

中医協第574回総会 概要報告（2023年12月20日開催）

- 議題1：令和6年度薬価制度改革の骨子（案）について
- 議題2：令和6年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
- 議題3：令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について
- 議題4：個別事項（その15）について
1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）
 2. 介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて
- 議題5：個別事項（その16）について（※別途担当部より報告）
1. 医療資源の少ない地域、有床診療所
 2. 有床診療所
- 議題6：個別事項（その17）について
1. 短期滞在手術等基本料について
 2. データ提出加算について
- 議題7：令和6年度診療報酬改定の改定率等について

議題1：令和6年度薬価制度改革の骨子（案）について

厚労省から、「令和6年度薬価制度改革の骨子（案）」について報告があり、中医協として承認された。

公益委員の飯塚敏晃氏（東京大大学院経済学研究科教授）が、「今回ドラッグ・ラグ／ロスの解消に向けて広く薬価制度改革したことを、政府一丸となって国内にPRし、企業による積極的な国内上市が進むようにしてほしい」と要望した。

議題2：令和6年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について

厚労省から、「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子（案）」について報告があり、質疑等なく、中医協として承認された。

議題3：令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について

厚労省から、「令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）」について報告があり、質疑等なく、中医協として承認された。

議題4：個別事項（その15）

1. 医療機関と高齢者施設等との連携について（その2）

<厚労省からの提案>

- 在支病等（在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟等）においては、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととしてはどうか。
- 協力医療機関について、介護保険施設が定期的開催する入所者の現病歴等の情報共有を行う会議に参加している場合で、入所者の病状の急変時に協力医療機関が往診等を求められた際、以下の対応を診療報酬上評価してはどうか。
 - ①入所者または施設職員等の求めがあった場合の協力医療機関の往診。
 - ②当該往診等において、入院の必要性が認められた場合の、入院の受け入れ。
 - ※協力医療機関と介護保険施設が同一法人・関連法人である等の特別の関係にある場合は除く。
- また、協力医療機関と介護保険施設の連携体制の構築について、介護保険施設の入所者の病状の急変時に、ICT等の活用によって協力医療機関の医師が当該入所者の現病歴等の情報を常に確認できる体制を整備することについてどのように考えるか。

<議論>

協力医療機関の往診等評価を 会議参加の要件化はけん制 **診療側**

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、高齢者施設等との連携について、「現在は協力医療機関であることに何の評価もない」とし、「患者の病歴等の情報共有、急変時対応等についてICT等も活用しながら連携を深めておくことは、質の高い医療提供を可能にする」と指摘。「協力医療機関が行う往診や入院受け入れ等は高く評価されるべき」と賛同した。

その上で、厚労省の提案が協力医療機関側に会議参加を求めている点について、現状でも会議参加や研修が求められる診療報酬項目はあり今後も増える可能性もあると指摘。「いたずらに会議を増やしても、実効性を損ねてしまう可能性がある。地域医療情報連携ネットワークなど、ICTも活用しつつ、お互いにとってできるだけ負担の少ない方法で情報を共有しつつ、実効性のある連携の仕組みを検討すべき」と注文を付けた。

「特別な関係」でも評価を **診療側**

診療側の太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）は、同一法人等の「特別な関係にある場合は除く」という提案を問題視し、現在は医療、介護、福祉施設での様々な連携が進んでおり、同一法人、グループによる法人などあり方も多様化と指摘。「地域内の医療施設、介護施設などの連携をスムーズにしていくことが、様々求められている中、

特別な関係にある施設間の連携は、全て性悪説に立ってペナルティが科されるような悪い関係なのか整理すべき」と訴えた。その上で「今回の提案の協力医療機関からの往診や、入院受け入れは特別の関係にあらうとなかろうと評価すべき」と強調した。

