

# MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マナジメタル・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：(株)ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29MR Rデルタビル3F TEL:082-243-7331

## 平成29年12月1日 中医協 総会（第375回）

1. 地域包括診療料等、「在宅医療の提供の実績を別に評価する」
2. 薬剤の適正使用の推進、「明確化してはどうか」
3. 遠隔診療の基本的な考え方、「一定期間継続的に対面診療」
4. ICTを利用した死亡診断、医師と看護師の連携を推進へ

### 【概要】

この日の中医協は、最初に保険医療材料専門部会が約1時間、続く総会が約2時間という時間配分だった。総会の議題は、「横断的事項（その5）」の1点。

その内容は、前半がかかりつけ医に関するもので、後半が遠隔診療に関する内容だった。相互に関連するが、質疑は前半と後半に分けて行われた。

### 「横断的事項（その5）」の項目

前 半	後 半
1. <b>地域包括診療料等</b>	3. <b>遠隔診療</b> （情報通信機器を用いた診療）
2. 薬剤の適正使用の推進	4. 情報通信技術（ICT）を活用した連携

（同日の総会資料「総一1」P2を基に作成、太字は編集部）

### ■「全部をまとめて意見を言って質問してよろしいか。それとも区切るか」

約1時間の資料説明に続く質疑の冒頭で、日本医師会常任理事の松本純一委員が確認した。「これ、全部をまとめて意見を言って質問してよろしいか。それとも区切るか」――。

田辺国昭会長（東大大学院教授）は「1と2をセットで、3と4をセットで」と提案し、前半と後半に分かれることになった。

この日の議論で、大きなポイントとなったのは遠隔診療における「一定期間」という要件。厚労省は遠隔診療の全面的な解禁ではなく、「一定期間以上継続的に診療している患者」という制限を提案した。遠隔診療に強い危惧感を抱いている日本医師会だが、大筋で受け入れた。

一方、地域包括診療料等の要件から「在宅医療の提供」や「24時間対応」を外し、これらを「実績」として新たに評価する提案は大歓迎だった。しかし、厚労省はそのための条件として「一定期間以上継続して外来通院していた患者（かかりつけの患者）」という枠組みを提案した。

## 【詳細】

### 1. 地域包括診療料等、「在宅医療の提供の実績を別に評価する」

最初のテーマは、「地域包括診療料等」。厚労省は同診療料等の論点として、「在宅医療の提供の実績を別に評価すること」などを挙げた。

#### 地域包括診療料等の評価の論点

- 地域包括診療料等については、その趣旨等を踏まえ、以下の通り見直してはどうか。
- ・ 地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の算定にあたり **患者の同意**を取得する必要があるが、その患者が既に**一定期間以上継続**して当該医療機関に通院している場合は、同意取得に係る取り扱いを見直してはどうか。
- ・ 患者が受診している他の医療機関や処方薬を**一元的に把握**することを求めているが、担当医の負担軽減のため、医師以外の職種や連携する保険薬局を活用可能であることを明確化してはどうか。
- ・ **在宅医療の提供や 24 時間対応に係る要件**については、地域包括診療料等の**継続的かつ全人的な医療を提供する**との趣旨を踏まえ、要件ではなく、**在宅医療の提供の実績を別に評価すること**としてはどうか。具体的には、**一定期間以上継続して外来通院していた患者（かかりつけの患者）**に対して、訪問診療を提供しているとの実績を評価してはどうか。

(同日の総会資料「総一1」P18を基に作成、太字は編集部)

#### ■ 「担当医を決める」「受診医療機関の把握」「処方薬の把握」などは少ない割合

「地域包括診療料」は、大病院の外来受診を減らすため、患者がアクセスしやすい中小病院や診療所に誘導する「外来の機能分化」の一環として、平成 26 年度改定で新設された。その狙いは、継続的かつ全人的な医療を提供する主治医機能の評価であったが、当時設定した要件は“ゲートキーパー”としての役割には必須ではないとの指摘もあった。

こうしたなか、厚労省は同診療料を算定する上でハードルとなっている項目を調査結果から抽出。かかりつけの患者に行う指導の中で少ない割合であった項目として、「担当医を決める」「受診医療機関の把握」「処方薬の把握」を挙げ、「他の項目に比べ、実施する医療機関の割合が少なかった」と指摘した。

