

平成 26・27 年度
診療報酬検討委員会答申

『平成 26 年 4 月実施の診療報酬改定の検証
並びに次回改定の課題』

平成 28 年 1 月 29 日
公益社団法人 福岡県医師会
診療報酬検討委員会

平成28年1月29日

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

公益社団法人 福岡県医師会
診療報酬検討委員会
委員長 原文彦

平成26年8月19日に貴職より諮問のありました「平成26年4月実施の診療報酬改定の検証並びに次回改定の課題」について、本委員会において2年間にわたり検討を重ねた結果を取り纏めましたので、答申いたします。

委員長	原	文	彦
委員	青	柳	明彦
	岩	田	定幸
	浦	川	周一
	江	頭	芳樹
	岡	村	健
	神	代	龍之介
	津	田	泰夫
	寺	澤	正壽
	西	田	英一
	原		祐一
	東		秀樹
	戸	次	鎮史
	別	府	和茂
	馬	郡	良英
	山	本	英彦
	吉	岡	仙弥

※委員は五十音順で記載

～ 目 次 ～

I. はじめに	…1
II. 平成 26 年度診療報酬改定の検証（評価）	
1. 基本診療料（初・再診料）	…4
2. 基本診療料（入院料等）	…5
3. 医学管理等	…9
4. 在宅医療	…10
5. 検査・画像診断・病理診断	…12
6. 投薬・注射	…13
7. リハビリテーション	…13
8. 処置	…15
9. 手術・麻酔	…16
III. 次回改定の課題（要望事項）	…18
IV. おわりに	…21

I. はじめに

今回の改定の問題点と、そこから見えてくる見通しについて供覧する。ネット改定率はマイナス1.26%であった。内訳は薬価と医療材料費は1.36%引き下げられ、本体は0.1%（医療費ベースで400億円）とわずかに引き上げられた。また消費増税の補填分は厚労省の主張通り1.36%を確保できた。消費税3%、5%の時は診療報酬で補填したと説明された。今回は初診料12点、再診料3点の引き上げというわかりやすい補填であったことは評価できる。しかし十分に補填できたものかを検証する必要がある。

また、6年ぶりのマイナス改定であったことも明記しなければならない。入院では7:1病床入院基本料の算定要件の厳格化で、算定できなくなる施設が急増すると予想された。厚労省は全国で9万床を受け皿病床へ移行させる計画である。看護師不足に対する策かもしれないが、急性期病院の機能に大きな障害が生じると考えられる。今回の改定の基本方針である「医療機関の機能分化、強化と連携、在宅医療の充実」が端的に表れたところである。

在宅では在宅時医学総合管理料、特定施設入居時医学総合管理料は大きく減算され、在宅医療経営へ甚大なる打撃となった。この減算は、一部の業者の不祥事に端を発するものであるが、下げ幅の大きさには反論せざるを得ない。施設入所者が医師に診てもらえないという不安を払拭する必要がある。また地域包括診療料1,503点（月1回）、地域包括診療加算20点（1回につき）が新設された。地域包括診療料は一般診療所ではハードルが高く、中小病院向けと思われるが、自己負担4,500円はいかにも高額であり算定する施設は少ないと予想される。現在、福岡県では4施設しか算定していない。地域包括診療加算の方は調剤薬局の対応時間の問題があり、今後どの程度の施設が算定するか見極める必要がある。

今回の改定を象徴する重要な2点について述べる。今回の改定で一番の問題点は、薬価・医療材料費の減額分を診療報酬本体へ充当させなかったことである。平成24年の改定は0.004%のプラス改定であったが、薬価、医療材料費の減額分(5,500億円)を診療報酬本体とした結果1.55%のプラス改定となった。因みに医科4,700億円、歯科500億円、調剤300億円であった。医療費抑制政策で毎年2,200億円の社会保障減額改定がなされた小泉政権下の改革の時でも、このやり方は踏襲されてきたのである。この時は、社会保障費減額のおおりで医療、介護崩壊が始まり、大きな社会問題になったことは記憶に残られている方も多いと思う。今回、初めて薬価、医療材料費の減額分を診療報酬本体へ充当しなかったことについては、消費税の補填分に財源としたものであろうと考える。この決定の第一の問題点は、「薬価引き下げ分の診療報酬本体改定財源への充当」の妥当性に関する従来の見解の強引な変更である。旧自民政権時代から、その診療報酬に関する政策方針は、医療技術の進歩に伴う適正な引き上げが必要であったにもかかわらず、それによる医療費の高騰を良しとしない政権の意向の下で、当時のいわゆる薬価差を容認することで対応するとしてきた政権の思惑と同時に、「この薬価引き下げ財源を本体改定に充てることで（技術評価の引き上げは基本的にその範囲で行うとういうことで医療側の不満に伝えながら）総医療費は引き上げなくて済む」というものであったと理解される。こうした方針は、過去においても当時の橋本総理大

臣や安倍議員（現総理）の国会等での発言によっても確認することができる（第11回国民医療推進協議会総会「医療・介護の適切な財源確保に向けて」2014年10月29日、公益社団法人日本医師会）。つまり、今回の一連の対応は、従来の旧自民政権および民主党政権において基本的に踏襲されてきた「医療技術の進歩に伴う適正な技術料の引き上げの必要性」を現政権においては否定したに等しく、財務省の言う「フィクションに等しい」を妥当とするのならば、改めて「医療技術の進歩に伴う技術料の評価の在り方」が議論されなければならないのである。先進諸外国に比べて医療技術そのものの評価が低い我が国の診療報酬体系の現状の下では、その議論無しに財源論の観点のみから決定された今回の処置には、日本医師会は強く反論し続けなければならない。

もう一つの問題点は、今回の対応は、予てからの「診療報酬そのものの議論と消費税対応議論とは厳密に峻別して行うべき」という中医協のしごく全うな意見を完全に無視して行われた、ということである。改定率の決定権限は現在中医協には付与されていないが、個々の技術料の議論も無いまま、あまりにも財源論のみでなされた今回の改定は、政府協議会である中医協の軽視であるという点を今後のさまざまな交渉の場で日本医師会は主張しなければならない。

