
【質疑】 入院医療分科会における検討結果 報告（案）について



○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

はい、それでは、ただいまの説明につきまして、何かご意見、ご質問等ございましたら、よろしくお願いたします。では松本委員、お願いたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい、尾形分科会長、ありがとうございました。尾形分科会長をはじめ入院分科会におかれましては、2年度にわたる調査・分析をしていただきまして、本当にありがとうございました。

今回の検討結果を踏まえまして、今後、総会で議論してまいります。ありがとうございました。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほか、いかがでございましょう。では幸野委員、お願いたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

はい、尾形先生、報告ありがとうございました。この報告に基づいて、これから入院医療、次期改定に向けて検討していくことになると思うんですが、今後の議論につなげていくために、多少、時間を頂いて、ぜひこういったことを議論していただきたいということを多少コメントさせていただきます。



まず、急性期入院医療なんですけど、急性期については旧7対1に相当する入院料1から、中間的な評価として設定された入院料2や3への転換があまり進んでないということが明らかになったということで、入院料1からの病床転換が進むような対応を求められるということになると思います。その上で、3つコメントしたいんですが、該当基準と該当項目、それから測定方法について、入院分科会でも議論されているんですが、これについてコメントさせていただきます。

まず該当基準なんですけど、入院料1の重症度、医療・看護必要度の基準の妥当性について、再度議論していくべきだと思います。

前回改定では、該当基準が引き上がる方向でA・B・C項目の見直しが行われたにもかかわらず、基準が比較的低い30%というふうに設定されたことが転換が進まない最大の要因だというふうに考えてます。

次回改定においては、A・B・C項目の見直しが行われると思いますが、見直しが行われるのであれば、それが基準に与える影響というのをまずきちっと精査して、その上で重症度、医療・看護必要度の基準を見直すべきというふうに思います。

特に、入院基本料1の基準が大きなポイントになるかと思いますが、ここを精査する必要があると思います。

入院料1の設定基準いかんによっては、今、入院料は7つに細分化されてるんですが、7つに細分化する必要があるのか、といったことも検討の余地があるかと思いますが、以上が該当基準です。

それから該当項目についてなんですけど、尾形先生のご説明にもありましたとおり、該当項目のBが、再検討する必要があると思います。

B項目が急性期の患者像として適切な内容であるか、ということについてはもう一度精査する必要があると思います。

特にBの中でも、「B14・15」の取り扱い、またB項目に重み付けした該当基準②ですね、A項目1点以上、B項目3点以上が、これが本当に急性期の患者の状態を表した指標なのかということについては、尾形先生の

ご指摘にもありましたように、再度、検討していく必要があると思います。

それから、B項目以外でも、A項目の該当患者割合が集中する、例えば「免疫抑制剤の管理」なんかについても見直していく必要があると思います。

それから最後、測定方法なんですが、測定方法については、より合理的で客観的、公平性が担保される手法であるローマ数字の「Ⅱ」に移行していくべきだと思うんですが、これはまだ体制が構築できていない所があるということで、まず体制が構築されている重症度、医療・看護必要度、ローマ数字「Ⅱ」の届出が半数程度に達している比較的大規模な病院については、もう選択制から必須にして義務付けるということを検討していてもいいんじゃないかというふうに思います。急性期については以上でございます。



あと、地域包括ケア病棟については、これはちょっと唖然とした報告を受けたところでございますが、まず地域包括ケアはポストアキュート、サブアキュート、在宅復帰支援という機能を持っている、というところが評価されて、前回改定で比較的高い点数が設定されたというふうに感じておりますが、実績要件がその機能を評価する指標として妥当であるのかということについては入院分科会の中でもいろいろご指摘があったとおりで、いろいろ見直していくべき問題を抱えていると思います。

意外であったというか、びっくりいたしましたのは、最も問題視すべき点ですが、ケアミックス型の医療機関におけるこの病棟の活用方法についてでございます。

自院の急性期病床から多く受け入れている医療機関は、適切な3つの機能を果たしてないばかりか、転棟時期が、「DPC/PDPSによる点数が地域包括ケアを下回る場合」に偏っているということは非常に大きな問題であり、これは患者の状態にかかわらず、こういった転棟が行われているっていうのは、われわれとしては看過できない問題であるというふうに考えておまして、これは地域包括ケア病棟というよりも、DPCの対象病棟としても問題があるんじゃないかというふうに考えております。ここは何らかの対応をすべきと思います。

それから、実績要件のない「入院料2」病院については、自宅からの受け入れが少なく、サブアキュート機

能を果たしているとは言いがたく、実績要件の設定を検討すべきだと思います。

それから、リハビリが実施されていない施設が3割以上もあるということについては、入院料に包括されているにもかかわらず実施していないことは大きな問題と認識しており、適切な対応を求める必要があると思います。地域包括ケアについては以上でございます。

次、回復期リハですが、回復期リハについてはアウトカム評価を一層推進していく必要があると思うんですが、実績要件として実績指数が設定されている入院料1・3・5については入院料の実績指数の要件、FIMの値が37、30をいずれも大きく上回っているというデータが出てくると思うんですが、この実績指数の妥当性、37とか30が妥当なのかということについても今後、議論していく必要があると思います。

また、実績要件が設定されていない入院料2・4・6については、これもFIMの設定がいずれも低く、これも要件化していく必要があるんじゃないかというふうに思います。

それから、在宅復帰率70%というのはもう、これは指標としては機能していないということが明らかになっていると思います。



次、最後、慢性期の入院医療なんですが、慢性期については前回改定で医療療養病棟25対1について介護分野への移行ということでその受け皿として介護医療院を設立されたわけなんですが、多くが逆に、入院料2とか1に移行したり、または経過措置のままを届け出てるという現状があるということで、目指すべき方向とはちょっと違った状態になってるんじゃないかということを懸念するところであります。

医療療養病棟については、真に医療ニーズが高い患者を受け入れる病棟であるべきであり、療養病棟2の必要性や該当患者割合5割、8割という基準も見直していくべきじゃないかと思います。

また、現在、経過措置を受けている施設についても過半数が「現状維持」という答えをしているんですが、こういった施設については現状維持を継続するのではなく、介護分野へ速やかに移行するような措置というのを次期改定において対応していく必要があるんじゃないかと思います。

それから、ご報告にもありましたが、医療区分の在り方についても検討していくべき。特に、ご報告にもあ