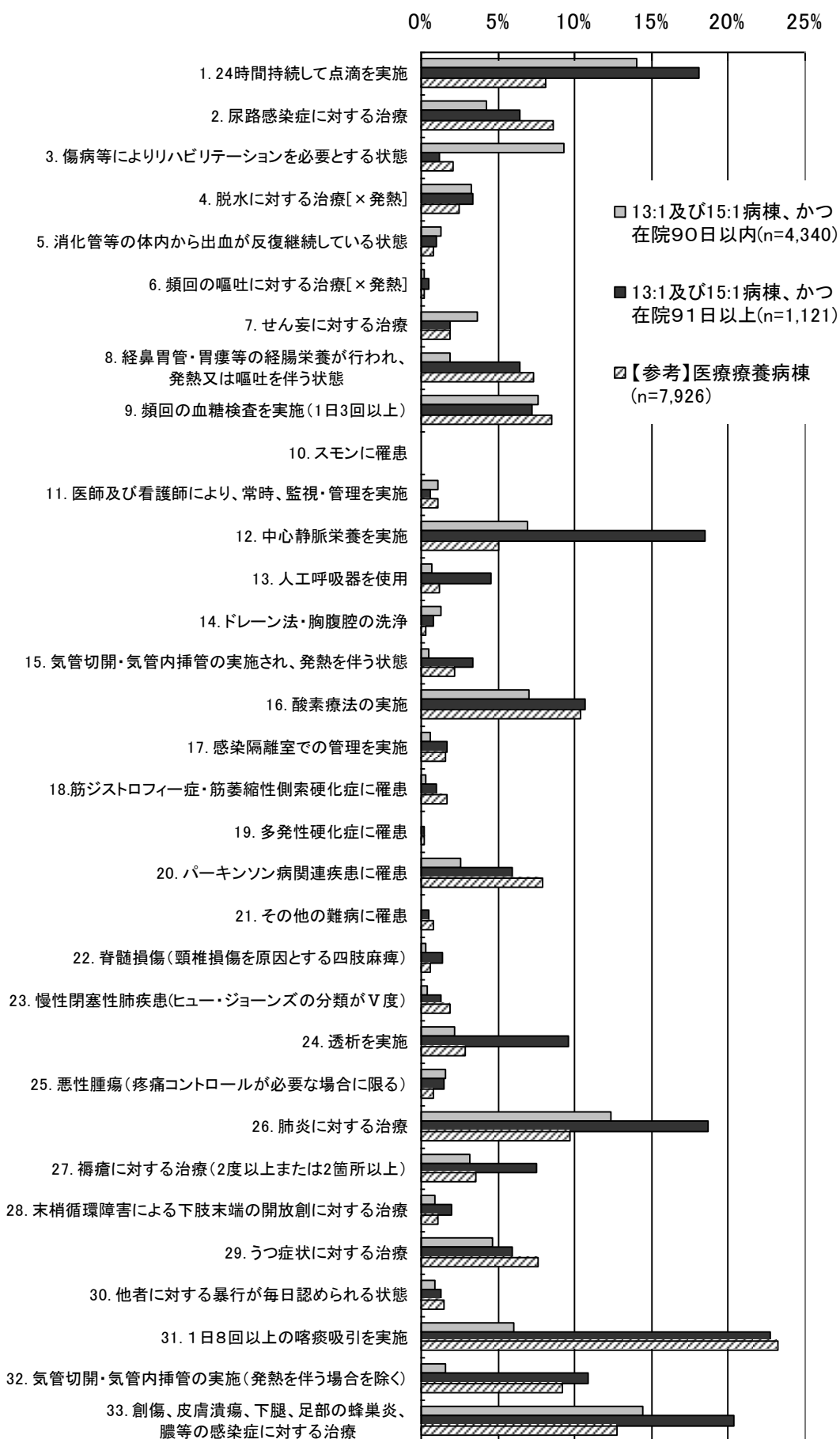
