

質 疑

生活習慣病対策について

○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）

ありがとうございます。96 ページの論点に沿ってコメントいたします。まず、
「生活習慣病に対する疾病管理について」です。1つ目の丸です。

（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。

療養計画書の策定を見直していく方針について異論ありません。

また、今後は医療DXの中で電子カルテ情報共有サービスが進むことで、ご本人がマイナポータルにおいて患者サマリーを見ることで採血結果等を閲覧できるようになることから、

電子カルテ情報共有サービスを利用している場合には、療養計画書に採血結果などを記載する必要もなくなると思いますので、そういった観点からも簡素化を検討すべきだと思います。

なお、患者さんの求めに応じて文書を交付することについては、改正医療法で定められている内容、

患者に対する説明について		
令和5年9月29日	第102回社会保障審議会医療部会	資料1
<p>▶ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）</p> <p>※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき <p>※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる</p>		

すなわち、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関が、外来医療を提供するにあたって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったときに、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないという努力義務とされていることを踏まえれば、一律に交付が要件化されるのは改正医療法とは整合的ではないと考えます。

2つ目の丸です。生活習慣病における受診頻度は一概に決められるものではありません。医学的判断に基づき、それぞれの患者さんの、その時々の状態に応じて、きめ細やかに対応する必要があるものです。

例えば、コントロールが難しいインスリン療法を実施している糖尿病の患者さんに対しては、2週間に一度、あるいは1週間に一度の診察も必要となる場合もあります。

こういったことを踏まえ、現行の生活習慣病管理料は専門的な管理であること、医師の管理が及んでいることを踏まえた、月1回の点数になっているものと捉えています。

3つ目の丸です。政府方針として、リフィル処方箋の活用が掲げられていることや、また、リフィル処方箋が提供されている疾患としては生活習慣病が多いということは実態として踏まえた上で、生活習慣病管理において、リフィル処方箋をことさら強要することは同一の議論ではありません。

あくまで患者さんの状態に応じて受診頻度を医師の医学的判断に基づいて決定していくものであり、その前提に立って、どのように、さまざまな制度が活用できるのかを考えていくべきです。

4つ目の丸の診療ガイドラインを参考とした診療を提供することが重要であるのは当然のことです。

ただし、診療ガイドラインの位置付けに留意が必要です。診療ガイドラインはそもそも臨床現場における意思決定の際に判断材料の1つとして利用されることがあり、また、ガイドラインに示されているのは一般的な診療方法であるため、必ずしも個々の患者の状態に当てはまるものとは限らないとされています。

したがって、診療ガイドラインを利用する場合にも、個々の臨床診断に、あるいは臨床判断に基づいた診療を実施することを前提に対応すべきと考えます。

5つ目の丸の外来データ提出加算につきましては、前回改定で決まったものの、実際の算定が開始されたばかりでありますので、しばらくの間は経過を見ていく必要があると思います。

データの活用のあり方だけでなく、そのプロセスについても改善できることがあるのかなど、中長期的な議論として進めていく必要があると思います。

(多職種連携・医科歯科連携について)

- 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。

続いて、「多職種連携・医科歯科連携について」です。エビデンスに基づいた生活習慣病対策に係る多職種連携・医科歯科連携を推移することは大変重要と考えます。

一方で、資料に示されているとおり、診療所には多職種が配置されていない現状がありますが、これは十分な評価がなされておらず、そういった余裕がないことや、人材確保にも十分な競争力がないことの裏返しであると言えます。

今後、エビデンスに基づく多職種連携を推進していく上では、診療所についてもしっかりと評価がなされ、またコメディカルの処遇も担保されることが重要です。

糖尿病と歯周病にかかる医科歯科連携について適切に推進することに異論はありません。

〔慢性腎臓病に係る対応について〕

- 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。

96

最後に、「慢性腎臓病に係る対応について」です。慢性腎臓病の透析を推進することに異論はありません。

論点に加えて、患者さんの行動変容を促すという意味では、マイナポータルを通じて患者さんがご自身の状態や療養上の指導内容を把握することなども、これはまさに医療DXの主な目的でもありますので、しっかりと活用していくことが考えられると思います。

私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員に意見を聴く機会をご検討いただければ幸いです。

○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。続きまして、林委員、お願いいたします。

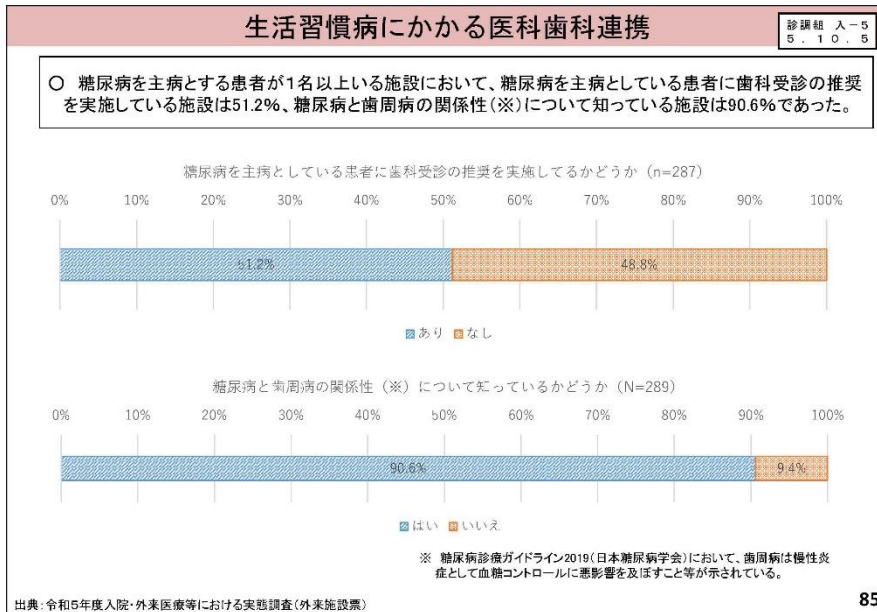
○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。96ページの論点の2つ目の「多職種連携・医科歯科連携」についてコメントさせていただきます。12ページには、生活習慣病に係る過去からの評価の経緯が示されておりまして、令和2年度には糖尿病患者への療養計画書に歯科受診の状況確認が追加されております。

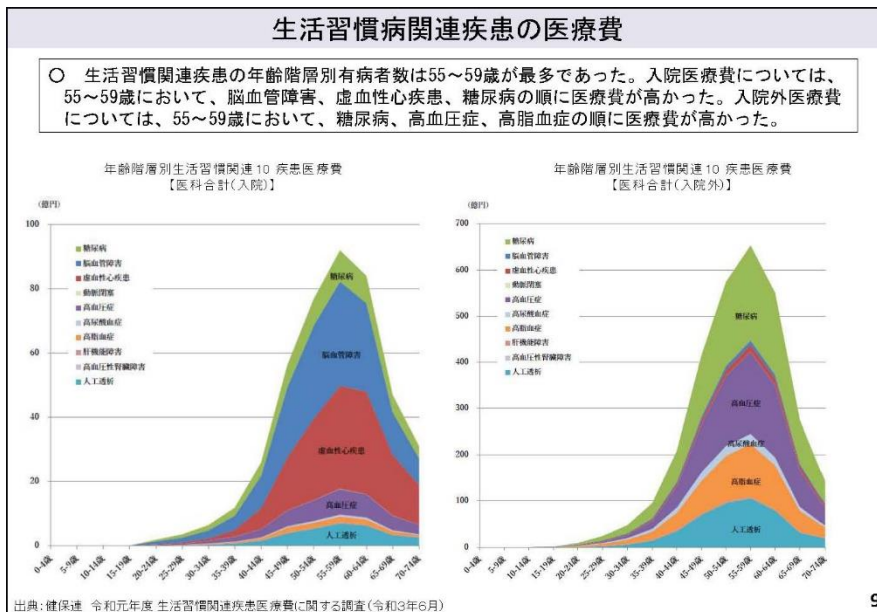
生活習慣病に係る評価の経緯			中医協 総-8 5. 6. 21
改定年度	項目	概要	
平成14年度	生活習慣病指導管理料	(新設) 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。	
平成18年度	生活習慣病管理料	(改編) 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。	
平成20年度	糖尿病合併症管理料	(新設) 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。	
	生活習慣病管理料	(要件見直し) 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。	
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。	
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病透析予防指導管理料に腎臓病期患者指導加算を追加。 (要件見直し) 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。	
令和30年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にするのを追加。	
	高度腎機能障害患者指導加算	(名称変更・要件見直し) 「腎臓病期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。	
令和2年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 糖尿病患者に対する眼科受診助奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。	
令和4年度	生活習慣病管理料	(包括範囲・評価・要件の見直し) 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。	12

