

## 中医協概要報告（2021年11月10日開催）

11月10日に中医協が開催され、第207回診療報酬基本問題小委員会、第495回総会が行われた。次回日程について、総会は11月12日（金）に実施予定である。なお、総会の「議題4：在宅（その4）について」における在宅歯科医療に係る議論の概要については歯科担当より、別途発出予定である。

### 【第207回診療報酬基本問題小委員会】

#### ＜議題＞

1：診療報酬調査専門組織、医療技術評価分科会からの報告について

#### 議題1：診療報酬調査専門組織、医療技術評価分科会からの報告について—異論なく承認—

医療技術評価分科会長の福井次矢氏（東京医科大茨城医療センター病院長）より、2022年度診療報酬改定に向けた医療技術評価等について、下記の通り検討を進める点が提起。承認された。

- ・ 評価は、学会等から提起された905件の提案書のうち、医療技術評価分科会の評価対象とされる技術（うち768件）について行う。
- ・ 先進医療として実施されている技術の評価に当たっては、先進医療会議での評価に資するよう、医療技術評価分科会は必要な連携を確保する。
- ・ 医療技術評価等に係る取りまとめは令和4年1月を目途に取りまとめたうえ、中医協総会で最終的な検討を実施する。
- ・ 評価を実施する医療技術の体系的な分類は、データ利活用の観点より、研究班を組織の上、DPCデータを用いてKコードとSTEM（外科系学会社会保険委員会連合（外保連）が作成する手術基幹コード）の突合を実施する。体系的分類に係る検討結果は、研究班より分科会に報告を行う。
- ・ 既記載の医療技術については、診療ガイドライン等やレジストリへの登録等の観点からも評価を実施する。

### 【第495回総会】

#### ＜議題＞

- 1：医療機器の保険適用について
  - 2：費用対効果評価専門組織からの報告について
  - 3：診療報酬基本問題小委員会からの報告について
  - 4：在宅（その4）について
- ※ 在宅歯科医療に係る議論の概要については歯科担当より別途発出予定
- 5：入院（その2）について

#### 議題1：医療機器の保険適用について—異論なく承認—

保険医療材料等専門組織の小澤壯治委員長（東海大学医学部 外科学系消化器外科学領域主任教授）より、Euloc Fixation システム（機側・背側・尺骨各コンポーネント）、ULTRASCORE Scoring PTA バルーンカテーテル 0350TW、オンコタイプ DX 乳がん再発スコアプログラム、術中MR イメージング装置 OPERADA Open について、令和3年12月に保険収載する旨が提起、承認された。

#### 議題2：費用対効果評価専門組織からの報告について

中医協費用対効果評価専門部会の飯塚敏晃部会長（東京大学大学院経済学研究科教授）より、ノクサフィル錠（MSD）に係る費用対効果評価結果案が報告。比較対象技術のフルコナゾール、イトラコナゾールとのICER評価を踏まえ、薬価は引き下げられる見通しである。

また、カボメティクス錠について、肝細胞癌への効能に関する追加承認（肝細胞癌への効能追加に係る企業分析）の必要性が出た結果、期日までの必要データ提出が困難となった点

につき、費用対効果評価専門組織として、遅延理由は妥当と判断した旨を報告、承認された。

### **議題3：診療報酬基本問題小委員会からの報告について**

厚労省担当者より、上述の診療報酬基本問題小委員会での議論結果が報告、承認された。

### **議題4：在宅（その4）について**

厚労省担当者より在宅医療点数の小児への在宅医療（緊急往診加算、在宅がん医療総合診療料）、ECMO 装着患者搬送に係る「救急搬送診療料」の評価、在宅歯科医療（歯科より別途概要発出予定）に係る資料が提出。議論となった主な項目は下記の通り。

