

## 中医協概要報告（2023年11月22日開催）

### （第566回総会「入院（その4）」）

※「第216回薬価専門部会」、「第566回総会」のその他の部分は別途報告済み。

厚労省は22日、中医協を開催し、薬価専門部会と総会が開催された。この日の総会では、「入院医療その4（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料）」をテーマに議論があった。療養病棟については、医療法上の経過措置が今年度までとなっている看護配置基準（25：1）の終了が大筋了承された（ただし、診療側は丁寧な対応を要望）。また、医療区分別による医療資源投入量について、包括範囲の検査・処置等の実態から分析すると、医療区分・ADL区分の組み合わせにより医療資源投入量が異なることから、「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」が提案されたが、診療側としては「医療資源は人」という見地から、一定の理解は示しつつも医療経営に与える影響のシミュレーションを求めた。医療区分の低い入院料でリハビリ単位数が多いことから2単位までとする提案も出されたが、診療側からは「あくまでも平均値だ」として反対の意見が出た。また長期の中心静脈栄養により感染症誘発の恐れがあることから、上限日数の設定や医療区分のランクダウンの提案が出されたが、これについては診療側から「ガイドラインに高齢者への対応が無く、出来なければ追い出しにつながる」として、大幅な制度変更反対を示した。

障害者施設等入院基本料については、該当患者に記載された「概ね」という表記を廃止し明確化することと、透析患者に対する評価を療養病棟に準じた評価とすることの提案があり、これには診療側も賛同した。

### 療養の医療区分を3→9区分は概ね了承、「リハ2単位上限」「IVH上限日数等」には診療側が反発

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料では、大きな課題として以下の計6点が厚労省から提案された。

（療養病棟入院基本料について）

- (1) 医療法上の経過措置が今年度までとなっている看護配置基準（25：1）の終了。
- (2) 疾患・状態また処置等の分類に基づき、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。
- (3) 特に医療1・ADL1の患者にリハビリ提供が多いため。リハビリを2単位上限に設定。
- (4) 静脈経腸栄養ガイドライン等に基づき、中心静脈栄養の実施日数に上限を設けるとともに、適応外の疾患の場合には医療区分2で評価。

（障害者施設等入院基本料等について）

- (1) 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、該当患者割合の「概ね」を削除し明確化
- (2) 障害者施設等入院基本料2～4の届出病棟で慢性腎不全患者を多く受け入れ、また療養病棟よりも障害者施設の方が透析患者への評価が出来高で高いため、療養病棟に評価を合わせる。

医療法上の経過措置（25対1看護配置）については、注11の届出施設数が残り25施設（約7%）（有床診では1施設が移行先不明）となっており、議論の上、経過措置を今年度の期限通りにして25対1を廃止

することが大筋了承された。ただし、**長島公之委員(診療側、日本医師会常任理事)**からは、「最後まで丁寧にフォローを求める」と述べた。

また、医療区分の精緻化による9分類については、診療側からも一定の理解を示したが、その他のリハビリの制限や松本委員が提案した「医療区分2、3の該当患者割合5割以上という要件をさらに厳格化を」との発言に対して、**池端幸彦委員(診療側、日本慢性期医療協会副会長)**は「そこまでドラスティブな対応は影響が大きすぎる」と反発した。

「静脈経腸栄養ガイドライン」については、池端委員によれば「第3版において高齢者の大項目がなく、記載はあっても数頁しか無い。ACP や倫理問題も含めた、高齢者に特化したガイドラインが求められるため、現時点では医師の判断でしか実施の有無や期間を決められない。対象疾患も明記されているが、『等』がある限り限定は出来ない。また、ここから身体的拘束も関連してくる」とし、現時点でのガイドラインに沿った診療報酬への一律な当てはめに危惧を唱えた。

**太田圭洋委員(診療側、日本医療法人協会副会長)**も医療区分の精緻化に伴う収入シミュレーションは精密に行うよう求めるとともに、「療養病棟を回復期機能として活用している病院も多いため、リハビリが制限されるのは反対だ。また、IVH で日数上限を設ければ患者の追い出しにつながる可能性もあり、十分な受け皿も無い中では反対」と述べた。

