

## 質 疑

## 入院（その10）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、よろしく  
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。108 ページの論点についてコメントします。まず「一般  
病棟用の重症度、医療・看護必要度等について」です。

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について）

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重  
症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態  
等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

今回の重症度、医療・看護必要度の見直しは、より機械的に判定される仕組みに  
なっている印象であり、現場では重症者として捉えている患者さんを適切に拾い上  
げることができない可能性が危惧されます。

例えば、救急搬送後の入院については、医療資源の投入量のみを尺度として、評  
価日数を現行の5日から1日あるいは2日に短縮することが提案されていますが、  
12月22日の入院（その9）でも指摘したとおり、医療資源投入量のみでは医学的  
な実態や現場の評価と合致するような重症度を把握できないことも想定されます。

また、7対1病棟におけるB項目の削除や、評価の対象となる診療行為を必要度  
Ⅱの項目に限定することなども現場における判断の裁量を狭め、実際の重症度の評  
価と乖離してしまうことも懸念されます。

また、今回の資料では、現行の施設基準を満たさない医療機関が一定割合あることが示されておりますが、この中にはコロナ特例等で救済されている医療機関が一定程度あると想定されます。

こうしたことを踏まえれば、項目の見直しについては、今回のシミュレーションで示されている見直し案の中で、最も影響が少ない「案4」よりも、さらに影響が少ない見直し案も含めて検討すべきであり、平均在院日数については、現行の18日から変更すべきではありません。

また、該当患者割合に係る判断基準についても相当、慎重に検討しなければ、これまでの改定とは次元が異なる深刻な打撃を急性期病棟に与えることが憂慮されます。

特に、許可病床数200床未満の急性期一般入院料については基準の見直しがより大きく影響しますので、十分な配慮が必要であると考えます。

次に、「特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について」です。

- (特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について)
- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し及び入室日のSOFAスコアと組み合わせた評価を行う上での判定基準についてどのように考えるか。
  - ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者割合の在り方の見直し並びにレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

まず、特定集中治療室については、これまでも繰り返し主張してきたことですが、入院日当日のSOFAスコアの活用はICUの実態に合わない可能性もありますので、初めての導入となる今回改定では、できるだけSOFAスコアの影響が大きくならないようにするのが賢明な判断であると思います。

また、重症度、医療・看護必要度の判定基準についても、コロナ禍において集中治療室が足りないという議論があったことを思い起こせば、今回改定で絞り込みを図るようなことはすべきではないと考えます。

次に、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目や該当患者割合のあり方の見直しについては、

**ハイケアユニット入院医療管理料2における判定基準の見直し（案）**

**該当患者割合が各判定基準の組み合わせを下回る医療機関の割合** 見直し後の基準(案)

現行：22.5%（判定基準：60%）n=40

見直し後（現行の重症度、医療・看護必要度の見直し）

		該当患者割合①										
		10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
該当患者割合②	60%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	61%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	62%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	63%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	64%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	65%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	66%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
	67%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%
	68%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%
	69%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%
70%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%	

見直し後（レセプト電算処理システムコードを用いた評価の場合）

		該当患者割合①										
		10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
該当患者割合②	60%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
	61%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
	62%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
	63%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
	64%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
	65%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%
	66%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%
	67%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%	-17.5%	-17.5%	-20.0%
	68%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%	-17.5%	-17.5%	-20.0%
	69%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%	-17.5%	-17.5%	-20.0%	-20.0%	-20.0%	-22.5%
70%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%	-20.0%	-20.0%	-20.0%	-22.5%	-22.5%	-22.5%	-25.0%	

出典：DPCデータ(令和3年1月～3月) ※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者が延べ30日以上以上の治療室のみ抽出。

