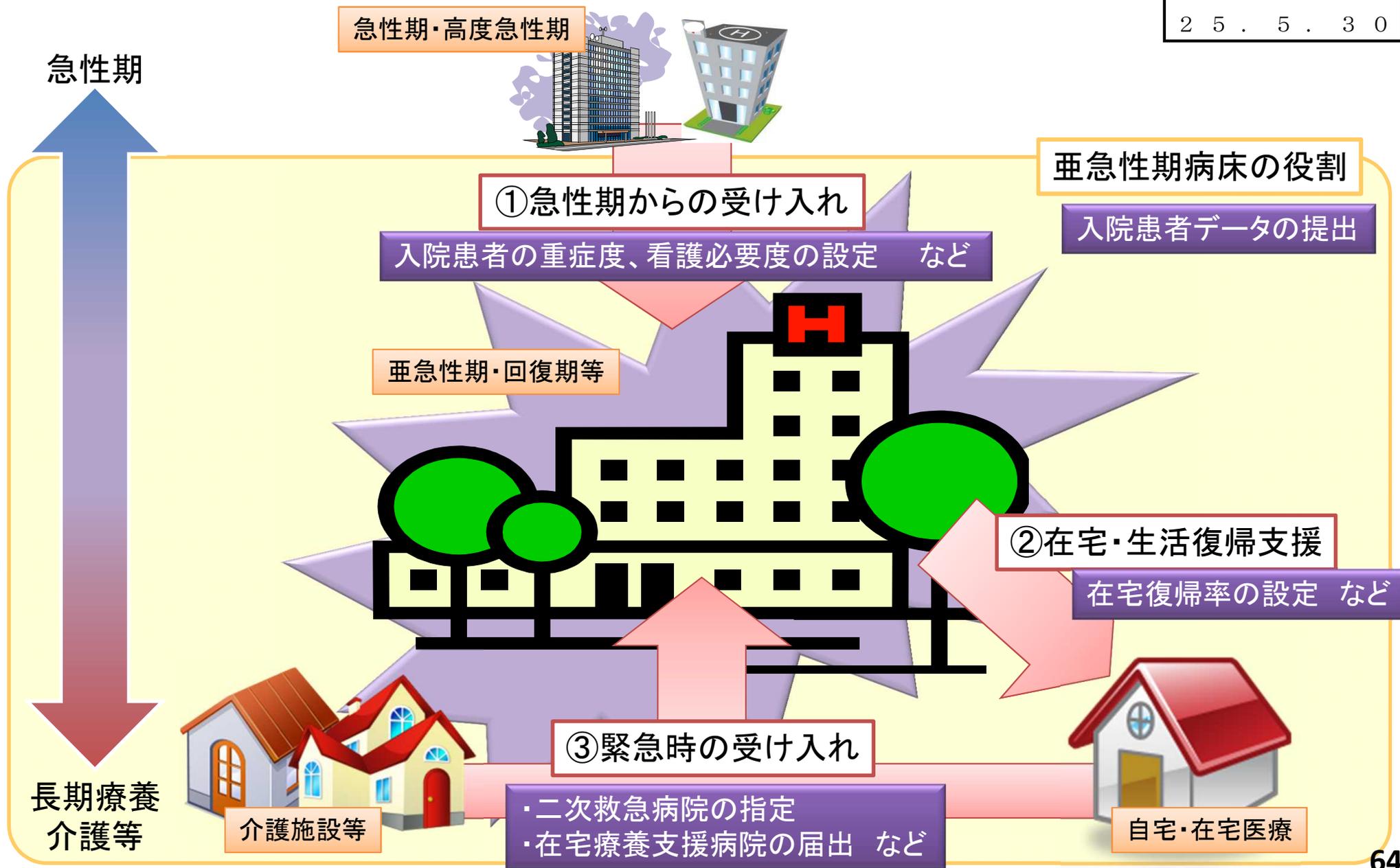


出典:平成24年度 入院医療等の調査より

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

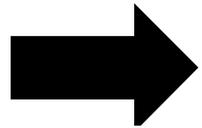
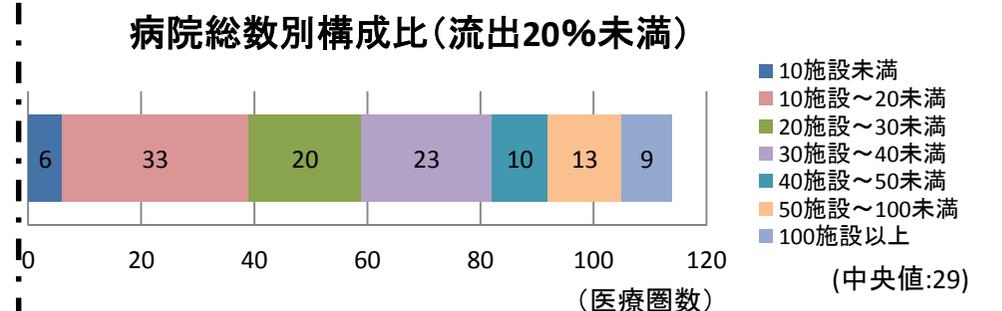
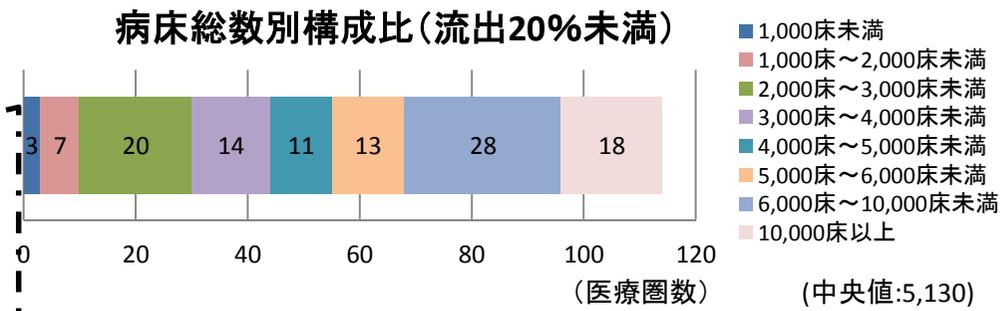
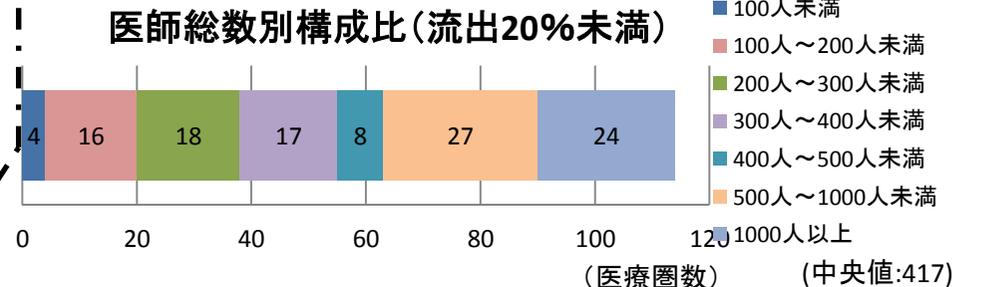
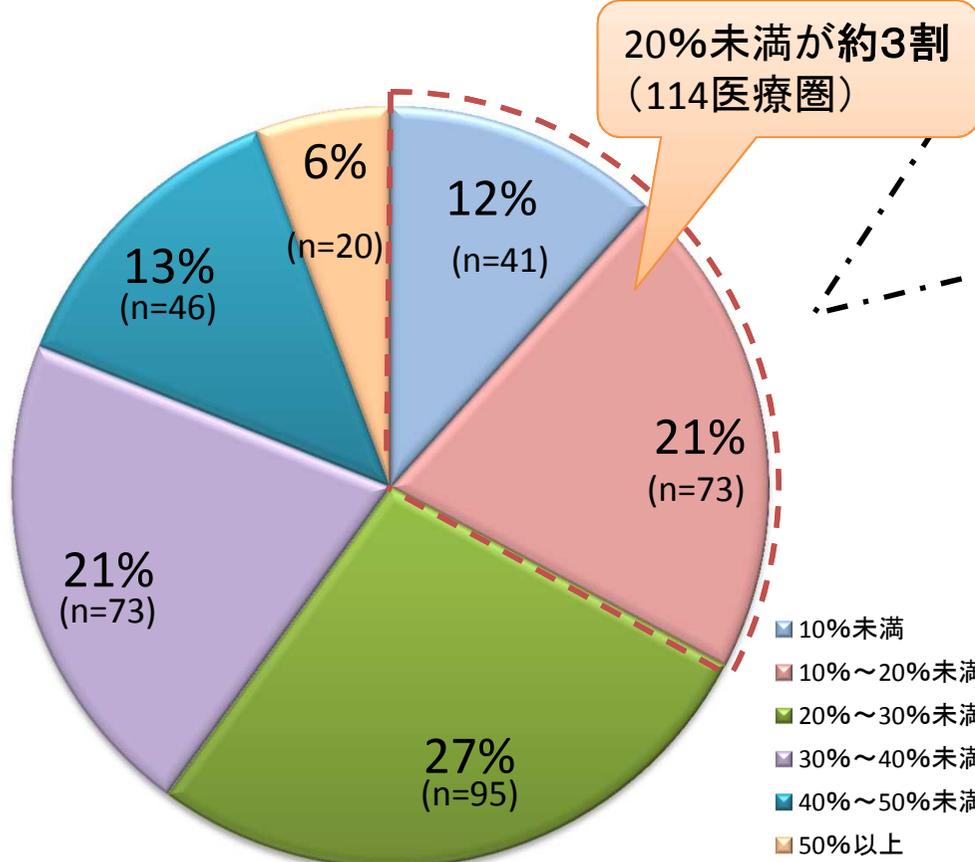


### 3. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

# 地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

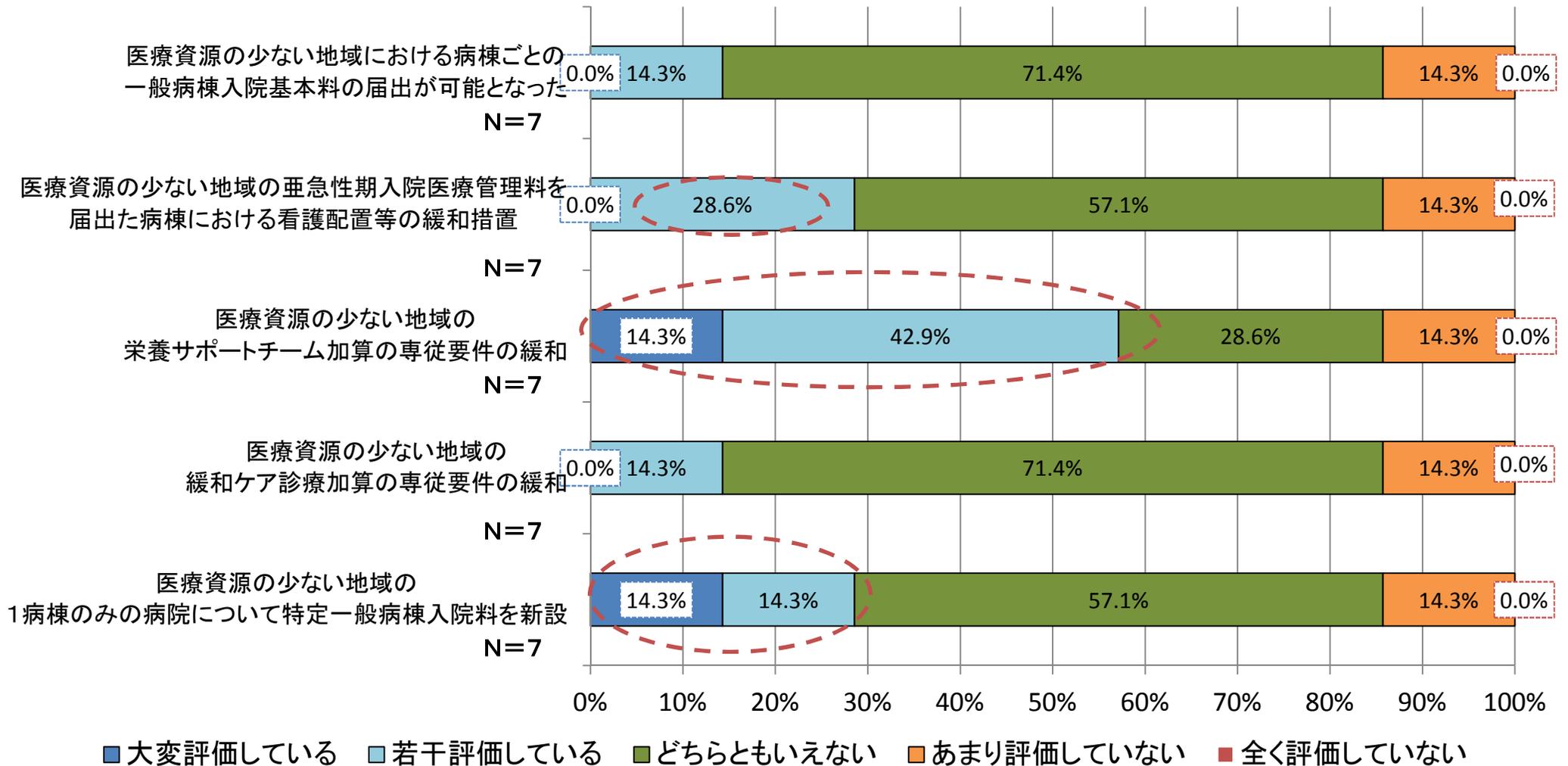
中医協 総 - 3  
2 3 . 1 1 . 3 0

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<sup>67</sup>

# 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

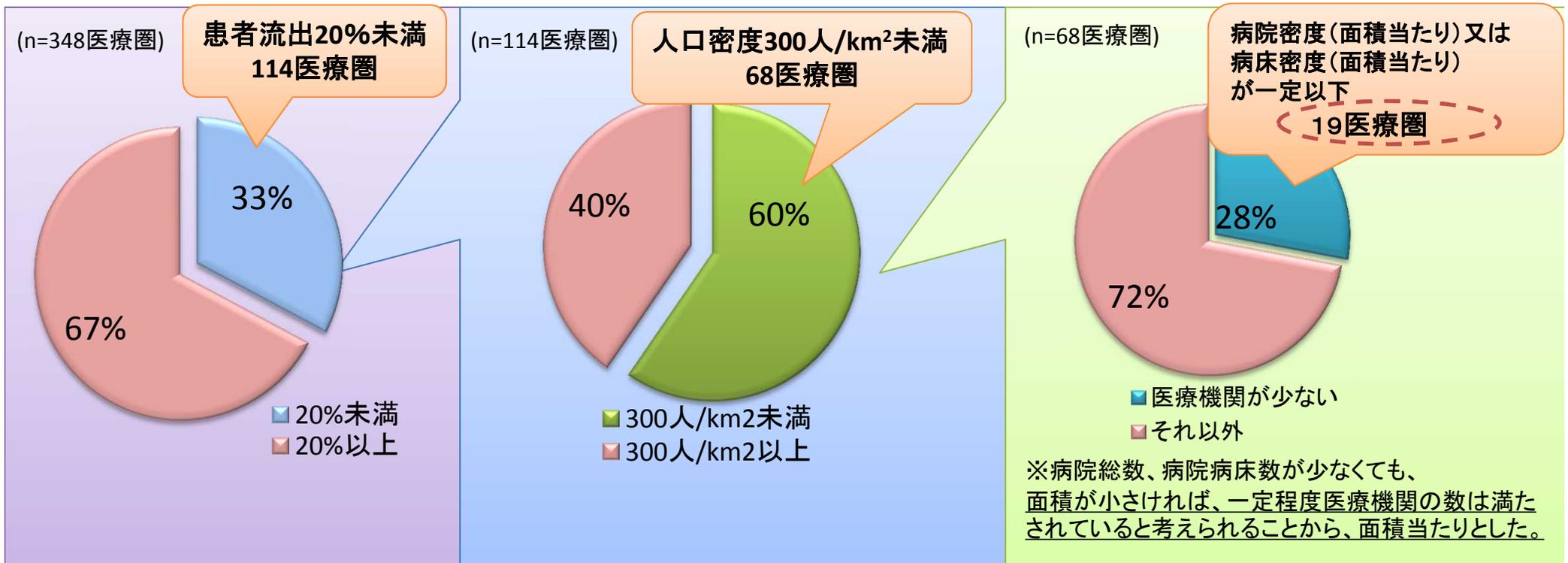
- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※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

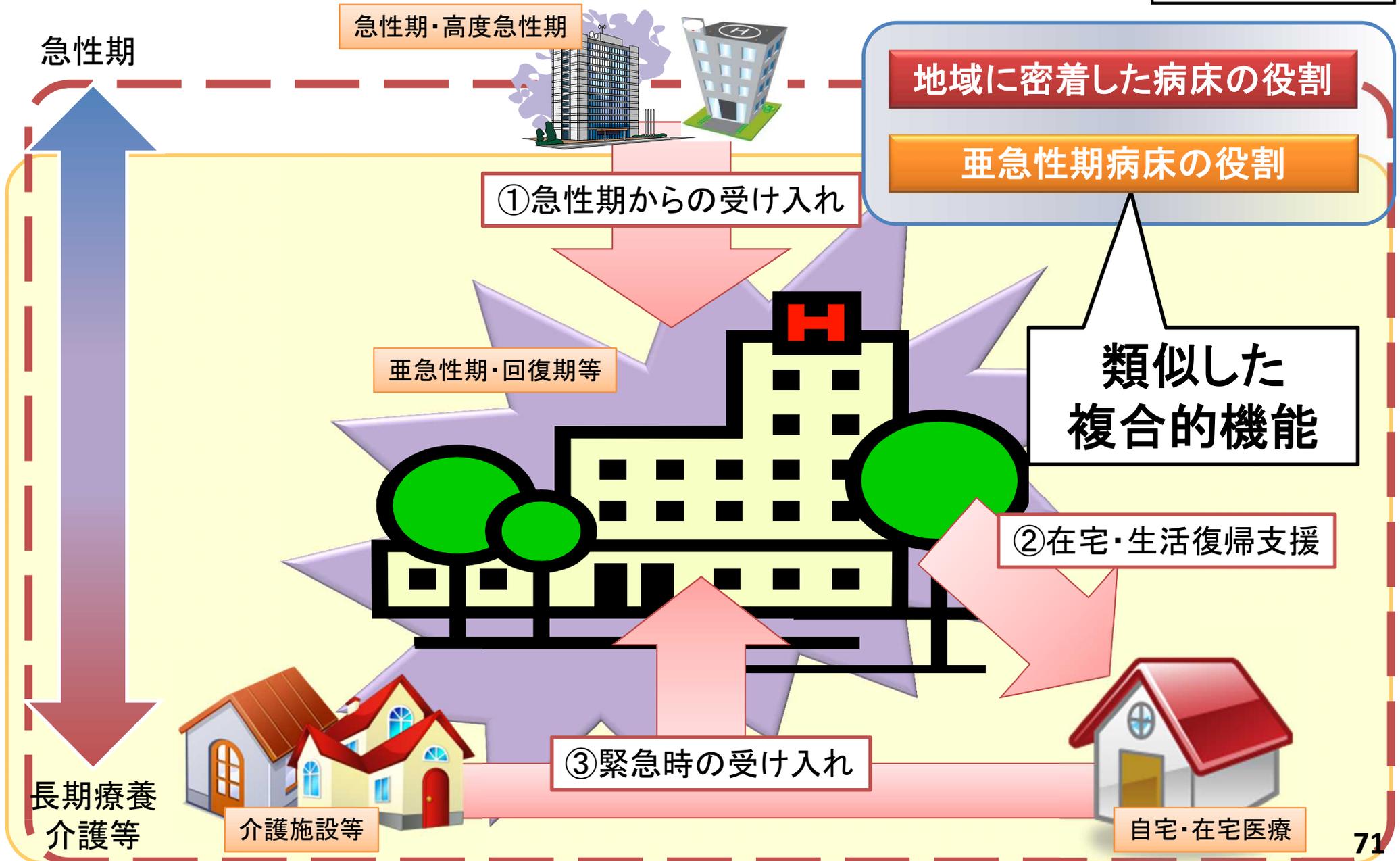
## ③医療機関が少ない地域



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

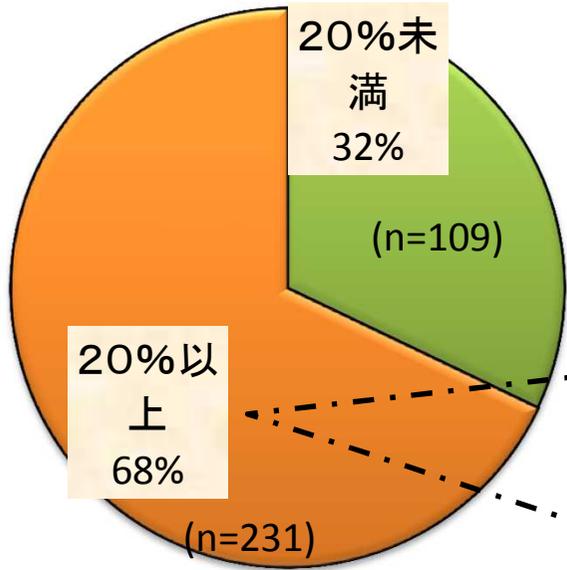
診 調 組 入 - 1  
2 5 . 7 . 1 7



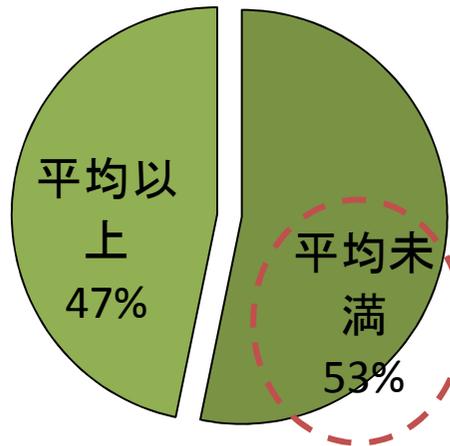
# 対象となっていない2次医療圏の状況について

診 調 組 入 - 1  
2 5 . 7 . 1 7

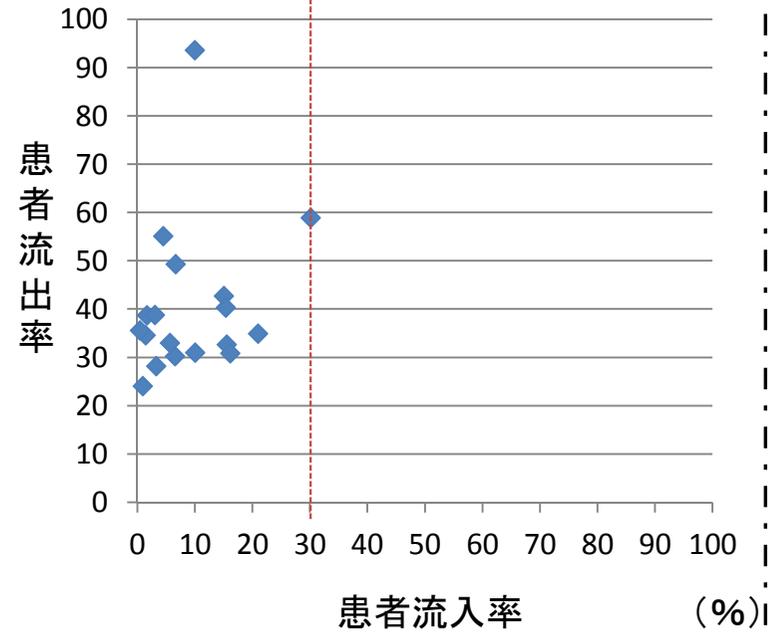
## 患者流出率



## 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

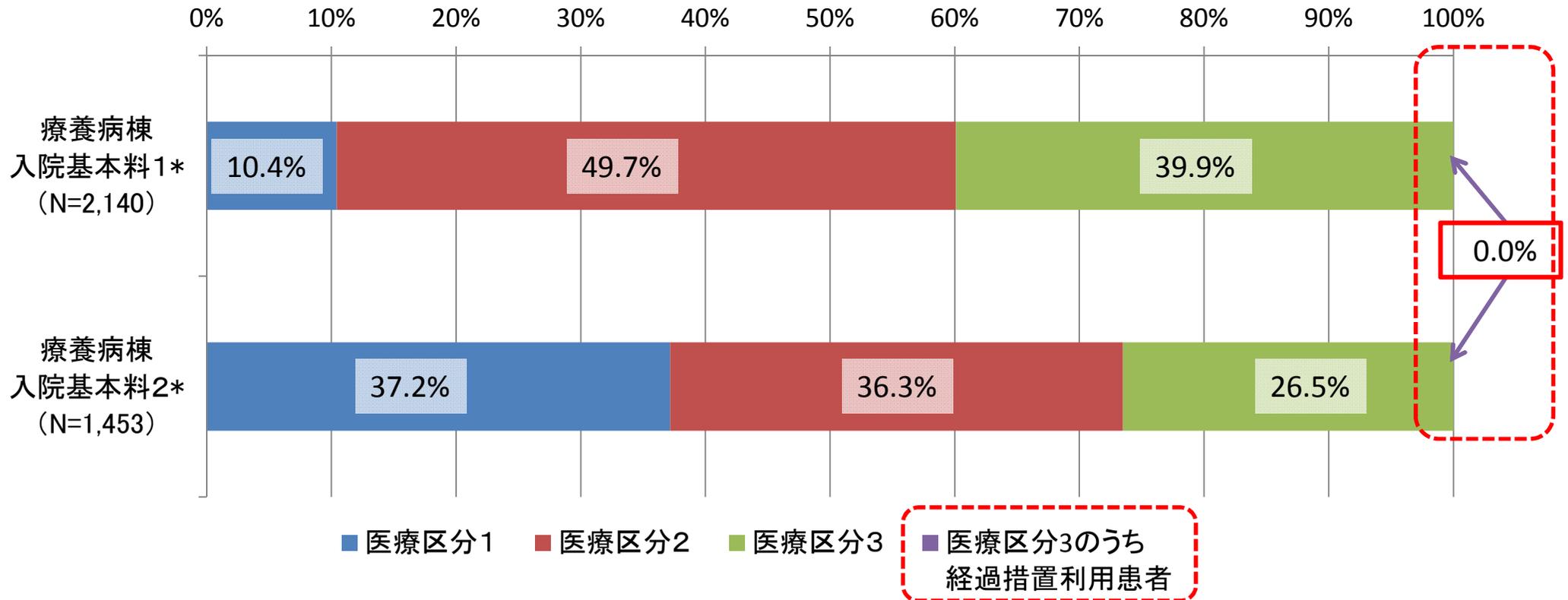
診 調 組 入 - 1  
2 5 . 6 . 1 3

- 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

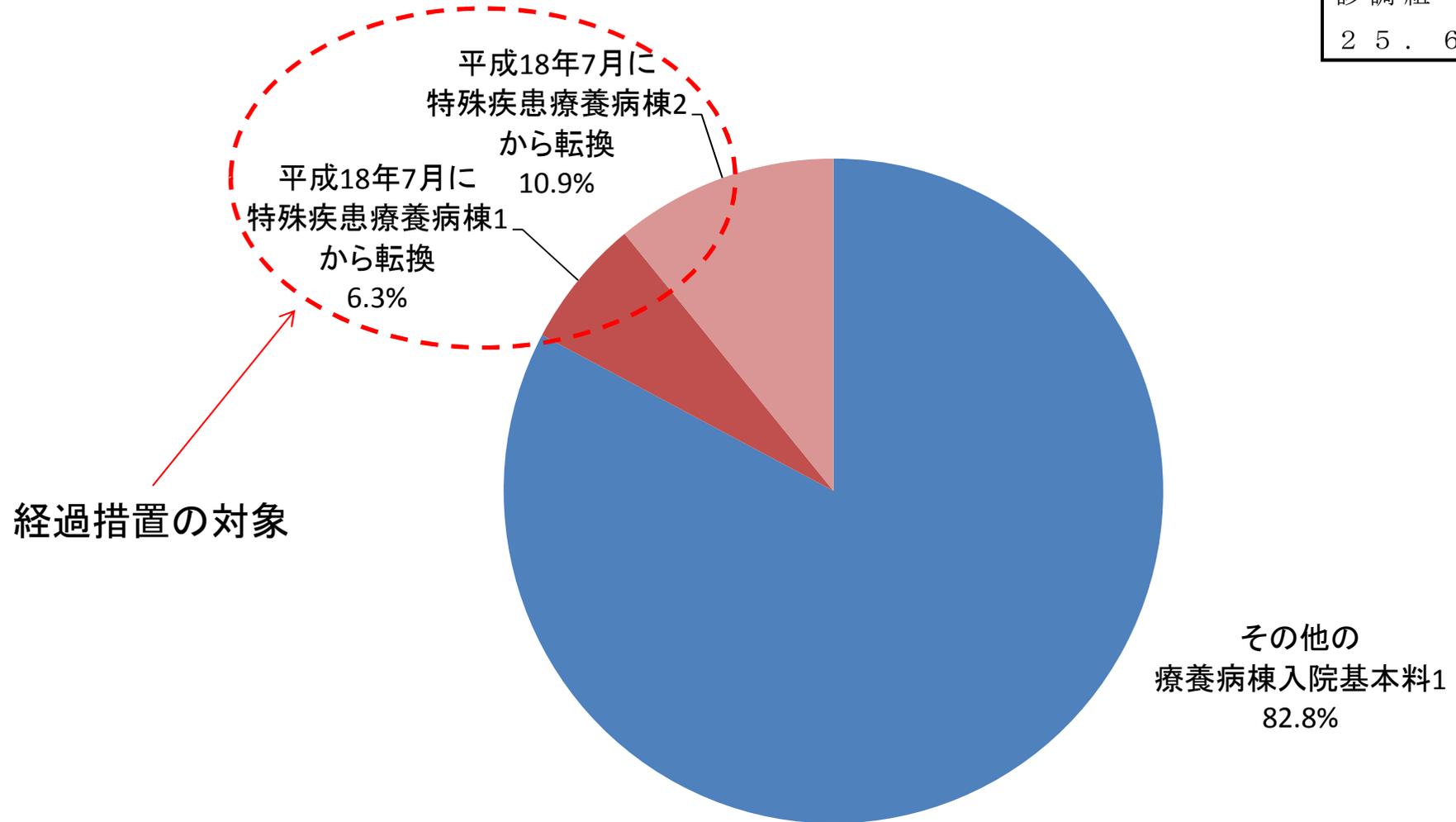
平成24年度 入院医療等の調査より

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  
25.6.13

N=174



平成24年度 入院医療等の調査より

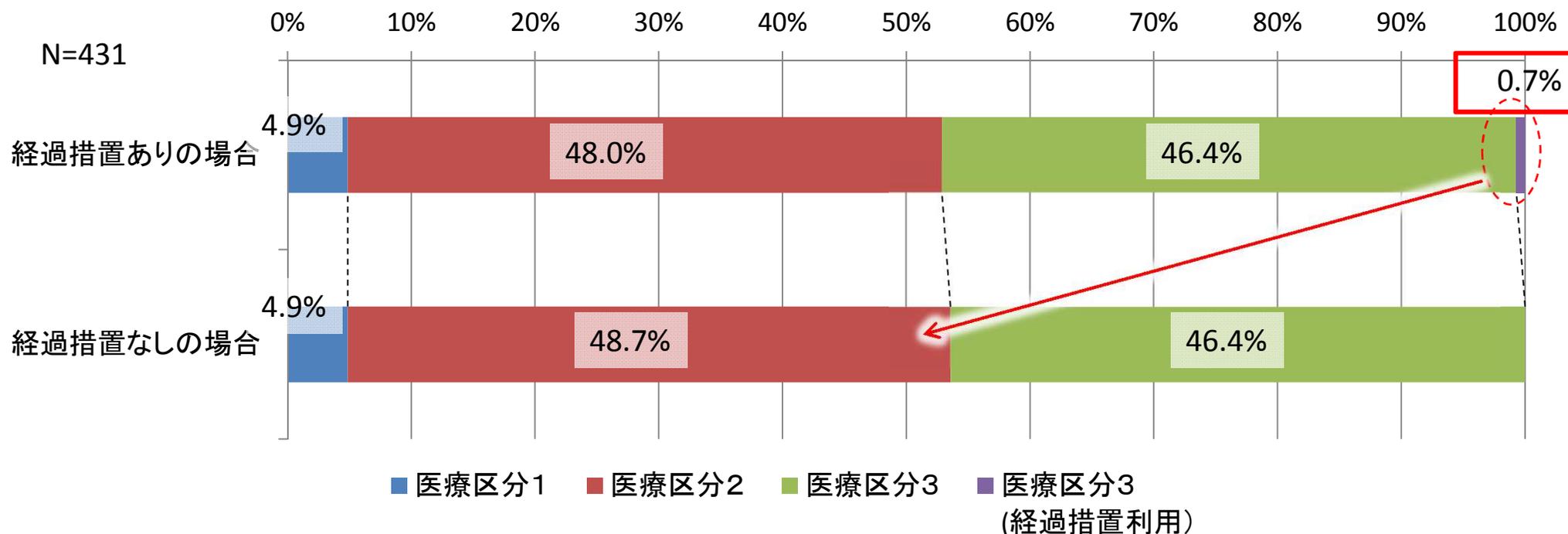
注：療養病棟入院基本料1の全届出病棟数は平成24年7月現在で2,996病棟となっている。

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

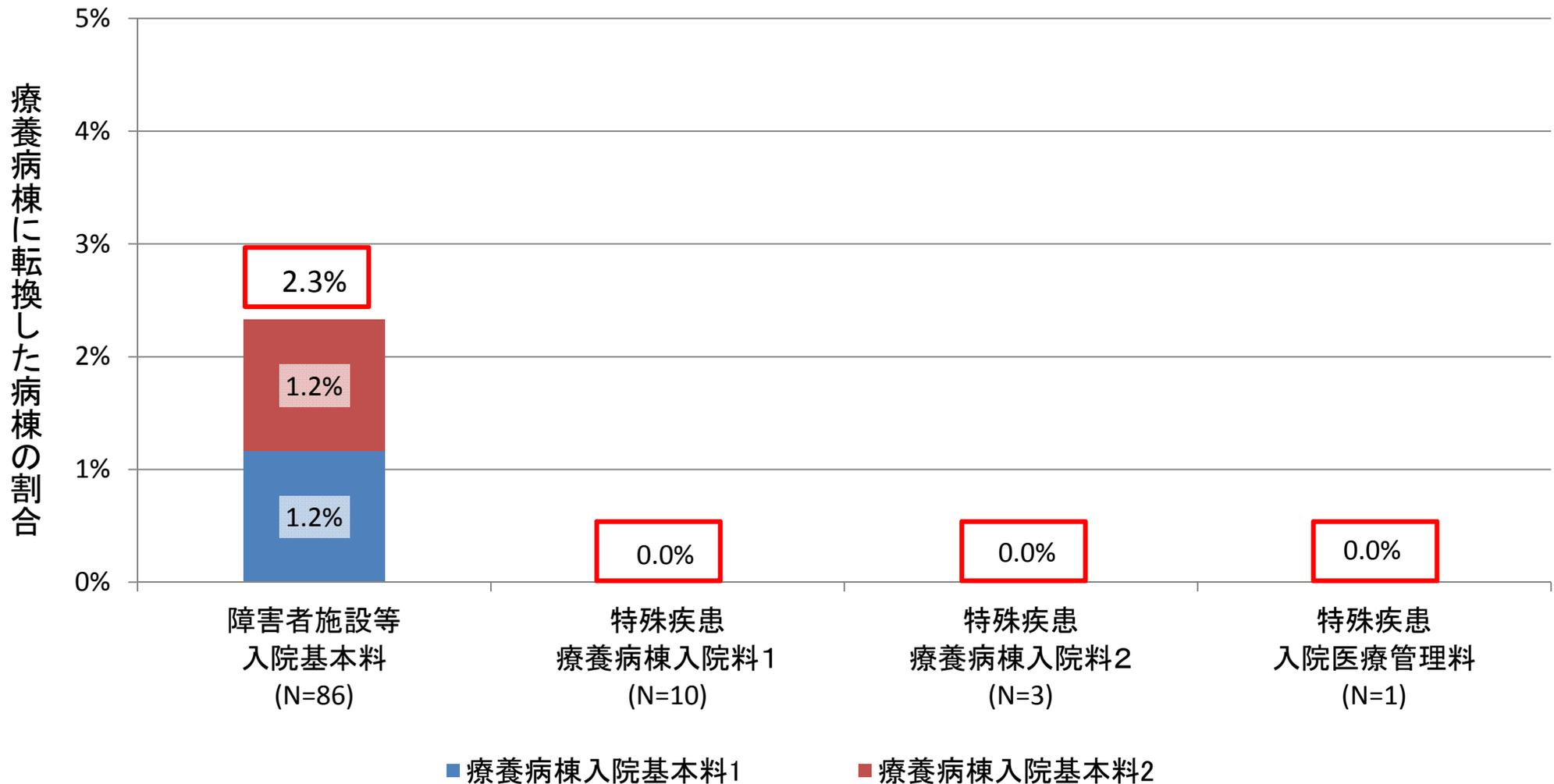


平成24年度 入院医療等の調査より

- 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



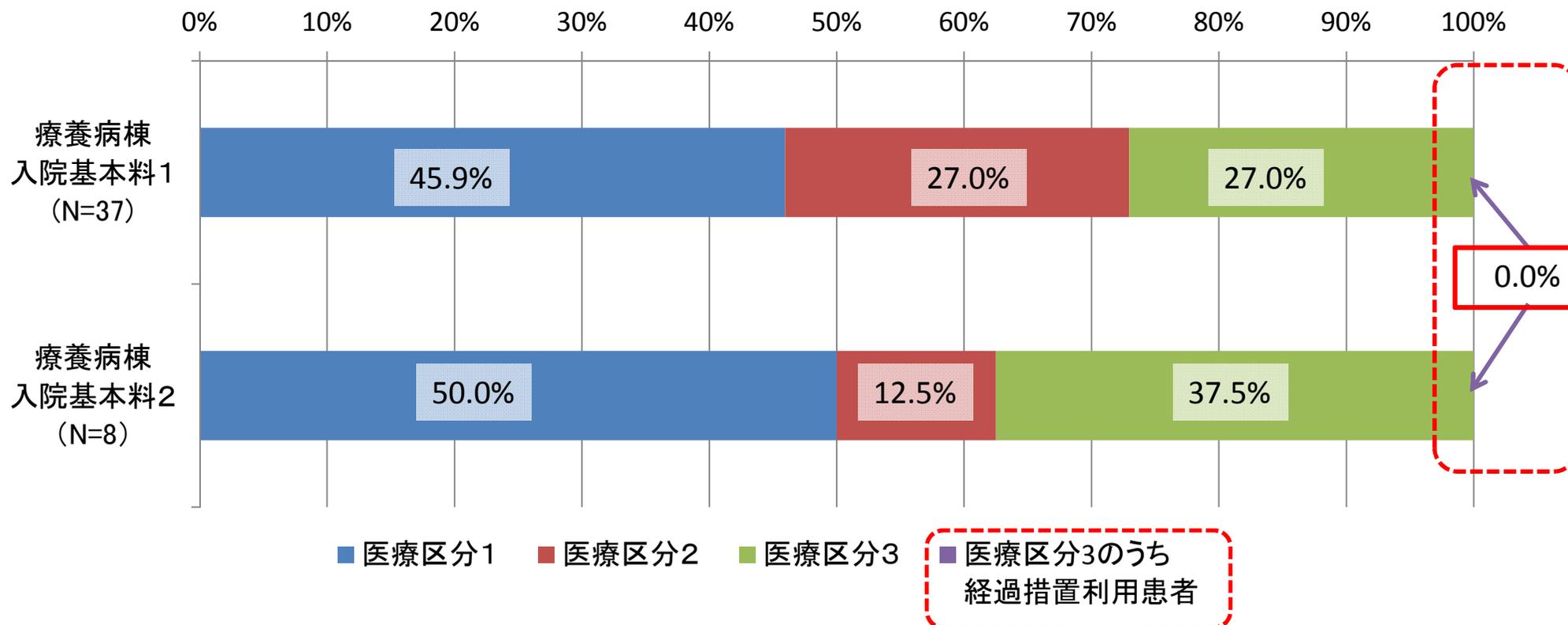
平成24年度 入院医療等の調査より

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棟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

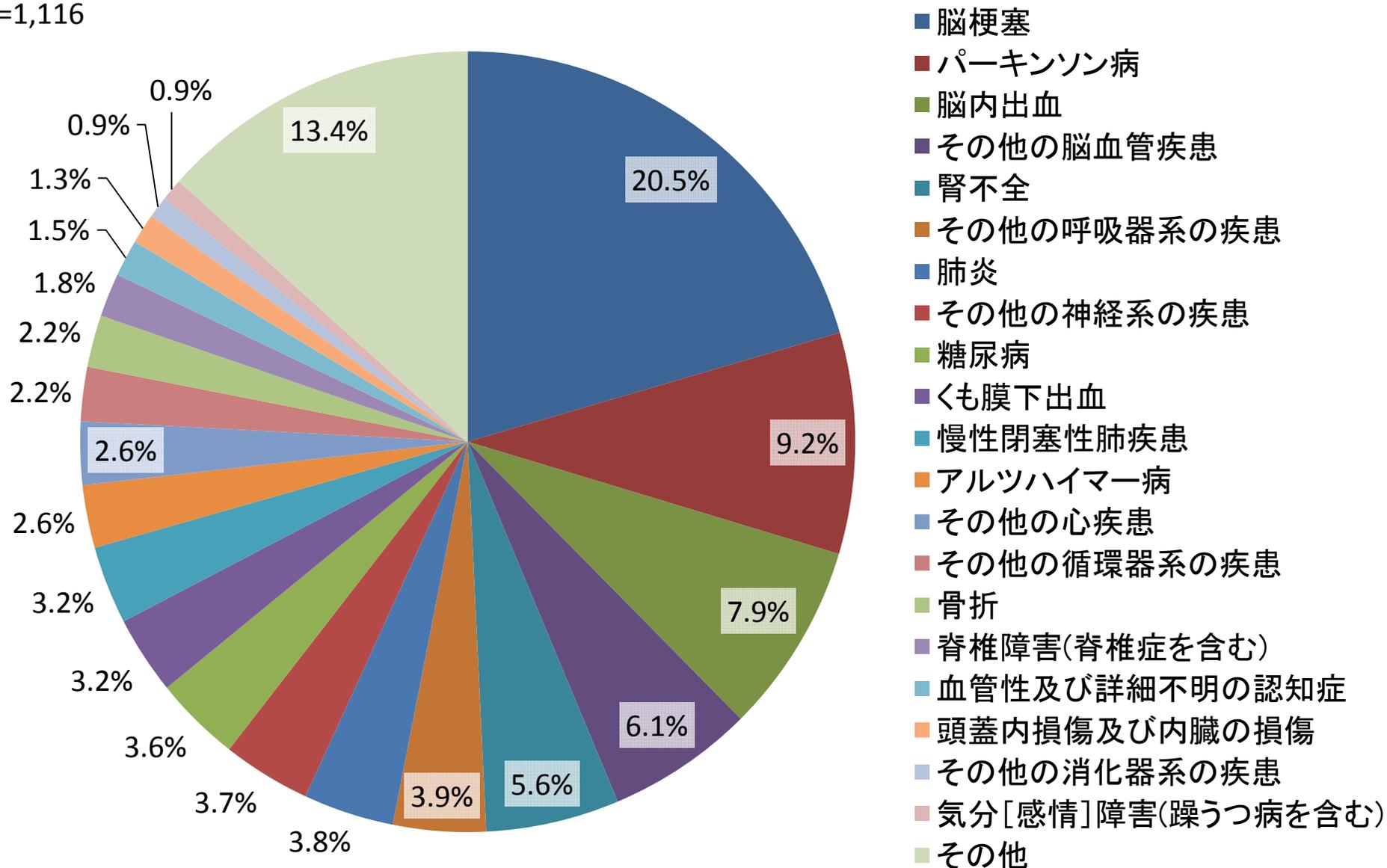
障害者施設等入院基本料から療養病棟に転換した病棟において経過措置を利用して医療区分3になっている患者はいなかった。

# 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



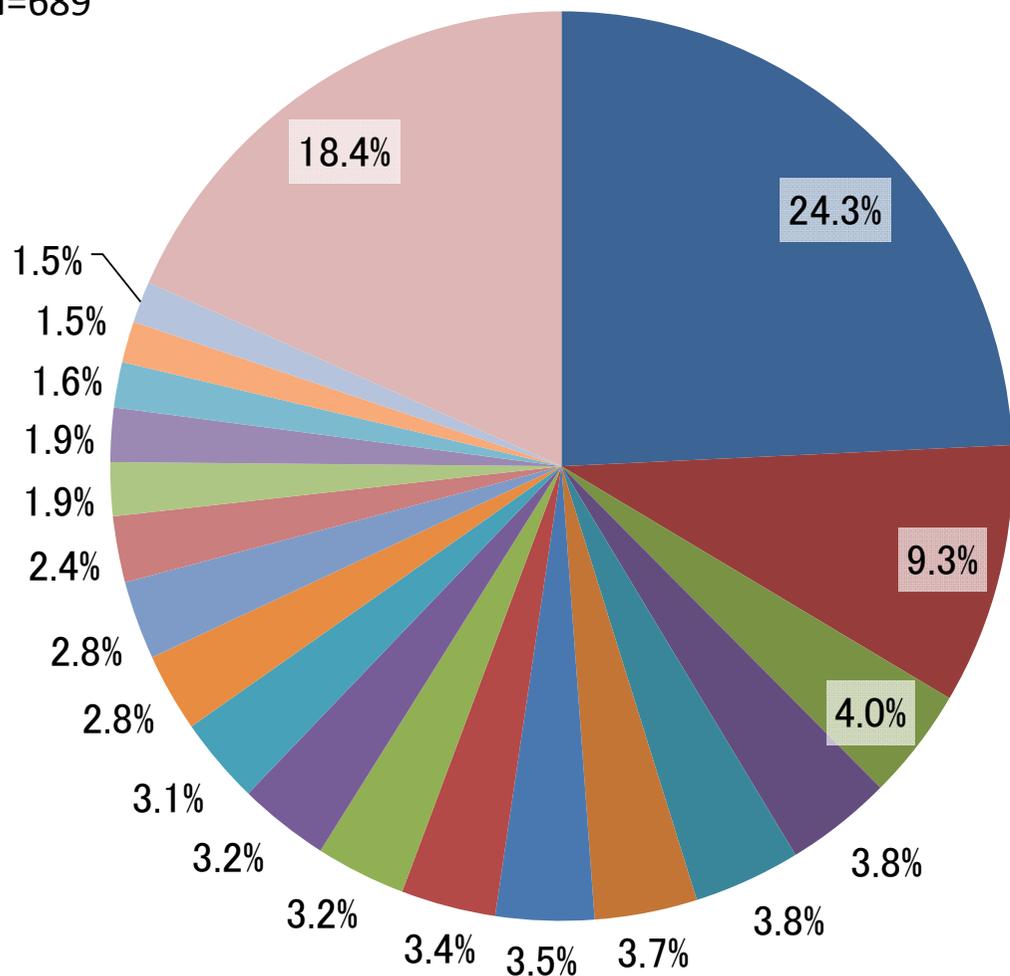
# 療養病棟入院基本料2\*の病棟の患者の主病名

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

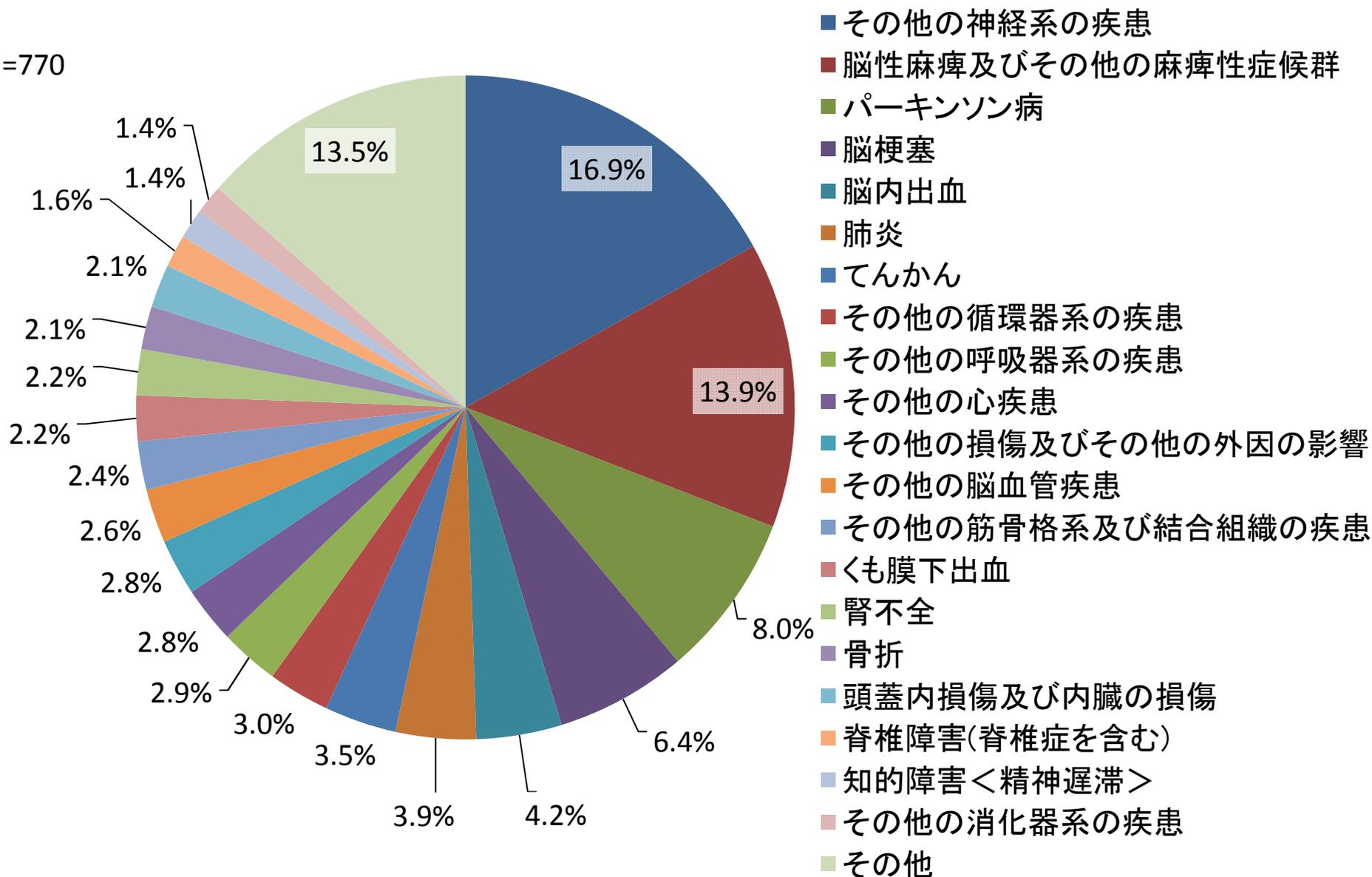
N=689

- 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



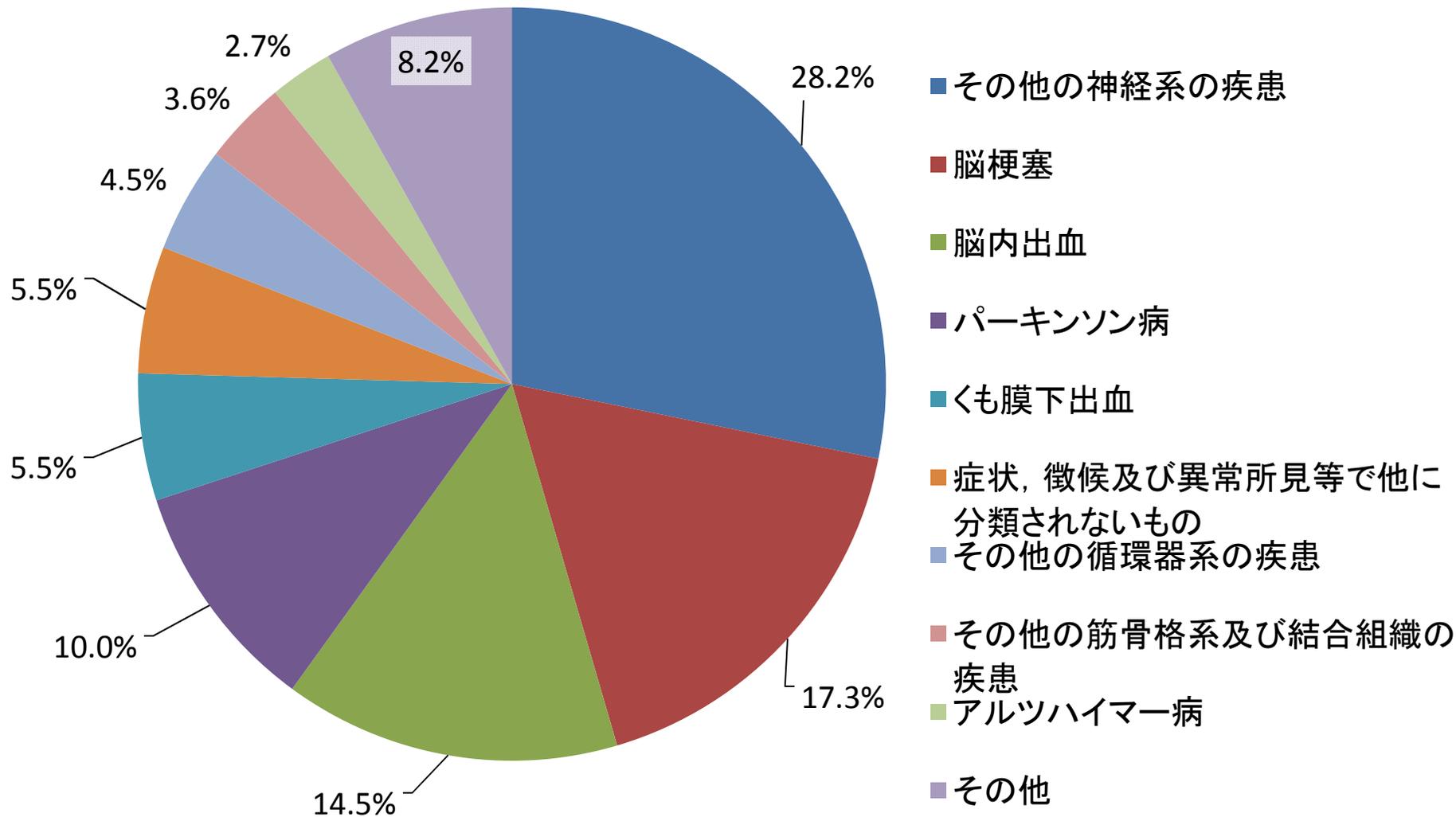
# 障害者施設等入院基本料の病棟の患者の主病名

N=770



# 特殊疾患病棟入院料1の病棟の患者の主病名

N=121



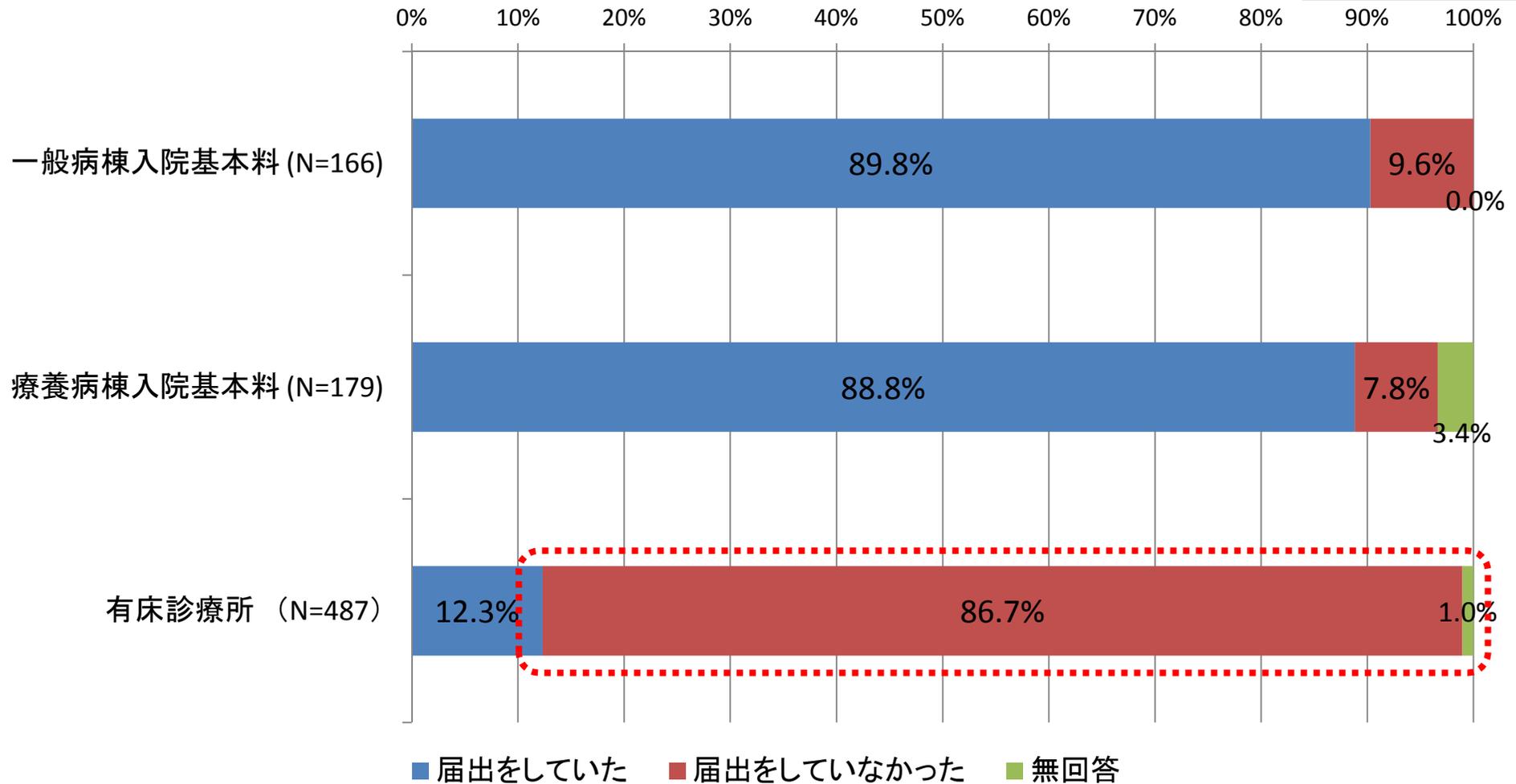
## 5. 診療報酬点数表における簡素化

(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	療病病棟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

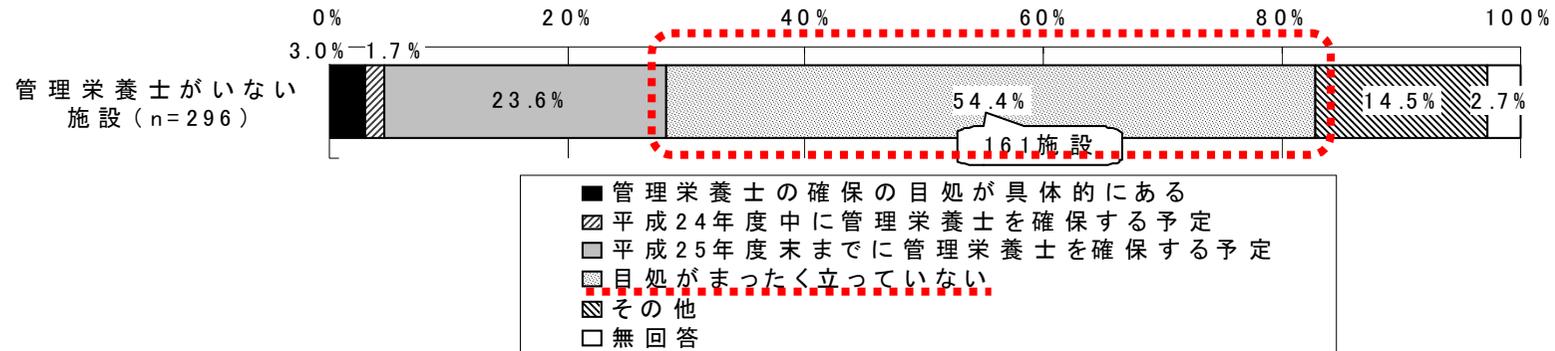
## ■ 有床診療所における管理栄養士の確保状況



■ 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

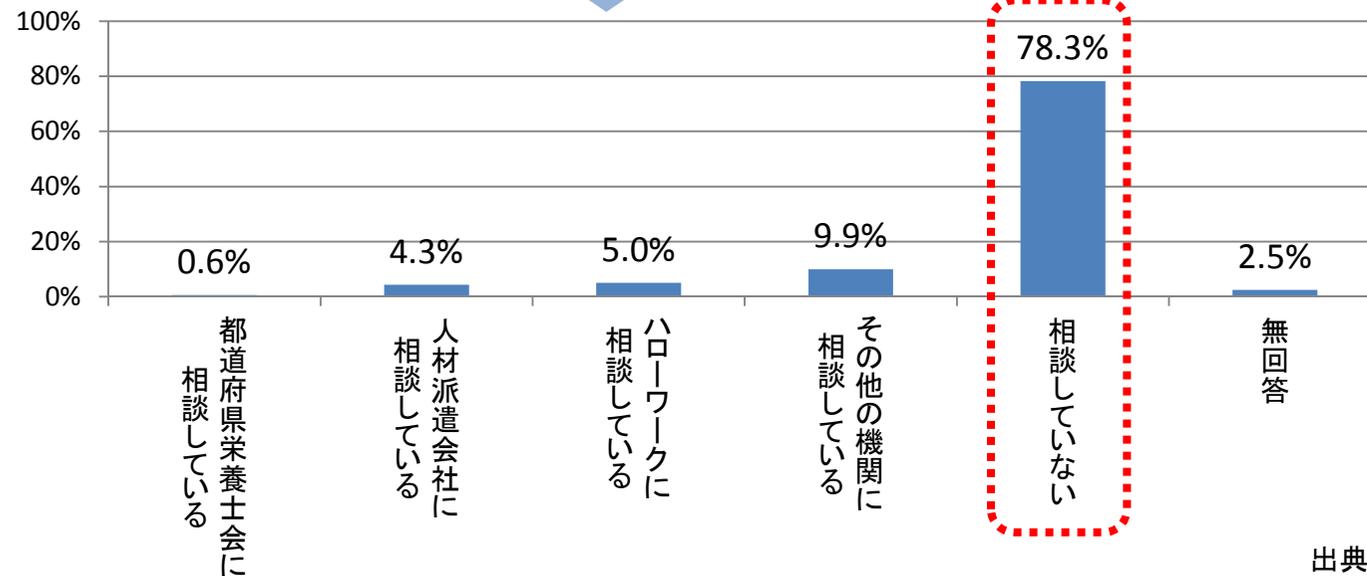
一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料を届出している医療機関では、常勤の管理栄養士数が増加しているが、有床診療所では、管理栄養士を確保している割合が増加するものの、平成24年9月時点で確保していない割合は68.5%ある。

## 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）

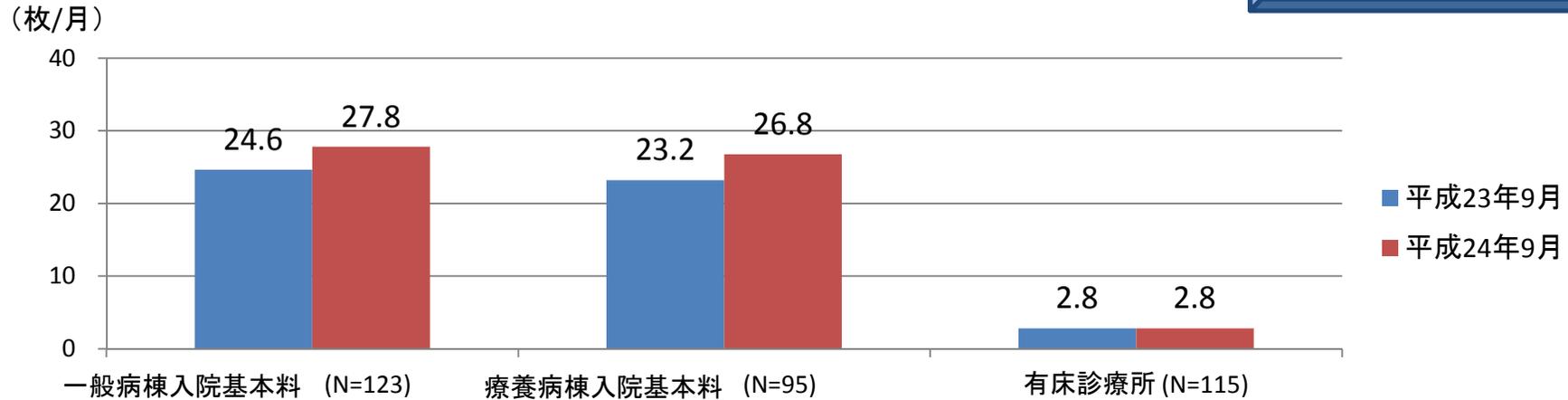
	一般病棟入院基本料 (N=142)	療養病棟入院基本料 (N=123)	有床診療所 (N=346)
医師	1.71	1.18	1.1
看護師	7.15	3.75	1.5
うち皮膚・排泄ケア認定看護師	0.37	0.34	0.0
准看護師	0.27	0.59	1.6
その他	1.84	1.95	0.6

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。

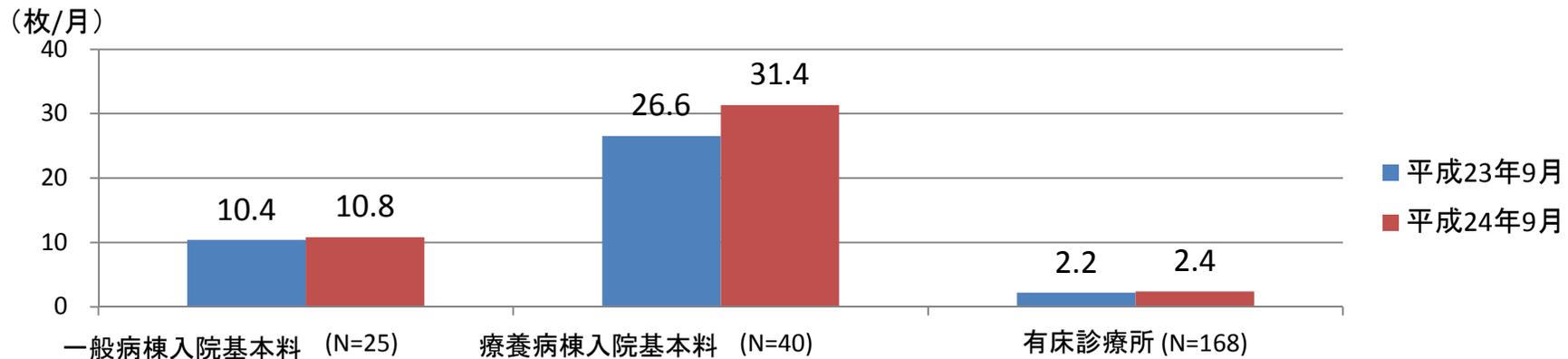
## 褥瘡患者に対する取組③（マットレス等の使用）

### 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

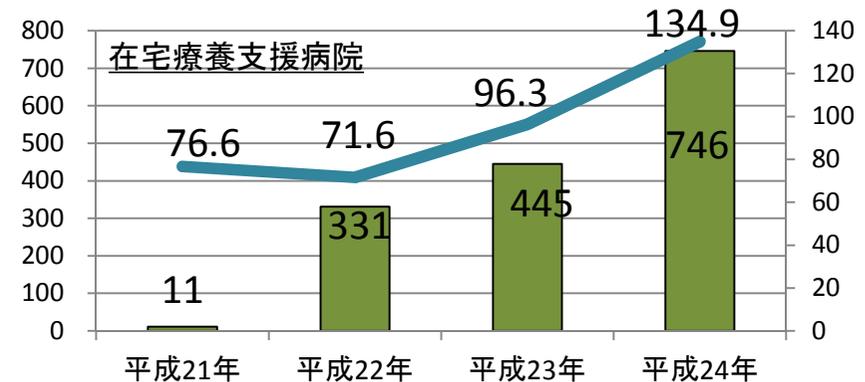
#### ■ 在宅医療を受けた推計患者数 (患者調査)

※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



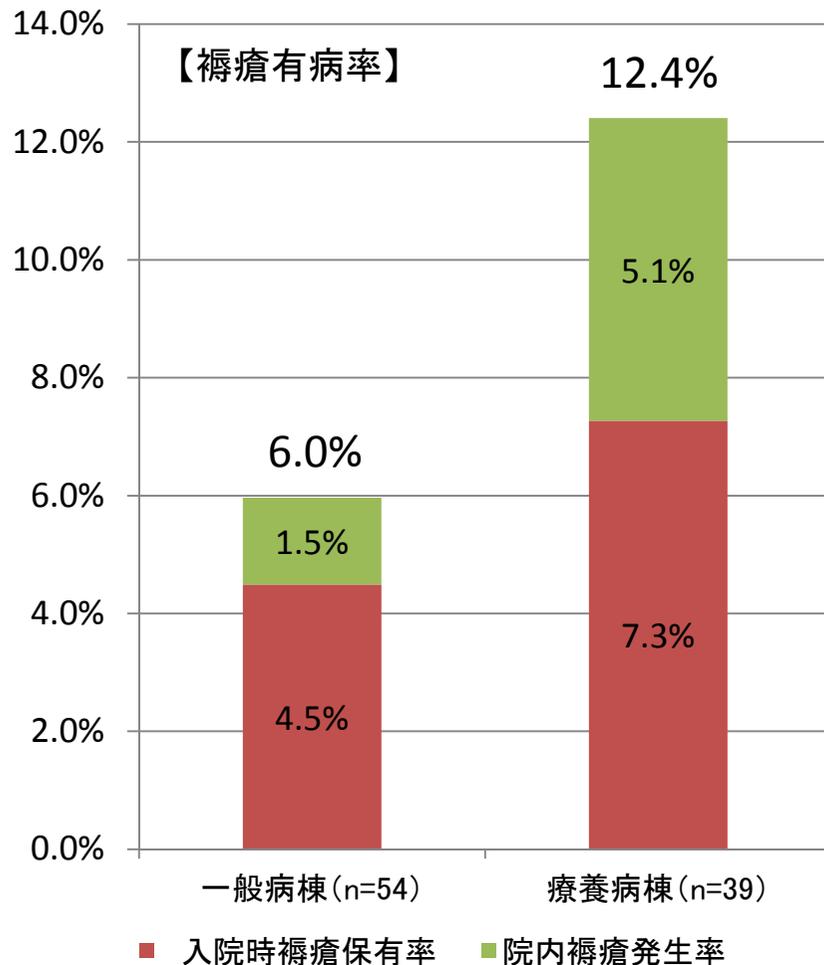
※1医療機関あたり担当患者数＝全在宅療養支援診療所(病院)の担当在宅患者総数÷在宅療養支援診療所(病院)届出数

## 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

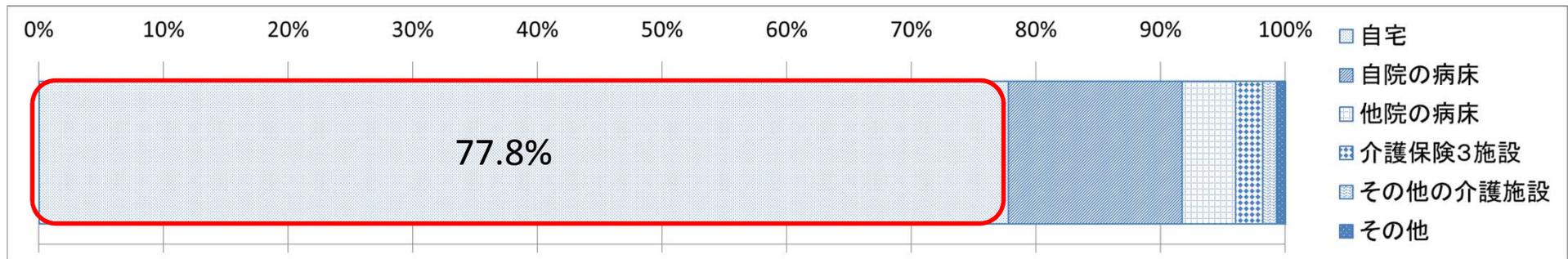
# 入院時すでに褥瘡を保有していた患者の状況①

(褥瘡患者における入棟前の居場所)

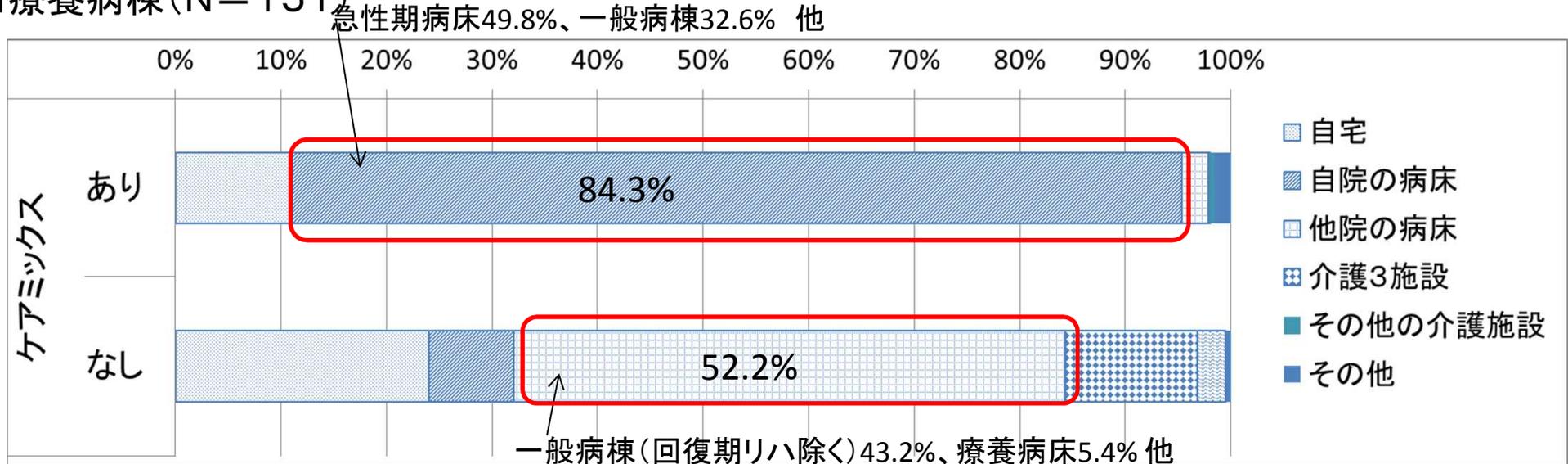
診 調 組 入 - 1  
2 5 . 6 . 2 6

- 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)



出典:平成24年度入院医療等調査

[参考]

