

中医協概要報告(2021年7月7日開催)

(第482回総会)

(計3枚)

中医協は7月7日、総会をオンラインで開催し、▽次期診療報酬改定に向けた主な検討内容について、▽コロナ・感染症対策(その1)について、▽外来(その1)についてを議題とした。第1ラウンドの議論が本格開始された。

次期診療報酬改定に向けた主な検討内容について

○第1ラウンドの検討項目示す

厚労省は、次期診療報酬改定に向けた主な検討内容について、▽コロナ・感染症対応、▽外来、▽入院、▽在宅、▽歯科、▽調剤、個別事項として▽働き方改革の推進、▽不妊治療の保険適用、▽医薬品の適切な使用の推進、▽歯科用貴金属の随時改定の10項目を示した。今後これらのテーマについて論点整理を進め、9月を目的に「意見の整理」を行い、その後第2ラウンドとして改定の議論を進める予定だ。

今後の論点整理の進め方について診療側の城守国斗委員(日本医師会常任理事)は、「新型コロナウイルスが医療現場に与えた影響は非常に大きく、2020年度の医療費は前年度より約1.3兆円減少している。このような状況を鑑みれば次回改定は通常通りの手法で対応できるものではない。2020年度改定の結果検証調査や医療経済実態調査が実施されるが、その結果が前回改定の影響なのか、コロナの影響なのか判断するのは難しい。2020年度に行った改定をコロナ禍に合わせて手直しすることが重要なミッションになる」との認識を示した。

コロナ・感染症対策(その1)について

○臨時的、特例的対応の延長、恒久化求める 診療側

厚労省は冒頭、新型コロナウイルス感染症について、発生状況やこの間の臨時的取扱い、各種算定状況などを示した上で、論点として、▽今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方について、▽第8次医療計画(2024年度開始、新興感染症の拡大時の医療確保を追記)に向けた検討状況も踏まえつつ、新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組についての2点を挙げた。なお、7月実施予定の医療経済実態調査については、直近2事業年度分の他、直近の2021年6月の損益状況及びその比較対象となる2019・2020年6月の損益状況についても把握するとした。

まず、診療側から城守委員が発言し、コロナ特例である「乳幼児感染予防策加算」「医科外来等感染症対策実施加算」「入院感染症対策実施加算」について、「コロナ収束後も医療機関は今後も人的、物的、時間的費用を費やして感染対策を講じることを考慮すれば当然ながら継続すべき」と求めた上で、「基本診療料に包括して評価することも検討すべき」と提言した。その他、鼻腔咽喉頭拭い液採取の再評価や、特例措置や経過措置についての恒久化、外来への追加的な評価も求めた。

島弘志委員(日本病院会副会長)も、感染対策の効果として、「インフルエンザなどコロナ以外の感染症が激減した」と述べ、経過措置等の継続を求めた。

池端幸彦委員(日本慢性期医療協会副会長)は、「経済財政運営と改革の基本方針2021(骨太方針2021)」に触れ、「診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方」について、「今後棲み分けの議論が進むと思うが現時点で診療報酬で対応しているものは、維持できるような議論が必要だ」と述べた上で、「日本の病院の有事に対する余裕のなさ、脆弱性がある。公立・私立共に内部留保がない状態。数カ月の診療報酬の減少で(職員の)賞与が払えないという状態になっている」と指摘し、診療報酬の抜本的な改善を求めた。その他、施設基準の経過措置の延長、感染防止対策加算の基準緩和を求めた。

続いて、支払側から安藤伸樹委員(全国健康保険協会理事長)は、新型コロナウイルスの特例対応につ

いて、「現場での負担を鑑みれば当然の対応」とした上で、「定量的な根拠が示されず、例えば重症、中等症患者への評価が短期間に2倍、3倍、5倍とすることを持ち回り開催で十分な議論がないまま決定されてきた経緯がある」と指摘し、効果検証や明確な基準の設定等を求めた。また城守委員の意見について、「本当に必要な医療であれば、恒久化することも視野に入れしっかり議論していけばいい」と述べた。

佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策局長）は、「現行の臨時的取扱いについては必要だ」との見解を示した上で、「最早、臨時的な取扱いではなく、きちんと診療報酬として議論する必要がある」と述べた。一方で、診療報酬と医療機関の支援（公費）について、整理・見直しが必要との見解を示した。

幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、臨時的、特例的措置については、「コロナが収束するまで継続することはやむを得ない」としても、基本診療料の引き上げ、感染症防止等の恒久化について、「明確に反対」することを表明。臨時的な対応の経緯について、「これらは中医協で全く議論されていない。政府の予算の中でついた。エビデンスもなく、中医協の外でつけられた点数を継続することは反対」した。また、診療報酬、交付金・補助金の棲み分けについて、「病床確保、減収補填のような診療行為が発生しない部分については、補助金や交付金で対応し、実際にコロナ患者を受け入れた医療機関には診療報酬で対応するべきだ」と述べたほか、受け入れ医療機関への減収の対応については、「診療報酬で減収補填を対応することは、診療行為を受けた評価であるとする大原則を覆すことで、絶対にあってはならない」と強調し、「医療機能の分化、連携、強化、推進がパンデミックに対する対応だ」と述べた。また、第8次医療計画については、「2024年から始まる医療計画をなぜ2022年の診療報酬で対応しないといけないのか」、「医療計画になぜ診療報酬を絡める必要があるのか」と疑問を呈した。

