

中医協 総－2

30.1.26

入院医療(その11) 追加資料

平成30年1月26日

【論点（案）】

- 急性期一般入院基本料の各入院料の基準値について、まずは、急性期一般入院料1（現行の7対1一般病棟に相当）の基準値について、どのように考えるか検討してはどうか。
 - ※ 基準値に係る議論では、必要度の項目の定義や判定方法によって該当患者割合の数値が異なることから、現行の7対1一般病棟で用いている必要度の定義・基準と従来の判定方法（診療実績データによる判定ではない方法）に基づく該当患者割合やグラフ（分布）で議論してはどうか。
 - ※ 診療実績データを用いた判定方法を選択した場合の基準値は、従来の判定方法での該当患者割合別の分布と診療実績データを用いた判定での該当患者割合別の分布とで、パーセンタイル値が相同となるような値を設定することとしてはどうか。
- 急性期一般入院料1の基準値の設定を踏まえ、急性期一般入院料2～3及び急性期一般入院料4～7（現行の10対1一般病棟の看護必要度加算部分）の基準値や評価について、どのように考えるか検討してはどうか。

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較①(パーセンタイル値との関係)

現行の定義による該当患者割合(従来の判定方法)(%)	パーセンタイル値(%tile)	見直し後の定義による該当患者割合	
		従来の判定方法 (%)	実績データによる判定方法 (%)
32.0	84.3	37.8	34.8
31.5	80.1	36.8	33.6
31.0	77.3	36.3	33.1
30.5	73.6	35.8	32.3
30.0	68.8	35.2	31.5
29.5	62.9	34.4	30.6
29.0	57.4	33.8	29.8
28.5	50.2	32.8	29.0
28.0	43.5	32.1	27.8
27.5	37.5	31.5	27.0
27.0	30.9	30.6	26.2
26.5	25.6	29.9	25.4
26.0	20.6	29.2	24.5
25.5	16.1	28.6	23.7
25.0	13.0	28.0	23.0
24.5	9.6	27.3	22.2
24.0	7.7	26.8	21.5
23.5	5.7	26.0	20.7
23.0	4.7	25.7	20.2
22.5	3.7	25.1	19.7
22.0	2.9	24.4	18.8

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較②(パーセンタイル値との関係)

現行の定義による該当患者割合(従来の判定方法)(%)	パーセンタイル値(%tile)	見直し後の定義による該当患者割合	
		従来の判定方法 (%)	実績データによる判定方法 (%)
29.9	67.1	35.0	31.2
29.6	63.9	34.5	30.7
29.1	59.0	34.0	30.1
28.9	55.3	33.5	29.6
28.6	51.9	33.0	29.1
28.2	46.8	32.5	28.4
27.9	42.6	32.0	27.7
27.5	37.5	31.5	27.0
27.2	33.2	31.0	26.6
26.9	30.1	30.5	26.1
26.6	26.6	30.0	25.6
26.2	22.7	29.5	25.0
25.8	19.2	29.0	24.3
25.4	15.9	28.5	23.7
25.0	13.0	28.0	23.0
24.7	10.7	27.5	22.5
24.1	8.4	27.0	21.7
23.7	6.6	26.5	21.2
23.5	5.7	26.0	20.7
22.9	4.6	25.5	20.1
22.4	3.6	25.0	19.6

参考資料

【1月24日中医協総会資料】

【これまでの検討①】

(将来の医療ニーズの変化に対応した効果的・効率的な入院医療提供体制構築の考え方)

- 入院患者の疾患や年齢構成の将来推計では、悪性腫瘍は横ばいから減少し、肺炎、心疾患、脳血管疾患や骨折は増加から横ばいとなるなど、今後は、より高い医療資源投入が必要な医療需要の減少とともに、中程度の医療資源投入が必要な医療需要が増加するものと考えられる。
- このように、今後の入院医療ニーズは地域差を伴いながら大きく変化していくものと予想されることから、都道府県において地域医療構想を策定し、医療機能ごとの将来需要に応じた、限られた医療資源をより効果的・効率的に活用した医療提供体制構築の取組が進められている。
- 将来の入院医療ニーズの変化に対応した医療提供体制の確保を推進する観点から、弾力的で円滑な体制構築が可能となるよう、診療報酬においても、医療ニーズに応じて適切な医療資源が投入される体制を評価していくことが重要である。
- このような視点から、地域の医療ニーズ(変動要素)に応じてより適切な医療提供を進めるためには、入院料の基本的要素の報酬設定として、傾斜配置も加味した上で、必要となる平均的な資源投入となる水準としながら、診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせることが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられ、今後の入院医療の評価体系については、基礎的な報酬評価と診療実績に応じた段階的な評価とを組み合わせる形として、評価体系を再編・統合していくことを目指していくことが適切であると考えられた。

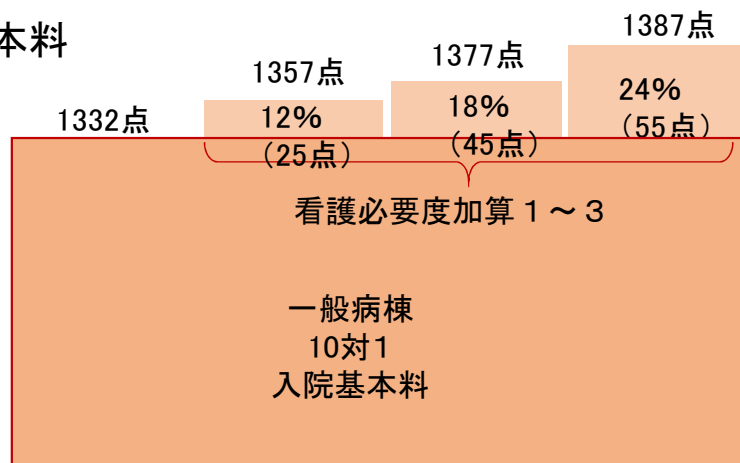
(7対1一般病棟の算定病床の現状と見直し)

- 主として急性期の患者を受け入れる病棟として、平成18年度改定で創設された7対1一般病棟入院基本料(7対1一般病棟)は、その後の急速な病床数増加とともに、急性期入院患者をより適切に評価する指標として、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が要件として導入され、近年の診療報酬改定では、その基準値の引き上げとともに、入院医療体制の機能分化と連携を推進してきた。
- 現行の7対1一般病棟の届出病床数は、約38万床をピークに減少傾向にあり、近年、その病床利用率や算定回数も減少している。重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布をみると、25%~30%の医療機関が全体の7割を占めるが、30%を超える医療機関も3割弱存在するなど、7対1一般病棟の中でも一定のばらつきが見られる。
- このような現状を踏まえれば、現行の7対1一般病棟が将来の医療ニーズの変化に弾力的かつ円滑に対応できるよう、入院医療を評価する報酬体系もそれに相応しい体系にしていく必要がある。しかしながら、現行の報酬では、7対1一般病棟と10対1一般病棟(看護必要度加算1(24%、55点)との合計)との間に、非常に大きな報酬差(約200点)があり、7対1一般病棟から10対1一般病棟への体制転換が、極めて困難な状況となっている。
- このため、今回の診療報酬改定では、将来のあるべき入院医療の評価体系を見据えながら、7対1一般病棟について、10対1一般病棟との間に、両者の中間的な評価となる入院料を設定し、7対1一般病棟が将来の医療ニーズの変化に円滑かつ弾力的に対応していくことが可能となるような報酬設定とすることが検討されてきた。

参考(イメージ図)

