

中医協概要報告(2021年11月19日開催)

(第498回総会)

(計6枚)

11月19日、厚労省は第498回総会を開催した。厚労省より、①個別事項(その5)、②入院(その4)について以下のような論点(要旨)が示され、意見交換が行われた。出された意見は、取りまとめられ次回以降議論される見込みとなった。

<個別事項(その5)について論点>

- 小児急性期医療体制について
- 小児高度急性期医療体制について
- 小児の連携医療に係る評価について
- ハイリスク分娩管理について
- 妊産婦の支援について
- 精神科救急医療について

<主な議論>

○ 小児造血器腫瘍の標準的治療法における無菌治療室管理加算の算定可否をめぐる議論

小児造血器腫瘍の治療法において造血幹細胞移植治療が増加傾向にあり、ガイドラインにおいて推奨されている無菌治療室管理がより多く行われるようになってきている。しかし、現行制度のなかでは無菌治療室管理加算は小児入院医療管理料に包括されており、算定できない。

診療側の城守国斗委員(日本医師会常任理事)は、無菌治療室管理加算を包括範囲から外し、別途評価することはどうかと述べた。島弘志委員(日本病院会副会長)からも同様に、「小児の無菌室管理は成人の場合よりはるかに費用がかかる」と評価を求める意見が出された。

一方、支払側の松本真人委員(健康保険組合連合会理事)は、厳密な管理が必要なことに理解は示しつつも、「管理室加算を包括から外すならば、ベースとなる小児入院医療管理料も引き下げられるべきだろう」と主張した。

これに対し城守委員は、「包括から外し、評価をしようということは、その項目が、その包括の範囲内において、正しく評価できていないという意味であり、必ずしも基準となる管理料引き下げとはならない」と反論。

再び、松本委員は、主張に理解を示しつつも、「包括点数から一部抜き出す場合には、包括点数の引き下げが伴うことは、一般の患者・国民の考えだとも思う。それを代表した発言だ」と述べた。

診療側、支払側双方は、管理料を包括範囲から除外し出来高算定することでは合意したが、点数設定の在り方については平行線をたどった。

○ 小児救急患者において、夜間や休日等の時間外受診、時間外の緊急入院に係る評価について

小児入院医療管理料1においては、年間の小児緊急入院患者数が800件以上となっているが、時間外の緊急入院が1000件以上ある病院も散見される。入院に関して情報収集等の看護業務に時間を要するとして、評価の見直しが必要か議論された。

城守委員は、「看護業務としても、時間を要する内容であることから、体制を整えて対応しているこのような医療機関についての評価を検討すべきであろう。小児の時間外や休日の対応は、各地域の小児科医が連携して対応しているという例も多くあると聞く。時間外での緊急入院の評価は、地域の医師の地域連携への参加促進にも繋がるのではないかと賛成の意を述べた。島委員からも、「救急には専門の医師、スタッフが必要であることも評価いただきたい」と大病院の実態を紹介し、賛同を示した。

池端委員からは、まず各地域で2次医療機関も含めて小児の急性期医療体制を組むことは非常に重要だとしつつ、#8000や夜間・休日の当番医制度にて初期症状への対応がなされていることにより、2次以降の医療機関の負担が軽減されたとの実例をよく耳にする」と述べ、初期診療機関や2次医療機関などのさらなる連携構築が望ましいとし、医療機関間の連携への評価を求めた。

○ 医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導の実態も踏まえ、評価の在り方について

年齢別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、いずれの年齢でも増加傾向にある。また、病院薬剤師が、成人に比べ小児患者への退院時服薬指導において時間や手間がかかる理由としては、「家族の来院タイミングを見計らって指導を行う必要があるため」「小児患者、家族の両方に説明を実施する必要があるため」などが多かった。

城守委員から、保護者に丁寧に正確な情報を伝えるということが、学校生活などにおいて重要であるとし、また「情報提供の量や頻度が多く、時間や手間がかかるといった実態を踏まえれば、評価していただきたい」と述べた。島委員、有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）も賛同を示した。

有澤委員からは、「小児医療における医療機関、薬局の医療従事者間の連携を推進する観点から、小児の退院時服薬指導の重要性が高まっており、評価を検討いただきたい」との発言もされた。さらに、現在、医療的ケア児小児慢性疾患承認、慢性特定疾患患者に特徴的な情報提供に対応した小児用の薬剤管理サマリーの様式を、日本病院薬剤師会が作成していると紹介した。

