

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

中医協基本問題小委員会・総会への報告結果の概要について

平成29年9月27日の中医協基本問題小委員会及び総会において、入院医療等の調査・評価分科会からこれまでの検討状況(中間とりまとめ)を報告し、以下のような、報告内容に対する意見があったので報告する。

《主な意見》

(一般病棟入院基本料)

- 重症度、医療・看護必要度の平成28年度改定での見直しの影響についても、より詳細な分析をすべきではないか。
- 重症度、医療・看護必要度の判定基準に非該当の患者、特に、A項目0点かつB項目0点の患者について、より詳細なデータを示すべきではないか。
- 急性期の病棟には様々な患者が入院しており、重症度、医療・看護必要度の判定基準に該当しない患者がいるのは当然ではないか。
- 平均在院日数について、DPC対象病院の平均在院日数の報告とも比較して分析して欲しい。

(療養病棟入院基本料)

- DPCデータを用いた分析で、医療区分2の患者と医療区分3の患者の入院基本料を除く1日当たり平均点数にあまり差が無かったが、この点について、より詳細な分析を行うべきではないか。

(データ提出加算)

- データ提出加算の提出項目について、より詳細な分析が可能となるよう、慢性期の患者の特性に応じた項目の見直しを検討すべきではないか。

入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について 検討結果（中間とりまとめ）

平成 29 年 9 月 27 日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長 武藤正樹

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、平成 28 年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項及び平成 28 年 12 月から平成 29 年 5 月までに中央社会保険医療協議会総会において議論された入院医療に関する事項について、平成 28 年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、平成 30 年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「平成 28 年度入院医療等における実態調査」を実施し、以下の項目について、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向
- 1-2. 7 対 1、10 対 1 一般病棟入院基本料の評価手法
- 1-3. 13 対 1、15 対 1 一般病棟入院基本料

2. 地域包括ケア病棟入院料

- 2-1. 算定病床の動向
- 2-2. 入棟前の居場所別の分析

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 3-1. 算定病床の動向
- 3-2. リハビリテーションの提供状況

4. 慢性期入院医療について

- 4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向
- 4-2. 医療区分別の分析
- 4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
- 4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

5. 有床診療所入院基本料

- 5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析
- 5-2. 診療科別の医療の提供状況

6. 横断的事項について

- 6-1. 入退院支援
- 6-2. 在宅復帰に関する評価
- 6-3. データ提出加算

II. 検討結果の概要

○ 医療を取り巻く現状

入院医療では、65歳以上の入院患者が70%を超えており、今後も高齢者向けの医療ニーズが増加する事が予想される。一方で、医療・介護の支え手の減少が見込まれる中で、限られた医療資源に配慮しつつ、より質の高い入院医療を提供でき、医療ニーズの変化にも対応しうるような効果的・効率的なサービス提供や、患者の状態に応じた入院医療の提供といった視点について、調査結果の評価・検討を行う前提として認識を共有した。

1. 急性期入院医療について

1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向

- ・ 7対1一般病棟入院基本料の届出病床数は、約38万床をピークに近年は減少傾向であり、平成29年4月時点では約35.4万床となっている。その病床利用率も減少しており、算定回数については平成25年をピークに減少している。都道府県別に7対1から15対1までの区分別届出病床数の構成割合をみると、地域によってばらついている。
- ・ 7対1一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関及び届出病床数を開設者別にみると、その他の一般病棟に比べ、「国立、公立、公的・組合」の割合が多くなっている。
- ・ 7対1一般病棟の入院患者をみると、その他の一般病棟に比べ、65歳未満の患者の割合が多い。疾病別にみると、7対1一般病棟では、悪性腫瘍等の入院患者の割合が最も多いが、その他の一般病棟では、骨折や肺炎等の入院患者の割合の方が多かった。
- ・ 病棟群単位の届出状況をみると、調査対象の中で現に病棟群単位の届出を行っている医療機関は8施設であり、調査対象施設の1.2%であった。届け出していない医療機関に、現行の病棟群単位の取扱いを前提として、今後の届出の意向を聞くと、10対1一般病棟への変更を予定していないとの回答が96%、10対1一般病棟への変更を予定しているが段階的変更は不要のためとの回答が2%、病棟群での届出について検討中/準備中との回答が1%であった。
- ・ 7対1と10対1一般病棟の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をみると、調査対象期間に限定した結果であるが、10対1一般病棟であっても、該当患者割合が25%以上で、平均在院日数が18日以下となっている医療機関が一定数存在する。
- ・ 7対1と10対1一般病棟の病棟単位での看護職員配置の状況をみると、病床利用率80%と仮定した必要配置数に比べ、看護職員を115%以上手厚く配置している病棟が一定数存在すると推計された。そのうち、10対1一般病棟では、該当患者割合が25%以上の病棟や、平均在院日数が18日以下の病棟が一定数存在すると推計された。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、平成28年度診療報酬改定でC項目を導入する等の見直しが行われ、平成27年の同時期と比較して7対1一般病棟で9.6ポイント、10対1一般病棟で4.7ポイント増加している。

