

慢性期病態別診療報酬試案について

2010.10月作成

日本慢性期医療協会

会長 武久 洋三

慢性期病態別診療報酬試案検討委員会

委員長 池端 幸彦

平成 15 年度から検討され平成 18 年 7 月から実用化された医療療養病床での患者分類については複雑ながらもよく考えられた制度ではある。しかし、各種処置を行うことにより区分が上る制度になっていたり、寝たきりの人を寝たままにしておいてあまり起こさない方が報酬が高いなど、医療現場では病態を改善しようとするモチベーションを持ちにくい難点をかねてより指摘されていた。

最近では現場もようやく制度に慣れてきているところではあるが、急性期病院の平均在院日数が大幅に短縮されてきて、医療療養病床をはじめとする慢性期病床の入院患者は病態が多彩になって来ており、若い人も多くなっている。また、医療療養病床の役割も長期の老人収容施設的性格から積極的治療による在宅復帰を目指すものになりつつある。この傾向は今後ますます強くなると考えられている。この度 2012 年の医療と介護の同時改定を前に、医療療養病床だけではなく一般病床 13：1、15：1 を含めた急性期治療後の病床を包括し、新しい慢性期病態別診療報酬体系を考える必要性が強く感じられるものである。

すでに横断調査により一般病床の 13：1、15：1 の入院患者と医療療養病棟入院患者に大きな相違点は認められていない。この点においても現在出来高払いとなっている 13：1、15：1 の診療報酬体系の包括化は支払制度上からも必要であろう。類似の入院患者については同じような診療報酬体系にする方が公平であり、国民の納得を得やすい。ただ医師・看護師の数や病床面積の広さ、平均在院日数、在宅復帰率などの諸条件の優れている所への加算をしたり、劣っている病院への減算するなどの調整は必要と考える。

2009 年の中医協慢性期入院医療分科会に一般病床の 13：1、15：1 の病棟にも医療療養病床の医療区分制度の導入が保険局からすでに議案提出されている。しかし、現在は一般病床である 13：1、15：1 や医療療養病床にも軽度の初期急性期治療の必要な患者は相当数存在している。

このため主として慢性期高齢患者の長期療養の場として想定されてきている医療療養病床の医療区分をそのまま適合させることには矛盾点が多い。このたびの 2012 年同時改定を絶好の機会として、急性期治療後を担う慢性期病床の概念を一新し、ADL 評価についても他の診療報酬区分との整合性を調整するとともに、病態別の診療報酬体系を導入し、早期に適切に治療し地域復帰させることができるように、診療の質を高める方向に資する慢性期病床に評価を与えることが大切である。今後爆発的に増加する高齢患者の在宅復帰に対応して、主として慢性期医療を提供している病院の在宅療養支援病院機能を高めることが社会保障国民会議の医療・介護の将来図を補完し、国民に満足してもらえるような地域医療を築く第一歩となるであろう。

試案は DPC を参考にした慢性期 DPC 的なものと従来の医療区分とを併用して作られている。また ADL 評価は各病棟基準の最大公約数的な項目を用いている。

の項目が 3 つ以上あれば、超重症加算として 200 点 / 日を加算。

の項目が 2 つ以上また の項目が 3 つ以上の場合重症加算として 100 点 / 日を加算してはどうか。

の項目が 2 つあれば、 の項目の 1 つに該当するとする。

脳卒中、心筋梗塞、急性腹症、骨折の急性発症の場合は、急性発症加算を 100 点 / 日を 1 ヶ月間算定。