

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告

平成 29 年 11 月 17 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 月から平成 29 年 5 月までに中央社会保険医療協議会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」及び「平成 29 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
- 1-2-1. 7 対 1、10 対 1 一般病棟入院基本料の平成 28 年度の改定の影響
- 1-2-2. 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
- 1-4. 特定集中治療室管理料等
- 1-5. 短期滞在手術等基本料
- 1-6. 総合入院体制加算
- 1-7. 救急医療管理加算

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. 在宅復帰に関する評価

6-3. データ提出加算

7. 入院時食事療養等に関する事項

7-1. 病院の給食部門における収支の状況

7-2. 経腸栄養用製品の使用及び食材費等の状況

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増加する事が予想される。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から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、「国立、公立、公的・組合」の割合が多くなっている。
- ・ 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みると、平成28年度調査結果では、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、現行の病棟群単位の取扱いを前提として、今後の届出の意向を聞くと、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1一般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。
- ・ 病棟群単位の届出状況の平成29年度調査結果では、病棟群単位の届出を行なっている医療機関は14施設あり、調査対象施設の約2%であった。病棟群単位を届け出していない理由には、現状で7対1一般病棟の基準をみたしているとの回答が最も多かった。一方、

届出要件が満たせないとの回答もあり、具体的には、病床数の削減に係る要件が満たせないとの回答であった。

- ・ 7対1と10対1一般病棟の平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係をみると、調査対象期間に限定した結果であるが、10対1一般病棟であっても、該当患者割合が25%以上で、平均在院日数が18日以下となっている医療機関が一定数存在する。
- ・ 7対1と10対1一般病棟の病棟単位での看護職員配置の状況をみると、病床利用率80%と仮定した必要配置数に比べ、看護職員を115%以上手厚く配置している病棟が一定数存在すると推計された。そのうち、10対1一般病棟では、該当患者割合が25%以上の病棟や、平均在院日数が18日以下の病棟が一定数存在すると推計された。
- ・ 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、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1一般病棟で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。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の在院日数別の該当患者割合は、在院2日目が最も高くなり、その後11日目まで漸減している。
- ・ 7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度の判定基準は、A得点2点以上かつB得点3点以上、A得点3点以上又はC得点1点以上であるが、非該当の患者は約75%となっている。非該当患者のうち、A項目・B項目ともに0点の患者は約4割弱存在する一方で、その他の患者は全ていずれかの項目に該当しており、該当項目の内訳をみると、A項目では「専門的な医療処置」に該当する患者が多く、B項目では「衣服の着脱（1点、2点）」、「口腔清潔」に該当する患者が多かった。なお、A項目・B項目ともに0点の患者について詳細なデータを提示すべきとの指摘がある一方で、急性期の病棟には手術前の患者や退院前の患者も一定数存在するため非該当の患者は0%にはならないとの指摘があった。
- ・ 7対1一般病棟の診療科別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみると、「呼吸器外科」が40.3%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合であった。なお、内科系の疾患における重症な患者についての分析が必要ではないかとの指摘があった。

1—2—1. 7対1、10対1一般病棟入院基本料の平成28年度改定の影響

- ・ 重症度、医療・看護必要度の平成28年度改定で導入された各項目について調査結果を分析した。
- ・ B項目のうち、新たに追加された「診療・療養上の指示が通じる」・「危険行動」の項目の該当患者割合をみると10~15%であり、認知症やせん妄症状を有する患者の割合と同程度であった。なお、同項目に該当している患者のうち、身体抑制ありの患者の割合は20.5%であり、そのうち約半数はA項目で1点以上であり何らかの管理が必要な患者

と考えられた。一方で、身体抑制なしの患者の方が逆に手間がかかっているので、身体抑制の有無の解釈には留意が必要と考えられた。

- ・ また、認知症は、急性期の入院患者でも増加傾向で有り、B項目の「診療・療養上の指示が通じる」あるいは「危険行動」に該当している患者で、A項目に該当するほど、医師の診察や指示の見直し、看護の提供の頻度が高くなっていることから、A項目との組み合わせなど、他の項目より重みをつけてはどうかとの指摘があった。
- ・ A項目のうち、新たに追加された「救急搬送後の入院」の項目の該当患者割合をみると0.6%であった。該当患者の救急搬送後の入院方法を見ると、「ストレッチャー」が85.6%で最も多く、入棟中の患者の医療的な状態をみると、「時々、不安定である」39.6%が最も多く、次いで「安定している」35.1%であった。また、該当患者の医師による診察（処置、判断含む）の頻度をみると、「毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要」56.7%が最も多く、1日数回以上の診察頻度を合わせると、8割以上であった。
- ・ A項目の救急搬送後の入院の対象については、搬送方法によらず重症な患者の場合があるので、例えば救急医療管理加算を算定する患者を参考にしてはどうかとの指摘があった。
- ・ C項目の該当患者割合をみると、「骨の手術」1.3%が最も多く、他の項目は全て1.0%以下であった。所定日数と退院日との関係から所定日数未滿で退院した患者の割合は、開腹手術17.0%で最も多いが、その他の手術は約1割以下であった。

1-2-2. 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、従前の医学的な管理に関する費用である入院時医学管理料、看護職員の配置数に応じた評価である看護料、療養環境の提供の評価としての入院環境料を統合して創設され、入院の際に行われる医学的な管理、看護、療養環境の提供を含む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）