また、日本医師会の調査結果も紹介した。それによると、診療所で負担が大きな業務として「在宅患者に対する 24 時間対応」「患者に処方されているすべての医薬品の管理」「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

こうしたデータを根拠に掲げ、「24 時間対応」などを同診療料の要件から外して「実績」としての評価に切り替える方針を示した。継続して受診する「かかりつけの患者」を同診療料の中心的な要件にすえ、「説明」と「同意」を重視していく方針とみられる。

#### ■ 「いきなり一元的に管理、もうやめるのか」—— 支払側委員

質疑の冒頭、日医の松本純一委員は論点すべてに「賛成をするものであり、このまま検討を続けていけばよい」と述べ、今回の提案を歓迎した。

その後、前半のもう一つの項目である薬剤の適正使用の推進をめぐる議論がしばらく続いたところで支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が発言。いきなり核心部分に切り込んだ。

「一定程度の期間と頻度をやった後の評価ということだが、たぶん趣旨としては主治医と患者が、ある程度の信頼関係ができた後に言いやすくなるし、同意も得やすくなるのではないかということで、この方向性はいいと思うが、例えば初診で来られて、2種類以上持っておられる方に、いきなり『あなたをこれから一元的に管理します』という方向を、もうやめていくということによろしいのか。それはそれでいいということなのか」

### ■「少し弾力化してはどうかという趣旨、プラスアルファという趣旨」—— 厚労省課長

厚労省保険局医療課の迫井正深課長は「私どものご提案の趣旨は、既存の考え方を変えるのではなく、もちろん現行の同意に基づく患者さんと主治医との信頼関係を前提とした考え方は維持した上で、さらに実態として、今の手続き上、取り組みとして難しい対応について、少し弾力化してはどうかという趣旨、プラスアルファという趣旨」と答えた。

これに幸野委員は「そういうことであれば、この方向性は賛同できる」としたが、実績評価については異論を唱えた。

### ■「加算という方向にするならば点数設計自体を見直す必要」—— 支払側委員

幸野委員は「そもそも地域包括診療料は一元的に患者を管理するため、在宅も含めて24時間対応という要件が入った」と振り返り、「在宅医療を要件から外して加算にするというのは、本来の設定の趣旨とは違う」と指摘。「もしこれを要件から外すのであれば、加算という方向にするのであれば、この点数設計自体を見直していくことも必要ではないか。これはすごく大きな見直しなのではないか」と述べた。

### ■「24時間対応の仕方にもいろいろある」—— 厚労省課長

平川則男委員（日本労働組合総連合会総合政策局長）も続いた。「過去の中医協の議事録をいろいろ見てみると、この24時間というのは当然のことだという前提で議論されている」と指摘し、「24時間対応の要件を見直して大丈夫なのか」と疑問視した。

迫井課長は「24時間対応の仕方にもいろいろある」と返し、「アクセスしてきちんと対応できるという趣旨と、オーバーナイトでずっと診療するという意味では全然違う。オーバーナイトで診療するイメージにつながっているところがあるので考え方を整理したい。従って、在宅や24時間を全く外すことを想定しているわけではない」と説明した。

### ■「制度設計を変えるという趣旨でのご提案ではない」—— 厚労省課長

その上で、迫井課長は今後の制度設計に言及。「実際に在宅に足を運んでいただいて、診察をしていただくという実績の部分と、そういった体制を整えるという要件の部分は必ずしもリンクさせることではないのではないかという趣旨で、評価の視点として分けたらどうか。もともとの前提要件を大きく変えて、制度設計を変えるという趣旨でのご提案ではないので、改めてちゃんと整理させていただきたい」と理解を求めた。

■「うまく工夫をすれば、かかりつけ医機能が広がっていく」—— 厚労省課長

この発言を受け幸野委員は「加算にするのであれば、診療料自体の点数を見直す必要があると思うが、どうか」と質問した。迫井課長は「体制として求めることと、実際にそれが行われているかを分けて報酬上とらえたほうがより明確になる」とし、要件設定を見直す理由を説明。「地域包括診療料を中心とした、かかりつけ医機能を充実強化したいのが基本的なスタンスで、認知症の方への説明や入り口の手続きなど一定のハードルがあるので、うまく工夫することで、かかりつけ医機能が広がっていくのではないかと述べた。

