

中医協概要報告（2023年9月27日開催）

8月2日に中医協が開催され、第217回診療報酬基本問題小委員会、第556回総会が行われた。次回日程は未定。なお、今回の総会を以て支払側の支払側の安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は退任となり、総会終了前に退任の挨拶が行われた。

サマリー

基本問題小委員会では、この間入院・外来医療等の調査・評価分科会にて議論を実施してきた診療報酬に係る各点数項目等に関する中間とりまとめが報告。高齢患者の適切な入院先、総合入院体制加算算定病院が急性期充実体制加算に移行した点を踏まえた双方の加算評価、かかりつけ医機能等に関連した点数項目を巡る評価や各点数の位置づけのあり方等が議論された。

総会では、令和4年度の新型コロナの診療報酬上の特例並びに不妊治療の保険適用に係る医療費動向が報告。令和4年度の対前年度比の医療費の伸びについて、新型コロナオミクロン株流行等による特殊事象と捉える診療側と、恒常的な医療費の伸びを問題視する支払側とで意見が対立した。

また、エーザイのアルツハイマー病（AD）治療薬レカネマブの保険適用に向け、市場規模が1,500億円超となる点が見込まれること等から、具体的な薬価算定方法や介護費用に係るデータ分析などを薬価専門部会や費用対効果評価専門部会で検討の上、総会で議論する方針が提起され、承認。また、具体的な議論に向け各委員より様々な要望が寄せられた。

【第217回療報酬基本問題小委員会】

<議題>

- 1：入院・外来医療等の調査・評価分科会からの報告について

議題1：入院・外来医療等の調査・評価分科会からの報告について

27日の基本問題小委員会では、厚労省担当者より、この間入院・外来医療等の調査・評価分科会にて議論を実施してきた診療報酬に係る各点数項目等に関する中間とりまとめが報告。報告並びに議論された項目で特徴的な点は下記の通り。

（高度急性期入院医療）

- 特定集中治療室管理料の重症度判定に当たっては、当該管理料用の重症度、医療・看護必要度による判定に加え、SOFAスコア¹の提出が義務化されてきた経緯がある。
- SOFAスコアについては、当該スコアと転帰は相関し、患者の重症度を表しているとの意見が出された一方で、SOFAスコア単独での重症度判定には慎重意見がある。

（急性期入院医療）

- 重症度、医療・看護必要度について、2022年度改定はA項目「心電図モニター」の削除、「点滴ライン同時3本以上の管理」の「注射薬剤3種類」への定義変更等が実施されたが、改定後「注射薬剤3種類」の該当割合がいずれの入院料でも上昇した。
- 75歳以上に多い疾患で、「食物及び吐物による肺臓炎」や「尿路感染症・部位不明」等は、急性期一般入院料1に入院した場合と地域一般入院料1、2に入院した場合とで1日当たりの医療資源投入量が大きく変わらない（医療資源投入量が低いにも関わらず重症度、医療・看護必要度上では、重症患者に該当する）。
- また、上記疾患の患者割合が多い急性期一般入院料1算定施設は相対的に平均在院日数も長い傾向にある。
- 急性期充実体制加算について、新規届出の際には、地域医療構想調整会議で「地域で急性期医療の基幹的な役割を果たす医療機関との認定」を要件とすべきとの指摘がある。

（DPC）

- 効率性係数の算出に当たり、対象診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏る病院では、在院日数が少ない特定症例を集中的に診療することで係数算出上は高い評価が出る場合

¹ Sequential Organ Failure Assessment の略号。患者の「呼吸機能」、「凝固機能」、「肝機能」、「循環機能」、「中枢神経機能」、「腎機能」の6機能について、0点から4点の5段階で「重症度」を評価する。

がある点が指摘されている。

- 複雑性係数
 - ・ 現状の計算式²では1入院当たりの包括範囲出来高点数は高いが1日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の医療機関の方が、複雑性係数は高く算出され、不適当との指摘がある。
 - ・ データ数が少ないDPC対象病院は、複雑性係数の値が高い傾向にあり、データ数が1月あたり90以下の病院では、診療密度（相対値）が低い傾向にある。
- 点数設定方式について、点数設定方式A³の診断群分類のうち、入院期間Iで医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが確認され、コスト回収ができるよう見直すべきとの指摘がある。

（地域包括ケア病棟入院料）

- 白内障、大腸ポリペクトミーの短期滞在手術を実施する地域包括ケア病棟保有病院はボスト（サブ）アキュートをバランスよく受け入れる当該病棟保有病院と比べ、地域包括ケア指数が低く、退院等支援も少ない点を踏まえ、評価上の差別化が必要との意見がある。

（療養病棟入院料）

- 疾患・状態としての医療区分と処置等としての医療区分1～3の組合せは、医療資源投入量について2～3倍の違いがあることから、医療区分について、疾患・状態の区分3分類と処置等の区分3分類を組み合わせた9分類として精緻化を図る。

