

**医療・介護提供体制および
診療報酬体系のあり方について**

平成20年12月19日

日本病院団体協議会

はじめに

日本病院団体協議会は、医療・介護提供体制および診療報酬体系について議論を重ね、今後のあり方について報告するに至った。これは、医療崩壊といわれる急性期を中心とした入院医療、今後増加し続ける介護入所施設、診療報酬体系などについて、その基本的なあり方について纏めたものである。

今後の議論において、参考にしていただければ幸いである。

目 次

1. 入院医療のあり方（機能分化）	2
2. 精神科医療のあり方	4
3. 介護入所施設のあり方	5
4. 外来診療のあり方（機能分化）	6
5. 入院基本料のあり方	7
6. 医療専門職の職掌について	9
7. リハビリテーション医療のあり方	10
8. DPCのあり方	11

1. 入院医療のあり方（機能分化）

入院医療の提供体制については、それぞれの医療機関が提供できる機能を明確化し、情報開示する必要がある。国民がその機能を理解・納得した上で、選択できる体制を整備することが重要である。

入院医療については、下記のように病棟単位で機能分化されることが望まれる。

（1）高度機能病棟

稀な疾患の診療や、先進医療（遺伝子治療、特殊な癌治療など）を診療する病棟で、対象疾患を十分調査した上で認定される。

国レベルでの整備が必要であり、現行のナショナルセンター、大学病院本院、その他より、疾患別に認定を受けた病棟に限られる。

医療費はこの病棟の特殊性から、研究費、特殊疾患療養費など診療報酬以外の財源も考慮する。

（2）急性期病棟

技術が確立された手術、重症度の高い患者などに対応できる病棟である。救急医療においても、重症度・緊急度の高い疾患に対応する。そのため、十分な人員配置、設備を要する。医療計画等により、都道府県・2次医療圏レベルでの整備が必要である。

地域の基幹病院として機能している病院の病棟はここに含まれ、診療ガイドラインに沿ったクリニカル・パスが必須となる。

診療報酬は疾患別・重症度別包括支払い方式（DPC）が基本となる。

（3）地域一般病棟

急性期病棟や地域の医療機関・介護施設等と連携し、軽～中等度の急性期疾患に対応するとともに、急性期病棟から引き続き入院医療やリハビリテーションを要する患者を受け入れる病棟である。生活圏レベルでの配置が必要である。

地域に存在する中小病院が中心となる。

診療報酬は急性期対応ではDPC、その他は状態別包括支払い方式が望ましい。

（4）回復期リハビリテーション病棟

リハビリテーションに特化した病棟である。様々な疾患のリハビリテーションに対応するとともに、在宅医療への移行・介護施設への連携が重要な機能である。

診療報酬は、状態別包括支払い方式が基本となる。

(5) 慢性期病棟

主として急性期病棟や地域一般病棟等からの、医療必要度の高い長期入院患者に対応する病棟である。必要に応じて、在宅療養や介護施設利用者の急性増悪にも対応する。

診療報酬は、状態別包括支払い方式が望ましい。

以上が病棟単位での機能分化であるが、複数の病棟を持つ病院は、それぞれの地域における医療提供体制の整備状況等を踏まえ、様々な組み合わせを行うことが可能となる。

(例) 高度機能病棟：急性期病棟

急性期病棟：地域一般病棟

急性期病棟：回復期リハビリテーション病棟

地域一般病棟：回復期リハビリテーション病棟：慢性期病棟

など

また、地域による人口密度の高低、医療提供体制の整備格差、患者数の季節変動などが存在するため、全国一律方式での機能分化は困難である。従って、一律の基準で病棟機能を固定するのではなく、地域の実情や季節変動などを加味した柔軟な運用が求められる。