2. 薬剤の適正使用の推進、「明確化してはどうか」

かかりつけ医機能を広げるために「うまく工夫する」ための方策の1つとして、薬剤師との連携やICTの活用が挙げられるが、かかりつけ医機能の中核をなすのは「説明」と「同意」。この日、2つめのテーマとなる「薬剤の適正使用の推進」では、「説明」が議論の焦点になった。厚労省は、「薬剤耐性（AMR）対策」と「多剤・重複投薬の是正」などの取組を進めるために、医師や薬剤師らの役割を論点に書き込んだ。「明確化してはどうか」との記載にとどめているが、新たな評価の新設にも見える提案であったため、支払側が反対する姿勢を見せた。

■「医師による説明のわかりやすさは服薬コンプライアンスに有意に相関」

厚労省の迫井課長は冒頭、「日本は広域抗菌薬の使用割合が他国に比べ高い」とのデータを紹介し、その背景に国民の理解不足があることを指摘。抗菌薬がインフルエンザや風邪に効くと思っている人の割合が40%を超えるといった服薬遵守率の低さを挙げた上で、「医師による説明のわかりやすさは服薬コンプライアンスに有意に相関する独立因子の1つ」との研究報告を伝えた。論点では、医師が行う「抗菌薬の適切な使用に関する説明」などを挙げ、「明確化してはどうか」と提案した。

薬剤の適正使用の推進の論点（抜粋）

○ 急性気道感染症等の症状を示す患者に、厚生労働省がとりまとめた適正使用マニュアルの活用や患者・家族等への文書による**説明**等、薬剤耐性菌対策に資する取組に対する評価を検討してはどうか。  
**地域包括診療料等などの継続的な医学管理を行っている患者**について、抗菌薬の適切な使用に関する**説明**や取組を行うことを**明確化してはどうか**。

（同日の総会資料「総一1」P48を基に作成、太字は編集部、以下同じ）

■「医師の皆さんの本来的業務、加算で評価するなら反対」—— 支払側

質疑で、支払側の吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）は「医学的見地を考えた医師の皆さんの本来的業務だと考える」と指摘し、「あえて評価することでAMR対策を推進しようというのは若干違和感を覚える。もし、この取組を推進するために加算で評価するという発想であるならば反対したい」と述べた。他の支払側委員も同様の見解を述べた。

## ■ 「あくまでも明確化。報酬上、新しくする趣旨ではない」—— 厚労省課長

薬剤服用歴管理指導料については、日医の松本純一委員が「この服薬指導は実際に行われているのではないか。しかし、実際にはしていないのか。しているのであれば、なぜここで出てきたのか、もっと新たな評価をしようとしているのか」と語気を強めた。

厚労省の迫井課長は「あくまでも明確化。本来行っていただきたいことなので、それを改めて明確にするという趣旨。報酬上、新しくする趣旨ではない」と答えた。

### 薬剤の適正使用の推進の論点（抜粋）

- 薬剤服用歴管理指導料について、抗菌薬の適切な服用に関する指導や取組を行うことを**明確化して**はどうか。

## ■ 薬局と連携した減薬の情報提供などの「評価を検討してはどうか」—— 厚労省

厚労省はまた、「多剤投薬・重複投薬の是正推進の観点から、かかりつけの医師が入院医療機関や薬局と連携した減薬に係る情報提供、減薬後のフォローアップなどに対する評価を検討してはどうか」と提案した。

これに支払側委員は「やや具体性が欠ける」と難色を示したが、日医の委員は「かかりつけ医による他医療機関および薬局との連携を評価することは賛成」と了承。病院団体の委員は「薬局から医療機関に対して減薬の提案などが行われるようなシステムがないとスムーズに行われぬ」と述べ、加算での評価を要望した。

## ■ 薬剤総合評価調整加算の評価対象に、地域包括ケア病棟を追加

厚労省はこのほか、「減薬の取り組みに関する実績を踏まえ、薬剤総合評価調整加算の評価対象に、地域包括ケア病棟を追加してはどうか」と提案した。

診療側は「地域包括ケア病棟を評価対象に含めることに賛成する」と了承。支払側は「地域包括ケア病棟で追加するのは全くそのとおり」と了承しながらも、「なぜこれが今まで算定対象外になっていたのか。それを踏まえて、じゃあ追加しましょうねというのが手順だろう」とやや不満を表した。

