

質 疑

2. 平均在院日数、看護必要度について

特にほかにはご意見等ないようですので、続きまして、ローマ数字Ⅱ－４の「③急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し」、それから「④一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し」について。これらの項目につきまして、ご意見がございましたら、よろしくお願いたします。はい、松本委員、お願いたします。

○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、Ⅱ－４の③、ならびにⅡ－４の④につきまして、一括してコメントさせていただきます。

まず最初に総論といたしまして、入院医療の評価については、全般的に言えることですが、2025年を目前に控えた今回の改定では、人口減少と高齢化が進む中、地域医療構想に基づく病床再編の実態を踏まえれば、病床機能の分化・強化、連携を加速することが必要です。

特に急性期病床については、2022年度病床機能報告によれば、日本全体で必要病床数を2割程度、上回る想定であり、また地域ごとに見ても大半の構想区域で急性期病床が必要量より多い状況にあります。

人口構造や医療ニーズを踏まえれば、入院医療のあり方をこれまで以上に患者の状態と医療資源の投入量に見合った評価にすることが地域医療構想に沿った急性期病床の適切な集約につながるものと考えております。

それでは、見直しにつきまして具体的な意見を申し上げます。

まず、平均在院日数の要件につきましては、入院外来分科会で検討していただいたデータから、平均在院日数が14日以下と15日以上の医療機関群において、全身麻酔手術、救急搬送、認知症患者・要介護患者、入院医療とリハビリを除いた医療資源投入量、専門的な治療・処置等、多くの項目の状況に格差が見られます。

また、15日を超えますと、医療資源投入量が入院料の2、入院料の4と大きく変わらないこともわかっております。

したがいまして、入院料1の平均在院日数の基準は14日とすべきです。

次に、重症度、医療・看護必要度の評価項目でございますが、緊急入院後の評価を1日とし、抗悪性腫瘍薬の注射剤を従前どおり2点とすべきであり、これまでの議論のシミュレーション案で言いますと、「見直し案1」を提案いたします。

その理由としては、救急医療管理加算1を算定する患者の医療資源投入量が1日目から2日目にかけて急激に減少していること。また、抗がん剤の注射だけをもって「A3点」とすることは外来化学療法を推進する流れに逆行するためでございます。

続きまして、該当患者割合の①「A3点以上」又は「C1点以上」の基準につきましては、事務局の推計によりますと、B項目の廃止による該当患者割合の影響が、今年の12月22日の資料によりますとマイナス7.7%でございますので、現行の該当患者割合から8%を引いた20%が適当でございます。

最後に該当患者割合の②「A2点以上」又は「C1点以上」の基準につきましては、現行の28%が前回の改定で新型コロナの影響や地域医療への配慮を踏まえて200床未満への緩和措置をベースに設定されたものであり、平時に戻った今回は前回改定以前に立ち戻り、29%とすべきです。

「A2点以上」で基準を満たすということは、「B3点以上」を条件とする現行基準からの、ある意味、緩和であり、相応の該当患者割合は当然と考えます。

そもそも評価項目の見直しは患者の状態や医療資源投入量をより精緻に反映させるものであり、それによって基準を満たせなくなるから緩和するという発想は不適當ということも強く指摘させていただきます。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、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。私も一括して意見を申し上げます。1月10日に審議した入院（その10）のところで主張をいたしました。国民の生命と健康を守るという意味で非常に大切なことですので、改めて主張いたします。

まず、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、医療の現場で、重症者として治療され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。

また、7対1病棟におけるB項目の削除や、評価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、個々の患者さんの状態に応じた適切な医療を提供するために必要な現場の裁量を狭め、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。

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、その上で、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定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。

加えて、診療報酬は全国一律の評価となっており、大きな変更をすることで地域医療に非常に大きな悪影響を与える可能性があることを踏まえ、中医協は慎重の上にも慎重を重ねて判断する必要があるということです。

つまり、日本全体でマクロに見れば、あるいは平均値だけを見れば、今回の見直しで7対1の削減数がこの程度であれば問題ないというように思われるかもしれませんが、その削減される病床が地域の急性期医療の提供にとって致命的な損失になる可能性があることを深く重く受け止めていただく必要があります。

