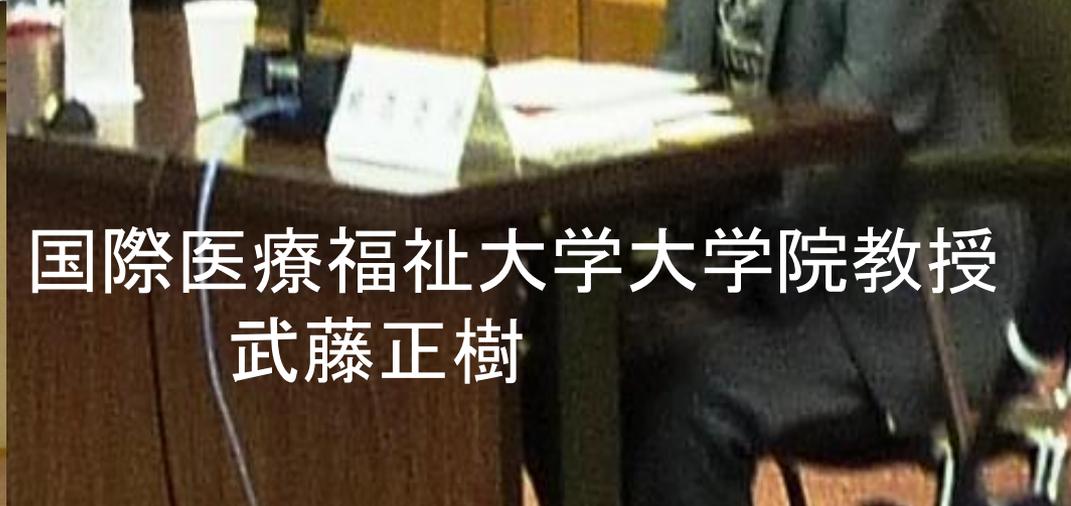


中医協調査専門組織 入院医療等調査・評価分科会報告



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

診療報酬調査専門組織・入院医療費等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
あんだう ぶんえい 安藤 文英	日本病院会 常任理事 医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	日本医師会 常任理事 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すずむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	全日本病院協会 副会長 社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すずむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会 会長 医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所 所長

○：分科会長

入院医療等の調査・評価分科会における調査について(入院医療)

番号	答申書附帯意見(抜粋)	対応部会・分科会
8	<p>病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、<u>一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証</u>するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。</p> <p>特に、<u>一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証</u>をすること。</p> <p>さらに、<u>一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討</u>を行うこと。</p>	入院医療等の調査・評価分科会
9	<p>以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。</p> <p><u>一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置</u></p>	入院医療等の調査・評価分科会
11	<p><u>医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証</u>するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえその結果を今後の診療報酬改定に反映させること。</p>	入院医療等の調査・評価分科会
12	<p><u>平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討</u>を行うこと。</p>	入院医療等の調査・評価分科会

入院医療に関する中医協総会の論点

- 論点1 7対1入院基本料病床が多い
 - 7対1の患者のうち急性期以外の患者を亜急性期や長期療養に移行させては？
- 論点2 入院基本料の算定要件の見直し
 - 看護配置の見直し
 - 重症度・看護必要度の要件見直し
 - 平均在院要件の見直し

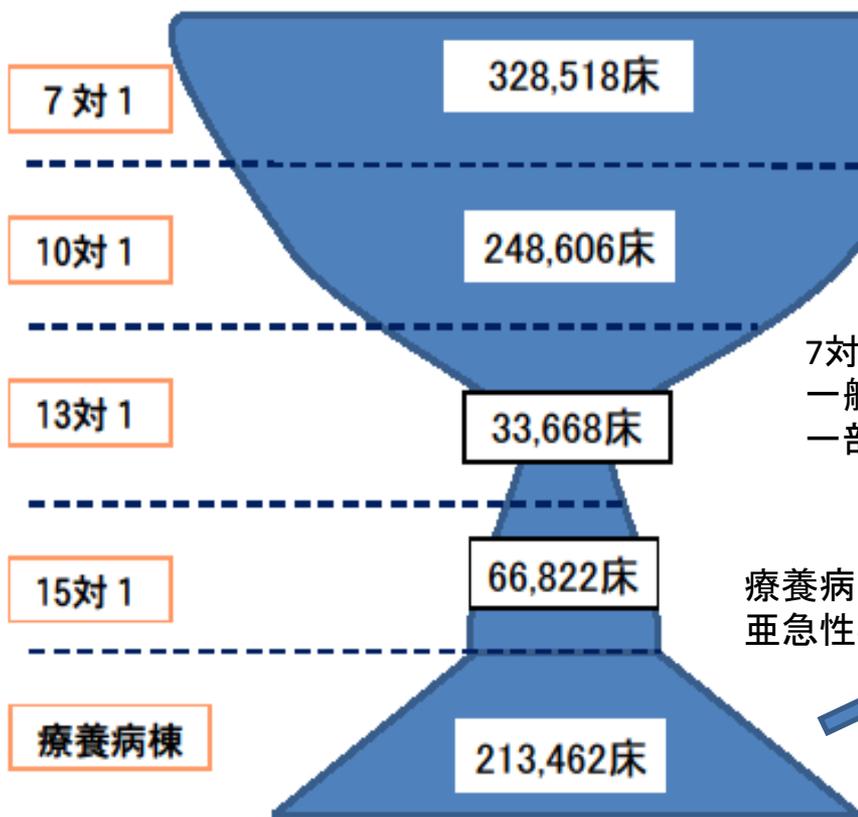
入院医療等の調査・評価分科会の論点

- 論点3 平均在院日数
- 論点4 特定除外患者
- 論点5 亜急性期病床と回復リハ

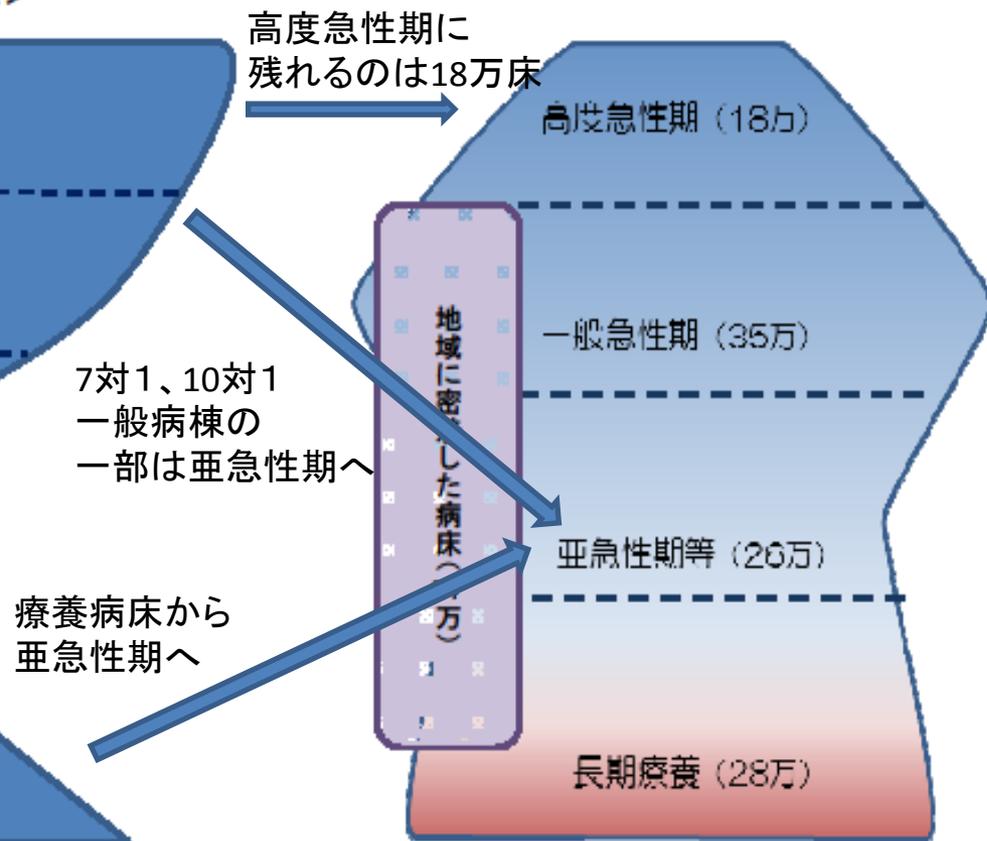
診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～

