

「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」(抜粋)

(平成15年3月28日閣議決定)

中医協 診 - 1 - 参考
2 5 . 9 . 2 5

参 考 1

第3 診療報酬体系

1 基本的な考え方

診療報酬体系については、少子高齢化の進展や疾病構造の変化、医療技術の進歩等を踏まえ、社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供されるよう、必要な見直しを進める。
その際、診療報酬の評価に係る基準・尺度の明確化を図り、国民に分かりやすい体系とする。

2 基本的な方向

診療報酬体系については、①医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)、②医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価(ホスピタルフィー的要素)、③患者の視点の重視等の基本的な考え方に立って見直しを進める。

3 具体的な方向

(1) (略)

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

入院医療について必要な人員配置を確保しつつ、医療機関の運営や施設に関するコスト等に関する調査・分析を進め、疾病の特性や重症度、看護の必要度等を反映した評価を進めるとともに、医療機関等の機能の適正な評価を進める。

① 疾病の特性等に応じた評価

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力(ADL)、看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る。

回復期リハビリテーション、救急医療、小児医療、精神医療、在宅医療、終末期医療等について、医療の特性、患者の心身の特性、生活の質の重視等を踏まえた適切な評価を進める。

② 医療機関等の機能に応じた評価

入院医療については、臨床研修機能、専門的医療、地域医療支援機能等の医療機関の機能及び入院期間等に着目した評価を進める。

外来医療については、大病院における専門的な診療機能や紹介・逆紹介機能等を重視した評価を行うとともに、診療所及び中小病院等における初期診療、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の機能、訪問看護、在宅医療等のプライマリケア機能等を重視した見直しを進める。

(以下略)

	平成22年5月26日総会等	平成22年8月25日総会	平成22年9月29日総会
2号側	<p>※「中医協答申附帯意見等に基づく次期診療報酬改定に向けた今後の検討課題に関する提案」(5月26日)より</p> <p>【具体的に検討すべき主な項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本診療料に含まれるとされる建物・設備等のキャピタルコストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算に基づく点数設定 <p>【今後実施すべき調査内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本診療料及び技術料に係る中間消耗材料等を含むコスト分析調査 	<p>※「次期診療報酬改定に向けた今後の議論の進め方についての「対応案」(平成22年7月28日)に対する2号側意見)より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「技術」と「モノ」の評価の分離・基本診療料に含まれるとされる建物・設備等のキャピタルコストや人件費等のオペレーティング・コストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算による根拠に基づく点数設定 ・医療行為に見合った診療行為の評価 ・加算ではなく基本診療料及び特掲診療料本体の引き上げによる対応 	<p>※「基本診療料及び技術料に係るコスト分析についての2号側の考え方」より</p> <p>(1) 我が国の基本診療料の中で各種コスト(技術料、キャピタルコスト、オペレーティング・コスト)がそれぞれどのように評価されているか(もしくは評価されていないか)についての整理・明確化</p> <p>(2) 「医療機関のコスト調査分科会」の調査結果の再集計を行うことにより、上記(1)も踏まえ、現状において基本診療料に含まれている個各種コストの具体的な金額の内訳に関する調査</p> <p>(3) 諸外国の診療報酬における各種コストの評価方法(とりわけキャピタルコスト、オペレーティング・コストの取扱い)ならびに診療報酬のコスト別の内訳及びその金額に関する調査(上記(1)及び(2)を踏まえた我が国との比較分析を含む) 我々としては、このような調査・分析をまず実施して問題点を明らかにした上で、医療提供に必要なコストの積み上げによる「あるべき基本診療料」に向けた議論とそのために必要な調査の設計を進めてまいりたいと考えている。</p> <p>○西澤委員</p> <p>「私たちは診療報酬を根底からひっくり返そうなんて気はないが、初診料、再診料、入院基本料を一点上げる、下げるその根拠は何か。確かに難しいということは重々承知で、けれどもそろそろそういうことをしなければ、医療従事者も国民も納得してくれないのでは、やはり可視化というのは大事ではないか。」</p>
1号側	<p>※「中医協における今後の検討課題に関する1号側(支払い側)の意見」(平成22年6月23日)より</p> <p>【診療側の提案に対する意見】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本診療料のあり方や内容等について議論することは賛成だが、診療側の提案では、基本診療料の中で「技術」と「モノ」の評価の分離、キャピタルコストや人件費等の積算根拠の明確化まで含めて検討すべきとされている。しかしながら、これらの項目については、技術料設定の考え方など、さまざまな検討課題が考えられるため、検討の課題を絞り込むなど、慎重に検討すべき。 	<p>※「中医協・今後の議論の進め方についての1号側(支払側)意見より</p> <p>【主な検討内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初・再診料、外来診療料、各種加算の意義や位置付け ・再診料と外来加算管理の関係 ・入院基本料の意義や位置付け(入院機能や体制、急性期・慢性期、出来高・包括等) ・入院基本料等加算の在り方、考え方 	<p>○白川委員</p> <p>「医療機関の経営という観点からコストを考えて、必要な利益を確保することは、各医療機関が個別にいろいろな努力をされているが、それを全部の診療報酬項目に当てはめて、その中にどれくらい、キャピタルコスト・オペレーティングコストが入っているかを調べたいということは、今の診療報酬体系を全部変えるという話ですけれども、それはそこまで覚悟しておっしゃっているのか、私には理解できない。」</p>
公益側 ・ 参考人			<p>○関原委員</p> <p>「キャピタルコストを経営上考えることは大事なことだが、診療報酬の議論の場で全国一律に論ずるのは少し違うのでは。財務分析をやれば病院毎に違うわけですから、それを一律にコストを分析をしても、必ずしもいい意味のあるアウトプットが出るとは思えない。」</p>