## 3. 遠隔診療の基本的な考え方、「一定期間継続的に対面診療」

遠隔診療については、11月1日の総会で出された意見を集約する形で「基本的な考え方」を提示。それを踏まえて現行の電話等再診や医学管理との関係を整理した上で、代表的な5つの「ユースケース」を紹介し、最後に「論点」を示した。

このうち「基本的な考え方」では、「一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと」を挙げた。また、「事前に治療計画を作成していること」も挙げ、これらの要件によって「初診の患者は対象に含まれない」という結論を導いた。反対意見はなかったが、支払側から要件の追加を求める意見があった。

### 遠隔診療の「基本的な考え方」

- 1) 特定された疾患・患者であること
- 2) **一定期間継続的に対面診療**を行っており、受診間隔が長すぎないこと (※)
- 3) 急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
- 4) 安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
- 5) **事前に治療計画を作成**していること (※)
- 6) 医師と患者の両者の合意があること
- 7) 上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること

(※) **初診**の患者は、当該要件を満たさないため、対象に含まれない。

(同日の総会資料「総一1」P54を基に作成、太字は編集部)

### ■「かかりつけ医であることを『基本的な考え方』に入れるべき」—— 支払側

質疑で、幸野委員（健保連）は「かかりつけ医であることを『基本的な考え方』に入れてはどうか」と提案した。迫井課長は「『かかりつけ医』の捉え方はさまざまな見解がある」とした上で、「報酬の世界でそれを直接定義するのではなく、あくまで一定期間継続的に対面診療ということを前提とさせていただければ、幸野委員のご懸念については一定程度払拭できるのではないか」と説明した。

### ■「ガイドラインや資格認証システムをつくるべき」—— 日医副会長

この回答に対し、今村聡委員（日本医師会副会長）が「例えば、複数の医師がいるような医療機関で違う先生が診るということもあり得る」との懸念を表明。「オンラインを使ったものに対する全体的なガイドラインを広い視野でつくって、HPKI（保健医療福祉分野の公開鍵基盤）のような資格認証システムも同時につくって組み込んでいかなければいけない」と厳格な運用を求めた。

### ■ 電話等再診との関係、「改めて整理する段階で少し明確にしたい」

厚労省は、「基本的な考え方」を軸に遠隔診療の評価を設計。オンライン診察の新たな報酬は、「対面診察より低い水準」とし、その要件を「基本的な考え方」とすることを提案した。

### オンラインを用いた診察と現行の電話等再診との整理（案）

- 1) オンラインによる計画的な診察と、患者等の求めによる電話等再診とは、目的や趣旨が異なるため、診療報酬を区別してはどうか。
- 2) オンラインによる診察の新たな報酬については、前述の「**基本的な考え方**」を要件にしてはどうか。
- 3) 新たな報酬は、対面診察との違いを考慮し、**対面診察より低い水準**の報酬としてはどうか。

なお、オンラインでの診察時間やその頻度に様々なケースが想定されるため、新たな報酬は、月1回などの算定上限を設けてはどうか。

(同日の総会資料「総一1」P55を基に作成、太字は編集部)

質疑で、日医の松本純一委員は「電話等再診は『患家から療養上の意見を求められて』となっており、私は『患家からの電話』と読んだのだが、そうではなくて、医療機関から電話をして『何か困ったことはありませんか?』と尋ねた場合でも算定できるのか」との質問があった。迫井課長は「改めて整理をする段階で少し明確にしたい」と答えた。

報酬水準に関する質問もあった。迫井課長は「オンライン診療よりも電話等再診のほうが情報量が多いということにはならないので、必然的にそのあたりは、自ずと水準的には一定程度の差がつく」と説明した。

## ■ 外来の医学管理は、「一定期間以上継続的に診療している患者」

現行の医学管理料との関係も整理した。外来の医学管理は、「一定期間以上継続的に診療している患者」とし、「対面診察による医学管理の継続に有用と考えられるものについては、オンラインによる医学管理の評価を検討」としている。

### オンラインを用いた医学管理と現行の医学管理料との整理（案）

- 1) 外来の医学管理は、**一定期間以上継続的に診療している患者**で、対面診察にオンライン診察を併用する場合、対面診察による医学管理の継続に有用と考えられるものについては、オンラインによる医学管理の評価を検討してはどうか。
- 2) 在宅の医学管理は、月1回以上定期的に訪問診療を行っている患者で、訪問診療にオンライン診察を併用する場合、訪問診療による医学管理の継続や訪問する医師の負担軽減にも有用と考えられるものについては、オンラインによる在宅時医学管理の評価を検討してはどうか。  
なお、オンラインの診察と同様に、月1回などの算定上限を設けてはどうか。

