

中医協「2011年度 第2回 慢性期入院医療の包括評価調査分科会」 医療区分1の実態について意見交換

2011/6/2

中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長：池上直己・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授）は6月2日、療養病棟入院基本料の医療区分1に関して意見交換を行った。



分科会では、2012年度の診療報酬改定に向け、①療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分に基づく2010年度改定での点数見直しの影響と医療区分1の実態、②慢性期入院医療の在り方の総合的な検討、③認知症患者の評価の在り方——について調査・検証を行った上で、今夏をめどに中医協総会に報告書を提出することになっている。

医療区分1は、患者の医療必要度を3分類した医療区分のうち最も軽い状態だが、区分2・3以外のすべての症状が該当するため、重度の意識障害患者なども含まれる。この日の意見交換では、医療区分1の実態について日本慢性期医療協会会長の武久洋三委員が、軽症から重症まで多種多様な病態が含まれており、重症度の高い患者が近年増加しているとするデータを示した上で、重症患者の評価を見直すよう訴えた。武久委員は、同協会で作成した医療区分1の精緻化に向けた案として、がんのターミナルケアで余命1カ月の場合を医療区分1-5、余命6カ月の場合を医療区分1-3など、疾患と状態によって医療区分1を5段階に分類することを提案。ほかの委員からも、同じ点数を算定する患者でも疾患等によって手間の掛かり具合が異なり、コストに見合わない場合があるなどの意見が出た。

猪口雄二委員（医療法人財団寿康会病院理事長・院長）は、医療区分1に該当する認知症患者について、医療サービス提供時間と人件費が、認知症でない患者に比べてどちらも多くなる傾向にあるとの調査データを示し、認知症の評価の見直しを求めた。

このほか、タイムスタディーを実施し、医療区分1のどの患者に手間が掛かっているのかを把握すべきとする委員もいたが、「実施する医療機関にとって大きな負担になる」「既存のやり方では信頼できる結果は得られない」など反対意見も多く、合意には至らなかった。

■重複項目の評価を求める声も

医療区分2・3についても意見が及び、1人の患者で医療区分2に該当する症状が重複した場合、医療区分3として評価するべきであるという声も上がった。「症状が重複した場合、手間が増えるのは確か」などとして、医療機関代表の委員は医療区分の柔軟な適用を求めたが、池上分科会長は「もともと医療区分は、症状が重複することも想定して点数を設定している」として理解を求めた。

次回の分科会開催は6月17日の予定。