

中医協 総－８－１
２５．８．２１

診調組 入－１－１(改)
２５．８．７

平成２５年度
入院医療等の調査・評価分科会

中間とりまとめ

平成２５年８月
診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

目 次

1. 検討の背景及び実態調査について	2
2. 平成24年度診療報酬改定の影響の検証と今後の方向性	
イ. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し	
(1)平均在院日数について	4
(2)重症度・看護必要度の項目	7
(3)その他の指標について	9
ロ. 亜急性期入院医療管理料等の見直し	11
ハ. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討	13
ニ. 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置	15
ホ. 診療報酬点数表における簡素化	17
(1)栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について	
(2)入院基本料等加算の簡素化について	
ヘ. 医療機関における褥瘡の発生等	19
3. おわりに	20
委員名簿	21
開催状況	22

【別添】資料編

1. 検討の背景及び実態調査について

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24年8月に発足し、「平成24年度診療報酬改定における中医協答申(平成24年2月10日)附帯意見」のうち、以下の附帯意見に関すること等について、平成26年度診療報酬改定に向けた検討に資するデータを収集・分析することを目的として、「平成24年度入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等実態調査」^(※)を実施し、調査結果等に基づき検討を行った。

※実態調査の結果については平成25年5月16日の分科会参考資料を参照。

- ① 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。(附帯意見8)
- ② 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。
 - i) 一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
 - ii) 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置(附帯意見9)
- ③ 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今

後の診療報酬改定に反映させること。(附帯意見11)

- ④ 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。(附帯意見12)
- ⑤ 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。(附帯意見13)^(※)
- ⑥ 医療機関における褥瘡の発生等の状況に関する調査・検証(附帯意見18)

※附帯意見13については、診療報酬における包括化の検討のみ、分科会の検討事項となっている。

2. 平成24年度診療報酬改定の影響の検証と今後の方向性

イ. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し

(1)平均在院日数について

【現状と課題】

- ① 7対1入院基本料を算定する医療機関の平均在院日数は平成21年以降、短縮傾向であり、平成24年の平均在院日数の平均値は13.9日であった【別添資料P19】。
- ② 平均在院日数の平均値－2SD未満の医療機関を分析した結果、短期間で退院可能な手術や検査が多いこと、さらに、特定のMDC(Major Diagnostic Category(主要診断群))に該当する患者の割合が40%以上の医療機関の割合は51.4%と特定の分野に偏っている傾向がみられた【別添資料P20】。
- ③ 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、4泊5日以内の短期手術等の症例を除いて平均在院日数を計算した場合、平均在院日数への影響は+0.6日(12.2日→12.8日)であった【別添資料P23】。
- ④ 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で90日を超えて入院している患者はそれぞれ5.9%、8.5%であり、うち、特定除外^(※)患者に該当する者はそれぞれ3.7%、6.5%となっていた【別添資料P24】。
- ⑤ 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、特定除外患者を含めて平均在院日数を計算した場合、平均在院日数への影響はそれぞれ+1.5日(21.0日→22.5日)、+3.2日(22.0日→25.2日)であった【別添資料P25】。

※特定除外

入院期間が90日を超える特定の病態にある患者について、特定入院基本料の算定対象及び平均在院日数の計算対象から除外するもの。

【方向性】

- ① 7対1入院基本料については、平成18年度診療報酬改定時に、看護配置の手厚い医療機関を評価するために設定されたものであるが、今後、病床の機能分化をさらに進めていくには、まず、7対1入院基本料を算定する医療機関の果たすべき機能を明確にした上で、要件を設定することが必要である。
- ② 7対1入院基本料を算定する医療機関は、一般病棟入院基本料の中で最も人員配置の手厚い医療機関であり、その機能は、症状の安定した病態の患者に対して長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- ③ なお、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（DPC評価分科会）及び中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会においては、平成19年のDPC対象病院のあり方の議論の中で、急性期の定義を「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」としている【別添資料P27】。
- ④ この7対1入院基本料を算定する医療機関に期待される機能を踏まえ、平均在院日数の具体的な見直しの方向性として以下の2点が考えられる。
 - i) 平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査の対象となる患者については、平均在院日数の計算対象から外すこと。
 - ii) 7対1、10対1入院基本料を算定する病棟において、特定除外項目に該当する患者については、平成24年度診療報酬改定において実施した13対1、15対1入院基本料と同様の取扱い^(※)とすること。
- ⑤ なお、このように入院基本料等の平均在院日数の規定を見直す場合、7対1入院基本料を算定する病棟における治療が必要とされる診療を終えた患者が、スムーズに自宅や次の医療機関へ移行できる仕組みや、受

