

## 「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理 (現時点の骨子)」に対する意見(入院)

東京保険医協会  
病院・有床診療部長 細田 悟

### 1-1 入院料

「(1) 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、手術直後の患者、救急搬送後の患者、認知症・せん妄の患者等の急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目、重症者の割合に関する基準等を見直す。」について

【意見】「重症度、医療・看護必要度」を入院基本料の要件から削除し、病棟機能の分化、位置付けは加算等のインセンティブによって機能を促進すること。

【理由】診療報酬は行った医療行為による算定方式とすべきで、患者状態の管理によって診療報酬の評価を分ける成功報酬は、「評価」の目的から患者の選別へと歪められ、入院できない患者が出かねない。一般病棟に入院する患者像を変更すれば、これまで培ってきた地域医療連携を改めて再構築しなければならない。さらに、地域医療構想は各都道府県が独自に定めるもので、構想の内容も様々であるところ、一般病棟入院の対象者が改定の都度変更されるようであれば、地域医療構想を実現することは困難となる。

「(3) 在宅復帰を一層促す観点から、7対1入院基本料等の施設基準となっている自宅等に退院した患者の割合に関する基準を見直す。」について

【意見①】在宅復帰率の計算式を変更しないこと。

【理由①】昨年12月9日の中医協総会の入院医療(その7)では、現行、在宅復帰率の計算式で在宅復帰と同様に取り扱われている回復期リハ病棟入院料、地域包括ケア病棟(病室)、療養病棟、在宅復帰支援型老健等について、計算式から除外する案が提案された。骨子によれば重症度、医療・看護必要度を見直し、医療必要度の高い患者が7対1病床等に集中することになるが、そのような患者を、在宅復帰率要件を満たすために退院先として自宅や介護施設が選好されるようになれば、必ず重症な救急搬送件数が増加することとなる。とくに、独居・老老世帯や施設に入居している高齢者は(a)情報収集に時間を要する、(b)家族の意向確認に時間がかかる、(c)施設と協力病院との連携が希薄である等の事由で、東京では他の年代に比べて現場滞在時間が5分程長い。都市部を中心に逼迫している救急現場に更なる負担をかけるだけでなく、患者本人にとっても命が危ぶまれ、もはや切れ目のない地域包括ケアシステムは成り立たなくなる。よって在宅復帰率の計算式のむやみな変更は行わないこと。

【意見②】「自宅等退院患者割合」を入院基本料の要件とするのではなく、病棟機能の分化、位置付けは加算等のインセンティブによって機能を促進すること。

【理由②】診療報酬は行った医療行為による算定方式とすべきで、自宅等退院患者割合によって診療報酬の評価を分けることは、「評価」の目的から患者の選別へと歪められ、入院できない患者が出かねない。入院基本料の算定要件から削除すべきである。

**「(5) 一定程度治療法の標準化した手術等を短期滞在手術等基本料3の対象とするとともに、診療の実態を踏まえ、一部の手術等の評価の精緻化等を行う。」について**

【意見】短期滞在手術等基本料の対象を拡大しないこと。また、短期滞在手術等基本料1及び3を平均在院日数の要件に加えること。

【理由】本来診療報酬は出来高で評価すべきであり、少なくとも一入院定額を拡大すべきではない。また平均在院日数を入院料の算定要件にすることそのものが問題だが、少なくとも入院期間の短い手術や検査等を除くのはおかしい。

**「(7) 地域包括ケアシステムにおいて比較的軽度な急性期患者に対する入院医療を整備する観点から、地域包括ケア病棟入院料の包括範囲等を見直す。」について**

【意見】地域包括ケア病棟入院料を引き上げること。また、手術料や麻酔料などを出来高払いとする場合は、少なくとも入院料（包括部分の点数）を据え置いた上で、出来高払いとすること。

【理由】地域包括ケア病棟入院料の要件や役割から見て、現行の報酬は低すぎる。評価を引き上げるべきである。急性期の役割評価は、現行報酬にプラスアルファで評価すべきである。

**「(8) 医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料2を算定する病棟においても、医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れるよう、医療区分の高い患者の受入れに関する基準を設ける。」について**

