

令和 2 ・ 3 年度

診療報酬検討委員会答申

『令和 2 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』

令 和 4 年 2 月

福岡県医師会診療報酬検討委員会

令和4年2月22日

福岡県医師会
会長 蓮 澤 浩 明 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「令和2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
	浦	上	泰	成
	大	村	重	成
	岡	村		健
	亀	山	博	生
	木	村		寛
	佐	野	正	敏
	添	田		修
	津	田	泰	夫
	寺	澤	正	壽
	中	山	眞	一
	西		秀	博
	西	見	幸	英
	原		文	彦
	原		祐	一
	別	府	和	茂
	松	本	直	樹
	横	倉	義	典

※委員は五十音順で記載

～ 目 次 ～

I. はじめに	… 1
II. 令和2年度診療報酬改定の検証（評価）	
1. 初・再診料	… 3
2. 入院料等	… 3
3. 医学管理等	…10
4. 在宅医療	…11
5. 検査	…13
6. 画像診断	…14
7. 投薬・注射	…14
8. リハビリテーション	…17
9. 精神科専門療法	…18
10. 処置	…19
11. 手術	…20
12. 麻酔	…22
13. 病理診断	…23
III. 次回改定の課題（要望事項）	…24
IV. 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（入院外、在宅、入院）	…27
V. おわりに	…33

I. はじめに

今回の改定はいつもの改定と比較して印象の乏しい小幅な改定であった。その理由は大きく分けて3要因にまとめる事が出来よう。まず前回改定は6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定であり、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ため、影響が多くの分野に及んだことである。次に、2019年10月の消費増税時に診療報酬本体は+0.41%（医科+0.48%）となり、初診料は6点増、再診料は1点増、旧7：1看護は1日あたり59点増となったこと、すなわち、基本診療料の増点というわかりやすい消費増税補填がなされたことである。最後に、コロナ禍に世界中が巻き込まれたことである。我々も診療報酬改定へ関心を払う余裕がなかったのが実態であり、この3要因が重なったため印象の乏しい改定となったのであろう。

さて、今回の改定は診療報酬本体が+0.55%、薬価-0.99%、材料費-0.02%、薬価・材料費合わせてマイナス1.01%で、診療報酬全体改定率（ネット）はマイナス0.46%となり、4回連続のマイナス改定となった。また、今回は働き方改革に対応しなければならないという大きな要因に対し、本体部分（+0.55%）のうち0.08%（公費126億円程度）が、勤務医（救急病院で勤務）の働き方改革への特例的な対応として財政措置がなされた。さらに、日医の組織を挙げての努力により、大変厳しい国家財政の中、本体プラス改定が堅持されたことは十分評価されなければならない。また、地域医療介護総合確保基金が継続・上積みされたことは、地域医療を2025年に向けて整備するために重要な点であろう。

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（2013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ことになる。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4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であり、元に戻されるべきであることを強く訴える。

一方、社会保障と税の一体改革は、令和元年（2019年）の消費税10%引き上げにより一区切りしたとされているが、課題を残している。「社会保障・税一体改革大綱」では、消費税について、その使途を明確にし、全て国民に還元

し、社会保障財源化すると決められていたが、消費税率８％以降はその使途が社会保障４経費に広がり目的税化されている。そもそも、消費税込で社会保障４経費を賄うには１４兆円を超える不足分（国分）がある。消費税増収財源による社会保障充実分の中の診療報酬改定における消費税財源の活用分は、十分に確保される必要があり、今改定での救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応は評価されるが、とても十分とは言い難い。診療報酬は消費税増収財源だけで安定的に賄えるものではなく、国債を発行してまかなっている状況であることを考慮すれば、診療報酬改定での医療のさらなる充実には、消費税を財源とする活用分の増額や、新たな財源の確保が必須である。コロナ禍で、国家財政が逼迫し基礎的財政収支の黒字化が困難となっている中、今後、医療をはじめとする社会保障費の抑制圧力はさらに強まることが予想される。しかし、わが国の医療を維持・発展させるため、医療分野への「前向きな」財政支援が必要であることを繰り返し国に訴えていかなければならない。

最後に、次回改定が従来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。「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」は令和２年２月１４日に初めて発出され、現在まで６０以上に及び、今後の診療および次回改定に大きな影響を与えると予想される。この臨時的な取扱いの活用実績、効果及び検証を行い、次回改定に十分反映しなければならない。

Ⅱ．令和２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基本診療料としているが、現在の点数は低いと考えられる。更に、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。基本診療料は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、引き上げが必要である。

前回新設されたオンライン診療料について、今回は算定要件の対面診療期間が６月から３月に短縮され、対象疾患が追加された。未知の感染症が急拡大する中で、接触機会の回避を最優先とした要件緩和がなされ、非対面での診療が一気に普及したが、あくまで非常時の特例的な対応とすべきである（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については別章を参照）。感染収束後は、検証を経てオンライン診療の在り方を明確にすべきであり、患者側の一方的な利便性の追求や医療費・診療報酬削減を主目的にしてはならない。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。それらを踏まえた適切な基準と点数設定が行われるべきであり、加えて通信機器の整備維持のためには、現在の点数は不十分と考える。

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。今回の改定で時間外対応加算３（複数の診療所で連携し対応）の届出医療機関でも地域包括診療加算等の算定が可能となり、その結果、機能強化加算の要件が緩和された。厳しすぎる要件のため算定医療機関が少なければ次の改定で条件を少し緩和するような小手先の調整を行うのではなく、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、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対策で医療機関の医業原価は確実に増加している。このような状況下において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。

(1) 有床診療所

現在の医療圏では急性期病床及び慢性期病床は過剰で、回復期病床は不足している。

地域包括ケアシステムの中で、住民の身近にあって地域に密着した多機能を有する有床診療所は、今後必要とされる回復期病床の機能を担っていく有用な医療資源であり、厚労省からも「有床診療所地域包括ケアモデル」が提唱されているが、有床診療所入院料には回復期病床の設定がない。今後、有床診療所がより多くの回復期病床の機能を分担すれば、地域包括ケアシステムの円滑な運営に貢献できる。そこで、現在病院にある地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟と同じ形態の病棟を、有床診療所の病床に新設することを要望する。

日医総研の調査では、有床診療所の患者一人一日当たりの入院収入は平均 18,557 円であるのに対し、入院費用は平均 20,805 円で、収支は 2,248 円の赤字である。入院収支は年々悪化しており、有床診療所の減少について歯止めがかかっていない。多くの有床診療所では、入院収支の赤字を外来収入で穴埋めしているのが現状であるが、近年の外来患者数の減少傾向でそれも困難になりつつある。入院収支の赤字解消のため、大幅な入院基本料の引き上げが必要である。

前回改定で有床診療所一般病床初期加算は病院と同様の設定にして頂いたが、有床診療所療養病床入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算の見直しはなかった。同じ地域医療を支える受け皿として、病院と同一の名称、扱いを要望する。

有床診療所入院基本料については、「15 日以上 30 日以内の期間」に比べ、「31 日以上」では大きく入院料が逡減される。入院基本料 6 の「31 日以上」の場合、入院料はわずか 480 点とビジネスホテル以下の水準であり、有床診療所の経営状況の厳しさを表している。

