

中医協概要報告（2023年12月1日開催）

（第569回総会）

厚労省は12月1日、中医協総会を開催した。

この日は、令和5年度の薬価と材料の価格調査結果速報と、「医療DX（その3）」、「個別事項（その9：小児・周産期（その2）」、「個別事項（その10：リハビリテーション・栄養・口腔）」、「長期収載品（その2）」をテーマに議論した。また、医療経済実態調査結果に対して、1号側からは健保連の分析、2号側は連名で見解が示された。

薬価と材料の価格調査結果速報については、薬価の平均乖離率が約6.0%（前年度比1.0pt減）だった。一方、歯科用薬剤の乖離率は-5.6%で、医療機関の購入価格が薬価を上回った。材料の平均乖離率は約2.5%（21年度比1.3pt減）だった。

医療DXに関しては、400床以上の全医療機関に「医療情報システム安全管理責任者（責任者）」を配置することが提案されたが、**松本 真人委員（支払側、健康保険組合連合会理事）**からは「中小規模の医療機関にも拡大」「救急用サマリー確認の要件化」を求めたが、診療側からは「現実離れ」と反発した。

小児・周産期に関しては、NICUの管理料の3対1看護配置をより手厚くするとの提案に双方賛同したが、**松本委員**からは「ICUもPICUも2対1なので、さらに2対1も検討を」と踏み込み、厚労省も2対1の実績を強調した資料を出している。また、小児特定疾患カウンセリング料については、初診時に時間を要している点や2年以上の算定期間の実態が議論になり、**長島 公之委員（診療側、日本医師会常任理事）**からは「初診への評価見直しを」、**松本委員**からは「算定期限の検討を」（**長島委員**は反対）と主張した。

リハビリテーション・栄養・口腔に関しては、**松本委員**から「医療・介護連携推進を目的に、医療から介護へのリハ実施計画書の提供を疾患別リハの『通則』に位置づけるべき」と主張し、診療側は「正当な理由により提供しない場合にはそもそも算定できなくなる」と反論した。**林 正純委員（診療側、日本歯科医師会副会長）**はリハ実施計画書への口腔管理の項目追加などを求めた。また、**松本委員**は「ADL維持向上等体制加算」の届出数が少ないことにも言及し、抜本的な見直しを求めたが、診療側からは「点数が低くPT確保出来ないし、加算の必要性を感じない」との意見が出された。

長期収載品については、長期収載品の薬剤自己負担見直しにあたって患者負担をどこまで求めるか、「医療上の必要性」のケースや対応策などについて議論した。診療側からは「入院では包括払いやフォーミュラりの関係で選定療養化が難しい」として入院を対象外にするよう求めた。

なお、この日は支払側、診療側双方から実調に対する意見が示された。

健保連からは、支払側を代表して分析結果を示した。主に、「コロナ補助金を含めた収支で判断することが妥当」、「厚労省の指摘と同様に、極めて堅調である」、「推計データを活用するのであれば、何を目的にどのようにやるのか事前に提示し議論すべき」など、

対して診療側は、連名で見解を示し、医科、歯科、薬局に分けて説明があった。厚労省がコロナ特例等を除いた推計結果を基に、「深刻な経営実態だ」と強調した。

薬価乖離率6.0%、材料価格乖離率2.5%、歯科用薬剤は-5.6%

総会では、2023年度の薬価・材料価格調査結果速報が提案された。薬価については、令和5年9月取引分について販売サイドから11月2日までに報告があったものを対象に価格調査が行われた。材料について

は令和5年5～9月取引分（ただし、ダイアライザー、フィルム、歯科材料、保険薬局調査分は令和5年9月取引分のみ）について、販売サイドから11月8日までに報告があったものを対象に価格調査が行われた。

この結果、薬価の平均乖離率は約6.0%（前回7.0%より1Point減）で、後発医薬品の数量シェアは約80.2%（前回79.0%より1.2Point減）で、材料価格の平均乖離率は約2.5%（前回令和3年度3.8%より1.3Point減）となった。なお、歯科用薬剤は平均乖離率-5.6%と逆ざや状態であり、**林委員**は「薬価差偏在の一種と認識している。厚生労働省からも通知において、安定供給を継続させるために適正な価格で流通することが望まれる、とより踏み込んでいる。引き続きマイナス乖離率の解消につながるよう検討をお願いしたい」と求めた。

医療DX、サイバー対策で長島委員、支払側の意見に「現実離れしている」と反発

総会では、「医療DX（その3）」をテーマに議論が行われた。主な論点では、救急時のサマリー活用やセキュリティ対策、オン資確認、電子処方箋などを中心に発言が出された。

（情報基盤に係る整備について）

(1) 急性期充実体制加算や救命救急入院料等、救急外来における救急用サマリー等を活用できる体制整備を促進する。

（サイバーセキュリティについて）

(2) オフラインでのバックアップを行っている場合に評価を検討。

(3) 医療法の立入検査項目に合わせて、全医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めているかどうか。

(4) BCP策定やBCPに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行う場合に評価。

（オンライン資格確認等システムについて）

(5) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、マイナ保険証利用により取得された薬剤情報等を活用させる方策を検討。

