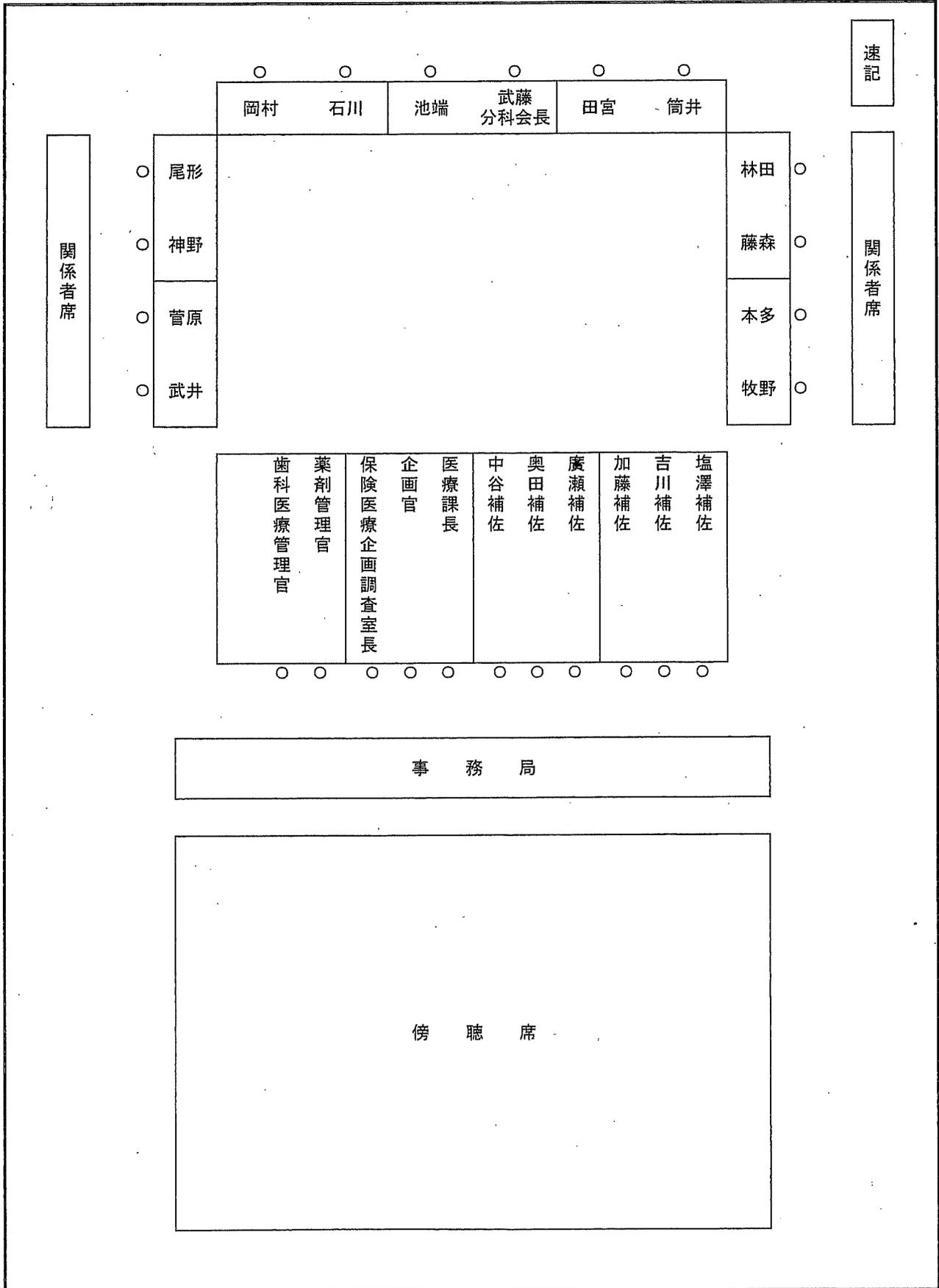


平成29年度第6回診療報酬調査専門組織（入院医療等の調査・評価分科会）座席表

日時：平成29年8月24日（木）14:00～16:00
 場所：TKP赤坂駅カンファレンスセンター ホール13B（13階）



平成 29 年度第 6 回 診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

日時：平成 29 年 8 月 24 日（木）14:00～16:00

場所：TKP 赤坂駅カンファレンスセンター ホール 13B（13 階）

議 事 次 第

1. 一般病棟入院基本料について（その 2）
2. 入退院支援について（その 2）
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について（その 2）

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
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
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
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
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
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやした けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
まきの けんいち 牧野 憲一	旭川赤十字病院 院長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授



○：分科会長

(平成29年度第6回) 入院医療等の調査・評価分科会

平成29年8月24日(木)

本日の議題

1. 一般病棟入院基本料(その2)
2. 入退院支援(その2)
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

1. 一般病棟入院基本料(その2)

(1) 評価項目と評価手法

(2) 測定方法、測定項目とDPCデータ

2. 入退院支援(その2)

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1
入院基本料	1,591点	1,332点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点	
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点	
		看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>7又はその端数を増すごとに1以上</u>	常時、当該病棟の入院患者の数が <u>10又はその端数を増すごとに1以上</u>
	最小必要数の7割以上が看護師	
平均在院日数	<u>18日以内</u>	<u>21日以内</u>
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が <u>2割5分以上</u> (許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)	<u>継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u>
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上	
在宅復帰率	<u>8割以上</u>	<u>4</u>

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

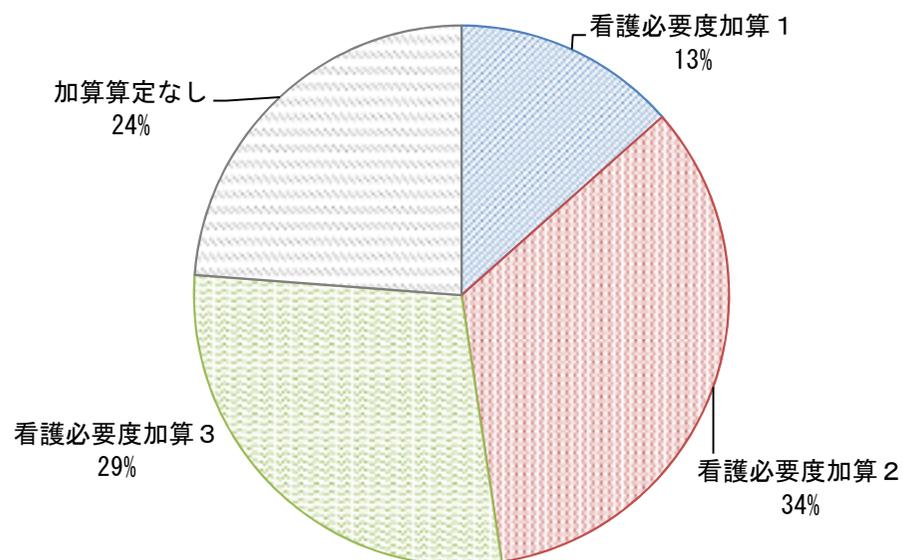
評価項目	評価期間 （①患者単位、②病棟単位）	基準値 （カットオフ値）
（1）重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 （200床未満は2割3分以上）
（2）平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
（3）在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟(10対1)の加算による評価について

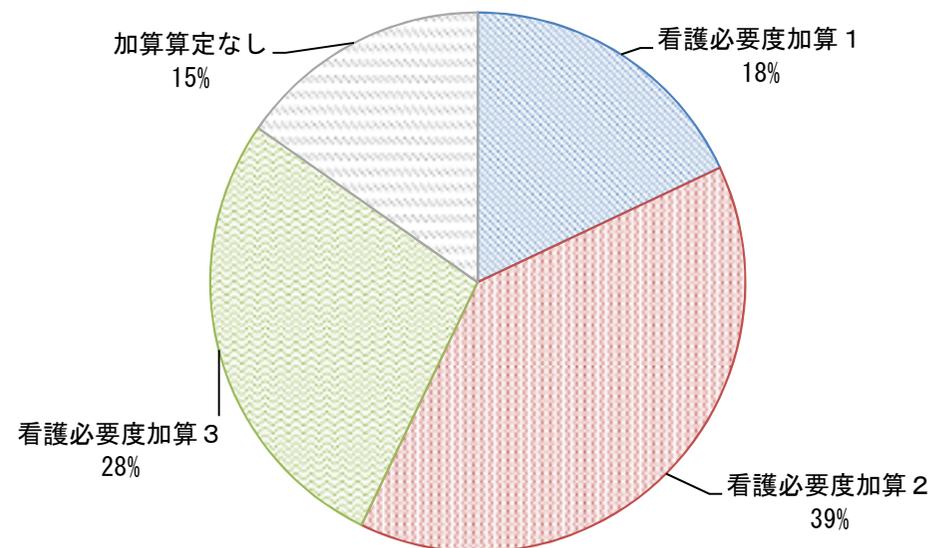
【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

届出医療機関数(n=2,216)

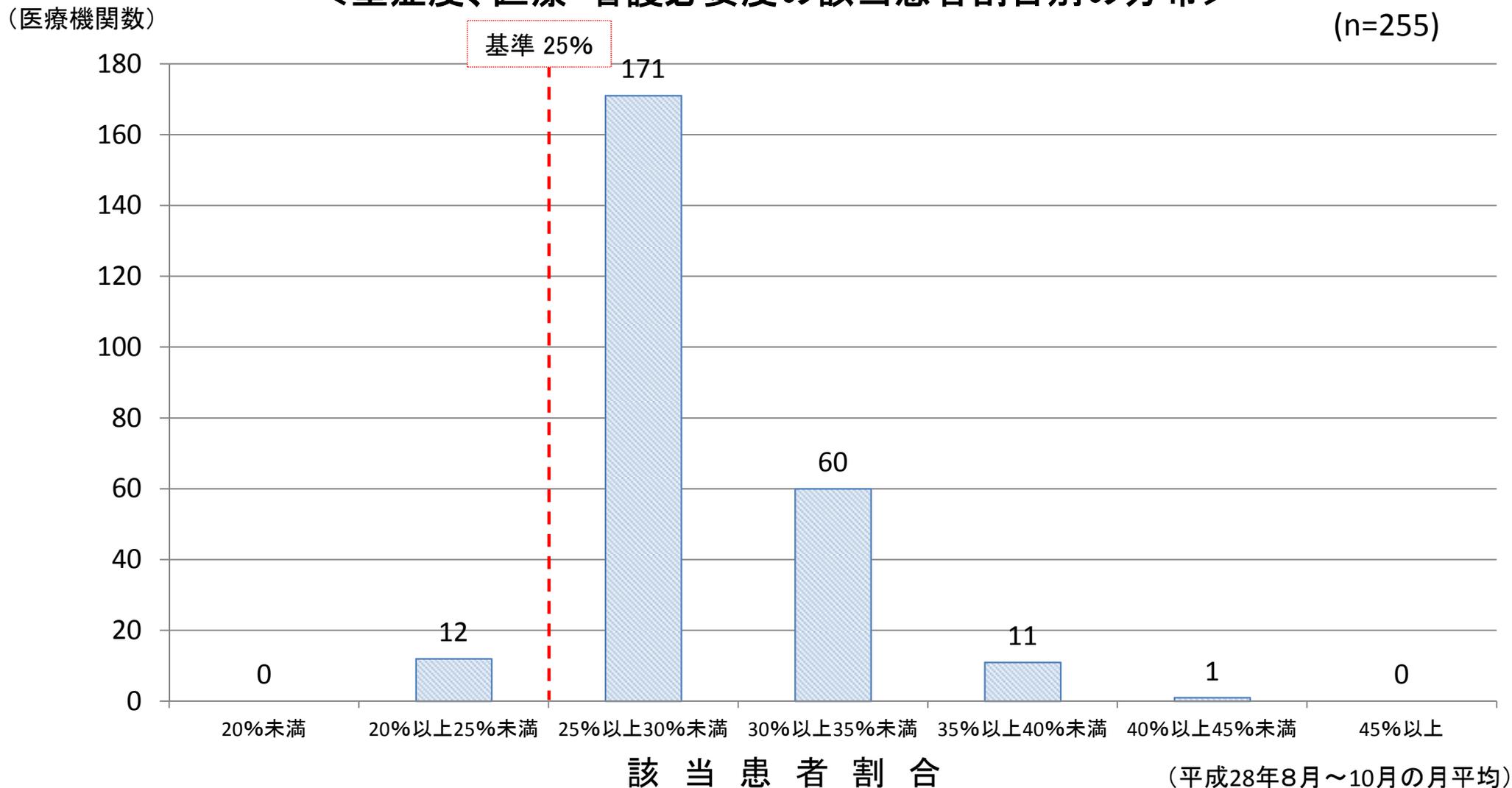


届出病床数(n=169,733)



○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞



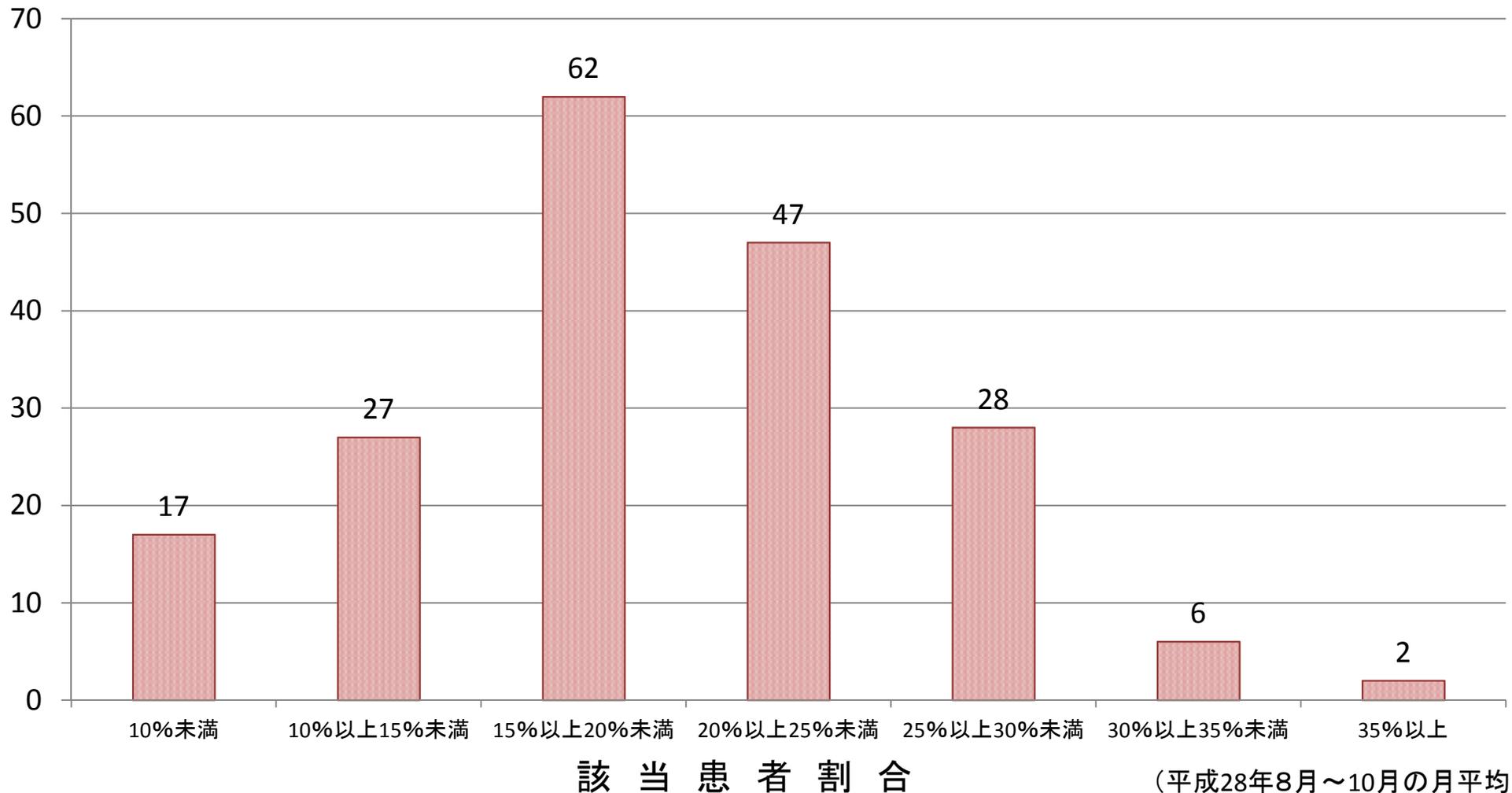
一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%~20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

(医療機関数)

(n=189)

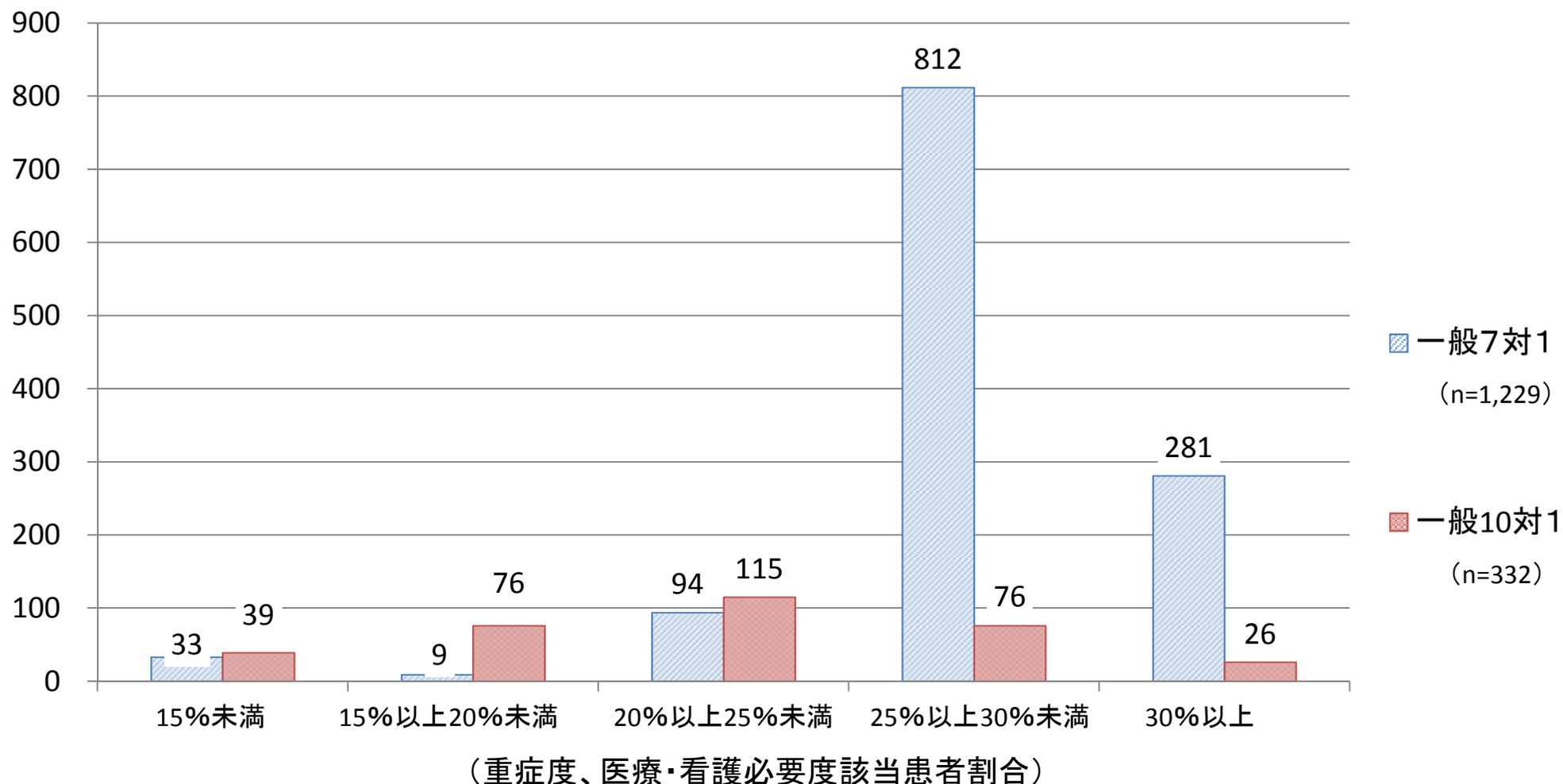


一般病棟(7対1、10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布①

○ 一般病棟(7対1、10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関数の分布をみると、一般病棟(10対1)でも、一般病棟(7対1)の施設基準である25%を超える医療機関が一定数存在する。

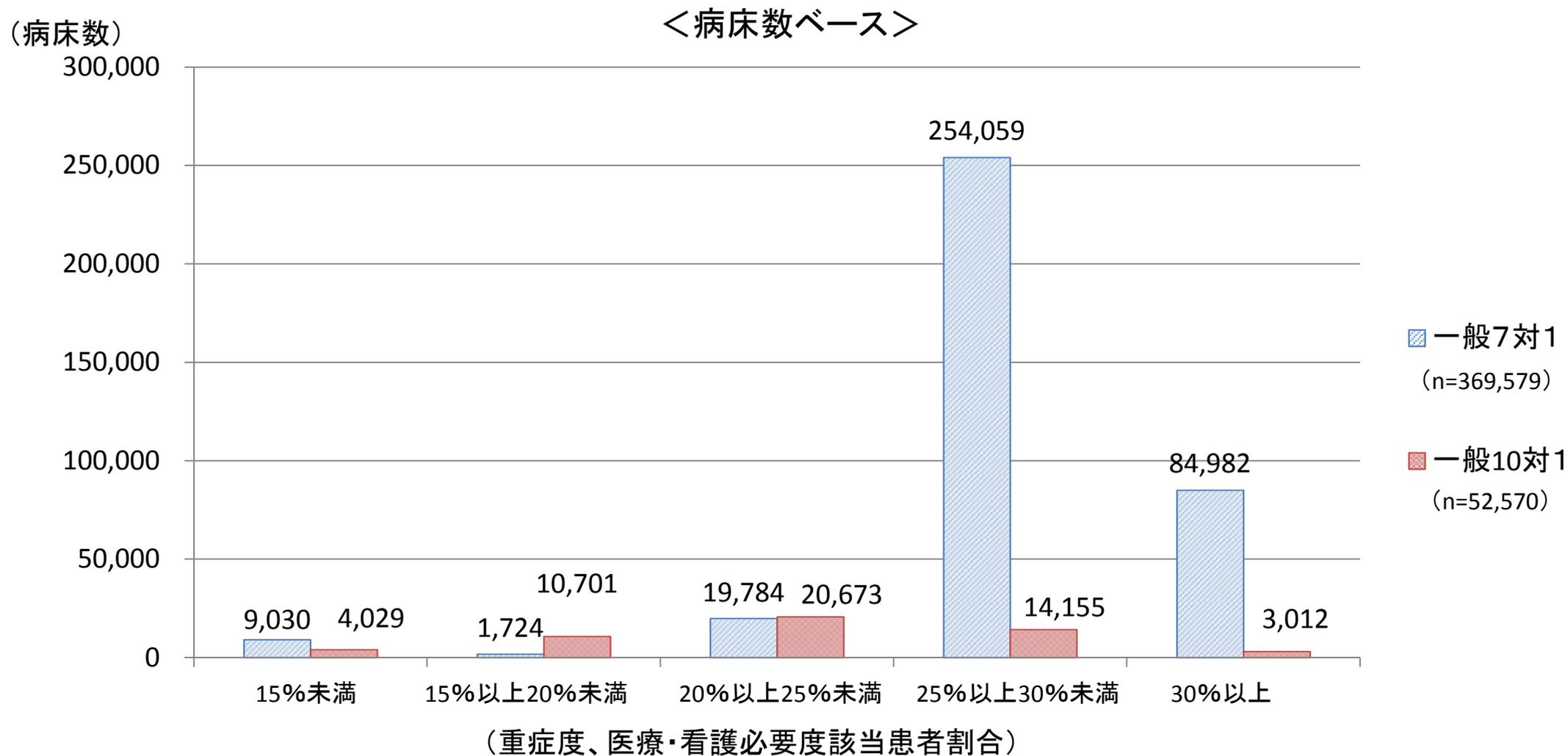
(医療機関数)

<医療機関数ベース>

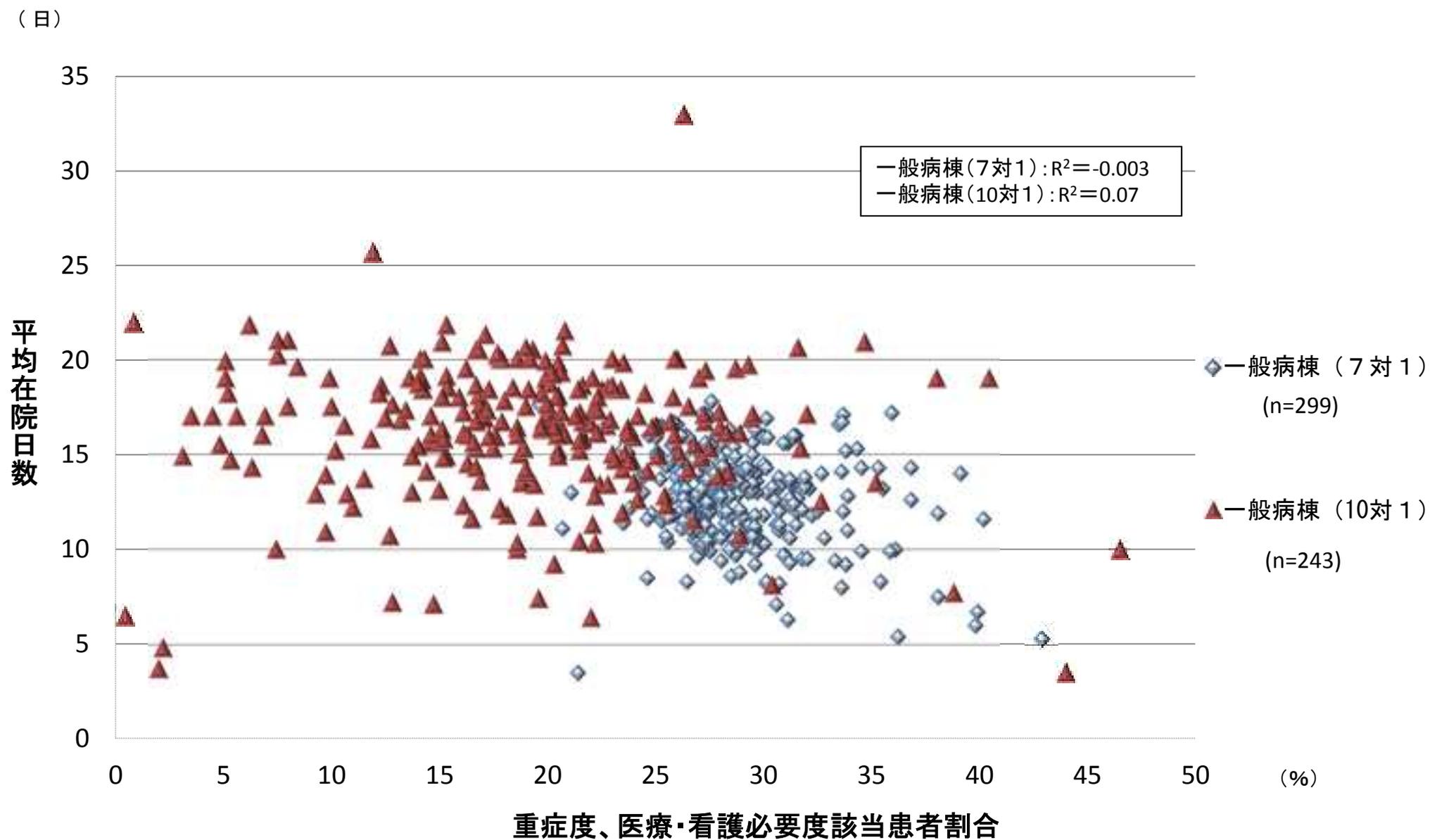


一般病棟（7対1、10対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布②

○ 一般病棟（7対1、10対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の病床数の分布をみると、一般病棟（10対1）でも、一般病棟（7対1）の施設基準である25%を超える病床が一定数存在する。



