

令和4・5年度  
診療報酬検討委員会答申

『令和4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6年2月  
福岡県医師会診療報酬検討委員会



令和6年2月8日

福岡県医師会  
会長 蓮澤 浩明 殿

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「令和4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	田	定	幸
	江	頭	省	吾
	大	村	重	成
	岡	村		健
	亀	山	博	生
	菅	原	啓	介
	田	中	耕	太郎
	津	田	泰	夫
	寺	澤	正	壽
	中	尾	一	久
	長	尾	哲	彦
	中	山	眞	一
	西		秀	博
	西	見	幸	英
	峯		信	一郎
	百	武	宏	幸
	別	府	和	茂

※委員は五十音順で記載

## ～ 目 次 ～

I. はじめに	…P. 1
II. 令和4年度診療報酬改定の検証（評価）	
1. 初・再診料	…P. 3
2. 入院料等	…P. 5
3. 医学管理等	…P. 9
4. 在宅医療	…P. 10
5. 検査	…P. 12
6. 画像診断	…P. 13
7. 投薬・注射	…P. 14
8. リハビリテーション	…P. 18
9. 精神科専門療法	…P. 20
10. 処置	…P. 21
11. 手術	…P. 22
12. 麻酔	…P. 24
13. 病理診断	…P. 25
III. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な 取扱い等についての評価	…P. 26
IV. 次回改定の課題（要望事項）	…P. 27
V. おわりに	…P. 29

## I. はじめに

今回の改定は従来の改定と比較して異例の改定であった。その理由は後述するが、まずは概要について述べる。診療報酬本体は+0.43%（国費 300 億円程度）、薬価-1.35%（国費 1,600 億円程度）、医療材料費-0.02%（国費 20 億円程度）であった。簡単な内訳は救急病院に勤務する看護師の処遇改善で+0.2%、不妊治療の保険適応で+0.2%としたのに対して、リフィル処方箋の導入・活用促進で-0.1%、小児医療の加算措置の期限到来で-0.1%となり実質的には本体は+0.23%となった。この数字は厚労省・日医の公式な見解であり、新聞等のマスメディアにも掲載されている。しかしながら、改定率の解釈には以下のような見解もあるので記載する。+0.43%のうち0.2%は救急病院に勤務する看護師の処遇改善であり、0.2%は不妊治療の保険適応分なので本体は0.03%の増加にしかならない。しかもそこからリフィル処方の導入で-0.1%、小児医療の加算の期限到来で-0.1%を考慮すると、実質-0.17%になるのである。すなわち、今回の改定は救急病院や不妊治療を行う施設を除くと実質マイナス改定であった可能性が大きいのである。

次に、異例の改定であった理由について述べる。まず、リフィル処方箋の導入が突然決まった点である。リフィル処方箋の導入については、日医の診療報酬検討委員会では1度も議論されていないばかりか、中医協でも議論された形跡がない。令和3年12月の大臣折衝で決まったと仄聞しているが、その経緯については精緻な検証が必要であるのは論を待たない。強調したいのはこのような国民医療を歪める危険性が否定できない重大な決定が、医療関係者の議論を経ずに行われた事である。ついで救急病院に勤務する看護師の処遇改善が決まった事である。令和4年9月までは別途予算措置（月額6,000円）が取られるが、10月からは診療報酬本体で賄う（月額12,000円）とされている。そもそも看護師の処遇改善を医療費本体で賄った事は今まであるのだろうか？本来医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員などの給与は、各医療機関がそれぞれの経営環境で判断し増額してきたのである。新型コロナウイルス感染症で医療機関が窮地に陥り、それを救済する目的で導入されたようであるが、引き続き医療費本体で賄うのは大きな問題であろう。また、不妊治療の保険適応で0.2%の増加としているが、前もって用途を明確にした改定は問題があると思われる。この3点が示すものは、中医協の形骸化ではなからうか。診療報酬改定はあくまで中医協での議論を元になされるべきと思われる。この点を強調し警鐘を鳴らしたい。日医執行部に求められるのは中医協の再建であるのは論を待たない。

さて、医師にとって大きな影響を及ぼすリフィル処方について述べる。リフィルとは“ご飯をお替りする”の“お替わり”という意味であり、フランス・米国など多くの先進国で導入されている。今回、わが国では使用期限のある薬剤（ベンゾジアゼピン系など）や湿布剤

を除き3回まで使用できるようになったが、処方権を持つ医師の同意が必要である。この点は強調しておきたい。問題なのは、リフィル処方にすると患者は来院しないでも薬を薬局で購入できる事である。従って、特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料・特定薬剤治療管理料・難病外来指導管理料などが算定できなくなるので、医療機関の収入減少に直結するのである。また、令和4年のアンケートではリフィル処方に賛成する医師は3%に過ぎず、ほとんどの医師は反対なのである。その理由は、①長期間健康状態の観察ができない、②リフィルでなくても長期処方でも十分、③患者が長期間に亘って処方箋を管理出来るか疑問などであった。そもそもリフィル処方、医師法20条すなわち「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出産証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない」に抵触する可能性があるし、療養担当規則12条「投与日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、又は症状の経過に応じたものでなければならない」にも抵触する可能性がある事を指摘したい。そのうえで薬剤の処方権はあくまで医師にある事を強調したい。

さて、従来から薬価・医療材料費の引き下げにより節減された財源を、本体に充当する形での改定が実施されてきた。これは歴代の大臣答弁でも容認されてきたが、平成25年の財政審「建議」により、「薬価部分のマイナス改定は過大要求の時点修正に過ぎない。流用すべきとされる財源が過大要求を前提としたフィクションという事になる。このような主張と裏腹の関係にあるネット改定率の概念は、この際、これをなくすべきである。」として薬価・医療材料費節減による財源は、突然診療報酬本体に充当されなくなった。これは平成26年改定より今回まで、実に5回にわたって続いている。このことが慣例化されることは極めて遺憾であり、到底容認できるものではない。診療報酬本体改定財源と薬価医療材料費改定財源は不可分のものであり、元に戻されるべきである。

最後に、今回改定が前回と大きく異なる点は新型コロナウイルス感染症関連である。令和5年5月8日より2類から5類感染症に変更され、それに伴って「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」も大きく変更された。医療現場は少なからず混乱していると言わざるを得ない。色々な変更は医療関係者等に十分に周知しながら進めるべきであり、拙速に進めるのは戒めてもらいたい。

## Ⅱ. 令和4年度診療報酬改定の検証（評価）

### 1. 初・再診料

初・再診料は医師の技術料であり、基本的な診療行為の費用を包括し医療経営の主幹となる基本診療料である。包括される内容が時代や環境の変化により膨張しているにもかかわらず、基本診療料本体は実質増点がなされないことが常態化しており、非常に憂慮される。ほとんどの医療機関がコロナ以前への経営水準に回復していない中、人件費やエネルギー価格上昇に伴う物価上昇、医療DX設備の新設・管理・保守など新たな費用負担が発生しており地域医療を支える医療機関の経営に与える影響も大きく、必要な外来機能を維持するために基本診療料の引き上げが必要である。

コロナ感染拡大を踏まえ、地域で診療所や中小病院が大病院と連携し院内の感染防止に対応していることに対して外来感染対策向上加算が新設されたことは評価される。しかし、新興感染症の発生時などに都道府県の要請を受けて発熱外来等を実施するとともに院内に感染防止対策部門を設置し、医師・看護師等の専任の感染対策責任者は感染防止に係る日常業務を実施しつつ職員研修する。併せて責任者は地域の病院や医師会が主催するカンファレンスや感染症発生想定時の訓練への参加が求められるなど一般診療所にはハードルが高い内容となっている。医療機関はリスクを負って、全ての患者について感染を前提に対応しているため、全ての医療機関を正當に評価するよう算定要件を緩和すべきである。

