

中医協概要報告（2023年10月4日開催）

（第23回医療機関等における消費税負担に関する分科会、第557回総会、第210回薬価専門部会、第56回費用対効果評価専門部会）

10月4日、中医協において、消費税分科会、総会、薬価専門部会、費用対効果部会が開催された。主な議題と意見は以下の通り（DPC対象病院の合併に係る報告については省略）。支払側は、鳥潟美夏子氏（全国健康保険協会理事）が新たに委員に就任した。

<全体の概要>

訪問診療の重点評価、施設総管の効率的評価促す 厚労省

消費税分科会では、12月の総会に向けて、補填調査（5%～10%部分）を実施することが了承された。日本医師会の委員は、看過しえない結果だった場合、コロナ下でも何らかの対応を検討するよう求めた。

総会では、在宅医療（その2）が取り上げられ、▽要介護度が高い患者への訪問診療の評価（引き上げ）、▽高齢者施設への頻回な訪問診療の評価の取り扱い（引き下げ）、▽訪問診療がない患者（や訪問診療が少ない医療機関）における往診料の取り扱い（引き下げ）一などが議論になった。診療現場の実情を踏まえて慎重な議論を求める診療側委員に対して、支払側委員はさらなる効率化・適正化を主張した。

価格調整拡大に向けて議論、介護費用反映は慎重相次ぐ

薬価部会では、「高額薬剤対応」に指定された認知症治療薬レケンビ（一般名レカネマブ）の薬価算定方法が議論された。診療が委員、支払側委員とも、▽現状の運用方針ルール（類似薬効、又は原価計算）で取り扱う、▽想定外の売り上げ（使用）も考慮して、収載後の再算定ルール（市場拡大再算定等）を別途検討すべき、▽介護費用軽減を評価に反映するかどうかは費用対効果部会で検討する一などの意見が相次いだ。

費用対効果評価部会では、▽薬価調整範囲の拡大に向けて検討を進める、▽介護費用軽減の薬価反映に係る取り扱いは研究を進めていく一方向性が確認された。診療側・支払側委員とも、薬価調整範囲の拡大に反対する意見は見られず、拡大する方向で検討を進めていく流れとなっている。

レケンビの薬価算定（及び費用対効果評価）取り扱いについては、薬価部会と費用対効果部会の合同部会で検討を進めることとなった。診療側、支払側とも、レケンビにおける介護費用の薬価反映には慎重な意見が多く、介護費用の取り扱いをめぐる研究（課題整理）を求めている。

1. 消費税分科会

定期検証を提案 厚労省

厚労省は、直近2021・22年度における医療機関における消費税負担の補填状況（消費税5%から10%にかけての対応分）についての検証方針を提案した（なお、薬価・材料価格には改定都度織込み済みより検証対象外）。これまで同様、診療報酬本体に上乘せされている消費税分はNDBを使い、課税経費の消費税相当額は医療経済実態調査でのデータを利用する。医療経済実態調査の損益状況の集計区分と同様に、開設者別、病院機能別、入院基本料別に区分して比較する。12月の総会に報告する。論点として、コロナ影響や昨今の物価高騰の影響を踏まえ、データの分析や解釈についてどのように考えるか一を示した。

診療側、支払側の委員とも、厚労省が提示した検証方針について特段の異論はなく了承された。その上で、各委員よりデータ分析・解釈に関わって意見が出された。

看過し得ない不足には対応すべき 日医

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、「提案のスケジュール、把握方法に異論はない」とした上で、問題が多い検証結果となった場合、「コロナ下という理由だけで何も見直さない方針とはならないように注意すべき」と求めた。長島委員は、「前回 2020 年度の補填検証では、診療所の補填率 87%で 10%以上も不足していたが（※）、コロナ感染下での極めて特殊な状況として補填の見直しはしなかった。その際、当時の日医委員より 24 年度改定に向けてもコロナ影響が残っている可能性もあり、コロナ下という理由だけで何も対応しないことにはならないようにすべきと要望した」と経緯を振り返り、「看過しえない補填のばらつきや不足が明らかになった場合、適切に補填の精緻化をすべき」と要望した。

