

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）  
（案）

平成 29 年〇月〇日  
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 28 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及び平成 28 年 12 月～平成 29 年 5 月までに中医協総会において議論された入院医療に関する事項について、平成 28 年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、平成 30 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 28 年度入院医療等における実態調査」を実施し、以下の項目について、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

1. 急性期入院医療について

- 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向
- 1-2. 7 対 1、10 対 1 一般病棟入院基本料の評価手法
- 1-3. 13 対 1、15 対 1 一般病棟入院基本料

2. 地域包括ケア病棟入院料

- 2-1. 算定病床の動向
- 2-2. 入棟前の居場所別の分析

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 3-1. 算定病床の動向
- 3-2. リハビリテーションの提供状況

4. 慢性期入院医療について

- 4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向
- 4-2. 医療区分別の分析
- 4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項
- 4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

5. 有床診療所入院基本料

- 5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析
- 5-2. 診療科別の医療の提供状況

6. 横断的事項について

- 6-1. 入退院支援
- 6-2. データ提出加算

## II. 検討結果の概要

### ○ 医療を取り巻く現状

入院医療では、65歳以上の入院患者が70%を超えており、今後も高齢者向けの医療ニーズが高まる事が予想される。一方で医療介護の支え手の減少が見込まれる中で、限られた医療資源に配慮しつつ、より質の高い入院医療を提供でき、医療ニーズの変化にも対応しうるような効果的・効率的なサービス提供や、患者の状態に応じた入院医療の提供といった視点について、調査結果の評価・検討を行う前提として認識を共有した。

#### 1. 急性期入院医療について

##### 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向

- ・ 7対1一般病棟入院基本料の届出病床数は、約38万床をピークに近年は減少傾向であり、平成29年4月時点では約35.4万床となっている。その病床利用率も減少しており、算定回数については平成25年をピークに減少している。都道府県別に7対1～15対1までの区分別届出病床数の構成割合をみると、地域によってばらついている。
- ・ 7対1一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関及び届出病床数を開設者別にみると、その他の一般病棟に比べ、国公立の割合が最も多くなっている。
- ・ 7対1一般病棟の入院患者をみると、その他の一般病棟に比べ、65歳未満の患者の割合が多い。疾病別にみると、7対1一般病棟では、悪性腫瘍等の入院患者の割合が最も多いが、その他の一般病棟では、骨折や肺炎等の入院患者の割合の方が多かった。
- ・ 病棟群単位の届出状況を見ると、調査対象の中で現に病棟群単位の届出を行っている医療機関は8施設であり、調査対象施設の1.2%であった。届け出していない医療機関に今後の届出の意向をきくと、10対1一般病棟への変更を予定していないとの回答が96%、10対1病棟への変更を予定しているが段階的変更は不要のためとの回答が2%、病棟群での届出について検討中/準備中との回答が1%であった。
- ・ 看護職員・看護補助者の配置数、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度の該当患者割合等の状況について、7対1一般病棟と10対1一般病棟とを比較すると、全体にバラついているが、10対1一般病棟の中にも7対1一般病棟相当の基準値を満たす病棟が多数存在している。

##### 1-2. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の評価手法

- ・ 入院基本料は、平成12年度の診療報酬改定で、看護体制、平均在院日数、医師配置等による医学的管理体制の評価に基づき、看護配置別基本料と各種加算による評価体系として、従前の入院時医学管理料、看護料、室料、入院環境料を統合して創設され、入院の際に行われる基本的な一連の診療を評価している。
- ・ 現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の施設基準は、入院基本料に含まれる上記の要素を適切に評価するため、複数の指標で基準が設定されている。指標のうち、

重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、在宅復帰率について、それぞれの項目の診療実績や算定状況等について調査結果を分析した。

### (1) 重症度、医療・看護必要度

(導入の経緯と現状)

