

中医協概要報告(2023年11月10日開催) <第563回中医協総会 「外来その3」>

11月10日に第563回中医協総会で「外来(その3)」が検討された。外来で1時間30分議論し、予定されていた「入院(その3)」は、時間切れで次回以降と異例の状況となった。「外来(その3)」についての概要は以下の通り。なお、診療報酬改定結果検証部会の報告、入院時の食事については別途報告する。

<支払側「外来管理加算の廃止」を要求 診療側「暴論である」と反発>

厚労省は、外来の論点の一つに、かかりつけ医機能の評価の併算定を挙げた。「地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか」と意見を求めた。

支払い側は、かかりつけ医機能評価の併算定の状況も踏まえ、「外来管理加算」(52点)の廃止を主張した。これに対し、診療側は「暴論」だと強く反発した。外来管理加算は、①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算②生活習慣病管理料③特定疾患療養管理料—と併算定できる。ただし、②③を同時に算定はできない。昨年4~6月診療分で、外来管理加算の算定回数は1億474万回。同じ日に併算定した特定疾患療養管理料は6051万回、地域包括診療加算は288万回などとなっている。

○支払側 併算定の整理が必要

松本真人委員(健保連)は、外来管理加算について、対象疾患、診療科の条件がないことなどを指摘し、「基準が極めて曖昧な中で算定できる」と主張。「評価の妥当性に疑問があり、併算定の仕組みも理解できない」として、「外来管理加算の廃止を要望する」と述べた。併算定は「保険者のみならず、患者にとっても理解しがたい」として、整理すべきだと強調した。眞田亨委員(経団連医療・介護改革部会長代理)らも、併算定は患者にとって理解が難しいとして、見直すべきだと同調した。

○診療側 詳細な診察や丁寧な説明を「全否定するもの」と批判

長島公之委員(日医)は、厚労省が示した併算定の論点に懸念を表明。支払い側の外来管理加算廃止の主張に対しては、「暴論だ」と反発した。長島委員は「外来管理加算は基本診療料として評価されるもの」だとし、「単に疾患が同じであれば、医師の労力も提供される医療も同じだからまとめるような論点は、飛躍しすぎていると言わざるを得ない」と批判。また、「詳細な診察や丁寧な説明を全否定するもので、現場に不安を与えるもので絶対容認できない」と強調した。併算定などについても、各診療行為が異なる以上、各点数の設定は当然のことであり、そもそも長い歴史の中での位置づけ、趣旨、役割など丁寧に議論してきた経緯の中で、今の点数体系になっている。厚労省がこうした提案をすること自体、今更何を整理しようというのか全く理解できない」と指摘。長島委員は支払側委員に、各点数の趣旨と意味をレクチャーし、健保連の発言に即座に反論するやり取りとなった。太田圭洋委員(日本医療法人協会副会長)は、加算は内科医の技術料として重要だとし、廃止は認められないと訴えた。茂松茂人委員(日医)、池端幸彦委員(日慢協)らも、加算廃止に「反対」を表明した。

<支払側から「患者への書面交付や、サービス担当者会議への参加の要件化を求める意見>

論点として「改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、文書交付(電磁的なものも含む)による患者への適切な説明を推進するための方策についてどのように考えるか」及び「介護との有機的な連携が求められる中で、主治医と介護支援専門員双方のコミュニケーションを促すことについてどのように考えるか」が示された。この論点について、松本委員は、「書面交付の要件化、サービス担当者会議への参加の要件化を求める」と主張。日医などの診療側からは、サービス担当者会議への参加の要件化は非効率的(mail、Teaなどでも対応可能も多く)であり、多忙な医師にとって非現実的な運用であること、書面を用いた説明の要件化も同様で、全ての患者に必要なではない(必要な範囲で説明して、求めがあれば文書は交付している)と述べた。