（※）補填率は個人立 105.4%、医療法人・その他 79.6%。

多面的に分析すべき 健保連

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、提案に異論はないとしつつも、「補填状況結果の分析・解釈には慎重であるべき」と指摘。「この間の患者数の変化、報酬上の特例としてかかりまし経費補填なども考慮すべき。課税経費の増減要因も様々ある中、物価高騰分だけを切り分けることは技術的に難しいのではないか」とけん制した。

その他、「医療経済実態調査の回収率の向上に引き続き努めてほしい」（佐保昌一・日本労働組合総連合会総合政策推進局長）、「補填状況のばらつき（分布）がわかる資料を示してほしい」（川瀬弘一・日本私立医科大学協会 大学病院の診療報酬に関する検討委員会委員）（中村康彦・全日本病院協会副会長）などの意見が出された。

2. 総会

訪問診療の重点評価、施設総管等の効率化うながす 厚労省

在宅医療（その2）を議題として、往診・訪問診療、在医総管・施設総管、24 時間体制確保、緩和ケア・看取り、訪問栄養など全般的枠組みに関わって現状と課題が示された。

資料では、在宅医療提供の拡大に向けて、▽要介護度が高い患者をより重点的に評価してはどうか（スライド 17）、▽施設総管の算定が増加する中、複数患者（6 人以上）を頻回訪問している場合、診療効率が高いことから、評価を見直し（引き下げ）てはどうか（スライド 28）、▽訪問診療していない患者における往診料（特に小児）は見直し（引き下げ）てはどうか（スライド 42～49）一など評価のさらなる重点化・メリハリをつけていく方向での議論が促された。

「適正化」を強調する支払側委員に対して、診療側委員からは、診療時間で診療の質を図ることや訪問診療の有無などで区別することは必ずしも現場の実態に合っていないなど異論が出された。

以下、当日の議論に関わって現状（スライド 112～114）より一部抜粋。

（患者の特性に応じた訪問診療の提供について）

- ・2012 年度と比較し、21 年度の訪問診療を受けている要介護度 4・5 の患者割合、認知症高齢者の日常生活自立度が M・IV（寝たきりに近い）の患者割合は減少傾向にある。（スライド 16）
- ・訪問診療を行っている患者の要介護度は、要介護度が高いほど診療時間が長い。（スライド 17）

包括的支援加算（在医総管等）については、在宅医療を行っている患者の診療時間は要介護度や日常生活自立度が高ければ高いほど診療時間が長い。（スライド 17 ほか）

- ・患者の急変時の頻回な訪問を評価している頻回訪問加算を算定している患者において、がん以外の患者は、長期間頻回訪問加算を算定し続けている。（スライド 20）
- ・在医総管・施設総管について、強化型の支援診・支援病を中心に算定が増加していた。（スライド 24）
- ・1 月間の訪問診療の実施回数が多いほど診療時間は長くなる一方、単一建物における診療患者数が多くなると、実施回数が多い場合であっても診療時間が短くなる。（スライド 28）

（往診について）

- ・往診料の回数に対し、訪問診療料の回数が少ない医療機関が一定数存在する。（スライド 42）
 - ・初診料の算定割合は、訪問診療を行っていない小児患者の往診において高い。訪問診療している小児の往診は、訪問診療していない小児の往診と比較して、翌日に医療機関を受診している割合が高い。（スライド 47）
 - ・小児の往診件数が顕著に増えており、ほとんどが訪問診療を行っていない患者であった。急性上気道炎などの疾患が多いが、訪問診療を行っている患者に対する往診よりレセプト請求点数が高い。（スライド 48、49）。15 歳以上でも同様な傾向だが、コロナ初診が多い（スライド 53）
- ※スライド 42～49 により、訪問診療をせず往診がメインの医療機関が一定数あり、初診患者で重症度も高くないがレセ点数（訪問診療がない患者の往診）が高いのはどうなのかという示唆。