【意見】療養病棟入院基本料2の要件に、「医療区分2・3の割合」を新設しないこと。

【理由】確かに中心静脈栄養や人工呼吸、酸素療法が必要な患者を療養病棟で多く受け入れている例もあるが、その割合は、地域内に他の医療機能がどの程度存在するかによって決定されるものであり、一律に定めて算定要件とするものとしてはふさわしくない。それどころか、地域の実情に応じて創られる地域医療構想と地域包括ケアシステムの実現を阻害するものである。また、医療区分1でも入院を要する状態は少なくなく、また、介護病床や在宅での療養が確保できないまま退院を強いられることは、社会的問題となる。医療区分2・3の割合を療養病棟入院基本料2の要件にすべきではない。また、療養病棟入院基本料1、2とも現行点数を引き上げ、必要な入院医療を確保できるようにすべきである。

**「(9) 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直す。」について**

【意見】医療区分を廃止し、人件費や医療提供の費用を正當に評価した看護料、入院環境料、医学管理料及びそれぞれの診療行為が出来高で請求できるようにすること。

【理由】医療療養病床の入院患者は、亜急性期の状況が多くなっており、一人ひとりにかかる医療費の差が大きい。必要な医療を提供するためには、出来高に戻すべきである。医療区分に医学的な根拠はなく、報酬格差を導入することで必要な医療が受けられない事態となっている。療養病床において必要な医療が提供できるようにすべきである。

**「(10) 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、在宅復帰率の計算式及び指標を見直す。」について**

【意見】在宅復帰機能強化加算の算定要件の変更は慎重にし、今回は変更しないこと。療養病棟入院基本料2にも加算を認めること。

【理由】厚労省は、①1か月未満の入院患者を在宅復帰率計算から除外しているため、入院が長期化している可能性があるとして、「在宅復帰率の算出から1か月未満を除外するルールを見直す」とともに、②在宅復帰が容易な『自宅からの入院患者』が多く受け入れられているとして、「より直接的に急性期などから受け入れた患者の在宅復帰の頻度を評価」するとしている。しかし、この見直しによって、必要が入院医療を受けられない患者が出てくる可能性もある。今次改定では算定要件を変更せず、変更した場合の問題点などの検討を十分に行うこと。

**「(11) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等について、意識障害を有する脳卒中患者等、療養病棟の患者と同一の状態にある者について適正な評価となるよう評価体系を見直す。」について**

【意見】意識障害を有する脳卒中患者等を入院対象から除外せず、報酬を引き下げないこと。

【理由】厚生労働省は、「障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等の病棟に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なる」とし、脳卒中患者がこれらの病棟に入院を要する場合には、特に状態の変動が大きい患者を除き、療養病棟に入院する患者と同等の評価とすることを検討しているが、これが実施されれば、意識障害を有する脳卒中患者の多くが必要な入院医療を継続できず行き場を失いかねない。入院対象からの除外や、報酬引き下げを行わないこと。

**「(12) 入院中の患者が、異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、入院中の他医療機関受診時の減算について、特に診療科の少ない医療機関等に配慮した控除率に緩和する。」について**

【意見】入院中の他医療機関受診に係る減額制度は、廃止すべきである。

【理由】診療科の少ない医療機関に限って減算率の緩和が検討されているが、医療連携を進めながら治療を行う観点からこうしたペナルティは廃止すべきである。

**「(13) 診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直す。」について**

【意見】地域格差を見直し、地域加算を引き上げること。

【理由】都市部における物価・人件費等が非常に高く、入院医療を継続するため、地域区分を見直し、地域加算を引き上げること。

**「(14) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、人口当たりの医師・看護師数や病院密度が低い地域が対象となるよう対象地域に関する要件等を見直す。」について**

【意見】医療資源の少ない地域に配慮した評価は、当面の施策としてやむなしであるが、こうした地域の拡大を阻止し、特定地域を減少させていく手立てを診療報酬とは別に講じること。

【理由】そもそも、医師・看護師が著しく少ない地域を生み出した原因は、医師・看護師養成に対して国が財源も含めた対策を怠ってきたからである。今後、こうした偏在が起きないように、医師・看護師養成に対する国の責任をしっかりと果たすべきである。

**「(15) 一類感染症患者入院医療管理料の評価について、発生時に必要となった検査、注射等に対応しやすい体系とするとともに、感染症法の入院措置中であれば算定できるよう見直す。」について**

【意見】検査や注射について出来高払いにするとともに、感染症法の入院措置中であれば算定できるよう見直すことに賛成である。なお一類感染症患者入院医療管理料そのものについて更に評価を行

