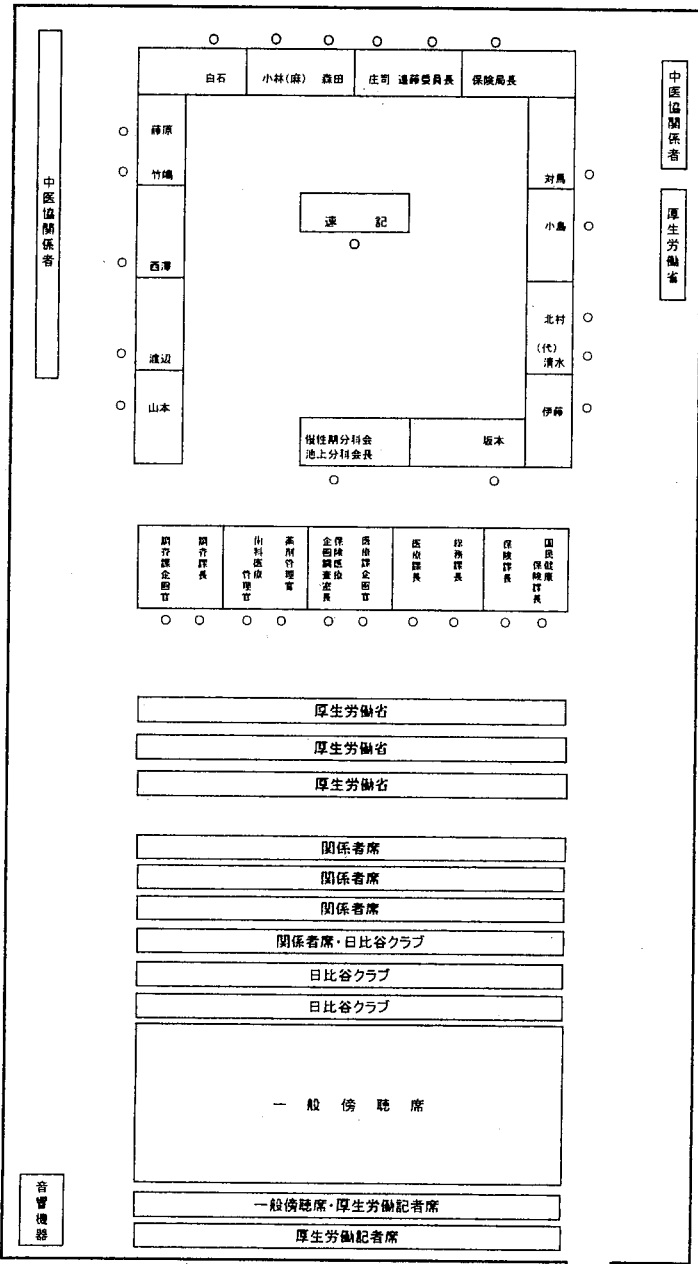


中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会座席表

日時:平成21年9月18日(金) 9:00~9:45(日途)
会場:全国都市会館 第2会議室 (3階)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第141回)
議事次第

平成21年9月18日(金)
於 全国都市会館

議 題

- 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会からの報告について
- DPCについて
 - ・ DPCからの退出について
- その他

平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査

報告書

平成21年9月

診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価分科会
分科会長 池上直己

目 次

I. 分科会での検討の経緯	
1. 背景等	1
2. 平成 20 年度診療報酬改定後の医療課による調査の実施	1
3. 当分科会における検討	1
II. 平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の概要	
1. 調査の目的	3
2. 調査対象及び手法	3
3. 結果の概要	4
(1) 分析対象	4
(2) 主な調査結果	5
①患者分類の状況	5
②医療区分採用項目の該当状況に関する経年変化	6
③入院基本料算定の状況	8
④患者 1 人 1 日当たり費用等の状況	11
⑤職員配置等の状況	15
⑥病床転換の状況	17
⑦入退院患者の状況	18
⑧提供されている医療サービスの質に関する状況	23
III. 一般病棟で提供される医療の実態調査の概要	
1. 目的	25
2. 調査対象及び手法	25
3. 主な調査結果	25
(1) 在院期間の状況	26
(2) 医療区分の状況	27
(3) 医療区分採用項目の該当状況	28
(4) その他の患者状態像（医療区分採用項目以外）	29
(5) 検査・投薬の実施状況	30
IV. 調査結果のまとめ	
1. 「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」について	31
(1) 調査手法について	31
(2) 調査結果の分析	31
①患者分類と診療報酬請求について	31
②病院と診療所の医療療養病床における機能について	32
③病院の収支について	33
④提供されている医療サービスの質について	33

2. 「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」について	34
(1) 調査手法について	34
(2) 調査結果の分析	34
① 在院日数による患者像の比較	34
② 在院日数による医療サービス提供状況の比較	34
③ 在院日数と診療報酬請求の関係	35

V. 今後の課題

1. 短期的課題とされた事項について	36
(1) 患者分類の妥当性について	36
(2) 各医療機関における分類の適切性について	36
(3) 提供されている医療サービスの質について	37
2. 中・長期的な課題とされた事項について	38

I. 分科会での検討の経緯

1. 背景等

(1) 分科会の位置づけ

当分科会は、中医協基本問題小委員会における慢性期入院医療に関する議論に資する調査及び検討を行うため、平成 15 年に調査専門組織の一つとして発足したものである。

(2) 平成 18 年度診療報酬改定における患者分類の導入と検証

① 当分科会は、調査データに基づき、医療区分とADL区分からなる9区分の患者分類を提案した。その結果は、中医協基本問題小委員会に報告され、平成 18 年度診療報酬改定における包括支払制度の導入にあたって、5 区分に再編された上で採用された。

② 改定後、当分科会は「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(以下、「18 年度慢性期調査」という。)を実施し、患者分類の妥当性を再確認した。併せて、一部の医療区分の要件見直しと、医療の質に係る評価の必要性を提言した(平成 19 年 8 月 8 日「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書」)。その結果は、平成 20 年度診療報酬改定において、一部の医療区分の要件が厳格化され、また「治療・ケアの内容の評価表」として医療の質の評価が採用された。

2. 平成 20 年度診療報酬改定後の医療課による調査の実施

(1) 平成 20 年度診療報酬改定を踏まえ、改定後の医療療養病床の実態を把握する必要があったことから、厚生労働省保険局医療課は、平成 20 年度末に、医療療養病床に関する「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に係る調査」(以下、「20 年度慢性期調査」という。)を実施した。

(2) 続いて、医療課は、一般病棟入院基本料のうち、13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定する病棟(以下、それぞれ「13:1 病棟」「15:1 病棟」という。)を対象として「平成 20 年度 一般病棟で提供される医療の実態調査」を実施した。その際、当分科会が実施した「18 年度慢性期調査」の調査項目が用いられた。

3. 当分科会における検討

(1) 中医協基本問題小委員会に対する付託事項の確認

平成 21 年 5 月に当分科会が再開された。その冒頭、「当分科会の役割を明確化すべき」「一般病床等との関係を含め、慢性期医療に係る中・長期的な課題についても幅広く議論すべき」との議論があった。

これを中医協基本問題小委員会に報告し、当分科会の付託事項を確認した。

(2) 当分科会に付託された検討事項

① 短期的課題

平成 22 年度診療報酬改定に向け、医療療養病床に関して以下の項目を検討することとなった。

- 患者分類の妥当性の検証
- 各医療機関における分類の適切性の検証
- 提供されている医療サービスの質の検証

② 中・長期的課題

医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期医療に係る調査・分析を行うこととなった。

(3) 具体的な検討事項

① 当分科会は、上記付託事項を踏まえ、まず、医療療養病床において提供されている医療の実態について、医療課が実施した「20 年度慢性期調査」を用いて検討した。詳細はⅡ参照。

② 同様に、一般病床の一部において提供されている医療の実態について、「平成 20 年度 一般病棟で提供される医療の実態調査」を用いて検討した。
この調査は、13:1 病棟及び 15:1 病棟で提供されている医療に関する実態調査であり、当分科会が実施した「18 年度慢性期調査」の方法を踏襲し、かつ中医協基本問題小委員会の付託事項((2)②参照)に即していたので、その結果を分析した。詳細はⅢ参照。

Ⅱ. 平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の概要

1. 調査の目的

本調査は、医療療養病床における医療の実態を調査し、中医協基本問題小委員会における診療報酬改定の検討資料とすることを目的としたものである。

2. 調査対象及び手法

「18 年度慢性期調査」の方法を踏襲しつつ、患者分類に基づく包括評価導入に伴う患者構成、コストの変動等、医療療養病床の実態に関する調査を、平成 21 年 1 月から 3 月にかけて実施した。

調査施設数は、医療療養病床を有する全国の病院及び診療所から原則として無作為抽出を行い、病院 700 施設、診療所 650 施設とした。

(1) 施設特性調査

平成 21 年 3 月 1 日時点で療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している保険医療機関を対象に、病床数、入院基本料等加算の算定状況、職員配置の変動、入退院患者数、入退院患者の患者分類、入院元・退院先等について調査を実施した。

(2) 患者特性調査

平成 21 年 3 月 1 日時点で施設特性調査を行う医療機関に入院している患者に対し、年齢・入院期間等の基本属性、医療区分採用項目の該当状況、提供されている医療サービスの内容等について調査を実施した。

(3) コスト調査

平成 20 年 10 月 1 日時点で療養病棟入院基本料を算定している保険医療機関を対象に、調査対象医療機関の人員費、減価償却費、医薬品費、材料費等の払い出し量等について調査を実施した。

(4) 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査

患者特性調査を実施した病院及び有床診療所において療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料が算定されている入院患者の平成 21 年 1 月診療分の診療報酬明細書(以下、「レセプト」という。)を用い、療養病棟入院基本料 A~E 等の算定状況等について調査を実施した。

(5) 国保支払分レセプト調査

療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の算定状況を全国的に把握するため、国民健康保険からの支払いに係る者のうち約 12,500 件(平成 21 年 1 月診療分)のレセプトを収集し、療養病棟入院基本料 A~E 等の算定状況等について調査を実施した。

3. 結果の概要

(1) 分析対象

「20年度慢性期調査」に含まれる各種調査の分析対象は次表の通り。

図表1 分析対象数(病院)

調査票	「20年度慢性期調査」	【参考】 「18年度慢性期調査」
1. 施設特性調査	136 施設	85 施設
2. 患者特性調査	136 施設	85 施設
3. 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査	66 施設	69 施設
4. 国保支払分レセプト調査	12,561 件	115,409 件
5. コスト調査	44 施設	69 施設

図表2 分析対象数(診療所)

調査票	「20年度慢性期調査」	【参考】 「18年度慢性期調査」
1. 施設特性調査	97 施設	—
2. 患者特性調査	96 施設	—
3. 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査	640 件	—
4. 国保支払分レセプト調査	935 件	—

(注)「18年度慢性期調査」では、診療所(109施設)における患者分類の構成比を尋ねる調査のみ実施。

(2) 主な調査結果

① 患者分類の状況

患者特性調査の対象となった全 136 病院における調査対象患者の患者分類の構成比は、医療区分1に該当する患者が 31.9%、医療区分2が 48.3%、医療区分3が 19.8% (医療区分1・医療区分2・医療区分3の構成比がほぼ3:5:2)となっており、これらは「18年度慢性期調査」とほぼ同様の傾向であった(図表3)。