平均在院日数を短縮し、急性期病床を減らすということは、地域において手厚い入院医療を受ける機会が減り、受けられたとしても、短期間で退院・転院を余儀なくされるという事態が起こりうるということです。

その結果、質の高い急性期医療を必要とされる患者さん、特に急性期病棟に多く入院されている高齢の患者さんを中心に不便や不安を強いることが懸念されます。

以前から厳しい状態であった病院の運営は現在、今回手当される人件費上昇以外にも、光熱費などの物価高騰、コロナ禍のダメージの残存などがあり、さらに悪化し、限界と言える病院が数多く存在しております。以前の平時とは全く異なる状況です。

さらに、改定のたびに重ねてきた平均在院日数や重症度・必要度の厳格化により、病院側で対応できる余地はどんどん狭くなり、ほとんどない状態です。

したがって、今回の改定における平均在院日数の1日、1つの項目の見直し、当該患者割合の1%の違いによる影響は、前回改定とは比較して、ずっと大きく病院にのしかかり、死活問題に直結してしまいます。

地域住民の急性期入院医療をギリギリの低空飛行で支えてきた全国各地の病院へ、さらに重荷を背負わせて墜落させてはなりません。

また、地域の病院機能そのものが損なわれたり、大きく弱まることになれば、医療機能の分化や医療・介護の連携もその母体を失い、かえって進まなくなります。

これらの状況を鑑みて、2号側としては、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与するという健康保険の目的、および中医協の決定が地域医療に与える大きな影響、特に悪影響については、その決定をした者が責任を負うことになるということも踏まえて、中医協の責務として、国民の急性期医療に支障が生じるような決断をすべきではないと強く主張いたします。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す。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。私も長島委員からの発言に、趣旨として同じなんですけれども、私の言葉でも述べさせていただきたいというふうに思います。

私も何度も発言してまいりましたが、現在、重症度、医療・看護必要度というものは、急性期入院基本料に直接、紐付いており、この変更は医療機関の経営に大きな影響を及ぼします。

再度、主張しますが、見直しをするにしても、地域の医療提供を維持するためには、できる限り影響が大きくなる案、また、カットオフ値を設定すべきであります。

先日も発言しましたが、今回の医療経済実態調査の結果で示されたとおり、多くの日本の病院は医業損益が大きな赤字の中で厳しい運営をしております。民間の医療法人ですら2期連続、医業損益が赤字という結果でした。

実調の結果を一時的なコロナの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いましたが、昨年10月の補助金がなくなった以降、さらに地域の病院は厳しい経営状況に置かれています。医療を提供している多くの病院が赤字に陥っている状態です。

そもそも、過去、なぜ7対1の入院基本料の病床が減らなかったのでしょうか。それは地域で適切な病院医療を患者に提供するために現場が必要としていたからです。実際に医療従事者が必要な、すなわち、人手を要する患者が増加していたからです。

入院患者に占める高齢者の増加に関しては何度も指摘されています。病院の現場は年々、治療上、人手を要する患者が増えている中、なんとか医療提供を維持するために必要な人員を必死に確保してきました。そして、それに対応できる入院料算定を必死になって維持していく努力を行ってきました。

それが地域医療を守るために現場が行ってきたことであり、今までの改定でも地域の医療提供体制に大きな悪影響が生じることを避けてくることができました。

しかし、前回改定において心電図モニターが外されたことから、現在はかなり厳しい状況になっております。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。

その際、その後、多くの病院から「必要度の維持が困難になっている」という声を聞いております。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、もう既に与えています。

1月10日のシミュレーション結果の資料にも示されておりましたが、シミュレーション時点で既に4.5%の病院は現行の基準を満たしておりません。特に200床未満では10%の病院が既に基準を満たせなくなってきました。

今回、改定の中医協議論において、私は何度も病棟における人的資源の投入量に関しての分析を求めてきましたが、結局、資料は提出されることはなく、議論に至りませんでした。