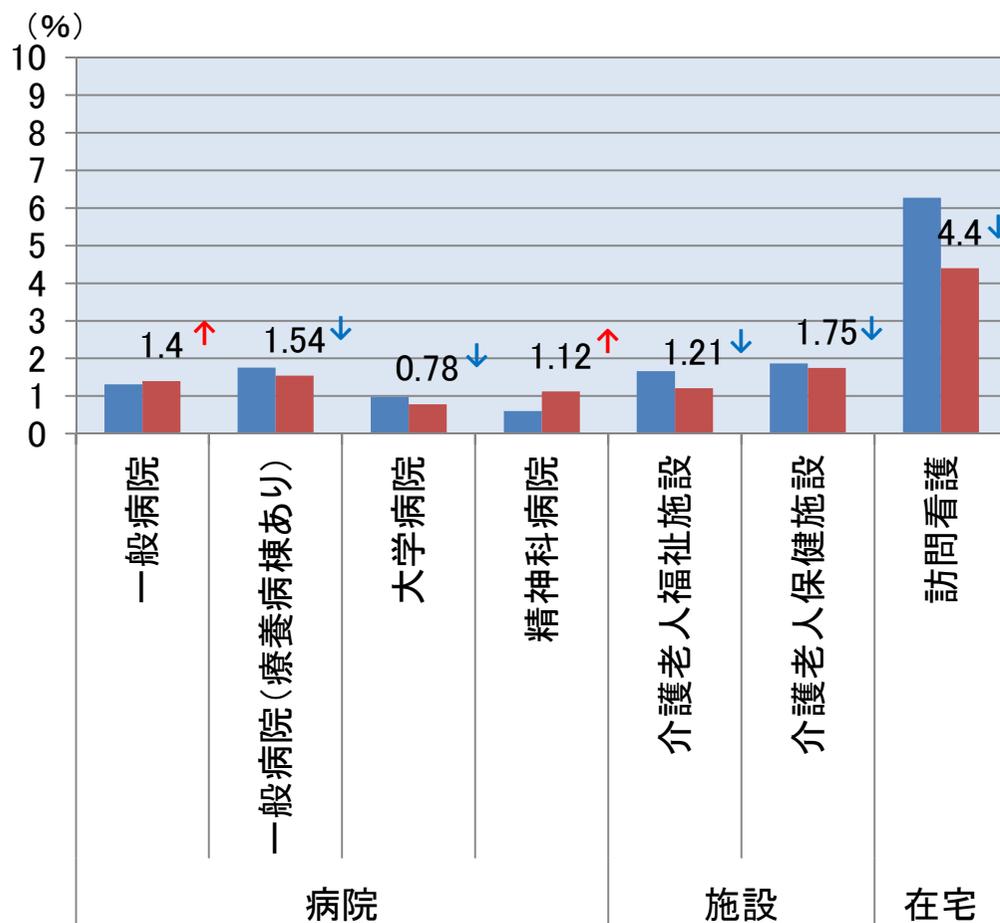
# 院内褥瘡発生率の推移 (日本褥瘡学会調査)

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



■ 院内褥瘡発生率 2006年 ■ 院内褥瘡発生率 2010年

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)

[参考]

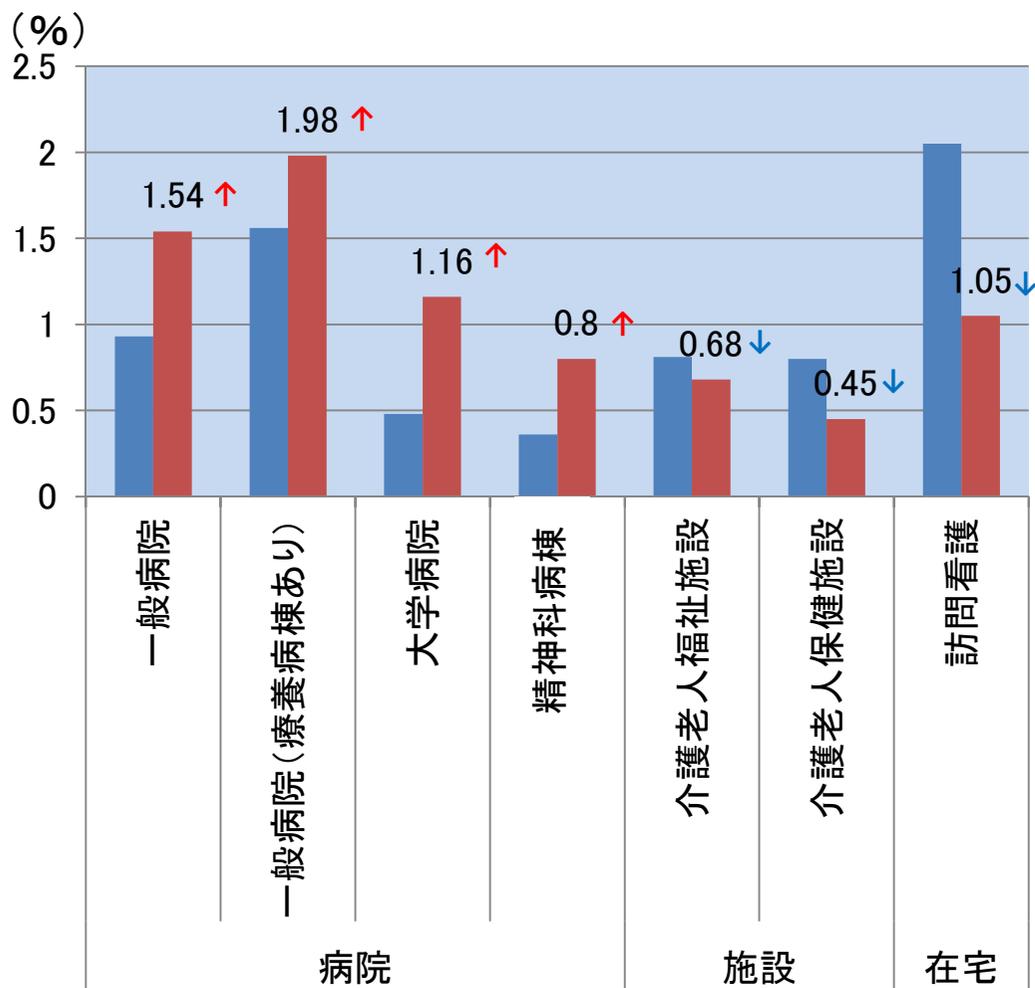
# 入院時褥瘡保有率の推移

(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

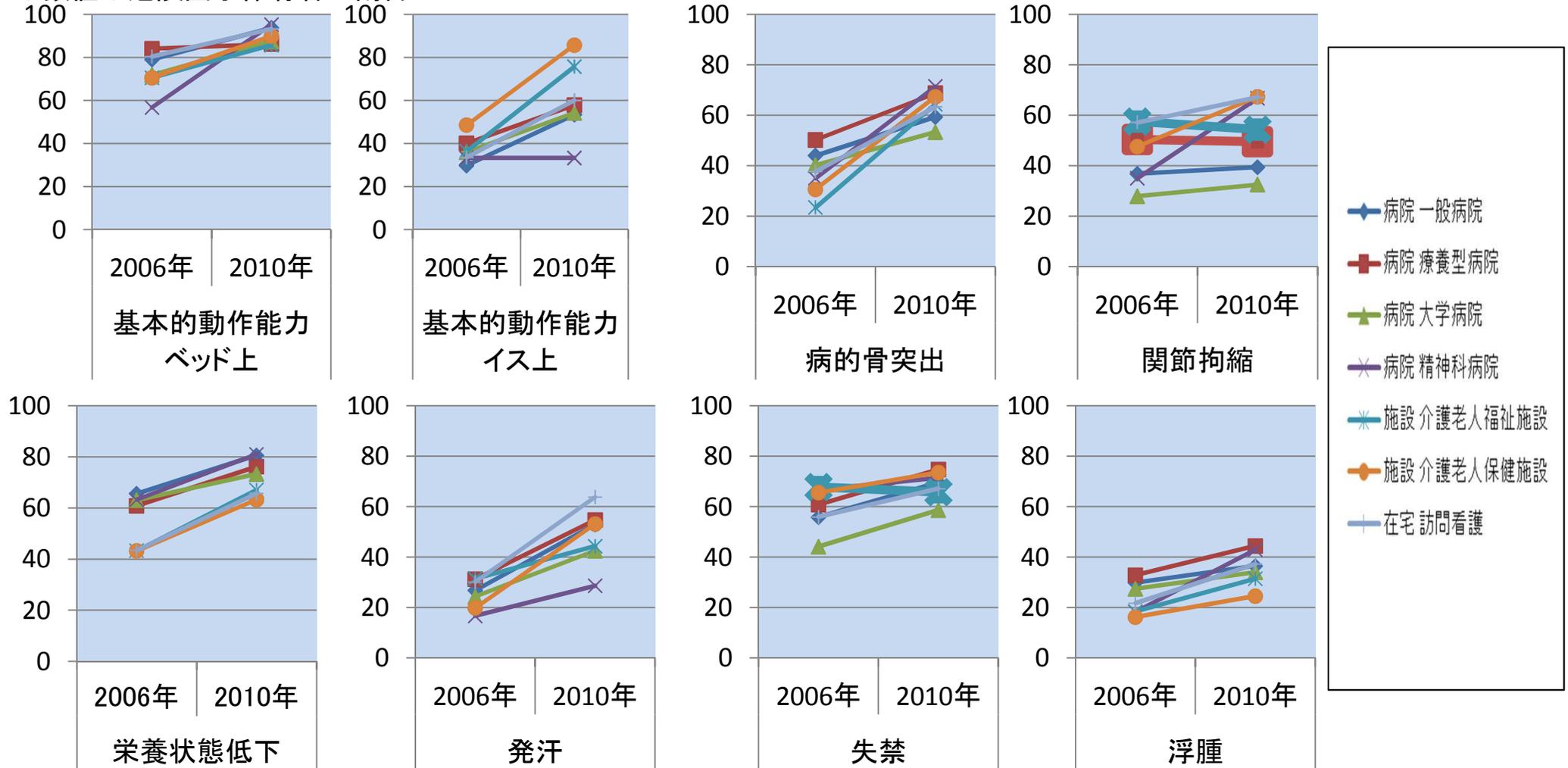
■ 入院時褥瘡保有率 2006年 ■ 入院時褥瘡保有率 2010年

# 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%)

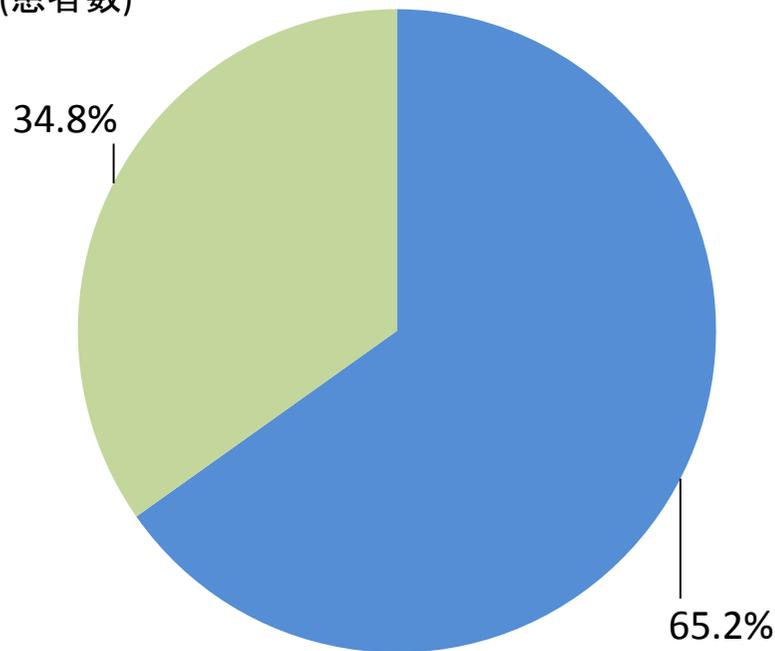
1. 13対1、15対1入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証

# 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>

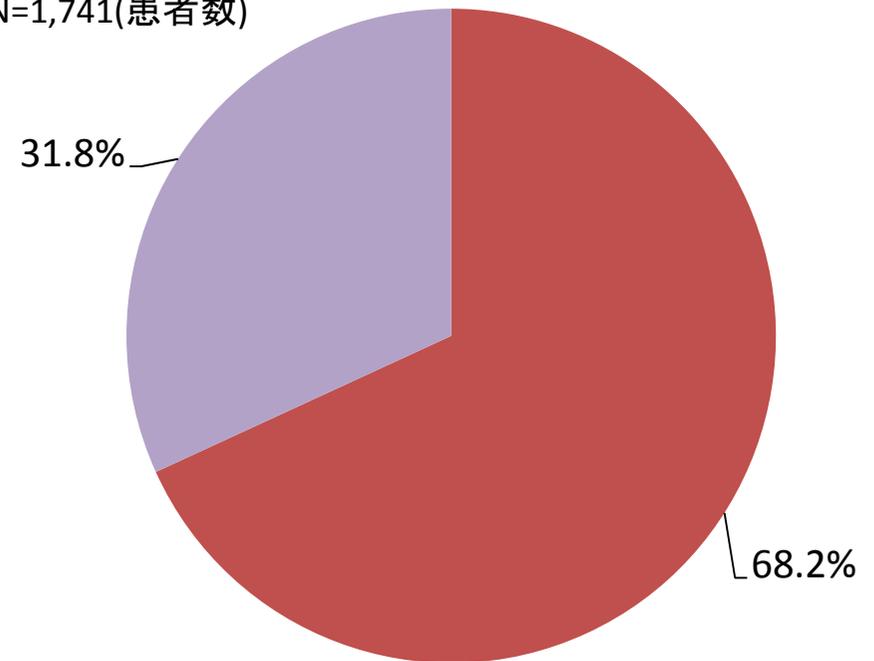
N=296(患者数)



- 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

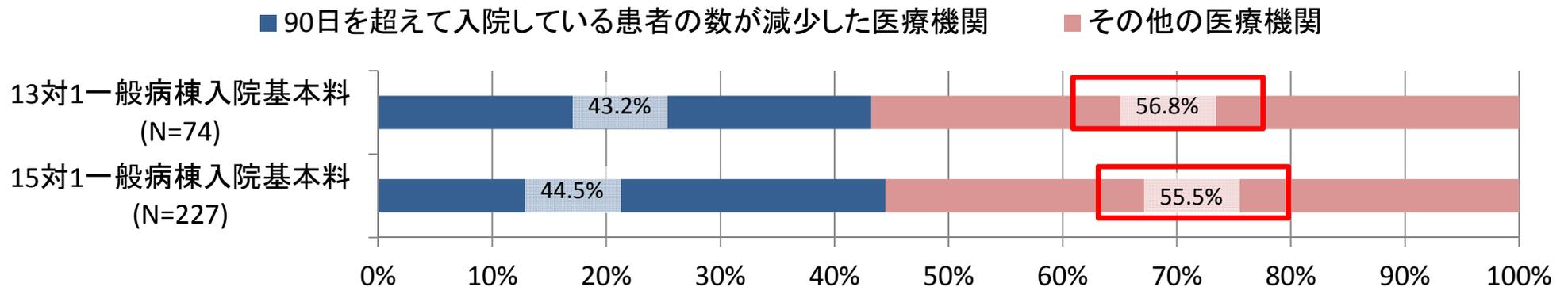
# 90日を超えて入院している患者の変化

## <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)

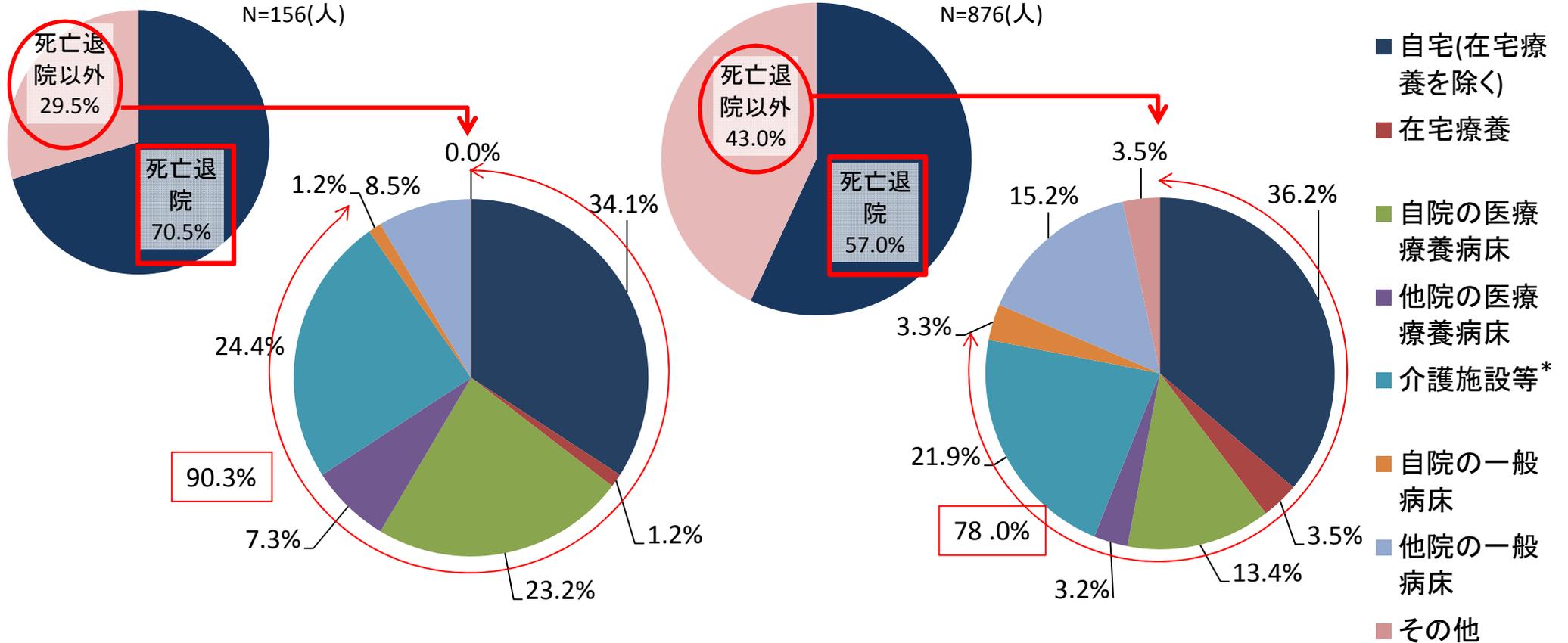
特定除外項目	平成24年 6月1日 (1病棟あたり)	平成25年 6月1日 (1病棟あたり)	増減数
難病患者等入院診療加算を算定する患者	0.11人/病棟	0.01人/病棟	-0.11人/病棟
重症者等療養環境特別加算を算定する患者	0.04人/病棟	0人/病棟	-0.04人/病棟
重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	1.26人/病棟	0.20人/病棟	-1.07人/病棟
悪性新生物に対する治療を実施している状態	0.09人/病棟	0.02人/病棟	-0.07人/病棟
観血的動脈圧測定を実施している状態	0人/病棟	0人/病棟	0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

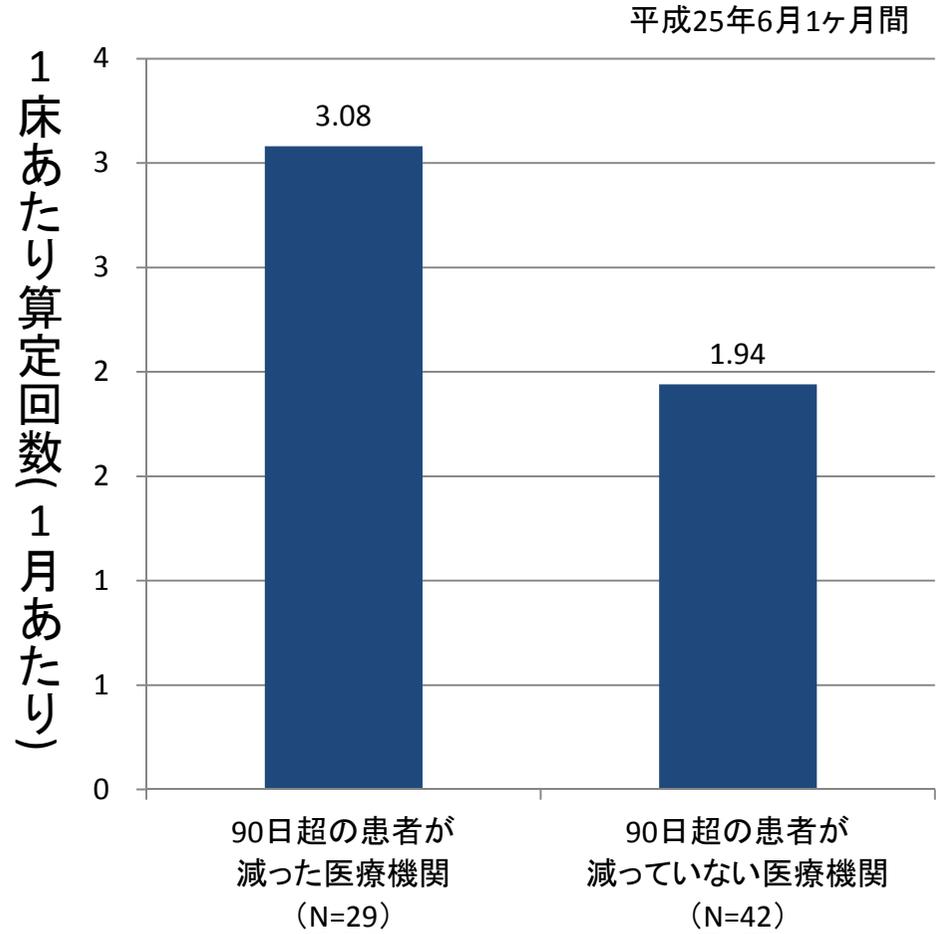


\* 介護施設等とは、介護療養型医療施設、老健施設、特養、グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等を含む。

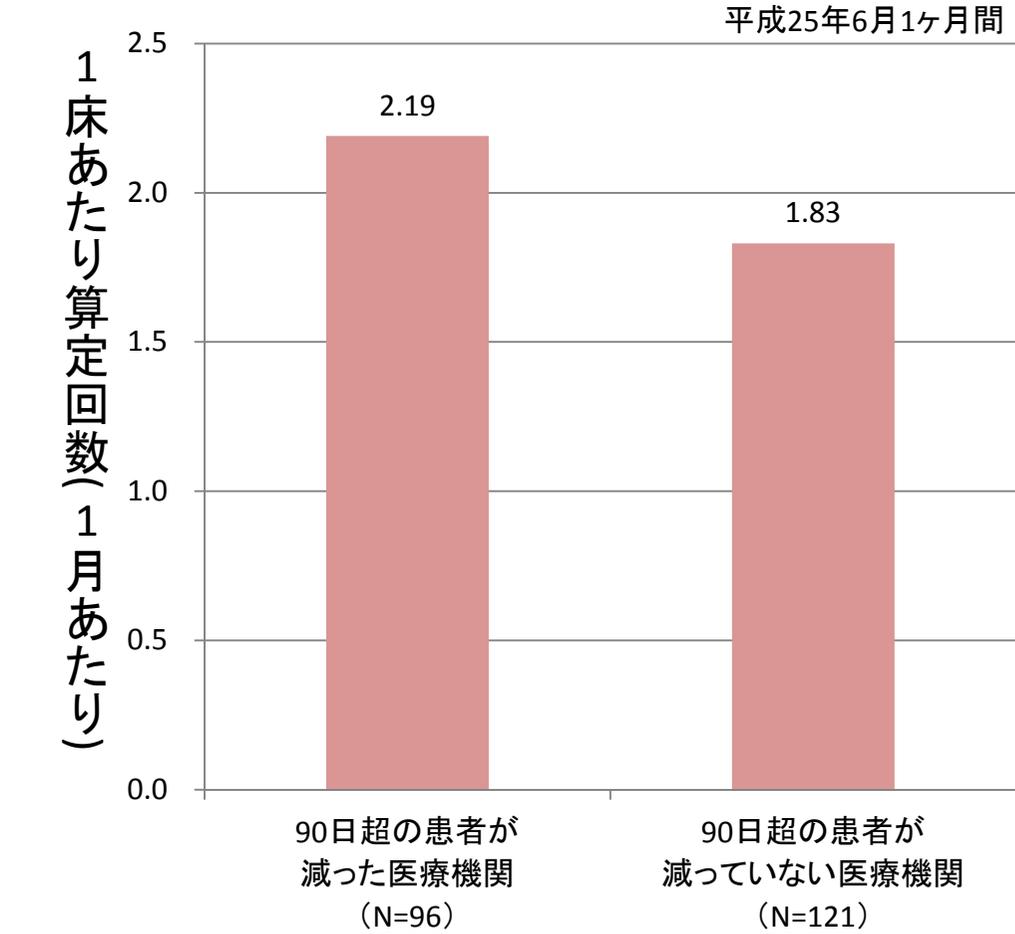
退棟先の居場所については自宅が最も多い。また、一般病棟以外の自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が13対1一般病棟入院基本料では約90%、15対1では約80%であった。

# 救急在宅等支援病床初期加算の状況

13対1一般病棟入院基本料



15対1一般病棟入院基本料



90日を超えて入院している患者が減少している医療機関は救急在宅等支援病床初期加算の平均算定回数が多い。

## 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%

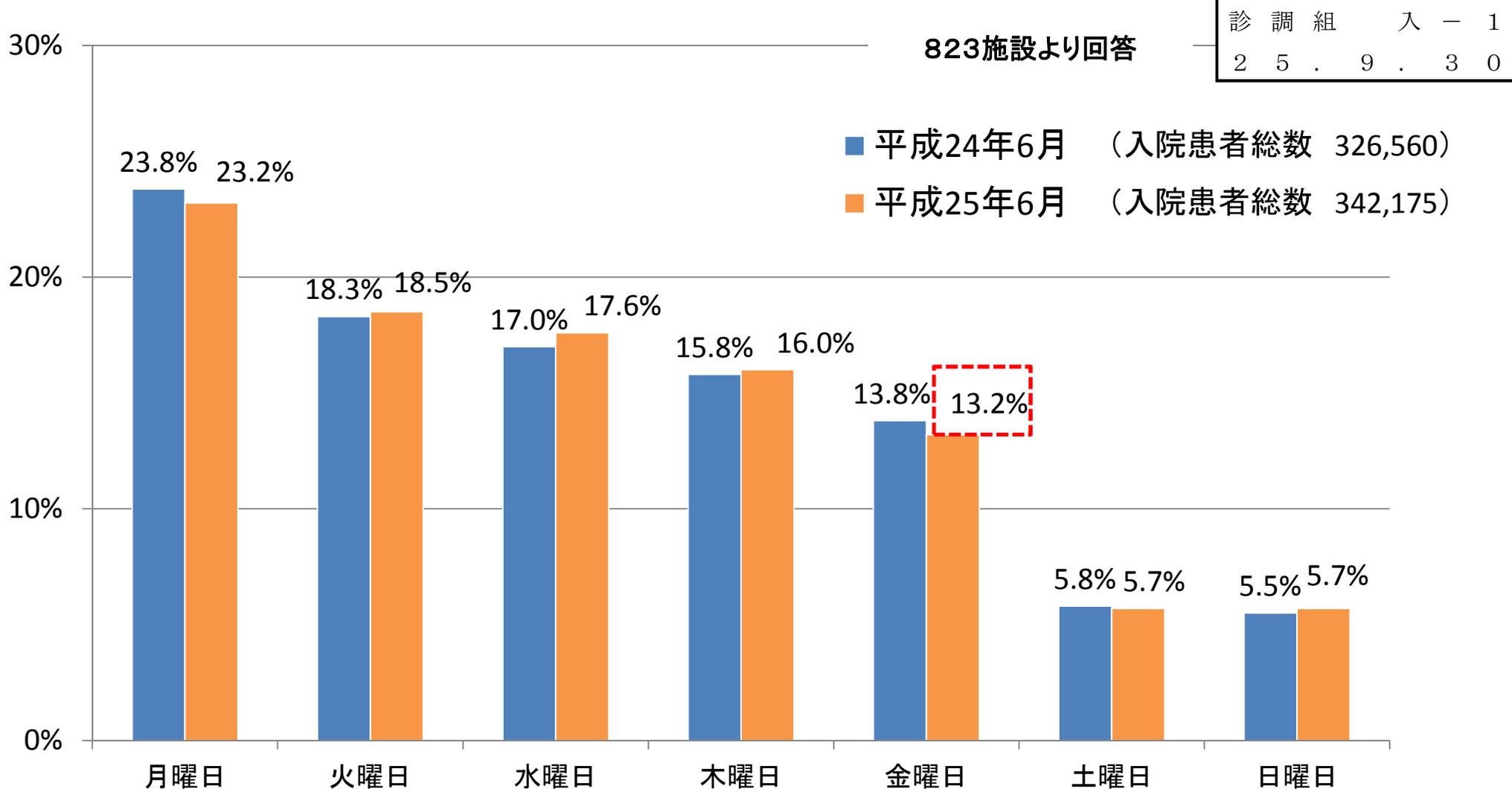
} 28.8%

○ 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

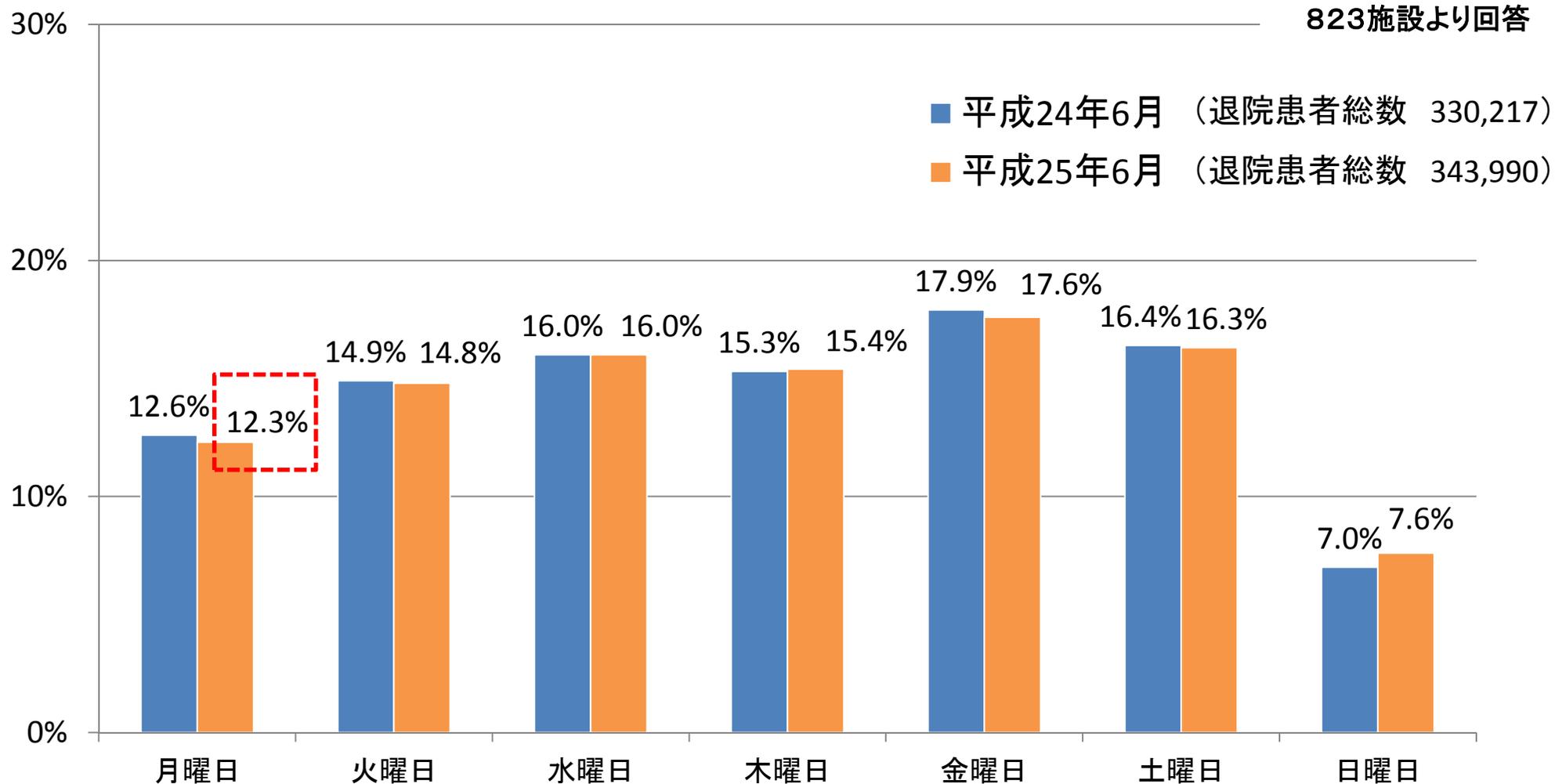
- (1) 入院医療の適正化に向けた検討
- (2) 外来の機能分化の推進

# 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



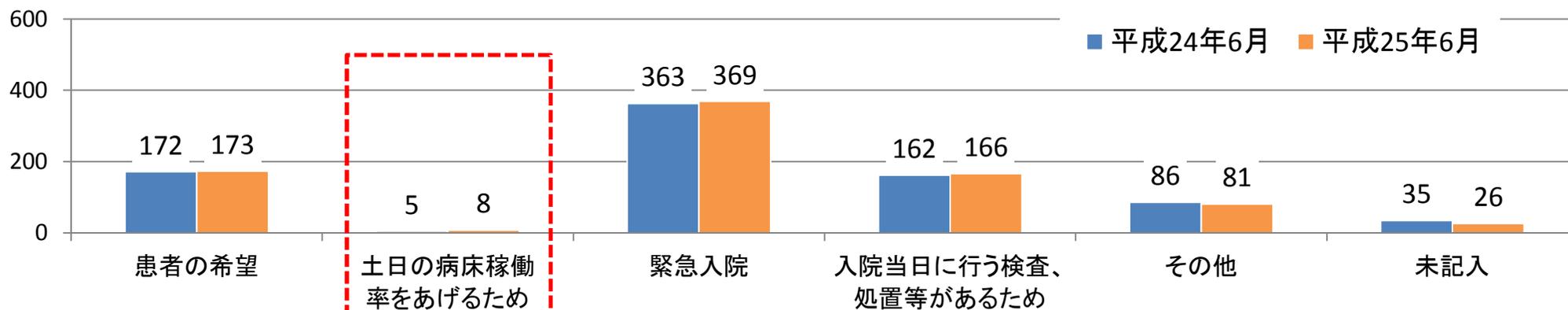
月曜日退院は退院患者数に対して約12%。  
診療報酬の見直し前後で大きな傾向の変化はみられなかった。

# 金曜日入院・月曜日退院の最も多い理由

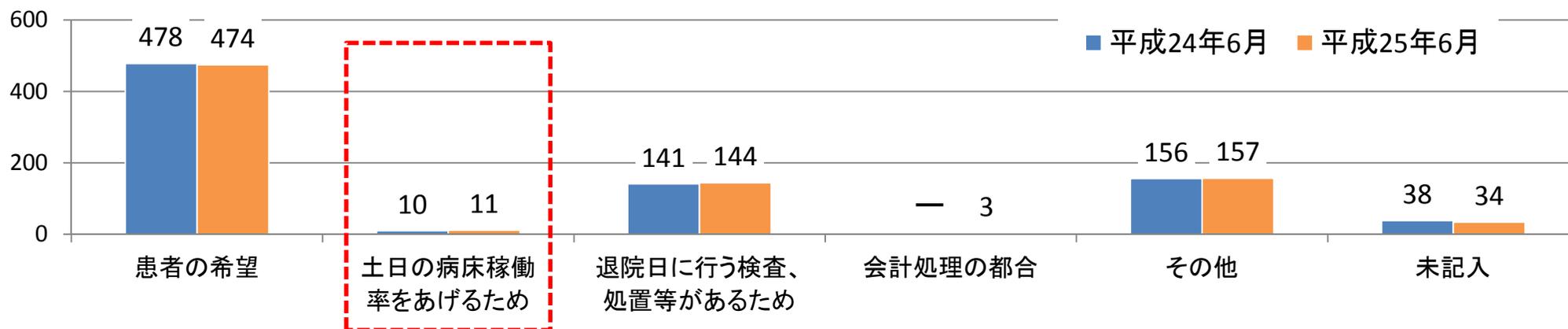
診 調 組 入 - 1  
2 5 . 9 . 3 0

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



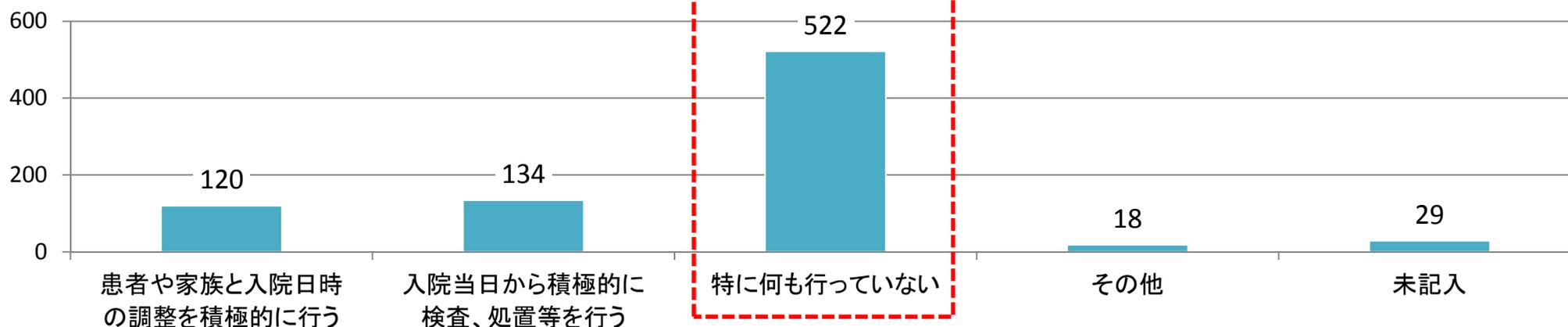
金曜日入院、月曜日退院の理由について、ともに「土日の病床稼働率をあげるため」は少なかった。

# 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

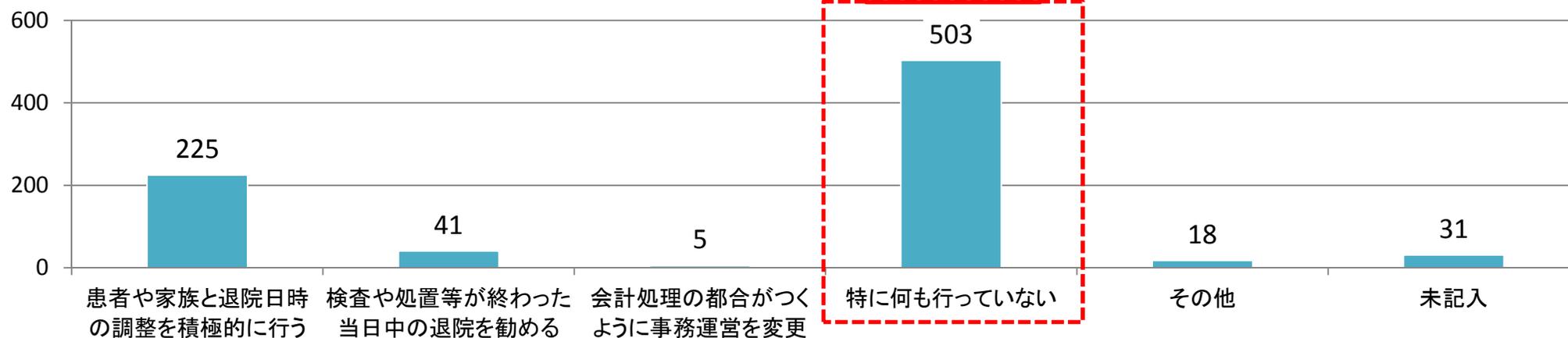
(改) 診調組 入-1  
25.9.30

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

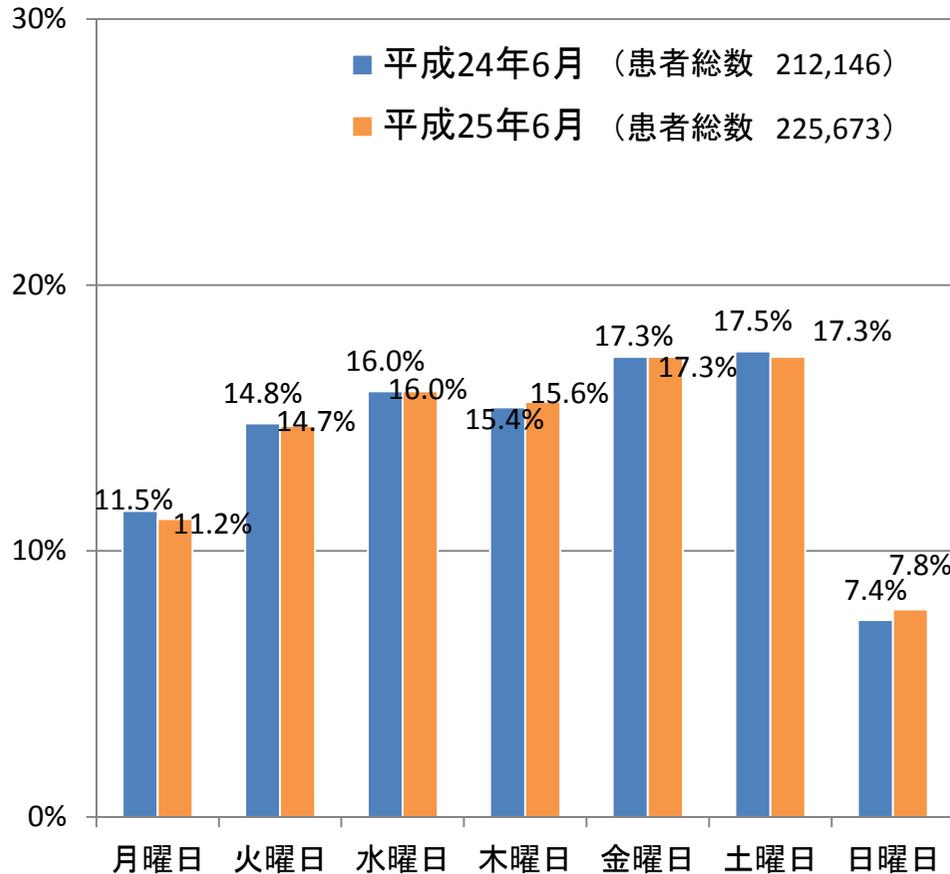


金曜日入院、月曜日退院を減らすための取組は、ともに「特に何も行ってない」と回答した医療機関が最も多かった。

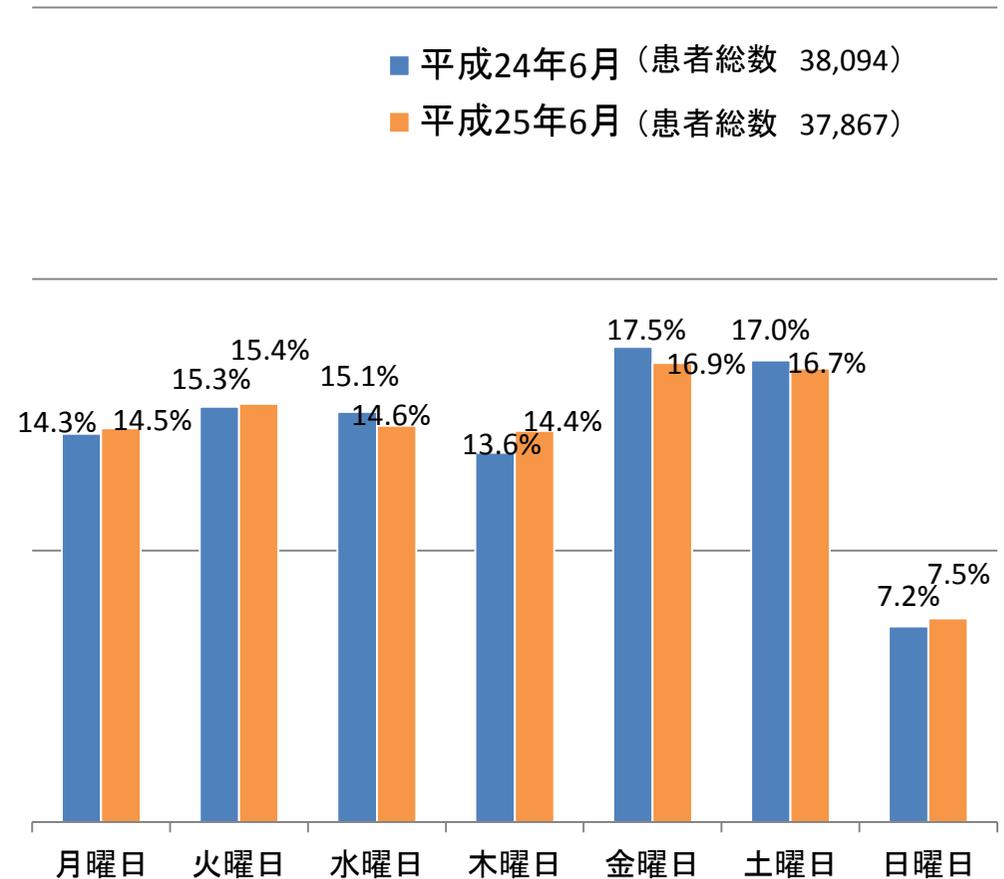
# 退院患者数に占める正午までの退院患者の割合等

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



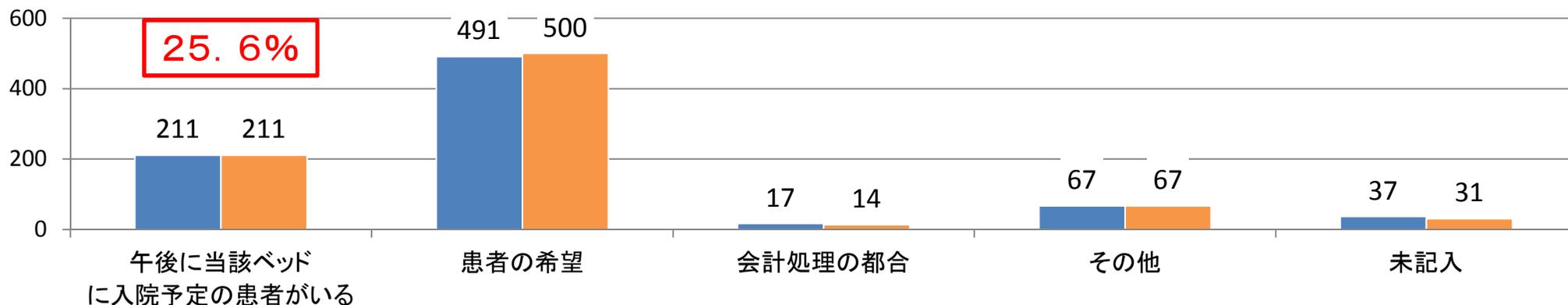
正午までに退院した患者の曜日別割合は7～18%、30日以上入院患者の曜日別割合は7～18%であった。

# 正午までに退院した最も多い理由と新たに行った取組

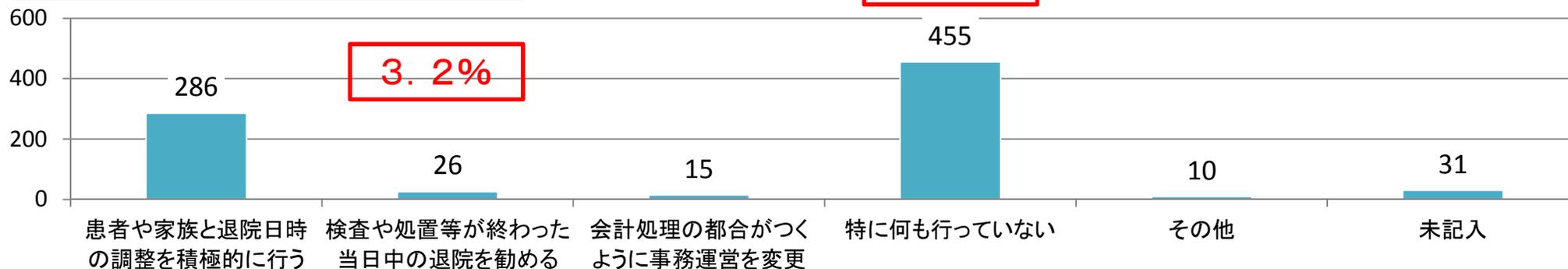
(改) 診調組 入-1  
25.9.30

## 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



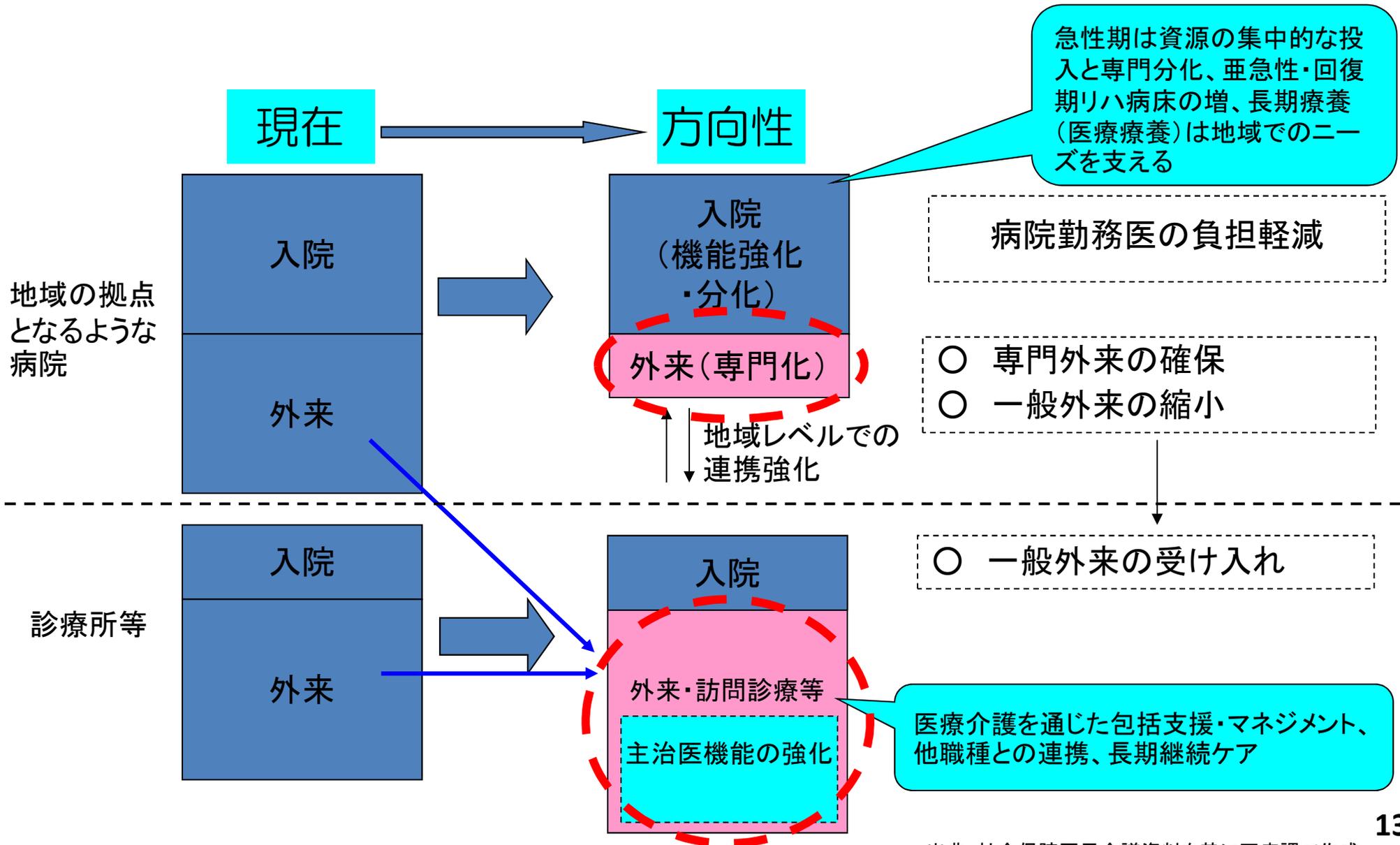
正午までに退院した最も多い理由は「患者の希望」である一方、「午後当該ベッドに入院予定の患者がいる」も一定程度みられた。正午までの退院に対する取組は「特に何も行ってない」が最も多く、「検査や処置等が終わった当日中の退院を勧める」の回答は少なかった。

### 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。

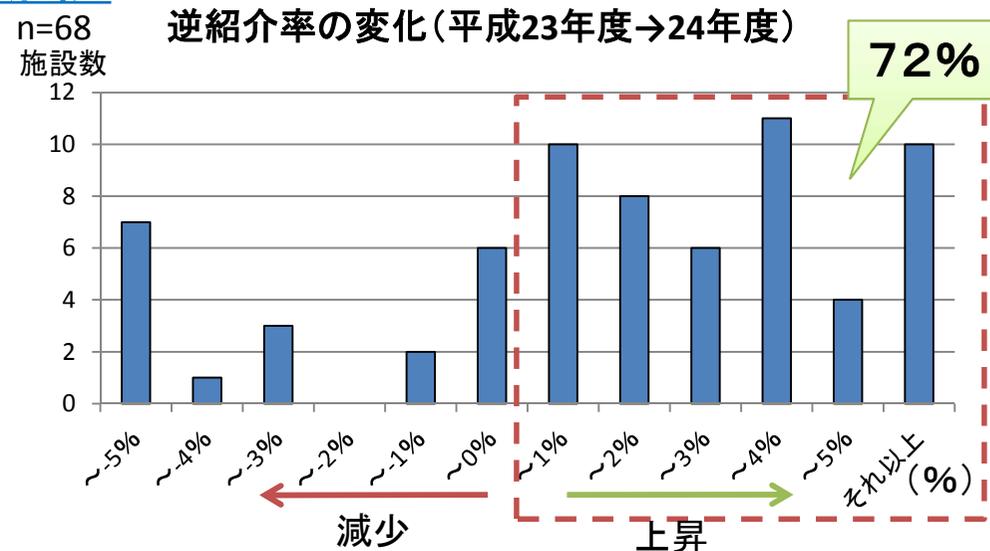
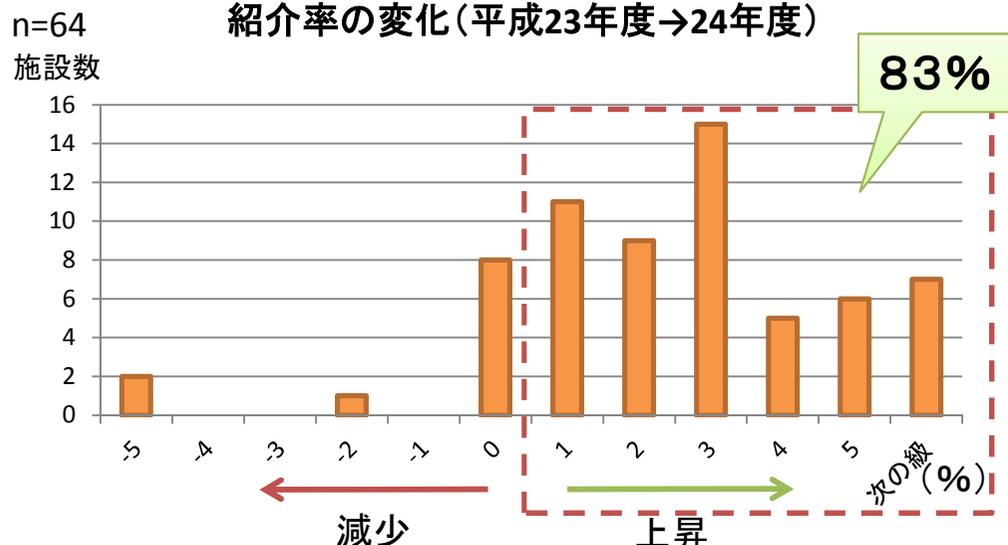


対象となった医療機関はなかった

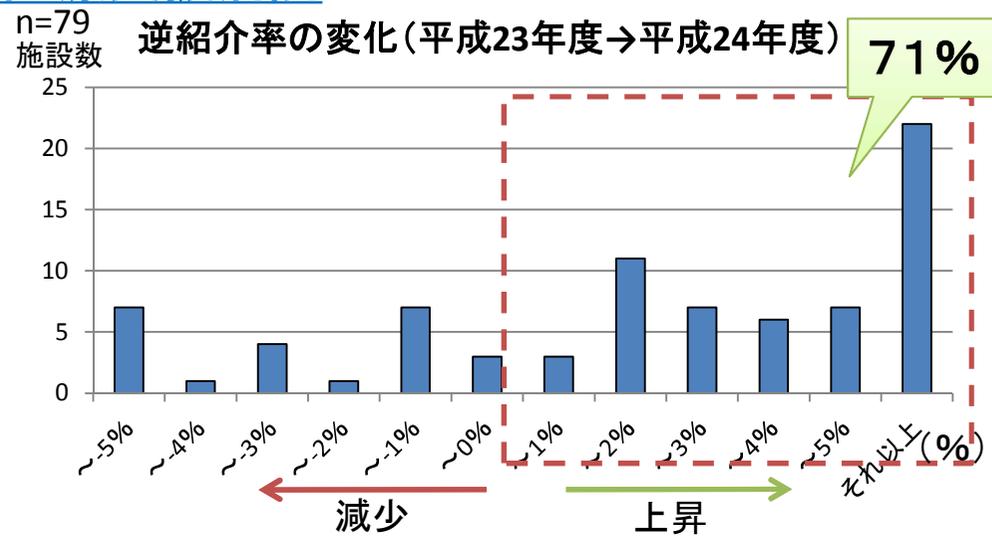
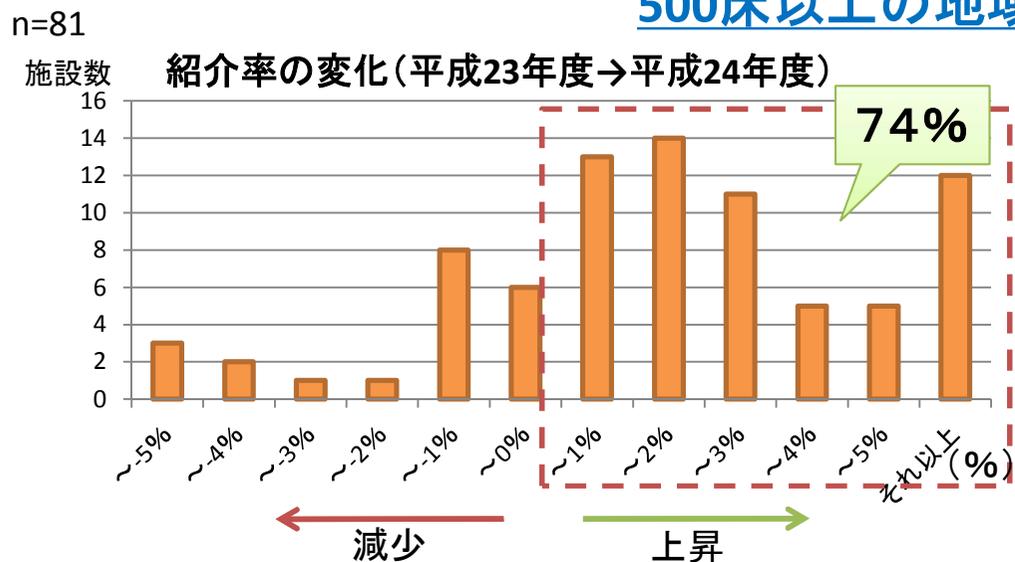
# 紹介率と逆紹介率の変化(平成23年度⇒平成24年度)

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

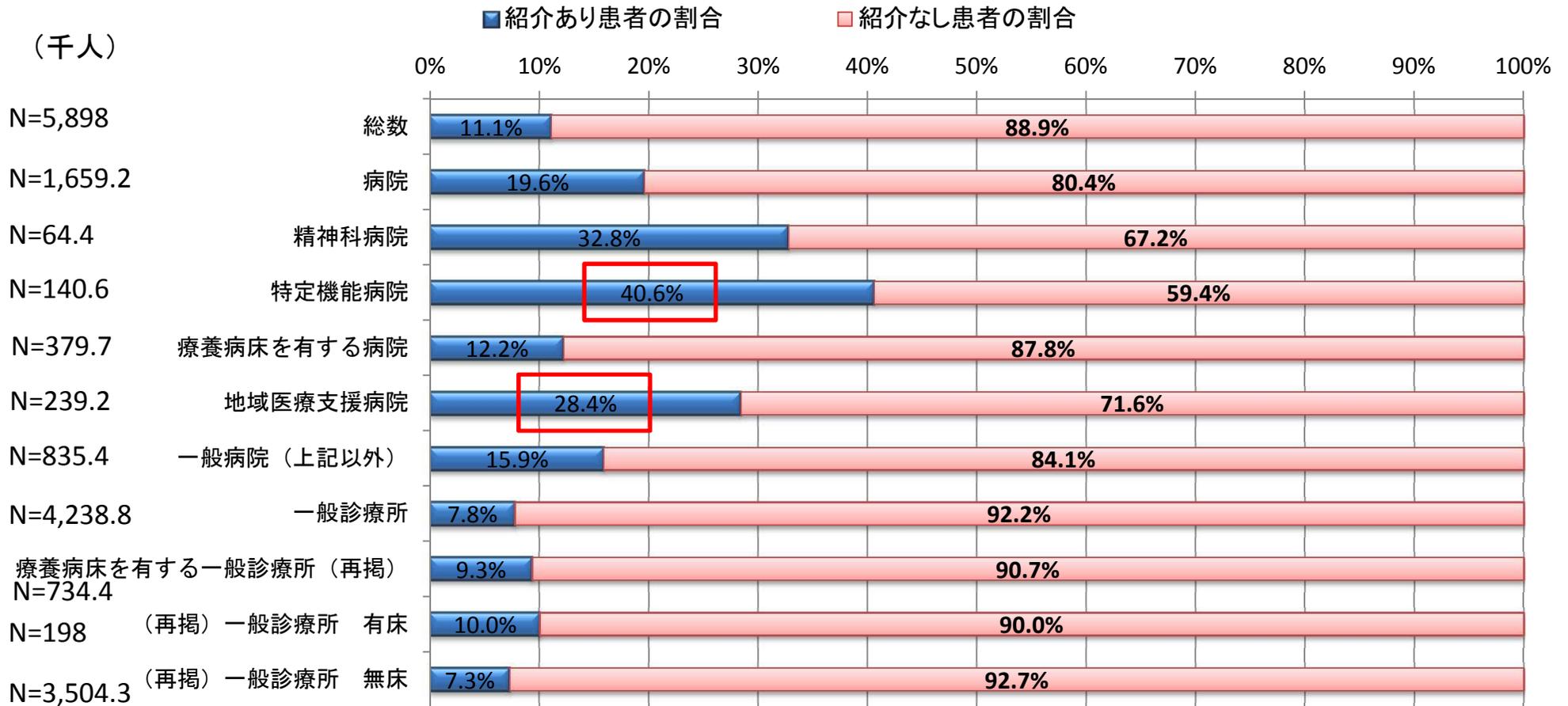


平成23年度に比べ、平成24年度の方が紹介率、逆紹介率は上昇傾向にあった

(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

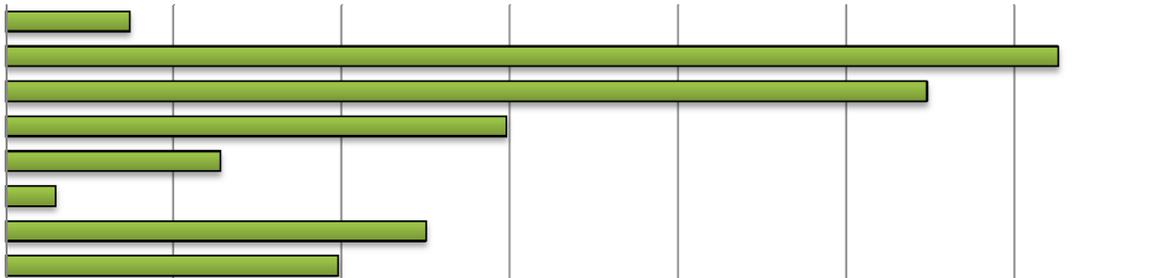
診 調 組 入 - 1  
2 5 . 9 . 3 0

## 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要がないこと
- 07 すでに紹介率が高く、これ以上あげる必要がないこと
- 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要がないこと
- 07 すでに逆紹介率が高く、これ以上あげる必要がないこと
- 08 その他

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180



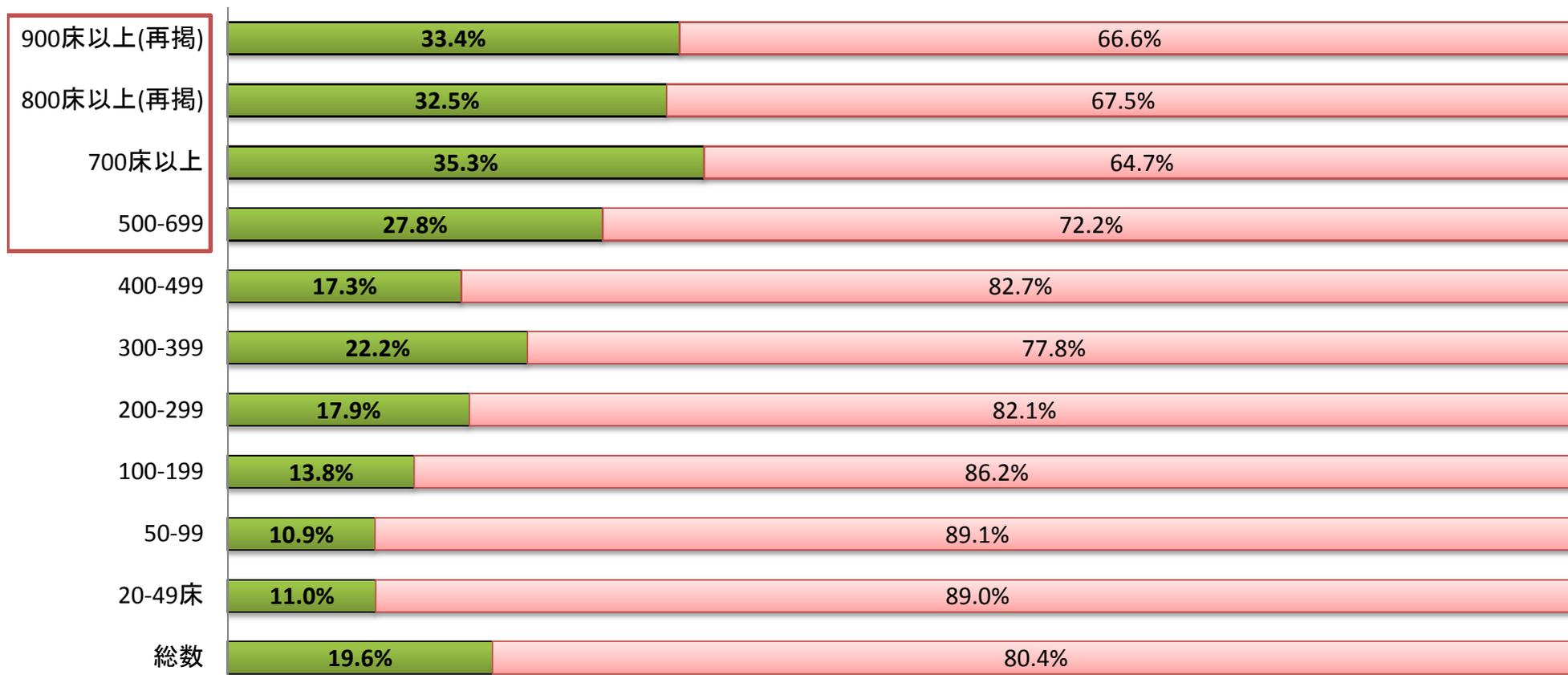
・紹介率をあげるための課題として、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等が考えられる。  
 ・逆紹介率をあげるための課題として、医学的に逆紹介できる患者が少ないこと以外にも、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」等が考えられ、逆紹介率を上げる取り組みが重要であると考えられる。

# 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)

(改) 診調組 入-1  
2 5 . 9 . 3 0

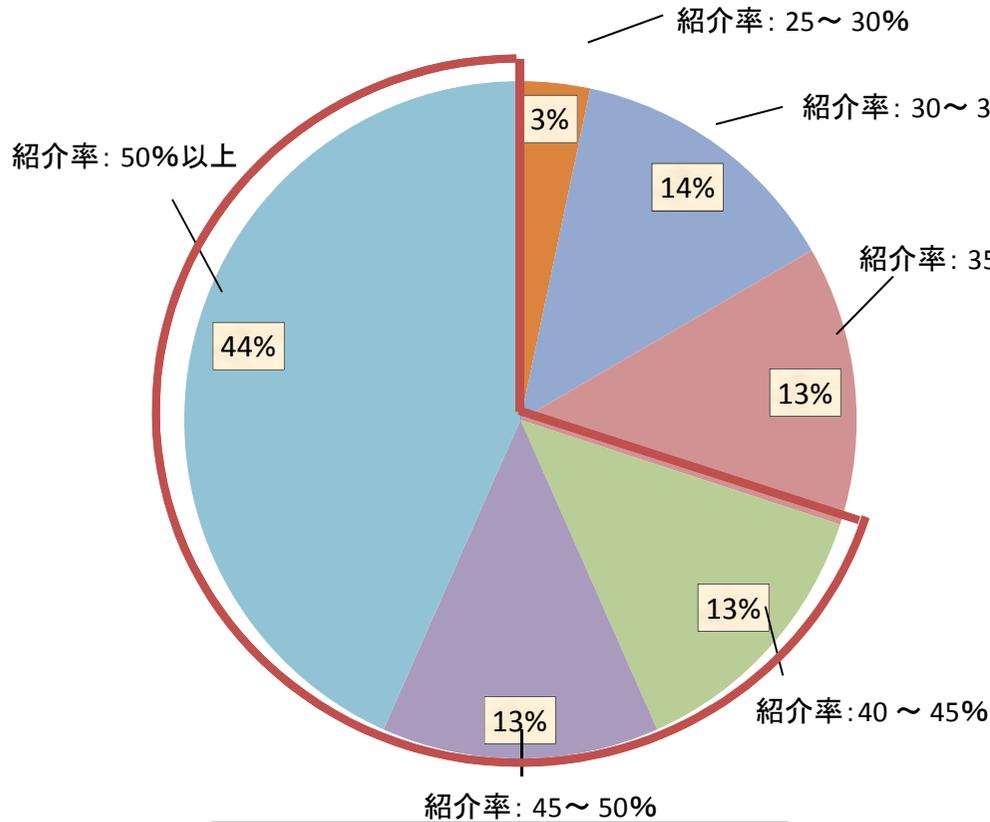
※一般病床、医療療養病床、介護療養病床、その他の合計

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%以上



**紹介率40%以上 69%**

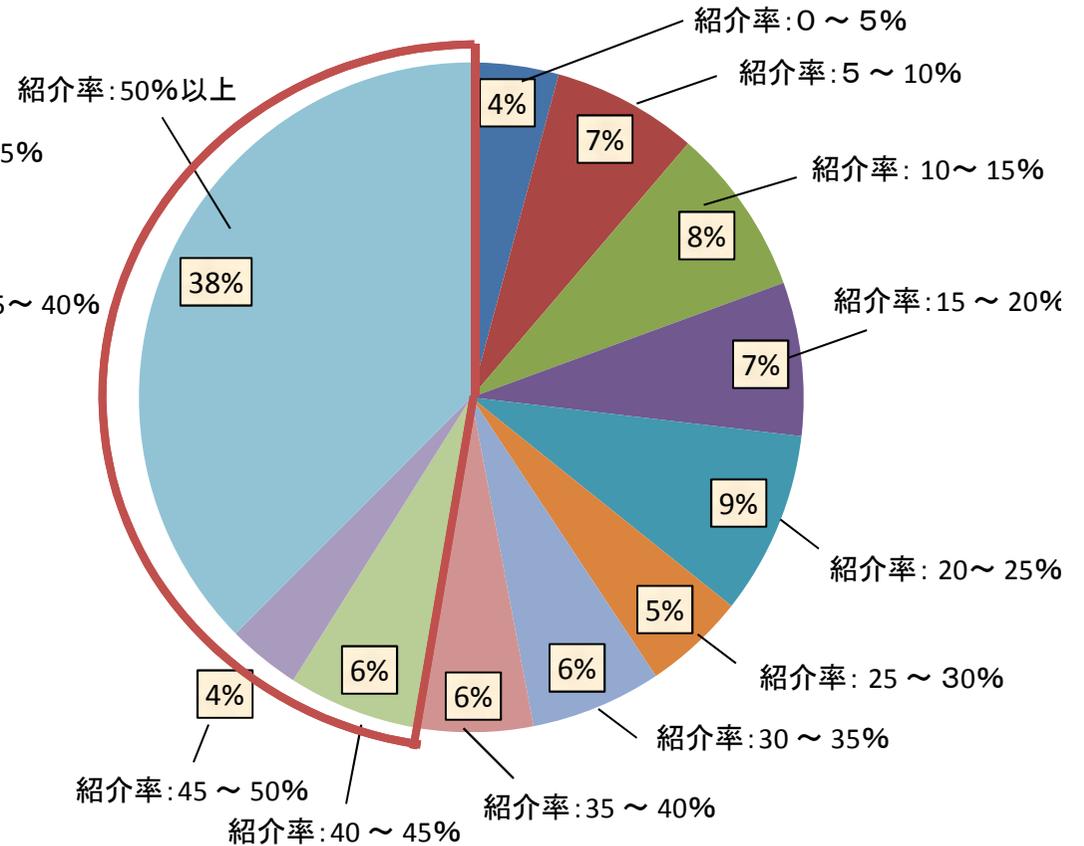
(平均 53.0%)

N=283

## 紹介率(500床未満)

<特定機能病院を除く>

- 0~5%
- 5~10%
- 10~15%
- 15~20%
- 20~25%
- 25~30%
- 30~35%
- 35~40%
- 40~45%
- 45~50%
- 50%以上



**紹介率40%以上 48%**

(平均 48.9%)

140

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)

