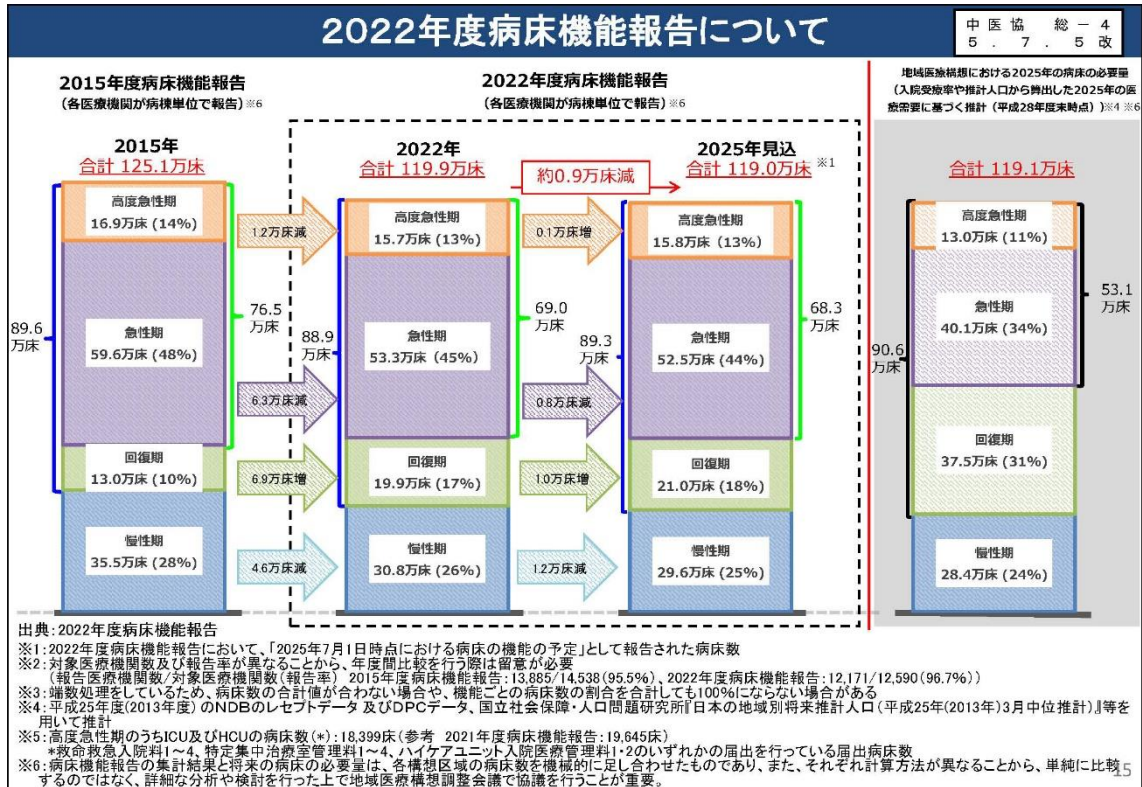


○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず総論として述べたいことがございます。

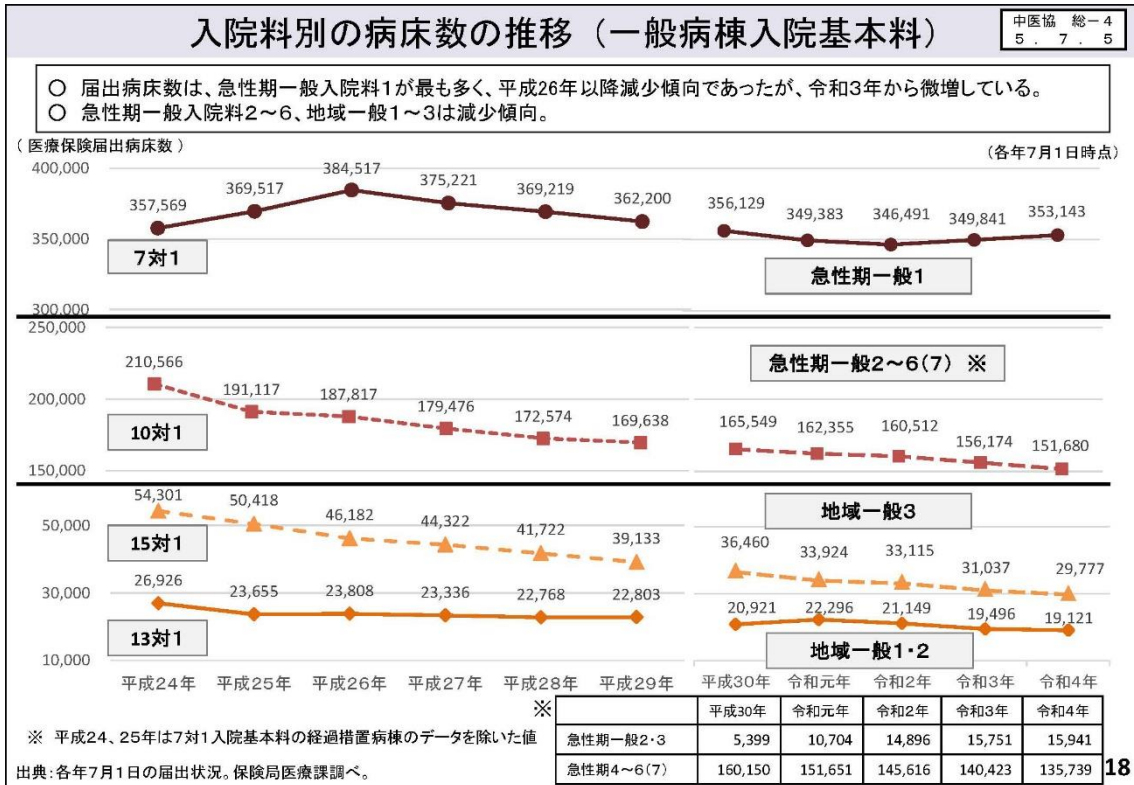


資料の 15 ページを見ていただきたいと思います。ここにですね、地域医療構想における 2025 年度の病床の必要量が一番右端に示されております。

一方で、真ん中のほうにですね、2022 年度病床機能報告の「2025 年見込」というものが出されておりますけども、

その内訳を拝見しますと、マクロ的には依然として急性期病床が過剰であり、回復期病床が不足する見通しであります。

そういった状況でありながら、18 ページにはですね、急性期一般 1 の病床数が増えているということが示されております。



こうした状況を重く受け止めまして病床機能の分化、強化や連携をさらに進めなければ医療ニーズの変化には対処できないということを改めて認識すべきであると考えます。

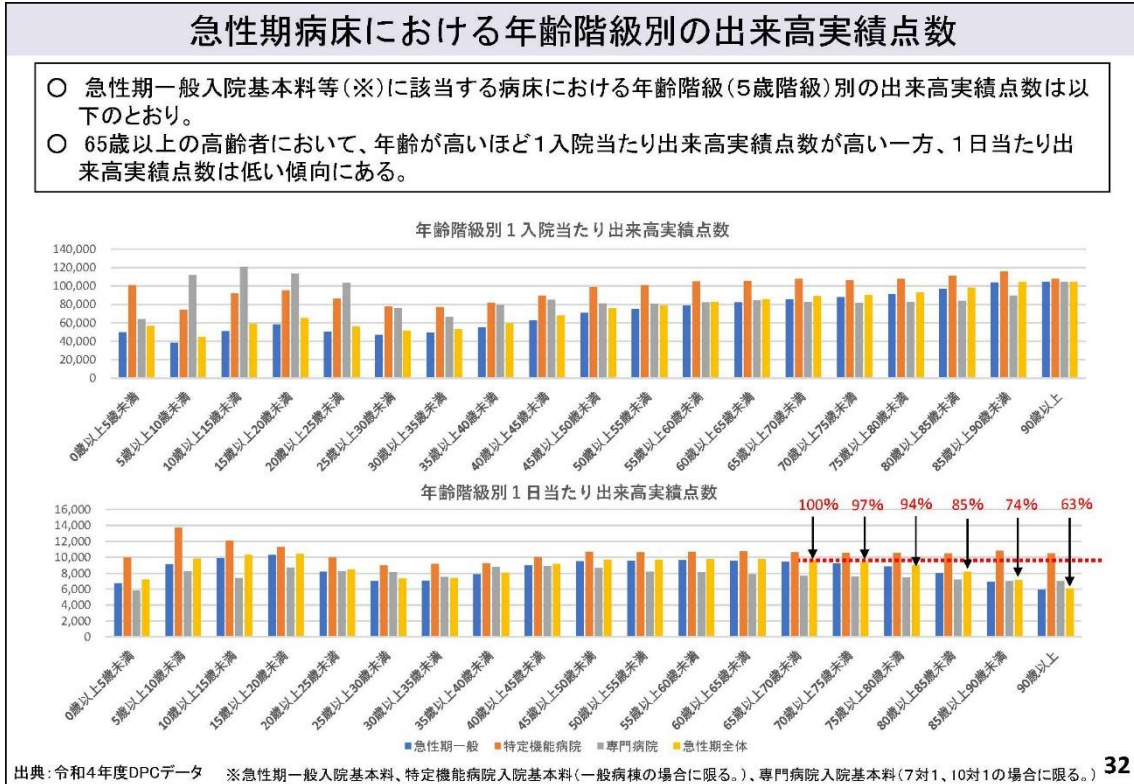
それと、先ほど太田委員のほうから、医療経営の立場からコストということですね、主にご発言ございましたけども、診療報酬というのはご承知のとおり、診療サービスに対する対価ということでございますので、私はどちらかと言うと、そういった観点から、ご発言のほうはしたいというふうに思います。

