中医協　総－2
２７．１０．14

入院医療（その３）

平成27年10月14日

1．入院医療における機能分化の推進について

2．医療従事者の負担軽減とチーム医療の推進について

3．短期滞在手術等基本料について

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方の状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。

2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
(1) 一般病棟入院基本料（7対1、10 対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
(2) 特定集中治療室管理料の見直し
(3) 総合入院体制加算の見直し
(4) 有床診療所入院基本料の見直し
(5) 地域包括ケア病棟入院料の創設

3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。

4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。

5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
(1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
(2) 在宅不適切事例の適正化の影響
(3) 歯科訪問診療の診療時間等
(4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
(5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制

6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査･検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。

8. 新薬創出･適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究･開発状況や財政影響を確認･検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。

9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。

10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。

11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72 時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。

12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。

13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化･連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。

14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28 年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

重点課題への対応

重点課題　医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1．入院医療について

① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価

② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化

③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

④ 地域の実情に配慮した評価

⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2．外来医療の機能分化・連携の推進について

① 主治医機能の評価

② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3．在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4．医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

基本認識

○　入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

○　**医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等**
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実　等

改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
  がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進　等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点**
  医療安全対策の推進等、患者データの提出　等
- **医療従事者の負担を軽減する視点**
  医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、　等
- **効率化余地がある分野を適正化する視点**
  後発医薬品の使用促進　等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、**引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要**がある。

平成26年度診療報酬改定（7対1入院基本料等の見直し）

➢7対１入院基本料等について以下のような見直しを行った。

① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対１、15対１一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。（※1）

② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。

③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。

④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。（※2）

⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1　10対１入院基本料等についても同様の取扱い。
※2　7対１入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

入院医療における機能分化の推進に関する論点①

○　急性期医療の機能分化に向けた取組の進捗についてどう考えるか。

- 累次の診療報酬改定において、急性期病床の機能の明確化や、病床の機能分化・強化に関する取り組みが行われており、平成26年度診療報酬改定においても7対１入院基本料をはじめとする急性期病床の機能分化が図られた。

- こうした急性期医療の機能分化の進捗状況について、どう考えるか。

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法上の位置づけ

一般病床	療養病床
病床数 894,269床 病床利用率 73.3% 平均在院日数 15.8日 (H27.6末医療施設動態・病院報告)	病床数 328,424床 病床利用率 88.5% 平均在院日数 156.2日 (H27.6末医療施設動態・病院報告)

DPC

1,580施設
484,081床※2
（▲8,125床）

※2 H27.4.1現在

特定機能病院

87施設
61,036床※1
（+64床）

※1 一般病床に限る

一般病棟入院基本料

666,730床（▲10,763床）
※経過措置、
特別入院基本料を含む

- 専門病院 22施設 7,458床（▲87床）
- 一類感染症 24施設 47床（▲3床）
- 救命救急 384施設 6,276床（▲46床）
- 特定集中治療室 685施設 5,709床（+207床）
- 新生児特定集中治療室 216施設 1,537床（+25床）
- 新生児治療回復室 168施設 2,105床（+117床）
- 小児特定集中治療室 5施設 40床（+28床）
- 総合周産期特定集中治療室 115施設 母体・胎児 733床（+54床） 新生児 1,458床（+81床）
- 脳卒中ケアユニット 113施設 762床（+21床）
- ハイケアユニット

管理料1	管理料2	計
179施設	190施設	369施設
1,705床	1,867床	3,572床（+691床）

回復期リハビリテーション

入院料1	入院料2	入院料3	計
438施設	745施設	153施設	1,336施設
28,883床	36,437床	6,570床	71,890床
（+3,452床）	（+784床）	（+776床）	（+5,012床）

地域包括ケア病棟（入院医療管理料）

入院料1	入院料2	計
282施設	23施設	305施設
8,231床	684床	8,915床

亜急性期

※H26.9末まで経過措置
1,078施設
14,835床
（▲2,467床）

小児入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3
62施設	184施設	102施設
4,569床	5,511床	2,447床
（+297床）	（▲231床）	（▲ 667床）

入院料4	入院料5
389施設	132施設
8,757床	0床
（▲20床）	

緩和ケア病棟

316施設
6,303床（+508床）

障害者施設等

853施設
65,853床
（+2,282床）

特殊疾患

入院料1	入院料2	管理料
113施設	88施設	36施設
5,846床	6,215床	505床
（▲167床）	（+440床）	（▲39床）

療養病棟入院基本料

213,501床（+5,143床）

介護療養病床

62,028床
（H27.6末病院報告）

有床診療所一般

6,157施設 81,490床（▲5,110床）

有床診療所療養

817施設
7,512床（▲1,489床）

精神病棟

（基本料＋特定機能精神）
1,326施設
165,382床（▲3,694床）

- 精神科救急 120施設 7,859床（+892床）
- 精神科急性期治療病棟

入院料1	入院料2
305施設	18施設
15,195床	882床
（+545床）	（▲53床）

- 精神科救急・合併症 10施設 382床（+3床）
- 児童・思春期精神 29施設 1,049床（+53床）
- 精神療養 836施設 100,314床（+299床）
- 認知症治療病棟

入院料1	入院料2
477施設	19施設
33,293床	1,398床
（+354床）	（▲111床）

結核病棟

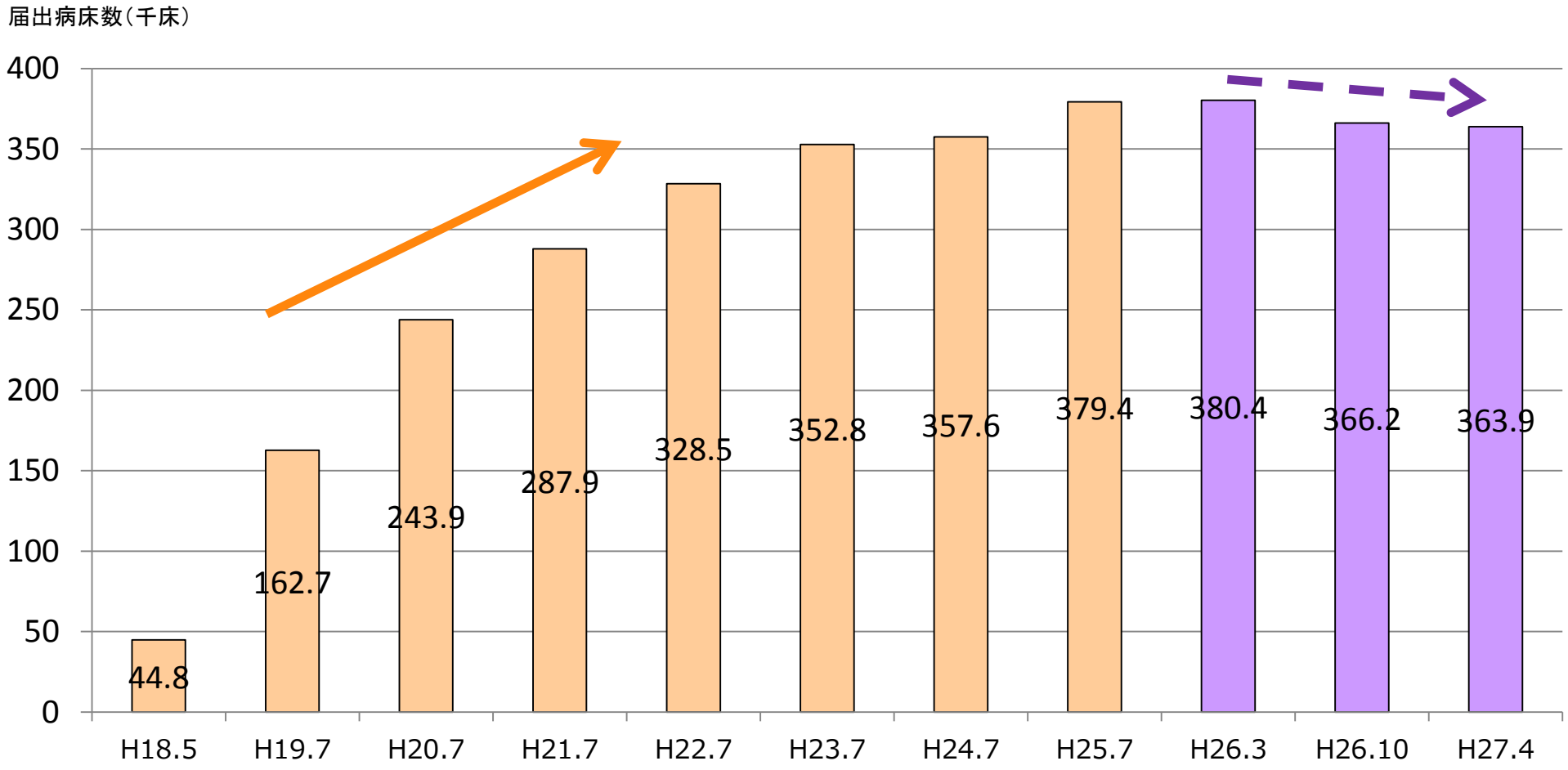
207施設
5,073病床（▲312床）

施設基準届出
平成26年7月1日現在
（かっこ内は前年比較）

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した。

○　平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、26年以降は減少傾向に転じている。



※それぞれ月初時点の値。平成26年以後は厚生局が有する情報を速報として集計したものであり、集計方法が異なる。（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

保険局医療課調べ

7対1一般病棟入院基本料の届出病床数の動向

○　平成26年3月～10月間に7対1一般病棟入院基本料の届出病床は約14千床減少した。その後、平成27年4月までに約5.3千床の増加と約7.7千床の減少があり、全体では約2千床の減少となっている。

○　7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出が増加している。

【7対1病床数の動向】

（千床）

		平成26年3月	平成26年10月		平成27年4月	
7対1一般病棟入院基本料	施設数	約1,700施設	約1,550施設		約1,530施設	
	病床数	380.4	366.2		363.9	
	前回集計からの増減数		▲14.2		▲2.3	
			内訳	＋13.4	内訳	＋5.3
				▲27.6		▲7.7

【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

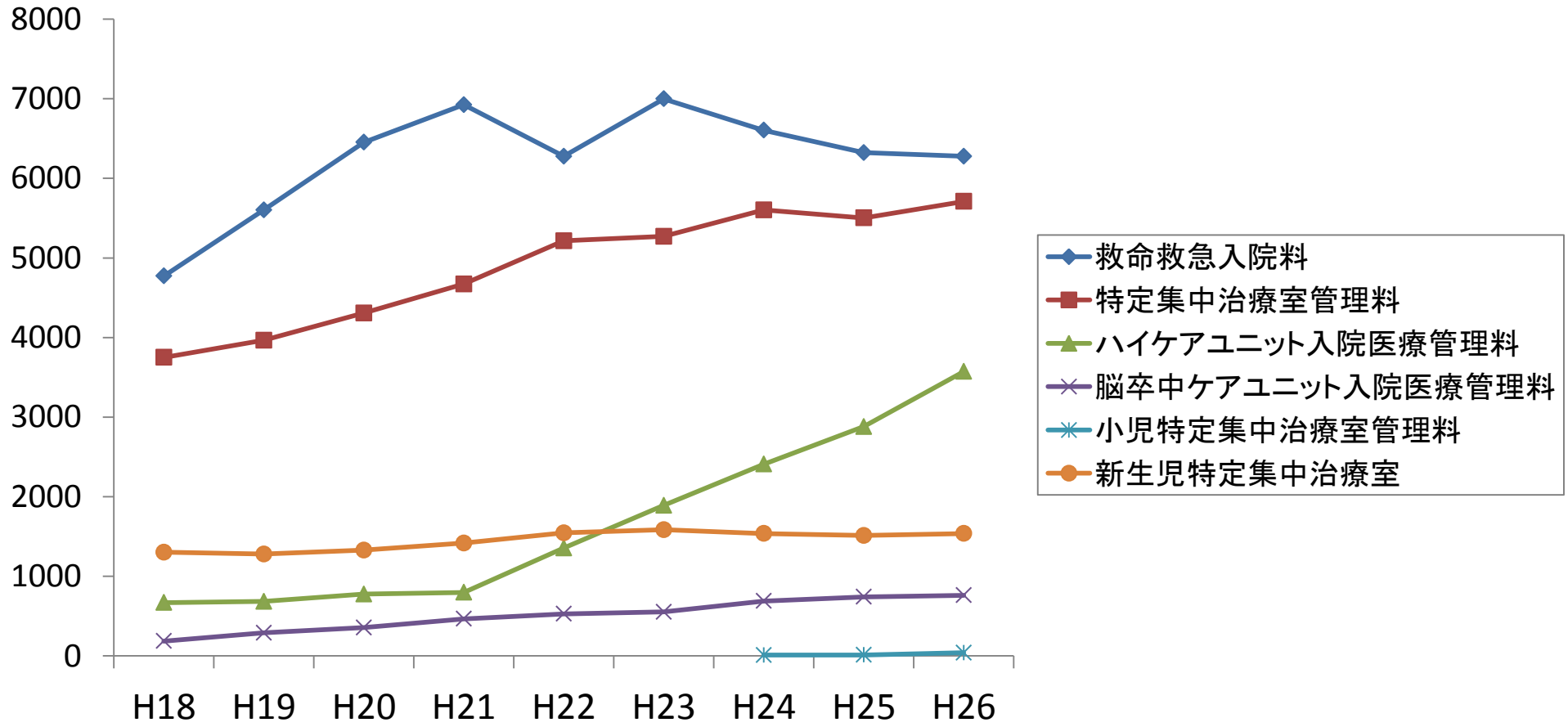
	平成26年3月（病床数；千床）	平成27年4月（病床数；千床）	増加した病床数（千床）	増加した届出医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16.7	16.7	＋約190か所
地域包括ケア病棟入院料1	0	8.8	8.8	＋約200か所

出典：平成26年3月・10月及び平成27年4月時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

高度急性期に係る入院料の届出病床数の動向

○　高度急性期に係る入院料の届出病床数は、「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を中心として、増加傾向にある。

＜高度急性期に係る入院料の届出病床数＞

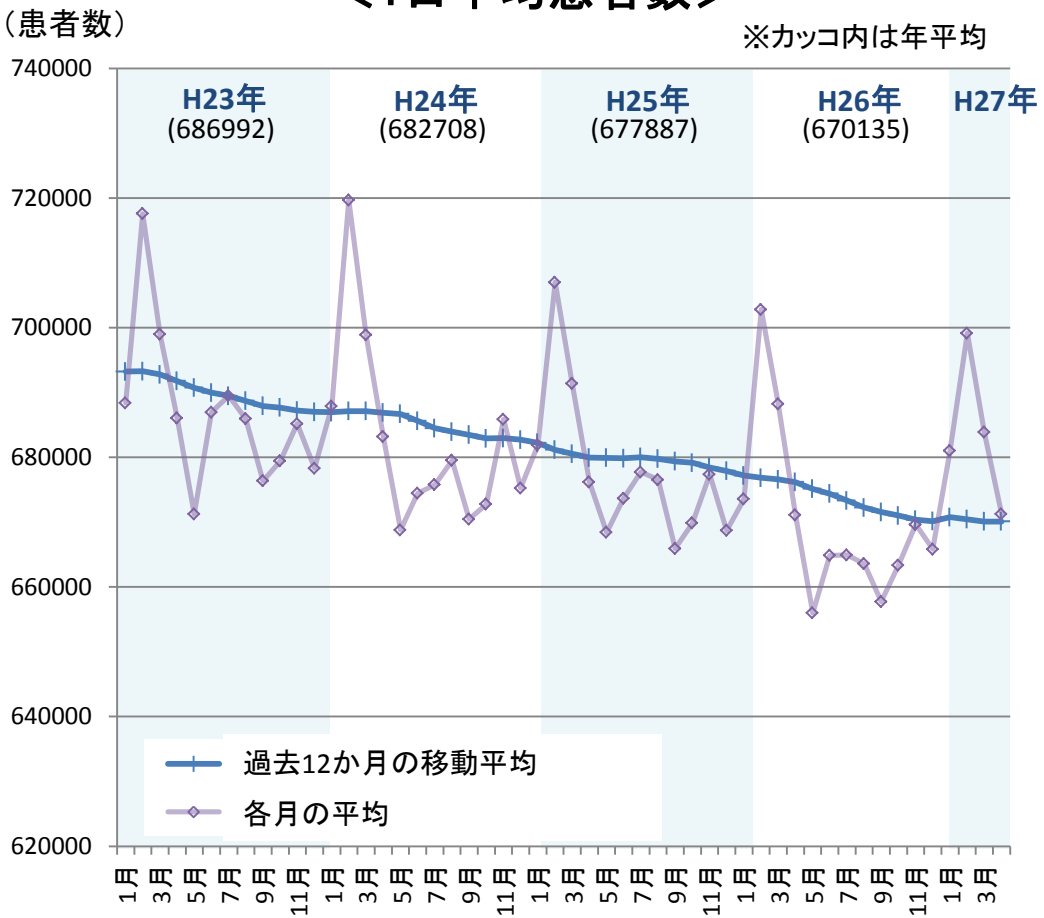


出典：保険局医療課調べ

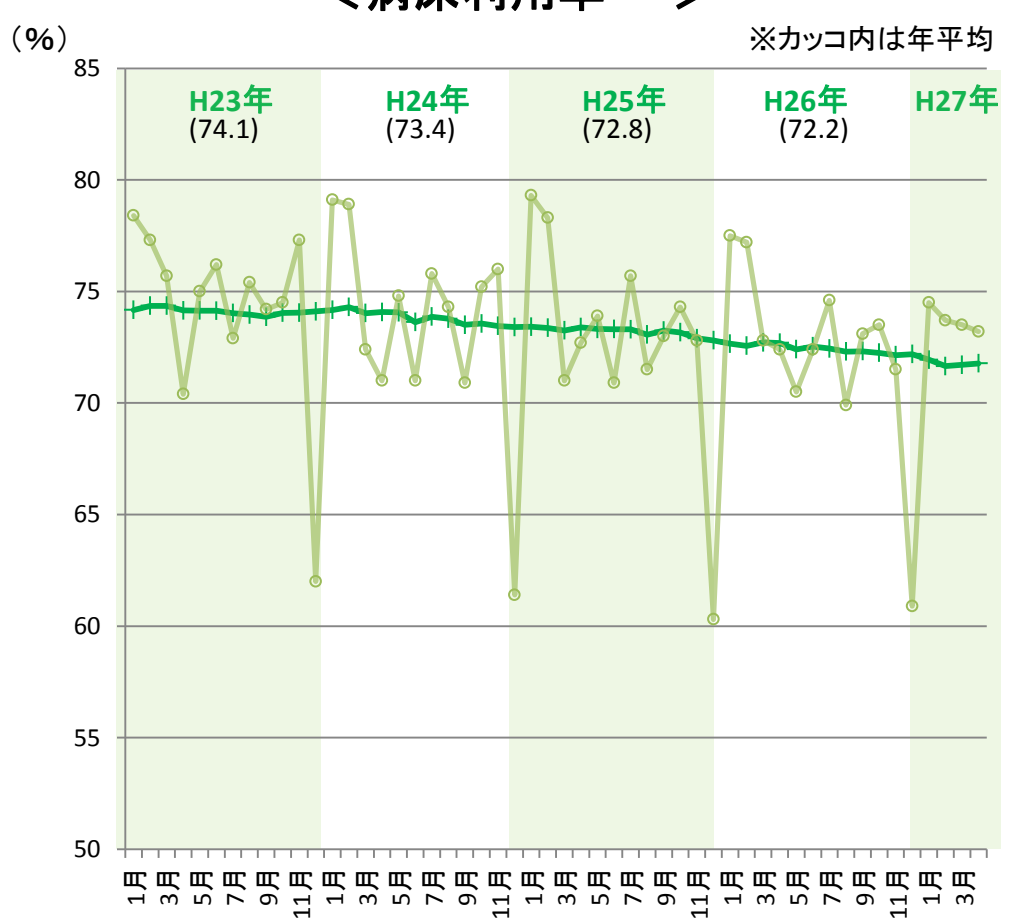
一般病床の平均患者数・病床利用率

○　一般病床における1日平均患者数・病床利用率について、経年的にみると徐々に減少する傾向がみられた。

＜1日平均患者数＞



＜病床利用率※※＞



※病床利用率＝ 月末在院患者数 / 月末病床数 ×100

出典：病院報告

受診延日数の伸び率：医科入院（対前年同期比）

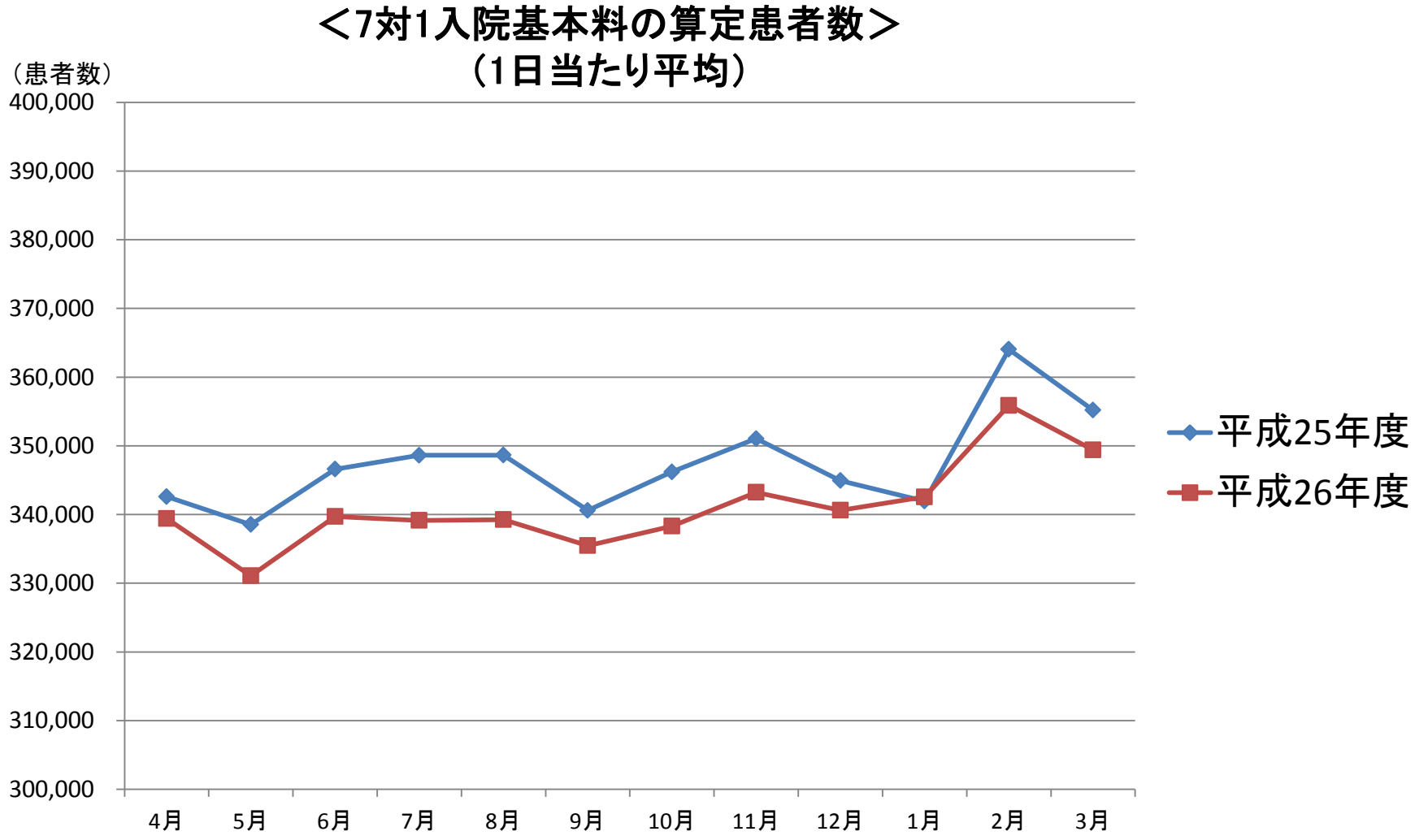
○　医療機関の受診延日数の伸び率について、平成26年4～9月間では、対前年度比－1．0%と、その他の時期と比較して減少幅が大きい傾向があったが、平成26年度後半は対前年度比－0．3%と、減少幅は縮小した。

			平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度			平成26年度		
							4～9月	10～3月		4～9月	10～3月
医科計			0.8	▲0.4	▲0.9	▲0.5	▲0.3	▲0.7	▲0.6	▲1.0	▲0.3
	200床未満		1.2	▲0.4	▲1.3	▲0.1	0.0	▲0.3	▲0.4	▲0.8	0.0
		20～50床未満	▲0.1	▲2.1	▲2.5	▲1.3	▲0.9	▲1.6	▲2.1	▲2.5	▲1.7
		50～100床	▲0.3	▲1.7	▲1.8	▲0.7	▲0.4	▲0.9	▲1.2	▲1.4	▲1.0
		100～200床	1.9	0.3	▲1.0	0.2	0.3	0.1	0.1	▲0.4	0.6
	200床以上		0.6	▲0.4	▲0.8	▲0.8	▲0.7	▲1.0	▲0.7	▲1.0	▲0.4
		200～300床	0.8	▲0.2	0.2	▲0.5	▲0.3	▲0.7	▲0.7	▲0.8	▲0.6
		300～500床	0.5	▲0.4	▲0.6	▲0.6	▲0.2	▲1.0	0.1	▲0.5	0.6
		500床以上	0.7	▲0.6	▲1.8	▲1.4	▲1.6	▲1.3	▲1.8	▲2.0	▲1.6