次に消費税について述べる。いわゆる「消費税率引き上げ法」には、平成26年4月からの消費税率引き上げに伴う診療報酬上の取扱いに対して、①「当面の間は診療報酬への上乗せで対応する」こと、②「今後、しかるべき機関において課税のあり方について抜本的に検討する」ことが併記されている。この②は、従来から診療側が主張してきた「医療非課税原則の下でのいわゆる消費税損税を診療報酬で補填することの問題点と限界」という現実を認識してのものであると言える。しかしながら、平成26年4月からの消費税率の内閣府における決定が平成25年10月にずれ込んだため、時間的な制約から8%への消費税率引き上げに対する対応は、過去の対応と同様に①によって行われることになった。この間、平成24年8月の法案可決以来、中医協の2号側（診療側）委員や日本医師会の基本的考え方と主張は一貫しており、その内容は、「消費税率引き上げに伴う損税問題は抜本的な課税のあり方の変更を求める」ということと、「特に8%への引き上げ時までの時間的制約によりこの分は診療報酬による補填ということになった場合は、診療報酬の改定議論と消費税損税の補填の議論は別途分別して行うべき」というものであった。特にこの後者については、2号側委員のみならず、1号側（支払者側）委員や公益委員の間でも一応の共有はされている状態であった。これに対して、平成25年の夏ごろから、財務省は、「改定毎に実施される既収薬価の定期的引き下げ分を診療報酬本体の改定財源に充てるという慣行はフィクションである」とまで声高に言いはじめていた。その意図は明白であり、医療経済実態調査から算出された、消費税率引き上げ3%分の診療報酬での対応の必要分である、総医療費に対する1.36%という数字と、診療報酬ごとに実施されてきた定期的薬価引き下げ分の数字（約5,000億円（総医療費に対して1.26%））が近似しており、財務省の言う「慣行（＝フィクション）」を無くしてこの分を消費税対応に充てれば、診療報酬は上がらずに済む、というものであった。

結果は周知のごとく、平成 26 年度診療報酬改定の全体改定率は、1.36%の消費税引き上げ対応を含めてプラス 0.10%とされ、この財務省の主張が全面的に受け入れられたものとなった。もとより消費税改定に伴う診療報酬の引き上げ分は総体として医薬品や医療材料の購入に対する支払いに使われるもので医療機関経済にとっては何らプラスにはならず、この改定率は実質的にはマイナス 1.26%の引き下げ改定であったことは巷間言われる通りである。とすれば次回消費税が 10%に上げられるときにも、この手法が使われることが予想されるので十分に注視しなければならない。

II. 平成 26 年度診療報酬改定の検証（評価）

1. 基本診療料（初・再診料）

我々が長年要望してきた初診・再診料においては、初診料 282 点（+12 点）、再診料は 72 点（+3 点）、そして外来診療料 73 点（+3 点）と増点であった。しかし、平成 26 年 4 月に消費税率 8%と 3%の増税であった。診療側にとっては「医療非課税原則の下でのいわゆる消費税損税を診療報酬で補填することへの問題点」として認識されているにもかかわらず、増税を診療報酬の上乗せとして行われ増点されたものである。

再診料は、平成 22 年度の改定で診療所は明確なエビデンスなく 71 点から 69 点に引き下げられており、平成 24 年度も要望もむなしく増点はなかった。ただし、初診料・再診料は診療所と 200 床未満の病院は行われる診療行為は大きな差異がなく同点数と統一された。また、再診料 69 点に対し補填分とも言える「地域医療貢献加算」が新設されたが、多くの問題点、矛盾が指摘され、平成 24 年度には「時間外対応加算」と新たに名称変更にて算定可能となった。しかし算定基準に比し極めて低い点数に留まっていることも含め、実質的な対応策には至っていないのが現状である。

本来、初診料、再診料共に最も基本的かつ重要な技術料として評価されるべきものである。再診料は地域医療を支える診療所にとって根幹に係る部分である。診療所が外来機能を維持し、継続的診療が確保出来ることは、同時に「かかりつけ医」の定着にとっても望ましい体制であろうと考える。また、現行では簡単な処置の費用については基本診療料に含まれているが、「簡単な処置」とは、はたしてどのような基準を持って「簡単」と判断されているのか不明瞭である。専門医師により行われる処置は技術料として支払われるべきであり、初診・再診料が技術料として、納得の出来る点数化への引き上げが必要であろう。

今回新たに「地域包括診療加算」が新設された。地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の 4 疾病のうち、2 つ以上（疑いは除く。）を有する者である。当該加算を算定する場合は、「7 種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであり、多くの疾患を有する患者には納得いく加算である。しかし、調剤について 24 時間対応できる体制を整えている薬局、「連携薬局」と連携しているという厳しい条件もある。また、「介護保険を行っていること」「在宅医療を提供していること」と在宅医療に偏った主治医機能となっており、見直しも必要と考える。中医協資料（平成 26 年 7 月時点医療課調べ）によると、地域包括診療加算の届出状況は全国で 6, 536 施設であり、平成 26 年 3 月末の医療施設動態調査による全国一般診療所数 100, 631 件に対する割合は 6. 50%と低く、平成 27 年 4 月 1 日の福岡県内診療所における申請の件数は 4, 058 件中 330 件で約 8. 1%である。更なる算定要件の緩和は必要である。

近年改定のたびに新設される「加算」に関しては、問題点・矛盾点も多く、十分な審議の元に考えられたものとは思えない。今後共、更なる議論、検討がなされるべきである。

2. 基本診療料（入院料等）

① 入院基本料

平成 26 年度改定では、入院基本料は、7 対 1 入院基本料の病床を削減するため、重症度、医療・看護必要度の変更、在宅復帰率（75%以上）、長期入院の是正、短期滞在手術等基本料の平均在院日数からの除外、DPC データ提出等が設定された。

そして、その転換先として、従来の亜急性期入院医療管理料が廃止され、「地域包括ケア病棟（病室）」が創設された。この病棟（病室）にも、在宅復帰率（70%以上）が設定され、重症度、医療・看護必要度、DPC データ提出が必須となった。

今改定のように、7 対 1 入院基本料のベッド数削減を目的に診療報酬改定を行うことは、医療の質の向上を目指す医療提供体制の姿ではない。高度急性期、急性期、回復期、慢性期等、各病期における医療のあるべき姿を論じ、診療報酬体系を構築することが本来のあるべき姿である。

また、重症度、医療・看護必要度は、本来 ICU における重症性を測定するために作成されたものであり、一般病棟ましてや地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の重症度を測るには、臨床現場の立場から見て極めて違和感がある。今後、病期の異なる病床個々の臨床現場において、より実態を反映させる指標に構築し直すべきである。

月平均夜勤時間 72 時間要件の変更が行われた。一般病棟 13 対 1 及び 15 対 1 入院基本料等で 72 時間要件のみを満たせない場合に、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料と同様に 2 割減算の規定が盛り込まれたことは十分評価できる。

有床診療所入院基本料の見直しでは、地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所の点数が引き上げられた。入院基本料本体の引き上げは勿論だが、医師配置加算の範囲拡大や、看護配置加算の引き上げ、看護補助配置加算の新設が同時に行われたことも評価できる。しかし、専門診療科に特化している有床診療所においては地域包括ケアに関する 11 要件のうち 2 つ以上の施設基準要件を満たすことが困難で、引き上げに至らなかったケースもある。専門診療科に特化した有床診療所の評価と地域包括ケアシステムの中心的役割を担う有床診療所の評価を同列に論じてはならない。

