

質 疑

外来（その3）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。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、ありがとうございます。意見を述べる前に、事務局に確認したいことがあ
ります。入院・外来医療等の調査・評価分科会と総会の役割についてです。

2022年3月23日の総会において、それまでの入院分科会の名称を現在のものに
改めた上で、所掌事務に外来医療を含めることを承認した際に、分科会と総会の役
割について、2号側の委員から、次のように確認しました。

運営要綱には、調査専門組織は、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題に対し、
専門的な調査・検討を行うと記載されております。

したがいまして、分科会でご議論いただくのは、あくまで技術的な課題に関する
調査・検討であって、診療報酬体系の見直しの方向性を議論して決定するのはあく
まで総会であり、総会は分科会の検討結果に縛られるものではないことを改めて事
務局に確認させていただきたい。

これに対し、事務局からは「事務局としても同じように考えております」との回
答でありました。

現在も、この役割についての考えは同じであるということによろしいでしょうか。
まずはご確認いただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。今のご指摘のところですね。分科会と総会との関係につきまして、事務局から、ご説明をお願いいたします。

○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した。分科会と、そして総会との関係というお尋ねでございます。

その当時の見解と現在は同じでございます。分科会はいくまで技術的な課題に関する調査・検討を行うもの。そして、その報告は基本小委を経て、総会でさせていただき、そのあと、方向性や結論については総会でご議論をいただき、決定いただくもの、この認識に関しては変わりはありません。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいですか。はい、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

それでは、それぞれの関係、役割について、総会と分科会の全ての委員の共通認識としていただいて、今後の議論を進めていただくと。

また、事務局におかれましても、資料作成の際には、このことに十分ご留意いただきたいと思います。

それでは、129 ページ、130 ページの論点についてコメントします。まずは「外来医療に係る現状等」についてです。

【論点】

（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。

1つ目の丸については、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ました。ある意味、先んじて前回改定では手を打ったと言えます。

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あり、その状況をようやく見る段階になったところだと思いますので、ここから、1つひとつ丁寧にフォローしていく段階に入った。まだそのような段階であると申し上げたいと思います。

また、2つ目の論点については、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組を推進していく観点が重要と考えられます。

（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。

続いて、「かかりつけ医機能に係る評価等について」です。

地域包括診療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についても視野に入れた点数になっております。

現場でさまざまな取組がある中、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ります。

以前にも発言したとおり、サービス担当者会議等への参加は、さまざまな連携方法の中の1つの手段であり、ほかにもさまざまな連携方法、あるいは質を高める方法があります。

例えば、現行制度でも、ケアマネー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ますが、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ですので、医療DXによる連携のあり方も踏まえながら、そうした検討も深めていくべきだと思います。

調査結果からも明らかなおと、時間的な課題等もあり、また、全ての患者に対して会議が必要ということでもありません。

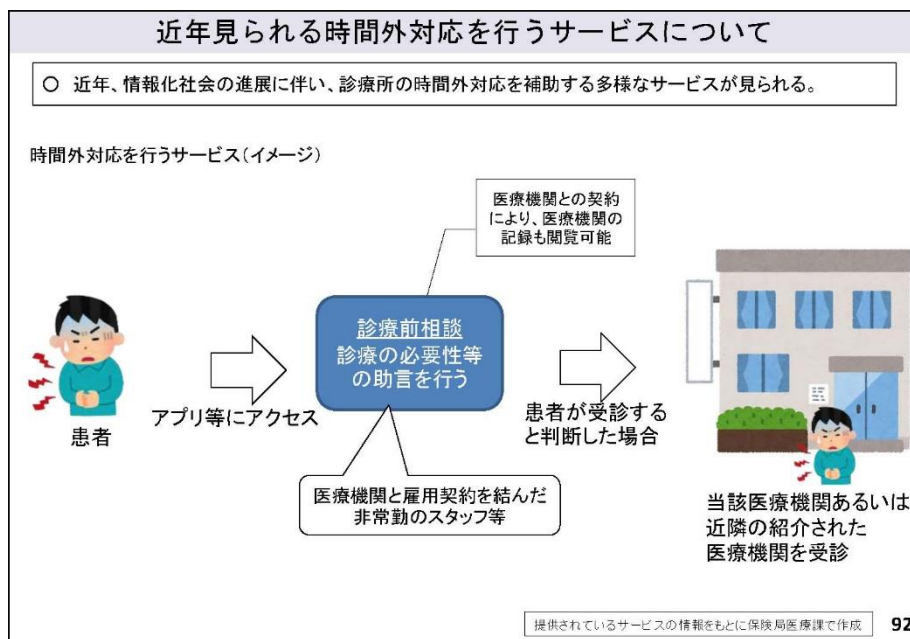
高齢者が増加する一方で、働き手の増加が見込めない中、いかに効率的で質の高い医療を提供していくのか、という議論をしている中、会議の参加だけが重点的に取り上げられるということは、この流れに逆行しているとも受け取れかねないということに注意が必要です。あくまでも現場にとって無理がなく、患者さんのニーズに合うかたちを検討すべきであると考えます。

(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。

続いて、時間外対応加算についてです。この加算は、病院と診療所の機能分化の観点から、休日・夜間の軽症患者の病院への受診を減らして、勤務医の負担軽減も目的として創設されたものです。

かかりつけ医と患者さんの信頼関係のもと、時間外等の緊急対応をどのように提供するか、患者さんの安心をどのように確保していくかが重要ですが、そもそも患者さん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ですが。



このようなことを踏まえれば、今回、92 ページで示されたような外部業者のサービスを出しし、それを利用した場合には同じように評価するということは、これまでの考え方と相いれないと考えます。

(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。

書面を用いた説明については、医政局の検討会での厚生労働省令に関する議論にもよると考えていますが、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、患者さん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さんや家族に書面交付したり、ましてや、算定要件にすべき、するような話ではないと考えます。

例えば、特定疾患療養管理料の算定においても、書面での説明をしなければいけない場合、または患者さんや家族から求められた場合であれば、しっかりと対応していると認識しております。

その一方で、症状が安定している場合であれば、継続的な加療を勧める程度になりますし、同じ点数の中で、患者さんの状態に応じた指導を実施することが重要です。書面の有無にかかわらず、診療報酬を算定する以上、医師にはその患者さんを管理している責任が伴います。

また、前回改定で、機能強化加算について、文書を医療機関の見やすい場所に置き、患者さんが持ち帰ることができるようにしましたが、実際には持ち帰った患者さんはほとんどいないのが現場の状況であります。

さらに、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と考えます。

外来診療において、文書による説明を必要とするケースはどういったものか。しっかり見極めていく必要があります、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と思います。

(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。

続いて、特定疾患療養管理料です。留意事項通知に明記されているとおり、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医が、計画的に療養上の管理を行うことを評価したものです。

今回の資料では、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している医療機関と比較して、かかりつけ医機能をもっている割合が低いことなどが指摘されておりますが、

今、申し上げたとおり、特定疾患療養管理料は、地域のかかりつけ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ではないかと思えます。

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と言えます。

また、論点後半の「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」という点について、

特定疾患療養管理料はプライマリケアとして、患者さんが重症化する前に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、まさにそのとおりの貢献をしてきた大変重要な点数であると認識しております。

加えて、現在の診療報酬上の評価において、この点数は、初診・再診料と同様、内科系の医師の技術料の評価として、大変重要な位置づけとなっておりますので、特定疾患療養管理料の動向は、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ことになり、ひいては医師をはじめとした医療従事者が極めて強い不安を抱く可能性が高いということをしつかりと受け止めて、念頭に置き、検討していただく必要があります。

(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。

130

最後が、「かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について」です。それぞれの点数が創設された際の位置づけ、趣旨、役割、そして、これまでの経緯を踏まえた検討が必要であります。

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、施設の利用料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です。実際に、留意事項通知を見ていただければ、「提供される診療内容の事例」として、

- ・問診し、患者の訴えを総括する。
- ・身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。
- ・これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。また、
- ・患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

など、丁寧さを明確に表現していることがおわかりいただけるかと思います。

そして、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をなし、個々の点数が設定されているものです。例えば、特定疾患療養管理料は、先ほど述べたとおり、プライマリケアとして計画的に療養上の管理を行うことで患者さんの重症化を予防することなどを評価したものです。

一方で、生活習慣病管理料はもともと運動療法指導管理料として評価され、専門的な管理の必要な患者さんへ治療管理を目的としたものの、算定しづらいという現場の意見を受け、その視点からも中医協において議論を行い、これまで点数の引下げや要件緩和が断続的に行われ、現在のかたちになった経緯がありますが、

一貫して、生活習慣病について、より専門性の高い総合的な治療管理を行うことを評価した点数です。つまり、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、まとめてしまえばよ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ません。

地域包括診療加算等は、先ほど触れたとおり、夜間・休日対応等を含むかかりつけ医機能を有する医療機関における複数の疾患を有する患者さんに対して、継続的かつ全人的な医療を提供することを評価したものです。

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において答申がなされ、これまで細かな疑義解釈を積み重ねてきているものです。

したがって、1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依じて医師が判断するものであり、先ほど述べたように、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と思います。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と言えます。

それを今回は、例えば体制評価の点数と診療行為の点数の併算定を同一視して、併算定自体が問題であるかのように書かれていますが、こういった、これまでの経緯、運用をあえて無視して、今さら何を整理するというのか、全く理解できません。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。次は、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）

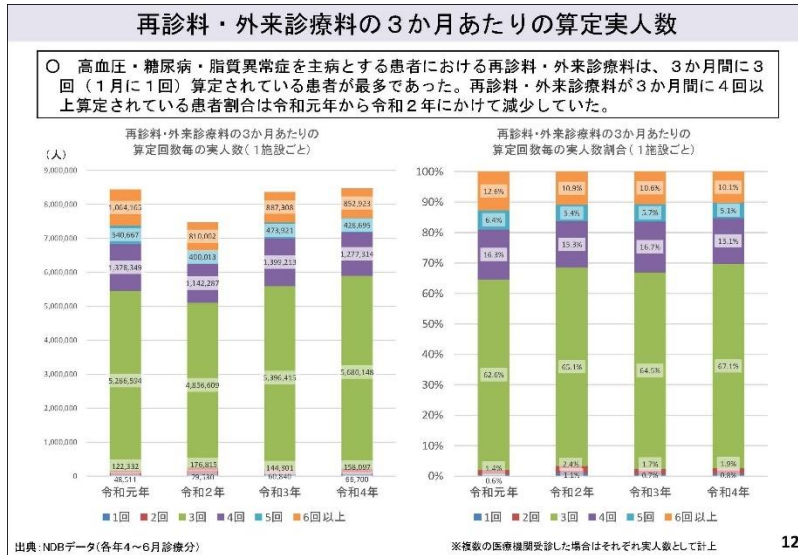
はい、ありがとうございます。それでは、論点に従いまして、コメントしたいと思います。