◆厚労省から示された論点

「外来（その3）」論点

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点 ①

（外来医療に係る現状等について）

- 紹介状なしで受診した患者等からの受診時定額負担に係る改定の影響及び紹介受診重点医療機関の公表状況等を踏まえ、外来機能の分化・連携を更に推進することについてどのように考えるか。
- 医療DXを推進する観点から、外来診療においてもデジタル原則に基づき、患者自身による自らの医療情報の活用（PHR等）等のための基盤の構築を促進することについてどのように考えるか。

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点 ②

（かかりつけ医機能に係る評価等について）

- 地域包括診療料・加算や機能強化加算を届け出ている施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高い実態があるものの、地域包括診療料・加算の届出のある施設においてもサービス担当者会議への割合は5割強に留まっている。介護とのさらなる有機的な連携が求められている中で、主治医と介護支援専門員双方向のコミュニケーションを促すことについてどのように考えるか。
- また、医療DXの推進等を踏まえ、かかりつけの患者の診療情報を一元的に医療情報プラットフォームを活用して管理することも想定される。このような現状や今後高齢者や認知症患者が増えることを踏まえ、かかりつけ医機能をより強化するために診療報酬上の評価としてどのような対応が考えられるか。

（時間外対応加算について）

- 時間外対応加算は、診療所の時間外の電話対応等を評価しているが、近年の情報化社会の進展により、ICTを活用して時間外の患者の相談に対応するサービスがみられる。このようなICT等を活用した新たな取組みについての時間外対応加算としての評価の在り方にどのように考えるか。また、このような取組みと、小児かかりつけ診療料等のかかりつけ医機能の評価に係る診療報酬との関係についてどのように考えるか。

（書面を用いた説明について）

- かかりつけ医機能として、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行うことが求められており、改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、文書交付（電磁的なものも含む）による患者への適切な説明を推進するための方策についてどのように考えるか。

（特定疾患療養管理料について）

- 生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方についてどのように考えるか。

（かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について）

- 地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか。

◆長島委員（診療側）と、松本委員（支払い側） 論点に基づくコメント

＜長島委員・日医＞

- 「外来医療に係る現状」について、前回改定で受診時定額負担を引き上げ、紹介受診、重点医療機関の創設を見据えた対応を実装した。現場ではようやく紹介受診、重点医療機関の公表が始まったところで、ここから丁寧にフォローしていく段階に入った。そうした段階であると申し上げたい。

また、医療DX推進の観点に関連し、医療情報プラットフォームの構築や、電子カルテ情報の標準化が浸透するまでは、医療DXで将来共有される3文書6情報に含まれる情報を電磁的な方法も含めて、救急医療機関等に文書で情報を提供すること、あるいは、既存の地域医療情報連携ネットワークを活用した場合を診療報酬においてどのようになじませていくのか、将来の基盤構築に向けた取り組みを推進していく観点が重要だ。

- かかりつけ医機能に係る評価等について、地域包括診療料・加算や、機能強化加算では、点数設定当初より介護保険との連携も視野に入れた点数になっている。現場で様々な取り組みがある中、ことさら、サービス

担当者会議のみに着目して、かかりつけ医機能が不足しているとか、かかりつけ医機能を強化するという議論をすることには違和感がある。以前にも発言した通り、サービス担当者会議等への参加は、様々な連携方法の中の一つの手段であり、他にも様々な連携方法や質を高める方法はある。例えば、現行制度でも、ケアマネジャーに対する情報提供は、診療情報提供料として評価されているが、同時改定に向けた意見交換会では、必要な項目や様式の統一化を検討する必要性が指摘されたところだ。調査結果からも明らかな通り、時間的な課題や全ての患者に対して会議が必要ということでもない。高齢者が増加する一方、働き手の増加が見込めない中、いかに効率的で質の高い医療を提供していくのかという議論をしている中で、会議の参加だけが重点的に取り上げるということは、この流れに逆行しているとも受け取れかねない。あくまでも現場にとって無理がなく、患者のニーズに合う形を検討すべきである。

