

中医協概要報告（2021年12月8日開催） （第503回総会） （計5枚）

12月8日の中医協は総会が開催され、新型コロナウイルス感染症の検査に係る保険収載価格の見直しでは、PCR検査等の点数が大幅減額となった。また診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」から、令和4年度の診療報酬改定においては診療報酬の上乗せ点数の見直しは行わないことが報告され、承認された。

個別事項（その8）では、後発医薬品について、後発医薬品使用体制加算の見直しが議論された。また医薬品の適切な使用の推進では、湿布薬のさらなる枚数制限等が議論された。働き方改革の推進について（その2）では、看護職員の処遇改善と負担軽減等が議論された。

令和4年度診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）については、支払側が「引き上げる環境にない」と主張し、診療側は「プラス改定しかありえない」として、意見が真っ向から対立した。

医療機器の保険適用（令和4年4月収載予定）では、「区分C1（新機能）」として2件、「区分C2（新機能・新技術）」として1件の提案、臨床検査の保険適用（令和4年1月収載予定）では「E3（新項目）」として2件の提案があり、質疑の上承認された。

先進医療会議から、先進医療B（未承認の医薬品等の使用、及び医薬品等の適応外使用を伴わないもの）として「家族性大腸腺腫症患者への低用量アスピリン療法」の実施が「適」として評価されたことが報告された。また「令和3年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告」が提出され、先進医療技術数（83種類）、実施医療機関数（267施設）、全患者数（5843人）、金額等の報告、過去5年間の実績、個別技術等の実績等が報告、また削除が適切であると評価された技術（3技術）、今後の方針等が報告された。

■新型コロナウイルス感染症の検査に係る保険収載価格の見直しでPCR検査等点数が大幅減額

事務局より中医協の議題にはなかったが、その他として、「新型コロナウイルス感染症の検査に係る保険収載価格の見直し」として、以下の通りPCR検査等の大幅引き下げ提案が出され承認された。

検査項目	現行点数	見直し(案)	準用点数(案)
SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託）	1800点	700点（※）	D023 微生物核酸同定・定量検査 「9」HCV 核酸検出（350点） 2回分
SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託以外）	1350点	700点	D023 微生物核酸同定・定量検査 「9」HCV 核酸検出（350点） 2回分
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）	1800点	700点（※）	D023 微生物核酸同定・定量検査 「9」HCV 核酸検出（350点） 2回分
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）	1350点	700点	D023 微生物核酸同定・定量検査 「9」HCV 核酸検出（350点） 2回分
SARS-CoV-2 抗原検出（定性）	600点	300点	D012 感染症免疫学的検査 「25」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）（150点）2回分
SARS-CoV-2 抗原検出（定量）		560点	D012 感染症免疫学的検査 「46」HIV-1抗体（ウエスタンブロット法）（280点）2回分
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）	600点	420点	D012 感染症免疫学的検査 「39」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）（210点）2回分

※激変緩和のための経過措置として、令和3年12月31日から令和4年3月31日まで1350点（D023 微生物核酸同定・定量検査「14」SARS-CoV-2核酸検出（450点）3回分）とし、感染状況や医療機関での実施状況を踏まえた上で、令和4年4月1日に700点とする。

厚労省は「令和3年11月12日・新型コロナウイルス感染症対策本部決定」で、「実勢価格を踏まえて保険収載価格の検証を行い、その結果を踏まえて、年内を目途に必要な見直しを行う」とされたことから、臨時的に12月31日に前倒しして引き下げを行うとして提案。

城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、大きい引き下げであることと、検査体制に地域差があるため丁寧な対応を訴えたが、提案を了承。松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は妥当だとして賛成

した。

会議終了後のブリーフィングで厚労省は、点数設定の根拠については資料の通りとし、「実勢価格を踏まえて保険収載価格の検証を行」ったとした点についての質問には「回答を差し控える」とした。また委託検査とそれ以外に点数差を設けなかったのは、「当初は検体搬送にジュラルミンケースを用いるなど包装に気を遣っていたが、今は解消されたため」と説明した。

さらに「PCR検査の保険収載価格が引き下がることで、医療機関側の収入が減ります。オミクロン株感染拡大も懸念されるなか、開業医を含めて医療機関側がコロナの検査に関わるメリットが薄れますが、このあたりはどのように整理されていますか。」との質問に対しては「実勢に基づいて評価しなおしたのみだ」として、どう認識しているかの回答はなかった。

■「医療機関等における消費税負担に関する分科会」報告

一般診療所 87.0%の補填率で補填不足も、コロナ影響で検証困難として見直しせず

医療機関等における消費税負担に関する分科会の飯塚敏晃分科会長から、令和2年度の医療機関等の消費税負担(5~10%部分)の診療報酬による補てん状況の調査報告及び次の提案がされ議論された。

