

## 中医協「第2回 診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会」 亜急性期を“急性期の受け皿”など3機能で整理へ

2013/5/30

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5月30日、亜急性期医療の機能について意見交換を行った。



事務局は、亜急性期医療に求められる機能として、①急性期からの受け入れ機能、②在宅・生活復帰支援機能、③緊急時の受け入れ機能——の3点を提示。

①の急性期からの受け入れ機能については、がん患者などいわゆる「特定除外項目」に該当（相当）する患者が急性期病床や療養病床に入院している実態が示され、本来、急性期病床と療養病床の間にある亜急性期に受け皿としての機能が求められるといった意見が、複数の委員から寄せられた。

②の在宅・生活復帰支援では、一般病棟7対1入院基本料を算定する病棟よりも亜急性期入院医療管理料を算定する病室の方が在宅復帰率が高い場合も多いことが示された。さらに、③の緊急時の受け入れに関しては、「7対1」病棟と同程度に緊急入院患者を受け入れている「亜急性期」病室もあるといったデータも提出された。

なお、現行の亜急性期入院医療管理料の算定要件には、②の在宅復帰率は含まれているが、①及び③に関する条件は特に設けられておらず、事務局は「点数設定当時の考えには縛られていない。①③は今後亜急性期に必要な機能として考えるべきか、という視点だ」と説明。事務局が提示した①～③の観点から、亜急性期の機能をより明確化していくことについて、委員からは賛同する声が多く挙がった。

### ■亜急性期入院医療管理料、“60日ルール”に意見

会合では、亜急性期入院医療管理料を算定する患者の特徴として、回復期リハビリテーション病棟入院料1や亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の算定患者と「病名はほぼ重複している」「重症度・看護必要度が低い」「1月当たりのレセプト請求金額は『回復期リハ1』より少なく『13対1』より高い」ことなどが事務局より報告された。

「病名が重複している」点については、佐柳進委員（独立行政法人国立病院機構関東医療センター病院長）や武久洋三委員（医療法人平成博愛会理事長）から、「『回復期リハ1』は脳梗塞など脳血管疾患が多く、『亜急性期』は骨折など整形外科疾患が多い」など内訳は大きく異なっていることが指摘された。その上で、佐柳委員は「『亜急性期』は60日までしか算定できない。使い勝手が悪いのは確かだが、2カ月で社会に復帰させるという誘導の仕組みとして考えると一定の意義があるのではないかと主張。一方、武久委員は「整形外科疾患など60日で治るような患者しか入院させず、医療必要度が高い患者は亜急性期に来ていないということだ。本来、亜急性期には高度急性期からの受け皿としての機能が求められるのではないかと“60日ルール”による誘導効果には否定的な見解を示した。