

中医協 総－5

29.12.6

入院医療(その8)

平成29年12月6日

入院医療(その8)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC 1,664施設 483,747床^{※2}(▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院

84施設
58,343床^{※1}
(▲500床)
※1 一般病床に限る

専門病院

22施設
7,283床
(▲106床)

一類感染症

28施設 93床(▲2床)

救命救急

387施設 6,498床(+206床)

新生児特定集中治療室

230施設 1,615床(+45床)

特定集中治療室

655施設 5,528床(▲91床)

新生児治療回復室

195施設 2,733床(+112床)

小児特定集中治療室

7施設 84床(+36床)

総合周産期特定集中治療室

121施設 母児・胎児 749床(+7床)
新生児 1,525床(+38床)

脳卒中ハイケアユニット

138施設 1,004床(+85床)

ハイケアユニット

管理料1 422施設 4,122床
管理料2 55施設 521床
合計 477施設 4,643床(+279床)

一般病棟入院基本料

631,389床(▲15,899床)
※ 特別入院基本料を含む

小児入院医療管理料

入院料1 68施設 4,932床 (▲16床)	入院料2 191施設 6,776床 (+3,546床)
----------------------------------	--------------------------------------

入院料3 109施設 2,627床 (▲610床)	入院料4 373施設 8,221床 (▲115床)
------------------------------------	------------------------------------

入院料5
131施設
—

緩和
ケア
病棟
374施設
7,539床
(+509床)

障害者施設等

862施設
66,800床(▲170床)

特殊疾患

入院料1 111施設 5,876床 (▲105床)	入院料2 91施設 6,562床 (+159床)	管理料 31施設 494床 (▲143床)
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

療養病棟入院基本料

221,514床(▲184床)

回復期リハビリテーション

入院料1 602施設 38,710床 (+5,166床)	入院料2 707施設 34,296床 (▲1,622床)	入院料3 148施設 6,024床 (+53床)	計 1,457施設 79,030床 (+3,597床)
---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

地域包括ケア病棟 (入院医療管理料)

入院料1 1,486施設 42,829床	入院料2 108施設 2,712床	計 1,594施設 45,541床
----------------------------	-------------------------	-------------------------

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成28年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所一般 5,667施設 75,459床(▲2,755床)

有床診療所療養 701施設 6,402床(▲448床)

精神病棟 1,310施設 160,120床(▲3,775床)

精神科急性期治療病棟

入院料1	337施設	15,936床(+332床)
入院料2	14施設	690床(+550床)

精神科救急

134施設 8,012床(+853床)

精神科救急・合併症

9施設 322床(▲60床)

児童・思春期精神

34施設 1180床(+78床)

精神療養

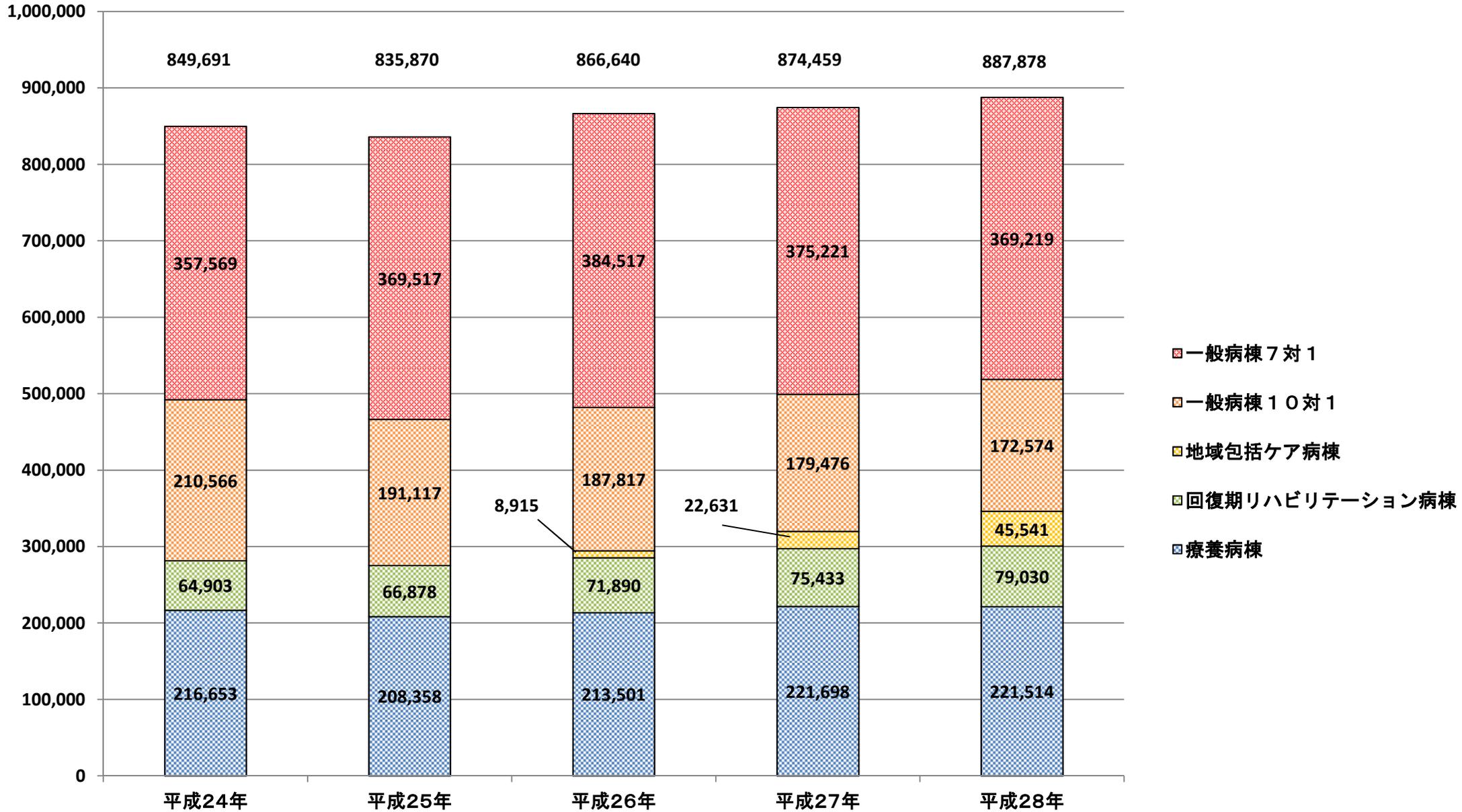
830施設 94,282床(+406床)

認知症治療病棟入院料

入院料1	497施設	34,458床(;667床)
入院料2	11施設	936床(▲230床)

結核病棟 193施設 4,767床(+57床)

病棟種別ごとの病床数の年次推移

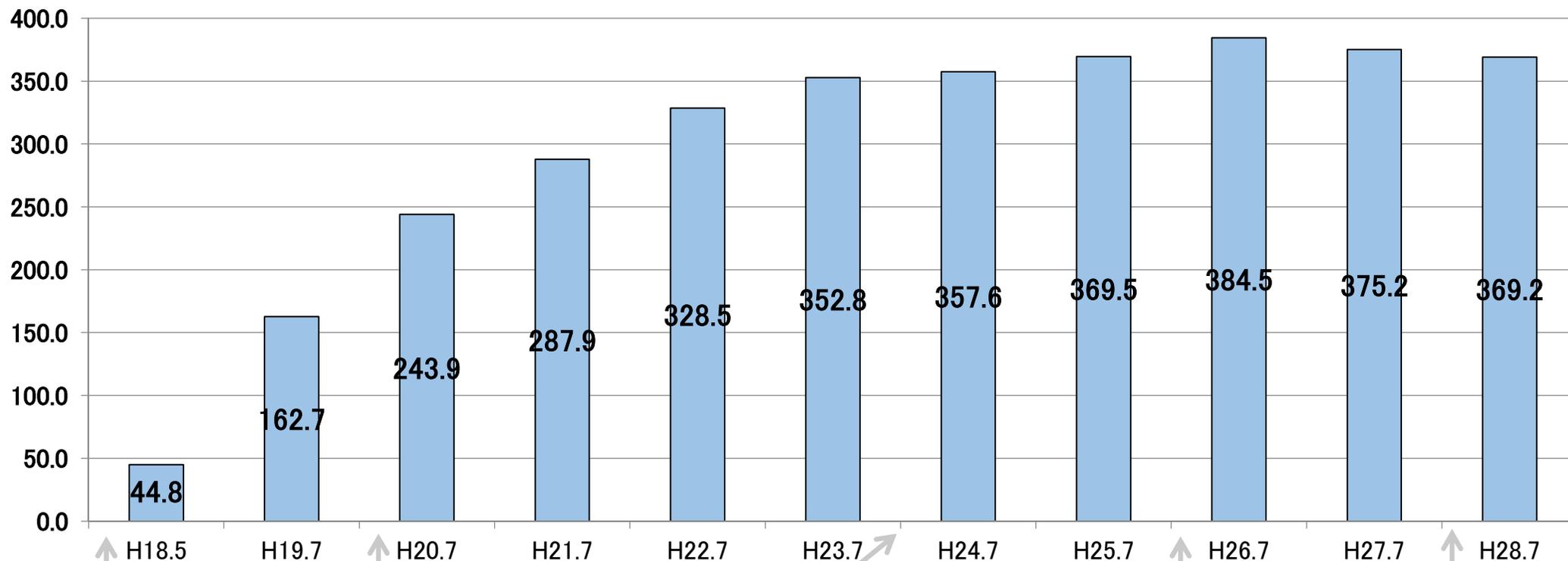


出典：保険局医療課調べ（各年7月報告）

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

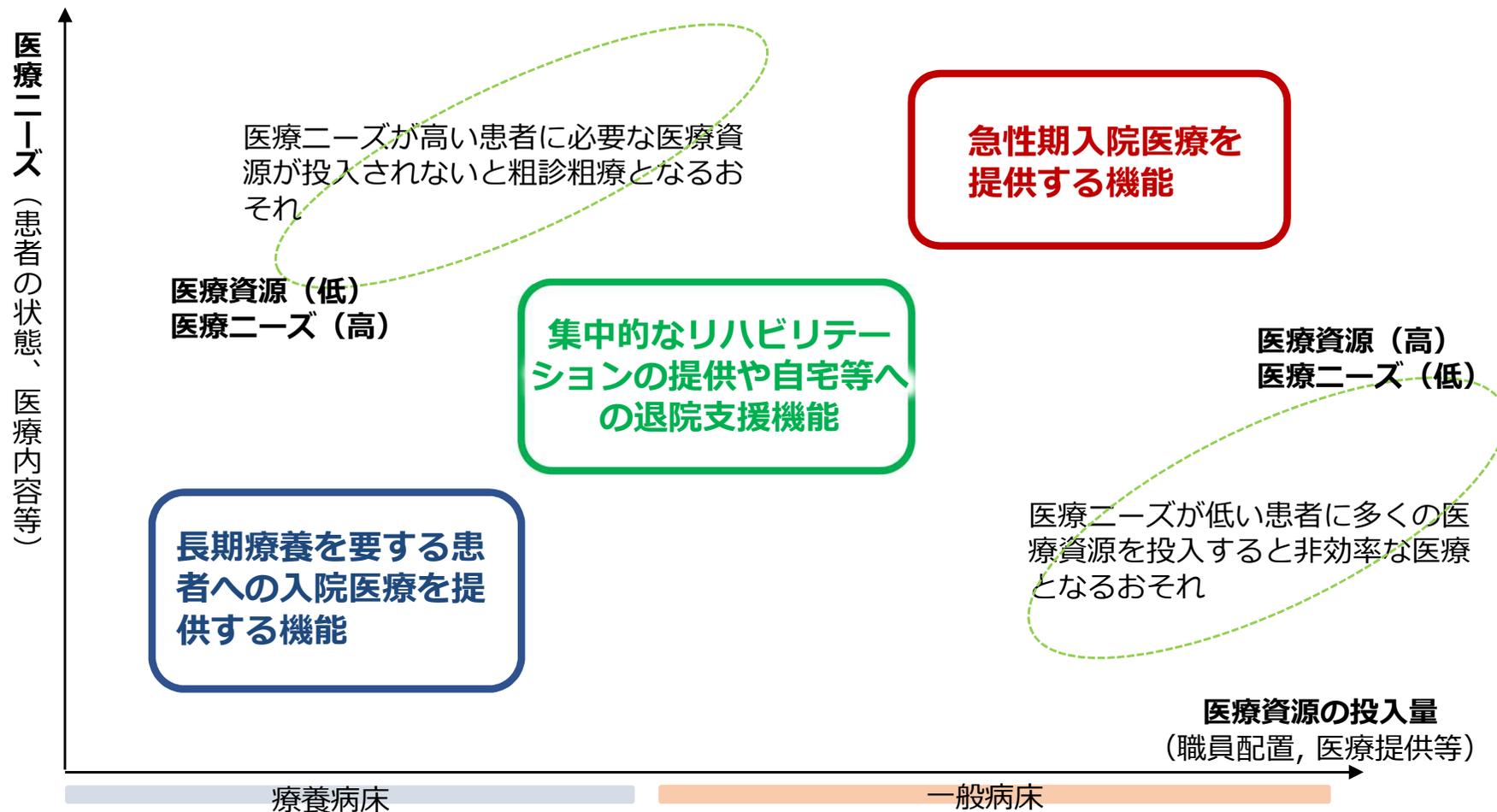
出典: 保険局医療課調べ(各年7月報告)

1) 入院医療の評価体系

【課題】

- 前回の議論で、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価体系について、基本部分の評価と診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせによる評価体系の導入について議論した。
- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)以外の入院基本料についても、同様の考え方で整理できないか検討する必要がある。
- また、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合するとした場合の具体案を検討する必要がある。

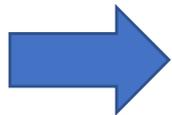
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



二つの評価の組合せによる入院医療・評価体系の考え方(案)

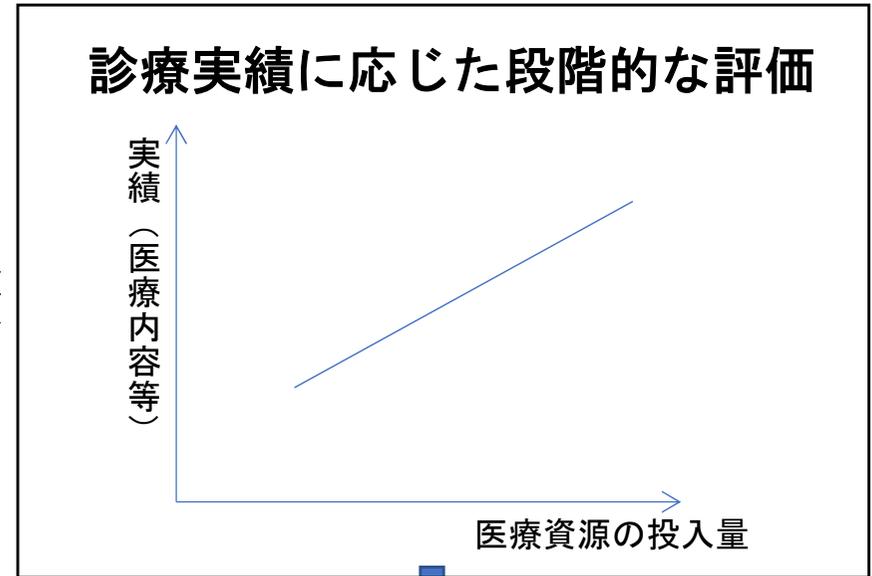
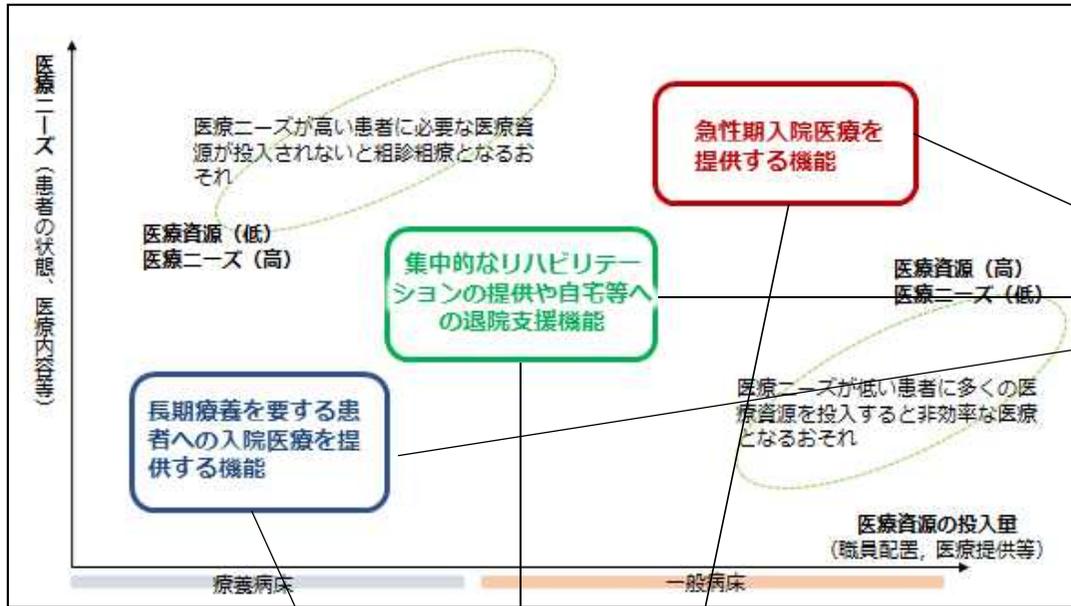
【入院医療の課題】