【現行】

一般病棟入院基本料

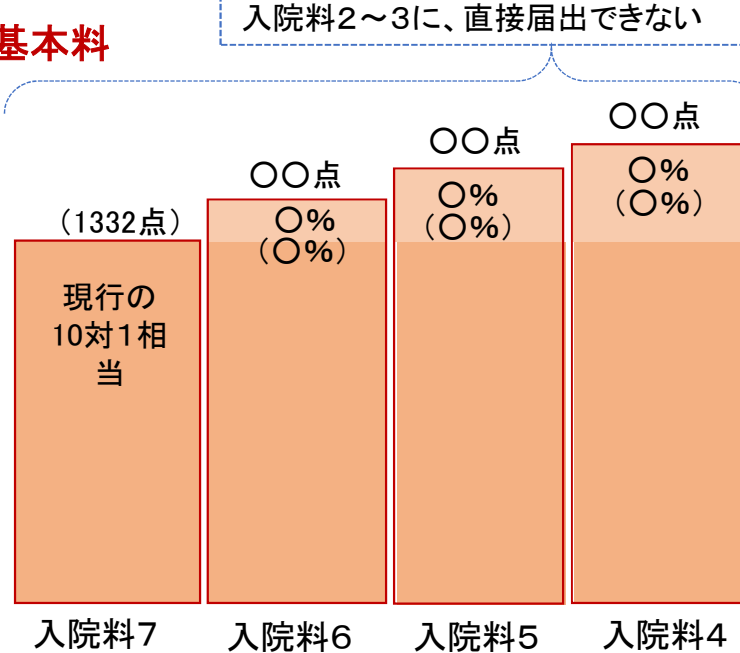


1591点
25%
一般病棟 7対1 入院基本料

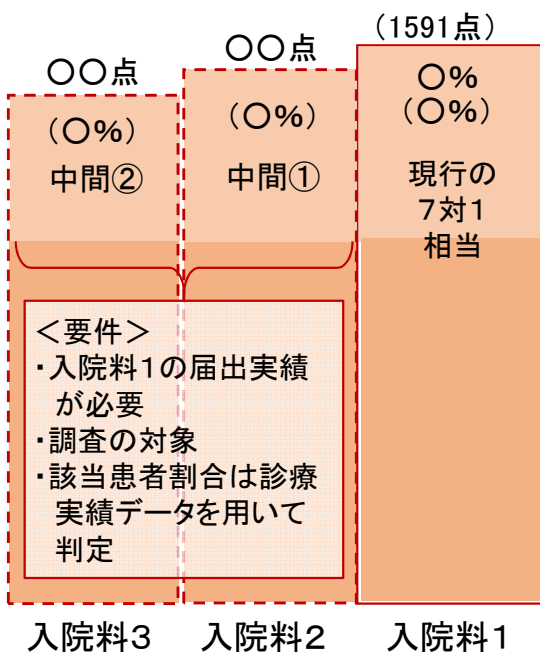
【平成30年度改定の見直し(案)】

急性期一般入院基本料

入院料1(7対1)の届出実績が必要なため、入院料4~7(10対1)から入院料2~3に、直接届出できない



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に



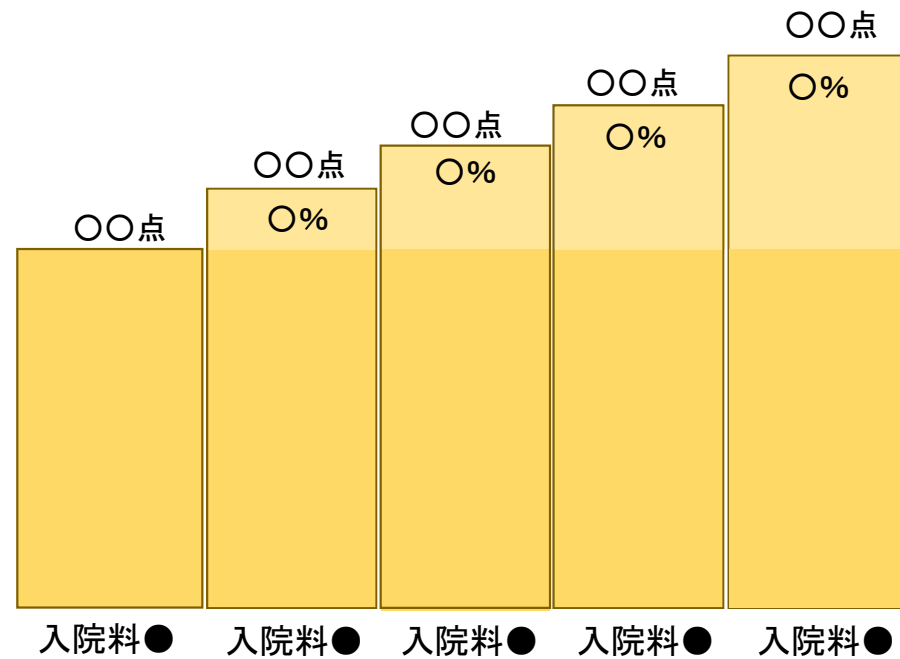
- <要件>
- ・入院料1の届出実績が必要
 - ・調査の対象
 - ・該当患者割合は診療実績データを用いて判定

【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
(※括弧内は、診療実績データを用いた場合の基準値)

【基本部分】

【将来のイメージ】

急性期一般入院基本料



医療ニーズと、それに応じた医療資源を適切に投入する体制に応じて、適切な入院料を柔軟に選択できる

【課題】

(重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の見直しの影響)

- 前述のような議論を経て、平成30年1月10日の入院医療(その10)では、重症度、医療・看護必要度について、認知症及びせん妄の項目に係る該当患者の判定基準、及び開腹手術の定義の見直しについて検討し、見直す方向で了承された。
- 基準値の検討に関しては、重症度、医療・看護必要度の定義の見直しにともなう該当患者割合の変化について、分布を示し検討した。

(急性期一般入院基本料の評価)

