

入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告（案）

【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」とであると仮定して、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 24～26 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、分析した 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 包括算定では他の請求区分で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 33.5%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高く算出された。

(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 29 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、該当患者割合は高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、評価手法として一定の限界があると考えられる。

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補足できる手法として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 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 データを診療報酬に活用する場合は、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（以下、「DPC 項目モデル」という。）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 データを用いることも可能と考えられた。
- ・ なお、DPC データを用いて判定した該当患者割合は、全体として高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などの適切な運用となるような条件を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、医療機関が自ら選択する方式とすること、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。