

平成 23 年 9 月 15 日

## 24 年診療報酬改定への要望

### 慢性期医療について

日本慢性期医療協会会長 武久洋三

(1) 重症患者の治療において治療効果や診療の質の高い病棟に対する評価を希望する

- ①一般病床の各種優遇経過措置の撤廃と病棟の診療機能上の平等評価を希望する。  
(特定除外患者等)
- ②重症患者への評価を明確に（医療区分 1 は区分 2、3 以外であるが、その中には重度で治療や看護・介護に難渋する患者が混在していることから）下記のような重度な病態への評価を希望する。  
(癌患者病態、重度意識障害、低栄養、脱水、肝不全、心不全、腎不全、その他の感染症、BPSD、認知症Ⅳ・Ⅲ等)
- ③慢性期 ICU 的重症患者への評価を希望する。  
(医療区分 2、3 の項目の重複者に対して何らかの重度加算を希望する。一般病床では、重症患者に対して出来高の上に超重症や準超重症加算がつくのに比べて、療養病床では明らかに差別されている。)
- ④急性期治療後の重症患者の入院受け入れと治療による病状改善や退院の割合の良い病棟に対しての評価を希望する。  
(長期急性期病床への評価、平均在院日数、在宅復帰率等への評価)
- ⑤チーム医療への評価と病棟専従国家有資格者への評価を希望する。  
[特に薬剤師業務（調剤、服薬指導等）への評価]  
(看護師、薬剤師、社会福祉士、PSW、臨床検査技師、管理栄養士、PT、OT、ST、ケアマネ、介護福祉士等)
- ⑥食事内容や特別食、形態食の見直しと経管栄養や食事要介助者への食事投与回数や摂取時間の柔軟化を希望する。  
(低栄養改善食、脱水改善食、ソフト食等)

⑦生活リハ、維持期リハに対しての評価を希望する。

(20 単位/月程度まで)

⑧三次および二次救急病院からの療養病床への紹介入院に際し、紹介元への評価を希望する。

⑩20 : 1 の区分 2、3 の割合の緩和を希望する。

(約 70%へ、13 : 1、15 : 1 病棟へも適応)

⑩在宅療養支援病院に対する評価を希望する。

(在宅療養支援病院の機能の明確化、認定のための 200 床以内の条件の撤廃、在宅療養支援診療所からの入院のために空床を確保しておくための評価、在宅療養支援診療所の医師への開放型病床体制整備への評価、前方連携、後方連携および疾患パスの円滑な実施への評価)

## (2) 一般病床と療養病床間での許認可申請項目の制限の撤廃

一般病床と療養病床は 2003 年 9 月より異なった診療報酬制度で行われてきたが、日慢協の各種調査、さらには厚労省の 22 年 6 月の横断調査により、医療療養病床は一般病床の 13:1、15:1 に比べて重度な患者の割合が多くなっていることが明白となった。しかし、一般病床で算定できる診療報酬項目が療養病床では算定できないなど、診療報酬体系上、明らかに差別されている。

これは多分、それらの項目はその当時の療養病床では不必要であり、とても申請なんかしないだろうとの善意の判断で除外されていたのであろうと思われる。しかし、現在となっては慢性期 ICU 的の増加に伴って診療機能は一般病床に接近し、中には一部療養病床の方が逆転している医療機関もある。一般病床で取得しようとしても、機能が追い付いていない項目であっても、逆に、既にそのレベルに達している療養病床もある。従ってその該当項目を病床種別ごとに制約しないで、一定の基準に達していると判断される病棟には公平な判断をもって許認可されるように希望する。

(NST チーム加算、呼吸チーム加算、入院時初期加算、無菌製剤処理料、医師事務作業補助体制加算等)