

## 前回分科会(5月30日)での集計に関する要望事項等について

前回分科会（5月30日）での集計に関する要望事項は、以下のとおりであった。

- ①特殊疾患療養病棟における経過措置対象患者の状態像の分布及びケア時間の状況について集計をして欲しい。また、新規入院患者についても同様に集計して欲しい。
- ②前回分科会資料の別紙11「患者分類について」のp7以降の集計表について、「医師による直接医療提供頻度」及び「看護師による直接看護提供頻度」毎に他の評価項目との関係を見たい。また、医療区分の評価項目の統計的検討資料をまとめて欲しい。
- ③前回分科会資料の別紙11「患者分類について」のp7以降の集計表について、医療処置のケア時間についても評価項目の検討に加えて欲しい。
- ④リハスタッフのケア時間についても評価項目毎に集計をして欲しい。

上記の要望を踏まえて、下記のとおり追加資料若しくは差替え資料として別紙にまとめた。

### ①について

- (追加) 別紙3参考資料1：患者特性調査（医療療養病棟） 経過措置対象患者の集計結果
- (追加) 別紙3参考資料2：患者特性調査（医療療養病棟） 新規入院患者の集計結果
- (追加) 別紙6参考資料2：タイムスタディ調査 経過措置対象患者のケア時間集計結果