一方、平成 18 年度と平成 20 年度の両方の調査に参加した病院(以下、「共通病院」という。)である 24 病院において、調査対象患者の患者分類の構成比をみると、平成 20 年度では医療区分1に該当する患者が 26.7%、医療区分2が 48.6%、医療区分3が 24.7%であり、平成 18 年度に比して、医療区分1の割合が減少し(30.3%→26.7%)、医療区分3の割合が増加する(20.9%→24.7%)という傾向が認められた(図表4)。

図表3 患者特性調査対象病院(全病院)における患者分類の状況

	20年度調査(136病院)				【参考】18年度調査(85病院)			
	医療区分1 (n=2,498)	医療区分2 (n=3,781)	医療区分3 (n=1,550)	全体 (n=7,829)	医療区分1 (n=1,805)	医療区分2 (n=2,726)	医療区分3 (n=1,066)	全体 (n=5,597)
ADL区分3	10.4%	26.4%	15.0%	51.8%	10.4%	27.9%	15.3%	53.7%
ADL区分2	9.5%	13.0%	3.3%	25.8%	11.2%	12.8%	2.6%	26.7%
ADL区分1	11.9%	8.9%	1.5%	22.4%	10.6%	7.9%	1.1%	19.6%
全体	31.9%	48.3%	19.8%	100.0%	32.2%	48.7%	19.0%	100.0%
無回答(n)	(45)	(39)	(13)	(97)	(5)	(6)	(0)	(11)

【備考】「20年度慢性期調査」の集計対象は、「20年度慢性期調査」の対象病院(136病院)で療養病棟入院基本料を算定している患者(7,829人)。「18年度慢性期調査」の集計対象は、「18年度慢性期調査」対象病院(85病院)の療養病棟入院基本料2を算定している患者(5,597人)。

図表4 患者特性調査対象病院(共通24病院)における患者分類の状況

	20年度調査(共通24病院)				18年度調査(共通24病院)			
	医療区分1 (n=515)	医療区分2 (n=937)	医療区分3 (n=477)	全体 (n=1,929)	医療区分1 (n=770)	医療区分2 (n=1,240)	医療区分3 (n=532)	全体 (n=2,542)
ADL区分3	10.0%	27.9%	19.0%	56.9%	10.9%	29.0%	17.0%	56.9%
ADL区分2	7.9%	13.3%	4.0%	25.2%	10.0%	13.0%	2.8%	25.7%
ADL区分1	8.8%	7.4%	1.7%	17.9%	9.4%	6.7%	1.2%	17.4%
全体	26.7%	48.6%	24.7%	100.0%	30.3%	48.8%	20.9%	100.0%
無回答(n)	(4)	(1)	(2)	(7)	(1)	(3)	(0)	(4)

【備考】集計対象は、「18年度慢性期調査」と「20年度慢性期調査」の共通病院(24病院)における療養病棟入院基本料を算定している患者。「20年度慢性期調査」は、病院によって対象とした病棟数が少なかったため対象患者数は少ない。

診療所については、患者特性調査に基づく患者分類を初めて実施した。

96 診療所における調査結果を病院と比較すると、医療区分1の割合が多く医療区分3の割合が少ないという特徴があった(図表5)。

図表5 患者特性調査対象診療所における患者分類の状況

	20 年度調査(96 診療所)				【参考】18 年度調査(109 診療所)			
	医療区分1 (n=352)	医療区分2 (n=371)	医療区分3 (n=51)	全体 (n=774)	医療区分1 (n=1,247)	医療区分2 (n=885)	医療区分3 (n=78)	全体 (n=2,210)
ADL区分3	6.2%	14.0%	3.6%	23.8%	9.9%	27.7%	3.5%	
ADL区分2	9.3%	13.8%	1.0%	24.2%	46.6%			
ADL区分1	30.0%	20.2%	1.9%	52.1%		12.3%		
全体	45.5%	47.9%	6.6%	100.0%	56.4%	40.0%	3.5%	100.0%
無回答(n)	(19)	(4)	(0)	(23)	(0)	(0)	(0)	(0)

【備考】「20 年度慢性期調査」の集計対象は、20 年度慢性期調査対象診療所(96 施設)で有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者。「18 年度慢性期調査」については、患者分類の構成比を導く調査であった平成 18 年度有床診療所患者分類分布調査(平成 18 年 9 月末日、10 月末日、11 月末日)の集計結果を合計したもの。

②医療区分採用項目の該当状況に関する経年変化

医療区分採用項目の該当状況を平成18年度と比較すると、「尿路感染症に対する治療を行っている状態」「経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態」「1日3回以上の血糖検査を実施」について、3%以上の増加傾向を示した(図表6)。

また、医療区分2及び3の採用項目のうち、平成20年度診療報酬改定の際に要件が厳格になったものが一部あるが、当該項目の該当状況に著しい変化はなかった。

【参考】平成20年度診療報酬改定による医療区分の見直し
(要件が厳格になった項目及びその改定内容)

ア)「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する。

イ)「うつ状態」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。

ウ)「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする。

図表6 患者特性調査対象病院(共通 24 病院)における医療区分採用項目の状況

医療区分採用項目	20 年度調査(共通 24 病院)				18 年度調査(共通 24 病院)			
	医療区分1 (n=519)	医療区分2 (n=938)	医療区分3 (n=479)	合計 (n=1,936)	医療区分1 (n=771)	医療区分2 (n=1,243)	医療区分3 (n=532)	合計 (n=2,546)
1. 24 時間持続して点滴を実施	0.0%	0.0%	42.0%	10.4%	0.0%	0.0%	50.2%	10.5%
2. 尿路感染症に対する治療	0.0%	16.0%	20.9%	12.9%	0.0%	11.8%	11.5%	8.2%
3. 傷病等によりリハビリテーションを必要とする状態	0.0%	5.2%	5.4%	3.9%	0.0%	3.8%	3.2%	2.5%
4. 脱水に対する治療	4.4%	7.7%	20.9%	10.1%	0.0%	10.0%	15.0%	8.0%
脱水に対する治療[×発熱]*	0.0%	2.8%	15.7%	5.2%	0.0%	3.5%	9.0%	3.6%
5. 消化管等の体内から出血が反復継続	0.0%	1.2%	1.5%	0.9%	0.0%	1.0%	2.6%	1.1%
6. 頻回の嘔吐に対する治療	0.2%	0.5%	1.3%	0.6%	0.0%	0.6%	1.5%	0.6%
頻回の嘔吐に対する治療[×発熱]*	0.0%	0.2%	1.0%	0.4%	0.0%	0.2%	0.9%	0.3%
7. せん妄に対する治療	0.0%	1.9%	2.5%	1.5%	0.0%	2.3%	1.9%	1.5%
8. 経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態	0.0%	12.4%	34.0%	14.4%	0.0%	11.3%	26.9%	11.1%
9. 頻回の血糖検査を実施(1日3回以上)	0.0%	17.8%	16.1%	12.6%	0.0%	7.7%	7.5%	5.3%
10. スモンに罹患	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.8%	0.2%
12. 医師及び看護士により、常時、監視・管理	0.0%	0.0%	4.0%	1.0%	0.0%	0.0%	6.2%	1.3%
13. 中心静脈栄養を実施	0.0%	0.0%	27.6%	6.8%	0.0%	0.0%	32.0%	6.7%
14. 人工呼吸器を使用	0.0%	0.0%	8.8%	2.2%	0.0%	0.0%	8.5%	1.8%
15. ドレーン法・胸腹腔の洗浄	0.0%	0.0%	1.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.6%	0.1%
16. 気管切開・気管内挿管(発熱を伴う)	0.0%	0.0%	20.9%	5.2%	0.0%	0.0%	16.0%	3.3%
17. 酸素療法*	0.0%	0.0%	48.6%	12.0%	0.0%	0.0%	46.4%	9.7%
18. 感染隔離室での管理	0.0%	0.0%	9.8%	2.4%	0.0%	0.0%	6.8%	1.4%
19・21 筋ジストロフィー症・筋萎縮性側索硬化症	0.0%	3.0%	1.0%	1.7%	0.0%	3.6%	3.6%	2.5%
20. 多発性硬化症	0.0%	1.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.6%	0.2%	0.3%
22. パーキンソン病関連疾患	0.0%	15.1%	6.1%	8.8%	0.0%	16.7%	8.3%	9.9%
23. その他の難病	0.0%	2.5%	0.6%	1.3%	0.0%	4.9%	1.3%	2.7%
24. 骨髄損傷(頸椎損傷を原因とする四肢麻痺)	0.0%	1.6%	0.6%	0.9%	0.0%	2.2%	0.2%	1.1%
25. 慢性閉塞性肺疾患(V度)	0.0%	1.1%	7.1%	2.3%	0.0%	1.6%	4.5%	1.7%
26. 透析を実施	0.0%	0.7%	0.2%	0.4%	0.0%	2.3%	0.0%	1.1%
29. 悪性腫瘍(疼痛コントロール必要)	0.0%	2.0%	1.3%	1.3%	0.0%	0.8%	0.9%	0.6%
30. 肺炎に対する治療	0.0%	10.1%	20.5%	10.0%	0.0%	11.3%	21.6%	10.1%
31. 褥瘡(2度以上又は2箇所以上)	0.0%	2.9%	4.2%	2.4%	0.0%	4.1%	5.8%	3.2%
32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創	0.0%	1.2%	0.8%	0.8%	0.0%	0.9%	0.8%	0.6%
33. うつ症状*	0.0%	8.8%	4.2%	5.3%	0.0%	9.1%	3.4%	5.1%
34. 他者に対する暴行が毎日認められる*	0.0%	2.9%	0.8%	1.6%	0.0%	2.2%	1.1%	1.3%
35. 1日8回以上の喀痰吸引	0.0%	28.9%	55.1%	27.6%	0.0%	30.6%	51.5%	25.7%
36. 気管切開・気管内挿管(発熱を伴わない)	0.0%	11.8%	31.9%	13.6%	0.0%	12.0%	26.9%	11.5%
37. 創傷、皮膚潰瘍、下腿、足部の蜂巣炎、腫等	0.0%	19.9%	24.0%	15.6%	0.0%	17.6%	19.0%	12.6%

【備考】*は、20 年度改定の際に要件が厳格化された項目。†は、「18 年度慢性期調査」と比べて 3%以上増加したものの。

③入院基本料算定の状況

患者特性調査対象施設請求分レセプト調査の結果では、医療区分1に該当するレセプトが20.4%、医療区分2が54.5%、医療区分3が25.0%であった(図表7)。

一方、平成18年度と平成20年度の両方のレセプト調査・コスト調査に参加した共通10病院が請求したレセプトを用いて各医療区分の割合の経年変化をみると、平成20年度は平成18年度に比して、医療区分1及び医療区分3の割合が減少し(それぞれ26.5%→15.5%、37.7%→31.1%)、医療区分2が増加する(35.8%→53.3%)という傾向が認められた(図表8)。

また、国保支払分レセプト調査では、医療区分1、2、3の割合がそれぞれ20.9%、48.8%、30.2%であり、医療区分3の割合が比較的高い結果となった(図表9)。