- ① 令和2年度の医療機関等の消費税負担(5~10%部分)の診療報酬による補てん状況については、医科、歯科、調剤を合わせた全体の補てん率は103.9%となっており、また、医科全体、歯科、調剤それぞれをみても、補てん不足になっていない状況。
- ② 令和2年度については、新型コロナウイルス感染症の影響があり、上乘せを行った診療報酬項目の算定回数の減少のほか、患者減に伴う課税経費の減少、消毒・マスク・機器整備等の感染対策のための課税経費の増加など、補てん額と負担額の双方にぶれが生じていると考えられ、令和2年度のデータにより、上乘せ点数の厳密な検証を行うことは困難。
- ③ このため、令和4年度診療報酬改定においては、診療報酬の上乗せ点数の見直しは行わないこととして、引き続き、消費税負担額と診療報酬の補てん状況を把握して検証を行うことが適当ではないか。

厚労省保険局医療課・高宮裕介保険医療企画調査室長は、補足説明で、コロナ禍において初・再診料の算定回数が下回った率は約10%だとし、それを一般診療所の補填率87.0%(個人:105.4%、医療法人・その他:79.6%)に機械的に上乘せすると約100%とした(スライド5)。併せて同資料の表の欄外の全体の補填率が103.9%だと提案への理解を求めるとともに、分科会における支払側(現状では、マクロで補てん不足となっていない)、診療側(一般診療所は10%を超える補てん不足であることは事実。今回は新型コロナウイルスの極めて特殊な状況での判断であり、前例にしては困る)の意見も紹介した。

提案に意見はなく、報告通り承認された。

■個別事項(その8)

一後発医薬品の使用促進、支払側は減算規定の設定等を要求一

事務局より、後発品の使用促進について「加算制度については、廃止を含めた見直しを行うべきであり、その際、減算については、対象を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直すべきではないか」との意見が出される一方、「後発医薬品の使用割合は、毎月伸びてきているが、大型先発医薬品について新規に後発医薬品が収載された直後は、一時的に使用割合が低下又は伸びが鈍化することがある。そのため、後発医薬品の使用割合を維持するだけでも、一定の医療費適正効果があると考えられる」などの意見も踏まえ、今後の対応について議論を促した。

城守委員は、2023年度末までに80%以上の目標達成のためには一般名処方加算と後発医薬品使用体制加算が肝になるとして、①後発品供給不足の下で、銘柄別指定した際などに一般名処方加算が算定できない等の不合理の改善や、②後発医薬品使用体制加算については、医薬品の供給不安定の解消の見通しが立っていない中で、後発医薬品の使用はこれまで以上の労力が必要だとし、目標達成のために安定確保に対する実効性のある対応と、引き続き加算の評価をするべきと訴えた。また有澤賢二委員(日本薬剤師会常務理事)は、特に薬剤師の努力で使用割合が向上してきたとしたうえで、供給不安定の問題で日々状況は悪化しているとし、「安定供給の確保と回復が大前提だ」としたうえで、目標達成に向けた推進のためには報酬上大きく変更するべきではないと述べた。

一方、支払側の安藤伸樹委員(全国健康保険協会理事長)は、加算・減算の在り方を見直していく時期に達しているとして、具体的な数字を出して(20支部が目標未達成で約60億円の損失の一方、令和2年に後発医薬品使用体制加算が算定された金額が325億円として、80%以上になった場合の5倍の金

額が毎年出る)、加算は有用な仕組みであったが、段階的に廃止していく時期だとし、併せて歯科(52%)、医科の入院外(67.9%)で使用割合が低いとし、歯科については具体的に「鎮痛、抗菌薬で使用割合が低い」と言及、加算の80%以下の点数区分の廃止と減算基準の引き上げ、及び医療機関について減算を創設すべきと提案した。松本委員も同調し、80%以上への引き上げと薬局における減算基準引き上げ、医療機関に減算の創設、及びカットオフ値(後発品+後発品のある先発品/全医薬品)の引き上げを要求した。有澤委員は減算等のペナルティには明確に反対とし、現場の意欲を高めるべきだとして、今は大きく変更するべきではないと改めて強調した。林正純委員(日本歯科医師会常務理事)は、後発医薬品の使用促進はしっかり取り組んできているとし、今後とも推進していきたいと述べた。

－医薬品の適切な使用の推進－

1. フォーミュラリ

事務局より、令和2年度診療報酬改定の中医協答申書において「病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること」とされていること、令和2年度の厚生労働科学特別研究事業において「病院フォーミュラリの策定に係る標準的手法開発および地域医療への影響の調査研究」を実施したことを踏まえ、病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方取組について、どのように考えるか、との問題提起があった。

