

平成 30 ・ 令和元年度

診療報酬検討委員会答申

『平成 30 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

令和 2 年 1 月

福岡県医師会診療報酬検討委員会

令和2年1月8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30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 青柳 明彦

岩見 元照

大村 重成

岡村 健

亀山 博生

木村 寛

神代 龍之介 (平成30年8月22日まで)

佐野 正敏

添田 修

津田 泰夫

寺澤 正壽

中山 眞一

西 秀博

原 文彦

原 祐一

別府 和茂

松村 洋

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 30 年度診療報酬改定の検証（評価）	
1. 基本診療料（初・再診料）	… 3
2. 基本診療料（入院料等及び特定入院料）	… 4
3. 医学管理等	… 8
4. 在宅医療	… 9
5. 検査・画像診断	…11
6. 投薬	…12
7. リハビリテーション	…13
8. 精神科専門療法	…14
9. 処置	…15
10. 手術・麻酔	…16
11. 入院時食事療養	…18
III. 次回改定の課題（要望事項）	…20
IV. おわりに	…23

I. はじめに

平成 30 年度の改定は 6 年に 1 度の診療報酬、介護報酬同時改定であり、さらに障害福祉サービス等の報酬を併せてのトリプル改定であった。診療報酬改定率に関しては、全体が -1.19% であったが医科の診療報酬本体は $+0.63\%$ が確保できた。消費税率引き上げが先送りされてきた厳しい改定財源の元での引き上げは評価できよう。しかし診療報酬本体は $+0.55\%$ （医科 $+0.63\%$ 、歯科 $+0.69\%$ 、調剤 $+0.19\%$ ）だが薬価 -1.65% 、医療材料費 -0.09% であり、全体では -1.19% （前回 -0.84% ）となりやはり厳しい改定と言わざるを得ない。特に薬価、医療材料費の切り下げ分を診療報酬本体へ回さなかったのは到底容認できるものではない。これは診療報酬検討委員会での最重点項目であり、今回改定の評価できる分を差し引いても最も残念な事であった。このやり方は平成 26 年度改定より始まり今回で 3 回連続となり、既成事実化され固定化されてしまった感がある。そのため診療報酬本体引き上げ分の財源をどこに求めるのか、不安はますます増大している。従って薬価、医療材料費切り下げ分を診療報酬本体へ回すように粘り強く主張していくと共に、今後は基本診療料の増点を強く要望しなければならない。

かかりつけ医機能の一層の推進のために機能強化加算が新設された点は評価できるが、施設基準を満たさない診療所ではマイナスになる可能性がある。要件の緩和を求めるとともに、かかりつけ医の評価は今後基本診療料の増点で対応するように主張していかなければならない。また今回の改定はいわゆる 2025 年問題とそれ以降の社会経済の変化への対応に向けて、効率的な医療提供体制の整備を目指す改定でもあった。その観点よりみると地域医療の要である救急医療はもっと手厚く評価すべきであったと思われる。さらに地域包括ケア病棟の診療報酬上の評価を踏まえて、大規模病院が一部病棟を地域包括ケア病棟に転換しているが、これは病院の機能分化からは逆行するものであり制度設計に検討が必要である。医療機関の業務の効率化では、施設基準等の届け出において提出する資料などが簡素化されるなど、ある程度合理化された点は評価できる。しかし診察、検査、投薬等すべての点数をより簡略化させる必要性は銘記されなければならない。

次に控除対象外消費税問題は 2019 年度与党税制改正大綱で決定されたが、病院団体との意見の相違は依然として残っている。即ち 2019 年 10 月の消費増税時には、診療報酬の配点方法を精緻化することで補填することになった。本体は 0.41% 増で各科改定率は医科 0.48% 、歯科 0.57% 、調剤 0.12% 増となった。因みに介護報酬改定は 0.39% 増となった。初診料は 6 点増、再診料は 1 点増、旧

7：1看護は一日当たり 59 点増などである。しかし我が国の国民負担率は OECD の中で下位に位置しているが、今後必要な給付を行うためには公的な医療費の増額は避けて通れない問題である。直間比率は先進諸国の中で比較的低い状態であり、今後も消費税の引き上げが現実味を帯びてくるのは必至であろう。先々25%になるという予想さえある。その時に診療報酬での補填が可能か否かはこれからの議論に待たなければならない。

医師の働き方改革はここで避けて通れない問題であろう。働き方改革関連法の主な見直しは①労働時間に関する制度の見直し②1人1年あたり5日間の年次有給休暇の取得義務づけ③月60時間を超える残業は割増賃金率を引き上げ④産業医、産業保健機能の強化⑤勤務間インターバル制度の導入促進である。勤務医の過酷な労働環境は大きな社会問題となっており、医師会、労務士会の共催による法令研修等の実施が必要である。地域医療支援センターと地域医療勤務環境改善支援センターの連携も促進されなければならない。また地域の開業医は在宅医療等で求められる24時間体制などで、同様に疲弊していると言わざるを得ない。さらに学校保健、介護保険認定審査会、資格継続のために求められる研修の受講などさまざまな義務に縛られており、勤務医同様に業務の簡略化が必要である。以上雑駁に述べたが今回の改定は今までの中では、我々の要望が比較的に取り上げられた改定であったと言えよう。今後の課題は加算、加算で対応し複雑になりすぎた診療報酬体系を簡略化することであろう。そのためには基本診療料への考え方を抜本的に変化させる必要があると思われる。

Ⅱ．平成30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、前回同様増点もなく現状維持であった。前回の検証でも述べたが医療機関にとって初診・再診料とは基本的かつ重要で地域医療を支える医療機関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である。そこに増点が無かったことは非常に憂慮すべきことだ。

