

# 日医FAX ニュース



日医FAXニュース  
編集・発行：日本医師会(03-3946-2121)

## ■ 機能強化加算、見直しと継続で応酬

— 中医協 —

中医協総会(会長＝小塩隆士・一橋大経済研究所特任教授)は10月17日、2026年度診療報酬改定に向けて外来医療の議論を深めた。かかりつけ医機能の体制整備を評価する「機能強化加算」の扱いが焦点になった。支払い側は、かかりつけ医機能報告制度の要素を取り入れた形に名称や施設要件を抜本的に組み直すべきと主張。診療側は、かかりつけ医機能報告制度と診療報酬は関連させるべきものではないとの基本認識を示し、機能強化加算によって、かかりつけ医機能の効果がでてきていると指摘。支払い側の発言に強く反発した。

機能強化加算は、18年度改定で新設された。施設基準には「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・施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所・病院に限る)」の届け出・実績などがある。改定ごとに議論し、見直されてきた。

支払い側の松本真人委員(健保連理事)は

「今年度からかかりつけ医機能報告制度が施行されている。医療法改正案が継続審議中だが、外来医療の機能分化・連携については、診療報酬体系でも対応しているもので、今後さらなる対応が必要になる」との認識を表明した。

その上で、機能強化加算について、患者の状態に関係なく初診患者に一律80点を上乘せする仕組みだと説明。「継続して受診している患者との結び付きが強いが、実際に加算を算定するのは初診患者で、バランスが悪い。名称を含めて作り変えるべきだ」と主張した。かかりつけ医機能報告制度を参考に、一次診療の対応が可能な診療領域・疾患をどのくらいカバーできているのかに着目することや、かかりつけ医機能に関する研修の修了などを要件に含めるべきとした。

### ● 検査体制など効果も 診療側・江澤委員

診療側の江澤和彦委員(日医常任理事)は「かかりつけ医機能報告制度は、地域における最適な医療体制を構築していくためのもので、診療報酬と関連させるものではなく、5年後には見直しが行われる。新たな地域医療構想も2040年を見据えたもので、1年後の次期診療報酬改定で(見直しを)求めることはあり得ない」と、支払い側の意見に反論した。

その上で、この日厚労省が示した調査結果から、機能強化加算を算定している施設では、検査体制や、ポリファーマシー対策、介護との連携などで、かかりつけ医機能をより発揮するための効果が表れていると指摘。「こうした機能強化加算を継続していくことが患者のために有益で、地域の最適医療の構築にも不可欠だ」と強調した。

例えば検査については、新型コロナや心電図、超音波、CTなどいずれの検査項目でも、機能強化加算を算定している診療所で、より早期に結果を出せる体制が確保されていることが、今年度の入院外来医療等の実態調査で明らかになっている。【メディファクス】

## ■ 「生活習慣病管理料I」適正化案に反発

### — 中医協で診療側 —

外来医療を取り上げた10月17日の中医協総会は、2024年度診療報酬改定で大きな見直しが行われた生活習慣病管理料を巡って議論した。管理料Iについて、医療資源投入量に見合った適正化を求める支払い側に対し、診療側は臨床現場の実態を踏まえた修正にとどめるべきだと強く訴えた。

支払い側の松本真人委員（健保連理事）は、同日の中医協の資料（25年度入院外来医療等における実態調査）を踏まえ、「管理料I、IIの両方を算定している医療機関で、『受診頻度が2カ月に1回より少ない患者』『検査の頻度が2カ月に1回より少ない患者』については、管理料（I）の算定が多いことが明らかになった。検査が包括された管理料Iに、より受診期間が長く、検査があまり行われていない患者が多い。このことから管理料Iについては、検査をはじめ医療資源投入量をより詳細に分析して、実態にあった評価に適正化することを求める」と主張した。

外来管理加算にも言及した。24年度入院外来の実態調査で、検査を行わなかった場合に算定する外来管理加算のみの算定患者

が、脂質異常症、高血圧、糖尿病の患者それぞれに1割程度いることを指摘。「適切な検査や療養計画書もなく対応していることが強く疑われる。外来管理加算の要件である丁寧な問診や詳細な説明などは曖昧だ。質の高い生活習慣病の管理を推進する観点からも、外来管理加算の廃止を求めたい」と主張した。

