

質 疑

中間とりまとめについて

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願ひいたします。最初に江澤委員、お願ひいたします。

○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。尾形分科会長をはじめ、分科会におかれましては中間とりまとめの作成にご尽力いただきましたこと、お礼申し上げます。

今回の中間とりまとめを拝見いたしますと、次回改定の方向性について踏み込んだご意見も記載されておりますが、分科会のミッションは、答申書附帯意見等に関する事項について、技術的な課題に関して専門的な調査および検討を行うことでございます。

したがいまして、今回いただいたご意見はあくまでも技術的な課題に関する評価・分析として参考とさせていただくものであり、次回改定の方向性については今後、総会で議論し、決定していくということにつきまして、ご理解を賜りますよう、お願い申し上げます。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特任教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。
はい。それでは松本委員、お願ひいたします。

○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。尾形分科会長をはじめ、分科会の皆さんには丁寧にご検討をいただきまして、ありがとうございました。

技術的な課題については引き続き議論をお進めいただきたいというふうに思いますけども、

本日ご報告いただいた内容に関する率直な受け止めとですね、今後、深掘りをぜひお願いしたいことについて3点、コメントしたいというふうに思っております。

1点目はですね、医療機関機能に着目した地域医療の最適化について一定の方向性が見えてきたように感じております。

特に、高度な手術等の急性期機能を地域の拠点病院に集約していく流れは、医療全体の効率化だけでなく、安全性や有効性の観点で、患者にもメリットがあり、さらに医療機関にとっても経営基盤の安定化につながるものと考えております。

今後、どのような治療を拠点病院に集約し、逆にどのような治療を身近な医療機関で対応していくのか。より詳細な検討を分科会にはお願いをしたいというふうに思います。

8-1. 救急搬送に関する評価について（別添資料③ P6～P15）

- 救急患者連携搬送料を届け出ていない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」等が多かった。
- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者は、ほとんどの医療機関において少數であった。
- 第二次救急医療機関の一部には、入院した救急患者の25%以上が転院搬送で受け入れた患者である医療機関があった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 救急患者連携搬送料は搬送元医療機関で算定するものである一方、受入側医療機関の評価がない。救急患者連携搬送は受入側医療機関の協力を前提とした制度であることから、受入側にも一定の評価を設けることが必要ではないかとの意見があった。
- 地域包括ケア病棟において「救急患者連携搬送料」を算定した患者を受け入れた場合について、在宅患者支援病床初期支援加算の対象としたことには意義がある。救急連携搬送における受入側医療機関への評価をさらに充実させることで、医療機関間の機能分担や連携の促進につながるのではないかとの意見があった。
- 救急患者連携搬送にあたっては、病院救急車だけでなく、患者等搬送事業者を活用することについても、今後検討の余地があるのではないかとの意見があつた。

2点目は、資料24ページにあります救急搬送の件でございますが、分科会の1つ目のご意見に「受入側医療機関の評価がない」という記載がございますけども、一方で、その下にはですね、地域包括ケア病棟で転院搬送を受け入れた場合に在宅患者支援病床初期加算の対象としたことには意義があるという記載がございます。

こうした、いわゆる下り搬送の受け入れに対する評価の在り方を検討することは否定いたしませんけども、現行でも評価がなされているということは事実として、ぜひ認識していただきたいというふうに思っております。

その上で、今後の議論では、直接の救急搬送と下り搬送で患者の状態、医療資源の投入量にどのような違いがあるのか、実態を丁寧に見る必要があるということを指摘させていただきたいと思います。

最後は資料の34、35にあります「かかりつけ医機能について」でございますが、

12-2. かかりつけ医機能について（別添資料④ P40～P58）

- 機能強化加算の届出医療機関数は、令和3年までは増加傾向であったが、近年は横ばいである。算定回数は、令和2年に大きく減少していたが、令和5年には令和元年以前よりも増加した。
- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。
- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。
- かかりつけ医に関連した研修等のうち、「日本医師会のかかりつけ医機能研修」を修了又は一部受講した医師の在籍割合が最も高く、43.5%であった。
- 医学生の実習、臨床研修医の受け入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受け入れを行っている診療所は約4.2%であった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 現在の機能強化加算は、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料等の届出をもって、かかりつけ医機能が高いと評価する考え方となっている。かかりつけ医機能報告制度が開始されることを踏まえると、この制度に沿った形で再検討することが求められるのではないかとの意見があった。
- かかりつけ医機能に係る診療報酬上の評価（機能強化加算等）のあり方については、制度が作られた際の趣旨を十分に踏まえた上で、慎重に検討する必要がある。また、かかりつけ医機能報告制度は、医療機関の機能を認定する制度ではなく、現状を把握するための報告制度であり、地域における専門性を有する医療機関が連携して面としてかかりつけ医機能を発揮することを目指すものであるため、かかりつけ医機能報告制度と診療報酬は関連させるものではないとの意見があった。

