

## 中医協概要報告（2019年11月15日開催）

（第105回保険医療材料専門部会、第59回診療報酬改定結果検証部会、第433回総会）  
（計5枚）

厚労省は11月15日、第59回診療報酬改定結果検証部会、第105回保険医療材料専門部会、第433回総会を開催した。

### <保険医療材料専門部会>

イノベーションの評価に係る検討事項として、▼原価計算方式におけるイノベーションの評価、▼著しく単価の高い製品に係る補正加算、その他の検討事項として▼2020年度改定における実勢価の反映、▼保険収載後に市場が拡大した場合の対応、が厚労省から示され、論議された。

原価計算方式におけるイノベーションの評価では、2018年度の薬価制度「抜本改革」にならない、原価計算方式でも類似機能区分比較方式と同様に価格全体に対する加算を行うとともに、価格決定の透明性を高める観点から開示度に応じて加算率に差を設ける提案がされた。診療側の城守国斗委員（日本医師会常務理事）は、提案に賛同するとしたが、支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「薬価における開示度による加算率の差が価格算定の透明度を上げるインセンティブになっておらず、薬価制度に検討すべき課題がある」と薬価制度に材料制度を合わせていく提案に反対し、意見が割れた。

保険収載後に市場規模が拡大した場合に、価格調整の仕組みを設ける提案には、診療側・支払側ともに同調。ただし、基準額の設定をめぐる診療側は「医薬品に揃えるべき」とし、支払側は「医薬品の10分の1という市場規模を踏まえて設定すべき」と主張した。また、材料では機能区別に価格が設定されているなど医薬品との違いがあることを踏まえて、診療側・支払側ともに対応にあたっては機能区分を分ける必要性を指摘した。専門委員からは現在の機能区分制度と整合するよう丁寧な議論を求める意見が出された。

2020年度改定における材料価格については2019年度材料価格調査の市場実勢価格を踏まえて行うことが提案され、異論なく了承された。価格調査を踏まえて、2019年10月改定時材料価格より引き下げる形となる。

### <診療報酬改定結果検証部会>

2019年度分の特別調査として、次の5項目の調査結果の取りまとめが報告され、特に議論はなく総会に報告することとされた

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (2) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (3) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
- (4) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- (5) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

## <総会>

### 議題

- 入院医療（その1）について
- 個別事項（その9）について
- 診療報酬改定結果検証部会からの報告について
- 被災地における特例措置について

結果検証部会からの報告、被災地における特例措置については特に議論はなかった。被災地における特例措置としては、現在実施している台風15号及び19号の特例措置の期限を来年3月末までとした上で、特例措置を利用している医療機関等へのアンケート等を行い期限の延長を検討するとして提案が承認された。

### ○入院医療（その1）について

入院医療（その1）では厚労省から次の項目について現状と論点が示された。

1. 一般病棟入院基本料について
  - 算定病床の動向及び施設の状況
  - 重症度、医療・看護必要度
2. 特定集中治療室管理料について
  - 入院患者の評価指標
  - 専門性の高い看護師
  - 早期からの栄養管理
3. 急性期入院医療に関するその他の事項について
  - 総合入院体制加算
  - 抗菌薬適正使用支援加算

#### 1. 一般病棟入院基本料について

##### 看護必要度Ⅱの届出必須化、「基準②」などをめぐり各側が対立

「重症度、医療・看護必要度」について、現状を踏まえた論点として、▽業務負担軽減の観点から「必要度Ⅱ」の届出を進めること、▽急性期の入院患者の指標として「基準②

(B14 又は B15 に該当し、A1 点以上かつ B3 点以上 ※)」をどのように考えるか、▽A 項目 (モニタリング及び処置等)・C 項目 (手術等) の評価対象の整理をどう考えるか、▽該当患者割合の施設基準について、これらの見直しが該当患者割合に与える影響を踏まえて検討すること、が厚労省から示され、議論された。(※B14: 診療・療養上の指示が通じる、B15: 危険行動)

