

## 中医協概要報告(2023年12月15日開催) (第573回総会)

12月15日に中医協が開催され、第573回総会が行われた。議題は①在宅医療・訪問看護、②入退院支援・栄養管理体制、③高齢者の救急患者等に対応する入院医療、④歯科医療、⑤情報通信機器を用いた診療、⑥長期収載品の6つ。④についての報告は12月19日に別途送付した「【概要】231215 中医協(総\_歯科その3)」を参照されたい。

### ①-1 在宅医療に係る論点

- ・ 包括的支援加算における、要介護度及び認知症日常生活自立度に係る対象患者の範囲の見直し及び麻薬の経口投与を行っている患者の対象追加
- ・ 効率的に在宅医療を提供している在支診等の要件整理
- ・ 患者一人当たりの訪問診療の頻度が高い医療機関における、訪問診療に関する評価の見直し
- ・ 在宅医療における24時間の医療提供体制確保の推進、地域医療情報連携ネットワークの活用、質の高い連携体制を構築しながら24時間の在宅医療の提供体制を有している場合の在宅療養移行加算の評価

### 効率的な在宅医療・頻回な訪問診療に要件 日医が慎重意見

厚労省は包括的支援加算について、要介護度及び認知症日常生活自立度に応じて診療時間が長くなる傾向があるとの指摘に触れ、対象患者範囲の見直しを論点として挙げた。また、訪問診療の算定回数が多い医療機関の一部は往診・看取りの実績が少ないとし、効率的に在宅医療を提供している在宅療養支援診療所などの要件を、在宅専門医療機関にあわせて厳格化する方針を提案した。在宅療養移行加算については、診療所等においても「在支診等と常に診療情報等を共有できる体制の構築」、「定期的なカンファレンスを実施」等により質の高い連携体制を構築しつつ24時間の在宅医療の提供体制を有す場合は高く評価する案を示した。

支払い側は在支診等の要件の厳格化に賛同した一方、診療側は慎重な姿勢を示した。包括的支援加算については、診療側と支払い側の両方から「要介護度や認知症自立度と診療時間の伸びの間に関係は見られない」との意見が出され、対象範囲の見直しは不要とされた。麻薬の経口投与を行っている患者の包括的支援加算の対象への追加と在宅療養移行加算の方向性についても両者ともに賛意を示した。

### 複数疾患患者への訪問診療は医療上の必要性—診療側

診療側の長島公之委員(日本医師会常任理事)は訪問診療の頻度の高さについて、患者が複数の疾患を抱えることが想定され、慢性呼吸不全や肺がんなど算定日数制限がない疾患も含まれることから、医療上の必要性から頻回な訪問診療が行われている点を説明した。また、在宅療養移行加算の算定が伸び悩んでいる点については、夜間帯対応のメリットがないことを挙げ、ICTを活用した連携体制を評価する方向性については評価した。

### 認知症・高血圧への訪問診療「訪問看護で対応可能」—支払側

松本真人委員(健康保険組合連合会理事)は「認知症高齢者の日常生活自立度は自立の場合に診療時間が最も長くなっている」と指摘し、要介護度、認知症自立度に応じた包括的支援加算の対象

の見直しは「必要ない」とした。

在宅患者訪問診療料の算定回数が月 500 回以上の医療機関については、訪問専門の医療機関と同様に厳格な要件を定めることを求めた。さらに、患者一人当たりの訪問診療の頻度が高い医療機関については、認知症や高血圧に頻回な訪問診療が必要なのかを疑問視。「訪問看護との連携で対応できる」と述べた。診療所等においても、「在支診等と常に診療情報等を共有できる体制の構築」、「定期的なカンファレンスを実施」等により質の高い連携体制を構築しつつ 24 時間の在宅医療の提供体制を有す場合は、在宅療養移行加算を高く評価する提案には「検討の余地がある」と述べた。

#### ①-2 訪問看護療養費に係る論点

- ・ 退院日当日の合計 90 分を超える複数回の訪問看護における退院支援指導の評価
- ・ 集合住宅等における効率的な訪問看護等
- ・ 介護保険における訪問看護との制度上の差異（身体的拘束等の原則禁止や記録等）

