

b 療養病床の転換意向

84病院のうち、回答のあった21施設では、介護保険の施設への転換を考えている施設は4施設であり、うち3施設が介護老人保健施設、1施設が介護老人福祉施設であった（図表19）。

図表19 療養病床の転換意向(転換先別の意向あり施設数・病床数、n=21)

		意向あり 施設数	転換希望 延べ病床数
医療 保険	1 医療療養病床(病院又は診療所)	15	686
	2 (再掲)回復期リハビリテーション病棟	8	229
	3 (再掲)介護保険移行準備病棟	0	-
	4 一般病床	5	220
	5 (再掲)回復期リハビリテーション病棟	1	44
	6 (再掲)亜急性期病棟	1	10
	7 (再掲)特殊疾患療養病棟	0	-
	8 (再掲)障害者施設等入院基本料を算定する病棟	1	93
	9 精神病床	0	-
	10 (再掲)特殊疾患療養病棟	0	-
	11 (再掲)老人性認知症疾患治療病棟	0	-
	12 診療所(無床)	0	-
介護 保険	13 介護療養病床(病院又は診療所)	0	-
	14 (再掲)経過型介護療養病棟	0	-
	15 老人性認知症疾患療養病床	0	-
	16 介護老人保健施設	3	243
	17 介護老人福祉施設	1	53
	18 有料老人ホーム	0	-
	19 軽費老人ホーム(ケアハウス)	0	-
	20 グループホーム	0	-
そ の 他	21 廃止	1	38
	22 その他	1	50
計		-	1,290

※84病院中、21病院に療養病床の転換意向の回答があった。

※21病院中、6病院は、H17.11からH18.11までの間に医療療養病棟の病床数の増減を行っている。

⑦ 患者分類に対する病院長の評価

病院長による基本事項に関する評価においては、患者分類に対する総合的評価として、「やや不適當である」「不適當である」の合計が6割近くに上ったほか（図表20）、医療区分2、3の各項目に対する評価として、24時間持続点滴、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適當との意見があった。

なお、不適當との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適當として評価されたと考えられる。

また、医療区分2に加えるべき項目として、経管栄養、胃瘻等の処置を挙げる意見が多数あった。

医療区分・ADL区分の評価・記録頻度は1週間に1度でよい、との意見が4割近くを占めた（図表21）。

療養病床への入院対象としては、急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要としている患者、在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者、経口摂取が困難な患者を挙げる意見が多数あった（図表22）。

患者分類の導入に伴う対応として、療養病棟の機能を明確化し、入退院する基準を見直した、患者特性の把握及び記録をより綿密に行うようになった、との意見が多数あった（図表23）。

また、医師、看護職員の数を増やした、または一人当たりの勤務時間が増加した、とする回答が6割から7割あった（図表24、25）。

図表20 患者分類に対する総合的評価

	全体(n=84)		一般病床併設あり(n=55)		一般病床併設なし(n=29)	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
妥当である	0	-	0	-	0	-
おおむね妥当である	16	19.0	11	20.0	5	17.2
どちらとも言えない	18	21.4	14	25.5	4	13.8
やや不適當である	24	28.6	11	20.0	13	44.8
不適當である	25	29.8	18	32.7	7	24.1
無回答	1	1.2	1	1.8	0	-
合計	84	100.0	55	100.0	29	100.0

図表21 医療区分・ADL区分評価票の妥当な記入頻度

	全体 (n=84)		一般病床併設あり (n=55)		一般病床併設なし (n=29)	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
1. 評価票の記録の頻度は、毎日でよい。	12	14.3	8	14.5	4	13.8
2. 評価票の記録の頻度は、2・3日に1度でよい。	6	7.1	4	7.3	2	6.9
3. 評価票の記録の頻度は、1週間に1度でよい。	32	38.1	17	30.9	15	51.7
4. 評価票の記録の頻度は、2週間に1度程度でよい。	6	7.1	6	10.9	0	-
5. 評価票の記録の頻度は、1ヶ月に1度でよい。	7	8.3	7	12.7	0	-
6. 評価票の記録の頻度は、入退院時および患者の状況が変化したときのみでよい。	18	21.4	11	20.0	7	24.1
7. なんともいえない。	0	-	0	-	0	-
8. その他	3	3.6	2	3.6	1	3.4
合計	84	100.0	55	100.0	29	100.0