- ・ 現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）等の施設基準に導入されている「重症度、医療・看護必要度」は、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の必要性を適切に反映するための指標として開発され、より医療ニーズや手厚い看護の必要性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、集中治療室での管理は要しないが、一般病棟よりも手厚い体制の治療室で診療を評価する指標として、「重症度・看護必要度」が導入され、判定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際、手厚い看護が必要な患者を受け入れる病棟であることからハイケアユニットの「重症度・看護必要度」を参考として患者の状態に係る評価を行い、実情に合わせた適正な配置となるよう管理するという基本的な考え方を示した。
- ・ 平成 20 年度改定で、平成 19 年度の中央社会保険医療協議会の建議をふまえ、急性期等の手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出を可能とするために、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として、一般病棟での調査結果を基に一般病棟用の「重症度・看護必要度」を新たに開発し、これを用いた判定基準と患者割合が、7 対 1 入院基本料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、一般病棟用の「重症度・看護必要度」について、急性期の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）の追加等の見直しが行われた。
- ・ 現行の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目の内訳は、モニタリングや専門的な処置の有無をみた A 項目、ADL の状況等をみた B 項目、手術等の密度の高い医療の提供をみた C 項目といった複合的な項目で構成されている。

（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。
- ・ 評価手法の選択に当たっては、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。
- ・ なお、他の指標も含めて、指標自体の妥当性や合理性について十分に検証する必要があるとの指摘があった。

（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「重症度・看護必要度」の測定・評価方法が用いられてきた。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。これによって明らかにされた、入院患者に必要とされる医学的な管理やより正確な看護の必要性を、適正な看護師の配置管理にも活用す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しての運用がなされている。
- ・ 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、急性期の医学的な管理や患者の状態に応じた看護の必要性について“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、日々の診療の中でより適切に各病棟の看護師の配置を管理するために実施するもの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として考えれば、入院基本料の施設基準における指標の測定・評価は診療報酬の請求のためのものであり、患者の状態に応じた医学的な管理や看護の提供量の正確な測定の反映とは別であるという視点からは、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置かれてしまうのではないかと指摘、さらに、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、新規項目の追加による入力作業の増加と新規項目についての研修が一定の負担になったとの回答が概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。当該提出データには、診療報酬請求区分の情報（EFファイル）も含まれている。
- ・ 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。A項目は、臨床現場のプロセスを評価するものであり、診療報酬の請求区分とは異なるため、仮に診療報酬請求区分を用いた分析で該当患者割合を算出するとしても、その結果を解釈するのは困難ではないかという指摘があった一方で、診療報酬の請求のための指標として活用できる可能性を分析することは意味があり検証すべきとの指摘があった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の評価項目と関連性が高い診療報酬の請求区分とで、各項目の該当性をみると、一定程度重なる部分があることから、複数の診療報酬請求区分の項目を組み合わせることや、評価の該当期間に関する情報を追加した上で、報酬算定の事務手続の合理化の観点も含めてまずは現行の該当患者割合と前述の診療報酬請求区分を使った分析による該当患者割合との分布や相関などを検証すべきではないかと考えられた。

(評価手法に関する分析)：別添を参照

(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が、長期的には平均在院日数が短縮されており、結果として病床利用率が下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組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。
- ・ 在宅復帰率については、一般病棟の施設基準の評価項目の一つとなっているが、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て多い。
- ・ 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。

(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、13対1、15対1一般病床については、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。
- ・ 13対1、15対1一般病床については、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応え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。

1-4. 特定集中治療室管理料等

- ・ 特定集中治療室管理料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみると、A項目では「心電図モニターの管理」が98.0%、B項目では「口腔清潔」が89.2%であり、それぞれ最も多かった。
- ・ 入室中の患者の状態で「常時、不安定である」との回答割合をみると、特定集中治療室管理料と救命救急入院料2・4では約4割、救命救急入院料1・3、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニットでは約3割であった。
- ・ 救命救急入院料1・3及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料は、重症度、医療・看護必要度の基準値は要件になっていないが、すでに7割近くの病棟で、重症度、医療・看護必要度を測定している。このことから、救命救急入院料1・3及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料においても測定を要件化し、分析に用いることや基準として活用すべきという指摘があった。一方で、救命救急の現場では、重症化が予測されるが重症度、医療・看護必要度の基準に反映されないような患者を一定程度受け入れることもあるので、要件化するのは難しいのではないかという指摘もあった。
- ・ 集中治療室（ICU）における生理学的指標に基づく重症度スコアの例として、APACHE II（acute physiology and chronic health evaluation II）があり、日本集中治療医学会において患者症例レジストリが開始されている。
- ・ APACHE IIの測定により、各医療機関のICUにおける標準化死亡比が算出可能となり、この指標を用いると医療機関毎での客観的な比較も可能であることから、ベンチマーク等に活用されている。
- ・ APACHE IIにあるような生理学的な指標の測定を行うべきであるが、測定に係る負担への配慮や、電子的にデータを作成できるような方策も、考慮すべきではないかとの指摘があった。また、測定にあたっては、項目やそれを測定する時期（入室からの時間）など適切な定義を設定すべき、提出は測定値だけとし標準化死亡比の算出は別にするとといった事に留意すべきとの指摘もあった。