出典：最近の医療費の動向（平成27年3月号）　MEDIAS（Medical Information Analysis System）

DPC病院（7対1）における平均患者数

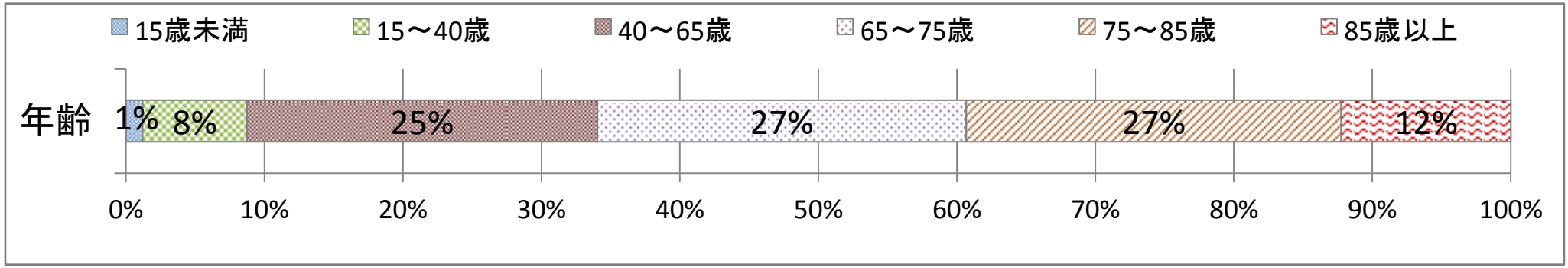
○　平成26年度診療報酬改定の前後で、7対1入院基本料を届け出ているDPC算定病院における7対1入院基本料の算定患者数はやや減少していた。



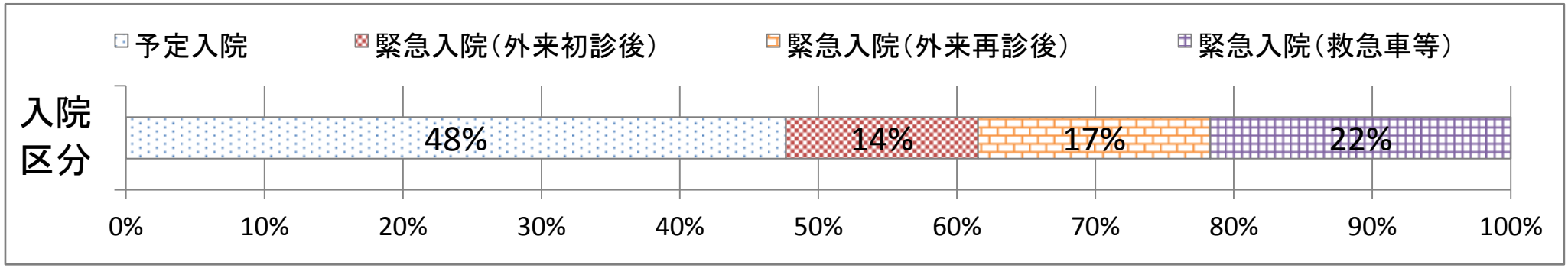
出典：DPCデータ

7対1病棟入院患者の年齢・入院区分・入院理由

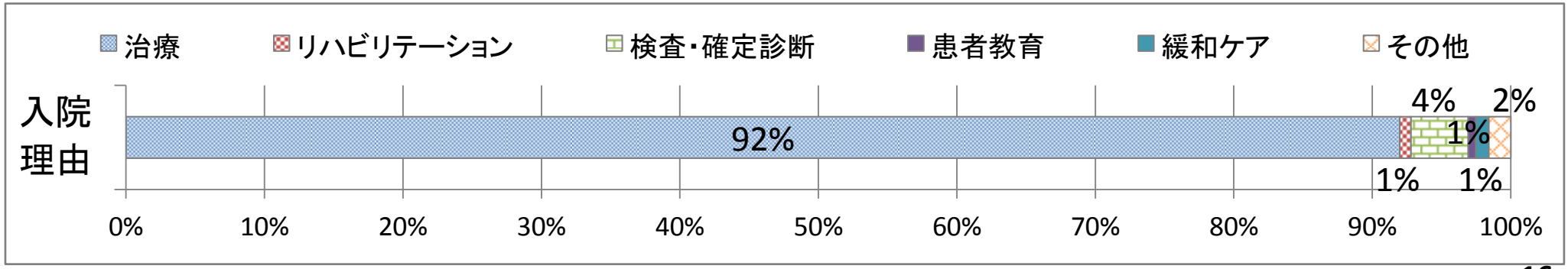
＜入院患者の年齢＞



＜入院患者の入院区分＞



＜入院患者の入院理由＞



出典：平成26年度入院医療等の分科会調査（病棟票・患者票）

入院医療における機能分化の推進に関する論点②

○　急性期入院医療の機能分化をどのように図っていくか。

- 急性期入院医療の機能分化を図るための評価指標として、これまで7対1入院基本料に関して、次のような指標が用いられてきている。
  - 看護職員の配置数
  - 平均在院日数
  - 患者像や医療提供内容 （重症度、医療・看護必要度）
  - アウトカム （在宅復帰率）

- 急性期入院医療が効率的、効果的に行われるよう、機能分化をどのように進めていくか。また、医療機関のどのような取り組みを促していくべきか。

急性期に係る診療報酬上の評価
～一般病棟入院基本料の施設基準～

○　一般病棟入院基本料では、職員の配置、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」等を施設基準として規定しており、急性期医療の提供及びその体制を評価している。

一般病棟入院基本料の主な施設基準

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
職員の配置	・看護職員の配置；7対1 ・看護職員の最小必要数の7割が看護師 ・常勤医師数の配置；100分の10以上	・看護職員の配置；10対1 ・看護職員の最小必要数の7割が看護師
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者※が1割5分以上入院 （※A項目2点以上かつB項目3点以上）	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価（基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、看護必要度加算の算定が可能）
平均在院日数	18日以内	21日以内
自宅等退院患者割合	75%	―
データの提出	・データ提出加算の届出	―

平成26年度診療報酬改定（平均在院日数に関連した項目）

一般病棟における長期療養の適正化

➢7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。（平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす）

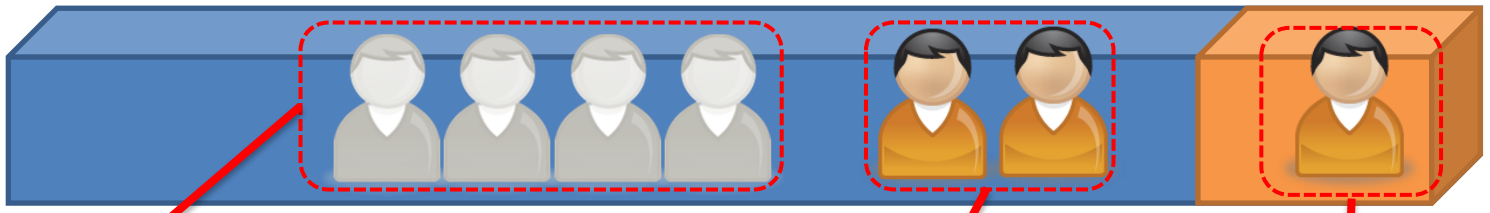
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

＜上記の**②を選択した場合**の対応＞

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、**平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3**とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、**平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能**(平均在院日数の計算対象から除外)。

平成26年度診療報酬改定（平均在院日数に関連した項目）

短期滞在手術基本料の見直し

➢ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

［留意事項］

① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)。

② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

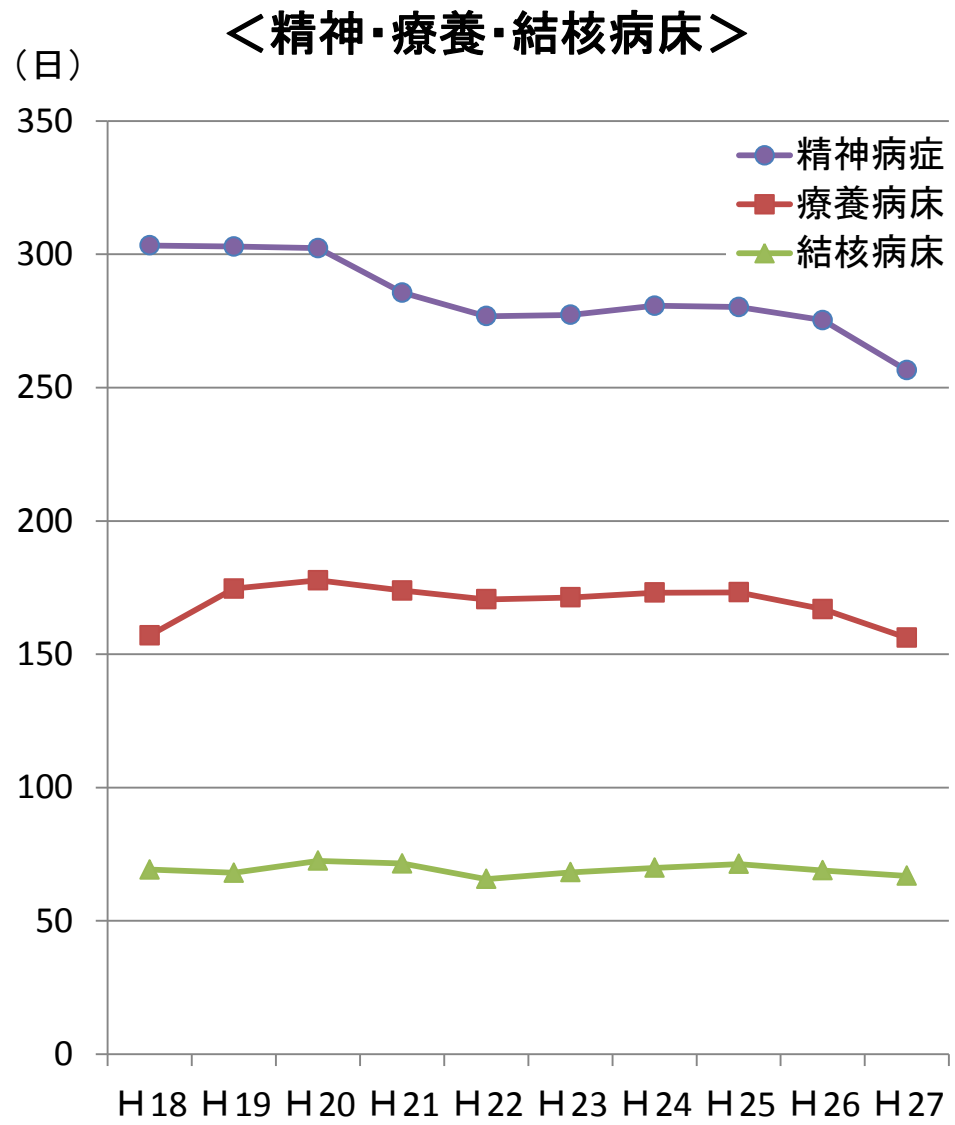
③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。

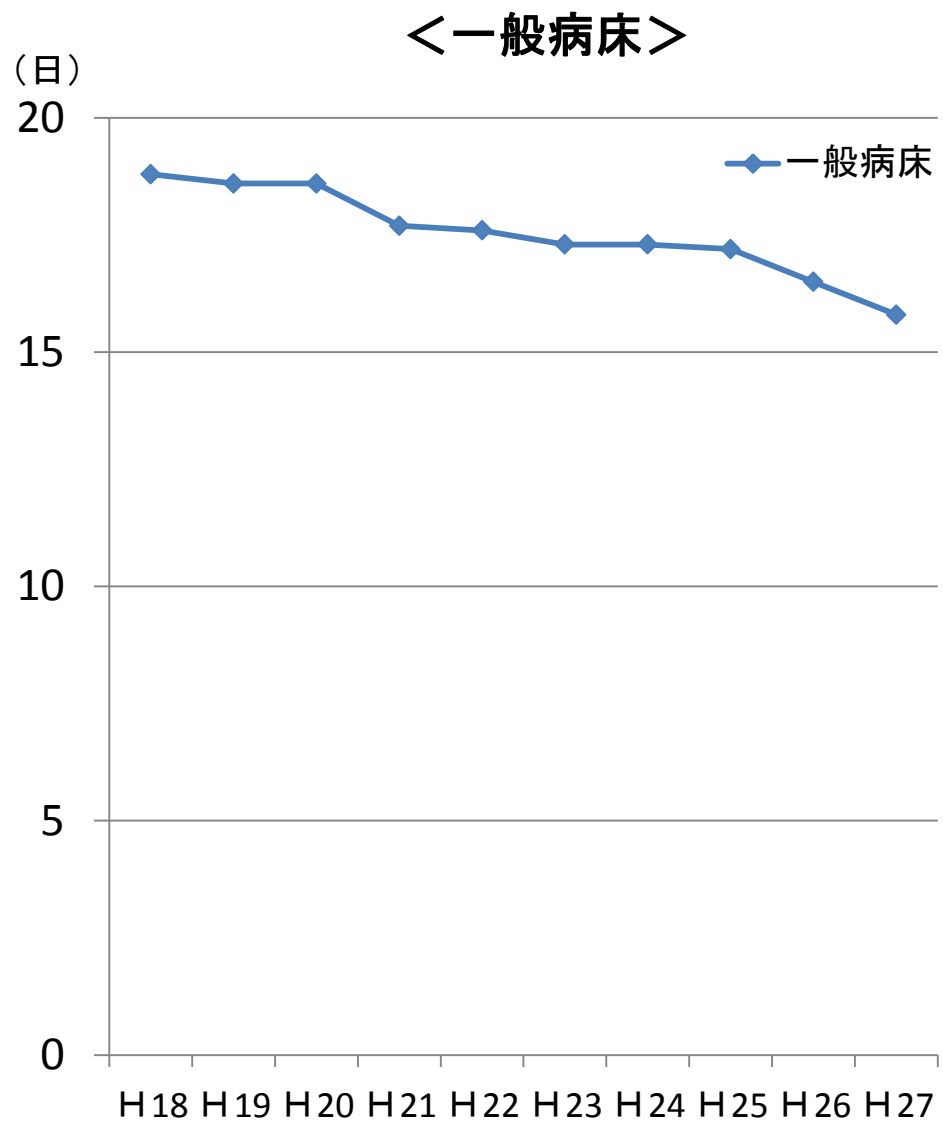
④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。

⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。（例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等）

⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移





$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{在院患者延数}}{1/2\ (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

$$\text{ただし、療養病床の平均在院日数} = \frac{\text{在院患者延数}}{1/2\ \left[\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}\right]}$$

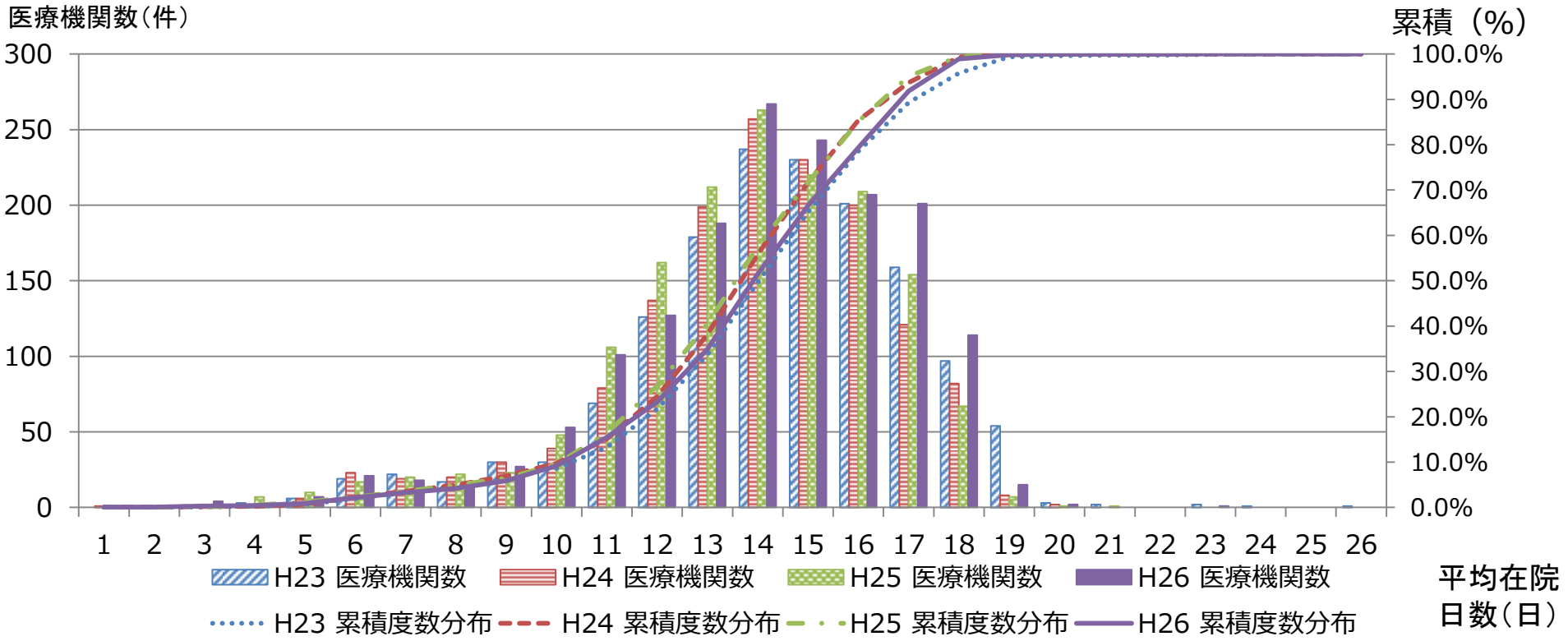
※出典：病院報告

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23年～26年）

○　平成24年度改定において、平均在院日数の施設基準が19日から18日に短縮したことを受け、平成24年度は平成23年度と比べて平均在院日数が18日を超える医療機関が減少し、全体の平均在院日数も短縮した。

○　平成26年度改定において、特定除外制度・短期滞在手術等基本料を見直したことに伴い、平成26年度は平成25年度と比べて全体に計算上の平均在院日数が延長した。



	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
医療機関数	1,489	1,456	1,550	1,617
平均値±SD	14.3±2.9	13.9±2.7	13.8±2.8	14.1±2.8

※平均在院日数は各年の診療報酬上の定義に則り医療機関が届け出たもの

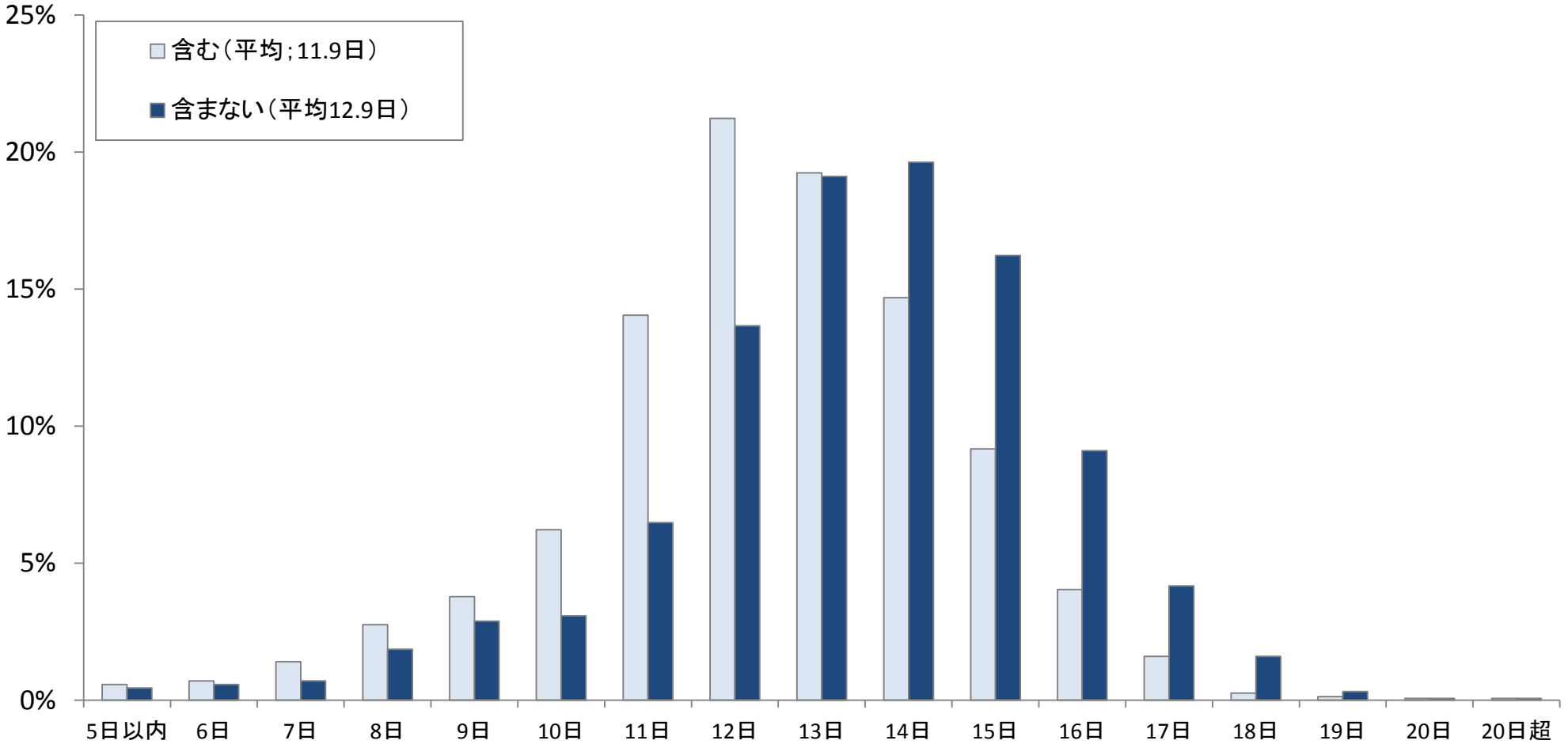
出典：保険局医療課調べ

短期滞在手術等基本料の見直しによる平均在院日数への影響

○ 7対1入院基本料を届け出ているDPC算定病院において、平均在院日数の算出に短期滞在手術等基本料の算定患者を含めることで、平均で1.0日程度平均在院日数に影響を及ぼした。

＜短期滞在手術等基本料算定患者を含む／含まない場合の退院患者の在院日数の平均※（7対1病棟）＞

n=1559



※各医療機関において、集計期間中に退院した患者（90日超の入院患者等を含む）の在院日数の平均値を算出したものであり、診療報酬上の要件となっている平均在院日数とは算出方法が異なる

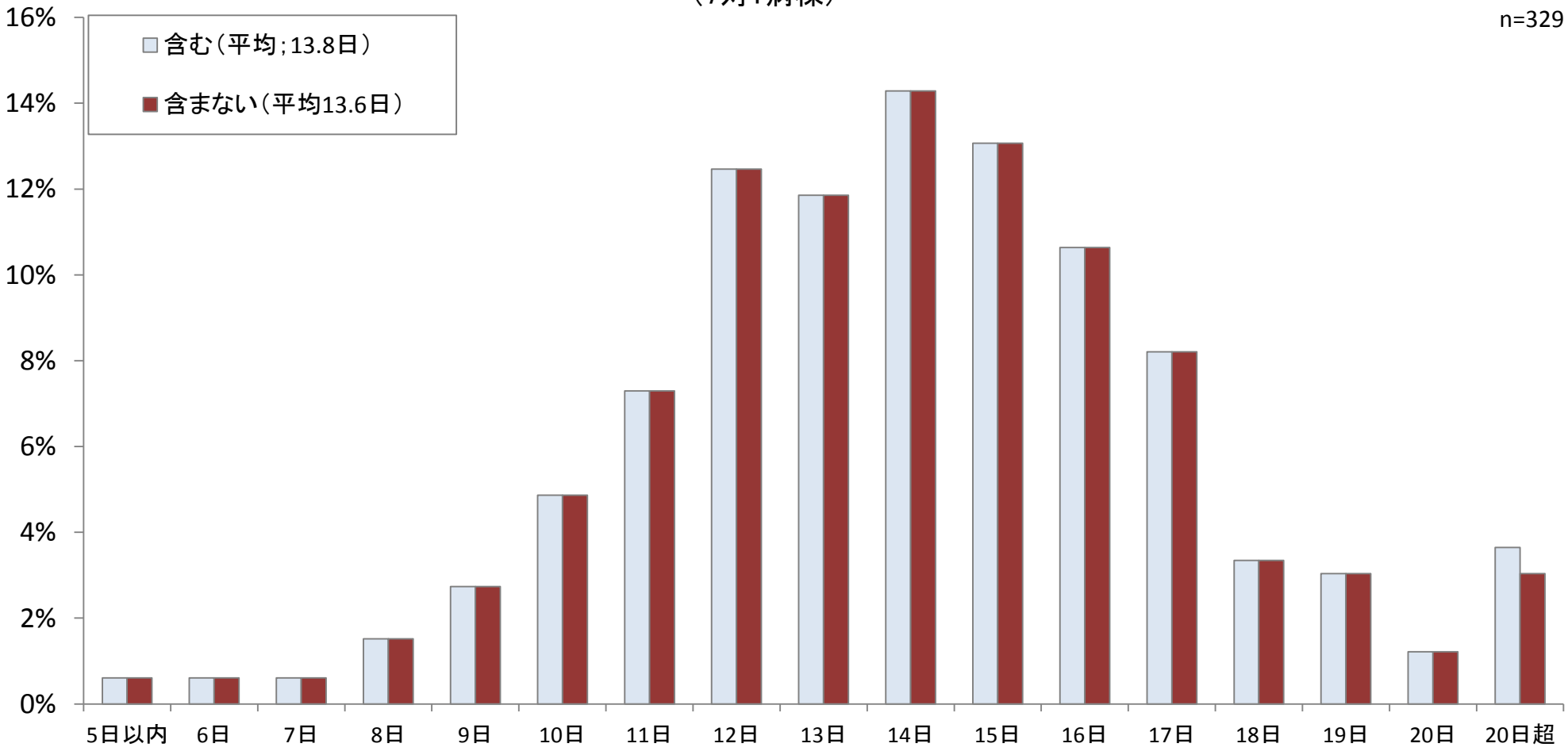
出典：DPCデータ

特定除外制度の見直しによる平均在院日数への影響

○ 7対1病棟において、平均在院日数の算出に特定除外項目に該当する90日超の出来高算定患者を含めることで、平均で0.2日程度平均在院日数に影響を及ぼした。

＜特定除外項目に該当する90日超の出来高算定患者を含む／含まない場合の平均在院日数※＞

（7対1病棟）



※事務局において平成27年1～3月の「新入棟患者数」「新退棟患者数」「在院患者延日数」及び6月の「特定除外項目に該当する90日超の入院患者数」」を元に算出したものであり、診療報酬上の要件となっている平均在院日数とは異なる（短期滞在手術等基本料の算定患者等も含み）