患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査、国保支払分レセプト調査の3調査における医療区分の構成比をみると、患者特性調査よりもレセプト調査の方が医療区分3の割合が高い傾向にあることが分かる(図表10)。

図表7 患者特性調査対象病院請求分レセプト調査(全病院)

	20年度調査 (66病院、2,980人)			【参考】18年度調査 (83病院、3,126人)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	8.0%	46.2%	25.0%	7.3%	37.3%	30.7%
ADL区分2	12.4%			18.3%		
ADL区分1		8.3%		6.5%		
計	20.4%	54.5%	25.0%	25.5%	43.8%	30.7%

【備考】「20年度慢性期調査」では、患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成21年1月分)のレセプトコピーを収集した。「18年度慢性期調査」では、タイムスタディ調査・患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成18年11月分)のレセプトコピーを収集した。医療区分及びADL区分の割合は、各レセプトに記載のある1ヶ月間の療養病棟入院基本料(A～Eの5分類)を、日数で加重平均した値を用いた。

図表8 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査(共通10病院)

	20年度調査 (共通10病院、834件)			18年度調査 (共通10病院、645件)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	5.6%	44.6%	31.1%	6.4%	30.5%	37.7%
ADL区分2	9.9%			20.1%		
ADL区分1		8.7%		5.3%		
計	15.5%	53.3%	31.1%	26.5%	35.8%	37.7%

【備考】「20年度慢性期調査」では、患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成21年1月分)のレセプトコピーを収集した。「18年度慢性期調査」では、タイムスタディ調査・患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成18年11月分)のレセプトコピーを収集した。医療区分及びADL区分の割合は、各レセプトに記載のある1ヶ月間の療養病棟入院基本料(A～Eの5分類)を、日数で加重平均した値を用いた。

図表9 国保支払分レセプト調査(病院)

	20年度調査 (12,561件)			【参考】18年度調査 (115,409件)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	6.7%	41.1%	30.2%	10.5%	40.1%	16.3%
ADL区分2	14.2%			24.9%		
ADL区分1		7.7%		8.2%		
計	20.9%	48.8%	30.2%	35.4%	48.2%	16.3%

【備考】「20年度慢性期調査」では、全国の医療療養病床の入院患者における平成21年1月の国保支払分のレセプトについて原則として1/18の無作為抽出を行い、レセプトコピーの収集を行った。「18年度慢性期調査」では、全国の医療療養病床の入院患者における平成18年10月の国保支払分のレセプトについて原則として1/2の無作為抽出を行い、レセプトコピーの収集を行った。医療区分及びADL区分の割合は、各レセプトに記載のある1ヶ月間の療養病棟入院基本料(A～Eの5分類)を、日数で加重平均した値を用いた。

図表10 各調査における医療区分の構成比(病院)

	20年度調査			【参考】18年度調査		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
患者特性調査 (H20: 136病院、7,829人) (H18: 85病院、5,597人)	31.9%	48.3%	19.8%	32.2%	48.7%	19.0%
患者特性調査対象施設 請求分レセプト調査 (H20: 66病院、2,980件) (H18: 83病院、3,126件)	20.4%	54.5%	25.0%	25.5%	43.8%	30.7%
国保支払分レセプト調査 (H20: 12,561件) (H18: 115,409件)	20.9%	48.8%	30.2%	35.4%	48.2%	16.3%

【参考】療養病棟入院基本料の所定点数(病院)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点 (入院基本料D)	1,320点 (入院基本料B)	1,709点 (入院基本料A)
ADL区分2	750点 (入院基本料E)		
ADL区分1			

診療所におけるレセプト調査(患者特性調査対象施設請求分レセプト調査及び国保支払分レセプト調査)について、患者分類の構成比を病院と比較すると、医療区分1が多く医療区分3が少ないという特徴があった(図表 11、図表 12)。

また、患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査及び国保支払分レセプト調査における医療区分の構成比は、ほぼ同様の傾向を示した(図表 13)。

図表 11 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査(72 診療所、640 件)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	8.2%	37.1%	5.3%
ADL区分2	34.5%		
ADL区分1		14.9%	
計	42.7%	52.0%	5.3%

【備考】患者特性調査を実施した医療療養病床における平成 21 年 1 月分のレセプトコピーを収集した。

図表 12 国保支払分レセプト調査(診療所、935 件)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	8.3%	32.6%	7.8%
ADL区分2	39.5%		
ADL区分1		11.8%	
計	47.8%	44.4%	7.8%

【備考】全国の有床診療所の療養病床における入院患者の平成 21 年 1 月国保支払分のレセプトについて、原則として 1/16 の無作為抽出を行い、レセプトコピーの収集を行った。

図表 13 各調査における医療区分の構成比(診療所)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
患者特性調査 (H20: 96 診療所、774 人)	45.5%	47.9%	6.6%
患者特性調査対象施設 請求分レセプト調査 (H20: 72 診療所、640 件)	42.7%	52.0%	5.3%
国保支払分レセプト調査 (H20: 935 件)	47.8%	44.4%	7.8%

【参考】有床診療所療養病床入院基本料の所定点数(診療所)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	602 点 (入院基本料D)	871 点 (入院基本料B)	975 点 (入院基本料A)
ADL区分2	520 点 (入院基本料E)		
ADL区分1		764 点 (入院基本料C)	

④患者1人1日当たり費用等の状況

(ア) 患者1人1日当たり費用

コスト調査対象44病院における医療療養病床の患者1人1日当たり費用は17,735円であり、「18年度慢性期調査」とほぼ同様であった(図表14)。

一方、平成18年度と平成20年度の両方のレセプト調査・コスト調査に参加した10病院(共通10病院)で患者1人1日当たり費用をみると、平成20年度では17,840円であり、平成18年度より増加傾向ではあるものの、大きな変動は認められなかった。内訳では、人件費及び材料費が増加し、委託費が減少していた(図表15)。

図表14 医療療養病床における患者1人1日当たり費用(全病院) (単位:円/人)

	人件費	材料費	委託費	設備 関係費	研究 研修費	経費	その他	合計費用
20 年度調査 (44 病院)	10,841 61.1%	1,885 10.6%	1,399 7.9%	1,742 9.8%	51 0.3%	1,527 8.6%	290 1.6%	17,735 100.0%
【参考】 18 年度調査 (69 病院)	10,343 59.6%	1,706 9.8%	1,554 9.0%	2,037 11.7%	63 0.4%	1,463 8.4%	185 1.1%	17,351 100.0%

【備考】コスト調査結果に基づき、医療費用の各費目(給与費、材料費、委託費等)を「階梯式配賦」により病棟別費用として算定し、その後、当該病棟の延べ患者数で除して患者別1人当たり費用を求めたもの。平成 20 年度は平成 20 年 10 月、平成 18 年度は平成 18 年 11 月 1 月のデータに基づく。

- 各費目に分類される費用は以下の通り。
- ・「人件費」: 給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給与費用など(病院長、役員含む)
 - ・「材料費」: 医薬品費、診療材料費、医療消耗器具備品費、給食用材料費
 - ・「委託費」: 検査委託費、給食委託費、寝具委託費など
 - ・「設備関係費」: 減価償却費、地代家賃、修繕費など
 - ・「研究研修費」: 研究費、研修費
 - ・「経費」: 光熱水費、福利厚生費、旅費交通費、職員被服費、通信費など
 - ・「その他」: 控除対象外消費税等負担額、本部費配賦額

図表 15 医療療養病床における患者 1 人 1 日当たり費用(共通 10 病院) (単位:円/人)

	人件費	材料費	委託費	設備 関係費	研究 研修費	経費	その他	合計費用
20 年度調査 (共通 10 病院)	9,780 54.8%	2,068 11.6%	1,451 8.1%	2,492 14.0%	32 0.2%	1,803 10.1%	214 1.2%	17,840 100.0%
18 年度調査 (共通 10 病院)	8,675 50.7%	1,471 8.6%	2,267 13.2%	2,652 15.5%	75 0.4%	1,778 10.4%	200 1.2%	17,118 100.0%

(イ)患者分類毎の患者1人1日当たり費用の状況

平成20年度のコスト調査から求めた医療療養病棟における患者1人1日当たり費用を、患者の状態に応じて変化する変動費(人件費、材料費)と患者の状態に係わらず一定である固定費(委託費、設備関係費、経費等)とに分け、患者分類毎の患者1人1日当たり費用を推計した(図表16)。

これによると、患者1人1日当たり費用は、平成18年度と同様、医療区分及びADL区分の順序と対応していた。また、平成18年度と比較すると、全体的に増加していた。

図表 16 患者分類毎の患者1人1日当たり費用

(上段:費用差最大の場合～下段:費用差最小の場合)

(単位:円)

<費用>	20年度調査 (共通10病院)			18年度調査 (共通10病院)		
	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分
	1	2	3	1	2	3
ADL区分3	17,249 ～17,264	18,276 ～18,066	21,907 ～20,872	16,627 ～16,641	17,500 ～17,323	20,772 ～19,862
ADL区分2	16,061 ～16,559	17,781 ～17,861	21,134 ～20,345	15,522 ～15,952	17,020 ～17,081	20,117 ～19,412
ADL区分1	13,856 ～14,979	15,412 ～16,138	17,054 ～17,490	13,560 ～14,550	14,945 ～15,581	16,488 ～16,866

【備考】医療療養病棟における患者1人当たりの費用を、患者の状態に応じて変化する変動費(人件費、材料費)と、患者の状態に係らず一定である固定費(委託費、設備関係費、経費等)とに分け、患者分類(9区分)毎の患者1人1日当たり費用を推計した。

この際、職種別人件費重み付けケア時間を算出し、これに基づいて患者分類毎の費用の配賦を行うが、平成20年度にはタイムスタディ調査を実施していないため、この職種別人件費重み付けケア時間については「18年度慢性期調査」の値を外挿した。また、薬剤費や特定保険医療材料費等も平成20年度の患者特性調査では実施していないため、「18年度慢性期調査」の値を用いた。

人件費は、「重み付けケア時間算出対象人件費」と「リハスタッフの人件費」、「その他の人件費」の和として算出している。このうち、「その他人件費」については、「18年度慢性期調査」と同様に、患者分類に応じて変化する人件費と仮定して配賦した場合(「費用差最大」と、患者分類と無関係に必要な人件費と仮定して配賦した場合(「費用差最小」)の2通りで推計した。

なお、「その他人件費」には、「重み付けケア時間算出対象人件費」の対象となる医師・看護師・看護補助者・薬剤師・MSW等の間接業務(直接ケア以外の業務)部分の人件費、中央診療部門の医療技術員の人件費、事務職員の人件費、技能労務員の人件費などが含まれる。

(ウ)患者分類毎の患者1人1日当たり収入

医療療養病床の患者分類毎の収入(図表17)は、療養病棟入院基本料の所定点数(p.9[参考]参照)に、平成20年度の患者特性調査対象施設請求分レセプト調査から推計した入院基本料以外の収入(図表18)を加えて算出した。

平成18年度と比較すると、入院基本料は減少しているものの、入院基本料等加算・出来高部分・リハビリテーション等の収入が増加していたため、各区分において収入は増加していた。

図表 17 患者分類毎の患者1人1日当たり収入推計

(単位:円)