一方、松本委員は小児への情報提供が成人に比べて時間がかかる、あるいは情報提供の量が多い傾向という点に理解は示しつつも、「算定については、患者の状態や疾患の種類といったことも含めて、必要な手間を行うということもあり、トータルとして点数設定としている。小児だからだけという理由で評価を見直していいかどうかは、少し慎重に考えるべきだろう」と反論した。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）も、説明に時間がかかる、困難だということで加算されていくことについては、「患者負担にもつながることから、慎重に考えていただきたい。説明に時間かかるケースは他の疾患にも起こり得る」と述べた。

○ CPT (Child Protection Team) による虐待対応において、様々な関係機関と連携を迅速に行い、患者が入院してから退院まで体制の整備を図ることに係る評価について

児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々上昇傾向にあり、虐待の対応には福祉、保健、司法等様々な機関と連携を取る必要がある。対応を迅速に行うにあたり、多くのマンパワーと専門知識が必要となるため、CPTと呼ばれるチームでの対応が推奨されている。

城守委員は、「すでに現場で自発的で専門的な取り組みがなされている。診療報酬上の評価をいただきたい」と述べた。

島委員も、ソーシャルワーカーが不足している実態や医師への負担も鑑み、評価の充実を求めた。また、費用対効果を考えても対応しかりすることで、虐待により重篤となったケースのその後の莫大な医療費を考えると、1人の虐待行為を予防するだけでも、その後にかかる医療費に関する費用対効果が見込まれるのではないかと賛同を示した。

○ 救命率が向上し、高度な治療を必要とする患者の幅が広がった実態を踏まえつつ、小児特定集中治療室管理料に係る評価の在り方について

小児特定集中治療室管理料において、届出医療機関数は減っていないが、算定回数は2019年と比べ2020年は3分の1ほど減っている。2019年度までは施設基準要件（8）イを満たすことにより、当該施設基準要件を満たす医療機関が多かったが、2020年以降は（8）イにより施設基準を満たしていた医療機関で症例数の減少がみられている。これらを踏まえ、厚労省より施設基準要件を見直すべきか提案がされた。

城守委員は、「現行の施設基準は、救急搬送件数に着目したものとなっているが、小児特定集中治療室（PICU）の算定対象者の中には、緊急入院を要するような病態の他に来院時の要件も含まれている。これらの要件を満たすことが難しくなっているということであろうと考える。もう少しこの実態に合った施設基準とするという検討をしてはどうか」との意見を述べた。

（※（8）イ…転院時に前医もしくは貴院で救急搬送診療料C004を算定した症例が50名以上。そのうち、PICU入室後24時間以内に人工呼吸を実施した症例が30名以上）

○ 重症先天性心疾患患者においては、長期の入院が必要となる実態も踏まえ、評価の在り方について

重症先天性心疾患をもつ新生児の場合、NICUで内科的な管理を行い、体重増加を待った上で心臓手術を行う必要があるなど集中治療室への長期の入院が必要となる場合が多く、評価の見直しが議論された。

城守委員より、「医療技術の進歩によって先天性の心疾患が救命できるようになったことから入院日数が長くなる場合が生じており、算定可能日数の上限引き上げについては弾力的に運用すべきであろうと考える」との発言があり、松本委員からも入院期間延長について賛同の意思が示された。

○ 慢性肺疾患（CLD）を伴う低出生体重児においては、慢性肺疾患治療のためより長期の入院加療が必要であることを踏まえ、新生児特定集中治療室管理料の評価の在り方について

低出生体重児にみられる病態に慢性肺疾患があり、この疾患を合併している場合、呼吸管理必要日数や入院日数が長くなる傾向を踏まえ、評価の見直しが議論された。

城守委員より、「低出生体重児についても、診療実態を踏まえた入院日数等を設定すべきである」との発言がされた。島委員からも、「慢性肺疾患に関しては、長期入院の子は管理機関が切れてもNICUからなかなか移動できない実態がある。どこの施設でも困っている現状がある。算定上限の延長は当然必要だ」との意見が出された。また、島委員は「新生児の特定集中治療室管理料が算定できる疾患の項目も十分ではない」とし、改善を求めた。