(6) マイナ保険証による薬剤情報や特定健診情報の直接閲覧と、3文書6情報の適切な入力・活用等の体制整備を促進。

（電子処方箋について）

(7) 電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応を検討。

長島委員からは、以下のような指摘が出された。

- ・医療DXの推進は重要だが、対応できない医療機関がすぐに評価されない。全国医療情報プラットフォームに対応するには電子カルテの改修等を含め、一定の体制整備が必要だ。それらは診療報酬というよりも、補助金で手当すべき。これにより医療情報システム安全管理責任者の配置も対応できると思うが、全医療機関が直ぐに対応できるわけではない。
- ・また、サイバー攻撃を受けた場合の対応も検討いただきたい。
- ・オン資確認システムのメリットは利用が進めば拡大すると思うので、現行の医療情報システム基盤整備体制充実加算は引き続き継続を求める。
- ・電子処方箋の普及にとって最大の障壁は、導入のコストの高さだ。逆に最も効果的な普及策は、まずは導入コストを小さくすることにあるため、厚生労働省としてベンダーや業界に働きかけ、医療機関に対しては、導入の補助金を全額補助いただく必要がある。

太田 圭洋委員(診療側、日本医療法人協会副会長)からは、以下のような意見が出された。

- ・医療 DX の推進が本当に診療報酬で適切に担保されているのかというのを多くの医療機関が疑問に思っている。診療報酬上での配慮というのをぜひお願いしたい。
- ・オフラインのバックアップに関しても、多くの医療機関が今回のガイドラインの変更に伴って検討したが、かなり膨大な投資が必要だ。
- ・サイバー攻撃によって施設基準等が満たされなくなった場合に、特別入院料に落とさなければいけないという指導を受けた医療機関がある。これでは経営的に成り立たない。災害に遭ったと同じような形での何らかの救済策を検討いただきたい。

林委員からは、「中医協マターではないが、サイバーセキュリティ対策チェックリストについて、出来る限り分かりやすい案内をお願いしたい」と求めた。

森 昌平委員(診療側、日本薬剤師会副会長)からは、「現場が導入したいと思うような使い勝手の良いシステムにしないと実を伴うものにならない。オン資システムのように途中から変更を行うことがないよう、関係部局では現場等から丁寧に聞き取りをして課題を把握し、先手先手で対応を」と求めた。

池端 幸彦委員(診療側、日本慢性期医療協会副会長)からは、サイバー対策についても感染対策向上加算と同様に、医療機関同士での連携も踏まえた手当のようなものの検討を述べた。

松本委員からは、以下のような意見が出された。

- ・救急用サマリー等の活用を要件に位置づけるべき。
- ・出された資料を見る限り、医療機関のサイバーセキュリティ対策は十分とは言えないという印象を受ける。
- ・医療法の立入検査において、全医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置が求められることを踏まえれば、診療録管理体制加算で 400 床以上医療機関のみに義務付けている責任者の配置を中小の医療機関にも拡大すべき。
- ・医療情報システム基盤整備体制充実加算については、昨年末の答申書付帯意見で特例の延長を行わないと明記された通り、12 月末で特例を廃止することを前提とすべき。
- ・電子処方箋について、残念ながら導入割合 5 %以下と極めて低いと言わざるをえない。保険料を通じて全国民がランニングコストを負担していることを踏まえ、導入を加速する必要がある。
- ・また薬局にとっては、既にポリファーマシーに関連する評価があるため、電子処方箋を使用した患者の負担増になる加算は新設すべきではない。

鈴木 順三委員(支払側、全日本海員組合組合長代行)からは、「デジタル化に対する負担が大きいというのは当然だが、どの企業も同じであり、補助金があれば減価償却でコストが削減されるバランスで一時的なものであり、長い目で見ればコスト削減につながる。導入当初は補助金等で対応しても良いが、補修は対応が難しい」と難色を示した。

支払側からの様々な意見に対し、長島委員は、「そもそも(医療情報システムも含めた)救急用サマリーについては令和 6 年度運用開始を目途に現在整備を進めている最中のため、まだ出来ていないものに対し要件化すること自体が現実離れしている」と一蹴した。また、安全管理責任者の要件についても、「2023 年から医療法で位置づけられたばかりで、実態として配置できていない以上、現実離れしている」と指摘した。セキュリティ対策についても、「これまでのガイドラインではクローズドなネットワークこそがセキュリティ対策としての方向性だった。それを急に外部ネットワークと接続することとなる以上、大幅な変更となる。加えてこれらの体制は診療報酬上全く担保されていないし、(患者の

利便性はあっても) 医療機関の経営効率化には関与しにくい」と反発した。むしろ ICT 化により利便性や新たな価値が生まれるのであれば、それに見合う評価を上乗せする必要を訴えた。

茂松 茂人委員(診療側、日本医師会副会長)も、「デジタル化に対する負担が大きい」と述べ、鈴木委員の「長い目で見ればコスト削減」との発言に対し、「我々は公定価格でやっている。その中にこの医療 DX への対応の費用は全く入っていない。減価償却などの発言も出たが、システム自体が5年に1回改修が必要で、メンテナンスもコストが必要。しかしベンダーからの改修費用もまた高額になるだろう。一旦機械を入れるとその機械のフォローでかなり費用が嵩んでいく」と現場の実態を明らかにした。

診療側の視点で考えれば、ポイントは以下の4つが考えられる。

- ①医療 DX を担保する原資は診療報酬には無い、もしくはコストに見合っていない。
- ②医療 DX で働き方やマネジメント向上で経営も向上するという論点も、新たな要件が課される以上に、セキュリティ対策や労務管理のコストがのしかかり、むしろマイナスとなる。
- ③システムの維持にもコストは当然掛かるということは、一度導入すれば終わりではない。
- ④医療界のセキュリティ対策は昨年開始したばかりと言っても過言ではない。先進事例も多いが、ボトムアップには相当な時間がかかる。