**88**

86 ページで示されているように、現行の基準でも一定数の医療機関が基準を満たせてない状況になっていることを踏まえれば、大きな変更は不要であると思います。

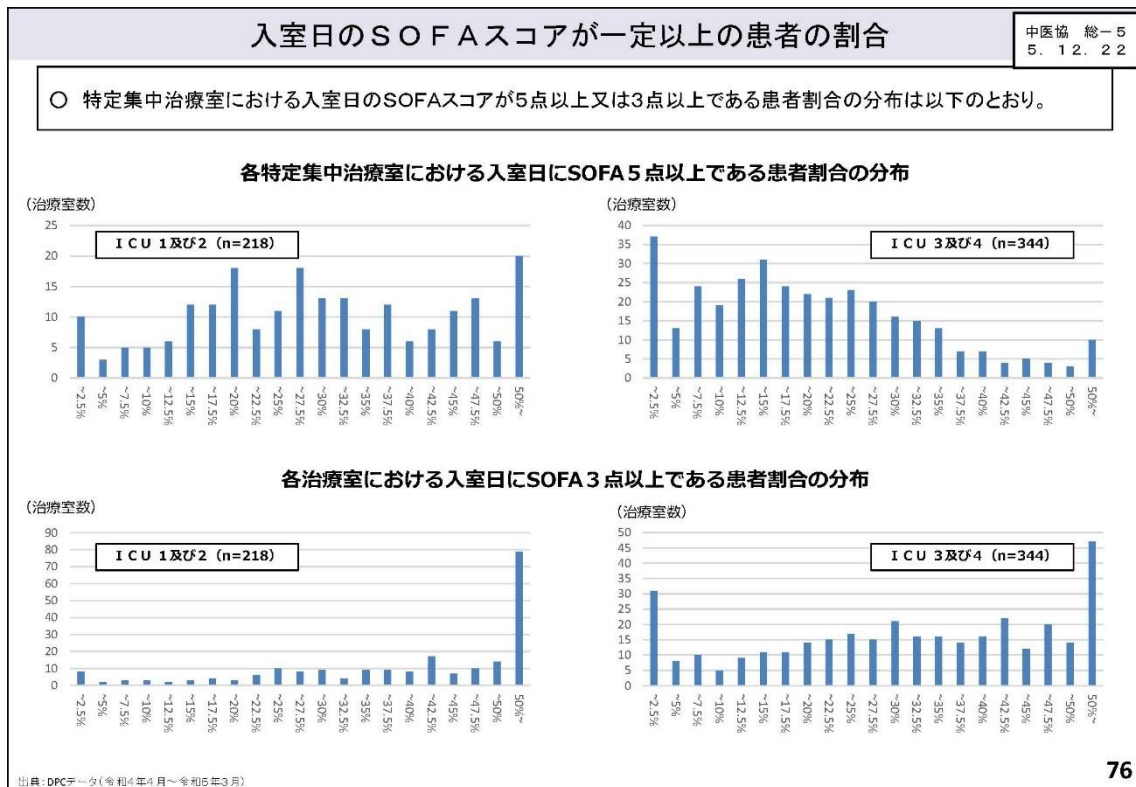
最後に、「レセプト電算処理システムコードを用いた測定の推進について」です。

(レセプト電算処理システムコードを用いた測定の推進について)

○ 業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、許可病床数200床未満の急性期一般入院料1及び許可病床数200床以上400床未満の急性期一般入院料2・3並びに特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4において重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とすることについてどのように考えるか。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの普及状況については資料9ページに示されておりますが、その結果も踏まえれば、許可病床数200床未満の急性期一般入院料については、必要度Ⅱを要件とするのは無理があると思います。

また、急性期4から6については、200床以上400床未満の医療機関であっても半数が必要度Iを採用しておりますので、こちらも要件化は慎重であるべきだと考えます。



特定集中治療室管理料や救命救急入院料2・4は、76ページを見ますと、一定数の医療機関が必要度Iを利用しておりますので、要件化するとしても適切な経過措置が必要であると考えます。

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の発言の機会を検討して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した。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。108 ページの論点に関して意見を述べる前に、12月22日の中医協総会において指摘いたしました。入院医療において非常に大きな部分を占める医療資源である人的資源、医療資源の投入量に関する分析が今回も全く行われることなく、ただ機械的にシミュレーションの結果が示され、議論が求められているということに関して、非常に残念に思います。

入院基本料は病院医療における基幹的な点数です。それが全く、病棟における患者ケアに必要な人的資源を含む必要な資源の投入量の分析なく、その基幹的な点数を決定する重症度、医療・看護必要度を見直し、また、その判定基準を見直すことは、地域の入院医療提供体制に非常に大きな影響を与え、地域における病院医療提供体制に取り返しのつかない影響を及ぼす可能性があることから、見直しそのものに、また特にB項目を入院基本料1の判定基準から削除することに関しても改めて反対いたします。

先日の医療経済実態調査の結果でもございましたが、多くの日本の病院は医業損益が赤字の中で厳しい運営をしております。今回の実調では、民間の医療法人病院ですら、2期連続の医業損益の赤字でした。

実調の結果を、一時的なコロナ補助金を加えて評価すべきか、加えないべきかに関して、1号側・2号側で意見が分かれてきましたが、補助金のなくなった10月以降、急性期医療を提供している多くの病院が非常に厳しい経営状況に陥っていることは事実であります。その状況の中で、今回の改定の重症度、医療・看護必要度の見直しにより、さらに大きな影響を受けることとなります。

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について）

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

今回のシミュレーション結果は、それら急性期病院の根幹である入院料の算定要件を厳しくし、一部の病院の更なる減収につながる制度変更となります。



医療保険財政の持続可能性に配慮しながらも、医療提供体制の持続可能性の重要性に関して意見させていただくと、中医協に加わらせていただいた冒頭にご挨拶させていただきましたが、

現在、ギリギリで維持されている地域の病院医療が今回の見直しにより維持できなくなり、医療提供を断念せざるを得ない病院が続出する可能性を強く危惧いたします。

われわれ医師は、患者の治療を考える場合、どこまでの侵襲的な治療なら患者が耐えられるか。治療薬の副作用に耐えられるかを考え、治療法を決定いたします。

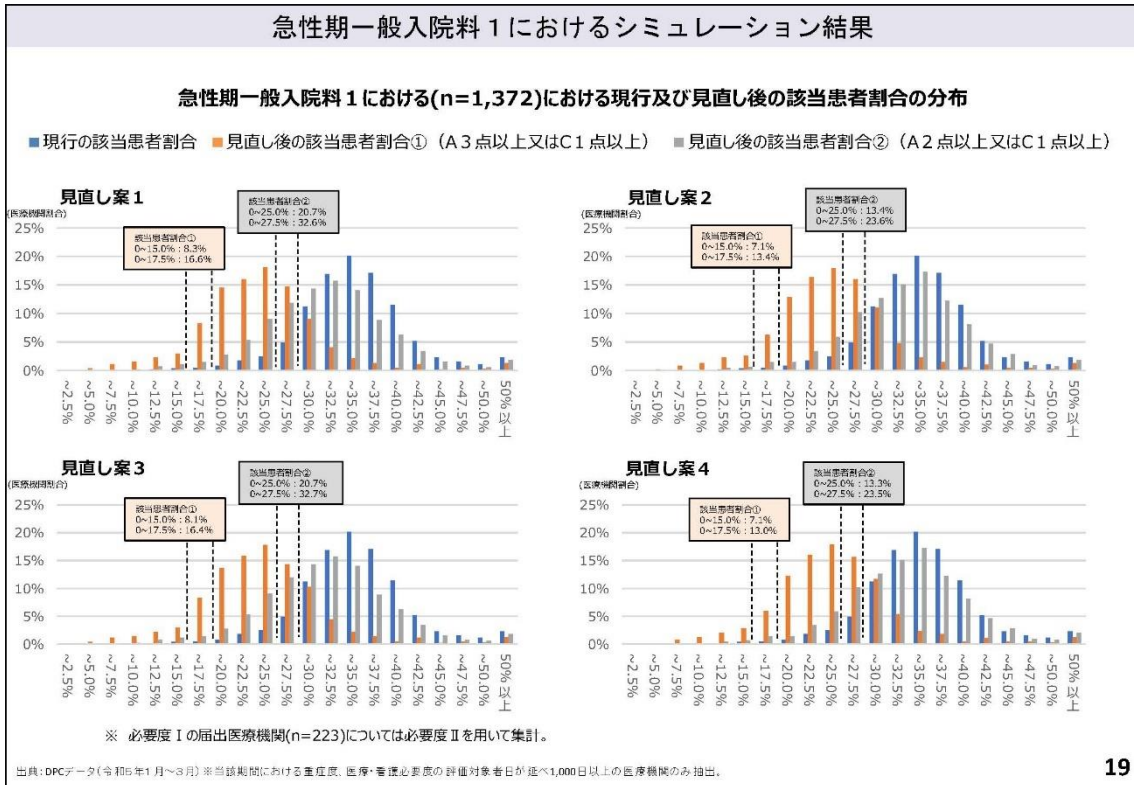
中医協において検討している診療報酬、算定要件の変更も同じ面があると思えます。医療体制を求められる方向に改善していくために制度を変更していくわけですが、人的資源必要量、人的コストの必要量を評価することなく、ただ医療密度の濃淡だけで入院医療の根幹である入院基本料を決定した場合に、本当に地域の医療機関は各病院の機能に必要な適切な医療を提供し続けることができるという、そういう分析はどこにも出されておられません。