け皿となる医療機関、病床の整備等についても併せて考えていく必要がある。

- ⑥ こうした見直しの方向性については、一律に制度を見直すのではなく、個別の手術や検査、個別の特定除外項目について検討を加える必要があるとの意見や、13対1、15対1の特定除外項目に該当する患者と7対1、10対1の該当患者の病態は異なるため、同様の取扱いとすべきかどうか慎重に判断するべきという意見があった。一方、7対1入院基本料を算定する医療機関に期待される機能を踏まえれば、特定除外制度の廃止は、後述の亜急性期を担う病床の充実とあわせ、一連の見直しとして対応するべきとの意見もあった。
- ⑦ また、医療現場への影響を考慮し、一定期間の経過措置を設けるべきとの意見があった。

※平成24年度診療報酬改定における特定除外の廃止に伴う措置

90日を越えて13対1、15対1入院基本料を算定する病棟に入院する場合、

- ・平均在院日数の計算対象とするが、出来高で算定する
- ・平均在院日数の計算対象としないが、療養病棟入院基本料の例によって算定する

のいずれかを選択できる。

(2) 重症度・看護必要度の項目

【現状と課題】

[創傷処置、時間尿測定、呼吸ケア]

- ① 一部の項目（創傷処置、時間尿測定、呼吸ケア）について、急性期で入院している患者の実態と合致せず、看護配置基準の低い入院基本料を算定している病棟や療養病棟の方が、7対1入院基本料を算定している病棟より該当割合が高いものがあった【別添資料P29】。

	7対1一般病棟（特定機能病院を除く）	15対1一般病棟	療養病棟
創傷処置	14.7%	17.2%	14.4%
時間尿測定	1.5%	5.0%	4.6%
呼吸ケア	18.8%	31.2%	42.8%

- ② 創傷処置については、療養病棟において褥瘡に対する創傷処置を行っている者の割合は、手術をしていない患者の74.0%、手術をした患者の18.2%であった【別添資料P30】。
- ③ 呼吸ケアについては、7対1入院基本料を算定する病棟では酸素吸入を行っている者（人工呼吸管理以外）が44.1%と最も多いのに対し、療養病棟では喀痰吸引を行っている者が46.9%と最も多かった【別添資料P31】。

[血圧測定]

- ④ 血圧測定については、血圧測定のみ該当する患者のうち、28.5%がB項目該当なしであった【別添資料P32】。

[その他]

- ⑤ 本分科会の調査では、現行の重症度・看護必要度の項目にいくつかの項目を追加して調査を行った。その中で、計画に基づいた10分以上の指導、計画に基づいた10分以上の意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴については、7対1入院基本料を算定する病棟での該当率が高かった【別添資料P33～34】。

【方向性】

- ① 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から、特に、療養病棟の患者において該当率の高い項目や、項目に該当する患者像が本来評価すべき患者像と乖離している項目については見直しを行うことが必要である。具体的には、
 - i) 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること、
 - ii) 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること、
 - iii) 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと、
 - iv) 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加することが考えられるが、このうち10分間以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上で、A項目に追加すること、等について見直すことが考えられる。
- ② こうした見直しの方向性のうち、呼吸ケアの喀痰吸引については、気道内吸引、口腔内吸引、体位ドレナージ等、内容が多岐にわたり、各病態の患者に必要なケアは異なることから、複雑な病態をもつ急性期の患者にふさわしい内容は、重症度・看護必要度の項目として残すべきとの意見もあった。
- ③ なお、これらの見直しに当たっては、中央社会保険医療協議会において、現場の看護師への負担も含め、どの程度の影響があるかを分析した上で検討する必要がある。

(3) その他の指標について

【現状と課題】

- ① 7対1入院基本料の施設基準には、看護配置の他、平均在院日数、重症度・看護必要度等が規定されている。
- ② 本分科会の調査やDPCデータの分析結果では、7対1入院基本料を算定している医療機関の一部には、手術件数や全身麻酔手術件数等の診療実績が少ない医療機関があった【別添資料P36～41】。
- ③ また、7対1入院基本料を算定している病棟の患者のうち退院先が自宅（在宅医療を除く）である者は73.8%、7対1入院基本料を算定している病院のうち、DPCデータを提出している割合は78.6%であった【別添資料P42～43】。
- ④ さらに、入院患者のADL等に関して、17.0%の入院患者が調査期間2週間の間にADLが低下していること、院内褥瘡発生率は一般病棟で1.5%であること、入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長くなるにつれてADLが悪化し、その傾向は65歳以上の患者の方が65歳未満の患者に比べて大きいことがわかった【別添資料P46～48】。