今回オンライン資格確認システムを活用して、患者の薬剤情報等を取得・活用した場合の評価として電子的保健医療情報活用加算が新設され、その後、医療情報・システム基盤整備体制充実加算へ変更された。そのシステム導入にあたりイニシャルコストの補助金はあるが、ランニングコストの補助金は無く、またマイナンバーカード普及を強引に進めた結果、受付でのトラブル対応に手間がかかるなど医療機関へ負担がのしかかる結果となっている。今後、オンライン資格確認システムを安定に維持するための点数が必要である。

オンライン診療について、普及促進に向けて疾患・対面受診間隔・時間要件などが撤廃され、点数が引き上げられた。離島や僻地など、医療機関へのアクセスが制限される患者にとっては朗報であるが、初診時から算定可能なため、営利目的での誘導や算定拡大が懸念される。保険診療上のルールでは医療は対面が原則であり、営利目的での拡大は医療の否定につながるため、安全性と信頼性、診療の質が担保され、かかりつけ医にとって本当に診療の役に立つものとしてオンライン診療を進めることが重要である。

診療報酬改定が行われるたびに種々の加算を微調整することで、診療報酬引き上げに見せかけている。例えば、機能強化加算の趣旨であるかかりつけ医機能に望まれるのは日頃の健

康管理、服薬管理に係る相談や保健福祉サービスの紹介や相談、かかりつけ患者の夜間や休日の問い合わせなどであり、このような対応は多くの医療機関が行っているが、それら医療機関の大部分が算定できるわけではない。機能強化加算の算定のためには地域包括診療加算・地域包括診療料の算定が必要であり、その地域包括診療加算等の要件が時間外対応加算の届出医療機関であるなど、複雑で高いハードルを設けてある。さらに今回かかりつけ医機能が厳格に定義され、院内やホームページに包括的な診療を行う医療機関であることについて掲示することが求められるなど算定要件が厳しくなっている。日常の努力を怠らない大部分の医療機関が正しく評価され、経済誘導の恩恵にあずかれることが求められる。

## 2. 入院料等

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、光熱費を含めた施設・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、かつ新型コロナウイルス感染症の再燃も容易に予想ができる。このような状況下において、現行の入院基本料では、医療機関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。

平成 30 年度診療報酬改定において、入院医療評価体系については、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分の二つの評価を組み合わせた評価となり、急性期医療は急性期一般入院料（看護職員配置 10：1）と地域一般病棟入院料（看護職員配置 15：1）、回復期医療は地域包括ケア病棟入院料（看護職員配置 13：1）と回復期リハビリテーション病棟入院料（看護職員配置 15：1）、慢性期医療は療養病棟入院基本料（看護職員配置 20：1）に分けられた。

令和 4 年度改定において、重症度、医療・看護必要度の評価項目の A 項目見直しがなされ、「心電図モニターの管理」の項目を廃止し、「点滴ライン同時 3 本以上の管理」を「注射薬剤 3 種類以上の管理」へ変更し、「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について 1 点から 2 点へ変更された。そのために手術をしない内科系疾患には厳しい評価となった。更に急性期一般病棟入院料 1 のうち、許可病床数 200 床以上は、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化し、高度急性期における重症度、医療・看護必要度の評価項目と判断基準もより厳しいものになった。

令和 4 年度には、高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価として、急性期充実体制加算が新設された。これは特定機能病院を含めた高度急性期医療を提供する大規模医療機関に向けた加算であった。更には総合入院体制加算として、手術の実績と外来縮小を要件化し、高度急性期医療を上手く差別化した。質の高い救急医療を評価する観点から、救急医療管理加算が見直され、対象患者の状態について状態の明確化と追加が行われた。令和 4 年度新設として、紹介受診重点医療機関入院診療加算があり、診療所からの入院をしやすくし、入院医療の質の向上を目的とした。

地域包括ケア病棟入院料（入院管理料）は、平成 26 年度改定で創設され、①ポストアキュート（急性期治療を経過した患者の受け入れ）②サブアキュート（自宅で療養を行っている患者の受け入れ）③在宅復帰支援の 3 つの役割があり、施設基準は大きく基本部分と実績部分から成り、実績部分の要件により 4 段階評価となった。基本部分において救急医療の提

供、在宅復帰率と重症度、医療・看護必要度が改定ごとに要件が厳しくなり、令和4年度改定では、許可病床200床以上の医療機関で自院の一般病棟からの転棟した患者割合が6割未満であること、一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であること、在宅復帰率の水準の引き上げ等を行うと共に、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出が要件化された。実績部分においても自宅からの入院患者割合、自宅からの緊急患者の受け入れ、在宅医療等の提供等が要件となり、室面積と在宅復帰率において差別化された。このことは、地域包括ケア病棟入院料（入院管理料）が許可病床200床未満の医療機関向けに設計され、サブアキュートと在宅復帰支援に力を注ぐメッセージであろう。更には医療法上の療養病床においては、自宅からの入院患者割合、自宅からの緊急患者の受け入れの条件を満たすか、救急医療を行うことができれば減算しないという見直しがあった。これは療養病床であっても、一定の条件をクリアすれば地域包括ケア病棟入院料（入院管理料）が取得できるし、この病棟で高齢者を診て下さいという意図と考える。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、平成12年度改定で創設され、大きく基本部分と実績部分から成り、令和4年度改定でそれらの要件により5段階評価となった。基本部分は人員配置とデータ提出加算の届出であり、これが入院料5に相当する。実績部分の要件による残る4段階評価の要件は、人員配置基準強化、休日リハビリテーション実施、重症患者の割合、重症患者改善度、在宅復帰率、実績指数であり、令和4年度改定でより厳密な要件になった。回復期リハビリテーションを要する状態については、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した大血管疾患又は手術後の状態」が追加された。又すでに届出がなされている特定機能病院における回復期リハビリテーション病棟入院料は、一定程度の役割を果たしていることから、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料と位置付けられた。

療養病棟入院基本料は、平成22年度改定で患者の重症度（医療区分）により入院料が2つにわかれた。令和4年度改定で、経口摂取ができない中心静脈栄養が必要な患者には、摂食機能や嚥下機能の回復のための体制を整えること、リハビリが必要な患者には、リハビリの評価の義務付けをした。療養病棟入院基本料の経過措置（看護配置20：1を満たさない）については、評価の見直しがなされ、経過措置期間が令和5年度末まで延長となった。

障害者施設等入院基本料は、平成12年度改定で創設され、令和4年度改定では特殊疾患病棟に合わせた見直しで、障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直された。

## ＜有床診療所入院料等＞

有床診療所の入院基本料の基本点数は据え置かれた。

しかしながら、一般病床の初期加算については、急性期患者支援病床初期加算（A）と在宅患者支援病床初期加算（B）の2つに再編された。

（A）については、他の医療機関の一般病棟からの転院の場合に算定できて、その期間が14日から21日に延長された。又、（B）は自宅や介護施設からの入院の場合で、その点数は1日当たり150点から300点に引き上げられ、算定期間も14日から21日に延長された。

尚、令和4年9月以降は、入院ACPである「人生の最終段階に於ける医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた治療方針に関する指針を定め、届出を行う必要がある。

