

中医協 総－2

30.1.24

入院医療(その11)

平成30年1月24日

入院医療(その11) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)

【これまでの検討①】

(将来の医療ニーズの変化に対応した効果的・効率的な入院医療提供体制構築の考え方)

- 入院患者の疾患や年齢構成の将来推計では、悪性腫瘍は横ばいから減少し、肺炎、心疾患、脳血管疾患や骨折は増加から横ばいとなるなど、今後は、より高い医療資源投入が必要な医療需要の減少とともに、中程度の医療資源投入が必要な医療需要が増加するものと考えられる。
- このように、今後の入院医療ニーズは地域差を伴いながら大きく変化していくものと予想されることから、都道府県において地域医療構想を策定し、医療機能ごとの将来需要に応じた、限られた医療資源をより効果的・効率的に活用した医療提供体制構築の取組が進められている。
- 将来の入院医療ニーズの変化に対応した医療提供体制の確保を推進する観点から、弾力的で円滑な体制構築が可能となるよう、診療報酬においても、医療ニーズに応じて適切な医療資源が投入される体制を評価していくことが重要である。
- このような視点から、地域の医療ニーズ(変動要素)に応じてより適切な医療提供を進めるためには、入院料の基本的要素の報酬設定として、傾斜配置も加味した上で、必要となる平均的な資源投入となる水準としながら、診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせることが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられ、今後の入院医療の評価体系については、基礎的な報酬評価と診療実績に応じた段階的な評価とを組み合わせる形として、評価体系を再編・統合していくことを目指していくことが適切であると考えられた。

【これまでの検討②】

(7対1一般病棟の算定病床の現状と見直し)

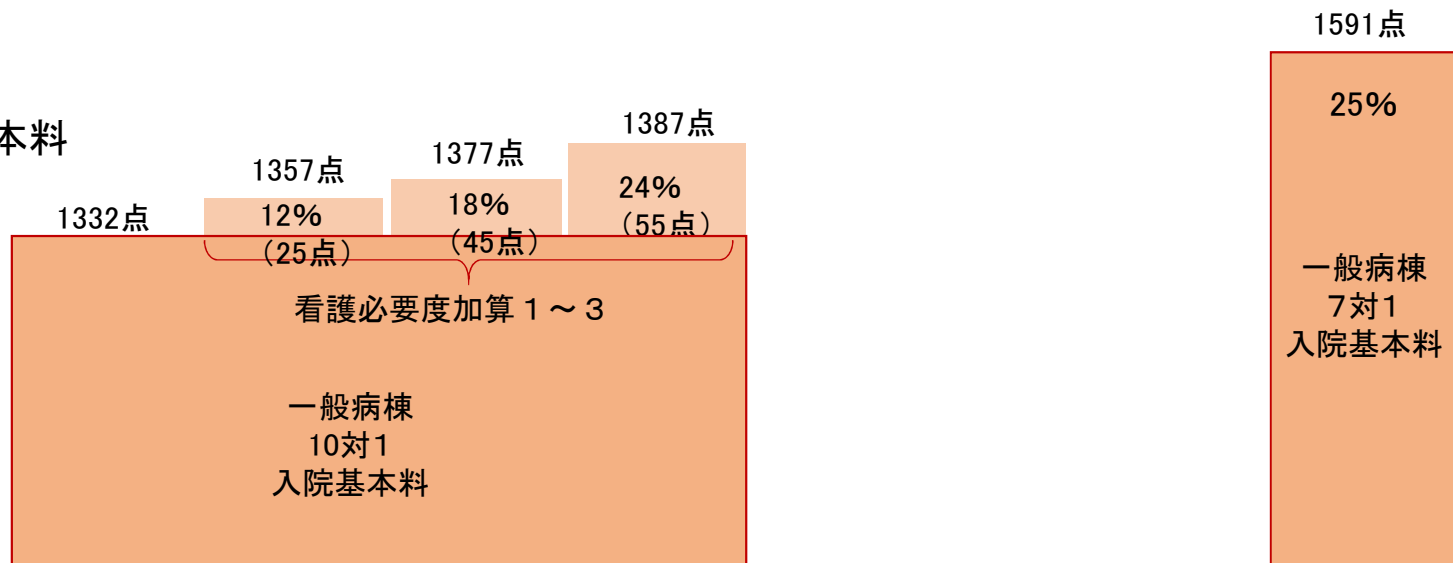
- 主として急性期の患者を受け入れる病棟として、平成18年度改定で創設された7対1一般病棟入院基本料(7対1一般病棟)は、その後の急速な病床数増加とともに、急性期入院患者をより適切に評価する指標として、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が要件として導入され、近年の診療報酬改定では、その基準値の引き上げとともに、入院医療体制の機能分化と連携を推進してきた。
- 現行の7対1一般病棟の届出病床数は、約38万床をピークに減少傾向にあり、近年、その病床利用率や算定回数も減少している。重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布をみると、25%~30%の医療機関が全体の7割を占めるが、30%を超える医療機関も3割弱存在するなど、7対1一般病棟の中でも一定のばらつきが見られる。
- このような現状を踏まえれば、現行の7対1一般病棟が将来の医療ニーズの変化に弾力的かつ円滑に対応できるよう、入院医療を評価する報酬体系もそれに相応しい体系にしていく必要がある。しかしながら、現行の報酬では、7対1一般病棟と10対1一般病棟(看護必要度加算1(24%、55点)との合計)との間に、非常に大きな報酬差(約200点)があり、7対1一般病棟から10対1一般病棟への体制転換が、極めて困難な状況となっている。
- このため、今回の診療報酬改定では、将来のあるべき入院医療の評価体系を見据えながら、7対1一般病棟について、10対1一般病棟との間に、両者の中間的な評価となる入院料を設定し、7対1一般病棟が将来の医療ニーズの変化に円滑かつ弾力的に対応していくことが可能となるような報酬設定とすることが検討されてきた。

参考(イメージ図)