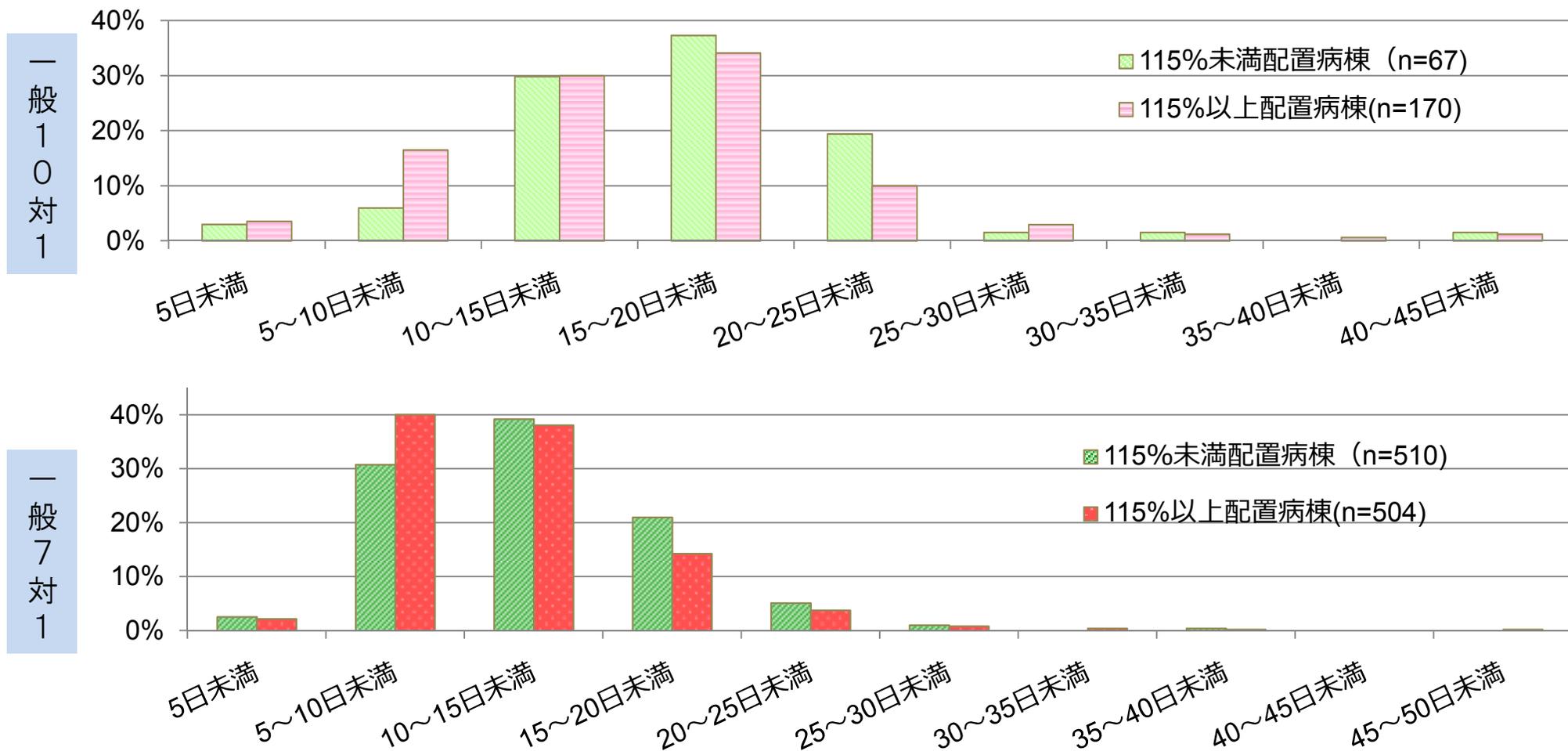
平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



看護職員配置①～平均在院日数（1）

- 病棟の看護職員配置の状況と平均在院日数をみると、一般病棟（7対1）及び一般病棟（10対1）のどちらも職員配置の多い病棟のほうが平均在院日数が短い傾向である。

＜看護職員配置別の平均在院日数の病棟別分布＞



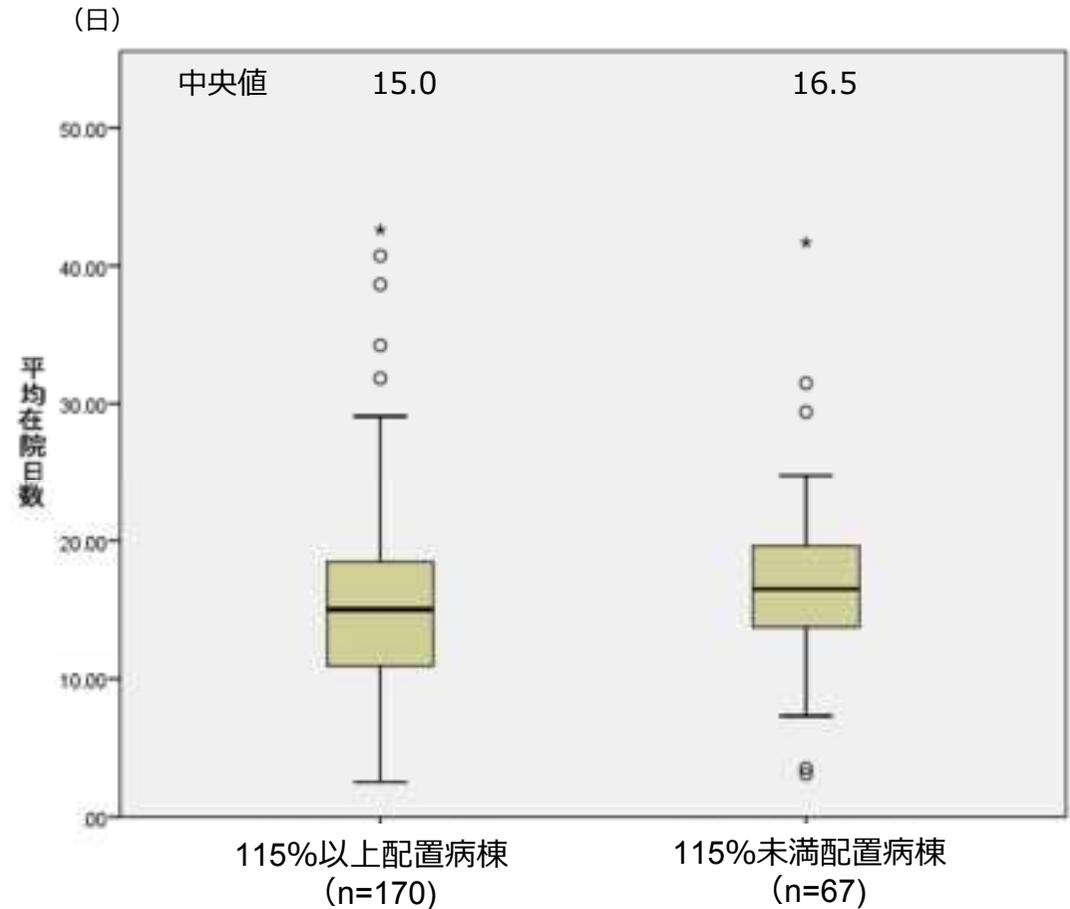
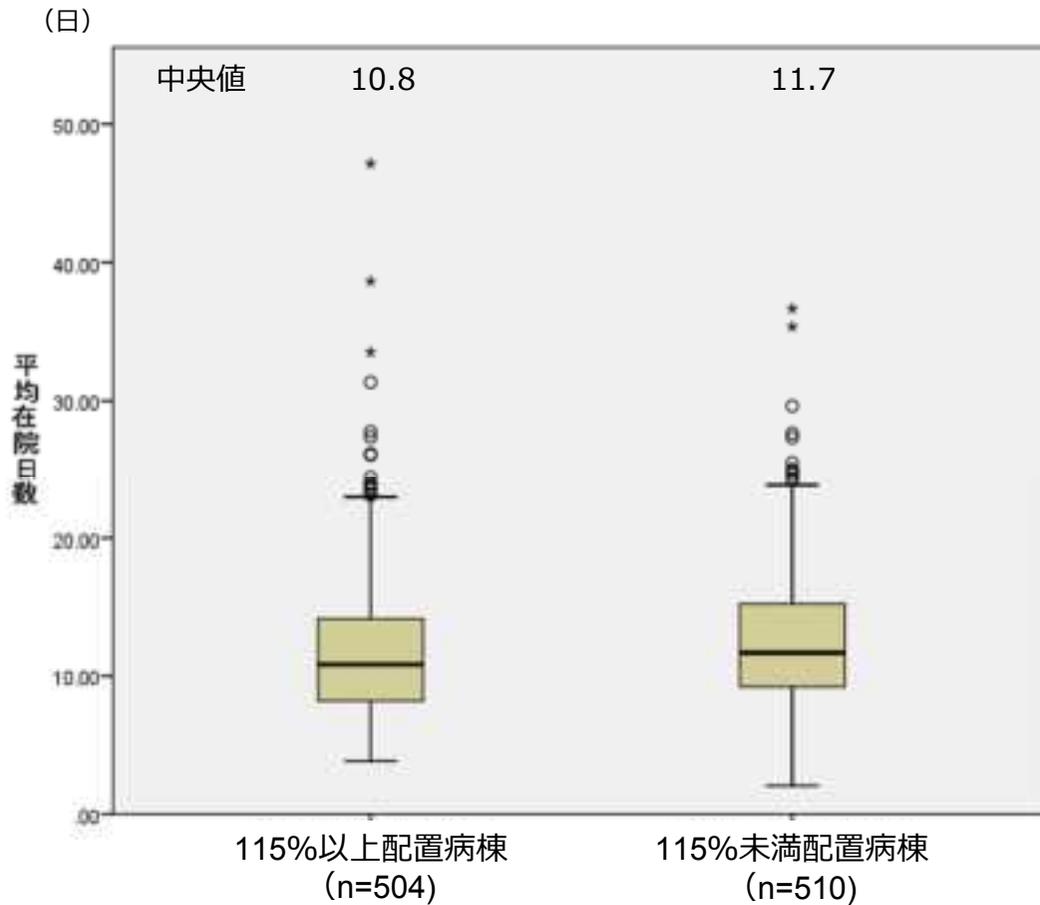
※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員配置①～平均在院日数(2)

＜看護職員配置別の平均在院日数の病棟別分布＞

一般 7 対 1

一般 10 対 1



※ 箱ひげ図の上端は75% - センタイル、下端は25% - センタイルを示す

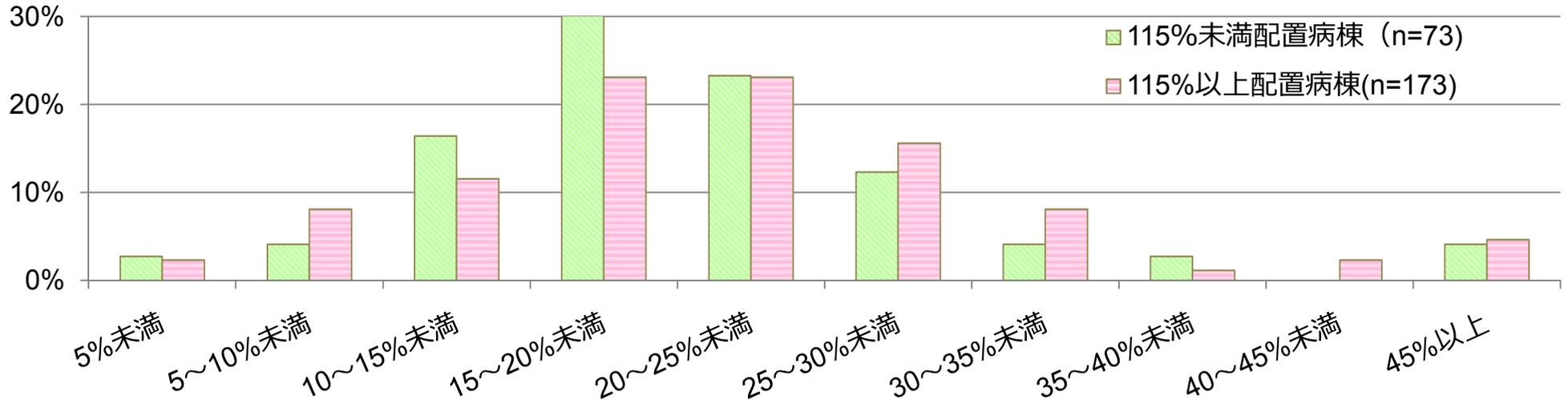
※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員配置②～重症度、医療・看護必要度(1)

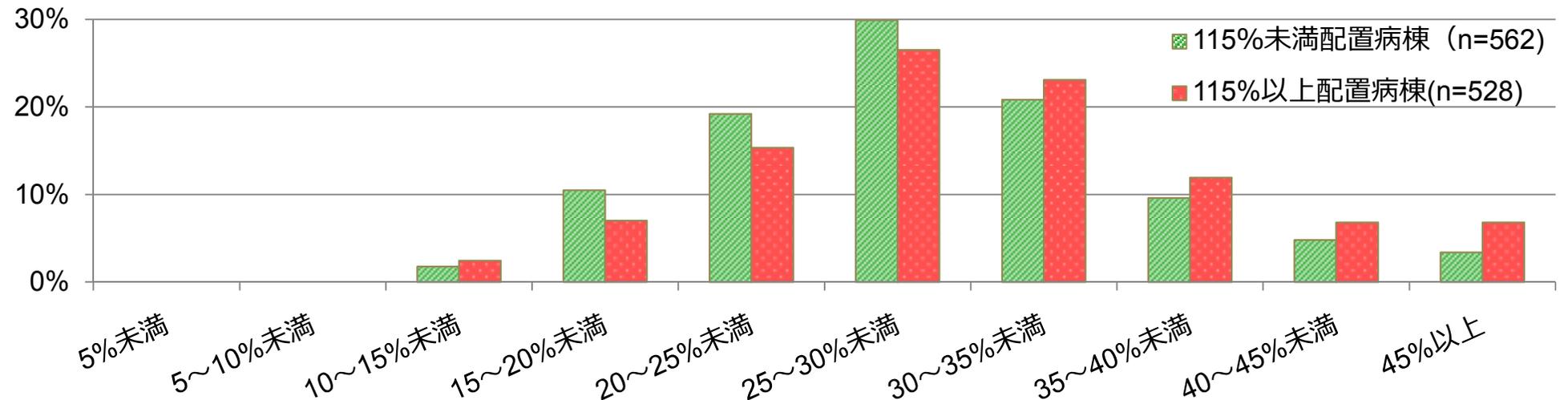
○ 病棟の看護職員配置の状況と平均在院日数をみると、一般病棟(7対1)及び一般病棟(10対1)のどちらも職員配置の多い病棟のほうが重症度、医療・看護必要度の該当患者割合がやや高い。

＜看護職員配置別の病棟別重症度、医療・看護必要度の該当患者割合＞

一般
10
対
1



一般
7
対
1



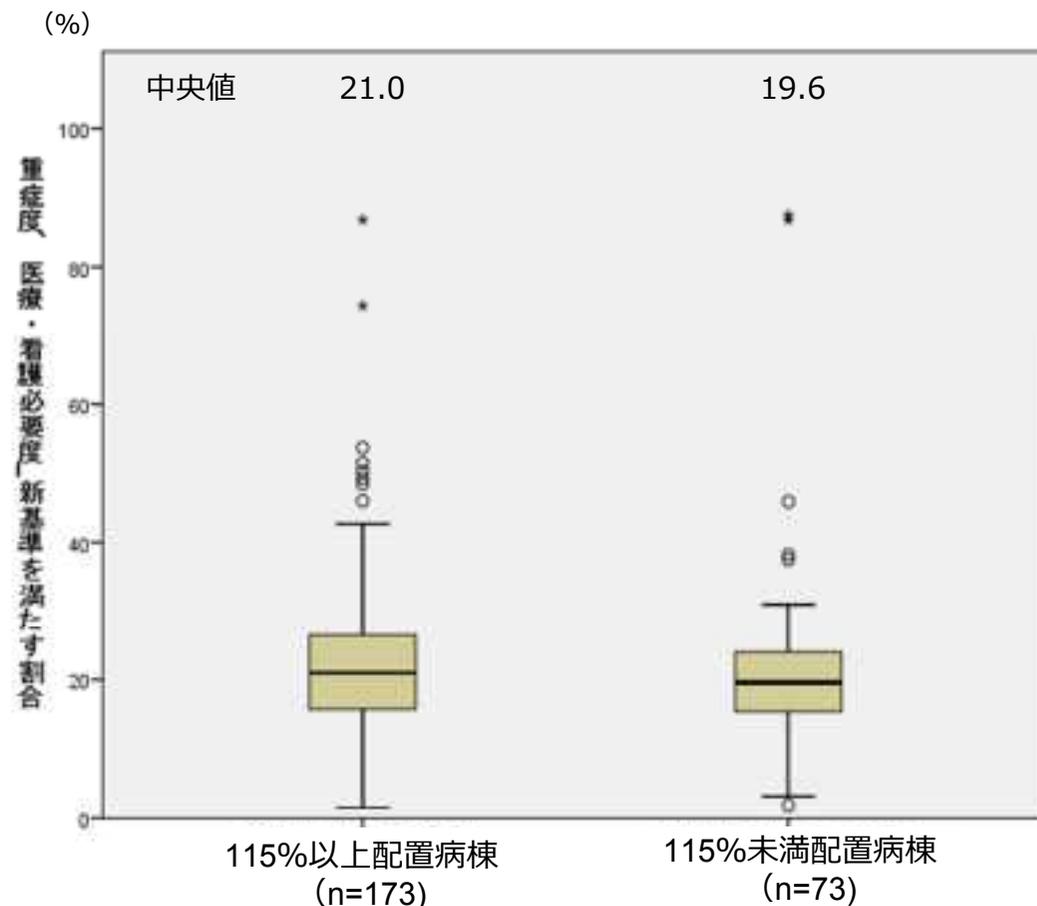
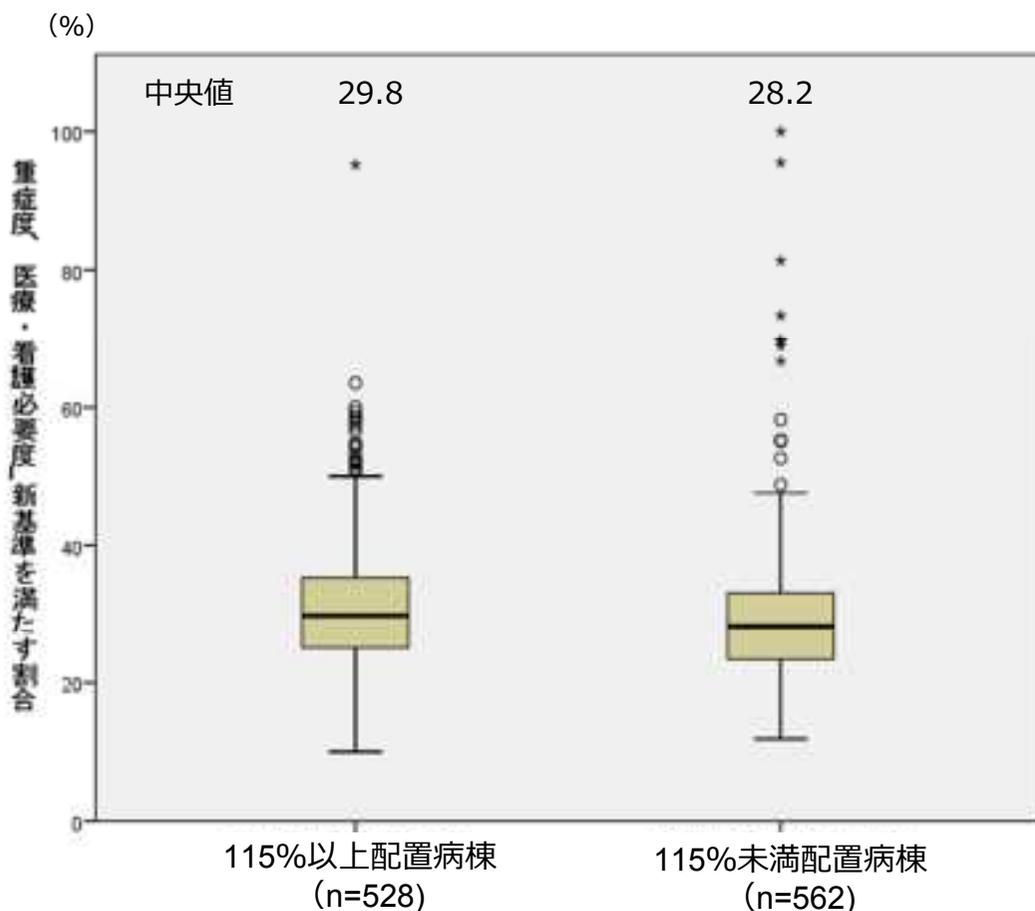
※ 病床数(届出病床数に対し利用率80%と設定)に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員配置②～重症度、医療・看護必要度(2)

＜看護職員配置別の病棟別重症度、医療・看護必要度の該当患者割合＞

一般7対1

一般10対1



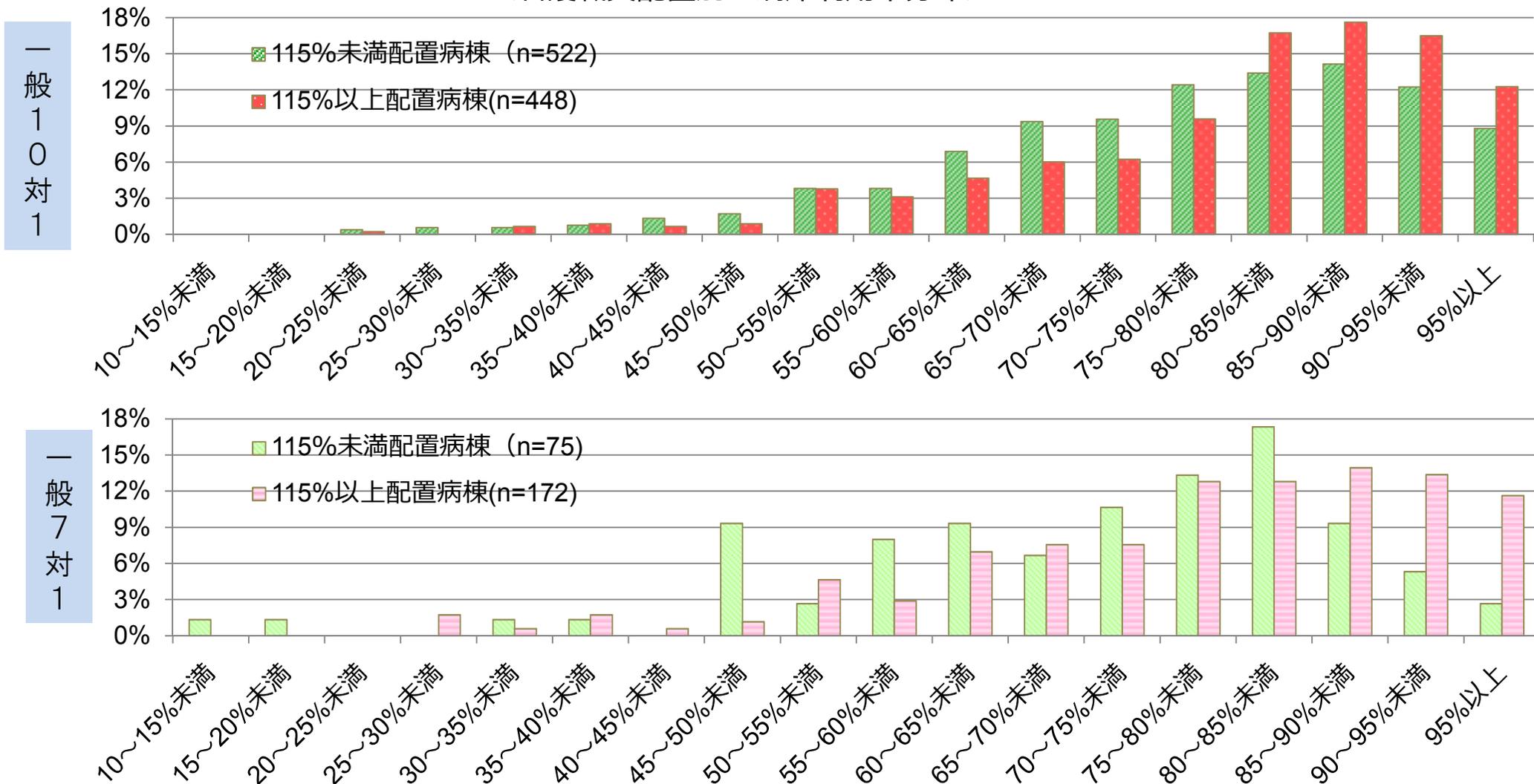
※ 箱ひげ図の上端は75th-センチル、下端は25th-センチルを示す

※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員配置③～病床利用率(1)