<収入>	20年度調査 (共通10病院)			18年度調査 (共通10病院)		
	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分
	1	2	3	1	2	3
ADL区分3	14,377	18,727	22,617	13,684	18,274	22,234
ADL区分2	13,027			12,474		
ADL区分1		17,507			17,034	

図表 18 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査における患者1人1日当たり収入金額

(単位:円)

	入院基本料	入院基本料等加算	出来高部分	リハビリテーション等	レセプト請求金額	入院時食事療養費を加えた場合の収入
20年度調査 (共通10病院)	13,431	1,608	625	1,374	17,037	18,957
18年度調査 (共通10病院)	13,756	1,463	572	879	16,670	18,590

【備考】入院時食事療養費は、1食につき640円とし、1日当たり1,920円とした。なお、上記の収入には、差額ベッド代などの保険外収入は含まれていない。

(エ) 患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差

患者分類毎の患者1人1日当たり費用(図表16)及び患者分類毎の患者1人1日当たり収入推計(図表17)を用いて、患者分類毎の収入・費用差を推計したところ、患者分類毎の収支差における経年変化として明らかなものは認められなかった(図表19)。

図表 19 患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差

(上段:費用差最大の場合～下段:費用差最小の場合)

(単位:円)

<収支差>	20年度調査 (共通10病院)			18年度調査 (共通10病院)		
	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分	医療区分
	1	2	3	1	2	3
ADL区分3	-2,872～ -2,887	451～ 661	710～ 1,745	-2,944～ -2,958	775～ 952	1,463～ 2,373
ADL区分2	-3,034～ -3,532	946～ 866	1,483～ 2,272	-3,049～ -3,478	1,255～ 1,194	2,118～ 2,823
ADL区分1	-829～ -1,952	2,095～ 1,369	5,563～ 5,127	-1,086～ -2,076	2,089～ 1,453	5,746～ 5,368

⑤職員配置等の状況

(ア) 看護職員及び看護補助者1人1日当たりの患者数

施設特性調査において、18年11月、20年2月、21年2月を通じて医療療養病棟を有した22病院の看護職員及び看護補助者1人1日当たりの患者数は、ほぼ横ばいであった(図表20)。

一方、診療所では、20年2月と比較して21年2月では減少しており、職員配置がやや手厚くなる傾向にあった(図表21)。

図表 20 職員1人1日当たり患者数の変化(共通22病院)

(単位:人)

		18年11月	20年2月	21年2月
看護職員 1人当たりの 患者数	平均値	15.3	15.9	15.8
	中央値	15.8	14.9	15.2
	最小値	8.9	6.9	7.0
	最大値	20.4	33.0	23.8
	標準偏差	3.5	4.8	3.5
看護補助者 1人当たりの 患者数	平均値	15.2	16.9	16.8
	中央値	14.9	17.0	16.3
	最小値	8.5	9.4	8.1
	最大値	24.5	23.5	38.0
	標準偏差	3.6	4.0	5.0

【備考】各項目の算出式は以下の通り。

- ・看護職員1人1日当たりの患者数
=1日平均患者数/(看護師と准看護師の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤))/(月の日数×24時間)
- ・看護補助者1人1日当たりの患者数
=1日平均患者数/(看護補助者の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤))/(月の日数×24時間)

図表 21 職員1人1日当たり患者数の変化(13診療所)

(単位:人)

		20年2月	21年2月
看護職員 1人当たりの 患者数	平均値	8.8	8.1
	中央値	9.6	8.5
	最小値	2.0	2.3
	最大値	16.0	14.9
	標準偏差	3.8	3.4
看護補助者 1人当たりの 患者数	平均値	17.8	14.9
	中央値	17.7	14.3
	最小値	7.8	9.0
	最大値	26.7	24.9
	標準偏差	5.9	5.0

【備考】有床診療所療養病床入院基本料のみを算定している診療所(13施設)の集計。

(イ)職種別賃金の変化

コスト調査において、平成20年度と平成18年度の両方の調査に参加し、かつ一般病床を有しない5病院における職種別賃金は、全体的に増加傾向にあった。特に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の賃金の増加が顕著であった(図表22)。

図表22 職種別賃金の変化(共通5病院)

職種	20年10月		18年11月	
	賃金 (円/時間)	相対比	賃金 (円/時間)	相対比
医師	7,741円	2.62	7,601円	2.89
看護師	2,959円	1.00	2,628円	1.00
准看護師	2,770円	0.94	2,364円	0.90
看護補助者	1,461円	0.49	1,359円	0.52
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2,416円	0.82	1,650円	0.63
その他職種(MSW、薬剤師、栄養士、他)	2,109円	0.71	1,983円	0.75

【備考】平成18年度は平成18年11月の1ヶ月のデータ、平成20年度は平成20年10月の1ヶ月のデータに基づくもの。「相対比」は、看護師の賃金を1.00とした時の他職種の賃金の比。

⑥病床転換の状況

施設特性調査において、平成20年3月と平成21年3月を比較して、医療療養病床の病床数が増減した30病院の状況をみた(図表23)。

まず、医療療養病床が減少した12病院では、医療療養病床(計275床)を療養病床の回復期リハビリテーション病棟(183床)や特殊疾患病棟(111床)に転換するケースが多かった。

また、医療療養病床が増加した18病院では、介護療養病床(446床)から医療療養病床(計487床)に転換している例が目立った。

図表23 医療療養病床の病床数が増減した病院における状況(20年3月→21年3月)

	医療療養病床の病床数 が減少した病院		医療療養病床の病床数 が増加した病院	
	病院数	延べ病床数	病院数	延べ病床数
① 医療療養病床の増減数	12	-275	18	542
② 上記のうち、病床数全体純増減分	0	0	3	55
③ 差し引き(①-②): 病床数全体の増減を除いた医療療養病床の増減数	-	-275	-	487
内訳)一般病床の特殊疾患病棟	2	111	1	1
内訳)一般病床の障害者施設等入院基本料算定病棟	3	62	3	113
内訳)その他一般病床	5	7	9	-139
内訳)療養病床の回復期リハビリテーション病棟	7	183	2	-20
内訳)精神病床	0	0	0	0
内訳)医療保険その他	0	0	1	-50
内訳)介護療養病床	3	-100	11	-446
内訳)介護保険その他	1	12	2	54

図表24 医療療養病床の病床数が増減した診療所における状況(20年3月→21年3月)

	医療療養病床の病床数 が減少した診療所		医療療養病床の病床数 が増加した診療所	
	診療所数	延べ病床数	診療所数	延べ病床数
① 医療療養病床の増減数	2	12	1	6
② 上記のうち、病床数全体純増減分	0	0	0	0
③ 差し引き(①-②): 病床数全体の増減を除いた医療療養病床の増減数	-	12	-	6
内訳)有床診療所入院基本料算定病床	2	12	1	1
内訳)介護療養病床	0	0	1	6

⑦入退院患者の状況

施設特性調査において、平成21年2月中の医療療養病床への新入院(転棟)患者の入院元をみると、一般病床から医療療養病床に転院・転棟してきた患者が全体の約65%を占める一方で、自宅からの入院も約16%認められた(図表25)。

また、診療所については、自宅からの入院(36%)、自院の一般病床(29%)が高い割合を示した(図表26)。

図表25 医療療養病床の入院元別100床当り新入院(転棟)患者数および構成比
(平成21年2月中、129病院)

入院(転棟)元		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	1.66	12.3%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.51	3.8%
	有料老人ホーム等*	0.26	2.0%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.37	2.7%
	介護老人保健施設	0.49	3.6%
	他の医療機関の一般病床	5.28	39.1%
	他の医療機関の医療療養病床	0.31	2.3%
	他の医療機関の介護療養病床	0.03	0.2%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.25	1.9%
	他の医療機関のその他の病床	0.03	0.2%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.09	0.7%
	有料老人ホーム等*	0.09	0.7%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.02	0.1%
	介護老人保健施設	0.37	2.7%
	他の医療機関の一般病床	1.46	10.9%
	他の医療機関の医療療養病床	0.06	0.4%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.07	0.5%
院内	自院の一般病床	3.42	25.4%
	自院の回復期リハビリテーション病棟	0.16	1.2%
	自院の亜急性期病床	0.00	0.0%
	自院の特殊疾患病棟(入院医療管理料)	0.00	0.0%
	自院の障害者施設等入院基本料算定病棟	0.29	2.2%
	自院の介護療養病床	0.35	2.6%
	自院のその他の病床	0.07	0.5%
不明	0.04	0.3%	
合計	13.52	100.0%	

【備考】有料老人ホーム等：グループホーム、ケアハウス(軽費老人ホーム)を含む。

図表26 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の入院元別100床当り新入院(転床)患者数および構成比(平成21年2月中、86診療所)

入院(転床)元		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	10.48	31.8%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	1.38	4.2%
	有料老人ホーム等	0.58	1.7%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.23	0.7%
	介護老人保健施設	0.81	2.4%
	他の医療機関の一般病床	5.88	17.8%
	他の医療機関の医療療養病床	0.69	2.1%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.12	0.3%
	他の医療機関のその他の病床	0.92	2.8%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.00	0.0%
	有料老人ホーム等	0.23	0.7%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.12	0.3%
	介護老人保健施設	0.69	2.1%
	他の医療機関の一般病床	0.12	0.3%
	他の医療機関の医療療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.00	0.0%
院内	自院の一般病床	9.56	29.0%
	自院の介護療養病床	0.46	1.4%
不明	1.84	5.6%	
合計	32.95	100.0%	

【備考】「有料老人ホーム等」の中には、グループホームやケアハウス(軽費老人ホーム)が含まれる。

また、同じく施設特性調査を用いて、平成21年2月中の医療療養病床からの退院(転棟)患者の退院先を調査したところ、最も多いものとしては自宅退院(約26%)であり、続いて多いのが死亡退院(約22%)であった(図表27)。加えて、約20%が介護施設(介護老人保健施設、自院の介護療養病床等)に移っていた。

診療所については、自宅退院が約50%と最多であり、死亡退院は約14%、自院の一般病床への転床が約12%であった(図表28)。

図表27 医療療養病床の退院先別100床当り退院(転棟)患者数及び構成比
(平成21年2月中、129病院)

退院(転棟)先		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	2.54	18.0%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	1.12	8.0%
	有料老人ホーム等	0.35	2.5%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.58	4.1%
	介護老人保健施設	1.16	8.2%
	他の医療機関の一般病床	1.86	13.2%
	他の医療機関の医療療養病床	0.20	1.5%
	他の医療機関の介護療養病床	0.03	0.2%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.02	0.1%
	他の医療機関のその他の病床	0.12	0.8%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.20	1.5%
	有料老人ホーム等	0.06	0.4%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.06	0.4%
	介護老人保健施設	0.65	4.6%
	他の医療機関の一般病床	0.51	3.6%
	他の医療機関の医療療養病床	0.04	0.3%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.01	0.1%
院内	自院の一般病床	0.61	4.4%
	自院の回復期リハビリテーション病棟	0.05	0.3%
	自院の亜急性期病床	0.00	0.0%
	自院の特殊疾患病棟(入院医療管理料)	0.00	0.0%
	自院の障害者施設等入院基本料算定病棟	0.05	0.3%
	自院の介護療養病床	0.63	4.5%
	自院のその他の病床	0.05	0.3%
不明	0.05	0.3%	
死亡退院	3.15	22.3%	
合計	14.10	100.0%	