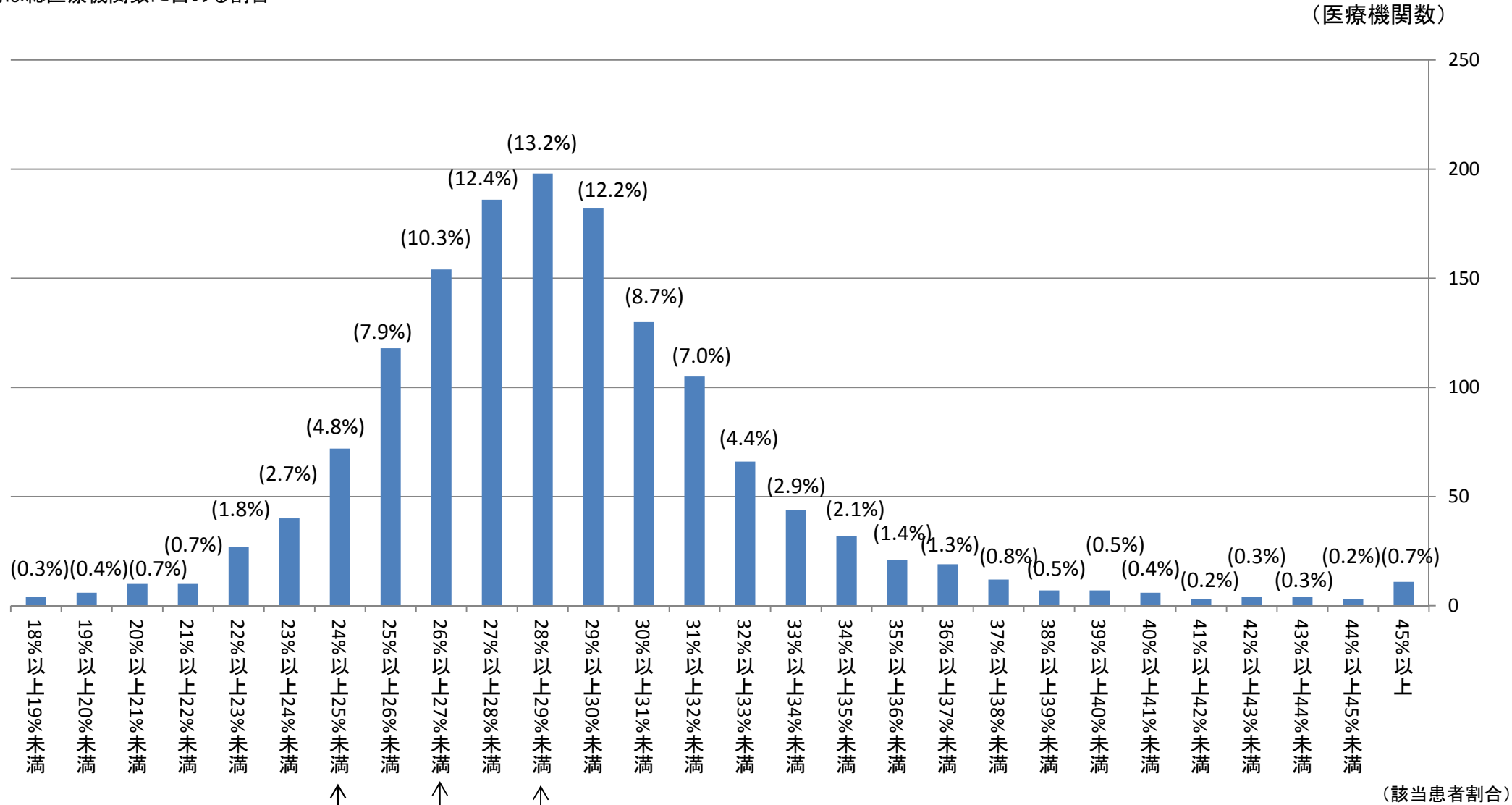
- 報酬改定に向けた今後の検討事項としては、急性期一般入院基本料における入院料1の基準値の設定が必要である。今回、この検討に際して、上記の見直しの影響や、診療実績データ(EF統合ファイル)の活用についても考慮する必要があるため、これらについて、該当患者割合の基準値や医療機関分布について、以下のような3つのシミュレーションを提示した。
 - 1)「現行の定義・基準」及び「従来の判定方法」による該当患者割合の分布
 - 2)「見直し後の定義・基準」及び「従来の判定方法」による該当患者割合の分布
 - 3)「見直し後の定義・基準」及び「診療実績データを用いた判定方法」による該当患者割合の分布

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析① (現行の定義・基準 & 従来の判定方法)

中医協 総 - 2
30.1.24

<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)>

※()内は総医療機関数に占める割合



出典: DPCデータ

10%tile 25%tile 50%tile 12

(該当患者割合)

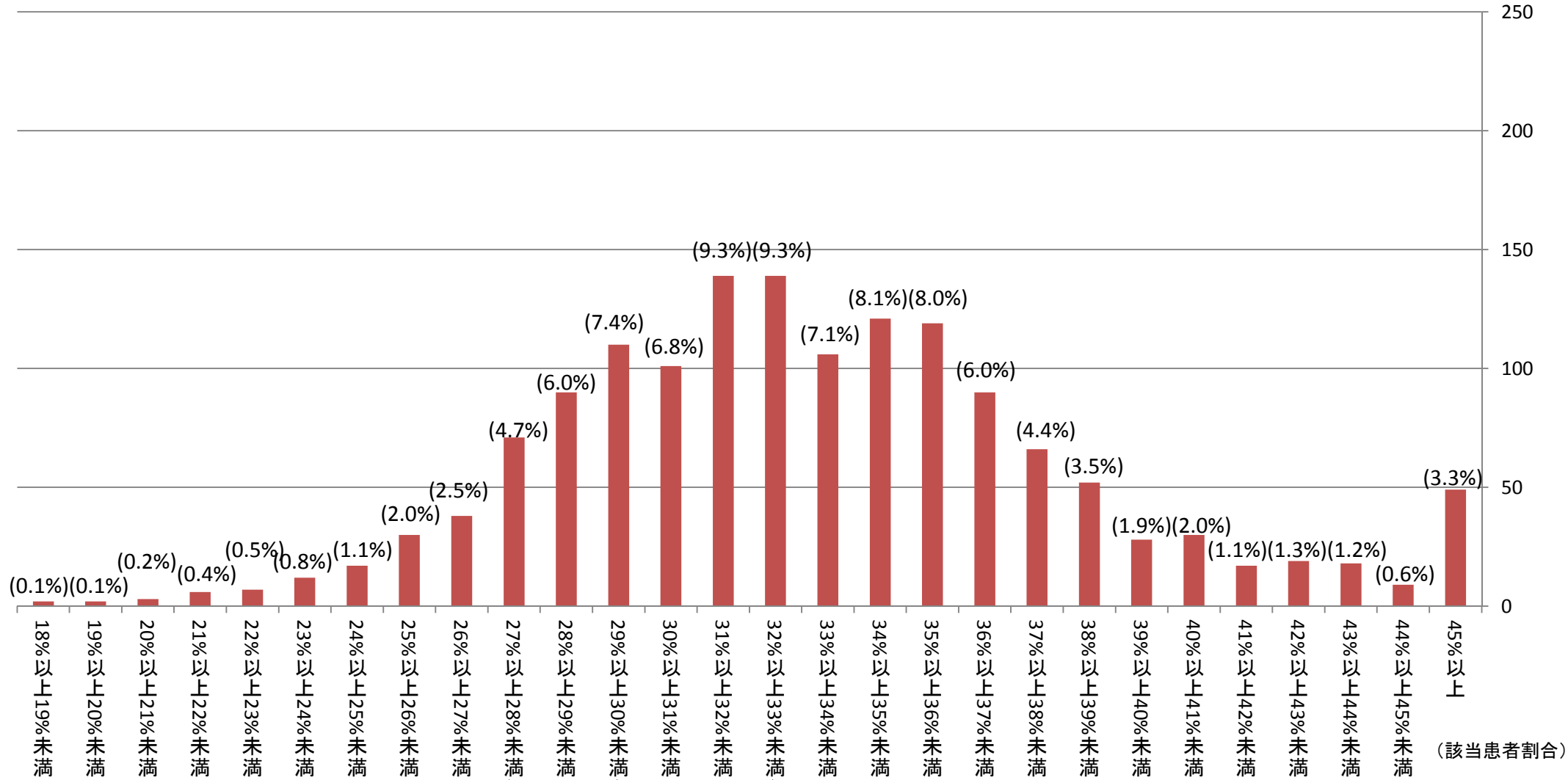
重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析② (見直し後の定義・基準 & 従来の判定方法)

中医協 総 - 2
30.1.24

<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)>

※()内は総医療機関数に占める割合

(医療機関数)



