

「入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果（とりまとめ）」令和7年9月25日
(抜粋)

18. 中長期的に検討すべき課題について

- 次期診療報酬改定（令和8年度）に向けて、評価・分析を行った課題の中には、データの解析において技術的な限界があったり、委員の中で見解の相違があったりする等、中長期的に検討を要する課題が認められた。
- こうした課題については、来年度以降に実施される入院・外来医療等における実態調査や厚生労働科学研究等により更に検討が進められることが望ましい。
- なお、こうした検討を進めるに当たっては、医療と介護の双方の視点を踏まえた検討をすべきとの意見や、いずれも大変重要な課題であるため、速やかに検討を進めるべきとの意見があった。

(1) 持参薬ルールについて

- 入院中の持参薬の使用については、DPC/PDPSでの公平な支払いを実現する観点等から、できる限り統一的な運用が行われることが望ましいが、DPCデータによると、持参薬使用割合は医療機関間で大きなばらつきが認められている。
- 統一的な運用を推進するための持参薬ルールの明確化を行う上では、
 - － 医療安全を確保する観点（複数診療科の外来受診をしている場合など）
 - － 病棟における持参薬の確認業務の負担の観点
 - － 患者が薬剤を持参する負担の観点
 などの観点から、当該持参薬の処方元が自院であるか他院であるかの別、予定・緊急入院の別、入院中の診療内容と当該持参薬の関係性の別、薬剤の特性別など、具体的な場面を想定し、その妥当性を丁寧に検討する必要がある。
- 併せて、DPC/PDPS以外で薬剤費が包括される入院料を算定する病棟における持参薬の取扱いについても、検討を進めることが望ましい。

(続く)

(2) 重症度、医療・看護必要度について

① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について

- 「重症度、看護必要度」は、平成20年度改定において、病棟のタイムスタディ調査等の研究成果をもとに、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を予測する指標として導入され、これを活用した報酬評価が開始された。
- その後、平成26年度改定では、患者像に応じた適正な評価を行う観点から「重症度、医療・看護必要度」に名称が変更され、急性期患者の医学的な特性を測る目的を重視して項目の改定が行われた。
- さらに、平成28年度改定では医学的状況を測るC項目が加わり、平成30年度改定において、病棟の看護職員の測定負担を軽減する観点から、A項目及びC項目をレセプト電算コードにより評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」が選択可能とされた。
- このような経緯を踏まえれば、よりよい入院医療の報酬評価を実現するための「重症度、医療・看護必要度」の在り方を検討する前提として、
 - － 「入院患者へ提供されるべき看護の必要量を予測すること」
 - － 「急性期患者の医学的な特性を測ること」という2つの考え方をどのように勘案すべきかについて、整理する必要がある。
- また、開始から約20年の経過を経て、入院患者の高齢化や、電子カルテ等のICT技術の進展、インフォームド・コンセント等患者本位の医療の普及等による病棟看護業務の変化に伴って、現在の指標が、現在の実際の病棟の看護の必要量を適切に推測できているのか、検証する必要がある。
- この点、最新の病棟のタイムスタディ調査によると、病棟看護業務の約25%を「診療・治療」が占め、約25%を「患者のケア」が占めている実態が明らかとなったが、このうち「診療・治療」の定量的評価は、診療行為のレセプト電算コードを用いて表現可能であり、A項目・C項目、医療資源投入量（包括範囲出来高実績点数）はレセプト電算コードを活用した評価方法となっている。また、「患者のケア」については、要介護度、ADL、B項目などで測定されうるが、これらの評価項目は重複があり、一定の類似性があるという分析結果となっている。
- 特に B項目については、患者の高齢化に伴う近年の看護業務の増加を証明することに有用ではないかという意見があるが、B項目のこうした観点での有用性の検証は、レセプトデータや診療行為情報が主体のDPCデータ（E・Fファイル）では限界があることに留意する必要がある。

（続く）

- さらに、「重症度、医療・看護必要度」に関するこうした検討は、あくまで適切な診療報酬の支払いを実現する観点で行われるべきものであるが、測定した結果を、医療現場において
 - ・ 入退院時の医療・介護連携の推進
 - ・ 病棟内の多職種連携の推進
 - ・ 病棟の人員マネジメントの向上等に用いることが有用である可能性もあることから、こうした観点も含め検討することが考えられる。

(3) 包括期入院医療における患者別の評価について

- 患者ごとに医療・看護ケアの必要量に応じた適切な費用が償還されない仕組みの場合、入棟させる患者の選別を引き起こし、結果として病棟の機能の低下につながる懸念がある。
- 現在、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟などの主として高齢者を受け入れる機能を担う病棟には、急性期病棟のDPC/PDPSのような、疾患・ADL・診療行為等に応じて患者別に包括評価の支払額（及び標準的な在院日数）を変化させる仕組みはなく、基本的にすべての患者が一律の支払額（及び標準的な在院日数）により算定する仕組みとなっている。
- こうした機能を担う病棟の、より適切な患者別の評価の実現に向けて検討を行ったが、特に地域包括医療病棟においては、緊急入院や手術の有無等による「医療資源投入量（包括範囲出来高実績点数）」に一定の違いがあることが明らかとなった。
- 一方で、「医療資源投入量（包括範囲出来高実績点数）」が同程度でも、高齢者のADLや要介護度は様々であり、これらに要する看護ケアの必要度は「医療資源投入量」という考え方のみでは推し量れない部分があるという意見があることに留意する必要がある。
- また、高齢者は、複数疾患を併存していることが多いこと、症状が非典型的に表れやすいことから、DPC/PDPSのように「医療資源を最も投入した傷病名」を一意に定めて区分を決める支払い方式はなじみにくく、予定／緊急入院や手術実施等の客観的事実に着目した評価がよいのではないかという意見があった。
- さらに、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟に期待される機能が連続的であることを踏まえた評価方法とすることや、高齢者の介護の必要性を反映することができる評価方法とすることも考えられるが、いずれにしても、より適切な患者別の評価の実現に向けて、引き続き最新の診療データを用いた分析を行う他、別途実態調査等の実施の要否も含め、現行の評価方法の課題の明確化や妥当性の検証を行いつつ、更に検討する必要がある。