- 将来の医療ニーズは大きく変動・多様化する一方で、支え手は急速な減少が見込まれている。地域の実情に応じた効果的・効率的な医療提供が将来にわたって求められる中で、入院医療評価の在り方を改めて検討する必要がある。
- このような視点から、入院医療において必要とされる基本的な機能や体制を基軸として、地域ニーズに応じた弾力的な対応を可能とするような評価体系の導入が求められているものと考えられる。
- 具体的には、看護職員配置等に対する基本部分と、医療ニーズの変化に対応した診療実績に基づく段階的な評価の部分とを組み合わせた評価としていくことが、望ましいのではないかと。



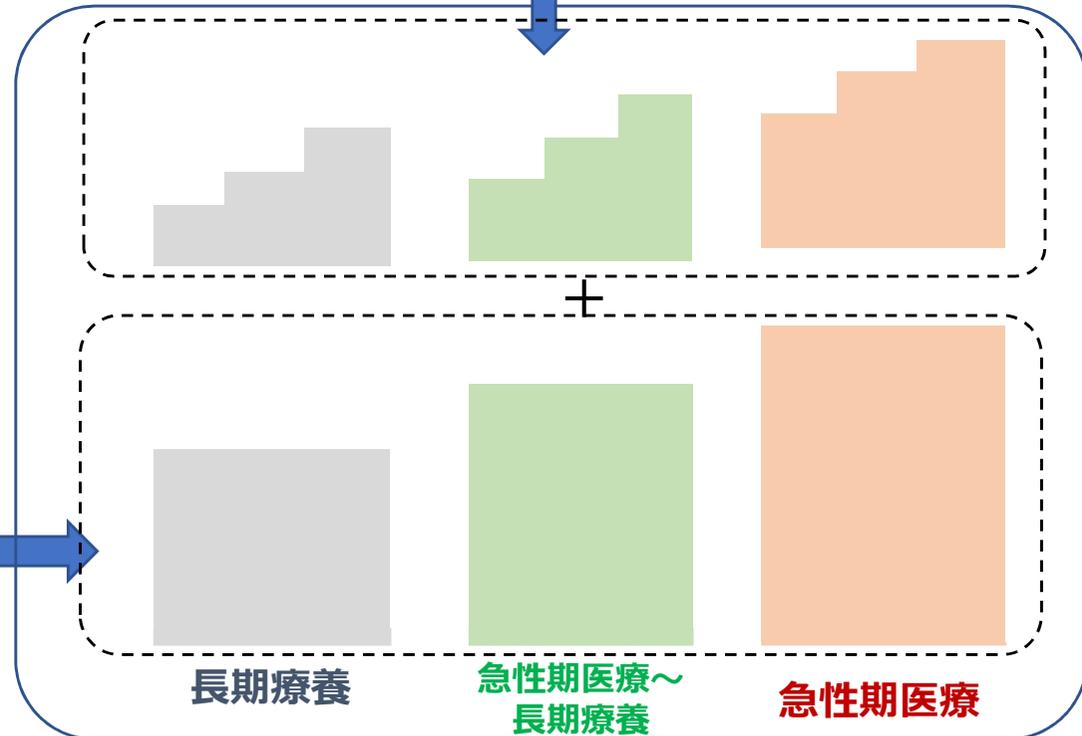
- 現行の入院基本料については、基本的な考え方にある3つの機能に対応した評価体系となるよう、3つの機能を軸とした新たな入院料に、再編・統合してはどうか。
- 新たな入院料は、3つの異なる機能に対応できるよう、基本部分の基準と診療実績に応じた段階的な評価の指標は、それぞれの特性に応じて設定することとしてはどうか。

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系の考え方(イメージ)



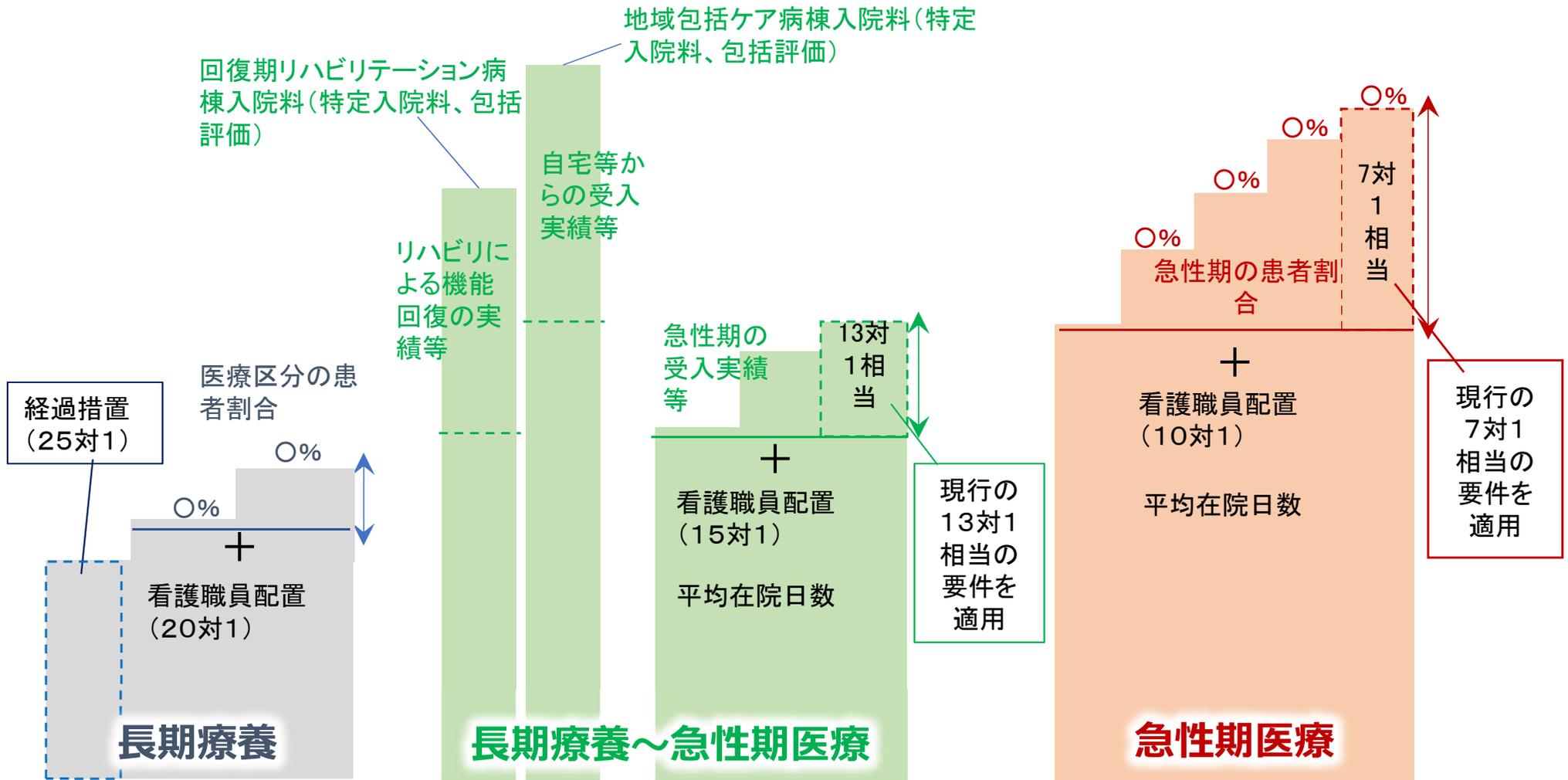
基本部分の評価

それぞれの機能において必須となる、基本的な入院医療の提供に必要な看護職員配置等の医療資源の投入量を反映



二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療病病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。10

【評価手法の基本的な考え方(案)】

1) 基本部分の評価:

- ・ 基本部分の評価については、看護職員等の配置や平均在院日数など、現行の施設基準の指標を用いる。
- ・ 各入院基本料に関連する加算等については、原則として、現行の入院基本料との整合性を確保しつつ、新たな評価体系に再編・統合する。

2) 診療実績に応じた段階的な評価:

① 評価指標

- ・ 診療実績に応じた段階的な評価は、多様な医療ニーズに対応した、診療内容や患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標や評価手法が求められる。
- ・ 平成30年度改定については、患者割合に関する現行の指標(今回改定での見直しがあればその内容を反映させた重症度、医療・看護必要度、医療区分)を用いて評価するが、これらの評価手法については、今回の改定後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行う。

② 基準値

- ・ 平成30年度改定では、現行の指標を活用することから、原則として、既存の基準値等の実績値を参考に、段階的な評価部分について、複数の選択肢が設定されるような基準値を検討する。

③ 評価期間

- ・ 平成30年度は、現行の施設基準に係る届出等の期間を踏まえて、適切な期間となるよう設定する。
- ・ なお、評価期間は、短期間の設定では頻回の変動に対して事務手続きが非効率となる一方で、長期間の設定では現場の弾力的な対応が反映できないことに留意する必要がある。

入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価

【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療	急性期医療	
実績に応じた段階的な評価の要件	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆実績による評価部分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%～〇% 	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆リハビリテーションの実績(回復期リハビリテーション病棟)</p> <p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合(地域包括ケア病棟)</p>	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置13対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数24日 	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆最も高い評価部分(現行7対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置7対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇% <p>◆中間的な評価部分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%
基本部分の評価の要件	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行20対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇% 	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の基準 <p>【地域包括ケア病棟入院料・管理料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の基準 	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行15対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置15対1 ・看護比率4割 ・平均在院日数60日 	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行10対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置10対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数21日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。 ・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。 		<ul style="list-style-type: none"> ・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。

2) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の新体系での取り扱い

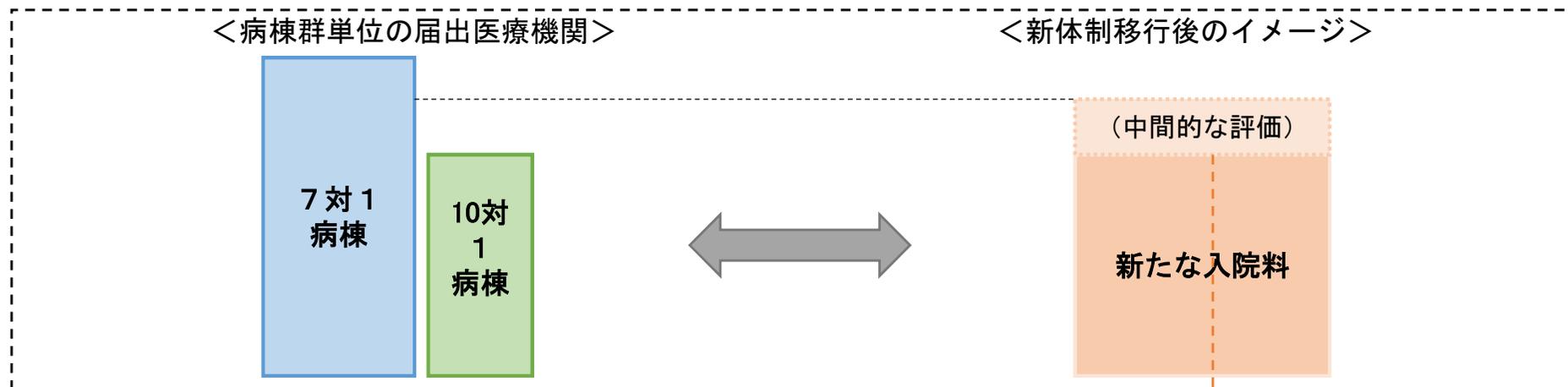
【課題】

- 基本部分の評価と診療実績に応じた段階的な評価と二つの組み合わせによる新たな評価体系の導入を踏まえて、現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）における具体的な対応を検討する必要がある。
- 現在、経過措置となっている、病棟群単位の届出、200床未満の医療機関における重症度、医療・看護必要度の基準値、の取り扱いを検討する必要がある。
- 段階的な評価部分について、新たに設定する中間的な評価部分の取り扱いとその他の段階的な評価部分との取り扱いを検討する必要がある。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い(案)

1) 「病棟群単位」の届出を行っている医療機関

- ・ 現行の「病棟群単位」の届出を行っている医療機関においても、新たな評価体系を選択できるよう、中間的な評価部分の要件設定では一定の配慮を行う。



2) 200床未満の医療機関(重症度、医療・看護必要度の基準値)

- ・ 7対1一般病棟入院基本料の届出病床のうち、200床未満の医療機関については、重症度、医療・看護必要度の基準値は、経過措置として、23%となっている。これらの病床が、新たな評価体系の中で再編・統合できるよう、実績等も踏まえつつ、中間的な評価部分の基準値の設定で配慮する。