(急性期医療の現状を踏まえた対応について)

○ 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

それではですね、172 ページにあります論点に沿ってコメントいたします。いさかちょっと分量が多くなりますが、ご容赦賜りたいと思います。

最初に急性期医療の現状を踏まえた対応でございますけども、



32 ページの資料を見ますと、65 歳以上では年齢が進むほど1日当たり出来高点数が低くなる一方で、入院期間が長期化して1入院当たりの出来高点数が高くなる傾向が見られております。

また、33 ページ、34 ページを見ますと、高齢者に多い疾患では入院料の区分によって医療資源の投入量に大きな違いがないことを踏まえ、疾患の種類や患者の状態を考慮して適切な病院で受け入れる必要があるということがございます。

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。)

75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量^{※2}及び地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均(点)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
(全疾患・今年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症2019 [※] 、ウイルスが検定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
尿路感染症、部位不明	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
腸の消化及び薬痛、性に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎、詳細不明	1,160	1.26	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎、詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
閉塞性肺病、部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸<結腸>のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病、ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿管管腔閉塞性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の慢性尿管腔閉塞性腎炎	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
靴子寒道骨折 閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腸骨盤部骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結核の悪性新生物<腫瘍>、S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
特发性狭窄(症) 膝部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
心房性不整	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全、詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
胸立腺の悪性新生物<腫瘍>	3,378	2.17	1.25	1.74	12	1.2%
外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
肺腫瘍の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
尿管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
慢性腎炎 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結核の悪性新生物<腫瘍>、上行結腸	2,621	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
尿管炎を伴う尿管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一般性又は悪性不明のそれ以外の尿症<ヘルニア、憩室及びスズレ>を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
尿管炎及び尿のうづり<腎>を伴わない尿管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
腕神経痛 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	3,145	3.23	2.18	1.52	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
肺の悪性新生物<腫瘍>、肺頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、詳細不明	3,572	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1 入院初日にDPC算定疾患又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部を除いたもの)。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(ハビテーション)を除いたもの。

出典：DPCデータ(令和4年1月~12月)

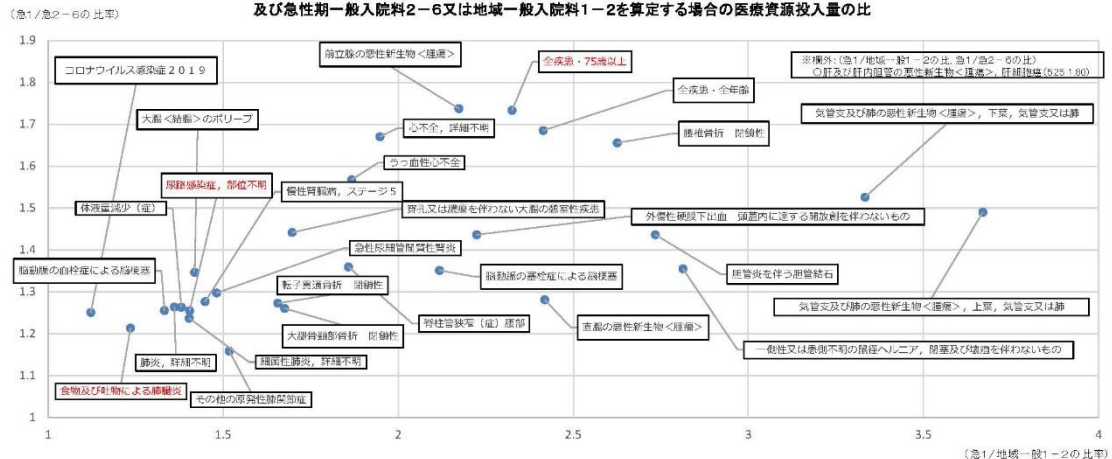
33

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症、部位不明」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2とで大きく変わらなかった。

75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量^{※2}及び急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比



※1 入院初日にDPC算定疾患又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部を除いたもの)。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(ハビテーション)を除いたもの。

出典：DPCデータ(令和4年1月~12月)

34

また、36 ページ以降では、ベッドで寝たきりになりますと、ADLが低下すること。

安静臥床の弊害について		目次 5 3 1 5
○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。		
安静臥床が及ぼす全身への影響 1. 筋骨格系 1) 筋量減少、筋力低下 2) 骨密度減少 3) 関節拘縮 2. 循環器系 1) 循環血流量の低下 2) 最大酸素摂取量低下 3) 静脈血栓 3. 呼吸器系 1) 肺活量低下 2) 咳嗽力低下 4. 消化器系 1) 便秘等 5. 泌尿器系 1) 尿路結石等 6. 精神神経系 1) せん妄等	○ ギプス固定で1日で1-4%、3~5週間で約50%の筋力低下が生じる。 <small>出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462</small> ○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。 <small>出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.</small> ○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。 <small>出典: 長町 龍弘他. 中部日本整形外科学会雑誌2004; 47: 105-106.</small> ○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。 <small>出典: 佐々木 信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.</small> ○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。 <small>出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.</small>	36
出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil Med 2019; 56: 842-847.		

38 ページ以降では、早期からのリハビリが有効であることは明らかですので、患者にとっても安心して効率的・効果的な医療を提供する観点から、医療資源をそれほど必要としない患者については、下り搬送なども活用しながら、リハビリ専門職が多く配置されております回復期リハ病棟や地ケア病棟で対応し、急性期病床は医療資源を集中的に投入する必要のある患者に充填することが望ましいというふうに考えます。

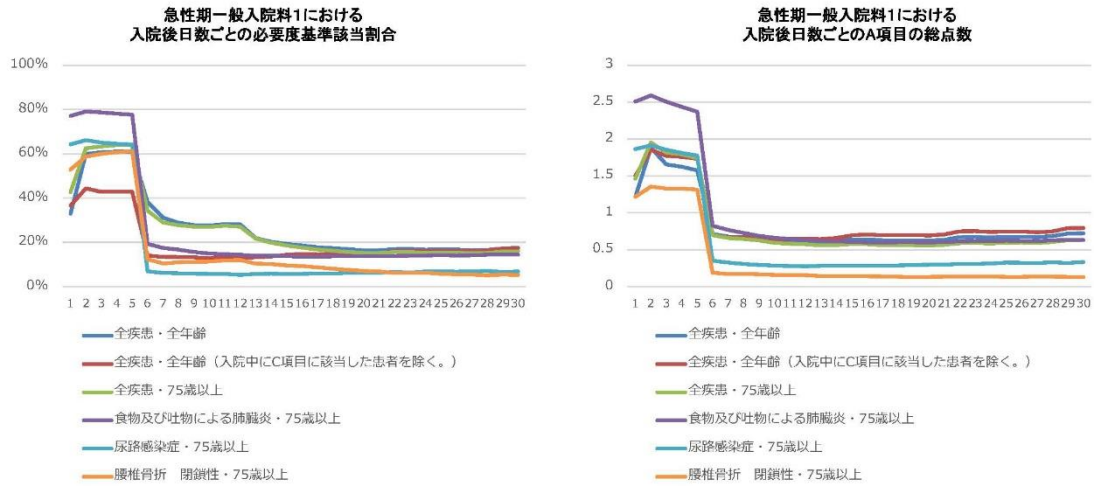
<p>(急性期一般入院基本料の施設基準について)</p> <p>○ 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。</p> <p>[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数 ・「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数 ・「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い ・入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤 ・7対1病棟におけるB項目の取扱い ・直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数 ・短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い ・必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲 <p>[平均在院日数]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化