81 ページからは糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性やエビデンスが示されておりますが、

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性		中医協 総-8 5. 6. 21																																																																																																																																								
糖尿病診療ガイドライン2019 (日本糖尿病学会)																																																																																																																																										
<ul style="list-style-type: none"> ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり、推奨される(推奨グレードA)【参考1】 (※文献の相違があるもの、其通して歯周基本治療後、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている) 																																																																																																																																										
糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014 (日本歯周病学会)																																																																																																																																										
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い【参考2】 ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる 																																																																																																																																										
○ 歯周治療による血糖コントロール改善効果 ：歯周治療による炎症サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Study or sub-category</th> <th colspan="2">歯周治療群</th> <th colspan="2">未治療群</th> <th rowspan="2">VMD (random) 95% CI</th> <th rowspan="2">Weight %</th> <th rowspan="2">VMD (random) 95% CI</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>Diff HbA1c B-E Tx Mean (SD)</th> <th>N</th> <th>Diff HbA1c B-E Ctrl Mean (SD)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kraggs 2009</td> <td>32</td> <td>-0.14 (0.42)</td> <td>17</td> <td>-0.09 (0.47)</td> <td></td> <td>27.42</td> <td>-0.06 [-0.40, 0.29]</td> </tr> <tr> <td>Jones 2007</td> <td>74</td> <td>-0.45 (1.21)</td> <td>80</td> <td>-0.49 (1.25)</td> <td></td> <td>26.03</td> <td>-0.16 [-0.54, 0.22]</td> </tr> <tr> <td>Klein 2005</td> <td>22</td> <td>-0.46 (0.77)</td> <td>22</td> <td>0.31 (1.83)</td> <td></td> <td>12.77</td> <td>-1.17 [-2.00, -0.34]</td> </tr> <tr> <td>Prinsloo 2005</td> <td>27</td> <td>-0.18 (0.74)</td> <td>22</td> <td>0.12 (1.08)</td> <td></td> <td>12.84</td> <td>-0.31 [-0.81, 0.19]</td> </tr> <tr> <td>Stewart 2001</td> <td>36</td> <td>-1.20 (1.93)</td> <td>26</td> <td>-0.90 (1.68)</td> <td></td> <td>11.94</td> <td>-1.10 [-1.97, -0.23]</td> </tr> <tr> <td>Total (95% CI)</td> <td>191</td> <td></td> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td>100.00</td> <td>-0.40 [-0.77, -0.04]</td> </tr> </tbody> </table> <p>Test for Heterogeneity: Chi² = 9.97, df = 4 (P = 0.04), I² = 59.5% Test for overall effect: Z = 2.15 (P = 0.03)</p>		Study or sub-category	歯周治療群		未治療群		VMD (random) 95% CI	Weight %	VMD (random) 95% CI	N	Diff HbA1c B-E Tx Mean (SD)	N	Diff HbA1c B-E Ctrl Mean (SD)	Kraggs 2009	32	-0.14 (0.42)	17	-0.09 (0.47)		27.42	-0.06 [-0.40, 0.29]	Jones 2007	74	-0.45 (1.21)	80	-0.49 (1.25)		26.03	-0.16 [-0.54, 0.22]	Klein 2005	22	-0.46 (0.77)	22	0.31 (1.83)		12.77	-1.17 [-2.00, -0.34]	Prinsloo 2005	27	-0.18 (0.74)	22	0.12 (1.08)		12.84	-0.31 [-0.81, 0.19]	Stewart 2001	36	-1.20 (1.93)	26	-0.90 (1.68)		11.94	-1.10 [-1.97, -0.23]	Total (95% CI)	191		180			100.00	-0.40 [-0.77, -0.04]	<p>メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが-0.40%有意に改善されることが示された。</p>																																																																												
Study or sub-category	歯周治療群		未治療群		VMD (random) 95% CI	Weight %				VMD (random) 95% CI																																																																																																																																
	N	Diff HbA1c B-E Tx Mean (SD)	N	Diff HbA1c B-E Ctrl Mean (SD)																																																																																																																																						
Kraggs 2009	32	-0.14 (0.42)	17	-0.09 (0.47)		27.42	-0.06 [-0.40, 0.29]																																																																																																																																			
Jones 2007	74	-0.45 (1.21)	80	-0.49 (1.25)		26.03	-0.16 [-0.54, 0.22]																																																																																																																																			
Klein 2005	22	-0.46 (0.77)	22	0.31 (1.83)		12.77	-1.17 [-2.00, -0.34]																																																																																																																																			
Prinsloo 2005	27	-0.18 (0.74)	22	0.12 (1.08)		12.84	-0.31 [-0.81, 0.19]																																																																																																																																			
Stewart 2001	36	-1.20 (1.93)	26	-0.90 (1.68)		11.94	-1.10 [-1.97, -0.23]																																																																																																																																			
Total (95% CI)	191		180			100.00	-0.40 [-0.77, -0.04]																																																																																																																																			
【参考1】 出典: Teuw WJ, Geddes VF, Looze DG: Effect of periodontal treatment on glycaemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010																																																																																																																																										
○ 糖尿病患者の歯周病発症率 ：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い(第6の合併症とされる)																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>Relative Risk</th> <th>95% CI</th> <th>p-value</th> <th>Relative Risk</th> <th>95% CI</th> <th>p-value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 6.5%</td> <td>5,706</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>1.37</td> <td>1.01-1.86</td> <td>0.038</td> </tr> <tr> <td>6.5-7.5%</td> <td>150</td> <td>1.47</td> <td>1.25-1.73</td> <td>0.001</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>> 7.5%</td> <td>2,319</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Male/female (BMI)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22-30</td> <td>2,103</td> <td>1.12</td> <td>1.04-1.22</td> <td>0.005</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31-32</td> <td>1,244</td> <td>1.23</td> <td>1.12-1.34</td> <td>0.001</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>33-37</td> <td>140</td> <td>1.41</td> <td>1.34-1.50</td> <td>0.001</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Smoking status</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Never smoked</td> <td>2,484</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>1.12</td> <td>1.03-1.24</td> <td>0.002</td> </tr> <tr> <td>Former smoker</td> <td>1,360</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Current smoker</td> <td>2,012</td> <td>1.52</td> <td>1.40-1.64</td> <td>0.001</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sex</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Men</td> <td>4,311</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>0.92</td> <td>0.81-1.00</td> <td>0.044</td> </tr> <tr> <td>Women</td> <td>1,345</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Age, yr</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1.03</td> <td>1.02-1.03</td> <td>0.001</td> </tr> </tbody> </table>			N	Relative Risk	95% CI	p-value	Relative Risk	95% CI	p-value	HbA1c								< 6.5%	5,706	1			1.37	1.01-1.86	0.038	6.5-7.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001				> 7.5%	2,319							Male/female (BMI)								22-30	2,103	1.12	1.04-1.22	0.005				31-32	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001				33-37	140	1.41	1.34-1.50	0.001				Smoking status								Never smoked	2,484	1			1.12	1.03-1.24	0.002	Former smoker	1,360							Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.64	0.001				Sex								Men	4,311	1			0.92	0.81-1.00	0.044	Women	1,345							Age, yr					1.03	1.02-1.03	0.001	<p>健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c<6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍(性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後)であることが示された。</p>
	N	Relative Risk	95% CI	p-value	Relative Risk	95% CI	p-value																																																																																																																																			
HbA1c																																																																																																																																										
< 6.5%	5,706	1			1.37	1.01-1.86	0.038																																																																																																																																			
6.5-7.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001																																																																																																																																						
> 7.5%	2,319																																																																																																																																									
Male/female (BMI)																																																																																																																																										
22-30	2,103	1.12	1.04-1.22	0.005																																																																																																																																						
31-32	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001																																																																																																																																						
33-37	140	1.41	1.34-1.50	0.001																																																																																																																																						
Smoking status																																																																																																																																										
Never smoked	2,484	1			1.12	1.03-1.24	0.002																																																																																																																																			
Former smoker	1,360																																																																																																																																									
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.64	0.001																																																																																																																																						
Sex																																																																																																																																										
Men	4,311	1			0.92	0.81-1.00	0.044																																																																																																																																			
Women	1,345																																																																																																																																									
Age, yr					1.03	1.02-1.03	0.001																																																																																																																																			
【参考2】 出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycosylated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012																																																																																																																																										