論点1
多すぎる7対1

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

中医協で議論されている 入院基本料の見直し

論点2 入院基本料 の見直し

入院基本料

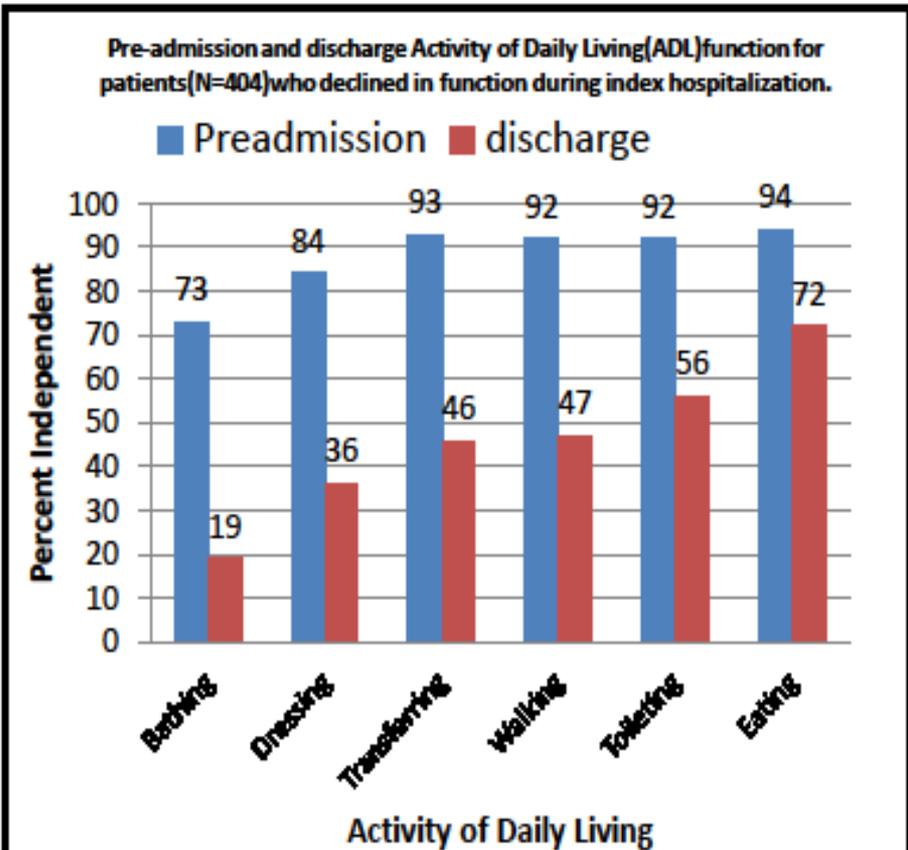
- 入院サービスの基本料金、病院のホテルサービス料金

• 算定要件

- ①看護配置数
 - 看護師の配置数だけでいいのか？多職種配置？
- ②重症度・看護必要度
 - 評価票はこのままでいいのか？
- ③平均在院日数
 - 平均在院日数のみでいいのか？

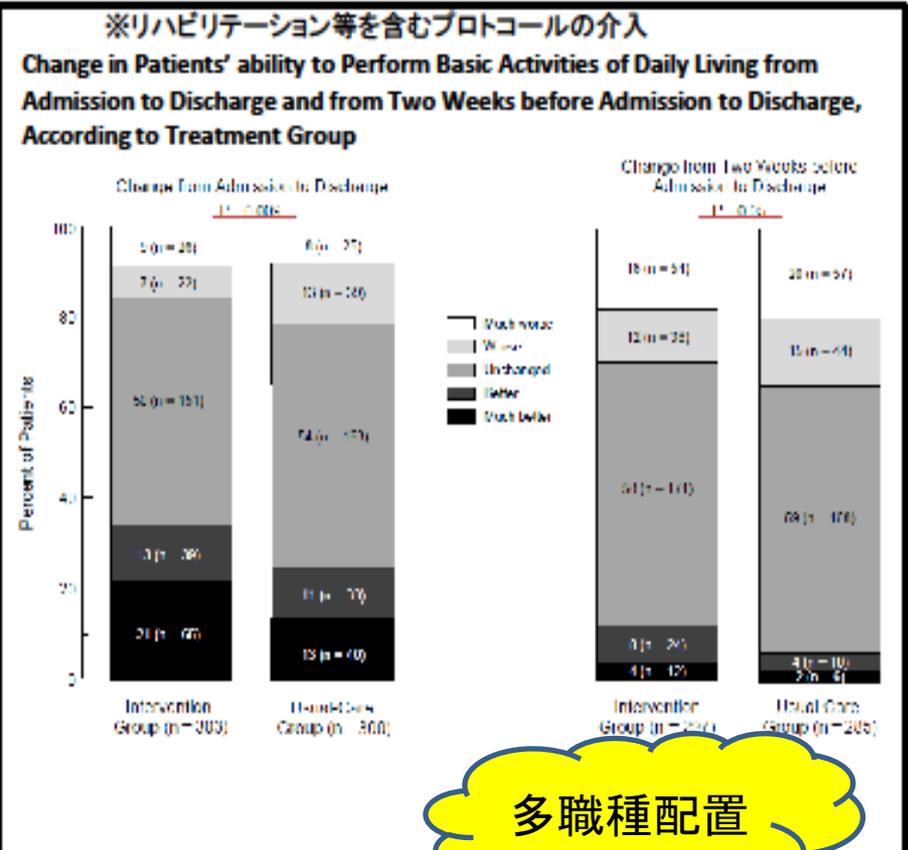
急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



出典: Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998 Nov;14(4):669-79.

入院時と退院時の通常治療群と介入群*の比較



出典: Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in an acute medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995 May 18;332(20):1338-44.