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】

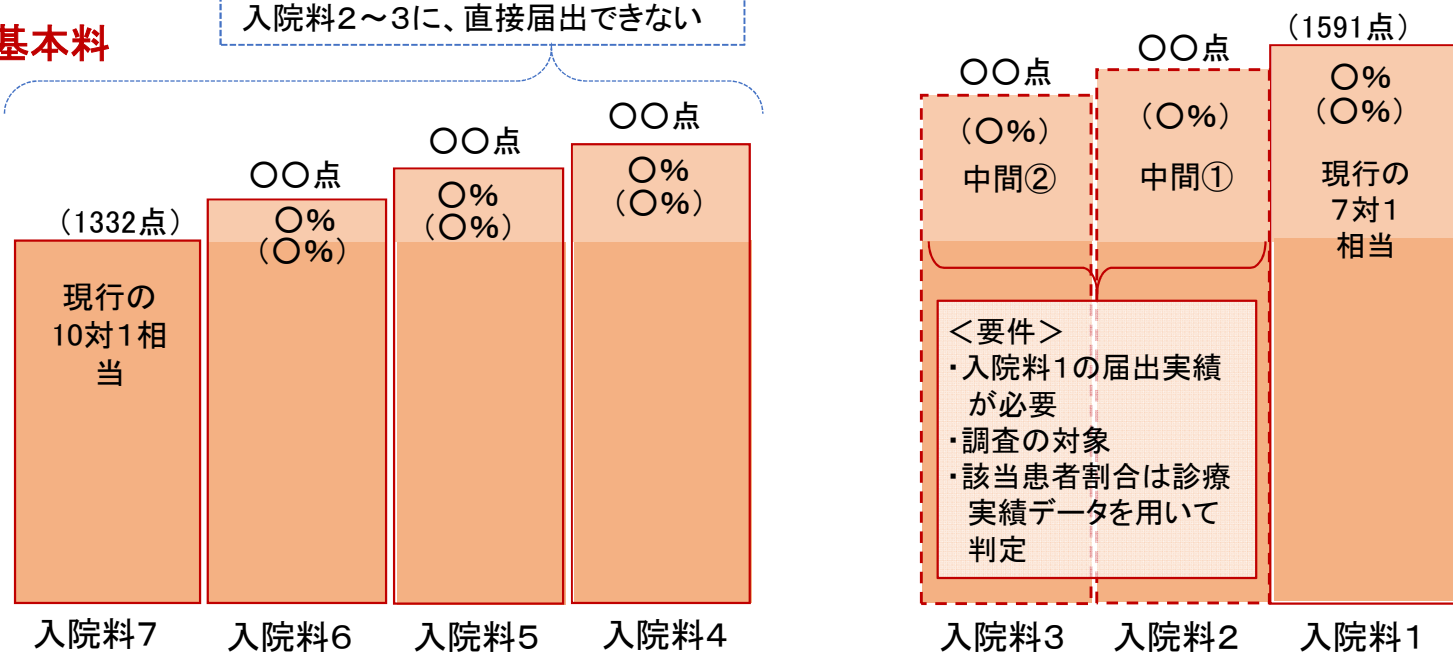
一般病棟入院基本料



【平成30年度改定の見直し (案)】

急性期一般入院基本料

入院料1(7対1)の届出実績が必要なため、入院料4~7(10対1)から入院料2~3に、直接届出できない



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に

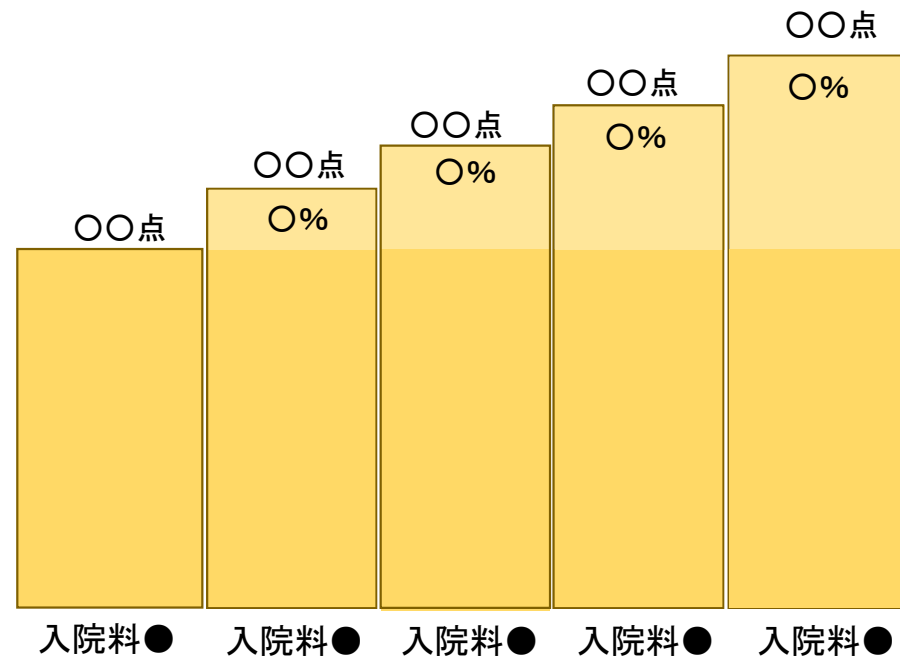
- <要件>
- ・入院料1の届出実績が必要
 - ・調査の対象
 - ・該当患者割合は診療実績データを用いて判定

【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
(※括弧内は、診療実績データを用いた場合の基準値)

【基本部分】

【将来のイメージ】

急性期一般入院基本料



医療ニーズと、それに応じた医療資源を適切に投入する体制に応じて、適切な入院料を柔軟に選択できる

入院医療(その11) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)

【課題】

(重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の見直しの影響)

- 前述のような議論を経て、平成30年1月10日の入院医療(その10)では、重症度、医療・看護必要度について、認知症及びせん妄の項目に係る該当患者の判定基準、及び開腹手術の定義の見直しについて検討し、見直す方向で了承された。
- 基準値の検討に関しては、重症度、医療・看護必要度の定義の見直しにともなう該当患者割合の変化について、分布を示し検討した。

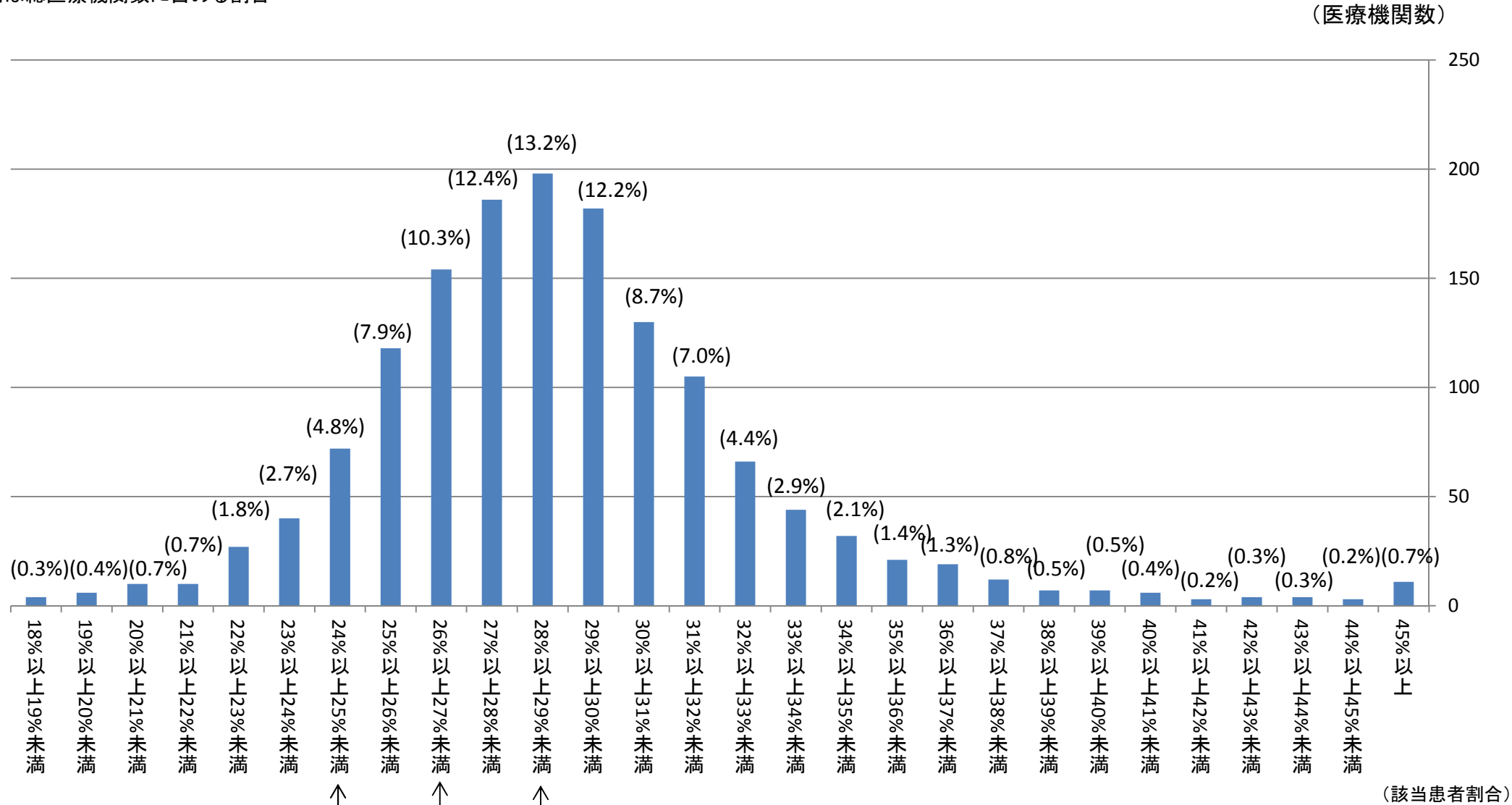
(急性期一般入院基本料の評価)