支払側はこれまでも医療の ICT 化や DX が万能のような発言が多いが、医療情報プラットフォームもまだ途中段階で、セキュリティ対策も始まったばかりだ。健保連ですら 2015 年にマルウェア感染を受けた過去がある。被害はなかったようだが、しっかりした対策を講じるためにはヒト・モノ・カネなどのコストは惜しむべきではない。それが人命に関わるのであればなおさらだ。

NICU、2対1看護、小児入管3の病床単位、成人との混合病棟でのユニット化、補助者配置など議論

総会では、「個別事項(その9)」として、小児・周産期(その2)をテーマに議論が行われた。主な論点は、以下の通り。

(小児入院医療について)

- (1)小児入院医療管理料の病棟運用と、成人患者との混合病棟における療養環境の向上を検討。
- (2)小児入院医療管理料の保育士や看護補助者の配置に関する評価の検討。

(小児高度急性期医療について)

- (3)NICUの看護配置をさらに評価(現行3対1だが、健保連は2対1を示唆)。
- (4)重症新生児の退院支援をさらに評価。
- (5)臓器移植患者は移植前からの集中治療が必要なため、PICUをさらに評価。

(医療的ケア児について)

- (6)医療的ケア児の入院受入に係る体制整備の評価を検討。

(小児科における児童精神について)

- (7)発達障害の初診待機や、児相の虐待相談対応件数が上昇し、医療機関や医師、専門職が不足しているため評価を検討。小児特定疾患カウンセリング料は診療時間が長く、実態に見合った評価を検討。

(周産期医療について)

- (8)出産費用(正常分娩)の保険適用の導入を含め、ハイリスク妊婦に係る評価を検討。

長島委員からは、以下のような意見が出された。

- ・小児入院医療管理料3と4で届出病床数が変わらないため、管理料3の病床単位での届出も認めてほ

しい。また、保育士1名の配置を評価した加算について、さらなる配置評価も検討を求める。また、家族の付き添いについては診療報酬以外の施策も必要だ。

- ・小児高度急性期医療体制が2：1に手厚くなっていることが明らかになったため、今後さらに十分な評価を求める。
- ・小児への退院支援を目的とした入退院支援加算3については、更に需要があり、さらなる質向上のために実態に即した評価とすべき。
- ・医療的ケア児への対応について、事前に在宅ケアの把握を目的としたコミュニケーションの取り組みなどをまず評価すべき。
- ・児童精神については、初診時のカウンセリングに時間を要することが明らかなので、実態に見合った評価の検討を求める。
- ・ハイリスク妊娠管理加算では、妊娠22週未満での入院割合が4.1%という実態から（スライド44）、それを踏まえた適切な評価の仕組みの検討を求める。

池端委員からは、以下のような意見が出された。

- ・小児科病棟での家族の希望による付き添いという実態があり、家族が安心できる看護体制やケアが今後の課題。医療的ケア児についても、両親からは「レスパイトケアをする場所がない」という回答もあり、例え体制があっても、精神的な安心が追いつかないという実態もあるため、信頼関係の構築の評価をお願いしたい。
- ・児童精神については、私自身は地元で保育園も運営し、地域の関係会議に出ているが、自閉症を含む発達障害が増加傾向にある。増えているのではなく、おそらく病名が付けられるようになったという要因もある。しかし、対応できる専門医が少なく、口コミで特定の専門医に集中して予約待ちになるという話も聞いている。児童の親は診断を受けると心配になり、頻繁にアドバイスを求めるような傾向もあるため、医師ではなく公認心理士等のカウンセリングも含めたソフトランディングな対応なども検討すべき。

松本委員からは、以下のような意見が出された。

- ・成人との混合病棟に多くの小児患者が入院している実態もあるため、課題として病室単位のユニット化が推奨されている。このため、届出数の確保も理解しているが、患者減少も考えると、機能強化で重点化という手厚い体制も必要だ。
- ・タスクシェア・タスクシフトの観点で看護補助者を活用することは考えられるが、保育士の配置と同様に看護補助者を加算で評価するというのは、療養環境の質を確保する観点から慎重に判断すべき。
- ・予後の改善やインシデント減少のためにも、NICUの2対1看護の必要性を検討すべき。
- ・臓器移植患者については、移植前からの全身管理で、集中治療室の対応日数が長くなっている実態を踏まえれば、算定上限を見直すことに異論はない。
- ・医療的ケア児については、レスパイトケアの重要性について十分理解する。障害福祉との同時改定のタイミングで、スライド63などで紹介されている障害福祉サービスによる評価で対応していただきたい。
- ・発達障害への対応や児童虐待の早期発見と相談体制の確立は社会問題としても解決が必要な課題だ。発達障害や虐待の疑いに気づくことはかかりつけ医機能として期待出来るため、小児かかりつけ診療料への要件として、こうした役割を明確化してはどうか。
- ・小児特定疾患カウンセリング料については、患者の10%が算定期限を超えて通院を続けている。受診の理由や医療内容を精査した上で、算定期限について検討すべき。

- ・ハイリスク分娩対応の重要性は十分に理解できるが、一方でスライド 105 では、早産や切迫早産でハイリスク妊娠管理加算を算定する患者の場合、一部で算定対象となる妊娠 22 週より前に入院している一方、多くの患者が上限である 20 日間まで算定されている実態がある。正常分娩の保険適用に向けた見える化の取り組みも踏まえて、療養の必要性を精査した上で、加算の算定期間を適切に設定すべき。