### ● 臨床現場の実態を踏まえるべき

それに対して診療側の江澤和彦委員（日医常任理事）は、生活習慣病を巡って「個々の患者に対するテーラーメイドな治療選択が求められている。その結果として血液検査などにバリエーションがあるのは当然のこと。生活習慣病の管理で重要な視点は、個々の患者に応じた管理ができるよう評価の在り方を柔軟にすることだ。その観点からも、（管理料については）療養計画書の緩和や包括範囲の見直しの検討が必要」と指摘した。

その上で「生活習慣病に関する点数は、(24年度改定で)あまりにも大きな変更があったため、現場ではいまだに難渋しているのが実態。次期改定では臨床現場の実態を踏まえた修正を優先すべきだ」と強く主張した。

支払い側が指摘した外来管理加算についても「外来管理加算は、特定の処置や検査などを行わず、計画的な医学管理を行った場合に算定できる加算だ。1人の患者に対して専門性を生かし、ふさわしい治療内容を、かかりつけ医機能を踏まえて対応していることを理解してもらいたい」と訴え、支払い側の主張に応じる考えがない姿勢を示した。

【メディファクス】

## ■ 長期品選定療養、自己負担拡大求める声

— 社保審部会 —

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会(部会長=田辺国昭・東京大大学院教授)は10月16日、医療保険制度改革に向けた個別の課題について議論を始めた。最初に取り上げたのは「薬剤給付の在り方」。昨年10月に始まった「長期収載品の選定療養」は、複数の委員から患者自己負担の拡大を求める意見が出た。

長期品の選定療養は、医療上の必要性がない対象品目を患者が希望した際、後発医薬品の薬価が最も高い価格帯との価格差の4分の1相当を「特別の料金」として患者が負担するルール。昨年12月の大臣折衝では導入後の実態把握を進めつつ、さらなる活用に向けて「引き続き検討」と盛り込まれた。2024年度診療報酬改定にかかる答申書付帯意見でも実態把握や運用方法について検証を行うことが明記されている。

調剤医療費(電算処理分)の動向によると、同ルールが導入された昨年10月の後発品割合(数量ベース)は90.1%で、前月から3.5ポイント上昇。背景に同ルールの影響がうかがえる。

佐野雅宏委員(健保連会長代理)は90%台で推移する後発品割合をさらに高めるには、同ルールのさらなる活用が必要との認識を披露。厚労省に対し、対象範囲や患者負担の拡大を念頭に現状の課題を整理するよう求めた。患者に長期品を使用する「医療上の必要性」が認められる場合はルールの対象外となる点について、その基準は精査すべきとも訴えた。

北川博康委員(全国健康保険協会理事長)は導入から1年が経過したことで国民に浸透

してきたと分析。価格差分の全額患者負担を適用する方向性で検討していくべきと説明した。中村さやか委員(上智大教授)は後発品の品質が先発品に劣っているエビデンスはないとして、「本来は患者の全額負担とすべき。医療保険で給付すべきではない」と述べた。

城守国斗委員(日医常任理事)は制度改革を進める際は患者負担のみが大きく増えることがないように留意すべきことや、制度が変わることで患者の健康に悪影響を及ぼさないようにすべきと強調。その上で、長期品の選定療養を巡っては、現状では「医療現場で大きな問題が起きている報告は聞いていない」と述べた。ただ、後発品の供給不安は解消されておらず、医療現場の負担は大きいと訴えた。

薬剤給付の在り方は、「総論」として将来の医療保険制度のあるべき姿をやりとりしたこれまでの部会の中で、一部の委員から言及があった課題。厚労省は同日の部会で、長期品の選定療養のほか、後発医薬品・バイオ後続品、OTC類似薬についても取り上げた。

【メディファクス】

## ■ インフル定点、2.36に増

— 10月6～12日 —

厚生労働省は10月17日、2025年第41週(10月6～12日)のインフルエンザの発生状況を公表した。全国の定点当たり報告数は2.36で、前週の1.56から増えた。総報告数は9074人で、前週から約3000人増加した。

都道府県別の定点当たり報告数は、沖縄が14.38で最多。次いで東京(4.76)、神奈川(4.21)だった。

【メディファクス】