

中医協概要報告（2022年1月12日開催）（その2） （第509回総会） （計2枚）

1月12日の中医協は総会が開催され、個別事項（その13）について、コロナ・感染症対応（その3）について、入院（その9）について、これまでの議論の整理（案）が議題とされた。

個別事項（その13）は「歯科用貴金属材料の基準材料価格改定について」が議題とされた。内容については中医協概要報告（その1）参照。コロナ・感染症対応（その3）では、コロナ禍により令和2年度診療報酬改定以降に設けられた、入院における診療実績等の経過措置や施設基準の経過措置について、令和4年改定に伴い新たな基準が設けられることから、3月末で経過措置期間を終了することが提案され、了承された。入院（その9）では、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」について、「心電図モニターの管理」を削除するなど要件強化のシミュレーション結果が示された。議論では新型コロナウイルス感染症の感染が広がる中、医療機関にとって厳しい見直しとなる今回の提案に反発する診療側と、要件強化が妥当だとする支払側の主張が対立した。昨年の医療経済実態調査においても疲弊している実態が明らかになる中で、医療現場に鞭打つ改定は許されない。今後の決着が注目される。また「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」についても見直し提案がされている。

「これまでの議論の整理（案）」では、この間の中医協における議論に基づいた改定内容の案が示された。事務局は全て読み上げて提案、その後質疑が行われた。

■入院（その9）-支払側の要件厳格化発言に診療側が反発

事務局より入院（その9）として、（1）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、（2）特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度についての2点の論点が示された。

（1）では「急性期入院医療を必要とする患者の状態を、重症度、医療・看護必要度において適切に反映する観点から、評価項目の在り方について、どのように考えるか」として、①項目の見直し（A項目における「心電図モニターの管理」の削除、B項目における「衣服の着脱」の削除）、②配点方法の変更（A項目における「輸血や血液製剤の管理」を1点から2点に）、③項目の内容の見直し（A項目における「点滴ライン同時3本以上の管理」を点滴薬剤3種に、C項目における「骨の手術」の日数を11日間から10日間に）の3点を見直すとして、急性期一般入院料1、4～6の患者について、見直し案1から4までの条件に従って、それぞれシミュレーションを行った結果を示した（資料総-3）。入院料毎の該当患者割合の分布及び施設基準を満たす施設の割合を集計、見直し案1では基準を満たす医療機関が微増、見直し案2～4では減少し、特に上記①～③で全てを見直す形となる案4では、急性期一般入院料1については1312施設から1052施設となって18.8%の減少となっている。また急性期一般入院料4～6について、上記見直し案1～4の条件に沿って施設基準の必要度Ⅰを22%→21%に、必要度Ⅱを20%→19%に変更した場合のシミュレーションを示した。いずれも見直し案4が厳しい結果となっている。以上を基に「重症度、医療・看護必要度を用いて、急性期入院医療の必要性に基づいた急性期入院料の施設基準の見直しを進めていく観点から、評価の在り方について、どのように考えるか」と提起した。

（2）では①「高度急性期入院医療を必要とする患者の状態を、重症度、医療・看護必要度において適切に反映する観点から、A項目の「心電図モニターの管理」及びB項目を、評価項目から除いた上で、判定基準を「A項目3点以上」に見直すことについて、どのように考えるか」、また②「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度において、レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入し、あわせて、各入院料における該当患者割合について、現行との差の実態を踏まえた設定にすることについて、どのように考えるか」の2点の論点を示した。

①の形で見直した場合（シミュレーション条件3-2）、救命救急入院料2・4及び特定集中治療室管理料1～4における該当患者割合は、現行より0.9～2.3ポイント上昇する結果となっている。

議論で診療側委員は、コロナ禍が収束していないだけでなく、オミクロン株の急速な蔓延の中で、医療機関のひっ迫が出始めているとして、厳格化は賛成できないとし「新興感染症に対応できる医療体制構築が必要であるならば、それに十分対応できる体制とするべき」と主張、とりわけ「心電図モニター」について、内科系の急性期病棟に大きな影響を及ぼすと強く反対した。特定集中治療室においても、コロナ禍を踏まえればより充実した評価が求められるとして「厳格化は論外であり、十分余裕を持った設定を」と訴えた。またB項目の削除について、「B項目のシミュレーション結果は手厚い看護を実施している根拠を示すものとなっている」として反対した。

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、改定の基本方針にある通り今回の最重要テーマだとして、見直し案4を軸に議論を進めるよう主張、特定集中治療室については、シミュレーション3-1、3-2（いずれもA項目から「心電図モニターの管理」を削除、B項目を削除の提案）になるとして、適切な基準値設定をすべきと主張、他の支払側委員も同様に主張した。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、「支払側の発言はあまりにもショックだ」として、まだ有事が続いている中でこの議論を現場がどう受け止めるのかと強く批判、城守国斗委員（日本医師会常任理事）も支払側の発言の機能分化推進は重要としたが、提案は「机上の数字だ」として、重ねて厳格化に反対した。

なお、終了後の記者会見で厚労省は、HCUについて取り上げられていない点について「今回対象にはしていない」と述べた。

■これまでの議論の整理（案）を提案

事務局より「令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理案」が提案された（案はその後1月14日の中医協総会を経て確定後、意見募集に付されている。確定後の案は厚労省の意見募集HPを参照。<https://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p20220114-01.html>）。

議論で診療側委員は、池端委員が「I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」のI-3（16）について、「地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、それぞれの役割に応じた医療の提供を推進する観点から・・・」と記載されている部分について、「一般病床及び療養病床では役割が違っていると読めるがそういう認識はない」として、事務局に確認を求め、「少し特性が違うとのデータを示したが、役割に違いはない」と指摘を認め、文書の一部削除することとなった。

支払側委員が主に指摘したのは、①I-5「かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価」の(3)「紹介受診重点医療機関」について新たな評価を行うとしている点は同意していない、②II-4「各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進」の(5)で「看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う」とした点について、研修要件の強化も選択肢に含めるべき、③III「患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」に記載はないが、明細書の無料発行の推進について触れていないのは遺憾だとして、特に訪問看護事業所のオンライン請求が今年からスタートするこの時期に合わせて、システム開始が合理的だ、④III-2「医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応」の(13)で「オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、新たな評価を行う」については「現状はシステムがすべての医療機関で使われておらず、評価というより早急に導入することが先だ」として反対、⑤III-5「口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進」の(1)「歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す」では、このような議論を行ったとは認識していないため表現の見直すべき、⑥記載はないがフォーミュラリーの推進が必要であり、「効果が同等であれば、経済的観点を優先する」と療養担当規則に記載すべき、の6点。

城守委員は⑥について、「療養担当規則に記載とのことだが、定義や方法も明確ではないことを記載するなどあってはならない」と反対した。また④については長島公之委員（日本医師会常任理事）が「安心、安全で質の高い医療実現のためには新たな評価は必要だ」、「これまで様々な治療や医療機器は全て導入されていなくても評価するのが普通」と反論した。⑤について林正純委員（日本歯科医師会常任理事）は、「感染防止対策も対応してきている。評価についてご理解いただきたい」と述べた。

<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。

第509回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00132.html