

## 中医協概要報告（2023年11月29日開催）

### （第219回診療報酬基本問題小委員会、第568回総会）

※「第125回保険医療材料専門部会」、「第218回薬価専門部会」は別途報告済み。

厚労省は29日、中医協で保険医療材料専門部会、薬価専門部会、診療報酬基本問題小委員会、総会を開催した。

診療報酬基本問題小委員会では、次回改定に向け医療技術の評価に関する進め方について議論した。学会からは858件の技術が提案された。ワーキンググループにおける重複内容の確認等作業を行った上で「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」が作成され、今後の検討スケジュールが了承された。

総会では、診療報酬基本問題小委員会で確認された医療技術の評価の件に加え、「調剤について（その3）」、「在宅（その5）」として調剤関連、「個別事項（その8）」として認知症をテーマに議論した。

調剤については、300店舗以上チェーン傘下の薬局が敷地内薬局として増加傾向にあることから、特別調剤基本料の引き下げとの提案があったが、**松本真人委員（支払側、健康保険組合連合会理事）**からは「引き下げ対応のみではそろそろ限界に来ており、調剤基本料での調整も必要」と述べた。

薬局における在宅患者への対応については、薬局における在宅患者への課題が厚労省から示されたものの、「すでに評価されているため二重評価だ」「持ち出しで取り組んでいることへの背景や必要性が分からず評価しにくい」などの意見が出された。

「個別事項（その8）」では、「認知症」をテーマに議論が行われ、「身体的拘束の最小化」や「看護補助加算」、また認知症と似た症状の「せん妄」に対してスクリーニングの必要性などが議論されたが、療養病棟入院基本料でも議論された「身体的拘束の定義」をめぐり、「最小化は賛同するがゼロは出来ない」と診療側から現場の実情が述べられ、一律な減算提案には改めて反対姿勢を示した。

### 医療技術評価の進め方を了承

診療報酬基本問題小委員会と総会において、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」が提案され、意見なく了承された。主な現状のポイントは以下の通り。

- (1) 2～6月にかけて、学会等から計858件（重複分を含めると863件）の提案書が厚生労働省に提出された。
- (2) 学会等からのヒアリングの内容と、分科会下のワーキンググループでの意見を踏まえ、事務局において提案内容や重複提案の有無の確認を行ったうえで、「医療技術評価分科会における評価の対象となる技術（案）」を作成。
- (3) 一方2022年度改定で保険収載された技術の中から、「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされた技術（計112件）や、2016～2022年度までの診療報酬改定において、レジストリ（特定の疾患患者の健康状態等について、治療内容、治療経過などの医療情報や健康情報を収集するデータベースのこと）の登録を要件として保険適用された技術（計35件）については、報告書の提出が求められることとなった。レジストリ登録が要件となっている医療技術については、症例数の不足等により解析が行われていない技術が51.4%。一方で、解析を終了し論文を上梓したものが14.3%であり、また一定程度症例が蓄積

された技術においては、これまでの中間解析結果を論文として上梓している等の取組が行われていることが確認された。

- (4) 提出対象となる技術は、医科・歯科点数表の医学管理～病理診断が対象で、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができるもの。
- (5) 薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用するものは、原則として分科会における評価の対象外とする。提案書が提出された後、8月末日までに承認が確認されたものについては評価の対象となる。
- (6) 先進医療として実施されている医療技術についても、平成30年度診療報酬改定以降の取扱いと同様に、分科会における評価の対象。
- (7) 保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術について、分科会における評価の対象。
- (8) 技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術についても、分科会における評価の対象とする。

2024年度改定に向けた進め方のポイントは以下の通り。

- (1) 「医療技術評価分科会における評価の対象とならない技術」とされたもの（98件）については、評価を行わないこととする。
- (2) なお、先進医療として実施されている技術（33件）については、先進医療会議の検討結果を踏まえて評価するために、先進医療会議と連携を確保する。
- (3) 保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち本分科会での審議が必要とされた医療技術（4件、うちチャレンジ申請1件（医療機器のうち、長期に渡り実績収集を経た後に再申請できるもの））について、分科会における評価の対象とする。
- (4) 来年1月頃開催予定の分科会で結果をとりまとめ、中医協総会で最終的な検討を行う。