【論点】

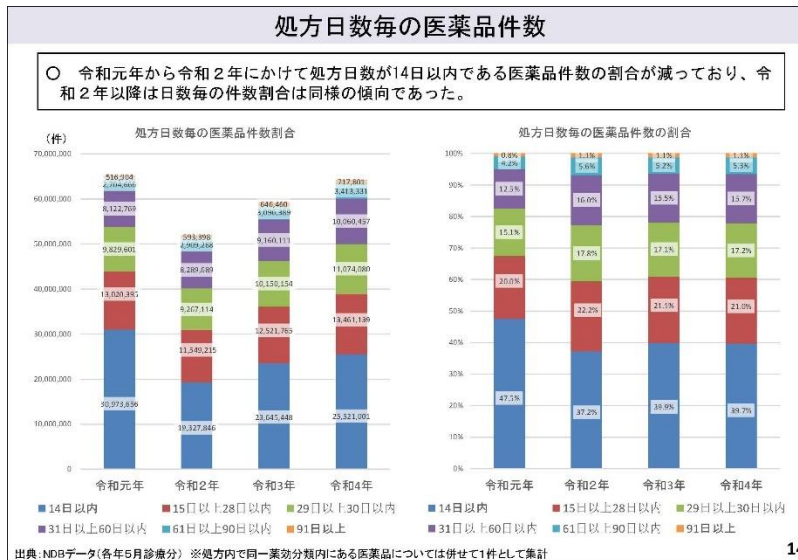
（外来医療に係る現状等について）

- 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。

まず、「外来医療に係る現状等について」でございますけども、この実態について、資料、例えば12ページを拝見しますと、



生活習慣病による月2回以上の受診は1割程度にとどまっておりますし、また新型コロナが拡大した令和2年以降には受診頻度は、



あるいは、14ページに示されております14日以内の処方割合も低下しております。

そういたしますと、生活習慣病については、月1回の受診で十分なんではないかという実態が見えてきていると思います。したがって、月2回以上の受診に対する診療報酬上の評価については見直すべきだというふうに考えております。

症状が安定している患者については、2、3カ月に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、それにあわせて、リフィル処方箋の活用も推進すべきと考えております。

続いて、論点に沿ってコメントいたしますが、25ページを拝見いたしますと、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おりますけれども、

紹介受診重点医療機関の病院機関種別施設数							
紹介受診重点 医療機関	病院	特定機能病院*	地域医療支援病院*	特定機能病院*又は地域医療 支援病院*以外の病院 (245)		有床診療所	無床診療所
				一般病床** 200床以上	一般病床** 200床未満		
				930	914		

実態としては、そこに書かれてあるとおり、200床未満の紹介受診重点医療機関が公表されておりますので、外来機能の分化・連携に向けた対応を検討することも考えられるのではないかと考えております。

また、27ページ以降に、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考えております。

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については、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と考えます。

続いて、次の論点の「かかりつけ医機能に係る評価」でございます。

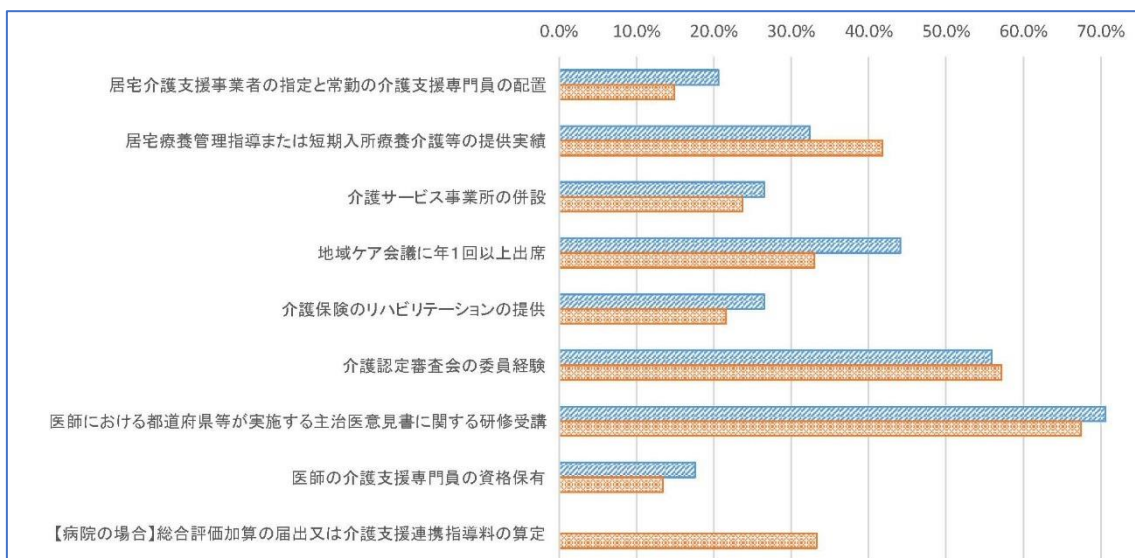
(かかりつけ医機能に係る評価等について)

- 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。

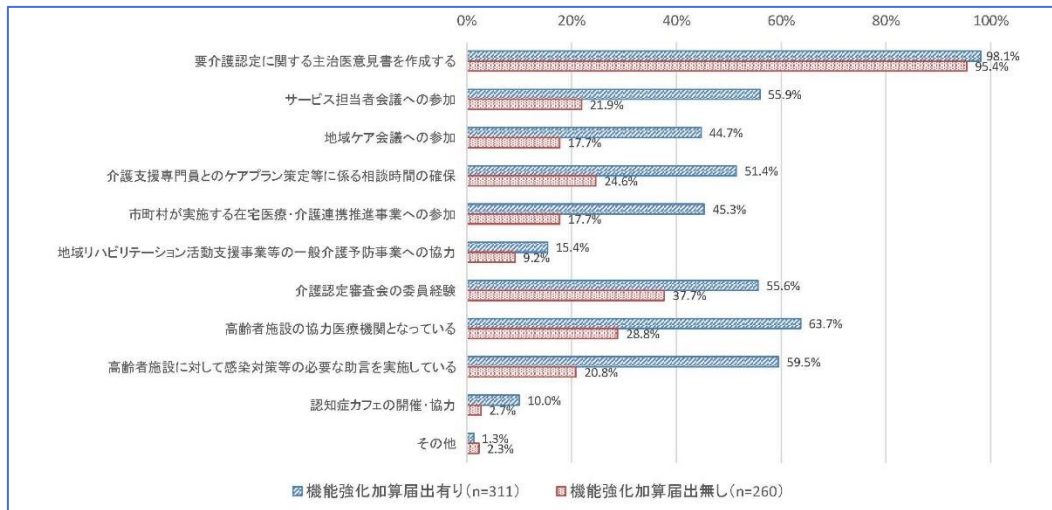
かかりつけ医機能についてですが、この機能は外来だけではなく、医療全体、さらには介護との連携を含めて非常に重要なポイントでございます。

2年前の前回改定では、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ませんでした。今回はかかりつけ医機能の定義も明確になり、医療法改正に基づく制度整備の大枠も見えておりますので、かなりの見直しができるのではないかと期待しております。

それでは、130 ページの論点に沿ってコメントいたします。まず、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は、先日の総会において、2号側委員からも顔と顔の見える関係が重要だというご発言がございました。まさに、サービス担当者会議は、医療と介護の関係者間の真の連携を推進するための仕組みだと考えております。



そうした観点で、資料 61 ページを見ますと、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くなっております。



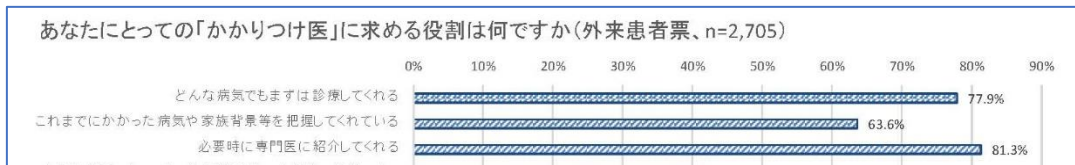
一方、74 ページを見ますと、主治医の意見書作成については、機能強化加算の届出の有無にかかわらず、ほぼ全ての医療機関が対応可能となっており、かかりつけ医機能の具体的要件とする必要性は乏しいのではないかと考えます。

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いたします。

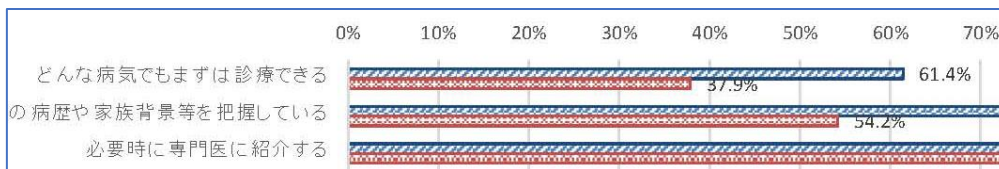
1	COVID-19	U071	288,639	13.1%
2	急性上気道炎	J069	186,008	8.4%
3	急性気管支炎	J209	146,990	6.7%
4	急性咽頭炎	J029	54,031	2.4%
5	気管支喘息	J459	43,527	2.0%
6	高血圧症	I10	41,721	1.9%
7	アレルギー性鼻炎	J304	41,128	1.9%
8	急性胃腸炎	A099	37,619	1.7%
9	湿疹	L309	36,852	1.7%
10	** 未コード化傷病名 **	-	34,001	1.5%

次に、資料の 71 ページを拝見いたしますと、機能強化加算が算定されている傷病名の 1 位は新型コロナですが、その後が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おります。