続きまして、急性期一般入院基本料の施設基準でございますけども、その中の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度でございますが。

急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

- 急性期一般入院料1における「食物及び吐物における肺臓炎」及び「尿路感染症」の患者の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合及びA項目の総点数は、入院直後は全疾患の平均よりも高いが、入院6日目以降で低下し、その後の基準該当割合は全疾患の平均を下回る傾向にあった。
- いずれの場合においても、A項目の総得点は入院2日目にピークを迎え、A項目の総得点は入院6日目頃以降、必要度基準該当割合は入院15日目頃以降は横ばいとなっていた。



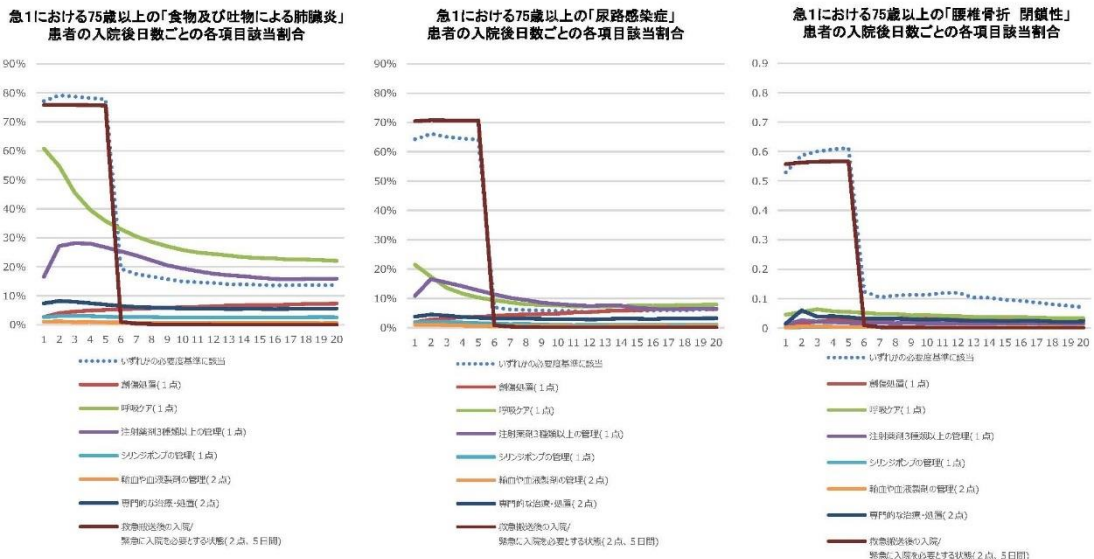
出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)

79

急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等②

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

- 急性期一般入院料1に入院する75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折 閉鎖性」の患者においては、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の該当割合と、必要度基準の該当割合の差が小さかった。



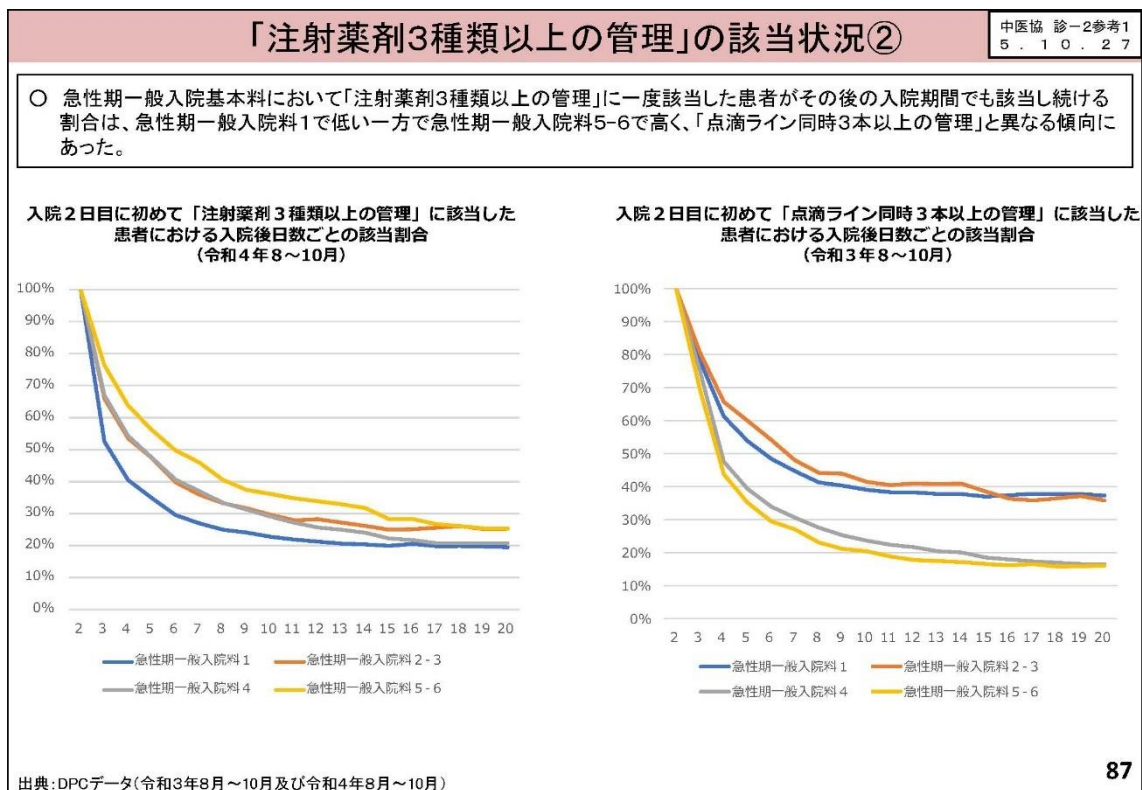
出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)

82

救急搬送後の入院につきましては、78 ページ以降の資料に示されておりますけども、高齢者に多い疾患に着目した分析の結果を見ますと、79 ページ、82 ページに示されているとおり、5 日目以降に該当割合が急激に落ちております。

じゃ、これはなぜなのかと。これは病態が急に変化したというよりは、救急搬送後5日間のA得点2点の影響であり、患者の状態に応じた評価という観点から見ますと適切な指標ではないと考えられます。

むしろ、軽症の患者を7対1病棟で入院させる誘因になり、2号側が主張されております下り搬送促進を妨げる可能性もありますので、機能分化の観点からも適正化すべきでございます。



次に、「注射薬剤3種類以上の管理」についてでございますが、資料の87 ページを見ますと、入院料の区分が下がるほど該当割合が高くなり、以前の指標である点滴ライン3本以上と異なる傾向があり、