3) 中間的な評価部分の取り扱い

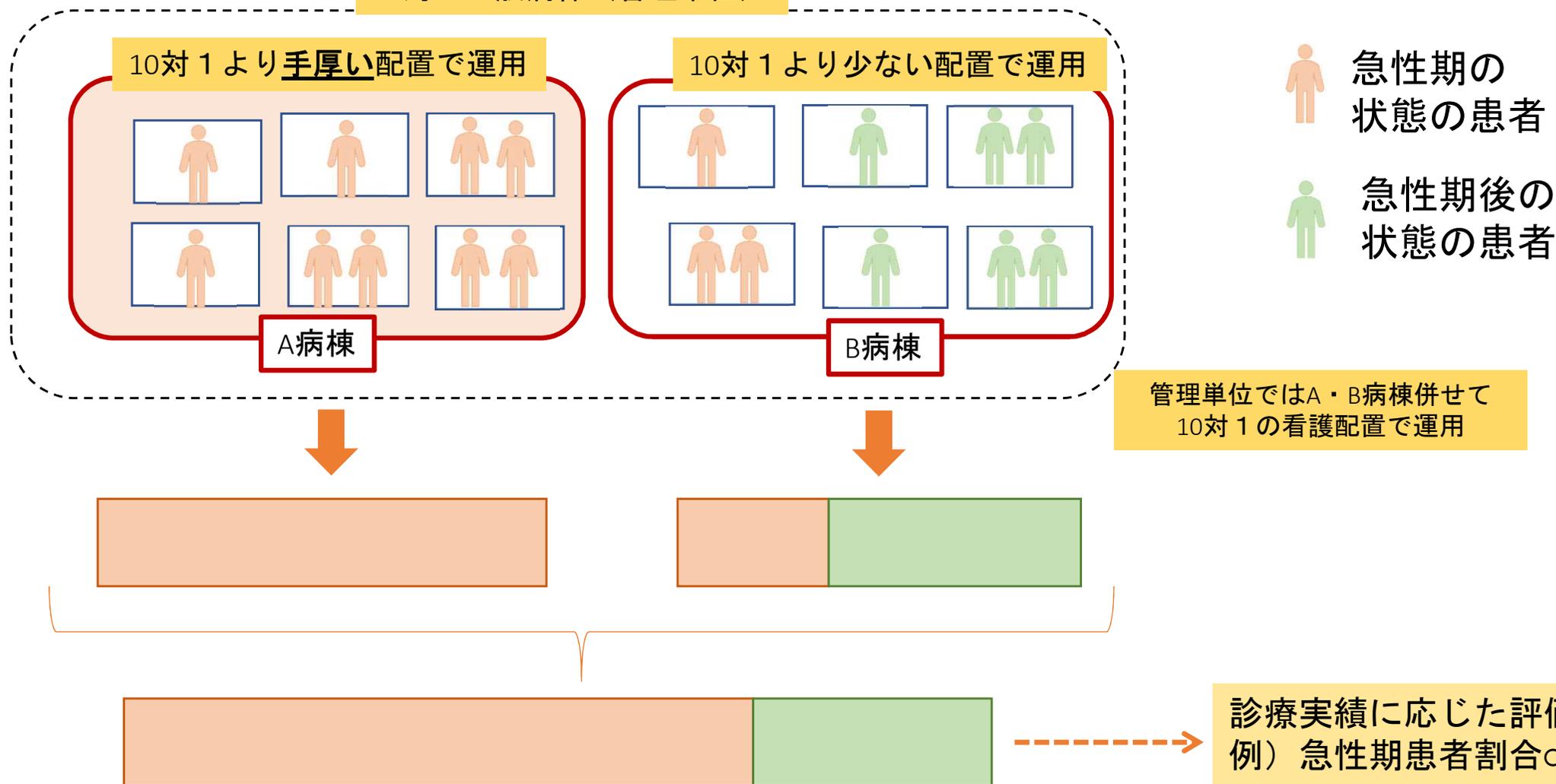
- ・ 中間的な評価部分の報酬区分では、該当患者割合を活用するが、それに応じた適切な看護職員配置に一定の実績を求める観点から、届出に際しては、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分の届出の実績を要件とする。
- ・ 中間的な評価部分の報酬区分と、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分とは、どちらかを選択後も医療機関の実績等に応じて変更可能とする。
- ・ 診療報酬改定後に行う実態調査等の中で、中間的な評価部分を算定する病棟における医療内容や夜間を含めた職員配置等について検証・分析を行う。

病棟における運用の実際(傾斜配置)について(イメージ)

- 入院医療サービスの提供を、病院単位で見ると、診療報酬の管理単位の中では、病棟や病室単位で看護職員等の傾斜配置が可能であることを踏まえ、より効率的な体制をとることが可能となるよう、診療報酬の基準や運用を見直すことが望ましいのではないか。

10対1 一般病棟 (管理単位)

※簡略化したイメージであり実際の配置を表すものではない。

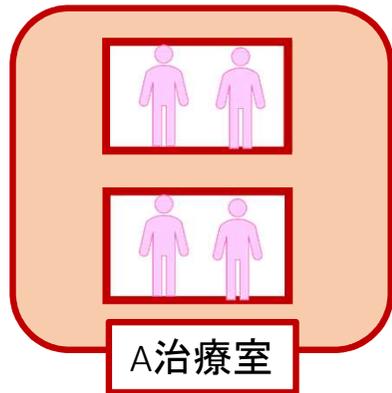


特定集中治療室等の運用(イメージ)

10対1 一般病棟届出病院

※簡略化したイメージであり実際の配置を表すものではない。

特定集中治療室として
2対1の配置で運用



10対1 一般病棟 (管理単位)

10対1 より 手厚い 配置で運用



10対1 より少ない配置で運用



-  重症かつ急性期の状態の患者
-  急性期の状態の患者
-  急性期後の状態の患者

管理単位ではA・B病棟併せて
10対1の看護配置で運用

救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救命入院料	入院料1	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制 	4対1	—	救命救急センターを有していること
		～7日 8,929点				
		～14日 7,623点				
	入院料2	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救急救命料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす 	2対1	ICU用7割	
		～7日 10,316点				
		～14日 9,046点				
	入院料3	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・救急救命料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 	4対1	—	
		～7日 8,929点				
～14日 8,030点						
入院料4	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救急救命料2の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 	2対1	ICU用7割		
	～7日 10,316点					
	～14日 9,046点					
特定集中治療室管理料	管理料1	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・クリーンバイオルームであること 	2対1	ICU用8割	
		～14日 12,126点				
	管理料2	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 		ICU用7割	
		～14日 12,126点				
管理料3	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること 				
	～14日 7,837点					
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 				
	～14日 7,837点					
ハイケアユニット入院医療管理料	管理料1	6,584点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 	4対1	HCU用8割	
	管理料2	4,084点		5対1	HCU用6割	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料		5,084点	<ul style="list-style-type: none"> ・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・常勤の理学療法士又は作業療法士が配置 	3対1	—	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が8割以上

參考資料

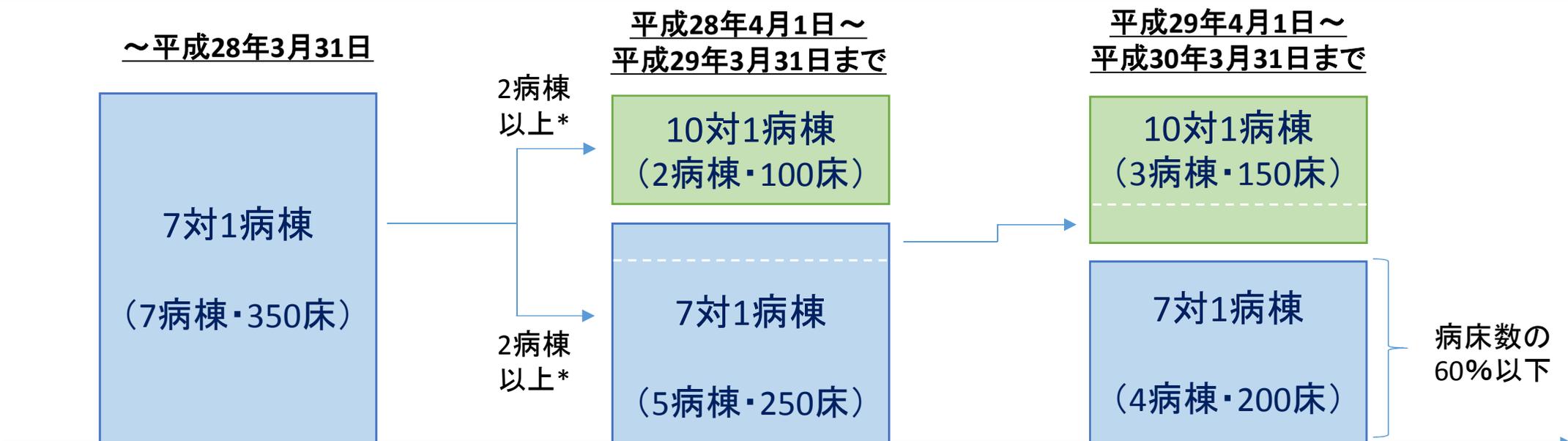
医療機能に応じた入院医療の評価について

病棟群単位による届出

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)
- 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



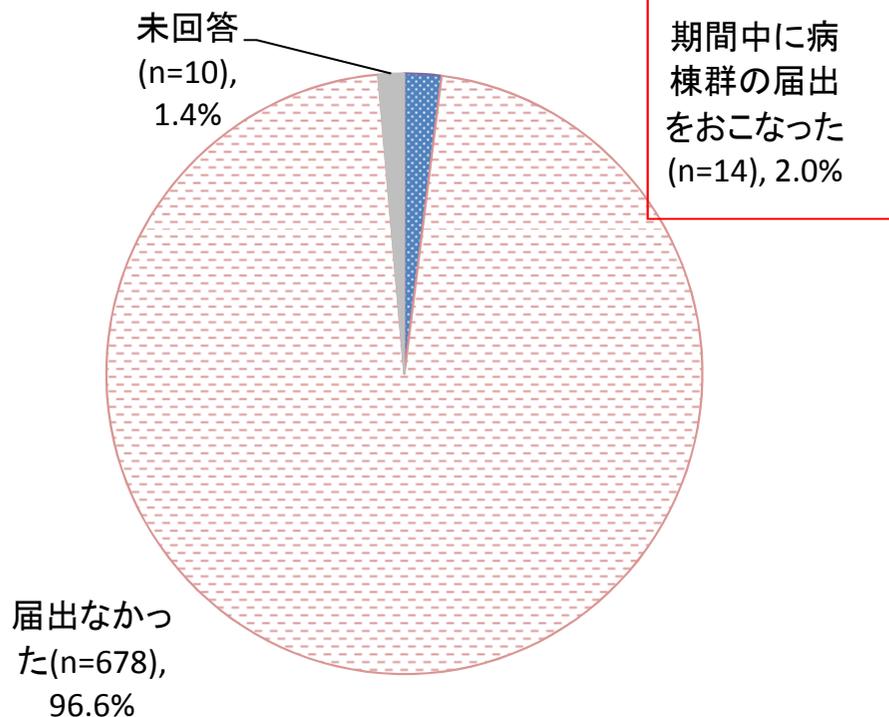
*4病棟以上の場合

病棟群単位の届出状況①

診調組 入-2
29.10.5(改)

- 病棟群による届出の状況をきくと、調査対象施設のうち、期間内に病棟群単位の届出をおこなったと回答した医療機関は14医療機関で、全体の2.0%を占めた。
- 病棟群単位の届出をおこなった医療機関に、今後の届出の意向をきくと、「未定」の回答が最も多かった。

＜病棟群による届出の状況＞ (n=702)



＜今後の届出の意向＞ (n=14)

	回答施設数
一般病棟(7対1)への再度の届出を検討している	3
一般病棟(10対1)に転換する意向	5
未定	6

(参考)

平成29年10月1日時点で病棟群単位の届出を行っている医療機関: 18医療機関
(保険局医療課調べ)

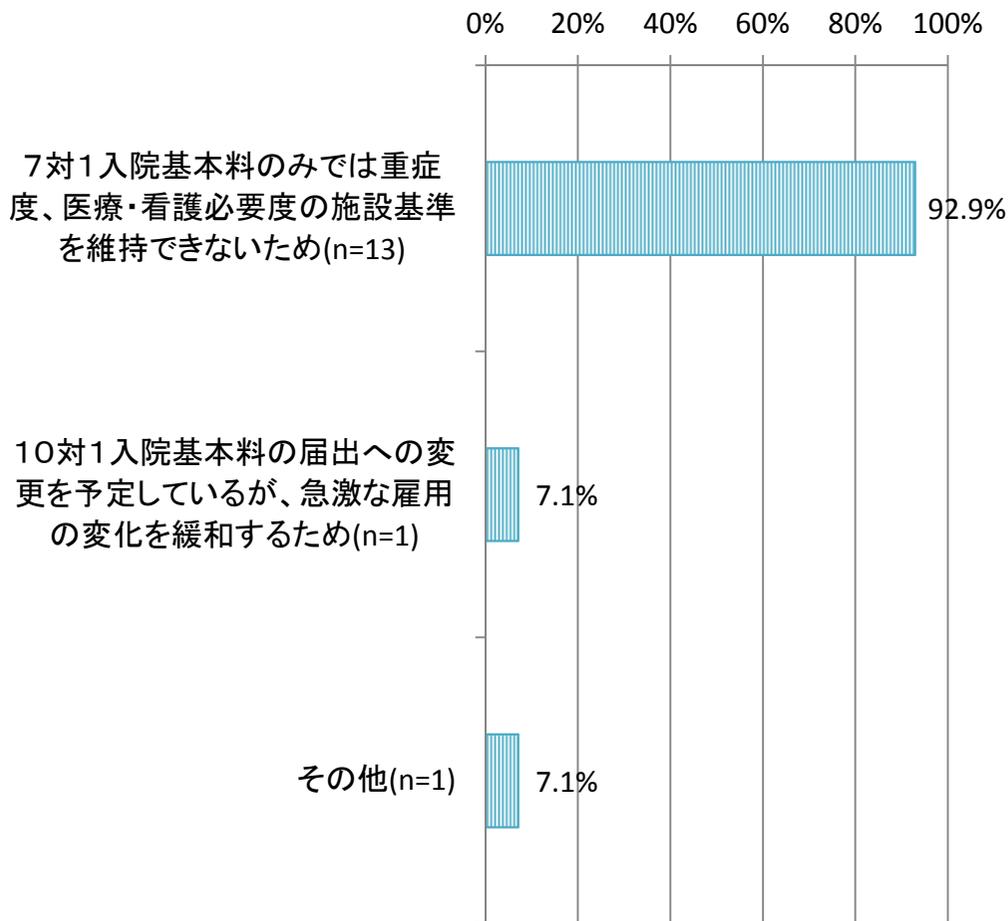
病棟群単位の届出状況②

診調組 入-2
29.10.5(改)

- 病棟群の届出をおこなったと回答した医療機関に対しその理由をきくと、「7対1入院基本料のみでは重症度、医療・看護必要度の施設基準を維持できないため」と回答した医療機関が大半であった。
- 病棟群の届出をおこなわなかったと回答した医療機関に対しその理由をきくと、7対1入院基本料の要件を満たしており病棟群の届出の必要がないため」と回答した医療機関が大半であった。

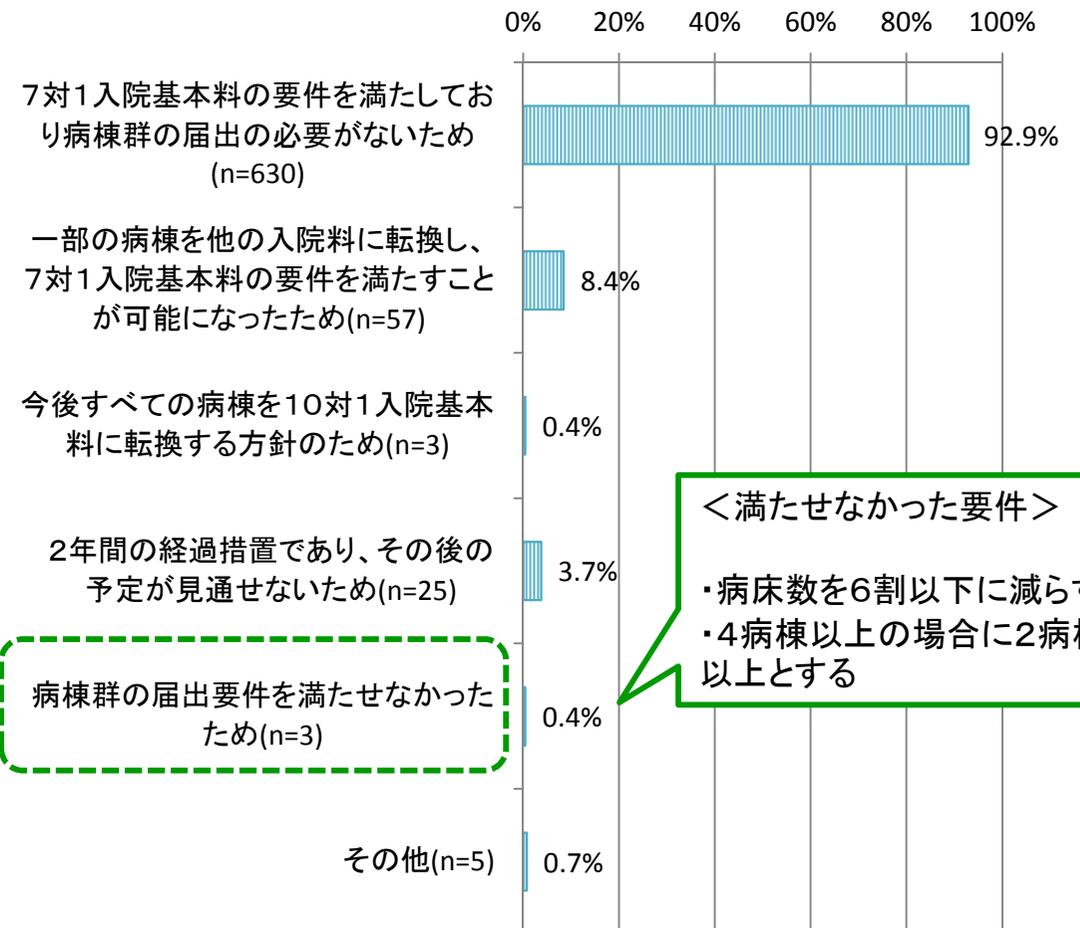
< 病棟群の届出をおこなった理由 > (n=14)