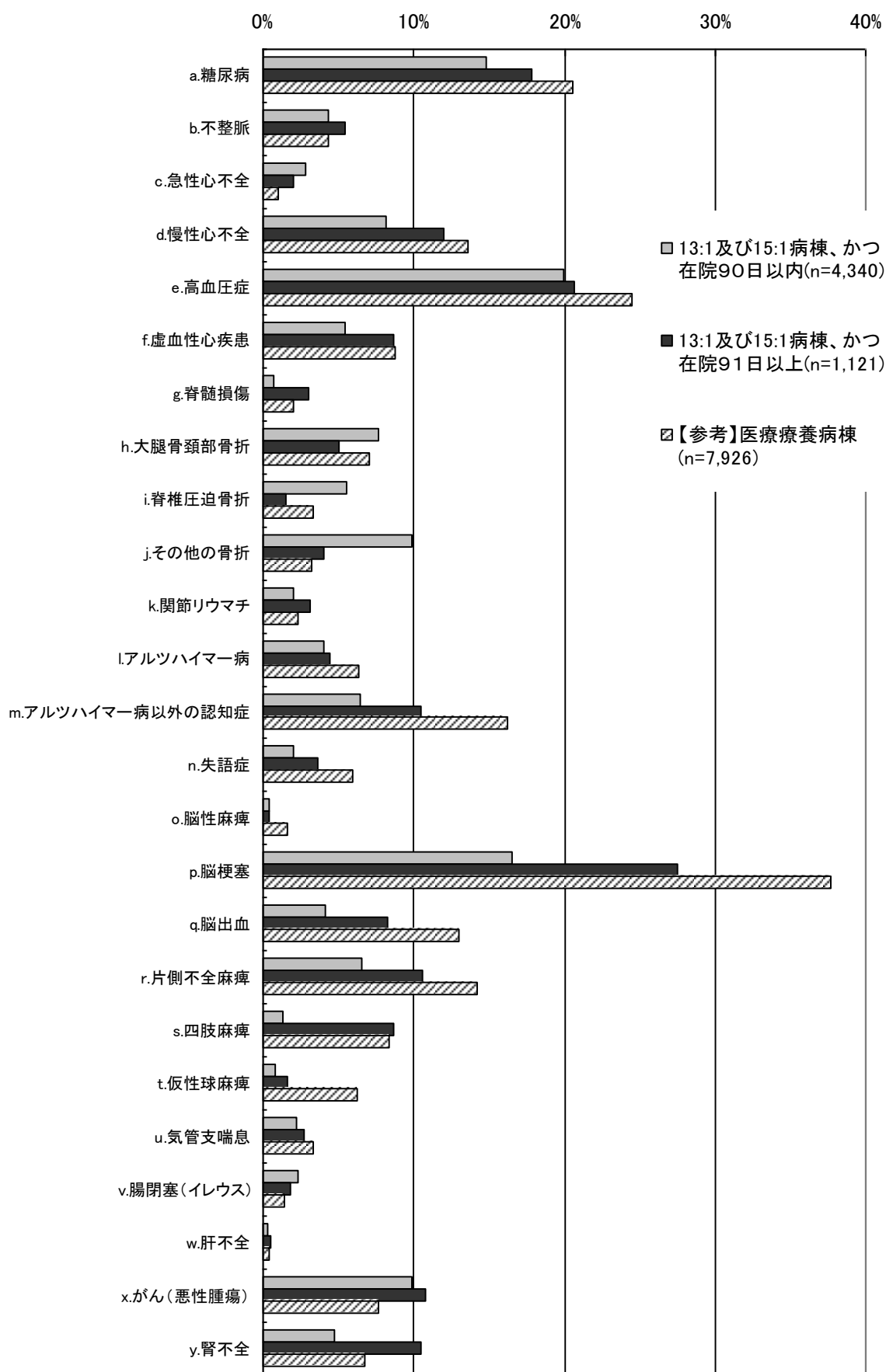