○ 医療的ケア児や小児慢性特定疾病児が安心して学校等生活を継続する観点から、必要な情報提供の評価の在り方について

主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行うことが示された。現行制度においては、情報提供先として診療報酬上評価されていない保健所、児童相談所、学校関係等の評価を見直すべきか議論された。

城守委員から、「特定疾患を抱える小児が、安心して学校などを含む日常生活を送るために、情報共有するということが必要となる。年齢に応じて関係する施設とか期間が多岐にわたる。それに合わせた情報提供先も多様化する必要がある。保健所、児童相談所、中学校、高校など（資料P57における赤字部分）にあるような適切な箇所に情報提供を行うべき」と述べ、島委員、末松則子委員（三重県鈴鹿市長）からも賛同を示した。末松委員は併せて、「情報提供とともに、専門職の配置についての評価に関する検討が必要である」とも発言した。間宮委員は、情報提供と併せて、周囲の大人が配慮し、「医療的ケア児が周りの子どもたちとの間で疎外感を感じてしまうことがないように」とも求めた。

○ 周産期医療体制において、有床診療所においても様々な妊婦を取り扱っているという実態等も踏まえ、安全性にも配慮しつつ、その評価の在り方について

ハイリスク分娩管理加算は、有床診療所でも算定可能だが、常勤医師、常勤助産師がそれぞれ3名以上の配置が必要などの施設基準要件があり、ハードルは高い。厚労省が実施した有床診療所におけるアンケートでは、当該加算の対象患者が比較的多く受診している実態がわかった。この結果を踏まえ、有床診療所における当該加算の施設基準要件等の見直しが必要か議論された。

城守委員は、「ハイリスク分娩管理については、リスクも伴うため、連携のあり方や対象とする疾患の検討、院内において医療安全体制の充実を含めて、十分に安全性を確保するということを前提として、また地域の医療提供体制を壊さないように配慮しながら検討すべきであろう」と述べた。一方、松本委員からは単純な施設基準緩和よりも「周産期母子医療センターなどと連携して安全性が確保されているかなど連携状況や実績で以てハイリスク分娩管理を担うクリニックを評価してはどうか」などの意見が出された。

○ 周産期におけるうつは、早期からの介入が必要とされており、スクリーニングを実施し、必要に応じて行政機関や精神科との連携支援を行っていることから、その評価について

妊娠中のうつ病の発症率は10%前後となっており、また母親のうつ症状は児の発育に大いに影響を与え、場合によっては不適切な療育環境のリスクも持つ。産科医療機関において支援が必要とされた妊産婦については、精神科、小児科、行政と連携した対応が必要となってくるが、どのように評価していくべきか議論された。

城守委員より、「行政機関との連携をあまり厳しく求めるということになると、せっかく連携が取れようとしているのに、その取り組みを邪魔するということにもなりかねない」とし、あくまで必要に応じて連携することが重要だと強調した。島委員は、出生前の支援、心理ケアについて現状はボランティアに任せになっているとし、「周産期部門参加申請時に、専属の公認心理師や看護師の配置が

必要になってくる。そのための点数設定が必要だ」と述べた。

○ 精神科救急医療体制の現状とあり方を踏まえ、病床数上限、実績要件、対象疾患・状態等について

(1) 現行の診療報酬体系全体を検討する上での方向について

城守委員は、よりよい精神医療構築のためには、精神科救急医療体制の整備に係るWGで取りまとめられた報告書に沿って検討を進めるべきとし、患者の病態に応じて、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築していく上で、患者の病状が軽快すれば病状にふさわしい環境で治療ができるよう、速やかに医療機関の関係機関と連携を行うということが必要であろう」と述べた。また、新型コロナウイルスへの対応につきましては、精神科患者の特性や、病棟の構造上、感染拡大しやすいということが危惧をされていることから、受け入れを求める場合には、十分な配慮を求めた。

(2) 算定病床上限について

精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料の策定については、▼精神科病床数300床以下の場合には60床以下、▼同300床超の場合はその2割以下とする病床制限が設けられている（ただし、この基準を超えている場合は2022年3月までの経過措置となる）。精神科救急入院料等の算定病床を増やすためには、その他の病床を多く有することが必要となる構造をめぐり、病床上限の在り方について議論された。

