

平成 2 3 年度
慢性期入院医療の包括評価調査分科会
報告書（案）

平成 2 3 年 7 月
診療報酬調査専門組織
慢性期入院医療の包括評価調査分科会

1. 検討の前提

(1) 検討の経緯

- ・ 当分科会は、中医協における慢性期入院医療に関する議論に資する調査及び検討を行うため、平成 15 年に調査専門組織の一つとして発足した。
- ・ 今般の分科会は、中医協総会から以下の付託を受けて検討を行った。
 - ① 平成 22 年度改定で行った療養病棟入院基本料変更の影響についての検証
 - ② 医療区分 1 の患者の実態についての検証
 - ③ 慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証
(特定入院基本料のあり方の検討に資する検証を含む)
 - ④ 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証

(2) 横断調査の実施

- ・ 療養病床等において療養している患者の実態を医療・介護横断的に把握し、療養病床再編成の検討と、平成 24 年度の医療・介護同時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、厚生労働省において「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査（以下、「横断調査」という。）」が実施された（平成 22 年 6 月実施）。
- ・ 当分科会は、「横断調査」の結果を用いて検証を行うとともに、中医協からの付託に回答するため、必要な調査を行った。

(3) 今回の検証に用いた調査

① 横断調査

- ・ 看護配置 13 対 1、15 対 1 の一般病棟（以下、「一般病棟」という。）
- ・ 医療療養病棟
- ・ 介護療養病棟

等の施設に入院する患者の状態を、共通尺度を用いて施設横断的に調査。

② レセプト調査

- ・ 横断調査で調査対象となった患者のレセプト請求金額を調査。

③ コスト調査

- ・ 横断調査で調査対象となった医療療養病棟を有する病院の経営収支を調査。

（東日本大震災の被災状況に鑑みて、北海道及び西日本地域に所在する病院に

対して調査を行った。)

2. 報告書の論点

- ・ 中医協総会からの付託を受けた以下の論点を中心に報告をまとめることとする。
 - (1) 平成 22 年度改定で行った療養病棟入院基本料変更の影響についての検証
 - (2) 医療区分 1 の患者の実態についての検証
 - (3) 慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証
(特定入院基本料の在り方の検討に資する検証を含む)
 - (4) 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証
- ・ 併せて、以下の論点についても報告をまとめることとする。
 - (5) 医療療養病棟における医療の質の検証

3. 平成 22 年度改定の影響の検証

(1) 医療療養病棟の患者の状態像の変化について

- ・ 医療療養病棟の患者の状態像について、今回の横断調査と平成 20 年度慢性期調査（患者特性調査）を比較したところ、20 対 1 病棟においては、「医療区分 2 と 3」の患者割合が増加し（68.1%→87.1%）、「医療区分 1」の患者割合は低下した（31.9%→12.9%）。また、25 対 1 病棟においては、大きな変化は無かったが、「医療区分 2 と 3」の患者割合は微減し（68.1%→63.2%）、「医療区分 1」の患者割合は微増した（31.9%→36.8%）。【資料 P 5】
- ・ また、ADL 区分の状況については、20 対 1 病棟では「医療区分 2、3・ADL 区分 3」の患者が増加しており（41.4%→58.6%）、25 対 1 病棟では大きな変化は無かった。【資料 P 6】

(2) 医療療養病棟と介護療養病棟との比較について

- ・ 横断調査をもとに医療療養病棟と介護療養病棟を比較したところ、介護療養病棟の「医療区分 2 と 3」の患者割合は 27.3%、「医療区分 1」の患者割合は 72.7%であり、医療療養病棟の方が「医療区分 2 と 3」の患者割合が高く、「医療区分 1」

の患者割合が低かった。【資料P5】

- ・ また、ADL区分の状況については、医療療養病棟では「医療区分2、3・ADL区分3」の患者割合が高く（20対1病棟：58.6%、25対1病棟：38.9%）、介護療養病棟では「医療区分1・ADL区分2、3」の患者割合が高かった（63.5%）。【資料P7】
- ・ 平成17年度慢性期調査では、医療療養病棟（医療区分3：8.8%、医療区分2：38.3%、医療区分1：53.0%）と介護療養病棟（医療区分3：6.2%、医療区分2：35.8%、医療区分1：57.9%）の患者の医療区分の分布に大きな差はなかったことを踏まえると、両者の機能分化が進んでいる。【資料P5】