入院基本料の引き上げがなされなかった事は残念であるが、既述の加算が引き上げられた事は、経営が苦しく減少の一途をたどる有床診療所に於いては、とりあえずの不服感があったものと評価できる。

尚、有床診療所療養病床入院基本料も同じく基本点数は据え置かれたが、上述の一般病床（A）に相当する急性期患者支援療養病床初期加算は150→300点/日へ、（B）に相当する在宅患者支援療養病床初期加算は150→300点/日へと引き上げられ、一般病床以上に評価できるものであった。

その他では、夜間看護配置加算1と2において、それぞれ5点の引き上げがなされた。

以上、今回の改正で初期加算の改定が行われた事は、その点数巾と期間の延長に於いて評価されるものと判断する。

しかしながら、看護職員の確保が日増しに厳しくなり看護助手で補充せねばならない有床診療所にとっては、その入院基本料6に於いては30日超の入院点数は480点であり、安価なビジネスホテル並みであり、やはり入院基本料の大巾アップを期待したいと思わざるを得ない。

人口減少社会、高齢者社会、若手労働者の減少が我が国のあらゆる産業に影響を与えている。更に世界情勢の変化と円安により資源エネルギーやモノの高騰が続き、あらゆる商品の値上げやサービスの値上げが相次いでいる。

医療機関に於いても、エネルギー（電気・ガス）、材料費の仕入れは高騰しているが、他の産業の様に価格転嫁し診療費を上げる事はできないのである。

消費税の問題もあり、今後は初診、再診料や入院基本料の増点と、一部の医療行為や特殊処置ではなく一般的な医療行為、処置での加算の充実を切に願うものである。

比較的安価な入院料で頑張っている有床診療所を存続させる事は、我国の医療（入院）費の拡張を防ぐ事でもあり得る。

## ＜精神科入院料等＞

精神科における入院医療については、急性期に関して大幅な見直しがあった。まず精神科救急急性期医療入院料および精神科急性期治療病棟入院料における総病床数の2割以下という病床数上限を廃し、総病床数に限らず両病棟併せて300床以上を可能とした。このことについては、精神科における高規格の病棟を拡大する道筋を作った点で評価できるが、点数の配分としては既存の病棟よりも減収となりやすい設計であり、そこは不合理であった。

名称変更となった精神科救急急性期医療入院料については、入院期間と精神科急性期医師配置加算の見直し、精神科救急医療体制加算の新設を行った上でマトリックスを構成し、病棟ごとの医療機能に応じて入院料が設定されることになった。一口に精神科急性期入院医療といっても、機能的には病院や病棟ごとに差があるという実態を反映させることを意識したものとなっている。なお、精神科急性期医師配置加算については、クロザピンの新規導入件数の要件が必須とされたが、基準が厳しすぎるのではないかとの意見が挙がっており、検証が必要と考える。精神科救急医療体制加算における対象疾患については、重症度の考えを導入した試みとなっており、その点は評価するが、その妥当性については検証が必要である。さらに当該加算を算定するためには、地方自治体の指定が必要となり、診療報酬に行政の判断が加わることになっているが、適切な運用のためには国の担当部署が地方行政を十分に監督すべきである。

専門的な入院医療については、まず、重度アルコール依存症入院医療管理加算が依存症入院医療管理加算に名称が変更となり、薬物依存患者も対象となった。そして、摂食障害の患者について、摂食障害入院医療管理加算の年間新規入院患者数の要件と、精神科身体合併症管理加算のBody Mass Indexの要件が緩和された。これらはいずれも評価できるものではあるが、対象が限られており影響は少ない。

また、自殺対策の観点からは、救命救急入院料において、自殺企図等で入院した精神疾患患者に対して精神科医と精神保健福祉士が積極的に関わった場合、精神疾患診断治療初回加算が新設された。意義はあると考える。

一方で、精神科においても近年は地域包括ケアの構築の推進が政策的な目標となっているが、入院医療においては、その配慮は全くなされておらず今後の課題である。

### 3. 医学管理等

令和4年度診療報酬改定では、診療情報提供料（I）の見直しが行われ、食物アレルギー患者について、学校等に生活指導管理表を交付した場合、本点数が算定できるようになったが、当該保険医療機関の主治医と提供先の学校医等が同一の場合は、算定できないとされた。この場合、文書料でも徴収できず、無償で交付せざるを得ない現状は不合理であるため、要件の見直しが必要である。

また、大腿骨近位部骨折患者に対する「二次性骨折予防継続管理料」が新設された。大腿骨近位部骨折の再骨折予防とともに、骨粗鬆症リエゾンサービスの活動そのものを広く推進するために大きな意義を持つものと評価できるが、算定要件として当該管理料1を他の保険医療機関が算定していなければ、管理料2・3は算定できないため、管理料1の算定有無にかかわらず2・3が算定できるよう、要件が緩和されることが望まれる。

「アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料」も新設されたが、舌下免疫療法や皮下免疫療法に関して、積極的に導入、維持に取り組んできた耳鼻咽喉科医も多く、ようやく正当な評価がなされたものと思われる。

「こころの連係指導料」も新設されたが、精神疾患の憎悪について、精神科以外の医療機関のかかりつけ医と精神科・心療内科を標榜する医療機関が連係する体制が作られたことは評価できる。しかし、かかりつけ医に対して自殺対策等に関する適切研修を義務付けるなど、算定要件が厳しいため、普及のためには算定要件の見直しが必要と思われる。

「特定疾患療養管理料」については、現在の対象疾患以外にも療養管理や指導が必要なものもあり、関節リウマチや緑内障等への対象疾患の拡大、また、現在は月に2回225点を算定可能であるが、長期処方により、月1回の受診者が増えてきている現状を踏まえると、実態に合わせて月1回450点への変更等、長年見直しの要望がなされているが実現には至っていないため、継続して要望していくべきである。

また、「小児科外来診療料」については、小児感染症に対する高額な迅速診断キットによる診断が増え、また使用する薬剤も高額となり、更には人件費の上昇により非常に厳しい状況にある。各種ウイルス迅速診断検査等は包括から除外し、出来高で算定可能とするか、これに見合う小児科外来診療料の点数の引き上げが望まれている。

## 4. 在宅医療

### (1) 在宅医療の現状

- 1) 団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年問題を見据え、昭和 61 年より在宅医療の推進が始まり、徐々に訪問診療を核とする在宅医療制度が整備されてきた。現在在宅医療は外来、入院と並び日本の医療制度において欠かせないものとなっている。
- 2) 平成 29 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 割は自宅ではなく老人ホームなど各種施設で行われていた。在宅医療を考える際に、自宅だけでなく施設における医療とのイメージを持つ必要がある。また病児を在宅で療養させたいという小児在宅医療のニーズが高まっている。今後はこのようなニーズに対する制度整備も重要である。

### (2) 主な算定項目

#### 1) 往診

- ①患者または家族などが医療機関に電話等で直接往診を求め、医師が必要性を認めて可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できる。原則在宅医療の範囲は直線距離で 16 km 以内と定められているが、やむを得ない事情は考慮される。
- ②医療機関の標榜時間でもっぱら診療に従事している時間内に往診した場合は緊急往診加算を算定できるが、急性腹症、心筋梗塞、脳血管障害等の特定の疾患が予想される場合に限る。令和 4 年度改定では特定の疾患に小児のてんかんや意識障害等が加えられた。

