

中医協第571回総会概要報告 (2023年12月8日開催)

総会では①診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」からの報告について、②医療DX(その4)について、③個別事項(その12:人生の最終段階における医療・ケア)について、④個別事項(その13:明細書・簡素化)について、⑤個別事項(その14:生活習慣病対策)について、⑥処遇改善(その2)について、⑦入院時の食費について(その2)、⑧令和6年度診療報酬改定に関する基本的な見解(各号意見)について、が議題とされた。

議題1 2024年改定では消費税上乘せ点数見直しせずで合意

「医療機関等における消費税負担に関する分科会」からは、医療機関等における消費税補填状況の把握結果を踏まえ、令和6年度診療報酬改定においては消費税上乘せ分の見直しは行わないこととし、引き続き補填状況を把握・検証していくことが提案された。林正純委員(日本歯科医師会副会長)は、提案は了承しつつも「歯科は補填率が100%強との数字が出ているが、現場感覚としてばらつきがあると感じており、引き続き精査をお願いしたい」とした。また森昌平委員(日本薬剤師会副会長)も、提案に了承するも「2年連続で10%も不足している」と不満を述べ、補填不足が続く保険薬局への対応の必要性を訴えた。

その他特段の意見はなく了承された。

議題2 医療DX(その4)について

(1) 書面要件のデジタル化、書面掲示のデジタル化

医療DX(その4)では、診療報酬における書面要件のデジタル化、書面掲示のデジタル化が議題とされた。提案された論点は以下の通り。

診療報酬における書面要件のデジタル化について

- 医療情報の電子的な共有の仕組みの構築が進む中で、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、電磁的な方法による書面の交付も可能とすることについてどのように考えるか。
- その際、現時点においても、一部の書面については、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、同ガイドラインに定められた電子署名を施すといった事項を求めていることを踏まえ、どのように考えるか。

書面掲示のデジタル化について

- デジタル原則に基づき、医療機関等はインターネットでの閲覧等を可能な状態にすることの義務付けを求められている中で、保険医療機関等における対応についてどのように考えるか。

●提案の背景

この議題は、政府方針で「医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。」(令和5年11月2日閣議決定)とされたことを前提に、さらに医療DXにおける「全国医療情報プラットフォーム」の運用拡大(情報の提供・共有を行う主体の拡大(自治体など)、共有可能な情報の範囲拡大(電子処方箋情報、電子カルテ情報、予防接種情報等))が今後進められること、「デジタル臨時行政調査会」が、①紙発行の文書を特定の場所に掲示することを求めている規制を「書面掲示」とし、当該掲示について、インターネットでの関

覧等を可能な状態にすることを義務付けるよう、見直しを進めるとしていること、②保険医療機関等における書面掲示に関しては、院内等での掲示に加えインターネットでの閲覧等を可能な状態にすることについても原則義務化することが求められていること、③具体的には、「デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表」(令和4年12月21日デジタル臨時行政調査会決定)及び「デジタル原則を踏まえたアナログ規制(通知・通達等)の見直し方針」(令和5年5月30日デジタル臨時行政調査会決定)において、令和6年6月までに必要な対応を行うこととされたことから提案されている。
例えば医療では次が例として示されている(スライド19)。

●医療機関入院時の差額ベッド等の内容等に係る掲示：

2024年6月まで

医療機関入院時における選定療養(差額ベッド等)の内容や費用に関する情報について、国民の利便性向上の観点から、入院前でも時間・場所を問わず内容を確認できるよう、インターネットを利用した閲覧を可能とする。

このほかデジタル臨調決定では、療養担当規則や診療報酬点数表上で規定されている様々な書面による院内掲示義務について、上記同様の規制の見直しを打ち出している(スライド20~23)。

診療側から義務化に慎重な意見

長島公之委員(日本医師会常任理事)は、提案に異論はないとしつつも、取り残されないようHP(ホームページ)を持たない医療機関は例えば自治体がまとめて紹介するなどの代替措置も可能とするよう注目を付けた。また林委員は、まずデジタル化の推進を進めるにあたって、歯科の実情の把握を求めた。その上で医療機関の負担にならないよう可能なところから進めるべきとして、義務化に難色を示した。また森委員も同様に、電子化を可能とすることに賛成しつつも義務化には反対した。支払側委員は方針に賛成した。