今回の改定で新設されたものは、①妊婦加算②機能強化加算③薬剤適正使用連携加算④オンライン診療料がある。それぞれの新設要件について検証したい。

まず①妊婦加算であるが、初診妊婦の診療に関して加算できるものであったが妊婦の間で窓口負担の増加が問題となり、平成30年12月13日の衆議院厚生労働部会で緊急会議が開かれ翌日には凍結が決まった。このような短期間の会議で凍結が決定されるなど前代未聞のことであった。診療上、妊婦に関しては薬剤選択などより注意して診療する必要があると納得できる加算と思われたが残念であった。

②機能強化加算であるが、算定要件が地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果などの健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせなどへの対応を行っている医療機関であることを院内掲示してある医療機関であることとある。これだけならばほぼすべての医療機関が普段行っていることだが、ほぼ全ての医療機関が算定できるわけではない。加算要件として、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在支診・病に限る）、施設入居時医学総合管理料（在支診・病に限る）、などの施設基準の届出医療機関のみしか算定できない。これらの施設基準をクリアすることはかなりハードルが高い。

③薬剤適正使用連携加算であるが、これも地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算を算定されている患者のみに対して算定できる加算である。これに関しても全ての医療機関が算定はできない。

④オンライン診療料であるが、これのみが加算ではなく新設された診療料である。オンライン診療料は、対面診療の原則のもとリアルタイムでの画像を介してコミュニケーションが可能な情報通信機器を活用した診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診察を行った場合に月1回に限り算定できるというものである。しかし、連続する3ヶ月の間に対面診療を1度は行う必要があり、また6ヶ月以上初診から経過している患者である必要がある。オンライン診療料は施設基準のみで良いが、今回は算定可能な患者の制限がある。高価な情報通信機器を使ってまで、また算定可能な患者に制限があるオ

オンライン診療料を算定している医療機関が全国でどれくらいあるだろうか？

診療報酬の改定が行われるたびのことだが、診療報酬を引き上げたと言っても初再診料本体が増点するわけではなく、種々の加算を付けることで引き上げに見せかけている。その実、加算を算定するためには非常に高いハードルの施設基準があり、ほとんどの医療機関がその恩恵を受けていない。

2. 基本診療料（入院料等及び特定入院料）

入院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費用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、費用の高騰にスライドした入院料の引き上げを要望する。

2019年の厚生労働省の調査に於いて、現在の有床診療所数は7,000を割り、10年間で4割も減少している。低い入院基本料で維持困難である事が関係しているが、それでもまだ7,000近くの有床診療所が存在しているのは地域医療に於いて不可欠な存在だからである。

無床化するのとは簡単かもしれないが、有床診療所のベッドの役割は病院と同じではない。常に主治医でもある院長自らが在宅患者の急変時の受け入れ、ショートステイ、看取りなど、あるいは疾病、外傷、出産などの地域の患者の多様なニーズに応じて個別的な対応を行うものである。この機能が病院と似て異なるものであり、正に地域患者のかかりつけ医としての役割が非常に大きいのである。

今回の診療報酬改定では、有床診療所の地域包括ケアモデルとして、介護サービスを提供していれば、入院基本料1～3を算定できることとなり、又、介護連携加算が新設された。

しかし、地域に密着した医療を提供してきた有床診療所でも、介護サービスの民間施設が急増し、介護サービスを自らが提供する有床診療所は少なく、改定の恩恵を受けれていないのが現状である。

重症患者や緊急性の高い患者が高度急性期病院で対応するのは当然であるが、その手前の患者までが救急車で、これらの病院へ殺到する現状が社会問題化して、紹介状ない場合の初診は有料化となった。正に多くの患者が大病院や救急車に頼らずに地域密着の有床診療所へ受診、入院している現実がある。主治医自らが、軽症であっても個々に対応し、入院も可能であるこの小規模入院施設は今後

ますます地域にとって必要な施設ではないだろうか。

日医総研の最近の調査で、アメリカでマイクロホスピタルというジャンルの小規模入院施設が急増しているとの事。そしてこのマイクロホスピタルの診療報酬は病院とそれ程の差がないとの事である。

医療費削減という目的には、最もかなった施設と言えるものであるが、あまりに低い入院基本料の引き上げが有床診療所の減少を食い止めるのに必要と考えられる。主治医自らが地域包括ケアシステムに以前から十分携わっていることから医師加算、看護配置加算等での更なる増点が必要である。

平成30年度改定では、一般病棟入院基本料の大幅な見直しがなされた。急性期一般入院基本料（従来の7：1、10：1相当）と地域一般入院基本料（従来の13：1、15：1に相当）に大別され、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に応じて、急性期一般入院基本料1から7、地域一般入院料1から3の10段階に細分化された。急性期一般入院基本料に関しては、7：1と10：1の報酬の差が大きいこと、また管理単位が異なると弾力的な傾斜配分ができないことから、7：1から10：1への届け出変更が実質的に困難な状況であったことを勘案し、その間を埋める形での入院料2、入院料3が新設された。これは一見歓迎されるべきことと思われるが、まずもって構造が複雑で理解し難い事に加え、入院料2、3は入院料1（従来の7：1）の届け出実績が必要なため、入院料4～7から入院料2、3には届け出できない、また入院料2、3を届けた場合は入院料1に戻ることができないという極めて不合理的な条件が加えられた。本来、より良い医療や患者サービス提供のために資源を投入した医療機関に対して、適切な報酬を付与すべきところが、このように梯子のかけ外しの様な点数設定を行うのは、医療の質の向上を目指した診療報酬体系の構築を目指しているとは言い難い。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しがなされ、既存の測定方法のⅠに加えて、DPCデータによる診療実績を用いた測定方法のⅡが新設された。医療機関は厚生労働省が公表したマスタを使用し該当患者割合を計算するが、計算ソフトをベンダーより購入し試算を行っている病院も多い。そのようななかでソフトも多様存在しており、同じデータを用いてもソフトにより結果が異なり真正性に問題があることが懸念されている。重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は入院基本料の根源であるので、診療実績データを用いた計算結果に差が出ないように、厚生労働省から共通のソフトを各医療機関に提供されることが必須と考える。