（3）レセプト調査・コスト調査による病院収支の動向について

- ・ 今回のレセプト調査の結果をもとに、医療療養病棟における患者1人1日当たりの診療報酬請求額（収入）を算出し、平成20年度レセプト調査と比較したところ、20対1病棟は収入が増加しており（16,200円→17,616円）、25対1病棟は収入が減少していた（16,200円→14,476円）。【資料P8】
- ・ コスト調査では、医療療養病床を有する病院の平成21年度と22年度の1月当たりの収支状況を確認した。両時点において、総病床数に占める医療療養病床の割合が100%であり、医療療養病床の病床数に変化がない病院（20対1病棟：7病院、25対1病棟：16病院）の収支状況を確認したところ、20対1病棟を有する病院、25対1病棟を有する病院ともに1病床当たりの収支差額は増加していた（20対1病棟：66,700円→68,600円、25対1病棟：42,600円→50,600円）。【資料P9】

（4）評価票の記載状況について

- ・ 同一の医療機関における、横断調査の「患者特性調査票」とレセプトに添付された「医療区分・ADL区分に係る評価票（以下、「評価票」という。）」の医療区分採用項目の記載状況を比較したところ、平成20年度慢性期調査では2割程度あった両者間の差が、今回の調査では1割程度に縮小していた。【資料P10】
- ・ これは、「評価票」への記載がまだまだ不十分であるという意見がある一方で、平成22年度改定において、データの質の向上の観点から「評価票」のレセプ

トへの添付が義務付けられたため、記載状況が改善しているのではないかという意見があった。

4. 医療区分 1 の患者の実態と検証

(1) 医療区分 1 の患者の実態について

- ・ 医療区分を導入した当時と比較すると、医療療養病棟における「医療区分 1」の患者割合は低下しているものの（53.0%→12.9%）、「医療区分 1」の患者は重症化しているという意見があった。
- ・ また、「医療区分 1」でも認知症で手間の係る患者については評価すべきではないかという意見があった。

(2) 今後の検証について

- ・ 「医療区分 1」の患者が重症化しているという実態を検証するためには、今後タイムスタディ調査の実施が必要ではないかという意見があった。
- ・ なお、タイムスタディ調査に対しては、以下のような技術的課題を指摘する意見があったため、調査を実施するに当たっては課題を整理した上で実施すべきという意見があった。
 - ① 見守りや医学管理の時間の取扱い。
 - ② 「医療区分 2」の採用項目が重複する患者のケア時間の評価。
 - ③ 「医療区分 2 と 3」の患者の増加に伴い、「医療区分 1」の患者へのケア時間が相対的に減少している可能性があること。
 - ④ 実際のケアの内容と質の検証。

5. 慢性期入院医療の実態と検証

(1) 横断調査の分析について

- ・ 入院患者の在院日数を比較したところ、一般病棟の「在院日数 90 日超えの患者（以下、「90 日超え患者」という。）」の割合は低く（13 対 1 病棟で 14.1%、15 対 1 病棟で 24.0%）、医療療養病棟では高かった（20 対 1 病棟で 78.6%、25 対 1 病棟で 74.9%）。【資料 P 12】

- また、病棟ごとに、全患者に占める「90 日超え患者」の割合を比較したところ、一般病棟は「90 日超え患者」の割合が高い病棟は少なく、医療療養病棟は「90 日超え患者」の割合が高い病棟が多かった。【資料 P 13】
- 「90 日超え患者」について医療区分の分布を比較したところ、看護配置が高い病棟ほど「医療区分 3」の患者割合が多かった（一般 13 対 1 病棟で 42.9%、15 対 1 病棟で 39.2%、医療療養 20 対 1 病棟で 31.7%、25 対 1 病棟で 20.0%）。なお、「医療区分 2」の患者まで含めると医療療養 20 対 1 病棟の 87.5%が最も高かった。【資料 P 14】
- 疾患構成割合について比較したところ、一般病棟では医療療養病棟に比べて「骨折」や「悪性腫瘍」、「肺炎」の患者割合が高かったが、「90 日超え患者」に限って分析すると、一般病棟の「脳血管疾患」や「麻痺・廃用症候群」の患者割合が増加し、疾患構成が医療療養病棟に近づく結果となった。【資料 P 15】
- このように在院日数や年齢、疾患等の患者の状態を比較したところ、一般病棟と医療療養病棟には、状態の類似した患者が一定程度存在するという結果が得られた。【資料 P 16】
- 一般病棟と医療療養病棟における検査の実施状況を比較したところ、在院日数や転帰等の状態が類似した患者に対する検査の実施状況に一定の差があるという結果が得られた（「90 日超え」かつ「30 日後の病状の見通しが不変」の患者に対する直近一週間の検体検査（尿・血液等）の実施状況は、一般 13 対 1 病棟で 56%、15 対 1 病棟で 56%、医療療養 20 対 1 病棟で 20%、25 対 1 病棟で 16%）。【資料 P 17,18】
- 13 対 1 と 15 対 1 の一般病棟を有する病院の急性期機能について分析を行ったところ、7 割以上の病院が救急車や時間外緊急入院患者を受け入れており、一定の救急対応が行われていた。また、救急体制等についての地域における特徴は、今回の調査では明確には認められなかった。【資料 P 19,20】

