

中医協概要報告（2024 年 1 月 31 日開催）
（第 582 回総会）

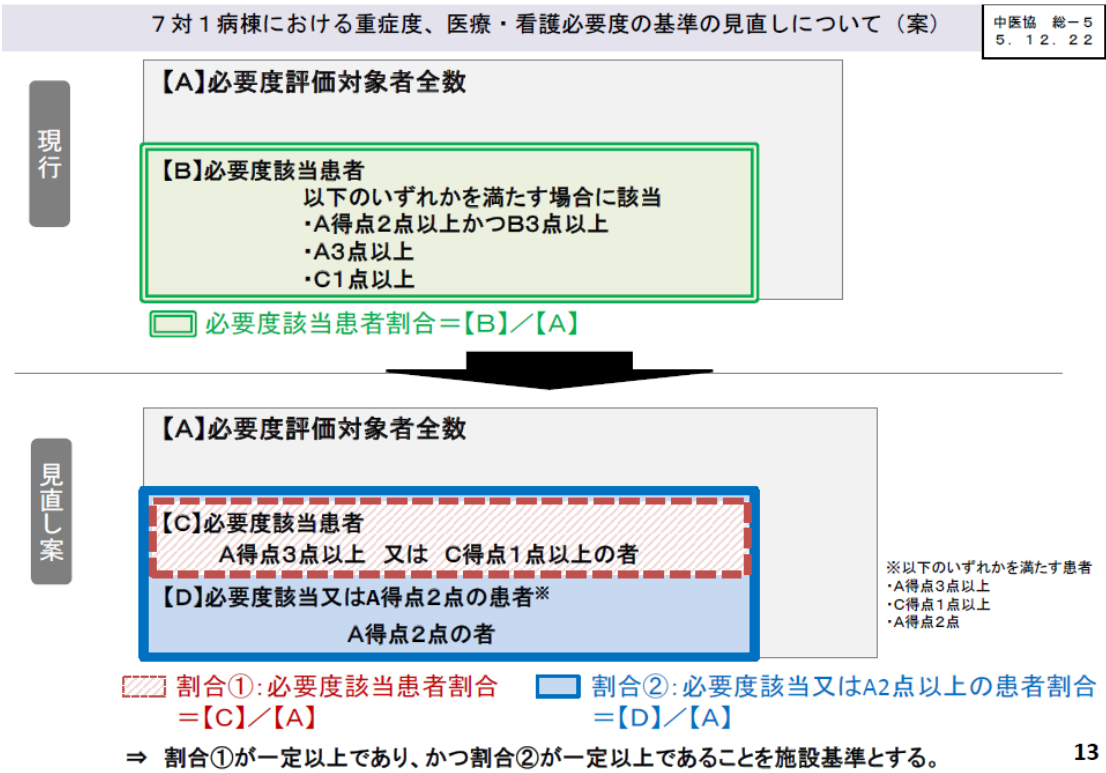
厚労省は 1 月 31 日、中医協総会を開催し、▼個別改定項目（その 2）について[医療従事者の賃上げに向けた評価、入院医療評価、不妊治療、長期収載品の保険給付の在り方等]、▼答申書の附帯意見案について（その 1）が議題とされた。厚労省からの資料をもとにした改定項目の主だった箇所の説明後、議論が行われた。診療側、支払側は短冊全般に合意はしたものの、この間議論となっている▼急性期一般入院料 1 における平均在院日数、▼一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準については意見の隔たりが埋まらず、最終的には公益裁定により決定した。答申書の附帯意見案について（その 1）は、出された意見を元に次回総会で取りまとめることとなった。

確認された内容は以下の通り。

公益裁定決定内容

- 急性期一般入院料 1 における平均在院日数の基準は 16 日以内とする。
- 急性期一般 1 において、重症度、医療・看護必要度から B 項目の廃止を廃止する。
- 重症度、医療・看護必要度についてはシミュレーションで示された＜見直し案 4＞を踏まえ、該当患者割合の基準を以下の 2 つに分けた。①と②の両者を満たす必要がある。

該当患者割合①	「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する患者の割合	20%
該当患者割合②	「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する患者の割合	27%



急性期一般入院料 2 から 5 までにおける重症度、医療・看護必要度については、上記の急性期一般入院料 1 での対応を踏まえ、見直し案 4 による項目の見直しを行った上で、該当患者割合の基準について、重症度、医療・看護必要度 I と II の間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

	該当患者割合の基準	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	20%	27%
急性期一般入院料 2	22%	21%
急性期一般入院料 3	19%	18%
急性期一般入院料 4	16%	15%
急性期一般入院料 5	12%	11%

