

中医協概要報告（2021年12月10日開催）

12月10日（金）に中医協が開催され、第504回総会が行われた。次回日程について、総会は12月15日（水）に実施予定である。なお、「議題1：歯科医療（その2）」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504回総会】

<議題>

- 1：歯科医療（その2）について（概要は別途歯科より発出予定）
- 2：入院（その7）について
- 3：個別事項（その9）について
- 4：選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について
- 5：「令和4年度診療報酬改定の基本方針」について
- 6：令和4年度診療報酬改定への意見について（公益委員案の提示）

議題1：歯科医療（その2）について（概要は別途歯科より発出予定）

議題2：入院（その7）について

厚労省担当者より地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の評価、医療資源の少ない地域での各診療報酬算定に係る施設基準等、DPCデータとNDB・介護DBとの情報連結に係る精度向上に向けた取り組みに係る資料が提出。議論となった主な項目は下記の通り。

（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の評価について）

一入棟元別の患者の医療的状态を踏まえた評価を巡り、診療側・支払側の溝埋まらず一地域包括ケア病棟は「急性期後の患者受入」、「在宅療養患者受入」、「在宅復帰支援」の3つの役割が求められる（総-2、スライド5）が、「自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟」は自宅等からの入棟割合が低い点（10月1日入院医療分科会）や「一般病棟からの入棟患者」は、「自宅等・その他からの入棟患者」に比べて状態が安定しており、医師による診察の頻度が低く、医療資源投入量も少ない点（同分科会）等がこの間の総会、入院医療分科会で厚労省より報告。自院の一般病棟からの転棟患者割合が極めて高い地域包括ケア病棟等の評価引き下げ（現在の減算規定¹の厳格化など）を求める支払側と、地域の医療提供体制の実情等に依りて3つの役割の実施度合は濃淡が生じる²点から評価引き下げに反対する診療側とで議論が真っ向から対立する展開が続いている。

10日の総会でも、「自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟」の評価を巡り、診療側と支払側が再び真っ向から対立。支払側各委員は「自院の一般病棟からの転棟患者」が「自宅・その他からの入棟患者」に比べて医療的な状態が安定している点に注目。診療側が従前より主張する地域の医療提供体制等の背景により運用実態が異なる点には理解を示しつつ、受け入れる患者の状態に応じて評価にメリハリをつけるべきと主張。現在400床以上の病院にのみ設定されている一般病棟からの転棟患者割合が一定割合以上になった場合の減算規定の対象拡大（例えば400未満の病院にも拡大する等）も含めた評価の厳格化を求めた。

対して、診療側の城守国斗委員（日本医師会常任理事）は入院料（管理料）1,3には自宅からの入棟患者割合等³の実績要件が課されている点を強調。地域包括ケア病棟の3つの役割は診療報酬の要件上で一定、担保されている点を踏まえ「自院の一般病棟からの転棟患者割合」のみを以て一律に評価を引き下げる議論には強く反対。議論は平行線を辿った。

¹ 許可病床数400床以上の病院に設置する地域包括ケア病棟について、「同一医療機関の一般病棟からの転棟患者割合」に6割の上限を設け、これ以上となった場合に当該病棟での地域包括ケア病棟入院料を10%減算するペナルティ規定を指す。許可病床数400床未満の病院の場合、当該規定は適用されない。

² 地域に在支診・在支病が潤沢な地域は当該病棟の在宅実施度合いは低く、地域に急性期病床が少ない場合は必然的に自院の一般病床からの転棟患者割合が多くなる等

³ 自宅等から入棟した患者割合については、1割5分以上（管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）、自宅等からの緊急患者受入数については3月で6人以上の実績が求められる。

また、入退院支援の機能を巡っても意見は対立。支払側の松本真人氏（健康保険組合連合会理事）は現状、入院料の算定に当たり「入退院支援等を担う部門」の設置が求められる（同スライド 11）が入退院支援加算の届出は求められていない点を問題視。一定病床規模以上の医療機関につき、加算届出の要件化が必要と指摘した。対して、診療側城守委員は、加算が大病院以外は算定が困難な施設基準である点を強調。加算の要件化には強く反対した。