### ②について

- (追加) 別紙11参考資料1：医師医療提供頻度・看護提供頻度別ケア時間集計結果
- (追加) 別紙11参考資料2：医療区分評価項目の統計的検討

### ③について

- (差替え) 別紙11：患者分類について

### ④について

- (追加) 別紙6参考資料3：タイムスタディ調査 リハスタッフのケア時間集計結果

以上

## 「医療療養病床の役割等」についての意見取りまとめ

「医療療養病床の役割等」に関する各委員からの意見を「医療療養病床の役割」と「医療区分の評価項目」、「その他」の三つに分けて以下に取りまとめた。

### 1. 医療療養病床の役割について

| No. | 内 容  |
|-----|--|
| 1   | <p>急性期以降や慢性の疾患を、医師をはじめとした多くの職種がチームとなって、患者の尊厳を尊重し、それぞれの世代の文化や価値観を重視した医療を行う。</p> <p><u>医療処置を行うから医療度が高いというよりも、状態像から医療度の高さを判断することが適切である</u>と考える。</p> <p>具体的な対象患者は、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期治療後で継続的な医療が必要な患者</li> <li>神経難病等の患者</li> <li>終末期の患者</li> <li>経口摂取が困難な患者</li> <li>重度の認知症患者</li> <li>継続的なリハビリテーションの必要な患者</li> <li>在宅療養支援機能</li> <li>自宅からの必要なときの入院</li> </ul> <p>などが考えられる。<u>療養病床の機能を明確にしておけば、急性期病院の後方支援としての役割が果たせると考える。</u></p> <p>また、現在、認知症の患者に合併症の治療が行える場所が余りない。精神科病棟では内科的治療が充分に行えない事や、認知症で問題行動がある場合、急性期病院での受け入れが難しいなどの問題がある。このような患者をどこで効率的に診るかを検討する必要があると考える。<u>多くの療養病床では、認知症患者を診る役割も担っている。</u></p> |
| 2   | <p>(1) <u>経管栄養の状態は、現行の介護施設では人員配置からして受け入れ困難であり医療療養病床で対応すべきと考える。</u>今後経管栄養の状態の方々の受け入れを介護施設で行うには人員配置基準の見直し、法的見直し（権限委譲）、教育実施等などを実施していかねばならず、先ず計画立案が必要な段階である。</p> <p>したがって、受け入れ態勢が整備されるまでは早急に政策判断を見直し医療区分1のADL3の報酬をコストに見合った額に修正することを提案する。</p> <p>(2) 今回の医療区分導入の決定因子、医療の必要性が医療処置に重点が置かれすぎており、その結果として出来高払いの乱診、乱療への逆戻りとなり高齢者医療の基本ポリシーと逆行することとなった。<u>高齢者の状態像に視点をのいた医療区分を検討すべきである。</u></p> <p>特に、その中でも、うつ状態並びに認知症老人の日常生活自立度判定基準でⅢb、Ⅳ、Ⅴの者（タイムスタディでは、直接的医療行為を計測できないが十分な医学的対応が必要なため）については、医療区分2が妥当と考える。</p>   |
| 3   | <p>医療療養病床の役割について</p> <p>療養病床再編により、医療区分1と医療区分2の3割程度が在宅や介護保険施設へ移動する見通しであることから、滞りなく療養生活が継続されるよう、受け皿となる体制を整備するとともに、<u>医療療養病床にいる医療区分の高い患者に対して、生活を主体とした安全・安心の医療提供体制を備えることが求められる。</u></p> <p>すなわち、慢性期医療においては、疾患の悪化、合併症や廃用症候群の予防、或いは看取りを視</p>  |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>野に入れたターミナルケアといった視点から、検査や処置といった診療・治療が中心の入院医療でなく、人間らしい尊厳を重視し、あくまでケアを主体とした生活に主眼を置くべきであると考え。したがって、人間の尊厳と生活の質、安全の保持といった観点を踏まえ、療養病棟の入院環境を早急に整備する必要がある。</p> <p>具体的には、脳血管疾患による意識障害、嚥下機能障害、四肢麻痺などにより、人工呼吸器の管理や頻回吸引などの呼吸ケア、継続的な運動リハビリテーション、嚥下訓練などが必要な患者など、ケアニーズの高い慢性期患者に対して、<u>生活の視点を重視した医療・看護の提供体制、看取りまで引き受けるターミナルケア対応体制、及び在宅療養における家族の介護負担や急変時の対応等を踏まえ、在宅療養の継続支援を趣旨としたレスパイト入院の対応体制を持つことが望ましい</u>と考える。</p>   |
| 4 | <p>平成 18 年診療報酬改定における「医療区分」は、医療処置に重点が置かれすぎており、ともすると過剰な医療処置行為を喚起してしまう可能性がある。むしろ、<u>医療療養病床の役割としては、入院を要する個々の高齢者の状態にふさわしい医療の提供を導き出す方向が望まれる。</u></p> <p>(1) 高齢者の終末期医療（定義がむずかしいが）において、最も求められるのは、補液・挿管・酸素という医療行為ではなく、医師・看護師による必要十分な観察と、家族への説明であろう。<br/>(医療項目) I 3-4<br/>医師一日数回以上、看護頻回観察以上 を超えたものは、医療区分Ⅲ</p> <p>(2) 神経難病は、病期を把握し、適正な医療を提供する必要がある、介護施設ではなく、医療療養が対応する状態と考える。<br/>しかし、病期・病状に関係なく、医療区分Ⅱでは無いのではないか。</p> <p>(3) 感染症は多数存在するので、感染を示す具体的な数値や病態を示せば、それに対する抗生物質・補液等を行っている間は、医療区分Ⅱで良いのではないか。</p> <p>(4) 経管栄養の状態は、介護施設対応ではなく医療療養対応と考える。ケア時間が少ないことは理解するが、外せない項目である。<br/>(医療項目) VIII 2-b, c<br/>経管栄養は、医療区分 2 とするか、医療区分 1・ADL 区分 3 の点数を引き上げる必要がある。</p> |
| 5 | <p>○当分科会として、医療療養病床の役割を検討する場合、医療療養病床のみに限定して議論し、例え精緻な結論を得たとしても、それは片手落ちにならないか。</p> <p>○既に、今回の患者分類の導入によって、医療療養病床と介護療養病床の入院特性が明らかになり、医療療養病床における医療の必要性の高い患者の受け入れが始まっている。つまり、医療療養病床と介護施設との機能分化である。</p> <p>○<u>医療機能の分化と連携の視点から、医療療養病床の役割として、急性期治療後の患者の受け入れが期待されており、病院長に対する調査においても、そのような患者の受け入れが実際に行われている。</u></p> <p>○一方、医療療養病床に機能的に隣接する、急性期以外の一般病棟において、少なからず長期入院患者が存在する。健保連の調査研究によると、急性期以外の一般病棟における長期入院患者の医療必要性については、医療療養病床の患者に比べ、若干の差異はあるが、それは程度の差でしかないことが判明している。</p> <p>○従って、次のステップとして、急性期以外の一般病棟における入院患者特性が全国レベルで明らかにされる必要があり、中医協における議論に供するため、当分科会として、今年度、急性期以外の一般病棟について、患者分類による調査を実施することを提案する。</p>   |
| 6 | <p>医療療養病床の役割については、下記を検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誤嚥性肺炎の要介護者が在宅、介護保険施設から入院するのは、一般病床か、療養病床か？</li> <li>・急性期病床から、亜急性期病床を経て、在宅等に戻るのか、療養病床を介して戻るのか？</li> <li>・脳卒中は、回復期リハを経て戻るか、療養病床を経るか？</li> <li>・緩和ケアは、緩和ケア病棟だけで提供するのか？</li> </ul> <p>私は、基本的には、<u>上記、すべて療養病床が対応するべきであり、それに対応した報酬体系とするべき</u>と考える。</p>  |

