

質 疑

入院（その4）について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、お願いいたします。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）

ありがとうございます。90 ページの論点についてコメントします。療養病棟入院基本料についてです。

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

1つ目の論点、注 11 の経過措置については最後まで丁寧にフォローしていただくよう、お願いいたします。

2つ目の論点、医療区分の精緻化についてです。

今回、医療資源の投入量として、検査、処置、画像診断、投薬、注射等の出来高点数に着目した分析がなされておりますが、最大の医療資源は人でありますので、単に精緻化されることで、実際に必要な人員配置から大きく乖離することがないように、移行がスムーズに行えるために十分な配慮が必要です。

また、分科会でも指摘があったところですが、200床未満の病院における電子カルテの普及率が低く、いまだに50%ほどしかないことなどを踏まえると、記入にかかる負担に対する配慮も必要であると考えます。

3つ目、療養病棟におけるリハビリテーションについては、地域の事情によっては、回復期リハビリテーション病棟に代替する機能を果たしていることや、介護のリハでは十分な効果が得られない患者さんに対して、必要があってリハビリテーションを実施している実態があることも踏まえて、適切なリハビリテーションが提供できるような要件にしていくことが必要だと考えます。

4つ目の中心静脈栄養についてです。医療区分3による評価をガイドラインに準じたものに適応を限定する方向性が示されております。

しかし、これも分科会で議論されたとおり、腸管浮腫や長期絶食後の患者さん、あるいは摂食嚥下リハの間隔が空いたときや、高齢のコロナ患者さん等で呼吸困難等により経鼻経管栄養が困難な場合など、経腸栄養が禁忌ではないが、胃瘻をつくるのも現実的ではなく、一定期間の中心静脈栄養を実施することが必要、あるいは有効である場合があります。

現場としては、このような、さまざまな状態にある患者さんの状況を踏まえ、中心静脈栄養と経管栄養のどちらがよいのか判断しています。

現場における実態をよく見ながら、意思決定のプロセスも踏まえ、どのような評価がありうるか、もう少し精査する必要があると考えます。

私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員からも意見を求めることについて、ご検討をいただければ幸いです。

○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す。それでは池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。池端です。では、私も 90 ページの論点に沿って、特に療養病床（ママ）入院基本料について、中心に、これは私にとっても本丸の 1 つでありますので、少し、お時間をいただくことをご容赦いただければと思います。

（療養病床入院基本料について）

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病床入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病床において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病床における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病床の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

まず、丸1つ目に関して、経過措置をどう考えるか。これは方向が決まってないのが診療所1施設まで来たということで、これについては、この方向性については、やむを得ないところかと思えます。

ただ、これは、方向性を報告できた医療機関がそこまでであって、実際に移ったわけではなくて、これから数カ月かけて、移れるかどうかというところで、また非常に困難な事例も出てくると思えます。

この辺は、ぜひ丁寧に、もしそれがまた途中で、たぶん人員がさらに減ってしまったりとか、いろんなことで、その方向性に沿った対応ができなくなったときにも丁寧な聞き取りと支援をお願いしたいと思います。そうしないと、入院している患者さんのその後に影響を与えてしまてはいけませんので、そこは丁寧にお願いしたいと思います。

丸2つ目です。DPCデータをもとに精緻化して、それを医療区分の、医療投入量が少し差があるということで、少し区分を細かくしてはどうかという事務局からの案だと思います。これについては一定程度、理解できるところもあるかと思えます。

ただし、これまでの入院の議論の中で、加算の議論ってのはありますが、ここは入院、医療区分の1・2・3を大きくいじるってことは、療養病床入院基本料、基本料に大きく影響していることなので、ここをどう細かく分解して、9区分、さらには27区分等々に、の、想定でされるかもしれませんが、

それで、今、現在、患者さんがいらっしゃる病院が基本料で成り立たなくなってしまう、なってはいけないと思うので、ここに関しては、ぜひ、しっかりしたシミュレーション、一定程度の数のシミュレーションを置いて、そして、これならば、ある程度、全員助けるとするのは難しいかもしれませんが、一定程度、ちゃんとやってるとこなら十分対応できるということを担保した上で、この医療区分の見直しを検討していただきたいと思います。

もう1つ。これは、この医療区分の見直してことは、施設基準、医療区分2・3を8割以上という療養入院基本料の1を守れるかどうかというところにも関わってくる。この辺の、2・3ということはいじるのであれば、この辺をどうするかってことを慎重に対応していただかないと、これは本当に療養病床を抱えてる、今、経営者は非常に心配しております。

2・3、8割以上を維持するってのは、ものすごい大変な事業なので、ここがさらに少しでも上振れが出てくると、それこそ施設基準なので、これも成り立たなくなる。病院そのものが成り立たなくなってしまうので、これについては、私の想定では医療区分、疾患・病態の医療区分と、そして医療資源投入量という、処置の医療区分と、どちらかに、落としていけば、2・3の8割以上ということが、やっぱり、われわれとしても望むところなので、

その辺も含めて、これもぜひシミュレーションをしながら、ドロップアウトするところが多くならないように、ぜひ患者さんのためにも、それは、ご検討いただきながら、精緻化をしていただきたいと思いますので、ぜひ、よろしくお願ひしたいと思います。

それから、3番目のリハビリテーション2単位ということですが、これは先ほど、データで、地域包括ケア病棟との比較で、地域包括病棟等は1から3単位ということになってるので云々ってありましたけども、

療養病床は基本的には出来高で、今、リハビリを提供して、地ケアは基本、入院基本料の中に2単位を含めた基本料が付いてるってことになりますので、これをもし、2単位っていうことになると、今、例えば、ここは、もともと、できたのは医療区分1で、なおかつADL1ですが、元気な人にリハビリだけ無理やりやって加算して稼いでるんじゃないかって、たぶん、そういうデータの取り方をしてらっしゃると思うんで、そこに対しては、一定程度の適正化という意味を含めたものだと思いますけども、

それを全て療養病床に当てはめとなると、例えば、今、これから、そのあとの、IVHにありますように、STのリハビリをやると、これだけでも2単位取られてしまったら、もうあと、運動器等々できなくなってしまうということがあって、これを全ての療養病床、全てに2単位以上という、以内ということ当てはめるようなことであれば、絶対、私は賛成できないと思いますので、その辺はまた、しっかりしたデータをもとに、ご検討いただければと思います。

最後の4つ目の中心静脈栄養についてですが、ここは大きく4点、ちょっと、お話をしたいと思います。あと、5、6分、よろしいですかね？

はい。すいません。まず、ここのベースになっている「静脈経腸栄養ガイドライン」。ここに、私も一応、今、コピーしたものを持っていますが、これは実は400数十ページにわたるもので、基本的には、ここの内容は急性期病院中心に外科中心にたてられたガイドラインです。ですから、これ、400数十ページありますけれども、ここの内容を見ますと、PART Iが栄養投与経路選択・管理の基準、PART IIが栄養療法の進め方と評価。PART IIIは小児の栄養管理。PART IVが成人の病態別栄養管理。PART Vが小児の病態別栄養管理というパートしかありません。