※病棟群単位の届出をおこなったと回答した医療機関のみ、複数回答可



< 病棟群の届出をおこなわなかった理由 > (n=678)

※病棟群単位の届出をおこなわなかったと回答した医療機関のみ、複数回答可



平成28年度改定（医療機能に応じた入院医療の評価）

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う。

平成28年度改定前の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の15%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の5%以上
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)
[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)



平成28年度改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の <u>25%以上</u>
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の <u>6%以上</u>
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目、 <u>C項目</u>)
[回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟] 当該病棟入院患者の <u>5%以上</u> (A項目のみ)

[経過措置]

7対1入院基本料については、許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあつては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が23%以上であることとする。

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(病床規模別)

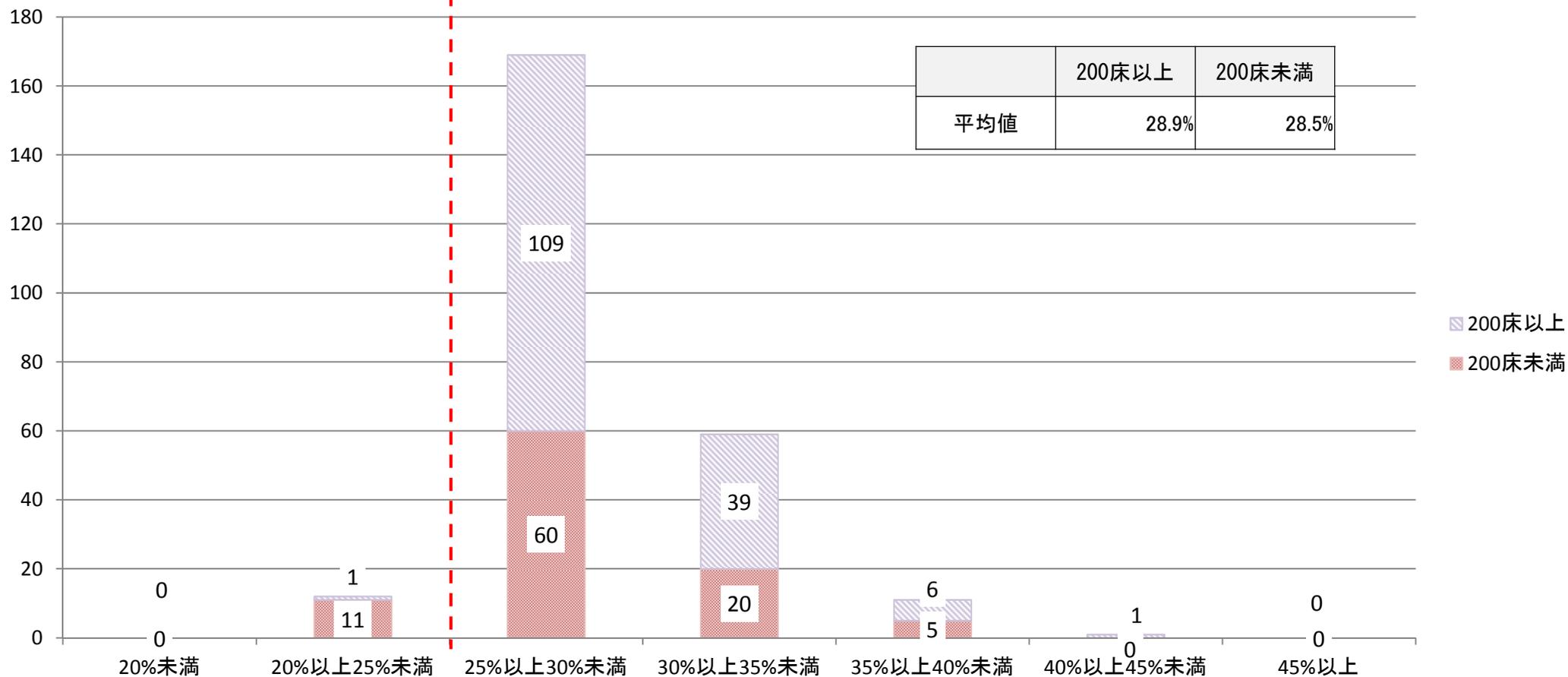
○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布を病床規模別にみると、200床未満の医療機関でも、該当患者割合が25%を超えている医療機関が多く存在する。

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(病床規模別)>

(n=252)

(医療機関数)

基準 25%



該当患者割合

(平成28年8月~10月の月平均)

3) 重症度、医療・看護必要度の評価項目

【課題】

- 11月24日の中医協総会で、平成28年度改定で導入された項目(救急搬送後入院、認知症及びせん妄に関する項目、手術の実施)について、より適切な評価となるよう見直しを提案したが、検討に際しては、それによる影響のシミュレーションが必要との意見があった。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、平成28年度改定で導入された項目のうち、以下について定義を変更した場合の影響について、影響が大きいと思われるものから、いくつかのパターンに分けて該当患者割合の分布の変化を分析した。
 - 1) B項目の認知症及びせん妄に関する項目について、A項目1点以上を併存する場合は該当患者に追加する
 - 2) A項目の救急搬送後入院(2日間)を、救急医療管理加算の算定患者(2日間)とする
 - 3) C項目の開腹手術について、所定日数を5日間から4日間にする

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

医療機能に応じた入院医療の評価について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

平成28年度改定前

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上

[A項目]

- 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)
- 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)
- 3 点滴ライン同時3本以上の管理
- 4 心電図モニターの管理
- 5 シリンジポンプの管理
- 6 輸血や血液製剤の管理
- 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

[B項目]

- | | |
|----------|---------|
| 8 寝返り | 9 起き上がり |
| 10 座位保持 | 11 移乗 |
| 12 口腔清潔 | 13 食事摂取 |
| 14 衣服の着脱 | |

平成28年度改定後

(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)

【該当基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上

[A項目]

- 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)
- 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)
- 3 点滴ライン同時3本以上の管理
- 4 心電図モニターの管理
- 5 シリンジポンプの管理
- 6 輸血や血液製剤の管理
- 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

8 救急搬送後の入院

[B項目]

- | | | |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------|
| <u>9</u> 寝返り | <u>(削除)</u> | <u>10</u> 移乗 |
| <u>(削除)</u> | <u>11</u> 口腔清潔 | <u>12</u> 食事摂取 |
| <u>13</u> 衣服の着脱 | <u>14</u> <u>診療・療養上の指示が通じる</u> | <u>15</u> <u>危険行動</u> |

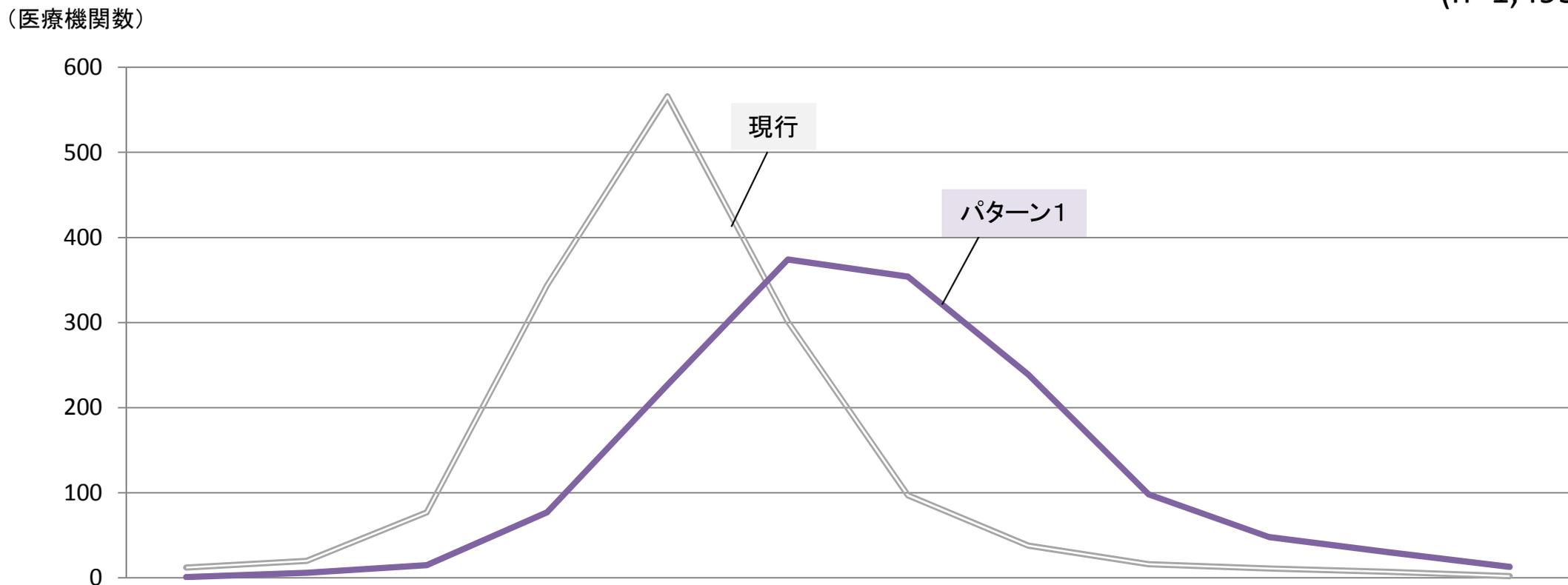
[C項目]

- | | |
|--|-------------------------------|
| <u>16</u> <u>開頭手術</u> | <u>17</u> <u>開胸手術</u> |
| <u>18</u> <u>開腹手術</u> | <u>19</u> <u>骨の手術</u> |
| <u>20</u> <u>胸腔鏡・腹腔鏡手術</u> | <u>21</u> <u>全身麻酔・脊椎麻酔の手術</u> |
| <u>22</u> <u>救命等に係る内科的治療</u> | |
| ① <u>経皮的血管内治療</u> ② <u>経皮的心筋焼灼術等の治療</u> ③ <u>侵襲的な消化器治療</u> | |

重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析①

見直しの内容		影響の大きさ※
パターン1	『「A得点1点以上かつB得点3点以上」で「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を該当患者に追加	4～5%
パターン2	「A8 救急搬送後の入院」を「A205 救急医療管理加算1該当患者」に置き換え	1～2%
パターン3	「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更	-1～0%

＜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7対1)パターン①＞ (n=1,495)

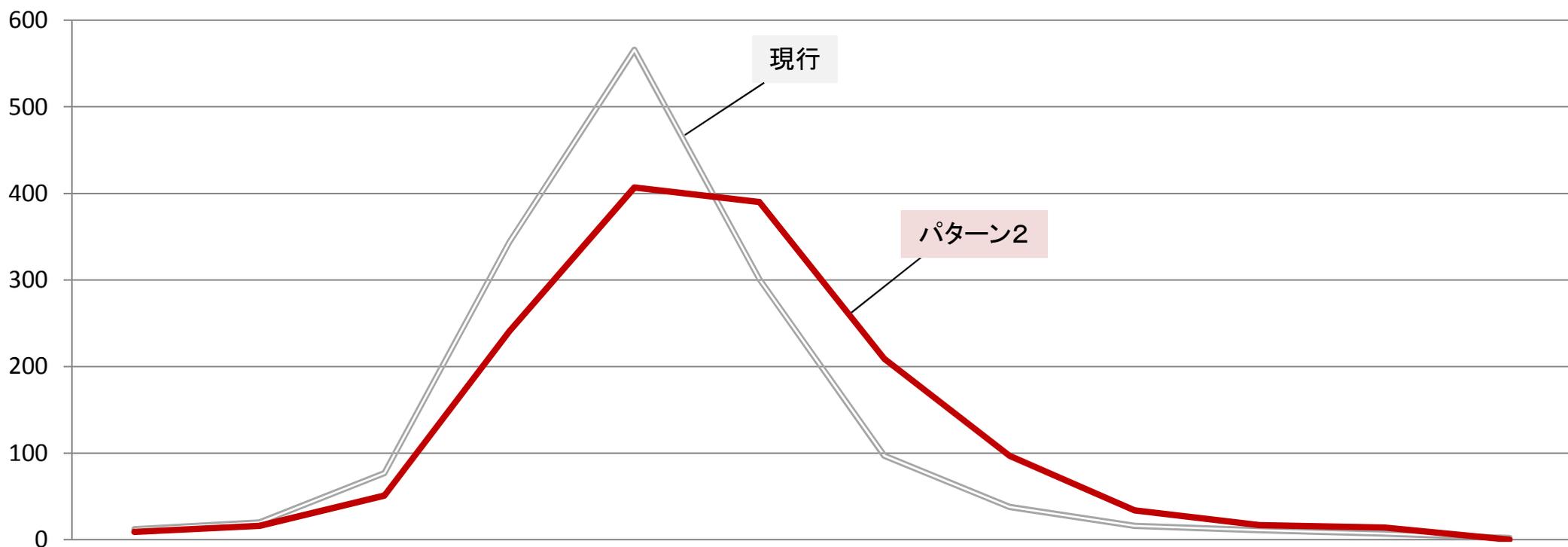


重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析②

見直しの内容		影響の大きさ※
パターン1	『「A得点1点以上かつB得点3点以上」で「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を該当患者に追加	4～5%
パターン2	「A8 救急搬送後の入院」を「A205 救急医療管理加算1該当患者」に置き換え	1～2%
パターン3	「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更	-1～0%

＜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7対1)パターン②＞ (n=1,495)