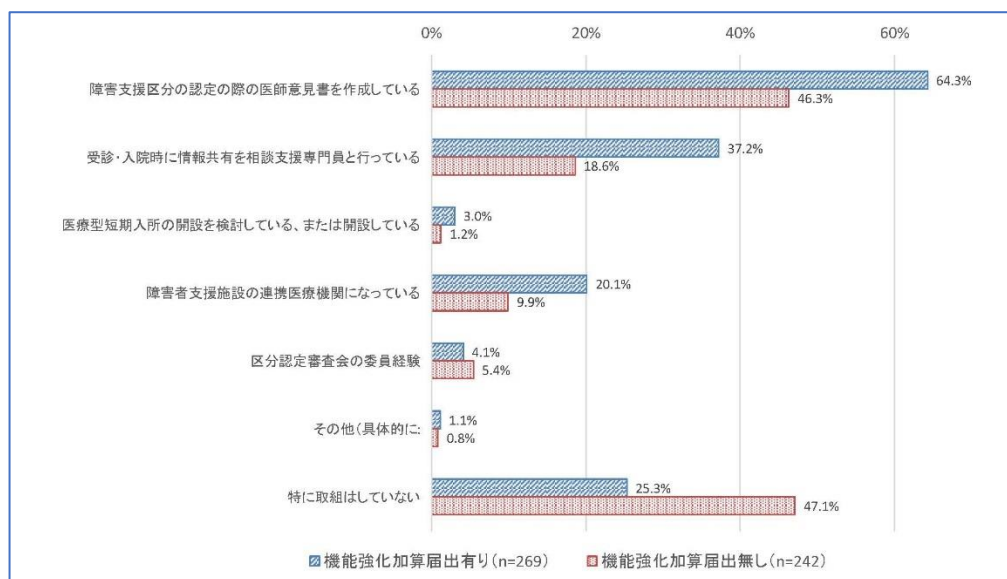
機能強化加算はかかりつけ医機能に係る評価という位置づけですが、少なくとも、これまでの発熱外来のように、どのような患者にも対応することを公表することを要件にすべきであると考えます。



次に、資料 73 ページを拝見しますと、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という割合が 77.9%になっているのに対し、



72 ページの外来施設票では 61.4%にとどまります。機能強化加算については、単に患者からの相談に乗るだけではなく、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ますが、この点について、もしよろしければ 2 号側からのご意見を伺いたいというふうに思います。



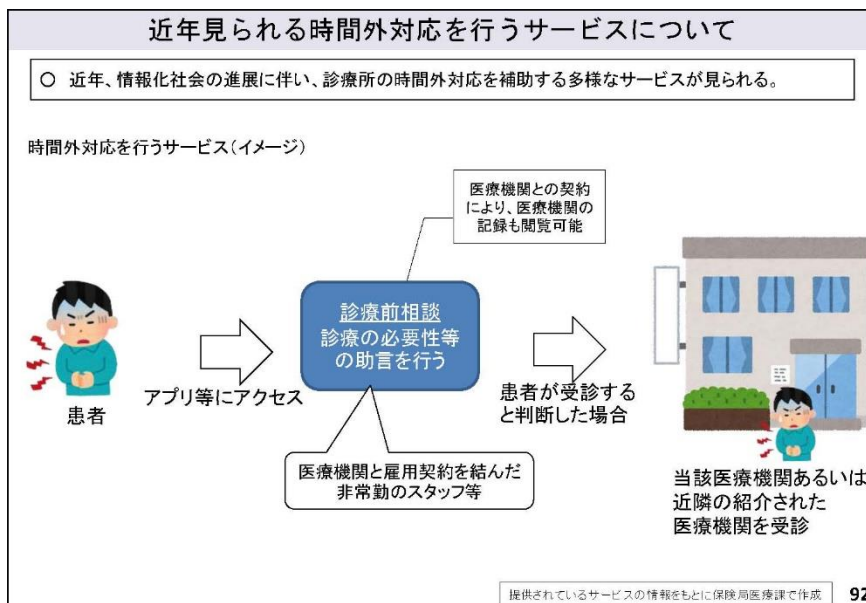
次に、76 ページを拝見いたしますと、障害者福祉サービスとの連携については、機能強化型の届出がある施設でも、医師意見書の作成が 64.3%で、情報共有を相談支援員と行っているのは 37.2%にとどまり、これは連携が不十分であるということを示しております。

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ております。

論点にはございませんけども、われわれ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ございますが、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ませんでした。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いうふうに考えます。

(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。

続きまして、時間外対応加算についてでございますが、資料の 92 ページを見ますと、診療所の時間外対応を補助するサービスが紹介されております。



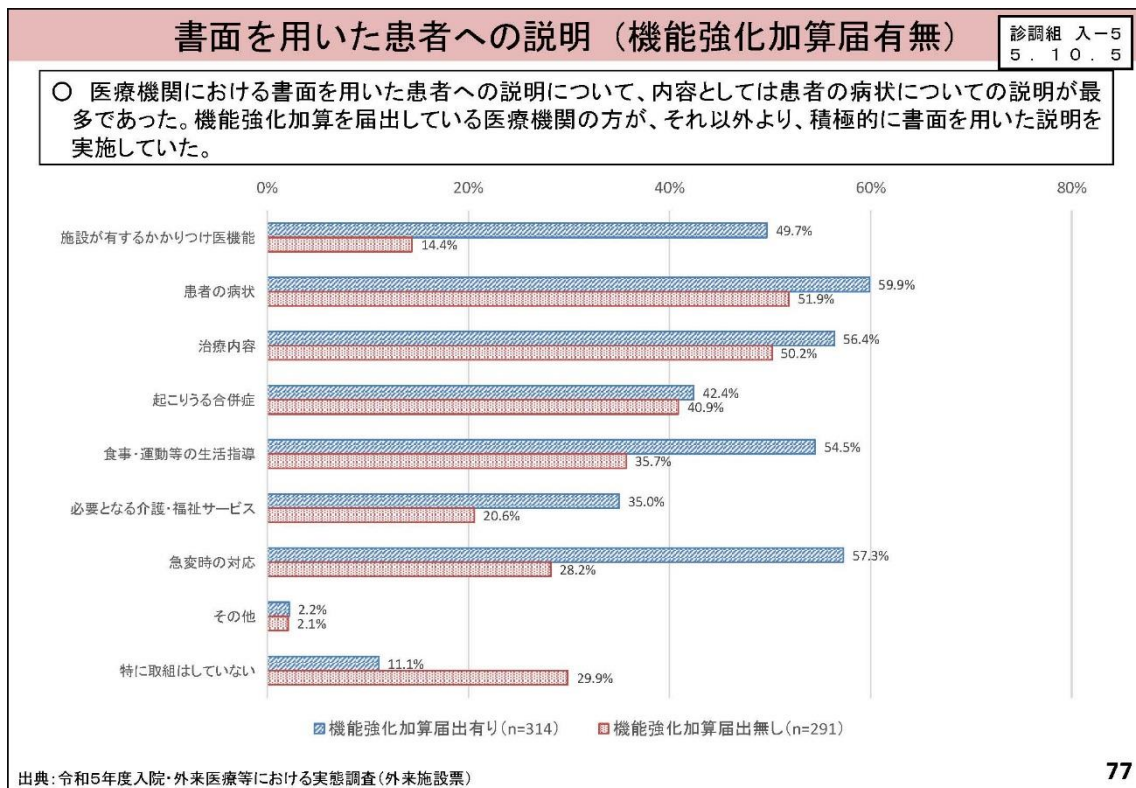
時間外の対応は、かかりつけ医機能の非常に重要な要素であり、医療機関が果たしている役割として常勤の医師が対応する場合と同等に評価することには、長島委員からもご発言がありましたけども、疑問があります。

さまざまなサービスが提供される中で、実態に応じて評価体系を見直すことは必要ですが、この件に関しては、まずはしっかりと実態を把握した上で、そもそも診療報酬で評価することが適切なのかも含めて議論すべきであると考えます。

(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。

次に、書面を用いた説明でございますけども、資料 77 ページを拝見いたしますと、書面を用いた患者への説明については、機能強化加算の医療機関でも、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おります。



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と考えます。

概要
<p>(1) 医療機能情報提供制度の刷新 (令和6年4月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> • かかりつけ医機能 (「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義) を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。 <p>(2) かかりつけ医機能報告の創設 (令和7年4月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能 (①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など) について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。 • 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。 • 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。 <p>(3) 患者に対する説明 (令和7年4月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 都道府県知事による (2) の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、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について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

また、資料の 95 ページを見ますと、医療法改正に基づき、患者が希望する場合に書面かかりつけ医機能として提供する医療の内容を交付する仕組みが令和7年4月から施行されます。

生活習慣病管理料の療養計画書と内容が、位置づけが重なると思いますので、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と考えております。

続きまして、特定疾患療養管理料でございます。

<p>(特定疾患療養管理料について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
--

資料の 103 ページを見ますと、先ほど長島委員からもありましたけども、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という位置づけになっておりますけども、

特定疾患療養管理料の評価・要件の経緯		
昭和33年	新設	慢性疾患を主病とする者に対して、栄養、安静、運動その他療養上必要な指導をした場合の評価として、慢性疾患指導料（13点（甲表））を新設
昭和47年	拡充	慢性疾患指導料の点数（13→26点）を上げるとともに、乙表においても新設
昭和56年	名称変更	慢性疾患指導料を慢性疾患指導管理料に名称変更
昭和63年	要件変更	慢性疾患指導管理料を慢性疾患指導料（診療所150点、病院90点（甲表）120点（乙表））と慢性疾患外来学管理料（150点）に分離
平成4年	新設	（慢性疾患指導料及び慢性疾患外来医学管理料を廃止し、）厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対し、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価を新設（月2回限度）。（※慢性疾患指導料等で一部趣旨に合わない疾患が含まれていたこと、地域のかかりつけ医のプライマリ・ケア機能を踏まえ、改定） ・ 診療所 170点、100床未満の病院 100点、200床未満の病院 50点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ ・ 診療所 170→190点、100床未満の病院 100→130点、200床未満の病院 50→75点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ ・ 診療所 190→200点、100床未満の病院 130→135点、200床未満の病院 75→80点
平成9年	点数引き上げ（消費税増税に伴うもの）	点数引き上げ ・ 診療所 200→202点、100床未満の病院 135→137点、200床未満の病院 80点（据え置き）
平成12年	点数引き上げ	老人慢性疾患生活指導料の評価に合わせ点数引き上げ ・ 診療所 202→225点、100床未満の病院 137→147点、200床未満の病院 80→87点
平成18年	名称変更	特定疾患療養指導料→特定疾患療養管理料 老人慢性疾患生活指導料を特定疾患療養管理料に統合