また、障害者病棟での透析患者の扱いについては、太田委員より「透析患者で長期入院が必要な患者の受け入れとして、2014年改定で特定除外の廃止時に大きな問題となった。その際、療養病棟での受入を促進するため、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ある。」と説明があった。透析患者を受け入れるためには相応の設備や体制が求められるということで療養病棟を受け入れ先としたが、それでも障害者病棟の方が出来高で医療資源が高いため、障害者病棟でも透析患者が多いことを考えると療養病棟に合わせた加算による包括評価とすべきというのが今回の論点であり、太田委員からは、療養病床での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同した。

診療側からの意見に対して、**松本真人委員(支払側、健康保険組合連合会理事)**からは以下の提案が出された。

- ・療養病棟の注11の経過措置に関しては、看護配置基準だけでなく、医療区分2・3の割合の患者5割未満も廃止すべきで、5割以上を厳格化し、医療の必要性が低い患者は介護施設で対応すべき。
- ・医療区分1での疾患別リハビリが多過ぎる。リハビリが必要であれば集中的に回りハで対応すべき。
- ・IVH の長期化による感染症を考えれば上限日数は設けるべき。それで問題があるのであればエビデンスを示すべき。
- ・障害者病棟については、スライド82で施設基準の目安を大きく下回っているため、基準を明確化すべき。
- ・スライド85で障害者施設での透析患者の診療費が療養病棟よりも大きいため、療養病棟に合わせるべき。

松本委員からの意見に対し、診療側からは、「回りハが無く療養病棟しかなければやらざるを得ないという実態も考えるべき」「最近では材料の質なども良くなってきて、IVH が良いか PEG が良いかというのは技術や患者の状態によっても変化していくため、一律な制限は困難」など、実態の精査を求めた。

## **精神医療の入退院支援は双方賛同しつつも、診療側は評価引き上げを要望**

療養病棟入院基本料では、大きな課題として以下の4点が厚労省から提案された。

(精神医療について)

- (1) 早期から実施する退院調整の効果や、精神病床における入院の短期化、地域での支援体制が整備されつつあること等を踏まえ、より現場の実情に合わせた評価体系に整理。
- (2) 精神病床における入退院支援の取組を評価。
- (3) 地域移行機能強化病棟入院料の新規届出の期限を延長。
- (4) 現行の施設基準に規定される精神病床の削減割合の要件等と見合わない医療機関も存在する実態を踏まえ、当該入院料の要件を見直し。
- (5) 専従の精神保健福祉士以外の配置について、精神保健福祉法において、退院後生活環境相談員として退院支援業務を担う資格を有する職種の配置でも要件を満たすこととする。
- (6) 児童思春期精神医療を積極的に実施する医療機関において提供される外来診療へ評価を行う。

長島委員は、総論としては賛成しつつも、現行の精神科における入退院支援に係る診療報酬上の評価がどのような点でうまく機能していないのかを示すデータが不足していると指摘し、点数の新設や既存の評価を整理し見直す根拠となるデータについて検討を求めた。また、入院料については、病床削減のペースが遅いとされている医療機関の特性や事情等が明らかでないことから、もう少しデータを見た上で判断すべきと指摘した。また、児童思春期精神医療については、特定の医療機関に患者さんが集中しすぎていると指摘した上で、既存の特定の医療機関を強化すべきか、医療機関数を増やすべきなのか検討する必要があると述べた。

松本委員は、精神保健福祉法の改正に伴い、医療保護入院の年に1度の更新手続きが3ヶ月に一度に短縮されたことにより、早期の退院調整のための評価体系に整理することを求めた。それに対し、太田委員は賛成しつつも、体系を整理するのであれば、事務手続きの増大が想定されることから、評価の底上げを求めた。

以上

**<会内使用以外の無断転載禁止>**