出典: DPCデータ

10%tile 25%tile 50%tile

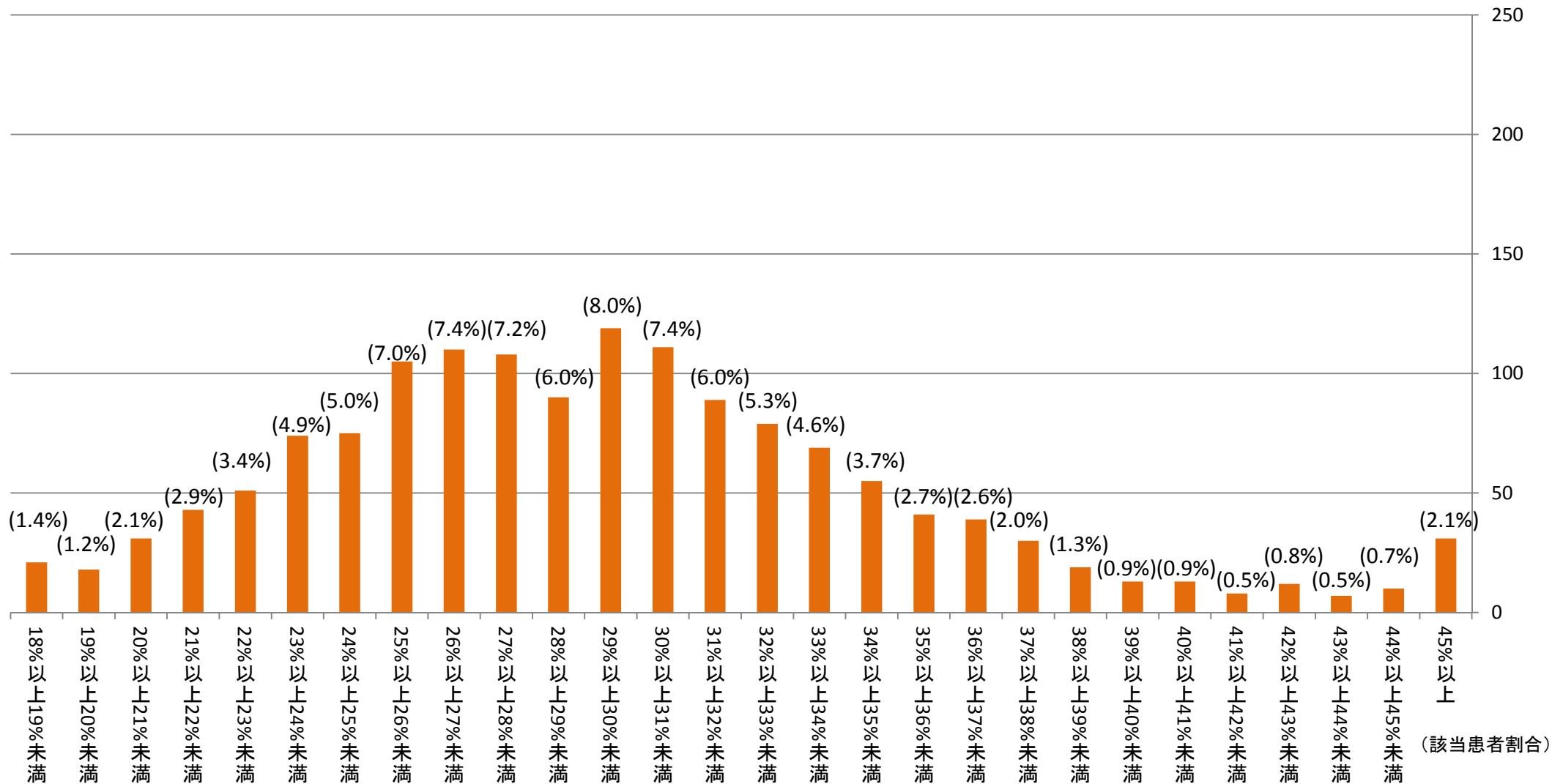
重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析③ (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

中医協 総 - 2
30.1.24

<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)>

※()内は総医療機関数に占める割合

(医療機関数)



出典: DPCデータ

10%tile

25%tile

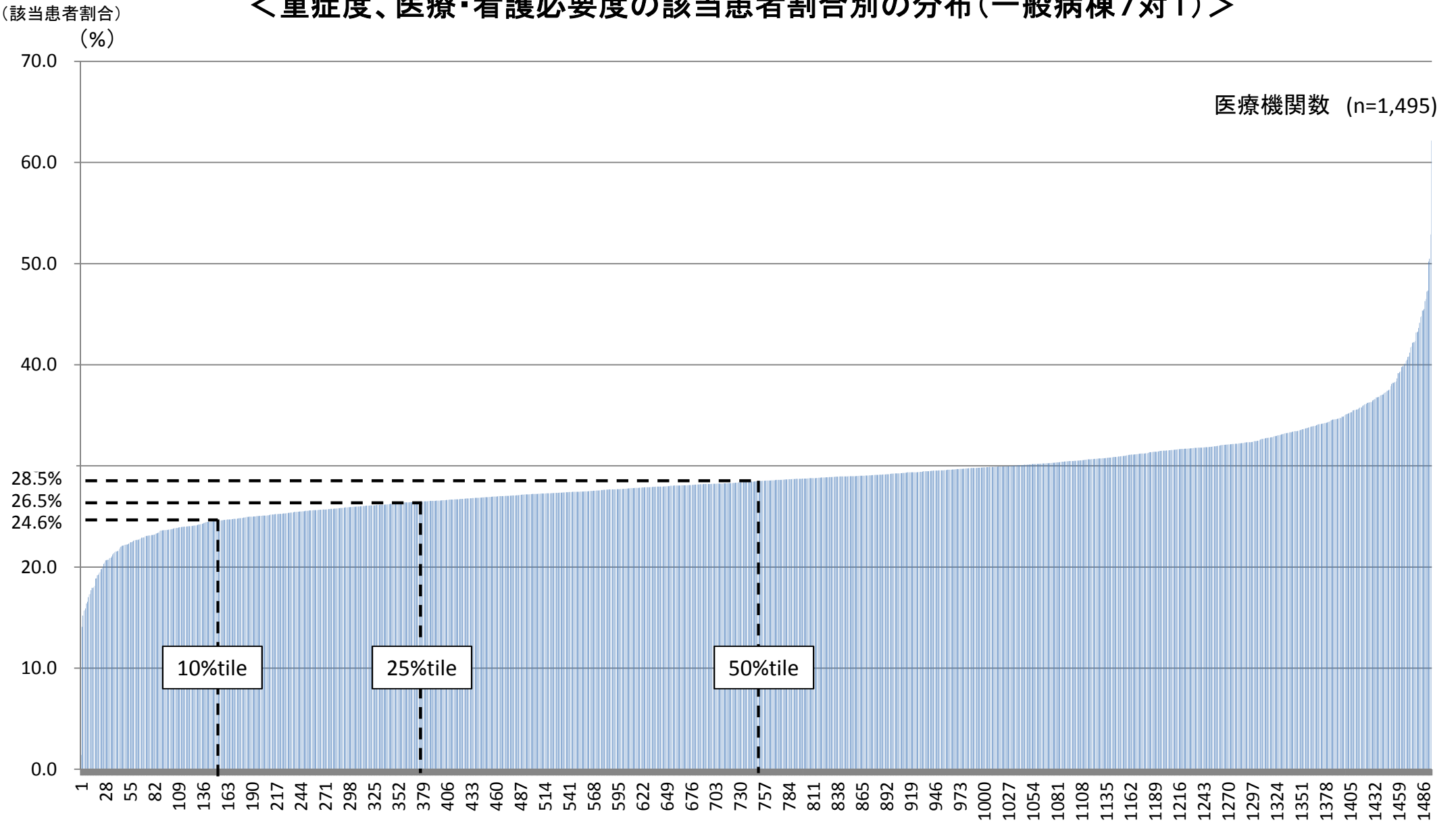
50%tile

参考(パーセントイル)

