

診療報酬改定にむけての日本医師会の見解

7. 入院料について（その2）

定例記者会見

2009年12月24日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 長期入院患者に係る診療報酬について	1
1.1. 日本医師会の基本的スタンス.....	1
1.2. 中医協に示された論点に対する日本医師会の見解および要望.....	2
1.2.1. 年齢要件について	2
1.2.2. 病態要件について	3
1.2.3. 支払い方式について（病態要件を変更する場合）	5
2. 有床診療所の入院基本料について	6
2.1. 入院基本料の評価.....	6
2.2. 長期入院に対する評価.....	7
2.3. 急性期医療に対する評価.....	9
2.4. 有床診療所に係る診療報酬改定にむけての要望.....	11

1. 長期入院患者に係る診療報酬について

1.1. 日本医師会の基本的スタンス

2009年12月18日、中医協基本問題小委員会（以下、中医協基本小委）において、長期入院患者に係る診療報酬についての議論が行われた。長期入院に係る入院基本料について、日本医師会の基本的スタンスは以下のとおりである。

長期入院に係る入院基本料についての日本医師会の基本的スタンス

1. 必要な医療を確実にを行うため、入院は原則、出来高払いとすべきである。
2. 年齢や入院期間によって入院基本料に差をつけるべきではない。

1.2. 中医協に示された論点に対する日本医師会の見解および要望

12月18日の中医協基本小委において、「後期高齢者」の名称廃止を前提に、一般病棟で90日以上入院を継続する患者に係る入院料についての論点が示された。これに対する日本医師会の見解は次のとおりである。

1.2.1. 年齢要件について

中医協に示された論点

現行では減額対象となる者を75歳以上に限定しているが、これを他の年齢へ広げることについてどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

他の年齢の長期入院患者を対象に、減額対象者を広げることに反対である。

一般病棟に90日を超えて入院する後期高齢者（75歳以上）のうち、特定疾患以外の患者は入院基本料が減額される仕組みになっているが、2008年改定により、脳卒中後遺症の患者、認知症の患者が特定疾患から除外され入院基本料が減額されることとなった（後期高齢者特定入院基本料）。

2010年改定では、「後期高齢者」の名称廃止にともない、後期高齢者特定入院基本料が廃止される見込みであるが、あらたに、他の年齢を対象として、減額の仕組みを広げる理由はまったくないと考える。

1.2.2. 病態要件について

中医協に示された論点

現行の特定除外項目を廃止し、療養病棟入院基本料で用いている医療区分採用項目又は ADL 区分に試行的に置き換えることについて、どう考えるか。

日本医師会の見解および要望

特定除外項目を廃止し、医療区分採用項目又は ADL 区分に置き換えることに反対である。その理由は次のとおりである。

1. 医療区分そのものに合理性がない

2004 年、中医協において「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」が実施され、この結果にもとづいて患者分類を行うことになった。当初は、既往研究の 2 つの方式¹および慢性期入院医療の包括評価調査分科会委員が提案した方式の 3 つの案があった。これらは、現在の患者分類と比べてやや詳細な分類であったが、厚生労働省事務局は「可能な限り簡便なもの²として、現在の 9 区分を提案した。そこに科学的根拠があったわけではない。

また、慢性期入院医療の包括評価調査分科会においても、患者分類の妥当性は、点数との絡みの妥当性ではなく、前回調査でみられたコストと分類との関係が導入以降も同じようにみられるかということの検証、つまり、分類としての妥当性という意味であって、それが現実につけられた点数との関連の妥当性ということでは考えられていなかった³。さらに、「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について」の中間報告でも「医療区分 1 に関して入院医療を必要としない政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されたことについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない」と指摘があった。その後、2008 年の改定でも、医療区分 1・ADL 区分 3 の点数が据え置かれたほかは、他の区分の点数が引き下げられた。