多職種配置

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを導入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

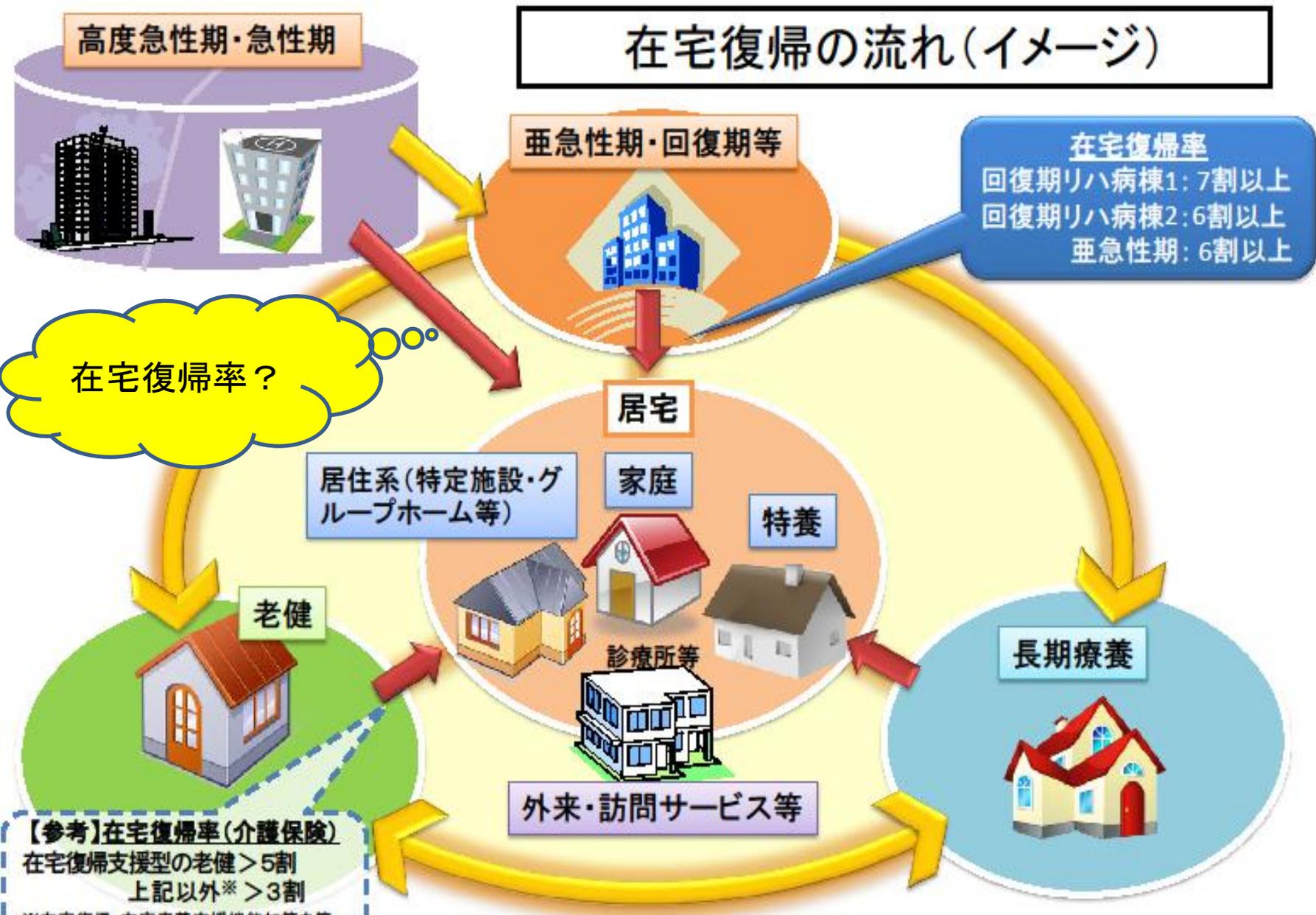
測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

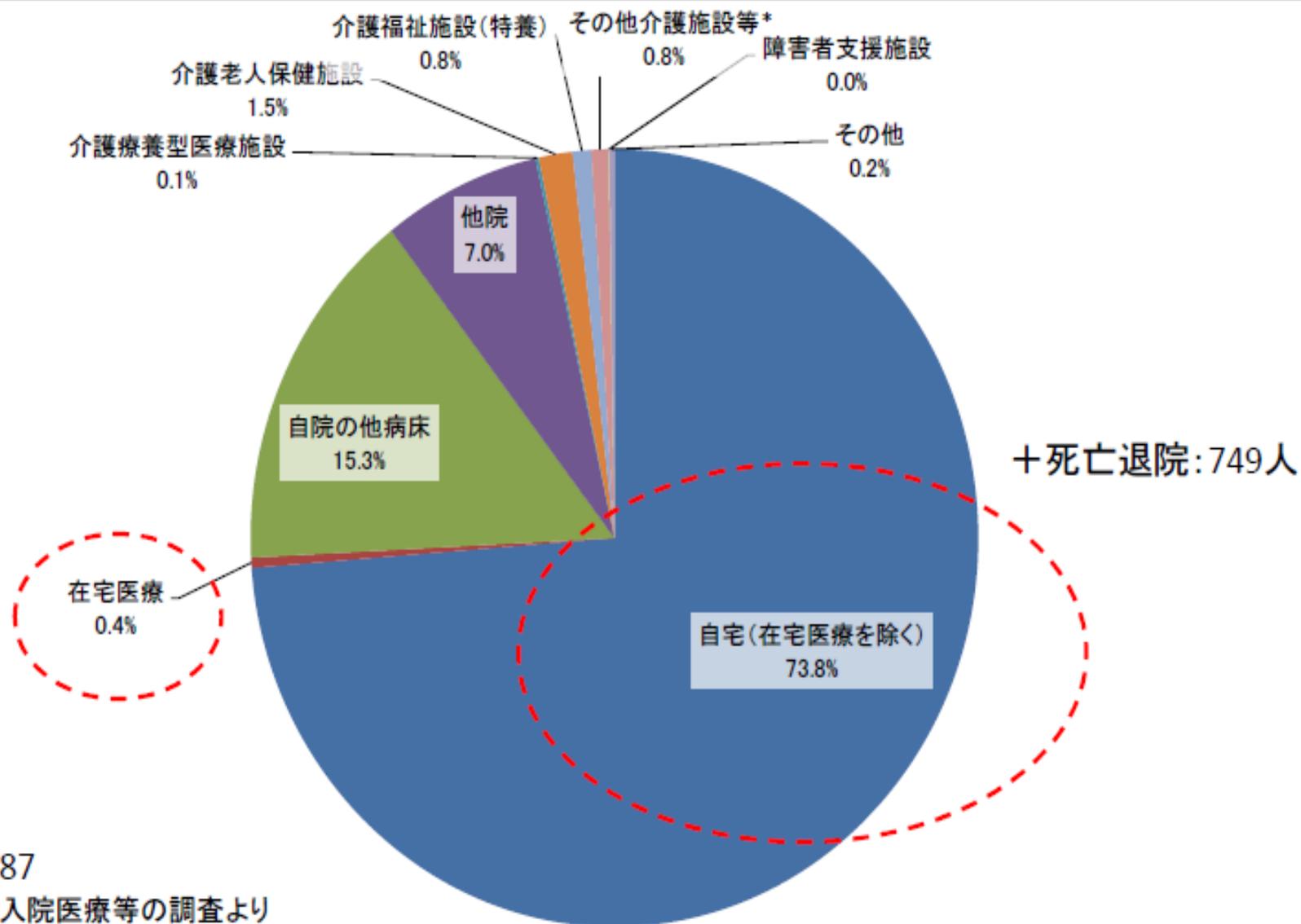
※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究で
検討

③ 平均在院日数と在宅復帰率？



7対1病棟における退棟患者の状況(平成24年度調査結果)



N=24,687

平成24年度 入院医療等の調査より

*その他介護施設等には「グループホーム」「有料老人ホーム・軽費老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」が含まれる