出典：平成27年度入院医療等の調査（施設票）

7対1入院基本料の経緯（「重症度、医療・看護必要度」・平均在院日数）

平成17年　医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年　**7対1入院基本料創設**

平成19年　中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年　**7対1入院基本料の基準の見直し**

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年　**7対1入院基本料の基準の再見直し**

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

平成26年度診療報酬改定（患者の状態像に関連した項目）

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➢急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目（A項目）について、急性期患者の特性を評価する項目**とし、**「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」**に名称を変更する。

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

※　B項目については変更なし。

改定後（A項目）
1　創傷処置　**褥瘡処置　いずれか1つ以上該当する場合**
（削除）
（削除）
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
4　心電図モニター
5　シリンジポンプの使用
6　輸血や血液製剤の使用
7　専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤）、**② 抗悪性腫瘍剤の内服** ③ 麻薬注射薬の使用　**④ 麻薬の内服・貼付**　⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 **⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴**　⑩ドレナージの管理

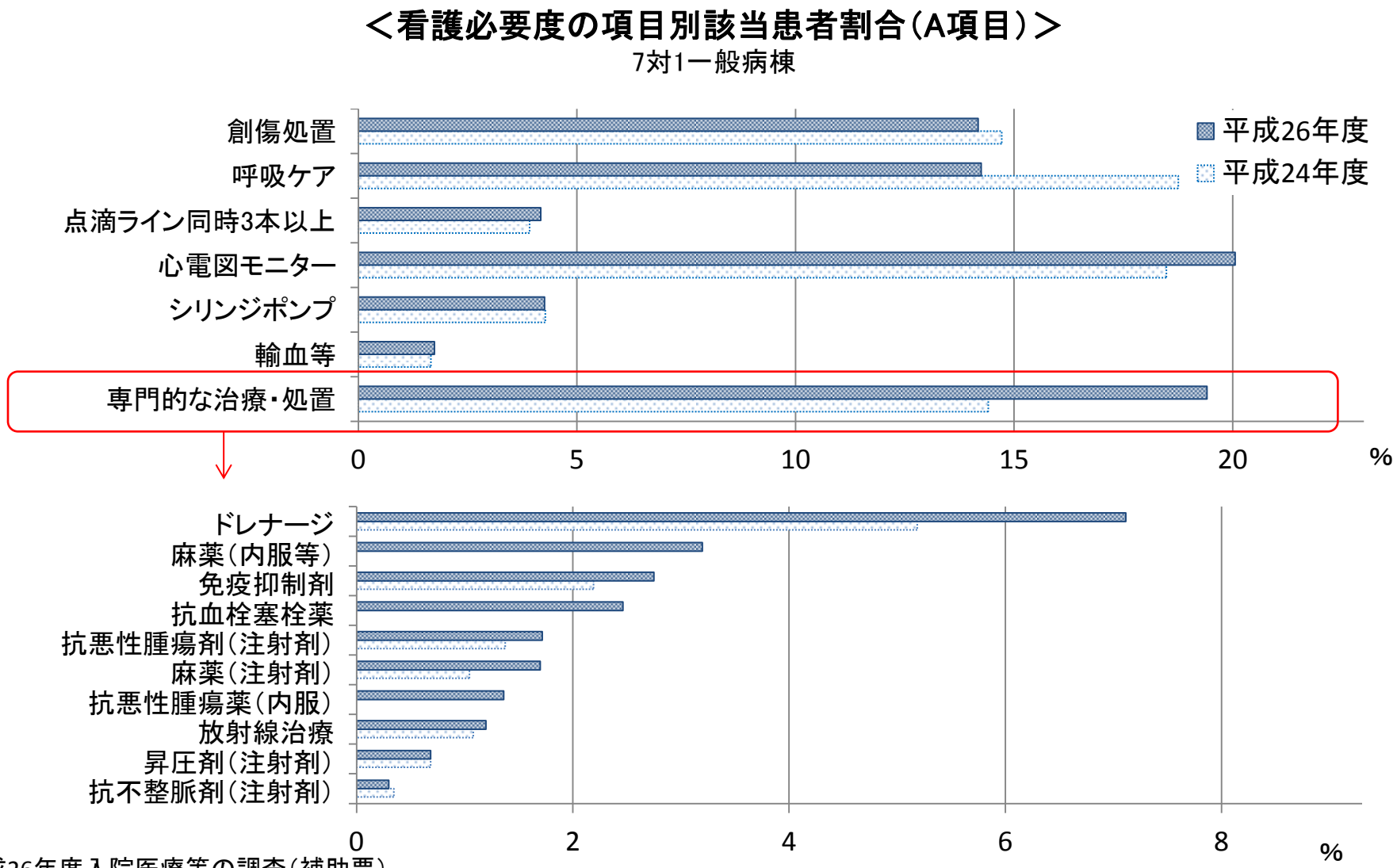
・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

［経過措置］
・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合　1割5分以上　については変更なし。
※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、専門病院入院基本料（悪性腫瘍7割以上）についても、1割5分以上の基準を適用。

重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当割合

○ 「重症度、医療・看護必要度」について、個々の項目別にみた場合、平成26年度診療報酬改定で見直しを行った「呼吸ケア」等の割合が低下し、「専門的な治療・処置」の割合が大きくなっている。

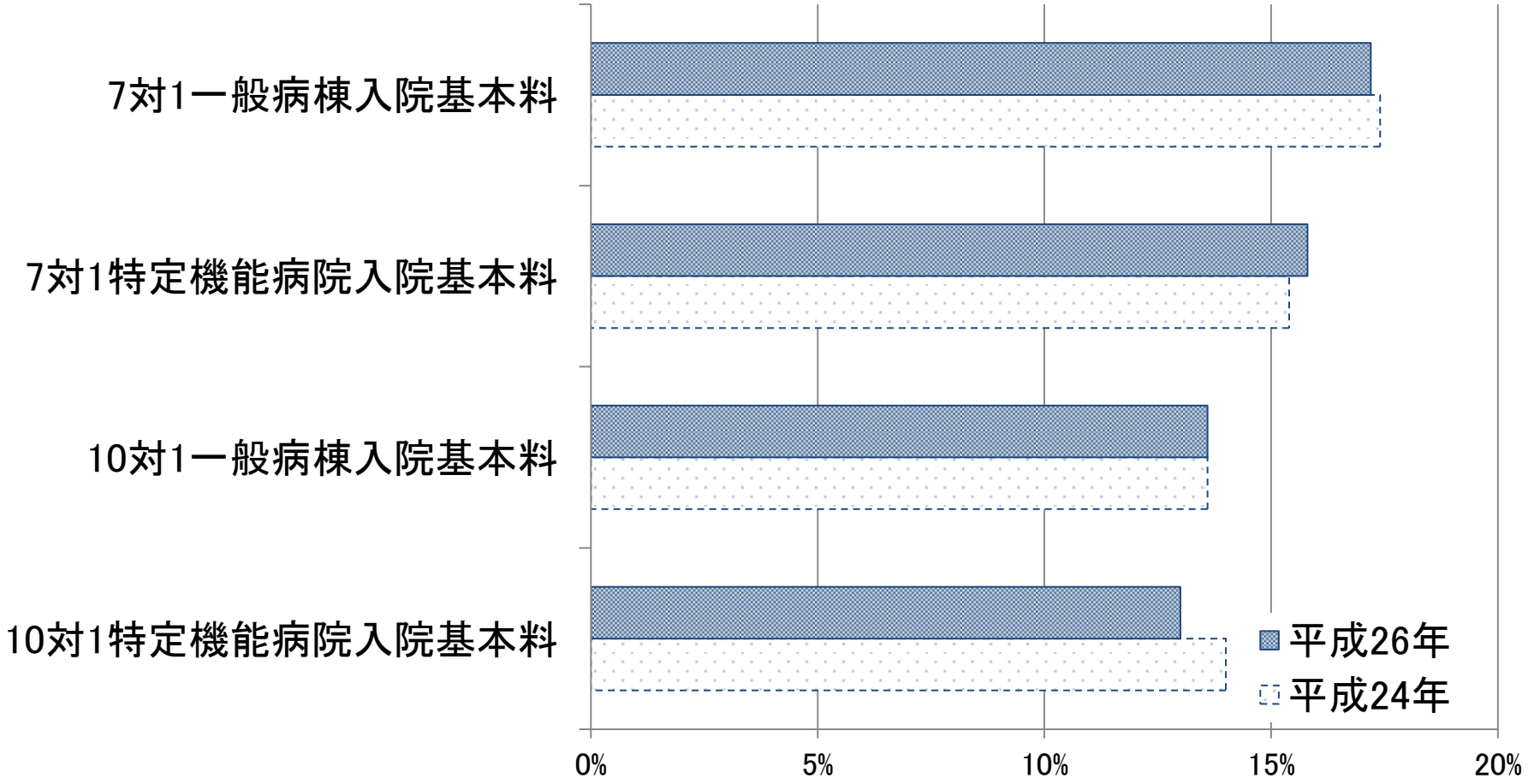


出典：平成26年度入院医療等の調査（補助票）

入院料別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○　7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

＜入院料別の該当患者割合＞



出典：平成26年度入院医療等の調査（補助票）

一般病棟/特定機能病院における重症度、医療・看護必要度の状況

○　特定機能病院では、医療処置等に関するA項目の該当割合が高く、ADL等に関するB項目の該当割合が低い傾向がみられた。また、A項目のうち、専門的な治療処置が高かった。

○　一般病棟では、医療処置等に関するA項目は相対的に低く、ADL等に関するB項目の該当割合が高い傾向がみられた。

＜入院料別の該当患者割合＞

		7対1一般病棟（n=61,298）	7対1特定機能（n=14,240）
A項目（モニタリング及び処置等）	全体の該当割合	28.8%	36.3%
	創傷処置	14.2%	13.8%
	呼吸ケア	14.3%	9.5%
	点滴ライン同時3本以上	4.2%	4.3%
	心電図モニターの管理	20.1%	14.0%
	シリンジポンプの管理	4.3%	5.7%
	輸血や血液製剤の管理	1.7%	2.0%
	専門的な治療処置	19.4%	31.7%

		7対1一般病棟（n=61,298）	7対1特定機能（n=14,240）
B項目（患者の状況等）	全体の該当割合	44.7%	28.8%
	寝返り	36.7%	24.8%
	起き上がり	30.3%	17.4%
	座位保持	33.1%	19.0%
	移乗	44.2%	31.6%
	口腔清潔	41.3%	26.1%
	食事摂取	32.9%	21.6%
	衣服の着脱	51.8%	34.0%

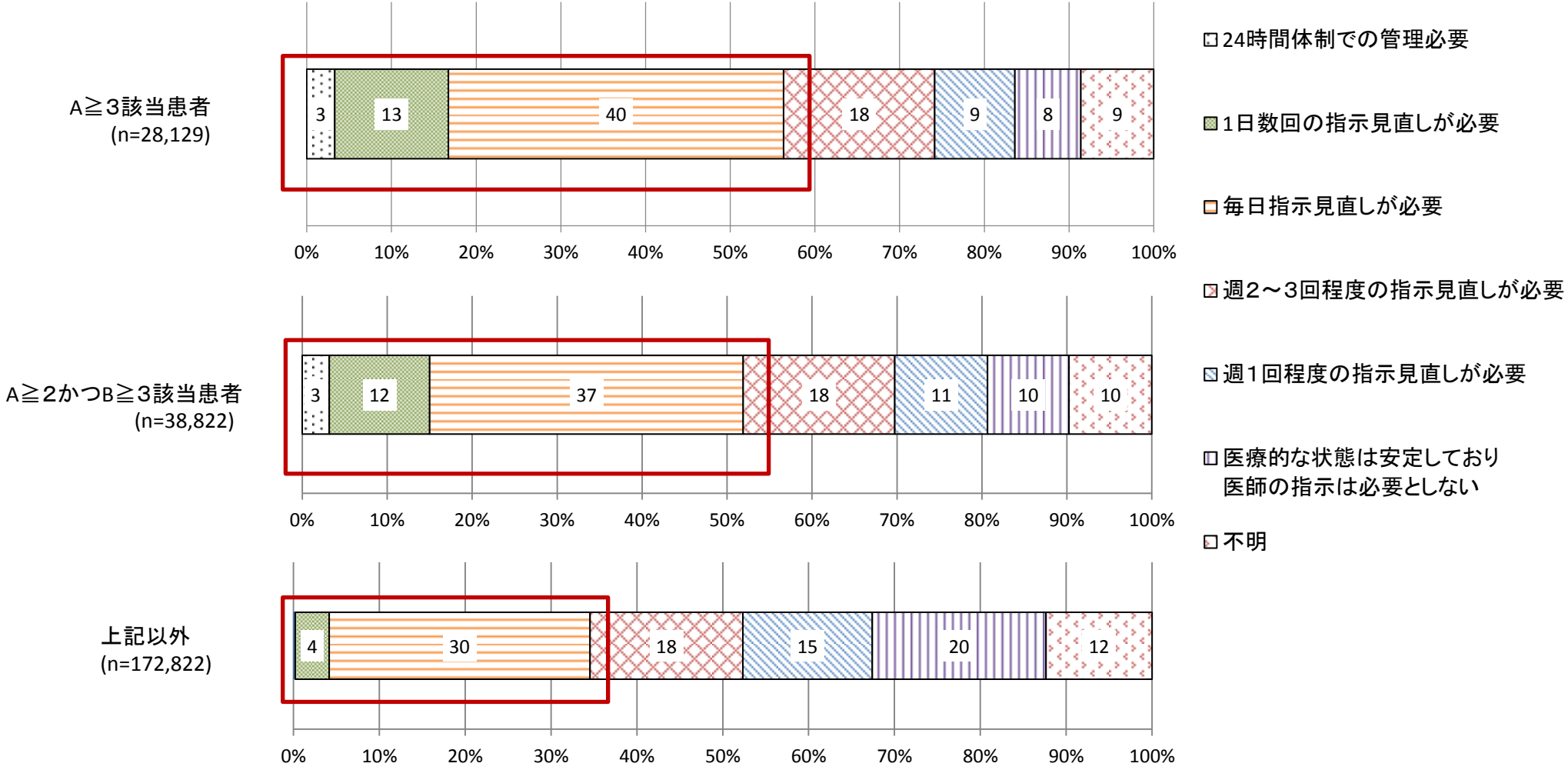
出典：平成26年度入院医療等の調査（補助票）

重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直し頻度

○　重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目２点以上かつB項目３点以上」の患者では、「A項目3点以上」の患者の方が医師による頻回の指示の見直しが必要な患者がやや多かった。

○　また、その他の患者においては、医師による頻回の指示の見直しが必要な患者は少なかった。

＜医師による指示の見直し頻度＞



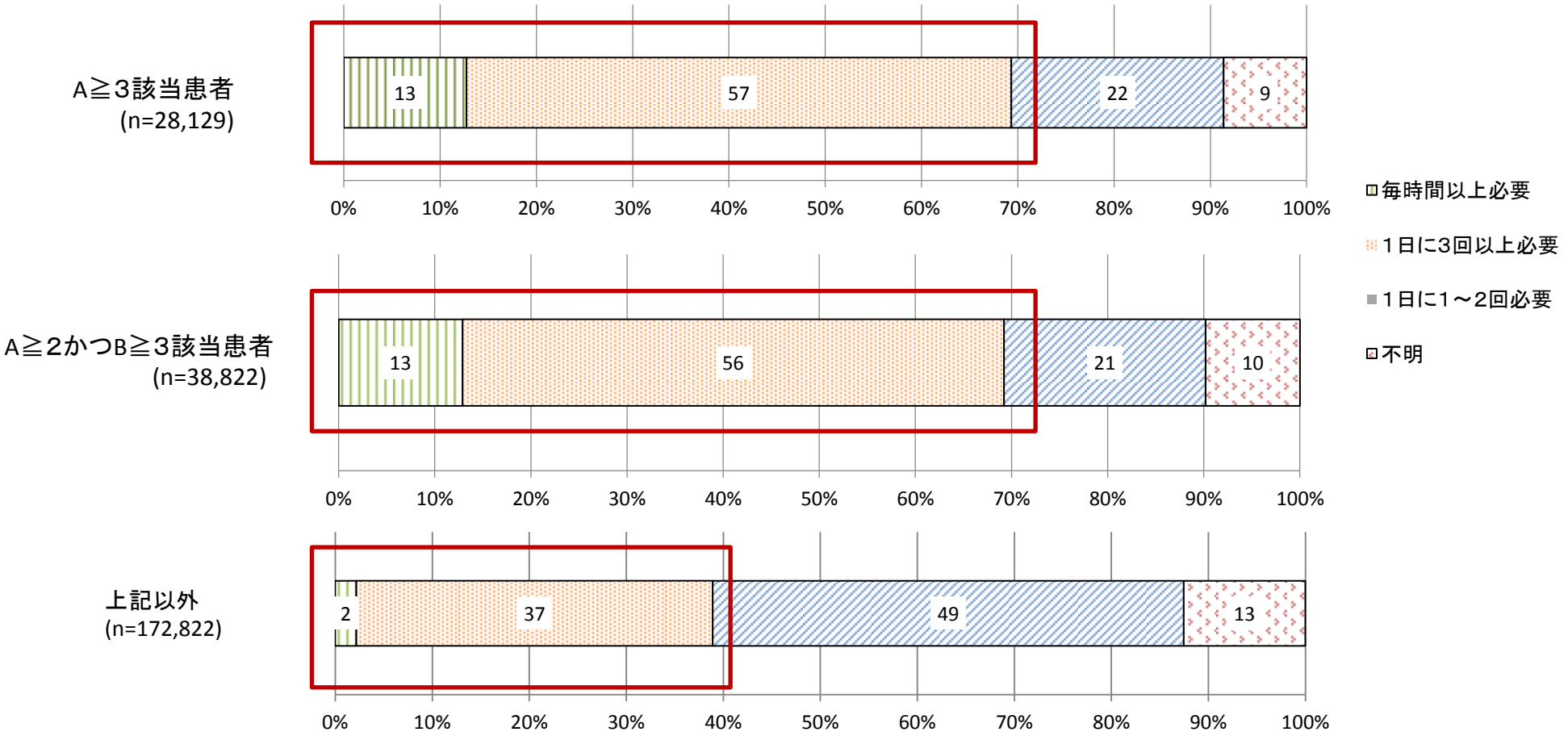
出典：保険局医療課調べ（DPC病院対象）

重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

○　重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目２点以上かつB項目３点以上」の患者では、看護師による頻回の看護が必要な患者割合はほぼ同等であった。

○　また、その他の患者においては、看護師による頻回の看護が必要な患者は少なかった。

＜看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度＞

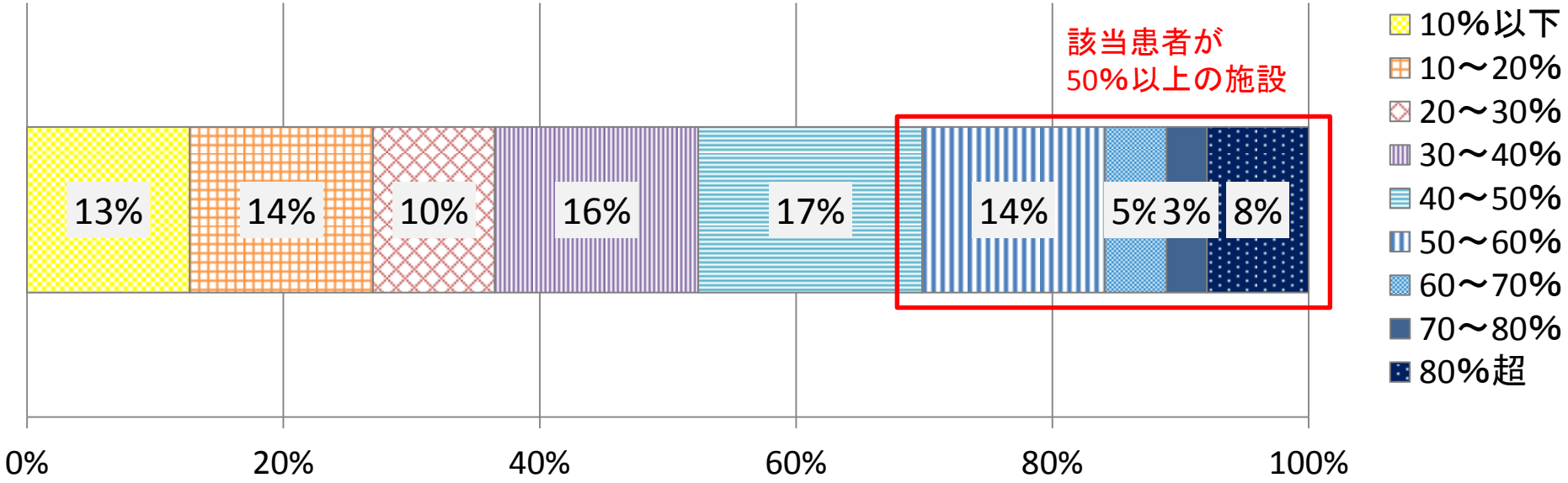


出典：保険局医療課調べ（DPC病院対象）

医師による指示見直しの頻度別の患者の割合別医療機関分布

○　7対1入院基本料の届出医療機関であっても、医師の指示見直しは「週1回程度」またはそれ以下に該当する患者が50%を超える医療機関も存在する。

「週1回程度の指示の見直しが必要」又は「医学的な状態は安定しており、医師の指示は必要としない」に該当する患者割合別の、医療機関分布

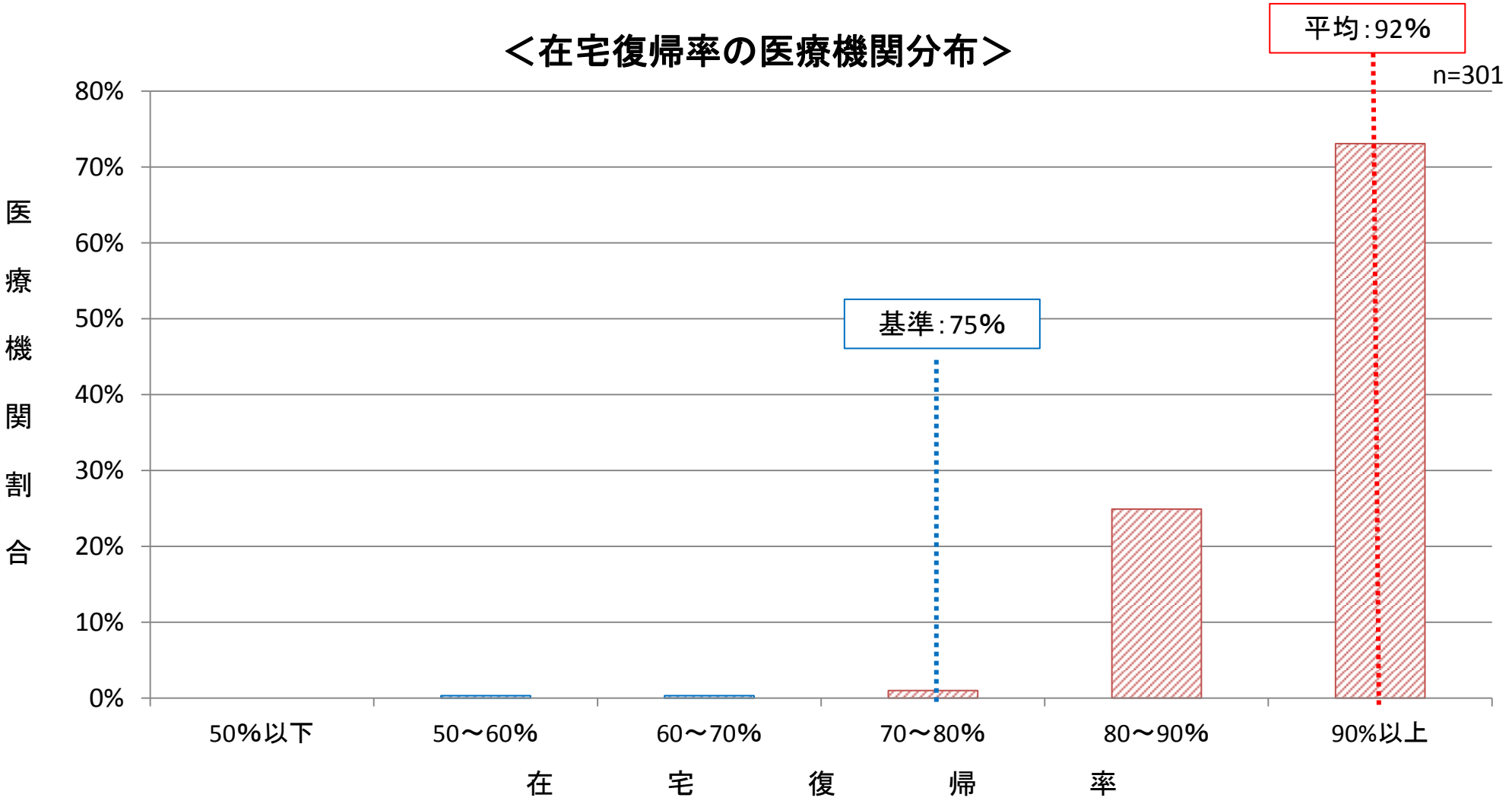


※平成27年2～3月にDPC算定病院（63施設）を対象に、調査期間（2週間）中に入院した全ての7対1入院基本料算定患者（延患者数22万人）に対して、医師による直接医療提供頻度を調査
[選択肢]
1. 医療的な状態は安定しており、医師の指示はほとんど必要としない
2. 週1回程度の指示見直しが必要
3. 週2～3回程度の指示見直しが必要
4. 毎日指示見直しが必要
5. 1日数回の指示見直しが必要
6. 24時間体制での管理が必要