- 報酬改定に向けた今後の検討事項としては、急性期一般入院基本料における入院料1の基準値の設定が必要である。今回、この検討に際して、上記の見直しの影響や、診療実績データ(EF統合ファイル)の活用についても考慮する必要があるため、これらについて、該当患者割合の基準値や医療機関分布について、以下のような3つのシミュレーションを提示した。
 - 1)「現行の定義・基準」及び「従来の判定方法」による該当患者割合の分布
 - 2)「見直し後の定義・基準」及び「従来の判定方法」による該当患者割合の分布
 - 3)「見直し後の定義・基準」及び「診療実績データを用いた判定方法」による該当患者割合の分布

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析① (現行の定義・基準 & 従来の判定方法)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>

※()内は総医療機関数に占める割合



出典: DPCデータ

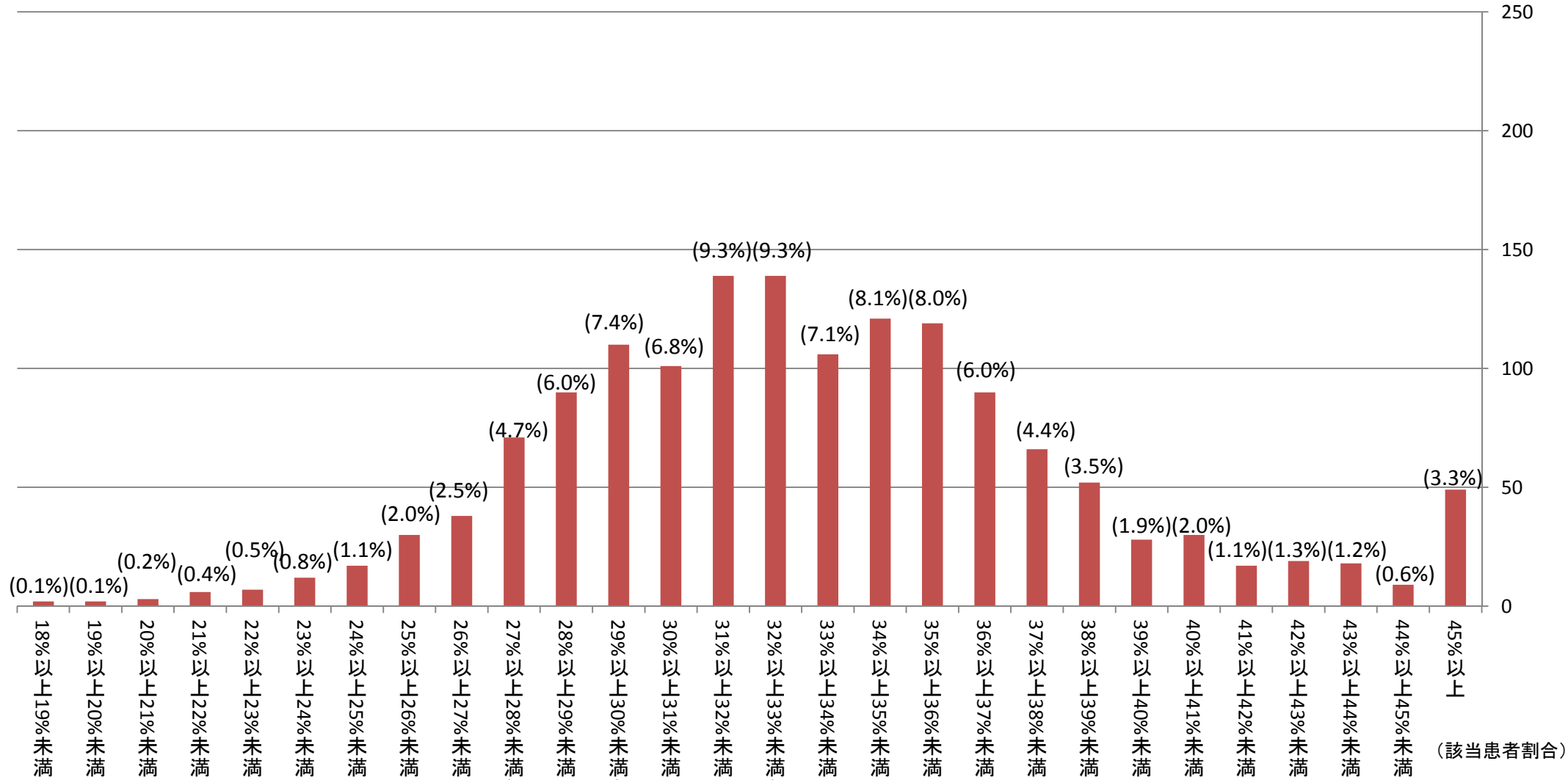
10%tile 25%tile 50%tile

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析② (見直し後の定義・基準 & 従来の判定方法)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>

※()内は総医療機関数に占める割合

(医療機関数)