- ・ 現行の急性期入院基本料（7対1、10対1）等の算定要件に導入されている「重症度、医療・看護必要度」は、主に急性期の入院医療における患者の状態に応じた医療及び看護の提供量を推計するための指標として開発され、より医療や看護ニーズが高い患者の状態や医療処置、看護の提供量等に着目した評価指標となっている。
- ・ 平成14年度改定の特定集中治療室管理料において、集中治療室での管理を必要とする重症患者を評価する指標として「重症度」が導入され、判断基準と患者割合が設定された。
- ・ 平成16年度改定では、ハイケアユニット入院医療管理料の創設において、一般病棟よりも手厚い体制の治療室で重症度の高い患者に対して行う集中的な治療を評価する指標として、「重症度」の項目に看護の必要量を推計するために開発された「看護必要度」の項目を追加した「重症度・看護必要度」が導入され、判断基準と患者割合が設定された。
- ・ その後、平成18年度改定で7対1入院基本料が創設されたことを契機に、平成20年度改定で、より医療ニーズや手厚い看護が必要な患者の状態に着目した評価を導入するため、ハイケアユニットで導入されていた「重症度・看護必要度」を一般病棟用に修正導入し、判断基準と患者割合がその施設基準として導入された。平成22年度改定では、10対1一般病棟入院基本料でも基準値はないが測定することが要件となった。
- ・ 平成26年度改定では、一般病棟用「重症度・看護必要度」について、急性期患者の特性を評価する項目と基準に見直され、名称も「重症度、医療・看護必要度」と改められた。
- ・ 平成28年度改定では更に、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、専門的な医療処置や手術等の項目（C項目）の追加等が見直しが行われた。
- ・ 現行の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目の内訳をみると、モニタリングや専門的な処置の有無をみたA項目、ADLなどをみたB項目、手術等の医療提供をみたC項目といった複合的な項目で設定されている。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、平成28年度診療報酬改定でC項目を導入する等の見直しが行われたが、平成27年の同時期と比較して7対1一般病棟で9.6ポイント、10対1病棟で4.7ポイント増加している。
- ・ 該当患者割合別の医療機関の分布をみると、7対1一般病棟では施設基準の基準値である25%以上の病棟が最も多いが、10対1一般病棟では全体にばらついている。

(評価手法等)

- ・ 重症度、医療・看護必要度を用いた評価手法としては、7対1一般病棟入院基本料では基準値（カットオフ値）による施設基準での評価であるのに対し、10対1一般病棟入院基本料では診療実績に応じた段階的な加算での評価となっている。

- ・ 該当患者割合別の医療機関の分布については、7 対 1 一般病棟の分布は基準値の 25%以上に集中していて、10 対 1 一般病棟で分布がばらついているのは、評価手法の違いが影響していると分析された。
- ・ 評価手法の選択にあたっては、指標の性質や指標が着目した項目と結果との相関などを分析しつつ、簡便であることや客観性が確保されていること等も踏まえて選択されることが望ましいと考えられた。

(測定方法等)

- ・ 前述の経緯から、現行の「重症度、医療・看護必要度」は、その開発・導入で活用された「看護必要度」の測定・評価方法が用いられてきた。このため、測定は、日々の状態変化や日内変動を入院患者ごとに各評価項目を用いて病棟において毎日測定し、毎月平均値を算出している。これによって、入院患者に必要とされる医療、看護ニーズをより正確に測定し明らかにしていることから、適切な看護の提供量を把握し、適正な看護師の配置管理にも活用されることで医療や看護の質の向上につながる有用な評価指標となっている。
- ・ 他方、一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」は本来、急性期の医学的管理や患者の状態に応じた看護提供の必要性について“入院基本料の報酬算定に反映させる”ために実施するものであり、「看護必要度」とは異なる視点から導入されてきたとの指摘がある。
- ・ また、報酬算定の事務手続きとして考えると現場では負担であるとの指摘や、経営的な観点からは患者の状態に応じた医療の提供よりも基準値をクリアすることに重点がおかれてしまうのではないかと指摘、新たに追加された C 項目が負担であるとの指摘等もあり、配慮が必要と考えられた。
- ・ 平成 28 年度調査結果では、重症度、医療・看護必要度の見直しの影響に関する質問では、評価項目の見直しが一定の負担になったとの回答がおおむね半数以上であった。
- ・ 平成 28 年度診療報酬改定で、データ提出の様式に重症度、医療・看護必要度の項目を反映した H ファイルが導入された。データ提出のデータには、診療報酬請求区分の情報(EF ファイル)が含まれている。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の評価項目のうち A 項目と C 項目について、診療報酬請求区分と関連しているものがある。ただし、詳細にみると A 項目は診療報酬請求区分とは異なり、臨床現場のプロセス等に基づき項目が定義されているため、その定義や判定に係る該当期間が異なる等の違いがあり、仮に診療報酬請求区分を用いたシミュレーションで該当患者割合を算出するとしても、その点をどのように扱うか検討が必要と考えられた。

