

# MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マナジ・メント・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 1-3-29 デルタビル 3階 TEL 082-243-7331

## 平成 27 年 11 月 18 日 中医協 総会（第 313 回）

- ① 胃瘻の造設、「減っていない」と支払側
- ② 維持期リハ、「ぜひ『維持』でお願いしたい」と診療側
- ③ 明細書の発行、「自己負担のない患者にも義務づけを」と支払側
- ④ 病診の初・再診料、「元に戻すのも一つの選択肢」と日医
- ⑤ 主治医機能を多剤制限で評価、「むしろ問題は長期処方」と日医
- ⑥ 小児の主治医機能を評価、「診療の包括化に逆行」と支払側
- ⑦ 紹介状なし大病院受診、「再診を高め設定して抑制する」

### 【概要】

この日の総会では、前回改定の影響を調査する「平成 27 年度調査」の調査結果が示され「胃瘻」「リハビリ」「明細書」をめぐって議論した後、「外来医療（その 3）」の議題に入った。厚労省は、大病院の外来受診を抑制するため、診療所や中小病院の役割を中心に論点を提示。複数受診や重複投薬などを是正する「主治医機能」に期待を込めている。

### 【詳細】

#### ① 胃瘻の造設、「減っていない」と支払側

不必要な胃瘻がなされていないか。「胃瘻の是非」が社会問題化されるなか、前回の平成 26 年度診療報酬改定では、胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施や、造設後の連携施設への情報提供の推進などを進めたが、現場の取り組みはどのように変わったか。支払側から「減っていない」との声が上がった。

厚労省は同日の総会で、前回改定の影響を調べる「平成 27 年度調査」の 7 項目のうち、残り 3 項目の調査結果（速報案）を公表した。最初に紹介したのは「胃瘻の造設等の実施状況調査」の結果で、実施件数はほぼ横ばいだった。

調査によると、全体の実施件数（中央値）は、平成 25・26 年度ともに 12.0 件で変わらなかった。一方、平成 26 年度の胃瘻造設数が 50 件以上の施設は、平成 25 年度の 76.0 件から 26 年度の 72.5 件と減少したが、経口摂取回復促進加算の届出施設では、平成 25 年度 7.5 件から 26 年度 8.5 件と増加している。

質疑で、支払側委員は「実施件数が若干減っている所もあるが、減っていないのが結果として出ている」と指摘。今後の議論について、「減っていないのはなぜか、さらに検討

を進める必要がある」と求めた。委員は「胃瘻の造設について現場でかなり悩んでいると聞くが、しっかり原因を究明していく必要がある」とした上で、経口摂取回復の可能性に関する調査結果に言及。回復の「可能性あり」が16.8%、「可能性なし」39.3%に対し、「不明」が34.3%と多かったことを指摘し、「『不明』がなぜ多いのか」と疑問視した。

厚労省の担当者は「胃瘻造設時点の調査であり、胃瘻をつくった時点でどの程度分かるかということに関してのお尋ねであるということで、ご理解いただきたい」と回答した。

## ② 維持期リハ、「ぜひ『維持』でお願いしたい」と診療側

維持期のリハビリテーションは今後どうなるのか。平成24年度改定では、要介護被保険者等に対する維持期のリハビリ（脳血管疾患等リハビリ料、運動器リハビリ料）を原則として平成26年3月31日で廃止する方針が示されたが、医療保険での維持期リハビリの継続を求める多くの反対意見などを踏まえ、平成26年改定では方針を修正。平成26年3月31日までの経過措置を「28年3月31日までに限り延長する」とした。入院患者については「期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できる」とするなど、疾患別リハビリなどの評価を見直した。その影響はどうか。

厚労省は11月18日の総会で示した「平成27年度調査」の3項目のうち、「胃瘻」に続いてリハビリの調査結果を示した。調査の名前はやや長く、「廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等による影響や維持期リハビリテーションの介護保険への移行の状況を含むリハビリテーションの実施状況調査」としている。

調査によると、維持期リハの要介護被保険者のうち、標準的算定日数を超えた期間別の外来患者数が多く存在した。脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）では、5年以上が病院で36.2%、診療所で35.3%だった。

質疑で、中小病院を代表する委員は「これほど多くの患者さんを期間を超えて診ている以上、介護保険施設に移行するのはなかなか困難なので、現状の制度を維持する必要がある。ぜひ『維持』という形でお願いしたい」と要望した。

日本医師会の委員は「5年以上も続けている、頑張っておられる方がいらっしゃる」と切り出し、介護保険のリハビリへの移行が困難と見込まれる理由に関する調査結果に言及。最も多かった回答が「患者にとって、医療から介護へ移行することの心理的抵抗感が大きいから」（33.3%）であることを紹介し、「これが現場の実際の感覚だ。財政の問題だけではなく、患者さんの気持ち、頑張っていきたいという意欲を保つためにも十分に考えていかなければならない」と訴えた。これに対し、支払側委員の発言はなかった。