今回、シミュレーションで示されている案1から案4、また、その判断基準のAからD案、影響の重軽はございますが、どれも病院医療にとって非常に厳しい内容です。

先ほど長島先生からもありましたが、より影響の少ない案を検討していくべきであると思えます。

10月以降、新型コロナウイルス感染症対応に際して、与えられていた重症度、医療・看護必要度の算定に関する特例が撤廃されました。その後、現段階でも多くの病院が重症度、医療・看護必要度の維持が困難になっていると伺っています。2022年改定での心電図モニターの廃止は、それほど大きな影響を病院医療に与えています。

今回の資料19ページにおきましても、青が現行の該当患者割合ですが、既に現在の割合を下回っている病院というものがかなり多くあるということが確認できます。本改定で項目を見直し、判定基準をさらに厳しくする必要があるのか、慎重に考えるべきだと思います。



また、仮にどうしても見直しを行わなければならない場合でも、地域の医療提供体制の持続可能性を確保する観点から、病院の運営に最大限、影響が生じないような配慮をすることを強く求めたいと思います。

平均在院日数に関しても同様の理由により、短縮化には極めて慎重に対応すべきであるというふうに考えます。

- (特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について)
- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し及び入室日のSOFAスコアと組み合わせた評価を行う上での判定基準についてどのように考えるか。
  - ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者割合の在り方の見直し並びにレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

特定集中治療室、ハイケアユニットに関してですが、これらユニット入院料に関しても、12月22日の総会において、たとえ変更したとしても現在の多くの治療室が基準を満たすことが必要だと発言いたしました。

これらユニットは配置すべき看護師数が多く、看護師の確保が困難な中、無駄に治療室を設定し、人的資源を配置している病院はありません。

先のコロナ禍において、これらユニット病床数が諸外国と比較し相対的に少ないことが日本医療の問題だという指摘もなされました。そのような中、今回のシミュレーション結果では、さらに要件を厳しくし、ユニット病床数を減少させる変更案となっています。現場の病院運営、病棟運営が影響を受けるような変更は行うべきではないというふうに思います。

また、変更を行うとしても、現行の大多数のユニットが要件を満たす水準に基準を設定すべきであると考えます。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した。はい。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。私も論点に沿って少しコメントさせていただきたいと思います。

まずこの論点に入る前に、先ほど「総一2」で医療従事者の処遇改善、賃金上昇ということで、いろんな手立てで努力をしていただいて、ある程度、方向性が見えたかと思います。

これを見て、特に病院等の医療機関の方々は何とかして、しっかり、これを賃金上昇に結びつけようという意欲が湧くような内容であったかと思いますが、

一方で、この、そのあと、「総一4」、この、見ると、そもそも、その病院の根幹に関わる病床の施設基準等々が大きく変わってしまう、変えなきゃいけないってしまうような施設基準の提案がなされていることを考えると、

今、長島委員、太田委員もおっしゃったように、このままでいくと、例えば、7対1病床廃止だけでない、10対1に落とさなきゃいけないってことを考えた上で、



それでも、なおかつ医療従事者には 2.5、2%の賃金上昇をするということが果たして病院として考えられるだろうか。

いわゆる、アクセルとブレーキを同時に踏むことになるんですね。アクセルとブレーキ、同時に踏んだら両方の効果がなくなります。アクセルの効果も抑えるし、ブレーキの効果もなくなるということになるので、その辺は、そういう意味では、より慎重にというか、

やっぱり、まず今、一番しなきゃいけないことは、おそらく医療従事者に対する処遇改善で、一般従事者と同様に近い賃金上昇して働く意欲を増してもらうことが一番だと思う。

まず、それをやってから、そして、それから徐々に機能分化等々も、もちろん同時並行しなきゃいけないけど、ありますけども、それを同時に踏んでいいことは決まてないと思うんで、

そういう意味では、皆さんおっしゃった、2号側がおっしゃってるように、急性期で言えば「案4」以下の、さらに緩めた、ある程度、ほとんどの方が一応それで乗っていけるような、そういうところに、案にもっていくしかないんじゃないか。

あるいは、十分な経過措置。極論を言えば、この1期2年は飛ばすような、2年の経過措置をおくるぐらいのつもりで徐々に様子を見ながらやっていかないと、「総一2」でやっていこうとする医療従事者に対する賃金上昇すら、できなくなってしまう医療機関が続出する。それに対して不公平感が非常に出てくる。それをすごく危惧するところでございます。