森 昌平委員(診療側、日本薬剤師会副会長)は、小児における調剤方法は一日あたりの処方量が微量なため、分包に注意が必要という実態を紹介し、入院時の調剤方法などの情報共有について検討を求めた。

長島委員は、松本委員が小児特定疾患カウンセリング料における要件化を求めた件について反対し、「初診時に非常に時間がかかっているという実態を踏まえて評価する」ことを求めた。

ADL 維持向上等体制加算の届出少数、リハ・口腔・栄養含めた評価引き上げを要望

総会では、「個別事項(その 10)」として、「リハビリテーション・栄養・口腔」をテーマに議論が行われた。主な論点は、以下の通り。

(疾患別リハビリテーション料について)

- (1) ADL が低いほど、認知症が重症なほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の A 項目の一部に該当する場合、疾患別リハを実施する際に、複数人による訓練提供や訓練提供時間以外に 10 分以上の時間を要する割合が高い傾向にあるため、急性期のリハ推進を検討。
- (2) 疾患別リハ料の PT、OT、ST 等による提供実態を把握しエビデンスを集積。

(医療・介護・障害福祉サービスの連携について)

- (3) 保険医療機関から介護保険事業所へのリハ実施計画書の提供を疾患別リハ料の通則に位置づけ。退院時共同指導料 2 の参加職種に老健・介護医療院等の訪問リハ事業所の医師・PT 等の参加が望ましいことを明確化。
- (4) 保険医療機関が障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)を提供する際に、PT 等の人員配置基準や面積等施設基準が医療の患者の支障のない範囲での共用等を認める。

(がん患者に対するリハビリテーションについて)

- (5) がん患者の術前の呼吸器リハ料の対象疾患を明確化。

(栄養管理について)

- (6) 入院患者の栄養・摂食嚥下状態を DPC データ(様式 1)で活用。
- (7) 医療機関と介護保険施設の栄養情報連携を推進。

(口腔管理について)

- (8) 回り入院患者に対する口腔管理のため、リハ実施計画書に口腔管理に係る項目を追加や、歯科医療機関と連携。

(急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔)

- (9) ADL 維持向上等体制加算の届出施設数は少ないことを踏まえ、急性期病棟において、▼PT 等配置とリハ提供推進▼土日祝のリハ提供▼栄養管理の強化▼リハ・栄養・口腔の一体的な運用を図る。

長島委員からは、以下のような意見が出された。

- ・疾患別リハ料について、一定の対応が必要な状態についての評価の推進は異論ない。ただし、現在そういった対応が必要な状態が存在するにも関わらず、実際には十分に行われていないとすれば、その原因がどこにあるのか、もう少し分析すべき。
- ・同時改定ということもあり、医療、介護、障害の連携推進という観点から、リハ実施計画書が広く医

療介護で共有されるための方策を推進すべきだが、通則に位置づけて広く義務付けると何らかの正当な事情があって提供できない場合に、疾患別リハが算定できないことになってしまい、影響が大きすぎるため、別の方法を検討すべき。

- ・ 6年前の同時改定において、医療機関が通所リハを実施する場合に、人員等を共用可能にしたのと同様の要件緩和が妥当。
- ・ 入院時のスクリーニングにより、特別な栄養管理が必要と医学的に判断された場合については、非常に重要。現在の DPC データ様式 1 の活用についても、まずは特別な栄養管理が必要と医学的に判断された患者について検討を進めるべき。医療機関と介護保険施設の栄養情報連携も重要です。必要な患者に、医療機関の管理栄養士と介護保険施設の管理栄養士の連携が進むような取り組みを検討してはどうか。あわせて、例えばスクリーニングの実施等の重要性は理解した上で、現場でどういったことが実装されうるのか。かなり高度な検討が必要になるが、データによりそれが現実に活用されうるのか、見通しも今後示してほしい。
- ・ 急性期のリハ、栄養、口腔について、高齢者が入院生活において、疾患からの回復に加え、活動量が落ちることから、急性期医療における高齢者の ADL 悪化を防ぐことは重要。現在の ADL 維持向上等体制加算は要件が複雑なため、届出数が少なくなっている。従って、論点に示されているような内容を踏まえ、エビデンスや現状に合った形で評価できる形にすべき。

林委員からは、急性期や回リハなどでリハ、口腔、栄養管理の一体的な取り組みが進むような仕組みを求めた。

太田委員からは、以下のような意見が出された。

- ・ 高度急性期やハイケアユニット等では、早期の ADL 改善のためのリハや栄養の介入などを評価する点数があまり重視されていないと認識している。ADL 維持向上等体制加算も届出医療機関数は低下傾向にある。必要性は分かるが対応コスト等を考えた場合には点数は不十分である。しかし同時改定で進めるべきということは理解している。例えば土日のリハ提供や、早期の栄養介入等を要件としながらの加算拡充や、疾患別リハの併算定を認めるなど、何らかの形で急性期のリハや栄養の介入がスムーズに進むよう検討を求める。この動きが順調に進めば、回復期への転棟時の状況が変わってくるだろう。急性期では重症患者の受入、回復期では FIM 得点などクリアすべき要件があるため、どこまでこれらの介入が出来るか分からないが、在宅復帰に繋がるような全体の診療報酬設定の検討をお願いしたい。

江澤 和彦委員(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。

- ・ リハ実施計画書の提供については介護報酬改定でも入手要件の議論が進んでいる。医療機関側でも対応するためによほどの周知が必要なため、評価も含めて連携すべきだ。
- ・ 退院時共同指導料 2 において、老健や介護医療院等の医師・PT を共同指導の参加職種に含めるべき。
- ・ これまでの医療、介護分野での連携に関連する加算等の算定状況はかなり低い状況。