急性期一般入院料1（従来の7：1）の重症度、医療・看護必要での該当患者割合が25%から30%に引き上げられたが、平成28年度改定で見られた200床未満への経過措置は、入院料2、3に降りる際にしか有効とはならないものとな

ってしまった。これら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経過措置の拡充とさらなる延長を求める。

- ・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 30 年度改定では在宅復帰率の要件の見直しがされ、計算式の分子に介護医療院が加えられたが、療養病棟、介護老人保健施設が分子から外され、有床診療所は介護サービス提供施設に限定された。病院、診療所、介護医療院、施設の連携は、地域包括ケアを充実させ今後の高齢化社会を乗り切っていくために必須のものであり、短期間で基準の変更は連携の強化に逆行するものであり善処を願いたい。

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。

介護保険認定申請などに時間がかかり、60 日間以内の退院ができない場合がある。介護保険はサービスの量の決定の観点から、病状が安定してからの申請となるのが基本であり、入院期間の後半に申請を行うのはやむを得ないことであり、新規介護保険認定申請の患者に限っての、60 日間の算定制限に対する何らかの緩和処置が求められる。

当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は言語聴覚士が 1 名配置されていることが条件となっているが、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定できないとなっているのは、人的資源の有効活用という点で極めて不合理で、早急に撤廃されるべきである。

- ・回復期復期リハビリテーション病棟入院料

平成 30 年度改定でリハビリ専門職の病棟専従要件が緩和され、1. リハビリ

テーション実績指数 37 以上、2. 前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施している場合等は、従来の規則にかかわらず該当医療機関に入院中の患者に対しての退院前の訪問指導並びに当該病棟から退院して3か月以内の患者に対しての訪問リハビリテーション及び外来リハビリテーションの提供が可能となったのは、地域包括ケアを推進していくうえでも、入院から在宅への切れ目ないリハビリテーションの提供という観点で評価できる。しかし、現実的には FIM の改善等に係る実績指数 37 の条件が厳しく、患者の状態を良く把握している専従スタッフによる退院前訪問指導は施行できていないのが現実あり、実績指数の要件の緩和が望まれる。

・認知症治療病棟入院料

増加する精神症状を伴う認知症患者の対応として、認知症治療病棟において、夜間対応加算の見直しや、生活機能訓練における精神科作業療法や認知症患者リハビリテーション料の評価、摂食機能療法の包括範囲からの除外などが行われ、これまでより算定できるものが増えた。しかし、認知症治療病棟では、身体合併症を抱えた患者が殆どを占めており、身体的な診療、処置、投薬、リハビリテーションなどが必須であるが、これらが全て包括範囲に入っており、まだ労力に見合った評価ではない。これらは不合理であるので、これらも包括範囲から除外するか、或いは、実態に見合うような入院料の底上げをすべきである。

・精神科救急入院料

精神科救急入院料の見直しが行われた。新設されてから十数年が経過する中で、現在のニーズと合わなくなった点についての見直しである。時間外診療件数と時間外入院の年間実績の件数、病床数の上限の設定、在宅移行に関する要件の緩和、看護職員夜間配置加算の新設があり、厳格化と緩和が混在しているが、当該病棟を複数持っている病院は厳格化、1つだけの病院は緩和の傾向がある。

・入院中の患者の他医療機関受診

平成 28 年度の改定でなされたような入院中の患者の他医療機関受診時における入院基本料の減額の緩和は行われなかった。地域包括ケアが進行し、地域の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。加えて、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が求められる。

- ・短期滞在手術等基本料

平成30年改定にて、DPC対象病院については、DPC/PDPSによる包括評価を優先し、短期滞在手術等基本料3での算定ができなくなった。しかしながら「重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする」と定められている。つまり、短期滞在手術3に該当する手術を施行した患者は、DPC対象病院、出来高で算定する病院に係らず、重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外する必要がある。短期滞在手術基本料3に該当する手術には、全身麻酔で行う手術（腹腔鏡下や胸腔鏡下）も含まれているので、全てを一括りに重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外するのではなく、手術によっては重症度、医療・看護必要度の評価対象として計上できるように見直されるべきである。

3. 医学管理等

今回の改定では、オンライン医学管理料（100点 月1回）が新設された。これはオンライン診療料（70点）の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムコミュニケーション（ビデオ電話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に算定可能である。しかし実際の運用に当たっては対面診療を原則とした要件に関する慎重な議論が、今後必要と考えられる。

地域包括診療料および認知症地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算と小児

科外来診療料と小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算が新設された。また、地域包括診療料/加算および認知症地域包括診療料/加算を算定する際の施設基準が若干緩和された。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用件と考える。小児抗菌薬適正使用支援加算は小児科医療を支えている出来高算定診療所でも算定できるよう要件の緩和が必要である。

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。小児かかりつけ診療料については、かかりつけ医として小児科医療を支える多くの医療機関が算定できるよう要件の更なる緩和を求める。

投薬について、現場の主治医は複合的な疾患を有する高齢患者に対し、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、7種類以上の薬剤を処方した場合における処方料、処方箋料並びに薬剤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必要がある。さらに、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と思われる。今回改定でかかりつけ医機能の推進のために機能強化加算が新設されたが、普及のために、一層の要件緩和が必要である。しかし、本来、かかりつけ医の評価は医学管理料の加算の新設ではなく基本診療料の増点で対応すべきと考える。

4. 在宅医療

(1) 在宅医療の現状

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された。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」）であったが、在宅医療は保険医療機関以外で定期的に行う医療である点が、革新的なものであった。

