

中医協概要報告（2021年10月13日開催）

10月13日に中医協が開催され、第490回総会が行われた。冒頭に厚労省の人事異動に伴い水谷忠由氏が医療介護連携政策課長に着任した旨が報告された。次回日程は10月15日（金）に実施予定。

【第490回総会】

＜議題＞

- 1：再生医療等製品の医療保険上の取扱いについて
- 2：最適使用推進ガイドラインについて
- 3：医療機器及び臨床検査の保険適用について
- 4：先進医療会議からの報告について
- 5：患者申出療養評価会議からの報告について
- 6：在宅（その2）について
- 7：歯科用貴金属価格の随時改定について

議題1：再生医療等製品の医療保険上の取扱いについて—異論なく承認—

厚労省担当者より、ダルバドストロセル（類別：ヒト細胞加工製品、販売名：アロフィセル注、武田薬品工業㈱）について保険収載する旨が提起、了承された。

議題2：最適使用推進ガイドラインについて

厚労省担当者より、ニボルマブ（遺伝子組み換え）（販売名：オプジーボ点滴静注）の最適使用推進ガイドラインの内容に、「協力学会」、「有効性、安全性に係る国内臨床試験の成績」、「薬剤使用に当たり求められる施設・人員上の基準」、「対象患者」に係る追記がされた点が報告された。

議題3：医療機器及び臨床検査の保険適用について—異論なく承認—

厚労省担当者より、各種の医療機器（ピュアスタート、脳神経減圧術用補綴材、Micra 経カテーテルペーシングシステム）並びに臨床検査（minor BCR-ABL mRNA、プロステートヘルスインデックス（phi））について保険収載（医療機器は令和3年12月、臨床検査は同11月を予定）する旨が提起、了承された。

議題4：先進医療会議からの報告について—異論なく承認—

厚労省担当者より、「遺伝性網膜ジストロフィーにおける遺伝子診断と遺伝カウンセリング」につき、保険外併用療養費の先進医療Bとして適用する旨を提案、了承された。

議題5：患者申出療養評価会議からの報告について—異論なく承認—

厚労省担当者より、「BRAFV600 変異陽性の進行性神経膠腫を有する小児を対象としたダブラフェニブ・トラメチニブ併用療法」につき、患者申出療養として適用する旨を提案、了承された。

議題6：在宅（その2）について

厚労省担当者より在宅医療点数の「継続診療加算」、「在支診・在支病」、「『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』を踏まえた対応状況」、「外来医療と在宅医療を担当する医師の連携」、「在宅ターミナルケア加算」に係る資料が提出、報告が行われた。議論となった主な項目は下記の通り。

（継続診療加算について）—要件緩和につき、診療側と支払側で意見が激しく対立—

継続診療加算を算定しない理由としては「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関の確保が困難」との回答が最多（48.6%）である点（総-6、スライド11）、他方で地域によっては、自治体や医師会を中心としたバックアップ等による在宅医療連携モデルが形成されている点（同スライド13, 14）が報告。

議論では、診療側各委員より、加算の算定に当たり算定要件上の「24時間の連絡・往診体制確保に向けた協力医療機関の確保」がネックである点につき、城守国斗委員（日本医師会常任理事）や池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）が協力医療機関に対する評価が存在しない為、加算算定を試みる医療機関が協力を躊躇する現状を指摘。また昨今の医師の高齢化に伴う24時間の診療体制への抵抗感の増大が、こうした状況に拍車をかけている実態を報告。スライド 13, 14 で紹介されている事例は極めて先進的なものである点を強調した上で、24時間の連絡・往診体制への協力医療機関に対する診療報酬上の評価を要望した。

また、現状の加算への評価に関しても「24時間の連絡・往診体制構築」は在支診・在支病に匹敵する機能を求められる（同スライド 12）にも関わらず、216点（1カ月に1回）に留まり（同スライド 8）、負担と見合わない点を問題視。加算の評価引き上げも併せて求めた。

対して支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、継続診療加算の要件緩和に係る診療側委員の意見に対して「協力医療機関は『うま味』が無いから協力を断り、結果として算定が伸び悩んでいるという趣旨か。そうであればいかなものか」と発言。その上で、資料で示された在宅医療連携モデルは先進的な事例と認めつつ、「少なくとも、医師会や市区町村等が協力可能な医療機関を集約して周知する等の対応が、要件緩和に当たり最低限必要ではないか」と主張した。

幸野委員の「うま味」との発言に診療側長島公之委員（日本医師会常任理事）は猛反発。「現場の医師に対して非常に失礼な発言だ、直ちに撤回せよ」と迫った上で、「協力要請先の医療機関が断るのではなく、協力要請元の医療機関が、極めて多大な負担をかけるにも関わらず、要請先の医療機関への診療報酬上の評価が全く存在しない事から、24時間の連絡・往診体制の協力要請を躊躇する事が一番の問題点である点を認識すべき」と強く反論した。

幸野委員は、「『うま味』との発言は不適切だった。撤回する」としつつ、「協力を躊躇する現状があるならば、協力に向けた体制をどう整備するかを議論すべき」と主張。「要件緩和の前に医師会や自治体を巻き込んだ体制作りの議論が先」との姿勢は崩さなかった。

他方、末松則子委員（三重県鈴鹿市長）は、幸野委員の主張に対し「都市部では議論可能かもしれないが、地方では医師も含めた医療資源の確保にそもそも苦勞しており、また自治体内のマンパワーも十分ではない」と指摘。安易に自治体を議論に巻き込む流れを牽制した。