その他にも 10 日の総会では、厚労省より救急を実施していない地域包括ケア病棟入院料届出医療機関が一定程度存在する（同スライド 23）点や、病床の種類別では療養病床の地域包括ケア病棟設置病院は一般病床の同病棟設置病院と比べて救急実施を行う割合が 4 分の 1 である点（同スライド 23）が報告。

報告に対して診療側の池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、救急搬送患者受け入れデータ等は病院単位で実施されている点を強調。「一般病床と療養病床における救急実施の実績を正確に反映したものとはいえない」と指摘。病床の種類に応じた地域包括ケア病棟の評価の切り分けについて強く牽制した。

（医療資源の少ない地域での各診療報酬算定に係る施設基準等について）

－医療の質の担保を前提とした施設基準緩和につき、診療側・支払側共に賛同－

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果では、医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目の届出等が困難な理由として、「人材の確保が困難」等の意見が多く寄せられている点（同スライド 38～40）が報告。

報告を受けた議論では、診療側・支払側の双方が医療の質の担保を前提に施設基準を緩和する方向性に同意。今後、具体化に向けて中医協で議論が進む見込みだ。

（DPC データと NDB・介護 DB との情報連結に係る精度向上に向けた取り組みについて）

－個人単位の被保険者番号を活用する方針、異論なく承認－

改正健保法（令和元年成立）により、令和 4 年度以降 DPC と NDB・介護 DB との情報は連結して利用・提供が可能となった点（同スライド 44）点を踏まえ、令和 2 年度改定以降、DPC データでも K ファイル（生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通 ID）の収集を開始（同スライド 46）、したが、この間の「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」では、当該データの更なる精度向上に向け、K ファイルに替えて個人単位の被保険者番号を活用する方針（同スライド 48～50）が提起。異論なく承認された。

議題 3：個別事項（その 9）について

厚労省担当者より、二次性骨折の管理、運動器疾患管理、高度難聴管理、知的障害者への医療提供、遺伝学的検査の対象疾患の追加並びに遺伝カウンセリングの在り方、周術期疼痛管理、人工呼吸器等管理、バイオ後続品の使用促進に係る資料が提出。議論となった主な項目は下記の通り。

（二次性骨折の管理に係る評価について）

－学会指針に沿った骨粗鬆症に対する治療の評価につき、診療側・支払側共に賛同－

初回骨折は二次骨折の危険因子になる点（総-3 スライド 7）、骨粗鬆症を有する大腿骨骨折の患者の生命予後は、健常人等と比較して悪いことが指摘されている点（同スライド 10）、「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版」に沿ったリエゾンサービス（骨粗鬆症の啓発・予防・診断・治療の多職種連携システム）が提言されており、再骨折率が低下するなどの有用性があることが報告されている点。（同スライド 12～15）が報告。骨粗鬆症を有する大腿骨頸部骨折患者に対する入院後早期からの学会ガイドライン等に沿った一連の治療を評価する方針を提起し、異論なく承認された。

（運動器疾患管理について）

－疾患別リハの施設基準等を巡り場外戦－

令和 2 年度診療報酬改定では小児運動器疾患指導管理料の対象年齢を 6 歳未満から 12 歳未満に拡大する等の見直しを実施（同スライド 20）したが、亜脱臼例や臼蓋形成不全などは、成長期における運動量増加に伴い診断される事例もある（同スライド 22, 23）点を報告。

報告を受けた議論では、診療側の城守委員が対象年齢の更なる引き上げを提起。支払側の松本委員も前回改定以降算定件数が大きく伸びている点（同スライド 21）につき、患者像の