協力医療機関というだけで評価できない 定期的カンファなど条件に 支払側

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、「配置医が対応できない急変時の往診や入院は当然その対応を考える必要」としつつ、「協力医療機関だからという理由だけで診療報酬で評価することには少し違和感をもつ」とけん制。厚労省資料で半数以上の介護保険施設では、緊急時の対応について施設設立時や開設日に協力病院と確認したのみとなっている（スライド11）として「定期的なカンファレンスやICTの活用によって、介護保険施設の高齢者の情報を協力医療機関の医師が常に確認していることを最低限の条件としてほしい。また、適切な医療が提供されているのか、定期的かつ継続的に状況を把握することも必要」と求めた。

長島委員は「最低限の条件とすることは現状では現実離れしている」と反論した。

議題4：個別事項（その15）

2. 介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて

<厚労省からの提案>

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が可能な限り施設での暮らしを継続するために、介護保険施設及び障害者支援施設で対応困難な以下の医療行為等について医療保険からの給付を可能にしてはどうか。
 - ①介護老人保健施設に入所する悪性腫瘍の患者に対する放射線治療及び緩和ケアに関する医学管理。
 - ②介護老人保健施設の高度な薬学的管理を必要とする患者の薬剤の処方に係る処方箋発行の費用及び調剤報酬の一部。
 - ③介護老人保健施設・介護医療院における重症心不全患者の植込型補助人工心臓（非拍動流型）の使用に関する指導管理。
 - ④介護老人保健施設・介護医療院における血友病の患者に投与する血液凝固因子製剤以外の医薬品であって、血友病患者の出血傾向の抑制の効能又は効果を有する医薬品の費用。
 - ⑤障害者支援施設に入所する末期の悪性腫瘍の患者に対する訪問診療。
- ④の血友病患者に係る医薬品の費用については、血友病患者の療養の場を拡大する観点から、介護保険施設入所者における医療保険からの給付の取扱いと同様に地域包括ケア病棟や療養病棟等における包括薬剤の対象から除外することとしてはどうか。

<議論>

厚労省提案を概ね了承 医療と介護のすみ分けに一定留保 **診療側・支払側**

長島委員は、厚労省提案に賛同し、「介護保険制度内で評価されるべきこととの区別をしつつ、医療提供が役割として位置づけられている施設においては、利用者あるいは施設内の従事者にとって真に必要な医療行為がきちんと提供され、質が担保されるよう議論することが重要」と述べた。

森昌平委員（日本薬剤師会副会長）は、現状では、介護老人保健施設等において、往診医が抗がん剤等を処方した場合に処方箋が交付されても調剤報酬が算定できないと述べ（スライド67～70）、がんや透析患者、血友病患者等の特に安全管理が必要な薬剤について、「施設と薬局がしっかりと連携して、薬学管理を実施していくことが重要で、これらの対応については、調剤報酬の中でも対応していく必要があり、関係する調剤報酬は算定できるように明確化すべき」と強調した。

松本委員も厚労省提案に賛同しつつ、「医療保険と介護保険の給付調整は、介護保険施設で対応できない医療行為のみを認めるものであり、例えば高額薬剤であっても介護保険施設に所属する医師で対応できるものについては、介護保険から給付するという原則は今後も堅持すべき」と求めた。

議題5：個別事項（その16）

1. 医療資源の少ない地域、有床診療所
2. 有床診療所

別途担当部より報告。

議題6：個別事項（その17） 1. 短期滞在手術等基本料について

<厚労省からの提案>

- 短期滞在手術等基本料1（日帰り）の対象手術等について、入院外での実施割合が低いもの／高いものばらつきが見られる（スライド13～16）。入院外での実施が期待される手術等の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3（4泊5日まで）の対象手術等の多くで平均在院日数が短縮していた（スライド22～24）。短期間で退院が可能となる手術等の評価のあり方について、どのように考えるか。

<議論>

短滞3在院日数減と点数引き下げ「負のスパイラル」懸念 **診療側**

長島委員は、短滞1の算定回数等が増加し、対象となっている手術等の入院外での実施割合が多くなっている（スライド12）ことに触れ、「これまでも外来または短期滞在1で実施できる手術等は医療の質の向上と効率化を目指す中で、できるだけ入院外での