85 ページのとおり、糖尿病と歯周病の関係性は認知はされているものの、歯科受診の推進には至っていないケースが半数であるというデータが出ております。



戻りまして、9 ページですが、外来におきまして、55 歳から 59 歳の糖尿病医療費が多いことが示されております。

一方で、永久歯を失う年齢は 65 歳から 69 歳が最も多いという調査結果がございまして、成人が歯を失う原因で最も多いのが歯周病でございます。

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ものと考えております。

糖尿病や糖尿病関連疾患と歯周治療の相互連携はエビデンスをもって推奨されておりました、先ほど長島委員からもございましたが、重症化予防につながるような仕組みの検討をお願いいたしております。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。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。96 ページのいくつかの論点に関して発言させていただきます。まず一番最後の論点「慢性腎臓病に係る対応について」です。

（慢性腎臓病に係る対応について）

- 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。

96

1 つ目の丸の「非糖尿病の慢性腎臓病患者」の問題。これに対する、いわゆる腎機能低下の抑制のための評価の導入というのは非常に重要であるというふうに思っています。

今は診療報酬上、糖尿病の患者さんの糖尿病性腎症の重症化予防の点数がございまして、資料にも出されておりましたが、今、高齢化に伴って、特に高血圧や何かを原因とする腎硬化症という病気による腎不全の患者さんが非常に増えてきています。

そういう患者さんに対してチームアプローチ、多職種連携によつての取組で、かなりいい成績が出てきているというのは、これは示されているとおりでございますので、ぜひとも、この部分というものは糖尿病だけではなく、それ以外の腎臓病の患者さんが透析に入るのを防ぐためにも、ぜひご検討いただきたいというふうに思っております。

(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。

あとですね、ガイドラインの話です。1つ目の論点の4つ目の丸です。これは長島委員がおっしゃったとおりでですね、ガイドラインとか「ガイド」というものは、あくまでも診療の指針といいますか、こういう方向性で考えるべきものというような形でわれわれ、認識をしています。

いわゆる「ガイドラインを参考に」というような形で留意事項通知に書かれることが多いわけですが、これをより強く「ガイドラインに沿って」というような表現になりますと、かなり実際の臨床の現場に影響が出てきます。

もちろんガイドラインというのは非常に重視しながら診療はするわけではありますが、例えば、いわゆる生活習慣病でも非常に高齢な糖尿病の患者さんですとか高脂血症の患者さん、ガイドラインっていう、(ガイドライン) ではこう書いてあるけども、もうそれは無視して食べてもらったほうが良いというような状況もかなりあるわけです。

治療に関して必ずガイドラインに沿わなければいけないなんていう形になりますと、やはり、その個別の患者さんをみながら丁寧に診療するというものから外れていく形になりますので、この部分はやはり慎重に考えていただいたほうが良いか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。それでは、松本委員、お願いいたします。

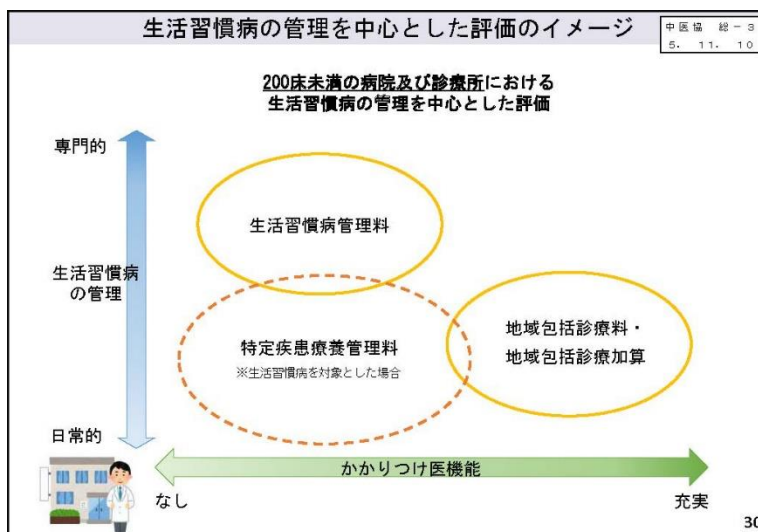
○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず生活習慣病は患者が主体となって、長期にわたって疾病の管理を継続することが特に重要な分野だと考えております。したがって、診療報酬につきましても、患者の視点で議論すべきだというふうに考えます。それでは、96 ページの論点に沿ってコメントいたします。

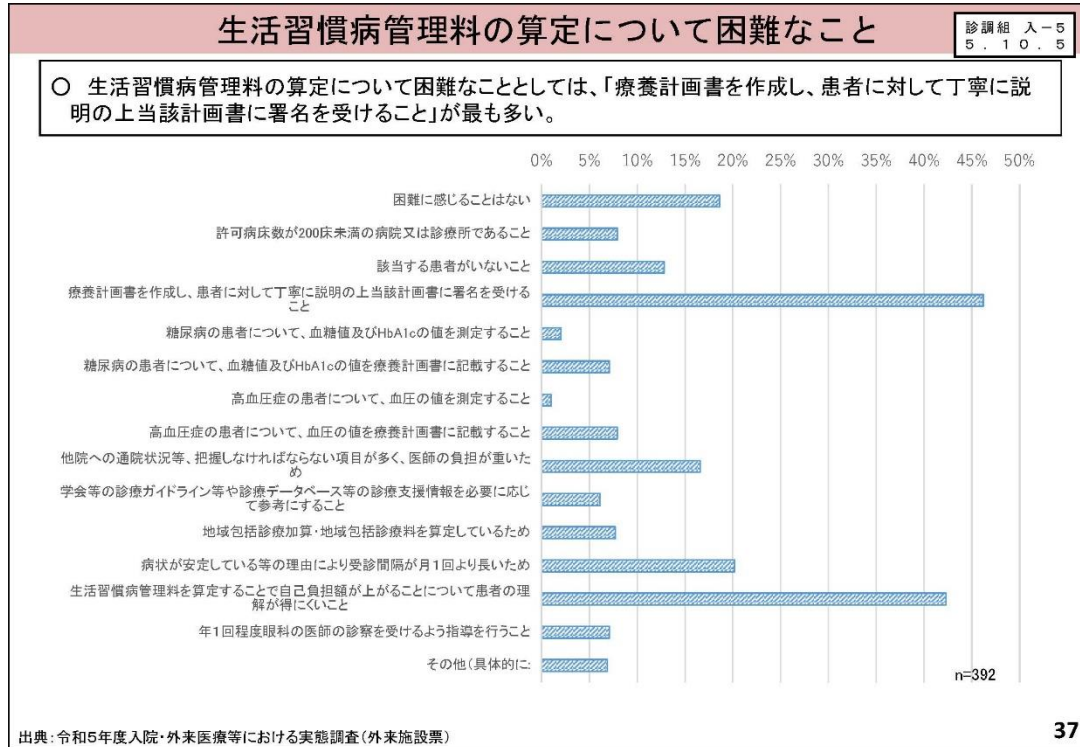
(生活習慣病に対する疾病管理について)