現時点では、病床機能報告制度における分類と診療報酬上の分類には整合性が図られておらず、今後の大きな課題となるだろう。しかしながら、診療報酬により病床機能を分化させるという今回の改定は、地域医療や病病連携等に大きな影響を与えた。

在宅復帰率は療養病床にも在宅復帰機能強化加算として導入され、在宅復帰支援型等の介護老人保健施設も利用し、連携の流れを無理に作ってしまった。7 対 1 の急性期や地域

包括ケア病棟から強化型への転院は「自宅等への退院」に含まれる。この流れに乗れない病院や介護老人保健施設には、早晚経営的影響が出てくると危惧される。

② 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）

今回、新たな評価として地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）が創設され、従来の亜急性期入院医療管理料は平成 26 年 9 月末で廃止された。地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の機能として、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅において療養を行っている患者等の受け入れ、③患者の在宅復帰支援等の 3 つを有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものとなっている。

創設に当たり、6 か月ごとに経過措置が設けられた点や亜急性期入院医療管理料を上回る点数が設定された点は評価できるが、リハビリテーションの包括、算定日数 60 日の限度、在宅復帰率やデータ提出加算など、設定された算定要件が厳しい。

また、高齢者等 60 日の算定日数制限では実際には厳しく、在宅復帰率の要件を満たすためには、6～9 単位のリハビリテーションが必要であるにもかかわらず、リハビリテーション料が入院料に包括されており、現実的ではないと感じる。回復期リハビリ病棟入院料より少し高めの点数設定となっているが、その差は僅かであり、やはり一定程度のリハビリテーション料の算定は認めていただきたい。

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）については今後前述の 3 つの機能を中心に検証が行われ、データ提出による診療内容の評価も可能であることから、設定点数の妥当性や診療内容の解析が行われ、中医協で検討が行われるであろう。また、平成 26 年 5 月に地域包括ケア病棟協会が立ち上げられており、今後の当該病棟の機能充実への貢献が期待される。いずれにしろ、国内のそれぞれの地域での地域包括ケアを支える役割を持つ病棟であり、その地域に合った使い方ができる、機能的に幅を持った病棟を目指すべきである。

③ 栄養管理体制、褥瘡対策体制

栄養管理実施加算は平成 24 年度改定で入院基本料に包括された。栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年 3 月 31 日までの 2 年間、経過措置期間が設けられた。その間検討された結果、平成 26 年度改定では有床診療所において栄養管理体制が入院基本料算定の必須要件でなくなったことは評価できるが、病院は包括化されたままであった。しかし、ことに地方の小規模病院では管理栄養士の確保が難しい所もあり、病院存続の危機でもあったため、救済策として経過措置期間を平成 26 年 6 月 30 日まで延長するとともに、平成 26 年 7 月 1 日以降、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士が 1 名以上配置されている場合は、入院料の所定の点数から 40 点（1 日につき）を控除した点数により算定することとなった。

地域の小規模病院は、地域に密着した入院施設であり、地域包括ケアシステムの要である。このような重要な医療施設を廃止に追い込むような施策は今後行われるべきではない。褥瘡患者管理加算も、平成 24 年度改定で一律に入院基本料等に包括された。小規模病院

や有床診療所の状況あるいは診療科の実態を考慮することなく包括化したことは問題である。平成 26 年度改定でも、包括化が元の加算に見直されることはなかった。今後、栄養管理体制、褥瘡対策体制は、正確な資料に基づく見直しが必要であり、包括化を加算に戻すべきである。

④ 入院中の患者の他医療機関受診

平成 24 年度改定で、透析または共同利用を進めている機器による検査（PET 等）のみを目的とした他医療機関受診については限定された入院基本料の場合のみ一部緩和されたが、まだ条件は厳しく、抜本的改善には程遠いため、平成 26 年度改定でも日本医師会の最重点要望項目に掲げられたが、中医協での十分な議論はなく、更なる緩和策は示されなかった。

日本の入院医療機関は中小病院や有床診療所が多く、一つの入院医療機関内で複数診療科の専門的な医療を完結することは困難であり、患者の納得も得られ難い。療養担当規則第 16 条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とある。保険医に認められた当然の業務に対して減算（ペナルティ）を設けることは療養担当規則の趣旨に反するものであり、中小の入院医療機関をターゲットにした不合理なルールである。また、「他医療機関を受診している間」に当該専門治療が完結することは稀であり、一般的に帰院後は頻繁な経過観察が要求され、継続的な薬剤投与・施注・処置等による医学管理が増え、入院医療はますます複雑化・濃密化する。しかも他医療機関受診中は看護職員等による同伴・搬送等が必要なこともあり、さらに他医療機関受診の間であっても、医師や看護職員の人員配置、病床確保など医療体制は全く変わりなく確保する必要があり、これらの点から入院料の減算は全く不合理である。

地域包括ケアが進行し複合的な疾患を有する高齢患者が増加し地域の中小医療機関の連携がますます必要となる中、連携により入院基本料が減算となる考え方は医療の機能分化と連携促進に逆行するものであって、根本的に見直されるべきである。かかりつけ医機能を兼ね備えている小規模病院、有床診療所では施設・マンパワーとも大病院とは比較にならず、患者の専門医志向が強い中また良心的な医療を行う上での専門医への紹介は当然の帰結である。このことに減算を行うことは不合理極まりなく、本来の患者の医療ニーズに対し抑制圧力となっており、延いては医療事故の誘因にもなりかねない。また、特定入院料等における 7 割の減算は数字の根拠はなく過大なペナルティとなっており見直されるべきである。他医療機関で診療費を算定しない場合や、DPC 算定病棟で示されている合議による精算の規定は、合議が成立困難な例もあり曖昧で現場での混乱を招くので撤回するべきである。

⑤医師事務作業補助体制加算・急性期看護補助体制加算

医師事務作業補助体制加算1が新設されたが、医師事務作業補助者の勤務時間の8割以上が病棟又は外来での業務と限定されている。実際にはそれ以外の部署でも医師の事務作業補助とみなされる業務を行っているので、幅広い運用を認めるべきである。また、除外業務に指定されている「診療報酬の請求事務」については削除するとともに、15対1から100対1まで8区分に細分化されており算定要件が煩雑で分かりにくいいため、簡素化することが望まれる。

次に看護補助体制に対する評価である。7対1、10対1入院基本料で看護補助体制加算が認められているが、慢性期（障害者病棟等）においても高齢化・認知症等看護補助者の配置が必要な場合には、何らかの評価が必要である。また、急性期看護補助体制加算は、算定する病棟へ当該入院基本料を算定している患者全体の「一般病棟の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」による測定結果などが10対1入院基本料で0.5割以上などの算定要件があり複雑すぎる。