2025年以降の後期高齢者が急増する時代においては、在宅医療は外来、入院と並んで欠かせない医療となっていくであろう。

一方、在宅医療とは自宅に医師・看護師などが赴いて行う医療ととられがちであるが、2017年から福岡県と福岡県医師会が毎年共同で行っている調査において、在宅医療の約7割は各種施設での医療という結果であった。宮崎県においては在宅医療のなかで施設での医療が占める割合は9割にも及ぶという。在宅医療を考える際に、自宅において療養を行っている方への医療というイメージだ

けではなく、各種施設における医療というイメージも同時に持たなければならぬ。

(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

患者の求めに応じて可及的速やかに患者に赴き診療を行うもの。定期的ないし計画的に患者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在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

平成26年度改定において、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。平成28年度改定では、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、平成28年度改定より、在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料）は月に2回以上の訪問診療の必要性があったが、月に1回も認められた。この年の改定より、在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料）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。

(3) 今回の改定について

平成30年度改定において、在宅医療分野では、訪問診療Ⅰ（2）が新設された。これは主治医以外の医師の訪問診療を可能としたもので、複数の診療科の連携が可能となった。しかし、期間も6か月と短く（神経難病を除く）、点数は同一建物に一人の場合830点、2人以上の場合178点であり、さらに月に1回のみ算定あるため、依頼を受けた医療機関も訪問診療をためらうのではないだろうか。月に複数回の算定が可能となるなどの変更が必要であろう。また、在宅診療以外の医療機関が訪問診療を行っている例が多いこと（約半数の訪問診療は在宅診療以外から行われている）を鑑み、継続診療加算が新設された。これは、在宅診療以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により

24 時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の加算であり、現実に則した改定と評価されるが、月に 216 点と点数は低く、さらなる増点が必要であろう。

そして、今回よりオンライン診療が診療報酬に加えられ、在宅医療も一部オンライン診療が可能となった。しかしながら、算定要件が厳しく、オンラインのみの月ではオンライン医学管理料 100 点とオンライン診療料 70 点のみの請求のため、普及は進んでいない。

また、往診、緊急往診加算の要件が明確になり、定期的・計画的に行くことでは往診料は算定できないことが正確に定義づけられた。

(4) 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。また、平成 30 年度改定では訪問診療 I (2)、継続診療加算、オンライン診療の新設が主な項目であり、複数診療科の連携がわずかではあるが可能となり、在支診以外の医療機関の評価が加わった。しかし、現状に沿うためには、複雑になってしまっている感も否めない。

今後は、在宅医療はさらに進める必要があるため、適切な点数配分の推進、地域医療連携が進むような点数設定などが求められる。

5. 検査・画像診断

(1) 検査

検体検査において悪性腫瘍遺伝子検査の新設について検査を 1 項目行った後、後日同一組織を用いて別の遺伝子検査を行った場合でも 2 項目又は 3 項目以上の点数で算定することとなっており、月跨ぎで請求する場合、前月分を保留・返戻しなければならない為、医療現場では煩雑である。

RS ウイルス抗原定性において、検査対象年齢制限の撤廃が求められる。1 歳以上でも重症化する例があることや、保護者や保育園からの強い検査の要望が相変わらずあるため、現状検査の費用が診療所の負担となっている。病児保育入所時の部屋割りなどにも検査が必要であることが多い。また、老人でも RS で悪化することがある。

小児食物アレルギー負荷検査では、9 歳未満のみの年齢制限の撤廃、年 2 回に限り算定することとなったが、実施回数制限は撤廃されるべきである。複数の食物に対する負荷を行うことが必要な症例も多く、さらに制限解除のために負荷量を增量しながら複数回の検査を行う必要があるためである。

免疫学的検査において抗HLA抗体検査の保険適用について、移植に関する検査が保険適用となったが、あくまで移植後の患者であり、J038の項にあるとおり、今後の移植医療に係る発展には不十分である。認知機能検査その他の心理検査：対象の検査が増え、これまで外来診療料に含まれるとして算定できていなかったMMSE等の検査が算定できるようになり、臨床心理士等の働きが評価されるようになった。

平成30年度改定にて負荷心電図検査は380点から60点の増点がされたが、通常の安静時の12誘導は以前から130点のまま据え置かれているため増点が望まれる。

残尿測定検査55点は、前立腺肥大症や過活動膀胱等の患者に対する投薬治療を行う上で、重要な意味を持つが、外来管理加算52点が算定出来なくなるので実質3点になっている。労力・時間をかけているので107点が妥当である。

全ての耳鼻咽喉科検査に対する判断料の新設を要望する。耳鼻咽喉科診療においても、検査結果、判断に基づいて治療方針、計画が立てられているが診療報酬上の配慮がなされていない。医師の技術料としての点数設定が必要である。要望点数は200点である。

眼科学的検査(D256-2：眼底三次元画像解析、D256-3：光干渉断層撮影、D274-2：前眼部三次元画像解析)これまで先進医療の扱いであったこれらの検査が保険収載されたことは評価できる。前眼部三次元画像解析は前眼部疾患の診断に有用な検査であるが、先進医療の際に認められていた適応病名が今回保険収載された際にかなり削減された点は評価できない。高額医療機器を用いる検査なので大部分の第一次医療機関にとっては評価が低い。

超音波検査(その他)で乳腺エコーの点数が他の部位と同じというのは余りに低い評価であり是正されるべきである。

(2)画像診断

小児鎮静下MRI撮影加算については、麻酔鎮静下で、複数領域を撮影する事例が少ない施設では、診療報酬改定の影響は限定的であると思われる。MRIの所定点数に100分の80に相当する点数が加算されたことは評価できる。

6. 投薬

4種類以上の抗不安薬および睡眠薬の投与が減点要件に追加されたが、向精神薬の処方制限についてはこれで3期連続の改定である。医師の裁量権が侵害されているのは容認できない。多剤投与が必要な場合も多々あるため、効果的な