（24 時間体制の確保について）

- ・在支診・在支病届出ししない理由は、24 時間の往診担当医の確保が困難が多い。（スライド 61）
- ・在宅療養移行加算を算定していない理由を尋ねると、周囲に在宅医療を提供している医療機関が無い場合、24 時間の往診体制の確保が難しいという理由が多い。（スライド 64）
- ・第 8 次医療計画では一人の医師が開業している診療所等が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うことを「積極的役割を担う医療機関」に求めており、機能強化型在宅療養支援病院が担うことが想定されている。（スライド 58）

（在宅における緩和ケアについて）

- ・在宅療養の継続が困難になった患者の多くは入院しており、原因は疼痛や悪化、進行が多い。（スライド 75）

（在宅における看取りについて）

- ・在宅において訪問診療の提供がない看取りのうち、14 日以内の入院歴があった患者は 9.7%だが、その中で退院時共同指導料の算定があった患者は 1.6%のみであった。（スライド 98）
- ・14 日以内の入院歴があった患者については、退院して短期間で死亡に至る患者（在宅看取り実施前に死亡）が多い。（スライド 98）

（訪問栄養食事指導について）

- ・訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は算定回数が少ない。（スライド 104）

診療時間と診療の質はべつもの 日医委員

長島委員は、包括的支援加算に関わって、「要介護度や日常生活自立度が高ければ高いほど診療時間が長くなるが、現行の対象要件において様々な状態に応じて十分に評価できているか、医療内容も含めた分析が必要」と指摘した。

頻回訪問加算について、がん以外でも長期間で連続して算定していることは、「症状が重度化し

て診療頻度が増加した場合、十分に評価できていないケースがある」とした。

施設総管が増加している状況については、「人口減少地域では高齢者の集住が進むため、訪問する人数や回数が増えるのは必然である」と反論。訪問診療に要する診療時間について、「診療の質こそが重要。チーム医療で対応、訪看ステーションや施設職員の協力で医師の診察時間を効率化している場合もある。ターミナルケアは患者や家族の（入退院などの）意向で左右される」として、短時間の診療を問題視することには疑問を呈した。

訪問診療の有無等による往診料の区別については、「患者によって様々な背景がある。一律の区別が現場の視点から馴染むのか慎重な議論が必要」とした。

在宅療養移行加算（一般診療所が連携して24時間体制をとることを評価）について、「連携する相手側の医療機関に報酬算定上のメリットがない点を改善すべき」と改めて強調した。各種支援診・支援病における一般診療所との連携、24時間対応、後方病床確保などの実態を見ていくことで強化していくべき対応が見えてくるとして、一般診療所への後方支援強化を促した。

退院2週以内でなくなる在宅患者への対応では、ICTによる連携の活用は評価しつつも、「ターミナルケア加算で求められる2週以内に2回の訪問診療が難しい問題についても議論すべき」と改めて求めた。

訪問栄養では、「介護が占める割合が高いので、介護の対応とセットで考えていくべき」とした。

次回以降、在宅専門医療機関の状況と課題についても資料を示すよう要望した。

診療側の江澤和彦委員（日本医師会常任理事）も「診療時間はばらつきが多く、患者の状態、診療方針の変更の有無、本人・家族への説明・同意、医師の経験などで変動するため、必ずしも診療の質と相関するものではない」と指摘。

往診料について、「通院できなくなった患者を訪問診療で支え、緊急時は往診する姿が望ましい」としつつも、「内科医が在院総管を算定して、他のマイナー科の医師が往診のみ担当するような場合もある。地域に根差して住民の命を守る在宅医療の在り方が重要」と慎重な見方を示した。

在宅療養移行加算も念頭に、「24時間を一人で年間を通じて対応することはシステムにはなりえない。同じ地域の在宅医と支援診・支援病や有床診が症例カンファで情報共有していき、在宅医の不在時に中小病院などがバックアップできる体制を構築していくことなどを評価していくべき」と求めた。

訪問栄養については、「余力のある医療機関、老健施設からの派遣も検討すべき」とした。

さらなる効率化・適正化進めるべき 健保連

他方、松本委員は、「在宅医療の需要が増える一方、医療の支え手が減少していく中、これまで以上に効率化を図る視点が必要になる」と前置きして、評価を適正化するよう強調した。