高齢者に対するPARTは一切ないんですね。よくよく見ると、成人の所に数ページ、高齢者にはってありますけども、とってつけたような内容しかありませんので、実は、この今、急性期の中心静脈栄養のガイドラインに則ったものと療養病床中心に行っている慢性期の中心静脈栄養は、かなりいろんな点が違うことがあることをちょっとこれから、ご説明したいと思います。

まず、要は、高齢者特有の倫理的問題とかACPを含む尊厳に関する問題とか、こういったことも含めたガイドラインがこれから求めると思うので、慢性期医療協会を中心に病院のほうでもしっかりしたガイドラインができるように働きかけしていきたいと思いますが、そういうことがあるんだということを、まず知っていただきたいと思います。

その上で、次の論点ですが、条件とされた「汎発性腹膜炎」等々あります。ここには、この最後の論点の所には、「汎発性腹膜炎、腸閉塞」云々で、「活動性の消化管出血に限定されること」とありますが、ここに本文では、「など」という言葉が入っています。

また、臨床における静脈栄養と経腸栄養の比較では、静脈栄養に比べて経腸栄養の方が感染性合併症発生頻度が低いことも事実である^{14,15}。その理由は、消化管内に栄養が投与されることにより、腸管粘膜のintegrityが維持され、機械的・免疫学的バリア機能が維持されるためと考えられる。特に、熱傷や重症急性膵炎などにおいては、これらの利点のために早期経腸栄養法が推奨されている^{16,17,18,19,20,21}。したがって、理論的には、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の絶対適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

これだけに限定されるものでなく、「など」ということがちゃんとあるんだということ。だから、それ以外にも、こういう特有の、限定されるもの以外に、そういう疾患があるんだということを、ぜひご承知おきいただきたいと思います。

特に療養病床等で多いのは、胆嚢炎の汎発性の、胆嚢炎、胆管炎を起こしたときに、食事を始めると出てきて、中心静脈栄養をやって収まって、また食事を始めると出てくるという、そういう繰り返したものがあります。

それから、臓器不全によってなかなか食事ができない場合とか、あるいは、先ほど、資料にもありましたように、消化管不良症候群等々ありますし、決してこれだけで、これだけで限定で、これ以外は全て経管栄養に移れるものでは決してないということを、まず、これをご理解いただきたいと思います。

それから、もう1つ。これ、事務局にお聞きしたいんですが、経管栄養が禁忌で、静脈栄養の適応される疾患のみに中心静脈栄養が限定するっていうことを、もし、これから目指されるのであれば、そしたら、その方々は当然、嚥下はできない状況です。腹膜炎を起こした状況で、嚥下できない。そうなる嚥下訓練等の評価は要らないってことになるのか。これはちょっと、お聞きしておきたいなと思います。いずれにしても、私たちはそうは考えてないので。

それから、それが条件とされそうなものについては他の疾患・病態がしっかりあるので、その辺はやっぱり医師の判断のもとに、もちろん、きちんと書き込んだり、なあなあではいけないと思いますけども、そういうこともあるんだということで、ぜひこれだけではないということをご理解いただきたい。

3点目です。急性期病院からの実は持ち込みの中心静脈栄養が非常に多いのが現状です。ここの、抜くのが一番大変なので。なぜかと言うと、この急性期病院に入れるときに、本当に、この厳しい条件下で入れてるわけではなくて、やっぱ、比較的安易に入れてしまっていて、そして、持ち込まれる。療養病床に持ち込まれる。そして、じゃあ、これを抜いて経管、経鼻経管にしようということ、ご家族、ご本人にお話しすると、なかなか、「最初の急性期の先生方にいろんなお話を受けて入れてるので、それは話が違う。私は胃に穴を開けられたくはない」って、はっきりおっしゃる方も結構いらっしゃいます。

一方で、私はたぶん、皆さんもそうだと思いますけど、本当に意識障害があったり、高度認知症で本当に倫理的にも尊厳的にも、それを延命と思われるような、中心静脈栄養、あるいは経管栄養もそうだと思いますけど、それが必要かどうか。これはまた別の議論が必要だと思いますけども、いろんな条件のもとで療養病床に持ち込まれた中心静脈栄養、これを、このルールに当てはめて、全て経鼻経管にしなさいっていうのは相当反発が来るし、ご家族からも、ご本人からも反発が来ることを、ぜひ、ご理解いただきたいと思っています。

1つには、一時、胃瘻をずっとやってた時期が日本はあって、それが胃瘻は駄目だよってということが、ある特養の先生がおっしゃって、それがどーっと広がって、もう胃瘻は駄目だと。特に胃に穴を開けて、異論なんて駄目だっていうことで、今でもそう思って信じてらっしゃる方が非常に多いんです。

確かに、このガイドラインにありますように、栄養というのは、胃・腸を通して入れることが非常に生理的であるということは私もそのとおりだと思いますけども、そこを国民的議論にもっていかないと、なかなかそこが難しいことが現状あるので、そういうことも含めて、ご検討いただきたいなと思っています。

それから、そういうことで、持ち込みをどうするかってことと、実際に、私も何度か経験するんですけども、患者さんにも、ご本人も結構、意識がしっかりした状態のときに、胃瘻で、まず経鼻入れると経鼻はもう、すぐ、いやだから抜いてしまいます。2週間以上、経鼻が必要な場合は胃瘻とか腸瘻にすべきだということをガイドラインにも書いてあると思いますけど、

ただ、じゃあ、穴、開けましょうかって、それは絶対いやだ。私はやってる人をお見せするんですけども、お見せしても、「あんな、へそに穴、開けられたくない。でも、管を入れられるのはいやだ」。じゃあ、もう、食べるともう、すぐ誤嚥してしまう。この時期、まだ栄養はどっかで補給しなきゃいけない。

じゃあ、点滴ってことになりますけど、抹消点滴は2週間も持てば、もうあとは栄養がどんどん落ちるだけなので、意識がしっかりしてれば、やっぱり中心静脈栄養になるという、こういう相対的適応というのものもあるんじゃないかということ現場としては感じてますので、ぜひ、それも、ぜひ、さらに、ご検討いただければいいかなと思います。

はい。あと、最後、ちょっと言い忘れましたが、事務局のよりどころにされているガイドライン。15 ページ。15 ページっていうのは、このガイドラインって、私が持ってるガイドラインです。

「栄養療法の選択基準」という所があって、そのところに、確かに「腸が機能している場合は腸を使う」のが大原則だっていうことが書いてありますが、そのあと、最後のほうを見ると、「近年、経腸栄養の有用性が高く評価され、多くの疾患で適応とされている。しかしながら、対象疾患によっては、必ずしも静脈栄養に対する経腸栄養の優位性は実証されず、経腸栄養と静脈栄養の有用性は同等との評価もある」ということを文献とともに、「したがって、静脈栄養、経腸栄養、両栄養法の特徴をよく理解し、病態に応じて選択することが重要である」と、一番最後にこう書き込んでおります。