出典：保険局医療課調べ

7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

○ 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。



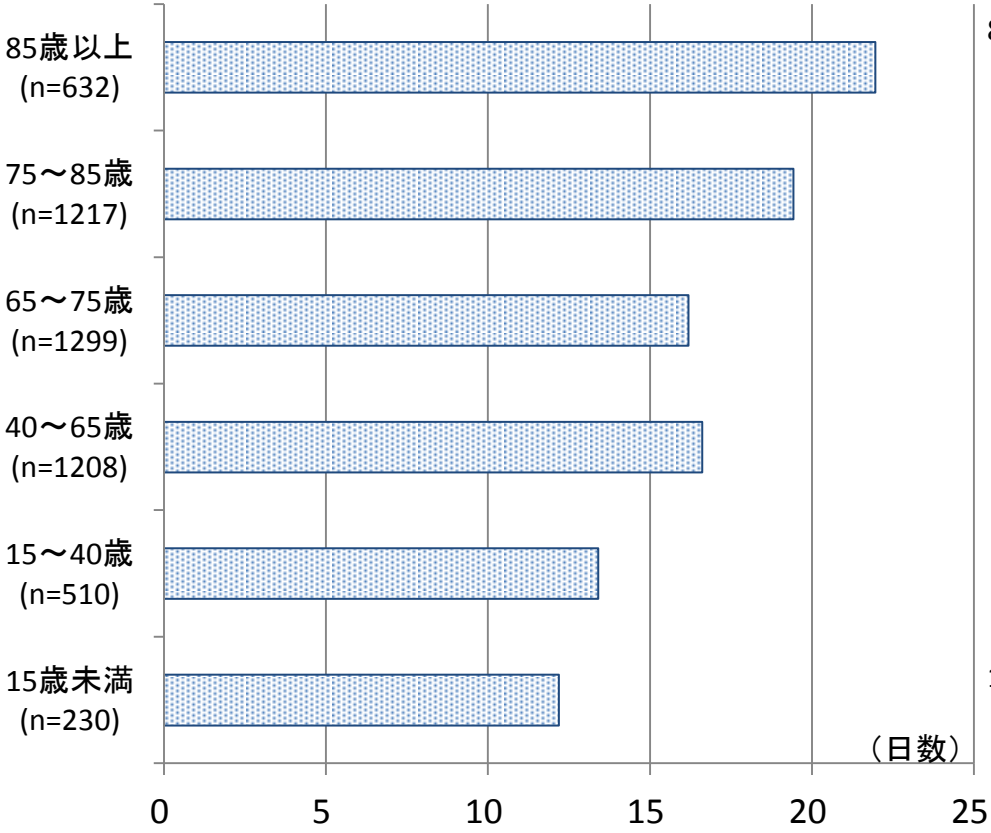
出典：平成26年度入院医療等の調査 （施設票：H26年8月～10月の3月間の在宅復帰率を計上）

年齢階級別の在院日数と退院できない理由

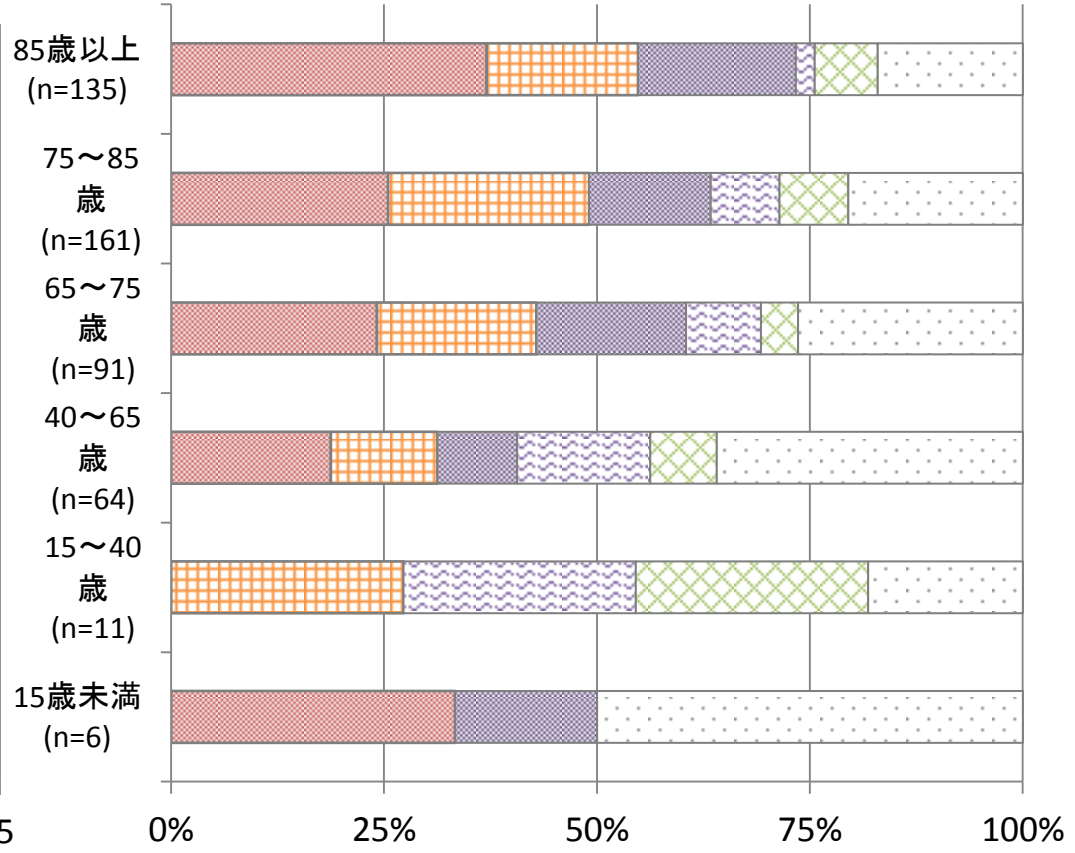
○ 7対1入院基本料の届出医療機関において、年齢が高くなる程在院日数が長くなる傾向がみられた。

○ 「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」患者が退院できない理由として、年齢が高くなる程、「入所先・入院先の施設が確保できないため」や「家族の希望」と回答した割合が高くなる傾向がみられた。

＜退院患者の在院日数（平均）＞



＜入院料別の退院できない理由＞



出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）

地域連携室・退院支援室の設置状況

○　療養病棟では限定的だったものの、病床数の少ない医療機関を含め、多くの医療機関において地域連携支援室又は退院支援室を設置していた。

○　また、病床数の少ない医療機関の方が病床数当たりの専従職員が多い傾向がみられた。

＜地域連携支援室・退院支援室の設置状況（病床規模別）＞

		200床未満		200～500床		500床以上	
		設置あり	設置なし	設置あり	設置なし	設置あり	設置なし
7対1入院基本料	医療機関数	72(86%)	12(14%)	144(100%)	-	67(100%)	-
	職員数(/100床)	4		3		2	
10対1入院基本料	医療機関数	172(73%)	63(27%)	30(88%)	4(12%)	3(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		2	
地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）	医療機関数	70(93%)	5(7%)	26(100%)	-	1(100%)	-
	職員数(/100床)	3		2		0	
回復期リハビリテーション病棟入院料	医療機関数	122(87%)	18(13%)	51(96%)	2(4%)	-	-
	職員数(/100床)	4		2		-	
療養病棟入院基本料	医療機関数	255(60%)	172(40%)	80(87%)	12(13%)	-	-
	職員数(/100床)	3		1		-	

出典：平成26年度入院医療等の調査（施設票）

退院支援に向けた院内の取組について

○　病床規模に関わらず、多くの医療機関で入院時に早期退院に向けた多職種カンファレンスを実施していた。

＜入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスの実施（病床規模別）＞

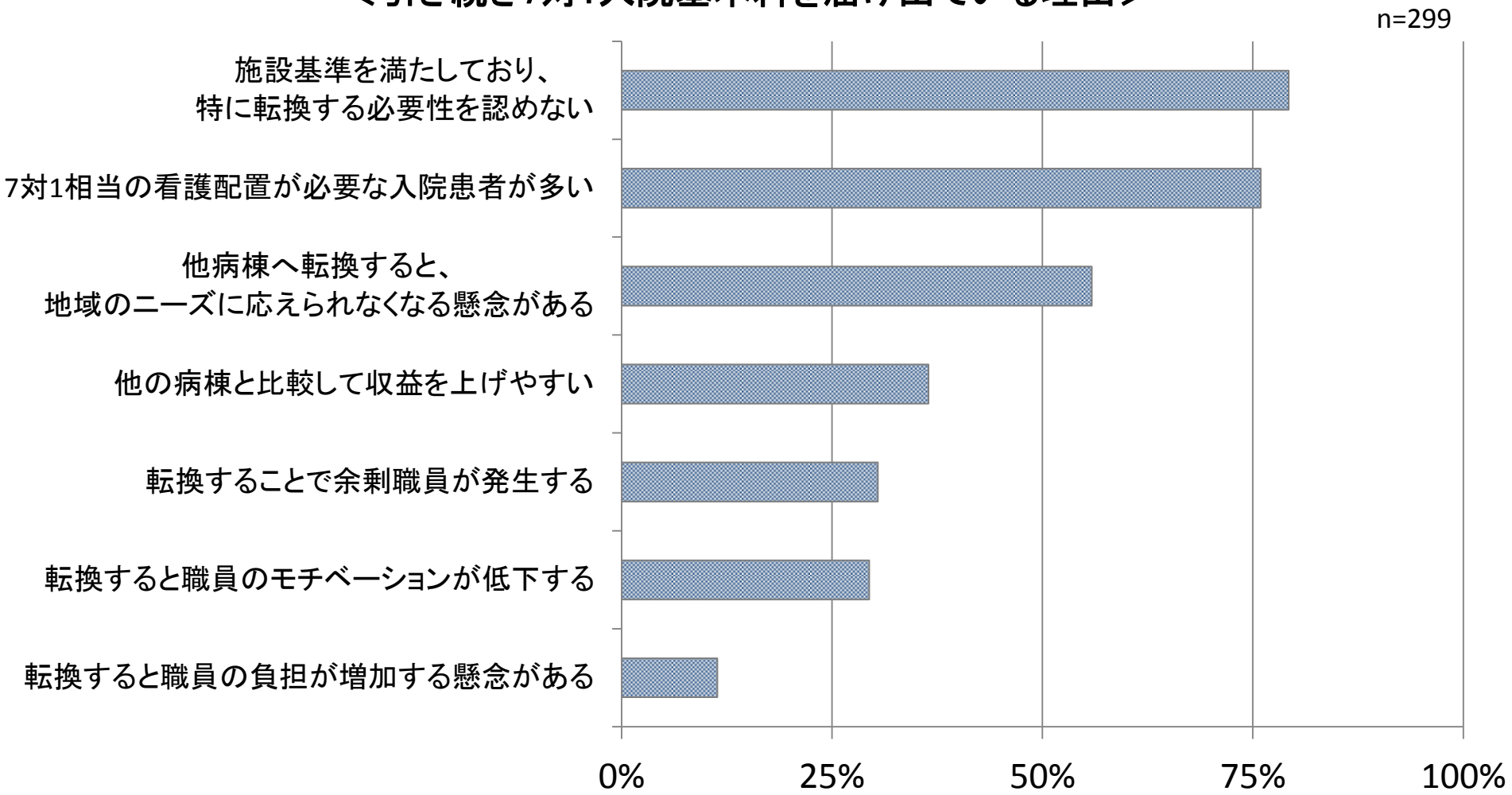
		200床未満		200～500床		500床以上	
		実施あり	実施なし	実施あり	実施なし	実施あり	実施なし
7対1・10対1入院基本料	実施施設数	184(89%)	22(11%)	148(94%)	9(6%)	65(97%)	2(3%)
	平均在院日数	15.2	15.0	13.4	14.9	13.0	13.3
地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）	実施施設数	59(92%)	5(8%)	20(91%)	2(9%)	1	0
	平均在院日数	27.1	26.6	25.4	39.2	21.8	-
回復期リハビリテーション病棟入院料	実施施設数	103(95%)	5(5%)	43(96%)	2(4%)	0	0
	平均在院日数	70.0	65.7	75.6	100.1	-	-
療養病棟入院基本料	実施施設数	174(76%)	54(24%)	55(86%)	9(14%)	0	0
	平均在院日数	214.1	332.7	303.0	378.1	-	-

出典：平成26年度入院医療等の調査（病棟票）

7対1入院基本料を届け出ている理由

○　引き続き7対1入院基本料を届け出ている理由としては、「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めない」「7対1相当の看護配置が必要な入院患者が多い」等の理由が多くみられた。

＜引き続き7対1入院基本料を届け出ている理由＞



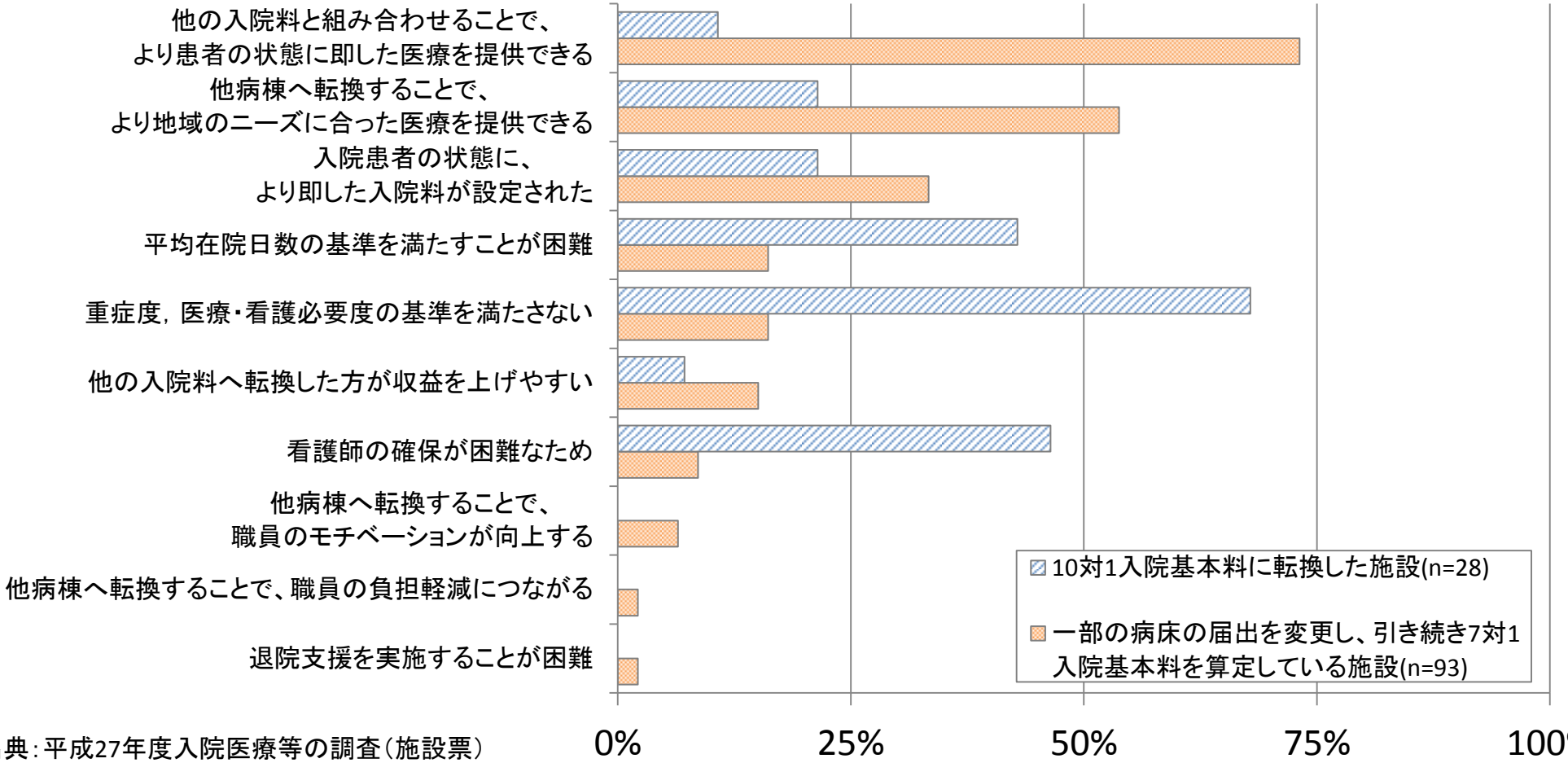
出典：平成27年度入院医療等の調査（施設票）

7対1入院基本料から転換した理由

○ 7対1入院基本料から転換した理由として、

- 一部の病床は転換したものの引き続き7対1入院基本料を算定している施設では、他の入院料と組み合わせることで、より患者の状況に即した医療が提供できる、より地域のニーズに即した医療を提供できると回答した割合が多かった。
- 7対1入院基本料から10対1入院基本料へ転換した施設では、「重症度、医療・看護必要度」や平均在院日数を満たすことが困難である、或いは看護師の確保が困難であると回答した割合が多かった。

＜7対1入院基本料から転換した理由＞



出典：平成27年度入院医療等の調査（施設票）

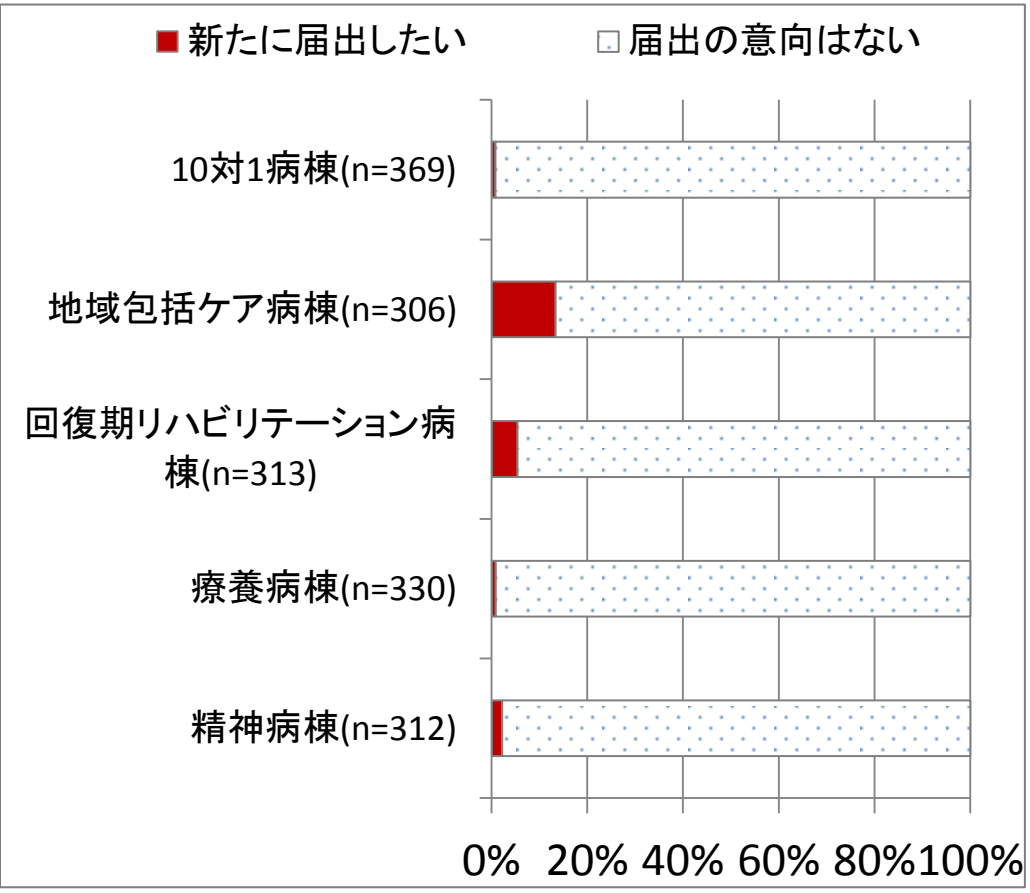
今後の届出の意向について（7対1病棟）

○　7対1病棟において、今後、新たに届出を行いたいとする意見が最も多かったのは地域包括ケア病棟であった。

○　また、今後、さらに病床数を増やしたいとする意見が多かったのは、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟・7対1病棟であった。

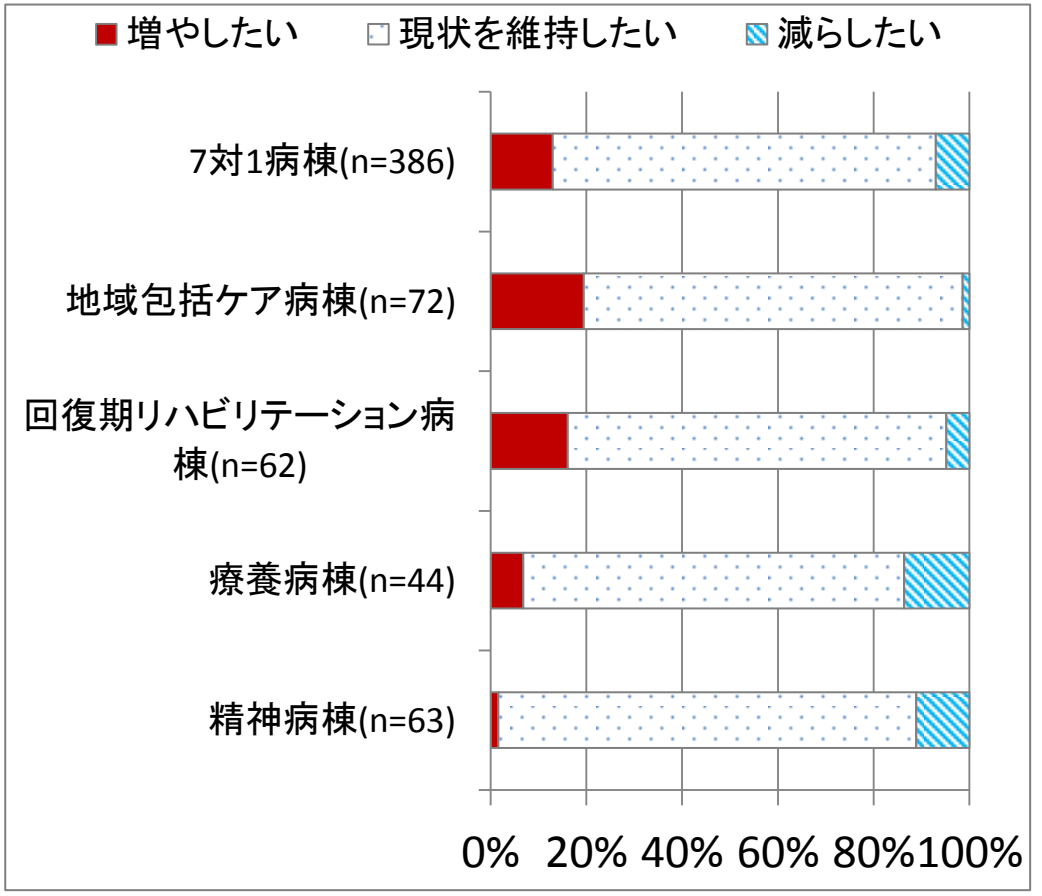
＜今後の意向＞

～当該病棟が<u>ない</u>場合～



＜今後の意向＞

～当該病棟が<u>ある</u>場合～



出典：平成27年度入院医療等の調査（施設票）

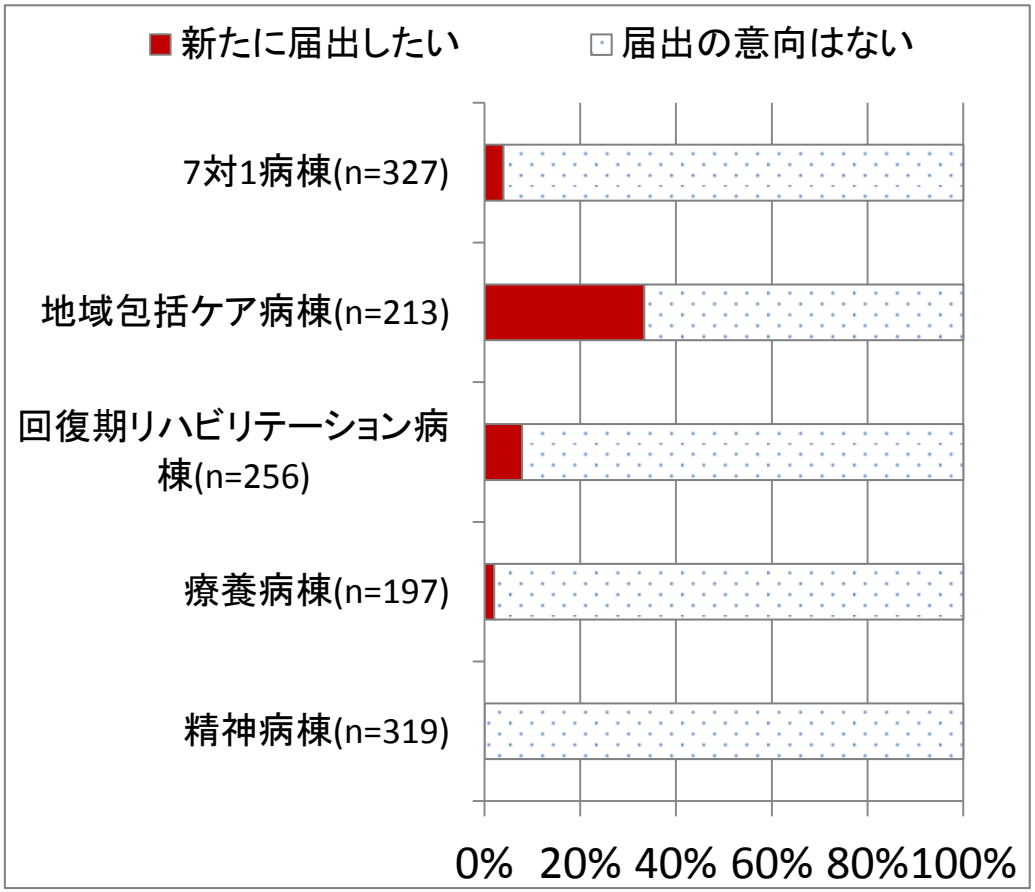
今後の届出の意向について（10対1病棟）

○　10対1病棟において、今後、新たに届出を行いたいとする意見が最も多かったのは地域包括ケア病棟であった。

○　また、今後、さらに病床数を増やしたいとする意見が多かったのは、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟であった。7対１入院基本料の病棟を届け出たいとする医療機関もみられた。

