

7 対 1 の平均在院日数、重症患者割合、在宅復帰率について議論

中医協・総会（会長：田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は 12 月 9 日、2016 年度診療報酬改定に向け、急性期入院医療における課題について議論した。事務局が提示した論点は①平均在院日数、②重症度、医療・看護必要度、③在宅復帰率——の 3 点。

■診療側委員からは「平均在院日数短縮は限界」の声も

①では一般病棟 7 対 1 入院基本料を届け出た医療機関（以下、7 対 1 病院）の 2014 年における平均在院日数が前年度比で 0.3 日延長していることがデータで示された。これは同年の改定で特定除外制度の見直しにより一般病棟の長期療養が適正化されたことと、短期滞手術等基本料 3 のみを算定した患者を平均在院日数の計算対象から除外したことによるもの。

また、平均在院日数ごとの医療機関分布を示したデータでは、10～15 日の医療機関が全体の過半数を占める一方で、17 日を超える医療機関が 8%程度存在することが明らかになった。これらの医療機関は、その他の 7 対 1 病院に比べ「手術等の外科系の診療実績や化学療法等の内科系の診療実績が少ない」「重症度、医療・看護必要度の A 項目の該当患者割合が小さい」「1 日当たりのレセプト請求点数が小さい」といった調査結果も示された。

事務局から具体的な見直し案は提示されなかったが、中川俊男委員（日本医師会副会長）は「平均在院日数の短縮は既に限界に達している」と主張し、さらなる厳格化を牽制した。

■7 対 1 の重症患者割合を巡り紛糾

②ではこれまでの議論（15.10.23 中医協「第 308 回総会」http://www.medical-lead.co.jp/documents/151023soukai_001.pdf 参照）を反映させた、重症度、医療・看護必要度の一般病棟用の評価票見直し案が提示された。A 項目には「無菌治療室での治療」「救急搬送」について評価する項目を追加。B 項目では類似している項目を整理するとともに「危険行動」の有無、「診療・療養上の指示が通じる（かどうか）」を評価する項目を追加した。また、新たに「手術等の医学的状況」を評価する「M 項目」として①開胸・開頭の手術、②開腹・骨の観血的手術、③胸腔鏡・腹腔鏡手術、④その他の全身麻酔の手術——の有無を評価する項目を設けた。その上で重症者の定義には、現行の「A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上」のほか、新たに「A 得点が 3 点以上」「M 得点が 1 点以上」を追加し、いずれかを満たす患者を重症者とした。さらにこの見直し案に沿った患者評価のシミュレーションも示され、「仮に一般病棟 7 対 1 入院基本料における重症患者割合の基準を 25%に設定すると、見直し後の病棟数は見直し前の約 95～97%程度になる」とされた。

評価項目については賛意を得たが、重症患者割合の基準については支払側委員がシミュレーションで用いられた“25%”という基準を支持する一方で、診療側委員が「現場への影響が大きい」と猛反発。中川委員は「重症患者が 100%の病院など有り得ない」と強調し、現場の実態に配慮した基準値の設定を求めた。

■在宅復帰率の見直しも診療側委員は慎重姿勢

2014年度改定で一般病棟7対1入院基本料の要件にも追加された③の在宅復帰率については、計算方法と基準の見直しが検討された。事務局は「自宅等への退棟」と「回復期リハビリテーション病棟等や療養病棟（在宅復帰機能強化加算算定）等への退棟」を同等に評価する現行の計算方法を見直し、前者がより高く評価されるようにするとともに、75%となっている現行の基準を引き上げることを提案した。

ここでも診療側委員からは「まだ導入して2年しか経過していない」「現状はうまく機能している」など、見直しに反対する意見が相次いだ。これに対し幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「2014年度改定で7対1要件を厳格化したのが、病床はあまり減っておらず、機能分化が進んでいない。平均在院日数、重症度、医療・看護必要度とともに在宅復帰率も見直すべき」と述べ、さらなる厳格化の必要性を訴えた。

■病棟群単位での入院基本料届出も粗上に

急性期入院医療における課題とともに一般病棟入院基本料の届出方法についても議論された。現行では1つの医療機関に複数の一般病棟がある場合は、同じ区分の入院基本料で算定することとされている。これについて病院団体はかねてより「病棟群単位」での届出を認めるよう要望していた。

同日、事務局が提示した案は「機能分化に伴い、7対1入院基本料を届け出ている病棟が他の入院基本料に届出を変更する際に、一時的な仕組みとして、一部の病棟に限り、病棟群単位で7対1入院基本料の届出を併せて認める」というもの。これにより7対1から10対1に入院基本料を変更する際、「病棟ごとの重症度が異なる場合に重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすくなる」「看護職員数の急激な変動が緩和される」などの影響があるとされた。

事務局からはあくまで機能分化に伴う一時的な緩和措置としての提案であったが、診療側委員は「恒久的な制度としたい」と要望。一方で支払側委員は「提案そのものに反対はしないが、議論の優先順位としては入院医療における課題が先」と主張するなど、意見は微妙な食い違いをみせた。今後も継続して審議される見通し。