改定とは思えない。また、これらの薬剤の制限をすることで、代替薬として高額な新薬の処方が増加するリスクがあり、医療費の増加に繋がることを懸念する。

一般名処方加算の見直しについては、一般名処方加算 1 : 3 → 6 点、一般名処方加算 2 : 2 → 4 点と更なる加算がなされた事は評価できる。

一定期間以上ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を、長期にわたって継続して処方している場合について、処方料・処方箋料を適正化するための減算だが、高度の睡眠障害が高血圧・不整脈・消化器疾患などの誘因になっている例があり、一律の減算は納得できない。また、減算となれば、減薬を拒否する患者に利する事になると思われる。

医師が処方する投薬量については、予見することが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および当該医療機関の連絡先を患者に周知する。要件を満たさない場合は 30 日以内に再診を行う。無制限の長期処方の抑制につながり評価できる。

7. リハビリテーション

今回のリハビリテーションにおける主な変更点は、

1. 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の外来疾患別リハビリテーション料について経過措置を 1 年延長 (2019 年 3 月 31 日で終了)
2. リハビリテーション総合計画評価料 2・リハビリテーション計画提供料 1 の新設
3. 脳卒中に対する早期摂食機能療法への評価
4. 認知症患者リハビリテーション料の算定期間の延長が、上げられる。

この中で問題となってくるのは、前回の改定同様に医療保険と介護保険との関係性である。

今回の改定で、これまで要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の外来疾患別リハビリテーション料の廃止を延期する経過措置が取られていたが、ついに 2019 年 3 月 31 日で廃止となった。また、「リハビリテーション総合計画評価料 2」が新設され、「目標設定等支援・管理料」と同じく要介護・要支援被保険者で算定上限 1 / 3 の期間を超える患者が対象となり、240 点と減算されるかたちとなった。

「目標設定等支援・管理料」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計画評価料」と重複する部分であり、今回

「リハビリテーション総合計画評価料2」が新設されたことで、医療から介護への円滑な移行は果たされると言え、差別化する必要性はない。「目標設定等支援・管理料」は廃止すべきではないだろうか。

次に、以前から問題となっているのが、被保険者であるかどうかといった確認である。この確認作業が極めて重要となるが、現状ではあくまで自己申告に負う要素が大きく、加えて自治体によってはその問い合わせについては個人情報観点から回答されないケースもある。従って、リハビリテーション料の算定において整合性に欠ける場合も散見される。要介護・要支援被保険者か否かによって算定が変わる項目が増える一方、対応に苦慮している状況は継続しており、早急な是正策を講じるべきである。

また、リハビリテーションでは患者のADL向上を図り、日常生活への早期復帰に対し重要なものであるにもかかわらず、年齢等での差別で審査にて査定を受けている現状である。医科点数表の解釈のもとで、適応範囲であるならば査定をすべきでないと考える。

8. 精神科専門療法

精神科においては、認知症治療、障害福祉サービス、第7次医療計画や地域包括ケア、地域医療構想、働き方改革などの全科共通で進行中の政策や、精神保健福祉法改正、公認心理師の国家資格化など精神科特有の政策など多くの要因が影響を及ぼした改定となった。

精神科専門療法ではまず、通則（算定の原則）の見直しとして、精神科専門療法の対象となる精神疾患が、ICD10の第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病又は第6章に規定する「アルツハイマー病」「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病と再規定された。精神科で診療していたにも関わらず算定出来なかった疾病が算定対象となつてことは適切であった。

精神保健福祉法の関係では「精神療法の見直し」と「措置入院後継続支援加算の新設」「精神科在宅患者支援管理料の新設」が行われた。精神療法の見直しについては、精神保健指定医の業務のほとんどが入院で行われていることが判明したことに由来しており、入院が増点、外来が減点となった。また、相模原障害者施設殺傷事件を受けて、措置入院後の外来患者について、措置入院後継続支援加算と精神科在宅患者支援管理料が新設された。措置入院患者の退院後支援を評価する姿勢は認められるが、施設基準が厳しいうえに点数が低く、現状を反映した評価とは言い難い。

精神科医療の技術的な面からは、まず、精神科電気痙攣療法の見直しが行われた。麻酔科標榜医によって実施される場合に加算されるこの見直しは、医療の質

の向上が期待できるが、算定する医療機関は限られており影響は限定的である。次に、小規模精神科ショート・ケアにおける疾患別等専門プログラム加算が新設された。発達障害や薬物依存、病的賭博の患者グループに対し、計画的に専門的なプログラムを実施する場合に算定可となったが、対象者が少なく、回数、点数も不十分と言わざるを得ない。

働き方改革の面からは、精神科デイ・ケア等や精神科作業療法の専従者の要件の緩和が行われた。専従者については、精神科専門療法を実施しない時間において、別に実施している精神科作業療法等に従事して良いこととなったが、実際に対応できる場面は少ない。

今回の精神科に関連する改定事項に関しては、技術的な面よりも政策的な面を反映させた改定であり、少なからず今後の精神医療に影響を及ぼすものと思われるがいずれも評価が低い。今後の改定で適切な評価に引き上げるべきと考える。

9. 処置

平成 30 年度改定では、新設された項目（1 項目）、点数の見直し（31 項目）、項目の見直し（3 項目）、注の見直しと追加（4 項目）、通則の見直し（1 項目）が行なわれた。

内視鏡的結腸軸捻転解除術に関しては、以前から議論のあった大腸内視鏡下処置の保険収載である。発症頻度は比較的少ないが高齢者・精神疾患患者・慢性便秘・妊婦等に見られ結腸壊死・腹膜炎等を発症する疾患群である。内視鏡的処置として収載するには、再発頻度が高い・結腸穿孔リスク等が常にあるなどから、処置よりは「K:手術の部」で新設し、十分な説明と同意書を得て行なう「手術」とすべきではなかったかと考える。

点数の見直しは、処置の項目、J000～J129 の中の 31 項目において点数の見直しが行なわれた。大多数においてプラス 20%あるいはそれ以上のプラス改定であった。特に J027（高圧酸素療法）では「救急」・「非救急」のしぼりがなくなり高点数となった。