## **敷地内薬局にチェーン薬局増加傾向、特別調剤基本料引き下げ手法は限界**

総会では、「調剤（その3）」をテーマに議論が行われた。主な論点では、大学病院、公立病院に敷地内への大規模チェーン店が増加していることや、地域のかかりつけ薬局のあり方などを中心に発言が出された。

### **（調剤基本料）**

- (1) 薬局の同一グループの店舗数、立地別、処方箋受付回数・処方箋集中率の区別の収益状況等を踏まえ、調剤基本料について、どのように考えるか。
- (2) 保険医療機関の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にあるいわゆる敷地内薬局に関して、構造設備規制の見直しが行われた平成28年以降の開設状況、当該薬局の収益状況や収益構造のほか、医療機関における公募状況等の関係性やかかりつけ機能の実態等を踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

### **（地域支援体制加算）**

- (3) 調剤基本料1を算定する薬局、調剤基本料1以外を算定する薬局それぞれについて、地域への貢献をより推進する観点から実績等要件を見直し。

(4) また、地域への貢献の観点から、薬局の地域での健康づくりの取組や認定薬局の認定状況等を踏まえ、地域支援体制加算の要件強化。

**(その他の事項)**

(5) 対人業務の推進・充実の観点から、処方状況や患者の状態等に応じ、リスク管理計画に基づく患者向けの情報提供資材を活用するなど、メリハリを付けた服薬指導についてどのように考えるか。

(6) 調剤録に記載すべきとされている服薬指導等の記録について、調剤報酬上は服薬管理指導料における薬剤服用歴が該当するが、薬剤服用歴の記載事項が多く、薬剤師の負担になっていることを踏まえ、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲内で記載を合理化することを含め、薬剤服用歴のあり方について、どのように考えるか。

(7) 患者から返却されることを想定した取扱いとされている薬剤の容器に関して、現状の利用実態等を踏まえ、衛生上の観点も含めて廃止。

長島委員からは、以下のような指摘が出された。

- ・(2)の敷地内薬局のあり方については、療担・薬担規則の解釈を見直した時点で想定されていたことだ。10年近く経ち、事務局として対応策あれば逆に出してほしい。
- ・地域支援体制加算について、薬局が薬機法および薬剤師法で目指そうとする薬局像や薬剤師像は、医療以外の業務が多く含まれているが、そのような機能についてどこを医療保険で手当すべきかという視点で、中医協としては切り分けが重要になる。
- ・その他の事項について、RMP（患者向けの副作用や適正使用に関するパンフなどの資材）、リスク管理計画に基づく資材の活用が提案されているが、医療現場においては、客観性が担保された情報を患者さんに伝える必要がある。国内の制度に基づき、製薬企業が資材を作成している場合、厚生労働省やPMDAにおいて資材そのものを確認しているのか。

長島 公之委員(診療側、日本医師会常任理事)からは、以下のような意見が出された。

- ・健保連としては以前から、ベースとなる基本料は低い水準で一本化し、地域支援体制加算で差をつけるべきだという主張をしてきた。今回の医療経済実態調査を見ても、店舗数、立地、処方箋の受付回数や集中度によって損益に違いがあることが改めて確認された。基本料の一本化を将来的な課題として認識しつつ、当面は、経営効率に着目した評価という観点で、引き続き基本料を適正化する余地がある。
- ・特別調剤基本料を算定する敷地内薬局について、スライド12を見ると、2022年度に損益率が増加し、損益差額が他の調剤基本料算定薬局に比べて高い。また、スライド31を見ると、適正化を図ってきたにも関わらず、特別調剤基本料の算定薬局が年々増加しており、望ましくないものの、もはや一つのビジネスモデルになっている。特にスライド33では大学病院などが300店舗以上のチェーン薬局と提携まで行っている。もはや引き下げも限界に来ているため、スライド40の提案のようにもはや法人開設者単位の調剤基本料一律引き下げも選択肢になる。
- ・地域支援体制加算について、地域医療への貢献度に応じた評価となるよう実績要件を見直すべき。スライド46を見ると、「重複投薬・相互作用等防止加算」「服薬調剤支援料」「麻薬調剤」など実績に差がある。これら実績を指標としてメリハリを効かせることも考えられる。また、夜間休日の実績についてはそういった実績が低い、医療機関の当番制のように地域面に対応していくのであれば、体制

