

平成 28・29 年度

診療報酬検討委員会答申

『平成 28 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

平成 29 年 12 月

福岡県医師会診療報酬検討委員会

平成 29 年 12 月 27 日

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良 様

診療報酬検討委員会

委員長 江 頭 芳 樹

答 申

診療報酬検討委員会では、貴職からの諮問「平成 28 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」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

診療報酬検討委員会

委員長	江 頭 芳 樹
委員	伊 藤 重 彦
	岡 村 健 寛
	木 村 龍之介
	神 代 正 敏
	佐 野 泰 夫
	津 田 正 壽
	寺 澤 文 彦
	原 祐 一
	戸 次 鎮 史
	別 府 和 茂
	松 村 洋 仁
	山 近 英 彦
	山 本 仙 弥
	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 28 年度診療報酬改定の検証（評価）	
1. 基本診療料（初・再診料）	… 5
2. 基本診療料（入院料等及び特定入院料）	… 6
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	…14
7. リハビリテーション	…14
8. 処置	…17
9. 手術・麻酔	…19
III. 次回改定の課題（要望事項）	…21
IV. おわりに	…23

I. はじめに

平成 28 年度の診療報酬改定率は、診療報酬本体+0.49%、医科に限って言えば+0.56%のプラス改定であった。一方薬価は 1.22%、医療材料費は 0.11%のマイナス改定であり、診療報酬全体（ネット）では-0.84%であった。平成 26 年改定が 6 年ぶりのマイナス改定であったが、今回も引き続きマイナス改定であったことは明記されなければならない。これを基礎的財政収支（プライマリーバランス）の観点でみると現在 13.4 兆円の赤字であり、この赤字が解消されればプライマリーバランスが取れるのであるが、財務省はこの赤字を解消させるために、社会保障関係費（31.5 兆円）を減額させようとしているのである。しかし、この債務残高を形成した要因は過去の大型公共事業、地方交付税交付金、財投債の発行、外国為替証券の発行、景気低迷による税収減など多岐にわたる。従って社会保障費の増加がいかにも政府の借金の主な原因であるとの財務省の主張には、無理があるのは明白なのである。

また、薬価・医療材料費の減額分が前回にひき続き医療費本体へ回さなかったことは、最も強い言葉で非難されなければならない。これは昭和 47 年以来続いてきた慣例を平成 26 年度改定より突然変更したのであり、次回改定でもこのやり方が続くとすれば、逆に薬価、医療材料費減額分を医療費本体へ回さないのが慣例となる恐れがある。我々は減額分を医療費本体へ回すことを強く主張しなければならない。医療機関の費用構造の視点で見ると、人件費の割合は平成 12 年度に 50.2%であったが、平成 24 年度には 46.4%まで低下しているのである。すなわち医療技術料を増額して、人件費率を上げ地方経済の活性化を図る必要がある。一方薬価、医療材料費は 25.7%から 28.8%に増加しておりこの点も問題視しなくてはならない。

今回の診療報酬改定を以下の三つの視点より詳細に述べる。

1. 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化、強化、連携に関する視点で評価する。入院医療では一般病棟の重症度、医療・看護必要度が厳格化された。特に 7：1 では該当する患者割合が 15%から 25%以上に引き上げられ、在宅復帰率も 75%から 80%以上に引き上げられた。これは前回改定で 7：1 病床を 9 万床減少させる計画であったが、ほとんど減少しなかったのにより厳格にしたという側面がある。内科単独病院では 7：1 入院基本料を算定できる施設は激減すると予想され、事実その通りになった。また病院の経営が悪化するの確実である。その視点より考えると、今まで我が国の医療を支えてきた中小病院の経営安定のために、今回改定での経過措置を継続しなければならない。有床診療所では在宅復帰機能強化加算が新設されたことは評価できる。また入院中の他医療機関受診時減算規定が出来高病棟では 30%から 10%に緩和されたのも評価できよ

う。しかし元々減算規定は療養担当規則より考えると不当であり、全廃すべきであろう。医師事務作業補助体制加算 1 が 10 点引き上げられ、退院支援加算 1 が新設されたのも評価できる。ただ同加算 2 は不変であった。紹介状なしの大病院受診時の定額負担が導入され初診 5,000 円、再診 2,500 円となった。大病院は入院治療へ特化するという方針が明確になったが、紹介状なしの患者の自己負担が大きく増額されたのは懸念される。またこの流れをより確かなものにするため、紹介、逆紹介料の増点が望まれる。

2. 患者にとって安心、安全で納得できる効果的、効率的で質が高い医療を実現する視点で評価する。地域包括診療料、地域包括診療加算の算定要件が緩和され、小児かかりつけ診療料が新設された。また認知症地域包括診療料 (1,515 点/月) と認知症地域包括診療加算 (再診料に 30 点加算) が新設された。しかし、地域包括診療料、加算の届け出割合は全体の 7.4%、内科に限ると 13%であり、まだまだ低いと言わざるを得ない。更なる要件の緩和が望まれる。情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携にデータの収集、利用が推進され、検査・画像情報提供加算 イ. 退院患者 200 点、ロ. その他 30 点が新設され、電子的診療情報評価料 30 点も新設された。

3. 効率化、適正化を通して制度の持続可能性を高める観点で評価する。院内処方の施設で、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、体制にかかわる評価が新設された。外来後発品使用体制加算 1=4 点、同加算 2=3 点が加えられた。また薬剤師の配置は不要である。後発品が存在する全ての医薬品を一般名で処方する場合の評価が新設された。一般名処方加算 1=3 点、同加算 2=2 点である。残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬、長期投薬を減らす取り組みなど医薬品の適正使用が推進された。薬剤総合評価調整加算：250 点 (退院時に 1 回)、これは入院前より 2 種類減薬した場合に算定できる。薬剤総合評価調整管理料：250 点 (月 1 回)。これは、外来で内服薬を 2 種類以上減薬した場合に算定できる。しかし、患者にとってみれば薬は減らされたのに自己負担は増えるというわかりにくい側面があることも明記されなければならない。長期投薬を減らす取り組みでは、療養担当規則に従っておおむね 90 日が限度とされた。また医師が処方する投薬量については、予見できる必要期間に従ったものでなければならず、30 日を超える長期の投薬に当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該医療機関の連絡先を患者に周知する、という文言が追加された。ただ 7 種類以上を処方した際の処方箋の減額の撤廃が今回も見送られたのは極めて残念であった。すなわち糖尿病治療薬だけでも作用の異なる薬剤が 11 種類以上あり、このうち併用が認められている薬剤だけで 3~4 種類ある。これに高脂血症、高血圧症、認知症、腰痛症などを加えれば容易に 7 種類以上に