(3) 医療区分採用項目の該当状況 (図表 39)



(4)その他の患者状態像(医療区分採用項目以外) (図表 40)

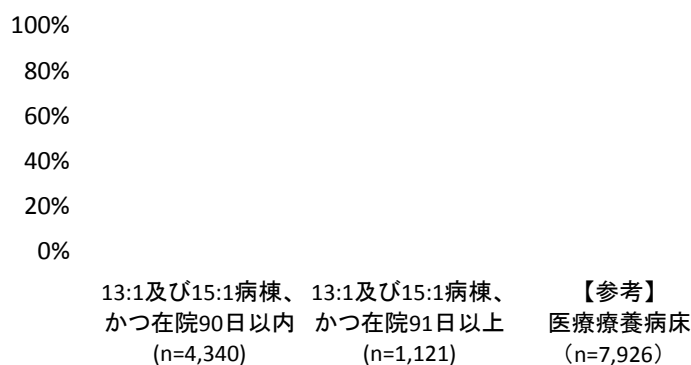


(5) 検査・投薬の実施状況 (図表 41)

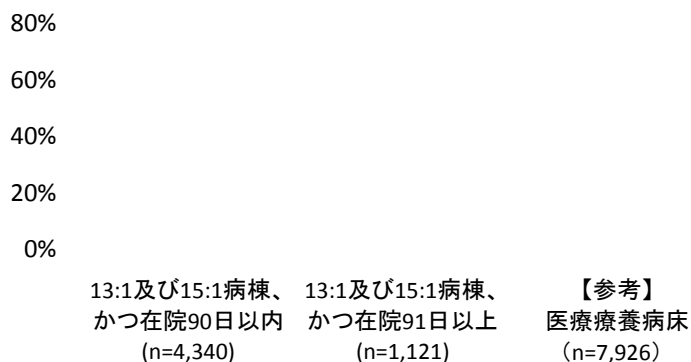
	13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 90 日以内 (n=4,340)			13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 91 日以上 (n=1,121)			【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)	
検体検査(尿検査、血液検査等)	3,684	84.9%	↑	944	84.2%	↑	4,919	62.1%
エックス線単純撮影	3,212	74.0%	↑	700	62.4%	↑	2,582	32.6%
過去 7 日間に 9 種類以上与薬	840	19.4%		272	24.3%	↑	1,292	16.3%

【備考】↑(↓)は、13:1 及び 15:1 病棟での値が医療療養病棟での値と比較して 5%以上多い(5%以上少ない)もの。

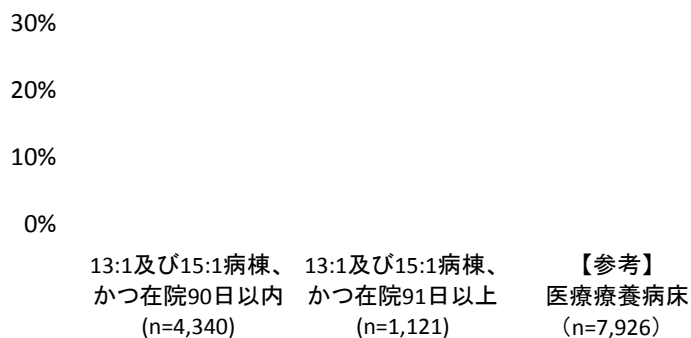
検体検査(尿検査、血液検査等)



エックス線単純撮影



過去7日間に9種類以上与薬



IV. 調査結果のまとめ

1. 「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」について

(1) 調査手法について

①施設特性調査・患者特性調査

「20 年度慢性期調査」は、「18 年度慢性期調査」の手法を踏襲した調査票を用いて実施された。全体のサンプル数は「18 年度慢性期調査」と同規模であったが(図表1)、経年変化の検討に必要な、平成 18 年度と平成 20 年度の両方の調査に参加した病院数は、24 病院にとどまった(図表4)。また、「18 年度慢性期調査」と比べて病棟数が若干減少した。これらの共通病院は、調査対象病院全体と比較すると総病床数(平均 185 床)・医療療養病床(平均 84 床)がともに多いものの、それ以外の要素に明らかな偏りはなく、比較的規模の大きい医療療養病床を有する病院を代表していると考えられた。