池端委員からは、「ADL 維持向上等加算だが、80 点では 24 時間体制のリハ提供がとても困難だ。また、リハだけ行っても ADL は上がらないため、リハと栄養と口腔を一体的に提供できる体制を大きく評価出来るよう検討を」と求めた。

松本委員からは、以下のような意見が出された。

- ・ リハ、口腔、栄養の管理について、ただ単純に評価を重視する算定を増やすということではなく、しっかりとエビデンスに基づいて対応すべきだ。
- ・ 疾患別リハについて、スライド 28~30 では ADL や認知機能の低い患者やラインチューブで管理された

患者の場合に、複数名による訓練や訓練以外の対応に一定の時間を要する傾向は分かった。ただ複数名のリハビリは比較的短時間が多く、訓練以外の対応では医師や看護師との情報共有が多いということがスライド 28 に示されているが、これはある意味で医療機関として当然の業務という印象がある。

- PT、OT、ST 等による提供実態の把握方法については、スライド 15 を見ると、前回改定で新設したリハビリのデータ提出加算の算定が 52 施設にとどまることから、今後もエビデンスに基づく議論が難しいと懸念している。スライド 32～35 では、リハビリの効果は職種によって異なることに一定のエビデンスがあり、職種ごとに業務内容が異なることを踏まえれば、疾患別リハをリハ料の職種別評価体系に分けてデータ分析の精度を高めることは十分考えられる。
- 6 年前の同時改定でリハ実施計画書の情報共有に対する評価を新設したにもかかわらず、スライド 39 では算定回数が極めて少ない。また先ほど江沢委員も指摘されたが、スライド 44 から医療におけるリハビリの状況が介護事業者に十分伝わっていないため、情報連携が十分とはいえないことが分かる。従って、疾患別リハの通則や退院時共同指導料の要件として介護との連携を設けることに賛同する。
- 術前の呼吸器リハ料の対象としてがんを明確化することについては、ADL 悪化予防のエビデンスを踏まえ賛同する。
- 医療機関における栄養管理体制は入院基本料等の通則に明確に位置付けられ、基本診療料として既に評価されているものと認識しているが、スライド 78 を見ると、栄養管理が不十分な病院が一定数存在するため、厳しい対応が必要だ。
- 急性期のリハ、栄養、口腔について、ADL 維持向上等体制加算は、実績が極めて少なく、届出を行わない理由として、PT を確保できないという回答が最も多いが、一方で必要性を感じないと回答した施設も 4 割以上ある。このため、体制加算としての位置づけを根本的に見直す必要がある。
- 栄養管理については、まず大前提として常勤管理栄養士 1 名以上配置と、入院時の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認すること等は当然の業務として対応すべきだ。一方でスライド 141 では、管理栄養士が病棟配置されたにもかかわらず、栄養情報提供書の作成、ミールラウンドなどは取り組みが十分といえない状況のため、まずは病棟での役割をしっかりと果たすべきだ。
- スライド 143 にある連携状況を見た場合、例えば赤枠で囲われているところを見ると、歯科医師や薬剤師などの方々の関わりが非常に少ない。現場の実情について診療側委員に伺いたい。

松本委員の質問に対し、**太田委員**は、以下のように述べた。

- 赤枠囲みを見ると、リハビリ関連についてはリハスタッフの関与が多いが栄養管理計画では非常に少ない。逆にリハスタッフが少ないと、栄養や口腔関係の方々の関与が多い。今度の改定に向けて、リハ、口腔、栄養の一体という非常に重要な概念を我々は受け止めているが、それに対する認識というのがまだ不十分な状況だろうと思う。池端委員も述べたが、診療報酬改定で検討していく中で、この状態を改善するために診療報酬上の評価を改善すべきだ。

池端委員も同様に、以下の通り回答した。

- これは急性期一般 1 のデータで、平均在院日数 10 日前後の病棟では治療が優先されるため、リハ、口腔、栄養は治療後となり、結果的に転棟・転院後の対応ということでこのようなデータになるという印象を持つが、一方で特に高齢者の場合は、治療と同時に早期から対応すべきというデータもある。だからこそ、急性期に三位一体の体制がこれから求められるのではないかという印象だ。

江沢委員も同様に、以下の通り回答した。

- 急性期一般のデータだが、実態として病院に歯科の併設が必ずしも多くないため、どうしても歯科医師とか歯科衛生士の連携が地域によっては難しい。

- ・薬剤師は専門職の中でも最も不足している。ある意味では薬剤師が以前から病院に不足していると言われていたことを反映している。
- ・リハスタッフについては、これから強化していくことが今回の課題に入っていることから、急性期でのリハビリを高めていく必要がある。
- ・管理栄養士もこれからますます病棟で活躍していただくという方向になっている。
- ・つまり、現状の人員配置等も含めた、または診療科の併設状況も表した結果といえる。

林委員も、「急性期でのリハ、口腔の一体的な取り組みが今後重要だ。まさにこのデータが示す通りまだまだこれからだ」と述べた。

同じく長島委員も、「口腔管理の歯科医療機関との連携等に関してこれからどう連携を深めていこうかという段階のため、他も含めまだまだ通則という状態ではない」と理解を求めた。

診療側の回答に対し、松本委員は、「通則に今入れることはある意味ちょっと時期早尚だと分かった。評価に関しては早急にというご意見が多いと受けた。ただそれに関してはバランスを欠いた印象も受けるが、今後議論したい」と述べた。