	平成23年5月18日総会 (コスト調査分科会からの報告(基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性に関する報告書)について)	平成24年6月6日基本問題小委員会	平成24年7月18日基本問題小委員会
2号側	○西澤委員 「入院基本料の定義がはっきりしないからできないというのであれば、その定義をはっきりさせるような議論を是非お願いしたい。そもそもこれをどうして私たち2号側が出したかという、昨年の答申のときの別添で、再診料や外来管理加算、入院基本料の基本診療料の在り方についての検討をするということを書いております。在り方を検討するということは、当然定義がはっきりしないとできないということで、私たちはその定義をはっきりしていただきたい。逆にいうと、定義をはっきりするためには、コスト調査等々が必要ではないかということと提案したということなので、その辺りはくんでいただいて、今後議論する道立てをつくっていただければと思う。」	○鈴木委員 「コスト調査については、診療所は多様性があり、コスト調査が難しいので、いろんな分析の環境が整っている大病院の入院からしたらよいのではないか。」 ○西澤委員 「入院基本料の定義を明らかにすべきで、ワーキンググループなりに問題点整理をしたほうがいいのではないか。」 「点数をつけたときにコスト感覚を持たないとお互いに議論できないのではないか。」	※「基本診療料の検討の進め方に対する2号(診療側)委員の意見」より 【中長期的な課題】 ・一般病棟入院基本料について、包括化前の入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料という内訳に遡りながら、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として、それぞれに含まれる内容を具体的に項目立てする形で明確に定義付けしていく。その上で、一般病棟入院基本料の評価体系のあり方、加算や特掲診療料による評価との関係等について検討。 ○西澤委員 「共通しているのは、入院基本料という、看護配置だけでなっているのはおかしいという辺りも完全に一致しているので、まず、そういうところから入っていい。看護配置だけではおかしいというのであれば、入院基本料はほかに何が入っているかというのをもう少し明らかにするとか、そういう議論が、これからできるものとする。」
1号側	○白川委員 「診療報酬体系全体はコストのやり方なのか、今の方式でやるのか、全然違う方式でやるのかという議論を総会なり基本小委でやらない限りは、コストと言ってもこれ以上進まないというのが私の感じであるし、私は今の診療報酬の体系を全部変えるという作業を本当にやる気があるんですかということとは以前申し上げたし、確かに世の中に完璧なシステムはないと思うが、過去いろんな工夫が積み重なって現在の体系になっているわけで、それを現代に合った、あるいは社会のニーズに合った形に修正していく努力が中医協に課せられていると私は感じているので、この議論をこれ以上やることは反対であるし、診療報酬体系全体を変えるという議論は今の時点では必要ないと考えている。」	○白川委員 「ワーキンググループは必要であれば、2号側でやっていただければ良く、中医協の場でやる必要は全くない。」 「何か問題があるからそれを変えたいのか、そういう主張をしていただければ一定の理解はできるけれども、何をやりたいのかわからないので私どもは全く受けるつもりはない。」	※「基本診療料等に関する1号側(支払側)の意見」より 【次期改定に向けた課題】 ・病床機能に応じた患者の状態像に対応する医学管理や看護の必要度などを主な指標とする評価方法を導入すべき。 ・入院時に画一的に行われている検査等を入院基本料に包括化することを検討すべき。 【中長期的な課題】 ・入院医療については、高度急性期、一般急性期、亜急性期など病院・病床の機能・役割に応じた評価のあり方を検討すべき。 ・入院医療においては、出来高払い方式を廃止し、原則として定額払い方式に移行することを検討すべき。 ○白川委員 「双方、入院基本料については、少し考え方が違うところはあるが、今の看護配置をベースとする診療報酬の点数付けについては、少し改善すべきではないかということでは一致していると、病院経営の観点でどうかと、それから、病床の機能としてどうかということで議論を進めたいかがか。」 ○小林委員 「基本診療料と特掲診療料の占めるウエートについては、これまでの診療報酬改定の積み上げの結果であり、初めから基本診療料と特掲診療料のウエートや全体のバランスをどう考えるかという検討項目を出して議論を進めるというのは、非常に違和感がある。」
公益側 ・ 参考人	○小林(麻)委員 「コスト計算については御報告のとおりだと思うが、議論でコストということを余りにリジットに考えてしまったために、こういう結果になったと思っている。 最初は効率的な医療経営をやっていて、それが診療報酬できちんとリカバリーされているのかというのが基本的な問題だったのではないかと思う。そうすると、経営の実態をコストという観点から明らかにしていくことが重要なんだろう。ですから、入院基本料の性格づけ、定義づけというのは非常に大事だと思うが、経営の実態を把握した上で、入院基本料がどのぐらい充てられることによって経営が成り立っているのかということが実証できれば、それは大変重要なことではないかと思う。そのときに、方法としては、コストの配賦ですとかコストの切り分けを余りリジットに行わずに、医療経営という固まりというか、事例研究のようなことを積み重ねることが重要だと思った。」		