②レセプト調査・コスト調査

平成 18 年度と同様に、レセプトの収集とコストの階梯式配賦を行った。経年変化の検討に必要な共通病院数は、10 病院にとどまった(図表 15)。これらの病院は、総病床数(平均 204 床)・医療療養病床(平均 122 床)ともに大規模な施設を調査したデータと言える。

なお、コスト調査は、医療機関側の事務的負担が特に大きい調査であるため、小規模病院では調査協力が得ることが容易ではなかった。

③タイムスタディ調査等

調査に関する時間的・費用的制約があったこと、また、調査協力病院に対する負担軽減の観点から、タイムスタディ調査や、薬剤費及び特定保険医療材料費の調査は実施していない。コスト調査の費用の推計については、これらのデータを必要とするが、「18 年度慢性期調査」の結果を外挿することで対応しており(図表 16 の【備考】参照)、平成 20 年度の費用推計としては参考値である。

(2) 調査結果の分析

①患者分類と診療報酬請求について

(ア) 医療区分・ADL区分の構成比と経年変化

病院の医療療養病床では医療区分1・医療区分2・医療区分3の構成比がほぼ3:5:2であったが(図表3)、経年変化をみると、医療区分1が約5%減少し、医療区分3が約4%増加していた(図表4)。

この結果については、急性期病院の平均在院日数短縮傾向を反映した重症化の証左であるとの意見がある。

(イ) 評価項目の該当状況の経年変化

平成18年度と比較すると、「尿路感染症に対する治療を行っている状態」及び「経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態」に

については医療区分3において増加が著しく、「1日3回以上の血糖検査を実施」については医療区分2及び3のいずれも明らかな増加を認めた(図表6)。なお、医療区分2及び3の採用項目のうち、平成20年度診療報酬改定により要件が厳格になったものが一部あるが、当該項目の実施頻度に著しい変化はなかった(図表6)。

(ウ)患者特性調査とレセプト調査における医療区分の構成比の比較

患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査、国保支払分レセプト調査の3調査(図表1の「調査票」の項参照)における医療区分の構成比を比較すると、患者特性調査よりもレセプト調査の方が医療区分3の割合が高い傾向にあった(図表10)。なお、診療所ではこうした傾向を認めなかった(図表13)。

これについては、患者特性調査の対象時期(平成21年3月)とレセプト調査の対象時期(同1月)のずれを考慮する必要があるものの、患者特性調査におけるアセスメントと診療報酬請求時の分類に差が生じる理由の一つとして、データの質に問題がある可能性が示唆された。

②病院と診療所の医療療養病床における機能について

(ア)病院の医療療養病床の機能

医療療養病棟への入院(転入)については患者の約3分の2が一般病床からの転院・転棟であり(図表25)、また、退院(転棟)については自宅退院と死亡退院がそれぞれ約4分の1を占めた(図表27)。退院(転棟)時点では入院(転入)時点よりも医療区分1及び3の割合が高まる傾向にあることを踏まえると(図表29、図表30)、病院の医療療養病床は、一般病床から受け入れた患者について看取る一方で、それとほぼ同数の患者を自宅退院させていることを示唆する結果となった。

但し、この結果の分析においては、1ヶ月間の入退院(転棟)患者が100床当たり約14人に過ぎず、サンプル数の少ないデータであることに留意する必要がある。

(イ)診療所の医療療養病床の機能

有床診療所については、入院患者の約3分の1が自宅からの入院であり(図表26)、退院患者の約半数が自宅に退院するという結果であった(図表28)。

これに加え、診療所は病院と比較して、医療区分1の割合が多く医療区分3の割合が少ないことや(図表5)、退院(転床)時点で入院(転入)時点よりも医療区分1の割合が高まる傾向にあることを踏まえると(図表31、図表32)、診療所の医療療養病床が、地域住民にとって身近な入院施設として機能していることを示唆すると考えられる。また、死亡退院も14%を占めており(図表28)、診療所の医療療養病床が看取りまで対応していることを示している。