(9月6日分を挿入)

## (2) 平均在院日数

- ・ 平均在院日数は、1入院当たりの在院期間に着目して効率的な入院医療の提供を評価する指標であるが、7対1一般病棟は18日以内、10対1一般病棟は21日以内が基準値となっている。平成28年度の調査結果では、7対1一般病棟の平均値は12.5日、10対1一般病棟の平均値は15.9日となっており、基準値と比較すると短い。また、10対1一般病棟に比べ、7対1一般病棟では短い。
- ・ 平均在院日数の推移をみると、近年は横ばいで、ほとんど変化していない。
- ・ 平均在院日数別の医療機関の分布を見ると、基準値を超える病棟も一定数存在している。
- ・ 平成28年度の調査結果を用いて、平均在院日数を年齢階級別にみると、7対1一般病棟では全体の平均値が16.5日であるが、75歳以上の患者では全体の平均より上回っており、95歳以上では20.6日となっている。
- ・ 平均在院日数が短縮された結果として病床利用率がさがっているとの指摘があった。

## (3) 在宅復帰率

- ・ 在宅復帰率は、患者の退院先に着目して医療機関における在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価する指標であるが、7対1一般病棟では8割以上が基準値となっており、10対1一般病棟では基準値はない。
- ・ 在宅復帰率別に医療機関の分布をみると、7対1一般病棟では、90%を超える医療機関が全体の約75%をしめ、ほぼ全ての医療機関が基準値を超えている。
- ・ 在宅復帰率の定義をみると、退棟患者のうちの自宅等への退棟患者の割合であり転棟・転院が含まれているため、評価項目の内容がわかりやすい名称がより適切ではないか、在宅復帰率だけではなくより急性期病棟の診療機能を反映した他の指標についても分析してはどうかと考えられた。
- ・ 在宅復帰率については、病棟の種類により、計算式の分子となる退棟患者の退棟先が異なっているため、評価の本来の目的を踏まえ、評価方法について整理する必要があると考えられた。
- ・ 在宅復帰率については、一般病棟の施設基準の評価項目のひとつとなっているが、急性期の入院医療については、他の評価項目で十分に評価できているのではないかとの指摘もあった。

## 1-3. 13対1、15対1一般病棟入院基本料

### (医療の提供体制)

- ・ 13対1、15対1一般病棟入院基本料の届出病床数及び平均在院日数は近年横ばい。
- ・ 13対1、15対1一般病棟入院基本料の病棟を有している医療機関の病床規模は、100床未満の医療機関が大半であった。

(患者の状態)

- ・ 患者の年齢階級別分布をみると、75歳以上の患者の占める割合は、7対1一般病棟より多く、13対1一般病棟入院基本料では76.0%、15対1一般病棟入院基本料では67.0%であった。
- ・ 疾患別の患者割合をみると、13対1、15対1一般病棟入院基本料ともに、「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」、「肺炎」の患者の占める割合が、その他の疾患に比べ、多い。
- ・ 13対1、15対1一般病棟入院基本料を算定する患者について、調査月の1日当たりの平均点数と認知症患者数の割合は、いずれも、地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料と、療養病棟入院基本料との間の値であった。

(病床機能報告における医療機能の取扱い)

- ・ 病床機能報告においては、各医療機関の状況に応じて、病棟が担う機能をいずれか1つ選択して報告することが可能であるが、一般病棟13対1、一般病棟15対1については、一般的には急性期機能、回復期機能、慢性期機能のいずれかの区分で報告するという整理が検討されている。
- ・ 小規模ながら急性期から慢性期までの患者を受け入れ、効率的に地域の医療ニーズに役立っていると考えられた。また、データ提出を進めるべきではないかとの指摘がある一方で、小規模な病院ではデータ提出に対応できる体制をとることが難しいので配慮が必要との指摘もあった。