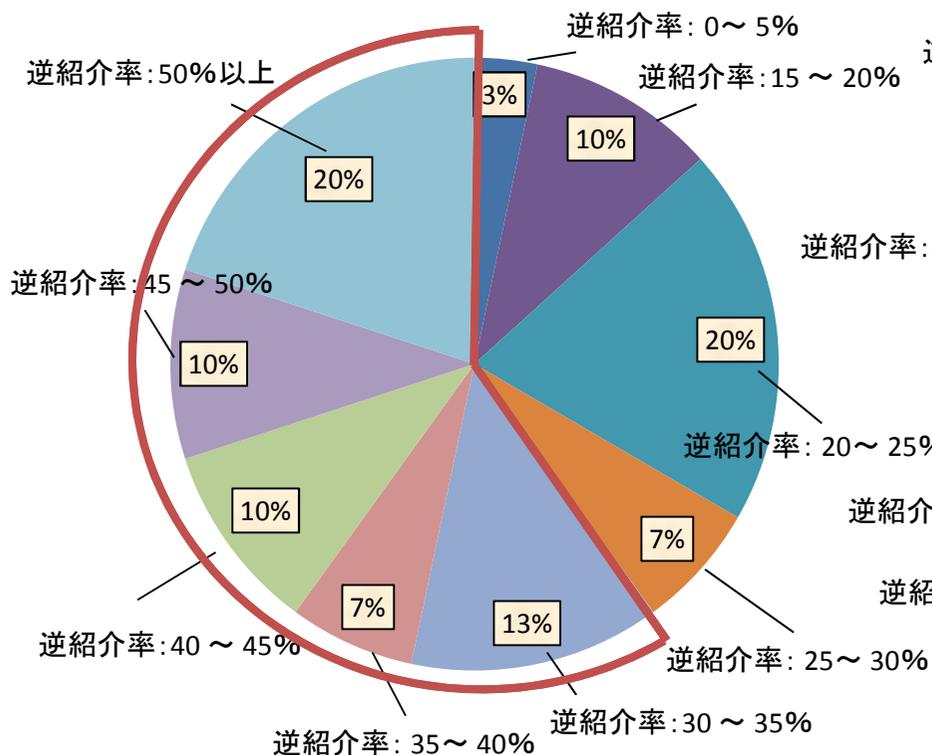
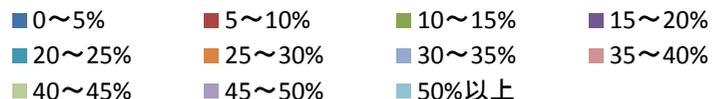
(改) 診調組 入-1  
25.9.30

※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>



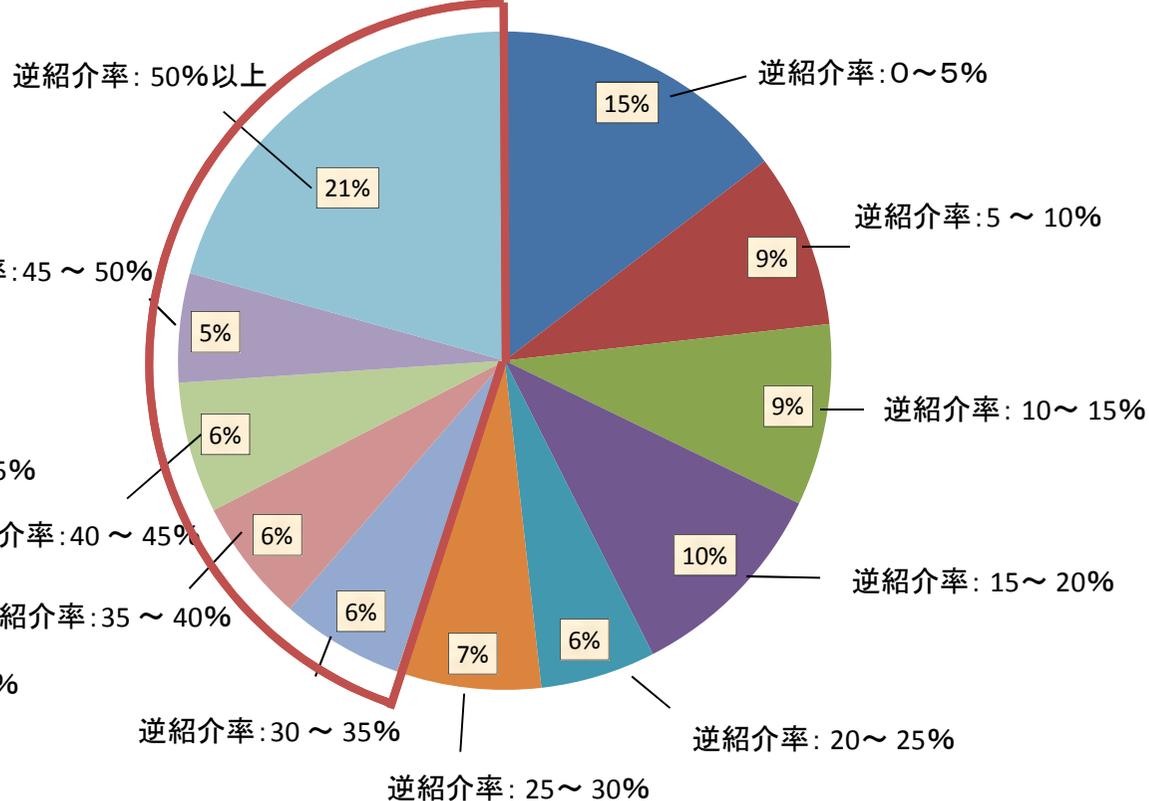
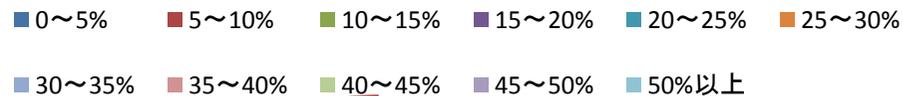
**逆紹介率30%以上 60%**

(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

# 特定除外に該当する入院患者実態 調査結果

2013年9月18日

公益社団法人 日本医師会  
日本医師会総合政策研究機構  
四病院団体協議会  
一般社団法人 日本病院会  
公益社団法人 全日本病院協会  
一般社団法人 日本医療法人協会  
公益社団法人 日本精神科病院協会

2012年度の診療報酬改定では、13対1、15対1の特定除外制度が廃止された。同改定の中医協答申附帯意見では、7対1、10対1についても長期入院の実態把握を行い、適切な評価について検討を行うこととされている。これを踏まえ、日本医師会と四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）が共同で、2013年7月から8月にかけて7対1、10対1の「特定除外に該当する入院患者実態調査」を行った。

本調査結果をもとに長期入院患者のあり方について議論を深め、適切な評価につなげていきたい。

2013年9月

公益社団法人 日本医師会

日本医師会総合政策研究機構

四病院団体協議会

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

## 目 次

1. 特定除外制度について	1
1.1. 概要	1
1.2. 経緯	4
2. 調査の方法	5
2.1. 目的	5
2.2. 方法	5
2.3. 回収状況	6
3. 分析結果	7
3.1. 基本情報	7
3.1.1. 開設者	7
3.1.2. 病院類型	8
3.1.3. 病床数・病床利用率・平均在院日数	9
3.1.4. 届出状況	11
3.2. 入院期間 90 日超患者・特定除外患者の状況	12
3.2.1. 患者の割合	12
3.2.2. 平均在院日数	20
3.3. 特定除外患者の特徴	23
3.3.1. 特定除外理由	23
3.3.2. 患者の病態	26
3.4. 病院の特性と特定除外患者の割合	37
3.4.1. 受入先・受皿との関係	37
3.4.2. 病床規模別・人口規模別	42
3.4.3. 病院の役割・機能別	44
4. まとめ	46
5. 自由記述意見	48
6. 調査票	53

## 1. 特定除外制度について

### 1.1. 概要

一般病棟入院基本料 7 対 1、10 対 1 を算定する病棟に 90 日を超えて入院する患者のうち厚生労働大臣が定める状態等にある患者（以下、特定除外患者。表 1.1.1）は、特定入院基本料の算定対象から除かれるとともに、平均在院日数の算定の対象にならない（表 1.1.3）。これを特定除外制度という。

表 1.1.1 医科診療報酬点数表 基本診療料の施設基準等 別表第四  
厚生労働大臣が定める状態等にある患者

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

一般病棟入院基本料 13 対 1、15 対 1 にも特定除外制度があったが、2012 年度の診療報酬改定で廃止された<sup>1</sup>。現在、13 対 1、15 対 1 において従来の特定除外に該当する患者は、イ) 平均在院日数の算定の対象として 13 対 1 または 15 対 1 (いずれも出来高) を算定する、ロ) 平均在院日数の算定の対象とせずに療養病棟入院基本料 1 (包括評価) の例により算定する、のいずれかを選択することになっている (表 1.1.2)。

表 1.1.2 一般病棟入院基本料等

入院基本料	平均在院日数	診療報酬	90日超の入院患者
7対1	18日以内	1,566点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定入院基本料(包括)939点 ※</li> <li>・ ただし特定除外患者は診療報酬はそのまま で、平均在院日数の算定対象にもならない</li> </ul>
10対1	21日以内	1,311点	
13対1	24日以内	1,103点	選択 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ) 平均在院日数の算定対象とし一般病棟入院基本料を算定</li> <li>ロ) 平均在院日数の算定対象とせず療養病棟入院基本料1を算定</li> </ul>
15対1	60日以内	945点	

※包括評価(検査、投薬、注射及び病理診断並びに一部の画像診断及び処置)

(参考) 亜急性期入院医療管理料(13対1) いずれも包括

	診療報酬	算定要件(いずれも最大60日まで)
亜急性期入院医療管理料1	2,061点	脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者
亜急性期入院医療管理料2	1,911点	脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者

(参考) 療養病棟入院基本料1(20対1、医療区分2・3が8割以上) すべて包括

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	945点	1,380点	1,769点
ADL区分2	898点	1,353点	1,716点
ADL区分1	796点	1,202点	1,435点

<sup>1</sup> 「長期療養患者が比較的多い一般病棟については、将来的には、長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか」という議論にもとづいて廃止された。

「医療提供体制について(その1)」2011年11月25日、中医協総会資料  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>

表 1.1.3 医科診療報酬点数表 基本診療料の施設基準等

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者

1	精神科身体合併症管理加算を算定する患者
2	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
3	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
4	小児特定集中治療室管理料を算定する患者
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	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する患者
18	精神療養病棟入院料を算定する患者
19	一般病棟(一般病棟入院基本料(13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。)を算定する病棟を除く。)に入院した日から起算して90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節入院基本料の注8に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの
20	一般病棟に入院した日から起算して90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13の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定している患者
21	認知症治療病棟入院料を算定している患者
22	短期滞在手術基本料1を算定している患者

## 1.2. 経緯

特定除外制度は、1998 年度改定で創設された「老人長期入院医療管理料」にさかのぼる。高齢者のいわゆる「社会的入院」が問題になり、長期入院の是正を図る目的で、90 日を超えて入院する高齢患者について、入院基本料を減額・包括化した診療報酬であるが、特定除外患者については減額対象外になった。その後、2010 年度改定で全年齢を対象とする「特定入院基本料」に改組され、2012 年度改定で 13 対 1、15 対 1 の特定除外制度が廃止された（表 1.2.1）<sup>2</sup>。

表 1.2.1 特定除外制度の経緯

年度	改定内容
1998	入院基本料を減額・包括化した「老人長期入院医療管理料」が新設された。ただし、長期にわたり療養が必要な神経難病患者等や医療処置を頻繁に行う必要性の高い患者(特定除外患者)については減額対象外になった。 (特定除外項目) ① 観血的動脈圧測定を実施している状態 ② 悪性新生物に対する腫瘍用薬(重篤な副作用を有するものに限る。)を投与している状態 ③ ドレーン法を実施している状態 ④ 胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 ⑤ 人工呼吸器を使用している状態 ⑥ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態 ⑦ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態 ⑧ 前各号までに掲げる状態に準ずる状態
2000	「老人特定入院基本料」に改組。特定除外項目を12項目に拡大。
2008	後期高齢者医療制度が創設され、名称を「後期高齢者特定入院基本料」に変更。脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を特定除外患者から除外。
2010	後期高齢者に係る診療報酬については廃止するか、「後期高齢者」という名称を削除することになり、全年齢を対象とする「特定入院料」に改組。
2012	一般病棟入院基本料13対1、15対1の特定除外制度を廃止。

<sup>2</sup> 「長期入院患者に係る診療報酬について」（2009年12月18日、中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会資料）から作成。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1218-k3d.pdf>

## 2. 調査の方法

### 2.1. 目的

2012年度の診療報酬改定における中医協答申附帯意見で、7対1、10対1について長期入院の実態把握を行い、適切な評価について検討を行うこととされた<sup>3</sup>。中医協では入院医療等の調査・評価分科会を設置し、2012年度に一般病棟入院基本料7対1、10対1を算定する病院を対象として長期入院の実態調査を行ったが、低い回収率に止まった<sup>4</sup>。そこで、日本医師会と四病院団体協議会は、あらためて長期入院の実態を把握するための調査を実施することとした。

### 2.2. 方法

調査の実施主体は、日本医師会と四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）である。

調査対象は、日本医師会会員のうち病院の開設者または管理者、日本病院会の全会員、全日本病院協会の全会員から、福島県の緊急時避難準備区域（30km圏内）と警戒区域（20km圏内）を除く病院をそれぞれ5分の1無作為抽出し、重複して抽出された会員を除いた2,060病院とした。調査票は7月11日から郵送で順次発送し、回答は8月23日まで受け付けた。

調査票のうち、施設の基本情報等については2013年6月1日現在、病棟ごとの病床利用率および平均在院日数については2013年4～6月平均、入院患者数等については2013年7月中の火曜、水曜、木曜から調査対象医療機関が任意に選択したある1日についてのデータである（詳細は巻末調査票参照）。

---

<sup>3</sup> 中央社会保険医療協議会「平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見」2012年2月10日  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000021ei1-att/2r98520000021vjh.pdf>

<sup>4</sup> 「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」  
みずほ総研へ委託して実施。<http://www.mizuho-ir.co.jp/topics/2012/iryoku.html>

## 2.3. 回収状況

有効回収数は 781 施設、有効回収率は 37.9%であった。また、7 対 1、10 対 1 の特定除外患者数は 2,345 人であった（表 2.3.1）。

表 2.3.1 回収状況

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)

以下、「7 対 1」といった場合、病院としては「7 対 1」であっても、回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等入院基本料および特殊疾患入院医療管理料を算定する患者と当該患者が入院する病棟を除いている。また調査項目によって有効回答数がそれぞれ異なる。

### 3. 分析結果

#### 3.1. 基本情報

##### 3.1.1. 開設者

本調査は、全国に比べて国公立病院（国・都道府県・市町村）がやや少なく、公的医療機関（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）がやや多かった（表 3.1.1）。

表 3.1.1 開設者別病院数（一般病院）

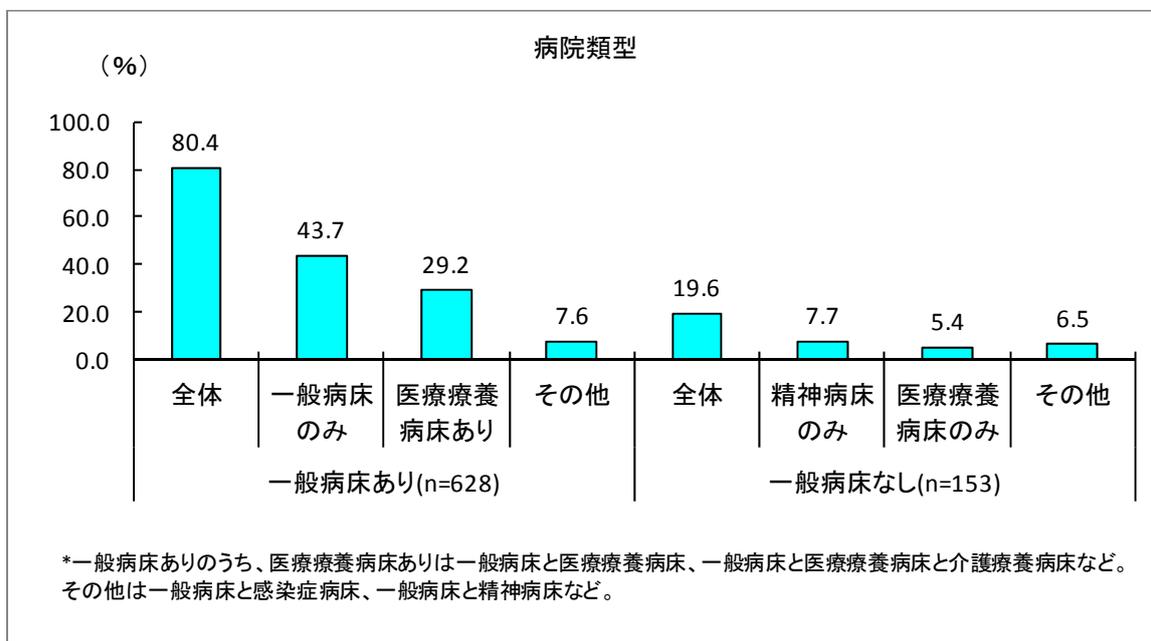
開設者	今回調査		全 国	
	回答数	構成比(%)	病院数	構成比(%)
国	10	1.6	271	3.6
都道府県	9	1.4	192	2.6
市町村	40	6.4	678	9.0
地方独立行政法人	5	0.8	57	0.8
公的	36	5.7	285	3.8
社会保険関係団体	7	1.1	121	1.6
公益法人	32	5.1	320	4.3
医療法人	402	64.0	4,800	63.8
個人	21	3.3	338	4.5
その他	62	9.9	466	6.2
無回答	4	0.6	—	—
合計	628	100.0	7,528	100.0

\*全国:厚生労働省「平成23年 医療施設(静態・動態)調査」

### 3.1.2. 病院類型

一般病床がある病院が 80.4%、一般病床がない病院が 19.6%である。また一般病床のみの病院が 43.7%、精神病床のみの病院が 7.7%、医療療養病床のみの病院が 5.4%であった（図 3.1.1）。なお以下、一般病床がある病院を「一般病院」としている。

図 3.1.1 病院類型



### 3.1.3. 病床数・病床利用率・平均在院日数

病床種類別に、病床数・病床利用率・平均在院日数すべてに回答があった病院について、それぞれ平均値を示した（表 3.1.2）。

一般病床全体では病床利用率は 78.1%、平均在院日数は 21.4 日であった。亜急性期入院医療管理料算定病床（病床単位）は、病床利用率が 75.6%と一般病床全体よりも低く、平均在院日数が一般病床全体よりも 1 週間強長かった。一般病床で回復期リハビリテーション病棟入院料（病棟単位）を算定している病院の平均病床数は 50.4 床であり、同病棟のある病院 1 施設当たり約 1 病棟、平均在院日数は 71.8 日であった。

表 3.1.2 病床数・病床利用率・平均在院日数

病床種類ごとに許可病床数・病床利用率・平均在院日数のすべてに回答があった病院

病床種類	病院数	許可病床数	病床利用率	平均在院日数	
一般病床	570	172.0 床	78.1 %	21.4 日	
(再掲)	亜急性期	129	16.7 床	75.6 %	29.2 日
	回復期リハビリテーション	51	50.4 床	90.0 %	71.8 日
	障害者施設	57	69.7 床	92.1 %	122.4 日
	特殊疾患	14	46.4 床	94.9 %	462.4 日
精神病床	100	186.9 床	88.4 %	724.7 日	
医療療養病床	283	70.8 床	89.5 %	306.0 日	
(再掲※)回復期リハ	61	54.1 床	86.2 %	74.4 日	
介護療養病床	90	66.1 床	92.8 %	516.6 日	
感染症病床	2	13.0 床	73.5 %	11.0 日	
結核病床	15	33.1 床	37.9 %	72.6 日	

一般病院の病床規模別では、本調査は全国に比べて100床未満の病院が少なく、大規模病院がやや多かった（図 3.1.2）。一般病棟入院基本料別では、本調査は全国に比べて7対1の病院が多かった（図 3.1.3）。

図 3.1.2 病床規模別病院割合（一般病院）

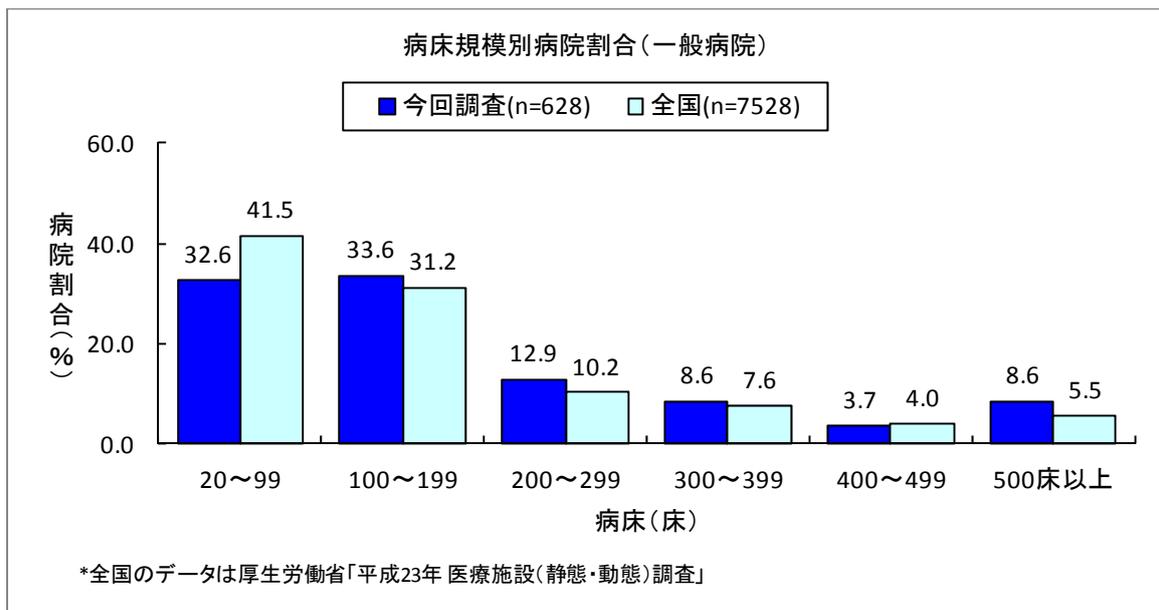
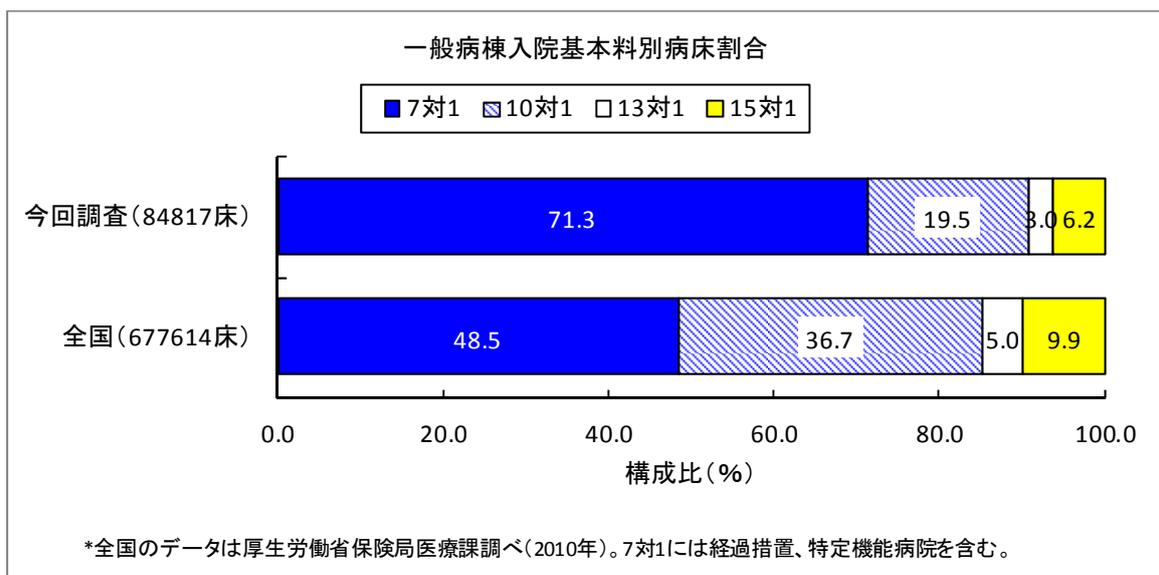


図 3.1.3 一般病棟入院基本料別病床割合



### 3.1.4. 届出状況

本調査では、DPC 対象病院、地域医療支援病院、在宅療養支援病院（以下、在支病）がやや多かった（表 3.1.3）。

表 3.1.3 DPC 対象病院・特定機能病院・地域医療支援病院・在宅療養支援病院

		今回調査		全 国	
		回答数	構成比 (%)	病院数	構成比 (%)
DPC	DPC対象病院	230	36.6	1,496	20.0
	DPC準備病院	30	4.8	244	3.3
	出来高病院	334	53.2	5,742	76.7
	無回答	34	5.4	—	—
	合計(一般病院)	628	100.0	7,482	100.0
特定機能病院	特定機能病院	7	1.1	84	1.1
	特定機能病院ではない	547	87.1	7,443	99.5
	無回答	74	11.8	—	—
	合計(一般病院)	628	100.0	7,527	100.6
地域医療支援病院	地域医療支援病院	73	11.6	439	5.9
	地域医療支援病院ではない	486	77.4	7,052	94.1
	無回答	69	11.0	—	—
	合計(一般病院)	628	100.0	7,491	100.0
在宅療養支援病院	在宅療養支援病院	86	16.7	746	12.7
	在宅療養支援病院ではない	363	70.5	5,143	87.3
	在支病を目指している	68	13.2	—	—
	在支病を目指していない	295	57.3	—	—
	無回答	66	12.8	—	—
	合計(200床未満) ※	515	100.0	5,889	100.0

DPC

・ 全国: DPC対象病院・DPC準備病院は「DPC対象病院・準備病院の現況について(2013年4月見込み)」(2013年4月3日、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料)、出来高病院は「『医療施設動態調査(平成25年4月末概数)』一般病院数-DPC病院-DPC準備病院」で計算

※ DPC対象病院・準備病院は7対1、10対1のみであるが、合計には7対1、10対1以外を含む。

特定機能病院

・ 全国: 地域医療支援病院は「第7回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料」から2012年2月29日時点。合計は「医療施設動態調査(平成24年2月末概数)」

地域医療支援病院

・ 全国: 地域医療支援病院は「第7回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料」から2012年11月1日時点。合計は「医療施設動態調査(平成24年10月末概数)」

在宅療養支援病院

・ 全国: 在宅療養支援病院は「在宅医療(その1)」(2013年2月13日、中医師協総会資料)から2012年7月1日時点。合計は「概算医療費データベース」2012年7月の200床未満の病院数。

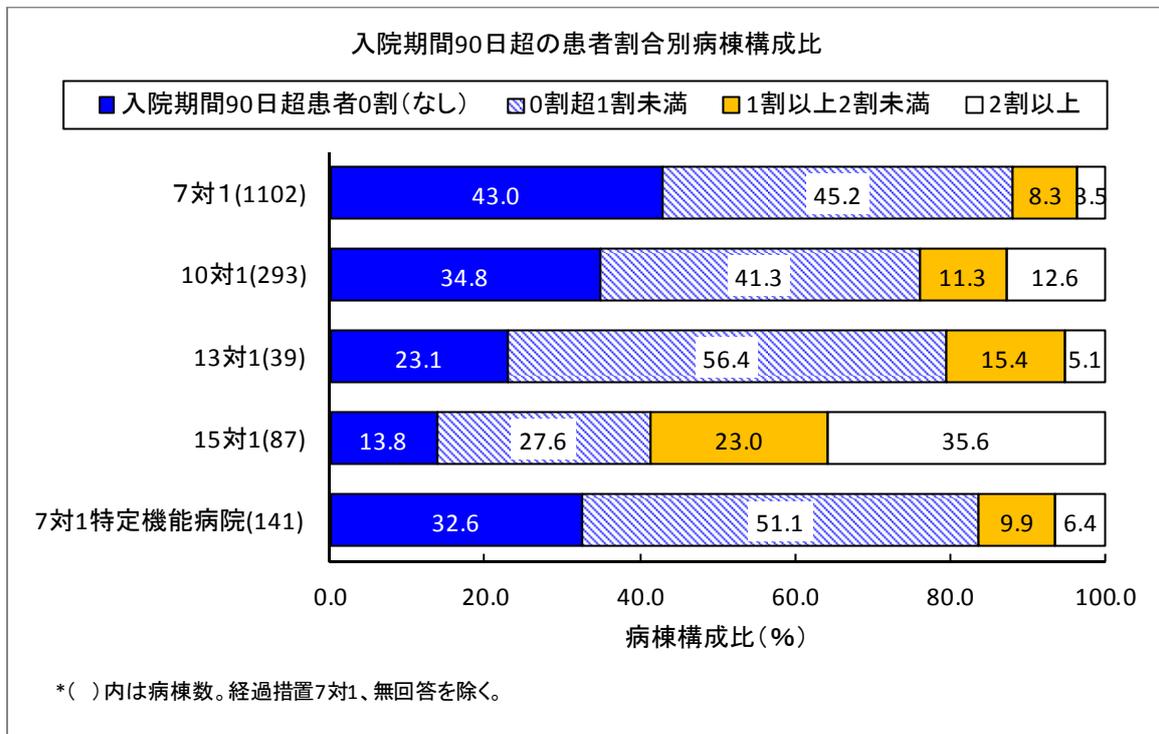
※ 診療報酬上は200床以上でも半径4km以内に診療所が存在しなければ届出可能。

### 3.2. 入院期間 90 日超患者・特定除外患者の状況

#### 3.2.1. 患者の割合

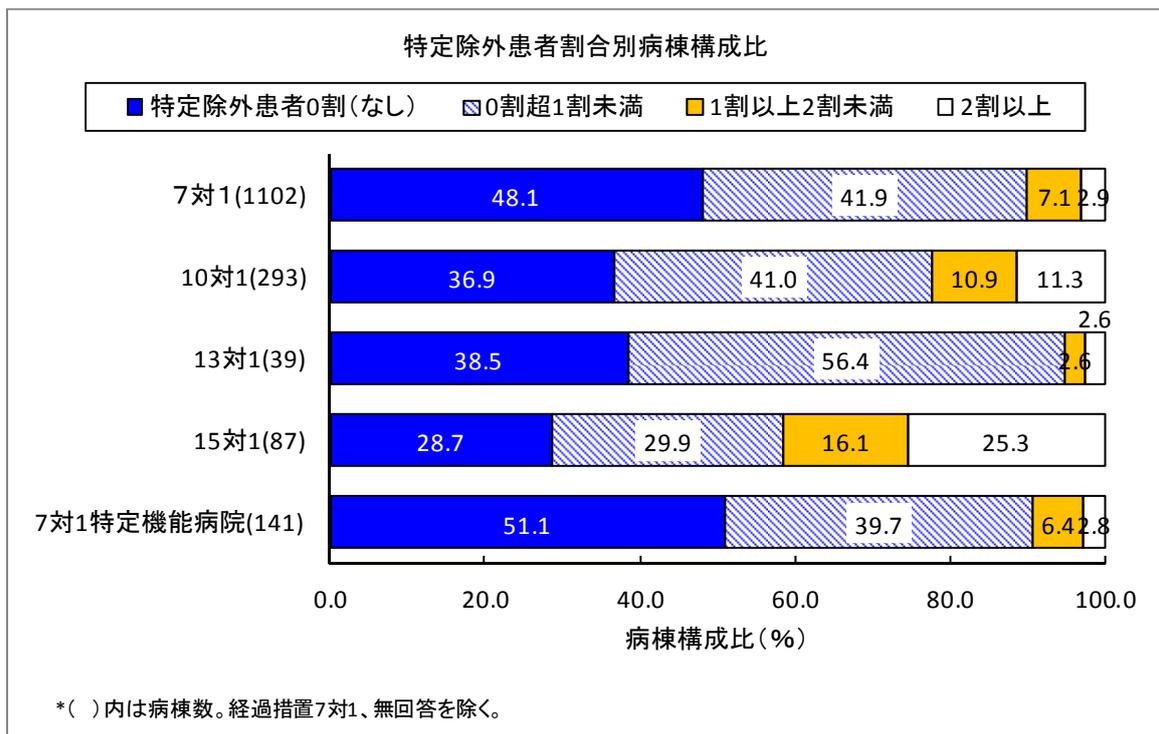
入院期間 90 日超患者がいない病棟は 7 対 1 で 43.0%、10 対 1 で 34.8%であった。入院患者のうち 90 日超の患者が 2 割以上の病棟は 7 対 1 で 3.5%、10 対 1 で 12.6%であった（図 3.2.1）。

図 3.2.1 入院期間 90 日超の患者割合別病棟構成比



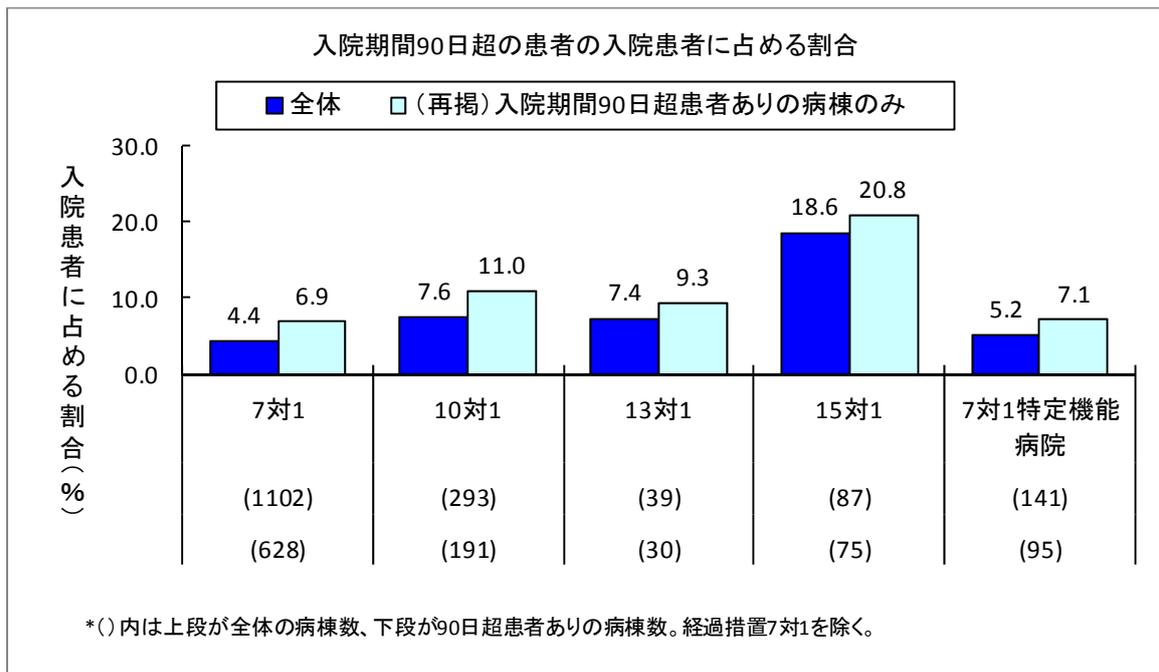
特定除外患者がいない病棟は 7 対 1 で 48.1%、10 対 1 で 36.9%であった。入院患者のうち特定除外患者が 2 割以上の病棟は 7 対 1 で 2.9%、10 対 1 で 11.3%であった (図 3.2.2)。

図 3.2.2 特定除外患者割合別病棟構成比



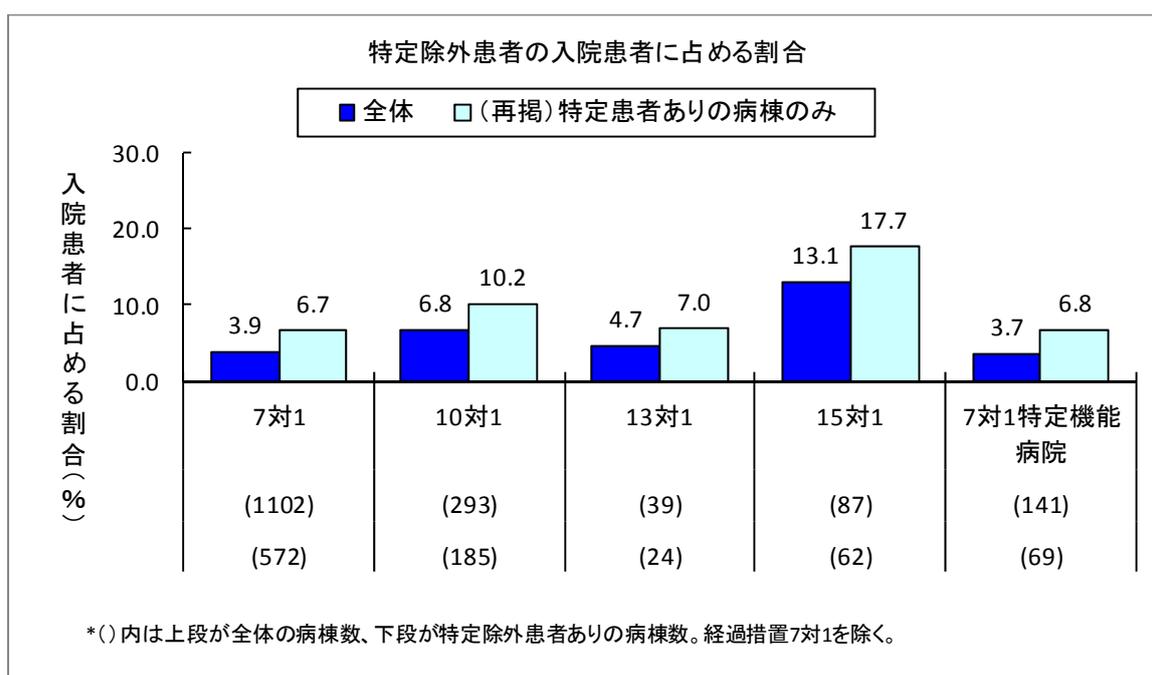
入院患者のうち入院期間90日超の患者の割合は7対1で4.4%、10対1で7.6%であった。90日超患者がいる病棟に限ってみると、その割合は7対1で6.9%、10対1で11.0%であった（図3.2.3）。

図 3.2.3 入院期間90日超の患者の入院患者に占める割合



入院患者のうち特定除外患者の割合は7対1で3.9%、10対1で6.8%であった。特定除外患者がいる病棟に限ってみると、その割合は7対1で6.7%、10対1で10.2%であった（図 3.2.4）。

図 3.2.4 特定除外患者の入院患者に占める割合



入院患者に占める入院期間 90 日超の患者割合は 7 対 1 で 4.4%、10 対 1 で 7.6%であった。特定除外患者の割合は 7 対 1 で 3.9%、10 対 1 で 6.8%であった（図 3.2.5）。

入院期間 90 日超の患者ありの病棟に限ってみると、90 日超患者の割合は 7 対 1 で 6.9%、10 対 1 で 11.0%であった。

特定除外患者ありの病棟に限ってみると、特定除外患者の割合は 7 対 1 で 6.7%、10 対 1 で 10.2%であった（図 3.2.6）。

なお、7 対 1、10 対 1 は入院期間 90 日超の患者割合と特定除外患者の割合に差がないことから、90 日超の患者の多くが特定除外患者になっていることがうかがえる。一方、13 対 1、15 対 1 では、90 日超の患者に比べて特定除外患者の割合が低かった（図 3.2.5, 図 3.2.6）

表 3.2.1 厚生労働省調査と今回調査の比較

		病棟数	患者数(人)					
			全体	入院期間90日超		特定除外患者		
				割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	
厚生労働省調査		7対1	—	3,810	223	5.9	142	3.7
		10対1	—	1,727	147	8.5	112	6.5
今回調査	全体	7対1	1,102	40,127	1,762	4.4	1,573	3.9
		10対1	293	10,775	817	7.6	737	6.8
	90日超患者ありの病棟のみ	7対1	628	25,625	1,762	6.9	1,573	6.1
		10対1	191	7,447	817	11.0	737	9.9
	特定除外患者ありの病棟のみ	7対1	572	23,437	1,650	7.0	1,573	6.7
		10対1	185	7,210	806	11.2	737	10.2

\*今回調査には経過措置7対1、特定機能病院7対1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

図 3.2.5 入院期間 90 日超および特定除外患者の入院患者に占める割合（全体）

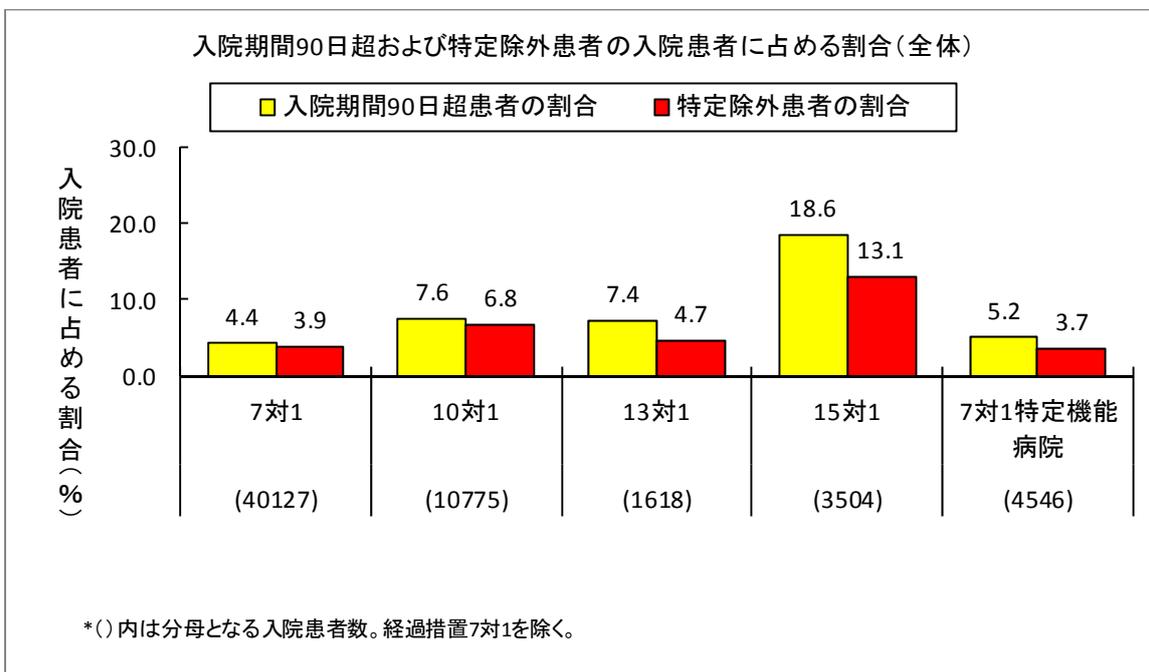
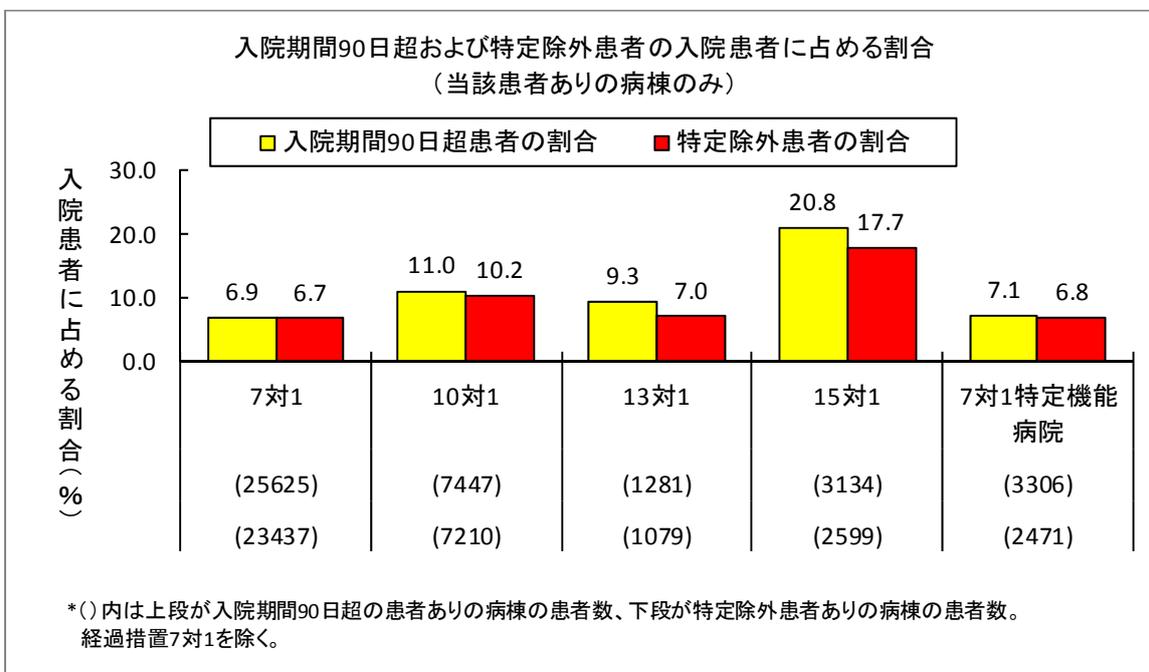


図 3.2.6 入院期間 90 日超および特定除外患者の入院患者に占める割合  
(当該患者ありの病棟のみ)



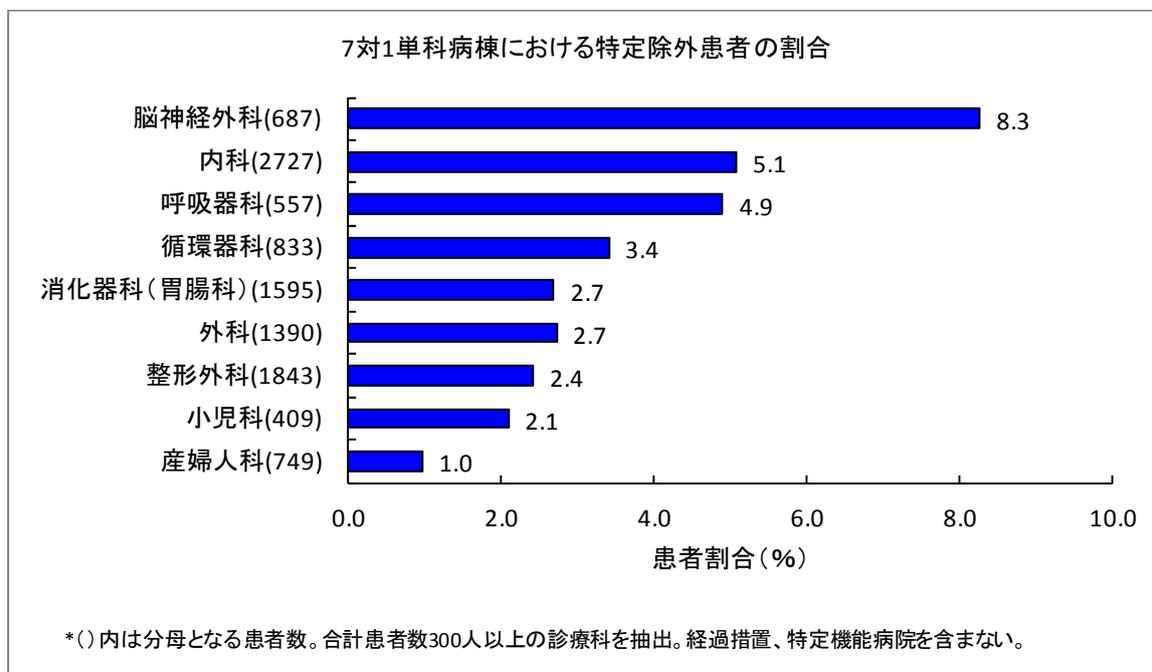
## 診療科別

特定除外患者の割合は、脳神経外科 8.3%、内科 5.1%、呼吸器科 4.9%などであった（図 3.2.7）。もともと平均在院日数は傷病によってかなり異なるので（図 3.2.8）、その違いを反映しているものと推察される<sup>5</sup>。また、自由記述欄において、神経内科、神経難病、重症循環器・呼吸器、重症心身障害児者等について、特定除外制度の見直しにより大きな影響を受ける懸念があるとの意見があった。

## 13 対 1・15 対 1 の現状

現在、13 対 1 および 15 対 1 の入院期間 90 日超の患者は、① 平均在院日数の算定の対象として 13 対 1 または 15 対 1 の入院基本料を算定するか、② 平均在院日数の算定の対象外として療養病棟入院基本料 1 の例により算定することになっている。平均在院日数の算定の対象とされている患者のほうが多く、13 対 1 では 63.9%、15 対 1 では 73.6%であった（図 3.2.9）。

図 3.2.7 7 対 1 単科病棟における特定除外患者の割合



<sup>5</sup> 厚生労働省「患者調査」の平均在院日数は調査対象期間中に退院した患者の在院日数の平均であり、診療報酬上の平均在院日数（当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数 / (直近3か月間の新入棟患者数 + 直近3か月間の新退棟患者数) ÷ 2）とは異なる。

図 3.2.8 傷病分類別にみた退院患者の平均在院日数（全国，病院・診療所）

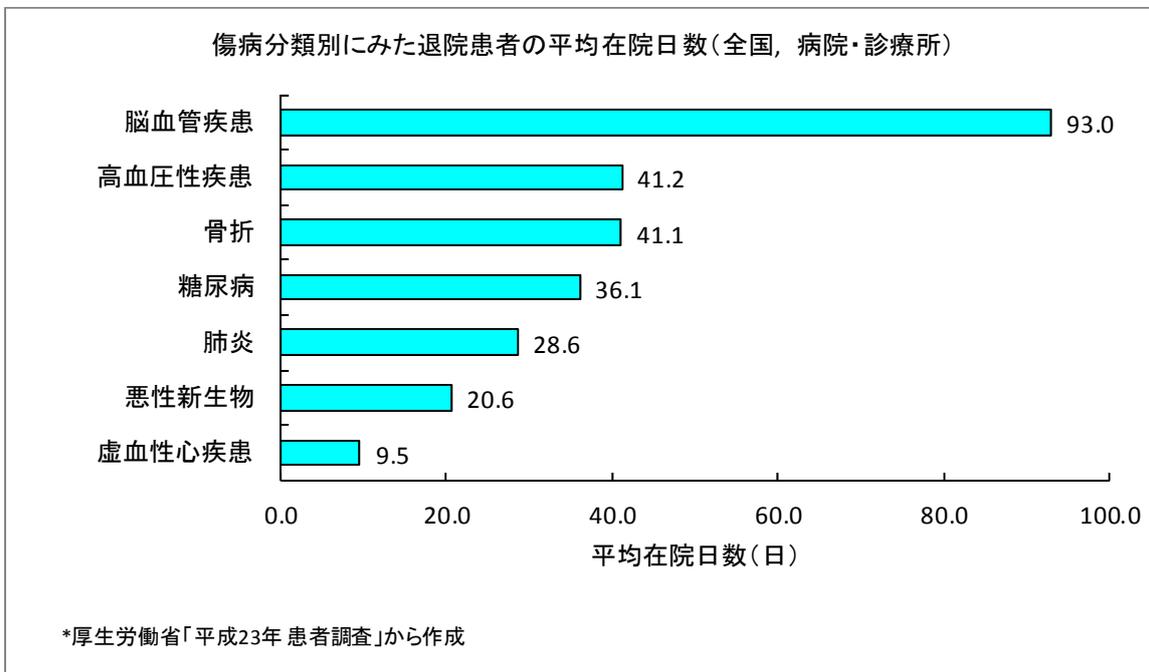
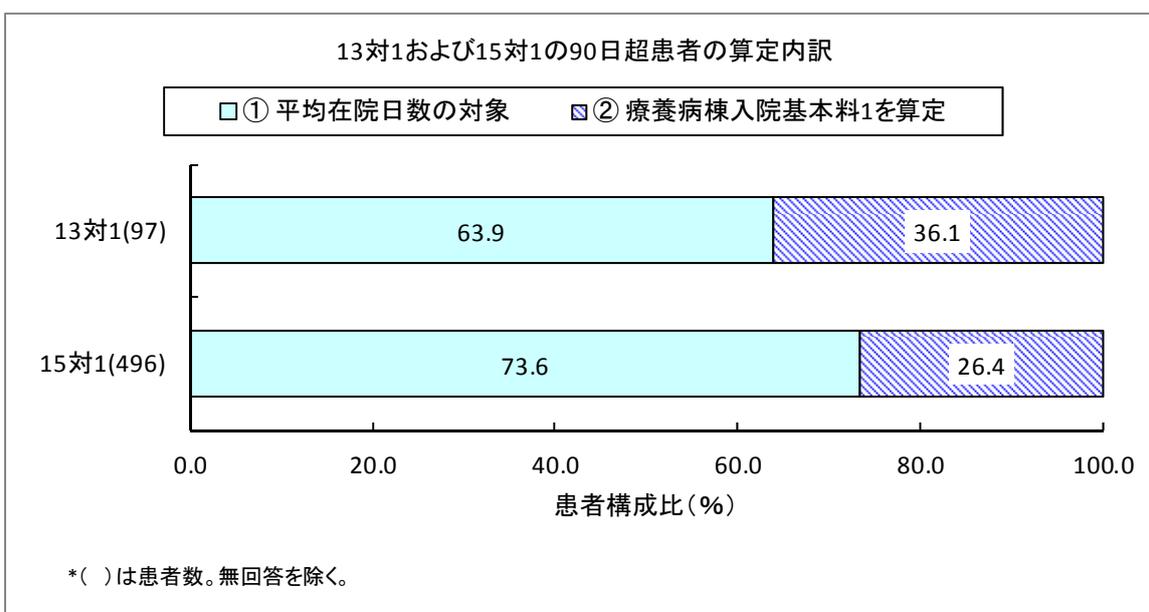


図 3.2.9 13対1および15対1の90日超患者の算定内訳



### 3.2.2. 平均在院日数

今回の調査では、平均在院日数は7対1で特定除外患者を除く場合13.8日、特定除外患者を含む場合14.6日、10対1で特定除外患者を除く場合16.5日、特定除外患者を含む場合19.8日であった（図3.2.10）。

特定除外患者ありの病棟に限ってみると、7対1で特定除外患者を除く場合14.2日、特定除外患者を含む場合15.6日（差1.4日）、10対1で特定除外患者を除く場合17.3日、特定除外患者を含む場合22.1日（差4.8日）であった（図3.2.11）。

厚生労働省は特定除外患者を含んだ場合の入院期間（診療報酬上の平均在院日数とは異なる）を試算しており、現行の特定除外患者を除く場合と比べると、入院期間が7対1では1.5日、10対1では3.2日延びるとしている。

今回の調査によれば、特定除外患者を含んだ場合の平均在院日数の延びは、特定除外患者がまったくいない病棟も含めた全体の平均では7対1で0.9日、10対1で3.3日である。しかし、特定除外患者がいる病棟のみに限ると7対1で1.4日、10対1で4.8日の延びであった（表3.2.2）。

表 3.2.2 厚生労働省調査との比較

厚生労働省調査：入院日から調査日までの入院期間

		対象患者数		入院期間(日)		
		除特定除外	含特定除外	除特定除外	含特定除外	差
全体	7対1	1,799	1,826	21.0	22.5	1.5
	10対1	745	763	22.0	25.2	3.2

\*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

今回調査：平均在院日数

当該病棟における直近3か月の在院患者延日数／(直近3か月の新入棟患者数 + 直近3か月間の新退棟患者数) ÷ 2

		病棟数	平均在院日数(日)		
			除特定除外	含特定除外	差
全体	7対1	1,111	13.8	14.6	0.9
	10対1	284	16.5	19.8	3.3
(再掲)特定除外患者ありの病棟のみ	7対1	679	14.2	15.6	1.4
	10対1	194	17.3	22.1	4.8

図 3.2.10 平均在院日数（全体）

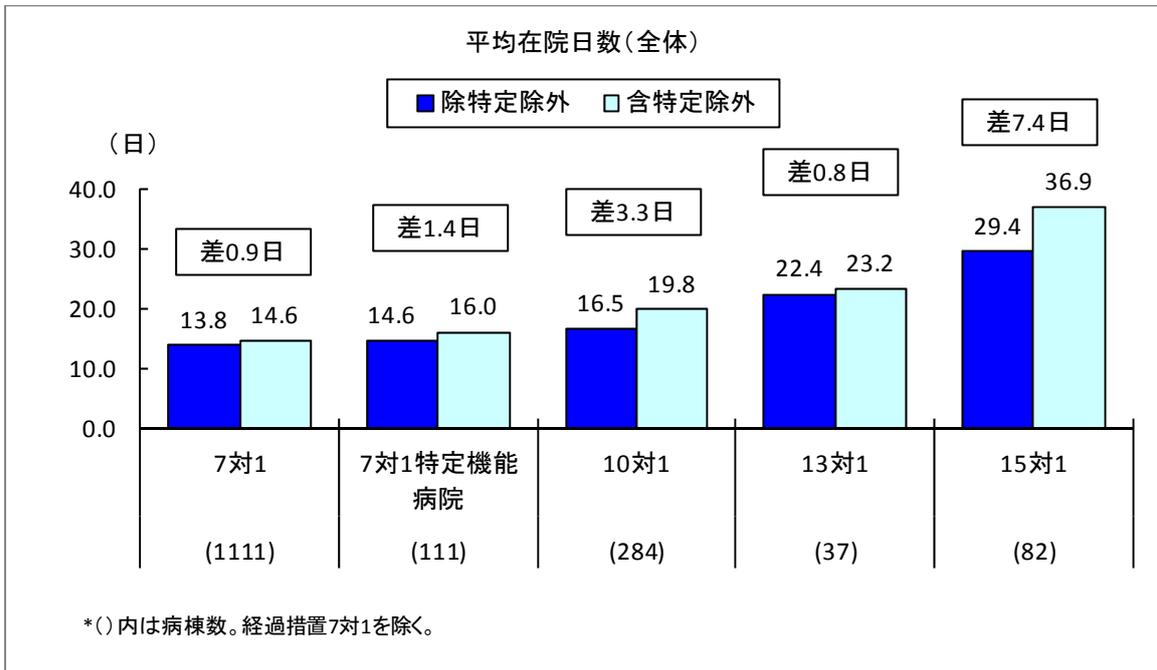
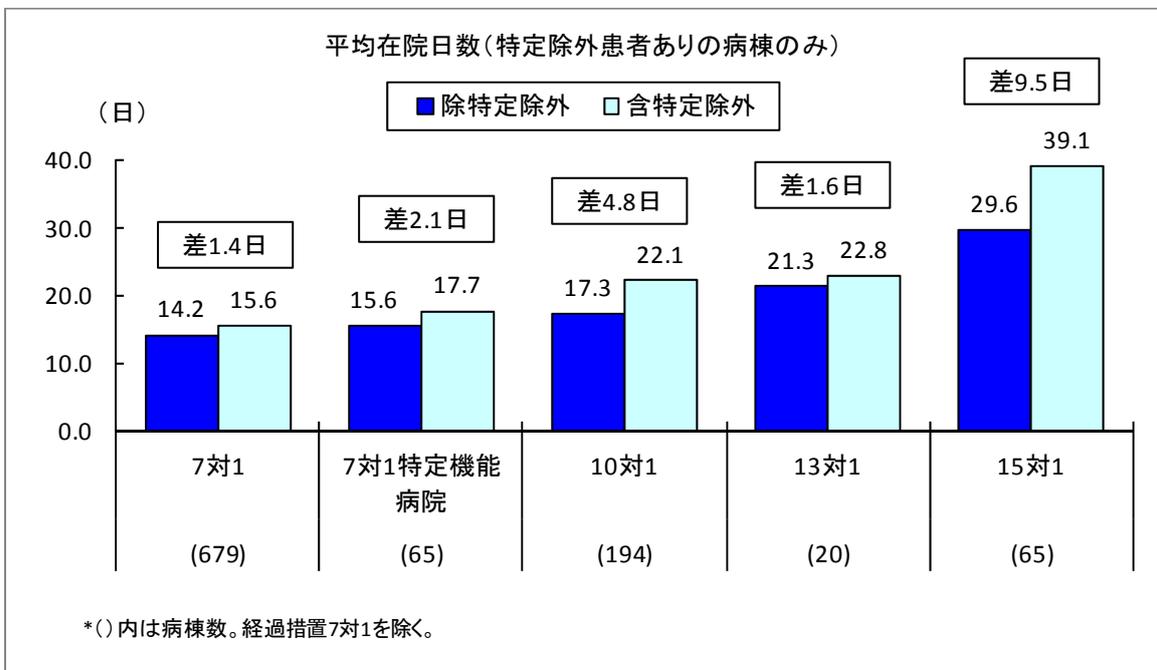


図 3.2.11 平均在院日数（特定除外患者ありの病棟のみ）



### 特定除外制度が見直された場合に影響がある病院

現在、特定除外患者が入院している病棟がある病院を施設ごとに名寄せして、特定除外制度が廃止された場合に、平均在院日数要件を満たすことができない病院がどのくらいあるかを粗く集計した。

特定除外患者を平均在院日数要件に含めて算定することになった場合、算定要件を満たすことができない病院は7対1では14.8%、10対1では18.4%であった（表 3.2.3）。

表 3.2.3 特定除外患者を平均在院日数に含めた場合の影響  
(特定除外患者ありの病院)

	平均 在院日数 (日)	施設数		
		現行算定式	特定除外患者を含む計算	
				割合(%)
7対1	18日以内	135	115	85.2
	18日超		20	14.8
10対1	21日以内	125	102	81.6
	21日超		23	18.4

\*7対1には経過措置、特定機能病院を含まない。それぞれ現行算定式による平均在院日数が要件を満たす病院。

### 3.3. 特定除外患者の特徴

#### 3.3.1. 特定除外理由

特定除外の理由としてもっとも多いのは、7対1では「リハビリテーションを実施している状態」（以下、リハビリテーション実施中）、10対1では「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」（以下、重度障害・重度意識障害・難病等）であった（表3.3.1）。また厚生労働省調査では10対1の特定除外理由として「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」（以下、人工透析）が多かった。厚生労働省調査は客体数が少ないことにも留意する必要がある。

表 3.3.1 特定除外患者の内訳（厚生労働省調査との比較）

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

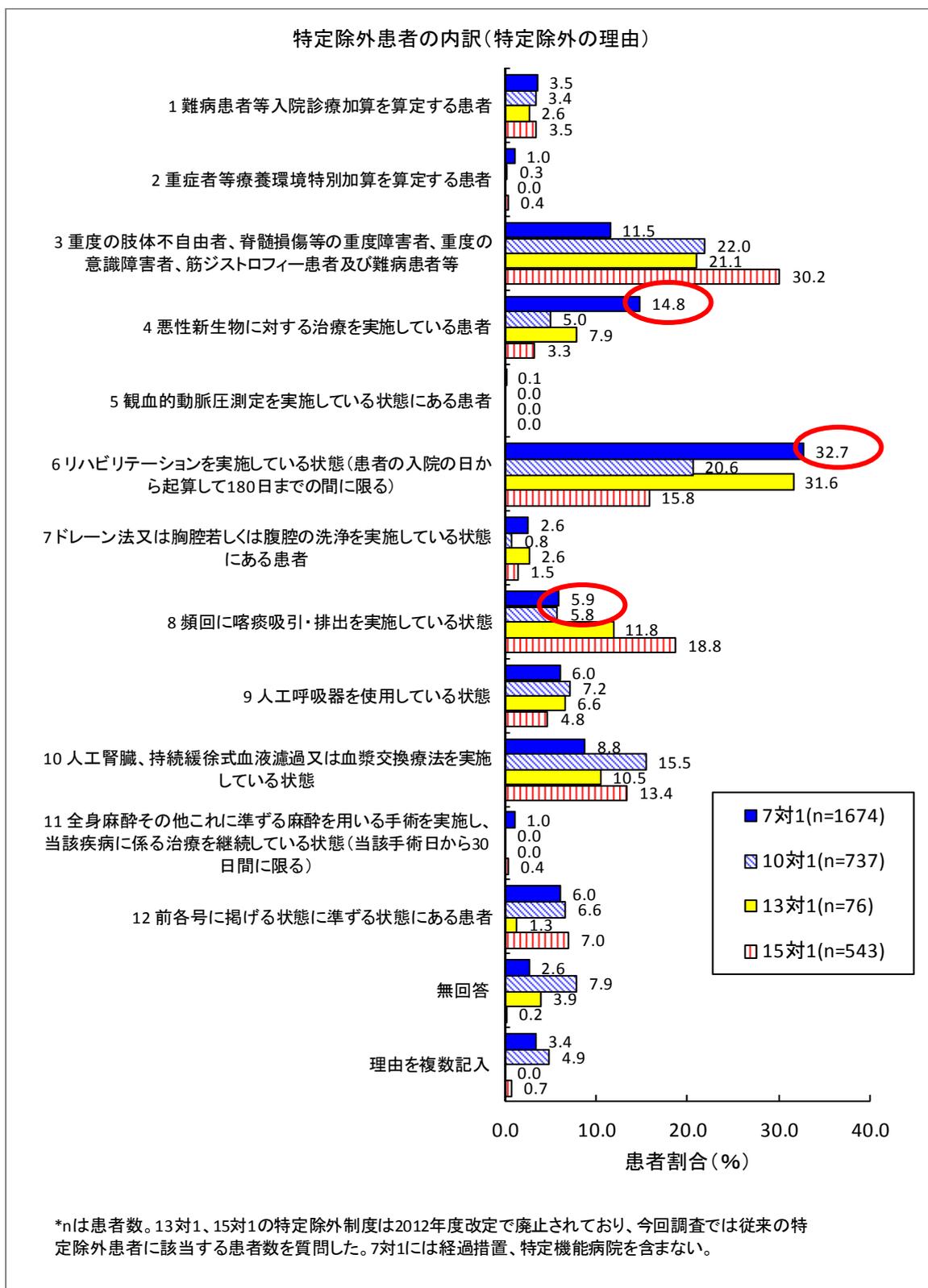
今回の調査では、すでに特定除外制度が廃止されている 13 対 1、15 対 1 についても、従来の基準で特定除外患者数とその理由を記入していただいた。

7 対 1 は「悪性新生物に対する治療を実施している患者」（以下、悪性新生物治療中）、リハビリテーション実施中の患者が多い。

10 対 1 は重度障害・重度意識障害・難病等、リハビリテーション実施中の患者が多い。また厚生労働省調査ほどには多くないが、人工透析の患者もやや多い。

また 7 対 1、10 対 1 は、13 対 1、15 対 1 に比べて、「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」の患者が少なかった（図 3.3.1）。

図 3.3.1 特定除外患者の内訳（特定除外の理由）

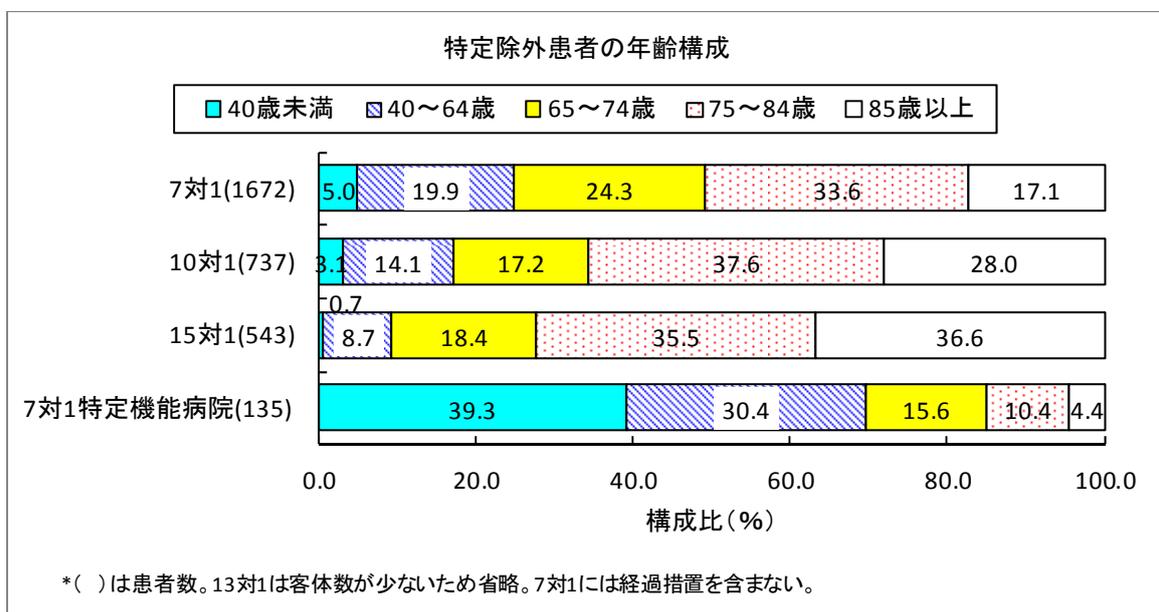


### 3.3.2. 患者の病態

#### 特定除外患者の年齢

看護配置基準が高いほど若年者の割合が高く、64歳以下は7対1で24.9%、10対1で17.2%、15対1で9.4%であった。7対1特定機能病院では、64歳以下が約7割であった（図 3.3.2）。

図 3.3.2 特定除外患者の年齢構成



#### 特定除外患者の主傷病

主傷病については、7対1、10対1では、15対1に比べると新生物の患者が多かった。また10対1は他と比べて腎不全の患者が多かった（図 3.3.3）。

主傷病が新生物である特定除外患者のうち、7対1、10対1ともに悪性リンパ腫、白血病の患者が比較的多かった（図 3.3.4）。

図 3.3.3 特定除外患者の主傷病

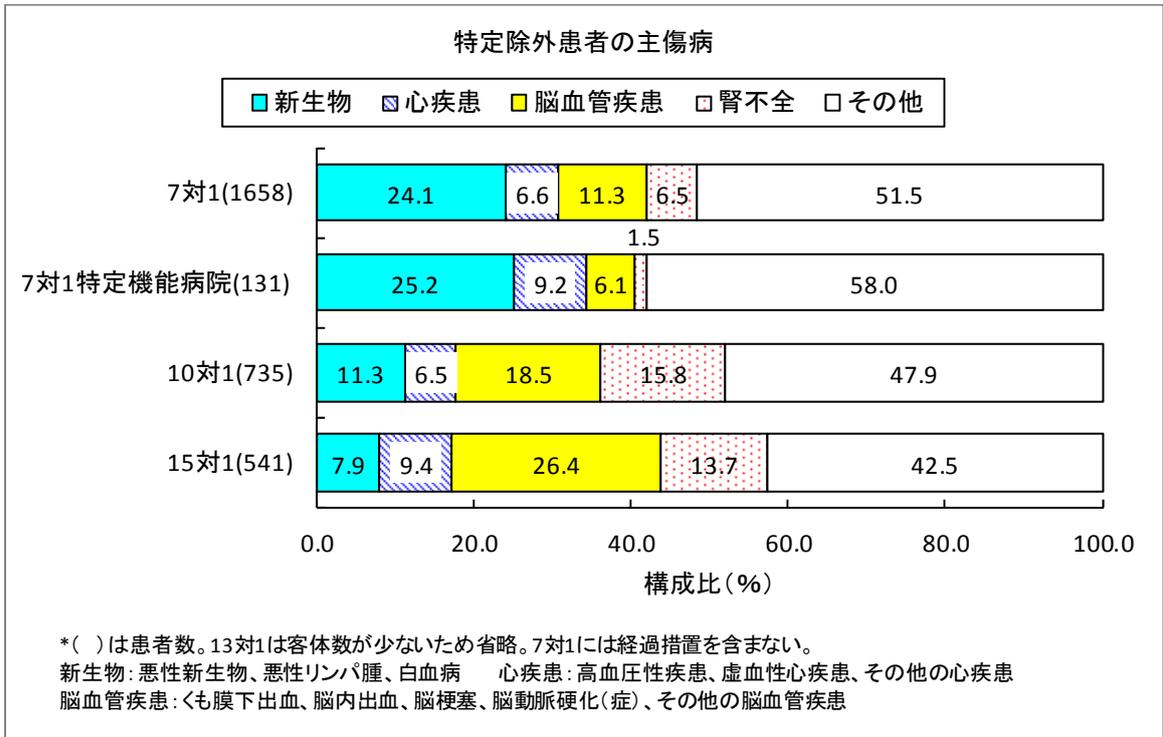
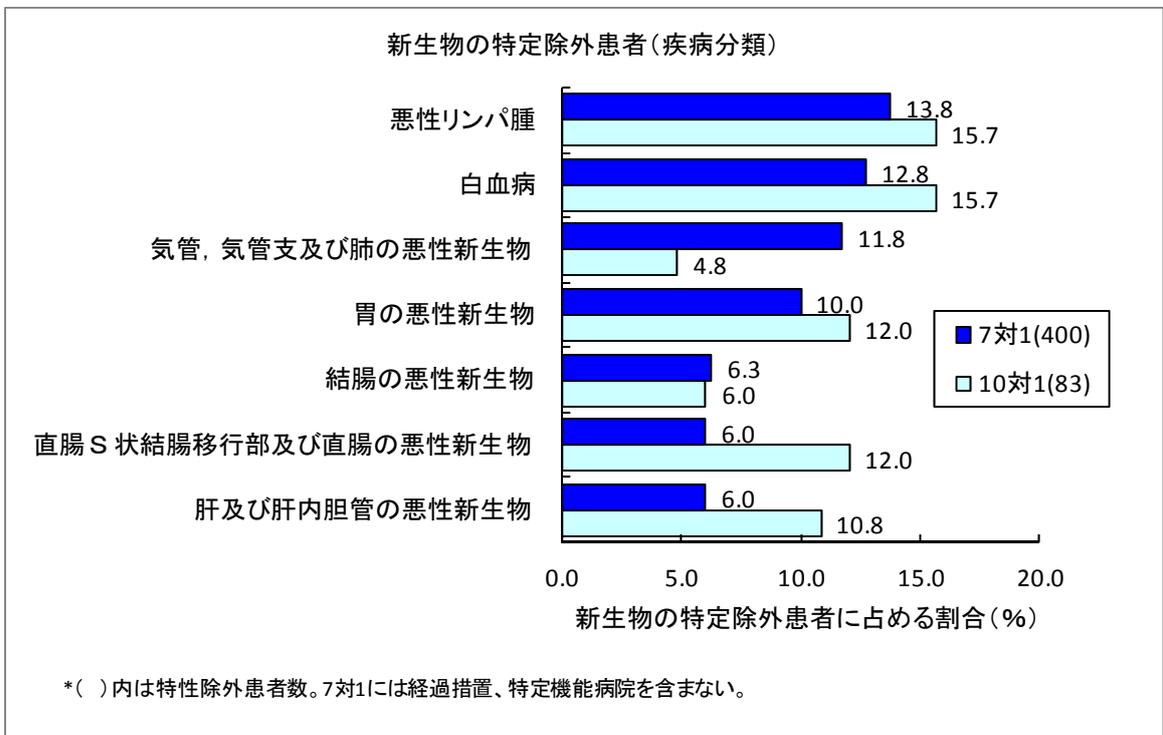
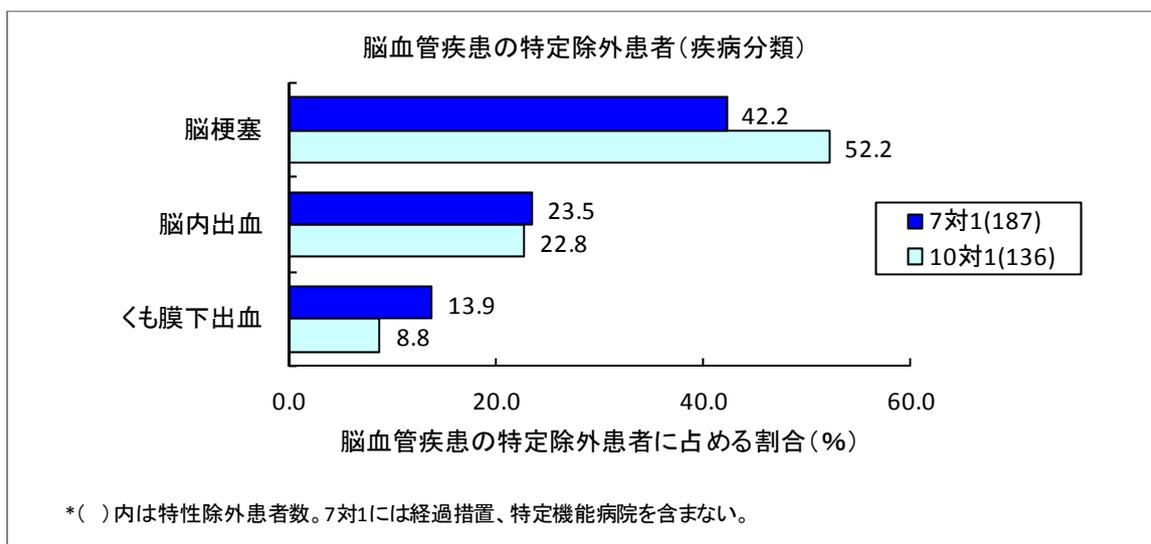