- ・ 該当患者割合別の医療機関の分布をみると、7対1一般病棟では施設基準の基準値である25%以上の病棟が最も多いが、10対1一般病棟では全体にばらついている。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の在院日数別の該当患者割合は、在院2日目が最も高くなり、その後11日目まで漸減している。
- ・ 7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度の判定基準は、A得点2点以上かつB得点3点以上、A得点3点以上又はC得点1点以上であるが、非該当の患者は約75%となっている。非該当患者のうち、A項目・B項目ともに0点の患者は約4割弱存在する一方で、その他の患者は全ていずれかの項目に該当しており、該当項目の内訳をみると、A項目では「専門的な医療処置」に該当する患者が多く、B項目では「衣服の着脱（1点、2点）」、「口腔清潔」に該当する患者が多かった。なお、A項目・B項目ともに0点の患者について詳細なデータを提示すべきとの指摘がある一方で、急性期の病棟には手術前の患者や退院前の患者も一定数存在するため非該当の患者は0%にはならないとの指摘があった。
- ・ 7対1一般病棟の診療科別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみると、「呼吸器外科」が40.3%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合であった。なお、内科系の疾患における重症な患者についての分析が必要ではないかとの指摘があった。

1-2. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の評価手法

- ・ 入院基本料は、平成12年度の診療報酬改定で、従前の医学的な管理に関する費用である入院時医学管理料、看護職員の配置数に応じた評価である看護料、療養環境の提供の評価としての入院環境料を統合して創設され、入院の際に行われる医学的な管理、看護、療養環境の提供を含む基本的な一連の診療を評価している。
- ・ 現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の施設基準は、入院基本料に含まれる上記の要素を適切に評価するため、複数の指標で基準が設定されている。指標のうち、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、在宅復帰率について、それぞれの項目の診療実績や算定状況等について調査結果を分析した。

（1）重症度、医療・看護必要度

（導入の経緯と現状）

- ・ 現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）等の施設基準に導入されている「重症度、医療・看護必要度」は、急性期の入院医療における患者の状態に応じた医療及び看護の提供量の必要性を適切に反映するための指標として開発され、より医療ニーズや手厚い看護の必要性が高い患者の状態や医療処置、看護の提供量等に着目した評価指標となっている。
- ・ 平成14年度改定の特定集中治療室管理料において、集中治療室での管理を必要とする重症患者を評価する指標として「重症度」が導入され、判断基準と患者割合が設定された。

- ・ 平成 16 年度改定では、ハイケアユニット入院医療管理料の創設において、集中治療室での管理は要しないが、一般病棟よりも手厚い体制の治療室で診療を評価する指標として、「重症度・看護必要度」が導入され、判定基準と患者割合が設定された。
- ・ その後、平成 18 年度改定で 7 対 1 入院基本料が創設された際、手厚い看護が必要な患者を受け入れる病棟であることからハイケアユニットの「重症度・看護必要度」を参考として患者の状態に係る評価を行い、実情に合わせた適正な配置となるよう管理するという基本的な考え方を示した。
- ・ 平成 20 年度改定で、平成 19 年度の中央社会保険医療協議会の建議をふまえ、急性期等の手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出を可能とするために、より医療ニーズや手厚い看護が必要な患者の状態に着目した評価として、一般病棟での調査結果を基に一般病棟用の「重症度・看護必要度」を新たに開発し、これを用いた判定基準と患者割合が、7 対 1 入院基本料の施設基準として導入された。
- ・ 平成 22 年度改定では、10 対 1 一般病棟入院基本料でも、基準値はないが測定することが要件となった。
- ・ 平成 26 年度改定では、一般病棟用の「重症度・看護必要度」について、急性期の患者の特性を評価する項目と基準に見直され、名称も「重症度、医療・看護必要度」と改められた。
- ・ 平成 28 年度改定では更に、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、専門的な医療処置や手術等の項目（C 項目）の追加等の見直しが行われた。
- ・ 現行の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目の内訳は、モニタリングや専門的な処置の有無をみた A 項目、ADL の状況等をみた B 項目、手術等の密度の高い医療の提供をみた C 項目といった複合的な項目で構成されている。

（評価手法等）

- ・ 重症度、医療・看護必要度を用いた評価手法としては、7 対 1 一般病棟入院基本料では基準値（カットオフ値）による施設基準での評価であるのに対し、10 対 1 一般病棟入院基本料では診療実績に応じた段階的な加算での評価となっている。
- ・ 該当患者割合別の医療機関の分布については、7 対 1 一般病棟の分布は基準値の 25% 以上に集中していて、10 対 1 一般病棟で分布がばらついているのは、評価手法の違いが影響していると分析された。
- ・ 評価手法の選択に当たっては、指標の性質や指標が着目した項目と結果との相関などを分析しつつ、簡便であることや客観性が確保されていること等も踏まえて選択されることが望ましいと考えられた。
- ・ なお、他の指標も含めて、指標自体の妥当性や合理性について十分に検証する必要があるとの指摘があった。

