

入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について 検討結果（中間とりまとめ）

平成 27 年 8 月 26 日
入院医療等の調査・評価分科会
分科会長 武藤正樹

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、平成 26 年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、平成 26 年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、平成 28 年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「平成 26 年度入院医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

II. 検討結果の概要

1. 急性期入院医療について

1-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について

- 平成 26 年度診療報酬改定では、急性期を担う病床の機能分化を図る観点から、7対1入院基本料については、特定除外制度の見直し、「重症度・看護必要度」の名称と内容の見直し、自宅等へ退院した患者の割合に関する基準の設定、短期滞在手術基本料3の対象手術の拡大等が行われた【別添資料 p6】。
- 7対1入院基本料の届出病床数の動向について、診療報酬改定前の平成 26 年 3 月から、改定後の平成 27 年 4 月までの間に約 1 万 6 千床が減少した。7対1入院基本料の病床を 10対1入院基本料、地域包括ケア入院医療管理料 1 に転換した医療機関の割合が高かった【別添資料 p7～9】。
- 7対1入院基本料から他の入院料へ転換した理由としては「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」のほか、「実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため」等の回答が多くみられた。また、7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由としては「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」とする回答が最も多かった【別添資料 p10～11】。

1-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について

- 平成 26 年度診療報酬改定において、急性期入院医療を担う病床の機能の明確化等を図るため、7対1、10対1一般病棟における特定除外制度の見直しが行われた【別添資料 p13】。

- 7対1、10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者について、平均在院日数の計算対象として出来高算定とするか、平均在院日数の計算対象から除いて療養病棟と同等の報酬体系とするか病棟ごとに選択することとされているが、ほとんどの病棟で、出来高での算定が選択されていた【別添資料 p14】。
- 7対1、10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者は減少していると回答した医療機関は、増加していると回答した医療機関を大きく上回った。また、項目別にみた場合、「悪性新生物に対する治療を実施している状態」や「リハビリテーションを実施している状態」等に該当する患者の減少がみられた【別添資料 p15～17】。
- 90日を超えて入院している患者の退棟先は自宅が最も多かった。また、こうした患者が減少した医療機関の多くでは退院支援室や地域連携室が設置されていた。なお、特定除外制度の見直しの影響については、平成27年度も調査を行っており、引き続き分析と検討を行う予定である【別添資料 p18】。

1-3. 重症度、医療・看護必要度について

- 「重症度、医療・看護必要度」については、看護配置の手厚い急性期病床に入院する患者像を適正に評価する観点から見直しが行われてきた【別添資料 p20～21】。
- 現在は、A項目とB項目からなる基準を満たす患者が15%以上であることが要件となっているが、基準を満たす患者以外にも、医師による指示の見直しや看護師による看護が頻回に必要な患者が存在している【別添資料 p22～24】。
- 手術直後の患者や救急搬送後の患者は、急性期の入院医療を受けているが、処置やADLの状況等により、現行の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たさないことも多い。このほか、現行の基準には含まれないが、医師の指示の見直しが頻回で、急性期の医療の必要性が高い状態として、無菌治療室での管理等が挙げられた【別添資料 p25～29】。
- また、7対1入院基本料算定病床において、現行の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合が高い医療機関は、手術などの高度な治療の病床数当たりの実施件数が少ない傾向がみられた。なお、「A項目2点以上の患者」が多い医療機関では、高度な治療の実施件数が多い傾向がみられた【別添資料 p30】。