実調でもありましたように、令和5年度の推計値ではありますが、病院全体として10%の赤字という、今のままでも赤字というところで、さらに厳しくなって、さらに、それを、赤字が増えるような所が続出するようでは、本当に日本の医療提供体制、特に入院医療提供体制については、かなり厳しい状況が考えるんじゃないかと思うので、その辺を含めて十分に慎重に慎重に、ご検討いただきたいなと思っています。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。はい。それでは、よろしいですか。はい。それでは、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。まず入院基本料等のあり方につきましては、最適な入院医療体制を構築するために極めて重要なテーマであるというふうに考えております。

2号側のご意見も同様の認識に立ったものと受け止めますけども、患者の状態や医療資源投入量に応じた評価について、エビデンスに基づいて判断することが求められており、それが不可欠でございます。

分科会における技術的な検討の結果を尊重しつつ、事務局から提示されたシミュレーションを踏まえ、病床機能の分化や強化を着実に推進すべきだということは、まず総論として強く主張いたします。それでは、論点に沿ってコメントいたします。

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について）

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

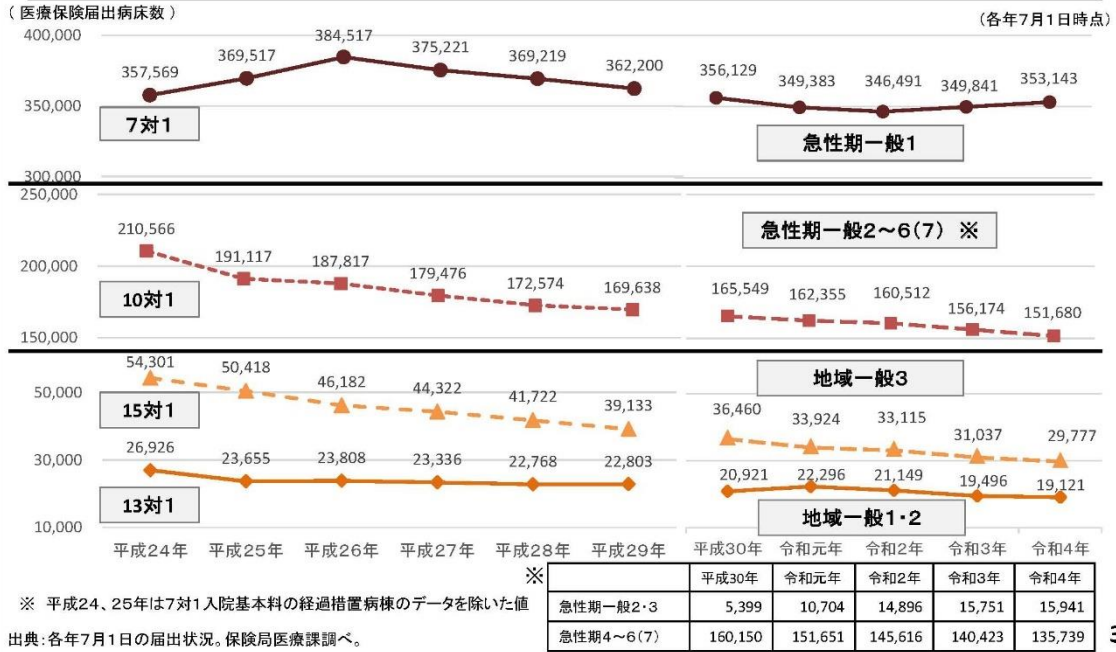
まず、1点目の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について」でございますが、急性期医療のニーズをより精緻に反映する観点から、10ページに示されております項目の見直しを確実にを行い、それを前提として病床再編につなげる判定基準を設定すべきだと考えております。

特に急性期一般入院料1につきましては、資料の3ページ、4ページを拝見いたしますと、病床数自体が近年増加しており、限られた医療資源を集中的に投入するためにも、7対1病床は重点化すべきです。

### 入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

中医協 総-4  
5. 7. 5

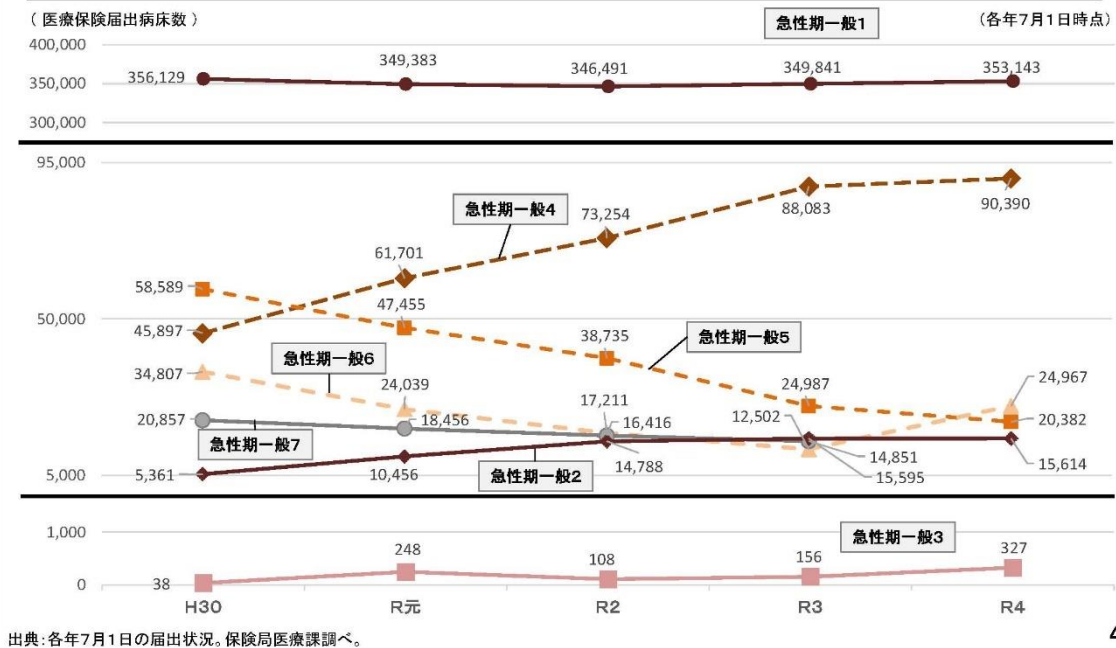
- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。