(測定方法等)

- ・ 前述の経緯から、現行の「重症度、医療・看護必要度」は、その開発・導入で活用された「重症度・看護必要度」の測定・評価方法が用いられてきた。測定は、日々の状態変化や日内変動を入院患者ごとに各評価項目を用いて病棟において毎日測定し、毎月平均値を算出している。これによって明らかにされた、入院患者に必要なとされる医学的な管理やより正確な看護の必要性を、適正な看護師の配置管理にも活用することで医療や看護の質の向上につながる有用な評価指標としての運用がなされている。
- ・ 他方、一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」は本来、急性期の医学的な管理や患者の状態に応じた看護の必要性について“入院基本料の報酬算定に反映させる”ために実施するものであり、日々の診療の中でより適切に各病棟の看護師の配置を管理するために実施するものとは異なる視点から導入されてきたとの指摘がある。
- ・ また、報酬算定の事務手続として考えれば、入院基本料の施設基準における指標の測定・評価は診療報酬の請求のためのものであり、患者の状態に応じた医学的な管理や看護の提供量の正確な測定の反映とは別であるという視点からは、現場では負担であるとの指摘や、経営的な観点からは患者の状態に応じた医療の提供よりも基準値をクリアすることに重点が置かれてしまうのではないかとの指摘、さらに、新たに追加されたC項目が負担であるとの指摘等もあり、配慮が必要と考えられた。
- ・ 平成28年度調査結果では、重症度、医療・看護必要度の見直しの影響に関する質問では、新規項目の追加による入力作業の増加と新規項目についての研修が一定の負担になったとの回答が概ね半数以上であった。
- ・ 平成28年度診療報酬改定で、データ提出の様式に重症度、医療・看護必要度の項目を反映したHファイルが導入された。当該提出データには、診療報酬請求区分の情報（EFファイル）も含まれている。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の評価項目のうちA項目とC項目について、診療報酬請求区分と関連しているものがある。A項目は、臨床現場のプロセスを評価するものであり、診療報酬の請求区分とは異なるため、仮に診療報酬請求区分を用いた分析で該当患者割合を算出するとしても、その結果を解釈するのは困難ではないかという指摘があった一方で、診療報酬の請求のための指標として活用できる可能性を分析することは意味があり検証すべきとの指摘があった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の評価項目と関連性が高い診療報酬の請求区分とで、各項目の該当性をみると、一定程度重なる部分があることから、複数の診療報酬請求区分の項目を組み合わせることや、評価の該当期間に関する情報を追加した上で、報酬算定の事務手続の合理化の観点も含めてまずは現行の該当患者割合と前述の診療報酬請求区分を使った分析による該当患者割合との分布や相関などを検証すべきではないかと考えられた。

(2) 平均在院日数

- ・ 平均在院日数は、1入院当たりの在院期間に着目して効率的な入院医療の提供を評価する指標であるが、7対1一般病棟は18日以内、10対1一般病棟は21日以内が基準値となっている。平成28年度の調査結果では、7対1一般病棟の平均値は12.5日、10対1一般病棟の平均値は15.9日となっており、基準値と比較すると短い。また、10対1一般病棟に比べ、7対1一般病棟では短い。
- ・ 平成28年度の調査結果を用いて、平均在院日数を年齢階級別にみると、7対1一般病棟では全体の平均値が16.5日であるが、75歳以上の患者では全体の平均より上回っており、95歳以上では20.6日となっている。
- ・ 平均在院日数の推移をみると、近年は横ばいでほとんど変化していないが、長期的には平均在院日数が短縮されており、結果として病床利用率が下がっているとの指摘があった。

(3) 在宅復帰率

- ・ 在宅復帰率は、患者の退院先に着目して医療機関における在宅復帰に向けた取組や連携を評価する指標であるが、7対1一般病棟では8割以上が基準値となっており、10対1一般病棟では基準値はない。
- ・ 在宅復帰率別に医療機関の分布をみると、7対1一般病棟では、90%を超える医療機関が全体の約75%をしめ、ほぼ全ての医療機関が基準値を超えている。
- ・ 在宅復帰率については、一般病棟の施設基準の評価項目の一つとなっているが、急性期の入院医療については、他の評価項目で十分に評価できているのではないかとの指摘もあった。

1-3. 13対1、15対1一般病棟入院基本料

(医療の提供体制)