頻回訪問加算については、「がん以外の患者がほとんどであり、重症化した場合の評価にもかかわらず、長期に連続して算定している以上、適正化を図るべき」とした。

往診については、「訪問診療の有無で主傷病名や診療内容が異なる。緊急時に外来を受診できない患者を想定しているが、実態は違うのでないか。本来想定している患者が困らないような形で対応を図っていくべき」と求めた。

24時間体制に関わっては、「かかりつけ医機能の強化を図ることからも、支援診・支援病について要件を安易に緩和する（さらなる評価も含めて）ことは問題」とけん制。「増える在宅ニーズに対しては、支援病以外の病院がかかりつけ医と連携し在宅医療提供体制を構築していくことが課題になる」との認識を示した。

在宅療養移行加算では、「さらなる評価の議論よりも、まずは実態を把握すべき」とした。

訪問栄養では、「支援病などがサポートする。そもそも医師が訪問栄養を必要とする判断について運用を明確化すべき」とした。

松本委員が「適正化」を強調することに対して、長島委員は、「『適正化』は必要と思うが、あくまで患者・国民の幸福につながるかどうかの視点から考えていくべき」とくぎを刺した。

病院と在宅医の伴走期間支援が必要 日慢協

診療側の池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、「訪問診療がない往診については歯止めが必要」とする一方、「緊急に入院できないなどの背景も考えていく必要がある」と慎重に見ていくよう求めた。

退院2週以内でなくなる在宅患者への対応に関わっては、「亡くなる寸前の患者をいきなり在宅医に対応を求めることは難しい。最低でも（亡くなる前に）3月間程度の伴走期間を置いて、在宅医と入院医療機関が相互にやり取りしつつ、在宅に移行していく形になる」として、事前の医療機関間での連携を支援するよう求めた。

訪問栄養については、「医療機関と栄養ケアSTとの契約関係の運用を改善してほしい」とした。

なお、往診に関しては、「往診か、救急かの切り分けの整理が必要ではないか」（島弘志・日本病院会副会長）、「通院できる患者には通院してもらうことが必要」（茂松茂人・日本医師会副会長）など診療側委員の中からも適正な利用を求める声が出た。

3. 薬価専門部会

レケンビは薬価・費用対効果の合同部会で検討 厚労省

厚労省は、個別の医薬品に対して特例的ルール可否を検討する「高額医薬品（認知症薬）に対する対応」を取り上げた。先の総会で「対応」品目に指定された軽度等のアルツハイマー病を対象とするレケンビ点滴静注（一般名レカネマブ）（エーザイ製造・販売）についての薬価算定方法について議論を求めた。（赤名正臣専門委員（エーザイ常務）賀古は利益相反で出席差し控え。）

アリセプト等が認知症症状の進行を抑制するのに対して、レケンビはアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行自体を抑制するものであり、またアリセプト等が化学合成品であるのに対して、レケンビは抗体医薬品である。アルツハイマー病の推定有病者数は国内で520万人に及ぶが、安全性・有効性の観点から、▽鑑別検査（アミロイドPET等）や副作用はじめ定期検査（MRI等）を行う▽専門医が診断・説明（投与継続の可否含め）するなど投与可能な医療施設を「最適使用推進ガイドライン」で限定する。ただし、医療現場における使用状況等によっては、「実際の投与患者数は収載当初の予測と比較して増加する可能性もある」としている。

厚労省は、レケンビについて、効能効果・作用機序、治験結果（プラセボ群比較で18か月調査、有害事象の発生頻度など）、市販後における対応（全例調査実施（1年半。継続投与は最長3年間）、浮腫・出血等のARIA（アミロイド関連画像異常）への対応方法、及び介護費用等削減に係るデータ（米国企業提出）などを示し、以下の4つの論点を提示した。

- ① 本剤の薬価算定方法についてどのように考えるか。本剤に関して通常の算定ルールとは別の取扱いを検討した方がよいか。（筆者：コロナ治療薬ゾコーバでは「複数の類似薬」を用いる特例ルールを設けた。）
- ② 投与対象患者数について、現時点における投与患者予測は限定的になる見込みであるものの、今後の増加の可能性を踏まえ、収載後の価格調整ルールも含め、本剤に関して別の取扱いを検討した方がよいか。（筆者：市場拡大再算定などを念頭。）

