

中医協概要報告（2019年11月29日開催）

（第106回保険医療材料専門部会、第437回総会）

（計3枚）

厚労省は11月29日、第106回保険医療材料専門部会と第437回総会を開催した。

保険医療材料専門部会では、関係団体4氏より意見陳述があり、その後質疑が行われた。総会では、入院医療（その3）として▼地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について、▼回復期リハビリテーション病棟入院料について、▼入退院支援について、厚労省からの報告を受け討議された。

<保険医療材料専門部会>

医療機器業界より意見陳述

医療機器業界から意見陳述が行われ、主に▽外国価格調整について、①海外製品を日本に導入するにあたり、薬機法上のコストがかかることへの配慮、②比較水準1.3倍の維持、③為替変動への対応（為替スライド導入）、▽原価計算方式におけるイノベーション評価、▽保険収載後に市場が拡大した場合の対応、▽著しく単価の高い製品に係る補正加算などについて、要望が出された。

これらに対し、城守国斗委員（日本医師会常任委員）は、「現行の1.3倍は円滑な導入のために諸々調整した結果である。厚労省の提案のように、他の数値を検討するのであれば、1.1倍や1.2倍など検証して判断すべきではないか」と述べた。

幸野庄司委員（健保連理事）は為替スライド導入について、「ただでさえ複雑なシステムであり、現在為替が安定しているところに為替スライドを導入する必要があるのか。現状の外国価格調整（ルール）が、為替の影響を配慮していないわけではないと思う。現行の（外国平均価格の算出方法である）2.5倍外レールや、1.8倍外レールもある。為替変動を考慮していないとは言い難い」と発言した。業界側から、スライド方式導入時期を事務手続きの煩雑さも踏まえて、変動の都度ではなく2年に1回診療報酬改定のタイミングで行ってはどうかとのさらなる提案がされた。これに対し、幸野委員は「現状為替変動を考慮しているわけなので、現状で良いのではないか。リーマンショックのような規模で変動が起こった場合には、個別ルール設定で良いと考える」と一貫して述べた。

<総会>

◆自院一般病床から地域包括ケア病棟への受け入れ制限を検討

厚労省より、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の現状について、創設の経緯や、2014年改定時に定義された3つの役割（①急性期後患者の受け入れ（いわゆる post acute）機能、②在宅等で療養する患者が急変した場合等の受け入れ（いわゆる sub acute）機能、③在宅復帰支援機能のバランスなどについて報告がされた。この間、大規模病院において自院の急性期病棟で治療を終えた患者を地域包括ケア病棟に転棟させる（①の post acute 機能）ことで、急性期一般1を確保するケースが目立つと指摘されている。厚労省からは、▽上記3つの役割においてのそれぞれの要件について、必要な見直しを行ってはどうか、▽DPC病棟から地域包括ケア病棟へ転棟した場合、転棟のタイミングが偏っていることを踏まえ、患者の状態に応じ医学管理を妨げないよう入院料の算定方法を見直してはどうか、▽実績要件について、満たしている項目の偏りや実績等を踏まえた見直しを行ってはどうか、▽リハビリテーションの実施割合が特に低い医療機関や、入退院支援を行う部門を設置していない医療機関について、どのように考えるかなどが提案され、討論が行われた。

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、「400床以上の規模の病院においては、自院の一般病床からの転棟割合が高いことについて一定制限があっても良いと考える。DPC対象病棟

から地域包括ケア病棟に転棟した場合の算定方法については、どちらの点数が高いということは一概に言えないのではないかと。転棟割合の偏りから、要件の整理も必要かと思うが、いずれかに統一した場合の具体的な制度設計を示してほしい」と述べた。幸野委員からは「DPC/PDPSに一本化すべき」という意見が出された。各側一本化を支持する意見は出たが、具体的な算定方法については議論を継続することとなった。

幸野委員から、約3割の患者にリハビリが実施されていないことに関して、「在宅復帰を適切に支援するという観点から、リハビリ費用が入院料に包括されているにも関わらず、実施していないことは残念だ。今後、疾患別リハビリの実施状況を算定要件に入れてはどうか」との発言に対し、松本委員は、「様々な病態の患者が存在している。必要かどうかは現場で医師が診察し判断していくことが望ましい」との見解を示した。猪口雄二委員（日本医師会常任理事）は、「現場ではその都度必要なリハビリは実施している。20分に満たないために、点数になっていない患者もいる」など現場の実態を示した。

