

中医協概要報告（2019年11月6日開催）

（第198回基本問題小委員会、第430回総会）

（計3枚）

厚労省は11月6日、都内で第198回基本問題小委員会、第430回総会を開催した。

＜基本問題小委員会＞

基本問題小委員会では、医療技術評価分科会からの報告と、入院医療等の調査・評価分科会における検証結果（とりまとめ）が報告された。

医療技術評価分科会からの報告は、令和2年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価に関する対応について（未収載技術290件、再評価440件を検討する）と今後のスケジュールが示され、了承された。

進まない急性期一般入院料1の減少に、支払側が批判を展開

報告に対し、支払側は幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が批判を展開。

報告では急性期入院料は急性期一般入院料1（旧7対1入院料）の届出が依然多く、18年改定で新設された急性期一般入院料2・3（10対1配置）の届出数は低調であった。そのため幸野委員は急性期一般入院料2・3へ移行させるために重症度、医療・看護必要度の厳格化として3点要望した。1点目として、急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の基準を引き上げることが求めた。さらに入院料1の基準が変われば入院料2以下の基準も変わってくるとし、全体的な基準のあり方について議論すべきとした。2点目として幸野委員は、重症度、医療・看護必要度のB項目は急性期の状態を測る基準としてふさわしくないと述べ、項目そのものの再検討を求めた。3点目として、重症度、医療・看護必要度Ⅱでの測定をより進めるべきとして、一定規模以上の大病院ではⅡでの測定を選択制ではなく必須とするよう求めた。

地域包括ケア病棟入院料については、地域包括ケア病棟入院料は地域のポスト・サブアキュート機能が求められる入院料であるのに対し、自院一般病棟からの転棟が多くある現状を幸野委員は「啞然とした」と述べ、特にDPC病院での地域包括ケア病棟入院料の使われ方を問題視した。報告では、DPC病院で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病院で、DPCの点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングで転棟させる場合が多いとしている。この点について幸野委員は「ケアミックスでの活用を考えなければならぬ」と述べ、DPCの点数と比較して転棟させるというのは患者の状態と関係ない転棟とし、何らかの対応を求めた。また施設基準にある地域包括ケア要件について、現在は入院料1・3にしか求められていないが、2・4についてもサブアキュート機能を高めるためにも要件化を求めた。さらに幸野委員はリハビリについても言及。疾患別リハビリが点数に包括されているにも関わらず、リハビリを実施していない患者が33%、入院患者の半分以上にリハビリを実施していない医療機関も一定程度あることを問題視した。

回復期リハビリテーション病棟入院料については、アウトカム評価を一層強めることを

要望。すべての回りハ入院料において入棟時のリハビリテーション実績指数(FIM)が年々低下傾向にあり、FIM 得点の変化の推移は増加傾向であったことから、FIM 得点の妥当性の議論をすべきとした。

さらに幸野委員は療養病棟入院基本料の経過措置 1 (注 11) を算定している病院について、今後の意向として「現状維持」が 53.2%であったことに対し、目指す方向が違っていると批判。経過措置 1 (注 11) ・ 2 (注 12) は介護医療院へ移行させる措置をとるべきとした。さらに療養病棟入院料 2 の必要性や入院料ごとの医療区分の基準、医療区分の内容についても議論すべきとした。

一方で診療側委員の松本吉郎委員(日本医師会常任理事)は、総会で意見を述べるとし、幸野委員の批判に対してもコメントはしなかった。

<総会>

総会の議題は、▽医療機器の保険適用について、▽在宅医療(その1)について、▽診療報酬基本問題小委員会からの報告についての3つ。

医療機器の保険適用については、区分C1(新機能)として、Percepta MRI CRT-P シリーズ、ネオフィードジェジュナルボタン(バンパータイプ)の2種類が承認された。区分C2(新機能・新技術)としては、ネスキープ、VenaSeal クロージャーシステムの2種類が了承された。12月から保険収載予定。