- 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。

まず最初の「生活習慣病に対する疾病管理について」ですが、専門性の観点からしますと、資料 30 ページに示されているとおり、



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だろうと思います。



しかし、資料 37 ページを見てみますと、療養計画書の作成や患者の費用負担がボトルネックになっていることがわかります。

療養計画書につきましては、43 ページ以降で紹介のあるように、電子カルテ情報共有サービスが令和7年度から導入されますと、血液検査などの項目がマイナポータルで閲覧できるようになります。

したがって、患者サマリーで確認できる内容は計画書に記載不要となるなど、簡素化できるのではないかと考えておりました。これについては長島委員からもコメントがあったとおりでございます。

また、50 ページで紹介されているとおり、患者と医師が、共通の理解が重要であることを踏まえれば、改正医療法に基づき、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、する、ことも考えられます。

アドヒアランス・コンコーダンス

○ 治療継続についてアドヒアランス・コンコーダンスといった考え方が導入されており、治療に係る情報について、医師と患者が共通の理解を持つ重要性が示されている。

○ アドヒアランスは患者が病気や治療の必要性について理解し自発的、積極的に治療を続けることで、より望ましい姿勢である。さらに、コンコーダンスという言葉には、患者がチームの一員として医師などの医療スタッフと対等な立場で話し合い、合意のもとに治療方針を決定し続けていくことが含まれ、患者が病気と治療について十分な知識を備えることが前提となる。

○ 服薬アドヒアランスは、血圧コントロールの良否とともに脳心血管病の発生・予後に関係する。

○ 良好なアドヒアランス、コンコーダンスを得るためには、高血圧がどのような病気であるか、治療の目的が標的臓器障害と脳心血管病の予防であること、治療法(生活習慣の修正、薬物療法)、治療により期待される効果と副作用、医療経費などについて医師と患者が共通の理解をもつ必要がある。

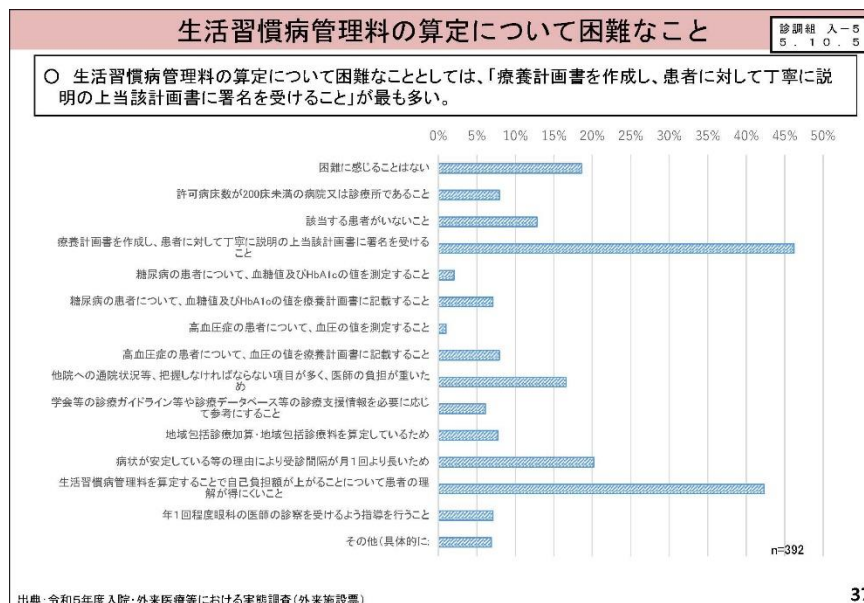
医療スタッフが患者とパートナーシップを築きコンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資料でわかりやすく提供する
- 患者の合意、自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方単剤化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用、一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

【出典】高血圧治療ガイドライン2019

50

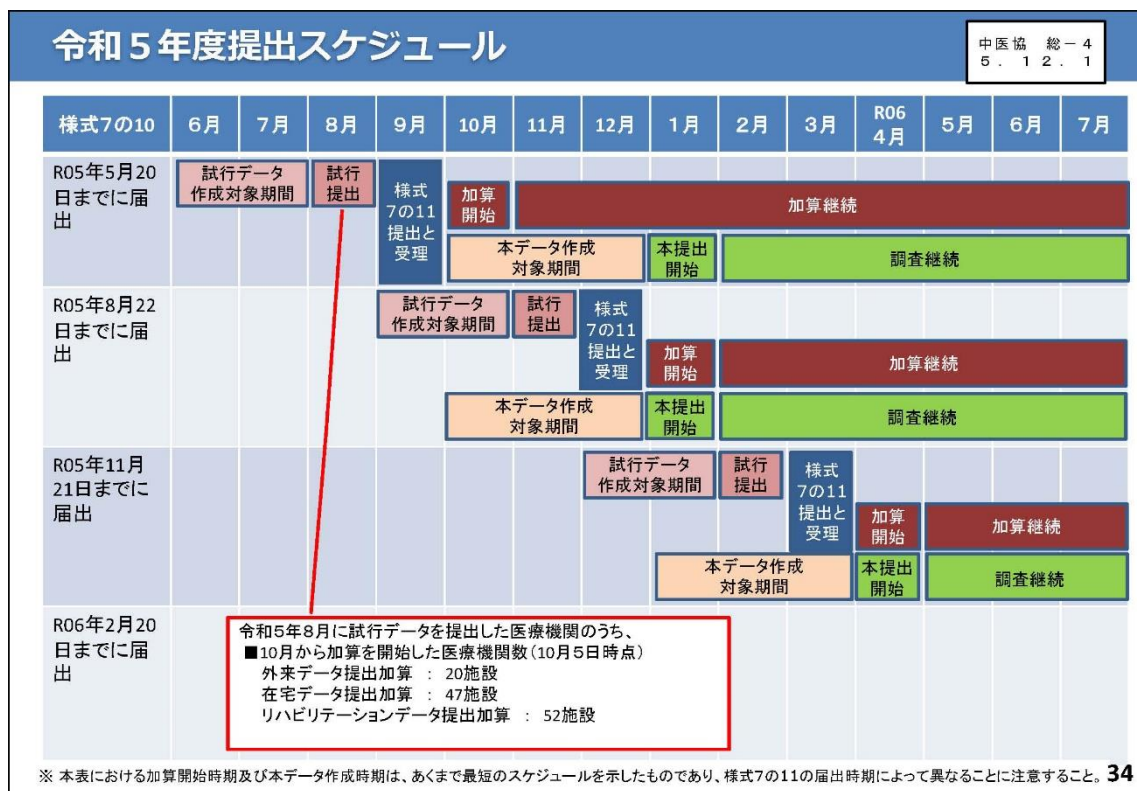
一方で、もう一方の患者の費用負担についてでございますが、受診頻度を少なくすることで一定の改善が図られる可能性がございます。



資料の37ページを見てみますと、生活習慣病管理料を算定しない理由として、病状が安定していて受診間隔が月1回と長いことを2割程度の医療機関が挙げていることから、

月1回の受診を必須とする要件は廃止し、患者の通院負担を軽減する観点からも、むしろリフィル処方や長期処方に対応なことを要件に追加すべきと考えます。

また、62 ページ以降にさまざまな医療ガイドラインが紹介されております。患者の視点に立てば、エビデンスに基づく医療が望ましいことは言うまでもありません。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の要件を位置づけるべきであり、もしそうでないのであれば、専門医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考えます。