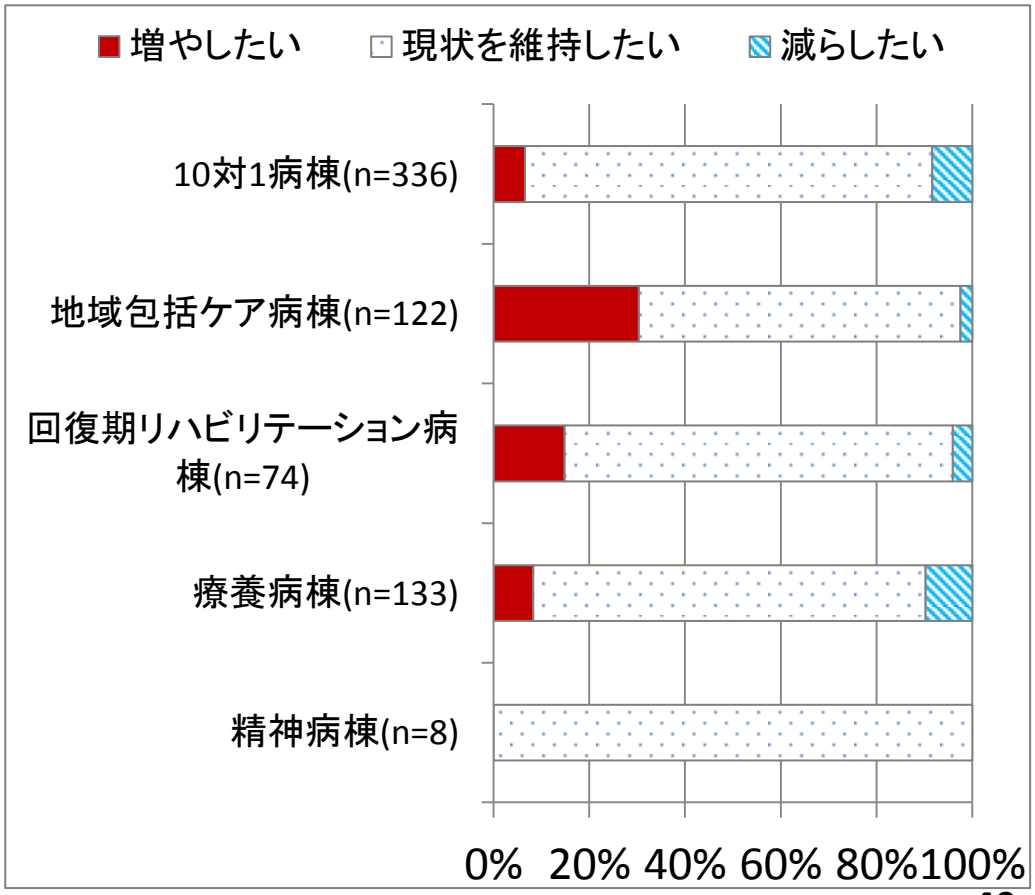
＜今後の意向＞

～当該病棟が**ない**場合～



＜今後の意向＞

～当該病棟が**ある**場合～



出典：平成27年度入院医療等の調査（施設票）

急性期入院医療における機能分化の推進に関する課題と論点

【課題】

- 平成26年度診療報酬改定では、特定除外制度や「重症度、医療・看護必要度」の見直し、在宅復帰率の設定等が行われた。その後、7対1入院基本料を算定する病床は減少したが、依然として全ての種別の中で最も多い状態にある。入院患者数は、近年緩やかに減少する傾向にあるが、平成26年度改定の前後で、7対1病棟における入院患者数や病床利用率の経年的な傾向に大きな変化はみられなかった。
- 現在、急性期病棟の機能を評価する指標としては、看護配置、平均在院日数のほか、急性期医療を必要とする患者像や急性期医療の提供を評価する指標として「重症度、医療・看護必要度」、アウトカムを評価する指標として「在宅復帰率」などが用いられている。
- 平均在院日数については、全体としては緩やかに短縮傾向にある。平成26年度改定では、短期滞在手術等基本料や特定除外制度の見直しにより、平均在院日数の計算のルールが変更され、平均在院日数の算出値が一定程度増加する影響もみられた。
- 7対1入院基本料を算定する病棟には、幅広い状態の患者が入院しており、一部に状態の安定している患者の割合が多い施設がみられるなど、医療機関の診療状況にはばらつきがあった。
- 多くの医療機関で、地域連携室を設置したり、入院時に早期退院に向けた多職種カンファレンスを実施するなど、退院支援の取り組みが行われている。
- 一般病棟を有する医療機関のうち、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を今後新たに設置又は増やしたいとする医療機関は比較的多い。また、７対１入院基本料から１０対１入院基本料に移行を希望する医療機関もある一方、１０対１入院基本料から７対１入院基本料への移行を希望する医療機関もみられる。

【論点】

○　急性期入院医療の更なる機能分化を図るため、急性期医療の必要な患者像の適切な評価を図るなどの取り組みを進めていくべきではないか。併せて、早期退院や在宅復帰に向けた支援を充実していくべきではないか。

１．入院医療における機能分化の推進について

２．医療従事者の負担軽減とチーム医療の推進について

３．短期滞在手術等基本料について

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し（その１）

➢ 勤務医の負担の大きな原因となっている、当直や夜間の呼び出しなど、時間外・休日・深夜の対応についての改善を図るため、手術及び一部の処置の「休日・時間外・深夜加算」の見直しを行う。

【改定前】手術・１５０点以上の処置

休日加算	80/100
時間外加算	40/100
深夜加算	80/100

【改定後】手術・１,０００点以上の処置

休日加算　１	160/100
時間外加算　１	80/100
深夜加算　１	160/100

※　従来の加算については加算「２」とする

[施設基準]

(1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。

(1) 予定手術前の当直（緊急呼び出し当番を含む。）の免除※を実施していること。（年12日までは実施しなくてもよい）

※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、当該日数にはカウントしない。

(2)下記のいずれかを実施していること。（診療科ごとに異なってもよい）

①交代勤務制※　（常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと）

※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。

②チーム制（医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し,緊急呼び出し当番の翌日は休日※）

※1　当番日の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。
※2　緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。
※3　休日・時間外・深夜の対応を当直医（他の診療科の当直医を含む。）が行ってもよい。

③時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第一助手）の手当支給※

※（ア）または（イ）のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。（記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。）
（ア）その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給　（イ）年間に行った数に応じた手当を支給

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価②

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し（その2）

[施設基準の続き]

(3)採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として※医師以外が実施していること（新生児を除く。）

※1　教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。ただし、研修医が所属する診療科で実施する場合で、研修プログラムに支障のない範囲に限る。

※2　医師以外の医療従事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施しても良い。（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合も含む。）

(4)下記のいずれかに該当すること。

ア）年間の緊急入院患者数が200名以上である

イ）全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である

ウ）第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院である

(5)下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施していること

ア）当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること

イ）当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し、改善計画を作成すること。

[算定要件]

(1)手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

(2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

➢　緊急内視鏡検査の評価を行うため、内視鏡検査の時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

【新設】

休日加算	80/100
時間外加算	40/100
深夜加算	80/100

[算定要件]

(1)緊急内視鏡検査である場合のみ算定し、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

(2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価③

夜間における看護補助者の評価

➢ 急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職員の負担を軽減する体制の推進を図る。

夜間急性期看護補助体制加算

改定前	
夜間看護補助者の配置	点数
50対1	10点
100対1	5点

改定後	
夜間看護補助者の配置	点数
（新） 25対1	35点
（改） 50対1	25点
（改） 100対1	15点

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

（参考）急性期看護補助体制加算の施設基準

（1） 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。

（2） 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院

（3） 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の割合が10対1入院基本料においては5%以上

（4） 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価④

医師事務作業補助体制の評価

➢　医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、医師事務作業補助者の業務を行う場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

（医師事務作業補助体制加算）

改定前	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

（新）　医師事務作業補助体制加算１

改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点

［施設基準］

①　医師事務作業補助者の業務を行う場所について、８０％以上を病棟又は外来とする。

②　看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。

※　従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算２とする。

※　病棟および外来とは、それぞれ入院医療、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。（ただし、医局や、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室は含まない。）

チーム医療の推進について①
～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

改定前	改定後
【病棟薬剤業務実施加算】 （週１回）　１００点 注：（前略）週１回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して４週間を限度とする。	【病棟薬剤業務実施加算】 （週１回）　１００点 注：（前略）週１回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して**８週間を限度とする**。

チーム医療の推進について②

在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

（新）歯科医療機関連携加算　100点【医科点数表】
＜診療情報提供料の加算＞

[算定告示]

注13　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

イ　**在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者**について、歯科訪問診療の必要性を認め、**在宅療養支援歯科診療所に対して**情報提供を行った場合

チーム医療の推進について③

周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関の情報提供に係る評価

（新）歯科医療機関連携加算　100点【医科点数表、再掲】

＜診療情報提供料の加算＞

[算定告示]

注13　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において、口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア　**歯科を標榜していない病院が、医科点数表第2章第10部の手術の第1節第6款、第7款及び第9款に掲げる悪性腫瘍手術（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）又は第8款に掲げる心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術若しくは造血幹細胞移植の手術を行う患者**について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、**歯科を標榜する保険医療機関に対して**情報提供を行った場合

チーム医療の推進について④

周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

（新）周術期口腔機能管理後手術加算　100点【医科、歯科点数表】
＜手術の部の通則加算＞

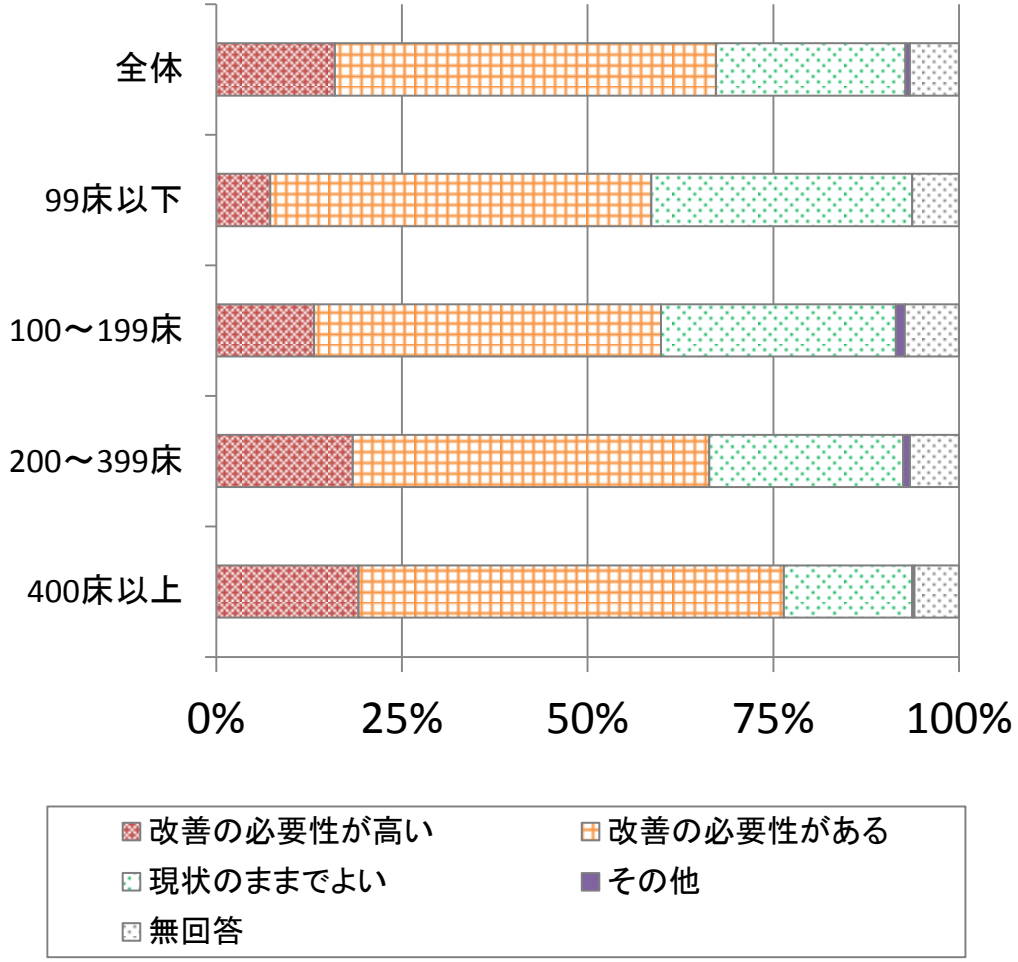
［算定告示］
【医科点数表】
通則17　**歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内**に、第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第８款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を手術の所定点数に加算する。
【歯科点数表】
通則15　**区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（１に限る。）又はＢ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅱ）（１に限る。）を算定した患者に対して、算定後１月以内**に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。

周術期口腔機能管理料（Ⅰ）　手術前　190点　→　280点
周術期口腔機能管理料（Ⅱ）　手術前　300点　→　500点

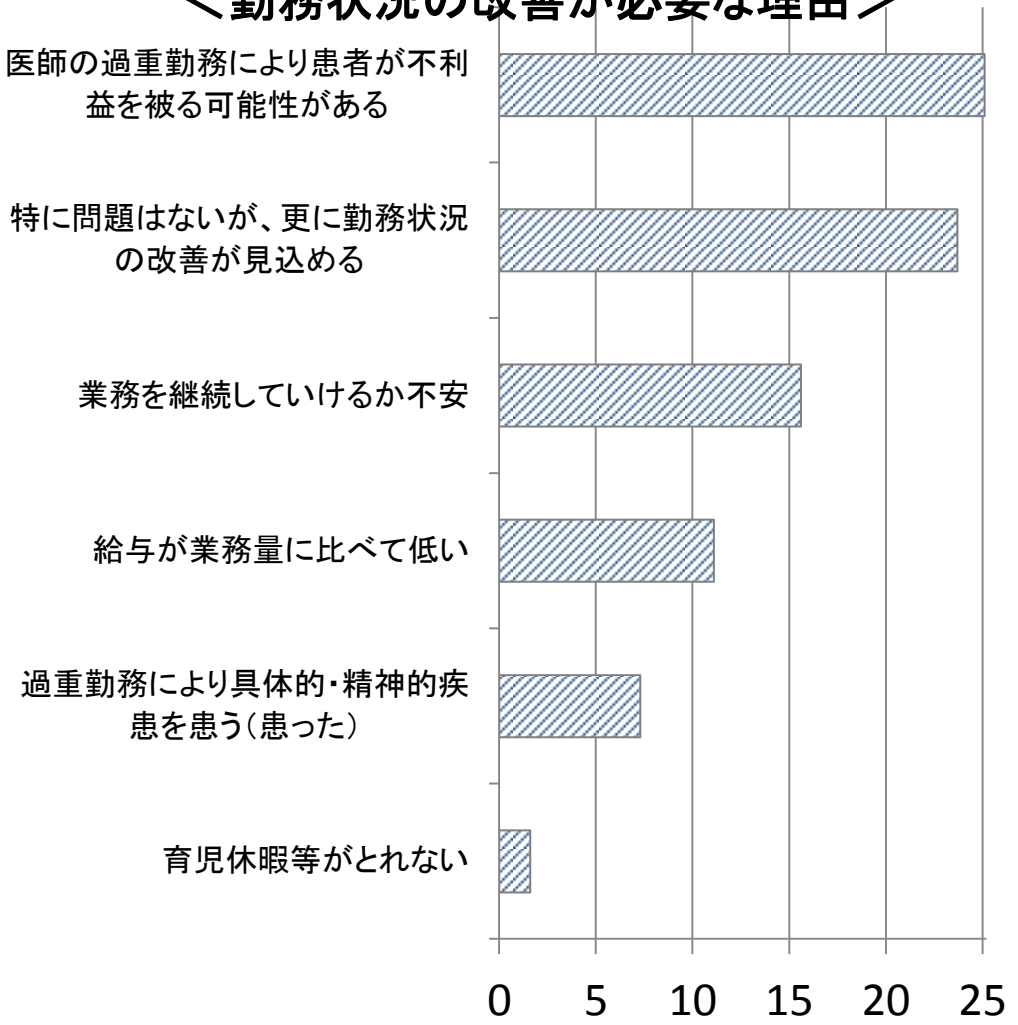
医師の勤務状況について①

○　病床規模に関わらず、多くの医師が勤務状況の改善が必要だと感じており、改善が必要な理由としては、「過剰勤務により患者が不利益を被る可能性がある」ためとする回答が最も多かった。

＜現在の勤務状況についての評価＞



＜勤務状況の改善が必要な理由＞

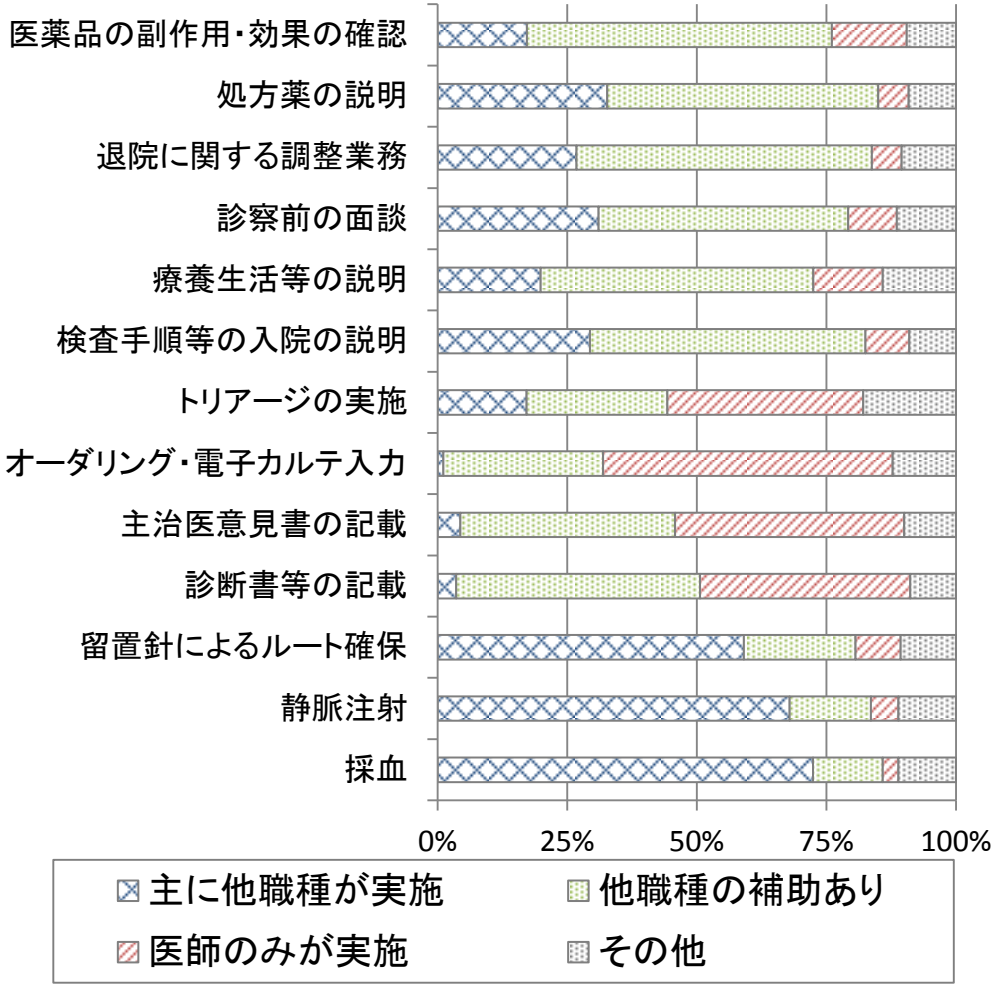


出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；医師票）

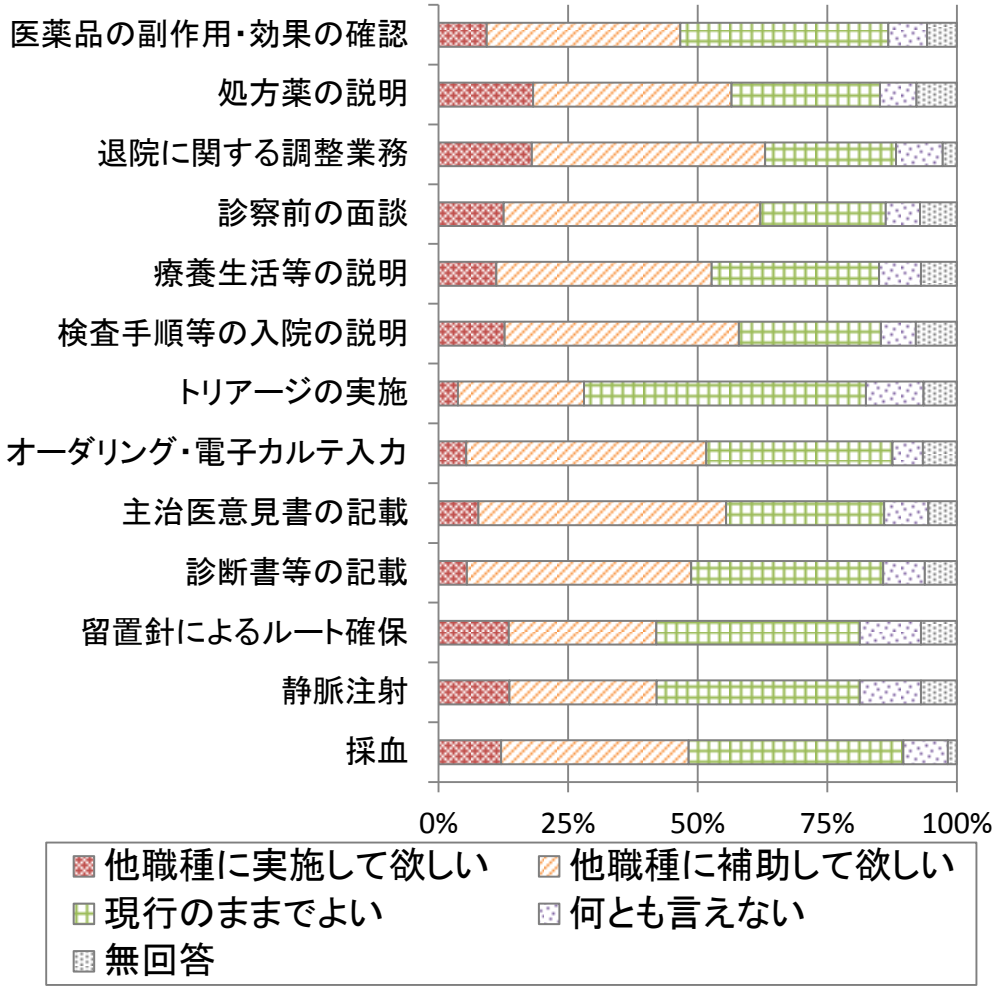
医師の勤務状況について②

○　採血等については、過半数の医療機関で医師以外の職種によって実施されており、業務の分担が進んでいた。また、医師が他職種に補助して欲しい割合が最も高かったのは、退院に関する調整業務であった。

