

日慢協第29-06号
平成29年7月13日

厚生労働省保険局
医療課長
迫井正深 殿

日本慢性期医療協会
会長 武久洋
政策提言委員会委員長
安藤高朗



日本慢性期医療協会

平成30年度診療報酬改定に向けて

日本慢性期医療協会の会員病院は各々の地域において、入院患者に迅速に適切な治療を行い、速やかに日常に帰す努力を日々行っている。一方で、行き場のない重度長期療養患者にも、丁寧な医療を提供することにより、その生活を支えるという大切な役割も果たしている。慢性期医療の現場では、こうした業務に真摯に取り組む中で、生きたりハビリテーションと総合治療力を日々高めている。

超高齢社会において、良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たないことは明白であり、日本慢性期医療協会として平成30年度診療報酬改定に向け下記を提言したい。

1. 高度な慢性期医療を提供する病棟の必要性と人員配置の考え方

厚生労働省及び当協会の調査における医療療養病棟での医療提供状況（中心静脈栄養、人工呼吸器、気管切開・気管内挿入、酸素療法等）によれば、医療療養病棟の患者においては多くの処置がなされている。こうした状況に鑑み、療養病棟入院基本料（20：1看護配置基準）の上位基準として、高度な慢性期医療を担う病棟「慢性期治療病棟」の新設が必要であることは明らかである。

「慢性期治療病棟」は、患者の急変等、一時的な急性期治療を担うことができる病棟として、バックベッド機能をもつ慢性期病院において一次診断を行い、必要に応じ、高度急性期病院に紹介することを想定している。

さらに、こうした高度慢性期機能を担うためには、チーム医療が不可欠である。人員配置の考え方として、医師、看護師以外のメディカルスタッフ（薬剤師、PT・OT・ST、社会福祉士、管理栄養士、介護福祉士、臨床検査技師、診療情報管理士、歯科衛生士等）の配置が求められる。

「慢性期治療病棟」の新設と、多職種への配置に対する評価をお願いしたい。

2. 新たな慢性期指標の検討

慢性期医療においては、現在、医療区分を評価基準の一つとして用いている。しかし、超高齢社会を迎えた現在の慢性期病棟における診療内容と人員配置基準、および診療報酬との関係性を考えると、再検討が必要な時期であると考えられる。これまでの医療区分に代わる新たな慢性期指標の検討が求められる。

3. リハビリテーションに関する提言

日本慢性期医療協会では、「日本の寝たきを半分にしよう」10カ条を掲げている。その中でも中核になるのがリハビリテーションの充実である。現在、リハビリテーションは出来高による評価が行われているが、標準的な算定日数後に機能が回復するケースもあり、完全包括性への移行が検討されるべき時期ではないかと考えられる。

また、リハビリテーションの開始時期については、発症・入院から2週間程度の早期リハビリテーションの提供が重要である。しかしながら、リハビリテーションの基準指定がなく、ADL 体制加算なども取得していない急性期病院等の場合、早期にリハビリテーションの体制が整っている施設へ患者を転院させなければ、その後の在宅復帰への経過に大きな影響を及ぼしかねない。リハビリテーションのない急性期病院に長期入院した場合、低栄養、脱水、拘縮などが起き、回復期・慢性期に転院してきても、リハビリテーションの前に、まず全身状態の改善に時間を要する。

そのため、早期リハビリテーションの実施と、急性期病院がその機能に応じた役割を担うためにも、特定除外制度の廃止も視野に入れた議論が求められるのではないだろうか。

加えて、高齢者に対するリハビリテーションにおいて昨今重要視されるものとして、嚥下・排泄リハビリテーションがあり、病棟の種別にかかわらず、回数などの実績に応じた統一的な評価が求められる。

さらに、これらのリハビリテーションにおいては、総じて量から質へのシフトとして、アウトカムによる評価が求められるべきであり、その評価ツールとしてリハビリテーション前後の動画を用いた評価など新たな方策が求められる。

「日本の寝たきを半分にしよう」10カ条

- 1.慢性期治療の徹底
- 2.延命ではなく日常復帰を
- 3.急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
- 4.急性期リハビリ能力のない場合、
入院後 20 日までにリハビリ能力と治療能力のある Post acute に移す。
- 5.高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
- 6.嚥下・排泄リハビリの優先
- 7.短期集中リハビリのできる環境に
- 8.寝たきりより座りきり
- 9.無理な歩行訓練より車いす自立を
- 10.慢性期総合診療医の養成