るのである。これらの薬剤の副作用、組合せやポリファーマシーの問題を考慮して処方しているのであり、この減額の撤廃は粘り強く主張しなければならない。

次回改定で大きな問題となる薬価について述べる。日米欧の長期収載品、後発品の数量シェアを見ると我が国はイタリアと並んで最も低い 60%程度であり、最も比率の高い米国は 90%以上である。前述したように外来後発品使用体制加算は 3 点、4 点であるが、薬局においてはそれぞれ 18 点、22 点でありその格差に驚かされる。医療技術はこの 20~30 年で飛躍的に向上したが、調剤技術はそれに比較すると大きく進歩したとは言えない。医療技術料の増点が望まれる所以である。また薬価制度の抜本的改革へ向けた取り組みとして、「先発医薬品」「長期収載品」「オーソライズド・ジェネリック [AG]」「後発医薬品」の定義を明確にしなければならない。さらに先発品の薬価を後発品まで引き下げる議論があるが、もしそうなれば後発品の使用は激減して長期収載品の使用が増大し、結果的に医療費は増加する懸念がある（スペインではこの方法で医療費は増大した）。後発品メーカーの体力をつける施策も必要と思われる。

在宅時医学総合管理料が、月 1 回の訪問診療で算定できるようになったのも明記しなければならない。そのほかの各論についてはⅡの改定の検証で詳細に記載してあるのでご参照いただきたい。

最後に重要な 2 点について述べる。まず前回改定に引き続き今回も薬価、医療材料費の減額分が医療費本体へ充当されなかったことである。今までこの引き下げ分が医療費本体へ充当されてきたのは、医療技術の進歩に伴う適正な引き上げに充当するためであったと理解される。すなわち技術進歩による引き上げ分をその範囲内に収めることで、医療側の不満にこた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思われる。この 2 回の改定がもし今後も続けられるのであれば、改めて「医療技術の進歩に伴う技術料のあり方」の議論が必要になってくるのである。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元では、その議論なしに財源論の観点のみから決定されたこのやり方に我々は強く反対し続ける必要があると思われる。

次に消費税について述べる。いわゆる「消費税引き上げ法」には平成 26 年 4 月からの消費税引き上げに伴う診療報酬上の取り扱いに対して、①「当面の間は診療報酬への上乗せで対応する」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」これが併記されている。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」という現実を意識してのものである。前回消費税が 5%から 8%へ引き上げられたときは時間的制約から、過去の対応と同じ①で行われた。「診療報酬改定の議論と消費税損税の補填議論は別途分別して行うべき」というのが日医と 2 号側委員（診療側）の一貫した主張であり、これには 1 号

側（支払い側）委員や公益委員の間でも一応共有されている状態であった。今回消費税を10%へ引き上げる時期が2回にわたって延期されたが、今回こそ控除対象外消費税の抜本的改革が行わなければならない。先々25%まで消費税が引き上げられる可能性がある現在、この問題の先送りはもはや、許されないのである。

Ⅱ. 平成 28 年度診療報酬改定の検証（評価）

1. 基本診療料（初・再診料）

初診・再診料においては、平成 28 年度改定において増点、減点ともならず現状維持であった。平成 26 年度改定においては増点であったが、それは平成 26 年 4 月から消費税が 5%から 8%に増税されたことによる補填によるものである。消費税は、平成 29 年 4 月から再度 8%から 10%に増税される予定であったため初診・再診料も増点されると思われていたが、結局は現状維持であった。しかし消費税増税も平成 31 年 10 月まで延期となった。前回の診療報酬改定の検証でも述べられていたが、初診・再診料は基本的かつ重要で地域医療を支える診療所にとって根幹に係る部分であり、外来機能を維持し継続的診療を確保するためには最も大切な技術料の一つである。病院団体、郡市区医師会、専門医会などからの診療報酬改定時の評価において医療という極めて専門的技術料の評価としては著しく低すぎるし、診療報酬としても低すぎると言われている。平成 20 年の少し古いデータだが総診療報酬に占める初診・再診料の割合は、病院は 10.5%であるのに対し診療所では 18.7%とかなりのウエイトを占めている。健全な診療所経営を行なっていくうえで初診・再診料の適正な報酬を求めることは非常に重要なことであろう。次期診療報酬改定では、大きな増点を期待したい。また再診料には、簡単な処置も費用に含まれるとあるが、簡単であろうが複雑であろうが処置は処置で再診料とは切り離して別途技術料として請求できるようにすべきだと考える。

今回の改定では新たに大病院外来受診時の定額負担と認知症地域包括診療加算 30 点が新設された。前者は特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院に他の保険医療機関からの紹介状なしに受診した患者については、選定療養として初診時に 5,000 円、再診時に 2,500 円以上の費用が発生するというものである。患者の安易な大病院への受診抑制と大病院勤務医師の負担軽減を目的としたものであるが、はたして高齢の患者などに対して適正な制度であるか今後見守りたい。後者は前回の改定で新設された地域包括診療加算の施設基準の届け出を行っている保険医療機関（診療所に限る）において、認知症の患者が認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限り患者家族の同意を得て、療養上必要な指導診療を行った場合に算定できるようになった。しかし算定要件の地域包括診療加算の施設基準のハードルが非常に高いため、皆が満足できるものではないと思わ

れる。いろいろな加算できる内容が増えてきてはいるが、算定要件の基準が高いため要件の見直しが必要であろう。

2. 基本診療料（入院料等及び特定入院料）

入院基本料や特定入院料の算定には入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の全てについて、厚生労働大臣が定める基準を満たすことが大前提であるが、これらの基準を満たすには当然のごとく経費がかかるのは紛れもない事実である。諸物価、施設・設備費、人件費等については、今後も高騰していくと予想される状況の中で現行の入院基本料では、病院の健全な運営継続は難しいと考えられる。よって、経費の高騰にスライドした入院料の引き上げを要望する。

地域に密着した入院施設として、地域包括ケアシステムの要となるはずの有床診療所が維持困難となり休止病床が拡大していることは、有床診療所入院基本料があまりに低く設定されていることに原因があると考えられる。複数医師の配置や夜間の医師、看護師配置が可能となるような入院基本料の引き上げや配置加算、地域の実情に併せた地域包括ケアシステムに必要な有床診療所に対する評価が必要である。

平成 28 年度改定でも 26 年度に続いて、7 : 1 入院基本料のベッド数削減を目的にした診療報酬改定が行われたが、これは医療の質の向上を目指した医療供給体制の姿ではない。医療の本来あるべき姿を論じたうえで、その実現に寄与する診療報酬体系を構築することを目指すのが改定の本来の役割である。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しがなされ、A 項目に無菌室での治療や救急搬送が加えられたこと、B 項目に診療・療養上の指示が通じる、危険行動やうつ病に対する治療を実施している状態が加えられたこと、C 項目が新設されたことは評価できる。さらには C 項目に救命等に係る内科的治療が加えられたことも、内科を中心とした診療を行う医療機関にはプラスとなった。しかしながら、7 : 1 の重症者割合が 15% から 25% に大幅に引き上げられたことの影響はあまりに大きく、今後この数字がさらに引き上げられ、7 : 1 のベッドを有する医療機関の経営が大きく悪化することを憂慮する。