⑥短期滞在手術等基本料

短期滞在手術基本料は、短期滞在手術（日帰り手術及び1泊2日入院による手術）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断、麻酔管理を包括的に評価したものとされている。平成26年度改定時に短期滞在手術等基本料と項目名が変更され、短期滞在手術等基本料3は手術料を含む全包括点数となった。短期滞在手術等基本料1と2は消費税率引上げ対応分が増点されて従来通り継続した。これまでは医療機関は包括払いか出来高払いか、いずれかの選択が可能であったが、今回の改定から短期滞在手術等基本料3となり、有床診療所を除く病院において特に規定する場合を除き、すべての患者について算定することになった。また、手術料はこれまで別建てで出来高だったものが包括されることになった。実際に入院料、検査料、手術料、処置料と薬剤料などほぼすべてを包括するもので、入院1回あたりの点数として設定されている。今回、突然保険導入され実施されたものである。精緻な検討が行われなかったため、包括払いにおける標準的な平均コストを設定することはできても、地域の実情や医療機関の特性、個々の患者の状況や病態に対して十分な配慮をすることが全くできていない。短期滞在手術等基本料3は対称器官の場合片側の手術か両側の手術かにかかわらず、さらに局所麻酔か全身麻酔かにかかわらず同一の点数であり、人工腎臓透析中の場合等も含まれ、その改善が課題となっている。あまりに急であったので、対称器官の片側と両側の手術の区別を認識することなく単一の手術点数が設定されたものと理解される。さらに、合併症のある症例や重症例・難治例への医療安全面での問題の発生が危惧される。今後、対象疾患が一層拡大されれば日本の医療制度そのものの性格が変わってしまう危険があり、その方向性の検討が必要となる。また、それとは別に、病院と診療所で点数の異なる評価となった。この包括点数は有床診療所への適用が除かれ、病院だけに適用されるので、本来一物一価である同一の医療行為が病院と診療所で結果として点数が異なるという二重価格になっていることも問題である。

手術以外の医療行為について対象とした「終夜睡眠ポリグラフィ」、 「小児食物アレルギー負荷検査」や「前立腺針生検法」などの検査項目が取り入れられたことは評価に値する。

なお、前立腺針生検法はこれまで、取り扱う医療機関によっては診療報酬点数が約7,000点から約20,000点まで大きな格差があった。その主な要因は全身麻酔下で行うか否かの差違であったが、やはり全身麻酔に対する評価はされていない。

包括払い制度は、短期的には医療費抑制に有効に働くとされている。確かに高額な請求はなくなるが、軽症の患者については逆に医療費が増えることもあると言われている。一般に包括払い制度になれば、医療機関には支出を最小化しようとする力が働くため、医療の内容が過小となる傾向が生じる。コストを抑えるため手のかかる患者の引き受けを回避したり、必要な医療サービスまでも提供しなくなるといったことが懸念される。入院中に必要な検査などの医療行為は過不足なく実施し、患者の希望を十分聞いて安心できる入院期間を確保する為にも、内容の見直しが必要である。

3. 医学管理等

今回の改定では、地域包括診療料(1503点)、介護リハビリテーション移行支援料(500点)などが認められ、主治医機能と外来機能の分化を評価し、医療と介護の一体化した診療を行う方針は理解できる。また、診療情報提供料の加算(100点)として歯科医療機関を追加したのは、医科歯科が連携して全人的に患者の治療を行う点も評価できる。

- ① 特定疾患療養管理料(診療所 255点×2、100床未満の病院 147点×2、100床以上の病院 87点×2)は対象疾患を拡大し、時代に即した疾患を認めるべきである。例えば認知症、高尿酸血症、膠原病、骨粗鬆症、逆流性食道炎、前立腺肥大症、鉄欠乏性貧血症などを新たな対象疾患に加えていただきたい。退院後1ヶ月間は算定できないが、白内障、ポリペクトミーなどの経過観察を目的とした短期入院では算定できるように変更すべきである。また、14日処方の時代は月に2回の受診が大半であり、月に2回225点を算定できた。しかし、現在、慢性疾患では月1回の受診28日以上の方が大勢となっており、月1回450点もしくは減額した点数を算定できるように変更すべきであり、また退院後1ヶ月以内の算定制限を緩和すべきである。慢性疾患を継続的に診ている医療機関は、慢性疾患とは無関係な疾病での短期間の入院に関わらず、慢性疾患を管理治療している。従って、特定疾患療養管理料を算定する要件は十分に満たしているので、この算定制限を緩和すべきである。加えて、特定疾患療養管理料を算定出来る要件を満たす患者が他医療機関に入院し、退院した場合、その経緯は患者の申請に委ねられ、不知である場合には、結果的に同管理料を算定する過誤が生じる可能性が大きい。早急に何らかの管理

システム等の整備を望む。

- ② 地域包括診療料は対象疾患が4つ（認知症、高血圧症、高脂血症、糖尿病）に限られているが、この4つの疾患を重複しなければ他の医療機関でも算定できるが、現実的に限られた4つの疾患では難しい。他の慢性疾患、悪性腫瘍なども対象疾患に加えるべきである。また、時間外対応加算1の届出、常勤医師が3人以上、在宅支援診療所の3条件が必要であるが、条件が厳しすぎるため、ほとんどの医療機関が申請されていない。条件を緩和すべきである。
- ③ 診療情報提供料(250点)は弁護士など法律関係者に情報を伝えても算定外であったが、認知症患者が増加し、成人後見人などの法律的な関与を行う関係者にも、医療情報が不可欠な社会状況である。診療情報提供料の算定対象者に、法律関係者も含むべきである。

4. 在宅医療

かつて在宅医療は、あまり一般的ではなく、一部の篤志家や使命感に燃える医師が行うもの、といった印象さえあった。しかし、高齢化社会を迎えるにあたり、入院ベッドの不足解消や医療費抑制の観点から、在宅医療の推進が診療報酬改定のたびに報酬の面からも強力に推進されてきた。その結果、高齢者施設1ヶ所に多数の患者を集め訪問診療を行えば、効率よく安易に診療報酬を得られるという捉え方が一部でなされ始めた。それにより多くの事業者が高齢者住宅に参入し、一部の医療機関と独占的に訪問診療を行う契約を結び、見返りに紹介料を受け取る「患者紹介ビジネス」の事例が目立つようになってきた。

そのため今回の改定では「患者紹介ビジネス」対策として、訪問診療料の同一建物の場合が約半分に減額され、特に報酬が高く不適切事例の誘因とされる在宅時医学総合管理料は、同一建物の点数が新設され、従来の4分の1にドラスティックな減額が行われた。今回の改定は、このような事業者に加担した一部の医師の懲罰的制裁の様相を呈しており、地域で懸命に頑張る多くの在宅医の意欲をそぐ結果となった。本来は、強引に高齢者住宅に参入し、患者を集め、独占的に訪問診療を行う契約で在宅医を勧誘している事業者を規制すべきであり、医療機関に対しては診療報酬ではなく、個別指導等の行政による対応で解決すべき問題である。真摯に在宅医療に取り組んでいる医療機関が正当な評価を受けられるような診療報酬体系の設計が望まれる。

