

質 疑

医療機関と高齢者施設等との連携等について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしく
お願いいたします。それでは長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。73 ページの論点についてコメントします。

まず、「医療機関と高齢者施設等との連携について」です。

【医療機関と高齢者施設等との連携について】

- 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（以下、在宅病等とする。）に求められる役割や、介護保険における介護保険施設と協力医療機関との連携体制の構築に関する対応方針も踏まえ、在宅病等においては、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことを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に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あって、当該入所者の病状の急変時に、協力医療機関の医師が往診等を求められた際の以下の対応について診療報酬上の評価を行ってはどうか。
 - ①協力医療機関の医師が入所者または施設の職員等の求めがあった場合の往診。
 - 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。

10月20日の個別事項（その3）の審議の際にコメントしたところですが、協力医療機関であることについては、現在、何の評価もありません。

しかしながら、日頃から患者さんの病歴などについて介護保険施設と情報共有していくことや、急変時の対応などについて、ICT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ものです。

したがって、そういった医療機関が行う往診や入院の受け入れ等は高く評価されるべきであり、今回の論点に示された内容については概ね賛同できるものです。

ただし、注意が必要な点もあります。まず1つ目の丸については、介護給付費分科会での議論も踏まえ、介護保険施設から在支病等に対して協力医療機関となるような求めがあった場合でも、どの程度の支援が行えるかは各医療機関によってさまざまに異なりますので、あくまでも「望ましい要件」としておくことが重要です。

次に、2つ目の丸では、協力医療機関が、介護保険施設が開催する会議に参加することが提案されております。しかし、会議への参加が求められている診療報酬上の項目はほかにもあり、例えば入退院支援加算1では、年3回以上の連携機関との面会が求められております。

また、12月6日の総会で、感染症（その2）を議論した際には、感染対策向上加算に関して、高齢者施設から感染対策に係る研修等を求められた場合への対応についても議論したところです。

そういった研修、会議も今後、追加される可能性があることを踏まえると、いたずらに会議の数を増やしても、実効性を損ねてしまう可能性があることへの留意も現場にとっては重要です。

3つ目の丸とも関連しますが、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考えます。

(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)

- 介護保険施設に対する医療保険の給付の範囲の在り方の見直しの経緯等を踏まえ、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において対応が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。
- また、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。

次に、「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」です。

今回、示された対応については賛同するところですが、介護保険施設における医療提供については、今回の論点に示された項目に限らず、さまざまな課題があります。

したがって、今後も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、医療提供がその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であると考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。73 ページの論点に関して、1 つだけ意見をさせていただきます。

（医療機関と高齢者施設等との連携について）

- 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（以下、在宅病等とする。）に求められる役割や、介護保険における介護保険施設と協力医療機関との連携体制の構築に関する対応方針も踏まえ、在宅病等においては、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことを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あって、当該入所者の病状の急変時に、協力医療機関の医師が往診等を求められた際の以下の対応について診療報酬上の評価を行ってはどうか。
 - ①協力医療機関の医師が入所者または施設の職員等の求めがあった場合の往診。
 - 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。

概ね今回の提案に関しましては前向きに考えていっていい提案だというふうには思っておりますが、1 つ目の論点「医療機関と高齢者施設等との連携について」の2 つ目の丸の部分に関してです。

今回、この協力医療機関の医師の往診、また入院の受け入れに関して、①②の下に米印として、いわゆる除外規定、「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」というものが入っておりますが、

今回のこの提案に関して、この「特別の関係」というものを入れるべきかどうかというものに関しては、1回検討する余地があるのではないかというふうに思っております。

以前から診療報酬上、「特別の関係」、いわゆる同一法人が開設する施設間に関しては、さまざまな取扱いが行われてきておりました。

同一法人の開設施設間の転院における紹介率などの計算から除外するですとか、情報提供に関して情報提供料の算定を認めないなど、同一法人施設間では意図的にコントロールできる可能性があるということから、いわゆる性悪説に立って制限するという対応だったかというふうに思います。

