

# MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（医療・福祉・介護・経営・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発信者：（株）ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29 デルタビル3階 TEL 082-243-7331

## 平成27年12月9日 中医協 総会（第318回）

- ① 7対1入院基本料の厳格化をめぐり議論
- ② 平均在院日数、「17日超の医療機関が8%程度」と厚労省
- ③ 看護必要度の新基準で45%が基準を下回る、「影響は3～5%」と厚労省
- ④ 在宅復帰率の計算上、地域包括ケア病棟などを“見直し”へ
- ⑤ 7対1厳格化で看護師30%減、「病棟群単位」で激変緩和へ

### 【概要】

入院医療の議論が最終ステージを迎えた。厚労省が今回示した「入院医療（その7）」は全50ページで、（1）急性期入院医療（P2～43）、（2）入院基本料の病棟単位での届出（P44～50）——の二本柱で構成している。

論点1	（1）急性期入院医療	イ 平均在院日数 ロ 急性期入院医療における患者像の評価 ハ 在宅復帰率
論点2	（2）入院基本料の病棟単位での届出	

支払側委員は（1）を「論点1」、（2）を「論点2」と位置付け、「まず論点1をきっちり議論して、これをやっていくことになったら、一時的にどう緩和していくのかという議論として論点2をやる。論点1の議論が整理されないまま、論点2のような仕組みを入れることは反対」と主張し、「議論の順序」を議論する展開となった。

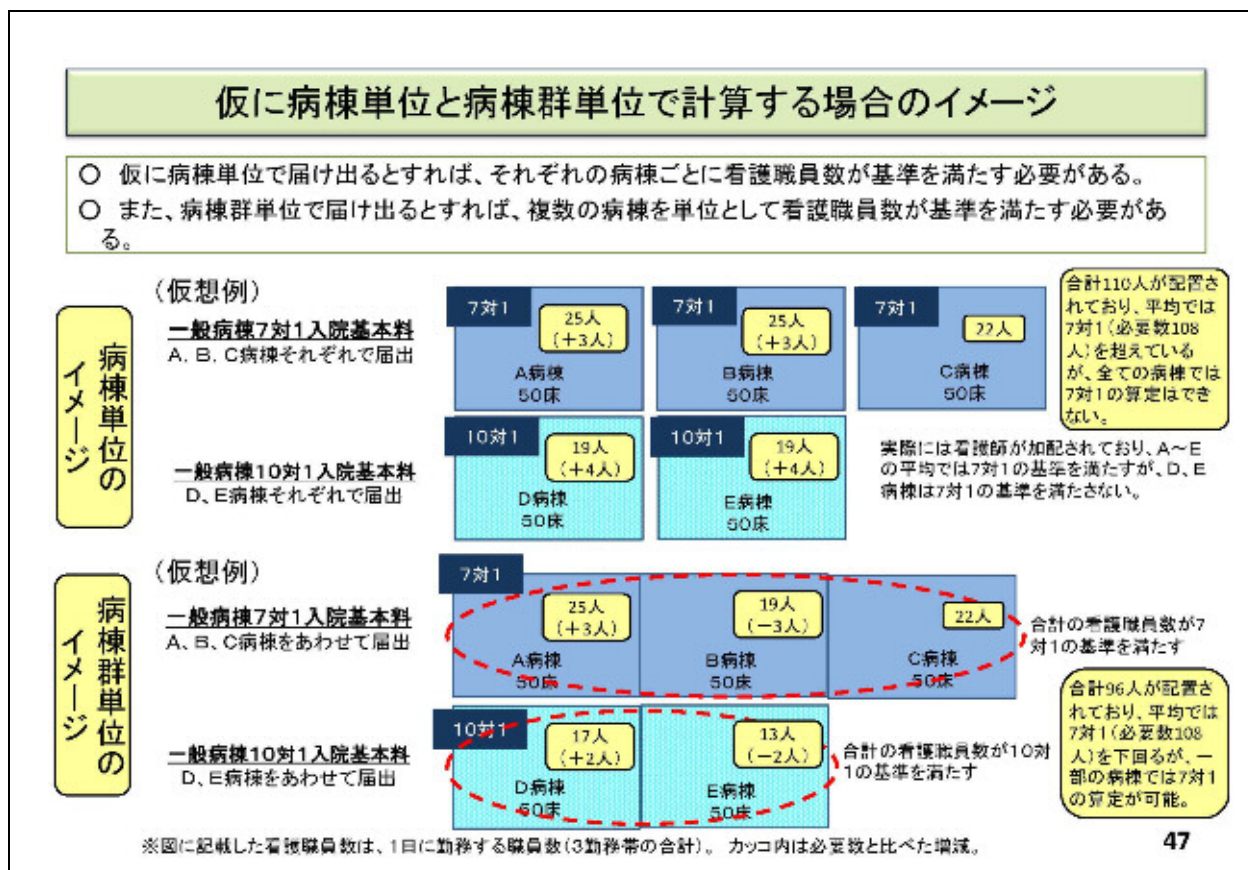
「論点1」については、7対1の厳格化を求める支払側に対し、日本医師会（日医）の委員が「現場を分かっていない」と反論するなど、7対1要件の厳格化をめぐる総論部分での応酬が中心となり、イ～ハの「3要件」の見直しに関する検討は深まらなかった。

