

中医協概要報告（2021年8月25日開催）

8月25日に中医協が開催され、第112回保険医療材料専門部会、第486回総会が行われた。次回日程はいずれも未定。

【第112回保険医療材料専門部会】

<議題>

1：医療機器業界からの意見聴取について

議題1：医療機器業界からの意見聴取について

－算定ルールを医薬品と揃える要望に対して支払側より苦言－

日本医療機器産業連合会他7団体より医療機器等の保険収載に係る算定ルールに係る意見陳述がなされた。それぞれの各団体の医療機器、医療技術、医療機器流通、体外診断用医薬品に係る意見の主な特徴は下記の通り。

（意見内容）

- ・ 安定供給に向けた対応として、外国価格調整・再算定制度を医薬品と同様に新規収載時の1回限りの調整として欲しい（材-1、スライド8）。
- ・ 医療機器の新規収載時に、収載価格が外国平均価格を下回る場合も医薬品と同様に引き上げ調整を実施して欲しい（同スライド11）。
- ・ 保険医療材料専門部会については、診療報酬改定年度の1～3月も開催して欲しい（同スライド17）。
- ・ 診療報酬の技術料に包括される医療機器についても、使用実績を踏まえて保険収載後に再度評価を実施するチャレンジ申請の制度を創設して欲しい（材-2、スライド3）
- ・ アプリ等のプログラム医療機器等の保険上の評価は、基礎的準用技術料（類似の技術料や新規技術と同程度の資源消費・費用を要する技術）をベースに「有効性・安全性」等を勘案した付加的準用技術料を加える形での評価として欲しい（同スライド11、12）。
- ・ 医療機器販売業者と医療機関との医療機器の受注のやり取りが、現状電話やFAX等による独自の注文書式で行われている点を踏まえ、国が主導で共通の製品コードの作成等も含めた医療機器プラットフォームを作成して欲しい（材-3、スライド6）
- ・ 体外診断用医薬品の評価方法も、特定保険医療材料の評価と同様に画期性加算、有用性加算、改良各加算等を新設して欲しい（材-4、スライド5）。
- ・ 悪性腫瘍関連遺伝子検査の診療報酬につき、基本的な検査点数が2種類（2,500点、5000点）しかなく、実施する検査によっては逆ザヤのリスクがある点を踏まえて、きめ細かく評価されるよう項目を見直して欲しい（同スライド7）。
- ・ 昨今臨床現場での即時検査を可能とする検査キット等が一定普及した点を踏まえ、適切な治療介入に貢献する検査項目は、在宅医療点数でも評価して欲しい（同スライド9）。

意見陳述を踏まえた議論では、支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が一部保険医療材料の算定ルールを医薬品と揃える趣旨の要望について、「医薬品と保険医療材料はそもそも毎年改定の有無や、評価区分（医薬品は品目ベース、材料は機能区分ベース）という点で評価方法が大きく違う」と指摘。その上で、「一部分のルールのみ医薬品に合わせよというのは違うのではないかと、苦言を呈しつつ、業界団体の要望をけん制した。

併せて診療報酬の技術料に包括される医療機器のチャレンジ申請の創設要望に対しても発言。「具体化に当たり、例えば評価引き上げの場合、引き上げ分は医療機器と技術料とでどのように棲み分けるのか。医療機器メーカーと医療機関との一般的な契約内容の実情も明示頂きつつ検討する必要がある」と述べ、医療機器メーカーからの更なる情報公開を求めた。

【第486回総会】

<議題>

1：在宅（その1）について

2：入院（その1）について

3：選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）について

議題1：在宅（その1）について

厚労省担当者より在宅医療点数に係る議論の「キックオフ」として、2020年度診療報酬改定後の直近の各主要点数の算定状況等を記した資料が提出、報告が行われた。議論となった主な項目は下記の通り。