2. 精神科医療のあり方

(1) 精神科医療について

過去において精神科医療は、低コスト、低医療サービスを余儀なくされてきた。その多くは民間病院が担っており、公的病院の精神科と共に崩壊の危機に晒されている。

一方、精神保健医療福祉などの関連法の改正により、入院から地域へという目標を掲げ、その施策が推し進められている。その結果、平均在院日数は激減し、多くの長期入院患者が社会で生活するようになった。新規入院患者の7割は3か月以内に退院できるようになる一方で、1年以上の入院を要する患者も1割存在する。

精神科疾患の多くは寛解、増悪を繰り返し、その都度、危機介入や入院の頻度も多くなるなど長期にわたる治療が必要な疾患である。また、精神科救急、自殺（うつ）、合併症、小児思春期、認知症、がん末期患者に対する精神的ケアなど、新たな社会的なニーズも広がる一方である。

このように、精神科医療は重要でありかつサービスの質は向上しているにもかかわらず、入院診療報酬は過去のまま過度に低い評価にとどまっている。また、一般病床に併設する精神病床に対しても、その連携機能の重要性に対する評価がなされていない。より高度な体制が求められている現状から、大幅な診療報酬の拡大が必要である。

今後も、地域ケアに向けて整備された現在の診療報酬上の病棟機能分化は堅持すべきであり、さらにDPCも含めて病床単位の機能分化も考慮すべきである。

(2) 精神科病院の外来について

精神科診療所開設数が増加するに伴い、精神科外来患者数も増大している。しかし、精神科病院に通院する患者は入院や多職種チームケア等が必要とされる患者が多く、標準的な精神科診療所では対応困難なケースとも言える。そこで、精神科病院における外来機能としては、以下の事項が必要と考える。

① 長期入院患者の退院促進、地域支援

現在入院中の長期入院患者は高齢化し、生活能力が大幅に低下している。このような患者を退院させるには、外来機能の強化が不可欠である。病院を軸とした地域支援チームのような特別な組織の構築とその評価が必要になる。

② 危機介入

現在、多くの精神科病院で多職種による危機介入が行われており、その頻度も増大している。危機介入には、濃密な医療資源が投入されているにも関わらず、現行の診療報酬評価は皆無に等しく、早急に相応な評価が必要である。

3. 介護入所施設のあり方

現行の介護保険施設はその発足の経緯により、多様な施設種別がなされている。しかし、それぞれの利用者像を見る限り、施設の機能分担を明確に維持し続けることが不可能になってきている。また、要介護高齢者の増加は確実である現状から考えても、早期に横断的な報酬体系の見直しを図り、改めて在宅復帰施設の機能、在宅支援の機能あるいは「終の棲家」としての対応など、各施設が地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要である。更に自らの機能を情報開示し、入所施設は利用者・家族がニーズにあった施設を選択できる制度にすべきである。

介護入所施設として認定する場合、下記の機能・設備の情報開示が必要である。

- ① 介護職員の配置状況（日中・夜間の人数など）
- ② 看護職員の配置状況（24 時間体制、常勤、外部利用など）
- ③ 相談員、介護支援専門員の配置状況
- ④ リハビリテーション施設の有無、理学・作業療法士の配置状況
- ⑤ 医師の配置状況（常勤、非常勤、外部利用など）
- ⑥ 個室、多床室別の居住費
- ⑦ 食費
- ⑧ デイ・サービスなどの外部サービス利用の可否
- ⑨ 終身利用者の割合
など

このような情報を開示することにより、利用者・家族は施設の機能を明確に理解した上で、ニーズにあったサービスを提供する施設に入所することになる。また将来的には、施設単位からフロア単位、居室単位での機能分化についても考慮すべきである。

介護報酬は①～④に対して、その配置状況に応じて支払われるものとし、同一サービスは同一の報酬とすべきである。また、外部利用の看護提供、医師による診断・治療は医療保険での支払いが妥当である。

