

慢性期病態別診療報酬体系（試案）

～ 調査結果の概要 第 2 報 ～

日本慢性期医療協会

会 長	武久 洋三
常任理事・事務局長	池端 幸彦
診療の質委員会委員長	矢野 諭

日本慢性期医療協会「慢性期病態別診療報酬試案検討委員会」は、昨年 10 月に「慢性期病態別診療報酬体系（試案）」を作成した。背景には急性期病院の平均在院日数の大幅短縮に伴う、慢性期医療における「担当医療領域の拡大・多様化・高度化」と平成 24 年の医療・介護の同時改定がある。

作成の視点は、多くの欠点が指摘されてきた従来の「医療区分」に見直しを加えるとともに、昨年 6 月の横断調査の結果をふまえて、一般病床の 13：1、15：1 を含めた急性期治療後を担当する病床を包括した、新しい慢性期医療における診療報酬体系を考案することであった。さらに、当協会が提唱する「慢性期医療 5 大機能」、回復期機能 重度慢性期機能 在宅支援機能 癌患者支援機能 認知症治療機能が十分に評価されるように、一般病床を含めて慢性期医療の現場の実情を反映させた、公平性を持った診療報酬体系の作成をめざした。患者の病態を改善しようとするモチベーションを持ちにくい「医療区分」に代わって、患者の病態別に 13 の大分類からなる「病態区分」（A 評価）を導入し、ADL 評価（B 評価）を含めた「病態別」診療報酬体系を導入した。

すでに当協会は「医療区分 1」患者を重症度別に 1 - 1 から 1 - 5 の 5 段階に細分類し、内容を詳細に分析していた。より重症度の高い「医療区分 1 - 4 と 1 - 5」に相当する患者の状態像の中から、「医療区分 3・2」の項目に追加を行い、修正を加えて再分類したものが、新しい中分類の「病態区分 〃」の骨子となっている。新たに追加した項目がいかに多いかがお分かりいただけると思う。

本試案を平成 24 年度診療報酬改定に向けての議論の叩き台としてゆくためには、妥当性の検証が必要であり、その基礎となるのは慢性期医療を担う病院のデータの集積である。第 1 次調査は、当協会会員病院 44 病院を調査対象として、平成 22 年 10 月 25 日から 10 月 31 日（7 日間）までの期間で実施された。結果はすでに 12 月 17 日の記者会見で公表され、当協会ホームページに掲載されている。また、試案の作成が完了したので、「慢性期病態別診療報酬試案委員会」は解散し、以後の事業は「診療の質委員会」が引き継ぐこととなった。

第 2 次調査は当協会会員病院だけではなく、さらに調査対象を広げ、日本医療法人協会会員病院のご協力をいただき、平成 23 年 2 月 14 日から 2 月 20 日（7 日間）ま

での期間で実施された。これら 2 回の調査で、調査対象病院は計 88 病院、調査病床種別は計 11、総病床数は 11,183 床となり、今回は 7:1、10:1 病床のデータも追加された。

以下、第 2 報として調査結果の概要について述べる。

〔調査結果〕(グラフ 1~16)

調査病床種別では医療療養病床(20:1)が最多で約 30%、他の病床も前回とほぼ同率であったが、今回は 7:1、10:1 病棟のデータが加わった。

「病態区分」に導入された項目:【意識障害・摂食嚥下障害・高次脳機能障害・栄養障害】に着目すると、特殊疾患における意識障害患者の割合が突出し、高次脳機能障害が特殊疾患病棟と回復期リハ病棟で高率となった。また、栄養障害の頻度はむしろ一般病床で高率であった。また褥瘡の一般病床における比率が明らかになった。

[グラフ 1・グラフ 3]

調査項目:【中心静脈栄養、人工呼吸器、気管切開・気管内挿管、酸素療法、喀痰吸引、経鼻胃管・胃ろう】の医療提供状況においては、医療・介護療養病床、一般病床のいずれにおいても、昨年 6 月の横断調査における結果とほぼ合致した。

(横断調査では特殊疾患、障害者病棟、精神・認知症病棟、7:1・10:1 はデータなし)

[グラフ 2]

医療区分・病態区分に共通の調査項目:【人工呼吸器、酸素療法、気管切開・気管内挿管、中心静脈栄養、褥瘡】においては、回復期リハと精神認知症病棟を除けば、一般病床においても他の病床と該当患者における差は認められなかった。

[グラフ 4]

医療区分のみに該当する項目:【喀痰吸引、経鼻胃管・胃ろう】の提供状況では、回復期、精神認知、一般病床のいずれにおいても、他と比較して比率は低率であった。

[グラフ 5]

患者の状態像(現在治療中の疾患)における調査では、すべての調査対象病棟において、疾患別に各病床の機能に応じて、大きな偏りのない患者数(%)が確保されていた。脳血管疾患・心疾患は急性期治療が速やかに施行された後、療養病床で治療され、悪性新生物は療養病床より一般病床で治療されている傾向にあった。

[グラフ 7・グラフ 8]

認知症高齢者の日常生活自立度 a 以上の患者数(%)は、介護療養病床で最も高率であり(89.6%)、回復期リハ病棟と一般病床において他の病床より低率であった。

[グラフ 9]

検査実施延べ患者数(%)は、出来高制である一般病床において高率であった。

[グラフ 10・グラフ 11]