（在宅療養の担い手確保に向けた評価体系の在り方について）

－支援診の施設基準緩和に関する発言相次ぐ 診療側－

在宅療養支援診療所は、近年は届出数が横ばいである一方、在宅療養支援病院は増加傾向である点（総-1-1、スライド37）。支援診の要件のうち満たすのが困難な理由は「24時間の往診担当医の確保が困難なため」との回答が最多（83.5%）である点が報告。

議論では、診療側各委員より、支援診届出に当たり施設基準上の「24時間往診可能な体制確保」がネックである点につき、要件緩和を求める意見が相次いで提起。城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、2018年に他の医療機関との連携による24時間の往診体制等確保の評価を目的に新設された継続診療加算の届出医療機関数も同様に伸び悩む点（同スライド47）を強調。その上で、「拙速な届出医療機関拡大に繋がらないように注意が必要」と前置きはしつつ、「例えばすぐに入院できる病床を確保する医療機関や地域の一次救急と連携した上で、在支診でない一般の医療機関も含めた在宅を担う医療機関同士の連携を評価するような工夫が必要」と指摘。現状の施設基準の要件緩和の必要性を訴え、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）も同調した。

また、城守委員は在宅医療の提供につき、在宅専門の医療機関と「かかりつけ」医が実施するものとは効率性が全く違う点も強調。診療報酬改定に向けた議論の本格化に当たり、両者の提供する在宅医療を一緒くたに評価する事の無いようけん制した。

（小児に対する緩和ケアについて）－小児版「在医総」創設を 日医松本委員－

小児に対する緩和ケアは、「子供が家庭で生活することが決定的に重要」である点など、成人に対するものとは異なる点（同スライド25）が報告。議論では、診療側の松本吉郎委員（日本医師会常任理事）が「小児の在宅での緩和ケアに係る診療報酬は、在宅がん医療総合診療料を準用する形で評価せざるを得ないが、実態としては診療時間や家族との信頼関係構築などの特殊性がある」と指摘。小児への緩和ケア実施の特殊性を踏まえた評価新設の必要性を訴えた。

（訪問看護ステーションの利用者数について）

－訪看STの裁量権縮小求める 健保連幸野委員－

訪看STの利用者数は介護保険、医療保険共に増加傾向であり、特にここ10年での伸び率が高い点（総-1-2、スライド5）が報告。議論では支払側幸野委員が、訪看STが医療保険、介護保険に定められた範囲内で、自ら訪問看護の頻度や訪問職種を決定する現状を問題視。「本来は医師の指示書の中に訪問職種や頻度も記載すべきだ。現状では、果たして患者の状態に応じて適切に訪問看護が実施されているか疑問」と発言し、診療側委員をけん制した。

対して吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）は、「患者の状態が、医師の指示書に記載されたものと異なる事は往々にしてある。また、訪看STから指示のある医師に対しても日常的に訪問計画は共有されており、全体として適正に実施されている」と反論。また、診療側池端委員も介護保険ではケアプラン等での縛りもあり、好き勝手に実施されているわけではない」と理解を求めた。

しかし、幸野委員は「介護保険はケアプランでガバナンスを効かせているならば、医療保険でも同様に取扱うべきではないか」と再反論。議論は平行線を辿った。

（歯科訪問診療について）－歯科訪問診療推進に係る課題浮き彫りに－

在宅療養支援歯科診療所以外では、直近1年間もしくはこれまでに歯科訪問診療等の経験がない医療機関を合わせると全体の約7割を占める点（総-1-3、スライド4）。歯科訪問診療を実施しない理由では、「歯科訪問診療の依頼が無い」、「歯科医師や歯科衛生士等の歯科訪問診療の実施に必要な人員が確保できない」、「歯科訪問診療の時間が確保できない」とする回答が在宅療養支援歯科診療所も含めて多い点（同スライド5）などが報告。