死亡退院を除く退棟患者の約74.2%は自宅(在宅医療を含む)に退院している

入院医療等の調査・評価分科会

論点3 平均在院日数

論点4 特定除外患者

論点5 亜急性期病床と回復リハ

論点3 平均在院日数

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

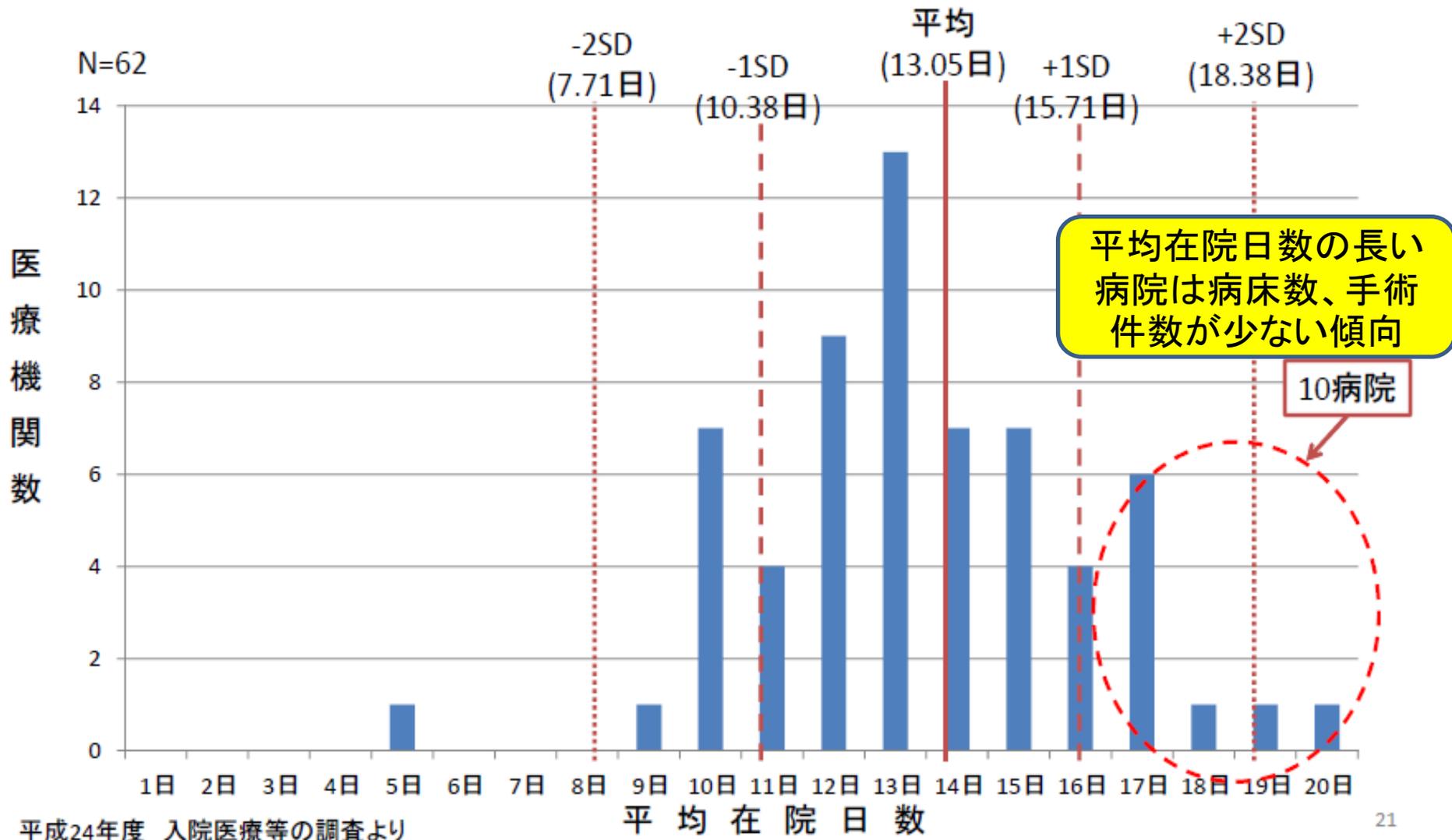
【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

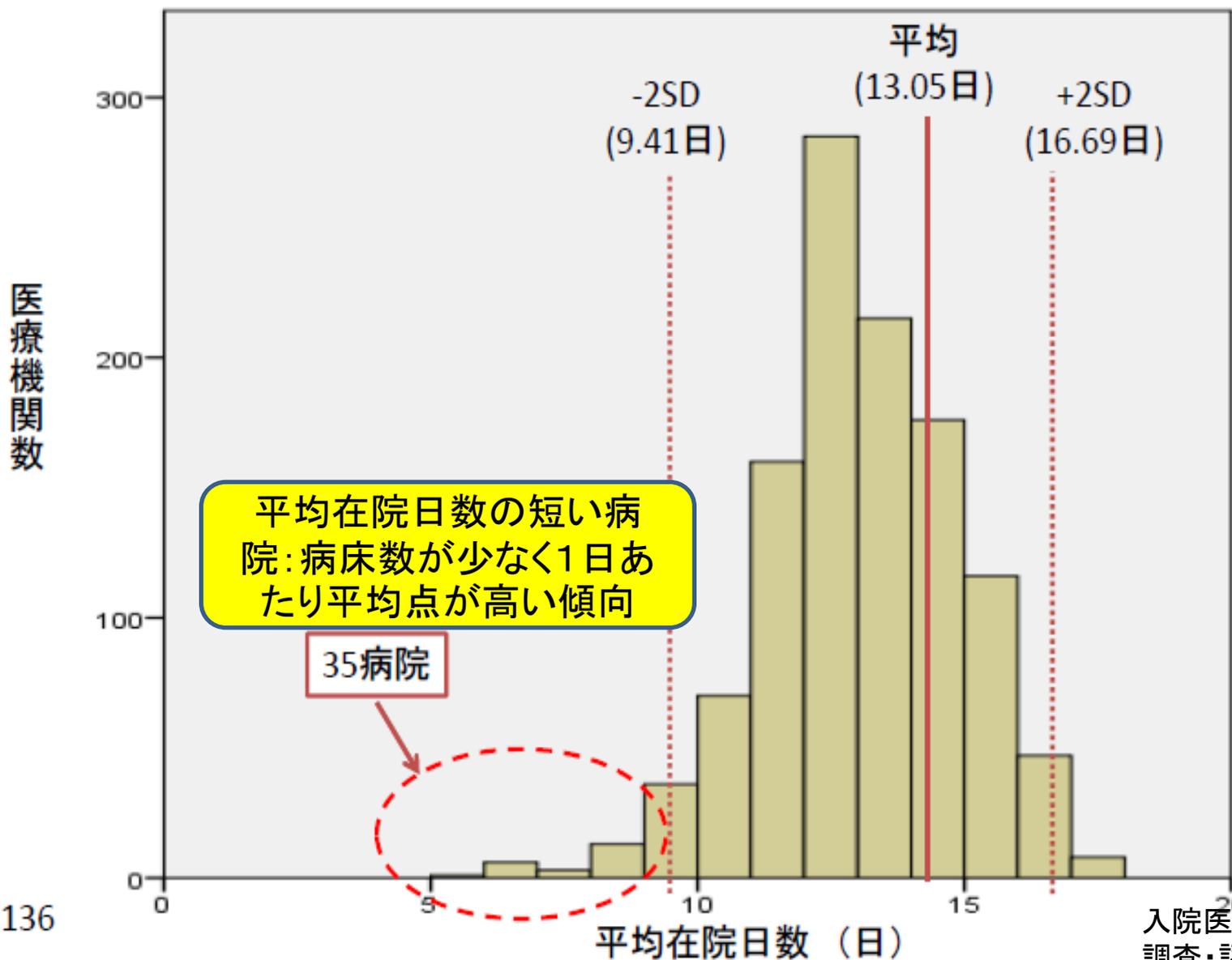
<参考>看護必要度基準:1一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

7対1病院における平均在院日数* (平成24年度調査)

