

中医協概要報告(2021年12月17日開催) (第506回総会) (計4枚)

12月17日、厚労省は第506回総会を開催した。厚労省より、①外来(その4)、②入院(その8)、③令和4年度DPC/DPCSの医療機関別係数の改定について論点が示され、議論が行われた。

外来においてかかりつけ医機能を評価する、地域包括診療料・加算、機能強化加算、小児かかりつけ診療料をめぐって、支払側より患者へのかかりつけ医機能に関しての情報提供が不十分であること、かかりつけ医機能に該当すると思われる点数が複数あり、診療の経過に沿って算定要件を整理することなどが求められた。支払側から提示された要件整理の提案に対し、診療側は外来機能分化についての議論が医政局マターで始まることを念頭に「拙速な設定をすべきではない」と述べ、慎重姿勢を見せた。小児かかりつけ医診療料については、医師の負担軽減を図るため、地域の開業医が近隣の医療機関と連携し、夜間・休日の初期小児救急医療に参画する仕組みを構築していくことで、支払側・診療側双方合意した。

入院医療については、厚労省より一般病棟用と治療室用の「重症度、医療・看護必要度」について、評価項目や評価票などの見直し等のためのシミュレーションの実施が提案され、了承された。診療側は、急性期病床削減目的の議論は絶対に避けるべきとの姿勢を改めて強調し、支払側からは、削減目的ではなく、患者の状態や医療資源の投入量を適正に反映することが目的との認識を示した。シミュレーションの結果は、年明けの総会に報告され、改めて議論する予定。

令和4年度DPC/DPCSの医療機関別係数の改定については、厚労省より対象医療機関等に該当する以前のデータが存在しない場合の対応について提案があり、了承された。

<外来その4>

○かかりつけ医機能に係る評価について

厚労省より、外来機能の明確化・連携やかかりつけ医機能の強化等を推進し、質の高い外来医療の提供を実現するための、かかりつけ医機能を有する医療機関の体制に係る評価のあり方をどのように考えるのかという論点が示された。資料として、地域包括診療料・加算、機能強化加算の算定状況や、令和3年度の診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(患者への調査)から、▼かかりつけ医の有無(P16)、▼かかりつけ医に求める役割(P17)などが示された。また、機能強化加算の届出有無別に、▼施設が有するかかりつけ医機能(P20)、▼受診医療機関と患者の関わり(P21)を調査した結果としては、機能強化加算を届出していない医療機関と比較して届出をしている医療機関の方が、かかりつけ医の機能を有している割合が高く、さらに初診における機能強化加算の届出ありの施設の方が、患者が他の医療機関の受診状況や処方薬などを伝えるなど、かかりつけ医に係る診療が行われている割合がより高かった。

(1) かかりつけ医に関する情報提供のあり方について ――支払側・一層の周知強化を求める

支払側の安藤伸樹委員(全国健康保険協会理事長)は、かかりつけ医機能発揮による患者側のメリットを明確化し、それに見合った評価をしていくべきだと述べた。また、P21の5)かかりつけ医に関する院内掲示を見たことがあるか、という問いに対し、機能強化加算の届出有りの医療機関より無しの医療機関の方が見たことがある患者が多いという結果にふれ、診療側として情報提供のあり方をどう認識しているのか質した。松本真人委員(健康保険組合連合会理事)からも、情報提供において、「正直消極的であるという印象を持たざるを得ない。やはり周知は、院内掲示や文書を置いておくだけではなく、直接患者に文書を渡すであるとか、あるいは説明をするなどしないと患者側の理解は深まらないのではないか」と指摘があった。

これに対し、診療側の城守国斗委員(日本医師会常任理事)からは、掲示方法は今後も工夫が必要としつつ、「患者一人ひとり全員に説明するという事は、限られた診療時間内において物理的にまず不可能と考える」と理解を求めるとともに、保険者からも説明するなど協力を求めた。池端幸彦委員(日本慢性期医療協会副会長)は、資料P21調査に対し、「N数が少なく、統計的優位性は生じていないのではないか」とした。

（２）機能強化加算の算定要件について

城守委員からは、資料 P20、21 の調査結果について、「機能強化加算が、かかりつけ医機能を評価するものとなっているだろう」との認識を示し、引き続き必要な評価だと述べた。

眞田亨委員（日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理）は、「患者にとってわかりやすさ、納得感が得られやすいことが重要である」として、さらに、「（かかりつけ医機能の）評価の重複、あるいは患者のニーズとは異なる部分での評価、また不足しているところがあるかもしれない」という観点から、現行の診療報酬との関係での整理を行うことを要望した。

支払側 機能強化加算要件の要件見直し・整理を要望

松本委員は、令和 2 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 3 年度調査）の報告案について（12 月 1 日中医協資料）をもとに、地域包括診療料・加算を届け出ている医療機関で、同診療料・加算の算定実績がゼロだった医療機関が 1 割ほどあったことにふれ、「ベースとなる診療料の算定がないにも関わらず、機能強化加算を算定していると類推する。現行の要件では不十分と言わざるを得ない」と述べた。そして、かかりつけ医に相応しい体制として、▼病歴、受診歴、処方歴の確認を行うこと、▼かかりつけに関する情報の周知徹底、▼医療機能情報提供制度に登録し、周知すること、▼かかりつけ医に関する適切な研修を受けること、▼地域包括診療管理料・加算のような算定のベースとなる点数について一定の算定実績を求めること、などを 22 年度改定に盛り込むことを強く訴えた。