を一般市民に広報周知することが重要。

**太田 圭洋委員(診療側、日本医療法人協会副会長)**は、敷地内薬局の流れに対し、「この流れは、院内処方から敷地内薬局へ、ではなく、基本的にはもう既に院外処方に振っていたところへ、ほとんどの大学病院や公立病院が新たに敷地内に戻すという流れであると認識している。その大きな理由は、私は率直に病院の経営状況だと思っている。実調でも出ているが、公立病院や大学病院の経営状況は非常に厳しい中で生き残りを模索する中で、やむを得ず、と認識している」と述べた。

**池端 幸彦委員(診療側、日本慢性期医療協会副会長)**も同様に、「医療機関が薬で儲けているという流れがあって院外処方になった。しかし患者の利便性からまた病院に近づいてきて、敷地内の方が患者負担が減るからということで今のようなビジネスモデルになっている。これは違法ではない。しかしかかりつけ薬局を育てるための方策も考えなければならない」と述べた。

### 薬局の在宅対応、厚労省提案に「背景や必要性が不明確」

総会では、「在宅(その5)」として、調剤薬局の在宅対応をテーマに議論が行われた。主な論点は、以下の通り。

- (1) 無菌製剤処理、医療用麻薬、医療材料等の提供を確保する体制を持った訪問薬剤管理指導薬局の体制を評価。
- (2) 終末期患者への頻回訪問を要する場合や、患者の看取り後も患者宅を訪問した業務を要する場合を評価。
- (3) 訪問薬剤管理指導の時間外対応及び緊急時訪問を評価。
- (4) 在宅移行時における退院時処方に基づく薬剤の調整、残薬整理、服薬管理方法の検討等の業務を評価。また、処方医と連携による処方内容の調整業務を評価。
- (5) 高齢者施設での適切な医薬品提供や服薬管理等の業務を評価。
  - ① 老健等入所者の処方箋を薬局が応需した際の調剤・訪問薬剤管理指導の業務(現在算定不可)
  - ② 特養での入所時の対応も含めた薬学管理等の実態を踏まえた業務
  - ③ 短期入所患者への薬学管理等の業務

**長島委員**からは、以下のような指摘が出された。

- ・(1)の体制はすでに調剤基本料自体において評価されているはずだ。既存の評価との違いを整理し、必要があれば、既存の評価から切り出す必要がある。
- ・(2)の終末期患者への頻回訪問について、スライド19、20では確かに理解できるが、そのような頻回訪問がどのような必要性に基づいて実施されているのかよく分からない。ターミナルケアは薬剤師中心ではないため、多職種への対応との関連性も含めて説明をお願いしたい。
- ・(3)について、調剤管理料の時間外加算が設定されている中で、指導料にも加算を評価するのはなぜか。重複評価にも見えるため、評価の必要性について整理が必要。
- ・(4)の在宅移行時の業務評価は、退院時共同指導料あるいは初回の在宅患者訪問薬剤管理指導料に含まれており、なぜ別途評価するのか。明確な根拠が必要で、他職種と連携において、薬局薬剤師だけが評価されることに違和感がある。
- ・(5)の②の特養について、こういった背景で頻回に施設に行く必要があるのか。③の短期入所についても、薬学管理が適切に継続できない課題があるようだが、具体的な内容が明らかではない。また、普段から在宅で薬剤管理指導を行っている薬剤師が入所を見越して対応することも考えられ、何が課題なのか、もう少し整理が必要。