城守委員は、「フォーミュラリ策定は有用だが、リスト作成について医薬関連企業が主導する危険性がある」ため、診療報酬上の評価には「なじまない」として、強引な誘導は反対と述べ、有澤委員も時期尚早だと反対した。島弘志委員(日本病院会副会長)は、「ガイドライン作成は質の担保から重要」と述べ、クリニカルパスやQI指標(Quality Indicator:患者の健康の度合いを直接あるいは間接的に示す数値)等とのセットで考える必要があるとしたが、診療報酬上の評価は必要ないと述べた。一方安藤委員は、「診療報酬上の評価は必要ないとのことだが、経営改善に役立つとの回答も一定数ある。ガイドラインを定めて状況を見て検討を」と述べた。松本委員は報酬上の評価に結び付けるには丁寧な議論が必要として、「効果が同等ならば、より経済的な薬剤を優先使用する旨を療養担当規則に位置付けてはどうか」と提案した。

2. 分割調剤

事務局より分割調剤に係る調査結果の報告とともに、①患者の通院負担を軽減する観点から、分割調剤の指示について、どのように考えるか、②分割指示に係る処方箋様式のあり方、の2点の論点を示した。

城守委員は、長期処方の助長に反対と述べ、処方箋様式については、30日を超える場合、判断理由と病状変化時の対応方法の記載を検討してはどうかと述べた。有澤委員は分割調剤における手続きが煩雑とし、1枚の用紙で反復利用がよいと述べた。また池端委員は30日以上処方することについて、有用かどうかリスクを含めて検討すべきとし、それよりも地域における病診連携を図ることが先ではないかとした。また分割調剤の対象から除外すべきリスクが高い医薬品のネガティブリストも必要ではないかと主張、更に薬局で長期処方に対する副反応が出た場合、医療機関に戻す対応がどの程度行われているのかデータを示すべきと要望、長期処方はいまの対応として検討すべきだと主張した。

一方支払側の松本委員は、使い勝手の良い簡便な仕組みを要求、「病状が安定している患者については十分対象となりうる」と主張した。

紀平哲也薬剤管理官は30日以上処方について、分析検討したいと述べた。

3. 薬剤給付の適正化

事務局より、70枚を超えて調剤された処方せん割合は減少している一方、70枚を含む「64枚以上70枚以下」にピークが見られるとして、薬剤給付の適正化の観点からどう考えるかと問題提起。

長島公之委員(日本医師会常任理事)は、外用薬は内服薬よりリスクは少ないと述べたうえで、「必要な量が足りなくなり、内服薬を使うようになることは避けるべき」と述べた。一方松本委員は「29枚以上35枚以下」にもう一つのピークがある(スライド33)と述べ、35枚までを原則とすることで十分対応できると主張。これに対して池端委員は、「前の改定でそのように決められたので70枚がピークとなっている。35枚の山は急性や一過性での処方なものだ」とし、「70枚処方されているのは高齢者が中心。これをいきなり35枚だと現場が混乱する」と理解を求めた。また間宮清委員(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）は、患者の問題もあるとして「意識改革が必要だ」と述べた。また保険者から患者教育をするべきだとしたうえで「ただし必要な処方が患者に届かないようなことが起きないように」と釘を刺した。

－働き方改革の推進（その2）－

事務局より、以下7点の問題提起があり議論された。

（1）医師事務作業補助体制加算について

事務局より、医師事務作業補助者の行うことが可能な業務が整理されたこと及び医師事務作業補助者の実務経験による医師への負担軽減効果の差も踏まえ、医師事務作業補助体制加算の評価の在り方について、どのように考えるか、と問題提起。

池端委員は、要件が急性期に偏っているとして、回復期、慢性期でも算定できるように見直しを主張、佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）も課題を検討することを条件に見直しに賛成した。松本委員は人材の取り合いにならないよう工夫をと述べた。

（2）手術・処置の時間外等加算について

事務局より、予定手術の前日における当直等について、個々人の医師における負担と連続当直が認められる実態を踏まえ、手術・処置の時間外等加算の評価の在り方について、どのように考えるかと問題提起。

城守委員は、地域の中核病院で算定できないのは不合理だとして、施設基準の見直しを要望、松本委員も負担の偏りは問題として要件を見直すべきと述べた。

（3）医療機関における薬剤師業務に係る評価について

① 周術期における薬学的管理業務について

事務局より、周術期における薬学的管理業務に薬剤師を活用することの評価の在り方について、どのように考えるかと問題提起。

有澤委員は、「役割は多岐にわたっており、貢献している」として評価を訴えた。松本委員は、「安全性が向上するのであれば異論はない」と述べた。

② 病棟薬剤業務実施加算について

事務局より、小児入院医療管理料を算定している病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方について、どのように考えるかと問題提起。