#### 2) 訪問診療

- ①定期的・計画的に患家を訪問して診療を行うものである。訪問診療計画や診療内容の要点、診療場所や診療時間をカルテに記載する必要がある。患者や家族の署名付きの同意書をカルテに添付しなければならない。
- ②平成 26 年度改定において単一建物で複数の患者を診察する場合の点数引き下げが行われ、さらに平成 28 年度改定において単一建物で診察する患者の数によって点数が区分された。(1 人、2～9 人、10 人以上)
- ③28 年度改定では在宅医療を専門に行う在宅専門診療所の開設も認められた。
- ④平成 30 年度改定で在宅患者訪問診療料 I (2) が新設され、主治医以外の医師の訪問診療を可能とすることで複数の診療科の連携が可能となった。

#### 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

- ①在宅療養計画に基づき、月 1 回以上継続して訪問診療を行った場合に算定する。平成 28 年度改定で月に 2 回以上という要件が緩和され、月に 1 回の訪問診療でも算定が認められるようになった。

②訪問頻度、単一建物の診療患者数、医療機関の種別、情報通信機器を用いるかどうかによって診療点数が細かく規定されている。

(3) 今回の改定について

- 1) 在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の施設基準、算定要件が変更された。特に全ての医療機関において「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた患者の適切な意思決定支援に係る指針の作成が加わった。
- 2) オンライン診療は初診からの実施が認められ、報酬が引き上げられた。また情報機器を用いた診療として在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の枠組みに組み入れられた。
- 3) 小児への在宅医療強化に向けて在宅がん医療総合診療料に小児加算が新設された。緊急往診加算でも対象予想疾患に、てんかんや意識障害等の症状が追加された。

(4) 今後の在宅医療

- 1) 福岡県と福岡県医師会による実態調査において、毎年ずっと増加していた在宅支援診療所の数が令和4年度に初めて減少に転じた。
- 2) 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の点数が細分化されるなど在宅医療に関するルールが複雑化しており、在宅医療への新規参入の障壁となっている。
- 3) 県境を越えて複数の在宅医療機関を経営するメガ在宅医療グループが出現し、経験の浅い医師による安易な入院依頼や抗精神病薬の乱用といった医療倫理的な問題が散見されるようになっている。単一建物において10人以上の診療を行うと施設入居時等医学総合管理料の点数が低くなるため、9人までしか診療しない医療機関が多くなり、入居者の多い老人施設の医療レベル低下の遠因ともなっている。
- 4) 地方における医師の高齢化、医師の働き方改革、介護人材の不足など在宅医療を取り巻く環境の悪化を直視し必要な施策を取らなければ、これまでは想定すべき問題であったがこれからは現実となる、2025年問題を前にして在宅医療に関わる問題は深刻化し、そのニーズを支えきれなくなるであろう。

## 5. 検査

検査に関する診療報酬改定の主要なポイントは以下のように考える。

1. 検体検査全体のマイナス改定。
2. 一方で微生物学的検査実施料は増点。
3. 採血料を含む採取料などの増点。
4. 生体検査で経皮的動脈血酸素飽和度測定が増点。
5. 鼻腔・咽頭ぬぐい液採取が増点。
6. 生化学検査（I）10項目以上の点数引き下げ。
7. 算定用件が複雑なもの、年齢制限等があるものなどが引き続きある。

これらのうち2. 3. 4. 5. の各点については、5. 以外の点数は僅かな増点ではあるが、経皮的動脈血酸素飽和度のように件数が多いため影響が大きいものもある。しかし検体検査実施料はおそらくコスト調査の結果を踏まえてであろうが全体では引き下げられている。さらに検査判断料は相変わらずの据え置きであり、検査項目が多岐にわたり複雑な判断を必要とする検査項目もあること、医師の実務に対する報酬であることを考えると増点が望まれる。

検体検査の中で実施件数として大きいのが生化学検査（I）であり、この点数は平成6年以降毎回引き下げられており、次期改定時も憂慮すべき問題と考える。

上記7. については整形外科領域で骨代謝マーカーの算定用件が煩雑である。これらの検査が必要な骨粗鬆症は今後の高齢化社会では患者の増加が予想され、治療方針の決定や治療効果判定を行う際に必要不可欠な検査が、より負担なく実施できるようにする必要がある。また眼科領域では手術が必要な疾患での黄斑部の評価が重要であり、非侵襲的検査の眼底三次元画像解析は術前検査としての算定の要望が強い。さらにRSウイルス検査については、実際の感染年齢が制限された年齢にそぐわず、兄弟児感染を防ぐ点からも年齢制限を外すことが望まれる。

その他腹部エコー検査は、非観血的検査で患者の苦痛も少なく疾患の診断補助として有効であることを考えると、点数としては低すぎるのではないかと。乳腺超音波検査も同様であり、乳がん診療において超音波検査の占める比重は大きなものになり、さらに増点が望まれる。

耳鼻科領域では高齢者の増加で高度難聴者も多く、聴力検査に係わる労力が著しく増大していることを考慮してほしいとの要望が強く、同様に乳幼児の採血時も多く的人的・時間的負担が大きく、また小学校低学年でも診療に抵抗する児がいるため、増点と加算対象年齢の引き上げが望まれる。

患者の高齢化と検査項目の増加、結果判定の複雑化など今後医療現場が割かなければならない人的・物的資源は増加すると考えられる。今後それに見合った合理的な増点が望まれる。

## 6. 画像診断

今回の改定では以下の3点が改定された。

1. 画像診断管理加算
2. 肝エラストグラフィ加算
3. 血流予備量比コンピューター断層撮影

更に新たに「人工知能技術（AI）を用いた画像診断補助に対する加算（単純・コンピューター断層撮影）」が、保険適用されることが決まった事は画期的なことであり、AIを用いた画像診断支援の医療領域へのさらなる広がりが期待される。医療AIを使うことで、結果的に医療の質が上がったり、効率が上がったり、コストが下がったりすれば、患者にとっても大きなメリットとなるものと考えられる。さらに画像診断AIは、放射線科医の読影業務を支援することで、疾患の見落とし防止や読影精度の向上だけではなく、読影時間の削減などの業務効率化も期待されている。

血流予備量比コンピューター断層撮影等、侵襲の少ない検査の適応は評価されるべきで、今後につながるものである。更にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、コンピューター断層撮影診断料及び頭部外傷撮影に新生児・乳幼児・幼児加算が新設されたことも評価できる。

また、今後専任の放射線技師の配置が重要になってくるものと思われる。

将来、医療AIが医師をサポートし、全国どこでも標準的な専門医療を受けることができるようになる可能性があり、将来的には、日本だけでなく、世界中の医療をつなげることができるはずである。

## 7. 投薬・注射

### (1) リフィル処方：

リフィル処方の導入 0.10%減（▲110 億円）は中医協で議論され決定されたものではなく、改定率を決定する予算大臣折衝の中で改定財源捻出の手段として経済効率を優先して急遽浮上し保険導入されたものである。リフィル処方の導入が通知されたのち、多くの医師会より強い導入反対の意見が出ている。保険導入に当たっての中医協での有効性・安全性についての議論もなく、利便性・経済効率が優先されたことに対し中医協の形骸化を危惧する意見もある。また、日本医師会では、リフィル処方箋の導入については、症状が安定している慢性疾患の患者でも定期的に診察を行い、疾病管理の質を保つことが重要であり、長期処方にはリスクがあるため、新しい仕組みの導入に当たっては、患者の健康に大いに関わることになるので、慎重の上にも慎重を重ねて、丁寧な対応を求めるとしている。医療現場では患者が利便性を求めて医師にリフィル処方を求めるケースも想定されリフィル処方を行うか否かにかかわらず現場での丁寧な説明が必要となる。日本では処方権及び処方内容決定については医師のみに与えられた権限であり、リフィル処方を採用するか否かは処方医の判断にゆだねられている。