*医療機関における一般病床全体の平均在院日数であるため、診療報酬上の基準とは異なる



7対1病院における平均在院日数（DPCデータ）

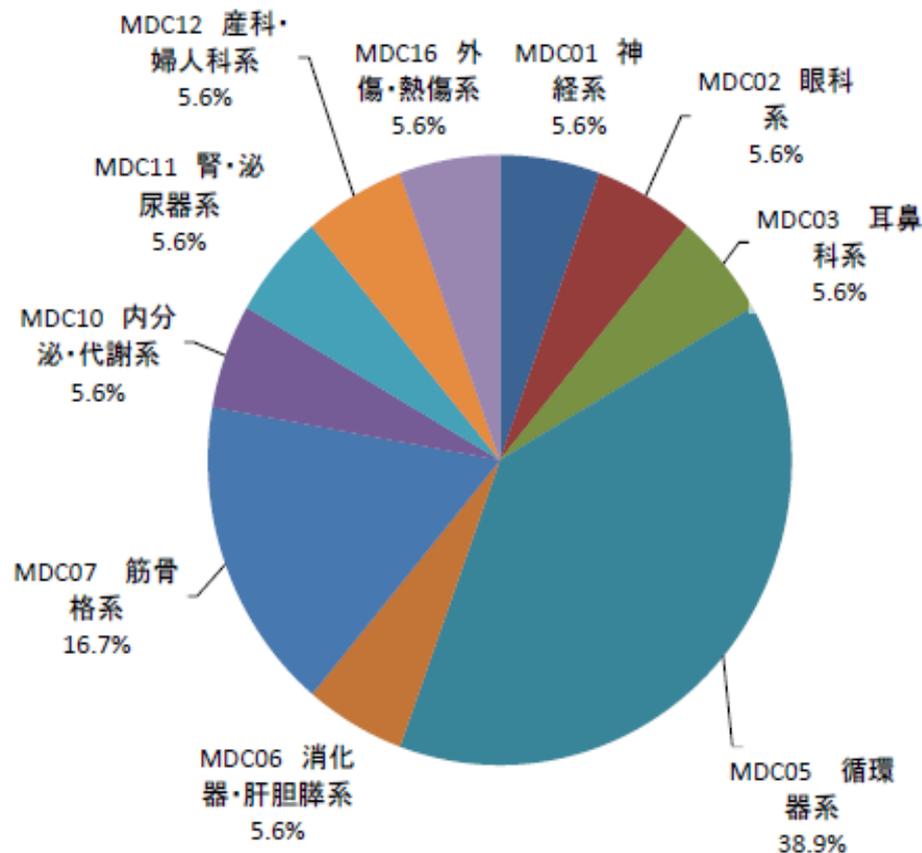
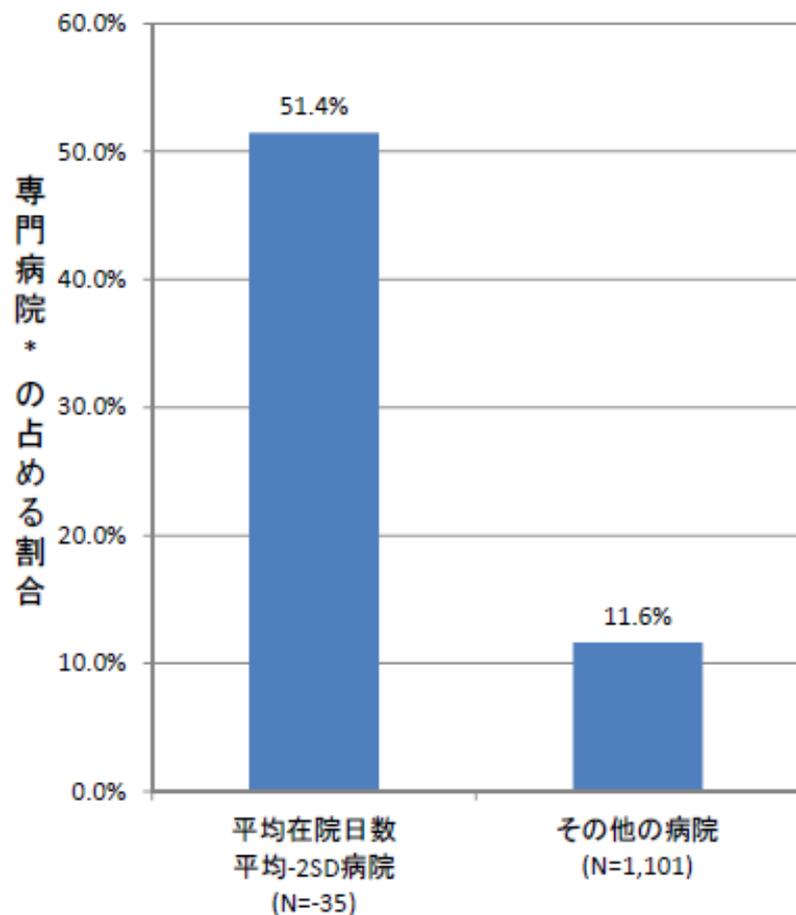


N=1,136

入院医療等の
調査・評価分科会

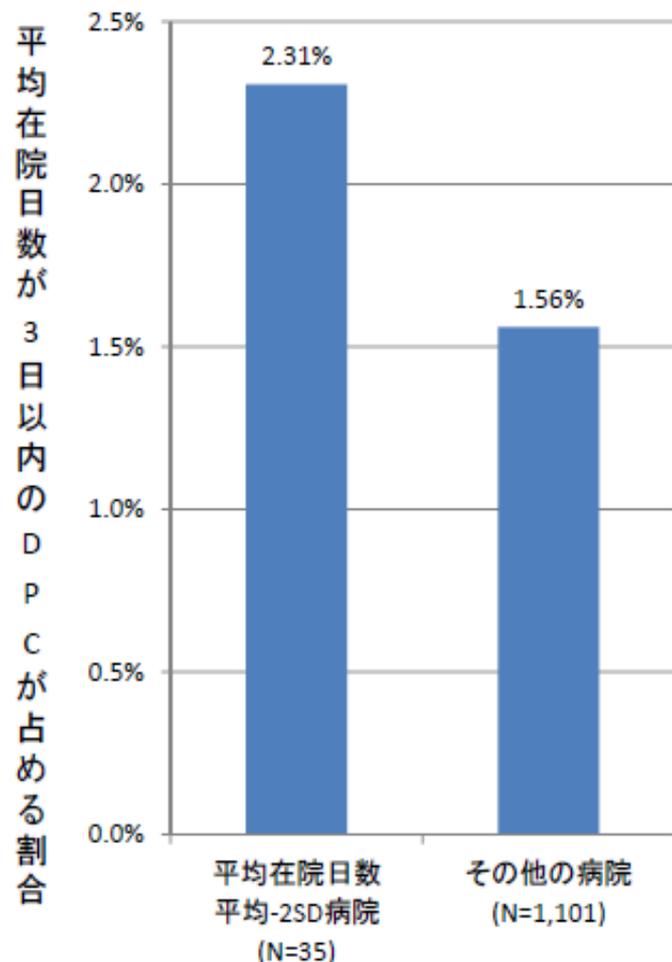
平均在院日数の短いDPC算定病床の状況②(DPCデータ)

*入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上の病院 <専門分野の内訳> N=18



平均在院日数の短い病院はその他の病院より特定のMDCに偏った病院の割合が多い。分野としては循環器・整形外科領域が多く、眼科や耳鼻科等の専門病院も含まれている。

平均在院日数の短いDPC算定病床の状況③(DPCデータ)