1-5. 短期滞在手術等基本料

- ・ 短期滞在手術等基本料3の算定状況を見ると、平成28年度改定で追加・変更のあったものも含め、算定回数に大きな変化はなかった。
- ・ 現在、短期滞在手術等基本料3の対象となっていない検査や手術等のうち、平均在院日数が平均値+1SDが5日以内、該当症例数が100件以上、かつ、包括範囲出来高点数の分布のばらつきが少ないものの3つの要件にすべてに該当する検査・手術を抽出したところ、4つの手術等が該当した。
- ・ 抽出された4つの手術等を新たに短期滞在手術等基本料に追加するかどうかについては、分散など詳細をみながら慎重に検討すべきとの指摘や、短期滞在手術等基本料の対象は該当するものは広めていくべきといった指摘もあった。
- ・ 短期滞在手術等基本料3については、DPC/PDPSの点数設定方式D（入院期間Iを1日として点数設定）と点数の設定方法が類似している。一方で、短期滞在手術等基本料では特定の一つの手術料の有無で評価が設定されるが、DPC/PDPSでは複数の手術・処置等を加味したDPC分類で評価が設定されるといった相違点がある。
- ・ このため、DPC/PDPSの仕組みを考えれば、DPC対象病院については、短期滞在手術等入院料の対象となる手術・検査を実施する場合も、DPC分類での評価を優先すべきと考えられた。
- ・ なお、短期滞在手術等基本料については、入院料区分（病棟種類）が異なっても同じ点数設定となっていることから、入院料区分ごとの分析も行うべきと考えられた。

1-6. 総合入院体制加算

- ・ 総合入院体制加算の届出医療機関数をみると、平成27年と平成28年を比較すると、届出医療機関数は増加している。特に、加算1の届出医療機関数は4件から32件に増加しており、加算1の算定要件を見直した影響と考えられた。

1-7. 救急医療管理加算

- ・ 救急医療管理加算については、平成26年度及び平成28年度に改定が行われているが、算定回数の推移を見ると、全体の算定回数はほぼ横ばいから微増であるが、内訳をみると救急医療管理加算1は減少し、救急医療管理加算2が増加している。
- ・ 医療機関ごとに救急医療管理加算算定患者のうち、加算2算定患者の占める割合の分布をみると、加算2の算定患者割合は医療機関ごとに幅広い分布を示した。
- ・ 救急車で来院し入院した患者のうちの救急医療入院患者の定義に該当する患者の状況を見ると、概ね7割くらいの医療機関が多いが、全体の分布は多様であった。
- ・ 以上のような多様性があることから、救急医療管理加算を算定している症例について、救急現場ですでに使用されている評価指標等を用いてさらに分析する必要があると考えられた。

- ・ なお、救急医療管理加算を算定している患者の状態は様々であり、評価指標による一律の判断になじまないが救急医療を必要とする症例も存在するので、結果の解釈には留意が必要との指摘があった。
- ・ 現行の DPC データに報告されている臨床指標のうち、JCS、NYHA 心機能分類、BurnIndex を用いて、救急医療管理加算 1 の算定患者の状況を分析した。JCS についてみると、救急医療管理加算 1 算定患者のうち、JCS I 桁の患者が、全体の半数以上を占めており、JCS III 桁以上（刺激しても覚醒しない）患者の割合は約 4 分の 1 であった。
- ・ NYHA 心機能分類をみると、救急医療管理加算 1 算定患者のうち、NYHA 分類 II、III 及び IV の患者が全体の約 9 割であった。
- ・ BurnIndex をみると、救急医療管理加算 1 算定患者のうち、BurnIndex15 未満の患者が約 8 割であった。
- ・ 救急患者は、来院時は軽症とみえても、入院後に状態が急激に変化する可能性のある場合もあるため、今回の評価指標の結果だけで判断するのは困難ではないか、また、入院から評価までの一定の時間経過を考慮すべきではないかとの指摘があった。

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。入院料の区分別に病床数をみると、地域包括ケア病棟入院料 1 が最も多い。
- ・ 開設者別にみると、民間が約 6 割で最も多い。入院料の区分別にみると、地域包括ケア病棟入院料 1 では「国、公立、公的・組合」の占める割合が約 3 割強で、他の入院料の種類に比べて多い。
- ・ 病床規模別に医療機関数の分布をみると、100 から 199 床までの医療機関が最も多い。国公立では 200 から 399 床までの割合が民間に比べて多い。
- ・ 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、自院の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。

- ・ 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。
- ・ 自院の一般病棟（7対1、10対1）から入棟した患者と、他院の一般病棟（7対1、10対1）から入棟した患者とで、患者の疾患や医学的な理由といった患者の状態や医療内容等について比較分析したが、明らかな違いはなかった。しかし、自院の他病棟から転棟する患者と他院から転院する患者とでは、受け入れる際に様々な点で異なることに留意すべきとの指摘があった。
- ・ 一般病棟（7対1、10対1）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、結果の解釈に当たっては、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付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線単純撮影を受けた患者の割合は、生体検査、CT・MRIに比べて多かった。
- ・ 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、平成28年11月の調査結果でみると、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、輸血や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、対象者一人当たり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、訪問診療を行う部門は約2割で設置していた。また、訪問看護を行う部門は約1割であるが、併設の訪問看護ステーションが設置されている病院は約4割であった。

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から3の種類別に入院患者の状況をみると、いずれの入院料も約6割の患者が75歳以上であった。患者の疾患をみると、入院料1では脳梗塞が、入院料2・3では骨折・外傷（脊髄損傷以外）が、最も多かった。また、認知症日常生活自立度や、ADLの改善度についても、入院料の種類別に差があった。
- ・ 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の入院患者における障害高齢者の日常生活自立度については、「自立」の患者が最も多く、次いで「ランクC2」が多かった。
- ・ 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、社会保障審議会「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、中央社会保険医療協議会総会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、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、医療機関数、病床数ともに約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

(医療区分の状況)

- ・ 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年度診療報酬改定で、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であるが、療養病棟入院基本料2では、全体にばらついていた。
- ・ 任意の2ヶ月間における入院患者の医療区分の変化をみると、約5～7割の患者は同じ医療区分であるが、退院、改善、又は悪化する患者も存在する。
- ・ 医療区分の該当項目数別の割合をみると、医療区分2と医療区分3共に、該当項目が1項目のみである患者が7～8割である一方で、2～3項目以上に該当するような患者も約2～3割であった。1項目のみに該当する患者で該当項目の内訳をみると、医療区分3で

