

中医協概要報告(2022 年 1 月 26 日開催) (第 513 回総会)

1 月 26 日、厚労省は中医協を開催し、個別改定項目（その 1）（いわゆる短冊）を提示した。短冊は、これまでの議論をもとに改定を行う主な内容が、点数部分を伏せて公開されるもの。今回の個別改定項目（その 1）は、2020 年度改定よりも多い 501 ページにも及ぶ量となっており、大幅な改定内容となっている。

個別改定項目の主な内容は、外来感染対策向上加算の新設、重症度、医療・看護必要度の厳格化、情報通信機器を使用した場合の初診料（オンライン初診料）の新設など。

重症度、医療・看護必要度の項目見直しとオンライン診療に係る点数設定については、診療側と支払い側の主張が対立。公益裁定となり、重症度、医療・看護必要度については見直し案 3（1 月 12 日中医協で提示）を採用し、オンライン初診料は現行の初診料 288 点とコロナ特例対応の 214 点の間の点数とすることなどで決着した。

なお、26 日に議論された内容は個別改定項目（その 1）のⅠ、Ⅲのみであり、ⅡとⅣは 28 日の中医協総会で議論された。

新型コロナに係る特例対応については、2020 年度改定の経過措置は終了するが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26）」（令和 2 年 8 月 31 日）で示された内容は、2022 年度以降も継続する予定。

■総会

総会では、▽再生医療等製品の医療保険上の取扱いについて、▽個別改定項目（その 1）についての 2 議題について、議論が行われた。

再生医療等製品の保険収載については、2 製品の保険収載が提案され了承された。了承された 2 製品は、アベクマ点滴静注（一般名：イデカブタゲン ビクルユーセル）とサクラシー（一般名：ヒト羊膜基質使用ヒト（自己）口腔粘膜由来上皮細胞シート）。

重症度、医療・看護必要度 「心電図モニターの管理」削除、該当患者割合は実質厳格化

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度については、評価項目や該当患者割合の基準について議論が行われてきたが、支払側と診療側の意見の隔たりが大きく、公益裁定となった。評価項目や判定基準の見直しシミュレーションでは 4 つの案（1 月 12 日中医協総会）が示されていたが、最終的に見直し案 3（▽点滴ライン同時 3 本以上の管理を注射薬剤 3 種類以上の管理に定義変更▽心電図モニターの管理の削除▽輸血や血液製剤の管理の点数を 1 点から 2 点に変更）の採用に決まった。

該当患者割合の基準については、看護必要度Ⅰの急性期一般入院料 1（許可病床数 200 床以上）以外の各入院料の基準が若干緩和されるものの、実質上厳格化する形となる。急性期一般入院料 5 と 6 は一本化し 6 段階に再編される。また、許可病床数 200 床未満の医療機関の急性期一般入院料 1 から 4 に対しての基準が新に設けられることとなった。なお、急性期一般入院料 1（許可病床数 200 床以上）については必要度Ⅱを要件化する（経過措置あり）。

議論で支払側の松本真人委員（健保連理事）は、1 月 12 日での総会同様、「見直し案 4 を実施すべき」と主張。「見直し案 4 であれば急性期一般入院料 1 は 8 割程度に重点化され、

機能分化を促す効果も期待できる」と述べた。一方診療側の城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、コロナ禍の医療提供体制が大変な状況の中、とくに「中小病院にとっては評価項目の内容や該当患者割合の変更の影響は非常に大きい」とし、厳格化することについては「全く同意できない」と強く反対した。また、心電図モニター管理削除については、「内科系病棟を中心に様々なところから懸念の声が多数ある」と述べ、「評価項目の内容についても、該当患者割合についても一切変更すべきではない」と改めて強く主張した。

双方主張を譲らなかったため、最終的に公益裁定で合意が得られた。結果は以下の通り。

<該当患者割合の基準>

	現行 → 改定案 (カッコ内は許可病床 200 床未満)	
入院基本料	I	II
急性期一般入院料 1 (※1)	31%→31% (28%)	29%→28% (25%)
急性一般入院料 2	28%→27% (25%)	26%→24% (22%)
急性一般入院料 3	25%→24% (22%)	23%→21% (19%)
急性一般入院料 4	22%→20% (18%)	20%→17% (15%)
急性一般入院料 5 } 5	20% } 18% } 17%	18% } 15% } 14%
急性一般入院料 6 }		
急性一般入院料 7 → 6	—	—