医療課長は院内掲示について「HPを有するところは義務化の方向で考えている」とし、SNSは想定していないと述べた。

(2)診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種対応

2024年診療報酬改定が6月実施となることを踏まえ、①社会医療診療行為別統計の実施時期の見直し(現行は5月診療分で調査)、②施設基準の届出状況等の報告(7月1日報告)を8月1日とする、③歯科用貴金属価格の随時改定時期の起点を6月とする(既報)、④各種「実績要件」は、従来からある施設基準など継続性があるものについては引き続き年度単位での報告を求めることとし、新設の施設基準や要件に変更がある施設基準については、新設や変更のタイミングで初回の報告期間(例えば6月~翌年3月)を明確化し、その上で、2回目以降の届出については年度単位での報告を求めることとする、の4点が提案され、了承された。

議題3 個別事項(その12)人生の最終段階における医療・ケア

事務局より、以下の論点が示された。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について】

(外来における意思決定支援について)

- 適切な意思決定支援の指針の策定について、入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低いことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について、どのように考えるか。

(入院における意思決定支援について)

- 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることも踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料（I）の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

病棟を問わず ACP 指針策定を要望 支払側・松本委員

長島委員は「外来においても、人生の最終段階における意思決定支援が適切に推進されていくことは重要」だが、話し合いを強要するようなことになってはならないとし、準備を進めることから始めるべきだとし、入院については「あらゆる入院医療が対象になるわけではないことを踏まえて、その必要性を丁寧に見極めながら検討すべき」とした。情報共有に ICT を求めることについては「コストがかかる」として、評価を求めた。池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）も推進には賛成しつつも風土作りが重要で、努力目標とするよう主張した。

支払側委員は意思決定支援を推進するべきとそれぞれ発言、また松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は入院について「今後は病棟を問わず、入院機能を備えた全ての医療機関で指針の策定を求めるべきだ。さらに療養病棟や地域包括ケア病棟には意思決定支援の実績を求めることも必要」とした。

議題 4 個別事項（その 13）明細書・簡素化

（1）明細書無料発行について

事務局より、明細書無料発行について、以下の論点が示された。

【診療所（医科・歯科）】

- 患者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、明細書の無料発行をしていない施設数が少なくなっている現状を踏まえ、診療所（医科・歯科）における、明細書無料発行の免除規定を廃止してはどうか。
- また、免除規定の廃止の時期について、個別の保険医療機関のシステムを改修するには費用がかかること、診療報酬改定 D X において令和 10 年度以降に標準型レセコン等の提供が検討されていることを踏まえ、令和 10 年度以降の当該標準型レセコン提供開始時期を目途としてはどうか。

【訪問看護ステーション】

- 令和 6 年 6 月（7 月請求分）から訪問看護ステーションにおいてもオンライン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化することとしてはどうか。また、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、現在の領収証を領収証兼明細書として位置づけてはどうか。

林委員は提案に賛成しつつも、「医療機関の実情を精査した上で、歯科医療提供に支障がないよう、かつ現場に混乱が生じないように、標準型レセコン提供の充足率も検討の上、廃止時期の設定を」要望した。松本委員は時期はやむを得ないとしつつも「患者から求められた場合に対応可能であれば、除外要件を待たず無償で発行するルールに統一すべき」と主張した。

（2）業務の効率化・簡素化について

事務局より、業務の効率化・簡素化について、以下の論点が示された。

- 医療機関等の医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、施設基準の届出や添付書類の提出を一部省略化することについて、どのように考えるか。