出典: DPCデータ

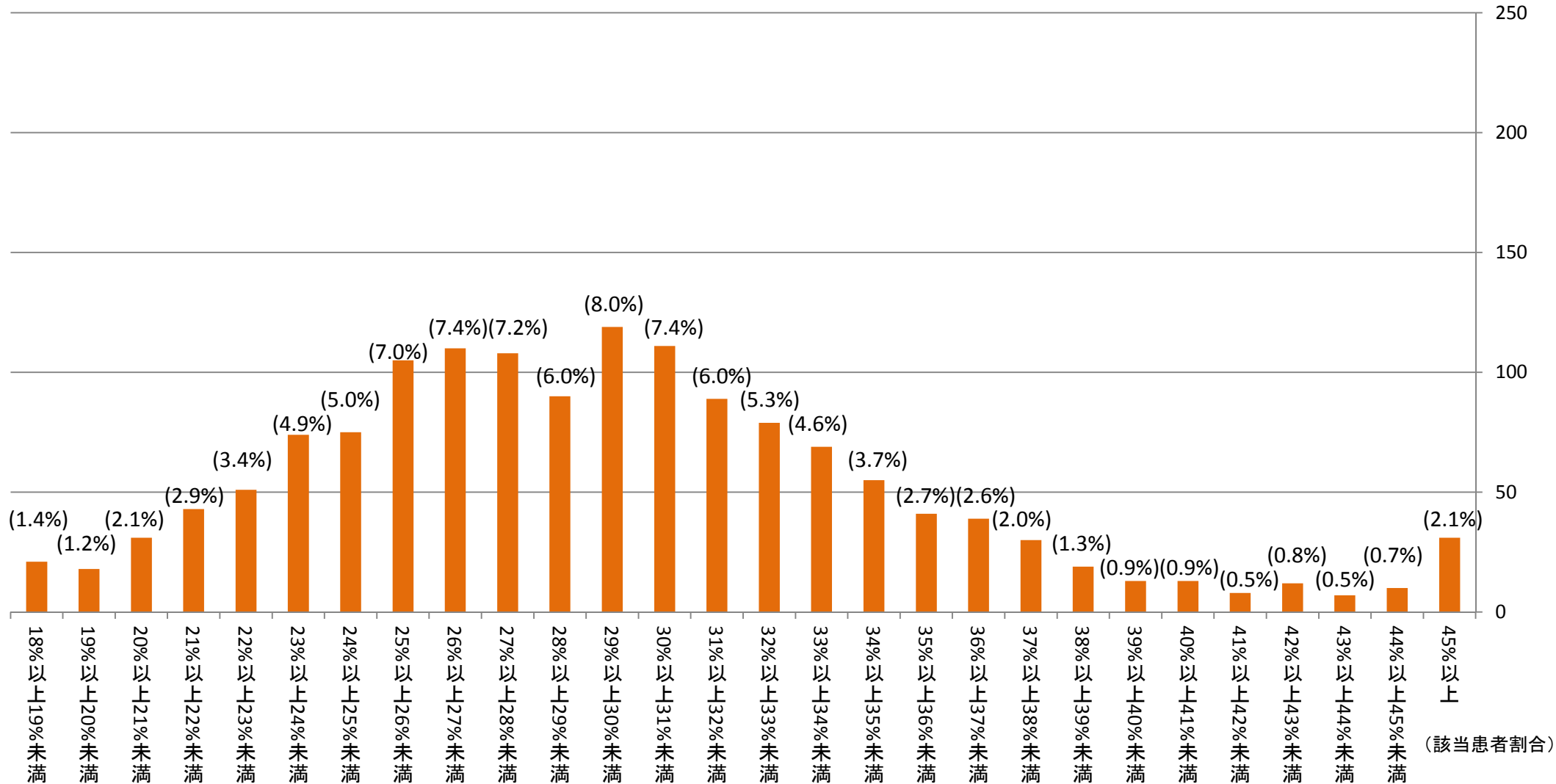
10%tile 25%tile 50%tile

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析③ (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)＞

※()内は総医療機関数に占める割合

(医療機関数)



出典: DPCデータ

10%tile

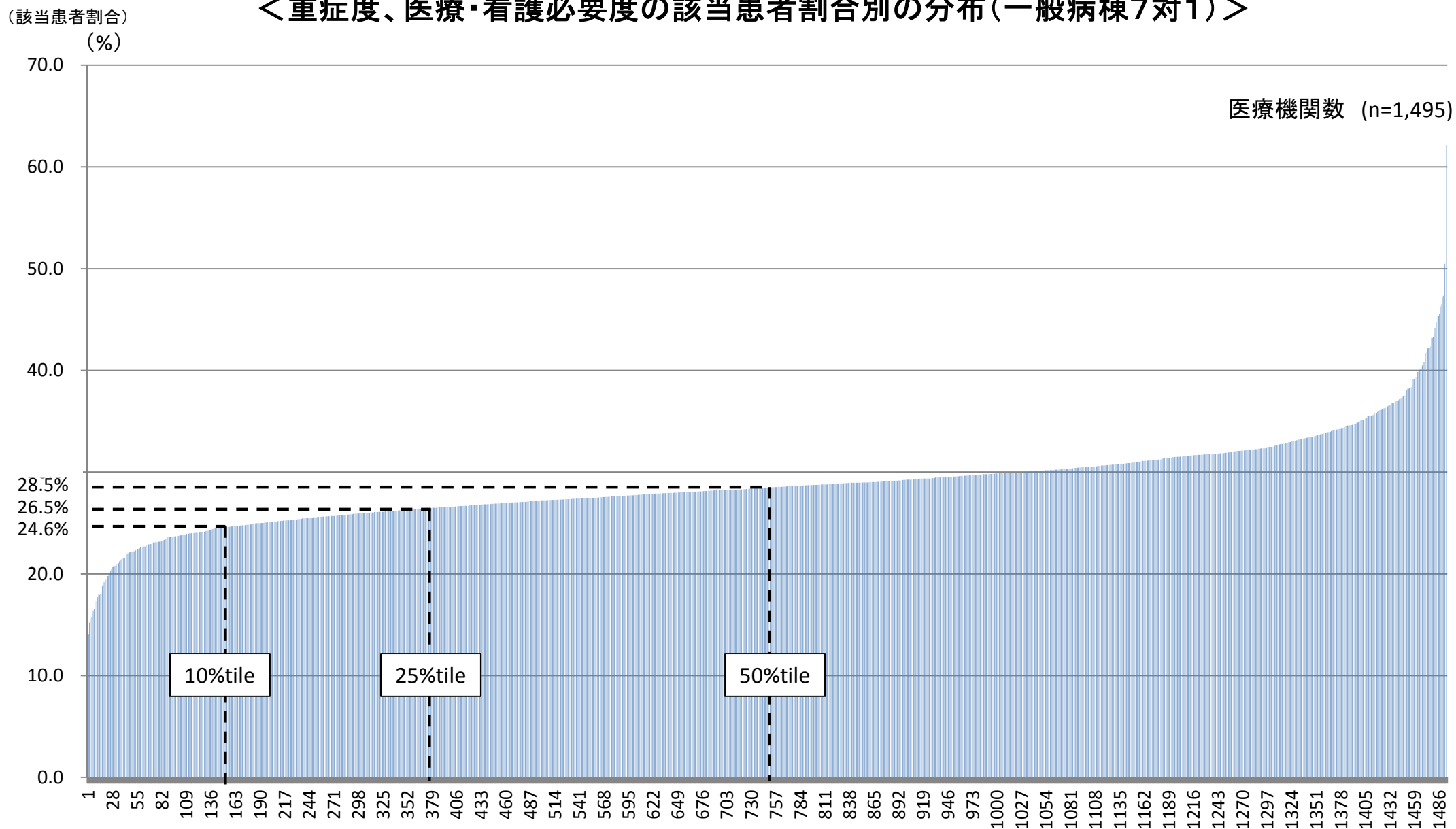
25%tile

50%tile

参考(パーセントイル)