議論では、支払側間宮清委員（日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」

委員)が、在宅療養支援歯科診療所でさえ、歯科訪問診療を実施しない理由に、実施に必要な人員、時間、そして一部歯科医療機関では機器、機材すら確保していないと回答した点を問題視。「自ら手を挙げているのに必要な人員や物資が準備できていないのはいかがなものか」と苦言を呈した。更に、「歯科訪問診療の依頼が無い」との回答が在支診、それ以外の医療機関を問わず多い点についても「そもそも歯科訪問診療の存在が知られていないのではないか」として制度そのものの周知が不十分との認識を示した。

間宮委員の指摘に対して、田村文誉専門委員(日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授)は、「歯科訪問診療の依頼が、歯科訪問診療を実施する特定の医療機関に、他の医療機関からの紹介の形で集中している」と臨床現場の実態を述べた。関連して診療側林正純委員(日本歯科医師会常務理事)も歯科訪問診療の実施に必要な機器等の確保について発言。田村専門委員の発言に見られるような現状故に、機器等についても「各医療機関が必要機材をフルセットで持つのではなく、地域内で貸出等を行うことで対応している」と実情を補足。間宮委員の指摘について一定、認めつつも将来的に推進に向けた取り組みを強める点を強調した。

また、支払側幸野委員は、在宅療養支援歯科診療所の施設基準(同スライド11)について「在支診1でも過去1年間で求められる歯科訪問診療の実績は15回だ。これは月1回~2回実施すればクリアできる計算になり、率直に言えば大分緩い基準と感じる」と発言。次回改定に向け、施設基準の厳格化が必要との認識を示した。

議題2:入院(その1)について

厚労省担当者より在宅医療と同様、入院点数に係る議論の「キックオフ」として、この間実施された入院医療等の調査・評価分科会での議論内容も踏まえた、2020年度診療報酬改定後の直近の各主要点数の算定状況等を記した資料が提出、報告が行われた。議論となった主な項目は下記の通り。

なお、この間の入院医療等の調査・評価分科会での議論内容等の概要については添付PPT資料(「情報共有スペース」の「社保/審議会等」)の入院医療部分を参照されたい。

(2022年診療報酬改定の方向性について)

一各論の議論に先立ち診療側、支払側が激しくけん制一

現状、国が進める地域医療構想の実現に向け、2024年から始まる第8次医療計画の記載事項に追加された「新興感染症対応」も含む5疾病6事業の円滑な実施に当たり、2022年度中を目途に一定地域の議論が進んでいることが重要な点(総-2、スライド21~23)が報告。

議論では、2022年度中に目途を付けるとされる「地域の議論」に影響の大きい2022年診療報酬改定の方向性について診療側と支払側とで意見が対立した。

診療側城守委員や池端委員は、現状が新型コロナウイルスの爆発的感染拡大下という異常事態である点を強調。「医療現場に大きな影響を及ぼす改定は難しい」とした上で、「この特殊事情で、各都道府県の医療提供体制もばらつきが大きく、地域の事情に応じた柔軟な対応がより一層重要な中、地域医療構想の推進ありきで一律に改定を行うのは強引な制度設計だ」と指摘。2022年度改定はコロナ特例に関する検証も踏まえつつ、あくまでも「手直し」の範囲に留めるべきで」との認識を示した。

対して支払側幸野委員や安藤伸樹委員(全国健康保険協会理事長)委員は、団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて人口動態が大きく変化する中で、地域医療を守る上では地域医療構想の実現が重要である点を強調。「2022年の改定では、コロナ禍である点は承知の上で、あえて地域医療構想を後押しするような従前とは異なる強い施策が必要」と指摘した。

入院医療の各論の議論に先立ち、2022年度診療報酬改定の方向性を巡り、診療側と支払側がお互いに激しくけん制しあう形となった。

(救急医療管理加算について)一医療現場の実態に合わせた見直しを 日病島委員一

同加算は「重篤な状態で救急搬送された患者」を対象とするものだが、従前は対象患者の状態の例示(意識障害、ショックなど)はあるものの、具体的な指標が明示されていないために、本来は対象外となる患者にも算定されている実態があった。それを踏まえて2020年改定では、加算の算定に当たり患者の状態に係る指標や医学的根拠の記載が求められることとされた点(同スライド108)が報告。