急性期一般入院料 1 における平均在院日数および重症度、医療・看護必要度をめぐり激しく議論 ——診療側の現場視点に対し、支払側は病床削減やデータありきの主張を展開

昨年 12 月の中医協に厚労省より提案された＜見直し案 4＞を用いたシミュレーションの結果をもとに議論が進められた。これまで支払側は、平均在院日数の長さが高齢者の「長期入院」の主な要因となり地域医療構想の妨げとなっているとし、従来から 4 日間短縮した 14 日とするように主張した。これに対し、診療側は病状というものは個々に異なることから一律に短縮することで十分な医療提供が保証できないとして断固反対した。

重症度、医療・看護必要度についてはシミュレーションで示された＜見直し案 4＞を踏まえつつ、該当患者割合の基準を以下の 2 つに分けた。該当基準割合①は 20%とし、その上で地域の実情に鑑み、該当基準割合②については、27%とする。B 項目は廃止された。

松本委員は、「医療機関として施設基準が満たせなくなる等の理由から、救急搬送後の評価期間や重症度、医療・看護必要度について発言すべきではない」と診療側を批判した。こういった支払側の発言に対し、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、医療機関は現在進行形で新型コロナやインフルエンザの対応の只中であることを述べ、「病院機能分化の前に経営が成り立たなければ、医療提供体制が維持できない」と強調した。

主な発言の要旨は以下の通り。

○ 松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

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だ。2022 年度病床機能報告によれば、大半の構想区域で急性期病床が必要より多い状況にある。人口構造や医療ニーズを踏まえれば、入院料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を見合った評価にすることが急性期病床の適切な集約に繋がるものと考え。そのため平均在日数の要件は 14 日とすべき。

見直し案 1（救急搬送後の入院を「1 日」に短縮し、抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）を 2 点のままとする）を提案する。抗がん剤のみで 3 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。

該当患者割合①については、A 2 点以上かつ B 3 点以上を廃止（いわゆる B 項目の廃止）した場合の影響はマイナス 7.7%であることから現行の 28%から 20%への引き下げ、また、該当患者割合②については新型コロナ禍での対応であったため、対応そのものを見直し 29%とすべき。

○ 長島公之委員（日本医師会常任理事）

看護必要度の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 4（最も影響が少ない案）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だ。現行の 18 日から変更す

べきではない。平均在日数を短縮し、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、入院でき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を懸念する。今回の見直し案では、患者に適切な診療ができなくなることが非常に危惧される。

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、光熱費や物価高騰、コロナのダメージの残存などによりさらに経営状態は悪化している。さらに、改定のたびに平均在日数や重症度必要との厳格化により、現状の医療機関の体制では今回の提案に対応できる余地はほとんどない。地域の病院機能そのものが損なわれれば、医療機能の分化や医療介護の連携もかえって進まなくなると考える。

○ 池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

医療従事者の賃上げを行うことを全体で合意しているものの入院基本料が減額される状況で、賃上げは極めて困難な状況だ。入院平均在日数と重症度、医療・看護必要度は今変更すべきではない。せめて見直し案4よりも緩やかなものを検討すべきと考える。退院日を4日早めるということは患者にも医療機関にも影響が大きすぎる。中医協の決定として後々責任を負えるのか甚だ疑問だ。

○ 茂松茂人委員（日本医師会副会長）

支払側委員は、地域医療構想推進のために当然のように病床削減を強調するが、地域医療構想はあくまで地域の実情に沿って医療提供体制を構築していくものだ。地域によっては急性期病床が増える場合も当然ある。高齢社会のなか退院時期を早めることは現場の実態とあまりにかけ離れた議論だ。

◆その他の議論

医療従事者の賃上げに向けた評価の新設について

支払側・診療側ともに賛同を示した。長島委員は、医療従事者の賃上げが確実に実施されるために、届出様式をはじめ手続きの簡素化や、医療機関への周知徹底を要望した。

鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）は、賃上げ分の評価について基本診療料に上乗せではなく加算とすべきだとし、「実際に賃上げできたのかどうか検証が難しいため、医療機関へアンケートを用いて調査するなど効果検証が必要だ」と述べた。

診療側・長島委員が公益委員に厳重に抗議

長島公之委員（日本医会常任理事）は「最近の公益委員の発言については、安心して公益裁定に委ねにくい。中医協での言動には公正・中立であることを自覚すべき。また公益裁定結果には責任が伴うことも自覚すべき」と発言した。

以上

配布された資料は、保団連情報共有スペース「社保・審査対策」の「社保/審議会等」にて公開しておりますので、併せてご覧下さい。また、厚生労働省HPでも公開されています。

■第582回総会 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001200705.pdf>

<会内使用以外の無断転載禁止>