- 時間外対応加算について**、休日夜間の軽症患者の病院受診を減らし、勤務医の負担軽減を目的として創設されたものだ。かかりつけ医と患者の信頼関係のもと、時間外等の緊急対応をどのように提供するのか、患者の安心をどう確保するかが重要だ。そもそも患者との信頼関係を築いた医師が、地域における連携も活用しつつ、時間外に対応することを評価するのがこの加算が本来想定したことであり、それもあって、地域包括診療加算や小児かかりつけ診療料の算定要件とされているはずだ。このようなことを踏まえれば、外部業者のサービスを特出ししそれを利用した場合、同じように評価することはこれまでの考え方と相いれない。
- 書面を用いた説明について**は、医療法では、特に説明が必要としている省令で定める場合であって、かつ、患者や家族から求められた場合とされており、無条件で全ての患者や家族に書面交付したり、ましてや、算定要件にすべきとするような話ではない。特定疾患療養管理料の算定でも、書面での説明が必要な場合、または、患者や家族から求められた場合であればしっかり対応している。一方で、症状が安定している場合は継続的な加療をすすめる程度になる。患者の状態に応じた指導を実施することが重要だ。かかりつけ医だからといって、全ての診療で文書による説明を行うことは、働き方改革の観点からも現実的な対応では全くない。外来診療において、文書の説明を必要とするケースはどういったものかをしっかり見極めていく必要があり、それを踏まえれば、文書による説明が要件化されるのは、現場感覚から極めて乖離している。
- 特定疾患療養管理料について**、資料では、特定疾患療養管理料を算定している医療機関が、機能強化加算や、地域包括診療加算等を算定する医療機関と比較して、かかりつけ医機能を有している割合が低いことなどが指摘されているが、特定疾患療養管理料は、地域のかかりつけ医、医師が計画的に療養上の管理を行うという、特定の疾患に対する医師の診療行為そのものを評価しているのであって、機能強化加算などのように、時間外対応等の機能を有する体制整備を評価している点数ではないので、点数の設定経緯からすれば当然のことだ。特定疾患療養管理料の対象疾患は多々あり、その中の主な疾患をより専門的な観点で、療養上の管理をしている場合も含まれることから、夜間休日対応としていないことを問題視するのは、この点数の歴史や意味を踏まえない、成り立ちや意味を無視した論点立てである。

また、生活習慣病の増加等に対応する効果的、効率的な疾患管理および重症化予防の取り組み推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価のあり方についてどのように考えるか、との点について、特定疾患療養管理料は、プライマリケアとして、早期に医師が管理することで重症化予防に寄与しており、これまでの長い歴史の中でまさにその通りの貢献をしてきた大変重要な点数だ。加えて、現在の診療報酬上の評価において、この点数は初・再診料と同様に、内科系医師の技術料評価として、大変重要な位置づけとなっており、その動向は、地域の医療機関の経営や医療提供体制に大きな影響を及ぼす。そのため、医師をはじめ医療従事者が極めて強い不安を抱く可能性が高いことを念頭に置き検討する必要がある。
- かかりつけ医機能に係る評価等及び併算定について**、それぞれの点数が創設された際の位置づけ、主旨、役割、これまでの経緯を踏まえた検討が必要だ。まず、外来管理加算は、基本診療料として評価されるものであり、施設の利用率などが含まれる再診料とは別に、検査や処置等を行わず、詳細な診察や丁寧な説明を行うことを評価したものだ。特定疾患療養管理料等の特掲診療料は、基本診療料とは異なり一括で支払うことが妥当ではない特別な診療行為に対して、個別的な評価として、それぞれの点数が設定されている。単に対象疾患が同じであれば、医師の労力も提供される医療も同じだろう、まとめて縛れば良いという乱暴な議論は、論点が飛躍しすぎていると言わざるを得ない。

このように、それぞれの点数が設定された時点できちんと整理を行いながら、対象疾患への関わりや機能の違いについて理解した上で、中医協で答申がなされ、細かな疑義解釈を積み重ねてきているものだ。

