

## 中医協概要報告（2021年8月4日開催）

（第485回総会）

### ■2022年度診療報酬改定の論議 「歯科医療（その1）について」が提案

7月21日の歯科用貴金属価格改定の見直し議論に続き、歯科医療に係る次期改定審議が開始された。提案された「歯科医療（その1）について」では、この間の疾病動向や歯科医療費の動向、この間の主な改定内容などを振り返り、次期改定に係る論点を下記のように提示し、林正純委員（診療側、日本歯科医師会常務理事）を中心に審議の方向性に係る意見が出された。

特に「か強診」では、地域包括ケアシステムの中心的な担い手として、施設基準がその趣旨に沿っているか検証すべきとの意見が出されている。支払側委員からは要件強化を示唆する発言も出された。

また、院内感染防止対策に係る評価については、支払側委員がこの間の対応で十分との認識を示す一方で、診療側委員からは、コロナ禍で従来の院内感染防止対策以上の対応をしている現状を踏まえて、どの程度の費用がかかるかなどの検証も行うので、そうした視点で今後検討すべきとの意見も出された。

#### 「歯科医療（その1）について」で示された論点

- 地域包括ケアシステムを推進する観点から、かかりつけ歯科医に求められる機能や医科歯科連携等の他職種連携を推進するために、どのような対応が考えられるか。
- 歯科外来診療における感染防止策等について、どのように考えるか。
- 口腔疾患の重症化予防や口腔機能の管理を推進する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 歯科固有の技術の評価について、引き続き生活の質に配慮した歯科医療の提供等を推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

#### 【主な審議内容】※発言順

##### 林正純委員（診療側、日本歯科医師会常務理事）

まず1点目の、かかりつけ歯科医機能や医科歯科連携など他職種連携の推進について、かかりつけ歯科医は地域住民の生涯にわたる口腔機能の維持、向上を目指し、全てのライフステージに応じた継続管理や重症化予防の適切な指導を行っている。また、地域における医科歯科連携や他職種連携についても推進している。

国民が生涯にわたり自分の歯で食事ができることは、健康寿命延伸にも寄与するといった様々なデータも出てきている。全世代における検診、治療、継続管理が一体となった仕組み作りが重要。かかりつけ歯科医による重症化予防や口腔機能管理の取り組みがより推進されるようお願いしたい。

次に、周術期等口腔機能管理に関して、病院併設の歯科が2割と少ない上、地域の歯科診療所が参加できる機会もまだまだ少ないので、さらに推進できるよう検討が必要だ。また、医科歯科連携の推進として糖尿病連携や摂食嚥下等の取り組みについても、まだまだ紹介や情報共有が進んでいない地域も多い。それらの評価や新たな方策も含めて今後示してほしい。

歯科標榜の無い病院や介護施設のおいてのICTを活用した口腔機能管理、要介護高齢者などの受診困難者などの地域の状況に応じたICTの利活用は、検証事業等を踏まえ、新たな仕組みとして推進し

ていくべきと考える。

2点目の感染防止対策等について、資料に日歯作成の新たな感染症を踏まえた歯科診療ガイドラインが掲載されているが、歯科では COVID-19 以前からも観血的処置が多いことからスタンダードブリーチングを徹底してきた。コロナ感染対策では、さらに予約間隔の調整や歯科用ユニットの消毒やラッピング、処置前後の消毒液での含嗽など徹底を図っている。医科、調剤と共にコロナ特例対応を維持、継続するとともに、今後更なる検討をお願いしたい。

3点目の口腔疾患の重症化予防や口腔機能管理を推進するための方策では、前回の軽度歯周病を含めた長期継続管理も一部導入してきた。歯周病のみならず、歯根破折の要因に繋がる根面う蝕を含め、成人期以降のう蝕にも継続管理できるような仕組みも必要と考えている。

また、口腔機能低下症、口腔機能不全症といった機能面を評価した病名が新設されたが、まだまだ取り組みが進んでいない。さらに充実するよう、引き続き対応をお願いしたい。具体的には高齢でなくとも一定の割合で早期から口腔機能が落ちる方もいる。現状でカバーされていない年齢層があり、乳幼児期、学童期も含め、継続的な管理ができるよう配慮してほしい。

