

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マナジ・メント・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：(株)ユアーズブレン 広島市中区国泰寺町 1 丁目 3-29 デルタビル 3 階 TEL 082-243-7331

平成 27 年 11 月 4 日 中医協 総会（第 310 回）

- ① 新体制でスタート、新委員 5 人があいさつ
- ② 「第 20 回医療経済実態調査」の結果を報告
- ③ 「高度急性期医療」の項目で、特定集中治療室管理料に重点
- ④ 二次救急の夜間・休日の受け入れ評価に、「少し賛同しかねる」
- ⑤ NICUの満床、「退院調整」の充実で解消へ
- ⑥ ハイリスク妊娠管理加算の対象に精神疾患の患者も
- ⑦ 栄養サポート、歯科医師との連携で推進へ

【概要】

支払側と診療側の中心メンバーが交代し、新たな体制でスタートした。この日の議題は、①基本問題小委員会からの報告、②調査実施小委員会からの報告、③個別事項（その3）——と報告事項が並び、③の「個別事項（その3）」が審議の中心となった。

厚労省が総会で示した「個別事項（その3）」は107ページにわたる大部な内容で、全体を5項目で構成。（1）高度急性期医療、（2）救急医療、（3）小児・周産期医療、（4）医科・歯科連携による栄養管理、（5）栄養食事指導——など、過去の改定で「緊急課題」や「重点課題」に挙げられた救急や小児・周産期医療などの項目が並んだ。

【詳細】

① 新体制でスタート、新委員 5 人があいさつ

前回 10 月 28 日の総会を最後に、支払側と診療側の代表を含む 5 人の委員が退任し、30 日付で就任した新委員が冒頭であいさつした。支払側代表の後任である幸野庄司氏（健康保険組合連合会理事）は「国民皆保険の堅持という理念は共通」と述べた。一方、診療側の松原謙二氏（日本医師会副会長）は 10 年前に中医協委員を務めたことを振り返り「混合診療問題を十二分に議論した経験がある」とした上で、「国民皆保険制度は世界に冠たる制度」と述べた。このほか、支払側委員に就任した平川則男氏（日本労働組合総連合会総合政策局長）、松浦満晴氏（全日本海員組合組合長代行）、診療側委員に就任した猪口雄二氏（全日本病院協会副会長）があいさつ。猪口氏は「日本の医療、ひいては病院の医療を少しでも良い方向にもっていくよう議論に参加したい」と述べた。

② 「第20回医療経済実態調査」の結果を報告

最初に開かれた総会で、新委員が所属する部会などを決めた後、総会はいったん閉会し、調査実施小委員会（小委員長＝野口晴子・早稲田大政治経済学術院教授）を開催。厚労省が「第20回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」を報告した。診療側も支払側も同日の具体的な議論は避け、後日改めて意見を提出して議論することになった。

調査によると、1施設あたりの損益状況は一般病院の「全体」でマイナス1.7%から1.4ポイント減の同3.1%。これに対し、一般診療所の「全体」はプラス16.1%から0.6ポイント減少したものの、同15.5%とプラスを維持している。このうち「個人」の一般診療所はプラス29.3%、「医療法人」では同9.1%となっており、「個人」のプラス分が「全体」を引き上げる結果となった。

質疑で、診療側の松本純一氏（日本医師会常任理事）は「『全体』として、単純に『個人』と『法人』を足しているような表があるが、これは何か意図があるのか」と質問。厚労省の担当者は「特段の意図はない」と答えた上で、「例年、（前回の）19回（調査）も同様の調査結果として報告したということ踏まえての資料の作成になっている」と理解を求めた。

松本氏は「例年間違った方法をしているのであれば、改めるということを考えていただきたい」と要望した。医療経済実態調査に関する議論は同部会で終わり、その後に行われた総会では、厚労省の担当者が調査結果を報告するにとどまった。

③ 「高度急性期医療」の項目で、特定集中治療室管理料に重点

厚労省が同日示した資料「個別事項（その3）」には副題がなく、「高度急性期医療」や「救急医療」など5項目の目次が並んだ。厚労省は、「高度急性期医療」の項目で特定集中治療室管理料を重点的に取り上げ、「特定集中治療室管理料等についての課題と論点」を挙げた。

厚労省は、特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」について、重症患者に対する評価を充実させる必要性を強調。A項目のうち「心電図」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」について、「評価の見直し等を図ってはどうか」としたほか、「評価の簡素化を図るため、特定集中治療室・ハイケアユニット用のB項目を一般病棟用の評価と揃えることとしてはどうか」と提案した。

厚労省はまた、薬剤師の役割に着目。約半数の特定集中治療室で薬剤師が配置されていることや、薬剤師の配置によって医療従事者の負担軽減や副作用の回避などの効果が得られたとの調査結果を紹介し、「特定集中治療室など高度急性期医療を行う特定入院料の病棟において、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置することを評価してはどうか」との方針を示した。支払側委員は「薬剤師の配置に賛同する」とした上で、「あくまでも『専任』という条件を付けて賛同する」と付け加えた。診療側は反対した。

厚労省はこのほか、新生児特定集中治療室・小児特定集中治療室に算定上限を超えて入院している割合が高い一部の重症患者について、「算定可能な日数を一定程度延長してはどうか」と提案した。

