



## 関節リウマチ検査、抗CCP抗体の算定要件が見直される

今回(2024年度)の改定において、関節リウマチに対する特異的なマーカーである抗CCP抗体検査の算定要件が見直された。これにより関節リウマチの抗CCP抗体検査が陽性であった患者においても、再度治療薬を選択する必要がある場合において検査・算定ができるようになった。

### 診断確定後の治療薬選択時でも算定可能に

#### 改定の背景

今回(2024年度)の改定において、関節リウマチに対する特異的なマーカーである抗CCP抗体(抗シトルリン化ペプチド抗体)の検査の算定要件が見直されました。これは日本リウマチ学会から、医療技術評価分科会への提案内容が検討されたことによるものとなります。

医療技術評価分科会は、診療報酬調査専門組織の一つとして2003年に設置され、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題のうち、特に医療技術の評価について専門的な調査および検討を行っています。学会等から提出された医療技術評価・再評価提案書に基づき、新規医療技術の評価および既存技術の再評価を行う機関となります。

2024年度の診療報酬改定においても、医療技術評価

分科会では、学会等からの提案のうち、分科会の評価対象とするものについて検討を行いました。そのうち評価対象となる技術として774件を挙げ、そこから177件が診療報酬改定において対応する優先度が高い技術として、中医協総会に報告されました。今回の抗CCP抗体の算定要件の見直しもその一つとなります。

#### 改定の内容

抗CCP抗体の検査は、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者1人につき原則として1回に限り算定できます。ただし当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度、治療薬を選択する必要がある場合においては、3月に1回に限り算定できます。

この点において、日本リウマチ学会より「関節リウマチの診断確定後であっても、重症化する可能性が極めて

■ 図表1 抗シトルリン化ペプチド抗体定性または同定量の算定要件の見直し

改定前	改定後
<p>ア「24」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性または同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) (イ)とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者1人につき原則として1回に限り算定する。ただし、当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>イ (略)</p>	<p>ア「24」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性または同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) (イ)とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者1人につき原則として1回に限り算定する。ただし、<b>臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合</b>においては、<b>6月に1回に限り</b>算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>イ (略)</p>

(厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」令和6年3月5日保医発0305第4号より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252052.pdf>))

■ 図表2 関節リウマチ患者数の経年変化(各年10月)

年次	推計患者数*1 (単位:千人)			受療率*2 (人口10万対)	
	総数	入院	外来	入院	外来
1984年	59.0	12.6	46.4	10	39
1987年	54.4	12.4	42.0	10	34
1990年	54.8	11.9	42.9	10	35
1993年	50.4	10.6	39.8	8	32
1996年	47.8	10.6	37.3	8	30
1999年	44.2	10.2	34.1	8	27
2002年	42.8	9.0	33.8	7	27
2005年	41.6	7.8	33.8	6	26
2008年	39.4	6.3	33.1	5	26
2011年	37.6	4.3	33.2	3	26
2014年	33.6	4.1	29.4	3	23
2017年	33.3	3.2	30.1	3	24
2020年	34.3	2.6	31.7	2	25

\*1 推計患者数:調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。千人単位で表章している(0.0は該当件数50人未満をあらわす)。数値は単位未満を四捨五入しているため、内訳の合計が総数と合わない場合もある。

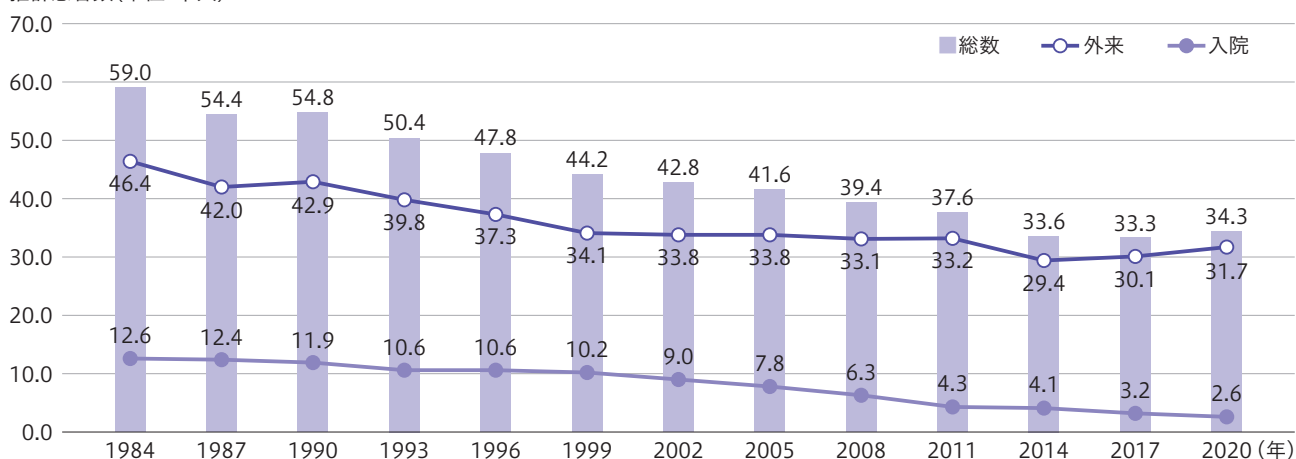
\*2 受療率:推計患者数を人口10万対であらわした数である。受療率(人口10万対) = 推計患者数 / 推計人口 × 100,000

※患者調査(3年に1回)と国勢調査(5年に1回)の実施年が重なる場合には、国勢調査人口を使用

(厚生労働省「令和2年 患者調査 傷病分類編(傷病別年次推移表)」より抜粋・加工

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syobyu/dl/r02syobyu.pdf>)

推計患者数(単位:千人)



高い患者に対して薬価が高価な治療薬の変更時においても、本検査が実施できる体制が望ましい」との提案があり、今回の見直しが採用された形となりました(図表1)。

### 改定による影響

これにより検査結果に限らず、再度治療薬を選択する必要がある場合において、検査・算定ができるようになりました(6月に1回に限り)。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があります。

日本リウマチ学会の提案書によると、この見直しによっ

て測定する患者数が増加し、医療費としては0.3億円増加すると推測しています。しかし、適正な抗リウマチ薬が選択されることによる薬剤費の無駄の削減や、重症化防止による社会的損失の回避、労働生産性の向上、機能障害による外科的治療の手術件数減少等により、総合的には医療費の軽減効果が期待できるとしています。

2020年の患者調査によると、関節リウマチの患者数(推計)は、2017年までは年々減少傾向にありましたが、2020年調査では前回調査に比べて増加しています。入院患者は3.2千人から2.6千人に減少していますが、外来患者は30.1千人から31.7千人に増加しています(図表2)。