

**平成23年度
慢性期入院医療の包括評価調査分科会
報告書**

**平成23年8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**

目 次

1 . 検討の前提	2
2 . 報告書の論点	3
3 . 平成 22 年度改定の影響の検証	3
4 . 医療区分 1 の患者の実態と検証	5
5 . 慢性期入院医療の実態と検証	6
6 . 認知症患者の実態と検証	8
7 . 医療の質の検証	9
8 . 中医協総会への提言	10
委員一覧	11
検討の経過	12

【別添】資料編

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。
 - 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
 - 医療区分 1 の患者の実態についての検証
 - 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)
 - 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

横断調査

- ・ 以下の施設に入院する患者等の状態を、共通尺度を用いて施設横断的に調査。
 - 看護配置 13 対 1、15 対 1 の一般病棟(回答数: 13,640 人)
 - 医療療養病棟(回答数: 32,153 人)
 - 介護療養病棟(回答数: 18,539 人)

レセプト調査

- ・ 横断調査で調査対象となった患者の 1 月当たりのレセプト請求金額(平成 22 年 6 月診療分)を調査。
 - 看護配置 13 対 1、15 対 1 の一般病棟(回答数: 8,569 人)
 - 医療療養病棟(回答数: 19,899 人)

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平成 21 年度と 22 年度の 1 月当たり（ともに 6 月分）の収支状況を調査。
（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。）
 - 医療療養病棟を有する病院（回答数：442 施設）

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

以下、今回の横断調査と平成 20 年度慢性期調査等を比較することで、改定の影響を検証したが、それぞれの調査は調査対象が異なっているため、その結果については慎重に解釈する必要がある。

（ 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P5】

- ・ 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P6】

（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）レセプト調査の結果について

- ・ 今回のレセプト調査^{注1)}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】

（4）コスト調査による病院収支の動向について

- ・ 今回のコスト調査^{注2)}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】

- ・ なお、25対1病棟を有する病院の収支が改善している点については、調査の限界があるためその理由は分析できなかったが、分析対象となった16病院の経営努力や重症患者の受け入れによる患者特性の変化等が反映されているのではないかという意見があった。

注1,2) レセプト調査とコスト調査【資料P8】

レセプト調査については、平成20年度と22年度に実施した抽出調査で回答のあった全数をそれぞれ比較している。

コスト調査については、平成21年度と22年度の両時点において、全ての病床が医療療養病床であり、病床数に変化のない23病院の収支状況を確認している。

両調査は、実施年度や調査対象が異なるため、単純比較できない点に留意が必要である。

(5) 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」への記載がい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」でも認知症の患者のケア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、「医療区分 1」の検証に限らず、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。

認知症等の見守りや医学管理の時間の取扱い。

「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。

「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。

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、看護配置 13 対 1、15 対 1 の一般病棟(以下、「一般病棟」という。)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、一般病棟では入院が長期化しやすい「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】
- ・ 看護配置 13 対 1、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、13 対 1 の病院の約 90%、15 対 1 の病院の約 75%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3)}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P24,25,26】

注3) 特定除外【資料P21,22】

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。

(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である。
- ・ なお、当該調査を実施した場合には、医療現場に負担をかけることになるため、今後は電子レセプト情報の活用を検討すべきではないかという意見があった。

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4)}」という。)を有する患者については専門的ケアの必要性があるため、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5)}」を分析したところ、「**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P27】
- ・ 「認知症高齢者の日常生活自立度 **とM**」の患者については、認知症の専門的ケアの必要性に対して評価が低いという意見があった。一方で、同尺度は介護の必要度を評価しているため、「**とM**」のほとんどの患者は、「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」ですでに評価されているのではないかという意見があった。【資料P27】

注4) BPSD【資料P29】

「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5) 認知症高齢者の日常生活自立度【資料P28】

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。

(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P29,30】
- ・ 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。

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6)}」を算出したところ、「身体抑制」(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P31,32】

注6) QI (Quality Indicator)【資料P32】

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、身体拘束等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、「褥瘡に対する治療を実施している状態」と「身体抑制を実施している」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。

(2) 今後の対応について

- ・ 「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医療現場に負担を強いているため、「評価票」の記載項目の見直しが必要ではないかという意見があった。
- ・ 一方、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った。ただし、「評価票」を記載する主な目的は、日々変化する「医療区分・ADL区分」を評価するためであり、それに付随して記載すべき「QI」算出のための項目はわずかであるため、簡略化することも可能ではないかという意見があった。
- ・ 今後の「QI」の確認に当たっては、新たな調査を行って医療現場に負担をかけることのないよう、電子レセプト情報の活用を検討すべきではないかという意見があった。

8. 中医協総会への提言

今回、施設横断的な調査の実施により、様々な分析を行うことが可能となり、有益な情報が得られた。したがって、今後も慢性期入院医療の実態を把握するためには、対象を医療療養病床に留めず、他の医療や介護の場における実態と比較できる施設横断的な調査を、一定期間の後に再度実施すべきである。

中医協総会におかれては、慢性期入院医療の充実が図られるよう、本報告書における様々な調査結果を踏まえながら議論を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・管理学教室 教授
猪口 雄二	全日本病院協会 副会長 医療法人財団寿康会 理事長
大塚 宣夫	医療法人社団慶成会 会長
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 健康マネジメント研究科 教授
武久 洋三	日本慢性期医療協会 会長 医療法人平成博愛会 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 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