図表22 療養病床への入院対象として相応しい患者像

	全体 (n=84)		一般病床併設あり (n=55)		一般病床併設なし (n=29)	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
1. 急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要としている患者	77	91.7	49	89.1	28	96.6
2. 在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者	62	73.8	41	74.5	21	72.4
3. 介護保険施設での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者	53	63.1	31	56.4	22	75.9
4. 積極的なリハビリテーションが必要な患者	42	50.0	27	49.1	15	51.7
5. 維持期のリハビリテーションが必要な患者	57	67.9	38	69.1	19	65.5
6. 終末期ケアを要する患者	54	64.3	34	61.8	20	69.0
7. 重度の意識障害を有する患者	52	61.9	33	60.0	19	65.5
8. 重度の認知機能障害を有する患者	26	31.0	15	27.3	11	37.9
9. 経口摂取が困難な患者	67	79.8	42	76.4	25	86.2
10. その他	7	8.3	2	3.6	5	17.2
合計	84	100.0	55	100.0	29	100.0

図表23 包括評価分類の導入に伴う対応(患者ケアに関する対応)

	全体 (n=84)		一般病床併設あり (n=55)		一般病床併設なし (n=29)	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
1. 療養病棟の機能を明確化し、入退院する基準を見直した。	53	63.1	35	63.6	18	62.1
2. 患者特性の把握および記録をより綿密に行うようになった。	48	57.1	27	49.1	21	72.4
3. 患者特性に対応したケアを行うことがより容易になった。	11	13.1	6	10.9	5	17.2
4. ケアの質が低下した。	9	10.7	3	5.5	6	20.7
合計	84	100.0	55	100.0	29	100.0

図表24 包括評価分類の導入に伴う対応(医師に関する対応)

	全体 (n=84)		一般病床併設あり (n=55)		一般病床併設なし (n=29)	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
1. 医師の数を増やした。	10	11.9	6	10.9	4	13.8
2. 医師の一人当たりの勤務時間(当直等を含む)が増えた。	48	57.1	28	50.9	20	69.0
3. 医師のオンコール体制を拡充した。	13	15.5	9	16.4	4	13.8
4. 医療ニーズにより適切に対応できる医師を新たに採用した。	6	7.1	4	7.3	2	6.9
(再掲) 1、2のいずれかに該当する場合	52	61.9	30	54.5	22	75.9
合計	84	100.0	55	100.0	29	100.0

図表25 包括評価分類の導入に伴う対応(看護職員に関する対応)

	全体 (n=84)		一般病床併設あり (n=55)		一般病床併設なし (n=29)	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
1. 看護師・准看護師の数を増やした。	28	33.3	18	32.7	10	34.5
2. 看護補助職の数を増やした。	22	26.2	14	25.5	8	27.6
3. 看護職員の一人当たりの勤務時間が増えた。	42	50.0	24	43.6	18	62.1
4. 医療ニーズにより適切に対応できる看護職員を新たに採用した。	8	9.5	6	10.9	2	6.9
5. 患者特性の把握、区分構成のモニター等のために専属の看護師を配置した。	9	10.7	4	7.3	5	17.2
(再掲) 1、2、3のいずれかに該当する場合	60	71.4	38	69.1	22	75.9
合計	84	100.0	55	100.0	29	100.0

⑧ 医療の質の変化の状況

医療の質の変化については、今回の調査の目的としていないため、調査結果から正確な質の変化を算出することは困難であるが、推測可能な項目を用いて質の変化について検討を試みた。

平成17年度調査と平成18年度調査で比較可能な41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、包括評価導入前後の医療の質の変化について検討を行った。

平成17年度と18年度におけるQIの平均値を比較すると（図表26-1）、「痛み」や「身体抑制」の値はやや低下しているが、その他の項目は全て高くなっていた。

今回は、アセスメントのデータ等によるリスク調整（重症者を多く受け入れるようになれば必然的にリスクが高くなることなどを調整）が不十分なため、何らかの結論を得ることができなかった。

図表26-1 QIの変化

QI項目	平成17年度			平成18年度		
	病院数	分母の患者数	平均値	病院数	分母の患者数	平均値
痛み	39	1,799	8.4%	39	1,725	8.1%
褥瘡ハイリスク	31	1,103	15.8%	34	1,231	19.9%
褥瘡ローリスク	28	564	2.1%	22	370	2.9%
身体抑制	39	1,799	31.6%	38	1,725	30.0%
留置カテーテル	39	1,799	9.3%	39	1,725	12.6%
尿路感染	39	1,799	3.5%	39	1,725	8.0%
ADLの低下①	33	972	9.0%	30	961	9.9%
ADLの低下②	20	358	8.4%	16	274	11.4%

