

## 中医協概要報告（2021年10月22日開催）

10月22日に中医協が開催され、第492回総会が行われた。▼個別事項（その2）について、▼調剤（その2）についてが議題とされた。

### 【個別事項（その2）】 がん・疾病対策について

1. がん対策に係る評価について
  - 1-1 外来化学療法について
  - 1-2 栄養食事指導について
  - 1-3 がんゲノムプロファイリング検査について
  - 1-4 放射線内用療法について
2. 難病対策等に係る評価について
3. アレルギー疾患対策に係る評価について

#### 1-1. 外来化学療法について

厚労省担当者より、外来化学療法においては、近年、通院しながら抗がん剤治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている状況が報告され、患者が望む治療の場で、抗がん剤治療を実施できる環境を整えられるよう、外来化学療法加算等の見直しが提案され、了承された。

議論では、診療側の城守国斗委員（日本医師会常任理事）が、厚労省の「副作用の発現に係る管理や緊急時の相談対応等について体制整備に万全を期す」との提案に賛同を示した上で、「化学療法等および化学療法以外での受診日において、ICTを活用した診療を可能とし、受診方法の選択肢を増やすことも必要」と述べた。池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、がん患者は慢性疾患を持っている患者も一定いるとして、「がん拠点病院などで外来化学療法、かかりつけの医療機関で慢性疾患を診ており、医師が連携できる仕組みが加わると安心だ」と述べた。支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、がん患者の「仕事と治療の両立が重要だ」とした一方で、「入院の必要性を見極めつつ、外来治療を優先して取り組むことが重要」と評価の在り方に釘をさした。

#### 1-2. 栄養食事指導について

厚労省担当者より、栄養食事指導について、外来化学療法室における栄養相談内容としては、食欲不振、体重減少、味覚障害等が多く、抗がん剤の副作用は症状により発症時期が異なり、栄養管理・指導ポイントは症状毎に異なっているとした上で、がん病態栄養専門管理栄養士が配置されている場合、配置前と比較して、退院時の食事摂取割合の改善、体重の減少割合、入院日数の無延長が有意に影響を受けていたという報告がされた。これらを踏まえ、2020年度改定で新設された外来栄養食事指導料1の算定要件（月2回の指導）がレジメンによっては満たせず、算定ができない場合が生じていることなどにも鑑み、がん病態栄養専門管理栄養士等を配置した場合に評価することを提案し、了承された。

議論では、診療側の城守委員が、「栄養状態の適切なアセスメントと、栄養・代謝・病態に応じた栄養管理が重要になることを考えると、専門知識を持った管理栄養士の介入について、月2回の指導要件とあわせて整理してはどうか」と述べた。支払側委員も概ね賛同した。

#### 1-3. がんゲノムプロファイリング検査について

厚労省担当者より、がんゲノムプロファイリング検査について、検査行程は複数の行程からなり、診療報酬の算定は検査時に8,000点、結果説明時に24,000点となるが、検査オーダーから患者への結果説明まで1か月半程度を要し、検査を提出した患者が予期せず死亡した場合等、検査に係る費用の大半を占める点数が算定できない症例が一定数

存在することを報告した上で、こうした点の評価の見直しが提案され、了承された。

議論では、診療側の島弘志委員（日本病院会副会長）は、「がんゲノム医療拠点病院や、がん診療連携拠点病院がそれぞれ参加できるような方向性で進めてほしい」と述べ、支払側も含め賛同した。

#### **1-4. 放射線内用療法について**

厚労省担当者より、放射線内用療法について提案がされた。主に前立腺がん治療に用いる診療用放射線照射器具（密封小線源治療）又は甲状腺がん治療に用いる診療用放射性同位元素（RI 内用療法）により治療を受けている患者を入院させる放射線治療病室については、それぞれ構造設備の施設基準が設けられているが、放射性同位元素により汚染されるおそれがあるため、RI 内用療法の基準については、密封小線源治療の基準に比べ、厳しい形で設定されている他方、評価は同じとなっていることから、放射線治療病室管理加算の評価の見直しが提案され、了承された。