また 28 年度改定では 200 床未満の 7 : 1 病棟での重症度、医療・看護必要度は 23% に読み替える経過措置がとられたが、この措置の対象は日本の医療を支えてきた多くの中小民間医療機関であり、入院医療の崩壊をきたさないためには、経過措置のさらなる延長が必要と考える。

- ・地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）

平成 26 年度改定で地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）が創設され、その機能としては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 つを有して、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が、リハビリテーションの包括、算定日数の 60 日の限度、在宅復帰率、DPC データ提出加算や重症度、医療・看護必要度など、設定された算定条件が厳しいのは周知のとおりである。

平成 28 年度改定では在宅復帰率の要件の見直しがされ、計算式の分子に有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算のみ）、有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算のみ）に退院または転棟した患者が加えられたことは評価できる。また出来高算定可能な項目に手術・麻酔、抗悪性腫瘍剤や医療用麻薬の投与等が加えられたことは、地域包括ケア病棟の機能に幅を持たせることにつながったと評価できる。

しかしながら、高齢者の誤嚥性肺炎等 60 日の算定日数制限では実際上厳しく、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られる。回復期リハビリテーション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るべきである。

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料 1 の重症度、医療・看護必要度の A 項目が 1 割から 0.5 割に減らされたが、そもそもこの指標は ICU における重症度を測定するために作成されたものであり、回復期リハビリテーション病棟の重症度を測るのは、臨床現場からみ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。

地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、回復期リハビリテーション病棟入院体制強化加算を届け出る医療機関において、入院時と退院後の医療のつながりを保って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるように施設基準が見直され、体制強化加算 2 が新設されたことは評価できる。しかしながら、逆を言えば体制強化加算 1 を算定する病棟を退院した患者は、退院後つながりを断たれてしまうことになる。体制強化加算 1 を算定する病棟の医師も何らかの制限を設けたうえで外来診療を行うことができるように規制の緩和を希望する。

・入院中の患者の他医療機関受診

平成 28 年度改定により、入院中の患者の他医療機関受診時における減額は、出来高入院基本料の 30%から 10%控除へ、包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合でも入院基本料の 70%から 40%控除へとそれぞれ緩和されたのは評価できる。

しかしながら、地域包括ケアが進行し、地域の中小病院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り、根本的に見直されるべきである。

加えて、日本の入院医療機関は中小病院や有床診療所が多く、一つの医療機関で複数の診療科での専門的治療を完結させ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「疾病また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、他の医療機関へ転医させ、又は他の医療機関の対診を求める等の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と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了することは稀であり、一般的には帰院後も頻繁な経過観察が要求され、継続的な薬剤投与・処置等の医学管理が増え、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や搬送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、これらの点からも入院料の減額は全く不合理である。さらに現在の仕組みでは受診先医療機関との間で診療報酬の算定調整や包括診療行為算定時の場合は薬剤の調達の配慮も必要であり多大な労力を要している。間接的な業務を効率化し、より多くの時間を現場業務に振り向けられるように他医療機関受診時の減算の廃止と包括算定時の他医療機関での薬剤の長期投与が可能となることを要望する。

・退院支援加算

平成 28 年度改定では、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関の連携を推進するための評価として退院支援 1 が新設された。早期の在宅復帰に向けて、退院困難患者の早期抽出、早期の患者・家族との面談、早期の多職種カンファレンスの実施の要件が厳格化されたのは理解できるが、専従の看護師又は社会福祉士 1 名、退院支援業務に専従する職員（看護師又は社会福祉士）を 2 病棟に 1 名病棟配置が必要で、なおかつ退院支援専従者は入院時に関与できないなど人員配置のハードルが高すぎると言わざるを得ない。実

際、退院支援加算 1 を算定している医療機関が少ないことが、そのことを如実に物語っていると思われる。加えて、従来の地域連携診療計画管理料が地域連携診療計画加算にかわり、その施設基準に退院支援加算 1 を届けていることが必要となったため、従来の管理料の算定もできなくなってしまうことは、十分な人的資源を置くことが困難な中小医療機関には痛手となり問題がある。

- ・ 医師事務作業補助体制加算

平成 26 年度改定で医師事務補助体制加算 1 が新設されたが、医師事務作業補助者の勤務時間の 8 割以上が病棟または外来での業務と限定されていたが、平成 28 年度改定で、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、実施の場所を問わず病棟又は外来における医師事務作業補助の時間に含めることができるように緩和されたことは評価できる。また療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料も追加されたこともあわせて評価できる。しかしながら、15:1 から 100:1 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のは変わっておらず、加えてそれぞれの点数の妥当性にも問題が残っており改善が望まれる。

- ・ 短期滞在手術等基本料

平成 28 年度改定にて、短期滞在手術等基本料 3 については、対象となる手術等が拡大されるとともに、包括された部分の出来高点数に応じた評価の見直しが行われた。課題であった水晶体再建術に片眼と両眼の区別ができたこと、人工腎臓、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための麻薬、エリスロポエチン・ダルボポエチン、肝炎に対するインターフェロン、肝炎および HIV 感染症に対する抗ウイルス剤、血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性製剤が包括から外されたのは評価できる。しかしながら、局所麻酔か全身麻酔かにかかわらず同一点数であること、合併症のある症例や重症例・難治例への配慮が欠けていること等、医療安全面での問題の発生が危惧されるのは変わらない。今後さらに医療の個別性・多様性を無視して包括対象疾患が拡大されれば日本の医療制度そのものも変わってしまう危険がある。

3. 医学管理等

今回の改定では、地域包括診療料と地域包括診療加算の算定要件が緩和され、また認知症地域包括診療料（1,515 点/月）と認知症地域包括診療加算（再診料

に 30 点加算) が新設された。また、小児かかりつけ診療料 (処方せんあり : 初診時 602 点、再診時 413 点、処方せんなし : 初診時 712 点、再診時 523 点) も新設された。しかし、これらの主治医機能に関しては、算定要件が今なお厳しく、算定する医療機関が極めて少ないのが現状である。現在、主治医機能を果たしている多くの医療機関が算定可能となるよう、更なる要件緩和が必要である。すべての通院先の把握、すべての薬剤の把握などは見直されるべき要件と考える。

また、小児かかりつけ診療料については、出来高算定診療所でも算定可能な小児かかりつけ診療加算 (仮称) の新設と、多くの小児科医療を支える医療機関が算定できるよう要件の緩和を求める。さらに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。時間外対応加算や小児科外来診療料・小児かかりつけ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更なる評価が必要と思われる。

