

中医協概要報告（2023年12月27日開催）

12月27日に中医協が開催され、第576回総会が行われた。次回日程は2024年1月19日（金）に広島で公聴会が開かれる予定が既に公開されているが、その前に総会等が実施されるかは未定である。

サマリー

- 医療DXに係る議論では、その推進については診療側・支払側委員が賛同したものの、推進に向けた診療報酬での評価の在り方では体制での評価を求める診療側と、体制に加え実績での評価を求める支払側とで認識に溝がある事が浮き彫りになった。また、医療情報・システム基盤整備体制充実加算特例は予定通り終了する見込みとなった。
- 臓器移植については、ドナーや家族の意向に沿った臓器手協提供の工程に係る評価について、DPCの機能評価係数Ⅱで評価する方向性が示された。また、臓器移植待機患者のスクリーニングでも抗HLA抗体検査を実施可能とする方針が示された。
- 横断的事項等では、ICU等での医療安全管理加算1届出義務化や敷地内薬局については当該薬局保有チェーン全体で低い調剤基本料を算定すると同時に、敷地内薬局を誘致した医療機関の処方箋料の大幅引き下げ（院内処方と同水準）の方針も提示された。
- 医科点数表の医療技術の整理では、算定が極めて少なくかつ別の技術に置き換え済みの技術は削除する方針が示された。
- 選定療養に追加すべき項目に保険適用期間を超過した高血圧治療補助アプリ等の使用など計4項目が追加される旨、第1段階承認（薬事承認）、チャレンジ申請のプログラム医療機器は評価療養で実施される旨が示された。
- 訪問診療・往診等における距離要件の整理・周知については、患者の受診医療機関のヒアリング、患者への距離要件の周知徹底をまず実施する必要性が示された。
- 令和6年度診療報酬改定への各号意見については看護必要度、「かかりつけ」医機能の評価を巡り双方に溝がある点が示された。

【第576回総会】

<議題>

- 1：医療DX（その5）について
- 2：個別事項（その21：臓器移植）について
- 3：個別事項（その22：横断的事項等）について
- 4：医科点数表における医療技術に係る項目の整理について
- 5：保険外併用療養について
- 6：訪問診療・往診等における距離要件について
- 7：令和6年度診療報酬改定への意見について（各号意見）

議題1：医療DX（その5）について

- 医療DX推進では双方賛同、医療情報・システム基盤整備体制充実加算特例は終了へ -

厚労省担当者より、この間マイナポータル等を活用した全国医療情報プラットフォーム構築に向け、外来受診時に加え訪問診療（看護）時もオンライン資格確認の仕組みが整備（総-1：スライド6～10）され、当該仕組みの導入に向け各種支援金等が実施されている（同スライド12～14）点、電子処方箋についても特に在宅医療の円滑化に寄与することが期待される（同スライド33）点、オンライン資格確認に限らずICTの活用により多職種・情報連携が進展した事例が少なからず存在している（同スライド27～30、32、38～39）点を踏まえこれらの体制の更なる促進に向けた診療報酬上での対応に係る論点が提起された。

報告を受けた議論では、まず診療側・支払側共にマイナ保険証活用を通じたオンライン資格確認の推進等の重要性を改めて強調。特に診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は厚労省保険局医療課がインターネットを活用して実施した『医療情報・システム基盤整備体制充実加算』に関する調査の結果で、「マイナ保険証の受診有」の患者は、マイナ保険証

の利点を感じているとの結果が出ていた点¹も踏まえ、医療 DX 推進の重要性を強く訴えた。

他方、医療 DX の推進に向けた診療報酬上の評価の在り方については、診療側と支払側とで若干の溝が浮き彫りになっている。診療側は特にマイナ保険証の活用を通じたオンライン資格確認システムの整備等も含めた医療に向けては、カードリーダーの整備等、体制の整備に当たり医療機関への負担が大きい点を強調。引き続き医療情報・システム基盤整備体制充実加算等の継続はもちろん、当該医療機関への負担に見合った評価が必要であると主張した。