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタ (現行の定義・基準 & 従来の判定方法)

中医協 総 - 2
30.1.24

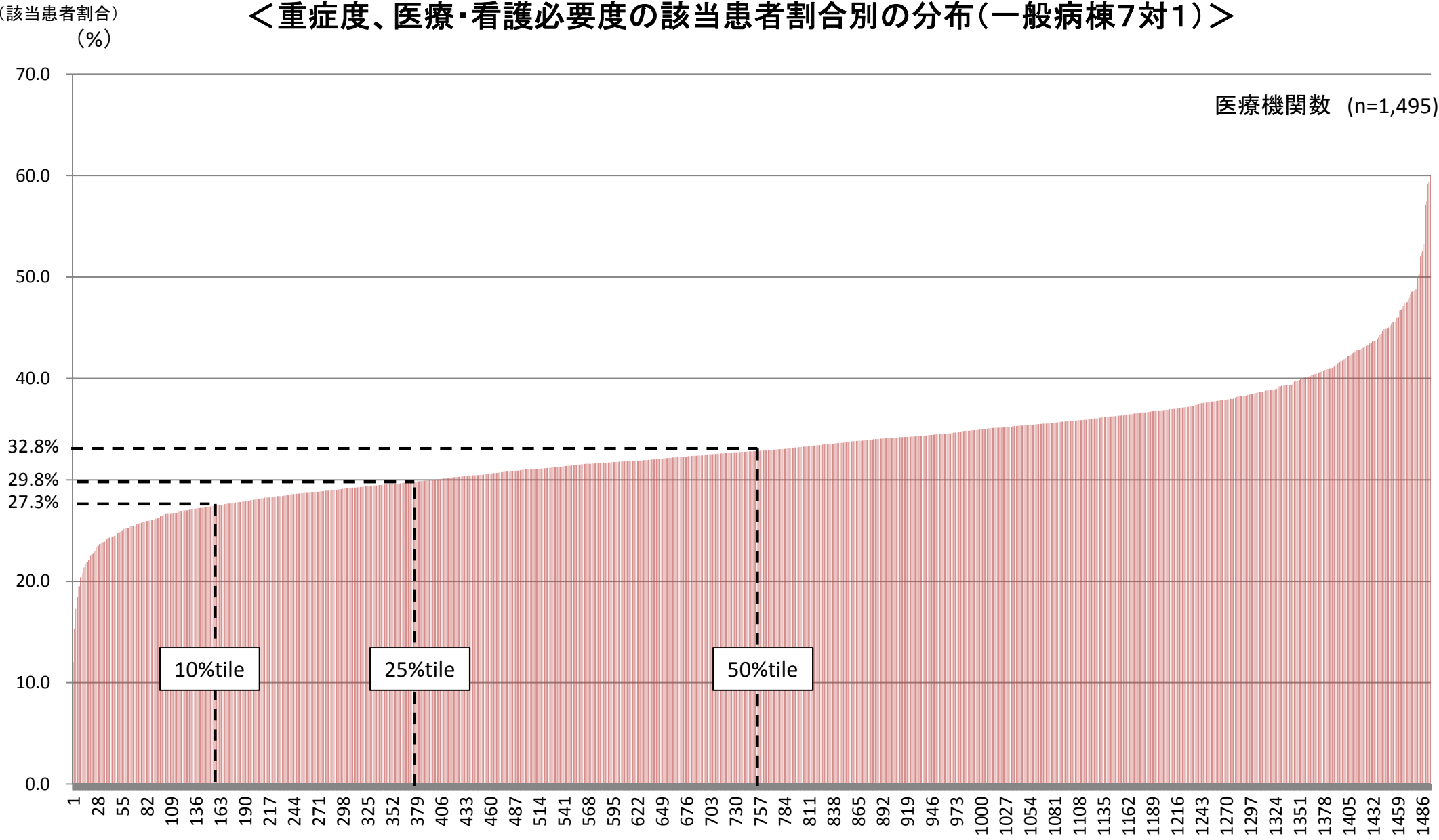
<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>



重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタ (見直し後の定義・基準 & 従来判定方法)

中医協 総 - 2
30.1.24

<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)>

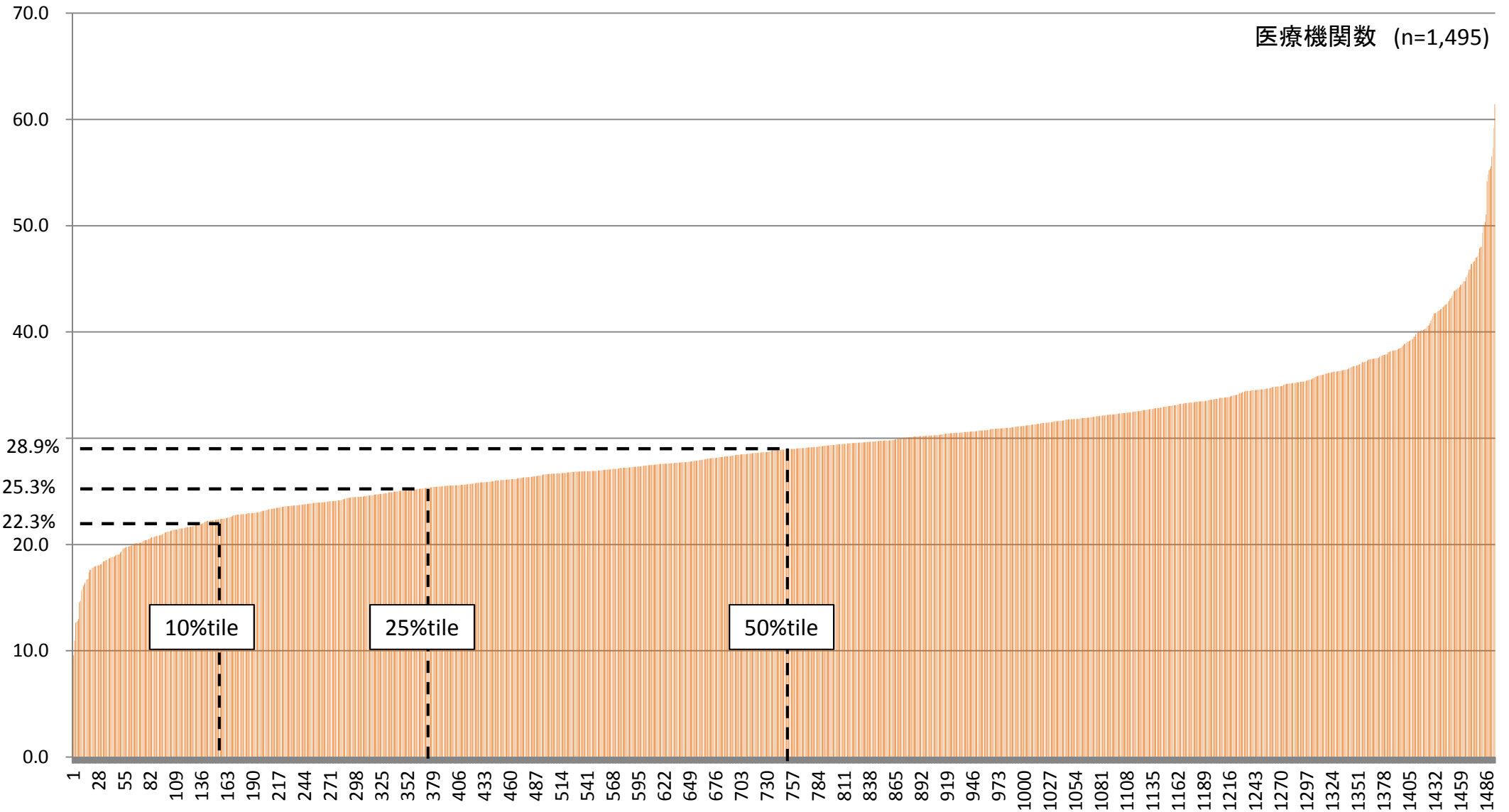


重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタ
 (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