現場が求めている病棟運営を維持する診療報酬上の仕組みが全く検討されないまま、入院基本料に直結する重症度、医療・看護必要度の厳格化が進められようとしています。この見直しにより、地域の医療現場では求められる医療提供を継続できない病院も出てくることを強く危惧いたします。

見直しにおいては、地域の入院医療提供体制の維持に、できる限り大きな影響を与えないよう、地域における病院医療提供体制に取り返しのつかない結果を及ぼさないよう、できる限り影響が大きくなる案、また、カットオフ値を設定すべきだと再度、強く主張いたします。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した。ほかにご意見は。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、ありがとうございます。私も私の言葉で今、長島委員、太田委員がおっしゃった点と同じ内容になるかと思えますけども、意見、コメントさせていただきませぬ。

まず、今回の改定の1丁目1番地、基本方針というのは医療部会・医療保険部会から示されたように、あくまでも医療従事者の人材確保、賃上げに向けた取組ということ、これについては、おそらく1号側も2号側も異論がないところであったと思います。現に冒頭の議論では、それについては一定程度のご理解をいただいたかと思えます。

そもそも、でも、医療従事者の賃金を上げられるための0.88、あるいは、0.25、28の加算ということがあっても、ベースの収入が担保された上での加算であって、そのベースの基本的な収入が明らかに減額される状況で、医療従事者の給与を上げろと言っても、とても無理。具体的に言えば、一般の企業で職員の給与を上げろ上げろと言って、じゃあ、一方で定価を下げなさいと言って、それが成り立つかという。基本的に考えていただければよくわかりだと思えますが、これは、今、特に急性期病院に対する、この案、1号側が示す案では、とてもじゃないけど、経営判断だけで維持できるものでは決してありません。

基本的には、やはり私も太田委員がおっしゃったように、今、長島委員もおっしゃったように、今、一番大事なことをやり遂げるためには、基本的にはいじるべきではない。入院、平均在院日数にしても、重症度、医療・看護必要度にしても、いじらなくて、まずきちんと職員に給与が上がる、アップできるということを担保できる状況に持っていった上で、いろんな改革をしなきゃいけないんじゃないかと思えます。

そういう意味では、私も基本は現状維持。あるいは、どうしても変えなきゃいけないのであれば、案4以下の、さらに緩い緩和にしなければいけないし、その激変緩和しなかったら、本当に今、病院の経営者は頭を抱えている中で、もう奈落の底に落とすようなことになるんじゃないかと本当に感じています。

しかも、今、この中医協で、この判断をすることによって、じゃあ、その、実際に、そういう、なったときに、誰が責任を取るかって、やっぱり中医協委員、われわれ2号側だけではなくて1号側も、そして公益側も合わせた中医協としての判断で、そういうことに陥ったということの責任を取らなきゃいけないということも考えれば、当然、激変緩和をしなきゃいけないことですし、そういう意味で、何が一番大事かということ、もう一度、考えていただいて、そして、今後の判断をしていただきたいなと思っています。

前日も言いましたように、賃金を上げるためのアクセルを踏みながら、一方で、急ブレーキをかけるようなことをしては全く意味がないのではないかと思っていますので、ぜひその辺をお考えいただければと思います。ありがとうございました。

○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。ほかはいかがでしょう。はい佐保委員、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。先ほど松本委員が発言したとおり、病床機能の分化・強化を進めていくということは必要でございます。患者の状態と医療資源投入量に見合った評価に見直しすべきというふうに考えております。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。いかがでしょうか。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）

ありがとうございます。病院の皆さま方の経営っていうのがちょっと垣間見れたようなご意見をたくさんいただいたかなというふうに思います。

一方で、やはり、何でしょう、私ども、データで、やっぱり、お話しするしかないっていう部分もございますので、見直し案、松本委員がおっしゃってるように見直し案1、患者割合20%、②が29%、平均在院日数14日。データ上はこの数字が望ましいというふうに考えております。

また、ちょっとわからないところもあって、この場での質問になるのは非常にふさわしくないのかもしれませんが、やはり急性期から出なきやいけないと言われる患者も一定数いて、結構、そこの方々が行く場がないっていう現実もあるのかなあというふうにも思っております。

