

中医協概要報告（2021年12月1日開催）

（第64回診療報酬改定結果検証部会、第183回薬価専門部会、 第59回費用対効果評価専門部会、第501回総会）

厚労省は12月1日、中医協の診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、費用対効果評価専門部会、総会を開催した。検証部会では、令和2年度改定の特別調査（令和3年度調査）報告書案が提示され、大きな異論なく了承された。

薬価専門部会では、次期薬価改定についての論点整理案が提示された。原価計算方式を採用した医薬品のうち、製造原価の開示度50%未満が全体の約半数に及び、対象品目については加算係数を現在の0.2から0に引き下げることが提案されたが、専門委員からは「厳しい」との意見が出された。

費用対効果評価専門部会では、令和4年度費用対効果評価制度改革の骨子案がまとめられ、大きな異論なく了承された。

総会では、次回改定に向けたテーマとして「入院（その6）」と題して急性期一般入院料1について議論され、主に「ICU等の有無」、「等加算の届出別」などの調査結果が示され、これらが満たされた急性期一般1の評価をどうするのが焦点となった。また、高度急性期（ICU等）における「ECMO、人工呼吸器」の利用状況や、それらを管理する「特定行為看護師・臨床工学技士」などの配置状況などが示され、配置人数の引き上げや専従化などの提案が示された。また、ICU等や救急系の特定入院料の滞在日数上限が延長している実態や、Tele-ICU（専門医が遠隔でICUをモニタリングできるようにする取り組み）を新たに評価してはどうかなどの提案もされた。ただしTele-ICUについては「エビデンスが不足している」との意見が多数あり、承認の見込みはない模様。

なお、総会の最後に、予め議題では示されていないが、11月10日に保険適用承認された「オンコタイプDX乳がん再発スコアプログラム」が12月1日に供給開始出来ないことが報告された。厚労省からは「保険適用を保留とし、プログラムの開発が完了したら改めて適用日を検討する」ことが提案された。了承はされたものの、これには全員が「ありえない」と口を揃えるとともに、事態の詳細や制度の問題点、再発防止案などを出すよう求めた。

令和3年度調査、6項目を報告

検証部会では、令和2年度改定の特別調査のうち、以下の6項目が報告された。この日に提示された資料は2,382ページに上った。

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (2) 精神医療等の実施状況調査(その2)
- (3) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (4) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
- (5) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- (6) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

主な特徴は以下の通り。

- (1)-1 地域包括診療料の届出をしていない理由(病院):「地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている」を満たすことができないとする回答が 30.9%。
- (1)-2 地域包括診療加算等の届出をしていない理由(診療所):「24 時間対応をしている薬局と連携することができないため」が 36.5%、「外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから」が 31.1%。
- (1)-3 かかりつけ医に求める役割(検-2-1 P.32)では、「必要時に専門医に紹介する」、「どんな病気でもまずは診療できる」が多い。
- (1)-4 オンライン診療と電話診療の受診経験等(検-2-1 P.35 の図表 4-26)では、上から 7 項目がネガティブな選択肢、下 4 項目がポジティブ選択肢だが、ネガティブ選択肢のうち「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられない」が 45.2%。
- (3)-1 新型コロナ入院患者の受け入れ有無の病床規模別集計(検-4-1、P.5 図表 2-158)では、200 床以上あるいは 400 床以上と病床規模が大きいほど、コロナ患者受入有りの施設割合が高いが、100~200 床未満についても、昨年から 3 割ぐらいのコロナ患者受入有となっている。
- (3)-2 医師の負担軽減策として実施している取組(検-4-1、P.11)のうち、医師の負担軽減効果がある取組(最大 3 つ)について、地域医療体制確保加算の届出施設において、医師事務作業補助者の外来への配置が 43.3%で、医師の増員が 31.7%で、当直翌日の業務内容の軽減(当直翌日の休日を含む)が 21.9%。
- (3)-3 各業務負担感(検-4-1、P.20)で最も「非常に負担が大きかった」のは、「主治医意見書の記載」14.3%。
- (4) 新型コロナの影響については、医療提供状況の変化について、「緊急事態宣言前は定期的に受診していたが、来院しなくなった患者」が、か強診・その他ともに 3 割を超えている。また、「高齢者の来院が減った」施設は多く、次いで「予約なしの急患」、「小児患者」の減少が見られる。受診行動の有無については、いずれの施設でも 20 代から 50 代で「受診行動に変化があった」と回答し、その内容は、か強診では「受診頻度が減った」が最も多く 69.7%、「受診したが我慢した」が 41.4%であった。その他の診療所では、同様の順で 70.6%、42.8%であった。
- (6) 後発医薬品の調査については、今年 8 月の調査のため、後発医薬品の供給停止・出荷調整等が起こっている状況であることを踏まえて調査結果を見る必要がある。また、病院・診療所ともに後発医薬品の備蓄割合(品目数)が前年度より減少している。