○ 病棟の看護職員配置の状況と病床利用率をみると、一般病棟(7対1)及び一般病棟(10対1)のどちらも職員配置の多い病棟のほうが利用率は高い傾向である。

＜看護職員配置別の病床利用率分布＞

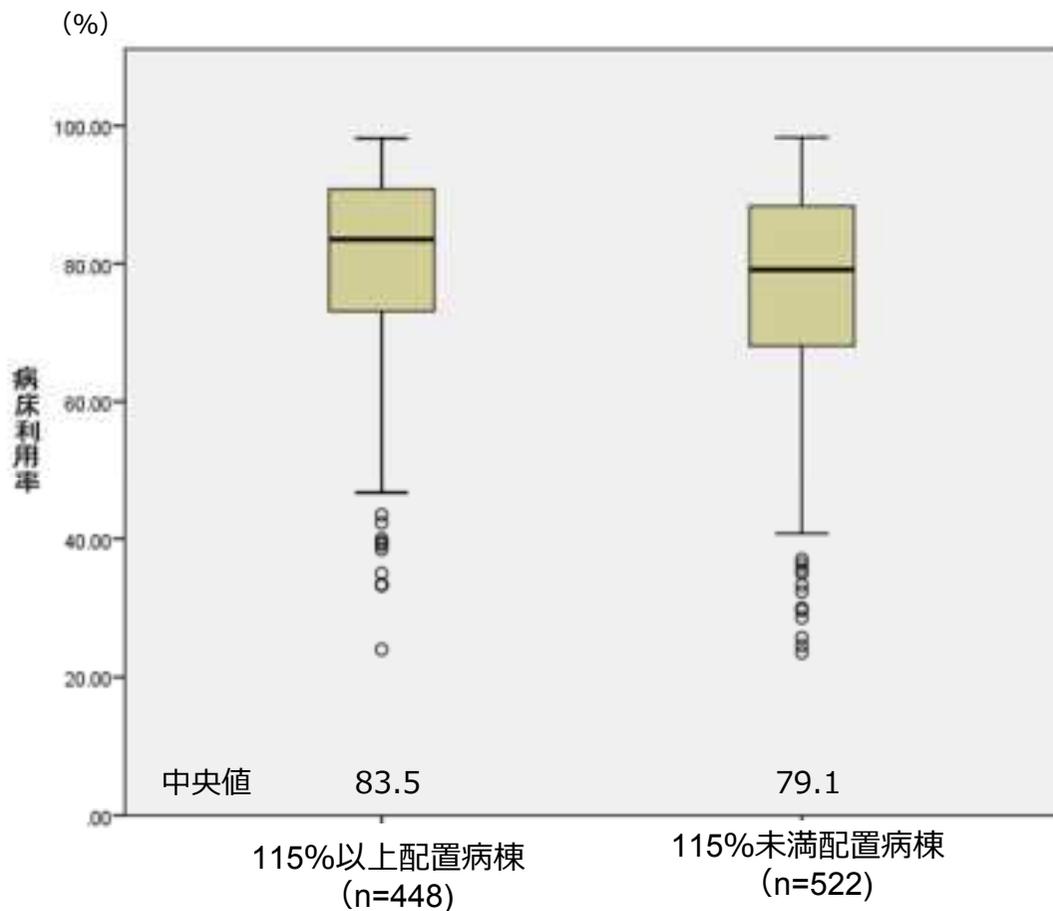


16 ※ 病床数(届出病床数に対し利用率80%と設定)に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

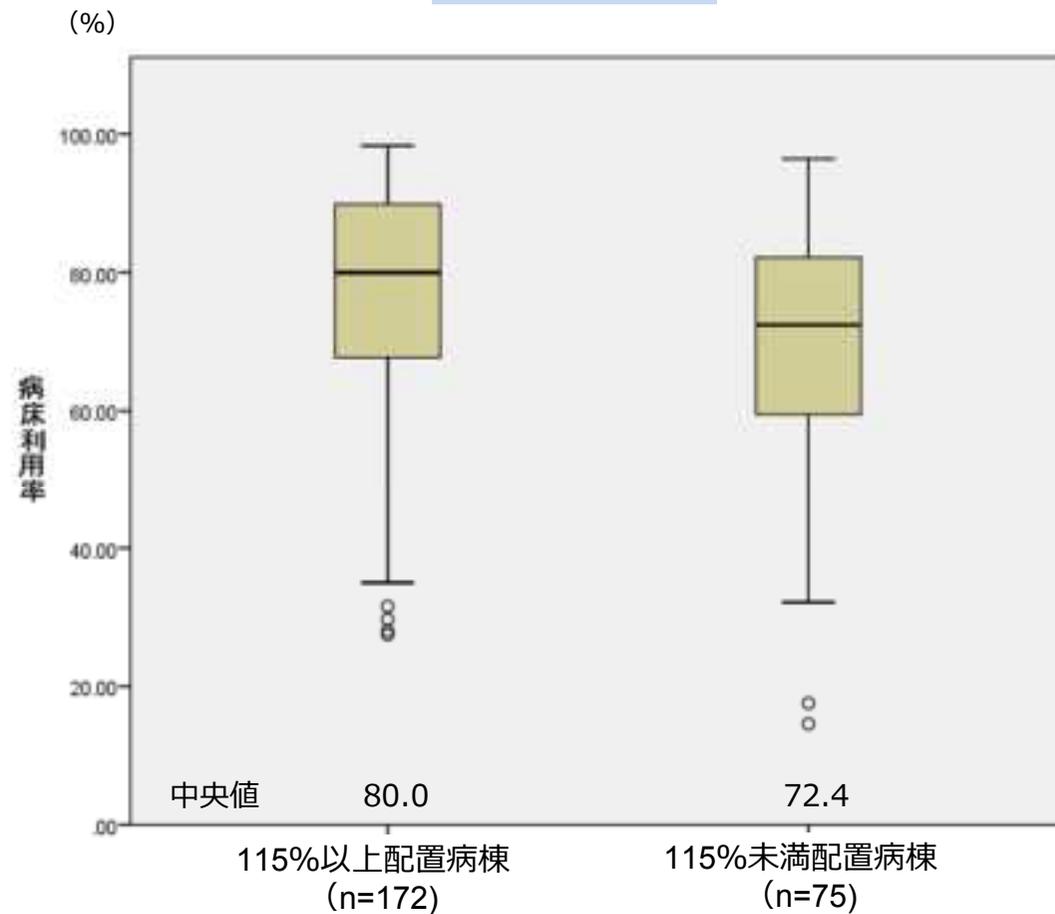
看護職員配置③～病床利用率(2)

<看護職員配置別の病床利用率分布>

一般 7 対 1



一般 10 対 1



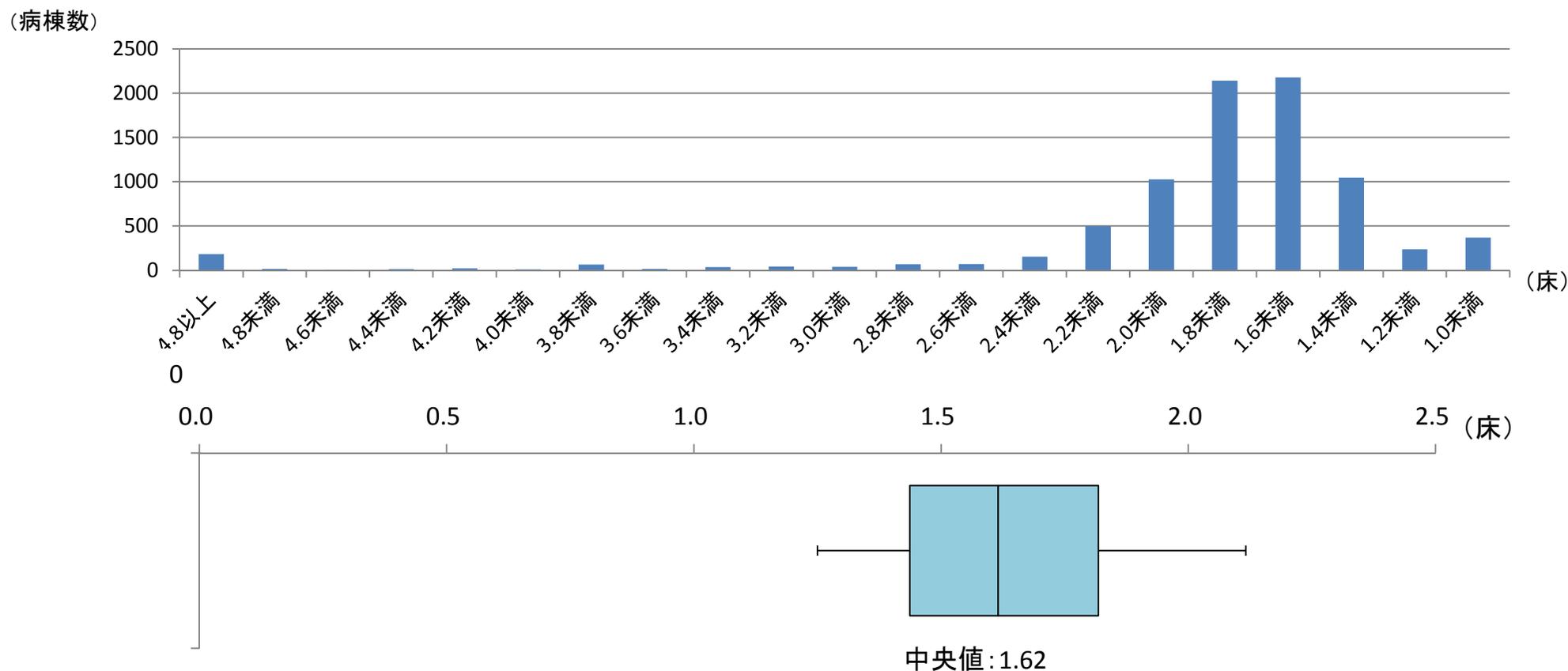
※ 箱ひげ図の上端は75パーセント、下端は25パーセントを示す

※ 病床数（届出病床数に対し利用率80%と設定）に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較

看護職員1人あたり稼働病床別の病棟分布(一般病棟7対1)

○ 一般病棟(7対1)について、看護職員1人あたりの稼働病床数別に病棟の分布をみると、おおむね1.3~2.0床の中に含まれており、中央値は1.62床であった。

一般病棟7対1看護職員(8,235病棟)

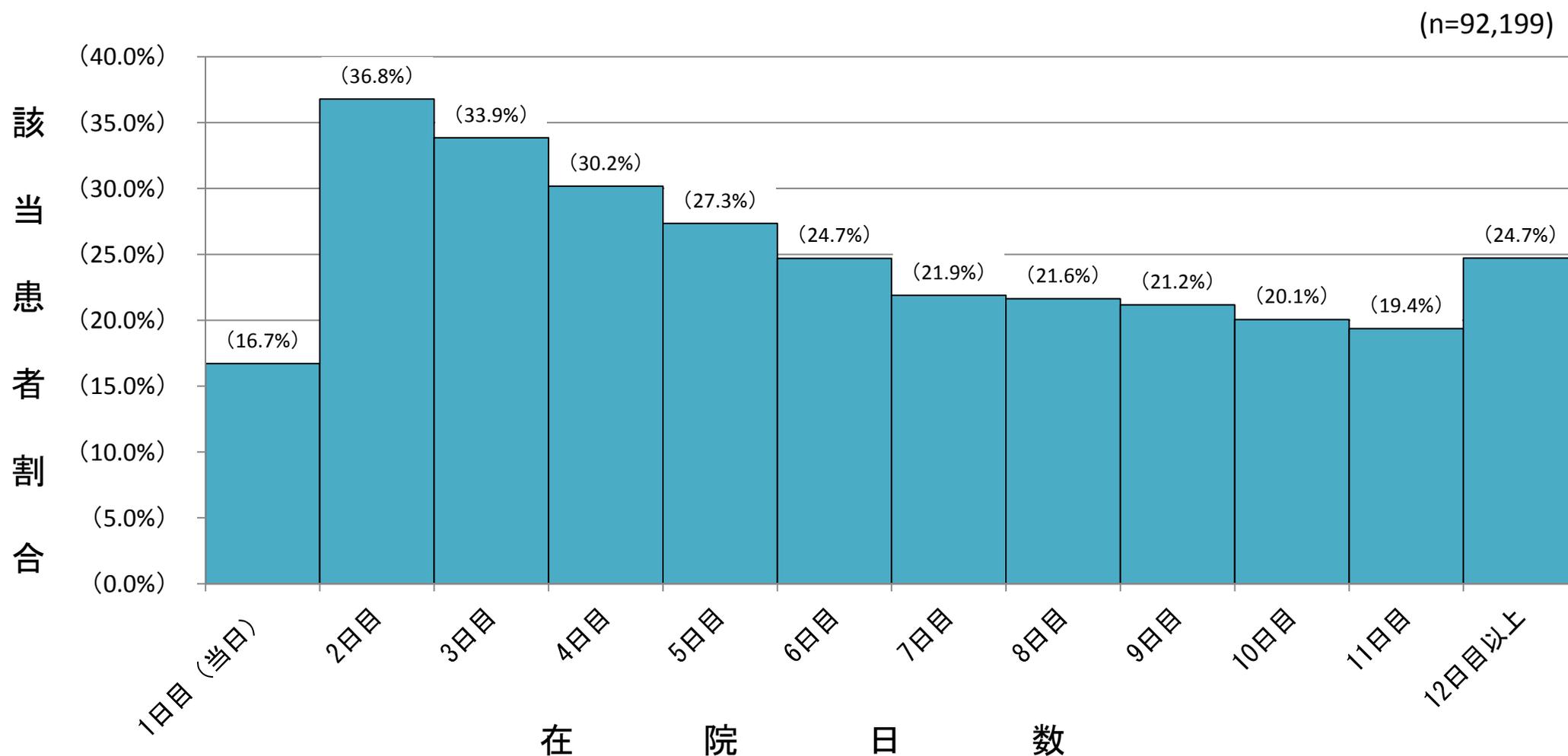


※ 左から10%tile値、25%tile値、中央値、75%tile値、90%tile値
 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

在院日数別の重症度、医療・看護必要度の該当状況

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を在院日数別にみると、在院2日目が最も高く、その後在院11日目まで該当患者割合は減少していく。

在院日数別の重症度、医療・看護必要度該当患者割合（一般病棟7対1）



1. 一般病棟入院基本料(その2)

(1) 評価軸と評価手法

(2) 測定方法、測定項目とDPCデータ

2. 入退院支援(その2)

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

基準

A得点2点以上かつB得点3点以上
あるいは
A得点3点以上
あるいは
C得点1点以上

データ提出加算の提出データの概要

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

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

様式1 ADLスコアについて

入院時・退院時に下表の分類に従って値を入力。15歳以上の場合には必須。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	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、座ってられる。		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	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 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連①

関連性が高いと考えられる項目の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分	
A	1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	J000 創傷処置
		②褥瘡の処置	J001-4 重度褥瘡処置
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入
A	3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射
			K920 輸血
A	4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視
A	5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算
			薬剤の算定（血液製剤）
A	6	輸血や血液製剤の管理	K920 輸血
			K920-2 輸血管理料

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連②

関連性が高いと考えられる項目の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分	
A	7	専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	薬剤の算定（抗悪性腫瘍剤(注射剤)） G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入
		専門的な治療・処置 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤の算定（抗悪性腫瘍剤(内服薬)）
		専門的な治療・処置 ③麻薬の使用（注射剤のみ）	薬剤の算定（麻薬(注射剤)） G通則 麻薬注射加算
		専門的な治療・処置 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	薬剤の算定（麻薬(内服、貼付、坐剤)）
		専門的な治療・処置 ⑤放射線治療	M000 放射線治療管理料 M001 体外照射
		専門的な治療・処置 ⑥免疫抑制剤の管理	薬剤の算定（免疫抑制剤）
		専門的な治療・処置 ⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）	薬剤の算定（昇圧剤(注射剤)）
		専門的な治療・処置 ⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	薬剤の算定（抗不整脈剤(注射剤)）
		専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	薬剤の算定（抗血栓塞栓薬(注射剤)）
		専門的な治療・処置 ⑩ドレナージの管理	J002 ドレーン法(ドレナージ)
		専門的な治療・処置 ⑪無菌治療室での治療	A224 無菌治療室管理加算
A	8	救急搬送後の入院	C004 救急搬送診療料

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

関連性が高いと考えられる項目の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分
C	16 開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	17 開胸手術	K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術
		K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術
		K554 弁形成術
		K555 弁置換術
	18 開腹手術	K655 胃切除術
		K657 胃全摘術
		K695 肝切除術
		K702 膵体尾部腫瘍切除術
		K703 膵頭部腫瘍切除術
		K877 子宮全摘術
		K879 子宮悪性腫瘍手術
	19 骨の手術	K059 骨移植術
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連④

関連性が高いと考えられる項目の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分	
C	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	K513 胸腔鏡下肺切除術	
		K655-2 腹腔鏡下胃切除術	
		K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術	
		K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	
	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術	L004 脊椎麻酔	
		L008 閉鎖循環式全身麻酔	
	22 救命等に係る内科的治療	①経皮的血管内治療	K178-4 経皮的脳血栓回収術
			K546 経皮的冠動脈形成術
			K549 経皮的冠動脈ステント留置術
		②経皮的心筋焼灼術等の治療	K595 経皮的カテテル心筋焼灼術
			K597 ペースメーカー移植術
		③侵襲的な消化器治療	K688 内視鏡的胆道ステント留置術
K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法			
K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術			

重症度、医療・看護必要度と報酬区分との相違

■ 定義の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで定義する内容が違う場合がある。

例1)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-3 点滴ライン同時3本以上の管理 持続注入による薬液を3本同時に使用し管理した場合に該当	G004 点滴注射 1日当たりの総量に合わせて算定

➡ 点滴3本を同時に使用したかどうかは、請求システムから把握できない。

例2)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-7 専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 血栓・塞栓が生じている（疑われる）急性疾患の患者に対し、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的とし、持続的に投与した場合に該当	薬剤の算定（抗血栓塞栓薬（注射剤）） 抗血栓塞栓薬を処方した場合に算定

➡ 急性疾患か使用目的に合致しているか、持続的な投与かどうかは、請求システムから把握できない。

■ 該当日の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで該当する日が違う場合がある。

例3)

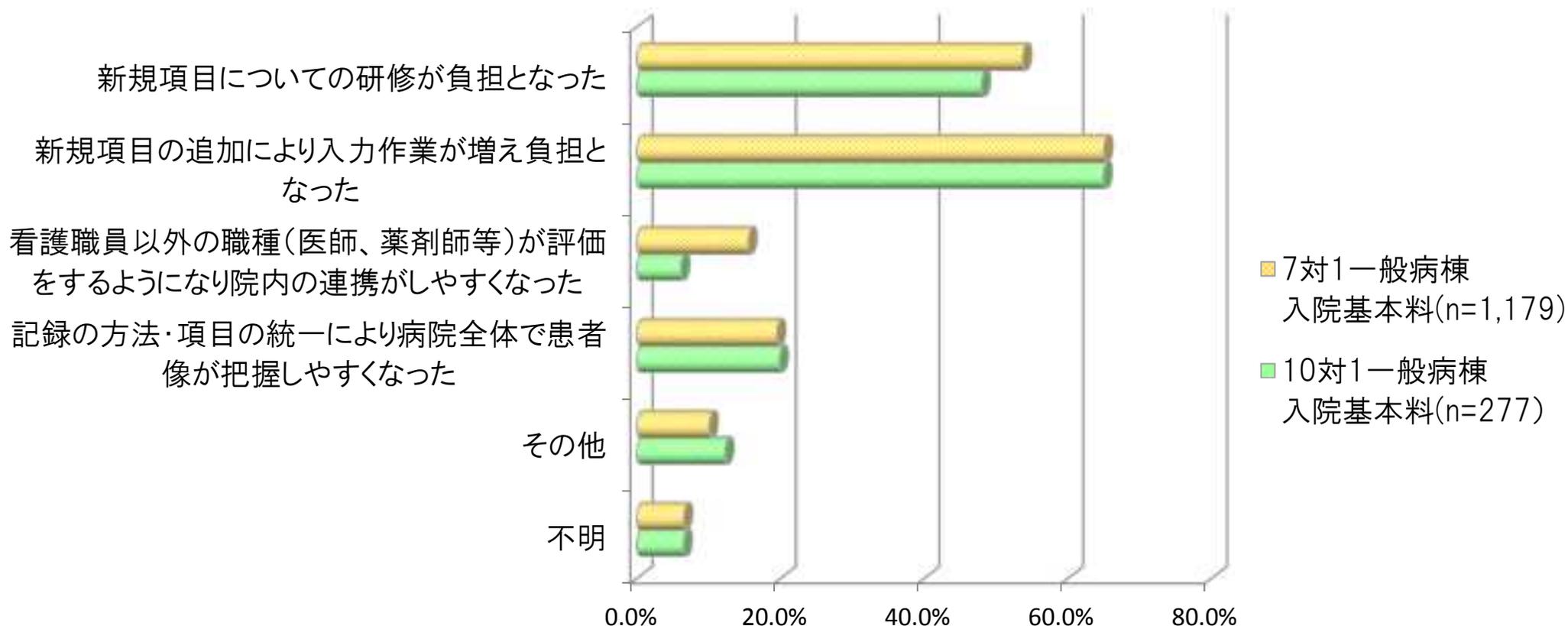
重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
C-16 開頭手術 術当日より7日間該当	K169 頭蓋内腫瘍摘出術 手術を実施した日に算定

➡ 請求システムから把握する場合、評価される日が算定日のみになり、評価の該当期間とずれる。

重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

- 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

＜重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響＞



評価指標に係る基本的な考え方(案)

【指標の性質】

- 入院医療における評価は、患者の状態に着目した患者単位の評価と、病棟(病院)の診療機能に着目した病棟(病院)単位の評価があり、それらを適切に組合せて評価を行うことが重要。
- 患者の状態に着目した評価では、状態に応じて医療ニーズも変化することに留意しつつ、患者単位の評価と病棟単位の評価と、それぞれの目的に応じた基準を検討すべきではないか。
また、病棟単位での評価では、診療科などでの患者特性の相違があることやその標準化などにも配慮すべきではないか。
- 病棟(病院)の診療機能に着目した評価では、個々の患者ではなく、病棟(病院)における総合的な体制や取組をみるものであるため、入院基本料の届出基準などでの基準を検討すべきではないか。

【評価手法】

- 評価に用いる指標は、測定方法が簡便であること、客観性が確保されていること等が、望ましいのではないか。
- 診療内容の改善に活用する観点からは、指標が何を意味するものかがわかりやすいことが望ましいのではないか。

【検討手法】

- 指標が適切な評価につながっているかどうか、設定している基準と、各指標が着目している項目(患者の状態、診療機能、医療の内容等)とでの相関関係や分布などについて分析を行うべきではないか。

一般病棟入院基本料(その2)の課題(案)

【課題】

(評価項目と評価方法)

- ・ 一般病棟入院基本料の施設基準の評価項目には、看護職員配置、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等があるが、各評価項目で、評価期間や診療実績等に係る分布が異なっている。
- ・ 重症度、医療・看護必要度については、7対1一般病棟では基準値(カットオフ値)で施設基準により評価されているが、10対1一般病棟では該当患者割合に応じて段階的に加算により評価されている。
- ・ 該当患者割合別の医療機関数をみると、7対1一般病棟と10対1一般病棟とでは、ピーク値は異なるが、一定の分布を示している。
- ・ 該当患者割合と看護職員配置及び平均在院日数等とを分析すると、7対1一般病棟及び10対1一般病棟のデータは、一定程度、重なる部分がある。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を在院日数別にみると、在院2日目が最も高く、その後在院11日目まで該当患者割合は減少していく。

(測定方法、測定項目とDPCデータ)

- ・ DPCデータには、診療報酬請求情報や診療内容等が含まれており、7対1一般病棟入院基本料を算定する医療機関は、患者のADLや入院中に行った検査、処置、手術等のデータを、3ヶ月毎に厚生労働省に提出している。
- ・ 重症度、医療・看護必要度のA項目やC項目は、一定程度、診療報酬請求区分の検査、処置、手術等と関連している。一方で、測定方法をみると、薬剤の使用量や、処置の使用目的、手術の評価期間等が異なる部分もある。
- ・ 重症度、医療・看護必要度は、看護職員が毎日測定するため、測定項目の増加や測定方法の変更等により、入力作業や研修などで、現場に一定の負担がかかっている。



- 一般病棟入院基本料の評価には、必須の基準値(カットオフ値)による施設基準での評価と、診療実績に応じた段階的な加算での評価とがあるが、よりの確に医療ニーズを反映する等の評価目的や、診療実績を反映するといった視点から、より適切な評価手法について、どのように考えるか。
- 重症度、医療・看護必要度の測定項目と診療報酬請求区分の項目とは関連しているが、詳細にみると定義や該当期間等が異なる部分もある。事務の効率化・合理化の観点から、定義や算出方法等の違いについて一定の条件を設定した上で、評価の妥当性や基準値の相関等について検証してはどうか。

本日の議題

1. 一般病棟入院基本料(その2)
2. 入退院支援(その2)
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

1. 一般病棟入院基本料(その2)

2. 入退院支援(その2)

