

療養病棟入院基本料等について (参考資料)

図表 1 医療区分、ADL区分における入院基本料（概要）

〔病 院〕

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 3	885点	1,344点	1,740点
ADL 2	764点	1,344点	1,740点
ADL 1	764点	1,220点	1,740点

入院基本料A：1,740点、入院基本料B：1,344点、
入院基本料C：1,220点、入院基本料D：885点、
入院基本料E：764点

入院基本料C（医療区分2、ADL区分1）の患者について、認知機能障害の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態である場合については、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算

〔有床診療所〕

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 3	602点	871点	975点
ADL 2	520点	871点	975点
ADL 1	520点	764点	975点

入院基本料A：975点、入院基本料B：871点、
入院基本料C：764点、入院基本料D：602点、
入院基本料E：520点

入院基本料C（医療区分2、ADL区分1）の患者について、認知機能障害の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態である場合については、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算

図表 2 医療区分について（概要）

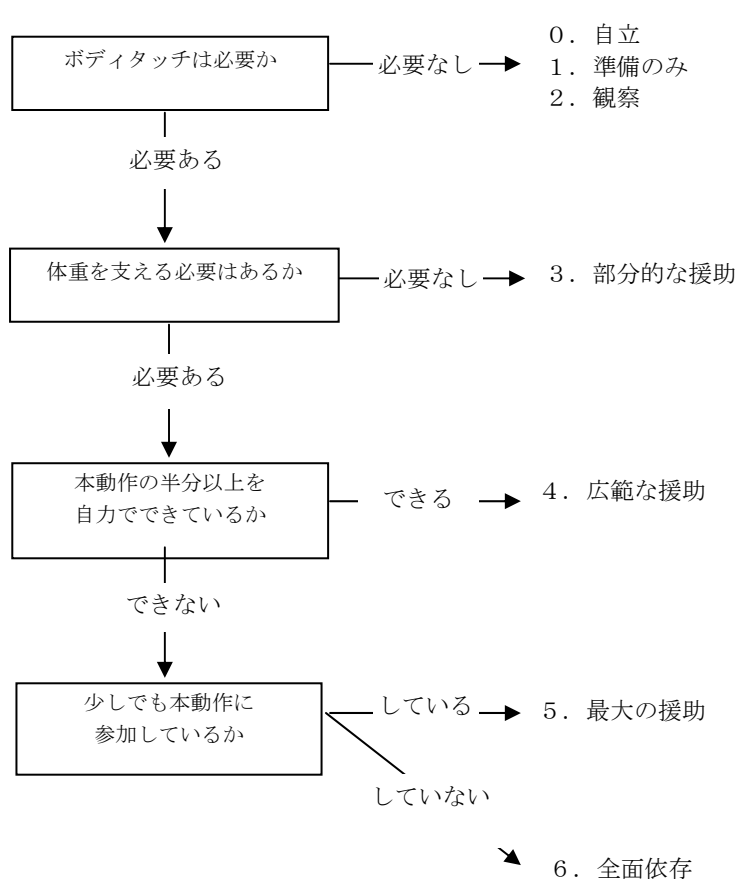
<p>医療区分 3</p>	<p>【疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ スモン <p>【状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師及び看護職員による常時監視及び管理 ・ 中心静脈栄養 ・ 24時間持続点滴 ・ 人工呼吸器使用 ・ ドレーン法又は胸腔若しくは胸腹洗浄 ・ 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う場合） ・ 酸素療法 ・ 感染隔離室での管理
<p>医療区分 2</p>	<p>【疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 筋ジストロフィー症 ・ 多発性硬化症 ・ 筋萎縮性側索硬化症 ・ パーキンソン病関連疾患 ・ その他の難病（スモンを除く） ・ 脊髄損傷（頸椎損傷による四肢麻痺） ・ 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度） ・ 悪性腫瘍（疼痛コントロールが必要な場合） <p>【状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎 ・ 尿路感染症 ・ リハビリテーションが必要な疾患（発症から30日以内） ・ 脱水 ・ 消化管等からの反復継続する出血 ・ 頻回の嘔吐 ・ 褥瘡（皮膚層の部分的喪失又は褥瘡が2箇所以上の場合） ・ 末梢循環障害による下肢末端の開放創 ・ せん妄 ・ うつ症状 ・ 他者に対する毎日の暴行 ・ 人工腎臓 ・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う場合） ・ 喀痰吸引（1日8回以上） ・ 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く） ・ 頻回の血糖検査 ・ 創傷等
<p>医療区分 1</p>	<p>医療区分 2・3に該当しない者</p>