日本保険薬局協会（NPhA）が令和4年5月24日から6月6日までに実施した調査結果では、応需実績があると回答した薬局は17.6%（2,087 薬局/1万1,882 薬局）だった。受付回数は9,831回で、全体（1,870万回）の0.053%であったとのことである。リフィル処方箋を発行する医療機関は、「クリニックが病院より多い」（48社）との回答が大半を占めた。診療科としては、「内科・消化器内科・循環器内科」（37社）が多かったとのことである。

令和5年3月22日中医協の診療報酬改定結果検証部会では、リフィル処方箋の実績は、令和4年5月の処方箋の発行は、病院数869病院、診療所数2,338診療所となっており、算定回数は、病院・診療所全体で2万1,025回である。同時期の処方箋の算定回数全体は5,000万回を超えており、割合としては0.04%という結果であった。また、令和4年5月の薬局の受付実績は、受付回数は2万9,950回で、全体では約6,228万回であり、その0.05%という結果であった。患者調査では、リフィル処方箋利用によりメリットと感じるものについては「通院にかかる時間的負担を減らせる」という回答が最も多く、デメリットについては「医師に診てもらえる機会が減ってしまう」という回答の割合が最も多い結果であった。ここでは、リフィル処方箋の発行状況が低調であることが示されたほか、各委員から回答率の低さを問題視する意見が多数挙がった。

骨太の方針2023では、「関係者・関係機関の更なる対応により、リフィル処方の活用を進める。保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取り組みを検討し、実施する」

とされており、果たして、この状況で0.10%減(▲110億円)の財源が確保されるのか、あるいは更なる財源確保のための厳しい要件が今後示されるのか注目が必要である。

(2) 外来後発医薬品使用体制加算の引き上げ：

平成28年度改定で新設された外来後発医薬品使用体制加算は平成30年度改定で細分化され、令和4年度改定で厳格化されたが、国策である後発医薬品使用に対する院内処方での評価は不十分である。令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置でそれぞれ2点、令和5年12月31日までの間に限り加点されたが、診療所の院内処方での後発医薬品院内処方の評価は病院や調剤薬局より遅れて新設されたものであり、まだ不十分であり引き続きの引き上げが求められる。支払い側からは、後発品の使用体制加算や調剤体制加算を廃止に向けて段階的に見直すべきとの意見が出ているが時期尚早である。

(3) 院内調剤と院外調剤(薬局調剤)の格差解消：

令和2年度改定では、厚生科学審議会・医薬品医療機器制度部会の医薬分業に関するとりまとめが公表され、20年ぶりに院内調剤の評価が見直され、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるとの指摘から、僅かではあるが入院外の調剤料+2点及び調剤技術基本料+6点引き上げられた。

当時のそれに先立つ中医協では、薬局の業務を「対物」から「対人」に転換させていくための方策「患者本位の医薬分業の推進」が議論され、院内調剤と薬局調剤の点数格差が問題となった。院内調剤と院外調剤では約4倍の点数の開きがあり、更にかかりつけ薬剤師・薬局では約6倍の開きがあること。同じ薬剤を処方されるのに、薬剤をもらう場所が違うだけで約4～6倍もの費用の格差が現存していることは不合理であり早期の解消が求められる。医科点数表とは反対に調剤報酬では多種類・長期間になると更に費用が引き上げられること。頓服・混合薬・一包化での加算など、医科点数表にはない点数項目が認められており、現在は薬局調剤にあまりにもインセンティブが付与されている。

この格差は院内調剤で患者に向き合って丁寧な医療を行っている我々かかりつけ医のモチベーションを下げ、誇りを傷つけている仕組みではないかと思われる。にも拘らず令和4年度改定で、院内調剤と薬局調剤の格差解消の改定が行われなかったことは残念であり、引き続き格差解消を根気強く求めていく必要がある。

(4) 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の減額規

定は撤廃されるべきであるとの診療側の主張は長年訴えられてきたが未だ実現には至っていない。

平成4年に薬価差益を理由に決定されたこの減額規定は、現在の医療現場の実態を全く反映しておらず、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おり、そのような患者には、より丁寧かつ慎重な対応が求められるものであり、むしろ評価が引き上げられるべきである。この多剤投与減算により年間どれだけの医療費が節約されているのか情報が明らかにされるべきである。

(認知症) 地域包括診療加算、(認知症) 地域包括診療料の施設基準を算定している医療機関では減額規定は除外されているが、一部の主治医での算定に限られている。

かかりつけ医が自己の専門分野以外の疾病も総合的に管理し、他医や他診療科の薬剤を一括して処方する場合、ポリファーマシーや相互作用等を考慮するなど更に労力を要するにもかかわらず、むしろ減点となることは矛盾しており、むしろ加算されるべきである。この減算規程は、かかりつけ医機能の推進に逆行しており、速やかに廃止されるべきである。

特に、在宅医療では原則一人の医師が複数科の診療を行い、処方箋を発行することが原則であり、多剤投与の減算は患者本位の医療とかけ離れた不合理な内容であり早急に廃止されるべきである。

#### (5) 有床診での入院時院外処方料の新設：

院内処方の有床診療所にとって他科の薬剤を全て揃えておくことは困難である。購入すると不良在庫となり、他科を受診すると、入院料の減算となる。そこで、低い点数での入院時院外処方料の新設が要望されている。

#### (6) 注射：

皮内、皮下及び筋肉内注射の点数が2点引き上げられ、静脈内注射が2点引き上げられ、乳幼児加算が3点引き上げられた。

点滴注射では6歳未満(100ml以上)が2点、6歳以上(500ml以上)が1点、その他の場合が1点引き上げられ、乳幼児加算も1点引き上げられたが、コスト的にはまだ十分ではない。注射では医師の技術料としての処方料が設定されておらず、注射処方料の創設が必要である。

外来化学療法加算では、安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医学管理等の項目に「外来腫瘍化学療法診療料」が新設され、これに伴い、外来化学療法加算の「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」の点数は廃止された。また、バイオ後続品使用促進に

向けてバイオ後続品導入初期加算が新設された。

今後、診療報酬改定結果検証部会で外来医療に係る評価等についての中で議論される予定であるが、現在までに外来化学療法加算の改定についての評価や要望は挙がっていないが、外来腫瘍化学療法診療料の算定回数が、イ抗悪性腫瘍剤を投与した場合の3回に限りではなく、1回につき算定可能となるよう、患者の受診状況に即した評価点数となるよう要望があっている。

## 8. リハビリテーション

リハビリテーションに関する令和4年度の主要な改定ポイントは以下の通りである。

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料の要件及び評価体系の見直し
2. 回復期リハビリテーション適応疾患の拡大（心大血管リハビリテーションの追加）
3. 早期離床・リハビリテーション加算の対象拡大
4. 早期離床・リハビリテーション加算の職種要件の変更（ST 追加）
5. 特定機能病院における回復期リハビリテーションを担う病棟の評価
6. 運動器リハビリテーション料対象疾患の見直し（糖尿病足病変追加）
7. リハビリテーション実施計画書署名欄取り扱いの見直し

これらの中で、2～7については、リハビリテーション医療の現状に即したものであり、一定の評価を下すべき改定であると考えられる。ただ、2（心大血管リハビリテーションの回復期リハビリテーション適応疾患への追加）は、施設基準のハードルが高く、参入の意思があっても実現が難しい。心不全パンデミックと称され、心大血管リハビリテーションの重要性が飛躍的に高まっている医療現場の現状に鑑み、心大血管リハビリテーションの供給が需要に追い付かないのではないかと危惧される。