### 【詳細】

#### ① 7対1入院基本料の厳格化をめぐり議論

今改定で、7対1病床をどこまで減らせるのか。7対1入院基本料の厳格化をめぐり、診療側と支払側が意見を交わした。診療側は「朝令暮改的な見直しは避けるべき」と慎重な対応を求めたが、支払側は「現在の基準が本当に妥当なのか」と見直しを迫った。

厚労省はこの日、7対1入院基本料の要件のうち「平均在院日数」「重症度、医療・看護必要度」「在宅復帰率」の3要件に焦点を当て、基準を引き上げた場合のシミュレーション結果を提示。基準引き上げにより7対1病院の看護職員3割が余るなどの影響を試算し、激変緩和措置として「病棟群単位」での届出を認める用意があることを示唆した。



(12月9日の中医協総会資料「入院医療(その7)」P47)

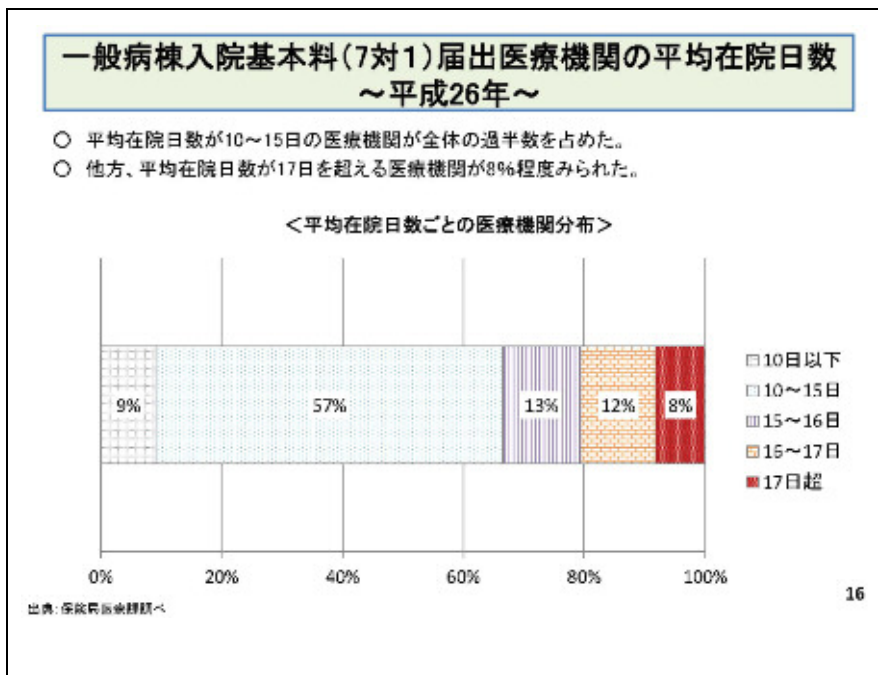
病院団体が強く要望してきた「病棟群単位」での届出という道が開かれる可能性が出たことを診療側は好意的に受け止めた。

支払側は、7対1病院が前回改定後に約1.1万床しか減少していないことを問題視し、7対1要件の厳格化を強く要望。激変緩和措置である「病棟群単位」の届出については、「(7対1の要件と)同時並行的に議論するのではなく、議論のテーブルから外すべき」と主張した。このため、病棟群単位での届出をめぐる議論は深まらなかった。

**② 平均在院日数、「17日超の医療機関が8%程度」と厚労省**

次期改定で、平均在院日数を短縮するのか。前々回の平成24年度改定では、7対1入院基本料(一般病棟)の平均在院日数を1日短縮し、「19日以内」から「18日以内」とした。この影響について厚労省は「18日を超える医療機関が減少し、全体の平均在院日数も短縮した」と評価。この日の総会では、平成26年の平均在院日数の分布を示しながら、「17日を超える医療機関が8%程度みられた」とし、1日短縮の影響が10%以下に