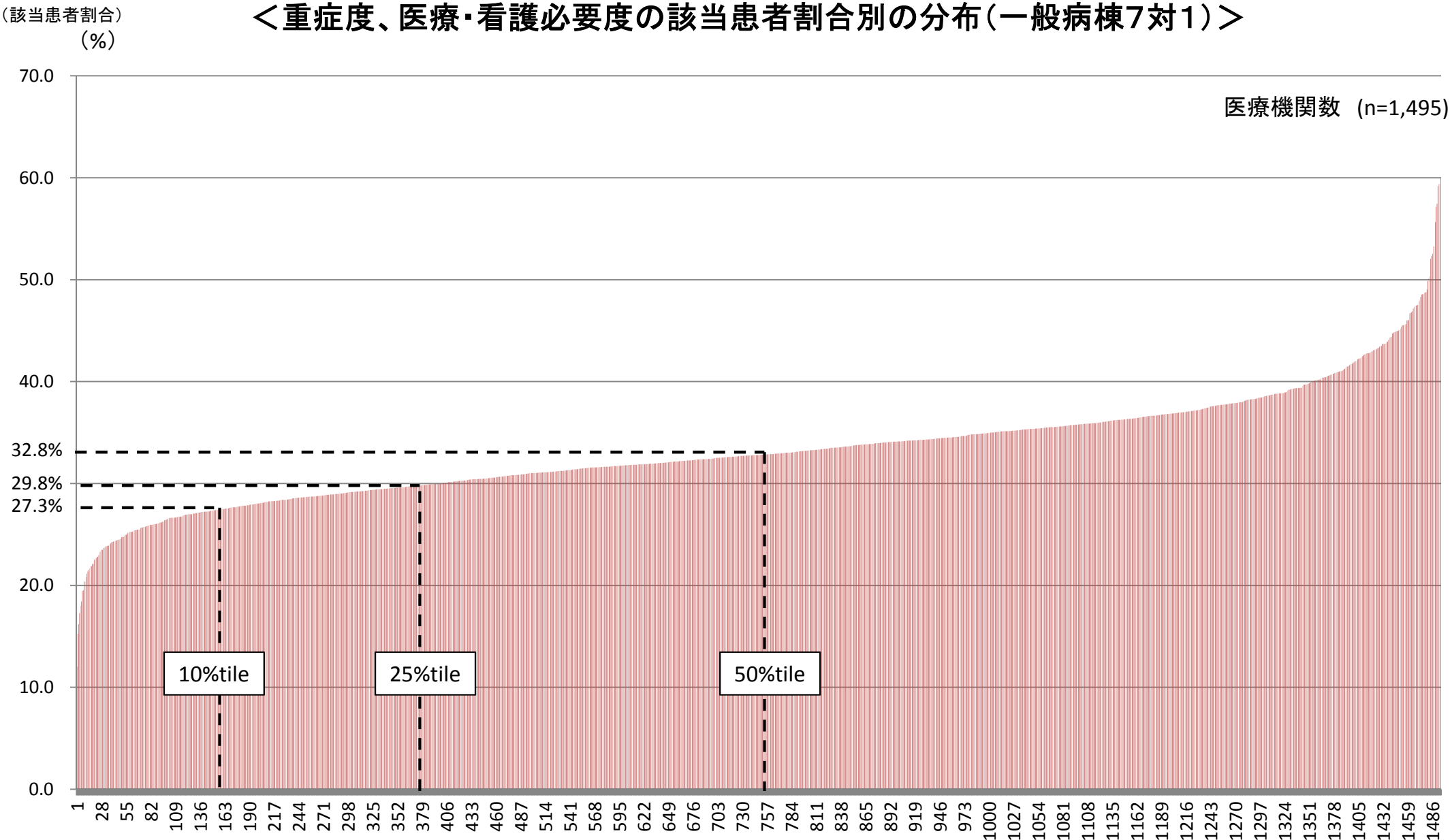
重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル)① (現行の定義・基準 & 従来の判定方法)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>



重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル)② (見直し後の定義・基準 & 従来の判定方法)

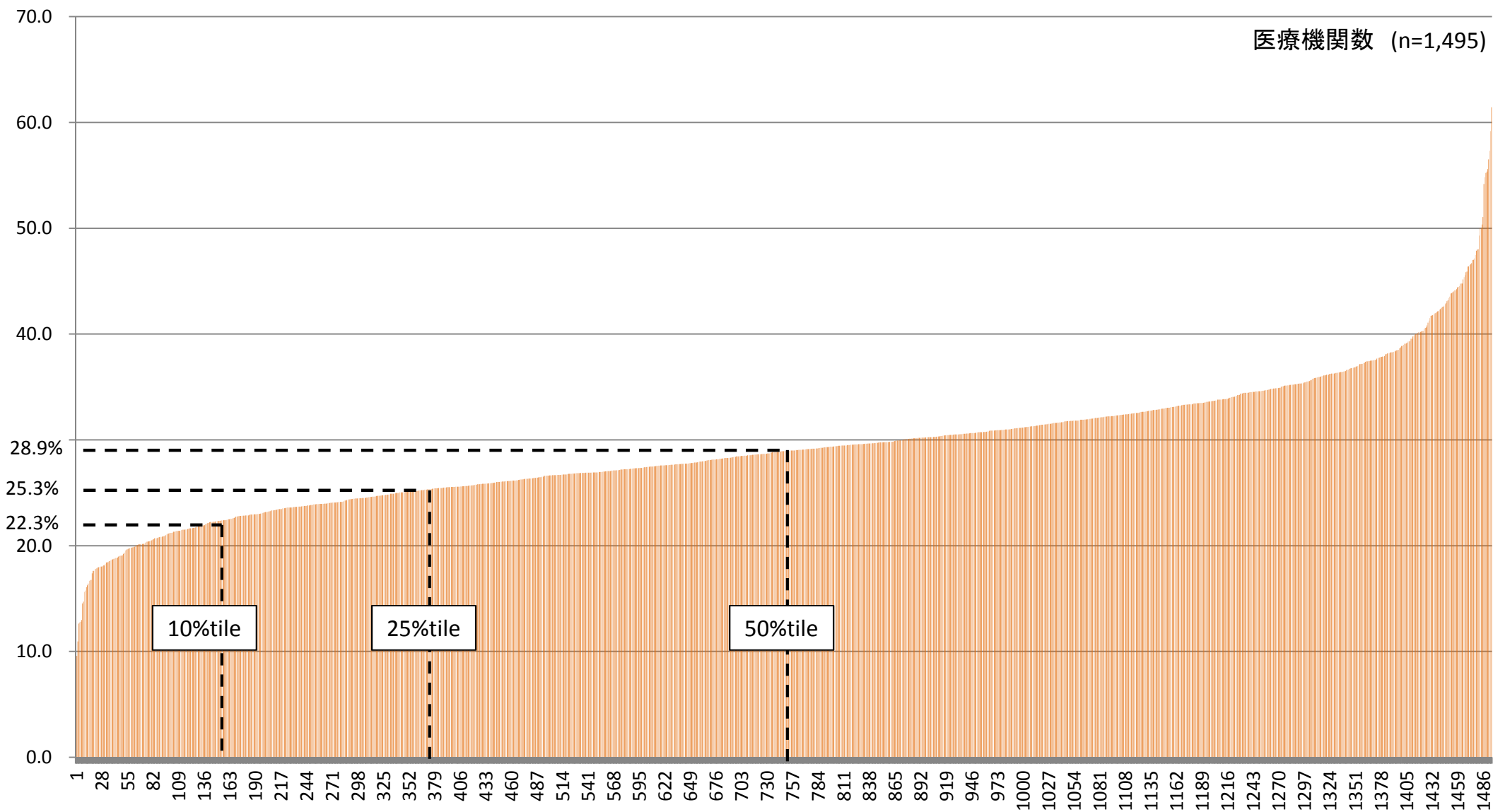
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)＞



重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル)③ (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)＞

(該当患者割合)
(%)