病院一般病棟入院基本料では通減性はなく、むしろ「14 日以内の期間」は 450 点、「15 日以上 30 日以内の期間」は 192 点が加算される仕組みとなっている。入院基本料の通減率の緩和ないしは廃止を要望する。

また、同じく、入院中の患者が専門外診療を必要として他科（眼科や耳鼻科等）を受診する際も入院料の減算が行われているので、撤廃していただきたい。

入院中の患者の診療情報提供料は、現在、算定不可になっている。他医療機関への紹介、退院時の紹介元やかかりつけ医への情報提供の際、特に入院患者の場合には膨大なデータを添えた情報提供が必要となることが多く、算定できて当然と考える。

医師事務作業補助体制加算については有床診療所でも算定できるようになったが、算定要件が高く、又、加算点数も低いため、殆どの施設で算定できていないため、改善を要求する。

入院時食事療養費・入院時生活療養費については、平成 9 年の消費税導入時に 20 円（食事療養費Ⅰで 1 日 1,900 円→1,920 円）引き上げられたが、その後一度も見直されていない。人件費の最低賃金は、平成 9 年の全国平均 638 円に対し、令和 2 年は 902 円で 264 円増となっている。人件費も物価も上昇しており、食事療養費の引き上げもやむを得ないものと考え

（2）一般病棟

平成 30 年度診療報酬改定において、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。令和 2 年度診療報酬改定について、測定方法のⅡは改定の最重点課題である「医療従事者の負担軽減、医師の働き方改革の推進」において看護師の負担軽減に繋がるもので、制度的には歓迎する。一方で、測定方法のⅡは、診療実績データを用いた評価で、医療機関は厚生労働省が公表したマスタを使用して該当患者割合を計算するが、計算ソフトは多数存在しており、該当患者割合において差が生じることが問題視されている。厚生労働省科学研究班が差異を確認し、原因分析の結果の取りまとめ及び情報公開を行う計画であるとのことであるが、医療機関が安心して重症度、医療・看護必要度Ⅱを採用できる環境を早急に整えるべきである。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しがなされ、救急搬送後の入院や術後の評価期間、対象となる検査や手術の拡大等により、急性期医療に対する判定基準が見直されたことは評価できる。

- ・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。

これらに加えて、令和 2 年度診療報酬改定で、200 床未満の病院でも自宅等からの直接の入院受け入れが 15%以上必要となり、その運用はさらに難しいものとなった。

高齢者の誤嚥性肺炎等について、60 日の算定日数制限では實際上厳しく、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。

介護保険申請などに時間がかかり、60 日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、新規介護保険申請の患者に限っての、60 日の算定制限の何らかの緩和処置を要望する。

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、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、早急な撤廃を要望する。

令和 2 年度診療報酬改定において、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3 の実績に係る施設基準が見直された。開放型病院共同指導料の算定回数（3 月）10 回以上が削除されたことに関し、厚生労働省の調査結果では開放型共同指導料を選択している病院が少ないため削除されたと言われているが、入院中に紹介元の医師と入院医療機関の医師が共同で診療、指導を行うことは、在宅医療に復帰するうえで有意義である。在宅復帰支援、地域医療機関との連携強化を鑑み、再度施設基準に加えることを要望する。

退院時共同指導料 2 の算定回数（3 月）6 回以上が追加されたが、地域包括ケア病棟入院料（入院管理料）を算定している期間においては、退院時共同指導料は包括項目となっており、保険請求のルール上算定することが出来ないため、実績件数に計上することが出来ない。在宅復帰支援を目的とする病棟（病床）でありながら、実績として計上できないのは実情と合わないため、退院時共同指導料を包括項目から外すか、保険請求のルールとは分離して実績に計上できる仕組みの構築を願いたい。

- ・回復期・回復期リハビリテーション病棟入院料

令和 2 年度診療報酬改定で、回復期リハビリテーションを要する状態の規定から、発症後・手術後の期間に係る規定が削除されたことは高く評価できる。また、合併症等により、急性期病棟での治療に期間を要した患者も、治療が安定した後に回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーション治療ができるようになり、必要な患者にリハビリテーションが提供できるようになったことも評価できる。しかしながら、疾患別リハビリテーションの算定上限日数の縛りは残っており、回復期リハビリテーション病棟入院中に算定上限を超えた場合には、レセプトに詳記を加えたうえでの算定となり、減算査定の対象となり易い。回復期リハビリテーション病棟入院中は算定上限を超えても無条件で算定できる様に要望する。

（3）精神科

- ・精神科身体合併症管理加算

算定日数の上限および点数が増え、対象についても骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態や指定難病の患者が追加となったことは評価できる。ただし、他にも対象とすべき疾患はあるので、今後のさらなる見直しを要望する。また、算定対象病棟について、精神療養病棟が排除されたままであることは容認できず、是正すべきである。

- ・精神科急性期医師配置加算

精神科急性期治療病棟における当該加算について、クロザピンを新規導入した患者数の実績と自宅等への移行率を組み合わせた 3 類型の加算に変更された。難治性統合失調症治療の切り札として期待されているものの、副作用管理の煩雑さなどを理由に普及が進まないクロザピンについて、年間使用実績を評価することで、加算の対象とした点及びその際の自宅等移行率が 4 割となった点については評価できる。

- ・精神科救急入院料

平成 30 年度改定において定められた届出病床数の上限について、すでに上限を超えて病床を届出している医療機関に対して、令和 4 年 3 月 31 日までに病床を削減することが求められた。精神科急性期医療体制の均霑化等を目論んだものと推測するが、地域によっては急激な病床減少によって医療体制が後退する可能性もあるので、経過措置期限を延長し、時間をかけてよく議論するべきである。

- ・精神科急性期治療病棟等

精神科の急性期を担う特定入院料に対して、クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者に当該入院料を算定可とし、これらの患者については自宅等への移行率の対象から除外することとなった。もともとクロザピンはこれらの病棟にて導入されることが多いため、実態に即したものとなり、クロザピンの普及のためには意味があった。

- ・地域移行機能強化病棟

届出期間が延長され、届出時の病床稼働率及び精神保健福祉士の配置要件が緩和されたが、地域移行に係わる実績と、届出取り下げ時の当該病棟の病床削減率は逆に厳格化されており、これを導入する精神科病院の収益性は以前より低下するため、かえって届出が進まなくなる可能性がある。

(4) 各種加算

救急医療管理加算が各区分で 50 点増点されたことは、救急医療を担う医療機関にとって、患者の重症度等に応じた救急医療を適切に評価するものとして歓迎する。しかし、今回救急管理加算を算定するにあたって、診療報酬明細書の摘要欄への記載が煩雑になった。また、今回の改定でも救急医療管理加算 1 と救急医療管理加算 2 の算定要件における明確な区別は大半のものでなされなかった。加算 1 から 2 へ査定されるケースも多く、算定件数も地域によって大きな差異があることが判明しており、検討を要望する。

地域医療体制確保加算は、地域医療において一定の実績を有する医療機関（施設基準：救急車等搬送件数年間 2,000 件以上）で、適切な労務管理等を実施することを前提に、入院医療の提供に係る点数として新設され、救急搬送件数についての評価も適切であり、高く評価できる。一方で、救急車等による搬送件数 2,000 件/年となると、市中の大病院に限定され、

