

中医協「第146回診療報酬基本問題小委員会」 入院料の議論、一律引き上げか一部加算かが焦点

2009/11/12

11月11日の中医協・診療報酬基本問題小委員会（委員長：遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）では、入院料の在り方について議論され、診療側委員からは入院料の一律ベースアップを望む声が多数挙がった。支払い側からは、一律引き上げによる患者負担の増大を懸念し、評価できる部分のみ何らかの加算をすべきとの意見が出た。



邊見公雄委員（全国公私病院連盟副会長）は「地方の中小病院では、加算と言われても絵に描いた餅」として、地方病院はマンパワー等の問題で加算要件を満たせず疲弊していく施設が多いことを訴え、嘉山孝正委員（山形大学医学部長）も中小病院を疲弊から救うには一律で点数アップすべきとした。支払い側委員は、加算を視野に入れて総合的に考えるべきとの考えを示したが、西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「これまで医療費抑制をしてきて何が起こったか。国民が安心できていないのが現状だ」と反論した。

厚生労働省の概算によると、医療費全体の約15%を占める入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料を一律1%上乘せした場合、予算は700億円程度必要になる見込み。

認知症患者評価に新たな区分導入を検討

年々増加傾向にある認知症患者対策については、患者の病態に応じた医療機関への評価が議論となった。認知症患者では現在、療養病棟において医療区分やADL区分に応じた評価がされている患者と、精神療養病棟で病態によらず一定の評価がされている患者が存在する。精神療養病棟患者に対しても何らかの区分を設けるかについて、安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、認知症患者の病態が変動しやすいことから「通常のADL区分を適用するのは難しい」との考えを示した。厚労省は、精神療養病棟患者については療養病棟ほど詳細な調査が行われていないためデータが不足しているとした上で「周辺症状（徘徊、幻覚、うつ、意欲低下など）ごとに分けするのが適切かと思うが、そうするとADLよりも細かな区分になるだろう」と述べた。白川修二委員（健康保険組合連合会常務理事）は「区分けは難航するだろう」としつつも、必要な部分を手厚くするシステムの必要性には理解を示した。

また、鈴木邦彦委員（茨城県医師会理事）は「地方の病院にも認知症患者が多く、身体的合併症を持つ患者も少なくない」として、認知症患者を受け入れることに対する中小病院への評価も求めた。

在宅医療・訪問看護分野でも多数の課題

在宅医療の問題に関しては、訪問看護の課題も合わせて議論され、様々な意見が出された。

在宅療養支援病院数が7施設（2008年の届出数）のみであることに関して、「当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと」とする施設基準が施設数の抑制につながっているとして、緩和を求める意見が多数出された。白川委員は、4km要件緩和の方向で前向きに考えつつも「在宅療養支援診療所を中心に考えた機能なので、診療所とのバランスが肝心」として慎重に進める意向を示した。

訪問看護分野では、坂本すが専門委員（日本看護協会副会長）から訪問看護ステーションに関して、診療機関からの指示がなければ看護師が訪問できない現状について「指示を待つだけでは効率が悪い。ある程度看護師に任せてもらえるような体制づくりが必要」とし、また訪問看護の回数制限も患者のニーズを満たせず、やり甲斐を感じている看護師の意欲低下にもつながるとして廃止するよう求めた。

このほか、遠藤委員長が今後の運営についての考えを示し、11月10日に開催された診療報酬改定結果検証部会での速報値報告について、通常は検証部会としての意見を添えて中医協総会に提出し承認を受けた後に基本小委での議論へ進むという流れだが、今回は時間的制限があるため、速報値のまま即座に（総会の承認を経ずに）基本小委での議論の材料にしたいと述べ、委員の合意を得た。また、「デッドラインはあるが、議論の時間は十分にとりたい」として、現在の週2回開催からさらに頻度を上げる可能性を示した。

次回開催日は11月13日。