	平成25年5月15日総会	平成25年7月24日基本問題小委員会 (コスト調査分科会からの報告(医療機関の部門別収支に関する調査の今後の取扱い)について)
2号側	<p>※「今後の議論の進め方に関する2号側(診療側)委員の意見」より 【基本問題小委員会における基本診療料の在り方に関する中長期的な検討の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料の評価体系を見直すためには、入院基本料等加算や特掲診療料との関係も含め、そもそも入院基本料で何をどのように評価するのかという原点に立ち返った検討が不可欠。 ・しかしながら、その後、議論は全く進んでおらず、昨年10月3日以降、基本問題小委員会が開催されていないことは遺憾。 ・入院基本料等の基本診療料をはじめとする診療報酬の評価体系の在り方について、今後、少なくとも月1、2回、基本問題小委員会を開催し、議論を深めていくことを求める。 	<p>○万代委員 「今まで診療科別については、手法が確立して、データも出たということであるし、診療報酬に対して、どういう単位が必要かということについては、診療科別だけでいいとは思わないが、診療科別の診療報酬も参考にしつつ、さらに新たな単位、診療報酬の改定に資するような単位を、DPCも相当データがたまっており、そういった話があれば、そういったことも含めて、コストというものを正確に反映していくことが必要だと考えている。」</p>
1号側	<p>○白川委員 「私どもとしては、入院基本料にかかわらず、外来を含めた基本診療料全体を議論していくべきではないかと、前にも申し上げているとおりである。基本診療料全体を議論するために、基本問題小委員会を開催することについては、賛成。ただ、月2回という回数は、少し多いのではないかという気がする。」</p>	<p>○白川委員 「若干繰り返しになるが、私も病院を運営するためのコストを全部無視していいとか、そんな暴言を言っているつもりは全くなく、コストを把握する目的は2つあって、病院の収支をいかによくしていくかという経営管理上の目的と、もう一つは、そのためにコストをどうやって下げていくのかというのが、私の主張である。それを診療報酬の改定に結び付けるというところが、何度も申し上げているとおり、相当の難事で、私に言わせれば不可能だということ。」 「コストは把握しなくていいんだというつもりは全くない。コストは当然把握すべきだと思う。しかも、全体として、これだけ医療費が伸びる中で、なるべくコストを下げる方向で、分析した結果を使うべきだと思っている。」 「ただ、それを部門別だとか、あるいは診療報酬の項目ごとだとか、非常に細かい単位まで落として分析をすることと、全体としてのコストを考えることは、診療報酬の改定率だとか、配分という話になるわけだが、それと直接的に結び付けることは、現実的にはかなり困難なことであろう。だから、余り細かいところまで入っていくと、かえって、全体のコスト配分との関係がつかめなくなるというスタンスで、御意見を申し上げていると御理解いただければと思う。」</p>
公益側 ・ 参考人		<p>○田中分科会長 「部門別収支というのは、企業でも一般に部門長の業績を評価するとか、そういう場合には使いやすいものだが、値づけとはちょっと違う。値づけだと、もう少し小さい単位、プライスの単位ごと、費目としてももう少し細かい単位のほうが、原価というのはしやすいかもしれない。部門別の経営の動向を見るという意味では、この手法でいいんだと思う。」 「私個人の意見なので、分科会の皆様には御迷惑がかからないということが前提だが、診療報酬にも、比較的原価計算に向いているタイプの点数項目と、全く向いていない項目がある。企業経営でもそうだし、大学経営でもそうだが、向いている項目について、原価単位をはっきりさせて、そこで改めて我々のつくってきた手法を改善して使っていく。先ほど西澤委員が言われた、診療報酬体系のあり方につながるようなことは、可能ではないかと思っている。だけれども、診療報酬全部について、原価計算が適しているというのは、また無理があると思うので、もう少しテクニカルに、どういう単位という限定が必要だろう。」</p>

基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性に関する報告書

平成 23 年 5 月 18 日
診療報酬調査専門組織
医療機関のコスト調査分科会

平成 22 年 9 月 29 日、中医協総会より診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会に対し、基本診療料に係るコスト構造の把握について、技術的な問題に関する意見をまとめるよう指示がありました。

これを受けて当分科会は、各診療科に共通する基本診療料の課題を考察するにあたり、入院基本料に焦点を絞って検討を行うと決めました。その上で当分科会は、コスト調査の実行可能性、コスト調査を行う上での技術的課題、及び医療分野におけるコスト調査の視点・手法等について深く分析するため、会計学の専門家からなるワーキンググループを設置しました。同ワーキンググループは、平成 23 年 2 月 3 日、24 日、3 月 8 日の計 3 回に渡り、入院基本料に係るコスト調査・分析の実行可能性等に関しての意見交換を行い、当分科会に議論のまとめ案を提示しました。その案を元に、4 月 7 日の分科会において、以下のとおり検討結果を整理しましたので報告します。

なお、客観的で有効なコスト調査・分析の実施検討の前提として、医療サービスが診察・検査・処置・手術といった行為から構成される一連の流れの中で提供される性質を有することを踏まえなくてはなりません。そのためには、基本診療料と特掲診療料に分けてコスト調査・分析を実施することに対して、どのように意義付けを行うのか整理する必要があると考えます。

また、コスト調査・分析結果の活用の際して、以下の 3 点をどう扱うかを整理する必要があると考えます。

- ①医療に対するニーズへの対応などの政策的課題、保険制度を分かりやすくするため診療報酬点数の設定・改定の際に透明化を強化する課題、および一連の医療サービスの提供に着目した包括化を検証する課題等に関連したコスト調査・分析結果の活用方法
- ②診療報酬点数と実際原価との乖離が生じている場合に、診療報酬点数の改定により対応するのか、又は保険医療機関等の経営努力により対応するのかを検討する際のコスト調査・分析結果の活用方法
- ③経営管理技法の浸透による医療の効率化の推進に関連したコスト調査・分析結果の活用方法

1. 入院基本料に関するコスト調査の実行可能性

(1) 入院基本料が想定するサービス内容の定義付け（原価計算対象の明確化）の必要性

原価計算とは、サービスや製品を生み出すためにどれほどの原価・費用を費やしたかを、原価要素別・原価部門別・原価負担者別に、分類・測定・集計・分析するための手続きならびに手法である。

現在、我が国の医療分野において行われているコストすなわち原価の調査は、診療科目や入院・外来機能に着目した部門別計算、DPCを活用した患者別・診断群分類別計算などであり、いずれも診療収益に対応する原価・費用を対比する方法により行われている。

今回のテーマである基本診療料のコスト把握とは、「診療報酬点数に定められている基本診療料が想定する医療サービス（原価計算対象）の提供のために投入された財・サービス（原価要素）の原価（コスト）を把握する作業」と考えられる。