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

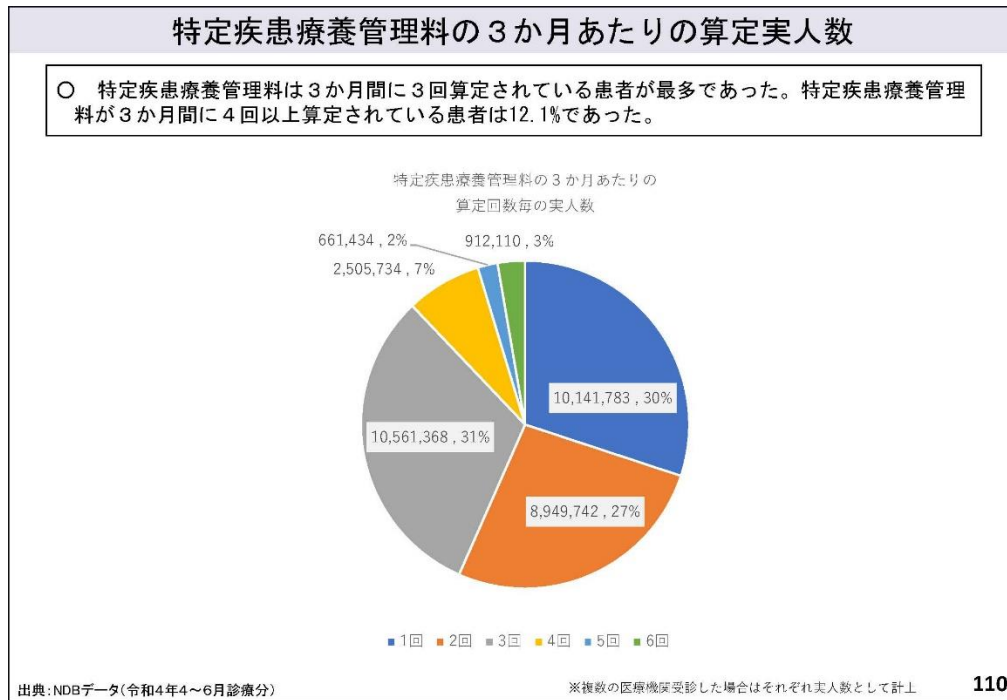
103

101 ページの算定要件を見ますと、計画書を用いた患者への説明がそこには求められておりません。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ございます。

その一方で、プライマリケア機能や、かかりつけ医の役割を十分に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いたします。

No.	傷病名 ICDコード	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数	12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病（計）	2,092,986	16.2%
	脂質異常症（計）	3,092,941	23.9%
	高血圧症（計）	7,459,040	57.7%
	心不全（計）	292,875	2.3%
1	高血圧症 I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症 E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病 E14	1,081,173	8.4%
4	2型糖尿病 E11	994,862	7.7%
5	高脂血症 E785	989,977	7.7%

さらに、105 ページを見ますと、主傷病名の上位を占めております糖尿病、脂質異常症、高血圧症といった、俗に言う生活習慣病と、がんなどの疾患を同様に評価することには違和感がございます。特定疾患療養管理料で何を評価すべきなのか、整理が必要です。



続きまして、110 ページにいきますと、この特定疾患療養管理料の算定回数は、3カ月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ございます。

資料の12ページにもあります。先ほど言及もいたしました、新型コロナの感染拡大以降、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うかがえますので、「月1回での算定」に適正化すべきです。

また以前、診療側のほうから、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加すべきだというご提案がございましたけども、この管理料はプライマリーケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価しており、療養上の指導が有効であるという十分なエビデンスと、当該管理料の趣旨に基づき、対象疾患の追加については慎重に議論をすべきだというふうに考えます。

次に、かかりつけ医機能に係る評価等の併算定についてです。

(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。

130

120 ページを見ますと、外来管理加算は計画的な管理をおこなった場合の評価として位置づけられておりますけども、

外来管理加算

➤ 検査、リハビリテーション、精神科精神療法、処置、手術等をおこなわずに計画的な医学管理をおこなった場合の評価。

外来管理加算 52点

【算定要件】

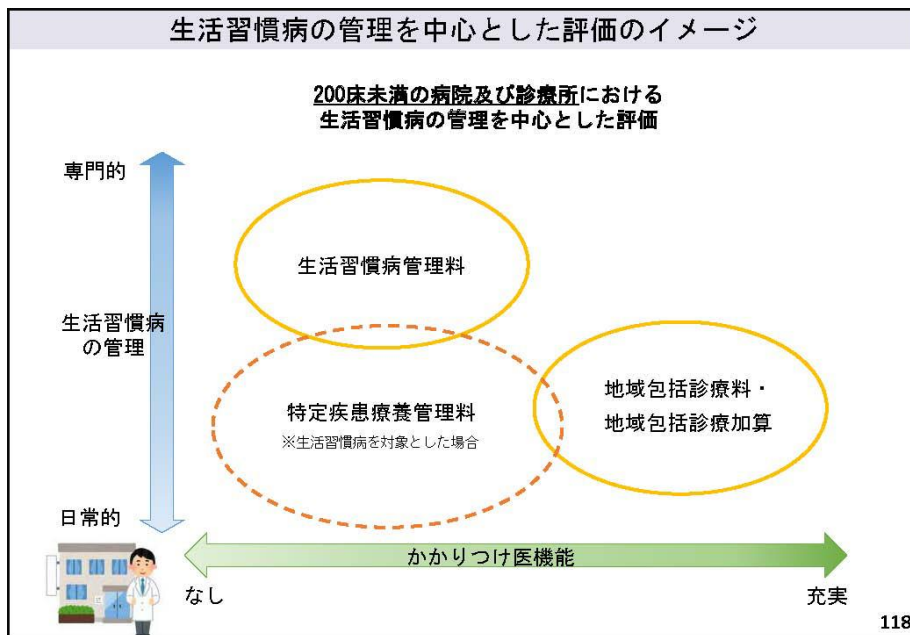
- ① 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。
- ② 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。
- ③ 診察に当たっては、②に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

算定要件の、例えば①番。「外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できる」

② 「算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察を行い、それらの結果を踏まえて」、患者に対する説明を行うとともに、「患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う」

③ 「診察に当たっては、②に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行う」として、「必ずしも全ての項目を満たす必要はない」といった内容から見ますと、

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、われわれ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おります。



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ません。したがって、外来管理加算については廃止を強く主張いたします。

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、整理すべきです。

これは参考情報でございますが、健保連が2年前に公表いたしま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三重評価が約8割という結果が出ておりますので、今回の改定で、こうした重複評価は是正することは不可欠だというふうに考えております。私からは以上になります。

○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。オンラインで林委員、お手が挙がっておりますので、お願いいたします。

○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。「総-3」の130ページの論点、5つ目の丸につきまして、歯科の立場から発言いたします。

（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。

医科歯科連携の観点から、かかりつけ医とかかりつけ歯科医の連携は非常に重要であり、生活習慣病に関する管理につきまして、糖尿病は歯周病との関連が示されているところであり、医科と歯科医師が連携して医療提供することは、双方の治療を行う上で有効であると考えております。そういった観点からも、生活習慣病管理料等は非常に重要と考えております。

令和2年度の診療報酬改定時には、生活習慣病管理料の糖尿病患者の部分で、療養計画書の記載項目に歯科受診の状況の記載欄が追加いただいておりますが、歯科の臨床現場の感覚といたしましては、連携が進んでいるとはまだまだ感じられておりません。

今後、医療DXの進展とともに、将来的には医療情報の共有は行いやすくなり、推進に期待しておるところではございますが、当面の策として、引き続き、より連携が進むような方策をぜひご検討いただきたいと思います。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。ほかはいかがでしょう。はい、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）

まず、先ほど、外来管理加算の廃止という、私から見ますと暴論がございました。

これ、全く容認できません。これは、詳細な診察や丁寧な説明という医療行為を全否定するものです。そのようなことを言われれば、医療現場は到底、このまま地域医療を続けられるのだろうかと大変な不安に落ち込むものであります。絶対に容認できません。

それ以外のことについて、少し意見を述べます。まず受診回数の減少や処方期間の長期化、これはコロナ禍という受診したくてもできないという極めて困難な状況において行われたことであるということを理解する必要あるというふうに考えます。

それから、さまざまな電子的な方法は、医療DXが進めば、まさに大変、役に立つものですが、今はまだ途中。経過の途中であり、対応できていないところが多くあるというところで、ここを義務化、要件化するということはまさに現実を無視した机上の空論であります。

さらに、顔の見える関係ということで、サービス提供会議も1つの場面に過ぎません。ほかにも、いろいろ、顔の見える関係を深めることができます。

それから、あらゆる疾患、あるいは病態への対応ということで、これは1人の医師、1つの医療機関で全てに対応することは非現実的であります。これは、地域のさまざまな医療機関がしっかりと連携することで、地域を面として、かかりつけ医機能を発揮していくということ。これが最も現実的であり、有用であるというふうに考えております。

さらに、書面交付の義務化というのも、そもそもの必要性、有効性、さらに負担の増大による現場の医療への困難さ、これをしっかりと考えれば、あり得ないと考えております。

また、各種の点数については、先ほども述べました。それぞれの点数にきちんと、それが設定されたときに、どういう目的、どういう趣旨であったか、さらにその後、何回も丁寧に検討を重ねて、少しずつしっかりと修正してきたという歴史があるというものをもう一度しっかりと踏まえていただきたいと思います。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）