城守委員は、「精神科の救急入院料についてだが、常時対応できる医療機関は限られており、対応できる病院の病床の数で補っている現状もある。一方で、地域における役割分担を踏まえた適切な精神科救急医療体制の整備というものは着実に進める必要があると思う。（経過措置の廃止によって）急激な病床減少によって、精神科救急医療体制が後退することがないように対応いただきたい。地域の体制確保に資するような、総合的な検討が必要であろう」と述べた。

島委員からは、「精神科救急入院料を算定している病院はなくては困る存在になっている。病床数を減らすということについては、地域の状況をよくよく考えないと、非常に医療提供体制が崩壊する可能性がある。身よりのない患者が症状悪化したとき、措置入院などの強制力を持った入院形態で引き受けていただける精神科救急病院がある程度存在しないと非常に地域にしわ寄せが出てくる」とし、病床数削減には懸念を示した。

一方松本委員は、「大病院において、施設基準を満たすために精神病床全体を増やすこと自体は望ましいとは思わない。そうした歯止めが必要だからこそ、上限が設けられたということも十分認識していただいて、精神科救急病床の数がどの程度が妥当であるのか見極めるべきであって、漫然と延長することには反対」と述べた。

(3) 対象疾患について

精神科救急入院料の対象患者について、現場の実態を反映するよう求める意見が上がった。

島委員は、精神科救急入院料における対象疾患について、「（資料P103）オ（神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害）、カ（成人の人格及び行動の障害）、キ（知的障害）の患者が精神病状態やうつ状態ではないけれども、興奮して大暴れをしている状況は多々存在する。算定対象の状態についてはもう少し制限を緩和して状況に応じて対象にすることはどうか」と述べた。

<入院（その4）についての論点>

- 療養病棟入院基本料について
- 障害者施設等入院基本料等について
- 緩和ケア病棟入院料について
- 有床診療所入院基本料等について

<主な議論>

- 療養病等入院基本料経過措置（注11）について、令和3年度末で経過措置が終了することについて、現状を踏まえどのように考えるか。（届出数は、2020年7月1日時点で109施設、5425床）（注11：看護職配置25対1又は医療区分2、3の割合の患者5割未満）

療養病棟入院基本料経過措置（注11）について、リハビリ算定患者が多く、平均在院日数が短くな

っている状況が報告されている。入院分科会では、「不適切な使用」との声が出ている。厚労省は、改善策として、▼リハビリの実績指数の考え方、▼リハビリの算定上限を9単位から6単位に、▼入棟時のADL要件などの条件を課すことも提案している。

城守委員は、「経過措置を届け出ている医療機関が、まだ相当数ある。経過措置を来年3月で終了することで現場は大変混乱し、患者にもかなり影響が出る。適切な医療が提供されることを推進する観点からも延長すべき」と主張。

現状では例えば、リハビリが必要な患者が発症してから31日目以降は、医療区分2からは外れ、1となる。これらリハビリが必要な患者は入院料1を算定している病棟では、区分1の患者の枠が極めて少ないことから、経過措置病棟に移り在宅復帰に欠かせないリハビリを開始することとなる。これらを踏まえ、池端委員は経過措置廃止には懸念を示し、「経過措置を届け出ている病棟においては、平均在院日数も少ない一方でリハビリが非常に多い。このケースのアウトカムは、N54とすこし少ないがおよそ7割が退棟している（資料P30）。病棟としての本来の在り方ではないが、リハビリをしつかり実施し、しかも平均在院日数も比較的短くて、退棟しているということは一定の機能を担っているという見方もできる。経過措置が廃止されれば、回復期リハや地域包括ケア病棟に行く場合には、入院料上がってしまうことも踏まえ、経過措置廃止については慎重に検討する必要がある」と意見を述べた。

佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）は、経過措置終了を前提としつつ、やむを得ない場合には延長も考えられるとした。一方で延長となった場合に、「この間経過措置終了を見据えて取り組んできた医療機関は不満を持つのではないか」と述べた。

一方で、安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は、「経過措置であるという趣旨を踏まえれば、なるべく早期に終了することは望ましくい」と述べた。さらに松本委員は、「短い入院期間でリハビリを多く実施し、減算分を取り戻して、療養病棟入院基本料1に近い診療報酬を得るという、非常に我々からすると驚くべき実態が明らかになり、役割からズレているとの厳しいご指摘が含まれている。経過措置は速やかに廃止を。仮に、減算を厳しくしたとしても同様なことがまた発生する可能性があるため、現状の経過措置を単純に延長するというには明確に反対する」と主張した。