- ・ 13対1、15対1一般病棟入院基本料の届出病床数及び平均在院日数は近年横ばい。
- ・ 13対1、15対1一般病棟入院基本料の病棟を有している医療機関の病床規模は、100床未満の医療機関が大半であった。

(患者の状態)

- ・ 患者の年齢階級別分布をみると、75歳以上の患者の占める割合は、7対1一般病棟より多く、13対1一般病棟入院基本料では76.0%、15対1一般病棟入院基本料では67.0%であった。
- ・ 疾患別の患者割合をみると、13対1、15対1一般病棟入院基本料ともに、「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」、「肺炎」の患者の占める割合が、その他の疾患に比べて多い。
- ・ 13対1、15対1一般病棟入院基本料を算定する患者について、調査月の1日当たりの平均点数と認知症患者数の割合は、いずれも、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と、療養病棟入院基本料との間の値であった。

(医療機能の取扱い)

- ・ 病床機能報告においては、各医療機関の状況に応じて、病棟が担う機能をいずれか1つ選択して報告することが可能であるが、13対1、15対1一般病床については、一般的には急性期機能、回復期機能、慢性期機能のいずれかの区分で報告するという整理が検討されている。
- ・ 13対1、15対1一般病床については、小規模ながら急性期から慢性期までの患者を受け入れ、効率的に地域の医療ニーズに役立っていると考えられた。また、データ提出を進めるべきではないかとの指摘がある一方で、小規模な病院ではデータ提出に対応できる体制をとることが難しいので配慮が必要との指摘もあった。

2. 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料については、急性期治療を経過した患者や在宅において療養を行っている患者等を受け入れ、その在宅復帰支援等を行う機能が想定されている。地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、入院患者の状態や医療の内容等に応じた適切な評価の視点で調査結果を評価・検証した。

2-1. 算定病床の動向

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は、近年増加傾向であり、平成28年10月時点で約5.2万床であった。入院料の区分別に病床数をみると、地域包括ケア病棟入院料1が最も多い。
- ・ 開設者別にみると、民間が約6割で最も多い。入院料の区分別にみると、地域包括ケア病棟入院料1では「国、公立、公的・組合」の占める割合が約3割強で、他の入院料の種類に比べて多い。
- ・ 病床規模別に医療機関数の分布をみると、100から199床までの医療機関が最も多い。国公立では200から399床までの割合が民間に比べて多い。
- ・ 平成28年度診療報酬改定前後の1年間の動向をみると、地域包括ケア病棟入院料1を新規に届出た医療機関では、7対1一般病棟の病床が減少した医療機関が多かった。

2-2. 入棟前の居場所別の分析

(入棟前の居場所別の分析)

- ・ 各病棟の入院患者を入棟前の居場所別に分析すると、自院の一般病棟からの受入患者が9割以上である病棟が多いが、一定程度自宅等からも患者を受け入れている病棟もあった。
- ・ 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。

- ・ 疾患別にみると、自宅等から入棟した患者では、骨折等の患者が多いが、肺炎等の他の疾患の患者も多く含まれていた。自宅等以外から入棟した患者では、骨折等の患者が最も多かった。
- ・ 入院継続の医学的な理由別にみると、自宅等から入棟した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が主な理由となっていたが、自宅等以外から入棟した患者では、リハビリテーションの必要性が主な理由となっていた。
- ・ 自院の一般病棟（7対1、10対1）から入棟した患者と、他院の一般病棟（7対1、10対1）から入棟した患者とで、患者の疾患や医学的な理由といった患者の状態や医療内容等について比較分析したが、明らかな違いはなかった。しかし、自院の他病棟から転棟する患者と他院から転院する患者とでは、受け入れる際に様々な点で異なることに留意すべきとの指摘があった。
- ・ 一般病棟（7対1、10対1）から入棟した患者と、自宅等から入院した患者とで、患者の疾患や医学的な理由、検査の実施状況等について、一定程度の差がみられた。なお、結果の解釈に当たっては、地域包括ケア病棟入院料は、そもそもその両方の患者を受け入れる機能を持つ病棟として位置付けられていることに留意すべきとの指摘もあった。

（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線単純撮影を受けた患者の割合は、生体検査、CT・MRIに比べて多かった。
- ・ 平成28年度診療報酬改定で手術と麻酔を包括範囲から除外で出来高算定できるようになったが、平成28年11月の調査結果でみると、約3.5%の患者で入棟中に手術が実施されていた。手術の内訳をみると、輸血や胃瘻造設等であった。
- ・ 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、対象者一人当たり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った。

（在宅医療の提供状況）

- ・ 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、訪問診療を行う部門は約2割で設置していた。また、訪問看護を行う部門は約1割であるが、併設の訪問看護ステーションが設置されている病院は約4割であった。

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料

3-1. 算定病床の動向

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数については、創設当時から増加傾向にあり、平成27年7月時点で約8万床であった。都道府県別の65才以上人口10万人当たりの届出病床数をみると、地域によって病床数はばらついていました。