## ③ 明細書の発行、「自己負担のない患者にも義務づけを」と支払側

かつて改定議論の大詰めで紛糾していた明細書の義務化。支払側は「医療の透明化」を軸に主張を展開していたが、現在はどうか。「医療費の適正化にもつながって非常に良い」との発言が出ている。

厚労省は「平成 27 年度調査」の 3 つめとして、「明細書の無料発行の実施状況調査」の結果を示した。前回改定では、400 床以上の病院に義務化されている明細書の無料発行をさらに進める措置を講じたが、すべての患者に対する無料発行はまだ実現していない。

調査結果を受け、支払側委員は「自己負担額のない患者に明細書を発行していない理由」に着目し、「発行していない一番の理由に『明細書発行の義務がないため』が挙げられているが、非常に問題点が多い」と指摘。「明細書をもらわないで帰る。自分の診療にどれだけ医療費がかかったのかを知らないで帰るのは非常に問題」と強調した上で、「医療に対する興味や知識をなくすことにもつながりかねないので、自己負担のない患者についても義務づけることをぜひ検討していただきたい」と要望した。

患者を代表する立場の委員は「自己負担のない患者はコスト意識がない」と苦言を呈し、明細書の発行は「医療費の適正化にもつながって非常に良い。義務化していただくことが望ましい」と、さらなる促進策を求めた。

#### ④ 病診の初・再診料、「元に戻すのも一つの選択肢」と日医

機能分化を進めていくうえで、病院と診療所の初・再診料をどのように考えるべきか。初診料は平成 18 年度改定で統一、再診料は 22 年度改定で統一されたが、「元に戻すのも一つの選択肢」との声が上がっている。

厚労省は「外来医療（その 3）」と題した資料のトップに「外来医療の評価の現状」を挙げ、これまでの初診料・再診料の変遷を紹介したが、「課題と論点」は示さなかった。

質疑で、日本医師会の委員は「初診料と再診料の評価の変遷を見て非常に違和感があった」と不満を漏らし、「病院および診療所については、それぞれ入院機能、外来機能を重点的に評価して、初診料・再診料について病院と診療所は別々に評価を設けている」と指摘。「それぞれの機能を評価するならば、今後、元に戻すというか、やはり別々にもう一度評価し直すのも一つの選択肢ではないか」と主張した。

これに支払側委員は「大反対」と返し、「その時に応じた適正な判断があって決められた。元に戻すという議論を遡上にのせるべきではない」と反論した。

#### ⑤ 主治医機能を多剤制限で評価、「むしろ問題は長期処方」と日医

高齢患者に多い複数受診や重複投薬をどのように解消していくか。厚労省は、「地域包括診療料、地域包括診療加算に係る課題と論点」を示し、多剤投与などを適正化するような服薬管理を行う「主治医機能」を評価する考えを示したが、日本医師会の 3 人の委員が反論を繰り返し、「どうしても多剤投与を問題にしたいのか。むしろ問題なのは長期処方ではないか」などと語気を強めた。

厚労省は、認知症患者が様々な慢性疾患を合併し、複数の医療機関を受診することが多いことを指摘。「地域包括診療料等を算定していない患者では、6 種類以上の内服を行う患者は約半数に上り、10 種類以上の内服薬を処方されている患者も 1 割程度みられる」との課題を挙げ、地域包括診療料・同加算で認知症患者への対応を求める方針を示した。

地域包括診療料・同加算に関する論点

○ 高血圧症、糖尿病、高脂血症以外の疾患を有する認知症患者に対して、介護に関連する療養上の指導を含め、継続的かつ全人的な医療を実施するとともに、多剤投与などの薬剤の投与を適正化しつつ適切な服薬管理を行う場合については、主治医機能としての評価をおこなうこととしてはどうか。

(11月18日の中医協総会資料「外来医療(その3)」P34)

これに対し、日本医師会の委員は地域包括診療料・同加算の算定要件に触れ、「当該点数を算定している場合は『7剤投与の減算規定の対象外』とされている。多剤投与減算がやはり不合理であることを証明したものではないか」と指摘。厚労省が示した論点について「多剤投与減算規定の対象から外したことに逆行すること、全く反することを掲げるのはいかなるものか」と批判した。他の日医委員からも「多剤投与のみを論点に入れるのは非常に無理筋」との声が上がった。

一方、病院団体の委員は「病院の場合の要件がかなり厳しくなっている」と指摘し、「2次救急指定や救急告示病院であるという要件まで付け加える必要があるのか甚だ疑問。この部分は外すべき」と主張した。