城守委員は、かかりつけ医の機能は地域や学校、職場などにおいて様々な役割があるとし、「求められる機能も非常に多岐にわたるものであり、地域包括診療料・加算の算定に限られるものではない」と反論した。

支払側 かかりつけ医関連報酬の大幅な見直しを求める

さらに松本委員から、かかりつけ医機能を評価する現行の診療報酬体系について、▼算定時の患者の同意の要件化、▼外来管理加算の解釈の変更、▼外来管理加算、特定疾患療養管理料、地域包括診療加算の併算定不可、などが提起された。患者目線での分かりやすさ、報酬設定の歴史的経緯にも配慮しつつも、外来管理加算について、「計画的な医学管理を評価したものであるということを踏まえ、かかりつけ医の最も基本的な報酬という解釈もできると位置づけを改めてはどうか」と述べた。診療の経過としては、疾患を限定しない外来管理加算が基本としてまずあり、慢性疾患等を罹患した場合に特定疾患療養管理料に移行し、さらに、高血圧や糖尿病、高脂血症など複数の慢性疾患を罹患した場合に、地域包括診療料や地域包括診療加算の方に移行していく流れが患者にとってわかりやすいものではないかとし、今後検討いただきたいと述べた。

これに対し、城守委員は「かかりつけ医に関する議論は、基本的に医政局の外来機能 WG において議論が始まる。中医協において、ミスリーディングになるような診療報酬上の要件設定や見直しなどの議論を拙速にすべきではない」と述べ、各診療報酬がこれまでの議論の積み重ねで現在に至っている重みがあると反論した。

（３）小児かかりつけ診療料について

小児かかりつけ診療料については、前回議論（10 月 20 日総会）時に、休日、夜間も含めた原則常時対応が大きな負担となり、届出におけるハードルとなっていることが明らかになった。医師の負担軽減を図るべく、支払、診療側双方ともに、負担軽減をはかる意見として、現状の施設基準要件である時間外対応加算 1、2 に 3 も追加するなど、「地域での医療機関間の連携を進めてはどうか」などの意見が出され、要件緩和を求める方向で一致した。

本総会では厚労省より、前回議論の経過や求められる役割を踏まえ、どのように評価するかとの論点が示され、城守委員は賛同を示した。松本委員も概ね賛同しつつも、「評価の方法や要件等については慎重に判断したい」と述べた。

<入院その 8 >

厚労省より、一般病棟用と治療室用の入院料「重症度、医療・看護必要度」について、これまでの中医協や入院分科会での議論を踏まえ、評価項目見直し等のためのシミュレーション案が提示され、了承された。シミュレーションの結果で以て、改めて議論し見直しが必要かどうかを検討する予定。

一般病棟用（必要度 I、II 共通）における考え方として、施設基準の見直しに用いることを念頭に、▼患者の状態を適切に反映するための項目の見直し（例：A 項目「心電図モニター管理」、B 項目「口腔清潔」「食事摂取」「衣服の着脱」）、▼管理に係る実態をより適切に評価するための配

点方法の変更（例：A項目「輸血や血液製剤の管理」の点数）、▼患者の状態を適切に反映するための項目内容の見直し（例：A項目「点滴ライン同時3本以上の管理」の薬剤種類数、C項目「骨の手術」の日数）が、提案された。

また、治療室用（特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通）における考え方として、高度急性期入院医療を必要とする患者を適正に評価することを念頭に、▼患者の状態を適切に反映するための項目の見直し（例：A項目「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」※特定集中治療室のみ、B項目）、▼患者の状態をより適切に反映するための評価票の見直し（例：救命救急入院料1、3において用いる評価票）、▼一般病棟にならない、項目の内容の見直し（例：A項目「点滴ライン同時3本以上の管理」の薬剤種類数 ※ハイケアユニット用のみ）が、提案された。

これらの見直しを行った場合の試算として、A項目「心電図モニター管理」を削除した場合、看護必要度Ⅰでは、18.90%、看護必要度Ⅱでは11.90%の患者が、重症患者にカウントされなくなることが示され、その他の項目でも重症患者にカウントされなくなるケースが複数確認された。これらの見直しを組み合わせたシミュレーションを行い、重症患者割合の分布を試算するとした。