図 3.3.4 新生物の特定除外患者 (疾病分類)



主傷病が脳血管疾患である患者のうち、7対1、10対1ともに脳梗塞の患者が多かった（図 3.3.5）。

図 3.3.5 脳血管疾患の特定除外患者（疾病分類）

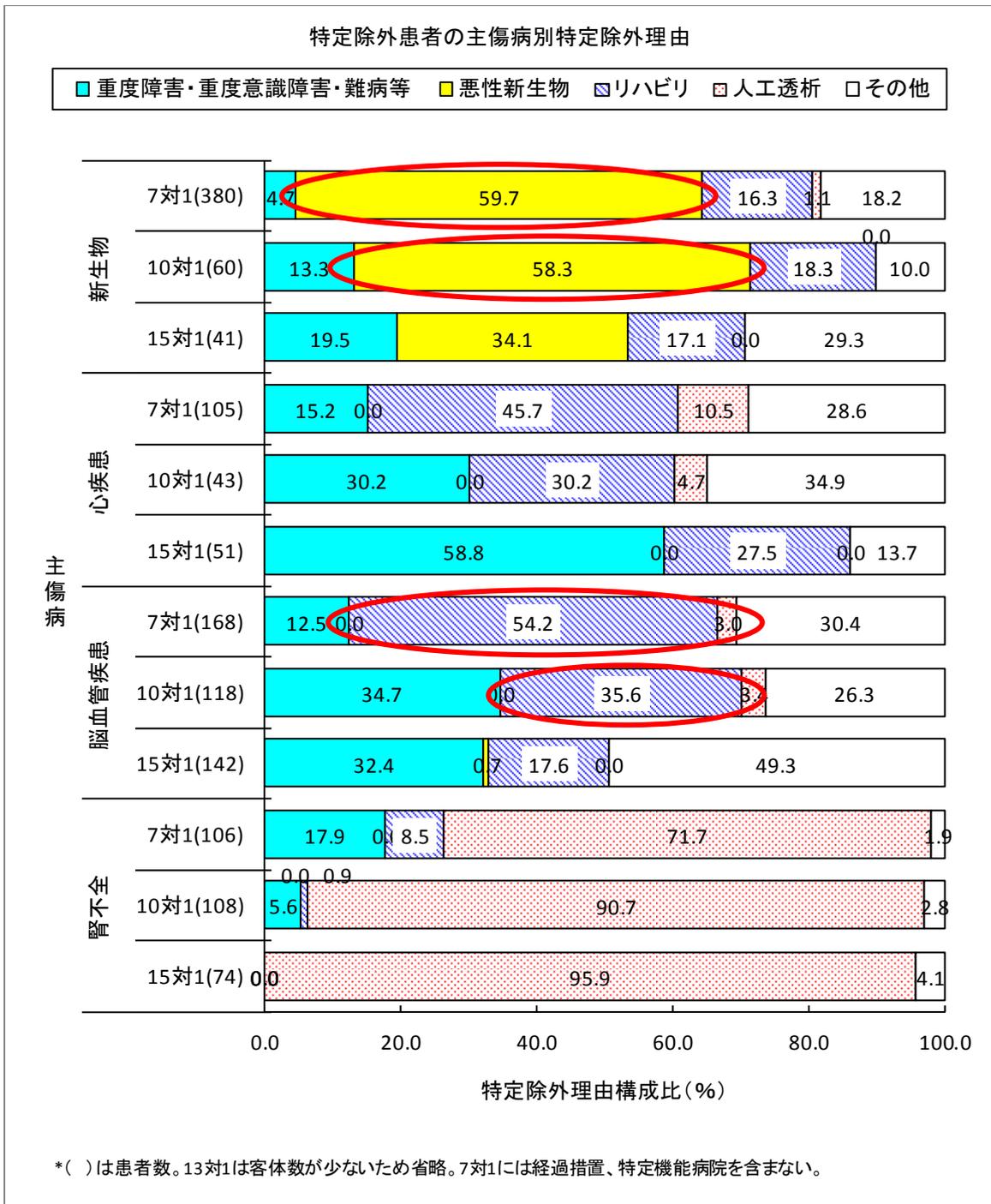


#### 特定除外患者の主傷病と特例除外理由

特定除外患者の主傷病と特定除外理由の関係を示した（図 3.3.6）。

- ・ 新生物：7対1、10対1では特定除外理由の約6割が悪性新生物治療中である。15対1では他と比べると重度障害・重度意識障害・難病等の割合が高い。
- ・ 心疾患、脳血管疾患：7対1、10対1は特定除外理由がリハビリテーション実施中である患者の割合が高い。
- ・ 腎不全：15対1では特定除外理由のほとんどが人工透析実施中であるが、7対1、10対1では重度障害・重度意識障害・難病等という理由も見られる。

図 3.3.6 特定除外患者の主傷病別特定除外理由

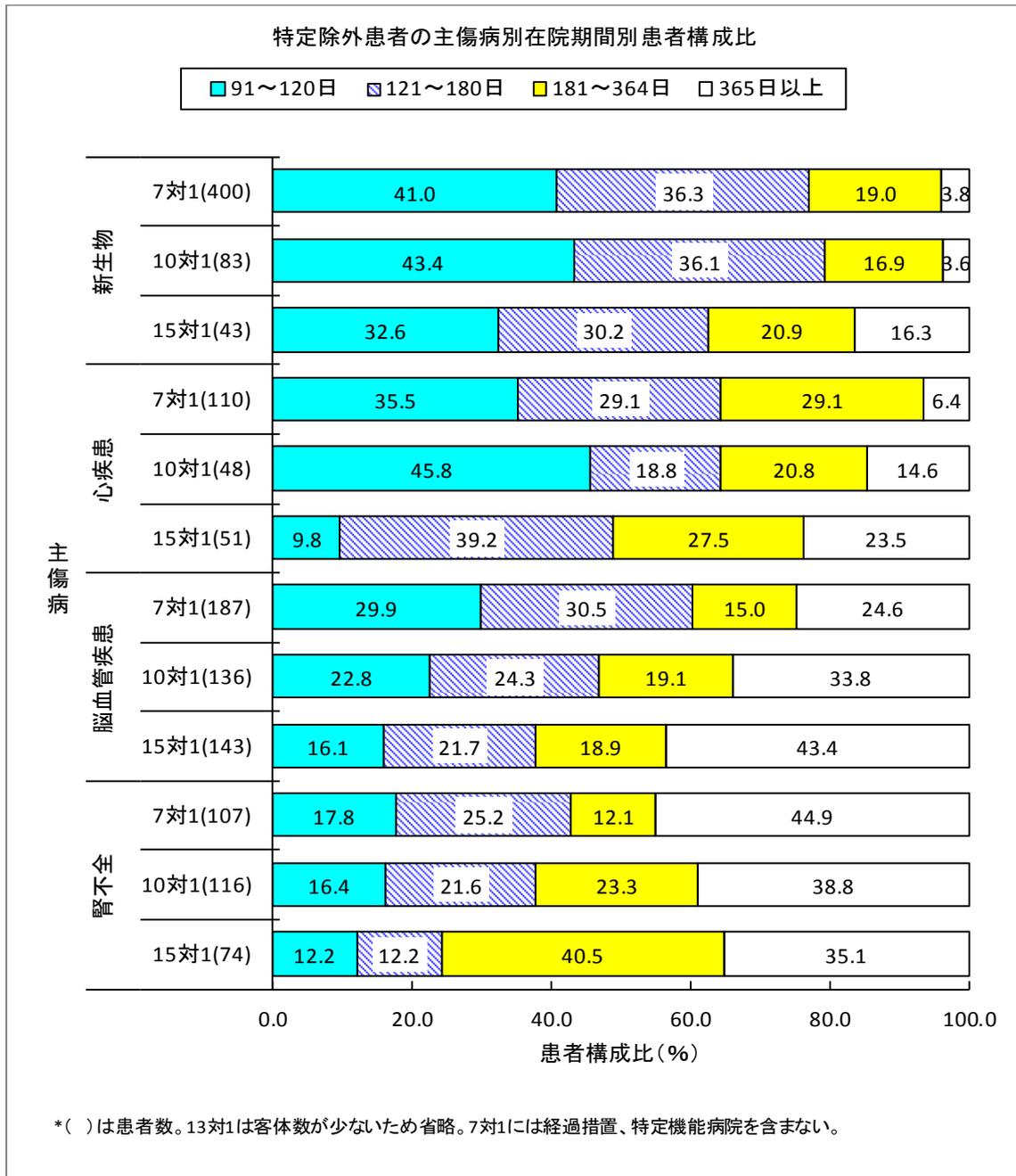


### 特定除外患者の主傷病と在院期間

特定除外患者の主傷病と 90 日超の在院期間の関係を示した (図 3.3.7)。

- ・ 新生物：主傷病が新生物の場合では在院期間に大きな差は見られなかった。
- ・ 心疾患：入院期間 91～120 日の患者が 7 対 1 で 35.5%、10 対 1 で 45.8% であり、15 対 1 に比べると 90 日を超えた後の在院期間が比較的短い患者の割合が高い。
- ・ 脳血管疾患：看護配置基準が高いほど 90 日を超えた後の在院期間が短い患者の割合が多い。前述のように脳血管疾患は、7 対 1、10 対 1 では特定除外理由としてリハビリテーション実施中の割合が高く、15 対 1 に比べ、リハビリテーションを経て比較的早期に退院、退棟する患者もあるものと推察される。

図 3.3.7 特定除外患者の主傷病別在院期間別患者構成比



## 患者の状態（退院可能性など）

特定患者の退院可能性などについては、「当該病棟での治療が必要」が7対1で6割近く、10対1で約6割あり、15対1に比べて多かった（図 3.3.8）。

特に退院見込みの患者を除いて比較すると、7対1、10対1では「当該病院での治療が必要」および「体力的に退院不可能」の合計が8割以上あり、15対1とは明らかな違いがあった（図 3.3.9）。

### <調査票の選択肢>

- ・当該病棟での治療が必要：入院中の病棟でないと行えない治療があり、転院（転棟）・退院は不可能（療養病床では治療が困難）
- ・体力的に退院不可能：治療は終了していたが、体力的に耐えられないため、転院（転棟）・退院は不可能
- ・受入先なし：他院（他療養病床）でも治療可能な状況だったが、受入先がない
- ・退院見込み：受入先（自宅を含む）があり、まもなく退院見込み

図 3.3.8 特定除外患者の状態（退院可能性など）

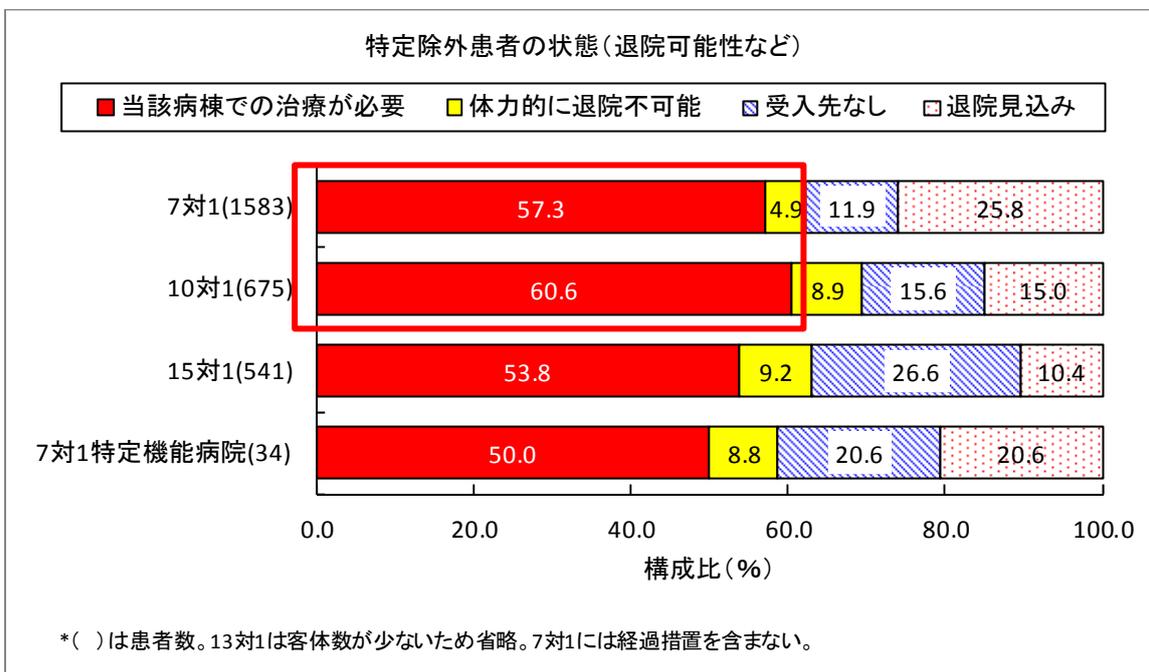
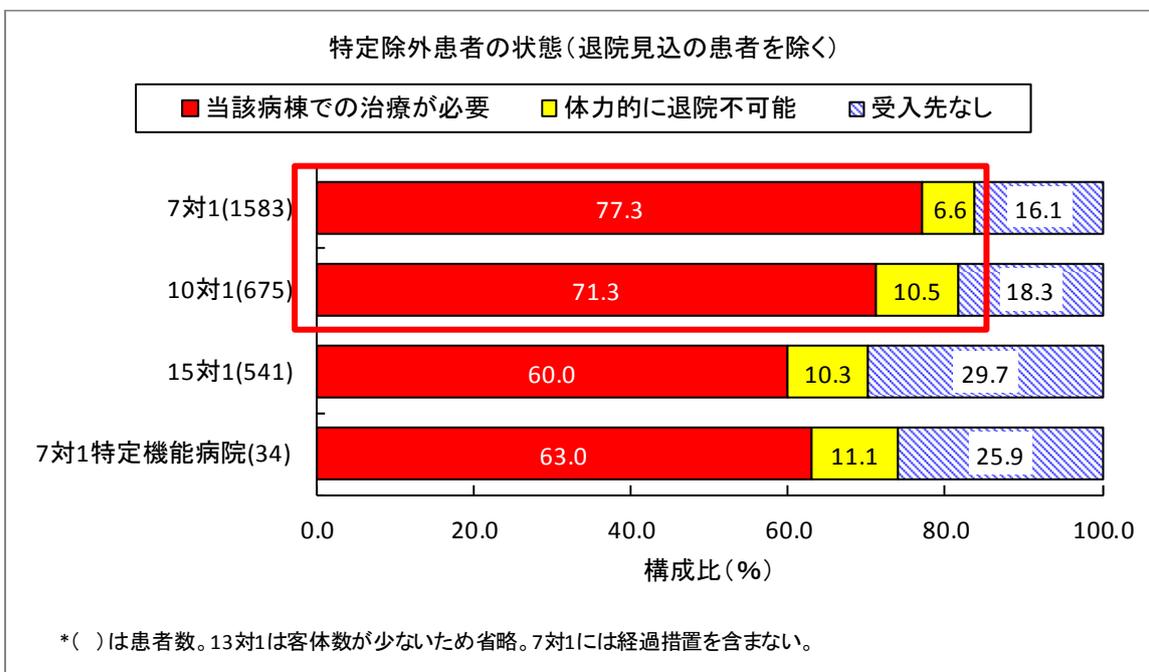


図 3.3.9 特定除外患者の退院可能性（退院見込の患者を除く）

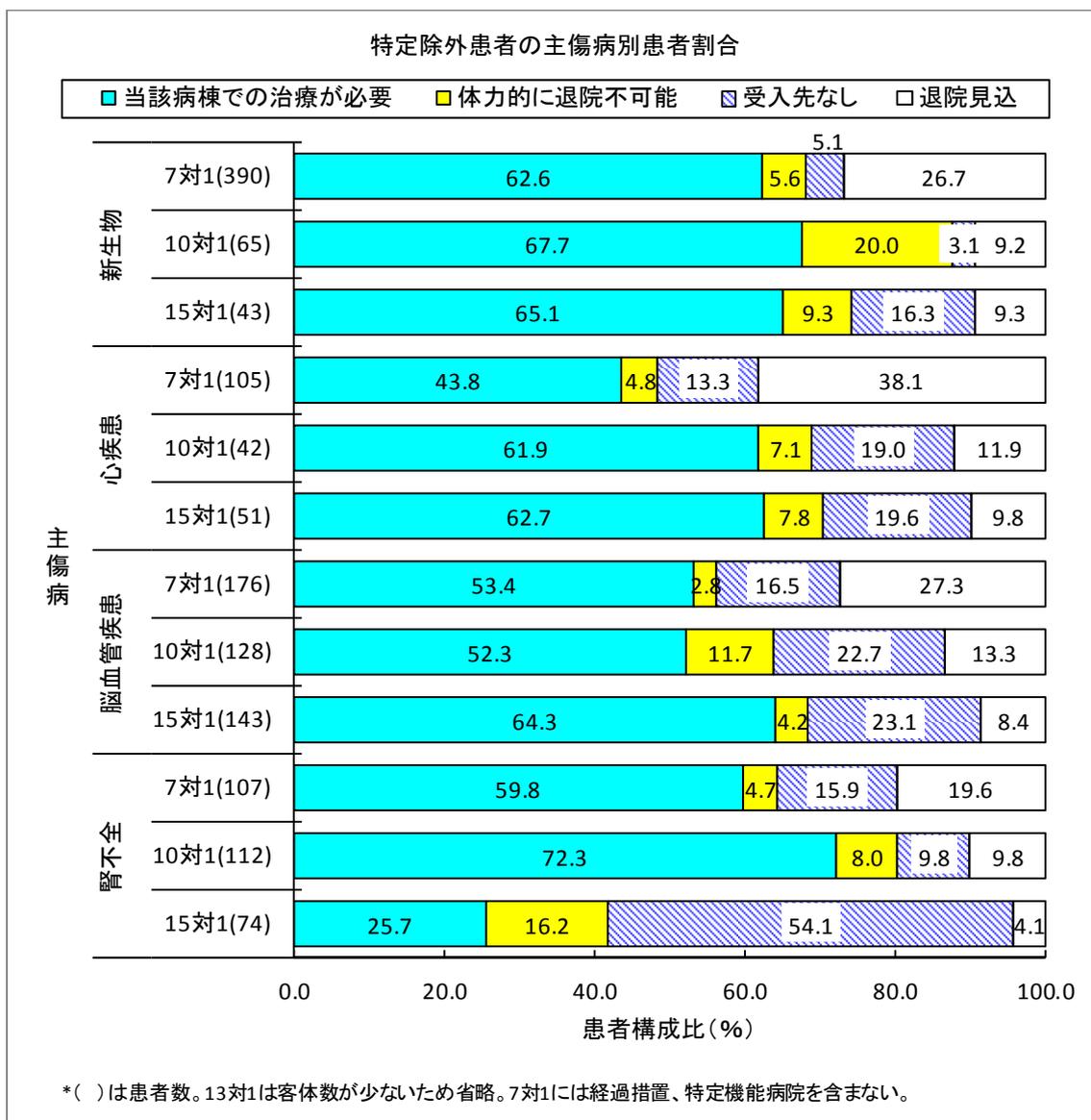


## 特定除外患者の主傷病と患者の状態

特定除外患者の主傷病と患者状態との関係を示した（図 3.3.10）。

- ・ 新生物：当該病棟での治療が必要で退院不可能な患者の割合が高かった。
- ・ 心疾患：7対1でももなく退院見込みの患者が約4割あった。
- ・ 腎不全：7対1、10対1では治療が必要な患者が多かったが、15対1では「受入先なし」が半数以上であり、受入先の不足が示唆されている。

図 3.3.10 特定除外患者の主傷病別患者割合



特定除外患者に占める認知症患者の割合は、看護配置基準が高いほど低かった（図 3.3.11）。また、認知症ありの患者は、入院期間が長い患者の割合がやや高かった（図 3.3.12）。

図 3.3.11 特定除外患者のうち認知症患者の割合

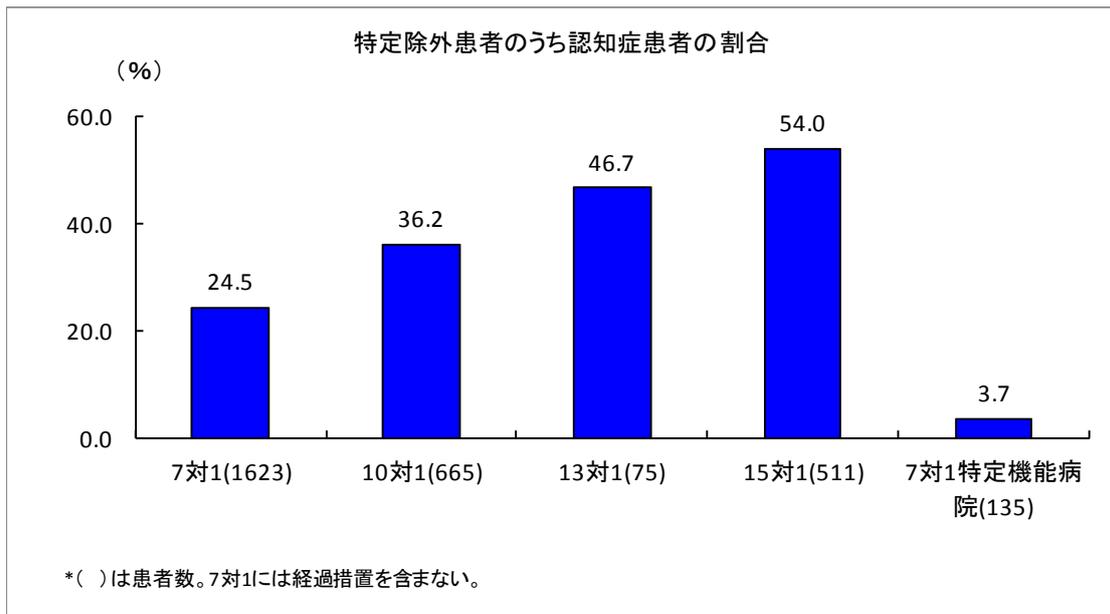
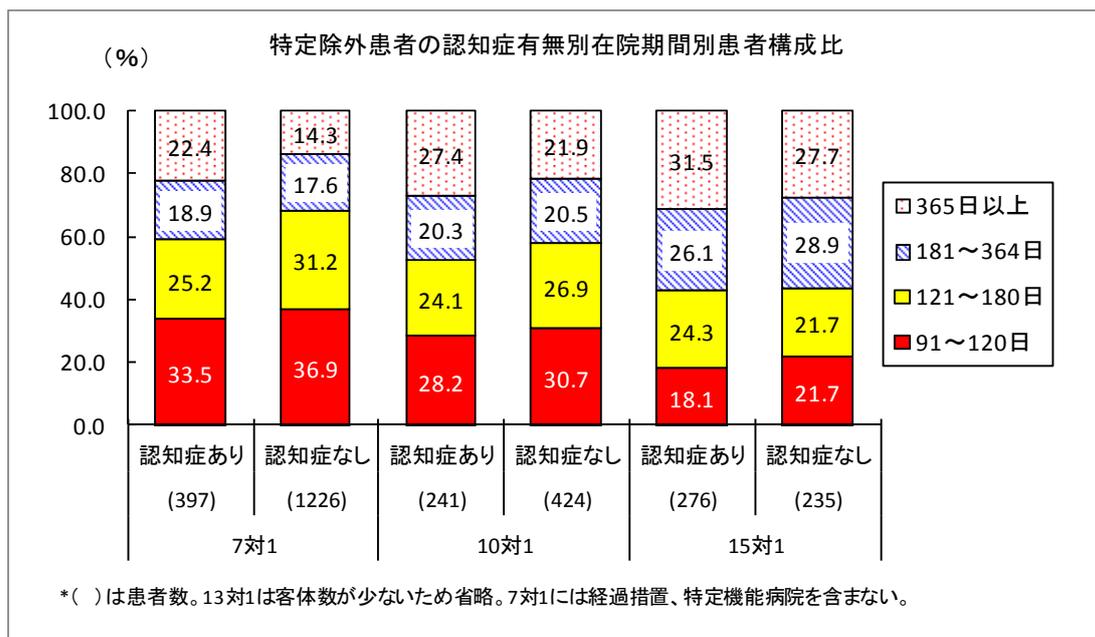
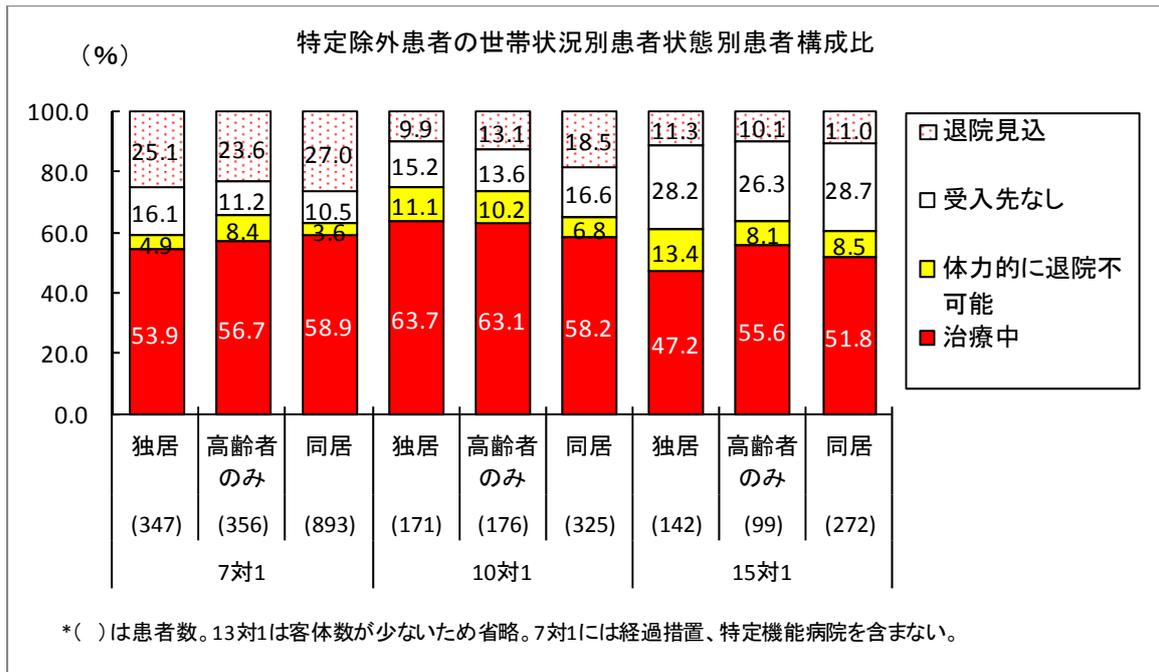


図 3.3.12 特定除外患者の認知症有無別入院期間別患者構成比



独居か高齢者のみの世帯か、その他の世代と同居しているかどうかと、患者の退院見込等との間には関係は見られなかった（図 3.3.13）。

図 3.3.13 特定除外患者の世帯状況別患者状態別患者構成比



### 3.4. 病院の特性と特定除外患者の割合

#### 3.4.1. 受入先・受皿との関係

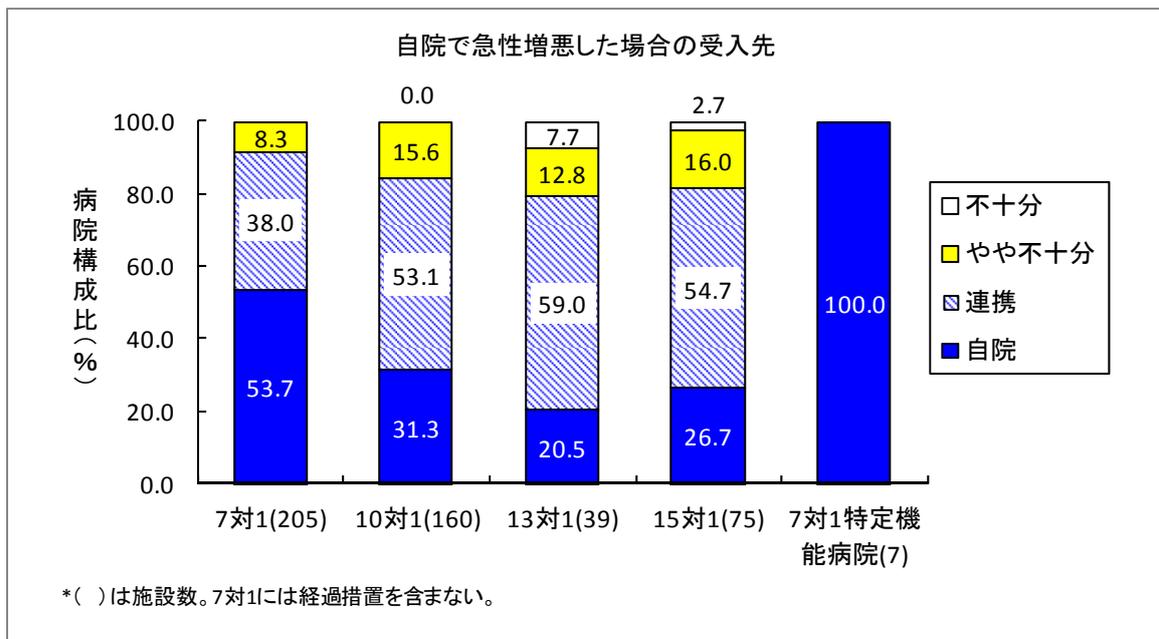
ここでは一般病棟入院基本料を算定する病棟を施設ごとに名寄せして集計している。特定除外患者の割合は施設ごとの単純平均である。また選択肢は図表では次のように要約している。

- ・ 自院：自院で対応
- ・ 連携：他の医療機関等と連携して十分に確保
- ・ やや不十分：他の医療機関等と連携しているがやや不十分
- ・ 不十分：不十分

#### 自院で急性増悪した場合の受入先

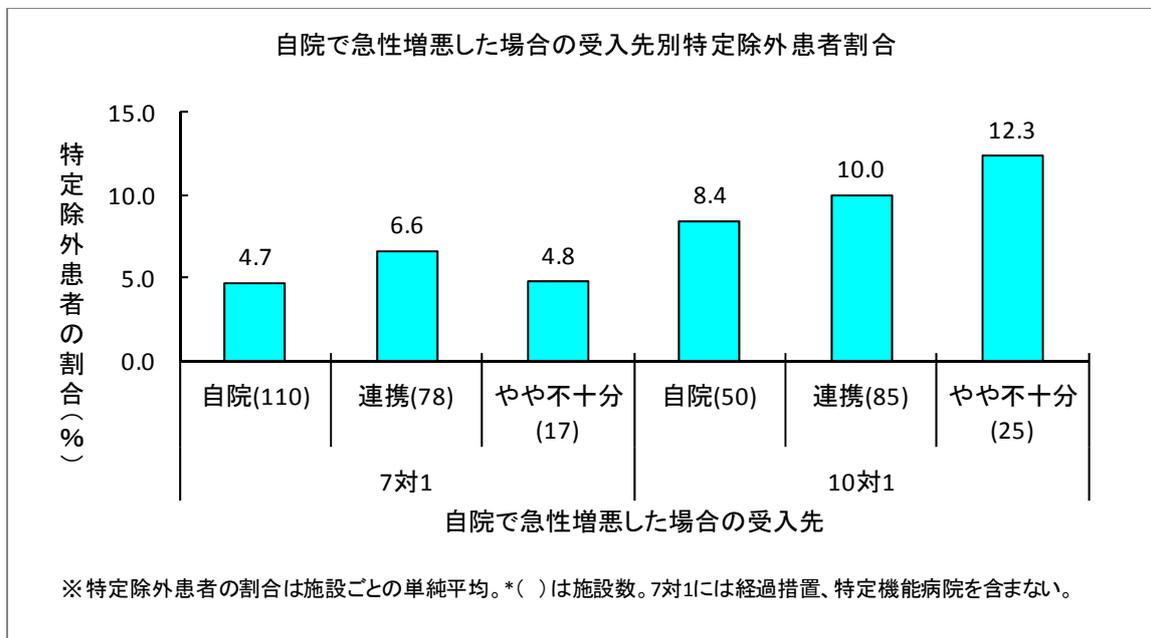
急性増悪した場合に自院で対応しているのは、7対1では約5割、10対1では約3割であった（図3.4.1）。

図 3.4.1 自院で急性増悪した場合の受入先



10対1では受入先不十分な病院で特定除外患者の割合が高かった(図 3.4.2)。

図 3.4.2 自院で急性増悪した場合の受入先別特定除外患者割合



### 退院（退棟）の受皿

退院（退棟）の受皿については、7対1では5割近くでやや不十分・不十分という回答であった(図 3.4.3)。退院（退棟）の受皿が不十分である病院は特定除外患者の割合が高かった(図 3.4.4)。

図 3.4.3 退院（退棟）の受皿

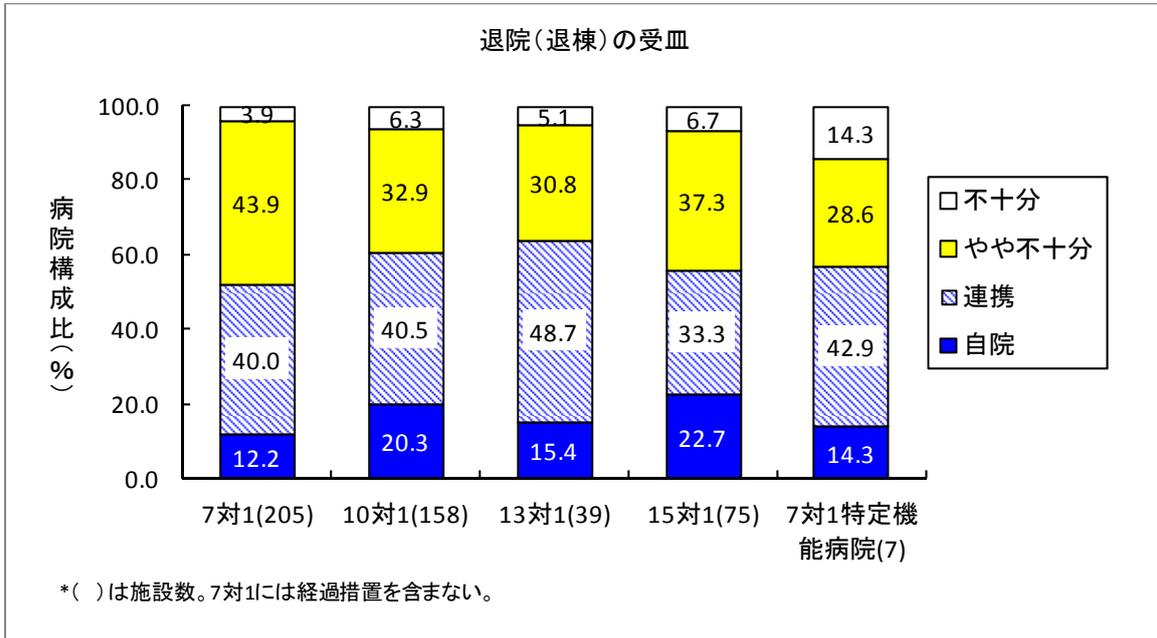
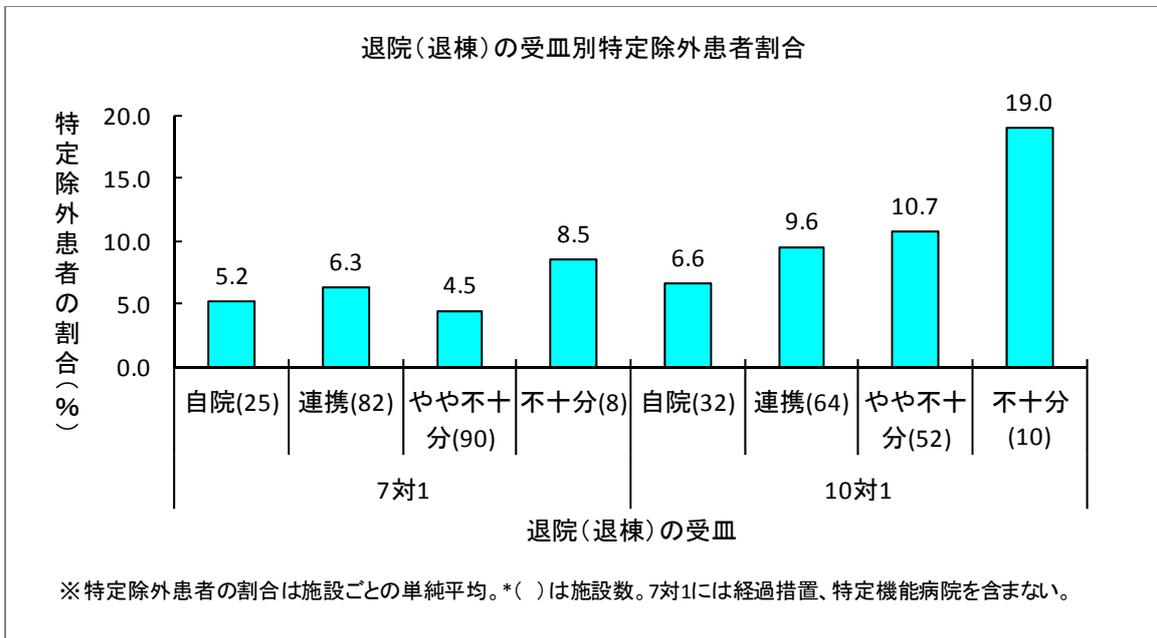


図 3.4.4 退院（退棟）の受皿別特定除外患者割合



### 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等

7対1では在宅医療を自院で担う病院の割合は10対1以上の半分以下であった(図3.4.5)。在宅医療を担う医療機関の確保状況と、特定除外患者の割合は7対1、10対1では逆の傾向であった(図3.4.6)。

### 退院後に急性増悪したときの受皿

7対1では約8割、10対1では約7割が自院で対応していた(図3.4.7)。

図 3.4.5 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等

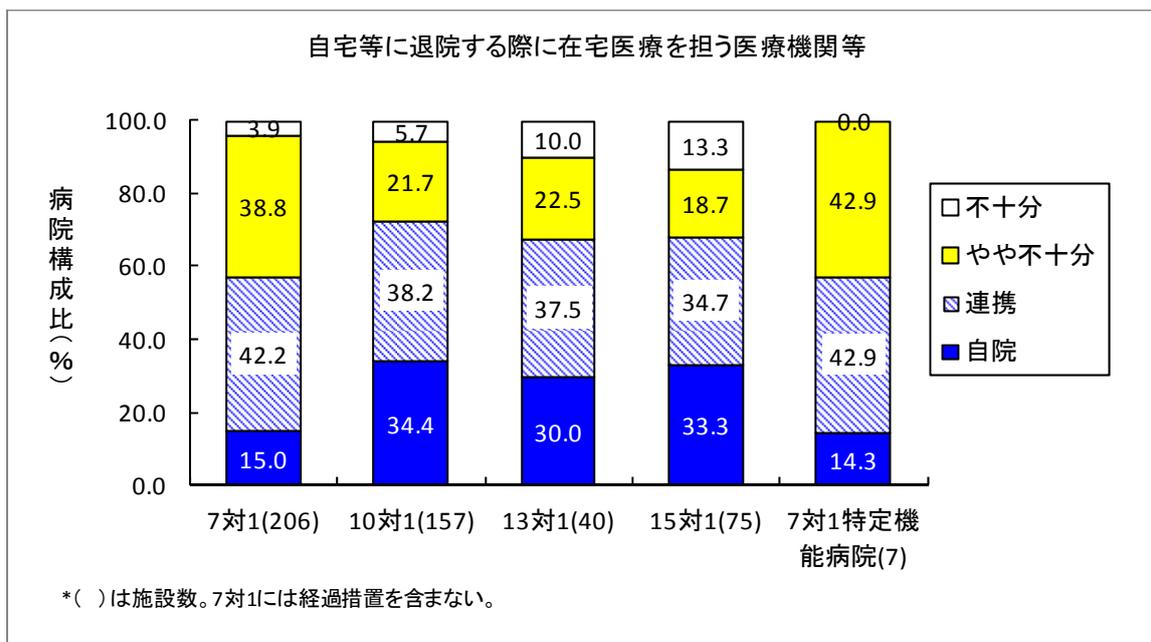


図 3.4.6 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等別特定除外患者割合

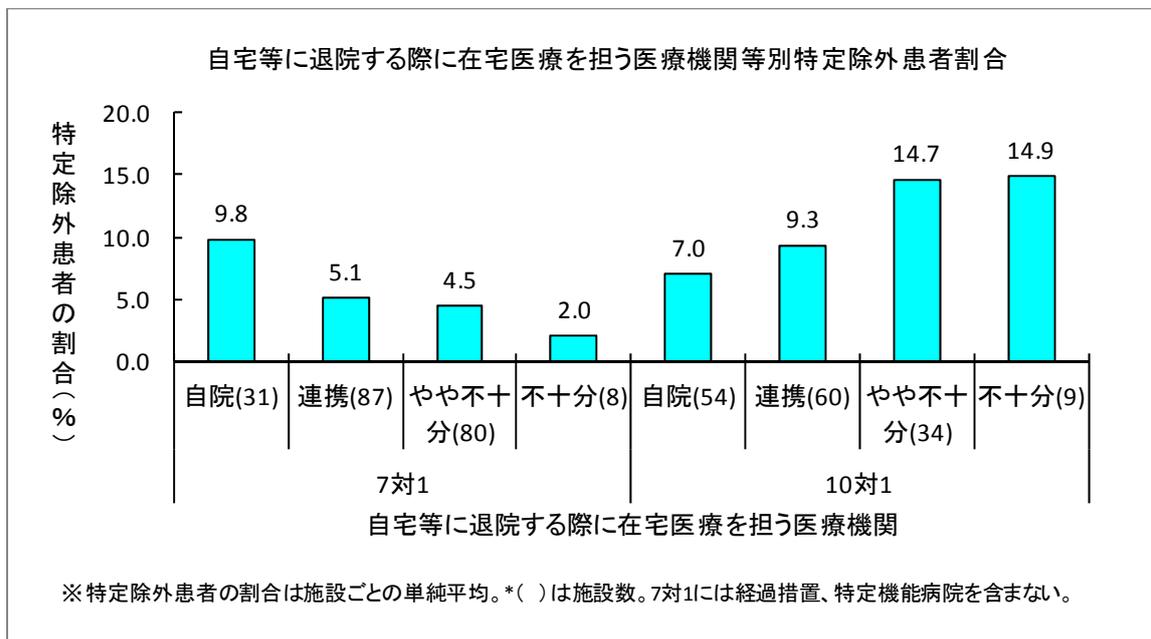
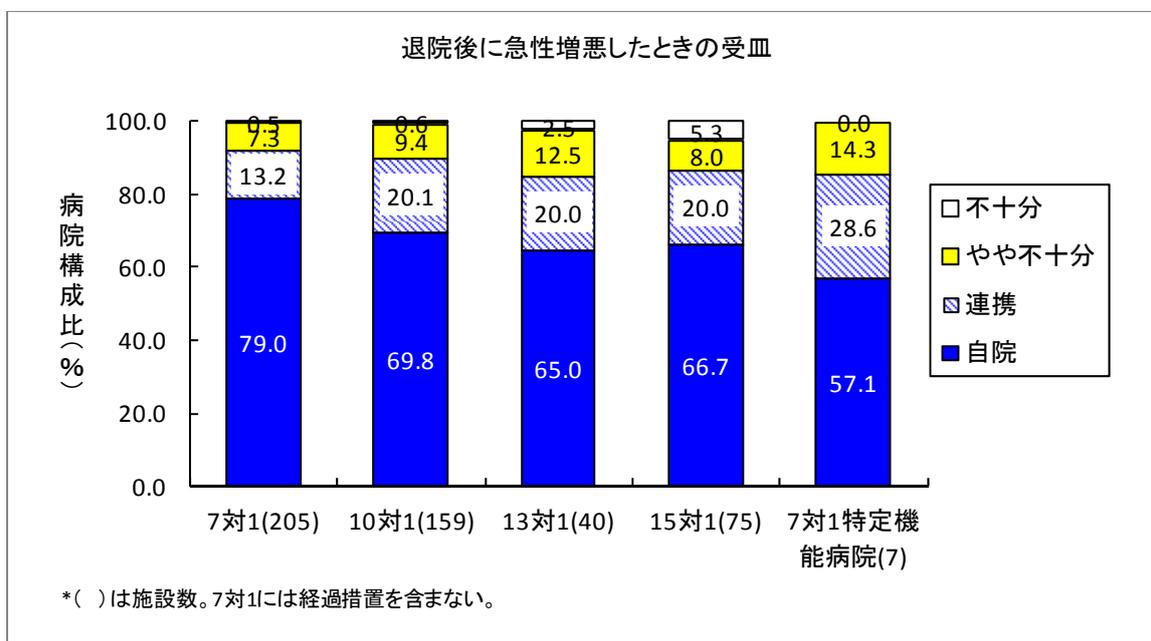
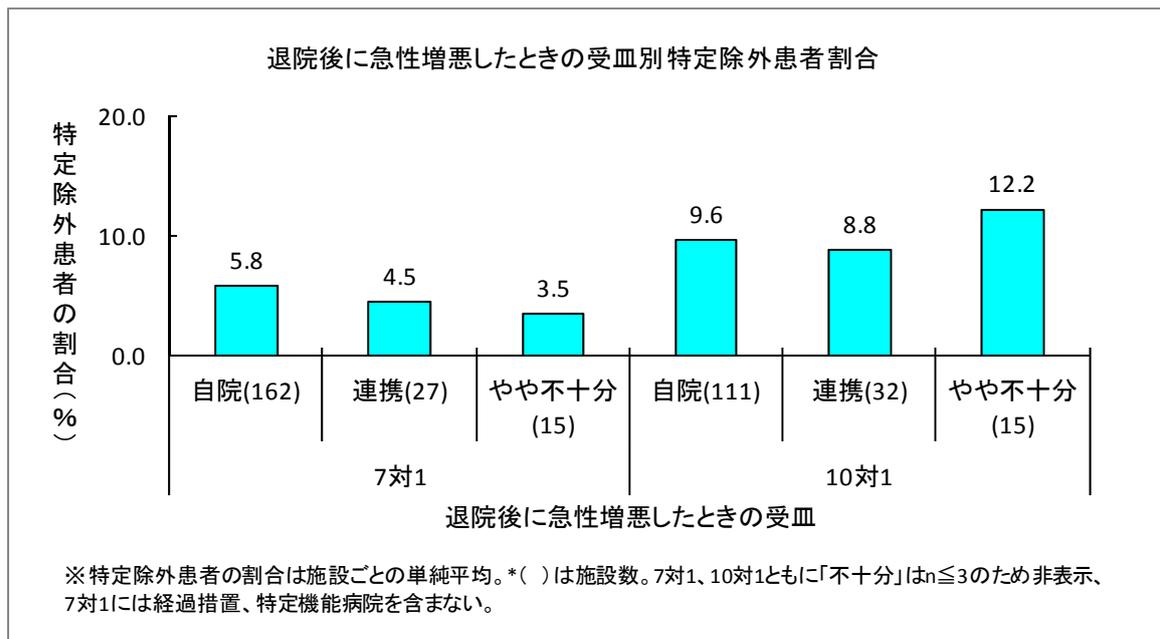


図 3.4.7 退院後に急性増悪したときの受皿



7対1では退院後に急性増悪したときに自院で対応している病院のほうが特定除外患者の割合が若干多かった（図 3.4.8）。

図 3.4.8 退院後に急性増悪したときの受皿別特定除外患者割合



### 3.4.2. 病床規模別・人口規模別

#### 病床規模

7対1では病床規模が小さい病院のほうが特定除外患者の割合が高かった。10対1ではばらつきがあるが、病床規模300床以上の客体数はやや少ない（図 3.4.9）。

#### 市区町村の人口

7対1、10対1ともに特に人口3万人未満の市区町村で特定除外患者の割合が高かった（図 3.4.10）。

※市区町村の人口：原則として市町村の人口。政令指定都市の場合は区の人口。

図 3.4.9 病床規模別特定除外患者割合

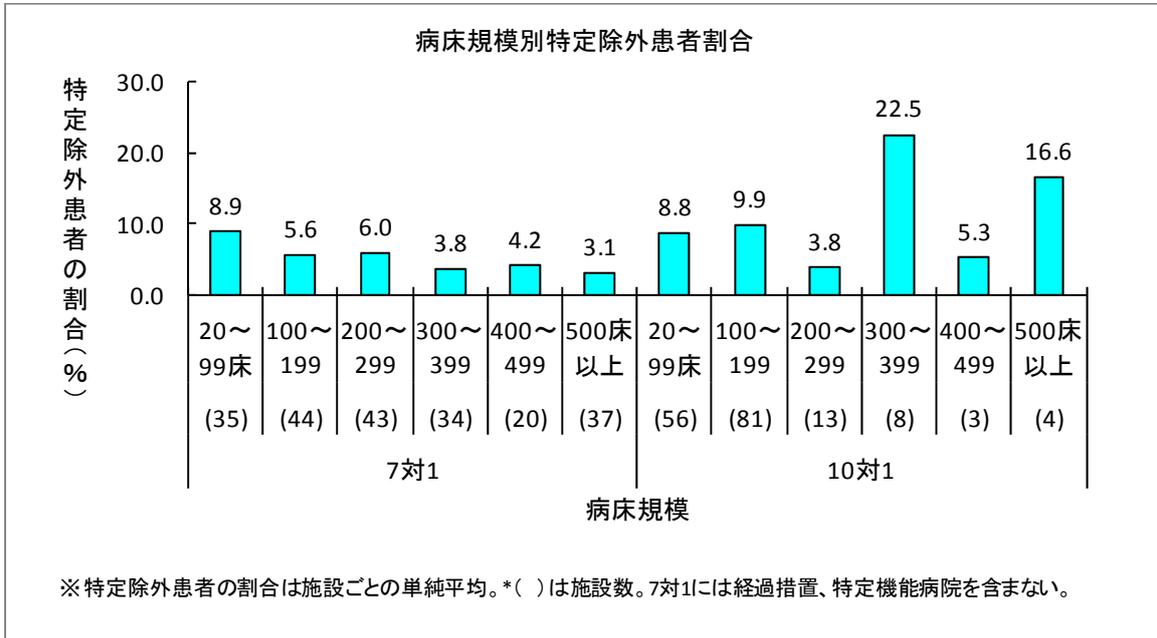
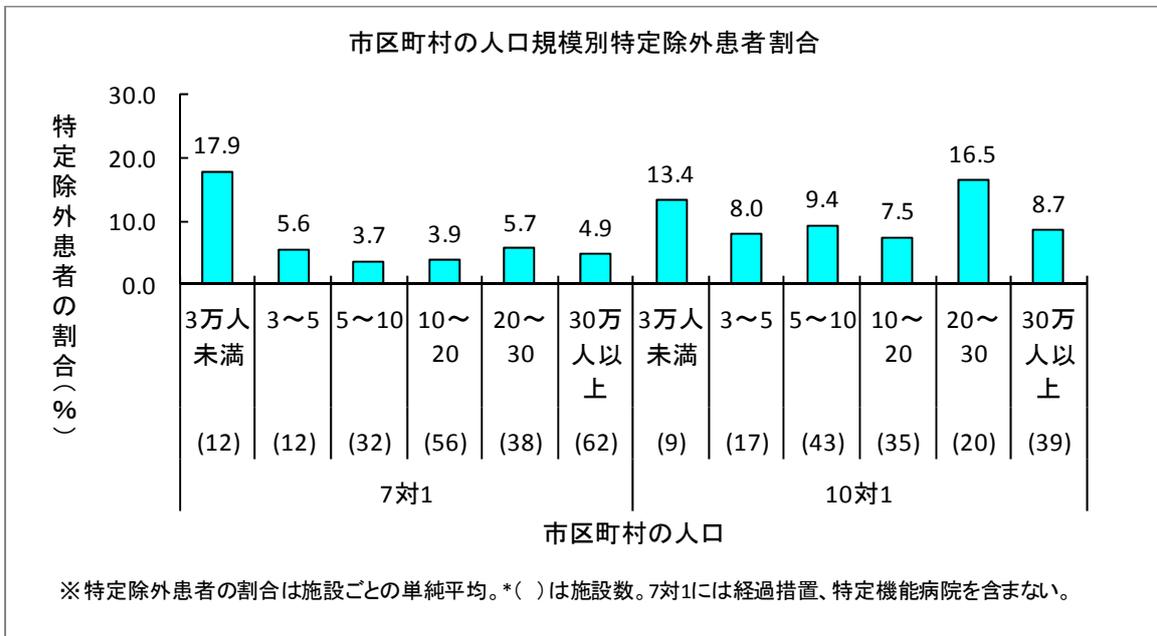


図 3.4.10 市区町村の人口規模別特定除外患者割合

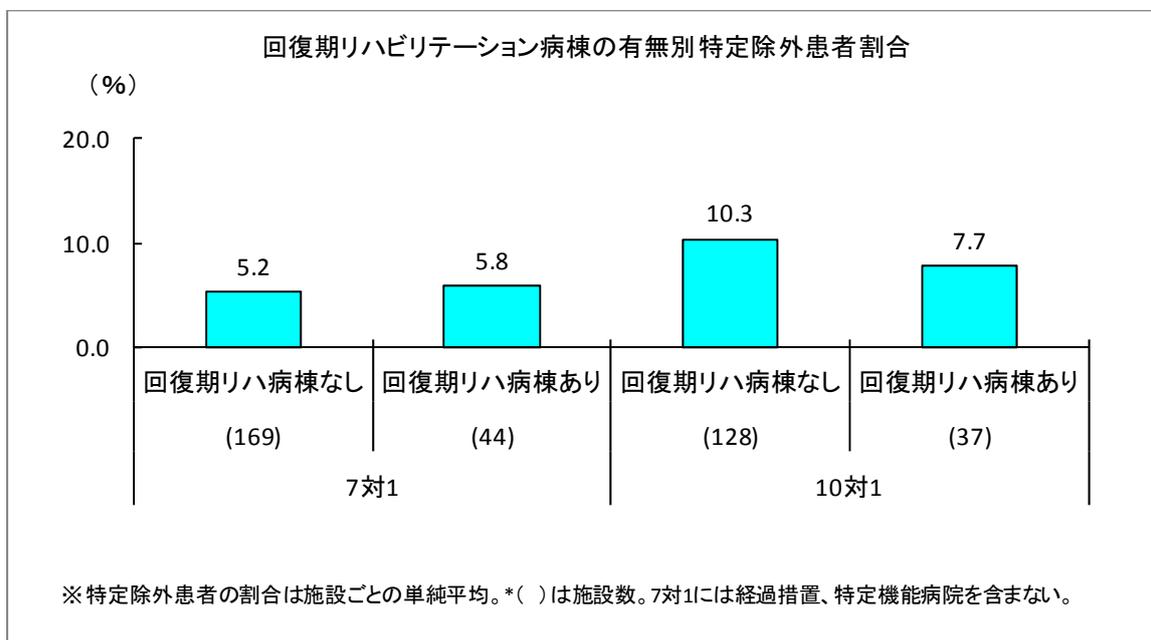


### 3.4.3. 病院の役割・機能別

#### 回復期リハビリテーション病棟の有無

7対1では、当該一般病床以外の回復期リハビリテーション病棟の有無にかかわらず特定除外患者の割合はほぼ同じであった（図 3.4.11）。

図 3.4.11 回復期リハビリテーションの有無別特定除外患者の割合



#### 在宅療養支援病院（在支病）

在支病は7対1で約1割、10対1で約2割であった（図 3.4.12）。7対1では在支病のほうが特定除外患者の割合が高かった（図 3.4.13）。

図 3.4.12 在宅支援病院の割合

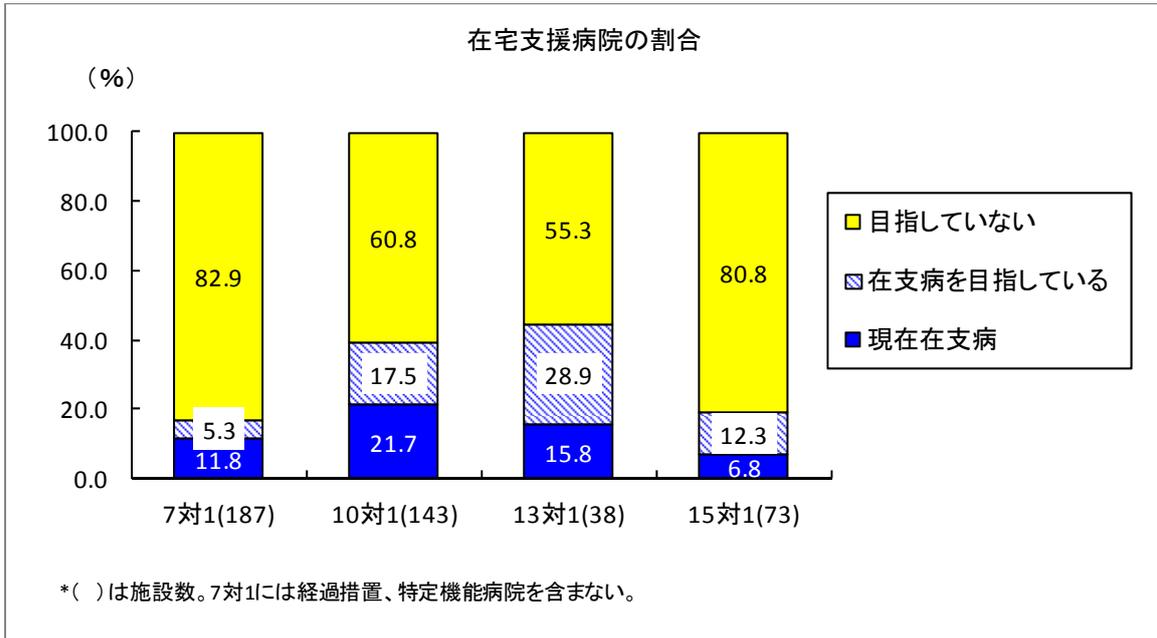
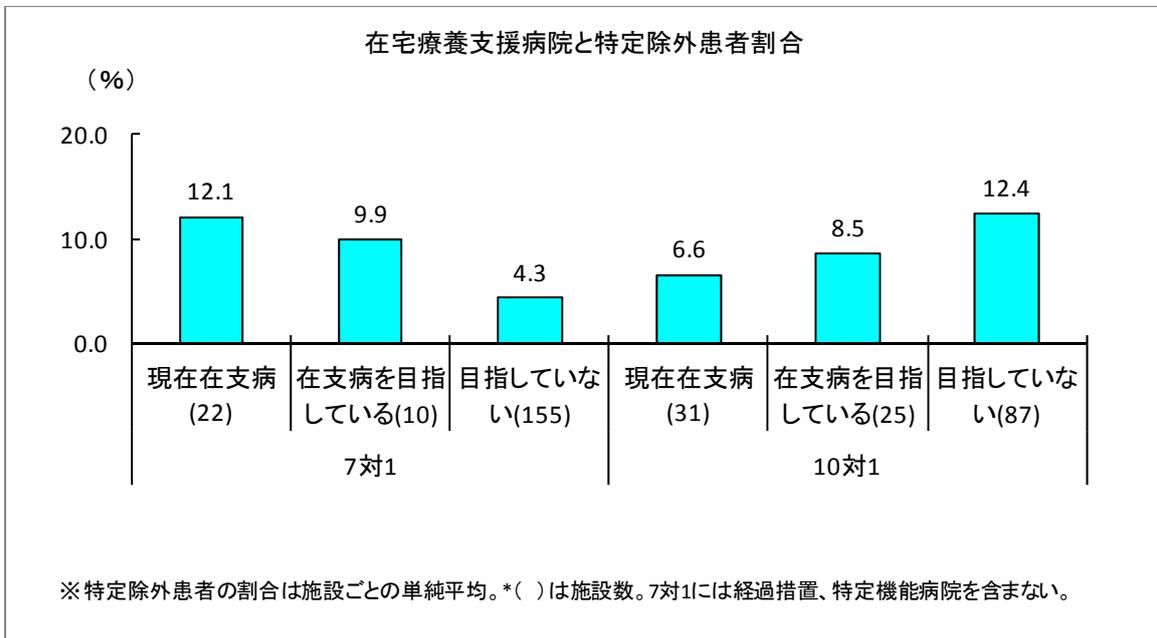


図 3.4.13 在宅療養支援病院と特定除外患者割合



## 4. まとめ

### 特定除外患者の割合と平均在院日数など

- 特定除外患者の割合は 7 対 1 で 3.9%、10 対 1 で 6.8%であった（厚生労働省調査では 7 対 1 で 3.7%、10 対 1 で 6.5%）。特定除外患者ありの病棟に限るとその割合は 7 対 1 で 6.7%、10 対 1 で 10.2%である。
- 特定除外患者ありの病棟に限ると、特定除外患者を含めた場合、平均在院日数は 7 対 1 で 1.4 日、10 対 1 で 4.8 日延びる。また、特定除外患者を平均在院日数に含めると、7 対 1 で 1 割強、10 対 1 で 2 割近くの病院が、それぞれの平均在院日数要件を満たせなくなる。
- 退院の受皿や退院後の在宅医療を担う医療機関が不十分と回答した病院では、特定除外患者ありの病院が多かった。

### 特定除外患者の病態など

- 診療科別では脳神経外科で、脳血管疾患の平均在院日数が長く、特に特定除外患者の割合が高かった。このほかにも診療科別にかなりばらつきがある。
- 7 対 1 の特定除外患者は、主傷病が新生物であり、特定除外の理由もまさに悪性新生物治療中である。主傷病が新生物の患者では、当該病棟でなければ治療が困難で退院できない状況にある患者が 7 割以上（分母に退院見込の患者を含まない）であった。また 7 対 1 では、脳血管疾患を主傷病とする特定除外患者の多くがリハビリテーション実施中である。
- 10 対 1 の脳血管疾患患者の特定除外理由としてもリハビリテーション実施中の割合が高い。また 10 対 1 では、腎不全患者の特定除外理由として、人工透析のみならず重度障害・重度意識障害・難病等も見られる。
- 自由記述欄では、神経内科の患者、重症循環器疾患や呼吸器疾患、重症心身障害児者等についても、特定除外制度の見直しにより大きな影響を受ける可能性があるとの指摘があった。

## 7 対 1 について（一部再掲）

- 入院期間 90 日超の患者ありの病棟が約 6 割である。
- 自院で急性増悪した場合に自院で対応する病院が半数以上ある。
- 退院（退棟）の受皿が不十分（やや不十分を含む。以下同じ）と回答した病院が約 5 割である。
- 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等が不十分と回答した病院が約 4 割である。7 対 1 から在宅復帰することの困難さを示唆している。
- 退院後に急性増悪したときに自院で受け入れると回答した病院は約 8 割である。
- 7 対 1 の特定除外患者は、主傷病が新生物であり、特定除外の理由もまさに悪性新生物治療中である。主傷病が新生物の患者では、当該病棟でなければ治療が困難で退院できない状況にある患者が 7 割以上（分母に退院見込の患者を含まない）であった。また 7 対 1 では、脳血管疾患を主傷病とする特定除外患者の多くがリハビリテーション実施中である。

## 5. 自由記述意見

特定除外制度	自由記述	キーワード
	<p>当院では、資料のとおり神経内科の患者が多数おり、特定除外制度の見直しとなりますと、収入・平均在日数共に大ダメージとなりますので対処の程よろしくお願い致します。</p>	<p>神経内科</p>
	<p>特定除外制度の廃止には反対である。入院患者を一律に日数で縛り、医療必要度の高い患者を強制的に排除する施策は不当である。当院には神経難病の入院患者もおり、一定長期の入院療養が必要になる事例が存在する。特定除外制度が廃止され、入院日数にカウントされれば病棟のランクダウンが求められる。収入減に直結し職員も減らさざるを得なくなり、難病患者に対する必要な医療を提供できなくなる。また、すでに特定除外制度が廃止されている13対1、15対1では、難病や人工呼吸器を使用している入院は敬遠される状況にあり、次年度改定で7対1、10対1に対しても特定除外制度が廃止されれば、受け皿もなく行き場を失ってしまうことは明らかである。それは病床構成を杯型から砲弾型への移行を進めても同じである。</p>	<p>神経難病</p>
	<p>90日超の特定除外制度により、重症の循環器および呼吸器疾患の患者さんの医療が、可能であったが、現在は、極めて困難となっており、医療レベルの低下を招いています。病院での入院治療の機能がそこなわれており、今後改善されなければ、ますます慢性の循環・呼吸器系の入院医療は限られた範囲となり、患者さんは、救われません。</p>	<p>重症循環器・呼吸器</p>
	<p>重症心身障害児者の病態特性 重症心身障害児者は易感染性を有し、かつ呼吸循環系を含めた平衡状態が崩れやすい特性を有しており、緊急の医療対応が必要となることが多い。殊に常時呼吸管理を必要とするような超重症・準超重症心身障害児者は24時間体制の手厚い医療が必要である。コストの問題 ここに超重症・準超重症心身障害児者の入院にはどのくらいコストがかかっているかを示す数字がある。ある重症心身障害施設の超重症児者病棟で入院患者1人1日に係る人件費は22,664円、人工呼吸器をはじめとする医療機器や医薬品等医療関連支出は5,860円、給食材料費などの生活費が1,482円、紙おむつやその処理費等の日用品費、洗濯・入浴に係る光熱水費は9,715円で合計39,721円。これに保険料などの諸経費を加えると現実に入院患者1人1日約4万円以上はかかっているということになる。世界に類を見ない日本固有の重症心身障害施策 現在日本の重症心身障害児者ケアにおいて必須のリハビリ、呼吸・栄養管理など専門的医療を重症心身障害施設が提供できているのは、世界に類を見ないわが国固有の重症心身障害児者施策、とりわけ入院基本料における特定除外制度があるおかげである。退院しても行き場のない重症心身障害児者 全国で約3500名にのぼる超重症・準超重症心身障害児者の生活が重症心身障害施設の長期入院によって支えられているといっても過言ではない。この特定除外制度がなくなれば、これらの入院患者は退院ということになるが、退院しても受け入れる施設はなく、行き場がないという現実がある。在宅生活のセーフティネットとしての役割 また、現在これをはるかに上回る数の超重症・準超重症心身障害児者が住み慣れた地域で在宅生活を送っており、それは重症心身障害施設が地域に展開する訪問看護・介護、通所や短期入所サービスによって支えられている。医療的な面で厳しい状態にあるがゆえに在宅生活の維持が困難な重症心身障害児者にとって、長期入院機能を持った施設の維持と入院枠の確保が今後ますます必要になる。重症心身障害施設が持つ課題 新生児医療技術の進歩、高齢出産の増加等により、高い医療ニーズを有する重症心身障害児者は日本で増加傾向にある。このような人びとへの支援を今後どのようにしていくのか、医療的支援と生活(介護)支援をどのように総合的に行いながら地域生活を支えていくのか、その担い手とシステム、そして経済的裏付けをどのようにして行くのか、わが国の社会保障施設転換期に当たっての大きな課題の一つであることは間違いない。</p>	<p>重症心身障害児者</p>
	<p>特定除外に該当する患者について、除外制度が無くなることになると、当該患者の受皿が無くなり、地域医療が崩壊することとなる。そのような場合、当該患者が在宅治療を強いられるようなケースも想定され、医療的にも道義的にも大きな問題があると考えられる。このことから、当院としては特定除外制度の継続を強く希望するものである。</p>	

受入先(受皿)、在宅復帰

自由記述	キーワード
<p>精神病(特に統合失調症、器質性精神病)では難治で当分社会復帰不可能な患者さんも多く存在します。他一応小康状態となり施設退院が可能かとなった患者さんもかなりいるのですが施設何十人～何百人待ちの状況です。又病院入院より施設だと金銭的負担が増える為家族・縁者が協力してくれないケースも多々有ります。</p>	患者負担
<p>当院の場合13:1一般病棟では、平均在院日数24日をクリアする必要性から、入院期間90日超の特定外患者は1名のみです。しかしながら、13:1障害者病棟については、90日超の入院患者を多く抱えています。現実的に医療度が高く在宅では難しい患者であり、万一特定除外制度が無くなれば、早急に他の病院へ転院していただかなければなりません。現在の医療制度では、転院させる場合に受入れ病院は、新患扱いとなり初診料を算定し、入院時に必要な諸々の検査が実施されます。入院料も初期加算が発生しますので“90日の縛り”の為に病院を転々とする事により医療費が増大しているように感じます。また、病院の救急車や民間の寝台車で移動した後に、環境の変化から病状が悪化されるケースもございます。当院では、病状が不安定な患者の転院はしておりません。病院運営上、医師法19条第1項(応召義務)があり、急患・救急からの患者の病状や生活環境に関わらず正当な理由がなければ診察を拒めないし、入院の必要性があれば、受け入れなければなりません。当院の在宅復帰率は、昨年度は75%です。一旦入院になると軽快退院されるケース以外に、特定患者であれば、自立されている方が多い為、在宅復帰や施設入所も可能です。しかしながら高齢で栄養状態が悪く褥瘡があり廃用性疾患も重なり、単身世帯で低所得者となれば受入れ先に苦慮いたします。したがって90日超で医療度が高く、在宅や施設で診る事が出来ない患者については、他の病院で受け入れていただく事となります。病態的に病院で診なければならぬ患者は、転院する度に新しい点数が加算される事になり、その受け皿がない以上、医療費の増大に繋がると憂慮いたします。このような特定外患者については、転院を繰り返すのではなく、在院日数のカウントから除外できる障害者施設等やADLは低くても少し病態が安定されている患者については医療療養病棟や医療介護病棟で診る方が賢明であると感じております。</p>	転院、診療報酬
<p>当院は、急性期病棟と医療療養型病棟があり、退院支援は社会福祉士を始め、医師・看護師により、何とか対応しているのが現状です。そんな中で、老健施設の対象であって入所を依頼するときにおいて、投薬に係る薬価が高い場合に施設の持ち出しが増えるため、入所できない場合があるので困っています。</p>	投薬
<p>「4. 受入先・受皿になる医療機関」に関しては医療圏内外で役割分担が十分でなく疾患ごとに対応の可否が異なる現状です。当院は「地域の亜急性病床」と位置づけています。1. 大学病院をはじめとする基幹病院の後方支援2. 在宅医療の急性増悪時の受入先 上記2点を中心とした事業運営を行っていますので、地域全体のハブ(HUB)としての役割を担っています。以上の理由により、連携先医療機関・介護施設を増やしていきたいという願いもあり、「やや不十分」の回答が多くなっています。</p>	疾患別

地域特性、地方、中小病院

自由記述	キーワード
<p>北海道のように広域医療圏、過疎地域が、多数存在している地域への特例を設ける必要性を感じます。医療資源の少ない二次医療圏に属する保険医療機関の定めも十分とは言えず病床群の見直し、医療・介護の提供体制の整備も含めた議論も必要かと存じます。</p>	医療資源の少ない二次医療圏
<p>人口が少ない地域での人員確保が困難です。それぞれの地域のニーズ、人員基準の調整を考えて頂ければ幸いです。</p>	地域特性
<p>地方では機能分化が進まず、ケアミックス病院とならざるを得ない場合が多い。現在の診療報酬は機能特化に配分されているが、一般地方病院で経営が成り立つ様、ご検討願いたい。</p>	地方

地域特性、地方、中小病院

自由記述	キーワード
<p>当院のように全病床数46床の内一般病床は10床で、15対1にしても看護師の基準を満たすには大変な費用(人件費)がかかります。理由は10床も100床も同じくくりの基準で計算されることとなります。では一般病床10床を無くして全て療養型にすればいいではないかとの考えもありますが、近隣の住民の病状の急変に備えるベッドが無いと地域密着型の医療に備えることができず、結果は大病院にすべての患者さん(軽い病状の方も)が流れてしまい、大病院もより重篤な患者さんの対応に追われているので大変かと感じております。以前は65床あった病床も介護保険の導入で介護療養型病床を作るため、ベッドを減らし46床(一般10 医保療養12 介護療養24)となっています。今後介護療養を全て医保療養にするよう計画しておりますが、地域住民の患者さま(より軽度の)を受け入れる為には、何とか一般病床は存続させたいと考えております。今後は15対1は廃止されるようですが、13対1になると看護師は今でも1対1に近く居るので大丈夫ですが、在院日数等の条件をクリアするためにはかなり厳しい状況にあるのが現状です。厚労省も中小病院を無くす方針ですが、それは正しい医療行政と言えるのでしょうか？当院も本年度から在宅療養支援病院としての申請をして、積極的に在宅の患者様を支援していくことにしていますが、それについても後方に入院できるベッドが無ければ意味がありません。在宅支援の後押しする意味でも、小規模な一般病床がつぶれてしまうと在宅療養支援病院は名前だけの看板となってしまいます。以上が感想です。是非小さな意見にも耳を貸す努力をして頂きたいと切に望みます。</p>	<p>地域密着型の病院、中小病院</p>
<p>2025年問題、迫りくる超高齢化社会に対応するため、一般病床の区分の見直しが進められていますが、当院のようなへき地にある300床規模の病院では、都市部と比較になりません。後方支援病院、老人介護保健施設等が圧倒的に少なく、医療を必要とする患者さまの受け入れが可能な長期療養型病院は、市内で〇〇病院、近隣では〇〇病院、〇〇病院しかなく、常に待ちの状態です。一方、人的確保では、医師はもとより、看護師をはじめとする医療従事者の確保にも難渋しています。こういう状況で、今回のような、地方の実態を無視した「特定除外制度の見直し」が行われると、長期入院で医療を必要とする患者さまの行き先がなくなり、経済的余裕もない独居老人が多く、一部負担金の未納も容易に予想されます。これはやはり社会保障費で賄うべきではないでしょうか。国は地方で頑張っている病院の声を是非、お聞きいただき「特定除外制度の見直し」などに手を付ける前に、2025年問題に本腰を入れ、医療難民を作らないように、医療と介護の連携を現実のものにしてほしいと考えます。</p>	<p>地方</p>

病床機能、入院機能

自由記述	キーワード
<p>現在の「一般病床」という機能の見えないものではなく、担うべき機能を明確にする必要があります。具体的には、急性期(acute)、その後の受け皿としてのpost-acuteを担うLTAC(長期急性期)、一部はリハビリ(回復期)、そして療養(長期慢性期)に分け、それぞれに必要な医師、看護師、コメディカルなどの配置基準と面積などの施設基準を定め、それに応じた適切な診療報酬体系を構築する必要があります。2025年問題を控え、名称にこだわるのではなく、上記の機能別の体制を直ちに実行に移すことが急務と考えます。</p>	<p>病床機能</p>
<p>増大する国民医療費の一因となっている7対1看護にメスを入れない限り、国民の負担は増加するのみと考える。</p>	<p>7対1</p>