その後、同一建物居住者であっても1日に一人の患者のみ訪問診療すれば同一建物以外の訪問診療料が算定でき、当該患者に関して月に1回でも同一建物以外の訪問診療料を算定すれば、在宅時医学総合管理料においても同一建物以外の点数が算定できるよう緩和措置が講じられた。そのため1カ所の施設を複数回に分けて訪問診療を行うといった、きわめて効率

の悪い医療が行われるようになった。また同一建物以外の訪問診療が算定できなかった月は、大幅に医療費が安くなるなど月によって医療費が異なることもあるため、患者側からすれば医療不信にも繋がりがねない。是正すべき措置と考えられる。

もう一つ「患者紹介ビジネス」に関連して問題となったのは、高齢者施設において一度にまとめて多くの患者の診療を行うため、継続的な診療の必要ない患者や通院可能な患者に対して安易に訪問診療を行うケースが認められたことである。そのため、在宅医療の対象患者を適正化する目的で、同一建物の場合、「要介護度」、「認知症の日常生活自立度」、「訪問診療が必要な理由」、「訪問診療を行った日」と同一日の「診療人数合計」をレセプトの摘要欄または症状詳記に記載しなければならなくなった。医療機関にとって大きな負担になっている。

在宅医療の更なる充実との理由で、機能強化型の在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）の実績要件が引き上げられた。さらに複数の医療機関が連携して機能強化型在支診・在支病の基準を満たしている場合、それぞれの医療機関にも緊急往診と看取りの実績を新たに課した。そのため今回の改定で基準を満たせずに強化型在支診・在支病を辞退した医療機関もある。このような厳格な届け出基準ばかりでは、在宅医療の推進は望めないだろう。また強化型在支診・在支病は、特に都市部で見られる在宅医療に特化した診療所をイメージした制度であり、一人で外来診療を中心に行っている一般診療所との診療報酬上の格差が大きすぎる。本来、通院困難になった患者は、長年外来で診てきて信頼関係が築かれている「かかりつけ医」が訪問診療することが望ましく、そうした一般診療所の「かかりつけ医」が在宅医療に参入しやすいよう、届出基準を緩和するか、診療報酬上の格差を是正することが望まれる。

訪問診療料は原則一人の患者に対し1医療機関の算定に限定されている。そのため主治医以外の眼科や耳鼻科、泌尿器科、皮膚科、精神科等の診療科の医師が緑内障等の専門的な慢性疾患に対して計画的に訪問診療を行っても、訪問診療料が算定できない。だからと言って計画的な訪問の場合、算定要件からして往診料で請求することはできない。これは、以前から問題となっており、改善するよう要望していたところであるが、今回の改定では見送られた。主治医以外の医師による複数の診療科で連携して計画的訪問診療を行った場合に対する新たな点数設定が求められる。

今後も地域医療構想における慢性期の患者の受け皿として在宅医療のニーズがますます増加するのは確実である。現在、在宅医療を行っている医療機関の数はまだまだ不足しており、在宅医を増やすことは喫緊の課題である。このような大切な時期に水を差す様な大幅な診療報酬減額を行うべきではなく、特に在宅医療をまだ行っていない一般診療所の「かかりつけ医」が在宅医療に参入しやすくなるよう、届出基準や実績要件の緩和、実績報告やレセプト請求時の詳記の簡略化、そして手厚い診療報酬によりさらに在宅医療を推進すべきであると考えられる。

5. 検査・画像診断・病理診断

①検査

検査については、検体検査や生体検査は採血料等ごく一部の項目のみ増点されたが、減点された項目は多岐にわたり、厳しい改定であった。血液学的検査や生化学的検査、免疫学的検査等多くの項目で引き下げられたことは遺憾である。ただ、健康保険組合連合会が提言していた生体検査の包括化が見送られたことは評価したい。また、今回の改定で評価できる点は以下の項目である。血液採取料(静脈)の引き上げ、内視鏡検査の緊急時における休日加算・時間外加算・深夜加算の創設、微生物学的検査の一部引き上げ、眼底カメラのデジタル撮影の分離、副腎静脈サンプリングの新設など。

検体検査実施料の適正化として、広範囲に引き下げられたが、検体検査判断料の引き上げと併せて実施されるべきである。

なお、生体検査についても検査料と別に判断料を新設し、医師の技術料の評価とともに新しい検査機器の購入が償還可能となるようすべきである。

②画像診断

「コンピューター断層撮影料」のうち高性能機種 of 撮影料が増点されたことは評価される。CT 撮影料のうち 64 列以上装置が 950 点から 1,000 点に、MRI 撮影料のうち 3T(テスラ)装置が、1,400 点から 1,600 点に増点された。これら 64 列以上 CT、3TMRI の算定には画像診断管理加算 2 の算定要件を満たすことが必要で、すなわち画像診断を専ら担当する医師が常勤する病院で、すべての画像検査に対する画像診断管理体制があり、翌診療日まで 8 割以上の読影を行っている施設のみに算定される。この施設基準により単に高額医療機器の評価(モノの評価)のみならず、診療体制(ヒトの評価)が重視されたことは評価できる。一方で、外保連試案にも示されるように、3TMRI 装置の導入、維持および減価償却には、まだこの撮影料では十分ではなく、さらなる増点が必要である。ただし、今回の増点の原資の一部は、CT は 16 列未満、MRI は 1.5 未満の撮影料の小幅減額で補填されたと考えられる。導入および設置、機器管理、減価償却を考えると機能別の撮影料の傾斜配分は必要であるが、地域医療システムを構築、維持していくうえで、在宅高齢者の合併症の診断および QOL 改善のための早期治療開始に、汎用型の CT や MRI は非侵襲的検査法として有用である。日本は諸外国に比較して人口あたりの CT、MRI の導入台数が多いことから、これが無駄な医療費の原因と論じられることがあるが、複雑な地形を有する本邦において、国民皆保険のもと必要に応じて CT、MRI 検査を受けることができる。今後も地域特性に応じた CT、MRI の高性能機、汎用機の適正配置が必要で、汎用機種 of 撮影料を現行以下に減点することは適切ではない。

大腸 CT は平成 24 年度改定で 600 点が設定されたが、注入装置及び注入チューブ代を補うのみで、診断補助装置の設置費や医師の診断技術料は評価されていない。平成 26 年度改定で、使用する CT の性能別および画像診断管理加算 2 の算定基準加算により、再評価されたがいまだ充分ではない。大腸癌 CT は原発巣の評価のみならず、術前精査 CT と同時に施行す

ることで、1回の検査で転移の有無まで評価することができる。従来の注腸検査を代替するので、医療被曝の低減にも寄与する非侵襲的な検査法である。スクリーニングよりは、術前精査目的に特化して、適応の明示とさらなる増点が望まれる。