⑥ 小児の主治医機能を評価、「診療の包括化に逆行」と支払側

小児に多い時間外や休日・深夜の受診が病院勤務医の負担の一因とされるが、診療所の支援に期待できないか。子育て中の親が望む「急病の時の治療」や「待たされない診療」にどう応えていくか。

厚労省は、小児医療について「継続的かつ全人的な診療を行う主治医機能」を評価する考えを示すとともに、乳幼児に対する診療を総合的に評価する「小児科外来診療料」を見直す方針を示した。厚労省は、「当該報酬は3歳未満の児を対象としており、一部の加算等を除いて、原則として全ての診療報酬が包括されている」との課題を挙げたほか、「診療所における時間外の対応に対する評価として時間外対応加算が存在する」と指摘し、次期改定に向けた「論点」を示した。

「小児における主治医機能の評価」の論点

○ 小児医療について、継続的に受診する患者の同意の下、当該医療機関において慢性疾患の継続的な管理や急性疾患の診療、時間外の対応を行うとともに、必要に応じて専門医療機関への紹介等を行う他、予防接種の状況や健診の結果等を踏まえた健康管理を総合的に実施し、継続的かつ全人的な診療を行う主治医機能について評価することとしてはどうか。その際、現行の小児科外来診療料の評価方法を基調としつつ、3歳以降も、一定の年齢まで引き続いて評価してはどうか。

(11月18日の中医協総会資料「外来医療(その3)」P48)

支払側委員は、前回改定で新設した地域包括診療料を挙げ、「これに似たような、新たな制度をつくるというご提案」と難色を示した。委員は、「地域包括診療料は『診療を包

括していこう』という趣旨でつくられたのに、加算をどんどん付けていこうとするのは『診療の包括化』に逆行していく、後戻りしていくという懸念がある」と慎重論。「診療を包括していこうという方向性を損ねるような制度設計は控えるべき」と反対した。

これに日本医師会の委員は「地域包括診療料等は、診療を包括化するためにつくったのではない」と反論。「地域包括ケアを担うかかりつけ医機能を評価して点数化された」と主張した。支払側委員は「慢性期の病気が増加しているので4つの病気で4つの医療機関に行くのではなく、1つの医療機関で診てもらおうという主治医機能の強化であり、1つの病院で総合的に診てもらおうという意味で『包括』という名前が付けられた」と返した。

他の支払側委員は「前回改定で主治医機能を導入した時の意識として小児にはあまり関心がなかったのではないかと振り返り、「小児に対する主治医機能を評価する場合には、予防接種や夜間対応の実績など、いろいろな設定要件が考えられる」と提案した。

### ⑦ 紹介状なし大病院受診、「再診を高めに設定して抑制する」

大病院の外来受診を減らすにはどうしたらいいか。病院が他の医療機関に紹介したのに再び来院した「再診」を抑制する方向で支払側と診療側の意見が一致。「一番、実効性があるのは再診できっちり取る」「再診を高めに設定して抑制する」などの意見が相次いだ。

紹介状なく大病院を受診した場合の定額負担について、厚労省はこれまでの議論を踏まえた論点を示し、おおむね了承を得た。定額負担を求める大病院の範囲は「特定機能病院に加え、地域医療支援病院の中でも大規模（500床以上）な病院」とし、定額負担の金額は「5,000円」との意見が多かった。「紹介状なしの大病院受診」の大枠はほぼ固まったが、残された論点である「初診料、外来診療料の評価等」が議論の中心になった。

日本医師会の委員は「残薬の原因の1つとして、われわれは長期処方を問題視している」と改めて主張。「長期処方が病院勤務医の疲弊解消の一方法であったことも事実だが、長期処方が可能であるということは、患者の病状が安定しているということ。ならば、逆紹介してかかりつけ医に任せるべきではないか」と指摘した上で、「（病院の）受診を控えるような金額を設定すべき」「（診療所の）かかりつけ医に任せるべき」と繰り返した。

他の日医委員は、病院勤務医の負担を軽減する必要性を指摘した上で「一番、実効性があるのは再診できっちり取ること。再診のところで効果を出すように議論を進めてほしい」と強調。病院団体の委員も「初診と再診は、少し差を付けて考えるべき」と賛同した。

支払側委員は「再診を少し高めに設定するほうが妥当」とし、「再診で他の病院に行っていないとしたのに改めて来られた患者さんについては、高めの選定療養を設定して抑制するという策も必要ではないか」と述べた。他の支払側委員も「勤務医をカバーするためには再診料もある程度乗せないと、本当の意味で病院勤務医の負担は解決できない」と述べ、「初・再診料とも、きちんと抑止力になる金額を取るべき」と主張した。

【今後の予定】平成27年11月20日（金）