


平成 25 年 2 月 7 日

厚生労働省保険局長  
木倉 敬之 殿

|                  |            |      |   |
|------------------|------------|------|---|
| 日本病院団体協議会        | 議長         | 深尾 立 |  |
| 国立大学附属病院長会議      | 常置委員会      | 委員長  |   |
| 独立行政法人国立病院機構     |            | 理事長  | 桐野 高明   |
| 一般社団法人全国公私病院連盟   |            | 副会長  | 邊見 公雄   |
| 公益社団法人全国自治体病院協議会 |            | 会長   | 邊見 公雄   |
| 社団法人全日本病院協会      |            | 会長   | 西澤 寛俊   |
| 社団法人日本医療法人協会     |            | 会長   | 日野 頌三   |
| 一般社団法人日本私立医科大学協会 | 病院部会担当理事   |      | 小山 信彌   |
| 公益社団法人日本精神科病院協会  |            | 会長   | 山崎 學  |
| 一般社団法人日本病院会      |            | 会長   | 堺 常雄  |
| 一般社団法人日本慢性期医療協会  |            | 会長   | 武久 洋三   |
| 独立行政法人労働者健康福祉機構  | 千葉労災病院名誉院長 |      | 深尾 立  |

## 要 望 書

現在、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会において、入院基本料のあり方が検討されている。

この度、日本病院団体協議会は、中長期的な診療報酬体系における「入院基本料の設定に関する考え方とその調査方法について」と、次期診療報酬改定に対する短期的な「入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について」を纏めたので要望する。

## 入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について

### (基本的な考え方)

平成 24 年度の中医協基本問題小委員会では、基本診療料について論議されることとなった。

診療報酬制度の開始以来、基本診療料はデータに基づいて報酬が決定されたものではなかった。しかし、今後の基本診療料については、エビデンスのある、そして長期的視野に立った評価及び診療報酬の設定が必要である。

ここでは、基本診療料の中の入院基本料について、その設定方法を提案する。

### (入院基本料の定義)

入院基本料の定義は、次の費用を包含し、かつ医療の継続のための再投資が可能となる報酬とする。

1. 基本的な医学管理に必要な費用
2. 基本的な医療従事者配置に必要な費用
3. 基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用

### (病院サンプリングとモデル病院)

入院基本料の調査においては、病院をサンプリングして費用を解析する方法と、モデル病院を設定して費用を分析する方法がある。ここでは、両者を設定できる方法を提案する。

### (病院サンプリング)

次の項目により層化抽出した病院の費用調査を行い、費用分析する。

1. 病院規模別 (200床未満、200床～499床、500床以上)
2. 病床種別 (一般病床、療養病床、精神病床、ケアミックス)
3. 立地条件別 (大都市、地方都市、郡部)

### (費用分析)

費用分析には、調査方法が確立している「部門別収支に関する調査研究」の解析手法を利用する。

1. データ収集  
「部門設定調査」「収支状況調査」「医師勤務調査」により、データを収集する。

2. 一次計上

各部門(病棟、外来診療室、手術室、総務課等)の費用を計上する。ここには、病院会計準則に基づいた費用が計上される。

それらを入院部門、外来部門、中央診療部門、補助・管理部門に分ける。

| 入院部門 |    |     | 外来部門 |    |     | 中央診療部門 |    |      |     | 補助管理部門 |       |
|------|----|-----|------|----|-----|--------|----|------|-----|--------|-------|
| 内科   | 外科 | ... | 内科   | 外科 | ... | 手術     | 検査 | 画像診断 | ... | 診療支援系  | 運営管理系 |

### 3. 二次配賦

補助・管理部門の費用を、入院部門、外来部門、中央診療部門に配賦する。

| 入院部門 |    |     | 外来部門 |    |     | 中央診療部門 |    |      |     | 補助管理部門 |       |
|------|----|-----|------|----|-----|--------|----|------|-----|--------|-------|
| 内科   | 外科 | ... | 内科   | 外科 | ... | 手術     | 検査 | 画像診断 | ... | 診療支援系  | 運営管理系 |
|      |    |     |      |    |     |        |    |      |     |        |       |



4. 入院部門と二次配賦された入院部門に対応する補助・管理部門費用を合計する。

この数値には、医師勤務調査及び配置職員による人件費、補助・管理費用が含まれている。従って、この合計値を入院患者総数で割った数値が、入院基本料の単価となる。

5. 外来部門において同様の作業を行うと、外来診察料の基礎資料となる。また、中央診療部門（入院・外来含む）は、手術室・検査室・画像診断・リハビリテーション、等で構成されている。この値を、それぞれの施行件数、作業量を勘案して解析することで、特掲診療料の基礎資料となる。

### （モデル病院の費用設定）

費用分析を行うとともに、層化抽出された各医療機関より人員配置、施設・設備等の過不足についても調査を行い、その費用の調整を行うことで、モデル病院の費用が設定可能である。

## 入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について

入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について、下記の考え方を導入することを要望する

- 現行の入院料は分類（40種類ほど）が細かすぎるうえに、通知において極めて微細な事項まで定められている。これらの分類は、医療必要度や入院目的に応じてグループ化するとともに算定要件等を簡素化することにより、誤解を生じない解りやすい制度とすべきである。
- 医療機関の入院患者数、状態像、医療必要度、等は一定ではなく、日々変化するものである。臨床現場における医療必要度（リハビリテーション、日常生活動作援助、等を含む）の状況を数値化できるとともに、個々の医療機関にとって最適な人員配置を行える制度に変更すべきである。
- 現行では看護師数により入院料が区分されている。しかし、チーム医療が主体となっている現状を鑑み、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリテーション職・MSW・PSW・医師事務作業補助者・看護補助者・医療事務等の多職種連携により入院料が決定されるべきである。
- これらのためには入院患者の医療必要度が数値化され、その累計により一定期間（6または12か月程度）に必要な職員配置数を示すことのできる方式を作成しなければならない。この方式の作成には十分な調査と分析を行い、客観的な理論構築が必要である。
- この方式により、超急性期（ICU・CCU・SCU・NICU等）、急性期、亜急性期／回復期、慢性期等、各病期における一定期間の適正な人員配置数を示すことができる。また、夜勤職員配置（看護師、看護補助者、等）にも応用できる。
- そして精神疾患、各種障害、周産期、児童・思春期等においても、この考え方の応用が可能である。

以上