最後に4点目の歯科固有の技術について、歯科用貴金属の代替材料は、CAD/CAM 冠等を保険適用しているが、範囲は限定的だ。引き続き推進をお願いしたい。

また、口腔バイオフィームや唾液等に着目した新しい検査方法を導入することで、口腔の状況を分かり易く客観的に定義し、治療の成果にも寄与できると考えている。大きな方向については、提示された論点に沿って進めてほしい。

#### 有澤賢二委員（診療側、日本薬剤師会常務理事）

歯科医師と薬剤師・薬局との連携も重要な視点。歯科の院外処方における薬の飲み合わせの確認、麻酔や抜歯等の歯科診療を行う上で、他の診療科から処方されて定期的に服用する薬剤の中止・調整を、医科と共に連携を推進していかなければならない。お薬手帳などの情報連携は非常に有効。歯薬分業、あるいは歯薬連携の観点を加えた連携のあり方について議論していくことが必要だ。

#### 佐保昌一委員（支払側、日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

患者が転居や単身赴任などの事情で、別の医療機関を受診することになった場合、それまでの診療情報などの連携が歯科医療機関間でどれほど進んでいるか質問したい。個人の経験として、医療機関が変わって、やり直しされることがあった。

#### 安藤伸樹委員（支払側、全国健康保険協会理事長）

院内感染防止対策について、過去の改定で初・再診療を引き上げてきた。前回改定時の議論でも指摘したが、院内感染防止対策は医療機関が行う本来の責務であり、基本診療料の上乗せでは無く、研修や教育の充実で対応すべきものと改めて述べておく。また、コロナ特例については、十分な根拠や議論が無いままに決定されてきた。効果検証が必要なことを改めて強調する。歯科医療の今後の方向性については、治療中心型から特に高齢者を中心とした医療、管理、連携型へのシフトがさらに求められる。このニーズの変化に応えるためには、地域連携に資する歯科医療の評価が重要で、そのような趣旨で「か強診」を評価したものと認識している。しかし、施設基準等の具体的な要件が趣旨に沿ったものになっているのか等、改めて目的に立ち返り、見直しを行うことが必要だ。

### 池端幸彦委員（診療側、日本慢性期医療協会副会長）

特に口腔機能の維持・回復は、医療・介護の両面から推進してほしい。「か強診」は届出医療機関数が1万件ほどで、患者にとって見えにくい。見えるようにする方策も必要ではないか。

質問だが、歯科では医科のように診療情報提供料が自由に算定できるようになっているのか。また、介護施設やデイサービス事業者にも情報提供して、リハビリなども含めて全体で対応する仕組みが必要ではないか。

**宮原勇治歯科医療管理官** 歯科においても、診療情報提供料や診療情報連携共有料などで評価されている。ただし、日常的に医療機関間でどの程度、診療情報がやりとりされているかなどは把握していない。

### 幸野庄司委員（支払側、健康保険組合連合会理事）

地域包括ケアシステムの推進において、本来ならすべての歯科診療所がかかりつけ医機能を持つべきだと思っているが、まずは、「か強診」が中心的な役割を担うべきと思う。その「か強診」の届出医療機関数が1万件ほどで、まだ国民に見える化できてはいない。「か強診」に差別化したプレミアムな評価については否定してきたが、継続するのであれば、在宅医療の実績要件も少ないので、趣旨に資するものに見直しが必要だ。また、感染防止対策の評価については、前回改定で十分に評価されたとの認識だ。コロナ特例でも研修など評価対象が重複していて疑問もある。延長や包括化には反対だ。重症化予防や口腔機能の管理を評価する方向は、取り組みの結果、う蝕が減少するなどしており、異論はないが、治療と予防の境界線があいまいになっている。保険診療はあくまで疾病の治療が基本だ。古い技術などは保険から除外して、ICTなどを保険として評価していくことは大事だ。歯科疾患管理料については、初診月の引き下げと同時に長期管理加算が新設された。コロナ禍でも検証が必要だ。

### 間宮清委員（支払側、日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

小児の口腔機能管理はぜひ進めていってほしい。ただし、矯正治療はまだ自費診療が中心で、経済的理由で治療を断念する例もある。なるべく矯正治療を保険でできるようにしてほしい。データをとって有効性が示されれば保険に導入すべき。また、管理は成人までは必要と思う。