多剤投与を減らす取組みとして薬剤総合評価調整管理料 (外来および在宅 : 250 点/月)、薬剤総合評価調整加算 (入院患者の退院時 : 250 点) が算定可能となった。しかし、現場の医師は複数の疾患を有する患者に対し、計画的治療計画のもとで、必要な服薬管理を行っているのが実情であり、今回の薬剤総合評価調整管理料は実態に合わず、むしろ 7 種類以上を処方した際の処方箋料の減額廃止が必要であると思われる。

特定疾患療養管理料は対象疾患を拡大し、認知症を含めた実情に応じた特定疾患に見直すべきである。また、30 日処方が多くなった現状では月一回の算定方式も検討すべきである。

情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携や医療データの収集・利活用に関する算定として、検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料が新設された。これにより ICT 利用での効率的医療が推進されると考えられ、また地域医療連携ネットワークの利用にも診療報酬算定が期待される。

4. 在宅医療

(1) 在宅医療推進の理由

在宅医療の歴史はそれほど長いものではない。昭和 61 年に在宅医療の推進が始まり平成 10 年に 24 時間対応の制度を導入し、入院、外来と並ぶ医療として確立した。本来、保険診療は保険医療機関で保険医が行う行為 (「入院」「外来」) であった。では、何故、在宅医療が推進されるのか。次の 3 点が挙げられる。

①患者、家族の負担軽減と患者の QOL 向上

②入院、施設入所より公費負担（税の投入）が抑制される

③急増する高齢者に対し、受け入れる入院病床に限界がある

①は現場感覚の視点である。寝たきりや重度認知症の方にとって外来受診は大変な負担であり、医師が赴く方が合理的ともいえる。②は行政的な視点で議論されていたが今ではあまり聞かれなくなった。入院、入所に比べ、公費負担が低減されるが、患者家族の負担は考慮に入っていないという問題が指摘されたからである。③は高齢者が急増する都心部では大きな問題である。地域医療構想の必要病床数算出にあたり、療養病床の地域偏在を解消し、医療区分1の70%を在宅移行しても都市部では病床数が不足となるため、在宅医療が推進されている面も否めない。

(2) 訪問診療と往診

訪問診療と往診はしばしば混同される。しかしながら、この2者は概念が異なるものである。両者を混同し保険請求する事例も散見され、返還や不正請求と見做されることもあるので注意されたい。

①往診

患家の求めに応じて患家に赴き診療を行うもの。定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

②訪問診療

在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行うもの。同一日に同一建物住居者以外の場合（833点）、または同一建物住居者の場合（203点）がある。

③在宅時医学総管理料

現在（平成29年）のところ、在宅時医学総管理料は在宅時医学総管理料と施設入居時等医学総管理料に分けられている。平成26年改定において、この点数は同一建物に複数の患者を同時に診察した場合には4分の1に下げられる激変措置があった。これは民間業者が高齢者住宅に参入し、患者紹介ビジネスという歪んだ実態があったためである。しかし、1日に一人の訪問診療をすれば高い点数が算定できるという緩和措置があったため、複数の患者がいても1日に1人しか診察せず毎日訪問診療に来るといった非効率な診療が横行したため、今回の改定で大きく変更になった。平成28年改定では、単一建物という概念が生まれ、単一建物に同一医療機関からの訪問診療が月に1人の場合、2～9人の場合、10人以上の場合に3分された。また、今までは月に2回以上の訪問診療の必要性があったが、1回も認められた。今回の改定において、在宅時医学総管理料は抜け道が減り、より是正される方向となったが、益々複雑な体系となってしまった。

在宅時医学総合管理料は診療報酬上では以下の分類となり、単純に掛け合わせると 288 通りとなっている。さらに、グループホームの例外（2 ユニット以下は 2～9 人として算定）と経過措置、単一建物に 10%以下の規定などの例外もあり、より複雑化した。

- ①病床の有無（2 種）
- ②施設か、居宅か（2 種）
- ③強化型在支診か、在支診か、それ以外か（3 種）
- ④別に定める疾患等であるか否か（2 種）
- ⑤単一建物に 1 人、2～9 人、10 人以上（3 種）
（単一建物に 10%以下は 1 人とカウント）
- ⑥月に 2 回以上、もしくは 1 回（2 種）
- ⑦処方箋の有無（2 種）

（3）今後の在宅医療

在宅医療における平成 26 年、平成 28 年度改定は不適切な事例に対する対応であり、その当時としては合理的な対応だったと言えるのではないだろうか。しかしながら、今後はさらに複雑化することなく、在宅医療に参入する多くの医師が理解しやすい診療報酬体系となる必要があると痛感する。

5. 検査・画像診断・病理診断

（1）検査

検体検査において鼻腔・咽頭ぬぐい液採取が新規収載され、採血料についても 20 点から 25 点に増点されたが、血液化学検査、内分泌検査や免疫学的検査等で多項目にわたって引き下げが行われた。毎回改定の毎に行われる検体検査の減点は厳しいものと考えられ、最近据え置きとなっている基本的検体検査実施料と検体検査判断料の増点が併せて実施されるように求めたい。

感染症免疫学的検査において、RS ウイルス、ノロウイルスおよびヒトメタニューモウイルスなどにおいて抗原検査の適応年齢に関して年齢制限が設けられている。これらの感染症は年齢に関係なく感染する可能性があり、かつ無用の放射線被曝を避ける意味からも年齢制限の撤廃または適応年齢が拡大されることが望まれる。

生体検査において、トレッドミルによる負荷心肺機能検査とサイクルエルゴメーターによる心肺機能検査が 1,200 点に増点されたことは評価できる。また、

生体検査の包括化が今回も実施されなかったことも併せて評価したい。なお、生体検査においても検体検査と同様に、医師の技術料を評価する目的で検査料とは別に判断料の新設が望まれるところである。

(2) 画像診断

情報通信技術（ICT）を利用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進ということで、情報を提供する側と受領する側の基準などが細かく規定されているものの検査・画像情報提供加算が認められたことは、医療情報の ICT 化促進のために評価したい。また、診療時間外の緊急症例に対して、当該医療機関常勤医による医療機関外から遠隔技術を用いた緊急読影が加算算定対象として認められたことは評価できるが、非常勤医師雇用にも適応するなど更なる施設基準の緩和が期待される。

前回の改定で CT および MRI の高性能機器の撮影料の増点が行われたが、今回においても 64 列以上のマルチスライス型 CT および 3 テスラ以上の MRI において施設基準等の算定要件を満たしたものに 20 点の加算が認められたことは評価される。しかし、機器の維持管理のためには現状では十分ではなく、さらなる増点が求められる。また、高性能機器の増点に絡んで汎用機器の撮影点数が引き下げられたが、地方においては汎用型の CT や MRI 機器の普及が必要であり、またその役割も十分にあるものと考えられるため高性能機器の増点と合わせて減点されることは望ましくないと考えられる。