処置には点数の低い多くの項目が残っているが、創傷処置や皮膚科軟膏処置等では被服剤（保護シール）が改良され、昔のように連日通院の必要性が大幅に減り、保護シールの材料費が高額になったため、これまでの創傷処置や皮膚科軟膏処置等の点数では採算が合わなくなっている。そのため、処置の面積のみならず処置の方法に準じた点数の見直しが必要である。

また処置には高度な技術を要する項目もあり、処置に使用される医療機器の点数の加算のみならず、医師の技術料も十分に評価した増点が必要である。

平成 28 年度の改定でも論じたが、J114：耳垢栓塞除去（複雑なもの）両側は 150 点→180 点に増点され 6 歳未満の乳幼児の場合の乳幼児加算が 50 点→55 点になった。それでも計 235 点であり、診療情報提供料 1（250 点）と比べ点数が低い。自院で鼓膜穿孔等のリスクの上で処置をするよりも二次病院に紹介した方が収入増になる点に関しては更に是正の必要がある。

平成 30 年度改定で最もマイナス改定されたのが、J038 人工腎臓であった。

平成 28 年の改定では「慢性維持透析」の点数は、透析の時間で点数が設定され、4 時間未満・4 時間以上 5 時間未満の場合・5 時間以上・慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合・その他の場合、と点数が区分されていたが、平成 30 年度の改定では、各透析時間の点数の減点が行なわれたこと以外に、1. 慢性維持透析を行った場合 1 の条件として：透析用監視装置の台数が 26 台未満、または人工腎臓を算定した患者数が 3.5 未満。2. 慢性維持透析を行った場合 2 の条件として：透析用監視装置の台数が 26 台以上、または人工腎臓を算定した患者数が 3.5 以上 4.0 未満。3. 慢性維持透析を行った場合 3：前記 1. 2. 以外、と透析用監視装置の台数と透析患者数によって点数の減点がなされた。

また、文言の修正・見直し・追加等がおこなわれたことにより、J038 の注 9 は「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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った場合には、透析液水質確保加算として、「所定点数に（20 点→）10 点（-10 点）を加算する。」という文言で「透析液水質確保加算」が 10 点減点となった。

平成 28 年度改定の点数と、平成 30 年度改定の人工腎臓（J038）の点数に施設基準を加味して比較すると、単純計算でも、（1）慢性維持透析を行った場合 1 では、25 台の透析用監視装置（フル稼働）で 3 人の患者を 4 時間透析した場合は、 $(-35-10=-45) \times 3 \text{ 人} \times 25 \text{ 台} \times 280 \text{ 日} = \text{マイナス } 945,000 \text{ 点/年}$ であり、（2）慢性維持透析を行った場合 2 では、26 台の透析用監視装置（フル稼働）で 3.5 人の患者を 4 時間透析した場合は、 $(-75-10=-85) \times 3.5 \text{ 人} \times 26 \text{ 台} \times 280 \text{ 日} = \text{マイナス } 2,165,800 \text{ 点/年}$ となり、大幅な減収・減益である。

人工腎臓は、平成 12 年から平成 30 年まで連続してのマイナス改定であり、医療の質と安全性の確保のみならず、働き方改革に対応した人員確保も難しくなるとの専門医会の見解があった。

10. 手術・麻酔

（1）手術

平成 30 年度改定では、外保連試案 2018 を踏まえて 368 項目の手術において最大で 3.1 倍の手術料の引き上げが行われた点は評価に値する。

しかし、残念ながら、その大部分は、比較的規模の大きな医療機関で主に行われている鏡視下手術や内視鏡手術に関連したものである。小規模な医療機関にとっては、小手術も含めた従前の手術法についても、外保連試案に準じた手術料の引き上げが必要である。

①新設された手術に関して

新たに保険収載された手術は 31 件あり、新設されたこと自体は評価すべきだが、その大部分は日常の診療の現場とはかけ離れた手術であり、実施数もごく限られている。またそのほとんどが高度な施設基準を要求されるものであり、一般医療機関で当該手技を実施できることは極めて少ない。したがって、再診料、外来診療料（A002）、外来管理加算（A001-8）、処置料（J001-1）など外来関係項目の基本的な事項の技術面の評価と共に日常的な小手術においても増点が必要である。

1) 内視鏡下胃十二指腸穿孔瘻閉鎖術（K647-3）

消化管穿孔という緊急例に対する手技であり、高い成功率が求められる。また極めて小病変に対する手技で、その技術を評価された事は大きいですが、実施数は少ないであろう。

2) 薬剤投与用胃瘻造設術（K664-3）

薬剤投与用胃瘻の必要性を認めた事は評価できる。ただ一方で、開腹（鏡視下）の胃瘻造設術が既に規定されているが、その評価が低く、手技上のリスク等も考慮すると、既存の手術の引き上げも必要である。

3) 胃瘻閉鎖術（経腹、経内視鏡）（K665）、小腸瘻閉鎖術及び結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）（K730 及びK731）

それぞれの点数は 12,040 点と 10,300 点であり、適応例は少ないと思われるが、新設されたことは評価できる。

②新たに追加された手術に関して

1) 痔核根治手術（K743）では「硬化療法を伴うもの」は、「伴わないもの」より 1,330 点加算されており、4 段階注入法の普及がより一層促進されるものと期待される。

しかし単純な硬化療法と結紮、血栓除去術が同点数であることは、後者の緊急性などの面からみても不合理であり、血栓除去術（K743-3）の増点が必要である。また痔瘻根治術では、単純例 3,750 点に比し複雑例の 7,470 点はあまりに低く、術後管理の煩雑さを鑑み 3 倍以上の増点が必要である。