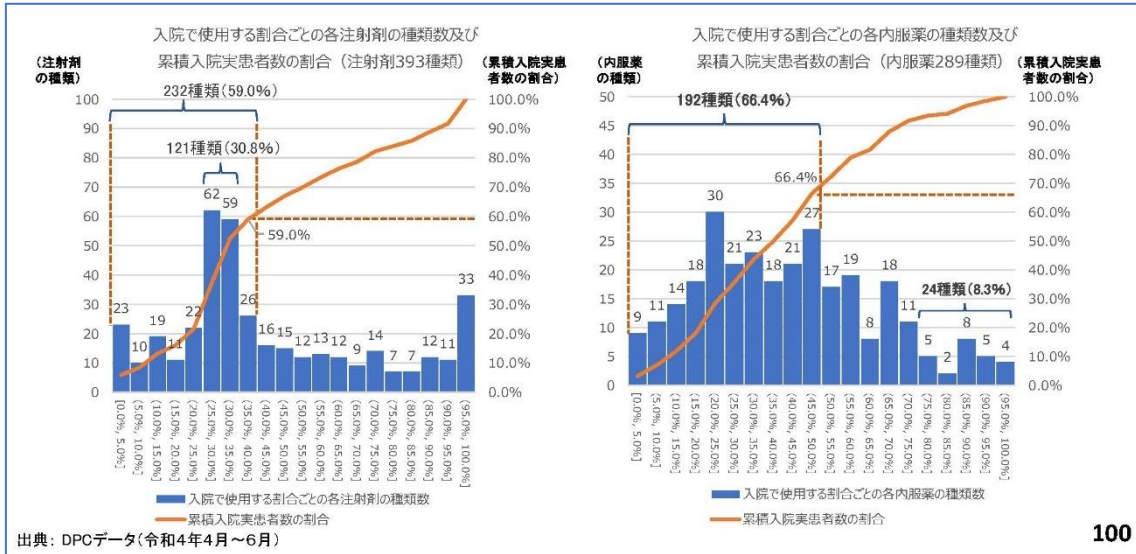
該当3日目	該当5日目	該当10日目
6 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 10.4%	6 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 11.5%	6 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 11.5%
6 チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B1 6.2%	6 チアミンモノホスフェイトジスルフィド・B6・B1 6.0%	6 インスリン ヒト（遺伝子組換え） 5.0%
6 2配合剤 4.7%	6 2配合剤 4.4%	6 チアミンモノホスフェイトジスルフィド 2配合剤 4.4%
6 インスリン ヒト（遺伝子組換え） 4.7%	6 インスリン ヒト（遺伝子組換え） 4.4%	6 オメプラゾールナトリウム 4.4%
6 オメプラゾールナトリウム 4.6%	6 オメプラゾールナトリウム 4.4%	6 フロセמיד 3.8%
6 アセトアミノフェン 4.4%	6 タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.8%	6 フロセמיד 3.8%
6 アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.6%	6 アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.7%	6 メロペナム水和物 3.7%
6 タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.5%	6 フロセמיד 3.5%	6 タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.4%
6 フロセמיד 3.2%	6 アセトアミノフェン 3.2%	6 タイズ油 3.2%
6 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%	6 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%	6 アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.1%
6 注射用水 2.7%	6 メロペナム水和物 2.7%	6 アセトアミノフェン 3.1%

その要因としては 88 ページに示されておりますけれども、使用される薬剤の種類の変化が影響していることが考えられます。

急性期の病態を適切に評価する観点から、入院期間が長くなるにつれて割合が上昇する「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」を対象薬剤から除外した上で、そもそも薬剤3種類以上の管理については、評価日数に上限を設けるべきというふうに考えております。

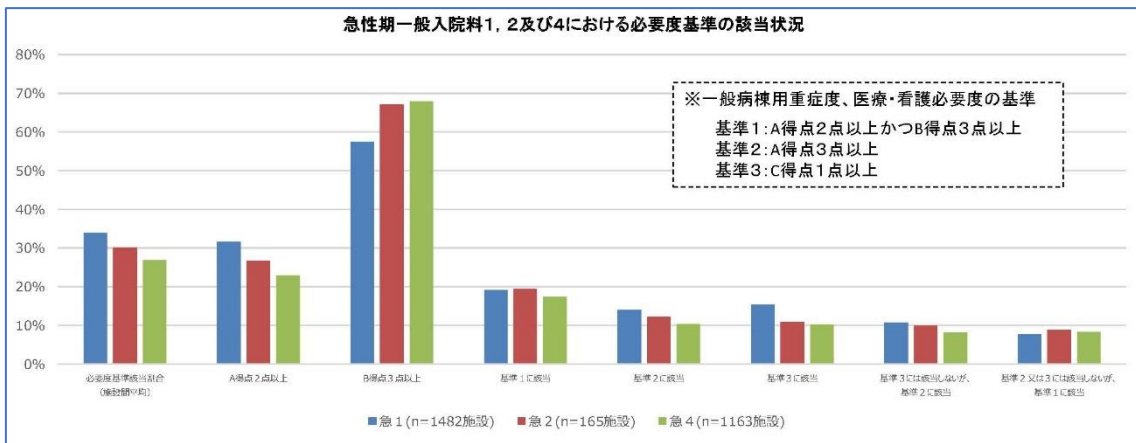
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見①
<p><中医協総会></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期一般病棟における必要度の該当患者割合の低下について、心電図モニターの項目が削除されたことに加え、該当患者割合の基準を引き下げた影響も考えられる一方で、急性期の病床が過剰である可能性もあるため、背景の詳細な分析が必要ではないか。 ○ 75 歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料 1 の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。 ○ 該当患者割合が上昇している「注射薬剤3種類以上の管理」について、どのような薬剤がどのように使用されているのか詳細な分析が必要ではないか。 <p><入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 評価方法については、必要度Ⅱへの早期の移行を推進すべきではないか。 ○ 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないか。 ○ 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないか。 ○ 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか。 ○ 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないか。 <p style="text-align: right;">53</p>

次に、呼吸ケアなどの取扱いについては、53 ページに示されております分科会の報告のとおりに見直すことで進めていただきたいと思います。



100

続きまして、抗悪性腫瘍剤の対象薬剤についてでございますが、資料 100 ページに示されておりますけれども、入院で使用する割合が低い薬剤を評価の対象から除外するなど、外来化学療法を推進する流れに逆行しないような対応を検討すべきというふうに考えます。



続きまして、B項目についてでございますが、資料の 75 ページ、あるいは、101 ページを拝見しますと、入院料区分が下がるほどB得点3点に該当する患者が増加する傾向にあり、急性期の機能を適切に反映されていないと考えられるため、評価の対象からは除外すべきと考えます。

分科会の報告においても、本日の論点でも 7 対 1 病棟に限定した表現になっておりますけれども、急性期全般の評価として、患者の状態を評価する指標としては、B 項目を除外したかたちで議論を進めるべきだというふうに主張いたします。

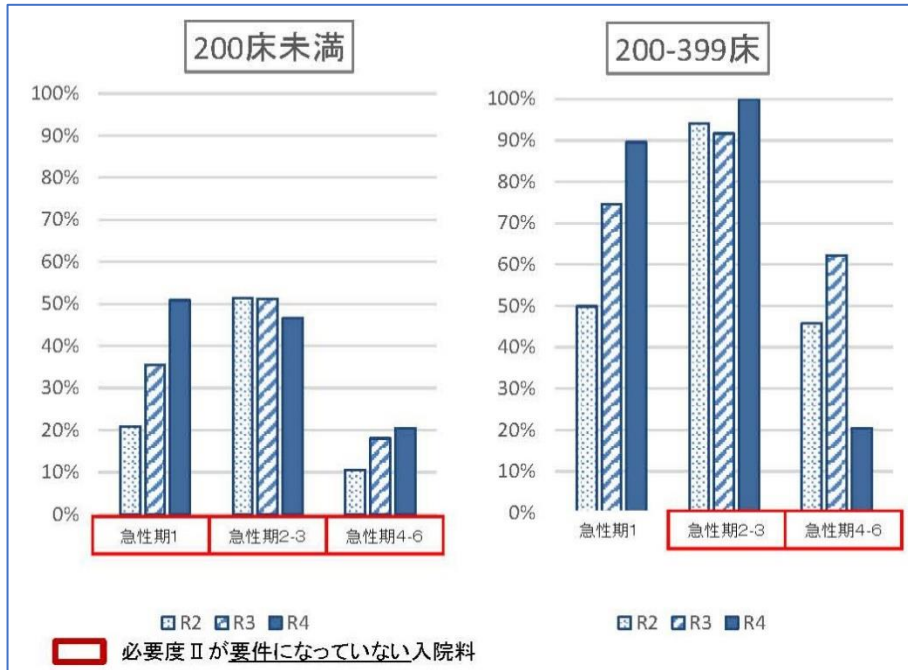
手術の入院での実施率(速報値)		中医協 診-2参考1 5. 10. 27 改
<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在C項目の対象となっていない点数2万以上手術のうち、令和4年度においては入院での実施率が9割以上であるものがあった。これらの多くは、令和3年度においても入院での実施率が9割を超えていたが、一部は9割未満であった。 ○ また、現在C項目の対象となっている手術のうち一部に、令和4年度において入院での実施率が9割未満のものがあった。 		