○ 施設基準届出の電子化の推進策についてどのように考えるか。

長島委員は、届出が受理されなければ診療報酬が算定できなくなることから、丁寧な対応を求めるとともに、電子化を義務化することのないよう要望した。

議題5 個別事項（その14）生活習慣病対策について

（1）生活習慣病に対する疾病管理について

事務局より、生活習慣病に対する疾病管理について、以下の論点が示された。

（生活習慣病に対する疾病管理について）

- 医療DXの推進により血液検査項目等を電子カルテ情報共有サービスで閲覧できるようになることを踏まえ、生活習慣病管理料の療養計画書を一定程度簡素化するとともに、改正医療法の内容を踏まえ患者の求めに応じ文書を交付することについてどう考えるか。
- 生活習慣病管理料は少なくとも1月に1回以上診療することが要件とされているが、生活習慣病について2～3月に1回の診療形態が一定程度あることから、少なくとも1月に1回以上の診療を求める要件は見直してはどうか。
- リフィル処方箋は生活習慣病に対して他の疾患と比べ多く発行されている実態があることを踏まえ、生活習慣病の疾病管理においてリフィル処方箋の活用を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 生活習慣病管理料は診療ガイドライン等を参考とした総合的な生活習慣病に係る医学的管理を評価したものであるが、診療ガイドラインにおいて生活習慣病に対する生活習慣の指導について詳細な推奨がなされており、このような診療ガイドラインに沿った診療を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 外来データ提出加算が創設されたことを踏まえ、データに基づいた生活習慣病対策を推進していくための方策についてどのように考えるか。

長島委員は療養計画書の簡素化に賛成しつつも、一律な文書交付要件化に反対した。また生活習慣病管理料の要件見直しについて「生活習慣病における受診頻度は、一概に決められない。医学的判断に基づき、それぞれの患者の時々々の状態に応じてきめ細やかに対応する必要がある」専門的な管理だとして難色を示した。またリフィル処方箋が多く発行されている実態があるからと言って、活用を強要するものではないとした。診療ガイドラインについてはあくまでも判断材料の一つであり「臨床判断に基づいた実施を前提に対応すべき」とした。外来データ提出加算については、前回改定で導入されたばかりであり「しばらくは経過を見ていく必要がある」とした。

松本委員は、「専門性の観点から、生活習慣病管理料でしっかり対応していただくことがベスト」としたうえで、マイナポータルで閲覧できるようになるため「患者から求められた場合に電磁的方法を含めた書面の交付を生活習慣病管理料の要件に位置づけることも考えられる」とし、さらに患者負担に関しては「受診頻度を少なくすることで改善が図られる可能性がある」とした上で「月1回の受診必須要件を廃止し、患者の通院負担を軽減するため、むしろリフィル処方や長期処方などを要件に追加すべき」とした。また「ガイドラインが専門医のみに適用されるのであれば、生活習慣病管理料に専門医要件を位置づけるべき。そうでないなら専門以外を含めてガイドラインに沿った最適な医療の提供を担保すべき」と反論した。

特定疾患療養管理料から高血圧、糖尿病、脂質異常症の対象除外を要求—松本委員

さらに松本委員は論点にはないとしながら、「高血圧、糖尿病、脂質異常症の外来での算定状況について、生活習慣病管理料算定は極めて少ない」「一方で特定疾患療養管理料が大半を占めている」(スライド24～26)、また生活習慣病の管理については新しい技術の登場もあり、ガイドラインに沿って要件がアップデートされているとし、「特定疾患療養管理料は点数引上げがされているが、新たな技術が反映されているとはいいがたい」として「エビデンスに基づく疾病管理の観点」として「高血圧、糖尿病、脂質異常症を特定疾患療養管理の対象から除外し、生活習慣病管理料のもとで治療すべきと強く主張する」と発言。

この主張に対し長島委員は、「特定疾患療養管理料は外来における疾患管理の基盤的な点数」だとし、また、「生活習慣病管理料は元々運動療法指導管理料として評価され、個別の生活習慣について専門的な管理の必要な患者への治療管理を目的としたもの」だとし、単に疾病が同じだからとまとめてよいものではないと批判、江澤和彦委員（日本医師会常任理事）、茂松茂人委員（日本医師会副会長）も同様に反論した。

（２）多職種連携・医科歯科連携について

事務局より、多職種連携・医科歯科連携について、以下の論点の提案があった。

- 多職種連携・医科歯科連携の有効性がガイドライン等において示されていることを踏まえ、より有効な生活習慣病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について、多職種連携・医科歯科連携に係る要件を追加することについてどのように考えるか。