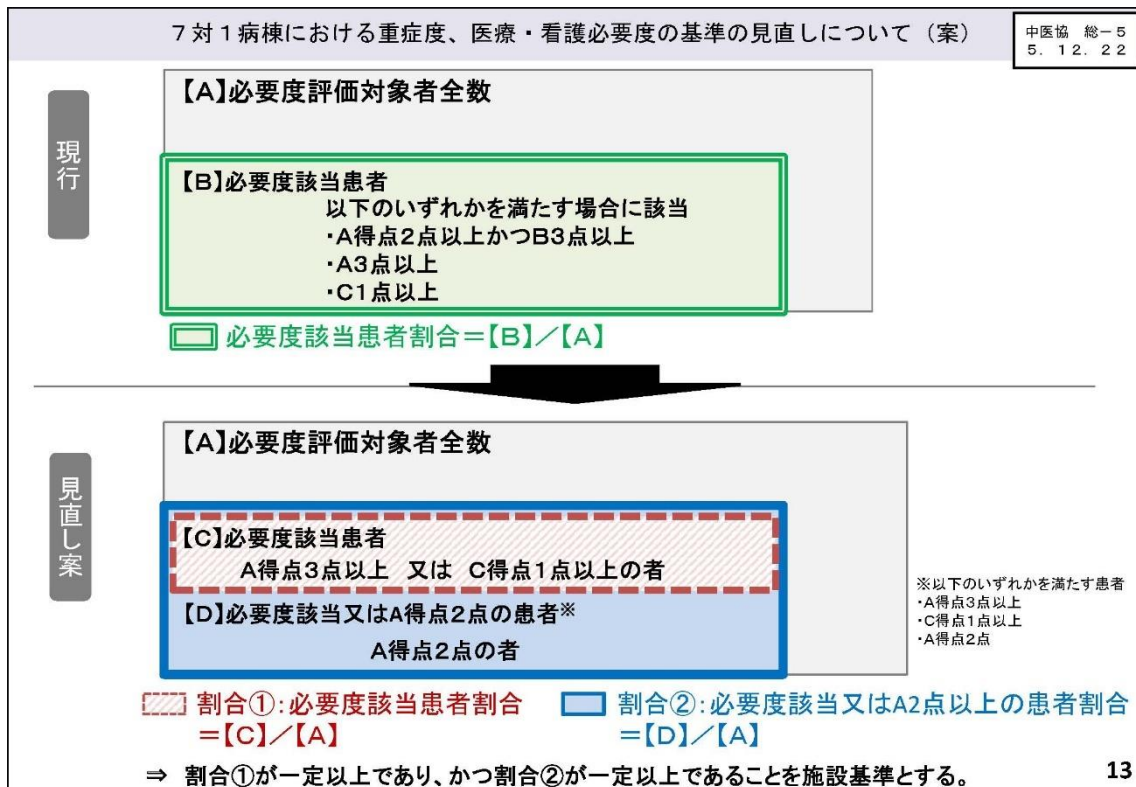
### 入院料別の病床数の推移（急性期一般入院基本料）

中医協 総-4  
5. 7. 5

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料5が減少傾向にあるが、急性期一般入院料4は増加傾向である。



その際、13 ページにありますとおり、2種類の患者割合を組み合わせた施設基準を設定することを踏まえれば、どちらかを最初にある程度、絞った上で、もう片方を調整するということが考えられます。