乳房の MRI 撮影において、他の検査で乳腺の悪性が疑われた場合に手術適応及び術式を決定するために 1.5 テスラ以上の装置で専用撮影コイルを使用した場合に、施設基準適合を届けている場合に 100 点の加算が認められるようになった。乳癌患者が増加している現状においては評価できると考える。

(3) 病理診断

通則の一般的事項において保険医療機関の連携により病理診断を行った場合に、必要事項の記載が必要であるが標本の送付先の保険医療機関において病理診断料の算定が可能となった。さらに、組織診断料が 450 点に増点されたことは併せて評価したい。また、免疫染色法での ALK 融合タンパクや細胞診におけるセルブロックによるものの追加が行われた件についても評価できると考える。

しかし、前回から可能となった液状化検体細胞診加算は依然低い点数のままであり、病理診断料・標本作成料についても今後の増点が望まれる。

6. 投薬・注射

(1) 投薬

従来 4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投与を行った場合に減算とされていたが、今回の改定により 3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬の投与の場合に減算とされている。後発品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる「一般名処方加算 1」が新設され、従来の一般名処方加算は「一般名処方加算 2」となり、外来後発品使用体制加算が新設された。

また、30 日を超える長期処方について制限が設けられた。7 種類以上の内服薬を投薬した場合における処方料、処方せん料並びに薬剤料の減算については毎回撤廃を求めているが依然認められていない。今回、内服薬が 6 種類以上処方されている場合、内容を総合的に評価・調整し 2 種類以上減少した場合の評価として、薬剤総合評価調整加算および同管理料が設定された。しかし、複数の疾患を有する高齢者が増加し、治療にあたる医師も多科にわたっており、現場の主治医は多剤処方を余儀なくされている。従って、通常診療においても 7 種類以上の内服薬を投薬した場合における処方料、処方箋料並びに薬剤料の減額を是非とも撤廃すべきである。

湿布薬については、入院外の患者に 1 処方につき 70 枚を超えて処方した場合の制限が決められたが、枚数制限の緩和を求めたい。薬価改定で捻出された財源を診療報酬本体の引き上げには十分に充当されていないように思え、この湿布薬の枚数制限などは、改定率とは別枠の措置と考えられ実際には改定率以上のダメージを受けていると考えられる。

(2) 注射

注射に関しては、皮内、皮下および筋肉内注射、静脈内注射および腱鞘内注射において 2 点の増点が行われた。増点されたことに対しては評価したいが、微増であり基本的手技料の今後のさらなる増点を求めたい。

7. リハビリテーション

リハビリテーションは適切な計画のもとに行う医療行為であり、その効果を定期的に評価することが重要である。今回の改定でもその評価に対し、さらに厳しい改定であったと考える。

ポイントとしては、「維持期リハビリテーションの見直し」、「初期加算・早期加算の見直し」、「廃用症候群リハビリテーション料の新設（従来は「脳血管疾患等リハビリテーション料」に含まれていた）」、「目標設定等支援・管理料の新設」、「生活機能に関するリハビリテーション実施場所の拡充」、「摂食機能療法の対象の明確化・経口摂取回復促進加算の緩和」、「リンパ浮腫複合的治療料の新設」である。

維持期リハビリテーションの見直しでは、入院外の要介護被保険者等（要支援・要介護者）で、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器リハビリテーションの維持期リハビリテーションが平成28年3月31日から平成30年3月31日まで延長された。しかし、減算規定が所定点数の90/100から60/100へ大幅に拡大し、介護保険との連携をより強めるものとなった。

初期加算・早期加算の算定要件の見直しでは、まず、慢性疾患に関しては手術や急性増悪を伴うもの以外は加算の対象外となった。また、心大血管疾患等リハビリテーションと呼吸器リハビリテーション料の場合は、これまで治療（リハビリ）開始日が加算の起算日であったが、今回の改定で治療開始日または発症・手術もしくは急性増悪から7日目のどちらか早い日に厳格化された。従って、治療から最低7日目にリハビリを開始しないと加算を算定出来る日数が短くなる。

廃用症候群においても、これまでは廃用症候群の診断日が加算の起算日であったが、今回の改定では廃用症候群の原因となった疾患の発症・手術もしくは急性増悪の日が加算の起算日となった。現行の廃用症候群の起算日の考え方については、廃用状態に至った要因としての疾患や病状等が発生した日を以て、その起算日としているが、本来、廃用症候群の定義を踏まえると、極めて整合性に欠けるものである。

本来、初期・早期加算は早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、呼吸器リハビリテーションの見直しは更に早期介入を評価したものになったと言える。しかし、廃用症候群リハビリテーションの廃用症候群の診断前から初期・早期加算期間が始まることに関しては、早期介入を評価しているとは捉えにくく、再度検討する必要がある。

次に目標設定等支援・管理料においては、機能予後の見通しを踏まえ今後の活動・社会参加にどのように繋げていくか支援・説明を行った場合の加算が新設された。脳血管疾患等、廃用症候群、または運動器リハビリテーションを実施しており、且つ要介護被保険者等（要支援・要介護者）である患者が対象となる。上記疾患別リハビリテーションの算定上限日数1/3を経過以降にリハビリを実施する場合、直近3ヶ月間に目標設定等支援・管理料を算定していない場合は所定点数が90/100に減算される。目標設定を行った場合は、加算点数初回250点、2回目以降は3ヶ月に1回100点が設定された。対象者は明確にされているよ

うに思われるが、算定上限日数 1/3 の時期や介護保険申請を行う時期によっては管理が難しい。例えば急性期以外の医療機関では算定上限日数 1/3 の期間を過ぎる頃に転院や外来リハビリに移行することが多く、状態把握も十分でない初日に支援・説明が必要となる場合があり現実的ではない。また、算定上限日数 1/3 を過ぎて介護保険申請を行う場合、介護保険認定開始日と医療機関が把握するまでの期間にズレが生じてしまうため、どこからが対象期間となるのか判別困難であった。これらに対しては平成 29 年 3 月 31 日の厚生労働省による疑義解釈で解決された（「目標設定等支援・管理料を算定している患者が、他の保険医療機関へ転院する場合、転院先の保険医療機関で目標設定等支援・管理料の初回の場合を算定可能。転院元での算定から 3 月を経過していなくとも差し支えない。」「標準算定日数の 1/3 を経過後に、疾患別リハビリテーションを実施する際の、過去 3 ヶ月以内に目標設定等支援・管理料を算定していないことによる減算については、要介護認定・要支援認定等結果通知書の通知日が属する月及びその翌月に行った疾患別リハビリテーションについては、適用されない。」）

まだ解決されていない問題としては、要介護被保険者等であるかの確認である。現状は受付窓口で患者・家族へ確認をしている。しかし、後期高齢者や身体障害者等の証書が複数あることで把握できていない場合や、介護保険という言葉は認知されているが自身が要介護被保険者であるかどうか把握していない場合が多く、正確に把握することが困難な状況である。近年、診療報酬改定では介護保険との連携を勧められてきているが、まず要介護被保険者等であるのか正確に把握することが第一である。そのためには介護保険を管理している市町村との連携が必要であり、そこを含めた対策が必要である。