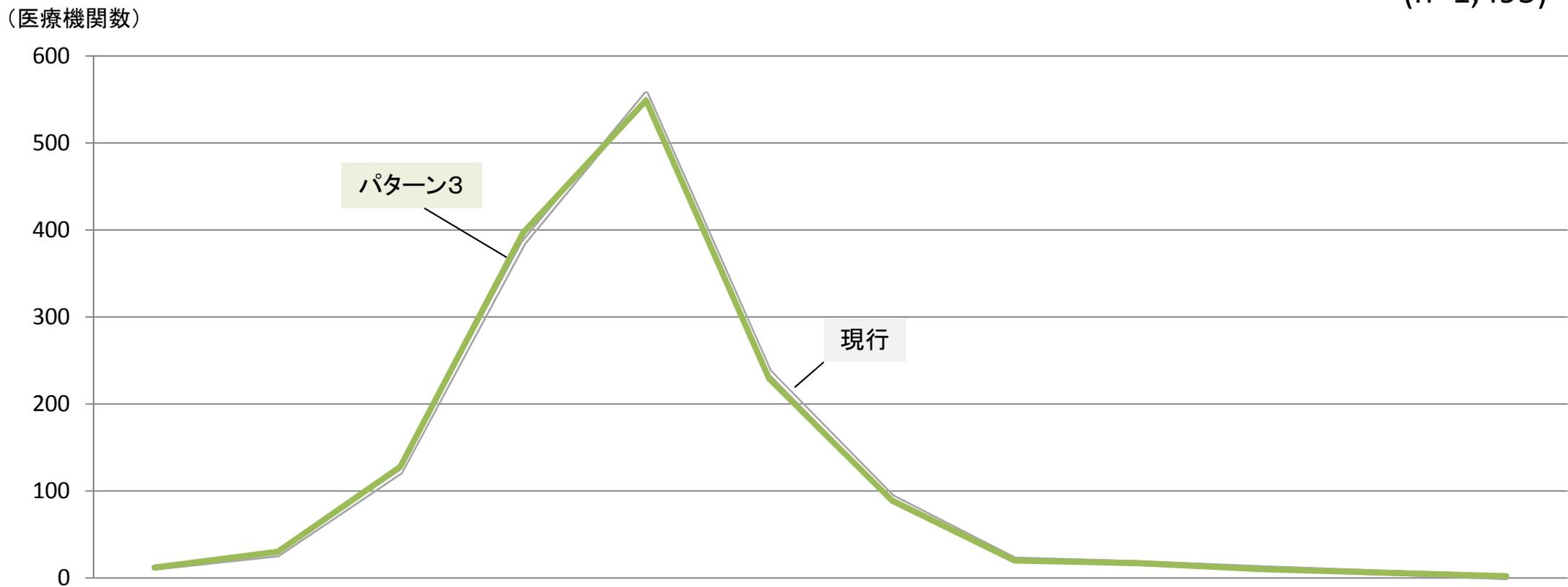
(医療機関数)



重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析③

見直しの内容		影響の大きさ※
パターン1	『「A得点1点以上かつB得点3点以上」で「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を該当患者に追加	4～5%
パターン2	「A8 救急搬送後の入院」を「A205 救急医療管理加算1該当患者」に置き換え	1～2%
パターン3	「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更	-1～0%

＜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7対1)パターン③＞ (n=1,495)



重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加に関する分析・論点(案)

- 該当患者の判定に係る項目の定義の変更や判定基準の追加にあたっては、急性期の入院患者をより適切に把握できていることが望ましいことから、検討にあたっては、以下のような視点を基本的な考え方としてはどうか。

<基本的な考え方>

- 1) 急性期入院医療の医療資源投入をより適切に反映できる対応(見直し)であること
- 2) 見直しにより評価手法への不適切な影響がないこと (評価の特性が大きく変わらず分布に不自然な偏りが無い)
- 3) 上記1)、2)を満たすことにより、現行の判定手法等の運用がそのまま活用できること (ただし、基準値は最終的な分布に基づき適切に設定)



<判定基準の追加等に係る論点(案)>

- 各項目別にその項目のみを追加した場合の影響をみると、基本的な考え方からすれば、いずれの項目も活用可能と考えられた。
- このため、今回分析した3つの項目については、より適切な評価につながるよう、現行の判定基準にすべて取り入れることとしてはどうか。

入院医療評価体系の論点(案)①

【論点(案)】

【入院医療の評価体系】

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応するため、入院医療の評価体系について、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つを組合せた評価体系となるよう、現行の入院基本料を再編・統合してはどうか。
- 診療実績に応じた段階的な評価部分について、平成30年度改定では、現行の指標(必要な見直しを実施した上での重症度、医療・看護必要度及び医療区分)を用いることとしてはどうか。
- 診療実績に応じた評価は、多様な医療ニーズへの対応や、診療内容、患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標・評価手法が望ましいことから、今後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行ってはどうか。

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い】

- 再編・統合した新たな入院料の診療実績に応じた段階的な評価には、平成30年度改定では、現行の指標である、重症度、医療・看護必要度(ただし、項目についての見直しがあればそれらを反映)を用いてはどうか。なお、一定の基準を満たす医療機関が希望する場合には、EF統合ファイルによる判定を用いてもよいこととしてはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、新たな評価体系への再編・統合を進める観点から、現在、経過措置となっている、
 - ・ 病棟群単位での届出医療機関、
 - ・ 200床未満の経過措置の対象となっている医療機関、が、新たな評価体系を選択できるよう一定の配慮を行うという前提で整理する方向で検討してはどうか。

入院医療評価体系の論点(案)②

【論点(案)】

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い(続き)】

- 新たに設定する、中間的な評価部分については、
 - ・ 該当患者割合を活用するが、それに応じた適切な看護職員配置に一定の実績を求める観点から、届出に際しては、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分の届出の実績を要件としてはどうか。
 - ・ 中間的な評価部分の報酬区分と、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分とは、どちらかを選択後も医療機関の実績等に応じて変更可能としてはどうか。
 - ・ 改定後に実態調査等を行う際に、様々な観点での分析が可能となるよう、EF統合ファイルを用いて判定することを要件としてはどうか。

【重症度、医療・看護必要度の評価項目】

- 重症度、医療・看護必要度の定義の変更と重症患者の判定基準の追加の影響の分析結果を踏まえ、認知症及びせん妄の患者への対応や救急患者の受け入れをより評価する観点から、定義の変更と重症患者の判定基準の追加を行ってはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、定義の変更・判定基準の追加における基準値の変動、機能の明確化などを総合的に勘案して、適切な基準値を設定することとしてはどうか。
- EF統合ファイルを用いた判定における基準値については、上記を踏まえて設定することとしてはどうか。

入院医療(その8)

1. 入院医療の評価体系
2. 救急医療(その2)
 - 2-1) 救急医療管理加算
 - 2-2) 夜間救急における看護体制の充実
3. 短期滞在手術等基本料
4. 入退院支援
5. データ提出加算
6. 入院患者に対する褥瘡対策

2-1) 救急医療管理加算

【課題】

- 救急医療管理加算の算定回数の推移をみると、加算の区分が2つに分けられた平成26年から、加算1の占める割合は減少傾向である。
- 救急医療管理加算1の算定患者の内訳をみると、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者が最も多く、次いで「ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が多かった。
- 医療機関ごとに救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布をみると、加算2の算定患者割合は医療機関ごとに幅広い分布を示した。
- 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布を都道府県ごとにみると、割合の最も高い県と低い県では、3倍以上の差が見られた。

(参考)小児医療・周産期医療・救急医療の充実(平成28年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

平成28年度改定前

救急医療管理加算1 800点
 救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

平成28年度改定後

救急医療管理加算1 **900点**
 救急医療管理加算2 **300点** (1日につき、7日まで)

【救急医療管理加算1の対象患者】

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、**緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法**を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者



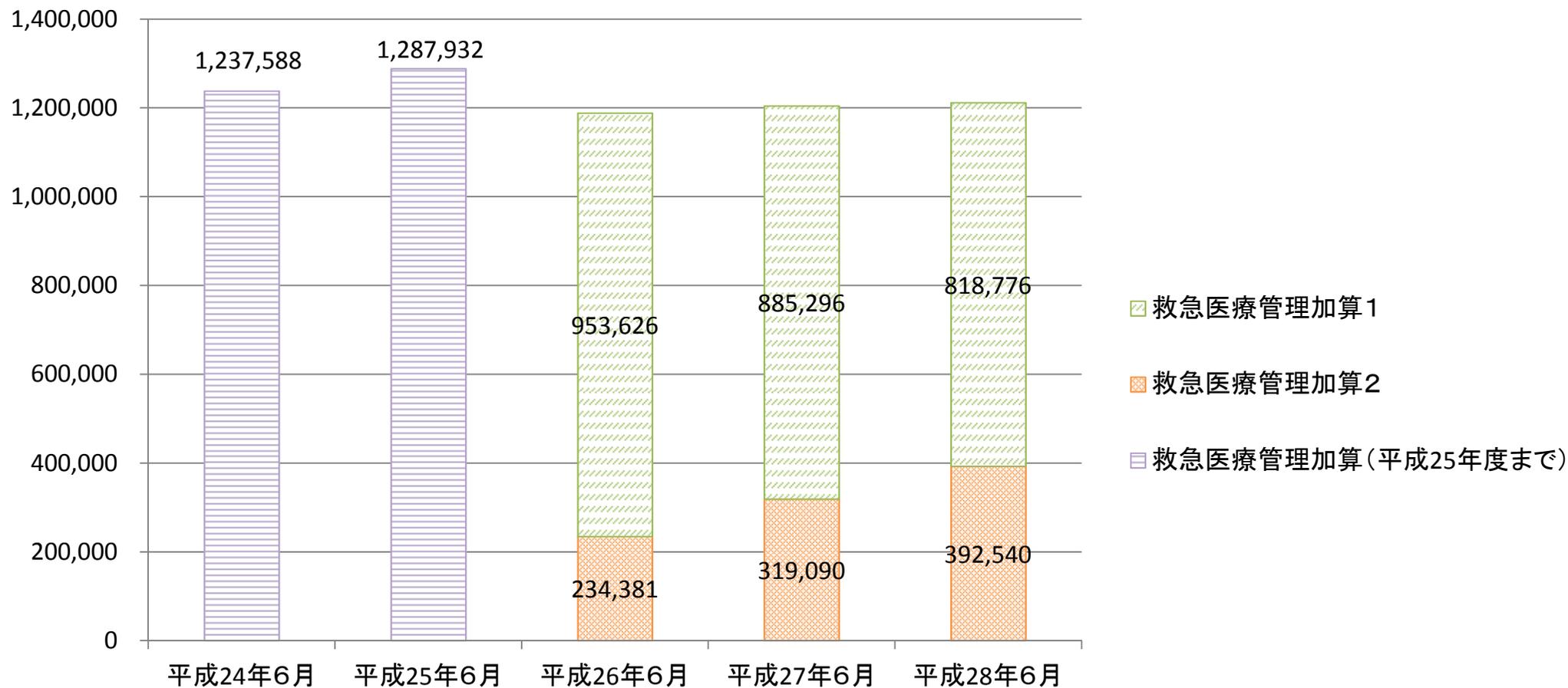
救急医療管理加算の算定回数の推移

診調組 入-2
29.10.5

- 救急医療管理加算の算定回数の推移をみると、加算の区分が2つに分けられた平成26年から、加算1の占める割合は減少傾向である。

＜救急医療管理加算の算定回数の推移＞

(算定回数)



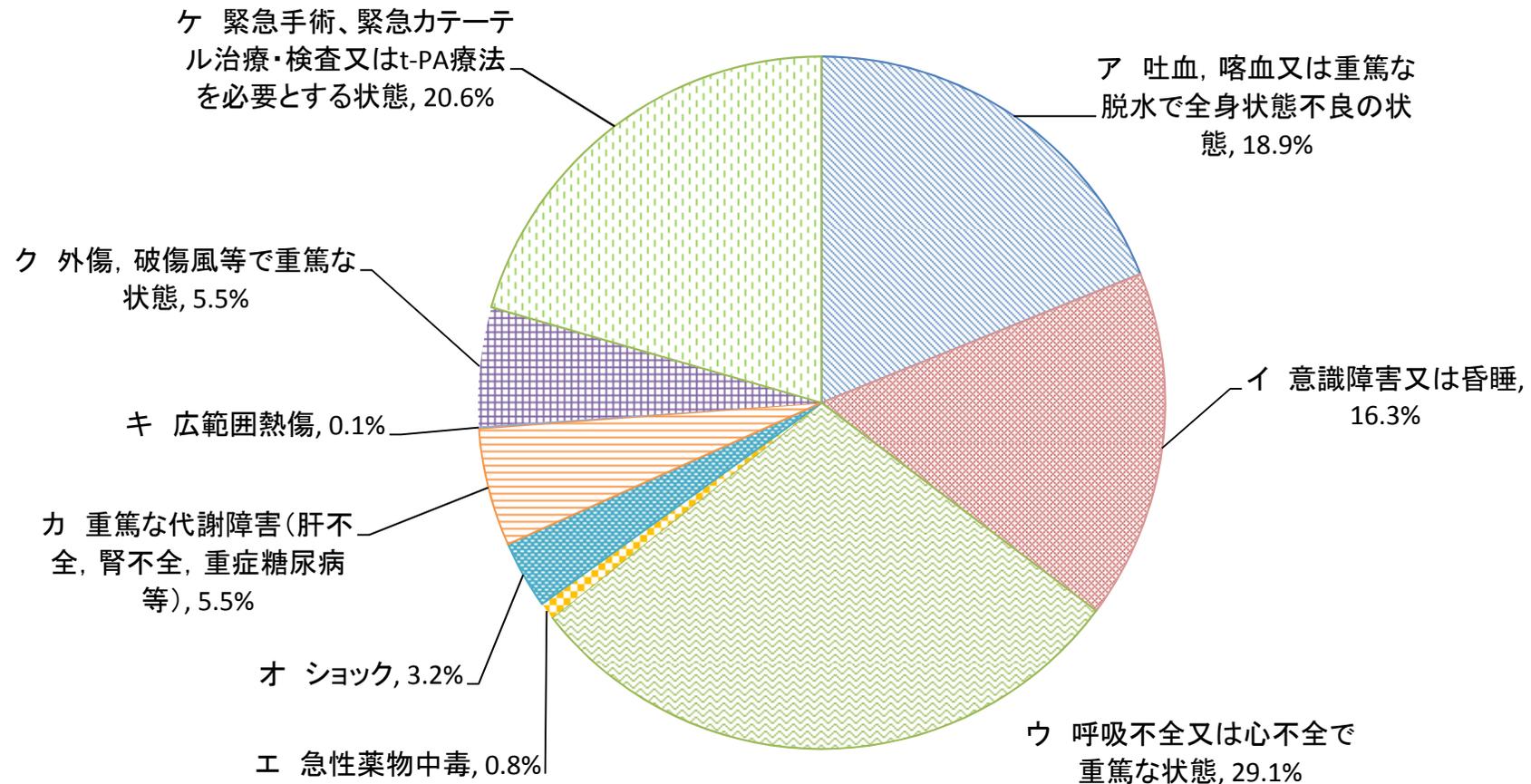
救急医療管理加算1算定患者の内訳

診調組 入-1
29.10.18

- 救急医療管理加算1の算定患者の内訳をみると、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者が最も多く、次いで「ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が多かった。