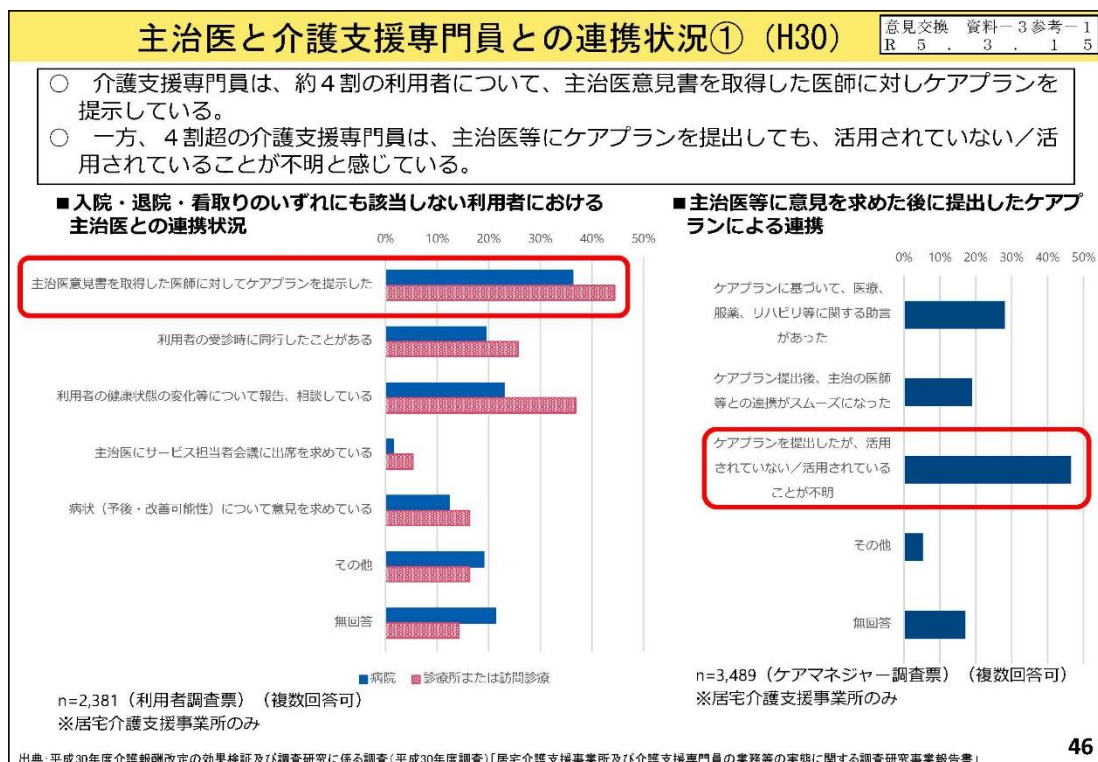
はい、ありがとうございます。はい。池端委員、お願いいたします。

○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2点ばかり、コメントと、あと、1つ質問も含めて、させていただきたいと思います。

まず本当に、私も今、松本委員がおっしゃったように、外来管理加算、この、これまでの長年の経緯から考えて、それを廃止と、今、ここでおっしゃるのは、ちょっと、すごく、私はショックを受けまして、やっぱりこれは本当に根幹に関わる問題ですので、私としても全面的に反対をさせていただきたいと思います。

その上で、主治医と介護支援専門員の連携は、私はこれは前もおっしゃったように、松本委員もおっしゃったように、非常に重要で、特に今回は同時改定ですので、非常に重要だと思っております。



それで、そういう見方で46ページの図を見させていただきますと、介護支援専門員は、主治医意見書を取得した医師に対して4割の方がケアケアプランを提示している。逆に言うと、6割の方には提示してないってことになります。

しかも、4割の提示した中で、主治医から活用されてないと不安を感じるのが、さらに4割ってことは、4かける4の16%が、主治医からの、ちょっと、対応に不満を感じている。じゃあ、残りの86%は、そもそも6割はケアプランをもらってないということになりますので、ここは、もちろん、逆の言い方をすると、主治医とケアマネ、ケアマネの方ももう少し積極的にケアプランを、ほぼ、私は全面的に全てのケアプランを主治医に意見書を求めた方には提示すべきだと思っています。

実は、ちょっと話が長くなるかもしれませんが、私は毎に一度、話したかもしれませんが、県の中で、以前、ケアマネ協会の県の会長をさせていただきました。もう1つ、県の医師会では介護保険担当の理事をさせていただきました。両方に言えるのは、医師会では「ケアマネが全然、連携してくれない」ということを、お叱りを受けて、「おまえ、ケアマネ協会をやってるんなら、もっとちゃんと言いなさい」っておっしゃる。

一方、ケアマネ協会からは「かかりつけの先生がなかなか対応してくれない」ってことがある。両方がお互いに責め合ってるってのは、その中の1割、2割の方がお互いを責め合ってるんです。でも、両方を結構、連携してるとこも十分あるので、ここはもう少し歩み寄りが必要。これは本当に古くて新しいテーマだと思いますけれども、何らかのかたちで、さらに進むように、仕掛けは絶対に必要だと思いますけれども、そういうこともあるんだということをご理解いただいた上で、サービス担当者会議の義務化という、私はサービス担当者会議に出っていますが、これは絶対反対ってのは、やっぱり、メリハリをつけないといけない。主治医意見書を書いても、ずっと継続的に書いて、安定している場合には電話1本で、「あ、前のサービスでいいよ」ってことで済んでしまう場合もあります。

初めて、あるいは、入院して初めてケアプラン、介護支援、介護プランを受ける場合は、これはやっぱり、担当者会議が集まって、全ての主治医も薬剤師も、あるいは、サービス担当者も全て集まってやる。しっかりした退院前カンファレンスも含めて担当者会議、必要です。

こういうものもありますし、文書1本で済む場合、電話です済む場合、ファックスで済む場合、いろんな場合の合わせ技で連携を深めていこうということで現場はやっていますので、これを全て担当者会議に義務化としたら、とても医師は、とても追いつかないし、時間の設定、場所の設定も、担当者会議を開くのは非常に大変なんですね。私なんかは自分の病院を提供して、そこでやっていただく、あるいは、訪問診療だと訪問診療の場で提供して、ケア担当者会議をやるんですけども、なかなか皆さんの日程が合わなくて難しいという。

ですから、そこは、いろんなツールを使いながら連携を深めるということはやぶさかではありませんけども、これを義務化することは、とても現場ついていけない状況だと思います。そして、文書。一方で、いろんなところで文書の義務化ということも出ましたけども、これも全て文書を義務化したときにどうなるかって言うと、おそらく想像するのは非常に画一的な文書をぽっと出して、そこでサインして、それでおしまいになってしまう。

やっぱり、これは懇切丁寧な外来での説明を通じて、そして、そこで患者さんから了解いただくっていう、これを基本として、つつ、何らかの書面が必要ということになるかもしれませんが、そういうことにならないように、ただ文書を出せば全て終わるのだということではないことも、ぜひご理解いただきたいと思っています。これが意見です。

もう1つは、55ページの地域包括診療料。これもかかりつけ医機能の重要な診療料だと思いますけれども、前回の中医協総会でも私、質問させていただきました。地域包括診療料ってのは、実は200床未満の病院もかかりつけ医機能を担ってくださっていくことで、この地域包括診療料を算定できることになっていますが、現在、前回のお答えにもありましたように、その要件になっている、当該（患者）の「院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること」というのが義務化されています。その上の、1つ前でしたか。52ページを見ますと、令和3年度の段階で、この地域包括診療料を算定している病院は、全国でわずか48病院となっています。

これは、その24時間開局薬局が非常に少ないんじゃないかと。そこでちょっと、事務局にご質問させていただきたいのは、この24時間開局している薬局が全国でどれくらいあるのか、数字がもし把握されているんなら、教えていただきたいと思っています。

その上で、やはりこれは、今、確かに24時間連携は大事ですけども、かかりつけ医機能としても大事なことは十分理解できますけれども、私自身が今、在支病でやっている24時間連携っていうのは、ほとんど、実は、夜間・休日等に対応する場合には、薬局に対して言えば、薬は院内の常備してある薬で対応できてしまう。普通に緊急に必要なならば高熱解熱剤とか抗生剤とか等々ですので、それは準備して、本当に開局している薬局をお願いしなきゃいけないことは非常に少ないのが現状だと思います。

ですから、前回の総会でも、あったように、薬局でも開局せずに連携し合って、どっかの薬局で1つ、それが、その地域であれば、そこと連携することによって、十分、在支病、あるいは、かかりつけ医機能っていうのは発揮できるんじゃないかと思っていますし、訪問診療でもそうです。

緊急呼び出し、訪問看護があって医師に連絡して、ときにはその処方箋は院内処方、あるいは事前に、こういうことは、すぐ熱を出す方があるから、頓服でその解熱剤を出しておくとか、そういう対応で、ほとんど済むことも多いので、本当に24時間開局しなきゃいけないっていうことは、このかかりつけ医機能の求められるものと、ちょっと齟齬があるんじゃないかと思うので、そういう、少し緩和したものも必要ではないか。それによって、診療所と在支病が連携をし合って、かかりつけ医機能を発揮することができるのではないかと思うので、これについても、もし、今でも、24時間開局薬局が少ないのであれば、そういう緩和もぜひ、ご検討をいただければと思います。その2点です。質問は1点だけです。はい。よろしくお願いします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。今、池端委員から、ご質問ございました。地域包括診療料についてのご質問ですけど、事務局、よろしいでしょうか。

○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。この24時間開局という面です、これを厳密に規定した診療報酬項目とうのはございません。ですので、これを全国でいくつあるかというふうな詳細な数というのは、私どもは把握をしてございません。

今、池端委員からおっしゃっていただいたような、例えば、その薬局の報酬の中でですね、24時間連携して対応しているとか、というふうな報酬上、その届出があるようなものであれば把握をできることがあるんですけども、そういったもので、今後、議論を深める中でご提示をさせていただきたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいでしょうか。はい。茂松委員、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい、ありがとうございます。先ほど、外来管理加算を廃止するということについては全面的にわれわれは反対したいというふうに思います。と言いますのは、やはり外来管理加算、計画的な医学管理という中で、毎日、毎日の患者さんの状態を見ながら、私たち丁寧に話を聞いて、それに対応するものであります。

今、ほとんど経済の状態も悪くなり、家庭環境も悪くなり、おうちでの揉め事ということがあったりして、患者さんは非常にそれで受診をされるということがあります。そういうことについて、しっかり話を聞いて、それに対応しないと血圧も落ちてこないですし、糖尿病も悪化してくるということがあります。誠に、このことについては、毎日1回ずつ丁寧にやるということが非常に大事であると。これはもう本当に診療の基本であろうかと思えます。そういう意味では、もうこれは絶対廃止してはいけないというふうに思っております。

そして、もう1つは、2、3カ月に1回の診療でいいじゃないかと、落ち着いていれば、ということがありますが、今回、コロナの経験してですね、本当に2、3カ月に1回に来られてる、受診に来られた患者さんの経過を見て、糖尿病の方が本当に悪化をしているということをわれわれは、まざまざと見ました。これはデータでしっかり出てきております。