病床機能、入院機能

自由記述	キーワード
<p>日本の人口構成の少子高齢化は、今後しばらく続くことは明らかであり、当然、入院治療対象者も増加の一途をたどる事が確実である。現在の日本の入院病床は、一般病床、療養病床、精神病床である。療養病床は、一部が介護施設へ移行して行くと思われ、純粋に医療が必要な患者さんの入院施設となって行くと思われる。精神病床は、急性精神疾患の治療が短期入院およびその後の在宅治療となる患者さんの割合が増加傾向であるため、長期入院患者の社会的入院の継続の割合が増加する事が予想される。しかし、これらの患者の受け皿が整備されない限り、この入院患者さんの数は、自然経過に任せるしかない状況である。一般病床であるが、現在、一般病床は、入院患者数と看護師数の割合により、7対1から15対1まで、4段階に施設基準がきめられており、患者さん一人あたりの入院管理料がそれに応じて定められている。平成18年に看護師数の割合が従来より多い7対1となる新たな施設基準が導入されてから看護師の首都圏の病院や基幹病院への集中が顕著となり、中小の一般病院は看護師数が激減し、ベッドの休床等医療レベルの劣化を余儀なくされました。そのため、地域の急性期の患者さんの入院に十分に應じられなくなった病院が続出する事となりました。現在、7対1で運営している病院のうち、本当に7対1ぶんだけ看護師さんが必要な病院が何パーセントぐらいあるのか、きちんと検証し、診療内容に比し看護師数が過剰な病院は、10対1以下に看護師数を減らすよう誘導する施策が求められ事と思います。入院患者にしめる高齢患者の割合がふえると、主病の治療とともに身の回りのお世話やADL維持、回復のためのリハビリ、認知症やせん妄等精神疾患の合併症に対する看護等、若い患者さんに比べ、何倍も看護師等病棟スタッフの仕事内容が増加します。そのような、従来にもまして看護師等病棟スタッフの仕事の負担が多い病床が今後増えていくと考えられます。そのため、医学的治療内容とは別に、医学的治療を行うために必要な看護職員の必要度を評価する保険制度上の対応が望まれます。医学行政サイドは、病院の入院機能を今後、高度急性期、一般急性期、亜急性期、慢性期等にわけ、それぞれが効率よく運営される様な仕組みづくりが誘導されるような保険制度を策定していく事も急務と思われます。</p>	<p>入院機能</p>

その他

自由記述	キーワード
<p>精神科単科なので、身体疾患の考え方ではそぐわない面があります。精神科では平均在院日数の考え方、指標をかえていただきたい、せめて、入院期間1年以上と未満で2群にわけると。新規の入院患者はきちんと退院させているのに一度、入院すると退院できないイメージをもたれてしまうので。</p>	<p>精神科</p>
<p>今回は、特定除外に該当する入院患者に関する調査ということで、当院は入院料が全て特定入院料であり、一般入院基本料を算定しておらず、あまり参考にしていただける数字ではないようです。書かせていただけたら、入院中の他医療機関受診の際の投薬についてでしょうか。専門的な治療が必要になり、他医療機関を受診しているのに、専門的な投薬も特定入院料を算定する入院医療機関に入院する患者の場合、他医療機関では保険診療扱いにならないという実情です。当院は回復期としてリハビリに特化した病院であり、その他の疾病の専門的な治療については他医療機関に依頼するのが実情で患者にとってもその方が、有利と考えます。(患者自身(患者家族)も、もともとのかかりつけ医や病院の外来受診希望が強い)、投薬も専門的なものであれば他院で算定できれば…専門的な医療を患者が受ける機会を逸せず、特定入院料を算定する特化した医療を提供する医療機関もより充実した医療を提供できるのではないのでしょうか。長文失礼いたしました。</p>	<p>入院中の他医療機関受診(投薬)</p>

その他

自由記述	キーワード
<p>入院期間により一律に入院診療報酬にキャッピングを設定している現在の制度に反対である。様々な理由により長期入院せざるを得ない患者が居ることは、行政当局も熟知している筈である。医療サービス提供者としては、長期入院、短期入院によってベースラインの提供サービス内容に濃淡をつけることは不可能であり、倫理的にもすべきでないと考ええる。また長期入院患者が急変し濃厚治療が必要になる場合もある。病院によっては地域の二～三次救急病院あるいは急性期病院から老健施設、特養、などへの入所までの入院を依頼されることも多く全介助、独居などのため入所、在宅への移行が困難な症例が多くの場合90日越え入院の原因となっている。これらの実態を反映した制度に改変すべきであると考ええる。15:1,あるいは13:1などの看護基準を取らざるを得ない病院に介助度の高い患者が集中しているにも関わらず入院診療報酬にキャップが課せられ、一方 7:1看護基準を取れる病院に、介助度の低い患者が集中し、病棟看護室で多くのナースがコンピュータ画面に向かって鎮座している現状は、大いなる矛盾と考える。</p>	<p>診療報酬</p>
<p>亜急性期適合要件を療養病棟にも広げてもらいたい。</p>	<p>療養病棟</p>
<p>現在は、地域で必要とされている、病院だと自負しておりますが、原動力の人員(医師、看護師)が一割増の確保が出来れば、病院としての機能が、活性化出来、今後、病院としての機能を、しっかりと考えて、地域に貢献出来る、病院を保って行きたい。</p>	<p>医師、看護師 確保</p>
<p>在院90日超入院について、前回改正前の退院支援状況報告書提出による対応の復活を切望する。</p>	<p>退院支援報告書</p>

## 6. 調査票

平成25年7月

## 特定除外に該当する入院患者実態調査

公益社団法人 日本医師会  
四病院団体協議会

貴施設名、ご連絡先をご記入ください。

※ 調査内容についてお問い合わせする場合のみ使用させていただきます。施設名も含めて、  
固有名詞を特定できる形で公表することはありません。

施設名	
ご連絡先	※ゴム印の押印でも結構です。 ご担当部署： ご担当者名： 電話番号またはメールアドレス：
所在地	都・道・府・県                      市・郡・区                      区・町・村
二次医療圏	
所在地の人口	貴院がある市町村の人口(政令指定都市の場合は区の人口)をご記入下さい。 <input type="text"/> 万人



4 受入先・受皿に  
なる医療機関

近隣に緊密な連携をとれる医療機関等を確保されていますか。

それぞれ、1つ〇をつけて下さい。

なお、「自院」とは当該医療機関の他の病棟を指します。同じ法人の他の病院は「他の医療機関」です。

(1) 自院で急性増悪した場合の受入先

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

(2) 退院(退棟)の受皿

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関・介護施設等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関・介護施設等と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

(3) 自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関等と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

(4) 退院後に急性増悪したときの受皿

- 1 自院で対応
- 2 他の医療機関・介護施設等と連携して十分に確保
- 3 他の医療機関・介護施設等と連携しているがやや不十分
- 4 不十分

## 2. 病棟票 記入要領

お手数ですが同封の病棟票回答用紙をコピーし、すべての病棟について回答をお願いします。

- ① 病棟ID : 回答順に1、2、3…と番号をご記入下さい。
- ② 病棟名 : 病棟名をご記入下さい。ご回答に重複がないか確認するために記入いただくもので、特に病棟名がない場合は記入不要です。
- ③ 入院基本料 : 以下から番号を選択し、ご記入下さい。

- |    |                          |
|----|--------------------------|
| 1  | 7対1一般病棟入院基本料             |
| 2  | 経過措置7対1一般病棟入院基本料         |
| 3  | 10対1一般病棟入院基本料            |
| 4  | 13対1一般病棟入院基本料            |
| 5  | 15対1一般病棟入院基本料            |
| 6  | 7対1特定機能病院入院基本料(一般病棟)     |
| 7  | 経過措置7対1特定機能病院入院基本料(一般病棟) |
| 8  | 10対1特定機能病院入院基本料(一般病棟)    |
| 9  | 7対1専門病院入院基本料             |
| 10 | 経過措置7対1専門病院入院基本料         |
| 11 | 10対1専門病院入院基本料            |
| 12 | 13対1専門病院入院基本料            |
| 13 | 7対1特別入院基本料               |
| 14 | 10対1特別入院基本料              |
| 15 | その他                      |

- ④ 診療科目 : もっとも近い診療科目を3つまで選択し、ご記入下さい。

- |    |           |    |         |    |            |
|----|-----------|----|---------|----|------------|
| 1  | 内科        | 13 | 整形外科    | 25 | 気管食道科      |
| 2  | 呼吸器科      | 14 | 形成外科    | 26 | 皮膚科        |
| 3  | 消化器科(胃腸科) | 15 | 美容外科    | 27 | 泌尿器科       |
| 4  | 循環器科      | 16 | 脳神経外科   | 28 | 性病科        |
| 5  | 小児科       | 17 | 呼吸器外科   | 29 | こう門科       |
| 6  | 精神科       | 18 | 心臓血管外科  | 30 | リハビリテーション科 |
| 7  | 神経科       | 19 | 小児外科    | 31 | 放射線科       |
| 8  | 神経内科      | 20 | 産婦人科    | 32 | 麻酔科        |
| 9  | 心療内科      | 21 | 産科      | 33 | 歯科         |
| 10 | アレルギー科    | 22 | 婦人科     | 34 | 矯正歯科       |
| 11 | リウマチ科     | 23 | 眼科      | 35 | 小児歯科       |
| 12 | 外科        | 24 | 耳鼻いんこう科 | 36 | 歯科口腔外科     |

- ⑤ 許可病床数・病床利用率・平均在院日数:

2013年4～6月平均(許可病床数は6月1日時点)をご記入下さい。

※ 「特定除外を含む平均在院日数」は、「平均在院日数」よりも長くなります。

- ⑥ 入院患者数 :

入院患者数: 2013年7月中の火曜、水曜、木曜のいずれか1日を選択し、日付をご記入の上、その日の状況をご記入下さい。

- ⑦ 90日超え入院患者数:

13対1、15対1の病棟で90日を超える入院患者さんについて、人数をご記入下さい。

**2. 病棟票** 貴院の病棟について伺います。病棟票はもう1部同封しておりますので、  
お手数ですがコピーして、すべての病棟についてご回答をお願いします。

①～④(2013年6月1日現在)

①病棟ID	順番に1、2・・・と振って下さい	③ 入院基本料	
② 病棟名		④ 診療科目	

⑤ 許可病床数・病床利用率・平均在院日数 2013年4～6月平均(許可病床数は6月1日)

		許可 病床数	病床 利用率	平均在院 日数 (除特定除外)	特定除外患 者を含む平 均在院日数
		a	b	c	d
一般病床	1	床	%	日	日
(再掲)一般病棟入院基本料のみ算定病床	2	床	%	日	日
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	3	床	%	日	日
(再掲)亜急性期入院医療管理料	4	床	%	日	日
医療療養病床	5	床	%	日	/
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	6	床	%	日	
介護療養病床	7	床	%	日	
精神病床	8	床	%	日	
その他	9	床	%	日	

⑥ 入院患者数:2013年7月中の火曜、水曜、木曜のいずれか1日を選択し、  
その日をご記入の上、以下ご回答下さい。 ↓ ご記入下さい

調査日として選択された日	2013年 7月 _____ 日
--------------	------------------

13対1と15対1の特定除外制度は2012年度改定で廃止されましたが、  
従来の特典除外患者に該当する患者数をご記入下さい。

		入院 患者数	90日超の 入院患者数	特定除外 患者数
		e	f	g
一般病床	1	人	人	人
(再掲)一般病棟入院基本料のみ算定病床	2	人	人	人
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	3	人	人	人
(再掲)亜急性期入院医療管理料	4	人	人	人
医療療養病床	5	人	人	/
(再掲)回復期リハビリテーション病棟入院料	6	人	人	
介護療養病床	7	人	人	
精神病床	8	人	人	
その他	9	人	人	

⑦ 在院日数90日超の患者内訳:13対1、15対1の病棟で90日を  
超える入院患者さんについて、以下の人数をご記入下さい。 ↓ 一般病棟  
13対1、15対1の場合

1 平均在院日数の計算対象とし、一般病棟13対1 または15対1入院基本料を算定している患者	人
2 平均在院日数の計算対象外として、療養病棟入 院基本料1と同じ評価を算定している患者	人

### 3. 患者票 記入要領

特定除外に該当する患者さんの状態についてご記入下さい。

病棟票で調査日として選択された日と同じ日についてご記入下さい。

※ 13対1と15対1の特定除外制度は2012年度改定で廃止されましたが、従来の特定除外患者に該当する患者さんについてご回答下さい。

- ① 年齢 : 年齢をご記入下さい。
- ② 性別 : 性別に○を付けて下さい。
- ③ 病棟 : どの病棟に入院されている患者さんか、「2. 病棟票」の病棟IDをご記入下さい。
- ④ 主傷病、⑤副傷病1、⑥副傷病2 : 同封の疾病コードをご覧の上、ご記入下さい。
- ⑦ 在院日数 : 入院年月日から調査日までの在院日数をご記入下さい。
- ⑧ 特定除外 : 特定除外に該当する項目番号を以下から選択し、ご記入下さい。

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

- ⑨ 世帯 : 世帯の状況を選択し、ご記入下さい。
  - 1 独居(単独世帯)      2 高齢者(おおむね65歳以上)の夫婦のみ      3 その他の同居あり
- ⑩ 認知症 : 認知症の有無を選択し、ご記入下さい。
  - 1 あり      2 なし
- ⑪ 患者状態 : 患者さんの状態について主なもの1つ選択し、ご記入下さい。
  - 1 入院中の病棟でないと行えない治療があり、転院(転棟)・退院は不可能(療養病床では治療が困難)
  - 2 治療は終了していたが、体力的に耐えられないため、転院(転棟)・退院は不可能
  - 3 他院(他療養病床)でも治療可能な状況だったが、受入先がない
  - 4 受入先(自宅を含む)があり、まもなく退院見込み

### 3. 患者票

在院日数90日超のうち特定除外に該当する患者さんについて伺います。

※ 13対1と15対1の特定除外制度は2012年度改定で廃止されましたが、従来の特定除外患者に該当する患者さんについてご回答をお願いします。

※ 病棟票で調査日として選択された日と同じ日についてご記入下さい。

	① 年齢	② 性別	③ 病棟	④ 主傷病	⑤ 副傷病1	⑥ 副傷病2	⑦ 在院日数	⑧ 特定除外	⑨ 世帯	⑩ 認知症	⑪ 患者状態
1	歳	男・女									
2	歳	男・女									
3	歳	男・女									
4	歳	男・女									
5	歳	男・女									
6	歳	男・女									
7	歳	男・女									
8	歳	男・女									
9	歳	男・女									
10	歳	男・女									
11	歳	男・女									
12	歳	男・女									
13	歳	男・女									
14	歳	男・女									
15	歳	男・女									
16	歳	男・女									
17	歳	男・女									
18	歳	男・女									
19	歳	男・女									
20	歳	男・女									
21	歳	男・女									
22	歳	男・女									
23	歳	男・女									
24	歳	男・女									
25	歳	男・女									

記入欄が足りない場合には、お手数ですが、別紙(コピー用)をコピーして引き続きご記入をお願いします。

#### 4. 自由記述

病院の入院機能のあり方等についてご意見があれば、ご自由にご記入下さい。

なお、自由記述欄のみweb上で記述できます。以下のURLにアクセスして下さい。

<http://www.med.or.jp/tjogai/>

ユーザー名 : tjogai      パスワード:273881

以上でアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

疾病コード(001~119)疾病分類(ICD-10第10版 2003年に準拠)

感染症及び寄生虫症 001 腸管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	呼吸器系の疾患 062 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒> 063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 064 その他の急性上気道感染症 065 肺炎 066 急性気管支炎及び急性細気管支炎 067 アレルギー性鼻炎 068 慢性副鼻腔炎 069 急性又は慢性と明示されない気管支炎 070 慢性閉塞性肺疾患 071 喘息 072 その他の呼吸器系の疾患
新生物 010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 乳房の悪性新生物 016 子宮の悪性新生物 017 悪性リンパ腫 018 白血病 019 その他の悪性新生物 020 良性新生物及びその他の新生物	消化器系の疾患 073 う蝕 074 歯肉炎及び歯周疾患 075 その他の歯及び歯の支持組織の障害 076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 077 胃炎及び十二指腸炎 078 アルコール性肝疾患 079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 080 肝硬変(アルコール性のものを除く) 081 その他の肝疾患 082 胆石症及び胆のう炎 083 痔疾患 084 その他の消化器系の疾患
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 021 貧血 022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	皮膚及び皮下組織の疾患 085 皮膚及び皮下組織の感染症 086 皮膚炎及び湿疹 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
内分泌、栄養及び代謝疾患 023 甲状腺障害 024 糖尿病 025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患 088 炎症性多発性関節障害 089 関節症 090 脊椎障害(脊椎症を含む) 091 椎間板障害 092 頸腕症候群 093 腰痛症及び坐骨神経痛 094 その他の脊柱障害 095 肩の傷害<損傷> 096 骨の密度及び構造の障害 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
精神及び行動の障害 026 血管性及び詳細不明の認知症 027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) 030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 031 知的障害<精神遅滞> 032 その他の精神及び行動の障害	腎尿路生殖器系の疾患 098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 099 腎不全 100 尿路結石症 101 その他の腎尿路系の疾患 102 前立腺肥大(症) 103 その他の男性生殖器の疾患 104 月経障害及び閉経周辺期障害 105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
神経系の疾患 033 パーキンソン病 034 アルツハイマー病 035 てんかん 036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 037 自律神経系の障害 038 その他の神経系の疾患	妊娠、分娩及び産じょく 106 流産 107 妊娠高血圧症候群 108 単胎自然分娩 109 その他の妊娠、分娩及び産じょく
眼及び付属器の疾患 039 結膜炎 040 白内障 041 屈折及び調節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患	周産期に発生した病態 110 妊娠及び胎児発育に関連する障害 111 その他の周産期に発生した病態
耳及び乳様突起の疾患 043 外耳炎 044 その他の外耳疾患 045 中耳炎 046 その他の中耳及び乳様突起の疾患 047 メニエール病 048 その他の内耳疾患 049 その他の耳疾患	先天奇形、変形及び染色体異常 112 心臓の先天奇形 113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
循環器系の疾患 050 高血圧性疾患 051 虚血性心疾患 052 その他の心疾患 053 くも膜下出血 054 脳内出血 055 脳梗塞 056 脳動脈硬化(症) 057 その他の脳血管疾患 058 動脈硬化(症) 059 痔核 060 低血圧(症) 061 その他の循環器系の疾患	症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの 114 症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの 損傷、中毒及びその他の外因の影響 115 骨折 116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 117 熱傷及び腐食 118 中毒 119 その他の損傷及びその他の外因の影響

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 25 年度調査）  
歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての  
影響調査 結果概要（速報）（案）

## ◇◆目 次◇◆

I. 調査の概要	1
1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
II. 調査の結果	4
1. 回収結果	4
2. 歯科医療機関調査の結果	5
(1) 施設の概要	5
①施設の種類	5
②開設主体	6
③開設時期	6
④歯科関連の標榜診療科	7
⑤行っている診療内容	8
⑥施設基準の届出のあるもの	9
⑦歯科診療科の医療関係職種の職員数	10
(2) 周術期口腔機能管理の実施状況等	11
①周術期口腔機能管理の実施状況	11
②患者数	12
③周術期口腔機能管理料等の算定患者数	13
④周術期口腔機能管理料等の算定実績がなかった理由	17
⑤周術期口腔機能管理料を算定した患者の原疾患等	22
⑥周術期口腔機能管理計画書の策定方法	24
⑦周術期口腔機能管理計画書の策定時期	25
⑧周術期口腔機能管理の実施内容	26
⑨周術期口腔機能管理を行うことによる効果	27
(3) 周術期口腔機能管理の実施体制等	33
①周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の状況等	33
②周術期口腔機能管理を開始した時期	34
③周術期口腔機能管理を実施するきっかけ	35
④周術期口腔機能管理を実施する理由	37
⑤周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したこと	38
⑥周術期口腔機能管理実施に関する患者への周知方法	40
⑦周術期口腔機能管理を行う医療従事者の資質向上に向けた取組	41

(4) 周術期口腔機能管理を実施する際の連携状況等.....	44
①院内の医科・歯科連携による周術期口腔機能管理の実施状況.....	44
②周術期口腔機能管理を実施する上で連携している医療機関.....	45
③他医療機関との連携による効果.....	50
④他医療機関と連携する上での課題.....	51
(5) 周術期口腔機能管理を実施していない理由.....	52
①周術期口腔機能管理を実施していない理由.....	52
②周術期口腔機能管理に関する今後の実施意向.....	54
2. 医科医療機関調査の結果.....	55
(1) 周術期口腔機能管理の実施の有無.....	55
(2) 施設の概要.....	55
①開設者.....	55
②施設認定等の状況.....	56
③標榜診療科.....	57
④一般病床の状況.....	58
⑤職員数.....	60
⑥患者数.....	61
(3) 周術期口腔機能管理実施施設における実施状況等.....	64
①歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施した患者数.....	64
②歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけ.....	64
③周術期口腔機能管理を実施する歯科医療機関との連携状況.....	65
④歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果.....	66
⑤周術期口腔機能管理を行っている歯科医師の対応状況.....	68
⑥周術期口腔機能管理に関する研修会への職員の参加状況.....	68
⑦周術期口腔機能管理に関する研修会の開催予定.....	69
⑧周術期口腔機能管理を実施する上で重要なこと.....	69
(4) 周術期口腔機能管理を実施していない施設における理由・今後の意向等.....	70
①周術期口腔機能管理を実施していない理由.....	70
②周術期口腔機能管理の今後の実施意向.....	71
3. 患者調査の結果.....	72
(1) 患者の基本属性.....	72
①調査票の記入者.....	72
②性別.....	73
③年齢.....	73
(2) 周術期口腔機能管理の利用状況等.....	74
①周術期口腔機能管理の認知度.....	74
②周術期口腔機能管理を知ったきっかけ.....	75

③周術期口腔機能管理を受けたきっかけ .....	76
④歯科以外の病気における状況.....	77
⑤周術期口腔機能管理を受けている頻度 .....	78
⑥周術期口腔機能管理の担当者.....	79
⑦周術期口腔機能管理を受けた満足度.....	80
⑧周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化.....	81
⑨周術期口腔機能管理に関する説明文書の受取の有無等 .....	84
⑩周術期口腔機能管理の重要性.....	87

# I. 調査の概要

## 1. 目的

- ・ 歯科医師等による周術期等の口腔機能管理の実施状況の把握
- ・ 歯科医療機関と医科診療科との連携状況の把握
- ・ 歯科医師等による周術期等の口腔機能管理実施の効果の把握

## 2. 調査対象

本調査では、以下の3種類の調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

### ① 歯科医療機関調査

- ・ 以下のⅠ・Ⅱ・Ⅲに該当する保険医療機関
  - Ⅰ 周術期口腔機能管理料を算定している医療機関（悉皆、718施設）
  - Ⅱ 医科歯科を併設している病院（Ⅰを除く）（抽出、500施設）
  - Ⅲ 歯科治療総合医療管理料の施設基準の届出をしている歯科診療所（Ⅰを除く）（抽出、1,000施設）

### ② 医科医療機関調査

- ・ 歯科が併設されていない医科病院（無作為抽出、1,000施設）。

### ③ 患者調査

- ・ 上記①ーⅠの調査対象施設において、調査期間中に当該医療機関で周術期口腔機能管理を受けた患者。1施設当たり2名（最大配付数：2名×718施設＝1,436名）。

## 3. 調査方法

- ・ 対象施設・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・ 「①歯科医療機関調査」、「②医科医療機関調査」の2種類の施設調査については、各対象施設の開設者・管理者宛に自記式調査票を郵送配布し、回答調査票は本調査事務局宛の返信用専用封筒にて回収した。
- ・ 「③患者調査」については、「①歯科医療機関調査」の対象施設を通じて、自記式調査票を対象患者に配布し、回答調査票は患者から本調査事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。
- ・ 調査実施時期は、平成25年7月11日～平成25年9月3日。

#### 4. 調査項目

##### 【調査項目】

区分	主な調査項目
① 歯科医療機関調査	<p>○施設の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設主体、施設開設時期、病院の種類</li> <li>・ 歯科関連の標榜診療科、行っている診療内容、施設基準</li> <li>・ 職員数（歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、その他）</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理の実施の有無</li> <li>・ 1 か月間の歯科外来患者総数、歯科入院患者総数、医科入院患者総数</li> <li>・ 1 か月間の算定患者数（周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）、周術期専門的口腔衛生処置）</li> <li>・ 該当患者がいなかった場合の理由、</li> <li>・ 周術期口腔機能管理料を算定した患者の原疾患等</li> <li>・ 周術期口腔機能管理計画書の策定方法、策定期間</li> <li>・ 周術期口腔機能管理の内容</li> <li>・ 周術期口腔機能管理の効果</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理の実施体制等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の有無、参加職種</li> <li>・ 周術期口腔機能管理の開始時期</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施するきっかけ、理由</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したことの有無、その内容</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施していることの患者への周知方法</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を行う医療従事者の資質向上に向けた取組内容、研修の参加者、頻度、今後の開催・受講予定</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理を実施する際の連携状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内の医科との連携による周術期口腔機能管理の実施の有無、連携診療科</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を行う上で連携している医療機関とその数、連携内容、情報共有している場合の内容</li> <li>・ 他医療機関との連携による効果</li> <li>・ 他医療機関と連携を行う上での課題</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理を実施していない理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施していない理由</li> <li>・ 今後の実施意向、実施する意向がない場合の理由</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理を実施する上での問題点・課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施する上での問題点・課題等</li> </ul>

<p>② 医科医療機関 調査</p>	<p>○施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、施設認定等の状況、標榜診療科</li> <li>・ 許可病床数、稼動病床数、病床利用率、平均在院日数</li> <li>・ 職員数（医師数、看護職員数、その他）</li> <li>・ 外来患者数（初診患者数、再診延べ患者数）</li> <li>・ 一般病棟の入院患者数（入院延べ患者数、新規入院患者数、退院患者数）、全身麻酔手術件数</li> </ul> <p>○一般病棟における入院患者に対する周術期口腔機能管理の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理の実施状況等</li> <li>・ 実施している場合の診療科別患者数</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけ</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施する歯科医療機関との連携内容、歯科医師の対応状況</li> <li>・ 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施することの効果</li> <li>・ 周術期口腔機能管理に関する研修会への職員参加の有無、参加頻度、今後の参加予定</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施する上で重要なこと</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理を実施していない理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施していない理由</li> <li>・ 今後の実施意向</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を実施する上での課題等</li> </ul>
<p>③ 患者調査</p>	<p>○属性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別、年齢、居住地</li> </ul> <p>○周術期口腔機能管理の認知度・評価等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周術期口腔機能管理の認知度、知ったきっかけ</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を受けたきっかけ</li> <li>・ 歯科以外の病気</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を受けている頻度</li> <li>・ 周術期口腔機能管理の実施者</li> <li>・ 周術期口腔機能管理に対する満足度、不満の場合の理由</li> <li>・ 周術期口腔機能管理を受けたことによる身体状況の変化等</li> <li>・ 文書による情報提供の有無、内容のわかりやすさ、有用だった情報</li> <li>・ 周術期口腔機能管理の重要性 / 等</li> </ul>

## Ⅱ. 調査の結果

### 1. 回収結果

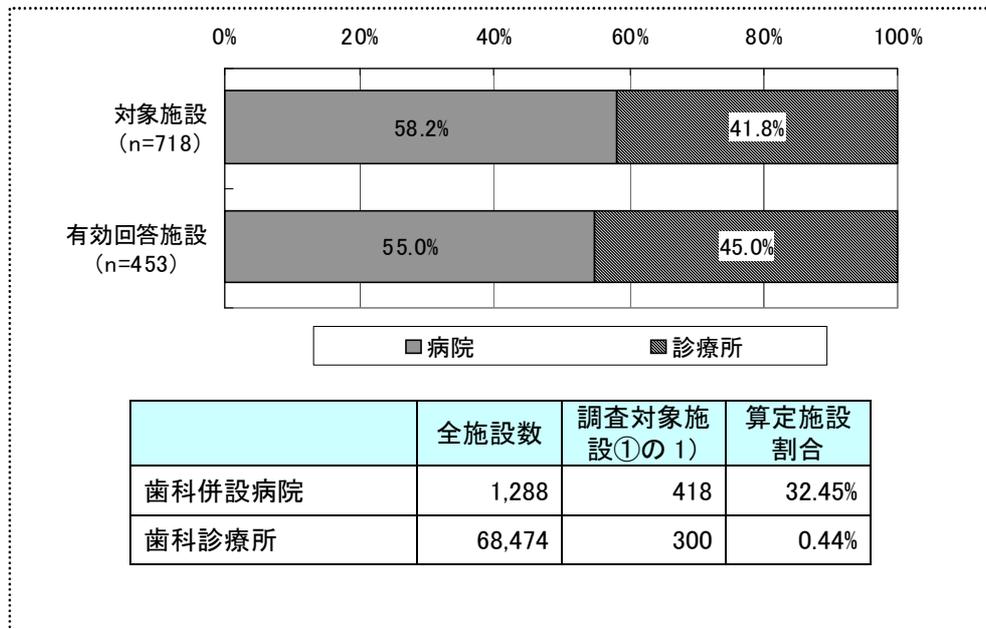
図表 1 回収の状況

	対象数	有効回答数	有効回答率
①歯科医療機関調査	2,218	1,351	60.9%
1)周術期口腔機能管理料算定施設	718	453	63.1%
2)医科歯科併設の病院(1)を除く)	500	239	47.8%
3)歯科診療所(1)を除く)	1,000	659	65.9%
②医科医療機関調査	948* <sup>1</sup>	313	33.0%
③患者調査	—* <sup>2</sup>	259	—* <sup>2</sup>

\*1 医科医療機関調査は 1,000 施設を調査対象と調査票を発送したが、このうち、歯科を有することが判明した保険医療機関 52 施設を集計対象外とした。

\*2 患者調査の対象は調査期間中に当該医療機関で周術期口腔機能管理を受けた患者であるが、当該患者の有無に関わらず、過去に周術期口腔機能管理料の算定実績のある施設(図表中①の1))を通じて患者票を配布した。このため、対象患者へ配布された枚数を把握できないため、対象数及び有効回答率は「—」とした。

(ご参考)周術期口腔機能管理料算定施設(「対象施設」はアンケート発送時の算定施設)



## 2. 歯科医療機関調査の結果

### 【調査対象等】

調査対象：①「周術期口腔機能管理料」を算定している施設（悉皆、718施設）  
②医科歯科併設病院（①を除く）（抽出、500施設）  
③「歯科治療総合医療管理料」の施設基準の届出をしている歯科診療所（抽出、1,000施設）

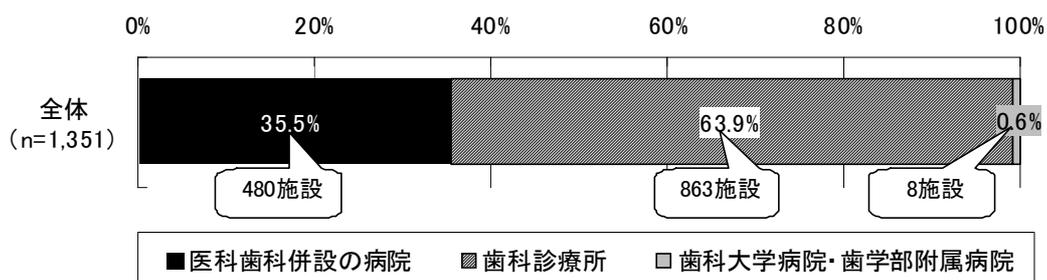
回答数：1,351施設

回答者：管理者

### （1）施設の概要

#### ①施設の種類

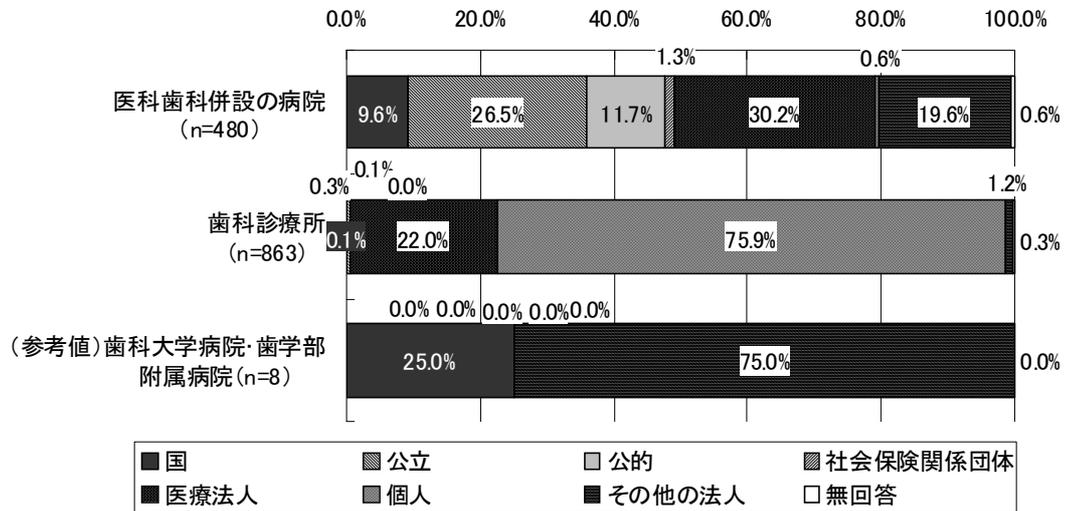
図表 2 施設の種類



(注)「医科歯科併設の病院」には歯学部附属病院は含まれない。

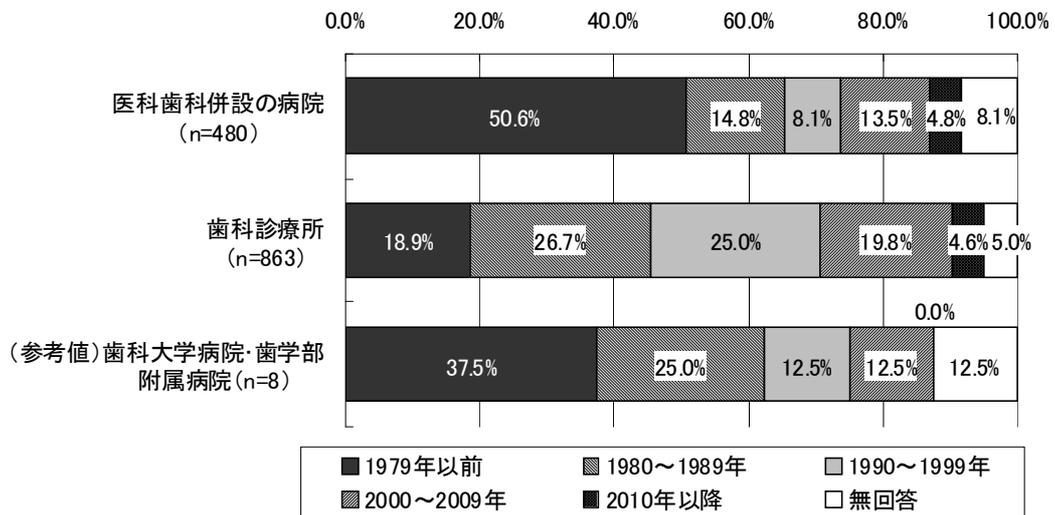
②開設主体

図表 3 開設主体



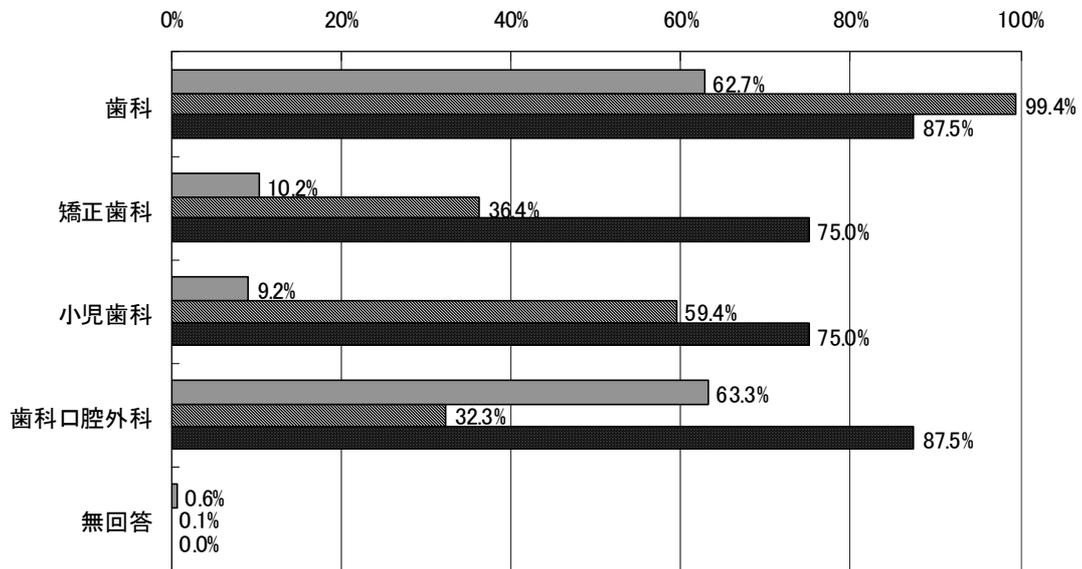
③開設時期

図表 4 開設時期



④ 歯科関連の標榜診療科

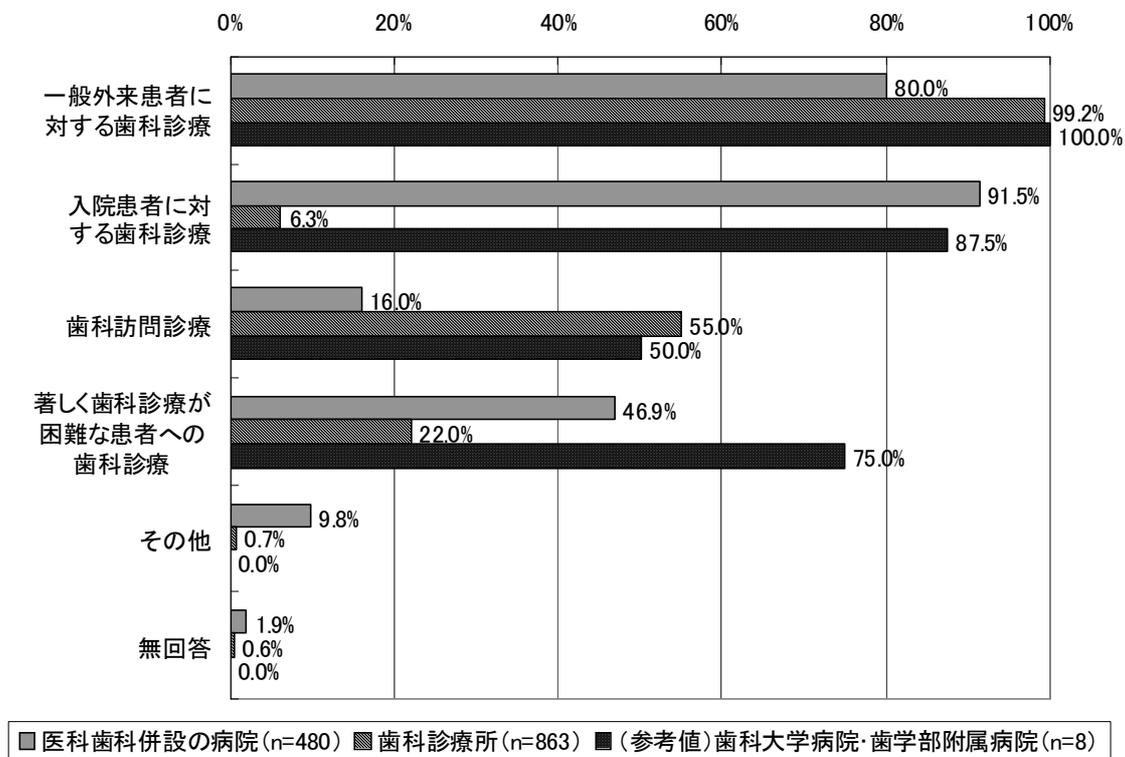
図表 5 歯科関連の標榜診療科（複数回答）



■ 医科歯科併設の病院 (n=480) ■ 歯科診療所 (n=863) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=8)

⑤行っている診療内容

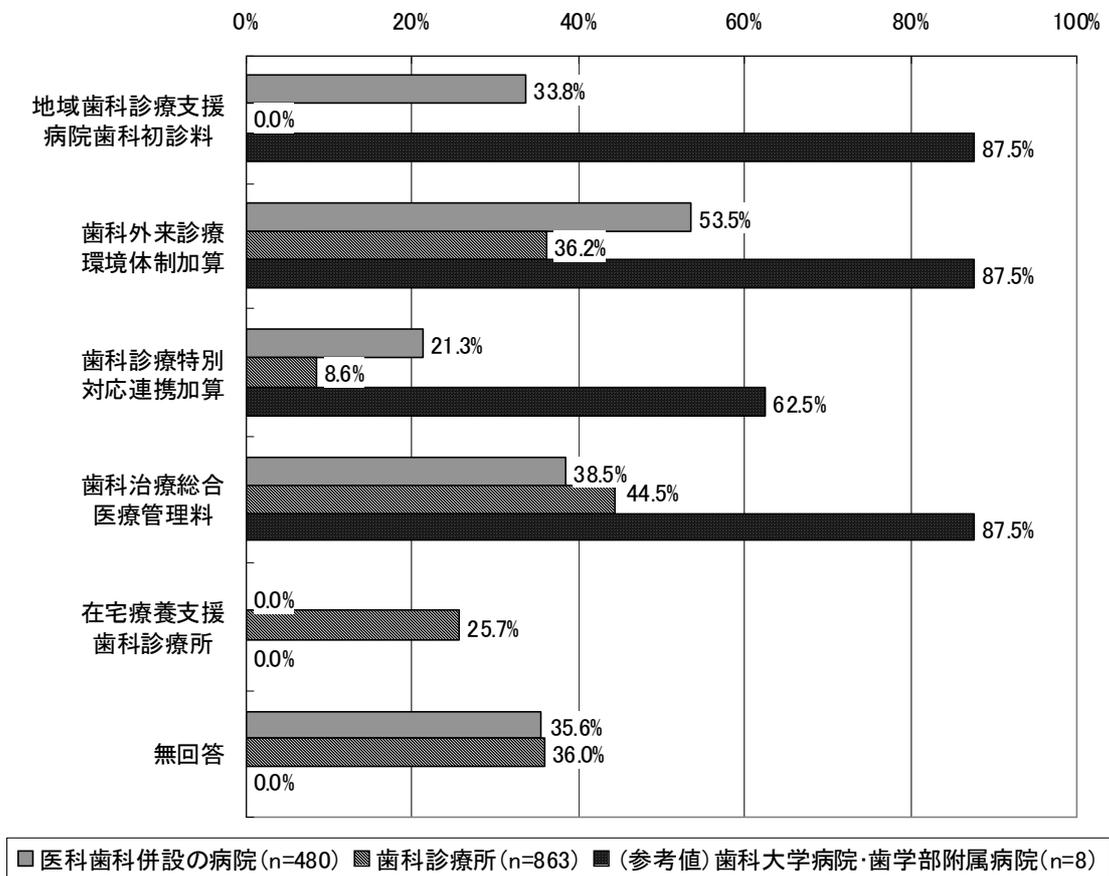
図表 6 行っている診療内容（複数回答）



(注) 「著しく歯科診療が困難な患者への歯科診療」とは、基本診療料に係る「歯科診療特別対応加算」の算定対象となるものを指す。

⑥施設基準の届出のあるもの

図表 7 施設基準の届出のあるもの（複数回答）



⑦ 歯科診療科の医療関係職種の職員数

図表 8 歯科診療科の医療関係職種の職員数（常勤換算、1施設あたり）  
 < 医科歯科併設の病院、n=439 >

（単位：人）

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
歯科医師	5.4	18.8	2.0	2.0	9.5	0.1
歯科衛生士	2.9	3.6	2.0	0.7	1.3	0.0
歯科技工士	0.6	1.4	0.0	0.0	0.2	0.0
その他	1.3	5.2	0.0	0.2	0.7	0.0
合計	10.2	25.2	5.0	2.9	10.5	1.0

（注）すべての項目について記入のあった 439 施設を集計対象とした。

図表 9 歯科診療科の医療関係職種の職員数（常勤換算、1施設あたり）  
 < 歯科診療所、n=855 >

（単位：人）

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
歯科医師	1.6	1.1	1.0	0.4	0.9	0.0
歯科衛生士	2.0	2.2	2.0	0.7	1.2	0.0
歯科技工士	0.3	0.8	0.0	0.0	0.1	0.0
その他	1.7	1.9	1.0	0.5	1.1	0.0
合計	5.7	4.7	5.0	1.7	2.3	1.0

（注）すべての項目について記入のあった 855 施設を集計対象とした。

図表 10 歯科診療科の医療関係職種の職員数（常勤換算、1施設あたり）  
 <（参考値）歯科大学病院・歯学部附属病院、n=7 >

（単位：人）

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
歯科医師	75.7	60.8	70.0	27.3	59.1	3.7
歯科衛生士	17.1	16.7	11.0	2.1	2.9	0.8
歯科技工士	5.0	4.1	8.0	0.4	1.1	0.0
その他	39.3	30.8	47.0	4.5	6.5	0.5
合計	137.1	95.7	162.0	34.3	66.8	8.0

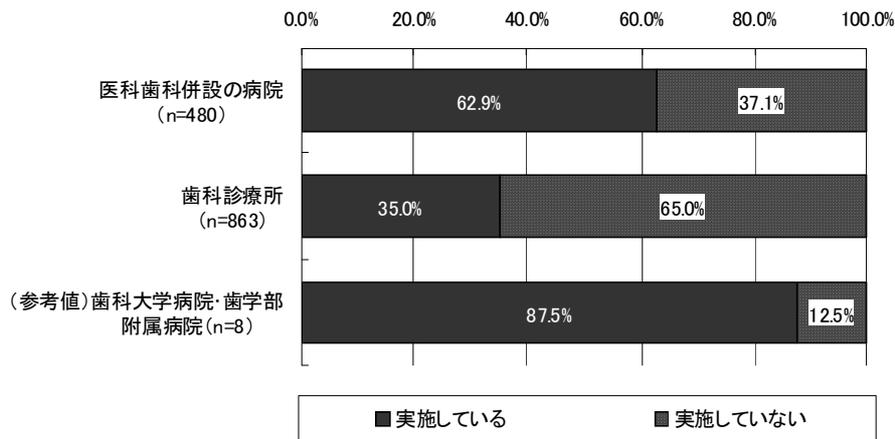
（注）すべての項目について記入のあった 7 施設を集計対象とした。

## (2) 周術期口腔機能管理の実施状況等

本調査では、「周術期口腔機能管理」とは、周術期等（手術の前後の期間、または放射線治療・化学療法の治療中、もしくはそれらによる急性症状が寛解するまでの期間）における口腔疾患の治療や口腔管理を含めた総合的な歯科診療を指す。

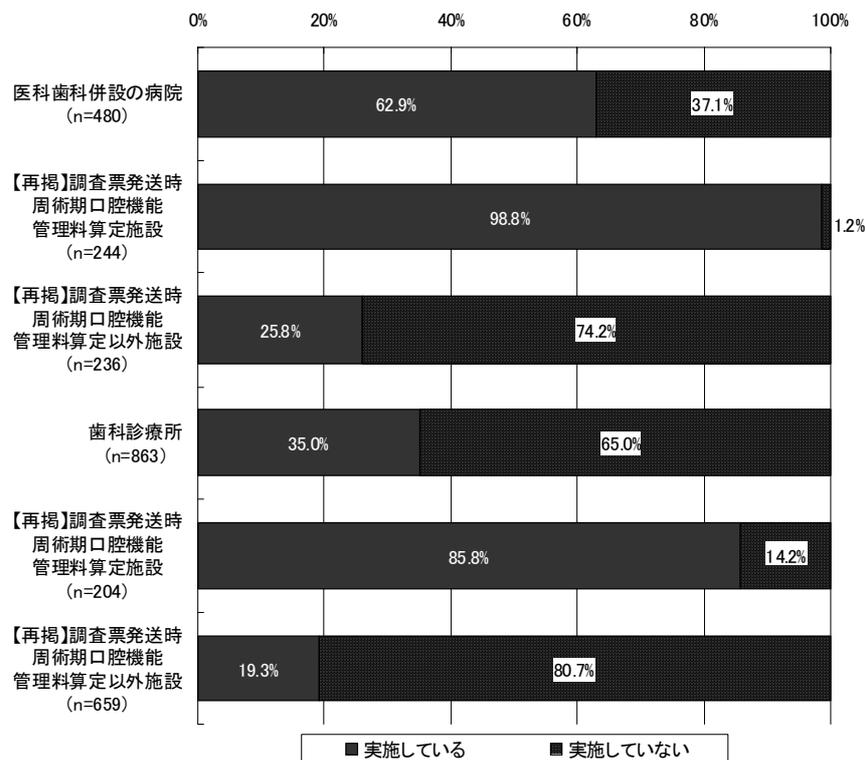
### ①周術期口腔機能管理の実施状況

図表 11 周術期口腔機能管理の実施状況



(注) 外来患者や入院患者（他医療機関の入院患者を含む）に対する周術期口腔機能管理の実施状況。ここでは、診療報酬の算定の有無に関わらず、実施の有無を尋ねた。

(参考)



②患者数（周術期口腔機能管理実施施設）

1) 歯科外来患者総数

図表 12 1 か月間の歯科外来患者総数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	289	1,233.0	1,994.8	817.0
歯科診療所	268	531.5	563.0	410.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	7	11,930.1	6,779.2	10,867.0

（注）歯科外来患者総数＝初診患者＋再診患者延べ人数。

2) 歯科入院患者総数（病院のみ）

図表 13 1 か月間の歯科入院患者総数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	274	21.8	61.3	9.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	7	191.3	373.8	60.0

（注）歯科入院患者総数とは、平成 25 年 6 月 1 か月間の新規入院患者数を指す。

3) 医科入院患者総数（医科歯科併設病院のみ）

図表 14 1 か月間の医科入院患者総数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	269	1,448.3	3,005.6	824.0

（注）医科入院患者総数とは、平成 25 年 6 月 1 か月間の新規入院患者数を指す。

③周術期口腔機能管理料等の算定患者数（周術期口腔機能管理実施施設）

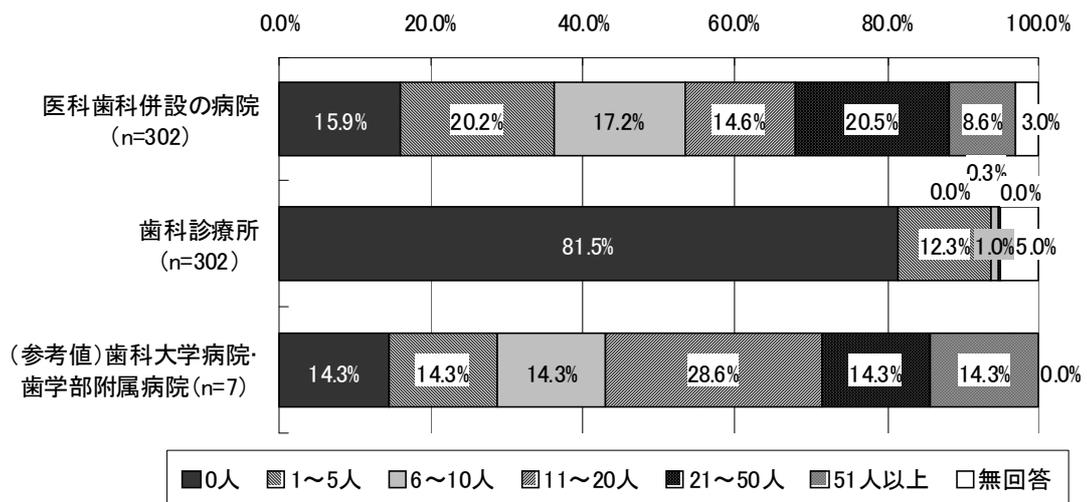
1) 周術期口腔機能管理計画策定料の算定患者数

図表 15 1 か月間における周術期口腔機能管理計画策定料の算定患者数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	293	17.8	24.5	8.0
歯科診療所	287	0.4	1.4	0.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	7	25.0	39.3	11.0

図表 16 1 か月間における周術期口腔機能管理計画策定料の算定患者数分布  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）



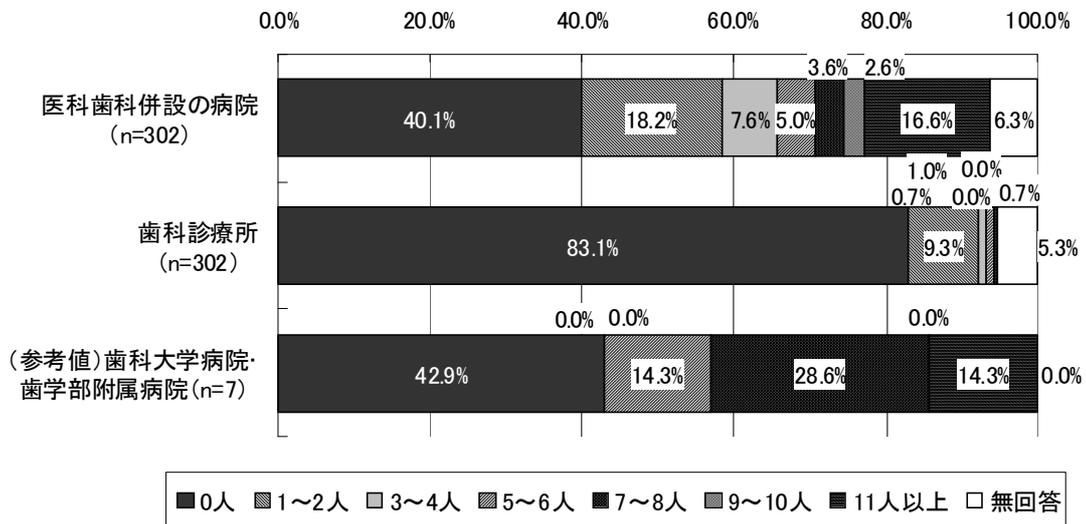
2) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）の算定患者数

図表 17 1 か月間における周術期口腔機能管理料（Ⅰ）の算定患者数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	283	5.8	11.4	1.0
歯科診療所	286	0.3	2.0	0.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	7	6.4	8.2	6.0

図表 18 1 か月間における周術期口腔機能管理料（Ⅰ）の算定患者数分布  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）



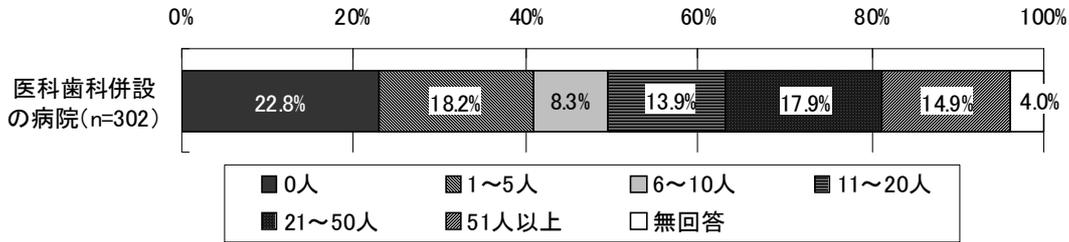
3) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）の算定患者数

図表 19 1 か月間における周術期口腔機能管理料（Ⅱ）の算定患者数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	290	23.3	34.0	9.0

図表 20 1 か月間における周術期口腔機能管理料（Ⅱ）の算定患者数分布  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）

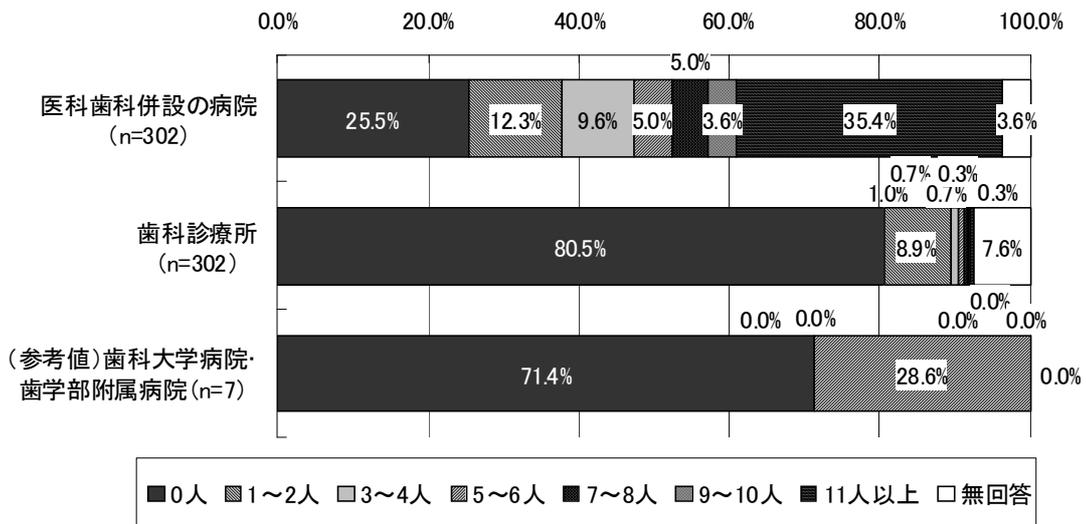


4) 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）の算定患者数

図表 21 1 か月間における周術期口腔機能管理料（Ⅲ）の算定患者数  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）  
（単位：人）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	291	14.1	28.4	5.0
歯科診療所	279	0.4	2.3	0.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	7	1.6	2.7	0.0

図表 22 1 か月間における周術期口腔機能管理料（Ⅲ）の算定患者数分布  
（周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月）



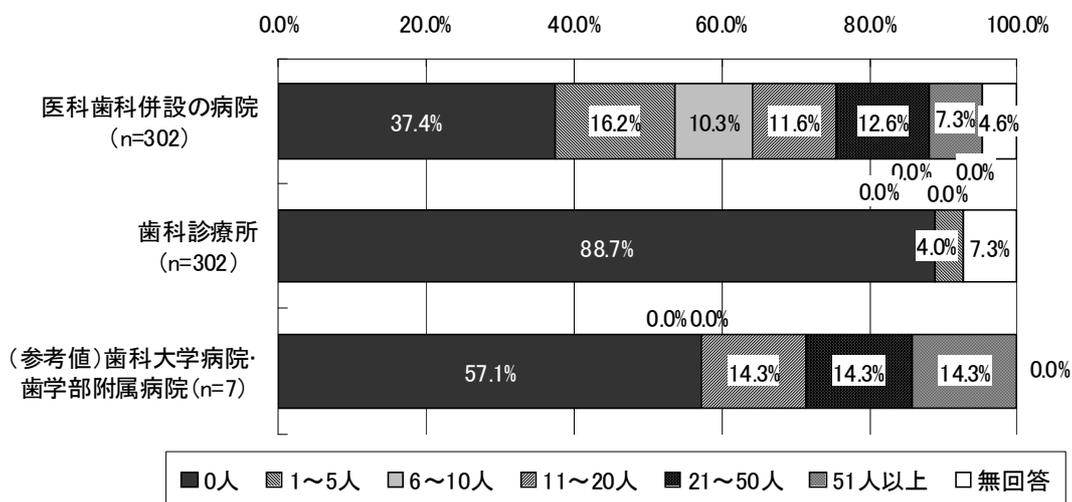
5) 周術期専門的口腔衛生処置の算定患者数

図表 23 1 か月間における周術期専門的口腔衛生処置の算定患者数  
(周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月)

(単位：人)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
医科歯科併設の病院	288	13.3	22.5	2.5
歯科診療所	280	0.1	0.5	0.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	7	19.9	35.4	0.0

図表 24 1 か月間における周術期専門的口腔衛生処置の算定患者数分布  
(周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月)

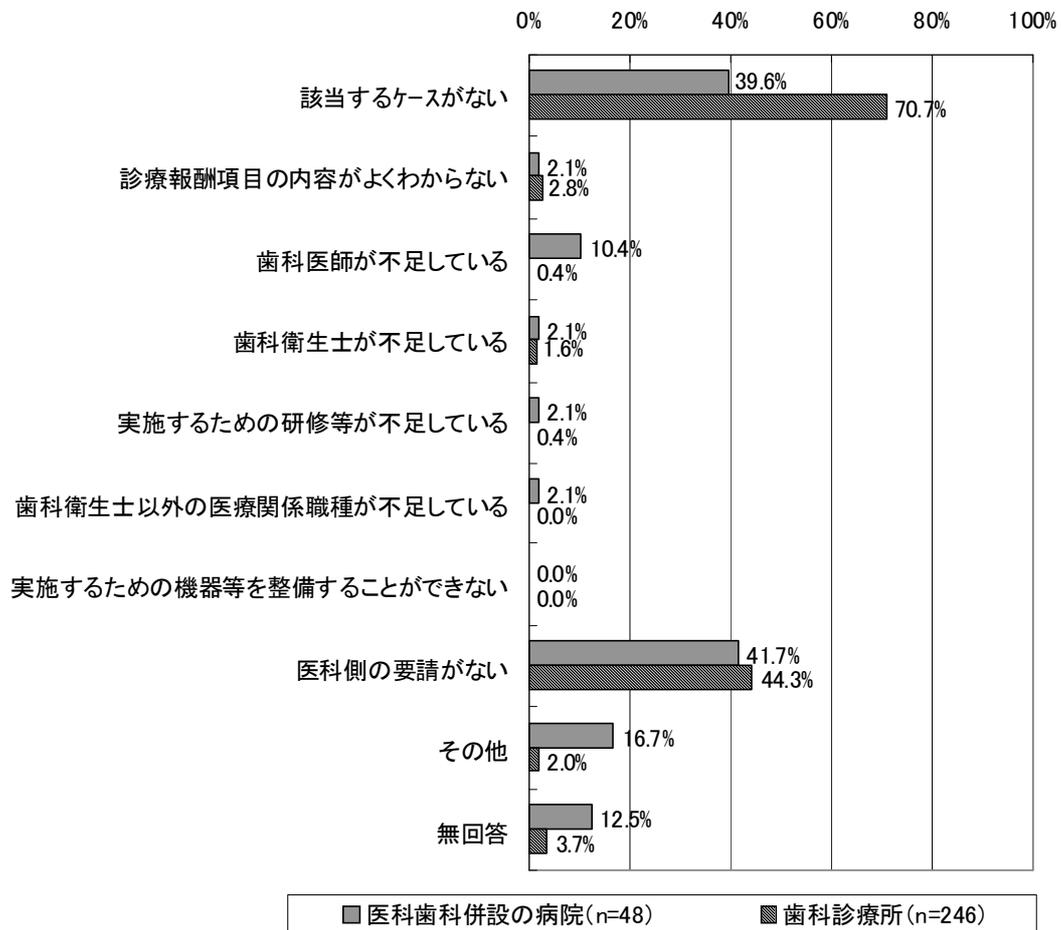


④周術期口腔機能管理料等の算定実績がなかった理由（周術期口腔機能管理実施施設）

1) 周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績がなかった理由

図表 25 周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績がなかった理由

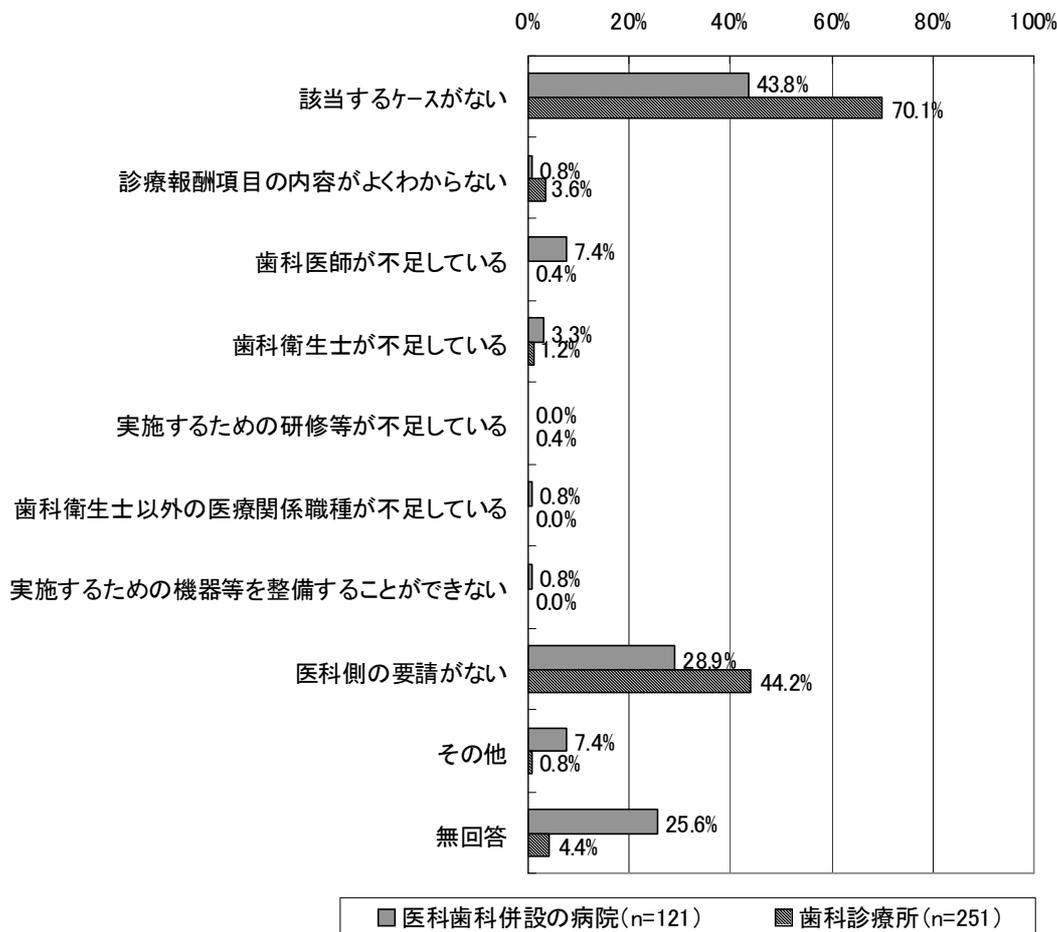
（平成 25 年 6 月 1 か月間における算定実績がなかった施設、複数回答）



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では、算定実績がない施設が 1 施設あったが、「該当するケースがなかった」、「医科側の要請がない」が各 1 件であった。

2) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）の算定実績がなかった理由

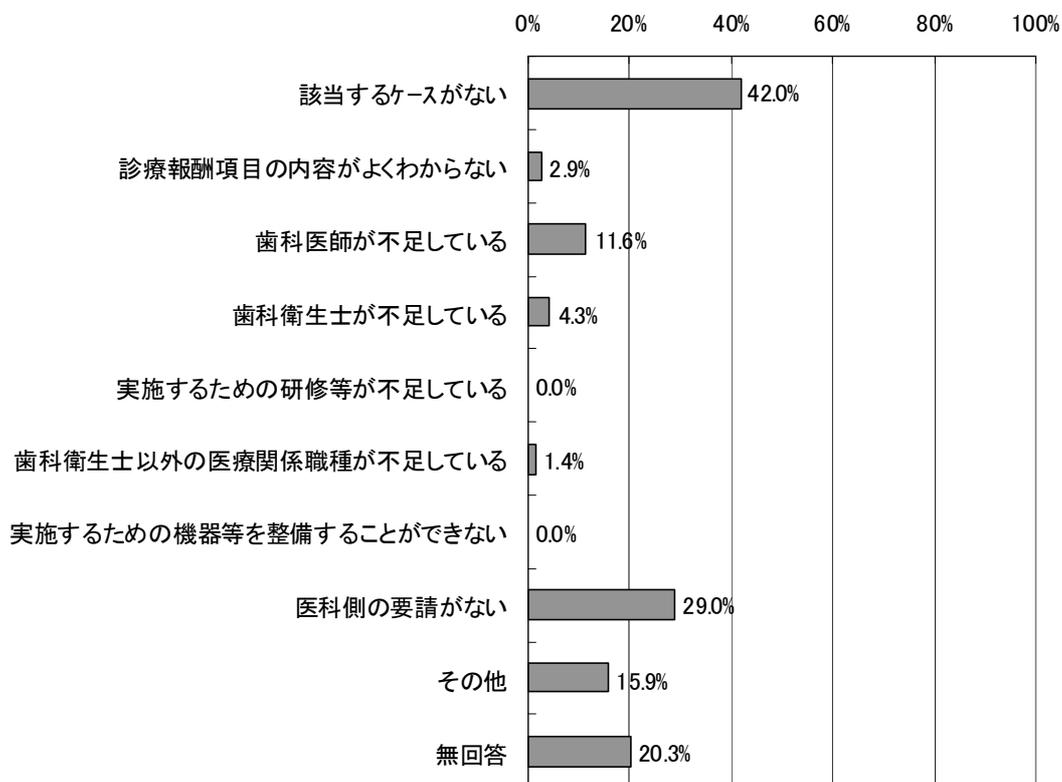
図表 26 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）の算定実績がなかった理由  
 （平成 25 年 6 月 1 か月間における算定実績がなかった施設、複数回答）



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では、算定実績がない施設が 3 施設あったが、「該当するケースがなかった」、「医科側の要請がない」が各 1 件、「その他」が 2 件であった。

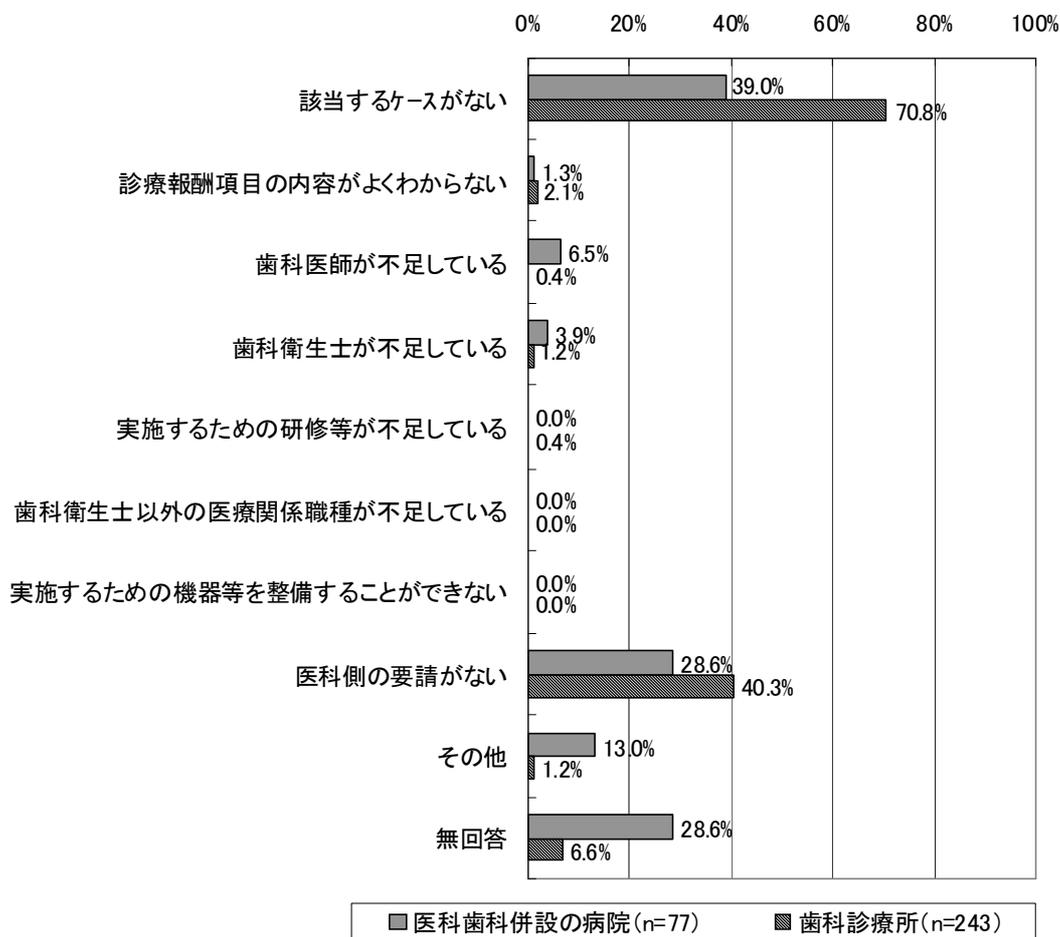
3) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）の算定実績がなかった理由

図表 27 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）の算定実績がなかった理由  
 （平成 25 年 6 月 1 か月間における算定実績がなかった施設、n=69、複数回答）



4) 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）の算定実績がなかった理由

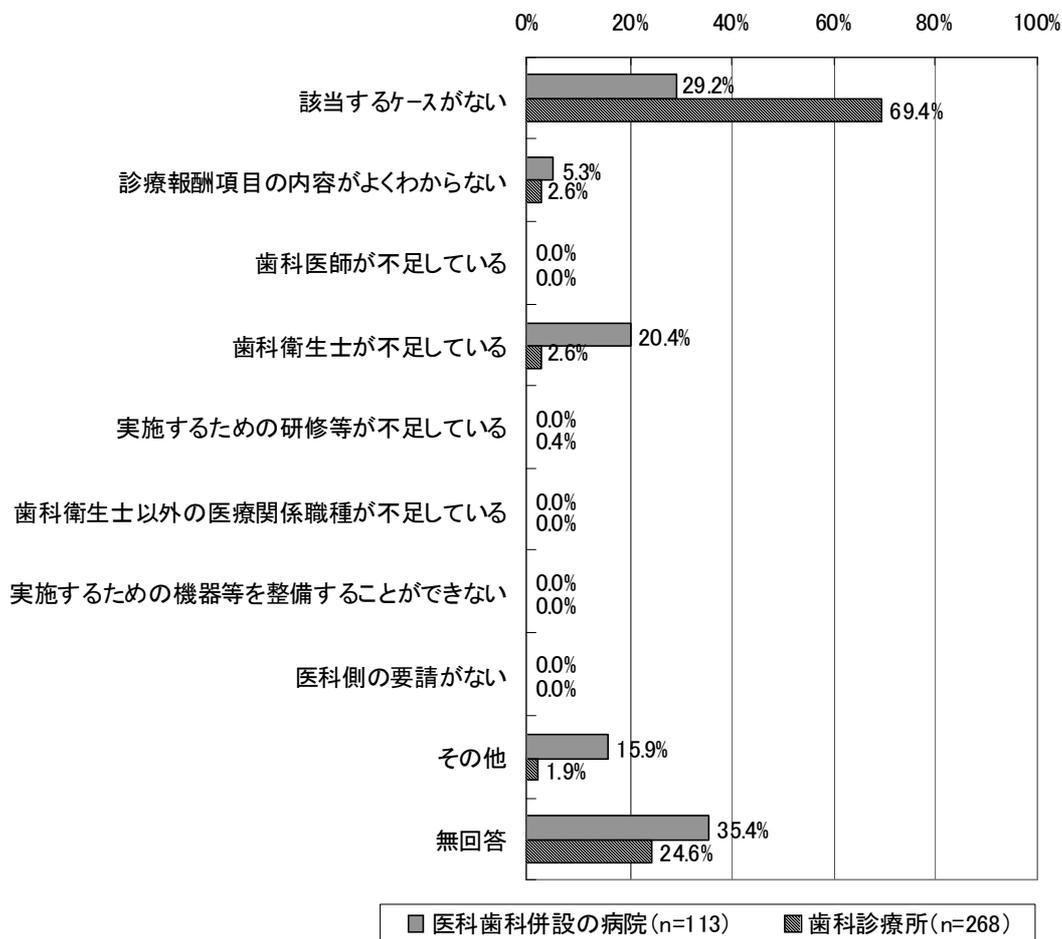
図表 28 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）の算定実績がなかった理由  
 (平成 25 年 6 月 1 か月間における算定実績がなかった施設、複数回答)