議論では、支払側の幸野委員が、両放射線治療の差異に理解を示した上で、一方の「引き下げも併せて行うべきでないか」と指摘した上で、診療側と共に賛同した。

#### **2. 難病対策等に係る評価について**

厚労省担当者より、難病の医療提供体制について、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととされている一方、情報提供先医療機関のかかりつけ関連点数などの届出状況を把握していないなどによって、診療情報提供料Ⅲの算定ができないケースがあると報告した上で、医療機関間の連携に係る評価の見直しを提案し、了承された。

議論では、城守委員が、「難病診療分野別拠点病院等との連携が重要だ」とした上で、「かかりつけ機能に係る届出の有無によって、診療情報提供料Ⅲの算定ができないことは不合理」と述べ、見直しの必要性を強調した。

#### **3. アレルギー疾患対策に係る評価について**

厚労省担当者より、アレルギー疾患対策について、児童等におけるアレルギー疾患有病率の増加により、給食等の場面で突然症状が現れ、重篤な状態に至る場合もある。また、学校において児童等の管理を行うにあたり、9割以上の学校が主治医から提出される「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を活用しており、アレルギー疾患を有する児童等の学校生活における体制整備が図られている点が報告された。その他、学校生活管理指導表の提出状況や活用率は、アレルギー疾患によって異なっている点や、保育所においても同様の取組が推進されており、いくつかの様式が活用されているとした上で、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた、主治医から学校医等への情報提供に係る評価をすることが提案され、了承された。

議論では、支払側の幸野委員が、「相対的に診療情報提供料を拡大する方向だが、医療保険でどこまでみるのか一度整理が必要ではないか」と述べたことに対し、厚労省担当者は、「多岐にわたってきており、整理はしているが、ニーズに合わせてみていく」とした。その他、間宮清委員（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）から、「主治医が直接学校側に情報提供するのか」と質問があり、松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、「流れはこれまでと同じ、主治医から保護者へ、そして学校へ提出する」した上で、「これまで診療報酬上の評価がなく、自費であった。そのことを診療報酬で評価していただく」と述べた。

#### **【調剤（その2）】**

1. 薬局、薬剤師の概況
2. 薬局に関する指摘事項等
3. 対人業務に係る評価について
  - ① 総論
  - ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について
  - ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価

- ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について
  - ⑤ 医療的ケア児の薬学的管理について
4. 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価について

## 1. 薬局、薬剤師の概況

配布資料（総-2）参照（スライド3～13）

## 2. 薬局に関する指摘事項等

配布資料（総-2）参照（スライド14～23）

## 3. 対人業務に係る評価について

### ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について

厚労省担当者より、薬剤情報提供・服薬指導及び薬歴作成の平均所要時間について、薬剤種類数が6種類以上の場合にかかる時間が長いことや、かかりつけ薬剤師指導料等の届出がされていない理由に、「時間外の24時間電話相談が困難であるため」や「在宅訪問する時間がとれないため」などの現状があることが報告された。また、かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の課題については、「薬剤師によって指導内容や相談への返答が変わらないように注意する必要がある」や「患者の状況等が十分に把握できていない」等の報告がされた。これらを踏まえ、薬剤服用歴管理指導料について及び薬剤情報の一元的な把握による薬学的管理の見直しなどについて提案があった。

議論では、有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）が、かかりつけ薬剤師以外の対応について、かかりつけ薬剤師と同様の対応をした場合に一定の評価をすることの必要性を理解を示しつつ、「かかりつけ薬剤師指導料の安易な要件緩和は、かかりつけ薬剤師の形骸化につながる」とし、懸念を示した。支払側の安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は、「地域で求められている役割を果たせていない」との認識を示し、「評価の在り方を検討するべき」と述べた。城守委員は、「単に薬剤数を基準にするのではなく、メリハリをつけた考え方が必要」だとの認識を示したほか、幸野委員は、薬剤服用歴管理指導料について、「種類数が多い場合に評価してはどうかという提案自体今までの議論と逆行する考え方で信じられない」と明確に反対の態度を示した。

### ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価

厚労省担当者より、2020年度診療報酬改定において新設した服用薬剤調整支援料2について、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者に対して、重複投薬等の解消に係る提案を行った場合に算定できるが、服用薬剤調整支援料2を算定した場合、実際に2種類以上の減薬が行われた場合であっても服用薬剤調整支援料1が算定できない現状が報告され、これらの見直しについて提案された。

議論では、有澤委員が、「がん専門医療機関と連携した専門的な薬学管理の実施がより求められており、薬局におけるがん患者に対する薬学的管理等の実施を一層推進するために評価は必要」と述べた。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、「その必要性が明確にわかる資料を基に慎重に検討すべき」とした上で、ポリファーマシーについては、「精神的ケアの視点からも他機関、職種の連携が必要」との認識を示した。安藤委員からは、重複投薬について、「今後は、オンライン資格確認、電子処方箋の導入等についても念頭に入れ、慎重に検討していく必要がある」と述べた。幸野委員は、電子処方箋が導入された際を想定し、「服用薬剤調整支援料2のような業務は、当然薬剤師の義務になっていく」と述べ、これらの加算の在り方を変える必要性を示した。

### ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について

厚労省担当者より、薬局と医療機関間の連携について、約8割の薬局ががん患者服薬指導等の評価した特定薬剤管理指導加算2の届出を行っていないことを挙げ、その理由として、研修会参加など「満たすことが難しい要件がある」などがあることが報告され、保険医療機関に情報提供を行った場合の評価や退院時共同指導料の算定要件等の見直しについて提案した。

議論では、有澤委員は、退院時共同指導料の算定要件について、「医療資源の少ない地域でやむを得ない事情でのみオンラインでの参加が認められているが、昨今の状況を鑑みると原則オンライン参加は可能にすべき」と主張。これに対し、池端委員は、「全てオンラインで良しとしてしまって本当にいいのか。一堂に会してということ为原则とし1回会っておくことは非常に重要だと感じている」と懸念を示した。また、城守委員は、入院に際して患者の処方を一元管理している薬局の介入について、「持参薬の把握については、受け入れ病院において実施されるべき。薬局から患者が入院する医療機関に対しての情報提供を行うことが本筋」と述べた。

#### ⑤医療的ケア児の薬学的管理について

厚労省担当者より、医療的ケア児の薬学的管理について、薬学的管理指導を行っている医療的ケア児の調剤に係る平均所要時間は約137分であり、処方箋1枚の平均所要時間約12分と比べて大幅に長かったことを挙げ、その理由として、薬学的管理に考慮が必要な事項が多く、複雑であることが報告された上で、薬学的管理指導の評価の見直しを提案した。

議論では、城守委員が、調剤業務について、「対人業務というより、対物業務の側面が強い」とした上で、位置づけとして「対物業務としてではなく、薬学管理とすることが適切なのか整理が必要」と疑問を呈した。これに対し、有澤委員、子どもの特性によって様々な対応が必要とした上で、「(対物・対人のように)二つに分けるより、どちらかという包括的な管理という位置づけで検討してほしい」と述べた。

#### 4. 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価について

厚労省担当者より、在宅患者の薬剤管理指導について、在宅業務を行っている薬局が増加しており、特に介護保険の居宅療養管理指導の算定が伸びている一方で、医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料では、算定要件を満たせず算定できないケースがあったと報告した上で、これらの点を踏まえ訪問薬剤管理指導を実施した場合の評価の見直しについて提案され、承認された。

議論では、有澤委員が、重ねて在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定できないケースを挙げ、評価の見直しを求めた。

### <会内使用以外の無断転載禁止>

配布された資料は、厚生労働省HPに公開されています。  
第492回総会 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00110.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00110.html)