- ・総じて、事務局提案が全体的に、課題や評価の医学的背景や必要性が明確になっていない印象を受ける。

松本委員からは、以下のような意見が出された。

- ・(1)の在庫負担には理解するが、調剤評価との関係もふまえどのような体制評価必要か、具体例を見た上で判断したい。
- ・(2)の終末期患者への頻回訪問について、スライド 19、20 では未投与直前の 14 日前あたりから訪問回数が多い実態を踏まえ、在宅患者訪問薬剤管理指導料や在宅緊急訪問薬剤管理指導料の月当たりの算定回数は、見直す余地がある。
- ・長島委員と同様に、必要性や連携・分化すべき点も含め、切り分けて説明頂きたい。

### 認知症への対応、身体拘束「最小化は出来るがゼロは不可能。減算に反対」と診療側

総会では、「個別事項（その 8）」として、「認知症」をテーマに議論が行われた。主な論点は、以下の通り。

（かかりつけ医による認知症対応について）

(1) 診断後支援、BPSD 対応、認知症の医療・介護に関する施策・制度、ACP 研修を受講していることを、地域包括診療料・加算の施設基準の要件追加。

(2) 地域包括診療料・加算の施設基準の介護保険制度に係る実績要件として、「認知症初期集中支援チーム等の施策へ協力していること」を追加。

（入院医療機関における認知症対応について）

(3) 身体的拘束の予防・最小化マニュアルや、基準等整備、実施状況の見える化等、身体的拘束の予防・最小化を組織的に取り組むことを促進。

(4) 促進のために、取組実施を求めている A214 看護補助加算等について、身体的拘束を実施した場合の（減算）評価を検討。

(5) せん妄ハイリスク患者ケア加算で求める「せん妄のリスク因子の確認」及び「ハイリスク患者に対するせん妄対策」を認知症ケア加算でも求め、その上で各加算の評価を検討。

長島委員からは、以下のような指摘が出された。

- ・地域包括診療料・加算の届出機関においても、かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者は、35.2%と約 3 分の 1 に限られている。スライド 35 かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者は、約 7 万 2000 人と示されているが、これは実人数かそれとも延べ人数か。（事務局からは延べ人数と回答した上で、）研修受講が地域包括診療料・加算の要件化とすることは、要件の設定方法と実態が乖離しすぎて飛躍しているため承服しかねる。
- ・入院医療機関における認知症対応について、身体的拘束が論点になっているが、当然ながら、患者さんの疾患や状態が異なり、精神保健福祉法に基づき運用されている。こうした取り組みは非常に重要だが多くのコストがかかるため、どのようなものが定義上、身体的拘束とみなされるのか、どのような拘束はやむを得ないものと判断されるのかを十分に明らかにした上で、身体的拘束を可能な限り減らす取り組みをしている医療機関が十分に評価されるような仕組みが必要だ。

太田委員は、身体拘束と看護補助加算に対し以下の意見を述べた。

- ・スライド 46 の認知症ケア加算の身体的拘束に関して、今年 7 月時点の主な施設基準の届出状況では、加算 1～3 の算定病院数は 4000 病院程度にとどまる。この認知症対応施設を増やすための検討が必要だ。また、身体的拘束の予防・最小化への取り組みは看護補助加算との関係も課題となる。身体拘束

を行った日に当該加算を減算することには明確に反対する。非常に厳しい病院の運営状況や看護補助者不足の状況の中で現場は対応している。減算化では現場が疲弊して、逆効果になる可能性がある。例えば、現場で1ヶ月間身体拘束の実施が完全に行われなかった病棟に対し、看護補助加算を加算として評価をするならば検討する余地はあるが、減算に関しては明確に反対する。

**林 正純委員(診療側、日本歯科医師会副会長)**からは、「身体拘束の最小化は理解しているが、入院中の認知症患者に対して歯科医療を実施する際に、安全確保のため歯科医療上必要に応じた固定や身体保持が重要なケースもあり、これまで通りできないと患者の不利益になる場合もある。現状を鑑み整理していただきたい」と述べた。

