

中医協第570回総会概要報告（2023年12月6日開催）

総会は、①個別事項（救急医療）について、②入院（高度急性期入院医療）について、③感染症対応について（その2）を議題とした。

救急医療体制は地域差大、「下り搬送」の現実離れした要件、慎重に検討を—診療側

①個別事項（救急医療）については、入院患者について高次の医療機関からの転院搬送、いわゆる「下り搬送」の評価について、具体的な要件が示され議論された。診療側からは慎重な検討をすすめるべきという意見の一方、支払側からは「下り搬送」を議論に持ち出してきたのはむしろ診療側だとし、対案を示すよう促す場面もあった。

提示された要件案は下記の7つ。

- 搬送元医療機関における救急搬送の受入実績が一定程度以上あること。
- 搬送元の医療機関の救急外来から直接又は入院後速やかに転院搬送を行い、搬送先の医療機関に入院した場合を評価の対象とした上で、救急外来から直接転院した場合をより高く評価すること。
- 搬送元医療機関において、受入先の候補となる各医療機関が受入が可能な疾患や病態について各医療機関や地域のMC（メディカルコントロール）協議会と協議を行った上で、候補となる医療機関を事前にリスト化しておくこと。
- 搬送先からの相談に応じる体制及び搬送先で患者が急変した場合等に再度患者を受け入れる体制があること。
- 転院先の医療機関等と定期的に救急患者の受入について協議を行うとともに、その際に搬送した患者のその後の診療経過について共有を受けていること。
- 搬送元医療機関と搬送先医療機関が特別の関係にない場合に、診療報酬上の評価の対象となること。

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、「下り搬送」が求められていることには理解をせしめつつも、救急医療の在り方について、「各地域の救急医療提供体制の多様性を踏まえれば、「下り搬送」することが唯一の正解ではない」とし、1つの県の「下り搬送」取り組み事例（厚労省が提示した新潟県事例資料-総会全体資料P18）から要件を考え、全国一律にスタートすることには「賛成できない」と述べた。次回改定は「時期尚早だ」とし、今後全国的な実態やデータに基づいたさらなる検討を求めた。太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）も、「下り搬送」を否定はしないが、そもそも「こんなにも詳細で厳密な要件等を設定するようなものなのか」と疑問視する意見を述べ、救急医療は地域差が非常に大きいことから「過度な影響を及ぼすような点数の設定は慎重に対応すべき」と慎重な姿勢を示した。

「下り搬送」タイミングにより評価にめりはりを—支払側

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、救急外来から直接搬送される場合と、一度入院してから搬送される場合では「評価にめりはりをつける必要がある」と主張した。「高齢者の救急は軽症や中等症が多くを占めている実態がある」とし、「限られた医療資源を効果的に活用することが重要」と述べた。

「救急医療管理加算」算定範囲の縮小を—支払側

「救急医療管理加算」（加算）については、論点として下記の2点について論点が示され議論された。

- 救急医療管理加算について、JCS0の場合の「意識障害又は昏睡」、P/F比400以上やNYHA1度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により算定する場合の評価についてどのように考えるか。
- 救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについてどのように考えるか。

支払側の松本委員は、JCS (Japan Coma Scale)、P/F 比、NYHA の扱いについて、「入院時の患者の状態に応じて評価する観点から、判定の基準を明確にすべき」とし、厚労省の示したデータをもとに、JCS 0、P/F 比 400 以上、NYHA 1 度の場合については加算 1 の対象から外すべきと主張した。また、加算 2 においては、「その他の重症な状態」を選択する割合が 95%以上にのぼる医療機関が 13.4%あること、中には 100%の医療機関もあることから、「その他の重症な状態」が妥当な評価項目とは到底思えない」と、項目の廃止を訴えた。合わせて、「仮に具体的な重篤な状態があるならば項目として位置付けるべき」と述べた。