近年、経腸栄養の有用性が高く評価され、多くの疾患で適応とされている。しかしながら、対象疾患によっては、必ずしも静脈栄養に対する経腸栄養の優位性は実証されず、経腸栄養と静脈栄養の有用性は同等との評価もある^{22,23}。したがって、静脈栄養、経腸栄養、両栄養法の特徴をよく理解し、病態に応じて選択することが重要である。

まさにこれを、これが「プロフェッショナル・フリーダム」だということ。医師がしっかり判断をして、そこに必要なものをやる。無駄な栄養、中心静脈栄養を絶対にしないってことを前提ですが、こういうことのもとに、今、本当に現場は苦労してやってるんだということをご理解いただければと思います。ちょっと、本当に長くなって申し訳ありません。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す。それでは、続きまして太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。いくつか論点に関して意見いたします。まず療養、1つ目の経過措置に関してですが。

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くりハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

長島委員、池端先生からもありましたけれども、今後、厚労省がきめ細かく状況把握を継続していただくことをお願いして、経過措置の廃止に関しては賛成いたします。

2つ目の医療区分の評価の精緻化に関してですが、現時点で私自身、反対ではありません。

しかし、この見直しにより増収となる病院、減収となる病院が当然のことながら発生することになります。医療療養病院にどの程度の影響が出るのか。入院収益にどの程度、影響が出るのか。増収・減収となる病院の割合が、また、その程度がどれぐらいなのかという精密なこれ、シミュレーションを実施していただかないと、正直、見直しの影響の大きさを見させていただき、判断させていただければというふうに思います。

また、見直しに関しましては、現場の医事算定業務の複雑化を招くこととなります。ですので、より区分の集約化ができないかということも、ご検討いただければというふうに思います。

療養3つ目のリハビリテーションですけれども、一部の病棟で非常に多くの単位数のリハビリテーションが行われているという実態が資料として示されております。「入院料I」の部分ですけれども。

しかし、多くの療養病棟でも平均で2単位となっております。平均ということは2単位以上リハビリテーションを行っている患者が多数存在しているということです。療養病棟を回復期機能として使用している病院というのもたくさんございます。

在宅復帰のため、2単位を超えてリハビリを行う必要がある患者さんがいるということになります。ですので、医療療養病棟におけるリハビリの上限を一律2単位に制限するということに関しては反対いたします。患者の在宅復帰に支障をきたさないよう、最大限の配慮が必要であるというふうに思います。

中心静脈栄養に関しましては、池端先生のご意見に全て賛同になりますが、それと同時にですね、これ、万が一、これ、論点は2つありまして、1つは上限日数を設けることというものと、医療区分2として評価をすることということがこれ、書かれているわけですが、

特に上限日数を設けることということになりますと、ある一定、医療療養病棟に入っておられる患者さんがある一定の期間が来た段階で、医療区分2から3というところが外れて医療区分1になるということが発生するということになるかと思えます。

当然、一部の医療療養病棟は入院料の算定要件を満たすことができなくなりますので、患者の追い出しなどが発生する可能性があります。患者の受け皿の確保も確認できていない状況での大幅な制度変更というものは避けるべきだというふうに考えます。

(障害者施設等入院基本料等について)

- 障害者施設等入院基本料等の施設基準に定める該当患者割合を満たさない病棟を一定程度認めることから、該当患者割合についての取扱いを明確化することについてどのように考えるか。
- 障害者施設等入院基本料2～4を届出する病棟において慢性腎不全患者を多く受け入れている施設があること及び透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすることについてどのように考えるか。

あと、障害者施設等入院基本料に関しての論点に関して発言させていただきます。論点の1つ目である該当患者割合の取扱いの明確化に関しては特に異論はありません。

2つ目の論点。「障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすること」に関してですが、透析患者で長期入院が必要な患者の受け入れ先の確保に関しては、2014年改定においての、いわゆる特定除外の廃止時に大きな問題となりました。

その際、医療療養病棟での受け入れを促進するため、医療療養病棟入院料において、慢性維持透析管理加算が新設された経緯がございます。これは、透析患者は包括される範囲において実施が必要な検査、また投薬が他の療養病棟の患者層と比較して多いことから、受け入れが進んでいなかったから、こういう加算が検討され、新設されたというものでございます。

この加算の新設により、ある一定程度、医療療養病棟においての透析患者の受け入れは進みましたが、障害者病棟において多くの透析患者の療養をしている状況を考えますと、本加算が不十分なことも原因の1つであると思えます。

障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすることに関しては、医療療養病棟における慢性維持透析管理加算を、より適切な水準に見直すことを条件に賛成いたします。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）

はい、ありがとうございます。はい。すいません、ちょっと、先ほどですね、池端委員からご質問がありました。中心静脈栄養に関連して、嚥下困難になった場合の患者さんの対応、どういうふうにしたらいいかっていうのについて事務局で何か現時点でお考えありましたら、それについて、ご回答をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。医療課長でございます。ご質問ありがとうございます。われわれとして一律に何か、これをやるべき、あるいは、やるべきではないというふうに決めるべきものではないというふうに思っております。

当然、その現場にはプロフェッショナル・フリーダムであり、医師がその患者さん、および、ご家族と相談をされて、最後にどのような医療を選ぶかということを決まってる、そのところを過剰に私どもとして何か制限することは適切でないと考えてございます。

一方で、もう、このようなデータがあるということをお示することも私どもの役割だと思っております。そういったことで議論が惹起され、そして、また今いただいたご意見を踏まえて、われわれとしては制度のつくり込みに生かさせていただきたいと思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

池端委員、よろしいでしょうか。はい。江澤委員、お待たせいたしました。お願いします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。論点、簡単に申し上げたいと思います。

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、痙攣性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

2つ目の論点につきまして、今、意見がたびたび出ておりますように、現在は、この「疾患・状態」よりは「処置」で医療区分を選択するケースが多いかと思いません。そういった中で、医療機関において激変がないのかどうか。先ほども意見がございしますが、しっかりと、その辺を分析していただいて、検討していただきたいと思えます。

続きまして、3つ目のリハビリテーションにつきまして、どういった疾患の方が、あるいはFIMの推移がどのような状況になってるかっていうのも、ちょっと少し見ていく必要があるのではないかと思います。特に疾患別リハビリテーションの算定期間内における方について、いろいろ配慮が必要なのかどうかは、また、ご検討いただきたいというふうに思えます。

4つ目の中心静脈栄養につきまして、腸管機能が正常に働く場合は当然、消化管から栄養を吸収するのが当然だと思います。その上で、資料には中心静脈栄養の絶対的適応が示されておりますけれども、先ほど池端委員もさまざまおっしゃったように、感染症の治療とか化学療法とか、さまざまな疾患治療中に虚弱な高齢者が栄養摂取が困難になる場合、あるいは回復見込みのある嚥下障害、そういったときに、そういった状態が、胃瘻を選択するほどの長期間ではないと。一定期間であると想定されるときには、中心静脈栄養の相対的適応になるという、これは臨床現場でよくあることであります。