（かかりつけ医機能等）

- 時間外対応加算1・2の届出医療機関は在医（施設）総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料を届出（算定）する割合が多いが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られない。
- 特定疾患療養管理料は、「対象疾患が分かりにくい」、「医療法改正に伴う書面交付等の対応を検討すべき」、「外来管理加算等の併算定について妥当性を検討すべき」との意見が出されている。

（情報通信機器を用いた診療）

- オンライン診療の効果が出るのは離島・僻地であり、積極的に当該地域へのオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘がある。
- オンライン診療の指針では初診での向精神薬処方禁じられているが、オンライン診療実施に係る傷病名で不眠症の病名が上位にあり不適切事例が疑われるとの指摘もある。

高齢患者の急性期病院入院には疑問

—健保連松本委員—

報告を受けた議論では、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）が「75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症を急性期一般病棟で対応することが妥当かは十分に検討する必要があると感じる」と指摘。これらの患者は、救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていない点も考慮した上で、あくまでも入院医療機関の機能分化を促進する観点で議論を深めるべきと強調した。

対して診療側の茂松茂人委員（日本医師会副会長）は患者様態の個別性を強調。「75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症でも血圧や栄養状態によっては急性期病棟での対応が適切な事例は少なくない」と主張。島弘志委員（日本病院会副会長）も「こうした患者を将来的にどのような医療機関で対応すべきかについては議論が必要」としつつ、「現時点ではトリアージができる急性期入院医療機関で対応の上、必要な医療機関に下り搬送を実施する事が重要」として、急性期入院における一定数の高齢患者の受け入れはやむを得ないとの認識を示した。

総合入院体制加算の評価引き上げを

—日医長島委員—

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は急性期充実体制加算について、産科・精

² (1入院当たり当該医療機関の包括範囲出来高点数を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数) / (全病院の平均1入院あたり包括点数) で算出。

³ DPCにおける包括点数は、まず在院日数に応じて下記の通り3段階の点数が設定（Ⅰ>Ⅱ>Ⅲの順に点数が高い）されており、期間Ⅲ以降は出来高算定となる。また、期間Ⅰ～Ⅲにおける点数の減り幅は、入院初期に要する医療資源投入量等に応じて4種類の評価が設定されている。（A：一般的な診断群分類、B：入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類、C：入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類、D：高額薬剤や手術等に係る診断群分類）

神科を有すること等が算定要件である総合入院体制加算からの移行病院が一定数出ている点に注目。「そもそもの問題は総合入院体制加算の評価が低すぎるのが問題」と指摘。総合入院体制加算が産科・精神科も含めた地域の専門的・「総合的」な医療提供に果たしてきた役割も踏まえ、評価を更に引き上げるべきと強調した。

かかりつけ医機能等の評価を巡り診療側と支払側で対立

診療側の長島委員は、時間外対応加算 1・2 の届出医療機関は在医（施設）総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料等の届出（算定）が多い一方、特定疾患療養管理料では相関が無いとした分析について「時間外対応加算未算定の医療機関は「かかりつけ」医機能を果たしていないという事では決してなく、一面的な分析」と苦言。特定疾患療養管理料を算定する医療機関の果たす「かかりつけ」医機能も分析した上で議論すべきと指摘した。

また、関連して特定疾患療養管理料に慢性腎炎、慢性腎臓病、腎不全、高尿酸血症、心筋症、心臓弁膜症、関節リウマチ、認知症、更年期障害、慢性副鼻腔炎、白内障などが対象外となっている点についても「理解しづらい」と指摘。対象疾患拡大の必要性を主張した。

また、「かかりつけ」医機能の担保に当たり「医学管理の質」の観点で検討を行うとした取りまとめ案についても、「コロナ禍で受診控えが増えたことによる長期処方化やそれに伴う、より丁寧な診察・指導・助言等に要する医療機関の負担も分析をお願いしたい」と述べた。

対して支払側の松本委員は高血圧、糖尿病、脂質異常症等の、再診患者の多くで外来管理加算や特定疾患療養管理料を算定される一方で、地域包括診療料（加算）、生活習慣病管理料の算定は極めて少ない実態を問題視。「既存の「かかりつけ」医機能評価について、計画的な管理をどの診療報酬項目で評価すべきなのか、体系的に整理すべき」と改めて強調した。

【第 556 回総会】

<議題>

- 1：診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- 2：最近の医療費の動向について（前回報告の補足）
- 3：高額医薬品（認知症薬）に対する対応について

議題 1：診療報酬基本問題小委員会からの報告について

—異論なく承認—

厚労省担当者より、診療報酬基本問題小委員会で議論された「入院・外来医療等の調査・評価分科会からの報告」を踏まえた中間とりまとめ案の内容が改めて報告、承認された。当該取りまとめ案を基に、第 2 ラウンドとして個別具体的な診療報酬項目の議論が実施される見込みである。

