

## 中医協概要報告（2019年11月20日開催）

11月20日に中医協が開催され、第434回総会が行われた。次回日程は11月22日（金）。議論としては、全体として多岐の項目に渡る厚労省からの提案が中心となった。

### 【第434回総会】

#### <議題>

- 1 在宅医療（その2：訪問看護）について
- 2 個別事項（その10：精神医療、認知症等、明細書無料発行）について

#### 議題1：在宅医療（その2：訪問看護）について

##### （1）利用者ニーズへの対応（同スライド28～49）

##### －実質的な訪問「リハビリ」ステーション、是正に向け議論－

厚労省森光敬子医療課長は訪問看護における「訪問看護の提供体制のあり方」として、下記①～③の方向性を提起。

##### （提起内容）

- ① 理学療法士の割合が多い訪問看護ステーション（以下訪看ST）の取り扱い
  - ・ 昨今、機能強化型を含め従事者に占める理学療法士等の割合が多い訪看STが増加し（同スライド35）、特に営利法人や医療法人では理学療法士の割合が60%以上のステーションが多い（同スライド36）。更に、一部の訪看STでは、従事者の80%以上（機能強化型訪看STに限っても40%以上）を占めている（同スライド24）。
  - ・ 上述のような訪看ST（機能強化型含む）では、末期の悪性腫瘍等の重症者やターミナルケアの受け入れを件数や、看護ケア、医療処置を要する利用者の割合が少ない（同スライド25, 38, 39）。
  - ・ こうした状況の下、訪問看護基本療養費の週4日目以降の算定割合についても理学療法士等によるものが全体の8%を占め、更にその利用者は看護職員による訪問看護の場合と比べ、末期の悪性腫瘍等の医療的ケアを要する状態にある割合が少ない（同スライド42）。
  - ・ これらの点を踏まえ、機能強化型訪看STの人員基準に「一定の看護職員割合」を加える一方、それに当たっては「医療従事者の働き方改革」の観点から一部について「常勤換算」を認めること。週4日以降の評価を見直し、併せて訪問看護計画書及び報告書に、訪問する職種の記載を義務付ける。
- ② 訪問看護療養費と医科診療報酬との点数体系上の不合理について

24時間の訪問看護提供が可能な体制を確保や訪問看護によるターミナルケアを実施する医療機関がある一方、医科診療報酬上の訪問看護・指導の項目には、それらの機能・実績に対する評価（訪問看護管理療養費に相当）は存在しない点（同スライド27）を踏まえ、こうした医療機関への評価を新設する。
- ③ 複数名訪問看護加算及び難病等複数回訪問加算等の取り扱い

昨今同一建物患者への訪問看護が増加している点（同スライド30～32）を踏まえ、現行では同一建物居住者の区分は存在しない複数名訪問看護加算及び難病等複数回訪問加算等にも同区分を導入する。

##### （議論）

①～③につき、診療側、支払側共に方向性について大筋では賛同。特に①に関しては、7月19日の中医協総会でも診療側の猪口雄二委員（全日本病院協会会長）が「最近のリハビリ目的の訪看STが目立つ。PT・OTがそちらに流れ、医療機関で人手不足も起きてい

る」と問題提起している。

次期改定に向け、理学療法士の割合が多い訪看 ST、いわゆる実質的な訪問「リハビリ」ステーションへの評価引き下げも含めた検討が本格化する見込みだ。ただ、その方向性については、支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が「訪問看護療養費の体系そのものを、患家への訪問職種に応じて点数を分けるべき」と発言する等、抜本的な評価見直しを求める一方、半田一登専門委員（日本理学療法士協会会長）は「片麻痺など傷病によっては理学療法士等による週 4 日目以降の訪問看護が有効な場合もある」として、評価引き下げに当たり一定慎重な検討を求める等、温度差が見られる点もある。引き続き、今後の議論の動向が注視される。