また1（回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し）にあっては、重症患者比率に関する要件が引き上げとなり、入院料1と2では新規入院患者の4割以上が重症でなければならないと規定されている。重症患者（とくに高齢者）はリハビリテーションの効果が上がりにくく、その結果、自立や社会復帰が難しい例が多いことは周知の事実である。にもかかわらず入院患者の半数近くがかかる患者で占められることにより、自立または社会復帰できる可能性が高い患者に対して十分なリハビリテーションの機会が提供できなくなるという危惧が生じる（とくにリハビリテーションの量的インフラが脆弱な地域において）。新規入院患者に占める重症患者率が過度に上がることで、あるべき地域リハビリテーション医療の形に逆行する恐れがあることは指摘しておく。

次回改定への要望として、以下の2点に言及したい。

第一に、整形外科領域においては、骨折、脱臼、捻挫などの疾患は受傷後1か月程度のギプス固定等、免荷期間を経てリハビリテーションを開始することが多い。換言すれば、実質的なリハビリテーション可能期間が約1か月短くなるということであり、患者にとって不利益が大きい。荷重開始日を起算日にするなど、何らかの措置を講じていただきたい。

第二に回復期リハビリテーション病棟での薬剤費について現場の問題点を指摘して、実情に即した改善を望みたい。回復期リハビリテーション病棟においては薬剤処方などの医療行為は入院料に包括となっている。しかし、昨今の包括に含まれない高額な新薬は薬価が非常

に高く、包括では対処できない例が増えている。その結果、高額な薬剤を必要とする患者がリハビリテーションの機会を奪われる恐れがあり、今後その傾向はさらに顕著になってくると思われる。「等しく医療を受ける患者の権利」という側面からみても看過できない問題である。薬価上限を超えた分は請求できるなど、現実的な対応を希望する。

## 9. 精神科専門療法

精神科専門療法においては、最近の医療政策の流れに沿った患者の地域移行および地域定着支援に係る項目や、専門性の高い項目、自殺対策を中心に見直しがなされた。個別の項目では、まず、療養生活継続支援加算の新設が注目される。これは、多職種（主に精神保健福祉士）が、地域で暮らす患者に対して相談支援や関係機関との連絡調整を行うことで、算定出来るものである。すでに精神保健福祉士を雇用している医療機関であれば、これまで人件費の持ち出しで行っていた業務であるから、多少なりともこれが点数化されたことについては評価できるが、今後はさらに取り組みやすい項目へ見直しを進めていただきたい。また、地域定着支援の柱の一つである精神科在宅患者支援管理料については見直しがなされたものの、対象拡大が、引きこもり状態の患者か受診中断中の患者のみに留まり、物足りないものであった。

次に注目されるのは、通院・在宅精神療法における精神保健指定医の評価である。患者の人権を護るために必要な国家資格である精神保健指定医の資格獲得の動機づけとなりうるため、外来での評価を復活させたことは歓迎したい。通院・在宅精神療法については、児童思春期精神科専門管理加算の見直しも行われた。16歳未満の患者に対して2年を超えても算定出来る仕組みとなったが、年齢の上限があることに加えて、児童思春期精神医療に対して専門性が高いと認められている医療機関しか算定できないため、算定対象は少なく、こちらも見直しが不十分であったと考える。

専門性の高い項目としては、依存症集団療法においてアルコール依存症が追加となった。

自殺対策の観点からは、自殺企図等で生じた外傷や身体症状によって入院治療が必要になった患者が、救命救急入院料以外に入院した場合に算定できる救急患者精神科継続支援料の点数や回数が大幅に緩和された。これらについても評価できるが、やはり算定対象は少ない。

## 10. 処置

令和4年度改定では耳鼻咽喉科の乳幼児処置加算・処置時の小児抗菌薬適正使用支援加算の2項目の通則の新設があった。これは耳鼻咽喉科医の予てからの要望であり、ようやく小児科と足並みをそろえて小児診療に臨むことができると評価されている。

また、下肢創傷処置・陰唇癒合剥離の2項目の処置の新設、人工呼吸についての加算の見直しが行われ、局所陰圧閉鎖処置と血漿交換療法に3項目の注の追加が行われた。これらはいずれも特定の診療科における特殊な処置に対するものであり、前回改定と同様に一般の医療機関や他診療科の算定可能なものではなく、医療機関全体に及ぼす効果は限定的である。

耳鼻咽喉科で3項目の処置料の増点があったが、これまで長年にわたり低い点数に抑えられていたものであり、増点も満足のいくものとはなっていない。また、ロボットスーツによる歩行運動処置も増点となったが、今後の労働力不足、被介護者の増加を考えると十分なものとは言えない。

これまでも要望を続けてきているが、全般的な項目に渡って、今後の改定時には点数の引き上げが必要である。今年度の各専門医会から挙げられた処置に関する要望事項を以下に示す。

- ①創傷処置の増点及び部位や範囲、深度などの分類による加算項目の追加。
- ②消炎鎮痛処置の増点並びに複数部位での算定。
- ③絆創膏固定術の手関節や手指など他の関節への算定要件の拡大。
- ④関節穿刺への股関節加算の新設。
- ⑤足趾の肥厚爪に対する肥厚爪形成処置料の新設。
- ⑥爪甲硬厚、爪甲鉤弯症を対象疾患とした点数の新設。
- ⑦皮膚科軟膏処置、いぼ等冷凍凝固法、面皰圧出法の増点。
- ⑧耳管咽頭口閉鎖処置、耳処置（複雑なもの）の新設。

人工腎臓は、平成12年から令和4年まで連続してのマイナス改定である。人工腎臓施設ではコロナ感染対策のために時間的空間的隔離が必須であり、人的確保や物的経費にも多くの支出が必要となっている。さらに光熱費・水道料、加えて消耗品の相次ぐ値上げなどで、実質的に大幅な減収となっており、次回改定では点数の再評価が必要である。

## 11. 手術

令和4年度診療報酬改定では、外科に関して新たに保険収載された項目として17項目、また各種の見直し項目（増点）は処置を含めて28項目であった。新たに保険収載された手技のほとんどは高難度の手術、あるいは実施する機会は稀としか言いようのないものが多い。その中で K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術の3：超低位前方切除術、ならびに経肛門吻合を伴う切除術の新設は今後の直腸がんに対する術式の選択肢が広がり、かつその点数の評価も納得できるものである。また痔瘻手術（注入療法、K746-3）の追加も術式の選択の幅が広がり評価できる。また既存技術の見直しとして、手術支援機器を用いた胃悪性腫瘍に対する手術に約1万点以上の加算が加わることになっている、設備を導入した施設にとって、いまだ十分ではないと思われるも、加算評価が獲得された意義は大きい。

手術等の医療技術の評価、見直しに関しては28項目が認められている。多くは実施頻度の少ない、難度の高いものであり、汎用性の高い手技等の加算、増点ではなく、外科領域の一般的、普遍的な手技に関して新たに評価（増点）されたものは少ない。少ない中でも一般診療の中で、評価できる項目について以下に述べる。