- 現行の基準を満たす患者の割合は同程度でも、A項目、B項目のそれぞれの該当患者割合は医療機関によって大きく異なり、相対的にA項目の該当患者割合が高い医療機関やB項目の該当患者割合が高い医療機関が存在する。特定機能病院ではA項目の該当患者割合が高く、B項目の該当患者割合が低い傾向がみられた。なお、特定集中治療室等を持つ場合の一般病棟の患者像への影響に留意すべきとの意見があった【別添資料 p31～33】。
- 急性期医療では、発症早期のリハビリテーションや術後の早期離床等が推奨されているが、現在の基準では、医師の指示によって動作を制限した場合にB項目の点数が得られることとされており、早期離床を進めにくくすることが懸念される。例えば、術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらず基準を満たすこととすれば、こうした懸念は解消されうる【別添資料 p34～36】。
- また、A項目のみに着目した評価と、現行の基準による評価を比較したところ、「A項目3点以上の患者」では「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」と比べ、医師による指示の見直しや看護師による観察等が頻回に必要な患者の割合は概ね同等又はやや多かった【別添資料 p37～38】。
- 一般病棟用のB項目については、すべての項目の間に高い相関があり、特に「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間には極めて高い相関がみられ、「起き上がり」「座位保持」の項目を除いても、該当患者割合への影響は小さかった。なお、これら3項目のうち、「寝返り」の項目は看護業務の負担からみても最も重要であるとの意見があった【別添資料 p39～40】。
- 認知症患者は増加する傾向にあり、急性期医療機関における受け入れが課題となっている。認知症患者には様々な行動・心理症状がみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。また、せん妄は急性期の入院治療中にしばしばみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。現行の一般病棟用のB項目にはない「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の3項目は、認知症及びせん妄と特に関係が強かった。なお、このうち、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は類似の状態を評価していた【別添資料 p41～50】。
- このように、現行の一般病棟用のB項目から、「起き上がり」「座位保持」の2項目を除き、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を加え、仮の7項目とした場合には、認知症やせん妄の患者が、B項目で、これまでより高く評価されることになる。仮の7項目を用いて、7対1入院基本料の病棟で試算した場合、点数分布や3点以上となる者の割合は、現行と大きな差はなかった【別添資料 p51】。

- ハイケアユニットの患者について、B項目を、現行の13項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を4点以上とすれば、該当患者割合は現行と同程度であった。同様に、特定集中治療室の患者について、B項目を、現行の5項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を3点以上とすれば、該当患者割合に大きな変化はなかった。いずれも現行の評価結果と一致する患者が大半であった。なお、B項目が統一されることにより、患者の継続的な評価につながる等の意見があった【別添資料 p52～53】。
- チーム医療の推進に伴い、看護職員以外の職種が病棟で処置・介助等を実施する機会が増えており、看護職員以外の職種が項目の評価を行った場合等についても、「重症度、医療・看護必要度」の評価に含めることで、患者の状態がよりの確に反映されると考えられる。【別添資料 p54～55】。
- 7対1病棟等においてデータ提出加算の届出が要件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたよりの確な分析が可能になると考えられる。また、10対1病棟等においてもデータ提出加算の届出を求めることで、病棟の機能や役割を的確に分析・評価していくことが可能になると考えられる。なお、データ提出加算の届出を要件とすることについては、医療機関における事務負担等についても留意すべきとの意見もあった【別添資料 p56～60】。
- 「重症度、医療・看護必要度」のA項目については、診療報酬の算定項目に基づく評価や項目の統一・簡素化により、評価の負担を軽減できる可能性についても、今後、こうしたデータを活用しながら検討すべきとの意見があった。

2. 短期滞在手術等基本料について

- 近年、医療機関における平均在院日数は短縮していく傾向がみられるが、平均在院日数が短い医療機関の中で、患者が特定の疾患に偏った病院がみられたこと等から、平成26年度診療報酬改定で短期滞在手術等基本料の見直しが行われた【別添資料 p62～65】。
- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっている項目のうち、調査結果から以下の特徴が観察された【別添資料 p66～70】。
 - 「K282 水晶体再建術」については、平成26年度診療報酬改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。
 - 「K633 5 ヘルニア手術」や「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」については、乳幼児等の症例が多くみられ、年齢によって出来高実績点数に大きな違いが認められた。

ー 一部の手術について、全身麻酔と全身麻酔以外の方法で実施されている項目がみられたが、麻酔方法の選択に当たって、医療機関の診療方針が影響していると考えられた。その他、出来高実績点数のばらつきがみられ、算定件数が少ない項目もみられた。

- 包括範囲とされた部分の出来高実績点数は、平成 26 年度診療報酬改定後にやや低くなる傾向がみられた。また、短期滞在手術等基本料では原則として全ての基本診療料・特掲診療料が包括化されているが、他の包括入院料に例があるように、高額の治療を要する特定の部分を包括から除外することも考えられることから、透析患者について分析したところ、透析患者の出来高実績点数は平均的な症例を大きく上回っていた【別添資料 p71～73】。
- 現在、短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、短期滞在手術等基本料の設定の対象となり得るものとしては、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療」は、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった【別添資料 p74～77】。