（在支診・在支病について）

一 在支診・在支病の他医療機関支援を要件化せよ 支払側幸野委員 一

厚労省は在支病（強化型を除く）について、下記の特徴を報告。

- ・ 年間緊急往診件数が0件の病院があるが、これらの病院では在宅患者の年間受入れ件数が31件以上との回答が最多（同スライド 22）
- ・ 緊急時入院のための常時確保病床につき、1床との回答が最多（同スライド 23）
- ・ 在宅患者の年間入院受入数が0件の病院がある（同スライド 23）
- ・ 在支病の約6割で地域包括ケア病棟入院料の届出がある（同スライド 26）

議論では、まず支払側幸野委員が、年間緊急往診件数が0件の病院がある点を問題視。「在支病の主旨からしてあり得ないし、いかなものか」と指摘。強化型の在支診・在支病と同様にそれ以外の在支診・在支病にも緊急往診等の実績を課すべきと主張した。

対して城守委員、島委員は、当該医療機関では、在宅患者の年間受け入れ数が31件以上との回答が最多である点を強調。「入院受入れにリソースを割いているが故の結果と見るべき」と指摘。その上で、在支病は、「在宅患者の急性増悪等の受入実績をむしろ重視して評価すべき」と主張。しかし、幸野委員は「ゼロ件はあり得ない」と譲らず議論は平行線を辿った。

また幸野委員は、在宅医療の体制構築に係る指針の中で在支診・在支病の目標として「在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行う」とされている点（同スライド 20）に着目。継続診療加算の議論も踏まえて、在支診・在支病の要件に同加算を算定する医療機関の支援を要件化すべきと主張。安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）も同調した。

その他にも島弘志委員（日本病院会副会長）は機能強化型も含めた在支病の要件が「許可病床数200床以上」となっている点を問題視。「地域によっては該当する病院が無い場合もあり、実態に見合っていない要件だ。廃止すべき」と主張した。

（「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応状況について） - 各種在宅点数への要件化求める 支払側幸野委員 -

在宅医療を提供する医療機関における、看取りに対する指針につき、機能強化型在支診・在支病（単独型・連携型）、在支診・在支病では半数以上が「策定あり」と回答する一方、そ

れ以外の医療機関では「未定」が最多である点（同スライド 28）、またガイドライン等を踏まえた人生の最終段階の医療・ケアの意思決定支援に係る取り組み方針の有無につき、「有り」・「準備中」との回答を併せた割合では、在支病で約 8 割、在支診では約 6 割である点（同スライド 29）が報告。

議論では、支払側の幸野委員が後述のターミナルケア加算も含めた在宅医療点数を念頭に、算定に当たり、ガイドラインに基づく患者の意思決定支援に関する指針を要件化すべきと主張。対して診療側の松本吉郎委員（日本医師会常任理事委員）は、「ガイドラインそのものが国民に浸透している物とは言い難い」と指摘。要件化は時期尚早との見解を示した。

その他にも、島委員は現時点で、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）や療養病棟入院料の算定に当たり、当該ガイドラインに基づく、適切な意思決定支援に係る指針の策定が要件化されている点（同スライド 27）につき、「指針は患者 1 人 1 人個別に策定する必要があり、現場負担が大きい。そもそも施設基準化する必要はない」として、当該施設基準要件の廃止を求めた。

（外来医療と在宅医療を担当する医師の連携について）

- 連携評価新設に向けて前向きな議論が展開か -

外来医療から在宅医療への移行に当たっては、「介護保険主治医意見書の移行」、「ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携」、「障害福祉サービス調整」、「家族の健康管理支援」等、各種の調整が求められる点（同スライド 35）、移行のタイミングが遅れた場合、患者の医療・介護上での容態、状態等の悪化、その状況の固定化を懸念する意見がある点（同スライド 34）が報告。

議論では、診療側・支払側問わず、上述の各種調整につき、医師の連携推進に資する診療報酬上の評価を求める方向性が共有された。支払側の佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）は、「ICT 等を活用としたカンファレンスの実施」とのイメージを提起。今後、評価に向けた要件等の具体化が議論されるものと見られる。

（在宅ターミナルケア加算について） - 実態踏まえた要件見直し求める 診療側 -

在宅ターミナルケア加算は在宅で死亡した患者に死亡日から逆算して 2 週間以内に 2 回以上の訪問診療等を実施した場合に在宅患者訪問診療料（I）の加算として算定可能（同スライド 39）であり、昨今は算定回数が増加傾向、特に機能強化型在支診での増加が顕著である点（同スライド 40）、他方で入院医療機関からの退院後の患者や、ターミナルケアに関する意思決定に基づき対応していたが、患者の容態急変等により 2 回の訪問診療の実施を前に看取りとなったために加算が算定できない事例がある点（同スライド 41~43）が報告。

診療側池端委員は昨今のコロナ禍で、家族との面会が禁じられる中、亡くなるギリギリまで患者が入院し、在宅に移ったとたんに亡くなり、結果としてターミナルケア加算が算定できなかったケースが増えている実態を報告。実態に合わせた要件の見直しを求めた。

また、松本委員は特に小児の在宅でのターミナルケアは成人と比べてより多くの対応が求められる点を指摘。現時点で設定されている訪問診療料の乳幼児加算（400 点）の評価では見合わないとして、評価引き上げを求めた。

議題 7：歯科用貴金属価格の随時改定について

厚労省担当者より歯科用貴金属価格の随時改定Ⅱ（7 月実施後）の結果につき、全ての歯科用貴金属の変動幅が±15%未満である点を報告。告示価格の変更は行わないとした。

<会内使用以外の無断転載禁止>

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。

総会（第 490 回）：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00108.html