しかし現在は、医療・介護・福祉施設でのさまざまな施設間の連携が求められてきておりますし、また連携の仕方もさまざま多様化してきております。

同一法人ということもあるでしょうし、グループによる法人、またアライアンスの関係を締結しているような法人間の、また、さらに地域医療連携推進法人というものもできてきております。地域医療連携推進法人に関しては、この「特別の関係」を適用しないというような形で整理されているかというふうに思っております。

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、さまざま求められている中、従来の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課されるような悪い関係なのかということは、状況も変わってきておりますので、一度、整理すべき時期に来ているのではないかというふうに思います。

今回の論点の提案内容であります協力医療機関からの往診ですとか、患者の入院の受け入れに関しては、特別な関係であろうとなかろうと評価すべき項目であるのではないかというふうに思います。

一度、ここの部分に関しては、ご検討いただきたいということでございますし、先ほど述べましたように、今回、医療・介護・福祉の同時改定でもあります。

地域の医療機関、介護施設、障害施設の連携をより進める観点からも、また地域の患者にとって何が望ましいのかということも考えて、一度、この特別な関係が関係している診療報酬項目に関して、ご検討をいただければというふうに思っております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。73 ページ目の論点の（2）の1つ目の丸に示されている②の「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」について発言させていただきます。

(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)

- 介護保険施設に対する医療保険の給付の範囲の在り方の見直しの経緯等を踏まえ、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において対応が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。
- また、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。

67 ページ目に、特定の目的で薬剤を処方する場合、処方箋を交付できることになっており、交付することができる場合が示されていますが、

72 ページ目の課題の（2）の一番下のポツに示されているように、薬局では処方箋を応需しても医療保険と介護保険の給付関係の関係で、現状では調剤報酬を算定することができないことになっております。

ただし、70 ページ目にあるように、これらの薬剤はいずれも、例えば抗悪性腫瘍剤のように副作用といった薬剤の特性だけではなく、透析患者の場合、薬剤の服用方法が非常に複雑になっております。

介護老人保健施設入所者の外来・往診等に係る処方箋の取扱い

○ 介護老人保健施設入所者に対して、往診を実施する医師は、特定の目的で薬剤を処方する場合等に限り処方箋を交付することができる。

「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院(対診)について」より抜粋(平成12年3月31日老企発第59号)
(令和3年3月16日 老高発0316第3号・老認発0316第6号・老々発0316第5号)

(2) 介護老人保健施設入所者を往診・通院により診療した保険医は、保険薬局における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならないこと。

※処方箋を交付することができる場合

- ① 悪性新生物に罹患している患者に対し、抗悪性腫瘍剤(注射薬を除く。)の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ③ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る)の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ④ インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑤ 在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にある者に対してエリスロポエチン又はダルベポエチンの支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑥ 血友病の患者に対して血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑦ 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑧ 在宅血液透析を受けている患者に対し人工腎臓用透析液の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑨ 在宅血液透析を受けている患者に対し血液凝固阻止剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
- ⑩ 在宅血液透析を受けている患者に対し生理食塩水の支給を目的とする処方せんを交付する場合

67

医療機関と高齢者施設等との連携等についての課題

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- ・ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。
- ・ 介護保険施設については、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携のもと適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築することを念頭に、入所者の急変時等における相談体制や診療を行う体制を常時確保している協力医療機関を定めることを経過措置を設けた上で義務化する予定となっている。
- ・ 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。
- ・ ICTを用いた平時からの診療情報の共有について、感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立つとしている地域もある。

(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)