重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（パーセンタイル値との関係）

現行の定義による該当患者割合（従来の判定方法）（%）	パーセンタイル値(%tile)	見直し後の定義による該当患者割合	
		従来の判定方法（%）	実績データによる判定方法（%）
32.0	84.3	37.8	34.8
31.5	80.1	36.8	33.6
31.0	77.3	36.3	33.1
30.5	73.6	35.8	32.3
30.0	68.8	35.2	31.5
29.5	62.9	34.4	30.6
29.0	57.4	33.8	29.8
28.5	50.2	32.8	29.0
28.0	43.5	32.1	27.8
27.5	37.5	31.5	27.0
27.0	30.9	30.6	26.2
26.5	25.6	29.9	25.4
26.0	20.6	29.2	24.5
25.5	16.1	28.6	23.7
25.0	12.8	27.9	23.0
24.5	9.6	27.3	22.2
24.0	7.7	26.8	21.5
23.5	5.7	26.0	20.7
23.0	4.7	25.7	20.2
22.5	3.7	25.1	19.7
22.0	2.9	24.4	18.8

急性期一般入院基本料に関する論点（案）

【論点（案）】

- 急性期一般入院基本料の各入院料の基準値について、まずは、急性期一般入院料 1（現行の 7 対 1 一般病棟に相当）の基準値について、どのように考えるか検討してはどうか。
 - ※ 基準値に係る議論では、必要度の項目の定義や判定方法によって該当患者割合の数値が異なることから、現行の 7 対 1 一般病棟で用いている必要度の定義・基準と従来の判定方法（診療実績データによる判定ではない方法）に基づく該当患者割合やグラフ（分布）で議論してはどうか。
 - ※ 診療実績データを用いた判定方法を選択した場合の基準値は、従来の判定方法での該当患者割合別の分布と診療実績データを用いた判定での該当患者割合別の分布とで、パーセンタイル値が相同となるような値を設定することとしてはどうか。
- 急性期一般入院料 1 の基準値の設定を踏まえ、急性期一般入院料 2～3 及び急性期一般入院料 4～7（現行の 10 対 1 一般病棟の看護必要度加算部分）の基準値や評価について、どのように考えるか検討してはどうか。

(参考資料)

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近1ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