生活機能に関するリハビリテーション実施場所の拡充については、従来リハビリは屋内の施設のみという規制があったが、疾患別リハビリテーション料(1)の施設基準をクリアしている施設では、在宅に向けての屋外での応用動作訓練も可能になり評価する。

摂食機能療法は対象の明確化、経口摂取回復促進加算（185 点）は据え置きとなったが、新たに経口摂取回復促進加算 2（20 点）が追加された。なお、摂食機能療法の算定要件として新たに、「内視鏡下嚥下機能検査または嚥下造影によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの」という文言が追加された。従来は脳血管疾患や発達遅滞等の患者にのみ適応されていたが、検査により適応範囲が拡大された。高齢や認知症等、嚥下機能改善の見込みが想定しにくい疾患は、検査にて有効性が期待できると判断されても認められない場合が出てくるのが懸念される。この問題をどう解決していくか今後課題である。

8. 処置

平成 28 年度改定では、(1) 新設された項目 (7 項目)、(2) 点数の見直し (4 項目)、(3) 項目の見直し (1 項目)、(4) 注の見直しと追加 (4 項目)、(5) 通則の見直し (1 項目) が行われた。

(1) 新設の 7 項目について

①「硬膜外自家血注入 800 点 (J007-2)」: 社保は月間 1~6 例、国保は 0~4 例の請求数である。この処置を施行するには施設基準の届出が必要であるのと、脳脊髄液漏出症の症例が少ないためと思われる。②「ハイフローセラピー (1 日につき) 160 点 (J026-4)」: 動脈血酸素分圧が 60mmHg 以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。社保では月間に 1~6 例の請求がある。国保算定では、平成 28 年度は月間 3~8 例であったが、平成 29 年度は毎月 20 例弱の請求があり増加傾向にある。急性呼吸不全が高齢者により多く発症するためと思われる。③「人工臍臓療法 (1 日につき) 3,500 点 (J043-6)」: 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、3 日を限度として算定する (急性期治療)。人工臍臓療法は、社保・国保ともに改定以来の請求がない。施設基準及び算定基準が難しいためと思われる。④「薬物放出子宮内システム処置 1. 挿入術 200 点、2. 除去 150 点 (J082-2)」: 薬物放出子宮内システムは月経困難症と月経過多症の治療法である。社保では月間 20~40 弱の請求があるが、国保では、月間 10 例前後と請求と少ない。この請求数の差は、月経困難症等の対象疾患が、月経を有する婦人が社保本人や家族に多いためと思われる。⑤「排痰誘発法 (1 日につき) 44 点 (J115-2)」: 社保・国保ともに月間 0~数例の請求である。結核で喀痰排出困難症例が少なく、また保険点数に対して、ラングフルート本体 (2,160 円) と交換用マウスピース・リードが 432 円と高価なため、差益がでないのが原因かもしれない。⑥「酵素注射療法 490 点 (J116-5)」: 月間請求数は社保で 0~5 例、国保で 5~8 例の請求がある。デュピュイトラン拘縮に対するザイヤフレックス注射用液 1 瓶の薬価が 193,861 円と高価である。⑦「歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1 日につき) 900 点 (J118-4)」: 福岡県では、社保・国保ともに請求がない。しかし介護施設や人材不足への対策、従業員の労災対策として、きわめて有効と考えられる。福岡県内に、ロボットスーツのトレーニングセンター等ができ、技能士の育成がすすめば、数年単位で算定数が増加する可能性がある。

(2) 点数の見直しでは、創傷処置 (J000) は 100cm²以上が各々 5 点増点となり、爪甲除去 (J001-7) は 15 点の増点、イレウス用ロングチューブ (J034) は 410 点の増点となったが、人工腎臓では (J038) は各々 20 点の減点となった。

(3) 項目の見直しでは、一酸化窒素吸入療法 (J045-2) (1日につき) の本体価格は、20点の減点となったが、新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合は1,680点へ増点、その他の場合も1,680点へ増点されたが、1時間又はその端数を増すごとの加算は920点から900点に減点された。

(4) 注の見直しと追加(4項目)では、人工腎臓 (J038) (1日につき) で下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回を限度として100点の加算が認められた。腹膜灌流 (J042) (1日につき) では、6歳未満の乳幼児の場合は50点の増点となった。鼻腔栄養 (J120) (1日につき) では、間歇的経管栄養法で60点の加算が認められた。乳幼児・新生児加算は、指定の処置に対して各々10%の増点となった。

(5) 通則の見直しでは、3歳未満の乳幼児に対するギプスの処置(区分番号J122~J129-4)が、当該各区分の所定点数の100分の55(旧100分の50)に引き上げられた。

また、今回の処置の部に関して、各専門医会から下記の意見や要望が述べられた。

・皮膚科：皮膚科軟膏処置 (J053：45点)；平26年度改定から100cm²未満の場合は基本診療料に含まれ算定できなくなった。これを復活すべきである。中波紫外線療法 (J054：340点)；適応疾患に、円形脱毛症・痒疹、皮膚掻痒症を追加すべきである。面皰圧出法 (J057-2：49点)；10個未満：74点、10個以上：148点にそれぞれ増点を希望。鶏眼・胼胝処置 (J057-3：170点)；月1回を月2回まで算定可。3カ所以下：170点、4カ所以上は250点に増点希望。

・整形外科：消炎鎮痛等処置 (J119：35点)；消炎鎮痛等処置はリハビリの所定点数に含まれる、となっているが、同一日に行うことが大半であるので加算を認めるべきである。

・外科：創傷処理 (K000) 4筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm未満：470点)や、創傷処置 (J000) 1(100cm²未満：45点)は、余りにも低い評価であり、増点すべきである。

・小児科：今回も乳幼児処置に対する加算項目の対象拡大が認められなかった。乳幼児に対する処置は、手技の困難性、緻密性に加えて、所要時間、人員、使用機器の特殊性などを勘案し、成人に対する処置と区別されるべきであり、加算項目の対象拡大が必要である。

・耳鼻咽喉科：耳垢栓塞除去(複雑なもの：J113、片側100点、両側150点)；乳幼児への処置は多くのケースでリスクが高い。この処置による外耳道損傷、鼓膜損傷、等の医療事故で3万~250万の賠償事例が発生している。リスク回避のため他の病院耳鼻咽喉科へ紹介した方が、診療情報提供料(1)250点が算定可能で、耳垢栓塞除去を施行するより高くなる。耳鼻咽喉科技術料改善の見直し

が必要である。

9. 手術・麻酔

平成 28 年度改定では「手術等医療技術の適切な評価」という基本方針に基づき、外保連試案を踏まえて約 300 項目について最大で約 30%の手術料が引き上げられたことは評価されるべきである。