図表3 ADL区分について

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目（a.～d.）に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 （上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える（移乗は除く）	
（合計点）		

0 自立 : 手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ : 物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 : 動作の大部分（50%以上）は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）を3回以上
5 最大の援助 : 動作の一部（50%未満）しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 : まる3日間すべての面で他者が全面援助した（および本動作は一度もなかった場合）



ADL得点が	0点～10点	= 「ADL区分1」
ADL得点が	11点～22点	= 「ADL区分2」
ADL得点が	23点～24点	= 「ADL区分3」

図表 4 認知機能障害評価

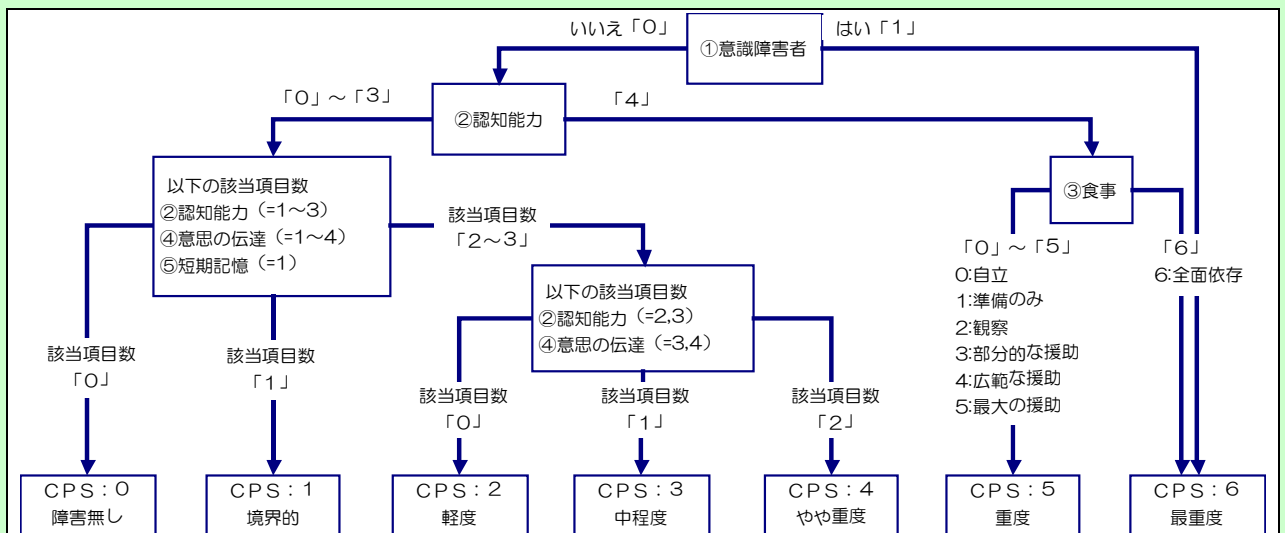
「認知機能障害」を分類する指標としては、CPS (Cognitive Performance Scale) を使い、下記のチャートに従って、「0 (障害なし～6 (最重度)」の7段階に分類する。CPS 3以上で、認知機能障害「あり」の状態と判定する。

なお、「認知機能障害」の加算は、「医療区分2」で「ADL区分1」の場合のみ、対象となる。

下記のフローチャートに従って、CPS得点を算出する。

(CPS算定方法は、「急性期以外の入院患者の支払いに関する調査研究」健康保険組合連合会、平成16年の方式を使用)

図表 CPS算定方法(0～6段階)



【判定項目】

- ①意識障害者 (JCS II-3以上またはGCS 8点以下の状態、無動症の状態。)
 - 0. いいえ / 1. はい
- ②認知能力 (毎日の日課における意思決定。)
 - 0. 自立 / 1. 限定的な自立 / 2. 軽度の障害 / 3. 中程度の障害 / 4. 重度の障害
- ③食事 (どのように食べたり、飲んだりするか。)
 - 0. 自立 / 1. 準備のみ / 2. 観察 / 3. 部分的な援助 / 4. 広範な援助 / 5. 最大の援助 / 6. 全面依存
- ④意思の伝達 (自分を理解させることができる。)
 - 0. 理解させることができる / 1. 通常は理解させることができる / 2. しばしば理解させることができる / 3. 時々理解させることができる / 4. ほとんどまたはまったく理解させることができない
- ⑤短期記憶 (5分前のことが思い出せる。)
 - 0. はい / 1. いいえ