＜業務の分担状況＞



＜他職種への期待＞

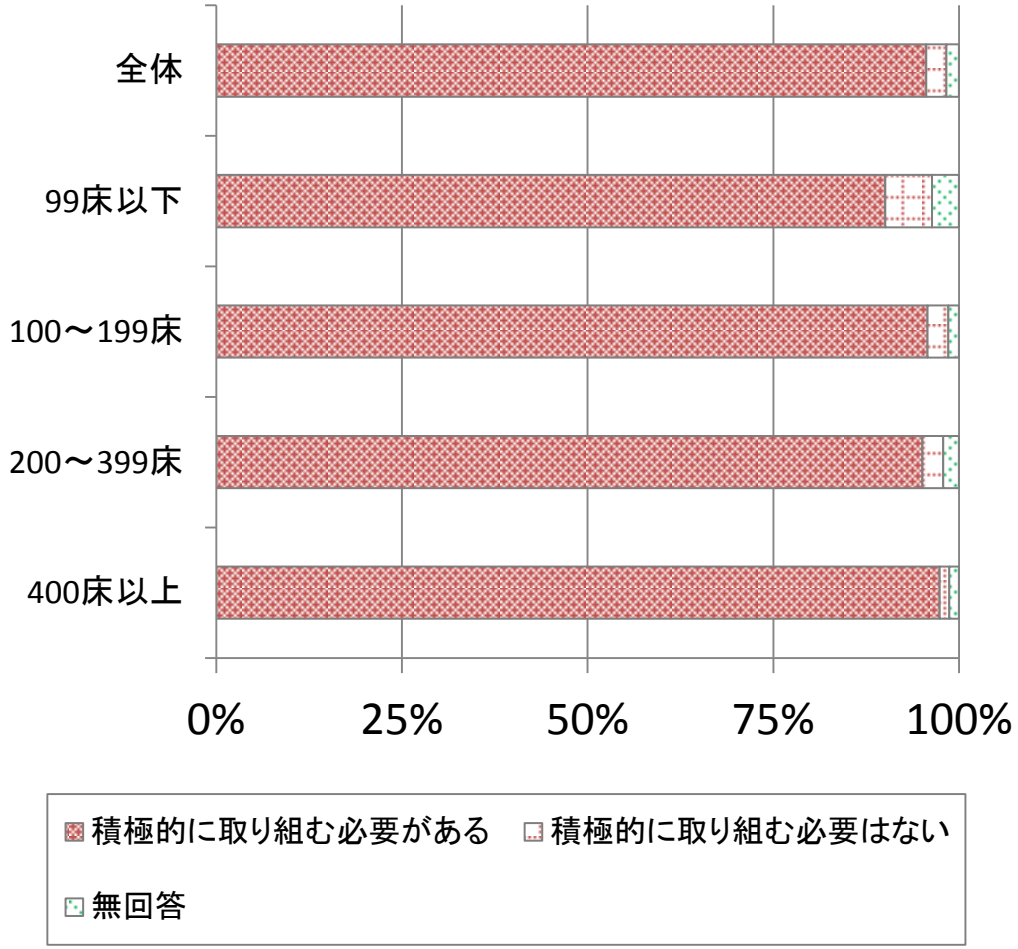


出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；医師票）

看護師の勤務状況について

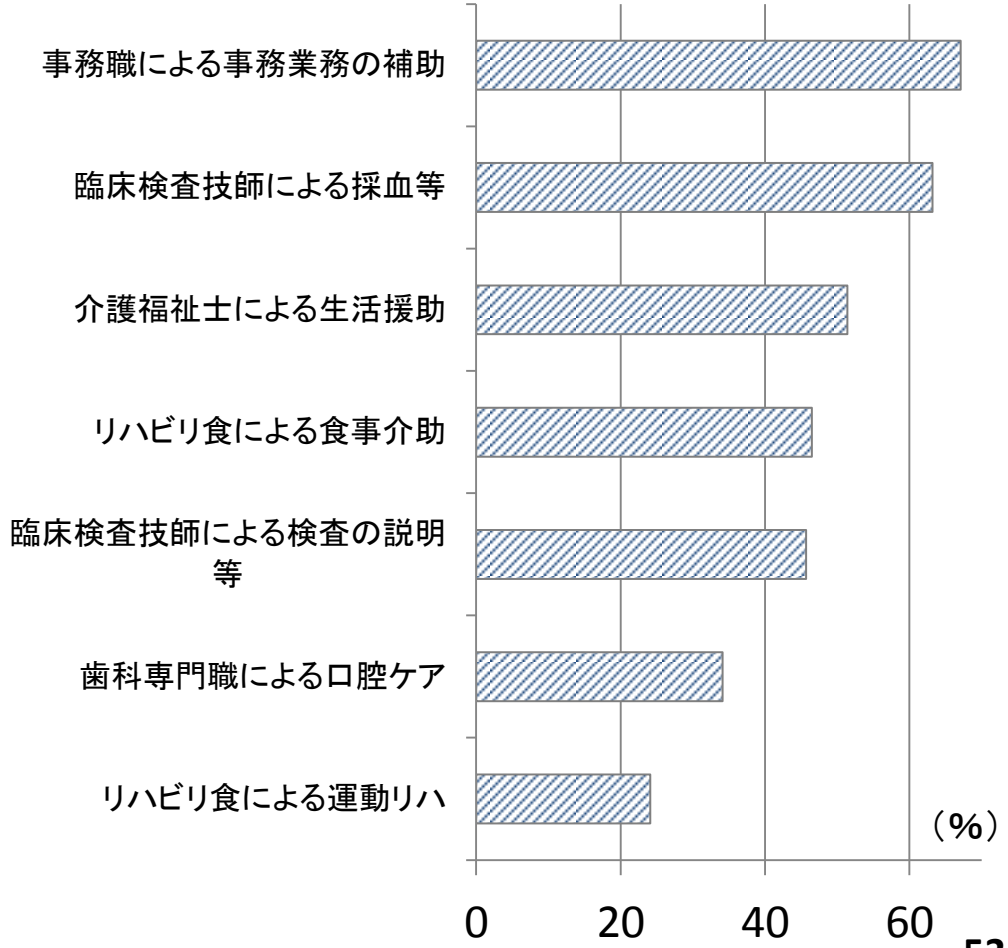
○　多くの看護職員が負担軽減に積極的に取り組む必要あると考えており、具体的な取組としては、事務職による事務業務の補助や臨床検査技師による採血等の業務が挙げられた。

＜看護職員の負担軽減に取り組む必要性＞



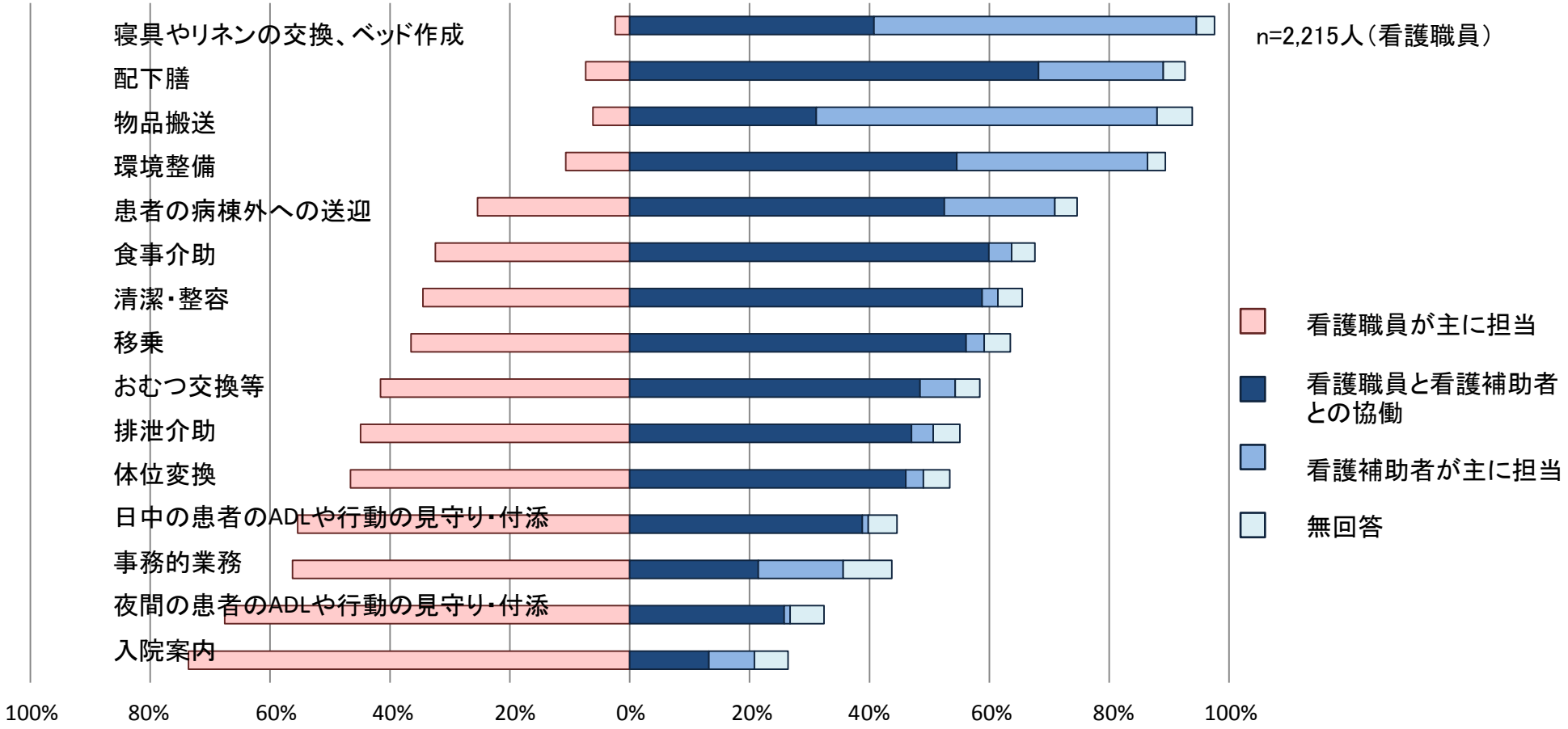
出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；看護師長票）

＜業務負担改善に必要な取組＞



業務別看護補助者との業務分担状況

○　看護補助者が単独で行う業務の多くは、物品搬送、寝具やリネンの交換、ベッド作成であり、看護職員が主に行う業務の多くは、入院案内、患者の見守り・付き添い、事務的業務であった。他の業務については、看護職員が主に行う場合と、看護補助者とで協働して行う場合とで同程度であった。



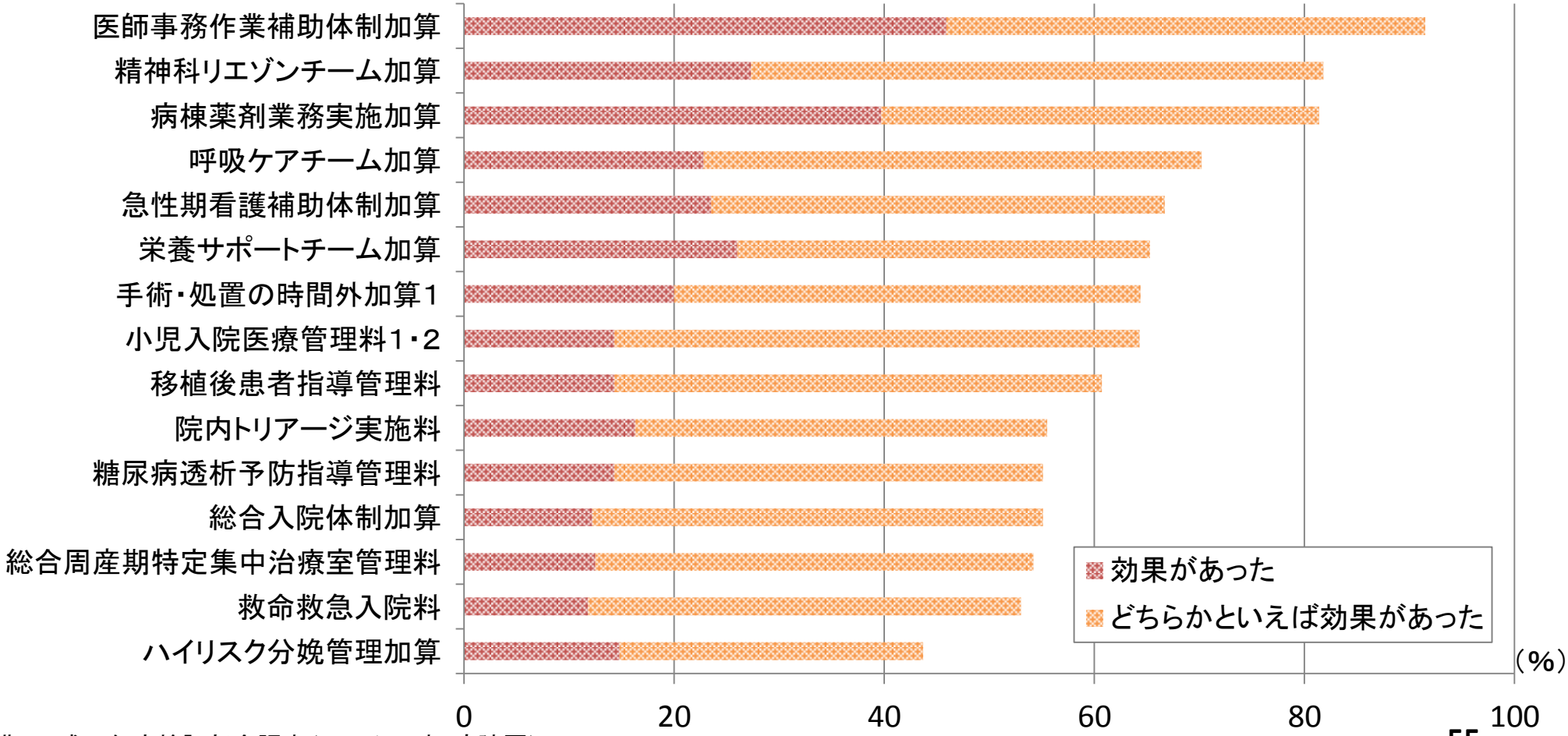
出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；看護職員票）

負担軽減に関する診療報酬項目の効果

○　医師事務作業補助体制加算や精神科リエゾンチーム加算、病棟薬剤業務実施加算については、算定している医療機関の80%以上が効果があった又はどちらかと言えば効果があったと回答した。

＜負担軽減に関する診療報酬項目の効果＞

～各項目を算定している医療機関～



出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；病院票）

チーム医療に関連する評価の算定状況

○　チーム医療に関連する診療報酬上の項目は算定回数・届出施設数ともに増加傾向にあり、特に栄養サポートチーム加算・病棟薬剤業務実施加算の算定回数が多い。

		平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
精神科リエゾンチーム加算	算定回数	―	―	528	1,500	1,919
	届出施設数	―	―	38	49	54
栄養サポートチーム加算	算定回数	11,326	28,427	42,271	50,818	51,637
	届出施設数	431	708	933	1,073	1,141
呼吸ケアチーム加算	算定回数	0	839	1,078	1,209	1,191
	届出施設数	179	250	330	372	411
病棟薬剤業務実施加算	算定回数	―	―	140,390	198,814	174,403
	届出施設数	―	―	895	1,097	1,189
歯科医療機関連携加算	算定回数	―	―	―	―	2,696
	届出施設数	―	―	―	―	―
周術期口腔機能管理後手術加算	算定回数	―	―	―	―	749
	届出施設数	―	―	―	―	―

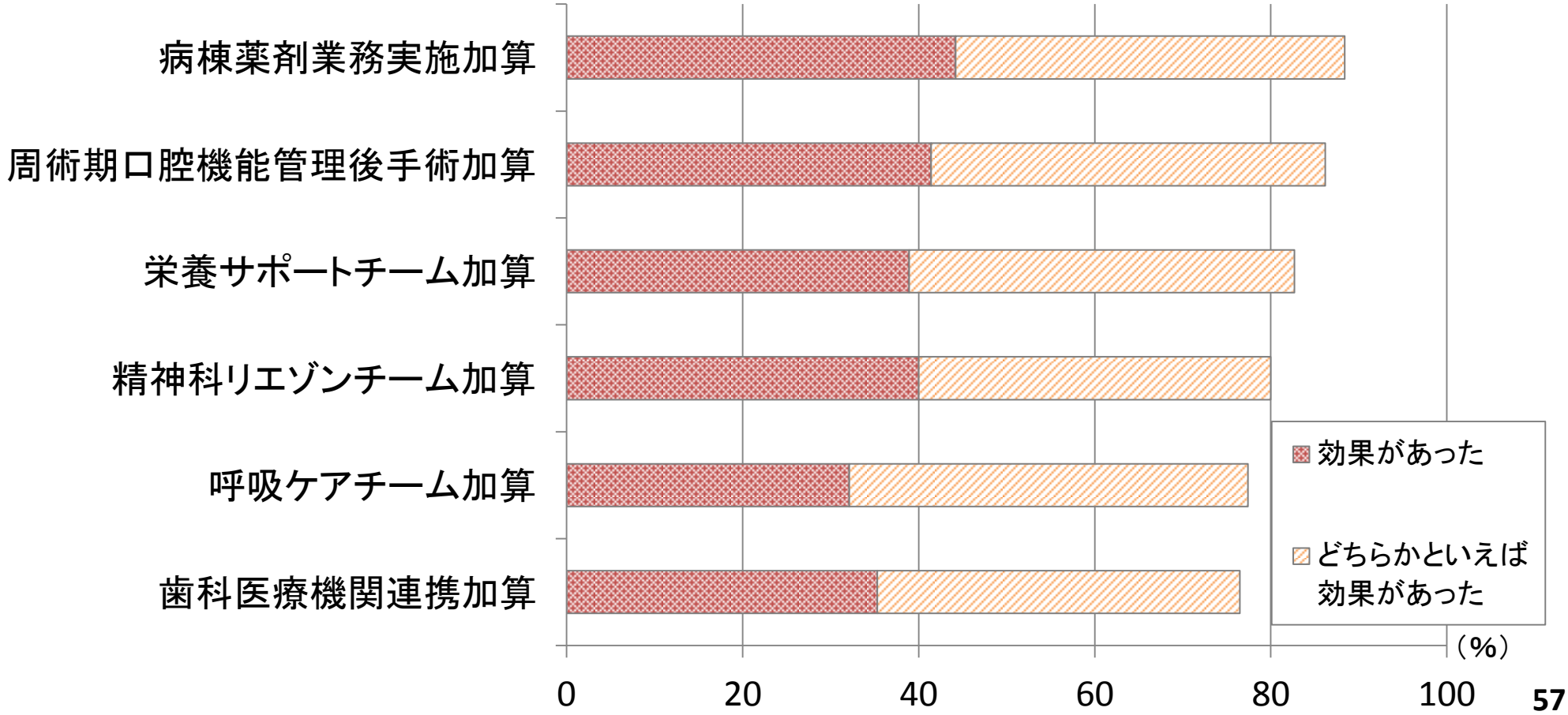
出典：社会医療診療行為別調査（各6月審査分）、医療課調べ

チーム医療に関する診療報酬項目の効果

○　病棟薬剤業務実施加算や周術期口腔機能管理後手術加算等については、算定している医療機関の80%以上が効果があった又はどちらかといえば効果があったと回答した。

＜チーム医療に関する診療報酬項目の医療サービス向上効果＞

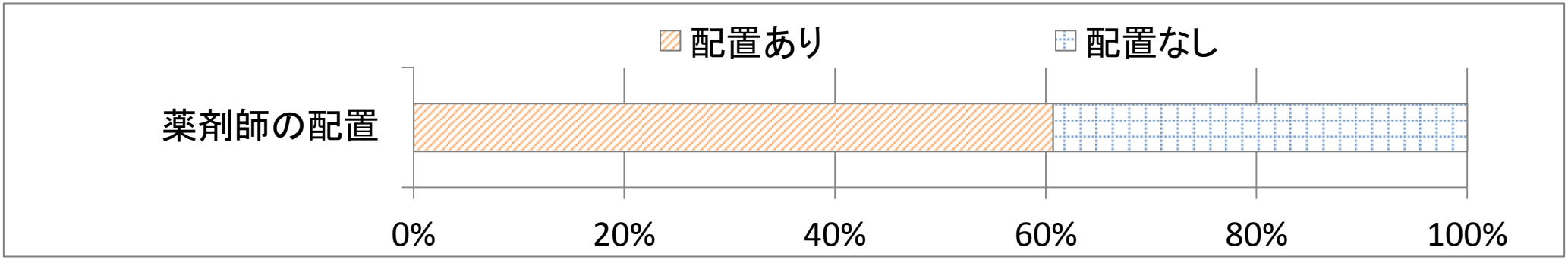
～各項目を算定している医療機関～



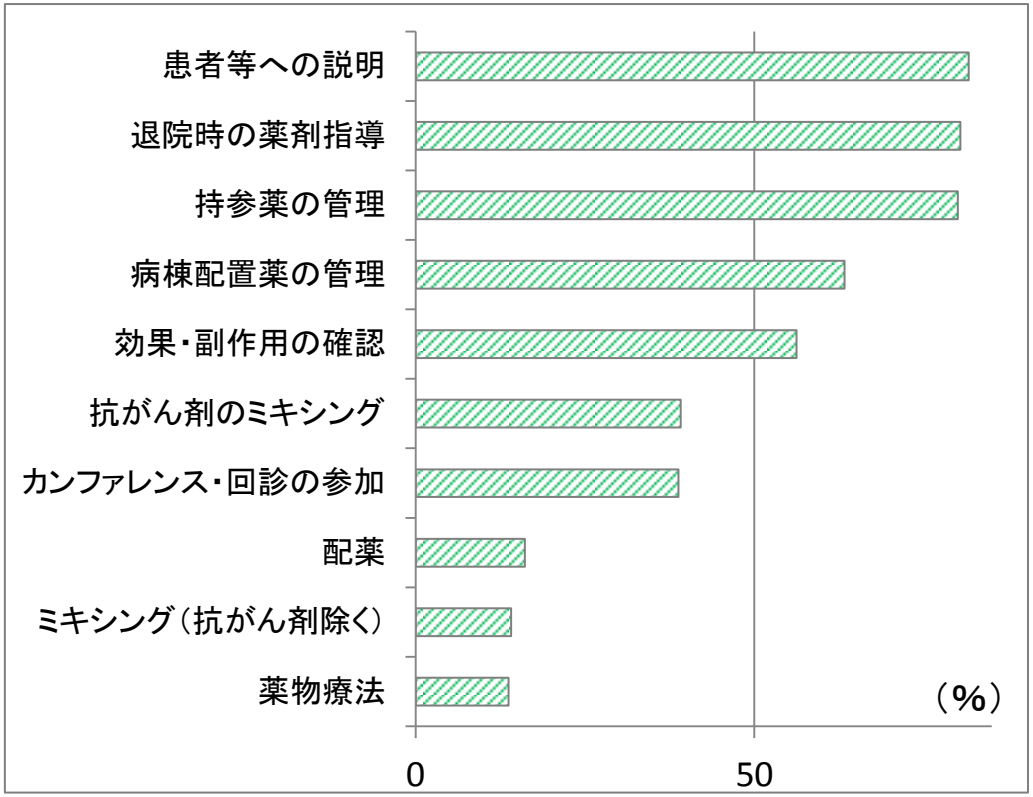
出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；病院票）

病棟における薬剤師配置の効果

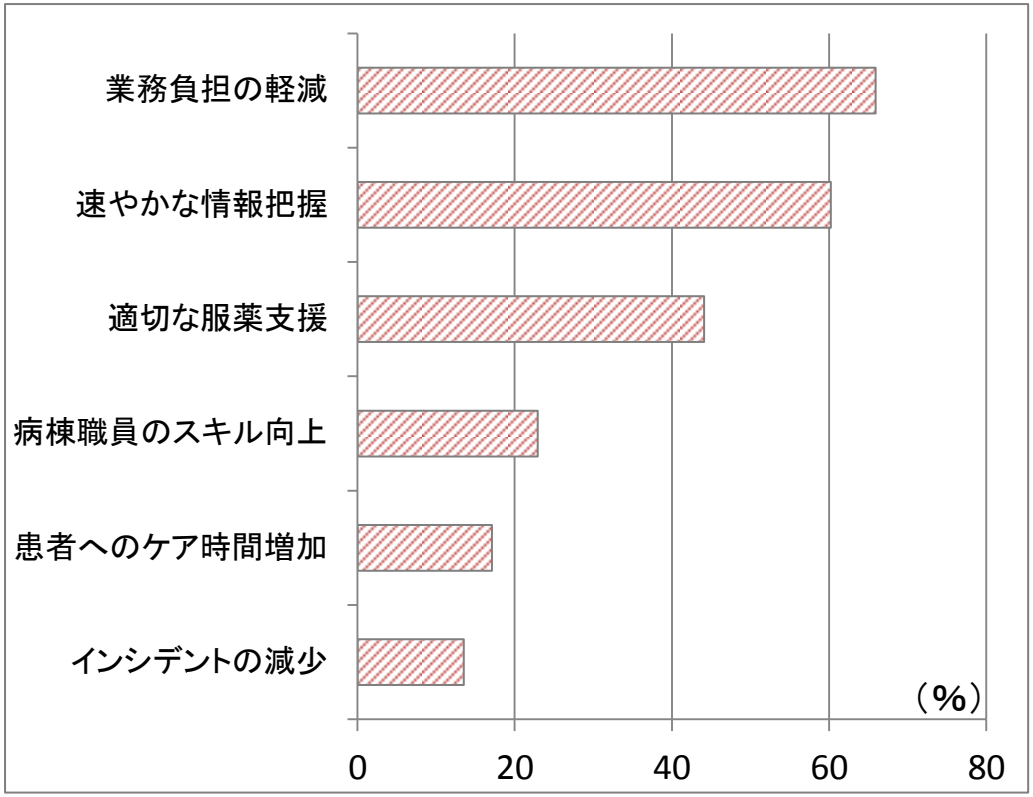
＜薬剤師の病棟配置状況＞



＜病棟薬剤師が担っている業務＞



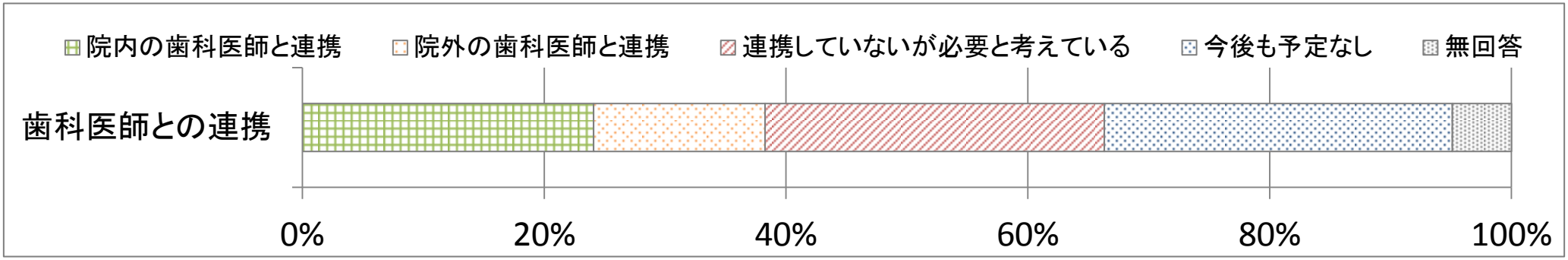
＜病棟薬剤師の配置による効果＞



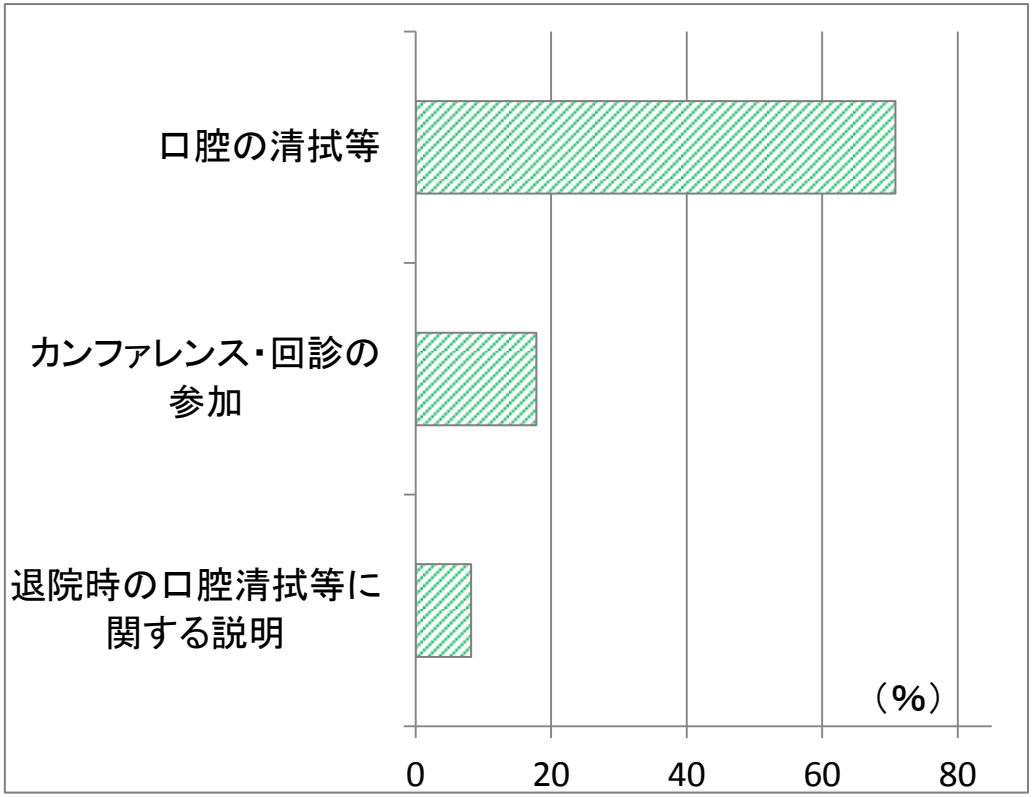
出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；看護師長票）