#### 集合住宅等での効率的な訪問看護で応酬 診療側「より専門的な経営実態」

訪問看護では、長島委員は医療ニーズの高い利用者の退院支援について、訪問看護療養費における退院支援指導加算の長時間加算などで評価することを提案した。集合住宅等における効率的な訪問看護等については、同一建物等居住者に対する訪問看護の提供内容として、末期の悪性腫瘍に対するケアにおいて、同一建物居住者が 7 割以上の事業者の方が疼痛管理の割合が高いなど、より専門的な経営をしている実態もある。「高額という理由だけをもって判断するのではなく、厳密なチェックを行い、指導で対応すべきだ」と述べた。

対して松本委員は「同一建物居住者割合の高い施設の多くは営利法人であり機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向がない」と指摘。割合の高い訪問看護ステーションが算定する訪問看護療養費を適正化すべきだと主張した。また、介護保険における身体拘束の取り扱いについては「医療に合わせるべき」と述べた。

木澤晃代委員（日本看護協会常任理事）は医療ニーズの高い利用者の退院支援として「合計 90 分を超える複数回の訪問看護に適切な評価を」と述べた。集合住宅等における効率的な訪問看護等については、移動のコストの観点から検討が必要だとした。

#### ②入退院支援・栄養管理体制に係る論点

- ・ 入退院支援における関係機関との連携の強化
- ・ 入退院支援における生活に配慮した支援の強化
- ・ 入院前からの支援の強化、退院直後の継続支援

#### 入院時支援加算で議論 支払い側「一本化を」、診療側「底上げを」

長島委員は入退院支援における関係機関との連携の強化について、情報共有に用いられる様式や項目は現場の負担が増えないように対応すべきだと訴えた。また、コロナ禍で急性期病棟からの転院調整に苦労した経験を踏まえ、あらかじめ病院・診療所との連携体制を整えておくべきとする一方、「要件強化は適切ではない」と述べた。入退院支援における生活に配慮した支援の強化については、「一律に記載内容を増やすのではなく、支援が必要なものに対する指導管理の諸加算で求められる内容と重複しないようにすべき」と指摘した。入院前からの支援の強化については、「そもそも

入院時支援加算を届出ていない医療機関がある以上、実施すべき項目を必須にするより底上げや算定できるようにする方向とすることが必要」とし、質の高い入退院支援の推進のために加算1の更なる評価を求めた。退院直後の継続支援については、「慢性心不全の患者に対する退院後1カ月間の集中的な療養支援の有効性はまだない」と述べた。

林正純委員（日本歯科医師会副会長）は入退院支援における生活に配慮した支援の強化について、「介護に移行する前の入退院時に口腔のスクリーニングをはじめとする歯科医療を提供することは重要であり入退院支援計画の内容にその視点を含めるべき」と訴えた。太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）は、急性期病棟から病院・診療所への流れの連携強化については異論がないとした上で、「施設数が少ない地域での連携を考えると要件化は慎重にすべき」と指摘した。

### 支払側「加算の一本化も考えられる」

松本委員は「介護との連携共有のために全国共通のフォーマットを作成することがDXの進展と業務の効率化に資する」と主張した。また、在宅療養指導料に慢性心不全の患者を含めるにあたっては「真に効果がある対象者や対象機関に限定すべき」と述べた。入退院支援加算については、単純な要件緩和は行うべきではないとくぎを刺しつつ、「加算1と2の一本化も可能性としてある」と述べた。これに対して長島委員は「現状、一本化すべきでない」と反発した。

栄養管理体制について長島委員は、「入院基本料の施設基準としても求めるならば入院料の診療報酬上の評価をさらに引き上げるべき」との姿勢を示し、基本料と加算で求められる取り組みの重複を避けるよう求めた。また、GLIM基準（低栄養の診断基準）の活用の検討にあたっては現場での普及状況を示すデータが必要だとした。松本委員は、入院基本料等の通則に「退院時の栄養状態の確認」を追加することを求めた。

### ③高齢者の救急患者等に対応する入院医療に係る論点

- ・ 高齢者の救急患者等の増加対応にあたり、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制整備とリハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことに対する評価

#### 高齢者救急の受け入れ、包括的機能を持つ新病棟を 厚労省が提案

厚労省は高齢者の救急患者らを受け入れるため、早期リハビリ、栄養管理、在宅復帰などの包括的機能を持つ新たな病棟の創設を提案した。新病棟は①救急患者受け入れ体制の整備、②一定の医療資源を投入し、急性期からの速やかな離脱、③早期退院に向けたリハ・栄養管理の提供、④退院支援・意思決定支援、⑤早期の在宅復帰や、在宅医療・介護との連携—の機能を包括的に持つイメージとされ、委員に意見を求めた。