江澤委員はまた、松本委員がスライド 28 に対して「医師や看護師との情報共有の時間が多い」と発言したことに対し、「リハも栄養も、実施記録を踏まえたアセスメント部分に相当な時間を要する実態があることをご理解いただきたい」と述べた。

長期品の選定負担策、双方から「分かりにくい」「混乱無きよう」との意見相次ぐ

総会では、「長期収載品（その2）」として、長期収載品の処方時に、後発品に誘導させるためにあえて差額を負担させるという論点について議論が行われた。主な論点は、以下の通り。

(保険給付と選定療養の適用場面について)

(1) 医療上の必要性が認められる場合に関して、医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合の他、下記についても検討。

- ① 銘柄名処方で、患者希望により先発医薬品を処方・調剤した場合
- ② 一般名処方

(2) 上記に際して、後発医薬品の供給不安の場合に、選定療養の適用場面を検討。

(3) 院外処方のほか、院内処方、入院時の投薬の検討。

(選定療養の対象品目について)

(4) 選定療養対象の長期収載品目の範囲。具体的には、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進む中で、長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後の年数等に着目して薬価ルールを設定していることも参考に、後発品上市後の年数や後発品の置換率等について、検討。

(保険給付と選定療養の負担に係る範囲について)

(5) 保険給付と選定療養の負担範囲について検討。

- ① 患者が長期収載品を選好する場合の患者負担の水準
- ② メーカーによる薬剤工夫など、付加価値等への評価
- ③ 医療保険財政の中で、イノベーション推進や、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進めていく観点
- ④ 選定療養化に伴い、一定程度、後発医薬品への置換えが進むことが想定される中で、現下の後発医薬品の供給状況

(長期収載品の選定療養の前提となる後発医薬品の価格について)

(6) 患者負担への配慮や、後発品の最低薬価を基準とする場合、①長期収載品と②最高薬価の後発品を選択する場合には、②の方が保険給付が多くなる逆転現象が生じる可能性を踏まえ、長期収載品の選定療養の場合における保険給付範囲の水準の検討に際して、前提とすべき価格差をどのように考えるか。

診療側からは何点か共通した意見が出された。

- ・保険給付と選定療養の適用場面のイメージとしては、スライド5の図のように整理できるとしても、実際にはもっと複雑だ。例えば、処方や調剤の際に、先発医薬品を選んだ理由が患者さんの希望であったとしても、その背景には使用感や効き目の違いなど患者自身が感じている医療上の必要性が理由となっている場合もある。したがって、医師も患者さんとコミュニケーションを取りつつ、しっかりと判断する必要性もあるが、自己負担が増えるとトラブルになる可能性もあるので、どのような場合に保険給付となるのか、あるいはどのような場合に選定療養となるのか、明確なルールを設けていただく必要がある（**長島委員**など）。
- ・また、後発医薬品の供給不安を踏まえれば、やむを得ず先発品を選択せざるを得ない場合も当然ある。そのような場合も選定療養とすべきではない（**長島委員**など）。
- ・選定療養の対象品目については、代表的な事例としていくつかパターンを示すなど、ある程度シミュレーションを実施した上で検討する必要がある（**長島委員**など）。
- ・保険給付と選定療養の負担に係る範囲について、①の患者負担の水準については、長期収載品の薬価を超えた無制限な上乗せは当然適当ではない。また、長期収載品の薬価よりも低い金額設定を認めることで競争を煽るのは安定供給の観点からも適当ではない。また③のや④については、過度にメリハリを利かせると、自己負担の変動による患者さんの混乱や安定供給に支障が生じる恐れもあるため、最初はできるだけ低い割合から始めるべき（**長島委員**など）。
- ・スライド25のように、長期収載品よりも後発医薬品の方が保険給付範囲が大きくなれば、後発医薬品の使用促進、つまり医療費の伸びを抑えつつ、国民皆保険の維持を図るという意味がなくなり、制度上の混乱が大きくなる。このため、価格差はあくまでも後発医薬品の使用促進のため、そして複雑になりすぎない形で設定するのが適当だ（**長島委員**など）。
- ・長期収載品の選定療養の前提となる後発品価格については、後発品の最低価格を基準とした場合、患者にとっては後発品を使用するインセンティブがより強く働くとは思いますが、それによって保険給付がむしろ多くなることには違和感がある。これは複数ある後発品の中間の薬価を基準とした場合にも、価格差によっては起こりうる。従って、今回は後発品の最高薬価を基準とすることが妥当だ（**森委員**など）。
- ・患者負担について、選定療養の導入により不公平感を感じさせないように、また医師・歯科医師が医療上の必要性があると判断して行う手法が妨げられることがないようにすべき（**林委員**など）。
- ・少なくとも後発品の上市直後は対象とすべきではない（**林委員**など）。
- ・選定療養の対象品目について、極力広く対象にするという観点から、後発品上市後年数については、Z2の適用時期となる5年が一つの目安になる（**松本委員**）。
- ・後発品の置換率については安定供給への影響なども踏まえ、一定程度置き換えが進んでいるものを対象とすることが良い（**林委員**など）。
- ・出来高で薬剤を投与している入院料も多く、投与する医薬品はフォーミュラリなどで決めていることもある。院内処方や入院時処方では非常に大きいため、今回の議論からは外すべきだ（**太田委員**）。
- ・後発品の置換率については、利用上の必要性に配慮した除外要件の設定を前提とした上で、50%を目