対して、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）はマイナ保険証並びにオンライン資格確認に係るカードリーダー等については既に補助金等で支援がされているほか、整備・普及も既に一定程度済んでいる点、各種診療報酬での加算として評価をした場合、患者負担に跳ね返ることで患者が忌避感を持つことが懸念される点等を強調。診療報酬上で評価するとしても「体制」のみではなく、当該体制を活用した「実績」が求められる（例えば医療機関毎で一定のマイナ保険証利用率を要件とするなど）と主張した。

また、松本委員は厚労省が構築を計画する全国医療情報プラットフォームの整備の中で、現状一部地域で活用されている地域医療情報連携ネットワーク（同スライド 27）はどのような位置付けになるのか質問。対して長島委員は「全国医療情報プラットフォームで参照できる情報は一定制限される」ことを前提に、それを「補完するものとして活用することが想定される」と回答。しかし、松本委員は「2 つのシステムを併存させた場合に、それぞれ医療機関の負担になるのではないかと」釈然としない反応を示した。

なお、診療側の森昌平委員（日本薬剤師会副会長）は、電子処方箋の推進に向けた課題について発言。現状では、医療機関からの電子処方箋について、調剤薬局では当該電子処方箋データを参照する体制が整備されておらず、一旦プリントアウトして調剤を実施している実態を報告。業務効率化の体制整備に向けた支援を求めた。

なお、当日の議論では 12/31 で廃止予定の医療情報・システム基盤整備体制充実加算等の特例（初診時の加点、再診時の評価）延長に係る提起等はされなかった。従って当該特例は予定通り廃止される見込みである。

議題 2：個別事項（その 21：臓器移植）

(1) ドナーや家族の意向に沿った臓器手協の工程に係る評価について

DPC の機能評価係数Ⅱで評価せよ - 診療側・支払側 -

厚労省担当者より現状の臓器移植の実施体制について、脳死下臓器提供において、患者が臓器提供のドナーとなり得る点につき患者家族に説明がなされた割合が少ない（総 - 2：スライド 20）点、臓器提供医療機関ではドナーの全身管理や院内・院外も含めた関係者との調整等の負担が大きい（同スライド 18）点、昨今では救命不能となり、看取りの医療が必要となった患者の臓器提供の意思決定支援に、当該患者の治療に直接関与しない「入院時重症患者対応メディエーター」が有効であり、当該職種の配置を評価する診療報酬項目も設定された（同スライド 24～25）点を踏まえ、脳死下臓器提供の一層の推進に向けた診療報酬上の対応に係る論点が提起された。

報告を受けた議論では、診療側・支払側共に脳死下臓器提供推進の重要性は同意しつつ、診療報酬での評価により、ドナー側の患者負担が増加する点を懸念。「広く薄く」患者負担を求める観点から、DPC 制度における機能評価係数Ⅱで評価する方向性が確認された。

(2) 臓器移植待機患者におけるスクリーニングでの抗 HLA 抗体検査について

- 支払側は賛同、診療側は慎重姿勢 -

厚労省担当者より現状では、臓器移植前後に限り認められていた抗 HLA 抗体検査（同スライド 41～42）につき、臓器移植待機患者においても、待機期間の長期化に伴い当該抗体獲得リスクが高まる点、当該患者への抗 HLA 抗体検査を通じ、抗体高値例について脱感作療法を実施する事により臓器生着率の向上に繋がる（同スライド 43）点を踏まえ、抗 HLA 抗体検査の対象患者を臓器移植待機患者まで拡大する方向性が提起された。

報告を受けた議論では、支払側委員は提起に概ね賛同するとして一方で、診療側の長島委

¹ 当該調査結果（6/21 中医協総会提出）では情報や特定健診情報の紙媒体の医療機関・薬局への持参が不要、薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い等が減る等の 6 項目のうち少なくとも 1 つ以上のメリットを実感した者の割合が 4 割強であった。