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では、算定実績がない施設が 5 施設あったが、「該当するケースがなかった」が 4 件、「医科側の要請がない」が 1 件、「その他」が 1 件であった。

5) 周術期専門的口腔衛生処置の算定実績がなかった理由

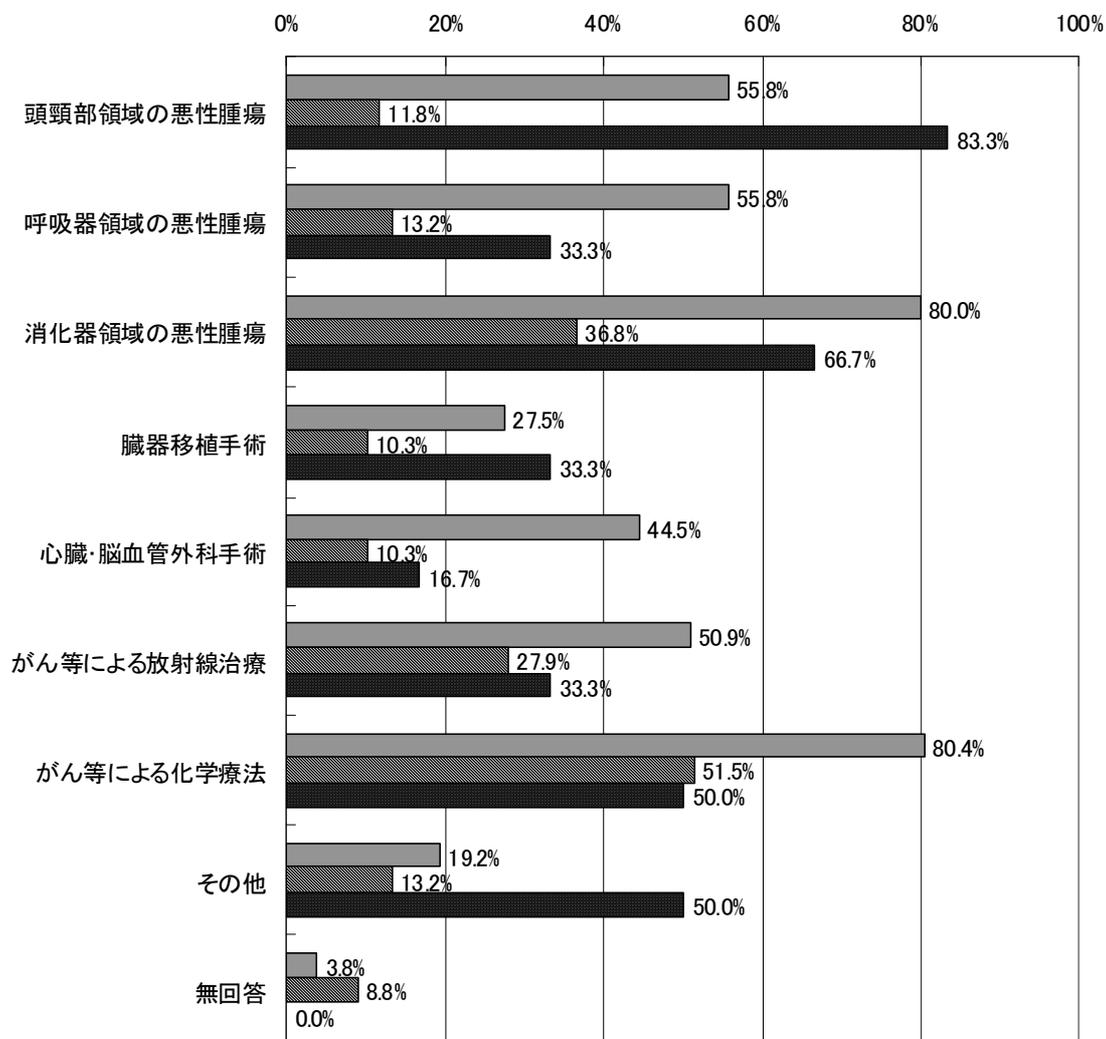
図表 29 周術期専門的口腔衛生処置の算定実績がなかった理由  
 (平成 25 年 6 月 1 か月間における算定実績がなかった施設、複数回答)



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では、算定実績がない施設が 4 施設あったが、「該当するケースがなかった」が 3 件、「歯科衛生士が不足している」が 1 件、「その他」が 1 件であった。

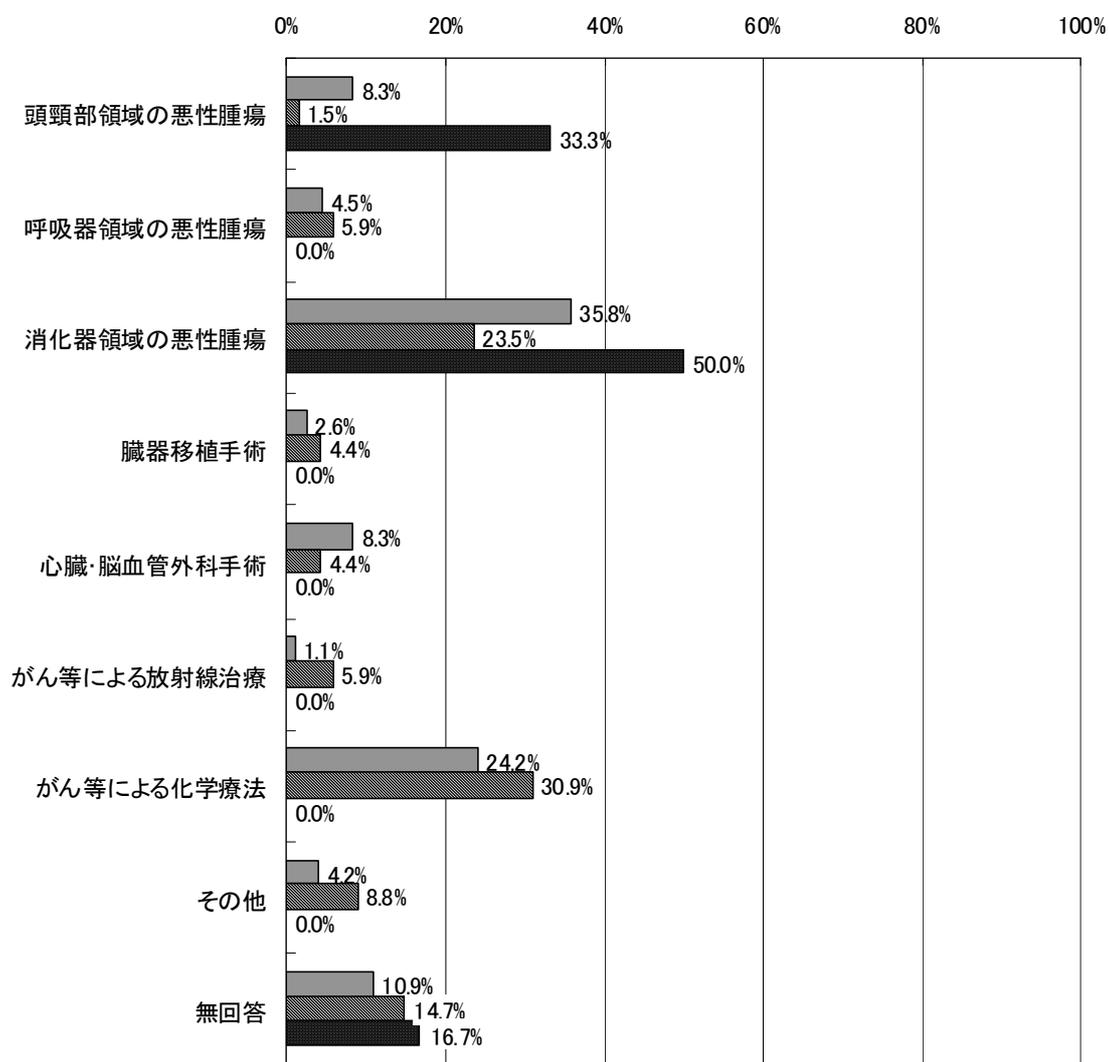
⑤周術期口腔機能管理料を算定した患者の原疾患等（周術期口腔機能管理実施施設）

図表 30 周術期口腔機能管理料を算定した患者の原疾患等  
（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）



■ 医科歯科併設の病院 (n=265) ■ 歯科診療所 (n=68) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=6)

図表 31 周術期口腔機能管理料を算定した患者の最も多い原疾患等  
 (周術期口腔機能管理実施施設、単数回答)

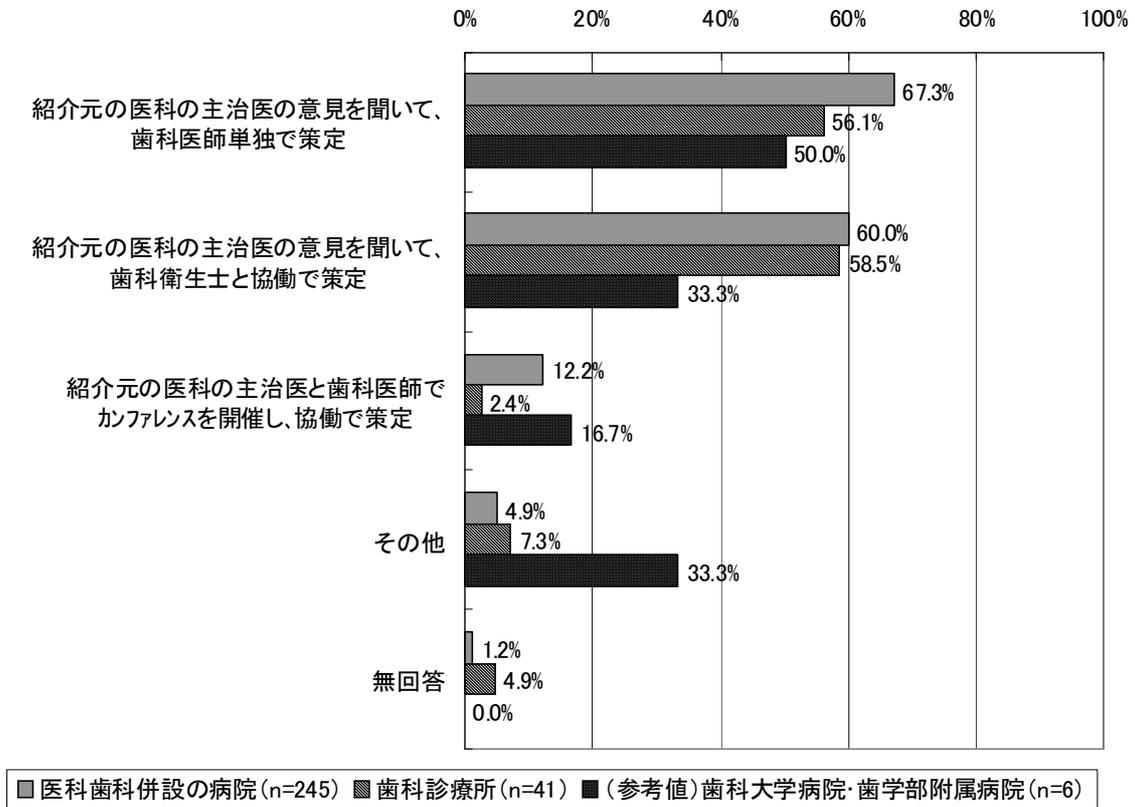


■ 医科歯科併設の病院 (n=265) ■ 歯科診療所 (n=68) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=6)

⑥周術期口腔機能管理計画書の策定方法

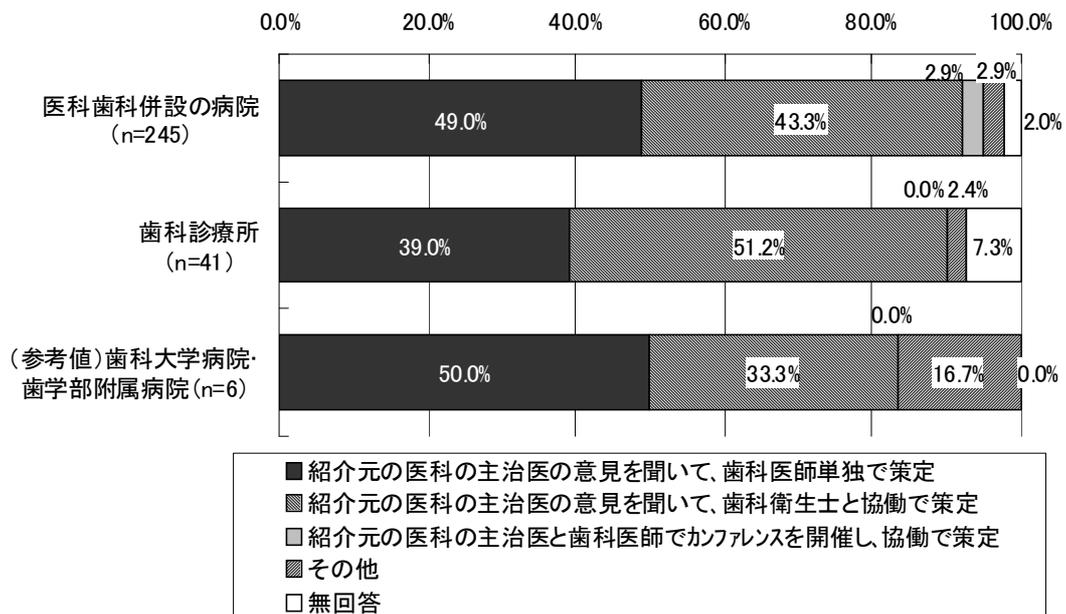
図表 32 周術期口腔機能管理計画書の策定方法

(周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績を有する施設、複数回答)



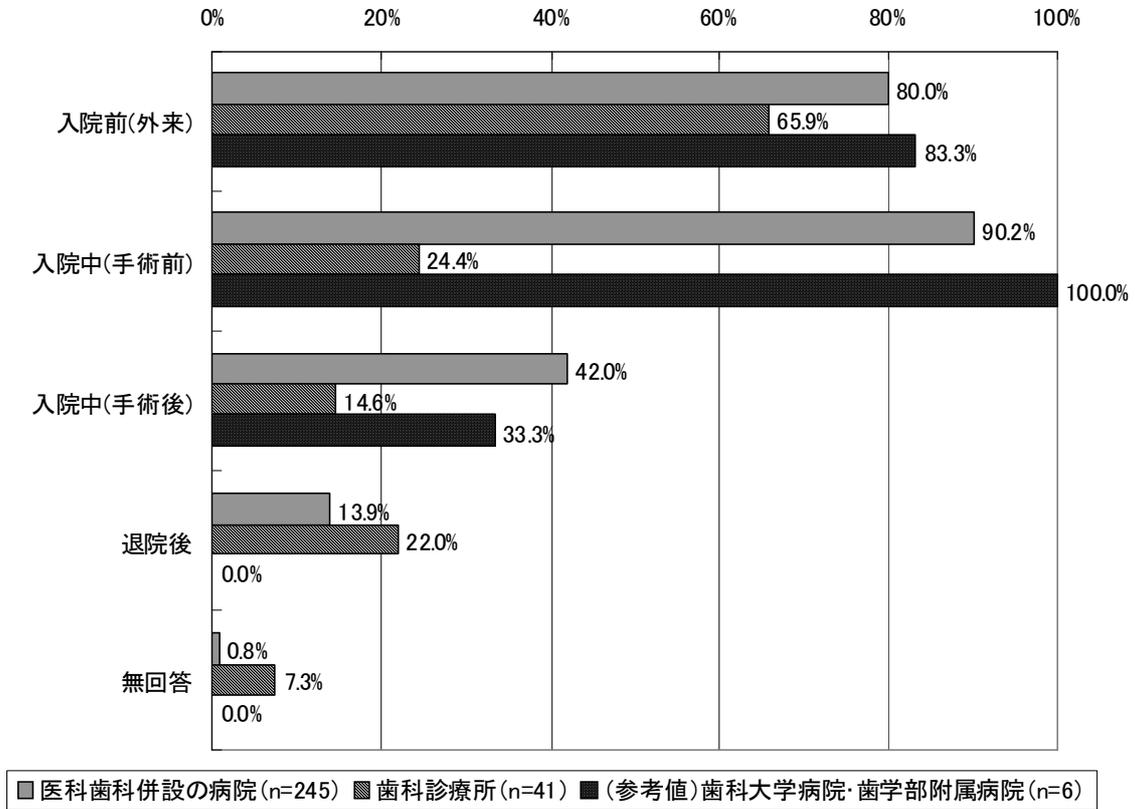
図表 33 周術期口腔機能管理計画書の策定方法で最も多いもの

(周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績を有する施設、単数回答)

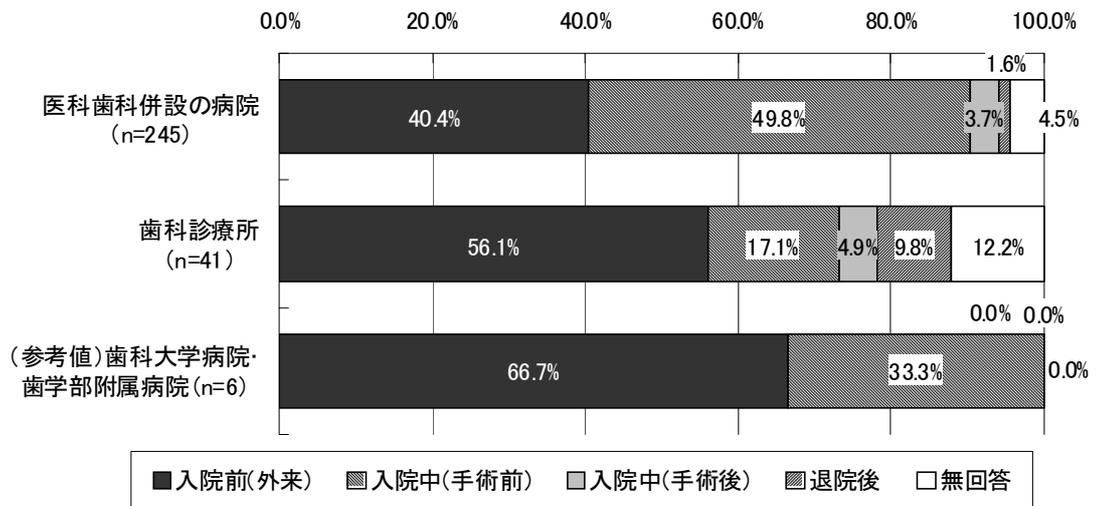


⑦周術期口腔機能管理計画書の策定期期

図表 34 周術期口腔機能管理計画書の策定期期  
(周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績を有する施設、複数回答)

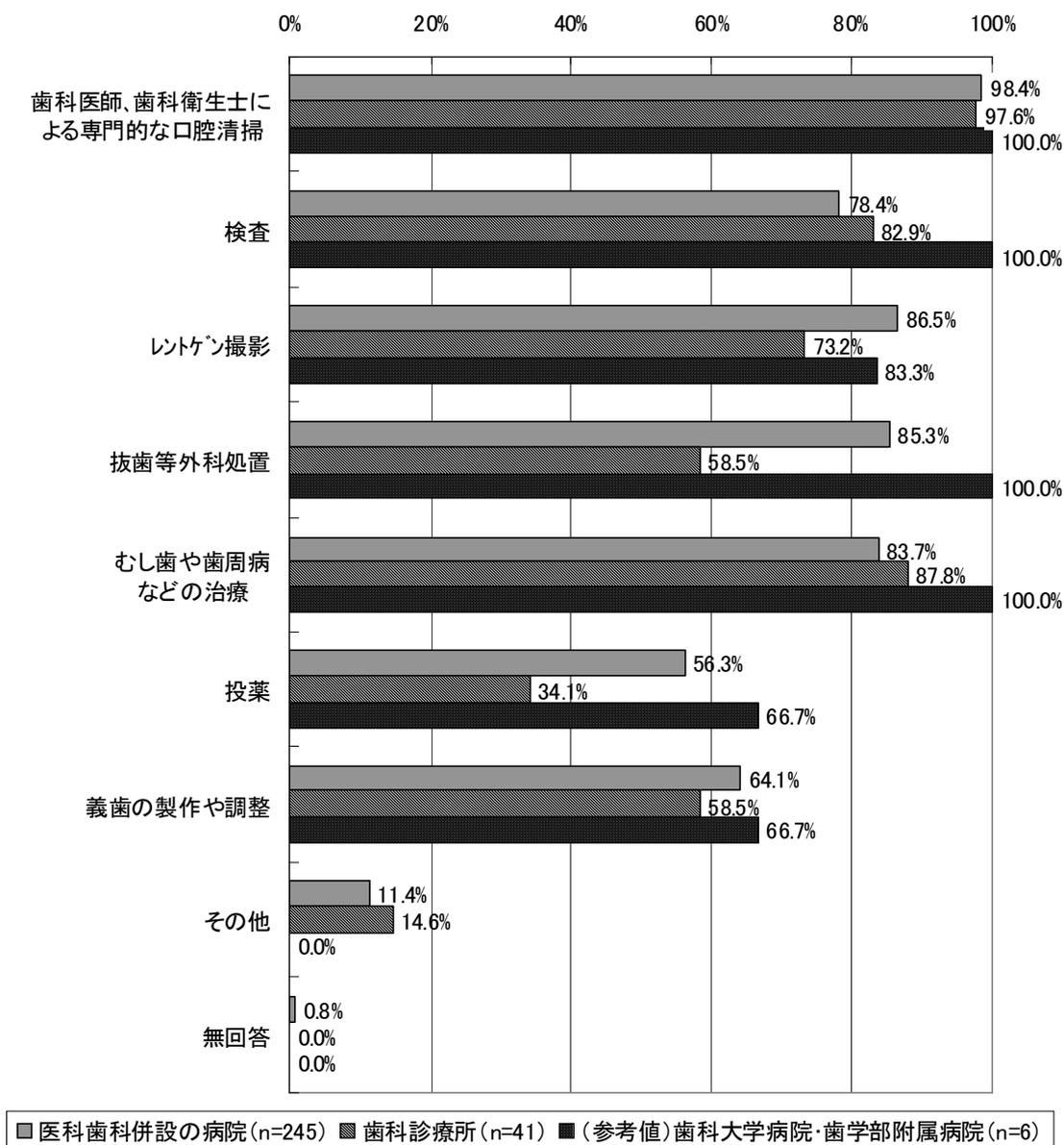


図表 35 周術期口腔機能管理計画書の策定期期で最も多いもの  
(周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績を有する施設)



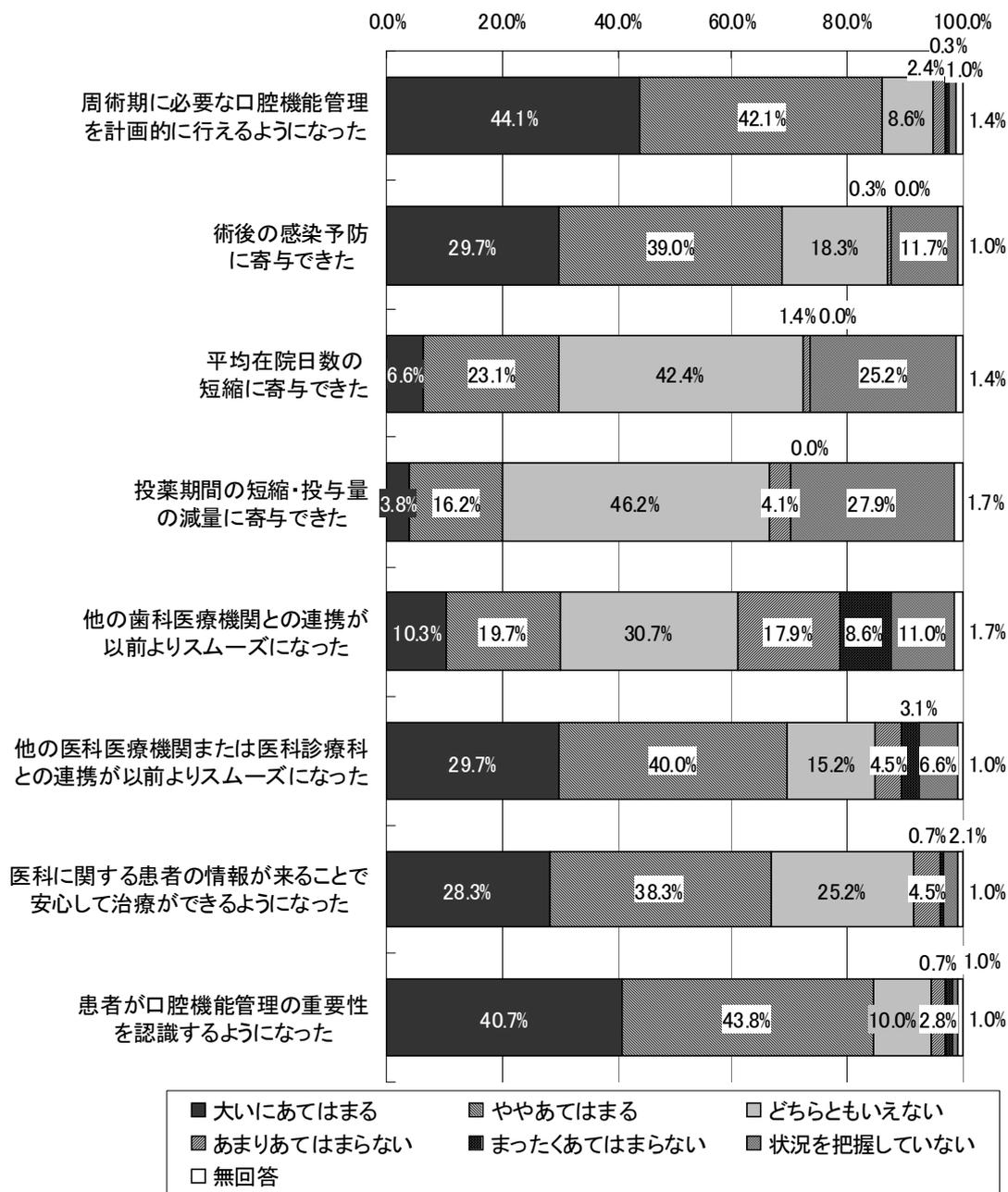
⑧周術期口腔機能管理の実施内容

図表 36 周術期口腔機能管理の実施内容  
 (周術期口腔機能管理計画策定料の算定実績を有する施設、複数回答)



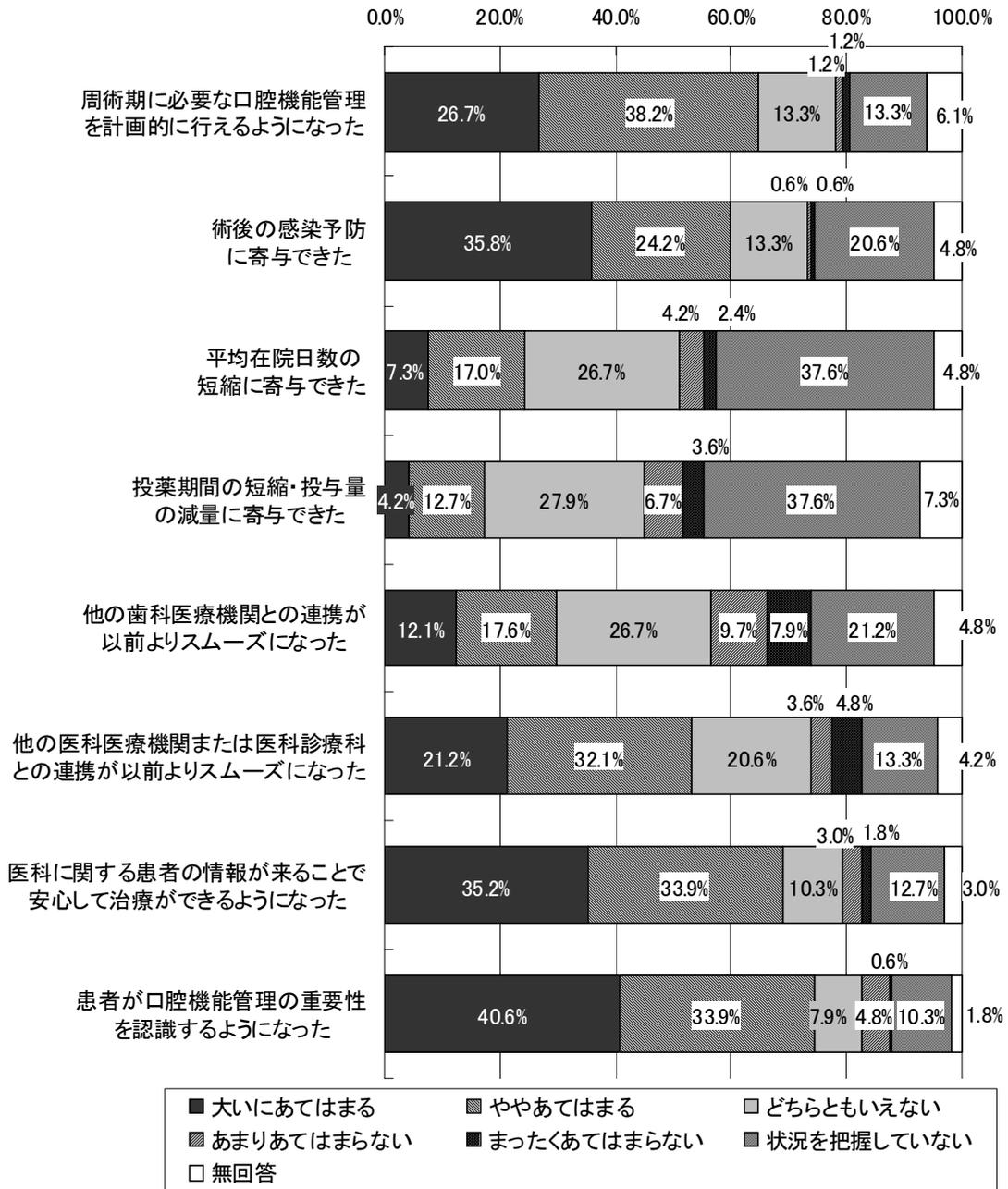
⑨周術期口腔機能管理を行うことによる効果

図表 37 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)  
 <医科歯科併設の病院、n=290>

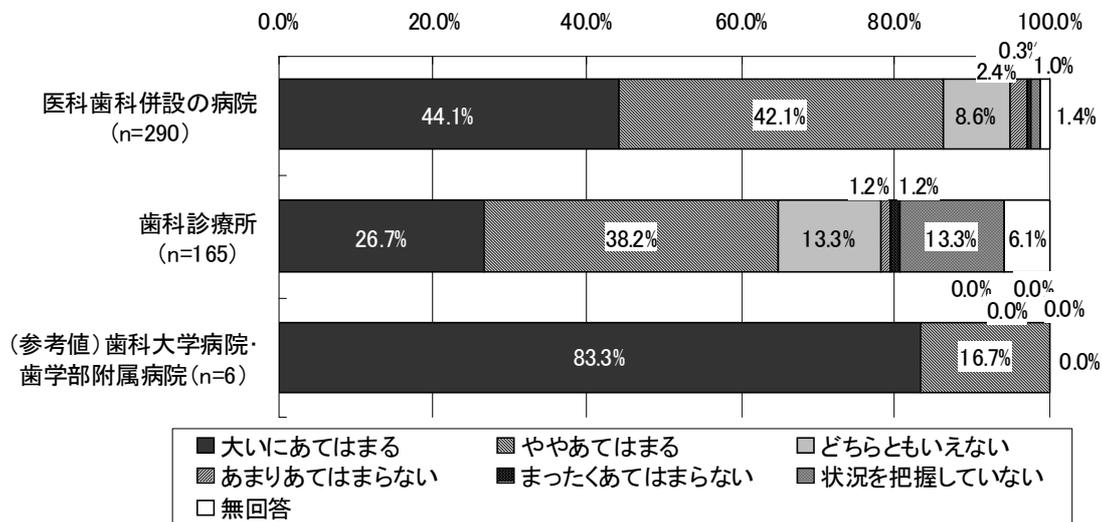


(注) すべての項目について無回答であった施設は集計対象外とした。

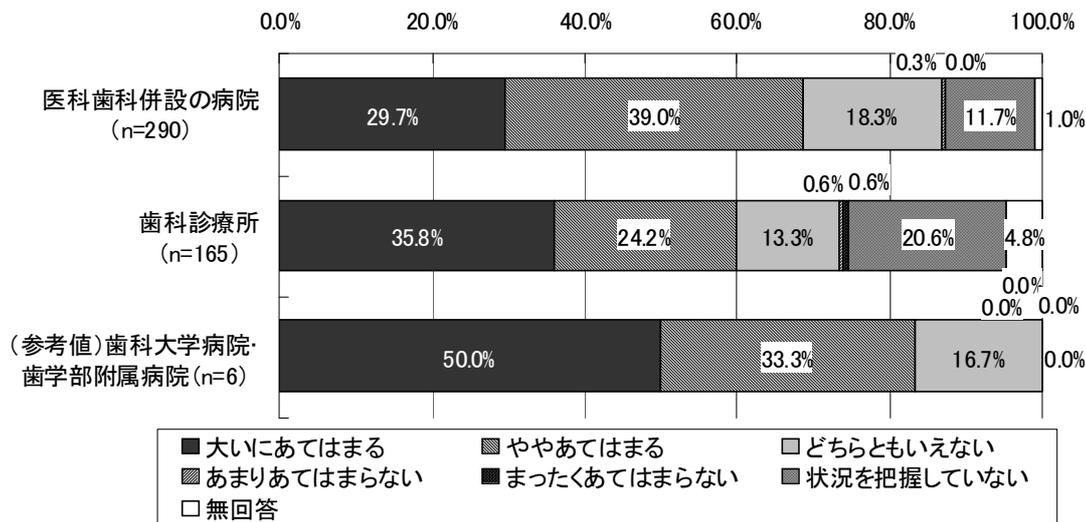
図表 38 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)  
 < 歯科診療所、n=165 >



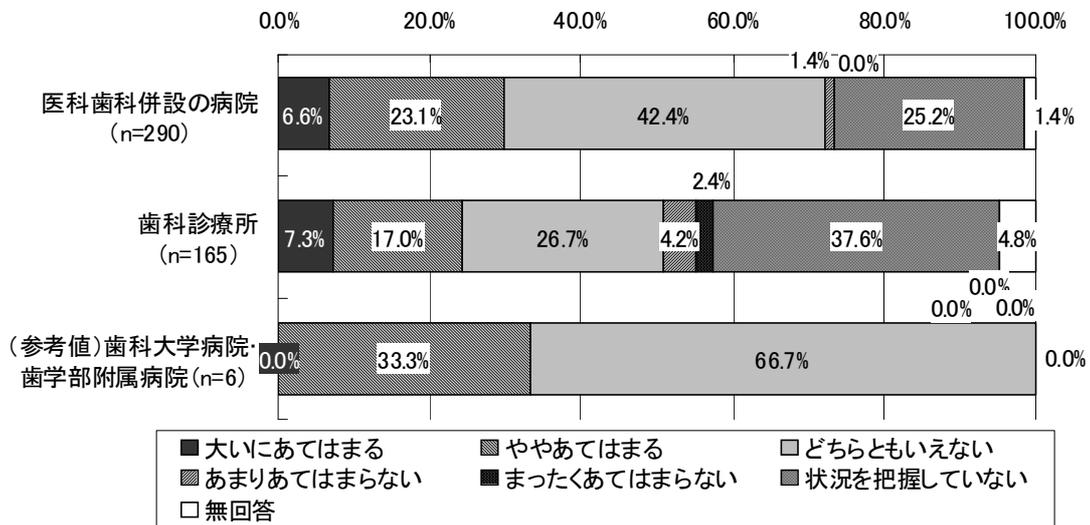
図表 39 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 ～1) 周術期に必要な口腔機能管理を計画的に行えるようになった～  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)



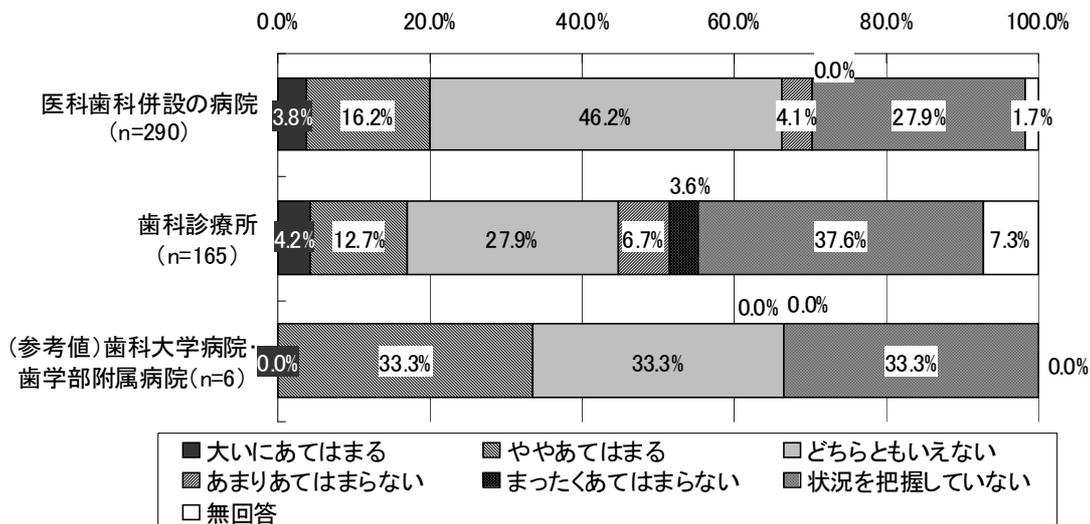
図表 40 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 ～2) 術後の感染予防に寄与できた～  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)



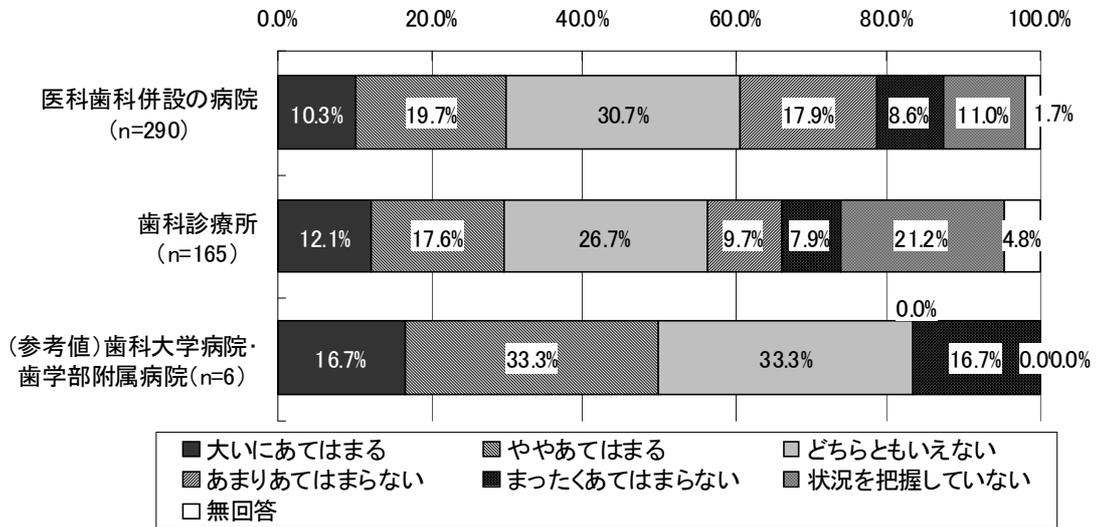
図表 41 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 ～3) 平均在院日数の短縮に寄与できた～  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)



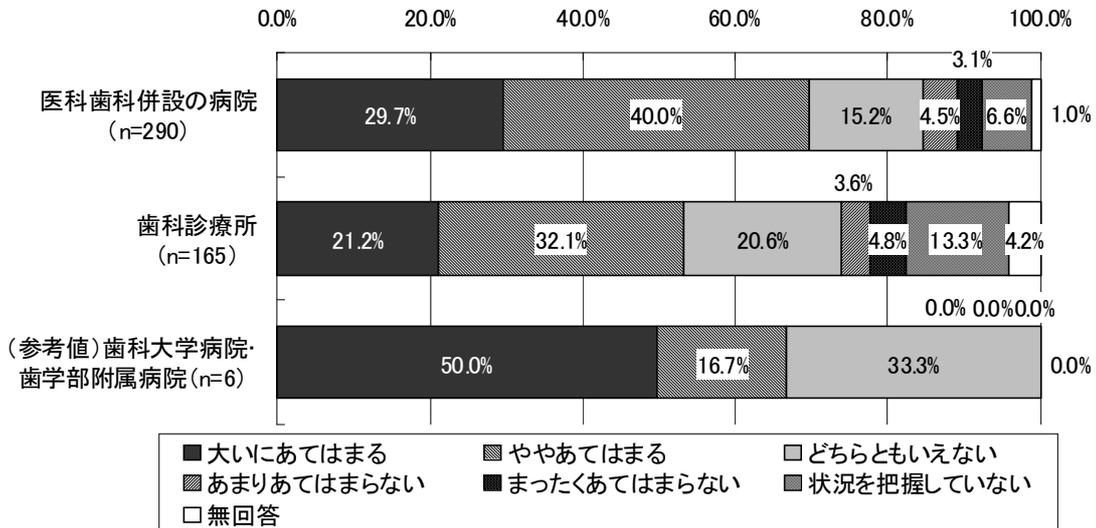
図表 42 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 ～4) 投薬期間の短縮・投与量の減量に寄与できた～  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)



図表 43 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 ~5) 他の歯科医療機関との連携が以前よりスムーズになった~  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)

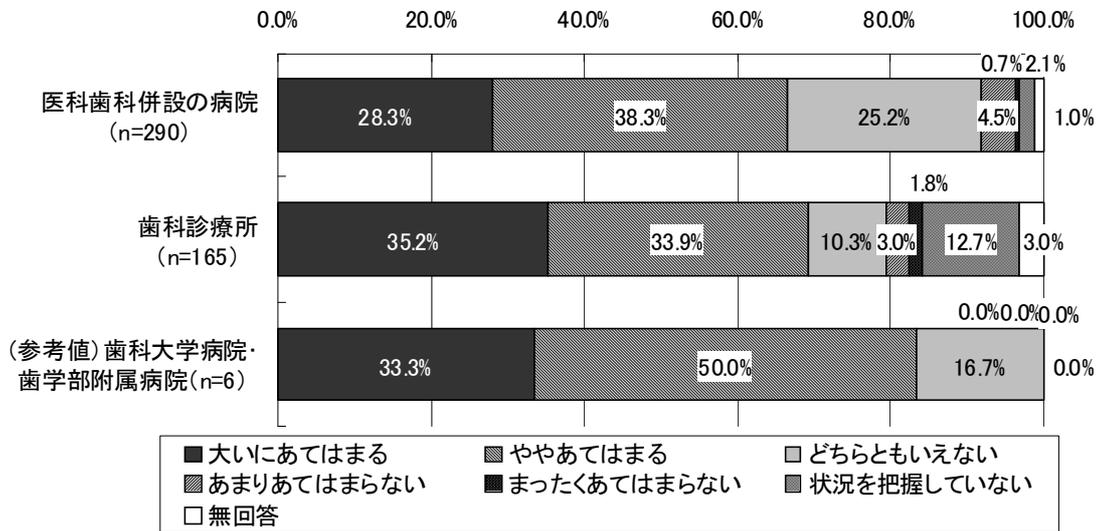


図表 44 周術期口腔機能管理を行うことによる効果  
 ~6) 他の医科医療機関または医科診療科との連携が以前よりスムーズになった~  
 (周術期口腔機能管理を実施している施設)



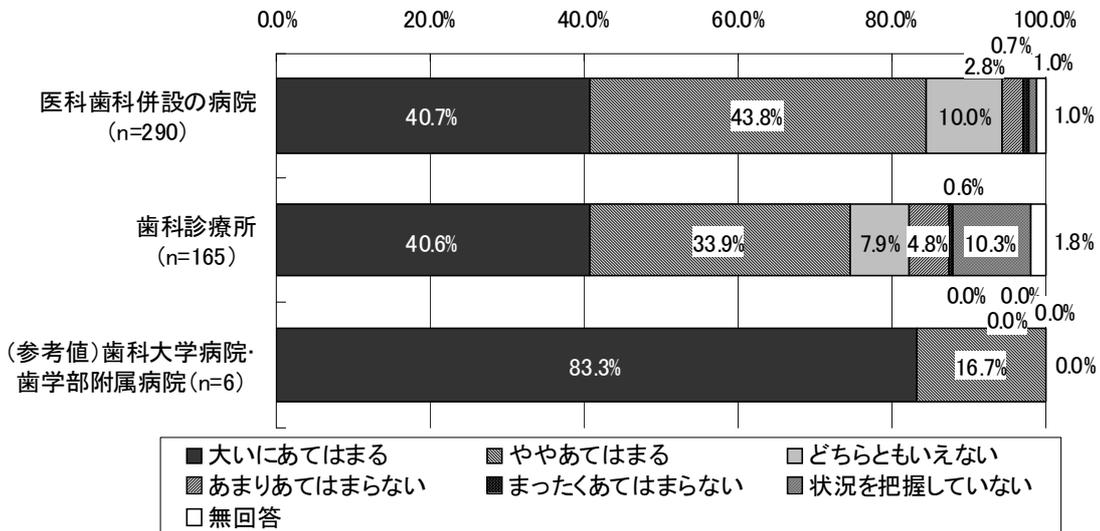
図表 45 周術期口腔機能管理を行うことによる効果

～7) 医科に関する患者の情報があることで安心して治療ができるようになった～  
(周術期口腔機能管理を実施している施設)



図表 46 周術期口腔機能管理を行うことによる効果

～8) 患者が口腔機能管理の重要性を認識するようになった～  
(周術期口腔機能管理を実施している施設)

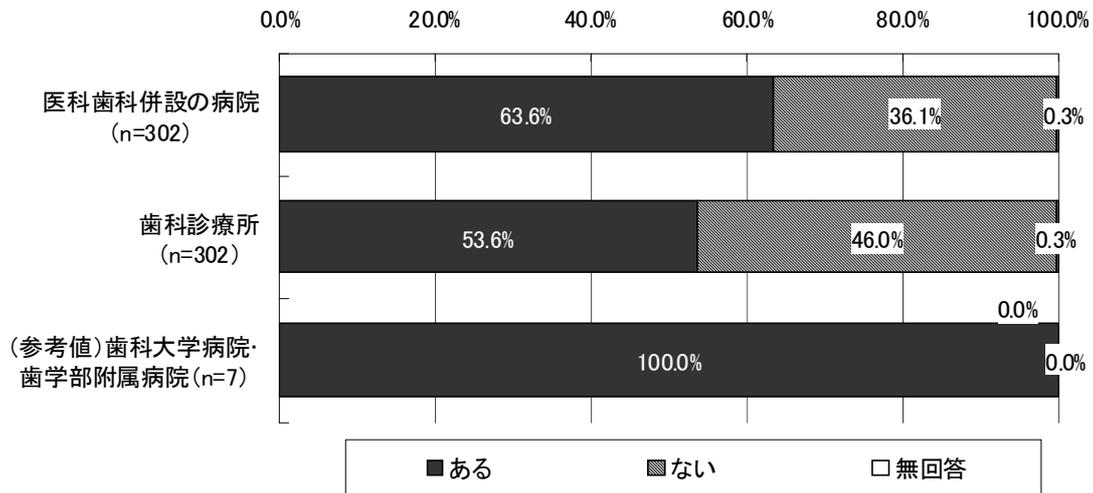


(3) 周術期口腔機能管理の実施体制等

①周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の状況等（周術期口腔機能管理実施施設）

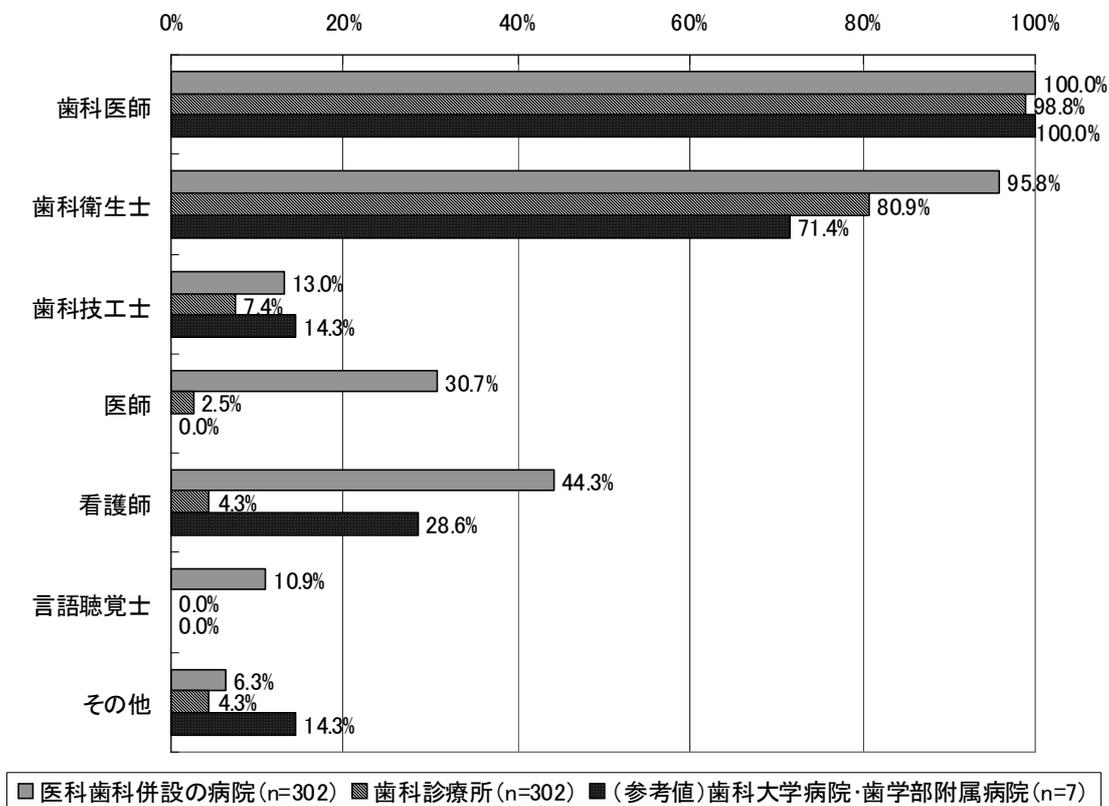
1) 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の有無

図表 47 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門の有無（周術期口腔機能管理実施施設）



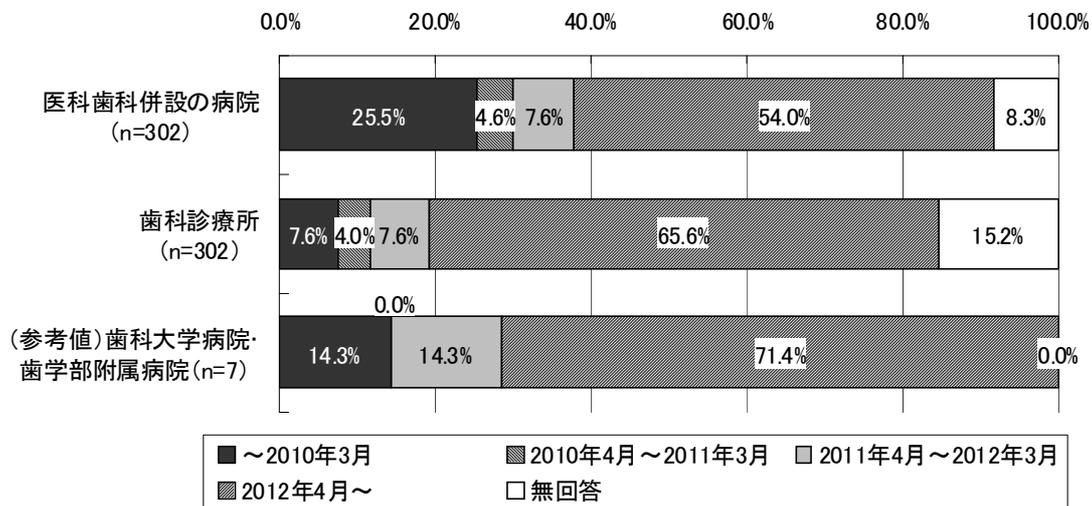
2) 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門に参加している職種

図表 48 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門に参加している職種（周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門がある施設、複数回答）



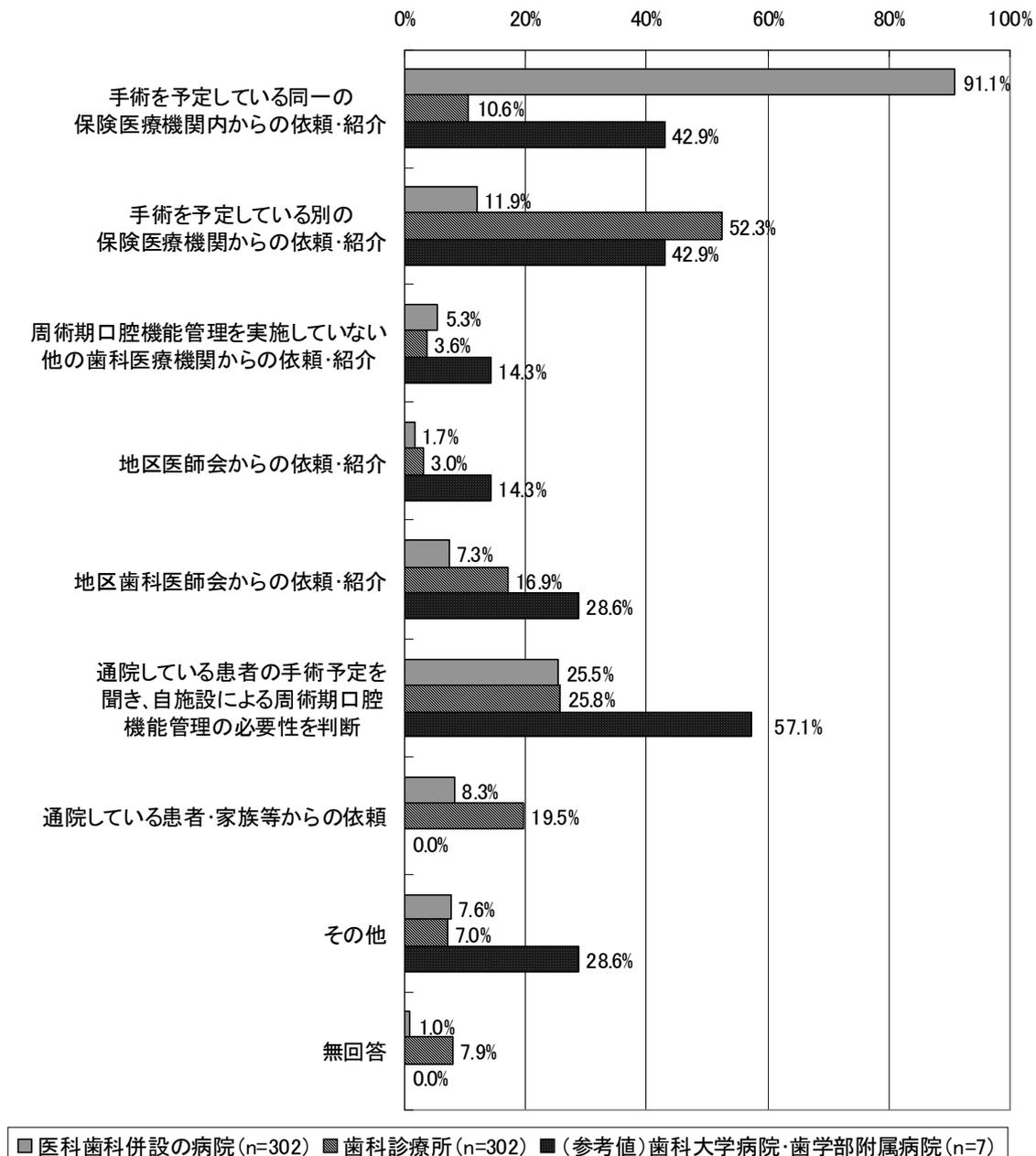
②周術期口腔機能管理を開始した時期（周術期口腔機能管理実施施設）

図表 49 周術期口腔機能管理を開始した時期（周術期口腔機能管理実施施設）

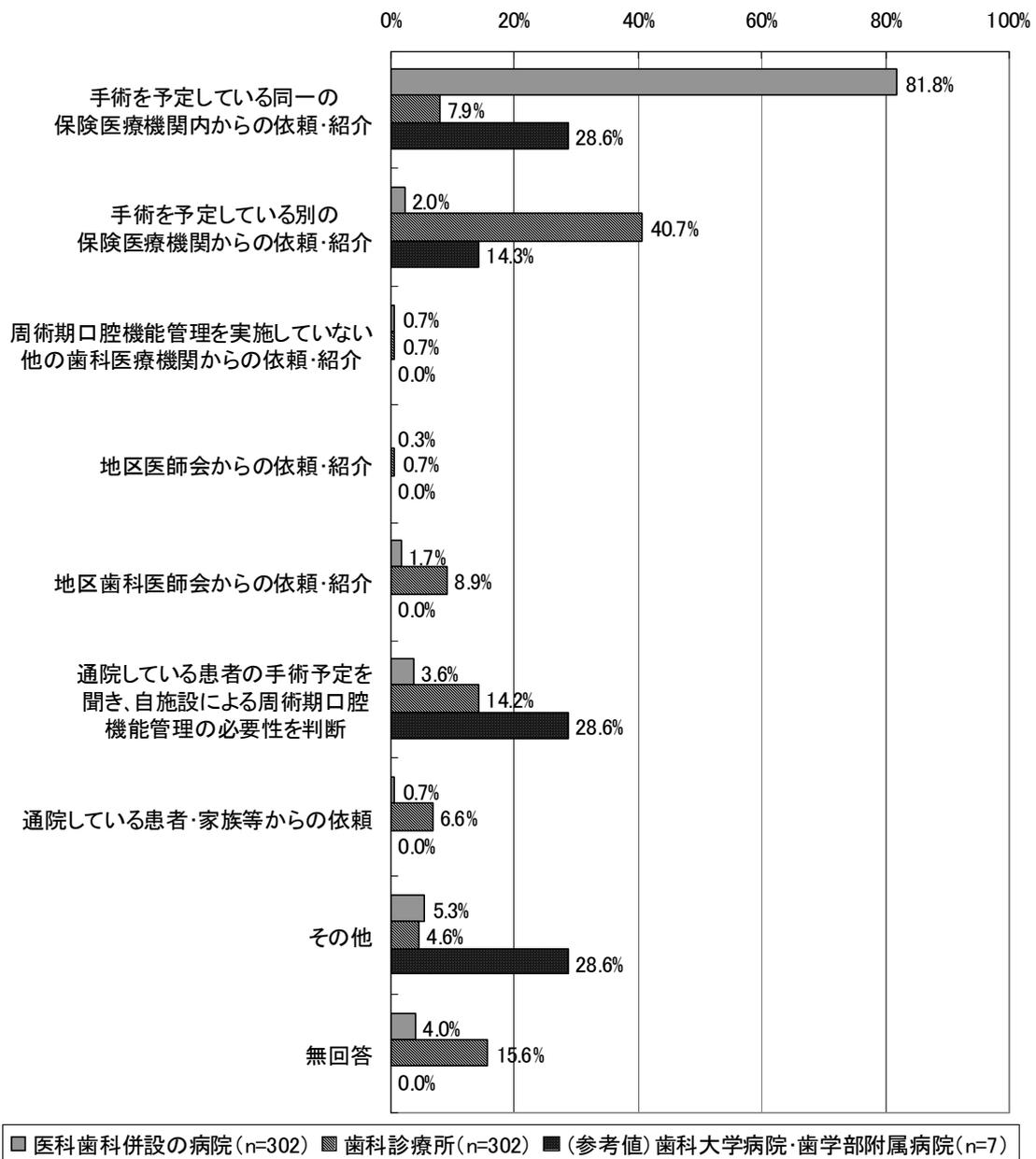


③周術期口腔機能管理を実施するきっかけ（周術期口腔機能管理実施施設）

図表 50 周術期口腔機能管理を実施するきっかけ  
（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）

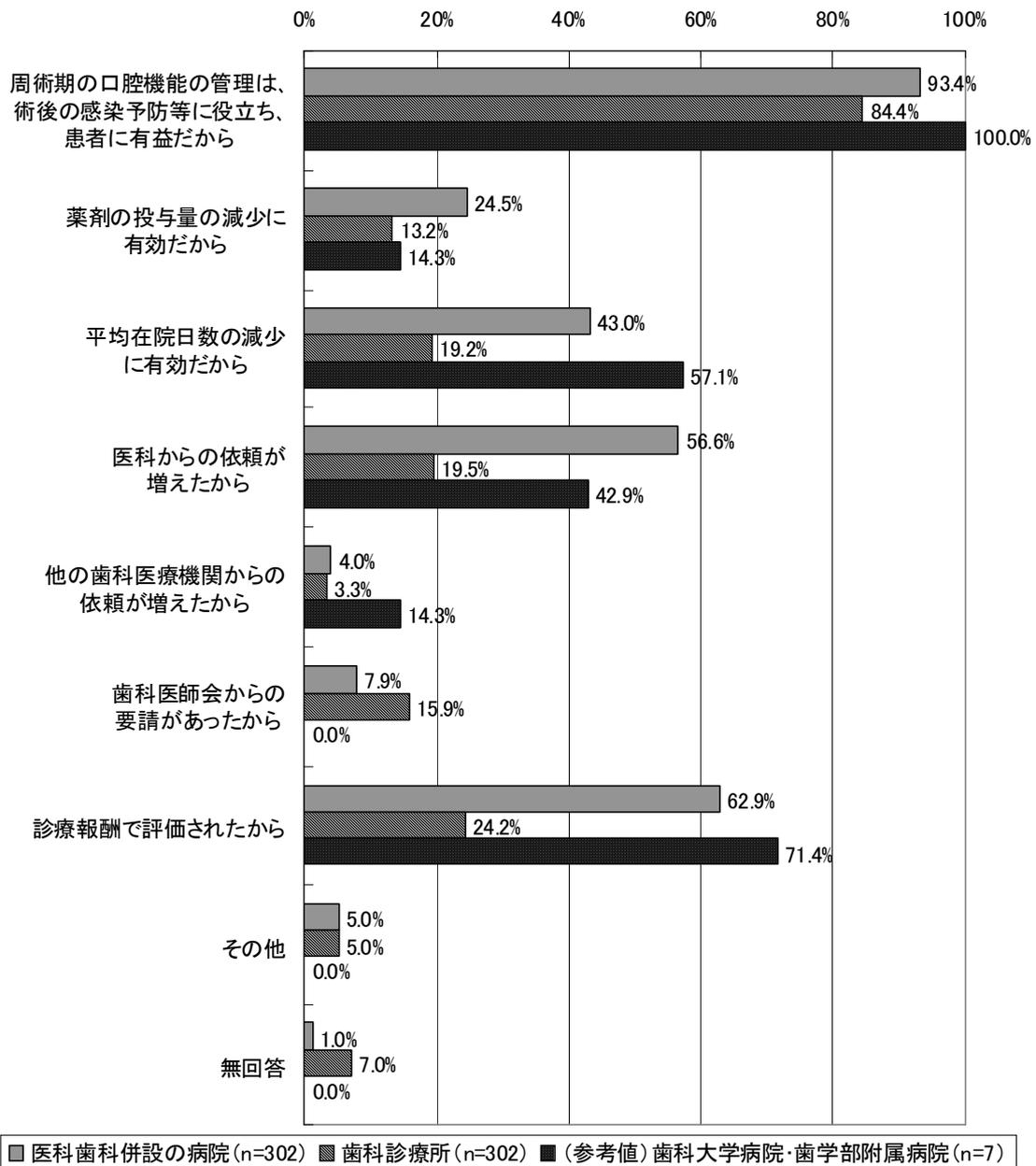


図表 51 周術期口腔機能管理を実施するきっかけとして最も多いもの  
(周術期口腔機能管理実施施設、単数回答)



④周術期口腔機能管理を実施する理由（周術期口腔機能管理実施施設）

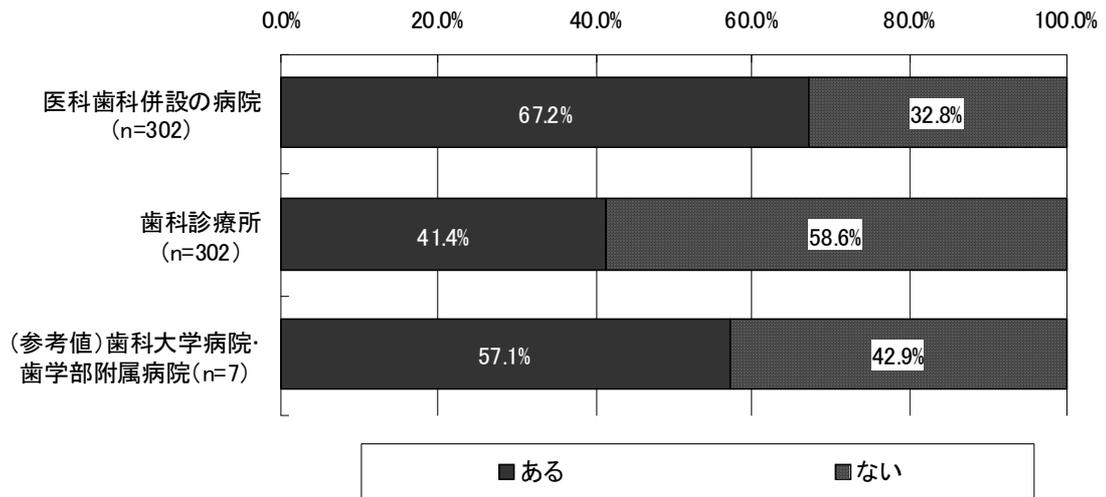
図表 52 周術期口腔機能管理を実施する理由（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）



⑤周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したこと（周術期口腔機能管理実施施設）

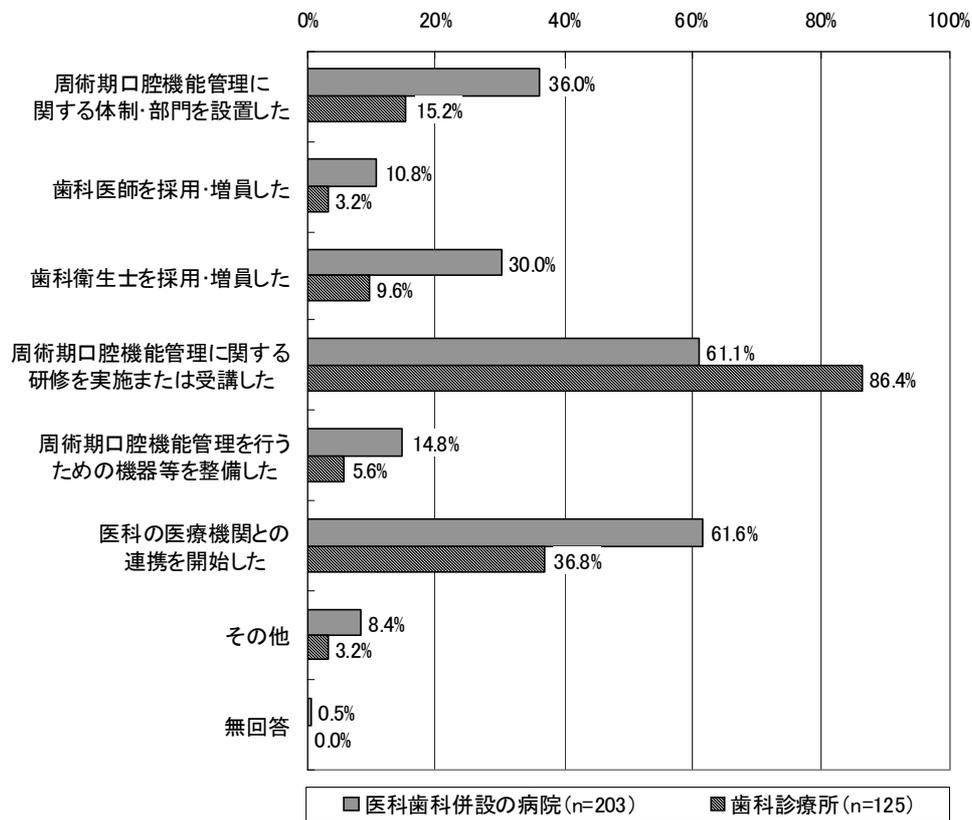
1) 周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したことの有無

図表 53 周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したことの有無  
（周術期口腔機能管理実施施設）



2) 周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したこと

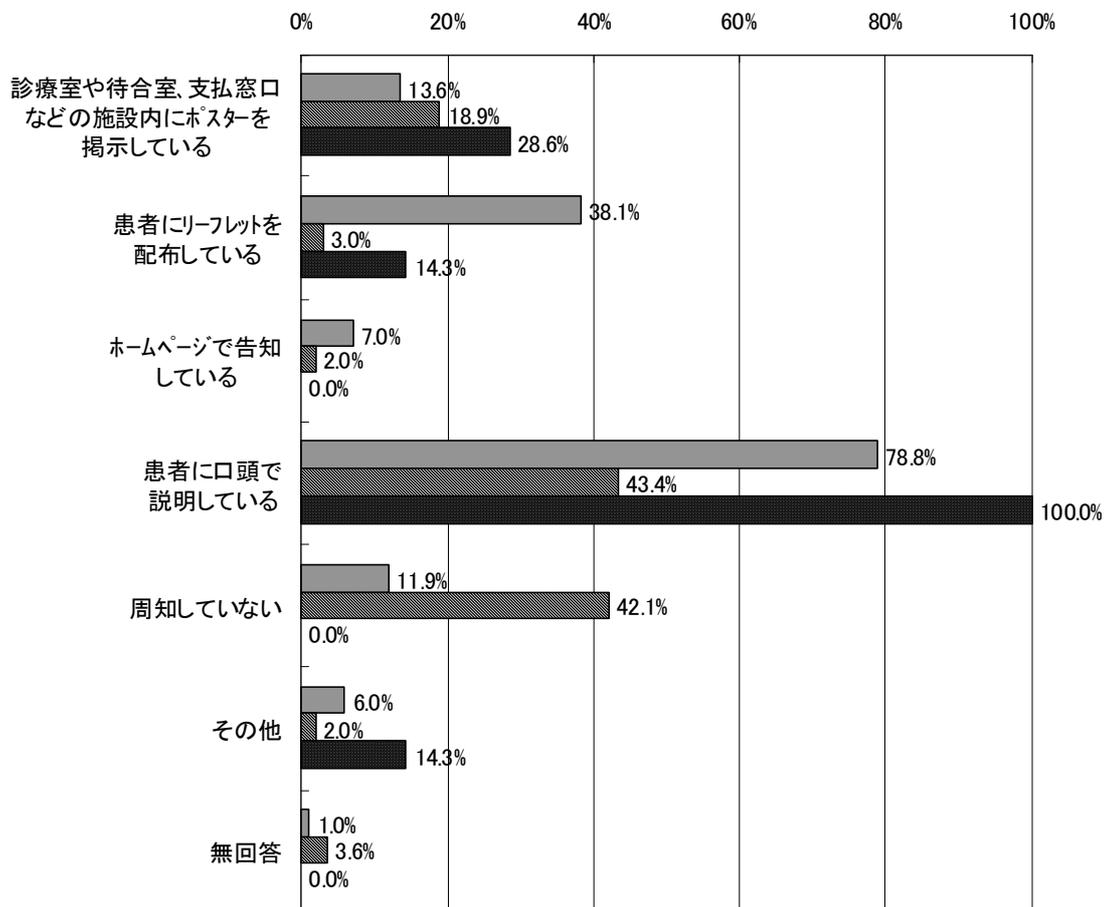
図表 54 周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したこと  
 (新たに対応したことが「ある」と回答した施設、複数回答)



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では該当施設が4施設あったが、「周術期口腔機能管理に関する体制・部門を設置した」、「周術期口腔機能に関する研修を実施または受講した」が各3件、「医科の医療機関との連携を開始した」が2件、「周術期口腔機能管理を行うための機器等を整備した」が1件であった。

⑥周術期口腔機能管理実施に関する患者への周知方法（周術期口腔機能管理実施施設）

図表 55 周術期口腔機能管理実施に関する患者への周知方法  
（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）

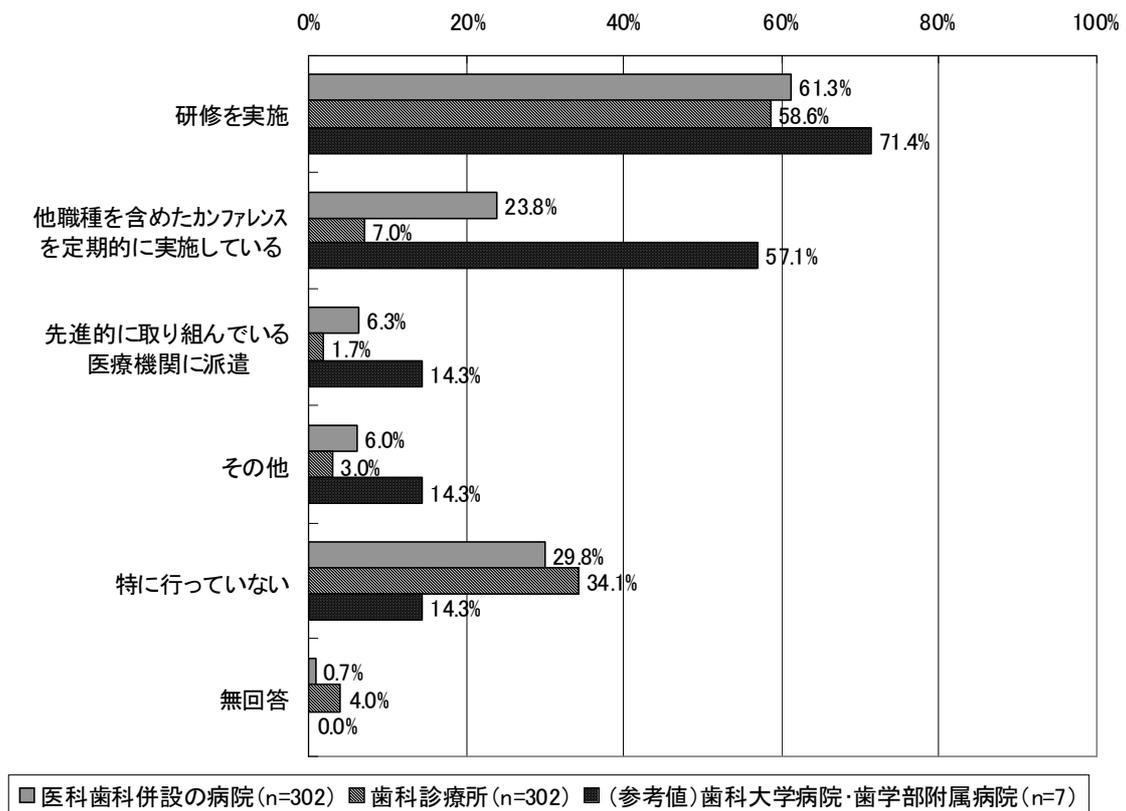


■ 医科歯科併設の病院 (n=302) ■ 歯科診療所 (n=302) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=7)