とどまることを指摘した。



(12月9日の中医協総会資料「入院医療(その7)」P16)

さらに厚労省は、「平均在院日数が長い医療機関の状況」を示し、「手術・全身麻酔手術」や「放射線治療・化学療法」の実施件数が少ないことを指摘。「平均在院日数が長い医療機関では診療密度が低い傾向がみられるが、こうした医療機関についてどう考えるか」と意見を求めた。

診療側委員はこれまでと同様、「平均在院日数の短縮はもう限界を超えている。平均在院日数の短縮という方針自体が日本の医療を歪めている」と批判。支払側は「見直すべき」と主張し、かみ合わなかった。

### ③ 看護必要度の新基準で45%が基準を下回る、「影響は3～5%」と厚労省

急性期病院にふさわしい「患者像」とは何か。それをどのような方法で評価すべきか。厚労省は、「一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方」を示した上で、見直し後の基準でシミュレーションした結果を報告。「新しい基準で該当患者割合が20%を下回る医療機関の病床数は8.1%、25%を下回る医療機関の病床数は45.4%、30%を下回る医療機関の病床数は79.2%」とし、新基準で25%に設定すると約45%が“基準を下回る”との見通しを示した。病院団体の委員は「いくらなんでも、ちょっとこれはやりすぎ。ちょっと乱暴ではないか」と嘆いた。

厚労省は、「25%に満たない医療機関で基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されている」と仮定した上で「実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される」とし、7対1増加の影響も考慮して「▲4.9%～▲2.9%」と理解を求めたが、診療側は「2年前に変えたばかり。朝令暮改的な見直しは避けるべき」と抵抗した。

一方、支払側委員は「25%しか基準に該当しないということは、残る75%の患者は急性期の対価に見合った提供を受けていない。これは非常に問題がある」と主張し、現行の15%を25%に引き上げるだけでは足りないとの考えを示した。

これに日医の委員は「現場を分かっていない。20%、25%が該当していればかなりの急性期」と反論。病院団体の委員は「現在の基準が本当に急性期の患者像を的確にきちんと拾えているかという問題がある」と指摘した。



一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる		
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

M 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開腹の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

**重症者の定義**

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

M得点が1点以上の患者

26

(12月9日の中医協総会資料「入院医療(その7)」P26)

厚労省は現在、「重症度、医療・看護必要度(以下、看護必要度)」という基準を用いている。「A項目」と「B項目」に挙げられた項目を一定以上満たしているかどうかで判断する。A項目は「創傷処置」「輸血」など主に医療的な処置の項目で、B項目は「寝返り」「衣服の着脱」など、患者のADLや看護の必要度合いを判断する項目が並ぶが、「実態を反映した基準ではない」との声がいまだに根強く残る。