③新たに追加で加算になった項目に関して

- 1) 肝切除術 (K695) に併施されたマイクロ波、およびラジオ波凝固療法に対する 6,000 点の加算については、肝切除術に併用することは多いので、新たに加算されたことは大いに評価できる。更に今後は小病巣に対して併用されているアルコール注入療法も併施加算されることが望まれる。
- 2) 直腸切除・切断術 (K740、K740-2) に人工肛門併設術が明確に加算として追加されたことは評価できるが、直腸切断術に関してはもともと人工肛門設置が標準であり、加算の形式である。
- 3) 自動縫合器加算 (K936)、超音波凝固切開装置等加算 (K931)

自動縫合器の使用個数に関し、術式ごとに個数が規定されている。使用個数制限の内容が明確にされるという点で評価できる。一方、超音波凝固切開装置等加算の対象手術が追加されたが、実情を鑑みると、更に多くの手術に追加されることが必要である。

全体を通してほとんどの手術手技で腹腔鏡手術の経済的優位性は保たれている。例えば鼠径ヘルニア根治術 (K633) は、腹腔鏡下で 22,960 点であるのに対して、従来法は 6,000 点と 4 分の 1 の評価であり、従来法の増点が必要である。実際には術式の違いにより麻酔法も変更になり (腰椎麻酔→全身麻酔)、医療費の面より、4 倍以上の差が生じていることは異常である。

(2) 麻酔

今回の改定では、麻酔料、麻酔管理料が評価され、麻酔科医による麻酔に関する基本的点数は増点となったこと、加えて硬膜外麻酔、脊椎麻酔の併施加算、2 時間を超えた場合の麻酔管理時間加算が頸・胸部、腰部、仙骨部と細かく規定新設されたことは高く評価できる。

新たな除痛、鎮静剤の登場もあり、今後種々の麻酔の組み合わせが行われるであろう。現場の実情を見据えて、迅速かつ適正な評価のもとで、点数が設定されることを期待する。

11. 入院時食事療養

物価、人件費共に上昇しており現在の入院時食事療養費では賄えなくなっている。また厨房で働く人材確保が難しくなり、勢い人件費も上昇している。このような現況を踏まえ、入院時食事療養費の増額の検討をする必要がある。

入院時食事療養費 (I) は平成 9 年の消費税対応で従来 1 日単位 1,900 円であったものが、1,920 円になり、平成 18 年度改定で 1 食単位 640 円に見直されたが、3 食の合計金額は、現在に至るまで据え置かれたままである。

平成 30 年度改定を前に、平成 29 年 10 月 18 日中医協「入院医療等の調査・

評価分科会」で、厚労省の継時的な資料及び調査を基に議論が行われている。平成 18 年度に入院時食事療養費・生活療養費の大改革が行われて以降、食事療養費の総額は約 8,100 億円から約 6,700 億円へ約 2 割減少しその後横這いである。特別食加算は約 450 億円から約 240 億円へ約 5 割と大幅に減少しその後横這いである。また、平成 18 年度改定で「特別管理加算の 1 日 200 円」はなくなり、平成 24 年度改定では「栄養管理実施加算の 1 日 12 点」も入院基本料に包括される形でなくなっている。更に、「入院時食事療養の収支等に関する実態調査」では、平成 16 年度と平成 29 年度を比較すると、患者一人 1 日当たりの収支は、収入の減少と支出の増加により大幅に悪化し、特に給食を業者に全面委託している病院において、悪化の度合いが大きかったことが示されている。支出増加の要因は、光熱水費及び委託費の増加が大きい。平成 26 年度の消費税対応では、補填は主に基本診療料に行われたため、入院時食事療養費への補填はなく、平成 31 年度の消費税対応でも同様の内容となっており特別な補填はない。

この調査結果にも拘らず、平成 30 年度改定では入院時食事療養費の見直しはなかったが、次期令和 2 年度改定では入院時食事療養費の引き上げ、或いは他の診療報酬項目での補填による入院医療機関の給食部門の評価が必須である。

国では在宅医療や介護施設との公平性との理由から、入院時食事療養費の標準負担額（自己負担額）を決めており、一般所得者を対象に食材費相当額に加えて調理費相当額の負担を求めることとし、平成 28 年 4 月以降 2 回に分けて食事療養標準負担額の引き上げが行われた。平成 30 年 4 月現在、食事療養標準負担額は、1 食につき 460 円であり、このことは、入院時食事療養費の約 7 割を自己負担としていることとなる。

治療食としての入院医療機関での食事（食事療養）は疾病の予後を改善するうえでも極めて重要であり、栄養管理体制の基準は入院基本料の 5 本の柱の一つであるので、次期改定では必要な財源が投入されるべきであるが、患者の更なる食事療養標準負担額（自己負担額）の引き上げを伴うことなく再評価されるべきである。

Ⅲ. 次回改定の課題（要望事項）

	点数項目	具体的内容
1	(重) 総論	<p>○過去3回の改定において、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続けたことは遺憾であり容認できない。次回改定では元に戻されるべきである。更に、切り離しの常態化にともなう技術料（基本診療料）引き上げを求める。</p> <p>○医師の働き方改革を含めた、医療従事者の負担軽減・働き方改革への十分な財源の確保と新たな点数の設定を求める。</p> <p>○2019年10月予定の消費増税時における診療報酬への十分な補填を求める。</p>
2	(重) かかりつけ医機能	<p>○機能強化加算は、ハードルが高く、かかりつけ医療機関の多くが算定できないのが現状であり、要件の緩和を求める。</p> <p>○小児かかりつけ診療料については、かかりつけ医として小児科医療を支える多くの医療機関が算定できるよう要件の更なる緩和を求める。</p> <p>○かかりつけ医機能の評価に日医かかりつけ医機能研修制度が加味されるべきである。</p>
3	(重) 外来管理加算	<p>○外来管理加算より低い処置料（消炎鎮痛処置、眼処置、耳処置、鼻処置等）の点数引き上げを求める。</p>
4	(重) 在宅医療	<p>○在支診以外の診療所に継続診療加算が新設されたが、24時間体制の構築はハードルが高く、これら在支診以外の診療所の在宅医療への算入を促す在医総管・施設総管の評価を求める。</p> <p>○新設の在宅患者訪問診療料Ⅰの2は月1回、6ヶ月以内であり、緩和を求める。</p>