④ 二次救急の夜間・休日の受け入れ評価に、「少し賛同しかねる」

厚労省は「救急医療」の項目で、二次救急医療機関での夜間や休日の受け入れ状況などを紹介した上で、「二次医療機関の中でも（高度）救命救急センターを有する医療機関と同等数以上の対応を行っている医療機関も存在する一方で、同じ医療機関で軽症の患者を相当数受け入れている医療機関も存在した」と指摘。また、再診後の緊急入院が高齢者に多い傾向にあるとのデータを示し、「現在の診療報酬において、再診を行った後に緊急で即日入院となった場合、時間外加算・休日加算・深夜加算は算定することはできない」との問題点を挙げた。

その上で厚労省は、次期改定に向けた論点として、「高齢化等により増加する救急患者の受け入れ体制を確保するため、二次救急医療機関における夜間休日の救急患者の受け入れや、夜間休日における再診後の緊急入院を評価してはどうか」と提案した。これに支払側は「少し賛同しかねる」と反対し、「二次救急医療がこれで抜本的に改善するのか疑問がある。もう少し受け入れ実績を評価してはどうか」と了承しなかった。

厚労省はこのほか、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、脳梗塞でt-P Aを施行した患者や、狭心症・慢性虚血性心疾患でP C Iや心臓カテーテル検査を施行した患者について、「入院後7日以内の出来高算定点数が比較的高い傾向が認められた」と指摘。同加算の対象患者とされる「ア」～「コ」のうち、脳梗塞でt-P Aを施行した患者などを「ケ 緊急手術を必要とする状態」に準じて救急医療管理加算1として評価する方針を示した。支払側は「妥当な考え方」としながらも、「加算2には重症とは思われない患者も含まれている」と指摘した。

⑤ NICUの満床、「退院調整」の充実で解消へ

3番目の「小児・周産期医療」の項目で厚労省は、「小児の慢性期医療」と「精神疾患合併妊娠」を取り上げた。このうち、「小児の慢性期医療」では、NICU（新生児集中治療室）に長期入院している子どもの数が増加傾向にあることや、満床のために救急搬送の受入ができないなど、長年の懸案事項を改めて指摘し、「在宅移行支援策の充実が求められている」と強調した。その支援策として厚労省は「退院調整」を挙げ、小児入院医療管理料で在宅医療に関する評価が包括範囲に含まれている問題点を指摘。同管理料について、「在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算など在宅医療の導入に係る項目については、退院した月にも算定できることとしてはどうか」と提案した。支払側は「異論はない」と賛成したが、対象年齢の上限を延長する提案には「次回、改めて議論したい」と了承を見送った。

厚労省は同管理料の算定が15歳未満の患者に限定されていることが「診療の継続性の確保が困難な一因」と指摘。15歳を超える児であっても、小児科による入院診療を受けている患者が一定程度存在するデータを示した上で、「小児慢性特定疾患等小児科による長期にわたる療養を要する疾病等については、対象年齢の上限を延長することとしてはどうか」と提案している。

⑥ ハイリスク妊娠管理加算の対象に精神疾患の患者も

厚労省は「周産期医療」の項目で、ハイリスク妊娠管理加算の対象患者を拡大する方針を示した。厚労省は、精神疾患を抱えながら妊娠・出産する女性が増加する傾向にあることや、統合失調症や気分障害、適応障害などの割合が高いというデータを示し、「精神疾患を合併する妊娠に対する評価は行われていない」との問題点を指摘。「精神疾患を合併した場合の妊娠・出産リスク等を考慮し、ハイリスク妊娠管理加算の対象に、精神疾患に罹患している患者を加えることとしてはどうか」と提案した。

これに対し、支払側は「少し検証する必要がある」と慎重論。「精神疾患は多岐にわたるが、すべてを対象にするのか。マタニティーブルーを誰がどう判断してハイリスクとするのか」などと疑問を呈した。

⑦ 栄養サポート、歯科医師との連携で推進へ

4番目の「医科・歯科連携による栄養管理」の項目では、日本医師会などの医科委員と歯科医療の専門委員らとの間で意見が分かれる展開となった。

厚労省は、「歯科医師と連携した栄養サポートチーム加算の算定イメージ」をイラスト付きで紹介し、「歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、『配置することが望ましい』となっている歯科医師が配置されている場合を評価してはどうか」と提案した。

また、歯科医師が勤務していない医療機関でも、歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、「院外の診療所等から歯科医師が訪問した上で、院内スタッフと協同で栄養サポートを実施することを評価してはどうか」と提案した。

これに対し、日本医師会の委員が「口腔ケアに関しては歯科衛生士や看護師、介護福祉士などでもできる」と発言し、歯科の専門委員らが「口腔ケアは単なる清拭ではない」などと強く反論する場面もあった。

一方、支払側は厚労省案に賛成した上で、「歯科医師が配置されている場合」と「院外の歯科医師と連携する場合」を区別する必要性を指摘し、「両者の評価に差を付けるべきかについては今後、改めて議論したい」と述べた。

【今後の予定】 平成 27 年 11 月 6 日（金）