「必要度Ⅱ」の届出については、松本吉郎委員 (日本医師会常任理事) は「評価体制が整っていない病院や精神科病棟への配慮も必要。前回改定で導入されたばかりの基準であり。次期改定では選択できるようにすべき」としたが、支払側の吉森俊和委員 (全国健康保険協会理事) は「200 床以上を目安に一定規模以上の病床数の医療機関で段階的に原則化する方向性で対応すべき」とし、幸野庄司委員 (健康保険組合連合会理事) は「200 床以上の病院については必須とする改定を次期改定で行うべき」と主張した。また、吉川久美子委員 (日本看護協会常任理事) は「必要度の記録にかかる時間は 5 分程度であり、Ⅱへの移行による負担軽減効果は限定的」と指摘した。

「基準②」の考え方については、診療側と支払側の意見が真っ向から対立した。診療側からは「急性期病棟での認知症患者への対応をどう評価するかという課題が未解決な中、18 年改定で導入された『基準②』を問題視することは誤り。引き続き評価が必要」(松本委員)、「きちんと対応できる制度を作るべきで、『基準②』を外せばいいという問題ではない」

(猪口雄二委員・全日本病院協会会長)、「民間の急性期病院の現場では認知症等の患者への対応がどうしても必要であり、外すのは論外」(島弘志委員・日本病院会副会長) とする診療側に対して、支払側は「『基準②』のみに該当する患者像は急性期医療とかけ離れているとのデータが出た。見直しまたは廃止の方向で検討すべき」(吉森委員)、「急性期よりも療養病棟の患者像に近い」(幸野委員) と主張。議論は平行線となった。

「A 項目」「C 項目」の整理については、松本委員は見直しには賛成と述べた上で、「免疫抑制剤や抗悪性腫瘍剤の内服薬は外来使用が多いものもあるが、副作用の評価などは入院で行うことが必要なこともある」と指摘した。吉森委員、幸野委員はともに「A 項目について、免疫抑制剤の管理や抗悪性腫瘍剤の内服管理は削除すべき」、「C 項目は侵襲性が高いものに限定していくべき」と主張した。

## **2. 特定集中治療室管理料について**

特定集中治療室管理料については、論点として▽SOFA スコア (入退院時の生理学的スコア) を提出要件とする対象の拡大、▽専門性の高い看護師の配置に係る施設基準をどう考えるか、▽入院早期からの管理栄養士による栄養管理の取り組みへの評価の検討が示された。

SOFA スコアの提出対象拡大については、診療側の松本委員は「前回改定で管理料 1・2 に導入された項目を 3・4 に拡大して、対応できる体制があるのかなど実態把握が必要」、島弘志委員 (日本病院会副会長) は「そもそも SOFA スコアは敗血症の評価スコアであり、管理料 3・4 に要件を拡大する意味があるのか」と疑問を呈すなど、慎重な対応を求めた。一方、支払側の幸野委員は「将来的には評価指標そのものにしていく方向を検討すべき。段階的に提出義務の拡大を」と拡大に賛成の意見を述べた。

専門性の高い看護師の配置については、松本委員は「7 割の施設で配置されているが配

置人数は平均 2 人弱。ギリギリの人数で対応しており、柔軟な対応ができるように要件を改めるべき」とした。一方、吉川久美子委員（日本看護協会常任理事）は「専門性の高い看護師の人数は 3500 人を超えており、毎年 100 人以上を養成している。経過措置については予定通り終了する方向で良い」とした。

栄養管理の取り組みへの評価については、吉川委員が「現場ではチームで栄養管理に取り組んでおり、多職種協働での取り組みの評価とすべき」と指摘した。

### <急性期入院医療に関するその他の事項について>

総合入院体制加算、抗菌薬適正使用支援加算について、それぞれ要件の見直しが論点とされた。

抗菌薬適正使用支援加算については、支払側の吉森委員が「52%が他医療機関からの相談に応じた実績がないなど、加算を算定しているにもかかわらず十分な取り組みができていない医療機関が一定数ある」とし「支援チームが十分に機能できるような要件に見直していく方向性が必要」とした。これに対し診療側の今村委員は「感染対策だけを取り上げて相談窓口があると情報提供しても地域に浸透することは難しく、早急に効果が表れるものではない。地域から相談がないからといって体制を取っていないということではない」と反論した。