ということから考えると、まず1カ月に1回は必ず診るということは、非常にこの慢性の疾患については診ていかないといけないというふうには、われわれはそういう経験をしたことをお伝えしたいと思えます。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。よろしいですか。はい、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。いくつか意見を述べさせていただきたいと思います。まず今、話題になっているサービス担当者会議ですけれども、概ね多職種が集まって日中に行われることが常でありまして、そうすると、例えば1人で開業してらっしゃる診療所の医師とかは、当然、診療時間中に抜けていくっていうのが物理的に困難であるというのは大きな要因だというふうに、サービス担当者会議に参加しづらい大きな要因だというふうに思っています。

一方で、例えば診療所の医師でもケアマネタイムとか、つくって、この時間はケアマネージャーの方に来ていただいて連携を取るとか、あるいは池端委員もおっしゃったように、自分の医療機関に来ていただけるのであれば、可能であれば、そこで会議を開くといった取組も少しずつ増えてきているのが実態でございますので、いろんな事情がある中で、当然、義務化っていうのは、これはもう、もともと無理だ、無理と言うか、そうすべきではないというふうに考えているところでありまして、どういうふうに、こういった限られた状況の中でどういうふうに情報を共有していくかって仕組みを考えることが非常に重要だと思っておりますので、いろんな好事例をいろんな、また共有しながら取り組んでいく必要があろうかというふうに思います。

また、主治医意見書が、かかりつけ医機能ではないのではないかというご意見もあつたかと思っておりますけれども、介護保険制度・・・（2秒ほど無音）・・・主治医意見書は非常に定着して、これは主治医意見書っていうのは主治医、かかりつけ医しか書けない書式、様式になっておりますので、したがって、むしろ主治医意見書がこれだけ多くの全ての医療機関で定着したということは、むしろ全ての医療機関でかかりつけ医機能が発揮されているというふうに捉えるのが、とらまえるのが普通ではないかなというふうに思っています。

それから、もう1つ。ケアマネジャーとか、障害福祉等サービスの相談支援専門員との連携、これは極めて重要でございますし、障害福祉サービス等報酬改定のほうでも日本医師会のほうから、相談支援専門員とかかりつけ医の連携の強化というものは要望しているところでございます。

現在、老健事業等において、ケアマネジャーから主治医、医療機関への書式と障害サービスの相談支援専門員から医療機関への、この書式の様式をちょうど見直しております、なるべくこれを有効活用できるように書式も見直しつつ、それから、それを双方が求める仕組みというの、こちらも提案しておりますので、ぜひそのあたりも、連携強化をわれわれも大変望んでいるところでございます。

また、かかりつけ医は患者さんがあくまでも選ぶものでありますし、受診頻度も患者さんの状態とか状況によって当然、頻度は2週間に1回、月に1回、あるいは、いろいろ、その他、変わるわけでございますので、その診察のときに、いろんな診療行為なり評価なり加算に伴うような医療行為というのが発生しますから、そういうことも含めて、そのあたりはぜひ考えていただきたいと思っておりますし、

その最後の、この併算定のところに列挙してある加算というのは、これまでも中協において丁寧な議論の上、積み重なってきたものでありまして、それぞれに特性、役割が違いますので、これ、それぞれ、外来管理加算も含めまして、当然これは、これまでどおり存続して、しっかりと、こういったことで患者さんにサービスを充実していくということが大変、重要ではないかなあというふうに思います。

最後に1点。紹介受診重点医療機関につきまして、200床未満についても選定療養というような話があったかもしれませんが、現在、紹介受診重点医療機関の一般病床200床以上が選定療養で、その選定療養の対象になるということで、あるいは、紹介とか逆紹介のやり取りが増えるということで、外来患者さんの数が減少ということもあり、いろいろ影響を及ぼすということがあって、

紹介受診重点医療機関の一般病床200床以上には紹介受診重点医療機関の入院診療加算、入院初日に800点というものが付いておりますので、これは一般病床200床未満の重点医療機関、紹介受診重点医療機関には設置されておきませんので、当然、選定医療の対象にはならないというふうに考えているところでございます。

ぜひ、そういったかたちで、かかりつけ医機能をこれから、どんどん発揮して、そういった仕組みの中で、しっかりと患者さんに対する診療に従事していくということが大変重要だと思っております。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。じゃ、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。診療側の先生の皆さまのご説明でかなり理解が深まったところではありますけれども、やはり、かかりつけ医機能の一層の強化に向けてはICT化のさらなる推進というのは絶対欠かせないんだなあということを思いましたと。

ただですね、書面を用いた説明の際に電磁的な交付を可能にするなど、いろんな方策が考えられると思うんですけども、介護分野において科学的介護情報システムLIFEのように現場での使い勝手が悪いと指摘されるようなケースも出てきておりますので、ぜひ診療報酬上の評価を検討する場合は、現場の効率性の向上および医療の適正化に資するICT化となるように十分ご留意いただきたいというふうに思っております。以上です。

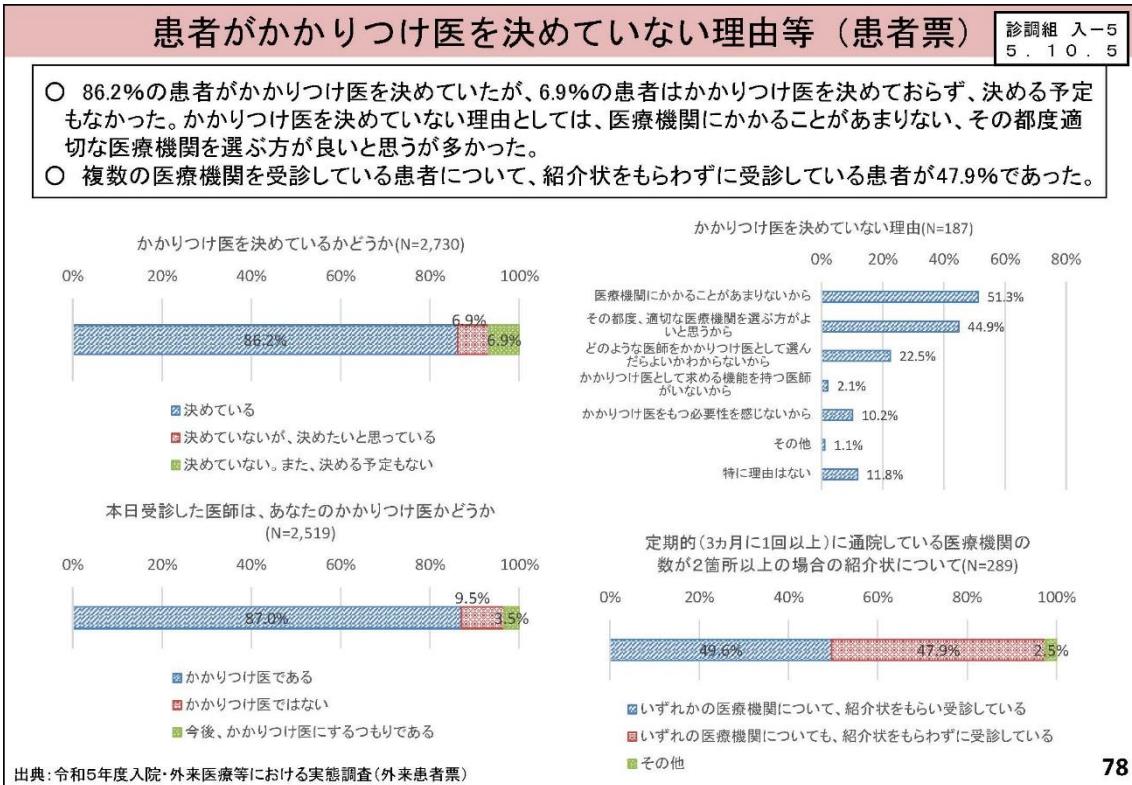
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。続きまして佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。外来医療の機能分化と連携強化に向けては、かかりつけ医機能はなるべく実績を見ていく方向にすることが必要というふうに考えております。

また、資料78ページに、患者がかかりつけ医を決めていない理由が挙げられていますが、



その中で、どのような医師をかかりつけ医として選んだらよいかわからないという理由が約2割を占めております。かかりつけ医機能を有する医療機関を増やすだけでなく、患者への周知も重要だと考えております。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）

ありがとうございました。じゃ、眞田委員、お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

ありがとうございます。130 ページのかかりつけ医機能に関しましてコメントさせていただきます。

かかりつけ医機能の強化に向けては、国民目線、患者目線でのわかりやすさ、あるいは納得性というものが重要な視点になるのではないかというふうに思っております。

自らが受ける、どのような医療に対して、どのような負担をしていくのかといったことがわかりやすく示されていくという、その努力を重ねていくことが必要なんではないかというふうに思っております。

そういった意味で、今後、医療法の改正に基づいて、かかりつけ医機能報告が創設されるわけでありますけれども、既存のかかりつけ医機能に関わる評価体系を改めて整理するという事は、今回の診療報酬改定でも検討を進めることができるのではないかというふうに思っています。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について			
	評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
① 地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
② 地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①～⑦全て不可。
③ 小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④ 機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤ 生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たった問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥ 特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定1か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦ 外来管理加算（※）	如置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

122

122 ページに、併算定について整理をいただき、評価の概要等についても記載をされておりますが、患者から見て、こうしたその、それぞれの違いを理解するのは難しいのではないかなというふうに改めて感じたところであります。

例えば、

- ・ 外来管理加算は「計画的な医学管理」を評価する。
- ・ 特定疾患療養管理料は「計画的な療養上の管理」を評価する。
- ・ 生活習慣病管理料は「総合的な治療管理」を評価する。

それぞれについて、言葉の遊びではないですけども、その違いをしっかりと患者・国民が理解をしていくということができているのだろうかというふうに改めて感じたところであります。

また、かかりつけ医機能を評価をすると明確にされている評価が併算定可能であるということも、患者目線で、ここは納得性があるのだろうかという疑問が残るところでもあります。

それぞれの評価、趣旨を踏まえ、国民目線でわかりやすい、理解できるといったことから併算定を見直していくということについては賛同をしたいというふうに思います。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）