【方向性】

- ① 7対1入院基本料を算定している医療機関に対して、人員配置や設備等の体制（ストラクチャー）のみを要件とするのではなく、当該医療機関に期待される機能を要件とする必要がある。診療実績については一部の医療機関で手術件数が少ないこと等が明らかになったものの、現時点においては、医療機関全体の診療実態を正確に把握することや、診療実績の指標を設定することが困難であることに留意が必要である。
- ② そのため、一般病棟入院基本料の中で最も高く評価されている、7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査・分析するため、DPCデータの提出を要件とすることが必要で

ある。

ただし、DPCデータの提出は、診療報酬で評価されているものの、DPC対象病院以外は任意であるとの意見もあったことから、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。

- ③ それ以外の具体的な指標として以下の2つが考えられる。
 - i) 退院支援の取組の評価として、在宅復帰率を要件とすることは必要である。ただし、今後の見直しにより、7対1入院基本料を算定する病棟について、現在より重症度の高い患者の割合が高くなると想定すると、在宅復帰率は、自宅のみならず、亜急性期病床等（亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料等）への転棟・転院も含めた上で指標として検討することが必要である。
 - ii) 救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。
- ④ これらの指標に加えて、医療の質を上げるには、医療機関が第三者による継続的な評価を受けることも重要であるとの指摘があったが、すでに医療機関は自ら医療の質を向上させる努力をしており、必ずしも第三者の評価を受ける必要はないのではないかと意見や、評価を受けるコスト等の問題についての指摘もあった。
- ⑤ また、将来的には、患者のアウトカム指標についても検討する必要があるのではないかと意見もあった。

ロ. 亜急性期入院医療管理料等の見直し

【現状と課題】

- ① 人口構造が変化し、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が求められている。
- ② 亜急性期入院医療管理料^(※)は、一般病棟の病室単位で算定可能となっており、平成24年7月時点で届出を行っている病室は17,551床となっている【別添資料P52】。
- ③ 亜急性期入院医療管理料を算定する病室では、新入室患者のうち自院の急性期病床・一般病床からの受け入れが75.4%、退院先が自宅（在宅医療を除く）である者は80.5%であった。また、重症度・看護必要度は低い患者が多かった【別添資料P55～57】。
- ④ また、療養病棟であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7対1入院基本料を算定する病棟と同程度の機能をもつ病棟が存在していた【別添資料P58～60】。

※亜急性期入院医療管理料の施設基準は、

- ・看護職員が13対1以上であること、
 - ・看護職員のうち7割以上が看護師であること、
 - ・退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が概ね6割以上であること、
 - ・当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の3割以下であること
- 等が要件となっている。

【方向性】

- ① 亜急性期病床の評価を充実させるに当たっては、まず、亜急性期病床の役割・機能を明確にすることが重要であるが、当分科会においては、
i) 急性期病床からの患者の受け入れ、ii) 在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、iii) 在宅への復帰支援の3つの機能が重要であると確認さ

れた【別添資料P 6 1】。

- ② こうした役割・機能を評価するため、亜急性期病床の要件については、人員配置の他、例えば、上記 i) の要件として重症度・看護必要度、ii) の要件として、二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、iii) の要件として在宅復帰率のような要件を設定した上で、評価を充実させることが必要である。
- ③ また、今後の高齢化の進展を見据え、既述の7対1入院基本料の見直しとあわせて、急性期後及び慢性期の急性増悪の患者の受け皿を整備することや、病床の機能分化という観点から、亜急性期の病床数を増やす必要があり、現行の病室単位から病棟単位の届出^(※)とすることや、療養病棟でも亜急性期病床に求められる役割・機能に準じた医療を提供している医療機関が存在している実態を踏まえ、病床の種別にかかわらず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要である。
- ④ 亜急性期病床の果たす役割・機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、亜急性期を担う医療機関についても、提供されている医療内容に関するデータ（DPCデータを基本としたもの）の提出を求めていくことが必要である。

ただし、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。さらに、亜急性期病床を持つ医療機関にまでDPCデータの提出を求めることは過大な負担になるのではないかとの意見もあった。

※一般病棟入院基本料を算定する病棟は、夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下を満たさない場合、特別入院基本料を算定することになるが、特定入院料を算定している病棟（亜急性期入院医療管理料については病棟単位で算定する場合に限る）に係る看護職員は、この夜勤時間数の計算対象とはならない。