#### **（小児への在宅医療（緊急往診加算、在宅がん医療総合診療料）について）**

##### **－小児への在宅医療対応に係る評価の新設方針に診療側・支払側ともに賛同－**

緊急往診加算の算定する場合に予想される患者の容態としては、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等とされている（総-4-1、スライド 21）が、小児において緊急の往診が必要となる病態では、急性の呼吸不全（呼吸器使用中の患者、酸素使用の患者の低酸素状態等）、嘔吐、けいれん、発熱が多い（同スライド 23）点が報告。

また、小児の在宅でのがん治療では、成人と異なり疼痛緩和にオピオイドを積極的に使用する必要がある点や抗腫瘍薬の使用に当たり輸血が必要になるケースが多い（同スライド 33）点が報告。

小児への在宅医療上の対応は、成人に対する対応と異なる側面がある点を踏まえた診療報酬上の評価を検討する方針を示し、診療側・支払側ともに賛同した。今後、評価の具体化に向けて中医協で議論が進む見込みだ。

#### **（ECMO 装着患者搬送に係る「救急搬送診療料」について）**

##### **－重症患者搬送 GL に沿った対応への評価の新設方針に診療側・支払側ともに賛同－**

在宅医療では、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際に、当該自動車等に同乗して診療を実施した場合の評価として救急搬送診療料が設定されている（同スライド 36）が、今般のコロナ禍では ECMO 装着患者の転院搬送が行われた点（同スライド 37）、また現在、日本集中治療医学会では、重症患者の各医療機関間の集中治療室等の広域搬送におけるガイドラインが作成中である点（同スライド 39）が報告。当該ガイドラインに沿った患者の搬送について診療報酬上の評価を検討する方針を示し、診療側・支払側ともに賛同した。小児への在宅医療対応に係る評価と同様に今後、具体化に向けた議論が進む見込みだ。

議論に際し、島弘志委員（日本病院会副会長）は ECMO について、装着だけではなく管理についても多くの人手を要す点を強調。必要となる医療資源に見合う評価とするよう要望した。

### **議題5：入院（その2）について**

厚労省担当者よりこの間の入院医療分科会での議論なども踏まえ、（高度）急性期入院医療の各論点（来年度改定に向けた急性期入院医療の評価の在り方、重症度、医療・看護必要度、重症患者対応、高度急性期入院医療における人員配置等）に係る資料が提出。議論となった主な項目は下記の通り。

#### **（来年度改定における急性期入院医療の評価の在り方について）**

##### **－「手直し」の範囲に留める診療側・大幅な改定も辞さない支払側とで溝埋まらず－**

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-5、スライド 14～16）等が報告。

当該論点は 8 月 25 日の総会でも議論され、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等の事情を鑑み、改定は「手直し」の範囲に留めるべきとする診療側と、あくまでも地域医療構想の実現に向けて必要な改定を断行すべきとする支払側とで意見が対立していたが、今回の総会における議論でも双方の溝は埋まらなかった。

支払側の松本真人委員（健保連理事）は、急性期一般入院料 1 の届出医療機関において、ICU 等の治療室の有無により手術等の実績に差が見られる点（同スライド 85～89）に着目。「急性期入院医療の評価に向けた新たな切り口になる」とした上で、医療保険部会で議論さ

れているこの間の改定の基本方針の中にも「医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」が記されている点を踏まえ、支払側の総意として、あくまでも当該方針に沿って特に高度急性期への医療資源の集約も含めた機能分化を一層推進する改定が必要と強調した。

対して診療側はコロナ禍の医療現場の実態を踏まえるべきとして、支払側の主張に反論。池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、急性期入院医療が、そもそも8割の病床稼働率を維持しなければ経営が成り立たない現状が根本的な問題と指摘。その上で、「2020年はコロナ感染患者の受入れに伴い、病床稼働率はその水準を切った（同スライド7）」という非常に深刻な状況が見過ごされている」と述べ、疲弊した医療現場の実態を踏まえた改定議論を強く求めた。城守国斗委員（日本医師会常任理事）もICU等の治療室が無い急性期の入院医療機関でも病棟内の看護ステーションに臨時の処置室を設置して、看護師がコロナ以外の重症患者を随時対応していた事例もある点等を報告。松本委員の主張した医療保険部会の改定の基本方針はあくまでも「医療現場の実情を診療報酬でどう評価するか」という視点の範囲で考慮されるべきと主張。あくまでも2022年改定はコロナ禍の異常事態という環境下での認識を前提として議論されるべきであり、「コロナ禍で疲弊した医療現場の実態を踏まえない一方的な評価引き下げの議論には明確に反対する」と述べた。