また、105 ページにございますけれども、C 項目の対象手術につきましては、直近の状態を踏まえて対象技術と対象日数を見直すべきというふうに主張いたします。

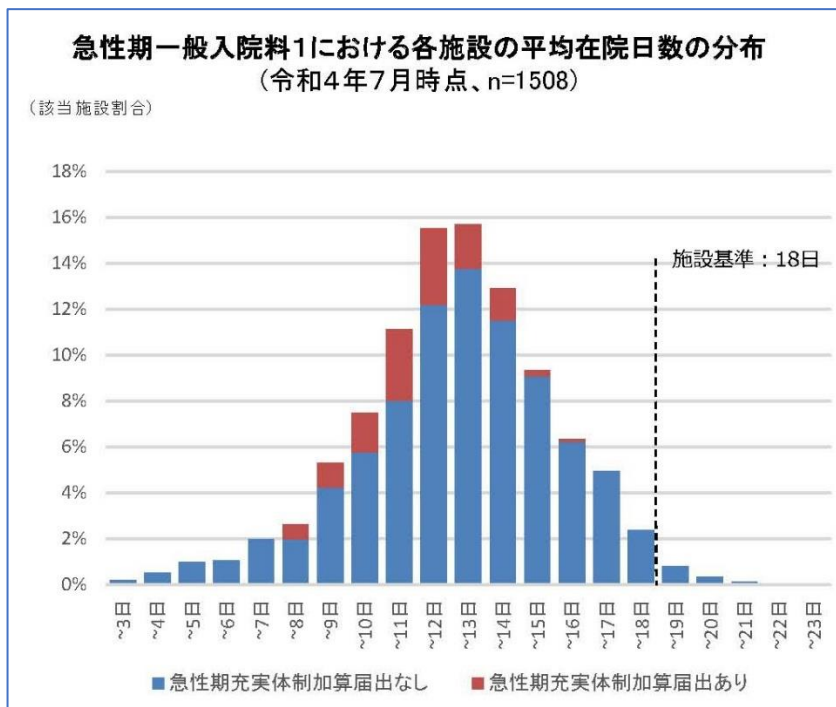
短期滞在手術等の入院外での実施割合					
○ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等における入院外での実施割合は手術等間でばらつきが大きい、いずれも実施した患者は重症度、医療・看護必要度の評価対象外となっている。					
短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち算定回数が多いもの(上位20)					
手術等名称	算定回数			入院外での実施割合	短期滞在手術等基本料1にも該当
	入院	短期滞在3	入院外		
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	361,182	51,010	535,243	56.5%	○
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	145,884	40,939	563,249	75.1%	○
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	18,421	4,367	68,689	75.1%	○
眼瞼下垂症手術(眼瞼挙筋転法)	9,469	847	39,655	79.4%	○
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	32,314	3,778	1,887	5.0%	
ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	29,699	4,915	2,473	6.7%	

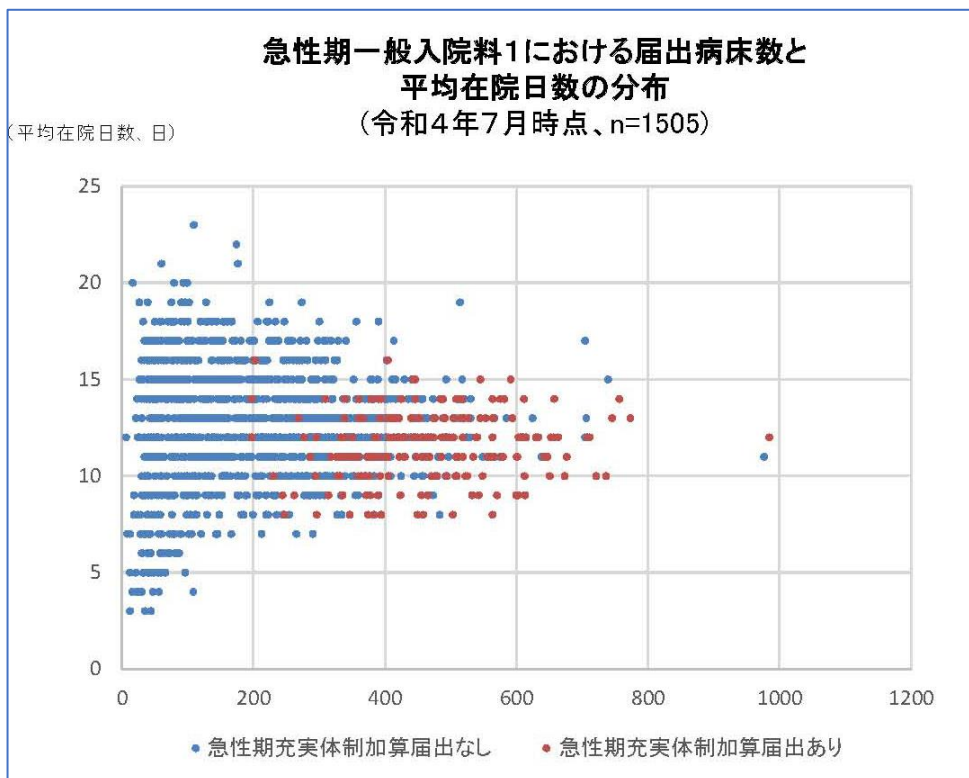
続きまして、108 ページに示されております短期滞在手術等基本料の 3 の対象となる手術等がございますけれども、入院外の実施割合が高いものは短期滞在 3 の要件を満たさない患者も含めて、一律に重症度、医療・看護必要度や平均在院日数の対象とすべきだと考えます。

続きまして、資料 112 ページに示されておりますけれども、必要度Ⅱの届出を要件とする範囲については、200 から 399 床の急性期一般 2・3 では概ね全ての施設が、さらに 200 床未満の急性期一般 1 では半数以上が必要度Ⅱを届け出ている実態を踏まえますと、必要度Ⅱへの統一に向けて対象を拡大すべきというふうに考えます。



次に、平均在院日数についてでございますが、資料 116 ページでございますけども、急性期一般 1 の医療機関の場合、9 割以上が施設基準である 18 日より 2 日以上短いことや、





急性期一般1のうち、平均在院日数が長い群は急性期医療の中身や患者の状態が急性期一般2・4と大きな差がないことから、

機能分化を推進する観点からも、急性期一般1における平均在院日数の基準を短くすべきであるというふうに考えます。さらに、ほかの急性期入院料につきましても、機能分化に向けた対応を検討すべきでございます。

ここの論点にはございませんけども、急性期一般入院基本料に係る看護必要度につきましては、令和4年度の改定において、コロナ禍での地域医療への影響度を考慮して、該当患者割合を緩和した経緯がございます。