③病理診断

今回の改定で、液状化細胞検査が可能になったことは評価するが、僅かに増点(18点)された程度では、実際の検査機材料と比較すれば全く低い点数であり、不合理なのは否めない。また、他臓器の細胞診と異なり、再提出に関しては不可となっており、他臓器の細胞診と同様な運用への変更が配慮されるべきである。

6. 投薬・注射

今回の改定の主な概要は、①向精神薬多剤投与の減算規定が導入された。②新設された地域包括診療料および地域包括診療加算を算定する場合は、処方料・薬剤料・処方せん料における内服7剤以上投与の場合の低減点数の対象外となった。③低紹介率大病院(特定機能病院・500床以上病院)での30日以上の投薬の減算が導入された。④うがい薬のみを投薬した場合は、処方料・薬剤料・処方せん料・調剤料は算定できないなどである。しかし、強い要望のあった多剤投与時の減算の廃止に関しては認められなかった。近年わが国では、複合的な疾患を有する高齢患者が増加し、現場で治療にあたる、かかりつけ医として主治医は多剤処方を余儀なくされている。今回の改定で新設された地域包括診療料および地域包括診療加算ではこの減算が除外されたが、通常診療において、多剤投与により処方料・薬剤料及び処方せん料が減算されることは妥当ではなく「廃止」されるべき重点事項と考えられる。

7. リハビリテーション

平成26年度のポイントは、廃用症候群の見直し、認知症患者リハビリテーション料の新設、経口摂取回復促進加算の新設、回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し、外来における地域連携体制の新設である。

脳血管疾患等リハビリテーション料における廃用症候群の見直しが行われた。Ⅰ：180点(-55点)、Ⅱ：146点(-44点)、Ⅲ：77点(-23点)と大幅な点数の削減とともに、心大血管疾患・運動器・呼吸器・障害児(者)・がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は適応外とされた。施設基準の届け出状況に関して中医協の報告では、脳血管疾患等・

運動器・呼吸器に対し、その他の疾患別リハビリテーション料の届け出は明らかに少ない。受け皿が大幅に減少した形となり、リハビリ必要度の高い患者までもがリハビリを受けられない状況にならないよう対策が必要である。

がん患者リハビリテーション料の算定要件は、医師ならびに当該リハビリテーションに係わるスタッフは、厚労省の定める研修の受講が必要条件とされている。

また、認知症リハビリテーション料は、重度認知症患者（A314 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行なった場合について算定するとなっている。認知症疾患医療センターとは「認知症対策総合支援事業の実施について」に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定する保険医療機関となっている。これは、実質的には精神科のみに限定されることとなる。

この2つのリハビリテーション料の算定は前述のようにハードルが高く、算定されている医療機関も少ないようである。とりわけ、介護を必要とする認知症は全国で300万人を超え、65歳以上は人口の1割に上るといわれている。介護保険のみでは対応できるものではなく、現状に沿った施設基準の検討を要望する。

経口摂取回復促進加算とは、鼻腔栄養または胃瘻造設している患者に対して実施された摂食機能療法を評価したものである。専従の言語聴覚士1名以上、経口摂取可能となっている患者が年間35%以上等の基準を満たした場合に加算できる。これに対し「経口移行率が基準に満たない」「言語聴覚士の専従が困難」等の意見が挙がっているようである。また、胃瘻の嚥下訓練の点数化と同時に、胃瘻造設術の減点、胃瘻造設時嚥下機能評価加算の新設が行われ、嚥下訓練と胃瘻減少の繋がりを持たせることで、いわゆる胃瘻件数の減少を図ったと思われる。しかしながら、嚥下機能障害を有した経口摂取患者の増加を招き、経口摂取中の誤嚥、窒息の発生率が増加することが懸念される。現在、脳血管疾患以外の摂食機能療法は難しい。しかし、本来、年齢・疾患にかかわらず嚥下機能障害のある患者に対して機能評価を行い、食形態やポジショニング等の決定・変更を行うことは必要不可欠である。これを、言語聴覚士が担っているのが現状であるが、診療報酬では評価されていない。今後現状に即した形での改定を望みたい。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、点数の引き上げと早期に住環境評価を行った場合の入院時訪問指導加算が新設された。1にのみ、休日リハビリテーション提供体制加算が包括され、専従の医師・社会福祉士の配置が求められた体制強化加算が新設されたことで、さらに差別化された。

外来における地域連携体制の新設とは、入院から外来リハビリへ移行した場合の連携について評価されたものである。地域連携診療計画管理料または地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者で、外来医療機関にリハビリ計画を提供した場合にリハビリテーション総合計画提供料が算定できるようになった。外来リハビリを実施する医療機関においては、この対象患者に対し外来でも初期・早期加算が算定できることとなった。起算日から14日以内

に退院する患者が対象であり、2施設目以降に算定する地域連携診療計画退院時指導料から外来へ移行することは現実的には難しく、見直しが必要である。

次期診療報酬改定（平成28年4月）で、標準算定日数超える、いわゆる維持期リハビリテーションであり要介護被保険者は、介護保険でのリハビリテーションへ移行される。介護支援連携指導料、介護保険リハビリテーション移行支援料を設けることで、リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行を図ったようである。

これまでも、医学的管理（即ち医療保険下）の元に行われるリハビリテーションは、急性期・回復期リハビリテーションであり、維持期リハビリテーションは介護保険で担うという方針は示されてきたが、より鮮明に強調された形となった。

しかしながら、平成27年度の介護報酬改定では、介護予防通所リハビリテーションの大幅な減額（-25.5%）や通所リハビリが一時的なりハビリ提供の場であることが明確化される等、維持期リハビリテーションの受け皿となるには厳しいものとなった。次期改定後「リハビリ難民」が急増することは明白である。

8. 処置

平成26年度のポイントは、下記の通りである。

新設された項目として、「EDチューブ挿入術180点」が設定された。経口・経胃の栄養摂取では不十分な場合にX線透視下で十二指腸あるいは空腸までの挿入を実施・確認した場合に算定する。また、これまで「カウンターショック：2その他の場合3,500点」で算定していた心房性不整脈に対する治療を目的で実施した場合が、「心腔内除細動3,500点」として新設項目化された。

創傷処置及び熱傷処置の広範囲（創傷処置：6,000 cm^2 以上、熱傷処置：3,000 cm^2 以上）、リンパ管腫局所注入、腹膜灌流、ストーマ処置及び救命のための気管内挿管における6歳未満の乳幼児加算50点が追加・新設された。

項目と点数の見直しが行われたものとして、「頸椎、胸椎又は腰椎穿刺」150点が220点へ増点した。また、「人工腎臓」の「1.慢性維持透析を行った場合」「2.慢性維持透析濾過を行った場合」がそれぞれ10点引き下げられた。