医療療養病棟におけるケアの質の評価

(患者特性調査における Quality Indicator の試行)

患者特性調査のデータに基づき、平成 17 年度調査と平成 18 年度調査の共通病院について、医療療養病棟の Quality Indicator (以下 QI) を試行的に算出し、年度比較を行った。

1. QI 算出対象

施設：平成 17 年度調査時点で特殊疾患療養病棟を有さない病院で、且つ平成 18 年度調査と共通の病院 (n=41)

患者：平成 17 年調査

療養病棟入院基本料 1・2、療養病棟入院基本料特別 1・2 を算定している患者 (入院後 14 日以内の患者を除く)

平成 18 年調査

療養病棟入院基本料 2 を算定している患者 (入院後 14 日以内の患者を除く)

く)

2. QI の手法と目的

QI は、ケアの内容として問題となる褥創患者の割合などプロセスの評価、およびケアの結果として生じる ADL の低下などアウトカムを評価する指標である。対象病院や病棟ごとに、こうした質の問題のある患者を分子に、その状態が起こり得る可能性のある患者全体を分母として、病院や病棟としての割合を算出する指標である。QI の値は 0-1 に分布し、1 に近いほど、当該施設や病棟のケアの質が、悪いことになる。しかしながら、今回の QI 算出の目的は、施設間や病棟間の質を比較することではなく、包括評価導入前後の質の変化をみるのが目的であるので、全体平均を提示した。

今回用いた QI は、わが国の急性期以外の医療保険病棟のケアの質の評価について試行的に行われた QI の定義に準拠しており¹、患者特性調査のデータから算出している。算出された QI 項目と、その定義は図表 1 のとおりである。病院による患者特性の相違を調整するために、分母から必要に応じて患者を除外しており、また、新規入院患者に対して実施したアセスメントは、在宅や転院・転棟してきた病院・病棟のケアを反映する可能性が大きいので、在院日数 14 日以内の患者も分母から除外している。なお、各 QI の分母が 10 名未満の病院・病棟も、データとして安定しないために、対象外とした。

患者特性調査では 1 回のアセスメントデータしか存在しないため、変化の程度を比較するアウトカム評価は、変化を直接評価する調査項目があった「ADL の変化」の QI に限られた。また、提示してあるプロセスの評価については、病院の患者特性による補正は不十分であり、また、データ数は限られていた。しかし、平成 17 年度調査と平成 18 年度調査の共通病院における病院単位での QI を比較することで、包括評価導入前後におけるケアの質の変化を大まかに捉えることができた。

¹ 山田ゆかり 池上直己(2005) MDS-QI (Minimum Data Set-Quality Indicators)による質の評価 ―急性期以外の医療保険病棟における試行― 病院管理 Vol42, No.4, pp13-23.

図表1 QIの定義

QI	分子	分母（記載のない場合は、入院14日以内の患者を除く全患者）	患者特性※備考1
痛み	中程度の痛みが毎日あるか、耐え難い痛みがある		
褥瘡ハイリスク	I度以上の褥瘡がある患者数	寝返りか移乗の広範な障害、昏睡状態、栄養障害のいずれかに該当する患者に限る	認知機能の自立
褥瘡ローリスク	I度以上の褥瘡がある	褥瘡ハイリスクに該当する患者を除外	
身体抑制	毎日身体抑制している ※備考2		
留置カテーテル	留置カテーテルを挿入している※備考3		便失禁、褥瘡
尿路感染症	尿路感染症である		
ADLの低下①	過去90日間におけるADL自立度の悪化	在院日数90日以上患者のうち、昏睡、末期、緩和ケアに該当する患者を除外	
ADLの低下②	入院時と比較してのADL自立度の悪化	在院日数15日以上90日未満の患者のうち、昏睡、末期、緩和ケアに該当する患者を除外	

備考)