コスト調査は、サービス内容の定義を前提として、原価要素としてのコスト（材料費・給与費・委託費・設備関係費・研究研修費・経費等）の測定・把握を行い、これを直課・配賦することにより実施される。そのため、具体的検討項目とされた入院基本料に含まれる医学的管理部分、看護部分、室料（入院環境）部分などのサービス内容（以下は単に「サービス内容」という）を明確にすることが不可欠となる。

そこで、入院基本料に関する原価（コスト）調査を行おうとする場合には、入院基本料に含まれるサービス内容の具体的定義付けが必要となる。

その理由は以下の通りである。

- ・ 原価を算定しようとするサービス内容が明確に設定され、それに対応する原価要素が識別されないとコストの把握が正確にできない。
- ・ サービス内容に相對する形で入院基本料収益と対応コストを定めない場合、収益により回収される費用の説明が定まらない。
- ・ 定義がないサービス内容に対して間接費を配賦しようとする場合、配賦基準が曖昧となり計算結果の客観性が確保できない。

ところが入院基本料については、個々のサービス内容の評価ではなく、病院の機能や体制等の評価をめぐる医療上の必要性、あるいは保険財政の状況や保険医療機関の経営状況を踏まえ、これまでの診療報酬改定において分割・統合され、設定・改定が行われてきたと考えられる。

したがって、入院基本料のサービス内容に関して、誰にでも納得できる明解な表現により具体的に定義することは困難な状況にある。このため、現時点において、入院基本料に関してただちに適切かつ有効なコスト調査を実施することはきわめて難しい。

なお、医療における原価計算は、限られた医療財源を適正に配分する観点からも充実していく努力が必要である。しかし、我が国において病院原価計算は未発達であり、原価データを基にした経営管理等が十分浸透していない現状を考慮すると、長期的視点に立って調査研究する体制の構築が望まれる。

*我が国における医療原価計算の現状：

一般財については、製品・サービスの販売価格が市場において可変的に決定される。このため、製造業をはじめとする民間企業は、価格決定および市場価格に応じたコスト戦略策定等を目的として、相当の費用を投じ、目的意識を持って原価計算に取り組んでいる。

また、諸外国の医療制度でも、医療機関の開設主体の特性や実費用償還制度の採用等に応じ、原価計算の取組みが行われている例が見られる。

一方、我が国の医療分野では、診療報酬が公定価格であることや、原価計算を中心とした費用償還の仕組みを採用していないこと等から、原価計算は一部の医療機関を除き未発達であると思われる。

(2) 入院基本料に関するコスト計算実施上の検討課題

入院基本料が想定するサービス内容が明確に定義されたとしても、コスト計算を実施する場合には、たとえば以下の事項を検討する必要がある。

- ・ 入院環境に関する費用が、入院基本料の対象となる費用だけではなく、他の収益も入院環境に相対していることをどのように評価するのか。
- ・ 入院環境に要する費用、具体的には病室の減価償却費や清掃費等を、診療報酬によって手当されている入院基本料、個室病室等において徴収されている室料差額、あるいは（自治体病院の場合）資本費にかかわる自治体からの補助金収入等にどのように対応させるのか。
- ・ 診療上の理由で室料差額を徴収できない場合の個室費用をどのように取り扱うのか。

以上のように、実際にコスト把握及び配賦を行う際に生ずる問題点を想定し考え方を整理する工夫が、コスト計算を実施する際には大切である。

(3) 所要期間・経費

原価計算の考え方を踏まえて、モデル的に10医療機関程度の財務諸表を共同して精査し、その正確性を確認することから始め、個別に業務量データ・財務諸表のデータ調査を行い、方法論を確立していく手法を想定すると、これに必要な期間・経費は概ね以下のとおりと想定される。

① 所要期間

部門別収支調査を例にとると、方法論が確立するまで5年を要しており、原価計算方法論の確立まで、不確定であるが同じく5年程度を要すると思われる。

② 所要経費

部門別収支調査を例にとると、当初の基本設計は年5百万円程度、調査実施は年3千万円程度の費用が必要であった。原価計算についても、当初の基本設計は同程度と考えられるが、モデル実施に移行する場合は、タイムスタディに係る人件費などの作業量が欠かせないため、部門別収支調査以上の経費投入が不可欠となる。

2. コスト把握手法の整理

(1) 部門別収支調査（既存調査データ）の活用

入院基本料が想定するサービス内容の定義付けができたと仮定しても、対応するコストを切り出すためには、新たな調査実施に相当する追加調査が必要である。既存調査により入手しうる財務データや業務量データなどの活用のみによって対応することは難しい。

(2) 標準原価による原価把握

標準原価の設定に際して支払い側と診療側をはじめ診療報酬関係者が納得できる客観的根拠が求められるが、現実的には計算結果の客観性の確保が困難であるという問題点がある。

例えば、入院基本料を構成するとされる室料（入院環境）部分の標準原価について、どのような建築コストを採用した設定が適切で納得のいくものであるのか、その際採用されるべき耐用年数は何年とすべきであるのかなどの事項に関して、関係者から合意を得なければならない。現実には合意獲得はたやすくないと想定される。

(3) 実際原価（財務諸表ベース）による原価把握

① 残渣方式

残渣方式とは、基本診療料及び特掲診療料のサービス内容の定義を行わず、財務諸表に記載されている費用項目から、特掲診療料に対応するコストを減算した結果を基本診療料のコストとする方式である。

具体的には、特掲診療料のコストを中央診療部門や補助・管理部門において発生しているものと仮定し、コスト配賦を行わずに算定する方法である。

この場合、特掲診療料のサービス内容の定義付けにかかわる仮定の妥当性に関する検証が必要である。とともに、入院基本料の医学的管理部分、看護部分、室料（入院環境）部分などの区分及びそれぞれの部分のサービス提供に必要な要素コスト（材料費・給与費・委託費・設備関係費・研究研修費・経費等）が客観的に把握できないという問題が生じる。

