

「平均在院日数短縮」の方針に慎重意見

3月13日の中医協・総会（会長：森田朗・学習院大学法学部教授）では、2014年度診療報酬改定に向け、入院医療に関する現状確認と意見交換を行った。

これまで議論を行った外来医療、在宅医療に引き続き、事務局は入院医療の検討課題を整理。急性期における論点には、①平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③在宅復帰の推進、④早期からのリハビリテーション——を挙げた。

議論が集中した①について事務局は、DPC制度等により平均在院日数は年々短くなっているが、諸外国に比べると依然として長いとのデータを示し、さらなる短縮を図るべきだとした。これに対し鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、「高齢化が進んでいるためこれ以上は難しい。さらに、退院は早まったが入院単価が上がっていることで医療費抑制という観点から見てもメリットは薄まっている」として“短縮ありき”の議論にくぎを刺した。

さらに、白川修二委員（健康保険組合連合会専務理事）も「退院が早まり回転率が上がったことで、かえって医療費が増加している」と、医療費抑制の効果が見られないことを指摘。ただ、「都道府県で平均在院日数にかなりのバラつきがあることや、精神科における平均在院日数が極端に長いことについて、是正する必要がある」と、より実態に即した対応を求めた。

また事務局は、②では一般病棟において7対1入院基本料算定患者の方が10対1より重症度・看護必要度が高いという現状を説明した他、④では高齢者の救急搬送患者数の増加により早期からのリハビリのニーズが高まっているという認識を示した。

■地域特性や長期入院などの論点を提示

事務局は、地域の特性に応じた入院医療の実現に向け、医療資源の限られた地域では1つの病院で複数の医療機能を持つ場合がある、という現状を反映した評価体系の構築も論点に挙げた。その際の考え方には、四病院団体協議会が提唱する「地域一般病棟」の概念を紹介。具体的には、1次医療圏・生活圏における急性期医療や救急医療の提供、在宅医療の後方支援や地域の基幹病院等からの受け入れといった機能を持つものと説明した。

その他、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）における特定除外制度など長期入院の適正な評価や、回復期リハビリテーション病棟入院料と亜急性期入院医療管理料との機能分化、有床診療所における看取り機能の強化など、2012年度改定で見直しが図られた項目についても、引き続き検討を行うとした。

今後は、これまでの意見交換を踏まえ外来医療、在宅医療、入院医療を中心に議論を進めていく。なお、外来医療について診療側委員から、診療所機能の実態に関するデータが不足しているとして、診療所における「がん治療の開始時期」や「画像診断の実施率」などの項目について調査を行ってはどうかとの提案がなされた。

次の開催は4月上旬を予定。