

診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ（案）

本分科会では、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）附帯意見に基づき調査を実施するとともに、平成26年度診療報酬改定に向けて以下の論点について、本分科会の調査結果や既存のデータ（DPCデータ等）を用いて検討を行った。

- （1）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
 - 7対1入院基本料のあり方について
 - ① 平均在院日数について
 - ② 重症度・看護必要度の項目
 - ③ その他の指標
- （2）亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- （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検討
- （4）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
- （5）診療報酬点数表における簡素化
 - ① 栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括
 - ② 入院基本料等加算の簡素化
- （6）医療機関における褥瘡の発生等

(1)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

○ 7対1入院基本料のあり方について

① 平均在院日数について

【現状と課題】

- 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。
- 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(measure 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約52%と特定の分野に偏っている傾向がみられた。
- 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。

※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。

【方向性案】

- 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、より病床の機能分化を進めていくには、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。
- 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、「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。

- なお、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。
- 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、具体的な要件の見直しとして以下の2点が考えられる。
 - (ア) 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。
 - (イ) 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。
- 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、病床の整備についても併せて考えていく必要がある。

※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]

- 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において該当割合が高いものがあった。

	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%

- 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約 74%、手術をした患者の約 18%であった。
- 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）が約 44%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約 47%と最も多かった。

[血圧測定]

- 血圧測定については、血圧測定のみ該当する患者のうち、約 29%が B 項目該当なしであった。

[その他]

- 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 分間以上の指導」や「計画に基づいた 10 分間以上の意思決定支援」を行った患者はそれ以外の患者に比べて、在院日数が短縮しており、在宅復帰率が高くなっている傾向が明らかになった。
- また、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。

【方向性案】

- 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、本分科会の調査結果において、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と考えられる。具体的には、

(ア) 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、

(イ) 創傷処置については褥瘡の処置を定義から外すこと、

(ウ) 呼吸ケアについては痰の吸引を定義から外すこと、

(エ) 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、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、計画に基づいた10分間以上の指導、計画に基づいた10分間以上の意思決定支援を、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。

なお、これらの見直しに当たっては、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。

※ 該当者割合のシミュレーションについては参考資料を参照

③ その他の指標について

【現状と課題】

- 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。
- 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。
- また、7対1入院基本料を算定している病棟の在宅復帰率は約74%、7対1入院基本料を算定している医療機関のうちDPCデータ提出を行っている医療機関の割合は86%（特定機能病院等を除く）であった。
- さらに、本分科会の調査では、約17%の入院患者が調査期間2週間の間にADLが低下しており、院内褥瘡発生率は一般病棟で1.5%であった。

【方向性案】

- 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ものの、現時点においては、医療機関全体の診療実態の把握が困難であることに留意が必要である。
- 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実態を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、データの提出には、一定の時間と人員配置が必要であり、こうしたコストに対する評価も検討する必要がある。
- 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（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・転院も含めた上で要件として盛り込むこ

とが必要である。

- また、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を防ぐため、早期からのリハビリテーション等を含めた介入が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、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、評価することを検討する必要がある。

(2) 亜急性期入院医療管理料等の見直し

【現状と課題】

- 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。
- 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、届出を行っている病室は17,551床となっている。
- 亜急性期入院医療管理料を算定する病室は、自院の急性期病床からの患者を多く受け入れ、在宅復帰率は高いが、重症度・看護必要度は低い患者が多い。
- 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る。

【方向性案】

- 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、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③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。
- こうした役割・機能を評価するため、亜急性期病床の評価については、人員配置、重症度・看護必要度、二次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出、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。
- 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、亜急性期病床の評価の充実のみならず、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

ならず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要である。

- 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）の提出を求めていくことが必要である。

ただし、データの提出には、一定の時間と人員配置が必要であり、こうしたコストに対する評価も検討する必要がある。

(3) 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】

- 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、
 - ① 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、
 - ② 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、
 - ③ 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、
 - ④ 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。
- 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いる医療機関は限定的であり、十分な効果が得られていないことが示唆された。

【方向性案】

- 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、評価を継続していくことが妥当である。
- 一方、対象地域の医療機関は、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③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と考えられる。

- 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、一定病床以下の医療機関とすることが必要である。

(4) 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】

- 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、
 - ① 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、
 - ② 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。
- 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、本分科会の調査の結果、①については、療養病棟入院基本料の病棟に障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟等から転棟・転院し経過措置を利用している患者はいなかった。また、②については、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約2.3%であり、そのうち経過措置を利用して医療区分3となっている患者はいなかった。また、特殊疾患病棟入院料等の病棟で転換した病棟は認めなかった。

【方向性案】

- 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と考えられる。
- なお、本分科会の調査では、障害者病棟入院基本料や特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院している患者像が療養病棟と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。

(5) 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
 - 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25年度末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。
 - 有床診療所では管理栄養士の確保が進んでおらず、約19%にとどまっている。
 - 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る。

※ 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
 - 算定率の低い入院基本料等加算について精査したところ、対象患者が少なく算定率が低くなっているものの、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がわかった。

【方向性案】

- 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
 - 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、病院における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。

ただし、有床診療所では、栄養管理実施加算の要件となっている、管理栄養士の確保を進めることが困難であることから、これを踏まえた対応を検討する必要がある。
 - 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・廃止といった対応については慎重に検討すべきである。

(6) 医療機関における褥瘡の発生等

【現状と課題】

- 本分科会の調査において、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。
- 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。

【方向性案】

- 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べきである。
- また、在宅で褥瘡が発生している者も多いことから、在宅での褥瘡予防・治療対策を一層推進する必要がある。
- 一方、褥瘡対策は重要であるものの、患者の病態にかかわらず、すべての患者に同様に実施すべきかどうかは人材や費用の観点からも慎重に検討する必要がある。