- ・ 累次の診療報酬改定においては介護保険施設では対応できない医療行為等については保険医療機関からの給付となるよう、見直しを行った。
- ・ 介護保険施設における施設内で提供可能な医療について、「疼痛管理(麻薬使用)」を提供可能とした施設は、老健では19.5%、介護医療院では46.2%、特養では15.7%であった。
- ・ 「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」を行う患者の入所希望があった場合「自施設で対応可能」とした介護老人保健施設は全体の29.5%、「協力病院・診療所の支援を受けて対応できる」とした介護老人保健施設は全体の21.3%である一方、「対応できない」とした介護老人保健施設は全体の46.8%であった。
- ・ 介護老人保健施設入所者に対して、外来化学療法診療料は算定可能であるが、外来放射線照射診療料、がん性疼痛緩和指導管理料及び外来緩和ケア管理料は算定できない。
- ・ 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できることとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。
- ・ 障害者支援施設における配置医師の診療科目は、「内科」が79.2%、「精神科」が39.2%となっている。
- ・ 植込型補助人工心臓(非拍動流型)について、令和3年5月1日から、心臓移植不適応の重症心不全患者にも適応を拡大したが、入院中の患者以外の患者に対する評価であるC116在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料については、介護老人保健施設及び介護医療院の入所者については算定できない。
- ・ K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型)においても、C116在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料においても、65歳以上の患者の算定回数は増加傾向である。
- ・ 血友病の治療薬について、血液凝固因子製剤や血液凝固因子抗体迂回活性複合体は地域包括ケア病棟等においては包括から除外され、介護老人保健施設等においては医療保険からの給付となっているが、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤及びTFPIモノクローナル抗体については包括範囲及び介護保険からの給付となっている。
- ・ 介護医療院及び介護老人保健施設の入所者に対して施設に所属しない医師が往診し処方した場合の処方箋料は一部の場合を除き算定できない。また、その場合に処方箋を応需した薬局は調剤報酬が算定できない。

72

専門的な診療に特有の薬剤について

- 介護老人保健施設入所者に対して、往診を実施する医師は、特定の目的で薬剤を処方する場合がある。
- その際、抗悪性腫瘍剤などの薬剤は、特に安全管理が必要であり、以下に掲げるような専門的な薬学管理を実施することが医療の質の向上につながる。

○悪性腫瘍の患者 ・抗悪性腫瘍剤 ✓ 投与期間と休薬期間の管理 ✓ 吐き気などの副作用対策 ・医療用麻薬 ✓ 指示に従った確実な服薬と副作用対策 ✓ レスキュー薬の使い方の支援 ✓ 麻薬の取扱いに関する留意点	○B型肝炎又はC型肝炎及びHIV感染症の患者 ・抗ウイルス薬 ・インターフェロン製剤 ✓ 薬物相互作用に注意が必要（プロテアーゼ阻害薬等） ✓ インターフェロン製剤では発熱等の副作用対策が必要	○在宅血液透析・在宅腹腔灌流を行っている患者 ・エリスロポエチン製剤 ・透析液や血液凝固阻止剤 など ✓ 適切な温度管理で保管することの指導（冷所保管が必要） ✓ 腎機能低下患者であり、投与量に注意が必要。	○血友病の患者 ・血液凝固因子製剤 ・血液凝固因子抗体迂回活性複合体 ✓ 注射薬の管理及び取扱いに関する指導 ✓ 適切な温度管理で保管することの指導（冷所保管が必要な製剤が多い）
--	---	--	--

【参考】療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）

第十二 療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合

- 一 悪性新生物に罹患している患者に対して**抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）**の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 二 疼痛コントロールのための**医療用麻薬**の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 三 **抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び慢性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）**の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 四 **インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）**の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 五 血友病の治療に係る**血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体**の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 六 自己連続換行式腹腔灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 七 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）の第4節区分番号30に掲げる特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 八 **エリスロポエチン**（在宅血液透析又は在宅腹腔灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 九 **ダルベポエチン**（在宅血液透析又は在宅腹腔灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十 **エポエチンベータヘコル**（在宅血液透析又は在宅腹腔灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十一 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十二 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- 十三 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

70

自宅等で療養する患者への緊急訪問の評価

中医協 総 - 3
5. 12. 6改

- 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている。
- 他方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬では規定されていない。

	コロナ特例での評価	調剤報酬での評価
自宅・宿泊療養の患者	新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価 ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点（患者本人に対面で服薬指導）	・計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊急的な訪問の評価はない
在宅患者	・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点（患者の家族に対面で服薬指導）	・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点（計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等に関する評価）
高齢者施設等の患者	新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価 ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 500点（患者本人に対面で服薬指導） ・在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点（情報通信機器を用いた服薬指導）	・緊急的な訪問の評価はない ・特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合には、通常と同様に服薬管理指導料 3 が算定可能。 ・介護医療院、介護老人保健施設等の入所者に対しては、医療保険での評価がない。