病態区分評価(A 評価)においては、調査病棟全体で「医療区分 1 が病態区分」になった患者割合(%)が 46.4 から 25.7 へと著明に減少した。同様の変化は医療療養 20:1 で 19.1 から 10.7、25:1 で 47.5 から 31.4 への減少であった。この

減少は11のすべての調査病棟に共通であり、特に精神・認知症病棟で最も顕著であった。(81.3から25.4%への減少) [グラフ12・グラフ14・グラフ16]

日常生活活動(ADL)評価(B評価)は、従来の区分とほとんど分布に差が認められなかった。第1次調査の結果との比較においても同様である。

[グラフ13・グラフ15]

〔調査結果〕「病態区分からみた現在の医療区分1患者の状態」(別表)

現状の医療区分を適用すれば、医療保険療養病床(20:1および25:1)のうち、医療区分1の入院患者は27.4%であり、医療区分3・2の患者は平均すれば80%に満たない。(別表P1)

医療区分1の患者の比率だけをみれば、医療区分導入直後の平成18年8月よりむしろ増加しているが、医療区分1-5患者の増減指数【平成18年8月の各状態像が入院患者に対して占める割合を100とした場合の平成20年の8月の同割合の変化】の増加は顕著であり、入院患者の重度化が進んでいることが分かる。(別表P5~7)

別表では、当協会が1-1から1-5に細分類した医療区分1の状態像のうち、1-5・1-4に相当する項目の中で、今回新たに提案した病態区分の項目を黄色で示し、病態別区分の該当項目を表の右端に示した。特に1-4・1-5では、かなり重篤で生命を左右する病態も含まれていることが分かる。黄色部分の全患者に占める割合は、1-5と1-4で0.1~11.5%の範囲である。1-5においては、仮性球麻痺7.0%〔病態区分 該当〕、その他の感染症(CRP5以上・顆粒球減少・ウイルス性など)2.8%〔病態区分 ・ 〕、低栄養(Alb 2.5 g/dl以下)2.7%〔病態区分 〕、胸水・心嚢液貯留1.7%〔病態区分 〕の順であり、次いで危険不整脈1.3%〔病態区分 〕、高度非代償性心不全0.5%〔病態区分 〕が続く。(別表P1~3)

〔総括〕

本試案では、当協会が提唱する慢性期医療5大機能(先述)である、回復期機能 重度慢性期機能 在宅支援機能 癌患者支援機能 認知症治療機能が病態別に体现されている。これらは「在宅療養支援病院」の機能とも重なる。また、「医療区分」の欠点を補い、区分1相当の病態像の中から多くの項目が追加され、「病態区分 ・ 」として分類され、「喀痰吸引」などの「処置」は削除された。結果として、新しい「病態別」の患者分類の導入により、従来は「医療区分1」として分類されていた患者が大きく減少することになる。

医療提供内容の現状からも、昨年の横断調査の結果とほぼ合致し、新分類は慢性期医療を提供する13:1、15:1一般病床においても十分適用可能であると考えられる。ADL評価においても同様である。これで、当協会の「慢性期病態別診療報酬体系(試案)」を、一般病床も含めた診療報酬改定への議論の叩き台として提案できる可能性は生まれたといえる。しかし、調査対象病棟はまだ決して多くはなく、項目において

いくつかの部分での修正が必要であろう。これをそのまま、現在の医療区分に変わる診療報酬体系として導入するには、まだまだ妥当性の検証が不足している。急性期病院もまじえた議論が必要である。

従来から指摘されているように、最も状態が軽いとされている「医療区分1」については、全体でみると施設での対応が可能な軽症から、重度意識障害・癌ターミナル・肝不全・心不全などの重症で多種多様な病態が含まれている。実際には高度急性期で治療される病態の患者まで包括され、まさにある意味で「ICUに類似」している。今回の調査では、結果的に医療区分1患者の病態がさらに詳細に分析されたことになる。現状のままでは、医療療養病床全体における医療区分1患者の比率が27.4%とかなり高率である一方で、増減指数が示すように、実際の現場の負担はますます増加していることが予想される。今回のデータを根拠として、まず次回の診療報酬改定では、現在の医療区分1の中で、重度でかつ該当患者の割合が多い病態などについては、早急な見直しが必要であることを主張したい。

〔今後の展望と課題〕

「在宅療養支援病院」構想は、本年度の当協会のメインテーマのひとつである。

医療供給体制における位置付けと、そこで慢性期医療に求められる「診療の質」を一般に周知させる意味で、この試案の持つ意義は大きい。また「診療の質」のスタンダードを提示し「慢性期医療認定病院認定審査」にも使用している、昨年協会が策定した「臨床指標(Clinical Indicator:CI)」にも、この試案の内容を加味した修正・追加・改定を検討してゆきたい。そして試案とCIの項目を組み合わせることにより、担当領域が拡大・多様化・高度化した、多彩な慢性期医療の機能内容をカバーすることが可能になるであろう。

さらに診療報酬改定においては、「中長期型(仮称)医療施設」に対応した病床区分への試案の適用が鍵となる。しかし、慢性期医療版DPCの議論にまで繋げてゆくためには、今後調査対象をどこまで広めるか、妥当性の検証にどの程度のデータの集積が必要であるかが問題となるであろう。急性期病院の意見も十分に取り入れつつ、医療経済、医療政策を含めた多角的な視点からの議論が必要である。

来年度の医療・介護保険同時改定までに残された時間は少ないが、データの着実な集積と分析が必須であろう。まず、本試案を基盤とした「医療区分1患者の見直し」、すなわち「医療区分3・2患者の再分類」が最優先課題である。