<平均在院日数が短いDPCの例>

DPC	平均在院日数	症例数	割合
小腸大腸の良性疾患 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等あり 副傷病なし	2.86日	2,435	31.0%
前立腺の悪性腫瘍 前立腺針生検法あり	2.81日	875	11.1%
睡眠時無呼吸 手術なし 終夜睡眠ポリグラフィあり	2.08日	672	8.5%
流産	1.88日	630	8.0%
鼠径ヘルニア 15歳未満 ヘルニア手術あり	2.55日	559	7.1%
食物アレルギー 小児食物アレルギー負荷試験あり	1.57日	547	7.0%
小腸大腸の良性疾患 手術なし 副傷病なし	2.37日	497	6.3%
食物アレルギー 手術・処置等1なし	2.11日	279	3.5%
その他	—	1,367	17.4%

平均在院日数の短い病院は平均在院日数が3日以内のDPCが占める割合が多い。3日以内のDPCの内訳としては、小腸・大腸の良性疾患のポリープ切除術や前立腺針生検、終夜睡眠ポリグラフィ目的の入院が多い。

論点4

特定除外患者

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟(13対1、15対1病棟に限る)における長期療養患者の評価体系(特定除外制度)の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料(出来高)の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
 - ②療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)とし、平均在院日数の計算対象外する。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。
なお、②の場合には、地方厚生(支)局に届出を行うこと。

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

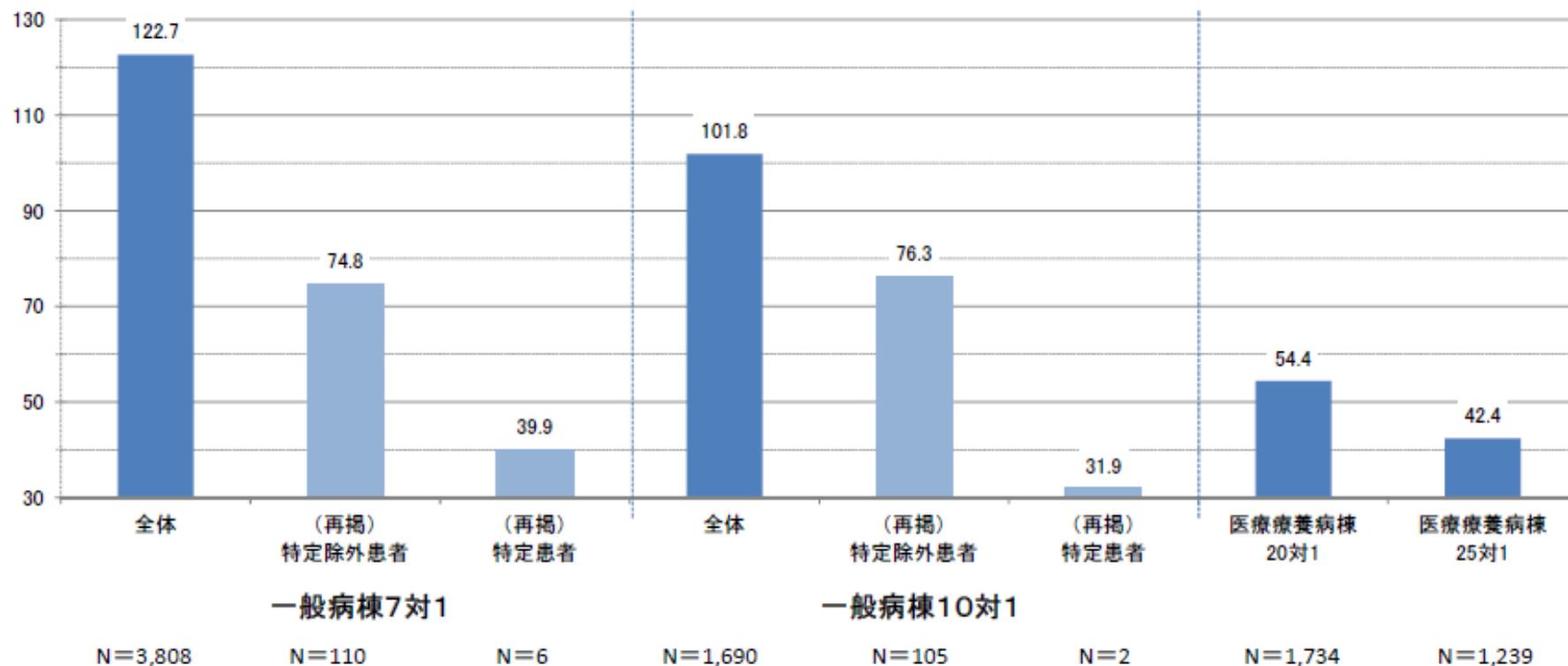
		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
	[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%

病棟ごとのレセプト請求金額の比較

「平成24年度入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査(速報)」より
一般病棟(7:1、10:1)と療養病棟における病棟ごとのレセプト請求金額

平成24年度

※患者1人1月当たりの請求額
(万円)



特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を 含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を 含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0

論点5

亜急性期病床と回復期リハ

回復期リハ病棟入院料・亜急性期入院医療管理料の主な施設基準等

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	亜急性期入院医療管理料
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上	13対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上	—
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任の在宅復帰支援を担当する者1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上	—	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上	6割以上*
重症患者の退院時日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—	—
その他	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(新規以外、回リハ1・2と併存不可)	病室単位で届出、診療録管理体制加算を届け出ている、一般病床の3割以下(200床以上は40床)
点数	1,911点	1,761点	1,611点	2,061点(リハなし・60日まで) 1,911点(リハあり・60日まで)

*亜急性期入院医療管理料の在宅復帰率には老健施設を含む

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	<u>1,911点</u>
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	<u>1,761点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

亜急性期入院医療管理料の患者の特徴①

亜急性期のない
13対1入院基本料

N=1,184

主病名	患者数
脳梗塞	347
骨折	180
脳内出血	141
肺炎	43
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	41
関節症	37
くも膜下出血	36
悪性新生物	31
その他	328

