

中医協概要報告(2021年7月21日開催) (第54回費用対効果評価専門部会、第484回総会)

厚労省は7月21日に、中医協(費用対効果評価専門部会、総会)をオンラインにて開催した。総会は、2022年度診療報酬改定に向けた議論の3回目となり、厚労省からは医師・看護師等の負担軽減や不妊治療の保険適用に向けた議論をはじめ、歯科用貴金属の価格改定に関する論点が示された。

費用対効果評価専門部会

費用対効果評価専門部会では、費用対効果評価専門組織の意見書をもとに議論が行われた。

費用対効果評価は2019年4月より本格導入された。医薬品等の市場規模が大きいまたは著しく単価が高いといった医療保険財政への影響が大きいものを対象に効果に見合った価格設定を行う趣旨で設けられた。これまでに費用対効果評価・価格調整の対象となったのは、キムリアやゾルゲンソマなど20品目(うち8品目が評価終了)である。

専門組織が提出した意見書にはこれまでに実施した費用対効果評価における課題と対応案が提案されており、委員らは概ね意見書を支持した。

意見書で提案された対応案では、専門組織による検討期間の確保等により費用対効果評価のスケジュールを変更することや、企業分析期間が妥当性なく超過した場合の取扱いの明確化、患者割合データ非公表の場合の理由聴取を企業側に求めること、効能が追加された場合の対応など11点を示した。

城守国斗委員(日本医師会常任理事)は、企業側の分析が特段の理由なく遅れた場合は最も厳しい価格の引き下げを行うべきなどと発言。幸野庄司委員(健康保険組合連合会理事)は非公表部分の患者割合データ公表をさせるべきだとしたが、概ね異論はないと賛成した。

総会

総会では、「個別的事項(その1)」として①医薬品の適切な使用の促進、②働き方改革の推進、③歯科用貴金属材料の基準材料価格改定について、④不妊治療の保険適用が議題としてあげられた。

処方箋「変更不可」欄の削除-「患者に言われた通り処方するのか」(幸野委員・支払側)

医薬品の適切な仕様の促進については、医薬品の使用状況やポリファーマシー解消、後発医薬品の使用促進について提案があった。

医薬品の使用状況については、1種類当たり投薬日数が年々増加傾向にあり、31日以上の調剤料の算定回数も増加傾向にあるデータが示された。城守委員は、長期処方では残薬調整が難しくなり多剤投与になりやすいとし、長期処方を減らしていくことが望ましいとした。幸野委員も長期処方対策は必要との認識を示し、次期改定に向けて議論すべきとした。

また厚労省は、後発医薬品使用促進策の一つとしてフォーミュラリ(一般的には「医療

機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味する)を活用する政府方針を踏まえ、フォーミュラリを定めている場合の診療報酬上の評価を提案。城守委員や有澤賢二委員(日本薬剤師会常務理事)ら診療側は診療報酬での評価に反対した。一方幸野委員は、診療報酬での対応は必要だとし、診療側委員と対立。城守委員は幸野委員の発言を踏まえ、「フォーミュラリの明確な定義はない」としつつ、「有効性・安全性が担保されてようやく経済性を考えるものだ」と述べ現時点では保険導入の段階ではないとした。

後発品の使用割合について、厚労省は2023年度末までに全都道府県で80%以上に引き上げることを目標にしている。そのため、診療報酬上の対応として処方箋様式の後発品への「変更不可」チェック欄を削除することについて議論となった。

城守委員は、患者は服用している薬剤の変更にも敏感で、チェック欄は重要だとして削除に反対した。池端幸彦委員(日本慢性期医療協会副会長)もプラセボ効果といった影響もあるため安易な薬剤変更は患者のためにならないとして、チェック欄の削除に反対した。

一方幸野委員は、「患者に言われたとおり処方するのか」と診療側を刺激。続けて「医師が患者に説明すべきだ」と述べ、後発品使用割合が増えないのは医師の責任と言わんばかりの発言をした。この発言に対し、診療側委員が一斉に反発。幸野委員に対し実態を理解するよう求めたが、幸野委員はまったく納得せず、今後のラウンドで反論していくとした。

ビタミン剤・うがい薬・湿布薬について厚労省は、これまで診療報酬で行ってきた対応を提示。城守委員は、保険給付の対象外とするのは治療目的以外のものに限るべきだとし、安易な保険外しにつながらないように戒めた。

