

中医協「第7回 診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会」 特定除外の見直し、両論併記へ

2013/7/31

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（分科会長：武藤正樹・国際医療福祉大学大学院教授）は7月31日、中医協総会への報告に向けた中間取りまとめ案について議論を行った。



事務局が提示した取りまとめ案は、①一般病棟入院基本料と慢性期入院医療の適切な評価、②亜急性期入院医療管理等、③地域に配慮した評価、④特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合の経過措置、⑤診療報酬点数表の簡素化、⑥褥瘡の発生等——の6項目から構成されている。

争点となった①では、一般病棟7対1・10対1入院基本料の要件見直し案として「短期間で退院可能な手術・検査の対象患者は平均在院日数の計算から除外」「2012年度診療報酬改定における13対1・15対1入院基本料と同様、特定除外患者は『平均在院日数の計算に含めて出来高算定』又は『平均在院日数の計算対象外で療養病棟入院基本料を算定』のいずれかを選択」とする方向が示された。

特定除外要件の見直しについて、石川広己委員（社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会理事長）や神野正博委員（社会医療法人財団董仙会理事長）らは、「7対1・10対1」の特定除外患者は“比較的高度な医療”が必要だとして要件の見直しにはこれまで通り反対の姿勢を見せた。

一方、武久洋三委員（医療法人平成博愛会理事長）や嶋森好子委員（社団法人東京都看護協会会長）、筒井孝子委員（国立保健医療科学院統括研究官）らは事務局案に賛意を示し、機能分化の視点から「この先は特定除外患者の受け皿となる亜急性期病床や療養病棟の議論になる」とした。これに対し石川委員は将来的な方向性は理解できるとしつつも、「次回改定からでは“激変”になる。今のところは両論併記にしてほしい」と主張。武久委員は「経過措置や亜急性期の成熟を待つ必要があるという意味では私も同意見。ソフトランディングしていくのが望ましい」と応じた。

■重症度・看護必要度から「時間尿測定」など削除

また、①では7対1入院基本料の重症度・看護必要度の項目を見直すに当たり、「時間尿測定・血圧測定を項目から削除」「創傷処置から褥瘡の処置を除外」「呼吸ケアからたん吸引を除外」「A項目に『抗がん剤の内服』『麻薬の内服・貼付』『抗血栓塞栓薬の持続点滴』『計画に基づく10分以上の指導・意思決定支援』を追加」との案が示された。委員からは、「呼吸ケアからたん吸引を除外」することに対し反対意見が出た他、「10分以上の指導・意思決定支援」の効果等に疑問を付す向きもあった。

■亜急性期の評価、救急や在宅医療の要件設定へ

一方、②では亜急性期の役割・機能を「急性期からの受け入れ」「緊急時の受け入れ」「在宅への復帰支援」が核になると記載。2次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、在宅復帰率などを要件の候補として挙げた。さらに、これまでの「病室単位」の届出から「病棟単位」の届出に移行することを明記した他、DPCデータの提出も求めていくとした。

■地域に配慮した評価、亜急性期の評価体系と2本立てに

その他、③では2012年度改定で導入した地域に配慮した入院基本料などの要件緩和を継続するとともに、その対象となる30の2次医療圏の中には、前述した亜急性期の役割・機能を担っている医療機関もあると考えられることから、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価を導入する案も提示した。

④では2012年度改定で入院基本料等に包括された栄養管理実施加算について、有床診療所では同加算の要件となる管理栄養士の確保が困難なことから対応が必要だと記載した。

今回出された意見を基に事務局が取りまとめ案を修正し、次回の分科会で再度議論を行う。次回の開催は8月上旬を予定。