＜救急医療管理加算1算定患者の内訳＞

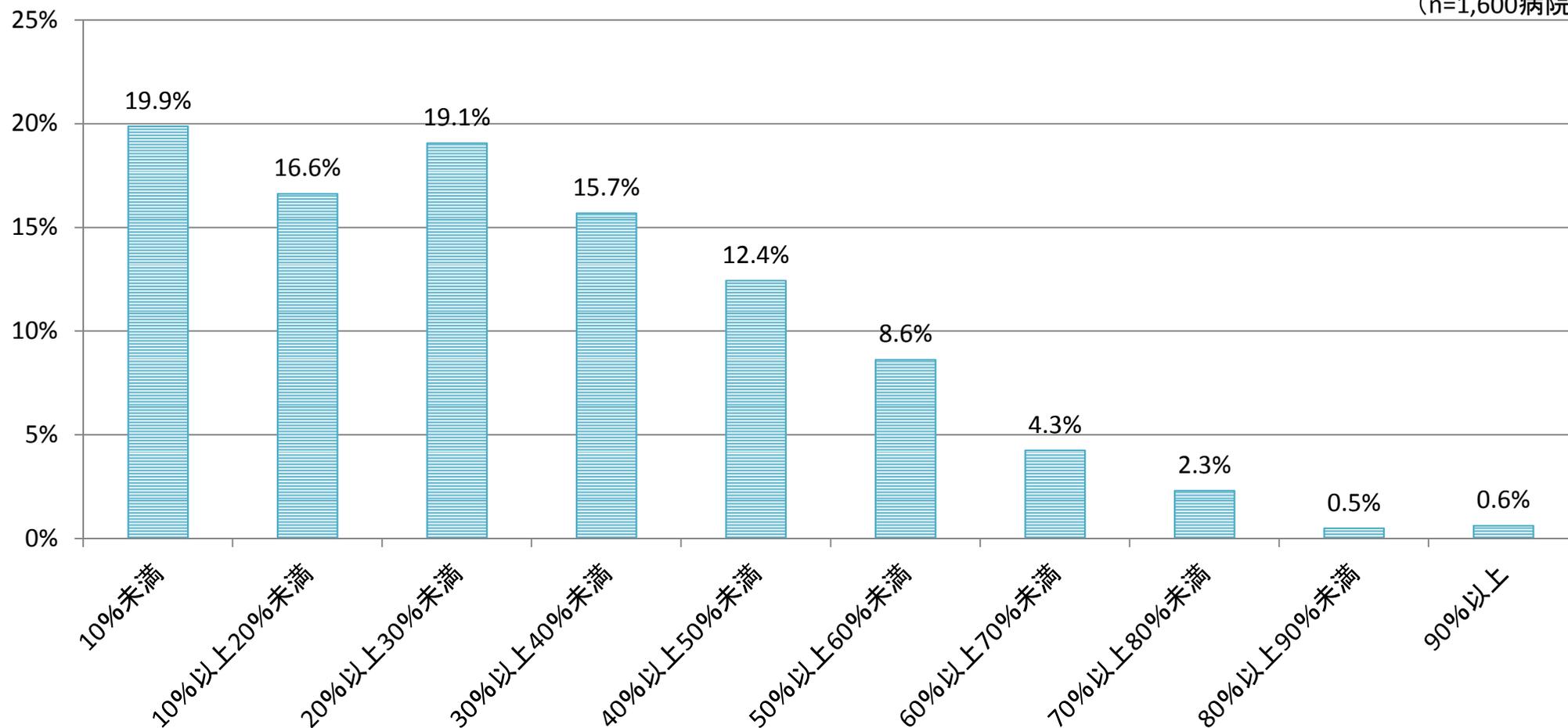
(n=1,720,721)



○ 医療機関ごとに救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布をみると、加算2の算定患者割合は医療機関ごとに幅広い分布を示した。

＜医療機関ごとの救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布＞

(n=1,600病院)

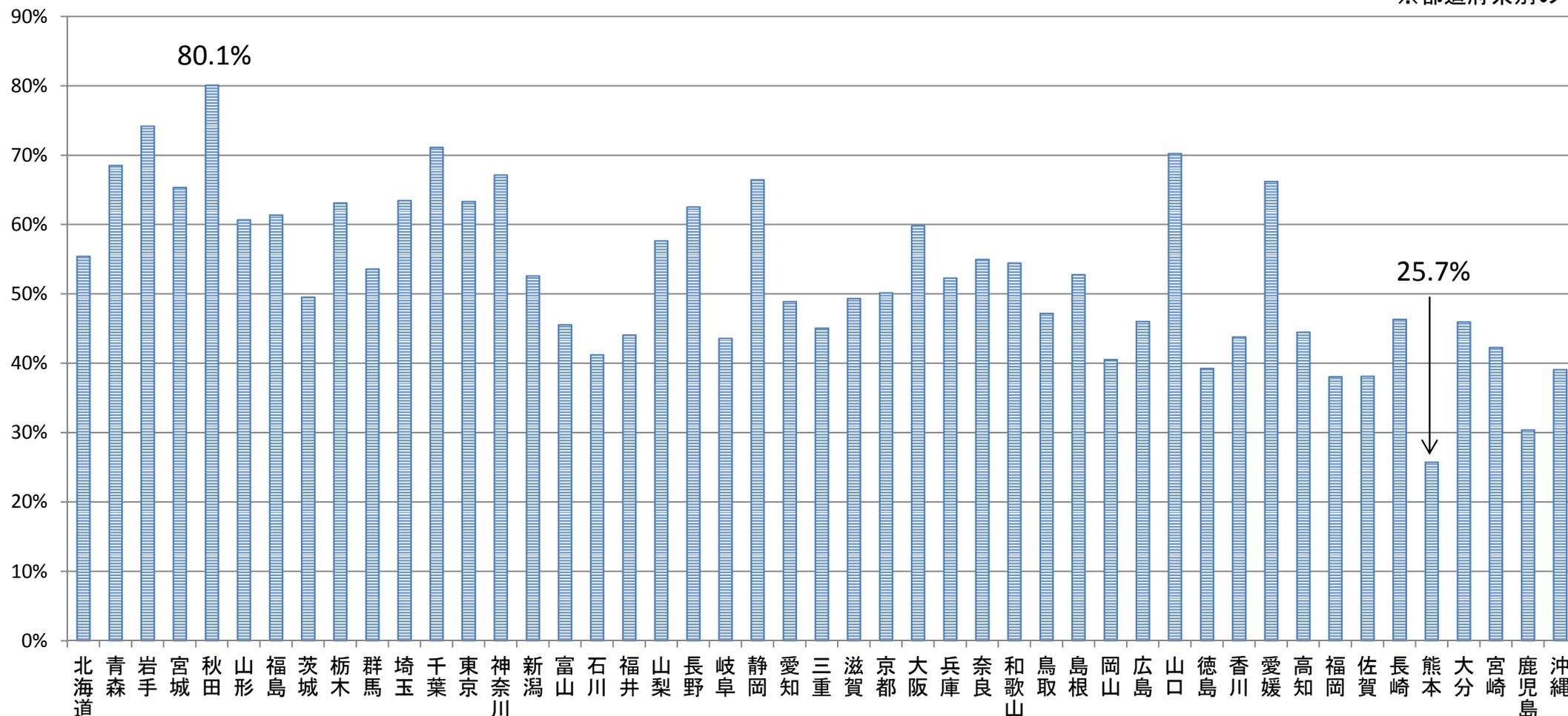


救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合

○ 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布を都道府県ごとにみると、割合の最も高い県と低い県では、3倍以上の差が見られた。

<救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)>

※都道府県別の平均値



2-2) 夜間救急における看護体制の充実

ア) 二次救急医療機関における重症救急患者の受入体制

【課題】

○ 二次救急医療機関における重症救急患者の受入体制

- 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入状況は、年間100人以下の医療機関が最も多いが、年間1万人以上受け入れているところもある。
- 二次救急医療機関のうち約3割は、月30人以上の時間外の救急搬送患者を受け入れている。また、救急搬送で受け入れた患者のうち50%以上の患者が入院した医療機関は約3割であり、救急外来では救急搬送患者の処置と共に、入院病棟との調整が必要である。
- 救急当番日における救急医療への対応は、専任の医師を配置している二次救急医療機関は少なく、病棟業務と救急業務を兼務する医師を1人程度配置している医療機関が多い。また、救急患者数に関係なく約1割の医療機関は、救急担当専任の看護職員を配置していない。

- ・ICT活用した搬送システムの構築
- ・地域の搬送・受入ルールの策定
- ・MC協議会への専任医師の配置
- ・一時的であっても必ず受け入れる医療機関の整備
- ・ドクターヘリの全国的な配備や広域連携等

三次救急医療(救命救急医療)

救命救急センター(288力所)平成29年8月31日現在
(うち、高度救命救急センター(39力所))
※ ドクターヘリ(51力所) 平成29年3月29日現在

- ・転院等が可能な地域の体制確保
- ・転院等や施設間連携を図るための専任者の配置
- ・情報開示と国民の理解等

二次救急医療(入院を要する救急医療)

・病院群輪番制病院(400地区、2,704力所)
・共同利用型病院(29力所) 平成28年3月31日現在

・「出口の問題」解消

後方病院



転院・転床
退院



在宅
社会復帰

初期救急医療

・在宅当番医制(599地区)
・休日夜間急患センター(559力所) 平成28年3月31日現在

・地域の医療機関が連携しつつ、救急医療提供体制を整備・充実
・救急医療を担う医師の労働環境の改善

救急患者
の発生

搬送・受入

・適切な振分け
・円滑な搬送・受入

・救急利用の適正化

- ・住民への普及啓発
- ・救急医療情報キット等の推進
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充等

- ・診療実績に応じた、救命救急センターや二次救急医療機関への支援の充実
- ・診療所医師の救急医療への参画の推進
- ・救急医療を担う医師に対する手当への支援
- ・院内トリアージを行う看護師等の配置、医師事務作業補助者の配置等

救急医療体制の整備状況の推移

- 三次救急医療機関は、すべての都道府県で整備され、さらに増加している。
- 二次救急医療機関は、近年、漸減している。

		25年	26年	27年	28年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	259	266	271	279
二次救急 (入院を要する救急)	入院を要する 救急医療施設 (施設数)	2,904	2,836	2,769	2,733
	(地区数)	(403)	(404)	(410)	(429)
初期救急	休日夜間急患センター (施設数)	553	560	560	559
	在宅当番医制 (実施地区数)	622	621	613	599

※ 二次救急の (地区数) は、「輪番制地区+共同利用型地区等」の数値である。

救急病院等を定める省令に 基づく医療機関数	総数	4,147	4,121	4,187	4,197
	うち、病院	3,830	3,826	3,903	3,926
	うち、診療所	317	295	285	271

(厚生労働省医政局調べ)

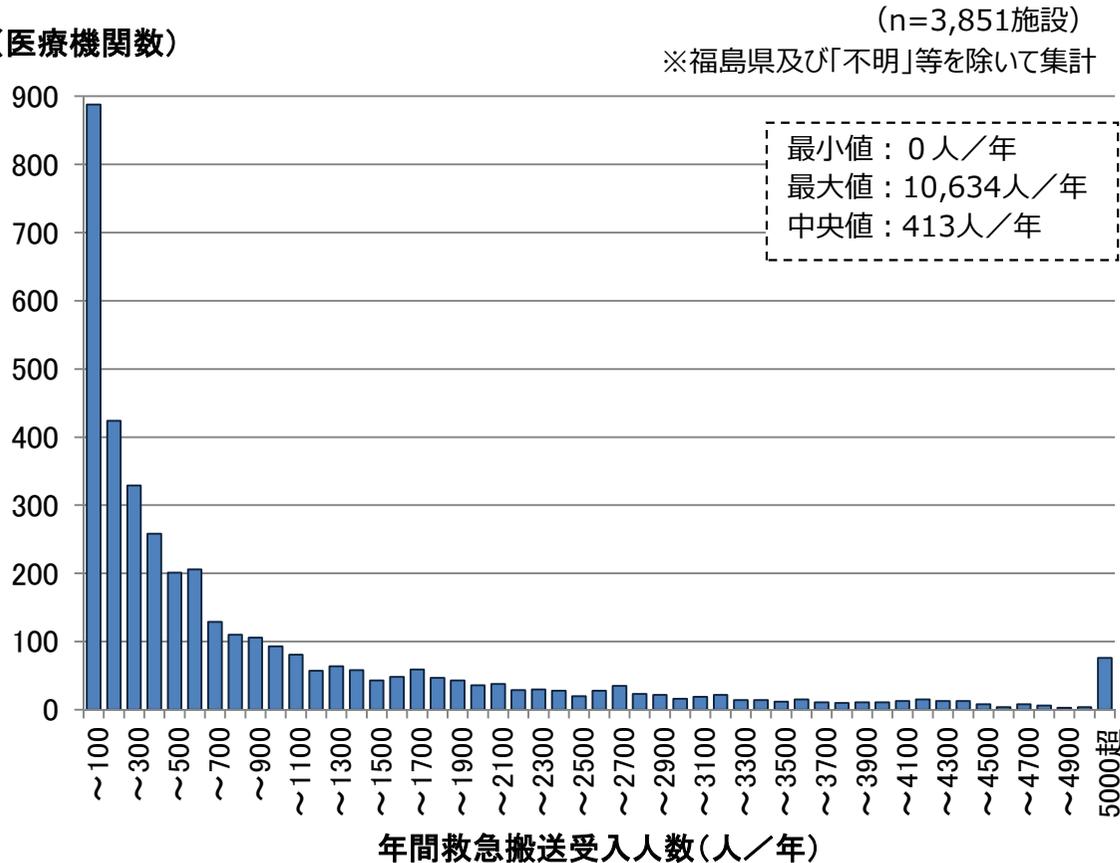
二次救急における救急搬送の受入状況

- 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入状況は、年間100人以下の医療機関が最も多いが、年間1万人以上受け入れているところもある。
- 全救急搬送受入人数と、時間外の救急搬送受入人数は正比例している。

■ 年間救急搬送受入人数別の医療機関数

(二次救急医療機関)

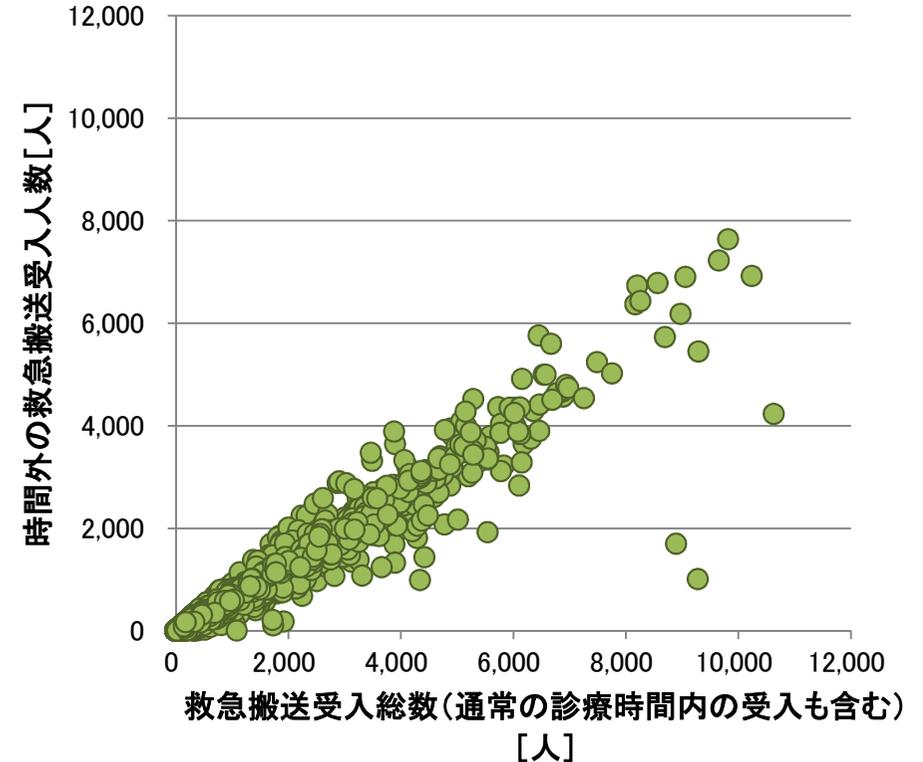
(医療機関数)



■ 年間救急搬送受入人数×時間外救急搬送受入人数

(二次救急医療機関)