は「中心静脈栄養」が約 46%、「常時監視・管理」が約 24%、医療区分 2 では「喀痰吸引（1日8回以上）」が約 31%であった。

（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 から 89 歳までの割合が最も多く、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医療区分別に入院期間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みると、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 において、比較的状态が不安定で、医療の提供頻度の高い患者の割合が多く、医療区分 1 において、比較的状态が安定しており、医療の提供頻度の低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を進めるべきではないかとの指摘もあった。

（療養病棟入院基本料 2）

- ・ 職員配置を見ると、看護職員、看護補助者は、病棟ごとに多様であり、療養病棟入院基本料 1 相当の職員配置がある病棟も一定数存在する。
- ・ 医療区分 2・3 該当患者割合をみると、全体にばらついているが、80%を超える病棟も一定数存在する。
- ・ 平均在院日数を退院支援加算の算定状況別にみると、療養病棟入院基本料 1 と同様に、退院支援加算を算定している病棟の方が平均在院日数は短く、全体の平均在院日数をみると、療養病棟入院基本料 1 と比べて大きな差はない。
- ・ このように、療養病棟入院基本料 2 が療養病棟入院基本料 1 と比べ、多様性を示している理由について分析する必要があるのではないかと考えられた。

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、療養病棟入院基本料 1、療養病棟入院基本料 2 とともに、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、「人生の最終段階における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「看取り」、「入所先の施設確保」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。
- ・ 疾患別リハビリテーションの実施状況を見ると、1回当たりのリハビリテーションの平均提供量は、2単位未満（平均約1単位）が最も多い。1週間あたりの平均リハビリテーション提供回数は、2～4回未満と4～6回未満とで約8割であった。
- ・ リハビリテーションの提供量及び提供回数と、在宅復帰率の関係の分析については、患者の状態に関する詳細な情報が必要と考えられた。

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。

（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等）の割合を入院料別にみると、療養病棟では約3割、特殊疾患病棟入院料1では約2割、障害者施設等入院基本料では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。
- ・ 重度の肢体不自由とされている患者のうち、身体障害者等級が「不明」又は「非該当」の患者について、年齢階級別にみると、70歳以上の高齢者が約8割であった。入院期間別にみると、重度の肢体不自由患者全体では1080日以上が5割弱であるのに比べ、90日未満が約4割であった。

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（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、泌尿器科、整形外科、内科が多い。

- ・ 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。

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、入院医療と外来及び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。
- ・ 退院支援に当たっての目標・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。
- ・ 外来及び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。
- ・ 退院支援加算の算定に当たっては、入院早期から退院困難な要因に応じて患者を抽出して支援が行われているが、要件に示していないものの、虐待や生活困窮といった、早期から支援が必要な患者が入院していた。
- ・ 退院支援に当たっては、介護や福祉サービスの利用など入院前の支援状況を早期に把握し、自治体を含む関係機関等との連携が重要であるが、要介護被保険者であっても介護支援専門員との情報のやり取りが行われていないケースがみられた。
- ・ 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. 在宅復帰に関する評価

- ・ 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、評価項目の内容が分かりやすい名称がより適切ではないかと考えられた。
- ・ 在宅復帰率については、病棟の種類により、計算式の分母・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。
- ・ DPC データでの再入院の状況を見ると、同一疾患での6週間以内の再入院が10%未満の医療機関が多く、疾患名を問わず1年間でみると再入院率が30%未満の医療機関が大部分の状況である。再入院率は、在宅復帰率と同様に指標として重要であると考えられるという指摘もある一方、医学的に必要な再入院があることなどから、緻密な条件設定がないと評価が困難との指摘もあった。

6-3. データ提出加算

(加算を算定する病院の状況)

- ・ データ提出加算を算定する一般病床を有する病院数は、3,313病院あり、一般病院の約45%となっている。算定対象病床は約79万床あり、レコード数は約125万件で、うちDPC対象病院以外のレコードは約18%となっている。
- ・ 入院料の種類別に加算の算定状況を見ると、200床以上の病院が算定要件となっている10対1一般病棟入院基本料では約6割、回復期リハビリテーション病棟入院料では約6割、療養病棟入院基本料では約3割弱が、加算の算定対象となっている。
- ・ 許可病床200床以上の病院だけでみると、回復期リハビリテーション病棟を有する病院の約8割、療養病棟を有する病院の約4割が、加算の算定対象となっている。

(提出項目の概要)

- ・ 提出項目の概要をみると、様式1では、主として急性期の診療内容や重症度に関する項目となっており、主に回復期や慢性期の患者の状態を示すADLの入院中の変化、要介護度、医療区分に係る詳細な情報等は含まれていない。
- ・ 回復期や慢性期の病棟にデータ提出の対象が広がりつつある中で、評価項目については、データの質に留意しつつ、回復期や慢性期の患者の特性の違いに着目した項目の追加や重複する項目を合理化することや、測定頻度については慢性期では毎日ではなくてもよいのではないか、介護との連携の視点も必要ではないかとの指摘があった。
- ・ なお、療養病棟を有する200床未満の病院では、データ提出加算を算定している病院が少なく、様式1を含む全体の提出項目の簡素化など、200床未満の病院でもデータの提出が可能となるような工夫が必要ではないかとの指摘があった。
- ・ 患者の日常生活動作などの状態に係る項目をみると、様式1では全ての病棟で入院時と退院時にADLスコアを提出しており、さらに、一般病棟入院基本料ではHファイル(重症度、医療・看護必要度)のB項目を、回復期リハビリテーション病棟入院料では様式