## （2） 利用者ニーズへの対応（同スライド 50～78）

### －精神科訪問看護に GAF 尺度（機能の全体的評定尺度）導入を提起 厚労省－

森光医療課長は、訪問看護における「利用者ニーズへの対応」として、下記①～④の方向性を提起。

#### （提起内容）

##### ① 専門性の高い看護師の同行訪問について

表記の場合の訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）や、医科診療報酬の（同一建物）在宅患者訪問看護指導料の対象に「皮膚障害以外の適切な看護ケアを要するストーマ合併症」（同スライド 52）を追加する。

##### ② 精神科訪問看護への GAF 尺度導入について

精神病棟入院基本料等では、患者の GAF 尺度（※）（同スライド 61）による評価が要件化されている点（同スライド 60）を踏まえ、精神科訪問看護にも同尺度による評価を導入する。

※ 精神保健従事者や医師が、成人の社会的・職業的・心理的機能を評価するのに用いられる 1～100 の数値スケールを指す。

##### ③ 複数名精神科訪問看護加算の取り扱いについて

同加算は複数名訪問看護加算と異なり、対象者が明確化されていない点（同スライド 62）を踏まえ、加算算定に当たり複数名訪問の理由を選択式等により具体的に訪問看護指示書に記載させる。

##### ④ 在宅での特定行為に使用する医療材料と特定保険医療材料との関係について

主治医の診療日以外に訪問看護師が指示に基づき患家へ単独訪問し、特定行為を実施する際の医療材料で特定保険医療材料として算定できない一部の材料（同スライド 66）の算定を認める。

#### （議論）

②につき、診療側松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は GAF 尺度導入に伴う現場の医療機関の負担増を懸念。「精神科訪問看護が増えている訪問看護ステーションから導入すべき」と述べ、医療機関からの訪問看護に関して慎重な姿勢を示している。

## （3） 関係機関等との連携に係る対応（同スライド 71～82）

### －看護小規模多機能型居宅介護事業所への訪問診療等に係る 30 日ルール緩和か－

森光医療課長は、訪問看護における「関係機関等との連携に係る対応」として、下記①～③の方向性を提起。

#### （提起内容）

##### ① 訪問看護情報提供療養費 1 の対象拡大について

平成 30 年度改定で算定対象を末期の悪性腫瘍等の患者や精神障害を有する者に限定した結果、15 歳未満の割合が減少した点（同スライド 74）を踏まえ、療養費 1 の対象に 15 歳未満の利用者を追加する。

- ② 訪問看護情報提供療養費 2 の対象拡大等について  
算定要件が「入学又は転学時等の当該学校に初めて在籍する月」に限られるのは不合理である点（同スライド 75）や、昨今、医療的ケア児受入に向け、保育所や幼稚園にも看護職員の配置が進んでいる点（同スライド 77）を踏まえ、療養費 2 を入学時に限らず年 1 回算定可能とし、更に保育所や幼稚園も情報提供先に含める。
- ③ 看護小規模多機能型居宅介護事業所への訪問診療等に係る 30 日ルールについて  
同ルールにより、看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下、看多機）の利用希望者が、例えば長期入院により、看多機利用開始日 30 日以内に訪問診療、訪問看護を受けていない患者は、一度自宅での訪問診療、訪問看護を経なければならない不合理がある点（同スライド 80～81）を踏まえ、退院直後に限り同ルールの適用を除外する。

### （議論）

③につき、診療側松本委員は同ルールの適用除外に訪問看護も含まれる点を疑問視。「看多機には訪看 ST が併設されている中で、宿泊利用者への訪問看護実施は問題ではないか」とした上で、「訪問診療のみを適用除外とすべき」と述べた。