長島委員は、診療所で多職種配置が行われていない実態があり、体制コストに見合う評価等がされていないためだとし、十分な処遇改善を求めた。

林委員は、糖尿病と歯周病の関係性は認知されているものの歯科受診には至っていないケースが半数あり、また永久歯を失う年齢は65歳～69歳が最も多いという調査結果があり、成人が歯を失う原因で最も多いのが歯周病だとし、また、「糖尿病が判明した時期に、早期に歯周病治療を始めることで重症化予防に寄与できる」ことから重症化予防につながる仕組みの検討を要望した。

一方松本委員は生活習慣病管理料に連携要件の追加を求めた。

（３）慢性腎臓病に係る対応について

事務局より、慢性腎臓病に係る対応について、以下の論点の提案があった。

- 非糖尿病の慢性腎臓病患者に対して、多職種の取組により腎機能低下が抑制がされたことを踏まえ、透析予防の取組に係る評価についてどのように考えるか。
- 透析予防の取組は多職種による行動変容を促すものであり、発症早期の介入が効果的であると考えられること、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告があることから、取組開始後の期間に応じて評価することについてどのように考えるか。

太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）は、「高齢化に伴って、特に高血圧等を原因とする腎硬化症という病気による腎不全の患者が非常に増えてきており、チームアプローチ、多職種の連携によつての取り組みで、かなり良い成績が出てきている」として評価を求めた。松本委員も評価の余地はあるとしつつも、適切な期間の設定が必要だとした。

議題 6 処遇改善（その2）について

事務局より、処遇改善について、以下の論点の提案があった。

- 医療関係職種は全産業平均の賃上げに追いついていない状況を踏まえ、医療機関等の職員における処遇改善について、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

長島委員は「春闘の全産業平均の値上げが3.58%となっている中、医療・介護の賃上げは、一般企業に及んでいない」とし「その結果、高齢化等による需要増加にも関わらず、他産業に人材が流出し、医療分野における有効求人倍率は前職種平均の2から3倍程度の水準で高止まりしているため人材の確保が困難」であり、経営努力だけでは対応困難なため、診療報酬の引き上げは必須と訴えた。林委員もしっかりとした分析の上（処遇改善を）検討いただきたいとした。

一方、松本委員は、「処遇改善は医療機関のマネジメント、すなわち配分の見直しで対応することが原則だ」とし、政府の方針として賃上げに対応しなければならないのは理解するとしつつも、「医療経済実態調査で明らかになった利益剰余分に相当する資本の増加分を原資にすれば対応は可能なはず」「医療関係職種の賃上げを単純に患者負担や保険料に転嫁すべきではない」などとした。

議題7 入院時の食費について（その2）

事務局より、入院時食事療養について以下の提案があった。

- 入院時の食費について、昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しており、また、介護保険の食費の自己負担は一食当たり約 482 円であり、入院時の食費との差は 22 円となっている。
 - 食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、入院時の食費を例えば 30 円引き上げることとしてはどうか。
- ※入院時の食費と同様の価格設定がされている入院時の生活療養費の食費分についても同様の見直しを検討。

議論で診療側委員は、異論はないとしつつ丁寧な説明等の対応を求めるとした。松本委員も異論はないとしたが「今回見直しによる保険料への影響はないと認識している」とわざわざ付け加えた。佐保委員は「物価は患者自身の生活にも影響する」として、「今回実施するにしても、その後の患者の声には耳を傾けていく必要がある」などと述べた。

議題8 令和6年度診療報酬改定の各側意見について

令和6年度診療報酬改定について、これまでの議論を受けて、1号側、2号側それぞれから見解が示された(総-8資料参照)。これを受けて会長から、これまでも実調や各側の見解、薬価調査結果を踏まえ、公益委員が厚生労働大臣に対する意見書の素案を作成し、総会で議論の上取りまとめ、中医協から厚労大臣への意見として提出する流れだったとし、今回もそれでよいかと提案があり、了承された。

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571回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00230.html

<会内使用以外の無断転載禁止>