¹ 日本版 RUG 分類、長期療養者に対する新しい支払い方式

² 中医協・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会議事録, 2005 年 5 月 11 日

³ 中医協・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会議事録, 2006 年 8 月 24 日

患者分類については、引き続き実態調査を積み重ねて、診療報酬に適切に結びつけるべきである。今回、拙速に医療区分採用項目又は ADL 区分に置き換える必然性はない。

2. 現段階では、検討のためのデータが不足している

今回、中医協に提示された論点は、中医協・慢性期入院医療の包括評価分科会の調査⁴に端を発している。同調査から、特定除外項目と医療区分の採用項目に相同性があるとされているが、調査の分析対象が非常に少ないなど問題も多い。

同分科会の報告書でも、「来年度以降、医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期の状態像が描けるよう、新たな横断的調査を実施する必要」⁵があるなどと、さらなる調査を求めている。

上記の理由からも、今回拙速に病態要件の見直しを行うべきではない。

⁴ 中医協・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」,「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」2009 年 9 月 18 日, 中医協・診療報酬基本問題小委員会資料

⁵ 4 に同じ

1.2.3. 支払い方式について（病態要件を変更する場合）

中医協に示された論点

[案1] 減額対象となる者^{※1}については現行どおり包括払いとし、減額対象とならない者^{※2}については一般病棟入院基本料等による出来高払いとする。

（1. 及び2. の要件は別として、考え方はほぼ現行どおり）

[案2] 基本の考え方は案1と同様だが、15対1病棟に限り、90日を超えて入院する患者全員を対象として、試行的に、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系^{※3}を導入する。

（年齢の区分なく、90日超で一定の病棟、一定の区分の患者は全て包括）

※1 現行、後期高齢者特定基本料を算定する患者を指す。

※2 現行、特定除外項目に該当する患者（特定除外対象患者）を指す。

※3 医療区分及びADL区分を用いた包括評価を指す。

日本医師会の見解および要望

必要な医療は制限されてはならず、日本医師会は、医療は、原則、出来高で評価すべきであると考え。長期入院を理由に、包括化することは認められない。これまで後期高齢者特定基本料は90日超で包括化されていたが、これ自体が容認できないものであった。今後、全年齢階級に包括化を拡大しようという事務局案には絶対反対である。

2. 有床診療所の入院基本料について

日本医師会は、有床診療所について、診療報酬の全体的な引き上げ、入院基本料通減制の緩和、手厚い看護体制の評価などが必要であると主張してきたところである⁶。このうち、特に重要かつ緊急を要する課題について、あらためて以下に示す。

2.1. 入院基本料の評価

有床診療所は、病院と同様に緊急医療なども担っているが、有床診療所の入院基本料は、病院と比べてはるかに低い。もっとも低い場合、病院（一般病棟）では1日575点であるのに対し、有床診療所はその半分の280点でしかない(表2.1.1)。有床診療所の入院基本料については、全体的な底上げが不可欠である。

表 2.1.1 入院基本料の比較

看護職員数		5人以上	1人以上5人未満
入院日数	7日以内	810	640
	8～14日	660	480
	15～30日	490	320
	30日超	450	280

看護配置		7:1	10:1	13:1	15:1	特別	
看護比率		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	40%以上	—
入院日数	14日以内	1,983	1,728	1,520	1,394	1,382	875
	15～30日以内	1,747	1,492	1,284	1,158	1,146	730
	30日超	1,555	1,300	1,092	966	954	575

⁶ (社)日本医師会「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解 3. 有床診療所」2009年11月25日, 定例記者会見

2.2. 長期入院に対する評価

厚生労働省「患者調査」によれば、一般病床に 31 日を超えて入院している患者は、病院では 34.4%であるのに対し、有床診療所では 40.6%である（図 2.2.1）。

厚生労働省「患者調査」は、2005 年と 2008 年とでデータのとりかたが異なるので単純に比較はできないが、病院と比べて、有床診療所の長期入院患者は明らかに増加しているといえる（図 2.2.2）。