次に、外来データ提出加算につきましては、34 ページを見ますと、現状では、わずか 20 施設と極めて低調ですので、中医協で今後エビデンスに基づく議論ができますよう、データ提出の拡大に向け、医療現場のご協力をぜひお願いしたいと思います。

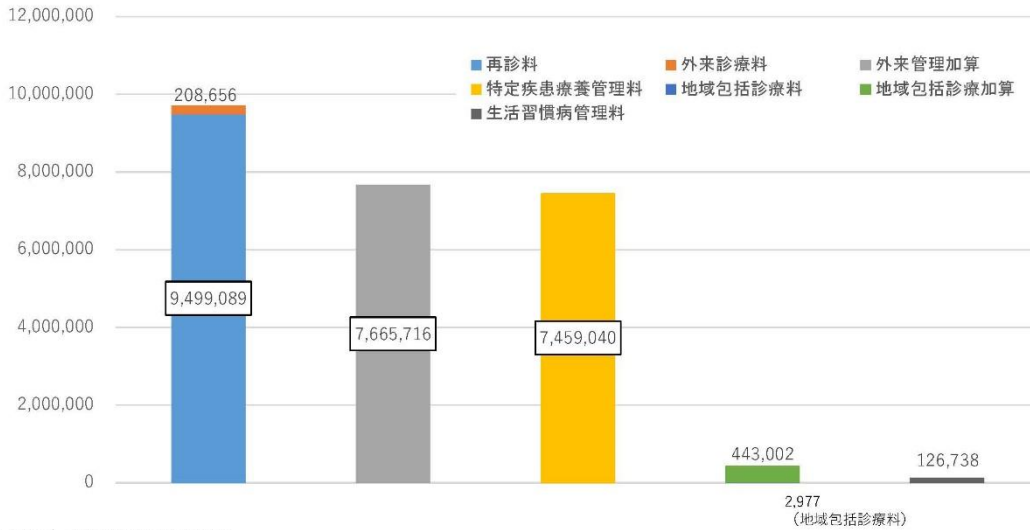
また、論点には直接記載はございませんが、資料の 24 ページから 26 ページ。

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



出典: NDBデータ(令和4年5月診療分)

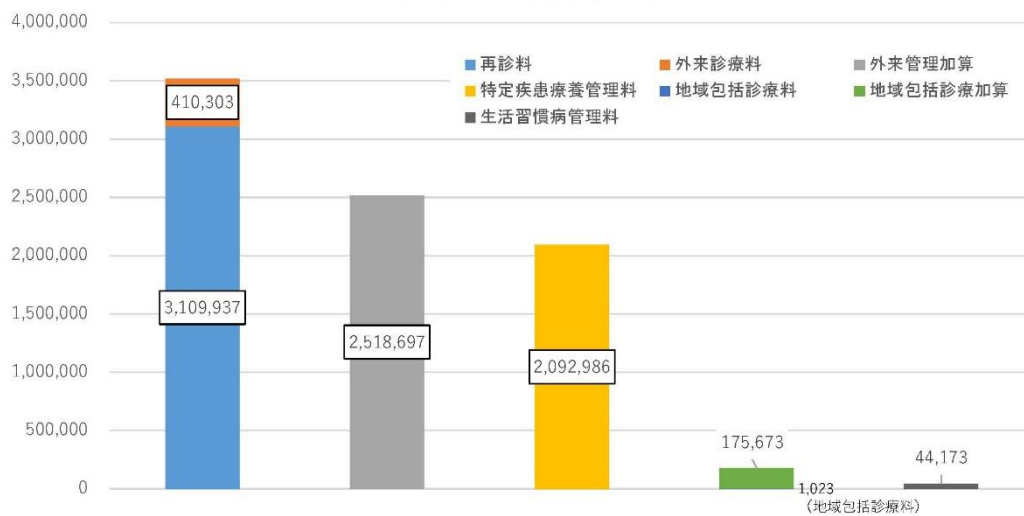
24

糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



出典: NDBデータ(令和4年5月診療分)

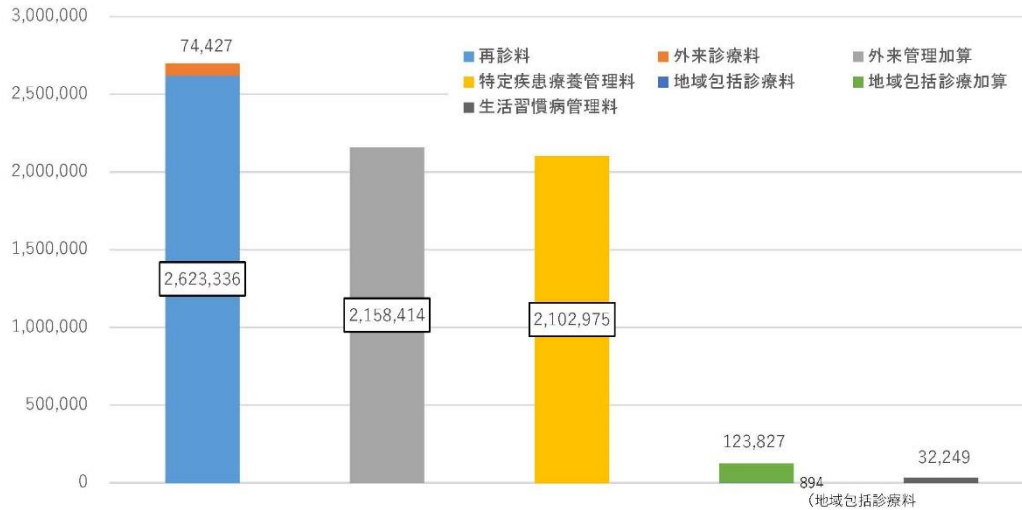
25

脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



出典: NDBデータ(令和4年5月診療分)

26

ここでは高血圧、糖尿病、脂質異常症の外来での算定状況について示されておりますけども、生活習慣病管理料の算定は極めて少なく、これは真ん中の黄色いバーを示しております。

一方で、特定疾患療養管理料が大半を占めております。これは一番右側の、すいません。これが黄でした。失礼いたしました。生活習慣管理料は右側のグレーのバーでございます。

生活習慣病の管理料については、68 ページ、69 ページにありますように新しい技術の登場もあり、専門医のみならず、かかりつけ医にも有効との報告もなされております。

生活習慣病については、資料の 12 ページを見ますと、ガイドラインに沿って要件がアップデートされていることはわかりますが、一方で、特定疾患療養管理料については資料 29 ページを見ますと、点数の引き上げが行われておりますけども、新たな技術が反映されているというものとは言いがたい印象を受けております。

生活習慣病に係る評価の経緯		
改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	(新設) 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	(改編) 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	(新設) 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	(要件見直し) 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病透析予防指導管理料に腎臓病期患者指導加算を追加。 (要件見直し) 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。
令和30年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすることを追加。
	高度腎機能障害患者指導加算	(名称変更・要件見直し) 「腎臓病期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。
令和2年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 糖尿病患者に対する眼科受診勧奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。
令和4年度	生活習慣病管理料	(包括範囲・評価・要件の見直し) 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。

中医協 総-8
5. 6. 21

12

特定疾患療養管理料の評価・要件の経緯		
年度	変更内容	概要
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）を引き上げるとともに、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

中医協 総-3
5. 11. 10

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

29

エビデンスに基づく疾病管理の観点で、高血圧、糖尿病、脂質異常症を特定疾患療養管理料の対象から除外し、生活習慣病管理料のもとで診療すべきと強く主張いたします。

〔多職種連携・医科歯科連携について〕
 ○ 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。

続きまして、「多職種連携・医科歯科連携について」でございますが、81 ページ、82 ページに連携による有効性が示されていることから、生活習慣病管理料に連携の要件を追加すべきと考えております。