実際にも、私の父親もそうでしたが、要は自宅で過ごしてください。けど難しいっていうようなケースもなきにしもあらずなので、やっぱりその、何でしょう、その経営の視点と患者のあり方の視点っていうのは、やっぱりどこかで、もう少し整理をして議論をしなきやいけないの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。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。この③と④について、私も松本委員の意見に賛同いたします。

これまでも発言してまいりましたけれども、地域医療構想の実現に向けて、今回改定において、その病床機能の分化、連携を一層進めていく必要があるというふうに考えております。

そうした観点からは、急性期においても患者の状態と医療資源の投入量に合わせた適切な評価を進め、機能分化が一層進むような指標を設定し、医療機関の行動変容を促すべきであるというふうに考えております。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、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。私もですね、急性期一般入院料1の見直しについてはですね、松本委員の意見に賛成です。

まず、やはり患者の立場。先ほど鳥潟委員のお話があったように患者の立場としてですね、まず急性期一般のところですね、手術やですね、専門的な処置を短期間でしっかりして、そのあとはですね、自宅やリハビリ専門の病棟へ早く移ることが患者としては望ましいのではないかと。

そういった機能のですね、強化や分化のためにですね、重症度、医療・看護必要度を精緻化し、松本委員が提案したような基準を設定することはですね、地域医療構想のですね、実現につながるものと期待しております。

この地域医療構想っていうのはですね、地域の人口の動向、いわゆる減少傾向ですね。と、や、ですね、医療ニーズを踏まえて、医療関係者やですね、保険者が協議して設定されたと聞いております。

そういった中でですね、でも、実際としては、ほとんどの地域で急性期ですね、病棟が多いというふうな形で聞いております。ですから、そういうことも踏まえましてもですね、今の松本委員のですね、意見に、と思っております。

われわれの主張はですね、この基準に、満たさない患者さんをですね、なんて言うんですかね、入院させないようにするとかですね、入院が14日を超えた患者さんを退院させろということではないんですね。

重要（ママ）な患者さんを多く受け入れて早く病態を安定させるというようなことがですね、急性期の病棟を評価することとして考えておりますので、ぜひ、ご理解をいただければと思います。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した。続きまして、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）

はい、ありがとうございます。私も松本委員の意見に賛同したいと思います。

患者の立場から、患者が納得のできる効率的な医療を達成するためには急性期病棟の機能分化は必要なことだと考えております。以上です。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す。続きまして、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。急性期医療提供のための原資が診療報酬そのものであり、それしかございません。そこが大きく変えられることで、そもそも、その急性期医療提供が困難になるということ。これは当然、機能強化もできない、機能分化もできない。

そして、何よりも地域の住民、患者さんにとって最大の不利益、不幸である。したがって、大きな変化をすべきではない。また、それができるような状況ではないということを経験の現場からも、ひしひしと実感しております。極めて危機的な状況であります。平時ではございません。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。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。私からも追加で発言させていただきます。先ほど患者さんの立場で、患者さんのことを思ってという、全く同じでございます。

われわれ病院関係者も医療機関の機能分化を進めていくこと、そのものに異論はありませんし、今までもわれわれは地域の医療提供体制に大きな問題が生じないように努力しながら、現場は実際に地域での病院間の機能分化はかなり進んできております。

入院料の算定そのものとの議論というものはあるんですが、機能としては、しっかり患者さんが地域で医療を受けられるような形での連携だとか、いろんな形で進んできてます。

今回、しかし、あまりにも一気に急激な制度変更を診療報酬上、行われると、われわれは、その機能分化を今後も進めていくことに対応することはできません。医療提供体制が地域の医療需要に応えられない状態というものは、その制度変更によって起こり得ます。その場合、地域の患者さんが非常に困ることになるわけです。

今回、高齢者救急にフォーカスを当てた地域包括医療病棟というものが新設されます。7対1入院基本料病棟で、高齢者の救急応需に主に対応されている状況から、高齢者に重要な医療を包括的に提供する、新設の病棟へ移行させていくという施策の流れというものは私も間違っていないとは思っています。