3. 総合入院体制加算について

- 総合的かつ専門的な急性期医療を 24 時間提供できる体制の確保が求められていることから、平成 22 年度診療報酬改定で総合入院体制加算が創設され、その届出医療機関数は増加している。平成 27 年 5 月の届出医療機関数は、総合入院体制加算 1 が 4 か所、総合入院体制加算 2 が 311 か所であった【別添資料 p79～81】。
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設や重症の入院患者の割合が少ない医療機関がみられた。また、特に受入が進んでいない認知症や精神疾患を合併する患者については、受入を推進するための方策を更に検討すべきとの意見があった【別添資料 p82～86】。
- 総合入院体制加算 1 の届出に当たって求められる 6 つの実績要件のうち、「化学療法が 4,000 件／年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かった【別添資料 p87～89】。
- 総合入院体制加算を届け出た医療機関において、「重症度、医療・看護必要度」A 項目の該当患者割合には大きな差がみられた。A 項目の該当患者割合が高い医療機関では、手術等の医療機関における件数だけでなく、病床数当たりの件数も高い傾向がみられ、より高い密度で高度な医療が提供されていた【別添資料 p90～91】。

- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち約5%は、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている6つの実績要件のうち1つ以下しか満たしていなかった。これらの医療機関は、実績要件の多くを満たす医療機関と比較して、手術の実績等において大きな差があるほか、平均在院日数が約1日長かった【別添資料 p92～94】。

4. 有床診療所入院基本料について

- 有床診療所の施設数、病床数ともに近年減少傾向にあり、特に外科、小児科等で顕著となっている【別添資料 p97】。
- 平成26年度診療報酬改定においては、地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所に対してより高い入院基本料（入院基本料1～3）が設定された【別添資料 p96】。
- 有床診療所入院基本料の算定回数（平成26年5月）の約8割が、入院基本料1～3のいずれかであった。入院基本料1～3を届け出る際に満たした要件としては、「夜間看護配置加算1又は2」の届出、「時間外対応加算1」の届出、「在宅療養支援診療所であって訪問診療を実施している」等が多かった【別添資料 p98～99】。
- 有床診療所への入院は、診療科別にみると、内科・外科・整形外科と、眼科・産婦人科とではその傾向が大きく異なっていた。入院の多くは自宅からであったが、内科・外科・整形外科では他院の急性期病床からの入院がみられ、介護老人福祉施設から内科への入院もみられた。内科・外科・整形外科では、要介護認定を受けた者が半数前後にのぼっており、こうした診療科の有床診療所は、地域の医療機関や介護関係者と良好な関係を築いていた。有床診療所からの退院先は、診療科によらず、そのほとんどが自宅であった【別添資料 p100～107】。
- 今後5～10年を見据えた運営の方向性としては、現状を維持したいと答えた医療機関が多かった。内科、外科では、訪問診療や自宅・介護施設への患者の受け渡し、終末期医療等に力を入れたいとした施設も一定程度みられた。一方、整形外科、産婦人科、眼科では、専門的な診療に力を入れたいとの回答が比較的多かった【別添資料 p108】。

5. 地域包括ケア病棟入院料について

- 平成26年度診療報酬改定において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものとして、地域包括ケア病棟入院料等が新設された【別添資料 p110～111】。

- 地域包括ケア病棟の届出は増加の傾向にあり、27年4月現在で約3.2万床であった。7対1・10対1入院基本料や亜急性期入院医療管理料からの転換が多かった。また、届出を行った理由としては、よりニーズに合った医療を提供できるため、患者の状態に即した医療を提供できるためとする回答が多くみられた【別添資料 p112~113】。
- 地域包括ケア病棟の入棟前の居場所では、急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた【別添資料 p114】。
- 入院患者の疾患としては骨折・外傷が多く、入院の目的はリハビリテーションを目的に入院している患者が30%程度みられた。また入院患者の半数程度において既に退院予定が決まっているなど、受入がなされている患者は特定の状態に集中する傾向がみられた【別添資料 p115~117】。
- 地域包括ケア病棟においては、検査、画像診断、処置、手術等大半の診療が入院料に包括とされているが、ほとんど検査や画像診断を要しない患者も一定程度入院していた。処置の実施は頻繁ではなく、実施された処置等としては、酸素療法、膀胱カテーテル、血糖測定、創傷処置等の頻度が高かった【別添資料 p118~120】。
- 地域包括ケア病棟において、手術の実施はほとんどみられず、手術料の出来高実績点数は、入院1日当たり平均2.9点であった。なお、実施されていた手術は、創傷処理や皮膚切開、胃ろう造設術等、軽微なものが多かった。地域包括ケア病棟が、地域包括ケアシステムのなかでより積極的な役割を担うに当たって、自宅からの受け入れ患者等に幅広い医療を提供する機能を拡充する観点から、手術料や麻酔料を包括外とすることも選択肢として考えられるが、一方、現状において、手術の実施が極めて少なかったことから、引き続き手術料も包括とすべきとの意見もあった【別添資料 p121~129】。
- 個別リハビリテーションの実施は、必要な患者に対して、平均で1人1日2.4単位実施されていた。一人当たりの提供単位数の分布は幅広く、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供されているものと考えられた。リハビリテーションについては、入院料に包括されているが、現時点では、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供され、想定した期間内に自宅に退院する患者が多いなど、概ね適切に実施されているものと評価された【別添資料 p130~131】。
- 地域包括ケア病棟の入院患者の退棟先は主に自宅であり、在宅復帰率は高い水準にある一方で、家族のサポートや介護施設の確保等が困難なため退院予定が立っていない入院患者が一定程度存在していた【別添資料 p132~133】。