中医協 総 - 2
 30. 1. 24

＜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)＞

(該当患者割合)
 (%)



【論点（案）】

- 急性期一般入院基本料の各入院料の基準値について、まずは、急性期一般入院料1（現行の7対1一般病棟に相当）の基準値について、どのように考えるか検討してはどうか。
 - ※ 基準値に係る議論では、必要度の項目の定義や判定方法によって該当患者割合の数値が異なることから、現行の7対1一般病棟で用いている必要度の定義・基準と従来の判定方法（診療実績データによる判定ではない方法）に基づく該当患者割合やグラフ（分布）で議論してはどうか。
 - ※ 診療実績データを用いた判定方法を選択した場合の基準値は、従来の判定方法での該当患者割合別の分布と診療実績データを用いた判定での該当患者割合別の分布とで、パーセンタイル値が相同となるような値を設定することとしてはどうか。
- 急性期一般入院料1の基準値の設定を踏まえ、急性期一般入院料2～3及び急性期一般入院料4～7（現行の10対1一般病棟の看護必要度加算部分）の基準値や評価について、どのように考えるか検討してはどうか。

(参考資料)

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	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	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管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 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

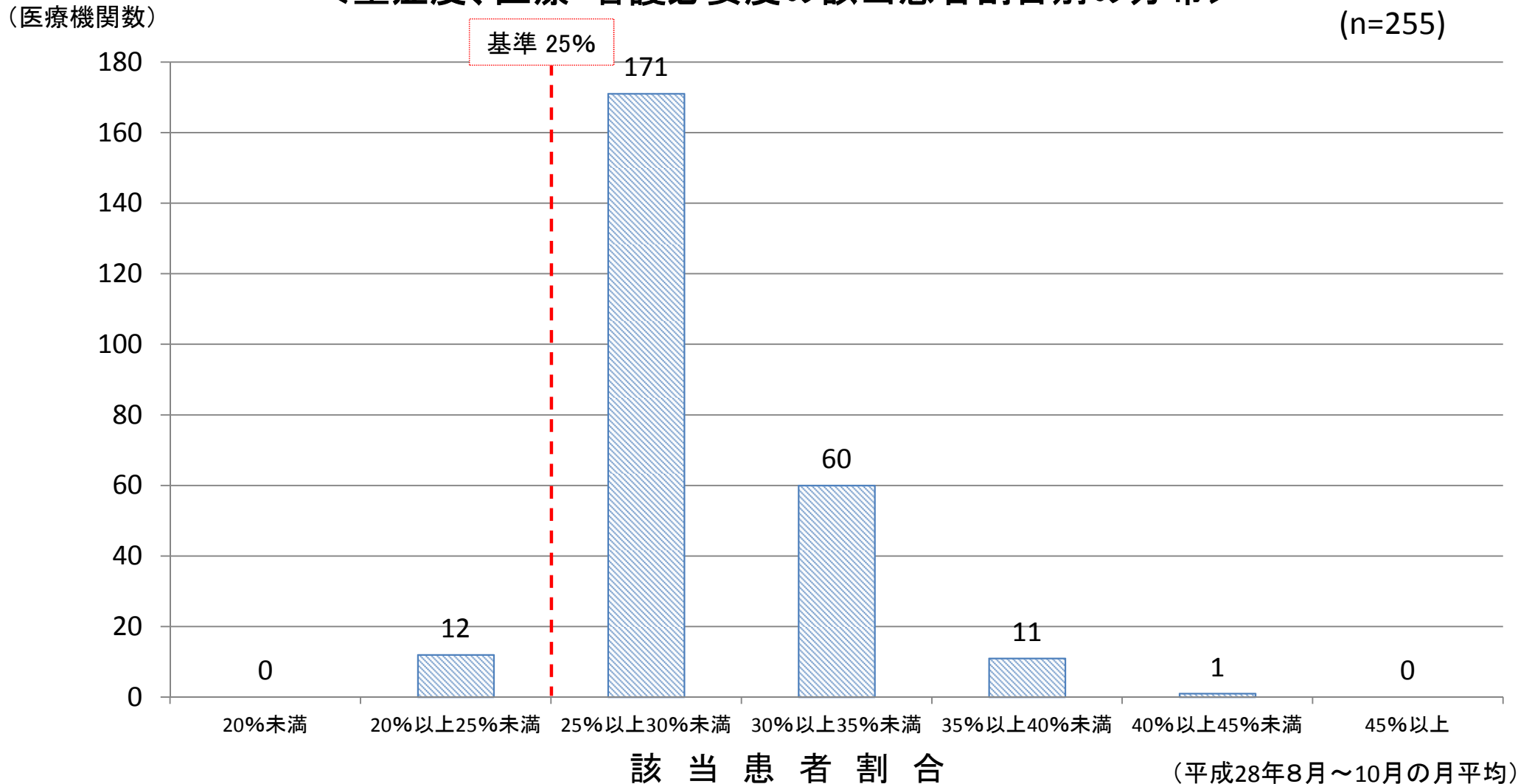
該当患者の基準

以下のいずれかを満たすこと

- 1) A得点2点以上かつB得点3点以上
- 2) A得点3点以上
- 3) C得点1点以上

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

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

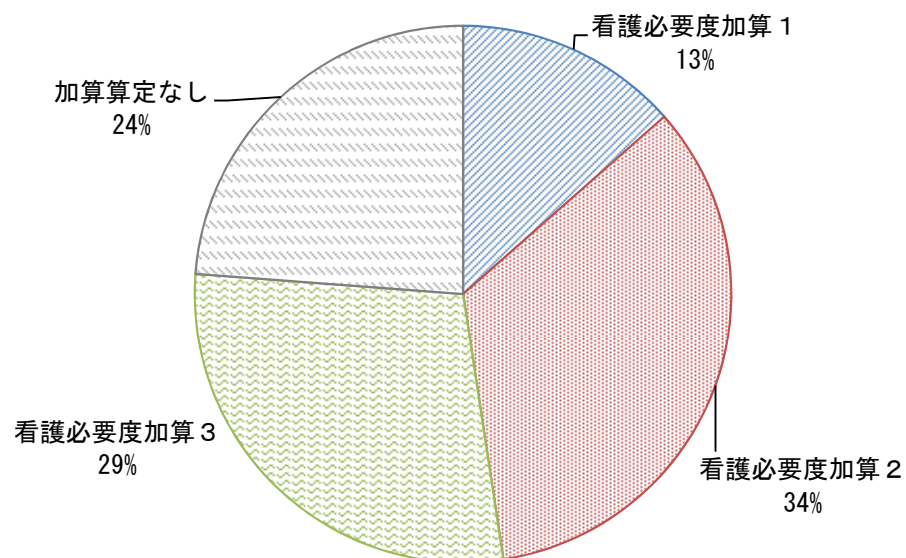


一般病棟(10対1)の加算による評価について

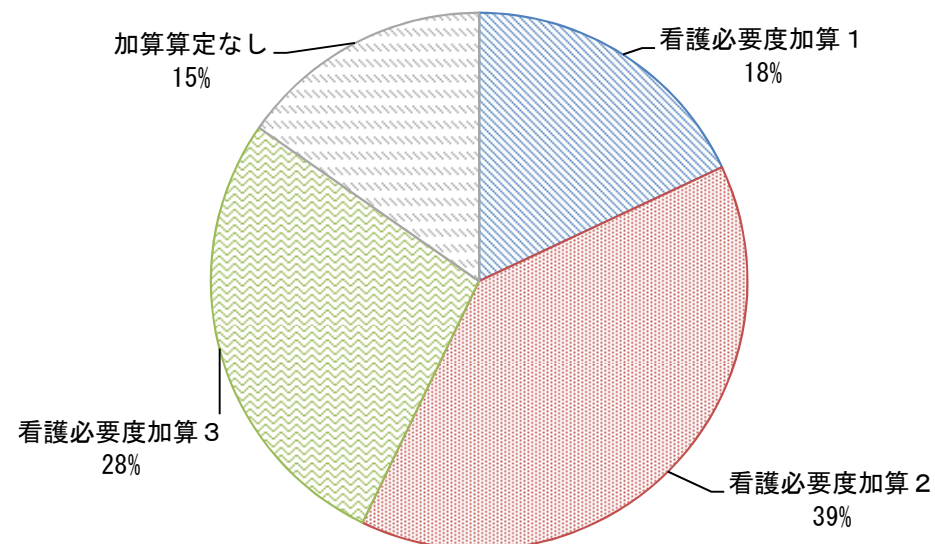
【加算の概要】

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

届出医療機関数(n=2,216)



届出病床数(n=169,733)

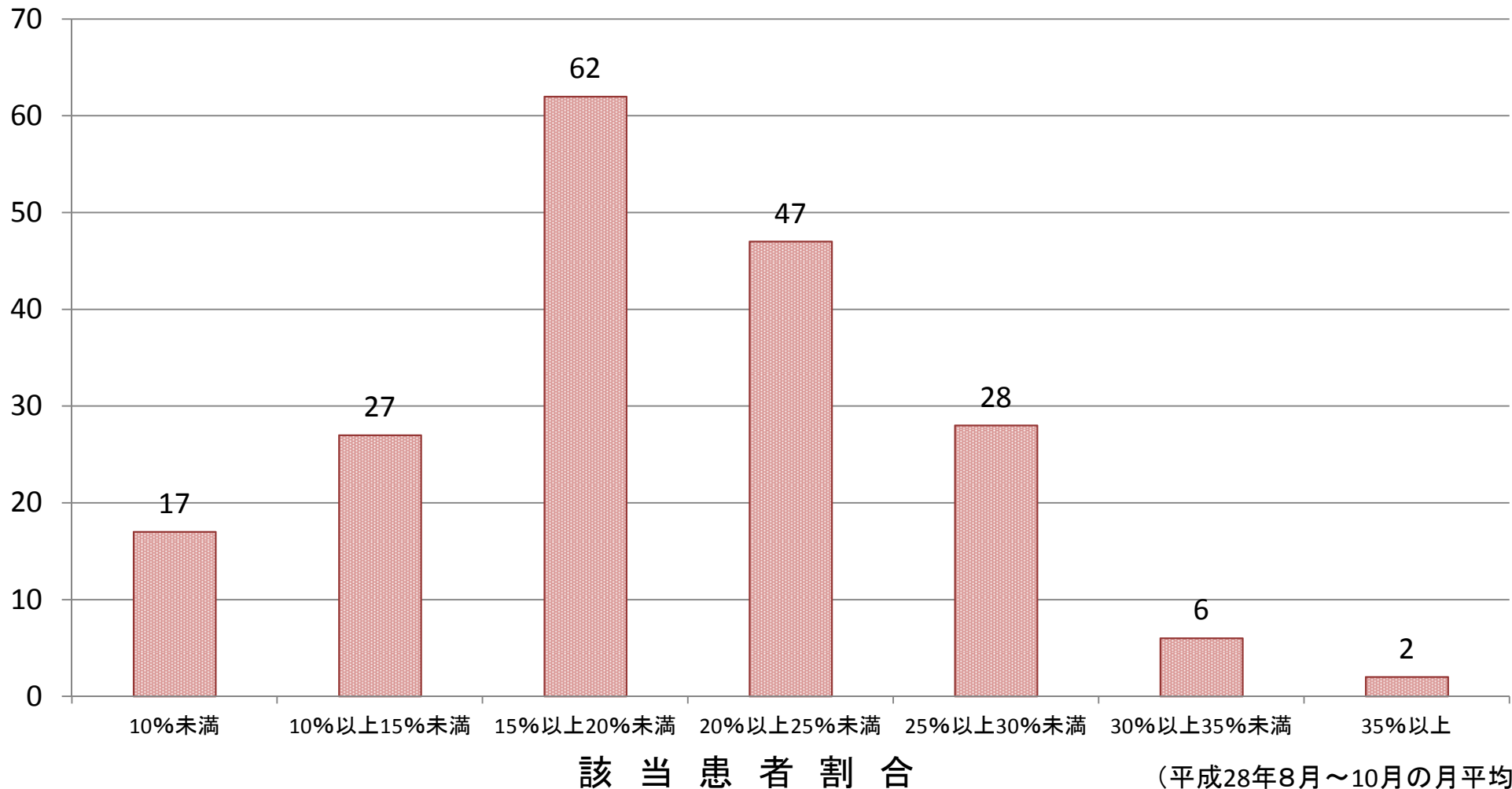


○ 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%~20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。