しかし、この病棟の算定要件や点数が、現場が必要な医療提供が可能で、地域の高齢者救急医療を支えていく上で十分なものになるかに関しては、しばらく推移を見ていく必要があります。

この新設の病棟が想定どおりに有効に機能しなかった場合、今回の重症度、医療・看護必要度の厳格化は地域の高齢者救急の応需体制を崩壊させる可能性すらあるかというふうに思います。

さらに、今年の改定は医師の働き方改革の施行のタイミングとも重なっており、地域の医療提供体制が非常に不透明の中、行われる改定です。地域の医療提供体制に不測の事態を避けるためにも、重症度、医療・看護必要度の変更には、最大限、慎重に対応すべきだと思います。

ですので、繰り返しになりますが、見直しにおいては、できる限り大きな影響を与えないよう、また、地域における病院医療提供体制に取り返しのつかない結果を及ぼさないよう、しっかりと配慮して、案そのもの、またカットオフ値を設定すべきだと主張いたします。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、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。簡単に追加でコメントをさせていただきます。今、1号側の先生から、いろいろご意見いただきました。機能分化、今、太田委員もおっしゃったように機能分化を決して反対してはなくて、ただし、今、例えば、平均在院日数18日から14日、4日間縮めるってこと、どういうことか。今、鈴木委員、決して退院させろということではないとおっしゃいますけど、じゃあ、どうやって、4日、縮めるんでしょうか。

今でも不必要な患者さんを入れてるわけじゃない。いろんな事情で延びている患者さんを4日縮めるということは、全員に4日早く退院してくださいと、やっぱり退院支援をするしかないんですね。

今、鳥潟委員、おっしゃったように、現実でも厳しい状況で退院させ、なかなか行き場所がない。でも、なんとか退院支援室でいろんなところを使いながらやっている。さらに、一気に4日縮めるということはどういうことか。これ、本当に死活問題です。

患者さんにも、ものすごい大きな迷惑かけます。患者代表の方が、私、ちょっと、了解したってのは、私、ちょっと信じられないんですけども、これ、現実になんかということが起きることをわれわれ、責任、取れるのでしょうか。それをぜひ考えていただきたい。

なおかつ、重症度も厳しくすれば、より、そういう患者さんがどんどん出てくる。もちろん、その受け皿として機能分化、回復期機能をしっかり持ちましょう、あるいは、今回、新たな包括病床をつくりましょう。

でも、今日言って、明日、その病棟に変わるわけではありません。7対1から10対1に、じゃあ、その余剰の看護師をどう配置するか。いろんな病床の施設基準をどうクリアしていくかということを考えながら、じっくり考えながら経営を判断しなきゃいけないのに、それをいきなり、この重症度、一番厳しい案をとおっしゃいますけど、これやったことによって、とてもじゃないけど病院は、機能分化する前に病院が潰れてしまったら機能分化もくそもないんじゃないでしょうか。

本当にそれで皆さん、いいと思ってらっしゃいますか。機能分化っていうのは、あくまでも存続しあって機能分化であって、なくなってしまったら、いったん潰れた病院はもう立ち上がりません。その辺をぜひ、お考えいただきたいと思います。ちょっと私は信じられません、今の議論が。ぜひよろしくお願いします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、松本委員、お願いいたします。はい。今、2号側からたくさんのご意見をいただきました。

では、こうしたデータ、実態、シミュレーション、そうしたものというのは何をベースに行われてるのでしょうか。皆さま方と同じお仕事をしている皆さま方のお仲間の行動の実証であり、あかしですよ。皆さま方のお仲間がこういうふうに行動されているから、こういう数字が出てきてるんですよ。