それから、続いて経鼻経管栄養の継続はガイドガイド上は14日以内、長くても4週間未満とか、いろいろ推奨されているわけですが、やっぱり患者さんによっては誤嚥リスクとか自己抜去リスクが予測される時には中心静脈栄養を選択するケースもあります。

それから、もう1点は、胃瘻が造設できない事例があります。例えば、胃の前壁側の腹壁にしか近接できないとか、どうしても何らかの理由で内視鏡ができないとか肝臓が極度に大きいとか、あるいは出血傾向がある。こういったことについては胃瘻が、造設が禁忌になっておりますので、そういったケースもあるので、また、いろいろ、ご検討いただければと思います。

最後に、池端委員もおっしゃられましたけれども、最近の傾向としては、やっぱりどうしても胃に穴を開けるということに抵抗を持つ患者さんとか家族の方がちょっと増えてきています。したがって、そういったときには、やむなくIVHになるケースもありうるので、そのあたり含めて、また、ご検討いただければと思います。ありがとうございます。

○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、いかがでしょうか。はい。松本委員、お願いいたします。

○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。それでは、90ページにあります論点に沿ってコメントいたします。

まずは療養病棟入院基本料についてでございますが、4ページに示されております経過措置への対応でございますが、療養病棟入院基本料の人員配置基準のみならず、医療区分2や3の患者区分に応じた割合の5割未満についてもあわせて廃止すべきです。

療養病棟入院基本料の概要			
	療養病棟 入院基本料1	療養病棟 入院基本料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 75/100を算定

*:生活療養を受ける場合の点数は除く。

※青字下線はR4年度改定事項 **4**

その上で、患者の状態に応じて療養病棟入院基本料1と2で対応すべきであり、こうした特例をさらに延長することは容認しかねます。

また、論点には示されておられませんけれども、その関連で、入院基本料2について、医療区分2と3の患者が5割以上という基準について厳格化すべきであるということ強く主張いたします。

医療法における経過措置が切れるタイミングで、医療と介護の同時改定が行われる、この時期も踏まえまして、医療と介護の役割分担を明確にする観点からも、医療の必要性が低い患者は介護施設で対応すべきであり、この点については、しっかりと対応を事務局に求めたいと思います。

次に、医療区分でございますが、25ページ以降の資源投入量を見ますと、グラフが2つありまして、上に疾患と状態。下に処置等が示されておりますけれども、明らかに分布が異なっておりますので、適正化の観点からも、17ページに示されております入院分科会の取りまとめのとおり、確実に精緻化を進めるべきだというふうにコメントいたします。

続きまして、療養病棟におけるリハビリについてでございますが、医療ニーズのある患者に適切なリハビリが提供されることは重要だと考えておりますけども、

療養病棟におけるリハビリテーション								
区分	1日あたりコスト(点数)				1日あたり算定件数(単位数)			
	平均値	パーセンタイル			平均値	パーセンタイル		
		25	50	75		25	50	75
療養病棟入院料1(入院料A)	309.34	162.00	200.00	370.00	1.66	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料B)	342.51	175.00	200.00	442.00	1.92	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料C)	365.16	175.00	245.00	501.00	2.04	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料D)	352.50	175.00	245.00	490.00	1.79	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料E)	414.76	180.00	324.00	540.00	2.19	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料F)	447.38	185.00	360.00	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料G)	350.22	147.00	221.00	490.00	1.87	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料H)	411.44	180.00	334.00	555.00	2.26	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料I)	616.53	205.00	525.00	980.00	3.22	1.00	3.00	5.00
療養病棟入院料2(入院料A)	309.38	132.00	200.00	400.00	1.71	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料B)	327.41	170.00	200.00	370.00	1.81	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料C)	466.76	176.00	360.00	700.00	2.53	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料D)	360.68	162.00	245.00	490.00	1.88	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料E)	425.44	170.00	292.00	555.00	2.27	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料F)	503.88	185.00	370.00	735.00	2.65	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料G)	335.55	147.00	200.00	442.00	1.83	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料H)	436.97	180.00	344.50	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料I)	550.39	185.00	438.00	740.00	2.91	1.00	2.00	4.00

データ抽出期間により抽出されているデータを下記条件で解析。
 集計期間: データ: 令和4年6月の1か月間。心大血管疾患リハビリテーション科、脳血管疾患等リハビリテーション科、廃用症候群リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科の1日あたりコストと算定件数(単位数)

資料の 37 ページを見ますと、療養病棟入院料 1 の「入院料 I」において明らかにリハビリの資源投入量が高く、算定件数が多いことが見てとれます。

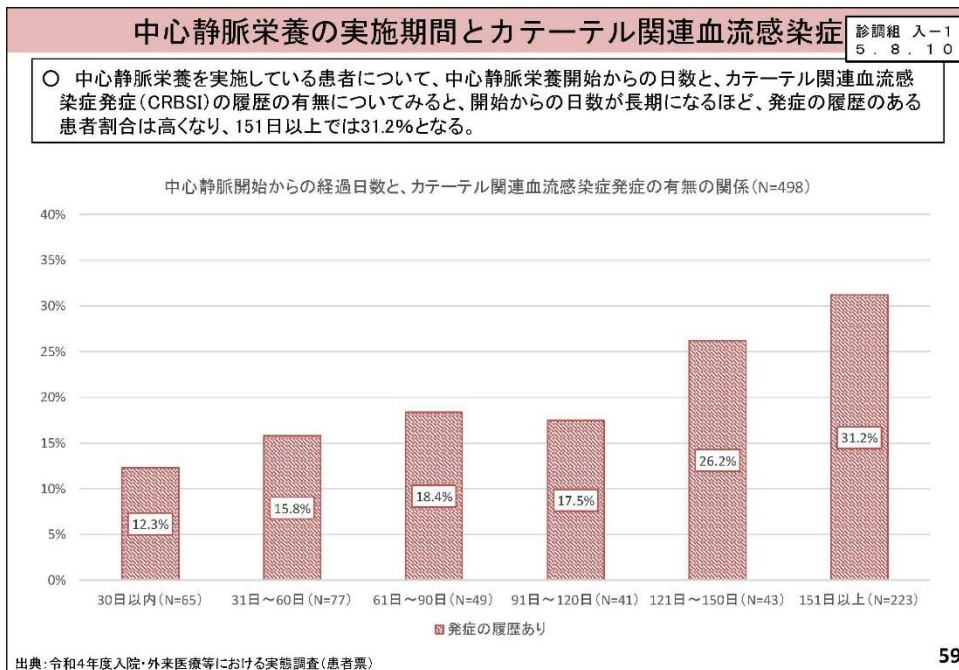
また、資料の 39 ページ目を移しますと、回復期機能を備えた地域包括ケア病棟でも 3 単位以上のリハビリが少ないことも踏まえ、療養病棟入院基本料「I」において、37 ページのように平均 3 単位以上、中央値でも 3 単位のリハビリが行われていることには疑問を感じるものでございます。