ハ. 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

【現状と課題】

- ① 社会保障・税一体改革において、地域に密着した病床での対応が掲げられている。その中で、平成24年度診療報酬改定では、自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である30の2次医療圏（離島の2次医療圏も含む。）^(※)において、
 - i) 一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とする、
 - ii) 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する、
 - iii) チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する、
 - iv) 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する等の対応を行った。
- ② 専従要件の緩和など、地域に配慮した評価について、一定の評価がみられる一方で、平成24年度診療報酬改定における評価項目を利用して医療機関は限定的であった【別添資料P64～66】。

※現行、2次医療圏のうち、①患者流出率20%未満、②人口密度300人/km²未満、③病院密度（面積当たり）又は病床密度（面積当たり）が一定以下の19医療圏に離島を加えた30医療圏を対象としている【別添資料P67】。

【方向性】

- ① 平成24年度診療報酬改定における評価については、平成26年診療報酬改定後も引き続き利用状況を検証していくことを前提に、現行の評価を継続していくことが妥当である。

- ② 一方、対象地域の医療機関は、i) 急性期病床からの患者の受け入れ、ii) 在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、iii) 在宅への復帰支援等の機能を持ち、多様な病態の患者に対し、医療を提供していると想定され、かつ、医療機関も急性期から長期療養の中の複数の機能や亜急性期の機能を担っていこうと考えていることから、当該地域における医療機関の評価については、平成24年度診療報酬改定での評価項目とは別に、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価を導入することも必要である【別添資料P68】。
- ③ その際、こうした地域であっても、地域の拠点となる大規模な医療機関については、院内での病床の機能分化は可能であることから、対象とする医療機関は、一定病床数以下の医療機関とすることが必要である。

二. 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

【現状と課題】

- ① 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、障害者施設等入院基本料については、平成18年度及び平成20年度診療報酬改定時に、
 - i) それまで当該管理料等を算定していた患者が療養病棟へ転棟又は転院した場合に、当該患者の医療区分を高く評価することや、
 - ii) 当該管理料等を算定していた病棟が療養病棟に転換した場合、当該病棟に入院していた患者の医療区分を高く評価すること等の経過措置が設けられた【別添資料P71～72】。
- ② 当該経過措置は、平成22年、24年度診療報酬改定において2年ずつ延長され、平成25年度末までとされているが、i)については、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は障害者施設等入院基本料を算定している患者が療養病棟入院基本料の病棟に転棟・転院した際、医療区分を高く評価する経過措置を利用している者はいなかった。また、ii)については、特殊疾患療養病棟から療養病棟に転換した病棟の割合は全体の17.2%であり、そのうち経過措置を利用している患者は0.7%であった。また、障害者施設等入院基本料の病棟から療養病棟に転換した病棟の割合は全体の2.3%であり、そのうち経過措置を利用している者はいなかった。さらに、特殊疾患病棟入院料については、転換した病棟を認めなかった【別添資料P73～77】。
- ③ 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟の患者の主病名をみると、脳梗塞、脳内出血、その他の神経系の疾患が多い傾向がみられた【別添資料P78～81】。

【方向性】

- ① 各種の経過措置については、利用実績がほとんどないため廃止することが妥当である。

- ② なお、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者像が療養病棟の患者像と類似していたことから、障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、当該病棟等の対象とする患者像や病床の機能について見直すことが必要である。

ホ. 診療報酬点数表における簡素化

【現状と課題】

(1) 栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について

- ① 平成24年度診療報酬改定において、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を入院基本料、特定入院料に包括した。この際、栄養管理実施加算を算定していなかった医療機関については管理栄養士の配置^(※)がなくても、平成26年3月31日まで入院基本料等を算定可とする経過措置を設けている。
- ② 有床診療所では管理栄養士の確保が進んでおらず、19.2%にとどまっている。管理栄養士の確保の目処がまったく立っていないと回答した施設のうち、管理栄養士の確保のために「相談していない」と回答した施設は78.3%であった。【別添資料P84～85】
- ③ 一方、褥瘡対策については、病院、有床診療所ともに褥瘡対策チームの人員が確保されていた【別添資料P86】。

※病院は常勤配置、有床診療所は非常勤の配置を求めている。

(2) 入院基本料等加算の簡素化について

- ① 平成24年度診療報酬改定の附帯意見に基づき、算定率の低い入院基本料等加算について精査が必要とされた。
- ② 精査の対象としたのは、対象患者が少なく算定率が低くなっているものであるが、加算の対象となる患者の一定程度は当該加算を算定していること等がわかった【別添資料P90～97】。