処置の項目になるが、J000-2 下肢創傷処置の新設は重症糖尿病からの糖尿病性足病変の出現頻度が増え、さらに治癒に時間を要することなどより、評価できる内容である。下肢静脈瘤手術（静脈瘤切除術、K617）の追加も軽度のものに対しては有効であり、評価できるものである。さらに繰り返されるが、痔瘻手術（注入療法）の追加は従来根治手術に比し、簡便で、術後のQOLも高く評価されるべきものである。処理の項目になるが、K000、K000-2、K001、K002、K023等は外来処理～手術室利用のものまで増点となっている、外科の基本的な手技でもあり、採血、注射手技の増点と併せて評価できるものである。この中で K023 筋膜切離、筋膜切開術について840点→940点と増点となっているが、本手技は一般に重症例、緊急例に実施することが多く、疾患の重症度を考慮すればさらに増点されてしかるべきと思われる。

また今回、コロナ肺炎への対応で注目されたものと思われるが、人工呼吸器管理関係（J045）の増点が図られている。高齢者の手術が増加し、呼吸器管理を余儀なくされる事例が増え、大いに評価できる内容である。

以上評価できる内容に関して記述してみたが、旧来の一般的手術、手技に関しては増点が得られておらず、外科医の診療技術全体の評価の見直しがなされているわけでもない。今後も基本的な診療行為、手技に関しての評価の拡大を目指して要望を継続すべきである。

また前回の要望項目として列記した以下のものについて、特に改定もなされておらず、引き続き要望を継続したい。

- ① 腸瘻造設術 (K 725) は小腸での瘻孔作成、人工肛門造設術 (K 726) は結腸での瘻孔作成 (人工肛門) であるが、それぞれの点数は、9,890 点、9,570 点とほぼ同額に設定されている。また同術式を腹腔鏡下で実施した場合は腸瘻造設で 13,200 点、人工肛門造設で 16,700 点とされている。これらは腸管の腹壁への露出が小腸 (回腸)、あるいは結腸の違いだけであり、手技の煩雑さなどはほぼ変わらないことより、いずれも同額として、人工肛門 (腸瘻・虫垂瘻含む) 造設術として記載された方が単純でわかり易い。腹腔鏡を用いた場合も同様であり、腸瘻、人工肛門の双方ともに 16,700 点とすることを希望する。

一方、減圧用一時的人工肛門 (Diversion Stoma) は直腸切除術 ( 1 切除術、 2 低位前方切除術、 3 超低位前方切除術) の際に付加されるものであり、一時的な減圧を目的とし、閉鎖することが前提の付加手術である。開腹法 (K 740) で 2,000 点加算、腹腔鏡下 (K 740-2) で 3,470 点加算となっているが、あくまで付加手技であり、どちらも 3,000 点の加算が良いと思われる。腹腔鏡下直腸切除術として開腹法に比し、すでに 1)、2)、3) 法に対し約 2 万点が増点されていることも考慮し、単純に解釈できる表記が望ましいと考える。

また小腸瘻閉鎖術 (K730)、結腸瘻閉鎖術 (K731) さらに人工肛門閉鎖術 (K732) に関して、腸管切除を伴わないものについては 11,580 点、11,750 点、11,470 点とほぼ同額である。

腸管切除を伴うものでは小腸瘻で 17,900 点、結腸瘻で 28,710 点、人工肛門で 34,280 点とされている。感染リスクを考慮しての点数設定と思われるが、人工肛門、および小腸瘻の腹壁の作成部位はほぼ同一の部位と想定されること、また閉鎖時は術後感染や閉鎖部の腸管狭窄を防止するため、通常大なり小なり腸管切除して縫合閉鎖することより、腸管切除を伴うものとしてすべて 34,280 点で統一、単純化されることを希望する。

- ② 鏡視下手術より途中変更した場合 (開胸、開腹など従来法への変更=Conversion) の取り扱いについては、従来法でなければ手術が成立しなかったことから、主たる手術は従来法で算定するとすべきである。さらに手術の内容自体は同一であることより、従来法と鏡視下手術の点数格差を是正すべきである。
- ③ イレウスチューブ挿入法の前回増点ではまだ不足であり (610 点→730 点)、胃内視鏡検査以上 (1,140 点) の増点が望まれる。
- ④ 手術の通則 14 同一手術野の設定について、鏡視下手術の導入・普及に伴って「同一皮切」かどうかでの判断設定は不合理となっている。したがって「同一皮切」ではなく「手術

操作が及ぶ解剖学的領域」を〔「同一手術野」とする〕と定義づけるべきである。

## 12. 麻酔

007「開放点滴式全身麻酔」について、その名称を「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（短時間）」へ変更することを要望する。

理由：現在、開放点滴麻酔法による全身麻酔は現在どの施設においても施行されていない。しかし、小児や新生児の心臓血管系造影検査においてはマスク又は気管内挿管により全身麻酔下で行われ、その麻酔時間も20分以内で終了する症例があり、このような症例は留意事項通知「ガス麻酔器を使用する10分以上20分未満の麻酔は本区分により算定する」に該当する。

以上より留意事項通知はそのまま、「開放点滴式全身」の名称のみ「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（短時間）」という表現句に改めることを要望する。

## 13. 病理診断

今回の改定は点数の見直しだけである。N006 病理診断料の1組織診断料が450点から520点へ増点(+70点)となった。ただ同組織診断料が算定可能なのは病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所とされており、月1回の算定しかできない。

病理組織診断専門医になるまでには長年の経験が必要であり、高度の専門性を有する病理組織診断専門医に対する評価はあまりにも低い。このことは全国的な病理診断専門医不足の現状をさらに悪化させる要因にもなりかねない。

以上の観点から、病理診断料の大幅な増点と共に、月1回の算定ではなく、第3部第4節(診断穿刺・検体採取料)によって得られた検体に対し第13部第1節(病理標本作成料)で作成されたそれぞれの病理組織切片に応じて、病理診断料の算定が可能とすべきである。

また、N007 病理判断料が150点から130点へ減点(-20点)となったが、これも月1回の算定となっており、病理組織診断専門医に対する評価は低く、前記と同様の対応(増点および病理組織切片に応じた病理判断料の算定可)とすべきである。

なお、前回指摘したHER2タンパク、HER2遺伝子標本作成の月跨ぎ算定の問題点に対する解決策は講じられていない。再度改善策を要望する。

### Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い等についての評価

新型コロナウイルス感染症のパンデミックが生じている中、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」が次々に発出された。パンデミックの緊張の中での診療行為を強いられた医療従事者の、精神的・肉体的ストレスを十分に解消する助けとなったとは言えないが、次々に発出される臨時的取扱いにより新型コロナウイルス感染症の診療に携わる医療機関にはそれなりの診療上の評価はなされた。

その間、ワクチン及び治療薬の登場で新型コロナウイルス感染症に立ち向かう盾と矛を手に入れることもできたと言えるだろう。また、日本は他の先進国と比較しても新型コロナウイルス感染症による死者の割合は少なかったが、これは国民一人一人が良く現状を理解して行動制限を受け入れ規律を持って行動してくれたおかげに他ならない。

令和5年5月から新型コロナウイルス感染症は感染法上の取扱いも2類相当から5類相当に改められた。しかし新型コロナ感染症の現状をみると感染力はインフルエンザより強く、重症化する割合もインフルエンザより高く、また後遺症も多岐にわたりかつ長期間続くというのが率直な感想である。

そのうえ、新型コロナウイルス感染症の感染が、国は言わないが第9波と言ってよいくらいの広がりを見せている中、令和5年9月末で外来医療費及び入院医療費における公費支援については見直されることとなっているが、かなり特別の注意を払う必要がある新型コロナウイルス感染症の診療上の特性から、現時点で部分的公費負担の廃止を含め、変更は時期尚早と言わざるを得ないと思う。