71

また、患者の状況、状態によっても、特に安全管理が必要な薬剤であり、専門的な薬学管理を行う必要がありますが、疼痛管理を提供可能とした老健は19.5%、悪性腫瘍に伴う疼痛の管理に自施設で対応可能とした老健は29.5%となっており、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ます、関係する調剤報酬は算定できるように明確化すべきと考えます。

また、71 ページ目の自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対する対応については、現状、特例として、緊急に訪問した場合の訪問指導については評価されていますが、調剤に関して恒常的な評価はありません。

高齢者施設においては、患者という観点だけではなく、例えばクラスター対応のように、施設の観点からも対応が必要なことが今回の新型コロナウイルス対応でもわかったことでありますので、将来の感染症対応に備えるためにも薬局が必要な役割を果たせるよう、高齢者施設との連携をしっかりと進めていくためにも、調剤報酬での対応を検討していただくよう、お願いいたします。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も73ページの論点に沿って1点だけ、コメントと質問をさせていただきたいと思います。

2番目の項目、「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」。ここに挙げられた丸1つ目の項目については概ね賛同したいと思います。

また2つ目に、それをさらに包括薬剤の対象に関して、地域包括ケア病棟や療養病床等の包括の範囲から除外していただける、同じように除外していただけることについては感謝したいと思います。その上で、こういう包括薬剤を対象から外す。これまでも少しずつ外れたものもあります。

ただ、一方で、こういう包括払いになっている医療あるいは介護の施設で、もしそれが、それだけ出来高になっていけば、その施設に入れるんだけど、それがあつために、なかなか急性期病棟から受け入れないとか、あるいは、そういうところがあります。

例えば、神経難病とか、それから抗がん剤とかも入ってますけども、例えば心不全の急性増悪の薬、非常に有効ですけども、かなり高額な薬剤で、それが逆、それをもって療養病床等に、あるいは介護施設に入ると、かなり逆ザヤに近くなつてしまつということがあつて、なかなかそれで受け入れないというところがあります。

一方で、これを認めてしまうと、保険医療財政に相当影響があるということも理解できると思うので、その辺は、今後、いろんな高額薬剤が出てきたときに、どこでどう、それを整合性を図るか、あるいは、こういうルールに基づいて、このルールに入つたら、そういうことを受ける、包括から外すようにしてはどうかという、少しルールづくりを考える時期に来てるのではないか。

そうしないと、単発でこれだけ認めよう、これだけ認めようということを点でやっていつても、なかなかルール化できないことがあります。これは今日、結論が出るものではないと思いますけれども、ぜひ、そういうことを今後、考えていきながら、いかに病病連携を進めていく、あるいは医療施設から介護施設への移行を進めていく。

そして、できるだけ効率のいい、医療・介護の連携が図れるようにしていくという、そういうことは大きな流れの中では必要ではないかということで、一見、近いですけど、事務局で今回、この血友病等が外されたことも含めて、一定の事務局の中でルールがあれば教えていただきたいと思うし、なければ今後、ご検討いただければと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。今、池端委員から、ご質問ございましたが、その件につきまして事務局いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。医療課長でございます。ご質問ありがとうございます。この介護保険施設等に関する入所者に対しまして、医療保険から給付できる医療サービスにつきましては、本日、資料を用意しております。資料の中で、36 ページにありますとおり、これまで医療技術の発展などに伴いまして徐々にその範囲を拡大してきたというところでございます。