長島委員は「高齢者の救急やケア、リハビリに必要な体制を整えた病棟を評価することは理解する」とした上で、各地域の医療機関が時間をかけて判断できるような制度設計にすべきだとした。

太田委員は「高齢者の救急患者への対応を包括的に担うことを評価する入院料は否定するものではない」とした一方、手術・処置などの侵襲的医療をあまり必要としない患者のケアについて、「評価が軽視されてきたのではないか」、「現在の重症度、医療・看護必要度による入院料評価だけでは、患者のケアに必要なマンパワーを確保するコストが適切に評価されてこなかったのではないか」と問題視。入院医療を支えることができる入院診療報酬制度の必要性を訴え、多くの医療職種を勤務させる体制構築、医事に必要な診療報酬上の評価を求めた。池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）も人員配置が可能な点数設計が必要との意見に同調した。

## 「急性期 2～6 の役割の明確化を」「実績に基づく評価を」一歩支側

松本委員は病棟の機能として位置づけた包括的な提供で対応することが適切とし、「病床機能の分化と強化の観点では、10 対 1 看護の急性期一般病棟入院料 2 から 6 の病棟が果たす役割を明確化することも重要」、「高齢者救急の受け皿として 10 対 1 の急性期病棟を想定し、救急対応、早期リハ、栄養管理、退院支援などの機能を発揮してもらうことが必要だ」と述べた。眞田享委員（日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理）は新たな病棟について、救急患者の受け入れやリハの実施等を実績に基づいて評価することを提案した。支払側の意見に対して長島委員はあらためて「医療機関が現実的に取り組める方法について知恵を絞りたい」と念押しした。

木澤委員は「地域包括ケア病棟など 13 対 1 の看護配置で高齢者の救急搬送に十分に対応することは難しい」と現状を説明し、引き続き連携に協力する姿勢を表明した。

④歯科医療に係る論点 ⇒ 別途報告を参照のこと。

## ⑤情報通信機器を用いた診療に係る論点

- ・ 「初診では向精神薬を処方しないこと」をホームページ等に掲示すること等の、情報通信機器を用いた診療の要件化
- ・ 医療機関が所在する地域以外に所在する患者の割合が一定以上を超える医療機関に対する、「情報通信機器を用いた診療に係る報告書」を用いた方策
- ・ 情報通信機器を用いた診療による疾病管理（精神療法・発達障害に対する診療）

## オンライン診療の不適切事例 安全性の担保・安易な拡大の禁止を共有

厚生労働省の調査では、不眠症を主傷病とする患者へのオンライン診療の一部で、初診から向精神薬が処方されている実態が明らかとなった。オンライン診療の件数のうち、患者の所在地が医療機関と異なる自治体となっている診療件数割合が 97.5%超に上る医療機関について、患者と医療機関の所在地関係を分析したところ、東京都の医療機関では、関東圏域を越えたオンライン診療における主傷病名は「不眠症が最多だった」と報告。大阪府の医療機関では、「胃炎が最多だった」とされている。質疑の中で厚労省は「初診時の向精神薬処方方はレセプト審査で対応できないのか」（池端委員）との質問に対して、「一般的には可能」と回答した。

長島委員はオンライン診療の推進にあたって、①一度健康被害等が生じれば取り返しがつかないため安全性の担保が必要、②利便性や効率性のみを重視した安易な拡大はすべきでない—の 2 点が共通認識だとした上で、東京都に所在する医療機関が不眠症治療を、関東圏以外の遠く離れた地域で行っている点を指摘。これはオンライン診療の指針において最低限順守すべき事項である「直接の対面診療を行える体制を整える」を満たしていないとし、初診で向精神薬を処方しないことを HP 等に掲示することを要件とする必要性を訴えた。また、厚生局に届け出る「情報通信機器を用いた診療に係る報告書」の記載内容をより明確化すること等による正確な実態把握を求めた。情報通信機器を用いた診療による疾病管理については、向精神薬の乱用や依存症、転売などの弊害がある一方、精神的な要因で自宅から出られない患者の医療アクセスを可能とする利点がある。「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針を遵守していることを診療報酬上の算定要件とすべき」と述べ、実施する医師を精神保健指定医とするなど明確化が必要だとした。発達障害に対する医療において