したがって、一つの病名に対して複数の点数が存在しているとしても、これは医療機関の特性、体制、あるいは患者さんの状況等に応じて医師が判断するものであり、点数の対象とする疾患が同じであるからといって、全てをまとめていいというようなものではないということを改めて指摘したい。要件に合致するものの中から、最適な点数を選択して算定できるという点で優れた仕組みである。それを今回は、例えば、体制評価の点数と疾患個別の点数を同一視して、併算定自体が問題であるかのように書かれているが、これまでの経緯、運用をあえて無視して、今更何を整理するというのか、全く理解できない。

＜松本委員・健保連＞

- 外来医療に係る現状等について**、生活習慣病の月2回以上の受診は1割程度にとどまり、また新型コロナが拡大した令和2年以降には受診頻度や14日以内の処方割合も低下しており、生活習慣病については、月1回の受診で十分ではないかとの実態が見えてくる。従って、月2回以上の受診に対する診療報酬上の評価は見直すべきだ。症状が安定している患者は、2、3ヶ月に1回の受診という形態を医師による適切な治療計画のもと、より普及させていくべきであり、それに合わせてリフィル処方箋の活用も推進すべきだ。
- 紹介受診重点医療機関について**は、受診時定額負担の義務化の対象から200床未満の病院が除外されているが、資料では200床未満の紹介受診重点医療機関が公表されている。外来機能の分化・連携に向けた対応の検討も必要ではないか。
- 医療DXについて**、医療情報プラットフォームの活用により、紙媒体の文書による情報共有は将来的には不要になるのではないかと。医療DXが進めば、文書自体が電子化されることから、紙媒体の文書による連携を評価している診療報酬は電子媒体を前提とした規定に見直し、効率化も踏まえて評価することが必要だ。
- かかりつけ医機能に係る評価等について**、この機能は外来だけではなく、医療全体、さらには介護との連携を含めて、非常に重要なポイントだ。前回改定では、医療法改正の方向性が見えていないということで、しっかり議論ができなかったが、今回はかかりつけ医機能の定義が明確になり、医療法改正に基づく制度整備の大枠が見えているので、かなりの見直しができるのではないかと期待している。

かかりつけ医とケアマネのコミュニケーションについて、先日の総会で顔と顔の見える関係が重要との発言があった。まさにサービス担当者会議は、医療と介護の関係者間の心の連携を推進するための仕組みだと考える。資料では、地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する要件として、主治医意見書に関する研修受講が最も多い。一方で、主治医の意見書作成は、機能強化加算届出の有無に関わらずほぼ全ての医療機関が対応可能であり、かかりつけ医機能の具体的な要件とする必要性は乏しい。少なくとも、かかりつけ医に係る評価である地域包括診療料・加算については、サービス担当者会議の参加の実績を要件として、今回トリプル改定というタイミングだからこそ追加することを主張する。
- 機能強化加算**が算定されている傷病名の1位は新型コロナだが、その後に続くものは、急性上気道炎などいわゆる風邪に類するものが上位を占めている。機能強化加算はかかりつけ医機能に係る評価という位置づけだが、少なくとも、これまでの発熱外来のように、どのような患者にも対応することを公表することを要件とすべきだろうと考える。患者がかかりつけ医に求める役割として、「どんな病気でもまずは診療してくれる」の割合が77.9%になっているのに対し、施設が有するかかりつけ医機能での「どんな病気でもまずは診療できる」は61.4%止まりだ。機能強化加算は、単に患者からの相談だけではなく、どんな病気でもまずは診療してくれる機能を強化していくべきと考える。
- 主治医と介護支援専門員双方のコミュニケーションを促すことについて**、障害者福祉サービスとの連携については、機能強化加算の届出がある施設でも、障害支援区分の認定の際の医師意見書の作成が64.3%で、情報共有を相談支援員と行っているのは37.2%にとどまり連携が不十分であることを示している。介護における主治医とケアマネの連携のように、障害福祉においては、主治医と相談支援専門員の連携が重要であり、これもかかりつけ医機能としてぜひ推進すべきであると考え。論点にはないが、健保連が実施したレセプト分析の結果では、限られたデータではあるが、時間外診療や多剤服用、重複検査の抑制については機能強化加