見直し案

**【A】必要度評価対象者全数**

**【C】必要度該当患者**  
A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

**【D】必要度該当又はA得点2点の患者\***  
A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者

- ・A得点3点以上
- ・C得点1点以上
- ・A得点2点

▨ 割合①: 必要度該当患者割合 =  $【C】 / 【A】$

□ 割合②: 必要度該当又はA2点以上の患者割合 =  $【D】 / 【A】$

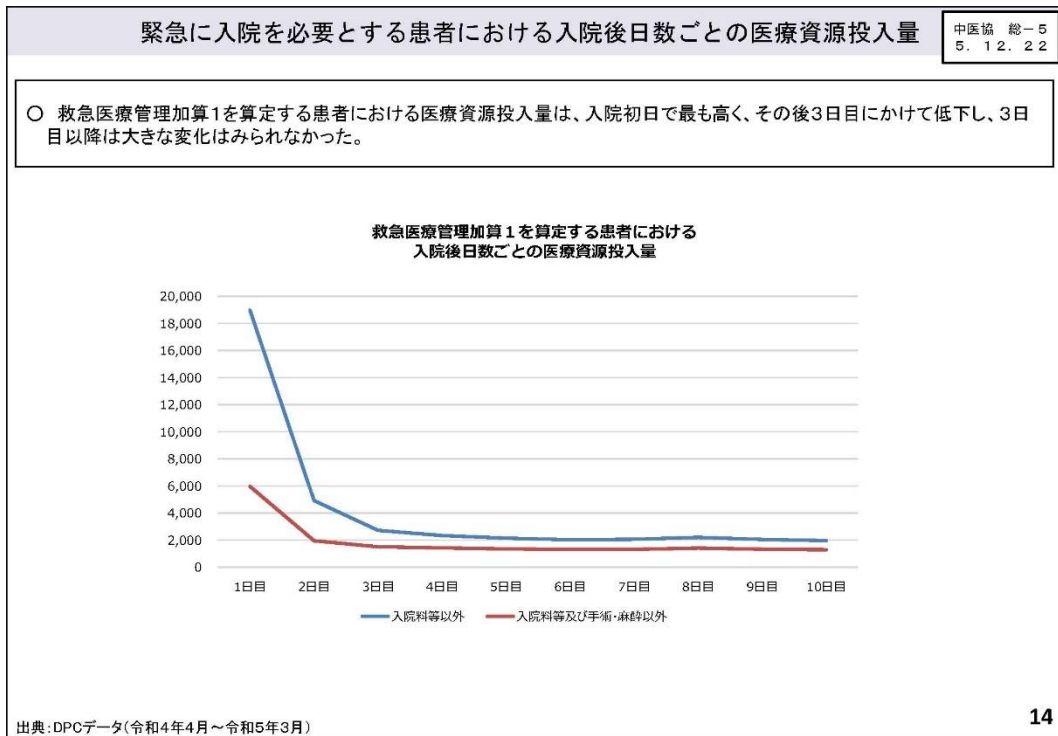
⇒ 割合①が一定以上であり、かつ割合②が一定以上であることを施設基準とする。

このうち、患者割合の②については、「A 2点以上」または「C 1点以上」ということですので、従来の基準である「A 2点」かつ「B 3点以上」に該当しない患者。

例えば、「A 2点」かつ、Bが0点から2点等も含まれておりますので、基準自身は緩和されることとなります。

そもそも令和4年度改定においては、急性期一般1の必要度Ⅱの該当患者割合が29%から28%に変更された背景につきましては、コロナ禍を踏まえた地域医療への配慮があったものと理解しておりますが、

今回は平時を前提とした改定ですので、入院料1における必要度Ⅱの患者割合②は29%とすることを提案いたします。



また、見直し案の1から4の選択につきましては、資料の14ページを見てみますと、入院1日目から2日目にかけて、医療資源投入量が非常に大きく落ち込んでおります。

**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて (案)**

中医協 総-5  
5. 12. 22

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目	変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7: 救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
1-2		評価日数を2日とする。		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
2-1	A-1: 創傷処置	必要度IIにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。同時に、「軽度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	<input type="radio"/>			
3-1	A-2: 呼吸ケア	必要度IIにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	<input type="radio"/>			
4-1	A-3: 注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	<input type="radio"/>			
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	<input type="radio"/>			
5-1	A-6①: 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	<input type="radio"/>			
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

したがいまして、11ページの表の一番上にございます緊急入院についても評価日数を1日とする案の1、もしくは3を支持するものでございます。



(参考) 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果 (見直し案 1)

見直し案 1

- ・ A-7: 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、評価日数を 1 日に変更
- ・ A-6①: 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) について、入院使用割合が 60% 未満のものは対象薬剤から除外
- ・ その他案 1 ~ 案 4 共通の見直し

基準を満たす医療機関の割合の増減 ※現行: 95.5% (1310/1372)

見直し案 1	重症度、医療・看護必要度該当患者割合										
	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
20.0%	+0.8%	+0.8%	+0.5%	+0.4%	-0.4%	-1.1%	-2.0%	-3.2%	-5.0%	-8.1%	-12.2%
21.0%	-0.4%	-0.4%	-0.6%	-0.6%	-0.9%	-1.5%	-2.3%	-3.4%	-5.2%	-8.1%	-12.2%
22.0%	-1.5%	-1.5%	-1.5%	-1.5%	-1.6%	-1.9%	-2.6%	-3.6%	-5.2%	-8.1%	-12.2%
23.0%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.4%	-2.6%	-3.0%	-3.9%	-5.4%	-8.2%	-12.2%
24.0%	-4.4%	-4.4%	-4.4%	-4.4%	-4.4%	-4.7%	-4.9%	-5.5%	-6.6%	-8.7%	-12.6%
25.0%	-7.3%	-7.3%	-7.3%	-7.3%	-7.4%	-7.5%	-7.6%	-8.0%	-8.5%	-9.9%	-13.3%
26.0%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.4%	-10.6%	-10.6%	-10.9%	-11.1%	-12.0%	-14.6%
27.0%	-14.0%	-14.0%	-14.0%	-14.0%	-14.1%	-14.1%	-14.1%	-14.4%	-14.5%	-15.0%	-16.8%
28.0%	-19.3%	-19.3%	-19.3%	-19.3%	-19.4%	-19.5%	-19.5%	-19.7%	-19.8%	-20.0%	-20.8%
29.0%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.9%	-24.0%	-24.0%	-24.2%	-24.3%	-24.3%	-24.8%
30.0%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.3%	-28.4%	-28.4%	-28.5%	-28.5%	-28.5%	-28.9%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

※ 注: DPCデータ(令和2年1月~3月) ※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者が1,000以上の医療機関のみ抽出。

24

(参考) 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果 (見直し案 3)

見直し案 3

- ・ A-7: 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、評価日数を 1 日に変更
- ・ A-6①: 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) について、入院使用割合が 60% 未満のものは対象薬剤から除外した上で、評価を 3 点に変更
- ・ その他案 1 ~ 案 4 共通の見直し

基準を満たす医療機関の割合の増減 ※現行: 95.5% (1310/1372)

見直し案 1	重症度、医療・看護必要度該当患者割合										
	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
20.0%	+0.9%	+0.9%	+0.6%	+0.4%	-0.1%	-0.9%	-1.8%	-3.1%	-4.7%	-7.6%	-11.9%
21.0%	-0.3%	-0.3%	-0.5%	-0.5%	-0.8%	-1.2%	-2.0%	-3.3%	-4.9%	-7.6%	-11.9%
22.0%	-1.4%	-1.4%	-1.4%	-1.4%	-1.5%	-1.7%	-2.4%	-3.5%	-5.0%	-7.6%	-11.9%
23.0%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.4%	-2.9%	-3.8%	-5.2%	-7.7%	-12.0%
24.0%	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.4%	-4.8%	-5.3%	-6.3%	-8.2%	-12.3%
25.0%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.3%	-7.5%	-7.9%	-8.3%	-9.5%	-13.0%
26.0%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.5%	-10.9%	-10.9%	-11.6%	-14.3%
27.0%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-14.0%	-14.1%	-14.4%	-14.4%	-14.7%	-16.5%
28.0%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.3%	-19.4%	-19.6%	-19.6%	-19.7%	-20.6%
29.0%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.9%	-24.1%	-24.1%	-24.2%	-24.6%
30.0%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.3%	-28.4%	-28.5%	-28.5%	-28.5%	-28.8%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