主な意見として、中村 春基委員(専門委員、チーム医療推進協議会代表)より、(1)の有効回答率が 24.7%と低いことを指摘した。また、無回答の多い設問については、今後の工夫を求めた。飯塚 敏晃委員(公益側、東京大学大学院経済学研究科教授)は、「NDB や DPC データなどの既存データの活用」を求めるとともに、「改定に伴うアウトカムの結果がほしい」や「またコロナ対応で大きな政策変更を行う際には、事前にパイロットスタディなども検討してはどうか」などの要望があった。

これについて事務局からは、有効回答率については、「電子調査票としてメールで返信もできた。今後も回収率向上を検討したい」と述べるとともに、NDB などの既存データの活用やアウトカム評価、パイロットスタディなど、今後の課題とすると回答した。

また、総会でも同様の報告がされた。総会では、安藤 伸樹委員(支払側、全国健康保険協会理事長)より、「NDB、DPC の他、保険者データも協力したい」と述べるとともに、「オンライン診療で患者のアンケート(患者調査)(検-2-1、P35)を見て、「対面と比べて十分な診察を受けられない」に対し、「そうは思わない」が 59%などの回答があり、非常に参考になった。」と、ポジティブな回答が多かったことに対する安堵の感想が出された。

開示度 50%未満は係数 0.2→0で異論なし

薬価専門部会では、次期薬価改定についての論点整理案が提示された。この中で、「市場拡大再算定の対象品目の類似品の取扱い」について、過去に再算定を受けて引き下げられた品目を、一定期間（3年間）別品目の再算定類似品の対象から外す提案に対し、支払い側、診療側の各側委員から限定的な取り扱いを求める意見があった。

城守 国斗委員（診療側、日本医師会常任理事）は、「一定の不合理的なことは理解できるが、一定期間で一度に限定するなど一定の制限の工夫が必要。検討するタイミングによって市場における競合の状況が異なるため、実際に運用するのは困難ではないか。両者の価格が拮抗することで下がるのであれば検討できる」と述べた。

費用対効果制度改革の骨子案を了承

厚労省からは、費用対効果評価の制度改革の骨子案が示され、概ね了承された。

主な意見では、城守委員が「2年間の実績を踏まえて今後も保険収載の可否目的ではなく、日本型の制度として継続的に検討していく。また、継続的に改善を図っていただきたい。」と述べた。

支払側からは、異論はないが、今後分析を行う人材育成を求める意見が複数あった。

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）は、海外の制度を参考するにあたり、HTA（Health Technology Assessment、医療技術評価）に患者も参画して検討を行う例もあることから、今後そのような方向も取り入れるか尋ねた。事務局からは「これまでそのような議論はなかったものの、今後の課題としたい」と回答した。

急性期一般1の評価をめぐり、「施設要件よりも実績で評価を」との意見

総会では、次回改定に向けたテーマとして「入院（その6）」と題して、急性期一般入院料1について議論された。議題の冒頭で、松本 真人委員（支払側、健康保険組合連合会理事）は、示された提案に意見する前に、「これまでに非常に多くの時間を割いた重症度、医療・看護必要度のABC項目、あるいは判定基準該当患者割合に関するものが非常に一切含まれていないというのは非常に遺憾」と強く述べ、「本日の論点だけでは、急性期入院に関する議論が不十分」として、支払側総意として早急に示すよう強く求めた。