人口の少ない地域で救急医療を担っている医療機関への評価が十分ではないことは否めない。

二次救急医療機関における救急患者受け入れの体制の評価の目的で、夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算として、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分が設けられた。しかしながら、加算 1 は救急車等搬送件数年間 1,000 件以上で 400 点、加算 2 は年間 200 件以上で 200 点と低く設定されており、二次救急の充実を補完するほどの点数設定とは言えず、更なる上積みを要望する。また、ここでも人口密集地域と地方での救急車搬送数の差異に対する配慮が不足している点も加えておきたい。さらには、夜間・休日の救急医療の確保のための診療を評価するという本点数の趣旨を鑑み、夜間・休日に救急搬送された初診患者のみを算定対象とせず、救急搬送されたすべての患者に対して必要な医学管理を行った場合を算定対象とすることを要望する。

(5) 入院中の患者の他医療機関受診

平成 28 年度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、今回の改定でも行われなかった。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「患者の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・処置等の医学的管理が必要とされることから、入院医療はますます複雑化・濃密化する。さらに、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る他、その間も、医師や看護職員人員配置、病床確保などの医療体制は全く変わりにくく確保する必要がある、これらの点からも入院料の減額は全く不合理である。現在の仕組みは、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、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。

3. 医学管理等

オンライン医学管理料は廃止された。

診療情報提供料は、医療機関や介護保険施設、福祉施設等が相互に連携して医療の質を高めるために重要である。診療情報提供料（Ⅰ）では様々な加算と情報提供先が明確にされた。（Ⅱ）はセカンドオピニオンを依頼するときに算定できる。今回（Ⅲ）が新設された。紹介先医療機関がかかりつけ医機能を有する紹介元医療機関の求めに応じて情報提供したときに3月に1回算定できる。産科もしくは産婦人科の場合で患者が妊娠しているときに必要に応じて月1回である。しかし他科の疾患において3月に1回で十分であるかは、今後の検討が必要である。

婦人科特定疾患管理料がホルモン剤投与をしている器質性月経困難症に対して新設されたことは、3月に1回ではあるが評価できる。

チーム医療は多くの診療科で行われているが、今回精神科において退院時共同指導料が新設された。

これらの外に新設された医学管理料は、腎代替療法指導管理料が患者一人につき2回のみ、遠隔連携診療料は3月に1回かぎりであり、それぞれが病状に応じた適切な回数かは検証していかなければならない。

ところでポリファーマシー、抗生剤・抗菌剤の乱用など薬剤の不適切な投与は従来から問題視されている。医学管理の領域では、地域包括診療料及び認知症地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算、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加算は不適切な投薬を是正するために重要である。診療報酬上の評価は低く点数には配慮の余地があるが、継続すべきである。

地域包括診療料は、前回改定で若干の要件緩和は認められるが、現在もなお算定医療機関の飛躍的な増加はなく、一層の要件緩和が求められる。

特定疾患療養管理料は、対象疾患が定められているが、この中に認知症が含まれていない。きわめて不合理であるという指摘が多く、対象疾患に加えるべきである。

認知症対策は、今日の地域医療にとって大きな柱であり、診療報酬からの一層の評価が必要である。また、コロナ禍で通院回数が著明に減少している

とき、特定疾患療養管理料の月 2 回算定を月 1 回にしてほしいという要望が高まっている。その際、1 回あたりの点数は大幅に増点しなければならない。

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。

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であった。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可及的速やかに患家に赴き診療を行うもの。定期的ないし計画的に患家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（令和 3 年現在 888 点）、または同一建物住居者の場合（令和 3 年現在 213 点）等がある。

平成 30 年度改定により在宅患者訪問診療料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。

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 年度改定から、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。

④オンライン医学管理料

前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。オンライン医学管理料は在宅時医学総合管理料の加算であるため施設入居時医学総合管理料では算定不可となっている。

（3）今回の改定について

令和 2 年度改定において在宅患者訪問診療料Ⅰ（2）では訪問期間が 6 月が限度であり必要に応じて最大で 12 月までしか算定ができなかったが、主治医が必要と判断した場合は 12 月を超えての算定が可能となった。しかし月に 1 回のみの算定はそのままであるため、月に複数回の算定が可能となることが望まれる。

また、平成 30 年度より新設されたオンライン診療であるが、令和 2 年の改定において算定要件が月 2 回以上の訪問を行う場合にも算定が可能となり、オンライン診療を開始する前に必要な在宅時医学総合管理料の算定期間が 6 月から 3 月に短縮された。

その他、在宅療養支援病院の往診体制の明確化や医療資源の少ない地域の届出病床の拡大、医療機関の訪問看護における同一建物居住者の概念の導入など、今回の改定は従来の在宅診療報酬の細かな見直しとなった。

（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。また、平成 30 年度改定では在宅患者訪問診療料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、報酬体系が複雑になってしまっている感も否めない。

今後は、在宅医療を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が求められる。

在宅医療は24時間365日であるが、実施している医療機関は一人医師診療所が大半である。24時間365日の在宅医療は医師の働き方改革に反する面もあるため、医師の働き方改革に沿った在宅医療（複数医師の連携のさらなる推進など）の在り方も検討して行く必要があるだろう。

5. 検査

平成30年度診療報酬改定の課題、要望（悪性腫瘍遺伝子検査、RSウイルス抗原検査、小児食物アレルギー負荷検査、抗HLA抗体検査、負荷心電図検査、12誘導心電図検査、残尿測定検査、耳鼻咽喉科検査、眼科学的検査、乳腺エコー検査）が今回の診療報酬改定においても評価されておらず再評価されるべきである。

今回の改定で静脈血採取料が5点引き上げられたことについては、医療安全の観点から採血毎の手袋交換や針刺し事故防止のために翼状針を使用しているため材料費の負担が大きいことから、医療に携わる者に対する技術料の増点として評価できる。

超音波検査（心臓超音波検査を除く）において機器の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきている実情より点数が訪問診療時（400点）とその他（530点）に分割された。しかし、院外で実施することは同じであっても訪問診療時と往診時では算定点数が異なり、機器は高騰しているにもかかわらず高性能化による評価の見直しも行われたが、検査結果に基づき判断、治療することに変わりなく、検査の有用性、実施時間に比べ評価も低い上、診療報酬明細書作成にあたり医療機関の業務の効率化、合理化のために導入された領域別選択式コードの記載も事務負担の増加となり、見直しが必要である。

眼科学的検査、耳鼻咽喉科学検査に対する判断料の新設、検査項目の増点を要望する。今回改定で眼科学的検査のみ新設項目が追加されたが、日常診療では頻度が低く、基本検査料の増点も見られなかった。眼科、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されてなく、今後も加速すると思われる高齢化社会において、視覚、聴覚管理の需要が増加する可能性が考えられ、眼鏡、補聴

器等の導入・適合を進めるにあたり検査は必要であるが、検査に要する手間と時間を考えれば医師の技術料としての点数設定、増点が必要である。

風疹抗体検査について、産婦人科診療ガイドライン産科編 2020 (CQ605) において風疹感染疑い妊婦では、HI 抗体とともに風疹 IgM の検査を行う、HI 抗体価および IgM を同時に測定し、1～2 週間後に再検査（可能ならペア血清）するとされているが、現在、HI 抗体価、IgM 抗体価の同時測定が保険診療上算定できないため、同時測定が算定できるよう要望する。