- 退院支援のために、担当者の配置や、入院時からの多職種カンファレンス等、様々な取り組みが行われていた。より入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを図る方策を探るため、退院支援の取り組みの効果等について分析を行い、次のような結果が得られた【別添資料 p134～137】。
 - － 退院支援については、「患者 1 人あたりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い」等の課題が指摘された。
 - － 病棟に専任又は専従で、退院支援職員の担当者を配置した医療機関では、より早期に関与を始められたり、より多くの患者に退院支援を行えたりするといった効果が指摘された。
 - － また、退院支援計画の作成や、早期退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施している病棟では、実施していない病棟と比べて平均在院日数が短い傾向が見られた。

6. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価として、医療従事者や医療機関が少ないこと等に着目し、対象となる 30 の二次医療圏内においては、施設基準の緩和や、入院基本料の病棟ごとの届出等が認められているが、届出や算定の状況は極めて低調である【別添資料 p139～142】。
- 当該評価の対象は、患者流出率 20%未満、人口密度 300（人／km²）未満、病院密度が下位 15%または病床密度が下位 15%の基準を全て満たす二次医療圏であるが、
 - － 患者の流出率が一定以上の場合には対象とならない
 - － 医療従事者数自体は要件とされていない
 ことから、人口密度や人口当たり医療従事者数が極めて少ない二次医療圏の多くは対象となっていない【別添資料 p143～146】。
- また、二次医療圏の中心部が離島でない場合は離島に所在する医療機関であっても対象となっていない【別添資料 p147～148】。
- こうしたことから、真に医療資源の少ない地域であっても、対象となっていない地域が多くみられた。
- このほか、ヒアリングの結果からは 7 対 1 や 10 対 1 入院基本料の医療機関は対象となっていないことが、対象となる医療機関が少ない原因であるとの指摘もあった【別添資料 p149】。

- 医療資源が少ないことが患者の流出の原因にもなり得ることから、対象地域の選定条件として、患者の流出率が少ないことよりも、むしろ、医療従事者数が少ないことを重視した場合のシミュレーションを実施した。仮に以下の条件で二次医療圏を選定した場合には、人口密度、人口当たり・面積当たりの医師・看護師数、病院密度のいずれについても、現行よりも低い二次医療圏が対象となる傾向がみられた。対象となる二次医療圏数は30から41に増加するが、対象となる二次医療圏の面積・人口の合計は現行とほぼ同じであった【別添資料 p150～156】。

| 現行 | | シミュレーション |
|-------------------------------|----|--|
| ① 自己完結した医療を提供 | | |
| 患者流出率 20%未満 | —> | 問わない |
| ② 医療従事者の確保が困難な地域 | | |
| 人口密度 300 人/km ² 未満 | —> | 人口当たり医師数が下位 1/3 かつ 人口当たり看護師数が下位 1/2 |
| ③ 医療機関が少ない地域 | | |
| 病院密度が下位 15%または病床密度が下位 15% | | |