リハビリを集中的に実施するのであれば、回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟で対応することが本来の姿であり、病床機能の適切な役割分担の観点からも、入院基本料「I」におけるリハビリは適正化すべきだと考えております。

先ほど来、2号側の委員の方から、リハビリが必要な患者を療養病棟で受け入れざるを得ない地域もあるというご意見をいただいておりますけども、地域によってリハビリを提供できる病棟が少ないということであれば、療養病棟から回復リハ病棟へ移ることでは、どうかというふうに考えます。

また、医療資源が乏しい地域における回復期リハビリテーション病棟のあり方については、入院分科会でも議論されたというふうに承知しております。地域におけるリハビリの提供体制については、地域包括ケア病棟や回復期リハビリ病棟のあり方として議論すべきだというふうに考えます。

次に、中心静脈栄養についてでございますが、可能な限り速やかに、とめることが患者のためであり、医療資源の観点からも当然だと考えております。これまでの改定でも、さまざまな対応がとられてまいりましたが、資料の 60 ページ、61 ページを拝見いたしますと、残念ながら患者の割合や実施期間は増加していることがわかります。



資料の 59 ページにあるとおり、中心静脈栄養の実施期間が長期になるほど感染症の発生が多い実態を踏まえ、医療区分3における中心静脈栄養は、真に必要な患者に限定し、医療区分での評価に一定の上限数を設けるべきだというふうに考えます。

先ほど来、2号側の委員のほうから、中心静脈栄養が必要な患者がいるというようなご意見も多数、承っております。

中心静脈栄養の適応疾患

○ 経腸栄養が適応とならず、中心静脈栄養が適応となる疾患としては、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢以外に、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻、急性膵炎が挙げられる。

○ 2002年ASPENガイドラインでは静脈栄養の適応として、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢があげられている。中心静脈栄養の厳密な適応は、「栄養状態の改善が必要であるが、経口摂取もしくは経腸栄養が不可能である場合」、「末梢静脈栄養による管理が7～10日間を超えても、引き続き静脈栄養による管理が必要となる場合」の2点であり、上記病態のうちこの2点を満たす症例のほかにも短腸症候群急性期や炎症性腸疾患増悪期などが中心静脈栄養の適応となる。しかし、漫然と中心静脈栄養を続けるのではなく、経口摂取や経腸栄養への移行や併用を可能な限り早期に検討することが重要である。

浅桐公男ほか、Medical Practice(0910-1551)29巻9号 Page1507-1510(2012.09)

○ 中心静脈栄養は、一般的には短腸症候群や消化吸収不良症候群など、腸管機能不全により14日以上
の長期静脈栄養管理が予測される症例が適応となる。

土師 誠二、診断と治療(0370-999X)101巻10号 Page1521-1526(2013.10)

○ 中心静脈栄養の絶対的適応としては①短腸症候群急性期、②炎症性腸疾患急性期、③消化管瘻発症期、④イレウス、⑤重症膵炎急性期、⑥消化管機能不全による栄養障害時があげられる。

高松 英夫ほか、日本臨床(0047-1852)68巻増刊3 静脈・経腸栄養 Page13-18(2010.03)

56

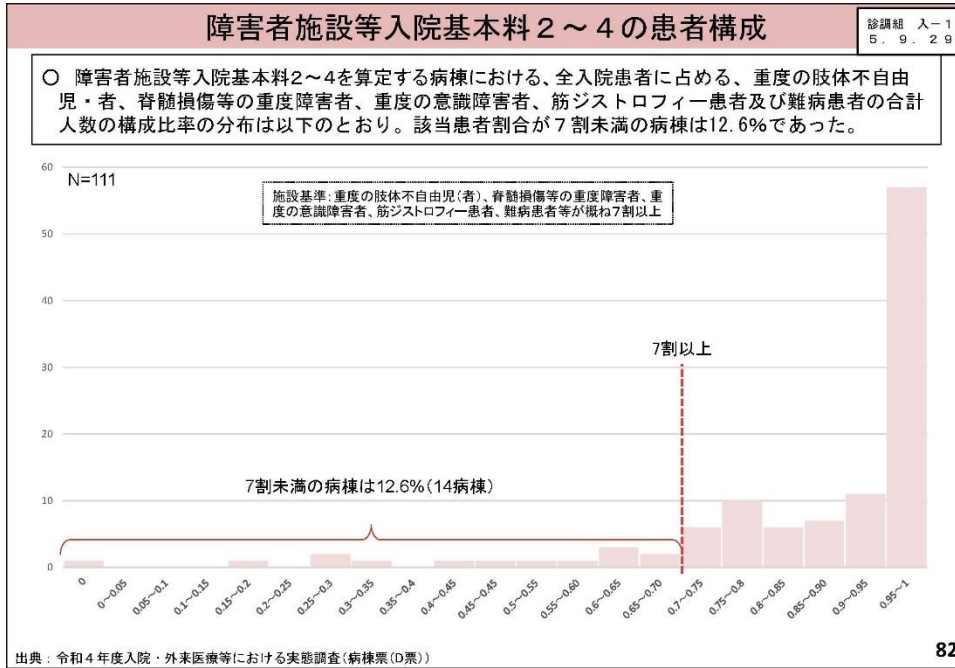
ただ、資料の 56 ページを見ますと、ここにガイドラインの紹介がありますけれども、先ほど池端委員からは若干これに関して疑問が呈されておりましたけども、

われわれとしては、ここにやっぱり適応対象が明確になっているということでございますので、もし、そういったですね、疾患があるのであれば、それが個別なケースであるとしても、何らかのエビデンスを示していただかないと、われわれ、医療現場になかなか、いるものでもございませぬので、それをなかなか受け止めることが難しいということと言わざるを得ないということでございます。

(障害者施設等入院基本料等について)

- 障害者施設等入院基本料等の施設基準に定める該当患者割合を満たさない病棟を一定程度認めることから、該当患者割合についての取扱いを明確化することについてどのように考えるか。
- 障害者施設等入院基本料2～4を届出する病棟において慢性腎不全患者を多く受け入れている施設があること及び透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすることについてどのように考えるか。

最後に、障害者施設等入院基本料についてでございますが、資料の 82 ページを見ますと、施設基準の目安を大きく下回る実態がありますので、基準を明確化すべきと考えております。



また、資料の 83 ページの障害者施設等入院基本料 2 から 4 の患者構成を見ますと、該当患者割合が 7 割未満の病棟で、慢性腎不全が 16.3%と最も多いことや、