推移の継続的な検証が必要としつつも賛同した。

また、議論では参考資料として提出されていた疾患別リハの算定上限日数や施設基準を巡り、論点とは異なる部分で診療側と支払側が意見を対立させる一幕もあった。支払側の松本委員は脳血管リハと廃用症候群リハ、運動器リハ(Ⅰ)～(Ⅲ)につき、施設基準が同じであるにも関わらずそれぞれ点数が異なる点を問題視。「施設基準と点数にメリハリをつけるべき」と主張したほか、各疾患別リハの算定上限日数についても11月17日の総会で、診療側の城守委員が、上限日数超のリハビリ提供につき、介護保険のデイサービス等では十分なリハが提供されていない点等を指摘した点を念頭に、算定上限日数超のリハに関する実態把握の必要性を強調した。

対して診療側の城守委員は各疾患別リハの施設基準は対象疾患の特性を踏まえ設定されている点を強調。施設基準のみに着目した評価引き下げの議論に強く反対したほか、算定上限日数超のリハについても、「必要な患者に、医療上のリハが保険給付される仕組みが重要」と強調。支払側の議論を強く牽制するなど、論点以外の部分で議論が熱くなる一幕もあった。

(高度難聴管理について)

－複数回の算定に向け要件緩和へ－

高齢化の進展や認知症患者の増加に伴い、難聴患者に対する生活指導等が一層重要となる(同スライド 28, 29) 一方、人工内耳植込術の実施患者以外は高度難聴指導管理料が1回のみしか算定できない不合理が存在する点(同スライド 30)が報告。

議論では、診療側の城守委員が複数回算定に向けた要件緩和の必要性を強調。支払側松本委員も対象疾患や算定頻度を適切に設定する事を条件に要件緩和に賛同。今後、具体化に向けて中医協で議論が進む見込みだ。

(知的障害者への医療提供について)

－遠隔連携診療料の更なる活用につき、診療側・支払側共に賛同－

知的障害通所施設ではてんかんの患者が多い点が指摘されている一方で、知的障害者は自身の主訴の伝達が困難なため、治療は容易ではなく、てんかん診療拠点施設との診療連携が必要である点(同スライド 39, 40)。こうした状況につき、遠隔連携診療料(2020年度改定で新設)の更なる活用が期待される点(同スライド 43)が報告。当該診療料の算定件数拡大に向けた方向性が提起され、異論なく承認された。

(遺伝学的検査の対象疾患の追加並びに遺伝カウンセリングの在り方について)

－53疾患の追加、オンラインのカウンセリング実施の検討について了承－

診断に遺伝学的検査の実施が必須だが、遺伝学的検査の対象外である疾患が53疾患存在する(同スライド 51)。遺伝学的検査・診断に際して必要な遺伝カウンセリングの実施に当たり、遺伝子疾患が疑われた肢体不自由の患児が長距離移動を強いられた点(同スライド 55)が報告。更なる活用が期待される点(同スライド 53)が報告。

議論では、該当の53疾患を遺伝学的検査の対象とする方針につき、診療側・支払側が賛同。また、遺伝カウンセリングの実施についても、診療側・支払側各委員よりICTを活用したカウンセリング実施の検討を求める意見が提起。いずれも、具体化に向けて中医協で議論が進む見込みだ。

(周術期疼痛管理について) - 先行実施医療機関の適切な評価を要望 診療側城守委員 -

術後の疼痛管理につき、麻酔科医を中心とした手術室看護師、薬剤師、臨床工学技士等から構成される術後疼痛管理チームの介入により疼痛スコアの減弱、合併症の減少、在院日数の短縮等が期待される点(同スライド 61, 62)が報告。術後疼痛管理チームによる介入を診療報酬上で評価する方向性を提起した。

提起の方向性に対して診療側・支払側より異論は出されなかったが、診療側の城守委員は評価に当たり、既にチームで疼痛管理を行う先行医療機関が適切に評価される様な施設基準・算定要件の設定を要望した。

(人工呼吸器等管理について) - SAT や SBT 実施による管理の評価引き上げ要望 診療側－

要人工呼吸器管理の患者に対して、自覚覚醒トライアル(SAT)と自覚呼吸トライアル(SBT)の実施が推奨される点(同スライド 66)、SATやSBTの実施により、人工呼吸器の