(同日の総会資料「総一1」P56を基に作成、太字は編集部)

## ■ 「細かい所で、いろいろと議論しなくてはいけない点がある」——公益委員

質疑で、公益委員の中村洋委員（慶應義塾大学院経営管理研究科教授）は「この一定以上というところが実際、具体的にどのくらいの期間を指すのか」と問題提起。「患者さんの病気とか症状で差を設けるのかどうか。もし設けずに、そのまま一律に、（厚労省が示した事例のように）例えば1年にするのか、あるいは連携している病院に転院した場合に『一定期間』はリセットされるのか。いろいろと細かい所で、議論しなくてはいけない点があるのかなと思いつつ聴いている」と感想を述べた。

## ■ オンラインを併用する場合の医学管理で5つの「ユースケース」を紹介

厚労省は、現行の医学管理料との関係を整理した上で、オンラインを併用する場合の医学管理について、5つの「ユースケース」を紹介した。在宅については2ケース（例1と2）、外来は3ケース（例3～5）となっている。

この中で、外来についてはまず、「月1回対面受診をしていたが、薬物治療の治療効果に懸念があるため、オンライン診察を組み合わせ、受診間隔を調整するケース」を紹介。この場合は、「医学管理料」と「再診料」に加えて、新たに設定する「オンラインの診

察」の報酬を算定できるとした（例3）。

続いて、「従来、月1回対面受診をしていたが、比較的状态が安定しているため、オンライン診察を組み合わせて、受診間隔を2ヶ月毎に延長するケース」を紹介した（例4）。この場合は、「オンラインの医学管理」＋「オンラインの診察」とした。

そして最後に、「従来、月2回対面受診をしていたが、比較的状态が安定しているため、オンライン診察を組み合わせて、受診間隔を月1回に延長するケース」を挙げた（例5）。この場合は、「オンラインの医学管理」＋「オンラインの診察」としている。

質疑では、これらのケース以外を想定した質問があったが、迫井課長は「今回はここまでを示すのが事務的に精一杯。いろいろなケースを改めて整理したい」と答えた。

#### 4. ICTを利用した死亡診断、医師と看護師の連携を推進へ

4番目の項目「情報通信技術（ICT）を活用した連携」では、医療資源の少ない地域に限定してICTを利用した死亡診断などを弾力的に認める考えを示した。その中で、ICTを利用した医師と看護師の連携を挙げ、「法医学等に関する一定の研修を受けた看護師が、医師の判断に必要な情報を速やかに報告する等、医師と連携した場合において、訪問看護ターミナルケア療養費の加算として評価することとしてはどうか」と提案した。

##### 情報通信技術（ICT）を利用した死亡診断における医師と看護師の連携

- 情報通信技術（ICT）を利用した死亡診断における医師と看護師の連携
  - ・ 「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき行われる、ICTを利用した医師の死亡診断について、死亡日に往診・訪問診療を行わないものの、定期的に訪問診療等を行っている在宅の主治医に限り、死亡診断加算を算定できることとしてはどうか。
  - ・ ICTを利用した医師の死亡診断において、**法医学等に関する一定の研修を受けた看護師**が、医師の判断に必要な情報を速やかに報告する等、医師と連携した場合において、訪問看護ターミナルケア療養費の加算として評価することとしてはどうか。
  - ・ なお、評価の対象とする地域は、医療資源の少ない地域に限定してはどうか。

（同日の総会資料「総一1」P83を基に作成、太字は編集部）

#### ■「基金の活用を通じて、積極的にこうした看護師を養成していくことも重要」

質疑で、支払側の平川委員（連合）は「このような一定の研修を受けた看護師が医療資源の少ない地域にいるのか、率直に言って厳しい。こういう経験のある看護師は貴重な存在だと思う」と指摘し、地域医療介護総合確保基金の活用を提案。「こういう看護師をどうやって医療資源が少ない地域に来てもらうかも大きな課題であると思うので、例えば基金の活用を通じて、積極的にこうした看護師を養成していくことも重要」と述べた。

【今後の会議予定】平成29年12月6日（水）