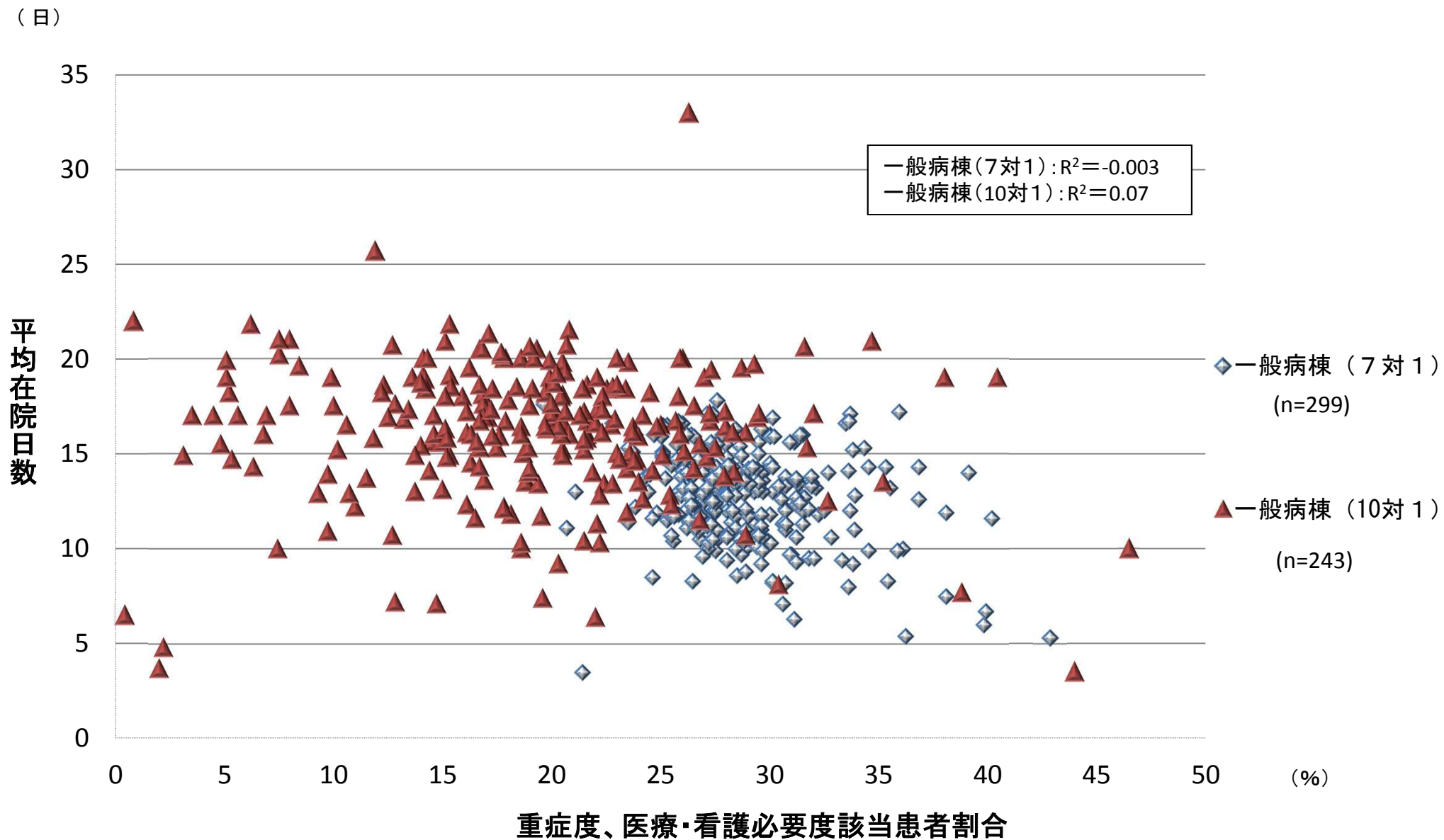
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

(医療機関数)

(n=189)



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



診療実績データを用いた判定について

○ 使用したデータ

平成28年12月に提出されたDPCデータ(一般病棟7対1)

○ 各項目の評価方法

➤ A項目・C項目

事務局で作成したマスタ(平成29年11月2日第11回入院医療等の調査・評価分科会で公表)に変更点を追加したマスタに沿って、重症度、医療・看護必要度に対応する報酬区分がEFファイルで報告されていた場合、当該項目に該当すると設定

(11月2日公表マスタからの変更点)

- ・ 「A3 点滴ライン同時3本以上の管理」のマスタから、「G004 点滴注射」に関連する項目を削除
- ・ 項目から「A8 救急搬送後の入院」を削除
- ・ 「A7⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」のマスタから、静脈内留置ルート内の血液凝固の防止に関連する薬剤を削除
- ・ 「C21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の集計方法の見直し(C項目の重複を削除)

➤ B項目

Hファイルを用いて、現行の重症度、医療・看護必要度の該当判定をそのまま使用

○ 医療機関ごとの該当患者の計算方法

現行の計算方法と同様に、

(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」) / のべ入院患者
で計算を行った

診療実績データを用いた場合の重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の変更の影響②

[見直し案2(再掲)]

- 『「A得点1点以上かつB得点3点以上」かつ「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』を追加
- 「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更



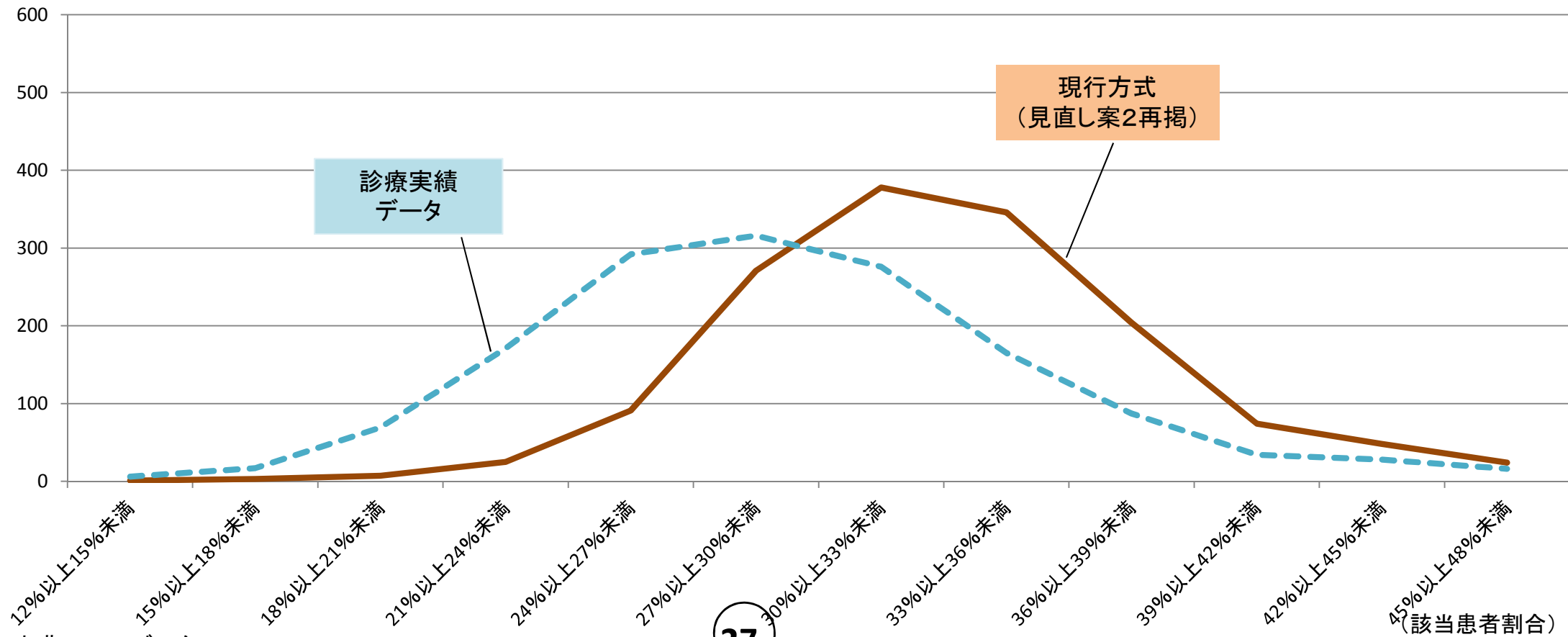
[診療実績データの各項目の評価方法]

- 7頁に示したマスタを使用

＜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)

(医療機関数)

(n=1,495)



出典: DPCデータ

答申書附帯意見（素案）

（入院医療）

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標について調査・検討するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

（DPC制度）

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

（外来医療、在宅医療、かかりつけ機能）

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め調査・検証し、引き続き検討すること。

（医薬品の適正使用）

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

（生活習慣病の医学管理、オンライン診療等）

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方に

ついて引き続き検討すること。

(医療と介護の連携)

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
- ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
- ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進

に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成 32 年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。

13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を調査・検証し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

14 かかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型駅前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方につ

いて引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

- 15 後発医薬品の数量シェア 80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（薬価制度の抜本改革）

- 16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。
また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

（費用対効果評価）

- 17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成 30 年度中に結論を得ること。

（明細書の無料発行）

- 18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成 32 年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

- 19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価（分類）について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。