4. 外来診療のあり方（機能分化）

医師不足と高齢化による受診者の増加傾向を考えると、現状の外来診療システムの効率化は必要であり、機能分化と連携の一層の発展が望まれる。

その際に、患者のアクセスの制限ではなく、患者の利便性と選択を基本にした診療報酬制度が望まれる。

（1）診療実態に対応した外来診察料

現在、外来診察料は、外来診療とは無関係の病床規模によって、区分されている（無床および19床以下、199床以下、200床以上）。しかし、外来機能は病院・診療所の差、病床数とは関係ない。

一方、各診療科の診療システムの特性、必要な医療機器等により診療原価には大きな格差が生じている。現行の病床規模別診療報酬体系は早急に見直す必要がある。

（2）急性期外来診療と慢性期疾病管理

急性期医療外来には出来高払い制が妥当である。その際、診療に要する時間軸の評価、および診療原価に基づく診療報酬の構築が必要となる。

一方、慢性期の疾病管理は、一回ごとの報酬を主にするのではなく、継続的な管理・指導を主要な評価対象とすべきである。

（3）紹介と連携

紹介制度・機能連携は、効率性や専門医療の質向上の観点からも重要である。今後、患者による医療機関の選択が行われるよう、外来機能の十分かつ正確な情報が発信される仕組みを構築すべきである。

（4）介護保険施設における医療

介護保険施設への医療提供は、今後外部利用型を中心とし、必要とする患者はすべて受診可能とすべきである。在宅医療と同様に、外来診療システムの一環として、拡充・整備することが望まれる。

（5）総合的医療について

今後、効率的かつ質の高い医療を提供するためには、総合的医療を提供できる医師の評価が重要である。そのためには卒後教育制度・資格制度を構築する必要があり、早急に議論を開始すべきである。

5. 入院基本料のあり方

(1) 入院基本料について

我が国の保険制度における入院患者への医療給付は、基本的には医科診療報酬点数表の「第一章：基本診療料」と、個別の医療行為それぞれの報酬を既定する「第二章：特掲診療料」とによって保障されることが根幹となっている。

このうち特掲診療料は検査、処置あるいは手術等の個別の診療行為について、その詳細が示されている。しかしながら、入院患者に対する医療は特掲診療料として単離独立して示された個別の医療行為の集積だけではもとより成立しない。これらの医療行為が施設内で可能であるための前提としては、下記に示すように、病院自体の存立基盤となる全職域における職員の人件費や病院建物の建設、維持を含む全ての関係必要経費が診療報酬上保障されることが不可欠である。これが「入院基本料」である。

しかし、現行の入院基本料は実態とかけ離れて著しく低額であり、しかもその算定根拠は一切明らかにされていない。国民に対しては保険財源の使途の明細にあたる入院基本料の構成要素を開示することが義務である。

入院患者への医療給付の前提となる入院基本料について、その算定根拠の詳細を明示し、病院の存立基盤となる必要諸経費に準拠しつつ、入院基本料の抜本的見直しを早急に開始するべきである。

(2) 入院基本料の算定に包含されるべき項目

- 給与費
給料（基本給、調整手当、扶養手当、住居手当、初任給調整手当、地域調整手当、通勤費、超過勤務手当、等）賞与、退職給付費用、法定福利費等
- 委託費
検査委託費、給食委託費、寝具委託費、医事委託費、清掃委託費、保守委託等
- 研究研修費
研究費、研修費、審査・認定料、等
- 設備関係費
減価償却費、器械賃借料、地代家賃、修繕費、固定資産税等、器械保守料、機械設備保険料、車両関係費、等
- 経費
福利厚生費、職員被服費、消耗品費、消耗器具備品費、水道光熱費、保険料、諸会費、租税公課、医業貸倒損失、貸倒引当金繰入額、等
- その他
土地取得費

(3) 支払い対象職種

- 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床工学技士等の資格職
- 医療ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、診療情報管理士、医療事務職等の専門職
- 事務職、各種補助職等の一般職
- その他