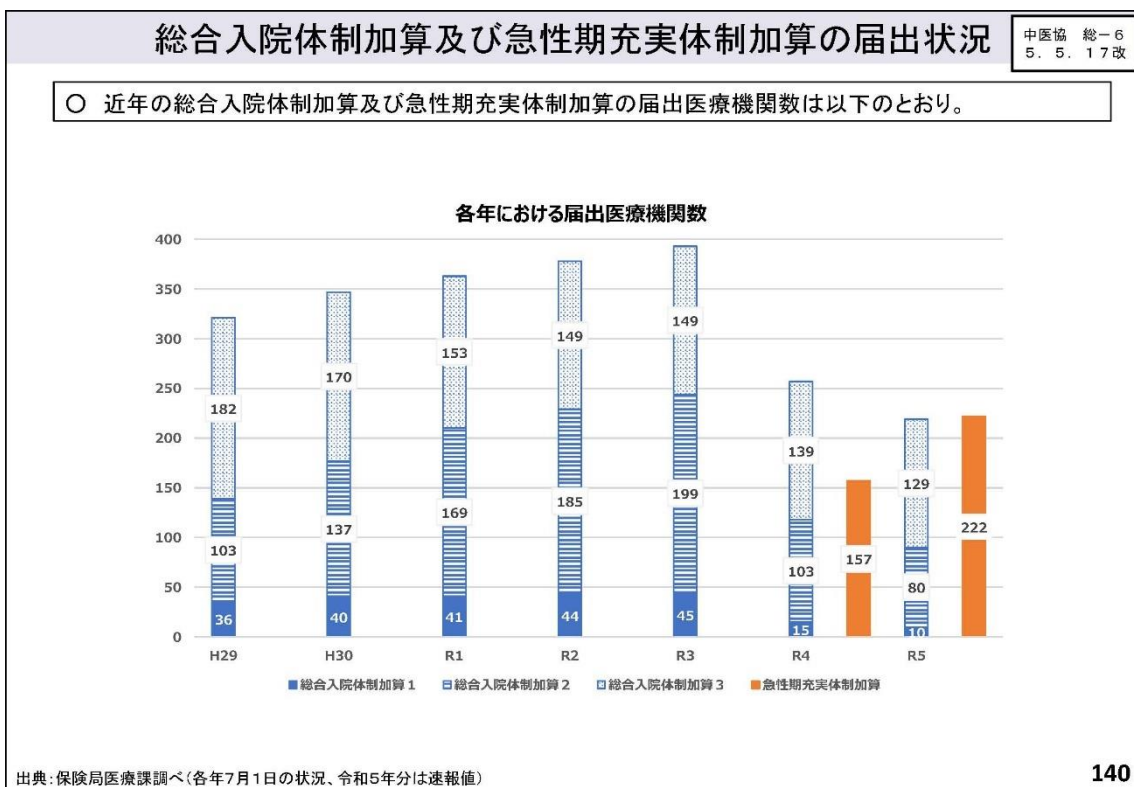
新型コロナの5類への移行など、今は状況も変わっており、急性期病床の機能分化、強化の観点からも適切な該当患者割合を設定するためにも、今後、評価項目の見直しを念頭に入れたシミュレーションを実施することを事務局に要望いたします。

次に、「その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価」でございます。

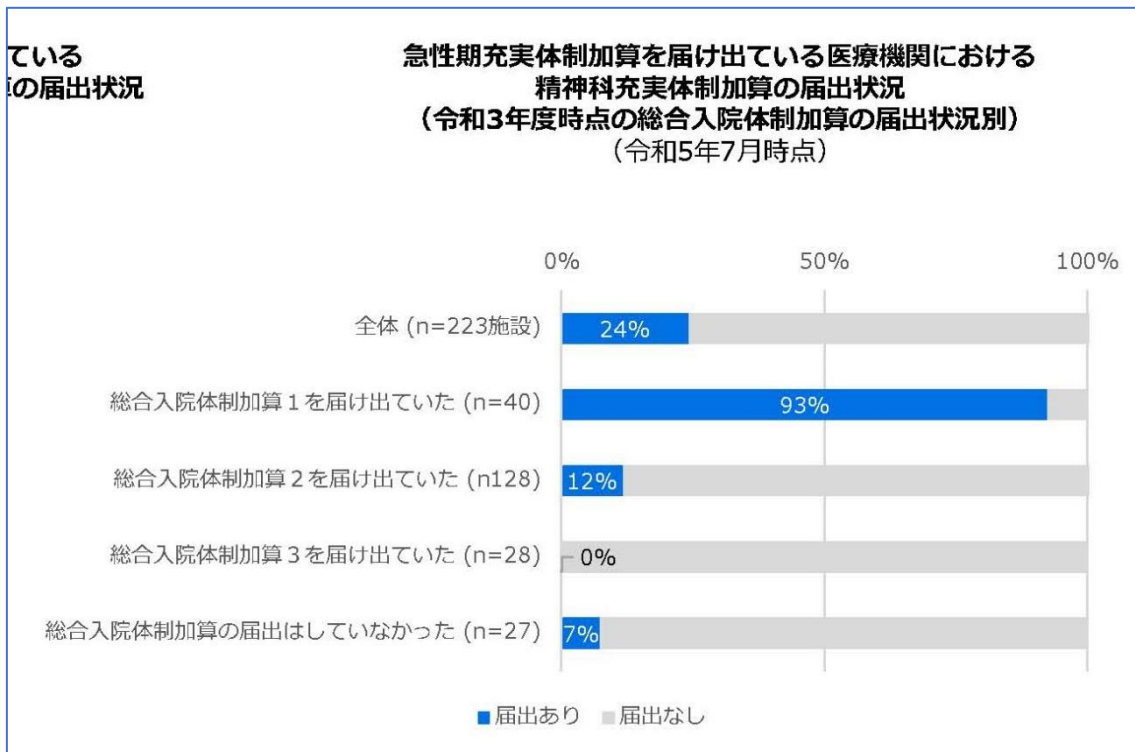
(その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について)

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばらつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

急性期充実体制加算については、高度かつ専門的な急性期医療として十分な体制を評価するものであり、要件を緩和すべきではないということが基本的な考えでございます。



資料の140ページにございますが、総合入院体制加算からの移行が進んでいる実態があり、



また、資料の150ページに示されますように、一部に精神科の入院医療を取りやめた医療機関もあるようですが、急性期充実体制加算を健全に運用させていくためには、近隣の医療機関を含めて地域の医療ニーズを満たしているのか注視していくことが必要でございます。

300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の状況

診調組 入-1
5. 8. 10

- 令和5年4月の時点では、300床未満で急性期充実体制加算の届出を行っている医療機関は6施設あり、これらの所在する二次医療圏においては、全て他に急性期充実体制加算の届出医療機関があった。
- また、これらの二次医療圏においては、一つの二次医療圏を除き、全て特定機能病院が存在していた。

続きまして、資料160ページに移りたいと思いますが、300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関が所在する二次医療圏においては、全て、ほかに急性期充実体制加算の届出医療機関があり、例えば神奈川県二次医療圏では、特定機能病院も存在しております。したがって、300床未満を対象とする病床あたりの実績要件は必要がないのではないかと感じております。



続きまして、162 ページに移りますが、急性期充実体制加算については、外来化学療法の体制整備が要件となっておりますけれども、外来化学療法が要件になっていない総合入院体制加算の医療機関に比べて入院で化学療法を実施している傾向が見られます。

こうした要件と実態の差を踏まえ、急性期充実体制加算の医療機関で、しっかり外来化学療法が実施されるよう、外来化学療法の体制だけではなく、実施割合を要件として設けるなど、施設基準の厳格化が必要ではないかというふうに考えております。

最後となりますが、総合入院体制加算において要件になっております「人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」の実施件数が急性期充実体制加算の要件に入っていないとのことです。

(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
ア	人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術	40件/年以上
イ	悪性腫瘍手術	400件/年以上
ウ	腹腔鏡下手術	100件/年以上
エ	放射線治療(体外照射法)	4,000件/年以上
オ	化学療法	1,000件/年以上
カ	分娩件数	100件/年以上
上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす

手術件数が多い施設において死亡率が低いとの報告も踏まえますと、急性期充実体制加算においても実績要件とすることが、検討すべきではないかというふうに思っております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、続きまして、よろしいですか。鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

1点のみですけれども、論点の2番目の平均在院日数ですが、急性期一般入院料1における平均在院日数、先ほどもおっしゃってましたが、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かったという調査結果、実績が出ているので、それを踏まえて、平均在院日数の基準について短縮化を検討していただきたいというふうに考えております。よろしくお願いいたします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。それでは佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

ありがとうございます。まず入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果を踏まえて改定を検討する必要があるということを申し述べておきます。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院医療の評価体系と期待される機能