1のFIMスコアを、療養病棟入院基本料ではEF統合ファイルにおいてADL区分を、それぞれ提出している。一部の項目が重複していること、一般病棟から療養病棟に患者が移動しても状態の変化を継続的に把握できないこと等から、各項目が設定されたそれぞれ目的を踏まえつつ、項目を統一したほうがよいのではないかと、地域包括ケア病棟を含む全ての病棟でB項目を使用すべきではないかとの指摘がある。一方で、急性期の病棟で使用している項目や方法をそのまま回復期や慢性期の病棟に当てはめるのは無理があるとの指摘があった。

- ・ なお、医療の質の向上に資するデータの利活用推進の観点からは、データの充実は重要であるが、まずは異なる病棟間で共通で使用するのに適当な指標や手法を検討すべきとの指摘があった。
- ・ データの質やその検証の観点から、異なる見方で複数のデータを提出してもらうべきではないかとの指摘がある一方で、データ作成に係る現場の負担を十分に配慮すべきとの指摘があった。
- ・ 様式1のADLスコアは入院時と退院時に入力している。一方で、Hファイル（重症度、医療・看護必要度）のB項目ではADLの状況も含まれているため、Hファイルを提出している場合は、様式1のADLスコアの提出は省略してもよいのではないかと指摘があった。

（慢性期の入院患者に係る提出項目）

- ・ 慢性期の病棟において提出を求める項目に関し、疾患名と症状・病態について、医療区分やADL区分で提出を求めている項目や、介護保険の主治医意見書の様式等を踏まえて、検討した。
- ・ 疾患名については、慢性期の病棟の入院患者は、複数の疾患を持つ患者が多く、4つまでで約8割であった。また、疾患に罹患している期間をみると、181日以上がほとんどになっており、入院患者が受けている医療内容を考えるときには、疾患名より、症状・病態の方がより重要と考えられた。
- ・ 次に、症状・病態については、医療区分の項目と主治医意見書の様式の内容を参考に、両方に含まれている項目や、どちらか一方にあるもので該当症例数が多い項目をみると、脱水、褥瘡、嚥下機能の低下等といった項目が、提出を求める項目（案）としてあげられた。なお、症状・状態の測定頻度については、月1回では少なく、週1回程度は測定が必要ではないかとの指摘があった。

7. 入院時食事療養費等について

7-1. 病院の給食部門の収支の状況

- ・ 一般病院の給食部門の収入の状況をみると、全面委託、一部委託、完全直営のいずれの形態でも、患者1人1日当たりの平均収入額は減少しており、約1800円弱であった。内訳をみると、平成18年度診療報酬改定における特別食加算の引き下げと特別管理加

算の入院基本料の栄養管理実施加算への一部置き換え等の見直し等による影響と考えられた。

- ・ 一般病院の給食部門の支出をみると、全面委託、一部委託、完全直営のいずれの形態でも、患者1人1日当たりの平均支出額は増加しており、2500円前後となっている。内訳をみると光熱水費及び委託費の増加が大きく、前回調査では全面委託の費用は約2000円弱であり、完全直営に比べて約400円低かったが、今回調査では全面委託と完全直営とでの平均支出額の差はほとんど無くなっている。
- ・ 給食部門について、患者1人1食あたりの平均で収入と支出の差（収支）をみると、前回調査（平成16年度）と比べ、今回調査では、全面委託、一部委託、完全直営のいずれの提供形態も赤字となっていた。
- ・ こうした食事療養の収支状況の問題については、消費税率の引上げに対する適切な対応はもとより、給食業務従事者の確保に苦労しているという現場の実情に鑑み、働き方改革と合わせた対応が必要との指摘や、問題の深刻さから中医協総会で十分な議論が必要との指摘があった。
- ・ 食事療養費は固定費と変動費の要素からなるが、平成18年度改定で食事療養費の算定単位が「1日当たり」から「1食当たり」に変更され、固定費の回収が困難となったことも、収支悪化の大きな要因ではないかとの指摘があった。
- ・ なお、平成18年度診療報酬改定で、特別管理加算が入院基本料の栄養管理実施加算に一部置き換えられていること（現在、病院については入院基本料に包括化）、消費税率の引上げに係る食材費等への影響分については基本診療料の引上げで対応されていること等を勘案すると、今回調査では、医療保険の収入として、診療報酬に含まれる食事療養関係の収入が加味されていないことから、単純な比較ができないことに留意が必要である。

7-2. 経腸栄養用製品の使用及び食材費等の状況

- ・ 食事の内容別の延べ提供数の構成比をみると、流動食以外の食事が約92%、主として市販の流動食が約7%、主として手製流動食が約0.4%となっており、平成28年度改定前後で大きな変動はなかった。
- ・ 平成28年度改定の影響に関して、製品価格に関する対応をみると、全体で見ると価格が安い商品の構成を増やしたと回答した医療機関が約14%であったが、全体で見ると製品構成の変更をほぼ行っていないとの回答が約81%であった。
- ・ 医薬品扱いの経腸栄養用製品の割合を減らし、食品扱いの市販流動食の割合を増やしたとの回答が約11%であったが、割合変更はほぼ行っていないとの回答が約83%であった。
- ・ 流動食の調達に関する対応については、市販/自院調理別の割合変更はほぼ行っていないとの回答が約89%で最も多かった。取組についてみると、経管栄養患者が早期に経口移行するための取組を強化したとの回答が約17%であったが、特段の取組は実施していないとの回答が約72%であった。