ノロウイルス抗原定性検査について、ノロウイルスの院内感染予防対策の徹底、高齢者施設や学校、職場での集団感染発生の予防の観点より症状発生時に検査希望も多いが、保険適応において年齢制限があり自費での診療又は検査を実施できない状況にある。インフルエンザウイルス抗原定性検査、アデノウイルス抗原定性検査と同様に年齢制限は撤廃されるべきである。

整形外科的疾患検査について、痛風、偽痛風、化膿性関節炎などの診断に関節液検査（尿酸血症、ピロリン酸カルシウム結晶などの偏光顕微鏡検査や細胞数・糖定量・蛋白定量など）は重要であるが、請求する際の保険点数が少ないため増点を要望する。骨粗鬆症の骨代謝マーカー（NTX、DPD、TRACP-5b）の算定要件が、治療方針決定時、その後 6 月以内の治療判定時、薬剤変更後 6 月以内と煩雑のため、3 月に 1 回程度算定可能となるように算定要件の変更を要望する。

6. 画像診断

ポジトロン断層撮影、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は前回改定に続き評価できる。

血流予備量比コンピューター断層撮影が新設されており、診断機器の進歩から侵襲の少ない検査への適応は評価され、今後に繋がるものである。また、全身 MRI 撮影加算、乳房 MRI 撮影の適応拡大については的確な診断の進め方と被曝線量管理の最適化につながっており次回以降も拡大されることを期待する。

7. 投薬、注射

（1）院内処方の評価

厚生科学審議会・医薬品医療機器制度部会において「医薬分業に関するとりまとめ」が示された。これまで長年にわたって医薬分業は推進されてきたが、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになり、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきとの指摘があり今回実施されたものである。

20年以上ぶりに入院外の調剤料が内服薬、浸煎薬及び屯服薬で11点（+2点）、外用薬で8点（+2点）に、入院外の調剤技術基本料が14点（+6点）、それぞれ引き上げられたことは評価できるが、全く不十分である。院外処方が広がる逆風の中で、院内処方を患者の便宜性を考え、かかりつけ医として堅持されてこられた医療機関が更に評価されることを希望する。調剤報酬では長期処方となるほど調剤料は点数が高くなっているが（31日分以上 86点）、医科では11点と種類によっても均一であり不合理である。本来30日を超える長期処方は推奨されてなかったにもかかわらずこのような点数設定がされていること自体に疑問がある。

また、一包化加算は医科では評価されてないにもかかわらず、調剤報酬は42日分以下で7日分当たり34点、43日分以上で240点と単純機械作業にもかかわらず高額な点数設定となっている。現在加算がなくても一包化を実施している院内調剤の医療機関もあり、高齢患者が増える中で医科点数にも是非とも認められるべきである。

処方料は医師の技術料そのものであり、長年据え置かれたままで減算規程のみが目につくことは残念である。

調剤技術基本料は重複投薬の防止、投薬の適正を確保することを目的としており、今回6点引き上げられたが、調剤報酬の薬学管理料及び重複投与・相互作用等防止加算に比べれば微々たる引き上げであり、薬局薬剤師と医療機関の薬剤師間の評価に大きな隔たりがあり院内調剤の評価を見直すのであれば更なる評価が必要である。

（２）後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

令和2年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とする目標が政府から示されていたが、全国の後発医薬品の数量シェアは80%には達していない。しかし、後発医薬品の使用が、医療費の伸びの抑制に一定程度貢献していることは事実である。医科での外来後発医薬品使用体制加算（85%以上）は5点であるが、調剤報酬での後発医薬品調剤体制加算（85%以上）は28点と一物二価となっており次回改定では見直されるべきである。

一般名処方加算がそれぞれ1点ずつ増点されたことは評価されるが、平成24年に新設されて以来、拡大を続けており、その意図が危惧される。調剤薬局の在庫負担は解消されるべきであるが、後発医薬品はあまりにも種類が多く、銘柄とメーカーの絞り込みが実施されるべきである。また、バイオ後続品の処方に対し在宅自己注射指導管理料のバイオ後続品導入初期加算が新設された。

近年、後発医薬品メーカーの不祥事や、品不足などの不適切事例が多発しており、国において後発医薬品の使用を推進するのであれば、メーカー製造元の整理に加え品質管理・品質評価を厳しく実施することが大前提である。

(3) 多剤投与減算

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主張は長年訴えられてきたが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。(認知症)地域包括診療加算、(認知症)地域包括診療料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、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、多剤投与の減算は不合理である。

ポリファーマシーは一律の剤数／種類数のみに着目するのではなく、安全性の確保等からみた処方内容の適正化が求められることを理解し、ポリファーマシー対策に取り組む必要があるとされており、本来処方料や処方箋料で評価されるべき項目であるが、入院外では薬剤総合評価調整管理料、入院では薬剤総合評価調整加算の更なる活用・拡大に置き換えることも考えられる。

(4) 注射

点滴注射の6歳未満（100ml以上）及び6歳以上（500ml以上）の点数がそれぞれ1点引き上げられたがコスト的にはまだ十分ではない。一方、プラスチックカニューレ型静脈内留置針が削除されたことは不合理であり、技術料で補われるべきである。注射では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。

中心静脈注射用カテーテル挿入又は末梢留置型中止静脈注射用カテーテル挿入を長期の栄養管理を目的として実施する場合に要件が追加された。長期の栄養管理を目的として、カテーテル挿入を行う際には、カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこととされており、カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、家族等への説明内容等について、紹介先医療機関へ情報提供を行うこととされた。過剰なIVHを見直す方策であるが、改定後の検証が必要である。

8. リハビリテーション

令和2年度改定のリハビリテーションにおける主な変更点は、

- ①要介護被保険者等の外来患者に対する維持期リハビリテーションの終了
 - ②呼吸器リハビリテーション料、難病患者リハビリテーション料に言語聴覚士の要件を追加
 - ③脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱに言語聴覚士のみを実施する場合の要件を追加
 - ④がん患者リハビリテーション料の算定対象要件が疾患によるものから、実施される治療等への変更
 - ⑤摂食機能療法における加算の見直し
 - ⑥リハビリテーション実施計画書の見直し、リハビリテーション総合計画評価料における運動量増加機器加算の新設
- である。

今回の改定は、疾患別リハビリテーション料の点数は全て据え置きされ、要件改正のみにとどまった状況である。

しかし、呼吸器リハビリテーション料、難病患者リハビリテーション料に言語聴覚士の要件が追加されたことは評価したい。

以前から取り上げているが、医療保険と介護保険との関係性の問題である。

今回の改定で、要介護被保険者等の外来患者に対する維持期リハビリテーションは終了した。これまで要介護被保険者等に対する維持期・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、今後は要介護被保険者等の外来患者は介護保険によるリハビリテーションに移行せざるを得なくなった。

また、「目標設定等支援・管理料」は、要介護被保険者に対し各疾患別リハビリテーションの標準的算定日数の1/3を超えて実施するとき、直近3月以内にこの点数を算定しない場合には、所定点数の90/100に減算される。