## 議題 2：個別事項（その 10：精神医療、認知症等、明細書無料発行）について

### （1） 地域移行・地域生活支援の推進（同スライド 31～72）

#### －急性期医師配置加算の要件緩和に反対姿勢、支払側－

森光医療課長は、精神医療における「地域移行・地域生活支援の推進に係る対応」として、下記①～⑥の方向性を提起。

#### （提起内容）

- ① 精神科救急入院料の施設基準について  
平成 30 年度改定で医療機関の保有病床数に上限が設定される等の措置がされた（総-2：スライド 32）が、それ以降も同入院料の総病床数が増加しており（同スライド 33）、一部では 3 病棟以上の届出を行っている医療機関もある点（同スライド 34）を踏まえ、病床数の上限等の施設基準を見直す。
- ② 急性期医師配置加算について  
届出に当たり、算定要件の「病棟配置医師確保」、「新規患者の 3 か月以内退院率 60% 以上」がネックとなっている点（同スライド 41）を踏まえ、同加算の算定要件の緩和（退院率の引き下げ）も含めて見直す。
- ③ 抗精神薬クロザピンの普及に伴う関連する診療報酬への対応について
- ・ 昨今、クロザピン投与により治療抵抗性統合失調の症状改善が一定見られる点を受け、同薬剤の処方が増加しつつあり、一部の児童・思春期精神科入院医療管理料病棟でも処方されているが、同病棟では薬剤料が包括されている（他の特定入院料は出来高で算定可能）。（同スライド 45, 47）
  - ・ また、同薬剤の使用に際しては、原則として 18 週間の入院期間が必要（同スライド 43）とされており、今後同薬剤の普及に際しては、精神科救急入院料の「新規患者の 3 か月以内退院率 60% 以上」の要件と齟齬が出てくる可能性もある。
  - ・ これらの点を踏まえ、児童・思春期精神科入院医療管理料病棟でもクロザピンを出来高で算定可能とすると共に、精神科救急入院料の 3 か月以内退院要件に関しても、上述②の論点と関連して検討する。
- ④ 地域移行機能強化病棟入院料について  
当該入院料は「多職種、地域連携」、「入院患者の退院意欲の増進」といった効果が報告される一方、算定に当たり「病床利用率 90%」とする要件がネックとなっている点（同スライド 52）を踏まえ、施設基準の見直しを検討する。また、現行は 2020 年 3 月 31 日となっている新規届け出の期限も延長する。

- ⑤ 精神病棟からの入退院支援、多職種による相談・支援への評価  
精神病棟からの退院支援につき、退院先の医療機関等との共同支援に対する評価は存在しない点（同スライド 63）、また通院在宅精神療法を算定する外来通院患者への医師以外の多職種による相談・支援等への評価は、措置入院後の患者に対するもの以外に存在しない点（同スライド 68）を踏まえ、これらに対応する評価新設を検討する。
- ⑥ 精神科在宅患者支援管理料 1 の「ハ」について  
施設基準が実態に見合わないとの意見がある点を踏まえ、要件の厳格化を検討する。

#### （議論）

- ①、②につき、支払側幸野委員は急性期医師配置加算の新規患者の退院率に係る要件引き下げには反対。「要件を緩和すれば、実質的に精神科救急入院料 1 は全て算定できるようになり、不適切」と述べた。  
また、①、③につき、診療側松本委員は「クロザピンの使用患者に関しては、新規患者の退院率の要件を除外すべき」と要望した。

### （2） 質の高い精神医療の充実（同スライド 73～93）

#### －ギャンブル依存症治療の保険適用検討に強く反発、支払側－

森光医療課長は、精神医療における「質の高い精神医療の充実に向けた対応」として、下記①～③の方向性を提起。

#### （提起内容）

- ① ハイリスク分娩管理加算について  
現行では、精神病棟では算定出来ないが、重症の精神疾患の場合など、精神病棟でも産褥期管理が望ましいハイリスク産褥婦の事例がある点（同スライド 84）を踏まえ、算定要件の見直しを検討する。
- ② ハイリスク妊産婦連携指導料について  
算定要件のうち、特に市町村等との連携実績等の充足がネックとなり施設基準を満たせないとの意見がある点（同スライド 85）を踏まえ、算定要件の見直しを検討する。
- ③ ギャンブル依存症治療に対する保険適用も含めた検討について  
治療実績のある医療機関が増加（同スライド 86）しており、依存症集団療法の届出医療機関数及び算定回数も増加傾向（同スライド 91）であることに加え、ギャンブル依存症に対する認知行動療法が断ギャンブル率の改善に寄与した研究報告が出されている点（同スライド 92）を踏まえ、有効な治療への評価新設を検討する。