さらに、日本医師会の調査⁷によれば、有床診療所の一般病床平均在院日数は、赤字施設 31.2 日、黒字施設 24.4 日であり、現状の診療報酬では長期入院患者を受け入れれば赤字になることが示されている。

しかし、長期入院患者の受け皿がなくなれば、「医療難民」「介護難民」を生じかねない。有床診療所が長期入院患者の受け皿としての機能を維持できるよう、長期入院（31 日以上）の入院基本料を引き上げるべきである。

⁷ 日医総研「有床診療所の今後の展開にむけて 平成 21 年 有床診療所実態調査より」2009 年 11 月

図 2.2.1 一般病床における入院期間別の患者構成比

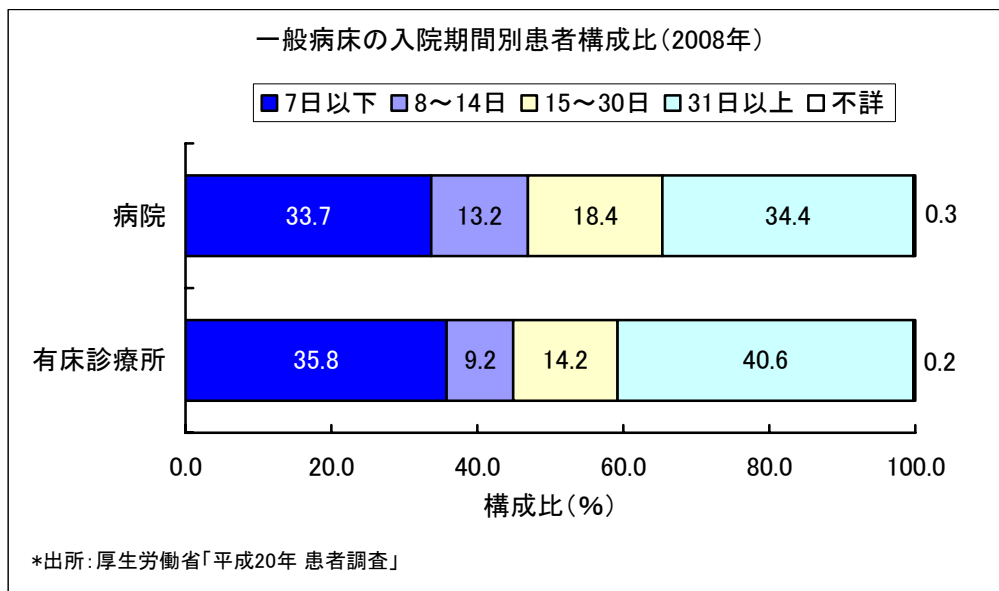
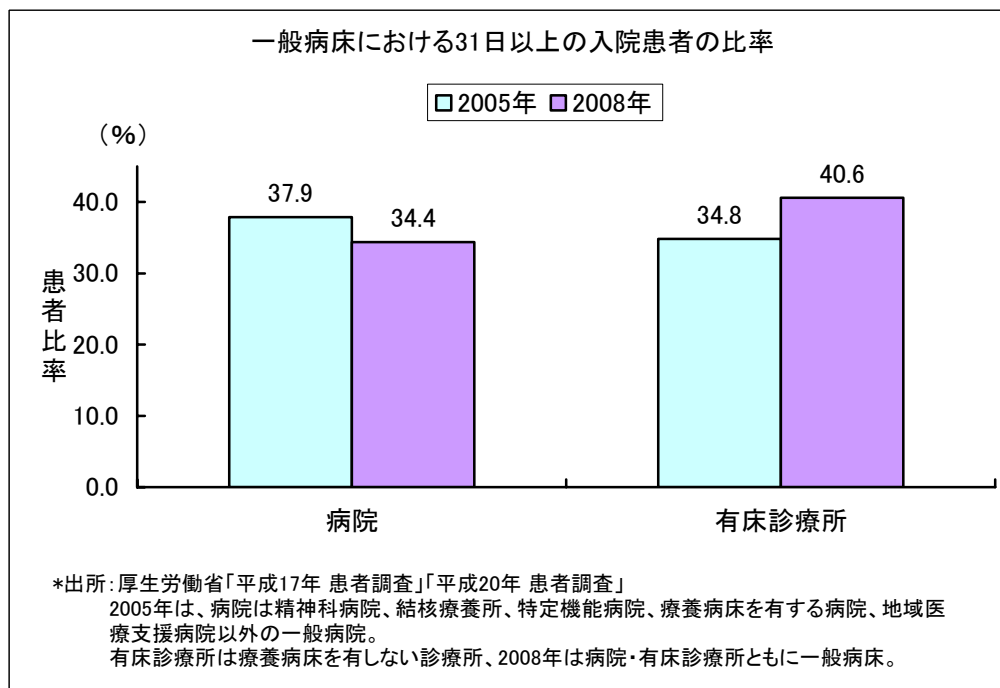