「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。また「リハビリテーション総合計画評価料」と重複する部分もある。両者において、医療から介護への円滑な移行は果たされたと考えるが、医療から介護への移行が、「減算」というペナルティとなることには反対である。結論的に「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、患者が要介護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。標準算定日数以内での早期復帰により入院期間も短縮し、医療費の削減にも寄与するものであり、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。

9. 精神科専門療法

精神科においては、主に地域定着支援に係る項目を中心に、新設と見直しが行なわれた。新設項目となったのは、療養生活環境整備指導加算である。これは医学管理等で新設された精神科退院時共同指導料に関連して新設されたものである。精神科退院時共同指導料を実施した患者が、連携先医療機関において通院を継続する場合、通院在宅精神療法の算定の際に併せて算定出来るものであり意義はあると考えるが、算定可能回数が少ないことや在宅患者

が対象となっていないなど、地域定着支援の視点で矛盾があるので、今後見直すべきである。

そして、精神科における在宅患者支援の中心となるはずの精神科在宅患者支援管理料については、前回撤廃となったはずの算定期間の上限が復活してしまった。このままでは取組が非常に少ない精神科の在宅患者支援がさらに後退する恐れがあるため、容認できることではない。早急に見直しが必要である。

入院では、外来でしか算定出来なかった持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の見直しがなされ、入院中でも2回までは算定可能となった。これは、高額で特定入院料では使用が躊躇されていた持続性抗精神病注射薬剤について、精神療養病棟等の特定入院料でも薬剤料を算定が可能となったことと併せた見直しであり、退院後の地域定着を見据えた対応として有益であった。

その他の項目として、外来における依存症集団療法に新たにギャンブル依存症が追加された。国内にカジノを誘致する政策と関連したものと思われるが、同疾患で実際に精神科専門外来を受診する患者数は薬物依存に比べ少ないのが現状で、実効性については疑問が残る。

今回の精神科に関する改定事項に関しては、地域移行支援、地域生活支援を推進するという政策的な姿勢が前面に押し出され、項目としては意義があるものも散見されたが、その多くは人材や労力に対して収益が見合いそうにない。この点が改善されないと、普及性は高まらないであろう。普及を目指すのであれば、次回の改定では配慮すべきである。

10. 処置

令和2年度改定では6項目の処置の「新設」があった。しかし6項目中の5項目は施設基準を伴う処置の新設であり、一般の医療機関や他診療科の医療機関が利用可能な処置ではなかったため、医療機関全体に及ぼす効果は限定的である。一般外来・産婦人科・耳鼻咽喉科・整形外科等で、数項目の処置料の引き揚げが行われたが、いずれも10年以上前から低く抑えられていた処置であり、今後は全般的な項目に渡って、改定時毎の点数の引き上げが必要である。

要望が多かった項目には、

- ①患者高齢化に伴う要介護認定者の障害者加算の追加
- ②処置に対する乳幼児加算の対象疾患拡大
- ③創傷処置の更なる評価

- ④絆創膏固定術の手関節や手指などの他の関節への算定要件の拡大
- ⑤重度褥瘡処置の算定要件緩和
- ⑥爪甲除去の入院患者への条件付き適用拡大
- ⑦長期留置カテーテル使用の患者の薬剤・医材等の加算
- ⑧摘便の増点
- ⑨消炎鎮痛処置の複数部位での算定等が挙げられた。

人工腎臓は、平成12年から令和2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、コロナ禍に於ける嚴重な感染予防対策、かつ、土日・祝祭日も透析を行わねばならない施設に於ける将来施行確定の「働きかた改革」への対策が必須である。それらの施設においては、医科材料費の高騰・人的資源の減少・新規職員の指導訓練の強化等が必須であるにも関わらず、人工腎臓に関わる材料原資高騰や人件費負担を無視した点数の引き下げとなった。

ロボットスーツに関しては「難病処置加算」の「注」の見直しのみであった。ロボットスーツは、今後のわが国の若年人口の減少に伴う労働力不足、高齢化による被介護者の増加を考えると、人的資源に頼らずに安心・安全な「介護」を維持・拡大する政策が重要である。その局面から考慮するとロボットスーツの使用施設の拡大は急務である。国の政策として重点項目に取り上げ、使用施設の拡大とともに機器使用訓練施設の拡大と技能認定(有資格)者の加速的増加をもたらす政策が必要である。

11. 手術

今回の改定では新たに保険収載された手術として31件、各種の見直しのなされたもの50件となっている。また、手術医療機器などの加算が各項目で見られ、新しいデバイスの使用の幅が広がっており、手術の中絶、中止及び変更時の算定要件が明確にされたことも評価できる。しかしその一方で、旧来の手術に対する評価は全般に旧来の対価を踏襲するものであり、基本的医療行為(手技)に関しての評価向上(増点)には至っていない。今後も基本的な診療行為(外来処置などを含む)、手技に対する評価の拡大に向けて、要望を継続する必要がある。

個別の事例として以下の項目についての再考をお願いしたい。

- ①同一手術野、同一病巣に対する評価

- ・同一手術野の定義は皮切によるとされているが、鏡視下手術が普及してきた今日、皮切で定義するのは不合理である。すべての手術に於いて、手術操作が及ぶ解剖学的範囲は決まっている。
したがって、手術野とは「手術操作が及ぶ解剖学的範囲」と定義すべきである。
- ・同時併施手術に関する項目が詳細に規定されているが、その理解、解釈はかなり複雑である。全体としてもっとわかりやすく、簡便に分類記載して欲しい。また従たる手術を50%算定とされているが、必要な手術であり、50%の評価は低すぎると思われる。せめて70%に改定していただきたい。

②人工肛門閉鎖術について

「腸管切除を伴うもの」、「伴わないもの」に2分されているが、人工肛門の閉鎖に際し、現実的には吻合、縫合に際し、腸管の切除は避けられないものであり、この項は「人口肛門閉鎖術」として、単純に一元化することが望ましい。

また人工肛門作成術において、減圧用人工肛門（Diversion Stoma）については、人工肛門増設加算（2,000点）とされているが、通常的人工肛門作成術と混同されやすい。明確に分類、指示すべきである。

③鏡視下手術よりの Conversion について（胸腔鏡→開胸、腹腔鏡→通常開腹）

主たる手術で請求とされているが、最終的には従来法（通常開胸、開腹）で手術が完遂されるわけであり、最終的に選択された術式で請求されるべきである。主たる手術が鏡視下手術であったかどうかを麻酔時間などから類推することは困難である。このような事例の背景として、鏡視下手術と従来の開胸・開腹手術の点数格差が大き過ぎることが考えられる。手術内容は同じであることより、開胸・開腹手術の点数を鏡視下手術に準ずる点数とすべきである（同一でもよい）。

④イレウス用ロングチューブ挿入法（730点）

イレウス用ロングチューブ挿入法は今回610点より730点と増点されていることは評価すべきだが、本手技は疾患の特性上、ほぼ緊急対応例であることが多く、さらにその挿入、誘導、留置にはかなりの技術、経験、時間を要すものである。胃十二指腸スコープ（1,140点）、食道スコープです