以下、論点ごとに主な意見をまとめた。

（1）主に「ICU等の有無」、のほか、救急搬送受入件数、手術（緊急手術等を含む）等の実績、平均在院日数や自院他病棟への転棟率等の実態、感染防止対策加算、認知症ケア加算、精神科リエゾンチーム加算の届出状況等などの調査結果が示され、これらが満たされた急性期一般1の評価をどうするのが焦点となった。

城守委員：11月10日の総会でも述べたように、急性期の入院医療を担っている医療機関については、さらに充実した評価とすべき。特に、特定機能病院入院基本料の方が高い評価であり、働き方改革の観点からも、救急搬送への対応も担っている急性期一般1への評価をさらに上げるべき。また、治療室の有無で評価を分けるのではなく、構造的な余裕がなくてもナースステーションの横に処置室を置いて傾斜配置的に重症者対応をしてきている実態もある。一律な施設基準の設定で医療機関の評価を引き下げるということになれば、地域の救急体制の低下、弱体化に繋がる。そのような方向で議論するというのであれば明確に反対。

松本委員：治療室の有無による評価ではなく、手術、放射線療法、化学療法を実施するなど、実施され

た以上の実績にも着目した評価とすべき。

島 弘志委員(診療側、日本病院会副会長)：城守委員らと同様に、「治療室の有無」という評価ではなく、救急、地域医療への貢献度などの実績で評価すべき。

安藤 伸樹委員(全国健康保険協会理事長)：現行の急性期一般1の中でも特に充実した急性期医療、入院医療を担っている医療機関の質を担保した上で評価すべくメリハリをつけるという方向性には異論は無いが、新たな点数設定は、さらに報酬体系を複雑にすることになるため、現行の報酬体系に組み込む方向で検討すべき。

(2) 高度急性期 (ICU 等) における「ECMO、人工呼吸器」の利用状況や、それらを管理する「専門性の高い看護師・臨床工学技士」などの配置状況などが示され、配置人数の引き上げや専従化などの提案が示された。

城守委員：専門性の高い看護師や臨床工学技士の配置について、相応の診療報酬上の評価とすべき。ただし、現場でそのような配置をしているからといって専従配置を求めてしまうと体制が取れなくなる可能性もあることから、無理なく体制強化が促進されるような施設基準を求める。

松本委員：専門性の高い看護師・臨床工学技士などの配置の必要性には理解するが、専門性の高い人材は取り合いになるとか、一部の方に負担が増大するなどを懸念している。

島委員：配置そのものも重要だが、同時にこういった多職種によるカンファレンスがきちんと行われているかという点も評価に加えるべき。

(3) ICU 等や救急系の特定入院料の滞在日数上限が延びている実態を延長すべきか。

城守委員：ICU の滞在日数上限については、超えるケースも鑑みて、日数延長を検討するよう求める。

松本委員：早期の離床や栄養介入に向けた取り組みを行っても滞在が長期になるなどやむを得ない場合に限って理解できる。

島委員：本当に ICU での治療の必要性が見えにくい部分もあるため、SOFA スコアとも組み合わせでの評価も行いながら病態を正しく評価することが必要。

佐保 昌一委員(日本労働組合総連合会総合政策推進局長)：一定の算定条件をつけて上限を延長するなどすることができるよう見直す必要がある。

(4) Tele-ICU (専門医が遠隔で ICU をモニタリングできるようにする取り組み) を新たな評価として提示するなどの議論もされた。この提案については「時期尚早」という発言が多く、見送られる可能性が高い。

以上

配布された資料は、下記の厚生労働省HPで公開されています。

第 64 回診療報酬改定結果検証部会	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000207397_00010.html
第 183 回薬価専門部会	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212451_00045.html
第 59 回費用対効果評価専門部会	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000182080_00010.html
第 501 回総会	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00124.html

<会内使用以外の無断転載禁止>