【方向性】

(1) 栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について

- ① 平成24年度診療報酬改定で、入院基本料等の要件に包括された栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算については、病院においては両加算、有

床診療所においては褥瘡患者管理加算を入院基本料等に包括する評価を継続することは妥当である。

有床診療所の栄養管理実施加算の入院基本料等への包括については、要件となっている、管理栄養士の確保が進んでいないことから、これを踏まえた対応を検討する必要がある。

- ② また、有床診療所の入院患者は高齢者の割合が高く、栄養管理が必要な患者も含まれることから、例えば、包括から除外して評価することとしても、他の医療機関や栄養士会等との地域連携で栄養管理を行うことを検討する必要がある。

(2) 入院基本料等加算の簡素化について

算定率が低いとされた入院基本料等加算については、加算の対象となる患者の一定程度は当該加算を算定しており、一定の役割を担っていることから、全体の入院基本料等の算定回数を分母とした場合の算定率をもって、一律に包括化・廃止することについては慎重に対応する必要がある。

へ. 医療機関における褥瘡の発生等

【現状と課題】

- ① 本分科会の調査では、褥瘡有病率は一般病棟が6.0%、療養病棟が12.4%、院内褥瘡発生率は一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%、入院時褥瘡保有率は、一般病棟で4.5%、療養病棟で7.3%であった。入院時に褥瘡を保有していた患者は、一般病棟は自宅からの入院が多く、療養病棟は自院及び他院からの入院が多かった【別添資料P99～100】。
- ② 日本褥瘡学会の調査では、院内褥瘡発生率は一般病院と精神科病院で、入院時褥瘡保有率は一般病棟、大学病院、精神科病院で増加傾向であった。褥瘡の危険因子（基本的動作能力、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下等）を保有する者の割合は、施設区分に関わらず、上昇している傾向がみられた【別添資料P101～103】。

【方向性】

- ① 褥瘡対策による褥瘡の減少やその効果を把握することは重要であり、褥瘡の定義を明確化し、有病率や発生率等の基礎データを収集した上で、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の見直しを含めた有効な褥瘡対策へつなげていくことが必要である。
- ② また、在宅で褥瘡が発生している者も多いと推定されることから、在宅においても、褥瘡を発生させないためのアセスメントや治療を一層推進する必要がある。なお、今後の課題として、褥瘡を発生させない努力を評価すべきとの意見がある一方、褥瘡が発生した場合はペナルティを課すべきとの意見や、既存の調査では、褥瘡の発生場所を特定できないことから、褥瘡の発生場所を把握する調査や仕組みが必要であるとの意見があった。

3. おわりに

7対1入院基本料は、一般病棟入院基本料の中で最も人員配置が手厚く、その機能は主に「複雑な病態を持つ急性期の患者に対し、高度な医療を提供する」と考えられるが、多くの患者が、その病態にかかわらず、7対1入院基本料を算定する医療機関で治療を受けている。

しかしながら、高齢化の急速な進行に伴い、軽症から中等症の高齢者の救急搬送人員の急増や、根治困難な疾患を抱えた患者を支える医療が求められていること等を踏まえると、もはや7対1入院基本料を算定する医療機関のみで患者の必要とする医療を完結することは難しい。

今後は、7対1入院基本料を算定する医療機関がより高度な急性期医療に注力できる環境を整え、3つの機能を持つ新しい亜急性期病床や療養病床等、の受け皿となる病床を充実させることにより、患者がその病態に適した病床で医療を受けられるよう、病床の機能分化を進める必要がある。

こうした考えや、分科会における議論を踏まえ、今後の方向性をとりまとめた。しかし、当分科会は平成26年度診療報酬改定に向けた検討に資する調査を実施し、附帯意見等について検討することが目的であることから、以後は、本報告書における調査結果や方向性を踏まえつつ、入院医療等の充実が図られるよう、中央社会保険医療協議会において審議が進められることを希望する。

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
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
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
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
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
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
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

診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会の開催状況

- 5月16日 第1回 一般病棟入院基本料の見直しについての影響（その1）
慢性期入院医療の適切な評価の見直し
- 5月30日 第2回 亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- 6月13日 第3回 一般病棟入院基本料の見直しについての影響（その2）
特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態
- 6月20日 第4回 診療報酬点数表における簡素化の検討
- 6月26日 第5回 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討
- 7月17日 第6回 一般病棟入院基本料の見直しについての影響
亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討
- 7月31日 第7回 中間とりまとめ案について
- 8月 7日 第8回 中間とりまとめ