**池端 幸彦委員(診療側、日本慢性期医療協会副会長)**は、身体拘束に関して以下のように述べた。

- ・認知症に限らず身体拘束に対する取り組みは非常に重要だが、ただ、認知症ケア加算とはあくまでも「認知症を診る」ことが目的である。「認知症患者の身体拘束対策」と手段が目的化しており、趣旨を異なるものだ。認知症に対する取り組みの一環から看護補助者配置加算の要件見直しの中で、身体拘束等の行動制限を最小化する取り組みの実施とあるが、認知症への身体拘束はゼロではないため、減算としてしまうと、現場のモチベーションも下がるし、とても現場ではついていけない。転倒予防のマットを引くのも身体拘束だし、ベッドに柵を付けるのも身体拘束だ。一方で、皆さん想像している身体拘束は、縛ったりミトンをつけたりというものだ。身体拘束の定義が明確でない中で、いきなり減算という事務局案には強い違和感があり、明確に反対したい。事務局として身体的拘束についてどのような拘束を想定しているのか。

**医療課長**からは池端委員の質問に対し、「身体拘束の定義付けはスライド46の疑義解釈にある通りで、『患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限』としている」と回答した。

**江澤 和彦委員(診療側、日本医師会常任理事)**も身体拘束について以下のような現場の実態を述べた。

- ・身体拘束については、スライド60に介護保険の身体拘束に関連する3要件(切迫性、非代替性、一次性)が掲載されている。これらの三つの要件を全て満たした上で、施設全体の管理者によるリーダーシップのもと、施設全体でどういう対応をとるかということ判断する。この考え方やプロセスについては医療分野でも十分応用が可能だ。従って組織的に取り組んで身体拘束しない組織風土をどう作るのかが重要であり、看護補助加算と紐付けるのは理解しにくい。また身体拘束は当然ゼロを目指すべしだし、医療現場においては改善の余地もあるが、例えば胃ろうの患者が引き抜いても、この3要件に該当しないケースが多いし、さらには増設したての胃ろうを自己抜去すると腹膜炎を生じて、命に関わりやむを得ない対応となるケースもあり得るといのが現実だ。身体拘束廃止は適切なプロセスが重要であり、「身体拘束を実施した場合の評価」とあるが、適切なプロセスがあるかどうかを評価することが非常に重要である。また、認知症の類似性による対応については、認知症ケア加算にせん妄対策の取り組みを付加するのであれば現行よりもしっかりと評価していただきたい。

**松本委員**からは、以下のような意見が出された。

- ・認知症への対応については、医療介護福祉による総合的な取り組みが特に必要で、地域包括センターをハブとした分担と連携が重層的に機能して初めて適宜適切なサービス提供が成立する。また、かかりつけ医の役割が非常に重要だが、認知症関係の主要診療報酬の算定回数がまだ少なく、まだまだ認知症への対応が十分とは言えない。かかりつけ認知症対応力向上研修の受講により、「知識、理解、対応行動」の全項目が改善しており、この研修を修了した医師が所属する施設においてかかりつけ医機能を有している割合が高いことや、介護との連携に積極的に取り組んでいる。こうした実態を踏まえ

れば、かかりつけ医機能評価である地域包括診療料、地域包括診療加算でこの研修受講を要件化すべきだ。

- ・入院医療における認知症対応について、身体拘束ゼロの取り組みは当然だが、スライド 60 で介護保険施設等の運営基準と同様に、医療機関でも、生命または身体保護のため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定すべき。ただ医療現場で身体拘束を今すぐ完全に無くすことが難しいという事情も理解できる。拘束が必要になる事態があるかもしれないが、少なくとも全ての医療機関が最小化に組み、取り組むべきだ。また行動制限の最小化が要件となっている看護補助者配置の加算等については、認知症ケア加算における減算と同様に、業務負担等も考慮して、身体拘束の有無によるメリハリをつけるべきだ。
- ・認知症ケア加算について、専門ハイリスク患者ケア加算と同様に、せん妄のリスク因子の確認およびハイリスク患者に対するせん妄対策を求めることに異論はないが、これら加算の評価については、急性期一般入院基本料との関係を踏まえて慎重に判断したい。

以上

## <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 125 回保険医療材料専門部会	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212455_00039.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212455_00039.html</a>
第 218 回薬価専門部会	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212451_00082.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212451_00082.html</a>
第 219 回診療報酬基本問題小委員会	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000186974_00031.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000186974_00031.html</a>
第 568 回総会	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00227.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00227.html</a>