- ・ 平成 27 年 6 月と平成 29 年 6 月とで、入院患者の 1 食あたり平均食材費を比較すると、平均の給食用食材費は 287.7 円から 292.7 円と変化は約 5 円であったが、主として市販の流動食の提供を受けている入院患者について、1 食あたり平均食材費をみると約 280.6 円から約 320.8 円と変化は約 40 円であった。

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告
【別添】急性期の入院医療の評価手法に関する分析

1. 分析の前提と目的

(1) 分析の前提（分析に至った経緯のまとめ）

- ・ 現行の一般病棟入院基本料（7対1、10対1）等の施設基準に導入されている「重症度、医療・看護必要度」は、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の必要性を適切に反映するための指標として開発され、より医療ニーズや手厚い看護の必要性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。（報告書より再掲）
- ・ この評価指標については、より正確に医学的な管理や看護の必要性を把握し適正な看護師の配置管理に活用するとの観点で有用な指標であるが、報酬算定のための評価手法や事務手続きと言う視点からは必ずしも適切な運用になっていないのではないかと指摘もある。
- ・ 一方、「急性期の入院患者」の把握可能性といった視点からは、同じく急性期の入院医療に関するデータとして、主としてDPC対象病院が提出している急性期の入院患者の簡易退院時要約（様式1）や、診療報酬請求情報（EF統合ファイル）等が含まれる診療実績データ（以下、「DPCデータ」という。）が存在し、これらは医事会計システム等から二次的（電子的）に生成可能であることから、これらを活用できるか、検討するために行うものである。

(2) 分析の目的

- ・ 急性期の入院患者の医療・看護の必要性や重症度を、診療報酬に反映させる手法との視点で見たとき、より適切な評価手法（評価項目・指標や測定方法、合理性）かどうかを検討することが目的である。
- ・ 具体的には、「急性期の入院患者」に対する医療資源の投入に見合った報酬設定として、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を適切に把握できるかどうか、毎月の診療報酬請求や支払い手続きとして測定方法を含む運用が合理的であるかどうか、といった検討に資する素材を提供することにある。
- ・ DPCデータを活用して、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」をどのような項目で把握するかについては、現行の評価指標である重症度、医療・看護必要度の評価項目から、診療報酬請求区分（EF統合ファイル）に関連しているA項目とC項目を参考にして今回の分析モデルに用いる診療報酬の請求区分の組合せ（DPC項目モデル）を設定して実施した。
- ・ ただし、これらのデータは定義も性質も異なることから、判定結果が一致しないことは自明であり、その該当性を確認することが今回の分析の目的ではなく、診療報酬で考慮す

べき「急性期の入院患者」を把握するものとして、一定の合理性があるか、診療報酬の評価に用いる手法として活用可能なものかどうか等を確認することがその目的であることに留意が必要である。

- すなわち、今回の分析は、現行の該当患者を「急性期の入院患者」と仮定して、該当割合を比較しているため、両者の割合が一致しないことが、直ちに、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を把握できないことを意味するものではない。つまり、特徴の異なる別の手法を用いることで、把握できなくなるものは何か、新たに把握できる可能性のあるものは何かなど、より適切な評価となり得る可能性を確認するためのものである。

(3) 現行の重症度、医療・看護必要度と DPC データの比較

分析に当たって留意すべき点として、現行の重症度、医療・看護必要度と DPC データ (EF 統合ファイル) を、以下のように比較・整理した。

(注：10月18日追加資料から論点が明確になるよう一部改変している。)

		重症度、医療・看護必要度 (A 項目、C 項目)	DPC データ (EF 統合ファイル)
作成プロセス		看護職員等が、各項目に応じた、患者の状態を評価し入力	院内の医事会計システム・電子カルテ等を基に、二次的(電子的)に生成
情報の記録頻度		・病棟において、毎日評価・入力 ・月単位で集計	・診療行為の指示(算定)ごとに記録 (病院により一定のタイムラグあり) ・算定日毎の診療行為情報を月単位で生成
報告・提出先		地方厚生局(年1回)	厚生労働省(DPC 調査事務局) (年4回、3ヶ月ごと)
データの精度	評価基準	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定を行う。(各評価項目が定義されている。) (医療課長通知及び別紙)	医科点数表に基づく出来高による診療報酬の基準(算定告示、留意事項通知等)
	精度管理	・看護職員等に対する院内研修(院内研修の指導者は所定の研修受講が望ましい) ・実際に、正確に測定されているか定期的に院内で検証 (医療課長通知)	・DPC 調査への適切な参加を規定(算定告示) ・DPC 調査事務局が必要に応じて介入(情報の確認)
情報の確認(※)			厚生労働省(DPC 調査事務局)がデータの不整合について、必要に応じ、修正・再提出を求める