議論では、診療側島弘志委員(日本病院会副会長)が、同加算を算定できる状態の患者は一般的に救命救急入院料や特定集中治療室管理料算定ユニットで受け入れる場合が多く、そ

これらの入院料（管理料）では加算を併算定できない点を指摘。医療現場の実態に合わせた要件の見直しを求めた。

また、同じく診療側の城守委員は2020年度改定で患者の状態をレセプトに記載することとされた点について、「詳細なデータ分析はやぶさかではない」としつつも、2次救急医療機関にとって経営上重要な加算でもある点を強調。コロナ感染拡大という特殊事情下であり、これらの救急医療を担う医療機関への影響を最小限にする観点から、「2022年度改定での要件見直しについては、明確に反対する」と述べた。

（回復期リハビリテーション病棟入院基本料について）

－見直しの方向性を巡り診療側と支払側が対立－

同基本料は2018年の改定で、看護職員やPT・ST・OT等の人員等の基準をベースにリハビリテーション実施指数に係る実績要件の有無に応じて計6つの入院料に整理され、2020年改定ではリハ実施指数に係る実績数値の厳格化、管理栄養士の配置に係る見直し等が実施された点（同スライド65、67～68）が報告。

議論では、支払側の幸野委員が2022年改定での実績要件の更なる厳格化や、リハ実施指数に係る実績要件の無い入院料（2,4,6）の統合を主張した。

対して、診療側城守委員は、「コロナ禍の特殊な状況下では2020年度改定の効果を検証するのは難しい」前置きした上で、大幅な見直しに慎重な姿勢を示したほか、同じく診療側の松本委員も「実績指数の厳格化等の大幅な見直しは、それこそ状態が改善しやすい患者の選別（クリームスキミング）を広げる危険性がある」と述べ、城守委員に同調した。

また松本委員は入院料4～6を算定する医療機関は過疎地のリハビリ提供を一手に担っているケースも多い点を指摘。「基準の大幅な変更は、過疎地から回復期リハビリテーション病棟を無くしてしまう危険性がある点も留意すべき」と併せて幸野委員をけん制した。

（療養病棟入院基本料の経過措置病棟の取扱いについて）

－該当病棟の入院患者に配慮した丁寧な議論を 日慢協池端氏－

同入院料算定病棟で「20対1看護配置」などを満たせない病棟への経過措置（注11の経過措置）は原則2022年3月末で終了することとされている点（同スライド78）が報告。

議論では、支払側幸野委員が「基本的に廃止すべき」と主張。対して、池端委員は「廃止対象となる医療機関に入院している患者がいる点には十分配慮すべき」として、経過措置の廃止には一定理解しつつも丁寧な議論を求めた。

（その他）－入院時食事療養費に引き上げを 日慢協池端氏－

厚労省提出資料では触れられていないが、池端委員が入院時食事療養費について発言。「原材料費の高騰もある中で、入院時食事療養費は十数年据え置かれたままであり、実態に沿った見直しをすべき」と主張した。入院時食事療養費に関しては、保団連も「2022年診療報酬改定に向けた保団連要求」の中で、材料費、物価、人件費の上昇分を反映し、大幅に引き上げることなどを求めており、引き続き議論の動向の注視が必要だ。

議題3：選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果（速報）について

厚労省担当者より、報告事項として「選定療養として新規導入すべき事例等」に係る意見として、現時点で計109件寄せられた点。今後は事務局で更に整理・検討を進めた上で、必要に応じて中医協で議論する点が報告された。

<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。保険医療材料専門部会（第112回）：

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212455_00024.html

総会（第486回）：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html