③病院の収支について

(ア)費用の経年変化

患者1人1日当たり費用については、人件費及び材料費が増加する一方で委託費が減少した結果、平成18年度より微増し、「20年度慢性期調査」の共通10病院の集計結果は17,840円であった(図表15)。

但し、患者分類毎の患者1人1日当たり費用は、前述のとおり「18年度慢性期調査」の結果を外挿しており、参考値である(図表16)。

また、この患者分類毎の患者1人1日当たり費用の算出においては、「18年度慢性期調査」の結果を外挿しているために、全体として費用を過小に推計している可能性があることに留意する必要がある。

具体的には、平成20年度は平成18年度に比して、医療区分3の割合が増加していること(図表4)、またリハビリテーション等に係る算定が増加していること(図表18)を考慮すると、仮に平成20年度にもタイムスタディ調査を実施していた場合、各職種のケア時間が平成18年度に比して延長し、それを反映して費用が増加している可能性がある。

(イ)収入の経年変化

医療療養病床の患者分類毎の収入の推計を平成18年度と比較すると、入院基本料は減少しているものの、入院基本料等加算・出来高部分・リハビリテーション等の収入が増加し(図表18)、結果として各区分において収入は増加していた(図表17)。

なお、この収入には保険外収入が含まれていないことに注意を要する。

また、この推計においては、平成20年度診療報酬改定で導入された褥瘡評価実施加算(ADL区分3にのみ15点加算)が、入院基本料等加算の一部として全体に配賦されているため、ADL区分3の収入を過小に推計している可能性があることにも留意する必要がある。

(ウ)収支差の状況と経年変化

患者分類毎の収入・費用差を推計したところ、平成18年度に比較して患者分類毎の収支差に大きな変化は認められなかった(図表19)。しかし、上記(ア)(イ)の通り、費用・収入それぞれについて過小に推計している可能性があり、それらが費用・収支差に影響を与え得ることに留意する必要がある。

平成20年度診療報酬改定で療養病棟入院基本料が引き下げられたものの、入院基本料等加算やリハビリテーション等に係る費用を積極的に請求する傾向がみられることから、医療機能を向上させようとする姿勢を示唆する結果となった。

④提供されている医療サービスの質について

経年変化を確認できた25病院(平成18年度と平成20年度の両方の調査に参加した病院)において、全体的な傾向としてはQI(Quality Indicator)^(後注)に大きな変動を認めなかった(図表33、図表34)。個別の項目では、身体抑制のQIは低

下したものの、留置カテーテルや尿路感染症の QI は上昇していた(図表 33、図表 34)。

医療療養病床全体の医療サービスの質の向上や低下をより正確に把握していくためには、重症者を多く受け入れている医療機関についてはそれを考慮した QI とする等の調整を要すること等から、患者データを蓄積する仕組みを設けた上で、さらに多くのサンプル数による調査結果に基づく検討を行う必要があると考えられる。

2. 「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」について

(1) 調査手法について

施設特性調査・患者特性調査について、「20 年度慢性期調査」とほぼ同様の調査票を用いた。実質的に全数調査に相当する規模で調査協力依頼を行ったものの、最終的に分析対象を行き得たのは 13:1 病棟を有する施設が約 5%(724 病院中、33 病院)、15:1 病棟を有する施設が約 3%(1,421 病院中、47 病院)であった(図表 36)。

調査協力依頼を積極的に行ったにも関わらず、対象施設の協力が十分に得られなかったことについては、13:1 病棟や 15:1 病棟においてこのような実態調査の経験が未だかつてなかったこと、調査協力自体が医療機関側に大きな負担をかけるものであったこと、年度末の実施であったこと等により協力が得られにくかったこと等によると考えられる。