② 積上げ方式（コスト配賦方式）

積上げ方式とは、個々の基本診療料や特掲診療料のサービス内容の定義を行い、直接対応する原価を測定するとともに、補助・管理部門などの原価を各サービスに一定の合理的な基準で配賦する手法であり、コスト調査・分析の手法として一般的に活用されている。

なお、実際原価による手法においては、その正確性を以下により確保することが必要となる。

・財務諸表の正確性

調査のベース・データは財務諸表である以上、その正確性が求められる。

・病院会計準則に沿った財務諸表の作成

使用される財務諸表は、病院の財政状態および運営状況を体系的・統一的に捉えて比較可能とするため、開設主体横断的に適用される病院会計準則によって作成されることが条件となる。

3. 新規に調査設計を行う場合の技術的課題

(1) コスト把握を行う際の視点

一般的に病棟内で発生する原価の中で、入院基本料に対応するものとして計上・配賦されるコストと、計上・配賦されないコストを明確に区分しなくてはならない。また、病棟外で発生する原価でも入院基本料に対応するコストを把握する必要がある。

積上げ方式による原価計算を実施するためには、個別診療料（特掲診療料）により評価されない基本的な診察や処置等、その他基本的な医療の提供に必要な人・物等の定義（入院基本料が想定するサービス内容の定義）を確定する必要がある。定義がなされた結果として、はじめてコスト計上及び配賦の基準が作成でき、コスト調査・分析が行えるからである。

(2) コスト計上・配賦基準に関する課題

上記サービス内容が定義された場合、

① 材料費

材料費について、個々に使用状況を調査するのか、各サービス内容に配賦するのか、また、配賦するとした場合の基準等をどのように設定するのか。

② 給与費

医師、看護師等の従事者については、タイムスタディの実施により作業量を測定・把握の上、コストを配賦することとなる。その際、医療サービス提供に要する時間以外の時間（研究・研修・会議等）に係るコストについて、どのような基準で各サービス内容に配賦するのか等を検討しなくてはならない。

③ 委託費等

委託費・設備関係費・研究研修費・経費・控除対象外消費税等の負担額・本部費配賦額について、どのような基準で各サービス内容に配賦するのかに関する検討も欠かせない。

社会保障制度改革国民会議 報告書（抜粋）

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

（前略）すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。（略）

(2) （略）

(3) 改革の方向性

① 基本的な考え方

まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準 7 対 1 を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識すべきである。（略）

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考えていく責務がある。

「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。

(中略)

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しよせたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たずして断行していかねばならないのである。

③ 健康の維持増進等

(略)

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度(「病床機能報告制度」)を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要はあるものの、次期医療計画の策定期間である2018(平成30)年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

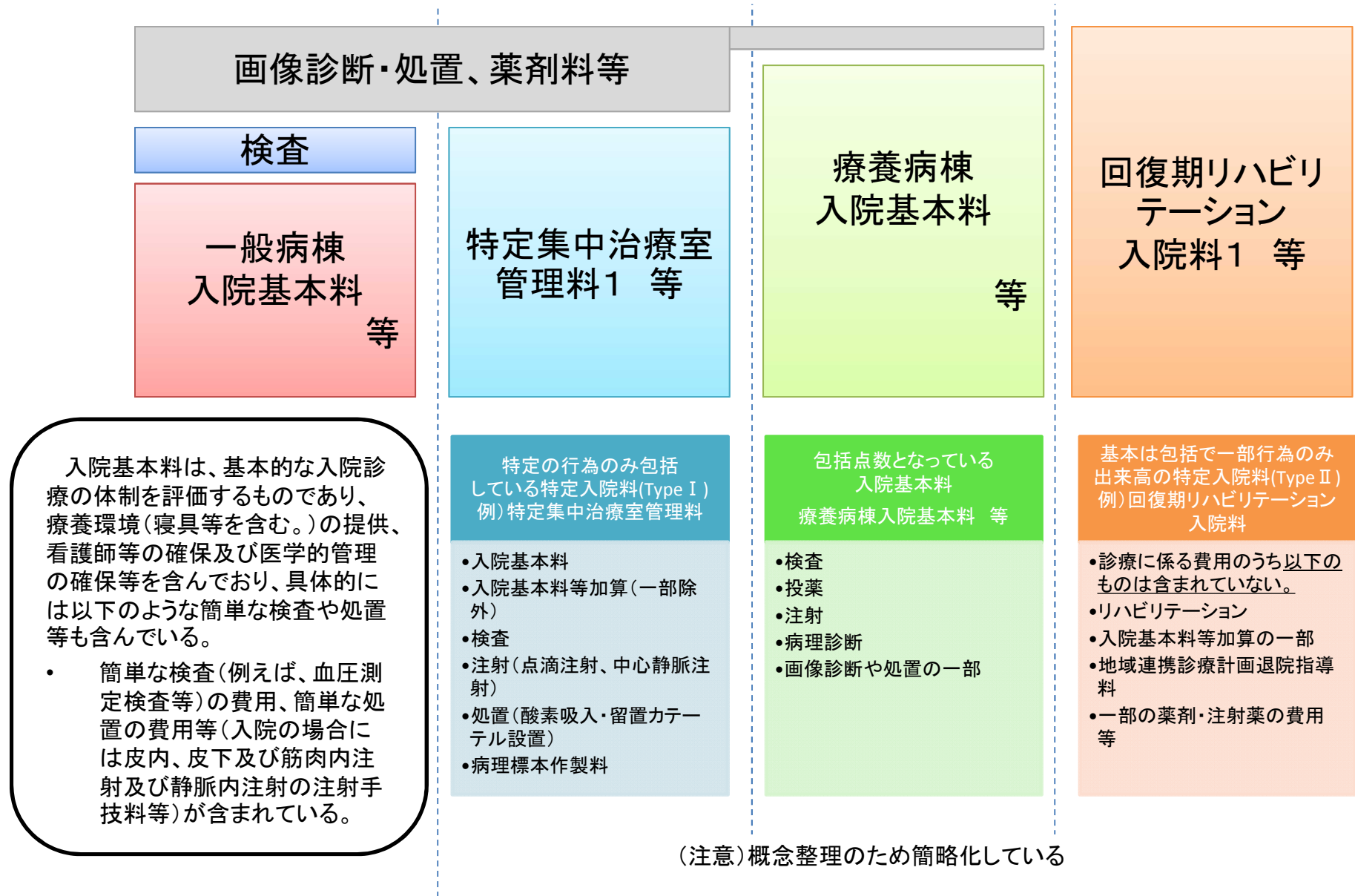
(以下略)