4. 慢性期病院における慢性期救急の評価

急性期医療を支える療養病棟の救急機能を評価したものとして、救急・在宅等支援療養病床初期加算があるが、これらは実際のニーズにそったものである。

今後は、このような慢性期患者が急性期化した場合の診療機能（慢性期救急機能）など、地域の中での多機能型回復期および多機能型慢性期病院が求められる。その評価として、在宅等からの緊急受入件数（月何例以上など）の実績などに応じて、高齢者救急を支える慢性期病院を評価していくことが必要だろう。

5. 医療機関に勤務する介護職員への処遇改善加算

医療施設では介護職員も多く従事している一方で、介護施設に勤務する介護職員にのみ処遇改善加算が付与されている現状がある。そのため、介護職員が医療施設と介護施設のどちらに勤務するかによって賃金が異なるという状況も確認される。医療機関で働く介護職員にも介護報酬上の処遇改善加算と同等の加算を算定できるような体制が望まれる。

6. 地域格差の介護報酬並みの是正

大都市部と地方では、人件費や地価、建築費、その他の物価に相応の高低差があるのが実状である。この点に関し、診療報酬における地域加算による地域格差の補填は決して十分ではなく、診療報酬においても介護報酬の地域区分と同様の地域格差の是正を要望する。

7. 一般病床と療養病床の評価の統一化

急性期であっても、慢性期であっても高齢者医療が主流となってきている。病床面積等のハード面においても基準の統一が図られている状況にあつて、一般病床や療養病床における診療報酬上の評価の相違は現在の課題であり、極力その差異を小さくしていくべきである。

例えば、療養病床からの障害者病棟への届出、データ提出加算における算定のタイミング、その他一般病床では算定が認められているが、療養病床にて算定が認められていない加算等についても、評価の統一化が求められる。

(療養病床にて認められていない加算の例)

- ・看護配置加算
- ・後発医薬品使用体制加算
- ・緩和ケア診療加算
- ・精神科リエゾンチーム加算
- ・医師事務作業補助加算 (一部要件を満たせば算定可能)

加えて、栄養サポート加算など、回復期リハビリテーション病棟や障害者病棟において算定できない加算も存在し、併せてこのような状況についても評価の統一化に向けた前向きな検討が求められる。

なお、現在の医師の配置基準は、一般病床が 16 : 1、療養病床が 48 : 1 となっているが、今後は患者の病態に応じた、その中間レベルの医師の配置基準についても考慮が必要と思われる。

8. 認知症患者のケアに向けた新たな体制整備

現在、認知症治療病棟は精神科病床に限定されている状況であるが、今後の認知症患者の増加を考えると、一般病床や療養病床を含めた、総合的な認知症ケアの仕組みが必要である。精神科の標榜の有無にかかわらず、認知症治療に力を入れている医療機関に対して、実績に応じた重症度による評価をしてはどうか。

9. 包括支払い制度における高額薬剤の評価について

入院料包括部分における、抗がん剤をはじめとした高額な医薬品については、その負担が課題となっている。これらの高額な医薬品については、療養病床においても、急性期 DPC 制度にて出来高算定できる薬剤との統一的な扱いが望まれる。

10. 治療に対するアウトカム評価の導入

一般的には治療実績や件数という行為に対して、診療報酬上の評価が行われている。

一方で、質の高い医療サービスの提供や早期の在宅復帰、そして自宅での健康な生活を送るためには、医療の質にフォーカスした評価方法として、アウトカムにも注目していく必要がある。事例をあげるとすれば、難治性肺炎に対する治療もその一つである。

リハビリテーションにおけるアウトカム評価と並行して、治療に対するアウトカム評価についても、今後は議論が求められる。

以上



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

〒162-0067 東京都新宿区富久町1-1-5 シヤトレ市ヶ谷2階

TEL. 03-3355-3120

FAX. 03-3355-3122

E-mail : info@jamcf.jp

ホームページ <http://jamcf.jp>

日慢協ブログ <http://manseiki.net/>