## 2. 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料については、急性期治療を経過した患者や在宅において療養を行っている患者等を受け入れ、その在宅復帰支援等を行う機能が想定されている。地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、入院患者の状態や医療の内容等に応じた適切な評価の視点で調査結果を評価・検証した。

### 2-1. 算定病床の動向

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は、近年増加傾向であり、平成28年10月時点で約5.2万床であった。
- ・ 平成28年度診療報酬改定前後の1年間の動向をみると、地域包括ケア病棟入院料1を新規に届出した医療機関では、7対1一般病棟の病床が減少した医療機関が多かった。

### 2-2. 入棟前の居場所別の分析

(入棟前の居場所別の分析)

- ・ 各病棟の入院患者を入棟前の居場所別に分析すると、一般病棟からの受入患者が9割以上である病棟が多いが、一定程度自宅等からも患者を受け入れている病棟もあった。

- ・ 地域包括ケア病棟への入棟患者が、院内の他病棟から転棟した患者が9割以上の医療機関は、4割5分を占めていた。
- ・ 自院に一般病棟（7対1、10対1）を有する医療機関について、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」である患者の割合をみると、その割合が「90%以上」の医療機関は、いずれも約3割であった。
- ・ 疾患別にみると、自宅等から入棟した患者では、骨折等の患者が多いが、肺炎等の他の疾患の患者も多く含まれていた。自宅等以外から入棟した患者では、骨折等の患者が最も多かった。
- ・ 入院継続の医学的な理由別にみると、自宅等から入棟した患者では急性期治療の必要性や状態が悪化する可能性などが主な理由となっていたが、自宅等以外から入棟した患者では、リハビリテーションの必要性が主な理由となっていた。
- ・ 自院の急性期病棟から入棟した患者と、他院の急性期病棟から入棟した患者とで、患者の疾患や医学的な理由等について比較分析したが、明らかな違いはなかった。
- ・ 急性期病棟から入棟した患者と、自宅等から入院した患者とで、患者の疾患や医学的な理由、検査の実施状況等について、一定程度の差がみられた。なお、結果の解釈にあたっては、地域包括ケア病棟入院料は、そもそもその両方の患者を受け入れる機能を持つ病棟として位置づけられていることに留意すべきとの指摘もあった。

#### （医療の内容）

- ・ 調査日から7日以内の地域包括ケア病棟で提供される医療の内容の詳細をみると、検体検査、X線単純撮影などが、生体検査、CT・MRIに比べ、多かった。
- ・ 平成28年度診療報酬改定で、手術と麻酔を包括範囲から除外で出来高算定できるようになったが、約3.5%の患者で入棟中に手術が実施されていた。手術の内訳をみると、胃瘻造設等であった。
- ・ 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの実施状況をみると、平均して約7割の患者がリハビリテーションの対象患者であり、対象者一人あたり1日当たり実施単位数は、平均2単位以上4単位未満が大半であった。

#### （在宅医療の提供状況）

- ・ 地域包括ケア病棟を有する医療機関の約3割が在宅療養支援病院であった。地域包括ケア病棟を有する病院で往診・訪問診療を行っている病院、訪問看護部門や訪問看護ステーションを設置している病院は約半数であった。

### 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料

#### 3-1. 算定病床の動向

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数については、創設当時から増加傾向にあり、平成27年7月時点で約8万床であった。都道府県別の65才以上人口10万人当たりの届出病床数をみると、地域によって病床数はばらついていた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1～3の種類別に入院患者に対するリハビリテーションの提供量をみると、患者の状態、年齢、日常生活動作の改善度や在宅復帰率の状況は様々であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟では、入院患者の状態や早期からのリハビリテーションの提供等により、理学療法士等を、施設基準で定める数よりも大幅に加配していた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟では、約61%が75歳以上であり、「脳梗塞」「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」の患者が多かった。また、障害高齢者の日常生活自立度については、「自立」の患者が最も多かったが、次いで「ランクC2」が多い。地域包括ケア病棟では、ランク「B2」が最も多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟における平均在棟日数は、約71日（入院料1の場合）で、発症から回復期リハビリテーション病棟への入棟までの期間は平均25.6日である。「股関節又は膝関節の置換術後」の患者は「大腿骨等の骨折の患者」に比べて、早期に退院していた。