入院基本料等について

入院料の種類

	入院基本料	特定入院料	
		特定の行為のみ包括(Type I)	基本は包括で一部行為のみ出来高(Type II)
一般病棟	A100 一般病棟入院基本料 A104 1 特定機能病院入院基本料(一般病棟) A105 専門病院入院基本料 A106 障害者施設等入院基本料 A108 有床診療所入院基本料	A300 救命救急入院料 A301 特定集中治療室管理料 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A302 新生児特定集中治療室管理料 A303 総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料 A305 一類感染症患者入院医療管理料	A306 特殊疾患入院医療管理料 A307 1 小児入院医療管理料 1 A307 2 小児入院医療管理料 2 A307 3 小児入院医療管理料 3 A307 4 小児入院医療管理料 4 A307 5 小児入院医療管理料 5 A308 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 A308 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 A308-2 亜急性期入院医療管理料 A309 1 特殊疾患病棟入院料 A309 2 特殊疾患病棟入院料 A310 緩和ケア病棟入院料
療養病棟	A101 療養病棟入院基本料 A109 有床診療所療養病床入院基本料		A308 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 A308 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
結核病棟	A102 結核病棟入院基本料 A104 2 特定機能病院入院基本料(結核病棟)		
精神病棟	A103 精神病棟入院基本料 A104 3 特定機能病院入院基本料(精神病棟)		A307 5 小児入院医療管理料 5(再掲) A309 2 特殊疾患病棟入院料(再掲) A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A312 精神療養病棟入院料 A314 認知症治療病棟入院料

入院料の類型とその包括範囲(概念図)