中医協 総 - 8
 5 . 6 . 2 1

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性が**あり**※、推奨される（**推奨グレードA**）【参考1】
 （※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い【参考2】
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて**歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる**

○ **歯周治療による血糖コントロール改善効果**：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている

Study or sub-category	N	歯周治療群		未治療群		YMD (random) 95% CI	Weight %	YMD (random) 95% CI
		Diff HbA1c B-E Tx Mean (SD)	N	Diff HbA1c B-E Ctrl Mean (SD)	N			
Khalighi 2009	32	-0.14 (0.63)	17	-0.09 (0.57)	17		27.42	-0.05 [-0.40, 0.30]
Jones 2007	74	-0.65 (1.21)	80	-0.49 (1.22)	80		26.03	-0.16 [-0.84, 0.22]
Kiran 2005	22	-0.96 (0.77)	22	0.31 (1.89)	22		12.77	-1.17 [-2.00, -0.34]
Pronovost 2005	27	-0.19 (0.74)	25	0.12 (1.05)	25		21.94	-0.31 [-0.81, 0.19]
Stewart 2001	96	-1.90 (1.93)	96	-0.80 (1.65)	96		11.94	-1.10 [-1.97, -0.23]
Total (95% CI)	191		180		180	100.00	-0.40	-0.77, -0.04

Test for heterogeneity: Chi² = 9.97, df = 4 (P = 0.04), I² = 59.5%
 Test for overall effect: Z = 2.15 (P = 0.03)

メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが-0.40%有意に改善されることが示された。

【参考1】 出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycaemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○ **糖尿病患者の歯周病発症率**：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95% CI	p-value	Relative Risk	95% CI	p-value
HbA1c							
> 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	130	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 25	2,319	1			1		
25-30	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005	1.12	1.04-1.22	0.005
30-35	1,244	1.23	1.13-1.34	0.001	1.23	1.13-1.34	0.001
> 35	140	1.41	1.16-1.70	0.001	1.41	1.16-1.70	0.001
Smoking status							
Never smoker	2,484	1			1		
Former smoker	1,380	1.12	1.02-1.24	0.022	1.12	1.02-1.24	0.022
Current smoker	2,012	1.52	1.45-1.66	0.001	1.52	1.45-1.66	0.001
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,345	0.90	0.81-1.00	0.044	0.90	0.81-1.00	0.044
All vs	1,63	1.03	1.02-1.03	0.001	1.03	1.02-1.03	0.001

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c ≥ 6.5の群で歯周病の発症率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

【参考2】 出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycosylated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

糖尿病患者の口腔状態等について

中医協 総-2
5. 11. 17

○ 糖尿病患者の約16～17%で過去1年間に歯の喪失があることや約32%で歯肉腫脹の既往があること、定期的な歯科受診がない者が約57%、また、現在歯数20歯未満とHbA1c8.0%以上であることと有意な関連があること等が報告されている。

- 対象
 - 全国の基本的に糖尿病を対象とする医療機関に通院中の40歳以上75歳未満の1型、2型糖尿病患者6,099名
- 方法
 - 糖尿病罹患機関は主治医が記載
 - 歯同病に関する質問事項6項目と同意を得られた者に歯科医師によるレントゲン検査を含む歯同病検査を実施
- 結果
 - 歯同病に関する質問への回答（抜粋）
 - 現在歯数（自己申告）：19.8±9.4本
 - 過去1年間の歯の喪失既往：
 - 1型：喪失していない者84.1%、喪失した者15.9%
 - 2型：喪失していない者83.1%、喪失した者16.9%
 - 歯肉腫脹の既往：既往あり32.0%、既往なし68.0%
 - 歯科の定期健診の頻度：
 - ほとんど受診していない者56.5%
 - 年に1～2回 29.2%、年に3～5回 6.0%
 - 年に5回以上 8.3%
 - 2型糖尿病コントロール状態と現在歯数の関係（Table 4）
 - HbA1c8.0%以上になると、現在歯数20歯未満になるORは1.02、9因子を調整したORは1.16となった。
 - その他、糖尿病罹患期間等も有意な関連を示した。

Table 4 Multiple logistic regression analysis for the odds ratio (OR) of number of present teeth <20 in JDCP type 2 diabetes subjects at baseline (n = 5,065)

		OR and 95 % confidence interval (CI)	p value	adjusted OR** and 95 % CI	p value	adjusted OR*** and 95 % CI	p value
gender	male	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	female	1.19 (1.06-1.33)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01
age (years)	<60	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥60	2.68 (2.36-3.04)	<0.01	2.66 (2.33-3.05)	<0.01	2.69 (2.36-3.08)	<0.01
smoking	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.04 (0.93-1.17)	0.47	1.06 (0.94-1.20)	0.35	1.06 (0.94-1.20)	0.37
duration of diabetes (years)	<10	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥10	1.41 (1.26-1.58)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01
BMI	<25	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥25	0.88 (0.79-0.99)	<0.05	0.95 (0.84-1.08)	0.47	0.95 (0.83-1.08)	0.41
past history*	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.27 (1.10-1.45)	<0.01	1.17 (1.01-1.36)	<0.05	1.18 (1.02-1.36)	<0.05
use of interdental brush	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.93 (1.71-2.18)	<0.01	2.02 (1.76-2.31)	<0.01	2.02 (1.76-2.32)	<0.01
regular dental check-ups	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.37 (1.22-1.53)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01
HbA1c	<7.0	1.0 (reference)		1.0 (reference)		-	
	≥7.0	1.02 (0.91-1.14)	0.76	1.05 (0.93-1.19)	0.40	-	
		<8.0	1.0 (reference)	-		1.0 (reference)	
		≥8.0	1.02 (0.89-1.17)	0.77	-	1.16 (1.00-1.34)	<0.05

* no: no history of hypertension, hyperlipidemia, cardiac infarction and cerebrovascular disease.

** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (7 %).

*** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (8 %).

出典：稲垣ら「糖尿病合併症の実態とその抑制に関する大規模観察研究ベースライン時の口腔所見」JDCPstudy6「糖尿病63(4)195～205, 2020

82

最後に「慢性腎臓病に係る対応」につきましては、多職種の早期段階での取組の効果が示されていることで、評価を検討する余地はございますが、

（慢性腎臓病に係る対応について）

- 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。

96

適切な期間の設定が必要だというふうに思っております。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）

ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい、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。今、お話のありました松本委員の意見に私も賛成をしております。

患者の立場、いわゆる働く世代、55歳から59歳が多いですよ、というような中ではですね、先ほどお話がありました高血圧とか糖尿病、脂質異常みみたいな部分は生活習慣病管理料で審査をお願いをしたいと思っております。

これはどうしてかと言うと、やっぱり働く者としてですね、この生活習慣病を認識するタイミングって、やっぱり健康診断ということが多いと思います。本人からすると。

そうすると、いろんな原因はあるかもしれないですけど、本人からはわかっているんですね。やっぱりなど。そして、なおかつ自分の不摂生だなというのはもう自覚している人が多いと思います。

そういった中でですね、じゃあ、それまでの間に蓄積された、そういった内容です、すぐ簡単になおと思えないわけですね。そうすると、人生長く、お付き合いをしなきゃいけないということで、やっぱり、かかりつけの先生にご指導をいただくというような形になりますので、

そうするとですね、やはり本人の負担がより少なくして、長くお付き合いをしていただいて、それでなおかつ健康を維持したいということから考えると、先ほどお話があったようにですね、