亜急性期入院医療管理料

N=123

主病名	患者数
骨折	39
脳梗塞	8
関節症	7
その他の損傷及びその他の外因の影響	7
悪性新生物	6
脊椎障害(脊椎症を含む)	6
その他	54

回復期リハビリテーション
病棟入院料1

N=430

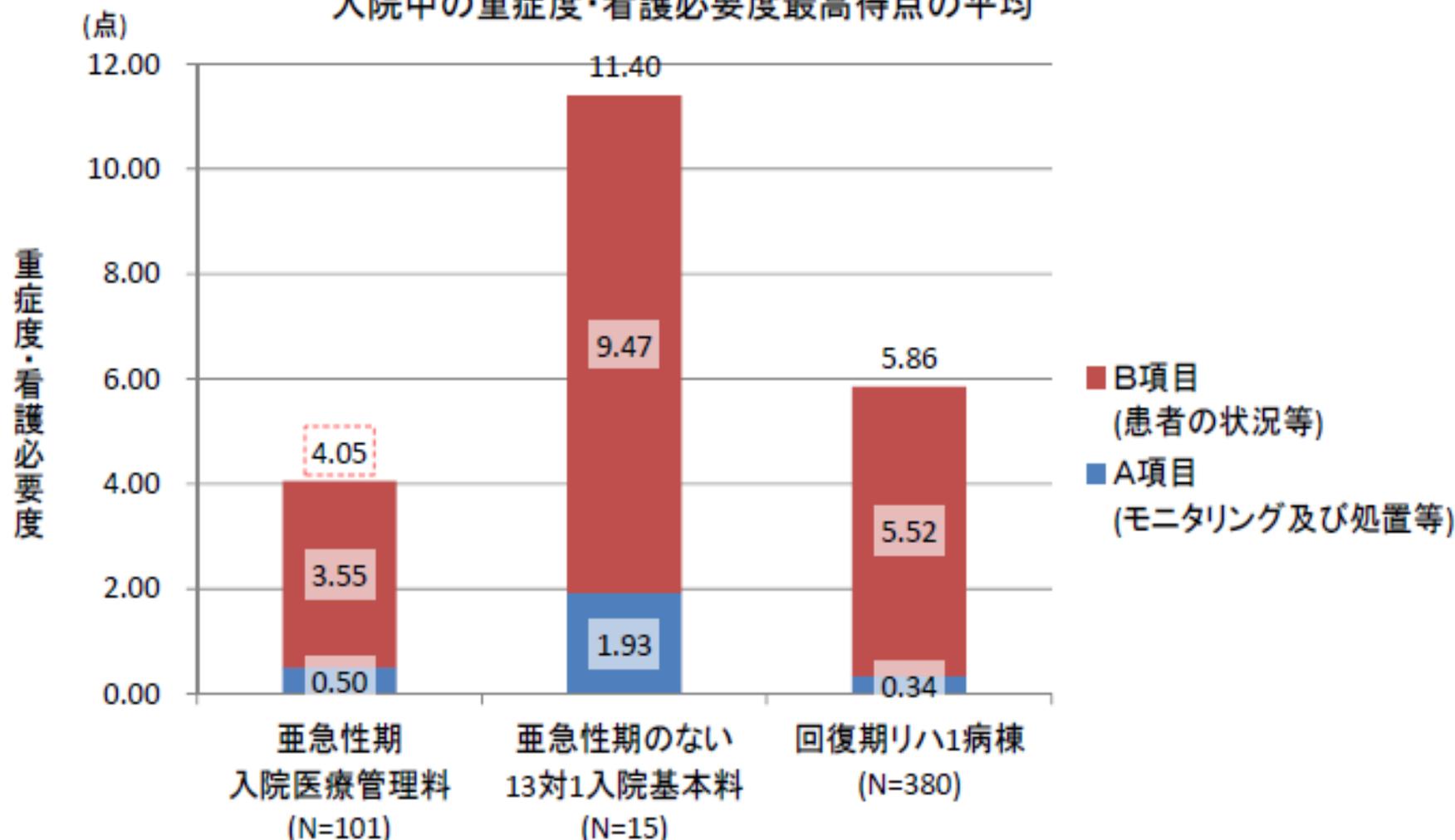
主病名	患者数
脳梗塞	158
脳内出血	67
骨折	60
くも膜下出血	22
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	17
関節症	16
脊椎障害(脊椎症を含む)	16
その他の損傷及びその他の外因の影響	12
その他	62

亜急性期入院医療管理料の患者は回復期リハビリテーション病棟入院料1の患者と亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の患者と病名はおおむね重複している。

平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者の特徴②

入院中の重症度・看護必要度最高得点の平均

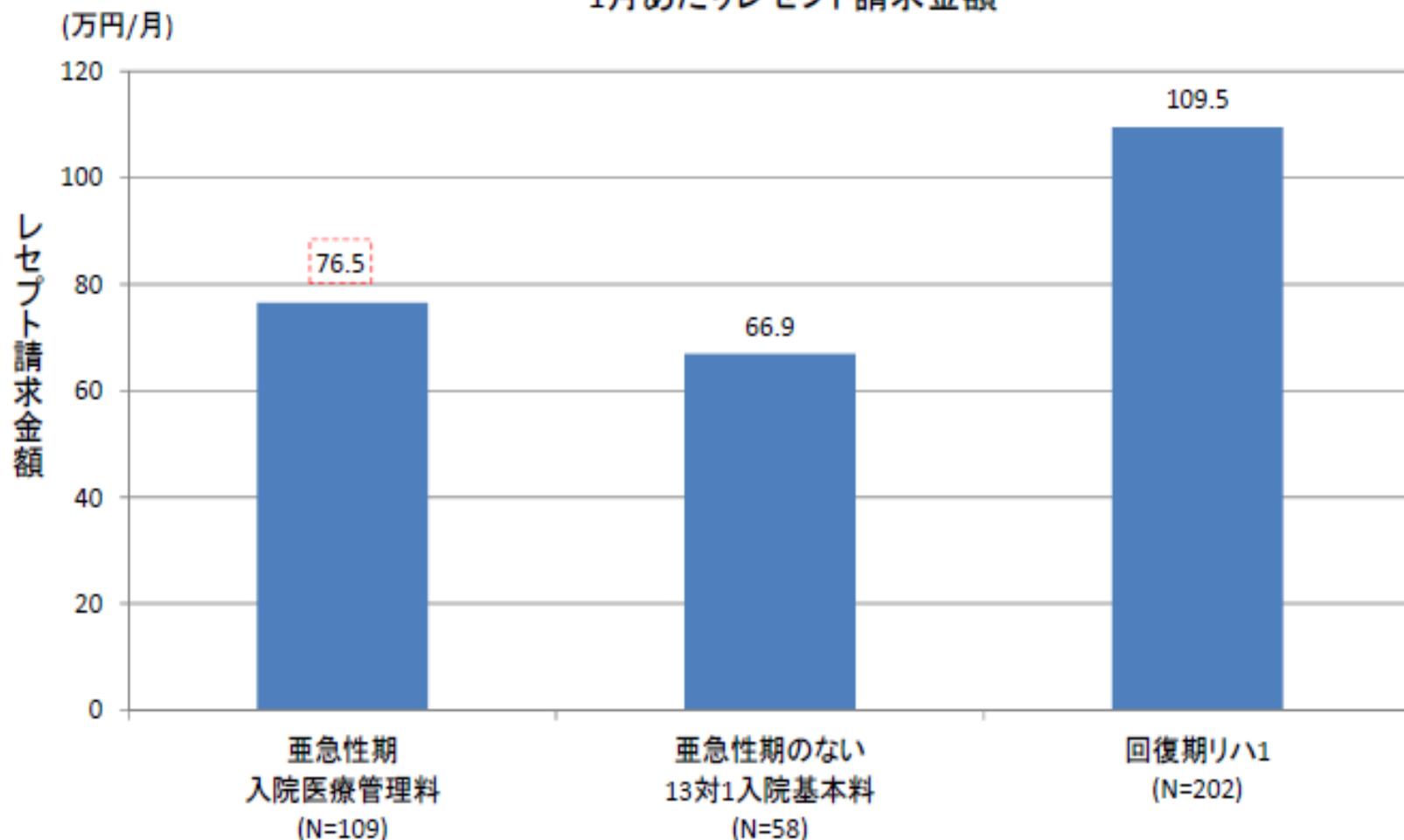


平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ病棟1の患者と亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の患者と比較して重症度・看護必要度の最高得点が低い。