○ 医療区分3のうち「中心静脈栄養を実施している状態」について、中心静脈栄養を実施されている患者に対する嚥下機能評価等の取り組みの現状等を踏まえ、評価の在り方をどのように考えるか。

中心静脈栄養を実施している患者において、嚥下リハビリ、嚥下評価があまり行われていないことに対し、抜去への取り組みの意識、また医療区分3としておくことが適切かどうかなどが議論された。

城守委員は、「嚥下の評価や嚥下リハビリ等に取り組んだ場合でも、医学的な理由からどうしても抜去できない場合もあることをご理解いただければと思う」と述べ、療養病棟入院基本料において、嚥下機能回復の取り組みを積極的に算定できるような施設基準を手直しも求めた。

一方、松本委員は、「そもそも嚥下機能の評価が十分実施されずに栄養点滴から抜けられる可能性がある患者に対して、嚥下リハビリ十分でないことがまず大きな問題である。また医療区分3に中心静脈が位置づけられていることも、長期間のカテーテル留置の誘因になっていると考える。まずは嚥下機能の評価がしっかり行われて、中心静脈栄養から離脱する患者が増えるように、やはり入院上の要件の厳格化が必要」だと主張した。

これに対し、池端委員は、中心静脈栄養から離脱する努力をすることは当然としつつも、「療養病棟における中心静脈栄養と急性病棟における手術等による一時的な中心静脈栄養とは異なるものである。さまざまな理由で経管栄養や経腸栄養などに移行できない状況が長期間続いている患者にとっては、生きていくための最低限の栄養を摂取するためのものだ。そうした患者にカテーテルを抜去せよということは、「死ぬ」ということだ。ぜひご理解いただきたい」と強く述べた。併せて、「カテーテル抜去したことへのインセンティブも含め、医療区分を1カ月ほど延長するなどし、褥瘡管理（※）と同様に抜去後の管理期間を設定してはどうか」と提案した。

（※褥瘡について…入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこととされている）

松本委員は、「実態を十分理解した上で、どういう形で実情を織り込んでいくのかというのはまた

議論していくべきだと思う」と述べるに留めた。

○ 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうちの脳卒中患者の状態等を踏まえ、評価の在り方をどのように考えるか。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等における「対象患者」について、病棟毎にみると、「対象患者」が90%以上入院している病棟が最も多い。障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうち、脳卒中患者に着目すると、療養病棟入院基本料を算定する病棟における当該疾病の患者と、医療区分、患者の医療的な状態、医師による診察の頻度など類似していた。これらを踏まえ、城守委員は、「脳卒中の患者については、療養病棟に入院されている脳卒中患者と比較したところ、この中には医療区分3の患者が一定数いることがわかる。さらに、医師の診察の頻度、看護提供の頻度も高い患者も相当数いる。このことを踏まえた評価を検討する必要がある」と述べ慎重な対応を求めた。

一方、松本委員からは「療養病棟に準じた評価とすべきでないか」との意見があがった。

○ 有床診療所が地域において担っている在宅患者等の急変時の受入れなどの役割等を踏まえつつ、在宅において療養を行っている患者の病状が急変した際の受入れ医療機関の確保を更に推進する観点から、受入れ患者の状態に応じた有床診療所における入院医療の評価の在り方についてどのように考えるか。

厚労省は、2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能能分化・連携」により大きく増加すると見込んでおり、都道府県、市町村、関係団体が一体となり医療提供体制を構築していくことが重要との見解を示した。その一環として、有床診療所が地域で担う役割を踏まえ、有床診療所一般病床初期加算引き上げの見直しを提案した。

城守委員は、「在宅緊急時の対応、終末期医療などに加えて、今後必要とされる回復期の機能も担う医療資源である。地域に身近なかかりつけの機能や入院医療などになっているこの有床診療所は、非常に多くの機能を抱えており、これをしっかりと評価いただきたい」と述べた。

配布された資料は、厚生労働省HPでも公開されています。

・ 第 498 回総会

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000856844.pdf>

<会内使用以外の無断転載禁止>