皆さま方が熱弁をふるうのはわかりますけども、大多数の方はこうやって動いてらっしゃるといふ現実はしっかり受け止めていただきたいというふうに思います。

それで私、冒頭に地域医療構想と病床機能報告に触れましたけども、先ほど鈴木委員からもありましたけども、地域医療構想の議論に関しては、医療関係の方がしっかり入っていらっしゃるはずですよ。それに対して向かっていない。向かっていないのであれば、じゃ、なぜ向かわないのか。それについて、ご説明をいただかないと。これは日本全体でこう進めましょうという議論の結果であり、病床機能報告がそこには進んでいないという、これはファクトです。

今、議論、いろいろ言われましたけれども、じゃあ、それを進めるために、できるだけ緩和してほしいというのがございましたけれども、じゃ、具体的に数値はどういう形で出されるんですか。それがないと議論が進みません。

われわれは先ほど具体的に何パー、何パー、何にする、全部、申し上げました。じゃ、皆さま方は、じゃあ、現状維持にしたら、地域医療構想で求めるものが実現するというご理解だということによろしいんですね。私からは以上になります。

○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す。続きまして、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）

ただいま松本委員から地域医療構想の話が出ましたが、当初、地域医療構想で出てきたのは、その地域で足りない機能の病院を増やしましょうということで本来は出てきたはずなんです。それを効率よく効率よくということで、どんどんどんどん急性期の、要は減らしていった、ベッドを。そこに大きな問題があるわけです。

ただ、今回、高齢者のベッドを見たときに、入院からリハビリをしていきましょ。これ、機能分化、連携なんでしょうか。当初から考えれば、やっぱりその患者さんに対して必要な医療、それはリハビリも医療なんです。

それがしっかりわかってきたのに、リハビリが医療から少し離れて介護のほうへ行ったということも、これは医療費の抑制策で出てきた話です。

それから、地域医療構想で、こういうふうに「ベッドを効率よく」と言ったのも、本来、その地域に必要なベッドを増やしていこうということで出てきたことが地域医療構想なんです。

それがいつの間にかベッドを減らす、ベッドを減らす。医療を効率良くしていこう。データを出していきましょう。データの中にはですね、最頻値、平均値、偏り、ばらつきがあっても、平均したら全部出てきます、その中央は。でも、それが医療でしょうか。

皆さん、患者さんとして入院されたときに、「え？ もう退院なんですか？」「こういう状態で家でみていいんですか？」　そういう患者さんのことを僕らはずっと聞かされてきてるんですよ。これは在院日数を減らされてきたばかりに、そういうことが起こってきております。

だから、現場の、本当に患者さんの声を聞いていただきたいんです。われわれは少しでも早く退院して社会復帰をしてほしいです。ただ、高齢の方々はそこは時間がかかるわけですね。

今、人が増えてきた。高齢者が増えてきてるんです。だから、その部分はしっかり見ていただかないといけないんです。若い人が入って手術して、はい、出ていきます。この期間とは違うんですよ、今は。高齢者がこれだけ増えてきて、これだけ入院医療に日数がかかるといったことが起こるわけですね。

これ、僕らは、現場では、本当にみんな感じて医療をしてるわけです。ですから、患者さんから本当に苦情を聞きます。

ここの中医協の議論を聞いておりますと、患者さんの意見がですね、確かに高町委員、患者代表で出ておられますが、本当にそれが患者さんの声でしょうか。われわれは患者さんの声を聞いて、ここで発言をしております。

データに基づくということは、その取り方によります。それで、みんな、現場で一生懸命やって医療費抑制に対して対応していつてるわけですよ。そこで平均値が出てくるのなら、これでいけるから。そういう問題じゃありません、医療というのは。命と健康を守っております。

そして、患者さんからも、そういう指摘を受けます。それを受けながらわれわれは医療をしながらやってきて、ここでも「できるだけ影響少なく、影響少なく」というふうにお話をさせていただいています。

こういうことを言いながら、本当にわれわれは情けなく思ってますよ。自分の適切な医療ができなくなっているんです、患者さんに。医療費を下げるということは、患者さんに適切な医療がだんだんできなくなってくるということなんです。

取り方によったら、それは医療の経営に関わるでしょうけど、経営とは関係ないんですよ。命と健康を預かったらですね、そんな経営の問題どうのこうのじゃないんです。それを在院日数を4日も減らせ、それはもう、あり得ない問題ですね。