ありがとうございました。それでは鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい。ご指名ありがとうございます。私のほうからは3点ほど。まず、皆さんもね、医療DXこれはぜひということですね、先生方、お忙しいことは存じますが、やはり時間がないということがですね、解決できる方法としては、医療DXが1つのツールだなどと思ってます。ですから、いろんなところでですね、医療機関が連携するようなところで紙カルテを取りやめるとか、そういったことをですね、推進。

ただ、推進するだけでですね、頑張りましょうだけでは、なかなか、なんて言うか、成立しにくいということで、もう少し、例えば、期限的な部分とかの目標値をもっとはつきりとする。

例えば、今、世間でね、言ってますように、インボイスだとか、電子帳簿とか、ある程度、期限があって、それでもやっぱり、それぞれの経過措置があったりとか、そういう部分もありますので、もう少し、ここをしっかりと時間軸を決めて、きちりやっていくということが先生方ですね、時間を軽減する1つの状況になるのかなって感じはします。

それで、私はかかりつけ医の機能についての評価についてですね、やっぱり特定疾患療養管理料ですかね。こういった部分のところですね、今回の、これを皆さんの話からするとですね、やはり計画書を作成しなくても、その費用が発生するというようなかたちになっております。

ですから、計画書を作るのは先生方、非常にお忙しくて大変だとはわかります。ただ、医療DXを推進すれば、もう少し。

それと、期間があっても同じようなかたちで、ずっと推移してるんですよということはあるかもしれませんが、あとから何かあったときの検証とかですね、なんて言うか、トラブルがあったときの検証とか確認とか、というようなかたちの1つの素材となるというようなかたちとして考えられますのでね、

せめて計画書は作成するということですね、やはり、それがステップになって、それが医療DXにつながっていったり、ほかの方々にも影響するというふうに考えますので、この辺はぜひ計画書を作成することを条件にするようお願いをしたいと思います。

それで最後にもう1点ですね。先ほど話題になっているのは外来管理と生活習慣とか地域包括とかっていうかたちになっておりまして、それぞれ継続的で、先生方にとっては、いろいろなかたちで違うんですよということがありますが、

先ほど眞田委員もおっしゃったように、こちらとしては、ちょっと曖昧さもだいぶ残っているというようなかたちもありますし、なおかつね、この表で124ページ目ですかね、ぐらいにあるように、重複して加算されてると、算定されているということもありますので、もう少し整理できないか。

その曖昧さをいかに整理できないかということかもしれません。それもまた、先生方の頭の中で「違うんですよ」とおっしゃるかもしれないんですが、医療を受ける側としては、やはり、ちょっとこの辺のところがわかりにくい。

それで、もっと言うと、もっとわかりやすい医療報酬の体系づくりのためにはですね、そういった整理をもう少し、お願いできればというふうに思っております。私のほうからは以上、3点でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。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。かかりつけ医は患者さんが選択するものである大前提がございます。その観点からすると、やはり患者さんから見て、その医療機関がどのような機能を持っているかということがわかりやすいかたちでしっかりと提供できていると。

それをもとに選択できるという環境を整備することは極めて重要かと思えます。そのような観点で、今、かかりつけ医の機能の情報について厚労省においても検討が進んでいるかと承知しております。

そのようなかたちで、診療体系をいじるのではなく、その中にある機能がどのようなものであるかということをしてできるだけ、わかりやすくお伝えして、選択しやすくするという方向性で進むべきと考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、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）

ありがとうございます。私もですね、外来管理加算に関して、ちょっと一言、発言させていただきたいと思えます。私も、ほかの2号側の先生と同じく、この外来管理加算を廃止を主張されたことに関してすごくショックを受けてます。

121 ページに、この外来管理加算の経緯が書かれております。私も内科系の医師で毎日、そのかかりつけのようなかたちで患者さんを診ているんですけども、もともとはこれ、内科の診療で、さまざまな、ほかの処置だとかがない中で、全人的に患者さんを管理しながら診ていくものに対する、いわゆる内科的なテクニックを評価する、またその役割を評価する。ただし、売上に、ほかの診療行為に当たらないようなものを評価するということからスタートしていったものになります。

外来管理加算等の評価・要件の経緯

昭和42年	新設	・理学療法、精神病特殊療法並びの処置及び手術を行った場合に算定しうる評価として、内科加算（甲表）を新設
昭和45年	新設	・内科加算（甲表）を廃止し、内科再診料を新設（乙表）
昭和53年	要件変更	・内科診療料について、内科的診療を主に行う保険医療機関において行われた内科的疾患に係る処置以外の臨時的処置（通常2～3回の処置によって治癒が予見される軽度の傷病に対する処置）を行った場合でも算定ができることとした。
平成4年	新設	・内科再診料を廃止し、一定の処置や検査等を必要としない患者に対して、計画的な医学的管理を行った場合の評価として、外来管理加算（42点）を創設。
平成12年	点数引き上げ	・外来管理加算を引き上げ（42点→52点）
平成20年	要件変更	・医師が患者の療養上の疑問に答え、概ね5分を超えて疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行う場合に加算できることとした。
平成22年	要件変更	・外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる5分ルール）を廃止。

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

121

もちろん、生活習慣病の患者さん、私もたくさん診てますし、糖尿病でも高血圧、診ていきますけども、かかりつけ医的にですね、その患者さんが何か別の病気になって、どっかの病院にかかったとか、どっかで薬をもらったとか、さまざまなことを一緒になって、みながら、また何か新たな症状が出たときに、いろんな疾患、重ねて持ってらっしゃいますので、

それを新たに、その診断をしていくようなかたちに導いていくという中で、やっぱり全人的に、その患者さんを管理していくってことをやってる診療科なんです。それを基本的には、ある一定程度、評価するということからできてきた点数になります。

124 ページに、こんな感じのレセプトのイメージってのがありますが、まさに私の外来って、たぶん、これ一番左側みたいな感じのレセプトが出来上がってるんだろうと思います。

生活習慣病に係る診療のレセプトのイメージ

特定疾患療養管理料を算定する場合		特定疾患療養管理料と地域包括診療料加算を算定する場合		生活習慣病管理料を算定する場合		生活習慣病管理料と地域包括診療料加算を算定する場合	
再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点
外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料(診療所)	225点	特定疾患療養管理料(診療所)	225点	生活習慣病管理料	570～720点	生活習慣病管理料	570～720点
処方箋料(リフィル以外・その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・その他)	68点
特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点
		地域包括診療加算	18～25点			地域包括診療加算	18～25点
請求点数	484点	請求点数	502～509点	請求点数	829～979点	請求点数	847～1004点

※ 200床未満の病院又は診療所において検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合
 ※ 生活習慣病管理料は検査・注射などの費用が包括されているため特定疾患療養管理料との単純比較は困難

124

再診があって、ほとんど何も処置もないので、外来管理加算があって、特定疾患を取って、あと処方を出しているというかたちですけれども。

ただ、このかたちの点数の中で、実際に患者さんをかかりつけ医として管理している。ほかのさまざまな、今、議論になった点数、ありますけれども、そちらのほうはなかなか取れないということで、この点数で、しっかりとかかりつけ医機能を果たしているというふうに思っています。

なので、ここは非常に、やっぱり複雑にでき上がってきてる点数体系ですので、ここの部分を非常に容易にいじるってということは、地域で、実際にかかりつけ医機能を果たしてらっしゃる内科系の先生に非常に大きな影響を及ぼすというふうに思いますので、

確かに、わかりづらいついていう、ご発言が支払側の先生からあることは理解しますが、非常に慎重に、ここの部分は検討していく必要があるかと思えます。以上です。

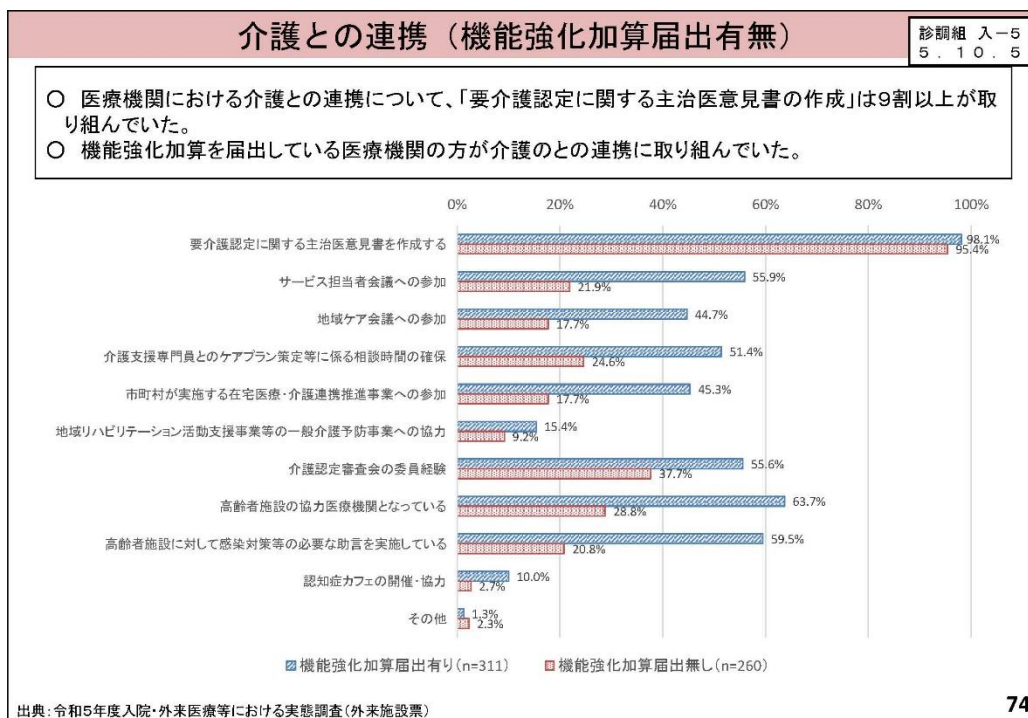
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。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。たくさんコメント、どうもありがとうございました。2つだけコメントしたいと思います。今回の診療報酬改定に先立って、介護と医療の共通の懇談会があったと思います。そこで私が最も痛切したのは、非常に残念だけでも、介護の連携というのは、言葉ほどには進んでいなかったということでございます。

これに関してですね、皆さん、たぶん共通した認識だと思うんですけども、その、じゃあ、具体的にどういうふうに進めていけばいいかということで、74 ページだったかな、資料の。