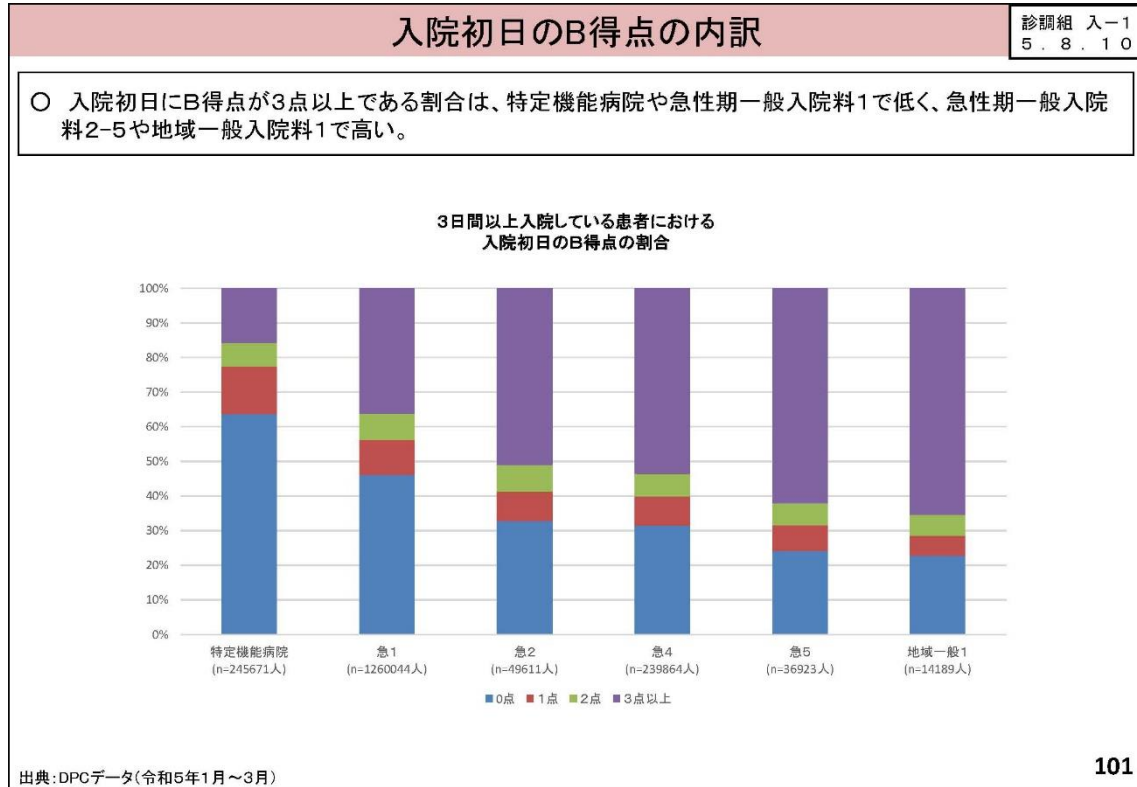
○ 入院医療の評価は、

- ・ **個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと**
- ・ **患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること**

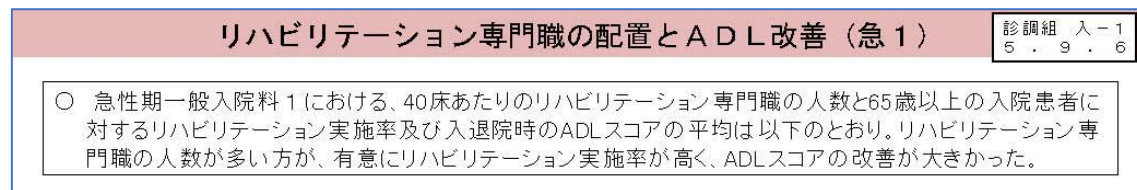
を踏まえ、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

それから、資料9ページの令和4年度改定に関する資料にも書かれているように、入院医療の評価は個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されるようであればならないというふうに考えております。

その上で、2点申し述べます。1点目ですが、急性期医療においても、ADLの維持向上は大切だと思いますが、7対1病棟の必要度基準において、



資料 101 ページ以降にあるB項目に関するデータを見ると、その取扱いについては検討の余地があると考えます。



44 ページのリハビリテーション専門職の配置の状況を踏まえても、とりわけ高齢者などへの医療ニーズに応えられるよう、地域包括ケア病棟などへの移行を推進すべきと考えます。

2点目ですが、先ほど松本委員からの発言と重複する部分があると思いますが、172 ページ、論点の急性期一般の施設基準の中にある3つ目の中ポツでございます。

<p>(急性期一般入院基本料の施設基準について)</p> <p>○ 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。</p> <p>[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数 ・「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数 ・「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い ・入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤 ・7対1病棟におけるB項目の取扱い ・直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数 ・短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い ・必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲 <p>[平均在院日数]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化

これにつきましては、資料 53 ページの入院・外来医療等の調査・評価分科会の「検討結果とりまとめ」にも書いておりますとおり、

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見①
<p><中医協総会></p> <p>○ 急性期一般病棟における必要度の該当患者割合の低下について、心電図モニターの項目が削除されたことに加え、該当患者割合の基準を引き下げた影響も考えられる一方で、急性期の病床が過剰である可能性もあるため、背景の詳細な分析が必要ではないか。</p> <p>○ 75 歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料1の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。</p> <p>○ 該当患者割合が上昇している「注射薬剤3種類以上の管理」について、どのような薬剤がどのように使用されているのか詳細な分析が必要ではないか。</p> <p><入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）></p> <p>○ 評価方法については、必要度Ⅱへの早期の移行を推進すべきではないか。</p> <p>○ 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないか。</p> <p>○ 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないか。</p> <p>○ 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか。</p> <p>○ 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないか。</p> <p style="text-align: right;">53</p>

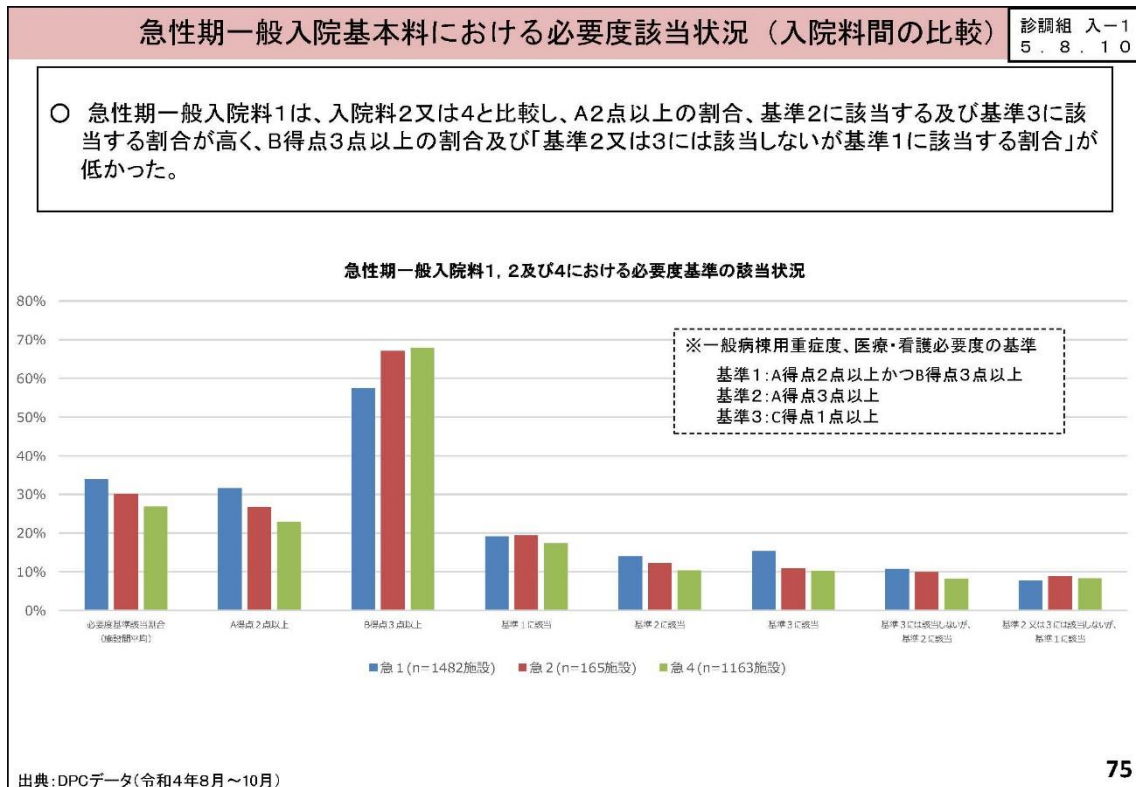
「評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、『呼吸ケア』や『創傷処置』の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか」について、統一を検討すべきと考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして、はい。鈴木委員。すいません、よろしいですか。はい、ごめんなさい、お願いします。