病院勤務医らの負担軽減につながる等加算の評価拡充・施設基準緩和を求める-診療側

働き方改革の推進について、医師や薬剤師、看護師の負担軽減は、診療報酬上2020年改定で新設されたA252地域医療体制確保加算をはじめ、A207-3急性期看護補助体制加算やA244病棟薬剤業務実施加算といった入院基本料等加算(以下等加算)で評価されてきた。

松本吉郎委員(日本医師会常任理事)は医師事務作業補助体制加算を高く評価し、医師の負担軽減に「最も有効だ」と述べた。A308回復期リハビリテーション病棟入院料とA308-3地域包括ケア病棟入院料でも、医師事務作業補助体制加算は算定できることとなっているが、松本委員は「施設基準は(緊急入院患者数要件など)急性期病院を前提にされている」と述べ、回りハや地域包括でも算定しやすくなるよう求め、池端委員も同調した。また松本委員は、地域医療確保体制加算の要件である年間2,000件の救急搬送件数実績について、実績未達の病院も評価するよう求めた。病棟薬剤業務実施加算については、有澤委員が回りハ、地域包括でも別途算定できるよう求めた。

看護補助者に対する評価については、松本委員が人員確保のためさらなる評価を求め、池端委員は慢性期病床でも介護職は必要な職種だが、「医療機関に介護職の入職が少ない」とし、介護報酬の処遇改善加算のような加算を設け処遇改善を行って人員確保につなげたい考えを示した。

一方、幸野委員は前回改定で新設された地域医療体制確保加算の検証がまず必要だと主張。結果検証調査では、400床以上の病院(地域医療体制確保加算届出割合58.2%)の勤務医の1カ月当たりの労働時間は、2019年と2020年を比較すると僅かに伸びていると指摘し、コロナ対応も影響はあるとしつつも検証が必要だとした。

歯科用貴金属の告示価格-なんら解決策示さず

告示価格が市場実勢価格を下回る「逆ザヤ」となっている歯科用貴金属の価格改定制度について、報告がされた。歯科用貴金属の告示価格は年4回見直されており、素材（金・銀・パラジウム）の価格変動から計算した試算価格が、その時点の告示価格に対して5%（4・6月）または15%（7・1月）以上変動した場合に改定され、基準に満たなければ価格乖離があっても改定は見送られる。試算価格は、例えば次回10月改定では1月から6月の素材価格を平均して計算され、7月の中医協で決定される。価格参照時期と価格決定時期、改定実施までに長期間のタイムラグがあり、貴金属の市場価格変動に対応できていない。

厚労省の報告では、市場実勢価格（実際に歯科医院が購入する価格）に関するデータは一切示されず、市場実勢価格と告示価格の乖離の実態にまったく言及されなかった。「逆ザヤ問題」は以前から指摘されてきたことにも関わらず、厚労省の提案はなんら問題点も対応案も示さず制度の仕組みと歴史的経緯だけの報告に終始した。

林正純委員（日本歯科医師会常務理事）は「近年の状況では、後追いの仕組みは限界」と述べ、抜本的な改善が望ましいが時間がかかるため、タイムラグ解消のために改定の頻度の見直しや直近の価格調査などの検討が必要とした。幸野委員も、「どうにかならないのか」と述べ、問題意識を持っていることを表明した。

不妊治療、保険適用で助成制度終了方針。患者負担発生「患者にメリットあるのか」焦点

不妊治療の保険適用に向けた議論については、①保険適用に向けては関連学会の作成したガイドライン等に基づいて安全性・有効性の確認を進め、②現時点で安全性・有効性が確認できないものの今後保険適用を目指すものは先進医療として実施すること、③関係学会等のヒアリングを行うことが提案された。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は拙速な制度設計とならないよう牽制し、幸野委員は有効性・安全性をどう確保していくのかと課題を述べた。池端委員は、現行の助成金制度を使い保険適用後の患者負担を助成するのか質問し、子ども家庭局母子保健課の担当者は「助成制度は今年度で終了する」と回答。池端委員は助成制度終了により保険適用に切り替わることで、「財源の移し替えではないのか。患者にメリットはあるのか」と再度質問。担当者は明確な回答ができずしどろもどろに「患者にも配慮した制度設計としたい」と述べるに留まった。

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54回費用対効果評価専門部会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000182080_00005.html

第484回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00099.html

<会内使用以外の無断転載禁止>