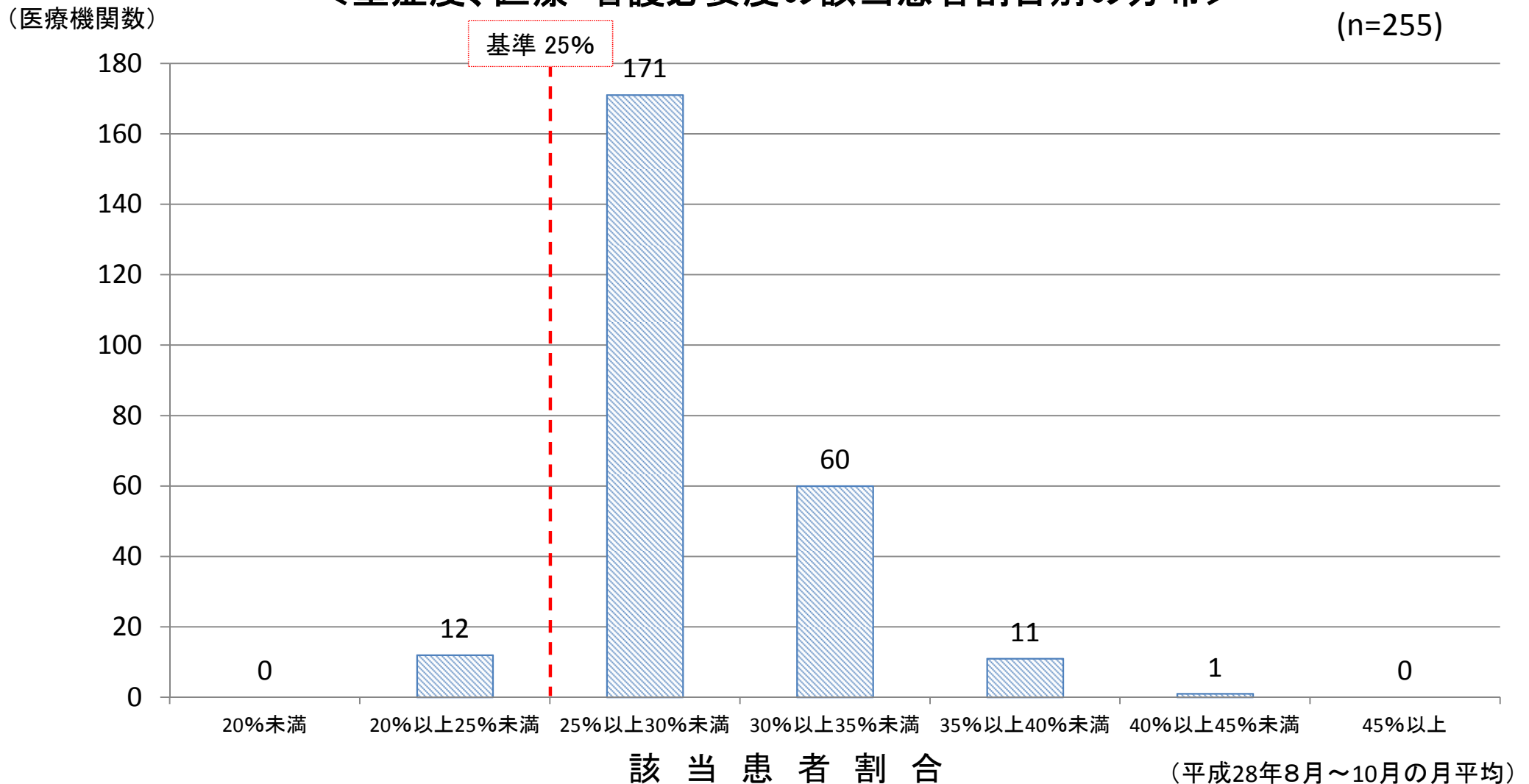
該当患者の基準

以下のいずれかを満たすこと

- 1) A得点2点以上かつB得点3点以上
- 2) A得点3点以上
- 3) C得点1点以上

○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

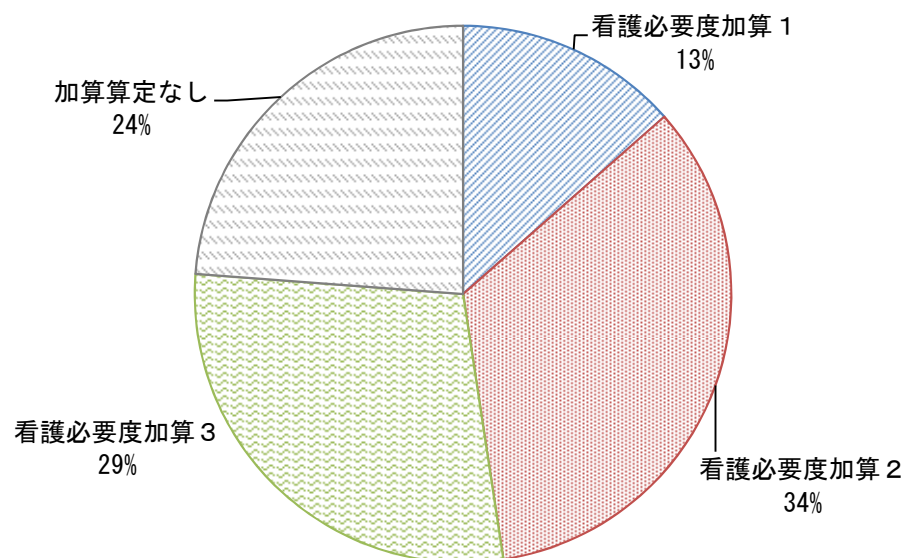


一般病棟(10対1)の加算による評価について

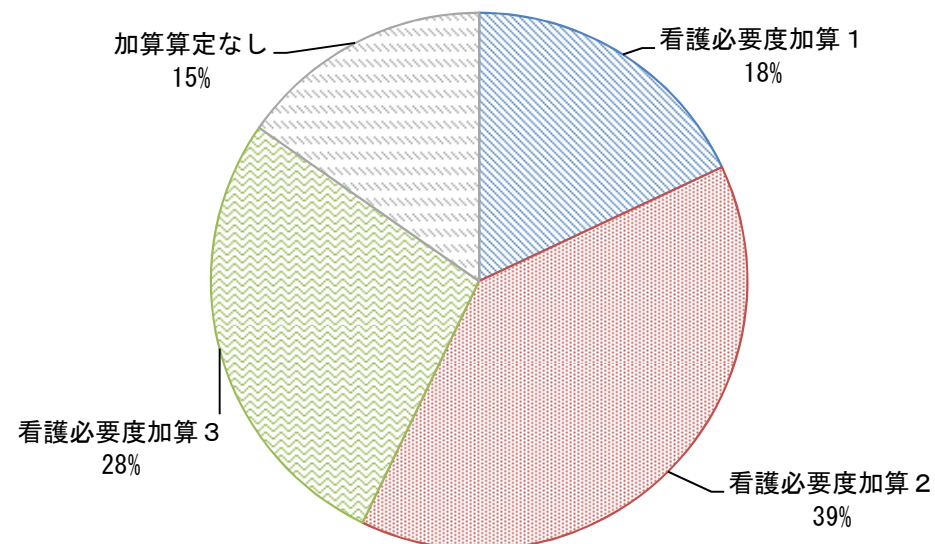
【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	施設基準
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

届出医療機関数(n=2,216)



届出病床数(n=169,733)

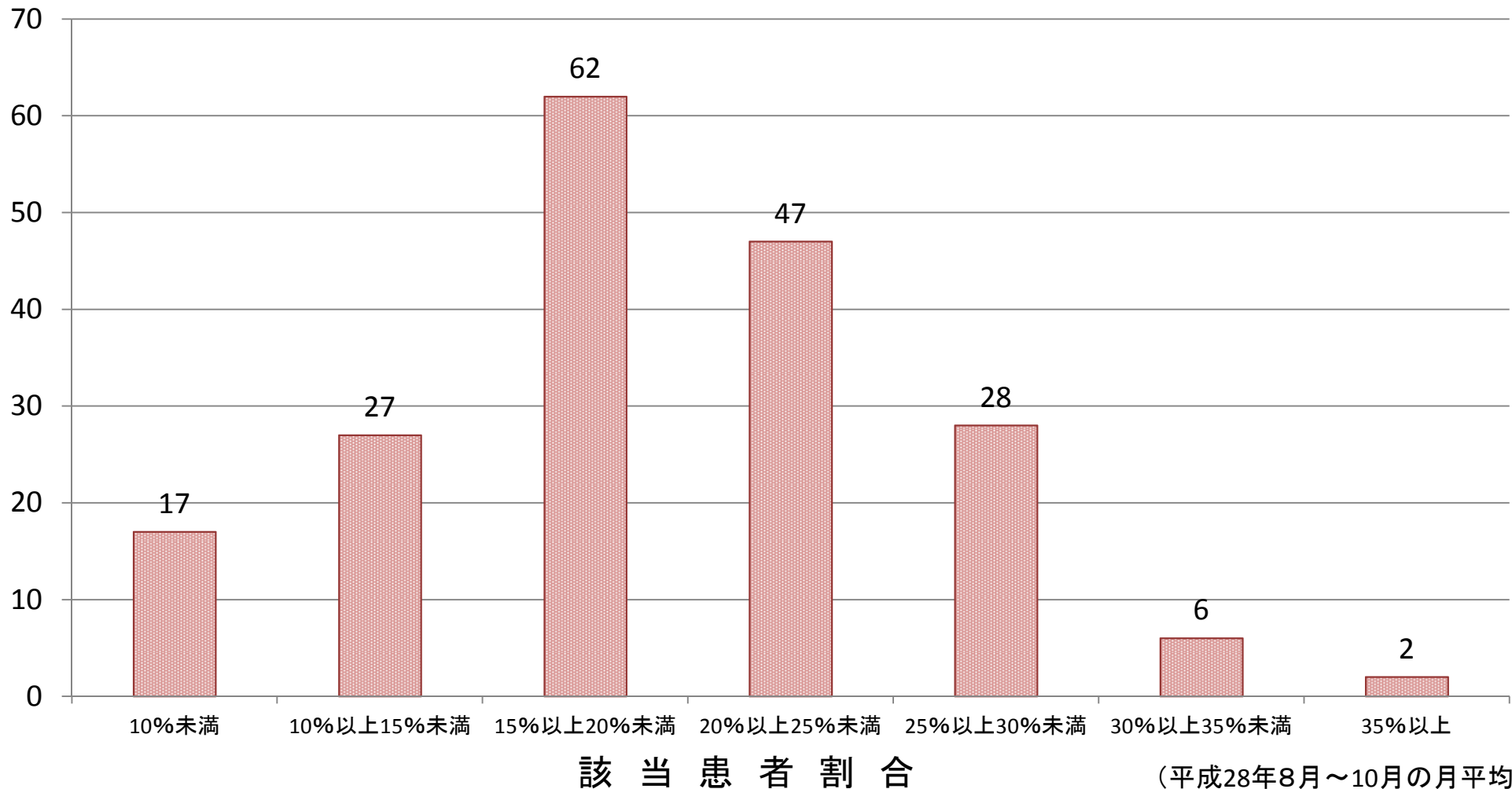


○ 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%~20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。