安とすべき。50%というのは半数を超えればある程度後発品が浸透したというふうに考えられるラインとも感じている（松本委員）。

- ・付加価値等への評価については、薬価制度側で考慮すべきであり、選定療養の仕組みとして対応することには違和感がある（松本委員）。
- ・医療保険部会でも質問したが、本来選定療養は一定の幅があり、あとは自由に決められるので、これをフィックスするということが法的に可能なのか（池端委員）。
- ・今後、法制上の整理を含めて整理した上で示す（保険医療企画室長）。

また、長島委員からは重ねて以下の点を強調した。

- ・患者さんと医療現場に混乱や支障が生じないこと。
- ・医薬品の安定供給に支障が生じないこと。
- ・その他、例えば代表的な事例をいくつかのパターンでシミュレーションを示し、具体的な検討ができること。もう一つは実際に実施した後も医療現場および安定供給について国としてモニタリングを行い、必要が生じれば対策を行うこと。特に安定供給のモニタリングはしっかり行うこと。
- ・医療上の必要性の捉え方が医療機関によってかなり大きくばらつくことと国民が大変混乱するため、国民向けのガイドラインの策定を検討してほしい（飯塚 敏晃委員（公益側、東京大学大学院経済学研究科教授））。
- ・これをやるならばもう少し安定供給してからでないと、現場では本当に困ったことになるのではないかと思うので、その点は慎重にお願いしたい（茂松委員）。

双方から実調に対する見解示される—

健保連「コロナ含めば経営顕著」、診療側「コロナ除くと病院赤字7割・診療所3割赤字」

総会では、医療経済実態調査に対する支払側（健保連）、診療側（委員連名）からの意見がそれぞれ示された。

健保連からは実態調査でコロナ特例等を含めた結果に基づき「経営は極めて堅調」と強調した。

対して診療側は、厚労省がコロナ特例等を除いた推計結果を基に、「深刻な経営実態」と強調した。

各号の要旨は以下の通り。

支払側意見（松本委員）からは、以下のような意見が出された。

- ・最初に、医療機関の経営状況に関する分析ではコロナ補助金を含めた収支による判断が妥当。例えば病床確保料やワクチン接種料は通常診療を一部控えることによる減収の補填、補償であり、他の補助金も設備資材を追加購入するための支援ということで、いずれも収支均衡の考え方に基づくもの。これは内容に伴うかかり増し経費に充当する診療報酬の臨時特例措置にも共通する。
- ・経営に関しては総じて堅調。
- ・一般病院では令和4年度全体加重平均では1.8%の黒字だが、国公立を除くと、黒字は3.6%。
- ・一般診療所は個人、医療法人とも31.5%、9.7%と黒字。
- ・歯科診療所は全体17.4%の黒字で、高いレベルを維持。
- ・保険薬局は全体で5.5%の黒字と、経営としては比較的安定。
- ・損益差額率の経年変化では、医療法人は3.3%と安定した黒字を継続。国立は3.9%、公立は-7.1%で、令和元年度以前に比べると大幅に改善。
- ・一般病院の機能別損益差額率では、全体的に療養病棟60%以上の病院と療養病床を有しない病院、そしてDPC病院が黒字。国公立病院除く一般病院では全てが黒字。

- ・一般病院の病床規模別損益差額率の分析では、一般病院全体では100床を境に赤字と黒字がわかれている。また、国公立を除くと、令和4年度は20～49床を除き、1.1～4.9%程度。その中でも特に民間の100～499床規模病院が比較的利益が高い。
- ・看護職員処遇改善評価料状況別の分析では、届出有の病院は黒字、無は赤字。
- ・重点医療機関、協力医療機関の指定別分析では、重点医療機関、受入病床を割り当てられたその他の医療機関は黒字。
- ・一般診療所について、開設者別有床・無床別の分析結果では、個人、医療法人とも令和3年度比較で有床は黒字が減少、無床は黒字が増加。
- ・診療科別分析では、個人では高い率の黒字で、一部の診療科では令和3年度よりも率が上昇。医療法人も一部診療科では令和元年度を上回る黒字を確保。
- ・費用構造の経年変化について、国公立は収益に対する給与費、減価償却費等の割合が高く、高コスト体質に変更はない。
- ・一般病院と比較して給与、給与比率、減価償却費率がそれぞれ高い。医療法人の一般診療所では、令和3年度と比較して医業収益と損益差額が上昇しているが、給与比率は0.2ポイント減少。
- ・職員給与は、一般病院の病院長と一般診療所の院長の平均年収を比較すると、医療法人、その他、国公立では、令和3年度と比較して上昇。
- ・一般病院の主な医療従事者の平均年収では、一般病院の薬剤師、看護職員、医療技術員の平均年収は令和3年度と比較して2～8万円程度上昇。一方、医師の平均年収はほぼ同水準。
- ・職員給について、一般病院の開設者別の主な医療従事者の平均年収比較を見ると、医師は、国立その他の一般病院では上昇し、医療法人、公立、公的では若干減少。薬剤師は、国立公的その他の一般病院では上昇し、公立病院では平均年収がほぼ同水準。看護職員は、医療法人、国立、公立、公的その他の一般病院では、令和3年度比較していずれも上昇。医療技術員も増加しているが、医療法人国立公立の一般病院ではほぼ同水準。
- ・一般診療所の医師の平均年収は、令和3年度と比較して上昇。また看護職員、医療技術員の平均年収も令和3年比較では上昇。一方薬剤師の平均年収は減少。
- ・常勤職員数は、一般病院全体の100床あたり医師数は13.5人で令和3年度から若干増加。薬剤師も、一般病院全体ではわずかに令和3年度と比べて増加。一般病院全体の看護職員数も令和3年度と比較して若干増加。
- ・一般診療所の常勤職員数を有償無床別、診療科別では、常勤医師数は有床1.5人、無床0.4人で令和3年度と変化なし。薬剤師は有床0.1、無床0.0でわずか。
- ・経営という観点では、非常に総じて堅調である。特に、こうした資産の比率、あるいは流動比率等を見ると、経営的には余裕度が上がっている。