ただし、Q I の値がはずれ値を越えている病院については、Q I 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と考えられる（図表 26-2）。

図表26-2 Q I のはずれ値病院

QI 項目	平成17年度		平成18年度	
	病院数	外れ値 病院数	病院数	外れ値 病院数
痛み	39	2	39	3
褥瘡ハイリスク	31	2	34	0
褥瘡ローリスク	28	2	22	2
身体抑制	39	2	38	2
留置カテーテル	39	2	39	2
尿路感染	39	2	39	1
ADLの低下①	33	2	30	1
ADLの低下②	20	1	16	1

※外れ値病院数とは、平均値が[平均+2×標準偏差]を超えた病院数。

⑨ 医療療養病棟の入院料算定の状況

全国の医療療養病棟の入院患者のレセプトでの入院料の算定状況においては、医療区分1に該当する患者が35%、医療区分2が48%、医療区分3が16%であり、平成17年度と比較して医療区分1の患者の割合が減少し、医療区分2、3の患者の割合が増加していた（図表27、28）。

図表27 平成18年10月分国保支払分レセプト調査

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL区分3	10.5%	40.1%	16.3%	
ADL区分2	24.9%			
ADL区分1		8.2%		
計	35.4%	48.2%	16.3%	

※10月分レセプトの算定実口数による構成比

図表28 平成17年9月患者特性調査(平成17年度調査)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL区分3	14.0%	18.3%	6.3%	38.6%
ADL区分2	16.1%	10.2%	1.2%	27.5%
ADL区分1	22.8%	9.8%	1.3%	33.9%
計	53.0%	38.3%	8.8%	100.0%

※「患者特性調査」の調査項目に基づく構成比

※患者分類に際し、特殊疾患療養病棟1及び2の患者に対する経過措置は考慮していない。

⑩ 有床診療所の患者分布の状況

有床診療所においては、平成17年度と比較して医療区分毎の患者構成比に変化なく、病院と異なり、医療と介護の機能分担は進んでいないことが明らかになった(図表29、30)。

図表29 平成18年度調査(109施設)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL区分3	9.9%	27.7%	3.5%	
ADL区分2	46.6%			
ADL区分1		12.3%		
計	56.4%	40.0%	3.5%	100.0%

図表30 平成17年度調査(170施設)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL区分3	4.3%	9.5%	2.3%	16.1%
ADL区分2	6.9%	8.6%	1.0%	16.5%
ADL区分1	41.3%	24.5%	1.6%	67.4%
計	52.4%	42.7%	4.9%	100.0%

4. 調査結果に基づく検討

当分科会としては、医療区分、ADL区分の妥当性の検証を行うにあたって医療療養病棟の役割について、まず明確にする必要があると考え検討を行った。

(1) 医療療養病棟の役割について

医療療養病棟の役割について検討するには、介護施設における医療の在り方について、明確となっている必要があるが、検討中であるため、現時点での介護施設に関する検討状況を踏まえた上での考察となっている。

① 病院長の意見

病院長のアンケート調査結果からは、医療療養病棟の役割（入院対象として相応しい患者像）として、ア 急性期一般病棟での治療後の受け皿、イ 経口摂取が困難な患者、ウ 在宅や介護保険施設での療養が一時的に困難になった際の受け皿、エ 終末期ケア、オ 意識障害を有する患者の受け皿をあげる意見が多数であった。

② 分科会としての意見

医療療養病床の役割としては、医療機能の分化と連携の視点から、急性一般病院での治療後の受け入れが期待され、今回の調査結果からも、そのような患者の受け入れが実際に行われていた。また、急性期治療後の患者を受け入れ、円滑な在宅療養等への導入を図る一方、在宅療養等の患者等が入院治療を必要とする場合に対応する等、在宅支援の役割も担っている。

一方、医療の必要性が高く、継続的に医療療養病床での療養の提供が求められる患者像として、終末期の看取りや緩和ケアを必要とする患者、神経難病、認知症の患者等を挙げる意見もあった。

なお、喀痰吸引や経管栄養、膀胱留置カテーテル等の医療処置が継続的に必要な患者については、介護施設においてそのような患者に対応できる位置づけができるまでは、医療療養病床において療養を提供すべきではないかという意見が出された。

(2) 医療区分、ADL区分、認知機能障害加算の妥当性について

① 概括的評価

医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者1人1日当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から概ね妥当であると考えられた。