ら 800 点であることを考えると、少なくとも 1,000 点以上の評価をいただきたい。

12. 麻酔

令和 2 年度改定では全体として麻酔料の引き上げが実施されており、麻酔という医療行為の重要性が更めて認識されたものとして大いに評価される。しかし細部については不十分、あるいはバランスを欠いたものが散見され、再考していただきたい点も見受けられ、今後の改定の際に検討していただきたい点を以下に列記する。

(1) L010 麻酔管理料Ⅱ－(6)

「未熟児、新生児、・・・の時間外、休日深夜加算は不可」

麻酔管理料 1 では認められているものであり、麻酔管理料 2 では不可という内容には納得できない。現実には麻酔管理料 2 で請求している病院であつても対応せざるを得ない状況は発生しうる。

(2) 001-2 (3)「静脈麻酔」

十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 1,100 点

十分な体制、および長時間（10 分以上）のものという記載では漠然とし過ぎている。現場の混乱を招くばかりである。具体的な要件を示すべきである（手術室など）。

(3) L008 の注 9 「神経ブロック併施加算」

硬膜外麻酔の代替として実施する場合の必要性について詳記の添付を求める（必要性和神経ブロックの名称）。

(4) L009-4 「長時間麻酔管理加算」 7,500 点

8 時間を超えたものについて加算することとされているが、そもそも閉鎖循環式全身麻酔では「麻酔管理時間加算」が付与されている。

1,800～600 点／30 分の点数付与がされており、双方の加算が請求される例も多い。併存させる必要はないと思われる。

(例：最低の 600 点の場合でも 6 時間の追加で (30 分×12)

600 点×12=7,200 点の増点となっている。)

(5) 全身麻酔と硬膜外麻酔の併用について L-008-注 4

上記麻酔法の併用が乱用されている印象である。本来、閉鎖循環式全身麻酔で十分な麻酔が得られるはずであり、硬膜外麻酔はあくまで補助的な位置づけと思われる。しかし診療報酬請求時には基本の規定点数にて請求されている。必要性の説明を点数請求の条件とすべきである。また主たる閉鎖循環式麻酔に対し従たる麻酔追加である以上は、外科での主たる手術の際の従たる手術の 50%ルールを適用し、50%加算とすべきと考える（神経ブロック法の追加も同様である。）

（６）「硬膜外麻酔の術後除痛目的使用について」 L-008 注 5

術後の除痛を主たる目的として硬膜外麻酔を併施している場合は基本点数（750～170 点＝手技料）のみの請求とすべきである。

同麻酔法についても「麻酔管理時間加算」を付帯することは疑問である。

（７）「呼吸心拍監視」加算 L-008 注 6（D-220 参照）

「呼吸心拍監視」はすべての麻酔で実施されて当然である。

「硬膜外麻酔、腰椎麻酔、静脈麻酔」では請求を認めるとされている（L-008 注 6）。しかし全身麻酔では基本点数に含まれていると解釈されているとされている。全身麻酔法でも請求されて当然と考える。

13. 病理診断

病理診断料において、悪性腫瘍に係る手術の検体から病理組織標本作製の 1 組織切片によるもの（1 臓器につき）又は免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合に悪性腫瘍病理組織標本加算（150 点）が設定されたことは評価される。しかし、高度の専門性を有する病理診断料としては低い評価である。これも含めて病理診断料・標本作成料、全般について今後の増点が望まれる。

HER2 遺伝子標本作製について、3 HER2 タンパクを施行した結果が 2+の場合は HER2 遺伝子検査を行わなければ、HER2 が陰性か陽性かを決定できない。この HER2 タンパクの結果が判明したのが次月になり、その結果が 2+だった場合、HER2 遺伝子標本作製を算定できる項目が設定されていない。このような場合の算定が可能になるように、例えば HER2 遺伝子標本作製の 1 単独の場合を「1 単独又は HER2 タンパクの結果が次月に判明した場合」とするなどの改善策を求める。

Ⅲ. 次回改定の課題（要望事項）

令和２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３年１月２２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３年２月４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。

１．（重）総論

- 過去４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ていることは到底容認できない。また、薬価・材料費改定による引き下げが毎年実施されるに至り、その金額はさらに拡大している。これを踏まえ次回改定では引き下げられた分については必ず本体に戻されるべきである。更に切り離しが常態化されるのであれば、技術料（基本診療料）引き上げを求める。
- 医師の働き方改革により地域医療の崩壊をきたさないよう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更に新たな点数の設定を求める。
- 新型コロナウイルス感染症拡大により、全ての医療機関は今までにない経済的打撃を受け、経営は悪化している。地域医療を守るため医療機関に対する支援の更なる拡充強化を求める。
- 「新型コロナウイルス感染症にかかる診療報酬上の臨時的な取扱いについて」は、その活用実績と効果検証を行い、次回改定に十分反映することを求める。

２．（重）初・再診料の引き上げ

- 初・再診料は以前から、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取られているが、その包括される内容が時代や環境の変化により年々膨張していることを踏まえ、それに見合う引き上げを求める。
- 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、更なる要件の緩和を求める。
- 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ことを求める。

- 初診よりのオンライン診療はリスクを伴うので、「かかりつけ医」での算定に限定するよう求める。

3. (重) 入院医療

- 新型コロナ患者の入院を受け入れている医療機関の入院基本料の引き上げは勿論であるが、受け入れてない医療機関の引き上げも求める。
- 地域医療体制確保加算は、救急医療を提供する体制、勤務医の負担軽減に対する体制の2つを評価した新点数であり、救急搬送2,000件未満の病院も算定可能となるよう要件の緩和を要望する。
- 救急医療管理加算は、地域の救急医療を維持するために更なる引き上げを要望する。更に、加算1及び2の明確化を求める。
- 医師事務作業補助体制加算の要件緩和と更なる増点を要望する。
 - 入院中の患者の他医療機関受診時の減算措置の廃止を求める。

4. 在宅医療

- 在宅患者訪問診療料1の同一建物居住者の場合はかなり低く点数が設定されたままであり、引き上げを要望する。
- 癌末期での在宅ターミナルケア加算の酸素療法加算は、死亡月のみならず、死亡前月も算定できるよう求める。また、癌によらない末期での心不全の急性増悪や重症肺炎での算定も可能となるよう求める。

5. 医学管理等

- 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ことを求める。また、月1回の受診で450点算定可能となるよう求める。
- 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象年齢制限の撤廃、対象疾患の拡大と点数の引き上げを求める。
- 院内トリアージ実施料は、新型コロナ感染症が疑われる患者での算定が初・再診を含め可能となったが、発熱患者や、今後の新たな感染症の発生及び毎年流行するインフルエンザへの対応を考慮して対象の拡大と恒久化、更に点数の引き上げを求める。

6. 検査

- 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。

- 新型コロナ禍において、鼻腔・咽頭拭い液採取5点はあまりにも低い点数となっており、感染対策を配慮した大幅な早急な引き上げを求める。
- ノロウイルス抗原定性の年齢制限撤廃を求める。

7. 投薬について

- 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。
- 院内処方と院外処方の点数格差はあまりにも大きく、公平性の観点より、院内処方の更なる引き上げを求める。(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)

8. リハビリテーション

- 骨折、脱臼、捻挫等のリハビリテーションは、1か月程度のギブ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。