(1) 診療報酬上の評価と算定状況

(2) 入退院支援に係る調査結果

(3) 医療機関間の連携

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

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

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

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

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画管理料退院指料

- ・対象疾患；大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

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

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

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

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

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実①

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

(新) 退院支援加算1

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

(改) 退院支援加算2

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



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名 (看護師又は社会福祉士)	専従 1 名 (看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実②

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

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

平成28年度診療報酬改定

退院支援に関する評価の充実③

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

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

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

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

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(I)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

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

退院に向けた支援・連携に関する主な評価①

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

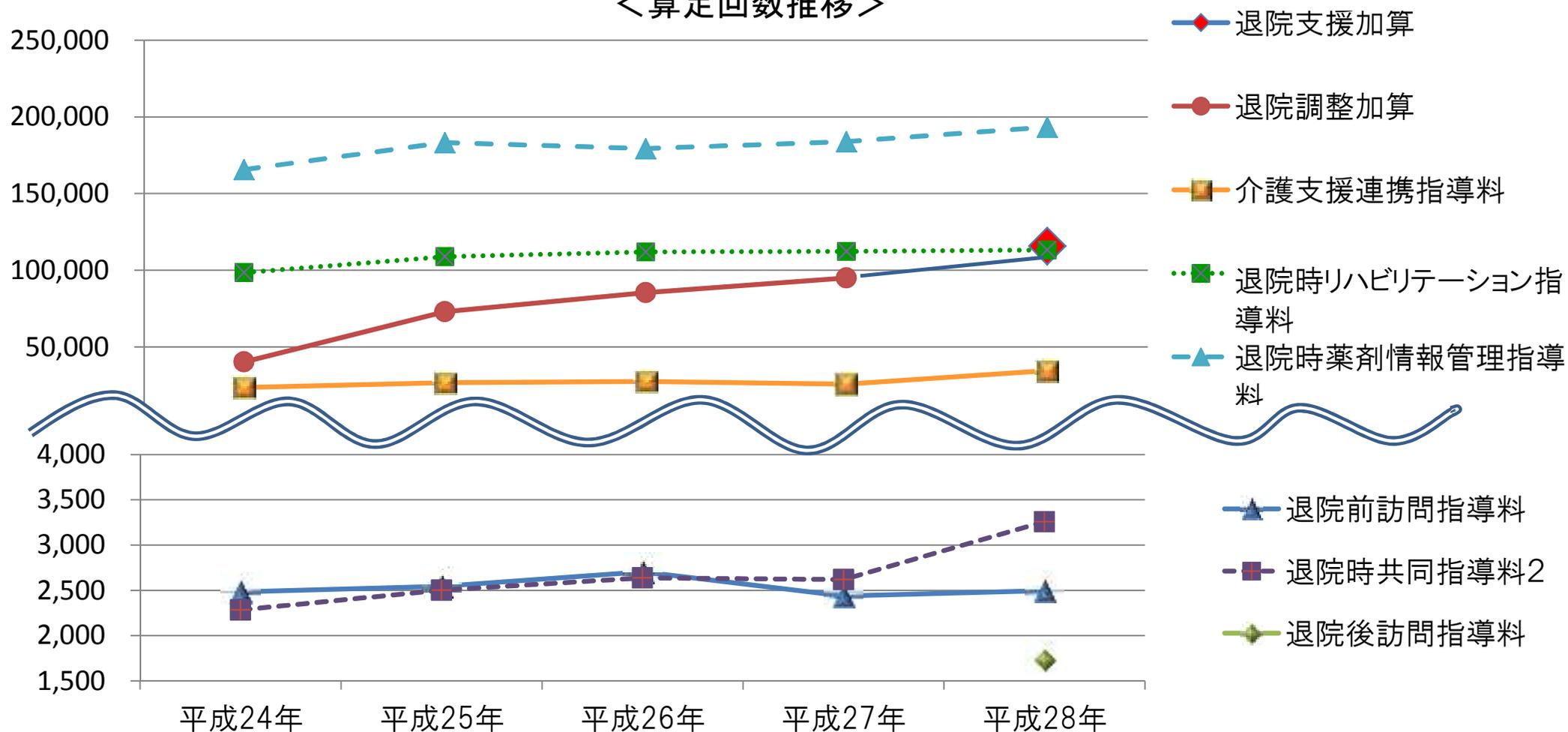
退院に向けた支援・連携に関する主な評価②

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

退院に向けた支援・連携に関する主な評価③～算定状況

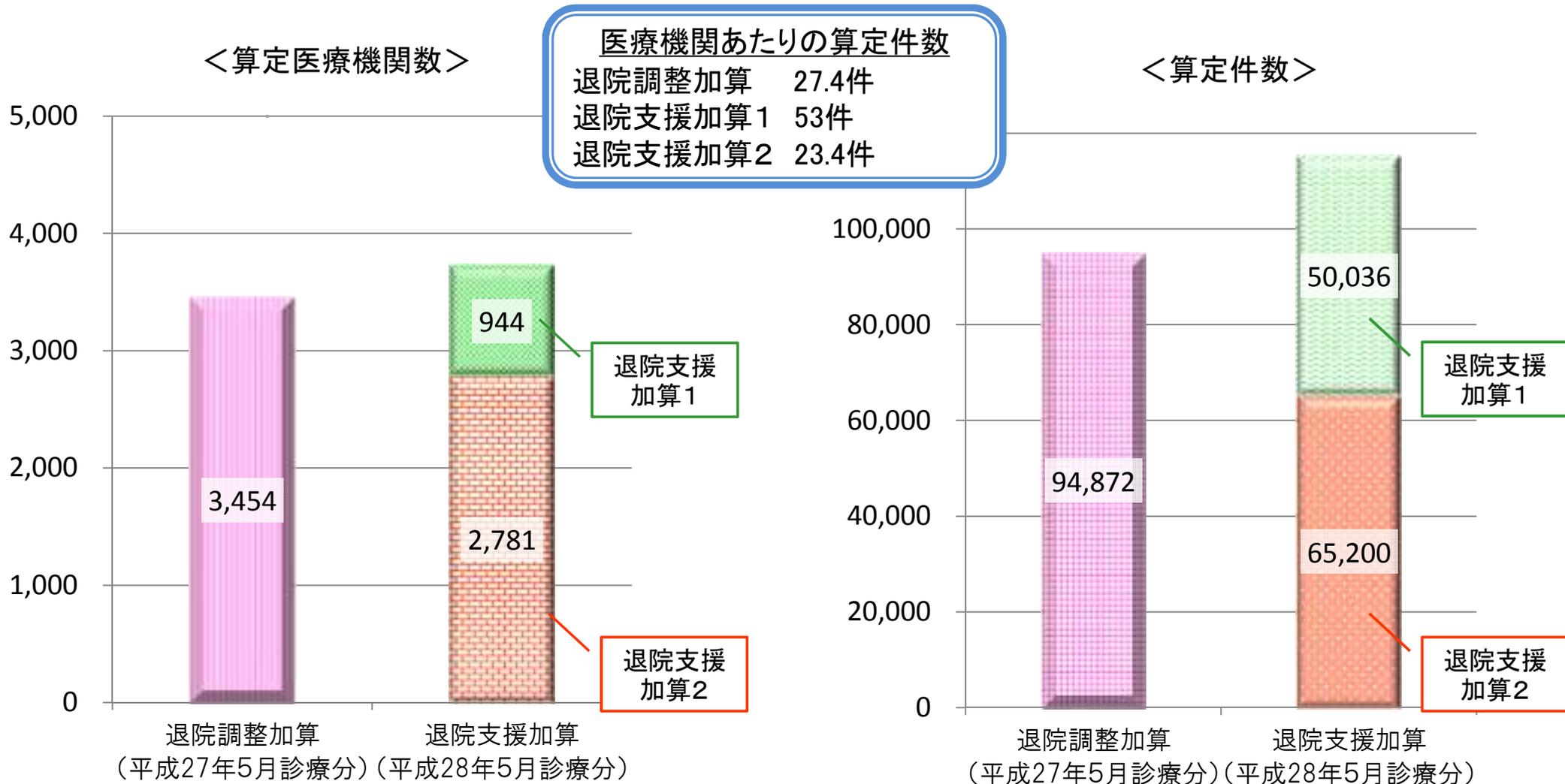
○ 退院支援・連携に関する算定回数は全体的に増加している。特に退院支援加算(退院調整加算)及び介護支援連携指導料、退院時共同指導料2といった連携に関する算定が増えている。

＜算定回数推移＞



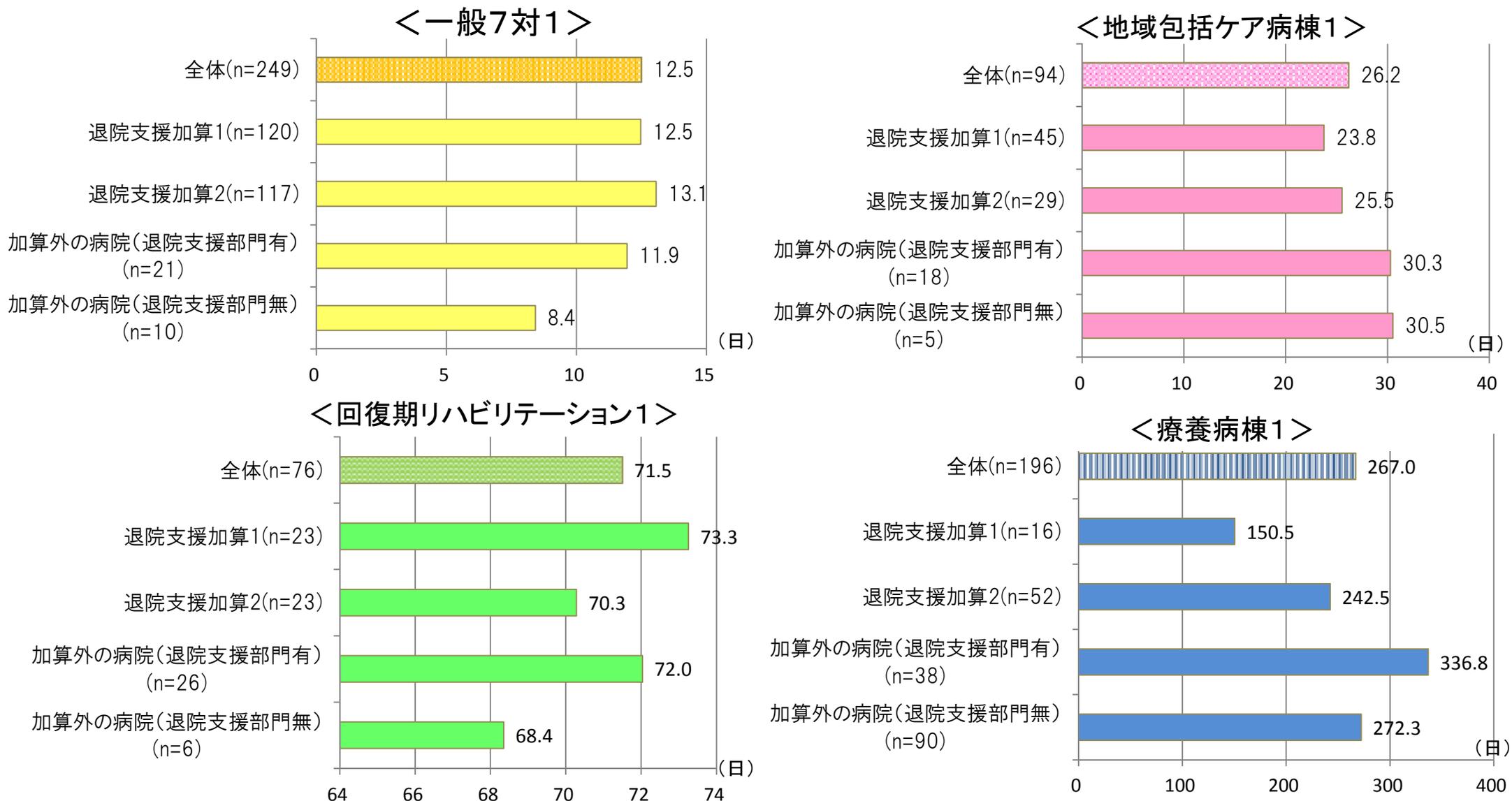
退院支援加算の算定状況①～算定数

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



退院支援加算の算定状況②～平均在院日数

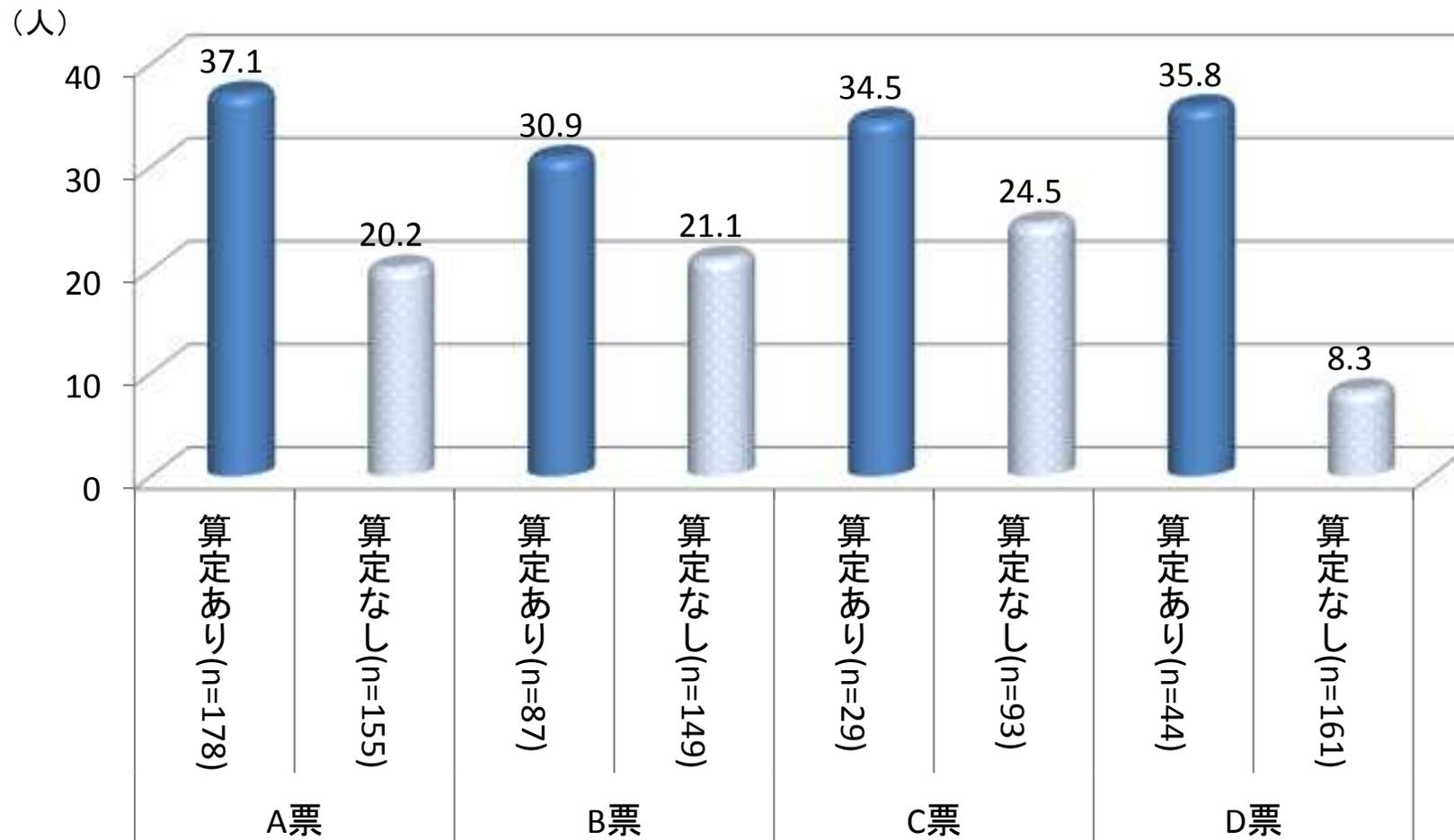
○ 退院支援に係る体制別でみた平均在院日数は、回復期リハビリテーション病棟を除き、退院支援加算1を算定する病棟がやや短い傾向である。



退院支援加算の算定状況③～担当患者数

○ 病棟に配置されている退院支援に係る相談員の受け持ち患者数は、退院支援加算1を算定している医療機関のほうが多く、1人あたり平均30～40名の患者を担当している。

＜退院支援加算1の算定有無別、病棟配置相談員の平均受け持ち患者数＞

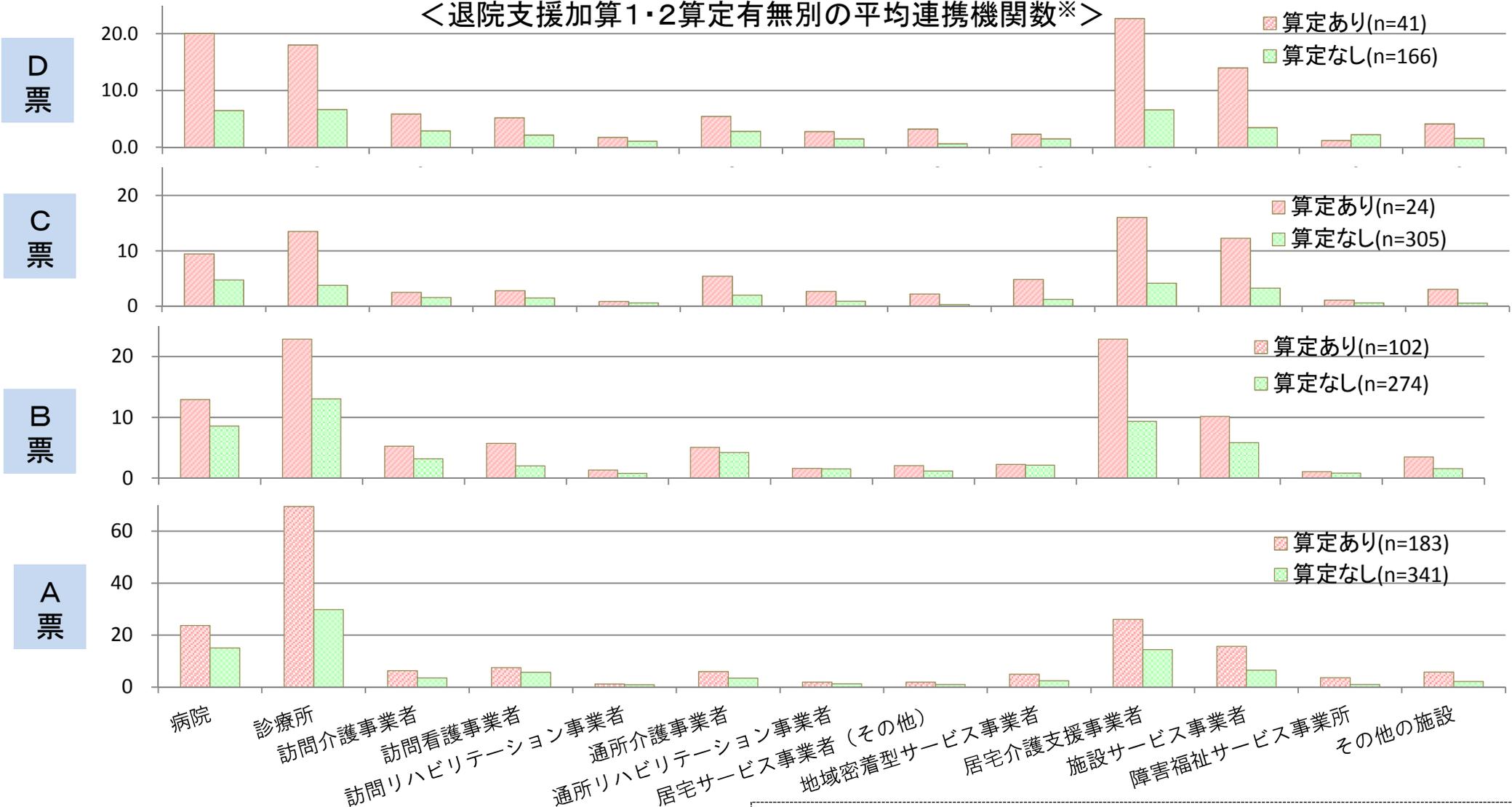


A票: 7対1一般、10対1一般、特定機能病院、専門病院
 B票: 13対1一般、15対1一般、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟
 C票: 療養病棟1, 2、認知症治療病棟
 D票: 障害者施設等、特殊疾患病棟

退院支援加算の算定状況④～連携先

- 連携する施設の数、退院支援加算を算定している医療機関のほうが多い。
- 退院支援加算を算定している医療機関では、「診療所」「居宅介護支援事業者」との連携が多い。

＜退院支援加算1・2算定有無別の平均連携機関数※＞



※ 特別の関係にあるものを除く

A票: 7対1一般、10対1一般、特定機能病院、専門病院
 B票: 13対1一般、15対1一般、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟
 C票: 療養病棟1、2、認知症治療病棟
 D票: 障害者施設等、特殊疾患病棟

1. 一般病棟入院基本料(その2)

2. 入退院支援(その2)

(1) 診療報酬上の評価と算定状況

(2) 入退院支援に係る調査結果

(3) 医療機関間の連携

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

退院支援加算～退院困難な要因

＜退院支援加算1, 2の算定要件＞ 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

＜退院支援加算3の算定要件＞ 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

退院困難な要因①

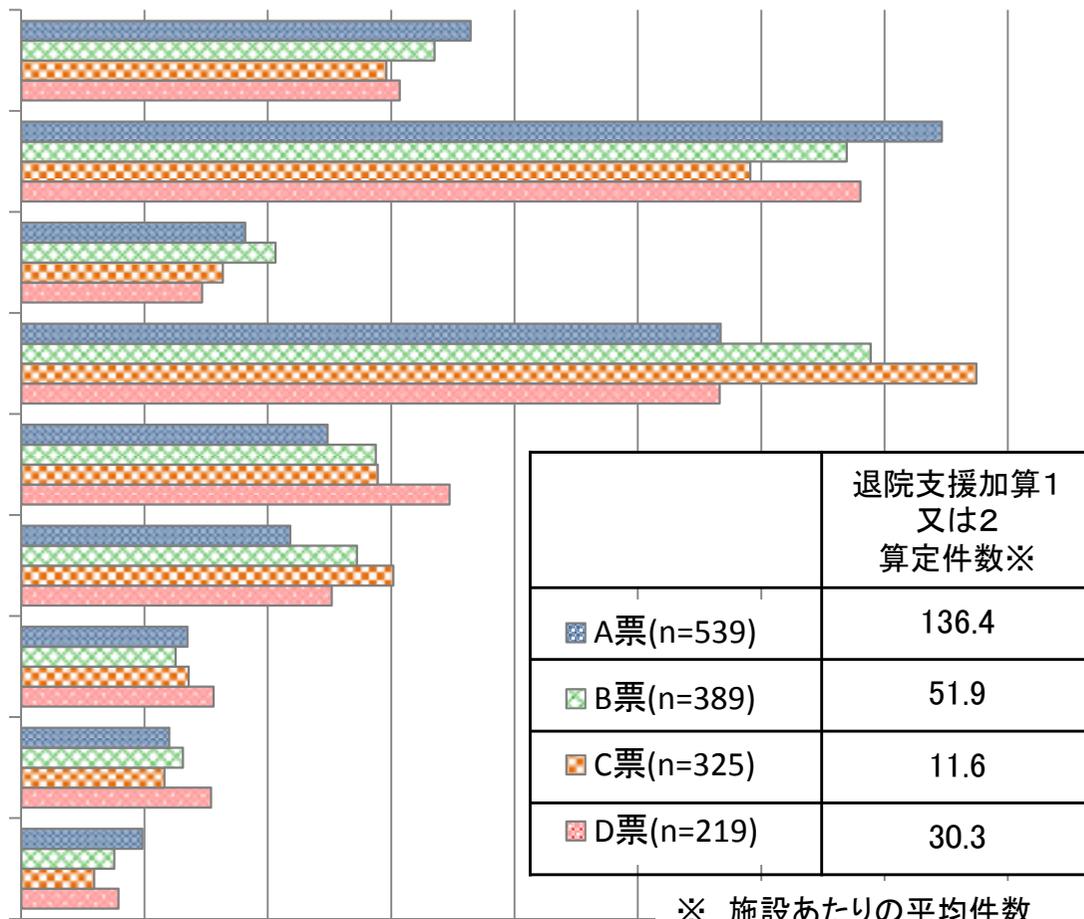
○ 退院困難な要因について、いずれの病棟も「緊急入院の場合」と「退院後の生活様式の変更が生じる場合」が多く占める。

＜退院支援加算1、2を算定した者の退院困難な要因＞

(平成28年8月～10月の3か月間)

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40%

- ① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- ② 緊急入院であること
- ③ 要介護認定が未申請であること
- ④ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
- ⑤ 排泄に介助を要すること
- ⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- ⑦ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- ⑧ 入退院を繰り返していること
- ⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合



A票:7対1一般、10対1一般、特定機能病院、専門病院
 B票:13対1一般、15対1一般、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟
 C票:療養病棟1、2、認知症治療病棟 D票:障害者施設等、特殊疾患病棟

退院困難な要因②

- 退院支援加算1及び2の算定対象を抽出するにあたり示されている「退院支援困難」な要因に示されていないものの、早期に把握し入院中から関係機関と連携し支援が必要なケースがある。
- 介護保険等の入院前にサービスを利用していた場合、退院にあたり調整が必要となることから、入院時に生活支援等のサービスの利用状況も含めた入院前の生活状況を詳しく把握する必要がある。

＜退院困難な要因「その他の患者の状況から判断してアからクまで準ずると認められる場合」の具体的状態＞

- ・ 家族からの虐待や家族問題があり支援が必要な状態
- ・ 未婚等により育児のサポート体制がないため、退院後の養育支援が必要な状態
- ・ 生活困窮による無保険、支払い困難な場合
- ・ 保険未加入者であり市町村との連携が必要な場合