ましてや、入院する患者さんが高齢の方々ばかりなんです。若い人よりも早く追い出せっていうことなんです。それでいいんでしょうか。

我が国は皆保険制度をとって本当に世界から見たら、いい医療をしてるわけですよ。本当に医療費も、実は介護費入れてやっても、世界から見たら6位、7位です。それだけの安い費用でやってるわけで、その現場ができなくなってきたとはっきり言ってる中で、まだ減らしていくんでしょうか。

もっと患者さんに寄り添ってほしいなあと思います。患者さんって本当に20%ぐらいしかおられません。その声は届かないんです。その声を届けるのは僕らなんです。僕らが中医協でそういう意見を言うことが本当に大切なことで、一生懸命、遠慮しながら、「影響を少なく、影響を少なく」と言いながら発言をしてるわけです。

そういうことも皆さんは、ご理解いただきたいというふうに思います。本当に、日本はこれでいいのかということを考えてほしいと思います。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す。すいません、先ほど池端委員が先、お手が挙がってますので、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。地域医療構想の話が出ましたので、ちょっとお話しさせていただきたいと思います。地域医療構想、全く進んでないかという、進んでると思うんですね。2025年119万床という、当初、目標がありました。今は、ほぼ全体の病床数では119万床近くになってきてます。

ただ問題は、高度急性期、急性期、回復期まで入れた90万床。これもほぼ予定どおりなんですけれども、そのうちの急性期と回復期のバランスが悪いということが確かに挙がっている。20万床ぐらい、まだ回復期が足りないんじゃないか、逆に言うと急性期が20万床ぐらい多いんじゃないかという、ここをどう落とし込むか。

それで今回、この包括的な、急性期ですけども、高度急性期（ママ）の中に、ある程度、リハ・栄養・口腔を包括的に入れた、包括的に高齢者を中心に救急もみていこうという病床をつくる。これは大きな意味では回復期機能ということも言えるかもしれません。こういう、非常にいいものを、私は、できてくると思うんです。

ここに移るための期間っていうのは、やっぱり、一定程度、必要ですよ。そのために、それをなおかつ、後ろから突き落とすように、重症度と平均在院日数をやってしまっただけでは、本当に、移る、頑張る、考えていこうかというところもなく、そこに、奈落のところに落とし込まれて、結局、潰れてしまったのでは、話にならないんじゃないかということをお願いしたい。

一方で、今日、今回の改定、私は素晴らしい改定、いろいろあると思います。急性期にリハをしっかりやりましょう。あるいは、地域包括ケア病床、60日、ちょっと長すぎるよねってことに対しても適正化が入ってます。

いろんな仕掛けがあるので、これでも十分厳しい改定だと思っていますし、でもそれは甘んじてはわれわれは受けていこうという思い、覚悟してるわけですので、その上に、この、この、今回の、この原案を、1号側が言うようなところにやってしまったら、それこそ、元も子も、何もかも、移る前に潰れてしまうんじゃないかということをお願いしたい。

でも、地域医療構想は確実に進んでいますし、今回の改定でも十分進む仕掛けはいっぱいあると私は思っています。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す。続きまして、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）

データに関してコメントさせていただきたいと思います。まずは、先ほど申しましたが、日本全体でマクロで見た数字、あるいは平均値で見た数字というのは、ごく一面しか捉えることができないということで、例えば、各地域における医療提供体制、あるいは患者さんの状況、あるいは医療機関の機能など、個別性、地域性というのが隠れてしまいます。

したがって、一律、・・・まで見れば影響がなさそうでも、各、それぞれの地域においては極めて大きな影響が出るという可能性は極めて大きいと思っておりますし、個々の患者さんも、例えば、14日という平均であっても、患者さんの状況によっては18日、20日、25日もいるから平均で14日とか18日になってますので、そのところ、平均の上限にはさまざまな状態の方がいるということを十分ご認識していただきたいと思えます。