【備考】「有料老人ホーム等」の中には、グループホームやケアハウス(軽費老人ホーム)が含まれる。

図表28 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の退院先別100床当り退院(転床)患者数及び構成比(平成21年2月中、86診療所)

退院(転床)元		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	10.25	42.6%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	1.84	7.7%
	有料老人ホーム等*	0.69	2.9%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.46	1.9%
	介護老人保健施設	1.50	6.2%
	他の医療機関の一般病床	1.84	7.7%
	他の医療機関の医療療養病床	0.12	0.5%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.00	0.0%
	他の医療機関のその他の病床	0.12	0.5%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.46	1.9%
	有料老人ホーム等	0.00	0.0%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.00	0.0%
	介護老人保健施設	0.58	2.4%
	他の医療機関の一般病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の医療療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.00	0.0%
院内	自院の一般病床	2.76	11.5%
	自院の介護療養病床	0.12	0.5%
不明	0.00	0.0%	
死亡退院	3.34	13.9%	
合計	24.08	100.0%	

【備考】「有料老人ホーム等」の中には、グループホームやケアハウス(軽費老人ホーム)が含まれる。

施設特性調査に基づき、入院時点の患者及び退院直前の患者について医療区分の構成比をみると、入院時点では、医療区分2の患者が4割以上を占めている(図表29)が、退院又は転床する時点では医療区分1及び3の割合の方が高かった。医療区分3に着目すると、入院時点よりも退院直前の方が相対的に多くなっていた(図表30)。

一方、診療所においては退院又は転床する時点で医療区分1の割合が高まる傾向にあった(図表31、図表32)。

図表 29 医療療養病棟の入院時点の状態別 100 床当り新入院(転棟)患者数及び構成比
(130 病院、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	3.2	25.4%
医療区分2	5.3	42.5%
医療区分1	4.0	32.0%
合計	12.6	100.0%

図表 30 医療療養病棟の退院直前の状態別 100 床当り退院(転棟)患者数及び構成比
(130 病院、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	3.9	33.3%
医療区分2	3.5	29.9%
医療区分1	4.3	36.8%
合計	11.7	100.0%

図表 31 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の入院時点の状態別 100 床当り新入院(転床)患者数及び構成比(39 診療所、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	2.1	9.3%
医療区分2	7.1	31.4%
医療区分1	13.5	59.3%
合計	22.8	100.0%

図表 32 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の退院直前の状態別 100 床当り退院(転床)患者数及び構成比(39 診療所、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	1.6	8.3%
医療区分2	5.3	27.8%
医療区分1	12.2	63.9%
合計	19.0	100.0%

⑧提供されている医療サービスの質に関する状況

(ア)QI (Quality Indicator) (※注)の算出

平成 18 年度と平成 20 年度の両方の患者特性調査に参加した 25 病院のデータを用いてQIを算出したところ、全体的な傾向として大きな変動を認めなかった(図表 33、図表 34)。個別の項目では、「身体抑制」の低下(24.7%→19.6%)、「留置カテーテル」の上昇(11.0%→14.6%)、「尿路感染症」の上昇(8.3%→11.2%)を認めた。

図表 33 平成 20 年度患者特性調査 QI 算出結果

QI 項目	平成 20 年度患者特性調査 QI 算出結果									
	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	平均+2標準偏差	はずれ値病院数
痛み	25	2,047	4.3%	3.7%	0.0%	15.2%	2.7%	5.2%	11.7%	2
褥瘡ハイリスク	25	1,615	13.0%	7.7%	0.0%	31.4%	8.7%	16.4%	28.5%	1
褥瘡ローリスク	24	432	2.7%	5.7%	0.0%	25.0%	0.0%	2.6%	14.1%	1
身体抑制	25	2,047	19.6%	24.1%	0.0%	100.0%	2.5%	24.0%	67.8%	2
留置カテーテル	25	2,047	14.6%	9.6%	3.0%	35.3%	6.8%	20.2%	33.7%	2
尿路感染症	25	2,047	11.2%	14.4%	0.0%	60.3%	1.7%	14.8%	40.1%	2
ADLの低下①	24	1,649	7.5%	6.1%	0.0%	24.7%	2.0%	10.0%	19.7%	1
ADLの低下②	22	253	10.7%	11.0%	0.0%	33.3%	0.0%	13.4%	32.7%	2

【備考】平成 20 年度・18 年度調査ともに療養病棟入院基本料を算定している患者(入院後 14 日以内の患者を除く)を算出対象とした。「はずれ値」とは、当該病院のデータが「平均値+2標準偏差」よりも大きいことを指す。

図表 34 平成 18 年度患者特性調査 QI 算出結果

QI 項目	平成 18 年度患者特性調査 QI 算出結果									
	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	平均+2標準偏差	はずれ値病院数
痛み	25	2,244	7.7%	7.7%	0.0%	26.7%	2.6%	8.8%	23.1%	3
褥瘡ハイリスク	25	1,710	16.3%	7.8%	3.1%	28.6%	8.3%	23.0%	31.9%	0
褥瘡ローリスク	24	534	3.7%	6.1%	0.0%	25.0%	0.0%	5.0%	15.9%	1
身体抑制	25	2,244	24.7%	30.1%	0.0%	100.0%	1.0%	30.9%	84.8%	1
留置カテーテル	25	2,244	11.0%	8.0%	0.0%	27.4%	5.3%	15.6%	27.0%	1
尿路感染症	25	2,244	8.3%	6.8%	0.0%	23.3%	3.4%	12.5%	22.0%	1
ADLの低下①	24	1,648	7.6%	7.1%	0.0%	28.1%	0.0%	9.6%	21.8%	2
ADLの低下②	22	468	12.8%	21.5%	0.0%	100.0%	0.0%	11.6%	55.9%	1

【備考】図表 33 の備考を参照。

(イ)はずれ値を示した病院に対する確認

平均値から標準偏差の2倍以上離れた値(「はずれ値」)のデータを提出した医療機関のうち、特にその傾向が強かった4病院に対してヒアリングを行ったところ、提出データの誤りではなく、ケアの実態であることが確認された(図表 35)。

図表 35

はずれ値を示した施設		施設側の回答(概要)
事例1	身体抑制が 80%の病院	ベッド柵を使用している。調査票記入に間違いはない。
事例2	身体抑制が 100%の病院	患者の安全を考慮して4連のベッド柵を使用している。調査票記入に間違いはない。
事例3	尿路感染症が 60%の病院	発熱時に必ず検尿をしている。1度でも症状が認められると調査票上カウントしている。調査票記入には間違いはない。
事例4	尿路感染症が 41%の病院	オムツの利用が多いからかもしれない。調査票記入に間違いはない。

【参考】図表 33 及び図表 34 におけるQIの定義

項目名	分子 (該当する患者の状態等)	分母 (該当する患者の状態等)
痛み	中程度の痛みが毎日あるか、耐え難い痛みがある	全患者*
褥瘡ハイリスク	I度以上の褥瘡がある	全患者*のうち、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
褥瘡ローリスク	I度以上の褥瘡がある	全患者*のうち、褥瘡ハイリスクの該当患者を除外
身体抑制	毎日身体抑制している 注)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	全患者*
留置カテーテル	留置カテーテルを挿入している	全患者*
尿路感染症	尿路感染症である	全患者*
ADLの低下①	過去90日間におけるADL自立度の悪化	在院90日以上の患者のうち、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】「全患者*」では、入院14日以内の患者を除いた患者数を用いた。

Ⅲ. 一般病棟で提供される医療の実態調査の概要

1. 目的

本調査は、13:1 病棟及び 15:1 病棟について、医療の実態を調査し、中医協基本問題小委員会における診療報酬改定の検討資料とすることを目的としたものである。

2. 調査対象及び手法

13:1 病棟及び 15:1 病棟を有する施設に対し、「18年度慢性期調査」と同様の調査票を用いて調査を行った。

当初、無作為抽出(1/2)により 13:1 病棟 362 施設、15:1 病棟 706 施設に調査協力依頼状を発送したところ、受諾のあった施設数が過少であったため、協力依頼を追加した。最終的には、ほぼ全数調査に匹敵する 13:1 病棟 724 施設、15:1 病棟 1,421 施設に調査協力依頼状を発送した。そして調査を受諾した 13:1 病棟 61 施設、15:1 病棟 96 施設に調査票を発送した。

このうち、回答が得られたのは 13:1 病棟 46 施設(回収率 75%)、15:1 病棟 62 施設(回収率 65%)であったが、データとして分析できなかった施設を除くと、最終的な分析対象は 13:1 病棟 33 施設、15:1 病棟 47 施設であった。これは、調査協力依頼を行った施設数の、それぞれ約 5%、3%に相当した。

(図表36)

	13:1 病棟を有する施設	15:1 病棟を有する施設
A: 調査協力依頼状発送施設数	724 施設	1,421 施設
B: 調査協力受諾施設数 (調査票発送施設数)	61 施設	96 施設
C: 回答数 (C/B)	46 施設 (75%)	62 施設 (65%)
D: 有効回答数(分析対象数) (D/A)	33 施設 (4.6%)	47 施設 (3.3%)

3. 主な調査結果

13:1 病棟及び 15:1 病棟の両方において、入院期間が 91 日以上である患者(以下、「91 日以上入院患者」という。)が約 2 割認められたので(図表 37)、当分科会では、これらの患者に着目して検討を行うこととした。

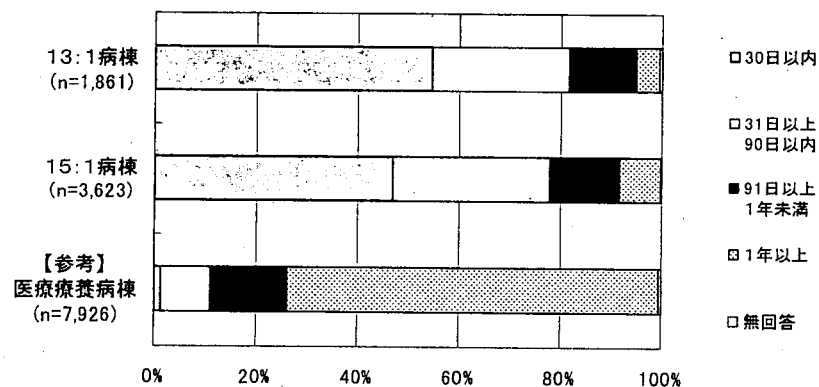
「91 日以上入院患者」は、医療療養病棟の患者と比較して、医療区分を適用した場合、医療区分 2 が多いという点では類似していたが、医療区分 3 の割合は 32.3% であり、医療療養病棟の 19.7% に比して高い値であった(図表 38)。それと同時に、24 時間持続点滴や中心静脈栄養等を実施している患者は医療療養病棟よりも相対的に多くみられた(図表 39)。

一方で、検体検査とエックス線単純撮影の実施率や多種類の投薬頻度においては、「91 日以上入院患者」の方が比較的高い値を示した(図表 41)。

(1) 在院期間の状況 (図表 37)

	13:1 病棟 (n=1,861)		↑	15:1 病棟 (n=3,623)		↑	【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)	
	人数	割合		人数	割合		人数	割合
30 日以内	1,017	54.6%		1,704	47.0%		102	1.3%
31 日以上 90 日以内	503	27.0%		1,116	30.8%		783	9.9%
91 日以上 1 年未満	246	13.2%		502	13.9%		1,195	15.1%
1 年以上	86	4.6%		287	7.9%		5,812	73.3%
無回答	9	0.5%		14	0.4%		34	0.4%