も、小児特定疾患カウンセリング料の評価はニーズがあるが、オンライン診療が「対面診療と適切に組み合わせる」とされている点を留意した対応とすべきだとした。

松本委員は初診時の向精神薬処方について「不適切な請求」だとし、厳正に対処すべきと述べた。遠方の患者を多く診療する医療機関に対しては、厚生局への報告が必要だとした。厚労省の分析結果では、東京と大阪で傾向がかなり異なることも踏まえ、医療機関からの距離と疾患・処方内容の状況を、引き続き注視していくべきだとした。

#### ⑥長期収載品に係る論点

- ・ 保険給付と選定療養の適用場面
- ・ 選定療養の対象品目
- ・ 保険給付と選定療養の負担に係る範囲

#### 長期収載品の保険給付外し 選定療養範囲の水準を議論

厚労省は長期収載品の保険給付の在り方をめぐる見直しについて、課題と論点を整理し委員に意見を求めた（方向性についてはすでに8日の社会保障審議会・医療保険部会に示され大筋了承済）。長期収載品を選定療養とする場合の負担の範囲については、長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1以下とする方向で、2分の1、3分の1、4分の1の3案を提示した。保険給付と選定療養の適用場面については、①医療上の必要性があると認められる場合は「保険給付」、②薬局に後発品がなく提供できない場合は「保険給付」、③銘柄名処方患者希望により長期収載品を処方・調剤する場合や、一般名処方長期収載品を使用する場合は「選定療養」とする。対象品目は、後発品上市後5年を経過、または5年経過前でも置き換え率が50%に達したものとした。

#### 診療側「最初は慎重にスタート」

長島委員は冒頭、患者の自己負担のあり方や医薬品の安定供給体制等、多方面に大きな影響を与える制度変更となる点を確認し、「最初は慎重にスタートを」と述べた。その上で選定療養の範囲は「最初は4分の1程度の額とすべき」とし、選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することを認めることは避けるべきだとした。池端委員も4分の1とする意見に賛同した。森委員も選定療養の範囲については長島委員と同趣旨の発言をした上で、施行にあたっては国による十分な周知を求めた。適用場面については、「医師が医療上の必要性があると認めた場合にその確認が処方箋で行えるなど容易に確認できる仕組みの運用を」と求めた。また、出荷調整時の影響により薬局に在庫がない場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合は保険給付対象だとし、その場合の判断は「薬剤師が行うべき」とした。

#### 支払側「患者負担は価格差の2分の1に」

松本委員は選定療養の範囲を「2分の1の範囲内」とすることを提案し、患者が後発品を使用するインセンティブが働く水準にすべきだと主張した。また、薬局において一時的に在庫がない場合には、効能・効果が同じ別の後発品への切り替えで対応することも考えられると指摘した。鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）も次いで「2分の1」案を支持。またあわせて、「患者が制度の趣旨や選択しうる医薬品を理解した上で、先発医薬品か後発医薬品かを選ぶことができるよう、医療現場での適切な表示などをお願いしたい」と述べた。

そのほか、飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）が「選定療養としない場合に、医療上の必要性によるものか、後発の在庫がないためのものかなど、理由がレセプトデータ上で識別

できるような工夫が必要」と述べた。

### 大臣折衝で「4分の1」方針 患者負担のなし崩しの拡大は中止を

12月20日に行われた大臣折衝で厚労省は医療制度改革について、「長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する」と決定した。

選定療養の範囲、すなわち患者が負担する自己負担は厚労省が示した3案のうち、最も低い4分の1になったが、医薬品への公的保険給付を削減して患者に負担を付け替えることそのものが公的医療保険制度を根底から崩壊させる暴挙であり、許されるものではない。薬剤自己負担増が一旦導入されれば、患者負担がなし崩しの拡大されていき、いずれ保険診療から治療（投薬）が完全に切り離される事態に至りかねない。また現在はただでさえ、後発医薬品等の供給不安が続く中、保険医として安定的・継続的に処方できる後発医薬品が大幅に限られている状況だ。やむを得ず長期収載品を使わざるを得ない事態が発生している中で、患者負担を発生させてまで後発医薬品の使用を強制することに合理性はない。保団連、協会・医会は、必要な処方を行う医師の裁量（処方権）を侵害し、患者を安全・安心の医療から遠ざける薬剤自己負担の見直しに強く反対し、中止を求める立場で取り組みを進める。

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573回総会 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00232.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00232.html)

<会内使用以外の無断転載禁止>