また、データとしても、先ほど太田委員も指摘されましたが、やはり今回、出ているというデータは一部、一面しか救えない。ただし、データがなければ議論ができませんので、今回のデータをしっかり、もとに議論することは当然、重要であります。

一方、ここのデータが現場の感覚とかなり乖離しているということも現場ではよくわかりますので、そのところを私どもは申し上げているというところで、このデータに根拠がないわけではないし、このデータをもとにしっかり議論する必要があるが、ここだけではわからないこと、あるいは、このデータと違うところがありますよ。だから、しっかりと患者さんに不利益が生じないような改定にすべきだということを申し上げているということで、決してデータが使えないと言っていることではないということで、ご理解いただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは、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、ありがとうございます。この5年、10年、経年的に起きていることは、急性期医療、慢性期医療、全国平均の病床稼働率がじわじわと低下してきています。

これについて、そして、いろんな将来推計がありますけれども、全国の地域によっては、入院の受療、いわゆる入院医療のニーズのピークアウトしている地域も出始めてきているのが現状です。

したがって、在院日数を短縮すると確実に起こることは病床の過度の低下です。ここも確実に起こる。生じますから、そうすると、地域においては、急性期医療は倒れる地域が確実に出てくるという状況があるので、それが1点と。

まず、それから、もう1つ、病院経営の生命線は、やはり稼働率というのは非常に病院経営の中でも生命線になります。そういった中で、しっかりと、まずは今、病院の平均の収支差の平均値が民間も含めて全てマイナスに振れている状況です。

そういった中で、しっかりと、まずは医療機関が倒れることが、これはあってはなりませんし、病院の大体、費用の6割、病院の種類にもよりますが、急性期・慢性期、いろいろありますけれども、6割強は人件費でございます。

これで今、ベースアップを今回の処遇改善以外にもベースアップもしていかなきゃいけない、その0.28%の中で経営も立て直し、そして、職員の基本的なベースアップもおこなっていない(ママ)という状況にあって、まずは経営、病院経営と、それから地域医療の提供体制に与える影響というのは踏まえて、慎重に考えていかなくてはいけないので、

もちろん機能分化というのは、われわれは当然、進めるべきですし、必要な場所で必要な患者さんが必要な医療を必要な医療機関、いろんなフェーズで急性期・回復期・慢性期で受けて、ちゃんと在宅に帰るってのは、これはもう、1号側・2号側、皆さん共有してることだと思いますから、

それを踏まえた上で、まずはちょっと、しっかりと、本当に、この、今回の必要度の見直しと在院日数の見直しで、本当に地域によって急性期医療が倒れる地域がないのか。それから、病院経営に与える影響はいかかなものかというの慎重に考える必要があろうかと思えます。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した。ほか、よろしいですか。

質 疑

3. 個別改定項目Ⅲ・Ⅳ、全体について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

非常に多くのご意見を頂戴いたしました。ただいま議論いただいた項目につきましては、1号側の委員の方々、それから2号側の委員の方々のご意見の隔たりが非常に大きくてですね、このまま議論を続けても、なかなか合意には至らないのではないかというふうに思います。

したがって、このⅡ-4の③④についての議論は、いったん、ここで保留させていただいて、次の項目に進みたいと思います。

ローマ数字のⅢですね、「安心・安全で質の高い医療の推進」について。これについて、ご意見がございましたら、よろしくお願ひいたします。松本委員、お願ひいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。それでは、次のパートに移りたいと思います。まずⅢ-2の「① 一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し」についてコメントさせていただきます。

事務局案に賛同するものでございますが、次回の令和8年度改定では、正常分娩の保険適用が議論になることが想定されますので、次回改定に向けて、不妊治療や周産期医療も含めまして、診療報酬による対応をどのようにしていくのか、トータルで考えていくのが重要な視点であるということをご指摘させていただきます。

次に、Ⅲ-2の「⑩ 医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進」についてでございますが、医療DXが進む中で、マイナポータルを通じて薬剤情報や診療行為等の情報を得られるようになったことも踏まえ、明細書発行体制等加算をこのまま継続することが適切なのか、これも次回改定に向けた課題だと認識しております。