歯科医師との連携による効果

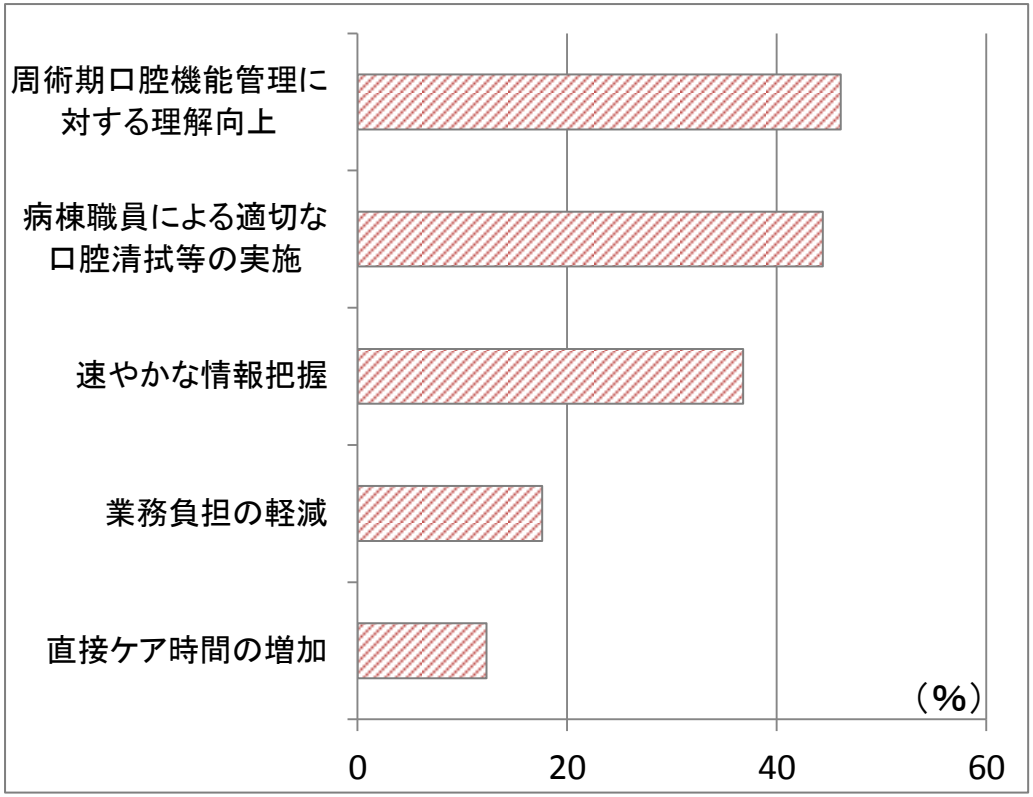
＜歯科医師と連携した周術期口腔管理の実施状況＞



＜歯科医師と連携している業務＞



＜歯科医師との連携による効果＞



出典：平成26年度検証部会調査（チーム医療；看護師長票）

チーム医療についての課題と論点

【課題】

- これまで、医療従事者の負担軽減に関する評価は継続的に行われてきたが、依然として勤務状況を改善する必要性があると考えている医師は半数以上にのぼった。また、看護職員においても負担軽減に取り組む必要があると考えている看護師長は90%を超えた。
- 医師が他職種に補助して欲しいと考えている割合が高い業務として、退院に関する調整業務等が挙げられた。一方、採血等を中心として他職種による業務の分担は進んでいるとの結果が得られた。
- チーム医療に関連する項目は徐々に増えており、その算定回数も増加傾向にある。また、病棟薬剤業務実施加算や周術期口腔機能管理後手術加算等については80%以上の医療機関が医療サービスの向上に効果があったと回答した。
- 約60%の病棟が薬剤師の配置を行っており、業務負担の軽減や情報把握、適切な服薬支援等に効果がみられた。また、歯科医師との連携は40%弱に留まったが、周術期口腔機能管理に対する理解や職員の口腔清拭等の技術向上に効果がみられた。

【論点】

○ これまでのチーム医療の取り組みにより、業務負担の軽減や医療サービスの向上への一定の効果がみられているが、多くの医療従事者が、勤務状況の改善に向けた更なる取組が必要だと考えており、チーム医療の推進については、個々の分野の評価に関する議論の中で、引き続き検討していくこととしてはどうか。

１．入院医療における機能分化の推進について

２．医療従事者の負担軽減とチーム医療の推進について

３．短期滞在手術等基本料について

平成26年度診療報酬改定

短期滞在手術基本料の見直し

➢ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

［留意事項］

① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)。

② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

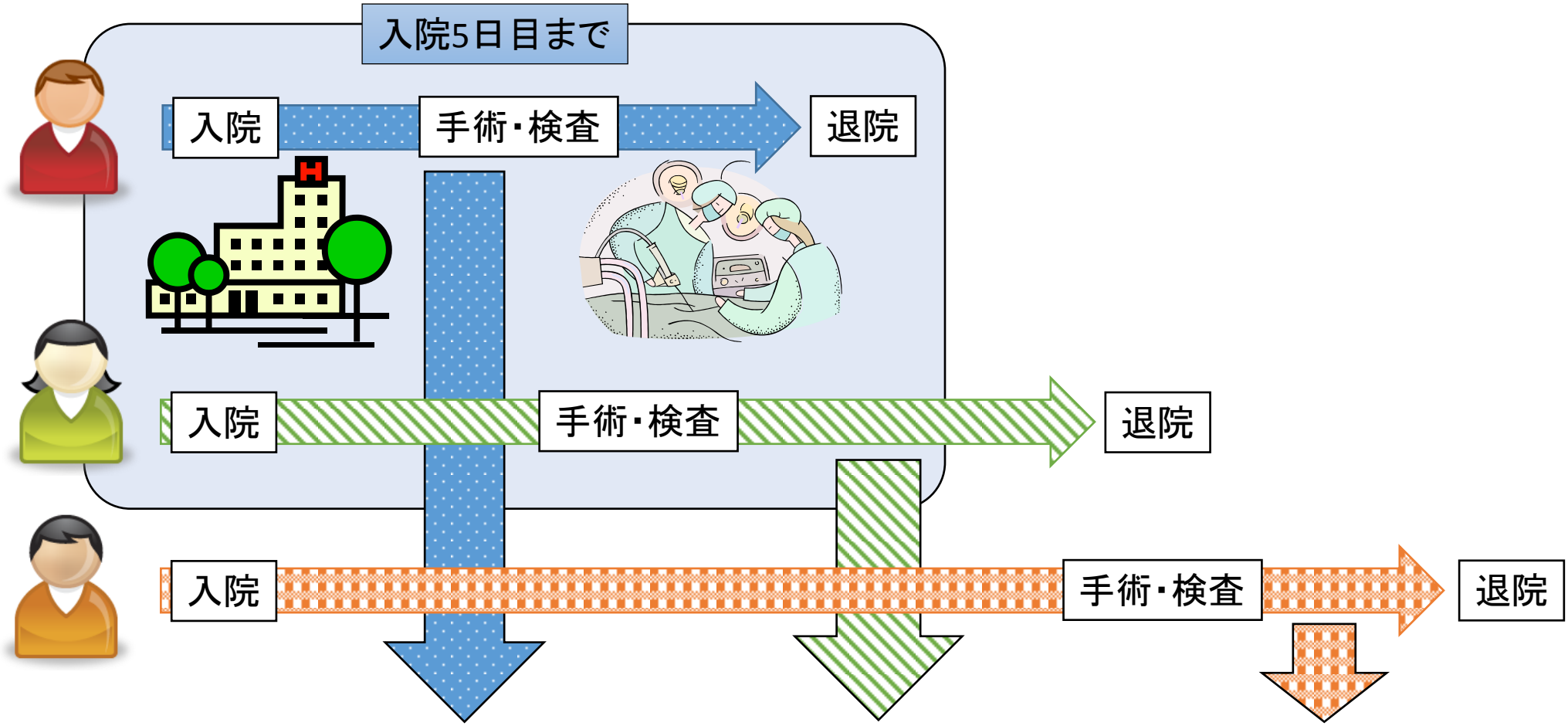
③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。

④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。

⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)

⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術基本料を算定。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高(DPC病院であっても出来高点数表)で算定。

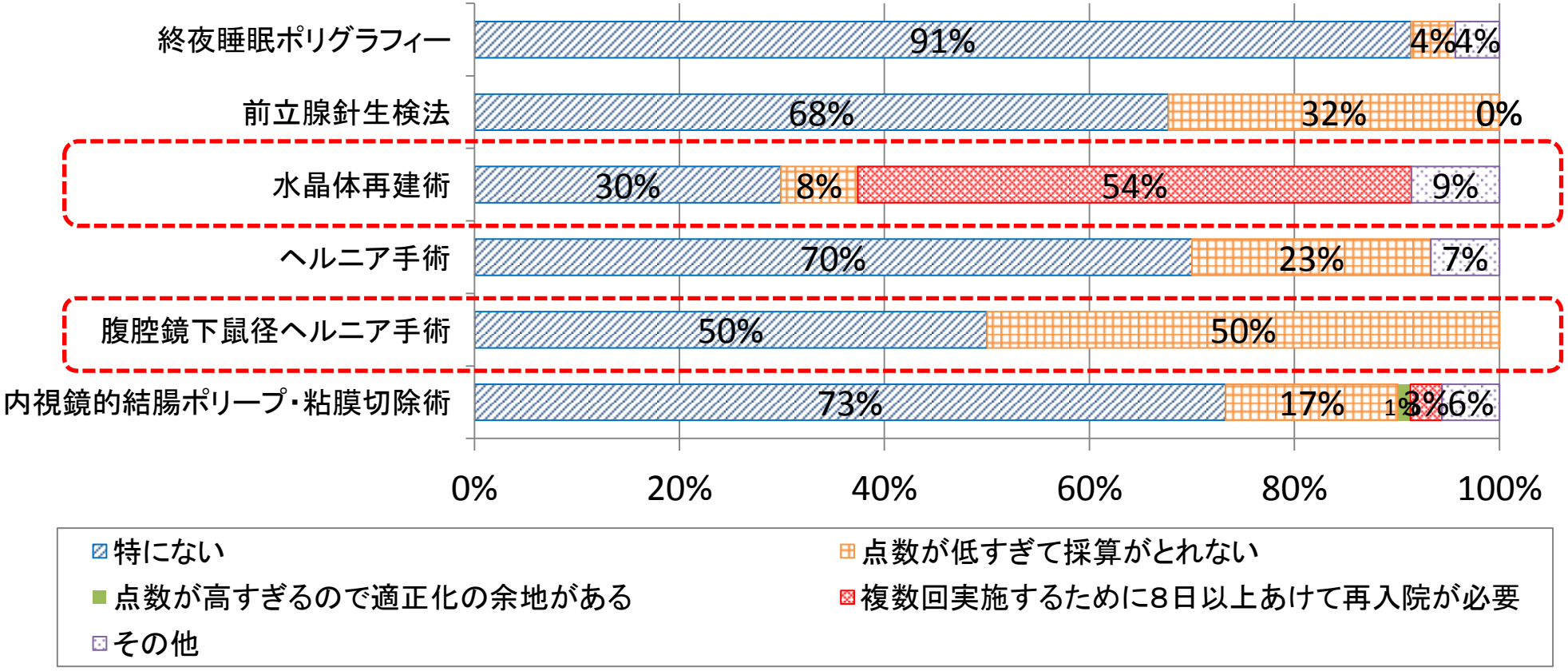
入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高(DPC病院の場合はDPC点数表)で算定。

短期滞在手術等基本料の算定状況

○　短期滞在手術等基本料3の項目の多くについて、過半数の医療機関が、実態にそぐわないと考えられる点は「特にない」と回答した。

○　一方、水晶体再建術及び腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術については、半数以上の医療機関が「複数回実施するために再入院が必要」或いは「点数が低すぎて採算がとれない」ため実態にそぐわないと考えていた。

＜短期滞在手術等基本料3について実態にそぐわないと考えられる点＞



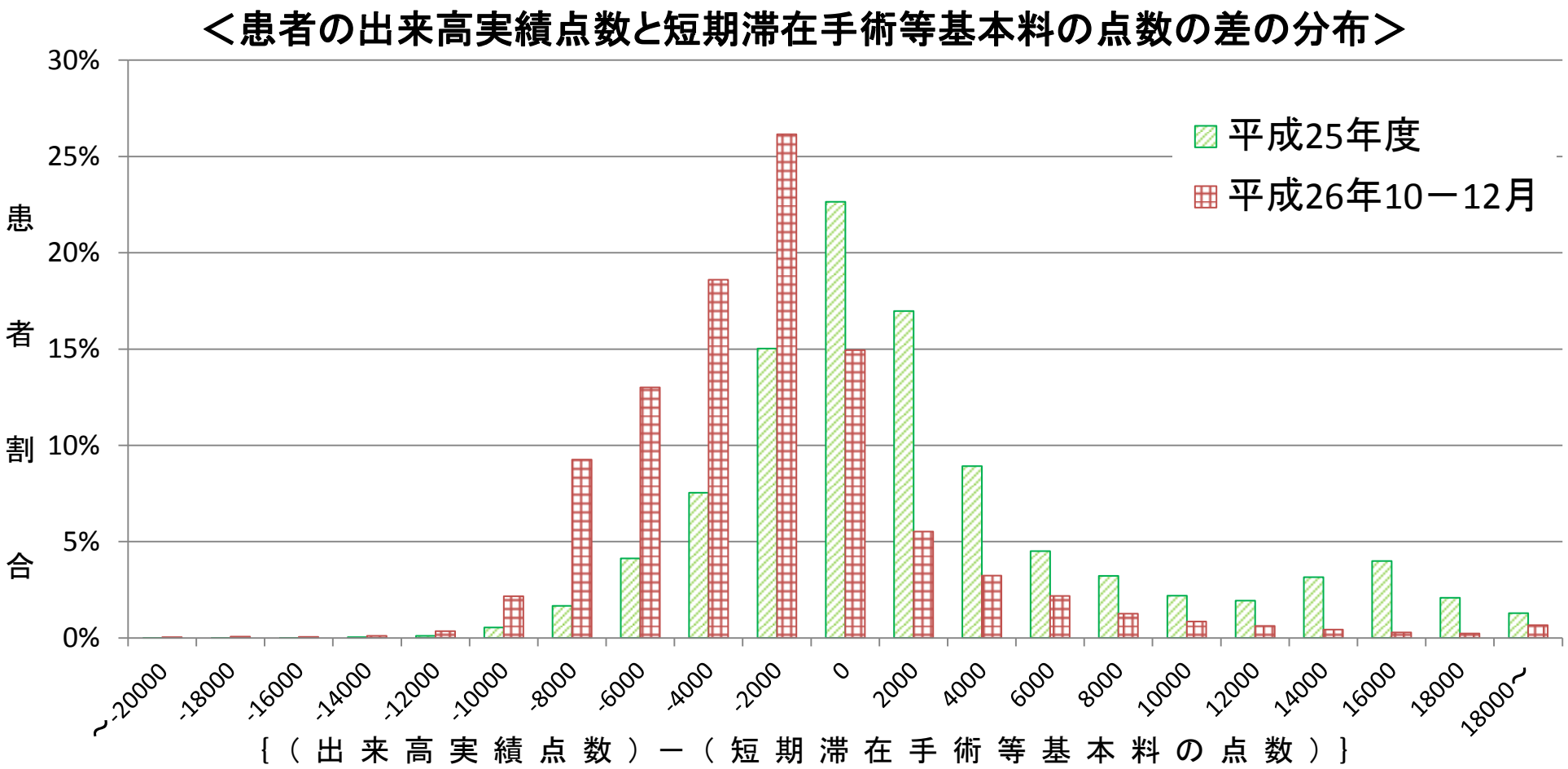
出典：平成26年度入院医療等の調査（施設票）

※一定数以上の回答数があった項目のみ抽出

短期滞在手術等基本料算定患者の点数分布

○　短期滞在手術等基本料の設定により包括評価となったが、改定前後において、出来高実績点数がやや低下（左方に移動）しており、医療提供が一定程度効率化されたことが示唆される。

○　出来高実績点数が短期滞在手術等基本料3の点数を大きく上回る症例が一定程度存在している。



※DPCデータより集計（平成25年4～平成26年3月、平成26年10～12月）

短期滞在手術等基本料に関する論点①

○　短期滞在手術等基本料の対象手術等の評価についてどう考えるか。

- 「水晶体再建術」の様に、改定後に診療形態に大きな変化がみられた項目や、年齢によって出来高実績点数の分布に大きな違いがみられる項目等の取扱いについて、どう考えるか。

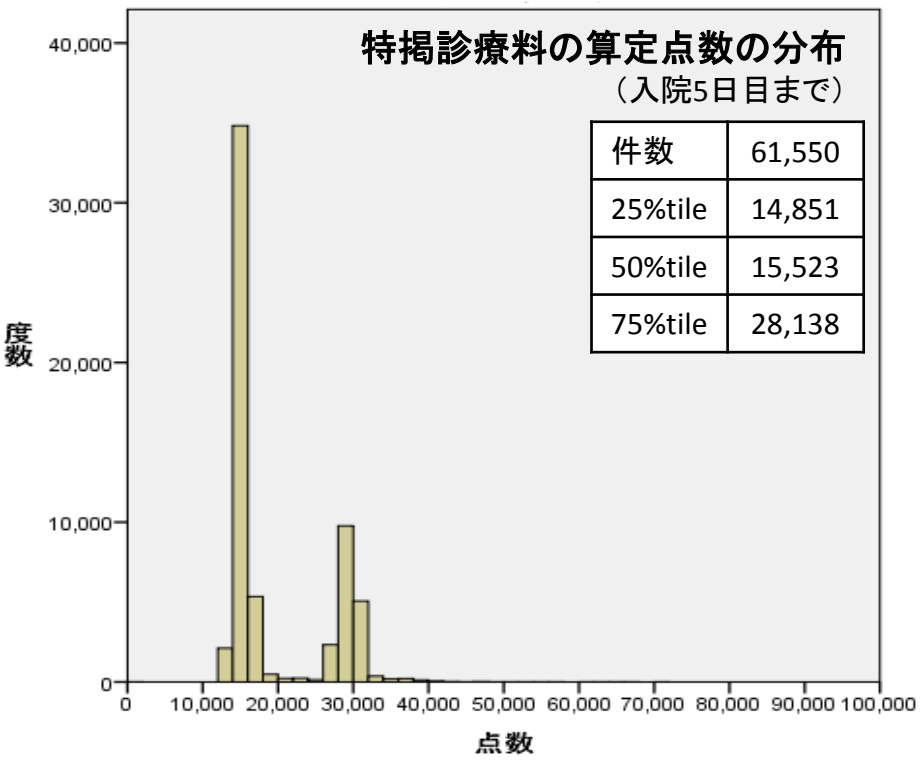
- 透析患者等の高額な医療を要する患者がいることを踏まえ、短期滞在手術等基本料の包括範囲について、どう考えるか。

K282 水晶体再建術（眼内レンズ挿入）の算定状況

○ 水晶体再建術については、平成26年度診療報酬改定の前後で包括範囲出来高実績点数の症例分布が大きく変化しており、診断群分類別では両眼の手術が減少し片眼の手術が増加していた。

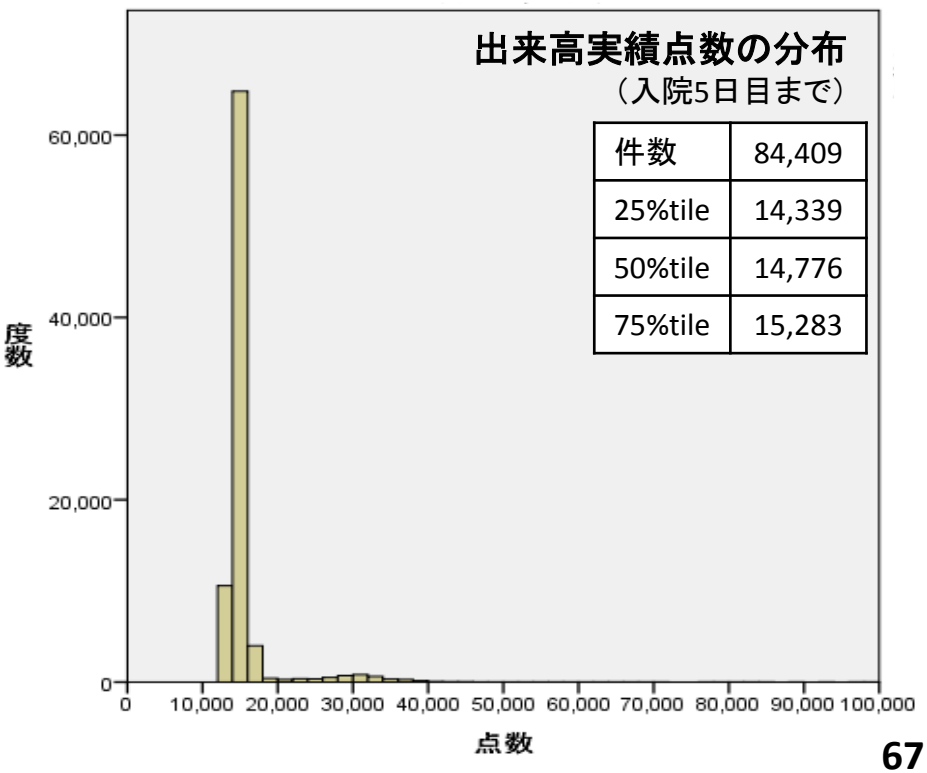
平成25年度

診断群分類（上位2種類）	当該手術に占める割合
白内障、水晶体の疾患　手術あり　片眼	57%
白内障、水晶体の疾患　手術あり　両眼	28%



平成26年度

診断群分類（上位3種類）	当該手術に占める割合
白内障、水晶体の疾患　手術あり　片眼	92%
白内障、水晶体の疾患　手術あり　両眼	8%



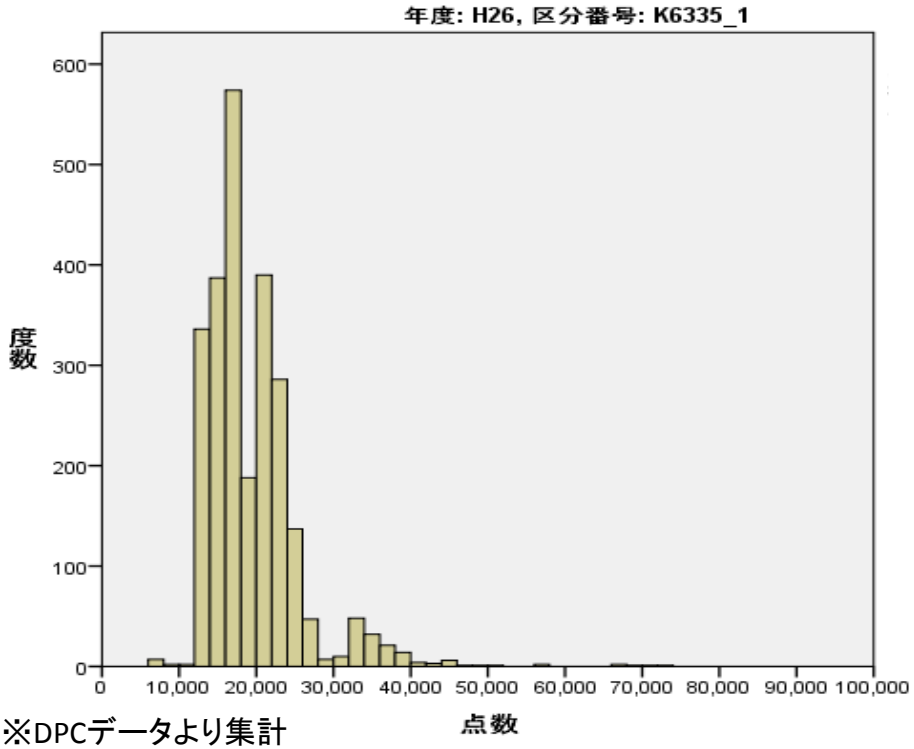
※DPCデータより集計（平成25･26年10～12月）

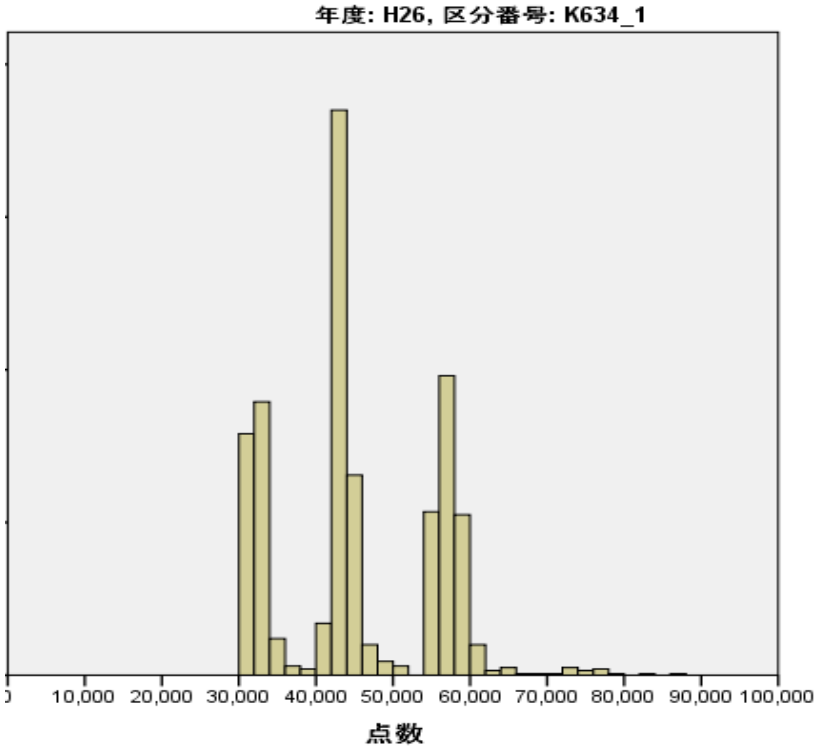
乳幼児の症例が多くみられた項目

○　乳幼児が多くみられた症例として「K633 5 ヘルニア手術（15歳未満）」「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（15歳未満）」が挙げられ、年齢によって出来高実績点数の平均には違いがみられた。