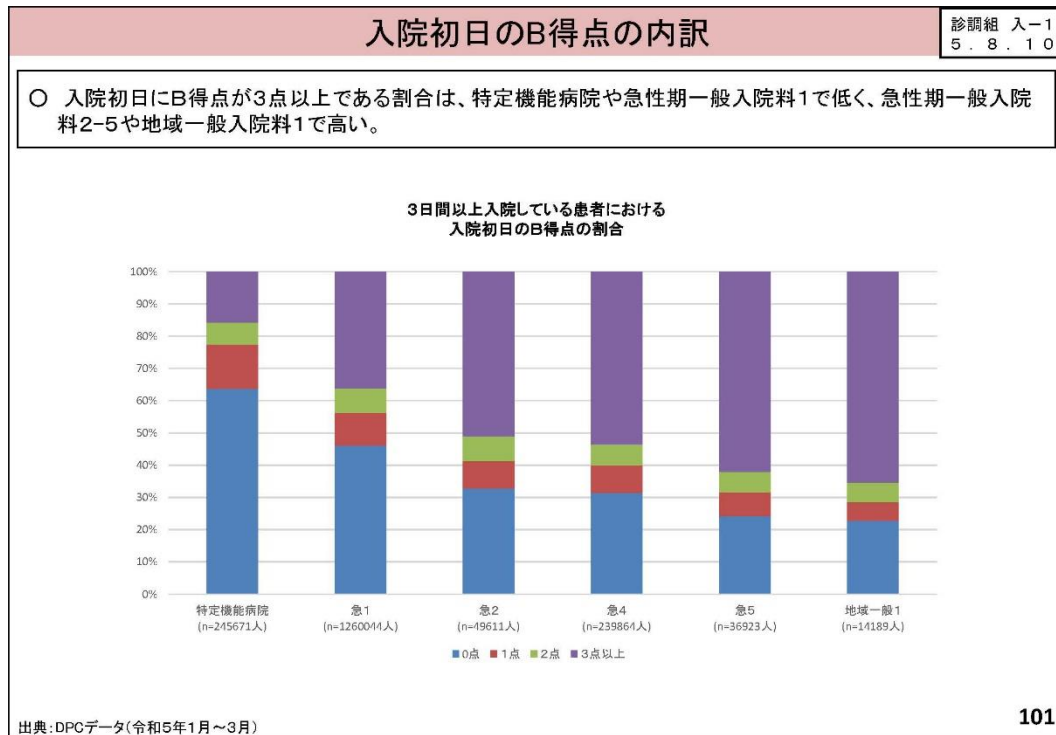
○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい。ご指名ありがとうございます。私のほうからもですね、資料の75 ページ目の所ですね、急性期の一般入院基本料についてのご意見を1つ申し上げさせていただきます。



私のほうの認識として急性期のですね、病棟というのはどちらかというと、手術とかですね、専門的な治療がね、必要だということで集中的に受け入れをして、それによってですね、入院料の差をつけるというのが基本だという認識をしておりましたが、その中で、やっぱり75 ページ目の中の左から3番目のですね、B得点の話ですね。

これについてはですね、ちょっと他の基準と逆行しているようなかたちということで、急性期の評価としてはあまりふさわしいかどうかというのはちょっと疑問に感じ、今回の資料ですね。



また、101 ページ目も同様な印象になっておりますので、そういった印象を受けております。

B項目というね、考え方としては専門的な治療を受けてですね、もう本当に自分であまり動けない患者さんの介護職員等の介助というような場合に点数が付くというようなかたちで認識しておりますが、なかなか、ほかのね、たまたま入っていた高齢者の方っていうのを区別もつきにくいというようなことを考えると、B項目の評価ということをですね、急性期の指標としては、あまりなじまないのかなと。

看護とかの手間で医療費を払わないとか、高齢者は駄目だということじゃなくて、あくまでも急性期の指標にはなじまないんじゃないかというようなかたちが受け取れますので、どちらかと言うとB項目の削除というのが妥当な判断というふうに考えております。私のほうからは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。眞田委員、お待たせいたしました。お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

はい、ありがとうございます。私からは論点の最初の2つにつきまして簡単にコメントをさせていただきたいと思いますが。

（急性期医療の現状を踏まえた対応について）

○ 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

「急性期医療の現状を踏まえた対応について」であります。論点に示されたとおり、今後、現役世代の減少に伴い、医療従事者の人材確保が困難になること。あるいは、高齢者の医療ニーズが高まるということはもう確実でありますので、今回の診療（報酬）改定におきましても、効率的な医療提供体制の構築に向けた対応が必須であるというふうに考えます。

2つ目の論点の急性期一般入院基本料の施設基準等についてであります。先ほど申し述べた効率的な医療提供体制の構築には、機能分化ということが不可欠でありますので、入院外来分科会の指摘を受けて、その施設基準等を見直していくということに全く異論はございません。

特に、先ほど何名か、多くの方がコメントされておりますけれども、B項目の7対1病棟での取扱いであるとか、あるいは平均在院日数等につきましては、ぜひ見直しを検討すべきであるというふうに考えております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。はい。それでは、じゃ、最初に茂松委員、お手が挙がってますので、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい。今回、一番問題になりますのは、やはり高齢者救急というところが問題になってるのだと思いますし、今までの議論でも、確かに、もう同じことの、1号側と意見を交わしてるかと思います。

本当に現場としましては、高齢者の救急というのは本当に運ばれてきて、これが本当に重症なのか軽症なのか中等症なのか、その場で判断せざるを得ないんですよ。もう、こればかりは本当に現場の意見としか言えないことであります。

これを最初から地域包括で診なさいとかですね、いろんな医療資源の少ない所でどうだという話がありますが、これはやっぱり人の死というものが関わってきておりますから、この部分はやはりわれわれとしては、やはり高齢者救急も普通の患者さんの救急も同じとして捉えていただきたいということと、

高齢者が多くなれば多くなるほど、B項目というのは非常に大変になります。ですから、いくら手術をしても救急を助けても、その現場で、救急現場で、そのベッド上でのリハビリということは非常に重要であります。そういうことがないと社会復帰ということもなかなか考えられません。

そういうことから考えますと、やはりB項目の問題、高齢者救急の問題。これは最初から、まあ、やっぱり、救える医療機関へ、まず運んで、それで診断をつけて、そこで落ち着けば、下り搬送といったこともあるかと思えますし。

確かに、簡単な救急の所に行って、上り搬送ということもあり得るわけですね。そういうことが現場としてあるということをご理解をしっかりといただきたいと。

これは本当に1号側と2号側との分かれるところだと思いますが、現場をやっている意見としては、しっかりと述べておきたいと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。それでは、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。総論として申し上げます。机の上の理論では正しく見える。マクロ、日本全体のデータとしては正しく見える。しかし、実態、医療現場とは乖離がある、あるいは局所、あるいは地域で見ると大きな乖離があるということはよくあることです。特に医療においては、これは国民・患者の皆さまの生命と健康に関わることで、安定性、継続性が極めて重要であります。

したがって、何らかの変更を行う場合には、仮にその方向性が正しいとした場合であっても、その方向性では良い結果が出ても、薬で言えば、いわば副作用が出るということは十分に考えられます。したがって、ある局面だけを見るのではなくて、全体への影響を見て、しっかりと検討する必要があります。

実態がどうなのかというようなデータというのをやはりきちんと示していただく必要があるし、それをやったことで、ほかにどのようなマイナスの影響があるのかということ。これもしっかり見た上で、丁寧に慎重に進める必要があるというふうに考えております。

そういう意味では、本日は、例えば「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤、あるいは「呼吸ケア」および「創傷処置の部分」についてコメントいたしませんでした。

ここも含めて、きちんと必要な検討に値するデータが必要であれば、それを事務局にしっかり出していただいて、また、それは、その局面では良い効果があるかもしれないけど、ほかのところに悪い影響がないのか。特に安定性、継続性という観点で大丈夫かということできっちりと議論していくということが重要だと考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほか、よろしいですか。先ほど長島委員から専門委員のご意見も伺ってはどうかというふうなご要望がございますので、よろしいでしょうか。じゃあ、木澤委員、お願いいたします。