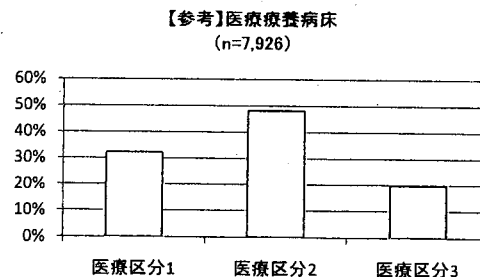
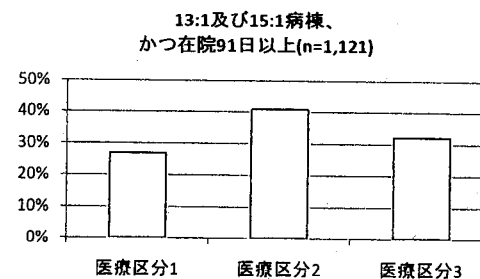
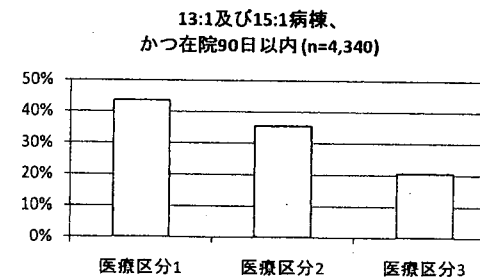
【備考】↑(↓)は、13:1 及び 15:1 病棟での値が医療療養病棟での値と比較して 5%以上多い(5%以上少ない)もの。
 なお、図表 38 以降では、13:1 病棟と 15:1 病棟における在院日数の無回答(23 件)を除いた 5,461 件を「在院
 は、13:1 病棟と 15:1 病棟における在院日数の無回答(23 件)を除いた 5,461 件を「在院日数 90 日以内」
 (n=4,340 件)と、「在院日数 91 日以上」(n=1,121 件)とに分けて集計。



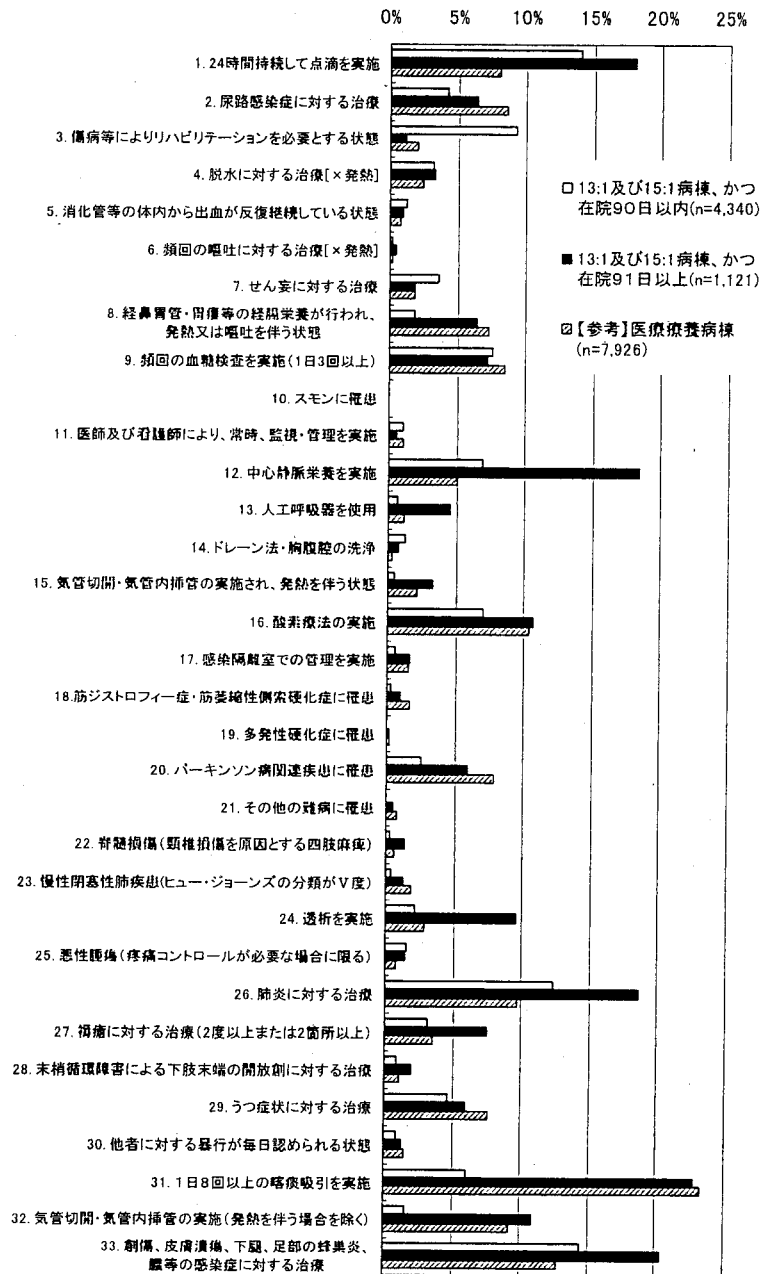
(2) 医療区分の状況 (図表 38)

医療区分	13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 90 日以内 (n=4,340)			13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 91 日以上 (n=1,121)			【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)	
	人数	割合	傾向	人数	割合	傾向	人数	割合
医療区分 1	1,893	43.6%	↑	301	26.9%	↓	2,543	32.1%
医療区分 2	1,554	35.8%	↓	458	40.9%	↓	3,820	48.2%
医療区分 3	893	20.6%	↓	362	32.3%	↑	1,563	19.7%

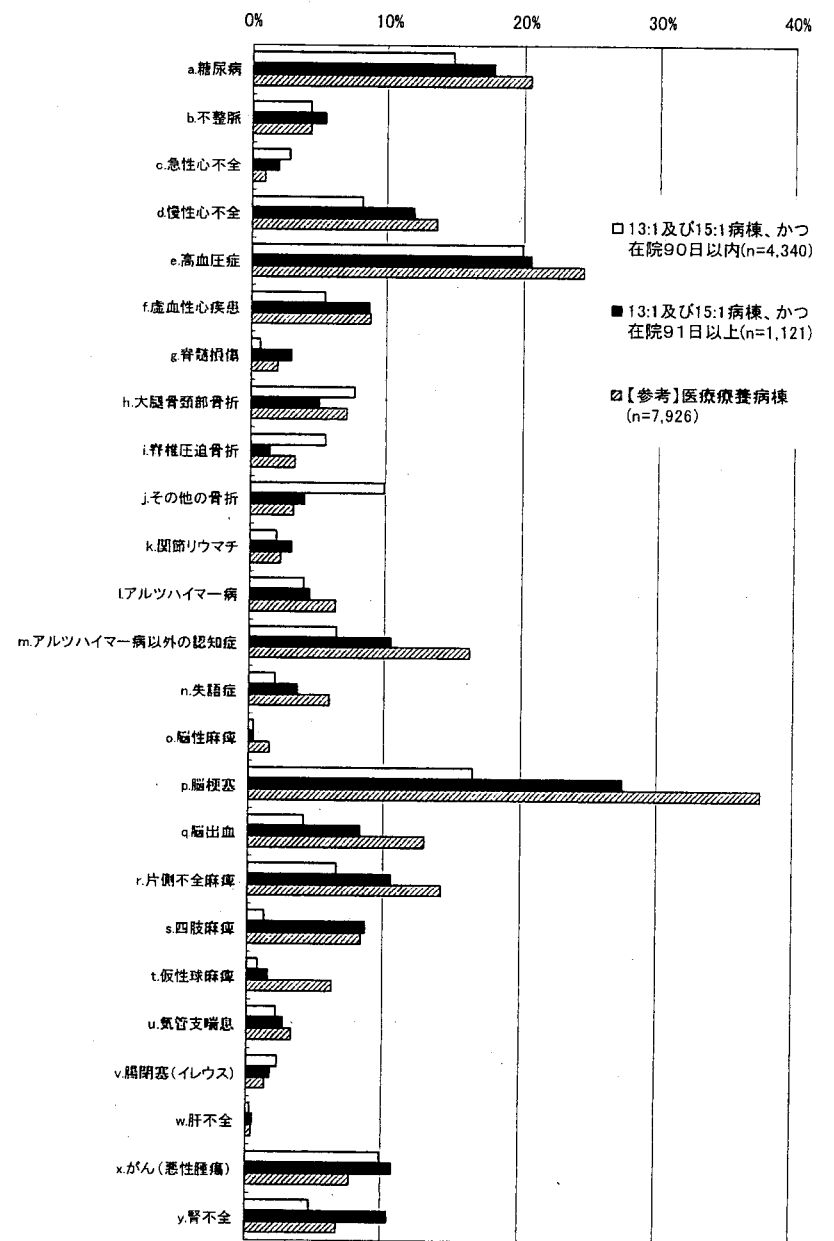
【備考】↑(↓)は、13:1 及び 15:1 病棟での値が医療療養病棟での値と比較して 5%以上多い(5%以上少ない)もの。



(3) 医療区分採用項目の該当状況 (図表 39)



(4) その他の患者状態像(医療区分採用項目以外) (図表 40)

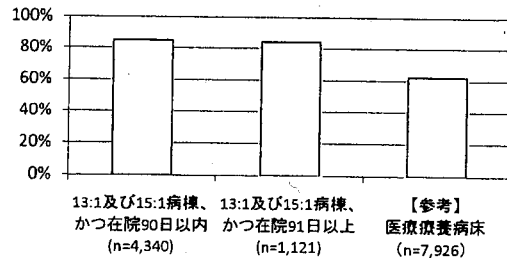


(5)検査・投薬の実施状況 (図表 41)

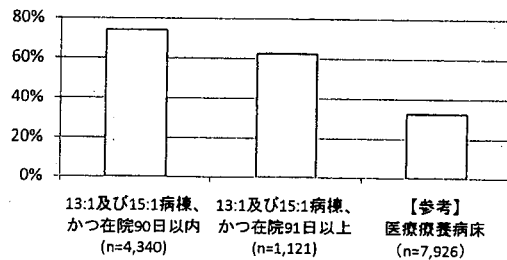
	13:1及び15:1病棟、かつ在院90日以内 (n=4,340)			13:1及び15:1病棟、かつ在院91日以上 (n=1,121)			【参考】医療療養病床 (n=7,926)	
	件数	割合	↑	件数	割合	↑	件数	割合
検体検査(尿検査、血液検査等)	3,684	84.9%	↑	944	84.2%	↑	4,919	62.1%
エックス線単純撮影	3,212	74.0%	↑	700	62.4%	↑	2,582	32.6%
過去7日間に9種類以上与薬	840	19.4%		272	24.3%	↑	1,292	16.3%