- ・ 施設からの入院であり、施設での管理や療養場所の選択に支援が必要な状態
- ・ 在宅サービス利用の再調整や検討が必要な状態

等

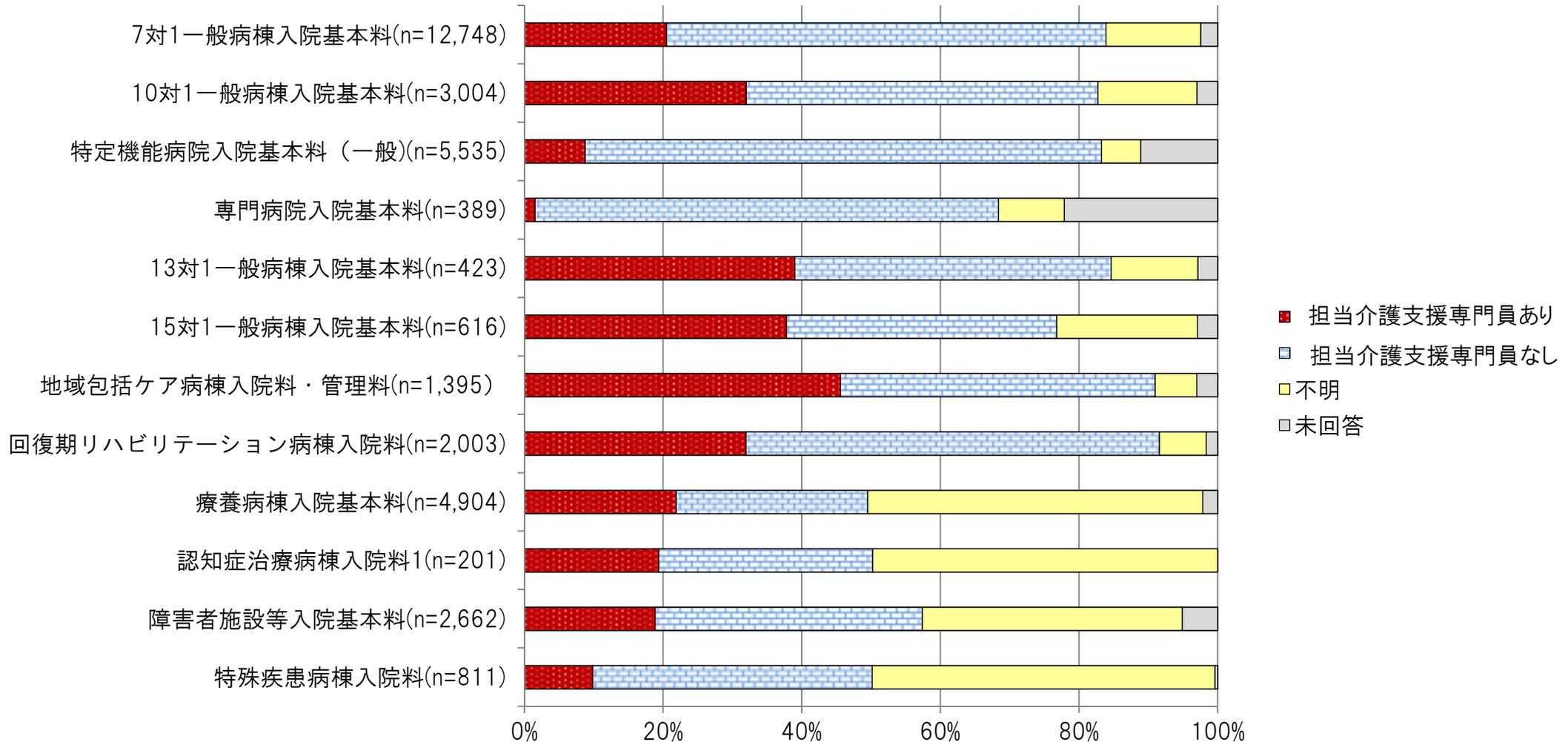
入院早期から把握し、速やかに関係機関と連携し、入院中から支援する必要がある

入院早期に、入院前に利用していたサービスを把握し、退院後に向けて調整が必要がある

介護支援専門員との連携①

○ 入院前に担当の介護支援専門員がいる割合は、地域包括ケア病棟入院料・管理料、13対1一般病棟、15対1一般病棟で約4割を占める。

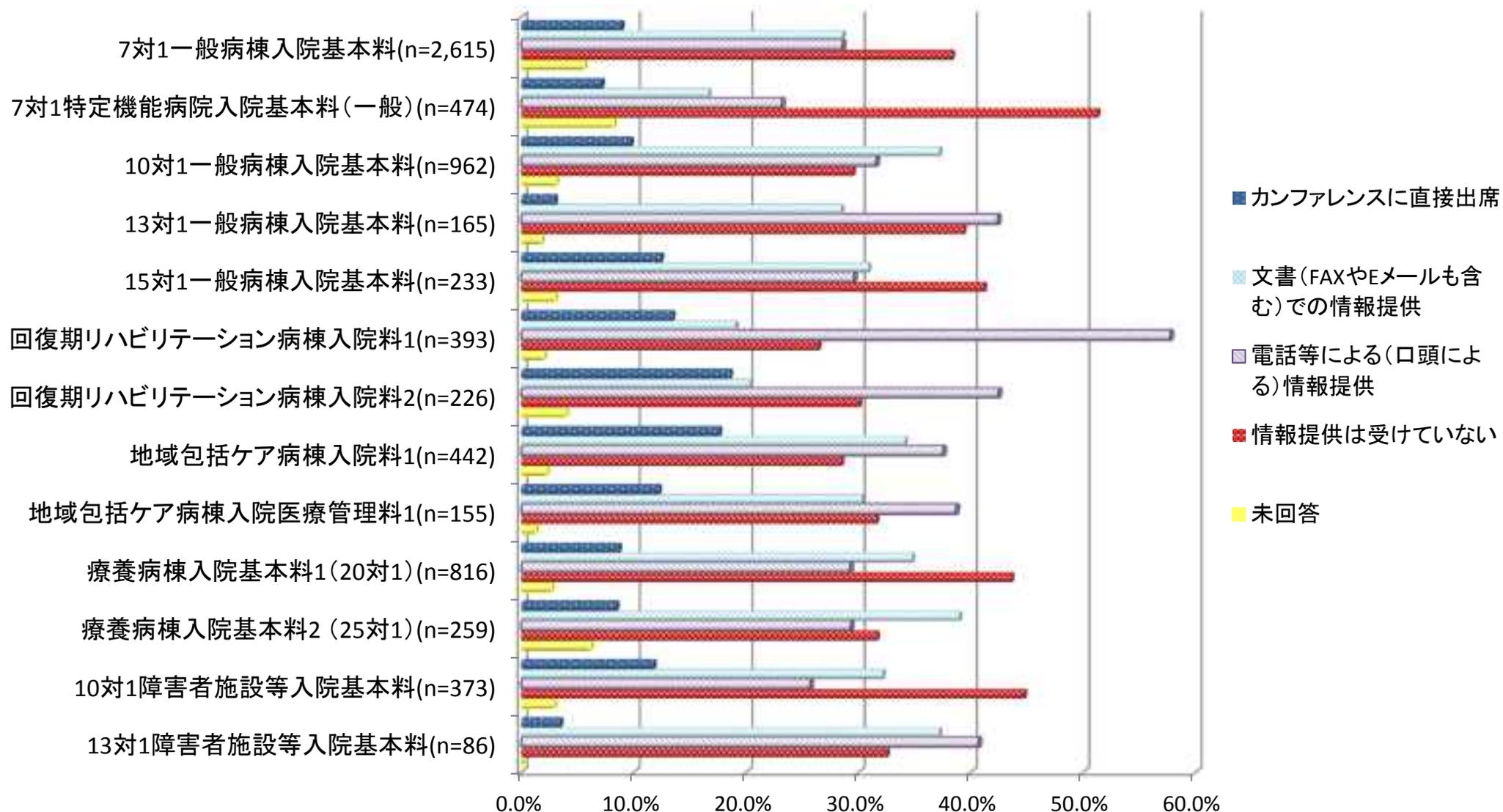
＜担当介護支援専門員の有無＞



介護支援専門員との連携②

- 入院前に担当の介護支援専門員がいるケースのうち、介護支援専門員からの情報伝達については、「電話等による」「文書」が多い。「情報提供を受けていない」ケースは、3割から5割近くとなっている。

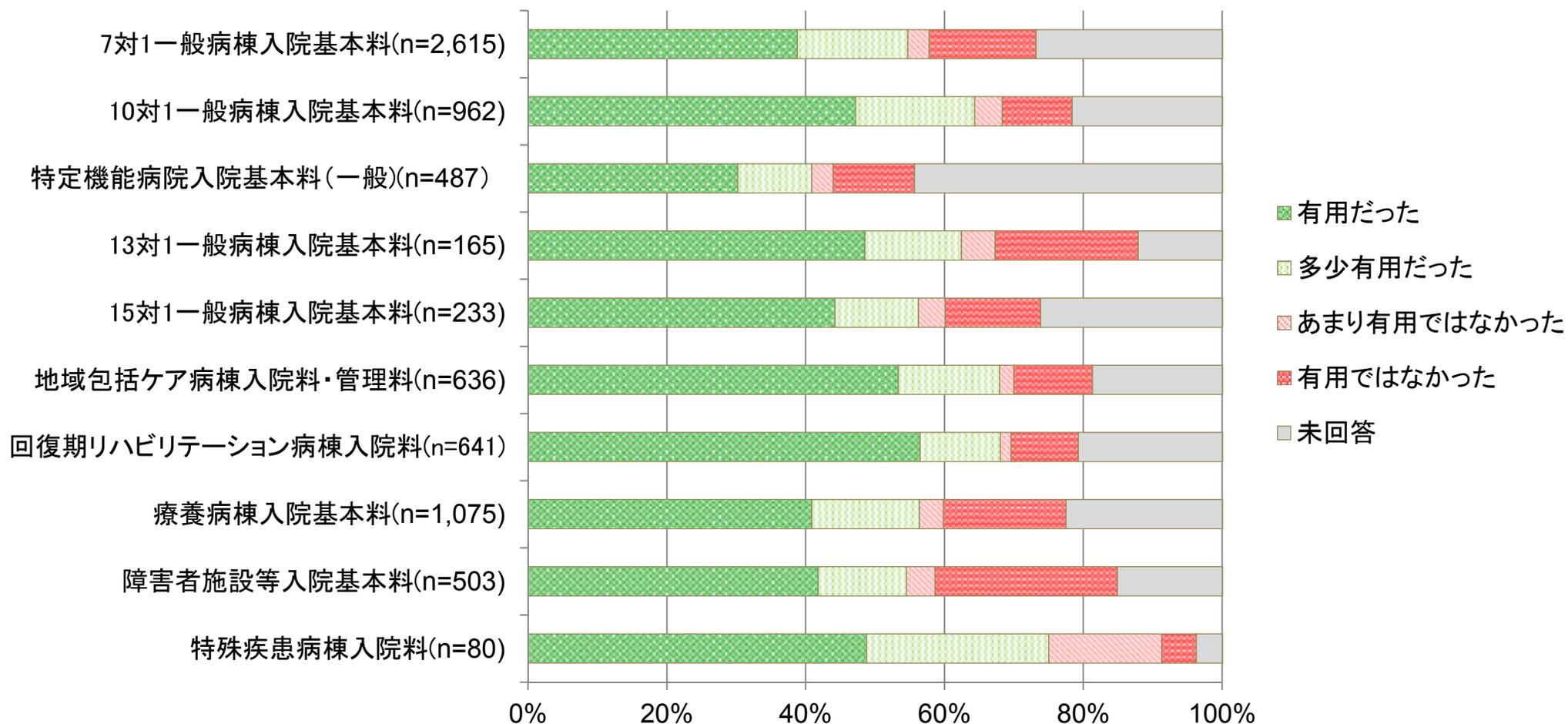
＜介護支援専門員からの情報伝達の方法＞



介護支援専門員との連携③

○ 介護支援専門員からの情報提供について、約半数が「有用だった」あるいは「多少有用だった」であった。

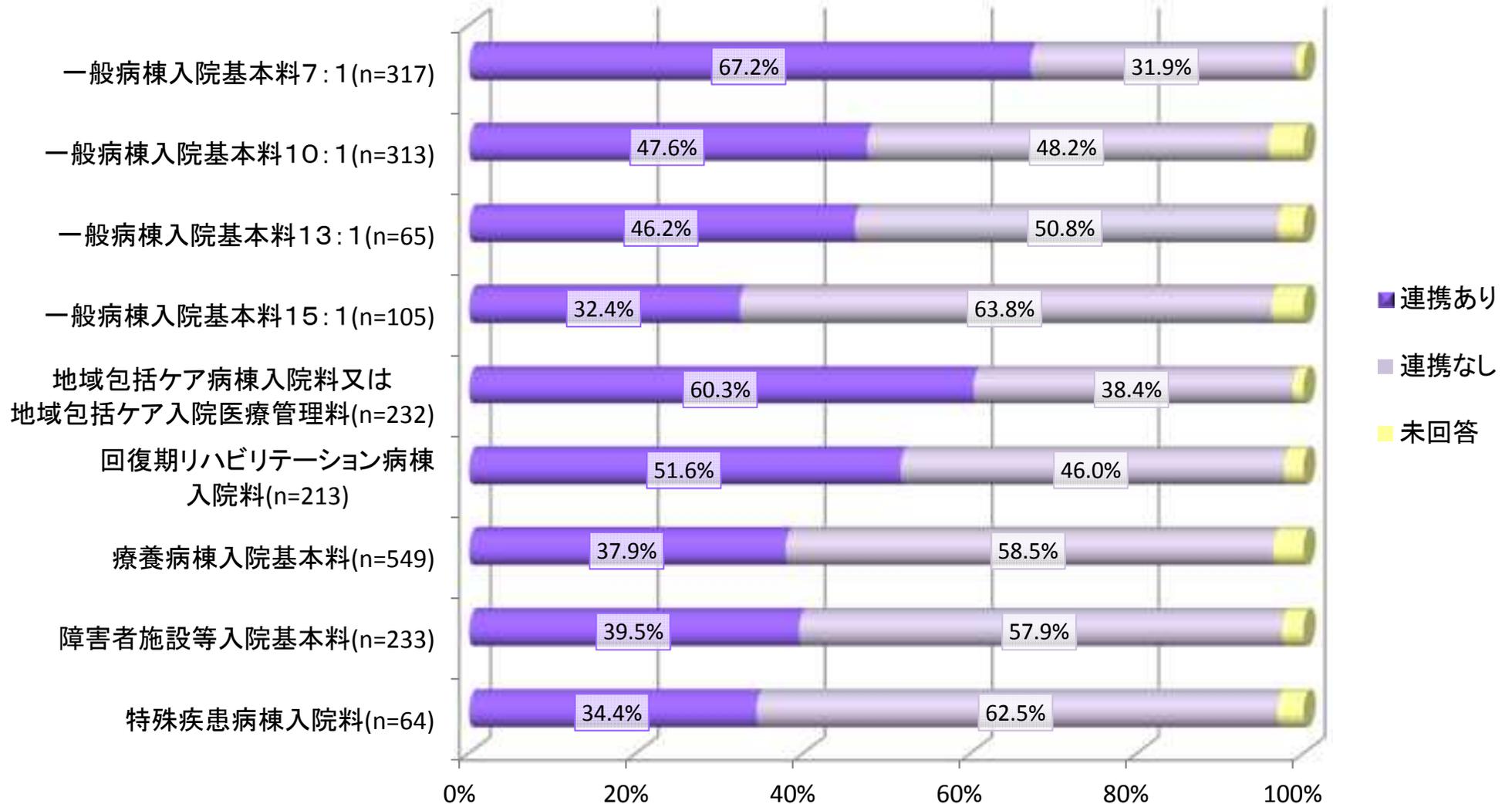
＜介護支援専門員からの情報提供の有用性＞



自治体との連携①

○ 個別の事例に関して、自治体との連携がある医療機関は、一般病棟7対1を有する医療機関が多く、次いで地域包括ケア病棟を有する医療機関であった。

＜地域の自治体(市町村、都道府県)と個別事例に関する連携の有無＞
(平成28年5月～10月の6か月間)

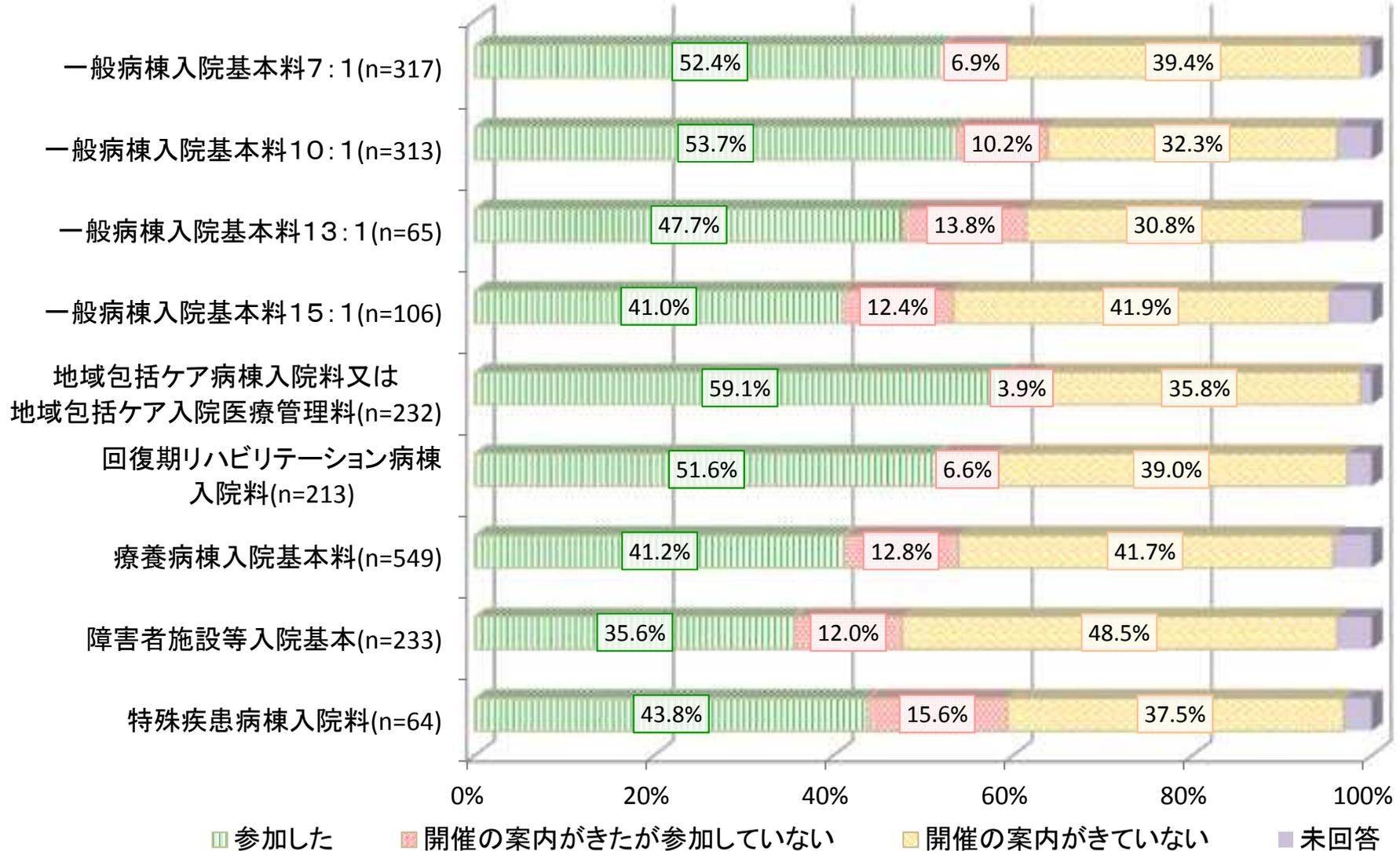


自治体との連携②

○ 地域ケア会議について、参加したことがある医療機関は、5割前後である。一方で、「開催の案内がきていない」と回答した医療機関は3～4割であった。

＜地域ケア会議の参加の有無＞

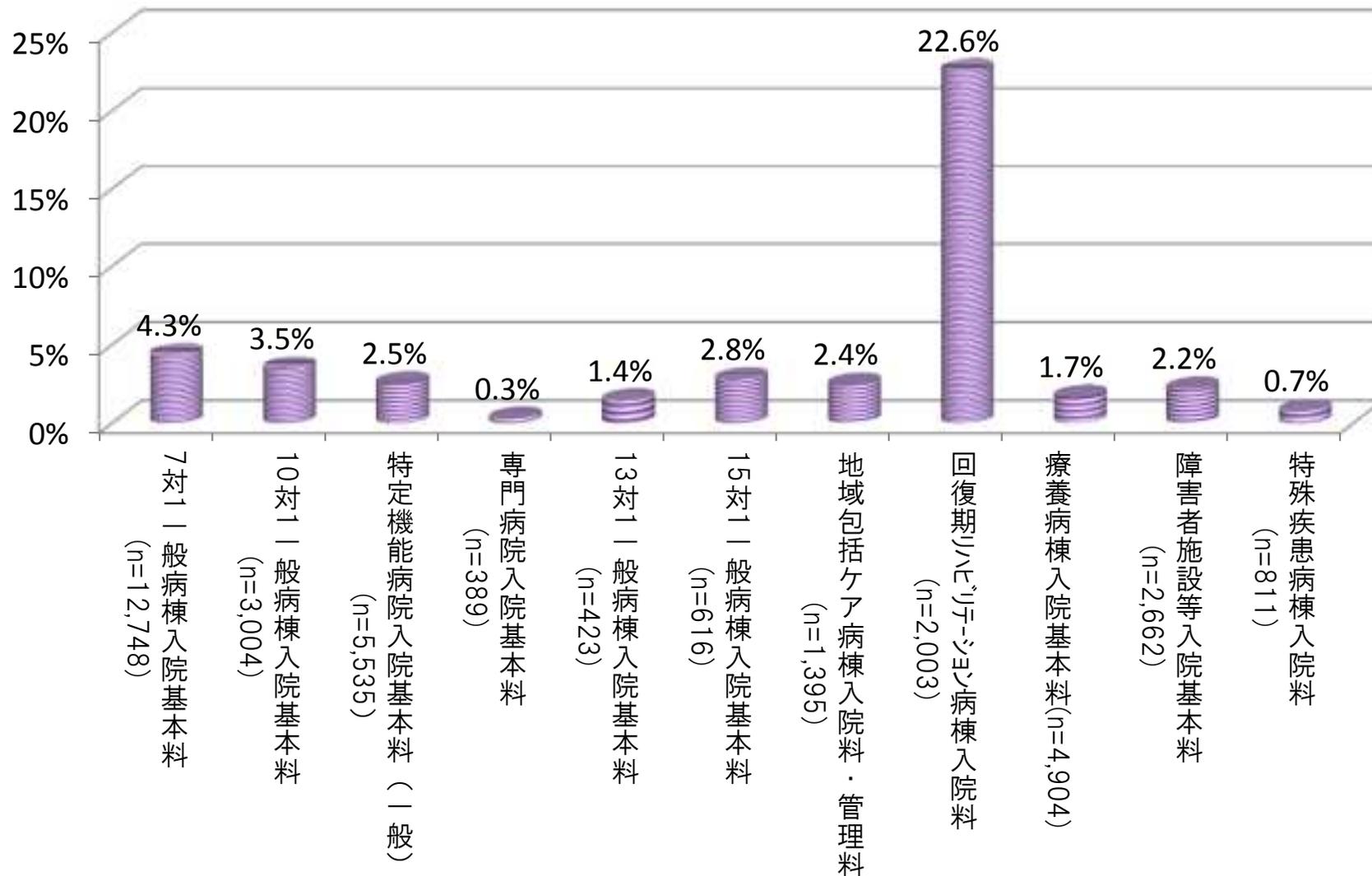
(平成28年5月～10月の6か月間)



地域連携診療計画①

○ 地域連携診療計画を利用していた患者の割合は、回復期リハビリテーション病棟が約23%と多く、他の病棟では、数%であった。

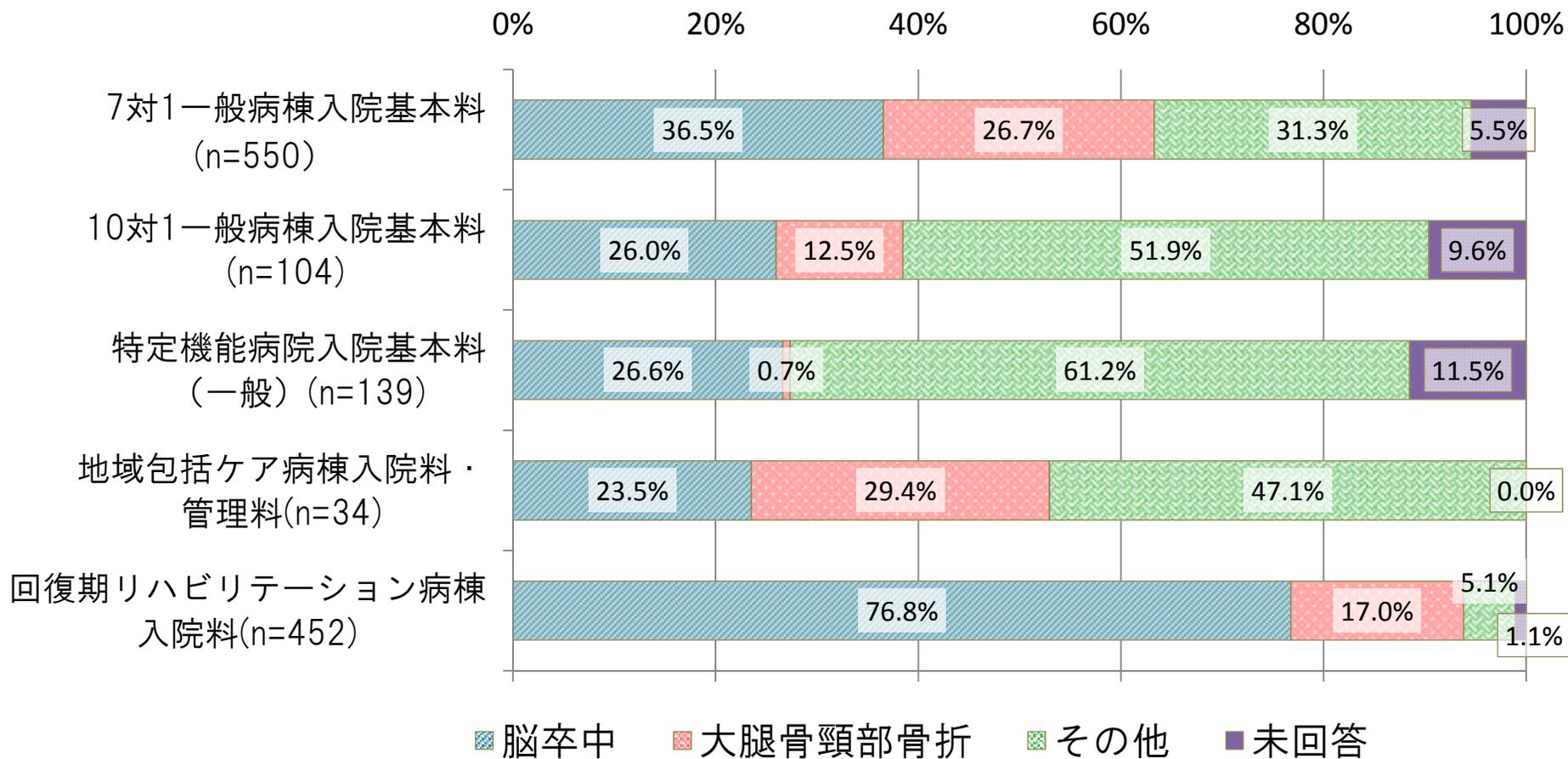
＜地域連携診療計画ありの患者割合＞



地域連携診療計画②

○ 地域連携診療計画を利用した患者の対象疾患は、「脳卒中」が回復期リハビリテーション病棟で約8割と多い。「大腿骨頸部骨折」は7対1一般病棟、地域包括ケア病棟で約3割の患者で利用していた。