算定区分の再編が行われたものとして「局所陰圧閉鎖処置（入院外）」が新設された。すなわち「1.100 cm^2 未満 240点 初回貼付加算 1,690点」「2.100 cm^2 以上200 cm^2 未満 270点 初回貼付加算 2,650点」「3.200 cm^2 以上 330点 初回貼付加算 3,300点」となっている。これまでの入院対象のものは、「局所陰圧閉鎖処置（入院）」に名称変更された。

日本医師会からの最重点要望項目として、「医師の技術料としての評価が低すぎる検査料及び処置料の見直し」があげられていたが、何ひとつ評価されておらず、次回改定には見直しを考えていただきたい。

また、「簡単な処置」の費用は基本診療料に含まれるが、婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科等の特殊な部位の処置や、専門的な技術・手間を要する科にとっては納得できるものではない。処置の必要性は、重症度などの医学的判断によるべきであり、処置範囲の大きさで決まるものではない。外来管理加算に満たない処置点数をはじめ、専門技術を要する特殊な処置の点数見直しが急務である。

処置には経験を積んだ技術だけではなく、実際に材料費や労力を伴うものであり、これらを加味した適正な評価が必要である。

9. 手術・麻酔

平成 26 年度の改定は外科にとって大変厳しい内容であった。点数が引き上げられた手術は噴門形成術や腓体尾部腫瘍切除術など、わずか 19 項目に留まったのに対し、胃瘻造設術や内視鏡的乳頭切開術など 89 もの項目で点数が大幅に引き下げられた。予定されている消費税増税による手術材料費等の負担増の事も鑑み、次回改定は、全ての手術項目に対して大幅な点数引き上げが必要と考える。

新たに保険収載されたのは、48 の手術項目で、腹腔鏡下縦隔悪性手術 58,950 点や腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 70,200 点など、多くは鏡視下手術に関連したものであった。現在の手術の実態を反映しており一定の評価をすることが出来るが、低侵襲の鏡視下手術は今後もその適応疾患の拡大が見込まれており、また機能温存手術（例えば、全胃幽門輪温存腓頭十二指腸切除術：PpPD、内肛門括約筋切除術：ISR、乳頭乳輪温存乳房切除術など）は既にかなり行われているが保険収載されておらず、これらを含めて次回の改定でも更に多くの手術項目が保険収載される事を期待する。

平成 26 年度の改定の特徴の 1 つは、施設基準の届出が必要な手術対象が拡大したことである。29 もの手術項目で施設基準の届出が追加されたが、地域医療の実情にそぐわない施設基準設定の拡大は厳に慎まれるべきと考える。緊急手術の場合の休日加算、時間外加算、深夜加算の見直しがなされ、一定の施設基準下で従来 2 倍の点数加算が可能となった。しかし、その施設基準は①病院勤務医の負担軽減、処遇改善策の実施②年間緊急入院 200 名以上又は全身麻酔手術 800 件以上などとなっており、人員の確保が難しい地方の中小病院にとっては大変厳しい基準であり、地域医療を守る為にも今後の施設基準緩和が求められる。

「複数手術に係る費用の特例」に関しては、平成 26 年度に 41 の手術項目が新たに追加され、一定の評価がなされている。しかし、低侵襲で複数の病巣に対して同時に手術が出来る鏡視下手術での組み合わせは未だ少なく、現在の手術実態を反映しているとは言い難い。今後も鏡視下手術における「複数手術の特例」の更なる対象拡大（例えば、腹腔鏡下直腸切除術と腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術など）が必要である。

現在の手術料には、高度な技術が必要なハイリスク患者や重度肥満患者などの手術困難例

に対する手術手技の評価が反映されていないので、今後の改定で手術困難例に対しては一定の加算が必要と考える。

「手術前医学管理料」は硬膜外麻酔、脊椎麻酔、閉鎖循環式全身麻酔による手術に限って算定出来る事になっているが、痔核や鼠径ヘルニアなどでは局所麻酔で手術を施行した場合にも算定出来るよう要望する。

食道悪性腫瘍手術（K529）では自動縫合器を多く必要とする例も稀ではなく、現行の上限4個の加算では不十分であり、自動縫合器加算本数の増加を要望する。また、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（K529-2）では、自動縫合器と自動吻合器を食道悪性腫瘍手術（K529）と同じ個数使用するが、それらの加算が算定できないため、手術本体の点数と合わせても食道悪性腫瘍手術（K529）より12800点のマイナスとなり、胸腔鏡下食道手術（K529-2）が不当に低い評価となっている。胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（K529-2）にも食道悪性腫瘍手術（K529）と同じ個数の自動縫合器、自動吻合器加算が算定出来るよう要望する。

麻酔に関しては、今回の改定で常勤麻酔医による静脈麻酔が2時間を越える場合に100点の加算が可能となり、3～6歳の幼児の静脈麻酔にも所定点数の100分の10の加算が新設された。又、8時間を越える閉鎖循環式全身麻酔に長時間麻酔管理加算7,500点が追加されるなど、ある程度の評価する事が出来るが、依然として硬膜外麻酔や脊椎麻酔は全身麻酔に比べて手技料の評価が低く、再評価すべきと考える。

Ⅲ. 次回改定の課題（要望事項）

	点数項目	具体的内容
1	(重) 診療報酬改定財源の基本事項についての回復—薬価、材料費マイナス分の本体への充当—	○これまでの改定では、薬価・材料費引き下げにより節減された財源が本体に充当される形で改定が行われていたが、今回は消費税率引き上げへの対応分と相殺され、薬価・材料費引き下げ分が本体に充当されなかった。つまり、今回のような薬価・材料費引き下げ財源が本体の改定財源から切り離されたことについては到底容認できるものではなく、次回改定では元に戻されるべきである。
2	(重) 主治医機能	○主治医機能として新たに創設された地域包括診療料及び地域包括診療加算は24時間、365日の対応など強化型在宅診療の要件がそのまま取り入れられ在宅医療中心に偏った主治医機能となっており、主治医機能について見直されるべきである。また、服薬管理は主治医の役目となっているが、薬剤師が主として行うべき内容であり、主治医に対する要件が過負荷となっており緩和するべきである。
3	(重) 入院医療	○社会保障制度改革国民会議で示された2025年の病床のシナリオを先取りした内容で、7対1病床の削減として、平均在院日数の短縮、重症度、医療・看護必要度の厳格化、在宅復帰の促進策等が地域包括ケア病棟の創設と医療療養病棟での在宅復帰機能強化加算の新設と共に、7対1から医療療養病棟まで鏤められている。それぞれ算定要件は厳格に設定されているが、現実の重要度、医療・看護必要度を十分反映しているとは言えず、新たな施設基準が満たせずランクを引き下げざるを得ない医療機関では医療の質の低下が危惧され、更に医療難民が出ないよう要件の再評価に基づく見直しが望まれる。 ○複合的な疾患を有する高齢患者が増加し地域完結型医療として医療機関同士の連携が益々必要となる中、連携により入院基本料が減算となる考え方は今改定の重点項目である機能分化と連携促進に逆行するものであり根本的に見直されるべきである。24年度改定で、一部緩和されたが、抜本的改善には程遠く、平成22年度改定前の状態に早期に戻すべきである。
4	(重) 在宅医療	○国会でも問題となった一部の不適切事例を理由に同一建物居住者に対する訪問診療料、訪問看護・指導料、在医総管、特医総管がはっきりとした根拠なく2分の1～4分