※実際に患者に実施された診療行為や患者の状態を現場で突合・確認しなければ困難。

2. 分析結果と評価

(1) 各項目別の該当患者割合

- ・ 各項目別の該当患者割合の具体的数値は、参考資料 46～48 頁のとおり。
- ・ A 項目及び C 項目の各項目で、現行の該当患者割合と DPC データを用いた判定での該当患者割合を比較すると、DPC データを用いた判定の方がより低い割合となる項目が、多数を占めた (A 項目 19 項目中 10 項目、C 項目 9 項目中 6 項目)。
- ・ 前述以外の、DPC データを用いた判定の方がより高い割合となる項目は、例えば「点滴ライン同時 3 本以上の管理」などのように、現行の評価項目の定義が診療報酬の請求区分 (の組み合わせ) で表現・規定できない項目であり、今回分析に用いた DPC 項目モデルの組み合わせがより広い設定とならざるを得なかったためと考えられる。
- ・ このことから、A 項目のうち、評価項目の定義と診療報酬の請求区分の表現・規定が明らかに異なるもの (前述の「点滴ライン同時 3 本以上の管理」等) を除くことで、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の範囲内で、DPC データを用いた該当患者割合が判定できる可能性があると考えられる。
- ・ また、評価項目の定義と診療報酬の請求区分の表現・規定とがほぼ同等の項目 (例えば、「心電図モニター」等) で、DPC データを用いた判定の方がより低い割合となった要因としては、DPC 包括算定の病院では、包括範囲の出来高の請求区分を入力することになっているが、請求項目によっては包括評価されているため、個々に出来高の請求項目が入力されていない場合や、項目への該当に関する評価者の判断の違い等の影響が考えられた。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の現行の判定基準を用いて、医療機関ごとの該当患者割合の平均値を算出すると、現行では 28.8%のところ、DPC データを用いた判定では 24.8%となり、前述のような要因から DPC データを用いた判定の方が低く算出された。

(2) 医療機関毎の該当患者割合の変化と比較

- ・ 医療機関毎で二つの該当患者割合の判定値の変化をみると、仮に DPC データを用いた判定の該当患者の基準値を現行と同じ 25%以上とした場合、判定結果が変更になる医療機関 (※：参考資料 51 頁) が、一定数存在していた。

※ 現行の該当患者割合では 25%未満となっているが、DPC データを用いた判定では 25%以上となっている医療機関や、逆に現行の該当患者割合では 25%以上となっているが、DPC データを用いた判定では 25%未満となっている医療機関

- ・ DPC データを用いて判定すると、該当患者割合は低くなる傾向がある中で、現行の該当患者割合が 25%未満であるが、DPC データを用いた判定では 25%以上となっている医療機関が存在する。

- ・ このような医療機関は、DPC データを用いて判定した該当患者割合の方がより高くなる傾向のある項目に該当する患者が多かった可能性や、今回の分析で用いた DPC 項目モデルの項目の中で、急性期の入院患者に関連する診療行為の請求区分の項目に該当するものが、重症度、医療・看護必要度の定義では反映されていない可能性など、様々な要因が推察される。
- ・ このため、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」に関連する診療行為とは何かを検討する素材として、どのような項目が影響しているのかなどについて、DPC データでは、全ての診療報酬項目（請求区分）を活用した分析が可能であることから、今回の分析で用いた DPC 項目モデルに含まれていない診療行為の請求区分を新たに追加して分析することも有用と考えられる。
- ・ なお、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の判定を補助する手法との観点では、例えば、現行の項目が診療報酬の請求区分で表現・規定できない項目を除く（該当しないものとする）ことにより、医療機関毎の DPC データを用いた該当患者割合の判定結果が、現行の該当患者割合の範囲内となるものが増える可能性があると考えられる。

3. 二つの評価手法の整理と活用可能性

(1) 二つの評価手法の整理

これまでの検討や分析を踏まえ、二つの評価手法の特性については、以下のように整理できるものと考えられる。

評価指標としての特性

	重症度、医療・看護必要度	DPC データ
評価項目概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ A 項目（モニタリング及び処置等） ・ B 項目（患者の状況等） ・ C 項目（手術等の医学的状況） 計 22 項目（専門的処置等 11 項目）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期の入院医療に関連する全ての診療行為（4000 区分以上） ・ 簡易退院時要約（様式 1）
更新頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬改定時、必要に応じた項目の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬の改定時、改定で対応する全報酬項目の見直し
評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の日々の状態変化（主に B 項目（患者の状況等）の要素）がきめ細かく把握可能 ・ 特定の診療行為と患者の状態に応じた評価が可能（A 項目の要素） ・ 看護の必要性等に係る総合的な状態の把握が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療行為の請求区分に基づく診療行為（算定日情報を含む）の有無が把握可能 ・ 診療行為の有無は把握できるが、B 項目（患者の状況等）のような状態変化の把握は困難（診療行為の有無から状態変化を推測） ・ 診療報酬点数表をベースとした医療資源投入量の把握が可能

測定の頻度	・評価項目について、病棟において毎日測定	・診療行為の実施日に、診療行為の有無を把握（医事会計システム等から二次的（電子的）にデータの生成。但し、病院により一定のタイムラグあり）
評価の性格	・患者の状態を中心とした評価項目を設定し、定期的に測定することで、状態の変化を把握するのに適した手法	・急性期医療全体をとらえた広範囲・汎用性のある評価項目を設定し、複雑で多様性のある個々の診療内容を把握するのに適した手法

（２）特性に応じた評価対象の考え方

評価指標としての活用可能性を検討するためには、指標の評価手法としての特性を踏まえた適切な評価対象の選択が必要になることから、それぞれの評価特性と、対応する評価対象について、以下のように整理できると考えられる。

① 評価指標としての特性の違い

ア) 重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度は、モニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）、手術等の医学的状況（C項目）で構成されている。前述の比較・整理を勘案すると、病棟別の看護師の配置管理等に有用である一方で、看護師等の医療専門職による毎日の入力が必要となり、一定の業務負担とともに、評価者の主観を排除し入力内容の質を担保するためには、評価者には一定の研修等が必要となる。

このため、A項目やC項目のような医学管理や診療行為に直接関連する項目について、急速な医学の進歩や医療技術の革新等に伴う急性期医療の複雑化や多様化に適時適切な対応を行う観点からは、入力の業務負荷や評価者への研修等を考慮すれば、評価項目の追加や変更には一定の業務負荷を伴うため、診療報酬改定に伴う評価項目の追加や更新に際して一定の配慮が必要となる評価手法と考えられる。