(n=3,850施設)
※福島県及び「不明」等を除いて集計



注) : 二次救急医療機関数には、病院群輪番制病院・共同利用型病院以外の二次救急医療機関を含む。

出典：厚生労働省医政局「救急医療提供体制の現況調べ（平成26年度）」を基に、
保険局医療課で再集計

二次救急における時間外の救急搬送の受入状況

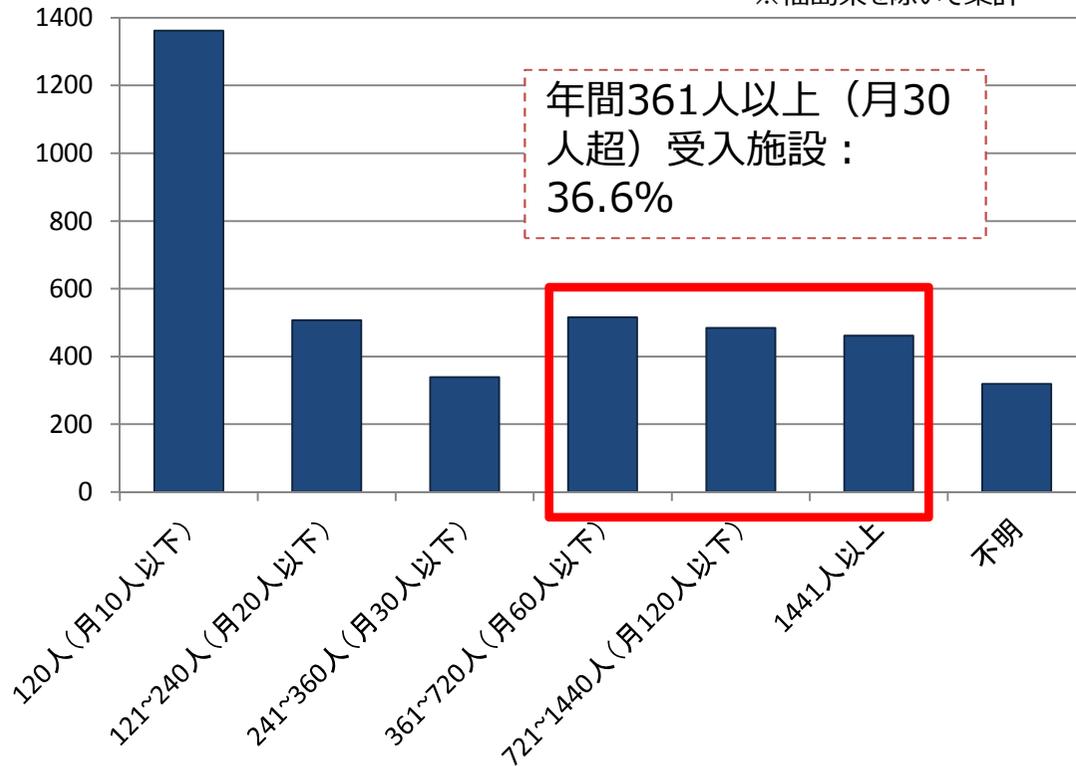
- 二次救急医療機関における時間外の救急搬送の受入状況は、月10人以下が最も多いが、3割強の医療機関は、月30人以上（年間361人以上）時間外の救急搬送患者を受け入れている。
- 救急搬送で受け入れた患者が入院した割合が50%を超える医療機関は約3割であり、救急外来では救急搬送患者の処置と共に、入院病棟との調整が必要である。

■ 時間外の年間救急搬送受入人数別の医療機関数

(二次救急医療機関)

(n=3,988施設)

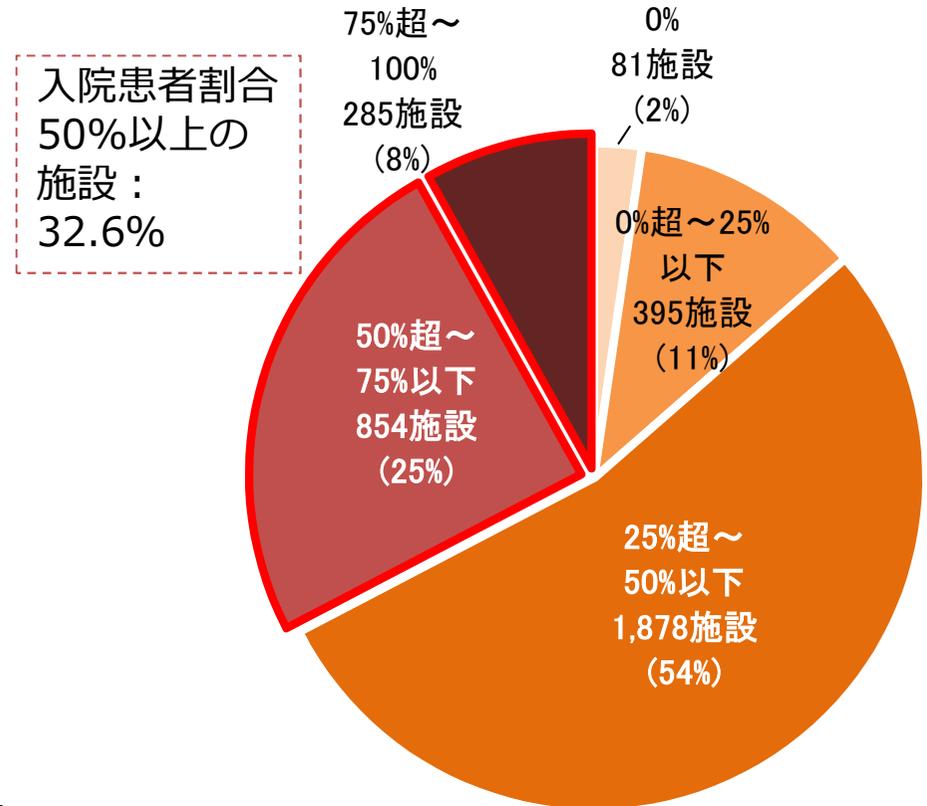
※福島県を除いて集計



■ 時間外の救急搬送受入後の入院割合

(二次救急医療機関)

※福島県及び時間外救急搬送受入人数が年間0人、「不明」を除いて集計



注) : 二次救急医療機関数には、病院群輪番制病院・共同利用型病院以外の二次救急医療機関を含む。

出典：厚生労働省医政局「救急医療提供体制の現況調べ（平成26年度）」を基に、保険局医療課で再集計

二次救急における救急受入体制

- 救急当番日における救急医療への対応は、専任の医師を配置している二次救急医療機関は少なく、病棟業務と救急業務を兼務する医師を1人程度配置している医療機関が多い。
- 自施設以外の医師が救急医療に対応することがある医療機関は、6割を超える。
- 救急患者数に関係なく約1割の医療機関は、救急担当専任の看護職員を配置していない。

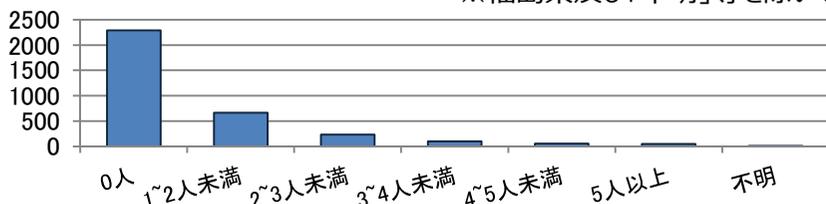
■ 救急医療に対応する医師数別の医療機関数

(平日準夜の体制)

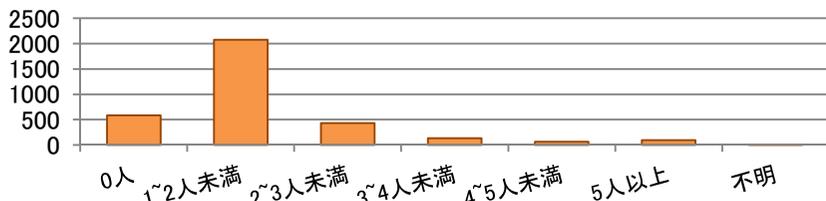
(n=3,395施設)

※福島県及び「不明」等を除いて集計

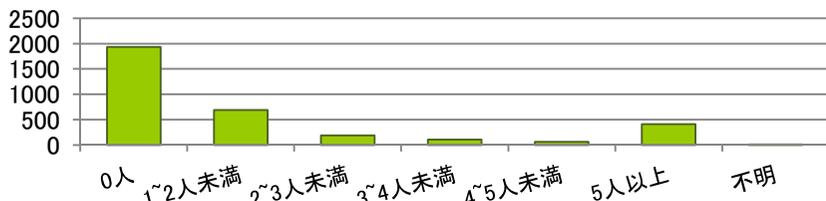
救急担当専任医師数



病棟勤務と救急業務の兼務の医師数



応援医師数 (オンコール体制)



■ 救急当番日における自施設外の医師による診療実績※

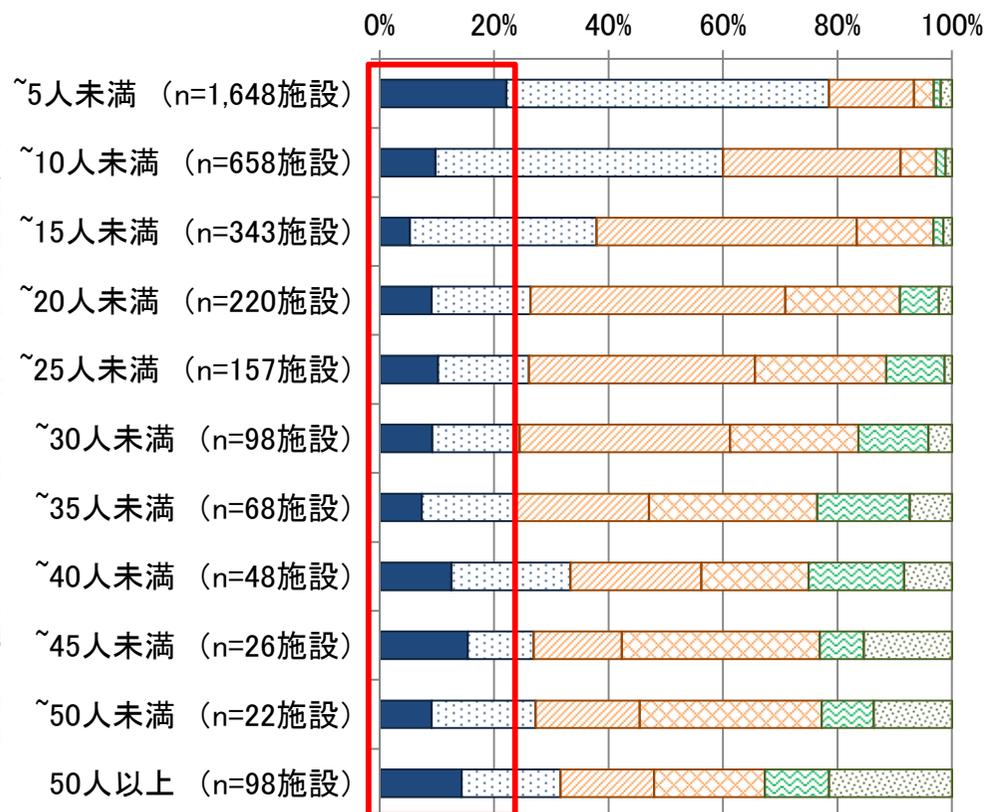
診療所医師	12.9%	(n=3,865施設)
大学等からの非常勤医師	62.1%	(n=3,864施設)

※平成26年度の救急当番中に、「診療所医師」、「大学等の非常勤医師」による診療が行われていれば、実績有りとなる。

■ 救急当番日1日当たり救急患者数別の救急担当専任の看護職員数

(平日準夜の体制)

救急当番日1日当たりの時間外救急患者数※



■ 0人 □ 1~2人未満 □ 2~3人未満 □ 3~4人未満 □ 4~5人未満 □ 5人以上

※時間外救急患者には、時間外救急搬送患者も含む。

夜間休日救急搬送医学管理料と院内トリアージ実施料の関係

- 救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関等の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行うために、平成24年度診療報酬改定にて「夜間休日救急搬送医学管理料」と「院内トリアージ実施料」が新設された。

院内トリアージ実施料 100点

➤ 夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価。

【算定要件】

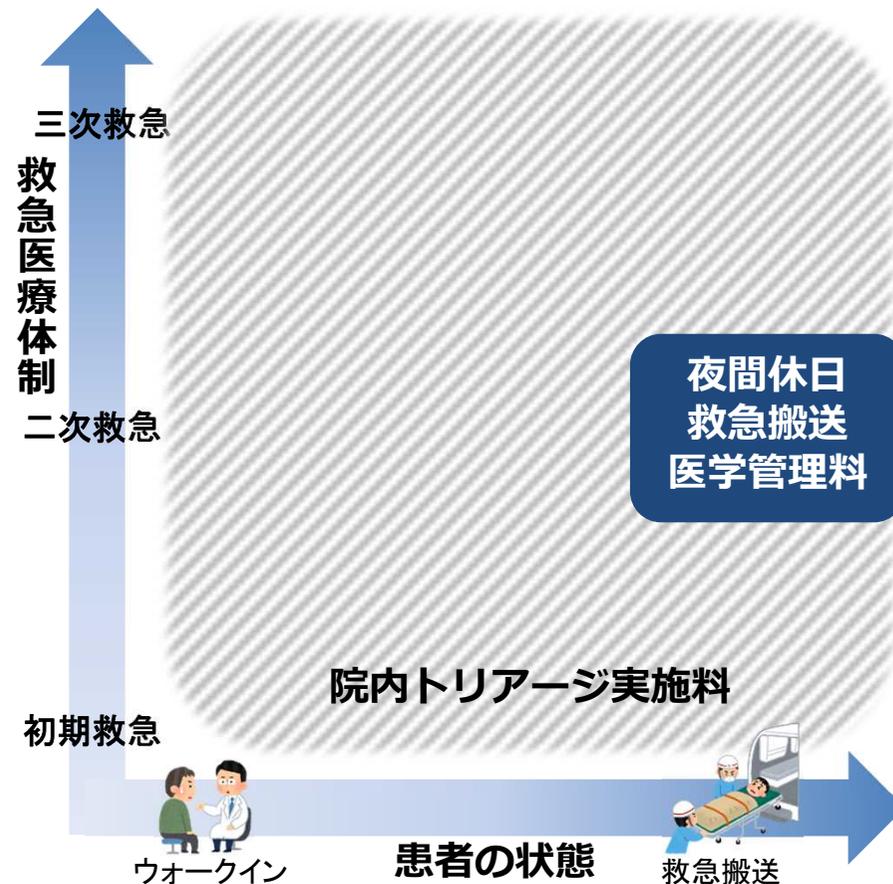
当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定できる。

【施設基準】

- (1) 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する**専任の看護師が配置されていること**。

【留意事項】

夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。



夜間休日救急搬送医学管理料について

- 夜間休日救急搬送医学管理料は、年々算定回数が増加しており、中規模病院で多く算定されている。

夜間休日救急搬送医学管理料 600点

➤ 平日の夜間・深夜、土曜日の診療時間以外の時間、休日に二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際の評価。

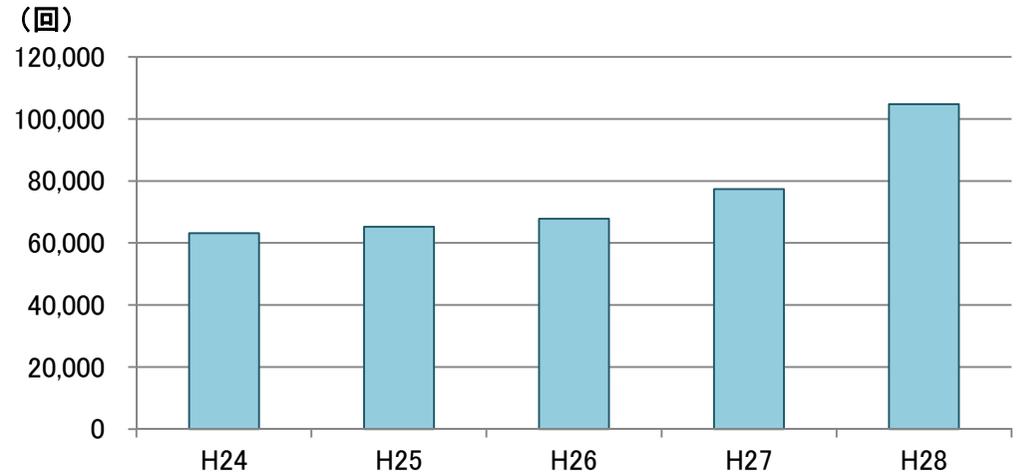
【施設基準】

- (1) 第二次救急医療機関又は精神科救急医療施設であること。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