（2）レセプト調査の分析について

- レセプト調査をもとに、一般病棟における「特定除外^{注 1}患者」の状況を分析したところ、「90 日超え患者」のほとんどが「特定除外患者」に該当していた（13 対 1 病棟で 96%、15 対 1 病棟で 94%）。【資料 P 23】
- 「特定除外患者」について、除外理由についての分析を試みたところ、今回収集

したレセプトには該当理由が記載されていないものが多かった（13 対 1 病棟で 68%、15 対 1 病棟で 59%）。【資料 P 23】

- ・ 患者 1 人 1 月当たりのレセプト請求額を算出したところ、一般病棟の「特定除外患者」は 13 対 1 病棟で 65.0 万円、15 対 1 病棟で 57.8 万円、医療療養病棟の「90 日超え患者」は 20 対 1 病棟で 52.5 万円、25 対 1 病棟で 42.5 万円と一定の差が認められた。また、在院日数や転帰から状態が類似している患者についても同様の比較を行ったが、一定の差が認められた（「90 日超え」かつ「30 日後の病状の見通しが不変」の患者 1 人 1 月当たりのレセプト請求額は、一般 13 対 1 病棟で 67.6 万円、15 対 1 病棟で 57.9 万円、医療療養 20 対 1 病棟で 52.3 万円、25 対 1 病棟で 42.3 万円）。【資料 P 24,25】

（3）今後の調査について

- ・ 今回のような施設横断的な調査は、慢性期入院医療の実態を把握するため、一定期間の後に再度実施すべきという意見があった。

注 1) 特定除外

一般病棟において 90 日を越えて入院する患者を「特定患者」と言い、「特定入院基本料（包括点数）」の算定対象となるが、一定の基準（除外項目）に該当する患者については「特定除外患者」と言い、「特定入院基本料」の算定対象から除外され、90 日を越えても継続して「一般病棟入院基本料（出来高点数）」を算定できる。

レセプトへの記載については、「摘要」欄に「特外」と記載し、その理由を簡潔に記載することとなっている。

6. 認知症患者の実態と検証

（1）認知症患者の実態について

- ・ 認知症、特に周辺症状（以下、「BPSD^{注 2)}」という。）を有する患者のケアについては手間がかかるため、評価すべきという意見があった。
- ・ 横断調査をもとに、医療療養病棟の患者の「認知症高齢者の日常生活自立度^{注 3)}」を分析したところ、「IVとM」の患者が 20 対 1 病棟で 48.0%、25 対 1 病棟で 41.3% 存在することが認められた。【資料 P 26】
- ・ 「認知症高齢者の日常生活自立度IVとM」の患者についてはかかる手間に対して

評価が低いという意見がある一方で、ほとんどの「IVとM」の患者は「ADL 区分3」に該当しており（20対1病棟で88.3%、25対1病棟で83.2%）、「ADL 区分」で評価されているのではないかという意見があった。【資料P26】

（2）BPSD への対応について

- ・ 認知症専門家からのヒアリングでは、「BPSD」への対応について、認知症疾患医療センターに所属する専門医等と地域の医療機関が連携して診療を行うことにより、治療効果が高まるという意見があった。【資料P28,29】
- ・ しかしながら、現在、「BPSD」の状態の評価尺度については、関係者の合意がなされたものが存在せず、専門家においても開発中ということであった。