障害者施設等入院基本料 2～4 の患者傷病名

診調組 入-1
 5. 9. 29

○ 障害者施設等入院基本料2～4を算定する病棟における患者の主たる傷病名は以下のとおり。
 ○ 施設基準の該当患者割合が7割以上の病棟における傷病名は脳性麻痺が23.9%、該当患者割合が7割未満の病棟における傷病名は慢性腎不全が16.3%と最多であった。

No.	該当患者割合7割以上の病棟主たる傷病名	回数	構成比%		No.	該当患者割合7割未満の病棟主たる傷病名	回数	構成比%
1	脳性麻痺	167	23.9%		1	慢性腎不全	14	16.3%
2	癱瘓症候群	40	5.7%		2	脳性麻痺	9	10.5%
3	頭部外傷後遺症	37	5.3%		3	癱瘓症候群	6	7.0%
4	パーキンソン病	22	3.1%		4	アトーシス型脳性麻痺	4	4.7%
5	膵臓癌性脳症	19	2.7%		5	尿路感染症	3	3.5%
6	末期腎不全	17	2.4%		6	農薬性肺炎	3	3.5%
7	水俣病	16	2.3%		7	脳出血後遺症	3	3.5%
8	脳外傷後遺症	13	1.9%		8	慢性閉塞性肺疾患	2	2.3%
9	心房性心不全	10	1.4%		9	大腿骨頸部骨折	2	2.3%
10	多系統萎縮症	10	1.4%		10	パーキンソン病 Y a h r 5	2	2.3%
11	慢性腎不全	9	1.3%		11	多系統萎縮症	1	1.2%
12	染色体異常	7	1.0%		12	尿管結石症	1	1.2%
13	痲痺性内反足	6	0.9%		13	大脳皮質基底核変性症	1	1.2%
14	脳性痲痺	6	0.9%		14	急性肺炎	1	1.2%
15	脳梗塞後遺症	6	0.9%		15	燕下障害	1	1.2%
16	顕性肺炎	6	0.9%		16	橋本脳症	1	1.2%
17	パーキンソン病 Y a h r 3	6	0.9%		17	大腿骨幹子部骨折	1	1.2%
18	心不全	5	0.7%		18	結右性腎盂腎炎	1	1.2%
19	高次脳機能障害	5	0.7%		19	頭部外傷後遺症	1	1.2%
20	心原性脳塞栓症	5	0.7%		20	原発性股関節症	1	1.2%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票、患者票)

83

障害者施設等入院基本料 2～4 における慢性腎臓病

診療組 入-1
5. 9. 29

○ 障害者施設等入院基本料 2～4 の施設基準にある該当患者 7 割未満の病棟における、慢性腎臓病の患者割合は以下のとおり。
 ○ 全例の主傷病名が慢性腎臓病であるとともに、症例の全てが施設基準にある該当患者以外である施設が見受けられた。

14施設のうち患者票の回答があった8施設について分析

No	症例数	慢性腎臓病が主傷病名の患者数(割合)	症例のうち該当患者数(割合)
1	11人	11名(100%)(※)	0人(0%)
2	12人	0人(0%)	7人(58%)
3	8人	3人(38%)(※)	4人(50%)(※)
4	7人	0人(0%)	5人(71%)
5	41人	0人(0%)	3人(7%)
6	7人	0人(0%)	1人(14%)
7	12人	0人(0%)	7人(58%)
8	47人	0人(0%)	33人(70%)

(※)慢性腎臓病患者は全例非該当患者

施設基準: 重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票、患者票)

84

資料 84 ページを見ますと、全症例が慢性腎臓病という施設がある実態については、障害者施設の役割として、やや違和感を感じるものがございます。

透析患者に係る診療費

診療組 入-1
5. 9. 29

○ 透析患者に対する障害者施設等入院基本料等の入院料毎のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。
 ○ 療養病棟入院基本料より、障害者施設等入院基本料の方がレセプト請求点数が高い。

透析日

非透析日

出典: NDBデータ(令和4年5月診療分)

85

資料 85 ページを見ますと、透析患者の診療費が療養病棟よりも障害施設で高いことがわかります。

(参考)療養病棟入院基本料の包括範囲について		診調組 入-1 5. 8. 10改
	包括範囲について	
A 入院基本料等加算	—	○ 療養病棟入院基本料について、当該基本料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。 ○ 例として、手術や麻酔に係る費用は出来高で算定することができる。
B 医学管理等	—	
C 在宅医療	—	○: 包括範囲 —: 包括範囲外
D 検査	○	
E 画像診断	○ ※一部を除く。	注) 疾患別リハビリテーションについて1日につき2単位を超えるもの(療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIM(機能的自立度評価法)の測定を月に1回以上行っていない場合に限る)。
F 投薬	○ ※一部を除く。	
G 注射	○ ※一部を除く。	注) 例えば、J038人工腎臓は出来高算定。
H リハビリテーション	○ ※一部に限る。	
I 精神科専門療法	—	
J 処置	○ ※一部を除く。	
K 手術	—	
L 麻酔	—	
M 放射線治療	—	
N 病理診断	○	

この原因が資料の 86 ページに示されております包括範囲の違いによるものであれば、役割分担の観点から好ましくない状態だと思しますので、患者の状態に応じた評価という観点からも、障害者施設における透析患者については療養病棟入院基本料に準じた評価とすべきというふうに考えます。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。ほか、いかがでしょうか。はい。それでは高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

ありがとうございます。私からは透析に関して意見を述べさせていただきたいと思います。

透析患者に対する評価について、障害者施設等の入院基本料と療養病棟の入院基本料との関係でどうするかという点で、受けている医療の違いがどのようなものなのか、そのことよっての診療費、すいません、

そのことによる診療費の差が生じるのかといったことが明確でないのであれば、患者の立場といたしましては医療費に差が生じないほうがわかりやすいのではないかと考えております。

ただ、それと同時に、どの地域においても透析患者が診てもらえる医療機関を確保することも大変重要なことですので、このことへの留意も大切なことだと考えています。ありがとうございます。

○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）

はい、ありがとうございます。まず 90 ページの論点に書かれていることに沿って検討を進めていくことに異論はありませんが、その上で意見を申し上げます。

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

まず、療養病棟入院基本料の注 11 の経過措置は前回 2022 年度改定時にも 2 年間延長しておりますし、今回の改定では廃止に向けて進めていくべきと考えます。

次に、療養病棟における中心静脈栄養は感染リスクが高くなることに加えて身体拘束の要因にもなるということから、最小限にすべきと考えます。

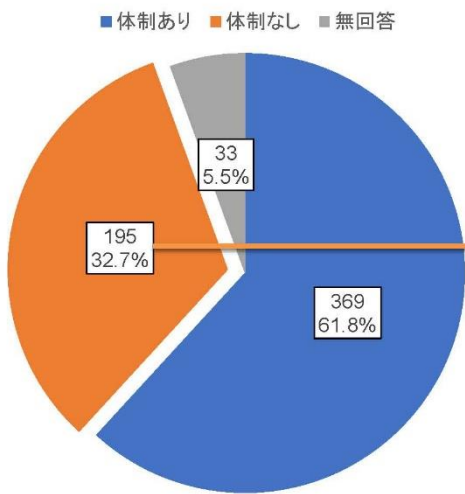
資料 50 から 51 ページを見ますと、摂食機能、嚥下機能の回復に向けての対応ができる体制がない医療機関が約 3 割ございますが、