城守委員は、「コロナが収束をしていない現状において急性期入院料の削減を目的とした議論は避けるべき」と強調し、基本的に診療報酬は、地域の医療計画に寄り添い支えていくものであり、政策誘導されるものではないとの認識を改めて示し、そのうえでシミュレーションを実施するのであれば、今後の急性医療をはじめとする医療提供体制の強化に資するものであることが重要であるとした。提案されている「心電図モニターの管理」については、「循環器疾患等に関しては必須のモニタリングとなり、それ以外の患者においても、医療上極めて重要で必要性の高い項目である」と述べ、理解を求めた。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は、シミュレーション実施について、「重症度、医療・看護必要度の論点を検討していく上で非常に重要である」と支持した。また、一般病棟でのA項目の点滴ライン同時3本以上時の薬剤種類数見直しについては、いずれのパターンでも、必要度ⅠよりⅡの方が基準を満たさなくなる患者割合が高いデータがあることにふれ、「レセプト電算処理システム用コードが影響を与えている可能性があるため、その点にも留意をして検討を進める必要がある」と述べた（必要度Ⅱでは、レセプト電算処理システムコードを用いた評価であるため、コードによっては使用薬剤が2種類以下となる場合があることを踏まえる）。結果の提示方法については、前回見直し後の変化が確認できるように示してほしいと要望した。

松本委員は、P11にある、一般病棟用の見直しによる結果について、入院医療区分や必要度Ⅰ、Ⅱの違いによらず、いずれも心電図モニターを削減した場合に、基順に該当しない患者というのが目立っているとし、「他の評価項目に比べて、心電図モニターでギリギリ基準を満たしているケースが多いということの意味している」と述べ、妥当性を考える上では重要な提案だとの認識を示した。

評価項目を変更してみた場合の患者割合について

○ A項目の評価項目(心電図モニターの管理・点滴ライン同時3本以上の管理)、B項目の評価項目について見直した場合、現在、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしている患者のうち、基準を満たさなくなる患者割合は以下のとおり。

■評価項目(一般病棟用)を変更してみる場合の条件: パターン分け

	条件	基準
パターン1	A項目 点滴ライン同時3本以上の管理を削除	【現行】 基準① A 2点以上 かつB 3点以上 基準② A 3点以上 基準③ C 1点以上
パターン2-1	A項目 点滴ライン同時3本以上を、点滴薬剤3種以上に変更	
パターン2-2	A項目 点滴ライン同時3本以上を、点滴薬剤4種以上に変更	
パターン2-3	A項目 点滴ライン同時3本以上を、点滴薬剤5種以上に変更	
パターン2-4	A項目 点滴ライン同時3本以上を、点滴薬剤6種以上に変更	
パターン3	A項目 心電図モニターの管理を削除	
パターン4-1	B項目 口腔清潔を削除	
パターン4-2	B項目 衣服の着脱を削除	
パターン4-3	B項目 食事摂取を削除	
パターン5-1	C項目 骨の手術について手術当日から11日間を、10日間に変更	
パターン5-2	C項目 骨の手術について手術当日から11日間を、9日間に変更	
パターン5-3	C項目 骨の手術について手術当日から11日間を、8日間に変更	

■結果 現在、基準を満たしている患者のうち、各項目の見直しにより基準を満たさなくなる患者割合(急性期一般入院科1~6)

必要度	現在基準を満たしている患者数(人・日)	パターン1	パターン2-1	パターン2-2	パターン2-3	パターン2-4	パターン3	パターン4-1	パターン4-2	パターン4-3	パターン5-1	パターン5-2	パターン5-3
		点滴3本以上	薬剤3種以上	薬剤4種以上	薬剤5種以上	薬剤6種以上	心電図	口腔清潔	衣服の着脱	食事摂取	骨手術10日	骨手術9日	骨手術8日
I	2,715,712	0.60%	0.30%	0.40%	0.50%	0.50%	18.90%	1.50%	2.40%	0.90%	1.07%	2.21%	3.41%
II	5,359,010	2.30%	1.30%	1.70%	2.00%	2.10%	11.90%	1.40%	2.10%	0.80%	0.94%	1.94%	2.99%

※「基準を満たしていた患者」を100%としている。※新型コロナウイルス感染症患者は除く

11

○令和4年度DPC/DPCSの医療機関別係数の改定について

厚労省より、令和4年度に新たにDPC対象病院となる保険医療機関であって、対象医療機関等に該当する以前の診療実績データが存在しない病院についての対応が示された。基礎係数の算出に係る医療機関群の決定に使用する実績及び機能評価係数Ⅱの診療実績に基づく指数は、当該病院の診療実績データにおいて、データを提出している期間で最も新型コロナウイルス感染症の影響がないと考えられる月の診療実績データに、12を乗ずることによって得られた数値に基づき算出することとされている。どうかと提案がされ、異論なく了承された。

改定時は通常、前年10月から翌年9月までの12ヶ月分の診療実績データを使用するが令和2年度機能評価係数Ⅱは新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取り扱いとして、令和元年のものが据え置かれている。コロナに係る臨時的な取り扱いでは、診療実績等に関わる要件として、▼コロナ患者を受け入れた医療機関等に該当する期間を、実績算出期間から控除した上で控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める期間とすることで算出した場合、▼該当する期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から、該当する期間を除いた期間の平均値を用いて算出した場合、▼通常と同様の取り扱いをした場合、この3つを比較し、より高い値に基づき算出することとされている。

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506回総会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

＜会内使用以外の無断転載禁止＞