6. 医療専門職の職掌について

現在、医師・看護師不足や離職により、多くの病院が病棟閉鎖・縮小の危機に晒されている。また、今後の少子化の加速により、この問題は一層深刻化すると考えられる。

そこで、この問題の解決策のひとつとして、医療関係職種の見直しを提案したい。下記に具体案を挙げる。

- 助産師業務の拡大
 - 一定範囲の麻酔領域における教育された歯科医師の業務拡大、看護師の業務参加
 - 一定範囲の薬剤処方における薬剤師・看護師の業務参加
 - 急性期病棟における介護職業務の確立
 - 一定範囲の医療行為（喀痰吸引・経管栄養など）における教育された介護職の業務参加
- など

なお、これらの職掌の見直しにおいては、各職種の法的責務が伴うものとする。

7. リハビリテーション医療のあり方

(1) 急性期リハビリテーションについて

リハビリテーションは発症後や手術後、提供が早期であればあるほど高い効果が期待できることは周知の事実である。また、手術によっては術後発生する可能性の高い障害を予防するための術前(予防的)リハビリテーションも効果がある。

これらのリハビリテーションはベッドサイドで行えるものが主体であり、専用の施設や病床は必ずしも必要とない。「施設基準」ではなく「人員配置基準」を定めることが効率的である。

また、急性期リハビリテーションの提供については、高度な判断が必要となるため、リハビリテーション専門医の配置を高く評価すべきである。

(2) 回復期・亜急性期リハビリテーションについて

回復期・亜急性期リハビリテーションについては、多くの面から制度改正が行なわれたため、施設整備は順調である。

しかし、「回復度」や「一律の提供時間・期間」、「限られた疾病・部位」など、まだ科学的根拠が確立されていないものまで診療報酬制度で規定されているため、利用者・国民の理解が得られない場合がある。今後は十分なデータに基づく制度設計が望まれる。

(3) 維持期リハビリテーションについて

維持期リハビリテーションは、その必要性が高いことから、医療保険、介護保険を問わず両制度下で提供されるべきである。特に進行性疾患や重度障害に対しては、疾患治療の継続と同時に、医療保険下での長期的リハビリテーションが必要であり、本来、適応、期間等は医師の裁量に任せるべきものである。一方、介護保険下では体力や機能の維持・向上、社会参加の促進、介護負担の軽減、等を通して自立生活を支援することが目標となる。しかしながら、現行の介護保険制度下ではその量・質とも十分とはいえず、早急な改善が必要である。

病状増悪期や廃用症候群に対しては、適切なリハビリテーションを医療・介護、在宅・施設を問わず、短期集中的に実施出来る環境・制度が求められる。

8. D P Cのあり方

(1) 救急対応の検査に関するコストについて

緊急入院を要する場合は、同一疾患群分類であっても診断がついていないため、予定入院に比して、入院初期に検査料等多額のコストが必要である。緊急入院の場合は、起算時間を初診時とした入院後24時間（午前0時をまたがる場合は、最長2日間）に限りD P Cより除外し、診療報酬を出来高とすべきである。

(2) 調整係数の考え方と機能係数の提案について

- ① 特定機能病院（高度専門医療センター、大学病院等）、地域医療支援病院など地域中核病院については、新たな係数として、地域で担うべき役割・機能を維持するための評価要件を設定する必要がある。
- ② 調整係数の廃止は段階的に行い、少なくとも3回の改定の後に廃止すべきである。

(3) E F ファイルの取扱いについて

現行のD P C点数はE F ファイルにより、診療報酬点数の出来高部分の実績を参考に積算されているが、疾患に対する一連の医療行為に係る医療資源(人件費等の固定費を含む)をもとに積算することが望ましい。

また、現在のE F ファイルの形式は、早期に1ファイル化すべきである。

(4) D P C調査ファイルの活用法について

D P Cに関する調査データは、病院の現状を明確に示すことができる反面、自己努力による経費削減・効率化が、改定を重ねるごとに自動的に疾患別点数の引き下げに繋がり、改善努力を否定する結果となっている。その活用方法については、医療の質評価、標準的診療ガイドラインの準拠、等を参考として、十分慎重に行わなければならない。

以上