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 3 の種類別に入院患者の状況をみると、いずれの入院料も約 6 割の患者が 75 歳以上であった。患者の疾患をみると、入院料 1 では脳梗塞が、入院料 2・3 では骨折・外傷（脊髄損傷以外）が、最も多かった。また、認知症日常生活自立度や、ADL の改善度についても、入院料の種類別に差があった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟では、入院患者の状態や早期からのリハビリテーションの提供等により、理学療法士等を、施設基準で定める数よりも大幅に加配していた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者における障害高齢者の日常生活自立度については、「自立」の患者が最も多く、次いで「ランク C2」が多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟における平均在棟日数は、約 71 日（入院料 1 の場合）で、発症から回復期リハビリテーション病棟への入棟までの期間は平均 25.6 日である。「股関節又は膝関節の置換術後」の患者は「大腿骨等の骨折の患者」に比べて、早期に退院していた。

3-2. リハビリテーションの提供状況

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対する疾患別リハビリテーションの提供単位数は、患者一人当たり一日平均 6 単位強で、近年横ばい傾向であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟から自宅に退院する患者の約 65%が、退院後もリハビリテーション又は機能訓練が必要との回答であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、72%が訪問リハビリを、65%が通所リハビリを実施していると回答した。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を退院した患者で、退院後と退院 1 ヶ月後とを比較すると、ADL が低下するとの研究結果があった。
- ・ 退院直後の患者のリハビリテーションの提供状況や、患者の機能回復の経過に着目したデータについても、引き続き分析すべきと考えられた。

4. 慢性期入院医療について

慢性期入院医療については、今後の高齢者の増加が見込まれる中で、必要な医療が提供できる体制を確保できるよう、在宅で療養している患者の受け入れや高齢者の機能維持に係るリハビリテーションの提供といった視点で、調査結果を評価・検証した。

なお、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」にて、療養病棟入院基本料 2 については、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点等から、中央社会保険医療協議会総会において検討することが適当とされている点も共有した。

4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向

- ・ 療養病棟入院基本料の届出病床数は近年横ばいだが、療養病棟入院基本料 1 の割合が増えている。

- ・ 医療区分 2・3 該当患者割合は、療養病棟入院基本料 1 では、平均値で約 90% となっているが、療養病棟入院基本料 2 では、分布はばらついていた。
- ・ 療養病棟入院基本料 2 のうち、看護職員配置 25 対 1 又は医療区分 2・3 の該当患者割合 5 割の要件を満たさない場合の減算に係る届出状況をみると、医療機関数、病床数ともに約 3 割が減算に係る届出を行っている。
- ・ データ提出加算の算定対象病棟に療養病棟が追加されたが、療養病棟入院基本料の届出病床のうちのデータ提出加算を届け出ている病床の割合は、約 25% であった。
- ・ 医療区分別に、DPC データで入院基本料を除く全ての診療行為を出来高点数で積み上げた 1 日当たり平均点数を見ると、点数にはばらつきがあるが、医療区分 2・3 に比べ、医療区分 1 では低い分布が多い。医療区分 2 と 3 ではあまり差はなかった。
- ・ 医療区分の内容についてより詳細に検証するため、データ提出を強化すべきとの指摘がある一方で、療養病棟を有する病院は病床規模の小さい病院が多くデータ提出に対応するのは困難ではないかとの指摘などがあった。

4-2. 医療区分別の分析

(医療区分の状況)

- ・ 現行は、医療区分 1～3 と、ADL 区分 1～3 とで、入院基本料は 9 つに分類されている。医療区分に係る評価は毎日測定し、診療報酬請求の際に毎月報告することになっているが、導入されて以降、大きな変更は行われていない。
- ・ 平成 28 年度診療報酬改定で、医療区分 3 の項目のうち、酸素療法の程度に応じて、医療区分 2 と医療区分 3 に定義を分ける改定を行ったが、該当患者はおおよそ半分ずつであった。
- ・ 療養病棟入院基本料の区分別算定回数と年次推移をみると、区分 A (医療区分 3) と区分 D (医療区分 2) の算定回数が多く、区分 A は増加傾向、区分 D は減少傾向であったが、平成 28 年では逆に、区分 A は減少、区分 D は増加に転じた。
- ・ 医療区分 2・3 の該当患者割合をみると、療養病棟入院基本料 1 は約 9 割、療養病棟入院基本料 2 は約 6 割であった。該当患者割合の分布は、療養病棟入院基本料 1 は基準値の 80% を超えている医療機関がほとんどであるが、療養病棟入院基本料 2 では、全体にばらついていた。
- ・ 任意の 2 ヶ月間における入院患者の医療区分の変化をみると、約 5～7 割の患者は同じ医療区分であるが、退院、改善、又は悪化する患者も存在する。
- ・ 医療区分の該当項目数別の割合をみると、医療区分 2 と 3 共に該当項目が 1 項目である患者が 7 割以上である一方で、2・3 項目以上に該当するような患者も約 2～3 割であった。1 項目のみに該当する患者で該当項目の内訳をみると、医療区分 3 では中心静脈栄養が、医療区分 2 では喀痰吸引 (1 日 8 回以上) が最も多かった。