入院基本料等加算の類型

①医療機関の評価

- ・病院の体制の評価
- ・地域特性の評価
- ・療養環境の評価
- ・看護配置の評価
- ・特殊病室の評価

②医療連携の評価

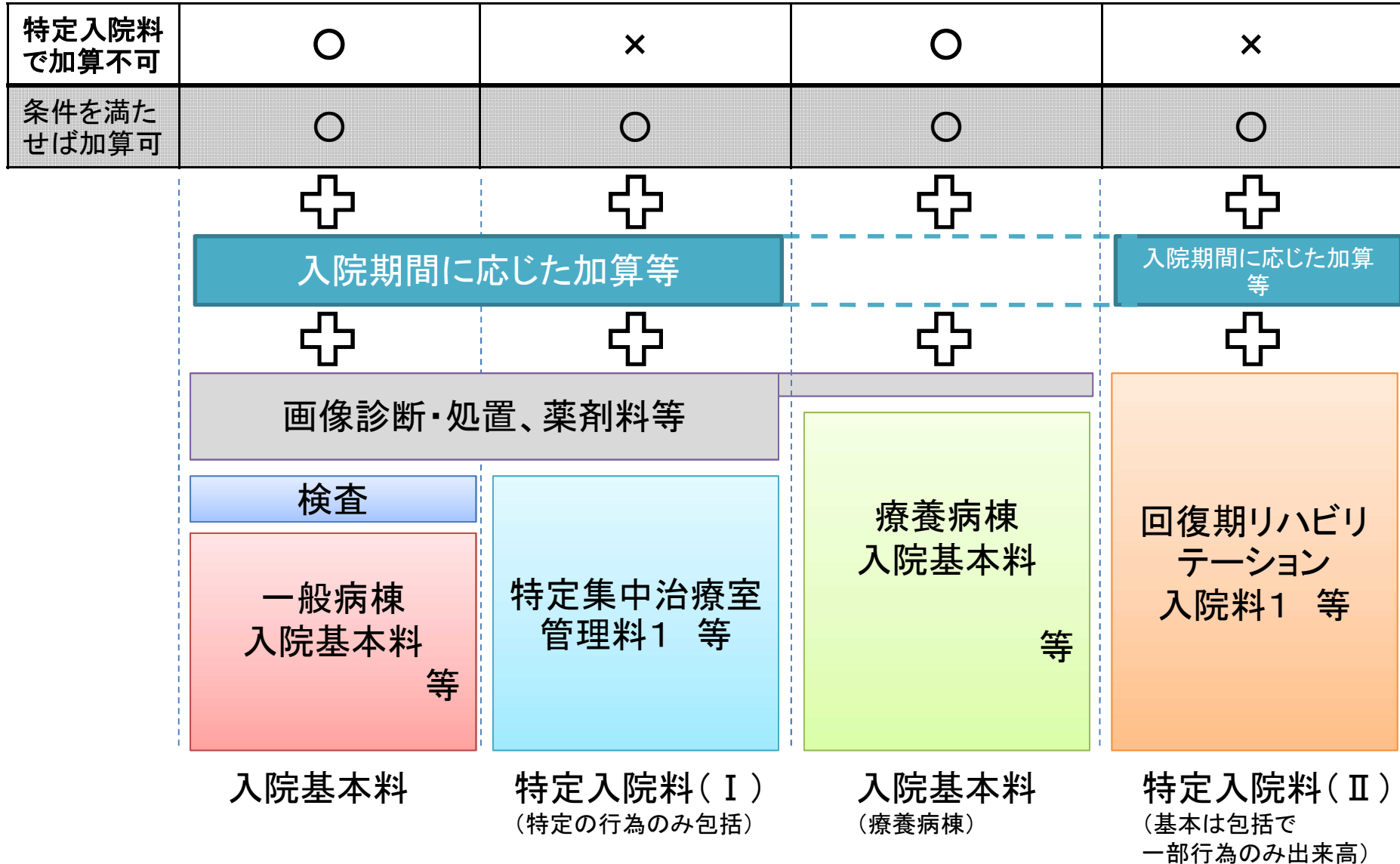
- ・紹介・受入の評価
- ・退院調整の評価

③特定の疾患や病態に対する 特殊診療の評価等

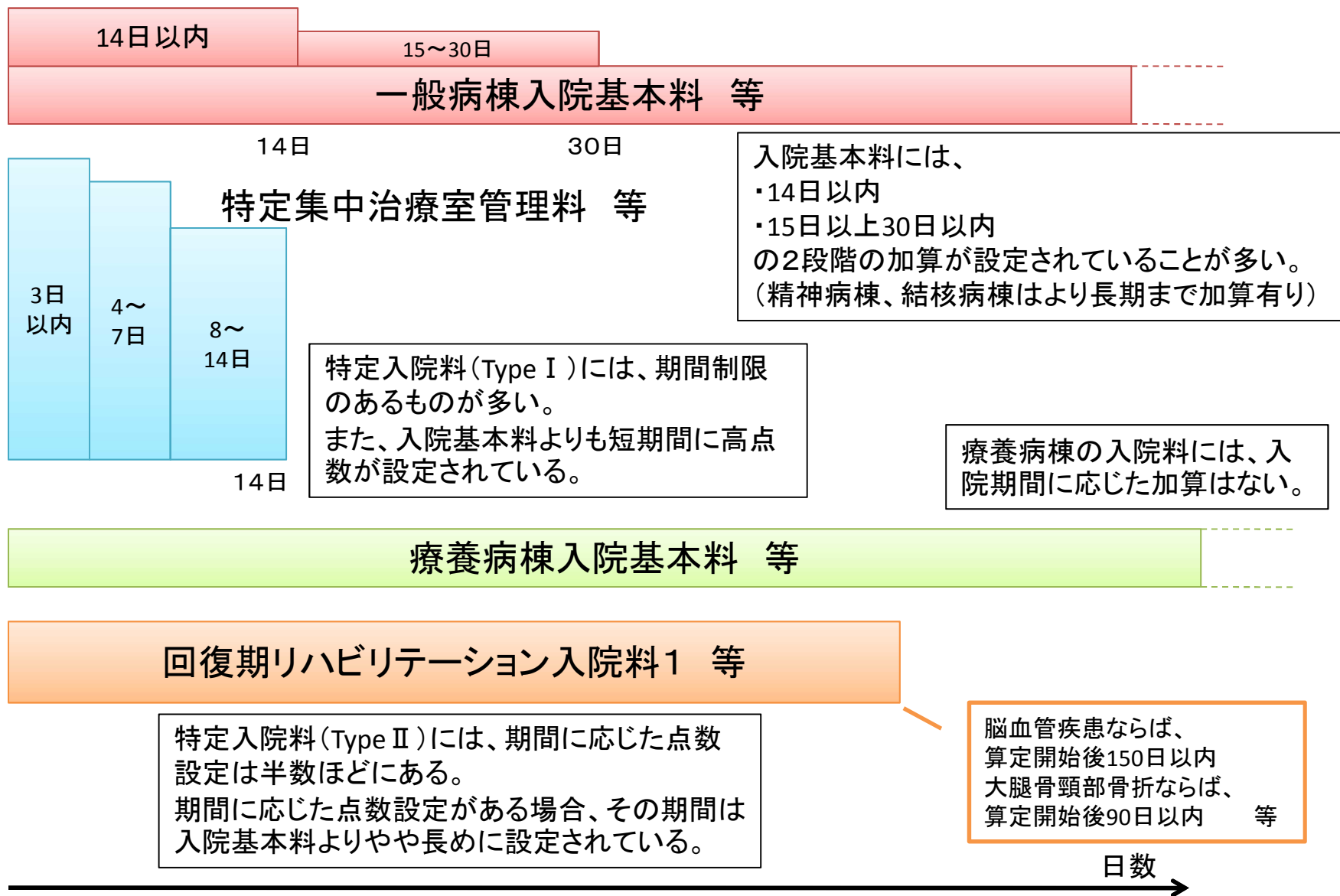
- ・脳卒中
- ・救急
- ・小児
- ・産科
- ・精神科
- ・精神疾患と身体疾患の合併
- ・小児精神
- ・褥瘡・重症皮膚潰瘍
- ・栄養管理
- ・人工呼吸器離脱
- ・介護連携
- ・がん
- ・難病等