しかし、対象となった手術項目の多くは主に大病院で施行されている手術であり、中小病院でも多く施行されている胃瘻造設術や内視鏡的乳頭切開術等が前回改定で大幅に引き下げられたまま据え置かれたことは残念である。加えて、小規模な外科診療所で施行されている小手術がほとんど評価されていないことを考慮すれば、総じて、今回改定も外科にとって厳しい内容であったと言わざるを得ない。

今後予定されている消費税増税による手術・処置材料費等の医療機関負担増を踏まえて、次回改定では医療機関の規模に偏ることなく、小手術も含めた全ての手術項目において大幅な引き上げがなされることを強く要望する。

今回改定で新たに保険収載された手術項目は 30 件で、腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術 (158,450 点) や腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (95,280 点) 等、その多くが鏡視下手術に関連したものであった。このことは、多くの医療機関で施行されている鏡視下手術の現状を反映しており、一定の評価に値する。今後も鏡視下手術は対象疾患の拡大が見込まれ、その多くが標準手術として認定されており、次回改定でも更に多くの手術が保険収載されることを期待する。

前回改定では施設基準の届出が必要な手術の対象が大幅に拡大され、その基準も厳しいものであったが、今回改定で一部見直しが行われ、前回改定で指定された手術項目のうち 6 つの手術で届出の必要がなくなったのは評価したい。但、今回改定でも更に新しく 11 の手術項目で施設基準の届出が追加され、人員の確保が困難な中小病院にとっては厳しい内容であり、次回改定では更なる見直しで大幅に緩和されることを望む。

「複数手術に係る費用の特例」に関しては、前回改定で 41 の手術項目が新しく追加されていたが、今回改定では「胃局所切除術と胆のう摘出術」の組み合わせなど 7 つの手術項目に留まっている。麻酔や術中術後管理の発展に伴い、複数の病巣に対しても同時に手術を行うことが可能になっている現状を鑑みると、今回改定での追加認定件数は不十分と言わざるを得ない。特に複数病巣に対する同時手術に適した鏡視下手術が、今回は 1 件も追加されておらず、次回改定

で、現状に沿った更なる追加認定がなされることを求める。

なお、鏡視下手術での複数手術については、皮切りを基準とした「同一手術野」の定義は開腹・開胸を前提としたものであり、時代遅れで現状に則しておらず、このままでは複数手術の組合せは益々複雑化するばかりである。この対応策としては、各手術の手術野を『当該手術に於いて、手術操作が及ぶ解剖学的範囲』と定義することで、この複雑なルールは簡素化・明確化され、鏡視下手術のみならず、開腹・開胸手術に於いても、複数手術の算定や審査上の難題が解決される。次回改定では、このような定義変更を強く要請する。

又、今回改定でも残念ながらハイリスク患者や重症肥満患者などの手術困難例に対する加算評価はなかった。術者の様々な苦労を慮ると次回改定では手術困難例に対する加算を強く求めたい。

麻酔については今回改定で、全身麻酔時にエコーガイド下で行った神経ブロックが評価され、加算が追加された。又、麻酔困難例において一定の腹腔鏡下手術での非侵襲的血行動態モニタリング加算が新設されたことは評価出来る。しかし、以前から全身麻酔に比べてその評価が著しく低い硬膜外麻酔や脊椎麻酔の再評価が、今回改定でもなされなかったことは誠に残念で、是非とも次回改定では、両麻酔の点数が引き上げられることを強く要望する。

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、又は技術料の再評価—	○平成 26 及び 28 年度改定において、長年、潜在的技術料として本体に充当されてきた薬価・材料費引き下げ分が改定財源から切り離されたことは遺憾であり到底容認できるものではない。次回改定では元に戻されるべきである。 もしこのまま切り離しが常態化するのであれば先進諸国に比べ低く評価されている技術料（基本診療料）引き上げの議論が必要である。
2	（重）入院医療	○医療機能の分化・強化、連携のもと急性期医療では重症度、医療・看護必要度の厳格化、慢性期医療では医療区分の見直しが行われたが、200 床未満 7 対 1 病棟での重症度、医療・看護必要度の経過措置や病棟群単位による届出（7 対 1 と 10 対 1 の併用）、又療養病棟入院基本料 2 での 95%算定の経過措置など平成 30 年同時改定までを期限に多くの経過措置が設けられている。これらの経過措置の対象は日本の医療を支えてきた多くの中小民間医療機関であり入院医療の崩壊をきたさない為には、経過措置の更なる延長を求める。
3	（重）主治医機能	○新設された認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料は勿論であるが、前回創設された地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定医療機関は極めて少なく、主治医機能として十分機能していない。現在、主治医機能を果たしている多くの医療機関が算定可能となるよう、更なる要件緩和が必要である。全ての通院先の把握、全ての薬剤の把握の要件は見直すべきである。 ○また、小児かかりつけ診療料については、出来高算定診療所でも算定可能な小児かかりつけ診療加算（仮称）の新設と、多くの小児科医療を支える医療機関が算定できるよう要件の緩和を求める。
4	（重）在宅医療	○在宅医療の対象患者は、主たる疾病以外に眼科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科など複数の疾患に罹患していることが多い。現在の制度では 1 患者 1 医療機関の原則があり、主治医以外の診療科は「在宅患者訪問診療料」を算定することができず「往診料」で

		も問題が残るので、複数料での算定が可能となるよう算定要件の工夫を希望する。
5	(重) 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、時代に即した特定疾患に見直すべきである。
6	多剤投与減算の廃止	○7種類以上の内服薬を投薬した場合における処方料、処方箋料並びに薬剤料減額の廃止。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を余儀なくされている。
7	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。時間外対応加算や小児科外来診療料・小児かかりつけ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更なる評価をいただきたい。
8	感染症免疫学的検査の算定要件緩和	○ノロウイルス抗原定性は感染拡大を防止する立場から年齢制限の撤廃、RSウイルス抗原定性は保育園など集団生活の中での感染拡大リスク回避のため検査基準年齢の引き上げ及びヒトメタニューモウイルス抗原定性での画像診断要件の削除を求める。
9	目標設定等支援・管理料	○「目標設定等支援管理」は医療と介護の円滑な移行を促す目的という主旨であるが、「リハビリテーション総合実施計画」と重複しており、その性質を異にするものではない。当該対象患者に対して「目標設定等支援管理」を策定しなければ減算するという一方で、医療から介護への移行を加速させるという「戦略目的」が先行し、対象者への目標設定支援という医療の本質は置き去りにされている感が強い。早急に廃止すべきであると考えます。 ○今回、要介護・要支援者に対する維持期リハビリが60/100、そして通所リハの実績がない医療機関では80/100と合わせて48/100への減算があり、更に「目標設定等支援管理」がないと最終的に90/100の算定となり、全体を合計すると43/100と大幅の減算であり、高齢者リハビリへの配慮に欠けた引き下げである。介護保険に移行できない医療現場の状況を配慮した内容に戻すべきである。
10	手術	○外保連試案の難易度 A、B の手術にも手術料の引き上げを求める。