### （重症度、医療・看護必要度Ⅱの推進について）

#### －必要性に理解は示すも慎重に対応すべき 診療側－

DPCのEFファイルを用いる看護評価は、看護師が手作業で患者の状態のチェックを実施する看護必要度Ⅰより、看護師の負担を大きく軽減する効果が期待されている。この間、10月1日の入院医療分科会では、看護必要度Ⅱの導入割合が、急性期一般入院料1の算定医療機関では、2020年度改定前の19.3%から改定後の2020年11月には58.4%、2021年6月には67.6%に増加している点（同スライド40）が報告されてきた。

今回の総会での議論では、支払側各委員は看護師の負担軽減の観点からも、現在は400床以上の急性期病院に限られる、看護必要度Ⅱによる評価の義務化対象病院の拡大を求めた。

対して診療側城守委員は、将来的な看護必要度Ⅱでの評価につき、「必要性は理解できる」としつつも、「2020年改定後に看護必要度Ⅱに切り替えた病院の多くは公立・公的病院であった」とも指摘。「看護必要度Ⅰ（看護師が患者ごとに各項目への該当の有無をチェック）へのニーズも高い中、一律に切り替えることはかえって医療現場の負担を増やす」と述べ、安易に推進に向けた議論が行われることに釘を刺した。

### （重症度、医療・看護必要度の評価項目について）

#### －項目の存続求める診療側・廃止求める支払側とで溝埋まらず－

この間の入院医療分科会等では、A項目の「心電図モニター管理」、「点滴同時3本以上」、B項目の在り方について下記が報告されてきた。

#### ① A項目の「心電図モニター管理」について（同スライド58～62）

- ・ 必要度Ⅰ・Ⅱ導入病院のいずれも、A項目のうち「心電図モニターの管理」に該当する患者が多い（6.30入院医療分科会）。
- ・ 必要度Ⅰ導入病院における「心電図モニターの管理」では、退院日・退院前日にも実施している患者が一定程度存在している（8.27入院医療分科会）。
- ・ 自宅退院患者数が多い病院では、退院日・退院前日の心電図モニター装着割合が多い傾向がある（10.1入院医療分科会）。

#### ② A項目の「点滴同時3本以上」について（同スライド63）

- ・ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、使用薬剤が2種類以下であるケースが必要度Ⅰ・Ⅱの算定医療機関において、一定程度存在する（8.27入院医療分科会）。

#### ③ B項目について（同スライド66）

- ・ 「口腔清潔」と「食事摂取」との間には、強い正の相関がある（「口腔清潔」と「食事摂取」が重複する評価となっているのではとの疑義がある）（8.27入院医療分科会）。

これらの過去の厚労省からの報告に基づき、本日の総会でもこれらの項目の在り方が議論されたが、項目の存続を求める診療側と廃止求める支払側とで真っ向から対立した。

診療側の城守委員はこの間の診療報酬改定で重症度、医療・看護必要度の項目が頻繁に改

定される点について苦言。項目の改定は医療機関への負担が大きい点を強調し、「医療機関がコロナ禍への対応を求められる中でこれ以上の見直しはあり得ない」と明確に反対した。また、A 項目の「心電図モニター管理」についても「重症患者の状態把握に当たり重要な機能であり廃止はあり得ない」と強く反対した。

池端委員は高度急性期での重症度、医療・看護必要度における B 項目の廃止に係る議論につき、「今後、高齢化が進展する中では必要な指標」と指摘。吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）も「重症患者の ICU と一般病棟との行き来を考えた場合、B 項目は当該患者に必要な看護量を図る重要な指標」と指摘。廃止に強く反対した。