さらに幸野委員より、「在宅復帰率70%は妥当なのか、引き上げてはどうか。また、すべての入院料の要件とすべきではないか」との発言に対し、猪口委員は「70%を維持するために相当努力している」と主張した。

◆回復期リハビリテーション病棟入院料のリハビリ実績指数基準値の厳格化

厚労省より回復期リハビリテーション病棟入院料に関する現状について報告があり、▽実績要件について、アウトカム評価を適切に実施する観点から、対象の病棟の範囲及び各項目の水準等について、▽FIM等の患者の状態に係る指標の取扱いについて、▽管理栄養士等の専門職種の人員配置に係る要件の緩和について、▽外来リハビリテーション等の提供に係る要件をどうするのかなどの論点が示された。

松本委員は、リハビリ実績指数等の実績要件について「入院料3と5は、評価が不十分なため、点数の引き上げなどを検討してはどうか」と主張。また、FIMについては「正確性の担保と医療機関へ過剰な負担をかけないようにするといったバランスが重要である。回復期リハ病棟で測定したFIMの結果を患者に伝えることで正確性を担保していくことが望ましい」などと指摘した。幸野委員は、「全ての入院料について実績部分のFIMを設定していくべき」とした。リハビリ実績指数についても、37以上あるいは30以上の現行数値について引き上げを求めた。また「入棟時FIMの低下傾向は人的な要因も想定され、入棟時のFIMと目標値のFIMについて患者への説明を要件化して義務付ける」ことも提案した。

松本委員は、設定変更について、慎重な対応を求めた。

◆入退院支援の評価、要件整理について

厚労省より入退院支援についての現状が報告され、▽患者支援強化や病棟負担軽減の観点から、関係する職種と連携して入院前に必要な評価をすべて行い、入院後の管理に適切に繋がった場合をさらに評価してはどうか、併せて入院時支援加算に関連する他の加算等の項目や要件等の整理をしてはどうか、▽求める専従・専任職員について、非常勤職員による配置を認めてはどうか、▽入退院支援加算3の専従の看護師について、専任の看護師の配置に代えることを可能とするとともに、質を担保する観点から適切な研修の受講を要件としてはどうか等の論点が示された。いずれも概ね異論なく、討論が進められた。松本委員からは、「入院時支援加算は、予定入院者に範囲が限られていることに留意が必要」とした。また、多職種で連携を進め、入院前に必要な評価をすべて実施した場合にはさらに評価することと、関連する加算の要件や項目の内容整理と併せて求めた。

◆その他―医薬品卸談合疑惑について

独立行政法人「地域医療機能推進機構」への医薬品納入で談合の疑いがあるとして、公正取引委員会が独占禁止法違反（不当な取引制限）の疑いで医薬品卸大手4社を強制調査（11

月 27 日) したことについて、説明を求める声があがった。

間宮清委員（日本労働組合連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）から、「患者の信頼を崩すもの。薬価に跳ね返る。中医協でなにもコメントがないのはおかしいのではないか。現状の対応についてお聞かせいただきたい」と発言があった。幸野委員は、「報道の範囲でしか認識していないので、事実関係を知りたい。報道の通り、700 億円規模が談合で左右されていたとすると実勢価にかなり影響するのではないか。事実であれば、無視できない。その場合はどう対応するか」と質した。森光医療課長は、「現在事実確認を行っている。700 億は薬価全体の費用からみればさほど大きなものではない。ただ、さまざま影響含め、できる限り速やかに報告したい」と返答した。この回答に対し、吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）からは、「こういった実態は他にないのか、常態化していないことを証明してほしい」と要求があったほか、松浦満晴委員（全日本海員組合組合長代行）からは、「700 億が大きくないという感覚はちょっとわからない。金額の問題ではなく、影響は必ずあるはずである」との発言があった。

以上

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 106 回保険医療材料専門部会

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000572695.pdf>

第 437 回総会

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000572690.pdf>

<会内使用以外の無断転載禁止>