② 医療区分に関する個別項目の検討

個別項目の検討に際して、医療療養病床には、患者の生活を支える視点から、医療が生活の中で提供されることが重要である。このことから、点滴・注射やカテーテル等の医療処置により医療の必要性を測るよりも状態像から医療の必要性の高さを測るべきであり、高齢者の状態像に視点をおいて検討するべきであるという意見が多く出された。

また、昨年7月に導入された患者分類であり、医療機関の現場で十分に理解されているか、アセスメントが正確にされているか等について検証が十分でなく、現場の実態を十分に反映していない可能性があることから、医療区分項目の追加、削除の範囲は最小限に留めるべきであるとの意見が出された。

a 新たに医療区分3の評価項目とするものについて

調査結果から、各項目に該当する患者の平均のケア時間、1日費用について、全体の平均と比較を行い、特に、ケア時間が長い項目及び費用が高い項目を抽出した。

抽出した項目に該当する患者のうち、すでに他の項目により医療区分3と分類されている患者を除き、平均のケア時間、1日費用を算出して検討を行った。

検討の結果、特に、ケア時間が長く、費用が多くかかり、医療区分3と同等と考えられる項目としては、「医師の1日数回の指示見直しが必要」、「医師の毎日の指示見直しが必要であり、看護師による頻回の観察が必要」、「医師の毎日の指示見直しが必要であり、看護師による24時間の観察が必要」等の医療提供頻度にかかる項目が挙げられた。これらの項目については、看取りを評価する項目であり採用すべきであるという意見もあったが、診療報酬上の評価とするには曖昧な項目であり不適切という指摘がなされた。

b 新たに医療区分2の評価項目とするものについて

医療区分3の評価項目の検討と同様に、調査結果から、各項目に該当する患者

の平均のケア時間、1日費用について、全体の平均と比較を行い、ケア時間が長い項目及び費用が高い項目を抽出した。

抽出した項目に該当する患者のうち、すでに他の項目により医療区分2以上と分類されている患者を除き、平均のケア時間、1日費用を出して検討を行った。

検討の結果、ケア時間が長く、費用が多くかかり、医療区分2と同等と考えられる項目としては、「個室管理」、「余命6ヶ月以下」、「注射・点滴日数が週に6日」、「注射・点滴日数が週に7日以上」、「抗生物質注射」、「末梢静脈栄養」の項目が挙げられた。これらの項目については、診療報酬上の評価とするには曖昧な項目であり不適切な項目であると考えられた。また、医療処置の項目であり、適切なケアから外れる可能性のある項目であり不適切である等の指摘がなされた。

c 医療区分3から医療区分2の評価項目に変更するものについて

調査結果から、医療区分3の各項目に該当する患者の平均のケア時間、1日費用について、全体の平均と比較を行い、特に、ケア時間が長くない項目及び費用が高くない項目を抽出した。

抽出した項目に該当する患者のうち、すでに他の項目により医療区分3と分類されている患者を除き、平均のケア時間、1日費用を出して検討を行った。

検討の結果、「ドレーン法・胸腹腔洗浄」については、ケア時間、1日費用の共に、全体の費用と差がなかったが、患者数が9名とごくわずかであった。

また、「酸素療養」、「発熱を伴う気管切開・気管内挿管」、「感染隔離室におけるケア」については、ケア時間、1日費用共に、全体費用と差がなかった。ただし、「発熱を伴う気管切開・気管内挿管」については、すべての患者が重複する他の項目により医療区分3として評価されていた。また、「感染隔離室におけるケア」については、他の評価項目に該当しない患者数が13名とわずかであった。

「酸素療養」については、現在の規定を見直し、今後、適切な要件とすることが必要であると考えられる。

d 医療区分2の評価項目から除くものについて

調査結果から、医療区分2の各項目に該当する患者の平均のケア時間、1日費用について、全体の平均と比較を行い、ケア時間が長くない項目及び費用が高くない項目を抽出した。

抽出した項目に該当する患者のうち、すでに他の項目により医療区分2と分類されている患者を除き、平均のケア時間、1日費用を出して検討を行った。

検討の結果、「うつ状態」、「問題行動」、「多発性硬化症」、「パーキンソン病関連疾患」、「神経難病以外の難病」、「脊髄損傷（四肢麻痺が伴う）」、「脱水」、「嘔吐」については、ケア時間、1日費用の共に、全体の費用と差がなかった。ただし、「問題行動」、「多発性硬化症」、「脊髄損傷（四肢麻痺が伴う）」、「嘔吐」につ

いては、他の評価項目に該当しないものが、少数であった。

「うつ状態」、「問題行動」の項目については、適切な治療ケアの方法が必ずしも実施されていない可能性もあり、本来は、ニーズとして存在するため、項目を除外するよりも、現在の規定を見直し、今後、適切な要件とすることが必要であると考えられる。