#### （議論）

- ②につき、診療側松本委員は「里帰り出産等の場合は、そもそも市町村とのカンファレンス等も含めた連携は至難の技だ。実態に合わせて現場が算定し易くなるよう要件緩和を検討すべき」と要望した。  
また、③につき、支払側幸野委員は明確に反対。「ギャンブル依存は健康被害ではなく、医療がカバーする範囲ではない」と主張。厚労省医療技術推進室長が「先進的な取組を実施するアメリカでは、ギャンブル依存症は脳の疾患として明確に位置づけられる」と説明するも、「エビデンスが明確でない以上、受け入れられない」と頑なな反応を示した。

### （3） 認知症等（同スライド 94～118）

#### －認知症ケア加算の評価体系の再編を検討、厚労省－

森光医療課長は、精神医療における「認知症患者への対応」として、下記①、②の方向性を提起。

#### （提起内容）

- ① 認知症ケア加算について  
現行では、同加算 1 の算定に当たり、「精神科又は神経内科の経験を 5 年以上有する

専任の常勤医師確保」がネックである点（同スライド 103）、他方で同加算 2 の算定施設でも、要件ではないが「認知症に関する専門性の高い看護師」が配置されており、その場合に患者の身体拘束患者やその日数の割合が低い点（同スライド 106）を踏まえ、同加算 1 につき、医師の配置要件を緩和すること。加算 2 につき、認知症に関する専門性の高い看護師の配置要件を課す。

② せん妄の予防について

- ・ 死亡率の上昇等、様々な有害事象と関連する（同スライド 108）一方、その頻度減少や合併症予防には事前の予防が最も効果的（同スライド 110）であり、現に急性期病床では予防に向けた取組が実施されている（同スライド 112）が、取組に際して使用するチェックリストの内容にばらつきが見られる（同スライド 114）。
- ・ こうした状況を踏まえ、関係学会が発出したチェックリストに沿ってせん妄予防の取組を行った場合の評価を検討する。

**（議論）**

①につき、診療側松本委員は「現在の評価は少し大雑把すぎる」と指摘した上で、「加算 1 と加算 2 の間に中間的な評価（専門性の高い看護師が配置されている場合）の新設が必要」と述べた。

また、②につき、吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）は「予防に限らず、せん妄への対処も評価が必要」と指摘した。

**（４） 明細書無料発行について（同スライド 119～128）**

**一支払側「例外なく義務化」、診療側「例外規定維持」で対立一**

**（提起内容）**

森光医療課長は、「医療機関の明細書無料発行の義務化」につき、医科、歯科合わせて 552 医療機関を除き、ほぼ全てで明細書無料発行の体制が取れている点（同スライド 123）を踏まえ、現行の例外規定（同スライド 121）の今後の取り扱いや、関連して明細書以外に診療内容を伝えるための手段等についても議論を喚起した。

**（議論）**

支払側幸野委員は完全義務化を強く主張。「もう 10 年以上議論している」と指摘。対して、診療側松本委員は「例外規定に該当する医療機関は、過疎地域の地域医療を担う高齢医師等も想定される。義務化すればレセコン等の買い替えに等に伴い、廃業の引き金を引きかねない」として、例外規定の維持を主張し、議論が対立した。

双方は診療内容の患者への説明に関しても対立。幸野委員は 10 月 30 日の中医協総会の同論点での議論材料として出された機能強化加算を持ち出し、「このように、患者が理解できず、しかも自動的に上乘せされるような項目は医師が診察前に説明すべき」と発言。対して松本委員は「なら、診療前に保険者が説明すればいい」と切り捨て、診療内容の説明に関して、以前の総会時と同様、双方が負担を押し付けあう展開となった。

そうした中で、支払側吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）が「そもそもの問題は診療報酬体系が複雑すぎる点」と指摘した上で、「これは医療機関、保険者だけの仕事ではなく厚労省も含めた関係者全員が取り組まなければならない問題」と述べ、議論が収束する形となった。

**<会内使用以外の無断転載禁止>**

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。  
総会（第 434 回）：[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00049.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00049.html)