支払側の意見に対し城守委員は、「中医協はエビデンスに基づき議論する場であると同時に、診療報酬には、医療機関の運営を安定化させて、地域の医療提供体制を維持していく役割もある」と述べ反論した。また、「現場では感染者かどうかの区別がつかないなか、来院した患者にしっかりと感染対策をしている現実がある」「各地域での医療機関の役割は様々で調整し成り立っている」と述べ、基本的な感染予防策に関する項目については基本診療料に組み込んでも良いのではないかと要望した。

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、変異株の状況にも触れ「医療機関の感染対策は当面続く」、「医療機関の十分な体力の回復が地域医療体制を支える」として、現在の基本診療料のみでは今の体制の維持はきびしいと、経過措置も含め特例的対応の継続を求めた。

幸野委員は診療報酬の根本論として、「医療を受けた対価としての診療報酬だ。減収の補填なら増収時にはどうするのか。単価をどうするのかという議論に発展する」と述べ、感染症対策実施加算（外来は5点、入院10点等）については「減収対策として設定された」との認識を示した。またこれらの点数については、「恒久化という事であれば、エビデンスを示し、検証した上で決めていくべきだ」とした。

厚労省担当者は、「実績要件等の9月30日までの経過措置の延長については、今後の中医協で議論していただきたい」とし、次回以降に決まるとの認識を示した。

外来（その1）について

○「かかりつけ医」が次期改定の最大論点 健保連

厚労省から、▽外来医療をとりまく環境について、▽診療内容と医療費について現状の報告が行われたのち、外来診療に係る診療報酬上の評価について、①初・再診料等について、②かかりつけ医機能に係る評価について、③生活習慣病に係る評価について、④外来機能の分化の推進について、⑤医療機関間の連携に係る評価について、⑥オンライン診療に係る評価について、課題と論点が示された。

まず、診療側の城守委員から、▽かかりつけ医機能について、「日医では、かかりつけ医機能研修制度を実施しており、受講者は既に延べ4万5000人に上る」「次回改定においても引き続きか

かかりつけ医機能の一層の充実が図られるような対応をすべき」と要望があった。また、▽外来機能の分化については、「初診時の定額負担については一定の効果が表れているが、再診時が機能しない。再診時の定額負担を強化するという事が重要」との考えを示した。患者を紹介元にフィードバックする診療情報提供料（Ⅲ）については、算定可能な医療機関が限定されているとし、改善するよう求めた。▽オンライン診療については、「医療においては対面診療が原則」とした上で、「離島・へき地などの地理的アクセス、難病・小児慢性など特定の疾患で受信できる医療機関が限定されるなど、対面診療が容易ではない場合、オンライン診療で補完すべき」と述べ、「オンライン診療で完結する医療はない」との認識を示した。また、かかりつけ医との関係について、「国がかかりつけ医を持つことを進めており、オンライン診療もそれに寄り添った仕組みとなるべき」と注文を付けた。

島委員は、かかりつけ医について、「地域包括診療料等、日医の研修を受けているかといった条件をはっきりさせることが国民にも非常にわかりやすい」と述べた。

池端委員からは、2022年度以降予定される200床以上の病院外来での定額負担について、「外来の保険給付から（初・再診療相当額となる）2,000円を控除するという手法はどうしても理解できない。選定医療の本筋から離れる」と述べ、「基本的に患者の希望に応じて選定医療を受けるか選択する。「200床以上に全て」となると病院における入院料の権利を奪ってしまう」と懸念が示された。

支払側の安藤委員は、かかりつけ医の在り方について、「十分に理解、議論されておらず行政、医療機関、国民の間で十分なコンセンサスが得られていない」とし、今後、「在り方を整理するとともに、国民目線で議論が行われるよう」要望した。また、外来機能に分化については、「控除分や定額負担の増額分の額をいくりに設定するか、大病院の負担軽減や医師の勤務環境改善が実現されるような水準に設定すべき」との考えを示した。

佐保委員は、かかりつけ医の標榜について、「一定の明確な基準を設けることが受診する立場にとって分かりやすくなるのではないかと述べたほか、オンライン診療について、「対面診療の必要性の整理や、オンライン診療の質の担保が課題」と質の低下への危惧を示した。

幸野委員は、かかりつけ医について「次期改定の最大の論点」としたうえで、「一般的な受診はまずかかりつけ医を受診するという受療行動を徹底させていくことが必要」、「患者はかかりつけ医にゲートキーパー的な機能を求めている」と述べ、こうしたことに対する医療費の配分をするよう求め、かかりつけ医関連点数の抜本的な再構築が必要とした。オンライン診療については、「対面（診療）の補完という要素」としつつも、「対面診療、オンライン診療相互の補完という考え方の必要」と述べた。

診療側の城守委員は、支払側の意見に対し、「かかりつけ医を選ぶのは患者で、かかりつけ医（機能を持っている）かどうかは手挙げ等で周知し、その機能評価に関して診療報酬で評価する」「フリーアクセスは担保されるべき」とし、まず「かかりつけ医を受診しないとどこもかかれな」という意見には反対を表明した。また、オンライン診療についても「日本医学会連合のガイドラインを見ても、動画で診断できる疾患はほぼないと記載されている」とし、けん制した。

<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。

・第482回総会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00097.html