総合入院加算については、支払側の吉森委員、幸野委員から「医療提供体制の再編の観点からも、ひとつの病院に多数の機能を求める現行の要件を緩和する方向性は理解できる」と提案を支持する意見が出された。

### ○個別事項（その9）について

「医薬品の効率的で有効・安全な使用」のテーマでは、外来時の重複投薬を防ぐ仕組み、残薬の発生防止・解消の推進、後発医薬品の普及促進について検討された。

#### 重複投薬、残薬防止・解消の取り組み評価 推進の方向性は一致

重複投薬を防ぐ仕組みについて厚労省は、かかりつけ医が重複投薬の有無等を評価し、他の医療機関間の連絡・調整を行う取組評価の検討を提案。次のように、かかりつけ医を中心とした 5 ステップのイメージを提示した。

- ①かかりつけ医が薬局に処方薬の一元的把握、重複確認等を依頼
- ②薬局が服用薬の把握、重複等の確認
- ③薬局がかかりつけ医に確認結果を連絡
- ④かかりつけ医が患者に結果を説明し、他の医療機関への連絡・調整
- ⑤かかりつけ医が薬局に結果を連絡

提案に対し、診療側の松本委員は「重複投薬防止は大変重要な課題であり、積極的に評価すべき」とした上で、「薬剤が減少した場合のみの評価では積極的な取り組みを阻害する。取り組み自体を評価すべき」とした。支払側は取り組みの検討には賛成しつつ、「減薬が達成された時点で評価すべき」（幸野委員）、「実効性の担保が必要」（吉森委員）と牽制した。また、有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）は、方向性には同調した上で、薬剤師に大きな負担がかかる懸念を指摘し、関係者の負担を踏まえた評価を求めた。

## 後発医薬品の使用促進 ペナルティをめぐる診療側と支払側が応酬

厚生労働省は、この間の一般名処方薬の推進や変更調剤の取扱いの明確化、体制評価等の取り組みを行ってきた結果、後発医薬品の使用割合は数量ベースで72.6%（2018年9月時点）、医療機関・薬局での後発医薬品の使用・調剤割合は①医科入院73%、医科入院外61%、調剤73%で増加していると報告。実態を踏まえた医療機関の後発医薬品使用体制加算や薬局の薬品調剤体制加算等の要件の見直しを論点として提案した。

報告に対し、診療側の松本委員は、診療報酬での対応などを進めてきた中で、近年は動きがなく「後発品では無理な分野があるなど頭打ちにならざるを得ない状況がある」との認識を示し、診療報酬での対応は「すでに努力している所にさらにムチを入れるのではなく、十分な取り組みができていない所に手当をする方が効果的」と指摘した。

支払側の幸野委員は医科入院外の使用割合が61%で低いことに触れ、「2020年9月に80%を達成することが国家目標であり、対策をしっかりと講じる議論をすべき」とし、「診療所が低い分析をし、著しく低い診療所についてはペナルティを講じていくべき」と強く主張。これに対し診療側は、「院内処方薬の診療所では薬剤の在庫の管理など様々なハードルがある中で取り組みを進めているものであり、要因分析をしっかりと行った上で現場が前向きに取り組める施策を進めるべき。ペナルティをかけることは絶対反対」（今村聡委員・日本医師会副会長）、「後発品の推進策はペナルティを課すことが目的ではない」（有澤委員）などと反発した。支払側は改めて「80%の目標に対して今できることとして、ペナルティも方法論のひとつとして議論を」（吉森委員）、「80%目標達成のためにやれることはすべてやるべき。80%が目標であるのに後発医薬品使用体制加算が6割でも22点ついているのはおかしい」（幸野委員）と強調。平行線を辿った。

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105回保険医療材料専門部会  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212455\\_00017.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212455_00017.html)
- ・ 第59回診療報酬改定結果検証部会  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000207397\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000207397_00004.html)
- ・ 第433回総会  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00048.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html)

<会内使用以外の無断転載禁止>