（3）今後の対応について

- ・ 医療療養病棟における「BPSD」を含む認知症患者の実態把握の方法及び評価のあり方については、今後も引き続き検討すべきではないかという意見があった。

注2) BPSD

「Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（認知症の行動・心理症状）」の略語。

認知症の症状には、記憶障害等の脳機能の低下を示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられ、「BPSD」は「周辺症状」と重なる概念であり、暴力行為や介護拒否等の行動が見られる。

注3) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の介護の必要度を判定することを目的に作成されたものであり、5区分にランク分けして評価される。介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判断とは必ずしも一致するものではない。

7. 医療の質の検証

（1）提供されている医療の質の状況について

- ・ 医療療養病棟で提供されている医療の質の状況を検証するため、横断調査をもとに「QI（Quality Indicator）^{注4)}」を算出したところ、「身体拘束」（17.3%

→12.3%)、「留置カテーテル」(14.7%→13.4%)、「尿路感染」(13.4%→6.0%)、「褥瘡」(9.8%→5.2%)のいずれも平成20年度慢性期調査と比較して、改善傾向にあった。【資料P30】

(2) 今後の対応について

- ・ 医療療養病棟において提供される医療の質を検証するため、引き続き「QI」を確認すべきという意見がある一方で、「評価票」における「QI」算出のための項目を毎日記載することは現場に負担を強いているという意見があった。

注4) QI (Quality Indicator)

医療療養病棟における治療・ケアの内容を評価する指標。当分科会において平成19年に提唱された。

治療・ケアの内容として問題となる褥瘡や尿路感染症、身体拘束の状況を評価するため、「評価票」の記載項目から算出する。なお、QI算出のために記載する項目は、褥瘡と身体拘束である。

QIの値は0%～100%に分布し、100%に近いほど、当該病棟の治療・ケアの質に問題がある可能性がある。

8. 中医協総会への提言

平成22年度診療報酬改定においては、政府方針に基づき、急性期入院医療への重点配分が行われた。しかしながら、今後の高齢化の進展に伴い、急性期入院医療に限らず、慢性期入院医療の重要性が増すことが予想される。中医協総会におかれては、平成24年度診療報酬改定に向けて、本報告書における様々な調査結果を踏まえながら、慢性期入院医療の充実が図られるよう、改定案の審議が進められることを希望する。

慢性期入院医療の包括評価調査分科会
委員一覧

氏 名	所 属
◎ 池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
猪口 雄二	医療法人財団寿康会病院理事長・院長
大塚 宣夫	医療法人社団慶成会青梅慶友病院理事長
酒井 郁子	千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学専攻 ケア施設看護システム管理学教授
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
椎名 正樹	健康保険組合連合会参与
○ 高木 安雄	慶應義塾大学大学院教授
武久 洋三	医療法人平成博愛会 博愛記念病院理事長
三上 裕司	日本医師会常任理事 特定医療法人三上会 総合病院東香里病院理事長

◎分科会長

○分科会長代理

平成22・23年度
慢性期入院医療の包括評価調査分科会
検討の経過

中医協総会（平成22年10月15日）

○慢性期入院医療に係る調査・検証の進め方について（付託事項の決定）

第1回（平成22年12月21日）

1. 中医協総会からの付託事項について
2. 転換意向調査、横断調査について
3. 介護保険制度の見直しについて（老健局より説明）

第2回（平成23年1月27日）

1. 今後の調査・分析の進め方について
2. 慢性期分科会の進め方について

第3回（平成23年4月13日）

1. 横断調査・レセプト調査の分析について
2. 認知症の専門家からのヒアリング
 - ・ 朝田隆参考人（筑波大学臨床医学系精神医学教授）
 - ・ 遠藤英俊参考人（長寿医療研究センター内科総合診療部長）
 - ・ 池田学参考人（熊本大学神経精神科教授）
3. コスト調査の進め方について

第4回（平成23年6月2日）

1. 医療区分1の実態について
2. 横断調査の追加分析について

第5回（平成23年6月17日）

1. 認知症患者の評価について（精神・障害保健課より説明）
2. 医療の質の検証について

第6回（平成23年7月1日）

○報告書の取りまとめについて（報告書のたたき台提示）

第7回（平成23年7月29日）

1. コスト調査の結果について
2. 報告書の取りまとめについて