### 林正純委員（診療側、日本歯科医師会常務理事）

地域住民の生涯にわたる健康管理を行うなどといったかかりつけ歯科医機能については、皆が共有しているところだが、その機能強化として設定された施設基準が趣旨に沿ったものになっているかについては、わかりにくいと思われる。医療機能情報提供システムなどを活用して国民に見えるようにしていきたい。そうした点も含めて検討を進めたい。また、院内感染防止対策について、この間の評価で十分かどうかについては検証が必要だ。コロナ禍で従来のスタンダードプリコーション以上の対応も行っており、その負担に係る検証も行っているため、今後の検討をお願いしたい。

#### ■ 医薬品の新規薬価収載について

8月12日収載予定の15成分23品目について、医薬品の新規薬価収載が提案され、議論の上で承認された。

議論では、幸野委員から、脊髄性筋萎縮症の治療薬である「エブリスディドライシロップ 60mg」について、「患者が1年間ほど服用し続けると1人あたり 2,000 万円と費用が高額になるので、現状では費用対効果評価の対象にはならないことは踏まえた上で、「著しく単価が高い品目など、中医協総会において評価が必要と判断された品目 (H3 区分)」を適用するのが妥当ではないか」との意見が出された。紀平哲也薬剤管理官は、薬価算定組織では適用すべきとの議論はなかったこと、必要性については総会での議論となることを返答。城守国斗委員（診療側、日本医師会常任理事）から長期に服用した場合の費用など総会で議論するための資料整理の要望が出され、今後、費用対効果評価の対象をすべきかどうかについては継続審議となった。

また、新型コロナウイルス感染症の治療薬である「ベクルリー点滴静注用 100mg (レムデシビル)」については、幸野委員から保険収載にあたり、患者負担の取り扱いと流通が安定して保険で使用される時期について質問が出された。紀平哲也薬剤管理官は、新型コロナ対策関連と同様、現時点では患者窓口負担は生じない、レムデシビルへの切り替え時期は現在使用している薬剤の在庫状況をふまえて追って通知すると返答した。

#### ■医療機器及び臨床検査の保険適用について

9月収載予定として、医療機器関連で区分 C1 (新機能) 3項目、区分 C2 (新機能・新技術) 1項目、臨床検査関連で区分 E3 (新項目) 1項目の提案がされ、承認された。

#### ■費用対効果評価の結果に基づく薬価の調整について

5月26日の中医協において承認された費用対効果評価結果に基づいて、以下の価格調整が提案され、承認された。うつ病・うつ状態の治療薬である「トリンテリックス錠」の価格調整 (10mg 1錠 : 168.90円→161.70円、20mg 1錠 : 253.40円→242.50円)。

また、慢性心不全治療薬の「コララン錠 (2.5mg 1錠など)」については、価格調整なし。そのため、類似品目の「エンレスト錠 (50mg 1錠など)」も価格調整なしとなった。

#### ■再生医療等製品の保険適用について

悪性神経膠腫の患者に投与する「デリタクト注 (1 mL 1瓶)」(成分名 : テセルパツレブ) の算定薬価 (1,431,918円) が提案され、承認された。

#### ■最適使用推進ガイドラインについて

報告事項として、次の薬剤についての最適使用推進ガイドライン案が示された。対象となる薬剤は、片頭痛発作の発症抑制を効能とする「フレマネズマブ (遺伝子組換え)」と「エレヌマブ (遺伝子組換え)」、悪性神経膠腫を対象とする「テセルパツレブ」の3項目となる。

#### ■DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について

5月27日と6月23日に新たに効能・効果及び用法・用量が追加された医薬品、8月12日に薬価収載を予定している医薬品等のうち、次期診療報酬改定までの間で包括評価の対象外 (出来高算定) とす

る薬剤が示され、承認された。併せて、「エブリスディドライシロップ 60mg」については、当該類似薬に特化した診断群分類が既に設定されているとして、包括評価となることが示され、承認された。

#### ■在宅自己注射について

在宅自己注射指導管理料の対象薬剤について、気管支喘息又は特発性の慢性蕁麻疹の治療のために使用する場合に限って、「オマリズマブ（遺伝子組換え）」を追加することが提案され、承認された。なお、季節性アレルギー性鼻炎の治療のために使用する場合は対象とならない。

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 485 回総会 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00100.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00100.html)

< 会内使用以外の無断転載禁止 >