(2) 調査結果の分析

① 在院日数による患者像の比較

13:1 病棟及び 15:1 病棟において、「91 日以上入院患者」は約 2 割おり(図表 37)、医療療養病床の患者と比較して、医療区分を適用した場合、医療区分 2 が多いという点では類似していたが、医療区分 3 の割合は 32.3%であり、医療療養病床の 19.7%に比して高い値であった(図表 38)。また、医療区分採用項目については、24 時間持続点滴や中心静脈栄養等を実施している者の割合が医療療養病床よりも相対的に高かった(図表 39)。

② 在院日数による医療サービス提供状況の比較

「91 日以上入院患者」に係る検体検査や単純 X 線写真撮影の実施状況は、医療療養病床に比して多かった(図表 41)。むしろ、在院 90 日以内の患者の実施状況に近い頻度で実施されていた。また、過去 7 日間に当該病棟において 9 種類以上の薬剤を使用した患者の頻度についても、同様の結果であった(図表 41)。

これは、前者が出来高払いの病床であり、後者が包括払いの病床であることを反映していると考えられる一方で、包括払いである医療療養病床においても検査や薬剤を一定程度使用していることを示すデータであると言える。

但し、高齢者における多剤併用には問題点が多いとの指摘もある(日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2005」等)。

③在院日数と診療報酬請求の関係

一般病棟入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院している75歳以上の患者(以下、「特定患者」という。)は、後期高齢者特定入院基本料を算定することとなっている。一方、「一定の基準」を満たす患者(以下、「特定除外対象患者」という。)の場合はその対象とならず、引き続き一般病棟入院基本料を算定することとなる。

本調査において、「91日以上入院患者」1,121名のうち、75歳以上の患者は741名(66%)であり、さらにそのうちの特定患者は16名(2%)、特定除外対象患者は716名(98%)であった。

上記の①～③を総合すると、13:1病棟及び15:1病棟において91日以上入院している患者のうち、継続して一般病棟入院基本料を算定している患者は99%(1,105名/1,121名)であり、これらの患者は、医療区分2が多いという点では医療療養病棟の患者と類似している一方で、医療区分3の割合が相対的に高く、また、在院90日以内の患者と同程度の検査や投薬が行われていると考えられる。

【参考】特定除外対象患者となる場合の「一定の基準」(平成20年3月5日厚生労働省告示第62号より)

別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者

- 一 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- 三 重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- 四 悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- 五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- 六 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して百八十日までの間に限る。)
- 七 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- 八 頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- 十 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- 十一 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して三十日までの間に限る。)にある患者
- 十二 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

V. 今後の課題

1. 短期的課題とされた事項について

前述の通り、当分科会は、中医協基本問題小委員会から医療療養病床について、「患者分類の妥当性」「各医療機関における分類の適切性」「提供されている医療サービスの質」の3点につき検討するよう付託されている。

(1) 患者分類の妥当性について

患者分類は、医療区分及びADL区分を組合わせた9のケースミックス分類であり、慢性期入院医療の包括評価に採用されている。もともと、当分科会の提案により平成18年度診療報酬改定で導入され、平成20年度診療報酬改定に際して部分的な修正が行われたものである。

その妥当性について、当分科会は以前に、「18年度慢性期調査」の結果に基づいて「概ね妥当である」^{※1}と評価した。

「20年度慢性期調査」ではタイムスタディ調査を実施していないが、平成20年度診療報酬改定の際に医療区分採用項目にほとんど変更を加えていないことから、現在においても9分類の基本骨格の妥当性は維持されていると考えられる。

いずれにしても、高齢化の進展や医療技術の進歩等を勘案しながら、医療区分採用項目の該当状況、その経年変化や、多項目該当^{※2}の場合等に関する調査を今後も引き続き実施していく必要がある。

※1 「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書」(平成19年8月8日)の「4. (2)①概括的評価」において、「医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者1人1日当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から、概ね妥当であると考えられた。」と記載。