算の有無による統計的な有意差が見られなかった。こうした機能の発揮を促すために、実績要件を設定すべきだと考える。

- 時間外対応加算について**、診療所の時間外対応を補助するサービスが紹介されているが、時間外の対応はかかりつけ医機能の非常に重要な要素であり、常勤の医師が対応する場合と同等に評価することには疑問がある。まずはしっかりと実態を把握し、そもそも診療報酬で評価することが適切かを含めて議論すべき。
- 書面を用いた説明について**、書面を用いた患者の説明は、機能強化加算の届出医療機関でも、患者の病状や治療内容への説明が6割程度にとどまっている。医療法改正に基づくかかりつけ医の制度整備も視野に入れ、病状や治療などに関する書面での説明を義務化すべきだ。医療法改正に基づき、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明する仕組みが、令和7年4月から施行される。生活習慣病管理料の療養計画書と内容や位置づけが重なると思うので、今後医療DXを推進していく中で、電磁的方法の提供も含め、効率的な情報提供を図ることが必要だ。
- 特定疾患療養管理料について**、昭和33年というかなり昔に医師による指導を評価する報酬として新設され、現行では計画的な療養上の管理を評価する位置づけになっているが、算定要件では計画書を用いた患者への説明は求められていない。そのため、生活習慣病管理料に比べて、専門的な管理が適切に行われるかという懸念がある。プライマリーケア機能やかかりつけ医の役割を十分果たしているのかという疑問もあり、特定疾患処方管理加算を含めて、現行の算定要件のまま評価を続けることには反対する。主傷病名の上位を占める糖尿病、脂質異常症、高血圧症といった生活習慣病と、がんなどの疾患を同様に評価することには違和感がある。特定疾患療養管理料で何を評価すべきなのか整理が必要だ。

特定疾患療養管理料算定回数は3ヶ月4回以上が12.1%を占め、月2回まで算定できる規定によって、頻回受診が促されている可能性もある。新型コロナウイルス感染拡大以降、月2回の受診が減少していることから、受診回数を減らしても適切に病態を管理できることが伺えるので、月1回の算定に適正化すべきだ。また、以前診療側から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加すべきとの提案があったが、療養上の指導が有効だという十分なエビデンスと当該管理の趣旨に基づき、対象疾患の追加は慎重に議論すべきだ。

- かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について**、外来管理加算は対象疾患や診療科の条件もなく、処置、リハビリ、検査、手術などは行わないことや、丁寧な問診や詳細な診察、懇切丁寧な説明という、我々からすると基準が非常に曖昧な条件のみで、算定ができるということで、評価の妥当性に非常に疑問を持っている。また、同様に計画的な管理を評価する診療報酬である特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料、地域包括診療加算と併算定できる構造は、保険者のみならず、患者にとっても理解し難いと言わざるを得ない。したがって外来管理加算の廃止を強く主張する。また、地域包括診療加算と特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料の併算定についても、計画的な管理の二重評価であると言わざるを得ず、整理すべきだ。

参考として、健保連が2年前に公表した、レセプト分析の報告書では、地域包括診療加算や認知症地域包括診療加算を算定する患者の場合、外来管理加算と特定疾患療養管理料を併算定している3重評価が約8割という結果が出ているので、今回の改定で、こうした重複評価が是正することは不可欠だと考えている。

<会内使用以外の無断転載禁止>

配布された資料は、保団連情報共有スペース「社保・審査対策」の「社保/審議会等」にて公開しておりますので、併せてご覧下さい。また、厚生労働省HPでも公開されています。

■第554回総会：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00222.html