【留意事項】

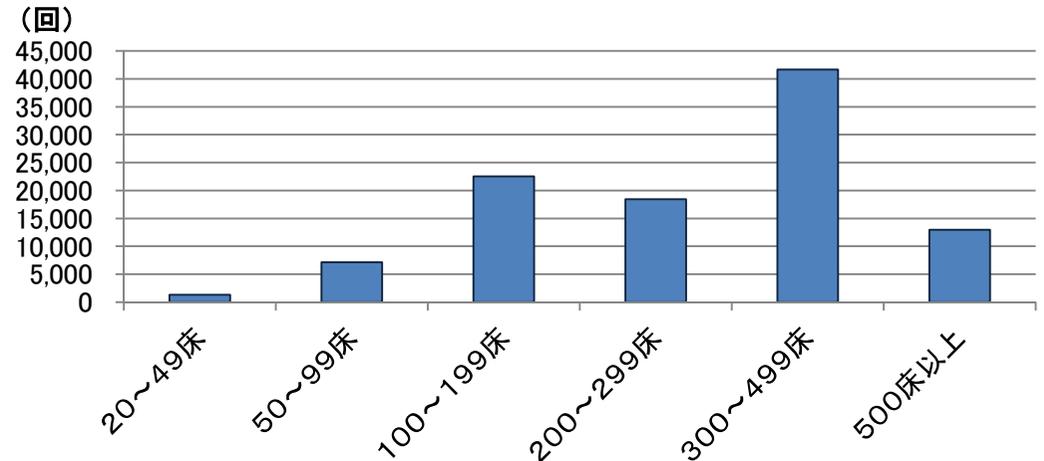
院内トリアージ実施料を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

■ 夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況



■ 病床規模別の夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況

(平成28年6月)



出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

2-2) 夜間救急における看護体制の充実

イ) 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保

【課題】

○ 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保

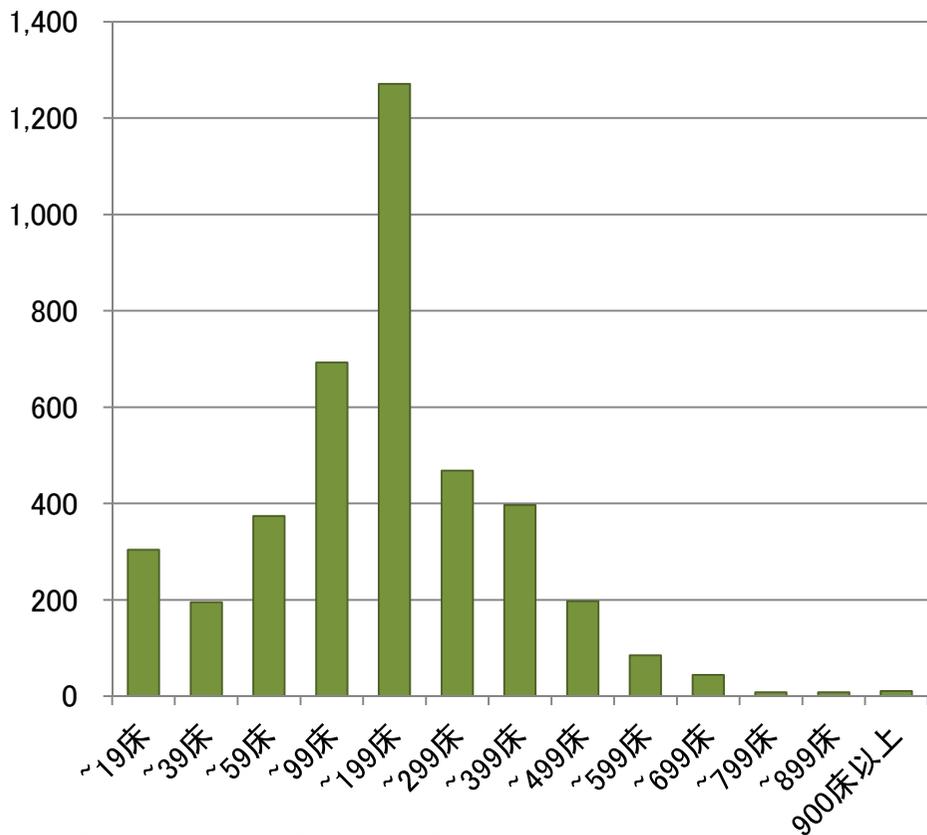
- 二次救急医療機関は、許可病床数が200床未満の医療機関が多い。
- 200床未満の医療機関では、夜間の救急外来の看護職員の配置について、専従ではなく病棟業務と救急業務を兼務している看護職員を配置しているところが多い。
- 夜勤帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば1名が救急外来において業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。

病床規模別の二次救急医療機関と三次救急医療機関の分布

○ 二次救急医療機関は、許可病床数が200床未満の医療機関が多いが、三次救急医療機関は、400床以上の医療機関が多い。

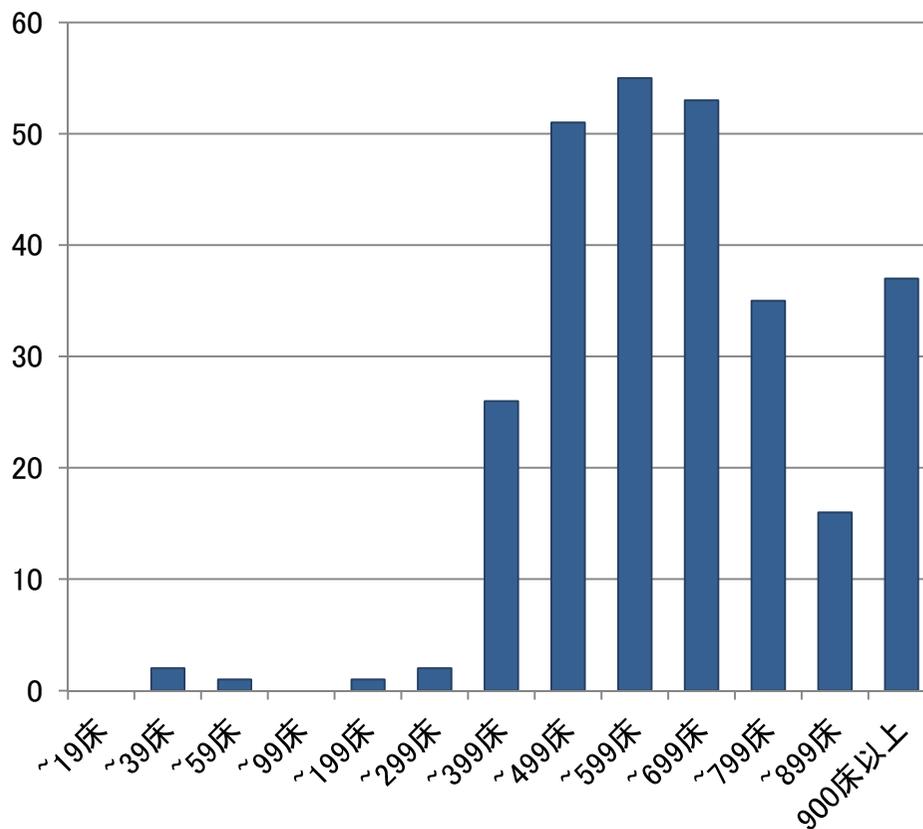
■ 許可病床数別の二次救急医療機関数

(医療機関数)



■ 許可病床数別の三次救急医療機関数 (救命救急センター数)

(医療機関数)



注1) : 許可病床数は、病院全体の総許可病床数である。

注2) : 二次救急医療機関数には、病院群輪番制病院・共同利用型病院以外の二次救急医療機関を含む。

出典：厚生労働省医政局「救急医療提供体制の現況調べ（平成26年度）」を基に、保険局医療課で再集計

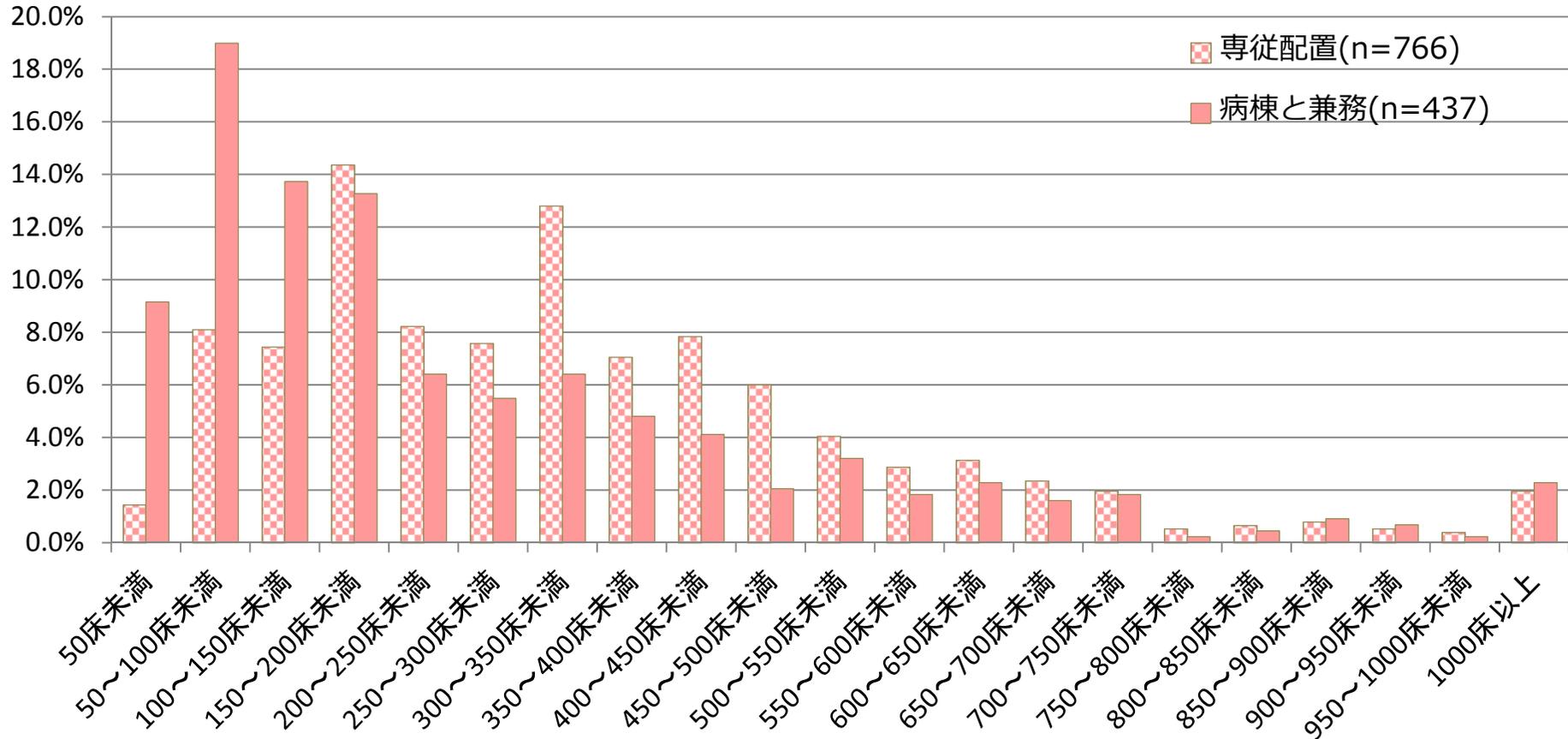
出典：厚生労働省医政局「救命救急センターの現況調べ（平成27年度）」を基に、保険局医療課で再集計

夜間帯の救急外来の看護体制

○ 夜間の救急外来の看護職員の配置について、病棟業務と救急業務を兼務している看護職員を配置している医療機関は、200床未満の医療機関が多い。

■ 夜間救急外来の看護体制について許可病床別医療機関の割合

(平成29年3月)



※ 回答した1,270医療機関のうち、平日深夜帯（0時～8時）の看護職員について「専従配置」、「病棟業務と救急業務を兼務」について回答があった施設数を集計

病棟の夜間看護体制

- 夜勤帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば1名が救急外来において業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。
- 一般病棟における夜間看護補助者の配置は、43%の医療機関で配置されている。

基本診療料の施設基準等

(平成20年3月5日 厚生労働省告示第62号)

第5 病院の入院基本料の施設基準等

一 通則

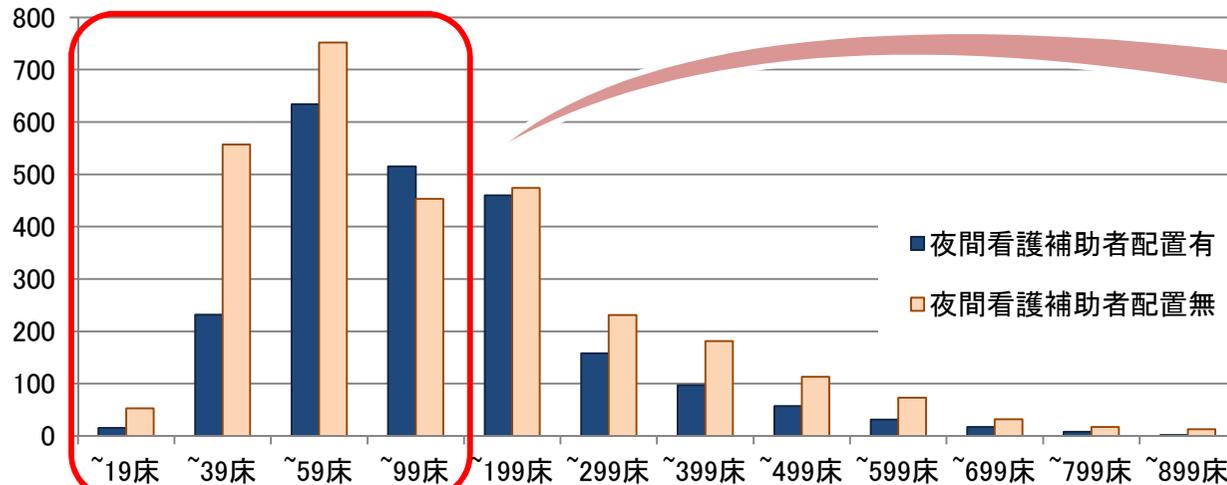
(1)~(6) 略

(7) 7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師1を含む2以上の数の看護職員が行うこと。

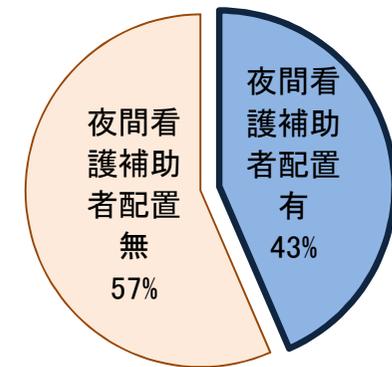
夜間帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば、1名が救急外来において業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。

■ 一般病棟における病床数別の夜間看護補助者の配置状況

(医療機関数)



(参考) 100床未満の一般病棟における夜間看護補助者の配置状況



注) 病床数は、病院全体の許可病床数ではなく、一般病棟としての許可病床数である。

救急医療(その2)の論点(案)

【論点(案)】

○救急医療管理加算

- ・ 救急医療管理加算の評価のあり方については、DPCデータ等による調査結果を踏まえ、次回改定以降に、引き続き検討をしていくこととしてはどうか。

○ 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入体制

- ・ 二次救急医療機関の夜間の救急外来に配置された看護職員が、救急搬送以外の救急患者への対応については診療報酬上評価されているが、救急搬送患者に対する対応は評価されていない。夜間の救急外来患者への対応体制をより強化するため、そのような看護職員による救急搬送患者への対応についても評価の対象としてはどうか。

○ 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保

- ・ 病棟配置の看護職員が救急外来で業務すると、夜間の病棟配置数によっては、病棟における夜間の看護職員配置要件を満たさない取り扱いとなっているが、地域の二次救急医療体制の確保のため、患者数の少ない病棟や病棟の患者の容体、看護補助者の配置等の一定の要件下に限り、夜間の看護職員配置を満たさない場合の評価を設定してはどうか。