員は臓器移植の適切な推進に当たり検討の価値はあるとしたものの、「現在の臓器移植の実施割合なども踏まえ検討する必要がある」として、一定慎重な姿勢を示した。

議題3：個別事項（その22：横断的事項等）について

(1) 医療安全について

－ICU等では医療安全管理加算1が義務化へ－

厚労省担当者より現状ICU等や経カテーテル弁置換術等の届出医療機関の8割以上で医療安全管理加算1の届出を実施している（総-3：スライド11, 14～15）点、ICUでは一般病棟と比較して薬剤誤投与等の発生率が高い（同スライド13）点、専従の医療安全管理者の配置（加算1の要件、同2では専任）により医療安全の状況に関する情報収集体制が強化され、インシデント報告が増加する（同スライド18）点を踏まえ、ICU等や経カテーテル弁置換術等の届出医療機関で医療安全対策管理加算1の届出要件化が提起。

報告を受けた議論では、診療側・支払側員共に大筋では賛同したものの、診療側の長島委員は、早急な義務化による現場への影響を懸念。十分な経過措置並びに丁寧なフォローを要望した。

(2) 訪問看護ステーションの管理者の責務について

医療と介護の性質の違い留意すべき - 診療側長島委員 -

厚労省担当者より介護保険改定に係る議論では、訪問看護ステーションの管理者の責務についてサービス提供の場面等で生じる事象を把握しながら、職員・業務を一元的な管理・指揮命令を行う旨を明確にする点（同スライド21～22）、当該責務を果たせる場合は同一敷地内等に限らず事業所間の兼務を可能とする（同スライド23）点を明確化することが検討されている点を踏まえ、医療保険の訪問看護でも同様に管理者の責務や兼務の在り方を明確にする方向性が提起された。

報告を受けた議論では、診療側の長島委員が医療と介護では考え方が根本的に異なる点を指摘。介護保険は主に営利企業が担っており、利益捻出の観点から効率性が重視される一方、医療では非営利性と公益性が求められる点を強調。経済合理性よりも安全性が重視される中で、特に緊急時に複数職務を兼務する状況で対応できるか強く懸念される点を踏まえても、医療の訪問看護は介護とは別の観点から検討すべきと主張した。

(3) 敷地内薬局保有チェーン全体で低い調剤基本料を算定へ

－敷地内薬局誘致医療機関の処方料－処方箋料の大幅引き下げも示唆－

厚労省担当者よりこの間、敷地内薬局については医療機関と不動産取引等その他特別な関係（大学病院等が敷地内薬局よりテナント料を徴収、大規模調剤薬局保有のテナント内に調剤薬局を設置のうえ他のテナントに医療機関を多数誘致する等）を有し、かつ当該敷地内・テナント内医療機関からの処方箋引き受け割合が7割超等の場合は、特別調剤基本料の算定など、極めて低い点数を算定することとされている（同スライド26）一方、それ以降も当該薬局では医薬品費等の費用の額が突出して高い（大規模で効率的な調剤が推察される）点（同スライド27）が報告。11/29の総会では敷地内薬局を持つ調剤薬局について、グループ全体で低い調剤基本料を設定する等の厳しい対応が提起されており、日本保険薬局協会(NPhA)が12/7に「不当な差別的取扱いを容認し、事後的に処罰的規制をするような改定は、著しく不合理であることが明白」として、厚労省提案に「強く反対する」声明を公表していた。

報告を受けた議論では、11/29の総会で提起されたグループ全体での調剤基本料の引き下げについて診療側・支払側が大筋で了承したほか、敷地内薬局を有するとみなされた医療機関の処方箋料についても院内処方並みに引き下げる方向性も提起し、同様に異論は出されなかった。

ただ、診療側の太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）は病院団体の中では「敷地内薬局は適法であり、何が問題か」との意見もある点を指摘。敷地内薬局の在り方そのものを根本から議論する必要があると付言した。

議題4：医科点数表における医療技術に係る項目の整理について

－算定が極めて少なくかつ別の技術に置き換え済みの技術は削除の方針－

厚労省担当者より、医療技術の算定が極めて少なく、かつ他の医療技術で置き換え済みの医療技術について関係学会等の意向も踏まえて削除を検討する方針が提起。大筋で了承され