城守委員は、病棟薬剤業務実施加算に小児入院医療管理料を追加すると受け止めたとしたが、「小児入院医療管理料を算定する病棟の病棟薬剤業務時間（1週間当たり）が100時間以上あり、加算により時間短縮はあり得るが、この資料のみでは判断が厳しい」と述べた。

（4）特定行為研修修了者の活用について

事務局より、特定行為（※）研修修了者の増加や医師との役割分担の状況を踏まえ、医師の働き方改革を一層推進させる観点から、特定行為研修修了者の活用に係る評価の在り方について、どのように考えるかと問題提起。

佐保委員は、これまでの取り組みでどのような影響があったか分析をと要望、松本委員は、質の担保が必要と述べ、別の意味で負担とならないよう検討をと述べた。

※医師又は歯科医師の具体的な指示を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師。

（5）看護職員の処遇改善と負担軽減について

① 看護職員の処遇改善について

事務局より、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を踏まえ、看護職員の処遇改善の在り方について、どう考えるかと問題提起。

診療側の城守、有澤両委員は、処遇改善は重要な取り組みとしたうえで、関係職種が幅広く引きあがるよう基本診療料の引き上げを訴えた。一方支払側の松本委員は、診療報酬で対応するのであればという前提で述べると前置きし「利用者や保険者の負担となるため、基本診療料の引き上げには反対だ」と反論した。吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）は確実に個々の職員の収入増につながる仕組みをと訴えた。

② 看護補助者の活用について

事務局より、医療現場において、看護補助者配置の必要性や期待が高い一方で、人員確保が困難

な状況も踏まえつつ、看護補助者との役割分担を適切に推進する観点から、看護師や補助者に対する研修の実施及び直接ケアを行う看護補助者について、その評価の在り方をどのように考えるかと問題提起。

城守委員は、実態は人材派遣会社に高額を支払いをしないと確保が難しい状況だとして、その点を踏まえた評価を訴えた。池端委員も加算の手当てを訴えた。吉川専門委員は研修の充実に向けた評価を訴えた。支払側委員は育成のサポート、研修を受けやすくするなどの意見を述べた。

③ 看護職員の夜間負担軽減について

事務局より、1) 看護職員の夜間における負担軽減の取組をより推進する観点から、現状の実施状況等を踏まえた夜間看護体制加算等の項目数について、どのように考えるか。また2) 回復期リハビリテーション病棟における患者の状況や看護職員の配置状況等も踏まえ、看護職員の夜間配置の評価について、医療の質の向上の観点から、どのように考えるかと問題提起。

城守委員は、1) については専門委員の意見も聞いたうえで対応を、2) については評価する方向で検討をと述べた。松本委員は厳格化するべきと述べた。

(6) ICTの活用－医療従事者の負担軽減等に対する評価について

事務局より、1) 診療報酬の算定に当たり求めている会議等について、対面を原則としているところ、目的や質の担保の重要性を踏まえつつ、ビデオ会議等を更に活用していくことについて、どのように考えるか。2) 診療報酬の要件とされている研修について、研修の目的等を踏まえ、必要とされる内容を整理した上で、オンライン等による研修を更に活用していくことについて、どのように考えるかと問題提起。

診療側からは特に異論は出されず、支払側の松本委員は活用を進めるにあたって標準化をと意見を述べた。

(7) 地域医療体制確保加算について

事務局より、1) 地域医療体制確保加算の算定状況や、各医療機関での取組の状況、診療科毎の勤務環境の現状や当該診療科を有する医療機関が地域に果たす役割を踏まえ、さらに働き方化改革を着実に進めていく観点から、その評価の在り方について、どのように考えるか。2) また、2024年の上限規制の適用開始に向けて、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」が示され、今後、各医療機関において、計画策定に向けた取組が進められる中で、実効性ある取組について、どのように考えるかと問題提起。

城守委員は、産科救急・小児救急・精神科救急医療においては、救急搬送の受け入れ件数が少なくても地域医療確保のために必要な医療機関の役割を担っている医療機関が存在する（スライド 118）として、そうした医療機関への評価を訴えた。眞田享委員（日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）は、「仮に新たに診療報酬で評価するのであれば、確実に検証を」と訴えた。松本委員は、加算は一定効果を上げたと考えたとしたが検証は難しいと述べ、医師の時短計画を踏まえた施設基準の一部手直しが現実的だと述べた。

■令和4年度診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）について

診療側、支払側よりそれぞれ見解を大臣に提出した旨と次の意見を述べた。

診療側は「国民の安全を守るためには、地域の医療と医療従事者を支える適切な財源が必要であり、令和4年度の診療報酬改定ではプラス改定しかあり得ない」と主張。支払い側は、「国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境にない」と訴えた。

<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。

第503回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00126.html