(患者の状況)

- ・ 医療区分別に年齢階級を比較すると、いずれの区分も 85 から 89 歳までの割合が最も多く、約 2 割であった。疾患別の患者割合をみると、脳梗塞・脳出血の占める割合が最も多く、約 3 割であった。
- ・ 療養病棟入院基本料の医療区分別に入院期間別の算定割合を見ると、いずれの区分も 180 日を超える区分が最も多く約 6 割を占めるが、在宅復帰機能強化加算を算定している病棟の医療区分 1 の患者では、その他に比べて、180 日を超える患者の割合が少ない。
- ・ 認知症ありの割合は約半数を占めるが、医療区分が上がるほど、日常生活に支障をきたすような症状を有する患者が多い
- ・ 医療区分別に医療提供の状況を見ると、医療区分が上がるほど、病状が不安定で、医療や看護の提供頻度が高い患者の割合が多い。
- ・ 以上から、現行の医療区分については、概ね医療区分 3 において、比較的状态が不安定で、医療の提供頻度の高い患者の割合が多く、医療区分 1 において、比較的状态が安定しており、医療の提供頻度の低い患者の割合が多くなる傾向があり、医療区分による分類と患者の医療ニーズの間には一定の相関があると考えられた。なお、DPC データなどより詳細なデータを用いた分析を進めるべきではないかとの指摘もあった。

(療養病棟入院基本料 2)

- ・ 職員配置を見ると、看護職員、看護補助者は、病棟ごとに多様であり、療養病棟入院基本料 1 相当の職員配置がある病棟も一定数存在する。
- ・ 医療区分 2・3 該当患者割合をみると、全体にばらついているが、80%を超える病棟も一定数存在する。
- ・ 平均在院日数を退院支援加算の算定状況別にみると、療養病棟入院基本料 1 と同様に、退院支援加算を算定している病棟の方が平均在院日数は短く、全体の平均在院日数をみると、療養病棟入院基本料 1 と比べて大きな差はない。
- ・ このように、療養病棟入院基本料 2 が療養病棟入院基本料 1 と比べ、多様性を示している理由について分析する必要があるのではないかと考えられた。

4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項

- ・ 在宅復帰機能強化加算の算定状況を見ると、療養 1 で約 25%が加算を届け出ている。救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定要件は入院日から 14 日を上限として算定する加算であるが、算定件数をみると、療養病棟入院基本料 1、療養病棟入院基本料 2 とともに、入院基本料の算定件数の約 10%程度であった。
- ・ 療養病棟への入棟元は自院又は他院の急性期病棟が多いが、退院先は死亡退院が約 4 割で最も高い。なお、療養病棟に入院する患者では死亡退院の割合が、その他の病棟と比べて高いが、看取りを目的として療養病棟に入院しているとの意味ではないことに留意すべきとの指摘があった。

- ・ 看取りについては、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」がまとめられているが、医療従事者や介護職員における認知度は高くない。
- ・ 医学的には外来・在宅でも良いが、他の要因のため退院予定がないと回答した患者について、退院後に最も必要な支援の内容をみると、日常生活動作に関わる介護が最も多く、医療区分1では約4割で、他の区分に比べ多かった。また、退院できない理由をみると、「家族の希望に合わないため」が最も多く約35%であった。退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「看取り」、「入所先の施設確保」が多い。
- ・ 疾患別リハビリテーションについては、算定日数上限が設けられており、最大180日までであり、181日以降は、算定日数上限の除外患者を除き、月13単位までとなり、要介護被保険者では点数も低くなる。
- ・ 疾患別リハビリテーションの実施状況を見ると、1回当たりのリハビリテーションの平均提供量は、2単位未満（平均約1単位）が最も多い。1週間あたりの平均リハビリテーション提供回数は、2～4回未満と4～6回未満とで約8割であった。
- ・ リハビリテーションの提供量及び提供回数と、在宅復帰率の関係の分析については、患者の状態に関する詳細な情報が必要と考えられた。

4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

（評価の変遷）

- ・ 障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料（以下「障害者施設等入院基本料等」という。）では、包括範囲が異なるものの、患者の疾病や状態について、類似している。
- ・ 障害者施設等入院基本料の届出病床数は約67,000床、特殊疾患病棟入院料の届出病床数は約13,000床となっている。
- ・ 障害者施設等入院基本料等については、平成28年度改定で、重度の意識障害であって脳卒中の患者に対する評価を、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価に見直した。