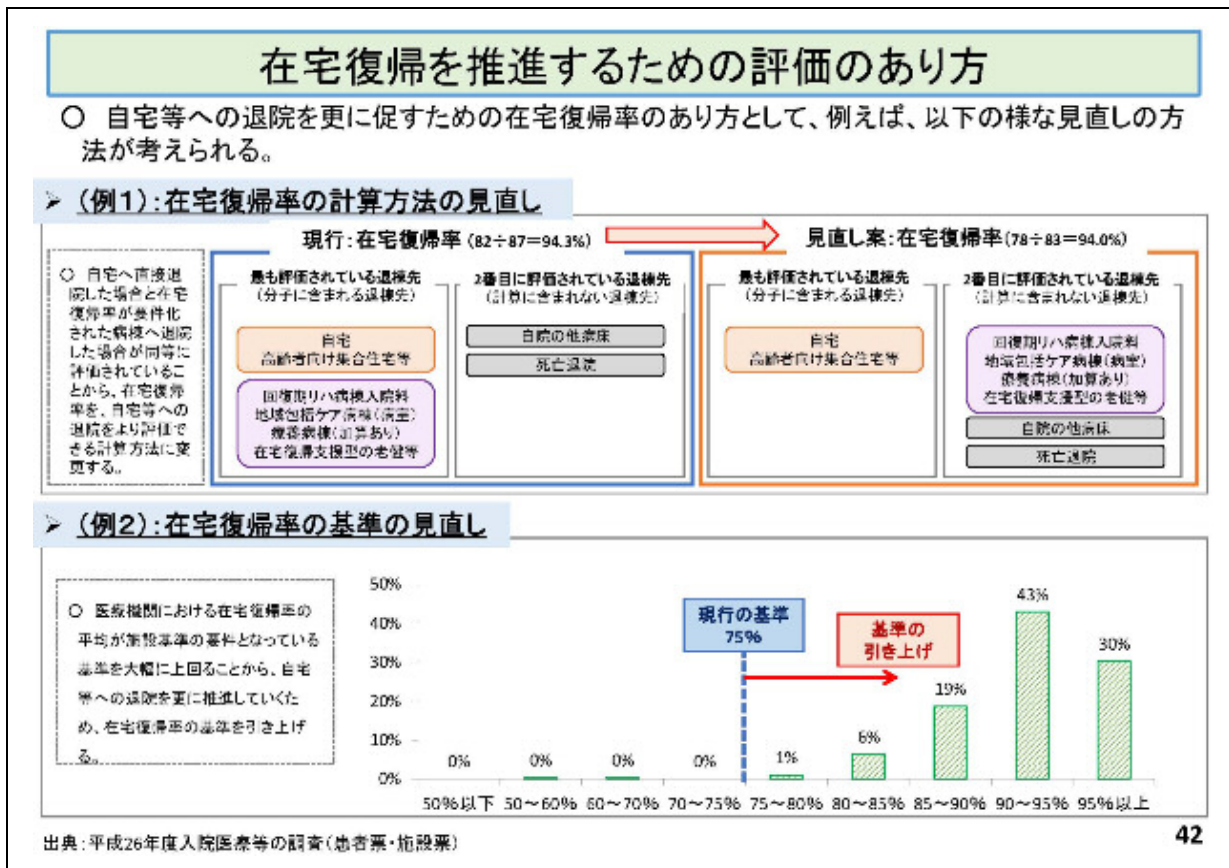
A項目は急性期病院に多く、B項目は慢性期病院に多いとの指摘もあるなか、平成26年度改定では重症患者が多く入院するICU(特定集中治療室)やHCU(ハイケアユニット)について、「AまたはB」を「AかつB」に変更した。このため、慢性期の患者に多い「B項目」が足を引っ張る形で、基準を満たせない7対1病院が発生。中医協下部の入院分科会では、前回改定での見直しの影響を指摘する意見が何度も出されている。

前回改定時、厚労省は平成25年12月11日の中医協総会で、ICUやHCUの看護必要度を「AかつB」に変更することを提案。「『または』の場合はA項目があまり該当せず、B項目で取っていた例が結構あった」と苦言を呈し、B項目という逃げ道をふさぐために「AかつB」に変更したとされる。宇都宮啓医療課長(当時)は「医療的な重症度を見ることは重要だが、一方で、そういう(B項目の)処置を必要とする患者さんの手間、もしくは看護的な必要度がどのくらいあるかも組み合わせて評価する」と説明している。

当時、診療側委員は「AかつB」に反対したが、支払側委員は「A項目の医療処置とB項目の患者の状態を組み合わせることを基本にして、高度な医療設備として必要な要素を最低限確保するよう見直していただきたい」と厚労省案に賛同した経緯がある。

④ 在宅復帰率の計算上、地域包括ケア病棟などを“見直し”へ

高度急性期を担う病院が自院の7対1病床の一部を地域包括ケア病棟に転換し、「院内連携」によって患者を抱え込んでいる現状をどう考えるか。



(12月9日の中医協総会資料「入院医療(その7)」P42)