		<p>○在宅ターミナルケア加算に酸素療法加算が新設されたが、死亡月のみならず、死亡前月も算定できるよう求める。</p>
5	(重) 投薬について	<p>○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を求める。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。</p> <p>○院内処方と院外処方の点数格差はあまりにも大きく、院内処方の引き上げを求める。(一包化加算新設、外来後発医薬品使用体制加算引き上げ等)</p> <p>○入院中の患者が、転院する場合、退院時処方算定できず、転医先の医療機関において処方することとなり、非効率であり又、双方の医療機関に於いて混乱を招き、その結果、患者の不利益が生じている。前医における退院時処方を可能とする取り扱いを求める。</p>
6	特定疾患療養管理料	<p>○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。</p>
7	入院医療	<p>○急性期一般入院基本料では重症度、医療・看護必要度Ⅱが新設されたが、重症度・医療、看護必要度の該当患者割合は入院基本料の根源であり、診療実績データを用いた計算結果が一律になるよう、厚生労働省より共通のソフトが医療機関に提供されるよう求める。</p> <p>○入院中患者の他医療機関受診にペナルティーを科す本取り決めは撤廃されるべきである。患者が高齢化し疾患が多様化するなかで、中小規模の入院医療機関では複数診療科の専門的な医療を完結することは困難な場合が多く、患者の納得も得られ難い。</p>

		<p>さらに他科受診時の看護職員の帯同は必須であるにもかかわらず、このことに基づき標欠として入院医療機関が更にペナルティーを被ることは不合理であり是正されるべきである。</p> <p>○有床診療所入院基本料の初期加算の算定期間は病院と同様に 7 日以内から 14 日以内への延長を求める。</p>
8	小児抗菌薬適正使用支援加算	<p>○出来高算定の医療機関においても抗菌薬の適正使用を推進しており、抗菌薬の使用を減少させるという本加算の趣旨からして、出来高算定医療機関を除外することは不合理であり、出来高算定の医療機関においても小児抗菌薬適正使用支援加算の算定が可能となるよう求める。</p>
9	維持期・生活期のリハビリテーション	<p>○要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、平成 31 年 4 月以降算定を認めないこととなっているが、介護での受け皿や単位数は不十分であり、更なる延長を求める。</p>
10	手術	<p>○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。緊急性の高い手術は、何らかの形で点数を引き上げる事が必要であり、また、複数手術算定可能な手術が拡大されることを求める。</p> <p>○手術医療機器等加算の超音波凝固切開装置等加算の様に逆ザヤを生じる機器については、実態に即した点数設定を求める。</p>

IV. おわりに

今回の改定は、2025年、さらには2040年へ向けての医療提供体制の仕上げとも目された医療保険と介護保険の同時改定であった。郡市医師会、病院団体などの意見を踏まえた検証の委員会での議論を経て各委員分担して答申書を作成した。今年10月の消費税アップを見据えて再診料、初診料、各種入院基本料など影響の多いところの点数が扱われたがこの消費税アップ実施後の評価が必要となり次々回改定への資料となるだろう。福岡県では診療所の先生方のレセプト調査への参加が少ないのが残念だが各種病院団体の収支報告で医療機関の収支悪化がますます明らかとなって来ており医療が経済の問題として扱われつつある。100%満足な政策がないのも当然ではあるがいつもの通りである。

全体像について何よりも薬価の切り下げ分を診療報酬へ回すという従来のやり方が平成26年度改定から無くなっていることと予期されていた現状への根本的な社会保障制度改革の議論が進んでないことの2点が問題の中心だ。次回改定へ向けた中医協の議論を垣間見ると①かかりつけ医機能の評価見直し、②メディカルスタッフを含めた働き方改革に伴う財源をどこに求めるのか、③オンライン診療、遠隔医療の見直しといったことが中心のようで少し後ろ向きの印象を持っている。負担と給付ということでどうしても効率ということが俎上にあがるがアウトカム評価という形で基本料ではなく加算の要件がますます厳しくなることを危惧している。

また在宅医療という言葉は何となく昔の市井の開業医が看護師とともに患者を訪ねる往診のイメージがあったが、今は様変わりで、在宅医療とは高齢者をひとところへ集めてそこへ訪問するという姿がごくごく一般的となった。そして2000年の介護保険開始以来業者がここに参加し、まるで神の手によるかのように施設数を管理しているようにも思える。もはや医師が医療チームのリーダーなのかどうか懸念される時代であり、我々の正念場である。

見過ごせないのは経済財政諮問会議主導による審査支払機関の改組論議だ。令和2年度末という閣議決定もされているようである。ご存知のように、中医協にもこの審査支払機関改革論議の場にも支払い側、保険者も加わり医療高度先進化に伴う医療費高騰に国民皆保険制度の存続危惧も含めて大変強い危機感をもって動いているところである。さらにマイナンバー制度を利用した医療保険・介護保険のデータ共有化、この制度進捗への補助金政策などはよくご存じのように先日の選挙結果と深く関係するのではと大変危惧すべきところである。ICT利用自体は素晴らしいことだが初期設定はきちんと医療現場からなすべきである。

改定への要望事項が10項目取りまとめられているがこれだけすべて吸収するだけの財政的余裕はないと考えるが、何をまずなすべきか財源論議も含めてグランドデザインという形で医師が医療チームのリーダーとして示していくべきと考えるがこれが出来てないので改定もしくは予算年度ごとの対応に任せて来たことは反省すべき点である。将来を託す若くて元気な医師をもっともっとリクルートしようではないか。