

中医協「第254回 総会」 入院医療分科会の最終報告に賛否

2013/11/1

中医協・総会（座長：森田朗・学習院大学法学部教授）は11月1日、診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（分科会長：武藤正樹・国際医療福祉大学大学院教授）の最終取りまとめを基に、2014年度診療報酬改定に向け議論を行った。



同分科会では、これまで入院医療等に係る2012年度・2013年度調査を実施・議論してきた。8月21日の総会で既に中間取りまとめとして2012年度調査の報告を上げており、今回は2013年度調査を中心に報告が行われた。

2013年度調査に関しては、はじめに2012年度診療報酬改定において一般病棟13対1・15対1入院基本料算定病棟の特定除外制度を廃止した影響について報告された。同制度は一般病棟に90日超入院する患者のうち難病患者であるなど特定の条件に相当する場合、特定入院基本料は算定せず、その患者を平均在院日数の計算対象から外すというもの。しかし、病床機能分化推進のため2012年度改定で13対1・15対1病棟に限り廃止し、現在これらの病棟に90日超入院した場合には「当該患者を平均在院日数の計算対象とした上で引き続き一般病棟13対1・15対1入院基本料を算定する」又は「平均在院日数の計算対象外として療養病棟入院基本料1と同じ評価とする」かいずれかを医療機関が病棟単位で選択するようになっている。

調査結果によると、13対1・15対1病棟において90日超入院する患者は減少傾向にあり、多くが自宅や療養病床など一般病床以外の病床へ退棟していたことから、同分科会は「病床機能分化の観点から制度廃止を継続することが妥当」と結論付けた。

白川修二委員（健康保険組合連合会専務理事）は「制度廃止により一定の効果が出ている」として同分科会の意見を評価した一方で、診療側の委員は総じて難渋を示した。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「退棟先調査における死亡退院の理由が重症か看取りによるものか不明」と指摘し、退棟後に必要な医療が提供されたかどうかの調査を求めた。

■7対1経過措置は終了へ

続いて、一般病棟7対1入院基本料の経過措置に係る状況について報告が行われた。2012年度改定で算定要件が厳格化されたことに対する緩和策として設けられた制度で、7対1入院基本料を算定していた医療機関が新たな要件は満たせないものの10対1の要件は満たしている場合、2014年3月31日まで引き続き7対1を算定することができる。調査の結果、届出数の減少が見られたことに加えて医療機関の約9割が既に今後の施設基準の意向を固めていることが判明したため、同分科会は「予定通り今年度末をもって終了することが妥当」とした。

白川委員は報告に同意しながらも「そもそも、経過措置の届出理由に専門医の少なさや

設備不足を挙げる病院が7対1を算定していたことが理解できない」と述べ、7対1入院基本料を算定しながら手術実績がない医療機関もあることを指摘した。これに対し診療側委員は、「このデータだけで7対1にこのような医療機関が多いと思われる」と反論し、内科など診療科によって手術の有無が異なることを強調。白川委員は「そもそも7対1の機能とは何かということがベースにある」として、今後の議論の必要性を示唆した。

■亜急性期病床の機能について議論再燃

中間取りまとめで一度議論された亜急性期入院医療管理料等の見直しについても再度取り上げられ、診療側と支払側の委員で意見が分かれた。

同分科会は亜急性期病床の役割として①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅患者等の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援——の3機能を上げ、その評価方法として人員配置の他にそれぞれ①重症度・看護必要度、②2次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、③在宅復帰率——などの要件を設定することを提案している。

高齢者が多い在宅患者の救急入院を亜急性期で対応することについて、中川俊男委員（日本医師会副会長）をはじめとする診療側委員は「年齢による差別につながる」と強く反対。事務局はその意図はないと否定したが、中川委員は「今の急性期医療は幅広く、その幅広さが大事。そこを切り分けて亜急性期へ行けと言うのか」と一歩も引かず、議論は収束を見なかった。

今後、これらの意見を踏まえた上でさらに議論を深める。

次の開催は11月6日の予定。