＜地域連携診療計画の対象疾患＞



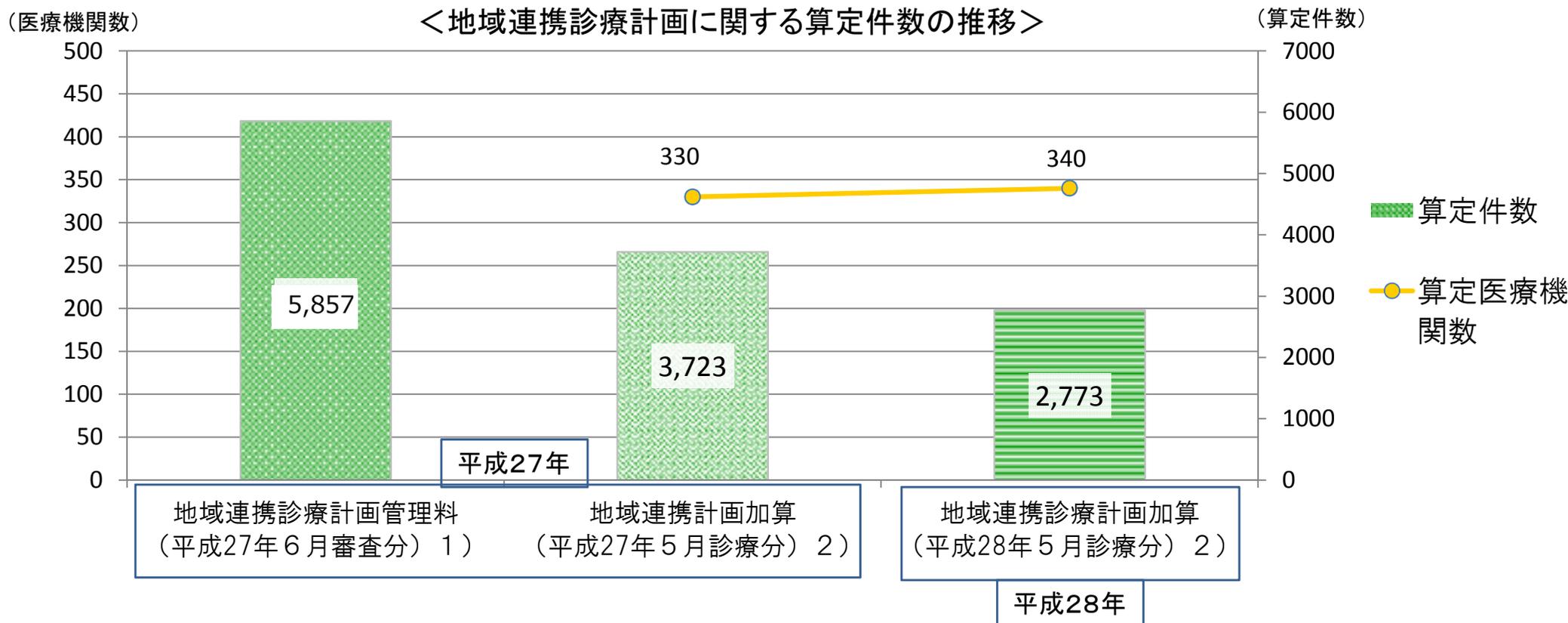
悪性疾患、肺炎、心不全、パーキンソン病等

地域連携診療計画③

○ 退院支援加算の地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

平成28年度診療報酬改定

- 退院支援加算(退院調整加算)の地域連携診療計画(地域連携計画)加算
加算対象：退院調整加算を算定 → 退院支援加算1又は3を算定
- 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)(Ⅱ) → 廃止



地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援



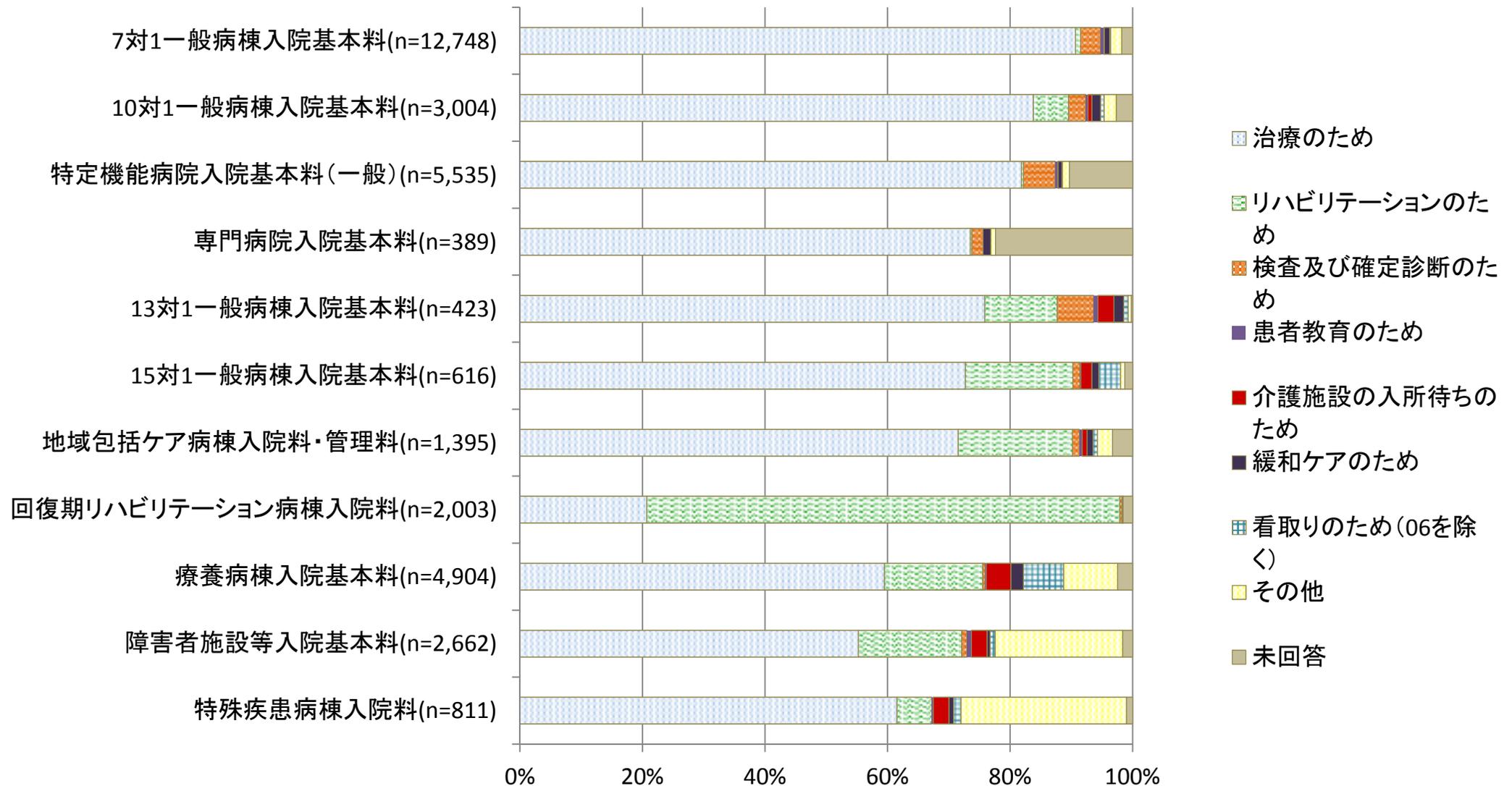
退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



入院の理由

○ 主な入院の理由は、回復期リハビリテーション病棟以外、「治療のため」が多くを占めており、次いで「リハビリテーションのため」が多い。急性期病棟では「検査又は確定診断のため」が他の病棟に比べて多い。



予定入院・緊急入院別

○ 入院形態について、入院患者のうち一般病棟は約6割が緊急入院であり、回復期リハビリテーション病棟、慢性期の病棟は約8割が予定入院である。

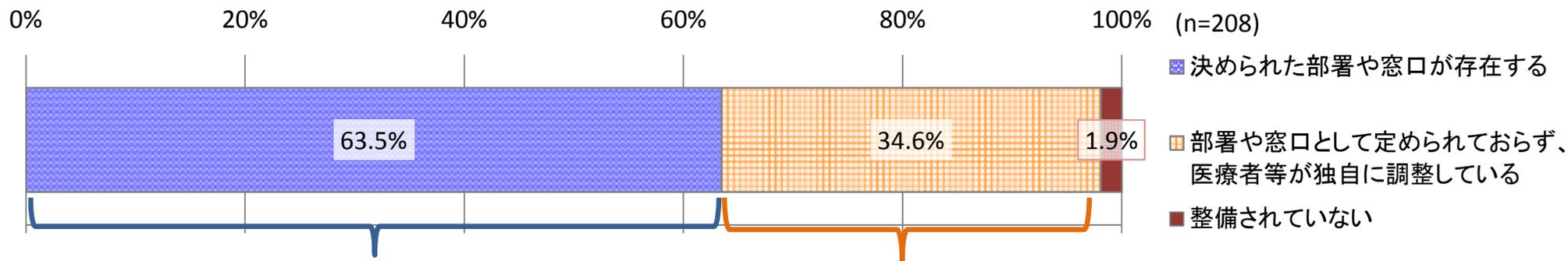


外来部門と入院部門との連携

○ 外来通院中の患者が自院に入院する際に連携を行う仕組みについて、決められた部署や窓口があるのは約6割であり、多くは地域連携室が担っており、部署等が決められていない場合、約7割の医療機関で看護職員が調整を担っている。

(平成28年12月1日時点)

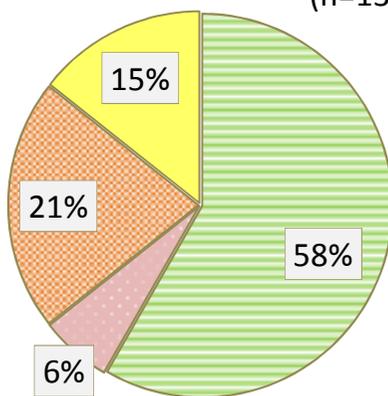
＜外来通院中の患者が自院に入院する際に連携を行う仕組み(部署、窓口)の状況＞



＜連携を担う主な部署等＞

(n=132)

- 地域医療連携室、もしくはそれに相当する部署
- 医事課
- 各診療科
- その他の部署

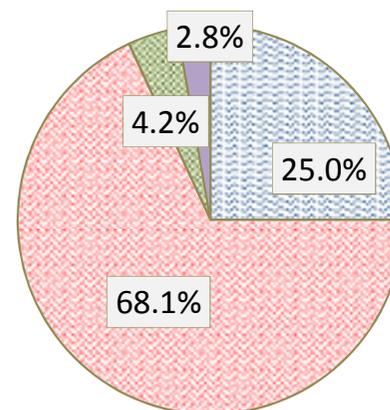


決められた部署・窓口がある場合

＜主に調整の担当者となる職種＞

(n=72)

- 医師
- 看護職員
- 社会福祉士もしくは医療ソーシャルワーカー
- 事務職員



決められた部署・窓口が無い場合

【調査対象】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関で無作為抽出した1,000施設の外来部門

【調査期間】 平成29年1月

1. 一般病棟入院基本料(その2)

2. 入退院支援(その2)

(1) 診療報酬上の評価と算定状況

(2) 入退院支援に係る調査結果

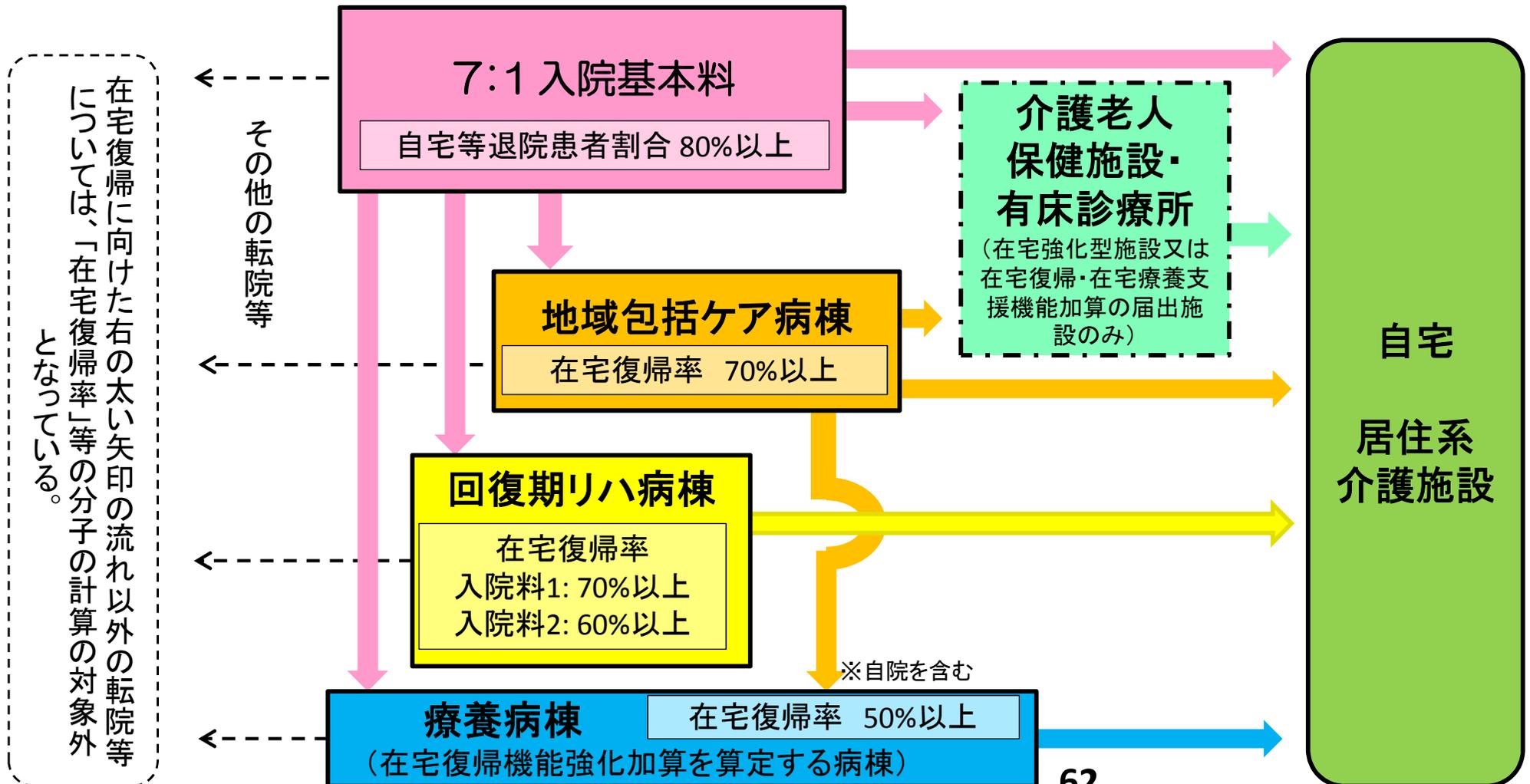
(3) 医療機関間の連携

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できていることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



在宅復帰率の算出方法

- 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅復帰率

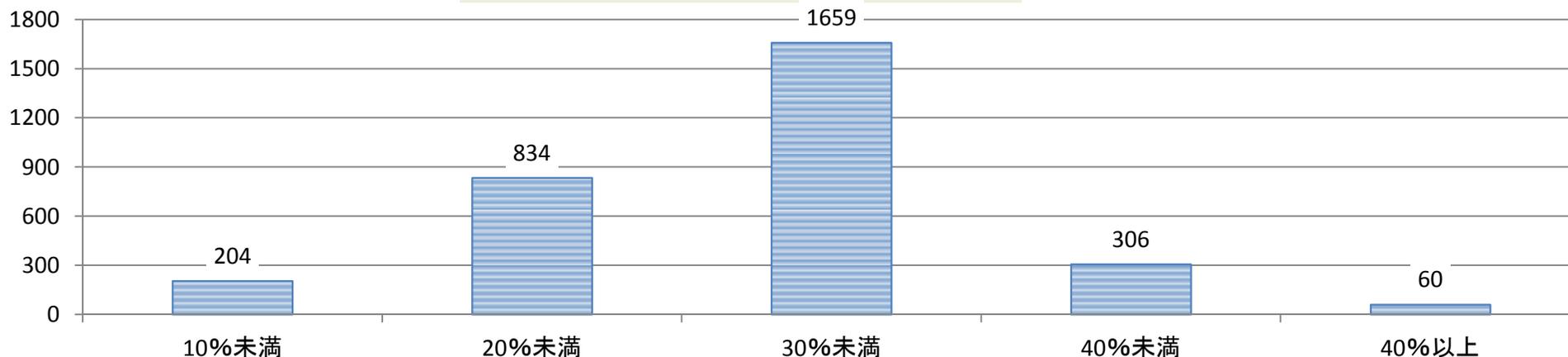
	7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟
(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・転棟患者(上記を除く)・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) (退院・転棟含む) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・7対1病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者除く</p>

再入院の状況について

- 医療機関の再入院率の分布をみると、20%以上30%未満の医療機関が最も多かった。また、同一疾患での6週間以内の再入院率の分布をみると、10%未満の医療機関が大部分であった。

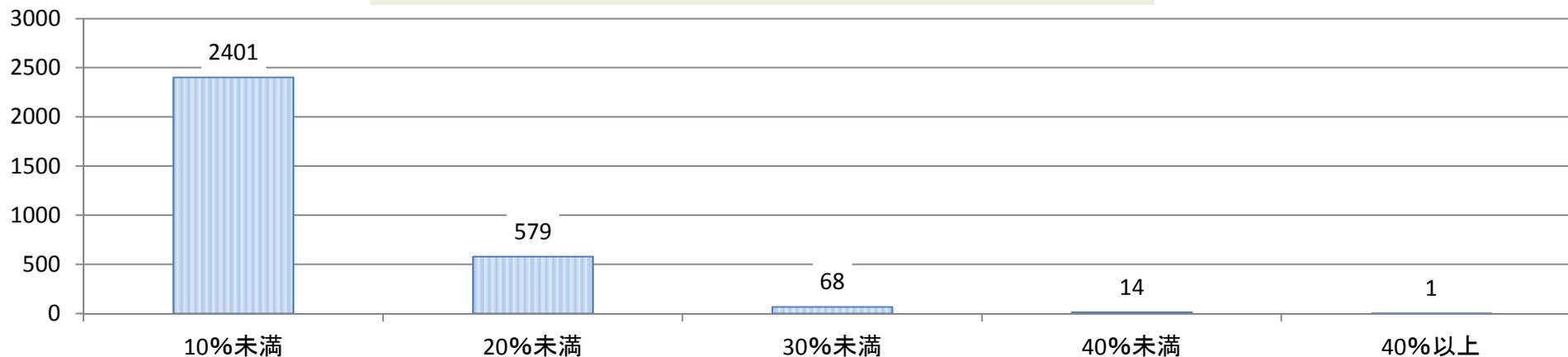
(医療機関数)

医療機関ごとの再入院率(1年間)※の分布



(医療機関数)

医療機関ごとの同一疾患での6週間以内の再入院率の分布



※調査期間中に収集したデータ(平成27年4月～平成28年3月退院患者)について、データ識別番号の重複があった場合に再入院ありと判断

入退院支援(その2)の課題(案)

【課題】

(診療報酬上の評価と算定状況)

- ・ 退院支援に係る診療報酬上の評価をみると、支援内容や、退院困難な要因、退院先等との連携等が算定要件となっている。
- ・ 退院支援加算の算定件数は退院調整加算と比べ、増加しているが、退院支援加算2より退院支援加算1は少ない。
- ・ 退院支援加算の算定にあたっては、入院早期から退院困難な要因に応じて患者を抽出して支援が行われているが、要件に示していないものの、虐待や生活困窮といった、早期から支援が必要な患者が入院している。
- ・ 退院支援にあたっては、福祉サービスなど入院前の支援状況を早期に把握し、関係機関等との連携が重要であるが、要介護被保険者であっても介護支援専門員との情報のやり取りが行われていないケースがみられる。
- ・ 地域連携診療計画の利用状況をみると、回復期リハビリテーション病棟で最も多く、対象疾患としては、脳卒中のほか、大腿骨頸部骨折が多い。
- ・ 退院支援加算の地域連携診療計画について、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料と比べ、算定件数は減少している。

(入退院支援)

- ・ 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、入院中だけでなく、入院時から退院後の地域説活を見据えた支援が重要である。入院種類の割合をみると、予定入院が一定の割合を占めており、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟入院基本料では、予定入院の割合がその他の比べ、多い。
- ・ 外来通院中の患者が自院に入院する際に連携を行う仕組みをみると、約6割の医療機関が決められた部署や窓口があり、約7割の医療機関で看護職員がその調整を担っている。

(医療機関間の連携)

- ・ 在宅復帰率については、自宅等への退院だけでなく、退院元となる病棟の種類や退院先で定義や計算方法が異なっている。
- ・ 再入院率で医療機関の分布をみると、20%以上30未満が最も多かった。

- 入退院支援に係る診療報酬上の評価と算定状況や、退院困難な要因に係る分析を踏まえ、入院前あるいは入院早期からの効果的な支援の取組みについて、どのように考えるか。
- 地域連携診療計画に係る評価について、改定前後の変化について、どのように考えるか。
- 在宅復帰率については、病棟の種類により、退院先の違いで評価方法が異なっているが、評価の本来の目的を踏まえ、評価方法等について整理が必要ではないか。その際、内容がより適切に表現されるような名称についても検討してはどうか。

本日の議題

1. 一般病棟入院基本料(その2)
2. 入退院支援(その2)
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)

1. 一般病棟入院基本料(その2)
2. 入退院支援(その2)
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)
 - (1) 前回の議論
 - (2) 入棟前の居場所別の分析

(課題)

【入棟前の居場所別の患者の状況】

- ・ 7対1、10対1一般病棟入院基本料から地域包括ケア病棟への届け出が進みつつある。
- ・ 地域包括ケア病棟の入棟患者が、院内の他病棟から転棟した患者が9割以上の医療機関は、4割5分を占めている。
- ・ 自院に一般病棟(7対1、10対1)を有する医療機関について、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」である患者の割合をみると、その割合が「90%以上」の医療機関は、いずれも約3割であった。
- ・ 自宅等から入棟した患者では骨折等の患者に加えて、肺炎等の他の疾患の患者が一定程度含まれているが、自宅等以外からの患者では骨折等の患者が最も多い。
- ・ 入院継続の医学的な理由についてみると、自宅等以外からの患者ではリハビリテーションの必要性が主な理由となっているが、自宅等からの患者では急性期治療の必要性や状態が悪化する可能性なども主な理由となっている。

【医療の内容】

- ・ 調査日から7日以内の地域包括ケア病棟で提供される医療の内容の詳細をみると、検体検査、X線単純撮影などが、生体検査、CT・MRIに比べ、多い。また、約3.5%の患者で入棟中に手術が実施されており、内訳をみると、輸血や胃瘻造設等である。
- ・ 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの実施状況をみると、平均して約7割の患者がリハビリテーションの対象患者であり、対象者一人あたり1日当たり実施単位数は、平均2単位以上4単位未満が大半である。

【在宅医療の提供】

- ・ 地域包括ケア病棟を有する医療機関の約3割が在宅療養支援病院であった。地域包括ケア病棟を有する病院で往診・訪問診療を行っている病院、訪問看護部門や訪問看護ステーションを設置している病院は約半数である。



- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)について、求められる機能に応じた医療の提供を推進する観点から、例えば、
 - ・ 急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能と、
 - ・ 自宅等から患者を受け入れ在宅療養を支援する機能、
 といった点に着目しつつ、患者の状態や医療の内容に応じた評価を検討すべきではないか。

平成29年度第4回入院医療等の調査・評価分科会での議論

【平成29年度第4回入院医療等の調査・評価分科会（平成29年7月21日）に示した課題案】

- 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）について、求められる機能に応じた医療の提供を推進する観点から、例えば、
 - ・ 急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能と、
 - ・ 自宅等から患者を受け入れ在宅療養を支援する機能、といった点に着目しつつ、患者の状態や医療の内容に応じた評価を検討すべきではないか。



【平成29年度第4回入院医療等の調査・評価分科会（平成29年7月21日）で頂いたご意見】

- 入棟前の居場所が自宅等と自宅等以外の2群で患者の状態を分析しているが、自宅等以外の群の中でも、自院から来た患者と他院から来た患者ではかかる手間が異なる可能性があるため、より詳細な分析をして欲しい。