- ③薬価収載までの期間（90日）が限られている中、製造販売業者の提出資料のうち介護費用に基づく内容の評価（筆者：現在は薬価算定上加味していない）に関しては、費用対効果評価の枠組みにおける検討事項とされていることも踏まえると、それについてどのように考えるか。
- ④上記議論を進めるにあたり、本専門部会と費用対効果評価専門部会における相互の検討状況を踏まえた上で、効率的に議論するため、合同部会として開催して検討することとしてはどうか。

通常ルール算定、収載後対応は検討、介護考慮は今回困難 診療側、支払側

長島委員は、「①薬価算定は、通常（筆者：現行の類似薬効、原価計算の運用方針）のルールで十分対応可能。別の取り扱いの検討は不要。②まずは現時点の患者数の見込みで考えるしかない。想定外に増えたり、投与期間に応じて増加する場合などは考えられる。適応拡大に係る再算定ルールも踏まえ、収載後の再算定ルールを別途つくるべき。③90日以内に介護費用軽減を薬価に反映する議論は十分にできない。引き続き、費用対効果部会で議論することが適切。従って④は賛成」とした。

診療側の森昌平委員（日本薬剤師会副会長）は、「①通常の算定ルールでよい。②投与体制整備が進み、予想以上に増える可能性もあり、再算定ルール含めて別途適切な対応について検討すべき。使用実態を見た後、判断してもよいのではないか。③介護費用を加味する議論は費用対効果部会で検討する。④も良い」とした。

松本委員は「①原則的な方法で良い。ただし、合理的な説明が必要であり、資料をきちんと示してほしい。②想定以上に患者数が上振れした際の価格調整は必要。③90日以内で議論は難しい。介護費用軽減を医療保険財源を使い評価することには慎重であるべき。ただし、患者の期待も大きいため、費用対効果部会で今後の取り扱いを検討すべき。④は異論ない」とした。

支払側の鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）は、「②検査費用も大きくなる。ゾコーバ対応のように収載後再算定ルールを最初から明確に示した方がよい。③介護費用の評価は全然わからないのが現実。企業の提出データ通りの評価は難しい。合同部会の開催はよいが、費用対効果部会できちんと検討してほしい」とした。

その他、佐保委員は「③介護費用は費用対効果部会で検討で良いが、アルツハイマーに患に係る個人差、介護サービス利用の個人差などもあり、相当な検証期間を要するのではないかとした。

長島委員からの投与期間の目安の質問について、安川孝志薬剤管理官は「MRI検査を実施し副作用や認知症の進行状態などに基づき、適宜、医師が個々の患者状態も踏めて投与継続可否を判断する。18か月以上については市販後調査でも確認し、適正使用に必要な措置を講じていく」とした。