		<p>の1に大幅に引き下げられた。今後在宅医療の推進が求められる中、誠実に診療を行っている医療機関が評価される点数の見直しが望まれる。</p> <p>○在宅医療の更なる充実との理由で連携型在支診・病の「緊急往診」、「在宅看取り」実績の引き上げが経過措置期間を置いて実施されたが、基準が満たせず在支診・病を辞退する医療機関もある。このような厳格な施設基準ばかりでは在宅医療の推進は望めない。従来連携も承認いただきたい。更に、在宅看取り実績を全ての医療機関の数値目標とすることは倫理上不適切であり撤廃されるべきである。</p> <p>○主治医以外の保険医による診療（眼科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、精神科など）の算定については往診料での算定となるが、必ずしも往診料の要件を満たさない例も多々あり、主治医以外の保険医による計画的訪問診療に対する新たな点数設定を求める。</p>
5	(重) 多剤投与減算の廃止	<p>○複合的な疾患を有する高齢患者が増加し、現場で治療にあたる主治医は多剤処方余儀なくされている。今回の改定で地域包括診療料及び地域包括診療加算では除外されたが、薬価差益がない昨今、多剤投与により処方料・薬剤料及び処方箋料が減算されることは妥当ではなく廃止されるべき事項である。</p>
6	初・再診料	<p>○今回の改定で消費税3%引き上げにより初診料12点、再診料3点が補填されたため一見引き上げられたと誤認されがちであるが、あくまで補填であって引き上げではない。平成22年度改定でエビデンスなく引き下げられたままとなっている再診料の復点を求めるとともに初診料の適正な評価による点数設定を求める。</p>
7	短期滞在手術等基本料	<p>○短期滞在手術等基本料3では、改定後、白内障手術で患者負担に異差を生じ、当該医療機関に混乱を生じており、片眼・両眼の区別及び全身麻酔や透析の有無を配慮した算定要件に見直すべきである。</p>
8	リハビリテーション	<p>○疾患別リハビリテーションでは廃用症候群の点数引き下げと要件の厳格化が実施され算定数が減少している。また回復期リハビリテーション1では要件が更に引き上げられ更に高い点数となった。しかし、医療機関が基準を満たし高い点数が算定できる環境を整えても、審査で医科点数表に決められた単位数以内のリハビリを実施しているに</p>

		も拘らず低い単位数に査定を受ける例が全国的に多数見られている。中医協で決められた点数表の規定単位数上限が無視されないよう実態調査のうえ是正いただきたい。
9	乳幼児加算の増設	○少子化が進行する中、小児医療を全科で支えることはわが国の将来にとって重要課題である。時間外対応加算など小児科外来診療料での乳幼児に配慮した増点・加算や、各診療科での乳幼児処置について加算の再評価いただきたい。
10	特定疾患療養管理料	○特定疾患療養管理料は対象疾患を拡大し、「認知症」等を含めた時代に即した特定疾患に見直すべきである。

IV. おわりに

平成 26 年 4 月の診療報酬改定は実質的にはマイナス 1.26%の改定であったと言わざるを得ない。消費税増税については、増税分を社会保障に充当するという公約は机上の算術であり、結局、絵に描いた餅であったのか。

地域包括ケアシステムの中で、地域の医療構想の在り方も問われている。病床機能分化、連携あるいは在宅医療の推進に新たな財政支援として 904 億円支出された。政府は、病床機能として、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に分類し、地域を担う医療体制を構築しようと考えている。各々の構想区域における、病床区分ごとの将来の病床数の必要量や、不足している病床機能への対応等について、調整会議で協議し、財政支援を活用すると述べている。どのような結果が出るか今後見守っていきたい。

今回の改定は、少子高齢化、人口減少に対して病院から在宅への流れを加速させるような仕掛けが見受けられる。看護配置基準 7:1 入院基本料の病床数を削減するために、「重症度、医療・看護必要度の変更」「在宅復帰率の設定」「長期入院の是正」「短期滞手術等基本料の平均在院日数からの除外」「DPC データ提出」という厳しいハードルを設定した。また従来の亜急性期入院医療管理料を廃止し、「地域包括ケア病棟」を新設したが、この病棟にも、算定日数 60 日の限度、在宅復帰率という設定も盛り込まれている。また療養病床にも在宅復帰機能強化加算を導入し、早期に在宅または介護施設への流れを推進するようなシステムを導入した。しかし、受け皿も十分に整備されていない状況の中で、このような先行的な施策はいかなるものであるだろうか。また、リハビリテーションの査定が多々認められる。在宅復帰に向けての総合的かつ積極的なリハビリテーションに関して、対象が高齢であるという一点の判断基準で、単位数の査定に至るには、その根拠や整合性に欠けるものである。一層のリハビリ難民の増加を招かないか不安を感じる。

在宅においては連携体制の構築が強化された。「機能強化型在宅療養支援診療所」「在宅療養支援病院」も在宅医療を担当する常勤医師が 3 名以上配置、過去 1 年間の緊急往診の実績が 10 件以上、過去 1 年間の在宅における看取り実績 4 件以上とハードルも高い。また、在宅時医学総合管理料が同一建物居住者における複数人訪問時の点数が新設されたが、従来の 4 分の 1 に大幅減額された。緩和措置もあるが、過去に不適切な事例もありやむを得ないかもしれない。福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構（「医福研」平成 26 年 10 月～12 月分レセプト調査）の調査では在宅患者訪問診療料では、改定を期に同一建物居住者への訪問が算定数は減少しており、一方、同一建物居住者以外の訪問は増加していた。在宅時医学総合管理料でも、今年度の改定で居住場所に関する分類が設定されたが、診療所では在支診の形態に関わらず算定数が減少し、同一居住者以外の算定が顕著であった。短期間の調査ではあるが医療機関への影響は少なからずあると思われる。

今回、消費増税分が、基本診療料に点数を上乗せすることを中心に対応がなされた。しかし、「医福研」の調査では基本診療料の総点数は、1 件当たりの点数で、病院の入院外以外は減少傾向であり、特掲部分の影響が見られた。今後、有床診療所の入院診療の効率化など

を検討することが必要となる

現在、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師等に人材不足が起こっている。入院基本料も含め再度、適材適所の中で人材の確保が可能になるような配置基準を要望したい。

今後消費税増税がさらに進むのであれば、人件費また医療機器購入に関わる課税も考慮し、適正なる改定を要望する。