⑦周術期口腔機能管理を行う医療従事者の資質向上に向けた取組（周術期口腔機能管理実施施設）

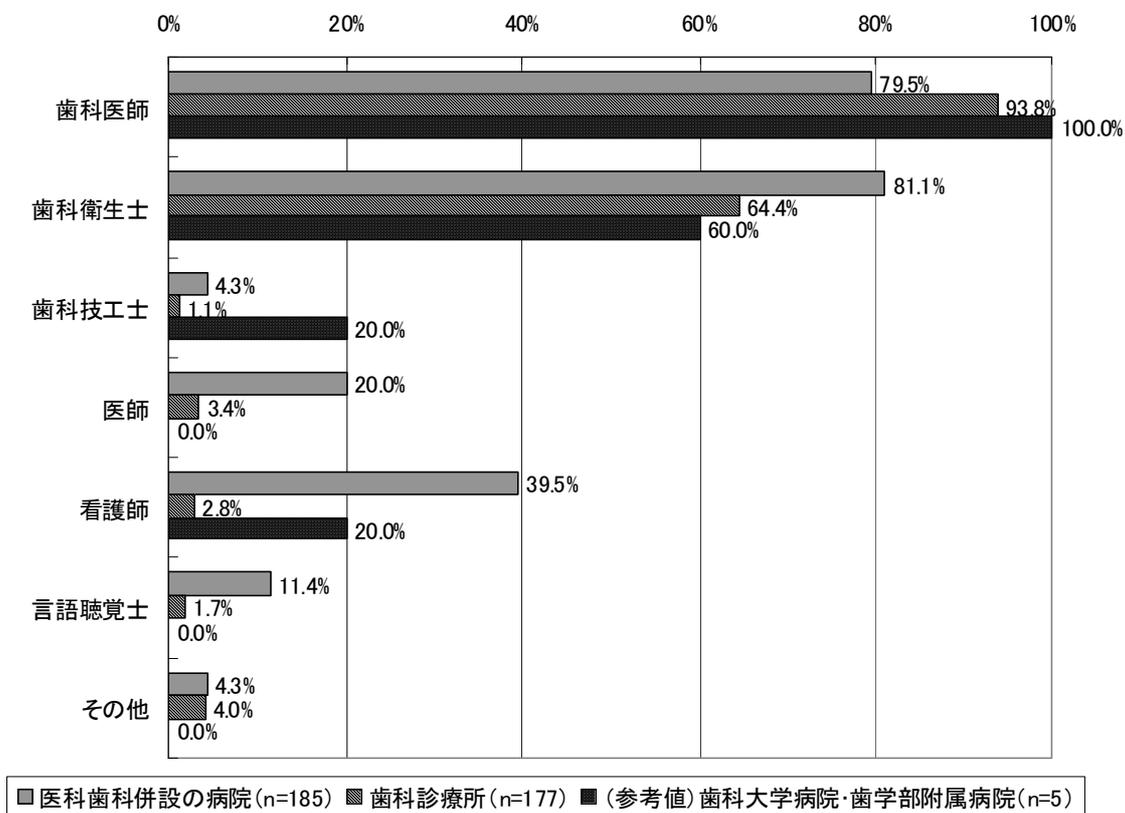
1) 周術期口腔機能管理を行う医療従事者の資質向上に向けた取組

図表 56 周術期口腔機能管理を行う医療従事者の資質向上に向けた取組  
（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）



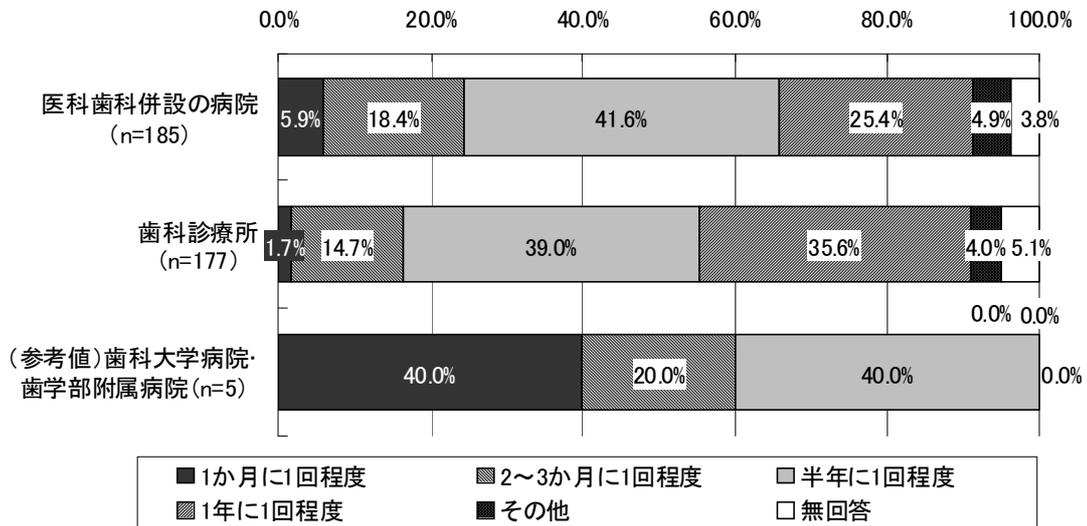
2) 周術期口腔機能管理に関する研修の対象者

図表 57 周術期口腔機能管理に関する研修の対象者  
(職員に研修を実施または受講させている施設、複数回答)



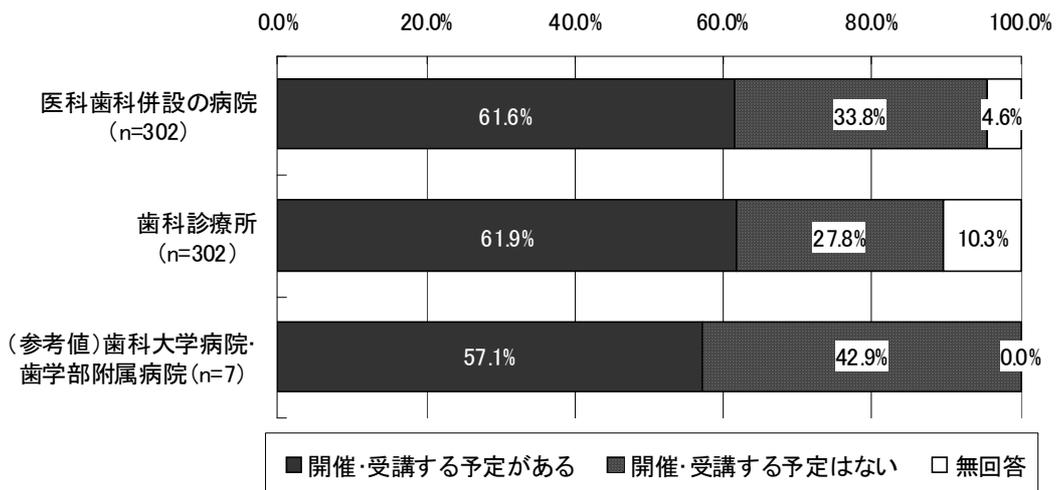
3) 周術期口腔機能管理に関する研修会の開催・参加頻度

図表 58 周術期口腔機能管理に関する研修会の開催・参加頻度  
(職員に研修を実施または受講させている施設、複数回答)



4) 周術期口腔機能管理に関する研修会の開催・参加予定

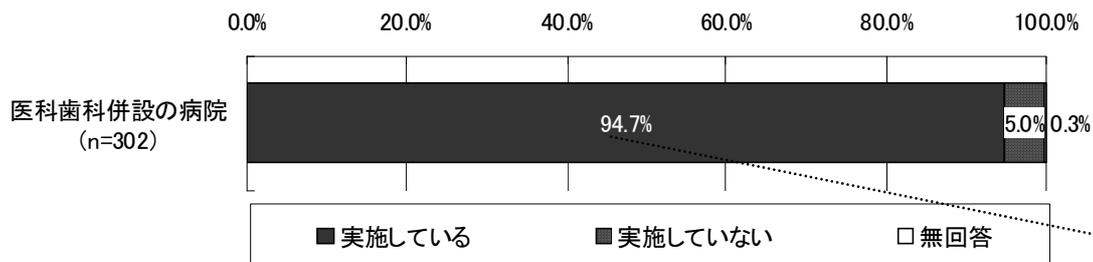
図表 59 周術期口腔機能管理に関する研修会の開催・参加予定  
(周術期口腔機能管理実施施設)



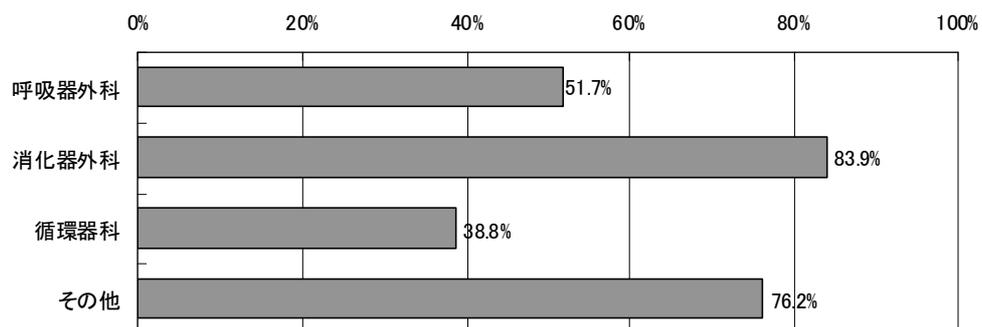
(4) 周術期口腔機能管理を実施する際の連携状況等

①院内の医科・歯科連携による周術期口腔機能管理の実施状況

図表 60 院内の医科・歯科連携による周術期口腔機能管理の実施の有無  
(周術期口腔機能管理を実施している医科歯科併設病院)



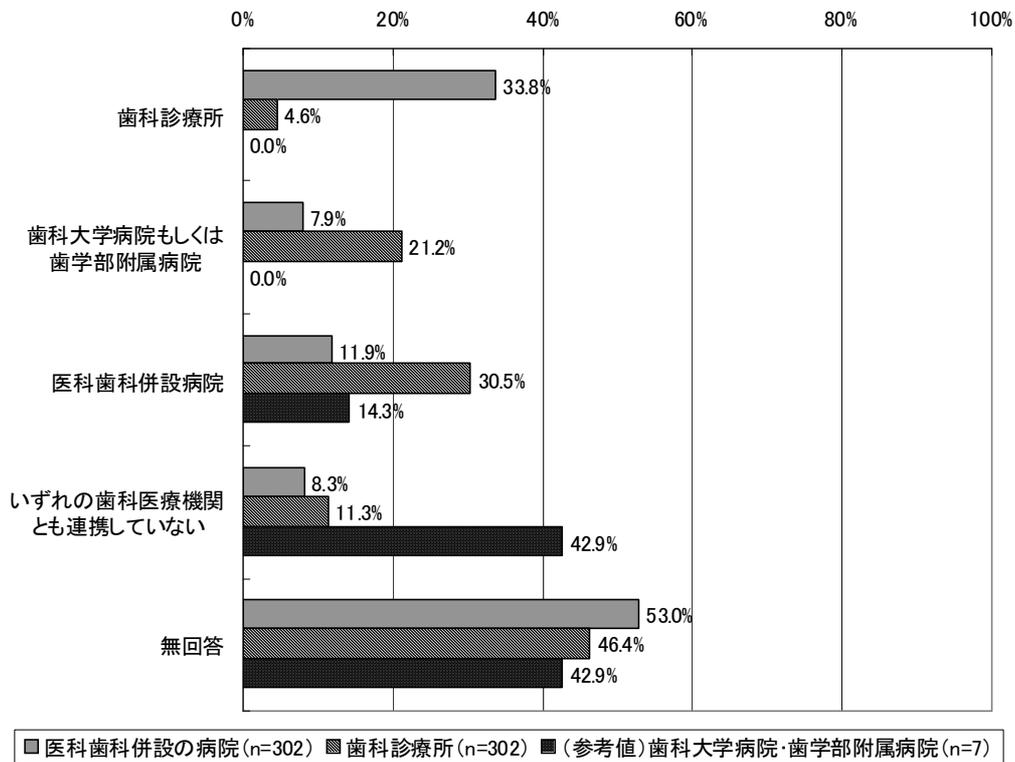
図表 61 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している自院の医科診療科  
(院内連携をしている医科歯科併設病院、n=286)



②周術期口腔機能管理を実施する上で連携している医療機関（周術期口腔機能管理実施施設）

1) 歯科の医療機関との連携状況

図表 62 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している歯科の医療機関  
（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）

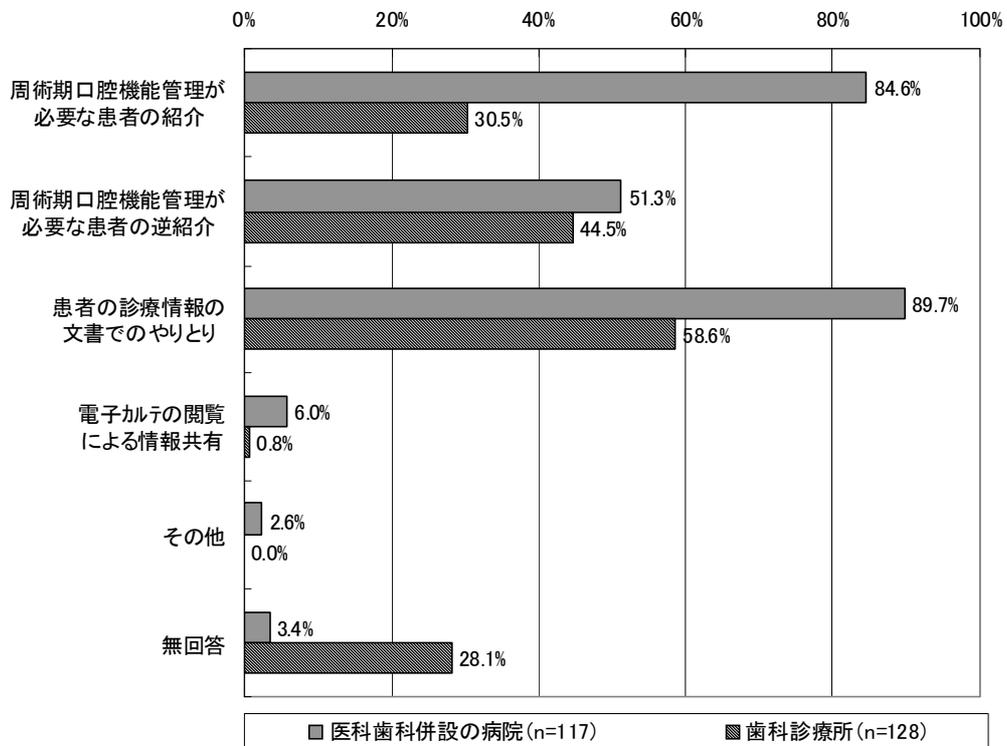


図表 63 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している歯科の医療機関数  
（連携があると回答した施設）

（単位：か所）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
<b>【歯科診療所】</b>				
医科歯科併設の病院	72	84.7	158.8	20.0
歯科診療所	14	4.4	4.7	2.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	0	—	—	—
<b>【歯科大学もしくは歯学部附属病院】</b>				
医科歯科併設の病院	21	1.3	0.6	1.0
歯科診療所	62	1.4	0.8	1.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	0	—	—	—
<b>【医科歯科併設病院(歯科診療科)】</b>				
医科歯科併設の病院	32	3.5	5.2	2.0
歯科診療所	86	1.7	1.5	1.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	1	1.0	—	1.0

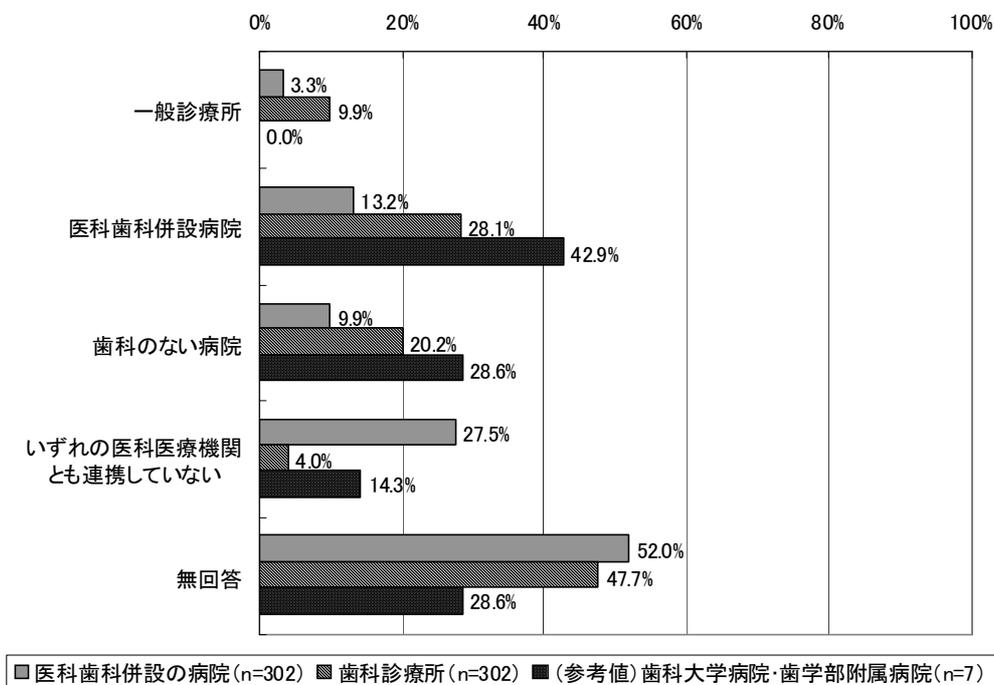
図表 64 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している歯科の医療機関との連携内容  
(連携があると回答した施設、複数回答)



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院については該当施設が1施設であったが、本質問については回答がなかった(「無回答」100.0%)。

2) 医科の医療機関との連携状況

図表 65 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している医科の医療機関  
(周術期口腔機能管理実施施設、複数回答)

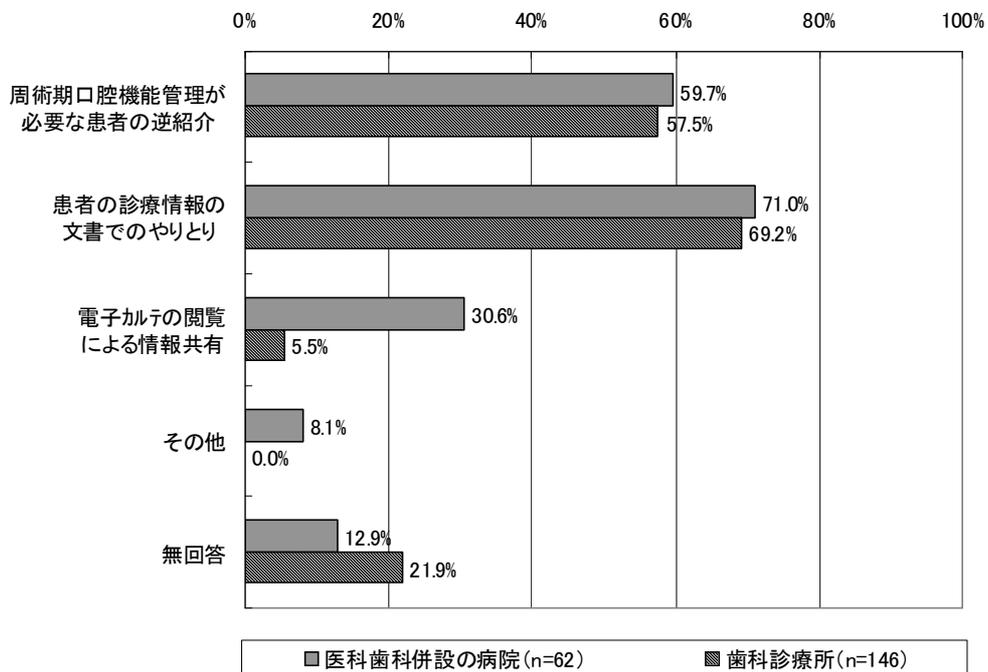


図表 66 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している医科の医療機関数  
(連携があると回答した施設)

(単位：か所)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
<b>【一般診療所】</b>				
医科歯科併設の病院	5	63.6	133.3	5.0
歯科診療所	28	3.0	6.4	1.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	0	—	—	—
<b>【医科歯科併設病院(医科診療科)】</b>				
医科歯科併設の病院	35	2.2	3.0	1.0
歯科診療所	80	1.5	0.6	1.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	3	1.3	0.6	1.0
<b>【歯科のない病院】</b>				
医科歯科併設の病院	21	3.7	8.1	1.0
歯科診療所	59	1.3	0.5	1.0
歯科大学病院・歯学部附属病院	2	1.0	—	1.0

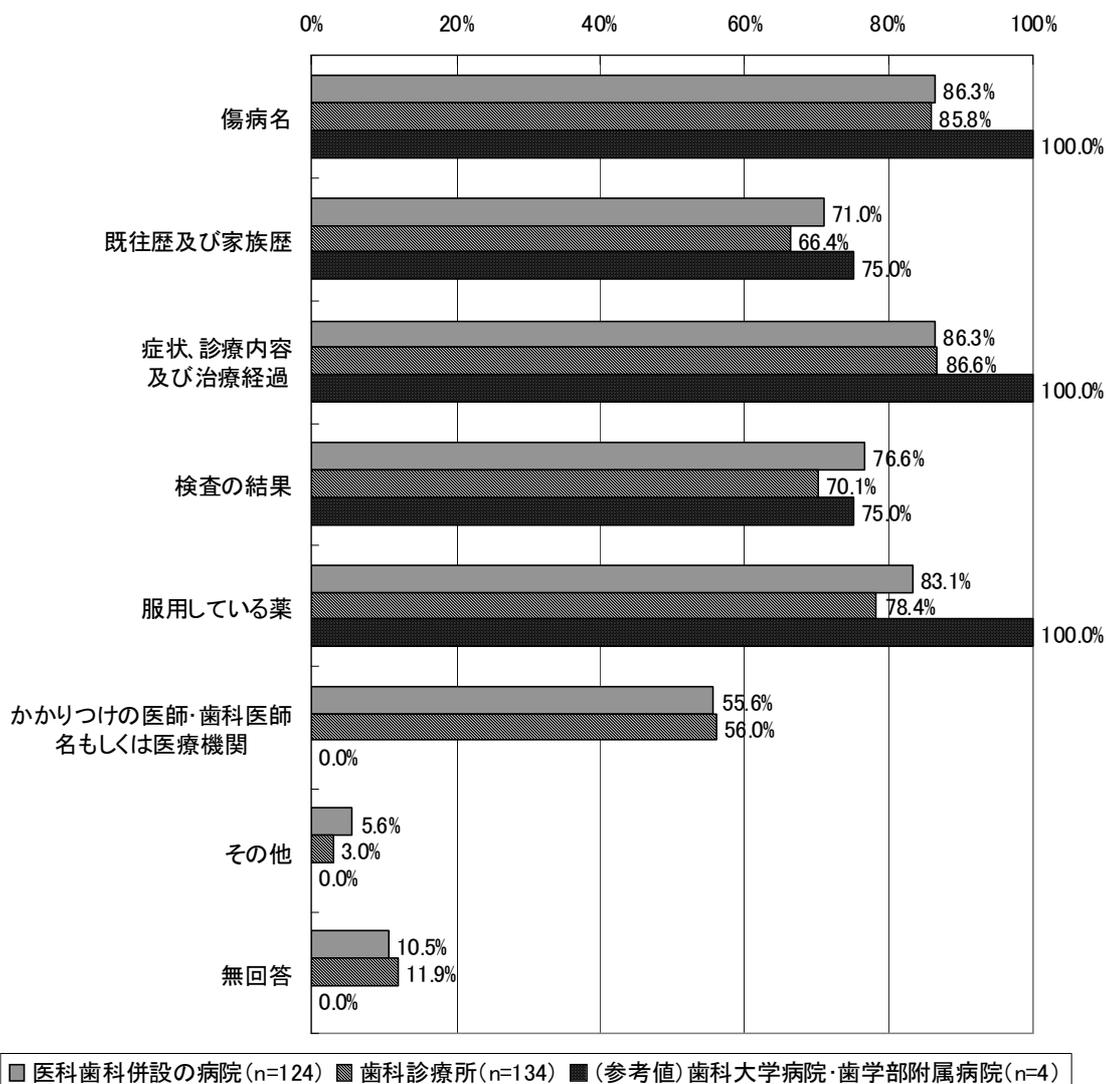
図表 67 周術期口腔機能管理を実施する上で連携している医科の医療機関との連携内容  
(連携があると回答した施設、複数回答)



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院については該当施設が 4 施設あったが、「患者の診療情報の文書のやりとり」が 4 件、「周術期口腔機能管理が必要な患者の逆紹介」が 3 件、「電子カルテの閲覧による情報共有」が 1 件であった。

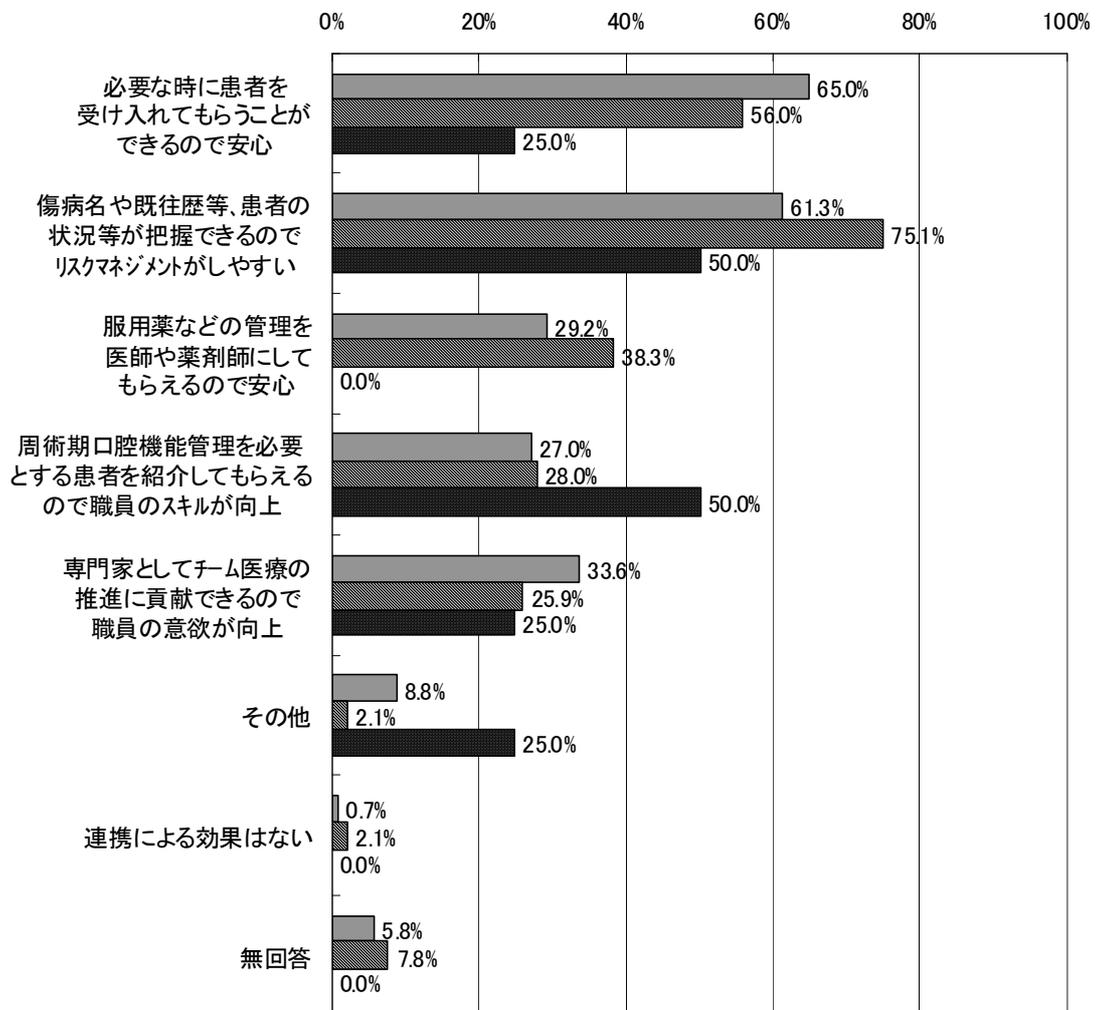
3) 他医療機関と共有している情報

図表 68 他医療機関と共有している情報  
(連携医療機関と情報共有している施設、複数回答)



③他医療機関との連携による効果

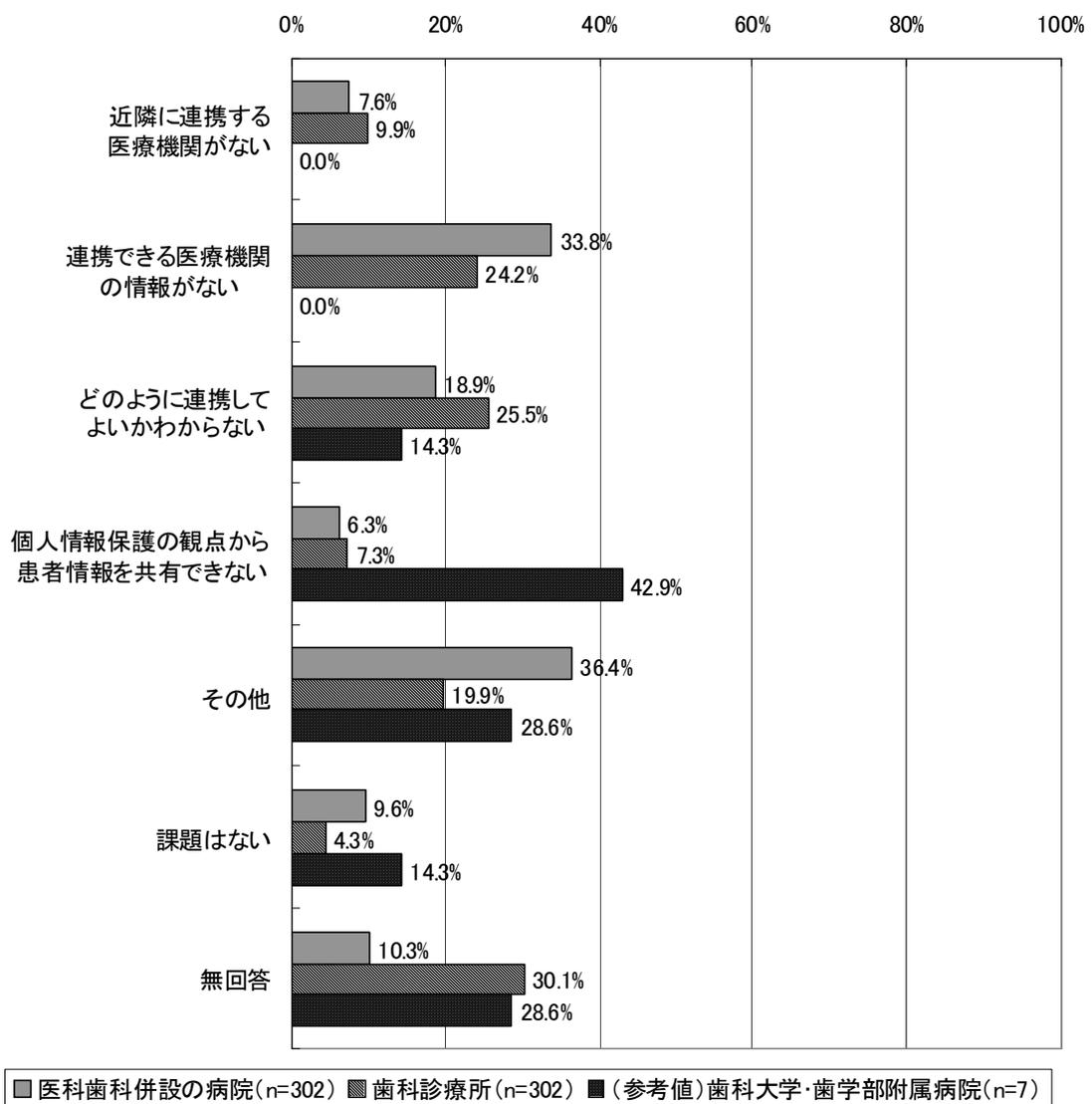
図表 69 他医療機関との連携による効果  
(連携医療機関があると回答した施設、複数回答)



■ 医科歯科併設の病院 (n=137) ■ 歯科診療所 (n=193) ■ (参考値) 歯科大学病院・歯学部附属病院 (n=4)

④他医療機関と連携する上での課題

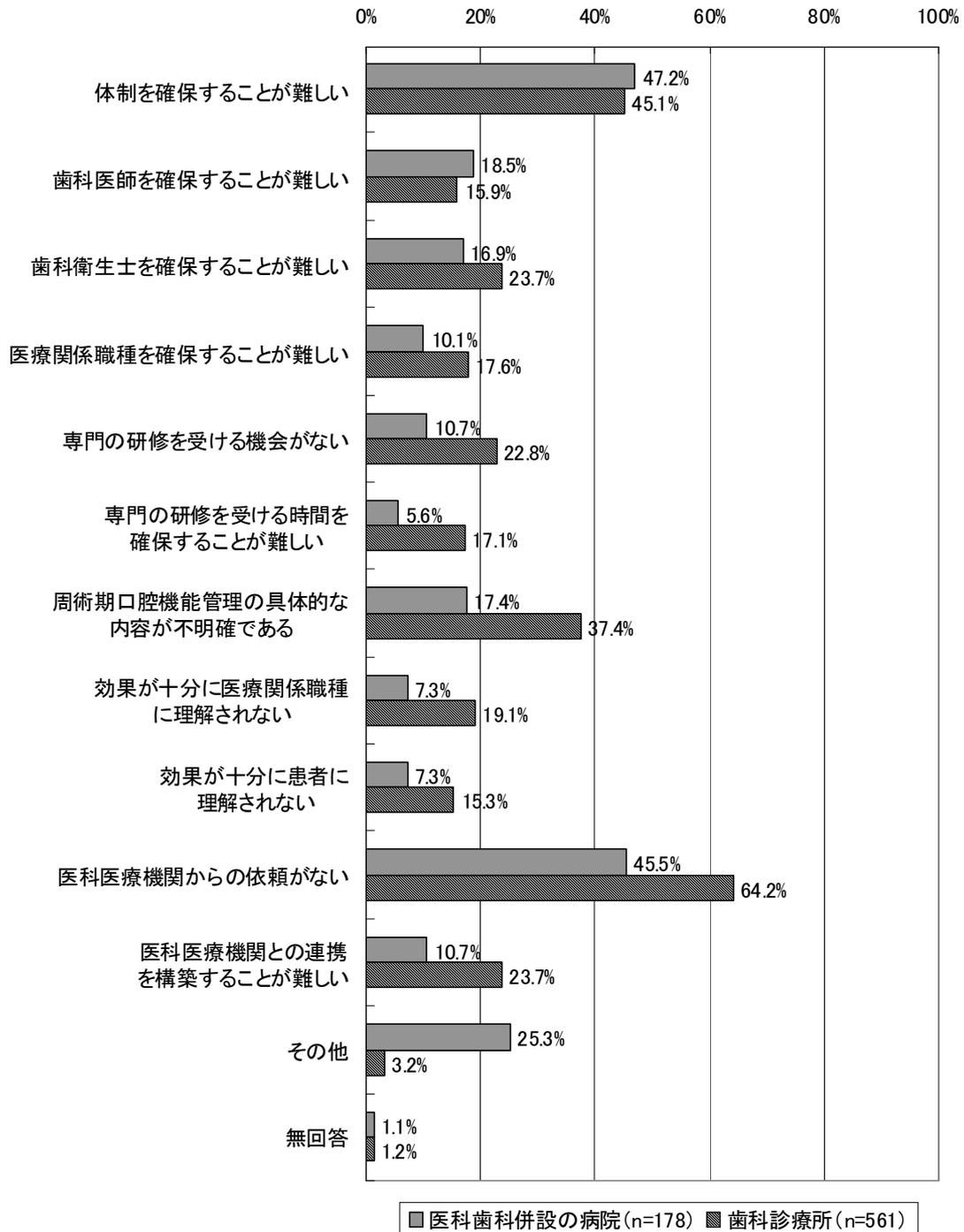
図表 70 他医療機関と連携する上での課題（周術期口腔機能管理実施施設、複数回答）



(5) 周術期口腔機能管理を実施していない理由

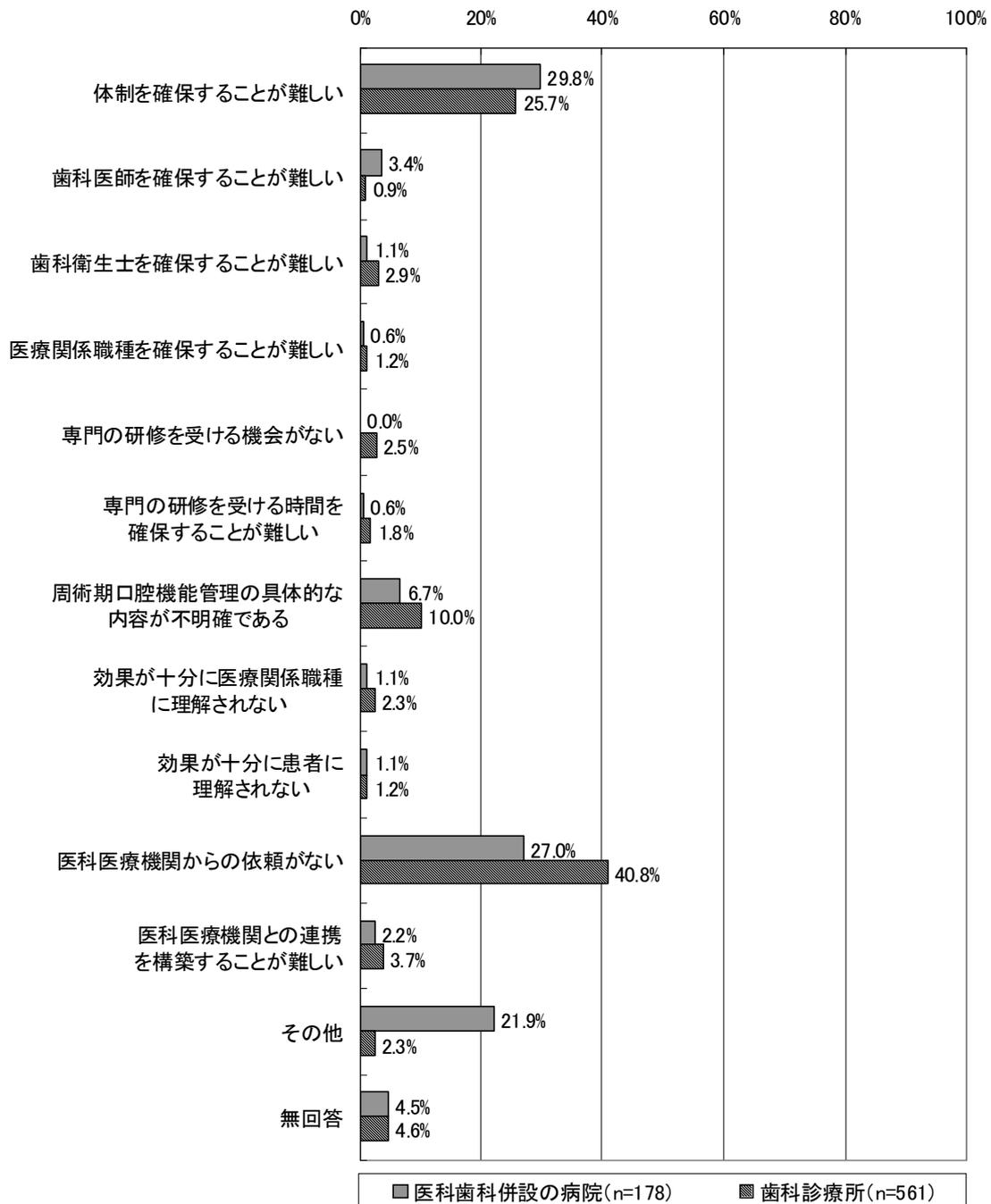
①周術期口腔機能管理を実施していない理由

図表 71 周術期口腔機能管理を実施していない理由（実施していない施設、複数回答）



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では周術期口腔機能管理を実施していない施設が 1 施設あったが、この施設の回答内容として、「専門の研修を受ける機会がない」、「専門の研修を受ける時間を確保することが難しい」、「周術期口腔機能管理の具体的な内容が不明確である」、「医科医療機関からの依頼がない」が挙げられた。

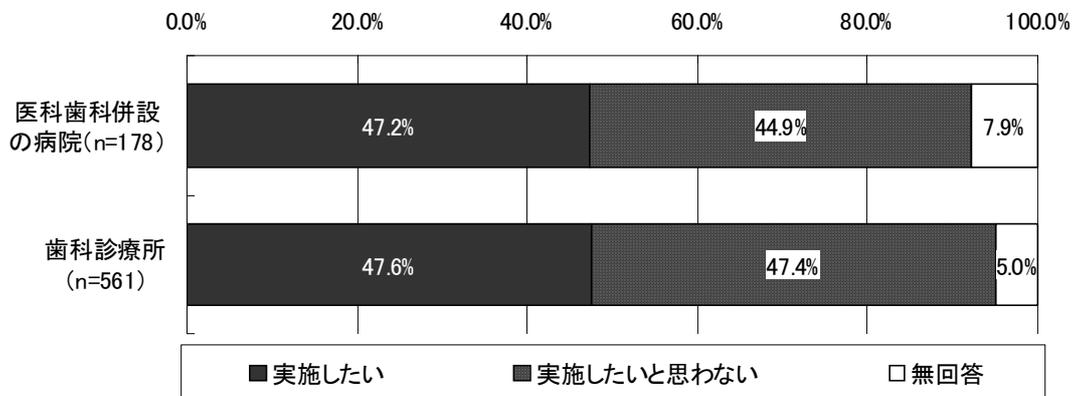
図表 72 周術期口腔機能管理を実施していない最大の理由（単数回答）



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では周術期口腔機能管理を実施していない施設が 1 施設あったが、この施設の回答内容として「周術期口腔機能管理の具体的な内容が不明確である」が挙げられた。

②周術期口腔機能管理に関する今後の実施意向

図表 73 周術期口腔機能管理に関する今後の実施意向（実施していない施設、複数回答）



(注) 歯科大学病院・歯学部附属病院では周術期口腔機能管理を実施していない施設が 1 施設あったが、この施設の回答は「実施したいと思わない」であった。

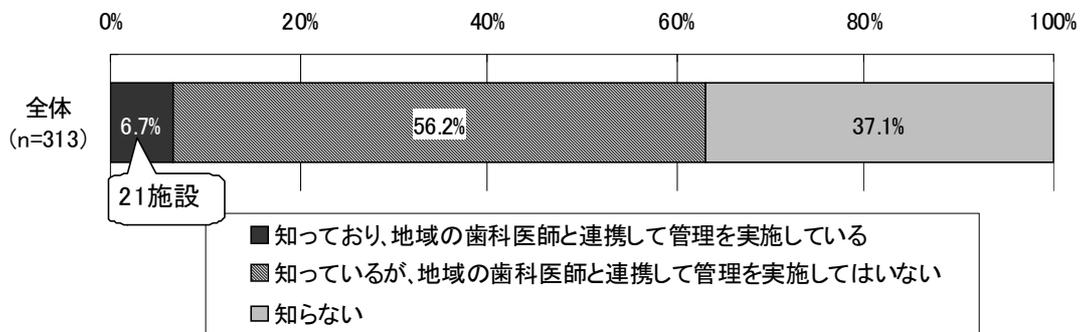
## 2. 医科医療機関調査の結果

### 【調査対象等】

調査対象：歯科が併設されていない一般病床を有する医科病院（無作為抽出、948 施設）。  
 回答数：313 施設  
 回答者：管理者

### (1) 周術期口腔機能管理の実施の有無

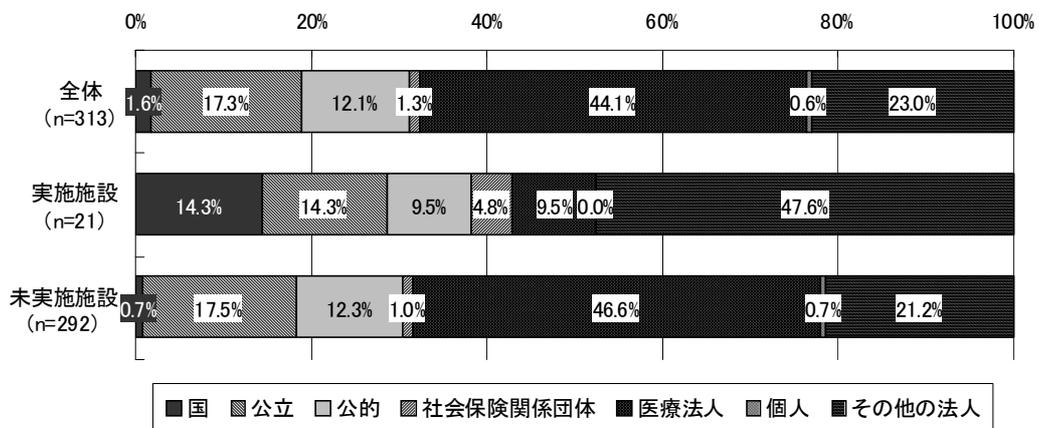
図表 74 周術期口腔機能管理の実施の有無



### (2) 施設の概要

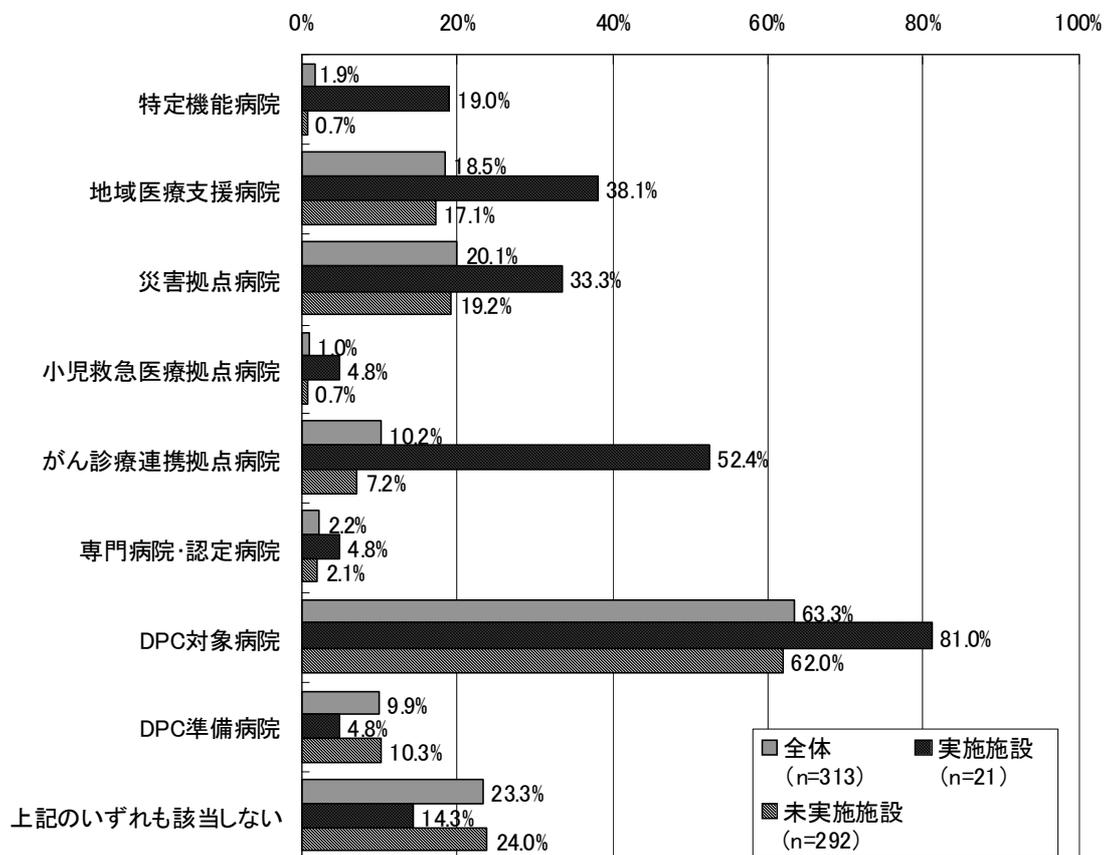
#### ①開設者

図表 75 開設者（周術期口腔機能管理の実施状況別）



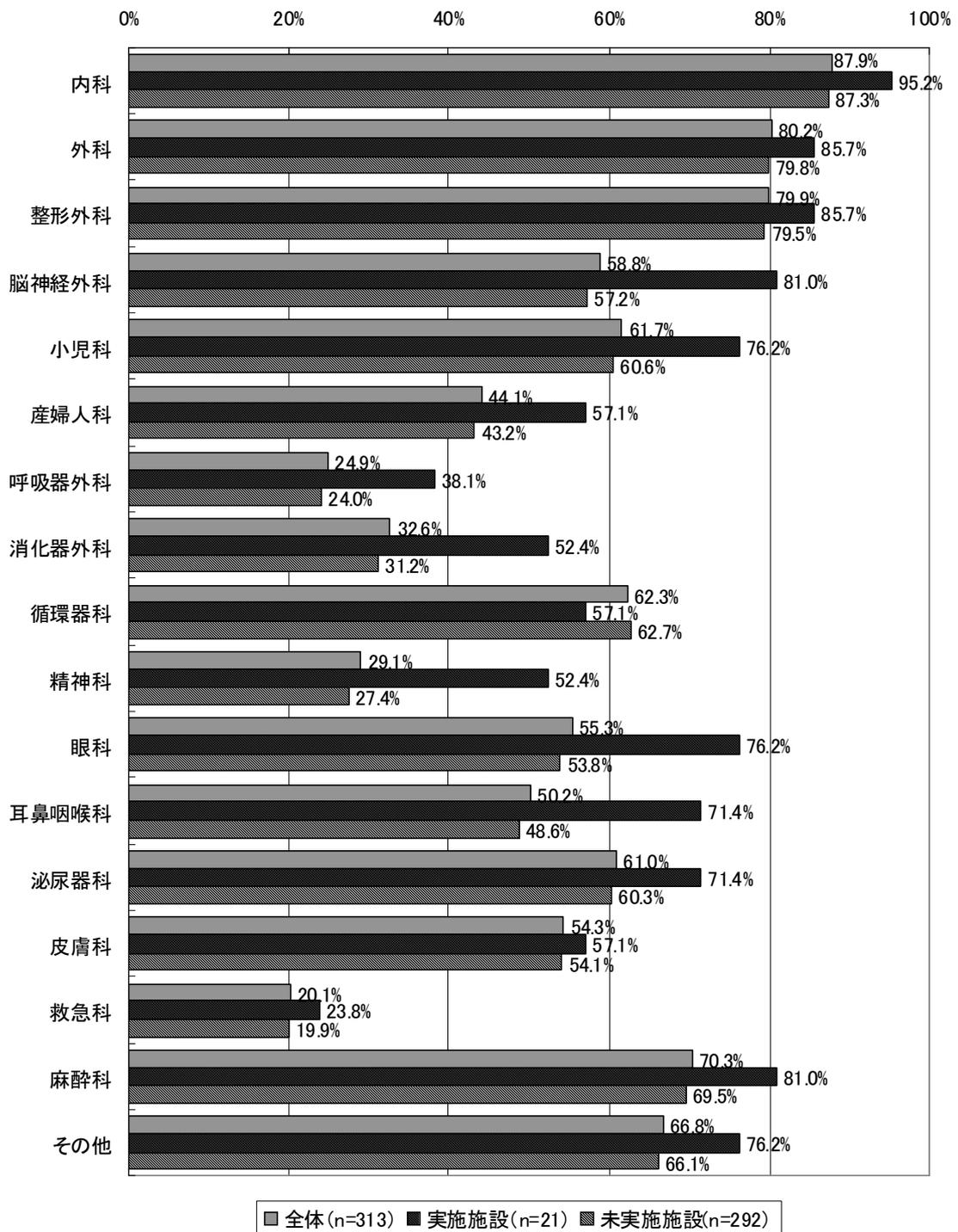
②施設認定等の状況

図表 76 施設認定等の状況（周術期口腔機能管理の実施状況別、複数回答）



③標榜診療科

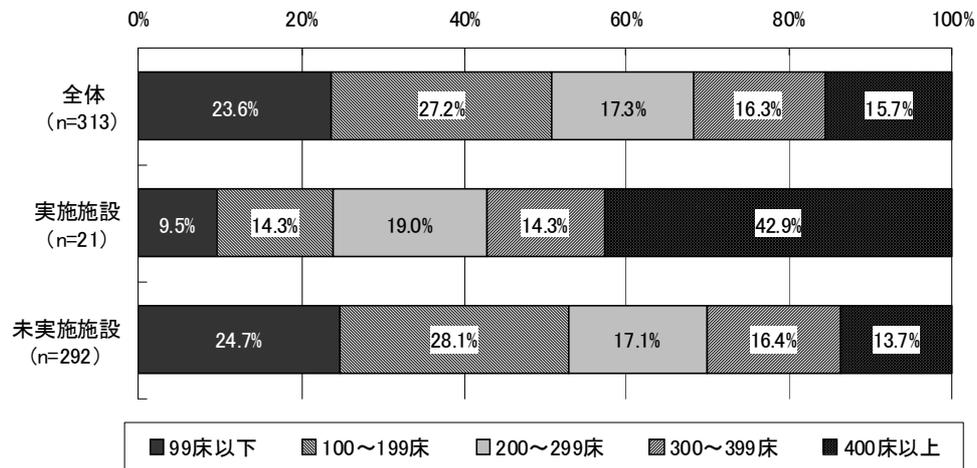
図表 77 標榜診療科（周術期口腔機能管理の実施状況別、複数回答）



#### ④一般病床の状況

##### 1) 許可病床数

図表 78 一般病床の許可病床規模別施設割合（周術期口腔機能管理の実施状況別）



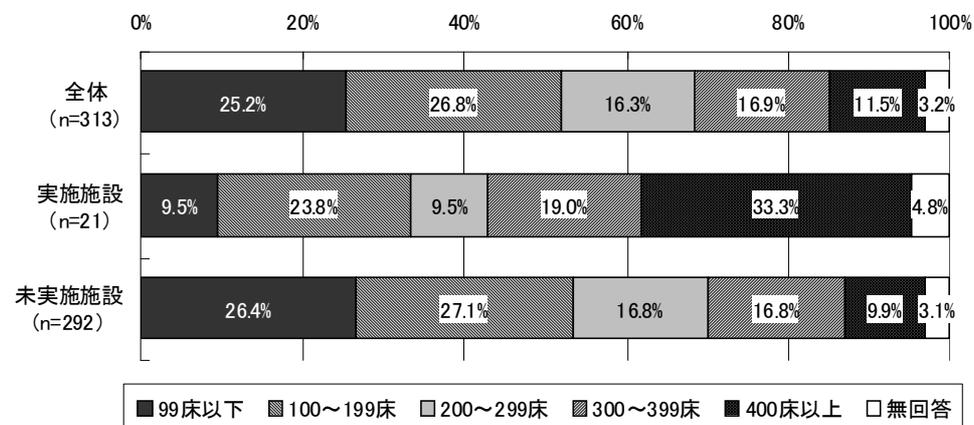
図表 79 一般病床の許可病床数（周術期口腔機能管理の実施状況別）

（単位：床）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	313	232.8	174.6	199.0
実施施設	21	444.4	321.7	326.0
未実施施設	292	217.5	148.7	194.0

##### 2) 稼働病床数

図表 80 一般病床の稼働病床規模別施設割合（周術期口腔機能管理の実施状況別）



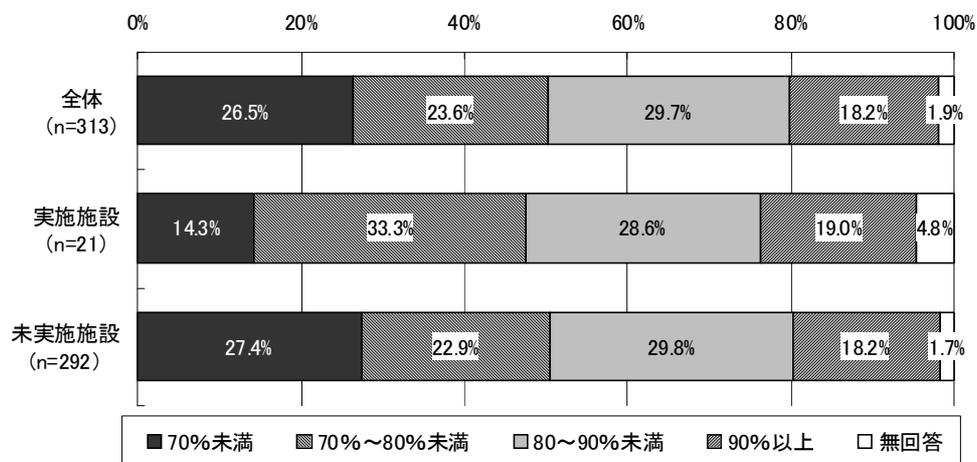
図表 81 一般病床の稼働病床数（周術期口腔機能管理の実施状況別）

（単位：床）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	303	219.5	165.9	190.0
実施施設	20	406.0	308.2	325.5
未実施施設	283	206.4	142.9	183.0

3) 病床利用率

図表 82 一般病床の病床利用率別施設割合（周術期口腔機能管理の実施状況別）



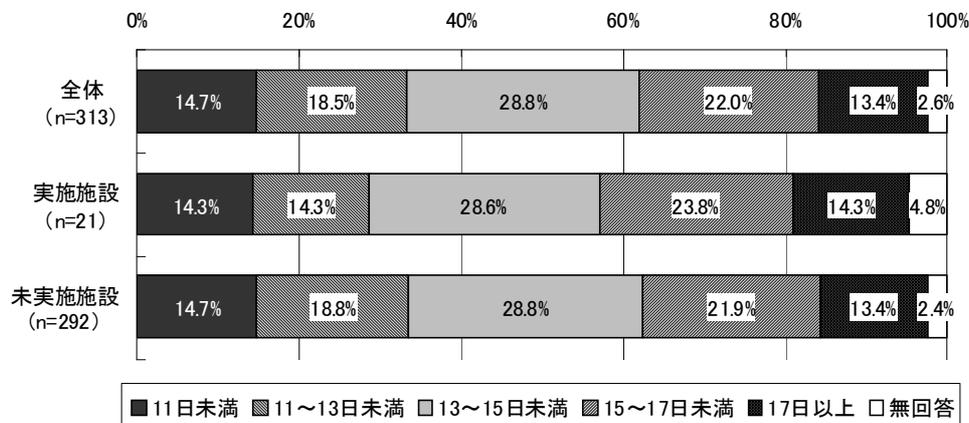
図表 83 一般病床の病床利用率（周術期口腔機能管理の実施状況別）

（単位：％）

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	307	77.7	13.4	79.3
実施施設	20	79.7	12.1	80.4
未実施施設	287	77.5	13.5	79.3

4) 平均在院日数

図表 84 一般病床の平均在院日数別施設割合（周術期口腔機能管理の実施状況別）



図表 85 一般病床の平均在院日数（周術期口腔機能管理の実施状況別）

(単位：日)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	305	14.9	8.6	14.0
実施施設	20	15.2	5.2	14.8
未実施施設	285	14.9	8.8	14.0

⑤職員数

図表 86 1施設あたりの職員数（周術期口腔機能管理の実施状況別）

(単位：人)

		常勤			非常勤		
		全体	実施施設	未実施施設	全体	実施施設	未実施施設
回答施設数(件)		287	21	266	287	21	266
医師	平均値	47.6	123.3	41.7	9.1	37.4	6.8
	標準偏差	74.9	168.8	58.4	25.4	85.8	8.4
	中央値	28.0	52.0	26.0	4.6	8.3	4.5
保健師・助産師・看護師・准看護師	平均値	203.0	386.0	188.6	15.8	20.0	15.5
	標準偏差	174.0	308.0	150.5	14.9	21.3	14.3
	中央値	159.0	295.0	153.0	11.5	12.3	11.4
その他	平均値	129.0	187.6	124.4	27.2	75.5	23.4
	標準偏差	97.9	158.6	90.3	41.9	106.3	29.0
	中央値	107.0	127.0	106.0	13.2	27.7	12.9
合計	平均値	379.7	696.8	354.6	52.1	132.9	45.8
	標準偏差	323.6	607.2	276.8	66.0	172.2	43.6
	中央値	302.0	464.0	296.0	35.5	60.6	34.7

⑥患者数

1) 外来患者数

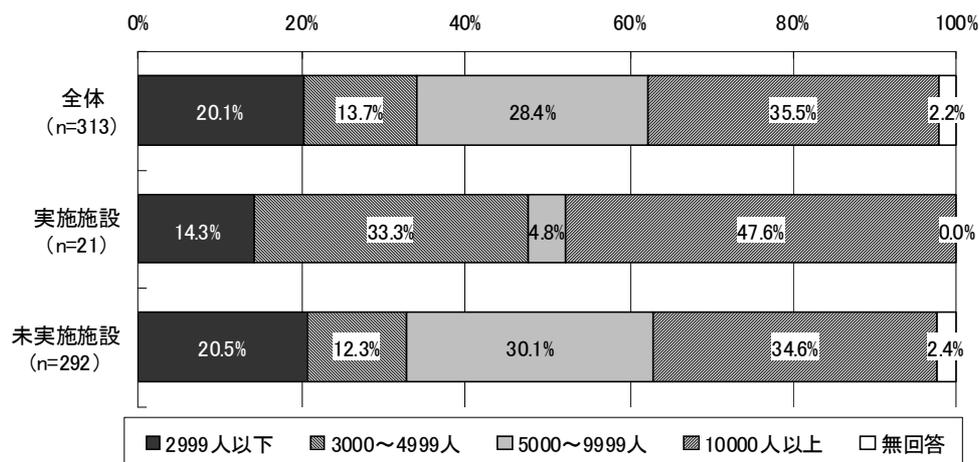
図表 87 1施設あたりの外来患者数（周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月）

（単位：人）

		回答 施設数	平均値	標準 偏差	中央値
初診患者数	全体	306	1,211.0	1,062.1	919.5
	実施施設	21	1,771.6	1,681.3	1,159.0
	未実施施設	285	1,169.7	993.7	905.0
再診延べ患者数	全体	306	8,674.9	8,299.9	6,037.5
	実施施設	21	14,219.8	14,984.0	4,841.0
	未実施施設	285	8,266.3	7,465.2	6,083.0

図表 88 外来延べ患者数（初診＋再診延べ患者数）別施設割合

（周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月）



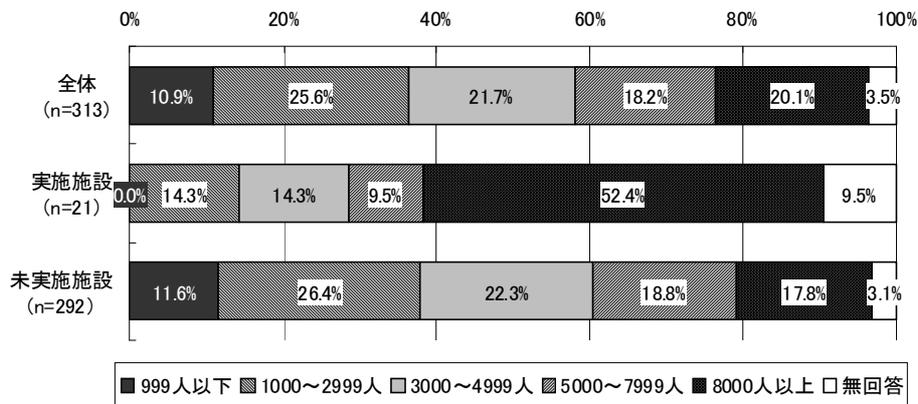
2) 入院患者数・退院患者数

図表 89 1施設あたりの一般病棟入院患者数  
(周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月)

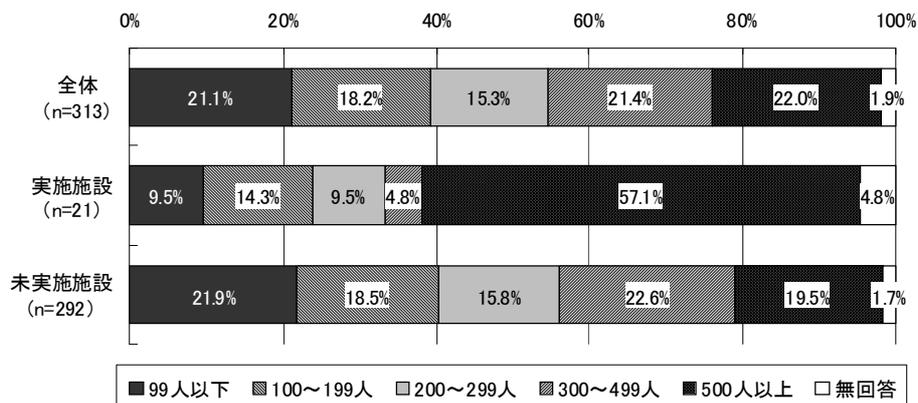
(単位：人)

		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
入院延べ患者数	全体	302	5,154.9	4,302.9	4,189.0
	実施施設	19	10,560.3	7,484.9	9,006.0
	未実施施設	283	4,792.0	3,753.1	3,998.0
新規入院患者数	全体	307	354.4	318.8	264.0
	実施施設	20	699.2	543.2	650.0
	未実施施設	287	330.4	283.3	250.0
退院患者数	全体	307	361.6	327.7	272.0
	実施施設	20	725.8	559.8	709.0
	未実施施設	287	336.2	290.1	267.0

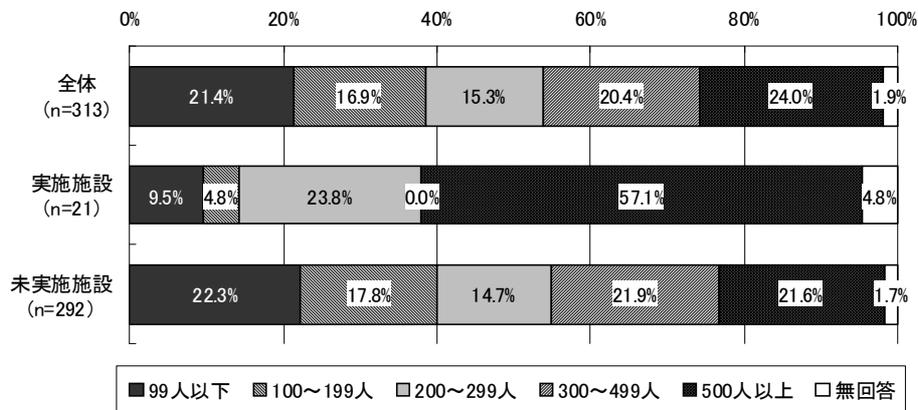
図表 90 一般病棟 入院延べ患者数別施設割合  
(周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月)



図表 91 一般病棟 新規入院患者数別施設割合  
(周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月)

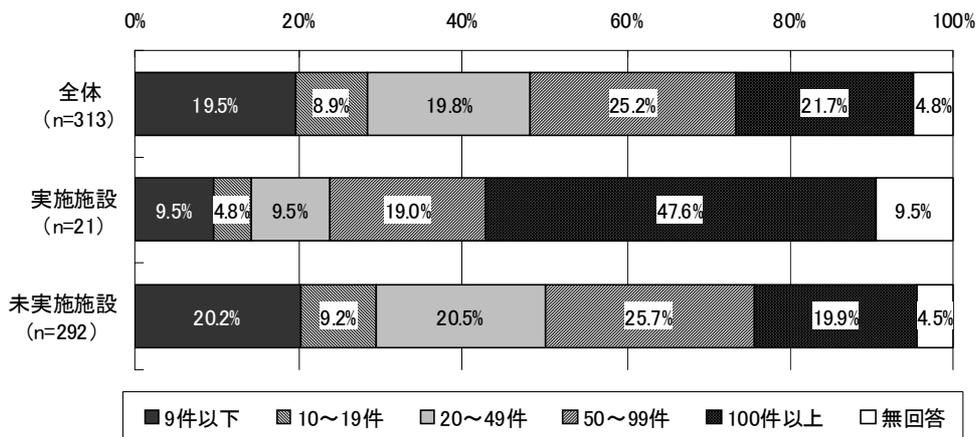


図表 92 一般病棟 退院患者数別施設割合  
(周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月)



3) 全身麻酔手術件数

図表 93 全身麻酔手術件数別施設割合  
(周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月)



図表 94 1施設あたりの全身麻酔手術件数  
(周術期口腔機能管理の実施状況別、平成 25 年 6 月)

(単位：人)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	298	79.0	105.7	48.5
実施施設	19	195.0	183.6	161.0
未実施施設	279	71.1	93.6	45.0

(3) 周術期口腔機能管理実施施設における実施状況等

① 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施した患者数

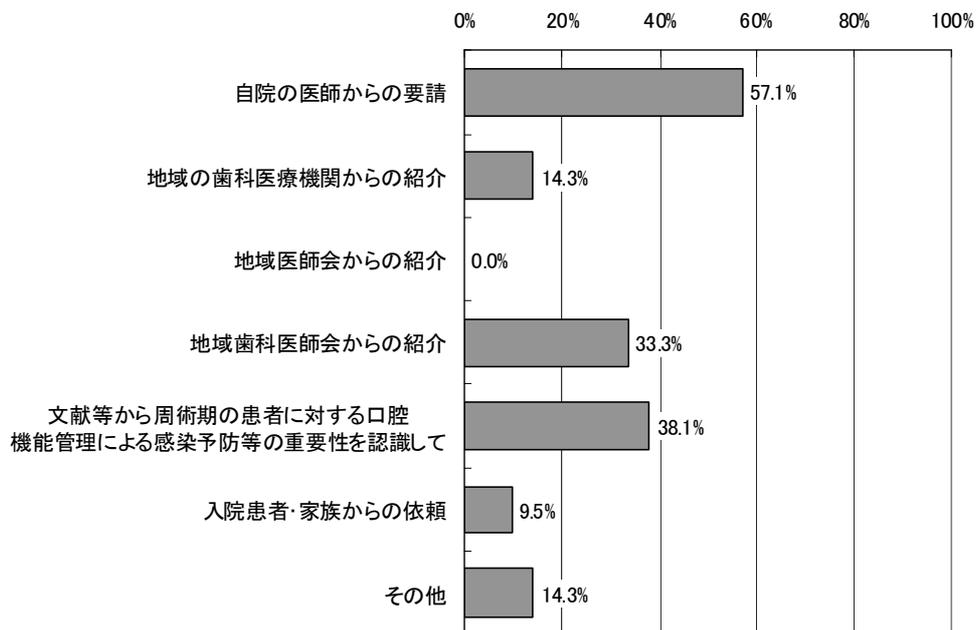
図表 95 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施した患者数  
(周術期口腔機能管理実施施設、平成 25 年 6 月)

(単位：人)

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
呼吸器外科	13	0.5	1.0	0.0
消化器外科	17	4.8	8.3	2.0
循環器科	12	0.6	1.5	0.0
その他	12	5.8	11.1	1.5

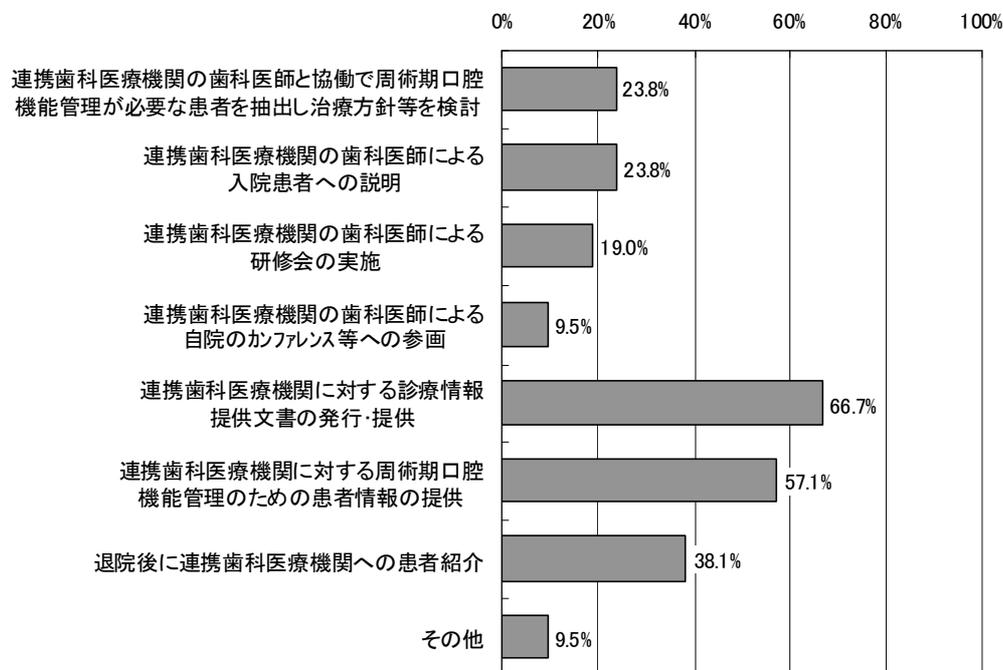
② 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけ

図表 96 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を実施するようになったきっかけ (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)



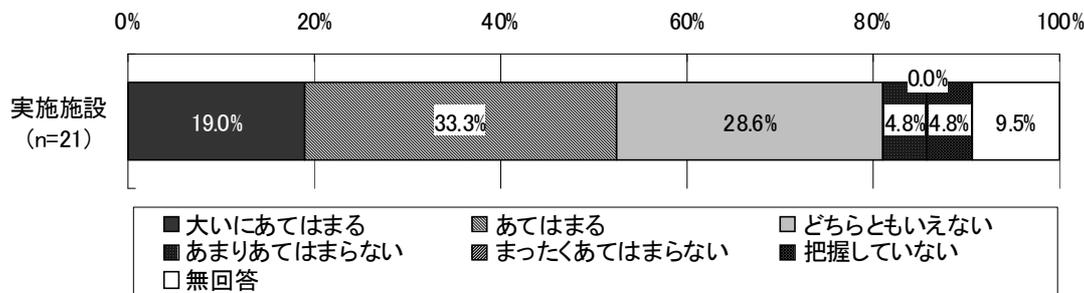
③周術期口腔機能管理を実施する歯科医療機関との連携状況

図表 97 周術期口腔機能管理を実施する歯科医療機関との連携状況  
(周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)