## 2. 医療区分の評価項目について

| No. | 内 容  |
|-----|--|
| 1   | <p>[新たに区分3に加えるもの]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>神経難病</li> <li>敗血症などの重症感染症・DIC</li> <li>腹水</li> <li>消化管の通過障害</li> <li>余命6月以下</li> <li>火傷</li> <li>抗癌剤治療</li> <li>輸血</li> <li>医療区分2が3つ以上</li> </ul> <p>[新たに区分2に加えるもの]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心不全</li> <li>四肢麻痺</li> <li>仮性球麻痺</li> <li>呼吸器感染症・胆のう炎・腹膜炎・急性膵炎・創感染・皮膚の感染</li> <li>胸水</li> <li>腎機能障害</li> <li>肝機能障害</li> <li>悪液質</li> <li>経管栄養</li> <li>低栄養状態 アルブミン値 3.0 mg/d l 以下</li> <li>術後の一定期間</li> <li>リハが必要な疾患が発症してから90日間</li> <li>自宅からの入院・一ヶ月間に限る。住民登録がある場合も介護施設からの入院は除く</li> </ul> <p>[区分2から3に変更するもの]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>肺炎</li> <li>体内出血</li> <li>褥瘡第4度</li> <li>癌（疼痛コントロールが必要）</li> </ul> <p>[引き続き区分3とするもの]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>酸素吸入</li> <li>発熱を伴う気管切開</li> <li>感染隔離室におけるケア</li> </ul> <p>[引き続き区分2または3とするもの]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>多発性硬化症</li> <li>パーキンソン関連疾患</li> <li>その他の神経難病</li> <li>神経難病以外の難病</li> <li>問題行動</li> </ul> |
| 2   | <p>(1) 新たな医療区分評価項目の追加について</p> <p>ケースミックス分類を作成する際の基本原則は、可能な限り、出来高払いの対象となるような診療行為を選定しないことである。</p> <p>選定すると、実質は出来高と同じになり、薬漬け、検査漬けが再現する可能性がある。また、医師・看護師の観察などは裁量性が高く、対応する患者の状態についての担保をとることが難しい。</p>   |

|   |
|---|
| <p>したがって、現在、統計的には候補としてあがっている項目についても、状態像などでクロスをとって、すでに実質的には含まれていること、政策的に望ましくない、などの理由により、追加しない。</p> <p>また、観察、指示の変更だけではなく、他に注射など候補にあがっているものも、クロスなどで検討し、追加しないことにする。逆に候補の「痛み」などは考慮する。</p> <p>(2) 現在の区分項目からの削除</p> <p>同じ原則で、現在の酸素療法などは除外か、少なくとも区分2にする。</p> <p>しかし、「うつ」、「問題行動」などは、除外することを慎重にする。適切な治療ケアの方法を知らないため、実施されていない可能性と、知っているも監査の対象でないために実施されていない可能性があり、本来はニーズとして存在するので、むしろ指針や監査の強化を考えるべきである。このための調査研究を現在、健保連の委託で実施している。</p> <p>パーキンソンについては、ADLとのクロスをとり、ヤールの基準が守られていないことを、次回、提出してはどうか。すなわち、条件の見直しと、順守についての検討を行う。</p> |
|---|

### 3. その他について

| No. | 内容  |
|-----|---|
| 1   | <p>(1) 療養病床の再編の方向性について</p> <p>在宅医療の推進、医療施設と介護施設の機能分化、及び暮らしの視点を尊重した療養生活を支援する立場から、基本的に療養病床の再編には賛成であり、慢性期入院医療の役割分担の明確化と医療区分に応じた包括評価は望ましい方向と考える。</p> <p>ただし、この方向性を推進するに当たっては、15万床に削減される療養病床において、ケアニーズの高い患者に必要な医療・看護を安全・安心に提供できるよう、看護職員配置を引き上げるだけでなく、15～17万床の移行が推測される老健施設において生活に根ざした医療・介護サービス提供体制、並びに、ケアハウスなど居宅系施設への訪問看護の活用といったケアの提供体制の整備は不可欠と考える。同時に、療養病床再編により行き場を失う人が多数発生することのないよう、医療保険制度と介護保険制度は横断的に切れ目のない制度運営を進めることが重要であると考えます。</p> <p>(2) 医療療養病床における看護職の役割について</p> <p>生活の環境を整え人間らしい尊厳を維持する療養生活を支援する立場から、医療療養病棟における看護職の役割は重要である。</p> <p>療養病床の看護配置は、現行では医療区分2・3が8割以上で看護職員20対1、看護補助者20対1以上となっているが、今後、療養病棟の対象者は医療区分2・3が10割となることから、密度の濃い医療・看護が必要であり、13対1以上の看護職員、看護補助者の配置が必要であると考えます。また、患者のケアニーズに対応する安全管理体制の視点から、夜間でも複数の看護職員が配置される要件が必要と考えます。</p> |

以上