入院料と入院基本料等加算の全体像

入院基本料等加算



入院期間に応じた加算等の点数設定



入院基本料の評価の変遷

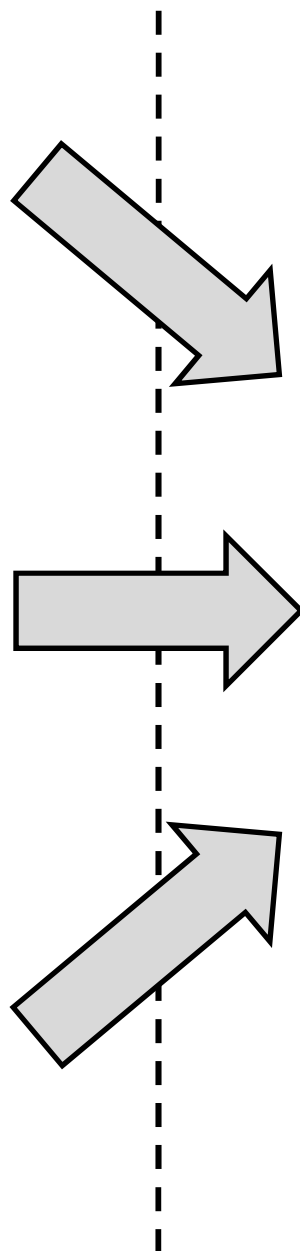
入院基本料の評価の変遷

入院時医学管理料
医学的管理に関する費用

看護料
看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料
療養環境の提供の評価

平成11年度以前



入院基本料
入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成12年度以降

基本的な入院医療の評価の変遷について

	給食	入院環境料 (室料)	看護料	医学管理
昭和33年時点	入院時基本診療料 (給食した場合の加算) (寝具設備の加算) (看護の加算) (基本診療料に包括)			
昭和45年時点	入院時基本診療料 (給食した場合の加算) (寝具設備の加算) (看護の加算)			入院時 医学管理料
昭和47年時点	給食料	室料	看護料	入院時 医学管理料
平成6年時点	入院時食事療養費※	入院環境料	看護料	入院時 医学管理料
平成11年				
平成12年時点	入院時食事療養費※	入院基本料 (入院環境料) (看護料) (医学管理料)		

医療制度改革の基本方針(平成9年4月7日 与党医療保険制度改革協議会)を基本とし、より合理的な診療報酬体系のあり方について、「医療保険福祉審議会制度企画部会診療報酬見直し検討会」において総合的に検討

・病院の機能区分に応じた評価体系としては、入院という組織的な医療提供の体制を総合的に評価し、その効率的な医療サービスの提供を誘導できる新たな仕組み(ホスピタルフィーの体系)を検討する。

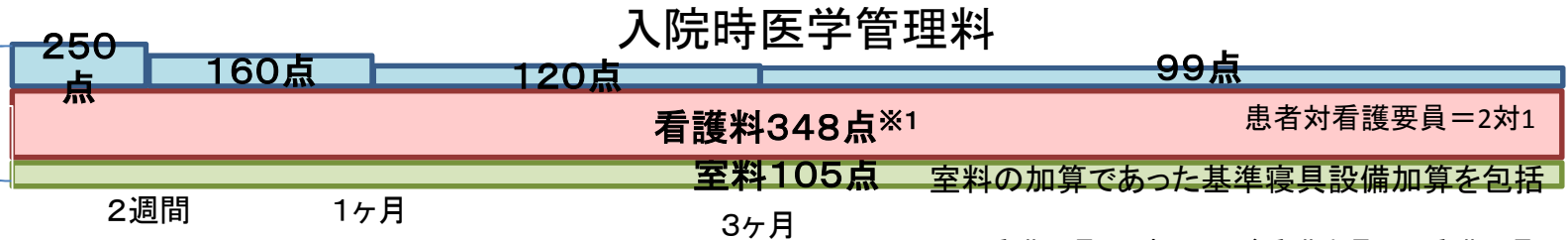
具体的には、現在の入院環境料、看護料、入院時医学管理料などを基本として医療機関がその機能を十分に果たしているかという点を加味して総合評価する「入院基本料」(仮称)という仕組み

※ 入院時食事療養費は、H6に療養の給付であった基準給食を入院時食事療養費に改変し、適切な評価を行うほか、多様なメニューの提供や入院時の栄養食事指導の評価、食堂における良好な食事環境等を評価することにした。

入院料の評価の変遷

昭和58年
(甲表)

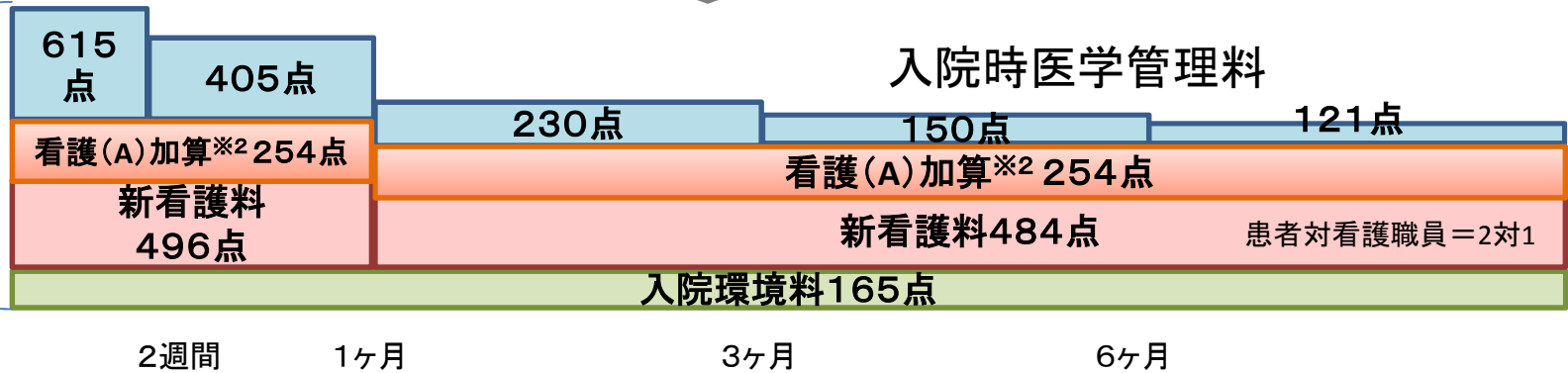
入院初日
703点



※1 看護要員の8割以上が看護職員で、看護要員の半数以上が看護師でなければ算定できない

平成10年

入院初日
1530点



※2 看護職員の7割以上が看護師でなければ算定できない

平成12年

入院初日
1668点