介護保険施設における医療保険から算定できる医療サービスの経緯(主なもの)	
○ 累次の診療報酬改定においては介護保険施設では対応できない医療行為等について、医療保険からの給付となるよう、見直しを行ってきた。	
平成元年	○ 介護老人保健施設制度の新設 医療保険からの給付対象薬剤:腫瘍用薬
平成12年	○ 介護老人保健施設において、人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態に投与された一部の薬剤(エリスロポエチン、ダルベポエチン)に関する費用を医療保険からの給付の対象にする。
平成18年	○ 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進の観点から特別養護老人ホームの入所者であっても末期の悪性腫瘍の患者については在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を医療保険から算定可能にする。 ○ 介護老人保健施設において、特に専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療に関する一部の診療行為について、医療保険からの算定を可能にする。
平成20年	○ 介護老人保健施設においてHIVや肝炎対策の推進のため、血友病を伴うHIV患者に対する入院中の血液製剤・HIV治療薬、及びB・C型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。 ○ 療養病床から転換した介護老人保健施設における緊急時に必要となる処置等の項目について、医療保険からの算定を可能にする。
平成22年	○ 充実が求められている外来化学療法において、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られ、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう観点から外来化学療法を行っている医療機関において外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射の算定を可能とする。
平成30年	○ 介護医療院の新設。(診療内容については、介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設と同様の調整)
令和2年	○ 介護老人保健施設等において必要ながん診療が提供できるよう、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用について、医療保険から算定可能にする。 ○ 介護老人保健施設等において、エリスロポエチン製剤のバイオ後継品等の実勢価格やHIF-1α阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。

36

今回のご提案につきましても、例えば新しく承認されました新薬ですとか治療法が Destination Therapy に選ばれたりとか、そういった環境を踏まえまして、私どもとしては、これは医療保険からの給付ということで適当ではないかというふうにご提案をしております。

また、これまでご提案する前のプロセスには当然、老健局とさまざまな調整、それから実態の把握等を行わせていただいております。私どもとしては細かく実態を把握し、そして医療技術の進展も踏まえて、このようにご提案する。これは、このように、こういうプロセスを繰り返させていただくものだろうというふうにご提案をしております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

池端委員、よろしいでしょうか。はい。はい、飯塚委員、お願いいたします。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

すいません、今の点でちょっとお伺いしたいんですけれども、今、包括払いであれば受け入れられないけれども、包括の外であれば受け入れるかもしれないというふうな池端委員のご議論、ありましたけども、

今のはもちろん給付の話なんですけど、受け入れ側の老健のほうの、例えば技術的な受け入れが可能かどうかという、そういったところっていうのは、特に問題はないんでしょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。もちろん、例えば、包括の医療側であれば、地域包括ケア病床とか療養病床で受け入れる、医療の提供できる範囲がありますし、当然、老健なら老健、介護施設なら介護施設の、それぞれの医療を提供できる範囲がありますので、もちろん、それを、こうしたようなことを提供しなきゃいけないような病態、急性期に近い病態では当然、受け入れませんけども、

安定してきているけども、この薬剤が継続しないと、やっぱり安定、例えば神経難病であれば、この高額薬剤を継続していかないと、そのADL等々が保てないっていう方が一定程度はいらっしゃるんじゃないか。

そこに対して、こちらに入ると、その薬剤をちょっと切らざるを得ないっていうところがあるというところを、どう落としていくかということになって、

もちろん、高額薬剤でも、本当にそれが有効性があるかどうかというところが非常にデリケートなところがあって、これは急性期で、その治療をしている先生方の判断になりますので、これを外せると思って外して特にADL等々が変わりなければ、そこで、老健施設等に移れるわけですけども、それが微妙なところがやっぱり、いくつかの薬剤があるということ。そういう現実はあるということですね。だから、医療提供が外れても、この薬剤を外すわけにはいかないってところがあるということだと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。73ページの論点に沿ってコメントいたします。まず1点目の論点でございます「医療機関と高齢者施設等との連携について」でございますが、