装着期間、ICU 滞在期間、抜管までの期間が短い、院内生存率及び2年生存率が高いこと等が報告されている点（同スライド 67）、重症呼吸不全の患者の場合、ECMO 利用により救命できる場合があるが、原疾患の治療に加え、回路管理や合併症の早期発見等、様々な治療管理が必要となる点（同スライド 68）が報告。

議論では、診療側の城守委員が SAT や SBT の取り組みが医療機関で実施されている点を踏まえ、現行の診療報酬上の評価（人工呼吸、人工心肺）（同スライド 65）の更なる評価の充実を要望。一方、支払側の松本委員は SAT や SBT の取り組みを実施する医療機関とそれ以外とで評価に差をつけるべきとし、一律の評価引き上げには慎重な姿勢を示した。

また、人工呼吸器等管理に関連して診療側の島弘志委員（日本病院会副会長）は、特定集中治療室管理料の算定日数上限について言及。人工呼吸器等を利用する患者は長期入院を強いられるケースが少なくない点を踏まえ、算定日数上限の延伸（現在は 14 日間）を改めて要望した。

（バイオ後続品の使用推進について）－評価充実につき、診療側・支払側共に賛同－

バイオ後続品に係る情報提供の評価としては、在宅自己注射指導管理料のバイオ後続品導入初期加算に限られる（同スライド 75）が、同加算の新設後に在宅自己注射に係るバイオ後続品の使用割合が増加している（同スライド 81）ほか、加算対象外のバイオ後続品も使用割合が上昇しつつある点（同スライド 82）、バイオ後続品について患者・家族は安全性や効果、費用負担についての情報を求めている点（同スライド 78）などが報告。

議論では、バイオ後続品の使用推進に向けた診療報酬上の評価充実を求める意見が診療側・支払側双方より出された。診療側の城守委員はバイオ後続品の情報提供に係る診療報酬上の評価を外来・入院にも新設するよう要望。同じく診療側の有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）も調剤報酬上での評価新設を要望した。

議題 4：選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について

－逆紹介に従わない自施設の複数科受診の再診患者、定額負担徴収へ－

厚労省担当者より、現在は紹介状なしで受診する場合等の定額負担の徴収（病床数 200 床以上の病院が対象、届出は任意）を「求めないことが出来る」とされる「自施設の複数科を受診する再診患者」につき、いずれかの診療科で逆紹介を実施したにも関わらず、それに従わずに再度受診した場合は、定額負担の徴収の対象とする方針が提起。異論なく承認された。

従前までの取扱いでは患者が同一日に受診した「全て」の疾病に関して過去に逆紹介を実施していなければ定額負担は徴収できなかった。

議題 5：「令和 4 年度診療報酬改定の基本方針」について

厚労省担当者より、令和 4 年度診療報酬改定に当たっての「基本認識」、「基本的視点と具体的方向性」、「将来を見据えた課題」が報告された。

議題 6：令和 4 年度診療報酬改定への意見案について（公益委員案提示）

－「引き上げ環境にない支払側、プラス改定しかありえない診療側 意見は両論併記へ－

厚労省担当者より、令和 4 年度診療報酬改定に向けての意見（公益委員提示案）が報告。案では「診療報酬改定への基本方針につき新型コロナウイルス感染症関連の補助金を加味すれば医療機関全体としては黒字を維持している点を強調し、国民負担の軽減の観点から診療報酬は引き上げる環境に無い」とする支払側、「期中の診療報酬上の臨時的特例、補助金によっても医療機関全体の経営はプラスマイナスゼロもしくは悪化している点を強調し、将来的な新興感染症の流行再来に向けた平時の医療提供体制の整備等の整備の観点からも診療報酬は薬価財源からの充当を実施の上、プラス改定しかあり得ない」とする診療側の意見が併記された形で提起。異論なく承認され、正式に小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）から榎本健太郎氏（厚生労働省大臣官房審議官（医療保険担当））に手渡された。

<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。

総会（第 504 回）：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html