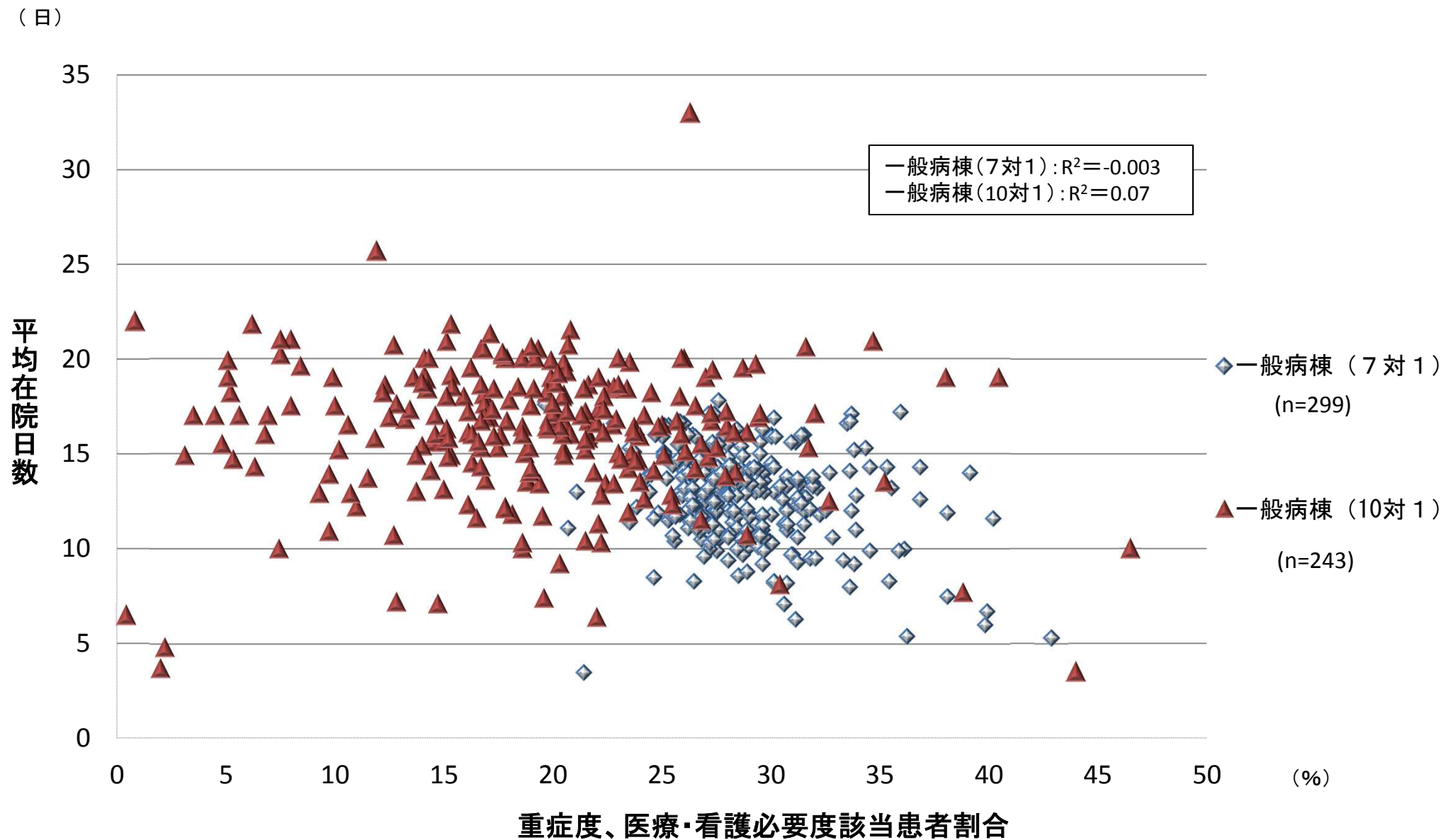
＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

(医療機関数)

(n=189)



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



診療実績データを用いた判定について

○ 使用したデータ

平成28年12月に提出されたDPCデータ(一般病棟7対1)

○ 各項目の評価方法

➤ A項目・C項目

事務局で作成したマスタ(平成29年11月2日第11回入院医療等の調査・評価分科会で公表)に変更点を追加したマスタに沿って、重症度、医療・看護必要度に対応する報酬区分がEFファイルで報告されていた場合、当該項目に該当すると設定

(11月2日公表マスタからの変更点)

- ・ 「A3 点滴ライン同時3本以上の管理」のマスタから、「G004 点滴注射」に関連する項目を削除
- ・ 項目から「A8 救急搬送後の入院」を削除
- ・ 「A7⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」のマスタから、静脈内留置ルート内の血液凝固の防止に関連する薬剤を削除
- ・ 「C21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の集計方法の見直し(C項目の重複を削除)

➤ B項目

Hファイルを用いて、現行の重症度、医療・看護必要度の該当判定をそのまま使用

○ 医療機関ごとの該当患者の計算方法

現行の計算方法と同様に、

(「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」、「A項目3点以上の患者」、又は「C項目1点以上の患者」) / のべ入院患者
で計算を行った

診療実績データを用いた場合の重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の変更の影響②

[見直し案2(再掲)]

- 『「A得点1点以上かつB得点3点以上」かつ「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」のいずれかに該当している患者』を追加
- 「C18 開腹手術」の所定日数を5日→4日へ変更



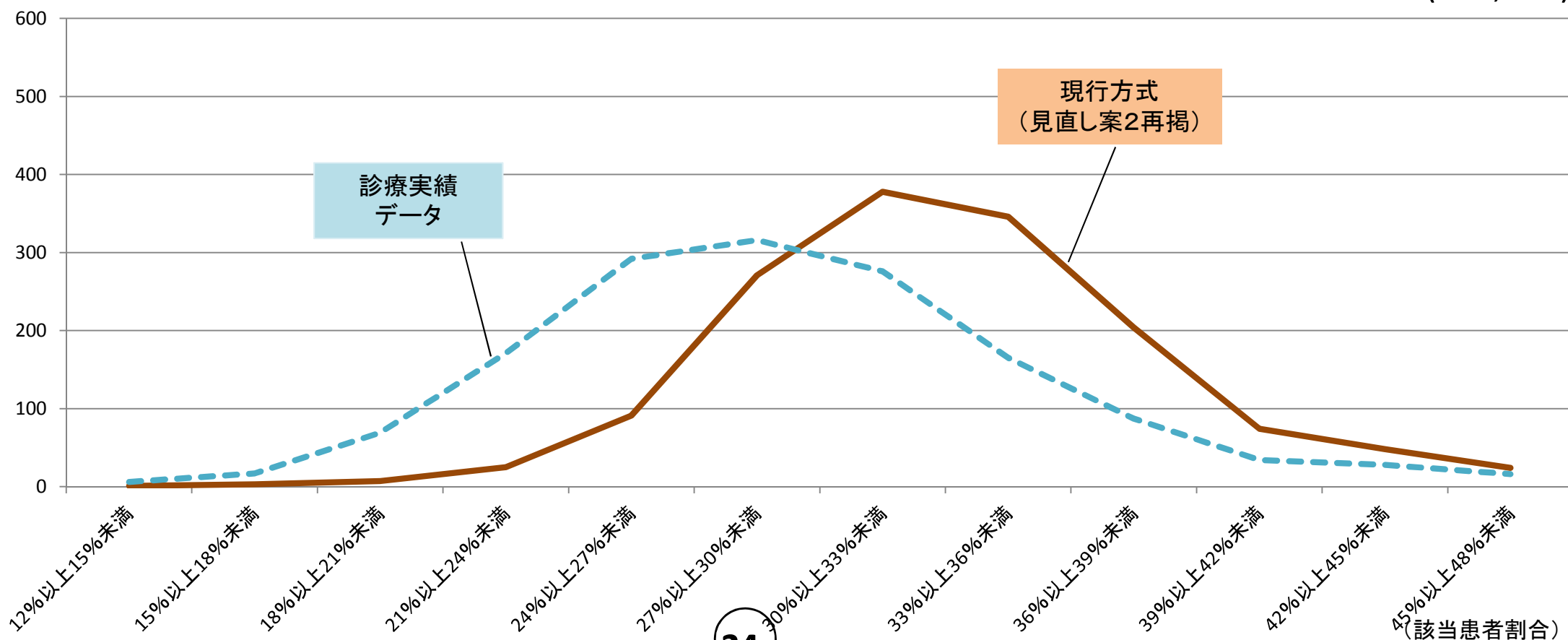
[診療実績データの各項目の評価方法]

- 7頁に示したマスタを使用

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞(一般病棟7対1)

(医療機関数)

(n=1,495)



出典: DPCデータ