(※1) 許可病床数 200 床以上の急性期一般入院料 1 は、経過措置後は必要度 II が要件化される。

オンライン初診料 対面 288 点と特例 214 点の中間程度の水準に

個別改定項目では、オンライン診療での初診料、再診料、外来診療料などを新設する方針が示された。これに伴い現行のオンライン診療料は廃止される。また、現行のオンライン診療料に関する施設基準である外来診療に占める算定回数「1 割以下」とする要件や医療機関と患者との間の時間・距離要件は設けられない見込み。また、皮膚科特定疾患指導管理料や薬剤総合評価調整管理料など 14 の医学管理等がオンライン診療の算定対象に追加される。

オンライン診療に関する評価の在り方についても、公益裁定となった。初診料は、対面診療の 288 点と、「コロナ感染拡大に伴う時限的・特例的な対応」として行われている電話や情報通信機器を用いた場合の初診料 214 点の中間程度の水準とすることで合意された。また、医学管理料については、オンライン診療では現在一律 100 点に設定されており、「コロナ感染拡大に伴う時限的・特例的な対応」においては、一律 147 点となっている。

公益裁定では、オンライン診療に係る医学管理料の点数水準を「オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定する」とされた。

支払い側は、これまでの議論同様、診療報酬を通じたオンライン診療の環境整備を主張。算定要件、施設基準については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を反映することを原則にすべきとし、「距離要件、患者割合要件等は撤廃すべき」と主張。また、患者

の安心、安全の面で問題が発生しないかどうかは継続的に事後検証し実態を把握し、「問題があれば速やかに対策を打つことが大前提」と述べた。一方診療側は、オンライン診療専門の診療所といった無責任な診療所の助長になることを危惧し、オンライン診療は対面と適切に組み合わせるべきであると主張。特例点数水準を基本として検討すべきと述べた。

外来感染対策向上加算と病院の感染防止対策加算の下位区分新設へ

外来でも感染症対策をとった場合の加算新設（届出）が提案された。専任の院内感染管理者を配置し、感染対策向上加算 1（旧感染防止対策加算 1）を算定する病院や地域医師会との連携した場合に、初再診料や外来リハビリテーション診療料、在宅患者訪問診療料などに月 1 回加算する。また、感染防止対策加算（病院）は感染対策向上加算と名称変更の上、小規模な感染制御チームでも算定できる加算 3 が新設される予定。

なお、外来感染対策向上加算・感染対策向上加算ともに、新興感染症流行期に発熱外来等の設置または患者受入を行うこと等が要件とされている。

松本委員は、「コロナの経験を踏まえた内容だ」と評価し必要な対応だとして賛成した。そのうえで、外来感染対策向上加算については地域での連携を必須とすることが望ましいと述べ、さらに感染対策向上加算 3 については低い点数とすることを求めた。

池端幸彦委員（診療側・日本慢性期医療協会副会長）は、病院での加算に下位区分の加算が新設されたことを評価する意見を述べた。

耳鼻咽喉科の乳幼児加算の新設と処置料の見直し

耳鼻咽喉科については、乳幼児に対する処置を行った場合の加算と、同様に乳幼児に対して耳処置や鼻処置などを行い、抗菌薬を使用しなかった場合に算定できる加算の新設が提案された。また耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置の点数が見直される。

松本委員は、提示された内容に対し「想定とやや異なる」と述べ、単に乳幼児に対する耳鼻咽喉科の評価を上げただけのように見えると指摘した。一方、城守委員は「実態に即している」と評価した。

機能強化加算の施設基準は、実績を求めるものに

初診料の加算である機能強化加算の要件厳格化が提案された。算定要件には患者が他の医療機関で処方された医薬品の把握と管理、専門医等への紹介が追加され、施設基準では主治医意見書の作成や支援診・病の場合は緊急往診実績を求める案が提示された。

松本委員は「実績評価となったのは、大きな一歩」と述べ新たな要件を評価した一方、城守委員は実績を求めることについて「あくまで体制加算であり、過度な実績要件の設計は避けるべきだ」と述べ、牽制した。