実施を促してきた。今後もそういった観点をしっかり念頭に置いた上で、必要な検討を重ねていく必要がある」と述べた。

また短滞3について、対象となっている手術等での平均在院日数が短縮している傾向（スライド 22～24）に触れ、これまではこうした短縮の結果を踏まえ点数が引き下げられ、経営上の理由から入院日数をさらに減らすという形を招いたと指摘。在院日数削減と点数引き下げの「負のスパイラル」に陥るのではと危惧を示した。「過度な適正化を進めることによって、医療の質が下がらないよう、実態を十分に配慮した検討が必要だ」とクギを刺した。

入院外一層促進、短滞3は在院日数減踏まえた評価見直しを **支払側**

松本委員は、短滞1について、「患者を立場からすると可能な限り入院外で実施することが望ましい。入院から入院外への移行が進むよう取り扱いを変える余地はある」と述べた。

短滞3について、「多くの技術で平均在院日数が短縮している。実態を踏まえて評価を見直していくべきだ」と求めた。

外来設備等未整備により1日入院で対応も

この他、厚労省は、手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがない等の理由で日帰りの場合でも入院としているという現場からの意見を紹介。短滞1の対象手術等を1日入院（同日中に入退院）で実施した割合が、DPC病院で4.5%、出来高病院で10.8%あったという論点を示した（スライド 17～18）。

議題6：個別事項（その17） 2. データ提出加算について

＜厚労省からの提案＞

- 2022年7月時点で、全ての病院のうち70.6%がデータ提出加算を届け出ている（スライド 33）。他方、精神病棟入院基本料等を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の割合は低く留まった（スライド 37～39）。データに基づくアウトカム評価推進の観点から、データ提出を要件とする入院料の範囲についてどのように考えるか。
- 提出データ評価加算（未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価する）の取扱いについて、2023年3月時点で対象となるほぼ全ての医療機関が未コード化傷病名の割合に係る基準を満たしていた（スライド 43）。加算の取り扱いをどう考えるか。（加算廃止の提案）
- データ提出加算の届出を要件としている地域一般入院基本料及び療養病棟入院基本料を新たに届け出る場合等の取扱いについて、急性期一般入院基本料における取り扱いを踏まえ、どのように考えるか。

＜議論＞

データ提出加算の要件化は十分な経過措置必要、届出の救済措置拡大を **診療側**

長島委員は、精神科の入院料でデータ提出が低調な理由として、様式 1（入退院日、生年月日や性別等の患者情報、傷病名や手術名等）の内容が精神科の内容に合致していないことや、電子カルテの導入が進んでいないということが理由としてあるのかもしれないと指摘。精神科救急急性期医療入院料等データ提出加算の届出が要件となっている入院料について、24年3月末まで要件を満たしたものとみなす経過措置について、「経過措置を十分に確保するなど、丁寧に検討することが必要」と求めた。

地域一般入院基本料及び療養病棟入院基本料の取扱いについて、急性期一般入院料 6では、▽新規に保険医療機関を開設する場合▽データ提出の遅延等の累積によりデータ提出加算を算定できなくなった場合に、1年間に限りデータ提出加算の届出を行ったものとみなす「救済措置」がある。長島委員はこれについて、「サイバー攻撃によってデータ提出が遅延してしまうと、一気に特別入院基本料に転落してしまい、病院の運営にとって致命的な損害となる」とし、急性期一般入院料以外でも「データ提出が要件化されている入院料であれば、同様に丁寧な救済措置が講じられるべき」と指摘した。

データ提出範囲可能な限り広く、提出データ評価加算は「役割終えた」 **支払側**

松本委員はデータ提出加算で収集するデータは診療報酬の議論で非常に重要とし、データ提出を要件とする範囲は可能な限り拡大するよう求めた。また、提出データ評価加算については「役割を終えたものとして廃止すべき」と強調した。

議題 7：令和 6 年度診療報酬改定の改定率等について

厚労省から、「和 6 年度診療報酬改定の改定率等」について報告があり、中医協として承認された。

＜会内使用以外の無断転載禁止＞

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 574 回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00233.html