先ほど、サービス担当者会議への出席というのを義務付けるとご提案いたしました。

じゃあ、それを進めるために、じゃあ、先ほどいろんな方法があるとおっしゃられたけども、じゃ、「どれを」ということを提案いただかないと、われわれは「こういうことではどうですか」ってご提案を申し上げました。

これだと、従来のままでやって、やっぱり連携があんまり進まないよね。で、先ほど、確かにケアプランにきていただく、お話もございましたけども、そういうかたちでの議論を進めていかないといけないんじゃないかというふうに感じております。

生活習慣病に係る診療のレセプトのイメージ

特定疾患療養管理料を算定する場合		特定疾患療養管理料と地域包括診療料加算を算定する場合		生活習慣病管理料を算定する場合		生活習慣病管理料と地域包括診療料加算を算定する場合	
再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点
外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料(診療所)	225点	特定疾患療養管理料(診療所)	225点	生活習慣病管理料	570～720点	生活習慣病管理料	570～720点
処方箋料(リフィル以外・その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・その他)	68点
特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66点
		地域包括診療加算	18～25点			地域包括診療加算	18～25点
請求点数	484点	請求点数	502～509点	請求点数	829～979点	請求点数	847～1004点

※ 200床未満の病院又は診療所において検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合
 ※ 生活習慣病管理料は検査・注射などの費用が包括されているため特定疾患療養管理料との単純比較は困難

124

それと、次のかかりつけ医機能の評価でございますけども、これがやはりわかりにくいというのは、今、いみじくもレセプトを見られてですね、じゃあ、これに対して、先ほど長島委員が言われたように、「これ、これ、これ、違うんです」という説明をできる医師の方、あるいは医療事務の方が全国にどれだけいらっしゃるのでしょうか？

まず、整理をするということについては、ご理解をいただかないと、今後、かかりつけ医、今、機能の制度設計について議論を進めておりますけども、ここを全く度外視してですね、そこだけ行くだけには、やっぱり行かないと思います、はっきり言いますと。

かかりつけ医については、今まで持っておられなかった方もですね、やっぱり持っていくましようという中でですね、やっぱり、今まで、そういうことを受けてなかった方の対象も増えていきますので、そういうことからすると、やはり整理ということは非常に重要かと思っておりますので、従来どおりで行ってくださいということに関しては承服しかねます。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、茂松委員、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい。日本の医療というのは海外と比べて違うというのは、おそらく皆さまご存知だと思うんですが、やっぱり日本の医療というのは本当に患者さんの状態に合わせて寄り添うというふうな医療をしております。ですから、標準的な医療というのを決めておりますが、そこから逸脱することは多々あるわけですね。その中で、クリアカットに物事を考えていくということはなかなか難しい。

そして、まして日本の医学、医療を学ぶ者というのは本当に初診的なことから専門的な医療まで学んだものが開業していつてるということであって、それぞれの目線で患者さんを診ていくということがあります。

そういう点で言うと、海外とはちょっと違った医療であろうと。これは本当に海外の医療、医学を見てきた、こられた人は、日本の医療の良さというものは非常にわかってもらえると思ひまして、それだけ複雑で多様性があるということで、それに対応するために、これはこうである、これはこうであるということを決めかねにくい医療を日本はやっているというふうにご理解をいただければと思うんです。

その中で、医療DXを進めていこうというのは、標準的なものを決めながら、そこにも当てはまらないものも出てくる。そこにどう対応していくかということをお悩みながら、われわれはやっていかなきゃいけないということを考えております。それだけのご理解をいただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。はい、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。サービス提供者会議も1つの極めて有効な手段であることは誰も否定しておりません。

ただし、その医療機関や介護側、施設の状況、あるいは、そのときの患者さんの状態等によって、さまざまな連携の方法がありますということで、例えば、先ほど情報提供ということとか、池端先生や江澤先生からもこういう方法があるということで、たくさん例示されました。

そのような、たくさんある中のものの1つだけを、有効性はあるけれども、1つだけで全員がやってるわけでは、

困難なところ、要件化する、義務化するというのは現実離れしてて、現実的に良くないということです。

当然、連携を進めるべき・・・（3秒ほど無音）・・・現場からも、どんどん提案していきたいというふうには思っております。

それから、さまざまな点数がありますが、そこを算定しているわけですから、つまり、いろいろな点数の中から、この患者さんに、このような診療行為を行ったというので、これが最適であるというものを選んでるので、当然、理解して選んでるわけですから。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、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。今、医療と介護の連携の話があったと思いますけれども、私の認識では、介護の現場も関わっておりますけれども、もう、ずいぶん、医療と介護の連携は進んでいると思っています。

私、ちょっと認識は進んでないということは全く思っていないで、この介護保険制度ができて本当に着実にうまく進んできて、そして、例えば在宅医療を行っている医師は当然、多職種協働で、もう連携しないと在宅医療は提供できませんし、

それから、例えば特養の配置医師もいらっしゃるし、いろんな医師の活躍の場があって、それぞれの専門性、あるいは診療科の特性、あるいは急性期、回復期、慢性期、そういった特性に応じて介護の連携の度合いとか深まりとか頻度ってのは、当然、異なってきますけれども、

しっかりと、必要とされる医療の情報の連携でありましたり、いろんな連携がある中で、そして、その医師の特性に応じた連携の仕方がありますから、それは当然、サ担と言うか、サービス担当者会議に1つに絞ることではなくて、

要は目の前の患者さんと利用者さんに支障がないというのが一番大事で、そのためにどういう方策がいいのかということで、いろんな連携の仕方がありますから、1つに固執して、これだけは絶対義務だというのは、ちょっと非常にバランスが悪いと思いますので、そのあたりは、とにかく利用者、患者さんに対して支障がないという連携をどのように図っていくのか。いろんな方法もたくさんありますので、そのあたり、ご検討いただきたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

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。私も今、松本委員が、じゃあ、どういう方法があるのかということで、一例を挙げさせていただきますと、今回は診療報酬で何とか縛ってというかたちだと思いますけれども、実はそれぞれの都道府県でも同じだと思いますけど、ケアマネ協会と、その医師会とが合同で研修会をやったりしてて、

私も実は、古くて新しいテーマって、先ほどお話ししましたけども、実は、それはお互いに1割、2割のところを責め合って、「連携が取れてない、取れてない」と言ってるんだけど、8割ぐらいは結構、取れてきてるんですね。

ていうのは、もうおっしゃるように、少なくとも回復期からの病院、あるいは診療所では、介護と連携しなかったら、もうサービスが成り立たない。医療だけで済まないことはずいぶんあるので、これは進んできています。ただ、それを100%にしているかと言うと、してないことが1つ。まだ、だから、もっともっと頑張りましょう、ということはありません。

わが県のことばかり言って申し訳ないです。福井県の場合はケアマネから、もし自分の担当者が入院したら必ず3日以内に病院にその情報を提供することを、ほぼ義務化というんではないんですけども、要件化して、県内でルールづくりをして、今、8割、90%ぐらいの方がケアマネがもう全ての病院に連携して、それで返事もしているという実態もある。こういうことで結構、進んできています。

ただ1つだけ、私がちょっと懸念してるのは、かかりつけ医と思っている患者さんが、実は自分の主治医、手術をした先生がかかりつけ医でも、そこで退院するときに、ケアプランを、ごめんなさい、主治医意見書を書いてもらおうと、そこにあげても、そこから、なかなか情報が伝わってこないんですね。

本来は地域の、そこに落とし込んだ地域の先生方にバトンタッチをして、そこで、かかりつけ医になってケアマネと連携するのが一番、合理的だと思うんですけど、その基幹病院とか、その手術をした病院の先生が、かかりつけ医だと思って、そこと連携するのが非常に難しくなっている。これが、なかなか進んでないところ1つの理由ではないかということも実感として感じてますので、ちょっとご報告をしておきます。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した。よろしいでしょうか。もう12時を15分も過ぎています。ほかに、特にご質問等ないようでしたら、本件に係る質疑はこのあたりとしたいと思うんですが、よろしいですか。失礼しました。飯塚先生、お手が挙がっていました。ごめんなさい。お願いします。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

はい、すいません。手短かに。えっとですね、論点の129ページのところで、ちょっと今日、議論にあまりならなかったことなんですけれども。

【論点】

（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。

外来機能の分化・連携ということで、紹介状なしの病院外来の受診が減ってきたという状況は理解してるんですが、一方でですね、結果として、本当に機能の分化・連携が進んできているのかというのは必ずしもクリアーではないというふうに感じてます。外来機能の分化・連携というのは国民会議からのずっとの議題なんですけれども、特に病院外来の受診、あるいは再診ですね、特に。

それが減ってきているのか、どうなのかというのを、あるいは診療所への紹介が増えているのかというのは、一度、事務局からは資料をご提示いただきたいなというふうに思います。

それから、もう1点あるんですが、今ちょっと議論にありました医療と介護の連携なんですけれども、日本語ではかなり連携というのは良いことというふうなニュアンスがあるように私個人は感じてるんですけれども、一方で、やっぱりコストがあるということも認識する必要があるというふうに思ってます。

言い換えると、連携にも費用と効果の発想のようなものが必要で、連携によって医療と介護の、1つは費用が減るのかと。あるいは、費用が増えてもアウトカムが十分に改善するのかというふうな観点から、どういった連携を進めるべきなのかというのを十分考える必要があるように感じています。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。飯塚先生、失礼いたしました。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

はい。それですね、もし、ほかにご質問等ないようでしたら、とりあえず本件に係る質疑はこのあたりとしたいと思います。

今後、事務局におかれましては本日いただいたご意見を踏まえて対応していただくようお願いいたします。それで・・・

（事務局と相談中）

はい。それではですね、本日、もう1件、「入院（その3）」をご用意していたんですけれども、重量級ですので、

しかも、ここ、1時までに渡さないといけないということですので誠に申し訳ないんですけれども、この「入院（その3）」は次回、あるいは次回以降の審議事項とさせていただいて、本日はこれで総会を終了、閉会させていただきたいと思うんですけれども、よろしいでしょうか。

すいません。はい。それでは、本日の議題はこれにて終了ということにさせていただきます。次回の日程、それから案件につきましては、追って事務局より、ご連絡いたしますので、よろしくようお願いいたします。本日の総会は、これにて閉会いたします。どうもありがとうございました。

（散会）