※現行、シミュレーションとも、離島の二次医療圏についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

7. 慢性期入院医療について

7-1. 在宅復帰機能強化加算について

- 平成 26 年度診療報酬改定では、長期の入院を要する在宅復帰が困難な患者に対する在宅復帰に向けた取組を促すため、在宅復帰機能強化加算が創設された。療養病棟入院基本料 1 届出医療機関の 17%が当該加算の届出を行っていた【別添資料 p158～159】。
- 在宅復帰機能強化加算届出医療機関の状況を分析したところ、当該加算の届出医療機関では自宅からの入院が多かったが、在宅復帰機能強化加算を算定している病棟において、必ずしも急性期病棟から受け入れた患者の多くが在宅に復帰できているわけではなかった。病床回転率等の算出に当たって自宅からの入院と他院からの転院を区別していないこと等が背景にあると考えられた【別添資料 p160～162】。
- また、在宅復帰機能強化加算の届出病棟では、入院期間が 31～60 日の退院患者が多く、これは、在宅復帰率等の算出から入院期間が 1 か月未満の患者を除くルールから生じる現象であると考えられた。このルールが設定された本来の目的は、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰を進めることであったが、必ずしも所期の目的を果たしていないと考えられた【別添資料 p163】。

- こうしたことから、回転率等何らかの指標において、急性期病棟から患者を受け入れ在宅に復帰させることを加味し、在宅復帰率の算出における入院期間に関するルールを改めることで、所期の目的に適った評価が可能になると考えられる。但し、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰には大きな困難を伴うことから、急性期病棟からの受け入れ患者に限った場合、現行の回転率等と同じ水準に基準を設定することは難しいとの意見があった。
- 併せて、在宅復帰機能強化加算の届出病棟における一層の退院支援機能の強化について検討するため、療養病棟における退院支援に向けた取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた【別添資料 p164～166】。
 - 退院支援室等を設置している医療機関等では在宅復帰率が高い、平均在院日数が短い等の結果が得られた。
 - 病棟への退院支援職員の配置によって、より早期に、より多数の患者に対して退院支援をできるようになる等の効果がみられた。なお、当該加算の届出病棟とその他の病棟で職員の配置状況に大きな違いはみられなかった。

7-2. 療養病棟入院基本料2について

- 医療区分1の患者が多い病棟では、医師による指示の見直しや看護師による観察の頻度等が少ない患者が多くみられた【別添資料 p168～169】。
- 医療療養病床においては、看護師の配置や入院単価が介護療養病床より高いことから、医療の必要性の高い患者がより多く入院していることが期待されている。療養病棟入院基本料1については、医療区分2又は3の患者を8割以上受け入れていることが要件になっているが、療養病棟入院基本料2についてはこのような要件はなく、近年、医療区分1の患者が増加している傾向がみられる。介護療養病床との機能分化を図るためには、療養病棟入院基本料2についても、医療区分2又は3の患者の割合について何らかの要件を設けることも考えられる【別添資料 p170】。

7-3. 医療区分の評価項目について

- 「うつ状態」「頻回の血糖検査」の患者については、医師による指示の見直しがほとんど必要ない者が45～55%、看護師による定時の観察のみで対応できる者の割合が55～65%程度みられ、介護保険施設においても一定程度受入が行われていた。「酸素療法」は、患者の状態によっては在宅でも実施できる治療法であり、医療区分3の中では看護師による定時の観察のみで対応できる患者の割合が高かった。こうした基準に該当する患者の必要とする医療の密度は極めて多様であると考えられることから、密度の高い治療を要するかどうか等に基づいて、更にきめ細かな評価を行うことで、より適正な評価が可能になると考えられる【別添資料 p172～179】。

- 「褥瘡」の患者は、入院期間が長期に及ぶ患者により多くみられた。このことについては、個々の患者を経時的に追跡したものではないため、必ずしも入院期間中に新たに褥瘡が生じていることを示すものではないとする意見と、その様な可能性も示唆されるとの意見が両方みられた。また、入院期間中に新たに褥瘡が生じた患者に対する評価について、褥瘡をもって入院してきた患者と同様に医療区分2として高く評価することは妥当でないとする意見があった一方、栄養状態が悪い場合等もあり、やむを得ず褥瘡が生ずる場合もあるとの意見があった。【別添資料 p180～181】。
- 「難病の患者に対する医療等に関する法律」の施行に伴い医療費助成の対象となる難病が 56 疾病から 306 疾病に増加した。医療費助成の対象となる難病については、これまで医療区分2として評価されていたことから、新たに指定された難病も含め、取り扱いについて定めていく必要がある【別添資料 p182～183】。
- なお、医療区分1のうち、より重症な患者の評価の在り方やADL区分の項目などを含め、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。