（医療機関と高齢者施設等との連携について）

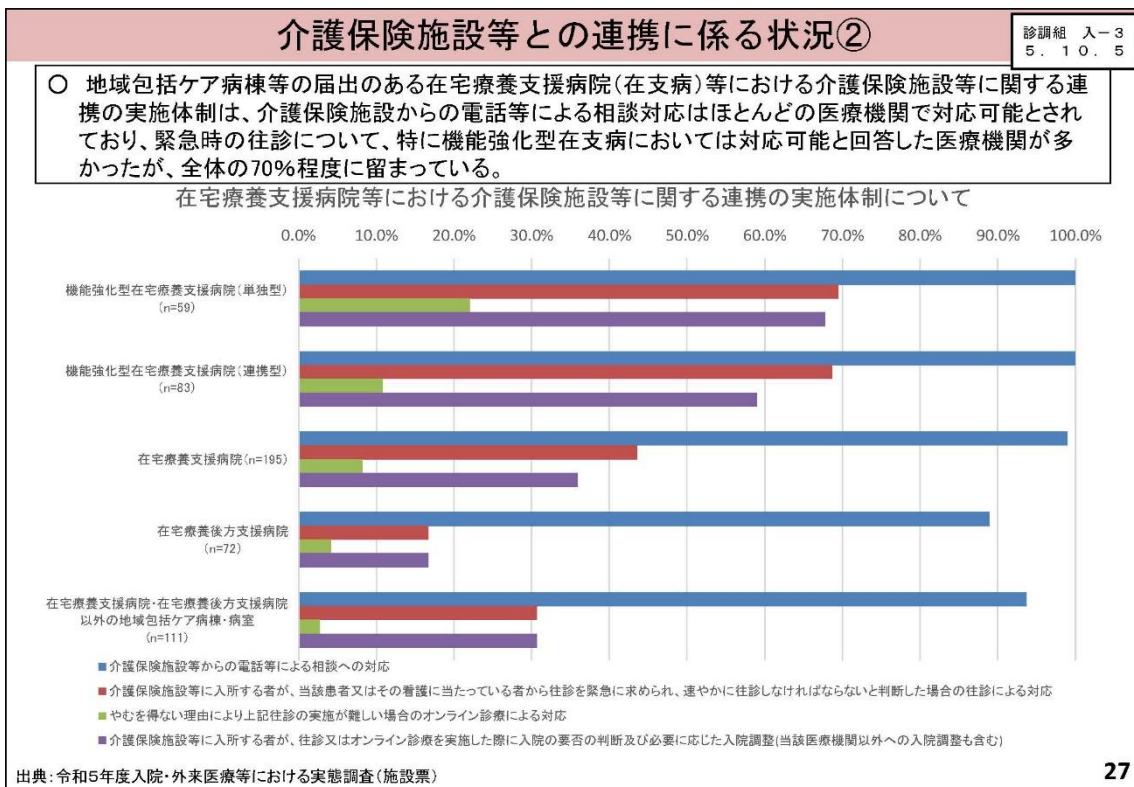
- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟等（以下、在宅病等とする。）に求められる役割や、介護保険における介護保険施設と協力医療機関との連携体制の構築に関する対応方針も踏まえ、在宅病等においては、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことを望ましいこととしてはどうか。
- 協力医療機関について、介護保険施設が定期的に開催する入所者の現病歴等の情報共有を行う会議に参加している場合であって、当該入所者の病状の急変時に、協力医療機関の医師が往診等を求められた際の以下の対応について診療報酬上の評価を行ってはどうか。
 - ①協力医療機関の医師が入所者または施設の職員等の求めがあった場合の往診。
 - 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。

医療と介護の両方を必要とする高齢者がますます今後増加することや、コロナ禍の教訓を踏まえれば、今回の同時改定で強い連携体制を構築することは非常に意味のあることだと考えております。

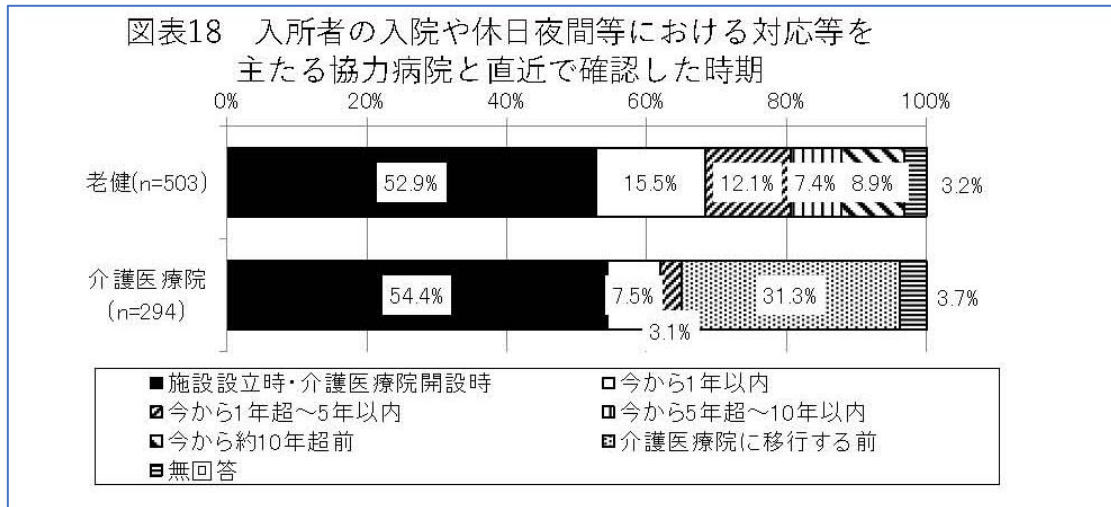
まず、在宅療養支援病院等について介護保険施設からの求めに応じて協力医療機関になることを望ましいとする規定の導入については賛成するものでございます。

