

亜急性期入院医療管理料 評価充実に向け見直し案を概ね了承

中医協・総会（会長：森田朗・学習院大学法学部教授）は 11 月 27 日、2014 年度診療報酬改定に向け、入院医療の評価について議論を行った。

地域医療を支える亜急性期医療の評価充実のため、事務局は亜急性期入院医療管理料の見直しを提案。①原則として病棟単位で評価、②200 床未満の場合には病院全体で亜急性期病棟の届出が可能、③要件として 2 次救急の診療実績や在宅復帰率等を設定、④療養病床は 1 病棟（60 床まで）に限り亜急性期病棟の届出が可能——などの論点を示した。

①については、200 床未満の中小病院では病棟ごとの機能分化が困難であるため、1 病棟に限り病室単位での評価継続を認める特別措置を設ける。また、その際には看護師の夜勤時間を所属する病棟に算入し、DPC 包括評価の対象患者が入室した場合は引き続き DPC で算定することになる。

同様に②も、亜急性期病床拡大のため中小病院を対象とした要件緩和案。現行では、亜急性期入院医療管理料は病床規模に応じて届出可能病床が定められ、全ての病棟を亜急性期病棟にすることはできないようになっている。

③では、要件案として「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」「新規入院患者が満たすべき重症度・看護必要度基準」「医療内容に関するデータの提出」——などを提示した。これらは入院医療等の調査・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）が取りまとめた亜急性期病床の役割である「急性期病床からの患者の受け入れ」「在宅患者等の緊急時の受け入れ」「在宅復帰支援」——の 3 機能を基にしている。

最後に④は、一定程度、療養病床から亜急性期病床への移行を促すための措置。事務局は、療養病棟から亜急性期病棟に転換した際には病室単位での評価はできず、人員配置等の施設基準も亜急性期入院医療管理料に合わせることにすると説明した。

これらの論点に対し、診療側・支払側委員ともに「評価できる」として賛意を表明。大枠で了承し、具体的な意見や質問、提案を中心に議論が行われた。

万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は③について、「地域によって都道府県の 2 次救急病院の指定を受けにくい可能性もある」と指摘し、代わりに救急車の受け入れ実績や消防庁の指定などを要件とすることを提案した。しかし、事務局は「あくまで在宅からの受け入れ機能の例示の 1 つ」であり文言訂正には及ばないと応じた上で、万代委員の案も要件として考えられるとの見方を示した。また、万代委員は、一般病棟や療養病棟から亜急性期病棟への転換が進むことで、同様の医療機能を提供するが出来高払いのケースと包括払いのケースが生じることを懸念。ある程度統一した評価が行われるよう配慮を求めた。

## ■7対1入院基本料も機能分化に向け要件引き上げ

同日、一般病棟7対1入院基本料の見直しについても論点が示され、議論を行った。

算定要件の1つである重症度・看護必要度の基準については、2012年度診療報酬改定の際にも見直しを行っており、7対1入院基本料算定病棟において基準を満たす入院患者を受け入れている割合（基準該当患者）を「1割以上」から「1割5分以上」に引き上げている。今回、事務局は評価項目について3項目の見直し案を提示。入院医療等分科会の報告を踏まえ、①時間尿測定及び血圧測定の削除、②創傷処置における褥瘡処置とそれ以外の処置の別評価、③呼吸ケアにおける喀痰吸引の除外、④抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加——を行うことを提案した。

また、救命救急入院料の算定病院においては、基準該当患者割合が「1割5分未満」であっても7対1入院基本料を算定することができるが、「1割5分以上」の要件を導入することも提案。併せて、名称を「重症度、医療・看護必要度」に変更するとした。

さらに、在宅復帰機能等に一定の実績がある介護老人保健施設への退院患者率やDPCデータ提出の算定要件追加、データ提出加算の算定対象を全ての一般・療養・精神病床へ拡大、データ提出への参加機会を年複数回に増加——などの提案も行った。

これらに対して委員から特に大きな反対意見は出ず、基本的方向性について概ね了承された。ただし、重症度・看護必要度基準の見直しに関しては、診療側委員が「激変になる」と述べ、現場に与える影響の大きさを指摘。詳細なシミュレーションの提示や現場の混乱への配慮を求めた。

データ提出加算の算定対象病床拡大については、現実問題として療養病床などでシステム改善が必要になる可能性があるとの指摘もなされたが、データ収集と今後の分析・活用の必要性に関して意見が一致した。

その他、現行では評価されていない療養病棟における在宅復帰率について、新たに評価を行う考えも示されたが、委員からは在宅患者の“難民化”が起きないよう無理のない形で在宅復帰を進めるため、受け皿を検討する必要性を指摘する意見が挙がった。

## ■次回改定に向けた意見書 中医協の重要性に関する見解を提示

医療経済実態調査等を踏まえた次回改定に向けた意見書として、支払側・診療側委員それぞれから「2014年度診療報酬改定に関する基本的考え方」が提示された。今後、両委員間で意見が不一致である改定率に関しては両論併記とし、共通認識である中医協の位置付けや役割の重要性等について盛り込んだ形で公益委員が意見書を取りまとめる。次回以降に素案を示し、委員の了承を得た上で厚生労働大臣に提出する方針だ。

次回の会合は11月29日に開催する予定。