訪問診療料(Ⅰ)2の訪問診療実施期間と医療機関間の連携について議論

在宅医療(その1)では、主に在宅医療領域における課題及び取り組み等について、議論が行われた。平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)によると、主治医の依頼で他医療機関が訪問診療を行った場合(訪問診療料(Ⅰ)2)について、依頼先の医療機関が初回月に何回訪問診療に行ったかを依頼元の医療機関が回数を把握していない割合が病院(n=13)23.1%、診療所(n=77)27.3%であった。また訪問診療料(Ⅰ)2の算定は原則6カ月までとされているが、訪問診療実施期間が6カ月超と回答した医療機関が病院41.6%、診療所46.2%と最も多くなっていた。この点について松本委員は、訪問診療料(Ⅰ)2が前回改定で新設されたことを「高く評価している」と述べた一方、不十分な点が残っているとして改善を要望した。多くの医療機関で訪問期間が6カ月超であるため、現状に合わせて見直すべきだとした。さらにほとんどの依頼元の医療機関は依頼先の訪問回数等を把握していると前置きし、依頼先医療機関が情報提供する際に評価がないことを指摘。連携している医療機関に対し、インセンティブを求めた。また、訪問診療料(Ⅰ)2が月1回しか算定できないことに対し、複数回訪問した際の評価も求めた。

これに対し幸野委員は、訪問期間が6カ月超の医療機関が4割以上あることを問題視。依頼先の訪問回数を依頼元が把握していない点についても、要件化によって縛るべきだとした。

在宅病の往診医のオンコール体制を提案一厚労省

在宅支援病院の満たすべき基準の中に、「往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること」との要件がある。当直医と往診医を24時間待機させなければならず要件が厳しいとの意見があるため、厚労省は往診医をオンコール体制にしてはど

うかと提案した。松本委員は、24 時間往診医を待機させることは難しいとし、オンコール体制に賛成した。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直しを議論

在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、厚労省は初回カンファレンス時の評価がないことに対し、委員らに意見を求めた。在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、初回カンファレンス後、毎月の指導管理の結果も踏まえ3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる規定で、毎月算定はできない取り扱いだ。これに対し松本委員は、「早期に褥瘡が治る場合もある」と述べ、改善を求めた。また算定には自院の管理栄養士が構成員として在宅褥瘡対策チームに参加することが求められるが、自院で管理栄養士を確保することが困難な場合もあるため、ステーションを利用できるよう求めた。

一方吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）は「継続的な管理を担保している点数だ」と述べ、現在の算定要件に理解を示しつつ、褥瘡のステージによっては1カ月未満で治癒する場合もあることから、治療期間によって点数区分を設けるなど、初回カンファレンスを含んだ点数設定を提案した。

そのほか、幸野委員から在宅時医学総合管理料の包括的支援加算の対象者の見直しについてや、松本委員からは在宅点数が複雑であるため簡素化を求める意見などが出された。

歯科訪問診療移行加算の要件について、支払側が批判

歯科訪問診療料については、歯科訪問診療移行加算の要件にある「外来を最後に受診した日から起算して3年以内」について、支払側委員から3年という期間は長すぎるという意見が相次いだ。歯科訪問診療移行加算は外来を受診していた患者に対し、外来を最後に受診した日から3年以内に歯科訪問診療を実施した場合に算定できる。幸野委員は「加算をつけるようなことなのか。1年ぐらいが妥当ではないか」とし、適正化を求めた。厚労省は3年という期間を基準とした理由として、「現場の先生方から3年が妥当、との意見があった」ためとした。林正純委員（日本歯科医師会常務理事）は、かかりつけ歯科医の推奨のための加算との認識を示し、「マンパワー的にすぐに訪問ができない歯科医師もいる。そうした面も含めての評価だ」と述べ、理解を求めたが議論は平行線をたどった。

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 198 回診療報酬基本問題小委員会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000186974_00010.html

- ・ 第 430 回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00046.html

<会内使用以外の無断転載禁止>