なお、次回調査に向けた意見として3点要望した。

- (1) 報告書において、加重平均値を併記する項目を拡大すべき。
 - (2) 資産負債の状況については国公立除く値を併記すべき。
 - (3) 医療機関の稼働状況と損益の関係性をより分析しやすいように、入院延べ患者数および外来も延べ患者数を調査表の項目に追加すべき。
- ・なお、前回の中医協で示された補足資料について、診療報酬改定の議論は、医療経済実態調査のデータに基づくべきと改めて強く主張する。仮に推計を行うのであれば、推計の方法など専門家の意見も踏まえて十分に検討し、推計の目的を含め調査実施小委員会や総会の了承を得た上で、中医協の向け

る議論に活用すべきだ。

- ・推計の内容にも疑問がある。例えば、収益については、病床確保やワクチン接種などが発生しない場合に、通常事業の継続による増加分が加味されていない。費用は、コロナの影響を補正する際、収益に占めるコロナ特例を除いた部分の割合を用いる方法は、収益から除いた金額と一致せず、かかり増し経費を補填する収支均衡の考え方とは相容れない。また令和5年度の推計は、新型コロナが5月から5類へ移行して以降、足元で医療費が高い伸びを示していることが考慮されていない。推計データを用いるのであれば、医療費予測の単位を医療費の短期予測の方法や、医療保険財政の見通しなど、様々な要素について、適切な議論と手続きを経るべきだ。

診療側意見からは、医科、歯科、薬局別で各委員から意見が出され、見解が読み上げられた。

まず医科の立場として、**長島委員**が述べた（以下、見解文を除く発言を抜粋）。

- ・新型コロナの影響を排除した令和3年度、4年度の損益率は、一般病院は、それぞれ-5.6%、-6.8%。厚労省推計による令和5年度の損益率は、-10%超の赤字が見込まれている。また、損益率のコロナ前の平均は-3.3%だったが、コロナ後の平均は-6.4%であり、コロナ前の平均を下回っている。
- ・厚労省推計による令和5年度の損益率は、-10%を超える赤字となることが見込まれている。また、損益率のコロナ前の平均は-3.3%だが、コロナ後の平均は-6.4%であり、コロナ前の平均を下回っている。同じく令和3、4年度における新型コロナに関する診療報酬上の特例等の影響を排除した一般診療所の医療法人の損益率はそれぞれ6.0%、6.9%だった。損益率のコロナ前の平均は6.3%だったが、コロナ後の平均は5.6%で、コロナ前の平均を下回っている。厚労省推計によれば、令和5年度の損益率は令和4年度からほぼ横ばいの見込みだ。

歯科の分析は**林委員**が述べた。

- ・今回の有効回答率は53.9%で、2013年以降、5割を超える回答率で調査への理解や関心が高い。
- ・個人率歯科診療所の令和4年度の損益差額は、前年度比-3.9%で、コロナ関連の補助金等の支援が歯科ではほとんどない中でも、人材確保の観点から給与費を増加している。しかし、2023年春闘の全産業平均賃上げ率3.58%には到底を読んでいないのが実情だ。
- ・損益差額分布の最頻値は、平均値の層と大きく乖離し、一部の診療所が平均値を押し上げ、しかし両署間の格差、いわゆる二極化が進んでいる。
- ・経営状態の内訳では、青色申告の診療所では損益差額が900万円を割り、損益率も前回調査と比較しても大きく落ち込んでいる。
- ・歯科診療所の歯科衛生士の給与は、他の医療職種と比較しても低い水準で、地域において栄養、口腔の一体的な提供のためにスタッフの賃上げは喫緊の課題だ。
- ・1981年を100とした場合の損益差額と物価指数の経年変化では、個人立の経営状況は依然厳しく、医院経営は逼迫している。

なお、保険薬局の結果は**森委員**が述べた。

- ・法人率の約2割の薬局最頻階級では、保険調剤収入の減少や給与費、水道光熱費の増加により、全体平均と比べて非常に大きく悪化しており、前年比で0.8%減少、損益差率では1.5%、損益額では年間177万円。月あたり約16万円にも満たない。日薬の賃上げ状況調査の結果でも賃上げ率1.99%、金額で約5000円であり、全産業の半分にも満たず十分に賃上げに対応できていない。

- ・小規模薬局の経営基盤は極めて脆弱で、このままでは今後の地域の医薬品供給に支障をきたす。一方長期にわたる医薬品の供給不足の状態が続く中、後発品の普及促進に係る取り組みの維持やそれに伴う備蓄医薬品の増加に係る対応など医薬品の管理コストの更なる負担増となっており、非常に厳しい。賃上げ対応や医薬品提供体制を確保できるよう対応いただきたい。

最後にまとめとして長島委員から以下の通り述べた。

- ・医療機関等は、コロナ前と比較しても厳しい経営を強いられている。
- ・医療従事者の賃上げや、物価高騰への対応求められており、非常に厳しい状況で、医療従事者に対する賃上げと、その人材確保が急務。

なお、会長からは、後日双方から次回改定への意見を提出するよう求めた。

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 569 回総会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00228.html