リフィル処方箋ー積極活用を主張する支払側と慎重な対応を求める診療側

一定期間内に処方箋を反復利用が可能なリフィル処方箋が提案された。使用回数は 3 回までとし、投薬量に限度が定められている医薬品と湿布薬については対象外とされた。通常低紹介率の病院の場合は 30 日以上投薬を行うと 60%減算となるが、リフィル処方箋で投薬をした場合、処方箋 1 回使用につき投与期間が一定日数以内であれば減算は適用されないとされた。

松本委員は、使用限度回数が 3 回までという点について、「分割調剤のような印象」だと

述べ、これ以上制限をかけるべきではないとし、リフィル処方箋の積極的な活用を求めた。城守委員は「患者に十分配慮した運用を希望する」と述べ、「慎重に丁寧に始めることが望ましい」とした。

療養病棟－「中心静脈栄養実施」は嚥下機能評価等の体制が要件、注11は2年間継続へ

療養病棟入院基本料の医療区分3で最も該当患者割合が高いとされた中心静脈栄養について、嚥下機能評価等の体制を要件とし、体制が取れない場合は医療区分2で算定することが提案された。

池端委員は、「理解はする」としながらも、急性期病院で嚥下機能評価を行ってから療養病棟へ転院する患者が圧倒的だとして、現場の実態に合っていないとの見方を示した。

経過措置の入院料（注11）は、2年間延長の上、減算幅が見直される。さらにFIM（機能的自立度評価法）を月1回以上測定していない場合は、一定単位以上の疾患別リハビリテーションを入院料に包括する（例えば1日2単位までは出来高で、3単位以上は包括されるなど）案が示された。

松本委員は減算幅の見直しについて「思い切って下げるべき」とし、FIMの測定については「実効性に疑問」と述べ、経過措置病棟でリハビリが多く実施されている現状を厳しく是正するべきだとした。池端委員は減算幅を大きくすると医療機関の経営が成り立たないとし、「患者の行き場がなくなり、困らないように」と述べ、大きな減算は避けるよう求めた。

地域包括ケア病棟－療養ベースは、基準を満たせなければ減算に

地域包括ケア病棟入院料は、在宅復帰率の厳格化（入院料1・2）と要件化（入院料3・4）、特別入院料（注9）の対象に入院料2・4（400床未満）追加と減算幅の見直しなどといった内容が盛り込まれた。

松本委員は地域包括ケア病棟の改定内容について、「賛成する」と述べ、一般病棟からの転棟を否定するのではなく、「あくまで医療投入量を適切に評価すべき」だとした。これらの改定内容を見送るのであれば、地域包括ケア病棟入院料全体の評価を引き下げざるを得ないとの認識を示した。一方、城守委員は地域包括ケア病棟の急性期の受け皿としての役割に対し「過度にハードルを上げるべきではない」と述べ、地域で中小病院が受け皿として対応している点も踏まえ、中小病院の地域包括ケア病棟の運用を阻害しないよう配慮を求めた。池端委員も改定案に理解は示しつつも実態把握の上、経過措置を十分に設けるよう要望した。

回りハ－リハ実績指数の厳格化は今後の焦点

回復期リハビリテーション病棟については、入院料5を廃止の上、入院料6を新しい入院料5とし算定期限を設けることや、入院料1～4については重症者割合を見直すなどの案が示された。

松本委員は新たな入院料5に算定期限を設けることについて、「（回りハ届出の）入門編の算定期間制限を強く支持する」と述べ、重症者割合の引き上げも実施すべきだと厳しい態度を示した。城守委員は回りハの改定が多岐に渡ることから、「大きな見直しだ」と述べ、十分な経過措置を設けるよう求めた。

中医協のこれまでの議論の中では、リハビリテーション実績指数が年々上昇傾向であるデータが示され、リハビリ実績指数が現状の数値で適正なのか論点として問われていた。リハビリ実績指数について個別改定項目に記載はなかったが、松本委員は「引き上げも考えるべ

きだ」と厳しい態度を崩さなかった。城守委員はすでに回りハの見直しが広範であり、リハビリ実績指数の変更は「賛同できない」と述べ反対した。池端委員も「リハビリ実績指数の引き上げも行うとなると、現場は混乱する。避けてほしい」と要望した。

配布された資料は、厚生労働省HPで公開されています。

第 513 回総会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00136.html

<会内使用以外の無断転載禁止>