【備考】↑(↓)は、13:1及び15:1病棟での値が医療療養病床での値と比較して5%以上多い(5%以上少ない)もの。

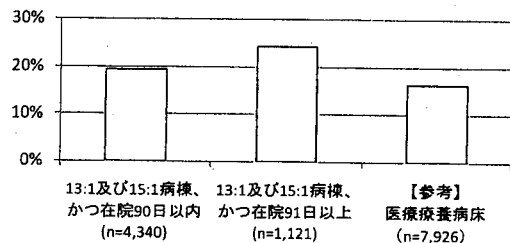
検体検査(尿検査、血液検査等)



エックス線単純撮影



過去7日間に9種類以上与薬



IV. 調査結果のまとめ

1. 「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」について

(1)調査手法について

①施設特性調査・患者特性調査

「20年度慢性期調査」は、「18年度慢性期調査」の手法を踏襲した調査票を用いて実施された。全体のサンプル数は「18年度慢性期調査」と同規模であったが(図表1)、経年変化の検討に必要な、平成18年度と平成20年度の両方の調査に参加した病院数は、24病院にとどまった(図表4)。また、「18年度慢性期調査」と比べて病棟数が若干減少した。これらの共通病院は、調査対象病院全体と比較すると総病床数(平均185床)・医療療養病床(平均84床)がともに多いものの、それ以外の要素に明らかな偏りはなく、比較的規模の大きい医療療養病床を有する病院を代表していると考えられた。

②レセプト調査・コスト調査

平成18年度と同様に、レセプトの収集とコストの階梯式配賦を行った。経年変化の検討に必要な共通病院数は、10病院にとどまった(図表15)。これらの病院は、総病床数(平均204床)・医療療養病床(平均122床)ともに大規模な施設を調査したデータと言える。

なお、コスト調査は、医療機関側の事務的負担が特に大きい調査であるため、小規模病院では調査協力が得ることが容易ではなかった。

③タイムスタディ調査等

調査に関する時間的・費用的制約があったこと、また、調査協力病院に対する負担軽減の観点から、タイムスタディ調査や、薬剤費及び特定保険医療材料費の調査は実施していない。コスト調査の費用の推計については、これらのデータを必要とするが、「18年度慢性期調査」の結果を外挿することで対応しており(図表16の【備考】参照)、平成20年度の費用推計としては参考値である。

(2)調査結果の分析

①患者分類と診療報酬請求について

(ア)医療区分・ADL区分の構成比と経年変化

病院の医療療養病床では医療区分1・医療区分2・医療区分3の構成比がほぼ3:5:2であったが(図表3)、経年変化をみると、医療区分1が約5%減少し、医療区分3が約4%増加していた(図表4)。

この結果については、急性期病院の平均在院日数短縮傾向を反映した重症化の証左であるとの意見がある。

(イ)評価項目の該当状況の経年変化

平成18年度と比較すると、「尿路感染症に対する治療を行っている状態」及び「経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態」に

については医療区分3において増加が著しく、「1日3回以上の血糖検査を実施」については医療区分2及び3のいずれも明らかな増加を認めた(図表6)。なお、医療区分2及び3の採用項目のうち、平成20年度診療報酬改定により要件が厳格になったものが一部あるが、当該項目の実施頻度に著しい変化はなかった(図表6)。

(ウ)患者特性調査とレセプト調査における医療区分の構成比の比較

患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査、国保支払分レセプト調査の3調査(図表1の「調査票」の項参照)における医療区分の構成比を比較すると、患者特性調査よりもレセプト調査の方が医療区分3の割合が高い傾向にあった(図表10)。なお、診療所ではこうした傾向を認めなかった(図表13)。

これについては、患者特性調査の対象時期(平成21年3月)とレセプト調査の対象時期(同1月)のずれを考慮する必要があるものの、患者特性調査におけるアセスメントと診療報酬請求時の分類に差が生じる理由の一つとして、データの質に問題がある可能性が示唆された。

②病院と診療所の医療療養病床における機能について

(ア)病院の医療療養病床の機能

医療療養病床への入院(転入)については患者の約3分の2が一般病床からの転院・転棟であり(図表25)、また、退院(転棟)については自宅退院と死亡退院がそれぞれ約4分の1を占めた(図表27)。退院(転棟)時点では入院(転入)時点よりも医療区分1及び3の割合が高まる傾向にあることを踏まえると(図表29、図表30)、病院の医療療養病床は、一般病床から受け入れた患者について看取る一方で、それとほぼ同数の患者を自宅退院させていることを示唆する結果となった。

但し、この結果の分析においては、1ヶ月間の入退院(転棟)患者が100床当たり約14人に過ぎず、サンプル数の少ないデータであることに留意する必要がある。

(イ)診療所の医療療養病床の機能

有床診療所については、入院患者の約3分の1が自宅からの入院であり(図表26)、退院患者の約半数が自宅に退院するという結果であった(図表28)。

これに加え、診療所は病院と比較して、医療区分1の割合が多く医療区分3の割合が少ないことや(図表5)、退院(転床)時点で入院(転入)時点よりも医療区分1の割合が高まる傾向にあることを踏まえると(図表31、図表32)、診療所の医療療養病床が、地域住民にとって身近な入院施設として機能していることを示唆すると考えられる。また、死亡退院も14%を占めており(図表28)、診療所の医療療養病床が看取りまで対応していることを示している。

③病院の収支について

(ア)費用の経年変化

患者1人1日当たり費用については、人件費及び材料費が増加する一方で委託費が減少した結果、平成18年度より微増し、「20年度慢性期調査」の共通10病院の集計結果は17,840円であった(図表15)。

但し、患者分類毎の患者1人1日当たり費用は、前述のとおり「18年度慢性期調査」の結果を外挿しており、参考値である(図表16)。

また、この患者分類毎の患者1人1日当たり費用の算出においては、「18年度慢性期調査」の結果を外挿しているために、全体として費用を過小に推計している可能性があることに留意する必要がある。

具体的には、平成20年度は平成18年度に比して、医療区分3の割合が増加していること(図表4)、またリハビリテーション等に係る算定が増加していること(図表18)を考慮すると、仮に平成20年度にもタイムスタディ調査を実施していた場合、各職種のケア時間が平成18年度に比して延長し、それを反映して費用が増加している可能性がある。

(イ)収入の経年変化

医療療養病床の患者分類毎の収入の推計を平成18年度と比較すると、入院基本料は減少しているものの、入院基本料等加算・出来高部分・リハビリテーション等の収入が増加し(図表18)、結果として各区分において収入は増加していた(図表17)。

なお、この収入には保険外収入が含まれていないことに注意を要する。

また、この推計においては、平成20年度診療報酬改定で導入された褥瘡評価実施加算(ADL区分3にのみ15点加算)が、入院基本料等加算の一部として全体に配賦されているため、ADL区分3の収入を過小に推計している可能性があることに留意する必要がある。

(ウ)収支差の状況と経年変化

患者分類毎の収入・費用差を推計したところ、平成18年度に比較して患者分類毎の収支差に大きな変化は認められなかった(図表19)。しかし、上記(ア)(イ)の通り、費用・収入それぞれについて過小に推計している可能性があり、それらが費用・収支差に影響を与え得ることに留意する必要がある。

平成20年度診療報酬改定で療養病床入院基本料が引き下げられたものの、入院基本料等加算やリハビリテーション等に係る費用を積極的に請求する傾向がみられることから、医療機能を向上させようとする姿勢を示唆する結果となった。

④提供されている医療サービスの質について

経年変化を確認できた25病院(平成18年度と平成20年度の両方の調査に参加した病院)において、全体的な傾向としてはQI(Quality Indicator)^(後注)に大きな変動を認めなかった(図表33、図表34)。個別の項目では、身体抑制のQIは低

下したものの、留置カテーテルや尿路感染症のQIは上昇していた(図表33、図表34)。

医療療養病床全体の医療サービスの質の向上や低下をより正確に把握していくためには、重症者を多く受け入れている医療機関についてはそれを考慮したQIとする等の調整を要すること等から、患者データを蓄積する仕組みを設けた上で、さらに多くのサンプル数による調査結果に基づく検討を行う必要があると考えられる。

2. 「平成20年度一般病棟で提供される医療の実態調査」について

(1) 調査手法について

施設特性調査・患者特性調査について、「20年度慢性期調査」とほぼ同様の調査票を用いた。実質的に全数調査に相当する規模で調査協力依頼を行ったものの、最終的に分析対象を行き得たのは13:1病棟を有する施設が約5%(724病院中、33病院)、15:1病棟を有する施設が約3%(1,421病院中、47病院)であった(図表36)。

調査協力依頼を積極的に行ったにも関わらず、対象施設の協力が十分に得られなかったことについては、13:1病棟や15:1病棟においてこのような実態調査の経験が未だかつてなかったこと、調査協力自体が医療機関側に大きな負担をかけるものであったこと、年度末の実施であったこと等により協力が得られにくかったこと等によるものと考えられる。

(2) 調査結果の分析

① 在院日数による患者像の比較

13:1病棟及び15:1病棟において、「91日以上入院患者」は約2割おり(図表37)、医療療養病床の患者と比較して、医療区分を適用した場合、医療区分2が多いという点では類似していたが、医療区分3の割合は32.3%であり、医療療養病床の19.7%に比して高い値であった(図表38)。また、医療区分採用項目については、24時間持続点滴や中心静脈栄養等を実施している者の割合が医療療養病床よりも相対的に高かった(図表39)。

② 在院日数による医療サービス提供状況の比較

「91日以上入院患者」に係る検体検査や単純X線写真撮影の実施状況は、医療療養病床に比して多かった(図表41)。むしろ、在院90日以内の患者の実施状況に近い頻度で実施されていた。また、過去7日間に当該病棟において9種類以上の薬剤を使用した患者の頻度についても、同様の結果であった(図表41)。

これは、前者が出来高払いの病床であり、後者が包括払いの病床であることを反映していると考えられる一方で、包括払いである医療療養病床においても検査や薬剤を一定程度使用していることを示すデータであると言える。

但し、高齢者における多剤併用には問題点が多いとの指摘もある(日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005」等)。

③ 在院日数と診療報酬請求の関係

一般病棟入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院している75歳以上の患者(以下、「特定患者」という。)は、後期高齢者特定入院基本料を算定することとなっている。一方、「一定の基準」を満たす患者(以下、「特定除外対象患者」という。)の場合はその対象とならず、引き続き一般病棟入院基本料を算定することとなる。

本調査において、「91日以上入院患者」1,121名のうち、75歳以上の患者は741名(66%)であり、さらにそのうちの特定患者は16名(2%)、特定除外対象患者は716名(98%)であった。

上記の①～③を総合すると、13:1病棟及び15:1病棟において91日以上入院している患者のうち、継続して一般病棟入院基本料を算定している患者は99%(1,105名/1,121名)であり、これらの患者は、医療区分2が多いという点では医療療養病床の患者と類似している一方で、医療区分3の割合が相対的に高く、また、在院90日以内の患者と同程度の検査や投薬が行われていると考えられる。

【参考】特定除外対象患者となる場合の「一定の基準」(平成20年3月5日厚生労働省告示第62号より)

別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者

- 一 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- 三 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
- 四 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
- 五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- 六 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百八十日までの間に限る。)
- 七 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
- 八 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
- 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- 十 人工腎臓、持続経路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
- 十一 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三十日までの間に限る。)にある患者
- 十二 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

V. 今後の課題

1. 短期的課題とされた事項について

前述の通り、当分科会は、中医協基本問題小委員会から医療療養病床について、「患者分類の妥当性」「各医療機関における分類の適切性」「提供されている医療サービスの質」の3点につき検討するよう付託されている。