次回は、④に従い費用対効果部会との合同部会で開催する。

4. 費用対効果評価専門部会

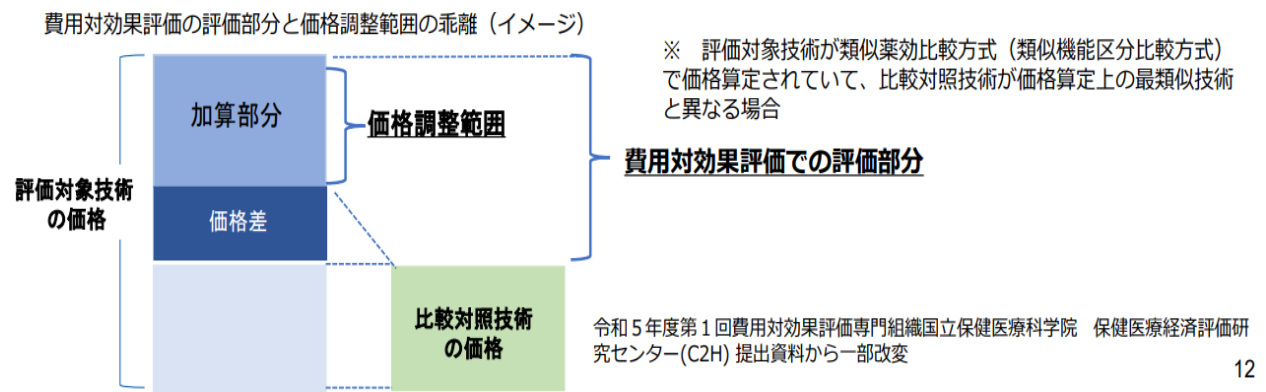
価格調整範囲広げる方向で検討 厚労省

「制度見直しに関する検討（その2）」を議題と、▽価格調整の対象範囲のあり方、▽介護費用の取扱いについて検討した。

現在、新薬の薬価は、かかった原価を積み上げて算定するか、類似薬を基準に算定している。費用対効果評価では、算定された薬価について、当該新薬Aが既存薬Bに比べてどの程度コストパフォーマンスに優れているかを検証する。経済性の評価である。製薬企業の提出データを基に修正も加えつつ、効き目（AとBでの治療効果の差）の改善に要する追加的な費用（ICER）を算出する。ICERが設定した「閾値」より低ければ（優れていれば）薬価を引き上げ、高ければ（劣ってれば）薬価を引き下げる。現時点では保険償還の可否の判断には用いず、「薬価・材料価格制度を補完す

る」位置付けに留めている。2019年度より運用を開始したが、分析の手間（データ収集不足含め）、専門人材不足などから、評価終了品目数（薬価調整済み）は19（分析指定品目数33）に留まる。

薬価制度を補完する位置付けから、薬価を増減させる範囲については、補正加算や営業利益の部分に限定している。その結果、評価を終了した新薬品目において、価格調整範囲の割合（価格調整範囲（円）が価格調整前の価格（円）に占める割合）は、平均11%と大きくない（その結果、薬価自体の引き下げ幅は平均3.2%）。なお、価格を引き上げた品目は試行的導入時（2017年度）での1品目のみである。



なお、諸外国では、価格調整を行う場合において、調整範囲を価格の一部に限定するのではなく、費用対効果の「閾値」となる価格を参考に、企業との価格交渉を行って価格調整を行う等の方法を採用している。

以上を踏まえ、厚労省は、高額薬における価格調整範囲の見直しについて、以下の論点を示した。

- ・ 専門組織の意見書において、比較対照技術と評価対象技術の差である費用対効果評価の評価範囲と、価格調整範囲が一致していないこと、
 - ・ 諸外国においては、企業と価格交渉がなされる場合に、費用対効果評価の閾値となる価格が参考とされる場合があること、
 - ・ これまでに費用対効果評価の分析を行い、実績を重ねている。特に、価格調整に当たっては、科学的な確からしさの観点も含め一定の幅に対応できるよう階段方式で行っていること、
- 等から、価格調整のあり方についてどのように考えるか。また、価格引き上げの際等の条件についてどのように考えるか。

介護費用軽減を評価すべきか

ICERの費用部分の計算に際しては、当該新薬（薬価）と比較薬（薬価）などの治療費の差から算出している。当該新薬の治療に伴い介護負担が軽減される（公的介護費用が削減される）場合でも計算上は考慮していない（考慮した場合、追加的に要する費用がその分少なく計算される結果、費用対効果がより優れた数値に修正される）。

今回のレケンビのように介護費用軽減が見込まれる薬剤も登場してくる中、実際に諸外国においては、▽介護費用への影響を分析に組み込むこととしている国が複数あること（スライド29：英国での多発性硬化症に係る事例）、また、▽日本でも公的介護に係る統一的なデータベースとして介護DBが整備されている（筆者：介護費用軽減の計算に活用しうる点を示唆）ことなどを踏まえて、厚労省は以下の論点を提示した。

- ・ 介護費用の分析の取扱いに関しては、引き続き結果への活用ができるかどうか研究を進めるこ

ととしてはどうか。

- ・介護費用の分析結果が得られた場合の結果を反映するにあたっての取扱いについて、制度上どのように考えるか。

レカネマブは別途個別検討する

なお、個別品目対応を迫られているレカネマブについては、以下を提案した。

- ・レカネマブの取扱いについての全体の議論の中で、費用対効果評価における、価格調整範囲の見直しや、介護費用の軽減に係るデータの取扱いについて検討することとしてはどうか。
- ・効率的に議論を進めるため、薬価専門部会との合同部会を開催して、議論を進めてはどうか。