IV. おわりに

先進 35 カ国が加盟する経済協力開発機構（OECD）公表データで、日本の国内総生産（GDP）に占める保健医療支出の割合が 11%を超え加盟国中 3 位となった（平成 28 年）。平成 26 年度から介護保険サービスの費用が幅広く含まれ以前より数値が大きくなり、順位も上がったと考えられる。医療・介護費は高齢化や高額薬剤価格などで今後も増加が予想され、対 GDP 比の水準は更に上がっていく可能性がある。

年度ごとの社会保障の自然増は平成 28 年度 6,700 億円、平成 29 年度 6,400 億円であった。「骨太の方針 2006」でそれまでの 5 年間で社会保障費を 1.1 兆円抑制でき、2,200 億円ずつ平成 21 年まで機械的削減が行われたことは記憶に新しい。平成 28 年度の予算編成では財政健全化政策に沿い社会保障費の増加分を 5,000 億円に抑えることとし、平成 27 年度、平成 28 年度は 1,700 億円、1,400 億円削減された。平成 28 年度は薬価改定、平成 29 年度は高額薬剤、高額療養費、介護納付金総額報酬などにより対応したが、平成 28 年の診療報酬改定は医科 0.56%、歯科 0.17%、調剤 0.49%であり、「はじめに」で記載したとおり薬価・材料－0.33%を除いても全体は－0.84%という結果であった。

厚生労働省より平成 28 年の日本人の平均寿命が公表された。女性が 87.14 歳、男性 80.98 歳となり、いずれも過去最高を更新し、男性、女性共に世界 2 位となった。生活環境の改善、国民の長寿に対する意識、また医療技術の進歩も大きく影響していると言えよう。

社会保障と経済は常にリンクしており、老後が不安であるという思いを持つ国民は多い。国民に安心を示すことは、経済成長を取り戻すための重要なポイントもある。今後も超高齢化社会に向けて社会保障を充実させ、より一層安定した社会を築かねばならない。医療は患者にとって安心・安全で納得出来る効果的・効率的な質の高い医療を更に充実させなければならない。人口減少していく中で国民皆保険制度をより堅牢なものとし、そして堅持するためにも医療に対する財源の充当は必要不可欠であり、喫緊の課題であろう。

今回の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想の策定、医療費適正化計画の加速を重点事項とし、地域差の縮小、かかりつけ医機能の普及が強化された。

かかりつけ医機能の評価としては「地域包括診療料・加算」が緩和された。しかし、「24 時間対応」「常勤医師 2 名以上」という厳しい基準は残存し該当する医療機関にはこの基準は重くのしかかっている。かかりつけ医の機能を更に改革するのであれば、また在宅医療の普及を更にのばすためには、他医療機関、他職種とのチームプレイも考え、診療所医師の負担軽減も必要である。「小児かか

りつけ診療料」に関しても同様で、算定している医療機関は少ない。その理由を詳細に分析し、新たな緩和策を講じて頂きたい。

「紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入」が行われたが、大病院の医師の負担軽減のためには重要な導入であり評価したい。しかし依然として患者には理解されていない。更なる具体的な周知徹底も必要であろう。

入院医療は急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるように、一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」の項目・基準の見直しがあった。また 7：1 入院基本料病棟において当該病棟の入院患者が 15%から 25%に引き上げられ、加えて平均在院日数も短縮され、更に急性期を担う医療機関には経営上厳しい状況になるものと考えられる。経営上急性期を担う病院が、例えば「地域包括ケア病棟」、「回復期病棟」への転換を余儀なくされるような事態が生じれば、地域医療構想にも多大な影響が及ぶことが容易に予想される。

地域包括ケア病棟入院料においては、在宅復帰を目標に治療を行う病棟であり、急性期に対応できる諸検査、またリハビリテーションも 2 単位以上とされているが、全てが包括となっている。画像診断、リハビリテーションは出来高払いにするべきだと考える。

療養病棟入院基本料に関しては、医療区分の算定基準が更に厳しくなり、療養病棟入院基本料 2 は医療区分 2,3 の患者の割合を 5 割以上という条件も導入された。療養病棟入院基本料 2 を算定している医療機関においては、条件が満たせず、病床の転換という判断の可能性もある。その結果、医療難民が生じる可能性もあり、経過措置の更なる延長を望むものである。

薬剤料は年々増加している。特に抗ウイルス剤（ソバルディ錠、ハーボニー錠）、免疫チェックポイント阻害剤（オプジーボ）、また生活習慣病薬（レパーサ）の高額薬剤が医療費全体に影響を及ぼしている。ソバルディ錠：1 錠 61,799.30 円、ハーボニー錠：1 錠 80,171.30 円、オプジーボ点滴静注 20mg：1 瓶 150,200 円、100mg：1 瓶 729,849 円、レパーサ皮下注 140mg：22,948 円と高額である（平成 29 年 3 月現在）。医薬品は医療ニーズを踏まえ開発され、いままでも画期的な新薬が治療に役立ってきた。しかし、医薬品の様々な評価を薬価に反映させてきたため新薬が高額になる傾向があった。これらの高額な医薬品を全て一律に論議することは適切ではない。対象疾患の特性を踏まえて検討していく必要があるのではないだろうか。

また、ジェネリック医薬品については処方側、患者側の双方に払拭されない懸念があることは否めない事実であろう。可及的早期にオーソライズド・ジェネリック医薬品の全面的な普及の実現を望む。

リハビリテーションにおいては、更に介護保険との関わりが明確となった。機能予後の見通しを踏まえて今後の生活・活動・社会参加等にどのように繋げてい

くのかといった支援・説明を行った場合の加算として目標設定等支援・管理料が新設された。しかし、算定要件と疾患別算定上限日数の時期や介護保険申請を行う時期によっては管理が煩雑かつ困難である。算定の起算日も混乱を招いており、更に整理が必要であろう。また、福岡県ではリハビリテーションの査定が目につく。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、対象が高齢者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。査定ありきではなく、リハビリテーション療法の原点に戻り、基本的動作能力、応用的動作能力、社会的適応能力そして言語・聴覚・嚥下能力の実現を進め、社会に安心して送り出すことを考えて頂きたい。

平成 30 年は医療・介護の同時改定である。団塊の世代が 75 歳以上を迎える中、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの更なる構築と地域医療構想に基づく社会を築かねばならない。また、次回も早々に社会保障の伸びを 5,000 億円に抑え、医科、歯科、調剤の配分も決定されるであろう。しかし、「抑制ありき」の前提から離れ、少しばかり現場に目を向け、より現実感のある「適正な改定」を切に望むものである。ひいてはそれが国民皆保険制度を守ることになると考えられるからである。