亜急性期入院医療管理料の患者のレセプト請求額

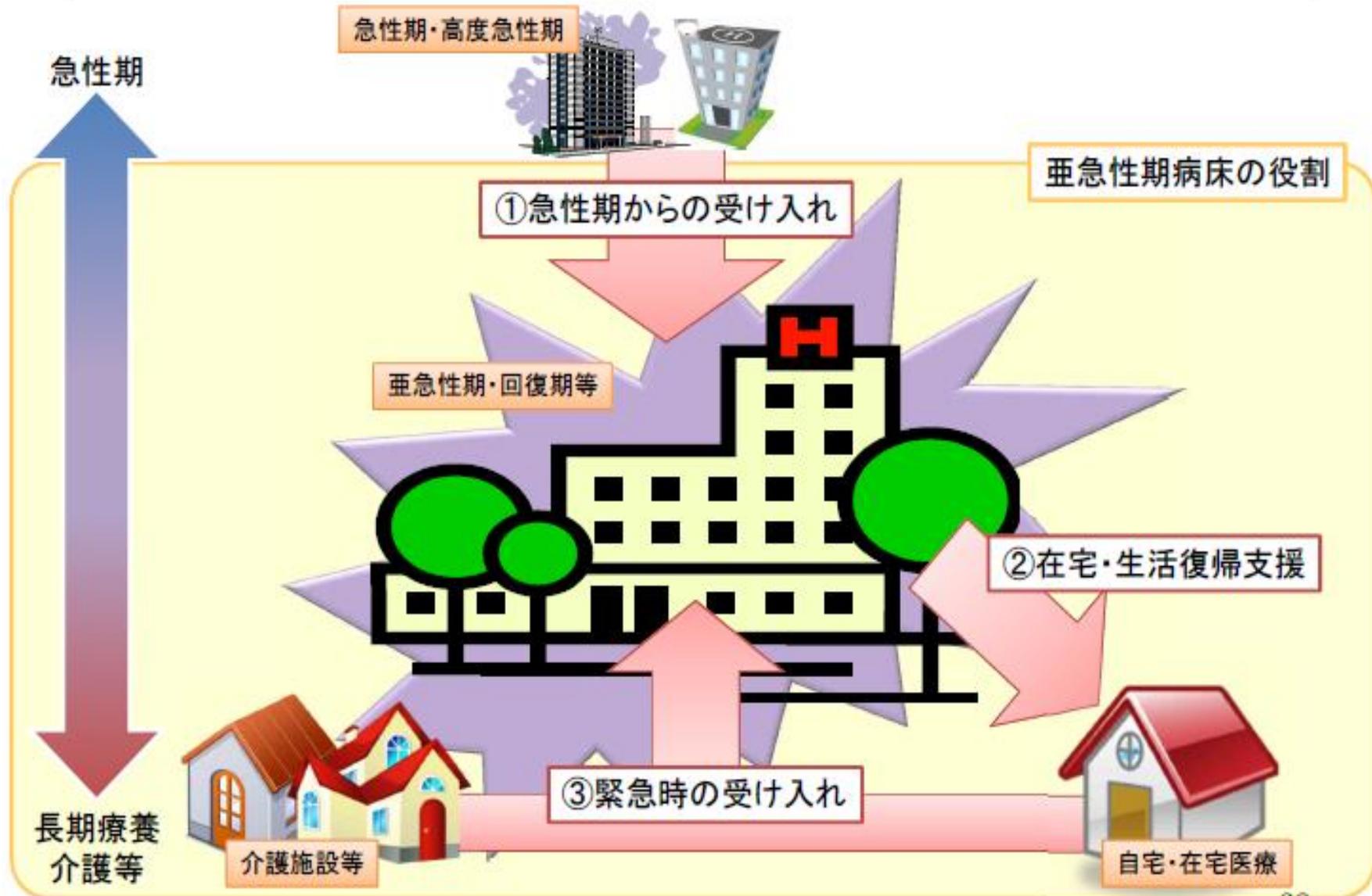
1月あたりレセプト請求金額



平成24年度 入院医療等の調査より

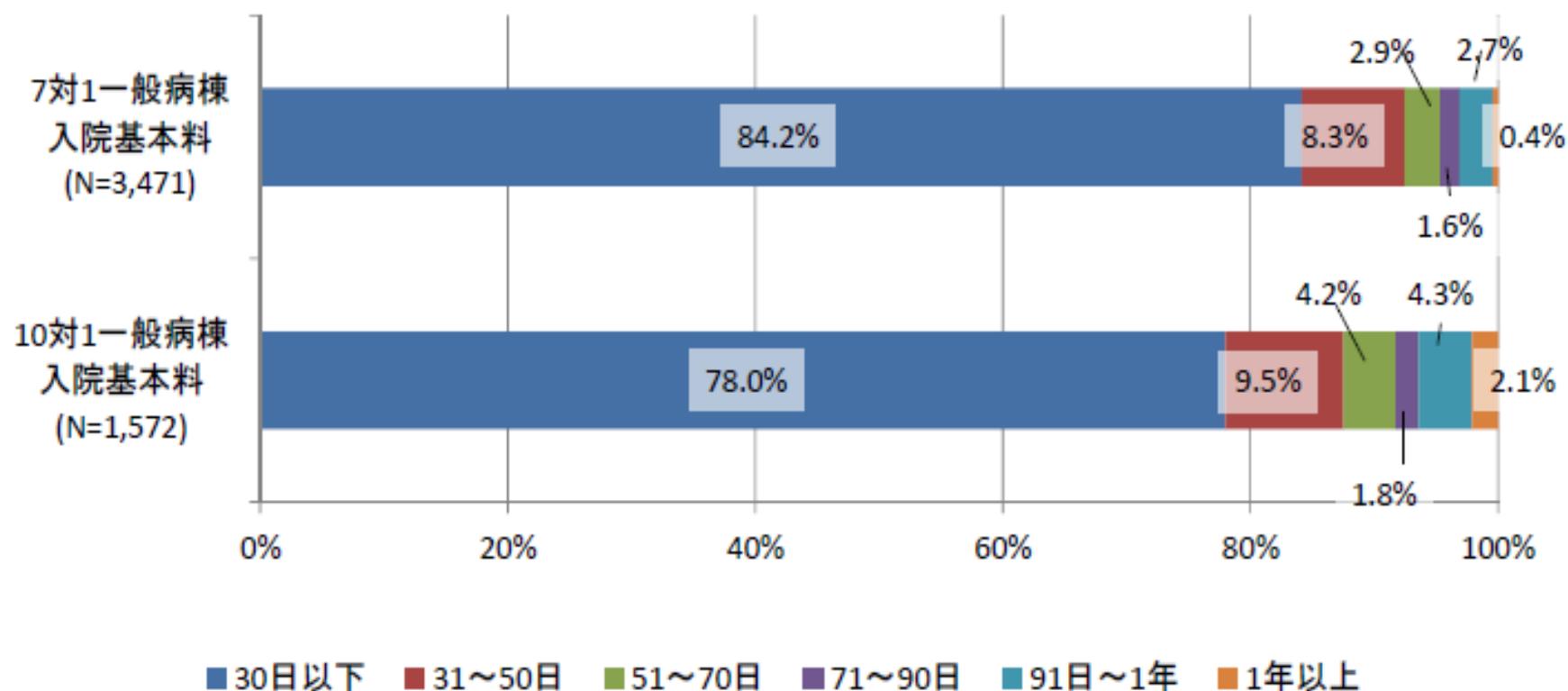
亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ1の患者と比較してレセプト請求金額が少なく、13対1入院基本料の患者と比較して高い。

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



7対1、10対1病棟における入院患者の在院日数

在院日数



90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

(改) 診調組 入-1
25.5.16

		7対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合
全体		142	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%
	[12] 上記 [1]~[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%
	[99] 未記入	2	1.4%

平成24年度 入院医療等の調査より

今後の論点の整理

○これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

入院医療

- ① 急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
- ② 亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
- ③ 地域の実情に応じた病棟の評価のあり方 等

外来医療

- ① かかりつけ医機能の評価
- ② 大病院の紹介外来の推進 等

在宅医療

- ① 在宅療養支援診療所・病院の評価の検討
- ② 不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進 等

また、上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか

入院医療等の調査・評価分科会の
調査結果に基づいて、
早ければ夏前に中医協総会の議論が始まる！



中医協総会