※2 現行の診療報酬では、1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分で療養病棟入院基本料を算定することとされている。

(2) 各医療機関における分類の適切性について

各医療機関が、療養病棟入院基本料A～E又は有床診療所療養病床入院基本料A～Eを請求する際に、患者毎の分類を適切に行っているかどうかを、「20年度慢性期調査」のうち患者特性調査を用いて検証を試みた。

しかしながら、「20年度慢性期調査」では、診療報酬請求時に求められる種々の細かな要件^{※3}に関する資料の提出を求めておらず、患者特性調査に基づく分類の結果と診療報酬請求時の分類の結果とが合致しているかどうかの確認ができないため、現行の調査内容では検証できないと判断した。

今後、本課題を検証するにあたっては、例えば診療報酬請求時に求められる種々の細かな要件に関する資料の提出を別途求め、レセプトと照合するといった方法が考えられるが、その検討にあたっては、協力医療機関の事務的負担にも配慮する必要がある。

※3 診療報酬請求にあたっては、患者毎に療養病棟入院基本料A～Eのいずれかに分類することになるが、その際には、厚生労働省保険局医療課長通知で定められている留意点等に合致しているか否かを確認しておく必要がある。

(3)提供されている医療サービスの質について

- ① 当分科会は平成19年に、慢性期入院医療の包括評価に関する調査のうち患者特性調査を用いて、治療・ケアに問題のある可能性の高い褥瘡等のある患者を把握し、分野毎のQI^(後注)として評価する方法を提言した。

この提言に基づき、平成20年度診療報酬改定において、QIのうちの4分野が、一部修正のうえ採用された。すなわち、QIを「治療・ケアの内容の評価表」として、病棟ごとに継続的に測定・評価することになった。

- ② 一方、「20年度慢性期調査」においては、患者特性調査を用いて、その全体的な傾向や個別項目の変動、及び経年変化を確認した。今後QIに関してさらに正確な評価を行うためには、サンプル数を増加させて患者の重症度を考慮した評価を行う必要がある。

しかし、患者特性調査は、調査協力施設に対して多大な負担をかけること、また任意のアンケート調査であるために精度が必ずしも担保されていないことから、現行の方式のままでは限界がある。また、①の「治療・ケアの内容の評価表」を収集して分析する方法も考えられるが、そもそも病棟単位の資料であるため、個々の患者の重症度を考慮して評価することができない。

- ③ そこで、正確かつ簡便な調査手法の開発を目指して、試行的に、レセプト調査において収集したレセプトに任意で添付されていた「医療区分・ADL区分に係る評価票」(以下、「評価票」という。)の分析を行った。

その結果、「評価票」に基づく分析は、患者特性調査のように調査協力施設に多大な負担をかけることがなく、かつ個々の患者の状態やケアの内容について日毎に把握可能であるということが分かった。

但し、現行の「評価票」については、(ア)診療報酬請求に際して医療区分及びADL区分を確認するチェックリストとして用いられているため、必ずしも該当する項目全てに記載がなされているわけではないこと (イ)レセプトへの添付が任意となっていること、の2点に留意する必要がある。

- ④ 以上より、当分科会は、本課題の検証にあたり、患者特性調査を用いるよりはむしろ、レセプトに添付された「評価票」を利用する方が有効であると考える。

その際には、(ア)該当項目への記載を必須とする (イ)レセプトへの添付を必須とする、の2点について、「評価票」の運用の変更を提案する。なお、レセプトオンライン請求に対応する際には、上記(イ)の実効性を担保するため、「評価票」についてもレセプトと同様、CSV形式^{※4}で記載できるようにする必要がある。

さらに、上記(ア)(イ)に関する医療現場の負担については、今後の調査及び検討を要する。

※4 CSV形式(Comma-Separated Value format)とは、データをカンマで区切って並べたデータ形式を指す。レセプトオンライン請求の際には、医療機関はこのデータ形式で作成したファイルを審査支払機関に送付する必要がある。