介護保険施設の高齢者に対する基本的な医療は施設の配置医が対応すべきですが、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がございます。

しかしながら、資料の 27 ページを見てみますと、電話等による相談、これはグラフで青で示されておりますけども、これはほとんどの医療機関が対応可能であるとしている一方で、緊急時の往診、これはグラフの赤で示されておりますけども、これについては必ずしも十分とは言えない状況であることがわかります。今後、在宅療養支援病院等につきましては、介護保険施設の高齢者が急変したときに対応する役割を積極的にぜひ担っていただきたいというふうに思います。



ただ、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感じざるを得ません。資料の 11 ページにございます図表 18 を見てみますと、半数以上の介護保険施設では、緊急時の対応について協力病院と施設設立時、開設時に確認したのみとなっております。



診療報酬で評価をするということであれば、論点にも記載がございますけども、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いただきたいというふうに思います。

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だと考えております。

先ほど、太田委員のほうから、論点がございます「同一法人・関連法人である」ものに関してコメントがございましたけれども、改めて議論することの必要性は認めますけども、現状では除外が妥当であろうというふうに考えております。

続きまして、2つ目の「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」につきましては、論点に示されている内容に異論はございません。

10月の総会でも発言させていただきましたが、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、先ほど池端委員からもございましたけれども、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いうふうに考えております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい。続きまして鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。私のほうからは1点だけですが、医療機関と高齢者施設等の連携を深めていく方針については賛同いたします。

先ほど長島委員から、おっしゃっていただきました。念押しのような形になりますが、ICT化対応については医療に比較し、介護のほうはかなり遅れをとっているという認識をしておりますので、現場の混乱を招かぬよう、ICT化に係る支援と並行して進めていただきたいというふうに思っております。よろしく申し上げます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。先ほど松本委員から協力医療機関と介護保険施設の間でも常に確認できる体制が最低の条件とすべきというご意見がございました。

これ、将来的には理想的かと思いますが、現状では、そういうことができていないので、これからしっかりと構築していくべきで、ICT等も活用している段階があるので、最低限の条件とするのは、残念ながら現状では現実離れしているというふうに考えます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、江澤委員、お願いします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい。今後へ向けての課題ですけれども、池端委員も申されましたように、既に老健事業等においても、老健へ高額な薬剤があるがゆえに入所をやむを得なくお断りされたという事例が徐々に蓄積してきています。

したがって、特定の薬を服用するから介護サービスが利用できない、施設サービスができないという事態は、これから 85 歳以上の高齢者が増える中であって、医療・介護の複合ニーズを持つ高齢者の方が増える状況下においては、今後に向けて、これは本当に大きな課題だと思いますから、一方で、財源も、決して財政影響も小さいわけではないので、いろいろ今後に向けて、ぜひ考えていく課題だということだけ申し上げたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。はい。それでは、ほかには特にご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

ここで一度、休憩を挟みたいと思います。

先ほど、予算の大臣折衝が行われました。令和 4 年度診療報酬改定の改定率が決定いたしましたので、この総会の最後に議題を追加いたしまして、事務局より改定率の報告を行っていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、本日の最後に「令和 6 年度診療報酬改定の改定率等について」を議題として追加いたします。事務局におかれましては、資料の配布やホームページへの掲載をお願いいたします。

それでは、いったん休憩といたします。

▼ 休憩 10:53 ~ 11:03