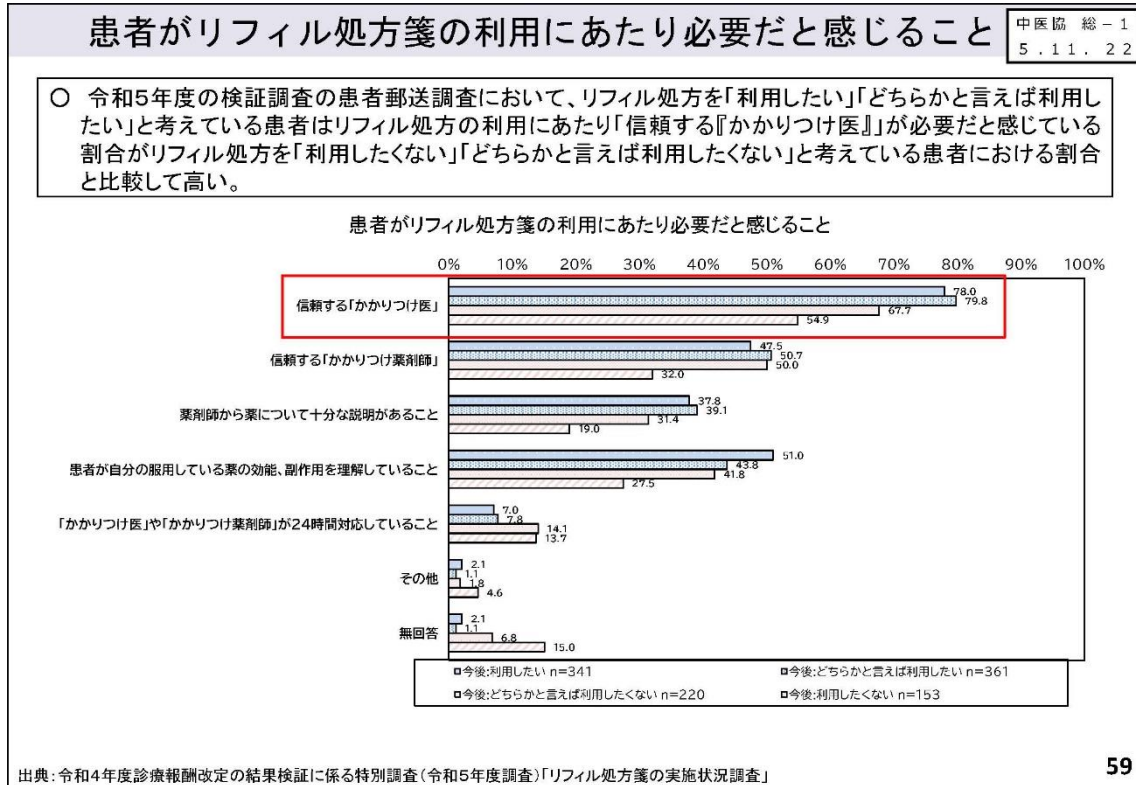
月1回という部分よりは2、3カ月に1回というような形で、ある程度、そこから始めるという方が多いと思いますので、そういった形でご検討いただきたいというふうに考えております。以上でございます。

○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す。いかがでしょうか。はい。それでは鳥潟委員、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。すいません。慢性疾患である生活習慣病でリフィル処方箋の活用が進んでいるのは頷けますが、



59 ページにあるとおり、信頼するかかりつけ医の方、かかりつけ薬剤師がいることと自体がリフィル処方箋の利用意向に大きく関わっているということが見受けられます。

今後とも、かかりつけのお医者様を持つことの重要性についても、国、保険者、医療機関において広く周知広報していくことが活用推進に欠かせないというふうに考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。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）

はい。最後に、生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料の再編についてはコメントします。

その前に、まず文書の交付については、やはり改正医療法と整合的な、行うべきだと、そこと整合性が取れないようなことはすべきではないというふうに考えます。

リフィルの処方に関しては、その受診頻度というのは、あくまでも、その時々患者さんの状態に応じて医師が医学的判断に基づいて決定していくものなので、そのところが狭められるような要件化は当然すべきではありません。

「ガイドラインに沿って」ということであれば、ガイドラインの趣旨が先ほど申しましたように判断材料の1つであると。個々の患者の状態に当てはまるとは限らないという趣旨に沿って、ということだと思います。つまり、趣旨に沿えば参考とするということになるということでございます。そういう形で、しっかりとガイドの趣旨に沿って使うということかと理解しております。

それでは、生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料の再編についてコメントさせていただきます。重要なことですので以前、発言したことと重複する部分もございませけれども、その点をご容赦ください。

そもそも、特定疾患療養管理料は基礎的な疾患に対する技術料で、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等にも寄与しており、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、医師の技術を支える外来における疾患管理の基盤的な点数です。

加えて、現在の診療報酬上の評価においては、この点数は初・再診料と同様、特に地域の医療を支える内科系医師の技術料の評価として大変重要な位置づけになっています。

一方、生活習慣病管理料は、もともと運動療養指導管理料として評価され、個別の生活習慣病について専門的な管理の必要な患者さんへの治療管理を目的としたものです。

ただし、なかなか算定が伸びず、算定しづらい、包括範囲が実態と合わな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が行われてきた歴史があり、断続的な修正が行われてきましたが、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あります。

今回の論点にもありましたように、疾患のガイドラインを参考にした診療を求めたり、糖尿病における眼科診察といった専門的な介入の必要性を指導することを課しているなど、まさに疾患ごとの専門的な管理を評価しているという特色を持っています。医師は、健診や予防接種、産業医活動にも従事する中で、診療時間が足りないため、患者さんを待たせないことも重要です。

この管理料は点数が高く、外来の患者さんが月々の支払いが変化することへ敏感であることも踏まえれば、累次の改定における検証結果で、生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることについて患者の理解が得にくいことが、算定にあたって困難を感じていることの調査結果として上位に挙がってくることも、この実態の表れとなっています。

それぞれの点数が設定された時点で整理を行いながら、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、この中医協で答申がなされ、さらに、これまで細かな疑義解釈を積み重ねてまいりました。

したがって、1つの病名に対し複数の点数が存在する場合には、医療機関の特性、体制、患者さんの状況、そして診療内容等に応じて適切な点数が選択されており、疾患が同じだから全てまとめていいということにはなりません。ある意味、医療費の適正な配分という効果もあり、非常に優れた仕組みになっていると言えます。

その上で、単に疾患が重なっているからという理由から生活習慣病管理料にまとめることになれば、現在の疾患管理との違いを反映できず、そういった患者さんの治療機会が失われたり、初期の段階での発見の機会を失う患者さんが出てくる機会や、結果的に疾患の重症化や医療費増につながる懸念もあると考えています。

したがって、まさに患者さんのために患者さんの視点に立ってつくられている、そして、これまでしっかりと継続されてきた診療点数であります。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）

はい、ありがとうございます。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）

生活習慣病のガイドラインについて1点、申し上げます。これは当然、専門医のみならず、一般かかりつけ医が実践できるよう普及していくものというふうに考えております。したがって、日本医師会のかかりつけ医研修でも再々、取り上げてきたところでございます。

重要なのは、かかりつけ医がガイドラインに則った診療を基本としつつ、どうしても患者さんの中には行動変容が難しい、あるいは認知症の患者さん、いろんな方がいらっしゃるの、テーラーメイドな、個々に応じたテーラーメイドな診療をかかりつけ医が行うということが非常に重要であります。

つきましては、ガイドラインは使われるものではなくて、使いこなす医療というのも重要だということを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、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）

先ほど、働く人が本当に一生懸命働いて、健康診断で引っかかって、徐々に2、3カ月に1回の受診でいいんじゃないかというふうなお話でしたが、

それで見つかったからこそ、しっかりと受診をして、栄養指導を受け、生活指導を受け、いろんなことをしながら徐々に慣らしていくことが大事であって、

いきなり2、3カ月に1回ということは、これは実は本末転倒であって、本当に見つかったけれども、また悪化していくということになりかねません。

確かに、以前から私も言っていますが、コロナで本当に2、3カ月来られなかった患者さんが糖尿病で明らかに悪化しているという結果が出ております。

それは普段落ち着いている患者さんであって、そういうふうになるわけで、そういうことをしっかり栄養指導から生活指導から行って、どのように働いていくかということ、われわれかかりつけ医が指導していきますので、