#### 3-2. リハビリテーションの提供状況

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対する疾患別リハビリテーションの提供単位数は、患者一人当たり一日平均6単位強で、近年横ばい傾向であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟から自宅に退院する患者の約65%が、退院後もリハビリテーション又は機能訓練が必要との回答であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、72%が訪問リハビリを、65%が通所リハビリを実施していると回答した。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を退院した患者で、退院後と退院1ヶ月後とを比較すると、ADLが低下するとの研究結果があった。
- ・ 退院直後の患者のリハビリテーションの提供状況や、患者の機能回復の経過に着目したデータについても、引き続き分析すべきと考えられた。

### 4. 慢性期入院医療について

慢性期入院医療については、今後の高齢者の増加が見込まれる中で、必要な医療が提供できる体制を確保できるよう、在宅で療養している患者の受け入れや高齢者の機能維持に係るリハビリテーションの提供といった視点で、調査結果を評価・検証した。

なお、「療養病床の在り方等に関する特別部会」にて、療養病棟入院基本料2については、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点等から、中医協において検討することが適当とされている点も共有した。

#### 4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向

- ・ 療養病棟入院基本料の届出病床数は近年横ばいだが、療養病棟入院基本料1の割合が増えている。
- ・ 医療区分2・3該当患者割合は、療養病棟入院基本料1では、平均値で約90%となっているが、療養病棟入院基本料2では、医療区分2・3該当患者割合の分布はばらついていた。
- ・ 療養病棟入院基本料2のうち、看護職員配置25対1又は医療区分2・3の該当患者割合5割の要件を満たさない場合の減算に係る届出状況をみると、約3割が減算に係る届出を行っている。
- ・ データ提出加算の算定対象病棟に療養病棟が追加されたが、療養病棟入院基本料の届出病床のうちのデータ提出加算を届け出ている病床の割合は、約25%であった。
- ・ 医療区分別に、DPCデータで入院基本料を除く全ての診療行為を出来高点数で積み上げた1日当たり平均点数を見ると、点数にはばらつきがあるが、医療区分2・3に比べ、医療区分1では低い分布が多い。医療区分2と3ではあまり差はなかった。
- ・ 医療区分の内容についてより詳細に検証するため、データ提出を強化すべきとの指摘がある一方で、療養病棟を有する病院は病床規模の小さい病院が多くデータ提出に対応するのは困難ではないかとの指摘などがあった。

#### 4-2. 医療区分別の分析

(医療区分の割合)

- ・ 現行は、医療区分1～3と、ADL区分1～3とで、入院基本料は9つに分類されている。医療区分に係る評価は毎日測定し、診療報酬請求の際に毎月報告することになっているが、導入されて以降、大きな変更は行われていない。
- ・ 平成28年診療報酬改定で、医療区分3の項目のうち、酸素療法の程度に応じて、医療区分2と医療区分3に定義を分ける改定を行ったが、該当患者はおおよそ半分ずつであった。
- ・ 療養病棟入院基本料の区分別算定回数と年次推移をみると、区分A(医療区分3)と区分D(医療区分2)の算定回数が多く、区分Aは増加傾向、区分Dは減少傾向であったが、平成28年では逆に、区分Aは減少、区分Dは増加に転じた。
- ・ 医療区分2・3の該当患者割合をみると、療養病棟入院基本料1は約9割、療養病棟入院基本料2は約6割であった。該当患者割合の分布は、療養病棟入院基本料1は基準値の80%を超えている医療機関がほとんどだが、療養病棟入院基本料2では、全体にばらついていた。

(患者の状況)