9. 処置

- 創傷処置は、外来診療では外科の柱となる項目であり、前回改定で増点されたが外保連試算と比べてもまだまだ不十分であり、更なる評価を要望する。
- 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。
- 人工腎臓の点数の全体的な引き上げと、要介護認定者の障害者等加算への追加を求める。

10. 手術

- 創傷処理は外科医としての存在意義が発揮される極めて重要な項目なので再評価を要望する。
- 高齢、肥満、ハイリスク患者など、手術困難例に対する、手術料の面での評価を求める。
- 手術医療機器等加算の自動縫合器加算や超音波凝固切開装置等加算の様に医療機関の持ち出しとなっている機器については、個数上限の拡大など実態に即した点数設定を求める。

IV. 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（入院外）

今回、一連の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については、取扱いが迅速に行われたことは評価に値するとの意見が多かった。

しかし、新型コロナウイルス感染症対応は通常の医療と異なり、人的・物理的にも増点以上の労力や費用がかかっているため、十分であるとは言えないので、例えば「通院・在宅精神療法を算定していた定期受診患者に対して電話により精神療法を行う場合、特定疾患療養管理料を月1回算定できるが、せめて月2回算定できるように」といった各科毎の個別項目について、引き続き現場の状況を考慮し臨時的な取扱い項目を増やすべきであるという意見や、来院患者に対して、手指消毒等をはじめとした感染防止対策を実施しているが、診療報酬としては、基本の診察料のみであり、継続した感染防止対策を評価項目として診察料の評価を引き上げるべきであるといった意見がある。その他、新型コロナウイルス感染症患者の診療にあたって設けられた特例措置は、「院内トリアージ実施料：300点」のみであるが、一般診療と異なり医療スタッフの接触の機会を最小限にするための電子化等の費用を考慮してほしいといった意見が出されている。

「医科外来等感染症対策実施加算（5点）」及び「入院感染症対策実施加算（10点）」の算定が可能とされていたが、この取扱いが9月末日をもって終了となった。また、令和2年12月15日より実施されている6歳未満の乳幼児に対する小児の外来診療等に係る措置（初診料、再診料、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定する場合、100点を加算）を、10月診療分より点数は50点に減点し、令和4年3月診療分までの取扱いとするなどの措置は遺憾である。

総じて、今後はより多くの感染防止の努力や費用が掛かるが、このようなすべての医療機関のすべての診療行為に関わってくるものに関しては、臨時的な取扱いというよりも恒久的に初診料や再診料等の基本の診察料に対する上乘せの形や、院内トリアージ実施料の恒久化などでの評価も考慮してもらったうえで、各個別項目に関してもよりきめ細かく対応するよう配慮をお願いしたい。

また、算定方法・解釈などにおいては、疑義を含めた変更が多数あり、診療報酬請求に苦慮したとの意見も多く、その点に配慮願いたい。

現在の臨時的な取扱いについて、新型コロナウイルス感染症による医療機関の診療報酬の甚大な影響が収束するまで、臨時的な取扱いを継続すること

ならびに平時の点数に戻る時期は、医療機関の意見を十分に尊重することが大切である。

IV. 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（在宅）

在宅医療においての新型コロナウイルス感染症に関しては、在宅医療等を受けている患者の電話等での診療を行った場合、在宅医療等を受けている患者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合、在宅医療等を受けていない人が新型コロナウイルス感染症に感染して往診や訪問診療を受ける場合に分類できる。

在宅医療等を受けている患者の電話等での診療については、外来診療と同様に電話等での診療は電話等再診料の請求となり、当該月にすべて電話等での診療の場合、在医総管は算定できない。オンライン在宅管理料については平成 30 年度に新設され、令和 2 年度に若干変更されたが、コロナ禍における臨時的な取扱いでの変更は特にない。コロナ禍においては、訪問診療とオンライン診療・電話等診療の合理的な組み合わせによっても通常の在医総管が請求できるようにすべきと考える。

令和 2 年 4 月のみ、1 回の訪問診療と 1 回の電話等による診察にて月に 2 回以上の在医総管が請求できた。これは令和 2 年 4 月の緊急事態宣言に伴うものであったが、その後の緊急事態宣言下においてはこの措置は取られなかった。緊急事態宣言においては、令和 2 年 4 月の特例が準拠されるべきであろう。

在宅医療を受けている患者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合には、「在宅移行管理加算（250 点）」、訪問看護ステーションは「特別管理加算（2,500 円）」などが算定可能となった。上記と同様の意見であるが、オンライン診療はこのような場合に有効であると思われるので、訪問診療、オンライン診療・電話等診療の適切な組み合わせによって、在宅医療が推進されるべきと考える。

在宅医療を受けていない人が新型コロナウイルス感染症に感染して往診や訪問診療を受ける場合には、自宅や宿泊療養施設にいる患者は、「通院が困難なもの」に該当することが明示され、緊急の場合は緊急往診加算なども算定可能となった。令和 3 年 8 月からは、初診料（288 点）＋医科外来等感染症対策実施加算（5 点）＋往診料（720 点）＋院内トリアージ実施料（300 点）＋緊急往診加算（325 点）＋救急医療管理加算 I（950 点）の総計 2,588

点となる。このような場合でも、往診や訪問診療、オンライン診療・電話等診療の適切な組み合わせによって、患者に安心感を得てもらうようにすべきであろう。

在宅医療においては、自宅以外にも施設での医療も増加している。在宅医は施設での患者主治医や特別養護老人ホームの配置医師となっている場合も多い。ワクチン接種前は、施設でのクラスターが発生することも多く、在宅医はその対応に苦慮したものと推察される。施設への医学的な指導なども在宅医が行っていることも多いと聞くが、施設に対する指導についても何らかの評価がなされるべきと考える。

・今までの加算等の変化について

令和2年3月12日付け事務連絡「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について（その5）」において、令和2年2月28日事務連絡「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」の別添「慢性疾患等を有する定期受診患者等に係る電話や情報通信機器を用いた診療、処方箋の送付及びその調剤等に関する留意点について」に関して、「過去3月以内に在宅療養指導管理料を算定した慢性疾患等を有する定期受診患者等について、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し、患者又は患者の看護に当たる者に対して、療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に、在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算を算定できる」と示された。

令和2年3月27日付け事務連絡「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（その7）」において、新型コロナウイルス感染症の往診が16kmを超えても算定可能であることが明記された。

令和2年4月24日付け事務連絡「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（その14）」において、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者含む）に往診等を行った場合に院内トリアージ実施料の算定が可能となった。令和2年4月に限って、月に2回訪問診療の計画であったが、訪問診療を1回＋電話診療でも、月に2回以上の在医総管及び宿泊療養施設への訪問看護が算定可能となった。新型コロナウイルス感染症患者への訪問看護については、必要な感染予防策を講じて実施した場合、医療機関は「在宅移行管理加算（250点）」、訪問看護ステーションは「特別管理加算（2,500円）」を算定可能となった。新型コロナウイルス感染症患者が、利用者からの要望によって訪問看護が実施できなかった場合に、電話等で病状確認や療養指導等を行っても訪問看護管理療養費を算定できるようになった。