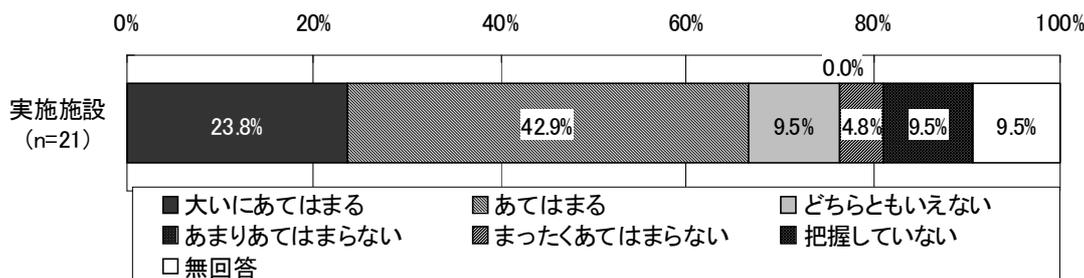


④ 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果

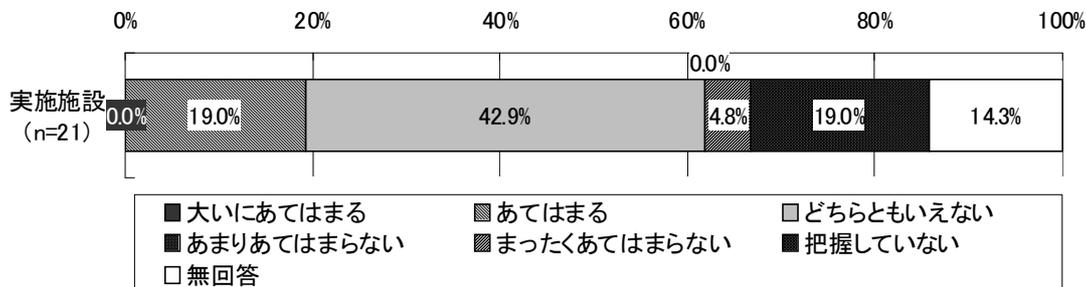
図表 98 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果  
 ～①周術期に必要な口腔機能管理を計画的に行えるようになった～  
 (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)



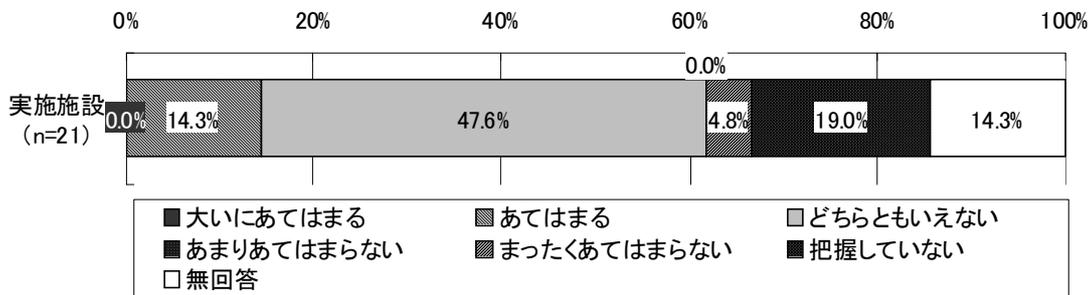
図表 99 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果  
 ～②術後の感染予防に寄与できた～  
 (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)



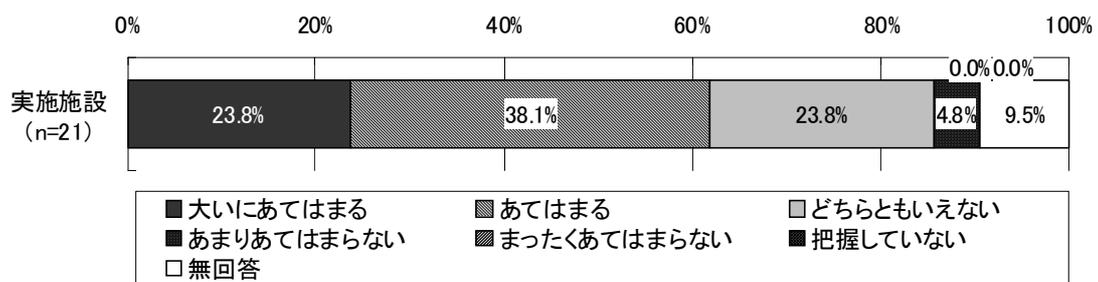
図表 100 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果  
 ～③患者の入院期間の短縮につながった～  
 (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)



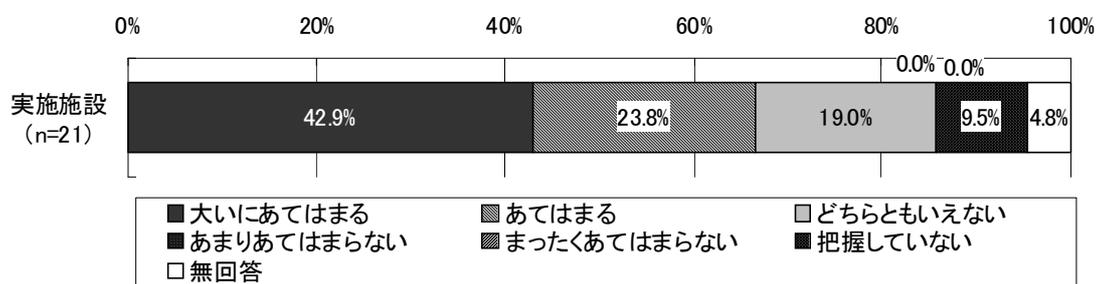
図表 101 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果  
 ～④投薬期間の短縮・投与量の減量につながった～  
 (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)



図表 102 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果  
 ～⑤歯科医療機関との連携が以前よりスムーズになった～  
 (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)

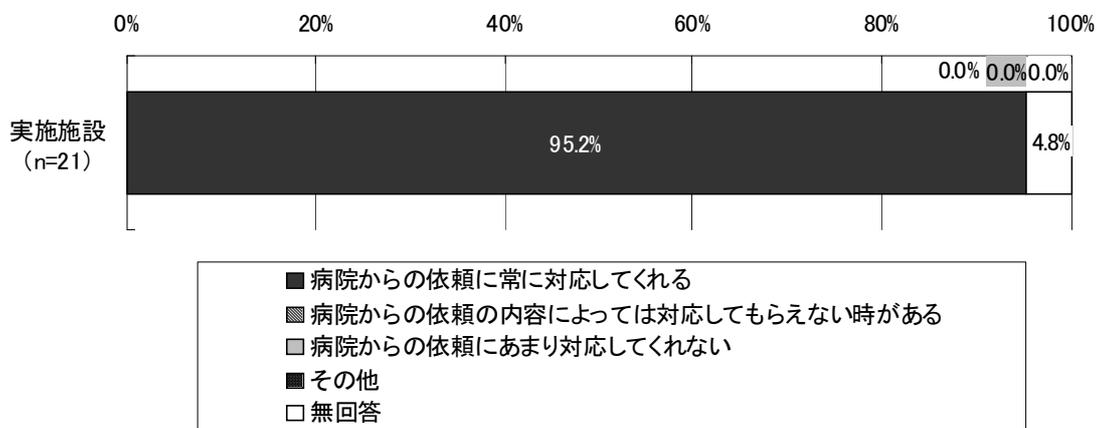


図表 103 歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果  
 ～⑥患者が口腔機能管理の重要性を認識するようになった～  
 (周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)



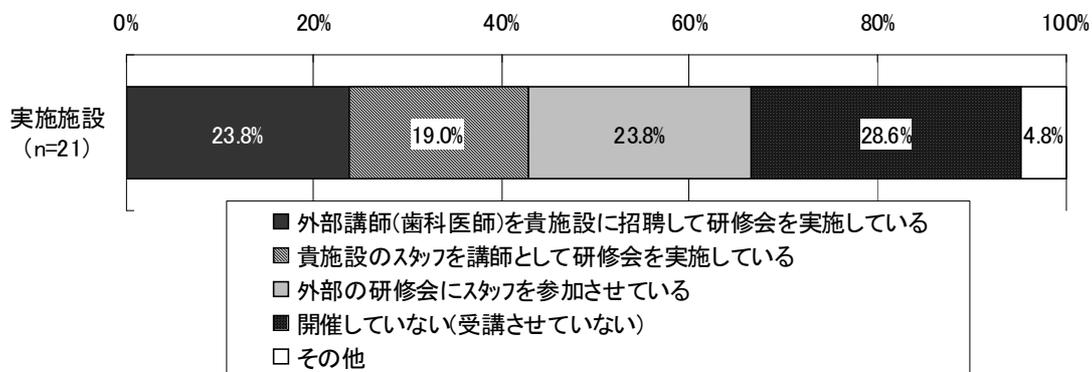
⑤周術期口腔機能管理を行っている歯科医師の対応状況

図表 104 周術期口腔機能管理を行っている歯科医師の対応状況  
(周術期口腔機能管理実施施設)

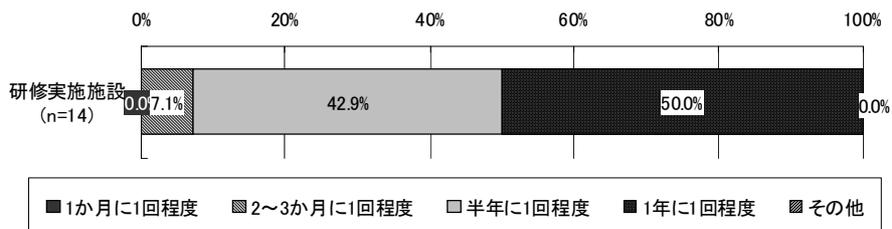


⑥周術期口腔機能管理に関する研修会への職員の参加状況

図表 105 周術期口腔機能管理に関する研修会への職員の参加状況  
(周術期口腔機能管理実施施設)

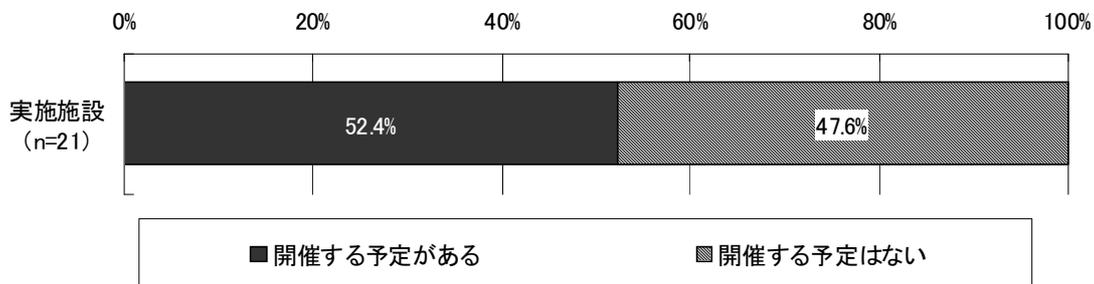


図表 106 周術期口腔機能管理に関する研修会の開催・参加頻度  
(周術期口腔機能管理に関する研修に参加している施設)



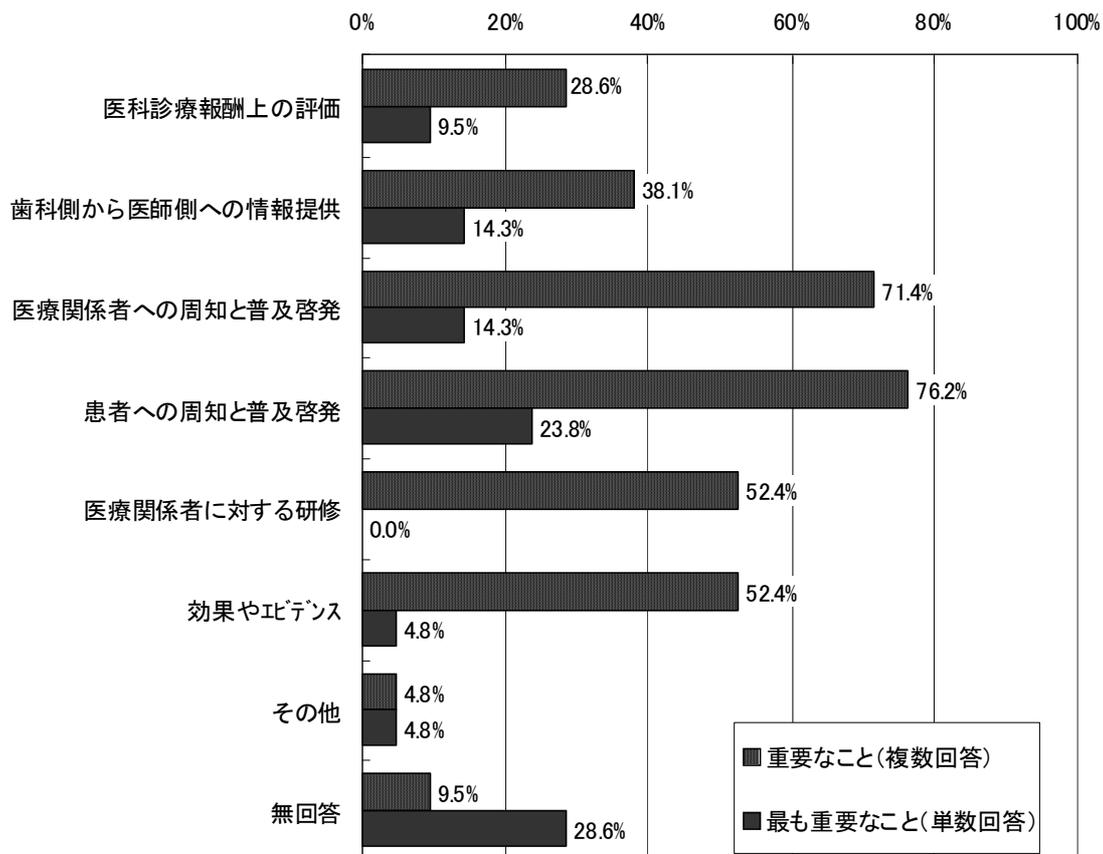
⑦周術期口腔機能管理に関する研修会の開催予定

図表 107 周術期口腔機能管理に関する研修会の開催予定  
(周術期口腔機能管理実施施設)



⑧周術期口腔機能管理を実施する上で重要なこと

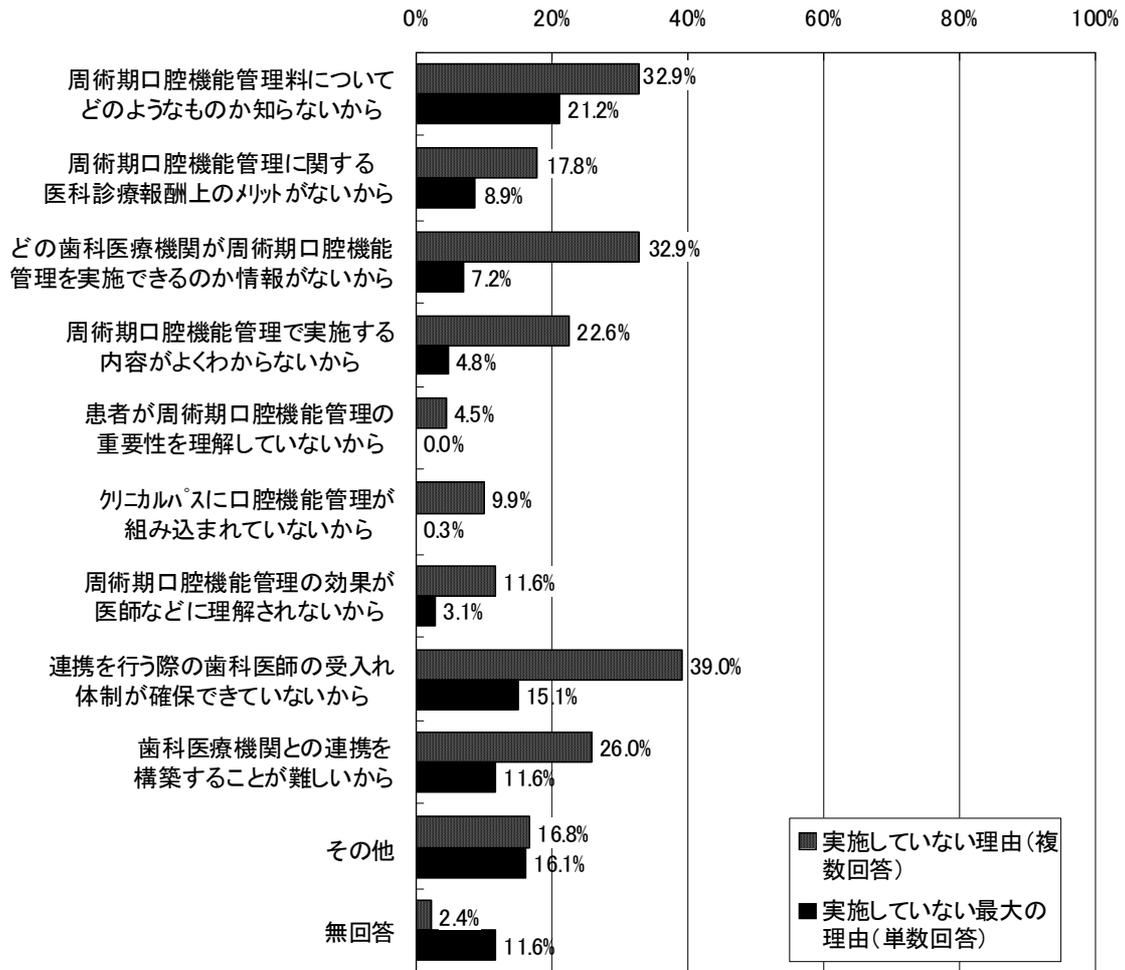
図表 108 周術期口腔機能管理を実施する上で重要なこと  
(周術期口腔機能管理実施施設、n=21)



(4) 周術期口腔機能管理を実施していない施設における理由・今後の意向等

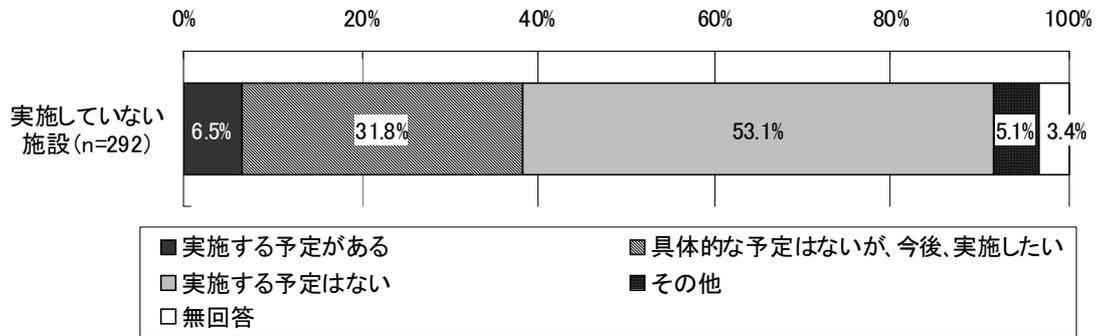
①周術期口腔機能管理を実施していない理由

図表 109 周術期口腔機能管理を実施していない理由  
(周術期口腔機能管理を実施していない施設、n=292)



②周術期口腔機能管理の今後の実施意向

図表 110 周術期口腔機能管理の今後の実施意向  
(周術期口腔機能管理を実施していない施設、n=292)



### 3. 患者調査の結果

#### 【調査対象等】

調査対象：調査期間中に当該医療機関で周術期口腔機能管理を受けた患者。1施設当たり2名（2名×718施設=1,436）。

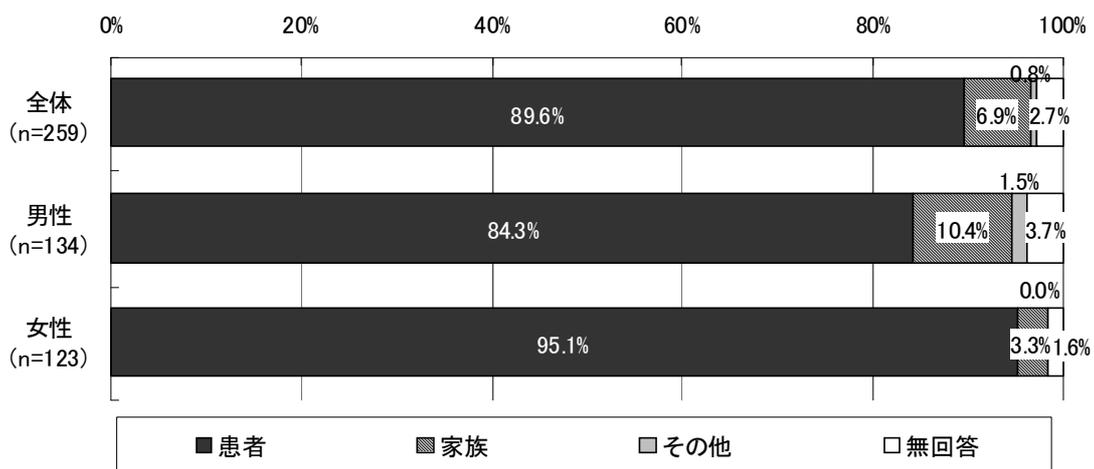
回答数：259名

回答者：患者・家族等

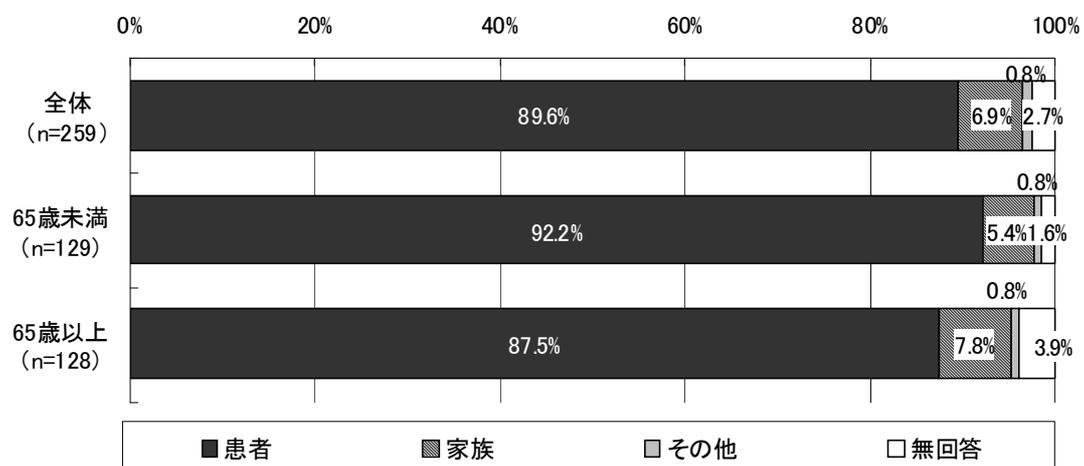
#### (1) 患者の基本属性

##### ①調査票の記入者

図表 111 調査票の記入者（男女別）

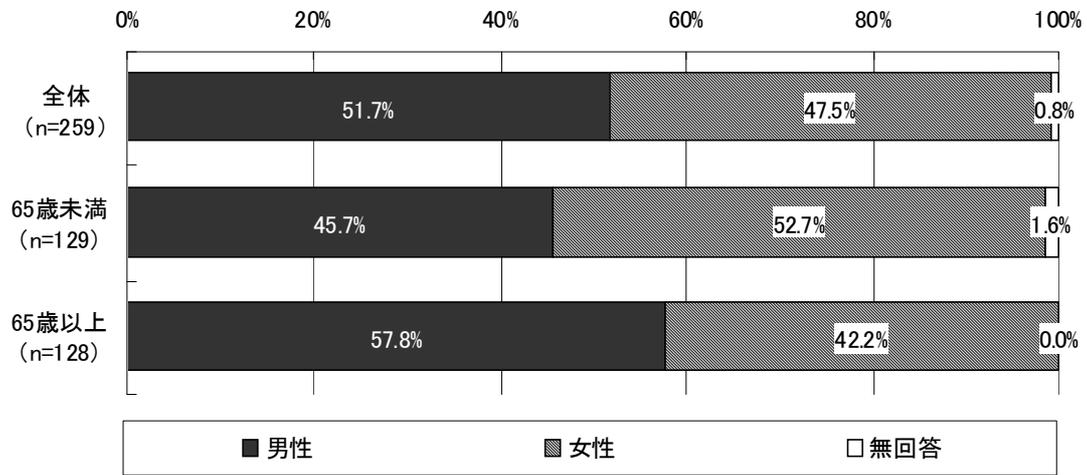


図表 112 調査票の記入者（年齢区分別）



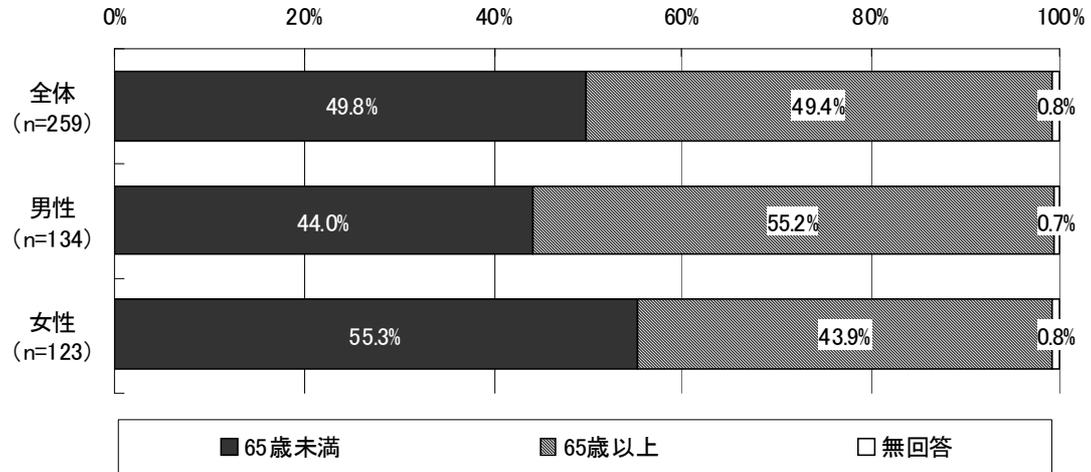
②性別

図表 113 性別（年齢区分別）



③年齢

図表 114 年齢区分（男女別）



図表 115 年齢（男女別）

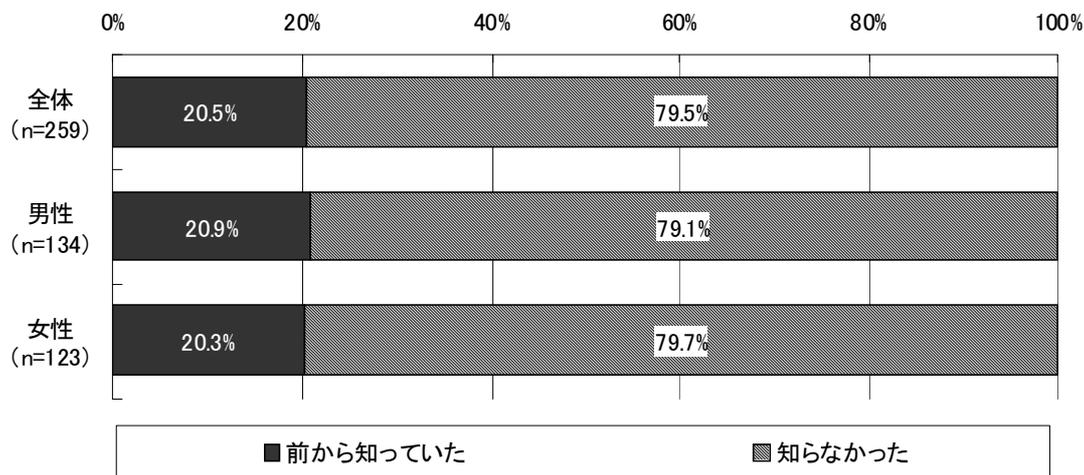
(単位：歳)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	257	61.9	14.0	64.0	87.0	6.0
男性	133	63.7	13.6	67.0	87.0	6.0
女性	124	60.1	14.3	63.0	86.0	9.0

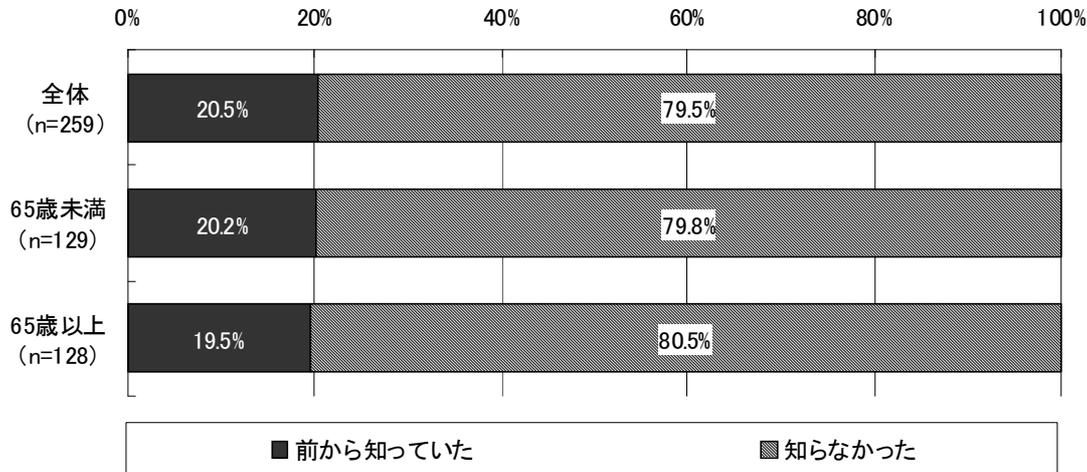
(2) 周術期口腔機能管理の利用状況等

①周術期口腔機能管理の認知度

図表 116 周術期口腔機能管理の認知度（男女別）

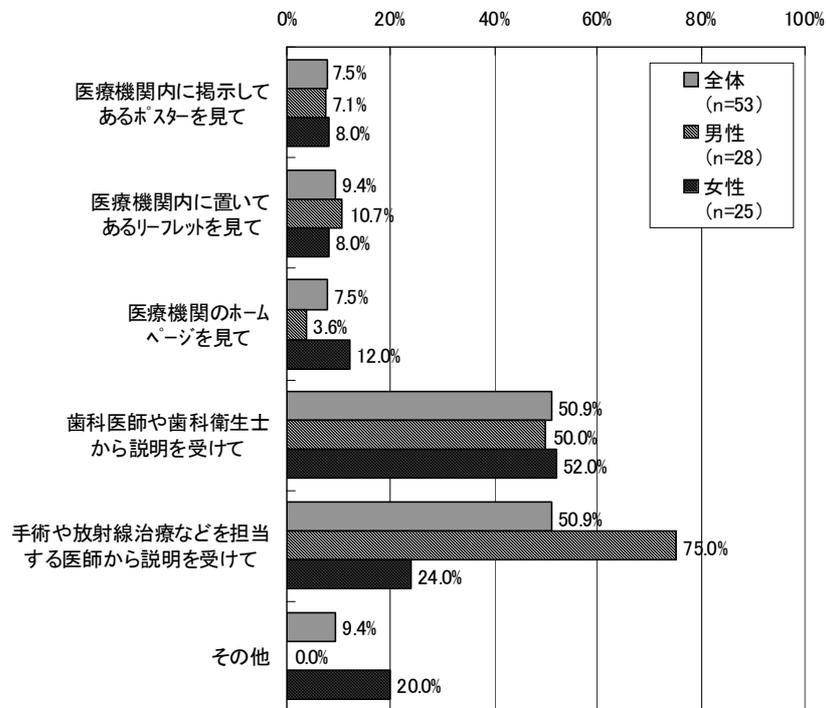


図表 117 周術期口腔機能管理の認知度（年齢区分別）

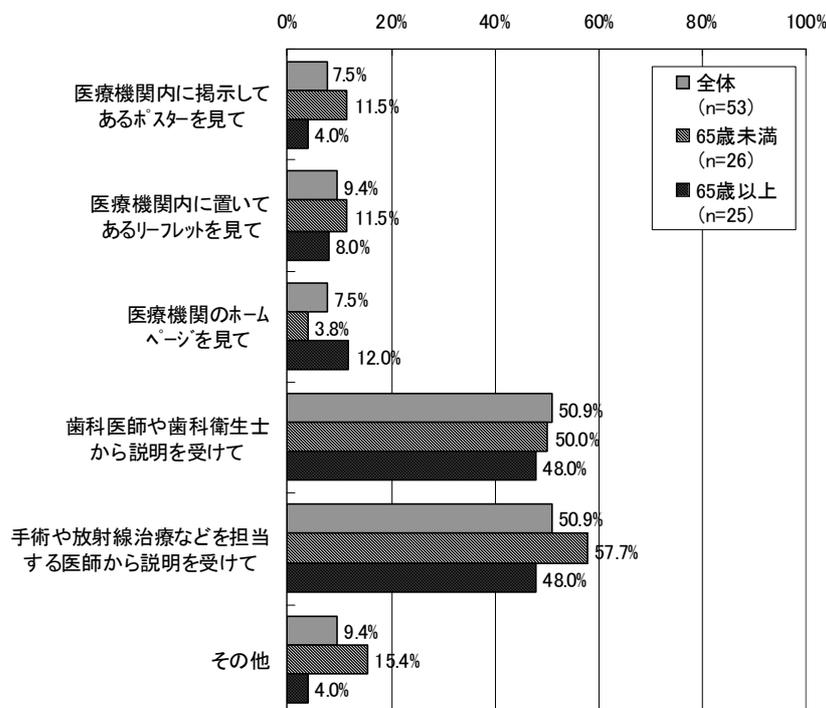


②周術期口腔機能管理を知ったきっかけ

図表 118 周術期口腔機能管理を知ったきっかけ（知っている人、男女別、複数回答）

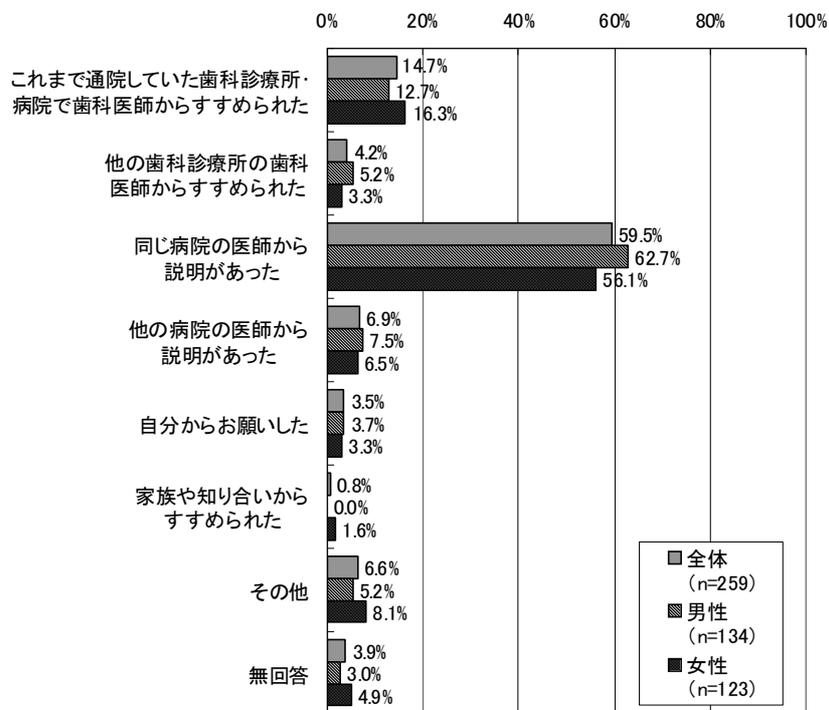


図表 119 周術期口腔機能管理を知ったきっかけ（知っている人、年齢区分、複数回答）

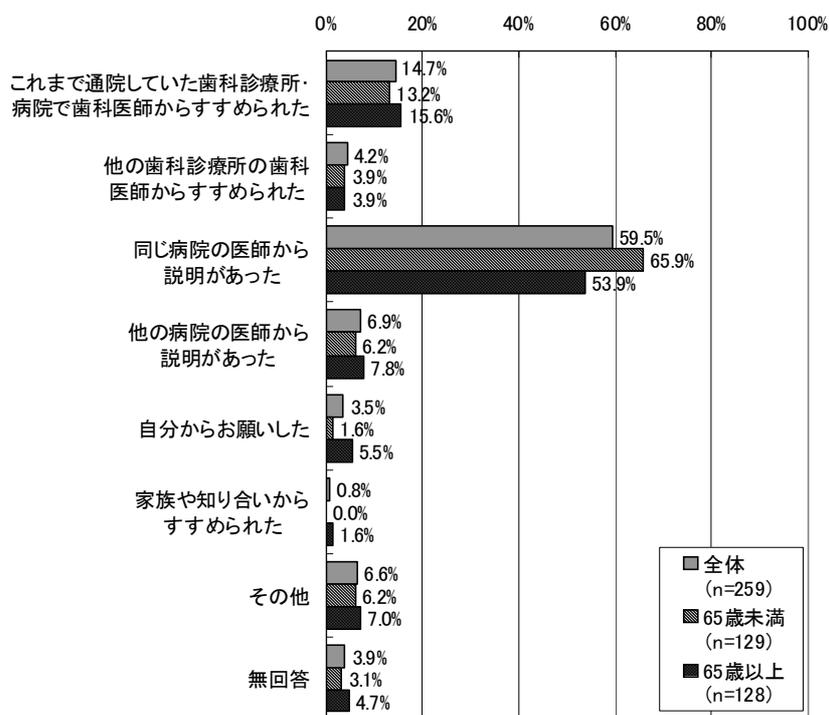


③周術期口腔機能管理を受けたきっかけ

図表 120 周術期口腔機能管理を受けたきっかけ（男女別、単数回答）

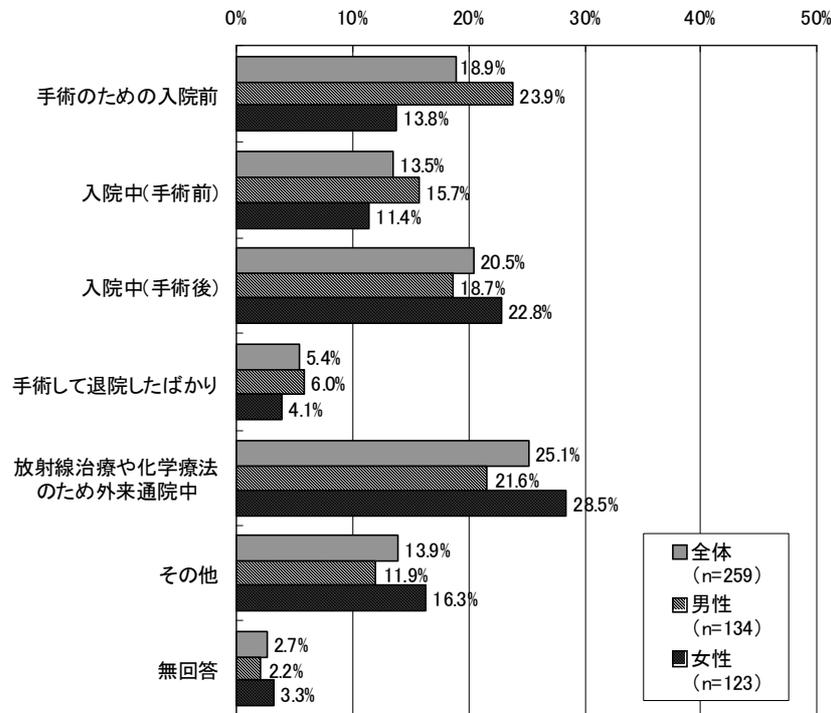


図表 121 周術期口腔機能管理を受けたきっかけ（年齢区分、単数回答）

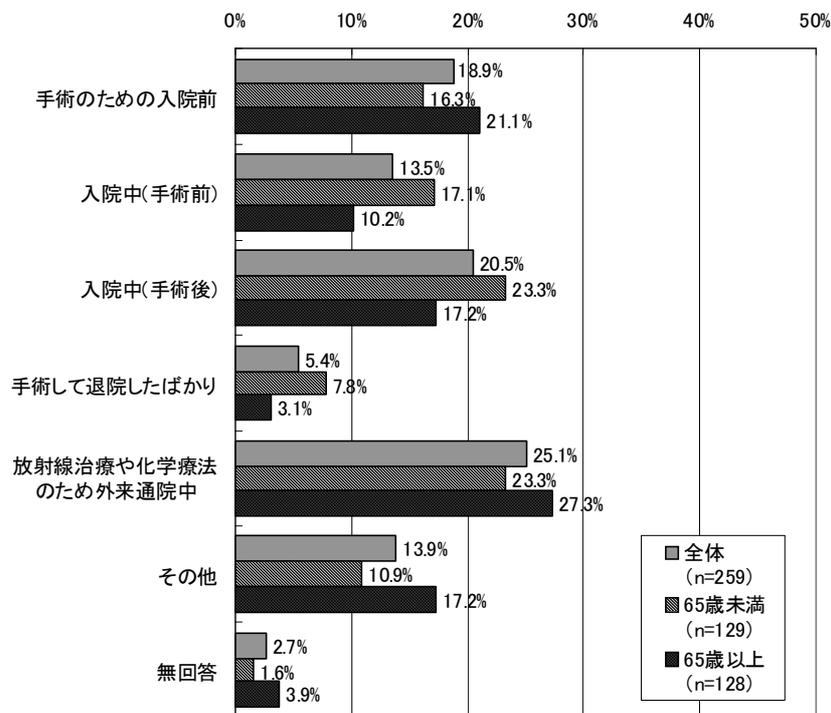


④ 歯科以外の病気における状況

図表 122 歯科以外の病気における状況（男女別、単数回答）

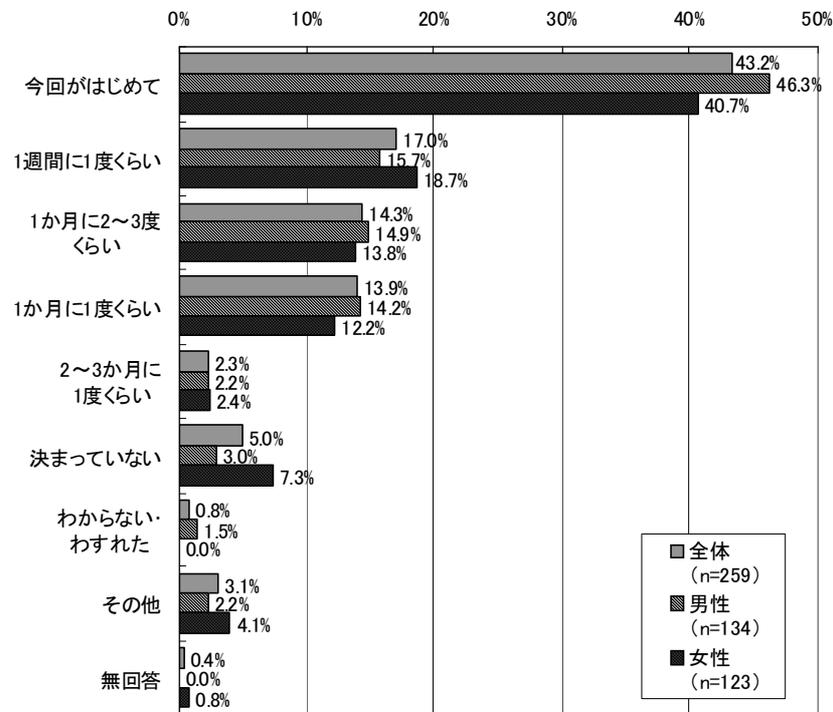


図表 123 歯科以外の病気における状況（年齢区分別、単数回答）

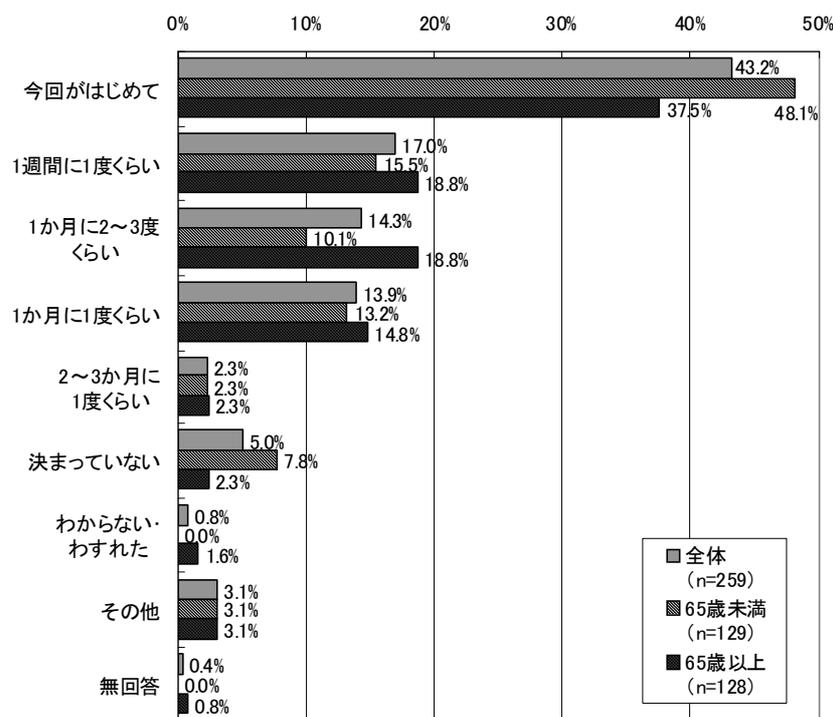


⑤周術期口腔機能管理を受けている頻度

図表 124 周術期口腔機能管理を受けている頻度（男女別、単数回答）

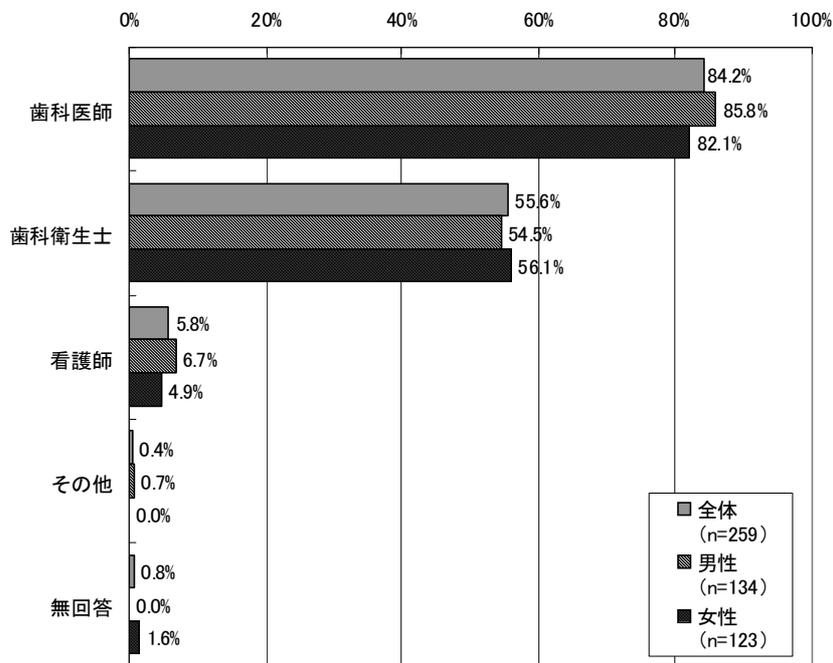


図表 125 周術期口腔機能管理を受けている頻度（年齢区分別、単数回答）

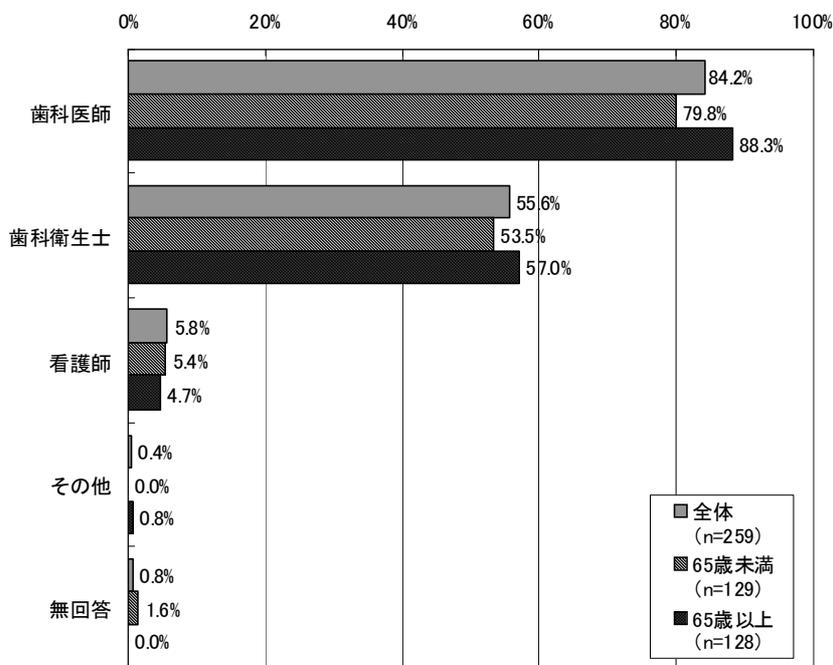


⑥周術期口腔機能管理の担当者

図表 126 周術期口腔機能管理の担当者（男女別、複数回答）

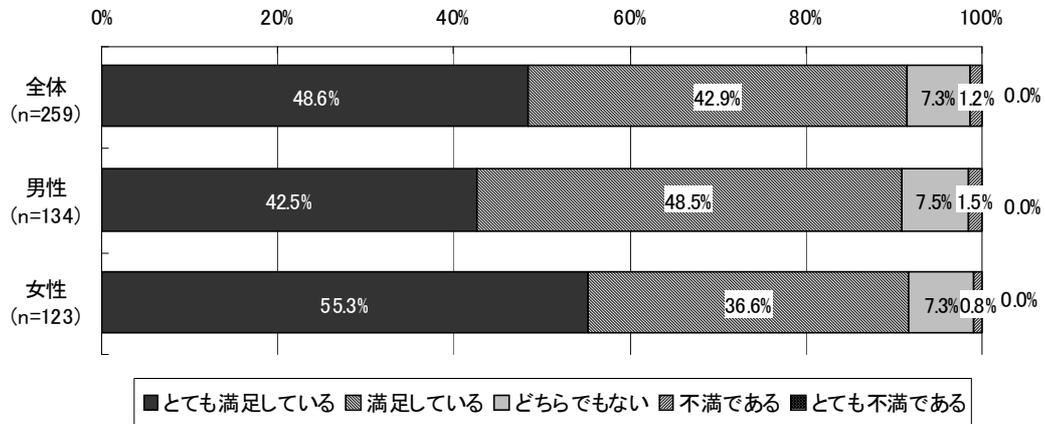


図表 127 周術期口腔機能管理の担当者（年齢区分別、複数回答）

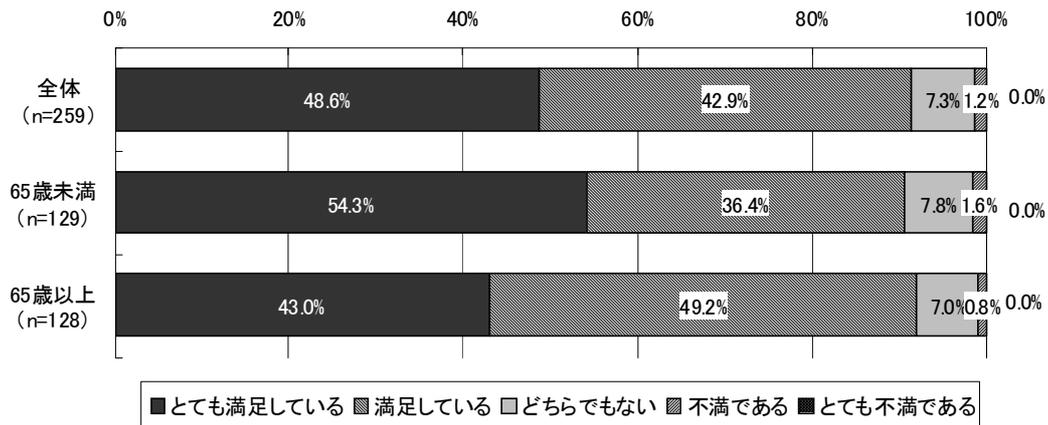


⑦周術期口腔機能管理を受けた満足度

図表 128 周術期口腔機能管理を受けた満足度（男女別）



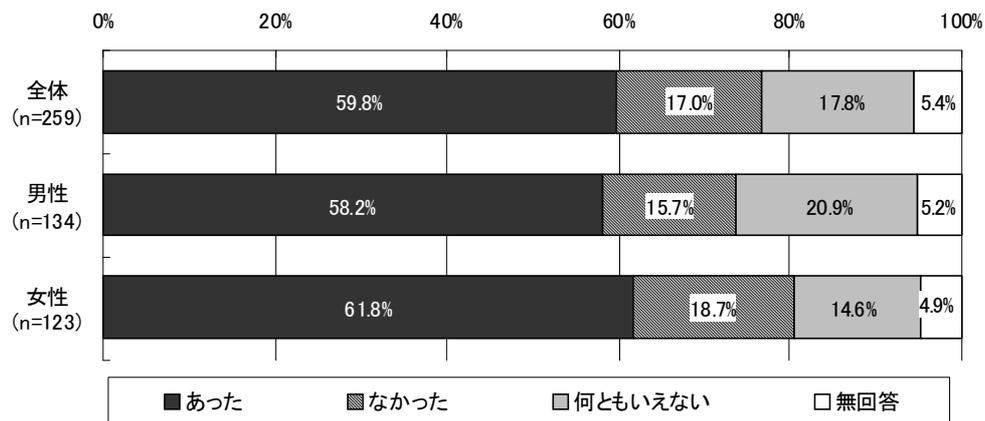
図表 129 周術期口腔機能管理を受けた満足度（年齢区分別）



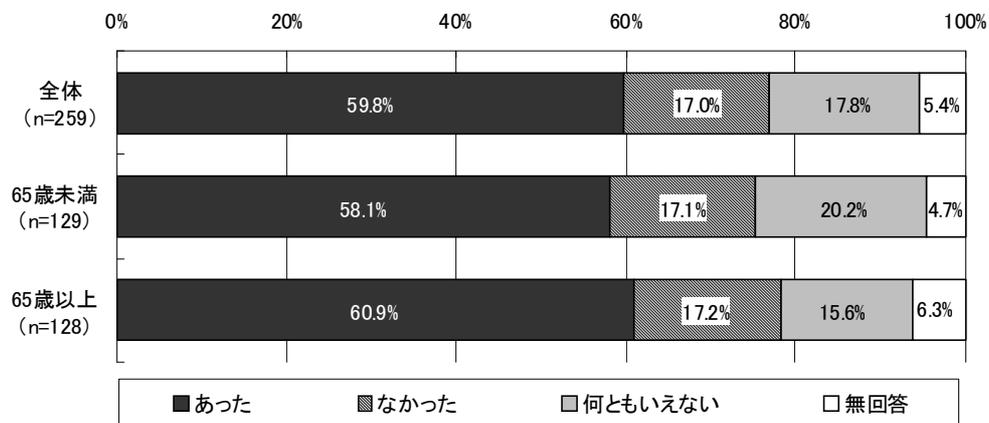
⑧周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化

1) 周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化の有無

図表 130 周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化の有無  
(男女別)

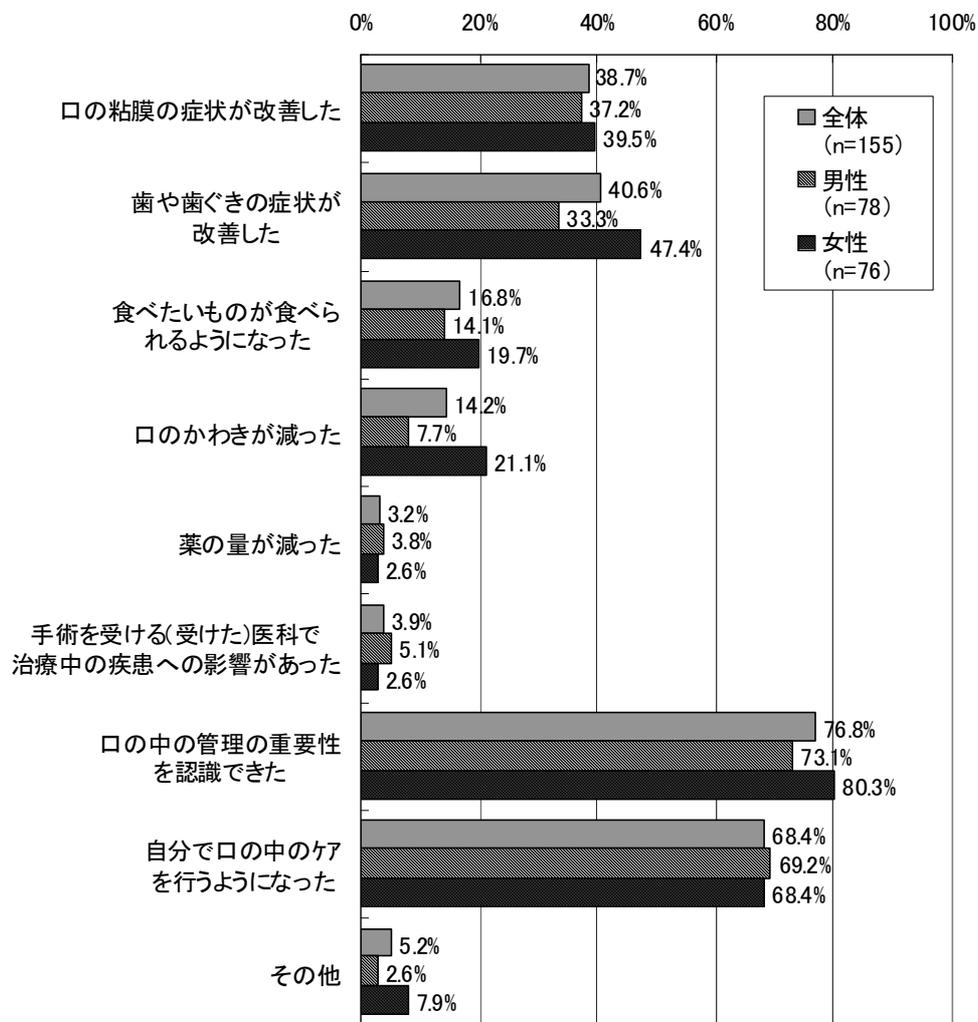


図表 131 周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化の有無  
(年齢区分別)

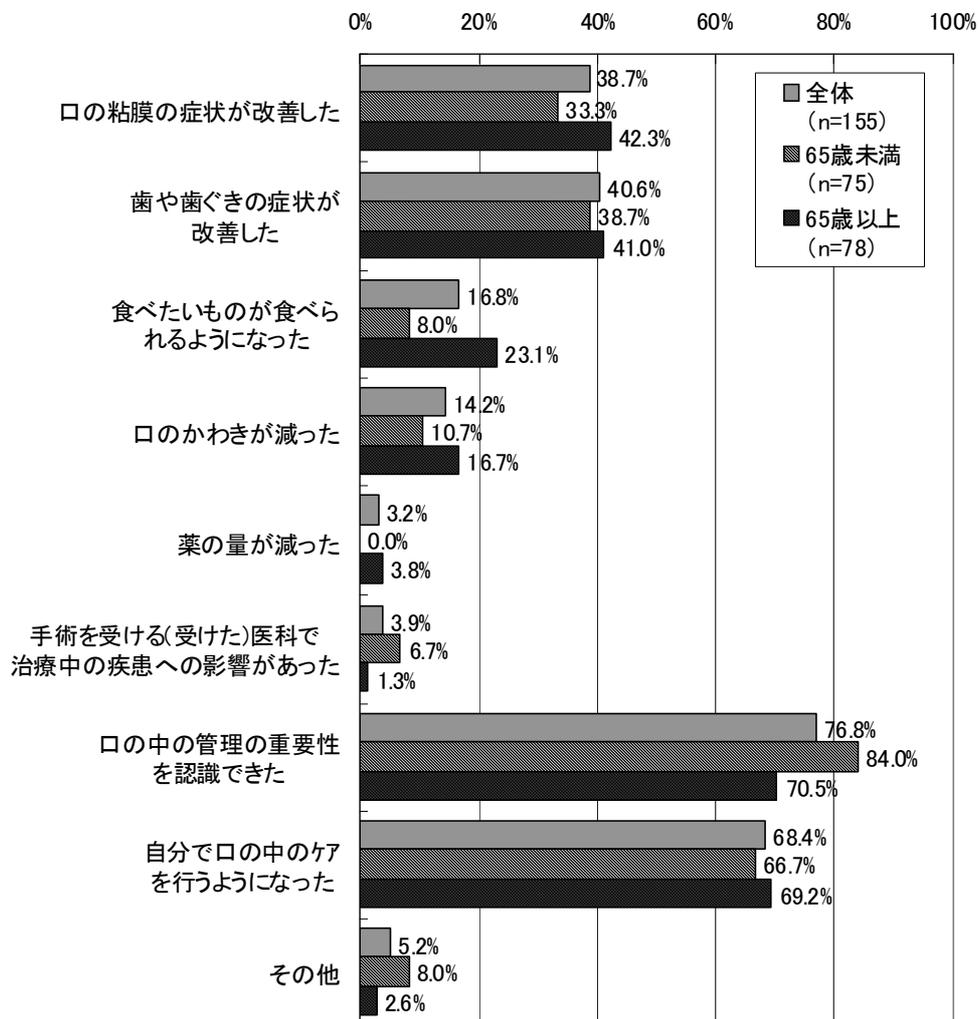


2) 周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化

図表 132 周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化の有無  
(変化が「あった」と回答した人、男女別、複数回答)



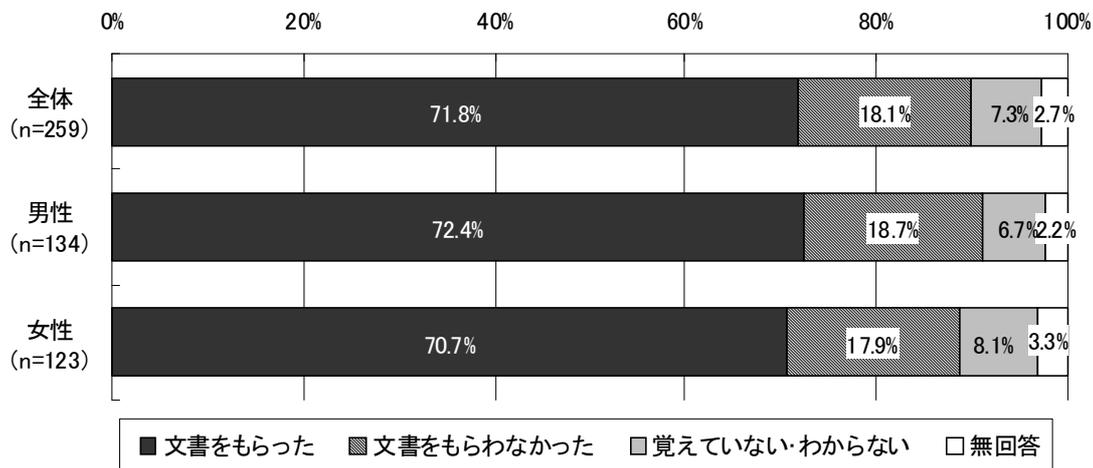
図表 133 周術期口腔機能管理を受けたことによる口腔や全身の状態などの変化の有無  
 (変化が「あった」と回答した人、年齢区分別、複数回答)



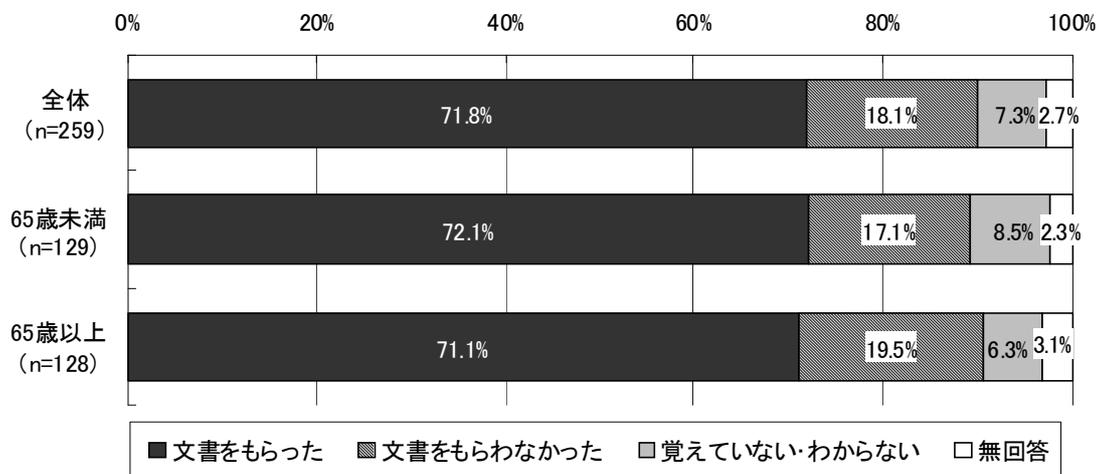
⑨周術期口腔機能管理に関する説明文書の受取の有無等

1) 周術期口腔機能管理に関する説明文書の受取の有無

図表 134 周術期口腔機能管理に関する説明文書の受取の有無（男女別）

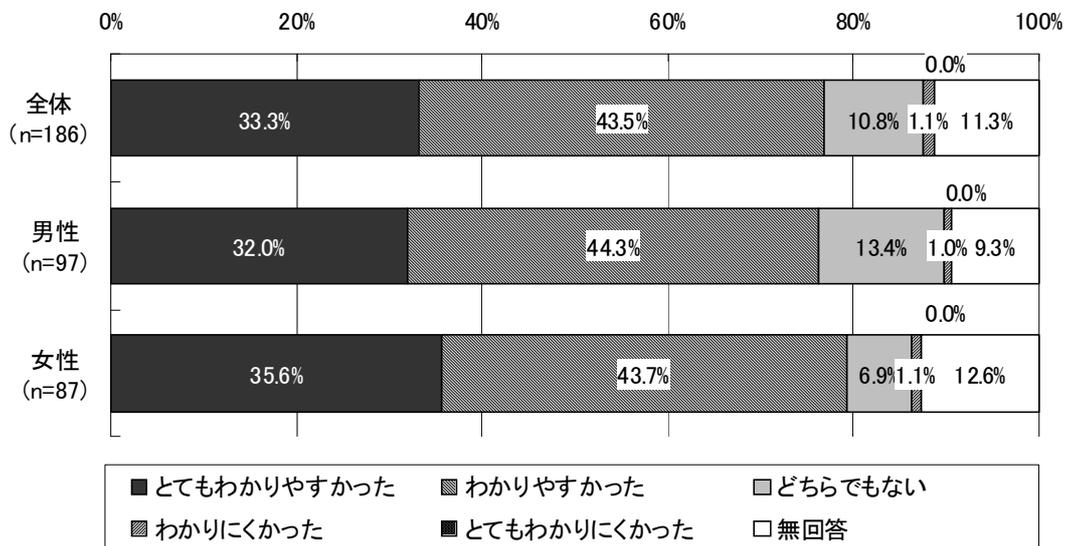


図表 135 周術期口腔機能管理に関する説明文書の受取の有無（年齢区分別）

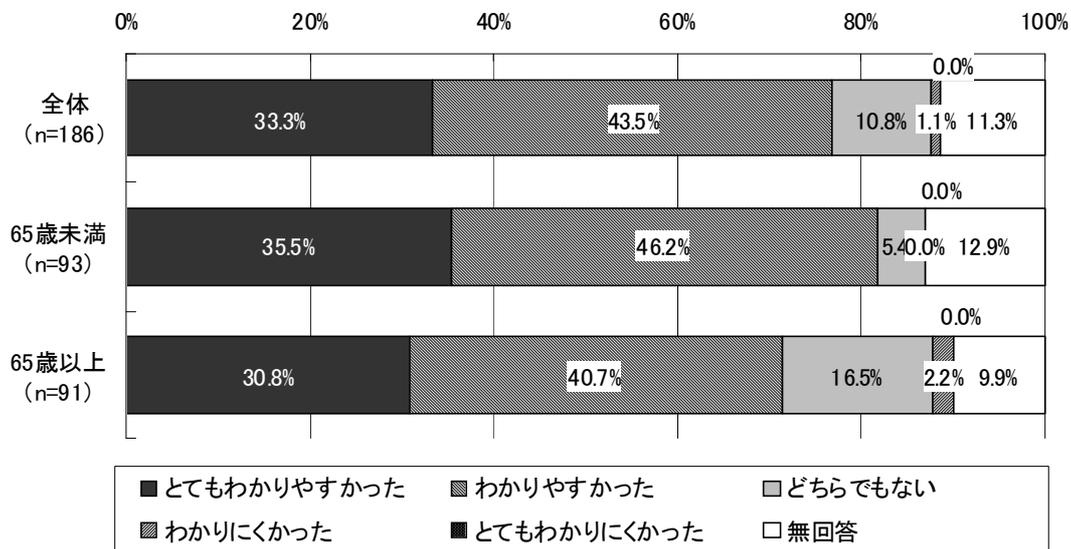


2) 周術期口腔機能管理に関する説明文書のわかりやすさ

図表 136 周術期口腔機能管理に関する説明文書のわかりやすさ  
(説明文書を受け取った人、男女別)

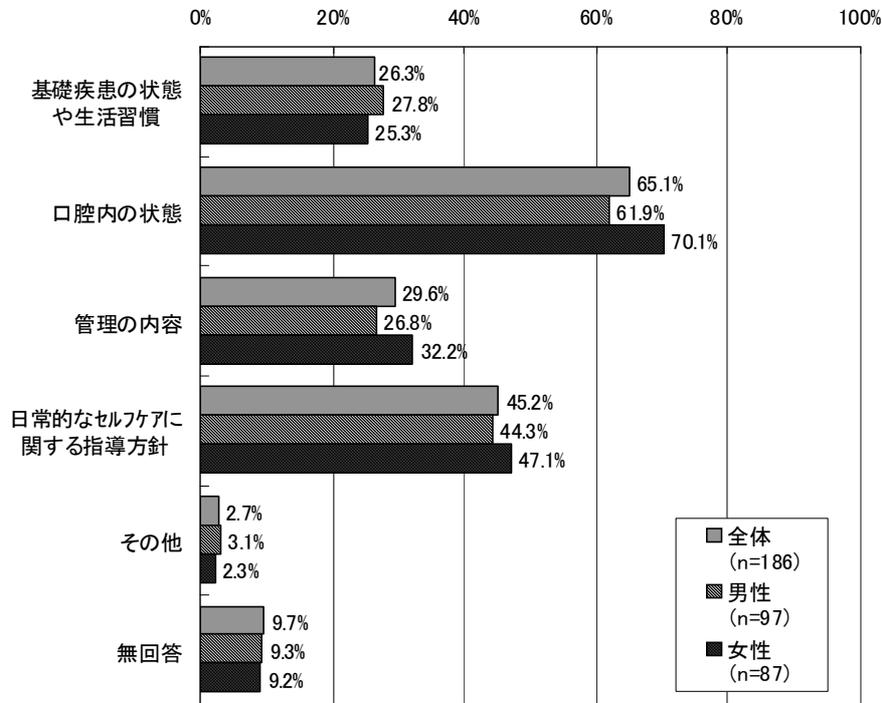


図表 137 周術期口腔機能管理に関する説明文書のわかりやすさ  
(説明文書を受け取った人、年齢区分別)

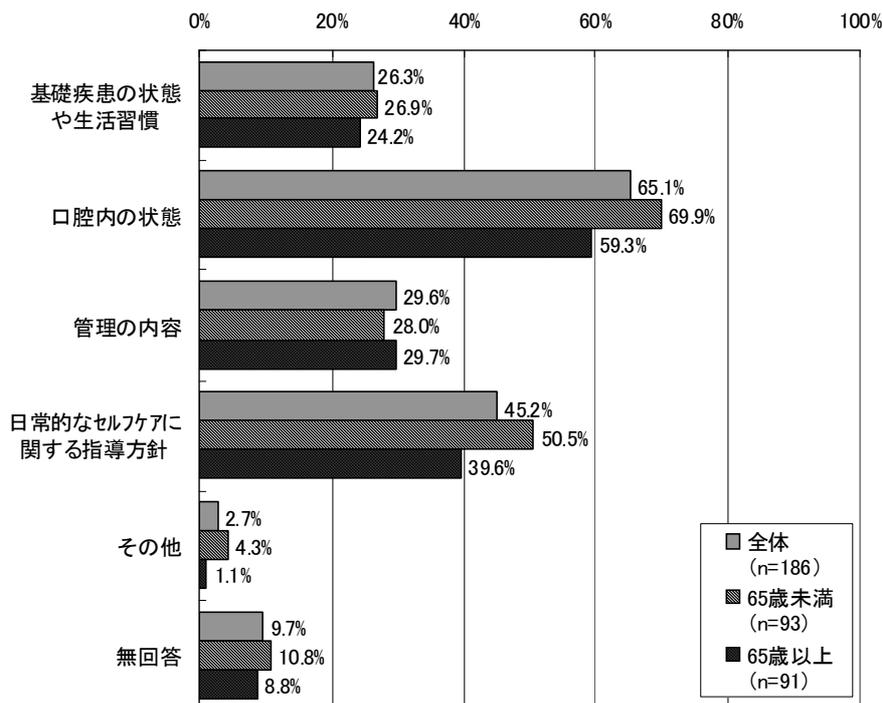


3) 周術期口腔機能管理に関する説明文書で役に立った情報

図表 138 周術期口腔機能管理に関する説明文書で役に立った情報  
(説明文書を受け取った人、男女別、複数回答)

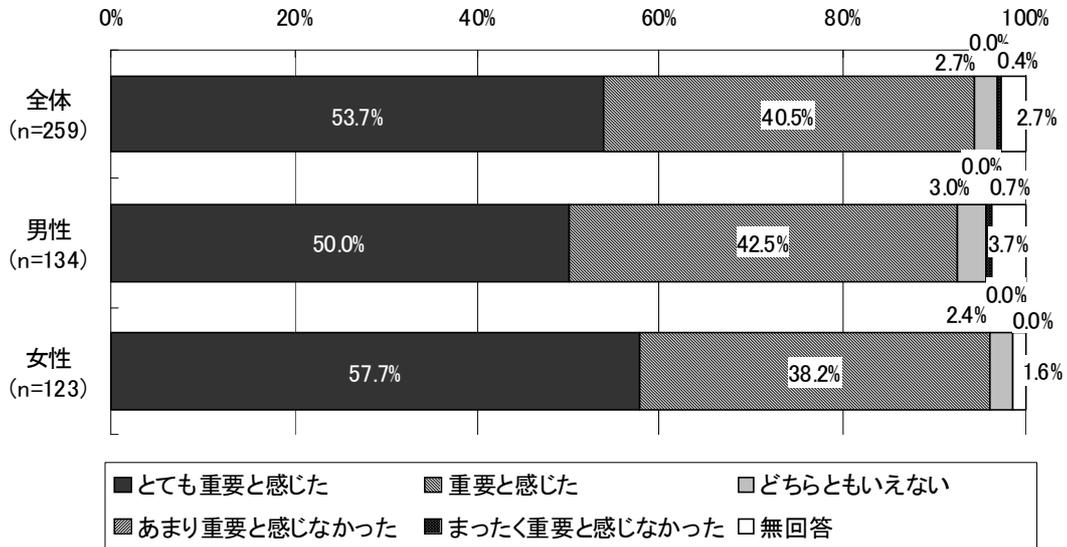


図表 139 周術期口腔機能管理に関する説明文書で役に立った情報  
(説明文書を受け取った人、男女別、複数回答)



⑩周術期口腔機能管理の重要性

図表 140 周術期口腔機能管理の重要性（男女別）



図表 141 周術期口腔機能管理の重要性（年齢区分別）