療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

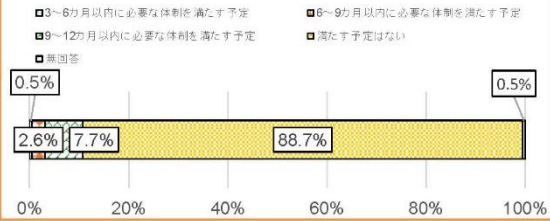
診調組 入-1
5 . 6 . 8

○ 中心静脈栄養を実施している状態にある者に対する摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況について、体制がない医療機関は32.7%であった。

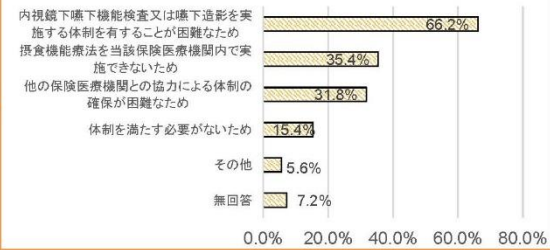
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無 (n=597)



摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定 (令和4年11月1日時点)



施設基準を満たせない理由 (令和4年11月1日時点)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

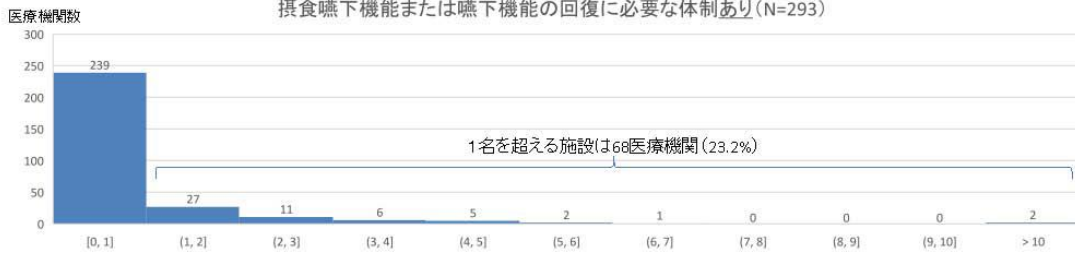
50

中心静脈栄養を中止・終了した患者数

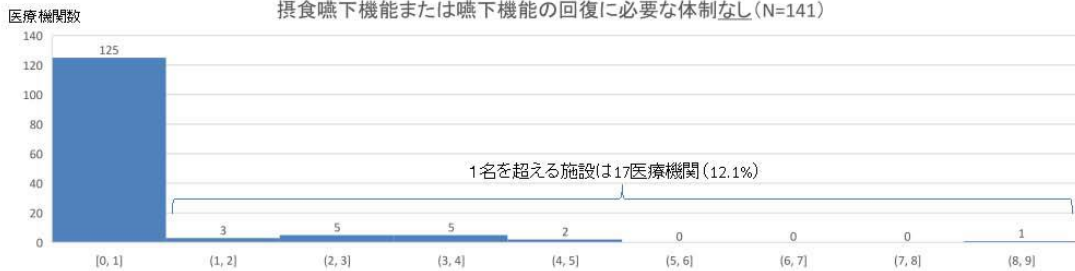
診調組 入-1
5 . 8 . 10

○ 入院後・入院中に中心静脈栄養を中止・終了した患者数が40床あたり1名を超える施設の割合は、摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制がある施設では23.2%、体制がない施設では12.1%だった。

入院後・入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数 (40床あたり、令和4年8～10月)
摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制あり (N=293)



入院後・入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数 (40床あたり、令和4年8～10月)
摂食嚥下機能または嚥下機能の回復に必要な体制なし (N=141)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

51

体制のない医療機関では、入院後、入院中に中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合が低い状況となっています。

入院・外来医療等の調査・評価分科会の意見を踏まえ、中心静脈栄養をできるだけ早期に終了できるよう、摂食機能、嚥下機能の回復に向けて対応できる体制整備が重要と考えます。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。続きまして鈴木委員、お願いいたします。

○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。私のほうも1点、療養病棟の入院の基本料について、お話をさせていただきます。

本日のですね、資料および論点から、させていただきますですね、今回、同一医療区分でもですね、疾患とか処置についてですね、内容がだいぶ異なると。医療資源の投入がだいぶ異なるということを考えますとですね、今回、この論点でありますようにですね、医療区分のですね、評価を精緻化することに賛成です。

これは逆に言うとはですね、複雑になるというような考え方も思われるかもしれませんが、より精度を高くするという。また、わかりやすくするというようなかたちですね、

最初、導入のときはちょっと大変かもしれませんが、その辺のところはですね、よりわかりやすい医療の資源投入、もしくは点数の内容ということがわかるかと思えますので、ぜひ、そういったかたちですね、進めていただければと思います。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）

はい、ありがとうございました。それでは眞田委員、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）

鈴木委員と全く同じ項目のコメントでございますけれども、療養病棟入院基本料の2つ目の丸についてであります。

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

今回、ご提示いただいた医療資源投入量の差というものを踏まえれば、患者特性であるとか医療提供内容に応じた評価を進めるといった観点からも、さらに精緻化する方向で見直すということに異論がないことを私も申し伝えたいというふうに思います。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）

はい、ありがとうございます。ほか、よろしいでしょうか。はい。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。2つ目の医療区分への精緻化ですけど。先ほど2号側から、いろいろご説明しても、これ、極めて医療提供体制に大きな影響を及ぼしうることなので、やはり丁寧にしっかりと検討する必要があるということでございます。

3つ目のリハビリですけど、これはやっぱり地域のリハビリ提供の実態に応じて、療養病棟でもリハビリテーションを提供する必要がある地域もあるということなので、全国一律にとか、という問題ではなくて、やはりそれぞれの地域の状況、あるいは、その地域、あるいは病棟機能などに応じて考えるべきものだと思います。

4つ目の中心静脈栄養ですけど、絶対的適応は具体的な病名として提示が可能ですが、相対的な適応は基本的には複合的な状況を踏まえるということになると、こういう状況で、こういう場合と、いくつかのものになるので、いくつかのものを例示すると、先ほど、たくさん説明があったようなかたちになるかと思います。

絶対的な適応と相対的な適応があるが、両方とも医療的には必要であるということ。これをぜひ、ご理解いただければと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。よろしいですか。はい。池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。何度もありがとうございます。1号側からのご意見に、特に入院基本料、今、松本委員からは、2の50%もさらに適正化してはというご意見だったと思いますが、