価格調整範囲、介護費用分析の議論を進める 診療側委員

長島委員は、「価格調整範囲は、費用対効果評価の費用対効果を高める上で非常に重要な視点。薬価制度の補完を図る観点との整合性や、比較対照技術の選定プロセスの正当性などについて議論を進めるため、具体的な資料整理を進めてほしい」と要望した。同様に、介護費用についても議論を進めるべきとした上で、「英国事例を見ても日本とはかなり異なっており、その背景も含めて技術的な課題を整理すべき」と丁寧な議論を求めた。レカネマブに関わる提案には異論はないとした。

森委員は、「ドラッグラグ、ドラッグロスへの影響もあり、価格調整範囲の拡大は慎重な議論が必要である。例えば、オーストラリア（スライド 18：「償還すべきでない」とされた場合、増分費用効果比が閾値と等しくなる価格等を参考に、企業と保健省の間で価格交渉が行われる場合がある）のように一定の線引きを設ける方法も考えられる。これまで薬価引き下げがほとんどより、検討に際しては実績品目上での価格調整シミュレーションを示してほしい」とした。その他、介護費用分析上の課題整理や介護DBに関わり治療データの明確化などを指摘した。

診療側の池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、「分析対象とする範囲と価格調整する範囲が一致していないことには違和感がある。高額薬剤が増える中、提案の方向で行くべき」とした。介護費用分析も検討・課題整が必要とした上で、「レカネマブが今後の試金石ともなる。最適使用推進ガイドラインなどで介護データを取るフォローアップ調査を行えないか」、「費用対効果の本部会ではそうした調査は実施できないか」と改めて質問した。

安川薬剤管理官は「最適使用推進 GL は薬事承認における安全性・有効性確保の観点から課されるため、（費用対効果評価の分析目的で）介護データ収集は難しい。保険収載時にかける要件としても、医療機関に多くのデータを求めることが現実的に可能かどうかもある」とした。また、木下栄作室長は、「現行の費用対効果評価の枠組みは企業側が提出した資料をベースに分析するため、厚労省の方から研究・調査する形（データ提出する形）は難しい」とした。

価格調整範囲広げるべき、介護費用反映は疑問 健保連

松本委員は、「価格はより広い範囲で調整すべき。保険償還の可否に利用できないなら、それに同等な範囲まで近づけるべき」とした上で、「（スライド 18 の）イギリス、オーストラリアのように『価格交渉は ICER（増分費用効果比）が閾値と等しくなる価格等を参考に行われる』といった外国の運用が参考になる」とした。また、「介護費用軽減を医療保険財源で評価することについて研究を行うことまでは否定しない」としたものの、「かりにレカネマブで介護費用軽減に対応する場合でも、あくまでレカネマブでの対応であり、他品目への応用は慎重に判断すべき」とけん制した。

価格引き上げ議論は黙殺 診療側、支払側

「価格引き上げの際等の条件」については意見が出ず、飯塚敏晃分科会長（東京大学大学院経済学研究科教授）が意見を促した。長島委員は「シミュレーションなど含めて具体的イメージをもって議論できるような資料を提示してほしい」とした。診療側の島委員（日本病院会副会長）は、「ドミナント（当該新薬において効果が改善された上、費用も削減される対象集団）の情報について医療関係者に周知徹底して使用を高めるといった対応もある」とした。松本委員も個人的意見として、「現状の『比較対照品目（技術）とは全く異なる品目』などが妥当である」に留めた（筆者：極めて画期的な品目を想定しており、該当することは実際には困難）。

その他、支払側の鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）は、レカネマブについては合同部会の開催は否定しないが、「薬価算定ルールを決める立場と算定された薬価を評価する立場は異なる可能性があり、（今後も合同開催とすると）評価の客観性が担保できるのか」と疑問を呈した。

今回は、薬価専門部会と合同部会を開催する。

<会内使用以外の無断転載禁止>