議題 2：最近の医療費の動向について（前回報告の補足）

（新型コロナの診療報酬上の特例について）

医療費の伸び率は医療機関経営の改善ではない - 日医 長島委員 -

厚労省担当者より、令和 4 年度の医療費はコロナ禍前の対令和元年度と比べて 5.5%増（1年平均 1.8%増）、同期間の受診延日数は 3.6%減、1 日当たり医療費は 9.4%増、1 人当たり医療費は 6.5%増（1年平均 2.1%増）でありコロナ特例分を除いた場合は 4.5%増（1年平均 1.5%増）であった点（総-2、スライド 3, 4, 6）、令和 4 年度の概算医療費において新型コロナの診療報酬上の臨時特例の費用が占める割合は 1.9%（特例分 0.9 兆／総額 46 兆円）であった点（同スライド 5）等を報告。

報告を受けた議論では、長島委員が令和 4 年度の医療費の伸び（対前年度）が 4.0%になった点は「新型コロナウイルスオミクロン株の流行に伴う感染急拡大や不妊治療の保険適用等の特殊要因が重なったことに起因する」点を指摘。その上で、受診延日数はコロナ禍以前（対令和元年度）の水準には戻っていない点（同スライド 6）や、同期間のコロナ特例分を除いた 1 人当たり医療費の年平均の伸び率（1.5%）が令和元年度から過去 5 年間の医療費の年平均の伸び率（1.78%）と比べて低い点も併せて指摘した。

その上で、今後は感染症対策が恒常的に求められ、感染対策経費や追加的人員の確保など医療機関が投じるコストも増加している点、更に昨今は光熱費、食材料費等の物価高騰が追い打ちをかけている点も強調。医療機関の収入は公定価格である診療報酬で決まっている点

を踏まえ、次期改定での必要な報酬の確保を訴えた。

長島委員の発言に対して、支払側の松本委員は「診療報酬はサービスの対価でありという観点では、診療を受けた患者に要した費用を示す1日当たり医療費の動向が重要である」とした上で、当該「1日当たり医療費」が伸び続けている点は強く指摘すると牽制した。

松本委員の発言に対して茂松委員は「新生児や高齢者は傾向的に医療費が多くかかる一方、若年層は相対的に医療費が安いなどグラデーションがある点を踏まえる必要がある」と指摘。「1日当たり医療費」の重視は場合によっては高齢者医療の削減に向けた議論に繋がりにくい点を踏まえ、理解をお願いしたい」と述べた。

(不妊治療の保険適用に係る診療行為の医療費等)

－医療費総額の0.20%－

厚労省担当者より、令和4年4月から令和5年3月における不妊治療に係る医療費は897億円(0.20%)であった点(同スライド10)、内訳は入院18億円、入院外879億円(うち診療所が776億円)(同スライド11)であった点が報告。

報告に対して支払側の安藤委員は保険適用に伴い新規で不妊治療を開始された患者数、保険適用に伴う治療がどの程度妊娠に繋がったのか等のデータ提供を要望した。

議題3：高額医薬品(認知症薬)に対する対応について

－保険収載に向けた議論に向けて各委員から要望多数－

厚労省担当者より、国内で承認を得たエーザイのアルツハイマー病(AD)治療薬レカネマブの保険適用に当たり、本剤は添付文書や最適使用推進ガイドライン等で患者要件、医師・施設要件を設けることから対象患者は制限されることが見込まれるが、市場規模が年1500億円を超えると予想される点、製造販売業者の提出データは承認審査において用いられた試験資料以外に、介護費用に基づく評価に関する内容が含まれ、当該データ分析の取扱いは、費用対効果評価専門部会で議論が開始されている点、薬価収載は薬事承認から90日以内に行えるよう議論する方針とする点が報告。こうした状況を踏まえ、具体的な薬価算定方法(薬価収載時の算定方法、市場拡大再算定の適用等)や介護費用に関するデータ分析は薬価専門部会や費用対効果評価専門部会で検討の上、総会で議論する方針を提起(総-3、スライド17)。

厚労省の報告、提起について委員から反対の声は聞かれなかったが、具体的な検討に向けて診療側・支払側双方より様々な要望が寄せられた。

診療側の長島委員は、「本剤は国民が極めて大きな期待を寄せるものであるのは事実」とした上で、保険収載に当たっては、ガイドライン作成等による安全性の担保、本剤が有効な患者のアクセス担保という両面からの検討が必要とし、どのような認知症患者が本剤にアクセスすべきか等、本剤の位置づけについて、国の認知症政策とも関連させた全体像を提示することを要望した。

支払側の松本委員は「保険財政の持続可能性に、極めて大きな影響が考えられる」と指摘。最適使用推進ガイドライン等での制限後、どの程度の患者がアクセスできる見通しか等のデータの提示を求めた。さらに「保険収載に当たっては、レカネマブの対象外患者へのフォローも含め、認知症治療のあり方を考えることも必要」と指摘した。

<会内使用以外の無断転載禁止>