- ・ 医療区分別に年齢階級を比較すると、いずれの区分も 85～89 歳の割合が最も多く、約 2 割であった。疾患別の患者割合をみると、脳梗塞・脳出血の占める割合が最も多く、約 3 割であった。
- ・ 療養病棟入院基本料の種類別の算定割合を見ると、いずれの区分も 180 日を超える区分が最も多く約 6 割を占めるが、在宅復帰機能強化加算を算定している病棟の医療区分 1 の患者では、その他に比べて、180 日を超える患者の割合が少ない。
- ・ 認知症ありの割合は約半数を占めるが、医療区分が上がるほど、日常生活に支障をきたすような症状を有する患者が多い
- ・ 医療区分別に医療提供の状況を見ると、医療区分が上がるほど、病状が不安定で、医療や看護の提供頻度が高い患者の割合が多い。
- ・ 以上から、現行の医療区分については、概ね医療区分 3、2、1 の順に、状態が不安定な患者の割合が多く、医療の提供頻度の高い患者の割合が多くなる傾向があり、医療区分による分類と患者の医療ニーズの間には一定の相関があると考えられた。なお、DPC データなどより詳細なデータを用いた分析もすすめるべきではないかとの指摘もあった。

(9月6日分を挿入)

#### 4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項

- ・ 在宅復帰機能強化加算の算定状況を見ると、療養 1 で約 25%が加算を届け出ている。救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定要件は入院日から 14 日を上限として算定する加算であるが、算定件数をみると、療養 1、療養 2 とも、入院基本料の算定件数の約 10% 程度であった。
- ・ 療養病棟への入棟元は自院又は他院の急性期病棟が多いが、退院先は死亡退院が約 4 割で最も高い。なお、療養病棟に入院する患者では死亡退院の割合が、その他の病棟と比べて高いが、看取りを目的として療養病棟に入院しているとの意味ではないことに留意すべきとの指摘があった。
- ・ 看取りについては、人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドラインがまとめられているが、医療従事者や介護職員における認知度は高くない。
- ・ 医学的には外来・在宅でも良いが、他の要因のため退院予定がないと回答した患者について、退院後に最も必要な支援の内容をみると、日常生活動作に関わる介護が最も多く、医療区分 1 では約 4 割で、他の区分に比べ多かった。また、退院できない理由をみると、家族の希望に合わないためが最も多く約 35%であった。退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「入所先の施設確保」、「看取り」が多い。

- ・ 疾患別リハビリテーションについては、算定日数上限が設けられており、最大 180 日までであり、181 日以降は、算定日数上限の除外患者を除き、月 13 単位までとなり、要介護被保険者では点数も低くなる。

(9月6日分を挿入)

#### 4-4. 障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料

(評価の変遷)

- ・ 障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料（以下、「障害者施設等入院基本料等」という。）では、包括範囲が異なるものの、患者の疾病や状態について、類似している。
- ・ 障害者施設等入院基本料の届出病床数は約 67,000 床、特殊疾患病棟入院料の届出病床数は約 13,000 床となっている。
- ・ 障害者施設等入院基本料等については、平成 28 年度改定で、重度の意識障害であって脳卒中の患者（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害）に対する評価を、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価に見直したところ。

(患者の状況)

- ・ 脳卒中の患者（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血及びその他の脳血管障害）の割合を入院料別にみると、脳血管疾患患者の割合は、療養病棟では約 3 割、特殊疾患病棟入院料 1 では約 2 割、障害者施設等入院料では 1 割弱であった。
- ・ 脳卒中の患者について、平成 28 年度診療報酬改定の前後を比較すると、医療区分 2・3 相当の患者の割合、医療提供の頻度、急性増悪の患者の割合等が、同様かやや増えている。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者の割合をみると、障害者施設等入院基本料全体で、半数以上含まれている。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者について、身体障害者等級不明又は非該当の患者が一定程度含まれており、それらの患者のうち、医療区分 1 に該当する患者の割合は、療養病棟入院基本料 1 よりも多い。
- ・ 重度の意識障害の患者の割合を病棟別にみると、全体の平均値よりもかなり高い割合の病棟が存在している。
- ・ 重度の意識障害の患者について、医療区分 2・3 の該当患者割合をみると、療養病棟入院基本料 1 よりも少ない。

(9月6日分を挿入)

## 5. 有床診療所入院基本料

有床診療所については、地域包括ケアシステムの構築の推進や、在宅患者の療養支援等といった役割を担うことが期待されているといった視点で、調査結果の評価・検証を行った。