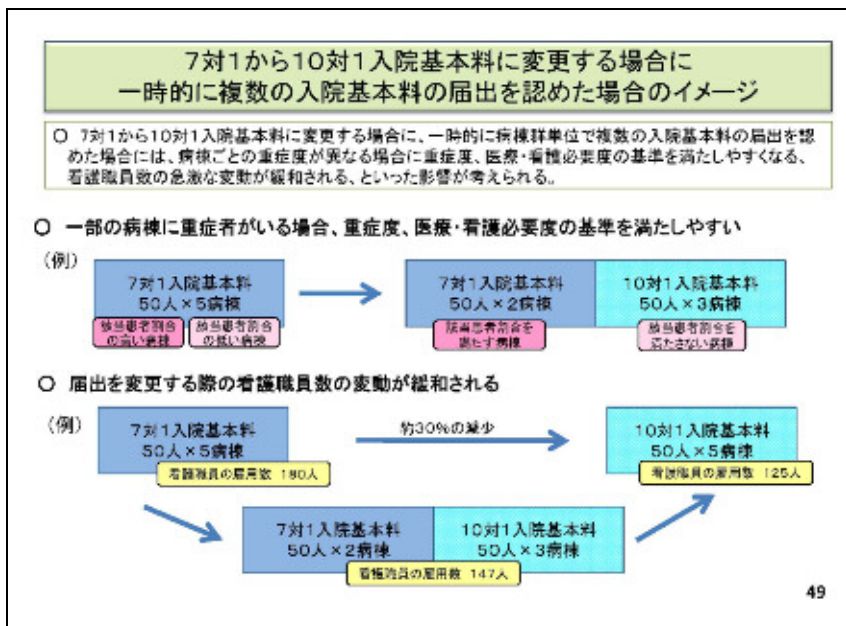
厚労省は「例1」として、在宅復帰率の計算上、自宅と同等に評価されている地域包括ケア病棟などを“計算に含まない退棟先”とする案を示した。これに対し、診療側委員は「もともと自院の他病床より転院を評価する目的があったと思うが、『例1』を見ると、自院の他病床と転院を同等に評価することは地域医療連携の推進に逆行する」と指摘した。これに厚労省の担当者は「左側の『自宅等』と、回リハ病棟などが同じ所に並んでいるのがそもそもいいか悪いか」と返し、直接「自宅等」に帰した場合を高く評価する意向を示した。中医協下部の「入院医療等の調査・評価分科会」の調査によると、地域包括ケア病棟へ入棟した患者の入棟前の居場所で最も多かったのが「自院の急性期病床」(59%)で、「他院の急性期病床」は18%にとどまっている。

厚労省の例示に対し、支払側委員は「例1にあるように分子と分母の関係を見直すと同時に、例2にある現行基準の75%についても引き上げ、両方を見直しを行っていくべき」と主張した。診療側は反対した。病院団体の委員は「おもちゃ箱にたとえて大変申し訳ないが」と断った上で、「鉄のおもちゃ箱、木のおもちゃ箱と、いろいろなおもちゃ箱を作るよりは、おもちゃ箱という1つの箱、すなわち1つの病院をつくって、その中でいろいろな患者さんを診るという機能を付けたほうが効率的ではないか」と主張した。

⑤ 7対1 厳格化で看護師 30%減、「病棟群単位」で激変緩和へ

7対1病床の削減によって、どのような影響が起きるのか。その影響を緩和するためにどうすればいいか。厚労省は、看護職員約 180 人の 7対1 病院が 10対1 病院に転換した場合は約 30%減の 125 人になるとの試算を示した上で、看護職員数の急激な変動を緩和するための措置として、「病棟群単位」での届出を認める案を紹介した。

厚労省は、「一時的に病棟群単位で複数の入院基本料の届出を認めた場合には、病棟ごとの重症度が異なる場合に重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすくなる、看護職員数の急激な変動が緩和される、といった影響が考えられる」と指摘した上で論点を提示。「急性期医療の機能分化に伴い、これまで7対1 入院基本料を届け出していた病棟が、他の入院基本料に届出を変更する際に、一時的な仕組みとして、一部の病棟に限り、病棟群単位で7対1 入院基本料の届出を併せて認めることについてどう考えるか」と意見を求めた。



(12月9日の中医協総会資料「入院医療(その7)」P49)

診療側委員は病棟群単位での届出を歓迎し、その議論に乗らない支払側に対して深刻な看護師不足を訴えた。日医の委員は「約10年前に7対1を導入した時、病棟群ごとにすべきだった」と振り返り、「7対1という基準が少しでも崩れたら成り立たなくなるような制度になっている」と見直しを訴えた。

支払側委員は、厚労省が示した「看護師 30%減」のスライドを指摘し、「こういう事態もあるのか」と尋ねた。厚労省保険局医療課の宮寄雅則課長は「病院全体がいきなり10対1になると、実際に入院している患者さんの問題や、働いている看護師さんの問題など、いろいろな問題が考えられ、厳しい状況が起きるのではないかと提案理由を説明。看護必要度の基準の見直しに触れ、「例えば看護必要度の関係で、いきなり看護師さんの30%が減るのは実際に厳しい可能性があると思うので、このような考え方があっていいか」ということについていくつかの考え方の例として示した」と、あくまでも“例示”であることを強調しながら、「事務局としては『一時的な仕組み』として、一部の病棟に限り、こういうことが考えられるのではないかと論点を示した」と述べた。診療側は「一時的ではなく、ぜひ恒久的な仕組みとしてお願いしたい」と要望した。

【今後の予定】平成27年12月11日(金)