※ 注: DPCデータ(令和2年1月~3月) ※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者が1,000以上の医療機関のみ抽出。

26

その上で、該当患者割合①の「A 3 点以上」または「C 1 点以上」の患者割合については、24 ページの「見直し案 1」や、26 ページの「見直し案 3」のシミュレーション結果を見ますと、14%から 16%あたりが境界ではないかという印象を持っております。

続きまして、急性期一般入院料1に関する2つ目の論点であります平均在院日数については、54ページ以降を見てもみますと、平均12日から14日の「区分2」と、15日以上「区分3」で、病床機能や手術の実績等が異なっております。

また、64ページ以降にありますとおり、15日を超えますと、実質的には医療資源投入量が入院料2や入院料4と大きく変わっておりません。したがって、入院料1の平均在院日数の基準は14日とすべきと考えております。

(特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について)

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し及び入室日のSOFAスコアと組み合わせた評価を行う上での判定基準についてどのように考えるか。
- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者割合の在り方の見直し並びにレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

次に、ICUとHCUの必要度につきましては、いずれも事務局案を支持するものでございます。

まず、ICUは重症な患者を集中的に治療することが本来の役割であり、SOFAスコアを指標として組み合わせるべきと考えます。

その上で、資料を見てもみますと、「見直し案1」の場合には、現行の必要度より1割程度、高い値となりますが、管理料1・2の必要度Ⅱの基準を現行の7割から8割に引き上げることは妥当と思えます。

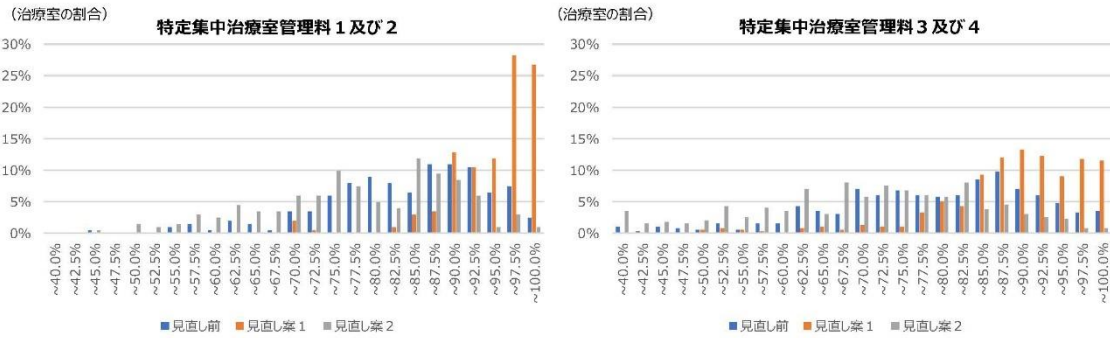
また、「見直し案2」の場合にも、79ページ等を見てもみますと、逆に1割程度、低い値となりますので、こちらも事務局案のとおり、60%ということで支持したいと考えます。

また、HCUにつきましては、69ページにありますとおり、届出数が増加傾向にあり、重点化が必要だと考えております。シミュレーション結果から、事務局案のとおり進めることで一定の集約化が期待できます。

また、レセプト電算処理システムコードを用いた場合でも同程度の値になるということですので、必要度Ⅱの導入も進めていただきたいと思います。

特定集中治療室管理料におけるシミュレーション結果

特定集中治療室管理料における現行及び見直し後の該当患者割合の分布



	平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
特定集中治療室管理料 1及び2 (n=202)	現行	82.7%	69.3%	74.9%	77.9%	80.9%	84.1%	86.8%	88.9%	91.5%
	見直し案 1	93.6%	87.2%	89.3%	91.9%	94.2%	95.5%	96.5%	97.3%	98.2%
	見直し案 2	76.7%	59.8%	66.5%	71.0%	74.5%	77.2%	82.5%	84.7%	87.4%
特定集中治療室管理料 3及び4 (n=399)	現行	77.8%	60.7%	67.6%	71.5%	75.3%	79.8%	83.3%	85.9%	89.5%
	見直し案 1	87.7%	77.2%	82.5%	85.1%	87.1%	89.1%	91.0%	93.3%	95.6%
	見直し案 2	69.3%	49.5%	56.8%	61.9%	66.7%	70.5%	74.5%	78.6%	81.8%

※ 必要度 I の届出治療室(ICU1,2のうち55、ICU3,4のうち80の治療室)についても必要度 II を用いて集計。

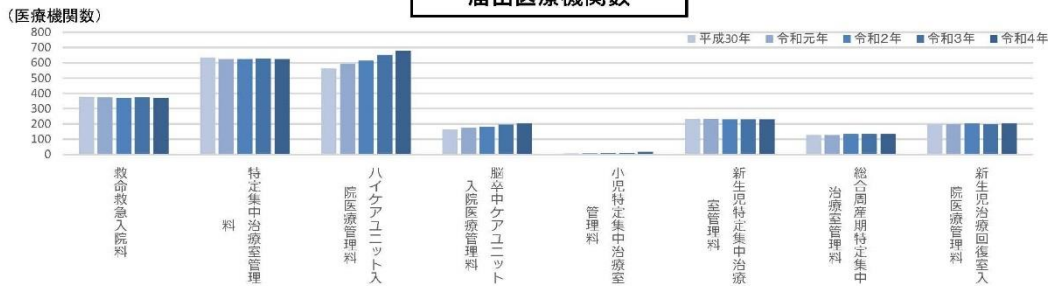
出典: DPCデータ(令和5年1月~3月) ※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者が延べ50日以上の治療室のみ抽出。