また、難病については、医療療養病床として本来受け入れるべき患者像であり、ケアの時間での評価ではなく、ケアの難易度から考えれば、項目を除外するべきでないとの意見が出された。

さらに、「脱水」、「嘔吐」について詳細に検討を行ったところ、「発熱の伴う脱水」、「発熱の伴う嘔吐」の患者については、全体の平均よりもケア時間が長く、1日費用がかかっていた。

e 経管栄養・胃瘻について

病院長へのアンケート調査で特に、医療区分2に加えるべき項目として意見の多かった経管栄養、胃瘻等の処置について、別に検討を行った。検討を行うため、経管栄養等、ADLの低下に特に関連すると思われる項目について、当該項目のみを選択されている者のうち、ADL区分3の平均ケア時間を比較すると、経管栄養、胃瘻のみを選択している者の平均ケア時間は、全体のケア時間よりもわずかに短かった。

③ 認知機能障害について

認知機能障害の有無については、平成17年度の分科会案において、ADL区分1の、医療区分1と2を対象としたが、今回の調査では、このうち医療区分1については、ケア時間も費用も若干の差が認められた。しかし、医療区分2については両者に差が認められなかった。

(3) 患者分類と費用について

患者分類毎の患者1人1日当たりの費用は、医療区分及びADL区分の順序と対応しており、費用の分類について妥当であると考えられた。

しかしながら患者分類毎の費用を見ると、医療区分3・ADL区分3と医療区分1・ADL区分1との差は、4,842円～8,310円となっており、それほど差があるものとなっていなかった。

現在の診療報酬における入院基本料と比較すると（図表31～34）、医療区分1のADL区分1～3は、患者1人1日当たり費用に比べ低く設定されており、一方、医療区分3及び医療区分2のADL区分1～2は、費用に比べて高く設定されていた。

診療報酬における入院基本料の設定は、医療区分それぞれにみると、今回の調査結果から算出された費用に比べ、上下に幅が広がっていることがわかった。

図表31 患者分類(11区分)毎の入院基本料

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	8,850	13,440	17,400
ADL区分2	7,640	13,440	17,400
ADL区分1	7,640	12,250	17,400
	7,640	12,200	

図表32 患者分類(11区分)毎の収入推計(コスト調査実施69病院)

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	13,341	17,931	21,891
ADL区分2	12,131	17,931	21,891
ADL区分1	12,131	16,741	21,891
	12,131	16,691	

※入院基本料以外の収入を一律4,491円とした。

※4,491円の内訳は、入院基本料等加算1,163円、出来高部分580円
リハビリテーション828円、食事療養費1,920円とした。

図表33 患者分類(11区分)毎の収入・費用差
(コスト調査実施69病院:費用差最大の場合)

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-3,534	143	448
ADL区分2	-3,489	573	1,131
ADL区分1	-1,338	1,918	5,397
	-1,001	1,894	

※収入・費用差は、収入から費用を差し引いたもの。

図表34 患者分類(11区分)毎の収入・費用差
(コスト調査実施69病院:費用差最小の場合)

単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-3,534	452	2,063
ADL区分2	-4,224	513	2,412
ADL区分1	-2,996	767	4,697
	-2,855	721	

※収入・費用差は、収入から費用を差し引いたもの。

(4) 患者分類に基づく包括評価導入前後の医療の質の変化について

今回の調査からは、質の評価について糸口をつけたものである。

各Q Iの領域において、それぞれ全体平均と比べて、逸脱した値の病院があり、今後、結果をフィードバックして原因を精査することにより、データの精度と、ケアの質の向上が期待できると考える。また、より正確に評価するためには、各病院における患者データを蓄積し、患者の特性でリスク調整をさらに行う必要がある。

(5) 患者及び施設の介護への移行の状態について

医療療養病棟においては、医療の必要性の高い患者の受け入れが進み、それに相応しい職員数の増加及び職員1人当たりのケア時間の増加が見られることが明らかとなった。しかしながら、医療療養病棟の多くが介護等への移行を考えていないことも明らかとなった。

5. 今後の課題

<医療の質の評価について>

医療療養病床の患者に対して、生活の中での医療、尊厳に配慮した医療、患者及びその家族が安心・納得できる医療が行われるためには、医療の質の評価が不可欠である

今回の調査において検討が実施できなかった医療の質の評価については、安定したQ Iの指標を算出するため、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。今後、これに向けた検討が必要である。