た。なお、診療側の長島委員は削除に当たっては相当の経過措置の設定を求めた。

議題5：保険外併用療養について

(1) 選定療養に追加すべき項目について

不妊治療の患者都合の範囲に配慮を—支払側佐保委員—

厚労省担当者より、この間関係学会・医療関係団体・国民から募集を行った選定療養に追加すべき意見等の結果（総-5-1 参考）に基づき、①保険適用期間を超過した高血圧治療補助アプリ等の使用、②保険診療の対象外患者（生活習慣の管理等で使用）に対する間歇スキャン式持続血糖測定器の支給、③不妊症治療における医学的理由ではない患者都合による精子凍結・融解、④医学的な必要性が認められる場合を除く長期収載品の処方新たに選定療養として追加する方針が提起された。

報告を受けた議論では、佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）が不妊症治療における「患者都合」の判断を巡り発言。「一般的な感覚としては医学的な必要性がないにも関わらず患者が希望した場合が想定される」と前置きしつつ、昨今、共働き世帯が増える中、男性側が出張などで受診日当日に精子を持ち込めない場合も多い点を指摘。「不妊治療と仕事の両立支援との観点からも、こうした事例を患者都合として負担を求めるべきではない」と述べた。

(2) 第1段階承認（薬事承認）、チャレンジ申請のプログラム医療機器は評価療養で実施—異論なく承認—

厚労省担当者より、この間の保険医療材料専門部会での議論に基づき、①薬事承認における第1段階承認を取得している、②既に保険適用されているが保険適用されていない範囲での使用に係る有効性についてチャレンジ申請を目指すプログラム医療機器について評価療養として実施可能とする方向性が提起され、承認された。

議題6：訪問診療・往診等における距離要件について

患者の受診医療機関のヒアリング、距離要件の周知徹底を—診療側・支払側—

厚労省担当者より、現状往診や訪問診療料は医療機関より原則 16 km以内の範囲で行う事とされており、当該範囲内に往診可能な医療機関が存在しない場合等の「絶対的な理由」がある場合は当該範囲を超えた往診を可能とする旨を事務連絡で周知している（総-6 スライド3~4）が、この間の規制改革会議等では当該「絶対的な理由」について更なる整理・周知が求められた（同スライド5）点を報告。

報告を受けた議論では、診療側・支払側委員共に、「絶対的な理由」により往診を実施する患者は、当該患者の他の医療機関への受診状況等に関する事前のヒアリング実施が重要との意見が相次いだ。また、支払側の松本委員は往診における 16 kmの距離要件や、当該要件が除外される「絶対的な理由」について、そもそも大半の患者は知らない点を指摘。「保険者も周知に協力する」と前置きしつつ、厚労省による広範囲の周知を求めた。

議題7：令和6年度診療報酬改定への意見について（各号意見）

—看護必要度、「かかりつけ」医機能の評価を巡り双方に溝—

診療側・支払側各委員より、令和6年度診療報酬改定への意見が提起。当該意見に基づく議論は年明けの中医協総会で行われる予定である旨も小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）より示された。

意見では、診療側は小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の引き上げや、特定疾患療養管理料の対象疾患拡大など「かかりつけ」医機能の評価の更なる充実（総-7-2、6 ページ、5.(1)~(2)）や、入院医療における重症度、医療・看護必要度の変更の大幅な見直しについて慎重な検討を求めた（同、4 ページ、2.(2)）一方、支払側は特定疾患療養管理料の対象患者からの高血圧、糖尿病、脂質異常症の除外や、外来管理加算の廃止など「かかりつけ」医機能評価の抜本的な見直し（総-7-1、8 ページ、(3)の①）や、この間の入院・外来医療等の調査・評価分科会の議論結果を踏まえた重症度、医療・看護必要度の大幅見直し（A 項目の厳格化、B 項目廃止など）（総-7-1、3 ページ、(1)の②）、更には急性期一般入院料 2~6 の廃止による高齢救急患者を包括的に受け入れる新病棟類型の創設（総-7-1、6 ページ、(2)）を求めるなど、意見が大幅に乖離している論点が複数存在しており、年明けの中医協総会での

議論内容が注視される。

<会内使用以外の無断転載禁止>

配布された資料は、厚生労働省HPでも公開されています。

総会（第 576 回）：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00236.html