（患者の状況）

- ・ 脳卒中の患者（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害等）の割合を入院料別にみると、療養病棟では約3割、特殊疾患病棟入院料1では約2割、障害者施設等入院基本料では1割弱であった。
- ・ 脳卒中の患者について、平成28年度診療報酬改定の前後を比較すると、医療区分2・3相当の患者の割合、医療提供の頻度、急性増悪の患者の割合等が、同様かやや増えている。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者の割合をみると、障害者施設等入院基本料全体で、半数以上含まれている。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者について、身体障害者等級「不明」又は「非該当」の患者が一定程度含まれており、それらの患者のうち、医療区分1に該当する患者の割合は、療養病棟入院基本料1よりも多い。

- ・ 重度の意識障害の患者の割合を病棟別にみると、全体の平均値よりもかなり高い割合の病棟が存在している。
- ・ 重度の意識障害の患者について、医療区分2・3の該当患者割合をみると、療養病棟入院基本料1よりも少ない。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者のうち、身体障害者等級が「不明」又は「非該当」の患者について、年齢階級別にみると、70歳以上の高齢者が約8割であった。入院期間別にみると、重度の肢体不自由患者全体では1080日以上が5割弱であるのに比べ、90日未満が約4割であった。

5. 有床診療所入院基本料

有床診療所については、地域包括ケアシステムの構築の推進や、在宅患者の療養支援等といった役割を担うことが期待されているといった視点で、調査結果の評価・検証を行った。

5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析

- ・ 有床診療所の施設数は約8,000あり、近年は減少傾向となっている。都道府県別にみると、ばらついている。
- ・ 有床診療所入院基本料（1～6）の区分別にみると、入院料1が最も多く、約5割を占めていた。病床稼働率は、一般病棟入院料に比べ低く、最も高い入院料1でも67%である。
- ・ 年齢階級別の入院基本料の算定割合をみると、入院基本料1～3では、65歳以上の患者が約75%を占めている。
- ・ 入院時の患者の状態についてみると、未回答を除き、ADL低下や介護の必要性に関する項目では、その他の項目に比べて多い。
- ・ 在宅復帰機能強化加算の算定割合は、約1割であった。
- ・ 地域との連携の状況をみると、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1に比べ、連携する医療機関等の数が少なかった。

5-2. 診療科別の医療の提供状況

- ・ 標榜診療科別に有床診療所数をみると、内科系が最も多く、次いで、外科系、産婦人科、整形外科、リハビリテーション科となっている。
- ・ 有床診療所入院基本料の評価の概要をみると、近年は、地域包括ケアシステムの推進に資する要件を満たす場合の入院料1～3について、評価を手厚くしている。その入院料1～3の算定状況を診療科別にみると、泌尿器科、整形外科、内科が多い。
- ・ 有床診療所入院基本料を算定する入院レセプトについて、1日あたり平均点数を診療科別にみると、眼科と耳鼻咽喉科が最も高く8,000～9,000点台であり、手術料が最も多く

なっているのに比べ、その他の診療科は2,000点前後となっており入院基本料の占める割合が高い。

- ・ 平成27年実施の医療経済実態調査結果をみると、主たる診療科別の損益差額では、回答数が10施設未満を除くと、眼科、外科、整形外科に比べ、内科、産婦人科では、損益差額が低い。
- ・ 有床診療所は、主に提供する医療の専門分野によって、地域における医療機能も異なると考えられた。入院基本料の区分別の分析等からは、在宅復帰支援機能や介護サービスとの連携などといった機能を持つ有床診療所も一定程度存在すると考えられた。

6. 横断的事項について

6-1. 入退院支援

- ・ 入退院支援については、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来及び在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されているといった視点で、調査結果の評価・検証を行った。
- ・ 退院支援に当たっての目標・課題等としては、疾病の治癒や病状の安定に加えて、患者本人の日常生活活動度（身体機能）の回復が重要な要素となっていた。
- ・ 外来及び在宅で管理可能な患者が退院できない理由をみると、受け入れ先の確保のほか、在宅における介護力及び患者本人の日常生活活動度や、家族の希望が、その大きな要素となっていた。
- ・ 退院支援を困難にしている理由・課題等をみると、相談員の人員体制の不足、支援のための時間確保が困難、患者・家族等との面会日の日程調整が困難（特に日勤帯だけでは困難）と回答した割合が多かった。
- ・ 入院前から地域包括ケアの中で患者をアセスメントすることは大事であると同時に、退院後の住まいや介護の問題等、医療側だけで解決するのは難しいため、介護等の地域との連携が重要との指摘があった。
- ・ 退院支援加算の算定に当たっては、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た。
- ・ 退院支援に当たっては、介護や福祉サービスの利用など入院前の支援状況を早期に把握し、自治体を含む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た。
- ・ 地域連携診療計画の利用状況では、回復期リハビリテーション病棟で最も利用されている。地域連携診療計画加算の算定件数を、改定前後で比較すると減少している。退院支援加算2では地域連携診療計画加算が算定できないことがその要因のひとつと考えられた。