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

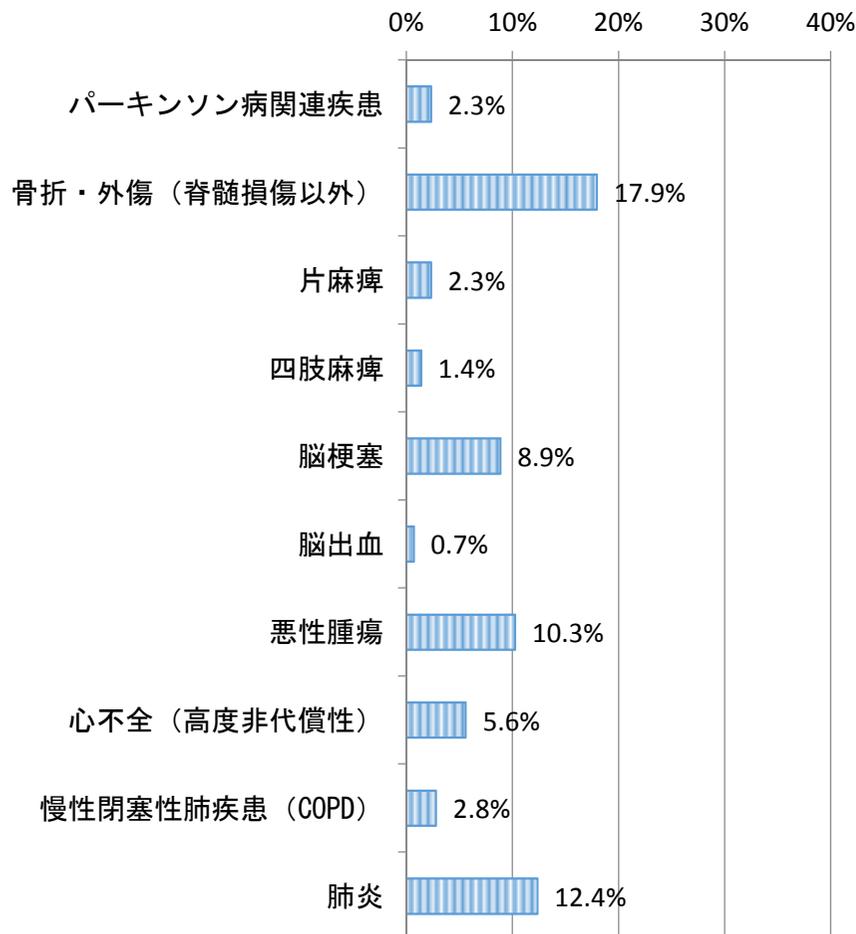
自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
自院	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
その他の病床		0.2%	
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
	その他の病床		0.5%
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%	
	在宅復帰機能強化加算なし	0.2%	
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
		上記以外	3.2%
死亡退院		3.2%	
その他		0.0%	
不明		11.2%	

地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の患者の疾患の状況

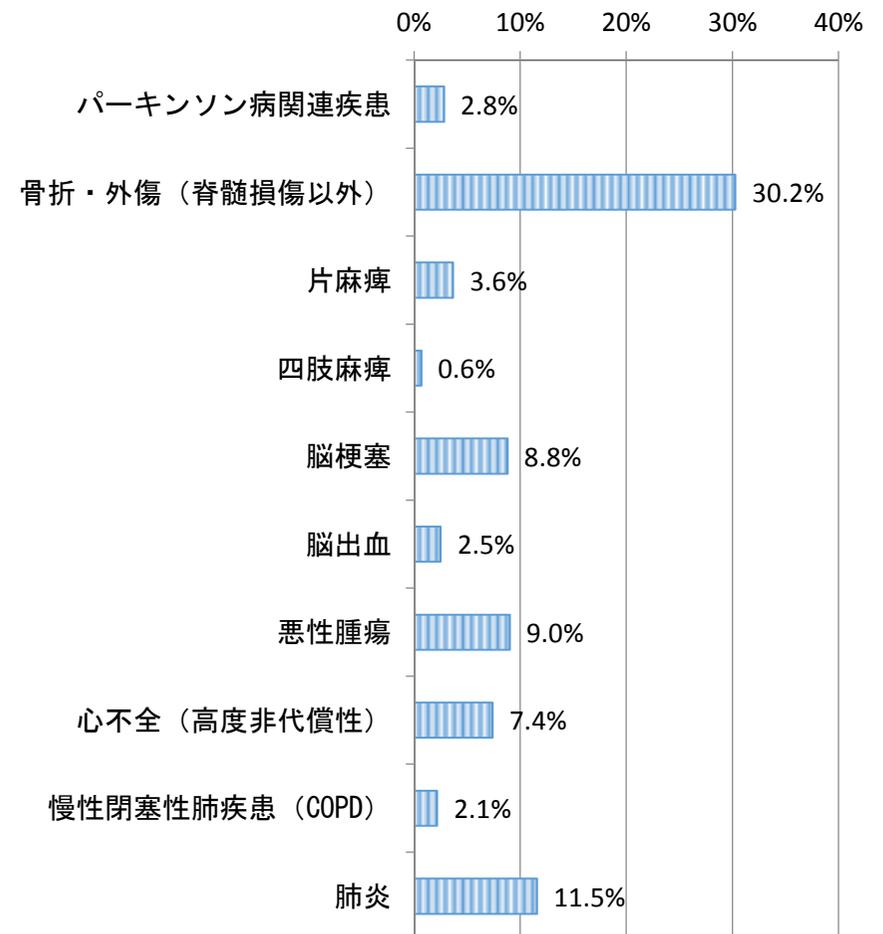
診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

○ 入棟前の居場所別の疾患の状況をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」の患者の占める割合が少ない。

入棟前の居場所が自宅等 (n=429)



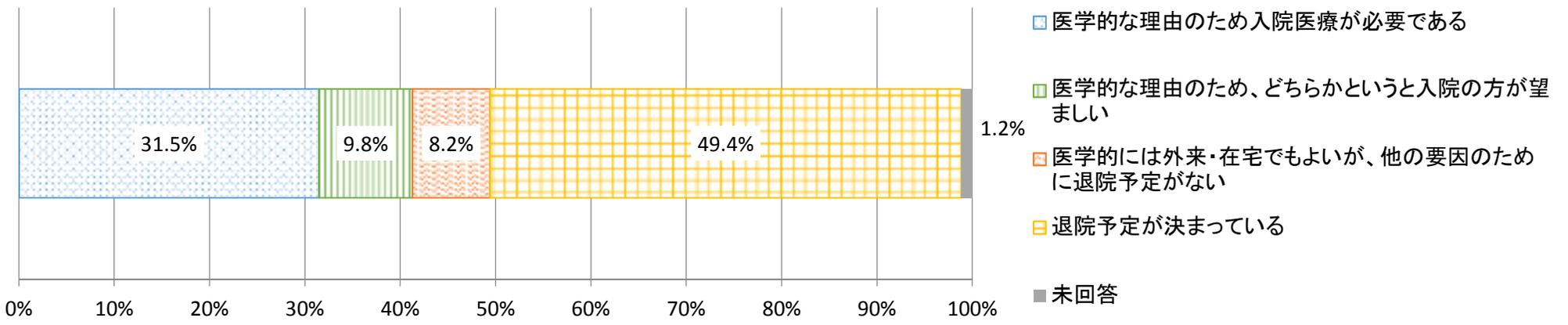
入棟前の居場所が自宅等以外 (n=936)



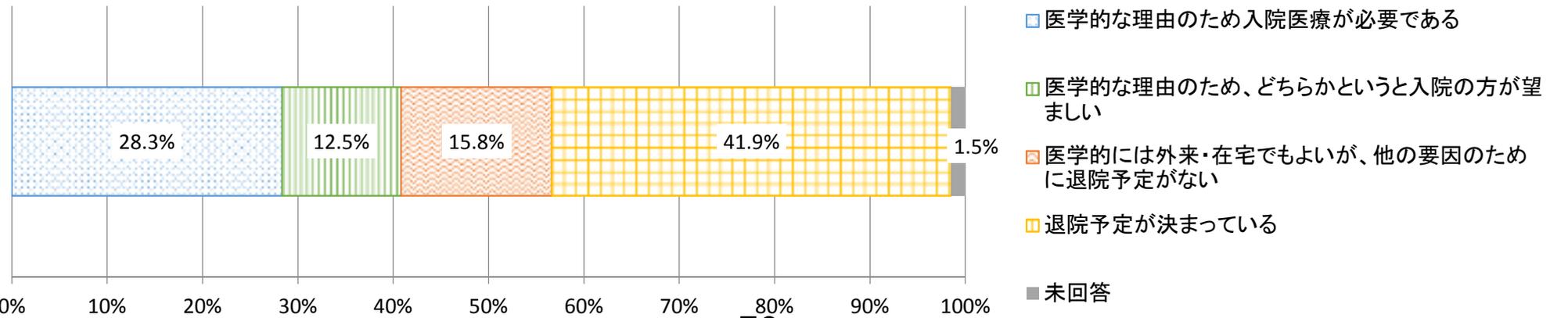
○ 入棟前の居場所別の「医学的な入院継続の理由等」をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者にくらべ、「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」という回答の占める割合が少なく、「退院予定が決まっている」という回答の占める割合が多い。

<医学的な入院継続の理由等>

入棟前の居場所が自宅等 (n=429)



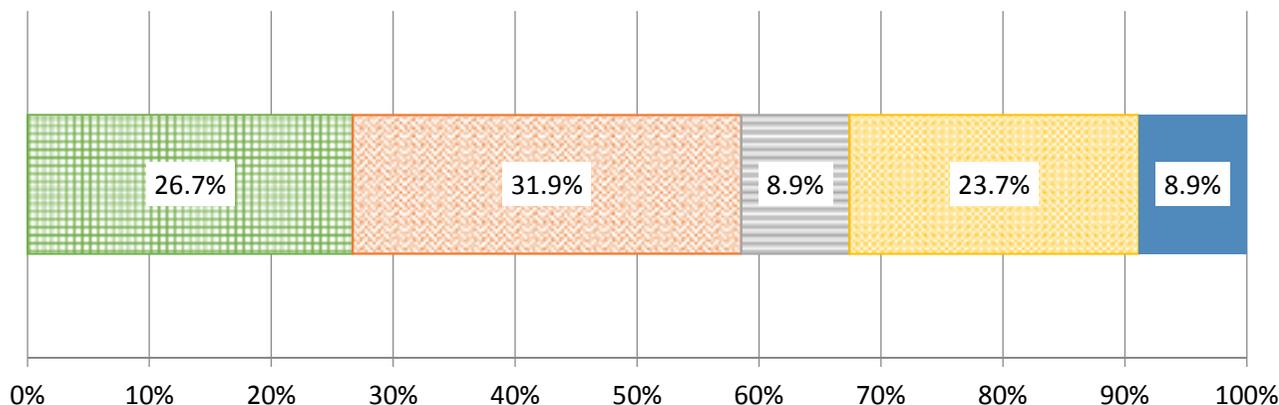
入棟前の居場所が自宅等以外 (n=936)



○ 入棟前の居場所別の前項(医学的な入院継続の理由)の設問における「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない」という回答の占める割合が多い。

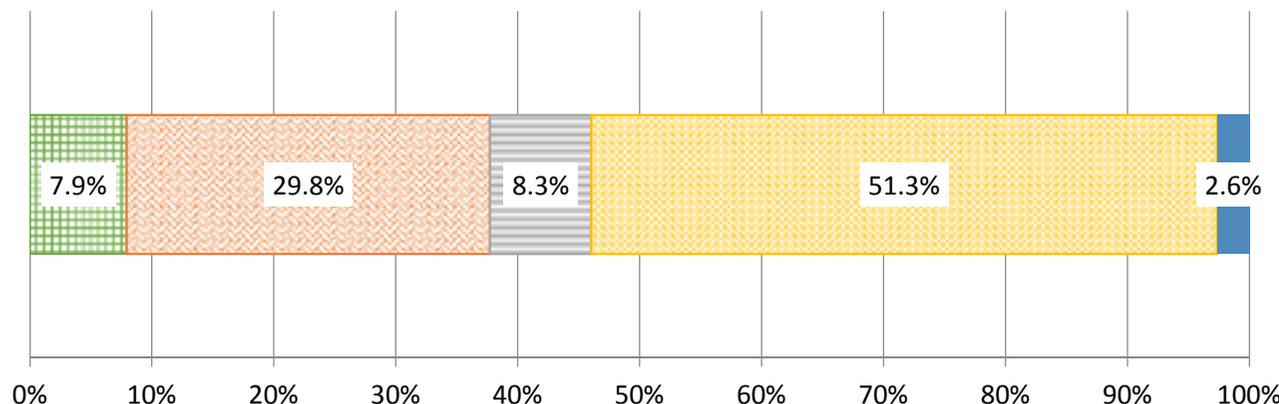
<医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細.>

入棟前の居場所が自宅等 (n=135)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

入棟前の居場所が自宅等以外 (n=265)

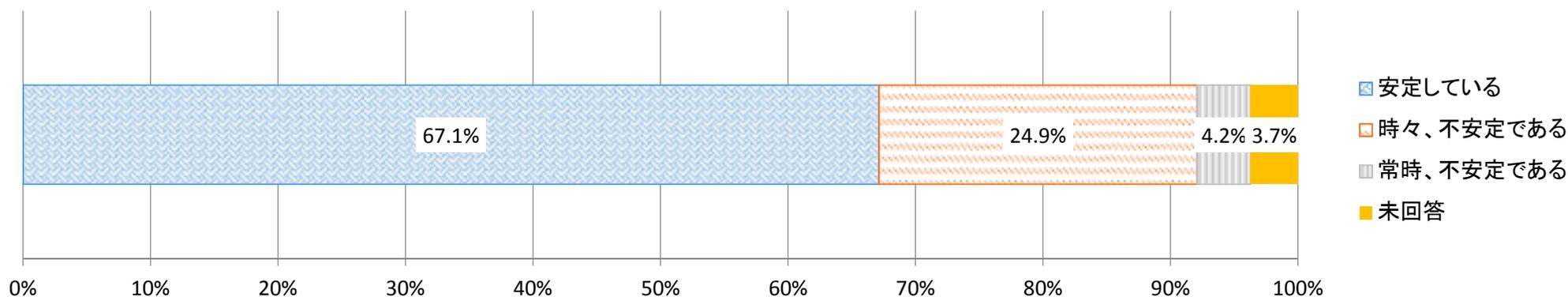


- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

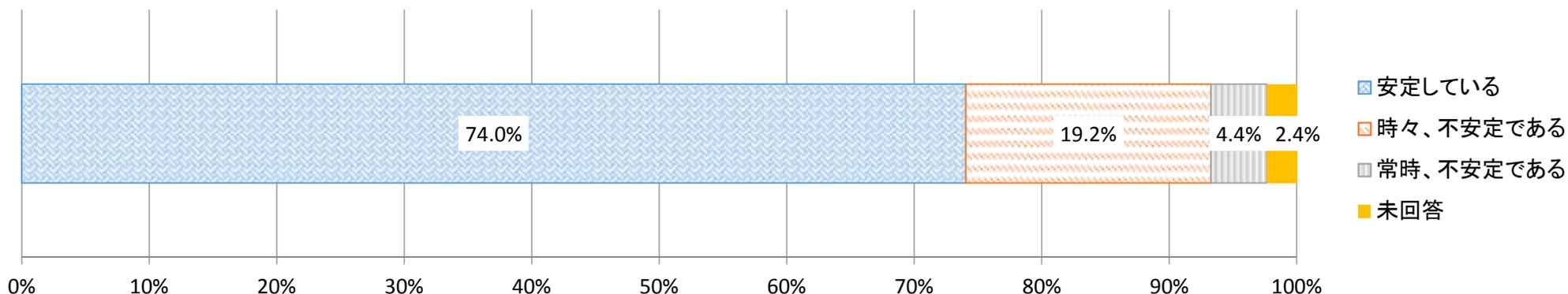
○ 入棟前の居場所別の「入棟中の患者の医療的な状態」をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「安定している」という回答の占める割合が少ない。

<入棟中の患者の医療的な状態>

入棟前の居場所が自宅等 (n=429)



入棟前の居場所が自宅等以外 (n=936)



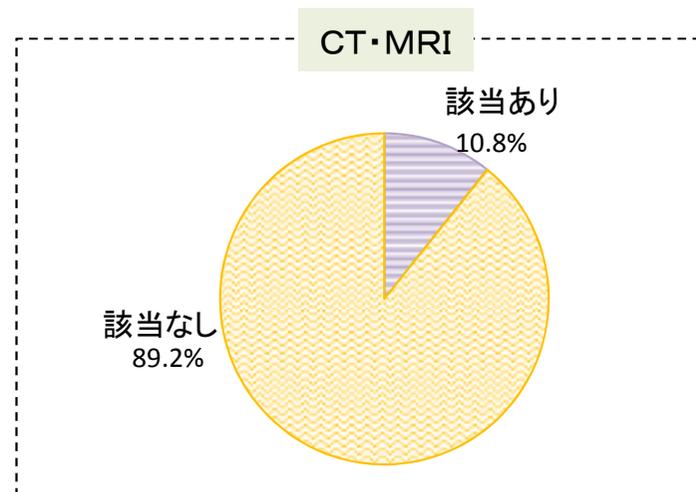
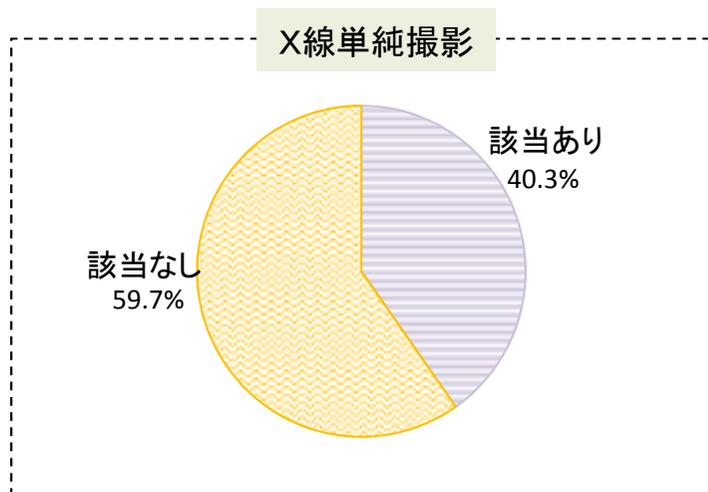
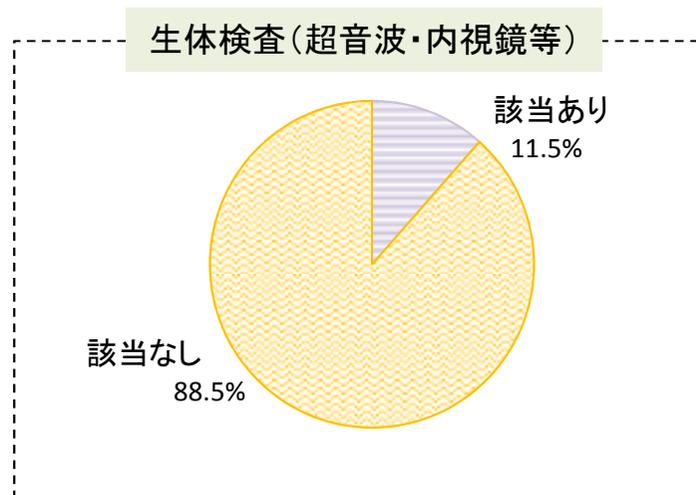
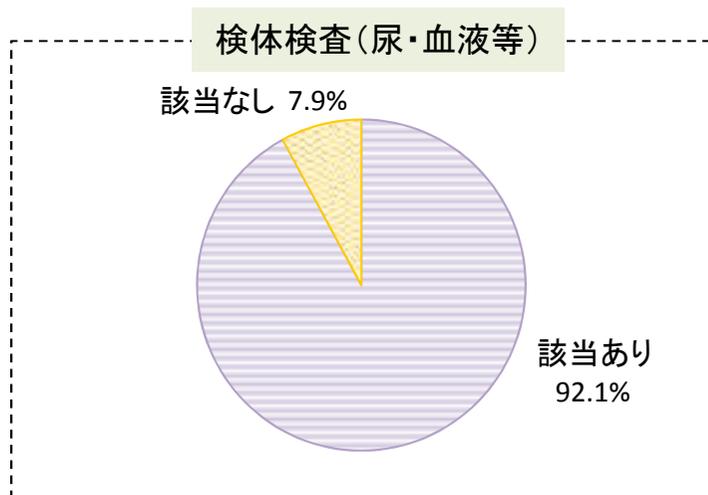
地域包括ケア病棟(病室)入棟患者の検査等の実施状況

診 調 組 入 - 1
2 9 . 7 . 2 1

- 地域包括ケア病棟(病室)入棟患者について、調査日から過去7日間に、検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIを受けた患者の割合をみると、該当ありの回答の占める割合は検体検査では9割程度、生体検査、CT・MRIでは1割程度、X線単純撮影では4割程度であった。

＜調査日から過去7日間に、検体検査、生体検査、X線単純撮影、CT・MRIを受けた患者の割合＞

(n=1,309)



(参考) 地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(I)を除く	○ 地域連携計画退院時指導料(I)を除く
C 在宅医療	×	×
D 検査	○	○
E 画像診断	○	○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×
I 精神科専門療法	○	○
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く
K 手術	×(※)	○
L 麻酔	×(※)	○
M 放射線治療	○	○
N 病理診断	○	○

1. 一般病棟入院基本料(その2)
2. 入退院支援(その2)
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)
 - (1) 前回の議論
 - (2) 入棟前の居場所別の分析

地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の患者の疾患の状況(主傷病)

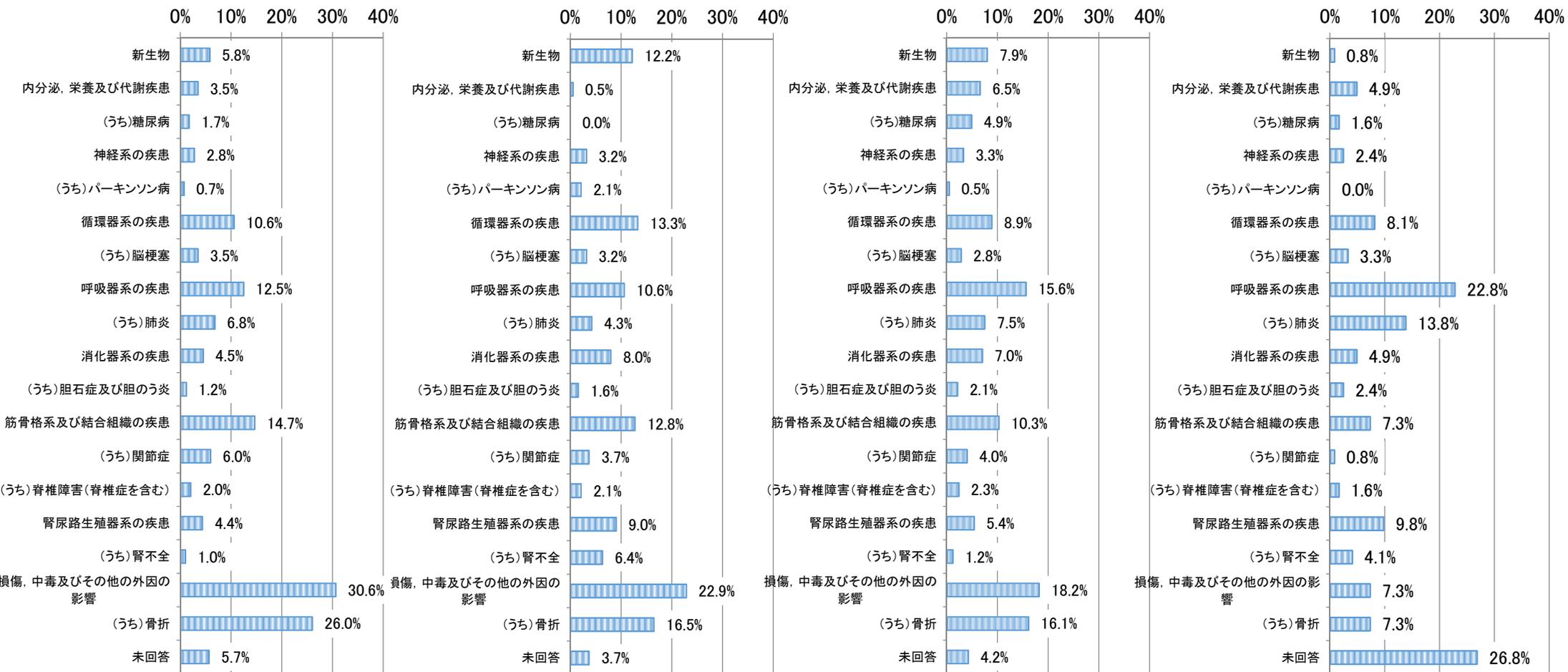
○ 入棟前の居場所別の患者の疾患の状況(主傷病)をみると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、「他院の7対1、10対1病床」、「自宅等」の群に比べ、骨折の患者の占める割合が多い。

自院の7対1、10対1病床(n=689)

他院の7対1、10対1病床(n=188)

自宅等(n=429)