今、皆さんがおっしゃった、2号側の皆さんがおっしゃったように、今、医療区分を大きく、初めて、出来あがってから大きくいじるところに、さらにその基準までいじるとなると、もう本当に、どうしていいかわかんない状況になってしまうのではないかと思いますので、しっかりしたシミュレーションのもとに、まずは50%、80%を維持して、そして経過を見ながら、そして必要な対応を今後とっていただくことについてはやぶさかでないし、

私自身も、実は入院料1・2と施設基準は同じなんですね。同じで、なぜ、1を取れば点数は高くなるわけですから、8割の方を集められる病棟があれば、そこにもっていくんでしょうけども、既に、もう、その、実は診療報酬上の差ができているところに、なんとか地域のためにも、ここの病床を維持しようということでも5割で維持してるところが、さらにこの医療区分が大きくいじって、さらにパーセントまでいじられるとなると、これは本当にもう、どうシミュレーションしていいかわからないことになるかと思います。今回に関しては、2をいじることに対しては明確に反対をさせていただきたいと思います。

それから、一方で、エビデンス。確かにエビデンスは重要かと思いますが、今、長島委員もおっしゃったように、この今、もともと、この絶対的適応でエビデンスっていうことになっていきますけど、

これはもちろんガイドラインとして示されてることで、これもきちんとした二層に分けて、胃瘻をやった群と、IVHをやった群と、そういうことができるような病態ではないので、

あくまでも、こういうことは学問的にこれが正しいということが大枠、皆さんが認められたことについてガイドラインになっていることで、それに少し追加の疾患、あるいは病態像があるということは事例報告としては挙げられると思いますので、それを挙げるということについてはやぶさかではありませんが、きちんとしたデータに基づいたエビデンスというのは、なかなか難しいということもご理解いただきたいと思います。

中心静脈栄養をしてるから長くなるってありますけど、削ぎ落としていって、結局、絶対的適応がだんだん患者さんが残ってくる。その方にとっては、中心静脈栄養ってのは唯一の栄養ルートなんですね。これをとめれば、もう「死ね」っていうことになるので、そこは長期になることは、それがだんだん溜まっていくことは、ある程度、この超高齢社会の中には、やむを得ない部分もあるかということもご理解いただきたい。

それから、感染が起こるからうんぬんとありますけど、感染に関しては、今、PICCカテーテルっていうのができて、これ、中心静脈栄養でも腕から入れてることによって感染がぐっと低いというデータもガイドラインに出ています。そういうこと。

それから、ルート感染であれば、私も何度も経験するけど、もう、いきなりポンと熱が9度ぐらい上がります。ルートがわかるとすぐ抜いて、1、2日、様子見て、落ち着いたらもう入れ替えることで、また半年、1年、もちます。昔は3カ月、4カ月でルート感染を起こすことがありましたけど、非常に材料も良くなって清潔、不潔の対応も良くなっているせいか、非常に感染、ルートに関する感染に関しては非常に良くなっています。

一方で、PEG。じゃあ、何もないかって言うと、PEGの周囲に不良肉芽ができてきたりして外科的処置をしなければいけなくなったり、あるいは、そこで感染を起こして膿が出てきたり、結局、PEGも抜かなきゃいけなくなったり、こういう感染の機会も長期になればなるほど出てきますので、一概に中心静脈栄養は駄目で、PEGはマルということではないということも、ちょっとご紹介し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）

はい、ありがとうございました。江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい。療養病棟入院基本料の話がありました。医療区分についてだと思いますけれども、医療区分2・3に該当しない方が何も治療していないわけではなくて、全て介護施設で受け止められる方で、というのはよく誤解を受けることだと思います。

医療区分2・3は発熱を伴うとか、嘔吐を伴うとか、あるいは医療区分に該当する期間も限定がされていて、その間についての医療区分ということになっておりまして、じゃ、発熱や嘔吐を伴わない、いろいろ、こういった医療区分2・3の病態が、じゃ、介護施設でできるかと言うと、到底そうではないということをご理解をいただきたいというふうに思います。

それから、もう1点。リハビリテーションにつきまして、療養病棟のリハビリテーションをされている患者さんは、もう回復期リハの算定期間を、おそらくとっくに、とうに超えた方が多くて、いわゆる慢性期で、例えば感染症でADLがドーンと落ちて、廃用機能を、廃用症候群を防止するとか、あるいは長きにわたる摂食嚥下のリハを行うとか、そういった方が多いので、おそらく回復期リハの患者さんとは、かなり状態像が違うというのは想像できるかと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。先ほど長島委員から、看護の立場から専門的なご意見を伺いたいというふうなご要望がございましたので、木澤専門委員、よろしくお願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい、ありがとうございます。療養病棟入院基本料についての1つ目の論点にあります医療法施行規則における経過措置については予定どおり進めていただければと思います。

一方で、療養病棟においても医療の必要性が高まっており、人工呼吸器管理や気管切開等を受けている中で、夜間も頻回な看護ケアが必要とされている状況にあります。

療養病棟の配置基準としては、看護職員 20 対 1 以上、看護補助者 20 対 1 以上となっておりますが、基準よりも手厚い配置が必要な状況であり、

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）					中医協 総-3 5. 11. 16		
○ 40床あたりの看護補助者の数は、入院料別にその人数や比率が異なるものの、いずれの入院料においても看護補助者を一定数配置している。							
■ 入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（常勤換算数）（40床あたり）							
入院料グループ	回答施設数	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）				介護福祉士	
		全職員	看護職員	看護補助者			
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45		0.30	
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09		0.35	
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68		0.51	
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	443	33.88	27.95	2.76		0.01	
専門病院入院基本料（7対1）	25	24.01	21.48	1.98		0.00	
小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く）	79	39.92	34.27	2.14		0.05	
地域一般入院料1~2	37	30.95	19.22	5.80		0.65	
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38		1.11	
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03		1.53	
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48		1.49	
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35		1.61	
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60		0.00	
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12		3.53	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14		3.86	
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60		3.02	
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28		2.81	
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34		2.16	
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80		1.00	
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49		3.44	
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31		3.18	

注)20床以下の病棟は除いて集計している

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

資料の 14 ページを見ましても、実際に看護職員を多く必要としている状況がわかります。

日本看護協会の調査結果でも、患者特性や医療提供状況等に応じて 13 対 1 や 15 対 1 程度に配置している療養病棟が多い状況でした。

療養病棟においては、在宅移行支援やターミナル機能、意思決定支援等、多くの役割が求められております。今後、さらなる特定行為研修修了看護師の活躍も求められている場でもあります。

療養病棟において、看護職と看護補助者が協働しながら、必要な看護ケアを安全・安心に提供できる環境の整備が必要と考えております。私からは以上となります。

○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。ほかに、ご質問、ご意見ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。はい。それでは、ほかに、ご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいた議論、ご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

本日も非常に重要な案件が並んでおりますので、ここで休憩を挟みたいと思います。

5分間？

○厚労省担当者

厚生労働省事務局でございます。ただいまから約5分間、休憩に入ります。10時55分めどで再開いたします。

▼ **休憩 10:50 ~ 10:57**