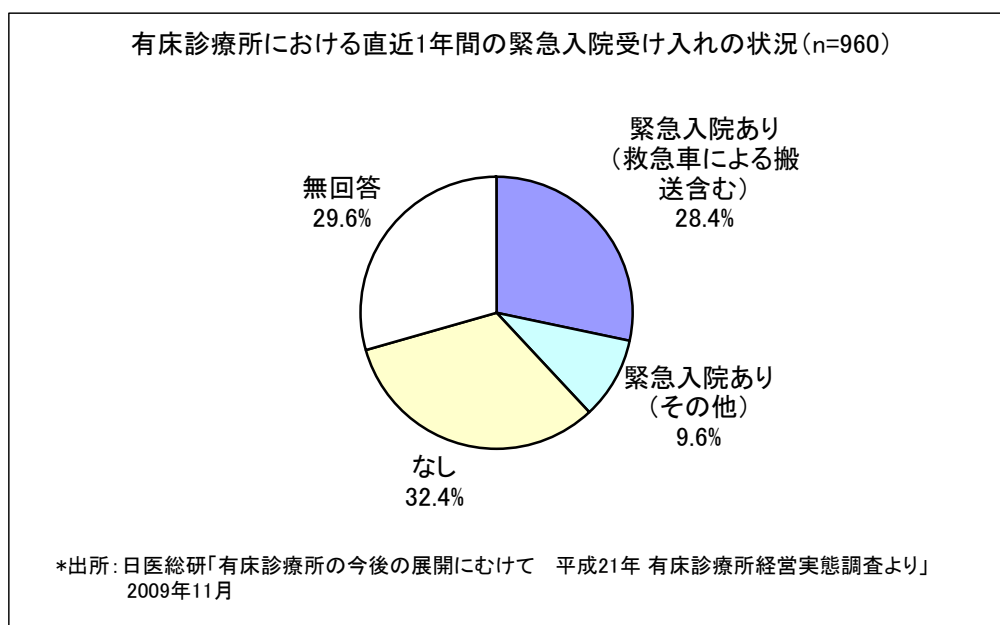
図 2.2.2 一般病床における31日以上入院患者の比率



2.3. 急性期医療に対する評価

日本医師会の調査によれば、緊急入院を受け入れている診療所は38.0%であり、救急車による搬送を含む緊急入院を行っている診療所は28.4%である（図2.3.1）。有床診療所は緊急入院など急性期医療も担っているが、それに対する評価は不十分である。