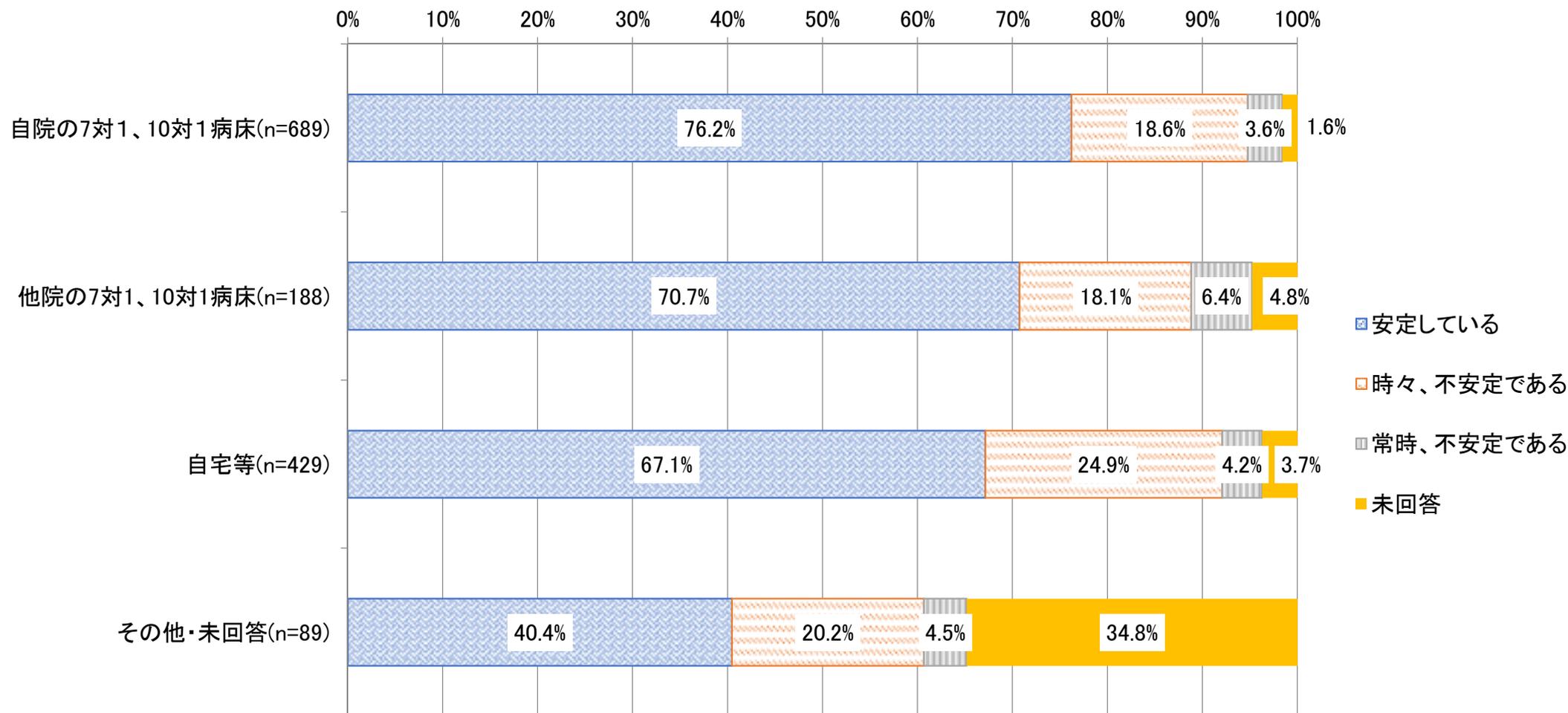
その他・未回答(n=123)



地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の入棟中の患者の医療的な状態

○ 入棟前の居場所別に入棟中の患者の医療的な状態をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、「安定している」という回答の割合が少ない。

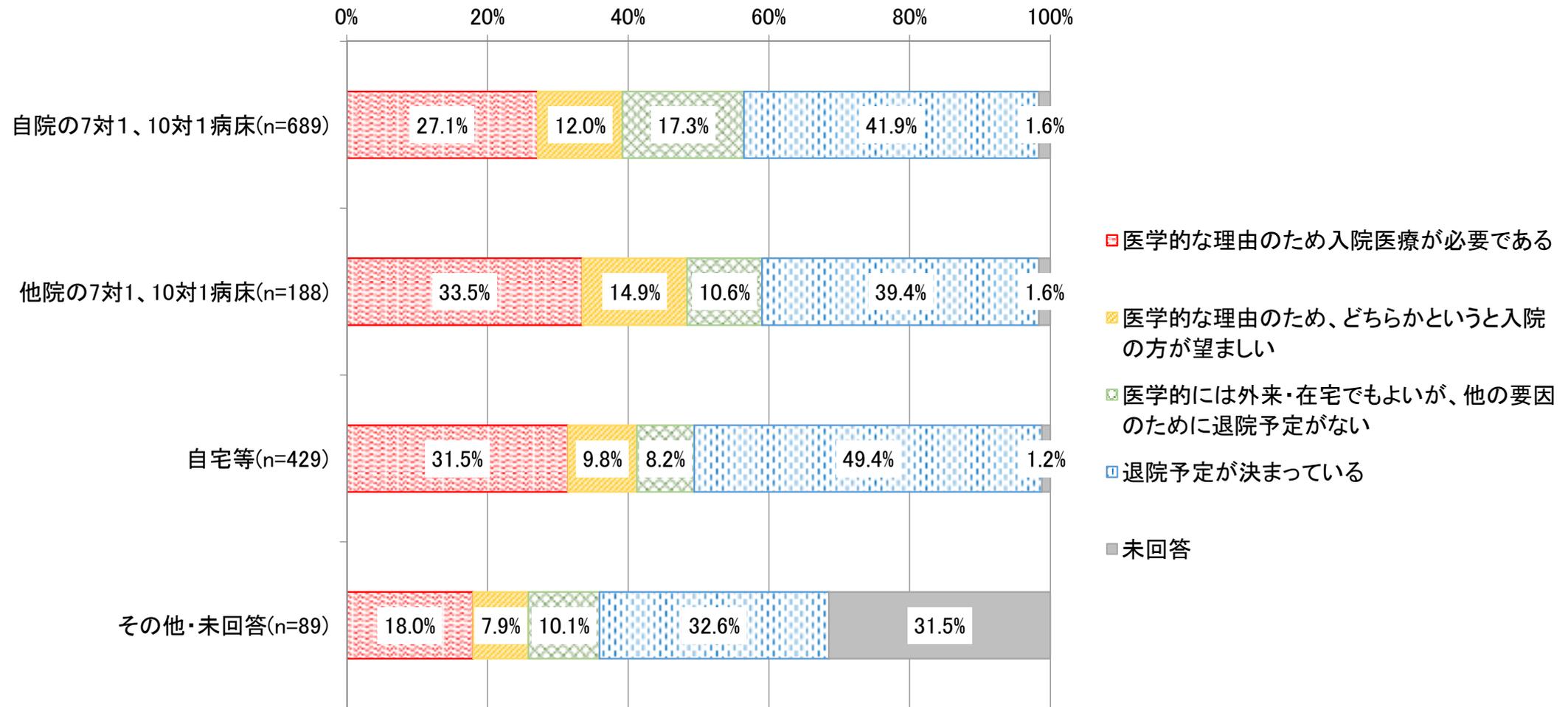
＜入棟中の患者の医療的な状態＞



地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の医学的な入院継続の理由等

○ 入棟前の居場所別に医学的な入院継続の理由等をみると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、「他院の7対1、10対1病床」、「自宅等」の群に比べ、「医学的には外来・在宅でよいが、他の要因のために退院予定がない」という回答の割合が多い。

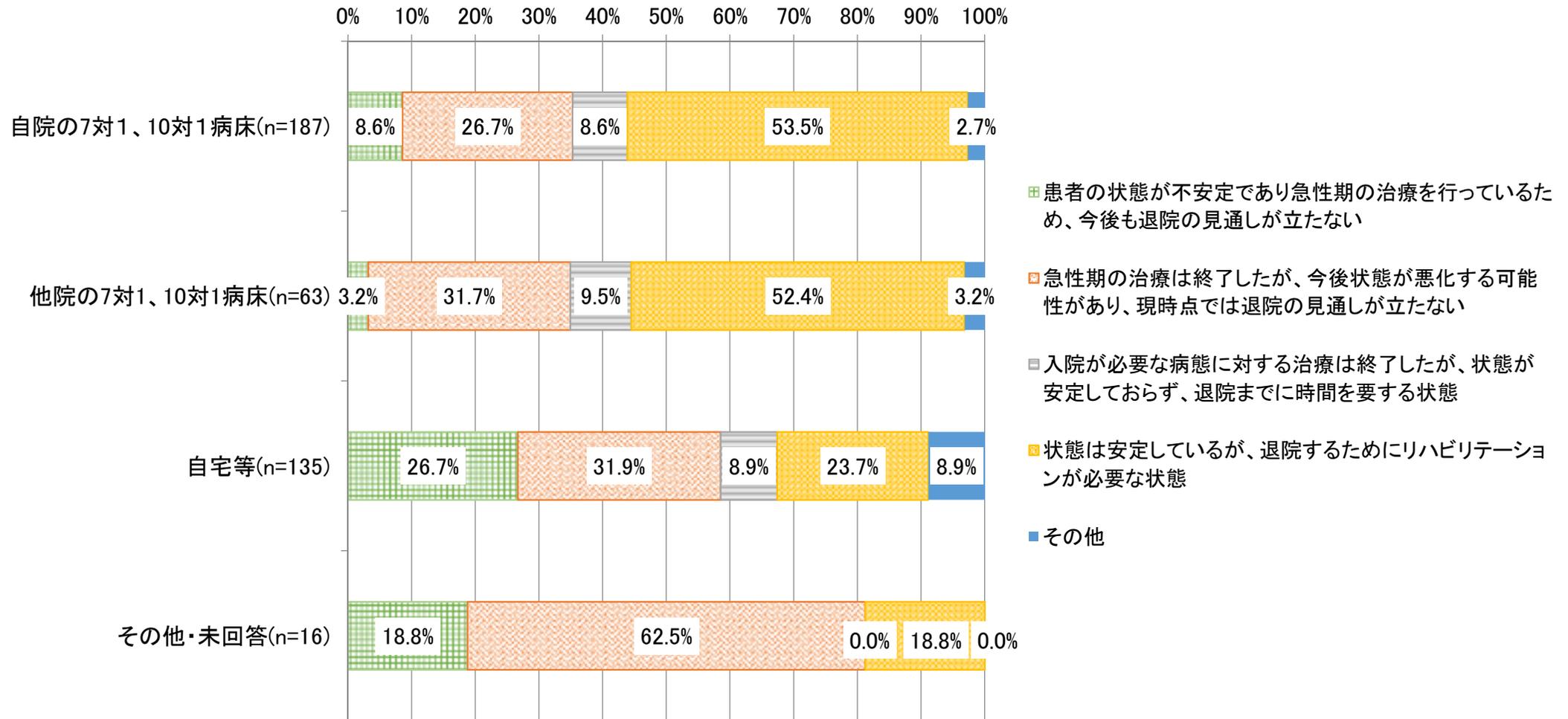
＜医学的な入院継続の理由等＞



地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の「医学的な理由」の詳細

○ 入棟前の居場所別に前項の「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たないという回答の割合が多い。

＜「医学的な理由」の詳細＞

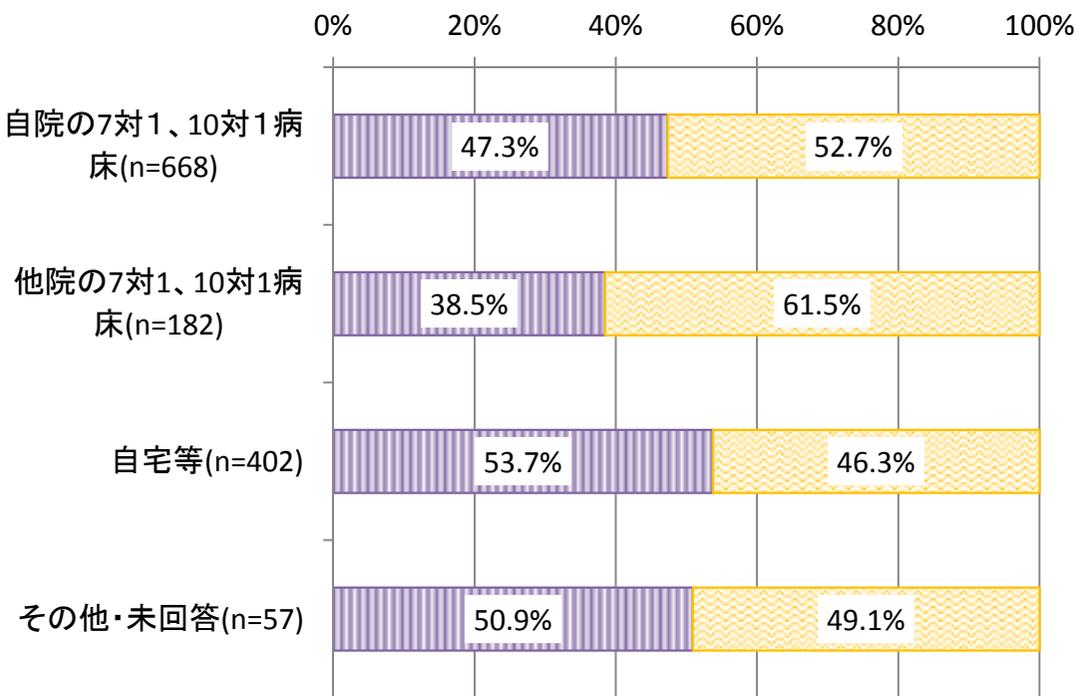


地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の検査等の実施状況①

○ 入棟前の居場所別の検査等の実施状況をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、検体検査、生体検査を実施した患者の割合が多い。

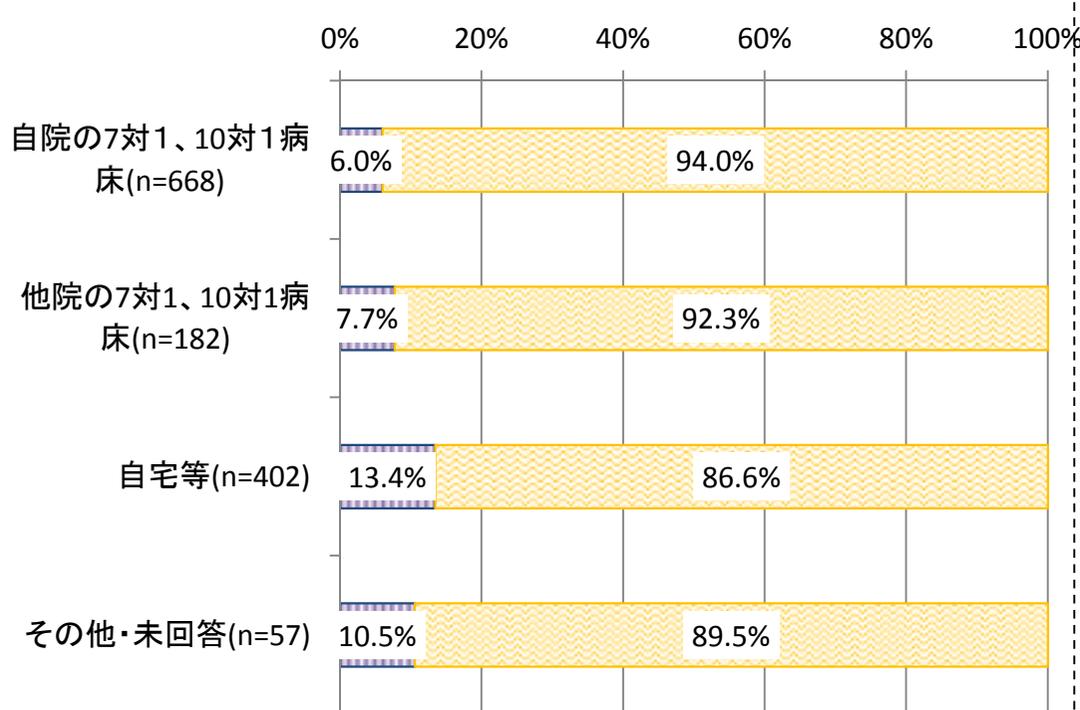
＜調査日から過去7日間に検体検査、生体検査を受けた患者の割合＞

検体検査(尿・血液等)



■ 過去7日間に実施した検査の件数 過去7日間に検体検査(尿・血液等):あり
 □ 過去7日間に実施した検査の件数 過去7日間に検体検査(尿・血液等):なし

生体検査(超音波・内視鏡等)

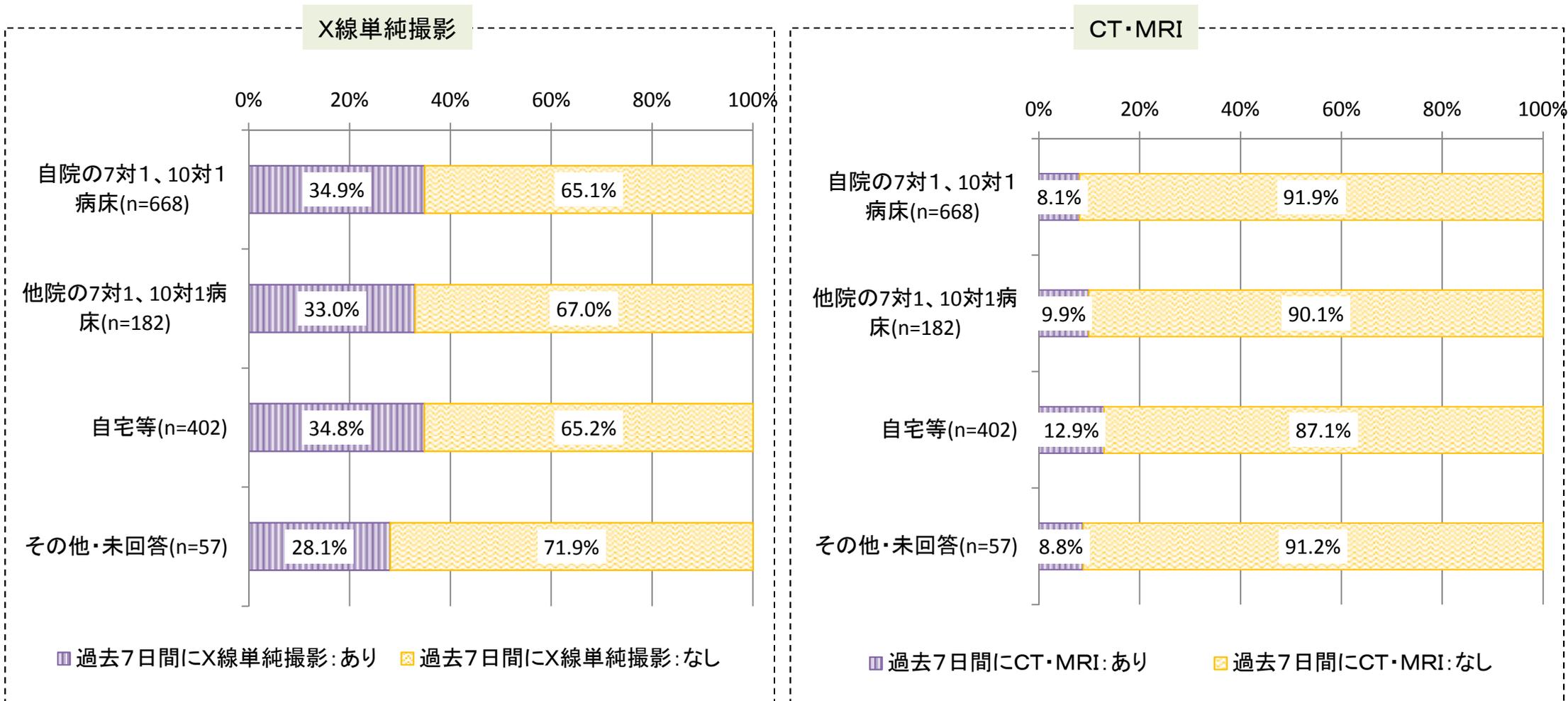


■ 過去7日間に生体検査(超音波・内視鏡等):あり
 □ 過去7日間に生体検査(超音波・内視鏡等):なし

地域包括ケア病棟・病室における入棟前の居場所別の検査等の実施状況②

- 入棟前の居場所別の検査等の実施状況をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、「自院の7対1、10対1病床」、「他院の7対1、10対1病床」の群に比べ、CT・MRIを実施した患者の割合が多い。

＜調査日から過去7日間にX線単純撮影、CT・MRIを受けた患者の割合＞



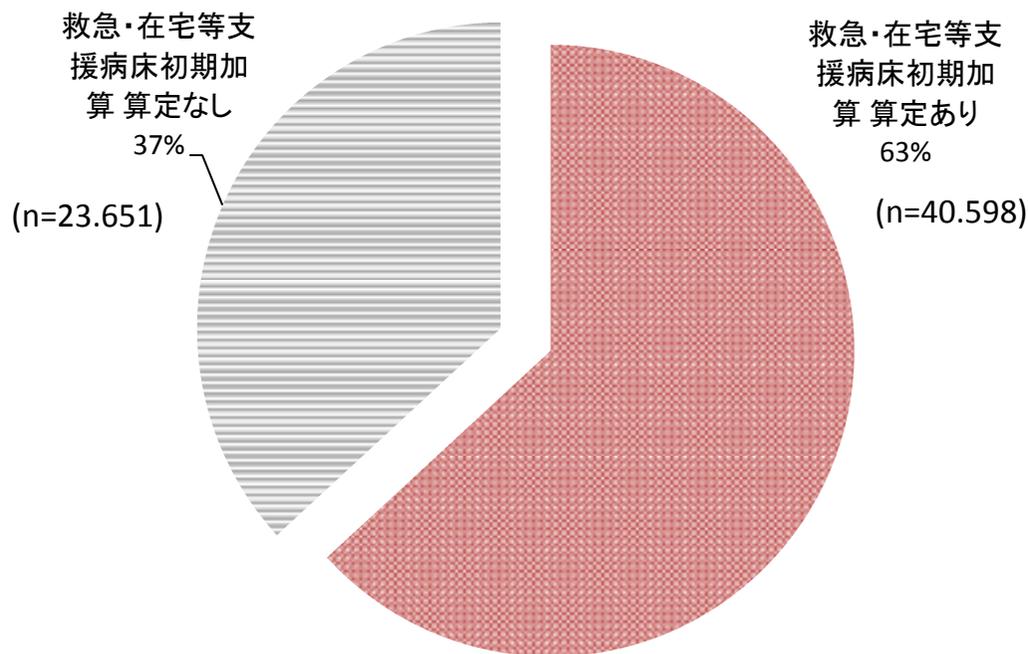
地域包括ケア病棟・病室における救急・在宅等支援病床初期加算について

【加算の要件】

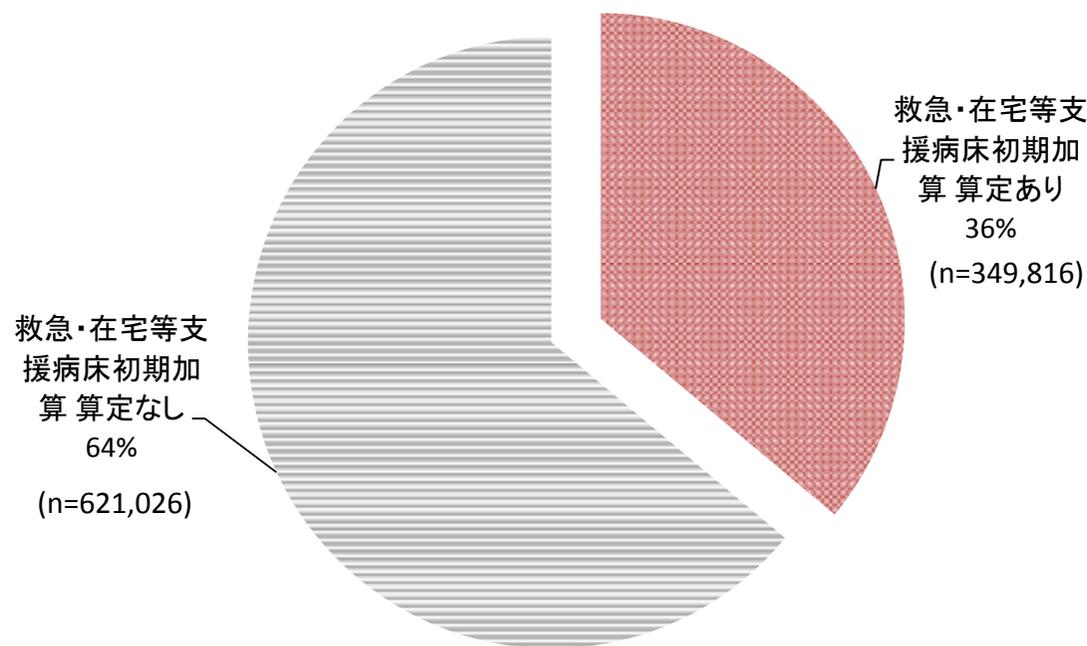
当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、1日につき150点を所定点数に加算する

救急・在宅等支援病床初期加算の算定状況※

＜算定件数ベース＞



＜算定回数ベース＞



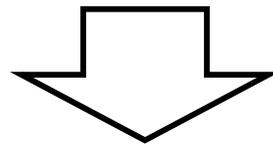
注) 救急・在宅等支援病床初期加算の算定件数・回数を、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定件数・回数で割ったもの。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(その2)の課題(案)

【課題】

(入棟前の居場所別の分析)

- ・平成29年7月21日の分科会では、入棟前の居場所(自宅等からの入院患者と急性期病棟からの転棟・転院患者)別に、疾患の状況や入院継続の理由、医学的な理由、医療的な状態、医療の提供状況等について、分析を行った。今回は、入棟前の居場所のうち、急性期病棟について、自院から来た患者と他院から来た患者を区別して、更なる分析を行った。
- ・疾患の状況をみると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、その他に比べ、骨折の患者の占める割合が多かった。
- ・医療的な状態をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、その他に比べ、「安定している」という回答の割合が少なかった。
- ・医学的な入院継続の理由等をみると、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」の群の患者は、その他に比べ、「医学的には外来・在宅でよいが、他の要因のために退院予定がない」という回答の割合が多かった。
- ・「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者は、その他に比べ、患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たないという回答の割合が多かった。
- ・検査等の実施状況をみると、入棟前の居場所が「自宅等」の群の患者では、その他に比べ、検体検査、生体検査やCT・MRIといった検査の実施割合が多かった。
- ・救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期病棟からの転院患者及び自宅等から入院した患者等が14日を限度として算定できるが、算定状況をみると、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定回数の中の36%程度であった。



- 地域包括ケア病棟の入院患者について、入棟前の居場所が、自宅等から入院する患者と、急性期病棟から転棟・転院する患者とで区別して分析すると、患者の状態、入院の理由、検査等の実施状況等に関して、その傾向に一定程度の差があることについて、どのように考えるか。