令和3年2月26日付け事務連絡「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（その36）」において、自宅や宿泊療養施設にいる新型コロナウイルス感染症患者は、「通院が困難なもの」に該当することが明示され、緊急の場合は緊急往診加算なども算定可能となった。

令和3年7月30日付け事務連絡「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（その51）」において、自宅・宿泊療養を行っているものに対して、往診または訪問診療を算定した日は救急医療管理加算Ⅰ（950点）が算定可能となった。

IV. 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（入院）

全体として、感染症の受け入れ医療機関に対する診療報酬上での臨時的な取扱いでの手厚く加算された事は評価できる。

ただ時間の経過とともに、矢継ぎ早に出された臨時的な取扱いについては新型コロナウイルス感染症の患者対応で混乱を極める医療機関においては負担となるとともに、全ての医療機関が十分に理解し対応するのは困難だったと推測される。また、今までの診療報酬改定や地域医療構想調整会議などの医療政策において機能分化が推し進められてきた入院医療機関において、施設の規模や職員配置数などが大きく異なる状況では患者の受け入れが容易に可能な医療機関とそうでない医療機関が存在した。報道等では医療機関の実情を理解していない中で、受け入れの可否だけによる病院に対する評価や中傷が起こっていた事について、大きな憂慮を持つところである。同時に、多額の加算や補助金により多くの医療機関の赤字運営が改善したことは歓迎されるが、これからの運営や体制作りにはより慎重な検討と評価が必要と考える。

今までの加算の変化について代表的なものを継時的に振り返る。

- ・令和2年4月～：新型コロナウイルス感染症の入院対応について救急医療管理加算（950点、14日間まで）、二類感染症入院診療加算（250点/日）が可能。重症については特定入院料等が2倍（例：特定集中治療室管理料1；28,422点/日）で算定可能。中等症でも救急医療管理加算が2倍（1,900点）加算可能。

- ・令和2年5月～：新型コロナウイルス感染症患者の受け入れについて専用病床を確保した場合、前段の加算を3倍に引き上げ。算定期間も15日以降可能となった。また擬似症も特例扱い対象となる。
- ・令和2年8月～：緊急事態宣言下において、全ての医療機関を新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ医療機関に該当するものとみなすこととなる。
- ・令和2年9月～：中等症以上の救急医療管理加算を5倍(4,750点)に引き上げ。
- ・令和2年12月～：回復後に引き続き入院管理が必要な患者受け入れ医療機関に対して二類感染症患者入院診療加算を3倍(750点)に引き上げ。
- ・令和3年1月～：地域包括ケア病棟入院料等で感染症患者を受け入れた場合において、施設基準上求めている看護配置等により算定する入院基本料を判断し算定できる。都道府県から受け入れ病床として割り当てられた療養病床は一般病床とみなし確保料の対象となり、受け入れた場合は特別入院料を算定できる。回復後に引き続き入院管理が必要な患者の受け入れ医療機関については救急医療管理加算(950点/日、最大90日間)算定可能となる。

加算の一部について列記したが、上記のように感染の拡大、感染者数の増加に伴い医療機関の対象が拡がり、後方支援病院とされる医療機関も整備されていった。感染症患者の受け入れに協力した医療機関に対する幅広い加算については評価される。

新興感染症については、新型コロナウイルス感染症すら収束の目処が立っていないが、今後も新たな感染症が起こる危惧はつきまとう。場当たり的な対応では医療機関の感染症に対する体制づくりに齟齬が付きまとう。未曾有の感染症について万全はないと思われるが、今後の道標とすべきではないだろうか。

診療報酬による加算だけでなく、補助金による病床確保料や患者受け入れ支援、感染症対応の医療資機材、設備に対する補助が手厚く当てられていた。しかし、感染拡大に伴い高度医療機関だけでなく全ての医療機関に患者受け入れの要請が拡大した。新型コロナウイルス感染症においては、病状で医療資源投入の度合いが大きく異なることが明らかになった。感染患者受け入れのための体制構築に対する一元的な加算と、受け入れた患者の重症度ごとの治療実績に基づく加算とに整理し、資源投資をした医療機関に適切に加算配分される事が望まれる。

国難・災害とも言われる今回の新型コロナウイルス感染症について、また今後起こりうる新興感染症への対策についても、国民の健康維持、疾病治療のために存在する診療報酬で対応すべきなのか、別枠の財源による補助金で対応すべきなのかも今後議論するべきと考える。

V. おわりに

今回の診療報酬改定は前回は6年に一度の医療・介護の同時改定であったこともあり、特に大きな改定はなかった印象であるが、日本医師会の努力で本体部分はプラス0.55%、そのうち0.08%は働き方改革の推進分に充てられた。しかし2019年の年末から始まった新型コロナウイルス感染症のまん延により、診療報酬改定の時に集団指導として取り扱われている改定説明会の開催も中止となり、その後の指導もほとんど行われていない状態が2年近く続いている状況である。

この間、受診抑制もあり、令和2年4月からの医科の診療報酬は毎月対前年比で軒並み5%以上減ることとなった。中でも、小児科や耳鼻科は30%前後の落ち込みとなり診療報酬改定の効果どころではない大幅な減収を生じている。補助金等はあったものの、受診抑制行動の回復が遅れているので、このままでは体力のない医療機関の倒産が急速に増加し、地域医療の崩壊が生じかねない。相当の危機感をもって早急な対応を期待する。

「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。パンデミックの中でいつ自分が新型コロナウイルス感染症に感染するかわからないという緊張の中での診療行為を強いられることとなっ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な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。

感染拡大に伴う対応として初診からの電話やオンラインでの初診が可能となり、再診時に管理料の算定が可能となった。しかしあくまで特例的措置であることを次回の改定でも維持してもらいたい。

臨時的な取扱いの期限に関しては、逆にあまりに短い期限で終了を予定し、その延長を繰り返すという対応が多く、いつまで続くかわからない措置に対応しながら診療を行うこともストレスとなったことは否めない。小出しにせず1年なら1年としっかり期間を確保して実行していただきたい。

また、このコロナ禍の中でも医師の働き方改革のタイムスケジュールは変わりなく進行しているため、各医療機関はその対応にも追われている。この部分について今回の改定では先ほども述べたように0.08%、公費として123億円が盛り込まれているが、新型コロナウイルス感染症対応という超過の仕事を抱えている現状では、医療機関のこの問題への取り組みに遅れが生じていないか、この問題への危機感が後回しされていないかを危惧する。次回の改定でこの部分の評価は、決して取り組みが立ち遅れた医療機関にペナルテ

ィを与えるような形ではなく、取り組みがしっかり評価され、サポートする形になるよう期待したい。

地域医療計画の実現のためにも地域医療介護総合確保基金も継続したうえで、さらなる上積みをお願いしたい。

薬価改定もこれからは毎年行われるが、今回も全品目の7割において改定がなされた。ここで得られた財源は診療報酬本体に充当されるよう強く願う。

現時点では、医療界はコロナ禍の中で振り回されている状況であるが、だからこそ次回の診療報酬改定はこのコロナ禍の特例的措置をその収束まで継続するとともに、来るべきポストコロナ時代に次のパンデミックに負けない備えを持ったサステナブルな地域医療体制を作るための改定にしてもらいたい。