重症患者の病態は様々、「その他の重症な状態」算定廃止は暴論－診療側

一方、診療側の長島委員は、「その他の重症な状態」の取扱いについて、「重症患者の病態は様々。どの疾患状態に当てはまらずとも、重症な患者さんが存在する」とし、「完全に廃止することは暴論だ」と反論。「加算の対象を狭める議論は地域の医療提供体制を考えると、到底容認できない」と述べた。太田委員からは「緊急入院・治療が必要ではあるが分類に困る事例は現場でたくさんある」ことから、「その他の重症な状態」を選択することがある」と述べ、廃止されると臨床現場での運用に困ると主張。次回改定では廃止せず、「今後事例分析を続けていくべき」と継続して検討することを求めた。

ICU 入室日の SOFA スコア活用、支払側と診療側で意見対立

②高度急性期入院医療については、論点として▽特定集中治療室管理料の施設基準等について▽ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について▽医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について、の 3 点があげられた。

特定集中治療室管理料の患者指標において、重症度、医療・看護必要度に加え、入室日の SOFA スコア（呼吸機能、循環機能など 6 機能について各 5 段階で評価するもの）を活用していくことについて、診療側からは慎重な意見が続いた。診療側の長島委員は、「入室日の SOFA スコアが患者該当割合において、対象患者が限定的に運用されるような活用方法は慎重に検討すべき」と述べた。太田委員からは、SOFA スコアは臓器不全の指標であることから、「必ずしも ICU に全て臓器不全の患者さんが入っているわけではない」とし、「この指標をどういった形で活用していくのかは引き続き慎重な検討が必要」と述べた。

一方、支払側の松本委員は、「総論として ICU、HCU の施設基準については改善すべきところがある」とし、特定集中治療室管理料の患者指標においては SOFA スコアの活用を訴えた。

感染症対応、平時の感染症対策評価を一診療側

③感染症に対する医療については、論点として▽新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について▽新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について▽薬剤耐性対策に対する評価について、の 3 点があげられた。

診療側の長島委員は、「感染対策向上加算において、協定締結医療機関を十分に評価することは、第 8 次医療計画の実効性を確保するためにも、また、今回のコロナにおいて培われた各医療機関の対応力を損なわないようにするためにも、必須の対応」と評価の拡充を要望した。また、新興感染症以外の感染症に対する医療の評価については、「標準予防策に加えて、追加的な対応を実施することが、医療従事者の安全や診療の継続性を確保するためにも重要」と述べ、

現在はコロナに限り、コロナ特例という形で評価されているが、「本来は、コロナに限らず、別途評価されるべき」であり、「実際に感染症患者を診療した場合の機動的追加的対応と、感染対策向上加算等で評価されている平時からの組織的な感染対策については、分けて評価すべき」と、加算の算定とは別に、実際に発熱患者等を見た場合の評価の必要性を訴えた。

また、入院では感染症の患者さんについて、個室での入院対応とならざるを得ない場合があるが、差額ベッド料が請求できない実情があるとし、そのような場合の評価も考え、「病院の対応力が弱まらないようにすべき」と主張した。

太田委員は、「平時から医療機関が、次の感染対策に備えることができるよう、評価の検討が必要」と平時の感染症対策についての評価を訴えた。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、「コロナが 5 類になっても 1 ランク、2 ランク上がった感染対策をほぼ全ての医療機関が対応している。この現状を捨てることはもったいないし残念だ」と述べ、「何らかの評価がないとコロナ以前の対策に戻る。それは日本の将来を考えても良いことではない」と新たな評価の検討を訴えた。

コロナ 5 類移行に伴い、特例廃止すべきー支払側

一方、支払側の松本委員はこの議論の大前提として新型コロナウイルス感染症が 5 類に見直され、半年以上が経つことや、令和 6 年度から通常の医療提供体制に戻ることを踏まえ、「今回の改定を経た後にコロナ特例が残ることはあり得ない」と述べ、「平時における評価を拡充することは慎重に検討すべき」と主張した。感染対策向上加算の施設基準に関しては協定締結を要件化すべきと主張した。

新興感染症以外の感染症に対応する医療の評価については、「入院患者に対する感染対策については、感染対策向上加算を初め、既存の報酬で十分に対応している」との認識を示した。

配布された資料は、下記の厚生労働省 HP で公開されています。

■ 第 570 回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00229.html

< 会内使用以外の無断転載禁止 >