対して支払側各委員は議論の俎上に上がったこれらの項目について廃止を要求。診療側委員との議論は平行線を辿った。

また同議論に関連して、重症患者割合についても議論が行われたが、こちらも急性期一般 1 を念頭に、2022 年度改定での引き上げを求める支払側委員とコロナ禍で疲弊した医療現場のへの更なる負担増を許さない立場の診療側とで議論が真っ向から対立。引き続き、今後の中医協でも継続的に議論される見込みだ。

### （重症患者対応について）

#### －RSS、入院時重症患者対応メディエーター等、診療報酬での評価具体化向け議論へ－

患者急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことにより、院内心停止を減らす取り組み（RSS（同スライド 99））が院内死亡を減少させるエビデンスがあり、大規模病院を中心に導入されている（同スライド 100）点。また、重症患者の家族は、場合によっては患者の治療につき、代理意思決定を行うなど大きな負担を強いられる（同スライド 102）点などを踏まえ、日本集中治療室学会は「集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法」に係るガイドラインを示している（同スライド 103）ほか、家族の代理意思決定に際しては、治療に直接関与しない職員による当該意思決定の支援（入院時重症患者対応メディエーター（同スライド 104））が有効である点が報告。これらの取り組みの診療報酬上での評価について検討する方針を示し、診療側・支払側ともに賛同した。今後、評価の具体化に向けて中医協で議論が進む見込みだ。

### （高度急性期入院医療における人員配置等）

#### ① 特定集中治療室における看護師や臨床工学技士の配置について

##### －将来的な施設基準化を警戒 診療側－

当該管理料 1 の届出には、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週 20 時間以上配置する事が求められる。他方、管理料 2～4 では看護師配置に関する施設基準は無い。この間の入院医療分科会等では、下記が報告されてきた。

- ・ 集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師の配置をみると、管理料 3 では約 7 割、管理料 4 では 8 割以上の施設で配置されている（同スライド 130）（10. 27 入院医療分科会）。
- ・ 管理料 1・2 における、適切な研修を修了した看護師のうち、特定行為研修修了者の配置状況をみると、1 人以上配置する割合が 3 割前後であった（同スライド 131）（10. 27 入院医療分科会）。

また、今回の総会では、特定集中治療室に臨床工学技士が専従配置されることで、警報作動時の臨床工学技士による初期対応率の向上や、トラブル回避のための業務実施率が向上する傾向が見られる（同スライド 146）点が報告。

議論では、支払側の佐保晶一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）が、「メリハリの付けた評価とすべき」と発言。専門性の高い看護師や臨床工学技士の配置の有無で、管理料の評価に差をつける議論を提起した。対して、診療側の城守委員は将来的な施設基準化への議論誘導を警戒。「メリットは理解する」としたものの、こうした人材の確保が現状厳しい側面もある点を踏まえるべきと指摘。安易に評価に差をつける議論の方向性を牽制した。

## ② 特定集中治療室管理料のバイオクリーンルーム要件について

### －要件緩和に向け議論へ－

管理料の届出に当たっては、治療室内についてバイオクリーンルームである事が施設基準上求められる（同スライド 149）。当該施設基準は、日本集中治療医学会作成の「集中治療部設置のための指針」に合わせたものであったが、今般、当該指針が改定され、治療室内の環境につき、「バイオクリーンルーム」であることを推奨する記載が削除された（同スライド 150）点が報告。当該指針の改定に沿って管理料のバイオクリーンルーム要件を緩和する方向で検討する方針を示し、支払側委員からも特段の異論は出されなかった。今後、当該要件は緩和の方向で議論が進むものとみられる。

### <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。

診療報酬基本問題小委員会（第 207 回）：

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000186974\\_00019.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000186974_00019.html)

総会（第 495 回）：[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00118.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html)