7-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について

- 障害者施設等入院基本料においては、処置の内容や病態の変動が大きい患者の受入を想定して、処置等を出来高で算定できるとされている。また、特殊疾患病棟入院料等についても、療養病棟と比べて医療の必要性が高い患者の受入を前提とした評価とされている【別添資料 p185】。
- 障害者施設等入院料及び特殊疾患病棟入院料等において、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している患者が一定程度入院していた【別添資料 p186】。
- これらの病棟に入院している脳卒中患者について、医療区分の内訳、医師の指示の見直しの頻度、看護師の観察及び管理の頻度等は療養病棟に入院している患者と概ね同等であった。他方、これらの病棟に入院している脳卒中患者の1日当たりレセプト請求点数は、療養病棟と比較して高額になっていた【別添資料 p187～191】。

- ・ 障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについては課題があると考えられる。また、引き続きこれらの病棟への入院が必要であるとしても、同一の状態にある患者に対して、病棟間で報酬の評価方法等が大きく異なっていることについては、検討を要する。なお、これらの病棟に入院する脳卒中患者の中には、医師による指示の見直しの頻度が高い患者が存在することなどから、患者毎の状態にも留意すべきとの意見があった。

8. その他

8-1. 退院支援に係る取組について

- ・ 退院支援に係る評価については、累次の改定において充実が図られてきた。診療報酬項目が増加するとともにその要件は複雑化しており、一部の項目を除き算定回数は少なかった【別添資料 p193~197】。
- ・ 退院支援に関して、対象となる疾患や病棟等によって異なる様々な評価項目があるが、評価の着目点は、退院支援にかかる人員の配置や、早期退院に向けた院内の取組、医療機関間の恒常的な連携に関する評価等、類似したものも多かった。また、退院時に算定することとされるものや、平均在院日数を要件とするものなど、アウトカムと連動した評価項目もみられた【別添資料 p198】。
- ・ より入念な退院支援を要する状態の患者の受入及び円滑な在宅復帰への流れを促進するための退院支援の取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた【別添資料 p199~205】。
 - ー 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者1人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があることが指摘された。また、患者が退院できない理由として、入院・入所先の確保等が課題になっていることが示された。なお、入院患者のなかには、要介護認定を受けた患者も多く入院していることから、介護サービスとの連携が重要であるとの意見があった。
 - ー 病床規模に関わらず多くの医療機関が退院支援室等の設置や早期退院に向けた多職種のカンファレンス等を実施していた。また、病棟に専任・専従の退院支援職員を配置している場合があり、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援を行えるようになる等の効果が指摘された。
 - ー 連携施設数が多いなど、退院支援に向けた他施設との連携を積極的に実施している施設では、平均在院日数が短い傾向がみられた。こうした傾向は入院期間の長い種別の病棟でより顕著であった。

- 在宅復帰率について、在宅復帰率が要件となっている病棟への転院・転棟は、自宅への退院と同等に評価されており、在宅復帰率の算出値は、実際に自宅へ退棟している割合よりも高い値として算出されていた。7対1入院基本料においては、在宅復帰率の基準（75%）を上回り、90%を超える医療機関が多かった。地域包括ケア病棟においては、基準（70%以上）を一定程度上回る、80～90%の医療機関が多かった【別添資料 p206～211】。

8－2. 入院中の他医療機関の受診について

- DPC 算定病棟以外の病棟に入院している患者が、入院中に他医療機関を受診した場合、入院料の点数から一定割合を控除することとされており、この割合は、他の医療機関での診療が、入院料の包括部分を含むかどうかに応じて設定されている。精神病床・結核病床・有床診療所から透析のために他医療機関を受診する場合等については減額幅を縮小することとされている。なお、DPC 算定病棟に入院している患者が、入院中に他医療機関を受診した場合には、医療機関間において合議で精算することとされている【別添資料 p213】。
- 他医療機関受診による入院料減算の頻度は、有床診療所入院基本料で比較的高く、入院日数の約 0.8%であり、近年やや増加がみられた。次いで、精神病棟入院基本料では、入院日数の約 0.4%であった。また、医療機関の規模別にみると、他医療機関を受診した患者割合は、小規模な医療機関で高い傾向があった【別添資料 p214～215】。
- 入院中に他医療機関を受診した理由としては、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」、「症状の原因精査のため」などが挙げられていた。また、入院中に受診した他医療機関の診療科は、内科、外科のほか、整形外科、泌尿器科、眼科など、様々な診療科にわたっていた【別添資料 p216～217】。