しっかりそれは受診。2、3週間に1回、ひどいときは1週間に1回です。そのときに、血糖も測りながら、本当に食事、どのようにとってるか聞きながら、その対応を取ってるわけで。

時間がないから、働くことが、もう休めないから受診できないというのは、これは、ちょっとおかしなことであろうかなと思っており、それを思っております。

そして、オンライン診療がそこで活用されるということなのですが、やはりオンライン診療の中には、オンラインで会議をすると議論が深めれないということは皆さん経験をされてると思うんですが、患者さんにとっても、そういうふうに軽く感じてしまうということがありますので、その辺はご理解をいただければなあと思っております。

見つかったからこそ、しっかりとみていくということは、われわれ医療機関としては考えたいなあ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す。続きまして、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。生活習慣病における多職種連携ということは77ページ目をご覧くださいと思います。

生活習慣病における多職種が連携した療養指導等

○ 糖尿病や慢性腎臓病(CKD)の外来診療においては、多職種が連携して必要な療養指導を実施している。

■ 糖尿病センター外来

腎症の重症化予防を目的として透析予防診療チームで介入。血糖管理に加えて、減塩を中心とした血圧管理、適切な体重管理、脂質管理、といった生活習慣改善を指導している。

看護師

- ・生活指導(フットケアなども実施)
- ・自己注射手技の指導

管理栄養士

- ・栄養指導(栄養摂取量の把握と目標設定など)

薬剤師

- ・教育入院後のフォロー、服薬状況の確認
- ・治療薬導入時の服薬指導とフォローアップ
- ・自己注射手技の確認

■ 慢性腎臓病(CKD)外来

医師の診察の待ち時間を利用した療養指導を多職種で実施

-主な指導内容-

- ・教育入院後のフォロー
- ・球形吸着炭や重曹錠、カリウム吸着剤の服薬確認
- ・降圧剤や利尿剤の評価、血圧測定や体重測定
- ・お薬手帳で他科処方の確認、CKDシールの貼付
- ・SGLT2阻害薬の服薬指導
- ・腎臓病教室や腎代替療法指導の希望があるか
- ・栄養指導

【医師】診察



【看護師】生活指導



【薬剤師】服薬指導



【管理栄養士】栄養指導



出典:個別ヒアリングにて提供された資料を基に保険局医療課で作成

77

そこに、CKD外来と慢性腎臓病外来のことが出ていますけども、今、お薬手帳で、そこで他科受診を確認し、CKDシールの貼付ということがありますけども。

お薬手帳に関しては、服用している薬剤の情報はもちろんなんですけども、服用上、注意しなければいけないこととかですね、患者さん自身が、例えば血糖の変化、人工血糖をやってる人であれば、低血糖の変化であつたり低血糖が出てれば低血糖が出た。血圧等を書いてるんですけども。

最近、CKDのシール等も貼付するようになりました。また、薬局では検査値が把握できるようになりましたので、特に腎機能の低下している患者さんにはですね、投与ができないお薬であつたり、用量を調整しなければいけないお薬がありますので、気になる検査値に関してはですね、クレアチンと、また、クレアチニンクリアランスを計算して、そこに書いていくんですけど、その下に「SGLT2 阻害薬の服薬指導」とありますけど、

先日、SGLT2 阻害薬、気をつけなきゃいかん。低血糖ももちろんなんですけども、脱水とですね、あと女性の方で尿路感染症が非常に多く見られてですね、普段かかっている先生だったら検査値、わかってるんですが、泌尿器科に行かれて、お薬手帳に腎機能が低下してるっていう検査値の旨が書いてあった、問い合わせがあって、最終的には、そこで抗菌薬の用量が半分になったということもありますので、

やはり、この手帳の記載っていうのをさらに充実していく、それを活用することによって、より多職種が連携した生活習慣病対策になるんじゃないかというふうに感じます。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。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。長島委員から生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料についてコメントがございましたけども。

先月、かかりつけ医機能の議論の際にも申し上げましたけども、この特定疾患療養管理料で何を評価しているのか、非常にわかりにくく、非常に強い疑問を持っております。

内科医の技術として評価をされてきた長い歴史はあることは承知しておりますけども、最新の技術やエビデンスを反映した質の高い医療を担保するために、新しいレキギ（歴史？）をつくるほうが患者の期待に応えるのではないかと思いますので、ぜひ建設的な議論をお願いしたいと思います。

それで1点、質問がございます。

先ほど述べました24ページから26ページの算定の状況でございますが、この生活習慣病管理料と特定疾患管理料の算定が、なぜ、こんなに差が出るのか。これは診療側と事務局と両方に、この見解をちょっと教え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）

はい。どういたしましょうか。まず事務局から、ただいまの松本委員からのご質問につきまして、ご回答、できましたら、お願いしたいんですけど、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。これまで中医協にも何回かご説明させていただいたことがあると思いますけれども、この特定疾患療養管理料、それから、この生活習慣病管理料でございますが、例えば、その生活習慣病管理料ですと、その書面による同意、あるいは、その自己負担が多いことなどで、その算定を躊躇するという旨な、回答、結果があったというふうに承知をしているところでございます。

すいません、それ以上の情報を今、提供できるものは手元にはございません。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。診療側の先生、いかがでしょうか。はい、それでは、松本委員、失礼しました。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）

私どもも、それ以上のしっかりとした情報は所有しておりません。

それから、先ほど、少し追加させていただきますと、最新の医療知識、情報に対応するというのは、別に診療点数に関わることでなくて、医師として、しっかりと自己研鑽をしたりする。

あるいは、日本医師会でも、そのために生涯教育とか、さまざま研修会を開催しているというところで、そちらのほうで対応すべきものというふうに考えております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。今、事務局、ならびに、まあ、2号側からは明確な回答があったわけではございませんけども、先ほど来、出てるアンケート結果というのを拝見しますと、利用計画書に関して、言ってみれば手間がかかっているの、あるいは患者の負担、了解が得にくいつてことは、説明するのが、正直言って非常に厳しいからと。

どっちかと言うと、ポジティブな理由よりは、どちらかと言うと、なんて言うんですかね、ネガティブと言うか、排除理由から、こっちに行っているというふうに受け取らざるを得ないという印象を持ちました。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す。ほかは、いかがでしょうか。はい。先ほど松本委員（ママ）から、看護サイドからのご意見を伺ってはどうかというのを、あ、失礼いたしました。大変失礼しました。長島委員、お願いします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい。私からでいいんですか？ すいません。失礼いたしました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは、木澤委員から、木澤専門委員から、ご意見を伺います。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい、ありがとうございます。生活習慣病の管理については、医師と看護師、管理栄養士など多職種が連携して療養指導を実施しており、多職種連携に係る要件を追加することに賛同いたします。

資料にもあるとおり、特に外来看護師は最も医師と連携して療養指導を実施している職種です。より有効な生活習慣病管理につなげるためには、外来看護師の知識、技術等の一層の向上を図ることも重要であり、重症化を予防し、療養生活を継続するための患者・家族支援の具体的方法や、地域における多職種とどのように連携を図ると効果的かつ効率的な療養指導につながるかなど、在宅療養支援に関する研修受講を促すことも有用と考えます。

各職種がしっかりと役割・機能を果たし、連携していく環境を整えることは重要と考えております。私からは以上となります。

○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。ほかに、ご意見ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、ほか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、ご対応をいただくようお願いいたします。

ここで、ちょっと休憩を差し挟みたいと思います。

○厚生労働省担当者

厚生労働省事務局でございます。ただいまから10分間休憩しまして、10時40分めで再開いたします。

▼ 休憩 10:30 ~ 10:41