図 2.3.1 有床診療所における緊急入院受け入れの状況

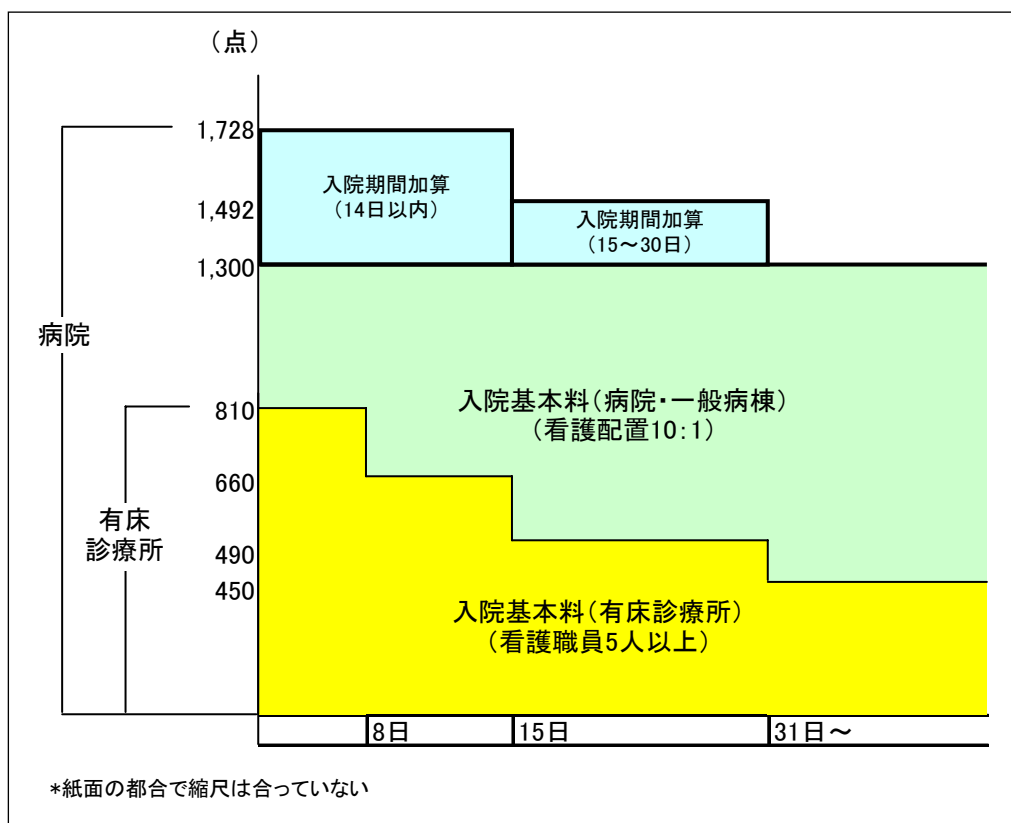


たとえば、病院では14日以内、15～30日の入院期間に対して加算があるが、有床診療所では、短期間の入院への加算はなく、入院基本料だけである（図2.3.2）。

またその入院基本料も、有床診療所は入院8日以降の逡減制がとられている。有床診療所が、今後も急性期医療を提供できるよう、入院期間14日以内の入院を評価すべきである。

なお、その際、もともと病院に比べてはるかに低い入院7日以内の入院基本料を引き下げて財源を捻出すれば、有床診療所の急性期医療は破綻する。このような有床診療所内での配分の見直しは決して行うべきではない。

図 2.3.2 入院基本料と入院期間による加算の概要



2.4. 有床診療所に係る診療報酬改定にむけての要望

有床診療所に係る診療報酬について、あらためて以下の点を要望する。

有床診療所全体の診療報酬を底上げした上で、第一に、入院基本料を全体的に引き上げる。第二に、長期入院について適切に評価する。第三に、入院 14 日以内を適切に評価する。

なお、有床診療所と同様、無床診療所の診療報酬も全体的に底上げしていかなければ、経営が立ち行かない状態である。有床診療所と無床診療所、あるいは有床診療所間の配分の見直しによって財源を捻出することは認められない。あくまで新たな財源によって対応すべきである。

有床診療所に係る診療報酬改定にむけての要望（最重要課題）

新たな財源によって、診療報酬を底上げした上で・・・

1. 入院基本料の全体的な引き上げ
2. 長期入院患者への適切な評価（入院期間 31 日以上の入院基本料の引き上げ）
3. 入院期間 14 日以内の評価（入院基本料逡減 7 日以内を 14 日以内へ）