一方、急性期医療そのものの複雑化や多様化とは異なる観点で、患者の状況等をきめ細かく把握する評価（主にB項目）は、急性期に限らず、入院による管理の必要性や患者の状態の変化を横断的に把握でき、医療の質的な変化を踏まえた評価手法としても活用できる可能性がある。

イ) DPC データ

DPC データ（EF 統合ファイル）は、診療行為に対応した 4000 項目を超える請求区分の全てに対応が可能であり、かつ、診療報酬改定により内容が定期的に更新されるといった特徴がある。また、EF 統合ファイルは、医事会計システム等から二次的（電子的）に生成可能であるため、新たな業務負荷を伴うことなく、項目の変更や追加等が可能である。

さらに、DPC データセットの様式 1（簡易診療録情報）には、救急入院か否か、傷病名、合併症の有無及び臨床病期といった詳細なデータが含まれており、様々な分析への利活用の可能性があると考えられる。

一方で、現行の DPC データ（EF 統合ファイル）では、重症度、医療・看護必要度の B 項目のような、入院医療の提供に影響を与えうる患者の状態変化の把握が困難である。なお、様式 1 でも ADL などの情報を把握しているが、現時点では、測定頻度が入院時と退院時のみであり、B 項目とは異なっている。

② 活用する場合の評価対象

急性期の入院医療の評価手法の検討では（本編 5 頁）、入院基本料における施設基準による基準値（カットオフ値）による評価と、診療実績に応じた段階的な加算での評価とを比較した。

入院基本料における施設基準の基準値（カットオフ値）での評価は、本来、急性期の入院医療で必須である「基本的な要素」を評価するものと考えられ、複雑で多様性のある個別の診療内容よりは、「急性期入院医療」という形態での入院管理が必要かどうか、急性期の入院患者に共通した状態を把握するという基本的な視点での評価である。

診療実績に応じた広汎で段階に応じた評価は、急性期入院医療の全体の評価からみれば、入院基本料の中に含まれる「変動的な要素」を評価するものと考えられ、基本的な要素とは逆に、複雑で多様性のある個別の診療内容の部分について、診療実績を踏まえた評価である。

このような視点から、重症度、医療・看護必要度や DPC データを、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を把握する手法として活用する場合は、評価項目や評価対象の特徴も踏まえて、より適切な評価手法を選択する必要がある。

4. 今後の検討に向けた視点

（1）次期報酬改定での活用の視点

① 現行の重症度、医療・看護必要度の測定手法への DPC データの活用

- ・ 医療機関毎の該当患者割合の判定結果が変化する医療機関が一定数存在したが、今回の分析モデルに用いた診療報酬の請求区分の組合せ（DPC 項目モデル）の影響（特性）や、現行の評価項目の定義が診療報酬の請求区分で表現・規定できない項目の影響など、様々な要因が推察される。
- ・ しかし、今回の DPC 項目モデルの分析結果を踏まえると、現行の重症度、医療・看護必要度の全ての項目ではなく、評価項目の定義と診療報酬の請求区分の表現・規定とがほぼ一致している項目に限る（請求区分で表現・規定できない項目を除いて判定すること）ことや、対象医療機関が今回の分析モデルで判定した該当患者割合でも、各項目の該当割合が大きくずれていないこと等を条件にするといった一定の配慮を行えば、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を判定する際に、その一部の項目について DPC データ（EF 統

合ファイル) を用いることも、可能ではないかと考えられた。

- ・ なお、DPC データを用いて判定した該当患者割合は、全体として低くなる傾向があるため、DPC データを用いて判定した該当患者割合を用いる場合の基準値を検討することや、DPC データを用いるかどうかは医療機関が自ら選択する、項目の該当割合を適正に設定する、など現場が適切に対応できるような条件を慎重に検討する必要があると考えられた。

② 急性期の入院医療の評価への活用

- ・ 二つの評価手法については、その特性を踏まえた診療報酬の評価への活用可能性としては、入院基本料の施設基準における「基本的な要素」を評価するものとしての活用と、入院基本料の中に含まれる診療実績に基づく「変動的な要素」を評価するものとしての活用、といった評価の視点により特性が異なることを考慮した、より適切な評価手法の選択が必要と考えられた。
- ・ また、医療の複雑性や多様性を考えると、このような異なる特徴を持つ二つの手法を、適切に組み合わせて評価していくことも、診療報酬の評価への活用可能性を考える上で重要と思われる。
- ・ さらに、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」に関連する診療行為として、どのような項目が影響しているのかなどの分析については、DPC データにより極めて多様な診療行為(請求区分)を活用した分析が可能であることから、例えば、今回の DPC 項目モデルに含まれていない項目であるが、急性期の入院患者に行われているべきと考えられる請求区分を新たに追加して分析するなどといった分析も、今後進めていくべきではないかと考えられた。

③ 活用するとした場合の留意点

DPC データを用いた評価手法を、仮に何らかの形で活用するとした場合の留意点として、今後新たな手法の具体的な内容を明らかにすること、医療機関が自ら選択する方式も検討すること、評価結果が適切かどうかの検証を行うこと、まずは試行的に活用すること、といった現場が混乱しないような一定の配慮が必要ではないかと考えられた。

(2) 将来に向けた視点

- ・ 入院医療の必要性に係る評価手法については、評価手法によりその性格が異なっており、今後もこうした評価手法の検証を行っていくべきと考えられた。
- ・ また、将来に向けて、急性期の入院医療の評価として、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」をより適切に把握できる評価手法の開発・検討が必要と考えられた。