救命救急入院料等の届出状況

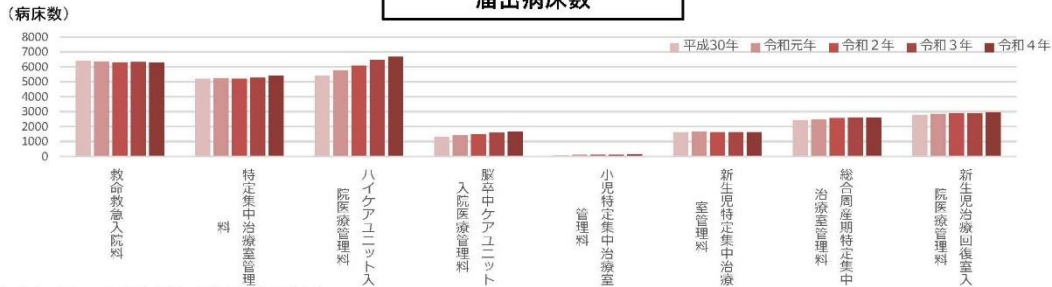
診調組 入-1  
5. 8. 10

- 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

届出医療機関数



届出病床数



出典: 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

(レセプト電算処理システムコードを用いた測定の推進について)

- 業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、許可病床数200床未満の急性期一般入院料1及び許可病床数200床以上400床未満の急性期一般入院料2・3並びに特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4において重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とすることについてどのように考えるか。

最後の論点でございます。レセプト電算処理システムコードを用いた測定の要件化につきましては、測定業務の負担軽減と客観性を確保するという2つの観点から将来的に必要度Ⅱに統一するべきです。

今回の事務局案は、実態を踏まえても当然の対応だというふうに考えております。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す。はい、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）

はい、ありがとうございます。私も松本委員のご意見に賛同するものであります。

(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について)

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度については論点にありますとおり、急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価をし、機能分化・連携を進めていくこと、これが重要であるというふうに考えております。

その観点からは、参考資料にありますように、前回改定のように医療機関の行動変容が一定程度、起こるというふうに想定をされること。

また、高齢者救急向けの新類型が創設されるなど、今回の改定においても機能分化を一層促進すべきことを踏まえれば、少なくとも現行水準以上の基準を設定するということが必要ではないかというふうに考えております。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す。ほかは、はい。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）

はい、ありがとうございます。今回のシミュレーションの結果を受けまして、令和4年度にも改定をされたという、同じようにシミュレーションされて改定をされたということなのですが、思ったとおりの結果が出なかったというような形で、今回のまた議論になったというふうに理解をしております。

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について）

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

そういった意味では、やはり、ちょっと、松本委員のおっしゃるように「見直し案1」を進めるのが妥当かなというふうに思っておりますし、

また、平時と有事の分けっていうところもきちんと考えるべきではないかなあと。

何かとコロナの話が出てくるんですけども、やっぱりもう、平時の対応と有事の対応ってというのは別なところで議論をすべきかなというふうには思っております。以上です。



○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、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。108 ページの論点ですが、論点1つ目について、シミュレーションを踏まえた上で、機能分化に向けて適切な評価をする観点から、重症度、医療・看護必要度の項目や判定基準については見直す必要があると考えます。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、長島委員、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。エビデンスという観点からしますと、先ほど申し上げたとおり、医療資源投入量のみでは、医学的な実態とか現場の評価と乖離してしまう危険性が十分あること。

また、項目を変更することで実際の重症度の評価と乖離してしまうということで、エビデンスの観点からも、これは適切ではないと考えているというところです。

また、平時ということも、既に平時が変わっていると思っております。医療機関、病院の経営状況がさらに悪化し、コロナのダメージも深く残っている。既に平時が変わっていると。

したがって、これ以上、入院医療の提供を安定的・継続的に、もしも提供できなくなれば、これは何よりも地域住民にとって不利益になるという観点で、ぜひお考え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。ほかはいかがでしょうか。はい、茂松委員、お願いいたします。

### ○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

今、議論が進んでおりますけれども、今、進んでいるのは、治療についての点数を良くしていくようなことばかりで、患者さんの立場に立ったことが全然考えられていないと。

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について）

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

平均在院日数を短くすればするほどいいんだというふうな、海外のようなことになっておりますが、海外と日本の医療は全く違うことは今まで言ってきていることでありまして、患者さんにとって本当にどっちがいいのかということも考えながら議論していただきたいなあというふうに思います。

点数を良くすることばかりが本当に患者さんにとって良いのか。今の医療を見ますと、患者さんは「えー、もう治ってないのに、もう退院ですか」とかですね、そういうことがどんどん出てきてるんですよ、現場で。そのことを考えて、もう少し議論をしていただければなというふうには思っております。以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

本日、非常に多くのご意見も頂戴いたしましたが、ほかに、特に、あ、失礼いたしました。先ほど長島委員から、木澤専門委員のご発言も、というご要望がございましたので、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。重症度、医療・看護必要度、それから平均在院日数の基準の変更は看護業務への影響も大きいため、影響を十分に考慮していただきたいと思います。

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について）

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

ハイケアユニットにつきましては、特定集中治療室と揃える観点から、レセプト電算処理システムを用いた評価の導入もあろうかと思いますが、その際も影響の大きさを考えた上で進めていただきたいと思います。私からは以上でございます。

（特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し及び入室日のSOFAスコアと組み合わせた評価を行う上での判定基準についてどのように考えるか。
- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者割合の在り方の見直し並びにレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

### ○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。ほかはよろしいでしょうか。

はい。多くのご意見も頂戴いたしました。本件に係る質疑は、とりあえず、このあたりといたします。

事務局、よろしいですか。はい。本日いただいたご意見を踏まえて事務局におかれましては引き続き対応していただくようお願いいたします。