12-3. 外来機能分化について（別添資料④ P59～P73）

- 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向に

34

あり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。

- 紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算規定の対象病院における令和6年度の紹介割合・逆紹介割合は、令和5年度と比較して不变～やや増加していた。
- 減算規定の対象病院における令和6年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、令和5年10月と比較して増加した。全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値は、特定機能病院では約5%であり、その他の区分では約10%であった。
- 減算規定の対象病院の再診患者のうち約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない患者であった。また、平均して8割程度の患者が直近6か月以内に再診を受けていた。
- 医療機関間の連携に関する評価として「診療情報提供料（Ⅰ）」「診療情報提供料（Ⅱ）」「連携強化情報提供料」を設けている。診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 減算規定の対象病院において、相当数の患者が2年以上通院していることや、半年以内に外来再診していることについては、当該患者が本来逆紹介すべき患者であるのか、あるいは地域の医療機関で日常的な管理を受けつつ、専門外来でフォローアップされているのか、現状のデータだけでは判断が困難であるため、今後、他の医療機関への受診状況や疾患の種類等も含めて分析を行い、継続的な受診の妥当性について検討することが必要ではないかとの意見があった。
- 特定機能病院等の再診患者には、悪性腫瘍のフォローアップや化学療法を要する患者など、継続的な医学的管理が必要な患者が含まれていると考えられる。どのような患者が再診を継続しているのか、更なる分析が必要ではないかとの意見があった。
- かかりつけ医機能の充実に向け、診療情報のやりとりは重要であり、診療情報提供料の算定回数増加は好ましい傾向である。連携強化診療情報提供料は病院での算定が大きく伸びる一方で、診療所では伸びていない。その要因が、算定要件が複雑であるためであるならば、要件の見直しが必要ではないかとの意見があった。

報告制度と診療報酬の関係性をどのように考えるかということについて意見が併記されておりますけども、この点については最終的には中医協総会で議論するものだというふうに考えております。

この報告制度が、いわゆる認定の仕組みでないということは十分理解をしておりますが、少なくとも、かかりつけ医機能の発揮が今後の地域医療にとって極めて重要であるということは認識を共有できるというふうに思います。

分科会では、かかりつけ医機能の1号機能・2号機能それぞれについて、診療報酬で評価する場合には、どのような点に留意すればいいのかといったところから技術的な観点で検討をぜひ進めていただきたいというふうに思います。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特任教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、ご質問等はございますでしょうか。
はい。佐保委員、お願ひいたします。

○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。私からも尾形分科会長をはじめ、分科会の皆さんに感謝を申し上げたいというふうに思います。

私からは、今後の検討について3点、お願いを申し上げたいというふうに思っております。

最初に、2ページからの1ポツの急性期入院医療については、新たな地域医療構想の検討において、急性期医療に関連する機能として、「高齢者救急・地域急性期機能」、「急性期拠点機能」、「専門等機能」などが報告されること。

また、10ページからの4ポツ、包括的な機能を担う入院医療については、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟との違い、役割分担も踏まえ、医療機関が担う機能や患者の状態像に応じた機能分化がさらに進むよう検討していただければというふうに考えます。

次に、25ページからの9ポツ、入退院支援についてです。

令和6年度改定では、入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、介護サービス事業者および障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める改定が行われました。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 入退院支援加算について、緊急入院の患者と生活再編が必要な患者は、それぞれ必要な支援の内容が異なるということが考えられるため、具体的にどのような支援が行われているのかについて、更に詳細に支援内容を見るのがよいのではないかとの意見があった。
- 介護施設等における対応力強化について、例えば高齢者施設で診ている心不全患者においては、水分貯留によって体重増加や症状・兆候によって早期に外来を受診させる、訪問診療で利尿剤を調整する、病院の看護職員等が出向いてケア体制の支援を行う等を行うことによって、無駄な救急搬送・救急入院を減らすことが可能なケースがある。救急搬送前の連携対応の評価を行い、施設からの高齢者の救急搬送を減らすことにつながる可能性があるのではないかとの意見があった。
- 入院時支援加算について、入院支援部門が入院前に外来等で関わることにより、病棟看護師の業務軽減にも結びつく。病院全体の効率化に向けた動きが進んできていると受け取ることができるとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 入退院支援加算や入院時支援加算等について、病院・病棟の機能ごとに入退院支援部門に期待される機能や、医療介護連携の更なる推進の観点から、令和7年度入院外来調査の結果をもとに、更に検討を進める。

「今後の検討の方向性」に、「医療介護連携の更なる推進の観点から」「更に検討を進める」とありますが、介護に加え障害福祉サービス事業所等との連携についても検討を進めていただければと考えます。

最後です。26 ページからの 10 ポツ、働き方・タスクシフト／シェアについてです。医療職 1 人ひとりが専門性を十分に発揮できるよう、タスクシフト／シェア、業務負担の軽減と効率化に資する I C T の活用を促進し、業務負担の軽減をさらに進めることが重要と考えます。

とりわけ、看護職員の負担軽減に向けては、夜勤が可能な職員の確保や夜勤者の負担軽減が非常に大きな課題であり、「夜勤に関する調査結果も精査すべき」という意見も踏まえ、検討を進めていただくよう、お願いいいたします。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特任教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい。江澤委員、お願いいいたします。

○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、1号側から詳細なコメントもいただきましたけれども、中には相容れないご意見もあったと思いますが、今後、あくまでも入外分科会のとりまとめを参考にしつつ、そして、しっかりと総会であくまでも議論していくというかたちで、ご了解いただければと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

ありがとうございます。ほかは、よろしいでしょうか。

はい。それでは、ほかにはご発言ないようですので本件につきましては、中医協として承認するということでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、説明のあった件につきましては、中医協として承認したいと思います。

尾形分科会長、どうもありがとうございました。

冒頭に申し上げましたとおり、ここで総会を中断いたします。

そして、費用対効果評価専門部会、保険医療材料専門部会、薬価専門部会それぞれの審議を行った後に、改めて総会を開催したいと思います。

それでは、本日の総会は一時中断いたします。

(約5分後に費用対効果部会へ)