### 5-1. 有床診療所入院基本料の区分別の分析

- ・ 有床診療所の施設数は約 8,000 あり、近年は減少傾向となっている。都道府県別にみると、ばらついている。
- ・ 有床診療所入院基本料の届出病床数は、約 85,000 床であるが、横ばいから減少傾向である。有床診療所入院基本料（1～6）の区分別にみると、入院料 1 が最も多く、約 5 割を占めていた。病床稼働率は、一般病棟入院料に比べ低く、最も高い入院料 1 でも 67% である。
- ・ 年齢階級別の入院基本料の算定割合をみると、入院基本料 1～3 では、65 歳以上の患者が約 75% を占めている。
- ・ 入院時の患者の状態についてみると、未回答を除き、ADL 低下や介護の必要性に関する項目では、その他の項目に比べて多い。
- ・ 在宅復帰機能強化加算の算定割合は、約 1 割であった。
- ・ 地域との連携の状況をみると、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 に比べ、連携する医療機関等の数が少なかった。

### 5-2. 診療科別の医療の提供状況

- ・ 標榜診療科別に有床診療所数をみると、内科系が最も多く、次いで、外科系、産婦人科、整形外科、リハビリテーション科となっている。
- ・ 有床診療所入院基本料の評価の概要をみると、近年は、地域包括ケアシステムの推進に資する要件を満たす場合の入院料 1～3 について、評価を手厚くしている。その入院料 1～3 の算定状況を診療科別にみると、内科、外科、整形外科が多い。
- ・ 有床診療所入院基本料を算定する入院レセプトについて、1 日あたり平均点数を診療科別にみると、眼科と耳鼻咽喉科が最も高く 8,000～9,000 点台であり、手術料が最も多くなっているのに比べ、その他の診療科は 2,000 点前後となっており入院基本料の占める割合が高い。
- ・ 平成 27 年実施の医療経済実態調査結果をみると、主たる診療科別の損益差額では、回答数が 10 施設未満を除くと、眼科、外科、整形外科に比べ、内科、産婦人科では、損益差額が低い。
- ・ 有床診療所は、主に提供する医療の専門分野によって、地域における医療機能も異なると考えられた。入院基本料の区分別の分析等からは、在宅復帰支援機能や介護サービスとの連携などといった機能を持つ有床診療所も一定程度存在すると考えられた。

(9月6日分を挿入)

## 6. 横断的事項について

### 6-1. 入退院支援

- ・ 入退院支援については、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されているといった視点で、調査結果の評価・検証を行った。
- ・ 退院支援にあたっての目標・課題等としては、疾病の治癒や病状の安定に加えて、患者本人の日常生活活動度（身体機能）の回復が重要な要素となっていた。
- ・ 外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由をみると、受け入れ先の確保のほか、在宅における介護力及び患者本人の日常生活活動度や、家族の希望が、その大きな要素となっていた。
- ・ 退院支援を困難にしている理由・課題等をみると、相談員の人員体制の不足、支援のための時間確保が困難、患者・家族等との面会日の日程調整が困難（特に日勤帯だけでは困難）と回答した割合が多かった。
- ・ 入院前から地域包括ケアの中で患者をアセスメントすることは大事であると同時に、退院後の住まいや介護の問題等、医療側だけで解決するのは難しいため、介護等の地域との連携が重要との指摘があった。
- ・ 地域連携診療計画の利用状況では、回復期リハビリテーション病棟で最も利用されている。地域連携診療計画加算の算定件数を、改定前後で比較すると減少している。退院支援加算2では地域連携診療計画加算が算定できないことがその要因のひとつと考えられた。

### 6-2. データ提出加算

(9月6日分を挿入)

### Ⅲ. 平成 29 年度入院医療等における実態調査の項目

平成 29 年度入院医療等における実態調査に係る以下の項目については、引き続き、調査結果ができ次第、速やかに評価・検証を行い、本分科会での意見を取りまとめる。

#### <平成 29 年度調査の項目>

- ・ 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料等における重症度、医療・看護必要度
- ・ 短期滞在手術基本料
- ・ 総合入院体制加算
- ・ 救急医療管理加算等
- ・ 療養病棟入院基本料
- ・ 入院時食事療養等に関する事項