6-2. 在宅復帰に関する評価

- ・ 在宅復帰率の定義をみると、退棟患者のうちの自宅等への退棟患者の割合であり転棟・転院が含まれているため、評価項目の内容が分かりやすい名称がより適切ではないかと考えられた。
- ・ 在宅復帰率については、病棟の種類により、計算式の分母・分子となる退棟患者の退棟先が異なっているため、評価の本来の目的を踏まえ、評価方法について整理する必要があると考えられた。
- ・ DPC データでの再入院の状況を見ると、同一疾患での6週間以内の再入院が10%未満の医療機関が多く、疾患名を問わず1年間でみると再入院率が30%未満の医療機関が大部分の状況である。再入院率は、在宅復帰率と同様に指標として重要であると考えられるという指摘もある一方、医学的に必要な再入院があることなどから、緻密な条件設定がないと評価が困難との指摘もあった。

6-3. データ提出加算

(加算を算定する病院の状況)

- ・ データ提出加算を算定する一般病床を有する病院数は、3,313病院あり、一般病院の約45%となっている。算定対象病床は約79万床あり、レコード数は約125万件で、うちDPC対象病院以外のレコードは約18%となっている。
- ・ 入院料の種類別に加算の算定状況を見ると、200床以上の病院が算定要件となっている10対1一般病棟入院基本料では約6割、回復期リハビリテーション病棟入院料では約6割、療養病棟入院基本料では約3割弱が、加算の算定対象となっている。
- ・ 許可病床200床以上の病院だけでみると、回復期リハビリテーション病棟を有する病院の約8割、療養病棟を有する病院の約4割が、加算の算定対象となっている。

(提出項目の概要)

- ・ 提出項目の概要をみると、様式1では、主として急性期の診療内容や重症度に関する項目となっており、主に回復期や慢性期の患者の状態を示すADLの入院中の変化、要介護度、医療区分に係る詳細な情報等は含まれていない。
- ・ 回復期や慢性期の病棟にデータ提出の対象が広がりつつある中で、評価項目については、データの質に留意しつつ、回復期や慢性期の患者の特性の違いに着目した項目の追加や重複する項目を合理化することや、測定頻度については慢性期では毎日ではなくてもよいのではないかと、介護との連携の視点も必要ではないかとの指摘があった。
- ・ なお、療養病棟を有する200床未満の病院では、データ提出加算を算定している病院が少なく、様式1を含む全体の提出項目の簡素化など、200床未満の病院でもデータの提出が可能となるような工夫が必要ではないかとの指摘があった。
- ・ 患者の日常生活動作などの状態に係る項目をみると、様式1では全ての病棟で入院時と退院時にADLスコアを提出しており、さらに、一般病棟入院基本料ではHファイル(重

症度、医療・看護必要度)のB項目を、回復期リハビリテーション病棟入院料では様式1のFIMスコアを、療養病棟入院基本料ではEF統合ファイルにおいてADL区分を、それぞれ提出している。一部の項目が重複していること、一般病棟から療養病棟に患者が移動しても状態の変化を継続的に把握できないこと等から、各項目が設定されたそれぞれ目的を踏まえつつ、項目を統一したほうがよいのではないかと、地域包括ケア病棟を含む全ての病棟でB項目を使用すべきではないかとの指摘がある。一方で、急性期の病棟で使用している項目や方法をそのまま回復期や慢性期の病棟に当てはめるのは無理があるとの指摘があった。

- ・ なお、医療の質の向上に資するデータの利活用推進の観点からは、データの充実は重要であるが、まずは異なる病棟間で共通で使用するのに適当な指標や手法を検討すべきとの指摘があった。
- ・ データの質やその検証の観点から、異なる見方で複数のデータを提出してもらいたいのではないかと指摘がある一方で、データ作成に係る現場の負担を十分に配慮すべきとの指摘があった。
- ・ 様式1のADLスコアは入院時と退院時に入力している。一方で、Hファイル(重症度、医療・看護必要度)のB項目ではADLの状況も含まれているため、Hファイルを提出している場合は、様式1のADLスコアの提出は省略してもよいのではないかと指摘があった。

Ⅲ. 平成29年度入院医療等における実態調査の項目

平成29年度入院医療等における実態調査に係る以下の項目については、引き続き、調査結果ができ次第、速やかに評価・検証を行い、本分科会での意見を取りまとめる。

<平成29年度調査の項目>

- ・ 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料等における重症度、医療・看護必要度
- ・ 短期滞在手術基本料
- ・ 総合入院体制加算
- ・ 救急医療管理加算等
- ・ 療養病棟入院基本料
- ・ 入院時食事療養等に関する事項