K633 5 ヘルニア手術（15歳未満）		
	割合	出来高実績点数
全体	―	19,494
3歳未満	39.1%	24,349
3歳以上6歳未満	35.8%	17,580

K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（15歳未満）		
	割合	出来高実績点数
全体	―	45,533
3歳未満	31.5%	57,992
3歳以上6歳未満	41.9%	44,090





※DPCデータより集計

主な入院料等の包括範囲

○　短期滞在手術等基本料は、原則として基本診療料・特掲診療料は包括されているが、多くの入院料では、包括範囲に除外項目等を設ける等の対応を行っている。

	短期滞在手術等 基本料	地域包括ケア病棟 院料	療養病棟 入院基本料	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ 病棟入院料	DPC （包括評価部分）
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	× 手術前医学管理料・手術後医学管理料を除く
C　在宅医療	○	×	×	×	×
D　検査	○	○	○	○	○ 一部例外あり
E　画像診断	○	○	単純撮影等は○	○	○ 一部例外あり
F　投薬	○	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 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	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	○	○ 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	○ 一部処置を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 1000点以上を除く
K　手術	○	○	×	○	×
L　麻酔	○	○	×	○	×
M　放射線治療	○	○	×	○	×
N　病理診断	○	○	○	○	×

透析患者における出来高実績点数について

○　各項目について、透析患者では、全体と比べて包括範囲出来高実績点数が高い分布を示していた。

算定コード	検査・手術名	全体			透析患者		
		25%tile	50%tile	75%tile	25%tile	50%tile	75%tile
K282 1	水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合；その他）	14,339	14,776	15,283	17,204	18,259	20,093
K6335	ヘルニア手術（鼠径ヘルニア；15歳以上）	9,873	13,900	18,413	16,210	23,292	27,233
K721 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm未満）	6,701	7,373	8,343	9,929	11,914	14,259
K721 2	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm以上）	8,946	9,752	10,874	11,870	13,868	16,222

※50症例以上あった検査・手術を抽出

※DPCデータより集計（平成26年10～12月）

短期滞在手術等基本料に関する論点②

○　短期滞在手術等基本料の対象手術等についてどう考えるか。

➢　現在、短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少ない点数を、当該基本料の対象に加えることについてどう考えるか。

その他の手術等における在院日数・算定点数の分布

【分析対象とした手術等】
- ○ 手術
- ○ 1,000点以上の検査、放射線治療等

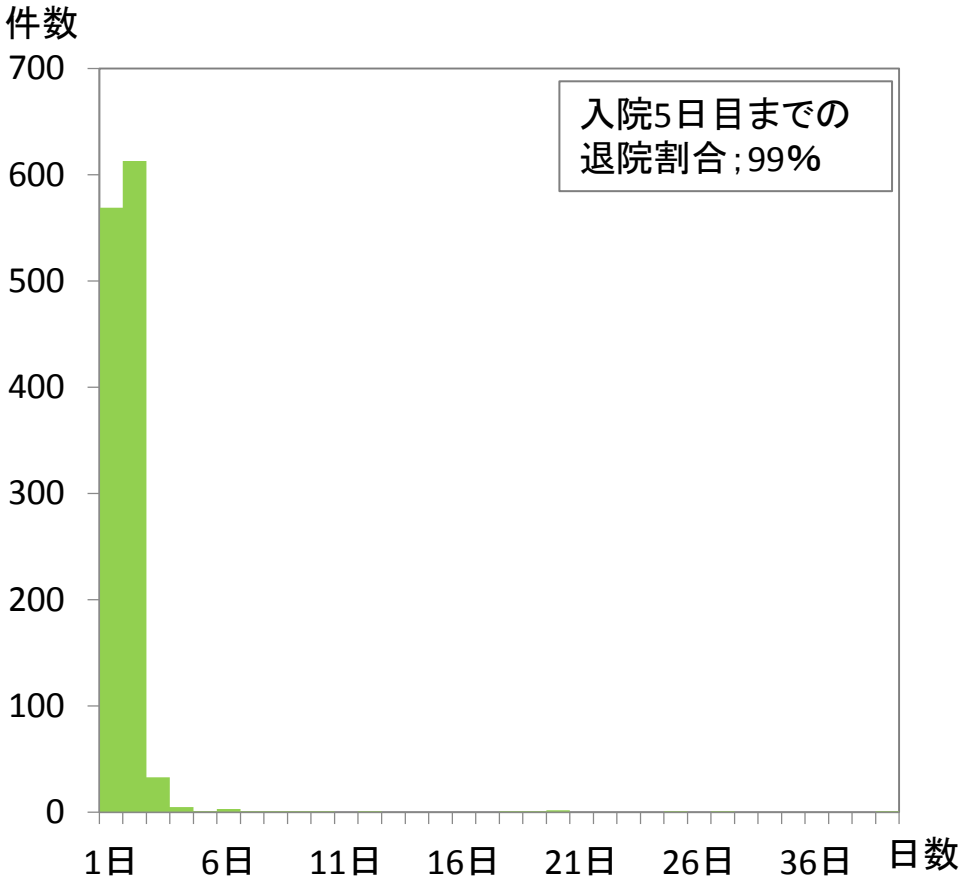
【分析データ】
DPCデータ（平成26年10月～12月に退院した患者であって、当該手術等を実施した症例）

【項目の抽出方法】
以下のいずれの条件も満たす手術等
- ○ 在院日数の平均＋1SDが5日以内
- ○ 一定の症例数が存在
- ○ 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい

K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術

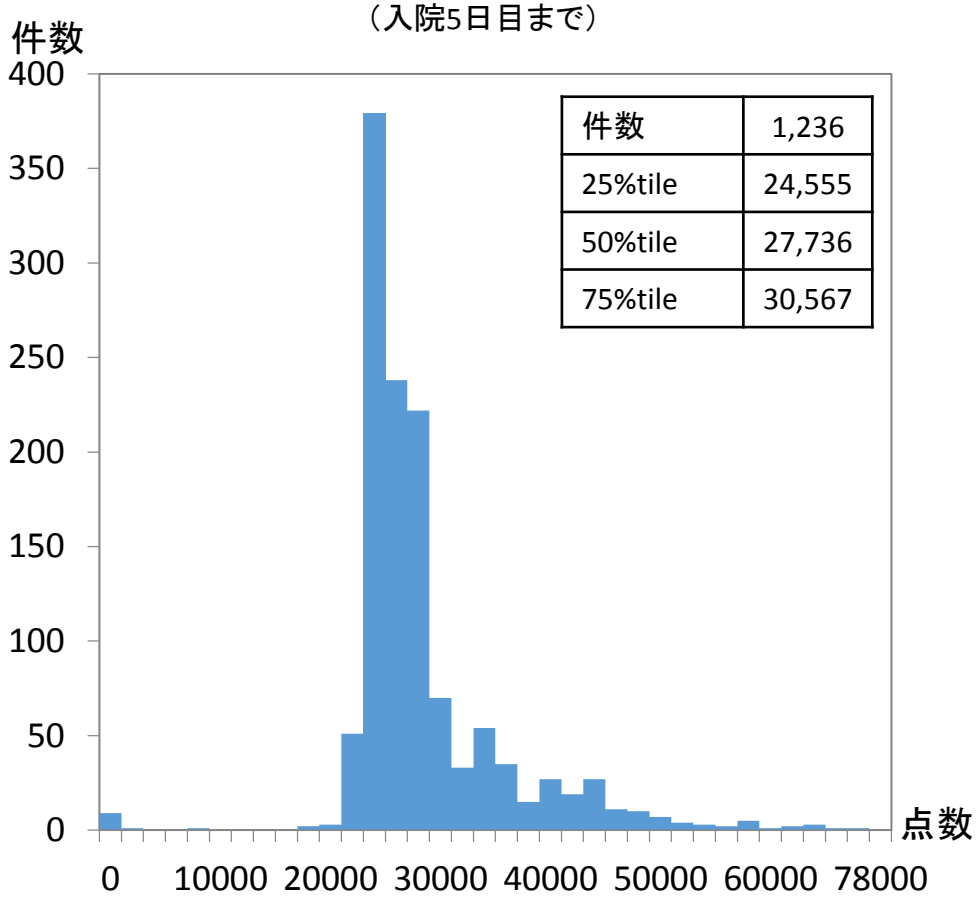
○　経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、入院5日目までに99%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の20%程度であった。

＜入院日数＞



＜特掲診療料の算定点数＞

（入院5日目まで）

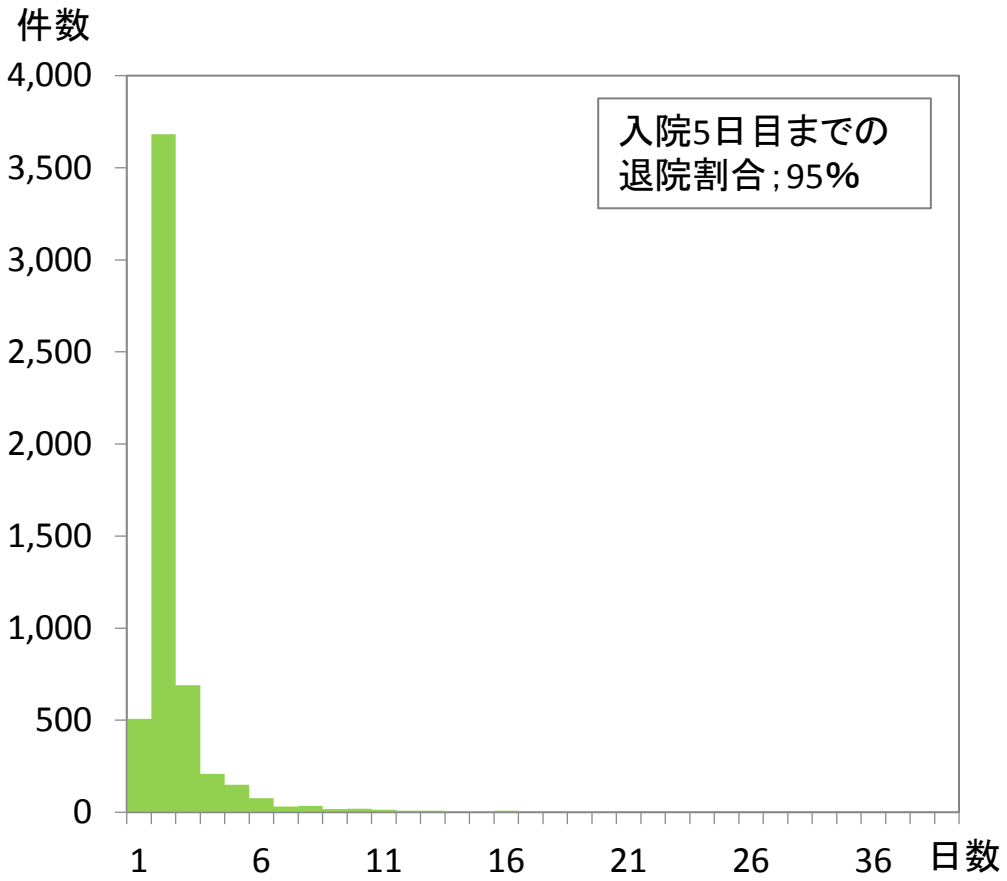


※DPCデータより集計（平成26年10～12月）

K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

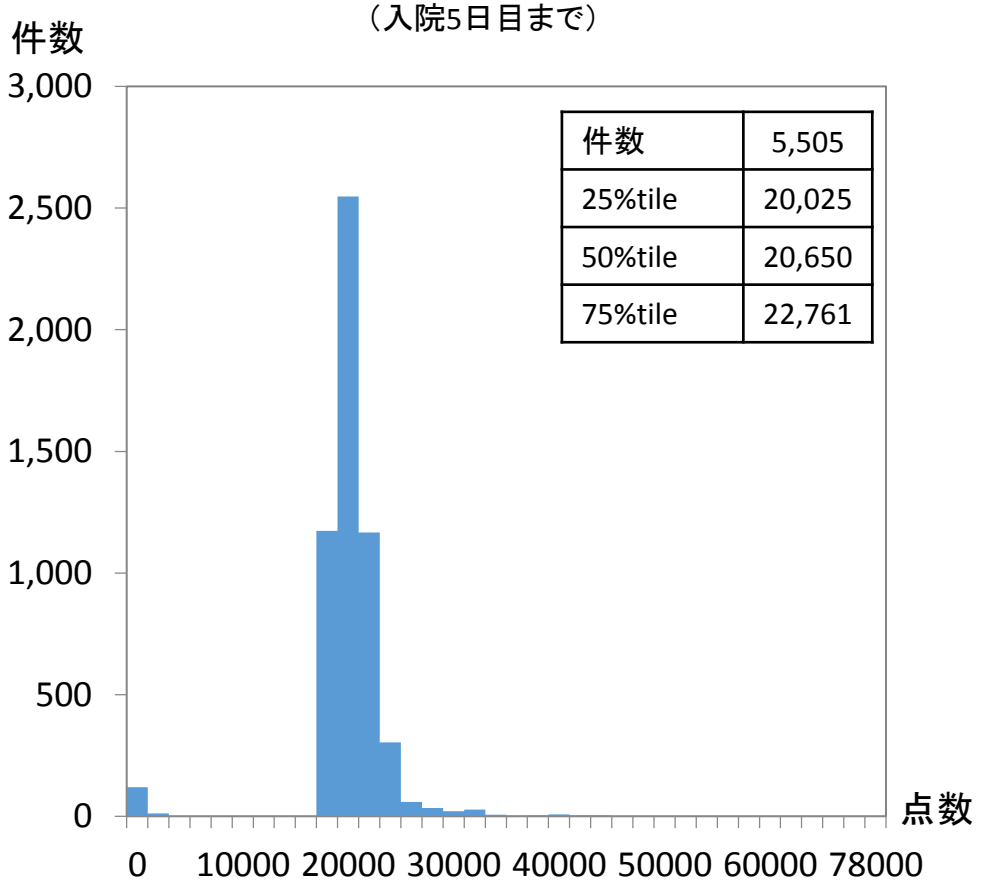
○　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、入院5日目までに95%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の15%程度であった。

＜入院日数＞



＜特掲診療料の算定点数＞

（入院5日目まで）

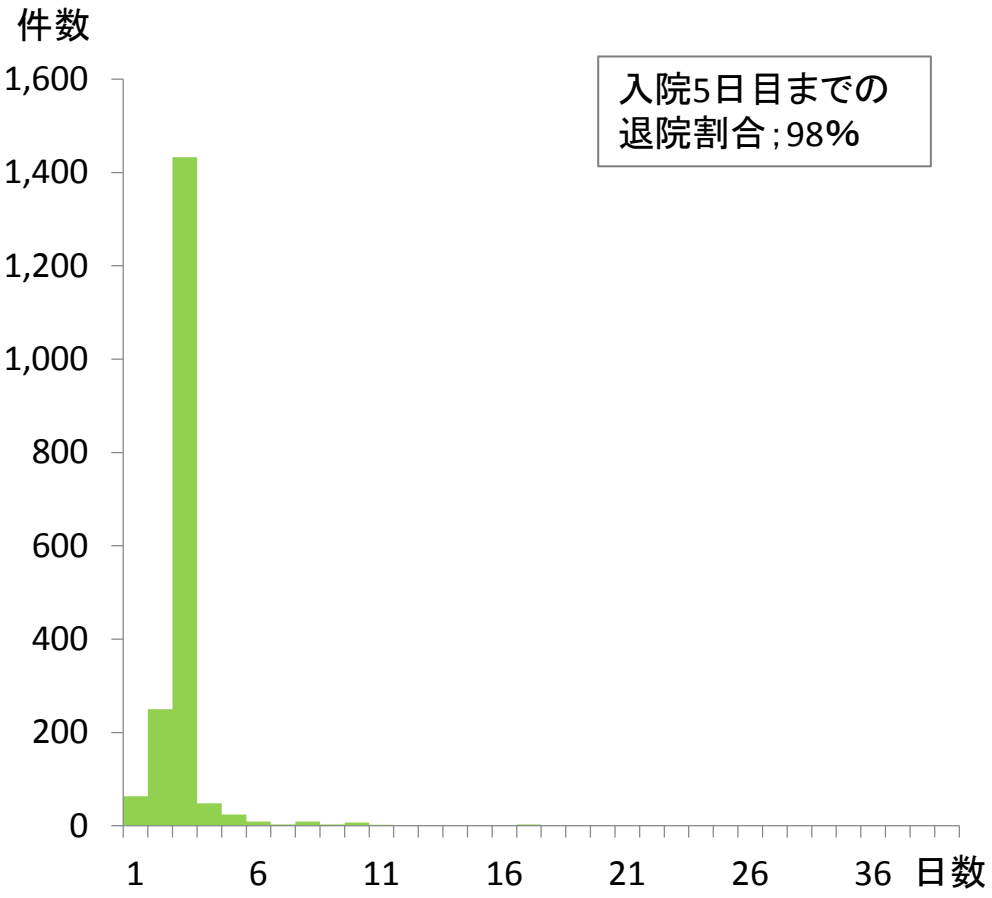


※DPCデータより集計（平成26年10～12月）

M001-2　ガンマナイフによる定位放射線治療

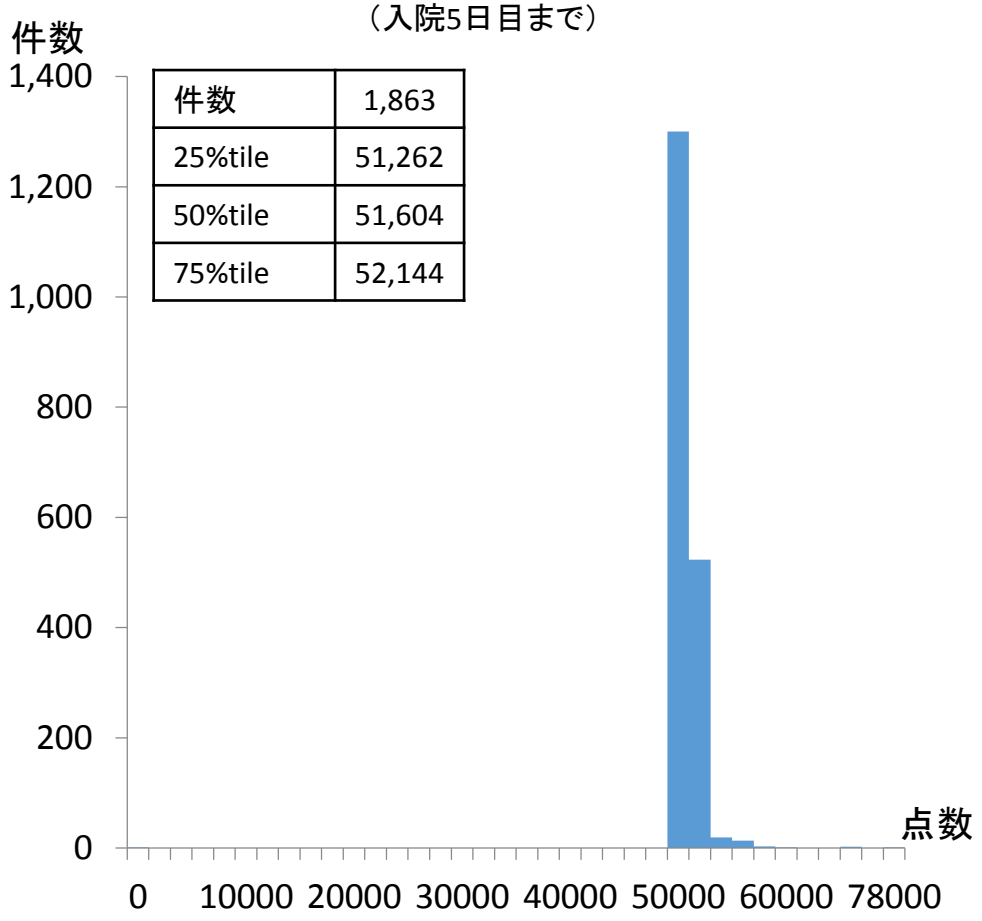
○　ガンマナイフによる定位放射線治療については、入院5日目までに98%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の2%程度であった。

＜入院日数＞



＜特掲診療料の算定点数＞

（入院5日目まで）



※DPCデータより集計（平成26年10～12月）

入院医療等の調査・評価分科会　中間とりまとめ（抜粋）

- 近年、医療機関における平均在院日数は短縮していく傾向がみられるが、平均在院日数が短い医療機関の中で、患者が特定の疾患に偏った病院がみられたこと等から、平成26年度診療報酬改定で短期滞在手術等基本料の見直しが行われた。

- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっている項目のうち、調査結果から以下の特徴が観察された。
  - 「K282 水晶体再建術」については、平成26年度診療報酬改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。
  - 「K633 5ヘルニア手術」や「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」については、乳幼児等の症例が多くみられ、年齢によって出来高実績点数に大きな違いが認められた。
  - 一部の手術について、全身麻酔と全身麻酔以外の方法で実施されている項目がみられたが、麻酔方法の選択に当たって、医療機関の診療方針が影響していると考えられた。その他、出来高実績点数のばらつきがみられ、算定件数が少ない項目もみられた。

- 包括範囲とされた部分の出来高実績点数は、平成26年度診療報酬改定後にやや低くなる傾向がみられた。また、短期滞在手術等基本料では原則として全ての基本診療料・特掲診療料が包括化されているが、他の包括入院料に例があるように、高額の医療を要する特定の部分を包括から除外することも考えられることから、透析患者について分析したところ、透析患者の出来高実績点数は平均的な症例を大きく上回っていた。

- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、短期滞在手術等基本料の設定の対象となり得るものとしては、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療」は、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった。

短期滞在手術等基本料に関する課題と論点

【課題】

- 平成26年度診療報酬改定で、21種類の手術等に短期滞在手術等基本料3が設定され、包括的に評価されることとなった。改定前後において、当該手術等を実施した際の出来高実績点数がやや低下しており、医療提供が一定程度効率化されたことが示唆される。
- 「K282 水晶体再建術」については、平成26年度診療報酬改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。「K633 5ヘルニア手術」や「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」については、乳幼児等の症例が多くみられ、年齢によって出来高実績点数に大きな違いが認められた。
- 短期滞在手術等基本料については、原則として基本診療料・特掲診療料はすべて包括されているが、透析患者では、出来高実績点数が平均的な症例を大きく上回っていた。なお、他の多くの包括入院料では、透析や高額薬剤など一部の高額な費用は包括から除外される取り扱いがなされている。
- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、短期滞在手術等基本料の設定の対象となり得るものとしては、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療」は、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった。

【論点】

○ 短期滞在手術等基本料の評価については、改定時に、出来高実績点数に応じた設定を行い、引き続き診療の標準化と効率化を図っていくべきではないか。

○ 水晶体再建術については、短期滞在手術等基本料の設定により白内障の診療に大きな変化を及ぼしており、両眼の手術と片眼の手術に対する評価を分けることとしてはどうか。また、乳幼児に実施されるなど、年齢によって出来高実績点数に大きな差が認められる手術については、年齢によって評価を分けることとしてはどうか。

○ 人工腎臓（人工透析）など、患者が別に有する疾患等によって必然的に発生する高額な医療であり頻度の低いものについては、他の包括入院料の例を参考に、包括範囲から除外することとしてはどうか。

○ 在院日数が短く、出来高実績点数のばらつきが少ない「K616-4経皮的シャント拡張術」等の項目について、短期滞在手術等基本料の対象に加えることとしてはどうか。