また、この診療報酬上の臨時的な取扱いについては令和6年4月の次期改定において恒常的な感染症対策への見直されることとなっているが、今後も感染状況が大きく変動することも懸念され、次のパンデミックに備える意味でも感染症対応についての評価として示された院内トリアージ実施料や救急医療管理加算等の恒久化が必須であると考えられる。

## IV. 次回改定の課題（要望事項）

令和4年度診療報酬改定及び新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いの評価並びに次期診療報酬改定に対する要望について、各郡市区医師会、各病院団体、各専門医会及び本委員会委員から提出された意見をもとに令和5年1月11日開催の本委員会で協議検討した。その結果、下記10項目を選定し、令和5年1月26日開催の福岡県医師会第33回全理事会の承認を得、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会の九州ブロック委員である大分県医師会へ提出した。

	項目	具体的内容
1	総論 (重点項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬価、医療材料費の引き下げられた分を診療報酬本体へ回す、また、技術料（基本診療料）の引き上げを要望する。</li> <li>・平成18年度改定で設定されている現在の入院時食事療養費については、消費税の引き上げや、近年の物価及び人件費の高騰を考慮し、見直すべきである。</li> </ul>
2	初・再診料 (重点項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初・再診料は、基本的な診療行為の費用を一括して基本診療料として支払う方式がとられているが、その包括される内容が時代や環境の変化により年々増加していることを踏まえ、点数の引き上げを要望する。</li> <li>・新興感染症に対応するため、外来感染対策向上加算及び連携強化加算について、要件の緩和並びに点数の引き上げを要望する。</li> </ul>
3	入院医療 (重点項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療の実情から内科系を含めた幅広い疾患に24時間救急対応している急性期病院が評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しを求める。</li> <li>・地域の救急医療を維持するために、救急医療管理加算の更なる引き上げを要望する。</li> </ul>
4	医学管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定疾患療養管理料は対象患者を拡大し、時代に即した特定疾患に見直すことを求める。</li> <li>・二次性骨折予防継続管理料は、管理料1の算定の有無に関わらず、管理料2・3が算定できるよう算定要件の緩和を要望する。</li> <li>・小児科外来診療料は、ウイルス迅速検査の種類も増えていることから、点数の引き上げを要望する。</li> </ul>
5	検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・超音波検査は、検査の有用性に比べ全体的に低い点数に抑えられており、引き上げを要望する。特に、乳腺は体表の350点とされており、増点を求める。</li> </ul>

6	投薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内処方と院外処方の点数格差が大きい。院内処方の場合は、患者から分包や一包化を求められる等、手間がかかることも考慮し、点数の引き上げ又は新たな加算の新設を要望する。</li> </ul>
7	リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>骨折や脱臼、捻挫等のリハビリテーションは、1ヶ月程度のギプス固定除去後に始まることが多く、リハビリテーションの治療開始日を起算日とすることを求める。</li> </ul>
8	精神科専門療法	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科在宅患者支援管理料について、在宅時医学総合管理料と比較して算定しづらい仕組みとなっており、同管理料を参考に見直すべきである。</li> </ul>
9	処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>創傷処置については、創傷の状況は一律ではなく、必要とする消毒薬や、被覆材の種類・量も様々であることから、一律に点数を設定するのではなく、部位や範囲、深度により加算が算定できるよう要望する。</li> <li>透析療法全般の点数の引き下げ及びコロナ患者の隔離透析など感染対策にかかるコストは医療機関に大きな影響を与えており、人工腎臓の点数の全体的な引き上げを要望する。</li> <li>消炎鎮痛処置は、長年にわたり低い点数に抑えられており、外来管理加算より評価が低く、更に、柔整で認められている複数部位での算定が医科では認められておらず不合理である。早急な見直しを要望する。</li> </ul>
10	新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>算定要件や算定期間が流動的に変更されることによって、医療機関は混乱し請求が煩雑になっている。新型コロナウイルス感染症が終息するまでは継続して評価されるべきである。</li> </ul>

## V. おわりに

令和4年度診療報酬改定は、診療報酬本体が+0.43%、薬価・材料費-1.37%で、診療報酬総体では-0.94%と、全体ではマイナス改定であった。今回の改定で、政府が「看護の処遇改善」や「不妊治療の保険適応」などへのあらかじめ使途を定めた改定率を盛り込み、また中医協の議論を経ずに「リフィル処方箋の導入」を決定したことは中医協の形骸化を危惧させるものである。

新興感染症対策として「感染防止対策加算」が「感染対策向上加算」に見直され、「外来感染対策向上加算」及び「連携強化加算」が新設されたが、施設基準が厳しい一方、それに見合った点数とは言い難い。次期改定では、要件緩和並びに点数の引き上げが必要と考える。

令和4年8月10日の中医協で、令和5年4月からのオンライン資格確認の原則義務化が決定された。これに沿う形で療養担当規則等が改正され、この後からは全ての会員医療機関への顔認証付きカードリーダーの導入を目標に、アンケート調査や通知の伝達に努めてきた。さらに令和5年6月には、マイナンバーカードと健康保険証の一体化及び令和6年秋の健康保険証の廃止も法制化された。しかしながら、マイナンバーカードの紐づけなどに様々な不備が見つかっており、今後の状況は不透明である。制度化をあまりに急ぎすぎているための様々な欠陥の表れではないだろうか。

令和5年5月8日には新型コロナウイルス感染症が、感染症法上の「5類相当」となり診療報酬上の臨時的な取扱いが大きく変更され、入院料や様々な加算が減額され、新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関は混乱している。「5類相当」へ引き下げられても新型コロナウイルス感染症による影響は続いており、医療機関では、日々の診療に加えて院内の消毒や発熱患者の動線を分けた診療など相変わらず大きな負担を強いられている。今後も流行状況には起伏が想定され、その場しのぎではない診療報酬上の恒常的な手当てを望みたい。

次に、入院時食事療養費であるが、平成6年に1,900円に引き上げられ、平成9年の消費税引き上げに伴い1,920円に引き上げられて以来一度も見直されていない。しかし、現在までの間に物価や人件費、光熱費は上昇し消費税も10%まで引き上げられている。入院中の食事提供は疾患の治療上も重要な要素であり、その質を落とすことは許されない。材料費や光熱費の高騰をもって食事提供の質を落とすことは問題であり、それ以前の問題として20年以上据え置かれていることは異常ともいえる。入院時食事療養費の引き上げを真剣に検討する時期が来ていると考える。

ロシアのウクライナ侵攻以後の物価や光熱費の高騰もいつまで続くか見通しが立たず、今後物価が以前の状態に戻ることは考えにくい。物価上昇・賃金上昇の状況に配慮し、患者・利用者負担・保険料負担を踏まえ、従来通り薬価・医療材料費の引き下げ分を診療報酬本体に回し財源を確保し、初診料・再診料・入院基本料などの基本診療料を中心とした診療報酬

の引き上げが求められる。

これら基本診療料の引き上げのような巨額の財源を要する問題になると、中医協での議論では解決が見つからないことが多いようである。日医としてもこの問題に対応するためには医政活動が重要であり、松本吉郎日医会長も先日の県医師会での講演で、①医師会員数の増加、②医師会会員の与党自民党員数の増加、そして③次期参議院議員選挙での日医候補の大量得票による当選、を挙げられている。我々としてもこれまでの日医診療報酬検討委員会を通しての要望に加えて、プラス改定の実現に向けて強い医政活動を続けていかななくてはならないとしてこの稿を終わりとす。