1. 下記に記載のあるQIを算出するためには、前回アセスメントにおいて、下記に列挙した患者の状態によりリスクを調整する必要があるが、今回は一時点のアセスメントデータのみであったため、こうしたリスク調整を行っていない。
2. 身体抑制については、基準を変更しており、介護保険指定基準において禁止対象となる具体的な行為（「身体拘束ゼロへの手引き」厚生労働省2001年3月7日作成）に準じ、患者特性調査において、下記の項目のいずれかを「毎日使用した」場合に、「毎日身体抑制している」に該当するものとした。
 - A) すべてにベッド柵
 - B) 体幹部の抑制
 - C) 四肢の抑制
 - D) 起き上がれない椅子
3. 患者特性調査において把握可能な「膀胱留置カテーテルの使用」の有無で算出した。

3. Q I の算出結果

図表2および図表3は、平成18年度と17年度におけるQ I の算出結果である。分母に該当する患者数が10名未満の場合には、Q I 算出対象としていないため、病院数・分母の患者数ともにQ I 項目毎に異なっている。

まず分母の患者数について、年度間で大きな差がみられたのは、「褥瘡ローリスク」と、「ADLの低下①」および「ADLの低下②」であった。これらの分母の患者数が減少しているということは、除外される褥瘡ハイリスク、昏睡、末期、緩和ケアの患者数が、平成17年度に比べて平成18年度では増加していることを意味している。これは医療療養病床に以前より状態の重い患者が入院していることの傍証となろう。

図表2 平成18年度患者特性調査Q I 算出結果²

Q I 項目	平成18年度							
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点
痛み	39	1,725	8.1%	7.4%	0.0%	35.0%	3.3%	10.5%
褥瘡ハイリスク	34	1,231	19.9%	10.9%	0.0%	41.4%	13.0%	25.0%
褥瘡ローリスク	22	370	2.9%	4.7%	0.0%	15.4%	0.0%	6.7%
身体抑制	38	1,725	30.0%	22.5%	0.0%	95.5%	11.8%	43.1%
留置カテーテル	39	1,725	12.6%	13.2%	0.0%	58.8%	1.3%	18.4%
尿路感染	39	1,725	8.0%	13.9%	0.0%	80.9%	0.0%	11.1%
ADLの低下①	30	961	9.9%	8.8%	0.0%	36.4%	4.3%	14.3%
ADLの低下②	16	274	11.4%	10.8%	0.0%	33.3%	2.5%	19.4%

図表3 平成17年度患者特性調査Q I 算出結果

Q I 項目	平成17年度							
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点
痛み	39	1,799	8.4%	7.5%	0.0%	26.1%	2.9%	11.6%
褥瘡ハイリスク	31	1,103	15.8%	11.4%	0.0%	44.4%	7.1%	24.4%
褥瘡ローリスク	28	564	2.1%	3.3%	0.0%	10.8%	0.0%	4.4%
身体抑制	39	1,799	31.6%	24.4%	0.0%	95.3%	10.5%	50.0%
留置カテーテル	39	1,799	9.3%	8.8%	0.0%	34.8%	2.2%	14.3%
尿路感染	39	1,799	3.5%	3.9%	0.0%	16.7%	0.0%	5.3%
ADLの低下①	29	1,448	8.6%	8.3%	0.0%	29.0%	0.0%	13.6%
ADLの低下②	18	685	5.9%	7.6%	0.0%	23.1%	0.0%	8.3%

² ※平均値とは、病院ごとのQ I を計算し、それらQ I の単純平均、以下、最小値、最大値も病院としての値。

次に、平成17年度と18年度のQIの平均値を比較すると、図表4が示すように、「痛み」や「身体抑制」の値はやや低下しているが、その他の項目の値は全て高くなっていった。但し、今回はアセスメントのデータ等によるリスク調整が不十分なため、これらQIの値が高くなったのは、必ずしもケアの質の低下によるものと即断できない。

しかしながら、病院ごとのQIを分析することは目的でなかったが、QIの値が75%分位点を越えている場合については、QIを算定するために用いた患者データの質、および病院のケアの質の両面から検討する必要があるだろう。なお、安定したQIの指標を算出するためには、入院時から継続的にアセスメントを行い、データベースを構築することが重要である。

図表4 QIの変化

QI項目	平成17年度	平成18年度
	平均値	平均値
痛み	8.4%	8.1%
褥瘡ハイリスク	15.8%	19.9%
褥瘡ローリスク	2.1%	2.9%
身体抑制	31.6%	30.0%
留置カテーテル	9.3%	12.6%
尿路感染	3.5%	8.0%
ADLの低下①	8.6%	9.9%
ADLの低下②	5.9%	11.4%