(1) 患者分類の妥当性について

患者分類は、医療区分及びADL区分を組合わせた9のケースミックス分類であり、慢性期入院医療の包括評価に採用されている。もともと、当分科会の提案により平成18年度診療報酬改定で導入され、平成20年度診療報酬改定に際して部分的な修正が行われたものである。

その妥当性について、当分科会は以前に、「18年度慢性期調査」の結果に基づいて「概ね妥当である」^{※1}と評価した。

「20年度慢性期調査」ではタイムスタディ調査を実施していないが、平成20年度診療報酬改定の際に医療区分採用項目にほとんど変更を加えていないことから、現在においても9分類の基本骨格の妥当性は維持されていると考えられる。

いずれにしても、高齢化の進展や医療技術の進歩等を勘案しながら、医療区分採用項目の該当状況、その経年変化や、多項目該当^{※2}の場合等に関する調査を今後も引き続き実施していく必要がある。

※1 「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」(平成19年8月8日)の「4. (2)①包括的評価」において、「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。」と記載。

※2 現行の診療報酬では、1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分で療養病床入院基本料を算定することとされている。

(2) 各医療機関における分類の適切性について

各医療機関が、療養病床入院基本料A～E又は有床診療所療養病床入院基本料A～Eを請求する際に、患者毎の分類を適切に行っているかどうかを、「20年度慢性期調査」のうち患者特性調査を用いて検証を試みた。

しかしながら、「20年度慢性期調査」では、診療報酬請求時に求められる種々の細かな要件^{※3}に関する資料の提出を求めておらず、患者特性調査に基づく分類の結果と診療報酬請求時の分類の結果とが合致しているかどうかの確認ができないため、現行の調査内容では検証できないと判断した。

今後、本課題を検証するにあたっては、例えば診療報酬請求時に求められる種々の細かな要件に関する資料の提出を別途求め、レセプトと照合するといった方法が考えられるが、その検討にあたっては、協力医療機関の事務的負担にも配慮する必要がある。

※3 診療報酬請求にあたっては、患者毎に療養病床入院基本料A～Eのいずれかに分類することになるが、その際には、厚生労働省保険局医療課長通知で定められている留意点等に合致しているか否かを確認しておく必要がある。

(3) 提供されている医療サービスの質について

① 当分科会は平成19年に、慢性期入院医療の包括評価に関する調査のうち患者特性調査を用いて、治療・ケアに問題のある可能性の高い褥瘡等のある患者を把握し、分野毎のQI^(※注)として評価する方法を提言した。

この提言に基づき、平成20年度診療報酬改定において、QIのうちの4分野が、一部修正のうえ採用された。すなわち、QIを「治療・ケアの内容の評価表」として、病棟ごとに継続的に測定・評価することになった。

② 一方、「20年度慢性期調査」においては、患者特性調査を用いて、その全体的な傾向や個別項目の変動、及び経年変化を確認した。今後QIに関してさらに正確な評価を行うためには、サンプル数を増加させて患者の重症度を考慮した評価を行う必要がある。

しかし、患者特性調査は、調査協力施設に対して多大な負担をかけること、また任意のアンケート調査であるために精度が必ずしも担保されていないことから、現行の方式のままでは限界がある。また、①の「治療・ケアの内容の評価表」を収集して分析する方法も考えられるが、そもそも病棟単位の資料であるため、個々の患者の重症度を考慮して評価することができない。

③ そこで、正確かつ簡便な調査手法の開発を目指して、試行的に、レセプト調査において収集したレセプトに任意で添付されていた「医療区分・ADL区分に係る評価票」(以下、「評価票」という。)の分析を行った。

その結果、「評価票」に基づく分析は、患者特性調査のように調査協力施設に多大な負担をかけることがなく、かつ個々の患者の状態やケアの内容について日毎に把握可能であるということが分かった。

但し、現行の「評価票」については、(ア)診療報酬請求に際して医療区分及びADL区分を確認するチェックリストとして用いられているため、必ずしも該当する項目全てに記載がなされているわけではないこと (イ)レセプトへの添付が任意となっていること、の2点に留意する必要がある。

④ 以上より、当分科会は、本課題の検証にあたり、患者特性調査を用いるよりはむしろ、レセプトに添付された「評価票」を利用する方が有効であるとする。

その際には、(ア)該当項目への記載を必須とする (イ)レセプトへの添付を必須とする、の2点について、「評価票」の運用の変更を提案する。なお、レセプトオンライン請求に対応する際には、上記(イ)の実効性を担保するため、「評価票」についてもレセプトと同様、CSV形式^{※4}で記載できるようにする必要がある。

さらに、上記(ア)(イ)に関する医療現場の負担については、今後の調査及び検討を要する。

※4 CSV形式(Comma-Separated Value format)とは、データをカンマで区切って並べたデータ形式を指す。レセプトオンライン請求の際には、医療機関はこのデータ形式で作成したファイルを審査支払機関に送付する必要がある。

2. 中・長期的課題とされた事項について

本課題の検討にあたっては、慢性期医療の定義・範囲を明確にしておく必要があるが、現時点では、さしあたり一般病床の一部から介護保険施設の一部までが想定される。当面は、このうちの一般病床に係る部分から検討することとした。

本年度の分科会においては、医療課が平成 20 年度末に実施していた「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」を利用して分析した。この調査によると、13:1 病棟及び 15:1 病棟における「91 日以上入院患者」は、現在の医療療養病棟に入院している患者と比べて、医療区分3の割合が相対的に高いこと等については異なっていたが、医療区分2が多いという点では類似していた。

対象施設の協力が十分に得られなかった等の問題点はあるものの、13:1 病棟及び 15:1 病棟の入院患者や提供されている医療サービスに関する実態調査はこれまでに実施されておらず、今回の調査によって初めて一定の結果が得られたものと考えられる。

来年度以降、医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期の状態像が描けるよう、新たな横断的調査を実施する必要があり、その際には、中医協基本問題小委員会と相談しながら、調査設計の段階から慎重に議論を進めていくべきである。

〔後注〕

QI (Quality Indicator) とは、ケアの内容として問題となる褥瘡患者の割合といったプロセスを評価したり、ケアの結果として生じるADLの低下といったアウトカムを評価したりするために提唱された指標。対象病院や病棟毎に、こうしたケアの質に問題のある可能性のある患者を分子に、その状態に至る可能性のある患者全体を分母として、病院全体や病棟全体としての割合を算出する。QI の値は 0%~100%に分布し、100%に近いほど、当該施設や病棟のケアの質に問題のある可能性がある。

緊急にDPC対象病院から退出する必要がある場合の
中央社会保険医療協議会における手続きについて
(案)

特別の理由があり、診療報酬改定の前年度末以外に、緊急にDPC対象病院から退出する必要がある場合、退出の可否については中央社会保険医療協議会において判断することとなっている。

1. 審査会の設置及びメンバー構成

- (1) 基本問題小委員会の下に「DPC退出審査会（仮称）」を設置する。
- (2) 審査会のメンバー構成は支払側2名、診療側2名、公益側3名、全体で7名とする。

2. DPC退出審査会（仮称）の運用方法

- (1) 基本問題小委員会から審査会へ、退出の可否の審査・決定を委任
- (2) 審査会は原則非公開

(理由)

- ①当該医療機関の経営状況等、機微な情報を取り扱うため
 - ②公平かつ中立な審議に支障を及ぼすおそれがあるため
- (3) 審査会は、専門的見地から退出の可否を審査・決定し、審査結果を基本問題小委員会へ報告
 - (4) 審査結果は、基本問題小委員会へ報告する前に当該医療機関に通知
 - (5) 当該医療機関は、審査会の審査結果に不服がある場合、1回に限り「不服意見書」を提出できる
 - (6) 希望があれば当該医療機関の責任者からヒアリングを実施

3. 不服意見書が提出された場合

- (1) 審査会で再審査を行い、審査結果を基本問題小委員会へ報告
- (2) 再審査結果は、基本問題小委員会へ報告する前に当該医療機関に通知

DPC対象病院への参加及び退出のルール
等について（案）

1. DPC対象病院に参加する場合

(1) 参加の要件

以下のすべての要件を満たしている場合に認める。

- ① 当該病院が参加の意思があること
- ② DPC対象病院に参加する直前の2年間において、DPC準備病院の基準をすべて満たしている。

DPC準備病院の基準

ア. 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っており、急性期入院医療を提供する病院である。

※ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていない病院については、満たすべく計画を策定していなければならない。

イ. 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。

※ 診療録管理体制加算を算定していない病院については、算定すべく計画を策定していなければならない。

ウ. DPCの調査に、標準レセプト電算処理マスターに対応した正確なデータを適切に提出している。

エ. 適切なコーディングに関する委員会を設置しており、年2回以上、当該委員会を開催している。

- ③ DPC対象病院に参加する時点において、DPC対象病院の基準をすべて満たしている。

DPC対象病院の基準

- ア. 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っており、急性期入院医療を提供する病院である。
 - イ. 診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
 - ウ. DPCの調査に、標準レセプト電算処理マスターに対応した正確なデータを適切に提出している。
 - エ. 過去2年間(10ヶ月)の調査期間の(データ/病床)比が8.75以上である。
- ※(データ/病床)比については、診療報酬改定毎に、厚生労働省において再集計し確認する。

※ なお、DPC対象病院は、適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催することが義務となる。

(2) 参加の手続き等

診療報酬改定の5か月前までに、厚生労働省に申請し、参加の要件を満たしている場合、当該診療報酬改定の年度当初より認める。

なお、参加が認められた場合には、速やかに患者及び関係者に周知すること。

2. DPC対象病院から退出する場合

(1) 退出の要件

原則として、DPC対象病院の基準のいずれかを満たせなくなった場合

(2) 退出の手続き等

- ・ DPC対象病院の基準のいずれかを満たせなくなった場合は、速やかに厚生労働省に報告し、退出する。なお、ア、イ、ウの基準を満たせない場合は、3か月の猶予期間を設け、3か月を超えてもなお、基準を満たせない場合には退出する。

※ 猶予期間については、マイナスの機能評価係数を算定する。

- ・ DPC対象病院の基準を満たしていても、診療報酬改定の5か月前までにその理由等を添えて厚生労働省に届出を行えば、当該診療報酬改定の前年度末に退出することができる。

※ 届け出られた理由等については、厚生労働省より中医協に報告する。

なお、特別の理由があり、当該診療報酬改定の前年度末以外に、緊急にDPC対象病院から退出する必要がある場合は、退出の認否について、中医協において判断する。

(特別の理由の例)

- ① 医師の予期せぬ退職等により、急性期入院医療を提供することが困難となった場合
- ② 当該病院の地域での役割が変化し、慢性期医療を提供する病院となった場合

(3) 退出する病院の周知、データ提供等

- ① 退出する場合は、速やかに患者及び関係者に周知する。
- ② DPC対象病院から退出した病院が継続して急性期入院医療を提供する場合は、退出後2年間、引き続きDPCの調査データを提出する。

(4) その他

特定機能病院については、閣議決定により包括評価を実施することが定められており、DPC対象病院から退出することができないため、再度基準を満たすまでの間、マイナスの機能評価係数を算定する。