うべきである。

【理由】 エボラ出血熱等一類感染症患者対策は重要であり、診療報酬においても評価をすべきである。

**「(16) 結核病棟入院基本料について、標準的な入院期間の患者の早期退院を促すよう評価を見直す。」について**

【意見】 入院及び治療期間は個人の病状や経過によって異なる。標準的な入院期間の患者の早期退院を促すような評価見直しを行わないこと。

【理由】 結核患者の入退院は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法」における結核患者の入退院及び就業制限の取扱に基づき取り扱われるべきである。

**(17) 現時点の骨子の1-1「入院医療について」には記載がないが、下記の意見を提出する。**

【要求】 有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を引き上げること。

【理由】 有床診療所の役割から見て、現行の報酬は低すぎる。評価を引き上げるべきである。

**1-2 チーム医療**

**「(1) 勤務医の負担軽減をより一層推進する観点から、医師事務作業補助体制加算の加算1の評価及び当該加算の算定対象を拡充する。」について**

【要求】 医師事務作業補助体制加算1の評価及び算定対象の拡充は重要である。同時に、急性期病院以外においても勤務医の負担は大きいことから、施設基準を大幅に緩和し精神病棟や療養病棟も含め、全ての病院で医師事務作業補助体制加算が算定できるようにすること。

【理由】 医師事務作業補助体制加算は、届出ができる病院の要件が厳しい。しかし、急性期病院以外においても勤務医の負担は大きく、病院の機能などにかかわらず、医師事務作業補助体制加算が算定できるようにすべき。

**「(3) 夜間の看護業務の負担軽減を促進するために、以下のように看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。」について**

- ① 7対1又は10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護職員の手厚い夜間配置の評価を充実する。
- ② 7対1又は10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の評価を充実する。
- ③ 13対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の評価を新設する。

【要求】 看護要員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を評価すべきである。この場合、入院基本料等の種別に関わりなく、要件を満たせば算定できるようにすべきである。

【理由】 現時点の骨子では、13対1の場合には看護補助者のみの評価となっており、15対1については評価そのものが記載されていない。看護要員の夜間の勤務負担軽減は重要であり、全ての入院医療機関において要件を満たせば算定できるようにすべきである。

**「(4) 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう、看護補助業務のうち一定の**

**部分までは、看護補助者が事務的業務を実施できることを明確化する。」について**

【要求】看護職員の負担軽減と医療安全の両方が確保できることを前提に進めること。

【理由】看護職員の負担軽減は重要である。同時に、医療安全の確保に留意しながら進める必要がある。

**「(5) 診療報酬制度上の常勤の取扱いについて、産前・産後休業、育児・介護休業、短時間勤務等に関する取扱いを明確化し、柔軟な勤務形態に対応する。」について**

【要求】診療報酬の常勤の取り扱いの緩和は必要だが、これらの措置が非正規雇用を増加させる結果にならないようにすること。

【理由】常勤配置要件の緩和は、一定必要だが、非正規雇用を増やす危険性も少なくない。医療現場において特に医療職種は常勤が望ましい。

## 2-2 ICT活用の医療連携等

**「(2) 急性期を担う医療機関の機能及び役割を適切に分析・評価するため、10対1入院基本料についても、データの提出に関する基準を新設する。」について**

【要求】データ提出加算を10対1入院基本料等の要件に加えないこと。

【理由】10対1病床は、比較的小規模の病院も少なくなく、病院にとっては死活問題となってしまう。要件化は患者に直接的な利益もない。要件に加えるべきではない。

## 2-3 リハビリテーション

**「(1) リハビリテーションの質に応じた評価を推進するため、回復期リハビリテーション病棟においてアウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。」について**

【要求】回復期リハビリテーション病棟入院料の「在宅復帰率」などのアウトカム評価は、一定の水準に達しない医療機関への減算方式ではなく、より高い評価を得るための加算方式とすること。

【理由】リハビリは全ての患者に同様に提供したとしても、患者の病状、モチベーションの在り方によって、結果も当然変わり得る。アウトカムの如何にかかわらず、提供したリハビリテーションに係る人件費等の費用については当然ながら確保されるべきである。むしろ、加算方式とするほうが、医療者にとってリハビリ改善のインセンティブが働くと考えられる。

**「(3) 急性期における早期からのリハビリテーションの実施を促進するため、現行のADL維持向上等体制加算の評価及び施設基準を一部見直すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。」について**

【要求】早期リハのみ評価するのではなく、リハビリテーション全体の評価を引き上げること。

【理由】早期からのリハビリテーションの重要性は言うまでもないが、一定期間経過後のリハビリテーションも大変重要でかつ、困難である。十分な評価は、全てのリハビリテーションに必要である。